

## 14 | 医療保険と介護保険の改革課題

《本章の学習目標&ポイント》 本章では、具体的な制度の改革課題として、まず医療保険改革と介護保険改革を取り上げる。この両制度は、いずれも医療と介護という密接に関連するサービス保障を中心とするしくみで、第2章から第6章までの具体的な制度のしくみを学ぶなかでもこの点はよく理解できたと思う。

国でもこれからいよいよ団塊の世代全員が後期高齢者の仲間入りをする2025年に向けて、現在の病院完結型の医療サービス体系を地域完結型に、さらには介護も地域包括ケアの確立に向けて、抜本的な見直しに着手しようとしている。

このような視点に立ち、これまで学んできた医療保険と介護保険の具体的な内容をしっかりと踏まえた上で、これらの制度が直面する課題と解決の選択肢・方向性について一緒に考えてみよう。

《キーワード》 医療保険改革の選択肢、高齢者医療改革、地域医療構想（ビジョン）、病床機能報告制度、地域包括ケア、インフォーマル・ケア

---

### 1. 医療保険の改革課題

#### (1) 基本的な問題認識

先進各国とも経済の低成長や雇用者所得の縮小のなかにあって、医療技術の高度化や少子高齢化の進展による高齢者の増加、国民の医療ニーズの増大などによって、経済成長率を超えた医療費の伸びが続き、国民の医療費負担が増大している。このため、どの国も、医療費の増加をどう経済社会と調和させ、質の高い医療を効率的で負担可能な範囲で将来

的にどう維持していくか、悪戦苦闘している。それぞれの国の固有の医療保障制度を基盤としつつ、相互に新たな改革の成果を学び合いながら、繰り返し改革に取り組んでいるが、どこもなかなかうまくいっていない。医療の問題は多くの専門職や関係団体の利害が複雑に絡み合っていることや、一方で患者の生命・健康に直接関わる問題だけに倫理や公正の問題も関わり、効率や経済合理性だけで割り切れない場合も多い。

このため解決の具体的な処方せんは簡単ではないが、各国のさまざまな改革の動きは、その選択肢や方向性について共通の視点で分析することができる。そのような目で日本のこれまでの歩みを振り返りつつ、これからの改革の選択肢について考えてみよう。

## (2) 医療費負担の選択肢と方向性

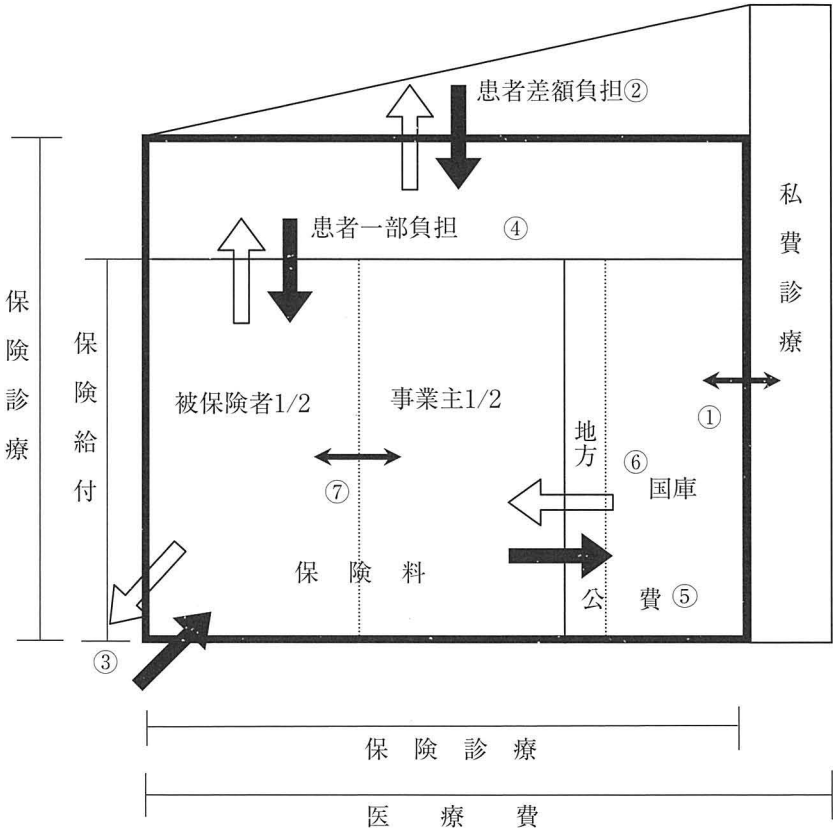
ここではまず、医療費全体と、そのうち保険でカバーする保険診療のあり方を簡単な概念図(図14-1)を用いて考察する。

