

老人医療費に関する一考察

伊 東 眞理子

I はじめに

先ごろ、2005年度のがわが国における人口統計が発表された。高齢化指数は21%、合計特殊出生率は1.26となり、高齢化、少子化共に世界的レベルとなり、世界中で最も高齢者の割合が高く、女性は韓国、シンガポールに続いて子供を産まぬ国となったのである。つまり、わが国は、いよいよ本格的な人口減少・超少子高齢化社会に突入した。

この点に関して「人口減・超少子高齢化社会など恐るるに足らず」といった論調の報告、つまり、人口減・超少子高齢化社会楽観論がある。その論拠は、現在、日本は一億3000万人弱の総人口を抱えるが、フランスやドイツ、そしてイギリス等は、5000万～6000万人で充分やれている。よって、人口総数が減っても、一人あたりの所得が上昇すれば、一人一人の生活水準は向上し続けるのであるから問題はない、と主張するものである。

しかしながら、この点に関して反論するとすれば、わが国の総人口の減少は、人口構成の中で急速な高齢化を伴いながら、若い働く世代の人口が減っていく点に特徴がある。今後15年間で、約900万人の労働人口の減少が見込まれているのだ。これに関連して、老人扶養指数という指標があるが、高齢者数〔65歳以上〕を労働力人口〔20～64歳〕で割った値である。これによれば、扶養率は、2004年の約30%から2050年には約70%と高まる。現在は働く世代が3人で一人の高齢者の面倒を見る訳だが、今世紀半ばには1.5人で一人を見ざるを得ないことになる。

他方、これに対する反論がまたあるのである。それは、労働力人口は能力〔ability〕と意思〔will〕を持っている者にすぎず、実際に就労している者が、自分を含め日本の総人口を支えているのであるから、就業者数で、総人口を割った指数で観るべきだという見解⁽¹⁾だ。それによると、1985年度2.08、2025年度も2.08となり、長期不変となるのだと主張する。

これらに対し筆者は、確かに実際に就労している者が、自らを含め日本の総人口を支えていることは認めよう。しかし、その支える数値は量的に長期不変であっても、その質的内容を考慮するべきであろうと考える。従属人口の内容を考えると、①子供が多くて老人の数が少ないケースと②子供が少なく老人が多いケースでは、同じ被扶養者であってもその質的内容に関しては大きな違いが存在⁽²⁾する。子供を育てるには、勇んで金を出すが、老人介護には出金をしふるのが現実なのである。

また、労働力人口が減少の結果、よほどの生産性の向上がない限り、旧西ドイツ、フランス、イギリスの三カ国の国内総生産〔GDP〕の合計に匹敵するわが国の経済規模も拡大するとは考えにくい。

その様に経済規模が増大しない中、高齢者の年金、医療、介護に使われる社会保障費用の比率は急激に高まる。つまり、社会保障比率の上昇原因は、働く労働力人口の減少、つまり国全体のパイが増えぬことにあるのだ。

だからこそ、年金制度については、2004年度改正により、保険料水準固定方式への変更、マクロ経済スライド制度による自動調整への変更が決定され、保険料、保険給付の上限に関して、一定の歯止めがかけられたのだ。

介護保険制度については、実施から6年を経て、2005年度には、介護予防を重視し、高齢者がより尊厳ある暮らしを継続できるよう地域包括ケアの考え方を導入する改正がなされた。厚労省は、「施設ケアから在宅ケア」に、「大規模型から小規模型」に、「医療ターミナルから福祉ターミナル」に大きくハンドルを切った。加えて、地域包括支援センターを創設し、

せっかく築いた、「官から民へ」の流れを逆行させ、再び、「民から官へ」揺り戻そうと画策しているようだ。

また、医療保険制度については、今年度からの医療制度改革で、患者が病院から遠ざけられようとしている。10月に施行された医療制度改革関連法は、入院患者の減少を最重要課題に掲げ、4月に変わった診療報酬体系も、30兆円を超え増え続ける医療費の削減を最優先とする色彩が濃い。政府の一連の医療費抑制策で、患者は「行き場を失うのではないか」とおびえ、病院側も経営への不安を抱いている。

