

・私的な保障商品が利用を待っております。いま損害保険業界の介護保険が爆発的に売れています。おそらく驚異的に予想を超えて、介護保険というのは売れている。

しかし業界の人たちがいま真剣に、深刻にこれをめぐる問題にしているのは、介護保険を買って、30年後とか、20年後に、いよいよ被保険に介護が必要なときに、介護保険金というのがまず出るわけですが、ところがその間にインフレで保障目減りをしているのではないか。いま、1ヵ月5万円といったら、結構いい数字と思えるでしょうが、いまから介護保険に加入して、それなりの代値の保険料を今後20~30年と払い続け、そこで5万円の介護給付金が月々支給されたとしても、インフレで価値の下がった5万円のお金がどれほどの介護力を発揮しましょうか。この給付金のインフレ目減りをどうするかが最大の検討課題となっているのです。もっともたとえ目減りの5万円でも、絶対に有るは無いに勝りますがね。

それにもうひとつの重要課題は、お金を握っただけで、はたしてそれでマンパワーが円滑に調達できたり、購入できたりするかどうかの心配です。かといって保険業界が介護士・介護力という現物給付をするなどということは、なかなかいうほどたやすくはやれるものではない。さてそこで、と

いうことになる、やはり介護の問題はお金もさることながら、そろそろ日本という国の在り方を皆で考え合い、反省し合うなかから真の解決の道が発見できるのではないのでしょうか。大変僥越ですが、本日、私は勉強の過程でそのような感想をもったわけです。

諸先生のそれぞれ専門の視角と立場からの長時間の報告をお聞きして、私はとても勉強になりました。私がいま最も収穫が多かった者のひとりではないかと、大変ありがたく存じます。社会保障、そのなかの医療保障も年金制度も、ともにその規模は大きく、内容は複雑にして錯綜しており、しかも国民生活の根幹に決定的に大きく、重くかわるものでありましょう。それでいて制度自体のなかに、長年の間に芽生えてきた幾多の重大なる問題点、困難性、すなわち課題を抱えておりまして、いまほど本格的な学理と検討が求められているときはないと信じます。

このような時期に本研究をもちえ、私も参加させていただいたことを本当に光栄と思います。ただ私のつたないコメントが逆に列席者・出席者各位の研究・勉強の妨げとなってしまったのではないかと心配です。この点のご容恕を切に願ひまして、私のきょうのコメントの責務を終わらせていただきます。本当にありがとうございました。

## 討 論

司会(宮澤所長) ただいまお三方の先生から、それぞれの立場で有益で、個性的なお話を承り、またお2人のコメンターからははなはだ刺激的で、コメントのほかに報告まで付いた、活発なお話をいただきました。これについてもまたいろいろ議論があると思うけれど、いまいただいたコメントについて、それぞれの報告者の方からお答えをいただき、そののちにフロアのほうからご質

問をいただきたい。

それでは山崎さんからお願いします。

山崎 お2人の先生にはコメントをありがとうございました。

宮島先生のお話のなかで、負担率と経済はほとんど関係はないのではないかといわれたが、私もそんな感じをもっているし、年金は大した問題ではないというのも、私はまったく同感である。そ

して介護、福祉の問題こそ本当に難しい問題であるということをお話をされたわけである。

さて内容だが、サービス、医療、特に介護サービスの拡充というのが非常に難しいということをお話しになって、労働力、マンパワーをいかに確保するか、これが最大の課題であるとお話しにいられた。

たしかにそうだと思うけれど、ひとつは意外に、いまいわれているほど深刻ではないのではないかという感じもする。ひとつは、たとえば看護婦だが、2通りのいい方がされる。日本の看護婦はめちゃくちゃに少ない。新聞の論説あたりには、いつもそう書いてある。ところが国際比較をすると、日本は看護婦がものすごく多い。スウェーデンを除いては、先進国のなかで看護婦は人口比で非常に高い比率を占めている。高齢化のレベルということを見ると、うまくいっている国ではないか。そういう数字も出るわけである。

