

講演 2

# 高齢化と医療財政

## —持続可能な医療保険制度を目指して



明治大学政治経済学部教授

**加藤久和**

平成30年7月13日(金)  
10:40~11:50

講演2では、明治大学の加藤教授に「高齢化と医療財政」についてお話しいただいた。

加藤教授は、医療保険財政の逼迫化と国際比較による日本の医療の立ち位置に言及し、医療保険制度改革の方向性について解説された。そして、国民皆保険の素晴らしさと利点を強調し、今後も医療保険制度を持続可能なものにするためには、自己負担率を上げるべきだと主張。現在、平均12.3%の日本の自己負担率の低さを問題視した上で、医療はタダではないことを国民全体が自覚し、相応の負担を覚悟して次世代に“ツケ”を回さない改革を遂行すべきだと訴えた。

### 高齢化と社会保障財政

#### ●高齢化の深化

本日は、社会保障に関わる様々な問題をお話しします。

最初に、高齢化と社会保障財政についてお話しします。2015年の国勢調査では、人口は1億2700万人で、5年前に比べると約96万人減少しています。これは和歌山県1県分に相当します。2017年

から2020年にかけて、約120万~130万人、つまり青森県1県分ぐらい減少するのではないかとみられています。こういった人口減少とともに高齢化も非常に深刻になりつつあります。2年前の国立社会保障・人口問題研究所による将来推計人口は、今後50年間で人口の3分の1が減っていくだろうとのこと。

現在、75歳以上が8人に1人(13%)以上、85歳以上が4%です。50年後の2065年には75歳以上が4

人に1人、85歳以上が8人に1人になる予想です。

私は高齢化の深化と言っていますが、インパクトの大きさが徐々に変わってきています。いままでの高齢化は、65歳以上が増えてきて、年金をどうしようかという話でした。これからは、75歳以上が増えていき、医療をどうするかという問題になり、さらに85歳以上の人が増えると医療・介護はどうなるかの問題になります。65歳以上の高齢者はまだ働ける人も多いですが、75歳、85歳になるとそうはいきません。現在、日本人の平均寿命は男性81歳、女性87歳で、さらに延びていくでしょう。一方で、健康寿命は70歳代前半ぐらいです。

もう一つの注目点が、100歳以上の人口です。現在、100歳以上は約6万2000人で、50年後には55万人ぐらいになりそうです。これは、現在の鳥取県の人口(56万人)に匹敵します。

よく団塊の世代がすべて65歳を超えると、医療・介護は大変になるという2025年問題が取りざたされますが、これは始まりでしかありません。財務省の資料によると、75歳以上の人口は2030年まで増えていきます。2041年から2050年にかけては、団塊ジュニアが75歳を超えます。一方で、支え手である若者は減っていきます。

### ●急増する社会保障給付

社会保障全体では、医療だけでなく年金、介護、生活保護、あるいは雇用保険などの社会保障給付費がどんどん増えてきており、2015年で115兆円に達し、現在は120兆円ぐらいになっているはずで、対して、経済は伸び悩んでおり、さらに保険料だけでは足りないのが、公費で負担しています。景気の停滞等で税収入も減っており、公費の約3分の1は借金です。

年金と医療と福祉で見ると、以前は医療費が最も大きな割合を占め、次にそれが年金となり、最近はまだ医療費の占める割合が増えています。先ほど話した高齢化の意味が変わってきたことが要因です。

日本の医療制度は、諸外国に比べて非常に素晴らしい仕組みです。それは、もともとは医療保険という形で始まりました。年金もそうですが、保

険料ですべてを賄っていくというのが前提でした。ところが、現在、その前提が崩れ、公費負担部分が大きくなっています。となると、自分たちが負担する金額がどうなるのかを考えなければなりません。

2018年度の一般会計を見ると3つの特徴があります。1つは、歳出総額の3分の1が社会保障費ということです。一方、歳入内訳を見ると、税収分は3分の2で、3分の1は国債発行、つまり借金です。そのため、歳出では、4分の1を国債償還に当てています。まさに自転車操業です。現状、なんとか持ちこたえているのは、いろいろな形で日本が信任されているからですが、財政が厳しくなっていることは一目瞭然です。日本の借金の規模は、2018年でGDPの約230%です。数年前にギリシャなどで財政危機が起きましたが、ギリシャの債務状況は200%前後で、実は日本よりも軽い状況にあります。