加えて、高齢者に対する社会保障制度の見直しにとどまらず、少子化対策、子育て支援等々、現場向けの制度改革に関する議論も活発である。

このような状況の下で、国民の社会保障制度に対する不安、不信は益々広まりつつあり、社会保障制度全般にわたる改革が強く求められているのである。

こうした中、世界的な傾向として、高齢者施設分野には、民営化の波が押し寄せている。アメリカしかり、ドイツしかり、わが国しかりである。既に、グループホームや在宅サービス、2002年にはケアハウスにも多くの民間企業が参入している。近い将来、特別養護老人ホームといえども民営化される事は言を待たない。つまり、世界先進国の高齢者福祉は、自己責任主義を貫く市場型〔民間保険型〕⁽³⁾への動きが活発なのである。

以上のことをふまえて、「人口減」「格差社会」「財政再建」という“三重苦”の中で、我々は社会保障の効率化を考えていかねばならない。しかし、市場経済があるゆえに、公共施設が強調され、拡大して来た訳だ。このジレンマをどうするか。医療、福祉の現場には「外国人労働力導入」の問題もあり、「社会保障個人会計」⁽⁴⁾創設の是非もあろう。この問題は、郵政以上に国民の生活に係わる問題である。

それではいったいどうすれば国民が納得する社会保障改革を実現できるのだろうか。一般的に申せば、社会保障⁽⁵⁾とは「年金」、「医療」、「福祉

その他」の三つをさす。そこで以下、筆者の研究の中心課題のひとつである高齢者医療の現況を見ながら、私論を展開したいと思う。

II 国民医療費の現状

わが国の国民医療費については、OECD 諸国の中では、現在も 30 年後も意外にも「優等生」である。わが国の医療費が、他の先進諸国に比して低く抑えられたのは、政府の医療費抑制策が功を奏して来たことに加え、医療の提供側であるサプライサイド経済学により以下二つに重点を置いてきたことによる。

- ① 入院医療より外来医療
- ② 外科医療より内科医療

ただし、医療費の国際比較（対 GDP 比率：GDP の伸び率と国民一人当たり医療費の伸び率）で興味深い点は、65 歳以上の一人当たり医療費と 65 歳未満のそれとの医療費格差が、国によって随分と異なることである。わが国は、アメリカの 9 倍について高く、4.8 倍である。困みに、イギリス 4.3 倍、カナダ 4.5 倍、ドイツ、イタリアは、2.2 倍の差となっている。

更に、総医療費でみると、アメリカは、全人口の 87.3%を占める 65 歳未満人口に、62.8%の医療費を使っているが、一方のわが国は、同世代には、57.1%の医療費しか使っておらず、70 歳以上の高齢患者に 33.1%を費やしているのである。

このことは、結果として、わが国は、70 歳以上の高齢者に医療を手厚く配分して来たといえよう。問題は、今後もこのような高齢者優遇という政策が、踏襲可能か否かという点にある。

図 1-1 は、国民医療費の動向を示したものである。

この図をみて即座にわかることは、わが国の国民医療費は、国民所得を

老人医療費に関する一考察

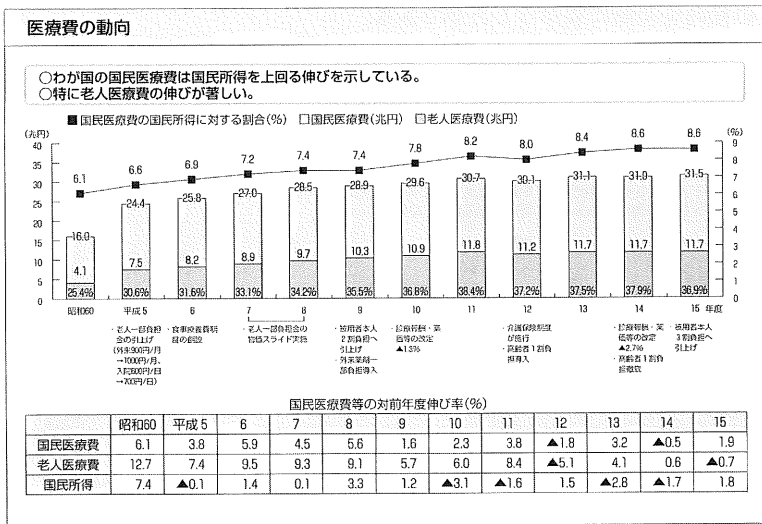
上回る伸びを示していることと、とりわけ老人医療費の伸びが著しい点である。国民医療費の伸びは、主として老人医療費を中心としており、これは、毎年、人口高齢化が進み、なおかつ、一人当たり老人医療費が、現役世代の約五倍もかかることから、当然の結果といえよう。

