

平成の医療・介護政策： 制度の持続可能性が危機的状况に

— 環境変化への対応に追われ続けた30年 —

調査部 主任研究員 飛田英子

《要 点》

- ◆ 「平成」の医療政策を振り返ると、まず、経済が長期低迷するもと、患者自己負担の引き上げや診療報酬のマイナス改定をはじめ厳しいコスト抑制を断行。また、医療崩壊への不安が高まるなか、医師育成数の増加を通じて量を拡大する一方、医療連携の強化や在宅医療の普及等、質の充実にも配慮。さらに、高齢者医療費が保険財政を大きく圧迫するもとで、一般制度から独立した後期高齢者医療制度を創設し高齢者にも適切なコスト意識付与を企図。
- ◆ 一方、介護政策では、それまで量・質ともに低レベルだった高齢者福祉に消費税収の一部を投入することで、サービス基盤を整備。また、介護保険制度を導入し、権利としてのサービス利用を確立すると同時に、これまで家庭内の行為であった介護を社会化することで、社会的入院や介護離職の抑制、老々介護の是正等に取り組み。
- ◆ 以上を要すると、平成の医療・介護政策は、経済・社会環境が大きく変化するなかでその対応に追われ続けたといっても過言ではない。もっとも、その効果を評すると、根本解決には程遠い感は否めず。医療・介護コストは増大を続け、医療提供体制再編の実現も不透明。後期高齢者医療制度のもとでも高齢者のコスト意識は依然として薄く、介護保険制度も導入当初の目的を果たせず。
- ◆ 「令和」に向けた課題を考察すると、まず、医療と介護の給付と負担について中長期的な将来像を示すことが必要。また、世代間の支え合いを前提に設計されている後期高齢者医療制度と介護保険制度について、財源を含めゼロベースで見直すことも必要。さらに、今後自助の役割拡大が不可避なもと、我々国民においても、コストを意識しつつ適切にサービスを利用するといった賢い国民としての行動が必須。

日本総研『Viewpoint』は、各種時論について研究員独自の見解を示したものです。

本件に関するご照会は、調査部・研究員・飛田英子宛にお願いいたします。

Tel: 03-6833-1620

Mail: tobita.eiko@jri.co.jp

本資料は、情報提供を目的に作成されたものであり、何らかの取引を誘引することを目的としたものではありません。本資料は、作成日時点で弊社が一般に信頼出来ると思われる資料に基づいて作成されたものですが、情報の正確性・完全性を保証するものではありません。また、情報の内容は、経済情勢等の変化により変更されることがありますので、ご了承ください。

1. はじめに

平成が終焉を迎える。景気の長期低迷や少子高齢化の加速等、経済・社会環境が大きく変化するなかで、社会保障制度のあり方が厳しく問われた時代だったといえよう。

そこで、本稿では、平成の医療・介護政策を振り返り、評価した後、新時代の課題を考察する。

2. 医療政策

バブル崩壊とともに始まった平成の医療を振り返ると、まず、医療費に注目が集まったことが指摘される。また、医療提供体制に対する不安から医療崩壊への懸念が強まった。さらに、負担の世代間不公平感の高まりを背景に、高齢者医療制度のあるべき姿や高齢者医療費に係る負担のあり方について様々な意見が交わされた。

これらへの対策を整理すると、以下の通りである。

(1) コスト抑制

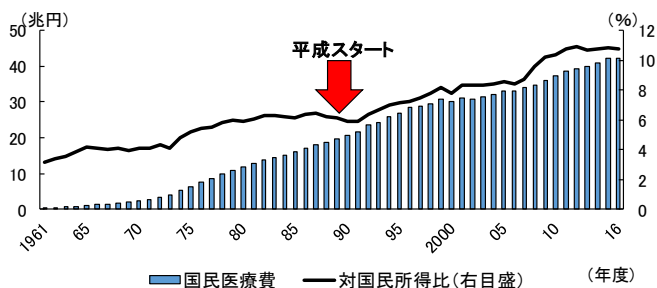
第1は、コスト抑制である。

バブル崩壊後国民所得の伸びが鈍化する一方、医療費は従来ペースで増加を続けた結果、医療に係る国民の負担感は徐々に高まった(図表1)。これまで「聖域」とされてきた医療分野にも構造改革を求める1997年制度改正を皮切りに、様々な対策が講じられることになる¹⁾。

