

医療・介護の現状と今後の展開



保険研究部 主任研究員 篠原 拓也
tshino@nli-research.co.jp

※本稿は2015年3月10日および同年3月16日
「基礎研レポート」を加筆・修正したものである。

1—はじめに

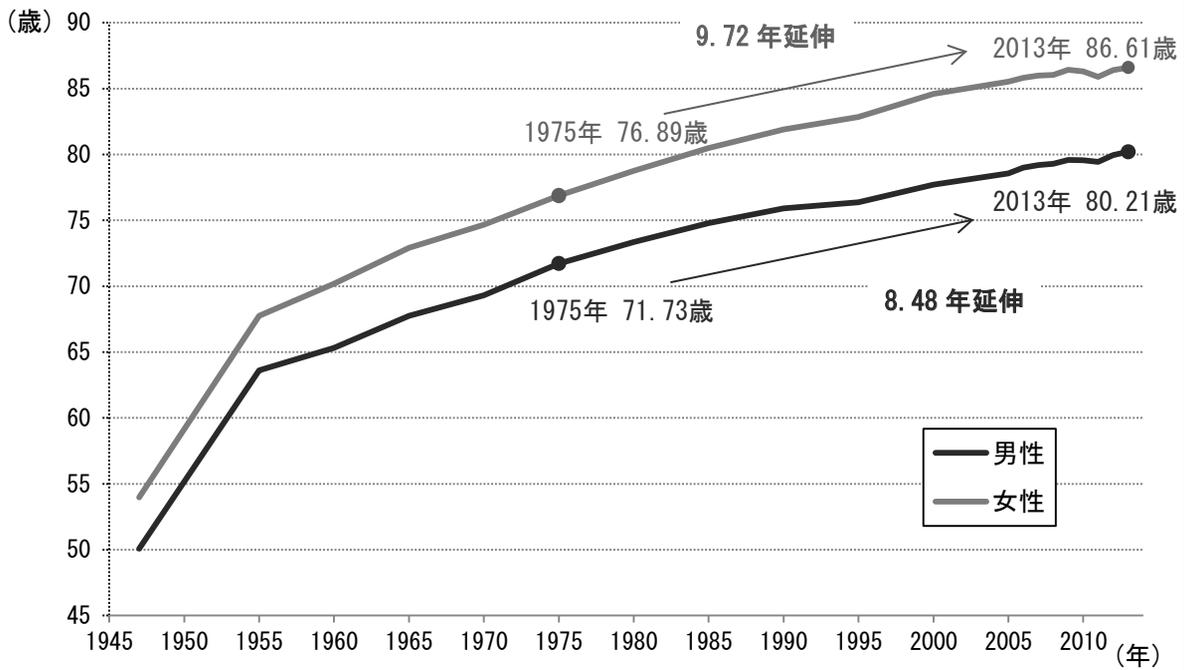
医療や介護は、自分や家族にとって身近なものである。これまで、日本では、国民皆保険での公的医療保険制度を通じて、高品質の医療サービスが、低廉な負担で患者に提供されてきた。介護についても、公的介護保険制度が創設され、介護サービスの拡充が図られてきた。しかし、少子高齢化が進む中で、この動きは曲がり角に来ている。

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、第2章から第6章までの前半で、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。また、第7章から第10章までの後半では、医療や介護に関する問題を紹介し、併せて、諸外国の制度も概観する。更に、民間医療保険への影響についても論じていきたい。本稿が、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。

2— 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

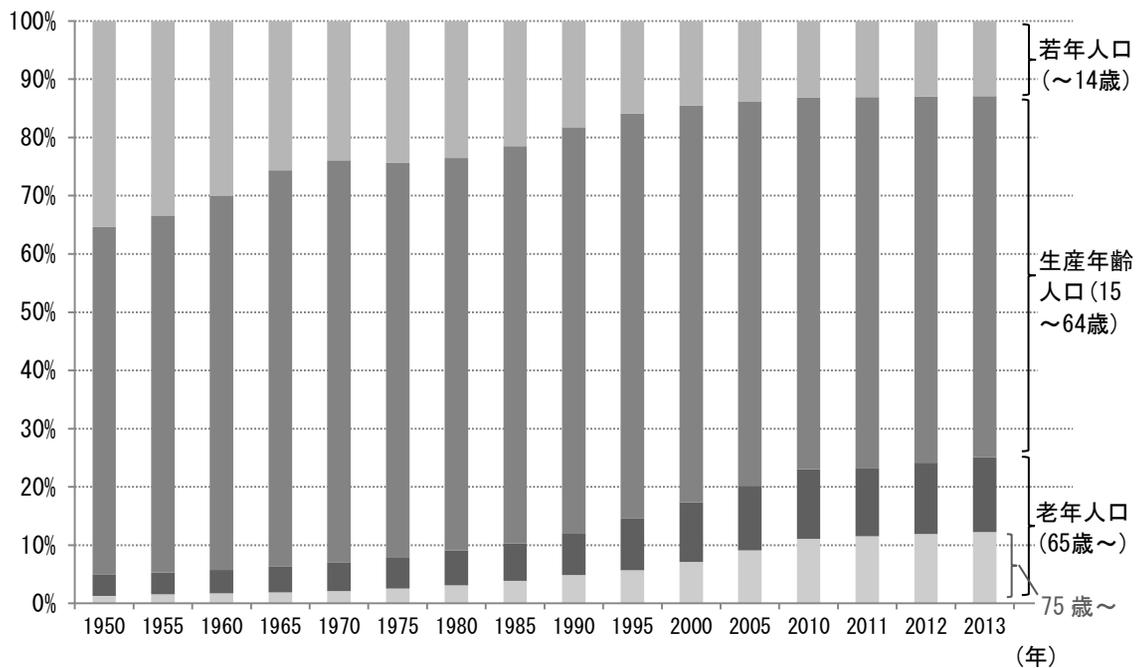
日本では、人口の高齢化が進んでいる。2013年に、日本の平均寿命は、男性80.21歳、女性86.61歳に達した。1975年と比較すると、平均して、男性で8.48年、女性で9.72年、寿命が伸びたことになる。2013年に、総人口に占める65歳以上の高齢者の割合(高齢化率)は25.1%となり、75歳以上の高齢者の割合は12.3%と過去最高となった。これは、1947~49年に生まれた団塊の世代が徐々に65歳以上に達していることが大きな要因となっている。

図表1. 平均寿命の推移



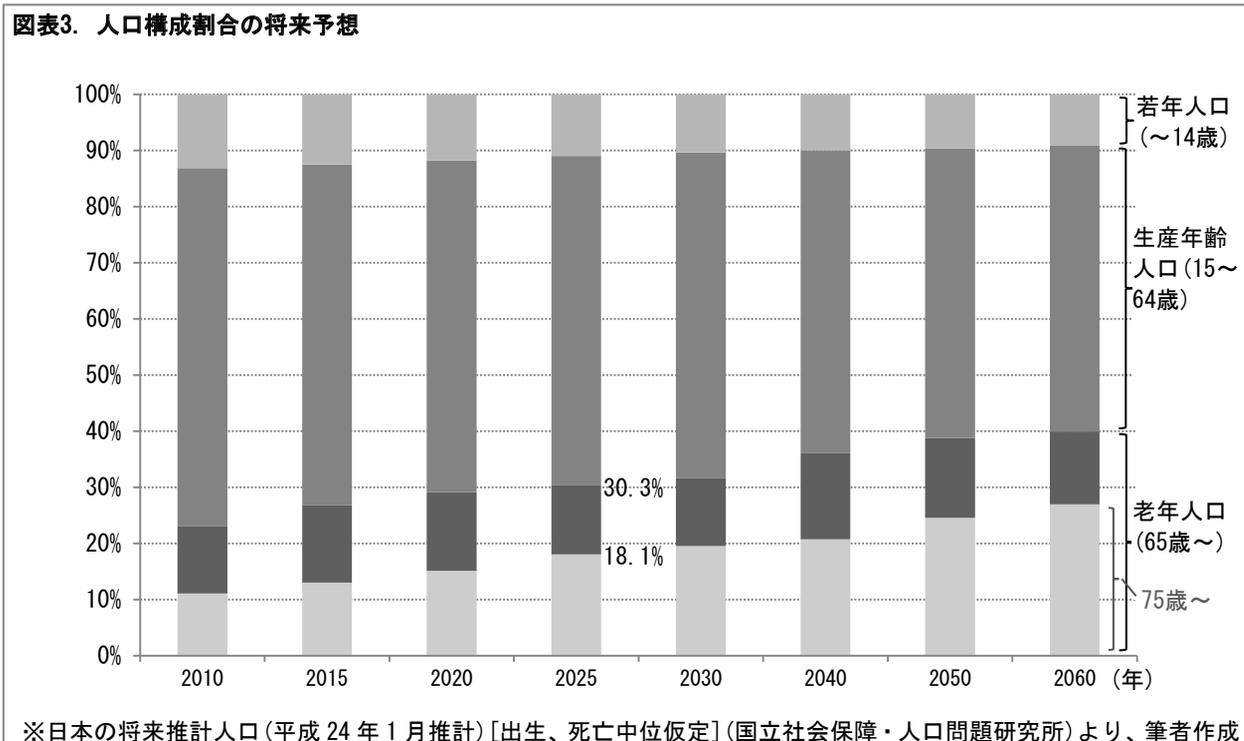
※平成 25 年簡易生命表の概況(厚生労働省)より、筆者作成

図表2. 人口構成割合の推移

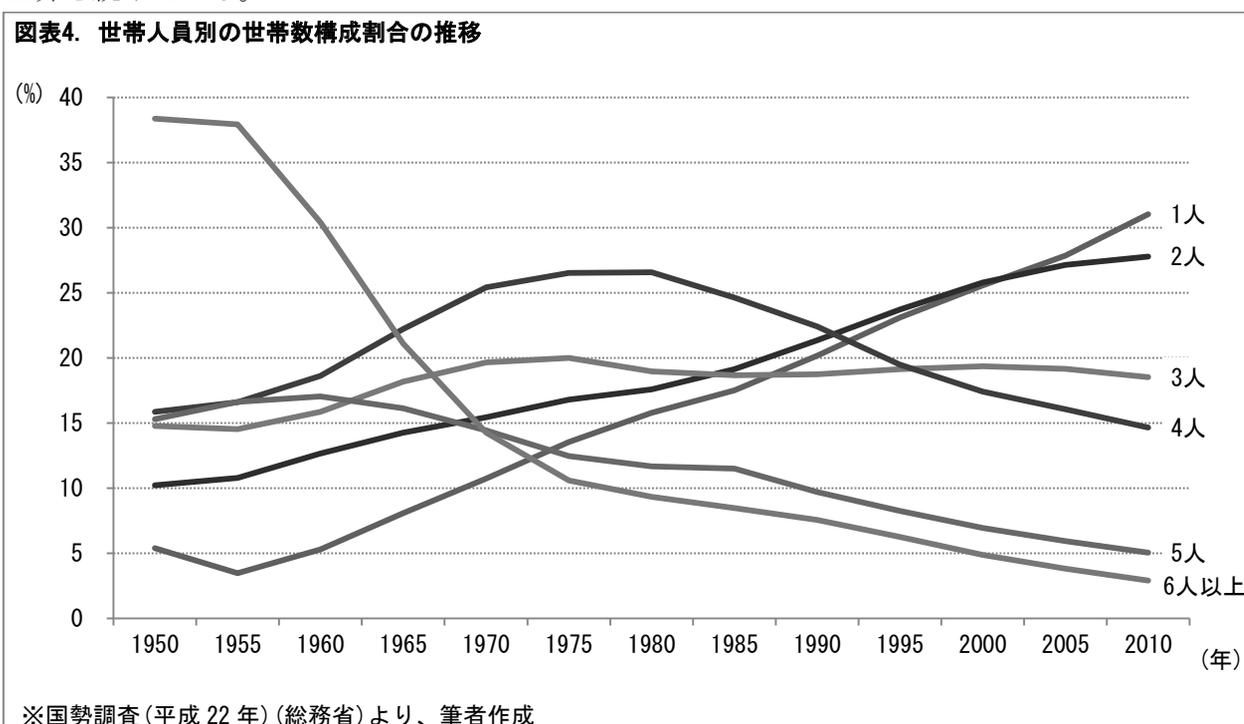


※人口推計(平成 25 年 10 月 1 日現在)(総務省)より、筆者作成

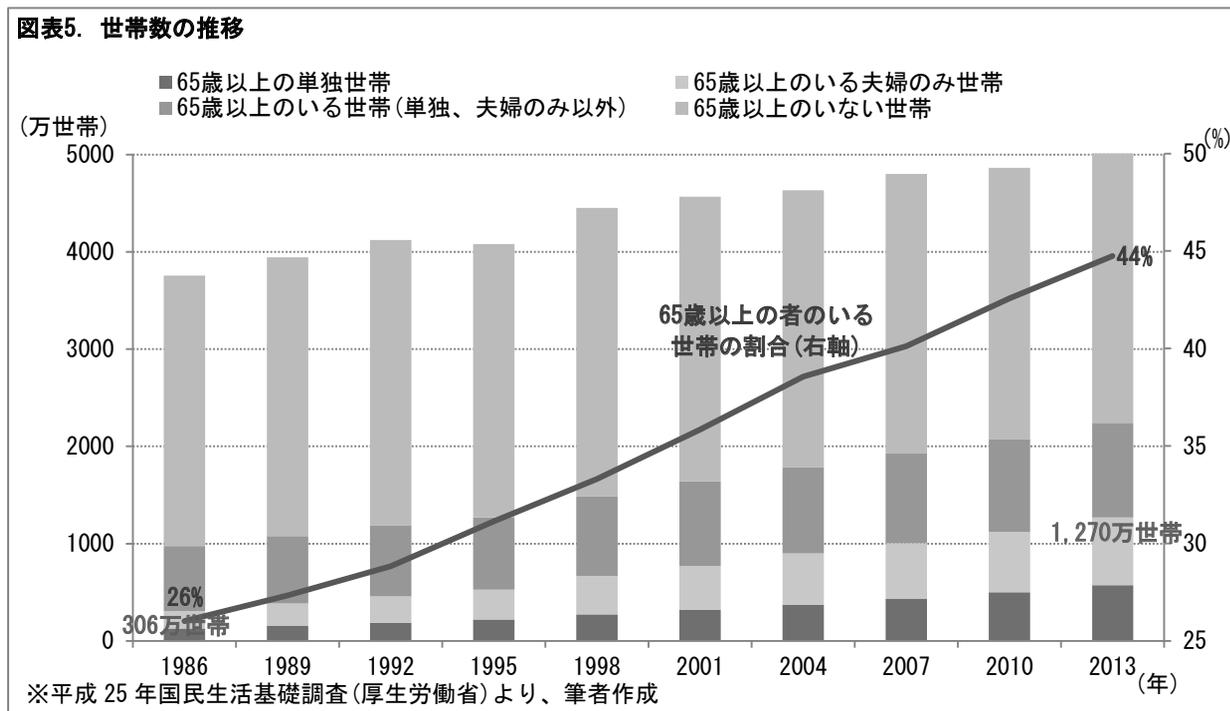
今後、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年には、高齢化率は30.3%、75歳以上占率は18.1%に達すると予想されている。



