

後期高齢者医療制度の抜本改革の方向性

—負担能力の持続可能性を中心に—

調査部 主任研究員 飛田 英子

目 次

1. はじめに
2. 後期高齢者医療制度の創設背景と特徴
 - (1) 老人保健制度の概要
 - (2) 新たな高齢者医療制度が必要になった背景
 - (3) 新たな高齢者医療制度創設に向けた議論
 - (4) 後期高齢者医療制度の特徴
 - (5) 小 括
3. 保険料負担の将来推計
 - (1) 前 提
 - (2) 結 果
 - (3) 小 括
4. 負担能力の確保に向けた課題
 - (1) 後期高齢者医療制度の抜本改革の方向性
 - (2) 医療費そのものを抑制する視点
 - (3) 持続可能な経済成長の確保

要 約

1. 後期高齢者医療制度の抜本改革の必要性が高まっている。これは、受益と負担の明確化や希薄なコスト意識、負担の世代間格差等、前身の老人保健制度で指摘された弊害が解決されていないだけでなく、増え続ける給付費を今後も負担できるのか将来不安が募っているためである。

2. そこで、75歳以上と組合管掌健康保険に加入する現役世代の2100年度までの保険料負担を推計した。ケースは、①現行制度を維持する「基本ケース」、②2020年度に70歳以上の自己負担を3割に引き上げる「自己負担3割ケース」、③出生率と死亡率が想定より低く少子高齢化が一段と進む「低位ケース」、の三つである。

(1) 基本ケース

まず、75歳以上の一人当たり年間保険料（名目額）は、2016年度の7.0万円から2100年度には128.3万円に増加する。夫婦二人から成る高齢者世帯の場合、マクロ経済スライドにより将来の年金給付が名目値でもほとんど増えていかないと見込まれるもで（現在270万円程度）、2100年度の保険料負担は介護も併せると400万円近くに達する。このことは、わが国の社会保障制度が近い将来、完全に機能不全に陥ることを意味する。

一方、現役世代の保険料率（月収ベースで企業負担分を含む）は、2016年度の10.2%から2100年度には26.7%に上昇する。2100年度の後期高齢者支援金と前期高齢者納付金の寄与度は各々6.5%ポイント、7.7%ポイントで、高齢者への拠出金が過半を占めることになる。また、2100年度の保険料率は医療、介護、年金計で51.1%になる。この他に所得税や家賃、教育費等の義務的経費があることを踏まえると、このように高率な負担に耐えることができるか甚だ疑問である。

(2) 自己負担3割ケース

2100年度の保険料負担は、75歳以上で年97.4万円、現役世代で23.2%である。75歳以上の保険料は基本ケースに比べて約30万円減るが、代わりに自己負担が150万円程度増加するので、トータルの負担はかえって増えることになる。また、現役世代も負担減となるが、その水準は相変わらず2割超であり、負担抑制の効果は極めて小さいといえよう。

(3) 低位ケース

2100年度の75歳以上の保険料は年139.0万円、現役世代は29.1%である。少子高齢化の加速は保険料負担を将来的に引き上げることが分かる。

3. 保険料負担能力の確保は、わが国が医療制度を維持していくうえでの大前提である。そのためには、持続的な経済成長により所得の増加を図ると同時に、受診行動の適正化や給付内容の見直しを通じてコストが増えにくい構造に体質改善する必要がある。とくに、コスト増の主因である後期高齢者医療制度については、ゼロベースでの見直しが不可欠である。

後期高齢者医療制度の根本的な問題は、給付費の約9割が世代支え合いでカバーされる等、財源構造が老人福祉の基本理念に基づく一方、サービスの利用が医療保険のもとで権利として認められていることにある。老人福祉なのか医療保険なのか、制度の本質の曖昧さが、過剰受診というモラルハザードを助長するだけでなく、世代間の不公平感を高めているといえよう。

4. 後期高齢者医療制度の抜本改革につき、あえて極端な二つの案を提示する。

一つは、老人福祉の基本理念に則った「独立保健方式」である。具体的には、一定年齢以上の高齢者の医療を政府が公費で保障する。予算の縛りを受けるので、初診が特定の医師に限定される等、高齢者は医療サービスの利用に際して一定の制約を受けることになるが、現行制度と同様に低いコストで医療を受けることができる。

もう一つは、リスク・シェアという医療保険の原理に基づく「リスク構造調整方式」である。具体的には、高齢者は現役世代と同様に職域や居住地によって各健康保険に加入し、加入者の年齢や所得等、保険者の責に問えない要因による負担の格差を事前に調整する。高齢者は現役世代と同じ基準で保険料や自己負担を支払うことになるが、サービスの利用や内容については現役世代と同等のものが保障される。

上記2案を比べると、医療費の抑制については独立保健方式、世代間の公平の観点からはリスク構造調整方式が優位といえる。また、その他にも、倫理面での問題や所得捕捉の環境整備等、両案とも実現に向けて解決すべき課題は多い。団塊世代が後期高齢者入りする2025年度を目前に控え、制度の抜本改革は待ったなしの状況にある。政府だけでなく国民も突っ込んだ議論と選択が迫られているといえよう。

1. はじめに

後期高齢者医療制度の抜本改革の必要性が高まっている。これは、制度が創設された2008年度からわずか10年であるにもかかわらず、同制度の弊害が早くも深刻化しているためである。

後期高齢者医療制度は、社会保障制度に対する将来不安が強まるなか、今後本格化する少子高齢化を見据えて制度設計された。しかし、前身の老人保健制度で指摘された高齢者の希薄なコスト意識は、各種の特例措置によって温存されている。また、医療保険財政の収支悪化要因であった老人保健拠出金負担は、後期高齢者支援金と前期高齢者納付金という形で引き継がれており、老人保健制度の時代よりも重く保険財政にのし掛かっている。さらに、低成長経済が定着するもとで後期高齢者を中心に増大する医療費を負担し続けることが果たして可能か、制度の持続可能性に対する疑問も強まっている。本来、国民生活の安心・安全を保障するために創設されたにもかかわらず、このままでは医療制度全体を崩壊に導く危険因子になりかねない。

そこで、本稿では、負担の持続可能性に焦点を当て、後期高齢者医療制度の抜本改革の方向性を考察する。

2. 後期高齢者医療制度の創設背景と特徴

本章では、後期高齢者医療制度の前身である老人保健制度（以下、老健）の概要、新たな高齢者医療制度が必要になった背景と当時の議論、後期高齢者医療制度の特徴を整理する。

(1) 老人保健制度の概要

老健とは、自己負担無料化のもとで急増した高齢者医療費の公平な負担を目的に、1983年2月に創設された制度である。

ここで、自己負担無料化とは、70歳以上の自己負担を公費が肩代わりすることである。1960年の岩手県沢内村での導入を契機に、高齢者の自己負担を無料にする取り組みが全国的に広がり、1973年1月には国の制度として実施されるに至った。ちなみに、この根拠法は老人福祉法である。老人福祉法第2条の基本的理念には、「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする」とある。高齢者の医療を世代間の支え合いで守るといふ、その後の高齢者医療制度をめぐる議論においてベースとなっている考えの原点は、ここに求めることができよう。

