

世界大不況と日本の高齢者医療問題*

有 馬 敏 則

I. 今回の世界大不況の原因（金融面からの考察）

1. 1929年の大恐慌の状況

2008年9月15日、全米第4位の証券会社リーマン・ブラザーズの破綻から始まった今回の世界大不況は、グリーンスパン前FRB(The Federal Reserve Board)議長の発言を引用して、よく「100年に一度の危機」といわれている。そして全世界は、経済政策の舵取りを間違えると、1929年10月24日（木曜）にニューヨークのウォール街での株価大暴落から世界に広まった1930年代前半の「大恐慌(The Great Depression)」の状況へ再び陥りかねない瀬戸際に追い込まれ、「第二の世界大恐慌」と呼ばれることもある。

1929年10月から始まった大恐慌では、第1図のようにニューヨーク株価（スタンダード・スタティスティクス工業株価指数）が、1926年=100として1929年9月「216」から1932年6月には「34」まで下落した。また第2図のように、アメリカの卸売物価（月別指数）は、農産物、非農産物、全商品とも急落している。さらに失業率25%、GDP（実質国内総生産）減少率30%にも達した。

当時、世界各国は「大恐慌」脱出のため、自国の景気回復を最優先にして為替切り下げ競争や関税引き上げ、経済ブロック化等の保護主義を強化し、ついには大恐慌の最終的な解決策として、「第二次世界大戦」に巻き込まれていった。「大恐慌」の状況に酷似した今回の不況脱出のための手段として、戦争に訴えることのない「人類の英知」を集集する努力が行われた結果、G7やG20による危機対応策が検討され、実施に移されている。しかし株価の急落や失業

*本稿は、滋賀大学経済学部学術後援基金による研究成果の一部である。記して謝意を表する。

第1図 ニューヨーク株価, 1626-38年

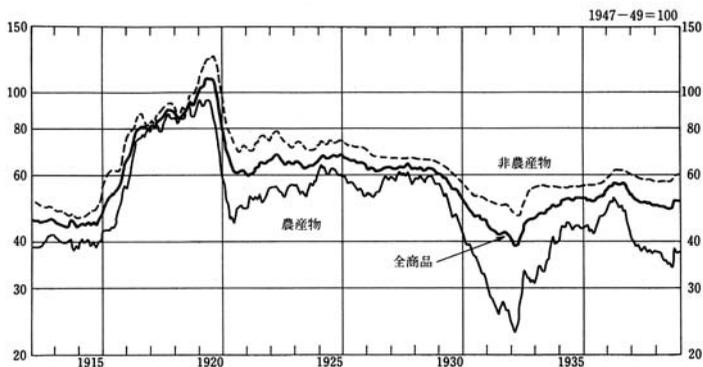
(スタンダード・スタティスティクス工業株価指数, 1926年=100)



〈出所〉1934年までは, League of Nations, *Statistical Yearbook*, various issues; 1935-38年については, Standard Statistics index, 1934-36年基準を1926年基準に転換.

C.P.Kindleberger, *The World in Depression 1929 to 1939*. (石崎・木村訳『大不況下の世界1929-1939』岩波書店, 2009年, p. 106より作成)

第2図 米国の卸売物価 (月別指数), 1913~39年



(注) Bureau of Labor Statistics に基づく.

Board of Governors of the Federal Reserve System, *Historical Chart Book*, 1961.

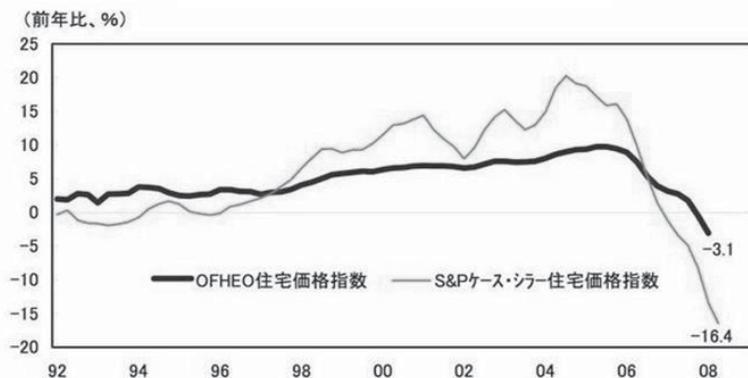
〈出所〉佐美光彦『世界大恐慌—1929年恐慌の過程と原因—』御茶の水書房, 1994年, p. 11.

率は徐々に回復しているものの、景気回復のための緊急諸政策を如何に縮小させていくかという「出口の議論」の段階まではいたっていない。

2. 世界大不況の引き金と波及メカニズム

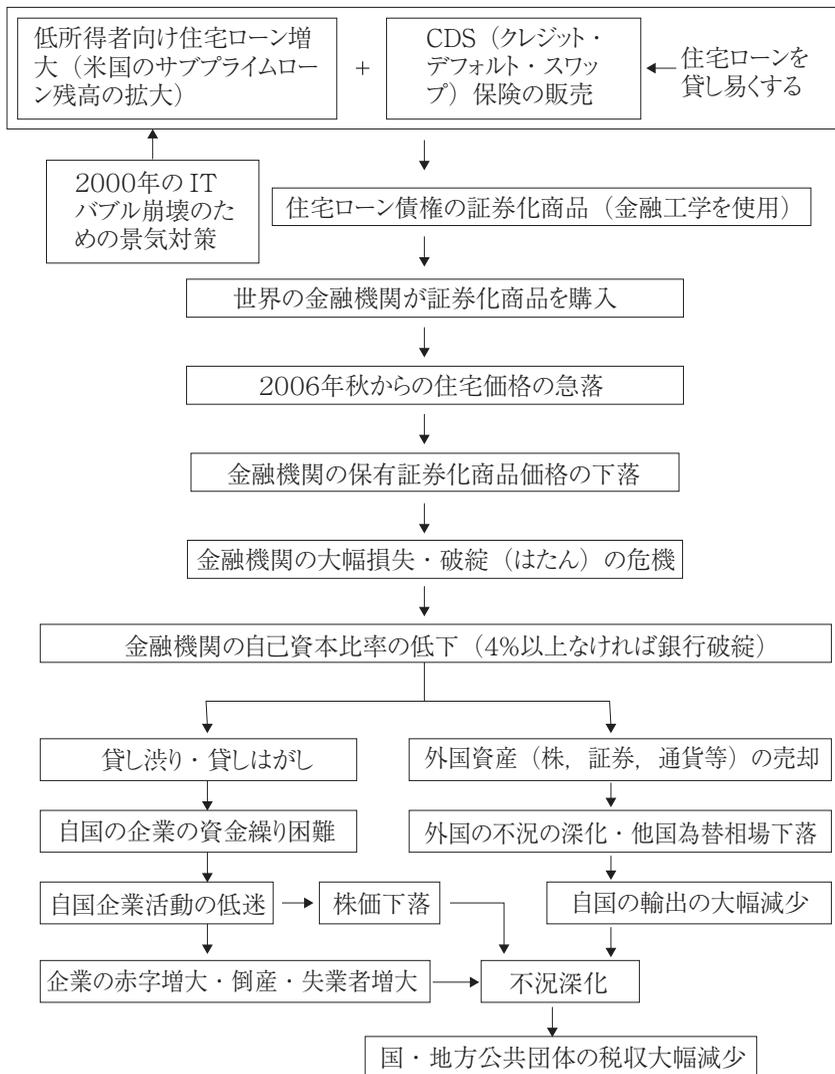
ところで今回の「世界大不況」の引き金は、第3図に示されているように1992年から継続的に上昇してきた米国の住宅価格が、2005年になると下落し始め、2006年から急落したことがある。また全世界への「大不況の波及メカニズム」は、多方面から分析しなければならないが、金融面に焦点を当てると概ね第4図のように示すことができる。この第4図に従い、今回の世界大不況の実態を考察していきたい。