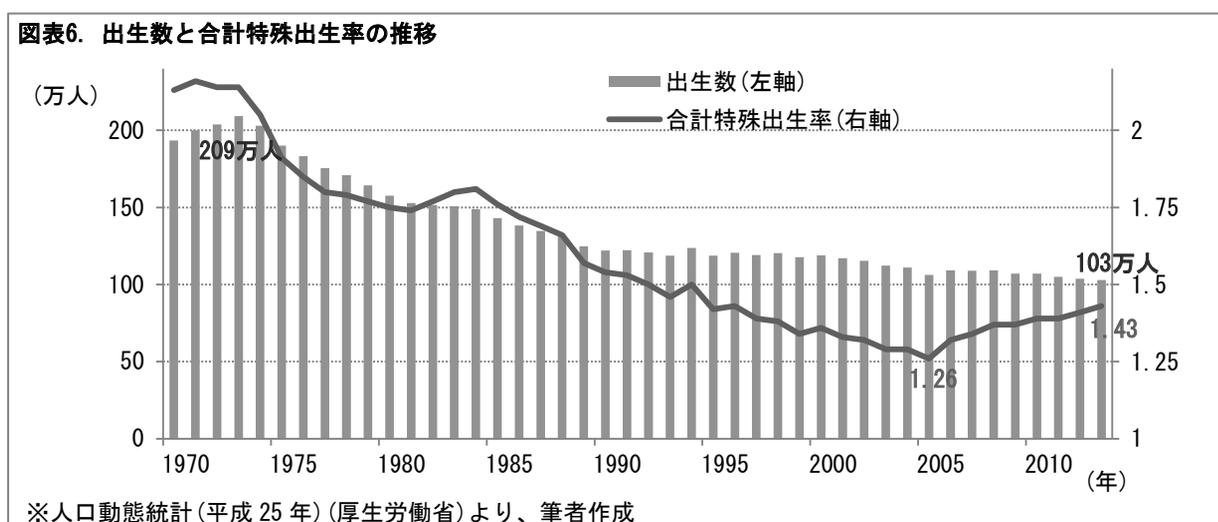
戦後、日本の世帯構造は、大きく変化してきた。1960年代までは、祖父母、父母、子の3世代からなる大家族の世帯が主流であった。1970年代以降、核家族化が進み、父母と子2人からなる4人世帯が中心となった。1990年代に入ると、夫婦のみの世帯や単独者世帯が主流となり、その割合が上昇を続けている。



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。

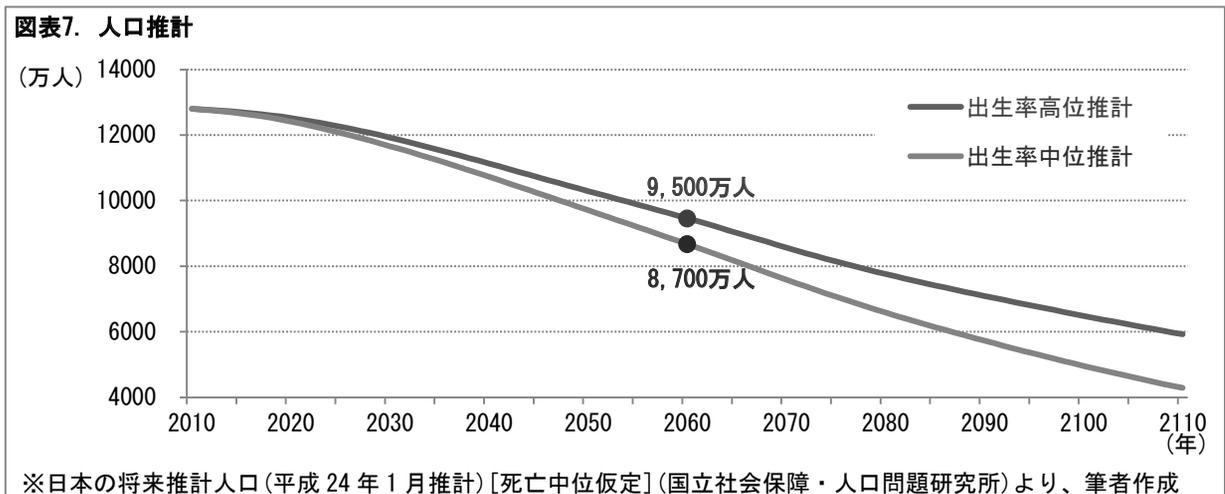


一方、少子化も続いている。日本の総人口は、2005年に減少に転じて以降、減り続けている。その要因は、少子化により毎年の出生数が死亡数を下回る自然減が生じていることにある。合計特殊出生率¹は2005年に過去最低の1.26となった後、2013年には1.43まで回復した。しかし、出産する女性の人口が減少しているため、出生数は減少を続けており、2013年は103万人であった。これは、近年のピークである1973年(209万人)の半分以上に相当する。



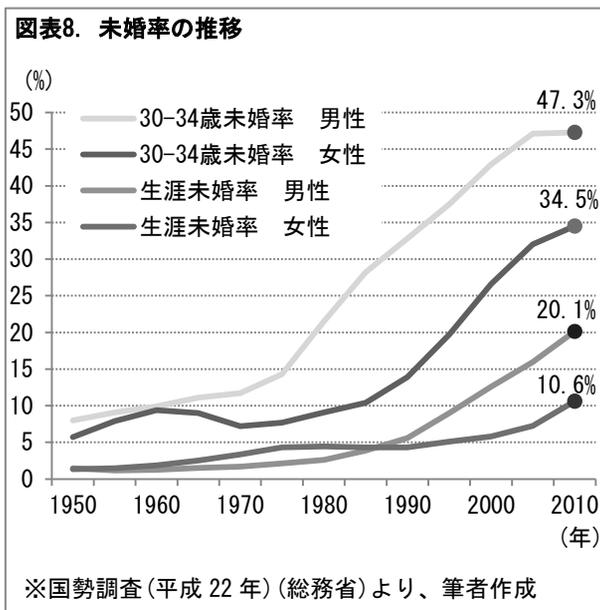
¹ 15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、一人の女性がその年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子ども数に相当する。

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。



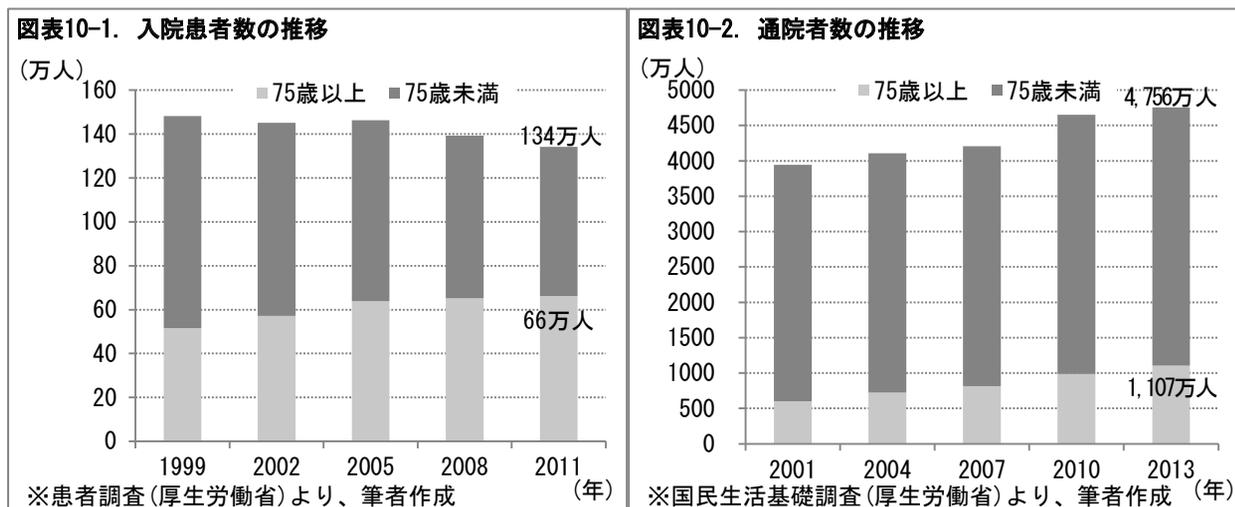
² 50歳時の未婚率を指し、45～49歳と50～54歳の未婚率の平均値として算出される。

3— 少子高齢化等が医療・介護に与える影響

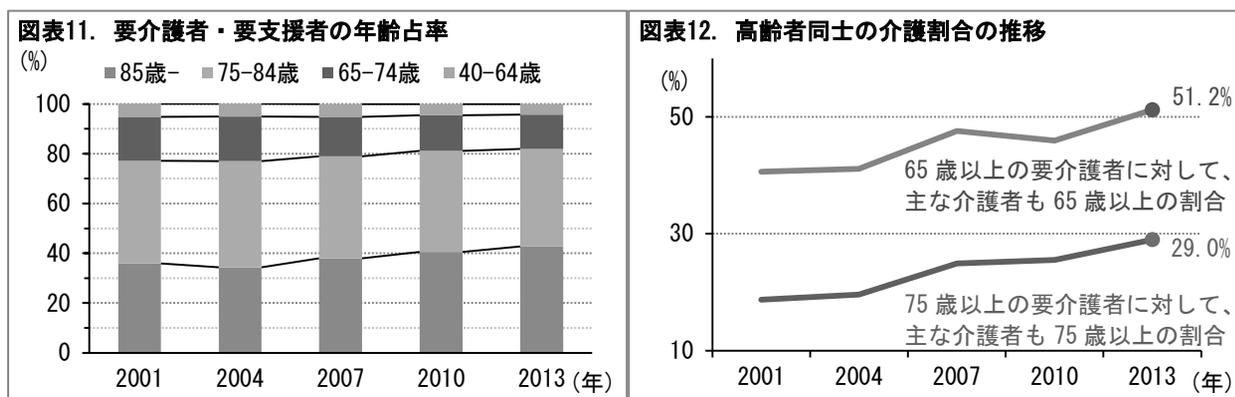
1 | 入院・通院患者および要介護者の増加

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。

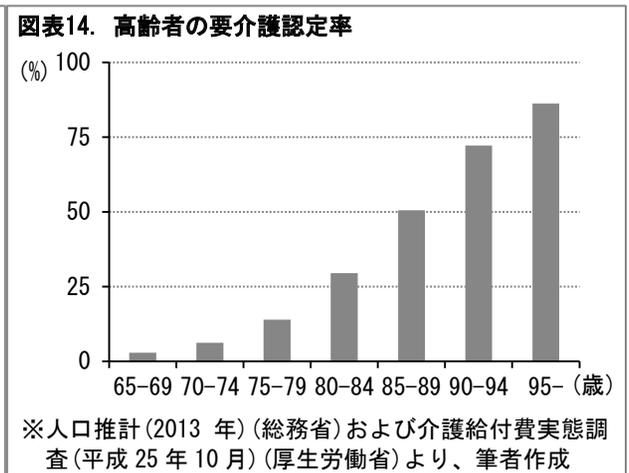
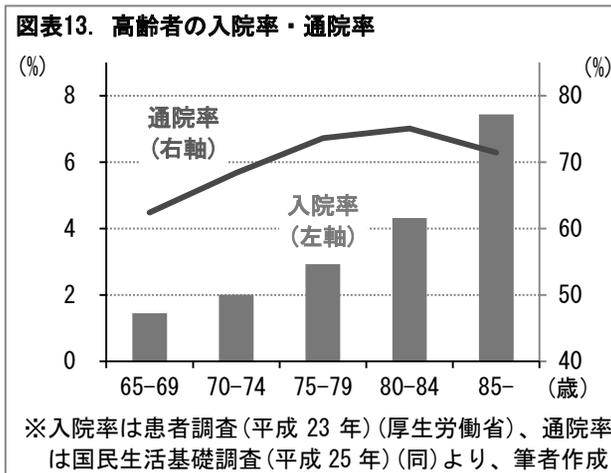


また、介護の面にも、高齢化の大きな影響を見ることができる。要介護者・要支援者の9割以上が65歳以上(8割以上が75歳以上)の高齢者となっている。更に、介護する側とされる側がともに高齢者である老老介護問題も拡大している。65歳以上の要介護者がいる世帯のうち、介護者も65歳以上である世帯の割合は、51.2%に上っている。75歳以上の要介護者がいる世帯のうち、介護者も75歳以上である世帯の割合も29.0%に上昇している。



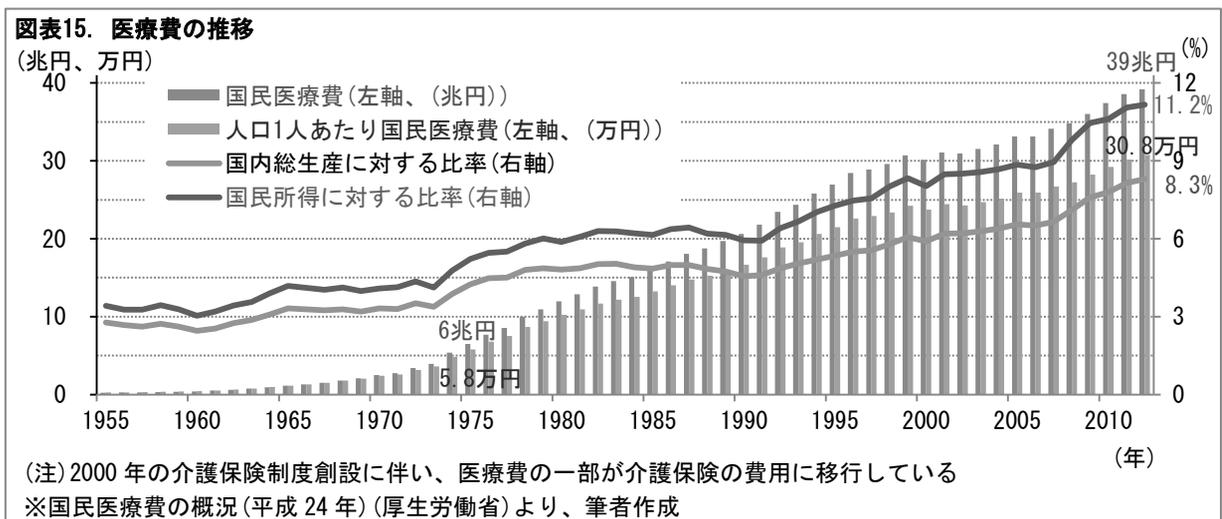
※両図表とも、国民生活基礎調査(平成25年)(厚生労働省)より、筆者作成

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。



2 | 医療費の増加

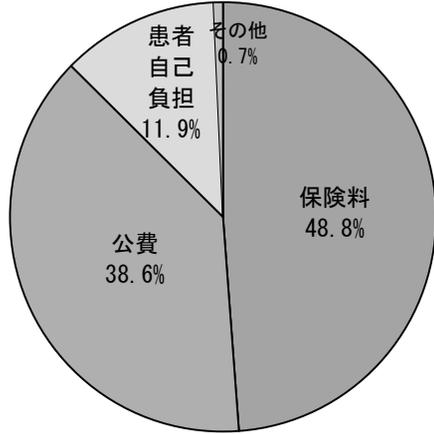
高齢化は、医療費の増加を招いている。国民医療費は、1975年には6兆円だったが、2012年には39兆円に増えている。人口1人あたり国民医療費は、1975年には5.8万円だったが、2012年には30.8万円へと増加している。国民医療費の国内総生産、国民所得に対する割合は、2012年にはそれぞれ8.3%、11.2%へと上昇している。医療費が、所得の1割以上を占める状態となっている。



