連載 寄稿

社会保障システムの再構築に向けて

第２回：社会保障・税一体改革の動向 ―医療制度改革に焦点を当て―

堀 真奈美（ほり まなみ）

東海大学 教養学部 人間環境学科　准教授

■略歴

2002 年　慶應義塾大学大学院政策･メディア研究科後期博士課程修了
2002 年　東海大学教養学部人間環境学科専任講師
2006 年　東海大学教養学部人間環境学科助教授（翌年より准教授、現在に至る）
2008～2010 年　会計検査院特別研究官

■専門

医療・福祉政策、社会保障論

■主な著書

『生命と自由を守る医療政策』（共著 東洋経済新報社 2011 年)、『医療に対する満足度の経済学･心理学的分析』（分担執筆 医薬経済社 2008 年)、「介護保険導入と老人医療費の関連性」『2005 年度日本公共政策学会研究大会報告論文集』<日本公共政策学会奨励賞>、『信頼回復の病院改革』（分担執筆 薬事日報社　2005 年)、『患者・国民のための医療改革』（分担執筆 社会保険研究所 2005 年)、『総合政策学の最先端Ⅳ』（分担執筆 慶應義塾大学出版会 2003 年)、『医療制度改革の論点』（分担執筆 社会経済生産性本部 2003 年)、『福祉ミックスの設計』（分担執筆 有斐閣 2002 年)、他　学術論文多数あり

はじめに

社会保障制度が持続可能であるためには、財政の持続可能性が前提であることは言うまでもない。だが、周知のように、現在の日本の財政状況の見通しは明るいものではない。2011 年度一般会計予算（92 兆 4,116 億円）における社会保障関係費は、約 28 兆 7,079 億円（予算全体の 31.1%）と、国債費（23.3%)、地方交付税等交付金（18.2%）を大幅に上回り、最大支出規模となっている。一方、歳入における租税等収入は全体の 44.3%（40 兆 9,270 億円）にすぎず、不足分は公的な借金ともいえる公債金収入 44 兆 2,980 億円（47.9%）に大きく依存している状態にある。公債残高は 2011 年度末で 667 兆円（国民一人当たり 521 万円）を超えており、少子・高齢化の進展をふまえると、公債に依存するのにも限界があると思われる。

なお、社会保障給付費（給付ベースで見た社会保障支出）の財源は、租税等による公費負担よりも、被保険者、事業主等による保険料収入のほうが多い[1)]。つまり、保険料収入が堅調であれば、社会保障の財政の見通しも多少なりとも明るいものとなるはずである。だが、景気低迷による企業業績の悪化を背景に、保険料収入も伸び悩む傾向にある。2011 年９月に公表された「平成 22 年度健保組合決算見込」によると、保険料を引

き上げた組合は全組合の３割と過去最高であるにも関わらず、赤字組合は全組合の８割と楽観視できる状態にない。さらに、人口構成の変化や雇用環境の変化を背景に、被用者保険の被保険者数･被扶養者数はともに減少傾向にある。こうした趨勢をふまえると、働く現役世代等の保険料収入に期待するにも一定の限界がある。

税収や保険料収入の大幅増が望めず、さらに、公債発行が難しいとなると、拡大傾向にある社会保障財政を維持するためにどうすればよいのだろうか。最もシンプルな回答は、財政規模に合わせて支出を抑制する（給付抑制）か、支出規模に合わせた新たな財源確保のいずれかであろう。しかし、やみくもな給付抑制は、社会保障本来の機能を低下させる恐れもある。また、新たな財源確保といっても、どの程度が必要となるかは、社会保障の今後のあり方により、大きく異なるだろう。以上より、社会保障機能の強化と財政健全化という視点から、今後の社会保障のあり方が大きく問われている。

そうした中、2010 年 10 月に政府・与党社会保障改革検討本部が設置され、「社会保障と税の一体改革」に関する議論が本格的に始動した。同年 12 月 14 日に閣議決定された「社会保障改革の推進について」に基づき、有識者検討会、集中検討会議においてそのあり方が検討されることになった。東日本大震災により、若干のスケジュールに遅れが見られたものの、2011 年６月 30 日には政府・与党社会保障改革検討本部から改革の具体的な方向性を示す「社会保障と税の一体改革成案（以下、成案)」が公表された、成案に基づき、2011 年 12 月現在、大綱の作成に向けた議論が集中的に行われている。

だが、社会保障の機能強化と財政健全化がセットであるはずであった改革が、連載寄稿「社会保障システムの再構築に向けて」第１回で駒村教授が指摘されたように、従来路線の「財政バランス論」の軌道に戻りはじめていると思われる節もある。この背景には、東日本大震災による膨大な復興財源の確保[2)]など財政見通しがより厳しくなったことや、ねじれ国会など政治的混迷があると思われるが、どのような社会・経済を作るかという基本構想に基づく改革を前面に出して、国民的合意形成を図るというよりは、目先の財政バランスを優先した改革議論が先行していると感じられるところもある。

以上を素朴な問題意識として、本稿では、成案[3)]で検討される個別分野の中でも、特に医療分野に焦点を当て、現在進行中の医療制度改革の動向把握を行う。その上で、「社会保障と税の一体改革」の意義と限界について考察を行う。

１）国立社会保障･人口問題研究所が 2011 年 10 月に公表した資料によると、収入総額 121 兆 8,326 億円のうち、「社会保険料」は全体の約 45.5%の 55 兆 4,126 億円となっている。一方、「公費負担」は、全体の約 32.2%で 39 兆 1,739 億円である。

２）東日本大震災復興対策本部が 2011 年７月 29 日に決定した「東日本大震災からの復興の基本方針」では、復興期間を 10 年間とし、復興需要が高まる当初の５年間（27 年度末まで）を集中復興期間に位置付けるとともに、10 年間における国・地方（公費分）の復旧・復興事業規模を少なくとも 23 兆円、集中復興期間では少なくとも 19 兆円と見込まれている。

３）本稿執筆後の 2012 年１月６日、成案以降の議論を受けて、政府・与党社会保障改革本部は、「社会保障と税の一体改革素案（以下、素案)」を決定、閣議報告した。本稿では一体制度改

革の全体的な動向把握という視点から、成案以降の動向（2011 年 12 月時点まで）を主に考察しているが、素案決定以降の最新動向についてはフォローしていない。なお、最終校正段階の 2012 年 2 月 5 日時点では、与野党協議に向けて政治的な調整がはかれているが、膠着状態に陥っている。