それで、その2つのことをうまく説明するためにはどうということになるかというと、日本の入院が非常に長い、要するに入院率が高いということである。病院に桁はずれに看護婦が集中している。これは看護婦だけでなく、介護職員も同様である。家政婦等が相当いるけれど、そのほとんどが病院での介護に当たっている。つまりそういう意味でも、不必要な入院から在宅へということが、マンパワー不足の解消のひとつの手掛かりになるのではないか。

にもかかわらず、長期的にはマンパワーというのは、このままでは不足してくるということはたしかである。そのためには政策的に、介護サービスというものが、ビジネスとして成り立つような仕掛けをつくらないといけない。魅力ある職業に少なくともしなければいけない。これは単純なことだが、これをしないで置いて、いくらお説教をしても、福祉は大事ですといったところで、人は集まらない。

具体的に診療報酬でいえば、看護料等は相当引き上げられているが、そういった重点的な改定を今後いっそうすべきだということである。

それから、介護を女性に期待するのは難しいと

いうことであるが、まさにいつまでも期待するのは難しいと思う。そして家族介護者に対する一定の手当の提案について、ほぼ同じようなことを考えているということだが、私もそのとおりで、特に先生がお話しになった企業のかかわりというものも、ひとつここで考えなければいけないだろうと思う。

私の提案だと、自営業者、サラリーマン世帯にかかわりなく、共通の家族介護者に対して、基礎手当のようなものが必要ではないか。そして介護休業した場合は、OLなりサラリーマンが、介護のために休業をしている期間については、一定の上乗せをする。この図1でいうと、基礎手当が5万円だから、合わせるとおそらく十数万の手当になるのではないか。具体的には、たとえば傷病手当金、出産手当金が、報酬の6割ということなので、30万円の報酬を得ていた人が介護休業をとっておれば、基礎手当と含めて18万円程度ぐらいのことを考えなければいけないのではないか。

当面外部のサービスを相当拡充したとしても、にもかかわらず家庭によって、あるいは地域によって、世間の目を気にする地域もあるわけで、現実には家族介護というものが相当続くだろうと思う。その間公平性を保つという意味で、外部のサービスの拡充とともに一定の手当が必要であると考えている。

それから65歳までの年金だが、企業年金で対応すると私はいったわけではない。企業年金の任意性等を考えると、これは無理である。しかし企業年金モデルで申し上げたように、企業年金の負担の体系というのは非常に明快で、この合理性というものを、公的年金のシステムのなかに入れて、実質的に企業年金で対応したのと同じ形のものを考えるべきではないかというのが、私の提案である。

それから、企業年金が人事管理の手段に使われている、これは企業年金の補足性ということを見ると、問題ではないかということだが、私も報告のなかでそのあたりのことを指摘したつもりである。

企業年金の育成策に、今度の年金改正の前数年

間、厚生省は全力を挙げた。意図をしなかったにしろ、早期退職に相当な優遇策をとってきたわけで、そのことと65歳まで働けという、平成元年の公的年金の改正案というのは、明らかに矛盾がある。本当に65歳まで働く社会を、全力を挙げてつくる、そのための支給開始の引き上げであるというのであれば、早期退職を認めるような企業年金の優遇はやめる、65歳前の給付費用については優遇税制はやめるという、そのくらいのことを考えないと、政策としての整合性が保てない。したがってこの点も、宮島先生のご意見と基本的に同じである。

それから庭田先生のコメントだが、実は毎月2度3度、庭田ゼミに通っている関係が、ここ数年続いている、何とも申し上げようがないのですが、要するにお前には哲学、理念というものが無いということで、そういわれればおっしゃるとおりである。

ただ、一元化というのは、単なる財政調整を超えた、何か価値があるのではないかとといわれると、そうかなという気もする。しかし、きょうは専門家の集まりであるから、あえてはっきりいったわけで、一般聴衆の場で、私が話をするときには、厚生省のパンフレットに書いてあるのと同じことをいう。つまり「産業構造、就業構造の変化の影響を絶ち切り、21世紀へ向けて揺るぎない制度を構築するために、一元化をぜひともなし遂げなければならない」と、こういえばいいのだろうと思うが、私はもう本音で語りたい。特に専門家の前ではそうだと考えているわけである。

