

社会保障制度の課題と問題点

都 留 重 人

I はじめに

高齢化の急速な進展で、わが国の老人医療費は1995年度には8兆5000億円(対前年度伸び率7.6%)に達し、国民医療費全体の31.2%を占めるにいたった。もっとも、この「医療費」なるものの計算には、「介護地獄」とさえ言われる家庭内の親族による介護負担の推計値は含まれていない。この負担を避けての「社会的入院」という一種の無駄が1兆円にものぼると言われているくらいなのだ。

こうした事情を背景に、1989年に「ゴールドプラン」、続いては「新ゴールドプラン」の策定がなされ、94年以降、新介護システムの具体的提案が行政当局の課題ともなった。しかし、さきの連立政権下で法案を提出するまでに解決すべき懸案として、「社会保障制度改革のビジョンを示し、その一環として行われる医療制度改革の内容を明らかにすること」という点が指摘された。総括的に基本構想を明確にする必要がある、ということだったのであろう。

この要請にこたえての厚生省の対応が新聞に報じられたときの記事[朝日新聞、1996年9月4日]を読んで、私は驚いた。すなわち厚生省は「八つの社会保障関係の審議会の会長会議で、社会保障の改革ビジョンについての審議を進めている」というのである。厚生省だけで、社会保障関係の審議会が本当に八つもあるのだろうか。調べてみると、大臣官房、健康政策局、社会・援護局、老人保健福祉局、保険局、年金局、保健医療局、

薬務局それぞれに特定の審議会が設けられていて、社会保障に関連する審議をしているらしい。政府全体としては、総理府所管の社会保障制度審議会があるし、また大蔵省と自治省にはそれぞれ公務員等共済組合審議会がある。また、首相の諮問機関である経済審議会には、行動計画委員会と呼ばれるもののの中に「医療・福祉ワーキンググループ」というのが設けられていて、医療・福祉分野の構造改革についての報告書作成にあたっている。縦割り行政の見事な典型的パターンがここにある。

行政面での仕組がこんな状態では、いま火急の対応策を求められている高齢者介護の問題についても、なかなかすっきりした答えが得られないのではないかと私は考えた。そこで私は、本稿において、特に重要と思われる争点を三つにしぼって、私なりの論点整理を試みることにした。それは、次の3点である。

A 社会保障の原則は、いわゆる「シビル・ミニマム」の確保である、とされているが、それは具体的にどういう意味においてか。

B 当然そこには負担ないしは拠出の問題が生ずるが、直接的な自己負担、社会保険、私保険、公費等、それぞれの方式による分担はどのようなべきか。

C 負担方式次第で含意されている世代間移転の問題は、どのようにその合理性を正当化することができるか。

II 社会保障の「シビル・ミニマム」的性格について

1 ラスキンのさかのぼる発想

「ゆりかごから墓場まで」という福祉国家(welfare state)の考え方は、イギリスなどでは19世紀中葉にまでさかのぼる。社会思想史上特に有名なのは、1859年に出版されたジョン・ラスキン(1819-1900)の*Unto this Last*であって、この表題が含意していたのは固定額を最低とした賃金制度の提唱であったが、内容的には、“There is no Wealth but Life”(生命こそがこの世の宝)という基本命題を敷衍する形で、市民の権利としての①生活支援、②教育、③仕事の機会、④生活の質の維持の4項目を、「公共サービスとアメニティー」の課題として特定化したものであった。もっと具体的には、ラスキンは、高齢者や身体障害者にたいする住宅提供や公共的支援、累進的な所得税、困窮者にたいする医療保証なども提案しており、特に注目すべきだったのは、たとえば職場におくれてきた労働者でも先着者と同じ額の最低賃金を受けとるべきだとした*Unto this Last*(『この最後の者にも』)の発想において、それが働くもののニーズであると同時に権利であるという点を強調したことである。ここには、「シビル・ミニマム」は「必要に応じて与えられる」という共産主義社会の原則が述べられていた。

