

社会保障と医療福祉

Social Security and Medical Welfare

坂本 圭^{*1}

Kei SAKAMOTO

要約

本稿では、医療福祉制度の歴史を再検討し医療福祉制度に内在する問題発生要因を探った。そして、それらを踏まえたうえで、今後の解決すべき課題の整理を行った。その結果、解決すべき課題は以下の3点に整理された。

- ①最低保障ラインの明確化
- ②「公平性」基準の明確化
- ③費用構造の明確化

1. はじめに

現在、我が国の医療福祉を取り巻く環境は、厳しい状況に直面しようとしている。最近では、少子高齢化に伴う医療福祉費用の増大とそれに伴う費用負担の増加、介護を担う人材や産科・小児科医不足に代表される医療福祉の専門職不足、救急搬送の受け入れ拒否問題に代表される医療福祉サービスの地域間格差等挙げればきりが無い。

このような状況の中で、国は1980年代前後頃から、様々な社会保障制度改革を計画し、実施してきた。その代表的な制度改革^{†1}としては、1973(昭和48)年の「老人医療費支給制度」の実施、1983(昭和58)年の「老人保健法」の施行、2000(平成12)年の「介護保険法」の施行、そして、2008(平成20)年の「後期高齢者医療制度」の実施である。これらの制度改革は、最近頻繁に取り上げられるようになった主要先進国における医療費の対GDP比の値を見れば明らかのように、少ない医療負担で「何時でも・どこでも・平等に」医療サービスが受けられるという点で一定の評価ができる。

しかし、1991(平成3)年頃から始まったとされるバブル経済の崩壊を皮切りに日本経済は不景気に突入し、2002(平成14)年以降戦後最長の好景気を経験したものの、高度経済成長期に見せた成長の勢

いは見られない。そのため、国の税収が減少するとともに、1970年以降^{†2}に見られる少子高齢化の波はさらに勢いを増し、前述したように医療福祉費用が増大している。一方、それらの源泉となる子供の数は減少し、国民1人にかかる負担もまた増加し続けている。そして、国家財政は赤字国債約800兆円を累積し、世界に類を見ない借金体質となり、危機的な状況に陥っている。さらに、2008(平成20)年9月のリーマン・ブラザーズの経営破綻をきっかけとして世界金融恐慌が発生し、それらに対応するため、経済対策と称し国は2009年度で新たに約40兆円もの新規国債を発行する予定である。

ところで、ここ近年の医療福祉を取り巻く環境において、前述の社会状況や国の財政状況を理由に、グローバル社会を背景とした規制緩和や競争原理が導入されるとともに、給付等の削減が様々な分野で行われている。具体的には、診療報酬や介護報酬の削減、障害者自立支援法導入による障害児・者医療費公費負担制度の廃止や定率自己負担制度の導入、年金給付額の段階的削減等である。

このように、国民にとって医療福祉を取り巻く環境が厳しくなる中で、国民が安心して生活していくために必要な「医療福祉制度」を整備していくためには、国民1人1人が納得のいく内容としていかな

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療福祉経営学科
(連絡先) 坂本 圭 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: kei@mw.kawasaki-m.ac.jp

くてはならない。しかし、現状を見ると、歳出削減の1つの手段として医療福祉制度改革が行われてきたと言わざるを得ない。これらの原因の1つには、医療福祉サービスを提供する前提となる理念が世論の中で十分議論されていなかったこと、制度設計や政策立案がその場しのぎのつぎはぎ的な議論に終始し、現場の声をはじめ社会全体の問題として捉えてこなかったことが挙げられる^{†3)}。このように見てみると、同じ過ちを二度と繰り返さないために、この時期に医療福祉制度改革の歴史を再検討したうえで、今「社会保障制度」、とりわけ医療福祉制度に内在する問題は何かを検討し提示することは意義深いと考えられる。

そこで、本稿では、まず、医療福祉制度改革の歴史を概観したうえで、その制度改革を需要者（患者・利用者）側と供給者（医療機関・福祉施設）側に分け、その傾向を分析する。次に、現在医療福祉制度の構造によって引き起こされている問題の1つである「制度間格差」について、医療費集中度曲線を援用し考察する。最後に、今後国民が安心して生活していくために必要な医療福祉制度を構築していくために国民がともに取り組んでいかなければならない具体的課題について整理し、提示したい。

2. 医療福祉制度の歴史

2.1. 医療福祉制度改革の歴史

2.1.1. 国民皆保険の実現から老人医療費支給制度の実施

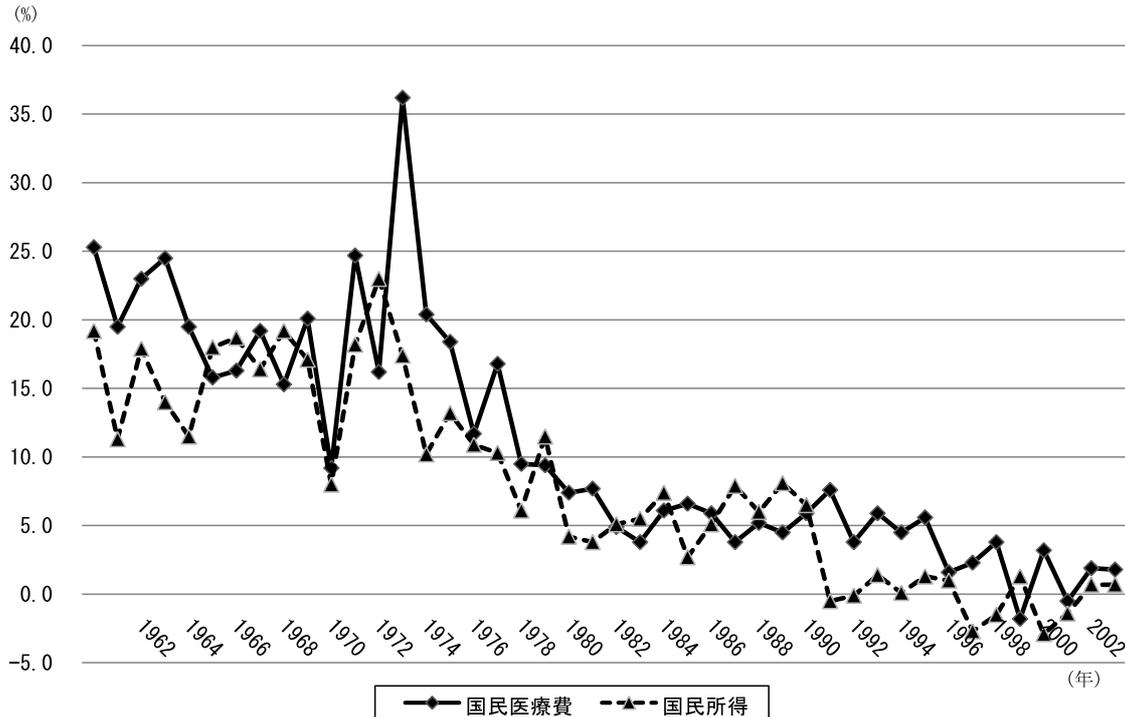
我が国の医療福祉の歴史は、「医療保険制度」の起源の起源となる1922（大正11）年の「健康保険法」制定に遡る^{†4)}。当時は、第1次世界大戦後の深刻な不況を背景に、「米騒動」等に代表される国民運動が各地で発生した。そのため、同法は不況に苦しんでいた労働者の保護や軍国主義の体制維持のため従来の弾圧政策を一層強める目的で制定された²⁾。その後、戦後にかけて、1938（昭和13）年「国民健康保険法」制定、1939（昭和14）年「職員健康保険法」、「船員保険法」等の法律制定や既存法の改正が幾度となく行われている。しかし、当時の「医療保険制度」は、国民全員を対象としたものではなく、保障内容も不十分であった。