Ⅰ 「社会保障と税一体改革成案」の概要

本章では、一体改革の全体像を把握するために、2011 年６月に政府・与党社会保障改革検討本部より公表された成案（Ⅰ～Ⅵの６部構成）の概要を確認することにする。

第一に、「Ⅰ 社会保障改革の全体像」では、皆保険体制が実現した 1960 年代から現在にいたる 50 年間の社会経済諸情勢の変化に対応すべく、「国民の自立を支え、安心して生活ができる社会基盤を整備するという社会保障の原点に立ち返りその本源的機能の復元と強化を図っていく」ことが唱えられている。そして、2010 年 12 月の『社会保障改革に関する有識者検討会報告』で示された「３つの理念」（①参加保障、②普遍主義、③安心に基づく活力）及び「５つの原則」（①全世代対応、②未来への投資、③分権的・多元的供給体制、④包括的支援、⑤負担の先送りをしない安定財源）を踏まえて改革を進めるとしている。

こうした理念等に基づき、改革の優先順位を設置するとし、具体的には、①子ども・子育て支援、若者雇用対策、②医療・介護等のサービス改革、③年金改革、④制度横断的課題としての「貧困・格差対策」、「低所得者対策」について優先的に取り組むことが謳われている。本稿で焦点を当てる医療については介護等とともに２番目にあげられている。また、個別分野における具体的な改革項目については、負担と給付の関係が明確な社会保険の枠組みの強化による機能強化を基本とすること及び、「新しい公共」の創出など、成長に貢献し、地域に根ざすサービス提供体制の実現を図ることを前提に、「必要な機能の充実」と徹底した「給付の重点化」、「制度運営の効率化」を同時に実施すると述べられている。

医療・介護等における主な改革としては、大別すると、「地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化」、「保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化」の以上二つを図ると記されている。このほか、全体に関係する改革としては、「社会保障・税に関わる共通番号制度」の早期導入を図ることがあげられる[4)]。

次に、成案「Ⅱ 社会保障費用の推計」では、改革に要する費用（公費）として、充実による額 3.8 兆円程度、重点化・効率化により 1.2 兆円程度の支出削減効果があるとし、機能強化（充実と重点化・効率化の同時実施）による追加所要額を 2.7 兆円程度と見積もっている（何れも 2015 年における数値）。そのうち、医療・介護等については、1.6 兆円程度と見込まれている（図表１）。なお、ここであげられている推計値は「程度」と

いうことからも明らかなように、非常に大まかなものであり、改革がどこまで進むか不確定要素が大きい目安としての暫定値にすぎない[5)]。

図表１　医療介護等に必要な改革に要する費用

	A.充実	B.重点化・効率化	所要額(公費)2015年
医療・介護等	**地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化**		
	・病院・病床機能の分化・強化と連携 ・在宅医療の充実等（8,700億円程度）	平均在院日数の減少等（▲4,300億円程度）	0.4兆円
		外来受診の適正化等（▲1,200億円程度）	▲ 0.1兆円
	・地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実等 ・施設のユニット化（2,500億円程度）	介護予防・重度化予防 介護施設の重点化（在宅への移行） （▲1,800億円程度）	0.1兆円
	・上記の重点化に伴うマンパワー増強（2,400億円程度）		0.2兆円
	保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化、給付の重点化、逆進性対策		
	a. ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大（完全実施で▲1,600億円） ・財政基盤の強化（2,200億円程度）		～0.3兆円程度
	b. ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化（～1,300億円）	・介護納付金の総報酬割導入（完全実施で▲1,600億円） ・軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化	
	c.高度、長期医療への対応（セーフティ機能の強化）と給付の重点化 ・長期高額医療の高額療養費の見直し（～1,300億円程度）	・受診時定額負担等（初診、再診時100円の場合、▲1,300億円）	～0.1兆円程度
	d. ・総合合算制度 ・低所得者対策・逆進性対策等の検討	・後発医薬品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し ・国保組合の国庫補助の見直し	～0.4兆円程度
	高齢者医療制度の見直し		
医療・介護等計	改革の内容により変動		～1.6兆円弱程度

出所：成案資料を参考に著者作成

さらに、「Ⅲ 社会保障・税一体改革の基本的姿」では、安定財源の確保の手段として消費税を主たる財源とすることを明記した上で、消費税（国・地方）を原則として社会保障の目的税とすることを法律上明記し、その使途を会計上も明確化することが述べられている。さらに、消費税率については段階的に引き上げ2010年代半ばまでに10%まで引き上げると明記している[6)]。なお、税率５%の上昇分のうち、１%相当が機能維持、３%相当が機能強化（制度改革に伴う増、高齢化等に伴う増、年金２分の１）、消費税引き上げに伴う社会保障支出等の増１%に充当されることが見込まれている(詳細は後述、図表８)。

そして、「Ⅳ 税制全体の抜本改革」では、社会保障改革との整合性に配慮しつつ、消

費税のみならず、個人所得課税、法人課税、消費課税、資産課税についても改革を行う旨が述べられている。「Ⅴ 社会保障・税一体改革のスケジュール」では、工程表に従い、国民の理解と協力を得ながら社会保障と税制の改革を一体的に進めることが記載されている。

最後の「Ⅵ デフレ脱却への取組み、経済成長との好循環の実現」では、医療や介護分野での雇用創出や新たな民間サービス創出のための環境整備、ICT などのテクノロジーを活用した社会保障費用の最適化、サービスの質の向上、医療イノベーション、ライフイノベーションの推進、ドラッグラグ・デバイスラグの早期解消、先進医療制度の運用改善、民間企業を含めた多様な事業主体の新規参入促進、「新しい公共」の創造など、利用者・国民の利便の向上と新たな産業分野育成の観点からの諸改革を進めるとしている[7)]。