### 1) 保険診療に取り込むかどうか(①の選択肢)

太い四角で囲まれた中が保険の対象となる保険診療の範囲を示す。その外が保険の対象外の私費診療の範囲を表す。

日本では公的医療保険の役割が大きく、国民皆保険が採用されてきたこともあり、基本的にはおよそ医学的に有効性と安全性が確立し、一定の普及をみた段階で、必要な医療技術は保険に導入されてきた。現在も保険が適用されず私費診療に委ねられている医療は、第3章1(2)で学んだように例外的なものに限定されている。

医療保険改革をめぐるさまざまな改革提案の中でも、生命・健康に関わるような医療行為について、これを保険適用から除外すべきとする意見はほとんど見受けられない。ただ、本質的な議論としては、今後、例



(注) 白い矢印は日本の医療保険が高度経済成長期を通じて給付拡大を図ってきた時期の動きを、そして黒い矢印はおおむね老人保健法制定前後を中心に1980年代以降の改革動向の方向性を示している。

図 14-1 医療費負担の選択肢と方向性

例えば遺伝子診断や遺伝子治療、人工臓器など、急速に先端的で超高額な医療技術が開発されていったときに、本当にどこまで公的医療保険がこれをカバーし続けられるか、難しい判断を迫られる時期が遠からず来る

ことも予測される。

## 2) 保険診療と保険外診療との併用を認めるか (②の選択肢)

①を縮小する選択肢が現実に難しい場合、次に②のように、基本的な診療は保険で給付しつつ、それを超える医療を保険診療との併用で認めるか、という選択肢が考えられる。すでに学んだ混合診療の解禁をめぐる議論である。

この問題については第3章2で詳しく学んだのでここでは選択肢の一つとして示すに止めるが、今後、これをさらに拡大していくのか、あるいは限定してできるだけ保険診療で対応していくのか、保険診療のこれからの姿や役割を決める重要な課題だ。

## 3) 保険診療費全体をどう効率化するか (③の選択肢)

上記の判断を経て保険診療の範囲が決まってくれば、今度は誰がどの費用を負担するかという分担の前に、保険診療にかかる費用全体をいかに効率化し、質のよい医療サービスを提供していくか、という課題について答えを求められる。それなくしては誰が負担するにしても費用の分担を誰も納得はしないだろう。医療費問題の中核的な課題であると同時に、これが縮小するということは国民医療費の配分について既に学んだように医療関係者の収入が減ることを意味するため、その抵抗も他の選択肢とは比較にならないほど強い。

診療報酬の配分の見直しや合理化、薬価基準の価格設定方法の改善や合理化、DRGの拡大など新たな医療費支払い方式の開発と導入、医療保険における競争の導入・拡大を通じたサービスの向上と費用の効率化の可能性の追求、被保険者の代理人（エージェント）としての保険者機能の強化、医療サービス基盤の見直し・適正配置など、いずれも簡単に

はないが多くの重要な課題がこの領域に残る。

このような多くの課題があり、各国でもさまざまな取り組みが行われているが、その中でも特に日本でこれから重要な取り組みとして動き出す、地域医療構想（ビジョン）について、後で取り上げよう。

#### 4) 患者一部負担のあり方 (④の選択肢)

日本の医療保険は、その制度発足以来ほぼ一貫して給付範囲と給付率の改善を進め、患者負担の軽減を図ってきた。

この流れに終止符を打ち、逆に、コスト意識の喚起と財源確保のために患者一部負担を復活、拡大する政策の始まりが1983年施行の老人保健法であり、被用者保険の本人負担も1984年に1割負担が導入されてからは、逐次拡大され、2003年には国民健康保険の3割負担と足並みをそろえるに至った。

