

日医総研ワーキングペーパー

医療費削減論はなぜ常に出てくるのか？

No. 481

2024年5月7日

日本医師会総合政策研究機構

原 祐一

要旨

- ◆ 医療費をはじめとした社会保障費を削減しようとする意見は毎年のように出てくる。4半世紀前に発表された「医療費亡国論」から始まり、その後も社会保障費削減論は頻出している。どの論も削減すべきという論理構成に大きな違いはなく、こういった意見に対して反論をするためには社会保障費削減論の論理構成を知っておく必要がある。

- ◆ 社会保障費用の将来推計は過去何度も行われてきた。そして、それらは概ね現状よりも過大な推計であった。その理由は医学の進歩や社会状況の変化、経済成長率の予測が困難であるからである。

- ◆ 金額で将来の予測をすると大きく現実とずれが生じてしまう。2008年度より、社会保障費の推計について対GDP比を主な指標として、金額は従として表記することとなったが、再び金額に戻っている印象である。

- ◆ 医療費の将来推計は経済学でも行われているが、現在では医療費の伸びはその国の国民所得の伸びによって説明される割合が大きいという考えが主流である。

- ◆ 国民皆保険を採用している先進国では、医療サービスは市場で取引される一般消費財とは違い、政府が価格を決める面が大きい。

- ◆ 上記を勘案すると、診療報酬を上げる要因は、日本が経済成長を続けること、医師団体が政治力を持つこと、この2点に集約される。

目次

1. はじめに	3
2. 社会保障費削減論の歴史.....	4
2-1. 高度成長期の終焉と第二次臨調の発足 —1970年代から1980年代—	4
2-2. 医療費亡国論 —1983年—	6
2-3. 小泉改革 —2001年～2006年—	8
2-4. 将来医療費の推計.....	10
2-4-1. 社会保障に係る給付と負担（社会保障負担・公費負担）の将来見通し （試算） —1994年—	11
2-4-2. 社会保障の給付と負担の見通し —2000年、2002年—	14
2-4-3. 社会保障の在り方に関する懇談会 —2005年—	16
2-4-4. 社会保障国民会議 —2008年—	18
2-4-5. 医療・介護に係る長期推計（主にサービス提供体制改革に係る改革に ついて） —2011年—	20
2-4-6. 医療費の将来推計（社会保障審議会医療保険部会における主な議論に 関する参考資料） —2012年—	26
2-4-7. 2040年を見据えた社会保障の将来見通し —2018年—	28
2-4-8. 金額推計の限界.....	30
3. 将来医療費の推計は可能か.....	33
3-1. OECD推計	34
3-2. 医療制度は内生的（endogenous）	36
3-3. 政府による医療価格コントロール.....	38
4. 最後に	39

1. はじめに

「診療報酬の抑制はなぜこうも俎上に載せられるのか?」、という疑問を若手の医師からよく質問される。詰まるところは、経済や政治の問題に帰結するのであるが、社会保障費削減論の歴史的経緯や論理的構成を知っておくと、論拠が整理され、抑制の意見に対して反論もしやすくなるだろう。

本稿では社会保障費削減論の歴史、社会保障費削減論の論理構成を振り返り、診療報酬と介護報酬の改善につながる考察を行いたい。

2. 社会保障費削減論の歴史

2-1. 高度成長期の終焉と第二臨調の発足 —1970年代から1980年代—

社会保障費の上昇を抑えるべきという意見は1970年代より論じられることが増えてきた。1950年代から続いてきた高度成長期が1973年のオイルショックにより終焉を迎え、日本が低成長期に移行し、税収の伸びも大きく低下し始めたことが、抑制論の背景にあった。1981年には「第二次臨時行政調査会（第二臨調）」の会長に土光敏夫氏が就任。土光氏は「増税なき財政再建」を政府に提言し、財政支出の総枠抑制が政策課題となった¹²。第二臨調は1984年までに赤字国債ゼロ、官業民営化（国鉄、日本電電公社、日本専売公社）、3K（コメ、国鉄、健康保険）赤字の解消等の実現を目的としていた³⁴。

ここで我々が注目すべきは3K赤字の解消であり、健康保険の赤字を解消するために、診療報酬の伸びを抑えるということが政府の大きなテーマとして取り扱われることになったことである。

ちなみに、1973年（昭和48年）のオイルショックに伴う消費者物価指数の高騰は実に20%であり、狂乱物価と評された。その結果、1974年の診療報酬率は2月に19%のプラス改定が実施され、同年10月にさらに16%の改定となっており（年間の診療

¹ これまでの行政改革の経緯と理念 内閣府

<https://www.cao.go.jp/sasshin/kondan/meeting/2012/0507/pdf/s3.pdf>

² 社会保険旬報 No.1823 ('94.1.1) 世界一の医療費抑制策を見直す時期、二木立

³ 特例国債（通称赤字国債）は戦後においては、1965年に初めて発行された。当初の発行額は約2000億円であった。

⁴ 電電公社が株式会社日本電信電話（NTT）、専売公社が株式会社日本たばこ産業になったのは1985年、国鉄が分割民営化されJR7社に分割されたのは1987年である。

報酬改定率は35%)、それに伴い政府支出も大きくなっていったことが抑制論の背景にあったとも言えるだろう。

2-2. 医療費亡国論 —1983年—

厚生省（当時）の吉村仁保険局長が社会保険旬報（1983年3月11日号）に「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方⁵」という論文を投稿した。これが一般的に「医療費亡国論」と呼ばれる論文である。本論文の論理構成は社会保障費削減論、診療報酬削減論の初期型と考えられ、現在に続く医療費削減論の源流の一つである。本論文には医療費についての具体的な金額の記載はないが、全体を通して医療費の高騰が日本の国力を低下させるということを主張した論となっている。

吉村氏は本論文の中で、日本の医療費について次の3つの問題点を指摘している。

① 医療費亡国論

医療費がこのまま増大していくと、税負担・社会保障費負担が増加し日本社会の活力が失われる。将来的に高齢者増や医学技術の進歩によって医療費はさらに増加していくことが予測される。一方、日本の経済成長はさほど期待できない。そのため、国民負担率が上昇し、英国、西独、北欧の様になり経済成長が棄損される。

② 医療費効率逡減論

医療費は増加するにしたがって効率は逡減していく。治療がすぐに結果に結びつかない成人病が増加するため、医療費＝治療費の効率は逡減する。

③ 医療費需給過剰論

医療の供給と需要において国民皆保険のために価格調整は働かず、供給・需要ともに過剰になっていく。一県一医大のために医師は過剰になり、病床数も世界一、高額医療機器の導入も世界有数、薬剤・検査の回数や量も極めて多い。放っておくと、供給と需要は無秩序に増大してく。

⁵ 社会保険旬報 No1424 (58.3.11) 12-14p

一つ目の「医療費亡国論」のみが有名になっているが、吉村氏は本論文の中で上記の3つ問題を指摘している。これらの問題の対応策として、吉村氏は以下の点を主張している。「医療費亡国論」に対しては医療費総枠の抑制、「医療費効率逡減論」に対しては予防医学と生活指導、「医療費需給過剰論」に対しては供給の規制（病床規制）、医学部の定員減、需要面に対しては患者教育、自己負担割合のアップ等が必要であると説いている。