それから応能負担化ということだが、本当の意味の応能負担ということになると、所得が的確に把握されなければいけない。たしかにそうだが、現行の制度の枠内でも、つまり基本的に社会保険というシステムのもとで考えた場合でも、やはり改善し得る点があるのではないかといったのがそれである。

すべての現役世代が等しく老人を抱えるといっても、制度が分立している、あるいは職域・地域それぞれ、特に医療保険はそうだが、分立した保険者のシステムをとっている以上、公立学校共済

のように、サラリーマンのなかでは比較的高い給与水準にある保険者グループと、農協、漁協という、地方の給与水準に縛られて、民間のサラリーマンより給与水準が低い保険者が、同じ頭割りで、被保険者1人当たりいくらという形で、老人保険にしても、年金の基礎年金にしても、負担するのは、これは改善の余地があるのではないかということである。

ただ、その枠をはずして、いやいや農協、漁協の職員というのは、地方に住んでいて、大変な資産をもっている、そこまで含めてといわれると、たしかにそうかなということになる。しかしそれはおそらく、いまの社会保障の枠を超えてしまうのだろうと思う。

弁解じみた答えになったが、これでご勘弁いただきたいと思う。

**司会** それでは西村先生お願いをしたい。

**西村** 一応レジメは前に出してはいたのですが、どうもレジメのない者の弱みで、これから申し上げることは実はあまり意味のないことである。というのは先ほどからいくつかお話しいただいた議論は、ほとんど全面的に賛成で、私の説明不足であったということで、それはレジメがなかった、それがいけなかったということに帰着をしてしまうのだが、一応そのために若干の補足をさせていただきたいと思う。

宮島先生の話で、消費税導入の経過についての話は口が滑ったかもしれない。それはまったくの深読みであるということになるのかもしれないが、ただ私が申し上げたかった点は、仮に公費負担を拡大して、社会保障の財源に充てるとすれば、その公費負担の財源をどこかから持ってこないといけないということである。それに当然法人税はひとつの手段として出てくる。

そのときにやはり、人々の感覚に、主として、たとえば大企業と中小企業、あるいは中小企業と零細企業といったところの間の利益の大きさそのもの、それからその計上の仕方、その2点について、分配の公正という観点からさまざまな議論が出て、それが公費負担の在り方のデシジョンに影響するであろうという、そういう観点から実は申

し上げたかったわけである。

最後に宮島さんは、高負担社会になりそうだとおっしゃったが、これはいつの時点で、何%という議論をしないと、何が高負担かというのはあまりわからないが、私は第2臨調の答申の2000年に租税、社会保障負担率50%未満というのは、あり得ないと思っている。もちろん、かといって、スウェーデンのような水準にまではそう簡単にはいかないのではないだろうか。とは思うが、私はたとえば2010年に70%から80%にいてもいいと個人的に思っているが、それはそうはならないだろう。そうはならないだろうけれど、私は個人的意見としては、そこぐらいまでもっていくことに賛成である。そこで、それについての障害は何かという、そういうストーリー立てになっていたわけである。

そういう意味からいうと、日本の企業の法人税の在り方、経費の認め方といったようなものが不明瞭であるという点が問題であるということがいいたかったわけである。負担率が上がらないほうがいいと思っている方はそれでいいわけだが、ひとつの高負担社会になる、それがいい悪いは別として、ネックにはなるだろうという、そういう判断をしている。

もちろんあわてて負担率を上げる必要はないわけだが、なぜ私がそういうことを申し上げるかという、それは宮島さんが、私の議論で2番目にお話くださった点で、これはまったく私がいい忘れていた点で、公費負担を拡大して、投資を増やす、そのなかで物的な投資だけではなくて、人的な投資をしなければいけないからである。なぜ高負担社会に早く突入したいと思うかという、先ほどの山崎さんの議論にも、庭田先生の議論にもあったけれど、介護マンパワーというものを、お金をずいぶんかけて早い時期に徹底的に教育しなければならないと思っているからである。

それは経済的な効率性という観点から考えているわけで、早くお金を投資して教育した場合に達成されるであろうサービスの質と、だんだん遅れて少しずつ達成されるであろうサービスの質とは、ずいぶん違うということを、医療の場合で経験を

