

社会保障と財政

—医療制度改革を中心に—

田 近 栄 治

1. はじめに

公的年金、医療、介護の給付が増大している。これらは、保険料を財源とする社会保険制度であるが、増大する給付に保険料収入が追いつかず、給付額と保険料収入の間を埋めるものとして公費が増大している。公費といってもその財源の裏付けがあるわけではなく、要するに税金や国・地方の借金（公債）のことである。その結果、日本の財政問題は、社会保障に政府がどのように関与するかがきわめて重要な問題の一つとなっている。

この論文はこうした日本の社会保障と厳しい財政状況を前にして、次の二つの課題について考えることを目的としている。まず第1の課題は、増大する社会保障支出が財政運営をどれほど厳しくしているかを示すことである。これを最近の財政資料を使ってできるだけわかりやすく示したい。第2の課題は、社会保障を運営するうえで公費への依存がどのようにして増大しているかを説明した上、医療保険に焦点を当てて、増大する公費負担にどのようにして立ち向かうかを考えることである。

増大する公費への対処方法の一つは、医療給付額を下げることによって、公費負担をコントロールすべきであるというものである。いわば総額抑制である。実際、こうした考え方に基づいて、わが国ではさまざまな医療制度改革が行われている。第2の対処方法は、国民健康保険、協会けんぽや組合健保などからなる医療保険者の機能強化を通じて公費をコントロールしようとするものである。具体的には、国が医療保険者に支払う公費はかかった費用に応じるのではなく予算制にして、それによって保険者が医療機関に対して診療の適正化・

効率化を求めるようにするものである。

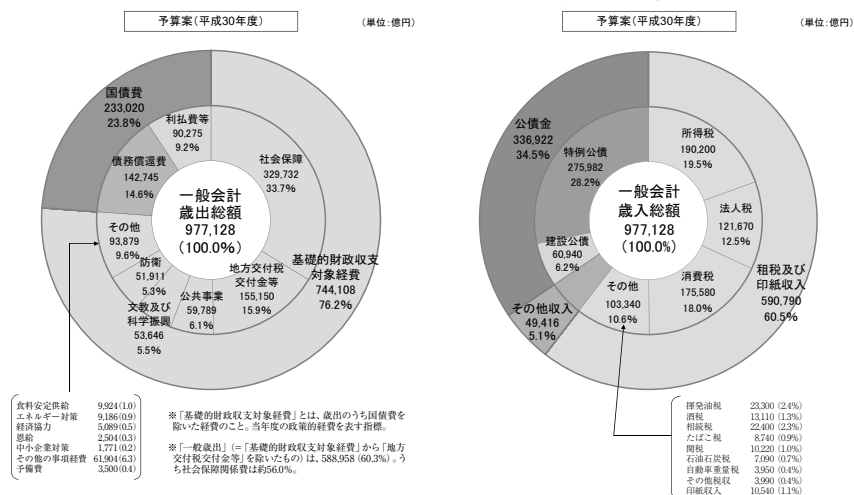
この仕組みでは、公費負担は事後的に決まった医療費ではなく、事前に取り決めた給付費を基に決定されることになり、より適切にコントロールすることが可能となる。もちろん、増大する公費に対する二つの対処方法は補完的であり、矛盾するものではないが、公費をかかった医療給付額をもとにした事後的精算から見積もり額に基づく事前的精算にすることで、医療に対する公費をより透明性のあるものとするができる。これはまた社会保障を源とする日本の厳しい財政をより予測可能なものとする。

以下第2節では、社会保障関係費が日本の財政の最大問題となっていることを示す。第3節では社会保障関係費、すなわち社会保障財源の一部を構成する公費が増大している様子を示し、その理由について考える。第4節と第5節では医療制度を取り上げて、保険制度における公費の仕組みとその適切な管理について考える。

2. 財政運営を困難としている社会保障関係費

ここでは、社会保障が日本の財政運営の最大の問題となっていることを示す。以下では、2018年度の国の予算をもとに社会保障関係費の現状を見ていくことにする。図1は国の一般会計の歳出と歳入を示したものである。

図1 国の一般会計歳出と歳入総額(2018年度)