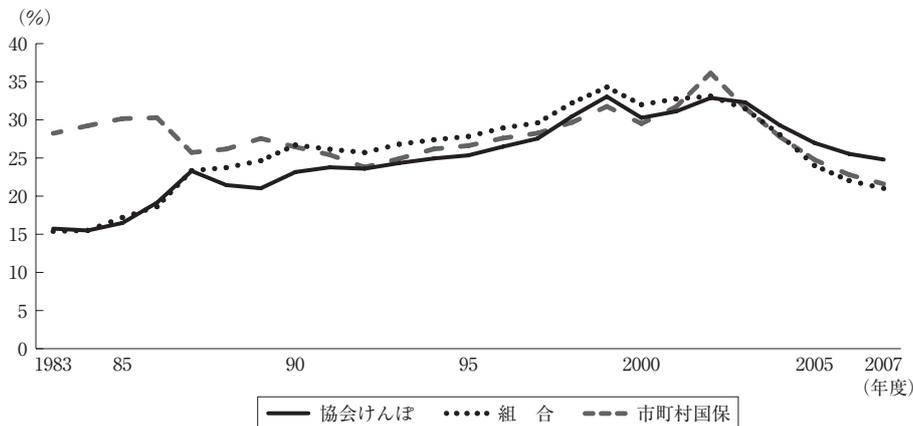
当時、自己負担割合は、市町村国民健康保険（以下、市町村国保）の加入者で3割、組合管掌健康保険（以下、組合）や全国健康保険協会（以下、協会けんぽ。2008年9月以前は政府管掌健康保険）の被扶養者で5割であったが、負担が実質的にゼロになった結果、70歳以上に対する保険給付が増大し、各健康保険の収支は大幅に悪化することになる。

保険者のうち、とくに大きな影響を受けたのが市町村国保である。市町村国保は、組合や協会けんぽ等の被用者を対象とする制度に比べて高齢者の加入割合が大きく、市町村国保と被用者制度との間で負担の不公平が問題視された。そこで、両者の間の高齢者加入率の格差を調整する制度として創設されたのが老健である。

当初の老健の対象は、70歳以上および65～69歳の障害認定者である。また、給付財源は、公費が30%（国20%、都道府県と市町村が各々5%）、70%が市町村国保や組合等の一般制度からの拠出金（老人保健拠出金。以下、老健拠出金）である。なお、各保険者の拠出金の額は、どの保険者も同じ割合の高齢者を抱えていると仮定した場合の給付費の7割として計算される（具体的には、各保険者の一人当たり老人給付費×加入者数×全制度平均の老健対象者加入率、注1）。

その後、2003年10月から2007年10月まで5年かけて、対象年齢が75歳に、公費負担割合が50%に段階的に引き上げられた。これは、高齢者医療費が増加し続けるもとで老健拠出金も増大し、負担増に対する一般制度からの不満が高まったためである。1990年代後半には、保険給付と各種拠出金の合計である義務的支出の約3割に達し（図表1）、老健拠出金の支払い拒否を表明する組合も出現したことは記憶に新しい（注2）。

（図表1）老人保健拠出金の義務的支出に占める割合の推移



（資料）国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」

（注1）義務的支出は、保険給付と各種拠出金の計。

（注2）協会けんぽは政府管掌健康保険のデータ。

（注3）2000年度に割合が低下したのは、介護保険制度の創設により医療費の一部が介護にシフトしたため。

（注4）2003年度以降割合が低下したのは、対象年齢と公費負担割合が段階的に引き上げられたため。

（2）新たな高齢者医療制度が必要になった背景

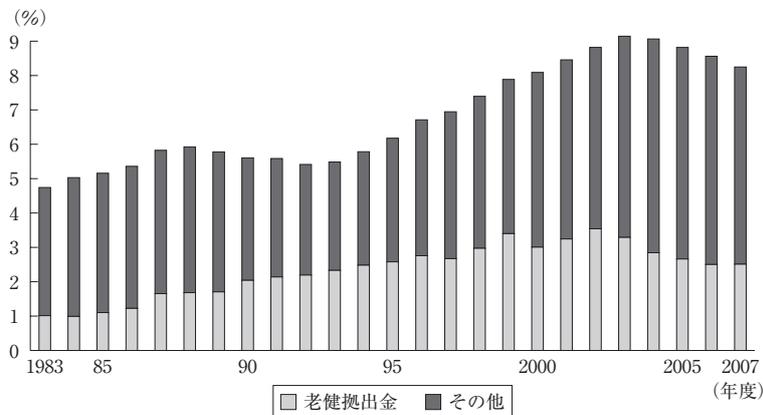
このように老健は高齢者医療費を公平に負担する制度として始まったが、制度創設から20年を経て、その弊害の深刻化が指摘されるようになった。

一つは、老健が医療費膨張の温床となっていたことである。老健のもとでは、高齢者は職域や扶養関係に応じて市町村国保や組合等の一般制度に加入し、各々の制度の定めに則って保険料を支払う一方、保険給付は老健の運営主体である市町村から受ける。保険給付の財源は、公費と一般制度からの拠出金であり、受益と負担の間には直接的な関係がない。このため、高齢者はどんなに医療サービスを消費しても自身の保険料負担に反映されないため、過剰受診のインセンティブが生じることになる。また、医療機関にとっては、必要以上に高齢者に治療や投薬を施すことで、経営を安定させることができる。さらに、制度を運営する市町村にとっては、保険給付の財源として公費と老健拠出金が自動的に入ってくるので、給付の適正化や制度運営の効率化に取り組む必要性が乏しい。

このように各方面でモラルハザードが生じる最大の要因は、保険料の徴収は保険者である一般制度、保険の給付は市町村といったように、制度の健全な運営に責任を持つ主体が明確でないことがある。そこで、老健を見直す必要性が高まったわけである。

もう一つは、負担の世代間格差の拡大である。1990年代入り後のバブル崩壊を契機に保険料負担が強まるも、負担増の主因が自分たちの医療費でなく、老健拠出金であることに対して、現役世代の不満が増大した（図表2）。とくに、高齢者の医療費には、過剰受診や過剰投薬といったモラルハザードによる部分が含まれることは否定できず、拠出金負担に対する現役世代の疑問が深まることは、ある意味当然といえよう。

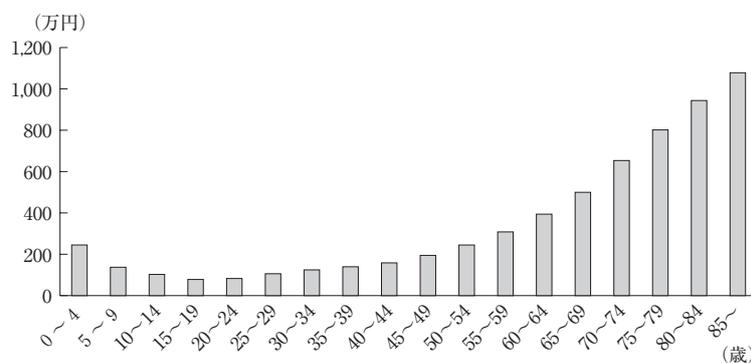
（図表2）保険料率の推移（組合）



（資料）日本総合研究所作成
 （注1）保険料率は月収ベース。
 （注2）2003年10月以降、対象年齢と公費負担割合の引き上げにより拠出金負担割合は減少。

さらに、老健では対応できない、市町村国保の財政悪化の進行という問題も指摘される。職域によって加入する健康保険が決まるわが国では、退職者は被用者制度から市町村国保に転入することになる。一般に60歳を超えると加速度的に医療費が増加することを勘案すると（図表3）、市町村国保にとっては高リスクの者を受け入れることになり、被用者制度に比べて不利になる。そこで、退職者の給付財源

