

## 医療ニーズを満たす公正な負担を検討する

佐藤 一光 東京経済大学経済学部教授

2024年度予算編成の最中に「後期高齢者医療制度の自己負担を増やすということが政府の歳出改革論議の中心となっている」というニュースを目にしてこの特集を組むことを思い立った。

超高齢社会で超少子化が進行している中で、子ども・子育て政策をどう充実していくのか、そして医療・介護のニーズをどのように満たしていくのかが以前にも増して重要な課題になってきている。超高齢社会であっても、われわれの社会は十分な生産力を持っている。情報通信産業やAIの発達でまだまだ生産性は改善されるだろう。そうであれば生産性の向上によって節約された労働力を社会的に無意味なブルシットジョブに振り向けたり、失業者を生み出ししたりするのは本末転倒である。

厚生労働省の「需要面から見た2040年までの医療・介護従事者数の推計」によれば、2040年には2018年と比較して医療従事者で1.08倍、介護従事者で1.5倍程度増加すると見込まれているが、この推計はかなり抑制的であると考えられる。2022年には介護分野での就業者が前年より1.6%減少したことが「雇用動向調査」から分かっている。経済全体がインフレと賃上げの基調となる中で、低賃金で厳しい労働環境から離脱する労働者が増えているようだ。

## さとう かずあき

慶應義塾大学経済学研究科修了、博士（経済学）。専門は財政学、環境経済学。慶應義塾大学経済学部助教、内閣府計量分析室、岩手大学人文社会科学部准教授、東京経済大学経済学部准教授を経て、2024年4月より現職。

主著に『環境税の日独比較：財政学から見た租税構造と導入過程』（慶應義塾大学出版会）、「現代貨幣理論の構造と租税論・予算論からの検討」『財政研究』第16巻など。

令和6年度の介護報酬は1.59%のプラス改定となったが、介護職員の処遇改善分は+0.98%にとどまり、それぞれの事業所で実現するかどうかは別として令和6年度ベア+2.5%、令和7年度ベア+2%を見込むとしている。しかし、2022年には3%、2023年には3.7%の物価上昇があったことを考えると、実質的にはマイナスの改定となっており、2023年春闘のベア・定期昇給が平均で3.8%、2024年春闘では5.8%となっていることを鑑みても他産業と比べて処遇が改善するとはいえない状況である。医療の診療報酬においても+0.88%のプラス改定となり、それぞれの医療機関で実現するかどうかは別として令和6年度ベア+2.5%、令和7年度ベア+2%を見込むという。しかし、これもまた実質的にはマイナスの改定となる。薬価については▲0.97%と相変わらずマイナス改定を続けている。

\*

診療報酬のマイナス改定を初めて行ったのはオイルショックの影響で財政状況が悪化していた1981年のことである。このマイナス改定によって医療機関の経営が悪化して医療サービスの質の低下が懸念されたため、それ以降はプラスの改定が行われてきた。しかし介護保険が成立した後の2002年に経済停滞と医療費抑制を理由としたマイナス改定が行われて以来、医療・介護のニーズを満たしつつ医療・介護

費を抑制するために医療・介護サービスの単価は引き下げられ続けてきた。マイナス改定を通じて医療・介護従事者の賃金水準を引き下げるということは、医療・介護ニーズを満たすための財源を医療・介護従事者にのみ課税することで賄っていることと同義である。歳出の増加に対してその単価を引き下げるとは経済のデフレ化の要因となってきたのである。

\*

高齢化のピークに向けた政府の自己負担引き上げの方針については、価格メカニズムを利用して医療費の抑制を図ろうというよりは、自己負担分によって財源調達を行うという意図の方が強いようである。このことは医療サービスの利用者にものみ課税するのと同義で、やはり分配の悪化が懸念される。年齢を基準とした自己負担の比率に差を設けること自体は不公平な負担の設定であるとしても、財政政策の方向としては受益者負担による市場メカニズムから離れてなるべく無償に近い形で対人社会サービスを供給すべきであろう。すなわち、診療報酬・介護報酬を他の産業のベアを超えることができる水準で改定しつつ、自己負担を引き下げるという方針である。そのような方針を実現するためには社会保険料の引き上げか、公的負担を引き上げて増税するか、公債発行によって賄うという決断をするかである。いずれの場合も利用する経済的資源である医療・介護労働者を対人社

