

# 「全世代型社会保障への転換」の目指す方向と課題

## Problems and Prospects for the Future of “Changing to Social Security for All Generations”

芝田 英昭

SHIBATA Hideaki

### 要約

本稿では、2019年12月19日に政府の全世代型社会保障検討会議が提出した「中間報告」をもとに、今後予定される医療保険・医療制度、介護保険、年金制度の中身を検討した。

具体的には、中間報告は全世代型社会保障への転換を謳っているが、本質的には社会保障における「負担」を世代に関係なく全世代で負担させようとしていると理解することができる。

また、持続可能な社会保障を構築するための対抗案も示した。本稿が、社会保障改革の議論に寄与する事を期待する。

### Abstract

This paper describes Japanese government's plan for medical insurance, a medical system, long-term care insurance, and pension insurance. It announced the interim report of the committee of social security for all generations on December 19, 2019. The report stated that the Japanese government should change their policy and require people to pay social security contributions regardless of the generation. In this paper, I would like to propose an alternative social security scheme in contrast to the Japanese government's reported plan.

**Key words:** social security for all generations, medical insurance, a medical system, long term care insurance, pension insurance

## I. 給付の公平論なのか、負担の公平論か

安倍首相が、2017年9月25日の衆議院解散表明で「全世代型社会保障への転換」を打ち出し、世代間の公平論の観点から社会保障改革の姿勢を明確にした。しかし、これが政府として全世代型社会保障改革を打ち出した最初ではない。その源流は、2012年8月、民主党政権下で、同党、自民党、公明党3党合意に基づき成立した「社会保障と税の一体改革関連法8法」にある。

関連法の中核をなす社会保障制度改革推進法第4条4項では、「国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする」と書かれ、全世代への給付拡充を意図しているのではなく、全世代の負担の公平論から述べられている。それは、同条の1項が、「社会保障制度改革は、(中略)自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるように留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと」からも理解できる。

その後、社会保障制度改革推進法に基づき「社会保障制度改革国民会議」が設置され、2013年8月6日に『確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋(報告書)』が政府に提出された。同報告書に初めて「全世代型の社会保障に転換する」<sup>(1)</sup>との文言を確認することができる。

同報告書の中で、「若い人も含め、すべての世代に安心感と納得感の得られる全世代型の社会保障に転換することを目指し、子ども・子育て支援など、若い人々の希望につながる投資を積極的に行うことが必要である」<sup>(2)</sup>として、社会保障給付の中でも子ども・若者支援を行うことを明言し、社会保障給付全体の底上げをするかのようにも見えるが、その実、高齢者分野の社会保障給付削減分を子ども・若者分野に回すとの発想である。

さらに、「高齢世代にも、社会保障が世代間の連帯・助け合いの制度であることを理解してもらい、社会保障を持続可能なものとしていく努力を求める必要がある」<sup>(3)</sup>として、高齢者へのなお一層の負担を求める内容となっている。

## II. 財源としての消費税率アップに向けての「全世代型社会保障への転換」

2012年の税制抜本改革法により、消費税法改正が行われ、同法1条2項に「消費税の収入については、地方交付税法の定めるところによるほか、毎年度、制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する経費に充てるものとする」と明記され、消費税が5%から8%に引き上げられた2014年4月以降、消費税の社会保障財源化が実施されている。

しかし、『「社会保障財源化」は消費増税を国民に受け容れさせるためのレトリック(言葉によるごまかし)であり、実際には消費税以外の歳入項目から社会保障関係費を切断して抑制する仕掛け」<sup>(4)</sup>と言われ、社会保障充実には繋がっていない。

### Ⅲ. 全世代型社会保障転換への第一歩…「骨太の方針2019」

#### 1. 全世代型社会保障転換の真の狙い

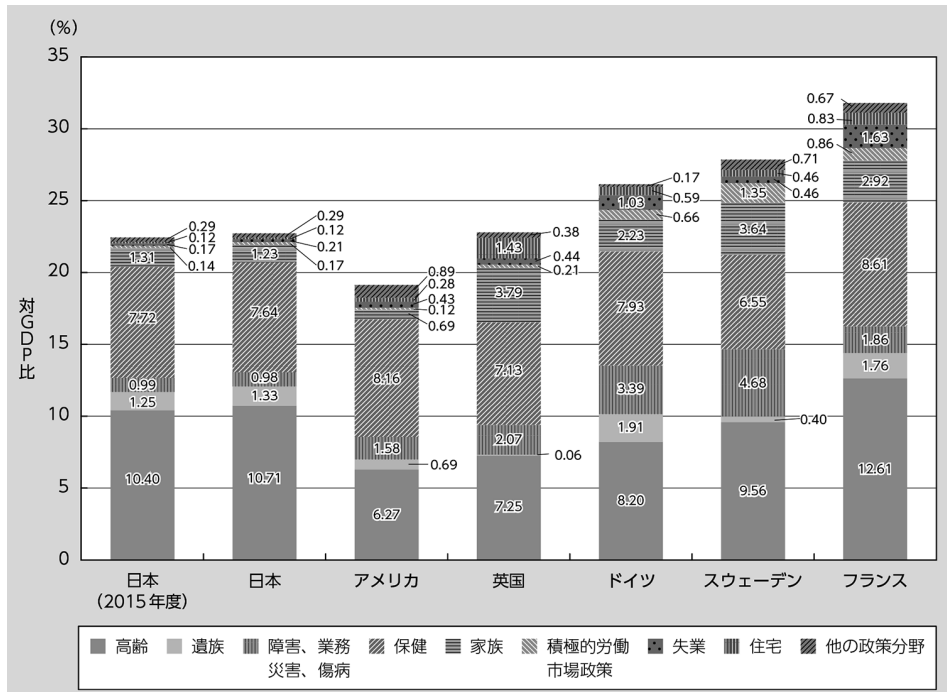
2019年6月21日、『骨太の方針2019(以下、「骨太2019」)』<sup>(5)</sup>が、閣議決定された。もともと骨太の方針は、元総理小泉純一郎が「聖域なき構造改革」を着実に実施するために、経済財政諮問会議において決議した政策の基本骨格で、2001年6月に経済財政諮問会議において答申されたのが最初である。それ以来、毎年6月に経済財政諮問会議はその年度の骨太の方針を答申し、最終的に閣議決定されている。当然、骨太2019には、政府の「社会保障方針」が含まれている。

さて、骨太2019は、「全世代型社会保障を実現していくことが不可欠」<sup>(6)</sup>としているが、その本気度は極めて疑わしい。骨太の方針2018では、「社会保障関係費については、(経済・財政)再生計画において、2020年度に向けてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針」、「経済・物価動向等を踏まえ、2019年度以降、その方針を2021年度まで継続する」としていることから、少なくとも2021年度までは、社会保障支出総額は、高齢化に伴う自然増分だけを勘案して策定されることになる。従って、総枠をほとんど変えず、分配のあり方を幾分変えるだけではなからうか。

確かに、図1でも分かるように、日本社会保障支出は、他の国に比べ高齢者向けの支出が多く、家族・住宅支出がかなり少ないことが窺われ、極めてバランスが悪いのが実情である。

このことから、家族・子どもや住宅への支出を増やすことは当然であるが、安倍政権では、

図1 政策分野別社会支出の国際比較(2013年度)



出典：厚生労働省『2017年度版厚生労働白書』2017年11月、p.17。

社会保障全領域の支出をも、予算編成時点で毎年削減してきており、また、諸外国と比べても社会支出のGDP比が低いことから、社会支出総額を増やしていくことは当然であるし、その中で家族・子どもや住宅支出を増やすのであれば理解できる。

ただ、骨太2019では、全世代型社会保障への転換として、「働き方を自由を選べる中で社会保障の支え手を拡大」<sup>(7)</sup>することを前提としている。社会保障財源の調達は、極めて重要な課題であるが、この文言からは、労働者や国民一般だけが社会保障財源を支えるとの方向しか見えてこないし、社会保障における企業責任は、何ら問うていない。

## 2. 社会保障財源国際比較から見えるもの…企業責任を問うべき

表1は、日本を含めた6カ国の社会保障財源の比較であるが、福祉国家と言われる国が、社会保障財源を消費税に依存しているわけではない。高度な福祉国家と称されるスウェーデンですら、日本とほぼ同程度の13.8%である。また、フランスに至っては5.5%となっている。

社会保障財源の根拠として、最も求められるのは、労働者の生活を守り発展させることで、誰が便益を受けるのかではなからうか。資本主義社会は、社会保障が充実して、健康で幸福な労働者が多数を占めることは、企業にとっては、医療やその他の生活事故に対しての「個別支出を減ずる」ことができ、多くの便益を受ける。したがって、制度としての社会保障財源の多くを、企業が負担することは当然と考えられる。

事実、福祉国家と言われる国では、社会保障財源における「事業主保険料（負担）」が多くを占めている。日本は24.0%であるが、フランスは41.9%、スウェーデンは38.1%、である。