高齢者はまだ現役並みの所得者以外は1割ないし2割負担にとどまっているため、これについては年齢による格差を廃止するためになお引上げの議論の余地はあるが、一般には諸外国と比較しても一律3割負担までくると、これ以上の患者負担の増加は考えにくい。

あえて今後検討の対象となる可能性があるとするれば、1つは例えばフランスで採用しているように薬剤費についてその種類ごとに給付率を変えるなど、給付の種類に応じて負担率を変えるという議論、もう1つは風邪など軽い病気や少額の医療費に免責額を設けて給付対象から除外する、などの議論も昔からあるし、すでに提案も行われている。しかし、いずれもその弊害があったり、実務上の合理的な線引きが難しかったりと、実現はそう容易ではない。

### 5) 公費負担のあり方 (⑤と⑥の選択肢)

患者一部負担が決まれば、残る費用は保険から給付することになる。その費用は、大きく分けると保険料と公費だ。社会保険方式の場合、やはり保険料が中心になるが、日本ではすでに学んだように国民医療費の4割近くを公費が占める。

この点についても、1948年に市町村公営原則が採用されて以降、高度経済成長の時期を通じてほぼ一貫して国庫負担が増額され、それを通じて患者負担の軽減など、給付改善が進められてきた。

ここでも、戦後の一貫したこの流れが大きく変化したのが1983年から実施された老人保健法と翌年の健康保険法等の改正だ。患者負担が徐々にではあるが増加し、国庫負担比率が減少し、それに代わって保険者間の財政調整、具体的には被用者保険から国民健康保険への拠出金や自治体の負担が増加する傾向にある。

今後の保険料負担の動向に応じて、公費との組み合わせをどうバランスさせていくのか、消費税率引上げなど税負担のあり方も含めて議論が続いていこう。

### 6) 被用者保険の労使折半負担の原則の見直し (⑦の選択肢)

社会保険のうち、労災保険以外の被用者保険の保険料については、長い年月にわたり、労使折半負担の原則が各国でも自明のこととして扱われてきた。

しかし、例えばドイツにおいては、社会保険の保険料率の合計が40%に及ぶに至り、企業の国際競争力と失業問題の深刻化を受けて、この自明だった原則についても一部修正が行われ、介護保険料と医療保険料の一部に被保険者本人だけが負担する保険料が導入された。

日本でも遠くない将来、同じような議論も出てくる可能性は否定でき

ないだろうが、この問題は給与のあり方や労使交渉とも密接に関連する根本問題であり、しっかりと議論を尽くす必要があるだろう。

### (3) 医療サービス基盤の改革

日本の医療提供体制や医療の実態を主要国と比較した端的な姿が表14-1である。

一見して明らかなように、日本は各国と比較して人口千人当たりの病床数がきわめて多い。そして入院患者の平均在院日数は突出して長い。さらに、医師数や看護師の数は人口千人当たりの人数ではそれほど少ないわけではないが、病床数が多いため、病床当たりの医師数や看護師数は他国と比べて大幅に手薄な配置となっている。

これが平均値で見たときの日本の医療提供体制や医療の姿だ。このような結果をもたらした大きな要因が、いわゆる老人病院といわれるような、治療目的というよりも介護的な必要から長期にわたって高齢者を入院させている一群の病院ないし病床の存在である。このような、いわゆ

表 14-1 主要国の医療提供体制の比較

(2012年)

国名	平均 在院 日数	人口千人 当たり病 床数	病床百床 当たり医 師数	人口千人 当たり医 師数	病床百床 当たり看 護職員数	人口千人 当たり看 護職員数	総医療費 の対GDP 比(%)
日本	31.2	13.4	17.1	2.3	78.9	10.5	10.3
フランス	9.1	6.3	48.7	3.3	143.6	8.7	11.6
ドイツ	9.2	8.3	47.6	4.0	138.0	11.3	11.3
イギリス	7.2	2.8	97.7	2.8	292.3	8.2	9.3
アメリカ	6.1	3.1	79.9	2.5	371.4	11.1	16.9