第3図 米国の住宅価格の推移



(注) 直近は、OFHEOが2008年1月～3月、S&Pは同年4、5月の平均値
 (出所) OFHEO (連邦住宅金融監督局), S&P (スタンダード・アンド・プアーズ)

第4図 世界大不況の波及メカニズム



3. サブプライム（住宅）ローンの増大と住宅ローンの証券化

(1) サブプライム（住宅）ローン

まず2000年秋から2001年にかけて顕在化した「ITバブル崩壊」による米国の景気後退を回避するため、米国では官民あげて経済波及効果の高い住宅建設増大政策と、それを支える「新型住宅ローン」の開発に知恵を絞り、所得の低い信用力の低い人でも借りられる「サブプライム（住宅）ローン（低信用者向け住宅貸付）」が導入された。

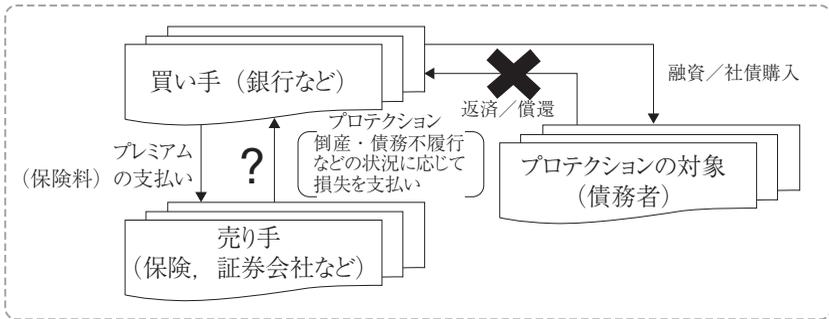
このローンは、借り入れ後数年間は、優遇された金利だけを払えば良いものの、優遇期間を過ぎると金利も高くなり、元金も分割して払わなければならないものが多かった。しかし購入した住宅の時価が上がれば、担保力が高くなり、金利の低い「プライムローン（信用の高い人への住宅貸付）」に借り替えることも可能で、毎月の返済が困難になった住宅ローン借入者は高値で住宅を売却することも可能であった。

(2) CDS（クレジット・デフォルト・スワップ）

しかもこの住宅ローンの貸し手（mortgage bankers）には、貸した住宅債権を直ぐ買い取る「投資ファンド」の存在という大きな支援があった。住宅ローンを貸す専門金融機関は、返済されないリスク（信用リスク）を心配することなく、「投資ファンド」から支払われる高額のローン手数料を得るために、貸付先の収入も確認しないで、競って「サブプライム（住宅）ローン」を拡大させた。そして「投資ファンド」は、買い取った住宅ローン債権を集めて「証券化商品」にして売却するまでのリスクを回避するため、金融工学を駆使して開発された「CDS（Credit Default Swap, クレジット・デフォルト・スワップ）」という一種の保険を購入した。

すなわち「CDS」とは、第5図に示されるような商品内容である。住宅ローンを購入した「投資ファンド」や銀行が、一定のプレミアム（保険料）をCDSの売り手である保険会社〔例えばAIG（アメリカン・インターナショナル・グループ）〕や証券会社に支払い、プロテクション（保険）を購入すると、プロテクションの対象である住宅ローンが返済されない場合、保険会社や証券会

第5図 CDSの仕組み



〈出所〉『通商白書』平成21年版, 第1-1-1-19図。

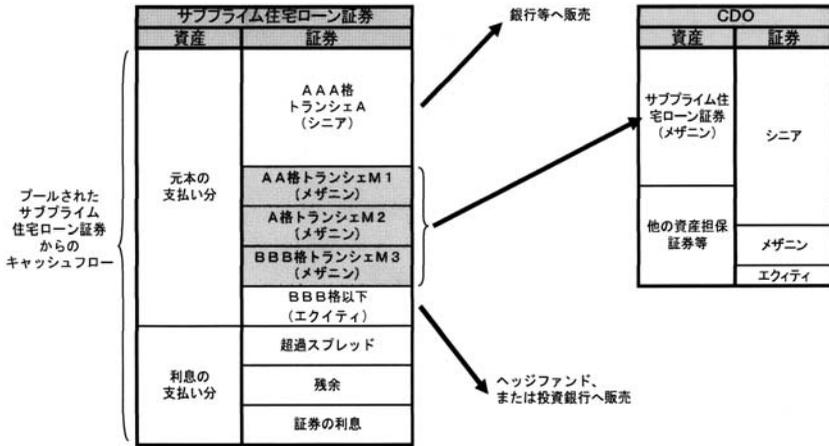
社からプロテクションの買い手に、住宅ローン金額の返済を受けることが出来るというものである。CDS取引は『平成21年版 通商白書』によれば、プロテクション契約額を単純合計した想定元本が、2008年6月末で54.6兆ドルと2007年の世界のGDPに相当する規模まで積み上がっていた。

