

4. 社会保険方式と税方式

公的医療保険制度は、国民全員の医療へのアクセスを保障し、国民の厚生に寄与するという点で、民間保険などにはない役割を担うことは既に述べた。しかし、国家が国民の医療へのアクセスを保障する制度（公的医療保障）は社会保険というかたちをとらなくても可能である。ここでは、医療支出を税金でまかなう税方式と社会保険方式を比較してみたい。

社会保険方式は、基本的には保険原理に基づき、拠出の対価として給付を受け取る仕組みである。よって、所得による多少の修正はあるが、社会保険料の負担は応益負担が原則である。社会保険方式では、本来であれば、医療保障は保険料を支払っていないものには適用されない。また、応益負担の原則があるため、保険の受け取りは権利であるという意識が生まれやすい。公的扶助を受けることに対する恥ずかしさやスティグマ（烙印）を感じないことも大きな利点である。このような仕組みであるため、社会保険は自助努力を促すという点では優れた制度であるといえよう。世界で始めてこの制度で社会保障を行ったドイツのビスマルクの名を取って「ビスマルク方式」と呼ばれることがある。

これに対して税方式は、国民（あるいは居住者）であれば要件を満たせば誰でも給付を受け取れる仕組みである。税の負担は原則応能負担として行われる。ただし近年の議論では税方式をとるにしても、間接税（福祉目的税など）として徴収することが前提とされているので、累進課税制度が適用される直接税よりは応能的な度合いが低い。また、社会保険方式の給付が一律であるのに対して、需要に対して比較的きめ細かな給付が出来ることも特徴である。この税方式は、この制度の基礎を作ったイギリスの経済学者の名前を取って「ベヴァリッジ方式」と呼ばれることがある。

この両方の方式のどちらがすぐれているかという問題は、双方に一長一短があるので簡単に回答することは難しいが、社会保険方式をとる場合は、もともと「保険」なので、加入者のリスクプールという性格を持っている。国民全体が加入者になるためには、国民全体から保険料の徴収が容易となる産業構造や社会構造が必要であろう。一方の税方式は、十分な徴税能力がなければ財源は確保できない。税でまかなうために財政負担の増大が懸念されるが、そもそも国民全体を対象としているので、社会保険のように国民全てを強制的に加入させるという困難さはない。

このような違いはあるものの、社会保険方式、税方式ともに先進国の公的医療保障の核となっており、前者はドイツやフランス、後者はイギリスやスウェーデンなどの国で採用されている。日本は社会保険方式であるが、老人保健制度などで税も投入されている。

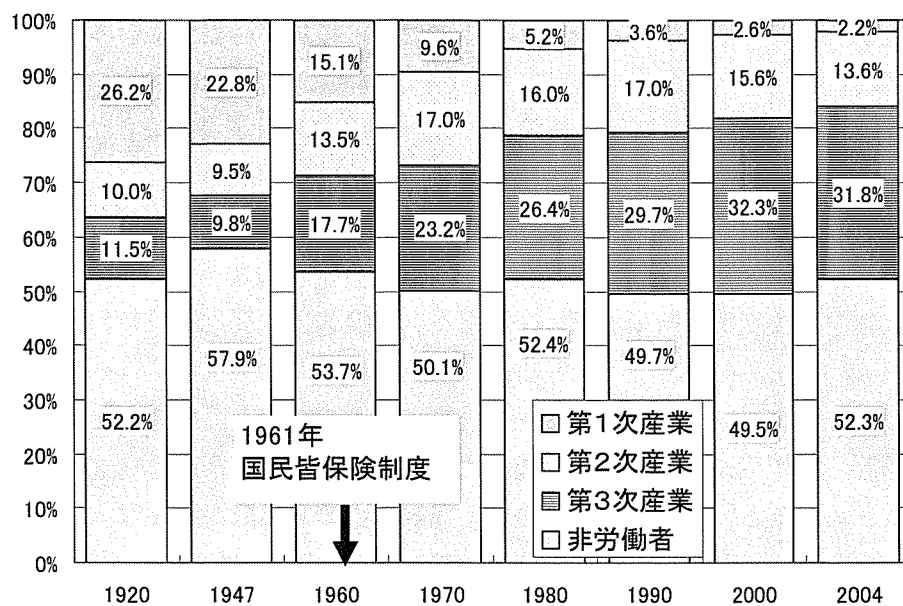
5. 日本における国民皆保険化

既に述べたように日本では、公的医療保障は基本的には社会保険という方式を取って、1961年に全ての国民をカバーする国民皆保険となった。国民皆保険が可能になった背景に