こういった状況では、社会保障をできる限り見直していかなければなりません。そのためには、保険料を上げるという手がありますが、日本の場合、年金の半分と、協会けんぽでは健康保険の半分を負担している企業の負担が重くなり、経済へ大きな影響が及ぶという懸念があります。そこで、毎年、国が負担する社会保障関係費の増額分は年間5000億円までにとどめることを目標に掲げていました。しかし、2018年の骨太方針にはこの確約が盛り込まれていないのが心配なところです。

社会保障費を削る努力も必要ですが、私は個人負担を増やすことが必要だと思っています。命とお金を同列で語ることはあり得ないので、給付すべきものは給付していかなければなりません。そのためには、負担を増やすしかないのです。負担には2つの方法があります。公費で賄う方法と、例えば医療費なら、患者負担を増やす方法です。公費を増やすなら消費税を引き上げることです。ただし、消費税を10%にしても、社会保障費の赤字部分は埋まりません。20%以上まで引き上げないと、いまの社会保障を安定的に運営していくことは難しいという計算もあります。

厚労省の将来見通しでは、例えば、2018年度の

社会保障費は120兆円で、これが、団塊の世代全員が75歳を超える2025年は140兆円、団塊ジュニアが75歳に入っていく2040年は190兆円程度で済むとなっています。少し甘いような気がします。

一方、医療費は現状と計画ベースがあり、医療費を少し減らして、その分を介護費へ持っていくという話になっています。いま実際に使っている給付費が50兆円ですが、2040年には約90兆円になるという見通しです。このような状況の中で、さらに増えていくだろうという状況を考える必要があると思います。

まとめると、高齢化がさらに進み、結果として社会保障費が増え、すべての給付額を賄えないため借金(国債発行)が増えており、その結果として、経済全体にも様々な課題が出てきています。公共サービスの低下、教育費や公共事業費の削減も起きています。これから橋や道路などのインフラも老朽化するので、大きな課題になります。さらに、あまりにも政府が大きくなると、民間の経済を圧迫するとか、世代間の不公平という問題も出てきます。

### ●広がる「世代間格差」

5年くらい前、世代間の不公平について、いつ生まれたら、どれだけプラスか、あるいはマイナスかを議論したことがあります。中部圏社会研の島澤氏による2年前の試算によると、55歳から59歳あたりで、生涯に払う税金や保険料と、年金、医療、介護の給付額、さらに様々な教育支援などを含めた支給額を計算すると、ちょうどトントンになるそうです。つまり、1960年生まれ前後でトントンになり、それよりも上の世代は、払うよりももらう方が多くて、下の方の世代は、もらうよりも払う方が多くなっていくという状況です。

この話は、大きな批判を受けて「額は関係ない。助け合いなのだから、得か損かをあまり考えてはいけない」と言われました。

ただ、自分たちの子どもや孫、さらにはもっと下の世代のことを考えると、重い借金、重い負担を下世代にどんどん先送りするのはどうなのだろうかと個人的には思っています。高齢者にとっ

ては、もらい得といわれても、一生懸命頑張った結果でもあり、自分の権利です。一方の若い世代にとっては、ただ払うだけで自分にはもらえなくなるという心配があります。両者の言い分が理解できるだけに難しい問題でもあります。

## 医療保険財政の現状

### ●国民医療費の推移

次に、医療保険について考えてみましょう。まず医療費の推移ですが、年々増えてきており、すでに40兆円を超えています。1人当たりの医療費は33万円です。2000年のみ医療費がマイナス5600億円となっていますが、これは医療から介護へ計上の変更された分で、全体で見れば、減っているわけではありません。それ以降も増えています。全体の経済に占める規模も増えてきています。

年齢別で見ると、明らかに高齢者が使っています。一方、国民医療費の内訳を見ると、医療保険からの給付分と患者の負担分、高齢者の医療給付分、その他とあります。簡単にいうと、公費で出している部分と自己負担分に分けられるのですが、自己負担分は現在では医療費の12.3%です。実際には3割負担、2割負担といろいろありますが、医療には高額医療費制度があって、そういったところで頭打ちになるため、現在の自己負担率は12.3%です。2003年には15%あったのですが、それが減ってきているのです。その理由は、75歳以上の人が増えてきているからです。なぜなら、後期高齢者医療は原則1割負担だからです。つまり、1割負担の人数が増えてきているので、全体の負担率が減ったわけです。