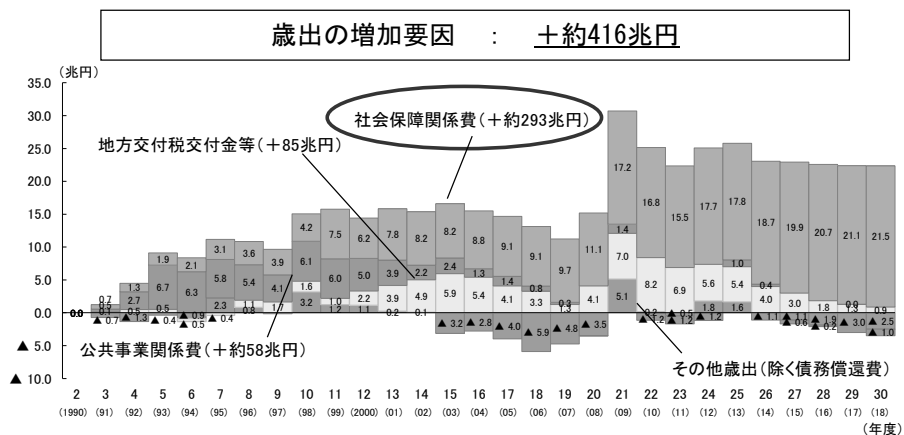
(出所) 財務省、「日本の財政関係資料」、1 - 2 ページ、2018年3月

図に示されているように、2018年度の国の歳出と歳入総額は97.7兆円である。国民総生産額(GDP)は概ね530兆円なのでその18%程度となっている。歳出のなかの最も大きな項目は国債の償還や利払いである国債費であるが、これは資金のやり取りであり、国の活動を示すものではないので歳出総額から除くと、国の歳出額は74.4兆円である(基礎的財政収支対象経費)。さらにそのうち、地方交付税交付金等は国から都道府県や市町村への財源移転であるのでこの部分も除くと、国本来の歳出は58.8兆円となる。この歳出額のことを一般歳出と呼んでいる。

堅苦しい財政用語であるが、国の一般歳出とは要するに、国の仕事を反映した歳出額のことである。図1からまず気がつくのは、国の一般歳出の58.8兆円に対して社会保障関係費は32.9兆円、すなわち国の活動総経費の56%となっていることである。社会保障関係費とは公的年金、医療、介護や生活保護などに対する国の負担額であるが、それだけでの経費総額のほぼ60%にもなっている。国はその残りで教育、公共投資、防衛、経済協力、食の安定供給を行わなければならない。将来を見据えた戦略的な財政運営が困難な状況となっていると言ってよいであろう。

それだけではない。社会保障関係費がその他の予算を圧迫している。図2は、1990年度から2018年度にかけての国の歳出の増加要因を示したものである。バブル崩壊後の1990年代では景気浮揚を目的とした公共投資がさかに行われた。その後、公共事業の借金返済の財源として、また地方活性化を目的

図2 1990年度末から2018年度末にかけての歳出の増加要因



とした地方交付税交付金が増大する。しかし、最近になると歳出増加はほぼ全額社会保障関係費となっていることがわかる。1990 年度から現在に至るほぼ 30 年間にわたって、社会保障関係費と一時期の公共事業と地方自治体支援を除いて、その他の歳出に変化はないか、減少となっている。

こうした限られた財源のなかでの予算運用にあたっては、慣例に従った予算ではなく、将来を見据えた機動的な歳出改革が求められる。しかし、すでに指摘したように、増え続ける社会保障関係費が戦略的な財政運営を難しくしていることは否定できない。

以上、国の歳出のなかで、社会保障関係費がいかに大きな規模となっているかをみた。以下では、歳出を支える財源の観点から社会保障が非常に大きな負担となっていることを指摘する。子ども・子育て、医療、介護と年金の社会保障 4 経費の財源として消費税が充てられている。しかし、消費税だけでは必要な費用をまかないきれないこと明らかである。そこで、おおざっぱな計算であるが、2018 年度の予算をもとに国の社会保障関係費を国の基幹税源である所得税・法人税と消費税でまかなうという試算を行う。

所得税、法人税と消費税の収入はそれぞれ 19.2 兆円、12.1 兆円および 17.5 兆円である。その合計額から、地方交付税として定められた地方への配分額である 14.6 兆円を引くと、主要 3 税のうち国に残る額は 34.1 兆円である。これに対して、2018 年度の社会保障関係費は 32.9 兆円である。

したがって、国は所得税、法人税と消費税を全部社会保障関係費に充てても残るのはわずかに 1 兆円程度である。国のその他の税収はほぼ 10 兆円である。そして（借金を除く）税以外の収入 5 兆円を加えても、社会保障関係費以外に使える財源は 16 兆円程度である。

公共事業費、教育・科学振興費と防衛費だけでも 16 兆円を超えていることを考えると、社会保障関係費がいかに日本の財政運営を困難としているかがわかる。

上に述べたように予算の不断の見直しが必要なことは言うまでもない。しかし、活力ある社会、世界をリードする産業や科学技術、経済協力を通じる海外との密接な連携を強化するためには財政には余力が必要である。それに対して、増大した社会保障関係費が日本の機動的・戦略的な財政運営を困難としている現実を認識しておく必要がある。