は、就業構造の変化に伴って、保険料を源泉徴収できたり、所得を捕捉できたりする人口割合が上昇したことが影響している。すなわち賃金労働者の増加が医療保険を多くの人口に広げる役割を果たしたと考えられるのである。事実、日本の公的医療保険は、1907年に公務員等を対象とした共済組合保険の成立から始まり、1927年には工場労働者などの被用者を対象とした健康保険が制定された。この頃の公務員、民間被用者が人口に占める割合は低く、結果として医療保険のカバー率は10%にもはるかに及ばない極めて低いものであった。1938年に国民健康保険法が成立し、農村部にも医療保険が普及し始めた後も、医療保険のカバー率は戦中の強制加入時期を除いては低く、就業構造の変化を待たねばならなかったのである⁴。

図1は、日本の就業人口の割合を国勢調査から計算したものである。就業者を第一次産業、第二次産業、第三次産業に分類し、非労働者には学生や離職した高齢者など、就業していないものをまとめてある。戦後直後の日本は、保険料の源泉徴収が可能な人口が多く含まれる第二次産業、第三次産業従事者の、全人口に占める割合はわずか19.3%しかいなかった。それが、高度経済成長の影響を受け、1960年には31.2%と初めて30%を上回ったことで、医療保険のカバー率が全国民に行きとどくのを後押ししたと考えられる。1995年にはこの割合はピークを迎え、人口の48.3%が第二次産業、第三次産業従事者ということになった。本来、加入者のリスクプールの性格の強い社会保険では、所得が補足しやすい加入者人口の増加は、財源確保を容易にし、カバー率の拡大を可能にする。1961年の国民皆保険の達成の外的条件には、このような産業構造の変化があったと考えてよいであろう。

