

基礎研 レポート

医療・介護の現状と今後の展開 (前編)

医療・介護を取り巻く社会環境はどのように変化しているか?

保険研究部 主任研究員 篠原 拓也
(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

0—はじめに

医療や介護は、自分や家族にとって身近なものである。これまで、日本では、国民皆保険での公的医療保険制度を通じて、高品質の医療サービスが、低廉な負担で患者に提供されてきた。介護についても、公的介護保険制度が創設され、介護サービスの拡充が図られてきた。しかし、少子高齢化が進む中で、この動きは曲がり角に来ている。

新聞や雑誌等では、日々、医療・介護制度の改革の問題が取り上げられるが、聞きなれない用語が並び、細部の制度改定や、兆円、億円単位の財政の話など、複雑で難しいと感じられることが多いのではないだろうか。そこで本稿では、医療・介護を取り巻く環境の変化を、図表を用いて紹介していきたい。次稿では、医療や介護に関する問題を紹介するとともに、民間医療保険への影響についても論じる予定である。これらのレポートが、医療・介護問題への関心を深める一助となれば幸いである。

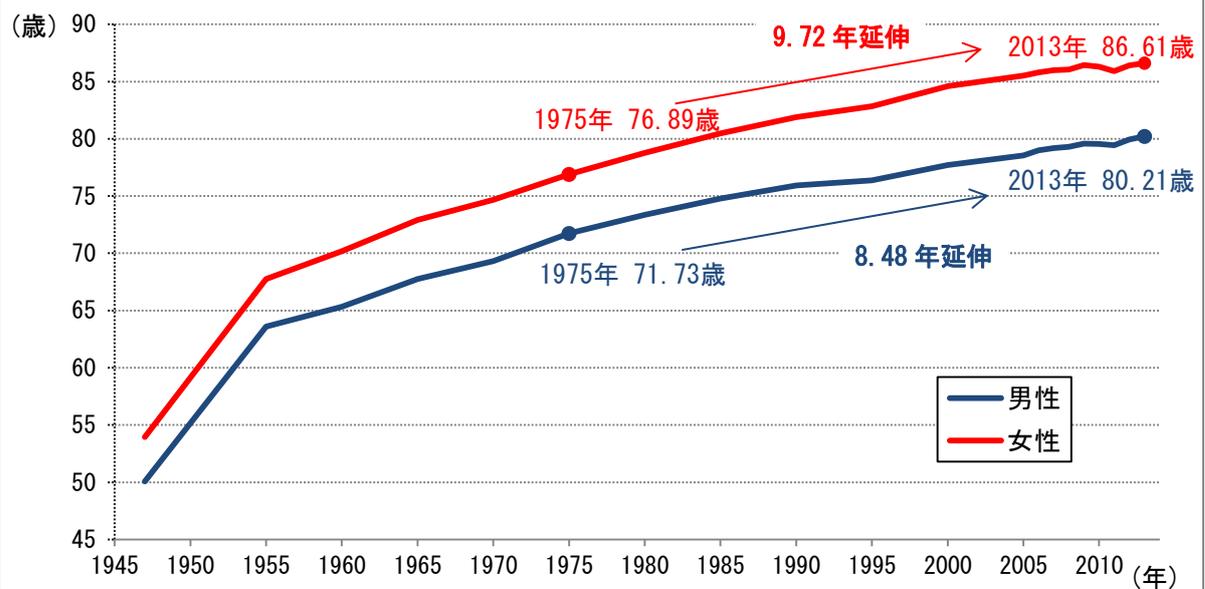
(目次)

1— 少子高齢化や晩婚化・非婚化に伴う高齢者世帯・単独者世帯の増加.....	2
2— 少子高齢化等が医療・介護に与える影響.....	6
1 入院・通院患者および要介護者の増加.....	6
2 医療費の増加.....	7
3 介護費の増加.....	8
3— 公的医療保険制度の概要と、今後の方向性・課題.....	9
1 公的医療保険制度の概要.....	9
2 公的医療保険制度の今後の方向性・課題.....	12
4— 公的介護保険制度の概要と、今後の方向性・課題.....	14
1 公的介護保険制度の概要.....	15
2 公的介護保険制度の今後の方向性・課題.....	15
5— おわりに ～ 医療費・介護費の抑制と、医療・介護の成長戦略の必要性.....	17

1—— 少子高齢化や晩婚化・非婚化に伴う高齢者世帯・単独者世帯の増加

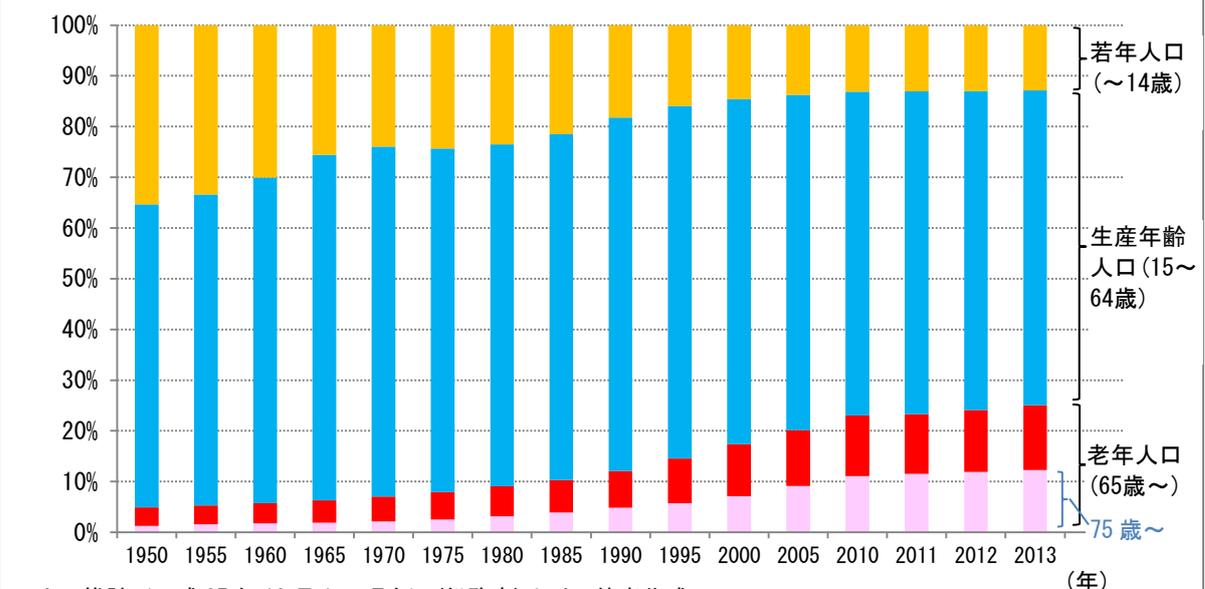
日本では、人口の高齢化が進んでいる。2013年に、日本の平均寿命は、男性80.21歳、女性86.61歳に達した。1975年と比較すると、平均して、男性で8.48年、女性で9.72年、寿命が伸びたことになる。2013年に、総人口に占める65歳以上の高齢者の割合(高齢化率)は25.1%となり、75歳以上の高齢者の割合は12.3%と過去最高となった。これは、1947～49年に生まれた団塊の世代が徐々に65歳以上に達していることが大きな要因となっている。