(出所) OECD Health Data 2014

る社会的入院といわれるものをできるだけ病院から介護施設、さらにはグループホームなども含めた居住施設に移行させ、病院を本来の治療機関としての機能に純化させ、同時に介護が必要な人のQOL（Quality of Life）を上げていくことがこれからも進められていくだろう。これは介護保険制度創設のねらいでもあり、これからも医療と介護の両領域にわたって、このような方向での改革が進められていくだろう。

これからの医療と介護の改革については、社会保障制度改革国民会議で議論が行われ、2013年8月にその報告書が提出された。その中で特に注目されるのは、医療提供体制の改革についての提言である。そこでは、これまでの日本の病院完結型の医療では今後の医療ニーズに対応できないとして、各病院に対して病床機能の報告を義務付け、その結果を基に、都道府県が将来の地域医療構想（ビジョン）を策定することを求めている。そのうえで、各医療圏で、それぞれの病院の病棟ごとに高度急性期、急性期、回復期、慢性期のどの役割を担うのかを明確にし、相互が密接に連携し、これに在宅医療やさらには介護の地域包括ケアも連携して、地域完結型の医療体制を確立することを求めている。

この報告書に示された内容に沿って、2014年に成立した医療介護総合確保推進法により、都道府県の医療計画の中に地域医療構想（ビジョン）を位置づけることとされ、2015年度からその策定作業が始まっている。これを通じて、団塊の世代全員が後期高齢者になる2025年に向けて、日本の医療提供体制の具体的なビジョンが示され、これに基づいて地域医療の再編成がいよいよ始まろうとしている。

その具体化の過程では、それぞれの病院の思惑や利害関係もあり、場合によればその存続にも関わる問題であるため、具体化は容易なことではないと思われるが、いずれにせよ、残された時間は多くない。これから私たちが暮らす地域の医療サービス基盤がどう変わっていくのか、しっ



かりと注目し、また、積極的に関わっていききたい。

## 2. 介護保険の改革課題

### (1) ドイツの介護保険制度との比較と示唆

社会のしくみは、長い歴史をかけてその国の置かれた政治・経済・社会の環境や風土にはぐくまれた宗教や文化など、多くの要因によって歴史的に形成されてきたものである。このため、それぞれ異なる社会の制度を比較し、そこから自国の制度へのモデルを求めるためには、深く広い知識と洞察力が求められ、それは容易ではない。しかし、人々が日々生きて生活している社会のしくみは実験してみることができないため、他の国や社会で導入された新たな制度やしくみを比較検討し、そこから自国の制度のあり方を考えることは、とても有益である。実際に、ドイツで創設された社会保険という新たなしくみがある。その後日本を含む多くの国々でそれぞれの形に合わせて導入されてきたように、国際的にも相互に大きな影響を与え合っている。

先進諸国の中でも介護保険が大多数の国民を対象として導入された国はまだごくわずかにとどまる。そんな中で日本の介護保険は、先駆けて制度化に踏み切ったドイツから多くを学び、日本の実情に合わせた形で導入された。このため、日本の現在の介護保険制度が直面する課題とその背景や理由、その改革の選択肢を考えるとき、ドイツの制度との比較から得られる示唆は有益であり、日本の現状を踏まえた現実的な政策選択が有効なアプローチとなりうるだろう。

制度の詳細に立ち至ってドイツの介護保険を説明する余裕はないが、主要な点についての両国の特徴を比較すると、次頁の表14-2のとおりである。

表 14-2 日本とドイツの介護保険制度の比較

	日 本	ド イ ツ
加入者	40 歳以上の人	すべての人（年齢制限なし）
給付対象者	軽度も対象として広い （要支援 2 段階， 要介護 5 段階）	中重度が対象 （要介護 3 段階）
保険者	市町村	医療保険の疾病金庫に対応する 介護金庫
要介護認定	あり	あり
家族介護に 対する金銭給付	なし	あり （現物給付との組み合わせも可）
ケアマネジ メント	あり	あり （当初はなかったが 2008 年改正 で導入）
公費負担	給付費の 50%	なし
財政状況の 推移	給付費急増により保険料負担急 増	安定的に推移
改革の方向性	保険料負担の引上げと給付の削 減	保険料負担の引上げによる給付 の改善

