

## 4 | 医療保険(3)

### — 高齢者医療制度, 国民医療費, 医療提供体制 —

《本章の学習目標&ポイント》 本章では、医療保険の中でも課題の多い高齢者医療制度を取り上げ、高齢者医療の特徴を学んだ上で、1983年から実施された老人保健法、さらに2008年に創設された新たな高齢者医療制度について学ぶ。そしてこれまでの具体的な医療保険制度のしくみを踏まえて、日本で医療費が一体どれだけ、どのように使われているのか、マクロの視点から見た医療費の構造とその分析を通して見た日本の医療の特徴について学ぶ。最後に、医療保険制度の基礎にある、医療サービス基盤について学習を深める。

《キーワード》 医療費の3要素, 老人保健法, 後期高齢者医療制度, 国民医療費, 医療提供体制, 医療計画

---

## 1. 高齢者医療制度

### (1) 問題の所在

高齢者医療の問題を考えるときに大事な視点は、そもそも日本では国民皆保険ですべての人がいずれかの公的医療保険に加入し、赤ん坊から高齢者まで、様々な人々が病気やけがに備えて互いに支え合っているのに、なぜ、高齢者の医療が特別に問題になるのか、という点にある。

これについては、大きく分けて2つのポイントがある。1つは、高齢者は若い人に比べて医療というリスクに着目すると条件の悪いグループであるということ。2つ目は、その高齢者の加入が特定の医療保険グループ、具体的には国民健康保険制度に偏在し、負担の公平の観点から何ら

かの調整のしくみが必要だという点である。これらの点を中心に以下で検討しよう。

## (2) 高齢者にかかる医療費

### 1) 後期高齢者と若人の医療費の比較

高齢期になると多くの人は複数の慢性疾患を抱え、医療サービスを利用する機会が増える。もちろん、高齢者でも1年間に1度も医療機関にかかったことがない、という元気な方も少なくないし、逆に若い人でも病気を抱えてしょっちゅう医療機関にかかっている人もいる。ただ、平均値でみると、年齢別の平均医療費は、高齢になるにつれて増加していく。人は生涯で平均約2,500万円の医療費を使っているが、そのうちの半分を70歳以上の高齢期に使っている。

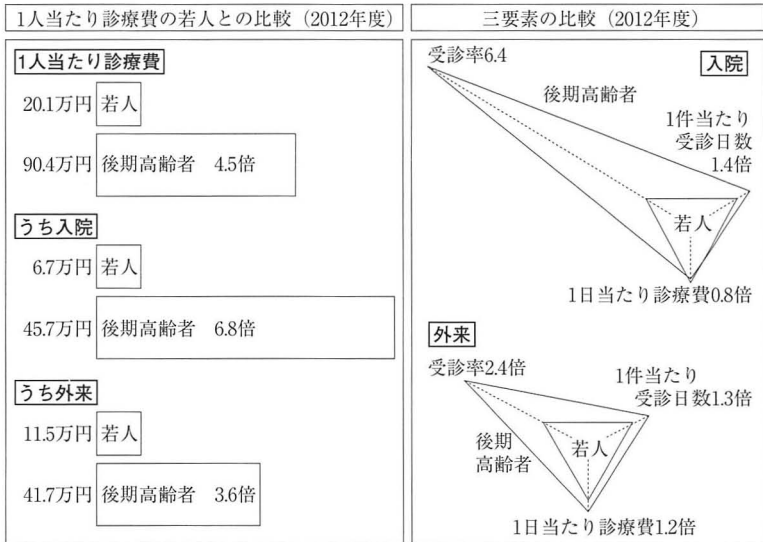
このため、グループとしての後期高齢者とそれ以外の人（便宜上、若人といっておく）を平均値で比べると、1人当たりにかかる医療費は、後期高齢者は若人の4.5倍だ。入院と外来別に比較すると、とりわけ入院で差が大きく、若人の6倍以上の開きがある。

