

特集：ケアの社会政策

ケアの財源調達に関する考察

尾形 裕也*

抄 録

本稿では、わが国の「ケア」の大きな部分を占める医療・介護の財源調達の問題を中心に考察する。両者の財源は、保険料、公費、自己負担に大別されるが、医療費については、そのシェアは時代とともに大きく変動している。これに比べ、介護費用の負担は給付と連動しており、こうした変動はない。いわゆる「2025年ビジョン」において、将来の医療・介護提供体制と費用負担のあり方が同時に提示された。選択と集中、機能分化と連携を図る「改革シナリオ」は「現状投影シナリオ」に比べ費用がかかるが、費用増大分については、消費税増税で対応することが想定されている。これを制度化した地域医療構想においてもほぼ同じ考え方が踏襲され、地域医療構想実現のために都道府県に新たな基金が設置されているが、その運用についてはいくつかの課題がある。また、医療・介護の財源問題には、このほか、保険者機能、保険給付範囲、民間保険の活用等の諸問題がある。

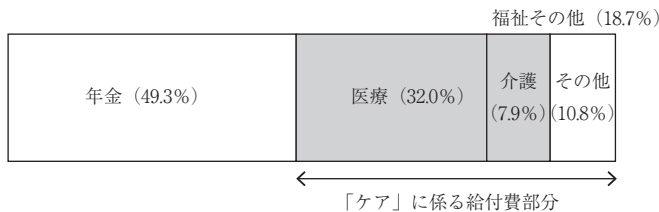
キーワード：国民医療費，2025年ビジョン，地域医療構想，コストシフティング，地域医療介護総合確保基金

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 1, pp.98-113.

I はじめに

本稿においては、わが国における「ケアの財源

調達」に係る諸問題を考察する。その際、主として、医療および介護サービスの提供に関する財源問題を中心に検討する。その理由としては、まず第1に、わが国の「ケア」における医療・介護サー



出典：国立社会保障・人口問題研究所『平成25年度社会保障費用統計』より作成

図1 部門別社会保障給付費 (2013年度)

* 東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

ビスのウェイトの大きさが挙げられる。図1に示したように、社会保障給付費総額110兆6,566億円(2013年度)のうち、現金給付である年金(49.3%)を除いた、主として人的サービス提供(ケア)に係る給付費は全体の5割強となっている。そのうち、医療・介護の占める割合は、78.7%を占めている。また、医療・介護給付のうち、傷病手当金のような所得保障的な部分のウェイトは相対的に小さく、そのほとんどは現物サー

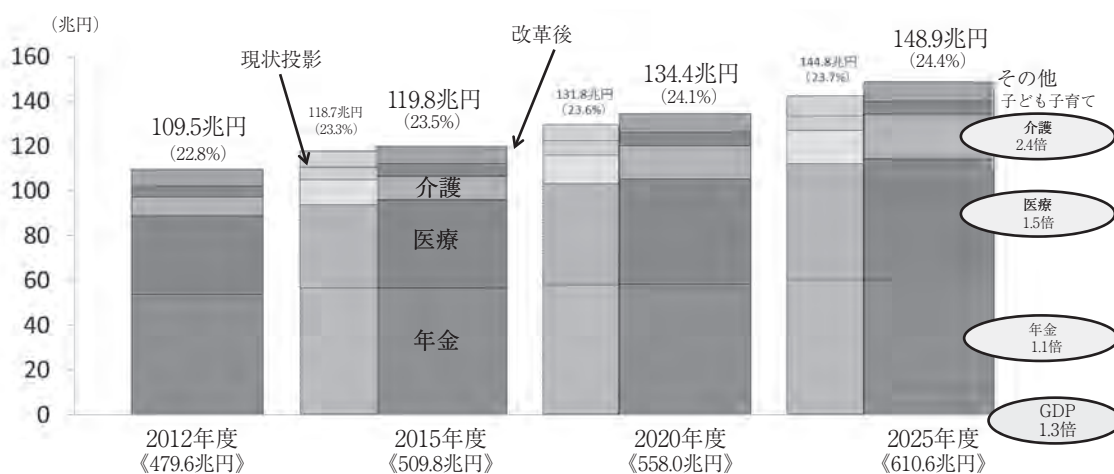
ビス提供に係る費用充当分、まさに「ケアの財源」分であると考えられる¹⁾。

第2に、今後の社会保障費用の動向については、いわゆる「マクロ経済スライド」が導入され、費用の伸びが一定程度コントロールされることが予測される年金に比べ、そうした「キャップ」が欠けている医療・介護費用の伸びはきわめて大きいことが想定される。図2に厚生労働省による社会保障給付費の将来予測を示した。これを見ると、

社会保障に係る費用の将来推計について



○給付費は、2012年度の109.5兆円 (GDP比22.8%) から2025年度の148.9兆円 (GDP比24.4%) へ増加
 ○2025年度にかけて、医療・介護の給付費が急激に増加



※平成 24 年3月に厚生労働省において作成したもの

注1: 「社会保障改革の具体策、工程および費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「II 医療介護等 ②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」および「III 年金」の効果は、反映していない。)

注2: 上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。

注3: ()内は対 GDP 比である。《 》内は GDP 額である。

出典: 厚生労働省「社会保障制度改革の全体像」

図2 社会保障に係る費用の将来推計

¹⁾ 現物 (in kind), 現金 (in cash) というのは、社会保障に関する給付についての伝統的な二分法である。医療保険においては、前者は「療養の給付」、後者は「療養費」として法令上も区分されてきた。しかしながら、こうした制度の基本的設計とは別に、制度上は「療養費」でありながら、給付の実際としては、「現物給付化」されている場合も多い。例えば、被用者保険における家族療養費や介護保険における介護給付等は、現物給付化されている(法研(1999) P1314-P1315)。ただし、あくまでも「療養費」という構成をとっていることから、第5節で考察するように、介護保険制度は、いわゆる「混合介護」を基本的に容認する制度設計であるといえる。

2012年度に比べ、2025年度における給付費の伸び率は、(いわゆる「改革シナリオ」の場合)年金が1.1倍なのに対し、医療は1.5倍、介護は2.4倍と、相対的に高い伸びが予測されている。この間のGDPの伸び率が1.3倍と見込まれていることを併せて考えると、医療・介護費用の伸びは経済成長率を上回っていることがわかる。いずれにせよ、高い経済成長が望めない中で、医療・介護費用をどのようにまかなっていくかということは、今後の社会保障財源問題における中心的なテーマであると考えられる。

第3に、財源問題を検討するに当たって、基本的に公費が中心である各種の福祉サービスの場合に比べ、医療や介護については、保険料と公費の組合せ、さらには保険給付の設計のあり方等考察すべき問題が多い。前者が基本的に国と地方(都道府県、市町村)の間の権限と負担配分の問題であるのに対し、後者は社会保障費用の財源調達に係る、より一般的、基本的な問題に関わっている。同じ「ケアの財源調達」問題と言っても、複雑さの程度は相当異なるものと考えられる。本稿において医療・介護サービスの提供に関する財源問題を中心に検討するゆえんである。