## （2）財政的な持続可能性

このような両国の状況の違いやそれを生み出した要因を考察するとき、日本の介護保険が直面している最大の課題は、次の財政問題で、制度の財政的な持続可能性をどう確立するかという深刻な課題が突きつけられている。

第 1 号被保険者の保険料負担の水準は、表 14-3 のとおりである。

ここから明らかなように、この間には負担の増加を抑えるために公費の追加投入も行われてきたが、それでも制度発足時と比べてわずか 15 年後の第 6 期計画では、すでに 1.9 倍にまで急増している。要介護リスクの高い後期高齢者は今後ともまだまだ増加が見込まれており、保険料負担はこのままではいっそうの増加が不可避と見込まれている。2015 年か

表 14-3 第 1 号被保険者の平均保険料の推移

事業運営期間	年度	平均保険料額
第 1 期	2000-2002	2,911 円
第 2 期	2003-2005	3,293 円
第 3 期	2006-2008	4,090 円
第 4 期	2009-2011	4,160 円
第 5 期	2012-2014	4,972 円
第 6 期	2015-2017	5,514 円

(出所) 厚生労働省資料

らの第 6 期計画の策定に際しては、3 年間の見通しだけでなく 10 年後の 2025 年の保険料見込みも推計されているが、それによれば、現在の制度や年齢別の要介護発生率などを前提とすると、市町村によっては 1 人 1 万円前後と、ほぼ現在の倍近い負担水準に至るものと見込まれている。

このように急増する費用を誰がどう負担するのか、またそれができるのか、逆に負担を抑えるためにさらなる給付の削減が可能なのか、重い課題が突きつけられている。

このため、まずは基本に立ち返って、要介護の発生や重度化を防ぐことが必要で、そのような観点から 2005 年改正により予防給付が再編されるとともに、介護予防マネジメントが強化された。もちろんこのような努力は必要で、誰もができるだけ元気で老後を送れるような方向での支援は重要である。しかしながら、このような介護予防は長期的な観点での効果が中心であり、速効性は薄い。また、給付を抑制する視点が強調されて家族が同居している場合には家事援助の給付を抑制するケアプランが強要されるなど、ケアマネジメントが保険者による給付抑制の手段と堕してしまっは、そもそも何のための介護保険だったのかが根底か

ら問われ、制度自体への信頼が揺らぎかねない。ケアプランはあくまでも本人や家族の希望や選択を実現するためのものであり、介護支援専門員は何よりも利用者の傍に立つ存在でなければならないだろう。

財政的な厳しさが増すなかで、2014年にはさらに医療介護総合確保推進法により、介護保険制度の改正も行われた。これにより、軽度者を中心にサービス利用が増加している訪問・通所介護という、在宅を支える中心的なサービスが要支援者に対する予防給付から削除され、個人への法的給付から市町村が実施する事業へと移行することになった。軽度者に対する両サービスの増加が顕著であることや家族やボランティア、NPOなど、よりコストのかからないサービスで支えてほしいという理屈は理解できないわけではないが、そもそも医療と福祉を一体化して利用者のニーズに応じてケアプランで組み合わせるといふ、介護保険制度の基本的な理念を崩すものであり、その結果はよりコストの高い医療系サービスへのシフトと、最終的には家族や高齢者夫婦世帯で支えきれずに、よりコストは高く生活の質は低い施設やさらには老人病院や精神科病院への入院ということになり、1980年代から営々とその是正に努力してきた医療改革や介護改革の努力に逆行するおそれが強い。

