

# 家計の社会保障負担増を抑えられるか

## ～求められる改革の規模と課題～

政策調査部 神田 慶司

### 要約

家計の社会保障負担は賃金の伸びを大きく上回るペースで増加しており、消費の抑制要因となっている。現行制度を維持した場合、実効的な社会保険料率である社会保障負担率は長期に上昇し、医療・介護における家計の社会保障負担率は2060年度で現在の約3倍に達すると見込まれる。

医療・介護分野では、改革工程表で2016年末までに結論を得ることとされていた項目を中心に、様々な改革が2017年から順次施行されることになった。ただ、保険料負担の軽減規模は所得対比でごくわずかである。際限のない社会保障負担の増加に歯止めをかけ、家計の将来不安を和らげて消費を活性化させるためには、現時点では具体的な議論まで進んでいないほどの大胆な改革をできる限り早く行う必要がある。特に、医療費の伸びのうち高齢化要因では説明できない「その他」要因を長期に抑制することが不可欠である。

必要な改革が遅れると、なし崩し的に問題が悪化していき、最終的には対処できなくなる恐れがある。家計の社会保障負担率の将来推計は、こうしたリスクが小さくないことを示唆している。将来の目指すべき姿から逆算的に必要な改革を議論し、実行に移す重要性は増している。

### 目次

- 1章 はじめに
- 2章 家計に重くのしかかる社会保障負担
- 3章 足元で進展する医療・介護分野の制度改革
- 4章 社会保障負担の増加に歯止めをかけるために

## 1章 はじめに

家計消費の活性化が重要課題となって久しい。1人当たり実質家計消費支出は1980年代に年率3.6%で増加していたが、資産バブル崩壊後の1990年代に同1.2%へ、デフレが定着した2000年代に同0.8%へ減速した。2014年4月の消費税増税の一時的な影響が含まれる2010～16年は同0.6%であり、伸び率はさらに低下している。1990年代以降、歴代内閣や日本銀行は累次の財政・金融政策、成長戦略を実施してきたが、いまだに十分な成果は上がっていない。

一般に、家計は現在の所得や将来の所得見通し、貯蓄とのバランス、資産の多寡、ライフイベントなどを勘案して日々の消費額を決めている。政府が経済対策によって家計の購買力を改善させ、消費を一時的に喚起することはできるが、消費の底上げを恒常化させるには、やはり所得の伸びを持続的に高めたり、将来に対する不安を和らげたりする構造的な取り組みが必要である。すなわち、企業による投資拡大や技術進歩の促進、出生率の改善、労働市場の流動化、都市機能の最大化などである。これらはいずれも何か一つの施策を実行すれば実現するというものではなく、様々な制度や規制の改革を積み重ねるなどして粘り強く進めるべき課題である。

中でも、人口減少・超高齢社会に対応した社会保障制度の構築は極めて重要である。国民皆保険・皆年金に代表されるわが国の社会保障制度は、傷病や介護、失業、長生きといった様々なリスクを社会全体でシェアし、一定の負担で良質かつ高度な医療を提供するなどして、国民生活の安定や健康寿命の延伸、経済社会の発展に寄与してきた。しかしながら少子高齢化の進展により、制度の支

え手である現役世代の負担はますます重くなる一方で、社会保障サービスの主な利用者である高齢者は増加している。社会保障負担の増加は現役世代の可処分所得の伸びを低下させ、直接的に消費を抑制している。また、それだけでなく、高齢化の進展に伴う将来の負担増や給付削減に対する不安や懸念も消費の抑制要因になっていると考えられる。

そこで本稿では、家計の社会保障負担の増加を抑えるために必要な改革の規模と課題について、定量的な分析をもとに検討する。まず、2章では家計の社会保障負担の現状を整理するとともに、現行制度が維持された場合の医療・介護の社会保障負担を将来推計する。3章では、足元で進展している医療・介護分野の制度改革について概観する。そして4章では、5つの施策を想定した「改革シナリオ」を提示し、家計の社会保障負担の増加を抑えるために求められる改革の規模と課題について述べる。

## 2章 家計に重くのしかかる社会保障負担

### 1. 家計の社会保障負担は租税負担を上回る

内閣府「国民経済計算」(SNA)によると、社会保障給付費は2015年度で101兆円と、1990年度から2.5倍に増加した。同期間に名目GDPは1.1倍の増加にとどまっているから、経済規模対比で見てもかなりの増加率である。65歳以上の人口が2.3倍に増加したことが主な理由であるが、医療費や介護費が高齢化以上のペースで増加した要因も大きい。特に医療費はその傾向が強く、近年の医療費の伸びのうち高齢化要因で

説明できるのは半分程度にすぎない。これについては4章で詳しく述べる。

社会保障給付の主な財源である社会保険料は、給付増を反映し、賃金の伸びを大きく上回るペースで増加している。図表1はSNAにおける家計の社会保障負担と所得税等の租税負担<sup>1</sup>を所得対比で示している。社会保障負担率は給与所得者や自営業者、年金受給者など様々な属性の人々が支払っている社会保険料の平均的な実効負担率とあってよく、1980年度では6%だったが2015年度には15%へ上昇している<sup>2</sup>。2000年4月に制度がスタートした介護の保険料負担は年金や医療に比べて小さいが、介護サービス利用者数が制度創設時から4倍近く<sup>3</sup>に増加するなど需要が非常に強いこともあり、保険料負担の増加ペースは年金や医療を上回る。一方で租税負担率は、資産バブル崩壊直後である1990年度の16%をピークに、2000年代初めまで低下した。所得の伸び

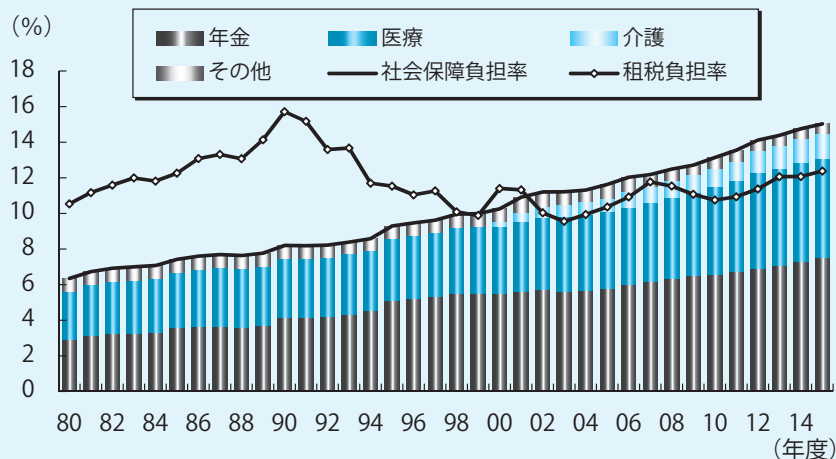
悩みや所得税率の引き下げ、デフレなどが背景にある。その後は景気回復等による雇用・所得環境の改善などもあって緩やかに上昇しているが、2015年度で12%と社会保障負担率を下回る。いまや家計は税よりも保険料を多く負担しており、保険料は可処分所得の伸びを抑制する主要因になっているといえよう。