（図表3）年齢階級別1人当たり医療費（2015年度）



（資料）厚生労働省「国民医療費」

を被用者制度が負担する退職者医療制度が1984年に創設されたが、その対象は厚生年金や共済年金の加入期間が20年以上、もしくは40歳以降に10年以上の者に限定されていたため、より広範囲での財政調整を求める声が高まっていたわけである。

(3) 新たな高齢者医療制度創設に向けた議論

こうしたなか、新たな高齢者医療制度の創設に向けた議論が2000年代に始まった。具体的には、①独立保険方式、②突き抜け方式、③年齢リスク構造調整方式、④一本化方式、の4案が検討された（図表4）。

（図表4）高齢者医療制度の見直しの4類型

	独立保険方式	突き抜け方式	年齢リスク構造調整方式	一本化方式
内容	全ての高齢者を対象として、各医療保険制度から独立した高齢者医療保険制度を設ける。	被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、その医療費を被用者保険グループ全体で支える仕組みを設ける。	現行の保険者を前提とし、保険者の責によらない加入者の年齢構成の違いによって生じる各保険者の医療費支出の相異を調整し、保険者間の負担の不均衡を調整する。	現行の医療保険制度を一本化し、被用者保険か否か、高齢者が若年者かで区別せず、全ての者を対象とする新たな医療保険制度を設ける。
イメージ図				
ねらい	<ul style="list-style-type: none"> 財政責任（受益・負担関係）の明確化 高齢者に応分の保険料負担 	<ul style="list-style-type: none"> 国保に高齢者が集中しない 被用者OBの負担を被用者保険が負担するので、若年被用者の理解を得やすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 各保険者の努力では回避できない年齢構成の相異による負担の不均衡を是正 	<ul style="list-style-type: none"> 給付、負担の両面で公平を図り、各保険者の努力では回避できない所得や年齢の格差を是正
問題点	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者を分離することは社会理念として妥当か 保険原理が成り立たず、若年者の支援や多額の公費が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 被用者OBを被用者保険に移すだけでは、国保に高齢者が偏在する構造は是正されず。 	<ul style="list-style-type: none"> 所得形態が大きく異なる中で、実質的な負担増となる被用者保険の理解を得られるか。 高齢者の医療と保健を地域で一体的に実施する視点が失われる。 	<ul style="list-style-type: none"> 財政方式を含めどのような手順で実現を図るのか。 単一の保険者で保険者機能を発揮できるのか。

（資料）厚生労働省「医療制度改革の課題と視点」（2001年3月5日）をもとに日本総合研究所作成

A. 独立保険方式

独立保険方式とは、すべての高齢者を対象に、市町村国保や組合等の一般制度から独立した医療保険制度を創設する案である。財源としては、①総医療費の5%を患者自己負担、5%を高齢者の保険料、残り90%を公費で賄うケースと、②総医療費の10%を自己負担と保険料、50%を公費、40%を一般制度からの支援で賄うケースの二つが検討された。

この案の主な狙いは、独立した制度が保険料徴収と保険給付の両方を担うことで財政責任が明確になる、受益と負担の関係が分かりやすい、高齢者に応分の負担を課することができる、等である。一方、問題点としては、高齢者を分離することの社会理念上の妥当性、高齢者だけでは保険原理が成立しないことへの対応（多額の公費や若年支援が不可欠）、これまで被扶養者として保険料を負担しなかった高齢者から新たに保険料を求めることへの理解、等が指摘された。また、実際に制度を運営することになる

地方政府の納得と合意を得られるかについても検討課題として挙げられた。

B. 突き抜け方式

突き抜け方式とは、被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、その医療費を被用者制度全体で支える案である。退職者医療制度の対象を65歳未満から終身に延長するイメージといえよう。

この案の主な狙いは、市町村国保に退職者が集中しないことで市町村国保の保険財政の安定化が期待される、被用者が自身のOBを支えるので現役世代の納得が得られやすい、等である。一方、問題点としては、被用者OBを対象にするのみでは高齢者が市町村国保に偏在する構造の是正にはつながらず、高齢者の医療費を国全体で支えるという老健の理念が後退する、地方において高齢者の医療と保健を一体的に実施する視点が失われる、等が指摘された。

C. 年齢リスク構造調整方式

年齢リスク構造調整方式とは、新たな制度を作るのではなく、新たな財政調整の仕組みを導入する案である。一般に、年齢構成の高い保険者は、低い保険者に比べて医療費支出が多く、保険財政が悪化する傾向にある。もっとも、保険者がコントロールできないそうした加入者の年齢構成の違いによる支出の格差は不公平である。そこで、年齢構成の違いによる支出の相違を調整するという考えである。

具体的に考えられていた案は、次のようなものである。まず、5歳階級毎の全国平均の一人当たり医療費に、各保険者の年齢階級別加入者数を乗じて、年齢調整前の標準的な医療費を算出する(A)。次に、5歳階級毎の全国平均の一人当たり医療費に、年齢構成が全国平均と同じと仮定した場合の年齢階級別加入者数を乗じて、年齢調整後の標準的な医療費を算出する(B)。両者の差は、加入者の年齢構成が全国平均と異なることによる負担(A>Bの場合)や受益(A<Bの場合)といえる。そこで、BがAを上回る保険者は差額を拠出する一方、下回る保険者は差額を受け取ることにより、年齢構成の格差を是正する。

この案の主な狙いは、保険者の努力では回避できない加入者の年齢構成の相違による負担の不均衡を是正することにある。また、例えば会計年度の初めに調整を行うことで、保険運営の効率化が期待される。これは、保険者の責を問えないリスクの格差を事前に調整し、保険運営の前提条件を揃えることで、年度末に生じた黒字や赤字の責任を保険者に帰着させることができるためである。赤字の保険者は非効率な運営をしているレッテルを貼られることになるので、効率化に取り組まざるを得ない。実際、オランダやフランス等、公的な医療保険制度を持つ国では、年齢や所得等に関する保険者の相違を是正する「リスク構造調整」を採用することで、保険運営の効率化が図られている。

一方、問題点としては、大幅な負担増が予想される被用者制度の納得を得られるのか、地域において高齢者の医療と保健を一体的に実施するという視点が失われる、等が指摘された。また、年齢以外にも所得や罹患率等、保険者がコントロールできない要因が存在することを勘案すると、これらについても対応すべきと思われるが、所得捕捉や医療データベース等の環境をどう整備するかという課題も指摘されよう。

D. 一本化方式

一本化方式とは、現行の医療保険制度を一本化し、年齢や職域に関係なく、すべての者を対象とする新たな医療制度を創設する案である。

この案の主な狙いは、給付と負担の両面で公平を図り、各保険者の努力では回避できない所得や年齢の格差等を調整することにある。一方、問題点としては、財政調整を含めてどのような手順で実現を図るのか、制度間で異なる給付内容や保険料徴収方式をどのように調整するのか、単一の保険者で保険者機能が発揮されるのか、等が指摘された。

(4) 後期高齢者医療制度の特徴

上記4案で検討が進められ、最終的には独立保険方式の形態をベースにした後期高齢者医療制度が2008年度に創設された。同制度の対象は原則75歳以上であるが、併せて65～74歳の前期高齢者に係る財政調整を導入することで、退職者医療制度ではカバーできなかった市町村国保と被用者制度の間の負担格差の是正が図られている。