図表1. 平均寿命の推移



※平成25年簡易生命表の概況(厚生労働省)より、筆者作成

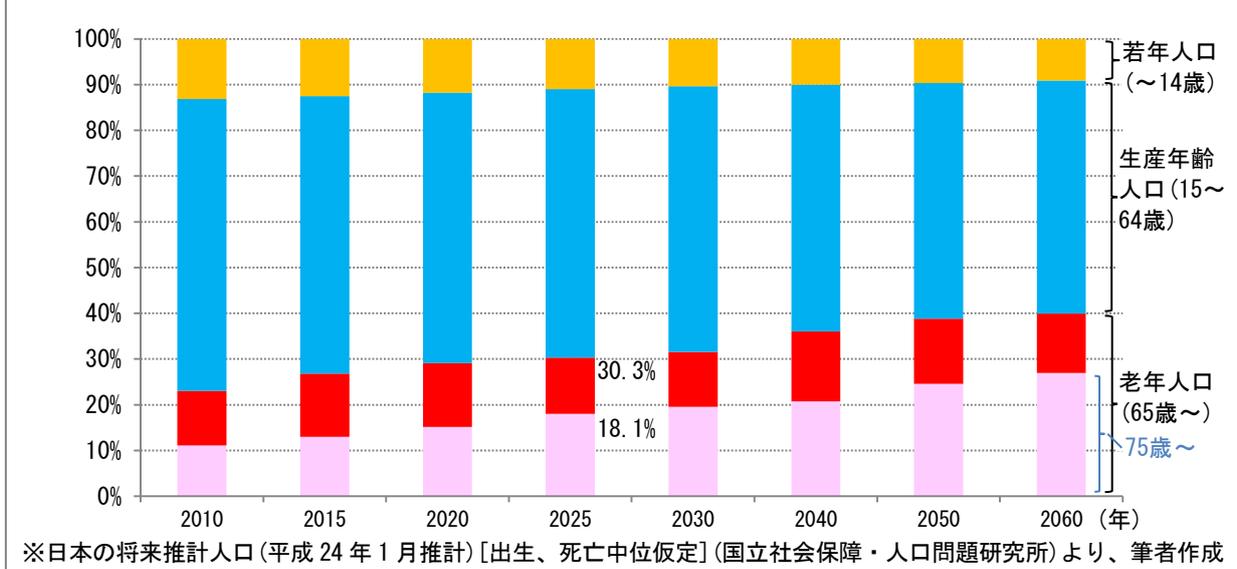
図表2. 人口構成割合の推移



※人口推計(平成25年10月1日現在)(総務省)より、筆者作成

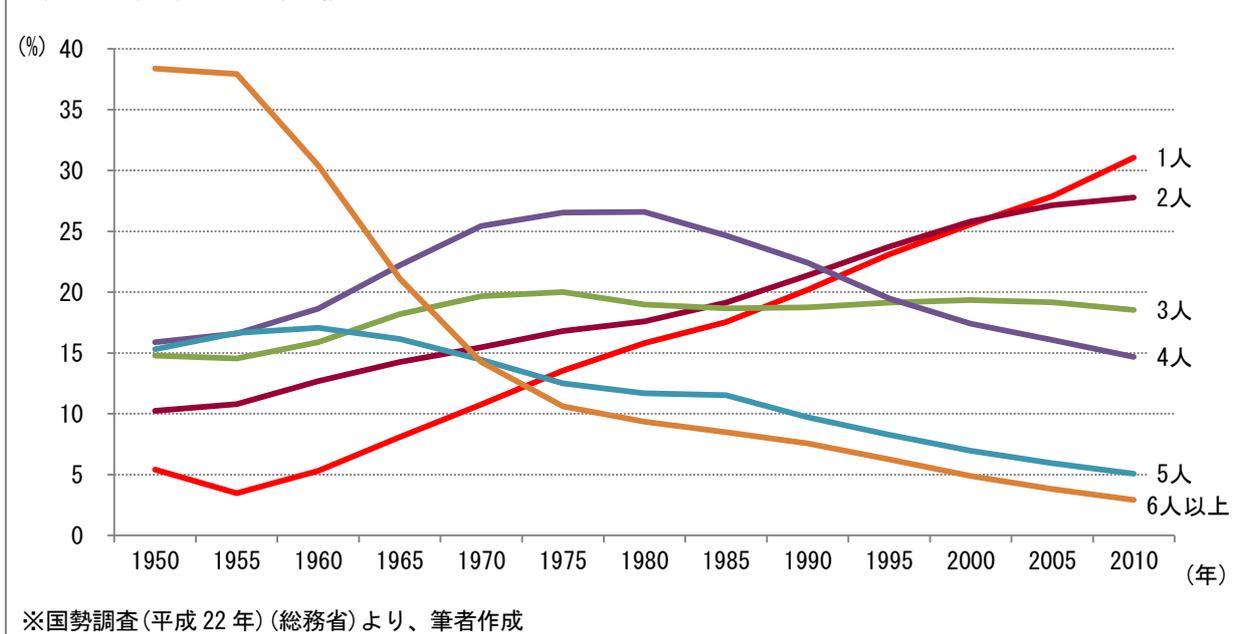
今後、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年には、高齢化率は30.3%、75歳以上占率は18.1%に達すると予想されている。

図表3. 人口構成割合の将来予想

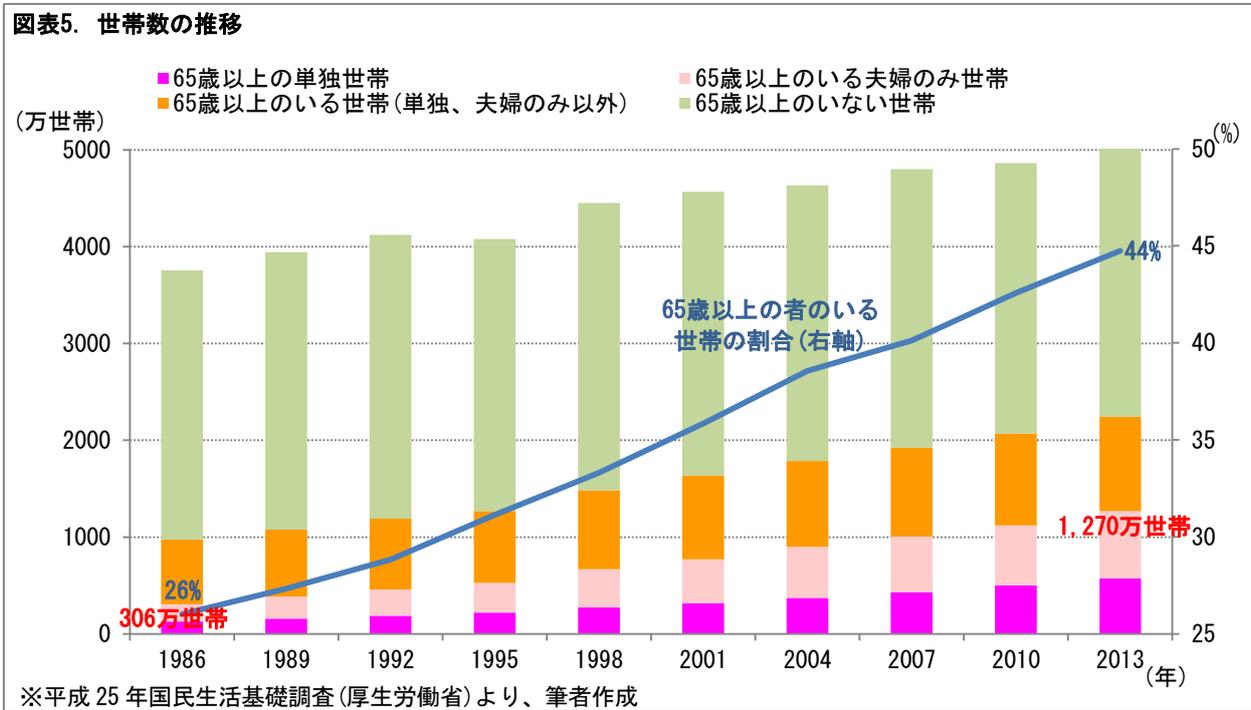


戦後、日本の世帯構造は、大きく変化してきた。1960年代までは、祖父母、父母、子の3世代からなる大家族の世帯が主流であった。1970年代以降、核家族化が進み、父母と子2人からなる4人世帯が中心となった。1990年代に入ると、夫婦のみの世帯や単独者世帯が主流となり、その割合が上昇を続けている。

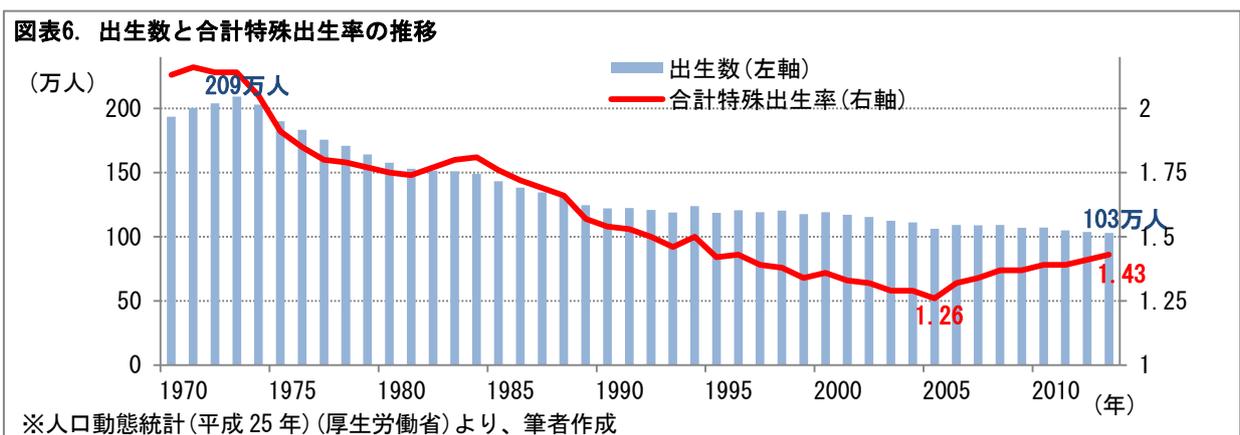
図表4. 世帯人員別の世帯数構成割合の推移



人口の高齢化により、世帯の高齢化も進んでいる。65歳以上の者のいる世帯の割合は、1986年には全世帯の26%であったが、2013年には44%に達している。65歳以上の者のいる世帯のうち、単独者世帯と夫婦のみの世帯の数が増加しており、1986年には、両方を合わせて306万世帯であったが、2013年には1,270万世帯に達している。



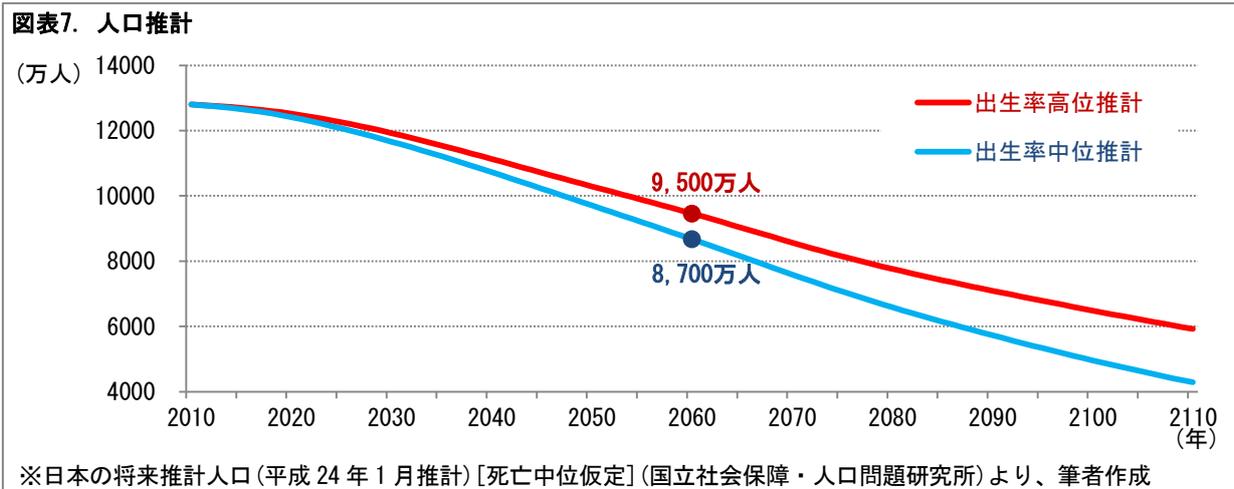
一方、少子化も続いている。日本の総人口は、2005年に減少に転じて以降、減り続けている。その要因は、少子化により毎年の出生数が死亡数を下回る自然減が生じていることにある。合計特殊出生率¹は2005年に過去最低の1.26となった後、2013年には1.43まで回復した。しかし、出産する女性の人口が減少しているため、出生数は減少を続けており、2013年は103万人であった。これは、近年のピークである1973年(209万人)の半分以下に相当する。



