

# 財政的視点から見た医療問題\*

林 宏 昭

## 要 約

一連の構造改革論議の中で、社会保障改革も大きなテーマとしてとりあげられている。2004年は、年金制度について、給付の抑制と保険料の引上げからなる改正法案が成立したが、医療と介護という二つの課題が残されているままである。

介護保険制度は2000年度から開始されたものであり、比較的新しい問題であるのに対して、医療については、その拡大が常に指摘され、医療費抑制を目指した改革も幾度となく実施されてきた。本稿では、日本の医療費の動向と医療改革の経緯、OECDの統計に基づく国際比較を見た後、高齢者を対象として行ったアンケート調査の結果も参考にしながら、高齢者医療費の抑制と適切な財源確保のありかたについて検討する。

キーワード：財政；医療改革；高齢者医療費  
 経済学文献季報分類番号：13-11

## はじめに

一連の構造改革論議の中で、社会保障改革も大きなテーマとしてとりあげられている。2004年は、年金制度について、給付の抑制と保険料の引上げからなる改正法案が成立した。この年金改革についてはまだまだ論議は展開されると考えられるが、これと並んで、社会保障改革では、医療と介護という二つの課題が残されているままである。

介護保険制度は2000年度から開始されたものであり、比較的新しい問題であるのに対して、医療については、その拡大が常に指摘され、医療費抑制を目指した改革も幾度となく実施されてきた。本稿では、日本の医療費の動向と医療改革の経緯、OECDの統計に基づく国際比較を見た後、高齢者を対象として行ったアンケート調査の結果も参考にしながら、これからの医療改革のあり方について検討する。

その際、保険機能としての医療制度ではなく、むしろ一般的な公的負担である税によって運営される国や地方の財政との関連に焦点をあてることにする。現在、社会保険制度の枠外で、公費などによって運営されている医療制度の中心は高齢者医療に関わる部分である。

日本の財政状況は、700兆円を超える累積長期債務を抱え、それが依然として増加し続け

るといふ、危機的な状況にある。この点を考慮すれば、歳出増の圧力を抑制するための方策を講じることは当然検討すべき課題であり、それとともに高齢者医療を支えるために、国際的に見て低い水準にある税負担の見直しも含めた負担面での対応も当然考えられるべきである。

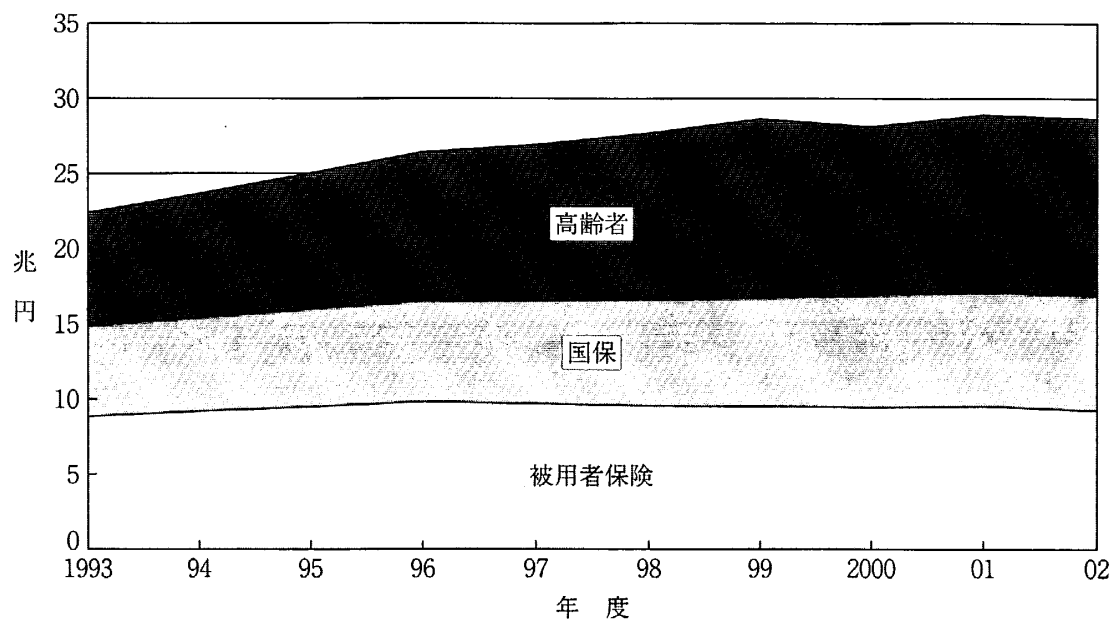
## 1. 医療費と財政負担

### 1.1 拡大する国民医療費

図1は1993年以降の国民医療費の推移を見たものである。2002年度の国民医療費は28兆円で国民所得に対する比率は7.9%となっている。この20年間国民所得にはほとんど拡大が見られなかったのに対して、国民医療費は28%増加しており、その結果、国民所得比も上昇してきたのである。国民医療費のうち、特に増加しているのが高齢者医療費であり、同じ期間に57%増えている。

