

【レポート】

社会保障の新しい財源政策

——高齢社会の政策課題と費用負担の在り方——

上智大学助教授 山崎泰彦

きょうのテーマは、「社会保障の新しい財源政策」ということであるが、必ずしも私は、このテーマにストレートにお答えできる報告になるかどうか自信はないが、ここ数年考えてきたことを、このテーマに少しでも近づけてお話しさせていただきたい。

財源政策を考える前提はやはり、今後の社会保障の政策の在り方ということだと思う。21世紀を展望して社会保障がどうあるべきか、そしてその費用負担について、検討をしてみたい。

今後の社会保障の課題は、大きく分けて次の2点になると思う。第1点はここ10年くらい前から進められている、日本の社会保障の中核である医療保険、年金制度の一元化の最後の詰めを行うということである。第2点は21世紀へ向かって、新たな重点的な課題だと思われる高齢者の雇用と、それから介護の問題にどう応えるかということだと思う。

まず第1点の一元化だが、一元化をどのようにとらえるか、これはいろいろ議論のあるところであるが、私は一元化とは、個別制度、保険者の自主努力を前提として、自主努力のおよばない構造的要因による給付と負担の格差を、社会連帯の立場から調整することによって、自主努力と社会連帯の調和をはかるものであると、このように考えている。そしてこういった考え方、理念は今後とも堅持すべきだと考えている。

この理念は実は、現在の制度の基本的枠組みを前提としているわけで、社会保険システムということと、それから分立した制度体系を前提にした考え方である。そしてしばしば議論になる税方式だとか、あるいは統合一本化に対置される考え方である。

なぜ、この社会保険システムを私が評価するかというと、第1点は財政の安定性、自主性を確保しやすいということ、第2点は拠出インセンティブが働き、より高い給付水準を確保することができるということ、第3点は社会保険システムというのが、古くは大正期に制定された健康保険法以来、すっかりわが国に定着をしており、これをラジカルに切り替えるという、積極的根拠に乏しいということである。そして租税財源については、それによらざるを得ない福祉や、扶助の分野への重点的な配分が望ましいと考えているからである。

社会保険システムを支持する理由はそういうことであるし、また分立した制度体系には、とかく批判があるわけだが、それにも積極的な意味を私は見出すことができるように思う。それは職域、地域、あるいは個別保険集団の特性に応じた弾力的な制度設計だとか、あるいは連帯意識に支えられた、効率性の高い運営が可能になるからである。

現在のわが国の制度はこういったことを基本にしているが、問題になっているのは制度間、保険者間の財政力格差の発生と、しかも産業構造、人口構造の変化のなかで、制度間、保険者間のその格差の拡大が避け難いことである。この財政力格差、これは具体的には給付と負担の不均衡という形で現れてくるわけだが、この調整をどうするかということがまさに課題になってきているわけである。

調整方法には2つあって、国庫負担の傾斜配分による調整と、制度間、保険者間での財政移転による調整である。

前者の国庫負担による調整というのは、皆保険達成以来医療保険で昭和40年代後半まで、具体的には昭和48年あたりまでとられてきた調整方法で

ある。たとえば昭和36年、皆保険達成当初被用者保険本人が10割給付に対して、国民健康保険は5割給付であった。それが40年代初頭に7割給与を達成し、さらに48年の改正では高額療養支給制度が入ってくるということで、いちばん財政基盤の弱い国民健康保険が意欲的な給付改善を行い、被用者保険に相当なところまでキャッチアップをした。実は保険料の相当な引き上げもあったが、それ以上にこの間国庫負担を重点的に国保につぎ込んだし、また国保の保険者間の財政力格差については、財政調整交付金という形で、国保内部でも重点配分をしたわけである。

しかし、そういった国庫負担による調整というのはきわめて困難な状況が、昭和50年代に入ってから生まれたわけで、これはご承知のとおりである。そこで国庫負担による調整の拡大に歯止めをかけて、制度間、保険者間の財政移転による調整措置を組み込むための理念として、一元化論が登場することになったと考えている。