今後、合計特殊出生率が1.35で推移すると(中位推計)、総人口は2060年に約8,700万人にまで減

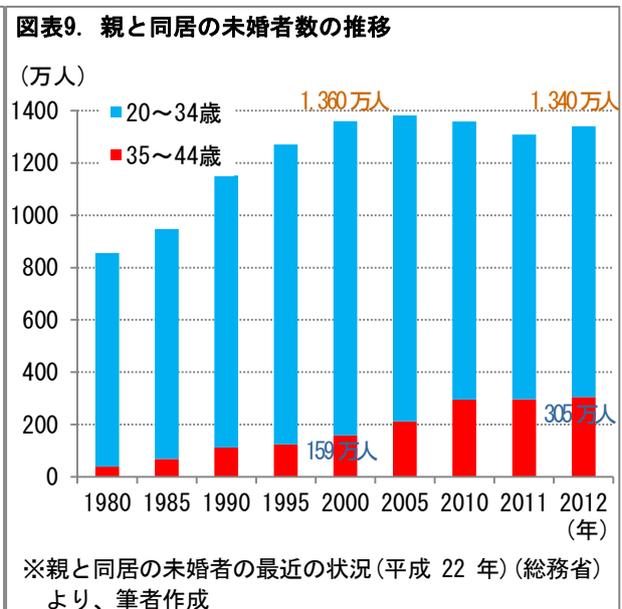
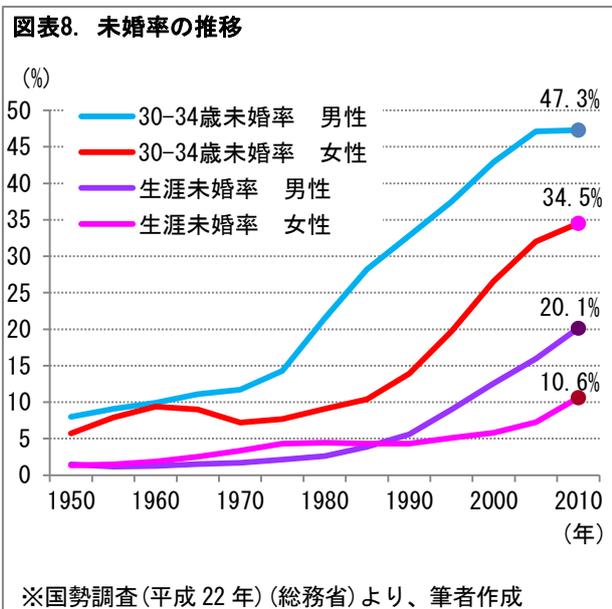
¹ 15~49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、一人の女性とその年齢別出生率で一生涯の間に生むとしたときの子どもの数に相当する。

少する。2030年に合計特殊出生率が2.1程度に回復する場合(高位推計)でも、2060年には約9,500万人にまで減少し、その後も緩やかな人口減少が続くと予想されている。



少子化の要因として、晩婚化・非婚化の進行により、30歳代から40歳代にかけて、未婚者が増加していることが挙げられる。例えば、30～34歳の未婚率は、1975年には男性14.3%、女性7.7%であったが、2010年にはそれぞれ47.3%、34.5%に上昇している。生涯未婚率²は、1975年には男性2.1%、女性4.3%であったが、2010年にはそれぞれ20.1%、10.6%に上昇している。

親と同居している未婚者の構造も変化している。親と同居している20～44歳の未婚者の数は、2000年の1,360万人が、2012年の1,340万人へとほぼ横這いで推移している。そのうち、35～44歳の壮年では、2000年の159万人が、2012年の305万人に増加している。



² 50歳時の未婚率を指し、45～49歳と50～54歳の未婚率の平均値として算出される。

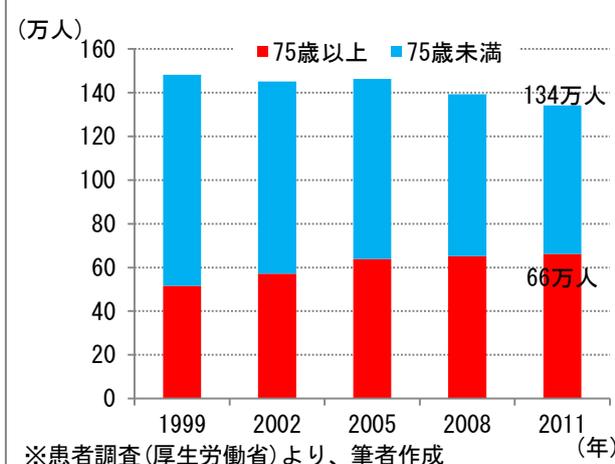
2—— 少子高齢化等が医療・介護に与える影響

1 | 入院・通院患者および要介護者の増加

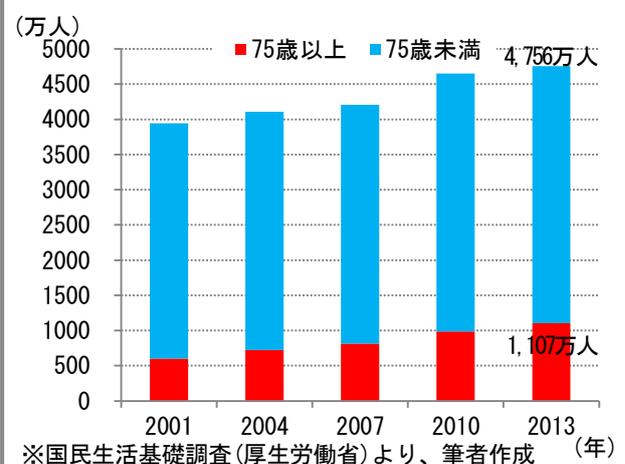
人口や世帯の変化は、医療・介護に様々な影響を及ぼしている。例えば、高齢化により年金や医療等で高齢者の給付が増加する一方、少子化により現役世代が減り、保険料納付が減少し、社会保障の収支バランスに影響を与えている。また、世代間の格差も大きくなっている。

まず、医療の面を見てみると、近年、入院患者は減少、通院者は増加しており、2011年の入院患者数は134万人、2013年の通院者数は4,756万人となっている。高齢者の占率は年々高まっていて、年代別の内訳を見ると、入院患者の約半数（66万人）、通院者のおよそ4人に1人（1,107万人）が75歳以上となっている。

図表10-1. 入院患者数の推移

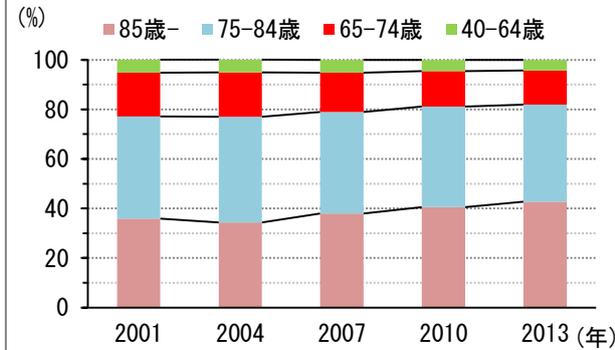


図表10-2. 通院者数の推移

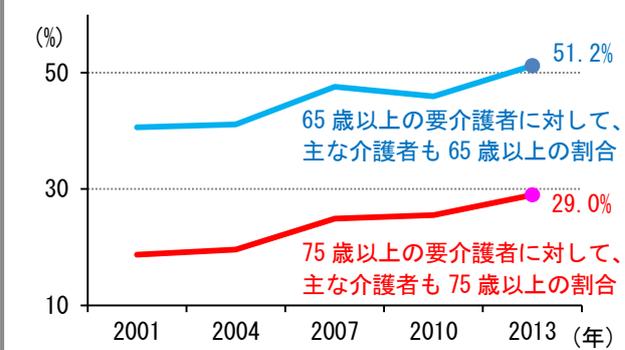


また、介護の面にも、高齢化の大きな影響を見ることができる。要介護者・要支援者の9割以上が65歳以上(8割以上が75歳以上)の高齢者となっている。更に、介護する側とされる側がともに高齢者である老老介護問題も拡大している。65歳以上の要介護者がいる世帯のうち、介護者も65歳以上である世帯の割合は、51.2%に上っている。75歳以上の要介護者がいる世帯のうち、介護者も75歳以上である世帯の割合も29.0%に上昇している。