一般医療費と高齢者のそれぞれの1人当たり医療費を比較すると、明らかに高齢者のほうが高い<sup>1)</sup>。したがって、総額ベースで比較した時に、高齢者医療費が高く示されるのは当然とも言える。最近20年間に生じた高齢者医療費の増加は、その多くが対象となる高齢者数の増加によるものであり、その意味では、高齢化の進展とともに必然的に生じる現象とも見なすことができる。

図1 国民医療費の推移



備考) 1. 社会保険診療報酬支払基金及び国保連合会における審査分の医療費(算定ベース)である。  
 2. 医療保険適用分を高齢者(老人保健のほか70歳以上の者への医療を含む。)と一般(高齢者以外)に区分し、被用者保険、国保には一般分のみを計上。各制度の高齢者分は「高齢者」に一括して計上している。  
 資料) 厚生労働省。

### 1-2 医療費の国際比較

次に、最近 OECD から出された医療に関する報告書に基づいて、医療費の国際比較を行うことにする<sup>2)</sup>。OECD における総医療費の定義と範囲は、以下のとおりである。

まず総医療費には、家計などの民間部門と公共部門による、医療に関する最終消費支出と医療インフラに対する投資の両方を含んでいる。そして医療の最終消費とは、入院、介護、通院（外来）、在宅介護、その他付随サービスといった医療サービスと、医療品、医用器具への支出である。また、公共部門の支出には予防や医療行政のコストも含まれる。

金額ベースでの国際比較においては、アメリカドル（購買力平価による）で表示した値を用いる。表 1 は、2001年の人口 1 人当たりの医療費を比較したものである。比較している 30カ国の中ではアメリカが最も高く 4,887ドル、以下スイス3,248US ドル、ノルウェイ3,012US ドルと続いている。日本は、1,984US ドルで全体の中では17番目である。

1 人当たりの GDP は日本のほか、ニュージーランド、イタリア、ベルギー、フランス、スウェーデンなどが約2,500US ドルで近似した水準にあるが、1 人当たりの医療費では日本より低いのはニュージーランドだけで、他は日本を上回っている。

次に同じ表で、1 人当たりの医療に対する公的支出額を比較する。OECD の統計では、政府の一般歳入からの支出と社会保険制度からの支出が公的支出に区分されている。したがって、後述の日本の統計に見るような、税からの公費負担よりも広い概念になっている。

OECD 諸国では、アメリカなど一部を除いて医療費に占める公的支出のウエイトは高く、平均すれば

表 1 1 人当たり医療費の国際比較（OECD 加盟国）

（単位：アメリカドル）

	医療費総額 (a)	医療関連公 的支出 (b)	(b) / (a)
アメリカ	4,887	2,168	0.44
スイス	3,248	1,758	0.54
ノルウェイ	3,012	2,576	0.86
ドイツ	2,808	2,104	0.75
カナダ	2,792	1,978	0.71
ルクセンブルグ	2,719	2,386	0.88
アイスランド	2,643	2,168	0.82
オランダ	2,626	1,663	0.63
フランス	2,561	1,947	0.76
デンマーク	2,503	2,063	0.82
ベルギー	2,490	1,784	0.72
オーストラリア	2,350	1,618	0.69
スウェーデン	2,270	1,935	0.85
イタリア	2,212	1,666	0.75
オーストリア	2,191	1,489	0.68
イギリス	1,992	1,637	0.82
日本	1,984	1,554	0.78
アイルランド	1,935	1,470	0.76
フィンランド	1,841	1,392	0.76
ニュージーランド	1,733	1,330	0.77
ポルトガル	1,613	1,113	0.69
スペイン	1,600	1,143	0.71
ギリシャ	1,511	846	0.56
チェコ	1,106	1,010	0.91
ハンガリー	911	684	0.75
韓国	893	396	0.44
スロバキア	682	609	0.89
ポーランド	629	452	0.72
メキシコ	586	269	0.46

資料) *Health at a Glance*, OECD, 2003.