図1：日本の就業構造の変化

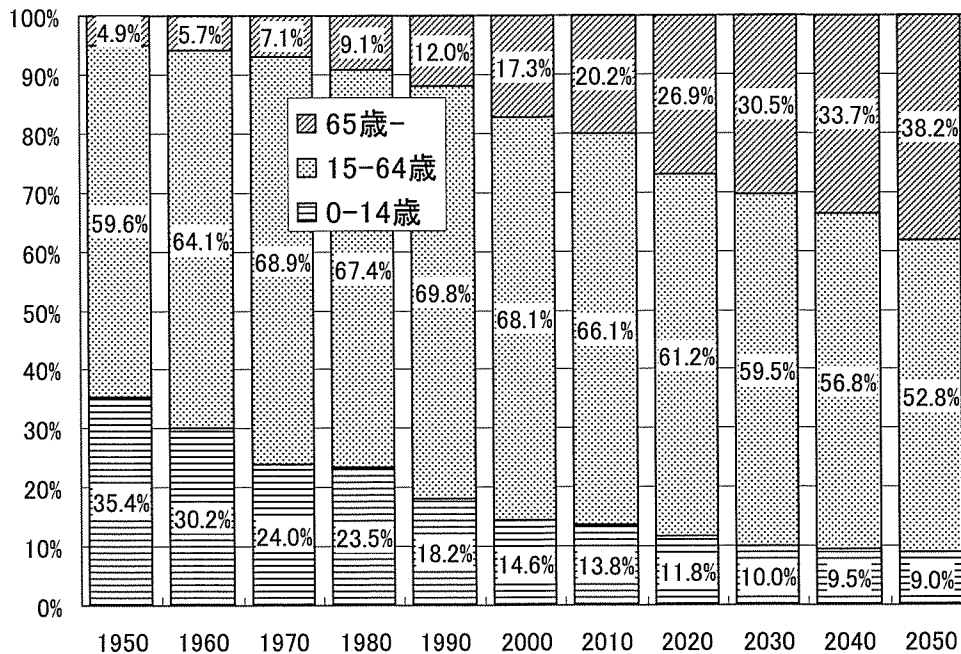


出所:「国勢調査」より作成。

6. 高齢化と公的医療保険の財源の確保

日本の公的保険は全ての国民をカバーしているという意味で、重要な社会保障制度の一つであるのだが、このような日本の公的医療保険制度は一方では危機に瀕しているという。一つには、国民皆保険の達成を可能にした社会構造の変化が、今度は財源確保を困難にするように変化し始めたことをあげることが出来るだろう。図1では2004年までのデータが示されているが、非労働者の割合が上昇しつつある。これは、退職者の増加によるものと考えられる。図2は1950年から2000年までの年齢階級別人口構造の推移と2010年から2050年までの人口構造の予測が描かれているが、2000年に17.3%であった高齢者率は、2050年には38.2%になることが予想されており、今後も多くの退職者が非労働者グループに入っていくことが予想される。非労働者は所得がないか少ないので、保険料を徴収できる人口としては期待されず、基本的に労働人口から徴収する保険料の被扶養者となる。また、高齢人口（65歳以上人口）は年少人口（15歳未満人口）や生産年齢人口（15以上64歳未満人口）に比べ、より多くの保健医療サービスを消費するので、高齢化は一人当たり医療費の増額を意味することになる。社会保険方式で、増加する医療費を生産年齢人口の被保険者の保険料でまかなうのは極めて困難であることが予想されよう。

図2：日本の年齢階級別人口構造の変遷と推計



出所：2005年データまでは「国勢調査」より計算。2010年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」のうち、出生率、死亡率ともに中位推計を使用して計算した。

7. 高齢化と保険料負担の公平性

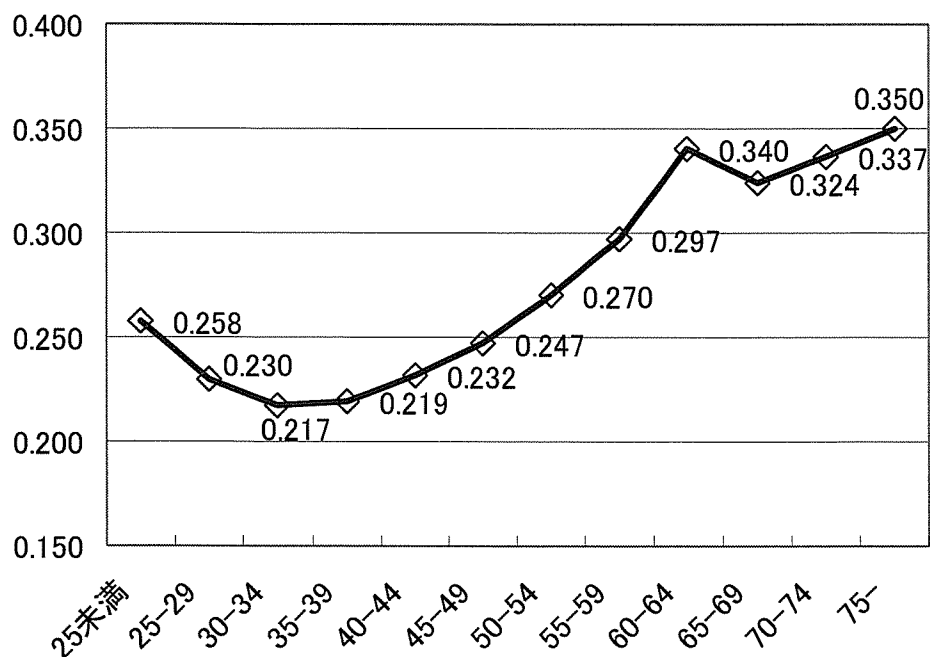
高齢化は公的医療保険財源の十分性の問題のみを引き起こすわけではない。また、財源徴収の公平性も大きな問題となってきた。先に、保険原則を述べたが、その中でも特に、個人のリスクが均等であるか、もしくは不均等である場合はリスクに応じた保険料の設定が出来なければならないという「給付・反給付均等の原則」は、高齢化が進む中では全く満たせそうもなくなってきた。公的医療保険は、この原則が厳格には適用されないということは既に述べたが、しかし「保険」という形態をとる以上、全くこの原則とかけ離れては、不公平感はきわめて大きくなることが予想される。