給与所得者が加入する被用者保険では、原則として保険料を労使で折半するため、企業の保険料負担も家計と同様に増加している。保険料の増加は労働需要や収益を圧迫し、採用意欲や設備投資を抑制させるなど企業活動に悪影響をもたらしている。結果として雇用・所得環境を悪化させ、消費の抑制につながっていると考えられる。

## 2. 医療・介護の社会保障負担率は2060年度に現在の約3倍に達する恐れ

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計に

図表1 家計の社会保障負担率と租税負担率



(注) 「賃金・俸給」「混合所得(純)」に対する家計の「現実社会負担」「所得・富等に課される経常税」それぞれの比率。1993年度以前は旧基準のデータで遡及(出所) 内閣府「国民経済計算」から大和総研作成

- 1) ここでは家計部門に分配された所得に対する直接税を租税負担としており、市場価格に上乗せして課税されている間接税(消費税など)は含まれていない。
- 2) 「賃金・俸給」「混合所得(純)」に対する家計の「現実社会負担」「所得・富等に課される経常税」それぞれの比率。
- 3) 2000年4月末と2016年11月末との比較。

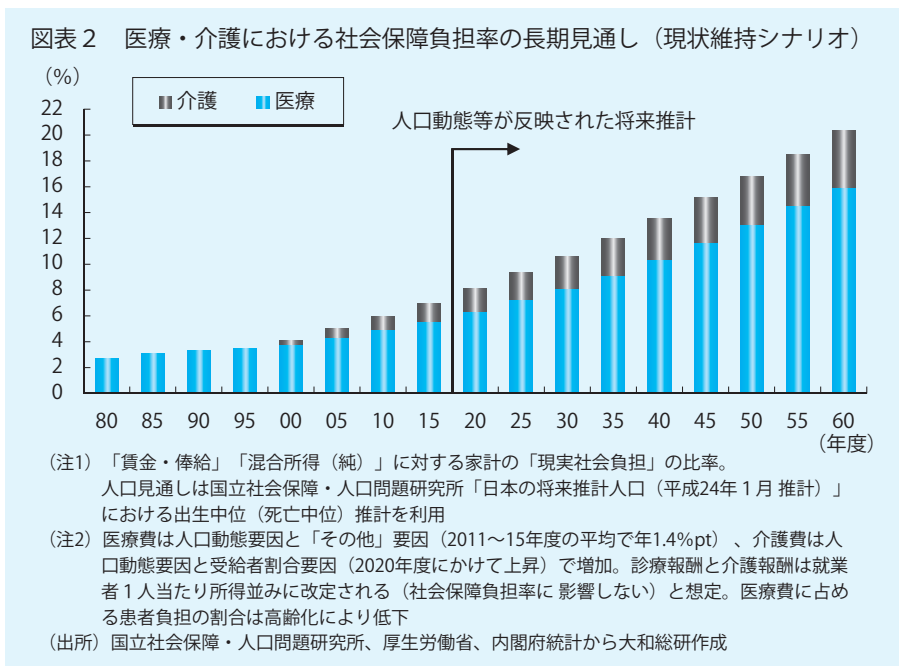
よると、2016年に約3,500万人だった65歳以上人口はさらに増加し、1970年代前半生まれの団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年には約3,900万人に達すると見込まれる<sup>4</sup>。その後は長期に減少する見通しだが、2060年でも2016年とほぼ同じ水準にとどまる。他方、生産年齢人口（15～64歳人口）は2016年の約7,700万人から2060年には4,400万人へ約4割減少する。高齢者数は変わらず、現役世代の人数は減り続けることから、社会保障制度の抜本的な見直しを行わない限り、現役世代の社会保障負担はますます重くなっていく。

それでは、現在の社会保障制度が将来にわたって維持された場合、家計の社会保障負担はどのくらい重くなるだろうか。現在、家計が最も多く支払っている年金保険料については、毎年実施されてきた保険料の引き上げが2017年度で終了するため、今後の負担の増加は一服すると見込まれる。2004年の年金制度改革により、厚生年金保

険料率は2004年10月から毎年0.354%ずつ引き上げられ、2017年度以降は18.3%で固定される。国民年金保険料も2005年4月から毎年280円（2004年度価格）ずつ引き上げられてきたが、2017年度以降は16,900円（2004年度価格）で横ばいになる。

他方、年齢を重ねるにつれて需要が強まる医療と介護の社会保障料は増加が続くと見込まれる。図表2は、図表1で示した社会保障負担率のうち、医療と介護について2060年度まで将来推計した結果である。今後見込まれる人口動態や、高齢化要因以外による医療費の増加トレンド等を反映した試算であり、政府がこれから進める制度改革を織り込んでいない「現状維持シナリオ」である。

なお、この推計では、診療報酬と介護報酬についてはマクロの就業者1人当たり名目所得（≒名目ベースの労働生産性）並みに改定されると想定している。すなわち、保険料の賦課ベースと保険料が同率で増え、結果として診療報酬・介護報酬



4) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」における出生中位(死亡中位)推計。



改定や労働生産性の変化は社会保障負担率に影響しない。労働集約的な産業である医療・介護のサービス価格は人件費の影響を強く受けるため、長い目で見ればマクロの賃金上昇率と一定の相関関係があると考えられる<sup>5</sup>。

推計結果を見ると、2015年度で7%であった医療・介護の社会保障負担率は2040年度に14%（約2倍）、2060年度に20%（約3倍）へ上昇すると見込まれる。仮に、年金などの他の保険料負担が現在と同じ水準であったとしても、家計の社会保障負担率は2060年度で28%に達する。2015年度における社会保障負担率と租税負担率の合計（27%）を上回っており、将来の社会保障負担の増加がいかにかに厳しいものかは極めて鮮明である。

### 3. 医療・介護の公費負担増を消費税収で賄うには消費税率26%が必要

医療・介護給付が増加すれば、保険料負担だけでなく公費負担も増加する。公費負担は税収と財政赤字によって賄われているが、仮に、将来の公費負担の増加分を全て消費税収で賄おうとすれば、2060年度には消費税率を現在の8%から26%（軽減税率の導入を想定）へ引き上げる必要がある<sup>6</sup>。消費税の標準税率が26%というのは、デンマークやスウェーデンなど北欧諸国並みの水

準であり、20%前後である多くの欧州先進国を上回る。

この試算は公費負担の増加に沿って消費税率を引き上げることが仮定されている。増税の実施が遅れれば、財政赤字となって支払利子が発生する。また、消費税率10%時には年金生活者支援給付金などの充実策が実施される予定である。そのため、消費税率26%では十分でなくなる可能性が高い。

さらに、社会保障給付を増やさなければならない分野は医療・介護以外にもある。例えば、子ども・子育て分野では、2017年度末までの待機児童解消を目指すという政府目標を達成できない可能性が高い。2013～15年度で31万人分の保育の受け皿を確保したものの、潜在需要の大きさや子育て世代である有配偶女性の就業率上昇などから保育サービスへの需要拡大が続いており、2016年4月の待機児童数は23,553人と前年同月を上回った<sup>7</sup>。子どもを預けられるのであれば働きたい、子どもを預けられるのならもう1人子をもうきたいという人々がいかに多いかを示している。こうした人々の希望を叶えるためには、保育の受け皿の拡大や保育士の確保に向けた取り組みをさらに加速させる必要がある。この点まで考えれば、消費税率はさらに高めなければならないという話になってしまう<sup>8</sup>。