そのような状況が戦後もしばらく続いたものの、現行の「医療保険制度」の根幹である「国民皆保険」が成立したのは、1961（昭和36）年のことである。当時の我が国は高度経済成長の真っ直中であり、その間（1950年代半ば～1970年代初め）の国民所得は年率で10%を超える伸びを示している（図1）。これらを背景に、各保険の給付拡充が図られた。例え

ば、「国民健康保険制度」においては、代表的なものとして、給付費の国庫負担を20%から45%への引き上げ（調整交付金5%含む）が行われるとともに、世帯主給付率の50%から70%への引き上げや、高額療養費制度の創設等が実施された。また、「健康保険制度」においては、家族の給付率の50%から70%への引き上げ、家族高額療養費制度の創設等が挙げられる。このように、保険給付が拡充される一方で、当時、政府管掌健康保険財政は、悪化の一途をたどっている。ちなみに、政府管掌健康保険財政の年次推移（昭和35～41年）を見てみると、1960（昭和35）年、1961（昭和36）年は、単年度収支でそれぞれ約53億円、28億円と黒字を確保しているものの、1962（昭和37）年以降では赤字に転落し、1971（昭和41）年には約266億円、累積赤字978億円を計上している³⁾。また、図1に示すとおり、国民医療費も年率10%を超える伸びで増加し続けている。このように、医療保険財政が悪化したにもかかわらず、保険給付が拡充された背景には、前述のように高度経済成長期の真っ直中であり、保険給付の拡充により国民医療費が増加したことと同程度で国民所得が増加したことにより、当時国民医療費の増加があまり目立たなかったことが考えられる。これらのことにより、政府は、国民所得の増加による税収増を追い風として、給付の拡充を進めていったのである。

そして、1973（昭和48）年には、当時の「高齢化社会」への対応を早急に進めるという観点から、「老人福祉法」の改正により「老人医療費支給制度」を創設したのである。この制度は、70歳以上の医療保険制度加入者及び被用者保険の被扶養者が対象であり、本人の自己負担分を同制度によって支給するというもので、対象者は無料で医療を受けられることになった³⁾。政府は、この制度創設と併せて前述の「国民健康保険制度」における高額療養費制度創設、「健康保険制度」における家族の給付率の50%から70%への引き上げ、家族高額療養費制度の創設等の改正を行い、この年を「福祉元年」と称した^{†5,6)}。

しかし、「老人医療費支給制度」創設からわずか2、3年後には、見直しの声が起こりはじめた。その背景には、1973（昭和48）年に始まったオイルショックによる財政状況の悪化、その後の安定成長の継続、制度創設後の老人医療費の急激な増加等が考えられる。制度創設により、病院などに受診しやすくなった影響で、「病院待合室のサロン化現象」や「病院のはしご受診現象」が見られた。その影響で、国民医療費は制度創設当初約3兆9,000億円であったのが、1981（昭和56）年には約12兆8,700億円と3.3倍に増加した。一方、老人医療費は約4,200億円から約2



出所：社会保障統計年報（各年），国民経済計算（各年）より作成

図1 国民医療費と国民所得の増減率推移

兆4,200億円と5.8倍に増加している⁶⁾。このように、老人医療費は、国民医療費の増加を上回る勢いで増え続けたのである。別の言い方をすれば、老人医療費が急増する中で、前述のオイルショックが重なり、国の財政はゆとりがなくなる一方で、社会保障費の増加が際立つようになり、「福祉見直し論」が起り始めたのである⁷⁾。しかし、このような状況にもかかわらず、「老人医療費支給制度」における需要や費用の構造を把握することなく「健康保険制度」を背景とした小手先だけの改革（保険料引き上げ、自己負担引き上げ）が行われるのみであった⁸⁾。その典型的な例が、次で取り扱う拠出金制度を含む「老人保健制度」である。

2.1.2. 老人保健制度の実施

「老人医療費支給制度」が創設されて以降、老人医療費は急増する一方、国の財政は赤字国債の発行により何とか維持している状態であった。そのような中で、老人医療費の有料化は避けて通ることができなくなり、ついに1982(昭和57)年「老人保健制度」を創設するに至った。この制度は、1973(昭和48)年創設の「老人医療費支給制度」創設からわずか10年の間で、老人医療費無料化政策を変更するということ、つまり、受診の際の一部自己負担を課す政策を再び復活させるということの意味する。また、40歳以上の成人に対し、公費により成人病(現生活習

慣病)検診や、保健指導等といった保健事業を実施することとなった。そのうえ、出来高払い制を維持しながら、老人病院⁹⁾の新設により、新たな診療報酬体制を確立した。そして、同制度で特筆すべき改正は、老人医療費を保険者間で公平に負担するという財政調整としての老人保健拠出金制度である¹⁰⁾。この制度は、「老人保健制度」対象の高齢者に対する受診時に課せられる老人医療費の一部自己負担以外の費用負担は、公費30%、拠出金70%相当であった^{11,12)}。老人保健拠出金制度とは、この拠出金部分を各保険者への老人の加入状況等を勘案して、拠出額を決定するという仕組みである。ところで、「老人保健制度」創設の意義の1つは、当時死因の上位を占めていた成人病(現生活習慣病)を「老人保健制度」の柱である保健事業によって、早期発見・早期治療することにより、医療費の抑制に寄与することであった。また、厚生省(現厚生労働省)によると、「老人保健制度」創設の意義は「国民すべてが平等に老人医療費を負担する」ということであった。しかし、創設前後の社会経済情勢や制定過程を勘案すると、「老人保健制度」実施には増加した老人医療費をいかに抑制するか、徴収しやすいところからいかに徴収するかといった実務的な意図があったということは否めない¹³⁾。