(3) 仕組み債

また米国政府系住宅金融公社や年金・保険等の機関投資家と共に、欧米諸国の主要商業銀行や投資銀行（証券会社）も、米国住宅金融市場への資金流入に大きな役割を果たした。これらの金融機関は「住宅ローン担保証券（Mortgage Backed Security, MBS）」等証券化商品への投資をするとともに、サブプライム（住宅）ローンを原債権とする「再証券化商品（仕組み債, Structured Bond）の組成・転売のためのSPV（Special Purpose Vehicle）というペーパーカンパニーを設立し、住宅ローン債権を大量に購入して「再証券化商品」を組成し、全世界の投資家に転売する「証券化ビジネス」の中心的役割を担った。

「仕組み債」とは、第6図に示されているように、たくさんのサブプライム（住宅）ローン債権（原債権）を集めたMBSを、数段階の「階層（トランシェ）」に分割し、各階層に元本の償還順位を付与して、最上位の「シニア債」、中位の「メザニン債」、最下位の「エクイティ債」という三債券（MBS）を新たに組成するものである。そして住宅ローンの借り手から元本償還があれば、最初

第6図 サブプライム（住宅）ローン証券の証券化の仕組み



(注) 1. IMF〔8〕, IMF〔9〕を基に作成。
 2. 複数の民間レポートを参考とした。
 〈出所〉内閣府『世界経済の潮流 2007年秋』p. 17より作成。

にシニア債購入者に支払われ、残額がある場合はメザニン債購入者にも支払われる。したがって償還順位が最上位のシニア債は、住宅ローン支払い遅延リスクの発生確率が極めて低いと評価され、スタンダード・アンド・プアーズ社等の格付け会社が「AAA」を付与した。またメザニン債には「M₁~M₃格」が付与され、投資適格ぎりぎりの「BBB」格MBSまでを集めて、同様の手法で優先償還順位設定により、「AAA格MBS」を新たに組成でき、これが「担保付債務支払証書（CDO, Collateralized Debt Obligation）」と呼ばれるものである。そしてエクイティ債には、格付けが付与されなかった。このような手法で「サブプライム（住宅）ローンの約75%が証券化され、その約8割がAAA格のシニア債、残り20%の9割がメザニン債、1割がエクイティ債であったとの分析もある（IMF, “Global Financial Stability Report”, Apr. 2008）。

このようにして急激に増大した「サブプライム（住宅）ローン」債権や「クレジットカード（学生クレジットを含む）」債権、「自動車ローン」債権、「医

療費」債権等々多くの種類の債権を集め、最先端の金融工学の手法でそれらの債権の組み入れ比率（企業の最高秘密）を決めて、最新の仕組み債である「証券化商品」が大量に作られた。

（４）証券化の決定的欠陥

証券化の歴史は、1970年の「住宅ローン担保証券（MBS）」の発行から始まる。初期の「証券化商品」は、住宅ローン債権（モーゲージ）を10万件ほど集めて、これを1億口に分けた「証券化商品」を作るという、シンプルなものであった。具体的には連邦抵当金庫（FNMA、ファニーメイ）や連邦住宅金融抵当公社（FHLMC、フレデーマック）、政府抵当金庫（GNMA、ジニーメイ）が中心となって、民間金融機関の一定要件に当てはまる住宅ローン債権（モーゲージ）を買い取り、それを担保に、流通市場で「住宅ローン担保証券」を発行して投資家に提供した。その後前述のように「リスク」を回避するために、種々の債権を組み入れた「証券化商品」が開発されてきた。

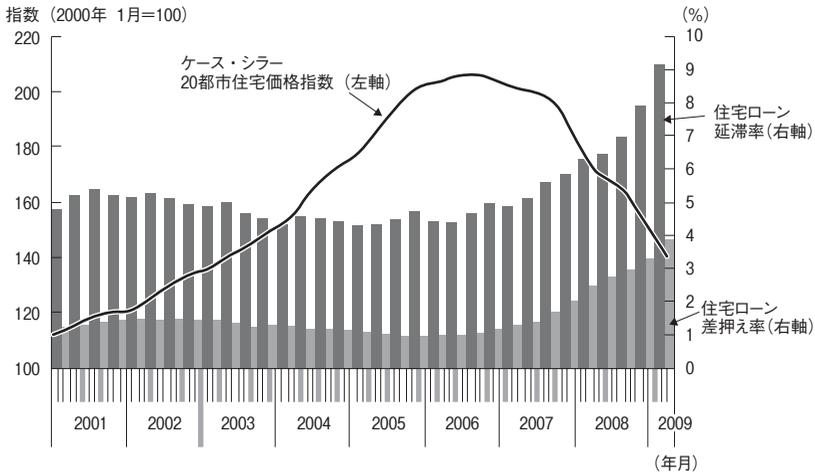
格付けも高く、金利も高い「証券化商品」を、全世界の金融機関は「金余り」の中で争って購入した。しかし金融工学を駆使して作られた「証券化商品」には、決定的な欠陥があった。それは「住宅価格が永遠に上昇し続ける」という前提の下に作られていたからである。これは過去の事例を元に確率を設定する場合に、米国では一部の地区の住宅価格の下落はあったものの、ほとんどの地域で住宅価格の下落の事例が無かったため、住宅価格は上昇し続けるとの前提を取ったためであろう。

4. 住宅価格の急落・住宅ローン不払い（デフォルト）の増大と「証券化商品」の急落

既述のように第3図に示されているが、住宅価格は1992年からOFHEO（連邦住宅金融監督局）住宅価格指数でも、S&P（スタンダード・アンド・プアーズ）ケース・シラー住宅価格指数でも、一貫して上昇してきた。その意味でサブプライム（住宅）ローンを借りた人は、住宅を売却すれば何時でも利益を上げることが出来、問題は生じなかったといえる。

しかし2005年になると世界的な一次産品、とくに石油価格の上昇と共に米国の総需要は縮小し、住宅への需要も減少し始めることとなった。そして2005年から2006年にかけて住宅価格が下落し始めた。とくに2006年秋から住宅価格が急落し始めると、高金利のサブプライム(住宅)ローンを低金利のプライム(住宅)ローンに借り換えることが出来なくなり、また住宅を高値で売却することが出来ない人達が急増した。そうこうしている間に、サブプライム(住宅)ローンの優遇期間が過ぎて、高い金利と元金を加えた毎月の返済額が急増することになり、第7図に示されているように、住宅ローンの延滞率や返済不能(デフォルト)による差し押さえ率が增大していった。

第7図 住宅価格、住宅ローン延滞率・差し押さえ率の推移



(備考) 住宅ローン延滞率(30日以上), 住宅ローン差し押さえ率(差し押え手続き中).
 〈出所〉 Standard & Poor's, Mortgage Bank Association から作成.