さて、財政移転による調整方法というのも2つある。ひとつは財政余剰のある制度、保険者から、財政窮乏した制度、保険者への財政移転を行うもの、いまひとつは財政力格差を生む構造的要因に限定して、財政移転を行うものである。

前者の具体例のひとつには、昭和40年代にはなばなく健康保険の抜本改正論議が展開された過程で、政府が提案した被用者保険制度間の財政調整案がある。組合健保と政府管掌健康保険の財政調整の提案である。当時2分の1財調といわれたが、基本的には保険料率に財政力格差が反映されているとみなして、平均保険料率を下回る保険者から、料率が高い保険者への財政移転を行う、調整の幅は2分の1であるという、こういうやり方である。しかしこの場合には、経営努力によって財政余剰を生み出した保険者の財政余剰分が、経営努力を怠って財政悪化した保険者に移転されるという部分も内包していたことに問題があった。

また、その後昭和59年の国家公務員共済と公共企業体共済の統合によって、長期給付の財政調整が行われることになったが、同様の問題があった。具体的には、当時の国鉄共済の破綻を救うという

観点であって、やはり調整幅は2分の1であった。しかし、なぜ調整幅は2分の1かという根拠はどこにもなかった。本来なら国鉄共済の財政悪化の要因を分析して、共済組合独自の責任による部分と、構造的な部分、たとえば年齢構成の変化、こういった部分を分けなければいけないのであって、こういった調整方法というのはきわめて未熟であり、合意を得るのはきわめて難しいと、私は考えている。

さて、構造的要因に着目した調整の具体例であるが、これは具体的に、一元化の過程で相次いで採用された方法である。まず、昭和57年の老人保健法の制定と61年改正、そして59年の健康保険法改正による退職者医療制度、60年の年金改正による基礎年金、平成元年の年金改正による被用者年金制度間の費用負担の調整等がある。

これらに共通する点は、財政力格差を生む最大の要因として年齢構造要因があり、この要因に着目した調整であるということである。さらに退職者医療制度と被用者年金制度間の調整では、これに加えて所得要因による調整も組み込まれている。これらの年齢構成だとか、所得といった、保険者の個別の努力によっては解消し得ない要因に着目した調整は、経営努力に対しては中立的であって、私の考える一元化の理念に即した、より進んだ調整であったと思われる。

しかしながらこのような財政移転による制度間調整にも限界があるわけで、自営業者グループと被用者グループとの間での調整は、共通の合意し得る調整指標としては、年齢構造要因に限定せざるを得ない。そのために所得要因による格差は、制度内の調整にゆだねざるを得ない。

こうした国保制度の昭和63年、および平成2年の改正は、国民健康保険はじまって以来の、国保制度の基本にまで踏み込む改正だといわれたわけだが、この改正では従来の調整交付金による保険者間の財政力格差の調整に加えて、新たに低所得者対策として、国保は低所得者を抱えざるを得ない、しかもそのウェイトが高まっていかなざるを得ないという要因に着目して、保険基盤安定制度を創設して、しかも従来の国庫負担のほか、新たに

地方負担による調整措置を講じたわけである。さらに国保制度の改正では、運営安定化計画の策定により、高医療費市町村の基準を超える医療給付費の一定部分について、国、地方、被保険者の保険料による共同負担制度を導入し、医療費の適正化等の経営努力をうながすシステムを導入したことも注目されるわけである。

このように私自身は、一元化はすでに相当部分まで達成されていると考えているが、なお残された今後の課題として、以下のようなものがあるように思う。

まず第1点は基礎年金の導入による費用負担の調整である。これは基礎年金の給付に要する費用を各制度が、被保険者数に応じて頭割りで負担するものであって、負担能力に対して逆進性がある。同様の問題は3号被保険者、いわゆるサラリーマンの妻分の拠出金負担についても指摘できる。

幸いに年金では民間はすべて厚生年金に一本化されているが、共済にはいくつもの保険者がある。端的な例を挙げると、共済のなかに警察共済というのがあるが、警察官の奥さんはほとんど勤めていないので、3号被保険者のウェイトがものすごく高い。一方、公立学校共済というのは、給与は高く、しかも共働きの人が非常に多い。あるいは農林共済は厚生年金に比べても、相当に給与水準が低い。そういった3号被保険者の比率だとか、所得の違いに関係なく、被保険者が頭割りで負担をしていることに伴って相当な保険者間の負担の逆進性が生じている。

