

医療分野における社会保障制度

—これまでの経緯とこれからの方向性—

A Study about the Social Security System Covering Medical Care Services in Japan The Past Details and a Future Direction

石田 路子

Michiko ISHIDA

1. はじめに

1950(昭和25)年10月16日付で、当時の社会保障制度審議会(会長:大内兵衛)は、内閣総理大臣吉田茂宛にて以下のような社会保障審議会勧告を行った。「本審議会は昨年5月審議会の設置と同時に社会保障制度に関して慎重審議を行ってきたが、現下の社会経済事情並びに日本国憲法第25条の本旨に鑑み、緊急に社会保障制度を整備確立する必要ありと認める。よって、本審議会は、政府が直ちに社会保障制度の企画、立法を行うよう社会保障制度審議会設置法第2条第1項の規定により、別紙のとおり勧告する。」¹⁾

戦争が終わって5年の歳月が過ぎたとはいえ、当時の日本では国民の多くがいまだ生活の困窮に苦しんでいた。勧告にも「敗戦の日本は、平和と民主主義とを看板として立ちあがろうとしているけれども、その前提としての国民の生活はそれに適すべくあまりにも窮乏」しているとして、「問題は、いかにして彼らに最低の生活を与えるかである。いわゆる人権の尊重も、いわゆるデモクラシーも、この前提がなくては、紙の上の空語でしかない。いかにして国民に健康な生活を保障するか。いかにして最低でいいが生きて行ける道を拓くべきか、これが再興日本のあらゆる問題に先立つ基本問題である。」²⁾と訴えられている。

そして当時、すでに国の社会保障制度が確立しているイギリスについて、「ゆりかごから墓場まで」というよく知られることになるキャッチフレーズを挙げて例にとり、日本でもこうした制度が不可欠であり、「要するに貧と病とは是非とも克服されねばならぬ」³⁾という強い決意が述べられている。

それから半世紀以上の歳月を経た今、この勧告を読み返すと、当時の審議

会にかかわった人たちによる、社会保障制度整備への並々ならぬ意気込みを改めて強く感じる。とくに、勧告の冒頭では、憲法第25条の生存権を掲げ、国民の生存権を保障することが国の義務であることを強調している。「生存権」とは、言うまでもなく「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」である。国は、国民の生活における「貧と病」の不安を解消すべく、義務として社会保障制度の確立を急がねばならなかった。

この勧告において提案された社会保障制度は、(1) 社会保険、(2) 国家扶助、(3) 公衆衛生及び医療、(4) 社会福祉の4分野にわたっていた。⁴⁾ とくに社会保険を第一義とした理由について、勧告には「国家が国民の生活を保障する方法も、もとより多岐であるけれども、それがために国民の自主的責任の観念を害することがあってはならない。その意味においては、社会保障の中心をなすものは、自らをしてそれに必要な経費を醸出せしめるところの社会保険制度でなければならない」とある。

つまり、当時の人々の意識には、国家扶助としての生活保護や、社会福祉に含まれる児童福祉、障害者福祉などは、国が生活に困った人等を救済するものであり、いわゆる「お上の施しを受ける」もの、「社会のお荷物」という負の烙印を押されるものでもあった。しかし、社会保険は「もしもの時に備える」ために前もって保険をかけておくという自助の仕組みであり、さらには被保険者間の連帯に基づく互助の仕組みでもあるということで、国民の納得を得ることが容易であった。

こうした経緯から、日本の社会保障制度は中核を社会保険が占めることになったが、そのなかでも医療保険は、年金と並んで最も重要な社会保険に位置付けられている。日本では1955（昭和30）年頃まで、農業や自営業者、零細企業従業員を中心に、国民の3分の1に当たる約3000万人が医療保険に加入していなかった。しかし、1958（昭和33）年に国民健康保険法が制定され、1961（昭和36）年には全国の市町村で国民健康保険事業が始まり、「誰でも・どこでも・いつでも」保険医療を受けられる国民皆保険体制が確立した。

本論では、国民皆保険体制が確立された日本における医療分野の社会保障制度が、どのような経緯を経て現在に至ったのか、そして今後、どのような方向へ進もうとしているのかについて、医療保険制度と医療法改正の変遷をたどりながら考察し、その課題を検討する。

2. 日本の医療保障制度の変遷

(1) 医療保険制度の歴史

①戦前の日本における医療保険制度

日本における医療保険制度の始まりは、1922（大正11）年の健康保険法成立からである。当時の健康保険制度は、事業主と労働者の双方で健康保険組合の運営を行うという、ドイツの社会保険方式を採用したものであった。この保険の目的は、不測の事故で怪我をした場合、あるいは病気になった場合にも、治療に必要な費用が保険から給付されることで、労働者は安心して仕事に打ち込み、その結果として生産性が高まり、労働争議なども未然に抑えることができるというものであった。

しかし、当時はこうした健康保険制度の導入について、反対意見が圧倒的多数を占めていた。つまり、事業主は保険料を払うために費用が増加すること、労働者も保険料の負担は給料の減額につながる、さらに医師は診療報酬が下がる等、すべての関係者から反対の声が上がっていたのである。それでも、健康保険制度が適用されることによって、患者は医療費の支払い負担が軽減されるため、これまでのように診療を控える、あるいは医療費を未払いするといったことが減少するというメリットがあり、世論を説得していくことで新しい制度の導入が実現していった。

当時の日本では、健康保険に加入する労働者の数は少なかったが、小規模企業の被用者も対象に含まれていたことは特筆できる。中小規模企業は健康保険制度を運営する事務処理能力がなかったために、政府が直接医療保険を運営することになった。これが政府管掌健康保険の始まりである。政府管掌健康保険もひとつの保険者であるということは、日本の医療保険制度における最大の特徴であった。政府管掌健康保険の運営は社会保険庁が担当し、保険適用事務や保険料徴収、保険給付事務などは、地方社会保険事務局や社会保険事務所で行われた。⁵⁾