それでは、なぜこんなに差があるのか、もう少し医療費の内容に立ち入って調べてみよう。

### 2) 医療費の3要素での比較

両グループの加入者1人当たりの医療費は、総医療費/加入者数で表されるが、これに加入者から提出されたレセプト請求件数とレセプトに記載された受診日数（入院日数、外来日数）という要素を加味して、データを分析する。

$$\text{総医療費} / \text{加入者数} = \text{レセプト請求件数} / \text{加入者数} (A) \times \text{総受診日数} / \text{レセプト請求件数} (B) \times \text{総医療費} / \text{総受診日数} (C)$$



(注) 1. 後期高齢者とは後期高齢者医療制度の被保険者であり、若人とは後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者である。

2. 入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費(医科)を含んでおり、外来は、入院外(医科)及び調剤費用額の支給の合計である。

(資料) 各制度の事業年報等を基に保険局調査課で作成

図 4-1 後期高齢者と若人との平均医療費の比較

(出所) 厚生労働省資料

右辺は、それぞれ分子と分母で消しあって左辺に等しくなる。

この(A)を受診率という。加入者の中で1ヶ月におよそ1日でも入院や外来受診したことがある人の割合を示す。病床数などの医療サービス基盤の影響を受け、また比較的患者の受診行動の影響が大きい。

(B)は1件当たり受診日数といい、月にどの程度平均的に入院しているか、あるいは通院しているかを示す。

(C)を1日当たり診療費という。どの程度の医療内容を1日当たりで受けているか、いわば受けている医療の濃さを示し、主に医師等の行動

に影響を受けやすい。

この3つを医療費の3要素という。この3要素に分解して、後期高齢者グループと若人グループの平均値を比較したのが前頁の図4-1の右の図だ。そうすると、3要素同じように若人の4.5倍かかっているのではなく、とりわけ入院の受診率が突出して高くなっているのが明らかだろう。これは、高齢者の場合、病床が多く、入院している人の割合が若人と比べて高いことを示す。逆に、入院の1日当たり診療費は0.8倍と、若人よりも低い。つまり、受けている医療内容は決して濃くなく、むしろ若人よりも薄いということだ。これは、日本では、老人病院などを中心に高齢者が入院する病床が多く、その一定割合は治療上の必要性は低く、介護的な要因で入院している人が多い、ということを示している。

このように、高齢者は加入者の平均でみると若人の5倍近い医療費がかかっているが、一方で医療費を支える経済力という点からみると、一般に年金生活に入っているため、その所得水準は低い。この両面から、高齢者は医療保険においては条件の悪いグループということが出来る。

### 3) 高齢者の加入の偏在

高齢者は医療保険の加入者としては収支両面でリスクが高く条件の不利益なグループだということは分かったが、それだけなら、誰でも歳はとるのだし、とり立てて高齢者の医療費を誰がどう支えるか、ということは大きな論議の対象にはならないだろう。それがそうならないのは、日本では制度が分立したまま皆保険を実現したが、そのルールゆえに、高齢者の加入が市町村の国民健康保険に極端に偏在しているからだ。

第2章で学んだ加入のルールによれば、被用者保険の被保険者本人とその被扶養家族は被用者保険に加入し、それらの制度に加入していない人はすべて住所地の市町村が運営する国民健康保険に加入する。皆保険

創設当時このルールで念頭に置いていた国民健康保険の被保険者は、農業・自営業などの人たちであった。しかし、このルールに従えば、勤め人は、若くて元気で収入もある時期には被用者保険に加入してしっかり保険料を納めるが、高齢になって会社を定年退職すると、雇用関係がなくなるので被用者保険にはとどまれない。そうすると、加入のルールに戻って、その配偶者と一緒に国民健康保険の被保険者とされる。その結果、高齢化の進行につれてこれに加入する高齢者が増加し、図2-4(39頁)で見たように、今や国民健康保険加入者の世帯主の半数が無職の高齢者となっている。

このような背景の下で、高齢者の医療費については、現在どの制度に加入しているかということを超えて、各制度が公平に費用を負担し合おう、ということで創設されたのが老人保健制度だ。