具体的には、以下の通りである。

1) 患者自己負担の引き上げ

(図表1) 国民医療費と対国民所得比の推移



(資料)厚生労働省「国民医療費」

(図表2) 患者自己負担の推移

～1972年12月	～1973年1月	1983年2月～	1997年9月	2001年1月～	2002年10月～	2003年4月～	2006年10月～	2008年4月～
老人医療費支給制度前	老人医療費支給制度(老人福祉法)	老人保健制度					75歳以上	後期高齢者医療制度
国保 3割	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割 (月額上限付き) 薬剤一部負担の廃止	定率1割 (現役並み所得者 2割)	定率1割 (現役並み3割)	1割(現役並み3割)	
被用者本人 定額負担	国保	3割	入院3割 外来3割+薬剤一部負担(注1)	入院2割 外来2割+薬剤一部負担	3割 薬剤一部負担の廃止		70～74歳	2割(現役並み3割、注3)
被用者家族 5割	若人	被用者本人 定額 →1割(1984年～) 被用者家族 3割 →入院2割(1981年～) 外来3割(1973年～)	入院2割 外来2割+薬剤一部負担	入院2割 外来3割+薬剤一部負担(注1)	3割 薬剤一部負担の廃止		70歳未満	3割(注2)

(資料)厚生労働省第91回社会保障審議会医療保険部会資料(2015年11月20日)

(注1)3歳未満の乳幼児2割(2002年10月～)。

(注2)義務教育就学前2割。

(注3)2014年3月末までに70歳に達している者は1割。

ひとつは、1997年9月以降の患者窓口自己負担の引き上げである(図表2)。最終的には、被用者本人と家族が3割と市町村国保と足並みを揃える一方で、70歳以上高齢者については定額負担か

¹⁾ 診療報酬の引き下げ、保険料の引き上げ、窓口自己負担の引き上げを内容とする1997年制度改正は、当時、医療機関と保険者、患者の間で痛みを分かち合うことから、「三方一両損」と称された。もっとも、保険料を負担するものも自己負担を支払うのとともに国民であることを考えると、実際には三方ではなく二方であった。

ら1割の定率負担へ、さらには高齢者のうち現役並み所得者については現役世代と同じ3割に引き上げられた。

自己負担は患者にとって医療サービスの対価として直接支払う、いわば価格であると考え、医療保険でカバーする給付費のカバレッジを小さくすると同時に、価格の引き上げによって受診行動を適正化し、医療費そのものの抑制を狙ったものといえよう。

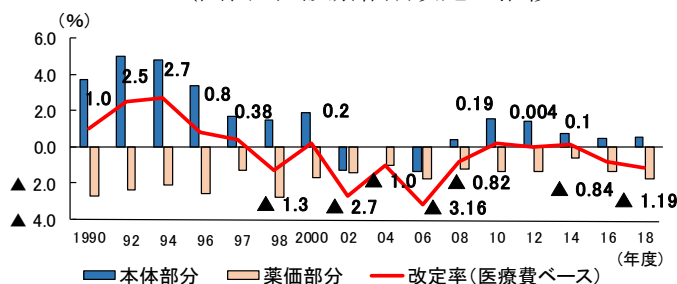
2) 診療報酬のマイナス改定

二つ目は、**診療報酬のマイナス改定**である。

診療報酬は医療機関が診療行為の対価として受け取る報酬であり、基本的に2年ごとに見直される。例えば診療報酬の改定率が総額ベースで▲1%の場合、診療行為の回数が増えない限り、医療費を1%抑制することができる。

そこで、改定率の推移をみると、1998年度に▲1.3%と初のマイナス改定になった後、基本的にマイナスの改定が続いている。プラス改定の年でも、ほぼゼロ改定に近い内容であった(図表3)。