こういった問題を解消するには、被用者年金制度の拠出金負担を応能負担、具体的には報酬総額に対する定率負担に改めるべきであろうと思う。もっとも先の話になると、2階部分の一元化がどうなるのか、ということによって、この問題への対処の仕方は変わってくる。仮に2階部分が完全に統合一本化されるということになると、自然にこの問題は解消されるわけである。

次に平成元年改正で導入された2階部分の被用者年金制度間の費用負担の調整だが、これは成熟度といわれる年齢構造の要因と、それから所得、具体的には標準報酬の要因を合わせて調整をして

いる。ただこの調整は、当面の暫定措置として位置づけられていることもあって、調整対象給付は老齢厚生年金相当部分に限定されている。あるいは拠出金、交付金に制限が設けられている。そして3年間の暫定措置であるという点で、なお未完成である。

さて医療保険の分野だが、老人保健法による調整措置は平成2年度から加入者按分率100%に移行することによって、老人医療費の負担調整に関する限り大きく改善されたわけであるが、この調整も基礎年金と同様に頭割りの調整にとどまってい、負担能力に対しては逆進性があった。しかし今年度も拡大して継続するということだが、平成2年度に被用者保険に対する財政力に応じた国家負担が導入されることになったので、当面問題は緩和されている。しかしこれはあくまでも暫定措置であって、将来どうするのかということは改めて検討しなければならないと思う。

私が考える一元化の理念からすれば、完全な応能負担化ということになるけれど、現在の暫定措置を基本に置くということになると、国庫負担による調整を制度化することもあり得るし、あるいは財政移転による調整の可能性も考えられるわけである。

また細かいことだが、実は老人保健法は世間に対する説明としては、すべての保険者が等しく老人を抱えるということをいっているわけだが、現実にはそうっていない。老人加入率の調整に20%から1%という上下限が設けられている。いま国保の保険者を見ると、70歳以上の老人加入率が20%を超える保険者が急激に増えてきており、30数%に達しているところもある。そういった保険者では、たとえ30数%の老人を抱えていても20%分しか調整をされていない。老人保健法創設当初非常な利害の対立があり、また高齢化もいまよりレベルが低かった時期にあっては、暫定措置として20%という上限、あるいは1%という下限といったことも、それなりのやむを得ない事情があったかと思うが、調整の趣旨からすれば、こういった上下限は撤廃すべきである。

さらに老人保健法による調整では、退職被保険

者等にかかわる保険料、および被用者保険からの拠出金負担は、実は退職者等の医療給付以外には充てられないということになっていて、退職者医療制度の導入というのは、国保の負担軽減だということになっているのだが、現実にはいったん導入されて以降だけに限っていうと、国保に退職被保険者がどんどん増えていって、増えれば増えるほど、実は一般被保険者の負担が重くなるという制度的な問題を残している。

一元化に向かってすでにかなりの措置がとられてきているが、あえて申し上げれば、こういったことが課題として残っていると思う。

次に新たな重点的な政策課題としての高齢者の雇用、介護対策の在り方と、それとの関係において、費用負担の問題を考えてみたい。

高齢者の雇用問題というのは、行政レベルではこれまでもっぱら労働行政の所管とされてきたが、年金の支給開始年齢問題が大きな問題としてあるわけで、社会保障の政策のなかにも、高齢者雇用の促進という観点をはっきりとビルトインする必要があると思う。

平成元年改正で主として厚生年金の長期的な財政問題を背景にして、支給開始年齢の段階的な65歳への引き上げが提案されたが、これについては雇用が十分に伴っていない、あるいはそのための政策もないということで、国会修正で削除され、次期財政再計算期に改めて見直しを行うということになっているわけである。

その次期の見直しに当たっては、雇用と年金の関係についての総合的な検討が必要だと思うが、その場合にひとつの視点として、費用負担の公平化をはかるという観点がどうしても必要である。