2.1.3. 介護保険制度の実施

このように、「老人保健制度」実施により、“所得再分配システム”である老人医療費拠出金制度が確立されたものの、老人医療費の増加自体を抑制するには至らなかった。その原因の1つは、我が国の医療保険制度に内在する問題点¹⁴⁾を解決してこなかったところにあるのではないだろうか。具体的な改革を見てみると、1987(昭和62)年の老人保健法改正による自己負担の引き上げや加入者案分率の段階的引き上げ(1992年に100%達成)を皮切りに、「老人保健制度」は2008年(平成20)年4月の「後期高齢者医療制度」がスタートされるまで実に7回もの改正が行われた。その内容は、自己負担の引き上げや給付開始年齢の引き上げといった需要者側の改正が主であった。

そのような中、少子高齢化は益々進んだため、国は1990(平成2)年に「ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進10カ年戦略)」を策定し、高齢者福祉施設の緊急整備と在宅福祉の推進を図った。その後、ゴールドプランは地域福祉のニーズを反映させる形で1994(平成6)年に「新ゴールドプラン」に改定され、在宅福祉の充実を今以上に図ることとなった。そして、介護保険法に基づくサービスを中核に据えながら、いかに地域の高齢者保健水準の向上を図るべきか、施策の大きな方向性を示した¹⁵⁾「ゴールドプラン21(今後の5カ年の高齢者保健福祉施策の方向)」を策定した後、2000(平成12)年4月から「介護保険制度」が実施された。この制度は、かね

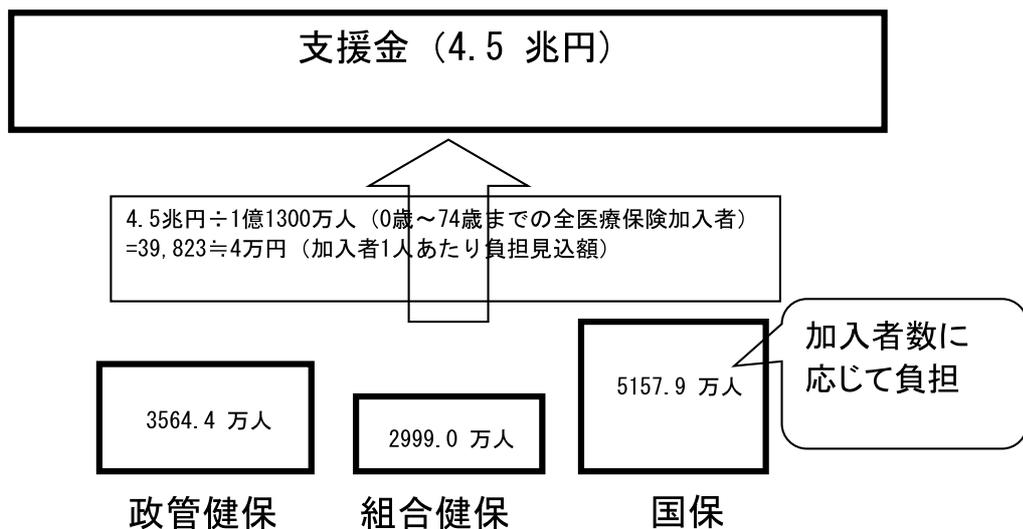
てより懸念されていた措置制度に変わる、①社会福祉サービス利用を選択可能とする仕組みの導入、②「医療保険制度」により本来給付されるべきでない介護サービス分の給付が行われていた問題(社会的入院)の解消を目指し、実施された。

しかし、制度導入直後は脚注3で指摘したように国民に周知徹底されておらず、混乱が見られた。また、「医療保険制度」の枠組みを踏襲した形で制度が運営されることにより¹⁵⁾、「医療保険制度」の時と同じような問題も内在することとなった。この結果、それまで増加し続けた老人医療費は「介護保険制度」が実施された2000(平成12)年に初めて減少に転じ、その後は横ばい傾向を示している^{18,19)}ように見える。しかし、この理由は老人医療費の一部を「介護保険制度」に振り分けたためであり、実際は減少したわけではない。1999(平成11)年以前と比較すると、それまで呼ばれていた老人医療費(2000年以降でいう老人医療費と介護給付費の合計額)はむしろ増加している。また、その後は横ばいが続いているが^{18,19)}、この理由は2002(平成14)年の老人保健法改正による支給対象年齢の75歳への段階的引き上げが影響しているものと考えられる。

その後、増え続ける老人医療費のさらなる抑制を図るべく、2008(平成20)年4月から、「老人保健制度」に替わり、新たに「後期高齢者医療制度」が実施されることになる。

2.1.4. 後期高齢者医療制度の実施

「後期高齢者医療制度」は、新たに75歳以上の高



* 国保および政管健保の支援金には、別途各50%、16.4%の公費負担あり

* 数字は、2004(平成16)年度末現在の各医療保険加入者数：「平成18年版 社会保障統計年報」p.276より

出所：厚生労働省資料より作成

図2 後期高齢者医療制度の支援金制度

高齢者から定率（原則1割）の保険料を徴収するという制度である。そのうえ、図2に示すとおり、保険料分（1割）と公費分（5割）を除いた残り4割分を、新たに「支援金制度」と称して0歳～74歳までの人口数で割った金額を国民1人1人から徴収するという仕組みを導入した^{†16)}。このような制度を導入したため、制度を利用する国民にとってはわかりにくい仕組みになり、自分が負担した保険料や自己負担金がどのように利用されているのか検証されにくくなっている。そのため、少子高齢化による現役世代の負担増加が問題になる中で、“所得再分配システム”である「後期高齢者医療制度」のより一層の複雑化は、社会保障制度の理念の1つである「公平な負担」が本に行われているのか^{†17)}、その判断は困難であることが推察される。

以上見てきたように、我が国の医療福祉制度改革の歴史を振り返ると、未解決の問題が数多く積み残されたまま進められてきたことが分かる。そこで、次節では前述した医療福祉制度改革の特徴を考察し、なぜ、未解決の問題が数多く積み残されたままになっているのか、その要因を探る。

2.2. 医療福祉制度改革に関する一考察

以上のように、医療福祉制度改革の歴史について述べてきたが、問題がなぜ山積みされたままになっているか、その要因を探るために、それらを需要者側への改革と供給者側への改革に区分して整理すると、表1のようになる。この表から、特筆すべき点が2つある。