3. 社会保障関係費はなぜ増大するのか

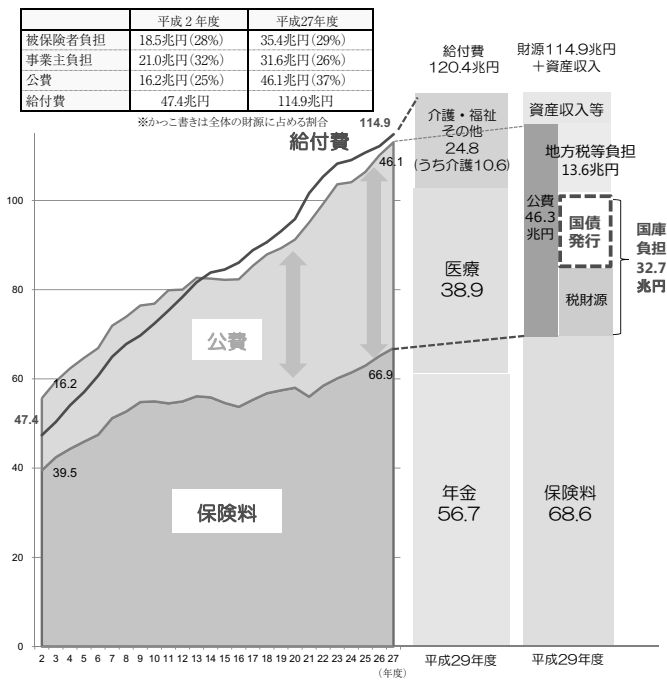
社会保障関係費が国の財政のもっとも大きな支出となっていることをみた。社会保障関係費は、社会保障に係る費用から個人の医療や介護の自己負担額を除いた「社会保障給付費」のなかの国（税金や国債）の負担した部分であり、公費負担とも呼ばれている¹⁾。公費は国と地方の負担からなるが、そのうち国の負担は国庫負担と呼ばれている。以下では、社会保障給付費の構成と推移について述べ、続いてその財源をみる。これによって、公費負担がどのようにして決定されるかみていくこととする。

図3は平成29年度（2017年度）の社会保障給付費の構成と財源、および平成2年度（1990年度）からの推移を示したものである。平成29年度の社会保障給付費の総額は120.4兆円であり、GDPの22%に達している。その構成は、国民年金や厚生年金など年金の給付額が56.7兆円、医療給付額が38.9兆円、介護保険給付額が10.6兆円である。これらは加入の義務付けられた社会保険であり、そのほか生活保護などの社会福祉費は税金によって14.2兆円給付されている。給付に占める割合をみると、年金、医療、介護の3つの社会保険の給付総額は106.2兆円で、全体のほぼ90%となっている。以下では、社会保障と国の財政な関りを主として社会保険を通じて考えていく。

社会保障給付費は平成2年度（1990年度）の47.4兆円から平成27年度（2015年度）の114.9兆円にまで大きく増加している。この間の毎年の伸び率は3.6%となっている。それを財源からみると、増大する給付費に保険料に追いついていない様子が明らかである。その結果社会保障給付費を賄う公費が増大している。図の左上の囲みに給付費に占める保険料（被保険者負担、事業主負担）と公費負担が示されているが、平成2年度から27年度の間、保険料の負担割合（被保険者負担、事業主負担の合計）は60%から55%に下がる一方、公費負担は25%から37%へと大きく増加している。

1) 社会保障給付費を支払いサイドからみれば、医療の場合、国民健康保険、協会けんぽや組合健保などの医療保険者から医療機関などへの支払額となる。これは医療に係った総費用から個人が負担した部分を除いた金額となる。保険者の財源は、保険者の収入である保険料と公費とからなっている。

図 3 社会保障給付費とその財源



(出所) 財務省、「日本の財政関係資料」、16 ページ、2018 年 3 月

これを平成 29 年度の社会保障の財源構成で見ると、保険料 68.6 兆円に対して公費負担は 46.3 兆円にも達している。公費負担のうち国の分である、国庫負担は 32.7 兆円となっている。これが図 1 の国の予算に示された社会保障関係費となっているのである。数字の上からは社会保障給付額のうち保険料で足りなかった部分が公費負担となっている。

以上、日本の社会保障給付費の 90% は社会保険による給付（年金、医療や介護給付）となっていること、その額は毎年増加を続けていること、その中で保険料の伸びをはるかに超えて公費が増大していることが分かった。すでに前節で述べたようにこの公費（社会保険関係費）が日本の財政運営を困難にしている最も重要な原因となっている。

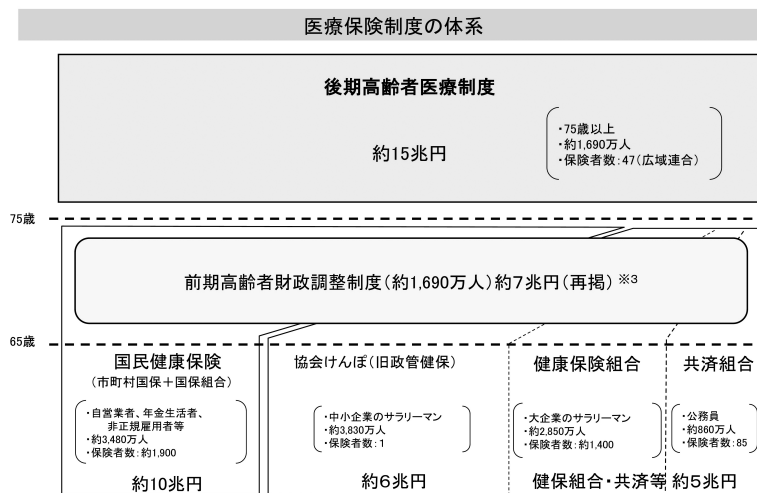
以下では、社会保障と財政の接点となる、社会保険における公費について議論を進める。日本の社会保険は年金、医療と介護などからなるが、論点をできるだけ明確にするために医療保険を中心として議論を進める。その中でも医療保険における公費のあり方を通じて、医療制度改革について論じることとした。