II 医療・介護費用の財源構造

こうした「ケアの財源構造」を考察するために、まず、医療費のマクロ的な財源構造の推移を見てみよう。表1および図3は、国民医療費の年次推移を、1955(昭和30)年度から10年おきに見たものである。国民医療費は、公的な保険診療の対象となる傷病の治療に要した費用を推計したものであり、予防的な費用や保険外診療に係る費用は含まれていないが、わが国における通常の医療費の大部分をカバーしている統計である。これを見ると、公費、保険料、患者負担という3つの大きな財源の構成が、時代とともに変化してきていることがわかる。国民皆保険体制成立以前の1955(昭和30)年度から60年弱にわたる期間の医療費の財源

構成は、大きく次の4つの時期に分けて考えることができる。

まず、第1は、昭和30年代の患者負担割合がきわめて高い時期である。例えば、1955(昭和30)年度で見ると、患者負担は国民医療費の4割近くを占めており、公費も含めた保険の給付割合は6割強に留まっていたことがわかる²⁾。『経済白書』が「もはや戦後ではない」と記述したのは、1956(昭和31)年のことであったが、ミクロ的には、一家で一人大病を患う人が出ると、家計が破綻してしまうということが十分現実のものであった時代であり、この時期における公的な医療保険の保障機能はまだ弱かったといえる。

次いで、第2期は、1961(昭和36)年の国民皆保険体制の成立、さらには、1973(昭和48)年のいわゆる「福祉元年」による大幅な給付改善等によって、患者負担の大幅な引下げが行われた時期である。特に、高額療養費制度の導入(1973年)の影響は大きく、患者負担は12%程度の水準まで引き下げられた。この間、公費負担、中でも国庫負担割合が大幅に引き上げられていることが注目される。全体として、経済の高度成長の果実が税投入の拡充という形で医療保障に還元された時期であったといえる。

そして、第3期は、第一次石油危機(たまたま「福祉元年」と同年の1973(昭和48)年であった)を契機とする経済の高度成長の終焉、安定成長への移行に伴い、「福祉元年」の「行き過ぎ」(例えば、老人医療費の無料化措置等)が是正された時期である。1982(昭和57)年の老人保健法の成立、さらには1987(昭和62)年の見直し(老人保健拠出金加入者按分率の100%への引上げ)等により、国庫負担の構成割合が引き下げられた。国庫負担の割合は、1983(昭和58)年度の30.6%をピークとして、1993(平成5)年度の23.7%まで、10年間で7%近くの低下を示している。これに替って増大したのが保険料および地方負担である。保険料の構成割合は1983(昭和58)年度の52.5%から1992(平成4)年度の57.6%まで5%強増大してい

²⁾ 国際的に見て、患者の自己負担(private out-of-pocket)比率が1955年当時の日本の水準に近い国としては、韓国(経常医療費の37%)が挙げられる(OECD(2015))。

る。また、地方負担も1981（昭和56）年度の5.1%から1993（平成5）年度の7.0%まで2%近い上昇を示している。全体として、この時期は、国の財政の厳しい状況を反映して、医療保険制度に関する諸改革を通じ、国庫負担から保険料および地方政府負担へのcost shiftingが行われた時期であったといえる。

第4期は、その後、今日に至る20年ほどの期間である。この時期は、第3期の揺り戻しとして、保険料負担割合の軽減を公費の投入増によって実現してきた時期である。保険料と国庫負担について、第3期とはちょうど逆のcost shiftingが行われた時期であるといえる。保険料の構成割合は、前述した1992（平成4）年度の57.6%をピークとして漸減し、2004（平成16）年度には5割を切った。そして、その後一度も5割を回復することなく、2013

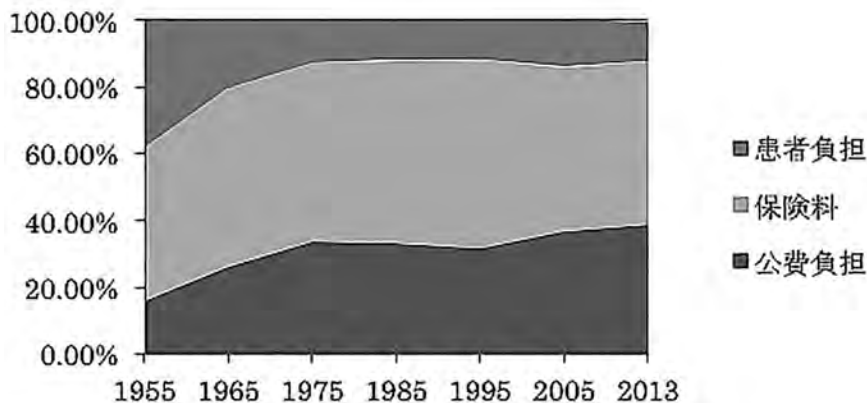
（平成25）年度には48.7%と、1992年度に比べ9%近く低下した水準になっている。これに対して、国庫負担は1993（平成5）年度の23.7%を底として漸増し、2013（平成25）年度には25.9%と、20年間で2%以上の増加を示している。その一方、地方負担については、2000（平成12）年度の8.5%を底として一貫して増大し続け、2013（平成25）年度には12.9%にまで増加している。こうした地方負担の増大の背景には、2005（平成17）年の国民健康保険への都道府県財政調整交付金制度の導入およびその後の拡大等の制度改正があるものと考えられる。

なお、第4期における保険料と国庫負担の間のcost shiftingについては、大きな法制度改正によるというよりは、わが国の公的医療保険制度における加入者構成の変化の結果と考えることができ

表1 国民医療費の財源構造の推移（%）

年 度	公 費			保険料	患者負担	備 考
	国庫	地方	小計			
1955（昭和30）	11.6%	4.2%	15.9%	45.5%	38.7%	1961年皆保険
1965（昭和40）	22.1	3.9	25.9	53.5	20.6	1973年福祉元年
1975（昭和50）	28.9	4.6	33.5	53.5	12.9	1982年老人保健法
1985（昭和60）	26.6	6.8	33.4	54.3	12.0	
1995（平成7）	24.2	7.5	31.7	56.4	11.8	2000年介護保険法
2005（平成17）	25.2	11.4	36.6	49.0	14.4	
2013（平成25）	25.9	12.9	38.8	48.7	11.8	2012年消費税法改正

出典：厚生労働省「平成25年度国民医療費の概況」等から作成



出典：厚生労働省「平成25年度国民医療費の概況」等から作成

図3 国民医療費の財源構造の推移（%）

る。表2に、最近20年間の国民医療費の制度区分別構成割合の推移を5年ごとのデータとして示した。これを見ると、国庫負担がほとんど投入されていない健康保険組合や共済組合がその組合数および加入者数の減少の結果、国民医療費に占めるシェアを下げているのに対し、国庫負担の投入割合の高い国民健康保険や老人保健（後期高齢者医療制度）のシェアが上昇していることがわかる。また、全額を公費でまかなっている生活保護（医療扶助）等の公費負担医療についても、受給者数の増加等の結果、シェアが急増している。全体として、保険料負担割合の高い制度が縮小し、逆に