(図表3) 診療報酬改定の推移



(資料)厚生労働省資料を基に日本総合研究所作成

3) 保険者機能の強化

さらに、**保険者機能の強化**が指摘される。

これまでわが国の保険者は、被保険者から保険料を徴収して医療機関に支払う、単なる支払い代行機関であり、保険運営の効率化という機能(保険者機能)が十分に働いていないとの指摘があった。そこで、2008年度以降、保険者機能を強化する環境が整備された。

ひとつは、**効率化インセンティブの付与**である。生活習慣病予防の取り組みや平均在院日数の短縮、後発医薬品の使用促進等の成果に応じて、後期高齢者支援金を最大10%加算・減算する仕組みが2008年度に導入された。過剰、あるいは不必要な受診や薬剤費を抑えることで、医療費の適正化が目指されることになったわけである。

もうひとつは、**医療保険制度の都道府県単位への再編・統合**である。具体的には、2008年10月には全国1本の組織として運営されていた**政府管掌健康保険**(政管健保)が都道府県支部で構成される**全国健康保険協会**(協会けんぽ)に再編された。また、市町村単位で運営されていた市町村国保については、2018年度以降、財政運営を都道府県が行うことになった。

まず、政管健保については、社会保険庁による運営の下で業務の非効率性や不透明性が指摘されていた。そこで、同庁の健康保険部門を公法人である協会けんぽに分離すると同時に、保険運営を都道府県単位とした。効率化に向けた取り組みが保険料率の格差に反映される仕組みにすることで、組織全体としての保険者機能の強化が図られることになったといえよう。

一方、市町村国保については、これまでも低所得者の保険料に対する財政支援や財政安定化基金の創設・拡充をはじめ様々な支援策が講じられてきたが、毎年約3千億円を一般会計で穴埋めする財政体質の改善は進まなかった。

そこで、2018年度から市町村ではなく都道府県が財政運営の責任主体となることになった。都道府県は各市町村の保険料率を一覧で示す一方、保険料の賦課・徴収や保健事業等、市町村の業務を

チェックすることで、保険運営の効率化・広域化が進むことが期待されている。

（２）医療提供体制の強化・再編

第２は、医療提供体制の強化・再編である。

経営悪化や医師不足を要因とした医療機関の撤退や診療科の廃止、救急患者のたらい回し等、医療に対する国民の不安が高まるなか、これまでの方針が見直されると同時に、**医療提供体制の量だけではなく質についても対策が講じられることになった。**

１）病院完結型から地域完結型の医療へ

ひとつは、**病院完結型医療から地域完結型医療への転換である。**具体的には、**在宅医療の充実と地域医療計画の見直し**が指摘される。

まず、在宅医療については、2006年度の診療報酬改定で「**在宅療養支援診療所**」と「**在宅療養支援病院**」が創設された。

この背景には、患者の高齢化や入院日数の短縮が進められるもとの、通院が困難、あるいは日常的な医学的管理が必要といった、在宅で受ける医療に対するニーズが拡大したことが挙げられる。24時間患者からの連絡をとれる医師や看護師の体制の整備、患者の要請に応じて24時間往診・訪問看護できる体制の確保等、一定の条件をクリアした診療所を在宅療養支援診療所・病院として報酬面で評価することで、在宅医療の環境整備が進められた。

在宅療養支援診療所・病院の届出総数をみると、診療所は2006年度の9,434から2018年度には13,412、病院は2008年度の7から2018年度には1,223に増加した²。また、診療所や病院が取り扱う患者数も、2008年度の19.4万人から2017年度には55.4万人へ約3倍に拡大した³。

一方、**地域医療計画**については、**2008年度以降、記載事項が大きく見直された。**ここで、地域医療計画とは、都道府県が地域の実情に応じて策定する医療提供体制の整備計画のことである。それまでの計画の目的は主に病床数の規制であったが、2008年度以降は4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病。現在は精神疾患も加わり5疾病）、5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）について具体的な医療連携体制を示すと同時に、病床数以外の数値目標を設定することが義務付けられることになった。