住宅ローン債権を持つ金融機関やCDSを販売した保険会社は、住宅ローン債権回収のため、差し押さえを強化して、どんどん安値で売却した。そうすれば住宅価格がさらに下落するという悪循環で、米国の住宅価格はいっそう下落し続けた。2011年にならないと、全体的な米国の住宅価格は下げ止まらないと

いう推計もある。

サブプライム（住宅）ローンの延滞やデフォルトが増大するにつれて、サブプライム（住宅）ローンの「証券化商品」の価格も下がり始め、とうとう、どの金融機関も「証券化商品」を購入しなくなり、「証券化商品」の時価は大暴落し、現在は値段がつかない状況になり、推計するしかない状態になっている。このように購入した「証券化商品」の大損失や不良債権の増大によって、欧米を始めとする世界中の銀行や証券会社、保険会社の中には巨額の赤字に苦しみ、政府による管理を受けたり、「公的資金」注入によって、辛うじて破綻を免れているケースが多数見られることとなった。

例えば米国においては、2008年3月に全米第5位の証券会社ベアー・スターンズが救済・合併されたのを手始めに、2008年9月7日に住宅ローンの証券化商品を保証しているファニーメイやフレディマックといった住宅金融機関2社が、米国政府の管理下に入った。そして2008年9月15日に、全米第4位の証券会社リーマン・ブラザーズが破綻すると、全世界の「信用不安」が拡大し、金融機関が資金貸出を抑制したため、銀行・企業の資金確保が困難になり、金融危機の嵐が吹き荒れることとなった。

また2008年9月20日になると、CDSを大量に発行したAIGが公的管理に追い込まれ、さらにシティグループやバンク・オブ・アメリカ、JPモルガン・チェース、ウエルズ・ファーゴ、ゴールドマン・サックス、モルガン・スタンレーを始めとする米国の主要金融機関は、公的資金の数度の注入を受けた（現在は会計制度変更による利益と証券売買益でかなり返済している）。そしてヨーロッパ各国も、自国金融機関に種々の支援策を実施している。

5. 金融機関の自己資本比率の低下と「貸し渋り」・「貸しはがし」

「自己資本比率」とは、自己資本（資本金、資本準備金、利益準備金、次期繰越利益金、内部留保、優先株、貸倒引当金、資産再評価準備金、劣後債、株式の含み益の45%等々）を、総資産（国・地方公共団体・企業・個人等への貸し出し、自国国債・外国国債・社債・国際開発銀行債、株式、不動産等々への

投資合計で、投資されたそれぞれのリスクの度合いによって実際の金額とは異なる)で割った比率のことを指す。

国際的な取り決め(BIS規制)によって、自己資本比率が8%以上無ければ、当該金融機関は国際金融業務を行うことが出来ない。また4%以上なければ国内金融業務も行えず、破綻に追い込まれる。証券化商品の損失や不良債権が大きくなれば、分子の自己資本が減少し、自己資本比率が低下することになる。したがって自己資本比率を高めるためには、分子の自己資本の増強を図るか、分母の総資産を減らすことが必要となる。自己資本の増強が図れない場合は、分母の総資産を減らさなければ、自己資本比率が高まらず、破綻に追い込まれる危険が出てくることになる。そのため銀行が、貸し出しをなかなか行わない(貸し渋り)、貸したお金を強制的に回収する(貸しはがし)という行動を取ることが、しばしば報道されている。

世界的に「経済の血液」である「資金」が銀行から供給されにくくなると、企業の資金繰りが困難となり、企業活動が低迷し、営業成績が悪化して株価も下落する。株価が低迷すると株式発行による資金調達も困難になり、ついには企業の赤字増大・倒産・失業者の増大につながり、世界的に不況がさらに深化していくことになる。

6. 外国資産(株、証券、通貨等)の売却による資金引き上げと国・地方の税収減少

また国内の資金不足を補うため、金融機関が外国に投資していた株や証券を売却して自国に資金を持ち帰ることも、しばしば発生した。当該国では、売却された株や証券は下落し、実体経済にも悪影響を及ぼし、当該国の経済は不況に陥ることになった。

するとその国の通貨が外国為替市場で売却され、為替相場が下落する。為替相場が下落すると当該国の輸出競争力は高まるものの、当該国に輸出していた自国の為替相場は上昇して輸出競争力が低下し、自国の輸出は大幅に減少し、不況がさらに悪化することとなった。

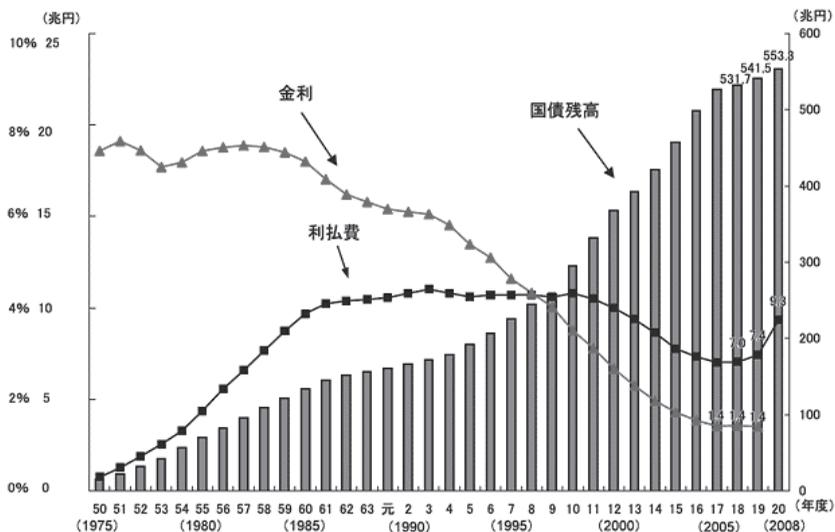
このように「5」や「6」による世界大不況の深化によって、日本においても、企業の法人税や個人の所得税、買い控えによる消費税の減収等々で、ただでさえ赤字累積に苦しんでいる国や地方公共団体の財政がさらに悪化することになった。税収不足の増大により、厳しい抑制が行われて来た高齢者医療制度が、さらにぎりぎりの局面に立たされることになっている。

II. 日本の国や地方公共団体の深刻な財政赤字の状況

1. 国の財政状況

日本の国家財政は、昭和40年(1965年)の補正予算で第二次大戦後初めて「赤字国債」が発行されて以来、第8図に示されているように、連年の借金で国債残高・国債の利払費が年々増加し、危機的状況にある。そして世界大不況による税収不足により、国や地方公共団体の財政状況はさらに悪化している。