国庫負担投入割合の高い制度が拡大している結果、保険料と国庫負担との間のcost shiftingが起

表2 国民医療費の制度区分別構成割合の推移（年度、％）

制度／年度	1993	1998	2003	2008	2013
健康保険組合	11.7%	9.9%	8.6%	8.8%	8.3%
政管健保*	16.2	13.2	11.0	11.4	11.2
共済組合	4.5	3.2	3.0	2.8	2.6
国民健康保険	20.2	19.0	21.2	24.9	24.0
老人保健**	29.5	34.4	33.8	30.0	32.7
公費負担医療	4.9	5.0	5.8	6.7	7.4

*2008年度以降は協会けんぽのデータ

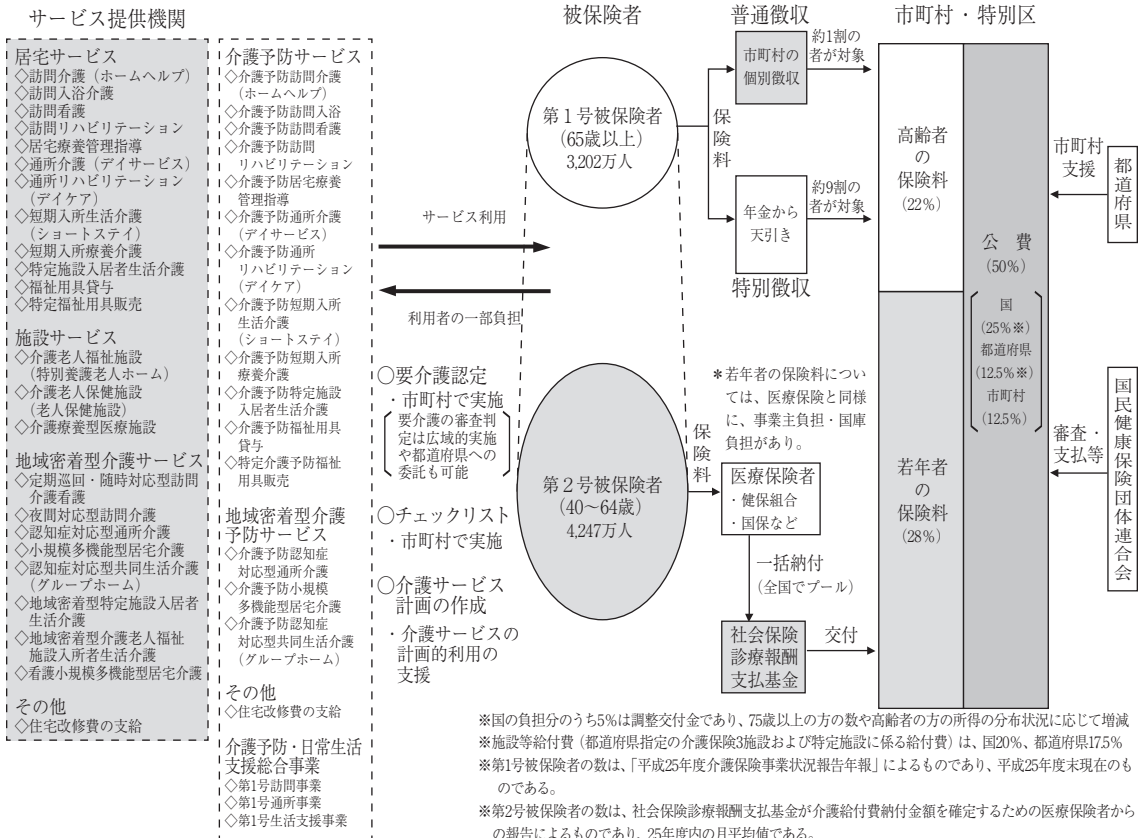
**2008年度以降は後期高齢者医療制度のデータ

出典：厚生労働省「平成25年度国民医療費の概況」等から作成

介護保険制度の概要

概 要

介護保険制度の体系図



出典：厚生労働省『平成27年版厚生労働白書』資料編より転載

図4 介護保険制度の財源構造

こっているものと考えられる。

次に、介護費用の財源構造を見てみよう。介護保険については、図4に示したように、医療の場合とは異なり、制度が分立しておらず、一本化されていることに加えて、基本的に給付と負担がリンクしており、介護給付に要する経費は税財源と保険料財源に折半されている。支出である給付費が膨らめば、財源である税と保険料も等しく増大するという仕組みである。こうした仕組みの下では、医療保険の場合のような制度分立に伴う費用負担のアンバランスの問題は生じず、もっぱら給付費の増大に保険料および公費負担が追いついていけないかということが基本的な問題になる。図2に示したように、介護給付費は今後経済成長率を上回る急速な増大が見込まれている。特に、市町村が保険者である介護保険においては、その保険料引上げは大きな課題であり、制度の持続可能性が常に問われる結果となっている³⁾。

Ⅲ 医療・介護提供体制の将来像と財源問題

今後の医療・介護費用をめぐるのは、近年、消費税増税（「社会保障と税の一体改革」）問題をめぐって、医療・介護提供体制の将来像（「2025年ビジョン」）が示されている。こうした「ビジョン」においては、費用負担、財源調達の問題と、サービス提供体制の問題の両方が同時に提示されていることが注目される。まず、2006年のいわゆる「医療制度構造改革」（小泉構造改革）の後、将来の医療・介護提供体制のあり方について議論が行われ、2008年には、社会保障国民会議の最終報告において、「医療・介護費用の将来推計」（シミュレーション）が公表された。さらに、図5に示したように、2011年6月には、民主党政権の下でこれを見直した「医療・介護に係る長期推計」が公表されている。これらは、いずれもいわゆる「団塊の世代」が皆後期高齢者となる2025（平成37）年度を目標年次として、医療・介護提供体制について

「選択と集中」、「機能分化と連携」を進めた場合の「改革シナリオ」と、現状のまま推移した場合の「現状投影シナリオ」を対比して示している。その場合、「改革シナリオ」は、一般病床の機能分化による急性期医療の確立と、「居住系サービス」を中心とする在宅ケアの拡充を「楯の両面」として注目がされる。そして、「改革シナリオ」は「現状投影シナリオ」に比べ、提供されるサービスの質は高いが、同時に医療・介護に係る費用も増大するとされており（図2を参照）、こうした費用増大分については、消費税増税（および保険料引上げ）によって対応することが想定されている。