この医療費総枠抑制、供給規制、自己負担率アップ等の考えは現在においても常に言われ続けているものである。

これらの考えに対しての反論として、以下の2点が挙げられる。

- ① 医療介護福祉の消費はほぼすべてが国内で完結しており、社会保障費支出が国外に出ていく分は少ない。社会保障費は大半が人件費であり、医療介護福祉消費は国内雇用につながり、就業者への給与所得を生み出す。給与を得た就業者は所得税を支払い、消費を喚起するととともに、消費税も支払う。そのために、医療介護福祉は経済の国内循環を促すものである。特に、主要産業が少ない地域においては医療・介護事業所は給与所得を生み出す重要な事業体であり、このような地域において医療・介護費を減少させると、地域経済が縮小し、地域社会が崩壊する原因となる。
- ② 医療介護福祉の就業者は年々増加し、現在は900万人（全就労者の13.1%）となっており、重要な国内産業である。1990年中旬から2010年中盤まで続いた長期デフレの際にも医療介護福祉は雇用を増やし続けたために、失業者を減らす「雇用のダム」の役割を果たしていた。医療介護福祉の消費額を減らすと、雇用が消失し、失業者が発生するなど、雇用環境の悪化につながり、デフレを加速させる要因となる。

2-3. 小泉改革 —2001年～2006年—

1980年代後半から日本は好景気となり、日経平均が39,000円台の最高値となるのは1989年12月であった。その後、株価は下落傾向にあり、地価も低下していったが、1990年代前半までは比較的景気は良く、その間、社会保障削減論は影を潜めていた。その後、1990年代後半から再び日本は不況に陥っていく。

2001年に発足した小泉純一郎内閣は聖域なき構造改革を唱え、公営事業の民営化や民間への売却、社会保障費の削減を行っていった。小泉純一郎は様々なキャッチフレーズ⁶で有名であったが、医療制度改革については「三方一両損」という言葉を使っていた。当時の内閣府のパンフレットには次のように書いてある。

「医療制度は、患者・医療保険料を負担する加入者・医療機関の三者がそれぞれ痛みを分かち合う「三方一両損」の方針のもと、これまでにない診療報酬引き下げや高齢者医療をはじめとする給付と負担の見直しなどを行うこととしました」⁷。

この文章は平成14年2月内閣府発行の「小泉構造改革（施政方針演説から）」のいくつかの項目の中の「人をいたわり、安全で安心して暮らせる社会の実現」⁸という項目に入っているのは皮肉であろう。

このような緊縮財政の元、2002年の診療報酬は本体部分でマイナス1.3%と国民皆保険制度初めてのマイナス改定が行われた。4年後の2006年の診療報酬はマイナス1.36%となり、史上最大のマイナス改定となった。ちなみに、今も続いている「骨太の方針」は小泉政権時代の2001年に始まったものである。骨太の方針2001に「2002

⁶ 自民党をぶっ壊す、私反対する勢力、すべて抵抗勢力だ、聖域なき構造改革など

⁷ 小泉構造改革、内閣府：<https://www.kantei.go.jp/jp/kouzoukaikaku/pdf/kaikaku.pdf>

⁸ 小泉構造改革（施政方針演説から）の小泉構造改革の着実な前進には、①努力が報われ、再挑戦できる社会の実現、②民間と地方の知恵が、活力と豊かさを生み出す社会の実現、③人をいたわり、安全で安心して暮らせる社会の実現、④美しい環境に囲まれ、快適に過ごせる社会、⑤子どもたちの夢と希望を育む社会、の5項目がある。

年度において、財政健全化の第一歩として、国債発行を 30 兆円以下に抑制することを目標とする。その後、プライマリー・バランスを黒字にすることを目標として政策運営を行う」とあり、現在まで続く基礎的財政収支黒字化の政府方針がこの時から明文化された。

「骨太の方針 2006」では、医療費適正化計画（5 ヶ年計画）により、今後の 5 年間の幅の中で、公的給付の内容・範囲及び負担と給付の在り方、後発品の使用拡大など薬剤費の在り方について見直しを行う、とされた。

コラム 1 骨太の方針

「骨太の方針」はその後もほぼ毎年発表されており、各項目はその時々の政府の最重要目標となる。さらに、各項目の達成が各省の目標ともなるため、「骨太の方針」にどのような文章入れるかは極めて重要な政治的課題とも言える。ちなみに、「骨太の方針 2023」の社会保障にかかわる項目には、「地域医療構想の推進、都道府県のガバナンス強化、かかりつけ医機能が発揮される制度整備」などが並び、報酬の関係個所には「次期診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定においては、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な対応を行う。」と記載されており、今回のプラス改定に繋がったとも言えるだろう。

すなわち、今後の診療報酬・介護報酬がプラス改定になるかマイナス改定になるかは「骨太の方針」にどのような文章が書かれるのかに大きな影響を受けるとも言える。全国の数多くの団体や企業が「骨太の方針」に何を書かせるかを競い合っている。「骨太の方針」を味方につけるには、大きな政治力が必要となる。

2-4. 将来医療費の推計

高齢化が懸念されていた 1980 年代から現在に至るまで、社会保障費の抑制は政策課題の一つであり、そのために将来医療費の推計も 1990 年代より数多く行われてきた。ただし、将来を言い当てることは困難であるのは言うまでもないことではあるが、過去の将来推計がどのような考えのもとに行われてきたかを下記に示す。

- ① 医療費支出構造を変化させずに人口動態の変化のみを外挿する
- ② 過去の医療費増加のトレンドを将来に当てはめる
- ③ 国内総生産（GDP）が伸び続ける事を前提とする
- ④ 医療の形態が変化する事を推計に入れることもある

このような手法で推計を行うと、高齢者の増加（人口動態より明確）、過去の医療費の増加（過去の延長線）、GDP の増加予測のために、将来医療費は増加していく予想となるのは当然ともいえる。現実的には医療の形態はこの数 10 年で大きく変化しており、人口動態や過去のトレンドのみで将来推計を行ったとしても、将来医療費の推計は極めて困難と言える。また、医療の形態がどのように変化していくかはさらに予測困難だろう。

2-4-1. 社会保障に係る給付と負担（社会保障負担・公費負担）の将来見通し（試算） —1994年—

1994年に「社会保障に係る給付と負担の将来見通し（試算）」(21世紀福祉ビジョン)が公表され、この中に将来の医療費の項目がある。本推計においては、医療費の伸びを過去の傾向に基づいている点、在宅ケアの充実・介護対策の充実など医療福祉の効率化を行うとした点、国民所得の伸びは2000年度まで平均5～4%で、それ以降は4～3%と仮定した点など、いくつかの前提を立てて、推計を行っている⁹。