2 ミニマムは「投入」か「産出」か

ラスキンがウィリアム・モリスやバーナード・ショーなどと一緒に切り拓いたイギリスの福祉国家思想の伝統は、その後、ベヴリッジ案の形で体系化され、西欧社会では、いくつかの国で社会改良主義的施策として根をおろすにいたった。同時に、同じくシビル・ミニマムと言っても、その「ミニマム」なるものの線引きの仕方が対象項目次第で質的に相違するということが、具体的に指摘されるようになったのである。たとえば、健康保持ないしは健康回復のための医療サービス、すなわち「保健」は、一定年数の初等教育、すな

わち「教育」と並んで、共にシビル・ミニマム的な要請をなしているが、「教育」の場合は、児童に提供されるものが客観的にほぼ共通であって、教育を受ける側のものの達成度を均等にしなければならぬなどという要請はない。もちろん、教師は落伍者が出ないように特定の児童に余分の時間をかけることもあるが、「教育」についてのシビル・ミニマムは、貧富に関係なく機会が均等に与えられることで足りるというのが社会的合意であると言ってよいだろう。

ところが「保健」については、そうはいかない。提供されるサービスが客観的に共通であるだけでは足りず、この場合には、サービスを受ける側の達成度が問題だからである。言い換えると、「教育」では投入の質がシビル・ミニマムを規定するのに対し、「保健」では産出の質がシビル・ミニマムの内容をなす。たとえば、100メートル競走で同じスタート・ラインに立たせれば「教育」の平等はかなえられるのに対し、「保健」となると、全員が同時にフィニッシュのテープを切るようにすることが理想となる。このフィニッシュのテープが「健康状態」という目標にほかならない。

3 ジェニウインなニーズこそがシビル・ミニマム

「保健」というシビル・ミニマムについて一応こうは言えても、実際問題はもっと複雑なのだ。個人の健康なるものは、遺伝体質と関連をもっていることのほかに、当人の主観に依存する面も少なくない。医者がみれば病気でもないのに病気だと言い張り、そのために病気になってしまう人もある。また、日常生活で自己抑制がきかず、不摂生を続けて病気になる人もある。だから、医療サービスはニーズであるといっても、個々人が健康保持のために通常最善と思われる注意を払い努力をしながら、なおかつ医療を必要とする場合、すなわちジェニウインなニーズが対象になるものでなければならない。さらにまた、もっと問題なのは、人間には寿命がある以上、死の直前まで万全の健康を保つことは、高齢者の場合不可能であって、平均余命をこえてどこにも異常がないという老人

は少ないことを考えると、高齢者の寿命を1日でも長くのばすためにどれだけの医療サービスをシビル・ミニマムとして提供すべきかという問題は、特に現在、老人介護の負担問題が社会保障財源の難題となっている時代には、看過することはできない。

この点を考慮したからであつたろうか、1963年に成立した「老人福祉法」の第11条での老人ホームについての厚生省による解説では、「本条による措置は、措置の実施者に課せられた義務であつて、右に述べたとおり、希望者からの請求権に基づくものではない。したがって、措置を受けることにより老人ホームにおいて養護されることは、老人に与えられた権利ではなく、公的機関に措置義務があることから派生する『反射的利益』である」として、権利性を否定したのであつた。

この条文を読んだとき、私は、官僚的文章独特のこじつけぶりを痛感したのだったが、この種の合理化作文が司法官僚の常套手段であることを、その後も思い知らされた。余談になるが、一例を挙げると、1978年に、愛媛県長浜町の海水浴場を守ろうとして住民が入浜権訴訟をおこしたとき、松山地方裁判所は、海岸を「国が管理する自然公物」とみなすので住民が海水浴を楽しむのは「国がそれを禁止していないことの反射的效果」であるにすぎない、という理由から、住民による訴訟を却下したのであつた。

この「自然公物論」などという論拠を拡大適用すれば、大気さえが「自然公物」と規定されかねないわけで、われわれが四六時中呼吸できるのも「国がそれを禁止していないことの反射的效果」ということになるかもしれないのだ。

4 権利性の承認

ともあれ、老人介護の問題に権利性を認めない「1963年老人福祉法」の考え方は、わが国でも急速に過去のものとなつた。統計的にも、高齢化率(65歳以上人口の全人口数にたいする比率)は、1960年の5.7%から1980年の9.1%に、そして1995年の14.5%へと上昇する状態で、特に寝た