### (3) 老人保健法の制定

1982年に制定され翌1983年2月から施行された老人保健法には、大きく3つのねらいがあった。

- ①患者一部負担の復活
- ②老人医療費の共同負担
- ③保健事業の推進

このうち特に②の老人医療費について各保険者が共同で分担しようという点が重要なねらいであった。その基本的なしくみはこうだ。まず、加入関係については、これまでの加入のルールは変えない。したがって、70歳を過ぎても大企業に勤めている人はその被扶養家族と一緒に健康保険組合に加入するし、中小企業の勤め人とその家族は政府管掌健康保険(現在の協会けんぽ)に、そしてそれ以外の年金生活者などは国民健康保険に加入し、それぞれの加入先の制度の保険料負担のルールに従って保

険料を納める。

その上で、受ける医療は一般の人とは別の老人医療を受け、わずかな患者一部負担を除き残る医療費の50%を公費負担で、あとの50%を各制度が拠出する老人保健拠出金でまかなう。肝心なのはその際の費用の分担のルールで、各制度に実際に加入している高齢者の割合によるのではなく、全制度平均の割合で加入しているとして費用を分担する。ということ、高齢者の加入の少ない被用者保険は自分のところの高齢者分よりも多く負担し、逆にその分、高齢者の加入が多い国民健康保険は負担が軽減される。いわば、各保険者が公平に老人医療費を支え合う共同事業という位置づけだ。

この新しいしくみは、当初は関係者もそれぞれ言い分はあってもお互いにやむを得ないものとして受け入れたが、その後ルールの手直しもあり、高齢化の進行とともに被用者保険の負担が急増した。加えて、1990年代に入ると日本経済はバブルの崩壊と経済の低迷が続き、企業の倒産やリストラ、賃金カットなどが続く中で、被用者サイドの負担が増大し続け、このやり方での関係者間の合意の継続が困難になった。そこで、25年間続いたこの制度も2006年の「高齢者の医療の確保に関する法律」により廃止され、2008年4月から新しい高齢者医療制度が施行された。

#### (4) 新しい高齢者医療制度

このような経緯で創設されたのが新しい高齢者医療制度であり、これは75歳以上の後期高齢者と65歳以上75歳未満の前期高齢者とで大きく2つに分けられるが、その中心は後期高齢者医療制度だ。そのしくみの概要を図4-2で示す。

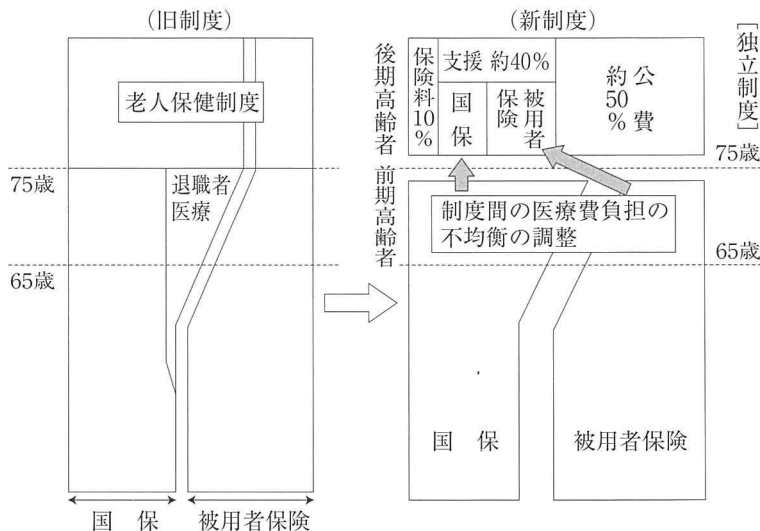


図4-2 老人保健制度と新しい高齢者医療制度の概要

(出所) 厚生労働省資料

### 1) 後期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度は、2002年の改正で老人保健制度の対象者が70歳から75歳に段階的に引き上げられたのを引き継いで、75歳以上の後期高齢者（寝たきりなどの障害のある65歳以上の人を含む）を対象としている。この制度が老人保健制度と根本的に違う点は、75歳になると全員がそれまで加入していた被用者保険や国民健康保険から外れ、個人単位で、新しくできた後期高齢者医療の被保険者とされる点だ。