一方、国民医療費全体と薬局調剤医療費の推移を見ると、薬局調剤費は7.9兆円なので全体の42兆円に比べれば少ない割合ですが、伸び率は少し高くなっています。

### ●年齢別で見た医療費

高齢化が医療財政にどう影響するかということで、1人当たりの医療費を年齢別に見ると、高齢者になるほど特に国庫負担の金額が増えているの



が分かります。言い換えれば、75歳以上は後期高齢者医療制度で負担が1割になるとか、75歳以上になると、介護費が急激に増えてくるということ、高齢化が深化すればするほど、より多くの公費負担が必要になる点に注目してください。

75歳以上の人の公費負担は65~74歳の人たちに比べても約5倍、若い人に比べれば約14倍にもなります。介護も65~74歳と75歳以上を比較すると、負担が約10倍です。ですから、高齢化ということだけでなく、その中身まで見ていくと、徐々に深刻化していることが分かるはずですよ。

年齢別医療費では、75歳以上が全体の35%、約3分の1で、65歳以上で約6割です。生涯の医療費は2700万円ですが、70歳前後、70歳以降と70歳未満で、だいたい生涯の医療費がちょうど半分になります。

国民医療費は今後どうなるかという、健保連が昨年9月に公表した将来予測では、2015年の42兆円から2025年は約57兆円に増えてくるだろうとのこと。先ほどの厚労省の推計では、2020年で50兆円弱です。全体の給付費推計なので、まったく同じ条件ではありませんが、個人的には健保連の推計のほうが合っている気がしています。

### ●医療費の地域別特徴

現在、医療費は西日本のほうが多くなっています。医師が多いからとか、ベッド数が多いからという説もありますが、全国平均は33万円です。高知県が最も高くなっています。

薬局調剤費についても西日本が多いのですが、東日本では東北地方が多くなっています。不思議なことに、薬で有名な富山県の薬局調剤費は少なくなっています。正確な分析はまだないのですが、地域ごとに格差があることは確かです。

### ●薬価等による医療費の抑制

調剤医療費も増えているので、厚労省や財務省はジェネリックを増やせと言っています。個人的には、ジェネリックも大事ですが、新薬に対する影響を考慮する必要があると思っています。ジェネリックばかり使っていくと、新薬を開発する意



持続可能な医療保険制度について話す加藤教授

欲がなくなってしまうのではないかと懸念があるからです。将来の技術力、開発力を維持するためにも、新薬にあまり影響を与えない形でのジェネリックの普及が大切です。日本のジェネリックは海外に比べるとまだまだ高価ですし、ジェネリックといっても、先発品とまったく同じ薬ではないということをもう少し説明してもいいのかなという気がしています。

ジェネリックの現在の使用率は約7割ですが、地域差が大きいのが特徴です。山梨や東京、千葉、神奈川あたりの首都圏が意外と低く、一方で、沖縄や九州の西部地域が非常に高くなっています。

医療費の増加については、2014年度までの増加理由は、診療報酬の改定と高齢人口の増加、それに特に高度化の影響が大きいと言われていています。高度化とは、高価な新薬、新技術、新治療法のことです。良い面もあるので、医療費を抑えるという目的のために、これらの進歩を阻害してはならないと思います。

財務省的には医療費抑制のために、今回の改定は、診療報酬本体では0.55%プラスで、薬価は1.36%マイナス、材料で0.09%マイナス、合計でマイナス1.45%になりました。薬価制度の抜本改革ではかなり引き下げられた印象です。

## 医療支出等の国際比較

### ●医療制度等の国際比較

日本では、医療費がどこにも多く使われているか

という、入院が非常に多くなっています。ドイツ、イギリス、フランス、米国と比べると、圧倒的に平均入院日数や人口当たり病床数が多いのです。一方で医師が少ないのが特徴です。注目すべきはMRIが多く、普及率が高くなっていることです。

これだけ高齢化が進んでいる日本の医療ですが、経済の規模から見ると諸外国と比較して突出して多いわけではありません。突出しているのは米国です。高齢化が世界で一番進んでいても、これぐらいで済んでいるということは、それだけ日本の医療は効率的なのかもしれません。

### ● 1人当たりの医療支出の国際比較

1人当たりの医療支出を見ても、高齢化がここまで進んでいるにもかかわらず、1人当たりではOECDの平均とそれほど離れていません。ただし、ここでの医療支出とは、設備投資なども含まれているので、日本でいう医療費とはニュアンスが少し違います。