図表11. 要介護者・要支援者の年齢占率

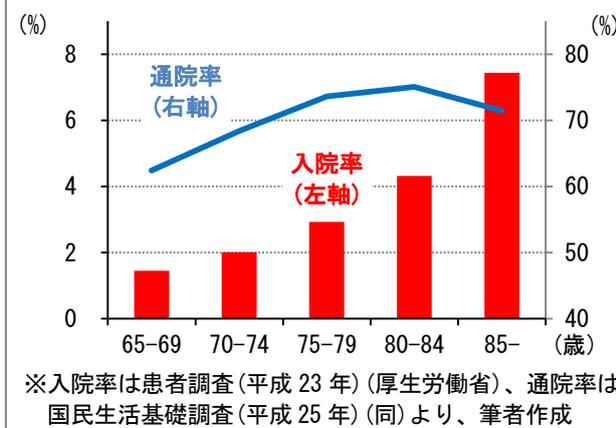


図表12. 高齢者同士の介護割合の推移

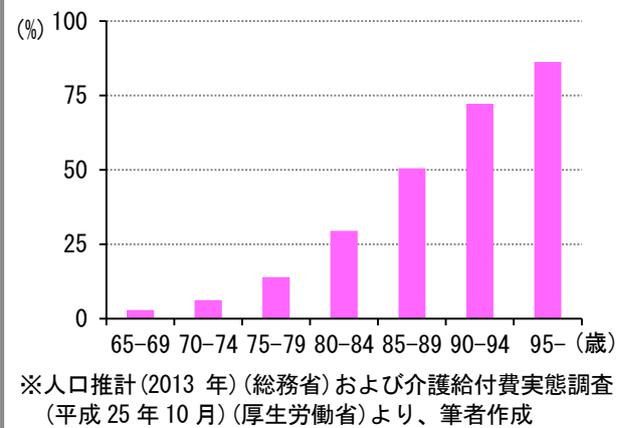


高齢期には、年齢の進行とともに、急速に、入院率・通院率や、要介護認定率³が高くなる。80歳代以降では、入院率と通院率を合わせると8割程度となる。要介護認定率も80歳代後半には5割超となる。

図表13. 高齢者の入院率・通院率



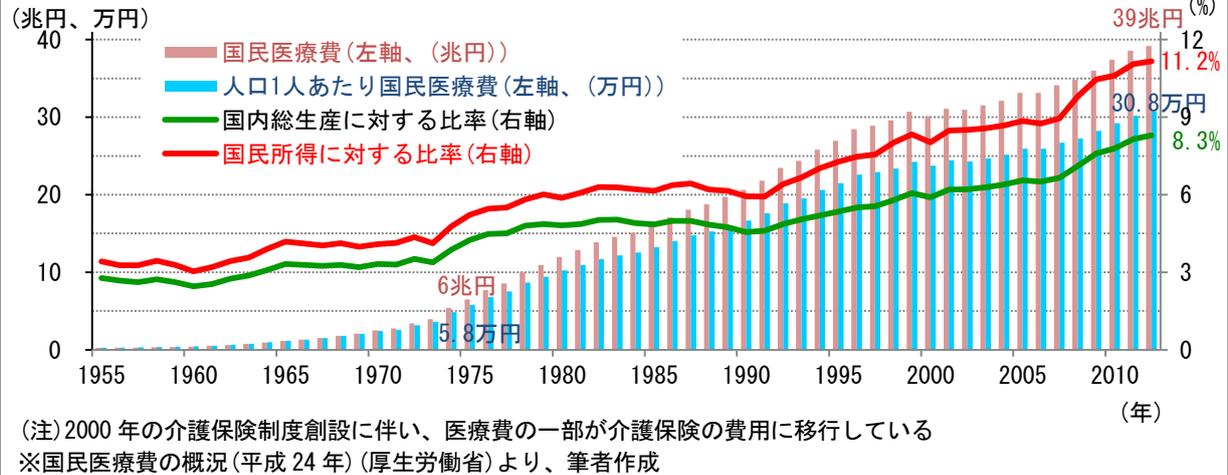
図表14. 高齢者の要介護認定率



2 | 医療費の増加

高齢化は、医療費の増加を招いている。国民医療費は、1975年には6兆円だったが、2012年には39兆円に増えている。人口1人あたり国民医療費は、1975年には5.8万円だったが、2012年には30.8万円へと増加している。国民医療費の国内総生産、国民所得に対する割合は、2012年にはそれぞれ8.3%、11.2%へと上昇している。医療費が、所得の1割以上を占める状態となっている。

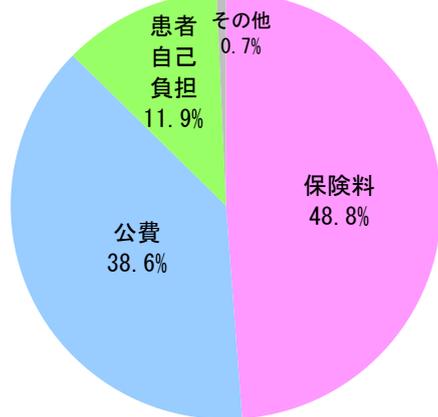
図表15. 医療費の推移



医療費は、保険料、公費、患者負担から賄われている。内訳としては、保険料が、全体の約半分を賄っている。続いて公費が4割程度を占める。患者の自己負担は、1割強となっている。医療費を診療の種類別に見ると、医科診療が7割以上を占めており、そのうちの半分が入院に伴う費用となっている。

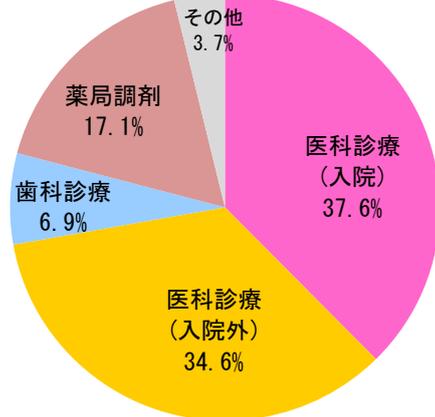
³ 公的介護保険制度において、要支援1～要介護5に認定される者の割合

図表16-1. 医療費の負担内訳



※国民医療費の概況(平成24年)(厚生労働省)より、筆者作成

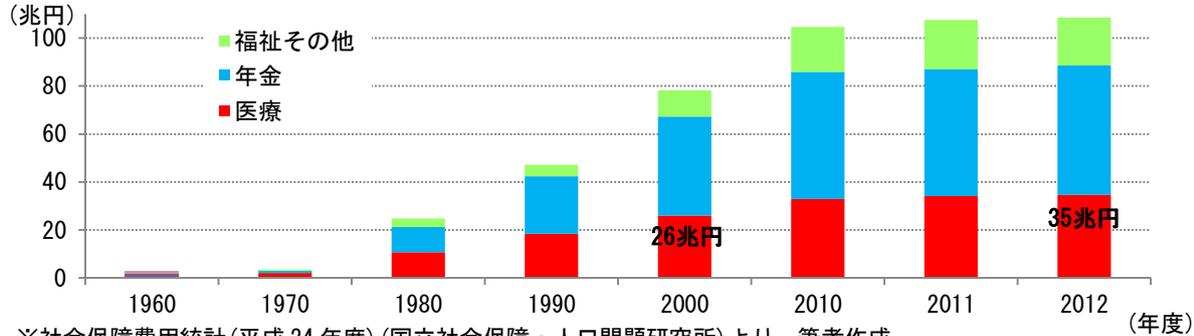
図表16-2. 医療費の診療種類別内訳



※国民医療費の概況(平成24年)(厚生労働省)より、筆者作成

1961年に国民皆保険が実現して以来、医療の社会保障費は年々増加している。医療分野の社会保障給付は、2012年度に35兆円となり、2000年度と比べて9兆円増加した。

