

□第8回国際医療福祉大学学会学術大会 記念講演□

医療福祉の未来への展望—政策面より

中村 秀一¹

I. 医療福祉政策の到達点

わが国の2018年度の社会保障給付費は、121.3兆円、対GDP比21.5%に達している。現在の社会保障は、1945～55年の「戦後復興期」、1955～73年の「高度経済成長期」、1974～89年の「安定成長、バブル経済期」、そして1990年以降の「経済の長期的低迷期」と区分される戦後の日本の歩みの中で形成されてきた。

社会保障の歩みを辿ると、1945年からは戦後改革の時代である。まず、最低生活の保障を謳った日本国憲法が制定された。この時期は、貧困、孤児・浮浪児、戦争で傷ついた障害者への対策が緊急課題であった。生活保護法（旧法）、児童福祉法、身体障害者福祉が一早く制定され、福祉3法体制が整えられた。壊滅的な打撃を受けた医療機関の復興も課題で、医療法が制定された。この時期の社会保障予算を見ると、失業対策費、生活保護費が予算の過半を占め、まさに貧困への対応が最大の課題であった。

高度経済成長の入り口の時期にあたる1961年に国民皆保険・皆年金が達成され、日本の社会保障制度の骨格が整った。高齢化率は5%台と低く、「人口ボーナス」があった時期である。経済が好調なこともあって、皆保険・皆年金による給付の増を担える経済環境にあった。1955年に左右社会党の統一と保守合同で自民党が誕生した。「55年体制」の成立である。総選挙で双方が競って社会保障の充実を公約するという政治環境も後押しした。

皆保険・皆年金は達成したものの、例えば健康保険の家族は5割給付であるなど、その内容は十分でなく、給付の改善が大きな課題とされた。オイルショックによる高度経済成長が終わる直前の1973年に、大幅な給付改善が実現した。

医療保険では給付率の引き上げ（家族7割）と高額療養費制度が導入された。さらに、70歳以上の老人医療費（自己負担）の無料化も行われた。年金においては、厚生年金の給付の大幅な引き上げ（月額5万円年金）と物価スライド、年金スライドの制度化が図られた。経済は安定成長に移行し、社会保障給付費は1973年の給付改善によって経済の伸びを大きく上回る伸びを示すこととなった。

80年代に入り、「増税なき財政再建」を掲げる行政改革が実施されることとなった（第二臨調）。社会保障は行政改革の主要な対象分野に位置づけられた。1982年に老人保健法が制定され、老人医療費は再有料化された。1984年には健康保険法の改正によって本人1割負担が導入された。1985年には年金制度の大改正が行われ、基礎年金制度が創設された。同年、医療法の改正も行われ、病床規制が導入された。これらの改革の結果、1980年代の社会保障給付費の伸びは、ほぼ経済の伸びと一致し、安定的に推移した。

しかし、1990年代に入ると、日本経済は長期的不振に陥った。経済が低迷する中で、社会保障給付の増加は続き、社会保障制度の持続可能性に対する懸念が高まった。1990年代半ばから医療保険や年金について累次の給付抑制的な制度改正が実施されてきた。他方、本格的な高齢社会の到来を控え、高齢者介護については介護基盤の整備が図られ、2000年には介護保険制度が開始され、高齢者介護の費用は格段に増加した。

II. 社会保障を取り巻く環境

社会保障の財源は、約6割が保険料、約4割が税財源で賄われている。

¹ 国際医療福祉大学大学院 教授

税財源の国分の負担を賄うため、2018年度、国の予算（一般会計）97兆7,128億円の33.7%、一般歳出（中央省庁の政策経費）58兆8,958億円の55.6%にあたる32兆9,732億円が社会保障予算（社会保障関係費）となっている。このように社会保障は国の予算の最大の支出項目であり、財政再建上、常に問題視される存在となっている。

わが国の総人口は2017年の総人口は1億2,671万人であるが、2008年の1億2,808万人をピークに減少を続けている。人口の減少幅は年々大きくなっている。これに対し、65歳以上の高齢者人口は3,514万人であり、前年比57万人増となっている。高齢者人口は2042年まで増加が続くと見込まれ、年金、医療、介護等の費用の増大が避けられない。また、支え手である労働力人口が減少する中で、医療・介護等のサービスを支える人材の確保が大きな課題である。