医療支出を誰が負担しているのか、という点ですが、日本は個人の負担が非常に低いです。個人の負担割合はOECD全体では2割になりますが、日本は13%（2009年～2015年のデータ）。先ほどの数字とはデータベースが違うので単純には比較できませんが、世界的に見ても日本の個人負担の割合は少ないのです。医療財政の収入別構成比でも、日本の医療財政の収入の42%は公費、42%が

保険料になっています。

一方で、日本は医師が少ないのが特徴です。1人当たりの医薬品支出は、米国、スイスに次いで高く、医薬品支出の対GDP比を見ると、米国と比べて少し高くなっています。

## 医療保険制度改革の方向性

### ● 2018年度の改革の基本方針

では、日本の医療そのものがどこに向かっていくのかについてお話ししたいと思います。

先ほどもお話ししたとおり、2018年の骨太の方針の中には、今後の社会保障、医療をどうするかということが明確に出ていませんでした。社会保障と非常に関連している財政ですが、2020年度のプライマリーバランスの黒字化は諦めて、2025年度に黒字化をめざすということで、5年間、財政の健全化の目標を後ろに下げました。歳出カットの努力をしていきます。その中で、いままでは、社会保障費については毎年5000億円程度の増加にとどめるという言葉があったのですが、今回はありませんでした。実際はそうするという話は聞いていますが、文章では盛り込まれていません。薬価についても毎年改定の話が出ていて、2019年、2020年と行ってみて、今後、どうするのかを2020年度中に決定するようです。

薬価制度の抜本改革の中で、個人的に気になるのは新薬創出等加算の抜本の見直しです。素人ですが、果たしてこれが良いのかどうか、少し不安です。個人的には、新薬に関する開発インセンティブを低下させることは、日本の技術力の問題として、医薬業界だけでなく様々なところに影響してくるので、ここをただ単に安くすればいいという問題ではないと思います。戦略的という観点もあるので、新薬に対するインセンティブを減らすのはどうなのだろうかという気がしています。ジェネリック



真剣に耳を傾ける聴講者

については、ご存じのように、これからも増やす方針です。

今後、医療費は増えていきます。ただし、公費の負担が増加し、非常に厳しい状況になっているにもかかわらず、患者負担は増えないという問題があります。患者負担だけでなく、保険料やそれ以外の税収入などの問題もあり、患者負担はどうしても十分ではありません。そのため、国の借金ができてしまい、借金があるから医薬品も含めて医療費全体を下げなくてはならないという話になっています。そうではなく、患者負担を増やし、必要なものは必要な形で使えるようにしていくほうが大事だろうと思います。そういうことを考えていかなければならない時期に来たのではないのでしょうか。

### ●医療費の自己負担率

ここからは、財務省が何を考えているかというお話をしたいと思います。

繰り返しますが、自己負担率があまり高くないので、その負担率を考えていかなければならないという話があります。同時に、医療全体の効率化を進めていくときに、日本の医療制度そのものの自体を見直さなければならないという議論も出てきています。

日本の医療制度はすごくいい仕組みです。フリーアクセスでどこの医療機関にも行け、国民皆保険です。ドイツも同じような仕組みですが、ドイツは9割しか公的医療保険に入っていません。イギリスの場合は、NHSという国が医療をほぼ無料で提供する仕組みですが、実際は、かゆいところに手が届かない状況で、2割程度、民間の医療費がかかっています。そういう中で何を变えていくべきなのか。日本の良さをすべて消してしまっはいけません、大きな病院に自由に行けるフリーアクセスに関しては、私は大きな問題があると思っています。私も経験がありますが、あるとき大学病院へ検査に行かなければならず、朝9時半に予約したのですが診療は3時でした。まずは地域の医療機関で患者さんを管理する対策が必要かもしれません。

### ●皆保険の持続可能性

昨年のある新聞記事によると「いまの皆保険、いまのやり方で医療が持つか？」と医師にアンケートしたところ、半数が持続不能だと回答したそうです。つまり、いまの医療保険制度を維持していくことはとても無理だと医師の半数は思っているということです。そして、問題提起として、「フリーアクセスを見直すべき」「深夜の救急受診の費用を見直すべき」との意見がありました。さらに救急車有料化の問題もあります。

では、どのようにして負担を減らしていくかですが、財務省の考えでは、外来が多いということもありますが、非常に自己負担が少ない点を問題視していました。高額医療費制度による負担額の頭打ちもありますが、個人的には「定額負担」という考え方があると思います。これは、1回病院へ行ったら500円とか、最初だけ100円とか、患者が病院へ行った時点で払い、あとは医療費を例えば3割負担にするという考えです。