1つは、我が国の医療福祉制度改革は、自己負担や国庫負担などの国民の負担方法を中心とした需要者側の改革がほとんどであるということである。過去4度にわたる医療福祉制度改革（「老人医療費支給制度」、「老人保健制度」、「介護保険制度」、「後期高齢者医療制度」）は、政策方針の異なる「老人医療費公費負担制度」を除き、一時的な医療費抑制効果は見られた。しかし、日本経済の低迷で医療サービス制度の収入を確保することが困難となっている中で、増え続ける医療費をどのように補っていくかという需要者側の負担方法に焦点を当てた政策は、もうすでに限界がきている。今の政策方針を貫いていけば、やがて財政は破綻することは目に見えている。今後は、医療費そのものを抑制する供給者側の改革が必要であろう。具体的に言うと、医療福祉の費用を適切に把握できるシステムの構築が挙げられるのではないだろうか。

もう1つの特筆すべき点は、医療費抑制に視点を置いた供給者側に対する改革がほとんど行われていないということである。前述のように、診療報酬体

系や介護報酬体系に内在する問題にメスを入れ、増え続ける医療費に対応できないのならば、供給者側の効率を上げていかに医療費を減らすかということを考えていかなければならない。老人保健施設の創設や在宅医療の明確化などで一部で供給体制の効率化を図る改革は行われてきたが、十分とは言えない。今後、需要と供給両面からの医療福祉制度改革を行っていく必要があることが、今までの歴史の再整理から示唆された。

それでは、これまでの医療福祉制度改革において積み残された問題とは具体的にどのようなものがあるのか。その1つとして、「公平性」の問題について次章で述べることにする。

3. 具体的問題 — 「公平性」の問題 —

「公平性」の概念を検討する前提条件の1つとして、「公平の基準」を明確にする必要がある。一般に、「公平の基準」は個々人の生活する環境や文化、受けてきた教育や歴史観、さらには身につけてきた価値観等の影響を受けるので、それぞれ異なる。このように、異なる「公平の基準」を明確にして全国民からのコンセンサスを得ることは困難であるが、「医療保険制度」を含めた社会保障制度では、その制度設計の前提として「公平の基準」を明示することが暗黙の了解となっている。

ところで、「医療保険制度」の分野における「公平性」に関して、最近ではLe Grand²⁰⁾、Wagstaff^{21,22)}、Gafni²³⁾、斎藤^{9,23)}、北浦²⁴⁾等が、現実の医療制度の「公平性」を検証するために、所得や年齢あるいは制度等を考慮に入れた一連の実証分析を行っている。しかし、これらの検証の多くは、専ら受益における「公平性」計測の研究であることは否めない。しかし、「公平性」を計測する場合、負担能力の観点からも「公平性」の基準を明確にする必要がある。ただし、医療保険制度の負担は、自己負担（自助）、保険料（共助）、公費（公助）の3つによって支えられており、前述の医療福祉制度改革による制度的枠組みの複雑化と併せて負担能力を測る客観的基準の把握が困難であるために、財政問題が表面化する最近時点まで、負担能力に焦点を当てた議論が活発にされなかったことは否めない。そこで、ここでは、医療費集中度曲線^{†18)}の手法を援用し、我が国の「医療保険制度」は生まれてから死ぬまで、職種に応じていずれかの保険制度に加入することが義務づけられているという特性に着目し、各医療保険制度内での「公平性」ではなく、医療保険「制度間」^{†19)}の「公平性」について比較検討する。

そこで、坂本が示した「公平性」の基準¹⁰⁾をもと

表1 医療福祉制度改革の歴史

年代	1970年代の改革	1980年代の改革	1990年代の改革	2000年代の改革
新制度 ¹⁾ の導入	・老人医療費支給制度 ²⁾ (72年)	・老人保健制度の実施 ⁵⁾ (83年)	介護保険制度の実施 ⁷⁾ (00年)	後期高齢者医療制度の実施 (08年)
需要者側の改革	<ul style="list-style-type: none"> ・家族7割給付 (73年) ・高額療養費制度の創設 (73年) ・賞与等に関する特別保険料の徴収 (77年) ・7回にわたる診療報酬の改定³⁾ (70年～79年) ・政府管掌保険の国庫補助の定率化⁴⁾ (73年) 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族入院8割給付 (81年) ・本人9割給付 (84年) ・老人保健一部負担引き上げ (86年) ・加入者按分率引き上げ (86年) ・8回にわたる診療報酬の改定⁶⁾ (80年～89年) 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人保健一部負担引き上げ (91年) ・介護に着目した公費負担引き上げ (91年) ・付添看護の廃止 (94年) ・入院時食事療養費創設、患者食事一部負担導入 (94年) ・育児休業中の被用者保険料免除 (94年) ・本人8割給付 (97年) ・外来薬剤に対する一部負担導入 (97年) ・老人保健一部負担引き上げ (97年) ・老人外来薬剤一部負担免除 (98年) ・老人保健9割給付、外来薬剤一部負担廃止 (01年) ・8回にわたる診療報酬の改定⁸⁾ (90年～00年) 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人保健支給年齢75歳への段階的引き上げ (02年) ・老人保健一部負担定率制導入 (02年) ・介護保険料の引き上げ (02年, 05年) ・要介護認定区分の見直し⁹⁾ (06年) ・後期高齢者に対し、1割の保険料徴収開始 (08年) ・後期高齢者支援金制度の導入 (08年) ・老人保健公費負担の引き上げ⁴⁾ (02年)
供給者側の改革		<ul style="list-style-type: none"> ・日雇健康保険の統合 (84年) ・老人保健施設創設 (86年) 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人訪問看護創設 (91年) ・在宅医療の明確化と訪問看護の拡大 (94年) 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬の改定 (02年～08年) ・介護報酬の改定 (03年, 06年)

- 1) 現行制度の改正は含まれていない。
 - 2) 老人医療費公費負担制度については、70歳以上の高齢者にとっては自己負担無料の改革であるが、保険料負担の増加をもたらした需要サイドの改革である。
 - 3) 医科、歯科、調剤の平均。すべての改定で引き上げ。
 - 4) 国庫補助の定率化、並びに老人保健公費負担の引き上げは最終的には国民負担の増加を意味するため需要サイドの改革である。
 - 5) 老人保健制度については、各保険制度からの拠出制を前提とした被用者保険等に対する負担増を義務づける点で需要サイドの改革にあたる。
 - 6) 医科、歯科、調剤の平均。すべての改定で引き上げ。
 - 7) 公的介護保健制度の導入も老人保健制度の導入同様、国民医療費の高騰要因である老人医療費の介護部分を公的介護保険制度における国庫負担と保険料及び自己負担分で補填しようとするものであり、需要サイドの改革である。
 - 8) 医科、歯科、調剤の平均。すべての改定で引き上げ。
 - 9) 要介護認定区分の見直しは、利用者にとってはサービス量の低下をもたらした。
- 資料) 健康保険組合連合会編：社会保障年鑑2001年版。初版，東洋経済新報社，東京，30，第1表，43，第7表，52，第10表，2001。をもとに作成。