4. 医療保険における公費負担の仕組み

ここでは、まず日本の医療保険制度を概観する。続いて、各保険者が保険給付額をどのようにして支払っているか、すなわち、保険者の財源について述べる。以上を踏まえて、日本の医療保険における公費負担の仕組みと特徴を明らかにする。

図4は日本の医療保険の概要を示したものである。その特徴の一つは国民皆保険となっていて、国民は図に示された保険のいずれかに加入することが義務付けられていることである。保険者は（主として正規雇用からなる）被用者を対象とする協会けんぽ、健康保険組合および共済組合と被用者以外を対象とする国民健康保険とからなっている。日本の医療保険の第2の特徴は、年齢によって輪切りとなっていることである。すなわち、上に述べた保険の加入者の年齢は74歳までであり、75歳以上になると都道府県を単位とする後期高齢者医療制度に加入することになる。なお、多くの人は65歳から74歳の間は退職後の期間となり、国民健康保険に入るが、この間の医療給付額は被用者保険を含むすべての保険が負担することになっている（前期高齢者財政調整制度）。

図4 医療保険制度の概要



※1 加入者数・保険者数、金額は、平成29年度予算ベースのデータ。
 ※2 上記のほか、都道府県として退職者医療対象者約90万人がある。
 ※3 前期高齢者数(約1,690万人)の内訳は、国保約1,300万人、協会けんぽ約220万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

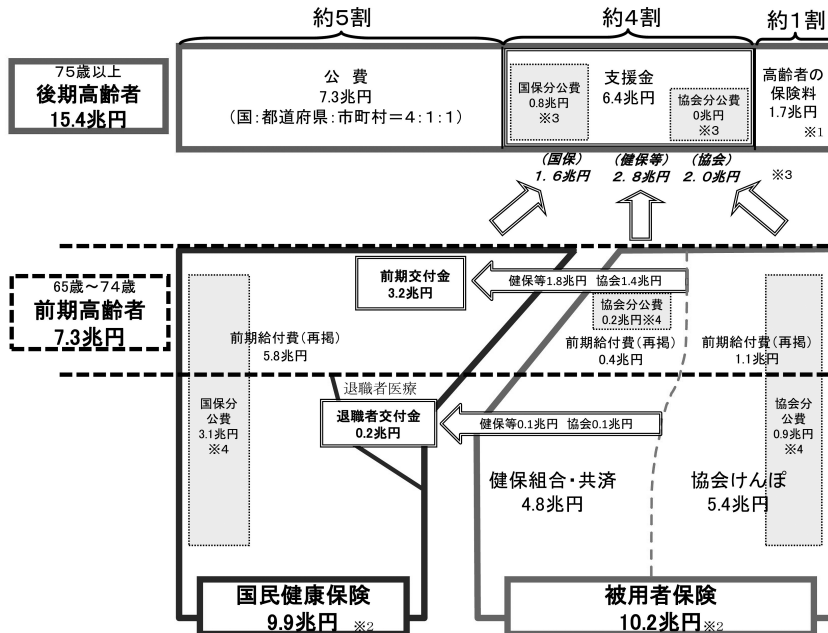
(出所) 厚生労働省、「我が国の医療保険について」、厚生労働省ホームページ。

医療保険の財源は図5に示されている。多くの情報を含んだ複雑な図となっているので、ここでの関心である公費に着目して、給付に占めるその割合について述べる。まず国民健康保険では、給付の50%が公費となっている。その内訳は国負担分が41%、都道府県負担分(調整交付金)が9%となっている。実際はこのほか保険料部分についても、保険者である市町村の負担軽減のためにさまざまな措置がなされている。被用者保険では、協会けんぽの給付額の16.4%に対して国庫負担がなされている。健康保険組合と共済に対しては、国庫負担はない。

なお前節で述べたように医療給付費は保険者から医療機関への支払額であり、かかった医療費ではない。医療費全体の負担としてはこのほか、個人の自己負担分があり、原則として70歳未満まではかかった医療費の3割、70歳から74歳までは2割、75歳以上は1割となっている²⁾。

財源からみてもっとも多くの措置がなされているのが、後期高齢者医療制度

図5 医療保険制度の財源構成(医療給費・平成29年度予算ベース)



※1 後期高齢者の保険料は、低所得者等に係る軽減分を考慮していない(保険料軽減措置や高額医療費の支援等の公費0.5兆円を含む)。
 ※2 国民健康保険(9.9兆円)及び被用者保険(10.2兆円)は、各制度の給付費を示しており、他制度への納付金や支援金を含まない。
 ※3 各医療保険者が負担する後期支援金及び当該支援金に係る公費は、後期支援金に係る前期財政調整を含む。
 ※4 国保分公費は、保険料軽減措置等に係る公費を除き、協会分公費は減額特例措置(▲321億円)を除く。

