



IIPS

Institute for
International Policy Studies

▪ Tokyo ▪

医療保険と介護保険の際限ない膨張を抑制するために
— 社会保障制度改革Ⅱ —

・ 平和研レポート ・
主任研究員 中垣 陽子

IIPS Policy Paper 305J
March 2004

財団法人
世界平和研究所

© Institute for International Policy Studies 2004

Institute for International Policy Studies
5th Floor, Toranomon 5 Mori Building,
1-17-1 Toranomon, Minato-ku
Tokyo, Japan 〒105-0001
Telephone (03)5253-2511 Facsimile (03)5253-2510

本稿での考えや意見は著者個人のもので、所属する団体ものではありません。

本稿は、

「個人の活力を引き出す公的年金制度」

「医療保険と介護保険の際限ない膨張を抑制するために」

「全ての子育て家庭に向けた経済的支援の拡充」

の3本の論文によって構成される社会保障制度改革についての提言の第2部である。

全体を通じた考え方は以下に示すようなものであり、このうち、特に医療保険制度と介護保険制度に関する部分を本稿にて言及している。

社会保障制度改革－全体を通じた考え方－

昨年は年金制度改革について国民的に議論が盛り上がった。年金を特集すると女性週刊誌の売上高が伸びることなどかつてなかった現象である。

なぜ議論は盛り上がったのか？

それは誰の生活にとっても重要である一方で、利害が人によって違うため、「自分はどうなのか」を皆が知りたくなかったからではなかろうか。

では年金制度のどのような利害が人を議論に駆りたてたのか？

「現在の高齢者は、たくさんの年金をもらって、年に1度海外旅行、毎週ゲートボール、孫にお小遣いと楽しそうだが、自分達やその子ども達が70になる頃には年金などもらえなくなっているのではないか」という世代間の不公平についての利害がその一つ。

そして、会社員と自営業者では利害が相反し、サラリーマンの夫を持っている専業主婦とそれ以外の女性では利害がぶつかるなど、世代内での立場の違いからくる不公平についての利害がもう一つである。

世代間の不公平、世代内の不公平、そのどちらも重要だが、各個人にとってより受け入れがたいのは、隣の芝生の問題、世代内での不公平の問題なのではなかろうか。

ともあれ、煎じ詰めれば、年金制度の不公平性に皆が気がつき始めたからこそ、関心も高まったわけである。

不公平感を原動力に高まった国民的な関心を、不信感の更なる蔓延と、その帰結としての制度崩壊につなげてしまうのではなく、よりよい社会保障制度設計への抜本改革の原動力たらしめることが出来るかどうか、政治や政府に今問われている。

そして国民の期待に応えるためには、個々人の活力を引き出すこと、つまりはヤル気を削がない制度という視点こそが重要だ。

そのためのポイントは二つ。

一つ目は、働くことが無駄だと感じられてしまうほどの重い負担は避けること。

二つ目は、今後、経済社会全体でのパイが大きくなりにくくなっている中で、パイの分け方の問題の重要性が高まっていくのは必至なわけで、分配の不公平からくる制度への不信感、つまりは不公平感をできる限り小さくしていくことである。

そして、加えて、今後の社会保障制度を考える際に忘れてはならないのは、わが国では、現役世代でも高齢世代でも、近い将来一人暮らしが最も普通の暮らし方になる時代がくることだ。一人でも安心して暮らすことの出来る世の中づくりが不可欠だ。

以上のような立場から社会保障全体の改革像について提言する。

最初に、社会保障給付の半分以上を占める公的年金制度をどうするべきかを考える。制度への不公平感や不信感から負担を逃れようとする人の数が既に無視できない水準に達している。このまま皆が逃げ出して制度が崩壊してしまう前に、全ての国民に最低限度の生活を保障する新たな基礎年金制度を導入することを提案する。財源は全額目的消費税として、負担の不公平感の原因を根元からなくしていく。金額は、原則一人月7万円、ただし、一人暮らしの高齢者には月9万円を支給する。それ以上の生活保障については、任意で加入でき、国が最低限のリスクを補填する保険料積立型の年金を別途用意すればよい。なお、基礎年金の全額税財源化にあたっては、生活保護制度との整合性確保が必要だ。

ただし、こうした新たな基礎年金制度の導入はそれだけで消費税率を10%前後上昇させるものである。公共事業などの財政支出を極力削減するとしても、他の社会保障制度への支出を今後そうそう増やすわけにはいかない。

とすれば、高齢化の中で否応なく給付が増加していく性格の医療保険や介護保険の改革もどうしても必要だ。

これまでわが国は、医師数やベッド数、さらには診療報酬のコントロールによって、平均寿命も健康寿命も世界一という成果を挙げつつ、比較的成本の安い医療を国民皆が受けられる優れた制度を築きあげてきた。だがしかし、高齢化の進展の中で、医療保険の財政は悪化しており、制度の持続のための抜本改革が必要になっている。今後は、医師や医療機関の競争を促進することなどにより医療それ自体の質を高め効率化することや、医療保険の統合再編に加えて、殆ど全ての医療が保険で受けられるという保険制度の根幹を見直すことも必要になってくる。具体的には混合診療の解禁が急務となっている。痛みを伴う改革であればこそ、十分な議論を行うことが必要だ。

2000年に導入された介護保険制度は、概して順調に成長している。特に、在宅サービスの利用者の増加がめざましく、多数の民間業者が参入して新たな市場を創出した。だがしかし、予想を上回る利用の増加に対応して、早くも負担や給付を見直す必要性がでてきている。負担ベースの拡大や給付内容の効率化に加えて、中長期的には、介護保険と高齢者医療保険の一体化をも視野にいたした制度設計を考えていくことが望まれる。

さて、公的年金、医療保険、介護保険、これらはいずれも高齢者を主なターゲットとする社会保障だ。一方で、わが国の子育てに対する財政支出は極めて貧弱なのが現状だ。少子化への対応が叫ばれるようになって久しいが、子育てへの支援を抜本的に見直すべき時期がきているのではなかろうか。

90年代以降、保育所整備を中心とした働く母親に向けた「両立支援策」が進められてはきたものの、それでは少子化が食い止められないことが明らかになりつつある。

その理由の第一は、「誰に産んで欲しいのか」という問いに皆の納得する答えを持たず、一方で、「誰にでも産んで下さい」という政策が講じられてきたわけでもなかったからではなかったか。「両立支援」というコンセプトは今でも必ずしも広く受け入れられているわけではない。

理由の第二は、保育所整備による少子化対策の非効率である。保育所の定員増、少子化の進行にもかかわらず、保育所の待機児童が一向に減らない裏には、コストを度外視した保育料設定がある。ごく一部の家庭しか利用できない保育所整備に多大なコストを投入し続けることの是非を改めて問うてみるべき時である。

政府の少子化対策は、今やその対象を「両立支援」から「全ての子育て」に広げようとしているが、筆者は、特定の家族の姿を想定しない社会にあっては、全ての子育て家庭に向けた経済的支援の抜本的拡充が有効だと考える。保育所整備等一定のターゲットに向けた政策に対する支出を整理統合し、家庭が子育てスタイルをそれぞれ選択できるシステムに改めるべきである。

介護保険のこれまでの成功を踏まえれば、子育ての分野にあっても、需要側（子育て家庭）への補助によって、供給者（保育サービス）間の競争を促す手法は機能するはずである。また、このことこそが、冒頭に提起した、制度に対する不公平感を極力小さくする道でもある。

医療保険と介護保険の際限ない膨張を抑制するために
— 社会保障制度改革Ⅱ —

<目次>

1 医療保険制度	…1
(1) WHO 評価世界一の背景	…1
① 医療へのフリーアクセスが比較的安価に実現している日本 ＜保険料の上昇や無保険者の増加で十分な医療を受けられない人が増えて いるアメリカ＞ ＜絶対的な医療費の不足により原則無料の NHS が機能不全に陥っている イギリス＞	
② 診療行為の価格が低めに抑えられてきたことが医療費抑制につながって きた	
③ 患者の自己負担は引き上げられつつあるが…	
④ 政策的にコントロールされてきた医療供給	
i) 各国と比べて少ない医師数	
ii) 医療費とベッド数は密接に関係	
iii) 実質的に制限されている医療供給	
⑤ 診療報酬と医療供給の抑制によって実現したわが国医療のパフォーマンス	
(2) 高齢化の進展で悪化する保険医療財政	…7
① 高齢化による医療費増加	
② 悪化する保険医療財政	
③ 診療報酬と供給のコントロールで実現した我が国の医療供給体制は高齢化 で限界に	
(3) 医療制度改革の方向性	…11
① 医療における需要の抑制—保険医療需要の制限—	
i) 環境整備—健康寿命の延伸と住宅環境の整備—	
ii) 混合診療の解禁	
② 医療の質の向上と供給効率化	
i) EBM を通じた医療の標準化の推進	
ii) 医療の質的向上・効率化にむけた診療報酬体系の見直し	
iii) 医療機関の資金調達手段の多様化	
iv) 医師の参入制限の見直し	
③ 保険者機能の発揮と医療保険制度の見直し	
④ 最後に	