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。

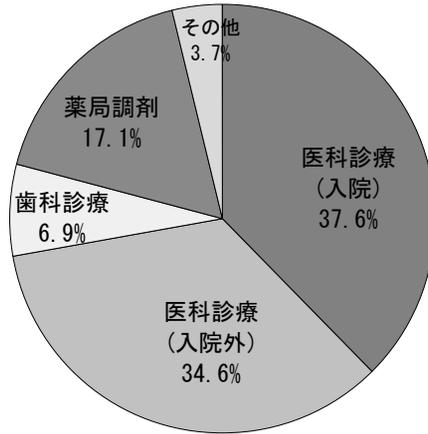
³ 公的介護保険制度において、要支援1～要介護5に認定される者の割合

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

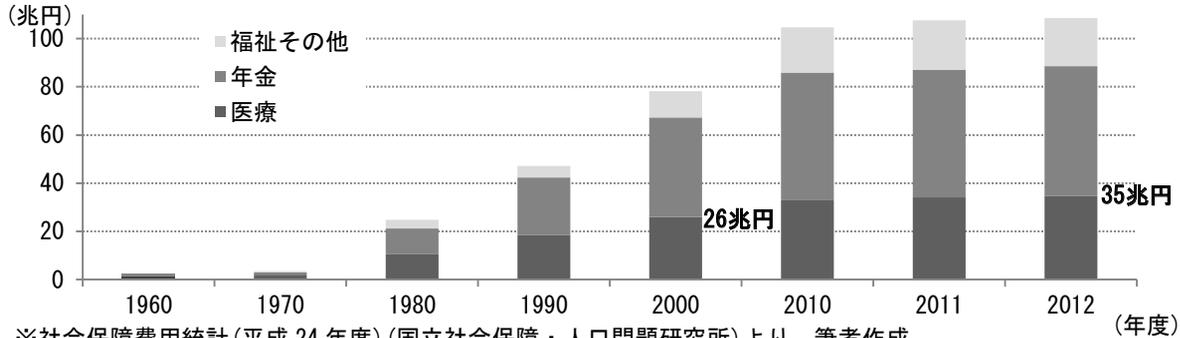
図表16-2. 医療費の診療種別内訳



※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

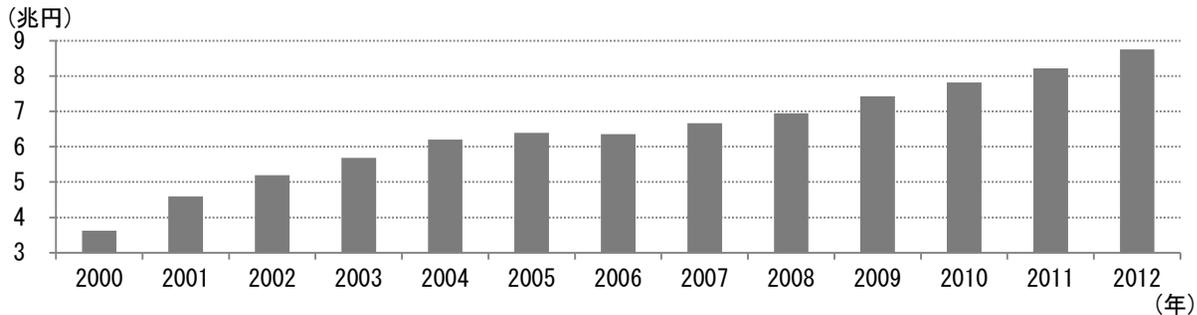


※社会保障費用統計(平成24年度)(国立社会保障・人口問題研究所)より、筆者作成

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

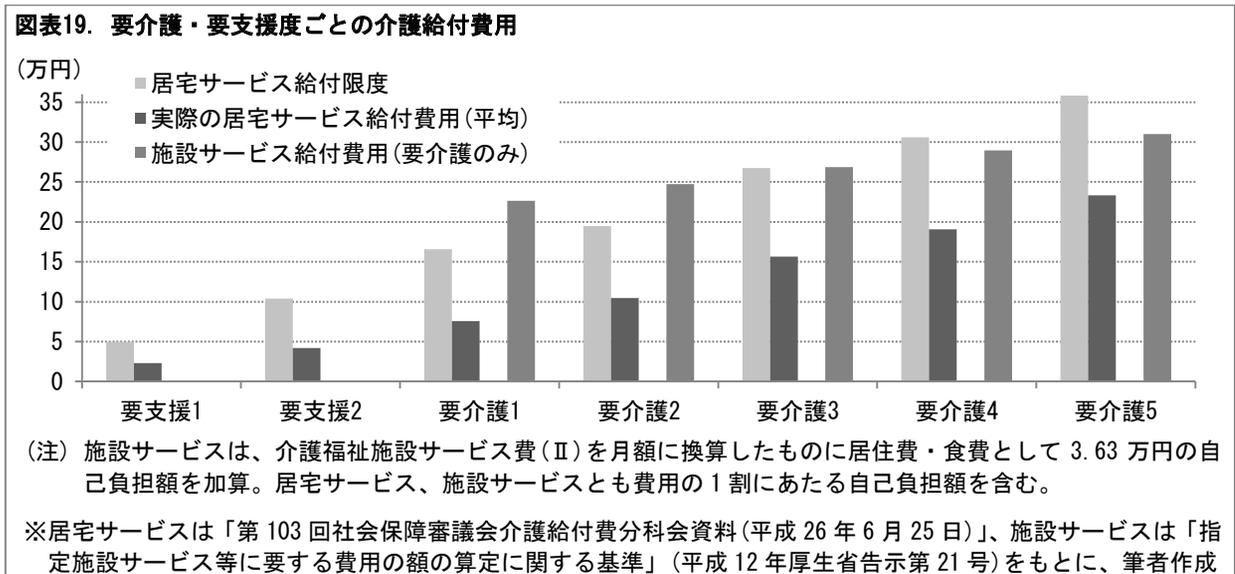


※「介護保険事業状況報告 年報」(厚生労働省)より、筆者作成

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。



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。

4— 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。

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 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	
			被用者保険	
			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
1981年-				高額療養費制度創設
1983年-	老人保健制度	入院1日300円 外来1月400円	1割	入院2割 外来3割
1984年-			高額療養費制度創設	
1997年-		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3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2割 薬剤一部負担	入院2割 外来3割 薬剤一部負担 (3歳未満2割)
2002年-		1割 (現役並み所得者2割)	入院3割 外来3割 薬剤一部負担 (3歳未満2割)	入院2割 外来3割 薬剤一部負担 (3歳未満2割)
2006年-		1割 (現役並み所得者3割)	3割 (3歳未満2割)	
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)	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)		

(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

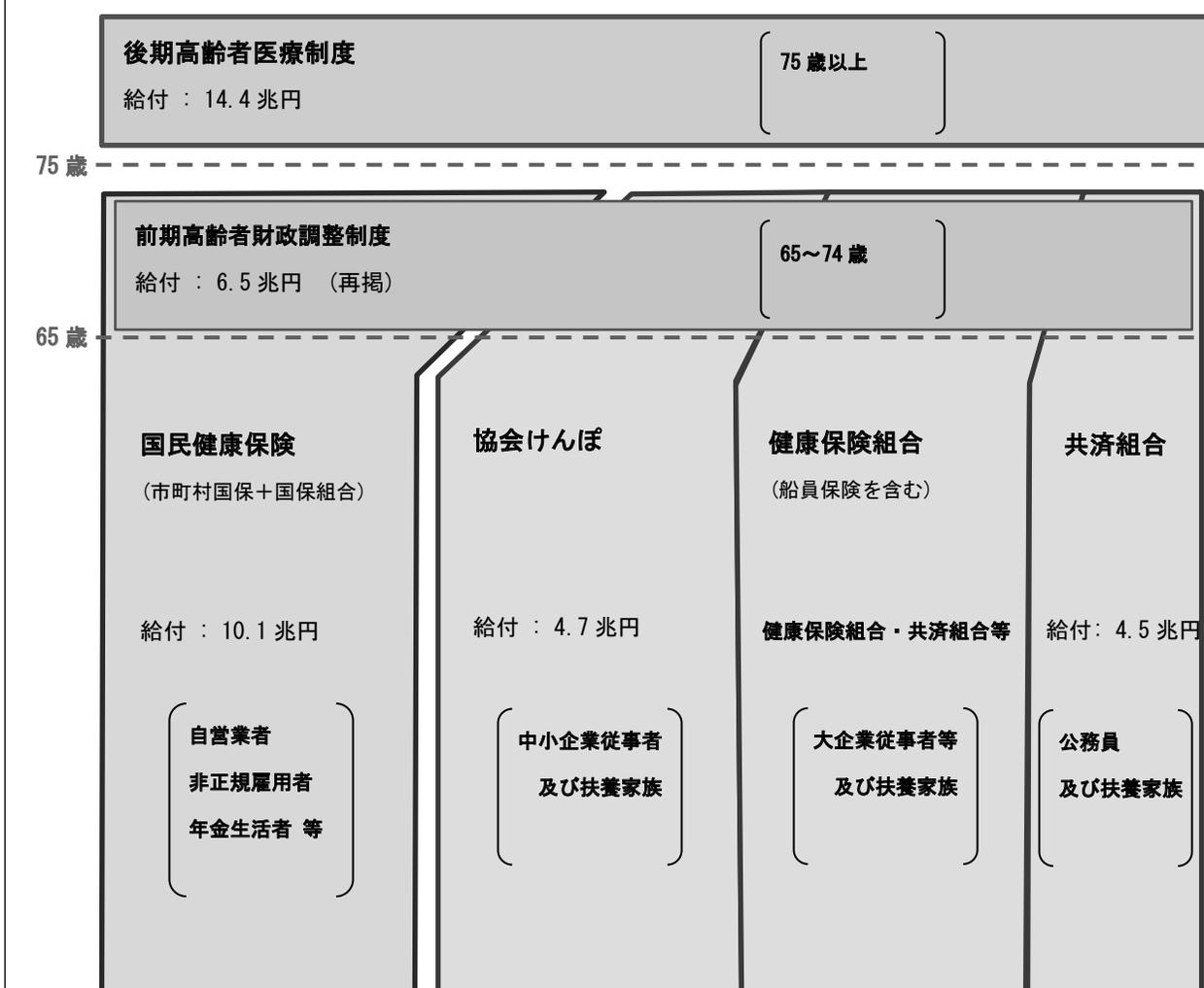
図表 21. 高額療養費制度

- 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* (*財政窮乏組合へ少額補助)	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

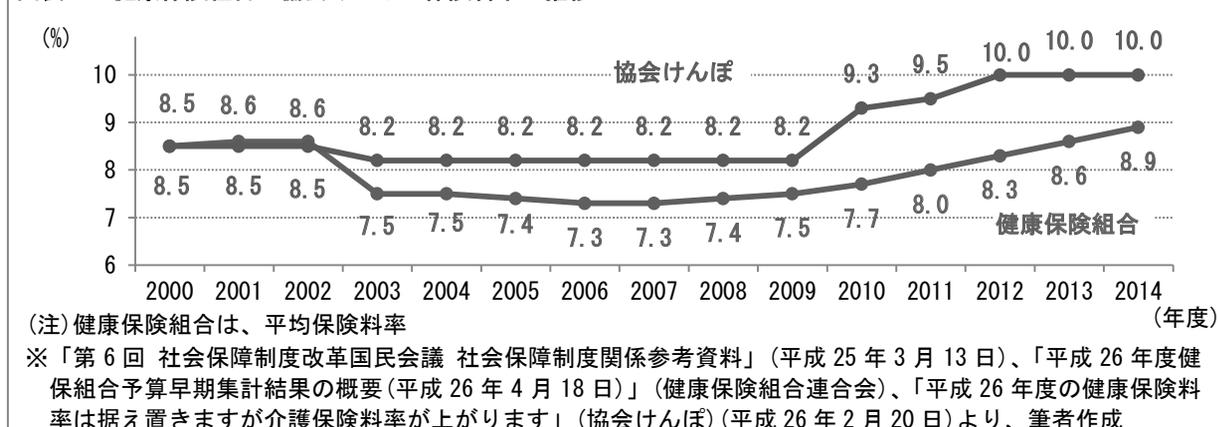
2 | 公的医療保険制度の今後の方向性・課題

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。

⁵ 2014年度は、支援金の3分の1が総報酬割となっていた。

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。

5— 公的介護保険制度の概要と、今後の方向性・課題

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

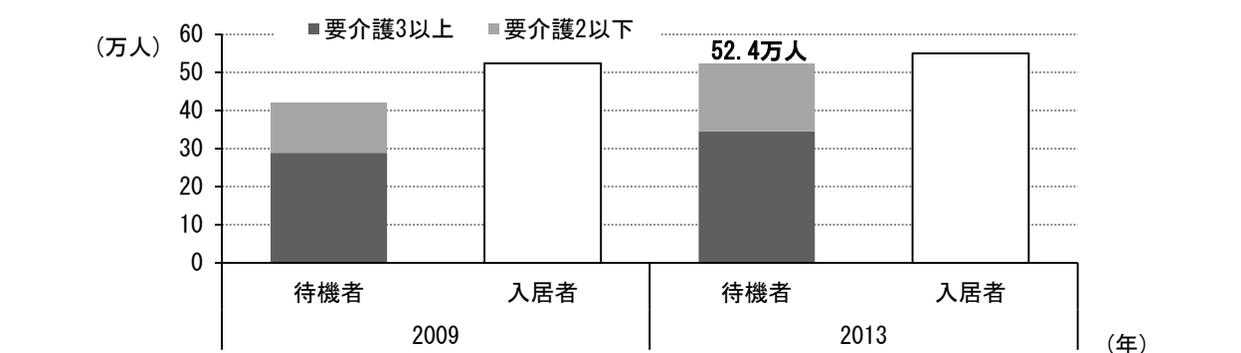
介護保険制度でも、医療保険制度と同様にサービス利用者の自己負担が設定されている。利用者は、原則として費用の1割を負担して介護サービスを受ける。ただし、施設サービスのうち、食費の一部や日常生活費（理美容代など）は全額自己負担となる。2015年8月以降、一定以上の所得がある人は負担割合が2割となる。

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されていた。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



※特別養護老人ホームの入所申込者の状況(厚生労働省)および、介護サービス施設・事業所調査(同)より、筆者作成

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、入所基準の厳格化が図られた。

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

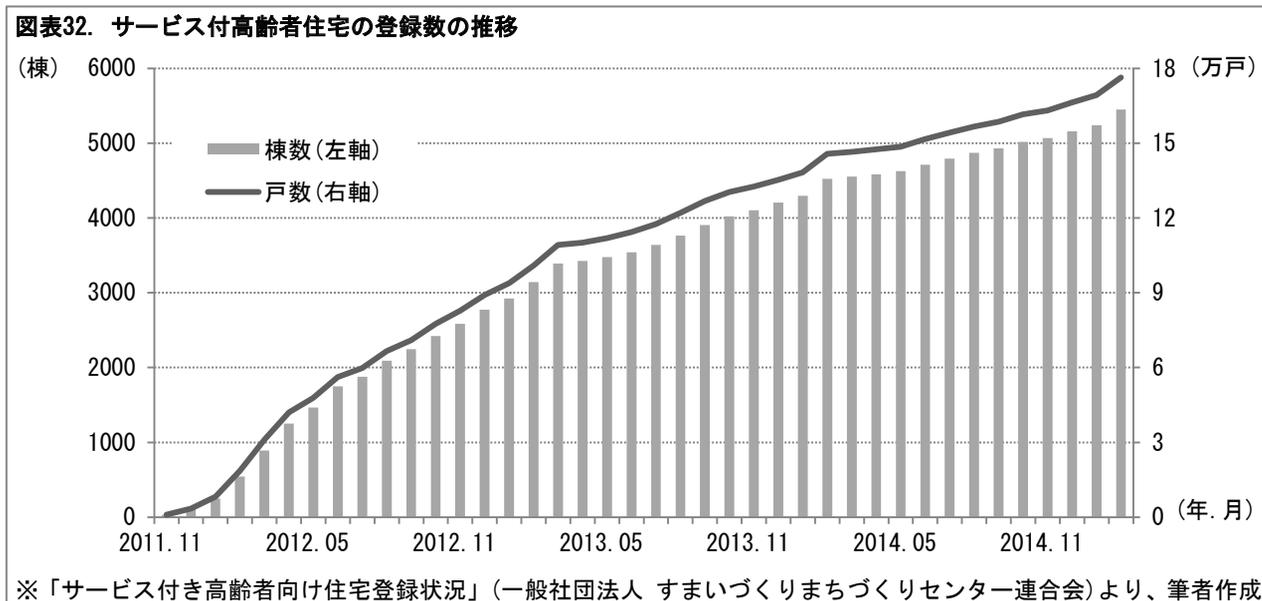
2011年には、サービス付高齢者住宅(サ高住)の登録が始まった。サ高住は、一定の面積・設備やバリアフリー構造、安否確認・生活相談サービス等を要件としており、国が事業者等に補助¹⁰を实