図表２　成案を受けての検討状況

社会保障改革推進本部の検討状況	
地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化	**今後の動き**
(1) 医療サービス提供体制の制度改革 ① 病院・病床機能の分化・強化 ② 在宅医療の推進 ③ 医師確保対策 ④ チーム医療の推進 (2) 地域包括ケアシステムの構築 ① 在宅サービス・居住系サービスの強化 ② 介護予防・重度化予防 ③ 医療と介護の連携強化 ④ 認知症対応の推進 (3) その他（外来受診の適正化等、ICT 活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減、介護施設重点化など）	⇒ 平成 24 年度関連施策等 (1)診療報酬・介護報酬改定 (2)医療計画作成指針の改定等 (3)補助金等予算措置による取組推進 (4)改正介護保険法の施行
保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化、給付の重点化、逆進性対策	**今後の検討**
(1) 市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充など財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化 (2) 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 (3) 長期高額医療の高額療養費の見直し (4) 給付の重点化の検討 (5) 高齢者医療制度の見直し (6) 国保組合の国庫補助の見直し (7) 介護１号保険料の低所得者保険料軽減強化 (8) 介護納付金の総報酬割導入等	⇒ 平成 24 年の通常国会法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら引き続き検討
(9) その他介護保険の対応	⇒ 介護報酬改定、介護保険事業計画の施行を念頭に引き続き検討
(10) 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し	⇒ 後発品の総合的な使用促進、先発医薬品の薬価引き下げ、医薬品の患者負担の見直しは引き続き検討
(11) 総合合算制度 (12) 難病対策	⇒ 番号制度等の情報連携基盤の導入が前提であるため、平成 27 年度以降の導入に向け引き続き検討

出所：平成 23 年 12 月５日に示された社会保障改革推進本部資料より著者作成

以上見てきたように、成案全体を通じて強調されていることは、「必要な機能の充実」と「給付の重点化」、「制度運営の効率化」である。既に述べたように、医療・介護等では、「地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化」、「保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化」があげられているが、具体的な検討は、社会保障審議会の専門部会等（医療部会、医療保険部会、中央社会保険医療協議会、介護保険部会・介護給付費分科会）での議論に委ねられている。より具体的には、図表 1 に示したように、医療提供体制については、充実化という視点から、病院・病床機能の分化・強化と連携[8)]、在宅医療の充実[9)]、重点化・効率化という視点から、平均在院日数の減少等、外来受診の適正化等が検討されている。また、保険制度については、充実化という視点から、非正規労働者の保険適用の拡大や市町村国民健康保険（国民健康保険）の財政基盤の安定化、重点化・効率化という視点から、患者負担の見直し（長期高額療養費の見直しによる負担軽減、受診時定額負担や後発医薬品の使用促進、医薬品の患者負担の見直し等）が検討されている。

以下では、これらの改革が求められる背景として、医療提供体制および保険制度にどのような問題があるかなどを整理した上で、成案及び関連部会での改革案がどのように対応しているのかを検討したい（図表 2)。

4）社会保障・税に関わる番号制度は、2010 年 12 月 14 日の閣議決定（「社会保障改革の推進について」）ですでに明記されている。

5）推計方法は、社会保障国民会議の推計方法を基礎としており、東日本大震災の影響を加味していない。

6）原案では、2015 年と明記することも検討されていたが、政治判断により年度を明示することは見送られた。

7）これは、前菅政権発足時の就任会見で述べられた、「強い経済、強い財政、強い社会保障」と同様の考えが背景にあると思われる。

8）具体的には、急性期医療への医療資源の集中投入、亜急性期・慢性期医療の機能強化等による入院医療の機能強化、精神保健医療の改革、医師の偏在是正、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化等があげられている。

9）具体的な項目としては、診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護等の計画的整備等があげられている。

Ⅱ　医療提供体制の問題

1. なぜ、病院・病床機能の分化・強化が求められるのか？

近年の医療計画や診療報酬改定による誘導によって、病院・病床機能の分化が進められているとはいえ、厳密な意味で、急性期病院と慢性期病院の区分が徹底しているとま

ではいえない。救急医療においても、初期救急医療、二次救急、三次救急と概念としては、区分されているが、地域の医療事情もあり、患者の重症度に応じて、搬送される医療機関が選別されている状態にはない。また、病床数の相違こそあれ、診療所と病院の役割分担も明確になっているとはいえない。では、機能が未分化であると何が問題であるのだろうか。一言でいうと、医療資源の非効率的な使用の背景要因となるということである。そして、病院・病床機能の未分化は、下記に述べる日本の医療提供体制の二つの特徴と組み合わせることで、より深刻な問題を発生させると考えられる。

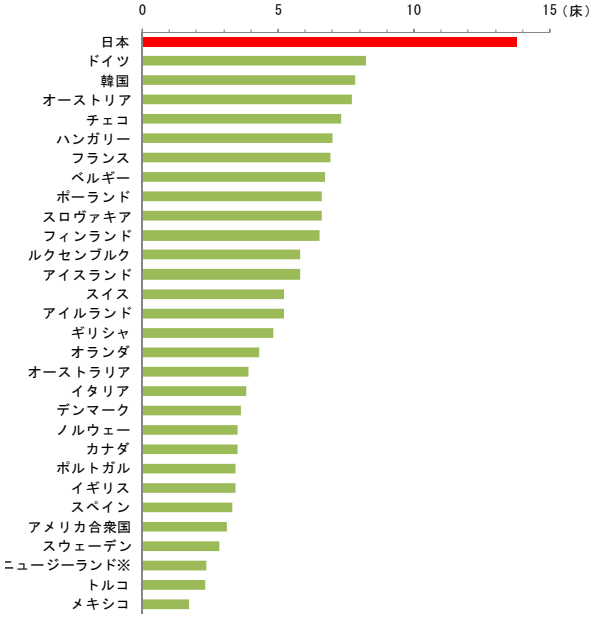
まず、日本は、「すべての国民が保険証一つでほとんど全国どこの医療機関でも受診できる」という意味で、フリーアクセスが実現している国である。病院・病床の機能が未分化な状態でのフリーアクセスは、外来においては、「３時間待ちの３分診療」のような本来高度医療の必要のない患者までもが大病院に集中する仕組みともなりうる。先進諸国の多くは、プライマリケアを専門とする GP（一般医）を受診し、そこで、二次医療が必要であるかどうか、専門医の受診が必要かを振り分ける仕組みを採用しているが、日本ではそのような制度は存在しない。フリーアクセスは、患者自身が専門医の受診が必要であるかどうかを判断し、自由に医療機関を選択することができるというメリットもある一方で、機能未分化な状態では、軽症で専門医受診の必要がない患者までも専門医を受診するという仕組みになりうる。

次に、日本の医療提供体制の特徴として、病床数が非常に多いということがあげられる。他の OECD 諸国に比べ人口千人当たり 13.8 と群を抜いて多い[10]（図表３）。それぞれの国の制度により病床の定義が異なるため、厳密な比較は困難であるが、これだけの差が生じている背景に、日本の病床には、治療を主目的として使用されていないベッドが含まれている可能性が示唆される。急性期病床、慢性期病床と区分しても、病床数が多いことに変わらず、そもそも日本の一般病床を急性期病床ととらえてよいのかという疑問も生じる。