自己負担を考えると、私は原則として、ビッグリスクには手厚い医療や介護は必要だと思っています。一方、軽い病気、軽い介護に関しては、もう少し自己負担を重くしてもいいだろうと思います。大病を抱えている人は、精神的にも経済的にも厳しいのですから、高額療養費制度はできる限り維持していくべきだと思うのです。そのためにも、自己負担のあり方の見直しをしてほしいと思っています。そういう言い方をすると、多くの医師から「軽い病気か、重い病気かは、最初からは分からない」「窓口負担を多くすると、受診率が下がり、早期発見ができず、最終的に医療費が増えてしまう」という指摘も受けます。そのあたりはうまく調整する必要はあります。

診療報酬制度についても、いまは全国一律ですが、奈良県は「奈良モデル」として市町村ごとにこれを変えてみるとどうなのかと提案しています。今後、国民健康保険が都道府県化、いわゆる財政部分を都道府県化し、実際に担当するのはこれまでどおり市町村ですが、すべて同じというのはどうなのだろうかと、最近では奈良モデルがいろいろなところで議論されています。



## ●医療費のキャップ制約

一方で、キャップをかけるという議論がないわけではありません。2005年の骨太の方針の中で、医療費の増減率にキャップをかけるということを言っていました。ほかの国、オランダ、ドイツ、フランスなどは、実際にキャップをかけて運営しています。フランスの場合、上限額を3.6%とし、ずっと増えていったら3.6%を約半分の1.75%に抑えるといったキャップをかけています。

最近の大きな議論の中で、一般には3割負担なのに高齢者は1割、2割負担になるので、今度は医療保険の給付率を見直し、医療費が増えてきたときに、自動的に負担割合を増加させる仕組み、年金でいうところのマクロスライド制を入れたらどうかという議論もあります。

実際、医療保険の給付率を自動的に調整する仕組みの導入について2か月前にも大きな議論がありました。これも財務省が言い出したことで、給付率を自動的に調整するというのは簡単ではないだろうと思います。例えば、いままで3割負担だったものを31.5%にするとか100%の給付を98%の給付に下げるとかといったことですが、計算するのが大変です。年金のマクロスライド方式も、デフレが長くまったくスライドの仕組みが機能していません。世の中の仕組みを複雑化させると結局使わないということになりそうなので、いっそのこと1割ほど負担を上げるほうがいいと私は思っています。

## ●医薬品の高額化

オブジーボに代表されるような高額医薬品の問題があります。個人的には、必要な人に提供することは当然だと思っています。とは言いながら、その反面、負担をするという立場も考えなくてはなりません。今後、オブジーボだけではなく、いろいろな新薬が出てきます。末期がんでも、その高額医薬品により進行が押さえられるなら素晴らしいことですし、高額医薬品を使うことで命が助かる人たちがいるなら、そこは単に高いからやめようという議論でおしまいにするわけにはいきません。どうやって高額医薬品を使えるようにする

かが、非常に大事だろうと思っています。

## ●地域医療構想

今後は、医療と介護の一体的な改革をしていかなければならないということで、いろいろな問題があります。例えば、地域医療構想があります。何を行うかという、全体のベッド数を縮小していきます。特に急性期医療を縮小します。つまり、病院からベッド数を減らして、それに伴う患者を地域で支えていこうということなので、地域の介護・医療を確保していかなければなりません。地域医療構想により急性期病院のベッド数を約3分の1に減らします。回復期病院は増えますが、基本的には在宅医療、在宅療養を増やします。

要するに、地域における地域包括ケアシステムを含めた医療・介護をいかに提供していくかということになります。そこまでの道筋をきちんと出してもらわないと、ただ単に患者さんが外に出ていくだけの話になってしまうと思います。

地域包括ケアシステムがあり、在宅医療をどう進めていくのかというのが、これはまた違う世界の問題として、いろいろ議論していかなければならないのだろうと思っています。

## 今後の医療保険制度の在り方

個人的には、医療保険制度は、負担の問題と少子高齢化の問題をできる限り反映させないようにシステムを長期的に構築していくべきだと考えています。例えば、米国やシンガポールなどでは、個人で医療費用を積み立てています。シンガポールは年金も一緒に行っています。こうして、自分たちの医療費はまず自分たちで負担するのが前提で、もし足りなくなったら国が支援をする仕組みです。このように、自助、自己負担を強化しないと、持続可能な医療保険財政を維持するのは難しいだろうと思います。