2 介護保険	…17
(1) 現行制度	…17
(2) 問題点と今後の課題	…19
① 給付対象範囲の見直し	
i) ホテルコストの自己負担化	
ii) 軽度利用者へのサービス給付内容見直し	
② 保険料負担の見直し	
③ 保険者の広域化による財政基盤強化と保険者機能の発揮	
3 高齢者医療と介護の一体的供給に向けて	…22
① 総額キャップ制の導入	
② 介護保険の第2号被保険者の拡大、医療・介護の被扶養者要件の見直し	
③ 混合診療の解禁	
④ 医療・介護のサービス供給体制の整理	
⑤ ホテルコストの自己負担化による年金、医療、介護の役割分担明確化	
⑥ 保険者の整合性確保	

医療保険と介護保険の際限ない膨張を抑制するために - 社会保障制度改革Ⅱ -

1 医療保険制度

社会保障給付の中で年金の次に規模が大きいのが医療費である。国民医療費は毎年 1 兆円程度増加しており、現在 30 兆円に迫る水準となっている。高齢化の進展の中で、その伸びをどのように持続可能なものとしていくかが課題となっている。

(1) WHO 評価世界一の背景

国内ではその支出を抑制することが課題になっているとはいえ、国際的に見るとわが国の医療のパフォーマンスは高い。

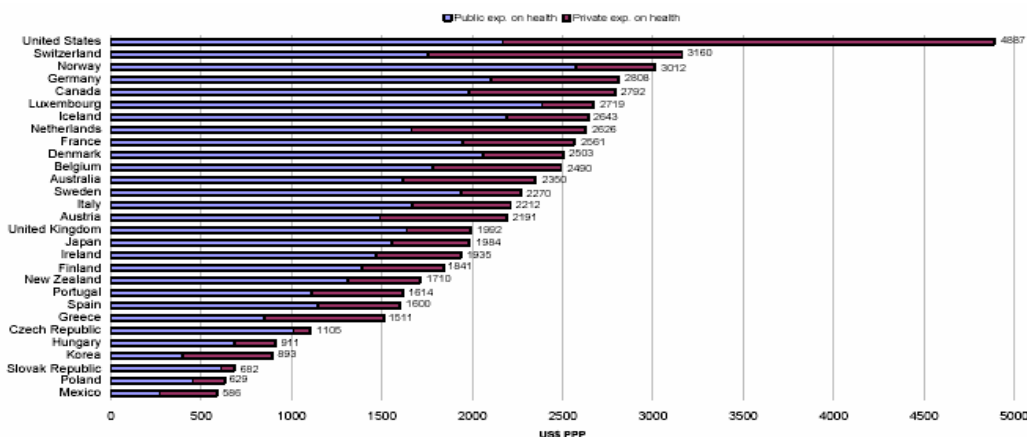
WHO が 2000 年現在で行った各国比較では、わが国の医療水準は世界一である。これは、平均寿命・健康寿命がともに世界一という「成果」を挙げながら、一方で医療費の GDP 比は先進国の中でも低い水準にあることなどを評価したものである。

図 1 わが国の医療水準

総合	1 位
健康の到達度	1 位
健康の配分	3 位

出所) World Health Organization "World Health Report 2000"

図 2 OECD 諸国の医療費



出所) OECD 資料

それでは、わが国の医療が高いパフォーマンスを上げてきたのは何故なのだろうか。

① 医療へのフリーアクセスが比較的安価に実現している日本

わが国では、病気になれば誰もが保険証一枚で（国民皆保険）どこの病院の診察も受けることができるのが特に都市部では当たり前のようになっている（フリーアクセス）。「3時間待ちの3分診療」という言葉はあるけれども、とにかく3時間待てば保険診療が受けられる制度の中で、高齢者の間では、一つの症状について複数の病院を渡り歩く「はしご受診」すら一般的である。が、これは世界的には例外的なことである。アメリカとイギリスの例をみてみよう。

<保険料の上昇や無保険者の増加で十分な医療を受けられない人が増えている
アメリカ>

世界一医療費の高いアメリカ（図2）では、公的な医療保険は高齢者を対象としたメディケアと低所得者を対象としたメディケイドしかない。それ以外の国民は主に勤め先の企業を通じて民間保険に入ることになるが、一切医療保険に入っていない無保険者が4,000万人余りに達している。

民間の保険者（保険会社）は、それぞれの採算をとるために、保険で受診できる医療機関や受診できる内容に厳しい制限を課している一方で、医療技術や新薬の開発は着々と進んでいるため、保険料は年々上昇している。

この結果、かなりの国民が病気になっても受診を先延ばしせざるを得ない状況になっている。

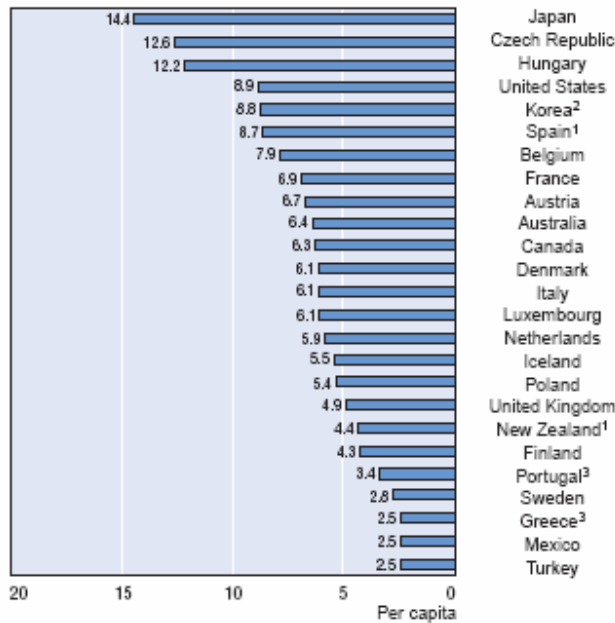
<絶対的な医療費の不足により原則無料のNHSが機能不全に陥っている
イギリス>

イギリスでは、**National Health Service (NHS)**といわれる国による原則無料の医療提供制度が運営されている。しかし、「風邪を引いても受診ができるのは結局風邪が自然治癒してから」と言われるように、膨大な待機者リストが問題となっており、サービスの質も他の先進国と比べて劣ると言われる。この結果、経済的に余裕のある国民の間では、民間保険に契約し、自由診療を受ける人が急増している。

政府では、その本質的な問題は医療供給、つまり医療費の絶対的な不足だという認識から医療費を増やす計画である。

再びわが国に話を戻すと、フリーアクセスを背景にして、わが国の国民が医者に通う回数は、医療費世界一のアメリカを抑え世界で最も多い。

図3 1年間に医者にかかる回数



1. 2001. 2. 1999. 3. 1998.

出所) OECD 資料

にもかかわらず医療費はイギリス並みに納まっている(図2)。それは一体何故なのだろうか？

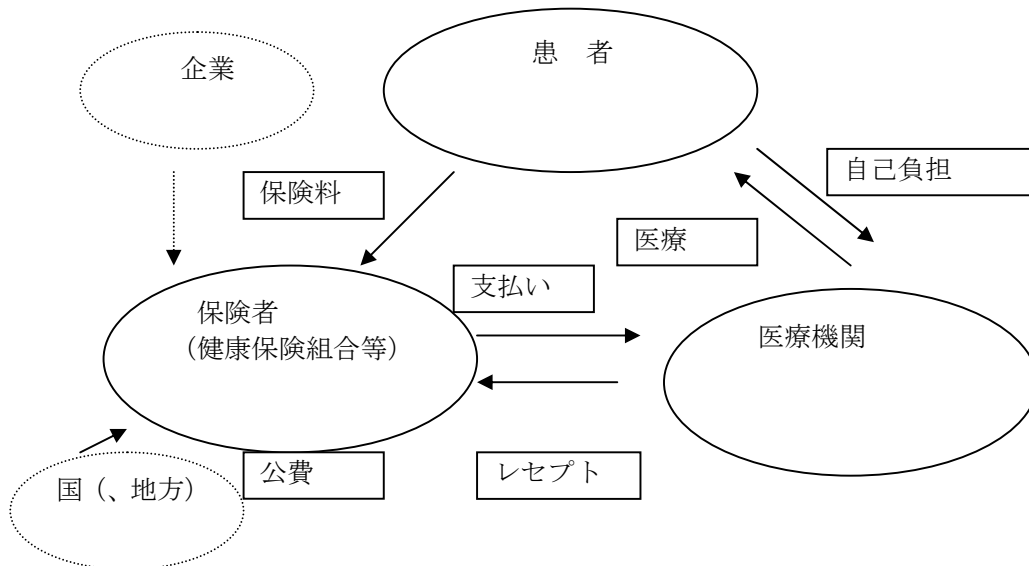
② 診療行為の価格が低めに抑えられてきたことが医療費抑制につながってきた

保険でカバーされる全ての診療行為(約2,500)と全ての薬剤(約15,000)に付された公定価格が診療報酬である。医療機関が保険者(健康保険組合等)に請求書(レセプト)を回すと、基本的に出来高払いで支払いが行われる。