きり老人・痴呆性老人数(重複分を除く)は1993年には100万人に達し、それが2025年には270万人に増加するであろう、と予想されている。こうした事態の推移を背景に、1973年には老人福祉法の改正で老人医療費が無料にされ、1983年には老人保健法の制定、続いて86年には同法の改正、89年には「ゴールドプラン」(高齢者保険福祉推進十ヵ年戦略)の策定、94年には「新ゴールドプラン」の策定、95年7月には老人保健福祉審議会が新たな高齢者介護システムの基本的考え方を取りまとめて中間報告——といった具合に、矢つぎ早の対応が厚生省を中心になされたのだった。かくして、高齢者介護システムの基準としては、その普遍性・権利性・公平性・選択性が認められるようになったのである。

5 ケア・マネジメント

しかし、これらの基準に照らして老人介護のシビル・ミニマムを具体的に規定することは、必ずしも簡単ではない。救貧を主眼としたかつての時代の社会保障制度では、現金支給の方式で要件を満たすことができたが、福祉・介護の世界では、生活支援上の現物給付サービスがシビル・ミニマム確保のためにどうしても必要なものであり、しかもその具体的内容は、介護という個別特殊性をふんだんにはらむサービスの場合、客観的には規準化しにくい性格のものなのだ。

そこで、最近になって提案されているのが「ケア・マネジメント」と称する方法論である。これは、「要介護度」を認定するための全国共通の客観的手法を開発し、それに基づいて「ケアプラン」を作成する責任者の職能として「ケア・マネージャー」(介護支援専門員)を制度化するというのである。従来の「措置判定」とは異なり、「要介護度認定」では資産や所得の調査は行わず、利用者本人の自主的な選択を保障し、判定においても合議制を義務化して恣意的判断を防止することになっているというから、運用のよろしきを得れば老人介護システムの重要な一環になることとなるだろう。

6 「供給が需要を生む」

シビル・ミニマムにおけるニーズの概念はジェニウィンなものでなければならぬということを、私はさきに述べたが、現実問題として医療にかんしては特に、供給が需要を生むという事態が起こりやすい。経済学では、商品を作って供給することが、そのまま商品を需要する手段を作ることになるという意味で、やはり「供給が需要を生む」という法則（いわゆる「セーの法則」）が、歴史的にも多くの支持者を得たことがあるが、この場合には、集計値としての「供給」が集計値としての「需要」を生むことになるというのであって、医療にかんしての場合のように、個別特定の「供給」がそのものの自体にたいする「需要」を生むというのは、その意味合いを全く異にしている。強いて類似の発想を問題にするのであれば、近代の広告技術を駆使して特定商品への需要欲をかきたてる供給者の存在にその例示を求めるべきだろう。

それでもなお、医療の授受を商取引になぞらえて見た場合、そこでの決定的特殊性は、求める品物ないしはサービスの内容や必要性についての評価能力が需要者側に全くないに等しいということである。広告宣伝に惹かれて一般公衆が購入する気になるものは、概して必需品とは言い難く、また代替品があるのが普通だが、医療となると需要者にとり替え難いものであるだけに、供給者側が必要だと言って買物籠に投げこんできたものは、すべて買う以外になく、健康保険制度による給付があればいっそうそれは受け容れやすいだろうから、その結果、「薬づけ」「検査づけ」「乱診乱療」などと言われる医療の無駄が、しばしば目に余る形になっているのではなからうか。

7 無駄を促進する要因

供給が需要を生むという一般的な偏りに加えて、医療において無駄を促進する要因としては、出来高払いによる点数制と公的病院を規制している独立採算制とがある。

出来高払いという考え方は、封筒貼りの内職で典型的に見られるように、加工労働の結果すなわ

ちアウトプットに比例して賃金が払われることを指している。ところが、医療におけるアウトプットというのは保健ないしは健康回復であって、それを個々の場合に計量化するということは不可能に近い。そこで、医療報酬を出来高払いにするといいても、それは、アウトプットに比例させるのではなく、医療のインプットを点数化して医療費を決めるという方式をとっているのが現状である。同じ点数制といっても、ドイツの場合など、支払い側で地区医療機関と契約を結び、支払われる医療費が予め決められていて、無駄な医療がなされると点数単価は下がる仕組みになっているのだが、これに対してわが国の一律点数制のもとでは、無駄を行えば行うほど儲かるというのが実情で、無駄をチェックするのはせいぜい個々の保険組合であり、それさえも完全だとは到底言いがたい。