同制度の特徴は、以下の通りである。

A. 一般制度から独立した制度

第1は、75歳以上（および65～74歳の障害認定者）を一般制度から独立した制度でカバーする点である。老健の問題として、高齢者は一般制度に加入しながら別制度から給付を受けるという、曖昧な財政責任が指摘されたが、後期高齢者医療制度では、一つの制度が給付と負担の両面で責任を負うことになった。

なお、このように年齢によって加入する制度を区分する仕組みは、全国民を対象にする公的医療制度を持つ国では存在しない（図表5）。アメリカには65歳以上を対象とするメディケアが存在するが、同

(図表5) 各国における高齢者医療

	日 本	アメリカ	ドイツ	イギリス
制度の独立性 <対象者>	あり <原則75歳以上>	あり <原則65歳以上>	なし	なし
運営主体	広域連合	連邦政府	疾病金庫	中央政府 (国営保健サービス)
保険料負担	給付費の約1割を高齢者、約4割を一般制度が負担。	・PartA：なし（注1） ・PartB：134ドル/月（注2）	14.6% 年金受給者の場合、半分を年金保険が拠出。	なし
公費負担等	給付費の5割	PartB給付費の約75%（2016年）		保健医療サービスの100%
自己負担	10% (一般30%)	・PartA：免責1,316ドル/最初の60日間（注3） +329ドル/日（61～90日） +658ドル/日（91日～、生涯60日限度） ・PartB：免責183ドル/年 +超過部分の20%	若人と同じ ・外来：なし ・入院：10ユーロ/日（暦年28日限度） ・薬剤：10%（下限5ユーロ、上限10ユーロ）	若人と同じ (原則なし)

(資料) 日本総合研究所作成

(注1) 現役時、10年以上社会保障税（所得の2.9%）を拠出した者。ちなみに、拠出期間が30～39四半期の場合は227ドル/月、30四半期未満の場合は413ドル/月（2017年）。

(注2) PartA登録者のうち、年収85,000ドル以下の者（独身、2017年）。年収によって保険料は最高428.6ドル/月。

(注3) 入院のケース。

国には全国民を対象にする公的医療制度はない。加えて、メディケア給付を受けるには、現役時代に30四半期にわたって保険料（payroll tax）を支払う必要があり、30四半期に満たない場合は、より高額な保険料を支払う必要がある。75歳に達すると自動的に後期の対象者になるわが国とは大きく異なるといえよう。

B. 割安な自己負担

第2は、自己負担が1割と、現役世代に比べて低く設定されている点である（ただし、年収が単独世帯で383万円、夫婦世帯で520万円以上の一定以上所得者は3割）。ちなみに、70～74歳についても2割と、現役対比低く設定されている（ただし、1944年4月2日以前に生まれた者は1割で、一定以上所得者は3割）。

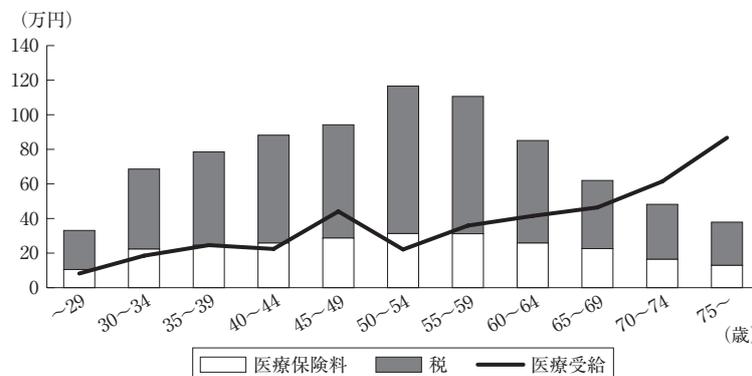
このように高齢者の自己負担を低くしている理由として、一般に高齢者は複数の疾患を抱え、医療費の負担が相対的に大きいことが指摘される。もっとも、自己負担はサービスの利用者が実際に支払う対価であることを勘案すると、低い自己負担割合が対価を低く抑えることで、サービス利用者のコスト意識を希薄にしている面は否定できないといえよう。

C. 給付財源

第3は、給付財源に占める加入者の保険料の割合が約1割、残りの約9割を公費（5割）と一般制度からの支援金（約4割）で賄っており、現役世代からの支援で制度が成立している点である（注3）。図表6は、厚生労働省「所得再分配調査」（2014年）により、公的医療制度に係る拠出（税と医療保険料）と受益を世帯主の年齢階級別にみたものである。税の拠出には、医療以外にも年金や介護等に係る分も含まれるので留意が必要であるが、これをみると、75歳以上の世帯では拠出の倍以上の医療給付を受けていることが分かる。

後期高齢者医療制度は独立保険方式をベースに設計され、その最大の狙いは、受益と負担の関係を明確にするとともに、制度の運営主体に財政責任を問うことであった。しかし、受益に対する負担はごく

（図表6）医療に係る年齢階級別所得再分配（2014年）



（資料）厚生労働省「所得再分配調査」（2014）
（注）医療保険料は企業負担分を含まない。

一部に留まっているうえ、給付費の約9割は自動的に公費と一般制度からの支援金で手当されることを勘案すると、独立保険方式の本来の目的が果たされているか、疑問に感じざるを得ない。

D. 「保険」ではない

第4は、法律的にも財源的にも「保険」制度ではないことである。

まず、法律的にみると、保険制度の運営主体は保険者であるはずである。しかし、後期高齢者医療制度の根拠法である「高齢者の医療の確保に関する法律」には、保険者に関する条文はなく、第48条に「市町村は、後期高齢者医療の事務（保険料の徴収の事務及び被保険者の便益の増進に寄与するものとして政令で定める事務を除く。）を処理するため、都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての市町村が加入する広域連合（以下「後期高齢者医療広域連合」という。）を設けるものとする。」とあるように、制度の運営主体として広域連合の設置を定めているのみである。

また、財源的には、給付費の約9割は公費と一般制度からの支援金で賄われている。支援金は一般制度から強制的に徴収される、いわば税に近い位置付けであることを勘案すると、給付費の約9割が税でカバーされているとみなすことができる。これは、加入者の拠出によって加入者間のリスクをシェアする「保険」制度ではなく、むしろ税を財源に政府が高齢者の医療を保障する「措置」制度といえよう。

E. 予防強化に向けたインセンティブが薄い

第5は、後期高齢者医療制度への支援金（以下、後期支援金）の算定において、各制度の一人当たり医療費の格差が反映されなくなった点である。

各制度が負担する支援金の額は、支援金総額（給付費全体の約4割）を加入者数で按分することで算定される。すなわち、各制度は、仮に全人口に占める75歳以上の割合と同じ割合で75歳以上加入者を抱えた場合に負担することになる医療給付費の約4割を、支援金として支払うわけであり、その際、75歳以上の一人当たり給付費はどの制度も同じ額になる。

一方、老健の場合、各制度の拠出金の額は、自分たちの制度に加入する75歳以上の一人当たり医療費に基づいて算定されていた。ちなみに、2007年度の一人当たり医療費には、組合の80.9万円と市町村国保の87.7万円の間に約1割の開きがあった。加入者の医療費の抑制が拠出金の負担軽減に反映されていたわけである。

現在、特定健診・健康指導や予防・健康づくりへの取り組み実績に基づいて後期支援金を加算・減算するという仕組みが導入されているが、特定健診・健康指導等が医療費に与える影響は科学的に実証されていないことを勘案すると、保険者の医療費抑制に向けたインセンティブが老健の時と比べて弱まった面は否定できない。