保険者は都道府県単位で地域の全市町村が参加して設立する後期高齢者医療広域連合だ。

後期高齢者の負担する保険料は、広域連合ごとに所得割と均等割がほぼ50%ずつとなるように条例で定める。低所得者にはそれぞれ軽減措置

が講じられている。

被保険者は、従来と同様にかかった医療費の1割（現役並み所得者は3割）を自己負担し、残る保険給付費については、公費負担が約50%（国と都道府県、市町村がそれぞれ4：1：1の割合で負担）、74歳以下の人たちが加入する各保険者からの支援金が約40%で、後期高齢者自身が負担している保険料が占める割合は10%程度だ。

## 2) 前期高齢者医療制度

65歳から74歳までの前期高齢者については、基本的に従来の老人医療と同じようなしくみになっている。すなわち、加入関係は原則どおり雇用関係の有無などに応じてそれぞれ被用者保険や国民健康保険に加入し、保険料もそれぞれのルールに従って負担する。ただし、後期高齢者ほどではないにしても、この年齢層においてもやはり高齢者は若い人よりも医療費がかかり、しかも加入が国民健康保険に偏在している。

そこで、各制度からは全体の平均だけ前期高齢者が加入しているとして財政調整をするしくみになっている。

## 2. 国民医療費

### (1) 国民医療費の概念と動向

医療費は日本全体でどれくらいかかり、どの制度を通じて、誰がどれくらい費用を負担し、どこに支払われ、どう使われているのか、これが本節で学ぶ内容である。これまで個別に学んできた制度が最終的に全体の医療費としてどんな姿になっているのか、どこに課題があり、どんな方向に改革していけばいいのか、第14章で学ぶ課題の理解に向けて、医療費の構造をいろいろな角度から分析してみよう。



## 1) 国民医療費の概念

近代医学は世界共通の学問的基盤を共有しているので、その範囲は国によって大きくは違わない。しかし他方で、各国にはそれぞれ伝統的な治療法があったり、医療制度も異なっていたりするため、医療費として扱う範囲も多少異なっていて、国際比較するときには注意を要する。

日本では、毎年、1年間に傷病の治療に使われた費用を厚生労働省が集計して「国民医療費」として公表しているものが基本データとして用いられる。この中には金銭給付は含まれないが、医療サービスの費用については、保険から給付されたものはもちろんだが、患者負担なども含まれる。ただし、日本の保険給付の取り扱いを反映して、次のような費用は含まれていない。

- ① 予防や健康診断、健康増進の費用
- ② 医学研究や国公立病院の建設費用
- ③ 治療の費用でも、3章1(2)に掲げた保険診療から除外されている診療行為や、差額ベッド代などの保険外負担の費用

## 2) 国民医療費の動向

毎年の国民医療費の動向を見たのが次頁の図4-3である。

ここから分かるように、近年では毎年ほぼ1兆円ずつ医療費は増加を続けていて、2012年度では約39兆円に達している。日本の総人口で割ると、国民1人当たり年間約31万円が使われている計算になる。経済が低迷を続ける中で増加を続けているため、国民所得に対する比率で見ると11.2%と、すでに1割以上を占めるに至っている。

この国民医療費の増加の中心が後期高齢者(老人)医療費で、約14兆円と国民医療費の3分の1強を占めている。この図からは2001年度から2008年度までは老人医療費の伸びが止まっているように見えるが、実