(出所) 厚生労働省、「我が国の医療保険について」、厚生労働省ホームページ。

2) 70歳以上でも現役並みの所得のある場合には自己負担の割合は30%となっている。

である³⁾。上に述べたように個人負担は原則 1 割であり、医療費から個人負担を除いた給付費が、後期高齢者医療制度から支払われる。その財源構成は図 5 の最上段の「後期高齢者」の行に示されている。給付額の 50% は国、都道府県と市町村からの公費で賄われている。残りの 50% のうち 40% は国民健康保険や被用者保険からの支援金であり、このうち国民健康保険からの支援金の 50%、および協会けんぽからの支援金の 16.4% は公費負担とされている。給付費の 10% は高齢者の保険料でまかなわれることになっているが、負担軽減のために公費が充てられている。

以上が日本の医療制度において国、都道府県や市町村から保険者に支払われる公費である。財政面から重要と思われる特徴をまとめると以下の通りである⁴⁾。

- ・国民健康保険と協会けんぽの給付額のそれぞれ 50% および 16.4% は公費負担である。
- ・後期高齢者医療制度では給付額の 50% は公費負担である。
- ・後期高齢者医療制度への国民健康保険と協会けんぽからの支援金のそれぞれ 50% と 16.4% は公費である。

このように日本の医療制度における公費は、国民健康保険、協会けんぽ、および後期高齢者医療制度の給付額の一定割合となっていることが特徴の一つである。そのほか国民健康保険や後期高齢者医療制度では、低所得者支援として被保険者（加入者）の所得に応じて保険料を軽減する措置があるが、日本の医療制度における公費負担の特徴は、特定の保険者に対して給付費の一定割合を直接支払うことである。

医療制度における公費の第 2 の特徴は、一人当たり医療費の増大する後期高齢者医療制度で手厚くなっていることである。年齢別一人当たり一年間にかかる医療費は、平均 23 万円であるのに対して、65 歳以上では 54 万円、75 歳

3) 後期高齢者医療制度の説明としては、厚生労働省、「後期高齢者医療制度について」がある。
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02d-35.html>

4) 医療保険の財源である保険料、公費負担の全体像としては、健康保険組合連合会 (2017) の「73 医療保険制度における財政移転」(158 - 159 ページ) が参考になる。

以上では 68 万円である⁵⁾。したがって、公費負担は高齢化によってさらに増大する仕組みとなっている。

第 3 節では増加する社会保険給付費に対して保険料が追い付かず公費が増大していることをみた。しかし、これはたんに保険料で足りない分が公費負担となったのではなく、公費自身が給付費の一定割合となっていて、さらに一人当たり医療費の高い後期高齢者医療制度の公費負担率がより高く設定されていることから生じている。

財務省の資料によれば、2005 年度から 2015 年度の間の国民医療費の推移のうち、公費が 36% (12.1 兆円から 16.5 兆円) 増大しているのに対して、保険料は 27% (16.2 兆円から 20.7 兆円)、個人負担は 9% (4.8 兆円から 5.2 兆円) 増加している⁶⁾。このように医療費が増加するなかで、その財源として公費が保険料や個人負担よりはるかに高い率で増大する仕組みとなっているのである。

以上みてきたように、わが国の医療制度における公費コントロールの難しさが増している。その困難さについて、国の予算などについて審議を行っている財務省、財政制度等審議会 (2018) は次のような指摘を行っている。「公費負担については、通常、国の政策は、施策の必要性、妥当性、費用対効果等を精査して編成された予算により歳出権が与えられ、その範囲内で執行される。しかしながら、医療・介護などの義務的経費は、患者等に実際にサービスが提供されて生じた給付費に応じて国庫負担が決まる。いかなる理由であれ給付費が増加すれば、それに応じて財政負担も自動的に増加する仕組みとなっており、予算の範囲内で執行額をおさめるという意味での財政規律が働く仕組みとはなっていない⁷⁾。」

財費用語が多くてわかりにくい表現となっているが、ここでの主張は、日本の医療を含む社会保障における公費は予算の範囲に収めることができないというものである。それはうえにみてきたように、「給付費に応じて国庫負担が決まる」ため給付費が増加すれば、それに応じて「財政負担も自動的に増加する仕組み」となっているからである。公費の予算を立てようにも、国は給付の一定割合を公費として支払うと約束しているため、そのコントロールはそのほか

5) 健康保険組合連合会 (2017), 年齢区分別 1 人当たり年間医療費, 16 ページ。

6) 財政制度等審議会・財政制度分科会, 「社会保障について」36 ページ, 2018 年 4 月 11 日。

7) 財務省, 財政制度等審議会 (2018), 17 ページ。

の予算と違って困難となるのである。

一方すでに、社会保障が日本の財政の最も重要な問題となっていることを指摘した。それでは医療における公費、すなわち医療に係る社会保障関係費をどのように見直していったらいいのであろうか。以下ではこの点について、取組の現状と改革の進め方について考えていくことにする。