通常、リスクは高齢人口と生産年齢人口という世代的な二つのグループ間では明らかに異なり、現行の社会保険方式の制度ではリスクの高い大勢の高齢人口をリスクの少ない少数の生産年齢人口が支えるという逆転現象が起きている。つまり「年齢階級間の不公平」が大きくなっている。もちろん、現在の生産年齢人口も将来的には高齢人口になるので、長い眼で見ればそれほど不公平でないかもしれない。しかし、高齢化の一層の進展は医療サービス需要の増大を引き起こし、一人当たり医療費の上昇が起きることを鑑みれば、この需要を支えるためには近い将来の負担の上昇は必至である。その場合、このまま社会保険方式を続けていくのは生産年齢人口に過度の負担を負わせることにもつながりかねず、財源の十分性を確保することが困難となることも容易に予想されよう。

また、現在の社会保険方式では、「年齢階級間の不公平」だけではなく「年齢階級内の不公平」も大きな問題であることに注目しなければならない⁵。公的医療保障は、結果として所得の再分配を促すものではあるが、所得の再分配は副次的なものでそれ自身の目的ではない。よって、所得による保険料の違いはきわめて小さい。近年、高齢者に対する医療費の自己負担額が引き上げられたことで、所得が低い高齢者にとっての負担は大きなものになった。十分な所得のあるものにとっては、公的医療保険はリスクを避ける意味で十分に機能しているのであるが、所得の低い高齢者にとっては、需要があっても経済的に医療機関へアクセスが困難になってきていることが考えられる。

図3は2004年の年齢階級別グループのジニ係数を示したものである。ジニ係数とは集団内の所得の不平等を示す係数であり、0ならば完全平等、1ならば完全不平等を示し、大きい方が、不平等度が高い。図では、ジニ係数は学生などの労働していない人々がいる若年層と、退職金などの影響を受ける60-64歳階級で多少高いものの、後は年齢階級が上がるほどほぼ一貫して高くなっている。高齢者は所得の格差がもっとも高い階層であるが、公的医療保険では高齢高所得者の負担が極めて軽いことになり、高齢者の医療費の不足分をもっぱら生産年齢人口に課すことになっている。将来の負担増は、このような年齢階級内の格差を考慮したうえで行われるのであれば支持を受けないであろう。

図3：年齢階級別ジニ係数



出所：「全国消費実態調査」より作成。

8. まとめ

公的医療保険制度は、公的医療保障の一つとして国民の健康を確保するのに有効な制度である。日本においても国民皆保険制度の達成は、国民の利用期間へのアクセスの平等に大きな貢献をしてきた。

しかし、日本の場合、公的医療保障制度は社会の高齢化によって社会保険という方式では様々な矛盾が出てきている。原則として社会保険方式を続けるか、全面的に税方式に移行するかに関しては種々の議論があるが、いずれにしても社会保障制度を維持できるのに十分な負担であるか、社会的公平性は守られているかなどの多面的な見地からの検討が必要となるであろう。

-
- ¹ Hasegawa, T., 2001, "Japan: Historical and Current Dimensions of Health and Health Equity," T. Evans et al. ed., *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, NY, Oxford Univ. Press, pp.91-103
 - ² 松本邦愛、長谷川敏彦（1999）「所得階級で見た日本の健康の公平性の分析」、『病院管理』175巻
 - ³ 保険の経済学的分析は、松本邦愛（2006）「医療保険は必要か？（「保険」の経済理論）」（長谷川・松本編『医療を経済する：質・効率・お金の最適バランスをめぐって』医学書院、pp.186-196）参照。
 - ⁴ 詳しくは、加藤尚子、長谷川敏彦（2006）「医療保険の制度・歴史」（長谷川・松本編『医療を経済する：質・効率・お金の最適バランスをめぐって』医学書院、pp.197-223）参照。
 - ⁵ 年齢階級内の負担の公平性に関しては、松本邦愛、長谷川敏彦、長谷川友紀（2006）「医療制度改革と医療財源負担の公平性」、『病院管理』第43巻第4号（通巻178号）参照。

日本の高齢化と医療システム

長谷川 敏彦

1. はじめに

日本は2004年に世界一の高齢国（65歳以上人口割合）となり、これから人類未踏の超高齢社会として世界をリードする。その国際的、歴史的意義は大きく、これまで欧米諸国に追いつけ追い越せを目指してきた日本が目標を失うばかりか、欧米諸国の目標となることを意味している。