一方で、日本の人口千人当たり医師数は 2.2 と、OECD 諸国の中で相対的に少ない（図表４）。病床数の多さに対し、医師が相対的に少ないことから不均衡が生じており、その結果として、病床当たり医師数は極端に少なくなっている。他方、看護職員数は、人口当たりでみると他の先進諸国と比べても大差はないレベルであるにもかかわらず、病床数が多いことから、こちらも病床当たりでみると少なくなってしまう（図表５）。

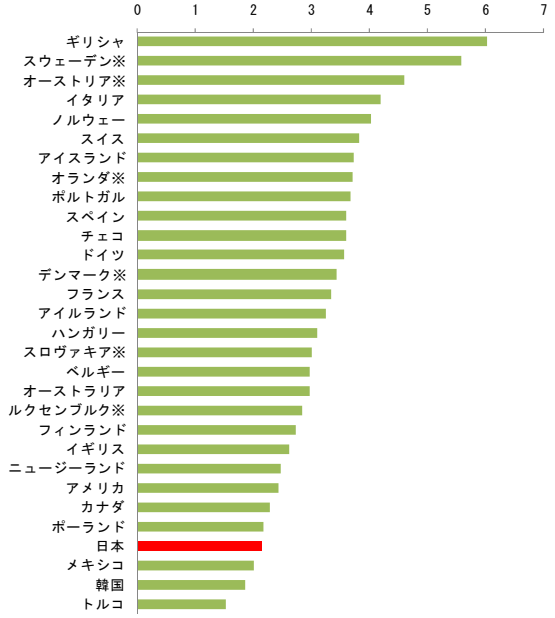
10）急性期病床、慢性期病床で区分しても病床数が相対的に多いという状況に変わりはない。

図表３　人口千人当たり病床数（全病床）の国際比較（2008 年）



出所：OECD HEALTH 2010、※の国は 2010 年データ

図表４　人口千人当たり臨床医師数の国際比較（2008 年）



出所：OECD HEALTH 2010、※の国は 2007 年データ

図表５　主要５か国の医療提供体制の比較

国名	平均在院日数	人口一人当たり外来診療回数	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
日　本	33.8	13.4(※1)	13.8	15.7	2.2	69.4	9.5
ドイツ	9.9	7.8	8.2	43.3	3.6	130.0	10.7
フランス	12.9	6.9	6.9	48.5	3.3	115.2	7.9
イギリス	8.1	5.9	3.4	76.5	2.6	279.6	9.5(※2)
アメリカ	6.3	4.0(※1)	3.1(※2)	77.9	2.4	344.2	10.8

注：※１　2007 年データ、※２　予測値
出所：OECD HEALTH 2010

病床数、平均在院日数の短縮と医師等のマンパワーのそれぞれには一定の相関がみられることから、病床数当たりマンパワーが少ないと、平均在院日数は長期化する傾向にある。実際、日本の平均在院日数は、他の先進諸国と比べても長くなっている。総病床ではなく、急性期病床、慢性期病床と区分をしても、同様の傾向を示しており、これらの現象からも、医療資源が効率的に使用されていないと考えられる。平均在院日数を短縮するには、病床当たりのマンパワーの充実が必要となるが、そのためには、分母の病床を削減するか、分子のマンパワーを増やすしかない。そのどちらもうまくいかず、マンパワーが不足している状態での平均在院日数の短縮は、医療従事者の過重労働の背景要因となる。また、病床数の多さは、治療が主目的ではない「社会的入院」と呼ばれる不適切な入院を生み出す温床ともなる。

2. なぜ、在宅医療の推進が求められるのか？

在宅医療の推進は、上記の病院・病床機能の分化・強化が進むと必然的に求められる。なぜ、在宅医療の推進が求められるかというと、病院・病床機能の分化・強化が進む過程で、従来よりも早い段階で退院が促される患者の受け皿が必要となるからである。そして、医療と介護の連携は、在宅医療を推進すると必要とされるものであり、実はこの３つはセットで考える必要がある取組である。

つまり、病院・病床機能の分化・強化の中で、平均在院日数の短縮化が求められ、入院治療の必要性が高くない患者の退院がこれまでよりも早い段階で促進される。しかし、彼ら・彼女らの多くは、治療の必要性がゼロになるというわけではないことから、継続的な治療が必要である。したがって、在宅医療の推進が必要となる。また、在宅医療を行う患者が、一人暮らし高齢者など、医療ニーズだけでなく、生活支援も含めた介護ニーズがある場合は、医療、介護の連携がとれた在宅療養の環境が整備される必要が生じる。

以上から、成案では、医療だけでなく、介護等とセットになっていると考えられる。なお、在宅療養でいう在宅の定義は、有料老人ホームなど居宅系施設も含まれる。在宅療養を可能とするには、地域において必要な医療・介護サービスを継続的、一体的に受けることのできる体制づくり（高齢者住宅や病床の介護施設への転換）が求められる。