5) 診療報酬・介護報酬は賃金だけでなく、一般物価や技術進歩、政策目的、医療・介護業界の労働需給などを考慮して改定されているが、それらの影響を将来推計に織り込むことが難しいため、ここでは機械的にマクロの賃金上昇率に一致すると想定した。

6) 財務省は消費税率10%への引き上げ時に導入される軽減税率の税収への影響を▲1兆円程度と試算している。2015年度の消費税収は国と地方を合わせて22兆円、名目GDPは532兆円であったことから、軽減税率導入後の消費税1%当たりの増収額GDP比を0.43%（ $= ([22 \text{ 兆円} \div 8\% \times 2\% - 1 \text{ 兆円}] \div 2) \div 532 \text{ 兆円}$ ）と仮定した。さらに、名目GDPは家計の名目所得に連動すると想定し、消費税率1%当たりの増収額GDP比（0.43%）を利用することで必要な消費税率引き上げ幅を試算した。

7) 厚生労働省「保育所等関連状況取りまとめ（平成28年4月1日）」

8) 消費税法第1条第2項は、「消費税の収入については、地方交付税法に定めるところによるほか、毎年度、制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する経費に充てるものとする」と規定している。

### 3章 足元で進展する医療・介護分野の制度改革

#### 1. 2016年末に決まった医療・介護分野の制度改革の概要

前掲図表2で示したように、医療・介護分野だけでも家計の社会保障負担が極めて大きくなる見込みである。給付の適正化・重点化や、全世代での応能負担の強化、給付と負担のバランスの見直しなどを大胆に進めなければ、際限のない保険料負担の増加に歯止めをかけることはできない。

この点、安倍内閣は国・地方の基礎的財政収支を2020年度までに黒字化させるための「経済・財政再生計画」を2015年6月に策定した<sup>9</sup>。経済・財政再生計画は社会保障を改革の重点分野<sup>10</sup>に位置づけており、2016年4月からは改革工程

表<sup>11</sup>に沿って様々な施策が実行されている。

このうち医療・介護分野では、改革工程表において2016年末までに結論を得ることとされていた改革項目を中心に、負担と能力に応じた公平な負担、給付の適正化等の観点から様々な改革が2017年から順次施行されることになった。

具体的には、高額療養費・高額介護サービス費の見直しや後期高齢者の保険料軽減特例の見直し、入院時の光熱水費相当額の負担の見直し、高額薬剤（オプジーボ）の薬価引き下げ、介護納付金の総報酬割の導入などである（図表3）。財務省によると、これらの改革による2017年度の財政効果は国費ベースで約1,100億円という。以下では、2017年から施行される主な改革項目と、引き続き検討することになった項目について概観する。



9) 経済・財政再生計画は「経済財政運営と改革の基本方針2015」（2015年6月30日閣議決定）に盛り込まれている。

10) 経済・財政再生計画の主要な歳出改革80項目のうち、社会保障分野は44項目を占めている。

11) 「経済・財政再生計画改革工程表」（2015年12月24日経済財政諮問会議決定）、「経済・財政再生計画改革工程表2016改定版」（2016年12月21日経済財政諮問会議決定）

図表3 2016年末までに結論を得るとされていた医療・介護分野の制度改革

	改革項目	施行・検討時期	概要
医療	・高額療養費制度の見直し	17年8月、18年8月に段階的に施行	70歳以上の高額療養費制度について、負担上限額の引き上げ等の見直し
	・高額医療・高額介護合算療養費制度の見直し	18年8月	現役並み所得区分の細分化と負担上限額の引き上げ
	・後期高齢者の保険料軽減特例の見直し	17年4月、18年4月、19年4月に段階的に施行	所得割の軽減特例及び元被扶養者に対する軽減特例を本則へ戻す
	・入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直し	17年10月、18年4月に段階的に施行	介護保険施設と同水準の負担（370円/日）に見直し（難病患者は除く）
	・高額薬剤への対応	17年2月	オブジーボの薬価を50%引き下げ
介護	・高額介護サービス費制度の見直し	17年8月	一般区分の月額上限を3.7万円から4.4万円へ引き上げ（1割負担の被保険者のみの世帯については20年7月末まで年間44.6万円（3.7万円×12）の上限を設定）
	・介護保険における利用者負担割合の見直し	18年8月	現役世代並み所得者の利用者負担割合を3割に引き上げ
	・介護納付金の総報酬割の導入	17年度から20年度にかけて段階的に移行	現行の加入者割から総報酬割へ移行（17年度・18年度1/2導入、19年度3/4導入、20年度全面導入）
	・生活援助サービスその他の給付の見直し	18年度介護報酬改定	生活援助など訪問介護における人員基準の緩和及びそれに応じた報酬を設定し、通所介護などその他の給付の適正化を検討
	・福祉用具貸与の見直し	18年10月	国が商品ごとに全国平均貸与価格を公表。福祉用具貸与業者に対して貸与価格等の利用者への説明を義務付け（18年4月からは複数の商品の提示を義務付け）。商品ごとに「全国平均貸与価格＋1標準偏差」を貸与価格の上限として設定
継続検討	・かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担	17年末まで	関係審議会等において具体的な検討を進め、結論を得る
		18年度末まで	関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる
	・金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方	18年度末まで	関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる
	・市販品類似薬に係る保険給付の見直し	18年度末まで	引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる
	・軽度者に対する生活援助サービス等の地域支援事業への移行	19年度末まで	引き続き検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる

（出所）社会保障制度改革推進本部「今後の社会保障改革の実施について」（2016年12月22日）から大和総研作成

## 2. 医療分野の主な改革項目

### 1) 70歳以上の高額療養費制度の見直し

高額療養費制度とは、医療機関や薬局の窓口で支払った額が一定額を超えた場合に、その超えた

金額が医療保険から支給される制度である。例えば100万円の医療費がかかったとすると、年収500万円で70歳未満の患者の負担額は3割の30万円ではなく、8.7万円ほどに抑えられる。自己負担限度額は加入者の所得水準に応じて定

められている。これは負担能力の公平性の観点から必要な仕組みだが、70歳以上になると年齢で自己負担限度額が引き下げられ、さらに70歳以上には外来に関する上限額（外来特例）が設けられている。

超高齢社会の日本において、「高齢者」というだけで一律に弱者と見なす制度を維持することはますます難しくなっている。高齢化は長期にわたって進展することがほぼ確実である。負担能力の高い高齢者には、現在よりも多くの負担を求めざるを得ないだろう。その意味で、2006年以来見直されてこなかった70歳以上の自己負担限度額について引き上げが決まったのは前進である（図表4）。

今回の制度見直しは2段階で実施される。現役並み所得者（年収370万円以上）の外来特例は2017年8月に4.4万円から5.8万円へ引き上げられる。そして2018年8月には外来特例が入院と統合されるとともに、月額上限は69歳以下と同じ基準となる。また、一般所得者（年収370万円未満の住民税課税者）の外来特例は2017年8月に1.2万円から1.4万円へ、2018年8月に1.8