第8図 利払費及び国債残高



(注) 金利, 利払費～左目もり, 国債残高～右目もり

〈出所〉財務省資料

国の借金である「国債および借入金ならびに政府保証債務現在高」を財務省の統計資料でみると、「内国債残高」は平成21年（2009年）3月末で680兆円、借入金57.5兆円、政府短期証券108.5兆円、合計846.5兆円、それに政府が保証している債務が45.4兆円に達している。内国債には普通国債、財政投融资特別会計国債、交付国債、出資・抛出国債、石油債券承継国債等が含まれる。第8図中の国債残高は「普通国債残高」を示している。今回の世界大不況から脱出するための政府の数次にわたる「総合経済対策」で、国債は次々に増発され、内国債残高は、さらに増大することになる。

このうち長期債務残高である「普通国債残高」は、第1表によると、平成21年度末で581兆円、対GDP比約113.9%に達すると予想されている。これは国民1人当たりで約455万円に相当する。また国の長期債務としては普通国債の

第1表 国及び地方の長期債務残高 (単位 兆円)

	19年度末 (2007年度末) 〈実績〉	20年度末 (2008年度末) 〈補正後〉	21年度末 (2009年度末) 〈予算〉
国	568程度 (551程度)	591程度 (571程度)	607程度 (595程度)
普通国債残高	541程度 (524程度)	563程度 (543程度)	581程度 (569程度)
対GDP比	105.0% (101.7%)	110.6% (106.6%)	113.9% (111.5%)
地方	199程度	197程度	197程度
対GDP比	38.5%	38.6%	38.6%
国・地方合計	767程度 (750程度)	787程度 (767程度)	804程度 (792程度)
対GDP比	148.6% (145.3%)	154.6% (150.7%)	157.5% (155.2%)

- (注) 1. GDPは、19年度までは実績値、20年度は実績見込み、21年度は政府見通し。
 2. 19年度末の()内の値は翌年度借換のための前倒債発行額を除いた計数。20年度末及び21年度末の()内の値は、翌年度借換のための前倒債限度額を除いた計数。
 3. 交付税及び譲与税配付金特別会計の借入金については、その償還の負担分に応じて、国と地方に分割して計上している。なお、19年度初をもってそれまでの国負担分借入金残高の全額を一般会計に承継したため、19年度末以降の同特会の借入金残高は全額地方負担分(34兆円程度)である。
 4. このほか、21年度末の財政投融资特別会計国債残高は123兆円程度。

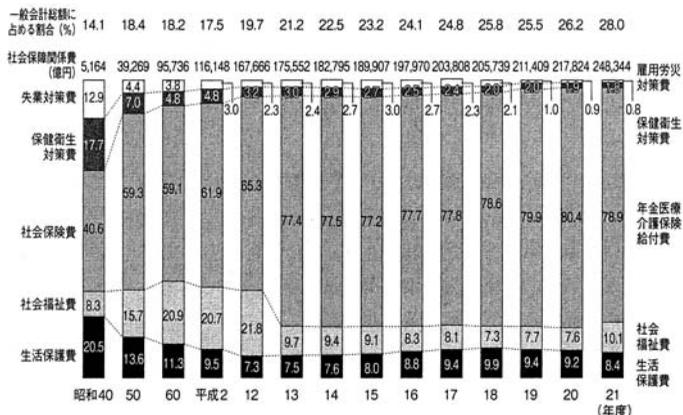
〈出所〉福田淳一編著『図説 日本の財政、平成21年度版』東洋経済新報社、2009年、p. 34.

他に出資国債，交付国債に加えて，交付税及び譲渡税配付金特別会計，国有林野特別会計等々の種々の特別会計の借入金があり，これらを合計した国の長期債務残高は，平成21年度末で約607兆円に達すると見込まれている。

ところで，平成21年3月末で847兆円に達した「国債および借入金ならびに政府保証債務現在高」は，平成21年度一般会計税収（租税および印紙収入）概算額46兆円〔平成20年度54兆円〕の18.74年分に相当し，国民一人当たり705万円になる。また平成21年度の一般会計（当初予算）88.5兆円のうち，借金である国債で穴埋めされた33.3兆円は，一般会計全体の37.6%に達している。そして平成21年度税収は30兆円台に減少の予測である。

さらに第9図の社会保障関係費の推移によれば，平成21年度一般会計（当初予算）88.5兆円のうち，社会保障関連費といわれる年金医療介護保険給付費，生活保護費，社会福祉費，社会保険料，保健衛生対策費，雇用労災対策費は24.8兆円（一般会計総額に占める割合は28%）に及び，そのうち年金，医療，介護

第9図 社会保障関係費の推移



(注) 1. 平成12年度の介護保険制度の創設にともない，社会福祉費の一部が社会保険費に移行している。
 2. 平成21年度に，社会保障関係費の内訳について見直しを行っている。

〈出所〉福田淳一，前掲書，p.100より作成。

関連の社会保障費が19.6兆円を占め、社会保障関連費の78.9%となっている。その額は高齢社会の進展とともに、強い抑制政策が取られているものの、増大圧力が強まっている。

2. 地方公共団体の財政状況

国同様、地方公共団体の財政状況も、「三位一体改革」による国から地方への不十分な税源委譲と地方交付税交付金の削減で、厳しい状況にある。地方公共団体の借金は毎年累積し、地方の長期債務残高は、第1表によれば、政府案で平成21年度末197兆円、GDP38.6%と予想されている。また地方公共団体の平成21年度一般財源総額(地方税、地方交付税、臨時財政対策費、地方譲与税、地方特例交付金等の合計)は59.1兆円、地方債依存度は14.3%に達している。

Ⅲ. 日本の医療費抑制と高齢者医療問題

1. 療養病床削減問題と療養型病床群の導入

このような国や地方公共団体の財政危機の中で、医療費抑制、とくに高齢者の医療費抑制政策が強化されている。第2表は財源別国民医療費、第3表は年齢階層別国民医療費、第4表は診察種類別国民医療費を表している。第2表によると、医療費の財源は保険料が約50%、公費約37%(国庫約24%、地方約12%)その他約14%である。第3表では、医療費の約48%が0~65歳未満、65歳以上が約52%となっている。特に70歳以上が医療費の約42%、後期高齢者である75歳以上の医療費が全体の約30%を占めている。第4表では、一般診察医療費が医療費全体の約75%を占めている。そのうち入院医療費(病院、一般診察所)が、全体の医療費の約37%、一般診察医療費の約50%となっている。