図表17. 社会保障費の推移

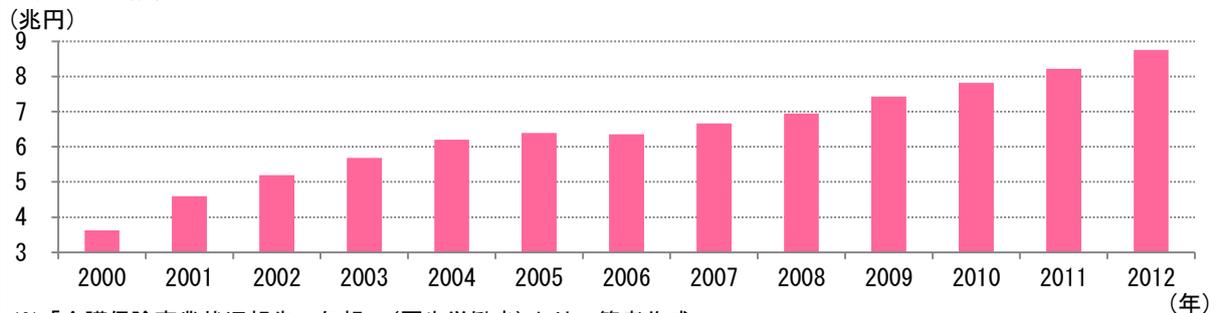


※社会保障費用統計(平成24年度)(国立社会保障・人口問題研究所)より、筆者作成

3 | 介護費の増加

次に、介護費の推移を確認してみる。2000年の公的介護保険制度創設後、介護費は増加し、2012年には9兆円弱に達している。

図表18. 介護費の推移



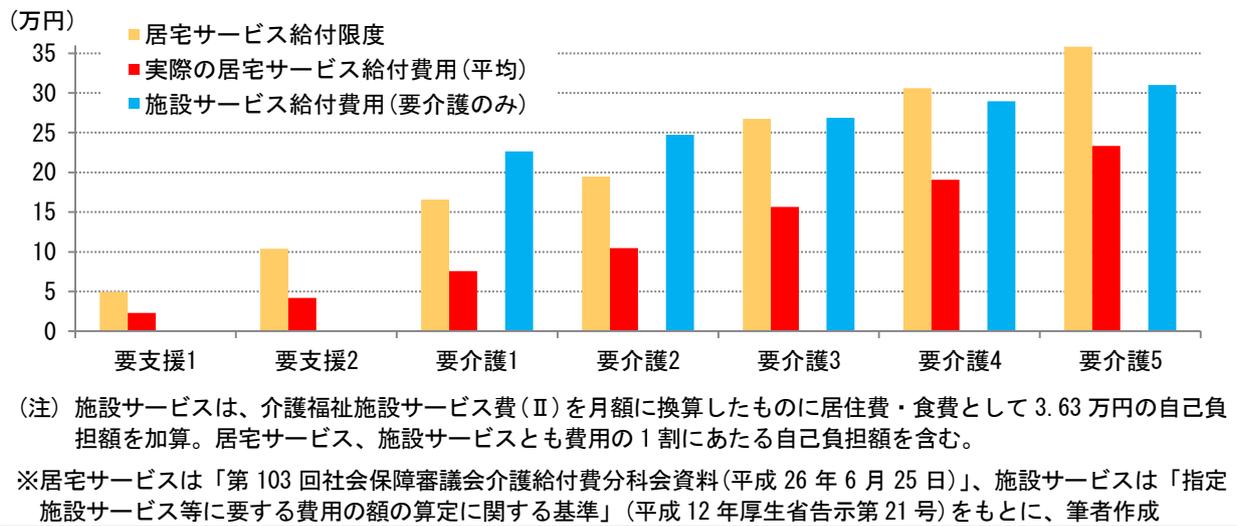
※「介護保険事業状況報告 年報」(厚生労働省)より、筆者作成

居宅サービスと施設サービスに分けて、要介護・要支援度ごとに介護給付費用を見ておきたい。居宅サービスには、給付限度が設定されている。実際にかかった給付費用は、平均して、給付限度

の半分程度となっている。

一方、給付対象が要介護者に限られている施設サービスでは、給付限度までの全額が給付されている。この結果、両者を比較すると、施設サービスの方が、給付費用が高額となっている。

図表19. 要介護・要支援度ごとの介護給付費用



このように給付限度までの全額が給付される施設サービスは、介護保険の保険者である市町村にとって財政負担増大の一因となった。また、要介護者にとっては、施設ではなく居宅でサービスを受けることで、これまでと同様の社会性を保ちながら、日常生活を続けることもできるとの見方もある。このため、市町村は、介護施設の新規開設をあまり認めず、居宅での介護サービスに誘導する形で、介護施策を運営してきた。

3— 公的医療保険制度の概要と、今後の方向性・課題

1 | 公的医療保険制度の概要

まず、患者が医療を受けたときの自己負担の変遷を見てみよう。1961年に国民皆保険が実現したが、被用者保険の家族は医療費の半分を負担するなど、自己負担の額が大きく設定されていた。

1970年代に入ると、戦後の高度経済成長を背景に、1973年を福祉元年として、社会保障制度の大幅な拡充が図られた。公的医療保険制度では、被用者保険の家族の負担割合が3割に引き下げられるとともに、高額療養費制度が創設された。併せて、老人医療費支給制度も始まり、70歳以上の高齢者の自己負担は無料となった。その後、約10年間、高齢者の医療費負担は、0の状態が続いた。その結果、病気がないのに高齢者が長期間入院する「社会的入院」や、高齢者に不必要な薬剤投与・検査を大量に行う「薬漬け・検査漬け医療」といった、医療のモラル・ハザードを生んだ。この問題を解消すべく、1983年に老人保健制度が創設され、高齢者にも患者負担が設けられた。

その後、医療政策の変更や、増大する医療費への対応のために、何回か、自己負担の見直しが行わ

れた。現在の負担割合は、75歳以上1割、70～74歳と義務教育就学前2割(2014年4月より前に、70歳に達している人は1割)、それ以外3割となっている⁴。

図表 20. 公的医療保険における患者負担の変遷

時期 ^(注1)		国民健康保険	被用者保険			
			本人	家族		
-1972年	老人医療費支給制度 発足前	3割	定額負担	5割		
時期 ^(注1)	70歳以上 ^(注2)	国民健康保険	現役			
			本人	家族		
1973年-	老人医療費支給制度 (老人福祉法)	無料	定額	3割 高額療養費制度創設		
1981年-				入院2割 外来3割		
1983年-	入院1日300円 外来1月400円	3割 高額療養費制度創設	1割 高額療養費制度創設		入院2割 外来3割	
1984年-						
1997年-	老人保健制度	入院1日1,000円 外来1日500円(月4回まで) 薬剤一部負担	入院3割 外来3割 薬剤一部負担	入院2割 外来2割 薬剤一部負担		
2001年-					1割 (診療所では定額制を選択可能) 高額医療費制度創設	入院2割 外来3割 薬剤一部負担
2002年-					1割 (現役並み所得者2割)	
2003年-					1割 (現役並み所得者3割)	3割 (3歳未満2割)
2006年-						
時期 ^(注1)	75歳以上	70～74歳	70歳未満			
2008年-	後期高齢者医療制度	1割 (現役並み所得者3割)	1割 (現役並み所得者3割)	3割 (義務教育就学前2割)		
2014年-		2割 ^(注3) (現役並み所得者3割)	2割 ^(注3) (現役並み所得者3割)			

(注1) 1年の途中での変更：1983年は2月-。1997年は9月-。2002、2006年は10月-。2003、2008、2014年は4月-。

(注2) 当初70歳以上が高齢者とされていたが、2003年より毎年1歳引き上げられ、2008年には75歳以上が高齢者とされた。

(注3) 2014年4月より前に、70歳に達している人は1割。

※「我が国の医療保険について」(厚生労働省)より、筆者作成

⁴ ただし、70歳以上であっても、現役並みの所得がある場合には3割の負担となる。

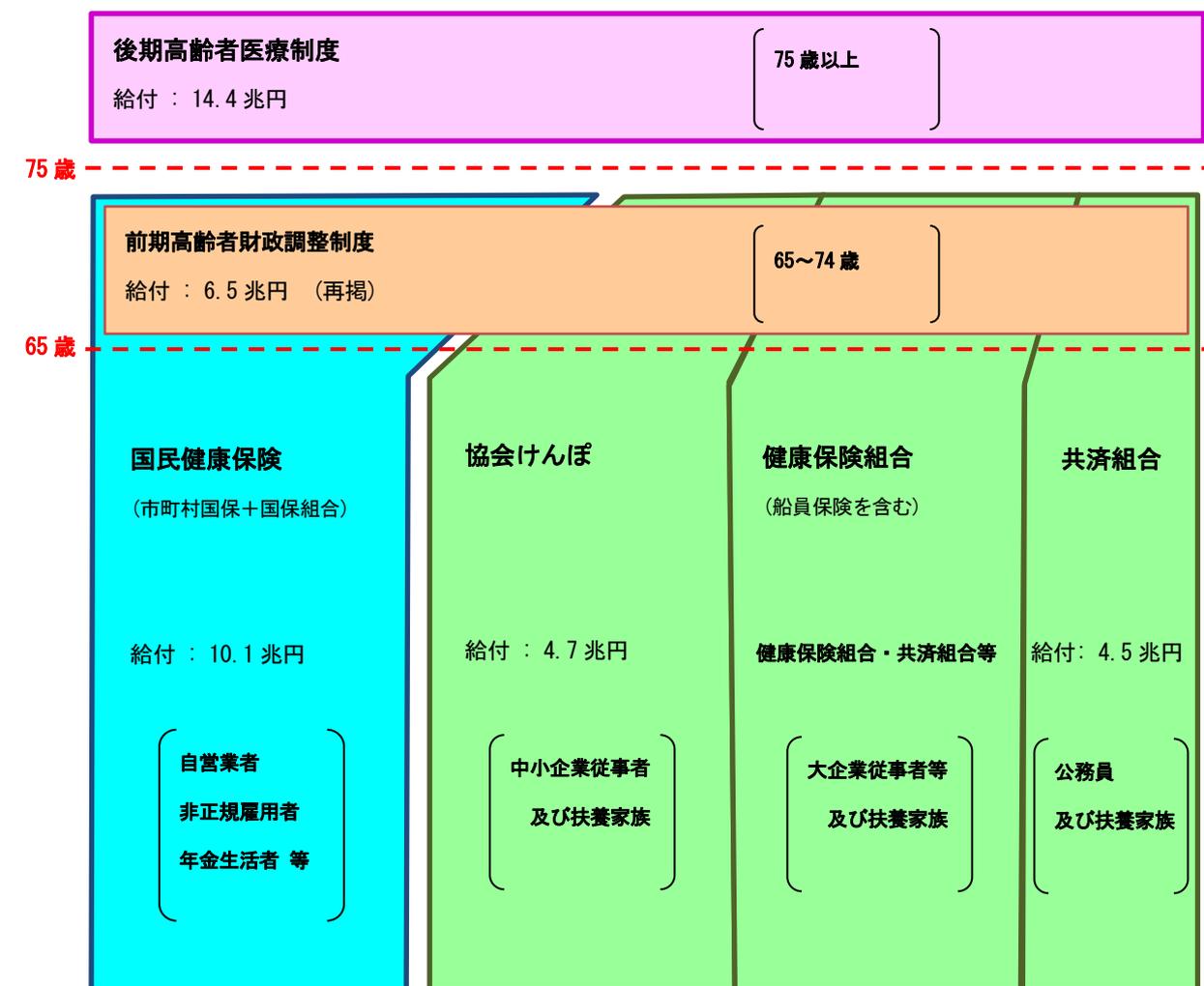
図表 21. 高額療養費制度

- 長期間入院したり、治療が長引いたりして、医療費の自己負担がかさんだ場合に、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される制度。自己負担限度額は、年齢や所得に応じて算出される。
- 自己負担が自己負担限度額に達しなくとも、同一月内に、同一人が複数の医療機関にかかったり、同一世帯の家族が医療機関にかかったりした結果、これらを合算して自己負担限度額を超えた場合には、超過額が払い戻される。(ただし、70歳未満の者については、一定額以上の自己負担をする場合のみ合算可能。)
- 同一世帯で、診療月を含めた直近12か月以内に既に3回以上払い戻しを受けている場合、当月の自己負担限度額は、更に低額に抑えられる。