万円へ引き上げられる。

もっとも、今回の制度見直しには課題が残った。まず、一般所得者の外来特例が廃止されず、年齢で区別する状況は基本的に変わっていない。また、月額上限は引き上げられるが、2017年8月からは14.4万円の年間上限が新設される。これは毎月上限に達している場合には、制度見直し前の月額1.2万円のままということに等しい。さらに、70歳以上の住民税非課税者については、外来特例の廃止が見送られた上に、自己負担上限額が69歳以下よりも低く抑えられたままである。例えば、入院の場合、69歳以下の低所得者（一定所得以下の住民税非課税者）の負担限度額は月額3.5万円だが、70歳以上であれば月額1.5万円と半分以下である（外来の場合、70歳以上の住民税非課税者の月額上限は0.8万円である）。

一般に、高齢者は現役世代に比べて傷病リスクが高く、医療費負担が大きくなりやすいことは確かである。だが、現役世代は低所得であっても高齢者に比べて育児や教育、家賃などに多く支出している。医療費だけに注目し、70歳という基準で負担に差を設ける仕組みは改める必要がある。

図表4 高額療養費制度の見直し

①: 29年8月施行 ②: 30年8月施行	高額療養費 (70歳未満)		高額療養費(70歳以上)			
			外来	入院		
年収1,160万円～	25.3+1% 《14.0》	現役 並み	4.4 ① 5.8 ②	入院と 統合	8.0+1% ②	25.3+1% 《14.0》
770万円～	16.7+1% 《9.3》				《4.4》	16.7+1% 《9.3》
370万円～	8.0+1% 《4.4》				8.0+1% 《4.4》	8.0+1% 《4.4》
～370万円	5.8 《4.4》	一般	1.2 ① 1.4 <sup>注1</sup> ② 1.8 <sup>注1</sup>	4.4 ①	5.8 《4.4》	
住民税非課税	3.5 《2.5》		0.8		2.5	
一定所得以下					1.5	

(注1) 年間上限14.4万円を新設

(出所) 財務省「平成29年度予算のポイント」

([http://www.mof.go.jp/budget/budger\\_workflow/budget/fy2017/seifuan29/01.pdf](http://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2017/seifuan29/01.pdf))



## 2) 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

後期高齢者の保険料軽減特例は、2008年度の後期高齢者医療制度のスタート時に激変緩和の観点から実施されたものである。後期高齢者医療制度は導入から既に9年が経過して定着している。特例措置の目的から考えれば直ちに本則へ改めるべきだが、現実にはそれができず、毎年1,000億円程度の公費を投じて特例措置が続けられてきた<sup>12)</sup>。

図表5で示すように、後期高齢者医療制度の保険料は、応益分である「均等割」と応能分である「所得割」で構成されており、所得が一定水準を超えると、均等割に加えて所得割を負担する仕組みとなっている。低所得者については、所得水準に応じて均等割に7、5、2割の軽減措置が設けられているが、特例措置により、現在は均等割7割軽減を9割あるいは8.5割軽減とし、所得割を5割軽減していた。

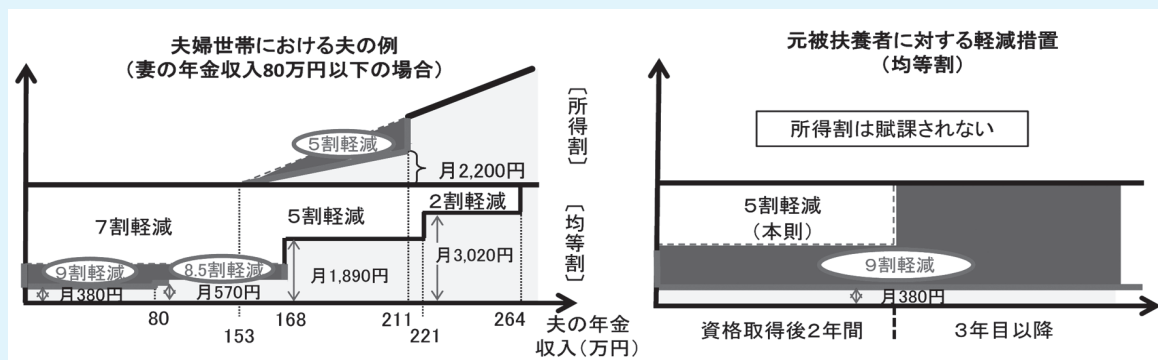
さらに、本来は2年限りとされている元被扶養者（後期高齢者医療制度に加入する前日まで被用者保険の被扶養者であった人）の均等割に関する

軽減措置（5割軽減）についても9割軽減していた。元被扶養者は所得水準にかかわらず軽減特例の対象となるほか、均等割の軽減割合は最大7割である国保を上回るなど著しい非合理や不公平をもたらしていた。

後期高齢者の保険料軽減特例の見直しは、2015年1月13日の「医療保険制度改革骨子<sup>13)</sup>」（社会保障制度改革推進本部決定）において、段階的に縮小して2017年度から本則に戻ることが決定済みであったため、経済・財政一体改革の検討項目には入っていなかった。ただ、本則化に当たっては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給といった、消費税率を10%へ引き上げないと実施できない措置と合わせて実施するなどとされていたため、消費税増税の再延期が決まった中で取り扱いが注目されていた。

結論としては、年収211万円以下を対象に実施されていた所得割の5割軽減が2017年度から2割へ縮小され、2018年度からは本則通りとなる。元被扶養者の特例措置については、2017年

図表5 後期高齢者の保険料軽減特例



(出所) 財務省「平成29年度予算のポイント」

([http://www.mof.go.jp/budget/budger\\_workflow/budget/fy2017/seifuan29/01.pdf](http://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2017/seifuan29/01.pdf))

12) 2016年度予算ベースでは、保険料軽減特例の対象者は916万人、費用は国費が945億円、地財措置が159億円。

13) [http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/pdf/kettei\\_h270113\\_1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/pdf/kettei_h270113_1.pdf)

度から段階的に縮小し、2019年度からは本則通り資格取得後2年間のみ5割軽減される。

他方、均等割については低所得者に対する介護保険料軽減措置の拡充や年金生活者支援給付金の支給と合わせて見直すこととされた。これらは2019年10月に予定されている消費税率10%への引き上げによる税収増を財源として実施するとされているため、2度先送りされた消費税増税が予定通り実施できるかどうか注目される。また、元被扶養者に対する所得割は、当分の間は賦課しないという特例になっているところ、賦課開始時期を引き続き検討するという事になった。

### 3. 介護分野の主な改革項目

#### 1) 高額介護サービス費と介護保険における利用者負担の見直し

介護保険には医療保険の高額療養費制度と同様の仕組みがあり、高額介護サービス費制度と呼ばれる。

2014年の介護保険法改正により、現役並み所得者がいる世帯については、2015年8月に3.7万円から高額療養費の現役並み所得者の多数回該当<sup>14</sup>と同じ水準である4.4万円へ引き上げられたが、一般所得者については3.7万円に据え置かれていた。高額療養費における70歳以上の一般所得者の上限額は2006年10月以降4.4万円とされてきたため、この金額に合わせて引き上げるべきではないかといった指摘がされていた。