その要因を見てみると、一人当たり入院医療費に関しては、①病床数の多さ②平均在院日数の長さが、強く寄与している。一人当たり外来医療費の増加に関しては、生活習慣病を中心とする外来受診者の受診行動が大きく影響を与えている。

そこで、平均在院日数を少なくして生活習慣病患者の増加を阻止することが、医療費の伸びに対し構造的変化をもたらし、抑制効果が高まる政策として、打ち出されたのである。

2002年の患者調査によれば、生活習慣病に関連して医療機関を受診している患者数は、高血圧疾患 699 万人、糖尿病 228 万人、虚血性心疾患 91

図 1-1



万人、脳血管疾患 137 万人、悪性新生物 128 万人の合計 1300 万人、費用にして、7 兆 7434 億円、一般診療費の 32%を占めている。

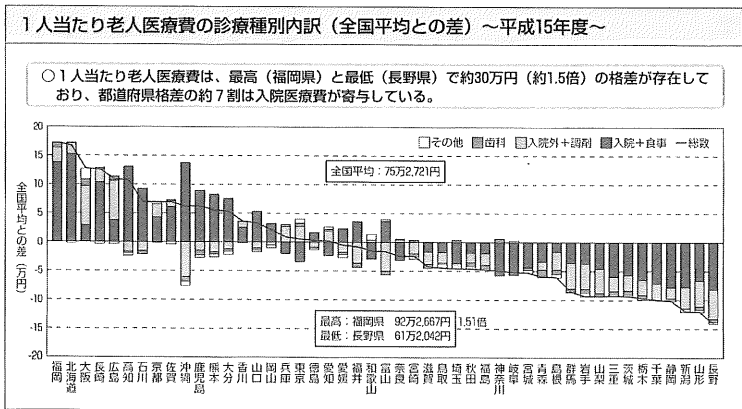
以上のことから、生活習慣病の予防に力を入れれば、医療費削減のみならず、労働力人口の増大も見込まれ、それを通して税収の増大をも期待できる。現状より高度な人間ドックや予防医療を、税金の医療費控除の対象とすれば、より効果があがるであろう。

Ⅲ 老人医療費の現状

次の図 1-2 は、一人当たり老人医療費の診療種別内訳を県別に全国平均値との差を示したものである。

この図から最初に読み取れることは、老人医療費の格差の約 7 割は、入院に起因するということであろう。老人医療費の中の入院医療費について、わが国の医療費を押し上げている要因として、平均在院日数の長さがある。各都道府県の一人当たり医療費、とりわけ老人医療費の分析を試みると、その傾向を明確に窺うことができる。