さらに、2018年度からは**病床数についても機能別の視点が入ることになった。**団塊世代全員が後期高齢者入りする2025年に望ましい病床数を高度急性期、急性期、回復期、慢性期という機能別に推計し、今後、その実現が図られることになる（「**地域医療構想**」）。主な疾病や事業だけでなく病床にも地域完結型医療の実現が目指されるようになったといえよう。

２）医師育成策の見直し

二つ目は、医師育成策の見直しである。

これまで、わが国では将来的に医師が過剰になるとの見通しのもと、医学部の入学定員数が抑制されてきた（1982年と1997年で閣議決定）。もっとも、2004年に新しい臨床研修制度が始まると、地方で医師不足が深刻化する事態になった。これまで新卒の医師は大学病院の医局に残り、そこから地方の系列病院に派遣されることで地域の医療が担われていた。もっとも、新制度のもとで

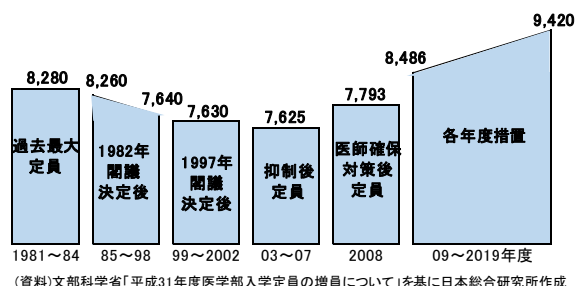
² 厚生労働省保健局調べ。

³ 厚生労働省「医療施設調査」。

自由に研修先の病院を選択できるようになると、都市部の大手私立病院に人気が集中した結果、人手不足になった医局が地方に派遣していた医師を呼び戻したためである。

そこで、2008年に医学部入学定員数を引き上げる「新医師確保総合対策」が打ち出された。7,625人まで抑制されていた定員数はほぼ毎年増員され、2019年度入学者は9,420人と過去最多となる見通しである（図表4）。

（図表4）医学部入学定員数の推移



3) 医療 ICT 化

さらに、医療 ICT 化に向けた取り組みが挙げられる。

これまでわが国医療における情報技術は、医師が担当部署に指示を出す院内オーダリング・システムが主流であったが、平成に入ると電子カルテが普及し、院内での情報共有が可能になった。レセプトのオンライン請求も普及し、現在ではレセプトの約8割、400床以上の病院ではほぼ100%がオンライン請求されている⁴。

さらに、近年は個々人のカルテや検査結果に関するデータを集積して病気の早期診断や副作用の発見、新薬の開発に役立てようという、医療ビッグデータの構築に向けた取り組みが進行中である。現在、各地で実証実験が行われており、2020年からの本格稼働が目指されている。

（3）後期高齢者医療制度の創設と前期高齢者給付費に係る財政調整の導入

第3は、後期高齢者医療制度の創設と前期高齢者給付費に係る財政調整の導入である。

まず、後期高齢者医療制度については、その前身である老人保健制度について多くの問題が指摘されていた。例えば、高齢者がいくらサービスを使っても、その費用は公費と一般制度からの拠出金で自動的に補填される仕組みであることから、「病院のサロン化」と揶揄されるモラル・ハザードの問題が指摘されていた。また、一般制度が負担する拠出金についても、自分たちの医療費ではなく拠出金のために保険料が増えていることから、現役世代の不満が増大した。拠出金の支払い拒否を表明する健康保険組合も出てきた。

そこで、老人保健制度に代わる新たな高齢者医療制度の在り方が議論され、最終的に2008年4月に後期高齢者医療制度が創設されるに至った。後期高齢者医療制度の最大の特徴は、加入形態にある（図表5）。すなわち、老人保健制度のもとでは高齢者は一般制度に加入し、一般制度の保険料を納付する（被用者制度の被扶養者は免除）一方で老健から給付を受ける。これに対し、後