今回の制度見直しにより、一般所得者の上限は2017年8月に3.7万円から4.4万円へ引き上げられる。ただし負担割合が1割の者のみの世帯については、2020年7月までの時限措置として年

間上限が44.6万円(=3.7万円×12)に設定される。

他方、現役世代並み所得(単身の場合、年金収入等340万円以上)の個人について、2018年8月以降は自己負担割合が3割へ引き上げられる。現在、一定以上の所得(単身の場合、年金収入等280万円以上)がある利用者の負担割合は2割とされている(年金収入等280万円未満は1割負担)。厚生労働省によると、2割負担に該当しているのは45万人であり、全体の9%にすぎない(2016年4月)<sup>15</sup>。3割負担の対象となる利用者はこれよりもかなり少ないと見込まれており、約16万人(全体の約3%)と推計されている。3割負担の対象者の多くは在宅サービス利用者であり、特養入居者は既に高額介護サービスの上限額に達するため、3割負担になっても負担増となるケースはほとんどないという。

なお、高額療養費については前掲図表4で見たように、2018年8月からは高齢者であっても年収が高くなるにつれて上限がかなり高くなっていくが、高額介護サービス費の現役並み所得者の上限4.4万円は、利用者負担割合3割ケースの導入を勘案して据置きとされた。

#### 2) 介護納付金の総報酬割の導入

介護保険給付費の約3割は、40～64歳の第2号被保険者が納付する保険料で賄われている。それに相当する各保険者の負担は介護納付金と呼ばれており、2016年度予算ベースで2.7兆円である。各保険者の介護納付金の負担額はこれまで、加入者である第2号被保険者の人数に応じて決められていた。個々の第2号被保険者からすれば、

14) 年4回以上利用する場合、4回目以降の上限が低く抑えられる仕組み。

15) 厚生労働省資料 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/193-06.pdf>)

どの保険者に属していても負担する保険料に違いがなかった。

この仕組みが被用者保険において2017年度から総報酬割へ段階的に移行することになった(2017年度・2018年度1/2導入<sup>16</sup>、2019年度3/4導入、2020年度全面導入)。総報酬割では加入者の所得(標準報酬総額)に応じて納付金が決まるため、加入者の平均所得水準が高い(低い)保険者ほど介護納付金が多く(少なく)なる。厚生労働省によると、総報酬割の導入で約1,300万人の保険料負担が増加する一方、約1,700万人の負担が軽減されると試算されている<sup>17</sup>。負担軽減者の多くは協会けんぽの被保険者(中小企業のサラリーマンとその家族)であり、約1,400万人と見込まれている。

先述のように、超高齢社会の下で制度を維持していくためには、ある程度の応能負担の強化は避けられない。ただ、この制度改正は国の財政負担を軽減させるという点に問題がある。すなわち、協会けんぽの介護納付金が減ることで協会けんぽに対する国庫負担が減り、結果として国庫の負担を報酬の高い保険加入者に付け替える効果が生まれる。高所得者に負担を求めて財政を改善させるという意味では、実質的には間接的な増税と捉えることができ、「給付を十分に見直さずに、取りやすいところから取っているにすぎない」といった批判が聞かれる。

なお、総報酬割の導入による負担の増加が特に大きい保険者には、2019年度までの時限的措置

として、支援策(年度ごとに被保険者1人当たり介護納付金の額に上限を設け、その超過分については全ての被用者保険者が加入者割で再按分して負担する仕組みと一部国庫補助)が導入される。

### 3) 軽度者に対する生活援助サービスや福祉用具貸与等の見直し

安倍内閣が2015年6月30日に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2015」(骨太の方針2015)では、「公的保険給付の範囲や内容について検討した上で適正化し、保険料負担の上昇等を抑制する。このため、次期介護保険制度改革に向けて、(中略)軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行う」とされていた。

介護給付の見直しが行われることになった背景には、要介護状態にならないようにするための予防や自立した生活への支援という介護保険制度の本来の目的にそぐわない給付が行われている実態がある。例えば、訪問介護のうち生活援助(掃除や洗濯、買い物、調理等)のみの利用は軽度者ほど割合が高く、要介護1では訪問介護サービスの50%超を占めている(2015年度回数ベース)<sup>18</sup>。また、生活援助のみの基本報酬の70%超は要介護1・2の軽度者が占める。民間事業者から家事代行サービスが提供されている中、介護保険で同様のサービスを軽度者向けに提供することが、果たして自立支援や重症化予防につながっているの

16) 2017年度については8月分の介護納付金から総報酬割が適用される。

17) 第61回社会保障審議会介護保険部会資料「費用負担(総報酬割・調整交付金等)(参考資料)」(2016年8月19日、[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000134254.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000134254.pdf))

18) 財政制度等審議会 財政制度分科会「社会保障①(総論、医療・介護制度改革)」(2016年10月4日、[http://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia281004/01.pdf](http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia281004/01.pdf))

か、その効果や意義について疑問の声が上がっていた。他方、専門性が高いリハビリ・看護など、自立支援に効果的なサービスの利用は低水準で推移している。

また、介護保険における福祉用具貸与には公定価格がなく、価格形成が市場に委ねられている。しかしながら市場メカニズムが十分に働いておらず、要支援1・2を中心に無視できない価格の地域差が見られる。また同一製品でも全国平均を大きく超える価格で取引されているケースも指摘されている。貸与価格は、貸与品の本体価格のほか、搬出入やアフターサービスの費用を含めて設定されており、受給者にとって必ずしも透明ではない。

今回の制度改正では、2018年度介護報酬改定において生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和や、それに応じた報酬の設定が行われることになった。また、通所介護などその他の給付の適正化も検討される。さらに、軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行について引き続き検討し、2019年度末までにその結果に基づき必要な措置を講ずることとされた。

福祉用具貸与については、貸与業者に対し、機能や価格帯の異なる複数の商品の提示が2018年4月から義務付けられる。2018年10月からは国が商品ごとに全国平均貸与価格を公表するとともに、貸与業者は商品の全国平均貸与価格と当該貸与業者における価格の両方を利用者へ説明するよう求められる。また、商品ごとに「全国平均貸与価格+1標準偏差」が貸与価格の上限として設定される。

貸与価格を見直し、利用者や保険者への情報開

示が進められることは、福祉用具貸与市場の健全な価格形成を促す上で重要である。制度改正は1年半ほど先になるが、改革の具体的内容が示されたことで、貸与事業者が施行を待たず自発的に対応することも考えられる。

#### 4. 継続検討項目

以上のように、医療・介護分野では改革工程表で2016年末までに結論を得ることとされていた改革項目を中心に、具体的な取り組みが進み始めた。一方、十分な結論が得られず、継続して検討されることになった項目もある（前掲図表3）。

その一つが、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担の導入である。受診時定額負担については以前から議論が行われており、2011年6月の「社会保障・税一体改革成案」（政府・与党社会保障改革検討本部決定）では、「高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討」が盛り込まれていた。しかし、受診費用の引き上げは患者の過度な受診を抑制することが期待できる半面、必要な受診までも遅らせてしまい、かえって重篤化を招く恐れがあるとの指摘もある。また、主な医療需要者である高齢者への配慮などもあり、2012年1月の「社会保障・税一体改革素案」（政府・与党社会保障改革検討本部決定）では受診時定額負担の文言が削除された。