本試算において、2025年度の社会保障給付費を以下に示す。

① 現行制度ケース（1993年の制度のまま）

社会保障給付費 320～380兆円 医療費 108.8～155.8兆円

② ケースⅠ（福祉重視）

社会保障給付費 335～395兆円 医療費 103.9～146.1兆円

③ ケースⅡ（年金削減、医療費削減、福祉重視）

社会保障給付費 310～375兆円 医療費 96.1～142.5兆円

④ ケースⅢ（年金削減、医療費削減）

社会保障給付費 300～355兆円 医療費 105.0～145.6兆円¹⁰

⁹ 医療費の伸びは過去の傾向に基づき算定

ケースⅡ、Ⅲは、国民が安心して医療を受けることを基本としつつ、在宅ケアの充実、介護対策の充実をはじめ保健医療福祉の供給面も含めて医療の効率化

国民所得の伸びは2000年度まで平均5～4%、それ以降は4～3%と仮定

¹⁰ 社会保険旬報No.1838('94.5.21) 社会保障にかかわる給付と負担（社会保障負担・公費負担）の将来見通し（試算）

この推計が現実よりも大きく上振れしている原因は、国民所得が2000年度まで平均5～4%、それ以降は4～3%として計算している点が多い。現実には1995年から日本はデフレ経済に突入し、国民所得の伸びが0%前後であったため、金額としての推計は大きく外れることとなった。日本のGDPがプラスに転じたのはアベノミックスが始まった後の2014年前後からである。また、介護保険の成立前の試算でもあるため、医療費の中に介護費用も含まれていた点が多く上振れした要因の一つである。

以下の4つが当時（1994年）行われたケースである（「現行」とは1993年の制度）。

- ① 現行制度ケース：現行制度のままと仮定した場合（1993年の制度）
- ② 福祉重視ケース（ケースⅠ）：介護対策や児童対策等の充実を図り、その他は現行制度のままと仮定した場合
- ③ 年金削減、医療費削減、福祉重視ケース（ケースⅡ）：年金は改正後の制度を仮定し、医療は効率化を図るものと仮定し、また介護対策や児童対策等の充実を図ったと仮定した場合
- ④ 年金削減、医療費削減ケース（ケースⅢ）：年金は改正後の制度を仮定し、医療は効率化を図るものと仮定し、その他は現行制度のままと仮定した場合

社会保障給付費の将来推計（1994年推計）

		1993年	2000年	2010年	2025年
対国民 所得比	現行制度ケース	16.3%	19~20%	25~26~27%	28.5~31.5~32.5%
	ケースⅠ	16.3%	20~21%	26.5~27.5~28%	30~33~33.5%
	ケースⅡ	16.3%	20~20.5%	25.5~26.5~27%	28~31~31.5%
	ケースⅢ	16.3%	19~19.5%	24~25~25.5%	26.5~29.5~30.5%
	国民所得	360兆円	470~500兆円	635~670~740兆円	990~1,045~1,330兆円
金額	現行制度ケース	59兆円	95兆円	170~175~185兆円	320~330~380兆円
	ケースⅠ	59兆円	100兆円	180~185~195兆円	335~345~395兆円
	ケースⅡ	59兆円	95~100兆円	170~175~185兆円	310~320~375兆円
	ケースⅢ	59兆円	90~95兆円	160~165~175兆円	300~310~355兆円

2025年度の社会保障費給付費の想定構成割合

	年金：医療：福祉等		
	推計1	推計2	推計3
現行制度ケース	57：34：9	52：39：9	51：41：9
ケースⅠ	54：31：15	50：36：14	50：36：14
ケースⅡ	53：31：16	49：36：15	48：38：15
ケースⅢ	55：35：10	51：40：9	50：41：9

2-4-2. 社会保障の給付と負担の見通し —2000年、2002年—

2000年には「社会保障構造の在り方について考える有識者会議」で社会保障の給付と負担の見通しが示された。その後、2002年に将来人口推計を踏まえ「社会保障の給付と負担の見通し—平成12年10月改訂版—」が公表されている¹¹。

2000年推計では2025年の医療費は71兆円、2002年推計では60兆円となっている。2000年と2002年の2年間で推計医療費が減少している要因は、予測の経済成長率を低下させたこと、2000～2001年の医療費の伸びが低かったことが挙げられる。

社会保障給付費の将来推計（2000年、2002年）

2000年10月版（基礎年金の国庫負担割合が1／3の場合）

	2002年度	2005年度	2010年度	2025年度
社会保障給付費	82兆円	100兆円	127兆円	207兆円
年金	44兆円	53兆円	67兆円	99兆円
医療	26兆円	32兆円	40兆円	71兆円
福祉等	12兆円	16兆円	21兆円	36兆円
うち介護	5兆円	7兆円	10兆円	21兆円
国民所得	365兆円	433兆円	490兆円	660兆円

2002年5月版（基礎年金の国庫負担割合が1／3の場合）

	2002年度	2005年度	2010年度	2025年度
社会保障給付費	82兆円	91兆円	110兆円	176兆円
年金	44兆円	48兆円	57兆円	84兆円
医療	26兆円	28兆円	35兆円	60兆円
福祉等	12兆円	14兆円	17兆円	32兆円
うち介護	5兆円	6兆円	8兆円	20兆円
国民所得	365兆円	376兆円	414兆円	557兆円

¹¹社会保障の給付と負担の見通し—平成12年10月改訂版—
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/05/h0515-1.html>

推計の前提

	2000年10月推計の前提	2002年5月推計の前提
(1) 経済前提	名目賃金上昇率 年率 2.5% 物価上昇率 年率 1.5% 運用利回り 年率 4.0% 名目国民所得の伸び率 2010年まで 年率 2.5% 2011年以降 年率 2.0%	名目賃金上昇率 年率 1.0% 物価上昇率 年率 0.0% 運用利回り 年率 2.5%
(2) 人口推計	国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成9年1月推計)の中位推計	国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成14年1月推計)の中位推計
(3) 年金	平成11年財政再計算に基づき推計	平成11年財政再計算に上記の経済前提及び平成14年1月将来推計人口の影響を織り込んだ推計
(4) 医療	平成10年度の実績を足下とし、最近の1人当たり医療費の伸び(3%程度 平成2~11年度実績平均)を前提に、人口変動(人口高齢化及び人口増減)の影響を考慮して医療費を伸ばして推計	平成14年度の実績を足下とし、最近の1人当たり医療費の伸び(一般医療費2.1%、老人医療費3.2% 平成7~11年度実績平均)を前提に、人口変動(人口高齢化及び人口増減)及び今般の医療制度改革の影響を考慮して医療費を伸ばして推計
(5) 福祉等		
a. 介護	各市町村における介護事業計画及び平成12年度予算に基づき、賃金上昇率(年率2.5%)を勘案して推計	平成14年度予算及び最近の認定者の状況を足下とし、サービスの利用状況、賃金上昇率及び人口変動(人口高齢化及び人口増減)の影響を考慮して推計
b. 介護以外	人口や経済の伸び率を勘案して推計	人口や経済の伸び率を勘案して推計

2-4-3. 社会保障の在り方に関する懇談会 —2005 年—

本懇談会の提出資料「医療制度改革について」に将来医療費の推計¹²がある。ここでは、総医療費（OECD ベース）で 2010 年に 53 兆円（対 GDP 比 9.5%）、2015 年に 64 兆円（同 10.5%）、2025 年に 90 兆円（同 12.5%）と推計している¹³。国民医療費で 2010 年に 41 兆円（同 7.0%）、2015 年に 49 兆円（同 8.0%）、2025 年に 69 兆円（同 9.5%）と推計している。