2年に一度改定されるこの価格が医療の方向を大きく決定づけてきた。大まかにいえば、これまでは、公定薬価と実際の薬の市場価格との差である薬価差益が医療機関の儲けの源泉になってきていた一方で、診療行為に対する価格は低めに抑えられてきた。

薬価は改定毎に引き下げられることから、その差益は新薬で大きくなるため、日本では、高い薬(新薬)ばかりが使われがちだった。このような非効率を是正するため、公定薬価は改定の毎に引き下げられ、市場価格と近づけられてきた。また、薬で儲けようとする医療機関の行動を是正するために、その医療機関以外で調剤するための処方箋(院外処方箋)に対する保険の点数を高くするなどした結果、医薬分業も進みつつある。この結果、国民医療費に占める薬剤比率は、この10年間で3割から2割に低下している。

図4 わが国の保健医療システムの概要



一方で、手術料など診療行為に対する値段は低く抑えられ、医療費全体の伸びを抑制してきた。しかし、日本の診療報酬は診療行為そのものについての評価という形をとる「診療所モデル」と言われるものであったため、高額の設定を前提とした医療技術の高度化に対応した設備投資を難しくしてきた面や、駆け出しの医者でも名医でも全く同じ報酬であることが、医療の質の向上を妨げてきた面は否定できない。

③ 患者の自己負担は引き上げられつつあるが・・・

保険診療の自己負担は、徐々に引き上げられ、現在3割に統一されている。高齢者についても、従来の定額制を改め、定率の1割負担（高額所得者は2割）となった。

3割という水準は他の先進国と比較して決して低いとはいえない。しかしながら、実際には高額療養費制度によって自己負担に上限が設けられている。高齢者の場合も、例えば大病院への外来受診では5,000円というように月額の上限が決められている。

出来高払いの下で、医療機関には出来るだけ多くの診療や投薬を行うインセンティブが生じやすい。医療のように専門的な世界では、医師と患者の間に極めて大きな情報の非対称性があり、しかも、患者の負担上限が決まっている中で、患者は医師から示された方針に異論を唱えるのは難しく、過剰診療が生じやすい状況だといえる。

④ 政策的にコントロールされてきた医療供給

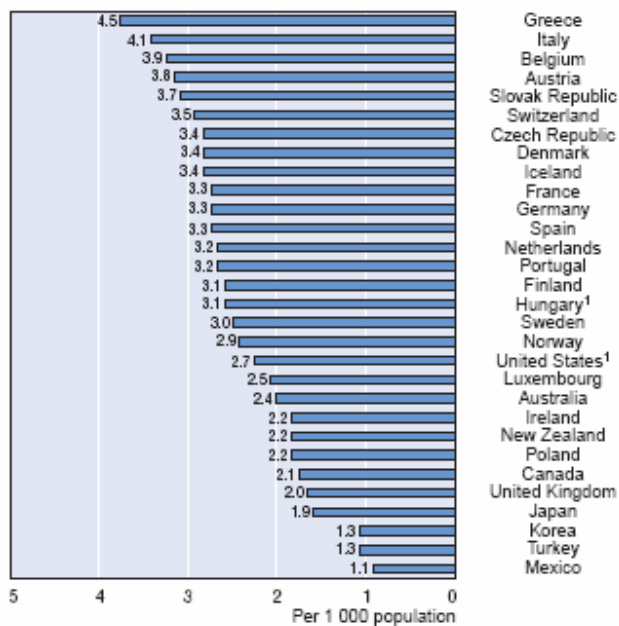
過剰診療が生じやすい状況にもかかわらず医療費が高騰を免れてきたのは、医療供給量がコントロールされてきたからだ。

i) 各国と比べて少ない医師数

医師免許をもつ医師は都道府県知事に届け出れば自由に開業することができる（自由開業制）が、医師国家試験の受験資格である医科大学（医学部）の入学定員が決められており、供給は事実上制限されている。また、日本の医師免許を保持しない外国人医師は、研修という名目の下でしか診療することができない。

この結果、他の先進国と比較してみると、わが国の人口当たり医師数は少ないが、厚生労働省は将来的に医師数が過剰になるとの前提で、新規参入医師数を減らしていこうとしている。

図5 OECD諸国の人口当たり医師数



1. 1999.

出所) OECD資料

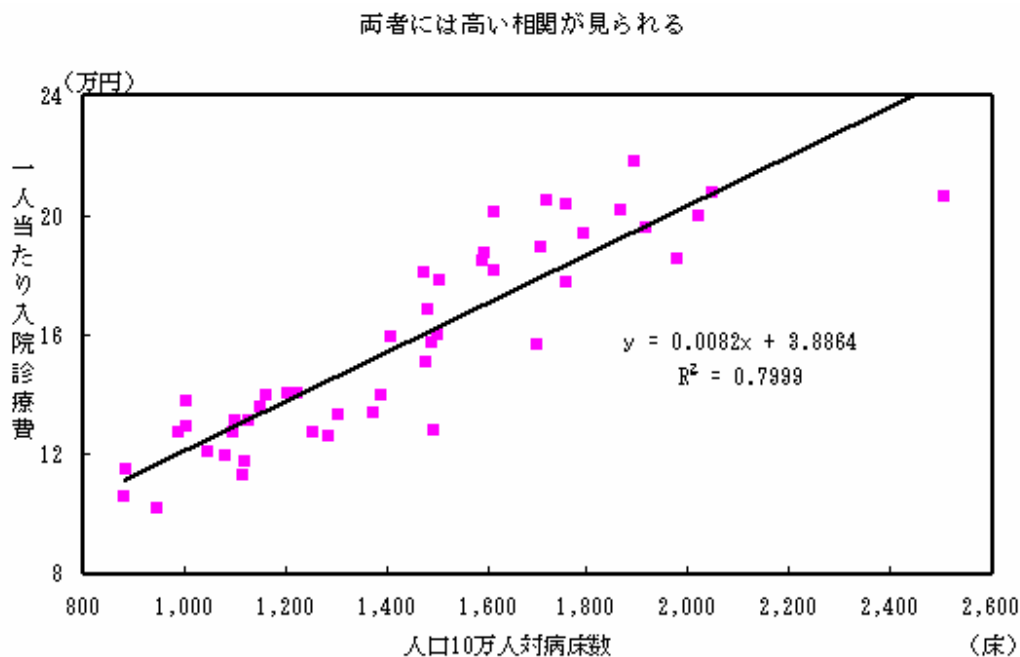
ii) 医療費とベッド数は密接に関係

人口当たりのベッド数と診療費には強い相関関係がある。これは、出来高払いの

現在の医療制度に「供給が需要を作り出す」側面があることを意味している。わが国のベッド数は他の先進国と比較しても多く、1985年の医療法改正以降、医療計画によってベッド数のコントロールが行われている。

また、株式会社の医療機関経営の解禁を求める声もでてきているが、現在のところ認められていない。

図6 1人当たり入院治療費と人口10万人対病床数



(備考) 厚生労働省「国民健康保険事業年報」、「医療施設調査」、総務省統計局「人口推計」より作成。

出所) 内閣府「経済財政白書」2003年

iii) 実質的に制限されている医療供給

結局、医師数やベッド数の規制を通じて、医療供給は実質的に制限されている。医師の養成費用、つまり医科大学(医学部)のコストが非常に高いことや、各国の医師数と医療費にはある程度相関があるとみられること、ベッド数と診療費に相関関係があること(図6)から、こうした供給制限が日本の医療を安価なものとしてきた点は評価できるだろう。

反面、個人の立場からみると、よりよいサービスを提供できる可能性を持つ医療機関や医師の診療を受ける機会が損なわれている側面もある。事実、よりよい医療を求めて海外の医療機関に向かう日本人も出てきている。

他方、参入制限があるものの、一旦医師免許を取ってしまえば、全ての診療科目

を一生診ることができるという現在の資格要件は、医療技術の進歩の中で医療過誤の頻発にもつながっていると考えられるだろう。

しかも、広告規制の緩和や第三者評価の取組は進みつつあるものの、個人の立場からは医療の質を判断することが依然として困難である。

⑤ 診療報酬と医療供給の抑制によって実現したわが国医療のパフォーマンス

以上、わが国の医療のパフォーマンスは、診療報酬制度と医療供給に対する政策的コントロールが比較的うまく機能してきた結果だといえるだろう。ただし、より質の高い医療に対するニーズには応えきれていない。

また、次項に示すように、高齢化の進展で医療費の増加圧力が増す中で、保険者の財政状況が悪化しており、これまでの「全ての人に安価な医療を」という方針の持続可能性が問われている。

(2) 高齢化の進展で悪化する保険医療財政

① 高齢化による医療費増加

近年の医療費の増加の大部分は 65 歳以上の医療費の増加で説明することができる。65 歳以上の 1 人当たり医療費は、65 歳未満の 4.6 倍にもなっている。厚生労働省は、2025 年には医療費全体の 7 割が 65 歳以上の医療費になると推計している。