備考) スイス、ルクセンブルグ、オーストラリア、日本、韓国は 2000年の値。

72%に達している。日本も2000年には78.3%になっている。

全般的な傾向としては、医療費に占める公的支出の割合は1970年以降30年間で上昇してきている。しかし、チェコ、ノルウェーといった1970年の時点で医療費に占める公的支出の割合が90%を超えていた国、そして80%を超えていたルクセンブルグ、イギリス、スウェーデン、デンマーク、アイルランド、ニュージーランドといった国々では、2001年にはこの割合が低下している。これまでのところ、この比率は70~80%台に収斂してきている状況であると見なしてよさそうである。

## 2. 高齢者医療と財政負担

2001年9月には、厚生労働省が『医療費制度改革試案—少子高齢社会に対応した医療制度の構築—』を発表した。その第1の「医療制度改革の基本方向」において、「特に、高齢化の進展に伴いその重要度が増している高齢者医療制度については、急速に増大する老人医療費への対応が必要であり、世代間の公平な負担を実現するとともに、後期高齢者への施策の重点化・公費負担の拡充を図ることにより、保険者にとって重圧となっている拠出金を縮減する。」と述べており、高齢者医療の拡大への対応が大きな課題として取り上げられている。

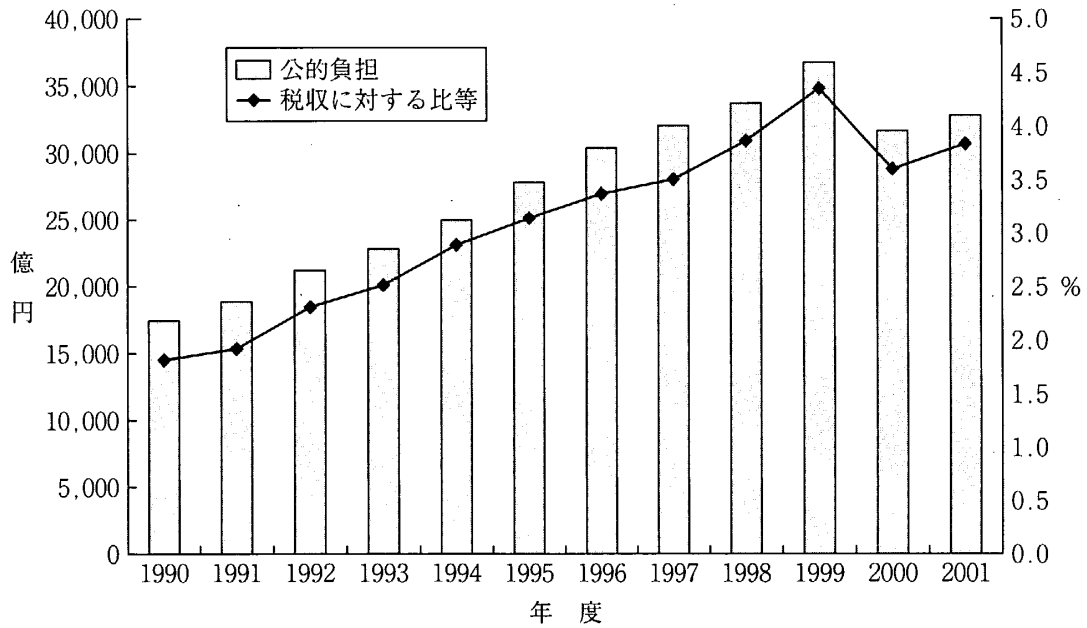
1. で見たように、日本では現在30兆円近い医療費があり、現在ではその拡大の最も大きな要因になっているのが高齢者医療費である。現在の医療制度では、高齢者の医療は市町村が運営する老人保健医療事業の枠組で実施されている。図1で示される2001年度の国民医療費にカウントされている高齢者医療費は11兆6,000億円で、一方老人保健医療事業全体の医療給付費は10兆6,000億円で、高齢者医療はほぼ同制度でカバーされていることがわかる。

老人保健事業は、高齢者医療費の拡大に対応し、安定的な医療を提供するために1983年から始められた。高齢者の医療費を広く国民が全体で負担することを目指して、一部自己負担を除いて、医療給付費の70%を各健康保険者からの拠出で賄われるほか<sup>3)</sup>、20%を国費、5%ずつを都道府県と市町村が負担することになっている。つまり、医療給付費の30%が税である公費によって賄われているということである。

図2は『地方財政統計年報』に基づいて、全国の市町村で運営されている老人保健医療事業の決算から、国、都道府県、市町村からの公費負担とその税金(国税+地方税)に対する比率の推移を示したものである。

2000年度に、公費負担額、税金に対する比率がともに低下しているのは、同年に介護保険が導入され、医療費の一部がこれに振り替えられたためである。公費負担は、介護保険導入後もほぼ3兆円に達しており、高齢者医療費の増大にほぼ見合うかたちで拡大してきている。税金に対する比率は2%弱であったものが2倍程度の4%近くにまで上昇している。この比