欧米の模倣の元に築かれてきた医療界の状況はさらに危機的で、日本があまり得意としない新たな医療の創造、システムの戦略的構築を目指さねばならないからである。本稿では、日本の高齢社会とその特徴について、特にそれを先導する団塊の世代の動向を踏まえて描写し、患者や社会に与える影響を考察する。ついで、それを踏まえて高齢社会に対応した医療のとるべき姿を模索する。最後に、新たな医療に向けての制度改革について、その方向をまとめる。

2. 日本の高齢化の特徴と歴史的意義

2004年、男女とも平均寿命世界一に躍り出て、出生率の低下もあいまって、これまでにない社会の高齢化を迎えている。出生率は人口推計のたびに低下し、2006年12月の推計では、毎回高齢化の予測は上方に修正されているが、2007年1月の中位推計の2070年頃には65歳以上人口が45%に達し、上位推計ではほぼ人口の半分になると予測されている。退職後人口である60歳以上では2055年に人口の半分、高齢者医療制度対象となる75歳以上人口では4分の1と予測されている（図1）。欧米諸国の高齢化をみると、米国は出生率が高く日本ほどの経緯をたどっていない。欧州では世界大戦や移民の影響で、20年近く65歳以上人口の増加を見ていない。2005年頃から再び高齢化が加速すると予測されている。アジア、特に東アジアは日本同様、少子化のスピードが速く、日本に増して速いスピードで高齢化が進行すると予測されている。従って、欧州や東アジアの人々は、一步先ゆく日本の高齢化を固唾を飲んで見守っている。

高齢化は社会全体に影響を及ぼし、「人生の設計」、「家族の形態」、「労働や教育のあり方」とも大きくかかわる。中でも医療は、医療システムを支える「財源」や「需要」、そして必要とされる「医療」の内容に大きく影響を及ぼさざるをえないといえよう。日本の近未来では、2008年、2015年、2025年問題とそれぞれ団塊の世代が引退開始、前期高齢化、後期高齢化にさしかかる節目が、高齢社会のエポックとなっている。

従って、今後20年間の高齢化のスピードは速く、年間4%前後で推移する。結果、2025年の人口構成は現在のものから大きく変貌し、65歳以上人口男性13%、女性17%と、既に高齢女性が多い。超高齢社会の様相を呈す。

しかし実は、その後高齢者人口の絶対数は横ばいとなり、わずかな上昇を見るにすぎない。問題は若年者人口で継続的に減少するので、相対的に高齢者の割合は増加し続ける。この推計から超高齢社会への道程に向けてとるべき戦略が浮かび上がる。すなわち、これから20年は必要とされる医療システムの量の整備に重点を置くこと、それ以降はその維持更新、ならびに運営の効率化に重点を移動すればよい。これから20年間の患者数を推計すると、患者調査の性・年齢階級別の受療率を将来人口推計にかけ合わせて、将来患者数を推計すると、80年代からの受療率の変化を反映した回帰法でも、2005年の受療率を不変とした固定法でも共に退院患者数（入院回数）は増加し、外来患者数は横ばい、ないしは減少傾向を示す。高齢者の入院が増加していること一方、外来患者は1997年以降、受療間隔の延長や受益者負担の導入で減少しているからである。高齢者医療制度対象の75歳以上をみると、退院患者で2005年に約30%のものが、2015年に約40%、そして2025年には約50%に昇ると予想

される。外来患者では約 20%であるものが、30~40%となると予想される。死亡者数も 80 万人のところ、2025 年に 120 万人増加すると予測される。

医療費に至っては、2004 年現在、退職後の 60 歳以上人口が 62.2%、高齢者医療制度対象の 75 歳以上が 2015 年に 30%であるのに対して、2015 年に 71.7%と 37.6%、そして 2025 年には 77.8%と 43.6%にのぼると予測される。これらをまとめると医療需要は今後 20 年間、入院患者で大きく増加し、75 歳以上で著しい。死亡数の増加に伴って、終末期医療の需要の増加も見込まれる。一方、必要とされる財源も増加し、退職後人口で 80%、高齢者医療制度対象者で半分近い医療費が費やされると想定され、負担と給付の世代間の不一致が社会問題化する可能性が示唆される。