表1 各国の社会保障財源割合の比較

	日本	イギリス	ドイツ	フランス	イタリア	スウェーデン
消費税(付加価値税)	13.5%	13.3%	10.1%	5.5%	10.0%	13.8%
本人保険料	27.0%	9.1%	30.5%	19.2%	14.8%	8.8%
事業主保険料	24.0%	25.8%	34.4%	41.9%	34.9%	38.1%
その他の税	21.9%	37.7%	23.4%	30.2%	38.4%	37.1%
その他	13.6%	14.0%	1.6%	3.2%	2.0%	2.2%

出典：全労連・労働総研編「2019年国民春闘白書」学習の友社、2018年12月、筆者加工。

注：各国の消費税標準税率は、日本：10%、イギリス：20%、ドイツ：19%、フランス：20%、イタリア：21%、スウェーデン：25%。

「その他」には、一部負担（窓口負担）を含む。

## 3. 全世代型社会保障と健康自己責任論の落とし穴

政治家が、さも得意げに「健康自己責任論」を吹聴することが、しばしばある。麻生太郎副総理兼財務相は、2018年10月23日の閣議後の記者会見で、不摂生が理由で病気になった人の医療費を健康のために努力している人が負担するのは「あほらしい」と指摘した知人の言葉を紹介し、「いいことを言う」と同調し<sup>(8)</sup>、生活習慣の乱れにより自ら病気を招いた人の医療費を負担

するのは不公平との認識を示した。

麻生は、過去にも同様の発言をしている。第二次安倍政権で副総理兼財務相に就くと、2013年4月24日の都内会合で、「食いただけ食って、飲みたいだけ飲んで糖尿になって病院に入るやつは医療費は俺たちが払っているんだから、公平じゃない」、「こいつが将来病気になったら医療費を払うのかと、無性に腹が立つときがある」<sup>(9)</sup>、と健康自己責任論を強弁した。

骨太2019では、「予防・健康づくりには、1、個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する、2、健康寿命を延ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、3、高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している。これらに加え、生活習慣の改善・早期予防や介護・認知症の予防を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される」<sup>(10)</sup>とし、政府としても「健康自己責任論」を全面的に打ち出した。

また、2019年6月18日には、「認知症施策推進大綱」が閣議決定され、医学的にもその発症のメカニズムが必ずしも明確になっていない「認知症」すら、予防（発症や進行を遅らせる）を自己責任の対象とした。

骨太2019が掲げる医療や介護での予防重視には、健康自己責任論の落とし穴がある。健康を損ねた人や認知症の人に「生活習慣の改善や認知症対策を怠った人、努力をしなかった人」とレッテルを貼り、集団から排除することになりかねない。

厚生労働省が毎年実施している国民健康・栄養調査があり、国民の健康度合いを見る上では重要な調査である。2018年調査(表2)では、所得も調査対象項目に含まれており、所得と、健康度合いの関係性を知ることができる。

所得4区分別(年世帯所得 200万円未満、200万円以上400万円 未満、400万円以上600万円 未満、600万円以上)の生活習慣等(食生活、運動、喫煙、飲食、睡眠、健診、体型、歯の本数)の状況を集計分析しているが、例えば、習慣的に喫煙している者の割合、健康診断未受診者の割合、歯の本数が20本未満と回答した者の割合は、世帯所得が600万円以上の世帯員に比較し、男女とも200万円未満の世帯員で有意に高い。運動習慣も、高所得者ほど高い傾向にあり、生活習慣の乱れと所得は正比例する関係にあることが理解できる。

非正規雇用で賃金が安いいためダブルワーク、トリプルワークを強いられれば、自己の健康に気を使う物理的余裕がなくなる。十分な食事を摂る時間と経済的余裕がないため比較的安価なコンビニ弁当やジャンクフードに依存せざるを得なくなるであろう。適度な運動をするためのジムに通う時間とお金もない。経済的、物理的根拠を欠けば、健康に対する十分な情報も得られないのが実情ではないであろうか。

所得は、労働実態や教育歴に大きく影響を受ける。この点から健康を考えれば、自己責任ではなく、社会のあり方や人権意識の成熟度との関連で論じられるべきではないだろうか。



表2 所得と生活習慣等に関する状況（20歳以上）

		①200万円未満		②200万円以上 400万円未満		③400万円以上 600万円未満		④600万円以上		① vs ④	② vs ④	③ vs ④
		人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値			
食塩摂取量の平均値	(男性)	281	10.5g	705	10.9g	537	11.1g	821	11.2g	★		
	(女性)	453	9.2g	802	9.3g	574	9.2g	900	9.3g			
1. 食生活 野菜摂取量の平均値	(男性)	281	253.9g	705	271.2g	537	301.2g	821	296.6g	★	★	
	(女性)	453	266.6g	802	264.4g	574	283.7g	900	278.5g			
果物摂取量 100g 未満 の者の割合	(男性)	281	64.4%	705	65.3%	537	62.7%	821	67.9%			
	(女性)	453	64.5%	802	56.3%	574	53.3%	900	55.7%	★		
2. 運動 運動習慣のない者 の割合	(男性)	179	66.4%	439	70.6%	285	66.3%	407	61.7%			
	(女性)	325	70.9%	534	76.5%	375	78.6%	560	63.1%			
歩数の平均値	(男性)	253	5,327	653	6,751	522	7,243	798	7,015	★		
	(女性)	396	5,685	743	5,897	548	5,779	868	6,373	★	★	★
3. 喫煙 現在習慣的に喫煙 している者の割合	(男性)	337	34.3%	810	32.9%	613	29.4%	925	27.3%	★	★	
	(女性)	529	13.7%	911	9.6%	646	6.6%	1,001	6.5%	★		
4. 飲酒 生活習慣病のリスクを高 める量を飲酒している 者の割合	(男性)	338	12.1%	809	15.3%	615	13.8%	927	19.2%	★		★
	(女性)	528	6.6%	911	8.7%	645	15.6%	1,001	8.7%			
5. 睡眠 睡眠による休養が十分と れていない者の割合	(男性)	338	16.4%	810	22.5%	615	20.0%	927	22.0%			
	(女性)	529	28.1%	910	20.9%	644	22.4%	999	20.2%	★		
6. 健診 未受診者の割合	(男性)	337	40.7%	810	29.8%	615	19.2%	927	16.7%	★	★	★
	(女性)	528	41.1%	909	34.2%	644	36.8%	1,001	26.1%	★	★	★
7. 体型 肥満者の割合	(男性)	260	30.0%	660	30.8%	486	31.9%	732	32.0%			
	(女性)	431	18.5%	712	23.8%	518	28.1%	804	27.0%			
やせの者の割合	(男性)	260	4.8%	660	5.1%	486	2.7%	732	2.2%			★
	(女性)	431	9.0%	712	10.7%	518	11.4%	804	9.9%			
8. 歯の本数 歯の本数 20 歯未満と 回答した者の割合	(男性)	334	30.2%	802	24.0%	612	21.3%	927	18.9%	★	★	★
	(女性)	529	29.8%	905	22.2%	643	16.6%	998	21.6%	★	★	

注1) 推定値は、年齢階級(20-39歳、40-59歳、60-69歳、70歳以上の4区分)と世帯員数(1人、2人、3人、4人、5人以上世帯の5区分)での調整値。割合に関する項目は直接法、平均値に関する項目は共分散分析を用いて算出。

注2) 「所得」とは、生活習慣調査票の問13で、回答した過去1年間の世帯の収入(税込み)。

注3) 世帯の所得額を当該世帯員に当てはめて多変量解析(割合に関する項目はロジスティック回帰分析、平均値に関する項目は共分散分析)を用いて600万円以上を基準とした他の3群との群間比較を実施。

注4) ★は世帯の所得が600万円以上の世帯員と比較して群間の有意差があった項目。

※「運動習慣のない者」とは、「運動習慣のある者(1回30分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続している者)」に該当しない者。

※「現在習慣的に喫煙している者」とは、喫煙の状況が「毎日吸う」又は「時々吸う」と回答した者。

※「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上の者とし、以下の方法で算出した。

①男性:「毎日×2合以上」+「週5~6日×2合以上」+「週3~4日×3合以上」+「週1~2日×5合以上」+「月1~3日×5合以上」

②女性:「毎日×1合以上」+「週5~6日×1合以上」+「週3~4日×1合以上」+「週1~2日×3合以上」+「月1~3日×5合以上」

※「睡眠で休養が十分ととれていない者」とは、睡眠で休養が「あまりとれていない」又は「まったくとれていない」と回答した者。

※「未受診者」とは、過去1年間の健診等を「受診しなかった」と回答した者。

※「肥満者」とはBMI 25.0以上の者、「やせの者」とは、BMI 18.5未満の者。

出典：厚生労働省健康局健康課「平成30年(2018年)国民健康・栄養調査結果の概要」2020年1月14日、p.6より引用。

#### 4. 負担のあり方を見直す…実態は一部負担増と保険外し

骨太2019は、社会保障改革を、「年齢等にとらわれない視点から検討を進めるとともに、自助・共助・公助の役割分担の在り方、負担能力や世代間・世代内のバランスを考慮した給付と負担の在り方等の観点を踏まえて行う<sup>(11)</sup>」としている。