図2 老人保健医療事業の公費負担と税収に対する比率



資料)『地方財政統計年報』。

率の上昇には、1990年ごろのバブル崩壊以降税収が落ち込んでいることが影響しているが、高齢者医療費の総額の伸びが背景にあることは明らかである。

これと同時に、各保険事業から老人保健医療事業への拠出も拡大してきており、運営に対する圧迫をもたらしている。2002年には、このような状況に対応するために、①老人保健医療事業の対象年齢、②患者の一部負担の見直し、③公費負担割合の引上げを主な内容とする老人保健法の改正が行われた。

具体的には、第1に、2002年9月以降に70歳に達する者については対象年齢が75歳に引き上げる<sup>4)</sup>。第2に、一部自己負担も従来の定額制から費用の1割（一定の所得以上の場合には2割）とするとともに自己負担の限度額を引き上げる。第3に、現在30%の公費負担を毎年度4%ずつ引き上げ2007年度には50%に引き上げる。

最初の二つは、高齢者医療費全体、つまりは公費による負担を抑制する効果を持つと考えられるが、第3の点は公費負担の拡大を意味するものである。医療費の自己負担の引上げはこれまでも実施されてきたことであるが、実際には、医療費の拡大を抑えることはできなかった。もちろん、医療需要の価格弾力性が高ければ医療費の抑制には役立っており、引上げが行われていなければもっと拡大していた可能性は否定できないが、少なくともトレンドとしての医療費の拡大を止めることはないと考えられる。

また、老人保健医療事業の対象年齢の引上げは、同事業に要する総費用を縮小する。一方で、公費負担割合は、5/3倍に拡大されるので、事業費が3/5に縮小されれば同事業に対する公費負担は変化しないことになる。

以上が考えられる2002年度改正に伴う効果であるが、老人保健医療事業の対象外となる70～74歳の高齢者についても医療費が生じることはこれまでと同様であり、保険料であれ何であれ、システムとして新たに財源が必要になる。

今後、いわゆる“団塊の世代”が高齢化する時期を控え、高齢者の絶対数の増加は不可避である。社会保障制度のもう一つの柱である年金についても同様であるが、現役の勤労者世代の保険料負担を抑制するために公費（税）の投入を拡大することは一つの方策であるにしても、今日の危機的と言われる財政状況のもとでは容易ではない。

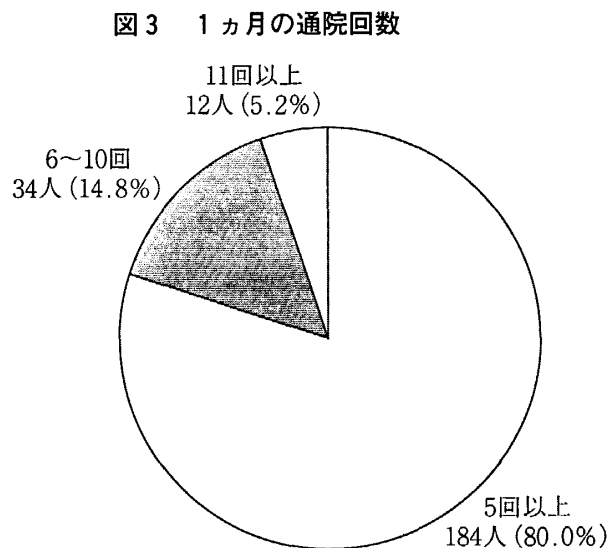
次節では、今後増加する高齢者とその医療費の拡大に対応するための方途について、高齢者を対象に実施した医療に関するアンケート調査の結果を参考にしながら検討する。

### 3. 高齢者医療費抑制のために考えられること—アンケート結果から—

#### 3.1 アンケート結果

アンケートは大阪を中心に70歳以上の高齢者231名を対象に行った。関西大学経済学部2003年度林ゼミの学生にアンケート用紙を用いて聞き取り調査で実施したので、回答率は一部の設問を除いてほぼ100%である。

まず、1ヵ月の通院数は5回以下が全体の80%、184人であった（図3）。そして、通院の診察科目は、170人（73.9%）が内科、そのうち137人が診察と回答しており、平均受診科目は1.6科目になっている（表2）。



1ヵ月当たりの平均的な医療費負担は、半数以上の124人が1,000～5,000円で、全体の4分の3に当たる169人が5,000円未満である（図4）。

そして、この医療費に対する印象を尋ねたところ、「負担が重く生活を圧迫している」が

表2 通院の診療科目および目的

	人数 (人)	比率 (%)	通院の目的				
			診察	検診	投薬	リハビリ	その他
内科	170	73.9	137	0	19	10	1
外科	26	11.3	18	1	2	3	1
泌尿器科	26	11.3	20	2	3	0	1
整形外科	52	22.6	24	0	1	25	2
眼科	64	27.8	50	8	5	0	1
歯科	30	13.0	30	0	0	0	0