に3時点(1986年度・2004年度・2005年度)の「制度間」格差を計測した結果、医療費集中度曲線、並びにジニ係数は図3から図6,表2のようになった。この図表から、「老人保健制度」が実施されていた3つの時点を経年的に比較すると、受益の面では格差がほとんど見られなかったが、負担の面では格差が拡大していることが分かる。このことは、給付の面では国民に対し公平に医療サービスが提供されているということ、すなわち、「医療保険制度」の理念である「いつでも・どこでも・平等に」ということが実現していると言えよう。一方、負担の面では年を経るごとに格差が拡大し、特に国民健康保険制度とその他の制度との格差が拡大していることが分かった。この理由は、老人保健拠出金制度の本来の政策意図である“所得再分配システム”が働いていることを意味する。しかし、このこととそのまま格差が拡大し続けることを放置することが良いという話とは別問題である。なぜならば、この格差が拡大し続けることで、昨今様々な問題が新たに表面化してきているからである^{†20)}。

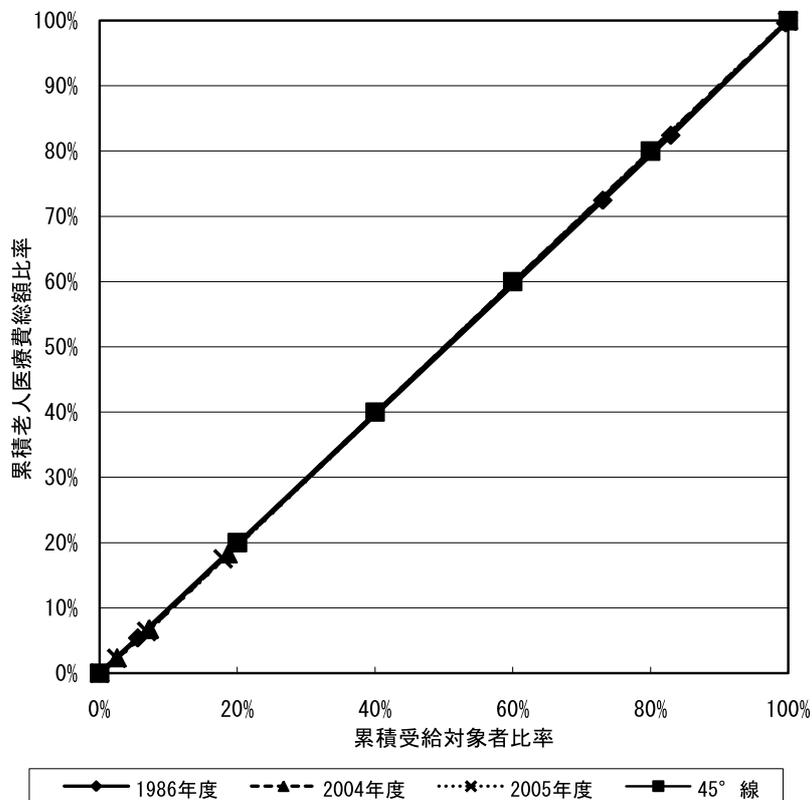
このように見てくると、少子高齢化が進行する我が国においては、今までは、この“所得再分配システム”が、うまく起動してきたと言える。しかし、

前述のような格差拡大の結果や問題の表面化に直面した今、真の公平とは何なのか、どこまでが世代間移転として許される範囲なのか、改めて国民のコンセンサスを得る作業が求められるのではないだろうか。この問題を含め、今後国民のコンセンサスを得るための共通理解として、医療福祉制度に内在する問題とは何があるのか提示し、整理することが必要ではないだろうか。そこで、次章ではそれらの問題を整理し今後の医療福祉制度を考えるきっかけを示したい。

4. おわりにかえて — 課題の整理 —

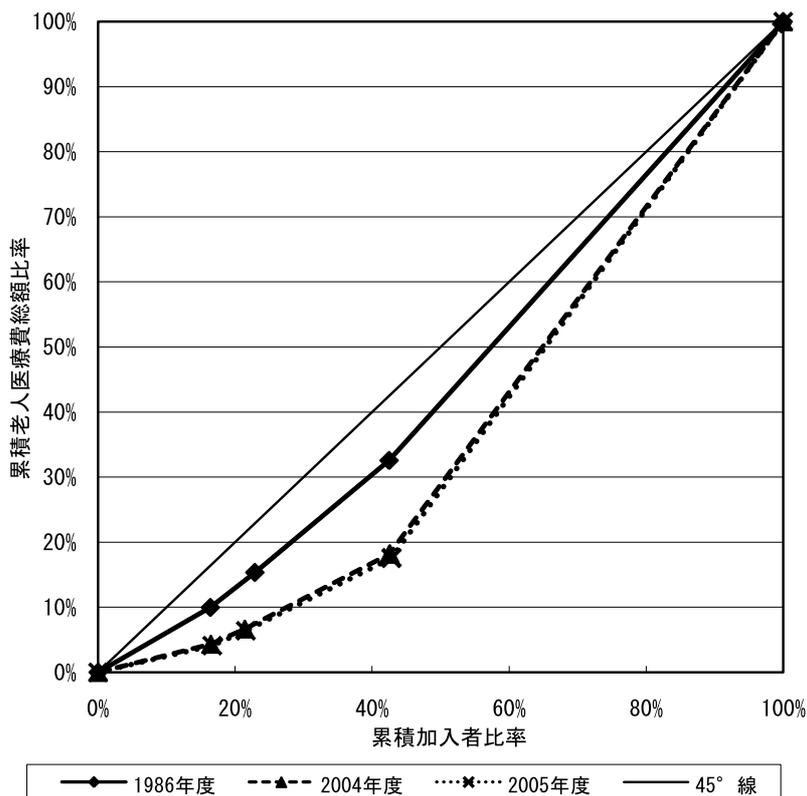
前章では、医療福祉制度に内在する問題の1つである「公平性」の問題、特に「制度間」格差に焦点を絞り見てきた。そこで、最後に医療福祉制度に内在する問題を踏まえたうえで、図7には、それらの問題から解決しなければならない課題を3点に整理した。

例えば、前述した「公平性」の問題は、上記の「制度間」格差のみならず、その他に「地域間」格差、「世代間」格差を考慮するうえで深く関係すると言えよう。つまり、医療福祉サービスのニーズは各地域で異なるし、世代間でも異なるのは当然であろう。