日本の健康保険のもうひとつが国民健康保険である。これは1930（昭和5）年ごろから、都市のみならず農村や漁村などに暮らす人々でも医療が受けられるようにすることを目指して運動がおこり、1938（昭和13）年に国民健康保険法が制定された。しかし、当時は前年に始まった日中戦争をきっかけに、日本が戦争に向かって突き進んでいく時代であり、農山漁村民のための国民健康保険は、戦争のための健兵健民政策や人口増加策を目的とするものに塗り替えられていった。

1942（昭和17）年に行われた国民健康保険法の改正によって、これまでは

任意だった国民健康保険組合の設立が、必要と認められれば強制的に設立しなければならなくなった。強制的に設立された組合には、組合員資格のある人が全員加入することになった。こうした方針により、1943（昭和18）年度末には、市町村の約95%で国民健康保険組合が設立された。一方、勤め人やその家族を対象とした健康保険制度も、1943（昭和18）年頃には、適用事業所数が16万、加入者数も800万人を超えていた。この時点で、国民の約7割は医療保険に加入していた。⁶⁾

②戦後の日本における医療保険制度

終戦を経て、日本の国民皆保険体制は1961（昭和36）年に実現した。まず、1958（昭和33）年に国民健康保険法が改正され、健康保険などの被用者保険制度に加入していない国民は、国民健康保険に強制加入させることになり、これが国民皆保険制度を確立する基盤となった。法改正によって、国民健康保険にも被用者保険の診療報酬が適用されることとなり、さらに国民健康保険で、ほとんどすべての医療機関における受診ができるようになった。

最後の自治体が国民健康保険を導入したのが1961（昭和36）年であり、この時点で日本のほぼ全国民が、何らかの医療保険制度に加入していることになった。しかし、当時は医療費に関して、その自己負担率に大きな差があった。被用者の場合は、初診時に一定の金額を支払えば、その後の医療費は全額に保険が給付された。一方、被用者の扶養家族や国民健康保険加入者は、すべての医療サービスや処方薬の費用について、その5割を負担しなければならなかった。

その後、1982（昭和57）年までに、5割の自己負担率は3割まで段階的に引き下げられた。まず、1963（昭和38）年には国民健康保険の世帯主の負担率が下げられ、1968（昭和43）年にはその扶養家族、さらに1973（昭和48）年に被用者保険の扶養家族の負担率も引き下げられた。また、この1973（昭和48）年は、国が老人医療費支給制度を制定した年でもある。これは、一部の自治体で実施されていた老人医療費支給制度（70歳以上の高齢者は医療の自己負担分がゼロになる制度）を国が導入したものである。加えて、同年、すべての保険制度に高額療養費制度がつくられ、医療費の自己負担分の月額が3万円を超えた場合は、その超過した費用について負担しなくてよいことになった。

当時の政府は、こうした医療保険制度をはじめとする社会保障の手厚い内容を掲げながら、1973（昭和48）年を「福祉元年」と呼んだ。しかし、その年の暮れには、いわゆるオイルショックが世界全体の経済を揺るがし、日本

の経済成長率にもブレーキがかかってしまった。以降は、日本の経済成長のスピードが鈍化していく低成長時代へと変遷していき、「福祉元年」の掛け声は、いつの間にか消失していった。しかし、経済成長の鈍化とは逆比例的に、日本における医療費は上昇の一途をたどっていった。この時期に、被用者に関する医療費の負担率引き上げがあり⁷⁾、最終的に自己負担率は国民の大半で同率の3割となった。また、1982（昭和57）年に制定された老人保健法により、高齢者への定額負担が導入された。

表1 2014（平成26）年4月からの年齢別の医療保険負担率

年 齢	自己負担率	
0歳～義務教育就学前 (6歳の誕生日以後、最初の3月31日まで)	2割	
6歳～70歳	3割	
70歳～74歳	現役並み所得者	3割
	一般所得者 低所得者Ⅱ 低所得者Ⅰ	2割 (昭和19年4月1日 以前生まれは1割)
	75歳以上	3割
75歳以上	現役並み所得者	3割
	一般所得者 低所得者Ⅱ 低所得者Ⅰ	1割

※「現役並み所得者」は、(1) 市町村民税課税所得が145万円以上の人、または、(2) (1) の被保険者と同一世帯に属する人のことをいう。ただし、(1)、(2) に該当する被保険者の収入額が、同一世帯二人以上で520万円未満、一人で383万円未満の場合は申請により「一般所得者」の区分と同様になる。

「低所得者Ⅱ」は同一世帯の全員が非課税の人であり、「低所得者Ⅰ」は同一世帯の全員が非課税の人で、その世帯の各所得が必要経費控除（年金の控除額は80万円）を差し引いたとき0円になる人のこと。

その後、高齢者の定額負担は徐々に引き上げられていき、2001（平成13）年1月から、70歳以上の高齢者は1割負担となった。2002（平成14）年10月からは、平均的な被用者の所得以下の収入しかない70歳以上の高齢者の負担は1割にとどまったが、それ以上の収入がある現役並み所得者の場合は2割負担となった。さらに、2006（平成18）年10月には、2割から3割に引き上げられ、高額療養費制度も縮小された。表1のように、現在、就学前の子どもの負担率が2割、そして70歳から74歳までの現役並み所得者以外の人も2割負担である。

③現在の医療保険制度

現在の医療保険の保険者には、大企業および産業種ごとの被用者が加入している組合管掌健康保険(健保組合)、公的部門に勤務する被用者が加入する共済組合、2008(平成20)年に政府管掌健康保険より移管された全国健康保険協会(協会けんぽ)、そして自営業者やパート職員など非正規雇用者、75歳未満の年金生活者が加入している市町村国民健康保険と、このうちの約1割が加入している業態別の国民健康保険組合がある。

これらの医療保険者は、その財政力に大きな差があり、それは加入者の平均年収金額を比較すると明らかである。2016(平成28)年8月19日に開催された社会保障審議会介護保険部会で配布された参考資料によれば、健保組合は456万円、協会けんぽは315万円、共済組合は553万円である。さらに、同資料では同じ健保組合でも、上位10組合の加入者の平均年収金額が841万円である一方で、下位10組合では270万円と570万円以上の差があることが示されている。⁸⁾