3. なぜ、地域偏在の是正が求められるのか？

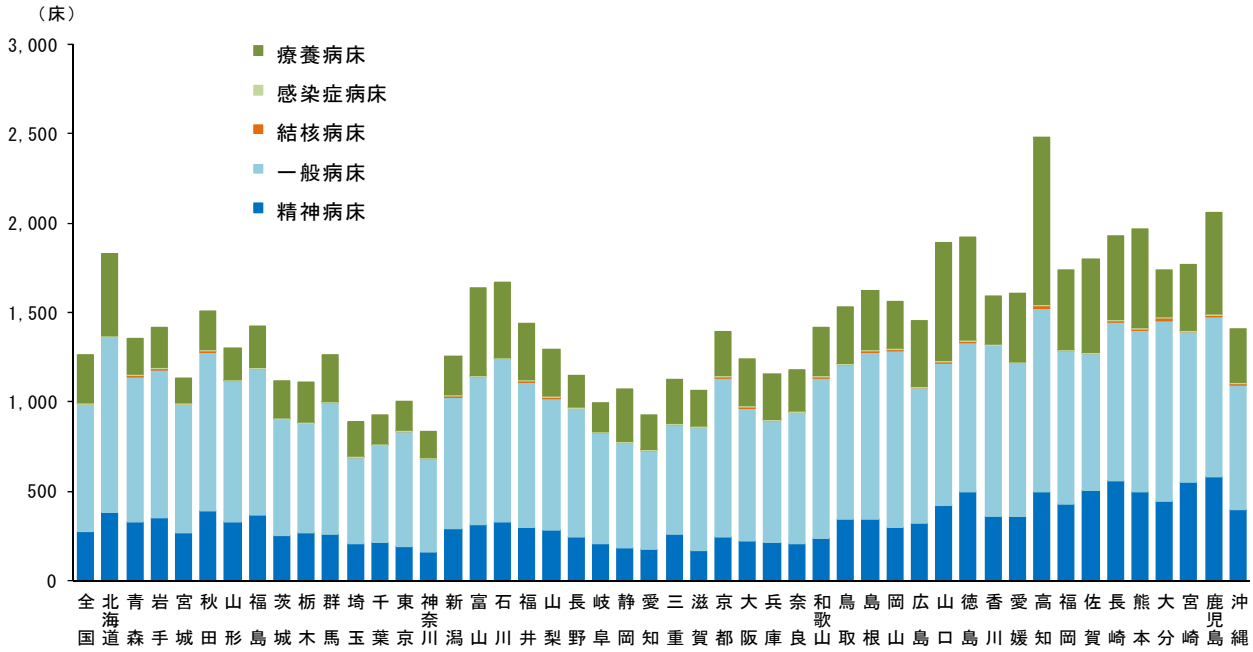
国際比較では、日本の病床数が多いのに対し、医師は少ないということを述べたが、国内だけに限定してみると、1980 年代後半の病床規制の導入の影響もあり、病床数は1990 年代以降、緩やかながら減少傾向にある。だが、大幅な減少のないまま、新規参入が困難になったことから、病床数の地域差は固定化されている。図表 6 に病床数の地域偏在を示したが、西高東低の傾向はここ 20 年以上同様の傾向を示している。結果として、医療費にも西高東低の傾向が顕著にみられる。

よりミクロレベルで見ると、死因疾患上位である癌や心疾患、脳卒中等の専門的な治療を行える医療機関や不採算医療を行う医療機関の偏在があると推測される。地域偏在の解消のために、医師の絶対数を増やすという議論もあるが、医学部定員を増やし、医師総数を増やせば、小児救急など不採算医療を行う医師が全国各地に増えるかというとそれほど単純なことではない。医師の養成には時間がかかるだけでなく、コストもかかる。仮に、時間とコストをかけて養成した医師全てが、そのまま医師が不足している地域や診療科に自動的に回れば、問題の改善につながるかもしれないが、自由開業医制度と診療科の自由標ぼうが認められている状態で自然に改善されるとは考えにくい。実際、戦前から戦後まで医療機関や医師の偏在は、政策課題として何度もあげられているが、

量的増加のみによって、偏在が解消されたことはない。地域的に偏在の大きな病床数の削減、是正をせずに、医師数を多少増やしたところで、極端なアンバランスが解消されるわけではない。医学部定員のコントロールにより伸び率は緩やかながらも、医師総数は戦後最大となっているが、問題は解消されていない。新臨床研修制度導入の影響もあるが、地域や病院によっては、医師確保が極めて困難になっている。

なお、地域偏在をどこまで問題とするかは、医療保障における平等性をどの範囲までどの程度まで認めるべきかという議論にも発展する問題であり、実は容易に答えは見つからない。しかし、少なくとも、国民皆保険体制のもと、保険財政に公費が少なからず投入されているということを考えると、給付の公平性という視点から、地域偏在に一定の問題があるということはいえるであろう。

図表６　人口 10 万人当たりの病床の状況（都道府県別）



出所：厚生労働省「平成 20 年医療施設調査」

4. 医療提供体制の改革における成案の方向性は妥当か？

筆者は、提供体制の改革における成案の方向性は概ね妥当であると考える。つまり、病院・病床の機能分化・強化を推進すると同時に、在宅医療の推進や医療・介護の連携をセットで進めるべきであると考える[11)]。また、地域偏在についても全ての診療科における完全な解消は極めて困難であっても、給付の公平性という視点から、一定の是正は必要であると考える。

しかし、成案の工程表で示されるような平均在院日数の短縮による支出削減効果を見込むことは非常に難しく、実現可能性については疑問の余地がある。既に述べたように、

平均在院日数を短縮するには、病床当たりのマンパワーの充実が必要となるが、そのためには、分母の病床を削減するか、分子のマンパワーを増やすしかない。成案では、分母の病床数削減をほとんど見込んでいないため、現行の病床数を維持するためには相当のマンパワーの増強が必要となるが、そこまでの増加を見込んでいないし、増加を見込める予算配置とはなっていない。成案を受けて、12 月 5 日に政府に提出された社会保障改革推進本部案では、現行の 107 万床（19～20 日程度の平均在院日数）を、14 年後の 2025 年度には高度急性期病床は 22 万床（15～16 日程度）、一般急性期病床は 46 万床（9 日程度）、亜急性期病床は 35 万床（60 日程度）とし、103 万床としているが、医師数は、現行の 29 万人から 32～34 万人、看護職員は、141 万人から 195～205 万人と見込んでいる[12)]。これらのマンパワーをどのように重点的に配置するかによって異なるため、厳密な比較はできないが、単純に総病床数と総医師数、総看護師数で除すると、それほど大幅に充実化するとはいえない[13)]。

予算、資源が無限大にあるならば、病床数に応じたマンパワー増強も可能であるだろうが、それは絵に描いた餅である。諸外国の情勢を見ても、病床数の削減ないしは介護施設等への配置転換は必須であると思われるが、そのための施策はほとんど触れられていない。民主党政権が介護療養病床廃止の凍結をマニフェストであげていたことにも関係するかと考えるが、病床数の削減・転換なしに、機能分化・強化だけで、平均在院日数の短縮が可能であるか不明である。仮に、平均在院日数の短縮が予想通りに進んだとしても、病床数が維持されている状態では、医療費の伸び抑制効果は期待できないと思われる。

日本では、「医療費適正化計画」のように、平均在院日数の短縮化による医療費の伸び抑制効果を期待する動きがあるが、本来、医療資源の効率的な使用と伸び抑制はイコールではない。平均在院日数が短縮化することは、一日における治療密度が高まることを意味することから、一日当たり医療費の増加をもたらす（包括払い〈DPC など〉導入により増加幅を制限することは可能）。また、回転率が高く、短縮化した日数で空いた病床を他の患者のために利用できるような病床利用率の高い病院の場合は、支出は増加する。実際、DPC 導入等で平均在院日数が短縮化した急性期病床では収入は増加している。平均在院日数の短縮化により、支出を減らすには、短縮化によって病床利用率が低下した病床を大幅に削減しなければならない。それができなければ、資源を集中投入することも難しく、医療従事者の就労環境が改善されることもない。