公的病院の独立採算制は、点数制と違って合理化を進めるために意図的に導入されたものである。しかし意図とは裏はらに、独立採算制がむしろ無駄を促進しているように思えてならない。それは一つには、公的病院の多くが診療機能のほかに教育機能と研究機能を併せもっていて、これら後者に要する費用を診療費の中からまかなわなければならぬというのが現状だからである。診療費を水ぶくれさせねばこうした費用財源を捻出できないことが多く、そのためには、医療の場合、需要をつくり出すことができるという特殊性に恵まれていることから、過剰診療や過剰投薬の傾向が生じやすいのだ。

8 技術革新

一概に無駄とは言えないながらも、医療における必要費用を高めている重要契機は、医療機器等における技術革新である。産業一般の場合、技術革新は生産コスト削減の基本的要因なのだが、医療においては、それが逆の効果をもつ。モデル計算で一例を、肺癌と診断され、肺切除術、放射線療法を行った場合について、1959年と1978年との比較で調べてみよう（医療費はすべて1978年の保険点数で表示）。肺癌の検査は、1959年以降ほとんど変わっておらず、一つの変化は68年時

点で気管支ファイバースコープが導入され、気管支鏡による直接的な検査がこれに代わり、点数にして320点から1310点になった程度にすぎない、と言われる。しかし、入院し、肺切除を受け、放射線療法を受けるとき、新しい抗生物質が出るようになって、これが点数を大きく変えている。すなわち、1959年時点では、クロラムフェニコール、テトロサイクリンなどがよく使われていたが、68年にはビグシリンという抗生物質が登場し、73年にはゲンタマイシンとかケフリンが出、副作用が少ないので使われていたが、これが保険点数を大きく上げた。また78年には、新しい抗生物質トブラマイシンが出て、同じような影響を与えている。いま抗生物質の点数を見ると、当初690点であったものが、9,660点(1968年)、26,280点(1973年)、37,650点(1978年)と増えて、医療費高騰の大部分を占めたのであった。

技術進歩のおかげで医療点数がもっと著しくふえた具体例は、ほかにいくつもあるが¹⁾、こうした動向は、もちろんわが国だけのものではなく、アメリカにおいても最近特に医療経済学の専門家のあいだで関心の的となっている²⁾。

9 需要がないのに供給があり、需要があるのに供給がない

供給が需要を生むという事態があることから医療に無駄が生ずるのではないかということを以上で述べたが、医療のシビル・ミニマムとの関連では、需要がゼロないしは負の値であるのに供給がいわば無遠慮に登場してくる場合がある一方で、需要が明らかに存在していながら供給が出てこない場合がある。前者の例としては、患者の人権を無視する形のターミナル・ケアを挙げることができ、アメリカで医療の倫理的側面についてしばしば筆をとってきたレイモンド・セルビー氏による衝撃的な報告を、私たちは忘れることができない³⁾。後者の例としては、主には介護を要する老人を収容する施設が不十分であるために「社会的入院」と呼ばれる現象が避けられなくなっている事態を挙げることができよう。たしかにそこには特別養護老人ホームのような施設にたいする需要

があるにもかかわらずその整備すなわち供給が不十分であるため、社会的入院現象がなかなか解消されないのである。社会的入院を減らしたいという発想では誰もが合意できるのだが、厚生省の谷修一健康政策局長などは、その削減のためには病院の病床規制が必要だという考え方のようで、去る11月7日の行政改革委員会規制緩和小委員会の公開討論会において、「規制を廃止すると病床数が増え、それに合わせて入院患者も増える。この正の相関関係は、日本の制度のもとでは経験的に裏づけられている」と繰り返し強調し、「ベッド数削減以外の方法で社会的入院を減らせるというなら、どういう方法をお考えか」と気色ばんだ、と報道された[朝日新聞、1996年11月8日]。これは縦割り組織の中の単眼的発言なのであろう。総務庁行政監察局編纂の『お年寄りの心と体を守るために』と題する老人医療等公費負担医療に関する行政監察結果報告書[1996年10月15日発行]によれば、「社会的入院者の解消等に係る意見」として、調査の対象となったすべての県市および病院が積極的な具体策(特別養護老人ホームの整備や在宅医療対策の推進等)を提案しているのを見る。特定の需要に応える供給が著しく不足していることこそが問題であることは明らかなのだ。