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。

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

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こととなった。

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。

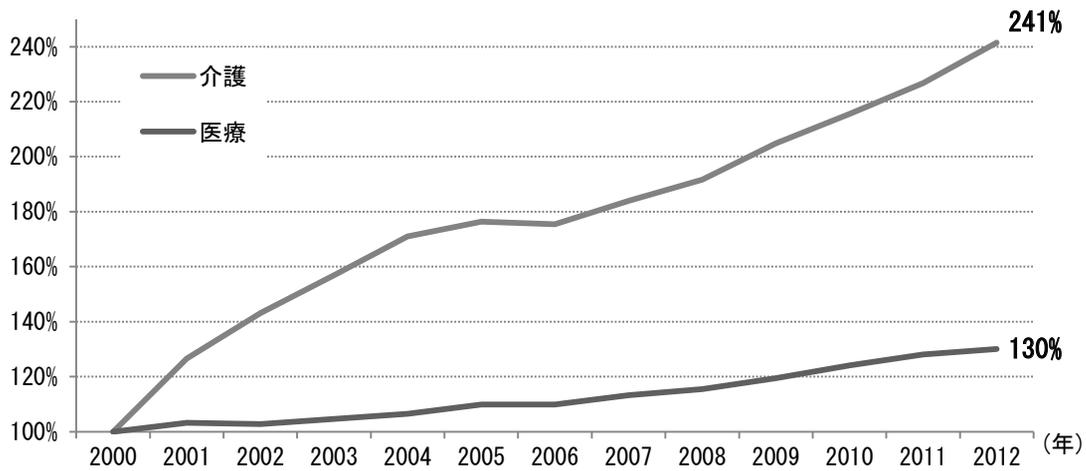
6— 医療費・介護費の抑制と、医療・介護の成長戦略の必要性

ここで、第2章から第5章のまとめをしておきたい。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。

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「医療費の動向」、介護費は「介護保険事業状況報告 年報」(厚生労働省)より、筆者作成

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。

こうした医療・介護を取り巻く環境の変化を踏まえ、次章以降の後半では、医療や介護に関する問題を紹介し、併せて、諸外国の制度も概観していく。更に、民間医療保険への影響についても論じていきたい。

7— 医療費・介護費の抑制と成長戦略においてポイントとなる7つのテーマ

本章以降の後半では、まず、医療・介護に関する問題を紹介するところから始める。

医療・介護の問題のポイントは、大きく2点に集約される。1つは、医療費・介護費をどのように抑制するかという点である。もう1つは、成長戦略の中で、ますますニーズの高まる医療・介護サービスをどのように効率的に充実させるかという点である。人口や世帯の変化等により、社会保障制度の財政は逼迫しており、費用の削減は急務と言える。併せて、今後、高齢者や要介護者が安心して生活を営むことができるために、両制度の利用価値を高め、利用者の満足感を充足させる仕組みが求められている。

医療・介護に関する具体的な制度見直し等の問題は、いま正に議論が行われているものから、制度改正に向けて準備作業に着手されているものまで多種多様である。それぞれの問題が個別に議論されて対処されることもあるが、多くの場合、複数の問題が関係し合っているため、諸問題を統合したアプローチが必要となり、検討や対応の方向が複雑なものとなりやすい。また、問題の検討には唯一正しい解というものはないのが通常で、様々な方策の相対的な評価を行った上で、より良い仕組みへの改正が図られることが多い。本章では、近年、規制改革会議や、厚生労働省の審議会等で議論されている内容を踏まえて、主に7つのテーマを取り上げることとしたい。

「1|新たな保険外併用の仕組みの創設」、「2|医療費の包括払い制の浸透」、「3|『施設から地域へ』『医療から介護へ』の変化」、「4|地域包括ケアシステムを支える医療体制の整備」は、医療費・介護費の抑制と成長戦略をどのようにバランスをとって進めるかというテーマである。「5|健康増進・予防を通じた健康寿命の延伸」、「6|介護職員の不足への対応」は、成長戦略においてトピックスとなるテーマである。「7|医療・介護サービスの連携」では、成長戦略を進める上での検討課題の事例を示している。

いずれのテーマも、他の様々な事項と関係し合う内容である。テーマを深掘りすれば、多くの紙幅を費やすこととなるが、それは、本稿が目指す方向とは異なっている。以下、本章では、各テーマのポイントを絞って、概要を紹介することに努めることとしたい。

1 | 新たな保険外併用の仕組みの創設

(1) 混合診療を推進する動きの高まり

日本の公的医療制度では、保険給付対象の診療と、保険給付対象外の診療(自由診療)を、併用することは認められていない。一部でも自由診療を含むと、医療処置全体が保険適用外となり、患者が医療費を全額自己負担しなくてはならない。いわゆる混合診療の禁止である。

長らく、混合診療禁止に関する法令は定かではなかった。1984年に保険医療機関及び保険医療養担当規則に、「保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生大臣の定めるもののほか行ってはならない。(第18条)」とする規定が設けられ、厚生省の解釈を通じて混合診療の禁止が、

明らかにされた。2011年には、混合診療禁止を適法とする最高裁判決¹²も出された¹³。

これまでに、政府の各種会議等で、混合診療について議論が交わされてきた。混合診療の禁止を続けるべきとする立場、逆に、混合診療を解禁すべきとする立場からは、通常、次の理由が挙げられてきた。

図表 34-1. 混合診療の禁止を続けるべきとする理由

- 有効性や安全性が担保できない怪しげな診療が、横行する恐れがある
 - 費用の上限が無くなり、治療費の高騰を招く
 - 自由診療が一般化することで患者の経済力によって、受けられる医療に格差が生じかねない
 - 新しい治療を公的医療の対象にするインセンティブが働かなくなり、公的医療の範囲が縮小する
 - 公的医療の範囲縮小により、経済力の弱い患者が医療を受けられず、国民皆保険の崩壊につながる
- ※厚生労働省資料等より、筆者作成

図表 34-2. 混合診療を解禁すべきとする理由

- 診療やそれに付随するものの選択の幅が広がる（診療に付帯するサービスが受けやすくなる）
 - 患者の自己負担が軽減される
 - 規制の緩和で、医療の質や技術を高めることができる
 - 健康保険の財政が逼迫する中、医療費（保険給付費）を抑制することができる
 - 質の高い医療を提供できない医師は淘汰されることとなり、医療の経済性が向上する
- ※厚生労働省資料等より、筆者作成

しかしながら、混合診療は禁止されているものの、例外として、保険外併用療養費制度が運用されている。この制度は、一部の保険外診療に限り保険給付対象の診療との併用を認めるものである。

経済財政諮問会議は、2014年6月に公表した報告書の中で、保険外併用療養費制度の大幅拡大により、多様な患者ニーズへの対応と最先端技術・サービスの提供を両立することを取り上げており、混合診療を推進する構えである。

一方、厚生労働省は、混合診療を無制限に導入した場合、患者の負担が不当に拡大する懸念や、科学的根拠のない特殊な医療の実施を助長する恐れから、一定のルールの設定が不可欠としている。

また、日本医師会は、ホームページ上で混合診療についてQA等で解説した上で、医療は教育などと同様に「社会的共通資本」であるという考え方の下、すべての国民が公平・平等に、より良い医療を受けられる環境を整備するという考え方に対立するとして、混合診療に強く反対することを表明している。

患者の側では、一部の動きではあるが、難病患者やその家族らで作る団体が、2013年に、混合診療では治療が受けられない患者が続出するとして、混合診療のなし崩し的な解禁に反対との意見を表明している¹⁴。

(2) 保険外併用療養費制度の拡大検討

現在の保険外医療費は、7個の評価療養と10個の選定療養から構成されている。評価療養は将来の保険導入のための評価を行うものであり、選定療養は将来の保険導入を前提としていないものである。いずれも、医療機関における掲示、患者の同意の取り付け、領収書の発行などの取り扱いが

¹² 最高裁判平成23年10月25日第三小法廷判決(事件番号:平成22(行ツ)19,事件名:健康保険受給権確認請求事件),最高裁判所民事判例集65巻7号2923頁

¹³ なお、歯科については、伝統的に混合診療が認められてきた。

¹⁴ 「混合診療のなし崩し的な解禁に反対する-必要な医療は保険適用が原則」一般社団法人日本難病・疾病団体協議会(2013年7月18日)

定められている。

図表 35. 保険外併用療養費制度の対象となる保険外診療の種類

【評価療養】

- (1) 先進医療(107 技術 (先進 A: 59 技術、先進 B: 48 技術) (2015 年 2 月 1 日時点))
- (2) 医薬品の治験に係る診療
- (3) 医療機器の治験に係る診療
- (4) 薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用
- (5) 薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- (6) 薬価基準収載医薬品の適応外の使用
- (7) 保険適用医療機器の適応外使用(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

【選定療養】

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| (1) 特別の療養環境(差額ベッド) | (6) 大病院の初診(病床数 200 床以上) |
| (2) 歯科の金合金等 | (7) 大病院の再診(") |
| (3) 金属床総義歯 | (8) 小児齲蝕(うしょく=虫歯)の指導管理 |
| (4) 予約診療 | (9) 180 日以上入院 |
| (5) 時間外診療 | (10) 制限回数を超える医療行為 |

※規制改革会議の資料(第 37 回 資料 1-2)、「先進医療の各技術の概要」(厚生労働省)より、筆者作成

規制改革会議は、2014 年 6 月に、現行の評価療養、選定療養と並ぶ患者申出療養(仮称)を創設して、保険外併用療養費制度の拡大を図るとの答申を行った。これを受けて、政府は「新たな保険外併用の仕組みの創設」を閣議決定した。10 月に開催された同会議では、2016 年を目途に実施する予定が示されている。

閣議決定文書等によると、患者申出療養(仮称)は、以下の特徴を持たせるよう、検討が進められている。①困難な病気と闘う患者からの申出を起点とし、②前例がある診療は申請から原則 2 週間、前例がない診療は原則 6 週間で受診可能とする。③対応医療機関が随時追加され、より身近な医療機関での受診が可能となるよう柔軟に対応する¹⁵。④国において、専門家の合議で安全性・有効性を確認し、⑤保険収載¹⁶に向けた実施計画を作成するとともに、重篤な有害事象等について国に報告する。⑥基準対象外の患者から申出があった場合、臨床研究中核病院¹⁷で安全性・倫理性等を検討の上、国において専門家の合議により実施を承認する。

2 | 医療費の包括払い制の浸透

医療費の支払方式には、3 つの方法が考えられる。①手術・検査の実施や、薬剤の処方など、提供したサービスの回数や量に応じて支払う出来高払い制、②診療等の有無や内容によらず、あらかじめ定まった金額を、前もって年間予算として医療機関に支払う総額予算制、③病名などによって金額があらかじめ決まっていて、検査、注射、薬剤分をひとまとめにして金額を支払う包括払い制¹⁸の 3 つである。日本では、かつては、出来高払い制での医療費の支払いが主流であった。

①出来高払い制は、医師に多くの診療行為を行うよう促して、結果的に医療費の高騰を招く恐れ

¹⁵ その後、11 月に規制改革会議で審議された案によると、③の対応医療機関に関して、身近な医療機関が患者申出療養(仮称)を実施するためには、臨床研究中核病院が当該医療機関を協力医療機関として最初から申請することとされている。

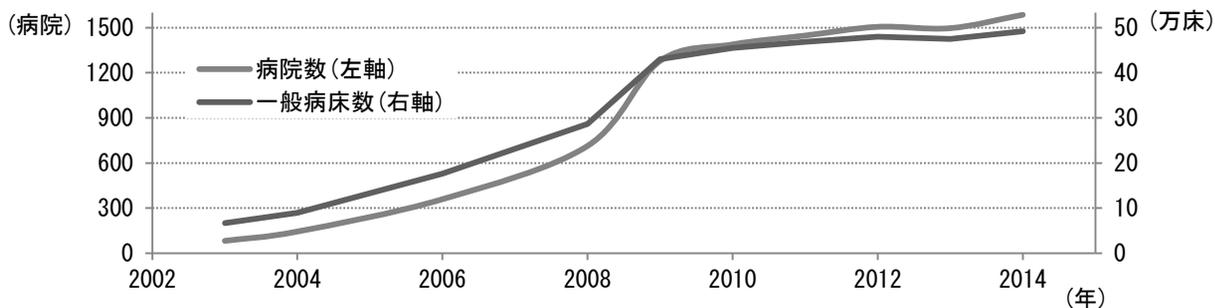
¹⁶ 療法や薬剤などが、新たに診療報酬点数表や薬価基準等に収載され、公的医療保険制度の対象となること。

¹⁷ 規制改革会議の資料(第 37 回 資料 1-2)によると、「日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院として医療法上に位置づける。(平成 27 年 4 月 1 日～)」とされている。

¹⁸ 包括払い制の場合でも、手術などのような高度な治療は、出来高払いとなり、両者が併用されている。

がある。逆に、②総額予算制は、報酬額が診療内容によらないため、医師の診療意欲が減退し医療の質が低下する懸念がある。このため、日本では、総額予算制は行われていない。③包括払い制は、過剰医療を抑制しつつ医師の診療意欲を維持できるとされ、2003年にDPC¹⁹として導入された。当初、医師・医療機関はDPCに反対した。しかし、一定の手術料や処置料は出来高払いのまま残すことや、DPC導入により減収となる場合には病院ごとに調整係数を用いた費用補償を行うこと等の妥協策を導入したため、DPCを選ぶ病院が増加した。厚生労働省によると、2014年には、1585病院、49万床に達する見込みであり、一般病床の半数以上はDPCにより医療費が支払われている。このように、近年、包括払い制による医療費の支払いが浸透しつつある。

図表36. DPC対象の病院数・一般病床数の推移



※「平成26年度診療報酬改定の概要 (DPC制度関連部分)」(厚生労働省)より、筆者作成

しかしながら、DPCについては、いくつかの問題点が指摘されている。

まず、医療の質の向上のための行政政策が働きにくいという問題がある。2010年に診療報酬²⁰体系の中に評価係数²¹が導入され、効率改善等の病院の取組実績が反映されるようになった。

病院が、患者をいくつかの報酬区分に分ける際に、できるだけ支払額の多い区分に分類して高額な医療費を請求する問題²²もある。これに関しては、外部から医療実態をチェックする必要がある。

そもそもDPC導入後も医療費抑制が進んでいないという問題もある。確かに、平均在院日数は減少したが、入院患者数は転院や短期入院の多発により増加している。これにより、病院が多額の診療報酬を得ていることが背景にある。

日本医師会は、2008年に、DPCについて意見表明²³を行っている。その中で、「1. 厚生労働省に指導監査やDPC対象患者の外来診療を含めた診療内容等の詳細データの公開を求める。それによって医療機関経営におけるDPCの実態を明らかにすべきである。2. 患者の視点からも実態調査を急ぐべきである。問題がある場合には、DPCの拡大を凍結する。3. 医療費の抑制が行き過ぎ、フリーアクセスの制限につながらないよう、DPCからの撤退は自由にすべきである。」としている。