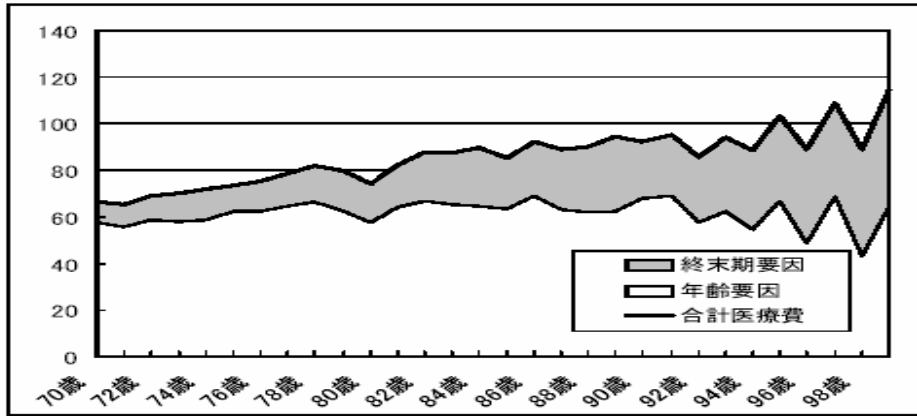
図 7 医療保険医療費の見通し

	2007 年度		2025 年度	
全体	34.7 兆円	100 %	65.6 兆円	100 %
75 歳～	12.2 兆円	35.2 %	34.3 兆円	52.3 %
65 歳～	6.6 兆円	19.1 %	11.0 兆円	16.7 %
～64 歳	15.9 兆円	45.7 %	20.3 兆円	31.0 %

出所) 厚生労働省資料

それでは何故高齢者の医療費は高いのだろうか。日本経済研究センターは、高齢者の年齢別の医療費を、死亡前 1 年以内の医療費（終末期医療費）とそれ以外に分けて分析を行っている。高齢になればなるほど医療費全体が高いのは直感的に理解できるとしても、実は、それは主に終末期医療費が高いことによっており、それ以外の部分の医療費は年齢を問わずほぼ一定であることが明らかにされている。しかも 1 人当たりの終末期医療費は年齢が高いほどむしろ低い（年齢が高いほど 1 人当たりの終末期医療費は低い、死亡前 1 年以内の人の数自体は多い）。これは、終末終末期医療費次第で医療費全体が抑制できることを示しているといえるだろう。

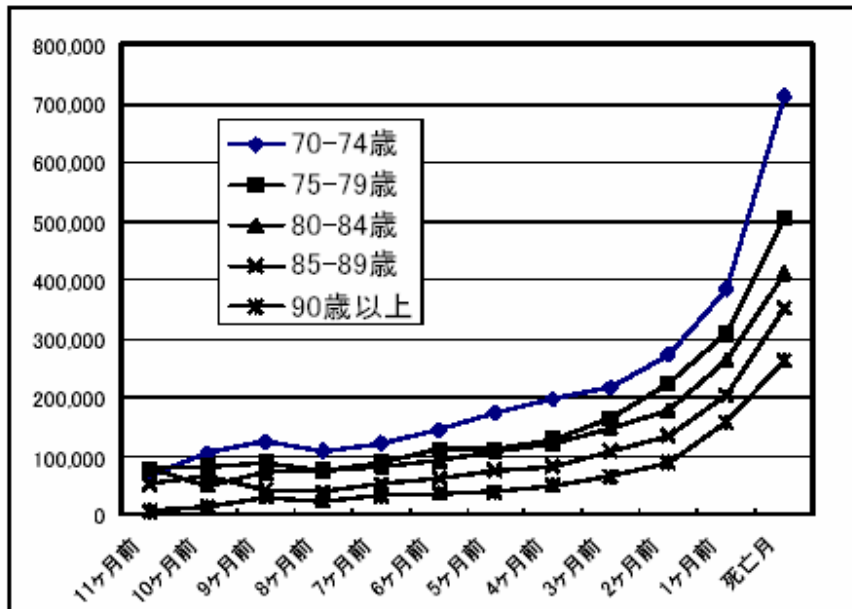
図8 高齢者医療費の要因分解



注) 単位：万円。

出所) 鈴木亘・鈴木玲子「寿命の長寿化は老人医療費の増加要因か」
 JCER DISCUSSION PAPER No.70, 2001年

図9 年齢とともに下がる終末期医療費



注) 年齢階級別死亡前月ダミーの係数。死亡月は、計数値を2倍している。

出所) 図8と同じ。

② 悪化する保険医療財政

全ての国民は、現在約 5,000 のいずれかの保険者に加入することとなっている。その主なものは、i) 大企業等が企業毎・企業グループ毎に設立する健康保険組合、ii) 中小企業の従業員を対象とした全国横断的な政府管掌健康保険、iii) 自営業者など他に属さない全ての世帯を対象とする市町村毎の国民健康保険の3種類である。これらは、規模も財政状況も非常に多様であり、例えば、健康保険組合には殆ど公費が入っていないが、政府管掌健康保険には給付費の13%、市町村国保は非常に多額の公費が投入されている。平均加入者数も政管健保の3600万人に対して、健康保険組合の平均は1.8万人、市町村国保の平均は1.4万人と大きく異なっている。

図10 主要な医療保険制度

	市町村国保	政管健保	組合健保
加入者数 (1)	4,477 万人	3,630 万人	3,102 万人
保険者数 (2)	3,235	1	1,722
1 保険者当たり加入者数 (3)	1.4 万人	3629.9 万人	1.8 万人
加入者数平均年齢 (4)	52.1 歳	37.0 歳	34.1 歳
1 世帯当たり年間所得 (5)	159 万円	242 万円	383 万円
国庫負担 (6)	給付費等の 1/2 保険料軽減分 1/2	給付費の 13%	定額
1 人当たり診療費 (7)	16.4 万円	12.0 万円	10.2 万円

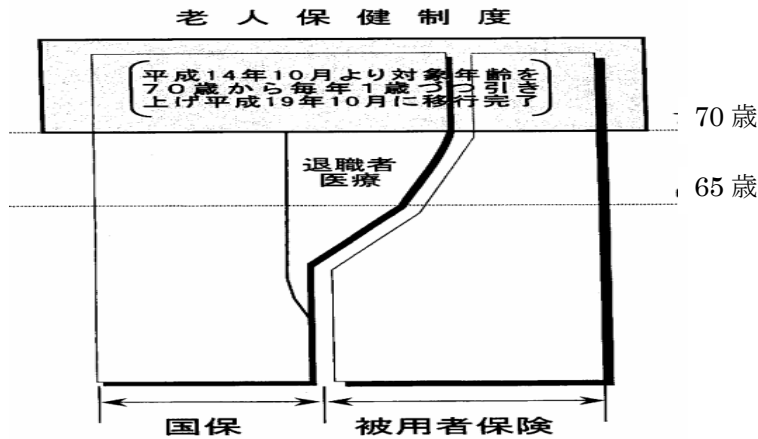
備考) (1)~(4)は 2002 年 3 月末現在、(5)~(7)は 2000 年度の数字

出所) 厚生労働省資料より作成

さらに市町村国保加入者の平均年齢は52.1歳、これに対して健康保険組合は34.1歳である。これは、もともと健康保険組合や政府管掌健康保険の組合員だった人も退職後は市町村国民健康保険に移行する仕組みになっているからだ。したがって、必然的に高齢者には国民健康保険の組合員が多く、総じて所得が低く、医療費は高い。

このように、医療保険制度には、制度間で財政が不均衡にならざるを得ない面が内在している。このため、退職後70歳まで(75歳まで段階的に引上げ)の市町村国民健康保険の加入者の医療費は、もともと属していた健康保険組合等からの拠出金と自身の保険料で賄われる仕組みとなっている(「退職者医療制度」)。さらに、70歳以上(75歳まで段階的に引上げ)の高齢者の医療費は「老人保健制度」の下で、各保険者からの拠出金と公費によって賄われている。

図 11



出所) 厚生労働省資料

どの保険者も財政状況は非常に厳しい。

例えば健康保険組合では、長引く景気の低迷の中で保険料収入が伸び悩み、現在その8割が赤字となっている。内訳をみると、全体の保険料の44%は退職者医療制度や老人保健制度への拠出金に充てられていて、高齢化の進展が財政上の大きな重しとなっている。

政府管掌健康保険も被保険者数が減少を続け年々赤字幅を拡大している。

高齢者を多く抱える市町村国保は一層悲惨な状況だ。定率の国庫負担のほか様々な財政措置が講じられなんとか凌いでいるのが実態で、社会保険であるにも関わらず財政に占める保険料の割合は全体の1/3程度に過ぎない。地域差も大きく、2001年度でみると市町村別の1人当たり医療費は71万円（長崎県伊王島町）から15万円（東京都小笠原町）まで幅が大きい。都道府県ベースでも、最高が北海道の47万円、最低が沖縄の27万円とやはり地域差は大きい、かなり幅は縮まる。