以上より、成案では、平均在院日数の短縮化を、重点化・効率化の項目にあげ、それにより、4,300 億円程度の支出削減効果を見込んでいたが、病床数の削減・施設等への転換を見込んでいないことから、これだけの支出削減効果を見込むことにはそもそも無理があるといえる。よって、医療提供体制の改革において示された方向性は妥当であるが、実現可能性及び削減効果は見込めないことから、社会保障と税の一体改革で提案される消費税５％引き上げの根拠がそもそも不明瞭であると考える。

11）この方向性は、自民党政権における「社会保障国民会議」の路線を継承するものであるともいえ、政権与党がどこであれ進むべき方向に大差はないともいえる。
12）これは、平成 23 年 6 月に提出された医療・介護に係る長期推計のパターン 1 である。
13）チーム医療の推進や看護師業務の拡大が、成案以降の議論で出てきた背景には、大幅に医師を増やせない中でのマンパワー強化を検討した結果であろう。

Ⅲ　医療保険制度の問題

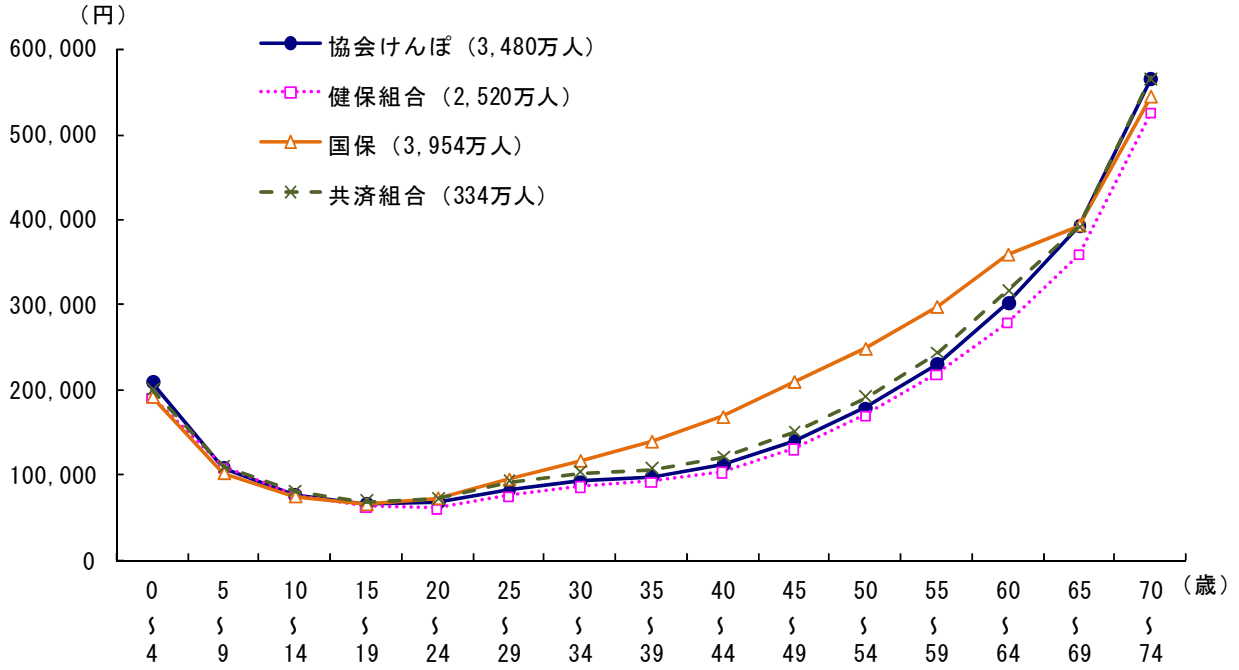
1．なぜ、保険財政基盤の強化が求められるのか？

日本の公的医療保険制度は、職域を単位に構成された被用者保険（組合管掌健康保険と協会けんぽ、日雇労働者健康保険、各種共済、船員保険）と地域保険である国民健康保険、および高齢者を対象とする前期・後期高齢者医療制度[14]（2006 年の改革前は退職者医療制度、老人保健制度）からなっており、生活保護受給者等を除いて、日本の全人口が社会保険によってカバーされている。これらの医療保険制度は歴史的には独自に発展してきたこともあり、高齢者や乳幼児を除き給付率は 3 割と統一されたものの、保険料率の算定や付加給付等の面で制度間の違いは現在でも残っている。

健康保険など被用者保険は、企業の被用者及びその被扶養者が加入する保険である。保険料は、被用者本人の標準報酬月額に応じて算定され、原則、事業主である企業と折半されるが、保険者によっては過半数以上の負担を事業主が行っていることもある。一方、地域保険である国民健康保険における保険料の算定は、所得割・資産割・均等割・平等割で構成されるが、その組み合わせを含め具体的な内容は保険者である市町村等によって異なる[15]。

そもそも国民健康保険は、自営業者、被用者 OB、無職者など稼得形態の異なる多様な被保険者[16]を抱えており、その運営基盤は必ずしも強固なものではないことから、国庫負担が多くなされている。また、病気等により企業等で働けなくなった人も多く、25 歳以上から 69 歳未満までの全ての年齢階層において、国民健康保険の被保険者の一人当たり医療費は、被用者保険に比べて高くなっている（図表 7）。

図表７　制度別、年齢階層別一人当たり医療費（年間）



出所：厚生労働省「平成 21 年度医療給付実態調査報告」

このほか、被用者 OB も含め、多くの高齢者が国民健康保険に加入することから、高齢者の医療費が、国民健康保険の財政悪化の構造要因になるということから、従来の被用者保険・地域保険という枠組みに加え、保険制度全体として財政調整（旧老人保健制度や前期高齢者医療制度 [17]）や財政支援（後期高齢者医療制度）を行う仕組みがある。このように、それぞれの制度は分離独立しながらも、国民皆保険を維持するために、他制度の財政調整や支援を共同で行う仕組みとなっている。