推計の前提として、国民医療費は、平成 16 年度（2004）予算を前提とし、1 人当たり医療費の伸び（一般医療費 2.1%、高齢者医療費 3.2% 平成 7～11 年度実績平均）を前提に、人口変動（人口高齢化及び人口増減）の影響を考慮して医療費を伸ばして推計している。介護費用に相当する部分は、平成 16 年度予算及び最近の認定者の状況を前提とし、サービス利用状況、最近の経済状況、賃金上昇率、人口変動（人口高齢化及び人口増減）の影響、及び従来国民医療費の対象から介護保険に移行した部分を考慮して推計している。予防・公衆衛生及び運営コスト等は、平成 13 年度の推計値を前提に「社会保障の給付と負担の見通し（平成 16 年 5 月推計）」の名目国民所得の伸びを勘案して推計している。その他（正常分娩費、一般薬等）は、平成 13 年度の推計値を前提に上記国民医療費の伸びを勘案して推計している。

¹² 医療制度改革について、厚生労働省 2005 年 3 月 18 日：
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0420-4e.html>

¹³ 総医療費は、OECD の手法に基づき算出した保健医療支出であり、国民医療費に加え、介護費用の一部、予防・公衆衛生、運営コスト、正常分娩費及び一般薬の費用等を含むものである。将来推計は OECD Health Data による推計値を基に、一定の前提により試算を行ったものである

医療費の上昇に対する対策としては、以下の項目を考慮に入れている。

・長期的に効果の現れる取組 生活習慣病対策の推進
・中期的に効果の現れる取組 医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮 地域における高齢者の生活機能の重視
・短期的に効果の現れる取組 公的保険給付の範囲の在り方の検討等

これらの取り組みを行うことにより、構造的な医療費適正化を進めることで、2025年には医療費適正化額は7.7兆円、医療給付費は6.5兆円の削減ができると試算している。

2-4-4. 社会保障国民会議 —2008年—

2008年には社会保障国民会議が推計値を出している¹⁴。本推計においては「サービス提供体制について一定の改革を行うことを前提に推計」した計算を行っている。なお、2008年推計から「対GDP比」という表記を主な表現方法とすることになった。その理由は、経済成長率の予測は困難であり、「金額」で表現すると間違った判断を助長する可能性があるとの考えからである。

2008年の医療・介護費用対GDP比は7.9%であり、現状投影シナリオで2025年の医療・介護費用対GDP比は10.8~10.9%、改革シナリオ（B1~B3）で11.6~12.0%としている。

金額にすると、2025年度は改革をしないケースで85兆円（医療66.5兆円、介護18.5兆円）、改革シナリオ（B1）で91兆円（医療69兆円、介護22兆円）と推計している。

ちなみに、2022年の医療・介護費用対GDP比は約10.1%であった（医療費46.0兆円、介護費11.1兆円、名目GDP 564.6兆円）。

推計のポイントは以下の4点

必要な医療・介護サービスを確保する観点から、大胆な改革を行うことを前提
改革シナリオにおいては、サービスの充実強化と効率化を同時に実施することとし、改革の程度に応じた複数のシナリオを実施
経済成長、科学技術進歩、効率化要素等、医療費の伸びに影響を与える要因を織り込む
2025年での改革シナリオ達成を前提に、2025年時点での推計結果を示し、併せて、現在の財源構成を前提に、2025年における必要財源の規模も試算

¹⁴ 社会保障国民会議 最終報告 平成20年11月4日 社会保障国民会議
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1112-9g.pdf>

推計値計算の前提は以下の6点

1	急性期医療の充実強化・効率化（急性期医療の職員数充実（現在の一般病床全体の平均に比べ倍増の水準に引き上げ）、平均在院日数の短縮（現在の一般病床全体の平均に比べ半減（現状 20.3 日から 10 日へ）））
2	病院病床の機能分化（現状投影シナリオで一般病床 133 万床となるところ、急性期・亜急性期・回復期リハビリ病床等に機能分化し、急性期 67 万床、亜急性期等 44 万床、合わせて全体として現状程度の病床（約 110 万床）で高齢化需要増に対応）
3	在宅医療・在宅介護の充実（訪問診療の充実、居住系サービスの充実等による居住系・在宅介護利用者の増（現状から約 43 万人/日の増）等）
4	マンパワーの充実確保（全体で現状の 1.7~1.8 倍に増加）
5	予防の強化による患者数減（外来患者約 32 万人/日減）
6	医薬品・医療機器の効率化等の効率化（伸び率ケース①の場合）

以上を前提とした結果

1	2025 年に、医療・介護費用は現状（2008 年）の 41 兆円（対 GDP 比 7.9%）が、現状投影シナリオで 85 兆円程度（10.8~10.9%程度）、改革シナリオ（B1~B3）で 91~94 兆円程度（11.6~12.0%程度）
2	追加的に必要となる公費財源については、現状投影シナリオで対 GDP 比+1.4%程度、改革シナリオ（B1~B3）で+1.8~2.0%程度。これを消費税率換算で見ると、現状投影シナリオで 3%程度、改革シナリオ（B1~B3）で 4%程度
3	なお、途中年次（2015 年）時点で見れば、追加的に必要となる公費財源は、改革シナリオ（B1~B3）で対 GDP 比+0.6~0.7%程度、消費税率換算では 1%程度となる

このシナリオに基づき、消費税を数%程度上げる理由となった経緯がある。

2-4-5. 医療・介護に係る長期推計（主にサービス提供体制改革に係る改革について）—2011年—

2011年に民主党政権下において「医療・介護に係る長期推計」が行われた¹⁵。いくつかのシナリオが提示されているが、改革が進むというシナリオにおいて、2025年度の医療費は61兆円（対GDP比10.1%）、介護費は21兆円（対GDP比3.5%）と推計された。

医療・介護サービス費用の見込み（改革シナリオ ケース①）

		2011年度	2015年度	2025年度
医療＋ 介護	対GDP比（%）	9.8%	11.0%	13.6%
	名目額（兆円）	48兆円	57兆円	83兆円
医療	対GDP比（%）	8.1%	8.8%	10.1%
	名目額（兆円）	39兆円	45兆円	61兆円
介護	対GDP比（%）	1.8%	2.2%	3.5%
	名目額（兆円）	9.0兆円	11兆円	21兆円
GDP		484兆円	511兆円	607兆円



		2022年
医療＋ 介護	対GDP比（%）	10.1%
	名目額（兆円）	57.1兆円
医療	対GDP比（%）	8.2%
	名目額（兆円）	46.0兆円
介護	対GDP比（%）	1.8%
	名目額（兆円）	10.1兆円
GDP		564.6兆円

¹⁵ 医療・介護に係る長期推計（主にサービス提供体制改革に係る改革について）平成23年6月 内閣府
<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai10/siryou1-2.pdf>

以下は上記算出をする前提である。

当時の問題意識

現状は、医療・介護を担う人材が不足・偏在し、医療・介護の提供体制の機能分化が不十分であり、連携も不足している医療・介護ニーズに対して、必ずしも効率的で最適なサービス提供体制とはなっておらず、一方で過剰需要（供給誘発需要や必要性の低い需要）が生じ、他方で必要なサービスが十分には提供されていない
--