しているからである。

いま日本の医療費は高いか低いかというと、20兆円というのは非常に低いという水準ではないというのは、誰もが認めるところではないか。この問題に関しては、ここにいらっしゃる二木立さんが最近出された本にも書いておられる。その二木さんの意見と完全に一致するわけではないが、日本の医療費政策が、量的な拡大をはかるために、これは私の意見だが、かなり診療報酬といったものを低く据え置いて、結果的に質を低くしたまま、量的拡大をはかり、ここまでいうといい過ぎかもしれないが、低質で目先のきく民間非営利と称する営利機関が拡大してしまった。それが日本の医療の全体の質を、これだけのお金のわりには低めているのではないか。そういう判断がある。

そういう意味で、介護についての向上をはかるために、いまもっとも必要なことは、少々早めに、高いお金をかけても、マンパワーを養成し、つまりいいものを、いい質のサービスを国民に見せていくということである。これがいちばん重要なポイントではないか。そうやっていいものを見せれば、あとでみんなが出そうということになる。

結局、たくさん国民が出すか、出さないかという議論と、その中身がいいものであるかどうかということが関連していて、どちらが先かという議論だと思う。つまり、それが低いものであれば、国民は負担したいとは思わないだろうし、高い質のサービスであれば、国民はそれを負担することを喜ぶと思うので、下手をすると宮島さんのおっしゃるようにはならない。つまり低い質のサービスが提供され、われわれはみんな払うのはいやだということで、したがって負担率は上がらないということになるという可能性がある。

それから庭田先生のコメントは、私の説明不足で大変申し訳ないという一語に尽きるわけなので、ちょっと補足をさせていただきたい。

1番目の老人の所得だが、これは水掛け論みたいになるかもしれないが、私は、たとえば資産所得等が増えて、高金利等で、上がる可能性があると思っている。先ほど申しましたように、平均所得ということを行いましたから、上がる可能性は

かなり高いのではないか。これはどういう制度が導入されるかにもよるが、いろんな形で資産課税もあるし、それ以外の民間の活力にもよるかもしれないが、資産の流動化ということも進む可能性があると思うので、私は上がる可能性はあると思っている。

2 番目の議論は、これは私の説明不足でしたが、庭田先生がおっしゃったように、私は給付率を下げて、医療費は抑制できないといいました。だったら給付率を下げればいいじゃないかとおっしゃいましたが、それはそれでいいと思う。つまり、医療費を抑制しようとして、それを目的として給付率を下げるということは意味がないということです。そういうことを目的としない給付率の引き下げというのは、私は別に何も申し上げていない。ただ、分配の平等という観点から、こういったことはできることならば低いほうがいいのではないだろうかという、暗黙の前提のもとでそれを添えたわけである。

3 番目の点、総体としての高齢者の医療費問題というのを考えているのではなくて、ひとりひとりの問題というのを考えているとおっしゃられたが、まさにそうであって、できればそういった視点をお教えいただければありがたいと思う。以上です。

**司会** ありがとうございます。それでは貝塚先生お願いします。

**貝塚** 私もレジメをちゃんとしてなくて、ご迷惑をおかけしました。

いくつか宮島さんがいわれた点ですが、簡単にお答えができるような話でもないような点もあるのですが、2、3 お答えをしたい。

ひとつは税制に関して、資産課税を中心にそれを組み立てろということだが、日本の現在の税制で資産課税のウェイトを上げることにについては私は賛成だが、ただ税体系として資産税を中心に税収を上げるというのは、経験的にいって、歴史的にいっても、おそらく難しい話だと思う。たとえば、政府収入のシェアのなかで、10%もいけば資産税は非常に高い比率になる。そのへんで資産課税というのは、所得ないし消費、あるいはそうい

う組み合わせの補完税的要素であるというのは、量的にはぬぐえないのではないか。ただ、資産税がきっちり課税されているということが非常に重要だということはそのとおりだが、量的には中心にはならないという気がする。