それでは、なぜ、「選択と集中」や「機能分化と連携」を進めた「改革シナリオ」の方が、それをしない「現状投影シナリオ」よりも費用がかかることになるのだろうか。そこには大きく分けて2つの要因が考えられる。まず、第1に、急性期医療の確立である。例えば、図5に示されているように、「改革シナリオ」では、一般急性期の平均在院日数は9日程度と、一般病床の在院日数（長期ビジョン策定当時は18日程度）をほぼ半減した姿となっている。こうした短い在院日数を達成するためには、現在よりも短期間に集中した医療資源の投入を行う必要があり、入院1日当たりの診療単価は相当高いものとなることが予想される。つまり、在院日数は短くなっても、1日当たりのコスト（診療単価）が上昇するので、医療費が減ることにはならないということが第1点である⁴⁾。また、在院日数の短縮に伴い、これまで入院していた患者の多くが早期に地域社会へ復帰することになる。その場合、こうした患者は、引き続き一定の医療・介護ニーズを有しつつ、地域に帰っていくことになると考えられるので、こうした新たなニーズに対応する医療・介護サービスの提供（在宅医療や施設・在宅ケア）が必要になる。このことは、追加的な費用増をもたらすであろう。こうした2つの要因によって、「改革シナリオ」は「現状投影

³⁾ 例えば、平成27年版厚生労働白書においては、「介護費用の増大に伴い、介護保険制度創設時に全国平均3,000円程度であった介護保険料は、現在約5,000円になっており、2025年には約8,200円になると見込まれている」として、介護保険制度の持続可能性の確保が大きな課題であるとしている（厚生労働省（2015）P413）。

シナリオ」よりも費用がかかるとされているのである。

この間、政治的には、2009年に民主党政権への政権交代があり、さらに2012年には再び自公政権への復帰という大きな変動があったが、こうした医療・介護提供体制の長期ビジョンについては、その基本的な考え方は大きく変わっていない。長

期ビジョンの基本的な発想は（少なくとも政治的には）安定したものであると考えることができる。その後、消費税は2段階での引上げが決められ、2014年4月には5%から8%へと引き上げられた（2段階目の10%への引上げは当初予定の2015年10月から1年半延期し、2017年4月実施とされている）。そして、消費税による税収は、すべて、医

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025) 年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15~16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15~16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等 57-58日程度 長期=ス' 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	
亜急性期・回復期リハ等	152万人/月		【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期および亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、おおむね人口5~7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000~3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

出典：内閣官房作成資料（2011年6月）から転載

図5 医療・介護に係る長期推計：2011年6月（主にサービス提供体制改革に係る改革について）

4) このことは、従来喧伝されてきた「在院日数の短縮によって医療費を削減する」という主張ないしは考え方の大きな転換である。こうした主張は、経済学でいう *ceteris paribus*（ほかの条件を一定とする）の誤用に基づくものであったと考えられる。在院日数を短縮したときに、ほかの条件が変わらなければ、確かに医療費は比例的に低下するであろう。しかしながら、実際にはそういうことはなく（現在の急性期医療に大きなムダがあるのであれば格別）、同じ医療資源投入量の下で在院日数を短縮しようとすれば、医療の質が低下することになる（きちんと治療していないのに患者を退院させてしまう等）。在院日数を短縮すれば、1日当たりの診療単価が上昇するという「ほかの条件の変化」が起こる可能性が高いわけである。ちなみに、短い在院日数の下で医療費が高くなることは、例えばアメリカ等の事例を見れば明らかであろう。

療・介護を含む社会保障の経費に充当されることとなった⁵⁾。

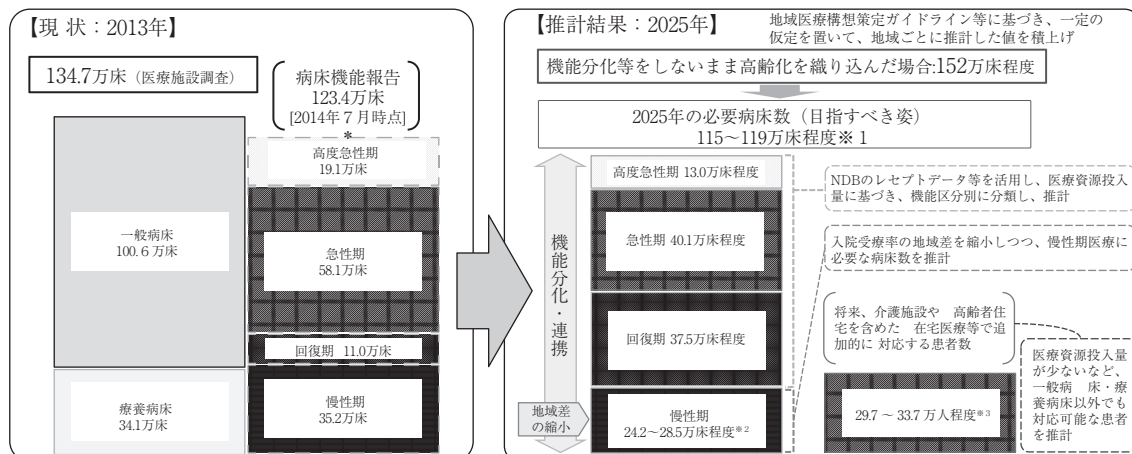
一方で、図5に示した「2025年ビジョン」は、あくまでも日本全体の姿であることに留意する必要がある。医療・介護については、さまざまな要因によって、大きな地域差が存在し、それを全く無視することは現実的ではない。こうした日本全体のビジョンだけではなく、地域ごとの特性や差異をある程度踏まえた「地域医療のビジョン」を構築する必要がある。こうして、次の段階として、「地域医療構想」の策定が大きな政策課題となっ

てきた。

地域医療構想については、本稿の主題ではないので、詳細な説明は省略する。地域医療構想は、上述した「2025年ビジョン」の基本的な発想を継承しつつ、その精緻化を図ったものと考えられることができる。特に病床機能の区分については、医療資源投入量に基づく必要病床数の推計という新たなアプローチがとられることとなった。「2025年ビジョン」のように、急性期病床における在院日数の短縮を前面に出すのではなく、現在の入院後経過日数別の（可変的な）医療資源投入量の推移

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、**患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられること**を目指すもの。このためには、医療機関の**病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化**しながら、**切れ目のない医療・介護を提供すること**により、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→「病院完結型」の医療から、**地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環**)
- **地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。**
- ⇒ **地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、すべての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。**



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA: 115万床程度、パターンB: 118万床程度、パターンC: 119万床程度
※2 パターンA: 24.2万床程度、パターンB: 27.5万床程度、パターンC: 28.5万床程度
※3 パターンA: 33.7万床程度、パターンB: 23.6万床程度、パターンC: 29.7万床程度

出典：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第5回会合資料（平成27年6月）

図6 2025年における必要病床数推計結果と現状の比較

⁵⁾ 消費税法第1条第2項では「消費税の収入については、地方交付税法（昭和二十五年法律第二百一十一号）に定めるところによるほか、毎年度、制度として確立された年金、医療および介護の社会保障給付ならびに少子化に対処するための施策に要する経費に充てるものとする」（下線は引用者）と規定されている。