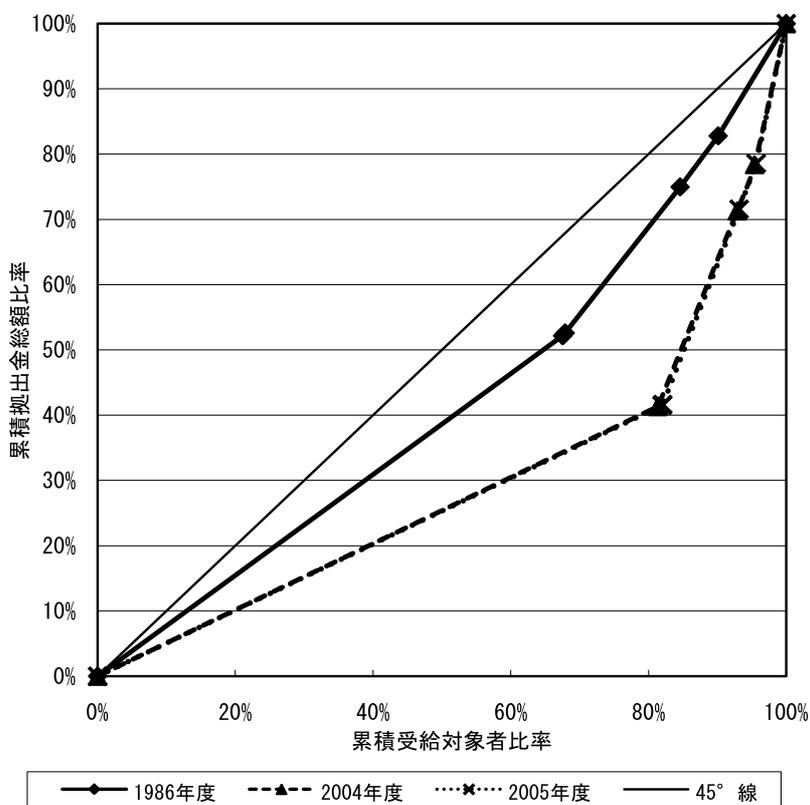
出所：社会保障統計年報（各年）より算出

図3 受益指標の医療費集中度曲線（受給者ベース）



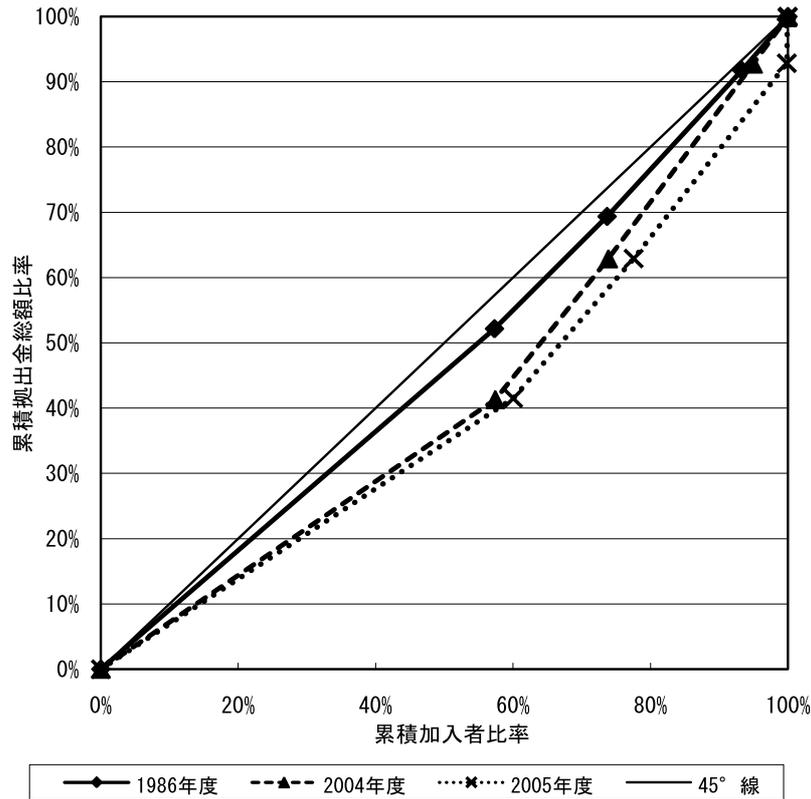
出所：社会保障統計年報（各年）より算出

図4 受益指標の医療費集中度曲線（加入者ベース）



出所：社会保障統計年報（各年）より算出

図5 負担指標の医療費集中度曲線（受給者ベース）



出所：社会保障統計年報（各年）より算出

図6 負担指標の医療費集中度曲線（加入者ベース）

表2 比較年度におけるジニ係数の推移

	比較年度	受益指標	負担指標
結果の公平	1986年度	0.007177 (図3)	0.163172 (図5)
	2004年度	0.004509 (図3)	0.414283 (図5)
	2005年度	0.004700 (図3)	0.418393 (図5)
機会の公平	1986年度	0.111664 (図4)	0.057595 (図6)
	2004年度	0.255734 (図4)	0.186042 (図6)
	2005年度	0.265100 (図4)	0.217746 (図6)

出所：社会保障統計年報（各年）より算出

それらのニーズを踏まえたうえで、現役世代の負担はどの程度が適当でありどの程度分かち合うべきなのか、地域ごとに負担する額をどのようにして決定すればよいのか等、これらの決定には「公平性」の基準が大きく関わってくることになる。何を持って公平とするのかという明確な規定を国民全てが共有しない限り、前述した1980年代から広がりつつある

老人医療制度の負担の問題は解決しないのではなからうか。また、「後期高齢者医療制度」における支援金制度の創設についても、これらの議論が十分なされていないために大きな混乱が見られたのは周知の通りである。

次に、これらの結論を導くためには、最低保障ラインを明確にすることも必要となる。昨今の医療福

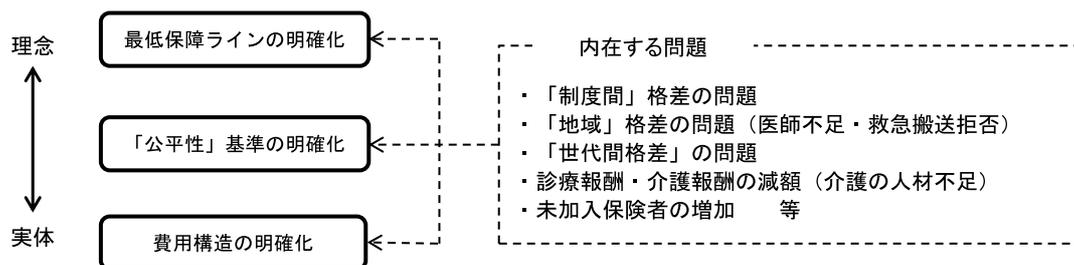


図7 医療福祉制度の問題とそれに伴う課題(筆者作成)