それから負担率を上げることは、経済にあまり悪影響はないだろうといわれたが、私は基本的にはそれほど安泰ではないと思っている。要するにサプライサイダーのような意見は当たらないのではないかという、そちらのほうに私の意見は近い。ただ、私の申し上げているのは、負担の公平という問題があって、負担率を上げるということは、負担の公平ということについて、従来以上にシリアスな問題をもたらすのではないか。

シリアスな問題というのは、もうひとつ付け加えていえば、政治の話は複雑であって、皆さんは負担率を上げるのは結構でしょうといわれるのですけれど、政治のプロセスで負担率を上げるというのは大変で、ほかのものと組み合わせるならともかく、増税だけをやる、負担だけを上げるという政府はない。現在の民主主義プロセスでは、残念ながら非常に難しい。社会保険料であれば、少し上げやすいと思うけれど、これも結構難しい問題がある。

経済的に見て、負担率が上がるということは、必ずしもインセンティブにそれほど悪い影響はないと思うけれど、負担の公平、ないしそれに付随する政治プロセスの問題で、要するに負担率をどんどん上げていくということが、そう簡単なのかということについては、私は比較的年輩のほうなので、また財政学者というのは、ポリティカルプロセスに対してすごい感じをもっているので、われわれが現在念頭に置いている民主主義のなかでは、そう簡単ではないと思っている。

ではスウェーデンはなぜそうなったのかですが、そのへんが、おそらく日本の政治のプロセスとスウェーデンのそれとどう違うのかというポイントであって、日本ではそう簡単にはいかないのではないか。

私は行政改革の委員会に入っているけれど、負担率が50%がいちばんいいなどということは、理

論的には何もいえないので、そのときに香西さんと一緒に、五公五民というのが、昔から日本にあって、半分ぐらい政府が取るというのが、まあまあ限度であって、それ以上取るというのはどうかな。日本の社会が非常に高い負担率をそう簡単にOKされるだろうかというあたりについては、かなり疑問に思っていることと、政治の話とであまりそこのところは簡単ではないと思っている。

それから年金の問題はほとんど心配しなくてもいいとおっしゃられたが、それは反語的にいわれたのか、本当にそういわれたのか、私は何ともいえないが、社会が今後どういうふうに動くかというイメージだけれど、日本の社会は非常にステーションナリーな社会になって、東京に住んでいる人は東京から動かない。その子供はだいたい東京に住むということになる。ただ、ちょっと問題は再生産率が1.5ぐらいを割ると、2つの親を1人が見るということになり、それはそう簡単かなという気がする。しかし、だいたい子供が2人いて、どっかが親を見る。そしてそばに住むということになる。そういう形で社会が非常にステーションナリーになる。これは東京とか、そういうところのイメージを描けば、ある程度そういうことになる。そういう可能性があれば、国がやらなくても、平たくいえば家族関係的な広い範囲内で、負担の関係はうまくいくというのは、ひとつの可能性として私は決して否定はしない。

ただ、そうなるのかどうなのかというのは、微妙だと思う。現在の過疎地域とか、地方と国との関係、あるいは大都市と中都市、小都市との関係で、人口移動が今後もある程度あると考えると、要するに年金の負担の問題というのは、平たくいえばわりあいと人口移動が激しくて、社会がダイナミックにいぜんとして動いているなかでそうなので、そこでみんながジッとそのまま動かないという社会と、どっちをイメージするかというあたりが問題で、そこのところはどっちなのかというのは、私は簡単にいえない。

これは一極集中とか、何とかということも、ある程度そういうことと関係してくるし、頑張っ分散させれば、これまた社会的に人が動くわけで、

自然増とかそういうところで、社会がステーションナリーになるかどうかというあたりのイメージと、そのへんがどうなるのかがポイントで、日本人というのはわりとガタガタ動くとか、そういう感じであれば3世代がいつも一緒に住んでいるということがうまくいくのかどうか、そのへんのところは私はイエス、ノーと簡単にはいえない。けれど、そのへんが関係してくるのではないかな。

そういうことで、将来日本は非常にステーションナリーな、みんなジッとした社会になって、しずかにしていて動かないでいるかどうかである、問題は。きわめて保守的な社会といってもいいけれど、そういうふうになるかということである。