5. 医療制度改革をどう進めるか

医療制度における公費をどのように管理していけばよいのであろうか。以下ではまず、医療給付費総額の圧縮を目指す政府の取組の現状について述べる。こうした取組みは、医療保険を柱の一つとする社会保障の持続可能性を高めるために当面必要な手段であろう。しかし、実際にかかった医療給付額の一定割合を国が負担するという仕組み自身を前提としたものである。また改革をリードするのは国である。これに対して、公費を「予算化」し、保険者が個人の代理人となって、医療機関や製薬会社などと交渉を行うことで、分権的に医療の質を高め、費用をコントロールすることを目指せないだろうか。

以上を念頭に置きつつ、医療に係る公費管理の現状から始める。前節で予算当局にとって、公費は「いかなる理由であれ給付費が増加すれば、それに応じて財政負担も自動的に増加する仕組みとなって」いることを指摘した。給付費の一定割合を公費で負担すると約束している以上、給付と財政負担は連動せざるをえないということである。これを前提として公費負担をコントロールするには、給付費自身を削減するしかない。そのためにはあらゆる手段を動員しなくてはならない。

実際、医療制度改革は現在こうした考え方に沿って進められている。図 6 は、医療・介護給付費を削減するための 3 つの視点である。視点 1 は、「制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）」。視点 2 は、「必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（公定価格と提供体制）」。視点 3 は、「高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく（給付と負担のバランス）」である。そして、図 7 はこれらの視点を踏まえた具体的対応であり、図中◇はすでに政府の改革工程表に掲げられた項目であり、◆は新たな検討項目である。

各視点のねらいとそれを反映した改革項目の概要について述べる。視点 1 は医療保険の適用範囲（保険収載）を定めるべきという考え方で、保険適用にあたっては診療や医薬品の安全性・有効性に加えて、費用対効果も踏まえるべきだとしている。また、少額の外来医療や町の薬局で買えるような薬など、小さなリスクは自助で対応するべきとしている。視点 2 は医師・医療機関、製薬会社や調剤薬局への支払い価格となる診療報酬、薬価および調剤報酬の適正化を求めている。また、「医療提供体制の改革」として、都道府県が地域医療構想に沿って、高度急性期・急性期から回復期や在宅医療等に大幅な医療機能の転換を進めていくべきだとしている⁸⁾。

視点 3 は年齢ではなく、能力に応じた給付と負担のバランスを求めるもので、後期高齢者の自己負担の引上げ、介護保険サービスの利用者負担の引上げなどが具体的項目に掲げられている。また、高齢化と医療の高度化が進むなか、保険からの支払い（保険給付率）が増大し、支え手である現役世代の保険料負担が増している。それを抑えるために、患者自己負担の引上げなどによって、保険給付率を自動的に引き下げること新たな検討事項の一つとして掲げられている。

図 6 医療・介護制度改革の視点

<p>視点 1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）</p> <p>① 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」 新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加えて経済性・費用対効果を踏まえて公的保険で対応する仕組みとしていくべき。</p> <p>② 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」 少額の外来医療、OTC類似薬の処方など、「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することすべき。</p>
<p>視点 2 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（公定価格と提供体制）</p> <p>① 「公定価格の適正化・包括化」 診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を考慮して、できる限り効率的に提供するよう、診療報酬・薬価の適正化等を進めるべき。</p> <p>② 「医療提供体制の改革」 これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で、必要なサービスを過不足なく効率的に提供していくため、医療提供体制についての都道府県を中心とするコントロールの仕組みを整備・充実していくべき。</p>
<p>視点 3 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく（給付と負担のバランス）</p> <p>① 「年齢ではなく能力に応じた負担」 団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに、世代間の公平の観点も踏まえ、「後期高齢者の窓口負担の引上げ」などの改革を実施すべき。</p> <p>② 「支え手減少下での医療費増加に対しても制度の持続可能性を担保」 負担の先送りを解消していくとともに、支え手の負担能力を踏まえつつ、給付を見直していくことで、医療保険制度を持続可能なものとする道筋をつけるべき。</p>

(出所) 財政制度等審議会・財政制度分科会、「社会保障について②」3 ページ、2018 年 4 月 25 日。

8) 財政制度等審議会・財政制度分科会、「社会保障について」76 - 79 ページ、2018 年 4 月 11 日。

図7 視点を踏まえた具体的対応

視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）			
高度・高額な医療技術や医薬品への対応		大きなリスクは共助、小さなリスクは自助	
◆ 保険収載の在り方	①	薬剤自己負担の引き上げ	③
費用対効果評価の活用	②	受診時定額負担の導入	④
		◆ ケアマネジメントの質の向上と利用者負担	⑤
		要支援者へのサービスの介護予防等事業への移行	⑥

視点2. 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（公定価格と提供体制）			
公定価格の適正化・包括化		医療提供体制の改革	
◇ 急性期病床の適正化（診療報酬改定）	⑦	地域医療構想の推進	⑫
薬価制度の抜本改革	⑧	◆ 外来医療・高額医療機器の配置等へのコントロール	⑬
調剤報酬の改革	⑨	◇ 地域別診療報酬の活用	⑭
◇ 慢性期病床等の転換	⑩	保険者機能強化のためのインセンティブの活用	⑮
在宅と施設の公平性の確保	⑪	頻回のサービス利用へのチェックとサービスの標準化	⑯
		在宅サービスについての保険者等の関与の在り方	⑰
		◆ 介護事業所・施設の経営の効率化	⑱