課題の例

医療・介護を担う人材の不足・偏在と、不十分な機能分化・・・諸外国に比べても多い人口当たり病床数・少ない病床当たり職員数・長い在院日数（医療密度の薄さと表裏）、救急医療等の課題
居住系サービスの不足、在宅医療・介護サービスの不足、医療と介護の連携不足
生活習慣病予防等の推進による健康度の向上、ICTの利活用によるサービス提供の効率性

目指すべき改革の方向性

概ね今後 15 年間で（平成 37(2025)年頃までに）、現在指摘されている課題を解決し、機能分化と連携により、重層的・一体的に住民を支える医療・介護サービス体系を構築すべき。

改革の具体的な方向性

医師確保、介護職員等の人材確保と資質の向上
病院・病床の機能分化・強化、専門職種間の協働と役割分担
在宅医療体制の強化・地域包括ケアシステムの確立
認知症ケアに対する体制の強化、介護予防・重度化予防

具体的な改革のイメージ（パターン1） ◇充実 ◆重点化・効率化

医療・介護ニーズ		(平成 37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)	
医療 病床	一般病床 (10割)	高度急性期 (約2割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
		急性期(約5割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)
		亜急性期・回復期リハ等(約3割)	◇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
	長期療養(慢性期)	◇◆医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮	
	精神病床	◇◆機能に応じた体制の充実やアウトリーチ(訪問支援)等の推進により、平均在院日数1割程度短縮、入院も2割程度減少。減少するニーズは、アウトリーチ(訪問支援)、早期の軽快(在宅・外来)、介護サービスの利用	
介護 施設	特養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下	
	老健+介護療養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下 ◇◆現行の介護療養にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療	
居住系(介護)		◇グループホームについては、約37万人分を確保(小規模多機能等の在宅サービスと合わせて認知症に相当程度対応できる水準)	
在宅・ 外来	医療	◇在宅医療・訪問看護の充実(利用者の大幅増) ◆生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、医科外来ニーズ(上記入院ニーズからの移行分を除く)が5%程度減少	
	介護	◇比較的中重度や認知症等のケースで、さらにサービス利用が進むものと仮定 ◇小規模多機能について、約40万人分を確保(グループホームと同旨)。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護を充実 ◆介護予防等リスクを軽減する取り組みにより要介護者等が3%程度減少	

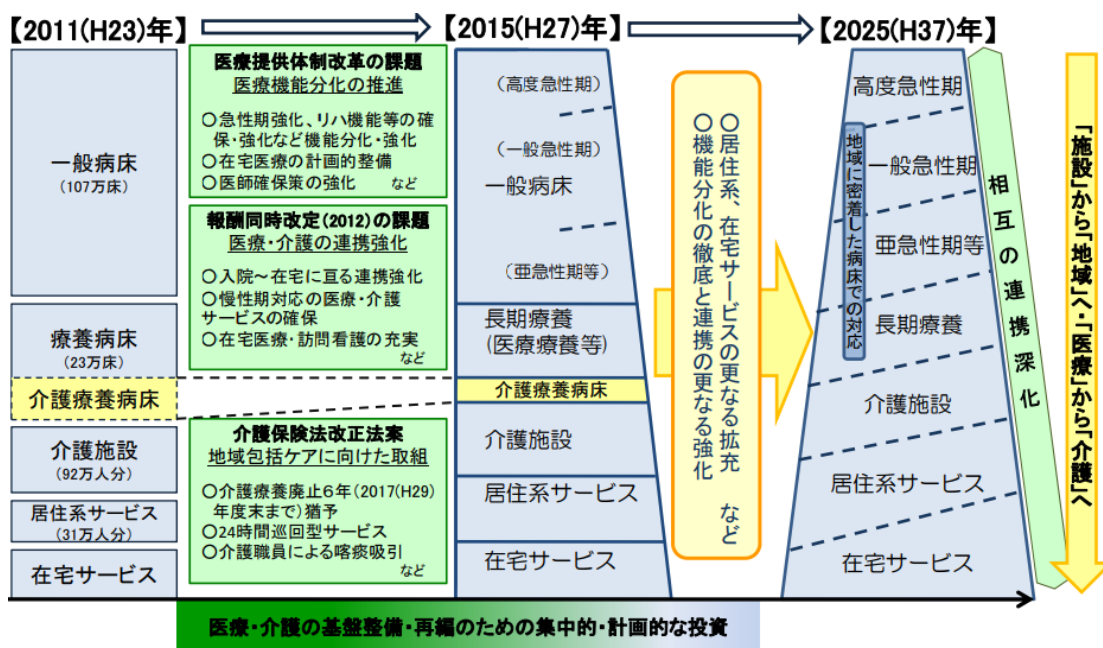
参考 改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素（2025年）

		2025年
充 実	急性期医療の改革（医療資源の集中投入等）	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期の職員等 2倍程度増（単価約1.9倍）（現行一般病床平均対比でみた場合） ・一般急性の職員等 6割程度増（単価約1.5倍）（〃） ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増（単価15%程度増）
	長期療養・精神医療の改革（医療資源の集中投入等）	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増（単価5%程度増） ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増（単価15%程度増）
	在宅医療・在宅介護の推進等（施設から在宅・地域へ、認知症への対応）	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者約25万人/日程度増加（現状投影シナリオに対する増） ・グループホーム 約10万人/日、小規模多機能約32万人/日分程度増加（現状投影シナリオに対する増） ・定期巡回、随時対応約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> ・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> ・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善（単価の上昇） ・地域連携推進のためMSW等の増（上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増）など
重 点 化 ・ 効 率 化	急性期医療の改革（平均在院日数の短縮等） ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期：平均在院日数15～16日程度 ・一般急性期：平均在院日数9日程度 ・亜急性期・回復期等：平均在院日数60日程度（パターン1の場合）（現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度〔急性期15日程度（高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度）、亜急性期等75日程度〕とみられる。）
	長期療養・精神医療の改革（平均在院日数の短縮等）	<ul style="list-style-type: none"> ・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等（施設から在宅・地域へ）	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・介護施設入所者約60万人/日程度減少（現状投影シナリオに対する減）
	予防（生活習慣病・介護）・地域連携 ・ICTの活用	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少（入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く）、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> ・伸び率として、△0.1%程度（医療の伸び率ケース①の場合）（現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。）
	医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 病院医師の業務量△2割程度（高度急性期、一般急性期）

将来像に向けての医療・介護機能編成の方向性イメージ

○ 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。

○ 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する



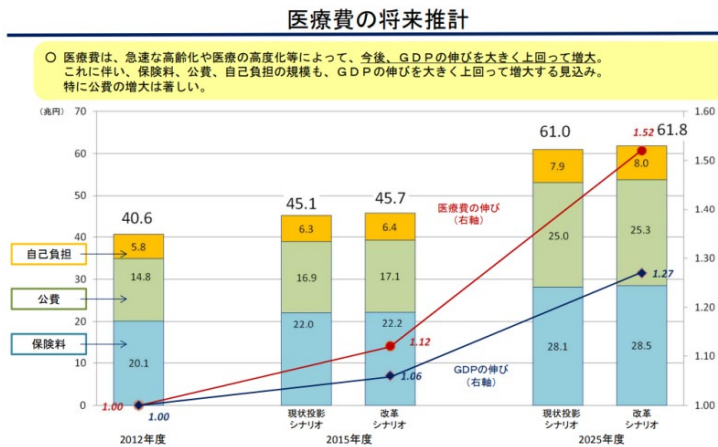
2025年の医療・介護サービスの需要と供給（1日当たりの利用者数等）の見込み

	2025年 改革シナリオ
高度急性期	16万人/日
一般急性期	33万人/日
亜急性期・回復期	31万人/日
長期療養（慢性期）	25万人/日
精神病床	24万人/日
入院計	129万人/日
介護施設	131万人/日
特養	72万人/日
老健（老健+介護療養）	59万人/日
入院・介護施設小計	260万人/日
居住系	61万人/日
特定施設	24万人/日
グループホーム	37万人/日
在宅介護	449万人/日
うち小規模多機能	40万人/日
うち定期巡回・随時対応	15万人/日
外来・在宅医療	809万人/日
うち在宅医療	29万人/日