F. 前期高齢者に係る財政調整の導入

第6は、65～74歳を前期高齢者と位置付け、彼らの医療給付に係る財政調整の仕組みを新たに導入した点である。

前述の通り、被用者制度の退職者は市町村国保に加入することになるが、彼らに係る医療給付は被用

者制度が負担していた。もっとも、その対象は厚生年金等の加入期間が20年以上の者、あるいは40歳以上で10年以上の者であり、市町村国保に財政負担が偏る傾向にあることが指摘されていた。

そこで、いずれの保険者も65～74歳の加入率が同じと仮定した場合の前期高齢者に係る給付費と、実際の前期高齢者に係る給付費を比較し、前者が後者を上回る場合にはその差額を納付金（以下、前期納付金）として拠出する一方、下回る場合には交付金として受け取る仕組みが導入された。なお、各保険者が拠出する後期支援金についても、65～74歳に係る部分が同様に財政調整される。

(5) 小 括

新たな高齢者医療制度は、後期高齢者に係る給付費の約4割に相当する支援金を加入者数に応じて各保険者に求めることで世代間の公平な負担を目指すとともに、65～74歳の給付費に係る財政調整を併せて導入することにより、保険者の責に問えない年齢に関してリスク調整を施している点において評価できよう。

しかし、受益・負担関係や財政責任の明確化を目的とする独立保険方式に基づいて構築されたにもかかわらず、実態がこれと乖離しているという問題は看過できない。老健の弊害として指摘された過剰受診に代表されるモラルハザードや希薄なコスト意識、世代間不公平間の強まり等が解決されない限り、高齢者医療費の増大と現役世代の制度に対する不信の高まりは続く。さらには、最悪の場合、医療費の負担能力が限界に達し、制度そのものが破綻する懸念は否定できない。

そこで、次章では、費用負担に着目し、制度の中長期的な持続可能性を検証することとする。

(注1) 一人当たり70歳以上医療費の制度間格差が、各制度の負担する老健拠出金に反映されていることに留意。

(注2) 1999年、サンリオ健保組合は、老健拠出金の半額について支払い猶予を求める審査請求書を厚生省に送付した。また、2000年も一部不払いを決定した。

(注3) 高齢者の保険料と後期支援金の負担割合は、若人人口の減少を反映して2年毎に見直される。具体的には、若人人口の減少による若人一人当たりの負担の増加については後期高齢者と若人とで半分ずつ負担するよう、若人減少率の半分の割合で後期高齢者の保険料の負担割合を引き上げる一方、後期支援金の負担割合を引き下げることになっている。

3. 保険料負担の将来推計

本章では、後期高齢者と現役世代の保険料負担を推計する。対象とする期間は2100年度までで、現役世代は組合加入者の保険料率（企業負担分を含む）とする。また、推計は、①現行制度を維持する「基本ケース」、②70歳以上の自己負担を2020年度から3割に引き上げる「自己負担3割ケース」に加えて、③少子高齢化が想定以上のスピードで進む「低位ケース」の三つについて行うこととする。なお、自己負担3割ケースにおいて、自己負担引き上げによるサービス利用の減少は織り込んでいない。これは、自己負担引き上げによる医療費抑制効果が一時的であることは過去の経験から明らかである。

(1) 前 提

まず、人口推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡中位とする。ただし、「低位ケース」では出生低位・死亡低位とする。

CPIと名目賃金の上昇率は、内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成29年7月18日）」のベースライン・ケースを採用する（図表7）。なお、名目賃金については、一人当たり名目GNIの値を用いている。

（図表7）試算の前提条件

	(%)									
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024～年度
CPI	0.2	0.0	1.1	1.3	1.8	1.8	1.1	1.1	1.1	1.1
1人当たり名目GNI	3.0	0.7	3.0	2.7	2.3	2.0	1.8	1.7	1.6	1.6

（資料）内閣府「中長期の経済財政に関する試算（2017年7月18日）」

最後に、一人当たり医療費の伸び率は、年2.6%とする。これは、厚生労働省の医療費に関する将来推計から高齢化要因を除去することで求めている。

(2) 結果

A. 医療給付費

医療給付費については、まず、基本ケースでは、2016年度の34.6兆円から2050年度には80.9兆円、2100年度には173.3兆円に増加する（図表8）。増加の主因は後期高齢者であり、2100年度では96.4兆円と給付費全体の56%に達する。

（図表8）医療給付費の将来推計



（資料）日本総合研究所作成

次に、自己負担3割ケースでは、2020年度に自己負担の引き上げによって基本ケースの39.0兆円から34.4兆円に減少した後、2050年度には69.1兆円、2100年度には147.4兆円に増え続ける。自己負担の3割への引き上げは、給付費を基本ケースの約9割弱に抑制することが分かる。ちなみに、2100年度の後期高齢者分は73.2兆円と給付費全体の50%である。

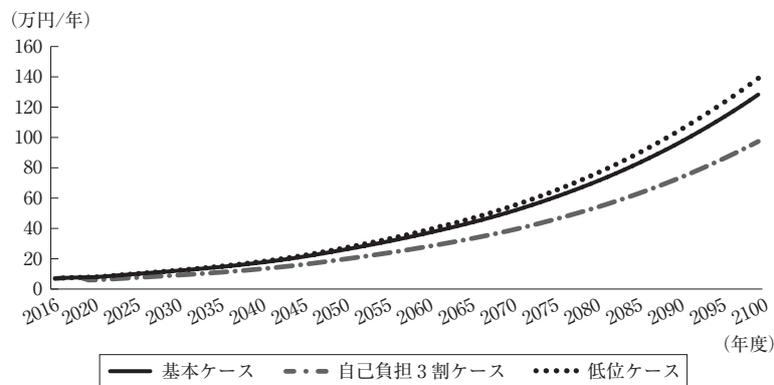
最後に、低位ケースでは、2016年度の34.6兆円から2050年度には82.4兆円、2100年度には160.8兆円に

なる。基本ケースに比べて、高齢化が進むにもかかわらず2100年度の給付費が少ないのは、並行して進む少子化による74歳以下医療費の減少が、後期高齢者の医療費の増加分を上回るためであり、2100年度の後期高齢者分は97.6兆円、シェアは61%である。ちなみに、低位ケースが基本ケースを下回るのは2081年度以降である。

B. 後期高齢者一人当たりの年間保険料

後期高齢者の一人当たり年間保険料（名目値）は、基本ケースでは、2016年度の7.0万円から2050年度には25.4万円、2100年度には128.3万円に増加する（図表9）。

（図表9）後期高齢者保険料の将来推計



（資料）日本総合研究所作成

次に、自己負担3割ケースでは、2050年度に19.3万円、2100年度に97.4万円となる。自己負担の引き上げによって保険給付が抑制されるので、2100年度の保険料は基本ケースに比べて30.9万円低くなるが、自己負担が150万円程度増える（2100年度の一人当たり後期医療費は690万円）ので、トータルで見ると高齢者の負担はかえって増えることになる。