そうした状況の中、2015(平成27)年5月27日に医療保険制度改革法が成立した。これによって、国民健康保険の運営主体は、2018(平成30)年度から市町村より都道府県へ移され、財政基盤が強化されることになった。また、後期高齢者医療制度を支えるための支援金については、所得に応じて負担する「総報酬割」を2017(平成29)年度から全面導入することになった。これにより、健保組合や共済組合などに加入している大企業社員や公務員は保険料が上がることになる。

一方、2000(平成12)年から導入された介護保険制度は、40歳から64歳までの医療保険加入者を介護保険の第2号被保険者として、医療保険にあてるための一般医療保険料とは別に、介護保険料の負担を課している。第2号被保険者から拠出された介護保険料は、それぞれの医療保険者が介護納付金として納められているが、現在、この総額は介護給付費財源の約28%を占めている。この介護納付金は、「加入者1人あたりの基準額×加入者数(被保険者数)」に応じて計算されてきた。しかし、2017(平成29)年8月から介護保険法が改正になり、こちらも「加入者数(被保険者数)」でなく、「加入者の総報酬額」の総額に比例させて納付金を決めるという総報酬割の制度に変更された。

つまり、第1号被保険者数の増加に伴って介護保険財政の厳しさが増すなか、第2号被保険者からの保険料は、企業の従業員数ではなく、企業が従業員に支払う報酬総額を基準にするべきであるという判断である。これは、その

医療保険者に所属する加入者の給与所得水準で決まる医療保険者の財政力に応じて、介護保険費用の負担額を算出することがより公平という考え方である。これによって、上述の社会保障審議会介護保険部会で配布された参考資料によれば、負担増となるのは1,030の健保組合（923万人）、84の共済組合（349万人）、負担減になるのは379の健保組合（215万人）、1の共済組合（1万人）、そして協会けんぽに加入している1,437万人と見込まれている。

今回の改正において、2017（平成29）年8月から2019（平成31）年3月までは総報酬割分の2分の1が対象となっており、2019（平成31）年4月から2020（平成32）年3月までには総報酬割分の4分の3が対象、そして2020（平成32）年度から全面導入という形で段階的に実施されることになっている。

このように、超高齢社会を見据えながら医療介護連携の促進が強調されている中で、今後、医療保険は介護保険との連続性を考えざるを得ないだろう。とくに高齢者の場合は、疾病の完治が困難であることも多く、これまでの「治す医療」から「支える医療」への転換が求められる点も押さえておく必要があり、長期的な療養及び介護を必要とする高齢者人口の増加に対応する両保険制度の有機的な連動性が要になってくると思われる。

(2) 医療法改正の歴史

医療法は、わが国の医療の提供体制を定める法律であり、1948（昭和23）年7月30日に、それまでの国民医療法に替わって公布され、同年10月27日から施行された。医療法の主な目的は、医療を受ける患者の利益の保護と、質の高い医療を適切かつ効率的に提供できる体制の確保を図ることであり、国民の健康の保持に寄与することである。

医療法が制定されてすでに70年が経過しており、医療を取り巻く諸環境は大きく変化してきた。それらの社会環境の変化に応じて、医療法も法改正が繰り返し行われてきたが、とくに、現在では2000（平成12）年から開始された介護保険制度との関連が重要になってきている。つまり、医療法においても、高齢社会の進展に伴って、質が高く効率的な医療提供体制を確保するとともに、保健や介護・福祉分野との連携による「地域包括ケアシステム」の構築を通じて、地域における医療と介護の総合的な確保の推進が主要な目的の一つとなっている。

ここでは、医療法改正の内容について、現在の第7次改正までに至る経緯やその背景などを整理し、これからの課題について考察していきたい。

①第1次医療法改正〈1985（昭和60）年〉

医療法の施行から37年が経過し、この頃までには病床数の量的確保はほぼ達成されていた。しかし、病院などの地域的偏在が目立ち、医療施設の機能分担についての規定も明確ではないなどの問題が浮上していた。第1次医療法改正では、まず医療資源の地域的偏在の是正を目指すとともに、それぞれの医療施設の機能を明確にしたうえで、病院間の連携を進めていくことが目的であった。主な内容は以下のとおりである。

- (a) 都道府県に地域医療計画の策定を義務付ける。
- (b) 二次医療圏を設定する。
- (c) 病院病床数の総量を規制する。
- (d) 医療機関の機能分担と連携を促進する。
- (e) 一人医師医療法人制度を創設する。

この改正により、都道府県では二次医療圏ごとに各地域の実情に応じた医療計画を策定し、公私の医療施設の整備を進めることになった。都道府県知事は、これまでの公的病院に対する病床規制に加え、民間病院についても二次医療圏単位で必要病床数を設定し、それを上回っている地域については、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で病院の開設や増床等に関して勧告を行うことができるようになった。

②第2次医療法改正〈1992（平成4）年〉

時代が昭和から平成へと移り変わる中で、医療の量的整備はほぼ達成されていた。しかし、医療の質的な問題に関する点では課題山積の状況が続いていた。例えば、患者が病気の内容を問わず、一斉に大病院へ駆けつけてしまうことで、いわゆる「3時間待ち3分診療」といわれる事態が各所に生じて問題化していた。そこで第2次医療法改正では、人口の高齢化に対応しつつ、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するため、以下のような内容が規定された。

- (a) 医療のめざすべき方向（理念など）の明示をする（医療法第1条2）。
- (b) 医療施設機能の体系化を図り、高度医療の提供や高度な医療技術の開発及び高度医療に関する研修を実施できる特定機能病院と、主として長期療養患者のために療養環境が整備された療養型病床群を制度化する。
- (c) 医療に関する適切な情報提供を行うため、広告規制の緩和や院内掲示の義務付け、院外では予約制の有無などの告知等が可能となる。
- (d) 業務委託の水准确保として、医療関連サービス活用の促進を図る。
- (e) 医療法人の附帯業務としてスポーツクラブなどの運営が可能となる。

第2次医療法改正で制度化された特定機能病院は、原則として定められた16の診療科があり、400床以上の病床を持ち、医師も通常の2倍の数が配置され、看護師も一般であれば入院患者数の3分の一であるところを2分の一の人数が配置されている。厚生労働大臣が個別に承認しているが、2017(平成29)年6月1日現在、全国で85の病院が承認されている⁹⁾。なお、同時に制度化された療養型病床群については、第4次医療法改正の所で詳しく述べる。