以上、社会保障の「シビル・ミニマム」的性格という一見単純にみえる問題にかんしてさえ、そこには、実体に係る複雑な諸問題が入りこんだ形で存在しており、それらが負担の在り方とも密接に関連していることに気付くのである。そこで次に、負担のあり方についての原則的な整理を試みることとしたい。

III 費用負担振り分けの問題

社会保障といえば幅広いが、公衆衛生関係、生活困窮者保護等は公費でまかない、失業対策は雇用保険によるなど、また公務員については共済組合を通じての年金方式があり、これらに関しては、負担または拠出と給付のあり方が明確なので、ここでは論議の対象としない。本節では、医療費を

中心とした費用負担振り分けの問題を考えるが、特に高齢化の進展で高齢者介護の問題が急激に登場し、各方面で現に活発な討議がなされている状態なので、論点の整理を主な課題としたい。

1 国民負担率について

たまたま本稿執筆の最中に、社会保障にかかわる審議会の会長で構成する「社会保障関係審議会会長会議」がまとめた「社会保障構造改革の方向(中間まとめ)」の全容が、11月20日に明らかになり、新聞が報ずるところによると[毎日新聞、1996年11月20日夕刊]、「社会保障の見直しだけで国民負担率を50%以内に抑えようとした場合、今後医療保険、年金の給付を2割以上引き下げる必要が出てくる可能性を指摘している」という。なんでも橋本龍太郎首相が「国民負担率50%以下」の数値目標を主張しているとのことで、この要請に応える審議がなされたのであるらしい。

「国民負担率」というのは、国民が強制的に徴収される税金と年金・医療などの社会保障の合計が、国民所得に占める比率にほかならない。1996年度の当初見込みでは、それは37.2%と試算されていて、それが2025年には、通産省推計で56.4%、経済企画庁推計で51.5%となる見通しなので、なんとかこれを50%以内におさえるように、というのが、橋本首相の政治的令達であるようだ。

政治家は何らかの理由で「国民負担率」という概念を好んで使うのであろうが、少なくとも社会保障関係の八つの審議会の会長先生方は、それにこだわっての審議をされる時間の無駄は省かれたほうがよい。スウェーデンの「国民負担率」は現に50%を超えていても同国国民は一向にそのことを気にしていないし、日本で「国民負担率」を下げたいと思ったら、米軍にたいする「思いやり予算」を廃止するとか無駄な公共事業費を削減するとか、方法はいくらでもある。

2 国民医療費の負担を問題にする

そこで、ここでの論議の焦点を国民医療費に合わせることにするが、本稿の冒頭でも述べたよう

に、国民医療費と呼ばれる数値の計算には家庭内介護という無償労働の評価は含まれていない。介護を要する老人の数は1995年現在で200万人を超えるとされているが、その人たちの23%は病院で、19%は福祉施設等で世話になっており、58%は在宅介護を受けているという[地主重美、1996年、p.32]。もしこの分布がほぼ正しいとすれば、家庭内無償労働は、老人1人当たり有償化すれば1日1万円として、年間約4兆円の評価を受けることとなる。これは、厚生省推計の老人医療費を5割ほど高めることになる大いさであって、負担を考えるさいに無視することはできない。