視点3. 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく（給付と負担のバランス）			
年齢ではなく能力に応じた負担		支え手減少下での医療費増加に対しても制度の持続可能性を担保	
後期高齢者の窓口負担	⑲	◆ 医療保険の給付率を自動的に調整する仕組みの導入	㉓
◆ 介護保険の利用者負担について	㉑		
金融資産等を考慮に入れた負担	㉒		
◆ 現役並み所得の判定方法	㉔		

◇は「経済・財政再生計画 改革工程表2017改定版」に掲げられた改革項目についてさらに検討を進めるもの、◆は新たな検討項目。それ以外は「改革工程表」にすでに記載されているもの。

（出所）財政制度等審議会・財政制度分科会、「社会保障について②」4 ページ、2018 年 4 月 25 日。

以上が、増加を続ける医療制度における公費に対する政府の取組みである。医療給付費の総額を抑制するためのあらゆる手段がここにあると言ってもいいであろう。日本の医療制度、そのなかでも公費の仕組みを前提とすれば、こうした政府主導のややもすれば計画経済的な改革を進めることは、現状においてはやむを得ないであろう。

しかし、日本と同じように医療制度を社会保険方式によって運営しているオランダやドイツでは、日本よりもっと個人の選択の範囲が広く、保険者のより自主的な判断と行動に委ねる仕組みとなっている。オランダを例にすれば、医療保険は国民皆保険であるが、保険者はすべて民間保険会社であり、日本のように個人がどの保険に入るかに関して、職種の制約も年齢による輪切りもない。また、個人は保険者を選択でき、またどの保険者を選択しても、保険者から加入を拒まれることはない。

政府は事後的に決定される各保険者の医療給費の一定割合を受身的に負担するのではなく、各保険者の医療費を事前に推計し、それに基づいて国民全体から集めた医療保険料を原資として、保険者の費用の一定割合を負担する仕組みとなっている。これによって、日本流に表現すれば、「公費」（政府から保険者への支払い）は完全に予算化されている。

各保険者の医療費の事前推計は、それぞれの保険者が抱える加入者の「リスク構造調整」により標準的な医療費を求めることによっているが、実際どのようにそうした調整を行うのか、また保険者が支払う医療費のうちどれだけをリスク調整に基づく事前払いとするのかなど、制度の実際の運用にあっては検討すべきことも多い。しかし、こうした点はすでに概ね合意が形成されているか、あるいは改善が進められ、保険者は医療というマーケットでその機能を発揮している。また、保険者競争とリスク構造調整に基づく、オランダやドイツの医療制度についてはすでに多くの解説もある（バン・クリーフ (2012)、松本 (2012)、田近・菊池 (2012a, b)、小塩・田近・府川 (2014) など）。これらの文献やオランダやドイツの経験を踏まえて、ここで主張したいことは以下のとおりである。

- ・医療機関などから保険者に請求される実際の（すなわち事後的）医療給付費に基づくのではなく、リスク構造調整によって事前に見積もられた給付費に基づいて公費負担を行うことは可能である。これは一朝一夕に実現できるわけではないとしても、公費の予算化を実現することができる。
- ・公費が事前に推計された医療費に基づいて支給されることになれば、各医療保険者は自ら集める保険料と支給される公費の範囲で保険事業を運営できるように経営の効率化を強化するであろう。
- ・一方、個人は保険者の選択をすることができるので、保険者は医療サービスの質に対しても責任を持たざるをえない。
- ・逆に日本のように医療費推計にあたりリスク構造調整がなく、保険者に事後的な給付費に基づいて公費が支給される場合には、保険者の経営の効率化に向けた努力が十分発揮されない可能性がある。その結果、保険者は医療機関などから請求される医療費のたんなる支払い機関となってしまう。換言すれば、保険者機能が失われる。
- ・保険者機能喪失と表裏一体に生じるのは、保険運営の助けとなる国からの補助金への期待の高まりであり、これが公費への依存を一層強めることになる。その結果、公費のコントロールが困難となり、社会保障制度の持続可能性が損なわれる可能性が高まる。
- ・日本の医療の特徴の一つである「出来高払い」も保険者がその経営により敏感であれば、保険者と医療機関との折衝を通じて、「包括払い化」が進むは

ずである。これはまた、医師や医療機関が受け取る診療報酬が国によって集権的に決定されるのではなく、保険者と医療機関の代表の交渉を通じて分権的に決定される可能性が高まることを意味する。

- ・現在日本が進めている、国のリードによる医療費総額の適正化も公費管理の一つの方法である。しかし、その過程で保険者が医療の質を高め、公費に依存しないで自主的に医療費を適正化する努力を促す仕組みを作ることが重要である。これが当面、日本において医療費の総額管理と並行して、保険者機能を強化する道であると思われる。