図 1-2



老人医療費に関する一考察

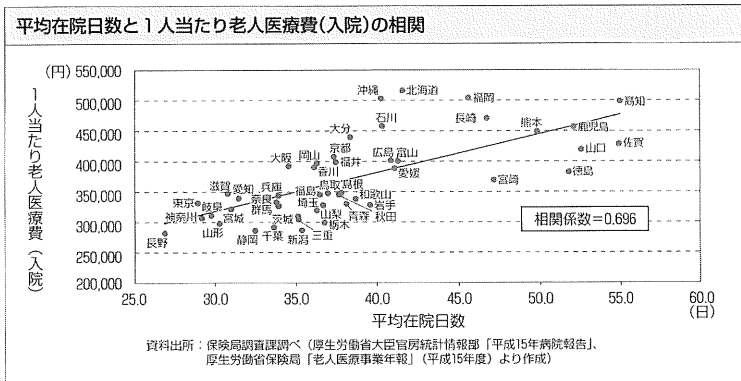
一人当たり老人医療費に関しては、最高値を示す福岡県が年間 92 万円、最低値を誇る長野県が年間 61 万円であって、老人一人当たり約 30 万余、役 1.5 倍の格差が生じている。加えて、その格差の 7 割は、入院医療費が寄与しているのである。

その他、老人一人当たりの医療費と 65 歳以上の就労率とは、負の相関があることが 1997 年度版「市町村における医療費の背景要因に関する報告書」（国保中央会）によって実証されている。つまり、働いている高齢者が多い地域では医療費が少ないというデータや、高額老人医療費の第二位を占める北海道は、冬に入ると「越冬隊」と俗に呼ばれる長期入院者が多いことも頭にいれておかねばなるまい。

加えて図 1-3 は、平均在院日数と一人当たり老人医療費（入院）の相関を見たものである。一人当たり老人医療費と平均在院日数の相関関係としては、老人医療費の高い県は平均在院日数が長いという傾向が明らかに見て取れる。

この一人当たり老人医療費の高い高知、福岡、長崎、北海道は、平均在院日数が長く、他方、一人当たり老人医療費の低い長野、静岡、山形に關

図 1-3



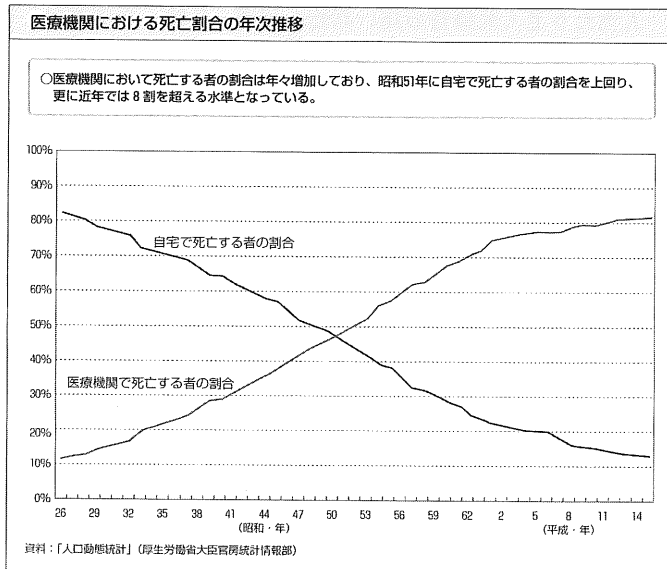
しては、平均在院日数が非常に短く、最高値を示す高知の半分以下である。ここにおいては、紙幅の関係から具体的な数値にはこれ以上立ち入ることは避けるが、この図が示すように、老人医療費の高低には、都道府県毎にバラツキが存在する。その大きな要因が、平均在院日数の長短によることから、兎に角、平均在院日数の短縮こそが老人医療費削減の命題となったのである。

IV ターミナルの現状

次なる図1-4は、医療機関における死亡割合の年次推移である。

厚労省の推計によれば、2020年までは、前期高齢者（65～74歳）も後期高齢者（75歳以上）も共に増大するが、2025年になると、前期高齢者

図 1-4



は減少に転ずる一方、後期高齢者は、益々増大するとされる。2020年には、前期高齢者1,400万人、後期高齢者1,300万人となり、老人医療費は、前期高齢者が6.1兆円、後期高齢者が11.4兆円となると予測されている。

つまり、わが国の高齢化が深刻なのは、寝たきり老人出現率、認知症高齢者出現率、特別老人ホーム入所率のリスクが高まる75歳以上人口=後期高齢者人口の増大、急増があるからなのである。