③第3次医療法改正〈1997(平成9)年〉

1997(平成9)年12月17日に、わが国へ新しい公的社会保障である介護保険を導入することを規定した介護保険法が成立した。同年、医療法も第3次改正が行われている。人口の高齢化とともに介護サービスの必要性が高まり、一方で生活習慣病などの増加といった疾病構造の変化が著しく、それらは医療機関を取り巻く環境に大きな影響を与える結果となった。

第3次医療法改正では、患者の療養環境とともに、介護を必要とする患者への医療サービスの整備、あるいは在宅での医療や介護のサービスを充実させる地域医療の確保が目指された。主な内容は以下のとおりである。

- (a) 地域医療計画の充実を図り、療養型病床群の整備目標の範囲を診療所まで拡大する。
- (b) 地域医療支援病院を創設する。
- (c) 医療機関相互の機能分担を図る。
- (d) インフォームド・コンセント¹⁰⁾を法制化する。
- (e) 特別医療法人の収益事業拡大として、配食サービスや医薬品販売などが認められる。

とくに、かかりつけ医から紹介された患者への医療提供や、地域内における医療機器等の共同利用の実施などにより、地域医療の担い手であるかかりつけ医を支援するとともに、地域医療の確保を図る中核的病院としての構造設備を持つ地域医療支援病院を制度化し、地域医療の推進が図られたことは特筆できる。これは、訪問診療や訪問看護を中心とした在宅医療及び在宅介護の推進という目的に連動するからである。また、医療の提供に際して、医療担当者からの適切な説明が行われ、患者やその家族の理解を得るよう努めるインフォームド・コンセントが法制化されたことも重要である。

④第4次医療法改正〈2000(平成12)年〉

第3次医療法改正後も、高齢化に伴う疾病構造の変化や、医療の高度化及び専門化の進展、さらに医療の情報提供の促進など、医療を取り巻く環境は変化を続けていた。さらに、2000(平成12)年4月から開始された介護保険制度

の影響も大きいものがあつた。このため、良質な医療を効率的に提供できるように、入院医療の提供体制を見直し、医療における情報提供をさらに推進していくこと、そして医療従事者の資質の向上が目指された。第4次医療法改正の主な内容は以下のとおりである。

- (a) これまで病床区分として「精神病床、感染症病床、結核病床、その他病床」とされていた病院病床の「その他病床」を、「一般」と「療養」に区分し、病床区分を届け出制にする。
- (b) 病院や有床診療所にも一定の医療安全管理体制の確保が義務付けられる。
- (c) 人員配置基準違反に係る改善命令を創設する。
- (d) 広告規制緩和として、広告可能な事項（診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報を提供できるようにする等）が見直される。
- (e) 医師・歯科医師の臨床研修が努力規定から必修化へ変更される。

この中で、(e)については、医療の高度化や専門化が進む中、総合的な高い診察能力を持つ医師を確保するため、これまでは努力義務とされていた医師や歯科医師の臨床研修が義務化され、医師法及び歯科医師法も改正された。また、新人医師についての臨床研修制度は、2004（平成16）年度より実施され、臨床研修指定病院における2年間の研修が必修化された。なお、歯科医師の臨床研修制度は2006（平成18）年度より実施され、研修期間は1年である。

また、(a)にある病院病床の区分について、とくに療養病床の問題は、もともと1973（昭和48）年の老人福祉法改正によって老人医療費公費負担制度を導入したことで老人病院が増加し、本来は治療ではなく介護が必要な高齢者の「社会的入院」といわれる現象が問題視されるようになったことから端を発している。

この老人病院は、1983（昭和58）年に医療法上「特例許可老人病院」と位置づけられ、医師や看護師の配置を減らし、介護職員を多く配置するといった介護機能等を評価しつつ、診療報酬は一般病院よりも低く設定されることになった。さらに、1992（平成4）年の第2次医療法改正で、一般病院における長期入院患者の増加に対応した療養型病床群が創設された。そして、第4次医療法改正によって、これまでの療養型病床群と老人病院（特例許可老人病院）が再編され「療養病床」に一本化されたのである。

2000（平成12）年4月から施行された介護保険法では、これら療養病床の一部について、主として長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して、医学的管理や介護などを行うとして「介護療養型医療施設（介護療養病床）」が

規定された。この介護療養病床については、その後も医療法と介護保険法との擦り合わせの中で継続的に検討が行われていくことになる。

⑤第5次医療法改正〈2006（平成18）年〉

医療制度については、これからの時代の変化に対応した持続可能なものとしていくために、構造改革の必要性が強く叫ばれ、医療費の適正化や医療保険制度の改革についても盛んな議論が行われるようになってきた。第5次医療法改正では、都道府県が医療機関等に関する情報を集約して住民に分かりやすく情報提供し、かつ住民からの相談等にも適切に応じる仕組みとして医療安全支援センターが制度化された。また、地域や診療科によって医師の偏在が著しく、医師不足が問題化している場合の対応として、都道府県における医療対策協議会が制度化された。

改正の主な内容は以下のとおりである。

- (a) 患者への医療情報の提供として、入院診療・退院計画書の作成が義務付けられる。
- (b) 医療計画制度を見直し、医療機能の分化・連携を推進する（地域連携クリティカルパス¹¹⁾を普及させる）。
- (c) 地域や診療科による医師不足問題への対応として医療対策協議会を制度化する。
- (d) 医療安全支援センターを制度化する。
- (e) 医療法人制度を改革する（特別医療法人の廃止、へき地医療や小児救急医療等を担うべき新たな医療法人類型（＝社会医療法人）を創設する、附帯業務の拡大で有料老人ホーム設置を可能とする）。

ここに挙げられた（d）医療安全支援センターは、医療法第6条13の規定に基づき、現在、都道府県や保健所を設置する市及び特別区において、全国で約380ヶ所に設置されている。同センターでは、地域の住民による医療に関する苦情や心配、相談に対応するとともに、医療機関や患者・住民へ医療安全に関する助言および情報提供等を行っている。