その後、社会保障制度改革国民会議での議論を経て2013年12月に成立した社会保障改革プログラム法<sup>19</sup>では、病院と診療所の機能分担の推進等の観点から、紹介状なしで大病院を受診した場合（選定療養）に定額負担を求める改革の方向

19) 正式名称は、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」。



性が示された。2015年5月の国保法等改正<sup>20</sup>により、2016年4月からは大病院の責務として、紹介状なしで受診する患者から、診療報酬に上乗せする形で一定額以上の定額負担を徴収している。

今回、かかりつけ医の普及に向けて、まずは現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、2017年末までに結論を得るとされた。さらに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について検討し、2018年度末までにその結果に基づき必要な措置を講ずるとされた。

その他にも、市販品類似薬（スイッチOTC化された医療用医薬品）に係る保険償還率の在り方、医療保険において金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大、といったことも引き続きの検討ということになった。

## 4章 社会保障負担の増加に歯止めをかけるために

### 1. 経済・財政再生計画を参考に5つの施策を想定した「改革シナリオ」

こうした制度改革により、2017年度当初予算の社会保障関係費は概算要求額から0.14兆円削減され、2016年度当初予算に比べて0.5兆円の増加に抑えられた。経済・財政再生計画では、国の一般会計における社会保障関係費について、高齢化による増加分に相当する伸びとして2016～

18年度で1.5兆円程度（年0.5兆円程度）の増加にとどめることを目安としている<sup>21</sup>。医療・介護分野を中心に改革が進展し、2年連続で目安を達成したことは評価できよう。また、今回の負担の在り方に関する見直しは、世代間や制度間の負担の公平性を高めるものであり、社会保障制度への理解や信頼を高めることにもつながる。

ただし、家計の社会保障負担の増加を抑える観点から見れば、さらに大胆な取り組みを進める必要がある。前掲図表2で示した医療・介護の社会保障負担率の将来推計に、3章で確認した制度改革のうち財政効果が明らかなもの<sup>22</sup>について反映させても、負担増の見直しはほとんど変わらない。今回の制度改革によって軽減される保険料負担の規模は、企業負担分を合わせて0.1兆円に満たないためである。2015年度で235兆円という家計所得に比べると、保険料の軽減額はかなり小さい。人口減少・超高齢社会の下、国民皆保険という社会保障制度の基本的枠組みを維持していくために、社会保障負担の増加ペースをいかに抑制できるかが引き続きの課題である。

そこで、経済・財政再生計画に盛り込まれた他の改革を参考に、①後発医薬品の使用促進、②医療費を高齢化並みの増加に抑えるための効率化・適正化、③年齢構成を調整した1人当たり医療費の地域差半減、④介護産業の生産性向上、⑤保険給付対象の重点化——という5つの施策を実行する「改革シナリオ」を作成した。各施策の概要と試算上の想定は図表6の通りである<sup>23</sup>。

このうち後発医薬品の使用促進については、足

20) 正式名称は、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」。

21) 1.5兆円程度というのは、安倍内閣が当初予算を編成した2015年度までの3年間の実質的な増加に相当する金額であり、その基調を2018年度まで継続することが企図されている。

22) ①高額療養費・高額介護サービス費の見直し、②後期高齢者の保険料軽減特例の見直し、③入院時の光熱水費相当額の負担の見直し、④高額薬剤の薬価引き下げ——の4つの施策。

23) 3章で確認した制度改革のうち、財政効果が明らかな施策については試算に織り込まれている。

図表6 改革シナリオの施策と想定内容

	施策	概要	試算上の想定
医療	① 後発医薬品の使用促進	2015年9月で56.2%であった後発医薬品の数量シェアが上昇し、政府目標（2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上）を2020年度に達成	社会保障制度改革推進本部「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」の試算では1.0兆円程度の医療費削減効果
	② 医療費を高齢化並みの増加に抑えるための効率化・適正化	人口動態と診療報酬改定では説明できない医療費の「その他」要因による伸びを抑制	現状維持シナリオでは年1.4%ptと想定していた「その他」要因が、各種改革の取り組みにより、2020年代以降ゼロへ
	③ 年齢構成を調整した1人当たり医療費の地域差半減	都道府県の1人当たり医療費（年齢調整後）の地域差を半減するという政府目標を踏まえ、市町村国保と後期高齢者医療制度において2023年度までに実現	2014年度ベースで市町村国保と後期高齢者医療制度の医療費を2%程度引き下げる効果
介護	④ 介護産業の生産性向上	ICTや介護補助器具等の導入・拡大による資本装備率の上昇、法人間の業務連携・統合の促進による経営効率の改善等により、介護報酬改定率がマクロの賃金の伸びよりも低下	2025年度以降、介護報酬はマクロの賃金上昇率よりも年1%pt低く改定
	⑤ 保険給付対象の重点化	生活援助など軽度者向け介護サービスを保険給付の対象外とし、生活援助や訪問介護などの産業化を促進	2025年度までに要支援1・2のサービスを保険給付対象から除外

(出所) 大和総研作成

元でも全都道府県で使用割合が上昇しており、2017年央に70%を超える可能性が高いなど政府目標の達成に向けて着実に進展している。他方、残りの4つの施策は実現するかどうかは現時点で不透明であるが、改革の重要度や社会保障負担への影響度などを考慮して想定した。

なお、図表6の施策はシミュレーションへのなじみやすさも踏まえて整理されており、必要な改革の全てを網羅しているわけではない。例えば、施策の詳細や効果などが現時点では明らかにされていないため、改革シナリオに盛り込むことができなかったが、マイナンバーを利用して金融資産等の保有状況を考慮に入れて負担を求めたり、様々な低所得者対策を真の困窮者に絞ったりすることも重要である。また、セルフメディケーショ

ンを促す観点から、スイッチOTC化や保険償還率の在り方の見直しを進める必要がある。

## 2. 改革シナリオの概要

### 1) 医療費を高齢化並みの増加に抑制

経済・財政再生計画では、2020年度に向けて、「社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す」としている。すなわち、医療費の伸びのうち、高齢化要因以外の「その他」要因をいかに抑えられるかがポイントになっている。

実際、国民医療費の伸びを「診療報酬改定」「人口増減」「高齢化」「その他」の4つの要因に分けると、診療報酬改定と人口動態では説明できない

様々なファクターが含まれる「その他」要因により、医療費は過去5年間で年率1.4%pt程度押し上げられている(図表7)。これは高齢化要因(同1.3%pt)を上回る。