3. 超高齢社会の医療需要と医療システム

高齢社会では医療の目的が大きく転換し、救命（早死は防ぐ必要あり）から生活の質の向上（障害の軽減）に重点が置かれる。

2004 年の国民生活基礎調査によると、在宅高齢者の障害者は男性 80 万人、女性 180 万人と女性に多く、その原因もメタボリックシンドロームに関連した脳卒中等「血管系疾患」や「関節炎、骨折等筋骨格系疾患」、そして老衰や認知症等「精神科系疾患」を原因とするものに分けられ、男性では前者、女性では後者の二つが主要な原因となっている。従ってこれらの疾病の予防は極めて重要で、メタボリックシンドロームは言うに及ばず、特に女性で運動器系や精神系、廃様症候群等の対策が必須となる。もう一つの特徴は複数の疾病を持ち（co mobility）、それらが自然死の進行の過程で異なったケアを必要とすることである。

例えば、糖尿病は日常の管理においては合併症を起こさないための「予防的治療」が、急性で合併症を発症すれば「急性期医療」が、そして一定の疾病が治癒され、障害が残った場合は「長期ケア」が、最期に死亡直前には「終末期ケア」が必要となる。若年者では病気のエピソードが 1 回 1 回切れ切れであったのに対し、高齢者では継続してケアが必要な上にその「異なった相」によって必要とされるケアの特徴が効率的に提供される施設が変わってくる（図 2）。急性期医療では確かに、施設の立場、病院の資源に基づいて患者のケアを判断することは、それほど患者の需要と齟齬を来さなかった。しかし、高齢者ではその時々必要とするケアを連携し、選択し、調整する必要があり、診療所や病院の視点からではなく、患者の視点に立ってその時々に必要なケアを選択し結合していく必要がある。でなければ、効率が低下するのみならず、医療事故や医療の質の低下をもたらす可能性さえあるからである。高齢社会では医療システムのレベルでの患者中心の視点とケアの継続性が必須となるのである。患者中心に継続したケアを提供するとなると、医療の焦点は必然的に病院から地域に移動する。医療資源を集中的に保有する病院は、そのケアの過程の中でその一部の役割を果たすのみとなる。これを円滑に実現するには、施設間のインターフェイス、例えば医療連携室や患者の情報の共有は必須である。そのためには、1 患者 1 生涯 1 カルテシステムの構築が必須となる。

そして、連携のための各施設の医療機能の情報、ならびに診療成果を評価する情報が必要となる。ケアを継続するには、紹介先の医療評価が必要だからである。さらに医療技術の標準化と必要に応じた共有が前提となる。

これらの資源を統合的に組み合わせることは、地域全体を一つの病院として経営することにほかならない。逆に医療や福祉を軸にした街づくり、高齢者福祉の領域でも脱・施設化が進行し、福祉施設をつくるのではなく、通常の家屋に福祉機能を住む人の加齢に対応して機能を付与する、あるいは外部から提供するなど、新たな高齢者住宅の概念が広がりつつある。さすれば医療を加えた家屋ならびに都市設計が求められるのではなかろうか。今日、CT などの大型医療機器も小型化し、モバイルで移動可能である。高齢者住居の設計時に、移動した医療機器モジュールを受け入れることが可能な設計は、当初からデザインしうるのではなかろうか。患者が医療施設を訪れるのではなく、むしろ医療が宅配される。「いつでもどこでもだれでも受診可能なユビキタス医療の世界」が実現するのではなかろうか。