備考) 複数回答のため合計は100%にならない。

図4 1ヶ月当たりの医療費負担額

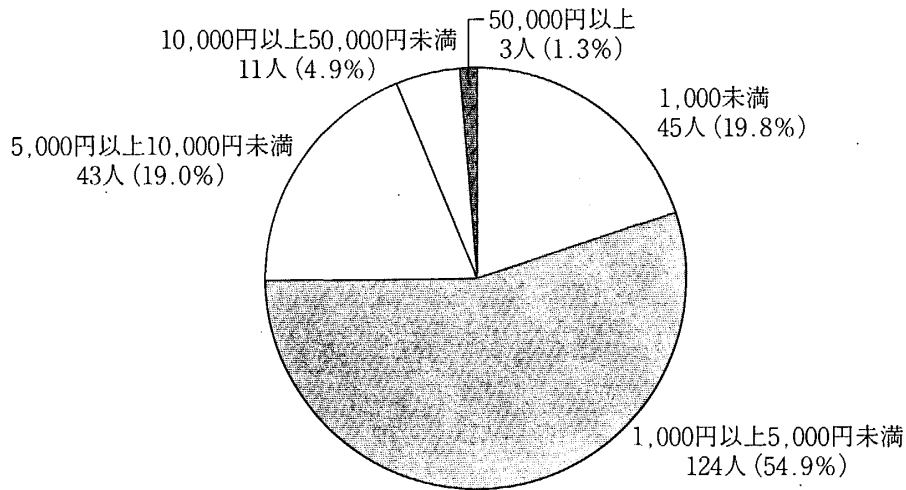
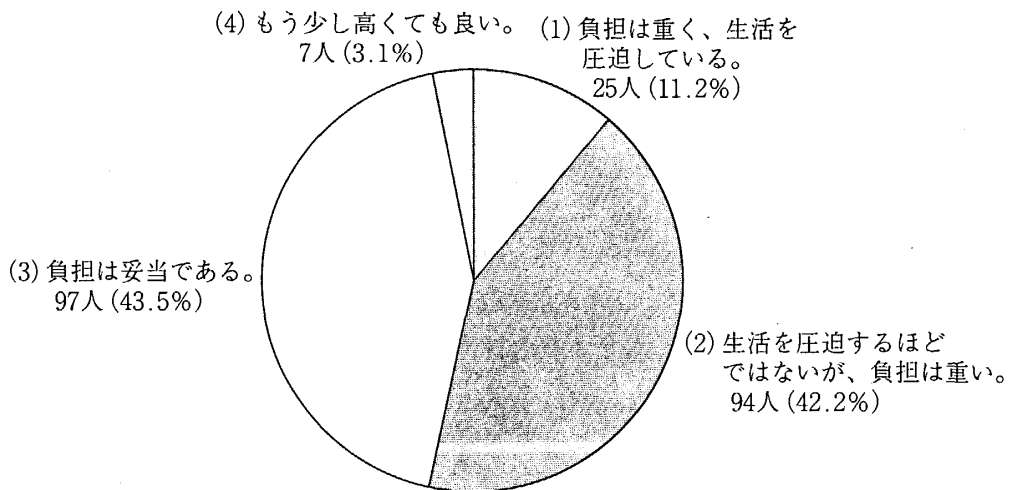


図5 医療費についての負担感



25人 (11.2%)、「生活を圧迫するほどではないが、負担は重い」が94人 (42.2%) と半数以上の方が負担は重いと回答している。半面「負担は妥当」とする回答も97人 (43.5%)、「もう少し高くても良い」も7人あった。(図5)

この回答を先の1ヶ月平均の医療費支出との関連で見ると、支出額が少ないほど負担を重いと回答の比率はやや低くなっている(表3)。

表3 医療費支出額と負担感

	(1) 1,000円未満	(2) 1,000円～ 5,000円未満	(3) 5,000～ 10,000円未満	(4) 10,000～ 50,000円未満	(5) 50,000円以上
(1)負担は重く、生活を圧迫している。	3	15	2	3	2
(2)生活を圧迫するほどではないが、負担は重い。	12	47	27	7	1
(3)負担は妥当である。	27	56	12	2	0
(4)もう少し高くても良い	0	5	2	0	0
合計	42	123	43	12	3

表4 収入額と医療費支出額

	(1) 1,000円未満	(2) 1,000円～ 5,000円未満	(3) 5,000～ 10,000円未満	(4) 10,000～ 50,000円未満	(5) 50,000円以上
10万円未満	12	6	6	0	1
10～20万円未満	6	37	7	3	1
20～30万円未満	8	31	15	5	1
30～50万円未満	4	12	8	0	0
50万円以上	2	4	1	1	0

