

## 医療保険モニードに応じた予算配分へ

著者	一圓 光彌
雑誌名	ウェルフェア
巻	39
号	2
ページ	20-23
発行年	2000-03
権利	(C) 財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会 このデータは財団法人全国勤労者福祉・共済振興協会の許諾を得て作成しています。
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10112/7028">http://hdl.handle.net/10112/7028</a>

# 医療保険も二一〇に近づいた予算配分へ

## 高齢者・障害者も自立し、

## 健康維持できる生活実現を

新時代に適應した  
社会保障制度の構築を

21世紀に向けた年金、医療・  
社会福祉の将来像を探る

### 非高齢社会と超高齢社会

二世紀に向けて、私たちの社会は今大きな変化の過程にある。社会の変化は、社会保障のあり方にも大きな影響を与える。これから迎えるようとする社会の変化は非常に激しいと予想されるので、社会保障の改革を考える場合にも、その変化の方向を見誤らないようにしなければならない。ここでは、私たちが近く迎えるであろう社会とこれまでの社会とをはつきりと区別するために、これまでの社会を非高齢社会と呼び、これからの社会を超高齢社会と呼ぶことにする。

現在の社会保障の多くは戦前にその起源を有している。古い社会保障制度は、夫が外で

働いて、家を支え、妻は家で家事をこなし多くの子供を育て、最後の子供が成人に達する頃に親も人生を終えることのできた時代の産物である。社会保障は、なによりも家の稼ぎ手である被用労働者のための制度であった。

戦後に社会保障という言葉が生まれ、社会保障が国民のものとなるにしたがい、被用者以外の国民にも社会保障が適用されるようになり、またその後の高度経済成長期を経て社会保障の給付水準も大幅に改善され、引き続き高齢化の進展を通して、多くの国民が社会保障の給付を受給する時代になった。一九九七年では、社会保障給付費は国民所得の一八%弱となり、そのうち高齢者に対して支払われる給付費が全体の三分の二弱を占めるまでになった。

関西大学経済学部教授

### 一圓 光彌



1943年高知県生まれ。71年関西学院大学大学院経済学研究科博士過程修了。69年同大学経済学部助手。72年健康保険組合連合会社会保険研究室研究員。78年国立公衆衛生院衛生行政学部主任研究官。81年関西大学経済学部助教授。85年同大学経済学部教授。現在に至る。財団法人兵庫県長寿社会研究機構常務理事・主任研究員、大阪府地方労働委員会公益委員などもつとめる。社会保険研究奨励賞(対象論文「ナショナル・ミニマム論再考」)受賞。86年経済学博士(対象著書「イギリス社会保障論」)。主な著書に「社会保障論(第2版)」(誠信書房、98年)など多数。

超高齢社会の社会保障も、こうした変化の延長線上にあることは間違いないが、六五歳以上の人口が現在の二七%程度から三割ないしそれ以上に増えるようになると、量的な変化だけでなく、質的な変化が起こるものと考えておくことが必要であろう。社会保障はそうした時代の要請にこたえられるものでなくてはならない。

社会保障の単位である家族は、大きく変わろうとしている。夫婦がともに働くのがあたりまえになりつつあるし、親子二世代がともに年金生活を送る同居家族もごくありふれた家族の姿となった。社会保障にとつてもっと象徴的なのは、これまで増加の二途をたどってきた被用者保険の被保険者数の増加傾向が終わり、むしろその他の就労形態である国民健康保険の被保険者が増