しかし、国民健康保険の適用者が増加し、被用者保険が縮小する中で、被用者保険から国民健康保険への財政移転を中心とした従来の制度枠組みの財政調整の仕組みで対応することは困難になりつつある。近年の制度改革で公費負担分を増やしているものの、先に述べた日本の国家財政の状況で、公費負担を大幅に増やすことも容易ではなくなっている。以上より、保険財政の構造的な悪化を解消することが求められている。

14）老人保健制度では、健保組合や国民健康保険など加入していた保険制度の被保険者資格を有したまま老人医療を適用していたのに対し、後期高齢者医療制度では適用年齢（75 歳以上）になると、後期高齢者だけの独立した保険（都道府県単位の広域連合が保険者）に個人単位で新たに加入することになる。これにより、老人保健拠出金では不明瞭であった、現役世代と高齢者それぞれの負担（現役世代が後期高齢者支援金として４割、高齢者が１割、残り約５割が公費）を明確化させたという特徴がある。だが、政治的混乱や事務手続きの不備、さらには制度が複雑であったこともあり、後期高齢者医療制度は廃止、見直しの対象となっている。

15）なお、国民健康保険の場合、被扶養者という概念はなく、家族がいる場合は、人頭割も考慮

された上で、保険料が算定される。

16）厚労省の「平成 21 年度国民健康保険実態調査」によると、派遣労働者やパートが 35.2%、無職者が 39.6%を占め、総世帯の 42.2%が保険料を軽減された世帯である。すでに、農林水産業者・自営業者の保険ではなくなっている。

17）団塊世代の高齢化を鑑み、65 歳から 74 歳の退職者が大量に国民健康保険に移動することが見込まれることから、退職者医療制度は廃止され、前期高齢者については保険者間で医療費の負担を財政調整する仕組みがとられている。

2. なぜ、非正規労働者の保険適用の拡大が求められるのか？

被用者保険では、事業主が給与から保険料を強制徴収することから滞納は実質的には発生しないが、市町村窓口で手続きを行う国民健康保険では滞納世帯が存在する。これは、経済的状況が厳しく滞納している世帯も多いと思われるが、支払能力があっても滞納している世帯も含まれると思われる。厚生労働省保険局国民健康保険課資料によると、平成３年時点で、滞納世帯は 246.4 万世帯（全加入世帯の 14.5%）であったものが、2010 年現在 436.4 万世帯（同 20.6%）となっている。滞納が長期化し、通常の被保険者証が発行されない短期被保険者証交付世帯も 6.6 万から 128.4 万世帯、事業の休廃止や病気など保険料を納付できない特別な理由がないにもかかわらず滞納している資格証明書交付世帯も 3.2 万から 30.7 万世帯と大幅に増加している。このまま滞納世帯が増えてくると、無保険者の増大、制度の空洞化にもつながりかねず、放置しておくと、実質的な国民皆保険が崩壊の危惧も生じる。以上を背景として、成案では、非正規労働者の被用者保険適用の拡大が求められている。

3. 医療保険制度改革における成案の方向性は妥当か？

著者自身の見解を述べると、医療提供体制の改革における方向性については妥当であると評価するものの、保険制度改革における方向性については、再検討の余地が大きいと考える。局所的に合理的かつ妥当と思われる改革であっても、全体としてみるとパッチワークだらけの財政バランスと利害調整優先型の改革であり、医療保険の構造問題に対応することがとてもできるとは思えないからである。

既に述べたように、保険財政は構造的に悪化する状態にあることから、構造に合わせた改革をしなければ問題は解消されない。成案では、国庫補助の多い国保の財政基盤の強化が求められ、財政運営の都道府県単位化が提唱されている。しかし、雇用環境や人口構成の変化をふまえると、多少の財政基盤の強化を図ったところで解決できるようには思えない。また、現行の国保の保険者は市町村等であり、保険者を都道府県単位に再編[18)]するならばともかく、財政規模のみを都道府県単位とすると保険者機能が発揮できるのかという問題もある。

さらに、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大は、保険の空洞化を回避すると

いう視点から、一定の評価はするが、これは、医療保険だけの問題ではなく、その他の社会保障制度及び租税体系全体（配偶者控除等）にかかわるものであるため、全体として整合性のとれる仕組みにしなければ意味がない。租税改革で、配偶者控除の見直しが進んでいない状態でうまくいくのであろうか。個人単位をベースとして考えるのか、家族単位をベースとして考えるか（扶養家族を前提とした制度）によって制度のあるべき姿も変わりうるはずであるが、そこが整理されないまま、適用拡大だけ進めても空洞化の問題は改善できないのではないかと考える。

その一方で、給付削減や患者自己負担増加など財政バランスを優先した議論だけが先行しているように思える。たとえば、長期高額医療の高額療養費の見直しは、給付の重点化の検討としてあげられるが、現行では財源がないことから、高額療養費の見直しに伴い必要とする財源は、受診時定額負担等とされ、両者はセットで議論されている。しかし、そもそも、高額療養費制度にしろ、受診時定額負担にしろ、定率負担の自己負担と組み合わせることが妥当であるという根拠は何であろうか。日本の公的医療保険は、公費負担も多く、保険原理はそもそも徹底されておらず、租税と社会保険の混合方式であるとはいえ、高額療養費の増加分をなぜ受診時定額負担で賄うのか、制度設計における合理的な根拠が欠如している。また、成案では、将来的に医療・介護・保育等の自己負担を制度単位ではなく家計単位で上限額を設定するという総合合算制度が検討されているが、総合合算制度が導入された場合、高額療養費制度はどういう位置づけになるのであろうか。成案における保険制度改革で目指している全体のビジョンが見えてこない。

さらに、高齢者医療制度の見直しでは、高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置及び70～75歳未満の患者負担を法定の２割（現在凍結中）に上げることが検討されているが、前者については被用者保険の、後者については、高齢者の負担増に対する利害関係者等の反対があることから議論が進んでいない。国民的合意を求めるといいながら、結局は、医療保険をとりまく利害関係者の調整に終始している。そもそもなぜ、被用者保険が支援をしなくてはならないのか、なぜ高齢者の患者負担が若年現役世代より低くなくてはならないのか。

成案では、『社会保障改革に関する有識者検討会報告』の「３つの理念」（①参加保障、②普遍主義、③安心に基づく活力）及び「５つの原則」（①全世代対応、②未来への投資、③分権的・多元的供給体制、④包括的支援、⑤負担の先送りをしない安定財源）を踏まえて改革を進めるとしているが、ここであげた理念に照らし合わせるとどういう結論が導かれるのであろうか？ 理念も原則も名ばかりのものであるならば、そのような大義名分は削除すべきであろう。