これは医療費に地域性があること、つまり、日本人の本来の身体特質が地域によってそれほど変わらないとすれば、生活全般を含めた対応によって、医療費に効率化の余地があることを示すとともに、特に規模の小さな市町村では、高額医療の受診者が少数でも発生すると、それだけで財政状況が一気に悪化するという、保険としての規模が小さすぎることに内在する本質的な問題も示しているといえるだろう。

③ 診療報酬と供給のコントロールで実現した我が国の医療供給体制は高齢化で限界に

結局、診療報酬（＝価格）と供給の政策的コントロールを通じて実現してきた我が国の医療のパフォーマンスは、高齢化の進展で自ずと増える需要に財政的に対応

できなくなりつつあるといえる。

(3) 医療制度改革の方向性

我々の選択肢は、増加する需要にあわせて供給を増やし、そのために財政支出や保険料負担を増やし続けることか、または、現在の財政支出や保険料負担を極力増やさないように対応していくことの、どちらかである。

既に別稿¹にて、基礎年金の税財源化によって公的年金制度のナショナル・ミニマムとしての意義を明確化し、10%台前半の消費目的税を導入することを提案している。となれば、医療保険制度等については、質の向上と効率化を併せて実現しなければならぬ。

医療の質的向上・効率化のためのプレーヤーは、需要サイド（患者）、供給サイド（医療機関）、そして保険者の3者である。そして必要なのは、需要を抑制すること、質を向上させつつ供給を効率化すること、さらには、供給サイド、需要サイドどちらにも供給（＝需要）を抑制するインセンティブが働きにくく、また、供給サイドと需要サイドに大きな情報の非対称性が存在する医療の特殊性を踏まえれば、供給と需要を抑制するインセンティブをもつプレーヤーとしての保険者の役割を強化することである。

① 医療における需要の抑制－保険医療需要の制限－

医療需要の抑制とはいっても、病気になっても医者にかかるな、とは言えない。必要な場合に必要な医療が確実に受けられる体制を確保しながらも需要を抑制する、という困難な課題の解決には次のような対応が必要である。

i) 環境整備－健康寿命の延伸と住宅環境の整備－

最もダイレクトで最善の医療需要抑制策が、病気にならないこと、医者にかからないで済むことであるのは言うまでもない。平均寿命が伸びる中、高齢者医療費が増えることを当然とするのではなく、健康寿命を可能な限り伸ばすことで、終末期医療費を中心に医療費は抑えることができる。これは医療の世界にとどまらず、広く健康作り一般によって実現するものであり、本稿の範疇を超えてしまうが。

また、特に高齢者の間では、退院したくとも戻る先がないが故の「社会的入院」が多く発生しており、慢性期の患者の入る療養型病床群では、病院から病院へと転院を繰り返している者が過半となっている。これは、根本的には住宅環境や介護環境の整備が遅れていることに起因しているが、入院している限りにおいては、その期間のいわば生活費（ホテルコスト）が医療保険から支払われ、同時に年金も受給

¹ 中垣陽子「個人の活力を引き出す公的年金制度」2004年

できるという経済的な「メリット」の存在も否定できない。

このため、根本的には、医療機関外の社会を高齢者や障害者に優しいものとしていくことが必要である。今後増加する高齢者の多くは単身者である。単身者が安心して暮らせる住宅の供給－プライバシーと安心が両立した型－を促進する必要がある。また、入院と在宅の費用面でのイコールフッティングの観点からの、療養型病床群でのホテルコストの自己負担化が求められる。

ii) 混合診療の解禁

わが国では現在、混合診療が原則認められていない。混合診療とは、保険診療と保険外診療を組み合わせて受診した場合に、保険診療の部分についてはその自己負担分のみを、そして保険外診療部分についてはその全額を支払うことを言う。例外として認められているのは、一部の高度先端医療、差額ベッド、歯科の材料費など極々限定的な場合に過ぎない。

混合診療が原則認められていない現状では、保険診療に、保険外診療行為を一つでも加える場合には、保険診療部分も含めて全てが自己負担になるため、保険の利用が認められていない高額医療を受診しようとした場合には、残りの診療行為全てが自己負担となり、その限界的な費用が非常に高額になる。

また、現在の診療報酬体系では、一定の診療行為に対する点数が使用する材料の量等まで含めて細かく決められているため、その診療行為に対して保険点数で定められているよりも多くの材料が必要となると、理論的には診療行為の全額が自己負担ということになる。

さらには、保険診療の範囲が見直されるのに時間がかかり、最新の技術をスムーズに利用できない点も指摘されている。

したがって、医療の質を高めていくという文脈で、混合診療を認めるべき、と言われることが多い。勿論これはそのとおりだが、加えて、混合診療の解禁により、最新の高度医療、高価な薬剤を次々と保険診療に取り込んでいくことからくる結果としての保険医療費の際限ない膨張を抑えやすくする側面があるのも事実である。民間の保険会社にとって、新たな巨大なビジネスチャンスを意味するものでもある。

一方、個人の立場から見ると、従来、保険診療分まで全て自己負担になるがゆえに保険外の最新高度医療を受けられなかった中所得者層にとっては、高度医療の限界的な自己負担が低下することになると考えられるが、低所得者からみると、受診可能な医療が制限されることにつながる可能性が大きい。解禁に反対する勢力が多いのはこのためだ。

だがしかし、混合診療の解禁は医療効率化のためどうしても避けられない道である。国民に選択肢を示し、理解を得ていくプロセスには相当な時間がかかるものと思われるが、なし崩しに折角の医療制度を崩壊させないためにも早急に取り組む必

要がある²。

なお、その際の論点として、全ての医療機関に混合診療を認めるべきかどうかという問題がある。一定の水準以上の一部の医療機関に対してだけ認めることで質の確保を図るという考え方が一方で、特に薬剤使用について、なぜ一部の機関にしか認められないのか、明確な説明が難しい側面もある。

近年、混合診療が不可能なために生じる本来の保険診療部分の費用までをカバーした民間保険もでてきているが、「基本的な医療」については公的保険で、上乗せ部分の医療については民間保険で費用負担を考えるのが本来あるべき姿といえる。

② 医療の質の向上と供給効率化

i) EBM を通じた医療の標準化の推進

既に見たように、アメリカでは、民間の保険会社がそれぞれの採算をとるために保険で受診できる医療機関や受診できる内容に厳しい制限を課している。公的医療提供体制が機能不全に陥っているイギリスでは、ブレア政権によって、医療の質を高める取組が進められている。

そのどちらの国でもキーワードの一つになっているのが、EBM (= Evidence Based Medicine) である。日本語では「根拠に基づく医療」といわれるが、これは、科学的に分析・評価を行って得られた情報を活用して医療を行うことを意味する。従来、個々の医師の経験や勘に基づいて行われてきた医療に EBM の考え方を取り入れていくことで、費用対効果が高まるとともに、それぞれの疾病に対する標準的治療パターンを確立（医療サービスの標準化）することができる。

医療サービスの標準化は、これまで殆どが出来高払いだった診療報酬体系に、包括払いを取りこんでいく可能性を広げるものであるとともに、保険者による医療行動のチェックを容易にすることを通じて医療保険財政にも寄与する。患者から見ても、自分に行われている治療が適正なものかどうかを判断しやすくなるメリットがある。

なお、このためには、レセプトやカルテ、標準的な治療計画（クリティカル・パス）の電子化・データベース化が不可欠である。

ii) 医療の質的向上・効率化にむけた診療報酬体系の見直し

先ごろ固まった 2004 年度の診療報酬改定では、薬・医療材料価格が 5%引き下げられる一方、診療報酬本体は据え置きとされ、全体では 1%の引下げとなった。包括払いの拡大や難度の高い手術で実施件数の多い病院等を優遇する制度も盛り

²従来「心づけ」「御礼」などの形で水面下で行われてきた事実上の医師の診療費についての上乗せ部分を陽表化することで、医師や医療機関の技術を正当に評価しうる道を開くことにもつながりうる。

込まれている。

そもそも、今後診療報酬体系を見直す上でのポイントは、第1に、医療技術を適切に評価していくこと、つまり、医療行為そのものの質を価格に反映させていくこと、第2に、医療機関のコストや機能を適切に反映できるようにすること、第3に、医療の質を確保しつつも効率化のインセンティブを取り入れていくことだと考えられる。

第1の医療技術の適正な評価のためには、今回改定に取り入れられた、医療機関の経験等を保険点数に反映させるのも無論一つの考え方ではあるものの、しかし、定量化しにくい医療の質的評価を適切に診療報酬に反映させていくのは難しい。むしろ、混合診療の解禁の中で、診療費の上乗せを自由化していくことによって、いけば市場による価格づけで解決すべきである。