※厚生労働省資料より、筆者作成

次に、公的医療保険制度の体系を見ておきたい。現役世代は、国民健康保険と被用者保険(協会けんぽ、健康保険組合、共済組合等)に分けられる。75歳以上の高齢者には、後期高齢者医療制度がある。

図表 22. 公的医療保険制度の体系



(注) 給付額は、各制度の給付費を示しており、他制度への納付金や支援金を含まない(2014年度予算ベース)。

※「我が国の医療保険について」(厚生労働省)より、筆者作成

国民健康保険は、年金生活者を含んでいて加入者の平均年齢が高い。そのため、1人あたりの医療費(患者の自己負担分を除いたもの)が保険料を超過している。逆に、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合は、1人あたりの医療費(同)が保険料の内枠に納まっている。

後期高齢者医療制度(および前期高齢者財政調整制度)に対して、他の制度(国民健康保険、協会けんぽ、健康保険組合、共済組合)から支援金・納付金が支払われている。また、国民健康保険、協会けんぽ、後期高齢者医療制度は、公費からの補助を受けている。

図表 23. 公的医療保険の数量比較

	国民健康保険	協会けんぽ	健康保険組合	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数	1,717	1	1,431	85	47
加入者数	3,466 万人	3,510 万人	2,935 万人	900 万人	1,517 万人
加入者平均年齢	50.4 歳	36.4 歳	34.3 歳	33.3 歳	82.0 歳
1人あたり医療費	31.6 万円	16.1 万円	14.4 万円	14.8 万円	91.9 万円
患者自己負担分除	22.1 万円	11.3 万円	10.1 万円	10.4 万円	82.7 万円
1人あたり保険料	8.3 万円	20.9 万円	23.4 万円	25.3 万円	6.7 万円
公費補助 (負担割合)	3.5 兆円 (給付費等の 50%)	1.2 兆円 (給付費等の 16.4%)	なし*	なし	6.8 兆円 (給付費等の約 50%)

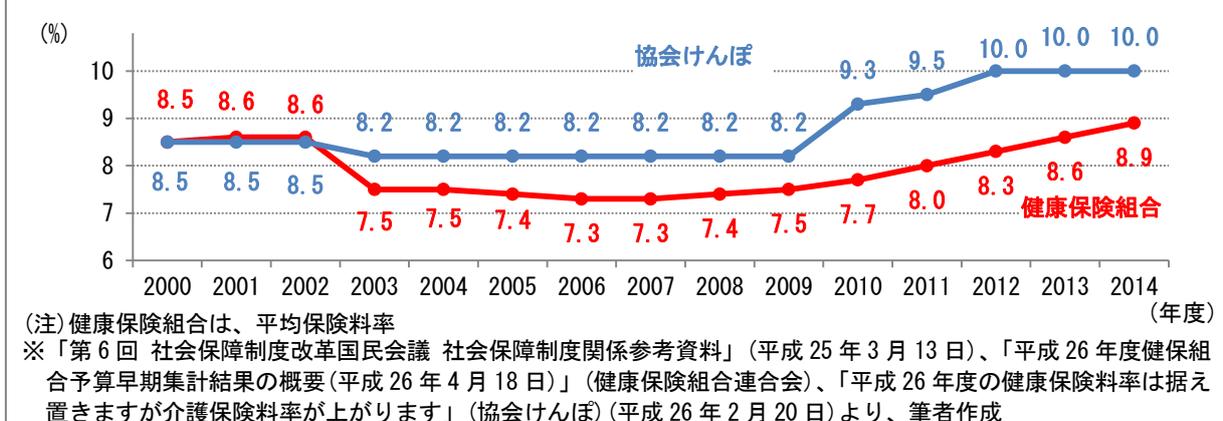
(注) 保険者数、加入者数は、2013 年 3 月末。加入者平均年齢、1人あたり医療費、1人あたり保険料は、2012 年度。
1人あたり医療費の患者自己負担分除は、自己負担割合分(国民健康保険と被用者保険は一律 3 割、後期高齢者医療制度は一律 1 割と置いた)を、1人あたり医療費から除いた金額(筆者の計算による)。
1人あたり保険料は、事業主負担を含む金額。公費補助は、2014 年度予算ベース(0.1 兆円未満四捨五入)。
なお、国民健康保険は、市町村国保における数量としている。
※「我が国の医療保険について」(厚生労働省)より、筆者作成

2 | 公的医療保険制度の今後の方向性・課題

まず保険料率の推移を見てみる。これまで健康保険組合の保険料率は、医療費の増加を賄うために、引き上げられてきている。2003 年度には、賞与にも月収と同じ保険料率を賦課する総報酬制を導入して保険料率の低下が図られた。しかし、2003 年度に平均 7.5%だった保険料率は、2014 年度には 8.9%にまで引き上げられている。

また、協会けんぽも、2003 年度の 8.2%が 2014 年度には 10%にまで引き上げられている。今後、保険料率は更に引き上げられる方向である。

図表 24. 健康保険組合と協会けんぽの保険料率の推移



次に、保険事業の収支を見てみよう。健康保険組合全体では、高齢者医療を支えるための支援金・

納付金の負担が重いため、2014年度に3,700億円の経常赤字が見通されている。赤字は7年連続で、赤字の組合は全体の8割(1,114組合)に上る。

協会けんぽは、毎年1兆2,000億円の公費補助により、2,000億円程度の黒字見通しを示している。

図表 25. 健康保険組合と協会けんぽの収支

(億円)

	健康保険組合			協会けんぽ		
	2012 決算	2013 見込み	2014 予算	2013 決算	2014 見込み	2015 見込み
収入	70,100	73,400	74,200	87,300	89,800	90,500
うち公費補助	—	—	—	12,200	12,600	11,800
支出	73,000	74,600	77,800	85,400	87,400	88,500
うち高齢者医療への 支援金・納付金	28,100	29,400	30,000	31,600	31,900	32,500
収支	△3,000	△1,200	△3,700	1,900	2,400	2,000

(注) 健康保険組合は経常収支差引額、協会けんぽは単年度収支差 (金額は、100億円未満を四捨五入して表示)

※「平成25年度健保組合決算見込の概要(平成26年9月11日)」「平成26年度健保組合予算早期集計結果の概要(平成26年4月18日)」「(健康保険組合連合会)および、「第63回全国健康保険協会運営委員会(平成27年1月30日)資料4-2」(協会けんぽ)より、筆者作成

健康保険組合では、協会けんぽ以上の保険料率を設定している組合が251組合(全組合の2割弱)に達しており、組合としての存在意義を問われかねない状況となっている。また、2008年度以降、72組合(同約5%)が解散している。高齢者医療への支援金・納付金の負担が軽減されないと、早晚、財政が行き詰まり、解散に追い込まれる組合が続出することが危惧されている。

国民健康保険は、決算補填のための一般会計繰入金を除くと、2013年度に3,100億円の赤字(介護保険制度を含む)となる見込みであり、財政面で窮迫した事業運営が続いている。赤字保険者(市町村)の数は、2013年度に905(速報値)に上り、全体の保険者の半数超(53%)となっている。

図表 26. 国民健康保険の収支

(億円)

	国民健康保険		
	2011 実績	2012 実績	2013 見込み
収入	129,800	134,100	136,200
うち公費補助	34,400	32,800	33,000
支出	132,800	137,200	139,300
うち高齢者医療への 支援金・納付金	16,000	17,500	18,200
収支	△3,000	△3,100	△3,100

(注) 収入は、単年度収入に、国庫支出金精算額等を加え、決算補填のための一般会計繰入金を差し引いて計算(筆者の計算による)。支出は、単年度支出。収支は、決算補填のための一般会計繰入金を除いた場合の精算後単年度収支差引額。(金額は、100億円未満は四捨五入して表示)

※「国民健康保険(市町村)の財政状況[速報]」(平成24、25年度)(厚生労働省)より、筆者作成

厚生労働省は、高所得者層への負担増大による国民健康保険の収支改善の方針を示している。具体的には、高齢者医療への支援金を各保険制度間で分担する際の基準を、2015年度から3年程度をかけて、人数基準である加入者割から、所得基準である総報酬割に移行⁵させる。これにより、高所得者の多い健康保険組合等の負担を高め、低所得者の多い国民健康保険の負担軽減を図る。また、2018年度に国民健康保険の運営主体を市町村から都道府県に移すことで、財政基盤の安定化を図る、としている。