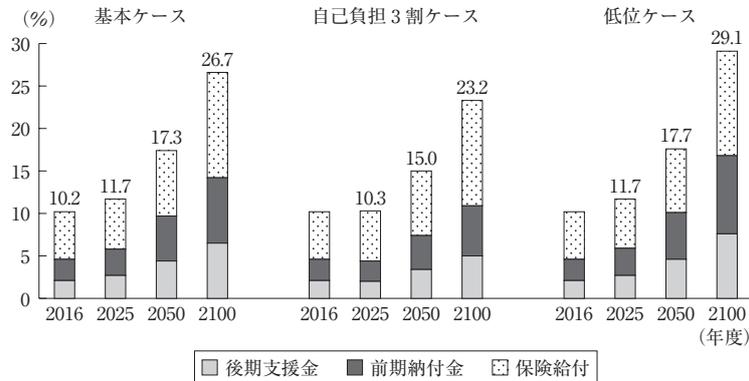
最後に、低位ケースでは、2016年度の7.0万円から2050年度には26.5万円、2100年度には139.0万円に増加する。基本ケースに比べて保険料の上昇ペースが速いのは、平均寿命の伸長によって後期の医療費が増えることに加えて、75歳以上の保険料がカバーする後期給付費のシェアが少子高齢化の加速によって基本ケース対比で拡大するためである。

C. 組合加入者の保険料率

組合加入者の保険料率（企業負担分を含む）は、保険給付と後期支援金、前期納付金の合計である義務的経費を賄うのに必要な所要保険料率である。なお、ここでは、賞与の水準が年によって大きく異なることを考慮し、月収ベースの料率としている。

まず基本ケースでは、2016年度の10.2%から2050年度17.3%、2100年度26.7%に上昇する（図表10）。ちなみに、2100年度の保険料率の内訳は、保険給付が12.4%ポイント、後期支援金が6.5%ポイント、前期納付金が7.7%ポイントであり、支援金と納付金が義務的経費の5割以上を占める。

(図表10) 保険料率の将来推計 (組合)



(資料) 日本総合研究所作成

次に、自己負担3割ケースでは、2050年度は15.0%、2100年度は23.2%である。後期支援金と前期納付金の減少によって保険料負担は基本ケースに比べて軽くなるが、その効果は2割にも満たない。ちなみに、2100年度の保険料率への寄与度は、後期支援金が5.0%ポイント、前期納付金が5.9%ポイントである。

最後に、低位ケースでは、2016年度の10.2%から2050年度には17.7%、2100年度には29.1%に上昇する。加入者数の減少によって基本ケースに比べて保険料率が高くなることに加えて、料率が上がるペースも速まることが分かる。2100年度の保険料率の内訳は、保険給付が12.3%ポイント、後期支援金が7.6%ポイント、前期納付金が9.2%ポイントであり、支援金と納付金が義務的経費の約6割を占める。

(3) 小 括

前節の試算結果を整理すると、以下の3点である。

A. 自己負担の引き上げは限界的な効果のみ

第1に、自己負担の引き上げは、保険料負担に対して限界的な効果しかないことである。

政府はこれまで医療給付費の抑制策として、累次にわたる診療報酬の引き下げ、保健指導の強化と長期入院の是正を通じた医療費適正化計画の推進に加えて、患者が支払う窓口自己負担を段階的に引き上げてきた。

高齢者についても、70歳以上の現役並み所得者の負担を3割にする(2006年10月)、70～74歳の負担を段階的に2割にする(2014年4月1日以降に70歳に達する者、誕生日の翌月以降から2割に)、自己負担が一定額を超えた場合に超過部分が償還される高額療養費の上限を一定以上所得者について引き上げる(2017年8月)等、負担の引き上げを求めている。

こうした動きは今後も続くと思われるが、医療に係る負担を大胆に軽減するには、従来の延長線上にはない新たな対策が必要なが、試算結果からうかがうことができる。

B. 少子高齢化が加速した場合、持続不可能性は一段と深刻に

第2に、少子高齢化が想定以上のスピードで進む場合、保険料の負担は一段と増大することである。

今後、個人の価値観の多様化や経済・社会環境の変化、医療技術の進歩等が続くと見込まれるも、少子高齢化がどの程度のスピードで進むかを正確に判断することは不可能である。医療のみならずわが国の社会保障制度は将来世代への負担転嫁で成立していることを踏まえると、制度の見直しを考えるうえで、給付費を大胆に削減して人口動態の影響を最小限に抑えるという視点が必要である。

C. 社会保障に係る保険料負担は持続不可能

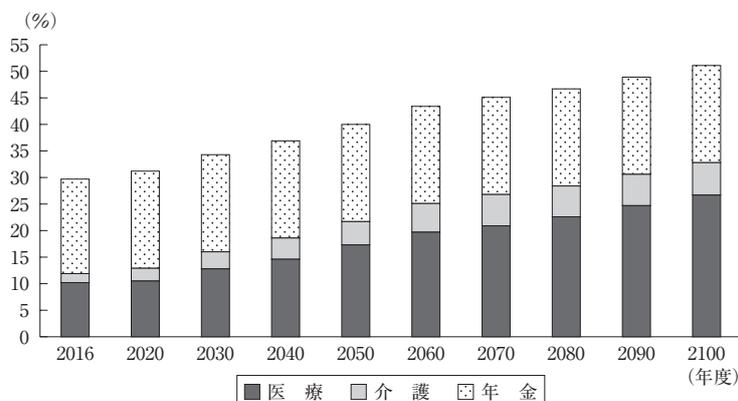
第3は、社会保障制度に係る保険料負担は中長期的に持続不可能なことである。

試算結果より、医療に係る保険料の負担が年々増加することが改めて明らかになったが、社会保障には医療だけでなく年金や介護もある。現役世代では、年金の保険料は厚生年金で2017年10月以降18.3%、国民年金で2018年度以降16,900円（ただし、物価や実質賃金の変動に応じて調整あり）で据え置かれることになっているが、介護に係る保険料負担は確実に増加する。また、高齢者では、年金以外に収入がない場合には、年金収入から医療と介護の保険料を支払うことになる。そこで、組合加入者と75歳以上の社会保障に係る保険料の負担能力を2100年度まで基本ケースについて検討してみた。

まず、組合加入者では、医療、年金、介護の保険料率の合計（企業負担分を含む）は、2016年度の29.7%から2050年度には40.0%、2100年度には51.1%に上昇する（図表11）。組合加入者はこれ以外にも所得税や家賃、教育費をはじめとする義務的費用を支払う必要があることを勘案すると、所得の半分以上にも達する保険料を負担する経済的余裕があるとは判断しがたい。また、医療と介護の主な受給者は高齢者であることを踏まえると、負担の世代間格差に対する現役世代の不満が一段と高まる可能性は否定できない。

一方、75歳以上では、世帯のタイプによって年金受給額が異なる。そこで、収入が年金のみの夫婦二人世帯で、現役時、夫は平均的な収入で妻が専業主婦だったケースを例にみると、まず、収入はマクロ経済スライドのもとでゼロ改定が続くため、2100年度まで現在の給付水準とほとんど変わらない見通し