また、2006（平成18）年の第5次医療法改正において診療報酬が改定になったが、同年に介護保険法による介護報酬も改定されている。この同時報酬改定に際し、実態調査の結果で医療療養病床と介護療養病床において、医療の必要性の高い患者と低い患者がどちらの病床にも同程度に混在していることがわかり、医療保険と介護保険の役割分担をより明確にしていくことが課題とされた。

さらに、医療保険制度改革の中で医療費総額の抑制が強調される中、療養

病床については介護療養型老人保健施設や老人保健施設等へ転換することを促進するとともに、介護療養病床は2011（平成23）年末までに廃止されることが決定された。¹²⁾

⑥第6次医療法改正〈2014（平成26）年〉

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025（平成37）年には、国民の3人に1人が65歳以上となり、5人に1人が75歳以上になると予測されている。人口高齢化の進展に伴い、認知症高齢者や単身高齢者世帯の増加を背景にして、医療や介護のサービス量を増大する必要性がますます高まっていくことは明らかである。

こうした状況をにらみ、わが国の社会保障制度についての見直しを図ることを目的とした社会保障制度改革推進法が2012（平成24）年8月に公布された。その後、2013（平成25）年8月には社会保障制度改革国民会議からの報告書が発表され、同年の12月5日に「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（＝社会保障制度改革プログラム法）」が成立した。これを受けて、同年12月27日、社会保障審議会医療部会が「医療法等改正に関する意見」を取りまとめて発表している。

これらを受けて、第6次医療法改正案となる医療介護総合確保推進法案が提出され、2014（平成26）年6月18日に「地域における医療及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（＝医療介護総合確保推進法）」が成立した。第6次医療法改正では、社会保障制度改革プログラム法に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築、そして地域包括ケアシステムの構築という二つの柱を掲げ、地域における医療及び介護の総合的な確保のために、医療法や介護保険法等の関係法について整備が図られた。その主な内容は以下のとおりである。

(a) 病院・病床機能の分化を明らかにし、連携を図る。

・病院は、病床の医療機能を「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」、「その他」と分け、それらを知事へ届け出ることになった。これは、高度急性期から在宅医療に至るまで、患者の状態に応じた適切な医療を、地域で効果的かつ効率的に提供する体制を整備するためである。また、都道府県は、二次医療圏ごとに地域の医療提供体制の将来目指すべき姿を示す地域医療ビジョンを策定することになった。

(b) 在宅医療を推進する。

・患者ができるだけ早く社会に復帰し、地域での生活を継続できるように医療提供体制を改革していくことが目指されている。そこで、在宅医療に関し

でも「達成すべき目標」や「医療連携体制」に関する事項の記載が義務付けられた。また、在宅医療の法的位置づけが行われた。

(c) 特定機能病院の承認を更新制にする。

・特定機能病院は、高度医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院であり、その質を継続的に確保するという目的から実績を定期的に評価して承認の更新を行うことになった。

(d) 人材を確保し、チーム医療の推進を図る。

・2004（平成16）年度より実施されてきた新人医師の臨床研修制度の影響もあり、医師の偏在の問題はいまだに解決されない状況であるため、地域医療支援センターを設置して問題の解決を図ることになった。また、慢性的に人材が不足している看護師については、その離職防止と復職支援のために、資格を持ちながら現在は仕事をしていない看護師について、ナースセンターへ届け出るという制度を設けることになった。これに関しては、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が改正され、2015（平成27年）10月1日から施行されている。

(e) 医療事故の原因究明及び再発防止を図る。

・医療事故調査制度は、医療法第6条10に盛り込まれた制度で、施行は2015（平成27）年10月1日からである。これによって、医療事故が発生した医療機関で院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が分析し、その後の再発防止につなげていくものである。

・社会保険労務士等の専門家を配置した医療勤務環境改善支援センターを設置し、医療関係者の職場について勤務環境改善を図るマネジメントシステムを導入することになった。

(f) 臨床研究を推進する。

・臨床研究を推進するために、臨床研究中核病院を医療法上に位置付けることになった。

(g) 医療法人制度の見直し

・医療法人については、その透明性の確保とガバナンスの強化を図ることになった。

この改正法の施行は、次のように順次施行された。まず、2014（平成26）年10月からは、(a) 病床機能報告制度、(e) 医療機関の勤務環境改善、(g) 医療法人制度の見直しが施行された。翌2015（平成27）年4月1日からは、(f) 臨床研究の推進（臨床研究中核病院）、(a) 地域医療ビジョンの策定が施行された。さらに、同年10月からは、(d) 医師・看護職員確保対策としての看護

師の届出制度、及び特定行為に係る看護師の研修制度、(e) 医療事故調査制度が開始された。

第6次医療法改正は、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するという目的のもと、医療と介護の改革を一括したものであるという位置づけになるだろう。ちなみに、2013（平成25）年度から2017（平成29）年度にわたる第6次医療計画と、2015（平成27）年度から2017（平成29）年度にわたる第6次介護保険事業計画は、2018（平成30）年度に同時改定となり、医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの構築が一体的に推進される体制の整備が行われた。

⑦第7次医療法改正〈2015（平成27）年〉

第7次医療法改正は、2015（平成27）年9月28日に成立した。今回の改正では、地域医療連携推進法人制度の創設と、医療法人制度の見直しという2つの柱が建てられている。そして、地域医療連携推進法人制度については2017（平成29）年4月2日施行、医療法人制度の見直しについては2016（平成28）年9月1日施行となっている。それらの内容は以下のとおりである。

(a) 地域医療連携推進法人制度を創設する。

・地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、病院等に係る業務の連携を推進するための方針を定め、医療連携推進業務を行う一般社団法人について、都道府県知事の認定を受けることができる制度を新たに設置することになった。

(b) 医療法人の経営の透明性の確保及びガバナンスを強化する。

・事業活動の規模その他について、一定の基準を満たす医療法人は、厚生労働省令で定める会計基準に従い、貸借対照表及び損益計算書を作成し、公認会計士等による監査、公告を実施することになった。