改めて、これからの日本の高齢者介護を誰がどう支え、その費用をどう負担するか、真剣に国民的合意を目指すべき正念場だろう。

### (3) 被保険者の範囲

日本の介護保険は、被保険者の範囲を40歳以上としている。これは、制度発足当時の解決が急がれた課題が、高齢者をめぐる医療と福祉の両方の領域にわたる矛盾やミスマッチの解消だったためだ。また、介護という高齢期、とりわけ後期高齢期に集中して生じるリスクについて、若い人に制度に加入して備える必要性について実感を持ってもらうことが

難しく、事業主も負担増に慎重だったことなども挙げられる。また障害者団体も、賛成の意見もあったが、とりわけ保険料負担が生じることと支給限度額が導入されることなどに対して反対が強かったことなども指摘される。しかし、保険料負担が大幅に増加するなかでこれを抑制する有力な手段であったため、2005年改正の際にもこの問題が提起されたが、やはり強い反対にあって見送りになった。

ドイツでは被保険者を年齢で区切るようなしくみはなく、同じ要介護状態にあっても日本のように年齢によって取り扱いに大きな差があるのは、理論的にはほとんど説明が困難であり、年齢による取り扱いの差はなくす方が制度としては論理的であり合理的である。また、若い人も一緒に支える側に加わってもらえることで、みんなの負担も大幅に軽減できる。

しかしながら、現実には、日本では若年障害者を中心に介護保険のしくみに取り込まれることに強い反対論があり、一体化を念頭に置いた準備段階ともいえる障害者自立支援法において、定率1割負担への批判から表向き応能負担への修正が行われたことなどの動きをみると、対象年齢の引き下げについて合意を取りまとめるのは容易ではない。とはいえ、これに代わる有力な財政基盤の安定化の方策を見出すのは困難であり、引き続き理解を求めていくほかないのではないだろうか。

#### (4) 家族介護等に対する金銭給付の導入

日本では制度創設時に家族介護などインフォーマル・ケアを選択した場合に本人への金銭給付を設けるかどうかをめぐる激しい議論の応酬の末、とりあえず金銭給付は見送ることとし、現物給付だけでスタートした。このため、すでに見てきたように、事業者による外部サービスは急速に拡大し、家族の介護負担の軽減には一定の成果を上げた。しか

し、このしくみは、40歳以上の人については全員を介護保険に強制加入させ、保険料を徴収しておいて、要介護状態が発生し認定されたにもかかわらず、外部サービスを選択すれば給付するが、家族等が介護する場合には給付しない、というしくみである。いうならば、保険料を払っていて、外部サービスを利用しないと損、ということを経営者が促しているに等しい。このため、金銭給付との選択を認めて財政的にも安定的に推移してきているドイツとは対照的に、日本では短期間のうちに事業者による介護サービスが拡大したが、その分、財政規模も急激に膨れ上がり、早くも制度の財政的な持続可能性が疑問視されるような事態に立ち至っている。

このような状況に陥ってしまってから改めて一時に多額の財政支出を伴う金銭給付の選択肢を導入するのは現実的ではあるまい。しかし、現在でもなお要介護認定により利用できるサービス利用限度額に比べて実際のサービス利用率はほぼ半分程度にとどまっている。したがって、このままではまだまだサービス利用は拡大し、財政的に持続不能になることは明白だろう。このような悪循環をどういう形で断ち切るのか、とりわけ若年障害者は自分でサービスを獲得するために、諸外国でも主流となりつつある金銭給付によるパーソナル・バジェット（個人予算）制が考えられ、仮に被保険者の年齢引下げが現実の選択肢となる場合には、改めてこの問題も同時に議論を深め、家族イデオロギーの対立を超えて、冷静に国民の間の合意形成を図るべきではないだろうか。

**演習問題**

1. 戦後から1970年代までと、1980年代から現在に至るまでに分けて、医療保険における費用負担の大きな方向性について、まとめてみよう。
2. 日本の医療提供体制の特徴をまとめた上で、これからのあり方について考えてみよう。
3. 日本の介護保険の現状と将来見通しを調べたうえで、そのあり方について考えをまとめてみよう。

**参考文献**

辻哲夫『日本の医療制度改革がめざすもの』時事通信社、2008年  
吉田あつし『日本の医療のなにかが問題か』NTT出版、2009年