第2、3、4表からいえることは、国や地方の財政悪化の中で、高齢者医療、特に入院医療費の抑制への動きが顕著になっていることである。この具体例を入院をした時の医療費について検討してみることにしたい。

従来入院した時のベッド、すなわち病床(病棟)は、特定の疾患を対象とした精神病床、結核病床、感染症病床を除く大部分の病床が、「その他の病床」

第2表 財源別国民医療費

財 源	平成19年度		平成18年度		対前年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
国民医療費	341 360	100.0	331 276	100.0	10 084	3.0
公費	125 271	36.7	121 274	36.6	3 997	3.3
国庫	84 300	24.7	81 895	24.7	2 405	2.9
地方	40 971	12.0	39 379	11.9	1 592	4.0
保険料	167 898	49.2	162 245	49.0	5 653	3.5
事業主	69 241	20.3	66 923	20.2	2 318	3.5
被保険者	98 657	28.9	95 322	28.8	3 335	3.5
その他注)	48 190	14.1	47 757	14.4	433	0.9
患者負担(再掲)	47 996	14.1	47 555	14.4	441	0.9

(注) 患者負担及び原因者負担(公害健康被害の補償等に関する法律による補償給付及び健康被害救済制度による救済給付)

(出所)『厚生労働白書, 平成20年度版』p.4より作成.

第3表 年齢階級別国民医療費

年 齢 階 級	平成19年度			平成18年度		
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	人口一人当たり 国民医療費 (千円)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	人口一人当たり 国民医療費 (千円)
総 数	341 360	100.0	267.2	331 276	100.0	259.3
65歳未満	163 921	48.0	163.4	160 043	48.3	158.2
0～14歳	23 269	6.8	134.6	22 134	6.7	127.0
15～44歳	49 920	14.6	103.3	47 719	14.4	98.1
45～64歳	90 732	26.6	261.6	90 190	27.2	257.1
65歳以上	177 439	52.0	646.1	171 233	51.7	643.6
70歳以上(再掲)	141 741	41.5	722.2	136 303	41.1	718.1
75歳以上(再掲)	100 893	29.6	794.2	96 735	29.2	795.1

(出所)『厚生労働白書』前掲書, p.6より作成.

第4表 診療種類別国民医療費

診 療 種 類	平成19年度		平成18年度		対前年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
国民医療費	341 360	100.0	331 276	100.0	10 084	3.0
一般診療医療費	256 418	75.1	250 468	75.6	5 950	2.4
入院医療費	126 132	36.9	122 543	37.0	3 589	-2.9
病院	121 349	35.5	117 885	35.6	3 464	2.9
一般診療所	4 782	1.4	4 658	1.4	124	2.7
入院外医療費	130 287	38.2	127 925	38.6	2 362	1.8
病院	51 753	15.2	51 058	15.4	695	1.4
一般診療所	78 534	23.0	76 867	23.2	1 667	2.2
歯科診療医療費	24 996	7.3	25 039	7.6	△ 43	△ 0.2
薬局調剤医療費	51 222	15.0	47 061	14.2	4 161	8.8
入院時食事・生活医療費	8 206	2.4	8 229	2.5	△ 24	△ 0.3
訪問看護医療費	518	0.2	479	0.1	39	8.1

(出所)『厚生労働白書』前掲書, p.5より作成.

に区分されていた。ところが平成4年（1992年）10月、医療法の改正で「療養型病床群」という新しい病床区分が新設された。この「療養型病床群」とは、「病院または診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するための一群の病床で、人的・物的に長期療養患者にふさわしい療養環境を有する病床群」と定義されている。

2. 「一般病床」と「療養病床」の区分

その後、上記の区分で入院医療は実施されてきたが、平成13年（2001年）3月の第4次医療法改正により、病院や診療所の入院ベッドは、結核病床、精神病床、感染症病床のほかに、「療養型病床群」が、主に急性期の疾患を扱う「一般病床」と、主に慢性期の疾患を扱う「療養病床」の二つに区分された。そして全国の病院や診療所は、「一般病床」か「療養病床」かのいずれかを選択することが義務づけられることとなった。すなわち、それぞれの病院や診療所は、「一般病床＝急性期医療」で診療を行うのか、「療養病床＝長期療養」で診療を行うのかが問われているわけである。この病床区分改訂の大きな目的は、「一般病床」を削減し、医療費増大を抑制したいという意図であることは明白である。

3. 「一般病床」と「療養病床」の最低認可基準

「一般病床」の「最低認可基準」は、医師が入院患者16人に1人、看護職員は入院患者3人に対し1人、薬剤師は70人に1人となっている。これに対し「療養病床」では、医師は入院患者48人に1人、看護職員は入院患者6人に対し1人、看護補助者は入院患者6人に対し1人、薬剤師は150人に1人である。このように人員配置は、「一般病床」では医師・看護職員が手厚く配置され、とくに看護師は、これまで入院患者4人に1人の基準が廃止され、3人に1人が最低基準となっている。

このように、「一般病棟」についての医者や看護職員等の人員基準や在院日数等「最低認可基準」が厳しく設定されたため、多くの病院や診療所で「一般

病床」維持が困難となり、「療養病床」や介護保険の「介護療養型医療施設」への転換がすすむものと考えられる。

しかしながら、病院や診療所全体で、「一般病床」か「療養病床」のどちらかを選択するという二者択一的医療制度ではなく、「ケアミックス」といわれるように、病院内の病棟単位で「一般病床」と「療養病床」とを併設できる場合もある。また介護保険に対応した「介護療養型医療施設」への転換・併設も認められている。

4. 「一般病床」と「療養病床」の医療費

「一般病床」と「療養病床」の医療費の大きな違いは、入院料の差として現れる。入院料は入院期間、一般と老人、平均在院日数、看護職員の比率・看護師（正看・准看）比率などで大きく違っている。

「一般病棟」の入院基本料は、平均在院日数によって2群に分かれる。I群の平均在院日数28日以内の病院（病棟）では、入院基本料1から5の5ランクに分類されている。またII群の平均在院日数29日以上 of 病院（病棟）では、入院基本料3から5の3ランクに区分される。さらに看護職員の比率・看護師（正看・准看）比率などでさらに細分化されている。また療養病床においては、入院期間の規定はない。