加しはじめたことである。年金においても同じように、厚生年金の適用事業所や被保険者が減少しだしている。雇い主が保険料の負担を避けようとするからである。

社会保障は、企業等に雇われて仕事をする被用者の制度として誕生し、被用者の増加とともに発展してきた。そうした社会保障の発展の流れからすれば、自営業者等を対象とする制度は、補足的な、先細りの制度と考えられていた。しかしながら、最近の傾向をみると、社会保障上は被扶養者と位置付けられてきたパートタイマーなどの非正規の就労者が大きく増加するとともに、各人の生涯の中でも、正規の就労時期の占める割合が低下するようになった。もちろん、そうした現象は、二面では今日の不況が強く影響している。しかし同時に、欧米諸国などの同様の傾向を考慮すれば、就労形態の多様化や失業者の増加の傾向が簡単に逆転するとは考えられない。そうであるならば、正規労働者を中心に据える社会保障から、どのような就労形態の者でも、その能力に応じて加入できるような、個人を単位とする社会保障へと変えていくことが必要となっている。雇い主負担についても、将来はこれを消費税に置き換えることが合理的であろう。

## 普段の生活を支える福祉と医療

私たちの生涯が、子どもが成人になる頃に終わっていた非高齢社会では、退職後の生活はいわば付録のようなもので、そのリスクに対処するの

が老齢年金であった。引退後に病気にでもなれば、そのまま最期を迎えるのがごく自然であり、老後に多額の医療費がかかったり、介護の費用がかつたりすることはあまり考えられなかった。退職後に何十年も生き続けるとか、一〇〇歳を超える人が、万人を超えるなどとは、ごく最近まで考え及ばないことであった。

病気のリスクにしても、病気で働けなくなるということが一番の心配で、その間の生活費を確保し、早く治療をして職場に復帰できることが重要であり、医療給付を受ける期間は、保険料を支払う長い期間にはさまれた、非日常的な特別な事態として捉えられていた。こうした非日常的な事態に対しては、「保険」を用いるのが合理的なので健康保険が適用された。病状や傷害がおさまりに、本人に障害が残った場合には、これとは別の障害年金が支払われたが、障害年金には、生活費を保障する部分と、障害を補うための費用を保障する部分とが含まれていた。

これらとは別に、障害者などを対象に社会福祉が実施されたが、誰もがその障害の程度において援助を受けるというものではなく、特別に困難な事情にある人や家族に対する援助の措置として実施され、時として普通の人々の生活とは切り離された形で、障害者や老人の生存が守られた。

このように、非高齢社会では、非日常的なリスクに陥っている個人や家族に対して、リスクごとに定められた特定の社会保障制度が対応し、同じ人や家族にいくつもの社会保障制度が入り込んで援助するように設計されていなかった。しかし超高齢社会では、生活困難の原因が、人々の日々

の生活の場で、多面的、重層的に起こるので、社会保障の各制度は相互に連携しながら、個々人の必要性を個別に埋めていくことが必要になる。

高齢者の多くは、何らかの疾患や障害を持ちながらも、それなりに元気で健康な生活を維持している。年金で生活費を確保し、適切な医学的な管理や社会福祉の援助を受けられることが、その人の生活の質を高め、そのことがまた医療や福祉サービスの効果にも影響を及ぼすようになっている。これまでのように、社会保障の制度で人が区分けされるのではなく、各人がもつさまざまな必要性に応じて、年金も医療も福祉もが提供され、その人の生活の質が確保されなくてはならなくなつた。

社会的入院の問題は、福祉の提供が十分でないため、障害高齢者のリスクを医療保険がトータルに引き受けざるをえなかったことから生まれているが、その結果多くの人は、不必要な治療を強いられ、人生の最後の時期を狭い病室で無為に過ごすことを強いられることになった。同じような状況は、程度の差はあるものの福祉施設においても認められる。地域における日々の生活の場で、必要な福祉サービスが提供されるようになっていけば、施設での生活を必要としない人は少なくともはいはずである。福祉の先進国で、施設をなくしたり、施設を限りなく普通の生活の場に変えていこうとする動きがあるが、いずれも、日常生活の場で社会保障を機能させようとする考え方のあらわれである。

医療についても普段の生活が重要になっている。完治できるような病気の場合、医師の判断と指

示に従うという受身の態度でも、患者は健康を取り戻すことができた。しかし慢性疾患の場合には、患者が自分の体と病気をよく理解して、日ごろの生活を通して病状を管理し、そのことを通して医療目的を達成していかなくてはならない。医療においても、その効果が発揮される場合は、病院や診療所ではなく患者の日々の生活なのである。