第2の点について、「診療所モデル」といわれる現在の診療報酬体系を、医療技術の高度化にあわせ、いわゆるホスピタル・フィーを明示化する方向で見直す必要がある。

第3に、過剰診療につながりやすい出来高払いの性格を踏まえ、特に慢性疾患において、疾病毎、入院・外来1単位毎に一定額の支払いとする包括払いの拡大により、効率化インセンティブを働きやすくしていくべきである。

iii) 医療機関の資金調達手段の多様化

株式による資金調達が認められていない現在、医療機関の資金調達は専ら借り入れによっている。しかも、診療報酬にホスピタル・フィーが反映されていないため、資金の回収も困難である。現行の診療所モデル型の診療報酬体系の下では、参入が認められたところで、株式会社にとってメリットがそれほど大きくないという見方もあるが、資金調達手段の多様化の選択肢として、認めていくべきである。また、資金調達の点では、既に認められている病院債の活用も現実的な手段として考えられる。

iv) 医師の参入制限の見直し

医師の質を確保するためには、外部からの評価を容易にすることが不可欠である。このため、広告規制の更なる緩和による医師ないし医療機関当事者自身の情報開示に加えて、第三者による客観評価についてもより幅広く行われる必要がある。現在各学会における技術認定制度が徐々に広がってきているが、こうした制度も、よりシステムティックに行われていくことが望まれる。

医師数については、前述のとおり、将来的に過剰になるとの判断の下、医科大学（医学部）の定員を抑える方向で政策が進められているが、一方で医者への地域的な偏在が指摘されているなど、医師数を増やすべきとの議論もある。医学部における1人当たりの費用が他学部よりもはるかに大であることを踏まえれば、都市部への

医師の集中の解消や、医科大学（医学部）定員増と教育費増の財政への影響についての比較考量がまずは必要であろう。

一方で、医師免許の更新制など、質の確保のための手段を制度的に盛り込むことも考えられるべきである。

外国人医師の国内での診療を、より広範囲で認めるべきである。現在外国人医師は知識・技能の修得を目的とした臨床修練制度等という名目でしかわが国で診療行為を行うことができない。これはコミュニケーションの問題なども考慮してのことである。しかしながら、医師が外国人かどうかを事前に知ることが出来さえすれば問題はないはずだ。むしろ、今後とも国内における外国人数が増えていくことや、最新の医療を受けるために海外に渡る日本人が増えていることを踏まえれば、最先端の医療を提供する外国人医師の診療を国内で受けることに対するニーズは確実に存在するはずだ。

なお、医療計画に基づくベッド数の規制については、ベッドの既得権化によって競争が阻害されサービスの質の向上を妨げているおそれがあることから、見直していく必要がある。

③ 保険者機能の発揮と医療保険制度の見直し

保険者とは本来、患者と医療機関の間にたって、よりよい医療が出来る限り効率的に供給されるよう患者と医療機関の双方に働きかけるべき存在である。

医療機関に対しては、支払い請求書（レセプト）のチェックを通じて過剰診療が行われぬよう働きかけるとともに、被保険者に対しては、情報提供などを通じて、極力無駄な受診を減らすよう、言いかえれば診療行動の適切化・効率化にインセンティブを与えていくべき存在である。

しかしながら、現実には、医療機関からの支払い請求書（レセプト）の数は膨大であり、それを社会保険診療報酬支払基金（被用者保険）と国保連合会（国保）が処理を代行した上で、保険者は請求に応じてそのまま支払いを行うばかりになっており、保険者機能が発揮されてきているとは言いがたい状況にあった。

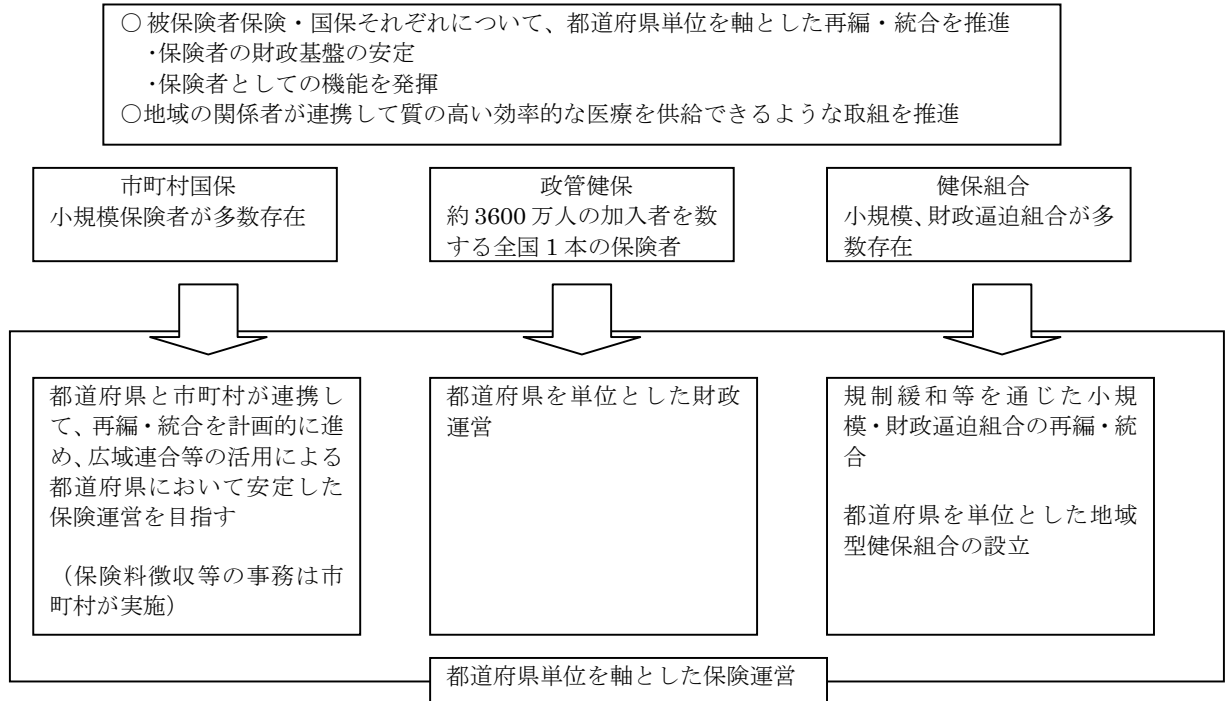
さらに、長引く景気の低迷と高齢化の進展の中で、各保険者ともその財政状況は非常に苦しくなっている。

かくて保険者の財政基盤と保険者機能強化のための抜本改革が急務になっている。

こうした認識の下、現在、医療保険制度の再編が進められようとしている。

全国1本の政管健保の財政運営を基本的に都道府県単位とし、市町村健保も広域連合等の活用により都道府県において安定した保険運営を目指すとともに、健康保険組合については、小さな健康保険組合の合併を奨励しつつ、再編・統合の新たな受け皿としての都道府県単位の地域型健保組合の設立を認める方向で検討がなされている。

図 12 医療保険制度再編の方向



出所) 厚生労働省資料

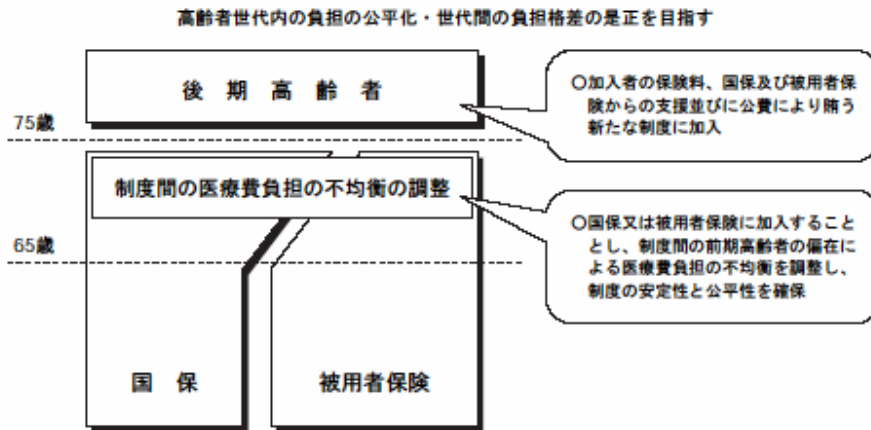
既に各保険者が抱えている赤字をどう処理するのか等、問題は山積しているが、保険財政の安定のためにも、保険者機能の発揮のためにも、規模の小さな保険者は極力集約化していくことが不可欠であるのは間違いない。

これを本当に実効あるものにしていくためには、新たな保険者としての都道府県が自治体内の医療供給に、より弾力的に対応できるようにしていくことが重要である。

さらに、75歳以上の後期高齢者については、従来の、国保・政管・組合などの保険に属したままで、老人保健制度の適用を受ける現行制度を抜本的に見直して、全く独立の高齢者医療保険制度を作る方向で検討が進められている(2003年3月閣議決定、2008年度実施の方向)。現在の案では、高齢者から一定の保険料をとりつつ、「社会連帯的な保険料」を非高齢者からもとることになりそうである。また、65歳～74歳の前期高齢者については、引き続き、国保や被用者保険に加入するが、制度間での前期高齢者の偏在による医療費負担の不均衡を調整し、制度の安定性と公平性を確保することとされている。