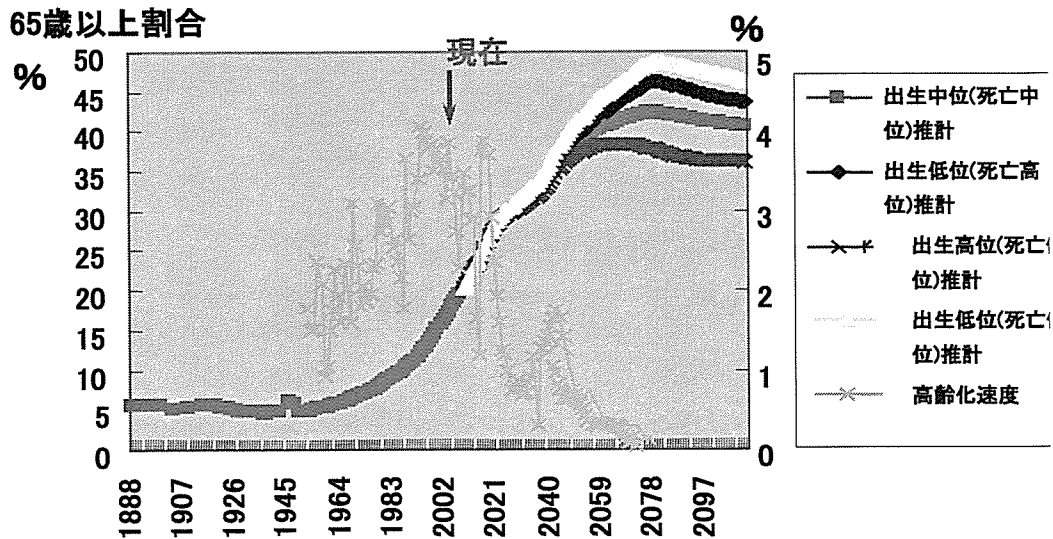
これらのシステムは実現可能などころまできている。しかし、ここで患者の役割が重要で、医療に対する理解、医療情報の取り扱いに対する意志決定、いわゆる医療識字率（health literacy）が社会の大きな課題となっている。

高齢社会の医療にとって社会的に大きな課題は終末期ケアである。これは医療と言うよりは、むしろ

ろどのように「看取る」か、社会及び個人にとって死の意味を吟味することでむしろ哲学的課題であろう。医療の意志決定がアングロサクソン型の「知らされた上での同意」、医療提供者と患者個人の「共同の意志決定」が標準的となりつつある今日、しばしば認知症を伴う高齢者の場合に、その理解や、場合によっては知的障害のために意志決定への参加が不可能である場合、それをどのように支援するか、社会的システムの構築、あるいは個人個人への死の教育 (death education) が課題となっている。

このように超高齢社会では、医療システムの目的、ケアの内容、システムのネットワーク、資源のあり方など医療システムをめぐる様々な側面の大きな変革が求められている (図3)。

図1 65歳以上人口推計



成功は失敗の元

© T.Hasegawa
NIPH, Japan

2002.1人口研推計

図2 長期ケアに至る過程(老人個人に着目して)

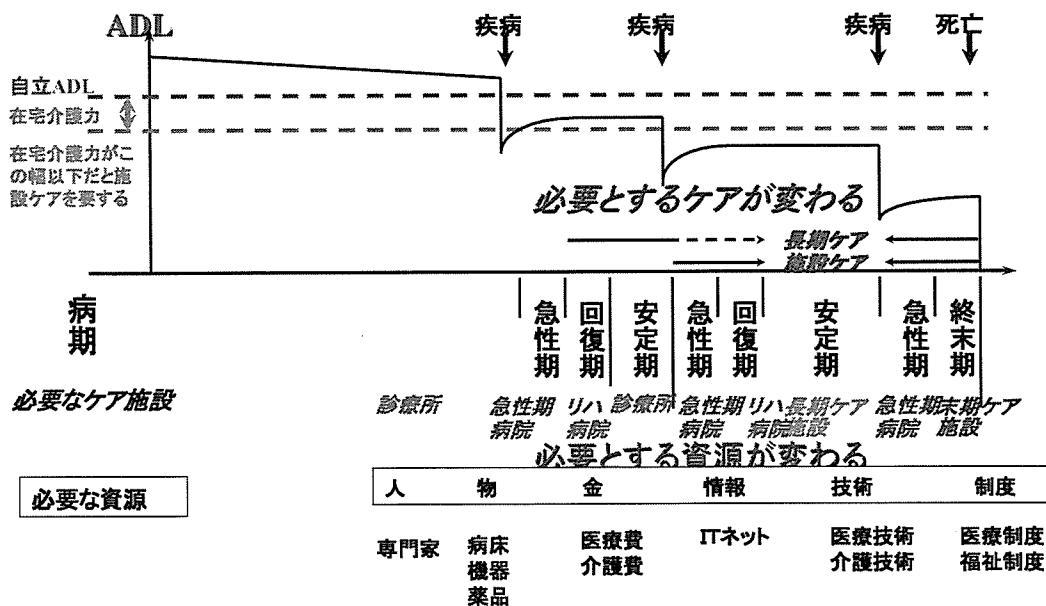


図3 医療システムの改革