を踏まえた病床の機能区分を図っていかうとするものである。この部分については、現時点では(急性期、回復期といった名称区分は格別)基本的に「現状追認」となっており、その費用の動向については、今後、病床機能区分別の診療報酬がどのように設定されるかに係っていると見える。

一方、慢性期病床(療養病床)については、その大きな地域差の存在⁶⁾を前提として考えることは適当でないことから、一定の地域差縮小措置がとられることとなった⁷⁾。その結果、療養病床自体は2025年度に向け、相当数の削減が見込まれている。その一方で、それと併せて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数が相当数増大することが見込まれていることに留意する必要がある(図6)。

こうした慢性期医療および在宅ケアの部分について、新規参入を除いた既存のサービスの転換に関しては、概念的には、①医療保険から介護保険へのcost shifting、②介護保険内部でのcost shifting、③医療・介護保険制度外サービスに転換することによる負担構造の変化、という3つの類型を考えることができる。まず、①については、医療療養病床の一部、さらには場合によっては一般病床まで含めた病床の介護施設への転換のケースが想定される。その場合、医療保険からの支出が減少し、介護保険からの支出が増大するという制度間のcost shiftingが起こることとなる。次に、②については、例えば、介護療養病床が現行介護保険法上は2018年3月末で廃止される扱いとなっていることを踏まえ、ほかの介護施設等へ転換する場合である。この場合、転換後の施設・サービス類型によって負担のあり方は変わってくる。例

えば老健施設等への転換であれば、費用総額は変化するが、介護保険としての負担の分担関係は変わらない。一方、特定施設(介護付き有料老人ホーム)への転換であれば、「居住系サービス」として、介護保険からの給付のほか、利用者負担部分が増大するであろう。いずれにしても、これらは介護保険内部での負担の変化ということになる。一方、③については、例えば、(特定施設認定外の)サービス付き高齢者向け住宅等、医療・介護保険制度の対象外のサービスに転換する場合である。この場合には、基本的に「住まい」として、居住に伴う経費は全額自己負担となったうえで、医療・介護サービスは必要に応じ「外付け」で提供されることになり、その部分については医療保険、介護保険が適用されることになる。

なお、こうした在宅ケアの拡充に関し、従来の施設・サービス類型に加え、より「住まい」の機能の強化を図った新たな選択肢として、①医療内包型、②医療外付型の2つの類型が厚生労働省の検討会から提案されている⁸⁾。その具体的な制度設計については、今後、社会保障審議会等の場での検討、さらにはそれを踏まえた法制度改正を待たなければならない。しかしながら、基本的に看取りまで行う医療提供施設でありながら、病院ではない、「住まい」の機能を重視した新たな選択肢の創設は、上述した「2025年ビジョン」の基本的な考え方に沿ったものであると考えられる。

IV 保険財源と税財源：地域医療介護総合確保基金をめぐる

本節では、「ケアの財源調達」における保険財源

⁶⁾ 療養病床の性・年齢階級調整後の都道府県別入院受療率(人口10万対)を見ると、1位の高知県(614)は47位の長野県(122)の5.03倍となっている(平成23年データ)。

⁷⁾ 療養病床に関する地域差縮小措置の具体的な姿については、厚生労働省(2015)を参照。なお、地域医療構想において、このように療養病床について、一般病床の医療資源投入量に基づく病床機能分化と異なったアプローチがとられている一因としては、当初、この議論が一般病床の切り分け論(「急性期病床群」の設定等)から始まり、途中から療養病床を加えることとなった経緯を反映している面がある。その一方で、もう1つの重要な病床である精神病床については地域医療構想の対象外としていることは、別の意味で問題であると思われる。

⁸⁾ 厚生労働省・療養病床の在り方等に関する検討会「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて：サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について」(2016年1月)。同報告においては、医療内包型をさらに2つの類型に分けているので、細かく見れば、3つの類型が示されている。

と税財源のあり方の問題について、地域医療構想において新たに位置付けられた地域医療介護総合確保基金（以下、「基金」という）を取り上げて検討する。2014年に成立した「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（地域医療介護総合確保推進法）の重要な柱の1つとして、消費税増収分を活用した新たな基金が都道府県に設けられ、医療と介護の連携を強化していくこととなった。地域医療構想を実際に推進していくに当たっては、（二次医療圏を基本とする）「構想区域」ごとに設けられる「地域医療構想調整会議」の場において具体的な協議や調整が行われていくことになるが、その際、基金を政策推進上の重要なツールとして活用していくことが期待されている。こうした基金の創設については、社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月）による、次のような提案が1つの契機となっている。

同報告書によれば、「地域ごとのさまざまな実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と考えられる。・・・その場合の手法としては、基金方式も検討に値しよう」とされ、さらに「この財政支援については、病院等の施設や設備の整備に限らず、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化および連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とした柔軟なものとする必要がある」と、財政支援の使途についても言及されている（下線は引用者）。そして、ほぼ、この提言に沿った形で、地域医療介護総合確保推進法の中で基金が制度化されたわけである。同法上、基金の使途としては、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設および設備の整備に関する事業、②公的介護施設等の整備に関する事業、③医療従事者の確保に関する事業、④介護従事者

の確保に関する事業、⑤居宅等における医療の提供に関する事業、の5つが掲げられているが、基本的に上記提言を踏まえた内容になっているといえる。なお、基金の財源については、2/3は国、1/3は都道府県が負担することとなっている。

基金については、平成26年度は医療関係事業のみについて、また、平成27年度以降は介護も含めたすべての事業を対象として予算が計上されている。平成26年度における総額904億円の事業の内訳としては、病床の機能分化・連携に関する事業174億円、在宅医療の推進に関する事業206億円、医療従事者の確保・養成に関する事業524億円となっている。また、平成27、28年度においては、医療分904億円に介護分724億円を加えた総額1,628億円が各年度計上されている。

こうした基金のあり方については、まず第1に、保険財源と税財源の関係をどう考えるかという基本的な問題がある⁹⁾。一般に、医療機関（介護事業）の運営に係る経費は、経常的経費と投資的経費に分けて考えることができる。宇沢（2000）によれば、前者が静学的資金配分、後者が動学的資金配分ということになる。伝統的には、診療報酬（介護報酬）は、経常的経費および投資的経費を含め、すべての医療機関（介護事業）の運営に係る経費をカバーするという「建て前」とされてきた¹⁰⁾。しかしながら、実際には、その評価内容が不明確であるとともに、近年におけるマイナス改定の潮流の中で、投資的経費の評価は必ずしも十分ではなく、種々の一般税財源による補填が行われてきた。公立病院の建て替えや施設・設備整備に対する地方政府一般会計からの補助金や、国の「医療施設近代化施設整備費補助金」等はそうした補填の例である。今回の基金についても、上記①から④の事業については、地域医療構想や地域包括ケアの推進という枠組みの中での、税財源による（物的および人的資本に係る）投資的経費の補填ととらえることができる。地域医療の確保に対する都道府県の責務と役割を重視する立場（地