この真の狙いはどこにあるのか。それは、財務省が予算要求に関して、2019年4月23日に政府に提出した「社会保障について」(以下「財務省資料」)に見ることができる。

財務省資料は、現在1割自己負担となっている後期高齢者医療に関して、「年齢ではなく能力に応じた負担とし、世代間の公平性を確保する観点から、75歳以上の後期高齢者の窓口負担の引上げなどの改革を実施すべき」<sup>(12)</sup>「世代間の公平性や制度の持続可能性を確保していく観点から、まずはできる限り速やかに75歳以上の後期高齢者の自己負担について原則2割負担とすべき」<sup>(13)</sup>としている。

しかし、ここで注目したいのは、応能負担を保険料に関してではなく「一部負担(窓口負担、自己負担と記載)」に適用しようとしていることである。果たして社会保障、特に社会保険方式で運営されている医療保険や介護保険に一部負担の存在を認めるべきであろうか。社会保険は、事前に保険料を支払っていることから、サービス利用時に再度「一部負担」の支払を求める事は、費用の二重徴収になる。また、一部負担の見返りにサービス給付を行うことは、生存権・生活権を中心とする基本的人権から逸脱している<sup>(14)</sup>。

また、財務省資料は、「介護保険サービスの利用者負担を原則2割とする」<sup>(15)</sup>との方向性を示した。介護保険は、2000年に実施されて以降、原則1割の一部負担を堅持してきたが、一定所得以上の方には、2015年8月に2割負担、2018年8月からは3割負担も導入された。

全世代を通しての「一部負担割合の統一」を示唆していると理解できる。今回、後期高齢者医療、介護保険における一部負担原則「2割」が法改正を行い実施されると(しかし、「中間報告」では、「2割」負担の根拠となる所得を引き下げるとの方向にとどまった)、近い将来「原則3割」で、現役世代と同一の負担割合を志向する可能性が極めて高いと思われる。

ただし、一部負担は、3割を超えることはないと思われる。戦前、旧内務省の数理技官長瀬恒蔵が、「医療費の自己負担が増えると受診抑制が起こり医療費は減少する」との長瀬係数を開発した。それによると、3割負担では医療費の逓減率が「0.592」と約6割に収まるが、自己負担が4割負担になると「0.488」と5割以下に逓減し、公的医療保険としての存在意義をなくしてしまう<sup>(16)</sup>。

このことから、今後は医療保険・介護保険において、法定される一部負担割合は3割を上限にするが、保険給付範囲を拡大することで実質的に利用者の負担増を狙う見直しを中心となると思われる。事実、財務省資料『社会保障について』では、「『大きなリスクは共助、小さなリスクは自助』原則を徹底」<sup>(17)</sup>、「『小さなリスク』については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応する」<sup>(18)</sup>としていることから、その点は容易に察することができる。

具体的には、医療保険において、「現在の保険給付の範囲の在り方を見直し、より小さなリスクにおける保険給付のウエイトを引き下げる」<sup>(19)</sup>、「保険収載を見合わせた際の受け皿として保険外併用療養費制度や民間保険の積極的な活用も含めて検討していく」<sup>(20)</sup>としている。

また、介護保険においては、「長期にわたり介護保険給付の増加が見込まれることを踏まえれ

ば、要介護度・要支援度の軽重にかかわらず同じ保険給付率となっている制度を改め、『小さなリスク』については、より自助で対応することとすべき。軽度者のうち要介護1・2の生活援助サービス等について、地域支援事業への移行や利用者負担の見直しを具体的に検討していく<sup>(21)</sup>としている。

## 5. 全世代型社会保障検討会議の新設

安倍首相は2019年9月11日、内閣改造に当たって、「基本方針」を閣議決定（2019年9月11日）した。その中で、「全ての世代が安心できる社会保障改革」を掲げ、「子どもたち、子育て世代に大胆に投資し、幼児教育・保育の無償化、真に必要な子どもたちの高等教育の無償化を実現する。現役世代の負担軽減のため、成長と分配の好循環により、希望出生率1.8、介護離職ゼロの実現を目指す。いくつになっても、意欲さえあれば、学び、働くことができる、生涯現役、生涯活躍の社会を実現するため、労働制度をはじめ社会保障制度全般の改革を進める。少子高齢化に真正面から立ち向かい、誰にでも、何度でもチャンスがあり、多様性に満ちあふれた、女性活躍、一億総活躍の社会を創り上げる」として「全世代型社会保障検討会議（以下「検討会議」）」新設を公表し、西村康稔経済再生・社会保障改革担当相に準備を指示した。同9月17日、有識者メンバー9名が発表されたが、その内3名が、経済財政諮問会議議員の中西宏明（経団連会長、日立製作所取締役会長）、新浪剛史（サントリーホールディングス株式会社代表取締役社長）、柳川範之（東京大学大学院経済学研究科教授）、また、清家篤（日本私立大学振興・共済事業団理事長）、遠藤久夫（国立社会保障・人口問題研究所所長）、増田寛也（東京大学公共政策大学院客員教授）の3名が、社会保障制度改革推進会議委員から加わった。

安倍政権下では、この間、財務省が社会保障改革の主導権を握ってきたが、自民党の厚労族の中では、「財政審のいいなりにはならないように、反論する有識者を集めておく<sup>(22)</sup>」との意向から、このような布陣となったと言われているが、他に委員として経済同友会代表幹事櫻田謙吾（SOMPOホールディングス株式会社グループCEO取締役 代表執行役社長）が入っており、経団連会長中西宏明と共に財界ツートップが顔を揃えたことから、今まで以上に財界主導の社会保障改革案を提起すると見るべきである。

同会議では、団塊の世代が後期高齢期（75歳以上）にさしかかる2022年を前に、社会保障の負担と給付の見直しを議論することが目的とされている。

## 6. 全世代型社会保障検討会議『中間報告』に示された社会保障改革の中間

検討会議は、第5回会合において中間報告を提出した<sup>(23)</sup>。それに先立ち2019年12月17日、自由民主党人生100年時代戦略本部は、中間報告への反映を目的に社会保障改革の具体策を『取りまとめ』<sup>(24)</sup>に示した。また、公明党全世代型社会保障推進本部は、2019年12月18日に『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』<sup>(25)</sup>を公表した。

本検討会議の基本的スタンスは、「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの



社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う『全世代型社会保障』への改革を進める」(『中間報告』)、であり、給付の見直しというよりも、全世代に満遍なく負担を課す、特に高齢者をそのターゲットとしていることは容易に察することができる。

また、自民党は『取りまとめ』において、「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、すべての世代を対象とし、すべての世代が相互に支え合う仕組みに転換するという全世代型社会保障への改革」としており、『中間報告』とほぼ同様の文言を使用し、高齢者への負担増を主眼としている。

さらに、公明党は『中間提言』において、「全世代型社会保障を考える際、高齢者の医療・介護費用の上昇は、そのまま現役世代への負担につながることを忘れてはならない。全世代型社会保障を力強く支えている現役世代の負担に目を向けずして、全世代型社会保障の構築に向けた道筋を描くことはできない」とし、現役世代の負担を減らしその分高齢世代の負担増で賄う方向を鮮明にしている。

この文脈からすると、政府・与党が目指す全世代型社会保障は、全世代「負担増」型社会保障といえる。

本節においては、これら3文献を基に連立与党と全世代型社会保障検討会議における社会保障改革の中身を検討する。

#### 1) 医療保険、および医療制度改革の具体像

第一回検討会議において、経済同友会櫻田委員は、「一番大事な視点は、若者が希望を持てる社会をどう確立していけるかということ」<sup>(26)</sup>であり、医療分野は、「やるべきことがはっきりしているけれども、覚悟が必要」<sup>(27)</sup>だとしつつ、「年齢により負担割合が決まるのではなく、能力に見合った負担という議論」<sup>(28)</sup>をすべきとして、高齢者の一部負担の増額を求めた。

また、経団連中西委員は、「給付と負担をめぐる制度の見直し」<sup>(29)</sup>という意味では、「75歳になられる方の負担を継続する、あるいは外来受診時の負担金」<sup>(30)</sup>を求めべきとした。財界トップの医療保険改革の中身は、高齢者の負担をいかに増やすかにあると言える。

社会保障運動において、しばしば、税や保険料負担において「応益から応能へ」との問題提起がなされる。この点は、ややもすると保険料負担とサービス利用時の一部負担を含めて、「負担の公平論」で語られることが多いが、「保険料負担」と「一部負担」は、明確に区分し議論すべきであるし、社会保険における「一部負担」は、そもそも費用の二重徴収に当たり、一部負担が応能負担であるかどうかの問題ではなく、徴収すべきで無いとの視点に立脚すれば、「応能負担」にすることで一部負担の存在を容認できることにはならない。

財界代表者が言う「能力に見合った負担」との文言で、保険料負担と一部負担を混同させて、本質を曖昧にすることは許されない。今一度、社会保険においては、「一部負担」の存在を許すべきでないとの方向を明確にしなければならない。