実際、虚弱、認知症、寝たきり老人などの要介護発症率の年齢階層別に占める割合をより詳細に見ると、70～74歳コーホートに比して、75～79歳では、発症率は二倍となり、80歳以上になると、さらに急速に上昇する。要介護発症率について、もう少し詳らかに述べるならば、前期高齢者層5.1%に比して、後期高齢者層30.8%、80歳以上43.3%、85歳以上58.3%である。

更に言えることは、6ヶ月を超える長期入院高齢患者の70%が後期高齢者なのである。以上により、後期高齢者の医療費をいかに適正化するかが、今後の世界先進国の一大テーマであることは言をまたない。

さて、更に図1-4を見ていこう。これは、医療機関における死亡割合の年次推移である。

昭和26年から平成14年の間のものである。これを見ると、医療機関において死亡する者の割合は、年々増加しており、図の中央に位置する昭和51年に、自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では八割超の水準となっている。

そして、この病院死の割合の増大こそが、医療費を高騰させている原因のひとつなのだ。かかる病院死増大問題は、かかり過ぎる終末期医療費問題、延命治療の是非問題をも内包している。

尚、70歳以上の5.3%に当たる一年以内の死亡者、約55万9000人が、老人医療費の17.7%である約1.1兆円を終末医療に使用している現実がある。かねてから筆者は、今回の介護保険改正の厚労省の裏ミッションは、

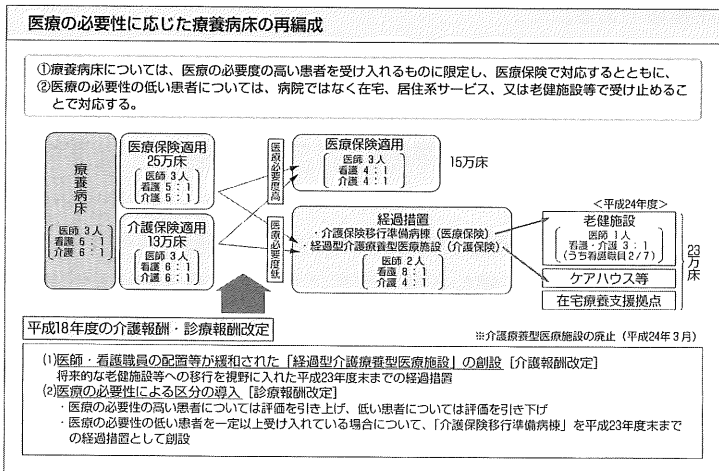
「高齢者を病院で死なせない」であるとして、「医療ターミナルから福祉ターミナル」へと、舵を切ったと述べてきた。⁽⁶⁾ 在宅療養支援診療所の条件をクリアし、死亡前2週間以内に複数の往診（居宅での看取り）があれば、倍額の1万点、つまり10万円のボーナスをつけたのである。

この終末期医療については、まだまだ議論の必要がある。現状では、前述したとおり、終末期の延命治療が生涯医療費の大きな部分を占めている。延命治療を望む家族や本人には、自己負担割合を考慮した上で道を残すべきだが、当事者や家族の意見も聞かず延命治療が行われ高額な医療費が掛かっている現状では、国民の利益の観点から再考の必要があろう。

V 医療必要度からの再編

翻って、図1-5 医療の必要性に応じた療養病床の再編に目を転じてみよう。

図 1-5



今回の再編により、療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応すると共に、他方、医療の必要性の低い患者については、病院ではなく、在宅、居住系サービス、もしくは老健施設等で受け止めることで対応するということとなった。

この療養病床の再編・転換については、図を見る限りでは医療・介護の両保険の夫々の中で経過措置がとられ、入院患者が追い出されるような事態が発生しないよう転換先の確保がなされている。療養病床の転換に関して、一床当たり、70万、100万、130万の補助金が出ることになっており、医療保険においては、平成18年度の診療報酬改定において、「介護保険移行準備病棟」という種別を準備して、医療必要度の低い患者が6割以上の病棟については、これを名乗ることを許可した。届出をすれば、一般基準では、3人必要な医師を2人に、また、不足する看護職の配置も5:1から8:1（患者8人に対して看護職1人）が可能となる。もう一方の介護保険においては、経過型介護療養型医療施設という種別を設け、一般基準では、医師は3人から2人、看護職は6:1から8:1へと、医師、看護職の配置を緩和する一方で、介護職は、6:1から4:1へと強化した施設で受け止めることとなった。