表5 収入額と負担感

	10万円未満	10～20万円 未満	20～30万円 未満	30～50万円 未満	50万円以上
(1)負担は重く、生活を圧迫している。	5	10	6	1	0
(2)生活を圧迫するほどではないが、負担は重い。	16	24	27	6	3
(3)負担は妥当である。	16	19	23	13	4
(4)もう少し高くても良い。	0	1	3	3	0
合計	37	54	59	23	7

負担の重さに関しては、負担額の絶対的な水準よりもむしろ収入や資産といった経済状況が大きく作用すると思われる。今回はアンケート実施の方法から、収入等についての情報は十分なものとは言えないが、平均した1ヵ月当たりの収入額との関連でも、医療費支出額と負担感について見てみることにする。

表4と表5は、いずれも医療費支出額、そして負担感を1ヵ月の平均的な収入額との関連で見たものである。月に1万円を超える医療費を要しているのは、必ずしも高収入層に偏っているわけではない。また負担感についても同様に、収入階級が低いと負担感が強いというような明確な相関が見られるわけではない。

最後に、今後高齢者医療にとって、どのような施策が必要と考えるかについて自由な意見



を求めたところ、105件の回答が得られた。最も多かったのは病院以外の施設設備で、40件以上の回答があった。この施設には、温泉や簡単な運動といったレクリエーション施設を求める意見、そして健康診断や健康に関する相談が可能なものといった意見も多く見られた。このほかにも巡回や訪問による診察や健康診断の実施を求める意見もあった。

#### 4. 高齢者医療のこれから

“長寿社会”は、本来喜ばしい歓迎すべきことである。しかしながら、日本の場合は高齢者の絶対数の増加と同時に、人口全体に占める高齢者の割合が急速に上昇しているために、介護や医療といった費用の拡大が相対的に重要な意味を持つようになる。日本では、社会保険料、税といった公的負担の主な負担者である現役勤労者の数が高齢者と比較して相対的に減少している状況から、高齢者に要する費用の負担が課題になることが懸念され、そのことが、高齢社会の到来をむしろ歓迎できないという結果を招いている。

それでは、今後さらに拡大すると予想される高齢者の医療費をどのように抑制し、どのように調達していくべきであろうか。

まず、全体としての高齢者医療費の抑制、ないしは効率化についてである。全ての人が健康に何の不安もなく生涯を過ごすことができればよいことに違いはないが、一般には、加齢とともに何らかの健康不安を抱えるようになる。アンケートの意見でもあったように、高齢者の中には、必ずしも高度な医療を求めているのではなく健康診断や、健康に関する相談ができればよいという人も多い。温泉のようなレクリエーション施設があればもっと望ましいのであろうが、医師や看護師を常駐ではないかたちで配置できる施設を用意することができれば、全体としての医療費の軽減につなげることが期待できる。

一方で、このような自ら活動することができる高齢者だけでなく、病院での治療が必要な高齢者も数多い。そのための医療コストをどのように調達すべきであろうか。上記のように現在の高齢者医療は、健康保険からの拠出と公費（税）、そして一部の自己負担で賄われており、今後、対象年齢の引上げと公費負担の割合の拡大、自己負担の定額制から1割（2割）負担への変更が実施される。

自己負担に関しては、現在高齢者医療費11.6兆円と老人保健医療事業の医療給付費との差と考えるならば総額の8～9%が自己負担で賄われているということである。原則1割負担への引上げは、現在よりも自己負担額を平均的に若干上昇させることになる。

残りは、健保制度からの拠出と税である。現在、各健康保険制度の加入者と、雇用者の場合は事業主が折半して負担しているそれぞれの保険料のうち、高齢者医療への拠出分は、リスクプールとしての保険のための負担とうよりも、むしろ実質的には高齢者医療のための目

的税の性格をもっている。一方、税負担は国税、地方税を含めて、個人、法人からの税収が充当されている。この税負担の全体の負担構造を明らかにすることは難しいが、企業活動の成果からの税収も含めて明らかにその多くが現役の勤労者によって負担されている。

つまり、給与や法人所得といったフローの所得は、その大部分が現役世代に発生しており、同時に社会保険も支えている。高齢者のグループの中でも、不動産等の資産保有者は、固定資産税や資産性の所得に対する税負担を負っているが、全体に占める割合はわずかである。高齢者医療のコストについての2007年度以降の方針はすでに定められているが、別の方向性はないのであろうか。