## 医療改革と福祉改革の方向

成人病という言葉を生生活習慣病と呼びかえて、生活スタイルが病気に深く関係していることが強調されるようになり、また「健康日本21」が策定され、国民の健康づくり運動が展開されるようになった。超高齢社会の医療保険は、予防事業を積極的にとりいれる、言葉の真の意味での「健康」保険にならなくてはならない。そのためには、医療供給システムをプライマリーケアに重点をおいたものに変えていくとともに、健康づくりや福祉との連携が強化される仕組みとしなくてはならない。健康保険は、給付費を支給する制度から、多様なサービスを組み合わせ、効率よく管理する仕組みに変わることが必要で、それには、健康保険の保険者に自主性が認められ、保険者としての機能が発揮できるようにすることが重要である。

日常的な医療は継続的な医療と言い換えてもよい。これを支えるプライマリーケアの強化と福祉との連携が改革の目指すべき方向であるが、このことはこれまでの出来高払い中心の診療報酬

体系からより包括的な支払制度への転換を要請する。細分化された出来高払いをより包括的な支払い方式に変えらるとともに、総額請負方式を組み合わせて、プライマリーケアの自由度と主体性を高めることも必要である。これまでは、薬価や診療報酬単価など、ミクロ経済的な規制手段を中心に医療費適正化や合理化が図られてきたが、診療側に一定の財源を括してゆだね、診療側がその財源で効率的な医療提供を工夫できるように仕組むも取り入れていくべきであろう。この点は、介護保険にとっても今後の課題であるといえる。

超高齢社会の医療と福祉は、患者や高齢者や障害者が健康で充実した生活を維持できるように、ニーズに適切に対応できるものでなくてはならない。この問題を解決しなくてはならない。九九七年度の高齢者関係給付費を見ると、老人医療の費用が九・六兆円であったのに対して、老人福祉の費用は二・三兆円弱であった。福祉の充実した北欧などでは、福祉の費用が医療に肩を並べるほどになっている。一九九四年の「二世紀福祉ビジョン」では、年金対医療対福祉等のバランスを、五対四対、から五対三対に変えていくとの方向が示されたが、この目標を達成することがさしあたっての課題であろう。

発足した介護保険は、遅れていた福祉の充実を、高齢者福祉を中心に果たそうとするものであるが、今後の需要の急激な増加を考えると、思い切った基盤整備と、予防事業の充実が求められる。この介護保険がこれまでの高齢者福祉と大きく異なる

点は、誰もが保険料を負担して、その見返りとして必要な給付を選べるようにしたことである。この負担と給付の関係は、私たちが普段、日常的に経験する物やサービスの購入と似ていて、行政による、方的な特別の「お世話」でない点が重要である。どのようなサービスをどのような供給主体から買うかは、本人が決めることになっている。このように介護保険は、行政の措置によるサービスを、被保険者とサービス提供者との契約に基づく給付に転換させたことになる。非日常的な社会的に特別な事態に対する行政による生活保障から、日々の生活上の不足を必要に応じて補う、誰もが利用できるサービス保障への転換を意味している。このようなサービス利用の普遍化がない限り、医療に近づくほどに福祉を発展させることはできない。

社会福祉一般を措置から契約に転換することは、日本で、誰もが利用できる福祉を実現するために必要な条件のひとつである。今のところ介護保険は四〇歳以上の人口にしか適用されておらず、社会福祉の制度体系の中では介護保険が特別な扱いになっているが、実施されようとしている社会福祉の基礎構造改革が進めば、介護保険以外の福祉の分野でも契約によるサービス提供が取り入れられ、介護保険を全人口に広げる条件が整うことになるであろう。