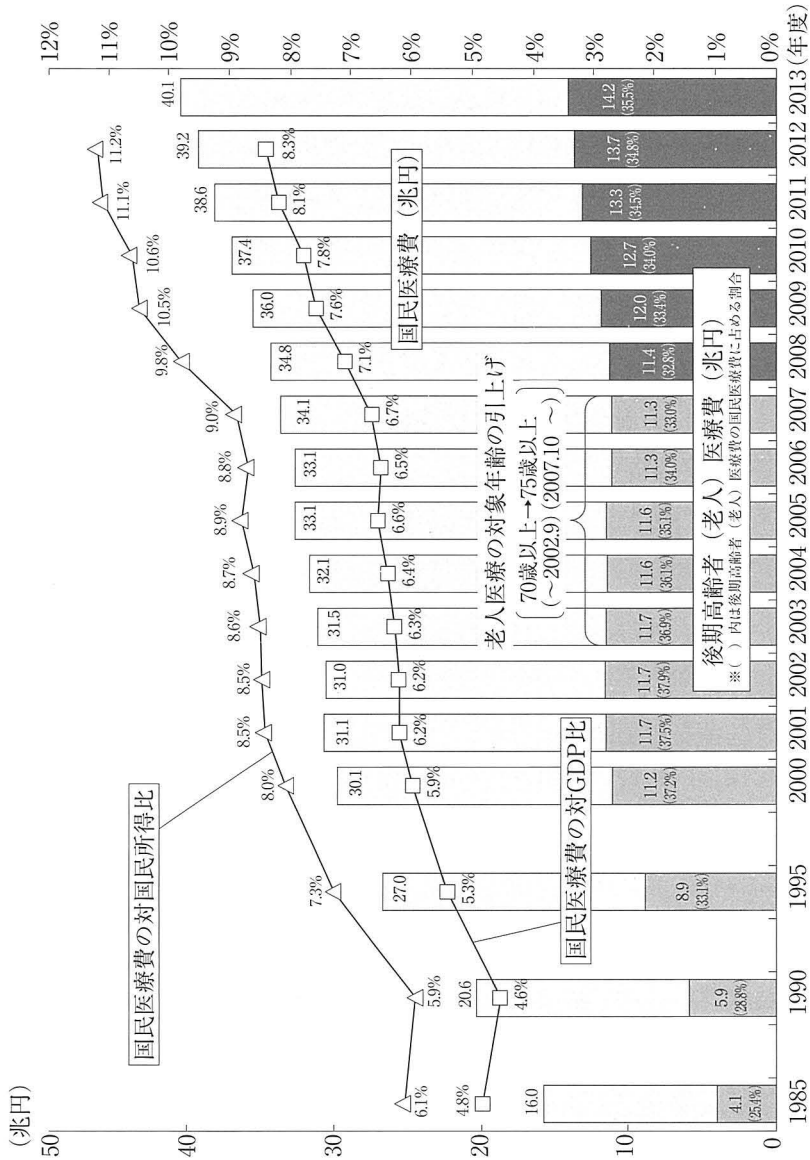


図 4-3 国民医療費の年次推移 (出所) 厚生労働省資料

はこれは2000年に介護保険ができて老人医療の一部がそちらに移行したこと、2002年の法律改正により老人医療の対象年齢が70歳から75歳に毎年1歳刻みで引き上げられたことなどの要因によるもので、実質的な増加傾向に変化はない。

また、国民医療費全体についても、2000年代に入ってやや伸びが鈍化しているように見えるが、これも2002、2004、2006、2008年に行われた診療報酬改定でマイナス改定が行われるなどの政策努力によってかろうじて伸びが抑制されたものだ。しかし、その副作用として、救命救急医療や産科医療、小児科医療などの分野での医師不足や病棟閉鎖などの機能不全の弊害も出てきて、2010年改定では10年ぶりのプラス改定が行われたところであり、基調としての増加傾向に変化はみられない。

## (2) 国民医療費の分析

次に、国民医療費を次頁の図4-4にしたがって、4つの側面から分析してみよう。

### 1) 医療費は誰が負担しているか

図の①制度別内訳は、国民医療費がどの制度によって担われているかを示したものだ。これまで学んできたように、社会保険方式を採用している日本では、医療保険から給付されるものが半分近くを占め、それに後期高齢者医療からの給付分が3割強を占めている。患者等の負担分は13%程度だ。