それから宮島先生からいろいろご質問をいただきましたが、まず分配率というのはそんなに上げられないぞというのは、おっしゃるとおりだと思う。ただ私の主張したのは、ずいぶん分配率が下がってしまったからである。分配率というのはあまり動かないもので、それは結果によって決まるという可能性が強いのだが、どうも日本はちょっと下がりすぎている。それを元に戻すのはどうかなということ、階級闘争とか、そういうすごいことを考えているわけではない。もうちょっぴり頑張ったらどうかなというぐらいのところですよ。

それから30%というのは大変だとおっしゃったが、これは先ほどのご議論と関係があって、年金の問題というのは大したことではないというのであれば、ある意味でレベルをずいぶん変えても大丈夫だという話だから、むしろ逆にいえば、負担の問題とか、給付水準の水準自身の問題がかなり大変だと思う。そのへんのところは、私はどっちかということ、日本社会がややバラバラになって、しかもわりとダイナミックに動くような社会がずっと続いていくとすると、年金の問題というのはシリアスではないかなと思っているので、その場合の世代間の不平等というのは、これはずいぶん考え方が違うので、おそらくそこのところで見られると思うので、そういう社会をイメージしていればそういうことになるという感じではないかな。

それから企業年金とか、そういうものを逃げ場にははいけないということだが、わかりやすく

いえば、公的政策を考えている人間というのは、公共部門の話がうまくいかないと、これは民間部門で何かうまくいけばいいというふうに、そっちにいてやっちゃうというのは、たしかにそうで、ある意味で逃げ場になっているということは私は否定しない。

ただ、公的年金とかそういうのも、私はあまり細かいことは知らないが、たとえば金融当局はわりあいとポートフォリオの制約を設けたり、ずいぶん制約が多いので、もっと自由にすればうまくいくということもあるだろうし、規制を緩和するということも、わりと重要ではないか。そういうことで公的部門も責任があるという面があるのではないか。だから、両面あるように思う。

それからもうひとつだけ申し上げれば、現在の金融のビジネスのなかで、この分野というのは、将来発展する分野で、金融機関の側も、いろんな創意工夫を今後なされるだろうし、そのところは逃げ場といえ、逃げ場だけれど、そのところはかなりいろいろやることも、まだいろいろあって、企業年金とか、個人年金も、もう少し商品開発とか、そういうものがうまくいけば、公的年金との補完性はもうちょっと強まるのではないかという気がしている。だいたい以上です。

司会 ありがとうございます。

コメンテーターの宮島先生、庭田先生、何か付け加えていただくことがありますか。

それでは時間の関係もありますので、ご意見があるとは思いますが、フロアのほうからご質問をお願いしたいと思います。

二木(日本福祉大学) 山崎先生のレジメの9頁から10頁の個所で2点、大変批判的な視点をもって質問をさせていただきたい。1点は10頁の図1に書かれている社会保険主体の介護保障、もう1点は文章のほうで9から10頁に書かれている基礎的・標準的サービスと、付加的・選択的サービスの問題である。

まず第1点だが、この図は前から拝見をして、理論的にというか、紙上の論理としては非常にきれいだと思っている。その前提というのは、法定の自己負担、あるいは法定の給付と実際の負担、

実際の給付が同じ場合には、これが非常に優れていると思うが、いちばん私が疑問を感じるのはこの施設給付のところである。あと在宅給付で5万円程度ではちががあかないと思うけれど、これは違う議論ですから。施設給付でここで一部負担5万円プラス2万4,000円ということでしたが、これは法定の自己負担の前提だと、これで非常にすっきりするのだが、現実の負担は都市部で平均で十数万円、いちばん新しい調査だと東京都の大田区、ここは決して豊かな区ではない、山の手ではないですから、それでも50%が10万円、20万円以上が40%である。そういう数字がある。山崎さん自身がいろいろ往復書簡をされているようないい老人病院で、私もそこに見学に行きましたが、だいたい20万円が常識である。