## ①後期高齢者医療制度の一部負担1割から2割へは、全世代3割負担への布石

表3 後期高齢者の一部負担のあり方

引用元	引用文
全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。</li> <li>・後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。</li> <li>・その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。</li> </ul>
自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療においても、現役並みの所得の方を除く75歳以上の高齢者医療の負担の仕組みについて、すべての世代が公平に支え合うため、負担能力に応じた物へと変革していく必要がある。</li> <li>・医療費の窓口負担割合が現在1割とされている高齢者（75歳以上。現役並みの所得者は除く）であっても一定所得以上の方に限っては、その医療費の窓口負担割合を引き上げる。</li> <li>・その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。</li> </ul>
公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』2019年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行の1割負担という仕組みを基本として、後期高齢者の負担のあり方の検討にあたっては、生活実態や利用状況等を踏まえ、具体的な影響を丁寧に見つつ、負担能力に応じた負担という観点に立って、慎重に検討するべきである。</li> </ul>

出典：全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日、自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日、公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』2019年12月18日、より筆者作成。太字筆者。

自由民主党『取りまとめ』や公明党『中間提言』では、一定所得以上の後期高齢者に関し「窓口負担割合を引き上げる」、「負担能力に応じた負担」を求めるとしたが、『中間報告』では、一歩踏み込んで「一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割」とするとした。現在、現役所得並みの75歳以上の方は、既に2割負担であることから、かなり低い所得階層の高齢者から2割負担とする、と考えられる。

さて、企業の健康保険組合が加盟する健康保険組合連合会は、2019年9月9日『今、必要な医療保険の重点施策—2022年危機に向けた健保連の提案—』<sup>(31)</sup>を政府に提出し、75歳以上の後期高齢者医療制度の75歳以上高齢者一部負担を現行1割から2割負担に引き上げる政策提言を行った。

健保連の試算では、高齢者給付を支えるため、現役社員の平均社会保険料負担割合（医療、介護、年金）が、2019年度29%、2022年度30.1%、2025年度31.0%へと上昇することから、高齢者の負担割合を増やすべきとしている。

また、75歳以上の後期高齢者の一部負担割合を、低所得者を除いて原則2割にすることで、後期高齢患者の負担は毎年約700億円増え、公費負担は毎年約800億円削減されるとした。

もちろん、社会保障制度を論じる場合、財源を無視した議論は無謀ではあるが、人権視点が欠落した中での改革議論も極めて本質を見失う可能性がある。安倍政権の全世代型社会保障議論、健保連の議論も、財政的つじつま合わせに終始している。

筆者は、前掲著で、医療保険の一部負担に関して分析し、結論的には「一部負担の根拠は、極めて政策的判断であって、基本的人権からの視点は皆無」<sup>(32)</sup>であると指摘した。つまり、2割負担も政策的判断であり、今後とも2割で止まる根拠は存在しないばかりか、2002年10月施行の「健康保険法等の一部を改正する法律」の附則2条においては、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」、と将来全ての医療保険において3割にすることは既に法定されている。

したがって、中間報告が、後期高齢者医療における一部負担1割を堅持し、一定所得以上の者についてのみ2割にするとの方向は、「近い将来3割」にするためのステップと見る方が妥当ではなかろうか。方針2019の「年齢等にとらわれない視点から検討を進める」との文言はその点を傍証する材料となる。

## ②大病院外来受診時定額負担の拡大

表4 大病院外来受診時定額負担の拡大

引用元	引用文
全世代型社会保障検討会議 『中間報告』2019年12月19日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。</li> <li>・大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。</li> <li>・一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。</li> <li>・外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討。</li> <li>・まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。</li> <li>・他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時 5,000円・再診時 2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める。</li> <li>・大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。</li> </ul>

<p>自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』 2019年12月17日</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。</li> <li>・大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。</li> <li>・一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。</li> <li>・外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討。</li> <li>・まずは、選定療養である現行の紹介状なし大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。</li> <li>・紹介状なしで大病院を外来受診した場合に初診時 5,000 円・再診時 2,500 円以上（医科の場合）の定額負担を求める。</li> <li>・大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数 200 床以上の一般病院に拡大する。</li> </ul>
<p>公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』 2019年12月18日</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診時定額負担による受診抑制により重症化させて大きなリスクを作る影響があるならば受け入れることは困難である。</li> <li>・一方で、病院・診療所の役割分担と連携を推進する観点から、現行の選定療養制度のあり方を検討することも必要である。</li> </ul>

出典：全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日、自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日、公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』2019年12月18日、より筆者作成。太字筆者。

経済同友会代表幹事櫻田謙吾委員は、第4回会合において、外来時定額負担の導入に関し、「自己負担割合の引き上げと、受診時の定額負担が議論されているわけですが、（中略）当然にして、これはどちらも実行するべき<sup>(33)</sup>とした。また、東京大学公共政策大学院客員教授増田寛也委員も、「外来受診時の定額負担についても制度改正を実現して、これは前にも申し上げましたが、その実施を2022年の年初までに確実に間に合わせる事が、極めて重要である<sup>(34)</sup>と指摘した。

しかし、『中間報告』、及び自由民主党『取りまとめ』では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討」と同じ文言が記述され、かかりつけ医の確立とセットで、今後の検討に回された。検討会委員からは、強い口調で「受診時定額負担」の導入が叫ばれたが、政府は国民の納得が得られないと判断し、中間報告では、現在400床以上の病院への紹介状なしの初診時5,000円、再診時2,500円の定額負担を、200床以上の一般病院に拡大することとした。

ちなみに、2013年度の厚労省の資料<sup>(35)</sup>によれば、400床以上の病院数は、全病院8,605病院の内822病院で、全病院数の9.6%で1割を切っている。しかし、200床以上の一般病院が対象となれば、その数は2,654病院で、全体の30.8%となり、身近な病院へもかかることができなくなる可能性が大きくなる。

しかし、『中間報告』の「まずは、(中略)大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充」との文言からも、今回の提案は「受診時定額負担」へのステップであり、最終報告ではその対象が全ての医療機関に拡大される可能性が高い。

### ③市販類似薬の保険外し…保険給付範囲の縮小

表5 市販類似薬の保険外し

引用元	引用文
全世代型社会保障検討会議 『中間報告』2019年12月19日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康造りの強化、セルフケア・セルフメディケーションの推進、ヘルスケアリテラシーの向上。</li> <li>・必要不可欠な医薬品の安定供給体制の確保により、必要な医療を迅速に国民に届ける。</li> </ul>
自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』 2019年12月17日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康造りの強化、セルフケア・セルフメディケーションの推進、ヘルスケアリテラシーの向上。</li> <li>・必要不可欠な医薬品の安定供給体制の確保により、必要な医療を迅速に国民に届ける。</li> </ul>
公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて(中間提言)』 2019年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市販類似薬を保険外とするなどした場合には、同一薬効の他の医薬品に移るだけであるほか、医療上の必要性という考え方が欠落しており、製造販売業者の行動次第で必要な医療であっても保険給付がなされなくなるなどの問題がある。</li> </ul>

出典：全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日、自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日、公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて(中間提言)』2019年12月18日、より筆者作成。太字筆者。

第一回検討会議において、政府委員として参加している麻生太郎委員(副総理兼財務大臣)は、「事故や大病といった大きなリスクができたときにカバーするために、本来保険があるのだ」<sup>(36)</sup>と豪語したが、この言葉からは政府の本音が垣間見える。

また、増田寛也委員は、「この会議の使命として、大きなリスクをしっかりと支える国民皆保険制度、これをどのように次世代に持続可能な形で受け継いでいくのか、このような議論」<sup>(37)</sup>をすべきとした。このセンテンスにおいて、増田は、「大きなリスク」と表現し、あえて疾病全般を含む「傷病リスク」とはしなかったことに、同氏の本音が吐露したと見るべきである。このことから、検討会議では、医療保険のカバーする範囲を、大きなリスクに特化していく可能性を示唆したと理解すべきである。

中間報告では、自由民主党の『取りまとめ』と全く同じ文言が使用され、「セルフケア・セルフメディケーションの推進、ヘルスケアリテラシーの向上」、「必要不可欠な医薬品の安定供給体制の確保」をすとした。確かに、同報告では「市販類似薬の保険外し」が真っ向から記述されるとの憶測があったが、実際は杞憂に終わった、のであろうか。

セルフケア、セルフメディケーションの推進とは、基本は健康自己責任論をベースとした考えであり、保険給付範囲の縮小の根拠とされる可能性は否定できない。医薬品に関しては極めて慎



重なる文言を使用しているが、基本的スタンスは、政府が「必要不可欠な医薬品」と判断しなければ、保険収載から外されることを示したと理解すべきである。

また、財務省資料は、「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」との方針を打ち出していることから、最終報告では、保険給付範囲の縮小を提言する可能性は十分にある。