（図表5）老人保険制度と後期高齢者医療制度の比較

	老人保健制度	長寿医療制度
対象者	75歳以上と65～74歳の障害認定者	
運営主体	市区町村	広域連合（都道府県単位）
加入形態	・ 加入先は一般制度 ・ 給付元は老人保健制度	加入先も給付元も後期高齢者医療制度
自己負担	1割（現役並み所得者3割）	
給付財源	・ 公費5割 ・ 一般制度からの拠出金5割	・ 公費5割 ・ 一般制度からの支援金約4割（注） ・ 高齢者保険料約1割（注）
高齢者保険料	・ 各々の一般制度に従う。 ・ 被用者制度の被扶養者は免除。	・ 居住する広域連合に従う ・ 均等割と所得割の2本建てで、均等割は原則全員負担（各種軽減措置あり）。
一般制度の負担	老人加入率の格差を調整して配分（1人当たり老人医療費の保険者間格差は反映）	加入者数で按分

(資料)日本総合研究所作成。
(注)若年人口の減少率を反映して2年毎に見直し(支援金の割合を減らす一方、高齢者の割合を引き上げ)。

⁴ 社会保険診療報酬支払基金「レセプト請求形態別の請求状況」。

期高齢者医療制度では、高齢者は一般制度から独立した制度に加入し、保険料の徴収もサービスの給付も同じ後期高齢者医療制度が担うことになる。高齢者の保険料は自分たちの医療費に応じて見直されるので、高齢者に適切なコスト意識を持ってもらうことが期待されたわけである。

一方、65～74歳の前期高齢者給付費に係る財政調整は、退職者医療制度の廃止（経過措置あり）と同時に導入された。退職者医療制度とは、退職に伴って被用者制度から市町村国保に移る元被用者とその家族の分の給付費を、被用者制度が退職者拠出金として負担するものであった。

2008年度以降、65～74歳に係る給付費は、0～74歳加入者比で市町村国保と被用者制度が各々負担することになっている。現役時にどの保険者に加入していたかに関係なく、前期高齢者に係る給付費を社会全体で公平にカバーすることが目的だったといえよう。

3. 介護政策

介護については、平成に入り導入された消費税の一部を福祉サービスの基盤整備に投入することで、高齢者福祉の充実が進められた。1989年のゴールドプランの策定を皮切りに相次いでプランが策定された一方、介護保険制度の創設により権利として介護サービスが利用されるようになった。

（1）ゴールドプランの策定

1989年12月に「高齢者福祉推進十か年戦略」、いわゆる「ゴールドプラン」が策定された。ホームヘルパーやショートステイ等の在宅福祉と特別養護老人ホームをはじめとする施設福祉について、人生80年社会にふさわしい目標値を設定し、1990年から99年までの10年間で6兆円以上かけて実現を目指すというものである。

その後、予想を上回るペースで高齢化が進んだことを受け、1994年には在宅福祉の充実や整備目標の引き上げを内容とする「新ゴールドプラン」、2000年には同年に創設された介護保険制度のスムーズな運営を支えるため介護サービスの基盤整備を目的とする「ゴールドプラン21」の策定と、相次いで高齢者福祉の充実が図られることになった。

ゴールドプラン21では、活力ある高齢者像の構築・高齢者の尊厳確保や自立支援も併せて掲げられている。高齢者福祉政策が量だけでなく質に向けられることになったといえよう。

（2）介護保険制度の創設

2000年4月、介護を社会化すると同時に、権利として利用者自身がサービスを選択することのできる介護保険制度が創設された。

この背景には、経済・社会環境が変化するもとのこれまでの高齢者への福祉・医療政策が限界に直面していたことがある。すなわち、①市町村によって一方向的に福祉サービスが提供される措置制度には高齢者の尊厳や自立促進の観点から問題が多い、②社会的入院が医療費を圧迫しているという指摘に加えて、③介護離職者の続出、④老々介護の深刻化という課題が表面化してきた。