¹⁹ DPCは、Diagnosis Procedure Combinationの略で、診断群分類別包括評価を指す。病気の種類・診療内容によって分類された区分に基づき、法令の定めた1日あたりの定額部分と、出来高による部分とを組み合わせる医療費を計算する。

²⁰ 公的医療保険制度において、医療サービス等に対する対価として、医療機関や薬局に支払われる報酬のこと。医科、歯科、調剤別に個々の技術、サービスを点数化(1点10円)して厚生労働省の告示に記載しており、2年ごとに改定される。一般に同報酬には、医療価格や医療水準の設定、医療資源の配分、医療政策誘導といった機能があるとされている。

²¹ 正式名称は、「医療機能評価係数Ⅱ」である。なお、調整係数は段階的に評価係数に移行し、2018年には消滅する予定。

²² アップコーディングと呼ばれる。

²³ 「DPCについての日本医師会の見解」-結論(今後の目指すべき方向性) 日本医師会(定例記者会見, 2008年9月7日)より

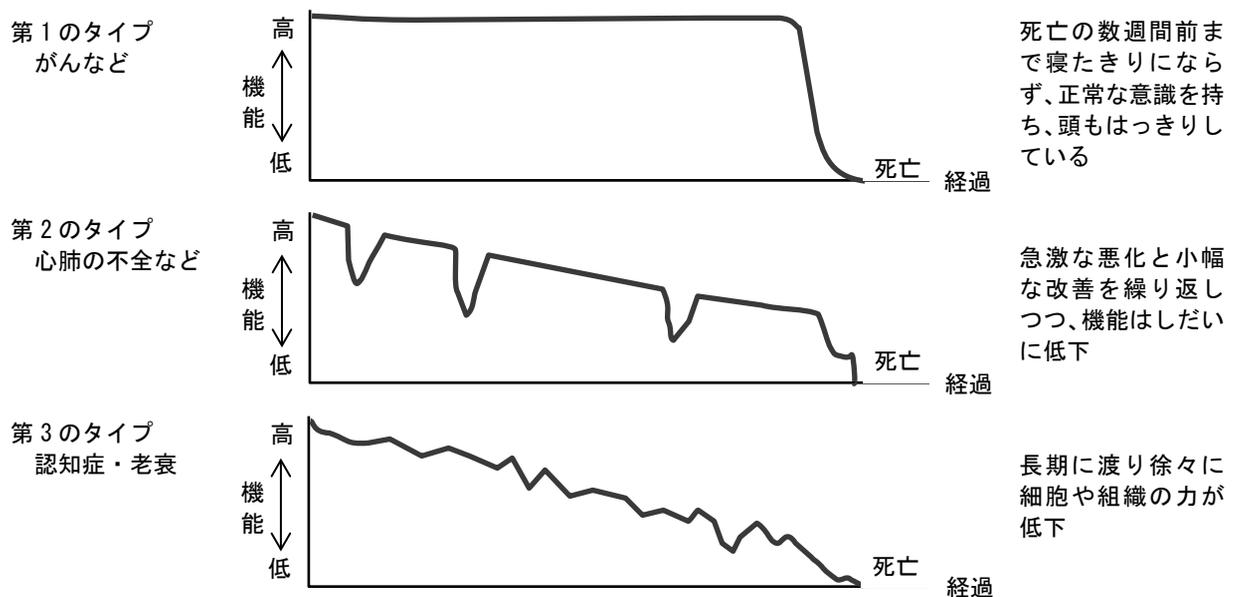
3 | 「施設から地域へ」「医療から介護へ」の変化

(1) 医療ニーズの変化

寿命の延伸に伴い、医療ニーズは多様化している。元来、医療は、病気の完治を目指して行われてきた。しかし、糖尿病や老衰のように完治しない病気が増えてきた。このため、完治ではなく寛解²⁴を目指す医療ニーズも現れている。

あるアメリカの医療研究機関の報告書²⁵によると、人が死に至るプロセスは、大きく3つに分類される。第1のタイプは例えばがんの場合で、死亡の数週間前まで寝たきりにならず、正常な意識を持っている。第2のタイプは心肺等の慢性疾患により病態が急激な悪化と小幅な改善を繰り返しつつ死に至る場合で、入院をするごとに機能が低下する。第3のタイプは認知症や老衰の場合で、長期に渡り徐々に細胞や組織の力が低下する。第2、第3のタイプでは、医療により病気が完治する訳ではない。患者は、治療後も入院や通院を続ける場合が多い。

図表 37. 死に至るまでの3つのプロセス



※欄外注記の英文報告書の Figure 3. Chronic Illness in the Elderly Typically Follows Three Trajectories より、筆者作成

高齢化が進み、死亡者数が増えるということは、死亡前に医療を受ける患者も増加することを意味する。こうなると、病院だけで、医療を完結させることは難しくなる。急性期に病院での治療によって生命を救ったとしても、その後の長期に渡る療養を病院が全てケアすることには限界が生じてくる。そこで、今後は、患者の住居地域における在宅医療の充実が重要となる。

(2) 在宅医療の整備

政府は医療を、施設から地域へとシフトさせようとしている。2014年度の診療報酬改定では、「地

²⁴ 病気そのものは完全に治癒していないが、症状が一時的あるいは永続的に軽減または消失すること。(広辞苑第六版より)

²⁵ “Living Well at the End of Life - Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age” Joanne Lynn, David M. Adamson (RAND Health WP-137, 2003)

域包括診療料」「地域包括診療加算」が新設された²⁶。しかし、一部で、適用のための要件が厳しすぎる、地域包括診療料の患者負担額²⁷が大きすぎる、といった声が出ている。今後、要件や負担額の見直しが検討される可能性もある。

医療機関の病床は、数量目標の設定により定まる。政府は、医療分野における選択と集中を進める観点から、退院後の受け皿を整備し、病院完結型から、地域完結型の終末期医療を構築するとの方針を打ち出している。

都道府県は、2015年より地域医療構想を策定することとなっており、その中で病床数目標を設定する²⁸。構想の策定にあたっては、地域の将来推計を活用して、2025年時点での医療の需要量や必要量を見積もり、医療機能の分化や連携をバランスよく設定することとされている。

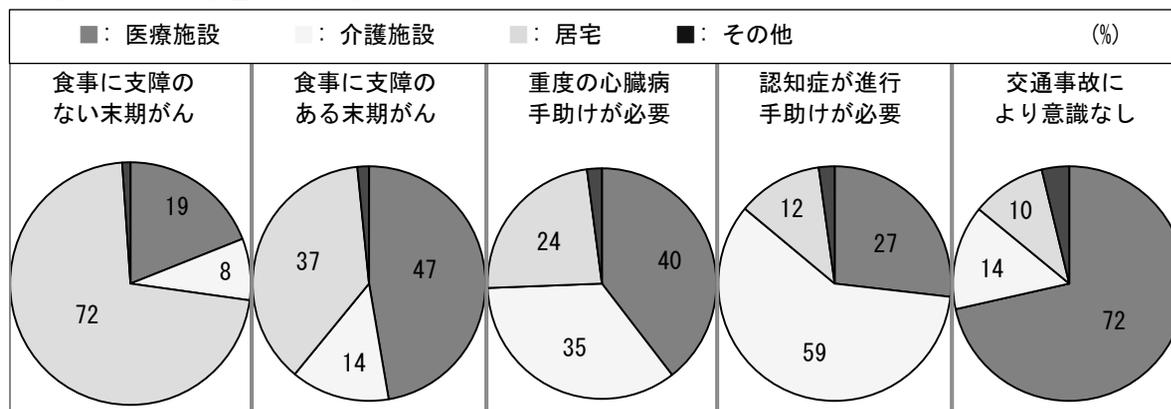
地域医療構想は、原則として二次医療圏ごとに策定される。一次医療圏は市町村、三次医療圏は主に都道府県である。二次医療圏はその中間に属し、複数の市町村が1つの単位となる。2014年4月現在、全国で344の二次医療圏があるが、その規模はまちまちである。例えば、最大の大阪(大阪府)と最小の隠岐(島根県)では、人口規模で100倍以上の差がある。前者にはDPC対象病院が40あるが、後者には1つもない²⁹。患者と医療機関をバランスよく含むような医療圏の設定は、容易ではない。

4 | 地域包括ケアシステムを支える医療体制の整備

(1) 総合診療医の養成

終末期医療に関するある意識調査³⁰によれば、国民が終末期を過ごしたい場所は、食事に支障のない末期がんなど一部の場合を除いて、医療機関や介護施設とする声が多い。

図表 38. 終末期を過ごしたい場所



※「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」3)-2 さまざま状況において希望する治療方針(同検討会、平成26年3月)をもとに、比率を整数パーセントに四捨五入するなどして、筆者作成

²⁶ 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を有する患者を対象とする外来点数で、療養指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応や、在宅医療を24時間対応で行うことなどが要件とされている。

²⁷ 患者の自己負担割合が1割の場合は、月約1,500円、3割の場合は月約4,500円となっている。

²⁸ 地域医療構想の策定に先立って、2014年10月から、地域医療の現状把握・分析を目的に、各病院がどのような病床をどれだけ有しているか等、を都道府県に報告する病床機能報告制度が始まっている。

²⁹ 「2次医療圏基礎データ(巧見さん)Ver5.0.0」(株式会社ウェルネス、2014/04/08版)より。

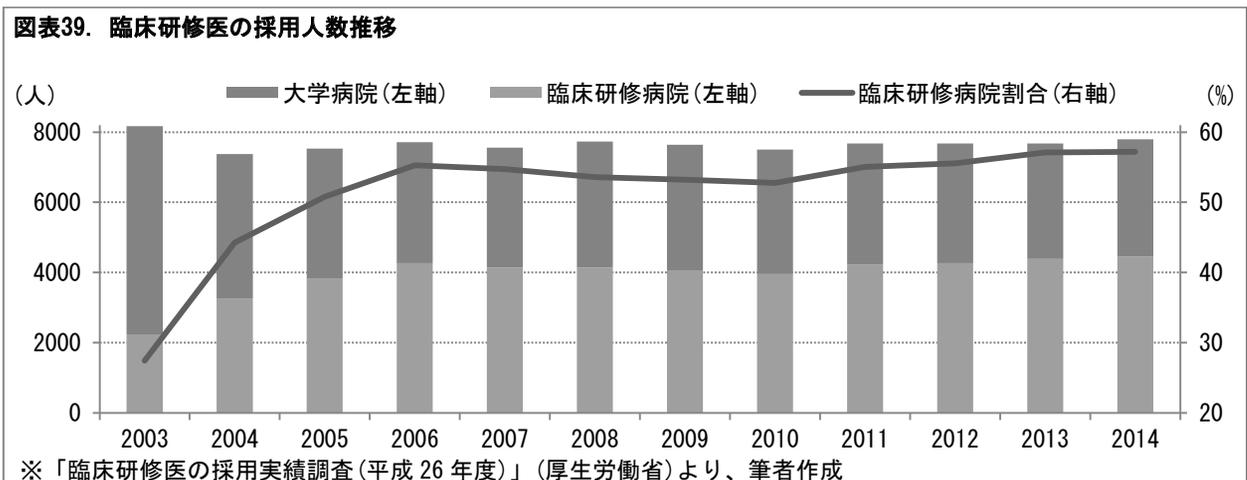
³⁰ 「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」(終末期医療に関する意識調査等検討会、平成26年3月)

その背景には、日本では、在宅医療を執り行う医師の養成が遅れており、在宅医療が根付いていないという現状がある。在宅医療の状況は、国によって、大きく異なる。例えば、イギリスでは、病院の専門医の診療を受けるためには、GP³¹と呼ばれる一般医に診てもらって、その紹介を得る必要がある。GPが、基礎診断(プライマリ・ケア)を行う医師として機能している。フランスやカナダなどでも、かかりつけ医や家庭医といった在宅医療の制度が設けられている。

そこで、日本でも在宅医療の中心を担う医師を総合診療医として定めた。総合診療医とは、「日常的に頻度の高い病気や、さまざまな健康上の問題に関して、必要な診療を施し、必要な場合には病院に紹介し、病院での治療後の診療を引き受けることのできる、継続的で全人的な医療の専門家」を指す³²。

日本では総合診療医の養成に向けて、2017年度から研修が始まる予定である。従来、いわゆるかかりつけ医として機能した、自宅兼用の診療所を構える開業医は、高齢化に伴い減少している。代わって、都市部の商業ビル内に診療所(ビル診)を開業する医師が増えてきた。しかし、ビル診は夜間休診の場合が多く、総合診療医の役割を果たすことは難しい。

総合診療医の養成に関して、2004年に、医学部卒業後2年間の臨床研修が義務化された。この期間中、新卒医師は内科、外科、小児科等、8つの科をローテーションすることとなった。そのうちの1つとして地域保健・医療について1ヵ月以上の研修を受けることとされた。これにより、毎年8,000人程度の新卒医師のうち、半数以上が市中の臨床研修病院に採用されて研修を受けることとなった。しかし、都市部や人気病院に研修医が集中し、一部地域で医師不足が生じた。このため2010年には、都道府県別に研修医の採用上限を設けるなど、臨床研修体制の見直しが行われた。



総合診療医の養成は、地域医療の推進に不可欠であり、2013年の厚生労働省の報告書³³では、「養

³¹ GPは、General Practitionerの略。

³² 「医療の選択」桐野高明(岩波書店)pp155-156より、引用。

³³ 「専門医の在り方に関する検討会 報告書」4.(3)総合診療専門医の養成について(同検討会(厚生労働省),平成25年4月22日)より。同報告書は、「総合診療医の専門医としての名称は、『総合診療専門医』とすることが適当」として

成プログラムの一層の充実と国民への周知が必要」としており、現在、その養成の準備が進められている。同報告書では、総合診療医の拡充のために、新卒医師の養成とともに、既存の医師についても、「他の領域から総合診療専門医への移行や、総合診療専門医から他の領域の専門医への移行を可能とするプログラムについても別に用意する必要がある」としている。

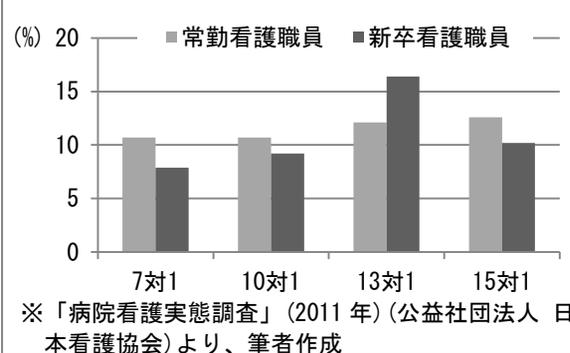
なお、地域包括ケアシステム³⁴を進めるにあたり、患者が自由に医療機関を選んで受診できる仕組み(フリーアクセス)のあり方が、議論となる。現在、日本では、病床数 200 床以上の大病院への初診・再診の別途負担(選定療養)を除いて、基本的にはフリーアクセスの体制となっている。

しかし、「いつでも、好きなところで受診可能」とするやり方では、医療現場の混乱を招きかねない。2013 年の社会保障制度改革国民会議の報告書³⁵では、「フリーアクセスを(中略)『必要な時に必要な医療にアクセスできる』という意味に理解し(中略)、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及は必須(後略)」との見解が示されている。