・医療法人の役員と特殊な関係にある事業者との取引の状況については、その報告書を都道府県知事に届出することになった。

・医療法人への理事の忠実義務及び任務懈怠時の損害賠償責任等について規定がされた。

・理事会の設置、社員総会決議による役員を選任等に関する規定を整備することになった。

(c) 医療法人の分割について、都道府県知事の認可を受けて可能とする。

・医療法人（このうち社会医療法人、特定医療法人、持分あり医療法人等を除く）が、都道府県知事の認可を受けて実施する分割に関する規定が新設され、これまで医療法に合併しか規定がなかった医療法人の組織再編法として

「分割」が可能となった。

(d) 社会医療法人の認定等に関して改正を行う。

・二つ以上の都道府県において病院等を開設している場合に、厚生労働省令で定める基準に適合するレベルで医療提供が一体的に行われているとされた場合は、当該病院の所在地の都道府県知事だけで社会医療法人の認定が可能になった。

・社会医療法人の認定を取り消された医療法人であっても、一定の要件に該当するものは、救急医療等確保事業に係る業務継続的な実施に関する計画を作成し、都道府県知事の認定を受ければ収益業務を継続して実施することが可能になった。

このうち、(c)、(d) 及び (b) の「医療法人に対する理事の忠実義務、及び任務懈怠時の損害賠償責任等についての規定」については2016（平成28）年9月1日に施行、(a) と (b) は2017（平成）29年4月2日に施行された。

3. 今後の課題

—医療と介護の連携強化に向けた介護（Care）概念の再整理

我が国の社会保障制度における医療保障は、1961（昭和36）年に達成した国民皆保険体制に基づいて、現在に至るまで公的医療制度が広く国全体に整備されてきた。しかし現在、人口高齢化の著しい進展、あるいは疾病構造の大幅な変化などが医療保障制度の持続可能性への脅威となっていることも事実である。こうした状況を踏まえ、国は、医療保障制度について「現役世代と高齢世代の公平化を図るとともに、医療費の伸びを経済財政と均衡の取れたものとし、持続可能な制度としていく」¹³⁾として、より質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制を確立することを前提に、予防を重視した保健医療体系の構築その他の様々な施策を打ち出している。

その中でも、医療費の高騰を抑制するための対策が重視されている。表2は約40年間にわたる医療費高騰の推移を示している。そして、厚生労働省保険局が2016（平成28）年9月15日に出した資料「医療費の伸びの要因分解」によれば、2015（平成27）年度の医療費は42兆300億円（うち後期高齢者医療費は15兆200億円）で、前年度からの伸びは3.8%（9年連続上昇）となっている。また、医療費の伸びの要因としては、人口高齢化の影響もさることながら、医療の高度化や調剤薬の値段高騰などがあるとしている。そして、こうした医療費の伸びを抑制するために、いわゆるジェネリック薬品と呼ばれている後発医薬品の普及や、平均在院日数の短縮などが行われている。¹⁴⁾

表2 国民医療費の変遷概況（厚生労働省「平成26年度国民医療費の概況¹⁵⁾」より)

年度	国民医療費(億)	人口一人当たり医療費(円)	国民所得に対する割合(%)
昭和50	64,779	57,900	5.22
昭和60	160,159	132,300	6.15
平成6	257,908	206,300	7.03
平成16	321,111	251,500	8.68
平成26	408,071	321,100	11.20

表2 国民医療費・対国内総生産・対国民所得比率の年次推移を参照して筆者作成

また、医療保険については、高齢世代と現役世代の負担を明確化し、公平で分かりやすい制度にするため、現役並みの所得がある高齢患者については、医療費負担を3割へ引上げ、療養病床に入院する高齢者の食費・居住費（入院時生活療養費）についても負担を見直していくことになった。¹⁶⁾ さらに、保険財政基盤の安定を図るため、都道府県単位を軸とする保険者の再編・統合がおこなわれ、国民健康保険の運営主体は、2018（平成30）年度から市町村より都道府県へ移されることになった。そして、療養病床については、医療必要度の高い患者に限定して医療保険で対応し、医療必要度の低い高齢者などは老人保健施設、あるいは在宅や居住系介護サービスによる介護保険で対応していくことになった。

とくに医療費の抑制のためには、従来から診療報酬のマイナス改定が度々にわたって行われてきた。2017（平成29）年12月1日付の毎日新聞（東京朝刊）の社説には、「医療費は2008年度の34.8兆円から2015年度は42.4兆円に膨らんだ。75歳以上だけで全体の4割近くを占める。〈中略〉財務省は診療、介護両報酬を大幅に引き下げを主張する。マイナス改定になれば保険料や自己負担も下がり、患者や介護サービスの利用者にとってもメリットがある。しかし、前回の介護報酬改定ではマイナス2.27%という大幅な引き下げが行われ、その影響で介護事業所の倒産件数は過去最多を記録した。診療報酬も小泉政権時に連続して引き下げられ、病院や診療科の閉鎖などの『医療崩壊』を招く要因になったとの指摘もある。費用の膨張を抑えることは必要だ。しかし、超高齢化を目前に控えた今、医療や介護の現場を再整備する改革に踏み出さねばならない。」¹⁷⁾とあり、度重なる診療報酬引き下げへの強い懸念が述べられている。

また、同年12月3日付の朝日新聞（DIGITAL）には、「来年度の診療報酬改

定について、政府は診察料や入院料などの公定価格となる『本体』部分を引き上げる方針を固めた。薬代の「薬価」の引き下げで、高齢化に伴う社会保障費の自然増の抑制目標達成にめどが立ち、財源が確保できる見通しとなったためだ。〈中略〉政府は来年度予算で、社会保障費の自然増を5千億円ほどに抑える目標を掲げる。達成には1300億円ほど削る必要があり、薬価の引き下げでどれだけ財源を確保できるか精査してきた。薬は仕入れ値が徐々に下がるため、薬価は改定のたびに下がる。直近の調査で実勢価格が公定価格より10%前後低く、1千数百億円捻出できるとわかり、達成が確実となった。本体の引き上げは6回連続で、具体的な改定率は年末までの予算編成作業で決める。1%上げるには約1200億円の国費が必要で、患者の窓口負担も約600億円増える。前回2016年度改定の0.49%が一つの基準となりそうだ。』¹⁸⁾と診療報酬引き下げによる医療費抑制の効果が解説されている。