2-4-6. 医療費の将来推計（社会保障審議会医療保険部会における主な議論に関する参考資料） —2012年—

本部会における参考資料に「医療費の将来推計」が記載されている。この参考資料には「医療費は急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後GDPの伸びを大きく上回って増大。これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを上回って増大する見込み。特に公費の増大は著しい。」との記載がある¹⁶。

2025年度の医療費は現状投影シナリオで61.0兆円、改革シナリオで61.8兆円としている¹⁷。ちなみに、民主党から自民党に政権が交代したのは2012年12月である。



この推計の前提として、GDPは2015年度に2012年度と比較して1.06倍、2025年は1.27倍となり、医療費は2015年度に2012年度と比較して1.12倍、2025年は1.52倍となることを前提としている。

¹⁶社会保障審議会医療保険部会における主な議論に関する参考資料：

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032vy9-att/2r98520000032w4q.pdf>

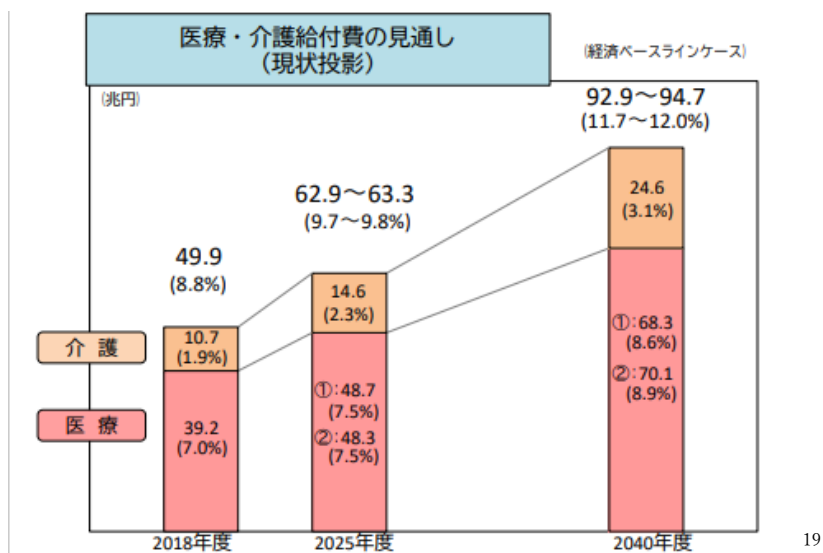
¹⁷「現状投影シナリオ」はサービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」はサービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。

2008年より対GDPを主とする表記方法のはずであったが、再び金額が主となっている。

	2012年	2015年	2023年	2025年
GDPの伸び(2012年予測)	1.0倍	1.06倍	—	1.27倍
GDPの伸び(実際) 名目GDP	500.0兆円	538.0兆円	588.6兆円	

2-4-7. 2040 年を見据えた社会保障の将来見通し —2018 年—

内閣府・財務省・厚生労働省の「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し」において、2025 年度の医療費は 48.3~48.7 兆円、介護費は 14.6 兆円と推計されている。この試算において、金額が太字で記載されており、対 GDP はカッコ書きになっており、対 GDP ではなく、金額が主に戻った感がある¹⁸。



¹⁸2040 年を見据えた社会保障の将来見通し、内閣府・財務省・厚生労働省 平成 30 年 5 月 21 日
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2018/0521/shiryo_04-1.pdf

¹⁹ この計算の前提は名目成長率 2018 年 (2.3%)、2019 年 (2.8%)、2020 年 (3.1%)、2021 年 (3.2%)、2022 年 2023 年 (3.1%)、2024 年以降 (3.5%) で計算

2018年推計の医療費と介護費、2022年の現実

	医療費	介護費
2025年度推計値	48.3～48.7兆円	14.6兆円
2022年実際値	46.0兆円	11.1兆円

2018年時点の予測名目GDPと実際の名目GDP

	予測名目GDP増加率	実際の名目GDP増加率
2019年	+2.8%	+0.2%
2020年	+3.1%	-3.2%
2021年	+3.2%	+2.4%
2022年	+3.4%	+1.3%
2023年	+3.4%	+5.7%

2-4-8. 将来推計を金額で表記することの限界

いくつかの仮定を設けて、将来の「金額」を予測することは予断を招くことになりかねないという意見により、2008 年から対 GDP 比を主な表記方法とすることになり、金額は参考に過ぎないこととなった。一方、行政としては将来の予算計上等を行うためには、予測金額が必要でもあろう。そのために、金額も合わせて表記するのであろうが、このような事情を知らないマスコミなどが金額のみを報道することがよくあり、一般国民も金額で考えてしまう傾向になりがちである。

今後の教訓として、社会保障費用、医療介護費などを検討する際には、金額ではなく対 GDP 比率で検討することが「主」であり、金額は「従」であることを忘れぬようにすべきである。

なお、全体を通して介護費用が現実値よりも過大に予測されていた原因としては、2つの理由が考えられる。一つ目は、2015 年度改定でマイナス 2.27%という大幅な減額となったこと、二つ目は介護サービスを行う人材が不足しており、その結果、支出額が予測よりも少なくなったこと、が挙げられる。

コラム 2 オプジーボ亡国論

抗 PD-1 抗体の「ニボルマブ」(オプジーボ)が 2014 年に「根治切除不能な悪性黒色腫」に対して承認され、2015 年 12 月に「切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」へ適応が拡大された。当時の薬価ではニボルマブを 1 年間投与すると約 3,500 万円が必要であった。日本赤十字社医療センター化学療法科(当時)の國頭英夫医師が提起した問題点は、ニボルマブの対象となる非小細胞肺癌の患者数を約 5 万人と推定すると、その費用が年間で 1 兆 7,500 億円に上り、国民医療費に多大な負荷を与えるというものであった。國頭医師は週刊医学界新聞(2016 年 3 月 7 日、第 3165 号)で以下の発言をしている。これを一般に「オプジーボ亡国論」という。

現在の日本の医療費は約 40 兆円で、薬剤費は約 10 兆円ですよ？ もとがこれだけのところにいきなり年間 2 兆円弱の負担が増すなんて、どう考えたって無理がある。何より、これがあくまで「一疾患に対する一つの薬」にかかる額だということを忘れてはいけません。私は免疫チェックポイント阻害薬の登場を契機として、いよいよ日本の財政破綻が確定的となり、“第二のギリシャ”になると考えています。中略