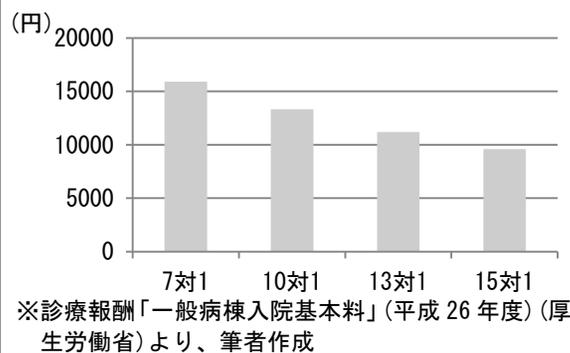
(2) 看護体制と病床体制の見直し

医療の質の向上や安全の確保のために、病院における看護体制の整備が進められてきた。2006 年に、入院患者 7 人に対し常時看護師 1 人以上を配置する 7 対 1 看護体制が導入された。これは、それまでの 10 対 1 看護体制を拡充して看護師の勤務環境を改善するもので、離職率低下などの効果が出ている。看護師の配置は、入院患者に対して病院が受け取る診療報酬である入院基本料と連動しており、看護師の配置密度が高いほど入院基本料が高く設定されている。

図表40. 病床種類別の看護師離職率



図表41. 病床種類別の入院基本料



2006 年以後、7 対 1 看護体制の病床数は急速に増加した。しかしながら、これが医療費が高止まりする要因の 1 つとなった。このため、7 対 1 病床の適用要件を厳格化して、医療費の抑制を図ることとなった。

いる。

³⁴ 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(平成 25 年法第 112 号)第 4 条で、次のように定義されている。「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。」

³⁵ 「社会保障制度改革国民会議 報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」(同会議, 平成 25 年 8 月 6 日)

2013年9月に、社会保障審議会の医療保険部会・医療部会は、2014年度の診療報酬改定にあたり、2025年度の医療体制を見据えた病床体制の見直しを示している。その中で、病床体制を「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」に再編するとしている。(高度)急性期の入院患者のうち退院できる人は退院してもらい、退院できない人は回復期に移行してもらい、回復期から退院できない人は慢性期に転院してもらい、そして、退院した人に対しては、医療と介護の地域包括ケアシステムにおいて、在宅医療を施すとの構想である。

この見直しを通じて、高度急性期の病床を減らして、回復期や慢性期の病床を増やすこととしている。併せて、地域に密着した病床数の目途も設定している。

図表 42. 病床体制の見直し

現状		2025年の姿		
病床種類	病床数	病床種類	機能	病床数
7対1	36万床	高度急性期	急性期の患者に対して、状態の早期安定化に向けて、診療密度の高い医療を提供	18万床
10対1	21万床	急性期	急性期の患者に対して、状態の早期安定化に向けて医療を提供	35万床
13対1	3万床	回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリを提供	26万床
15対1	5万床	慢性期	長きに渡り療養が必要な患者、重度障がい者を入院させる	28万床
療養病棟	22万床	(外来医療)	外来の機能分化の推進	推進
		(在宅医療)	質の高い在宅医療の提供の推進	推進

うち、地域に密着した病床 24万床

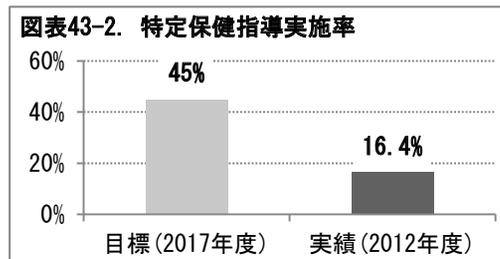
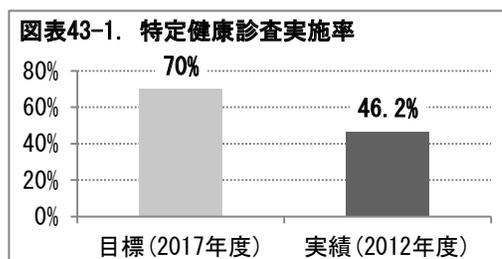
※「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(平成25年9月6日社会保障審議会医療保険部会・医療部会)より、筆者作成

5 | 健康増進・予防を通じた健康寿命の延伸

健康増進・予防を充実して、健康寿命を伸ばし、医療費の抑制を図ろうとする動きがある。2008年度からは、医療費抑制策の一環として、特定健康診査・特定保健指導が開始された。特定健康診査は、市町村が中心になって行っていた従来の健康診査に替わり、公的医療保険制度が実施するもので、メタボリック・シンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健診内容となっている。特定健康診査の結果、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による予防効果が多く期待できる人に対して、面接・電話・メール等で改善指導を行う。これが特定保健指導である。

厚生労働省は、公的医療保険制度に対して、特定健康診査の実施率と、メタボと判定された人(腹囲 男性 85cm、女性 90cm 以上など)への特定保健指導の実施率に、これまでの実績を上回る水準での目標を設定して、その引き上げを迫った。しかし、2017年度の目標に対し、2012年度の実績は

低水準に留まっている。2014年度からは、実施率が低い健康保険組合等については、後期高齢者医療制度に支払う支援金が10%の範囲内で増額されるペナルティーが導入された。



※「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

特定健康診査、特定保健指導については、腹囲基準の科学的根拠や、メタボと判定された人の差別問題など、様々な課題が議論されてきた。また更に、健康診査で異常が見つかり保健指導をしても生活習慣が改善されない場合、治療のみが開始されるため、効果は乏しいのに医療費が増えるという見方もある。

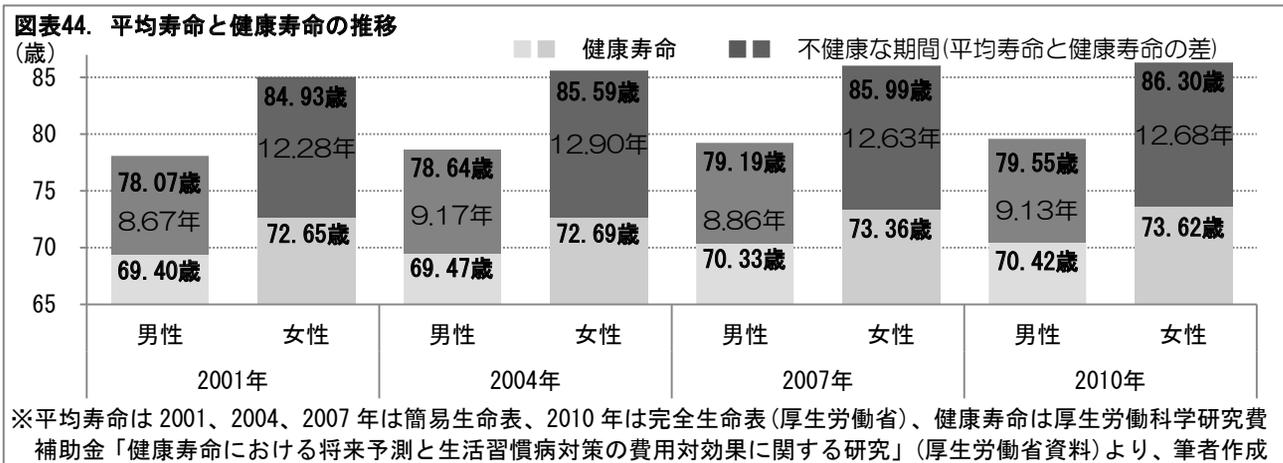
政府は、『日本再興戦略』改訂2014～未来への挑戦の中で、成長戦略の目標の1つとして、「国民の健康寿命の延伸」を掲げ、健康産業の活性化と質の高いヘルスケアサービスの提供を目指すとしている。医療介護サービスを持続的かつ効率的に提供するという課題解決を図りつつ、これを成長のチャンスととらえ、そのイノベーションを通じて健康産業活性化を達成するとの目標である。

健康寿命については、国際的に定義が確立していない。厚生労働省の研究班は、国民生活基礎調査と生命表をもとに健康寿命を算定している³⁶。その結果、平均寿命と健康寿命の差は、男性で9年、女性で12年程度となっており、これが日常生活に制限のある「不健康な期間」に相当するとしている。平均寿命と健康寿命はともに伸びているが、その差である不健康な期間の短縮は進んでいない。

³⁶ 健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の算定方法

「日常生活に制限のない期間の平均」は国民生活基礎調査と生命表を基礎情報とし、サリバン法(広く用いられている健康寿命の計算法)を用いて算定する。すなわち、国民生活基礎調査における質問の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対する「ない」の回答を日常生活に制限なしと定め、性・年齢階級別の日常生活に制限のない者の割合を得る。生命表から定常人口と生存数を得る。性・年齢階級ごとに、定常人口に日常生活に制限のない者の割合を乗じることにより、日常生活に制限のない定常人口を求め、次いで、その年齢階級の合計を生存数で除すことにより、「日常生活に制限のない期間の平均」を得る。

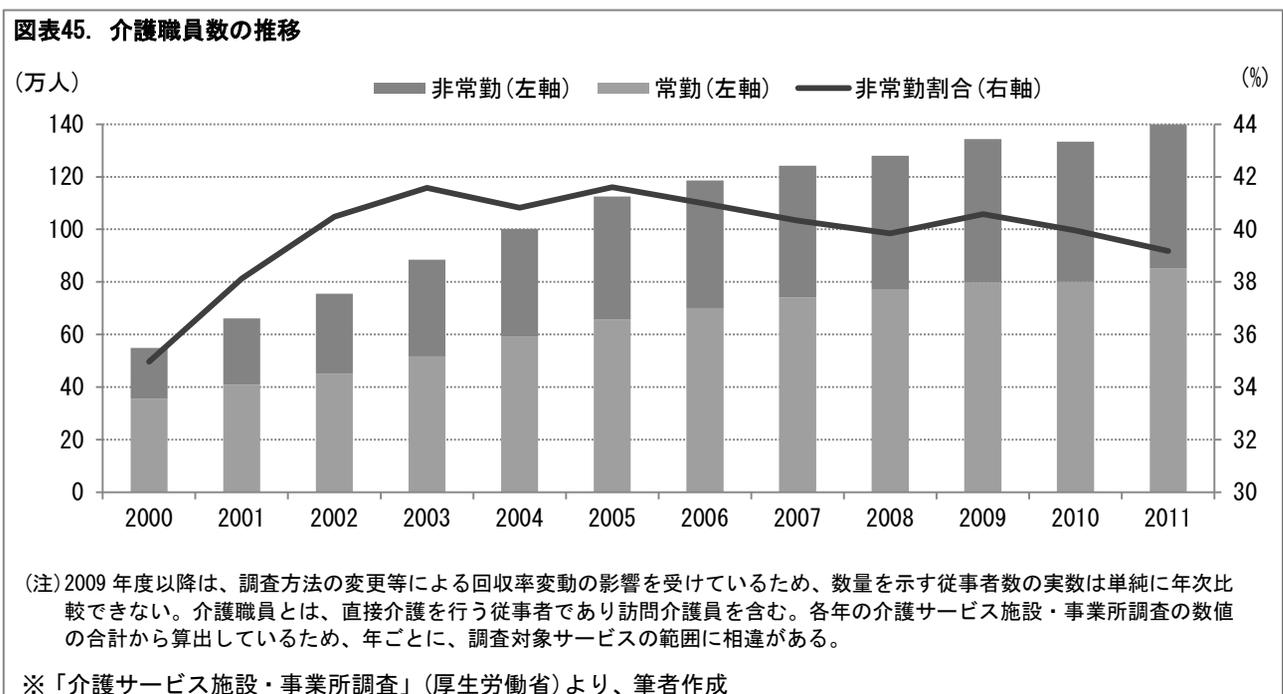
(「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究班」2012年5月18日説明資料より、抜粋)なお健康の定義として研究班は、上記の活動制限なしの他に、自覚的健康、介護の必要なしを挙げ、それぞれ調査している。



同省は、今後、平均寿命が伸びても健康寿命が伸びなければ、医療費や介護費の多くを消費する期間が増大することになる、としている。疾病予防、健康増進、介護予防などにより健康寿命を伸ばし、不健康な期間を短縮することにより、個人の生活の質を維持しつつ、社会保障負担の軽減を図ろうとしている。

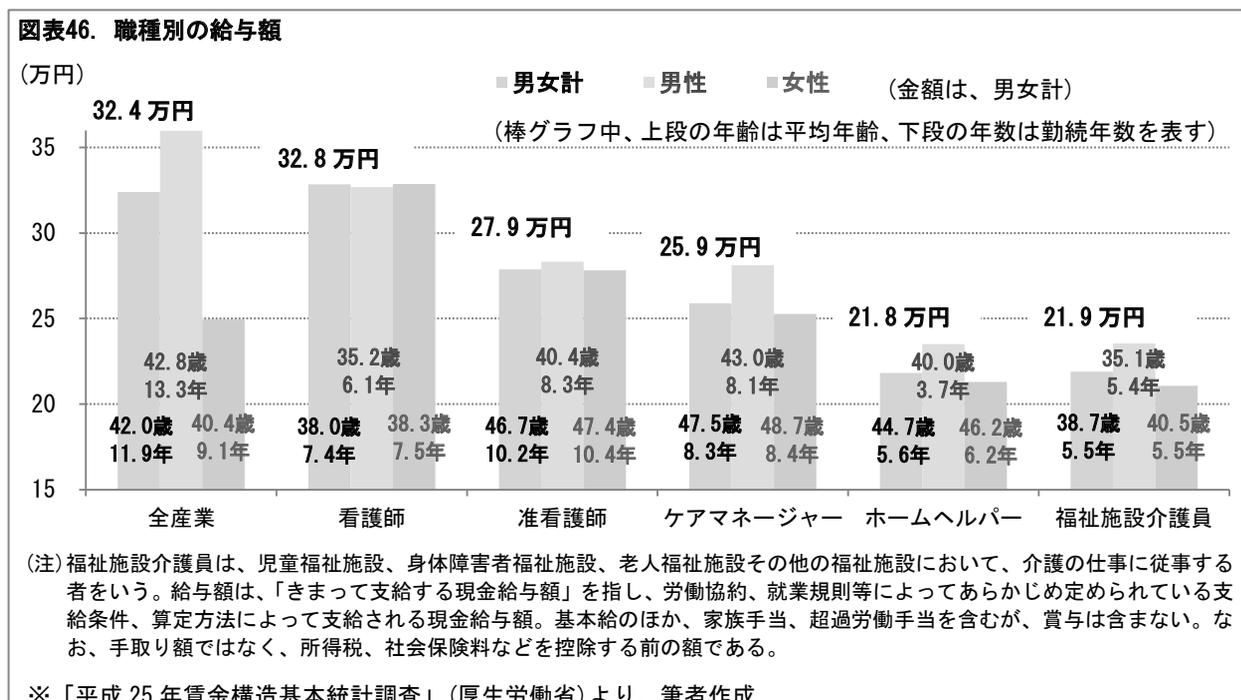
6 | 介護職員の不足への対応

要介護の高齢者が増加する中で、介護職員の不足の問題が深刻化しつつある。2000年の公的介護保険制度の創設以来、介護職員の数は大きく増加してきた。しかし、近年、増加のペースは徐々に衰えてきている。また、介護職員のうち、非常勤者の割合は約4割という高い水準で推移している。政府が進める社会保障・税一体改革における改革シナリオに基づいて、厚生労働省が示した見通し³⁷によると、2025年には237～249万人の介護職員が必要とされており、2011年時点に比べて、更に100万人程度の増加が求められている。



³⁷ 「介護人材確保対策について～ 介護人材確保対策の検討状況及び福祉人材確保指針の改正と介護人材需給推計」(厚生労働省 社会・援護局 福祉基盤課 福祉人材確保対策室, 平成26年7月28日)

介護職員がなかなか増加しない原因として、賃金が他の職種に比べて低いために、職員が離職しやすいことが挙げられる。実際に、ホームヘルパーや福祉施設介護員は、全産業よりも男女計で10万円以上賃金が低く、同じく高齢者福祉を担う看護師やケアマネージャーとの間で賃金格差がある。