1の国際比較でみたように、国際的なレベルで見れば、日本の医療コストは必ずしも高いわけではない。また、アメリカのように市場化したからといって必ずしも医療費が安くなるわけでもない。大切なことは、本当に必要な医療を安心して受けられるように、そして老後の不安というものをできるだけ解消することである。そのためには、上記のような治療と言えないような医療需要を抑制することはまず不可欠であろう。そのうえで必要なコストについては、現在のように、老人医療制度の受益者（グループ）と負担者（グループ）を区別するのではなく、高齢者も含む全ての人に広く負担を求めるシステムを構築するべきではないだろうか。年金制度などでも、世代間の不公平は大きな問題となっているが、今後、高齢者医療制度でも受益者である高齢者と負担者である現役世代が区別されるような状態をつくっておくならば、“世代間の対立”は深刻なものになってしまう。

高齢者も含めて広く負担を求めるためには、二つの方策がある。

その第1は、老人保健医療制度ができる前のように、高齢者も健康保険の中に組み入れることであるが、従来の保険制度のままでは、リタイアした高齢者は自営業者などと同じ国民健康保険の枠組みに入る。そうであれば、国民健康保険の料率を大幅に引き上げるのでない限り、保険事業としては大きな赤字となってしまう、何らかの補填を拡大していけば結局現在と同じ結果になる。

保険制度組み入れのもう一つの方策は、リタイアした時点での健康保険組合に加入しながら、現役時期と同じように、年金も含めた収入額を基準に事業主負担分を除いた全額を保険料とすることである。しかし、これにも問題は多い。同一の保険グループに所属する現役世代（企業も含む）から高齢者への再分配が行われることになるが、各保険者ごとに高齢者の数や比率が大きく異なったり、あるいはリタイアの直前も含めて勤労時の加入保険に変更がある場合には、各保険者間のバランスが取れなくなる。

高齢者も含めて広く負担を求めるとして、保険料の枠組みでの財源調達を考えないとすれば、公費、つまり一般的な税を充てることを第2の方策として考えることができる。しか

し、現在の税体系では、特にフローに対する課税を通じて高齢者に負担を求めることは難しい。2004年度より、高齢者に対する少額貯蓄利子非課税制度は順次廃止され、年金に対する課税も控除制度の見直しによって若干強化されることになっている。しかし、特に年金課税については、所得税の枠組みでは一定程度以上の課税最低限の設定はどうしても必要となることを考慮すれば、年金課税の適正化によってそれほど大きな税収を確保することはできない。

また既存の税制の活用という観点では、さまざまな面で財源として期待される消費税を高齢者医療に充てることも重要な候補となりうる。いわゆる“消費税の福祉目的税化”の一環である。しかし一方では、消費税には広く公共サービスの財源としての期待も大きく、高齢者福祉の特定財源と固定してしまうことには問題がある。また、消費税の負担は通常指摘されるように逆進的であり、さらには、消費税を通じた負担配分では、現役世代の中でも特に子育て中の世帯の負担が相対的に重くなるという点も無視できない。つまり、一般に子育て世帯ではそれ以外の世帯と比較して、消費支出のうち消費税に対応して実質的に削減することが難しい支出が多く、現在の高齢者福祉のための負担が、次世代を担うとも言える世帯に過重になるという不合理を引き起こす。

以上の点を考慮すると、高齢者医療のための財源調達の第3の方法として考えられるのは、新たな保険料（税）制度を全国的な規模で構築することである。これには、2000年に導入された介護保険の仕組みが参考になる。介護保険は、保険制度のかたちをとってはいるが、その負担は、実質的には課税対象となる人を年齢で限定した目的税であり<sup>5)</sup>、現在は、高齢者についても市町村ごとに設定した定額の保険料を年金収入から天引きで徴収するという方式がとられている。雇用の場合は事業主との折半となっていることから、明確な個人に対する課税とみなすことはできないものの、介護に要するコストを広く分担するシステムである。現在は、40歳以上となっている徴収の対象年齢を引き下げることが議論されているが、これが実施されれば現在よりも課税ベースの広い目的税に近づくことになる。

高齢者医療についても、高齢者自身にも広く負担を求める仕組みを設けることはできる。そのさい、介護保険のように市町村ごとに料立（税率）を設定するのではなく、全国でどれだけのコストを調達する必要があるかを基準とすべきである。個々の負担の算出には現行の健康保険料と同じように収入基準を用いるならば、定額制やあるいは消費税のもとで生じるような負担構造の逆進性は回避することができる。また、社会保険料一般に利用されている企業（事業主）負担はやめて、個人ベースでの負担とする方が、就業パターンの違いによる不公平を排除することができる。

このようなシステムの構築は自己負担分以外を全て公費で賄うことと同じであるが、現在

でも健康保険からの拠出によって現役世代が実質的に負担しているのであるから、トータルの高齢者医療費が同じであれば負担が増えるわけではない。むしろ高齢者グループにも医療制度を支えるための実質的な役割を担ってもらうことで結果的に医療の効率化の進展も期待できる。