5. 90日を超える高齢患者

しかし65歳を超える高齢患者の場合、「90日を超える一般病床」の入院継続には、大きな問題がある。一般病院・病棟では、原則「90日を超える」入院高齢患者の入院費包括化がされているからである。一般病棟に入院している高齢者（一部の特定患者を除く）は、入院90日を超えると、医療費の入院診療報酬を低減し「老人特定入院基本料」という料金体系を適用し（看護・介護の職員の配置数で少し点数が異なる）、一般病院の点数とすれば驚くほど低い点数になっている。しかも、これは包括化された点数で検査・投薬・注射・処置を全て包括している。包括化とは、「どんな検査をしても、どんな高額な治療をし

でも1日いくらで、決まった点数」しか認められないことを意味している。

そのため一般病床で高齢患者は、一部の例外を除いて90日経ったら継続入院が出来ない仕組みといえる。このように、老人患者の90日規制と、平均在院日数による規制で、一般病棟の老人患者は病院から追い出されることになる。また関連医療機関の間で3ヶ月ごとに「たらい回し」される事態も起きている。

この制度は、年々膨張する医療費抑制が狙いで、医療の必要度は低いものの、長期入院する「社会的入院」を減らそうというものである。さらに政府は医療型療養病床の25万床、介護型医療病床13万床、合計38万床を2011年度までに、医療型の15万床に集約し、介護型は廃止する方針を打ち出した（その後若干の変更がなされた）。

病院から追われるように退院させられ、自宅に帰りたくても介護してくれる家族がない、行き場の無い高齢者には胸が痛むものがある。高齢者が「長生きして良かった」と感じられる医療制度、安心して療養できる医療制度をどのように確保するかは、最終的には地域の人々の責務が大きいというものの、財政状況が厳しいとはいえ、国、県、市町村も全力をあげて環境整備に取り組む必要があるといえるであろう。

IV. 後期高齢者医療制度

1. 2008年4月からの導入と世論の批判

このような「一般病床」での高齢患者への締め付けに加えて、高齢者医療への抜本的制度変更が平成20年（2008年）から実施された。すなわち65歳～74歳を「前期高齢者」、75歳以上を「後期高齢者」と位置づけた「高齢者医療制度」が実施され、健康保険組合の財政負担（供出金）が従来より増大し、さらに被保険者・事業主、そしてかなりの比率の後期高齢者の負担金・保険料が増大することとなった。

とくに75歳以上の人々を対象とした、独立の医療制度としての「後期高齢者医療制度」については、①保険料が年金から「天引き」されることや、②「包括定額制」の導入による医療費抑制の性格が強いこと、③従来は被扶養者とし

て保険料納付が免除されていた高齢者が新たに保険料を負担しなくてはならなくなり、弱い者いじめだという批判、④地域によって保険料が異なることや、⑤高齢社会の進展とともに後期高齢者の保険料が際限なく増加すること、⑥終末期医療の選択肢が限定的なこと等々の問題点が明らかになり、「この制度は『うばすて山』だ。我々に早く死ねというのか」という厳しい批判の世論が高まり、手直しを迫られている。

2. 後期高齢者終末期相談支援料

そのなかでも、とくに批判が強かったもののひとつに「後期高齢者終末期相談支援料」がある。①相談の対象になるのは、医者が終末期（回復を見込めない）と判断した75歳以上の後期高齢者の患者である。②本人の同意を得て、患者本人と家族、医師が、病状や見通し、介護を含めた生活支援、人工呼吸器、病状急変時の病院搬送、蘇生術等の希望等々の「診察方針」を話し合い、その内容を書面にした場合は、医療機関に終末期相談支援料2000円が支払われるというものであった（とくに入院中の患者の場合は、連続して1時間以上時間をかけて話し合うことが条件となっていた）。

すなわち、患者の病状が急変して危篤状態に陥った場合、救急車等により病院に搬送するのか、人工呼吸器装着のような「延命治療」をするのか、心臓マッサージや人工呼吸のような蘇生術を施すのか、等々を医師と本人を含めた家族で、あらかじめ相談しておき、それを書面にしておくというものであった。

ところが厚生労働省後期高齢者医療制度担当者が書いた「後期高齢者医療制度」解説書に、「家族が1時間でも、1分でも生かしてほしいと要望して治療がなされ、500万円とか1千万円の金額になってしまう」との記述があったため、「高齢者に終末期の治療を差し控えさせて医療費を抑制させるのが目的だ」との批判が続出した（詳しくは『朝日新聞』2008年8月7日朝刊「ニュースがわからん！」欄等を参照されたい）。

そのため、2008年6月25日に開催された「中央社会保険医療審議会（中医協）」に、「後期高齢者終末期相談支援料」の取り扱いについて、厚生労働大臣

が諮問し、中医協は「別に厚生労働大臣が定める日までは、無期限凍結」との結論になった。その答申を受けた厚生労働大臣は、中医協に「平成20年度中に終末期相談支援の実態調査を行い、その結果をとりまとめるよう」要請した。中医協では、75歳以上といった年齢にかかわらず、ガン等で終末期を迎えた人々にも調査対象を広げ、75歳未満の取り扱いを含め、終末期相談支援料の再実施が可能か否かの議論をすることになった。

しかし2009年3月に開かれた中医協では、「後期高齢者医療制度や終末期相談支援料の名称を変更すべきである」との見解を示しただけで、結論は先送りとなっている。

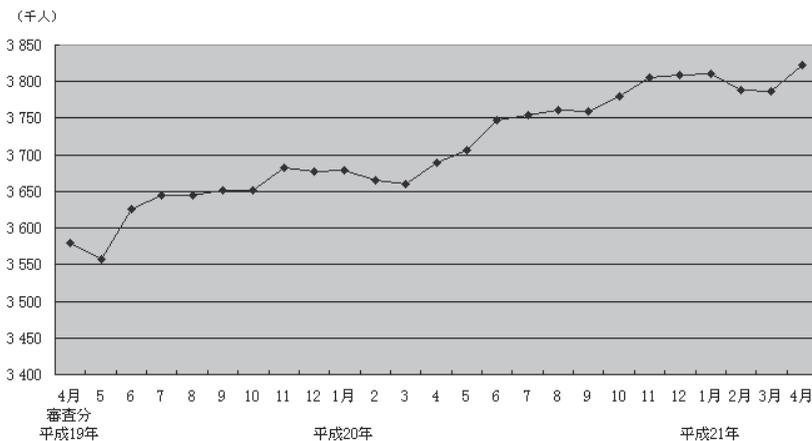
V. 高齢者医療制度を補完する介護保険制度

高齢者医療制度を補完するものとして、ドイツの介護保険制度をモデルに、平成12年（2000年）4月から導入された介護保険制度がある。要介護状態または要支援状態の人が、介護サービスを利用する場合（1割を利用者負担）、その給付費を40歳以上の被保険者から徴収した保険料のみならず、国や地方公共団体も負担することが特徴である。