公費負担医療からの給付というのは、生活保護の医療扶助や、精神・結核・難病など特別な事情がある医療について全額あるいは保険の自己負担分を公費で給付するしくみだ。比率は7%程度だが、医療保険制度を補完する重要な役割を果たしている。

[国民医療費 38兆5,850億円, 一人当たり医療費 301,900円]

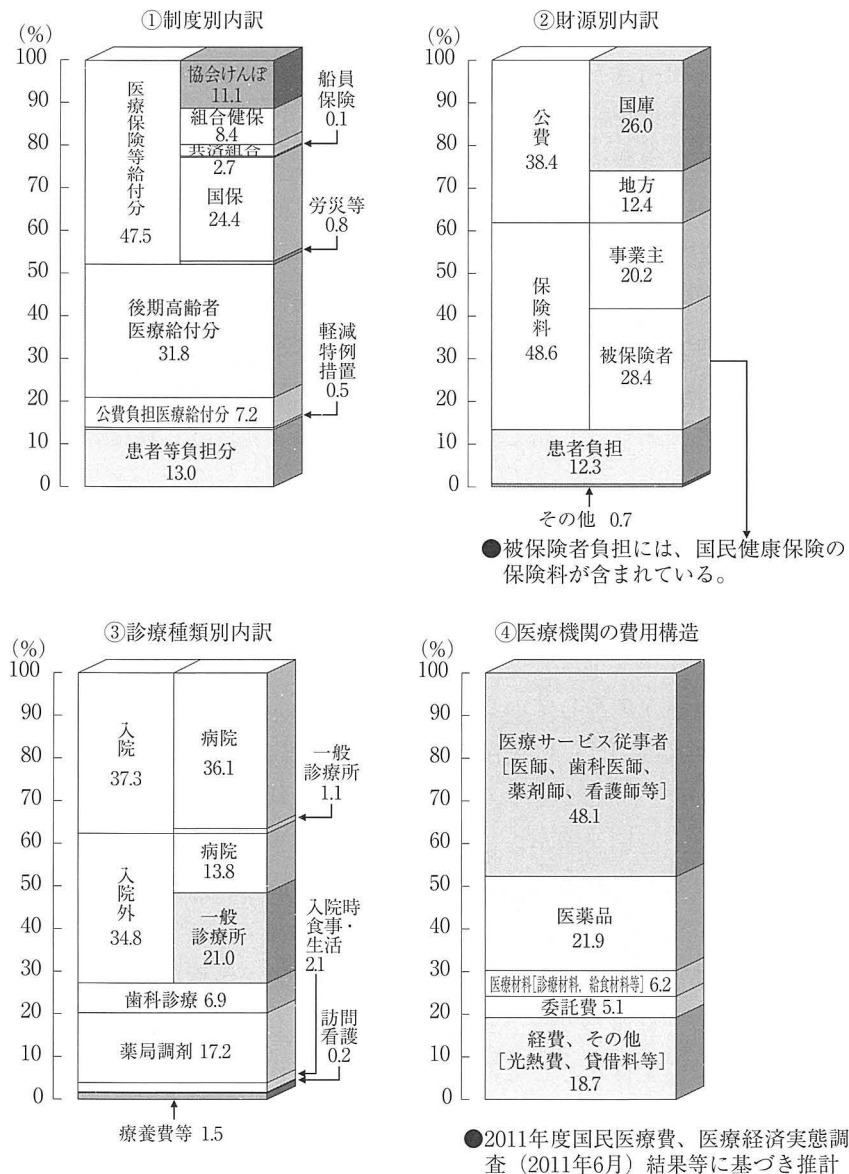


図 4-4 国民医療費の4つの側面

(出所) 厚生労働省「厚生労働白書 平成26年版」

図の②財源別内訳は、制度の別を超えて、財源の種類に応じて費用負担を見たものだ。これまで各制度の内容を通じて学んだように、日本はグループごとに制度が分立したままで国民皆保険を達成したが、各グループ間の構造的なリスク格差を調整するために、国庫を中心に多額の公費負担を導入してきた。とりわけ国民健康保険と後期高齢者医療に集中的に投入してきた。このため、各制度の別を超えて財源の種類別にみると、社会保険方式であるためさすがにほぼ半分は保険料で賄っているが、公費負担も約38%と大きなウェイトを占めている。この点からみると、日本の医療保険は、同じ医療保険でも公費をほとんど投入せずに保険料を中心に費用を賄ってきたドイツと、国民保健サービス(NHS)制度の下で必要な費用をすべて税で賄っているイギリスとのちょうど中間的な姿をしている、ということもできる。