年金保険は老齢、障害、死亡を保険事故というか、給付事由として年金給付を行う社会連帯のシステムであるが、老齢給付について見ると、65歳から支給される老齢基礎年金と、老齢厚生年金は老齢のみを要件に支給されているわけで、まさに保険事故としてカバーし得るものである。つまり、はたして受給年齢まで生きられるかどうか不確定だし、現実には多くの人が受給年齢まで生存するわけだが、たとえ年金受給を開始したとしても何

歳まで受給できるかわからない。まさに不確定な保険事故である。

ところが65歳未満で支給される特別支給の老齢厚生年金は、老齢のほかに原則として退職を要件に支給することになっている。問題は退職を老齢と同様の偶発的な保険事故として同一保険料率による共同負担としているために、事業主間、被保険者間で不公平が生じ、高齢者雇用に対して抑制的、退職促進的な機能を果たしていることである。

事業主間の不公平とは、個別の事業主が排除した高齢者の年金を、全事業主が社会連帯の名において共同負担していることである。また被保険者間の不公平とは、任意に退職した者の年金を、全被保険者が共同負担しているという問題から生ずることである。こういったことは労働力の供給がふんだんにあり、特に若年労働力がふんだんにあった時代においては、政策的に高齢者を排除するというのも妥当であったかもしれないが、いまやまったく環境は逆の状況になってきている。

なお、表1として、この問題を考えるためのモデルを示している。いま仮に日本の企業がA社とB社の2社だけだと単純化をする。そしてA社の被保険者数、B社の被保険者数を、つまり従業員をそれぞれ50人だとする。ところがA社は60歳で退職させ、それに代わっていつも新しい人を採用する。B社は65歳まで雇用する会社だとする。そうするといまの制度だと60歳で退職したA社の5人が年金を受ける。65歳になればB社の退職者もすべて年金を受けるが、65歳前に限定するとA社の退職者5人ということになる。現在の厚生年金

表1 年金制度による雇用政策を考えるためのモデル

		A 社	B 社
被保険者数	60歳未満	50人	45人
	60歳～64歳	0人	5人
退職者数	60歳～64歳	5人	0人
受給者	企業年金	5/50	0/50
被保険者	厚生年金	5/100	

(注) 1人当たり年金月額を20万円とすると、A社の退職者5人の年金総額は月額100万円。これに要する費用は、企業年金であればA社が全額負担(被保険者1人当たり月額2万円)することになるが、現行の厚生年金ではA・B両社が共同負担(被保険者1人当たり1万円)している。

はA社の退職者5人をA社、B社の従業員および事業主で負担をしているから、100人で5人を支えるということになる。仮に企業年金で対応することになると、A社は50分の5、B社は50分の0ということになる。つまり一般的にいい方をすると、A社というのは日本の大企業を代表している。B社は中小企業を代表している。現在の制度だとB社からA社へ相当な所得移転が行われているということになる。

この問題について支給開始年齢を65歳に引き上げて、65歳前の退職者については企業責任の領域として対応する。たとえば企業年金を全企業に設立を強制するという形にすれば完全に対応できる。しかしながら企業年金による対応というのは、強制設立の実現可能性の問題のほか、給付水準に著しい格差があること、給付の価値維持が困難なこと等において、限界がある。

したがって厚生年金という仕組みを残しながら、事実上企業年金的な、つまり責任の所在が明確にされた費用負担の合理的なシステムを導入することになるのではないか。

その場合、65歳以前の特別支給の老齢厚生年金の費用負担と、高齢者の雇用の貢献度をリンクさせて、保険料率にメリット性を採用する。つまりB社の特別支給の老齢厚生年金にかかる保険料率がゼロになり、A社の保険料負担でその費用を賄うという形でのメリット性である。

その場合、いまのような考え方からすると、もはや保険料負担の労使折半負担の原則にこだわる必要はない。現実には企業年金というのは拠出制もあるが、事業主負担が非常に多くなっている。企業によってまちまちだから、負担割合についても、この部分については弾力化すべきであろうと思う。

この提案は費用負担の公平化を通して、高齢化雇用を促進するメカニズムは年金制度のなかに組み込むという点でのメリットがあるし、企業側にも人事政策との有機的な連携をはかることができるというメリットがある。