これらの措置により、医療保険適用、または、介護保険適用の療養病床から、老人保健施設やケアハウスへの転換がスムーズに行われ易くなるようには配慮されている。

VI 高齢者患者負担の見直し

これまで、70歳以上高齢者の患者負担については、現役並み所得者は2割、それ以外の人は1割となっていた。それが今回の改正によって、平成18年10月からは現役並み所得者は2割負担から3割負担に引き上げられた。これは、現役世代との均衡を考慮して、負担能力のある高齢者には応

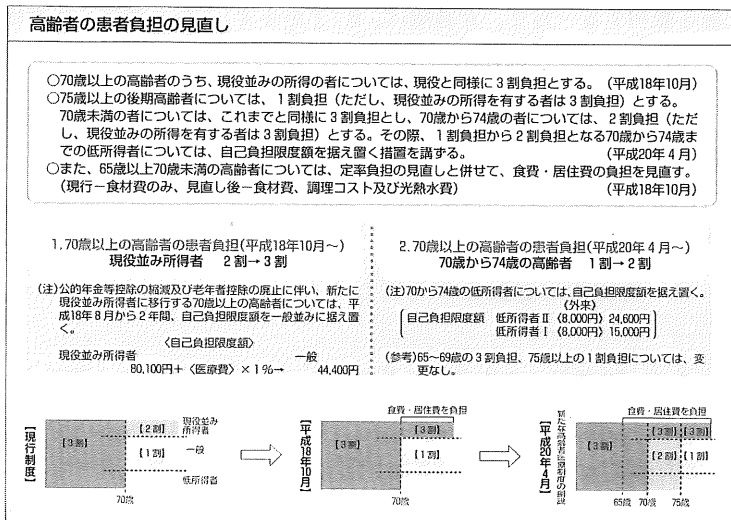
分の負担を求めているという考えに基づくものであった。

また、社会保障の中で、金額的に大きいのは「年金」と「医療」であるが、両方共に高齢者への配慮が一律的で過大でありすぎた。高齢者が保護され過ぎていたことが、世代間格差を生み、「年金」については若年世代の不信感を広げたと考えられよう。「医療」についても、高齢者の医療費が高額であるのに対し、負担はほとんどない状況であった。支払う能力があり経済的弱者ではない高齢者は、軽減されていた自己負担を若・壮年者と同水準に引き上げられたのである。そうしなければ、社会は成り立たないところまできていたのだ。

図1-6は、平成18年10月からの70歳以上高齢者の患者負担と、平成20年4月からの高齢者患者負担の見直しを示したものである。

70歳以上高齢者のうち、現役並み所得の有る者については、前述したように現役世代と同様に3割負担とし、75歳以上の後期高齢者について

図 1-6



は、1割負担とした。ただし、この75歳以上でも現役並みの所得を有する者については、3割負担である。

70歳未満の者については、これまで同様の3割負担とし、70歳～74歳の者については、2割負担とした。ここでも現役並み所得を有するものは、3割負担なのである。その際、1割負担から2割負担になる70歳から74歳までの低所得者については、自己負担限度額を据え置く措置を講じているのは、評価してよい。

また、65歳以上70歳未満の高齢者については、定率負担の見直しと併せて、食費・居住費の負担が見直された。現行では、食材費のみであったが、間直し後は、食材費に調理コスト及び光熱水費を負担させることとなった。

今後、更に、自民党改革プロジェクト案では、以下の内容が検討されている。

- ① 介護保険の自己負担を、現行1割負担から2割に引き上げるべき
- ② 軽度者への給付について、サービス利用の削除、施設入所制限を現状の要介護1から要介護3以上に
- ③ 介護施設入所者の食費・居住費のホテルコストの自己負担を更に引き上げる
- ④ 施設利用を更に抑制する方向で考える