⁹⁾ 以下の記述については、尾形（2003）を参照。

¹⁰⁾ 例えば、厚生省（1998）によれば、「現行診療報酬体系は、投資的経費、維持管理経費の評価については、個々の診療行為に係る各点数の中で薄く広く評価するという仕組みである」とされている（下線は引用者）。

域医療構想は正にそうした発想に立っている)からは、こうした基金の創設は当然の施策ということになろう。しかしながら、一方で、地域医療構想推進における重要な担い手として位置付けられている医療保険の保険者の立場¹¹⁾に立てば、問題はそれほど単純ではない。投資的経費を税財源でまかない、経常的経費を保険財源でまかなうということが本格化すれば、ドイツにおいてかつて議論のあった「二重予算」の問題が生ずる可能性がある。つまり、税財源によって建設された医療・介護施設において発生する経常的経費を保険財源で負担するということになる、保険者には、事後的に、こうした投資に伴って生ずる「ツケ」だけが回ってくるということになりかねないという問題がある。いわゆる「保険者機能」を重視する観点からは、税財源ではなく、むしろ保険財源の拡充、診療報酬等における投資的経費の明確化こそが「王道」であるということになろう¹²⁾。

第2に、基金の対象事業の問題である。少なくとも上記①から④の事業については、診療報酬や介護報酬では不十分な投資的経費の補填という実際上の意義があることは(その評価は格別)否定できない面がある。一方、⑤の「居宅等における医療の提供に関する事業」については、そのままでは既存の在宅医療に関する診療報酬(介護報酬)と重複する可能性がある。既存の診療報酬(介護報酬)による評価と適切な役割分担を図りつつ、機能が重複することのないよう、十分配慮する必要がある。

第3に、この財源措置が、単年度の予算ではなく、複数年度にわたって繰越可能な「基金」という構成になっていることについては、十分留意する必要がある。上記社会保障制度改革国民会議報告書においても、「医療機能の分化・連携には医療法体系の手直しが必要であり、また、病院の機能

転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものも含まれる」ことから、基金という手法を提唱しているわけである(下線部は引用者)。今後、地域医療構想が本格的に動き出し、地域における病床の機能転換や他施設・サービスへの転換、統廃合等が現実のものとなり、多くの資金ニーズが発生するときに備えて、当面、基金の運用については慎重に取り扱う必要がある。

(補論) 保険財源と税財源の間のcost shifting：高齢者医療をめぐる考察

ここで、第Ⅱ節で概観した医療費の負担をめぐる保険財源と税財源の間のcost shiftingの問題について、高齢者医療制度の設計という観点から簡潔に検討してみよう¹³⁾。一般に、高齢者は、それ以外の者に比べ、平均医療費支出が高い一方で、所得水準が低く、その医療費に見合った保険料の負担を求めることが困難な場合が多い。こうした(保険財政から見れば「ハイリスク・グループ」である)高齢者の増加に対応するためには、(長期保険的な積立型保険制度を採用していれば格別)いずれにせよ高齢者以外の者からの負担を求めざるをえない。介護保険制度のように、予め保険料(給付費の50%に設定)を、人口比で高齢者とそれ以外の者に按分するというのは一法であるが、わが国の分立した医療保険制度においては、これまでそういった統一的な方式はとられてこなかった。その代りに、当初は国庫負担を制度間に傾斜配分することによって、制度間の高齢者比率のアンバランスの調整が図られてきた。

それが、老人医療費無料化の影響等もあり、次第に困難になってきた1980年代に入って、老人保健制度における拠出金による調整制度が導入された。これは、各医療保険制度による「共同事業」として構築された、基本的に高齢者に限定した日

¹¹⁾ 地域医療構想全体を通じて、保険者の役割については一定の配慮がなされていることに留意する必要がある。例えば、医療法改正により、地域医療構想の策定に関しては、必ず「保険者協議会」に対する意見聴取を行うこととされた(医療法第30条の4第14項)。また、地域医療構想調整会議の構成メンバーとして、「医療保険者」が明記されている(医療法第30条の14第1項)。

¹²⁾ 筆者の立場は、こうした保険者機能強化論である。具体的な改革提案等については、尾形(2003)を参照されたい。

¹³⁾ 以下の記述は、基本的に尾形(2005)に基づく。

本型制度間年齢リスク構造調整措置であったと考えられる。この拠出金制度によって、大幅に被用者保険の負担が増大し、市町村国保の負担が軽減された。その結果、国庫負担から保険料負担へのcost shiftingが起こったことは、第Ⅱ節で記した通りである。

さらに、1984年には、定年退職から老人保健制度（当時は原則70歳以上の高齢者を対象としていた）適用までの間を埋める措置として退職者医療制度が導入された。退職者医療制度は、制度論的には、老人保健制度と比べ、問題が多い制度であると考えられる。本来、（欧州大陸諸国のような「突き抜け方式」であれば）被用者保険でカバーすべき被用者OBを市町村国保に「預かってもらっている」代償として、被用者保険全体として被用者OBの医療費を負担しようという発想であるが、すでに制度の被保険者でない者の医療費を負担するという論理にはいささかムリがある。老人保健制度は、その点、各医療保険制度には「老人」が（被保険者であれ被扶養者であれ）依然として加入しており、その加入比率の制度間の相違を調整するという論理（年齢リスク構造調整）が一応通っているわけである。しかしながら、いずれにしても、退職者医療制度も、国保における退職被保険者の医療費を被用者保険が負担することを通じて、国庫負担から保険料負担へのcost shiftingを図ったものであることは間違いない（国庫負担を削減しすぎた結果、退職者医療の「見込み違い」問題すら引き起こしている）。

こうした老人保健制度と退職者医療制度という2本立ての対応がしばらく続いた後、いわゆる「小泉構造改革」によって、現行の（前期・後期）高齢者医療制度が2008年度から導入された。その中では、特に、いわゆる「独立方式」を採用した後期高齢者医療制度には、制度論的な問題がある。現行制度の下では、原則75歳以上の高齢者は各医療保険制度から外れて、独立した後期高齢者医療制度の被保険者となる。その費用（給付費）については、公費（50%相当）、高齢者自身が払う保険料（10%相当）のほか、各医療保険制度からの「支援金」が40%相当投入されている。しかしなが