施行当初は「社会的入院」を減らし、在宅介護・居宅介護を促すという政府の強い意思により推進された。しかし、低賃金のため介護職員が十分に確保出来なかったり、資金不足のため、利用者が求める十分な「介護サービス」の提供が困難な場合もあり、在宅介護が難しいことも多々みられた。したがって「さしあたり預ける介護施設」の需要が多く、介護施設不足は解消されず、大きな問題となっている。また平成21年4月に介護報酬の改定があったものの、これが介護職員の待遇改善に繋がるかどうかはまだ不明である。そして介護保険制度の財政悪化とともに、「要介護認定」も厳しくなり、必要な「介護サービス」を受けられないケースも数多くみられ、「何のための介護保険制度か」との批判も出ている。

とはいえ高齢社会の進行と共に、第10図に示されているように介護保険の利用者（介護保険受給者）は着実に増大している。平成20年11月～平成21年4月

第10図 介護保険受給者数の月次推移
(平成19年4月審査分～平成21年4月審査分)



(出所) 厚生労働省『介護給付費実態調査月報』平成21年6月号。

の間に、全国の介護受給者総数は、複数サービスを受けた人の名寄せを行った結果、介護予防サービスでは813.8千人、介護サービスでは3,011.5千人となっている(厚生労働省『介護給付費実態調査月報』平成21年6月号)。

VI. 今後の課題～「尊厳死・安楽死」をも視野に入れた自分なりの終末期医療への態度の決定の必要性と地域の支え合いの重要性

本稿で考察してきたように、日本の国・地方公共団体の財政赤字状況は、「100年に一度といわれる世界大不況」による税収の急減ともあいまって、今後ますます厳しさを増してくる。それとともに日本の高齢者医療制度も、その存続の厳しさが増すだけでなく、患者自身の負担金も上昇する可能性が大きくなることが予測される。

このような状況下、医療の受給についても、私たち自身、如何に受診・治療を受けるかを真剣に考えておく必要がある時代になったといえるであろう。とくに、従来タブー視されがちだった「尊厳死・安楽死」をも視野に入れた、自

分なりの終末期医療への態度の決定の必要性が高まっているといえる。

後期高齢者医療制度で打ち出された「後期高齢者終末期相談支援料」については、平成21年10月時点で結論は先送りされている。しかし 終末期の医療について「患者自身の意思を尊重する」こと自体が否定されたわけではない。中医協が2009年3月18日に公表した成人男女の意識調査では、医師との終末期の医療方針を「話し合いたい」と希望する人が、85%に上ったとのことである。そのうち84.7%は、「相談内容の文書提供」を希望しているとのことであった。

今後ますます医療費抑制が強く叫ばれる状況下、外部から強制されるのではなく、家族や自分自身が主体性を持って、「どのようにしたら尊厳を持って終末期を迎えることが出来るか否か」を、「尊厳死・安楽死」をも考慮に入れて、予め検討すべき時であると言えるのではないだろうか。それとともに「地域の支え合い」の重要性も増しているといえるであろう。

【参考文献】

- (1) Benjamin, J. and Chinoly, P. and Jud, G., “Real Estate Versus Financial Wealth in Consumption,” *Journal of Real Estate Finance and Economics*, vol. 29, no. 3, 2004.
- (2) Bernanke, B. “Subprime Mortgage Lending and Mitigating Foreclosures,” *Testimony before the Committee on Financial Services, U.S. House of Representatives*, 20 September 2007.
- (3) Canner, G. and Dynan, K. and Passmore, W., “Mortgage Refinancing in 2001 and Early 2002,” *FRB Federal Reserve Bulletin*, vol. 88, December 2002.
- (4) Committee on the Global Financial System, BIS, “The Role of Ratings in Structured Finance: Issues and Implications,” January 2005.
- (5) Gan, Y. and Mayer, C., “Agency Conflicts, Asset Substitution, and Securitization,” *National Bureau of Economic Research Working Paper No. 12359*, July 2006.
- (6) Greenspan, A. and Kennedy, J., “Estimates of Home Mortgage Originations, Repayments and Debt on One-to-Four-Family Residences,” *FRB Finance and Economics Discussion Series 2005-41*, September 2005.
- (7) IMF, “United States: 2007 Article_Consultation,” *IMF Country Report No. 07/264*, August 2007.

- (8) IMF, "United States: Selected Issues," *IMF Country Report No. 07/265*, August 2007.
- (9) IMF, "Global Financial Stability Report," April 2007.
- (10) IMF, "Global Financial Stability Report," September 2007.
- (11) IMF, "World Economic Outlook," Dec. 2008.
- (12) U.S. Congress Joint Economic Committee, "The Subprime Lending Crisis," October 2007.
- (13) 青柳孝直『2009年 世界バブル大崩壊』総合法令出版, 2008年.
- (14) 金子 勝・A. デウイット『世界金融危機』岩波書店, 2008年.
- (15) 福田淳一編著『図説日本の財政 平成21年版』東洋経済新報社, 2009年.
- (16) 片岡 尹「サブプライム危機とドル本位制」『経営研究』第60巻第2号, 2009年7月.
- (17) みずほ総合研究所編『サブプライム金融危機』日本経済新聞出版社, 2008年.
- (18) 内閣府『世界経済の潮流 2007年秋』2007年.
- (19) 中井裕幸『サブプライム 逆流する世界マネー』実業之日本社, 2008年.
- (20) 二上季代司「金融危機と今後の証券業」『証券レビュー』49巻5号2009年.
- (21) リチャード・ビトナー(金森監訳)『サブプライムを売った男の告白』ダイヤモンド社, 2008年.

Worldwide Great Recession and Problems Affecting Medical Treatment for the Elderly

Toshinori Arima

Abstract

This paper clarifies, from a financial point of view, why a deep, complex worldwide recession has occurred today, and considers how Japan and its local communities have accumulated growing budget deficits.

Under budget deficits, Japan and its local communities face serious problems such as those related to policies for controlling medical services, medical treatment for people aged seventy-five years and over, and Care Insurance System.

Consequently, this paper also examines these problems, which are serious subjects for all of us, whether young or old.