Ⅲ. 医療福祉政策の展開

1. 医療政策

不況が続き、医療保険財政は1992年以降急速に悪化し、1997年には政管健保の積立金がマイナスとなる状況に立ち至った。これに対処するため、1997年に健保本人の患者負担の2割への引き上げ、外来の薬剤費の別途負担の導入、老人医療の定額自己負担の大幅引き上げを内容とする制度改革が行われた。しかし、この改正による財政効果も長続きせず、2002年に再び医療保険制度改革が必要となった。

小泉政権の成立直後であり、この医療保険改革は小泉構造改革の第1弾と位置づけられた。健保本人負担の3割への引き上げ、高齢者定率1割負担の導入など厳しい負担増を求める改正であった。同時に、史上初めての診療報酬本体のマイナス改定も実施された。このような改革を実施しようとする首相官邸に対し、与党自民党（厚生労働族）が反対するという異例の構図となった。

自民党は、政府案は「単なる財政対策」に過ぎないと批判し、「抜本改革」を求め、その結果、提出法案には附則に検討課題が列挙された。

「新しい高齢者医療制度の創設」が附則で規定された。2008年4月に施行された後期高齢者医療制度はこれに対する回答である。また、厚生労働省に対しても「身を切る努力」が必要であるとされ、社会保険病院の改革も求められた。これについては2014年4月に発足した地域医療機能推進機構として再編された。政府管掌健康保険の見直しも掲げられ、2008年10月に全国健康保険協会が設立された。保険者の再編も課題とされ、2018年4月から実施された都道府県が国保の保険者とする国保改革もこの流れに沿ったものである。このように2002年以後の医療保険および医療制度の改革は、2002年改正法附則の「宿題」に答えを出すものであったと総括できよう。

さらに、2002年改正法附則では「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」と規定した。その後の患者負担の論議は、大きな影響を与えている。

2010年からは、現在進行中の社会保障改革の基本的な枠組みである「社会保障と税の一体改革」の検討が始まった。「高齢期集中型の社会保障」を「全世代対応型」に変えていくこと、1990年代半ばから続けられてきた「給付の抑制」ではなく、「必要な機能強化」を図ることを目指している。そのためには財源が必要であり、消費税を社会保障財源とし、税率の引き上げを行うこととした。この「社会保障と税の一体改革」については、2012年6月に自公民3党の合意が成立した。これを受けて、自公民3党は社会保障制度改革推進法（2012年8月）を成立させ、改革の「基本的な考え方」と少子化・医療・介護・年金の各分野についての「基本方針」を規定した。さらに、具体策については、同法により1年間の時限で設置した社会保障制度改革国民会議で検討することとされ、国民会議は2013年8月に報告書を取りまとめている。政府はこれを受け、2013年12月に改革のメニューと工程表を規定した「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」（いわゆるプログラム法）を成立させた。

社会保障制度改革国民会議の報告書では、医療・介

護について、国民皆保険を維持していくためには、国民の疾病構造が変化しており、医療の在り方そのものが変わらなければならないと指摘し、そのためには提供体制の改革が必須であるとした。提供体制については、医療・介護を一体的に考えることが必要であり、「病院完結型」から「地域完結型」へ、「治す医療」から「治し・支える医療」への転換を求めた。さらに、データに基づいて医療提供体制を制御することの重要性を強調している。

2014年4月の消費税率8%への引き上げにより財源を得て、本格始動することとなった。政府は2014年6月に「医療介護総合確保推進法」として医療・介護関係19法律の改正を行った。効率的で質の高い医療を目指す医療法などの改正と、地域包括ケアシステムの構築を目指す介護保険法などの改正である。

医療法の改正では、病床機能報告制度が導入され、都道府県は2次医療圏ごとに地域医療構想の策定が求められた。全国の地域医療構想の策定は2016年度中に完了し、2025年度の目標年度までに各医療圏で実現していくことが求められている。

2. 介護保険

2000年4月に導入された介護保険によって、認定要介護者数、サービス受給者数は65歳以上人口の増加を大きく上回る伸びを示している。この結果、2000年度で3.6兆円であった介護保険の総費用額は、2016年度には10.4兆円と2.9倍に増加している。