そこで、広い意味の国民医療費負担の主体となる項目を列挙すると、次のとおりとなる。

A 家計による直接的負担

- (a) 家庭内の無償労働
- (b) 直接的な金銭的負担
- (c) 保険への拠出

B 保険を通じての対応

- (a) 社会保険(企業による拠出を含む)
- (b) 私保険

C 公費によるもの

- (a) 国庫負担
- (b) 地方公共団体の出費

この広い意味の国民医療費の中には、上述した「家庭内の無償労働」のほかに、具体的には、現行国民医療費の間接部分(医療保障制度の実務に要する費用)、医療機関に対する公的負担部分、および医療の「周辺」分野に対する支出(予防・健康管理、高度先進医療等医療本体部分で保険給付されていないもの、歯科自由診療・差額ベッド等の医療周辺サービス)などが付加的に含まれることとなり、全部を合計すると、通常の国民医療費の144%程度になる[二木立、1996、p.67参照]。

問題は、これらの費用負担が現にどのように振り分けられており、そこに、解決すべきどのような課題があるかという点である。

3 主な問題点

問題点は非常に多いのだが、以下においては

くつかの主要論点だけを取り扱うこととする。

(1) 今年度の『厚生白書』(平成8年版)は「家族と社会保障——家族の社会的支援のために」という副題を付けて、その第1部で戦後日本の家族変容に焦点を合わせた詳細な記述にページを割いた。その中で、わが国における家庭の役割に関する意識調査の結果を報告し、家庭が「休息、安らぎを得る場」という答えが54.1%と最も多かったのに対し、「介護や扶養などの福祉の場」という扶助機能に賛意を表したものは1.8%ときわめて低い割合になっているという。このことは、さまざまな機能を担う家族の基盤が脆弱化していることを意味するとし、家族に対する社会的な支援の必要性を高めていて、その支援の役割を果たすのが社会保障制度である、と『白書』は推論するのだ。ここには、社会保障の対象となる単位が家族なのか個人なのかという重要な問題が伏在している。たとえば医療保障の給付対象は必然的に個人だが、医療保険への拠出者は家計の中の就労者であって、その就労者が世帯主だけであるなら、拠出は家族単位ということになる。その場合、家族内の専業主婦は、個人としては拠出なしの給付を受ける可能性があるので、一説[八田達夫・八代尚宏, 1996, p. 4]によれば、「現行の社会保障制度では、共稼ぎ世帯や単身世帯から無業の妻を持つ片稼ぎ世帯への大幅な所得移転が生じている」とされ、「それによって人々の就業行動が抑制されるなどの社会的損失をもたらす」という。この種の判断は、家庭内介護のための無償労働を評価しようとししない片手落ちを露呈したものと言わなければならない。アメリカでも、長期介護が無償の家庭内労働で提供されている延日数は、年間14億日にのぼると推計されており、1日分を1万円と評価すれば14兆円の規模となる[OECD, 1996, p. 280 参照]。

(2) 1961年に国民皆保険制度が実現して以来、全国民は被用者、自営業者、無業者、高齢退職者のいかに問わず、何らかの公的医療保険制度に強制加入することになっており、制度としては、大別して政管健保、組合健保、国民健保の三つに分かれる。これらはそれぞれに加入構成員に

ついでの特異性をもっているが、現在、全制度を通じて共通に言えることは、いずれもが相当額の赤字を記録しているという点である。しかし特に問題なのは、保険医療費の患者負担部分の比率が制度間でかなり異なっていること、また各制度の経常収入の中の国庫負担金の割合が著しく異なること等であって、「給付と負担の公平」という観点からして、今後なんらかの調整が必要となろう[桐木逸郎, 1996 参照]。

(3) 老人介護の問題が急登場する時代となり、介護の公的保障を保険方式によるか公費負担によるかが、現に活発な討議の主題となっている。厚生省は1996年6月に介護保険制度案を作成して、現在は国会への提出時期を待っている状態であるが、経団連などは、段階的に改革を進めて2000年度からは70歳以上の老人にたいしては医療費(患者負担を除く)の全額公費負担に切り換えるべきだ、とする提言を発表している[日本経済新聞, 1996年11月13日]。OECD加盟国間も、公費依存グループ(北欧諸国、ニュージーランド、英国等)と保険重視グループ(ドイツ、フランス、カナダ、オーストリア、日本等)とに分かれていて、対応の仕方には他の諸事情もからんでいてその根拠を簡単に割り切ることはできない[OECD, 1996 参照]。やはり重要な論点の一つは、高齢で長期介護を要するというリスクが保険可能な事象であるか否かであり、そこには、モーラル・ハザードや逆選択の問題に加えて、保険者の立場からみて全体費用の予見可能性が乏しいということからのリスクの大きさが考慮されねばならぬ、というのがOECD報告[p. 42]の指摘でもある。