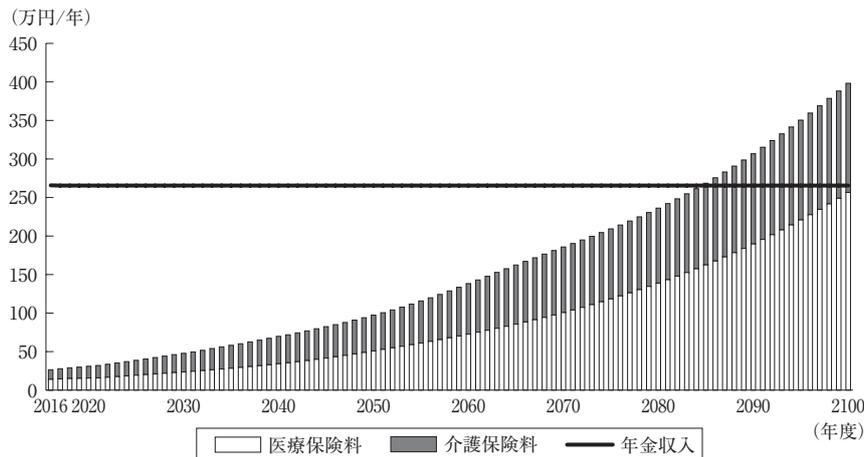
（図表11）医療・介護・年金保険料率の将来推計（組合）



（資料）日本総合研究所作成
（注）保険料率は、企業負担分も含む。

である（ちなみに、2017年度の給付額は年265.5万円）。これに対して、医療と介護の保険料は、2016年度の年26.5万円から2050年度には97.3万円に増加し、2085年度に年金収入を上回った後、2100年度には398.1万円に達する（図表12）。保険料負担が年金収入を上回る事態は、わが国の社会保障制度が安心・安全であるどころか、100年以内に完全に機能不全に陥ることを示している。

（図表12）医療・介護保険料と年金収入の将来推計（名目値）



（資料）日本総合研究所作成

（注1）夫（平均的収入で40年間就業）と妻（専業主婦）からなる夫婦世帯。

（注2）保険料は夫婦2人分。

（注3）人口推計の前提は、出生中位・死亡中位。

4. 負担能力の確保に向けた課題

今後、わが国の医療制度を維持していくためには、費用の負担能力の持続可能性の確保が大前提となる。そのためには、分子である医療給付費の抑制を進めると同時に、分母である所得の持続的な拡大を図る視点が不可欠である。

なかでも医療給付費の抑制については、最大のコスト要因である後期高齢者医療制度の抜本改革が求められる。自己負担の引き上げによる効果が限界的であることを踏まえると、希薄なコスト意識や歪んだ財政規律の温床となっている現行制度をゼロベースで見直し、高齢者の医療費の適正化を進める必要がある。

そこで、まず、後期の抜本改革の方向性について整理した後で、その他に取り組むべきコスト抑制策、および経済の持続的成長について考察する。

（1）後期高齢者医療制度の抜本改革の方向性

そもそも後期高齢者医療制度は、受益と負担の関係が明確な独立保険方式をベースに構築されたはずである。しかし、実際は、ほとんど措置制度と変わらない財源構造を持つ一方、保険制度として権利性を保障しており、その本質が老人福祉なのか医療保険なのか分かりにくくなっている。その結果、コスト意識を弱めて過剰受診をはじめとするモラルハードを引き起こすだけでなく、現役世代に不公平感をもたらす事態に至っているといえよう。仮に、本質を老人福祉とするなら、政府は責任をもって高齢者

の医療を守るべきであるが、この場合、医療費の膨張を回避するため、サービスの利用に何らかの制約を課さざるを得ない。これに対して医療保険とするなら、高齢者は権利として医療を受けるが、受益の対価として応分の負担を支払うべきである。

このようにみると、後期高齢者医療制度創設前の議論に立ち戻って「独立方式」の是非を再検討し（そもそも、前回の議論では、独立方式が採用された明確な根拠に乏しい感は否定できない）、そのうえで、望ましい在り方を考えるべきであろう。

そこで、敢えて極端な二つの方向性を提示したい（図表13）。

（図表13）独立保健方式とリスク構造調整方式の比較

	独立保健方式	リスク構造調整方式
意義	政府が高齢者の医療を保障（保健方式）	加入者間のリスク・シェア（保険方式）
特徴	・老人福祉の一環として運営	・高齢者も一般制度に加入 ・年齢、所得等、保険者の責に問えないリスク格差を事前に調整。 ・現行の国庫補助は廃止
運営主体	政府	一般制度の保険者（組合、協会けんぽ、市町村国保等）
対象	一定年齢以上の全ての高齢者	全国民（年齢による区分なし）
財源	原則公費	原則保険料
自己負担	負担能力に応じて設定（本人の資力や家族の所得も考慮）	原則3割（現役世代と同じ）
給付内容	予算のもとで制約あり。例えば、かかりつけ医への登録の義務化。	現役世代と同じ（法定給付）
保険料	原則なし	現役世代と同じ基準で負担
メリット	・高齢者医療費の抑制が可能 ・高齢者の負担増大を回避 ・現行制度からのシフトが比較的容易	・受益・負担両面で世代間格差の解消（全世代型医療制度） ・適正なコスト意識 ・保険者機能の強化が期待
デメリット（課題）	・希薄なコスト意識 ・負担の世代間格差の温存 ・所得により受けられる医療に格差（新たな世代内格差が発生） ・プライバシーの問題（資力調査等） ・倫理的な問題	・コスト抑制が困難に ・所得捕捉の問題 ・高齢者の保険料負担の増加 ・市町村国保に財政責任を問えるか

（資料）日本総合研究所作成

A. 独立保健方式

一つは、老人福祉の基本理念に則った「独立『保健』方式」である（注4）。すなわち、高齢者は平均的にはすでに経済的・社会的弱者ではないものの、多年にわたり経済社会の発展に寄与してきたことを鑑み、高齢者の医療を国が保障するという考えである。

具体的には、一定年齢以上のすべての高齢者を対象にし、財源は公費を原則とする（後期高齢者医療制度と同様、一般制度からの支援金を公費と併せて活用することも考えられる）。一般に、措置制度では、政府がサービスの必要性や内容を決定し、利用者は資力に応じて自己負担を支払う。もっとも、医療は生命と密接にかかわることを考えると、政府の判断を待つ時間的余裕がないケースも多いであろう。そこで、対象者には特定の医師（いわゆる、わが国でいうところの「かかりつけ医」）への登録を義務付け、初診の窓口を限定する一方で、かかりつけ医は政府に代わって医療の必要性や適切な治療内容を判断することとする。いわゆるイギリス等で導入されている「ゲート・キーパー」制度である。また、

医師が不必要な治療を施して収益を上げる、いわゆる「医師誘発需要」を防ぐため、かかりつけ医への報酬は一人当たり定額とする。

B. リスク構造調整方式

もう一つは、保険の基本理念に基づく「リスク構造調整方式」である。年齢に関係なくすべての国民が同じルールの下で保険料を負担するとともにサービスを受給するエイジレスな制度である。いわば、政府が現在進めている「全世代型社会保障」の医療版といえよう。

具体的には、すべての国民は職域や居住地に応じて該当する健康保険に加入する老健時の姿である。この場合、高齢者加入率が高く、加入者の所得水準が相対的に低い市町村国保は、財政運営上不利にならざるを得ない。そこで、年齢や性別、所得といった保険者の責に問えないリスクの格差を是正する。現在、わが国ではこのようなリスク格差に関して、市町村国保と協会けんぽに対して国庫補助という形で財政支援が行われているが、これをリスク構造調整に変換するというイメージである。

C. 比較

上記2案は対極的な内容なので、片方で期待されるメリットが、もう片方のデメリットになりうる。そこで、どちらがより望ましいかを判断するために、二つの案を、①医療費の抑制、②世代間の公平性、③制度運営の効率化、に関して比較してみた。