そのほかさらに、本格的に社会保障全体を高齢者就業型のシステムに組み替えるためには、気がついた点だけでも以下のようなものがある。

退職者医療制度の費用負担についてもやはり問題があるわけで、高齢者を雇用する企業というのは、実は退職者、つまり国保の被保険者を減らしているわけだが、それについての詳細がまったくない。一般的に言えば、政府管掌健康保険の貢献度が高いわけだから、政府管掌健康保険の拠出金の負担は減らすべきであるということになる。

あるいは企業年金の見直しということである。企業年金のとらえ方はいろいろあるけれど1つ否定できないことは、これは退職一時金制度と一体的に考えていいかと思うが、現実には高齢者を退職させる手段としても機能をしている。国全体が高齢者の雇用を促進しようという政策をとっているときに、考え方によれば、それに相反する政策が税制上の優遇等の形をとりながら行われているわけで、そのへんの整合性もとる必要があるのではないか。

あるいは厚生年金の給付体系の見直しも必要である。実は35年頭打ちということもあって、現実には最近の退職者では半数の人は60歳以降働いても年金がほとんど増えない。それで被保険者の側にも60歳以降働くというインセンティブがない。また、60歳で退職をすると、年金を受けないと損をする。これを繰り下げるという余地も残されていない。

いずれにしても、社会保障制度全体を高齢者の雇用を促進するという観点から見直す必要があると思う。

次は介護対策で、これは現在もっとも要請されながら遅れている部分であろうかと思う。課題ははっきりしていて、施設、在宅間、あるいは施設間での費用負担の均衡をはからなければならないということと、併せて在宅ケアへの資源配分を強化する必要があるということである。

そして、この社会的、国家的な課題に対応するには従来の政策の枠組みを超えた対策が必要であろう。日本は年金、医療保険とも社会保険というシステムで発展してきており、幸いに皆保険、皆年金まで達成しているわけなので、この大掛かりな装置を活用することが不可欠であろうと思うし、私は社会保険システムを主体にした介護保障

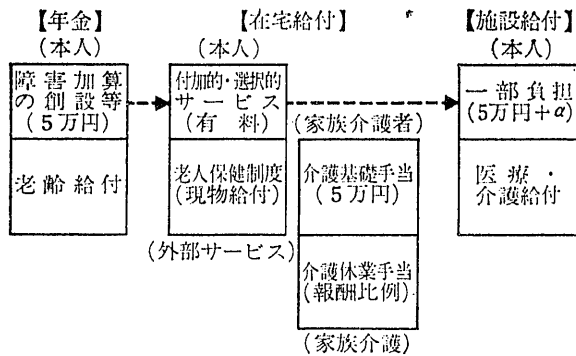


図1 社会保険主体の介護保障

として、次のような具体例を考えているわけである。

1つは、老齢障害者との年金制度上の均衡をはかり、かつ障害老人に対して安定したサービスの購買力を確保するため、寝たきり、痴呆等の障害老人に対して、老齢基礎年金に上乘せする形で月額5万円程度の障害加算を支給する。その他の案も考えられるが、非常に単純な提案としてこのようなものを考えるわけである。

まず、年金制度上の若齢障害者との均衡ということだが、ご承知のように重度の障害者、一般に1級障害だと老齢年金相当分の25%増しの障害年金が出る。それで十分かどうかはともかくとして、65歳前の障害者であれば介護費用の一定部分を年金でみているわけである。ところが同じ障害者であっても65歳以上で発生した障害に対しては、そういう措置はまったくなくて、老齢年金のままである。つまりいまの年金制度は、高齢障害というものを障害の範疇としてとらえていない。それが第1点である。

それからもう1つ、全国民共通の老齢基礎年金は月額5万7,000円弱だが、この老齢基礎年金というのは老後の日常生活費の基礎的部分を支える水準として考えられていて、これは介護サービスを買う水準とはもともと考えていない。年金で介護費用を買うシステムに年金制度はなっていないわけである。

もう1つは、いま老人保健制度の改正案が提案されていて、入院が1日400円のところを、提案では800円に引き上げる、そしてそれが老人医療費の5%相当分であるというわけだが、この提案