6. 終わりに

本稿は社会保障と財政をテーマとして二つの課題について論じた。第1の課題は増大する社会保障関係費、すなわち社会保障に対する公費負担が、国の財政運営をいかに困難にしているか、その現状を示すことである。第2の課題は社会保障に係る公費負担が増大を続ける理由を説明した上、増大する公費負担にどのようにして立ち向かうかについて論じることである。第2の課題では医療制度にポイントをおいて議論することによって、その改革の進め方を示した。

第1の課題については、いくつかの指標を通じて、社会保障関係費が国の財政運営を厳しくしていることを示した。その一つは、国の活動を反映した一般歳出の60%近くが社会保障支出に充てられ、その他の予算の機動的・戦略的な運用が難しくなっていることである。第2の指標は、1990年度以来、現在に至る歳出の推移である。一時期、公共投資や地方への財源移転である地方交付税交付金が増大したが、最近では増大したのは社会保障関係費だけあり、他の予算はカットされてきた。ここでも社会保障関係費によるその他の予算へのしわ寄せが、財政運営を困難にしていることを看守できる。

第3の指標は、社会保障関係費を税収の範囲で賄うことができるかである。直観的な指標であるが、国の基幹税源である所得税、法人税と消費税をすべて投じることによって、社会保障関係費がどれほど賄えるかをみた。本年度(2018年度)予算による結果は、基幹3税を社会保障関係費に全額を投入しても、残るのはわずか1兆円程度である。この1兆円とその他税収および税外

収入とで、社会保障関係費以外のすべての歳出をまかなうことは到底不可能であり、国の公債依存を止めることはできない。

第 2 の課題ではまず、社会保障給付費に対する公費負担は、たんに増大する給付費に対して、社会保険料の収入が不足しているため、その穴埋めとして公費負担が増大したのではないということを指摘した。医療制度に基づいてこの点を具体的に検討したが、ここでのポイントは、公費は保険給付費の一定割合となっていること、そして、給付に対する公費の割合は、1 人当たり医療費の高い後期高齢者医療制度でもっとも大きくなっていることある。その結果、高齢化の進行にともない、医療における公費負担は、給付額よりも高い率で増大する。

増大する公費にどう立ち向かうか。公費の仕組みを前提とする限り、医療給付費を削減するしか方法はない。実際、現在進められているわが国の医療制度改革は、医療給付費の総額抑制のためにあらゆる手段を辞さないというものである。すでにみえてきたように、社会保障給付費への国庫負担が、国の財政運営を困難としている最も重要な要因である以上、国主導の医療費総額抑制の道を避けることはできない。

しかし、この改革の問題点は、保険者の自主的な判断を通じて医療費の抑制を図る視点ないしメカニズムが欠けていることである。仕組みの詳細は関連文献などに譲ったが、各保険者の抱えた加入者のリスク調整を行うことによって標準的な医療費、すなわち医療費の事前推計が可能になる。それによって公費を事後的な医療費に基づくのではなく、予算化することが可能となる。またその結果、保険者の医療費効率化に向けた自助努力が促進されることや、そのほかの面でも保険者機能が強化されることを指摘した。改革に向けてこの考え方は、すでにオランダやドイツの医療保険で実施されているものであることも指摘した。

医療制度改革は一朝一夕に実現できるわけではない。当面、日本では医療給付総額を適正化することによって公費を節減し、財政への負荷をできるだけ取り除くことが必要である。しかし、本稿の主張は社会保険に基礎を置く医療制度改革としては、それだけで改革が完結するわけではなく、各保険者の自主的判断を強化すること、すなわち保険者機能をより高めることによって医療の質を高めつつ、効率化を進めるべきであるということである。そのための準備をし

つかりと進めるべきである。

参考文献

- 小塩隆士・田近栄治・府川哲夫 (2014), 「日本の社会保障政策—課題と改革」, 東京大学出版会
健康保険組合連合会編集 (2018), 「図表で見る医療保険 平成 29 年度版」, ぎょうせい。
財政制度等審議会 (2018), 「新たな財政健全化計画等に関する建議」
田近栄治・菊池潤 (2012a), 「医療保障制度における政府と民間保険の役割：理論フレームと各国
の事例」, 『フィナンシャル・レビュー』, 第 111 号, 8-28 ページ
田近栄治・菊池潤 (2012b), 「日本の公的医療制度の課題と民間医療保険の可能性」, 『フィナンシ
ャル・レビュー』, 第 111 号, 29-47 ページ
バン・クリーフ (2012), 「オランダの医療制度における管理競争—前提条件と現在までの経験」,
『フィナンシャルレビュー』, 第 111 号, 74-89 ページ。
松本勝明 (2012), 「医療保険の公私関係 —ドイツにおける変化と今後の方向—」, 『フィナンシ
ャルレビュー』, 第 111 号, 90-110 ページ。

本稿は私立大学研究ブランディング事業「持続可能な相互包摂型社会の実現に向けた世界的
グローバル研究拠点の確立と推進」の成果の一部である。

(たちか・えいじ 成城大学経済学部特任教授, 一橋大学名誉教授)