ですから、そういう保険外の負担をどういうふうに考えているのか。保険外の負担をなくしてこのぐらいだったら、すばらしい案だと思う。逆にいうと、保険外を前提として、さらにアゾーンでされちゃうというふうになるのか。そこは、先生の議論は、私が読ませていただいた限り、実際の負担のことを一言も書かれていないので、どうなっているのでしょうかということがひとつである。

それから2番目の基礎的・標準的サービスと、付加的・選択的サービスの問題も、抽象的にいうと、もっともだということになるのだけれど、実際にどのレベルを基礎的・標準的というかによって線引きで変わってきてしまう。

たとえば介護サービスの例でいくと、先生も対談されている、いわゆる寝たきりをつくらない老人病院に、私は直接行ってきたけれど、良かろう、高かろうの病院で、それはそれでひとつの見識だと思うけれど、あそこで見ているのはぜいたくサービスとはとてもいえない。寝たきりにしておくのは、患者の人権上問題があるということで、日本ではだいたい1日に2、3時間起こしている。デンマークは8時間起こしている。そういう違いがある。

そのサービスはどう見ても、私が素朴に考えると、ここで書かれている、基礎的・標準的サービスだと思う。食事の問題でも、いまの病院食とか、

施設の食事は貧困ですから、ビフテキを食べるとなると、付加的・選択的サービスに当然なるでしょうが、サラダとか刺身も付加的・選択的サービスに入るという議論もあるわけで、ある方によると基礎的サービスというのは貧困層、生活保護のレベルだという議論もあることはあるので、そのへんの線引きの問題である。

だからこの2つの問題はかかわっているんで、この2つについて教えていただきたい。

山崎 医療の分野では二木先生のほうがはるかに大家なので、何とも申し上げようがないのだけれど、まず第1点は保険外負担の問題で、たしかに都市部では相当高くなっている。しかし、これは非常に地域差があるということも事実だろうと思う。それで大都市の話を全国一般化する必要はない。ということは、保険外負担というものについて、きちっとした基準を設けるということが、まず必要だろうと思う。これは厚生省もいっていることである。

そのうえで、にもかかわらず、医療について特定療養費の制度がある。高度先進医療というもののだが、私はこれからの時代は、高度先進医療よりも、サービスについても特定療養費が必要ではないかと思っている。

ということで、基本的に基準を明確にしたうえで、一定のアメニティというのか、患者の選択による部分は合法化するというか、追認してもいいという感じがする。

それからもう1点は、なぜそのように保険外負担に地域差があるかという点、結局いまの診療報酬に問題がある。大都市と地方とでまったく画一的な診療報酬をとっているということの問題だろうと思う。いまの医療というのは、ますますサービス中心というか、費用でいえば人件費中心の構成になっていく。ということになれば必然的に、

マンパワーを確保するうえでも、人件費の地域差を加味した診療報酬体系にしなければいけないと思う。

かつて医療費の点数に、地域差があったわけだが、これを廃止してきた経緯がある。しかし本来の意味のサービスの質を確保し、それから不明瞭な保険外負担を野放しにしておくということのないようにするためには、地域差というものを、診療報酬に入れていかなければいけないのではないかと思う。

それから基礎的・標準的サービスと、付加的・選択的サービスということだが、これはまさに先生のおっしゃるとおりで、私は具体的内容はまったく考えていない。これは皆さんが、こういう考え方さえ承認していただければ、議論をしていただくことではないかなと思う。

ただ現実には、たとえば入院であれば、はっきりいえば何年でも入院しておられる。それをそのまま、病院でやっているからといって、在宅の介護サービスにはもってこれないだろう。つまり病院と同じものをもってこようとすると、24時間在宅で介護して、それを診療報酬で全部支払うということになるわけで、これは常識的に考えられない。

ということで当面はたとえば、訪問については週何回、何時間、あるいは入浴を付けるか付けないか、その場合は何時間とか、そういう形で標準化をする。そしてそのレベルというのは、マンパワーの供給、あるいは財政負担が許せばどんどんどんどん拡大していくのだろうと思う。週2回が4回になり、6時間が8時間になっていく。それはまさに合意し得る範囲内で決めていくことだと思うし、特に先生のようなご専門の方々のご意見を尊重すべきだと思っている。

司会 どうもありがとうございました。