今後、高齢者にとっては一層、厳しさが増していくことが推察される。

VII おわりに

小泉政権は、聖域なき改革を旗印に、「医療」に効率と経済性とを求め、医療費抑制政策を推し進めてきた。安倍政権も、その路線を踏襲するようだ。一方、相次ぐ医療事故や地方の医師不足など、医療現場を巡る国民の不安は尽きることがない。

確かに、日本の医療現場は危機的状況にある。小泉政権の5年間で医療現場の環境が悪化の一途を辿っている。産婦人科医の不足で、自分の住んでいる町でお産ができなくなったり、小児科医がいなくなったり、少子化対策を叫んでいながらおかしなことである。そのような中で、厚生労働省は、昨年8月末に2004年度の国民医療費が32兆1000億円と史上最高に達したことを発表した。これを受け、新聞各紙は、医療費の膨張傾向に警鐘を鳴らす記事を一齐に載せた。しかしながら、この年度の医療費水準が、即ち、国内総生産（GDP）に対する医療費割合が、世界主要先進国七カ国中の最下位になったことは意外にも知られていない。

実際のところ、世界主要先進国中で、医療費水準が最も低い国であったのは、イギリスであった。わが国ではなかったのだ。

ところが、わが国では小泉政権が非常に厳しい冷徹なる医療費抑制政策を続行したのとは逆に、イギリスのブレア政権は、2000年以降は医療費増加政策に転じていた。国営の医療予算を着実に増加させていたのである。2004年にわが国が最下位に転じたのは、日英双国の医療政策のその結果であった。

更に、わが国においては、小泉政権が健康保険本人の三割負担化、高齢患者の一割負担化と一定以上所得者の二割負担化などにより、医療費中の患者負担割合は急増を遂げ、世界主要先進国中の最高位となったのである。

畢竟、わが国は、五年間における小泉政権がもたらした医療改革によって、患者の医療費負担割合は最高位にありながら、医療費そのものの水準は、世界主要先進国の中で最低という、極めてバイアスのかかった医療保障制度を持つ国家となったのである。

そしてその間にわが国においては、医療事故の多発を始めとして、医療現場のサブライサイドからみると、「ハイリスク・ローリターン」と揶揄される救急医療、産科・小児科医療の荒廃が目立つようになった。これらの背景には、わが国の世界一厳しい医療費抑制政策がからんでいると筆者

は睨んでいる。

それに関連して、図1-2で見たように、長野県は地域医療の充実で医療費は全国一低い。

しかしながら、県下のある中核病院では、麻酔医不足により緊急手術ができなくなっている。また、地域医療を担ってきた100床未満の病院の医師不足は更に深刻であり、救急外来の当直医を組むことも難しくなっているのだ。

わが国は先進国の中で、対GDP医療費が極めて低いことは前述したが、それでも世界一の長寿国を実現できた要因は何か。それは、アメリカの同規模病院に比して、五分の一という極めて少ない医師数によって、彼らが忙しく現場を回し働き続けて、医療崩壊を防いで来たからである。

全国1200の医療機関では、年間18万3000件の「ヒヤリ・ハット」事例があったという。医師や看護師が忙しすぎるのだ。平均在院日数が短縮され、病棟の入院患者は重度化し、危険が増している。世界保健機構(WHO)は、わが国の医療を世界一の医療と言っているが、国民は満足していない。

翻って、ここまでは医療のサプライサイドについてのべてきたが、デマンドサイドについて述べてみることにする。

かねてから筆者は、医療費の抑制については従来からの対策以外に、国民個人のインセンティブを活かした対策が重要であると主張⁽⁷⁾してきた。

例えば、税金の医療費控除の拡大である。人間ドックや健康に寄与する予防医療分野を、思い切って控除の対象として拡大するのだ。

更に、社会保障番号を導入し、自分が社会にどの程度の貢献をし、どの程度の給付を受けているのか。畢竟、「社会保障個人別会計」を把握できるようにすることである。

今現在の高齢者コーホートは、自分たちは多く負担してきたかのように考えているが、誤解である。とりわけ60代以上は、優遇されてきている

のだ。

この「社会保障個人会計」が実現すれば、個人はもちろんのこと、全体としての見直しも容易となる。自分でできることは自分でやろうという自助の精神も、より涵養、醸成されると思われる。「自己決定」、「自己負担」、「自己責任」は、21世紀の老人福祉のキーワードであるが、それ以上に有効な指針は、コロナ禍が示したように「人は、自分以上の良い医師を持つことはできない」⁽⁸⁾のである。