健康保険組合連合会は、2019年8月23日、厚生労働省に対し2020年度診療報酬改定に向けた政策提言<sup>(38)</sup>を発表したが、同研究によると、花粉症治療薬は広く市販類似薬（スイッチOTC医薬品）が販売されており、花粉症治療薬を公的医療保険から外し市販薬に代替することで、国民医療費を最大で597億円削減できるとした。

また、同研究では、「市販薬が存在する医療用医薬品（430種類）の外来における薬剤費を、健保組合レセプトの外来処方額から粗く全国推計すると、8,410億円となり、このうち市販薬によるセルフメディケーションへ誘導可能と考えられる部分（医療の必要性が低い患者のみ）は2,126億円であった<sup>(39)</sup>」とし、湿布薬、ビタミン剤、皮膚保湿薬などの一部を公的医療保険から外すことで約2,000億円の国民医療費削減が可能であることを示した。

日経新聞は、健保連の研究報告をもとに、花粉症の治療薬「アレジオン」を例にとり、「24日分を医療機関で受け取ると、合計2,210円になる。市販薬は税込みで2,138～3,866円。市販薬の方が安いことともある<sup>(40)</sup>」としている。しかし、医療費が安くつく、患者の負担も低廉だから保険外しが妥当、との方向は医療保険の重要な視点である医療専門職がその専門知識を駆使し、予見性を基に治療方針を立て実行する方向性を崩壊させる嫌いがある。つまり、医療の専門家ではない患者が、ある疾病だと自己判断し市販薬を購入する行為の拡大であり、誤診・誤謬リスクの拡大と、将来的な疾病の重篤化による医療費の増加という結果を招く可能性がある。

#### ④医療保険制度改革の具体化

表6 医療保険制度改革等の具体化

引用元	引用文
全世代型社会保障検討会議 『中間報告』2019年12月19日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める。</li> <li>・適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。</li> </ul>
自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』 2019年12月17日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療保険制度改革にかかる「必要な法制度上の措置」に向けた検討等について、改革の具体化に向けた検討を加速する。</li> <li>・適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備しなければならない。</li> </ul>

公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』 2019年12月18日	・政府は、1日も早く目指す医療の姿を示すべきであり、さらなる議論を積み重ねていく必要がある。
--	--

出典：全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日、自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日、公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』2019年12月18日、より筆者作成。太字筆者。

筆者は、本報告に「地域別診療報酬の具体像」等が示されると予想したが、今回は具体的には触れられなかった。中間報告では、「医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める」としていることから、今回は触れられていない部分に関しても、2020年夏には具体的に示される可能性は高い。

#### (1) 医療費適正化に向けた地域別診療報酬の現実味

中間報告では地域別診療報酬に関し具体的に触れられなかったが、最終報告には触れられる可能性はある。事実、中間報告には、「効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援する」との記載があり、地域別診療報酬創設の余地を残したと理解できる。

さて、財務省資料『社会保障について』は、2006年「高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」）」の改正により、「医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されている」<sup>(41)</sup>と指摘している。これは、同法14条の「厚生労働大臣は、（中略）一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点からみて合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる」ことから裏付けられる。

しかし、同資料でも、「これまで実施例はない。発動の要件やどのような内容の診療報酬の定めが可能かについて都道府県に具体的に示されてもいない」<sup>(42)</sup>とし、改革案として「都道府県における医療費適正化の取組に資する実効的な手段を付与し、都道府県のガバナンスを強化する観点も踏まえ、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の具体的に活用可能なメニューを国として示すとともに、第三期医療費適正化計画の達成に向けても柔軟に活用していくための枠組みを整備すべき」<sup>(43)</sup>と、国に対して地域別診療報酬活用の具体的メニューを示すことを求めた。

では、どのようなプロセスを経て「地域別診療報酬」が設定されるのであろうか。高齢者医療確保法は、第13条において、「都道府県は、（中略）診療報酬に関する意見を提出することができる。2. 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない」としているが、都道府県は、代表たる知事が厚生労働大臣に対して、独断で地域別診療報酬設定に関する意見を提出できるわけではない。2018年3月29日に、厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知「平成30年度における第2期医療費適正化計画の実績評価に関する基本的考え方について」<sup>(44)</sup>によれば、「各都道府県

においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第14条の適用の必要性について検討していく必要がある」としている。

しかし、地域別診療報酬を定めれば、同様の療養の給付を受けても、地域により負担が異なる現象が想定される。法の下での平等、生存権、生活権の視点から考察すれば、地域別診療報酬設定は拙速の感は否めない

### (2) 国保における一般会計からの法定外繰り入れの廃止

この点に関しては、全く触れられていないが、2020年夏の最終報告で具体的な指摘があるものと思われる。

骨太2019は、「法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求める」<sup>(45)</sup>とした。

2018年4月から国保都道府県単位化が実施されたが、当分の間、一般会計からの法定外繰り入れは認められている。新制度では、都道府県は市町村ごとの国保事業納付金（都道府県に上納する）と標準保険料率を示し、市町村はそれに基づき保険料を決定し、徴収する。国保事業納付金は、一切値切ることのできないので、通常保険料は高騰する。当然、保険料が高くなれば、収納率が下がることから、市町村は払える保険料に抑えるために一般会計からの法定外繰り入れを実施している。

国保は被用者保険とは異なり、もともと事業主負担が存在しないことから、健康保険より保険料負担が重くのしかかる仕組みである。また、国保加入者の多くが、無職や非正規等の被用者で（2016年度では、この2つのカテゴリーで約8割（77.9%）を占めている）いわば、法定外繰り入れは、「人権配慮の仕組み」である。この仕組みを廃止することは、反人権的と言わざるを得ない。

### (3) 地域医療構想のさらなる推進…知事権限の強化

厚生労働省は2019年9月26日、公立・公的病院の約3割に相当する424病院が「統合再編の議論が必要」として実名入リストを公表した。政府は「医療介護総合確保法」により、2015年4月より2016年までに、都道府県が「地域医療構想（2025年に向け、病床機能分化・連携を進めるとして、二次医療圏単位で医療機能毎の2025年の医療需要と病床必要量を推計し、策定するよう求めた）」を定め、病床削減を迫った。しかし、思うようには進まなかったことに、政府は危機感を抱き今回の実名入リスト公表となったと思われる。

現時点では、病床転換に関する知事権限は極めて限定的であり、「病床削減・転換に関する勧告」は、公立・公的病院にしか出せない。今後、その権限を私的病院に拡大し、公立・公的、私的病院含めて全ての病院における病床転換を急ぐものと考えられる。

さて、病床転換が大きな柱となっている地域医療構想は、公立・公的病院を中心に2018年度末

までにその方向性が一定提起されたが、現時点では民間医療機関の病床転換は進んでいない。そのため、骨太2019では「民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる」<sup>(46)</sup>とした。

安倍政権の「地域医療構想」では、これまでは公立・公的病院を中心に再編を進めてきたが、今回の骨太2019は、知事の権限を強め民間病院の病床機能の再編・削減を強行する考えを打ち出した。これは、「皆保険体制」や、それを支えてきた「自由開業制」を根底から掘り崩すものである。保険証1枚あればいつでもどこでも医療機関にかかる皆保険体制の崩壊への第一歩、となる可能性がある。

## 2) 介護保険制度改革の具体像

表7 介護保険制度改革の具体像

引用元	引用文
全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、介護インセンティブ交付金の抜本的な強化を図る。</li> <li>・介護サービスと保険外サービスの組み合わせに関するルールの明確化。</li> <li>・科学的なエビデンスの構築等による標準的な介護サービス水準に関する社会的な合意形成の促進等やそれらに基づく介護報酬、人員基準の見直しにより、介護事業者の創意工夫と投資を引き出し、効果的・効率的、健全で持続可能性の高い介護提供体制の構築を進める。</li> </ul>
自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービスと保険外サービスの組み合わせに関するルールの明確化。</li> <li>・科学的アプローチに基づく標準的な介護サービス水準に関する社会的な合意形成の促進等、介護事業者の事業機会・リスクの予見可能性を高め投資と創意工夫を引き出すことにより、効果的、健全で持続可能性の高い介護提供体制の構築を進める。</li> </ul>
公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』2019年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・軽度者に対する給付のあり方については、総合事業の実施に関して、多様な担い手によるサービス提供等が市町村で大きな格差がある中、要介護1・2の軽度者を地域支援事業に移行することは適当ではない。</li> </ul>

出典：全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日、自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日、公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』2019年12月18日、より筆者作成。太字筆者。

当初予想されたような、一部負担を1割から2割へ倍加、また要介護1・2の方の訪問介護・通所介護等を介護保険から外し自治体の地域支援事業へ移行する、との方向性は示されなかった。政権与党の公明党『中間提言』でも、「多様な担い手によるサービス提供等が市町村で大きな格



差がある中、要介護1・2の軽度者を地域支援事業に移行することは適当ではない」と指摘され、予想される解散総選挙を戦うには不利と判断し、具体的表現を避けたと考えられる。