そして、同年12月18日、厚生労働省は、2018年度の診療報酬が本体部分を0.55%引き上げる一方で『薬価部分』を1.74%下げ、全体では1.19%のマイナスとなることを発表した。¹⁹⁾ これによって、約1600億円の財源が確保され、政府が掲げる高齢化に伴う社会保障費の自然増を1300億円圧縮するという目標は達成されたことになるが、これらの結果として、高齢患者の生活の質の保持や安全の確保などに、どのような影響が出ているのかについては入念な検証を行っていく必要があるだろう。²⁰⁾

例えば、国は一人当たり医療費の増加の要因の一つに終末期医療があるとしている。「現在、年間死亡者数は約100万人だが、今後、死亡者数は増加し、2038年（平成50年）には年間死亡者数は約170万人に達すると見込まれている。このような多死社会において、多くの人が在宅、地域で最後まで暮らしたいという意向がありながら現実には病院で死を迎えているといった現実がある。」²¹⁾との考え方から、入院期間の短縮や早期退院が促進されているが、その反面で受け皿としての在宅医療提供体制の整備がまだまだ進展していないという現実の問題が残されたままである。

こうした現状に対して、訪問診療や訪問看護に関するマンパワーを含むサービス量の確保、あるいは訪問介護サービスとのスムーズな連携など、在宅医療介護サービスの充実に係る課題の克服が先決であることは明らかである。今一度、この国から「貧と病」の不安を無くすとした1950（昭和25）年の社会保障審議会勧告にある基本精神に立ち返って、超高齢社会を迎えた我が国の医療保障は、実効的な優先順位を明確に示したうえで施策実践していかなければならないだろう。

その上で、これからの医療保障は介護との連携抜きに語ることはできない。「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025（平成37）年が間近に迫っている今、多くの人々が医療や介護を必要とする状況となっても、できる限り住み慣れた地域で最期まで安心して生活を継続できる環境を整備していくことが喫緊の課題となっているからである。

つまり、これまで以上に医療介護連携が必然化し、双方のサービス運動がさらに重要性を増してくることは明らかである。その中で、医療と介護のサービス提供は、一人ひとりの自立と尊厳を支えるケアの実現を目指しつつ、利用者の視点に立って、切れ目のない総合的な体制の構築が不可欠となってくる。²²⁾

しかし、医療介護連携が強調される中、「医療（Medical Service）」と「介護（Care Service）」について、その機能と役割及び相互関連の在り方に関する概念規定が整理されていないように思われる。なぜなら、とくに介護（Care）については、ときに食事介助や排せつ介助などの身体介助（Physical Assistance）が主たる内容としてイメージされやすく、矮小化されて受け止められることがままあるのではないだろうか。しかし、本来のCareには「心配する」、「気に掛ける」、「世話をする」等の多様な意味があると同様に、介護（Care）についても多岐にわたる幅広い内容をカバーする総合的な概念として理解する必要がある。²³⁾ 表3は筆者が考える介護（Care）に関する主な内容をまとめたものである。

表3 介護（Care）の主な内容

介護 (Care)	医療的ケア (Medical Care)	予防的ケア（Preventive Care）
		身体的ケア（Physical Care）
		精神的ケア（Mental Care）
	日常生活支援 (Daily Living Support Care)	身体的介助（Physical Assistance）
		家事援助（Housekeeping Assistance）
		日常生活環境整備 (Living-Environment Improvement)
	社会的ケア (Social Care)	社会制度・法（Social System and Law）
		協働・相互支援（Co-operation）

そして、介護（Care）を表3のような複合的かつ総合的な概念としてとらえるなら、医療・保健・看護領域において提供されるサービスを Medical Care と位置付け、Care はそれを包含するより広い概念となる。さらに、一人一人

の生活の安定と安心を確保するために多様な支援を行っていく福祉（Social Service）が介護（Care）を包摂すると考えられる。

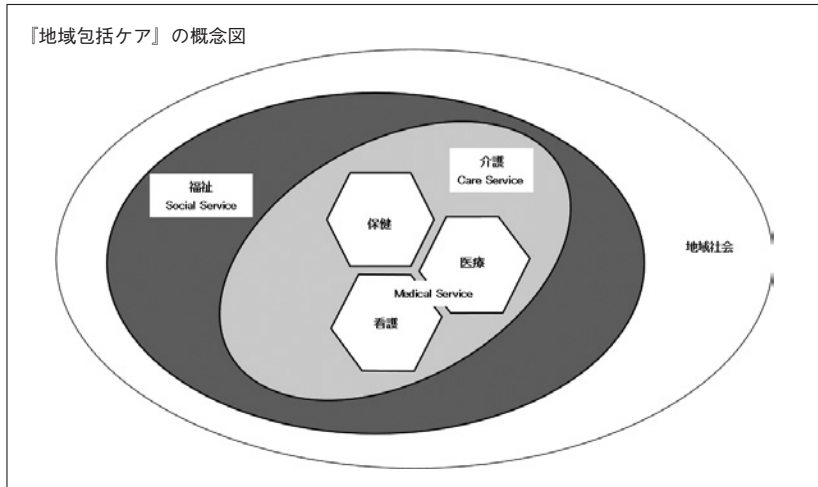


図1 地域社会における医療・介護・福祉連携と『地域包括ケアシステム』

現在、国が進めている「地域包括ケアシステム」の深化・推進に際して、医療（保健・看護を含む）のみならず、介護そして福祉のサービスが効果的かつ機能的に連携し、総合的に地域住民へ提供されるシステムの構築が急がれている。さらには、高齢者のみならず障害のある人や子どもたちをも含む地域共生社会の実現を目指すとしてされている。地域社会における医療と介護の有機的連携を確立するためにも、改めて介護（Care）の概念規定を提唱したいと思う。

【注記、主な参考文献】

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所（資料）社会保障審議会「社会保障制度に関する勧告」
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/1.pdf>
 (2018.4.16. 閲覧)
- 2) 同上
- 3) 同上
- 4) 同上 目次
 - 第1編 社会保険（第1章 医療、出産及び葬祭に関する保険、第2章 老齢、遺族及び廃疾に関する保険、第3章 失業に関する保険、第4章 業務災害に関