医療にかかるコストが高まっていくとともに、超高齢社会を迎えた日本では、がんを含めて患者そのものも増えていく。いずれ高齢者数が減少に転じるときも来ますが、それまで国自体が保つのかだって怪しい。

もし今、抜本的な策を行うなら、例えば「一定年齢以上は対症療法しか提供しない」と決めてしまうことですよ。その年齢以上の人は、延命的な医療そのものを諦めてもらう。医療を全ての人に行きわたらせることができないので対象者を絞る、という考え方です。対象を絞るに当たって、社会的な活動性や障害の有無などで「生命の価値」を判断するのはナチス・ドイツと同じになる。やるなら一番公平な手段として、年齢で区切るしかない。

——皆に受け入れられるものか、なかなか難しい意見です。

國頭 ならば全員で崩壊を迎えるか、です。われわれが置かれているのは「救命艇状況」です。全員が助かることはない。冗談ではなく、年齢で区切るといって、深沢七郎著『檀山節考』（新潮社）で描かれた社会を作るぐらいのことをしなければ、社会を維持するのは到底無理だと思うのです²⁰。

²⁰ 医学界新聞 2016年3月7日 コストを語らずにきた代償

https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2016/PA03165_01

3. 医療費の将来推計は可能か

将来の経済を予測する試みは太古から行われてきた。国の発展や存亡も経済の成長が重要であり、企業に投資する際にも国全体や世界全体がどのくらい経済成長するかは重要な視点である。これを見誤ると国が亡びることもあれば、企業が倒産したり、投資家が破産することもある。

学問的には、GDP 成長は「経済成長の3要素（労働投入量、資本投入量、全要素生産性²¹⁾」によって決定されると説明されている。一方、生産したものが過剰になる場合もあり、生産されるものが売れるためには市場が必要であり、生産する原料を確保するために資源も必要である。

さて、過去の経済データを使用し、経済成長の3要素のうち、どれが何%ずつ寄与してきたのかを調べる研究は数多くある。同様の手法を使い、将来医療費を推計することも行われてきた。そのうちの、いくつかの考え方を紹介する。

²¹ 全要素生産性（TFP: Total Factor Productivity）とは、生産性向上のうち、労働投入量増加、資本投入量増加では説明できない増加分のことを指す。具体的には、技術進歩、経営効率や組織効率の改善、分業の進展、規模の経済などがある。

3-1. OECD 推計

国際的には医療費の将来推計に OECD 要因分析法がある。この方法は医療費の要因として、所得要因（GDP 成長率）、人口動態要因（高齢化要因）、その他の要因（技術進歩、相対価格要因、政策要因等）に分け、分析をするものである。

1981 年から 2002 年までの OECD 諸国の一人当たり医療費の要因分析を下に示す。

Table 2.1 Decomposing growth in public health spending¹, 1981-2002²

	Health spending	Age effect	Income effect ³	Residual
Australia (1981-2001)	3.6	0.4	1.8	1.4
Austria	2.2	0.1	2.1	0.0
Belgium (1995-2002)	2.9	0.4	1.7	0.6
Canada	2.6	0.4	1.7	0.6
Czech Republic (1993-2002)	2.7	0.4	2.8	-0.4
Denmark	1.3	0.1	1.7	-0.5
Finland	2.6	0.3	2.1	0.2
France	2.8	0.2	1.6	1.0
Germany	2.2	0.2	1.2	1.0
Greece (1987-2002)	3.4	0.4	1.3	0.8
Hungary (1991-2002)	1.5	0.3	2.8	-1.5
Iceland	3.5	0.1	1.5	1.9
Ireland	3.9	0.1	4.9	-1.0
Italy (1988-2002)	2.1	0.7	1.7	-0.1
Japan (1981-2001)	3.8	0.4	2.2	1.1
Korea (1982-2002)	10.1	1.4	6.1	2.4
Luxembourg (1981-2002)	3.8	0.0	3.9	-0.1
Mexico (1990-2002)	4.5	0.7	0.5	2.4
Netherlands (1981-2002)	2.6	0.3	1.9	0.3
New Zealand	2.7	0.2	1.5	1.0
Norway	4.0	0.1	2.5	1.5
Poland (1990-2002)	3.1	0.5	3.2	-0.6
Portugal	5.9	0.4	2.6	2.8
Slovak Republic (1997-2002)	2.1	0.5	4.2	-1.5
Spain	3.4	0.3	2.3	0.8
Sweden	1.5	0.1	1.7	-0.4
Switzerland (1985-2002)	3.8	0.2	0.8	2.9
Turkey (1984-2002)	11.0	0.3	2.3	8.3
United Kingdom	3.4	0.2	2.3	1.0
United States	4.7	0.1	2.0	2.6
Average	3.6	0.3	2.3	1.0

1. Total public health spending per capita.
 2. Or the longest overlapping period available.
 3. Assuming an income elasticity of health expenditure equal to 1.
 Source: OECD Health Database (2004), ENPRI-AGIR and Secretariat calculations.

OECD の基本的な考えは、所得弾力性²²を 1 として、所得効果、人口動態要因、それ以外の要因に分け分析を行う。OECD 各国の過去の医療費の要因分析を行うと、1981 年から 2002 年までの 20 年間で OECD 加盟国平均の医療費の伸び率は 3.6%で、その内訳は年齢効果が 0.3%、所得効果が 2.3%、その他が 1.0%となっている。

²² 所得弾力性とは、所得が 1%増加したときに、ある費目の支出が何%増加するかを表した指標。高所得国では日常消費のモノやサービスは 1%以下になり、高額なモノやサービスは 1%以上となることが多い。

日本は伸び率 3.8%（年齢効果 0.4%、所得効果 2.2%、その他 1.1%）であり、OECD の平均とほぼ同じ程度である。最も医療費の伸びが低かった国はデンマーク 1.3%（年齢効果 0.1%、所得効果 1.7%、その他 -0.5%）、スウェーデン 1.5%（年齢効果 0.1%、所得効果 2.5%、その他 -0.4%）があり、その他要因がマイナスとなっている。これは、政策的に医療費を引き下げる手法を採用した結果と思われる。逆に最も医療費の伸びが大きな国は韓国 10.1%（年齢効果 1.4%、所得効果 6.1%、その他 2.4%）、トルコ 11.0%（年齢効果 0.3%、所得効果 2.3%、その他 8.3%）があり、韓国は所得要因が大きく、トルコはその他要因が大きい。韓国は経済成長が大きく、その結果として医療費の伸びが大きく、トルコは年齢でも所得要因でもない要因（政策的要因）で医療費を増やした可能性がある。

この OECD の方法を用いた将来推計として、2007 年の「医療費の長期推計に関する一考察：OECD の先行研究に基づく日本の将来推計」²³がある。本研究によると、2025 年の医療給付費は、放置ケース（改革を何もしない）で 55.6 兆円（対名目 GDP 比 7.5%）、基本ケース（緩やかな改革）で 53.3 兆円（同 7.2%）、厳格な改革ケース²⁴（その他要因の伸び率 0%）で 46.0 兆円（同 6.2%）と推計している。