まず、医療費の抑制に関しては、独立保健方式では大きな効果が期待できる。これは、毎年計上された予算の枠内で制度を運営する必要があるためである。かかりつけ医への登録義務に加えて、仮に、当初予想された以上に医療サービスが供給された場合には、上回った分だけ診療報酬の単価を引き下げる（例えば、高齢者に係る報酬点数の総計が当初の予想を1割上回った場合、報酬点数の単価を1点10円から9円に引き下げる）等により、高齢者の医療費を予算内に抑えることが求められる（注5）。一方、リスク構造調整方式では、医療費の増加が保険料の上昇につながるため、独立保健方式では希薄なコスト意識が適正化される。これにより、過剰受診の抑制を通じた無駄な医療費の削減は期待できるが、その効果は独立保健方式に比べて小さいと判断される。

次に、世代公平の観点からは、受益・負担両面で高齢者を現役世代と等しく扱うリスク構造調整に軍配が上がる。独立保健方式の場合、高齢者は受益に際して制約を受けるので、高齢者に不利益との見方もあろう。しかし、高齢というだけで医療が公的に保障されていることに加えて、受益に際してコストに見合った負担を支払わないことを勧案すると、世代間で不公平な面は否定できない。

さらに、制度運営の効率化については、リスク構造調整方式でより強いインセンティブが働くことが期待される。これは、リスク構造調整方式では保険者の財政責任が客観的・定量的に評価できるのに対して、国であれ地方であれ、政府が運営主体になる独立保健方式では、財政責任が曖昧になる傾向が強いためである。一般会計からの繰り入れを常套手段として財政赤字を放置してきた現行の市町村国保をみれば明らかであろう。

このように両案は互いにメリットとデメリットを併せ持つが、その他にも、実際の制度設計に際して解決すべき課題もある。

具体的には、独立保健方式では、所得によって受けることのできる医療に差が生じるという、新たな世代内格差を生む懸念がある。負担能力のある高齢者は、自由診療のもとで何の制約もなく医療を受けることができるためであり、このような階級化に対して高齢者の理解を得る必要がある。また、資力に応じて負担を求めため、本人のみでなく家族にも資力調査を行う必要があり、プライバシー保護の観点から問題は少なくない。さらに、高齢者のみに受診制約を課すことに関し、倫理上の問題も解決しなくてはならない。

一方、リスク構造調整方式では、100%の所得捕捉を可能とする環境整備が求められる。また、高齢者については大幅な負担増が不可避であるが、このことについて高齢者の理解を得る必要がある。さらに、国保財政の赤字を一般会計からの繰入金でカバーすることが常態化している市町村国保に対して財政責任を求めることが可能になるよう、市町村国保の体質改善も不可欠である。

(2) 医療費そのものを抑制する視点

医療費を抑制するには、後期高齢者医療制度の見直しに加えて、受診行動の適正化や給付内容の再検討、過剰投資の抑制等を通じて、そもそもコストが膨らみにくい構造に体質改善することも求められる。

具体的には、まず受診行動の適正化については、高齢者だけでなく現役世代についてもかかりつけ医制度の普及・定着が課題となる。保険証を提示すれば地域や医療機関の規模、診療科に関係なく受診することのできる現行のフリー・アクセスは、患者に多様な選択肢を保障するものであるが、重複受診や重複検査の温床になっているとの指摘もある。特定の医師に初診を限定すれば、受診行動の適正化を通じて不必要な診療や検査が是正される結果、無駄な医療費を削減する効果が期待できる。また、患者にとっても、継続的・一元的に自身の健康状態をチェックしてもらえ、複雑化・専門化が進む医療界の道案内を受けることができる、等のメリットも期待できよう。

次に、給付内容については、風邪薬をはじめOTC医薬品（医師の処方なしに薬局で購入できる医薬品）で代替可能な薬剤の給付率を引き下げる等、必要度に応じて給付率を複数段階で設定することが挙げられる（注6）。また、保険給付対象を選定する際に、これまでの安全性と有効性に加えて、費用対効果の評価基準を取り入れる等の対応も求められよう。

さらに、高額医療機器等の計画的な配置である。現在、医療機関の判断に一任されている。しかし、わが国の人口当たりMRIやCT設置数は先進国内で突出しており、稼働率の低さも指摘されている。また、設備投資に係る負担が医療機関の経営を大きく圧迫しており、医療サービス価格の押し上げ要因になっている。病床については来年度から「地域医療構想」のもとで機能別の再編が始まることを勘案すると、高額な医療機器についても地域医療構想のもとで計画的に配置されるべきと考える。

(3) 持続的な経済成長の確保

負担能力の持続可能性を確保するためには、上記の分子である医療給付費の抑制に加えて、分母である所得の持続的な拡大を実現する必要がある。

具体的には、AIの活用や規制改革の推進等を通じて生産性を高めると同時に、税や社会保障に係る企業負担のあり方を見直し、企業の国際競争力を強化する視点が求められる。特に社会保障については、

今後保険料率が上昇し続けるなか、企業負担の持続的な増加は必至である。海外では、企業の負担を政策的に低く抑えることで国際競争力の強化が図られている（医療保険の場合、フランスでは被用者の12.8%に対して企業は0.75%、ドイツでは被用者の8.2%に対して企業は7.3%）ことを勘案すると、わが国でも企業負担の望ましい在り方を様々な観点から考える必要があるだろう。

また、今後一段の減少が見込まれる労働力については、働き方改革を通じた人材の有効活用や子育て・介護との両立を可能とする環境整備に引き続き取り組むことが求められる。

加えて、将来のわが国の支え手である将来世代の育成も重要な視点である。現在、保育の受け皿の拡大や保育・教育の無償化をはじめとする子育て支援が進められているが、出生率引き上げの観点からは不十分との感は否めない。少子化の要因として、未婚化・晩婚化といった社会的な要因に加えて、トータルで2,000万円ともいわれる子育てに係る費用を負担できないという経済的な要因も指摘されている。加えて、いったん出産・子育てのために休職した場合、職場復帰が容易でないケースが多い等、休業に伴う機会費用の存在も無視できない。このようにみると、少子化に歯止めをかけるためには、保育以外のステージでも様々な対策を打ち出す必要があるだろう。

最後に、団塊世代が75歳以上になる2025年度を目前に控え、社会保障制度の見直しは待ったなしである。とくに75歳以上を後期高齢者として優遇する医療制度の抜本改革は焦眉の急といえよう。わが国の医療制度が制度疲労を起こしていることはこれまでもたびたび指摘されてきたが、真の抜本改革が先送りされた結果、制度の持続可能性を確保するには大きな負担増を伴うドラスティックな改革を断行する以外に策がない状況に陥っている。政府だけでなく国民にも決断が迫られているといえよう。

(注4) 「保健」としたのは、税を財源に政府によって運営されるイギリス医療制度が、国民保健サービス（NHS：National Health Service）と呼ばれることによる。

(注5) 実際、1990年代初めまで医療費に予算制を適用していたドイツでは、診療報酬の単価を調整することで予算が管理されていた。

(注6) 例えば、フランスでは、がんや糖尿病等の重篤な疾患で長期の服用が必要な薬剤は100%、抗生物質等の重要な薬剤は65%、急性疾患の治療に必要な薬剤は35%、医療効果が低いとされる薬剤は15%、その他は0%の5段階で償還率が設定されている。

(2017. 12. 4)

参考文献

- [1] 柴田洋二郎 [2017]. 「フランスの医療財源の租税化」『JRIレビュー』Vol.9, No.48
- [2] 飛田英子 [2017]. 「介護保険制度見直しの方向性—世代会計の試算結果を踏まえて—」『JRIレビュー』Vol.11, No.50
- [3] 吉原健二・和田勝 [1999]. 『日本医療保険制度史』東洋経済新報社