医療費の圧縮に向けて、2008年度より国と都道府県は、5年毎の医療費適正化計画を策定してきている。2008年度～2012年度の第1期では、特定健康診査実施率、特定保健指導実施率⁶を高めて生活習慣病の予防を徹底することと、平均在院日数を短縮することが目標として掲げられた。

図表 27. 特定健康診査・特定保健指導の実施状況

	2008年度	2011年度(速報値)
特定健康診査の実施率	38.9%	46.2%
特定保健指導の実施率	7.7%	16.4%

※「第6回 社会保障制度改革国民会議 社会保障制度関係参考資料」(平成25年3月13日) および「平成24年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況」(厚生労働省, 平成26年7月4日)より、筆者作成

図表 28. 平均在院日数の減少

	2006年度	2011年度
全国平均	32.2日	30.4日
最短の都道府県	25.0日(長野県)	23.3日(東京都)

※「第6回 社会保障制度改革国民会議 社会保障制度関係参考資料」(平成25年3月13日)より、筆者作成

2013年度からの第2期では、特定健康診査実施率等を更に高めてメタボ該当者及び予備群を減少させることや、都道府県の独自目標設定を通じて平均在院日数を更に短縮させること、などの政策がとられている⁷。

これらの動きは、単に医療・介護の費用抑制のみならず、その費用対効果を高めることを目指している。医療・介護サービスの品質を高め、病気や要介護状態になる前の予防策を充実させることにより、健康寿命を延ばし、高齢者の生きがいをも高めようとする動きにつながっている。

4— 公的介護保険制度の概要と、今後の方向性・課題

⁵ 現在(2014年度)は、支援金の3分の1が総報酬割となっている。

⁶ 特定健康診査は、メタボリック・シンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した診査。その結果、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できるとされた者に対して、特定保健指導が実施される。

⁷ 2000年度からは、国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づいて、「健康日本21」が進められている。2013年度より、その第2次がスタートし、健康寿命の延伸と健康格差の縮小、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底など、5つの項目が示されている。これらを通じて、医療費の圧縮に向けた取り組みが進められている。

1 | 公的介護保険制度の概要

2000年より以前は、高齢者の介護は家族が行うことが社会の前提とされていた。介護を家族で対応しきれない場合に、行政より所得等の調査を受けた上で、市町村長の「措置」によって介護サービスが始まる仕組みであった。2000年の公的介護保険制度創設により、介護保険という「契約」に基づく介護サービスの提供が開始された。いわゆる「措置」から「契約」への変革である。

図表 29. 公的介護保険制度の主なサービス

	「福祉」分野より移管されたサービス	「医療」分野より移管されたサービス
施設サービス	特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）	療養型病床群（介護療養型医療施設） ⁸ 老人保健施設（介護老人保健施設）
居宅サービス	ショートステイ（短期入所） デイサービス（通所介護） ホームヘルプ（訪問介護） 手すり設置等の住宅改造	ショートステイ（短期入所） デイ・ケア（通所リハビリテーション） 訪問看護・訪問リハビリテーション

（注）一般的な呼称で記載している。（）内は、公的介護保険制度における呼称。

※「医療・介護問題を読み解く」（表 4-1）池上直己（日本経済新聞出版社）を参考に、筆者作成

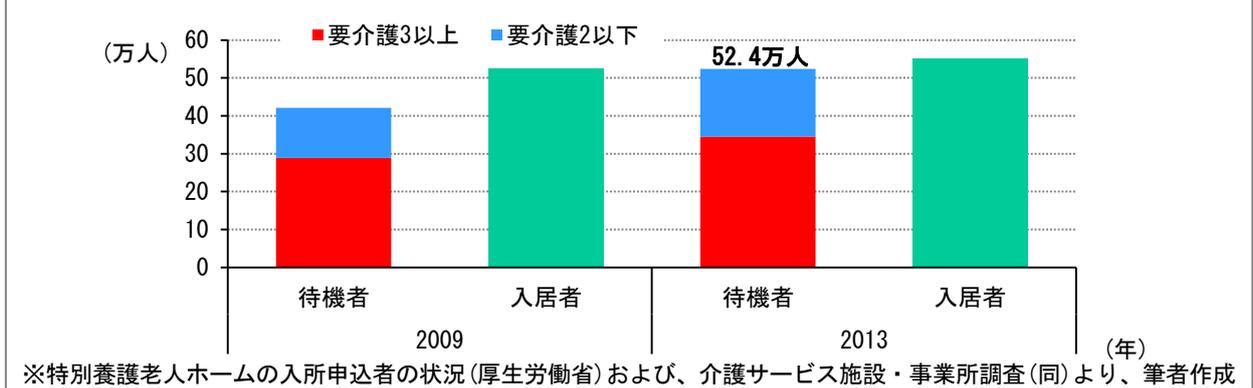
介護保険制度でも、医療保険制度と同様にサービス利用者の自己負担が設定されている。利用者は、原則として費用の1割を負担して介護サービスを受ける。ただし、施設サービスのうち、食費の一部や日常生活費（理美容代など）は全額自己負担となる。2015年8月以降、一定以上の所得がある人は負担割合が2割となる。

2 | 公的介護保険制度の今後の方向性・課題

介護費を抑制することや、要介護者の社会性を維持しながら介護サービスを提供するために、市町村は、介護施設の新規開設をあまり認めない形で、介護施策を運営してきた。その結果、介護施設が不足する事態が生じている。制度上、65歳以上で要介護1以上の者であれば、施設への入所が可能となる。一般に、要介護者の家族は、介護の負担軽減のために、要介護者の入所を後押しするケースが多い。しかし、入所ニーズの高まりに反して施設数は不足し、需給バランスが合わないこととなった。このため、例えば、特別養護老人ホームでは入所待ちが数年以上に及び、待機者は2013年に52.4万人に上っている。2009年からの推移では、入居者数が変わらない一方、待機者数が増加している。

⁸ 介護保険法の改正により、2012年度以降、介護療養型医療施設の新設は認められなくなった。

図表30. 特別養護老人ホームの待機者と入居者



2015年4月からは、特別養護老人ホームの新規入居者を要介護3以上の者に限定するよう、入所基準を厳格化することが予定されている。

このような介護施設の不足を受けて、民間では、介護保険施設を補完する施設がたくさん作られてきた。しかし、介護職員が十分に配置されていない施設や、入居金の保全が不十分な施設など、問題のあるケースが出現した。このため、2006年に施設に関する規制が厳格化された。従来より、介護保険施設については、都道府県の定める介護保険事業支援計画における総量規制の対象であったが、新たに、軽費老人ホーム(ケアハウス)や、有料老人ホーム(介護付)も、市町村が策定する介護保険事業計画の総量規制⁹の対象となった。

図表31. 主な高齢者入所施設の種類

	名称(別称)	特徴
介護 保険 施設	特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)	65歳以上の要介護認定者が、主に介護ケアを受けつつ生活
	老人保健施設(介護老人保健施設)	65歳以上の要介護認定者が、リハビリや介護を受けつつ生活
	療養型病床群(介護療養型医療施設)	65歳以上の要介護認定者が、長期療養をしながら生活
上記 以外	養護老人ホーム	65歳以上の心身や経済的理由から家庭介護が困難な人が対象
	軽費老人ホーム	低収入、家庭環境、健康状態等から居宅生活が困難な人が対象
	認知症高齢者グループホーム	高齢者が少人数で互いに助け合いつつ、介護ケアを受けて生活
	有料老人ホーム	食事の提供や日常生活の便宜を目的とした高齢者入居施設
	サービス付高齢者住宅	介護と医療を連携し、安否確認や生活相談サービスを実施
	老人短期入居施設(ショートステイ)	介護者の疾病等で介護が一時的に困難な場合に短期間入所
	生活支援ハウス(高齢者生活福祉センター)	居住機能と併せて、介護支援や地域住民との交流の機能を提供
高齢者ケア付住宅	集合住宅で、公営のものや民間のものなど多様なタイプがある	

(注) 軽費老人ホームには、収入や健康状態等の違いにより、a型、b型、ケアハウスがある。

有料老人ホームには、介護サービスの提供の違いにより、健康型、住宅型、介護付がある。

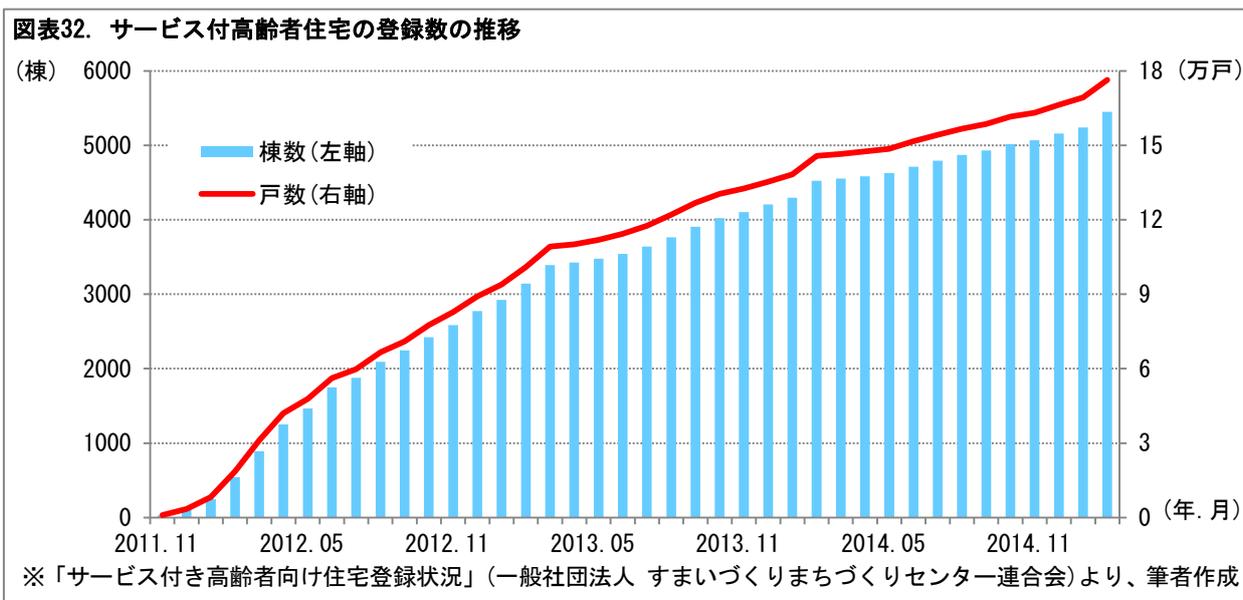
※「老人ホーム・介護施設の種類」(老人ホーム全国ネット)をもとに、筆者作成

2011年には、サービス付高齢者住宅(サ高住)の登録が始まった。サ高住は、一定の面積・設備やバ

⁹ 介護保険法又は老人福祉法に基づき、市町村が定める介護保険事業計画や、都道府県が定める介護保険事業支援計画の定員数に既に達しているか、又は当該指定によってこれを超える場合等に、市町村長や都道府県知事は事業者の指定等をしないことができる、とする規制のこと。