畢竟するに、まもなく団塊の世代が60代に達し、医療費急増が予測される。持続可能で良質な医療の提供体制を、どのように確保していくのか。述べてきたように我々国民に、これなら抑制できるという担保あるビジョンを、供給側ばかりでなく需要側にもインセンティブを与えられる形で指し示す必要がある。尚、低所得（年間所得200万以下）高齢者層に対しては、必要以上に自己負担を厳しくすると、かえって社会保障費用が増大することが証明されている。このコーホートに対しては、必要以上に負担強化をしないことが前提となる。

注

- (1) 伊東眞理子『楽しく学ぶ高齢者福祉』ミネルヴァ書房、2006 p.80
- (2) 伊東眞理子『楽しく学ぶ高齢者福祉』ミネルヴァ書房、2006 p.78
- (3) 筆者は、世界の高齢者福祉を国民負担率（国民所得に対する税と社会保険料の割合）を基礎として、大きく三つの概念で分類している。ここで述べたアメリカ型の低負担低福祉・自己責任主義を貫く民間保険による市場型、その対極にある北欧型の高負担高福祉・公的福祉サービス制度主義を貫く税型或いは普通型と呼ばれるもの、その中間に位置する独・日本型の中負担中福祉・社会保険型である。
- (4) 現在、シンガポールにおいては、国民すべてに口座開設を義務づけ、この口座に社会保障費を強制的に貯蓄させ、中央積立基金（CPF）が運用するという仕組みを採用している。この口座には、①一般口座②メディセーブ口座③特別口座がもうけられており、労使一定の負担割合で賃金の一部が積立られている。このCPF口座は、運用益が非課税であり、個人別に管理され、取り崩しのな

老人医療費に関する一考察

かったものについては、一定の上限はあるものの非課税で相続可能である。尚、負担能力のない低所得者に対しては、公費から一定の社会保障費が支給されるものである。また MSA (Medical Saving Account) は自らの口座に将来の医療費を強制的に貯蓄するという制度である。

- (5) 伊東眞理子『老人ホームことば事典』中央法規出版, 2003 p.17 参照
- (6) この件については、昨年 9 月 30 日、10 月 1 日に上智大学で開催された、経済社会学会第 42 回全国大会における学会主催シンポジウム「21 世紀の生活を考える」において、シンポジストとして言及した。今年度の学会報に論文として発表する予定である。
- (7) 伊東眞理子「社会的入院の分析」生活経済学会年報第 9 巻 p.55~p.67 参照
- (8) 伊東眞理子『楽しく学ぶ高齢者福祉』ミネルヴァ書房, 2006 p.40

参考文献

- (1) 伊東眞理子『楽しく学ぶ高齢者福祉』ミネルヴァ書房, 2006
- (2) 伊東眞理子『老人ホームことば事典』中央法規出版, 2003
- (3) OECD (1996), SOCIAL POLICY STUDIES No20 AGING in OECD COUNTRIES A Critical Policy Challenge
- (4) OECD (1998), IMPROVING THE ENBIRONMENT THROUGH REDUCING SUBSIDIES Part 1 Summary and Policy Conclusions
- (5) 近藤克則『「医療費抑制の時代」を超えて』医学書院, 2004 年 3 月
- (6) 社会保険庁「医療制度改革の解説」社会保険出版社, 2006
- (7) 川渕孝一「社会保険統合の可能性に関する一考察」(財)全労災協会, 2006

(本学助教授・高齢者社会政策論)