しかし、「介護サービスと保険外サービスの組み合わせに関するルールの明確化」との表現で「混合介護」を提案したことは、介護保険分野のビジネス化を現在以上に促進する可能性が高い。現時点では、介護保険で許されている「混合介護」は、同一時間内において介護保険給付サービスと保険給付外サービスを併用（併給）はできないことから、保険給付サービスを行う時間と保険給付外サービスを行う時間はオーバーラップできない仕組みである。例えば東京都豊島区でのモデル事業のように、同一時間内における混合介護を進める方向だとすると、保険給付外サービスが利用者からの選択にさらされ、事業者はより魅力的な「言い値」を付けることができる保険給付外サービス供給に注力せざるを得ず、本来の保険給付サービスの質低下につながらないか危惧するものである。

どの部分を保険給付から外すのか、また混合介護のあり方についても今後ルール化するとの方向性が示されており、保険給付の縮小や一部負担の見直しが行われる可能性は十分ある。具体的には、夏の最終報告に示されると考えるべきであろう。

財務省資料『社会保障について』によると、保険給付範囲の在り方の見直しとして、「長期にわたり介護保険給付の増加が見込まれこれを踏まえれば、要介護度・要支援度の軽重にかかわらず同じ保険給付率となっている制度を改め、『小さなリスク』について、より自助で対応することとすべき」<sup>(47)</sup>とし、医療保険改革と併せ、介護保険からも「小さなリスク」は保険給付から除外する方向性を明確にしている。

今後は、一部負担の見直し、軽度者の保険給付からの除外、また個々の事業者における介護給付費の割引を通して実質的に価格競争を促し、介護保険の「私保険化」を進める可能性がある。

#### ①一部負担を現行1割から2割へか

財務省資料「社会保障について」は、「今後、介護費用は経済の伸びを越えて大幅に増加する事が見込まれる中で、若年者の保険料負担の伸びの抑制や、高齢者間での利用者負担と保険料負担との均衡を図ることが必要」<sup>(48)</sup>であり、「将来的な保険料負担の伸びの抑制を図る観点から、介護保険サービスの利用者負担を原則2割とすることや利用者負担2割に向けてその対象範囲の拡大を図るなど、段階的に引き上げていく必要」<sup>(49)</sup>があるとした。財務省としては、介護保険における一部負担を「原則2割」にしたいとの意向が見えてくる。また、財界トップの参加する全世代型社会保障検討会議においても、財務省主導の改革が進められることから、最終報告では、「原則2割」との方向を示す可能性は高い。

一方、2019年10月28日に開催された社会保障審議会介護保険部会では、厚生労働省老健局が『制度の持続可能性の確保』との資料を示し、現在実施されている2割負担と3割負担の「所得基準」の見直しに止めようとの方向性を示した<sup>(50)</sup>。

2015年8月より、「一定以上所得のある方」の一部負担が2割とされた。一部負担2割とする



水準は、「合計所得金額160万円以上」かつ「年金収入+その他の合計所得金額280万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上)」である。

2018年8月からは、「現役並みの所得を有する方」の一部負担を2割から3割に引き上げた。一部負担3割とする水準は、「合計所得金額220万円以上」かつ「年金収入+その他の合計所得金額340万円以上(単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上)」である。

今後、2020年に向けて攻防が続くであろうが、検討会議が財界主導の会議体であるとの認識に立てば、自己負担2割化に一気に進む可能性がある。

## ②介護保険要介護1・2への保険給付の削減

財務省資料「社会保障について」では、「軽度者のうち要介護1・2の生活援助サービス等について、地域支援事業への移行」<sup>(51)</sup>を打ち出した。地域支援事業は、財源の一部を介護保険から充てているが、「介護保険給付」ではなく、自治体の独自事業として位置付けられた。

2015年介護保険改正において、介護保険予防給付のうち、要支援1・2の方の介護予防訪問介護、介護予防通所介護を、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取り組みを含めた多様な主体による柔軟な取り組みにより、効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の介護予防・生活支援サービス事業を「訪問型サービス」「通所型サービス」として見直した。

財務省は、今回地域支援事業に「要介護1・2」を含めるに当たって、その理由を、掃除・洗濯・買物・調理等の生活援助サービスが「要介護1・2への訪問介護サービスの約1/2を占める」<sup>(52)</sup>ことから、専門職が行う業務ではなく「要支援向けサービスと同様、地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供を行うことにより、給付の重点化・効率化」<sup>(53)</sup>を進める、としている。

しかし、2019年10月28日開催の第84回社会保障審議会介護保険部会において、同様の改革案が厚生労働省老健局より示され、部会委員の花俣ふみ代認知症の人と家族の会常任理事は、「要介護1・2は軽度者ではない。重度化予防には専門職の介護が必要」だとして、介護保険給付から除外することに異議を唱えた。また、同委員の石本淳也日本介護福祉士会会長は、「軽度の段階で十分な支援が図られないと真の自立はできない」と、地域支援事業への意向に慎重な態度をとった。

対人社会サービスにおける専門性とは、専門知識・技量の観点から対象者の現時点での精神的・身体的状態の把握、未来に起こる症状等の予見性、及びその場での臨機応変な対応ができるだけの裁量権が与えられているか、が重要になってくる。「多様な主体によるサービス提供」との掛け声の下、ボランティア等の非専門職が介護業務を担うことで、短期的には介護費用の削減は可能かもしれないが、予見性・裁量権を持ち得ないボランティア等に、介護業務を担わせることで、長期的に見れば重度者を増やすことになるのではなかろうか。

科学的・実証的研究が不十分なまま、要介護1・2を介護保険給付から外すことは行うべきではない。特に、介護保険を日本に先駆けて実施したドイツでは、2017年1月から第二次介護強化法が実施され、「日本では縮小傾向にある介護給付がむしろ拡大」<sup>(54)</sup>方向にある。

現時点で、要介護1・2を介護保険から外すことは、介護保険サービス利用対象者を減らすことである。要介護3～5に限定したとしたら、要介護認定者は現在の34.5%にまで激減する。今回の狙いは、介護保険利用者を徹底的に減らすことが目的だと見ることができる。

### ③ケアプラン作成等居宅介護支援報酬に一部負担の導入の可能性

現在、介護保険利用者は、月1回ケアプラン（居宅サービス計画）の作成が求められる。法的には、本人や家族が作成できるが、手続きが煩雑であることから、殆どがケアマネージャーに作成を依頼する。同プラン作成を含む居宅介護支援費は、要支援で月4,500円、要介護で10,000～13,000円であるが、現在は利用者的一部負担は存在しない。

しかし、社会保障審議会介護保険部会では、これまでもケアマネジメントに関しては、一部負担や給付等に関して議論されてきた。具体的には、制度創設10年目となる2010・2011年には「利用者負担導入に関して賛成・反対の両方の意見」が出されている。また、2019年12月の介護保険部会『介護保険制度の見直しに関する意見』として「ケアマネジメントに関する利用者負担についてもさまざまな意見があり、ケアマネジメントのあり方とあわせて引き続き検討を行う」<sup>(55)</sup>とし、一部負担導入の議論が継続されることとなった。

2019年10月28日の介護保険部会においては、2020年介護保険改定に向け厚生労働省は、「能力のある人には負担をしていただくことも重要であり、ケアプランの利用者負担について見直しが必要」<sup>(56)</sup>であるとし、一部負担導入の方向性を強く示唆した。

ただ、2019年12月の介護保険部会意見において、「あらゆる利用者が公平にケアマネジメントを活用し、自立した日常生活の実現に資する支援が受けられるように、現行制度を堅持すべき、利用者負担を導入すると、利用者の意向を反映すべきとの圧力が高まり、給付費の増加に繋がる」<sup>(57)</sup>として、ケアプラン作成一部負担導入は見送りの意向を示した。

財務省は、2019年10月9日開催の財政制度審議会財制度分科会に示した『社会保障について①』（財務省、2019年10月9日）において、「利用者自身がケアプランに関心を持つ仕組みとした方がサービスの質の向上につながると考えられることから、ケアマネジメントにも利用者負担を導入すべき」<sup>(58)</sup>との方向性を明らかにした。

厚生労働省のデータによれば、2016年度の居宅介護支援の給付費は約4,900億円であることから、仮に一部負担を1割とすると、介護保険利用者は約490億円の負担増となる。

一部負担導入によって、「利用抑制」が起こることは避けられないし、利用抑制することで重度化し、却って将来的には介護給付費を増やすことになることも念頭に入れなければならない。短期的給付費抑制効果を狙い一部負担を導入することは、現に慎むべきである。それどころか、社会保険の人権原理から考えれば、介護保険の全ての給付において一部負担は廃止すべきである。

④介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型療養施設等の多床室の室料を基本サービス費から除外し、自己負担化

2005年制度改革において、施設サービスにおける食費や個室の居住費(室料+光熱水費)を介護保険給付対象外とし、多床室については、食費・光熱水費のみを給付対象から外した。