## 障害者や高齢者を厄介者扱いしない財源システム

給付面で、医療も福祉も、同じく契約に基づいて

て提供されるようになり、誰もが必要に応じて適切な給付が受けられる条件を整えても、患者や障害者の立場から安心できるシステムとするには、十分な財源が確保され、十分なサービスの供給量が確保されることが必要である。そのためには、私たちの負担が給付との関係で意識され、その決定プロセスに多くの関係者が参加できることが重要であろう。

非高齢社会では、退職年金などを除けば、家の稼ぎ手が払う保険料で本人やその被扶養者の給付が賄われていた。社会保険であるから、リスクの大きさと負担の重さが個々の被保険者について一致していたわけではないが、各自が属している保険の範囲では、収支がおおむね一致するようになっていた。しかし、超高齢社会では、社会保険の給付費の大部分が高齢者を対象とするようになるので、高齢者が多いことはその保険の財政に決定的な影響を与えることになる。社会保障をめぐって、負担ばかりさせられていく人と、受給するばかりの人が、大きく分断される形になる。

この負担と給付をめぐる社会的な役割の分断は、十分な財源を確保して充実した社会保障を確保する上で大きな問題となる。こうした仕組みの代表例は公的扶助である。この場合、負担する側からすれば、その費用はできれば避けたいやむをえないコストと考えられるし、受け取る側も、援助を受けているという受身の気持ちを抑え、払うことはできない。このため、十分な財源を確保することが困難で、生活を向上させるゆとりある給付を実現することができない。

この点、世代間の扶養の仕組みでも、各自が支払って来たものに対する見返りとみなされる年金保険などは、こうした問題がある程度回避することができる。社会保険による年金や医療や福祉の仕組みが望ましい。一つの理由はこの点にある。

医療保険の財源政策上の問題は、高齢者の医療財源をどう確保するかということである。有力視されている別建ての高齢者医療保険制度は、保険料収入が期待できないので、税方式に近いものになり、その他の国民の医療保険とは質的に異なるものになるおそれがある。日本人の税金に対する考え方がすると、こうした高齢者だけの医療保障制度で十分な財源が確保できるようには思えない。

健保連や連合が主張している突き抜け方式は、若い世代と高齢世代が同じ保険に属して助け合うもので、医療保障の仕組みとして別建て方式よりは望ましい。しかし、高齢者の集団をどのように両グループで分け合うのか、合理的な根拠を見出すのは難しく、高齢者を邪魔者として押し付け合うことになりかねない。

国保中央会の主張する統合・元化の提案は、財布をつにるので財源政策面からすると合理的であるが、元化された大規模な保険者が効率的な保険運営を達成できるとは考えられない。保険者機能が十分に発揮できて、加入者にとって負担と給付が意識しやすく、多くの加入者が参加意識をもてるような、適正規模を維持することが重要である。

このように考えると、年金保険のように、若い

時に保険料を支払い、高齢期に必要な給付の財源が個々の高齢者に付いて回る形の社会保険の仕組みがよいように思われる。保険料の徴収は、すでに述べたように個人単位とし、またパートの報酬なども含めて所得比例で能力に応じて負担するようにする。

障害者や高齢者に、それまでの保険料の拠出を条件に、医療保険や介護保険の財源が付与されるようにすれば、どの年齢の被保険者がどの保険に加入しても、平均的な医療や福祉の給付費が予算として確保できるので、保険者相互で高齢者や障害者を押し付けあうことはなくなるであろう。

保険者のニードに応じて予算を配分する財政方式は、不完全ではあるがすでに介護保険で実現している。保険者にとっては、よいサービスを提供し、より多くの高齢者を呼び寄せ、それにより地域経済の活性化を図ることもできる。また介護保険の事業計画の策定過程や、今後の運営過程に、住民がさまざまな形で参加し、地域に根ざした福祉を実現することも可能で、実際にもそうした取り組みが各地で始まっている。高齢者や障害者にそのニードに応じた財源が付与され、その需要を軸に市場が発展するようになれば、高齢者や障害者も、社会の他の構成員と同じく、生き生きとした生活を実現することができるようになり、それが自立と健康を維持するのに大きく役立つようになるであろう。