ら、退職者医療制度の場合と同様に、すでに被保険者でもない人の医療費をなぜ負担しなければならないのかは必ずしも明らかではない。また、退職者医療制度の場合は、それでもまだ対象が被用者OBであるという限定があったが、後期高齢者医療制度についてはそれもないため、文字通り「見ず知らずの」高齢者の医療費を各医療保険制度が負担させられていることになる。これは、社会保険の基礎である「加入者の連帯」という基本理念を大幅に逸脱しており、支援金の基本的な性格は、もはや保険料ではなく、税であると言わざるをえないであろう。同じく国庫負担から保険料負担へのcost shiftingのための調整措置であるとはいっても、こうした社会保険の論理からすれば、老人保健制度→退職者医療制度→後期高齢者医療制度の順に逸脱の度合いが大きく、制度設計上の問題があるといえる。

V 考察

以上を踏まえて、最後に、「ケアの財源調達」に関するいくつかの追加的な論点について考察してみよう。

第1に、そもそも「ケア」については、formal careとinformal careがあるが、本稿においては、基本的にformal careに焦点を絞った検討を行ってきた。これは、もっぱら、利用可能なデータの制約によるものであるが、ケア論としては不十分であることは否めない。特に、介護や福祉サービスにおけるケアにおいては、informal careのウェイトは依然として大きく、これを無視することは適当ではない。また、医療においても、例えば在宅医療をめぐるのは、表面的な「在宅医療費」のほか、さまざまなinformal careに伴う「機会費用」が発生していることを考慮する必要がある。本稿においてこうした問題が扱われていないのは、問題の小ささのためではなく、筆者の能力の限界のためであることをお断りしておきたい。逆に言えば、本格的な「ケアの財源調達」論の展開のためには、informal careを組み入れることが不可欠であり、そのための前提となる基礎データの整備等を含

め、今後の課題としたい。

第2に、本稿においては、「ケアの財源」として、公費（税）、保険料、自己負担の3つを軸に検討してきたが、いずれの形態をとるにせよ、最終的には「国民負担」であることには変わらない。その場合、わが国の医療・介護については、基本的に「社会保険方式」がとられてきたとされている。確かに、わが国の医療においては、英国のようにもっぱら税財源によるNHS方式でも、また、民間保険の役割が大きいアメリカのような方式でもない、基本的にヨーロッパ大陸型の「社会保険方式」がとられてきたことは間違いない事実である。こうした「社会保険方式」への傾斜は、2000年の介護保険制度の導入においても貫かれている。その一方で、第Ⅱ節において示したように、保険料のウェイトは給付費の1/2弱の水準に留まっております、「社会保険方式」といいながら、きわめて、公費（税財源）の投入割合の高い制度となっている。逆に言えば、こうした多額の公費の投入によって、曲がりなりにも（介護を含めた）皆保険体制が維持されてきているといえる。近年における消費税増税問題がもっぱら「社会保障と税の一体改革」として取り上げられてきているゆえである。これらの結果、医療や介護制度に対する政府の関与はきわめて大きく、逆に保険者の存在感が希薄になっている面があるのは否めない。例えば、通常2年に1回実施されている診療報酬改定は、本来、診療側と支払側（保険者）という両当事者間の交渉の場である中央社会保険医療協議会（中医協）において決定されるはずのものである

が、改定の基本方針は中医協ではなく社会保障審議会において、また、改定率については政府において（年末の予算編成過程を通じて）決定されており、中医協は具体的な診療報酬点数の配分を決定する場であるとされている¹⁴⁾。しかしながら、「社会保険方式」を強調するのであれば、本来、これらはすべて中医協での当事者間交渉を通じて決定すべきものであろう¹⁵⁾。保険者の当事者意識が薄く、いわゆる「保険者機能」が常に問われる背景には、こうした政府の関与の大きさがあるものと思われる。

第3に、保険財源である公費・保険料と自己負担との関係、換言すれば保険給付の範囲に関しては、いわゆるde-listing（保険給付からの給付除外）の問題と、いわゆる混合診療（介護）の問題がある¹⁶⁾。このうち、前者については、伝統的に給付範囲を広く取りつつ（少なくとも定率の負担率については）国際的に見てもかなり高い患者負担率（現在3割）を課してきた医療と、現時点では利用者負担率を原則1割に留めている介護とでは多少事情が異なる。医療の場合は、高齢者の患者負担率に引上げの余地があることを除けば、これ以上の一般的な患者負担率の引上げは困難であろう。その場合、保険給付範囲の見直し（と、後述する高額療養費制度の見直し）が課題となってくる。これに対して、介護の場合は、保険給付範囲の見直しと、利用者負担率の引上げの双方が課題であると考えられる¹⁷⁾。また、いわゆる混合診療（介護）については、情報の非対称性の程度の相違の観点から、医療と介護では扱いが異なっているこ

¹⁴⁾ 現在の仕組みが明確化されたのは、中医協の一部委員の贈収賄問題を契機として開催された「中医協の在り方に関する有識者会議」の報告（2005年7月）に基づいて実施された2006年度施行の社会保険医療協議会法の一部改正等による。しかしながら、同報告の認識および提言には首肯しがたい部分が多い。改定の基本方針が交渉当事者の外部から与えられるということや、改定率が、医療費の1/4を負担しているにすぎない国によって決定されるということについて必ずしも説得的な論拠は示されていないように思われる。

¹⁵⁾ 「中医協の在り方に関する有識者会議」（2005）では「診療報酬改定の改定率は、医療費に係る予算編成の際の算定根拠となる計数であり、その決定は内閣の権限である」とア・プリオリに規定しているが、改定率が「予算編成の際の算定根拠となる計数」となっているのは、単に、現在の国庫負担が医療給付費の定率負担という形で設定されているからに過ぎない。わが国においても、かつては、国庫負担は定額負担方式であったし、また、現在のような定率負担方式については、国の裁量的な予算編成力を狭めているという観点から、給付に連動した公費を廃止すべきであるという意見もある（例えば、田近（2009））。その当否はさておき、国庫負担が定率負担でない形態をとった場合には、改定率と予算編成との連動は断ち切られることになる。