リアフリー構造、安否確認・生活相談サービス等を要件としており、国が事業者等に補助¹⁰を実施し、所得税・法人税等の優遇税制や、住宅金融支援機構の融資制度もあるため、建設が増加している。2015年4月からは、サ高住所在地の市町村の財政負担を軽減するために、サ高住に移住した要介護者は、移住前の住所地の介護保険に加入するという特例が適用される予定である。

一方、国土交通省の調査¹¹によると、一部のサ高住で、事業者が入居者への訪問介護サービスを事実上独占している実態も浮かび上がっており、事業の透明性が問われている。今後、サ高住の建設増加が、介護費に与える影響は不明である。



このように、高齢者入所施設を建設する動きは進んでいるが、介護サービスの質を保ちながら、待機者の数を減少させていくことは容易ではない。

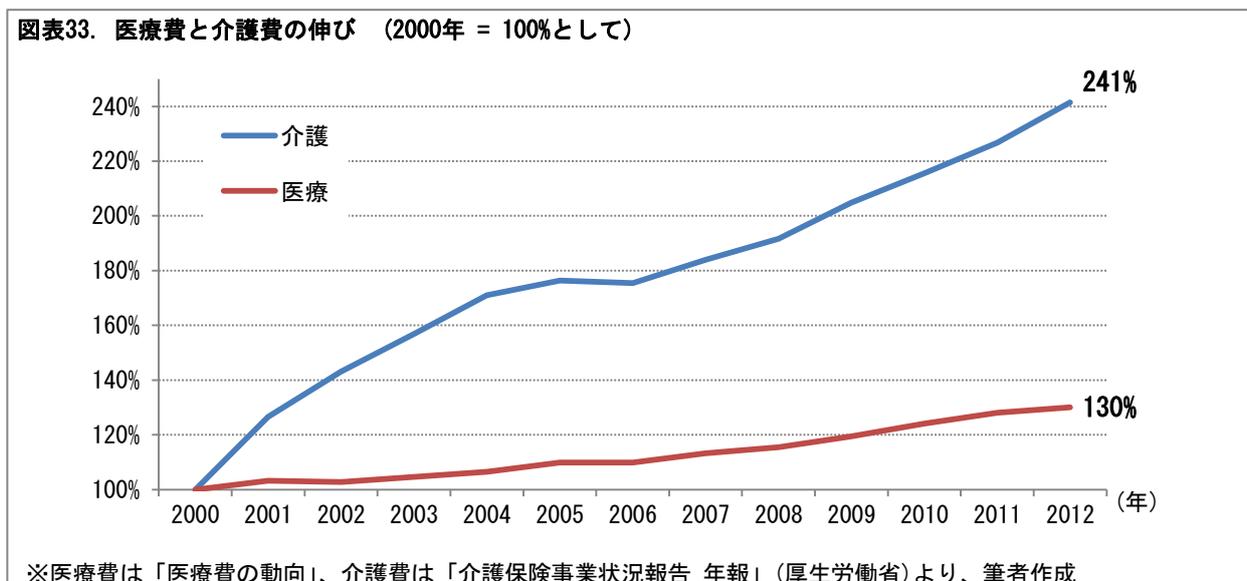
5— おわりに ～ 医療費・介護費の抑制と、医療・介護の成長戦略の必要性

最後に、医療費と介護費の伸びを比較してみよう。金額で見ると、2012年の医療費は39兆円、介護費は9兆円であり、介護費は医療費の2割強である。しかし、2000年から2012年にかけての費用の増加率を見ると、医療費が30%増加したのに対し、介護費は2.4倍にまで増加している。これは、医療よりも介護の方が高齢者の利用比率が高いため、高齢化の影響を、より大きく受けやすいことが主な原因である。

¹⁰ 補助の金額は、施設の建設費の10分の1、改修費の3分の1(1戸あたり上限100万円)。民間事業者・医療法人・社会福祉法人・NPO等に補助を実施する。

¹¹ 「サービス付き高齢者向け住宅の整備等のあり方に関する検討会」(国土交通省)の第3回検討会資料による。

図表33. 医療費と介護費の伸び (2000年 = 100%として)



医療費はもとより、増加の著しい介護費も、今後の社会保障制度の財政圧迫要因となることは、間違いない。将来、持続的な社会保障制度運営を図っていくためには、医療費・介護費を抑制することは、避けては通れない課題と言える。

更に、少子高齢化や晩婚化・非婚化と、それに伴う世帯の変化は、医療・介護サービスを受ける側にも、提供する側にも、大きな変化を迫っている。今後、健康寿命を延ばし、高齢者がいきいきと暮らしていくことのできる地域社会を、どのように構築すべきであろうか。いま、医療・介護のサービスを、効率的に充実させる施策が求められている。そして、このことを、医療・介護の成長戦略の中で、どのように位置づけて実現していくか、が今後の議論の大きなテーマとなろう。

その中には、公的医療保険制度や公的介護保険制度だけではなく、民間医療保険の活用も含めた幅広い議論が必要となろう。検討の際には、諸外国の制度が参考になる場合も出てこよう。こうした重層的な議論を通じて、医療・介護制度の見直しを検討することが必要と考えられる。

次稿では、このような状況を踏まえて、医療費・介護費の抑制と成長戦略、諸外国の医療保険制度の動向、民間医療保険への影響について、述べていくこととしたい。

【参考文献・資料】

(下記 1、2 の文献は、包括的に参考にした)

1. 「医療・介護問題を読み解く」池上直己（日経文庫 1311, 日本経済新聞出版社, 2014)
2. 「医療の選択」桐野高明（岩波新書 1492, 岩波書店, 2014)

(下記の文献・資料は、内容の一部を参考にした)

3. 「平成 25 年簡易生命表の概況」厚生労働省
4. 「人口推計（平成 25 年 10 月 1 日現在）」総務省
5. 「日本の将来推計人口(平成 24 年 1 月推計)」国立社会保障・人口問題研究所
6. 「国勢調査(平成 22 年)」総務省
7. 「国民生活基礎調査」厚生労働省
8. 「人口動態推計(平成 25 年)」厚生労働省
9. 「親と同居の未婚者の最近の状況(平成 22 年)」総務省
10. 「患者調査」厚生労働省
11. 「介護給付費実態調査(平成 25 年 10 月)」厚生労働省
12. 「国民医療費の概況(平成 24 年)」厚生労働省
13. 「社会保障費用統計(平成 24 年度)」国立社会保障・人口問題研究所
14. 「介護保険事業状況報告 年報」厚生労働省
15. 「第 103 回社会保障審議会介護給付費分科会資料(平成 26 年 6 月 25 日)」
16. 「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準」平成 12 年厚生省告示第 21 号
17. 「第 6 回 社会保障制度改革国民会議 社会保障制度関係参考資料」(2013. 3. 13)
18. 「我が国の医療保険について」厚生労働省
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken01/index.html
19. 「高額療養費制度を利用される皆さまへ(平成 27 年 1 月診療分から)」厚生労働省
20. 「平成 26 年度健保組合予算早期集計結果の概要」健康保険組合連合会 (2014. 4. 18)
21. 「平成 26 年度の健康保険料率は据え置きますが介護保険料率が上がります」協会けんぽ (2014. 2. 20) <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat330/sb3130/h26/260220>
22. 「平成 25 年度健保組合決算見込の概要」健康保険組合連合会 (2014. 9. 11)
23. 「第 63 回全国健康保険協会運営委員会 資料 4-2」協会けんぽ (2015. 1. 30)
24. 「国民健康保険(市町村)の財政状況[速報]」厚生労働省
25. 「平成 24 年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況」厚生労働省 (2014. 7. 4)
26. 「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」厚生労働省
27. 「介護サービス施設・事業所調査」厚生労働省
28. 「老人ホーム・介護施設の種類」老人ホーム全国ネット <http://www.r-home.jp/syurui.html>

29. 「サービス付き高齢者向け住宅の整備等のあり方に関する検討会」国土交通省(第3回検討会資料1-3, 2015.1.22)
30. 「サービス付き高齢者向け住宅登録状況」一般社団法人 すまいづくりまちづくりセンター連合会
<http://www.satsuki-jutaku.jp/system.html>
31. 「医療費の動向」厚生労働省