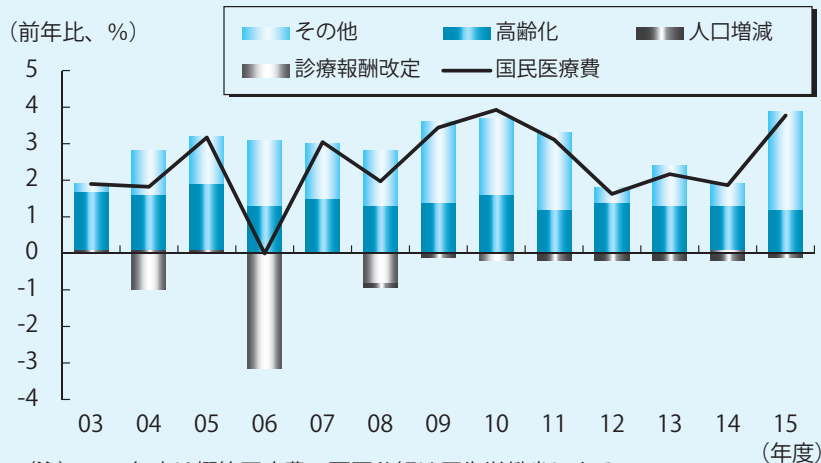
さらに、過去5年間(2011～15年度)における「その他」要因を診療種別に見ると、年率1.4%ptのうち「調剤」が0.8%pt、「外来」が0.4%pt、「入院」が0.2%pt、「歯科等その他」が0.1%ptであった<sup>24</sup>。国民医療費の2割弱にすぎない調剤(主に薬剤料)の寄与が最も大きい。近年、2年に1度行われる薬価調査では市場実勢価格が公定価格ベースの薬価を平均8%以上下回っており、公定価格が改定のたびに引き下げられてきた。また、先発医薬品と同じ効能で価格が安い後発医薬品の普及も進んでいる。それにもかかわらず、新薬の登場などによって薬剤料は毎年のように増加している。

政府は薬価制度を是正する姿勢を示しており、

2016年12月20日には「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」<sup>25</sup>が塩崎恭久厚生労働大臣、麻生太郎財務大臣、石原伸晃経済再生担当大臣、菅義偉官房長官によって取りまとめられた。基本方針では、効能追加等によって販売額の増加が見込まれる一定規模以上の薬価について年4回見直すことや、全品目を対象に毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行うこと、費用対効果評価を本格的に導入することなどが盛り込まれている。

改革シナリオでは、こうした取り組みが実効的に進められるとともに、豊富な蓄積があるレセプトデータを利用するなどして「その他」要因のさらなる実態解明が進み、効率化・適正化が行われると見込んでいる。結果として「その他」要因が2020年度までにゼロになり、その状態が2020年代以降も維持されると想定した。

図表7 国民医療費の要因分解



(注) 2015年度は概算医療費。要因分解は厚生労働省による  
(出所) 厚生労働省統計、同資料から大和総研作成

24) 厚生労働省保険局「医療費の伸びの要因分解」(2016年9月15日、<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/280915/shiryoku2-1.pdf>)

25) 2016年第22回経済財政諮問会議 塩崎臨時議員提出資料(2016年12月21日、[http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2016/1221\\_2/shiryoku\\_01.pdf](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2016/1221_2/shiryoku_01.pdf))

## 2) 1人当たり医療費の地域差半減

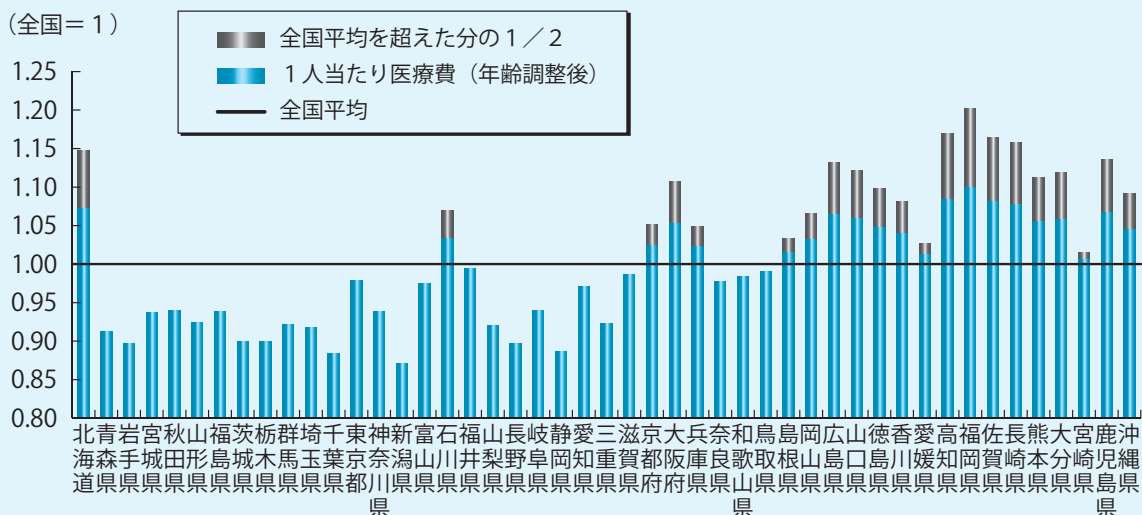
政府は年齢調整後1人当たり医療費の地域差半減を目指しており、経済・財政再生計画の改革工程表ではKPI（Key Performance Indicators、改革の成果の達成度合いを示す指標）として掲げられている。具体的には、「全国平均を超えている都道府県の1人当たり医療費（年齢調整後）の平均と全国平均との差の全国平均に対する比率を2014年度時点と比べ2023年度までに半減する」とされている。

公的医療サービスは全国どこでも同じ価格で提供されているにもかかわらず、年齢構成の違いを調整してもなお、1人当たり医療費の地域差が大きい。図表8は市町村国保と後期高齢者医療制度の加入者を対象とした都道府県別の1人当たり医療費（年齢調整後）であり、全国平均を1として指数化している。2014年度において1人当たり医療費が最も高かったのは福岡県で1.20であり、

最も低い新潟県（0.87）を4割近く上回る。地域による疾病構造の違いや医療の供給体制の効率性、住民の受診行動などによる構造的な課題が医療費の硬直的な地域差をもたらしていると考えられる。

政府は地域差半減という目標を達成するための主な手段として、「地域医療構想」「医療費適正化計画」「健康増進のためのインセンティブ強化」を推進している。しかしながら、神田（2017<sup>26</sup>）で述べたように、地域医療構想の実現性には不透明さが残っており、それを実現した場合に入院医療費の地域差がどの程度是正されるかは明らかになっていない。また、医療費適正化計画を進めたとしても1人当たり外来医療費の地域差を半減させることはできず、追加の抑制策が必要とされている。今後、政府がこうした課題に適切に対応していくことが改革シナリオを実現する上でのポイントといえる。

図表8 都道府県別に見た1人当たり医療費（年齢調整後）の地域差



(注) 2014年度における市町村国保と後期高齢者医療制度の地域差指数  
(出所) 厚生労働省「医療費の地域差分析」から大和総研作成

26) 神田慶司「様々なところで見られる医療費の地域差」(大和総研レポート、2017年3月1日、[http://www.dir.co.jp/research/report/japan/mlothers/20170301\\_011779.html](http://www.dir.co.jp/research/report/japan/mlothers/20170301_011779.html))



改革シナリオでは、図表8で示すように、市町村国保と後期高齢者医療制度における1人当たり医療費が全国平均を上回る都道府県について、全国平均との差が2023年度にかけて半減すると想定した。その結果、西日本を中心に1人当たり医療費が低下し、市町村国保と後期高齢者医療制度の医療費は2%程度低下すると試算される(2014年度ベース)。