### むすびに代えて

本稿では、高齢者医療を中心として、医療問題について考察してきた。以下では、2002年度の改正後、老人保健医療事業の対象者が75歳以上となる2007年度に向けて検討されている高齢者医療改革の方向性について簡単に触れるとともに、本稿での考察を整理することでむすびに代えることにする。

超少子高齢社会への突入を控え、医療費の増加が問題視されており、事実近年の高齢者医療費の伸びは著しいものがある。ただし、1人当たりで見た高齢者の医療費は一般の医療費よりも高くはなっているが、近年生じている総額の増加は高齢者の絶対数の増加に帰因する部分が多い。また、諸外国と比較して全体としての医療費が特に高いわけではない。しかしながら、目前に迫った超少子高齢社会においては、現行のシステムのままでは、医療に関する負担者と受益者（高齢者）との間でますますバランスを欠くことになる。

2004年7月には、社会保障審議会医療保険部会で、保険制度の維持を前提とした上で、75歳以上の後期高齢者を対象とした独立した新たな保険制度を設置し、65～74歳の前期高齢者については、予防に重点を置くためにも従来の医療保険制度の枠組みの中に位置づけるという方針が示された。また、高齢者の負担する保険料について、現役世代との均衡を考慮した適切な保険料負担を求めることとし、応益と応能のバランスを具体的にどのように設定することが適切か、更に検討すべきと指摘している。また、保険事業者や国費負担等の調整方式についてはその具体的な指針がこれから検討されることになっている。これと合わせて、国民健康保険などの保険者の再編・統合を進めることが必要とされている。

本稿でも、これからの高齢者医療を支えるための方策を検討した。アンケートの結果からは、現状での高齢者医療の実態についてその一端を見ることができた。医療費支出については1カ月当たり5,000円未満の高齢者が多かったが、負担感という意味では、半数以上の人々が「重い」と答えている。

高齢者層の場合、その多くの人々が何らかの健康不安を抱えていることは確かであるから、医療面でのケアが必要であることは当然である。しかし、その需要は必ずしも治療を伴う医療である必要はなく、むしろ楽しみも得られるような施設の活用とその場での健康相談等の実施によっても対応が可能な部分も多いのではないかと思われる。少子化が進むことで不要

になる施設、あるいは地域の共同施設等、新たに整備・建設を行わなくても利用可能な施設を最大限活用してこれに当てればそのためのコストの肥大化は抑制できる。そしてそれが医療費の抑制にも結びつけることができるのではないだろうか。

一方で、必要な医療はこれからも維持していかなければならない。そのコストの財源としては、広く高齢者も含めた収入ベースでの課税など目的税的な財源を確立し、高齢者の医療需要（コスト）に応じて税率を設定するのが望ましい。当然、特にフローベースでは現役世代のほうが多くの課税ベースを有することになるが、むしろ高齢者にも制度を支える側に参加してもらうことで、受益と負担の明確化、制度維持に対する理解も高まるのではないだろうか。

### 注

\*本論は、文部科学省科学研究費補助金交付課題「財政的視点からの医療問題」（平成15-16年度・基盤研究 C2・課題番号15530231）の研究成果の一部である。

- 1) 2000年度の見込みで、1人当たりの老人医療費は73.8万円、一般医療費は15.2万円で4.9倍の開きがある。三浦文夫編『図説高齢者白書』（2003年度版）p.117参照。
- 2) OECD（2003）
- 3) 政府管掌保険、健康保険組合、共済組合、国民健康保険の各制度から、各制度の全体の高齢者加入率
- 4) 2007年度からは対象年齢が75歳になる。
- 5) 介護保険も保険制度である以上、リスクプーリング機能は備えているが、むしろ、現在の介護に要するコストの財源をどのように調達するか、という性質の方が強い。

### 参考文献

- 一圓光彌 編著（2003）『医療保障論－現状・課題・展望』光生館。
- 井村圭壯・相澤穰治編著（2004）『高齢者福祉の基本体系』勁草書房。
- 岩本康志（2002）「高齢者医療保険制度の改革」『日本経済研究』No.44。
- 小椋正立・鈴木玲子（1998）「日本の老人医療費の分配上の諸問題について」『日本経済研究』No.36。
- 柿原浩明（2004）『入門 医療経済学』日本評論社。
- 椎川忍編（2001）『少子高齢化時代の自治体と社会保障政策』ぎょうせい。
- 竹下昌三（2003）『わが国の医療保健制度』大学教育出版。
- 林 宏昭（2001）「社会保障財源としての税と社会保険料」『総合税制研究』第9号。
- 三浦文夫編『図説高齢者白書』（2003年度版）全国社会福祉協議会。
- 医療経済研究機構監修『医療白書』（各年版）日本医療企画。
- OECD（2003）, *Health at a Glance OECD Indicators 2003*.