この状況を改善するため、介護職員の処遇改善を図ることが検討されてきた。2015年4月には、介護報酬額が2.27%引き下げられる中で、介護職員の給与は月1.2万円程度引き上げられた。

7 | 医療・介護サービスの連携

2006年に、「介護予防・地域支え合い事業」が介護保険制度に取り込まれ、地域密着型サービスがスタートした。2015年には、「施設から地域へ」、「医療から介護へ」の方向を踏まえて、地域包括ケアシステムの構築が本格化し、2025年に完成の予定とされている。施設から地域への流れを強くするためには、医療を受けた患者が退院して地域で介護を受ける、といった医療・介護サービスの連携が欠かせない。即ち、医療から介護への流れを強化する必要がある。政府は、2012年に、地域包括ケアシステムによる総合的なサービス体系を、中学校の通学区域程度の広さの圏域ごと(人口1万人規模)に構築するという構想を提示した。

地域包括ケアシステムを構築する際には、利用者へのサービスの充実と、サービス提供の効率化による費用の抑制を図ることが重要となる。サービスの充実、費用の抑制の両面で、医療と介護の連携が欠かせない。そのためには、サービスの対象の高齢者の情報をいかに共有化するかが鍵となる。訪問看護や訪問介護を行う看護師やケアマネージャー等が、ばらばらに高齢者の状態をみて、処置を行っても、高齢者にとって有効なケアにはつながらない可能性が高い。情報を共有化して、統一的なケアプランのもとで、それぞれの職員が処置を行う必要があると考えられる。

地域医療の具体的な制度設計は、今後、議論が進められる。サービスの充実と費用の抑制、とい

う相反する課題の解決に向けて、どのような仕組みを構築するか、幅広い議論が求められている。

また、医療・介護の連携を推進する際にポイントの1つとなるのが、訪問看護である。現在、公的医療保険制度の訪問看護の対象は、難病や末期の患者が中心であり、状態が安定した長期療養者の健康管理は公的介護保険制度の訪問看護で対応するものとされている。公的介護保険制度のケアマネージャーには、訪問看護と他の介護サービスを調整して療養環境を整える役割があるが、実際には、調整はうまく進んでいない。これは、公的介護保険制度の介護報酬³⁸で、訪問看護は訪問介護よりも高いため、自己負担が高額となるのを嫌って、利用者が訪問看護を選択しないことが一因と考えられる。両者には重複したサービスがあり、役割分担は曖昧である。訪問看護と訪問介護の果たすべき役割の明確化・再構築が必要と考えられる。

図表 47. 訪問看護と訪問介護の比較

	公的医療保険制度の訪問看護	公的介護保険制度の訪問看護	公的介護保険制度の訪問介護
主な対象者	難病患者、末期患者、急性増悪した患者 (末期の悪性腫瘍などの所定の疾病の患者等)	状態が安定した長期療養者(要介護者・要支援者)	要介護者・要支援者
主なサービスの例	重度の床ずれの処置 急激な症状悪化時の療養 退院直後の療養 看取り時の療養	床ずれの処置・予防 痰の吸引 人工肛門・人工呼吸器の管理 歩行訓練、嚥下機能訓練 食事介助、健康相談 入浴介助、排泄介助	体位変換 着替えや洗面の介助 車椅子への移乗 病院への付き添い 食事・服薬の介助 入浴介助、排泄介助
支給限度額	なし	あり	あり
自己負担	医療費の1~3割	介護費の1割	介護費の1割
30分以上1時間未満のケアを受ける場合の負担目安	(診療内容により異なる)	訪問看護ステーションを利用する場合 830円 医療機関を利用する場合 550円	402円

(注) 公的介護保険制度の訪問介護は、身体介護のケース。ケアを受ける場合の負担は、1単位10円と換算

※関連資料³⁹をもとに、筆者作成

8— 諸外国の医療制度の概要

日本の医療・介護の今後の展開の検討の際に、諸外国の制度が参考になる場合がある。もちろん、それぞれの国で、社会保障の考え方や歴史が異なるため、単純な比較はできない。しかし医療制度として、類似の問題を抱えている場合もある。以下では、患者の自己負担や医療機関へのアクセスの点に絞って、簡単にまとめておく⁴⁰。

³⁸ 公的介護保険制度において、介護サービスを提供した事業所・施設に、その対価として支払われる報酬のこと。個々のサービスを単位化して厚生労働省の告示に記載しており、3年ごとに改定される。金額への換算レートは、原則として1単位10円であるが、地域等により異なる。(例. 東京都23区の訪問介護の場合、1単位=11.26円)

³⁹ 高齢者住宅仲介センター(株式会社 えんカウント)のサイトにおける満田将太氏の介護保険のしくみの解説

⁴⁰ 日本、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツ、スウェーデンは、「医療保障制度に関する国際関係資料について」(厚

図表 48. 諸外国の医療制度の比較

	日本	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ	スウェーデン	オーストラリア	カナダ
公的医療制度の方式	社会保険方式	(メディケア) 社会保険方式 (メディケイド) 税方式	税方式	社会保険方式	社会保険方式	税方式	税方式	税方式
患者の自己負担	定率負担	入院や薬剤一定額まで全額負担 それ以降は一部負担 外来 固定額+定率負担	原則としてなし	定率負担	入院 1日あたり定額負担 外来 四半期ごとに定額負担 薬剤 定率負担	入院や外来は上限の範囲内で負担 薬剤 上限の範囲内で定率負担	原則としてなし	原則としてなし
医療機関へのアクセス	フリーアクセス	給付対象として認定されている医療機関へは、アクセス可能	一般医の紹介がない限り原則病院での受診はできない	かかりつけ医の紹介なしに、他の医師を受診することは制限	フリーアクセス	フリーアクセス	通常の診療は一般医で受け、病院は入院・手術時や救急時に利用	通常の診療は家庭医で受け、家庭医を通して病院や専門医にかかる

※欄外に注記している諸資料をもとに、筆者作成

(1) アメリカ

アメリカでは、医療保険は、公的医療保険と民間医療保険に分けられる。公的医療保険として、高齢者や障がい者を対象とするメディケア⁴¹が運営されている。その他に、各州の医療扶助制度として、低所得者を対象とするメディケイドもある。民間医療保険には、営利・非営利の保険会社が行う保険、雇用主が行う自家保険がある。保険会社が関与するマネージドケアが普及しており、患者と、主治医、専門医、保険会社等を結ぶ医療機関ネットワークが構築され、その中で医療保障が提供されている。一般に、被用者は勤務先企業の団体医療保険に加入するが、雇用主が保険を提供していない場合には個人医療保険に加入する。自営業者も、個人医療保険に加入する。受診は、給付対象として認定されている医療機関へは、アクセス可能となっている。

アメリカの医療は技術面では世界の先端に位置するが、財政面では膨大な医療費を要して非効率とする指摘がある。民間保険を活用して質の高い医療を受ける一部の富裕層と、経済的に診療を受けられない貧困層⁴²との間で、深刻な医療格差の問題が浮かび上がっている。

生労働省ホームページ)、オーストラリアは、「ニュージーランドおよびオーストラリアにおける EHR の現状調査 調査報告書」(特定非営利活動法人 日本医療ネットワーク協会, 2012 年 3 月 13 日)、カナダは、「カナダのプライマリケア～カナダの家庭医学の歴史と現状分析」浜田久之(家庭医療 12 巻 2 号(特定非営利活動法人 日本家庭医療学会), 2006 年 11 月 10 日)を参考にしている。

⁴¹ メディケアという名前の制度がアメリカ、オーストラリア、カナダにあるが、内容は異なる。アメリカのものは社会保険制度であるのに対し、オーストラリアやカナダのものは、医療扶助制度である。

⁴² オバマケアの議論の際には、アメリカでは国民の 6 人に 1 人が無保険状態にあると言われていた。

2014年より医療保険制度改革(オバマケア)により、国民皆保険の医療保険制度がスタートした。しかし、11月の中間選挙で与党が敗北したことにより、今後の動向は予断を許さない状況となっている。

(2) イギリス

全国民が対象の国民保健サービス(NHS⁴³)と、プライベート医療がある。患者は緊急時を除き、あらかじめ登録した一般医(GP)を受診する。必要があれば、GPからの紹介を受けて病院の専門医を受診する。患者は、紹介なしには専門医を受診できない。NHSは税方式で、財源は一般税収で賄われる。患者は原則として受診時に治療費を支払う必要はない。プライベート医療では、治療費は全て患者の自己負担となるが、民間医療保険に加入して、その給付を負担に充てることもできる。

(3) フランス

国民保険制度であるセキュリテソシアルが社会保険制度として存在しており、そこから医療費が賄われる。この制度は基本的に全国民が加入するもので、全ての施術について保険適用となる。患者には定率の自己負担がかかるため、自己負担分を補填する補足疾病保険が発達している。患者は、かかりつけ医の紹介なしに、他の医師を受診することは制限されている。

(4) ドイツ

社会保険制度として、疾病金庫が運営する公的医療保険があるが、一定所得以上の者には強制適用されない。ただし、強制適用でない者に対しては民間医療保険への加入が義務付けられており、事実上国民皆保険となっている。患者には一定の自己負担がかかる。2003年に、公的医療保険の給付範囲を縮減・廃止する見直しが行われた。医療機関への受診は、フリーアクセスとなっている。

(5) スウェーデン

税方式で全国民を対象に、公営のサービスが展開されている。ランスティングと呼ばれる広域自治体ごとに医療サービスが提供されている。患者には自己負担があるが、上限額は低額に設定されている。医療機関への受診は、フリーアクセスとなっており、住所地以外のランスティングで受診することもできる。

(6) オーストラリア

公的医療制度として、税方式で全国民を対象とするメディケアと、民間医療保険が並存している。混合医療が認められている。メディケアは州が運営し、患者は原則として無料で医療サービスを受けられる。一般医(GP)の制度があり、通常の診療はGP、入院・手術時や救急時に病院が利用される。GPの紹介で専門医の診療を受けると結果がGPに報告される。GPはそれをもとに総合的診断を行う。

(7) カナダ

公的医療制度として、州がメディケアを税方式で実施しており、全国民が対象となっている。患者

⁴³ NHSは、National Health Serviceの略。

は原則として無料で医療サービスが受けられる。家庭医の制度が確立しており、通常の診療はこれらの医師が行う。医師の医療サービスは公費で保障されるが、薬剤、救急サービス、在宅医療は公的に保障されておらず、民間医療保険が補っている。そのため、民間医療保険への加入率が高い。

9— 民間医療保険への影響

これまでに述べてきた、医療・介護を巡る動きは、当然、民間医療保険にも大きな影響を与えるものとなっている。この章では、近年の民間医療保険の変化や、今後のそれへの影響について、述べることにしたい。

1 | 民間医療保険の役割と保障内容の変化

(1) 民間医療保険の果たしてきた役割

日本の医療は、公的医療保険制度を保険会社等の民間医療保険が補完するという形で発展してきた。民間医療保険の役割は、患者の自己負担や差額ベッド代の補填など、医療に伴う諸経費を賄うことと考えられてきた。

図表 49. 民間医療保険の役割（主なもの）

	内容
公的医療の自己負担部分の給付補填	患者は医療費の一部を自己負担することとされている。現在、70歳未満は医療費の3割、70～74歳と義務教育就学前は原則2割、75歳以上は原則1割となっている。
入院中の差額ベッド代	選定療養の1つ。通常、6人部屋など大部屋には差額ベッド代はかからない。以下の条件を全て満たす場合、特別療養環境室として、差額ベッド代がかかる。 (1) 病室の病床数は4床以下であること (2) 病室の面積は一人当たり6.4平方メートル以上であること (3) 病床のプライバシーを確保するための設備(仕切りカーテンなど)があること (4) 個人用の「私物の収納」、「照明」、「小机等及び椅子」の設備があること 差額ベッド代は、病院が自由に設定するため、金額にばらつきがある。平均して、1日あたり数千円程度だが、病院によっては20万円近くに及ぶ場合もある。通常、都心部ほど高い。
入院中の食事代	患者は入院中の食事代の一部を自己負担することとされている。一般的な入院中の食事代は、法令により1食640円とされている。このうち、一般の人が、けがや急な病気で入院した場合の自己負担は260円となる。患者が住民税非課税世帯等の場合は、自己負担が軽減される。
先進医療にかかる費用の補填	評価療養の1つ。先進医療を受ける場合でも、診察料、検査料、投薬料、入院料は公的医療で賄われる。しかし、技術料は、患者の全額自己負担となる。先進医療技術ごとに、技術料が定まっている。平成27年2月1日現在、107の技術が対象となっている。1件あたり数百万円に及ぶ場合もある。
入院準備費や入院中生活費の充足	寝巻、洗面道具等の入院準備費、売店での購買等にかかる入院中生活費、家族の見舞いのための交通費などは、いずれも全額自己負担となる。

※診療報酬点数表、厚生労働省通達(平成22年3月26日、保医発03266第2号)等をもとに、筆者作成

(2) 民間医療保険の多様化と、不支払問題を契機とした公的制度の補完性の鮮明化

2000年までは、民間医療保険は一部の外資系生保を除いて単品としての取扱いが禁止されていて、死亡保障保険等の主契約に付加される特約として提供されていた。2001年の第3分野保険の開放により、がん保険・医療保険・介護保険等が単品の形で提供されるようになった。⁴⁴

医療保険の単品提供は、損保会社や、その生保子会社でも始まり、中小生保でも広く取り扱われるようになった。2008年頃には、大手生保も単品保険を市場に投入した。当初は、特約を単品化しただけの給付内容のものもあったが、各社が工夫を凝らして様々な顧客ニーズに対応するようになった。

図表 50. 民間医療保険における各社の工夫の例

- 入院給付において、日帰り入院や、1泊2日入院に対応する、短期入院の保障を導入
- 入院の通算給付限度を、700日から1095日などに拡大して、長期入院の保障を充実
- 1回の入院の給付限度を、124日から62日等に短縮して保険料低廉化を図るタイプなど、バリエーションを拡大
- 生前給付の対象を10大疾病等に拡大したり、がんのみ等、特定疾病に限定したりした保障を提供
- 特定疾病罹患時には毎年年金を支払うが、死亡時は年金1回分のみを支払うなど、給付に差を設けた商品を提供
- 死亡時に、保険金額と入院給付既支払額の差額を支払うといった、死亡保障と医療保障を混合した商品を提供
- 病気に罹患したことがある人でも加入することができるよう、引受条件緩和型商品や、無選択型商品を提供
- 非喫煙者や健康な人向けに、保険料の非喫煙割引や優良体割引を実施
- 従来、妻や子どもを主たる被保険者に付随する保障としてきたが、独立して、それぞれの保障を提供

※筆者作成

このような中で、商品内容が複雑化して、保障内容と支払実務が乖離する事態が生じるケースが一部発生した。また、加入者の側から請求がない限り給付金を支払わないとする請求主義と呼ばれる取扱いが、業界慣行として長く行われてきた。これらの要因が複合して、2005年には生命保険(死亡保険)・損害保険、2006年には医療保険等で、保険金不支払問題が顕在化した。各社が過去の支払事案を総確認する中で、様々な問題事例が明らかになった。

図表 51. 保険金不支払問題における問題事例

- 脳卒中で入院をして手術をしたが、その後、入院中に死亡した。遺族が生保会社に保険金を請求して、保険金は支払われた。しかし、請求がなかったため、本来支払われるはずの医療保険の入院給付金や手術給付金は、支払われなかった。
- 医療保険において、保険契約者から通院給付金の請求がなされたが、生保会社が、事務ミスにより通院した日数を誤ったため、実際よりも少ない日数で、保険契約者に通院給付金が支払われた。
- 保険金の支払額を抑制するため、保険契約者の告知義務違反に対し、生命保険会社が、その内容などを十分考慮せず、詐欺、錯誤の約款規定を広く適用して、本来支払うべき保険金を支払わなかった。