一方では「じっさいには年々逼迫の一端をたどっていた長期介護の惨憺たる事情を、強固に家族内に隠蔽してしまった」これまでの事態[岡本祐三, p. 40]、他方では、政策の貧困を象徴している「社会的入院」の「繁昌ぶり」を考えると、老人介護の公的保障の問題は早急に解決されねばならぬ。想起するのは1988年のこと、私ども数名の研究者がこの問題に関連して提案した「高齢者医療制度」の構想である[NIRA助成研究, 1988年, pp. 60-63]。

(4) 患者本人ないしはその家族による直接的な自己負担の問題にも、焦点をあてての検討をしておきたい。新聞報道によると、たまたま去る11月22日に医療保険審議会は、健保など被用者保険の本人負担を現在の1割から2割に引き上げること、高齢者の自己負担を定額制(外来で月額1,020円)から定率制(1~2割)に改めること、薬剤費の負担は給付対象から除外するか、3~5割負担にすること等の改革案を打ち出したという。一部、少数意見もあったらしい。ともかく近く実現の可能性のある介護保険がスタートするとき、老人医療の患者負担が今のままだと、医療の負担の方がずっと安いという事態となり、折角の介護保険が機能しなくなるというのだ。いずれにせよ、医療と福祉の連携の問題は、現在の日本にとって重要な宿題となっているのだが、自己負担の問題を論ずるにあたっては、当然、家庭内介護の無償労働を計算に入れるべきであるし、また、『朝日新聞』の有岡二郎編集委員が書いたように[11月23日付]、「薬や検査の数を多くするほど医療機関の収入増になる医療費のあり方を改め、効率的で良質な医療が増える仕組みにする改革が同時でなければ、患者負担引き上げに国民の同意は得られないだろう。」

自己負担の問題は、アメリカでもいろいろ試行錯誤の苦心を重ねてきた。特に注目すべきなのは、Health Maintenance Organization(前払い制保健機構、略称してHMO)や、Medical Savings Accounts(医療貯蓄勘定、略称してMSA)の制度であって、わが国でも創意に富んだ方式の探究開発に、今後の期待をかけたい。

(5) 世代間の負担移転の問題。これは節をあらためて論ずることとする。

IV 世代間の負担移転について

かつては、負担能力が低くて医療ニーズの高い低所得者への再配分が医療保険における主要な再分配機能だったのだが、現在は違う。老人医療費の増大によって全年齢層をカバーする医療保険は、その給付構造において、現役年齢層から老年退職

者年齢層への再分配機能を強めるような仕組みに変わりつつあるのだ。つまり世代間の負担移転にはかならない。

この問題をめぐり、具体的な数字をあげてドラマティックに指摘してみせたのは東京大学の宮島洋教授だった。教授は、厚生年金における拠出と給付の対応関係を厚生省年金局による推計に基づいて調べ、「今70歳の人には、自分が払った保険料の18.3倍の年金をもらっている。ところが、去年生まれた0歳児は1.9倍しか戻ってこない。……こんな不公平なことがあるか。今の年金受給者は取りすぎだという議論になる」と書いた[宮島洋, 1995, pp. 19-20]。

宮島教授は、この事態を「不幸な世代間戦争」と呼び、年金制度が「積立方式」ではなくて「賦課方式」に移行していく過程ではこうした問題が発生するのは当然だとし、一つの答えとしては、世代間で順送りに扶養していくという「連帯」の考え方で、世代間の不信感が克服できるのではないかとしながらも、それだけでは若い世代を納得させえないだろうとして、特に高齢者世代による遺産贈与がもつ相殺的役割を強調する。そして、1992年度について「勤労の世代から高齢の世代に年金保険料が25兆円、高齢の世代から勤労の世代に毎年、遺産贈与で20兆円戻っている」とし、この後者の数字は「実際には、多分30兆円ぐらいになっています」と述べて、年金保険料との相殺関係を「立証」されるのである[宮島洋, 1995, p. 51]。しかし、この立論には難点がある。というのは、勤労世代による拠出は普遍性をもっているのに対し、遺産相続の方は老齢世代のあいだでも部分的であるだけでなく個別的でその金額に大きな格差があって、現実には得られる相殺関係はきわめて限られているからである。むしろ地主重美氏が言うように、「資産課税を強化しその税収の一部を医療保険の財源として活用していくこと」で「負担の世代間格差を是正」したほうが有効適切であろう[地主重美, 1996, p. 28]。