## 2) 医療費はどこに配分されているか

次に、こうして賄われた費用が、どこに支払われ、それはどこに使われているのかを見てみよう。

図の③診療種類別内訳は、国民医療費がどこに支払われているかを見たものだ。大きくは医科、歯科、調剤と分けられるが、やはりその多くは医科に支払われている。病院は入院機能を持ち、また救急その他地域医療の中核として重要な役割を果たしているしスタッフも多いので、ここに医療費のちょうど半分が支払われている。医科の診療所、つまり開業医の数は多いが規模は小さいので、医療費でみると2割強がここに支払われている。

日本の病院は、歴史的な経緯や国民の受診慣行もあって、欧米の病院とは異なり一般の外来も多く引き受けている。このため、病院か診療所か、という区別ではなく、入院か外来か、という区分でみると、入院が

やや多いが、両者ほぼ拮抗している。

歯科診療所も数は多いが、これへの支払いは1割に満たない。また、医師は薬を処方（指示）するが自らは商わず、患者は医師の処方せんを持ってかかりつけの薬局で薬を調剤してもらう、という医薬分業が欧米では中世から確立していたが、日本ではなかなか普及しなかった。しかし最近になって急速に普及し始めたため、調剤薬局への支払いが急増し、全体の2割弱を占めるに至っている。

このようにして医療機関や薬局に支払われた医療費が、最終的にどこに分配されているかをみたのが図の④医療機関の費用構造だ。ここから明らかなように、現代医学では高度な医療機器や高価な医薬品などが用いられており、多くの費用がこれに充てられているが、依然として医療を支えるのは医師、看護師を始めとする多くの専門職の人たちであり、これら医療サービスの従事者に支払われる人件費が医療費の半分を占めていることがわかる。このため、医療費の総額やその配分は医療従事者にとってはその雇用や収入に直接に影響を及ぼす。

疾病構造の変化に対応し、質の高い医療サービスにきちんと診療報酬を支払う一方で、医療費を効率化し、無駄な費用を削減していくために、こうしたマクロの医療費の実態の分析が役立つ。

### 3. 医療提供体制

#### (1) 医療提供体制（医療サービス基盤）の概念

これまで一貫して医療保険制度を中心に具体的なしくみを学んできた。日本では、国民皆保険政策がとられているため、実際に私たちが受ける医療のほぼすべてが保険診療だ。だから、そこから日本の医療保障のあり方を考えてきた。

医療保険は、みんなが必要な医療を受けられるように、元気なときか

ら保険料を負担し合い、病気やけがの時にそこから必要な医療を受けるという、経済的な医療保障のしくみだ。しかし、医療のあり方を考えるときには、このような経済的なしくみのもう一段階基礎にある、医療サービスを提供する医療機関に関する制度や、さらにそこで実際に医療を担う医師や看護師を始めとする専門職の養成や資格制度のあり方も重要だ。こういった、医療保険制度の基礎にある医療サービス基盤のことを医療提供体制という。

## (2) 医療機関の定義と医療計画

医療提供体制の基本を定めている法律は、医療法という。その定義によれば、病院(hospital)とは20床以上の病床を持つものをいい、診療所(clinic)とは無床あるいは19床以下の病床を有するもの(有床診療所)をいう。

現在の日本の病院と診療所の種類別の施設数と病床数は、表4-1に示

表4-1 病院と診療所の施設数および病床数

(2013年10月1日)