### 3) 介護産業の生産性向上と保険給付対象の重点化

人手不足が深刻な介護産業の生産性向上は重要課題である。経済・財政再生計画の改革工程表には、公的サービスの産業化を促す取り組みとして、2017年度から「ICTを活用した効果的・効率的なサービス提供モデルの普及等、介護ロボット・ICTを活用した介護分野の生産性向上に向けた取組を実施」とされている。

改革シナリオでは、こうした取り組みに加え、法人間の業務連携・統合の促進を通じた経営効率の改善などによって事業所の収益性が高まり、マクロ的な人手不足で一般の賃金が上昇する中でも介護報酬改定率を賃金対比で抑えることができると想定している。試算上の具体的な想定としては、2025年度以降、介護報酬はマクロの賃金上昇率よりも年1%pt低く改定されるとしている。

このほか、改革シナリオには介護保険の給付対象の重点化も盛り込まれている。具体的には、生活援助や訪問介護などの軽度者向けサービスを保険給付対象から除外し、民間の知恵や力を活かして産業化を促進する。具体的には、2025年度までに要支援1・2のサービスを保険給付対象から除外すると想定した。前掲図表3で示したように、政府は軽度者に対する生活援助サービス等の地域

支援事業への移行について引き続き検討し、その結果に基づき2019年度末までに必要な措置を講ずるとしている。改革シナリオは政府の取り組みよりもさらに踏み込んだ内容といえる。

## 3. シミュレーション結果

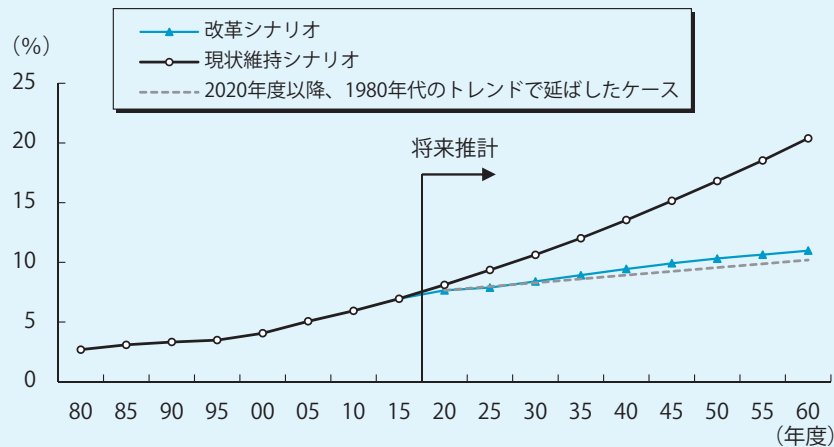
### 1) 改革シナリオの社会保障負担率は1980年代に近い上昇ペースまで低下

シミュレーションの結果が図表9である。改革シナリオでは、2020年代前半にかけて各種施策の効果が発現することにより、家計が直面する医療・介護の社会保障負担率の上昇ペースは前掲図表2で示した現状維持シナリオに比べてかなり緩やかになる。2050年代における改革シナリオの社会保障負担率の上昇ペースは現状維持シナリオの5分の1にとどまる。図表9の点線グラフは、社会保障負担率の上昇が緩やかであった1980年代のトレンドで2020年度から延伸させた線であるが、改革シナリオはこれに近く、改革シナリオは1980年代当時並みのところまで負担率の上昇を抑制することに相当する。

2章で述べたように、仮に、将来の公費負担の増加分を全て消費税収で賄おうとすれば、現状維持シナリオでは消費税率(標準税率)を8%から26%へ引き上げる必要がある。これが改革シナリオでは17%まで低下し、現在の欧州先進国の平均的な水準をやや下回る。

改革シナリオのように社会保障負担の増加ペースを長期に抑えることができれば、家計が抱く将来の社会保険料の増加や増税への不安はかなり緩和されると考えられる。貯蓄に回されていたお金が消費に充てられるようになるということは、生活水準が向上するということである。そして、消費拡大は企業収益の改善を通じて投資や雇用を拡

図表9 改革シナリオにおける医療・介護の社会保障負担率見通し



(注) 「改革シナリオ」とは、「現状維持シナリオ」に2017年度以降の制度改革の一部を反映させた上で、図表6で示した5つの施策の効果を織り込んだシナリオ  
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所、厚生労働省、内閣府統計から大和総研作成

大させ、賃金が上昇することで家計の購買力が高まり、消費がさらに拡大するという経済の好循環が回り始めるだろう。

## 2) 将来の目指すべき姿から逆算的に必要な改革を議論する発想が重要

先述したように、改革シナリオで想定した施策は重要性が高いとはいえ、現時点では実現できるかどうかは、これからの取り組み次第であるものがほとんどである。試算の仮定や施策の想定内容には多くの議論があるだろう。

だが、これまでの社会保障制度改革に関する議論は、問題の大きさや各種改革の効果、最終的に必要な給付抑制や負担増の規模について漠然としたイメージにとどまるものがほとんどだった。だからこそ、2060年といった長期的な視野に立ち、必要な改革の規模を定量的に検討する意義は大きいと思われる。

今回のシミュレーション結果が示唆していることは、際限のない社会保障負担の増加に歯止めを

かけ、家計の将来不安を和らげて消費を活性化させるためには、現時点では具体的な議論まで進んでいないほどの大胆な改革をできる限り早く行わなければならないということである。とりわけ医療費を押し上げている「その他」要因を長期に抑制することが不可欠である。この点、技術進歩に伴って陳腐化する医療技術や薬剤の価格が、適正に下落する仕組みを導入できるかがカギである。

新しく高度な医療技術や薬剤の価格が高いのは当然である。しかし、自動車や電気製品のように技術が日々進歩する世界では、既存の技術は時間とともに陳腐化し、価格はそれを反映して下落する。技術進歩が価格に反映されることで新陳代謝が促され、古い技術は市場から退出することになる。これこそが生産性の向上である。現在の医療サービスは技術進歩とともに価格が当然のように上昇しており、陳腐化した医療技術や薬剤があるにもかかわらず、それが価格に十分に反映されていない。他産業のように価格メカニズムが機能していない証左ともいえる。見方を変えると、価

格メカニズムが働く仕組みを導入することができれば、1人当たり医療費は変わらなくとも、医療の質は向上するはずである。

社会保障制度は生活や健康を支える基盤そのものといってよい。制度の見直しは極めて多くの人々に影響を及ぼすため、改革を漸進的に進めることが望まれるのはもっともである。だが、人々への配慮を優先するあまりに必要な改革が遅れると、なし崩し的に問題が悪化していき、最終的には対処できなくなる恐れがある。家計の社会保障負担率の将来推計は、こうしたリスクが小さくないことを示唆している。将来の目指すべき姿から逆算的に必要な改革を議論し、実行に移す重要性は増している。

[著者] \_\_\_\_\_

神田 慶司 (かんだ けいじ)



政策調査部  
シニアエコノミスト  
担当は、日本の経済・社会構造分析、  
中長期予測