2000年4月の給付費は2,190億円のうち、72%は介護保険3施設の費用が占めていた。施設偏重の状態であり、立ち遅れていた在宅サービスの充実が課題であった。その後、地域密着型サービス制度の創設、小規模多機能介護などのサービスメニューの追加が行われ、在宅サービスが飛躍的に増加した。2017年4月の給付費は7,230億円で、居宅サービス、地域密着型サービスが67%を占め、介護3施設のシェアは33%まで低下している。

「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができ

る」ことを目指す地域包括ケアシステムが実現できる環境が整ってきたといえる。先に述べたように、2014年6月には地域包括ケアシステムの構築を目指す介護保険法などの改正が行われ、在宅医療と介護の連携、介護予防・生活支援総合事業（新総合事業）が介護保険の地域支援事業に位置付けられた。

地域包括ケアシステムの構築のためには、住民の活動と参加、自立支援を目指す生活重視の視点にたった取り組みが求められる。医療と介護の連携を図り、多職種協働を実現するため、ネットワークづくりが重要である。さらに、日常生活を支援していくためには、制度外のサービスも必要であり、近隣の支え合い・見守りといった「互助」の重要性が指摘されている。

3. 福祉施策の進展

介護保険の導入は、他の福祉制度にも大きな影響を及ぼした。2005年には障害者自立支援法が制定された。

障害福祉については、身体障害、知的障害、精神障害の3障害について、障害ごとの縦割りの福祉制度が実施されてきた。福祉施策について、障害間で格差があることが問題となっていた。厚生省で3局に分かれていた傷害担当を一元化すべく、障害保健福祉部が設置された。2003年には身体障害および知的障害を対象とした支援費制度が導入されたが、施行後すぐに財政的に破綻した。

このため、3障害を対象とし、利用者の定率1割負担を原則とするとともに、福祉サービス費の国庫負担の義務化を図る障害者自立支援法が2005年に制定された。1割の定率負担については反対が強く、後に民主党は障害者自立支援法の廃止をマニフェストに掲げることとなった。2013年には障害者総合支援法に引き継がれ、障害者差別解消法も制定された。

障害者自立支援法実施後の障害行政の発展は目覚ましいものがあり、地域移行、就労支援に向けた取り組みが格段に強化された。さらに、これまで障害行政では明確に位置付けられていなかった発達障害が法定されるとともに、障害行政の難病への対象拡大も行われた。

2012年8月に成立した社会保障と税の一体改革関連法において、子ども・子育て支援関係3法の改正が行われた。

同時に制定された、社会保障制度改革推進法の附則において生活保護の適正化を図るとともに、生活困窮者対策を強化することが求められた。これを受けて2013年に生活困窮者自立支援法が制定され、2015年4月に施行された。この法律は、福祉事務所を設置する地方自治体において、様々な課題を抱える生活困窮者を早期に発見し、包括的な支援を行うものである。年齢別、障害別にとられることのない、横断的な制度であり、「伴走型の支援」が目指されている。支援には就労、住宅、教育を包含し、相談支援から始まり、地域のネットワークを形成して包括的な支援体制を構築していくことが求められている。

2017年には地域包括ケアを強化する観点からの介護保険法等の改正が行われた。その中で社会福祉法の改正においては、地域住民とその世帯が抱える、広汎な「地域生活課題」に対し、支援関係機関と連携して対応することが求められている。これからの福祉は、年齢別、障害別、属性別のアプローチから横断的アプローチへの転換、総合相談ができるプラットフォーム作り、従来の狭い「福祉」の領域にととまらず、孤立や教育、労働、住宅、防犯、防災などの住民の生活課題に対応していくことが求められている。

この改正において、厚生労働省は、地域共生社会の実現を目指すとした。その背景には、様々な形態での住民同士のつながりがある地域では、健康リスクが軽減するとの研究成果が出てきており、地域環境、社会環境の改善が住民の参加や活動を促す上で重要であることが認識されてきていることがある。まさに「まちづくり」が課題であり、福祉はまちづくりそのものとなる。