のまま成立したとすると、800円の30日で月額2万4,000円になる。おそらくいまのシステムの上では、月額2万4,000円の負担がギリギリのところだろうと思う。なぜかという、健康保険本人が1割負担であるから、本人とのバランスから考えると5%程度、月額2万4,000円以上の負担というのはどうも制度上難しいということである。

もう1つは、最近年金が改善されてきたということだが、実はいま差し当たっての問題というのは後期老年層なのである。それでたとえば75歳以上の年金受給者をとると、そのほぼ8割が経過年金の受給者で、これは過去を引きずっているわけであり、拠出制国民年金、老齢福祉年金ともに3万円程度である。5万7,000円の老齢基礎年金では介護費用は買えない。当然のこととして3万円程度ではどうしようもない。しかしこのことがネックになって施設間の費用負担のバランス、あるいは施設と在宅とのバランスが非常にとりにくくなっている。

私はいまの社会保障のなかで、いちばん大きな資源の不効率、無駄があるとすれば、それは長期入院だと思う。ここにメスを入れるためには、こういった思い切った年金制度の改善が前提になると思う。

そして、ここでは仮に5万円程度としているが、障害加算を支給するとすれば、これに伴って、障害老人が病院等の施設ケアを受ける場合には月額5万円プラス α 、プラス α というのは、いまの老人は特養よりも、老人保健施設よりも、一般病院に入っている老人が多いわけなので、一般病院で考えると5万円プラス α の負担を求めているということになる。 α というのは医療の一部負担だから、したがって老人保健法の改正案でいえば2万4,000円ということになる。そして月額5万円というのは、年金で介護に着目して出す手当である。これを施設に入れば当然出していただく、これで介護費用を買っていただくということになる。そうすると一般病院だとこれが7万4,000円くらいの負担になり、老健施設が5万円程度であるから、ちょうど流れがよくなる。

なお、一見これによって、年金の財政をさらに

圧迫すると思われるかもしれないが、寝たきり、痴呆の出現率から考えて、5%とか、10%とかということなので、それほど大きな年金の負担増にはならないと思う。また仮に負担増になったとしても、国民の不安の切実さから考えれば十分に合意の得られる負担増であると思う。

それが第1点で、第2点は、こういった形で年金の手当てを行うことによって、医療費の効率化、節減が相当に可能になるということである。つまり年金の負担増というのは、医療の効率化によって十分に補い得ると思う。

第3点は、従来の福祉制度による在宅サービスに加えて、新たに老人保健制度により、医療と介護を一体化した総合的な在宅サービスを供給することである。サービスの基底的、標準的サービスについては施設との均衡をはかり、在宅サービスの促進をはかるため無料、あるいは利用を抑制しない程度の経費の負担とする。そして付加的、選択的サービスについては有料とするという、こういう提案である。

実はいまの医療を見ていると、老人保健施設ができています。今後これを相当拡大をするということである。それから医療法の改正案では、療養型の病床群というものをつくろうといっている。そういった方向に見られるように、いま老人医療の分野では、福祉と医療を一体化させる方向で改善が進められている。

ところが在宅ではそれがまったく及ばない。施設内では医療と福祉というか、介護が一体的に医療財源を用いて提供されながら、在宅では福祉的な供給システム一本できているわけである。

こういったことをかねがね主張してきたわけだが、今回の老人保健法の改正案のもっとも評価できる点というのは、実は老人訪問看護制度の創設だと思う。私はあれではまだ不十分だと思うけれど、将来的にはあの提案というのは相当伸びる可能性のあるものであり、また伸ばさなければいけない提案だと思っている。

それから第4点として、在宅サービスの供給自体も拡大、多元化する必要がある。医療機関だけでなく、福祉施設、第3セクター、民間の事業

者等で一定の要件を満たすものについては、これを在宅サービス取扱機関として指定し、公民ミックスによるサービスの供給量の拡充と、競争原理による質の向上をはかるということである。これも訪問看護制度提案のなかに、かなり組み込まれている。