この世代間の負担移転の問題は、アメリカでも社会的に大きな問題となってきた。保守派の論者たちは、若年層の負担で高齢者への給付が増え、

それも足りなくて政府予算が赤字になることを非難して、「この国の若い人たちに、彼らの将来を返してやるべきだ」(“To the young people of this country: give them their future back!”)というスローガンを掲げて、福祉内容の縮減や政府予算の均衡化を世論に訴えてきた。経済学者としてこの問題点と真正面に取り組み明快な答えを提供したのはロバート・アイスナーであって(Eisner, 1994)、彼は、日本で宮島教授が提起したのと同じ問題を取りあげ、高齢化する両親が自らの拠出以上に晩年の給付を受けるようにみえても、大事なことは彼らが育児や教育の形で次の世代を立派に育てあげるための負担をかつてはしたのだ、という点を強調する[アイスナー, 1995, p. 178]。その国の社会経済の将来を健全に繁栄させるための礎を確固なものとする貢献こそが親たちの課題なのであって、そのための拠出が老後の給付の形で償われるのだとすれば、そこには十分の相殺関係があるのではないかとアイスナーは言う。また、かりに政府赤字が避けられなくて国債が増えても、それが対外債務ではなくて内国債であれば、国の債務を保有する国民の資産が増えたに等しいのだから、特に心配の必要はない、というのが経済学での常識でもあった。そこには考慮すべき関連事項が多いことはたしかだが、国民にとり身近な問題であるだけに政治的に悪用されることの多いこうした問題については、国民として十分の警戒が必要である。日本での最近の論調の中には、アイスナーがアメリカで批判の対象としている短絡的立言が少なくないことを、私などは残念に思っている。

注

- 1) ここでの記述を含め、他のモデル計算による具体例については、冲中記念成人病研究所『増大かつ多様化する医療需要に対する医療組織の対応に関する研究』(総合研究開発機構助成研究, 昭和55年3月) pp. 75-84を参照されたい。
- 2) David A. Wise, “The Economics of Aging”, *NBER Reporter*, Summer 1996, pp. 8-9を参照されたい。
- 3) *New York Times*, 1985年3月10日号へのG. Raymond Selby氏の寄稿がそれで、詳しくは冲中記念成人病研究所『国民医療をめぐる社会環境の変化と技術革新』(総合研究開発機構助成研究, 昭和63年6月), pp. 65-66に紹介されている。

参考文献

- OECD, “Caring for Frail Elderly People—Policies in evolution”, *Social Policy Studies*, No. 19, 1996.
- 地主重美 (1996) 「国民医療費と医療保険」, 社会保障研究所編『医療保障と医療費』, 東京大学出版会。
- 二木立 (1996) 「国民医療費をめぐる“常識”のうそ」『エコノミスト』1996年11月26日号。
- 八田達夫・八代尚宏 (1996) 「社会保険制度改革への経済学的アプローチ: 総論」『日本経済研究』No. 33, 日本経済研究センター。
- 桐木逸郎 (1996) 「健保組合ルネッサンス論(8)」『健康保険』6月号。
- 岡本祐三 (1996) 『高齢者医療と福祉』, 岩波新書456号。
- NIRA 助成研究 (1988) 『国民医療をめぐる社会環境の変化と技術革新』, 冲中記念成人病研究所発行, 研究代表者都留重人。
- 宮島洋 (1995) 『国民経済と社会保障』, 自治総研ブックレット46。
- Robert Eisner, *The Misunderstood Economy: What counts and how to count it*, Harvard Business School Press, 1994; 邦訳は都留重人監訳『経済の誤解を解く』日本経済新聞社, 1995。
- (つる・しげと 一橋大学名誉教授)