後述のとおり、筆者は基本的にこの方向に賛成だが、但し、長期的には介護保険との統合も視野に入れていく必要があると考える。

図 13 新たな高齢者医療保険制度概念図



(備考) 厚生労働省資料より。

出所) 内閣府「経済財政白書」2003年

④ 最後に

医療における今後の課題は、よりよい医療をより効率的に供給するにはどうしたらいいのか、ということに尽きる。効率化が制度の持続可能性に不可欠であるとの前提の下、当然のこととして全ての人々が医療を受けられるという現在の状況をも維持しようとする場合には、「(保険で受診できる) 基本的な医療」とは何か、という点にまで踏み込んだ改革の検討がどうしても行われなければならない。その上で、国民がどのような道を選ぶのか、その意思決定は是非とも政治によって行われるべきである。

2 介護保険

2000年4月、介護保険制度がスタートし、これまでのところおおむね順調に推移している。しかしながら、利用者が予想を上回っている結果、早くも制度の持続可能性を改めて検討する必要がでてきている。折しも、法により制度施行後5年を目途に制度全般の見直しを行うこととなっているため、現在社会保障審議会介護保険部会で議論が進められている。2005年の通常国会にて改正案を決定、2006年度からの実施を目指している。

(1) 現行制度

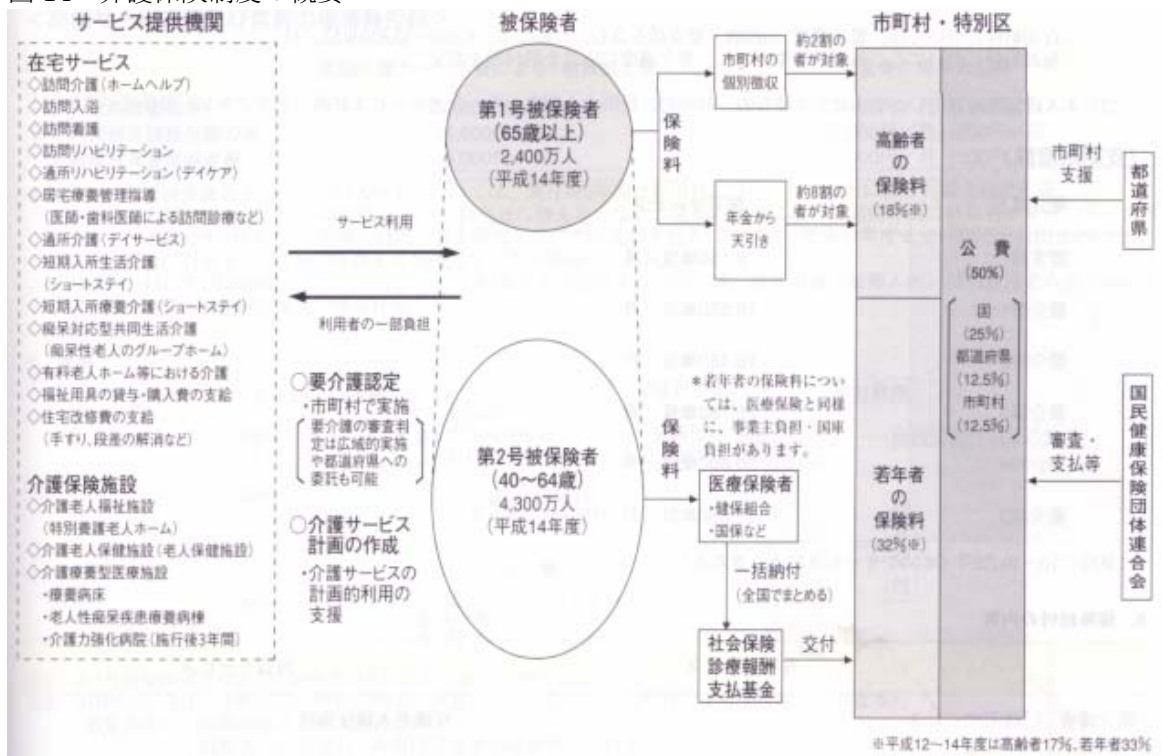
介護保険の実施により、65歳以上の高齢者(第1号被保険者)に対して1割の自己負担で介護サービスが提供されることとなった(ただし、医療保険の高額療養

費制度同様、介護保険の場合にも、自己負担の上限（月額 37,200 円）が設けられており、それを超えた部分は後から払い戻しが行われる。

保険者は各市町村であり、その財源は保険料収入と公費が 1:1 である。公費の内訳は、国が半分、残りを都道府県と市町村が折半している。保険料は、第 1 号被保険者（平均で月額 3,300 円）と 40～64 歳の第 2 号被保険者（医療保険料と併せて支払う。2004 年度は平均で年額 41,600 円の見通し）によって支払われている。

介護サービスを受けるためには市町村に申請し要介護認定を受けることが必要であり、全国一律の基準で審査・判定された要支援・要介護 1～5 の段階に基づいて、必要性の程度に基づいた支給限度額内で給付が行われることとなる。具体的サービス内容については、施設に入居する場合、介護保険施設が介護サービス計画を作成する必要があり、在宅の場合には、自分でサービスを選択するか、または、介護支援専門員（ケアマネージャー）にケアプランの作成を依頼することができる。

図 14 介護保険制度の概要



出所) 厚生労働省「厚生労働白書」2003年

図 15 居宅サービス支給限度額

要介護度	居宅サービス/月
要支援	6,150 単位
要介護 1	16,580 単位
要介護 2	19,480 単位
要介護 3	26,750 単位
要介護 4	30,600 単位
要介護 5	35,830 単位

備考) 1 単位 : 10~10.72 円
 出所) 厚生労働省資料

(2) 問題点と今後の課題

2004 年度の給付は約 5.5 兆円に達するとみられており、2000 年度の 1.7 倍になっている。2003 年 10 月現在、第 1 号被保険者は 2,420 万人、要介護認定者は 371 万人となっており、要介護者数は制度発足当時と比べて 7 割増となっている。

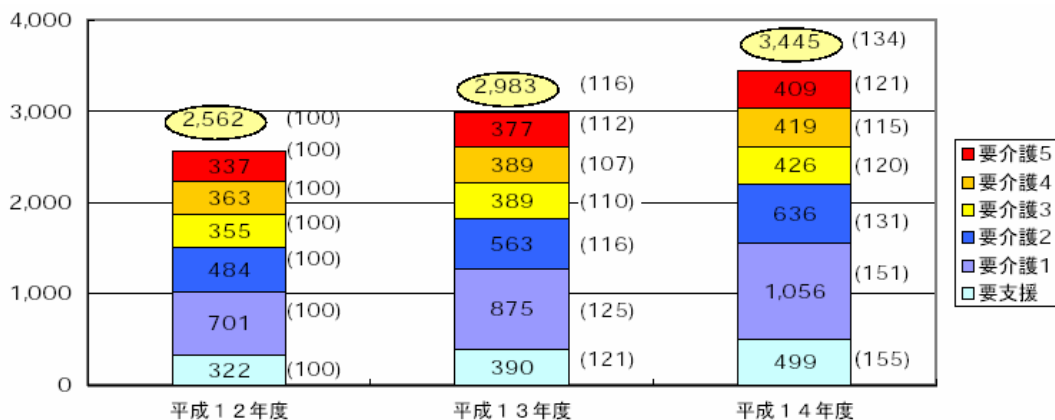
図 16 第 1 号被保険者と要介護認定者の推移

	2000 年 4 月末	2003 年 10 月末
第 1 号被保険者数	2,165 万人	2,420 万人 (12%増)
要介護認定者数	218 万人	371 万人 (70%増)

出所) 厚生労働省資料

認定者の内訳をみると、要支援や要介護 1 など、軽度の認定者が特に増えている。

図 17 要介護（要支援）認定者数（年度末現在）の推移



出所) 厚生労働省資料

利用サービス別には、民間参入が認められた在宅サービスの伸びが特に大きい。

図 18 サービス利用者数の推移

	2,000年4月	2,003年8月
在宅サービス利用者数	97万人	214万人 (+120%)
施設サービス利用者数	52万人	73万人 (+42%)
計	149万人	287万人 (+93%)

出所) 厚生労働省資料

これは、介護保険制度の導入によって、従来の供給サイドに対する補助から需要サイドに対する補助へと重点の移行が行われた結果、利用者が自由にサービスを選択できるようになり、供給サイドへの民間参入が進み、結果として新たな雇用が創出された好例だと言える。

しかしながら、厚生労働省によれば 2025 年の給付は 20 兆円にも達するものと試算されており、制度の持続可能性の観点からの給付と負担の見直しが不可避になっている。