	施設数	病床数
総数	177,769	1,695,210
病院	8,540	1,573,772
一般病院(床)	7,474	897,380
療養病床	—	328,195
感染症病床	—	1,815
精神(科)病院(床)	1,066	339,780
結核療養所(病床)	1	6,602
一般診療所	100,528	121,342
歯科診療所	68,701	96

(出所) 厚生労働省「平成25年医療施設(動態)調査・病院報告」

すとおりである。

病院を設立しようとするときは、都道府県知事に申請してその許可を得なければならない。許可を得るためには、物的な構造設備が法令の基準を満たし、必要な医師や看護師などの人的基準を満たす必要がある。さらに、都道府県の医療計画で定めた病床の種類ごとの基準病床数を超える場合には、知事は必要な勧告をすることができることとされ、これに従わない場合には、保険医療機関の指定を拒むことができるものとされている。

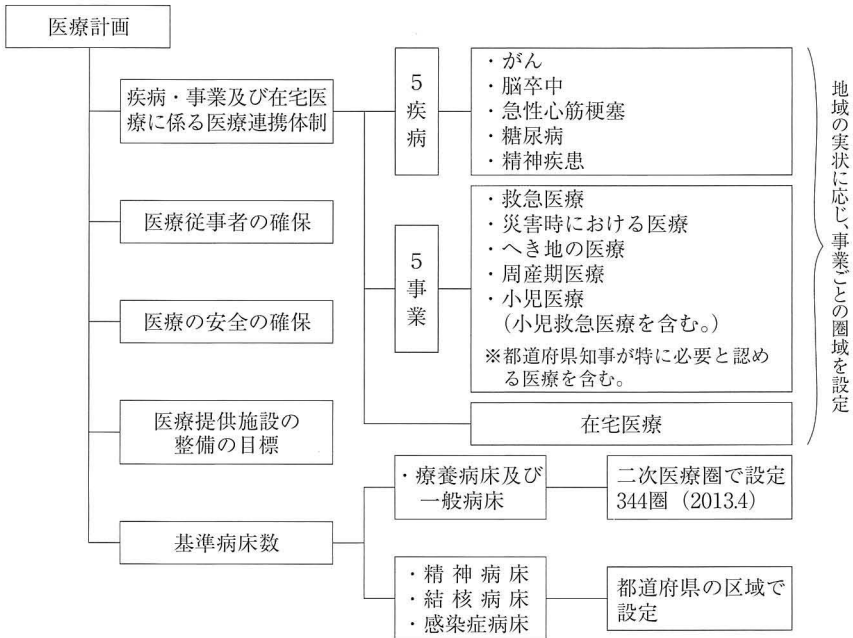


図 4-5 医療計画の内容

(出所) 厚生労働省「厚生労働白書 平成 26 年版」



この医療計画というしくみは1985年の第一次医療法改正により導入された。都道府県の地域ごとに医療圏を定め、がん・脳卒中など5疾病と救急医療などの5事業、さらに在宅医療に関する事項を定めるほか、病床の種類ごとに基準病床数を定めることを通じて、病床の適正配置を行う(図4-5)。

医療計画は、導入後これまでも5次にわたって見直しが重ねられてきたが、さらに2015年度から、将来に向けての地域医療構想(ビジョン)を盛り込む作業が動き出している。この問題については第14章で改めて取り上げるが、私たちが住む地域の医療サービス基盤がこれからどう変化していくのか、しっかりと見守っていこう。

**演習問題**

---

1. 高齢者の医療費が若人と比較してどのような特徴を持っているか説明してみよう。
2. 後期高齢者医療制度について、それまでの老人保健法の老人医療制度と比較しつつ、その基本的なしくみを説明してみよう。
3. 日本の国民医療費について、その財源、配分先などの特徴をまとめておこう。
4. 自分の住む都道府県の医療計画や地域医療構想を調べてみて、そのあり方について考えをまとめてみよう。

**参考文献**

---

栄畑潤『医療保険の構造改革—平成18年改革の軌跡とポイント』法研，2007年  
健康保険組合連合会編『図表で見る医療保障 平成27年度版』ぎょうせい，2015年