誤解のないように付け加えると、筆者自身は、給付の重点化は重要であると考えるし、必要に応じて負担増などメリハリのある自己負担は必要であると考える。しかし、合理的な根拠が見当たらないまま、財政バランス論や利害調整ポリティクスにより、場当たり的に、重点対象や負担増が決定されるということについては疑問がある。

18）後期高齢者医療制度のように都道府県単位の広域連合を保険者として段階的に再編していくならば問題は是正されると思われるが、この問題は、新しい高齢者医療制度の見直しがどのように進むかによって実現可能性は変わるであろう。

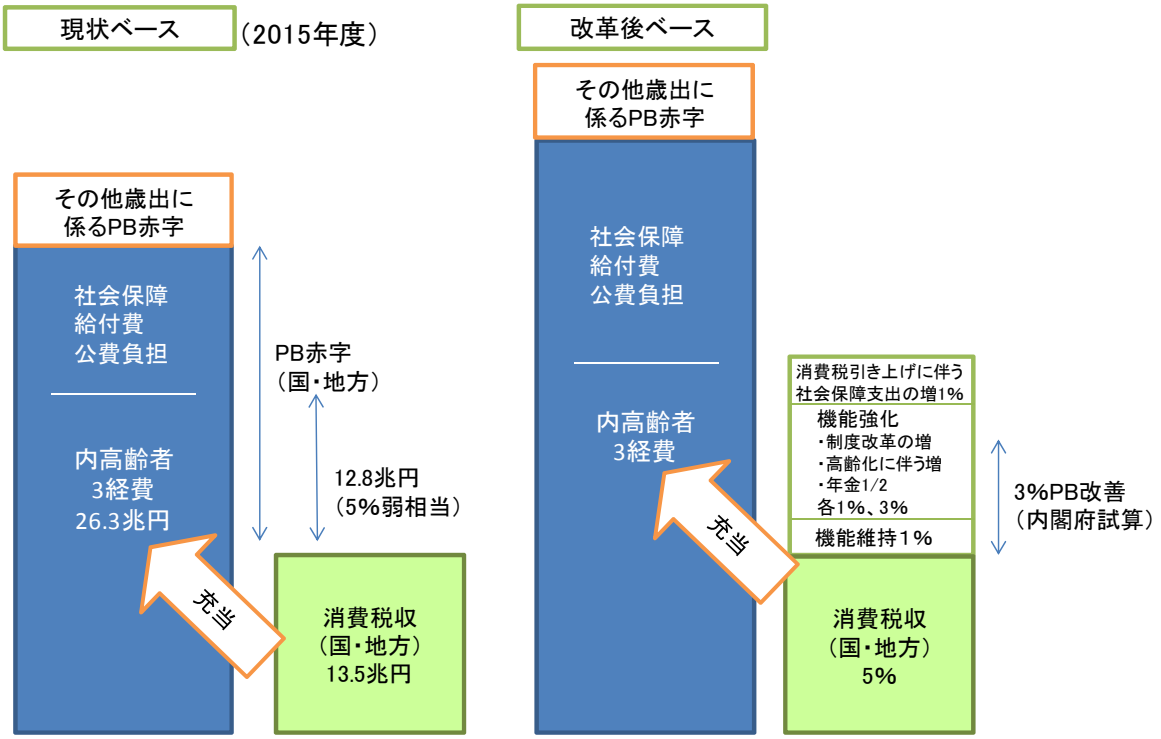
Ⅳ　一体改革の意義と限界

以上述べてきたように、国民皆保険達成から 50 年の月日が流れ、医療提供体制および医療保険制度をめぐる今日の環境は皆保険達成時とは著しく異なっており、制度疲労が生じているのではないかと思われる。そうした中、従来の社会保障改革ではタブー視され検討することすらできなかった、消費税の増税という新たな財源確保の議論が、一体改革によって初めて実現したということそのものは大きな一歩であると考える。社会保障制度の持続可能性という視点から考えても、増税を含む新たな財源確保は必要であると考えられる。また、成案全体を通じて強調されている、「必要な機能の充実」と「給付の重点化」、「制度運営の効率化」は、今後どのような制度になるにせよ重要なキーワードであると思われる。

しかし、増税の根拠となる改革の整合性がとれていないことや、費用推計の曖昧さや実現可能性という視点で、一体改革の成果をその意義以上に期待することはできないと考えている。

消費税の引き上げ率は、社会保障のあり方に大きく左右されるものであるが、10%という数値は、社会保障のあるべき姿から出てきた数値ではない。一体改革の成案の別紙３によると、2015 年度の「社会保障高齢者３経費（基礎年金、高齢者医療、介護の公費負担)」を国と地方合計で 26.3 兆円と見積もっており、現行の税率５％だと 12.8 兆円（５％弱相当）が不足すると想定されている（図表８）。内閣府試算によると、消費税率換算で３％のプライマリーバランス（PB）の改善が必要であることから、消費税１％当たり税収を約 2.7 兆円とすると、５％程度引き上げると、消費税引き上げに伴う社会保障支出増加分（１％程度）および機能維持に１％で残り不足分を賄うことができる計算となる。つまり、「機能強化」分３％としているが、そのうちの、２％（年金２分の１財源１％と高齢化に伴う増の１％）は不足分の充当であり、制度改革による増となる機能強化に使われるのは１％程度にすぎない。つまり、５％引き上げありきで、１％分で可能な社会保障制度改革のあり方が検討されたといっては言い過ぎであろうか。成案で提案された制度改革による取組による増加が１％（2.7 兆円程度）で収まらなかった場合、消費税の引き上げが求められることになるが、消費税の引き上げは政治的なイシューになることから引き上げは容易ではないと思われる。特に、全体の中でも、医療は、介護等とともに、1.6 兆円程度と最大の規模が見込まれることから、改革の進捗状況が財政に与える影響も少なくないと考えられる。

図表８　社会保障財源確保



出所：成案、別紙３の４ページを参考に著者作成

以上、社会保障と税の一体改革の動向を追ってきたが、評価すべき事項もあるが課題もあると考える。何れにせよ、今、求められていることは、国民にどのような社会・経済を目指していくのか、社会保障のビジョンを示すとともに、それに必要な財源として消費税引き上げの必要性を具体的な根拠とともに説明する責任である。成案は、閣議報告にとどまり、閣議決定しなかったが、本気で行うならば、国民に向かって制度のあり方や負担増のあり方を正面から問うべきではなかろうか。