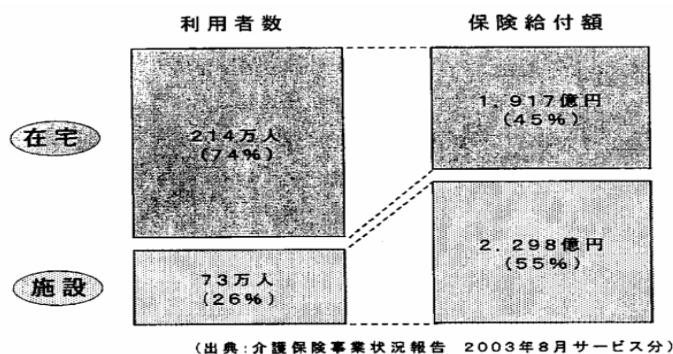
このため、以下のような点について検討する必要があるだろう。

① 給付対象範囲の見直し

i) ホテルコストの自己負担化

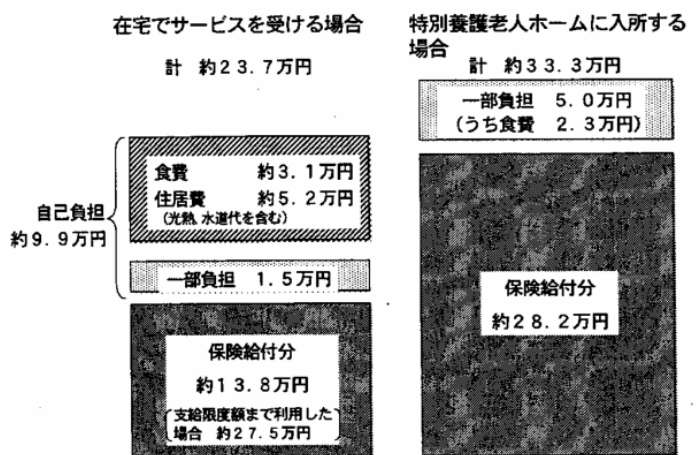
医療保険における住居費部分（ホテルコスト）と同様、特別養護老人ホーム等の介護保険施設に入所した場合には、住居費部分も一括して介護保険によってカバーされる。このため、利用者からみれば施設入居が割安な状況となっている。しかしながら、実際の介護給付のコストは、トータルでみるならば当然のことながら施設サービスのほうが高い。

図 19 トータルコストの高い施設サービス



出所) 厚生労働省資料

図 20 自己負担の低い施設サービス



(注1) 単身の要介護4の高齢者について比較したもの。
 (注2) 「保険給付」及び「一部負担」は、2003年4月～8月サービス分の介護保険からの給付実績の平均値。
 (注3) 在宅の「食費」及び「住居費」は、「平成14年家計調査年報」の単身の高齢者(65歳以上)のデータ。「住居費」のうち地代・家賃は持家世帯を除いて推計した。
 (注4) 要介護4の在宅サービスの支給限度額は、306,000円(保険給付分275,400円、一部負担30,600円)である。

出所) 厚生労働省資料

このため、施設サービス利用の際の住居費負担を対象からはずすこと、つまり、ホテルコストの自己負担化が必要である。これは、民間の有料老人ホーム(ホテルコストは全額自己負担)との競争条件確保の観点からも重要である。

ii) 軽度利用者へのサービス給付内容見直し

軽度の利用者へのサービス給付内容を、介護予防に、より重点をおいたものにしていくこと等を通じた効率化が必要である。

また、特に数の上で増加が目立っている要支援や要介護1と判定された利用者は、家事支援サービスなどだけを利用していると、数年して状態が悪化している場合が多くみられる。給付の軸足を身体状態の悪化防止に移していく必要がある。

② 保険料負担の見直し

制度を支える基盤を強化するため、現在 40 歳以上となっている第 2 号被保険者要件を、医療保険との整合性も考え、引き下げるべきである。なお、これと併せて、サービス受給開始年齢の弾力化が求められることとなるだろう。

③ 保険者の広域化による財政基盤強化と保険者機能の発揮

更なる負担の増加が予想される中で、保険者としての市町村がそれに耐えうるか

どうか懸念されている。また、本来、保険者たる市町村にサービス給付の内容が適正かどうかのチェックを行うこと、つまりは保険者機能の発揮が求められているが、これが実現しているとは言いがたい。

保険者機能の発揮を通じたサービス供給効率化の推進や財政基盤の強化のためには、保険者の広域化を一層推進していく必要があるだろう。

3 高齢者医療と介護の一体的供給に向けて

以上見てきたように、医療保険においても介護保険においても、より効率的な供給体制のあり方、本来の機能を、より発揮できる保険者のあり方、増加する負担への対応が論点になっているのは同じことである。

また、療養型病床群には、介護保険が適用される病床と医療保険が適用される病床があり、そうした場合に実態的には介護と医療を峻別することは難しい。

供給体制の効率化の観点からも、保険者機能の発揮の観点からも、そして負担ベースの拡大のためにも、将来的に、現在創設が検討されている独立の高齢者医療保険と介護保険は一体として運営されていくことが望ましい。もとより、両者には性格が大きく異なる面があり、それを強引に一緒にしようというのには無理がある。さりながら、各々の制度改正を論じるうえで、将来的な一体化を前提とすることには意味があると考えられる。

具体的には次のような論点が考えられる。

① 総額キャップ制の導入

高齢者独立医療保険と介護保険の費用の伸び率にキャップ制を導入する。具体的には、「高齢者医療保険と医療保険を合わせた費用増加率を高齢者数の増加率の半分以下とする」というような政策目標を定め、これが実現できなかった場合には負担や給付の見直しを行うことを義務付けることも考えられよう。

② 介護保険の第2号被保険者の拡大、医療・介護の被扶養者要件の見直し

高齢者医療に関する保険料・自己負担と介護保険に関する保険料・自己負担の水準を整合的にしていくべきである。

具体的には、前述のように、医療保険の保険料徴収対象と合わせて、介護保険の保険料徴収対象を引き下げるべきである。

サービス利用時の自己負担も両保険で同水準とすべきである。現在、70歳以上の高齢者の医療費自己負担も介護保険もそれぞれ1割となっているが、かつて高齢者医療の無料化が行われたことが高齢者の過剰診療を生んだ轍を踏んではならず、コスト意識を保てる水準とする必要がある。

従来、年金制度の第3号被保険者制度が頻繁に問題にされてきた。が、健康保険

制度や介護保険制度でも同様に収入が 130 万円未満の者は被扶養者となっている。基礎年金の税財源化により、年金制度における就労抑制的な側面がなくなれば、健康・介護保険制度の就労抑制的な面の問題が顕在化することにもなる。130 万円という基準をたとえば半分に引き下げることを考えるべきである。これは企業にとっては負担増につながるが、基礎年金の税財源化により、年金部分の保険料負担が減少することとの見合いで考えるべきである（そのためにも、制度改正は一度に行うことが必要である）。

③ 混合診療の解禁

介護保険の世界では、保険の給付対象となるサービスとならないサービスを組み合わせることができる。これはいわば医療保険における混合診療と同じことである。医療と介護の一体的供給という観点からは尚更、医療における混合診療の解禁が求められる。

④ 医療・介護のサービス供給体制の整理

介護と高齢者医療を一体化とした場合の最大の問題点の一つは、介護サービスの給付内容が家事支援から身体介護、リハビリ、療養病床への入院など多岐にわたり、供給主体も様々であるのに対して、医療保険ではサービス提供者は医療機関や薬局に限られ、供給されるサービスも、診療行為であったり調剤であったりと、介護保険と比べれば類似性が高いなど、両者では給付の内容の性格が大きく異なる。しかしながら、療養型病床への入院のように事実上サービス供給内容が重なる部分もある。

介護と医療が一体として供給される体制の整備、という意味では、窓口の一本化や、一時的に入院した者が退院後スムーズに在宅介護に移ることのできる態勢が整備されるべきである。

⑤ ホテルコストの自己負担化による年金、医療、介護の役割分担明確化

高齢者医療保険においても介護保険においても施設入所時のホテルコストを保険の支給対象からはずすことにより、年金との役割分担を明確化するとともに、施設サービスへの民間参入を促進すべきである。

⑥ 保険者の整合性確保

現在、医療保険の世界では保険者を都道府県に集約するとともに、高齢者に関する独立保険を設立することが考えられている一方、介護保険については、市町村ベースを基本に広域化を進めることが考えられている。両者の整合性をどのようにと

っていくか検討が必要である。

(主な資料)

厚生労働省「厚生労働白書」2003年

鈴木亘、鈴木玲子「寿命の長寿化は老人医療費増加の要因か？」2001年
(日本経済研究センター)

内閣府「経済財政白書」2003年

Organisation for Economic Co-operation and Development, "OECD Health Data 2003."
World Health Organization, "The World Health Report 2000."

中垣 陽子 (なかがき ようこ)

東京大学経済学部 1987 年卒。内閣府より出向。2002 年より現職。

内閣府国民生活局にて「平成 13 年度国民生活白書」などを担当。

共著に「政府経済見通し」。

平和研レポート 297J「わが国の家族・少子化、年金権分割、育児保険」

連絡先： nakagaki@iips.org