創設当初は「制度あってサービスなし」と供給量の不足が指摘されたが、民間企業の参入を促すことで量的拡充が進められたことに加えて、市町村が地域の実情に応じてサービスを決定する地域密着型サービス、要支援者を対象にする予防サービス、24時間対応する定期巡回・随時対応型サービス等、新たなサービスが導入され、質の面でも充実・深化が図られた。

この結果、介護サービスの利用は着実に拡大し、費用額は2000年度の3.6兆円から2016年度に

は9.6兆円と、16年間で3倍近くに拡大した。コスト面からみても介護保険制度は第3の社会保障制度としてすでに定着したといえよう。

もっとも、費用の拡大に伴って負担面の課題も深刻化している。一定以上所得者を対象に自己負担が2割に、現役並み所得者を対象に3割に引き上げられた他、一定額の預貯金を所有する者への補足給付を廃止する等、医療と同様に自己負担の引き上げが相次いで実施された。

4. 政策評価

以上を要すると、平成の医療政策は右肩上がり経済を前提にした制度設計や民間主導の体制整備、介護政策は家族依存型のケア体制といった、昭和の時代に確立されたシステムが経済・社会環境の変化のもとで機能不全を起し、その対応に追われたといっても過言ではなからう。聖域への切込みや新たな制度の創設等、様々な取り組みが展開されたことは評価されるが、残念ながら、根本的な解決には至らなかった感は否定できない。

まず、医療では、コスト抑制について、高齢者の自己負担の定率化や診療報酬のマイナス改定等、大胆な対策が採られたものの、その効果は一時的・限界的であった。診療報酬の引き下げについては、医療機関の経営悪化を招き、診療科の閉鎖や医療機関の撤退等、医療崩壊と呼ばれる事態を起した一因との指摘もある。また、保険者への効率化インセンティブについても、後期高齢者支援金の加算・減算率は現在0.23%であり、十分に機能しているとは言い難い。医療費の国民所得対比が1989年度の6.1%から2016年度には10.8%にまで上昇したという事実は、コスト抑制が不十分だったことを示しているといえよう。

また、医療提供体制については、量だけでなく質の面でも整備が進められているものの、現在の都道府県知事の権限が限定的であることを考えると、地域医療構想をはじめとする医療資源の適正配分の実現は多難と判断される(飛田③[2018])。医学部入学定員数の増員についても、総数を増やしても、特定の地域や診療科に集中する現在の構造が変わらない限り、偏在がさらに深刻化する懸念は否定できない。

さらに、後期高齢者医療制度については、費用と保険料負担がリンクするようになったといっても、その規模は給付費の1割に過ぎず、受益と負担の関係が明確になったとは言い難い。高齢者のコスト意識は依然として薄いと判断せざるを得ない。また、後期高齢者支援金は実体的に老健拠出金と何ら変わりなく、負担の世代間格差は縮小どころか今後さらに拡大する可能性は否定できない。

一方、介護については、第3の社会保障制度として定着したものの、医療と同様にコスト抑制について何ら根本的な筋道が示されなかった。被保険者の年齢拡大や自己負担の原則2割化等、これまで検討されてきた案についても先送りの状態にある(もっとも、仮にこれらが実現したとしても、その効果は限定的である(飛田④[2017]))。

加えて、介護保険制度が創設された背景のうち、クリアされたのは措置から保険への転換による権利性の付与のみで、社会的入院の解消は部分的な進捗に留まった。介護離職は依然として毎年10万人程度発生しており、老々介護についてはさらに深刻化している。現時点で制度本来の目的の達成は程遠いといえよう。

5. 令和に向けた課題

新しい令和時代に求められる医療・介護政策の課題を整理すると、以下の通りである。

第1は、中長期的な将来像の提示である。

制度の持続可能性確保のためには、費用の負担能力が持続的なものであることが大前提であるが、仮に現在の給付内容やサービスの利用状況が変わらない場合、高齢者については2080年代半ばに医療と介護の保険料負担が年金収入を上回る見通しであり、他に収入がない場合には生活が破綻する事態に陥る（飛田②[2018]）。また、現役世代についても、2100年には医療、介護、年金の保険料率は50%を超える見込みであり、その他に所得税や家賃、教育費等の義務的な支出があることを考えると、負担可能とは到底判断しがたい。