※「保険金不払い問題に関する一考察」加藤由孝(名城論叢(名城大学経済・経営学会)第8巻・第4号, 2008年3月)をもとに、筆者作成

⁴⁴ 詳しくは、「医療保険について—発売後40年の歴史と現在の商品内容」小林雅史(保険・年金フォーカス(ニッセイ基礎研究所), 2014. 1. 28)を参照いただきたい。

不支払問題の確認結果については、2007年に保険会社から金融庁に報告がなされた。報告を受けて、2008年には事案が多数で多額に上った生保10社に対して業務改善命令(行政処分)が出された⁴⁵。

この問題を契機に、保険内容を単純化して、加入者の理解を容易にし、併せて支払事務の負荷軽減を図る動きが各社で一気に進んだ。例えば、医療保険の手術給付要件を、保険会社独自の基準ではなく、公的医療保険制度の基準に合わせたこと。あるいは、給付額を、手術の種類によらず一律の金額としたこと、などである。介護保険についても、要介護状態の判定にあたり、保険会社独自の基準を廃し、公的介護保険制度の判定基準に揃えることが一般化した。

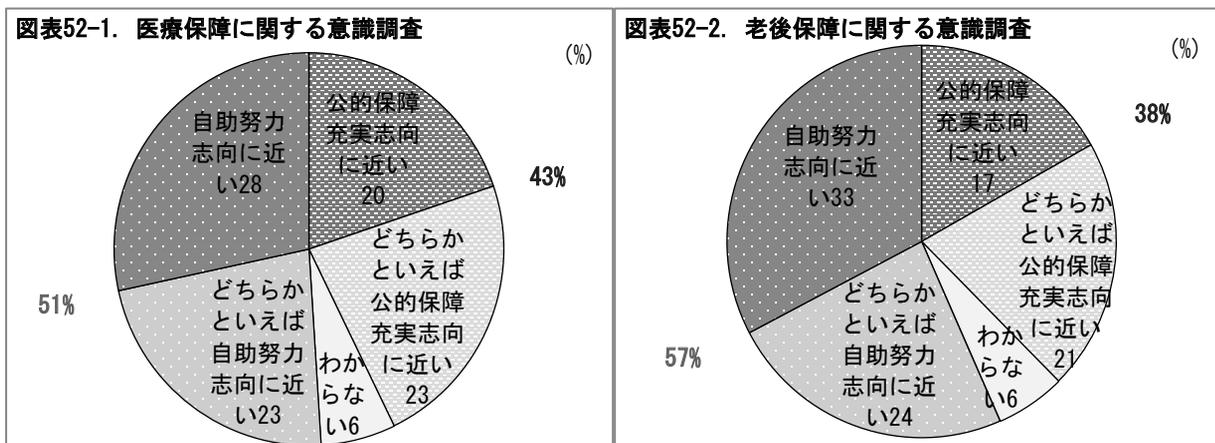
その結果、公的医療保険制度や公的介護保険制度に給付の要件が連動する保険が増え、公的制度を補完するという、民間保険の位置付けが、従来以上に鮮明になるという結果をもたらした⁴⁶。

2 | 民間医療保険を取り巻く環境の変化

(1) 保険見直しの動き (利用者側の変化)

日本は、バブル崩壊から失われた20年とも言われる長期のデフレ経済が続いた。その中で、収入の伸び悩む一般家庭では、家計の見直しの動きが広がり、保険は格好の見直し対象とされた。保険のリストラとして、加入済の手厚い保障内容の保険を解約したり、新たに必要性の乏しい保険には加入しない等、保障を選別する動きが強まった。その中でも、医療保障は、利用者自身が給付を受け取って、病気の療養費や闘病中の生活費などに充てるものであるため、利用者の加入ニーズは高く、広く加入が普及している。民間医療保険の加入の動きには、根強いものがある。

また、人口や世帯の高齢化が進み、高齢期に頼るべき家族が居ないという不安感が高まっている。その結果、医療や年金等の将来の生活保障を、自助努力で賄おうとする意識が高まりを見せている。生命保険文化センターのアンケート調査によると、医療保障は、自助努力志向が51%、公的保障充実志向が43%であった。老後保障は、自助努力志向が57%、公的保障充実志向が38%となっている。



※生活保障に関する調査(平成25年)(公益財団法人 生命保険文化センター)[回答数4,043]より、筆者作成

⁴⁵ これに先立ち、2007年には、複数の損保会社に対して、業務改善命令や一部業務停止命令等の行政処分が出された。

⁴⁶ 給付要件を公的制度に連動させることにより、将来、公的制度が変更となった場合、民間医療保険等にも影響が及ぶこととなる。そこで、約款において、公的医療保険制度等の改正が支払事由に影響を及ぼすと認めた場合には、主務官庁の認可を得て、保険契約の支払事由を変更することがある旨の規定整備を図る動きも出ている。

今後、安定した老後生活を営むために、自助努力として、民間医療保険を活用しようとする動きがますます進むものと考えられる。

(2) 民間医療保険の販売の多様化（保険会社側の変化）

生命保険は、従来より、営業職員によるフェイス・トゥ・フェイスをベースに販売されている。1990年代よりインターネットが発達し、パソコンや携帯等の情報機器が、企業や家庭に浸透した。これとともに、情報端末を用いた保険営業が進んだ。一方で、営業職員を介さずに保険に加入する動きも注目された。保険会社は、自社ホームページを充実させたり、ソーシャル・ネットワーキング・サービスで情報を発信したりしながら、新たな販売策を模索するようになった。そうした中で、複数の保険会社の商品内容や保険料を比較するサイトが現れたり、多数の保険会社の商品を取り扱う窓口型代理店が出現するなど、販売チャネルが多様化した。インターネット専門の保険会社も営業を開始した。⁴⁷

また、2001年には銀行窓販が解禁となった。当初、取扱商品は変額年金等に制限されていたが、2007年にはその制限が廃止された。保険販売手数料という新たな収益源を確保するために、保険販売へ注力する銀行等が増えているので、今後、取扱商品の幅が広がり、販売量が増加するものと考えられる。

インターネット専門の保険会社や窓口型代理店等では、販売の容易さを追求して、保険給付の簡明化が図られてきた。また、比較販売の結果、保険料水準が販売量に強く影響するようになった。このため、これらの保険会社やチャネルで取り扱われる保険には、保険料が低廉で給付がシンプルという特徴がある。しかし、過当な価格競争等の進捗は、結局は、長期の保障継続を不安定にする恐れがあるので、加入者の利益を損ないかねないとの懸念もある。

⁴⁷ 詳しくは、「生命保険における電子取引手段活用の方向性—インターネットを通じた保険販売を行う会社の分析から」小林雅史（基礎研レポート(ニッセイ基礎研究所)，2014.6.30)、「約款などの電子化とペーパーレス申込の状況—対面保険販売を行う生保会社の電子取引推進」小林雅史（基礎研レター(ニッセイ基礎研究所)，2014.8.4)を参照いただきたい。

10— おわりに ～ 民間医療保険の変化の方向性（私見）

前章までに確認したように、今後、少子高齢化がますます進展し、世帯の高齢化も進んでいく。これに伴い、医療費・介護費は更に増加することとなる。その中で、サービスの向上や、費用の抑制の観点から、「施設から地域へ」「医療から介護へ」のシフトが進むものと考えられる。公的医療を補完する役割を持つ民間医療保険にも、これらの変化に応じた変化が求められることとなろう。

今後の民間医療保険に影響を与える可能性があるものとして、注目すべき点は3つある。患者申出療養(仮称)、地域包括ケアシステム、在宅の高齢者への生活支援である。それぞれについて、私見を述べることにしたい。

(1) 患者申出療養(仮称)への対応

「医療から介護へ」のシフトに応じて、民間医療保険においても、医療と介護の保険給付を再検討する必要性が生じるものと考えられる。その中で、患者申出療養(仮称)への対応も必要となる可能性が高い。現在、いくつかの保険会社では、先進医療を保障する実損填補型の商品を取り扱っている。今後、患者自己負担の変化に応じて保障範囲や内容を見直すといった、保険商品改定の検討が求められるよう。

(2) 地域包括ケアシステムへの対応

地域包括ケアシステムでは、人口1万人規模の圏域をベースに、医療・介護サービスが提供される予定である。民間医療保険も、この圏域を踏まえた保険の提供を考慮することが必要となってくるのではないだろうか。各地域の医療・介護サービスの実情を把握し、それぞれの地域の利用者ニーズに応じて、保険提供の仕組みや保障内容等をきめ細かく設定・変更できるような、フレキシブルな保険制度の検討が求められるものと考えられる。

(3) 在宅の高齢者への生活支援に関する対応

今後、地域包括ケアシステムが浸透し、高齢者が在宅で医療や介護を受ける動きが進む。その際、看護や介護のケアサービスだけではなく、生活物資のデリバリーや、日々の生活の見守り活動といった様々な生活支援が求められ、多くの関連事業者が新たな役割を果たすこととなる。例えば、これまで生保会社は、営業職員を中心に、フェイス・トゥ・フェイスで顧客への訪問活動を行ってきた。介護職員が不足する中で、生活支援の役割を演じるべく、営業職員という人的資源の活用が期待される。

現在、日本では、史上、例のない少子高齢化が進み、医療・介護制度の見直しは待ったなしの状態にある。その中で、これまで1世紀以上に渡り築き上げてきた民間保険事業の公共性を活かすことは、社会全体で見て有効な手段となり得るのではないだろうか。今後、保険会社の持つ保険インフラを、医療・介護の制度改革にどのように活用すべきか、幅広い議論が必要と考えられる。

【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/iryuhoken/iryuhoken01/
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
32. 最高裁平成 23 年 10 月 25 日第三小法廷判決(事件番号: 平成 22(行ツ)19, 事件名: 健康保険受給権確認請求事件), 最高裁判所民事判例集 65 卷 7 号 2923 頁
http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/724/081724_hanrei.pdf
33. 「『日本再興戦略』改訂 2014 -未来への挑戦-」経済財政諮問会議(2014. 6. 24)(同日、閣議決定)
34. 「保険診療と保険外診療の併用について」厚生労働省
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/heiyou.html>
35. 「混合診療ってなに? -Q&A- (混合診療の意味するものと危険性)」日本医師会(日医 NEWS 第 1004 号, 2003. 7. 5) <http://www.med.or.jp/nichinews/n150705n.html>
36. 「混合診療のなし崩し的な解禁に反対する-必要な医療は保険適用が原則」一般社団法人 日本難病・疾病団体協議会(2013. 7. 18)
37. 「規制改革に関する第 2 次答申~加速する規制改革~」規制改革会議(2014. 6. 13)
38. 「規制改革実施計画」(閣議決定文書, 2014. 6. 24)
39. 「患者申出療養(仮称)の今後の見通し」厚生労働省(第 37 回規制改革会議 資料 1-1, 2014. 10. 10)
40. 「先進医療の各技術の概要」厚生労働省
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/kikan03.html>
41. 「患者申出療養(仮称)について」厚生労働省(第 37 回規制改革会議 資料 1-2, 2014. 10. 10)
42. 「患者申出療養(仮称)の枠組みについて(案)」厚生労働省(第 38 回規制改革会議 資料 2(その 1), 2014. 11. 10)
43. 「DPC 制度(DPC/PDPS)の概要と基本的な考え方」厚生労働省(第 185 回中央社会保険医療協議会総会 資料(総-3-1), 2011. 1. 21)
44. 「DPC 対象病院・準備病院の規模(平成 26 年 4 月 1 日)見込み」厚生労働省(第 274 回中央社会保険医療協議会総会 資料(総-1-1(参考 2)), 2014. 3. 26)
45. 「『DPC についての日本医師会の見解』-結論(今後の目指すべき方向性)」日本医師会(定例記者会見, 2008. 9. 7)
46. 「平成 26 年度診療報酬改定の概要(2014 年 4 月 15 日版)」厚生労働省
47. 「平成 26 年度診療報酬改定の概要(DPC 制度関連部分)」厚生労働省
48. “Living Well at the End of Life - Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age” Joanne Lynn, David M. Adamson (RAND Health WP-137, 2003)
49. 「2 次医療圏基礎データ(巧見さん)Ver5. 0. 0」(株式会社ウェルネス, 2014/04/08 版)
50. 「地域包括ケアシステム『住み慣れた地域で老いる』社会をめざして」西村周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編(国立社会保障・人口問題研究所研究叢書, 慶應義塾大学出版会, 2013)
51. 「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」終末期医療に関する意識調査等検討会(2014. 3)
52. 「臨床研修医の採用実績調査(平成 26 年度)」厚生労働省
53. 「専門医の在り方に関する検討会報告書」専門医の在り方に関する検討会(厚生労働省, 2013. 4. 22)

54. 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(平成 25 年法第 112 号)
55. 「社会保障制度改革国民会議 報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」社会保障制度改革国民会議 (2013. 8. 6)
56. 「病院看護実態調査」公益社団法人 日本看護協会 (2011)
57. 「診療報酬『一般病棟入院基本料』(平成 26 年度)」厚生労働省
58. 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」厚生労働省 (平成 25 年 9 月 6 日社会保障審議会医療保険部会・医療部会)
59. 「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)
60. 「簡易生命表」厚生労働省
61. 「完全生命表」厚生労働省
62. 厚生労働科学研究費補助金による「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」厚生労働省 (2010)
63. 「介護人材確保対策について～ 介護人材確保対策の検討状況及び福祉人材確保指針の改正と介護人材需給推計」厚生労働省 (2014. 7. 28)
64. 「介護サービス施設・事業所調査」厚生労働省
65. 「介護職員をめぐる現状と人材の確保等の対策について」厚生労働省 (介護職員の処遇改善等に関する懇談会 資料 5, 2012. 5. 11)
66. 「平成 25 年賃金構造基本統計調査」厚生労働省
67. 「介護保険のしくみ」満田将太 (高齢者住宅仲介センター(株式会社 えんカウント)サイト)
<http://en-count.com/archives/kaigohoken10> 、<http://en-count.com/archives/kaigohoken12>
68. 「医療保障制度に関する国際関係資料について」厚生労働省
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken11/
69. 「アメリカの民間医療保険」磯部広貴 (保険毎日新聞社, 2006)
70. 「ニュージーランドおよびオーストラリアにおける EHR の現状調査 調査報告書」特定非営利活動法人 日本医療ネットワーク協会 (2012. 3. 13)
71. 「カナダのプライマリケア～カナダの家庭医学の歴史と現状分析」浜田久之 (家庭医療 12 巻 2 号, (特定非営利活動法人 日本家庭医療学会), 2006. 11. 10)
72. 「診療報酬点数表」厚生労働省
73. 厚生労働省通達(平成 22 年 3 月 26 日, 保医発 03266 第 2 号)
74. 「医療保険について－発売後 40 年の歴史と現在の商品内容」小林雅史 (保険・年金フォーカス(ニッセイ基礎研究所), 2014. 1. 28)
75. 「保険金不払い問題に関する一考察」加藤由孝(名城論叢(名城大学経済・経営学会)第 8 巻・第 4 号, 2008. 3)
76. 「生活保障に関する調査(平成 25 年)」公益財団法人 生命保険文化センター
77. 「生命保険における電子取引手段活用の方向性－インターネットを通じた保険販売を行う会社の分析から」小林雅史 (基礎研レポート(ニッセイ基礎研究所), 2014. 6. 30)
78. 「約款などの電子化とペーパーレス申込の状況－対面保険販売を行う生保会社の電子取引推進」小林雅史 (基礎研レター(ニッセイ基礎研究所), 2014. 8. 4)