また、2015年度介護報酬改定において、特別養護老人ホームの多床室の室料を基本サービス費から除外したが、厚生労働省は、その理由を特別養護老人ホームに関しては、「死亡退所も多い等事実上の生活の場として選択されていることから、一定程度の所得を有する在宅で生活する者との負担の均衡を図るため、一定の所得を有する入所者から、居住費(室料)の負担を求める」<sup>(59)</sup>とした。

2019年10月9日、財務省は財政制度審議会財制度分科会において「在宅と施設の公平性を確保する等の観点から、次期介護報酬改定において、これらの施設の多床室の室料相当額についても基本サービス費から除外する見直しを検討する」<sup>(60)</sup>とし、全ての介護保険施設多床室の室料を自己負担化する方向性を打ち出した。

しかし、室料を徴収する理由を、「居住」との概念から導き出しているが、通常、居住場所を選定する場合は、本人が一定条件を設定し選択することが考えられる。例えば、職場・学校に近い、交通の便が良い、友人や親戚が近くにいる、公共機関が近くにある等を勘案し、物件を探す場合がほとんどである。しかし、介護保険施設は、そもそも居住の場として選択しているというよりは、保険給付の基本となる「介護度」から選択されており、居住場所選択の条件は後景に追いやられている。その点を勘案すれば、「居住」、「在宅と施設の公平性」との視点は、後付けの感は否めない。

⑤指定居宅サービス事業者による介護給付費の割引の徹底

介護保険は、居宅サービス分野に法人格を有する者への参入、具体的には株式会社、NPO法人等の参入を許したが、価格は「介護報酬」で縛られており、価格が供給と需要の関係で決められる仕組みでないことから、完全なる市場システムではなく、市場に準じるとの実態から「準市場」と呼ばれている。

しかし、介護保険は導入当初から、指定居宅サービス事業者は介護給付費の割引が認められており、実質的に事業者が価格設定できる仕組みを設けている<sup>(61)</sup>が、国民の多くはこの事実を知らない。

表8 指定居宅サービス事業者が割引を設定した場合の保険請求及び利用者負担額の例

「厚生労働大臣が定める基準」で100単位の介護サービスを提供する際に、5%の割引を行う場合。  
(その他地域「1単位＝10円」の場合)

事業所毎、介護サービス種類毎に定める割引率(5%)を100単位から割引引いた95単位を基に、  
保険請求額及び利用者負担額が決定される。

保険請求額 :  $(100 \text{ 単位} \times 0.95) \times 10 \text{ 円} / \text{単位} \times 0.9 = 855 \text{ 円}$

利用者負担額 :  $(100 \text{ 単位} \times 0.95) \times 10 \text{ 円} / \text{単位} - 855 = 95 \text{ 円}$

出典：厚生労働省老人保健福祉局企画課長『指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引の取扱いについて（老企第39号平成12年3月1日）』2000年3月1日より抜粋。

まず、介護給付費割引とは、厚生労働大臣が定める額（介護報酬）より低い価格の設定を意味する。厚労省の通知によれば、診療報酬の1単位は10円となっているので、通常であれば100単位の介護サービスであれば、1,000円であるが、5%割引すると95単位で950円となり、一部負担は100円ではなく95円となるとの仕組みである。

割引率の届出・周知に関しては、事業者は事業の実施地域が所在する都道府県に事前に届出を行い、WAM NETへの掲載等により周知を図らなければならない<sup>(62)</sup>とされている。

しかし、現時点で、割引を行っている事業者は存在しない<sup>(63)</sup>。ただ、財務省は、「在宅サービスについては、ケアマネージャーの活用等により、介護サービスの価格の透明性を高めていくための取組等を通じて、サービスの質を確保しつつ、確実に価格競争が行われる仕組み（より良いサービスがより安価に提供される仕組み）を構築すべき<sup>(64)</sup>」との立場をとっており、介護保険施行20年の節目に厚生労働省が、具体的モデルを示し「価格競争」を促す可能性がある。

そもそも、介護報酬（介護サービスの価格）は、介護現場で働く労働者の人件費に連動するものであり、価格割引競争が起これば、今でも低賃金である介護労働者の賃下げを促すことになり、ひいては介護人材不足を促進させ、サービスの質の低下をきたす恐れがある。割引を実施させないことが強く求められる。

### 3) 年金制度改革

表9 年金制度改革

引用元	引用文
全世代型社会保障検討会議 『中間報告』2019年12月19日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・60歳から70歳まで自分で選択可能となっている年金受給開始時期について、その上限を75歳に引き上げる。</li> <li>・今回の改正では、50人超規模の企業まで厚生年金（被用者保険）の適用範囲を拡大することとする。</li> <li>・60～64歳に支給される特別支給の老齢厚生年金を対象とした在職老齢年金（低在老）については、就労に与える影響が一定程度確認されているという観点、2030年度まで支給開始年齢の引上げが続く女性の就労を支援するという観点、また、制度を分かりやすくする観点から、現行の28万円から65歳以上の在職老齢年金制度（高在老）と同じく47万円の基準に合わせることをとする。</li> </ul>

自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』 2019年12月17日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年金の受給開始時期の上限を75歳に引き上げる。</li> <li>・今回の改正では、50人超規模の企業まで適用するスケジュールを明記する。</li> <li>・60～64歳に支給される特別支給の老齢厚生年金を対象とした在職老齢年金（低在老）については、就労に与える影響が一定程度確認されているという観点、2030年度まで支給開始年齢の引上げが続く女性の就労を支援するという観点、また、制度を分かりやすくする観点から、現行の28万円から65歳以上の在職老齢年金制度（高在老）と同じく47万円の基準に合わせる。</li> </ul>
公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』 2019年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年金の受給開始時期は、60歳から70歳の間で選択できる。（中略）上限年齢を、75歳に引き上げるべきである。</li> <li>・労働者の職場選択や事業者間の競争に影響を与えること等も鑑みれば、可能な限り被用者保険の適用を進めるべきである。</li> <li>・60歳前半を対象とした在職老齢年金（低在老）は、就業抑制効果を確認した調査もあることから、その基準を47万円まで速やかに引き上げ、在職老齢年金制度を、年金による違いが内容分かりやすい制度とすべきである。</li> </ul>

出典：全世代型社会保障検討会議『中間報告』2019年12月19日、自由民主党人生100年時代戦略本部『取りまとめ』2019年12月17日、公明党全世代型社会保障推進本部『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』2019年12月18日、より筆者作成。太字筆者。

全世代型社会保障検討会議第1回会合において、経団連中西委員は、より多くの方が年齢に関わりなく活躍できるよう「年金の受給開始年齢の弾力化」すべき、と発言。また、経済同友会櫻田委員は、年金改革を「支え手の拡大を、働き方改革とあわせて検討していく必要がある」としている。

また、『骨太の方針2019』では、「高齢期における職業生活の多様性に応じた一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方について、高齢者雇用の動向、年金財政や再分配機能に与える影響、公平性等に留意した上で、繰下げ制度の柔軟化を図るとともに、就労意欲を阻害しない観点から、将来的な制度の廃止も展望しつつ在職老齢年金の在り方等を検討し、社会保障審議会での議論を経て、速やかに制度の見直しを行う」<sup>(65)</sup>としている。

厚生労働省は、第10回社会保障審議会年金部会に年金繰下げ支給の根拠とされる高齢者の就労意欲の高さを示した資料<sup>(66)</sup>を提出した。同資料によると、「現在仕事をしている60歳以上の約8割が65歳を超えても、又は年齢にかかわらず働けるうちはいつまでも仕事をしたいという意向を持っている」<sup>(67)</sup>こと、また健康度も「10～20年前と比較すると、5～10歳程度若返っている」<sup>(68)</sup>ことから、繰下げ制度の柔軟化の根拠としている。

しかし、高齢者の労働意欲が高いことが、年金の繰下げ支給の理由として適切かは大いに疑問である。高齢者の老齢年金、あるいは収入が低いことが、生活費を得るために働かざるを得ない実態であり、労働意欲の高さは、「労働せざるを得ない生活実態の裏返し」と理解できる。

この間、高齢者世帯の貧困化が確実に進んでいる。厚生労働省の生活保護被保護者の調査によれば、2019年7月時点で生活保護受給世帯は162万9,000世帯、そのうち約半数の約89万世帯



が高齢者世帯、また、その約9割の81万9,132世帯が一人暮らし高齢者世帯である。同世帯は、2008年46万8,390世帯（4～7月期平均）、2013年64万7,317世帯（4～7月期平均）と2000年代以降、確実に右肩上がりに増加しているし、2008年と2019年の比較では、一人暮らし高齢者生活保護世帯数は1.7倍に増加したことになる。

2017年の高齢年金受給者実態調査によれば、高齢年金受給の一人暮らし世帯の家計は、年平均約240万円、そのうち高齢年金受給額が約145万円と家計の約7割を占めている。また、4割の世帯が年平均収入150万円未満となっている。

これらの実態からも、高齢者の就労意欲が高いのは、収入を得るため止むを得ず働く姿であり、一定の年金収入等で十分生活できるのであれば、無理を押しつけて就労することはなくなる。厚生労働省が社会保障審議会年金部会に示した、高齢者の労働意欲の高さから、年金受給年齢の繰り下げを論ずるのは、事実の歪曲であり、削減ありきの結論を導き出すためのレトリックと言わざるを得ない。