²³ 医療費の長期推計に関する一考察：OECD の先行研究に基づく日本の将来推計、京都大学経済研究所 北浦他、2007

²⁴ その他要因の伸び率を 0%とするということは、技術進歩、相対価格要因、政策要因等を全く考慮に入れないということである。2022 年度の国民医療費は 46.0 兆円であり、2025 年度もさほど大きな伸びは期待できないとすると、この技術進歩、相対価格要因、政策要因等を全く入れていないモデルに近い現実になっているとも言えるかもしれない。

3-2. 医療制度は内生的 (endogenous)

ある国の総医療費はどのようにして決まるかという問いをした際に、1977 年の Newhouse の論文が引用されることが多い。Newhouse はこのように述べている。「医療の制度要因は内生的 (endogenous) に取り扱われるべきであり、各国は自国の所得水準に相応しい医療制度を自ら発見するであろう」と。

すなわち、医療制度が医療費の額を決めているのではなく、国民の所得が医療制度を決め、その結果として医療費の額を決めると説明している。その国の所得水準によって、医療制度や受けることができる医療が決まってくるということになり、医療費は結果に過ぎないということである。

当時においては、Newhouse は一人当たりの医療費の説明は一人当たり所得で 90% を説明することができるかと説明しており、年齢要因 (高齢化) やその他要因 (技術進歩等) は 10% に過ぎないと分析している。

また、権丈善一教授が日本医師会医療政策会議の報告書²⁵で述べていることを少し長い引用したい。

「制度が内生的であるということを考えてみよう。制度の内生性を理解するためには、ホメオスタット機構の代表例であるサーモスタット (温度を調整するための装置) の構造を概観するのがよいであろう。ホメオスタットとは、生命体が絶えず内外の諸変化にさらされながら、形態的状态や生理的状态を一定の安定した範囲内に保ち、個体としての生存を維持しようとする性質である。このようなホメオスタシス (恒常性) を乱すような<変化>を<情報>として受け取った場合に、その<変化>を打ち消すような指令を与える<負のフィードバック>を備えた体系がホメオスタット機構である。社会学者パーソンズは、社会がこのようなホメオスタシス (恒常性) を備えてい

²⁵ 日本医師会医療政策会議練和 2・3 年度報告書、新しい時代に社会保障と経済はどう変わるか

るとして、彼の社会システム論を構築した。サーモスタットの場合、データとは周りの空気（温度）である。たとえば室内温度を24度に設定した場合、周りの空気がそれを超えると、恒常性を保とうとするサーモスタット機構が起動し始める。医療政策では、データのところに保険料率があると考えれば理解しやすい。所得の伸びよりも医療費の伸びが大きくなろうとすると保険料率が上がる圧力がかかることになる。そうすると、「情報伝達部」に位置するメディアなどが、財源調達者、費用負担者たちを支持する情報伝達を開始する。逆も成立して、所得が伸びているときには、医療費が伸びても保険料率の上昇はさほど必要ないために、医療費の伸びは世の中の関心事ではなくなってくる。そうしたホメオスタット機構の中で、医療制度は形成されていく。オブジーボの問題もあったが、オブジーボで財政が破綻するという報道の勢いが増せば、オブジーボの価格を下げる政策を実現させる世論が形成され、解釈器（執行部）は、それを実現できるようになる。」

経済成長をして、一人当たり所得が多くなれば、それに見合った医療制度が自生的に生まれてきて、それに沿って医療費も上がってくる。医療費を上げることがまず初めにあるのではなく、医療費水準は経済成長の結果である、ということになる。診療報酬改定率と経済成長率は単年度で見ると相関関係はあまりないが、5年のタイムラグを取ると、相関関係は強くなってくる。2024年度の診療報酬改定率は+0.88%であったが、これも2022年、2023年のGDP成長率が高く、一般産業の賃上げも進み、消費者物価指数もプラスが続いていたため、診療報酬の上昇圧力が強くなったためと考えられる。

3-3. 政府による医療価格コントロール

医療政策学のアーベル・スミスは「医療の需要をコントロールすることは困難であるが、医療供給側を規制することにより医療費をコントロールすることは可能である。その理由は多くの欧州諸国において、医療の購入者は政府しかいないからである」と述べている²⁶。すなわち、医療費の決定要因は需要（人口、年齢構成、医療の高度化など）というよりも、購入価格の人為的な調整が最も大きな要因であると言っている。一般的な財やサービスは市場で取引され、需要が多いと価格は上がり、供給が増えると価格は下がる。経済学はこの需給バランスによって将来予測を行い、実際も多少のブレや突発要因はあったとしても、この需給バランスによって価格が変動する事が一般的である。一方、皆保険制度を採用している先進諸国では、医療費の変動は需給バランスよりも、政府の医療サービスの価格調整の結果が大きいということである。アーベル・スミスは医療費の将来予測をする際には医療の購入者（価格決定者＝政府）の意向による力が強いという事を主張している。

²⁶ Cost containment and new priorities in the European community:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1406493/>

4. 最後に

本稿のはじめに書いた若手医師会員からの質問「診療報酬の抑制はなぜこうも俎上に載せられるのか？」という問いに対する答えを自分なりに述べていきたい。

医療費抑制策は高度成長期が終わった直後から出てきており、その後も常に財務省、財界、一部の経済学者などが抑制論を主張している。また、医療費の将来推計はなかなか当たらないことも述べてきたとおりである。少なくとも、将来の経済成長が分からない以上、名目値の金額で将来を予測することは誤った結論に陥りやすいことを忘れないようにすべきである。対GDP比の推計値は長期的予算の構築上、政治行政的に必要なものであるのは間違いない。ただ、これも予測は難しく、医療については現実値と近くなってきてはいるが、介護には大きなずれが生じている。これは、2010年代に介護報酬を大幅に減額したこと、および介護職員不足という供給能力が足りないことからくる結果とも考えられる。今後、医療分野においても、供給能力の不足²⁷には十分に注意を払う必要があるだろう。

医療制度は内生的であり、長期的にみると医療費には国民の所得が大きな影響を与えるという考えは過去の経緯を見ても妥当な意見である。また、先進国においては（皆保険制度を導入できていない米国を除く²⁸）医療の価格は市場における需要と供給の関係性は小さく、医療の購買価格を決定する政府の力のほうが大きいことはエーベル・スミスの言うとおりであり、本邦においても納得できる理屈であろう。

²⁷ 医療における供給能力の不足とは、少子化による医師・看護師の不足や診療報酬削減を続けることによる投資不足によって「病院というインフラ」の減衰などが考えられる。すなわち、現行の診療報酬抑制策を続けると、医療を受けたくても受診できないことによる医療費の上昇抑制などが起きるかもしれない。

²⁸ 米国の医療費対GDP比率が、16.8%とOECD諸国で突出して高い理由は、国民皆保険制度を導入できていないために、医療サービス価格が市場価格に引きずられているからでもある。詳細は日医総研ワーキングペーパー「医療関連データの国際比較」2022.03.24を参照のこと（<https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/03/WP464.pdf>）。

以上を勘案し、若手医師会員からの質問の答えとして、これからの医療費を上げるためには、① 日本が経済成長し日本人の所得が上昇していくこと、② 我々医師団体が強い政治力を持つこと、この2点であると強調したい。