IV. これからの医療福祉

1. 2040年の社会保障

政府は、5月21日の経済財政諮問会議に「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」を

提出した。2040年は、わが国の高齢者数がピークを迎える時期である（高齢者数は2042年まで増加すると見込まれている）。

政府の見通しでは、2040年度の社会保障給付費は、2018年度と比較して名目で1.56倍、対GDP比で1.11倍となる（社会保障給付費：2018年度121.3兆円、対GDP比21.5%→2040年度190兆円、対GDP比で24.0%）。

医療給付費は、名目で1.74倍、対GDP比で1.24倍と社会保障給付費全体の伸びより大きい（39.2兆円、対GDP比7.0%→68.5兆円、8.7%）。更に伸びが大きいのが介護給付費であり、名目で2.41倍、対GDP比で1.73倍となっている（10.7兆円、1.9%→25.8兆円、3.3%）。医療・介護給付費の合計でみると、名目1.88倍、対GDP比1.35倍の伸びになる（49.9兆円、8.8%→94.3兆円、11.9%）。

この結果、社会保障給付費に占める医療・介護給付費の割合は、2018年度の41.1%から2040年度には49.6%まで上昇し、医療・介護が年金を抜いて社会保障の最大項目になる。

社会保障の負担は、この間、名目で1.59倍、対GDP比で1.13倍となる（2018年度117.2兆円、対GDP比20.8%→2040年度187.3兆円、同23.7%）。

その内訳であるが、保険料負担は名目で1.52倍、対GDP比で1.08倍である（70.2兆円、12.4%→107.0兆円、13.5%）。一方、公費負担は名目で1.71倍、対GDP比1.22倍であり、公費負担の伸びが大きい（46.9兆円、8.3%→80.3兆円、10.2%）。この結果、財源における公費負担の割合は40.0%から42.8%へ上昇する。税財源への依存がさらに高まるのである。

新推計では医療・介護の1人当たりの保険料・保険料率の見通しも示している。

現役世代の医療保険料負担の代表として、協会けんぽの保険料率をみると、2018年度10.0%から2040年度には11.8%に上昇する。1.18倍である。

これに対し後期高齢者の保険料は月額5,800円が、8,200円（1.41倍）となると見込まれている。介護保険の64歳以上の者の保険料は月額約5,900円から約

9,200円(1.55倍)になる。このように後期高齢者医療、介護保険の保険料の伸びが大きい。

以上、新推計から、2040年までに医療と介護の需要が大きく伸びること、特に介護需要の伸びが著しいこと、医療についていえば現役世代の医療費はほとんど伸びず、高齢者(とりわけ後期高齢者)の医療費の伸びが大きいということがわかる。

2. 医療福祉人材の確保

2040年で、現在よりも深刻なのは、65歳未満の人口減少である。2016年の就労者数は6,350万人であるが、産業別就労者数では、「卸売業、小売業」1,075万人、「製造業」1,052万人について、「医療、福祉」は814万人で第3位である。第4位の「建設業」498万人を大きく引き離している。

現下の医療・介護・福祉マンパワーの逼迫もあり、今後のマンパワーの需給が懸念される。5月21日の経済財政諮問会議で、厚生労働大臣は、新推計とともに「新推計に基づくマンパワーのシミュレーション」も併せて提出している。

それによると、「医療福祉分野における就業者数」は、2018年度の823万人から2040年度には1,065万人へ

と約30%増加する。この結果、医療福祉分野における就業者数の就業者数全体に占める割合は12.5%から18.8%へと上昇する。現在、就業者の8人に1人が医療福祉分野で働いているが、2040年には5人に1人に近づくということである。

財源の確保とならび、人材の確保がこれからの医療・福祉にとって不可欠である。需要面、供給面での対応が政策の中心となる。

3. 2040年に向けて

この難題を克服するためには、需要面では可能な限り医療・福祉需要を減らすことであり、健康寿命の延伸が達成目標となる。供給面では、従事者1人当りの生産性を向上させることであり、ICTや介護ロボットの活用などが必要になる。

そう考えて、2018年4月の改定を振り返ると、診療報酬改定では「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進」が、介護報酬改定では「多様な人材の確保と生産性の向上」が改定の主要な柱とされていた。これらの取り組みは、さらに強化されながら、今後長期間にわたって、医療・介護政策の中心テーマであり続けるに違いない。