社技術の発展により、人間の寿命は以前に比べ著しく伸長した。それでは、今後も全ての人間に臓器移植や心臓移植のような高度先進医療を提供し続けるべきであろうか。このことは、可能であろうか。それは、今の医療福祉財政を見れば明らかのように難しいと言わざるを得ない。当然ながら、全ての国民に高度先進医療や高度な設備を有した社会福祉サービスを受けられるように整備した方がよいのは確かである。しかし、これらを維持するための資源は有限なのである。そこで、国民にとっての最低保障生活とは何かという問いに、資源は有限であるという事実を国民1人1人が把握したうえで納得する最低保障ラインを設定しなければ、資源がいくらあっても足りなくなることは目に見えて明らかである。

最後に、「費用構造の明確化」を取り上げたい。前述のように、限られた資源の中で医療福祉サービスを提供するためには、無駄なく効率的に資源が使われなければならない。そのためには、根拠となる費用構造が明確になっていないと効率的なサービス

の提供はできない。ところで、2009(平成21)年4月から、過去2回下がり続けていた介護報酬が今回3%の引き上げとなる予定である。なぜ、今回3%なのであるか。福祉現場で働く専門家や、今回の改正で負担が増す「介護保険制度」を利用する利用者は納得しているのだろうか。第1章で見てきたように、「医療保険制度」を含めたこれらの報酬体系の決定は、実体とはかけ離れたところでなされているのである。そのため、現場で働く専門職の労働環境等の実態が反映されず、医師不足や介護の専門職不足と言った問題が発生するのではなかろうか。

以上のように、医療福祉制度の課題として3点を提示したが、これらの課題の答えを導き出すことは困難な作業となるであろう。しかし、「社会保障と医療福祉」の危機が叫ばれて久しい中、これらを維持していくためにも、国民がどの課題にも関心を持ち、今すぐにも取り組んでいくことが必要なのはなかろうか。

注

- †1) 社会保障制度改革1つをとってもその内容は多岐に渡る。例えば、「医療保険制度」や「介護保険制度」のみならず、生活保護制度や支援費制度、障害者自立支援法等様々な分野の制度改革が挙げられる。その中でも本稿では、制度改革の歴史上中核をなしてきた高齢者医療における制度改革を取り上げることにする。そのため、上記改革を以下「医療福祉制度改革」と呼ぶ。
- †2) 少子高齢化の波は、今に始まったことではない。前述したように、1970(昭和40)年には、「高齢化社会」の目安となる老人人口比率が7%を突破し、1994(平成4)年には14%に、そして、現在では21%を超え、「超高齢社会」となっている。
- †3) 若者を中心とした年金の未納問題、「介護保険制度」や「後期高齢者医療制度」施行当初の混乱による保険料負担猶予政策を見れば明らかである。
- †4) 医療福祉制度の歴史に関する出来事や記述について、古くは593年、推古天皇の指示によって建立が開始された四天王寺内に聖徳太子が設置したとされる四箇院(悲田院、敬田院、施薬院、療病院)や、大宝律令(正式には養老律令文中)に見ることができる。詳細については、宇山¹⁾を参照のこと。但し、本稿では都合上戦後の医療福祉制度について取り上げる。
- †5) 対象者の自己負担分を賄うための財源は、一般会計歳出の老人福祉費を当てている。しかし、老人福祉費は、本来、老人の福祉のための施設整備や事務費に当てるのが筋ではあるが、同制度では、財源確保のため老人医療に対し費用を拠出していることを指摘しておく。つまり、昨今の社会的入院の増加や、公的介護保険創設後の施設不足による利用者待ち数の増加の原因の1つは、当時、老人福祉費を施設整備の費用として支出しなかったことであると考えられなくもな

い⁴⁾。

- †6) 本文中の改革以外にもこの年前後の動きとして、1974(昭和49)年には2度にわたる診療報酬の引き上げ(合わせて36.1%)、1976(昭和51)年には分娩費、埋葬料等の現金給付についても大幅な引き上げが行われた。また、「医療保険制度」だけでなく「年金保険制度」についても、併せて給付引き上げがなされた。例えば、無拠出制の老人福祉年金については1974(昭和49)年度には月額5,000円から7,000円に、1975(昭和50)年度には12,000円の給付費が引き上げられ、厚生年金および拠出制の国民年金については1973(昭和48)年に物価スライド制が導入されたうえで、1974(昭和49)年には16.1%、1975(昭和50)年には21.8%の物価スライド措置が講じられた。さらに、1976(昭和51)年には繰り上げ財政再計算が行われ物価上昇率を上回る賃金上昇率に対応して、厚生年金の老齢年金の標準年金額が月額50,000円から90,000円に引き上げられた⁵⁾。
- †7) 戦後、1947(昭和22)年に「財政法」が制定され、その第4条において公共事業費、出資金および貸付金の財源に当てられる場合のほか、公債の発行または借入金の借入れを禁止した。これ以降1969(昭和39)年度まで、特殊なものを除き国債は発行されなかった。しかし、1970(昭和40)年の税収不足から、「昭和40年度における財政処理の特別措置に関する法律」が制定され本年度に限り歳入補てん公債を発行するとともに、翌年度以降建設国債(使途が明確)の発行が可能となった。そして、1975(昭和50)年には国の財政の悪化から、10年ぶりに歳入補てんのための特例公債を発行することになる。以来、政府は毎年のように特例公債を発行し続けており、現在では国債発行残高が約800兆円にのぼっている⁷⁾。
- †8) 郭⁸⁾は、1976(昭和51)年度予算編成の中で、大蔵省(現財務省)が老人医療費の有料化について提案しているが、厚生省(現厚生労働省)は消極的な態度を示しており、老人医療についての改革は、大蔵省(現財務省)の主導で行われていることを指摘した。以降、1982(昭和57)年の「老人保健法」制定まで、老人医療についての改革は見られない。
- †9) 老人病院の整備は、高齢化や長寿化、家族機能の低下等を背景に、1970年代にはすでに問題になっていた社会的入院を助長させることになる。その原因1つとして、前述の老人福祉施設の未整備が挙げられる。
- †10) 詳細については、斎藤⁹⁾や坂本¹⁰⁾を参照のこと。
- †11) 前述のように、「老人保健制度」創設当初の負担割合は公費30%、拠出金70%相当であったが、2002(平成14)年の「老人保健法」改正から段階的に公費の負担割合の引き上げを実施し、2006(平成18)年に公費・拠出金負担とも50%にすることとした¹¹⁾。
- †12) 平成18年度現在の割合では、公費46%(国3分の2、都道府県6分の1、市町村6分の1)と医療保険の各保険者からの拠出金54%で賄っている。ちなみに、実際の負担額は、老人医療費の一部患者自己負担分1.0兆円、公費4.3兆円、拠出金5.5兆円となっている¹²⁾。
- †13) このことについて、郭^{8,13)}は、「老人保健法」の制定過程を詳細に分析すると、「老人保健法」の制定は、老人医療費を全国民で公平に負担するというよりはむしろ公費負担削減政策の一環であるということを示した。
- †14) 内在する問題点としては、例えば、①診療報酬体系と医療の高度化の問題、②薬価差益と高薬価シフトの問題等である¹⁴⁾。
- †15) 例えば、脚注14の問題と併せて、医療保険制度の場合、診療報酬体系をもとに給付が決定されるその価格は原価が反映されていないため、実際にかかった費用が保険給付として支払われているのかどうか分からない。そのため、老人医療費の抑制が十分に進まなかった。また、診療報酬体系からくる患者や医者へのモラルハザードの問題も指摘されてきた^{16,17)}。同じように、介護保険制度においても、介護報酬体系をもとに給付が決定されるその価格は医療保険制度と同じく原価が反映されていないため、実際にかかった費用が保険給付として支払われているのか分からない。また、本来なら介護保険制度の目的は要介護度の軽減(自立)を促すことであるにもかかわらず、要介護度を軽くすることは受けられるサービス量を減少させるため利用者の家族にとっては不都合なことから、家族が訪問調査時に利用者に要介護状態であることを強要し、必要以上の介護給付を受け取ってしまう、いわゆる「利用者家族のモラルハザード」も見られた。
- †16) この「支援金制度」とは別に、65歳~74歳までの医療費については、これまで述べた「老人保健制度」の時に導入された拠出金制度がそのまま利用され、運用されている。
- †17) 医療福祉政策の問題の1つである「公平性の問題」については、第2章で述べることにする。
- †18) 詳細については、坂本¹⁰⁾を参照のこと。
- †19) 制度とは、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険、共済保険、船員保険、国民健康保険の5つである。
- †20) 2008(平成20)年8月、5万7,000人が加入する西濃運輸健康保険組合が解散、9月には京樽健康保険組合が解散していることが報道された。ともに、2008(平成20)年4月より始まった後期高齢者医療制度に関連し、新しい支援金制度