また、年金は、現役時代の不安定な就労実態が、低年金・無年金へと繋がる。現在、約4割と言われる非正規労働者が、高齢期を迎え高齢年金受給となった場合、不安定な年金額と低収入から、結果的に益々高齢者の生活保護受給者が増えることになるのではないだろうか。

年金改革の柱には、誰もが老後も安心して暮らせるだけの基本年金支給がますます求められるのではなからうか。

#### IV. 対抗軸としての社会保障改革の展望

現在、社会保障は複雑に入り込み、財源も社会保険や税など統一性はない。社会保障の将来展望を考える場合は、個別の制度をピックアップして考えるのではなく、社会保障制度を、生活保障、人権原理から鳥瞰し全体の整合性を勘案し論じることが肝要である。

例えば、年金制度を考える場合、現役時代の収入に連動することを強く求める方が多い。事実、比較的安定した職に長く就き、高い保険料を支払ってきた者にとっては、高齢期に年金が減額されることに大きな怒りを覚えることは理解できる。しかし、これほど不安定就労層が増えてきている現実を直視すれば、現役時代に連動し高齢年金額が算定されることにこそ疑問を持つべきである。ただ、そもそも不安定就労を拡大させる労働政策に問題があるのは言うまでもない。

また、年金収入に生活費全てをまかなわそうとすること自体に無理がある。筆者は、かねてより、医療保険や介護保険における一部負担の廃止を訴えている。当然、現実には、一部負担がなくなるどころか、年齢ではなく能力に応じて負担を求める方向がますます強まり、老後の年金額が相当高くないと暮らせない実態があることは承知している。だからこそ、老後に必要となる様々な社会保障に伴う負担が、「人権原理から考えて正当なのか」を議論し運動しなければならない。

筆者は、医療保険、介護保険、年金制度に関して以下の改革を提案する。

### ・医療保険改革

医療保険においては、個人の保険料負担における所得制限を撤廃し「応能負担」とする。ただし、低所得者等の減免措置を強化する。将来的には地域型保険である国民健康保険を廃止し、健康保険に統合する。表1に示した先進福祉国家の社会保障財源割合を勘案し、財源の2分の1は保険料、後の2分の1は公費負担とする。保険料財源の6割は、企業負担とし、4割を被保険者負担とする。サービス利用時の一部負担（窓口負担）は廃止する。

企業保険料負担は、外形標準（例えば売上高、あるいは資本金額）により保険料率を変更する。具体的には、売上高や資本金額により中小零細企業の保険料負担が本業を圧迫しないように配慮する。

### ・介護保険改革

介護保険においては、当面社会保険方式での制度を維持するが、その間、保険料徴収において所得制限を撤廃し「応能負担」とする。ただし、低所得者等の減免措置を強化する。表1に示した先進福祉国家の社会保障財源割合を勘案し、財源の2分の1は保険料、後の2分の1は公費負担とする。保険料財源の6割は、企業負担とし、4割を被保険者負担とする。サービス利用時の一部負担（窓口負担）は廃止する。

企業保険料負担は、外形標準（例えば売上高、あるいは資本金額）により保険料率を変更する。具体的には、売上高や資本金額により中小零細企業の保険料負担が本業を圧迫しないように配慮する。

サービス供給にあたっては、金銭給付方式（事業者代理受領）を廃止し、速やかに医療と同じく「現物給付方式」に変更する。

十分な国民的議論を経て、将来は税方式に転換することも視野に入れる。

### ・年金制度改革

年金制度は、すべての人が健康で文化的な生活ができるだけの基本年金を受給し、その財源は税とする。また、それを超える年金収入を求める場合は、社会保険方式の付加年金とする。現行の保険料支払いによる年金部分は、付加年金に移行する。

#### 注

- (1) 社会保障制度改革国民会議（2019）『確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋（報告書）』2013年8月6日、p.6。
- (2) 社会保障制度改革国民会議（2019）p.6。
- (3) 社会保障制度改革国民会議（2019）p.7。
- (4) 梅原英治「社会保障と財政」、芝田英昭他編『新版 基礎から学ぶ社会保障』自治体研究社、2019年、p.313。
- (5) 経済財政審問会議（2019）『経済財政運営と改革の基本方針2019』2019年6月21日。

- (6) 経済財政審問会議（2019） p.3。
- (7) 経済財政審問会議（2019） p.3。
- (8) 「時事メディカル」2018年10月23日付。
- (9) 「日経新聞」2013年4月25日付。
- (10) 経済財政審問会議（2019） p.15。
- (11) 経済財政審問会議（2019） p.56。
- (12) 財務省（2019）『社会保障について』2019年4月23日、p.68。
- (13) 財務省（2019） p.69。
- (14) 医療保険の「一部負担」に関する見解は、芝田英昭（2019）『医療保険「一部負担」の根拠を追う』自治体研究社を参照されたい。
- (15) 財務省（2019） p.91。
- (16) 長瀬恒蔵（1935）『傷病統計論』健康保険醫報社、1935年、p.149。
- (17) 財務省（2019） p.32。
- (18) 財務省（2019） p.32。
- (19) 財務省（2019） p.37。
- (20) 財務省（2019） p.37。
- (21) 財務省（2019） p.76。
- (22) 「産経新聞」2019年9月10日付。
- (23) 全世代型社会保障検討会議（2019）『中間報告』2019年12月19日。
- (24) 自由民主党政務調査会人生100年時代戦略本部（2019）『取りまとめ』2019年12月17日。
- (25) 公明党全世代型社会保障推進本部（2019）『安心の全世代型社会保障の構築に向けて（中間提言）』2019年12月18日。
- (26) 全世代型社会保障検討会議（2019a）『第1回議事録』2019年9月20日、p.5。
- (27) 全世代型社会保障検討会議（2019a） p.5。
- (28) 全世代型社会保障検討会議（2019a） p.5。
- (29) 全世代型社会保障検討会議（2019a） p.7。
- (30) 全世代型社会保障検討会議（2019a） p.7。
- (31) 健康保険組合連合会（2019a）『今、必要な医療保険の重点施策—2022年危機に向けた健保連の提案—』2019年9月9日。
- (32) 芝田英昭（2019） p.70。
- (33) 全世代型社会保障検討会議（2019b）『第4回議事録』2019年11月26日、p.8。
- (34) 全世代型社会保障検討会議（2019b） p.12。
- (35) 第3回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会（2013）『資料5』2013年1月11日。
- (36) 全世代型社会保障検討会議（2019a） p.11。
- (37) 全世代型社会保障検討会議（2019a） p.8・9。

- (38) 健康保険組合連合会(2019b)『医療保障総合政策調査・研究基金事業「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」』2019年8月23日。
- (39) 健康保険組合連合会(2019b) p.132。
- (40) 「日経新聞」2019年8月23日付。
- (41) 財務省(2019) p.54。
- (42) 財務省(2019) p.54。
- (43) 財務省(2019) p.54。
- (44) 厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知(2018)「平成30年度における第2期医療費適正化計画の実績評価に関する基本的考え方について」2018年3月29日。
- (45) 財務省(2019) p.62。
- (46) 財務省(2019) p.60。
- (47) 財務省(2019) p.76。
- (48) 財務省(2019) p.91。
- (49) 財務省(2019) p.91。
- (50) 厚生労働省老健局(2019)『制度の持続可能性の確保』社会保障審議会介護保険部会、2019年10月28日、pp.13・14。
- (51) 財務省(2019) p.76。
- (52) 財務省(2019) p.77。
- (53) 財務省(2019) p.77。
- (54) 吉田恵子(2019)「ドイツ介護保険の大改革 介護強化法」『文化連情報』日本文化厚生農業協同組合連合会、No.498 2019年9月、p.52。
- (55) 社会保障審議会介護保険部会(2019)『介護保険制度の見直しに関する意見』2019年12月27日、p.8。
- (56) 社会保障審議会介護保険部会(2019) p.9。
- (57) 社会保障審議会介護保険部会(2019) p.8。
- (58) 財務省財政制度審議会財制度分科会(2019)『社会保障について①』2019年10月9日、p.36。
- (59) 社会保障審議会介護保険部(2019) p.6。
- (60) 財務省財政制度審議会財制度分科会(2019) p.45。
- (61) 厚生労働省老人保健福祉局企画課長(2000)『指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引の取扱いについて(老企第39号平成12年3月1日)』2000年3月1日。
- (62) 厚生労働省老人保健福祉局企画課長(2000)
- (63) 財務省(2019) p.88、によれば、2014年8月に全国で1事業所が確認できるが、2019年4月時点では皆無。
- (64) 財務省(2019) p.88。
- (65) 経済財政審問会議(2019) pp.58・59。
- (66) 社会保障審議会年金部会(2019)『今後の年金制度改正について』2019年9月27日。
- (67) 社会保障審議会年金部会(2019) p.5。

(68) 社会保障審議会年金部会 (2019) p.4。