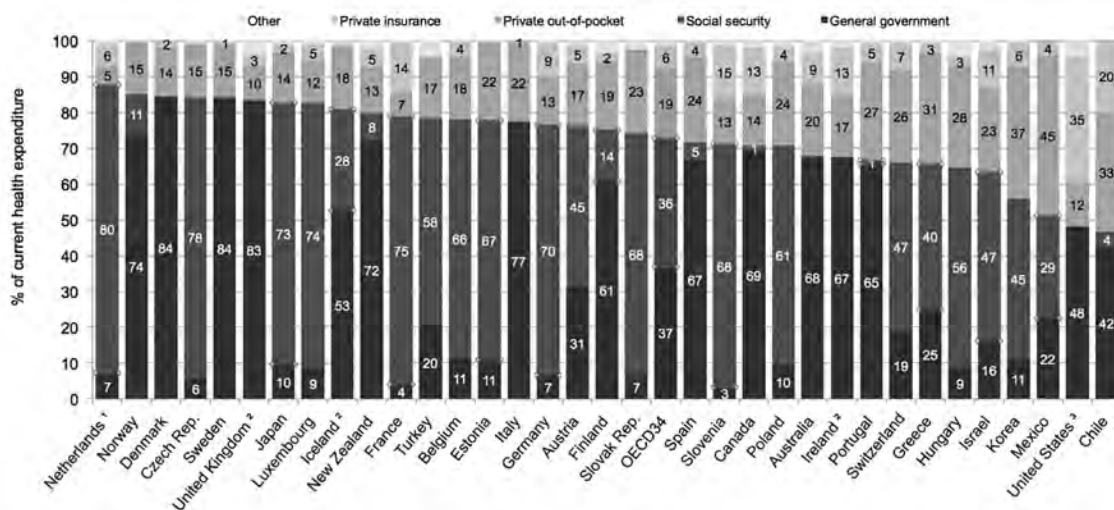
¹⁶⁾ くわしくは、尾形（2009）を参照。

とに留意する必要がある。情報の非対称性が大きい医療については、混合診療が原則禁止（一部「保険外併用療養費」として例外的に解禁）となっているのに対し、情報の非対称性が比較的小さい介護については、現金給付（給付限度額）という制度設計の下で、混合介護が容認されている。医療については、従来の「選定療養」と「評価療養」に加えて、最近の法改正で新たに「患者申出療養」という類型が加えられたが、混合診療原則禁止という基本的な政策には変更はない。これに対し、もともと混合介護を制度的に容認してきた介護保険において、実際には必ずしも「混合」が進展していない最大の要因は、やはり公的介護保険の給付範囲の広さにある。介護保険におけるde-listingは、今後の大きな政策課題であると考えられる。

第4に、自己負担に関しては、医療、介護を通じ、高額療養費制度および高額医療・高額介護合算療養費制度の存在が重要である。前者については、1973年（福祉元年）に制度化され、わが国における高率な患者負担率の下で、実質的な患者負担の軽減をもたらしてきた。また、後者について

は、2008年から導入され、高齢者世帯の医療・介護負担の軽減に寄与している。こうした制度については、一定の限度額を超える患者・利用者負担額を保険から給付するものであり、患者・利用者負担によるコスト意識の維持と組み合わせることによって、モラルハザードをコントロールしつつ、保険のリスクヘッジ機能を担保することを狙っているものと考えられる。高額療養費制度は制度発足当初はシンプルなものであったが、その後の累次の改正により、現在ではかなり複雑な制度となっている。なかでも、被保険者の所得水準と組み合わせたことにより、近年、純粋な「保険」の仕組みというよりは、再分配的な要素が強まっている。そのことの当否は格別、本来の保険（再保険）的な部分と再分配的な部分とを分け、前者については保険財源で、後者については公費で対応する、といった機能に応じた財源区分を検討することも考えられよう。

第5に、自己負担に関しては、自費（out-of-pocket）と民間保険（private insurance）を区分することができる。図7はOECD諸国における経常



出典：OECD Health at a Glance 2015より転載

図7 OECD諸国における経常医療費の財源別割合（2013年）

17) 例えば、第55回社会保障審議会介護保険部会（2016年2月17日）に提出された「主な検討事項（案）」には、「介護保険制度の持続可能性の確保」として、給付のあり方と負担のあり方（利用者負担）の双方が示されている。

医療費の財源別負担割合を示したものである。これを見ると、日本は、自費14%に対し、民間保険2%となっており、OECD34か国平均（それぞれ19%、6%）を下回っていることがわかる。民間保険については、特にフランス（14%）、ドイツ（9%）、オランダ（6%）といった社会保険方式をとっている各国と比べても、日本の比率は低い。OECDの統計では、実損填補を行わない所得保障的な日本の民間医療保険は private health insurance とはみなされないため、低くなっている面もあるが、上述した de-listing の拡大の可能性と合わせて考えると、今後、民間保険の活用余地は一定程度あるものと思われる。なお、民間保険の役割については、患者・利用者の一部負担をカバーする補完的 (complementary) 機能と、公的保険のパッケージ外の給付をカバーする補足的 (supplementary) 機能を分けることができる (Francesca Colombo and Nichole Tapay (2004))。その場合、前者については、民間保険との併用による医療費の増大という、「二重保険」に伴うモラルハザードの悪化の問題があることには留意する必要がある¹⁸⁾。

参考文献

- 法研 (1999) 『健康保険法の解釈と運用: 第10版』法研。
 OECD (2015) *Health at a Glance 2015*, OECD, Paris。
 厚生労働省 (2015) 「地域医療構想策定ガイドライン」厚生労働省HP。(2016年5月31日最終確認)
 尾形裕也 (2003) 「「勤学的な保険者機能」の充実による医療供給の改革」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』第3章 東洋経済新報社。
 宇沢弘文 (2000) 『社会的共通資本』岩波書店。
 厚生省 (1998) 『診療報酬体系見直し作業委員会報告書』。
 尾形裕也 (2005) 「保険者機能と世代間利害調整」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差』第11章 東洋経済新報社。
 中医協の在り方に関する有識者会議 (2005) 『中央社会保険医療協議会の新たな出発のために』。
 田近栄治 (2009) 「医療保険制度改革」田近栄治・尾形裕也編著『次世代型医療制度改革』第1章 ミネルヴァ書房。
 尾形裕也 (2009) 「医療サービス提供のあり方の改革」田近栄治・尾形裕也編著『次世代型医療制度改革』第2章 ミネルヴァ書房。
 Francesca Colombo and Nichole Tapay (2004) “Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems”, *OECD Health Working Papers 15*, OECD, Paris。
 Sherman Folland, Allen C. Goodman and Miron Stano (2013) *The Economics of Health and Health Care*, seventh edition, Pearson。

(おがた・ひろや)

¹⁸⁾ Folland et al. (2013) 第8章の説明を参照。

A Study of Financing of Care in Japan

Hiroya OGATA*

Abstract

In this article, issues related to financing of medical and long-term care services in Japan are studied. Three sources of revenue for them, social insurance premiums, public expenditures and copayments are examined. The share of them in medical care has dramatically changed with the times, while it has remained stable in long-term care due to the fact that the financing of long-term care is strictly linked with the benefits. In the “Vision of Medical and Long-term Care in 2025”, both delivery system and financing of medical and long-term care in the future are presented. The reform scenario which envisages differentiation and cooperation among medical and long-term care providers is costly in comparison with the status quo scenario and the increased costs are to be financed by the increased consumption tax. The Regional Medical Vision has institutionalized the basic ideas of the “Vision of Medical and Long-term Care in 2025”. New regional funds for promoting the Regional Medical Vision have been established at 47 prefectures, with implementation problems to be solved. There are additional issues to be further studied in the financing of medical and long-term care in Japan, including the role of public insurers, coverage of public insurance and the role of private insurance.

Keywords : National Medical Care Expenditures, Vision of Medical and Long-term Care in 2025, Regional Medical Vision, Cost Shifting, Regional Funds for Promoting Medical and Long-term Care

* Project Professor, University of Tokyo