が導入されたことにより、健康保険組合の拠出金負担額が増加したことが解散した原因にあげられるとしている^{25,26)}。また、NTT健康保険組合等その他の健康保険組合においても保険料の引き上げが相次いで予定されている²⁷⁾。これらのことが、未解決の「公平性」の問題を如実に物語っている。

文 献

- 1) 宇山勝儀：律令における障害者福祉法制と現代法と比較して。リハビリテーション研究，**95**，32-38，1997。
- 2) 吉原健二，和田勝：日本医療保険制度史。初版，東洋経済新報社，東京，131-132，2001。
- 3) 吉原健二，和田勝：日本医療保険制度史。初版，東洋経済新報社，東京，175，2001。
- 4) 斎藤観之助：老人医療費の無料化を支えた福祉財政 — 老人医療費無料化の教訓 — (2)。日本医業経営コンサルタント協会，月刊マーク，**15**(1)，33，2004。
- 5) 吉原健二，和田勝：日本医療保険制度史。初版，東洋経済新報社，東京，271，2001。
- 6) 吉原健二，和田勝：日本医療保険制度史。初版，東洋経済新報社，東京，291，2001。
- 7) 財務省主計局調査課：平成17年度 財政統計。国立印刷局，東京，16-18，2005。
- 8) 郭曉宏：老人保健法の制定過程(前半)老人医療有料化への動きを中心に。総合社会保障，**38**(6)，56-63，2000。
- 9) 斎藤観之助：現代老人福祉再考。ケアサイエンスリサーチ，**3**，1-15，1997。
- 10) 坂本圭：我が国の老人医療制度における公平性計測のアプローチ — 医療費集中度曲線の手法を用いて —。川崎医療福祉学会誌，**18**(2)，449-463，2008。
- 11) ぎょうせい：Q&A 改正老人保健法のポイント。ぎょうせい，東京，2003。
- 12) 厚生労働省：厚生労働白書(平成18年版)。初版，ぎょうせい，東京，504，2006。
- 13) 郭曉宏：老人保健法の制定過程(後半)老人医療有料化への動きを中心に。総合社会保障，**38**(7)，62-73，2000。
- 14) 坂本圭：日本の医療財政の現状と課題。川崎医療福祉学会誌，**14**(2)，249-259，2005。
- 15) 国立社会保障・人口問題研究所：平成19年版 社会保障統計年報。初版，法研，東京，35，2008。
- 16) 西村周三：医療の経済分析。初版，東洋経済新報社，東京，25-45，1987。
- 17) Barbara McPake, Lilani Kumaranayake and Charles Normand: Health Economics: An International Perspective。大日康史，近藤正英訳，国際視点から学ぶ医療経済学入門，初版，東京大学出版会，東京，73-89，2004。
- 18) 厚生労働省：老人医療事業報告(各年)。
- 19) 厚生労働省：介護保険事業状況報告(各年)。Le Grand J: The Distribution of Public Expenditure: The Case of Health Care. *Economica*, **45**(1): 125-142, 1978.
- 20) Wagstaff A van Doorslaer E and Paci P: On the Measurement of Horizontal Inequity in the Delivery of Health Care. *Journal of Health Economics*, **10**(2), 169-205, 1991b.
- 21) Wagstaff A van Doorslaer E and Paci P: Horizontal Equity in the Delivery of Health Care. *Journal of Health Economics*, **10**(2), 251-256, 1991c.
- 22) Gafni A Brich S: Equity Considerations in Utility-based Measures of Health Outcomes in Economic Appraisals: An Adjustment Algorithm. *Journal of Health Economics*, **10**(3), 329-342, 1991.
- 23) 斎藤観之助：医療サービスの公平性測定に関する一考察。川崎医療福祉学会誌，**6**(2)，251-260，1996。
- 24) 北浦義朗：国民健康保険料(税)の水平的不平等性。大阪大学大学院経済学研究科博士後期課程博士論文，2007。
- 25) YAHOO! JAPAN: ニュース，<http://headlines.yahoo.co.jp/h1?a=20080822-00000004-jct-soci>，参照年月日，2008年9月17日。
- 26) YAHOO! JAPAN: ニュース，<http://headlines.yahoo.co.jp/h1?a=20080909-00000909-san-soci>，参照年月日，2008年9月17日。
- 27) 日本経済新聞：NTT 健保，引き上げ。日本経済新聞社，1面，2008年9月25日。