負担の持続可能性を確保するには給付の大胆な切り下げが不可避であるが、一律カットといった間雲な手法ではかえって混乱を招く懸念が大きい。生活上必要な観点からサービスに優先順位をつけ、この程度の給付内容ならこの程度の負担といったいくつかの選択肢を国民に示し、サービスに対する国民の安心と負担に対する納得を得るといった視点が必要と考える。

第2は、高齢者の医療・介護制度のゼロベースの見直しである。

高齢化のもとで後期高齢者医療費と介護費用が今後さらに社会保障財政を圧迫することは不可避であるが、その背景にモラル・ハザードが働いている事実は見逃せない。すなわち、後期高齢者医療制度と介護保険制度は、保険制度としてサービスを利用する権利を高齢者に保障する一方で、費用については大部分を公費と現役世代からの拠出金でカバーしており、実質的にはほぼ老人福祉、すなわち措置制度といえる（図表6）。このように権利が付与されつつ、それと対であるべき費用負担義務について大幅に軽減されているアンバランスな制度設計が、サービスの過剰利用をもたらしている可能性は否定できない。

今後も保険制度として運営していく場合は高齢者に適切なコスト負担を求める必要があり、福祉制度として続けていく場合には、サービス利用の必要性を判断する何らかのゲート・キーピングの仕組みを導入することが求められよう。

（図表5）後期高齢者医療制度と介護保険制度の位置づけ

	社会保険方式	後期高齢者医療制度	介護保険制度	措置方式 (老人福祉制度)
財源	原則保険料	保険料(約1割) 後期高齢者支援金(約4割) 公費(5割) 後期高齢者支援金と介護納付金は現役世代からの移転 ⇒むしろ措置制度に近い	保険料(約2割) 介護納付金(約3割) 公費(5割)	公費
運営主体	保険者(一般的に公法人)	広域連合 ・ 保険者として効率的な保険運営(被保険者に対して最小のコストで最良のサービスを保障)の義務を負う一方、ラスト・リゾートとして地域住民の生活を守る責任 ⇒ 被保険者だけでなく地域住民の代理人 ⇒ 純粋な意味で保険者とは言えず	市町村	自治体(市町村)
特徴	・ 受益・負担関係の明確化 ・ サービスを権利として受給(選択権の付与)	・ 主な受給者の負担は財源のわずか1~2割 ⇒ 受益・負担関係が不明確 ・ 薄いコスト意識 ⇒ 過剰な需要を誘発(モラル・ハザード)		・ 受益・負担関係はなし ・ サービス自治体が決定(選択権なし)

(資料)日本総合研究所作成

第3は、自己責任の徹底である。

今後、医療、介護ともに大幅な給付抑制が不可避であり、**公助**と**共助**のカバー範囲を縮小せざるを得ないことを踏まえると、**自助**に備えた環境を国民自身が積極的に整備していく必要がある。

我々国民においても、制度の運営や見直しを政府任せにするのではなく、医療・介護サービスには量だけでなく質についても限界があり、サービスの利用には自己負担以外にも保険料や税という形で責任が伴う、という自明の理を改めて認識する必要がある。「賢い消費者」 戻って「賢い国民」としての行動が問われているといえよう。

(2019年4月5日)

【参考文献】

- [1] 飛田英子①[2017]「介護保険制度見直しの方向性-世代会計の試算結果を踏まえて-」JRI レビュー、Vol.11、No.50、pp.2-19.
- [2] 飛田英子②[2018]「後期高齢者医療制度の抜本改革の方向性—負担能力の持続可能性を中心に—」JRI レビュー、Vol.4、No.55、pp.37-57.
- [3] 飛田英子③[2018]「「医療計画の見直しに必要な視点—望ましい医療提供体制の構築に向け」JRI レビュー、Vol.5、No.66、pp.1-15.