する保険)

第2編 国家扶助

第3編 公衆衛生及び医療

第4編 社会福祉

- 5) 政府管掌健康保険は「政管健保」とも呼ばれ、2008年9月まで政府が事務手続きを含めて運営を行っていた。これは、健康保険組合を持たない中小企業等の従業員とその家族を対象としており、実際の運営は社会保険庁が担当していた。保険適用事務や保険料徴収、保険給付事務などは、地方社会保険事務局や社会保険事務所で行われた。2000年代後半の社会保険庁改革により、政府管掌健康保険は2008年10月に新設された全国健康保険協会に引き継がれた。その際に保険料は、全国一律の保険料率から地域の医療費の違いを反映した都道府県単位の保険料率に移行した。
- 6) 高木安雄「国民健康保険と地域福祉 長期入院の是正対策の実際と国保安定化をとりまく問題点」『季刊社会保障研究』30巻3号239頁，1994年。
- 7) 健康保険法の改正により、1984（昭和59）年から被用者の医療費は1割負担となった。その後、1997（平成9）年に2割へ引き上げられ、2003（平成15）年には3割負担となった。
- 8) 社会保障審議会介護保険部会（第61回）平成28年8月19日費用負担（総報酬割・調整交付金等）（参考資料2）p18
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikan-shitsu_Shakaihoshoutantou/0000134254.pdf（2018.5.25. 閲覧）
- 9) 厚生労働省 HP「特定機能病院」より
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137801.html>（2018.6.7. 閲覧）
- 10) インフォームド・コンセントは、一般的には「説明と同意」と訳され、治療法などについて医師から十分な説明を受け、患者が理解・納得した上で、自らの自由意志に基づいて治療方針について合意することを意味している。インフォームド・コンセントのために、医師は患者の理解を助けるように分かりやすく詳細に説明をする必要がある。医療法第1条の4第2項では「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。」と記載されている。
- 11) 地域連携クリティカルパスとは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰ることを目指す診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにすることを目的としている。具体的には、施設ごとの診療内容と治療経過、最終ゴール等を診療計画として明示するもの。回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかを把握できるため、改めて状態を観察することなく、転院早々からリハビリを開始できるというメリットがある。
- 12) 2011（平成24）年の介護保険法改正により、介護療養病床の廃止・転換期限は2017（平成29）9年度末まで延長された。この廃止対象となるのは介護療養病床の約6万床と医療療養病床のうち看護師の配置基準が25対1の約7万床である。この約13万床に対して、2017（平成29）年6月2日に成立した「地域包括ケアシステムの強化

- のための介護保険法等の一部を改正する法律」では、2018（平成30）年度から新しく「介護医療院」が創設されることが決定された。介護医療院は、①「日常的な医学管理」と「看取り・ターミナルケア」等の医療機能、②「生活施設」としての機能を兼ね備えたものと説明されている。
- 13) 首相官邸 HP 「今後の社会保障の在り方について」
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihousyoku/dai18/18siryou3.html>（2018.6.6閲覧）
 - 14) 社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会（第1回）平成28年6月1日資料2-2 「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～に関する参考資料」より
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikan-shitsu_Shakaihoshoutantou/0000126219.pdf（2018.6.13閲覧）
 - 15) 平成26年度 国民医療費の概況（厚生労働省）
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/14/>（2018.5.18. 閲覧）
 - 16) 入院時の食事代については、一般病床・精神病床等、65歳未満の療養病床、65歳以上の療養病床のうち医療区分Ⅱ・Ⅲの入院患者（一般所得）について、1食260円の自己負担であったが、平成27年国保法等改正により、低所得者及び難病・小児慢性特定疾病患者を除き、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引き上げられる。また、入院時の居住費については、医療・介護の連携を進めていく中で、医療療養病床と介護保険施設との負担の公平や年金給付との調整の観点から、医療療養病床に入院する者のうち介護保険の対象となる65歳以上の者を対象に、一日320円の自己負担を求めている。ただし、療養病床の医療区分ⅡⅢの者については、医療度の必要性が高いことを踏まえ、居住費負担を求めている。
 - 17) 毎日新聞（東京朝刊）社説 2017（平成29）年12月1日付
<https://mainichi.jp/articles/20171201/ddm/005/070/041000c>（2018.6.21. 閲覧）
 - 18) 朝日新聞 DIGITAL 2017（平成29）年12月3日付
<https://www.asahi.com/articles/ASKD24TN6KD2UTFK007.html>（2018.6.21閲覧）
 - 19) 東京新聞 朝刊 2017（平成29）年12月7日付
<http://www.tokyo-np.co.jp/article/politics/list/201712/CK2017120702000123.html>（2018.6.21. 閲覧）
 - 20) 筆者が2017（平成29）年10月にまとめた「高齢者の服薬生活における実態調査（調査期間：2018年9月－10月、調査対象：全国の65歳以上高齢者、有効調査票数：5145）※三菱財団研究助成による」では、現在、ポリファーマシー（多剤併用）への警鐘が強く訴えられている中、数種類の薬を処方されている高齢患者は戸惑いを感じており、ジェネリック医薬品についてもその安全性についてなどに半信半疑な様子であることが如実に示された。
 - 21) 首相官邸 HP 「今後の社会保障の在り方について」
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihousyoku/dai18/18siryou3.html>（2018.6.24. 閲覧）
 - 22) すでに、国は2014（平成26）年6月に『地域における医療及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法）』を公布し、それに伴って医療法関係は2014（平成26）年10月以降、介護保険法関係

は2015（平成27）年4月以降に順次施行がされてきた。また、介護保険の関連では、『地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律』が2018（平成30）年4月1日から施行され、地域包括ケアシステムの深化・推進として、医療法と介護保険法の双方に関連した医療介護連携の推進が謳われている。

- 23) 一部の医療関係者の中には、「介護は看護の下支えをする役割として位置付けられ、看護に包含されるもの」と解釈されている場合もあり（2018年9月5日第161回社会保障審議会介護給付分科会議事録より）、改めて医療と介護の関係に関する概念規定が必要と考えている。