医療費の増加は、国民の厚生を増加させている反面、負担も併せて行っていかなければならないと思います。「命かお金か」の二者択一の問題では決してありません。需要側にも課題があります。フ

リーアクセスの問題とか、不要不急な受診をいかに抑制していくかなどです。

日本の医療保険制度は素晴らしいし、高額療養費制度はビッグリスクの人に対する大きな支援になるので欠かせません。とは言いながら、持続可能な医療保険制度にするためにはどうすべきかを真剣に考える時期にきているのです。

## 質疑応答

**質問** 最近、社会保障の一つの手段としてベーシックインカムが話題になっていますが、これについての先生のお考えをお聞かせください。

**加藤** 個人的には、ベーシックインカムには反対です。一つは、1人10万円で換算すると、年間130兆~140兆円ぐらい費用がかかります。それを社会保障の年金や生活保護をなくしたとして、すべて賄えるかという、とても無理だからです。もう一つは、いま、フィンランドやスイス、デンマークなどでいろいろな実験を行っていますが、すべてネガティブな結果になっています。スイスでは国民投票で否定され、フィンランドでは実験をやめました。

最近では、AIの台頭で将来的に仕事がなくなって所得格差が大きくなっていくだろうとの見立てもあります。そうした社会情勢を鑑み、また日本の財政状況や労働意欲の問題などを考えると難しいと思います。

**質問** 今日のお話で、医師の半分が国民皆保険を

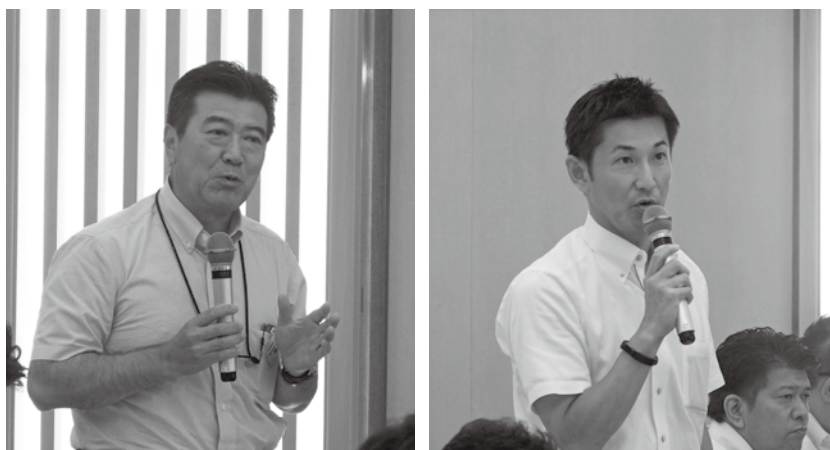
維持するのが難しいと回答したとのことで驚き、諸外国と比べて日本は医療費の個人負担が少ないということもよく分かりました。先生のご提言のように、負担を増やしていかなければならないと思いますが、選挙に負ける要因になるとのことで導入が本当にできるのか心配です。

**加藤** 保険料の負担だけではなく税の話も同じで、私は「消費税を上げろ」とあちこちで話しています。ある時に国会議員と討論をしたとき、「先生は、税率を上げることがどれだけ大変なことなのか分かっているのか？」と怒られたことがあります。政治家も個人の負担を増やさなくてはいけないことは皆、分かっています。ただ言えない現実があります。私にできることは、財政学者として、負担増の重要性を諦めずに主張し続けることだけです。選挙のたびに、シルバー民主主義じゃないですが、高齢者に対する負担が全部覆されてしまうという現実があります。

**質問** 今日のお話の中で、人口1000人当たりの医師数が少ないことに驚きました。しかし、医師を増やすと医療費も高騰しますし、働き方改革の問題や医局制度崩壊による医師の偏在問題もあります。医療費を抑制しながら、医師も増やしていかなければならないという課題をどうすれば解決できるのでしょうか。

**加藤** 満足に昼食も食べられないほど医師は忙しいという現実や偏在の問題は深刻です。例えば、地方で働くことを条件に国が授業料を安くするという方法も考えてみたのですが、ベストな解決法

はありません。ただ私たちは、医療はタダだと思てはいけません。やはり、お金がかかるもので、ムダにはいけないと自覚すべきです。また、すべて定額払いにするという方法もあるのですが、出来高払い、医師のインセンティブを高める効果があるので、こうしたことをバランス良く組み合わせる効率的な医療をめざしていくべきだと考えています。



加藤教授に質問する聴講者