次に第5点として、そういった老人保健法等による現物での外部のサービスを拡充するわけだが、それだけでは片手落ちのように思う。外部のサービスの供給を伸ばすといっても、現実には世帯によって、家族関係によって、その利用状況は相当に違いが出てくる。一般的にいうと、都市の方々はわりとドライにこういった外部のサービスを利用すると思うけれど、農村の方はなかなか利用しないのではないかと。相変わらず家族介護者が介護をする。

そうするとやはり外部サービスを伸ばすと同時に、家族介護というものを独自の観点から評価し、支援しなければならない。そこで具体的には、家族介護者共通の基礎手当、あるいは介護を理由とする休業者に対しては、報酬に応じた介護手当を支給するといった対応がどうしても必要になるのではないかと。

現在育児休業法を制定する方向で検討が進められていると思うが、児童手当があって、育児休業制度ができ、さらに手当がつくかもわからないという格好だが、育児と同様介護も一体的にとらえるとすれば、このような2階建ての制度をつくる必要があるのではないかと思う。

問題はきょうのテーマである財源だが、この提案というのは医療と福祉を一体化させようということであるから、従来福祉制度、いわば公費主体で提供されてきた部分を取り込むことになるから、当然こういった部分に保険料のほか国庫負担、あるいは地方負担も含めて、重点的に配分するということになるかと思う。

最近基礎年金、あるいは医療の面でも、国庫負担を拡大するという要求が非常に強まっているが、私は保険で対応できる部分は保険料で、そして新たにこういった福祉的な要素を取り込む、あるいは政策的に誘導するといったところに国庫負担を

重点的に配分するというのが、現実的な対応ではないかと思っている。

ちょうど時間になりましたから、これで私の報告をひとまず終わらせていただきます。

【レポート】

社会保障の新しい財源政策

——医療費財源を中心に——

京都大学教授 西村 周三

西村です、よろしくお願いします。いま山崎さんがレジメにあるのをほとんどそっくり話されて、皆さんはお聞きになりやすかったと思うのですが、大変申し訳ありませんが、私がレジメに載せた内容は、実はあとで考えて、45分間で話しきれない大風呂敷を広げているので、きょうはレジメのごく一部に絞らせていただいて、話をさせていただくことをご了承願いたい。なおお手元に若干のグラフと、こういう資料を、同時に参考資料として付けています。

私の論点は山崎さんが最後のほうでおっしゃった話とかなり重なるところがあるが、基本的には医療の場合には、若い人たちの医療というよりも、どうしても関心は老人医療のところへ向くかと思う。したがってここでは、ひとつは、現在話題になっている老人医療費の一部負担の問題、とりわけそのスライド制の導入の可否という論点がひとつ、もうひとつは医療分野に公費負担をどの程度増額するかについての、やや基礎的な話をさせていただきたい。

この後者のほうについて、公費負担を増やすべきであるということに関しては、山崎さんが最後におっしゃったこととまったく同じ意見で、介護分野に重点を置いた配分という形で、公費負担を増額していくということをいわば前提としている。それが良いか悪いかという議論はしない。社会保険料ではなくなぜ公費なのかという、つまり増や

すということについての是非というのは議論しない。

そういうことを前提として、論点をいまいったように2つに絞らせていただきたい。そして最初にどのような観点からこの問題を考えるかという政策的関心、次に若干のデータに関する解析、そしてそのデータを見る場合の見方というものを整理しないことには問題なのではないかという観点から、そのデータを見るに当たっての理論的背景という、その3つに分けて議論をさせていただきたい。

結論をいうと、私は老人医療の患者負担の定額制の維持、およびそのスライド制に賛成である。それは老人保健審議会で審議されている内容であろうと思うが、しかしながらなぜ定額負担に賛成するのかという根拠、つまり定率でなくなぜ定額であるのか、また定額はなぜ認められるべきか、あるいはまたそれをスライドさせることが望ましいのかといったような点については、ある程度合意は形成されてきてはいるものの、必ずしもその考え方というのは一致しているとは思えない。そこでその点についてデータの解析、および理論的背景について分析したいというのが、政策的な関心である。

すなわち今後スライド制を仮に導入する、あるいはしないとしても、何度も何度もこれからその定額負担の定額の適正な額はいかにという議論が