会サービスの生産に投入することになるため、経済的な差異は所得分配の違いのみである。

繰り返しになるが、生産力の観点からすれば医療・介護ニーズを十分に満たすだけの生産力はある。実際の政策においてこれらのニーズを満たせないように医療・介護支出を抑制するのであれば、それは日本における民主主義の作用である。筆者には苦い思い出がある。大学院生の頃に駒村康平先生の研究室で、生活保護の補足率が低いという問題について財政学ではどのようにアプローチするかを尋ねられたことがある。筆者は自治と民主主義のプロセスによって解決可能であると回答したところ、駒村先生はそれでは現在貧困に苦しんでいる人たちが救われない、と諭された。長期的に見ても、民主主義によって生活保護の補足率が上がっているということは確認されないだろう。残念なことに筆者は一人前の研究者となっても、結局のところ医療・介護のニーズを満たすための公正な負担のあり方を提示し、それを民主主義における議論の俎上に載せることしかできないでいる。

\*

本特集はこのような社会的背景と、やや個人的な背景をもとに企画されている。医療・介護ニーズを満たすためには自己負担による財源調達しか選択肢がないのであろうか。

本特集の高原論文では日本の後期高齢者医療制度をめぐる負担の現状について整理を行い、後期高齢者の資力を公正に把握した負担構造となっていないことを指摘する。高原論文では金融所得を含めて所得を捕捉した上で、窓口負担の引き上げ、保険料率の引き上げ、後期高齢者医療制度を支えるための目的税の創設、後期高齢者の就業の促進といった組み合わせ可能な負担案を提示している。

続く佐藤論文では、日本の社会保険料控除に着目して所得控除と超過累進税率の組み合わせが所得税の累進性を損なっていると批判する。医療・介護費の増大に対して社会保険料率が引き上げられるのであればその公正な負担のためには所得税の累進度を高めることが必要で、給付付税額控除や課税対象一律給付による再分配の強化が必要であるという議論を展開している。

松本論文では日本と同様に医療サービスの供給に際して社会保険方式が採用されているドイツとフランスに着目して、比較検討を行なっている。ドイツでは社会保険料を中心として医療支出財源の確保が行われており公費負担は限定的で自己負担についてもほとんど求められないという。他方で、フランスにおいては事業主が負担する社会保険料、多くが被雇用者で占められるフランス居住者によって負担される一般社会拠出金、及び公費の負担が主要な財源となっ

ている。日本と同様に30%という高い窓口負担が設定されており、場合によってはより高い自己負担が求められている。もっとも、フランスではこの高い窓口負担を軽減するために補足的な民間医療保険が準公的に整備されており、人口の95%がカバーされているため実質的な自己負担はほとんどないという。両国では保険料負担にも「連帯原則」によって応能負担を適用していることが特徴的で、低所得への対応、慢性疾患への対応、年齢をどのように考慮するのかという日本における医療負担を考える上での示唆があるとしている。

最後の島村論文ではオランダを事例として社会保険の保険者を民間の保険会社に任せつつ、規制と補助を組み合わせることで無駄な医療支出を防ぐ「効率性」と公正な負担を実現する「連帯」の両立を図っているという。この「規制された競争」という仕組みによって約6%という低い自己負担と、約5%という低い公的資金の投入比率を実現している。もっとも社

会保険料を中心として財源保障がなされているオランダであるが、資産を広範囲に捕捉した所得税と給付付税額控除によって負担の調整もなされており、医療財源の検討に当たって総合的な見地が必要であることを教えてくれる内容となっている。

\*

繰り返しになるが日本の生産力からすれば医療・介護のニーズを十分に満たす水準で公的な対人社会サービスを提供できないということはない。問題はその負担のあり方であり、それを国民が合意できるかどうかである。この巻頭言で「公正」な負担を強調したのは、単に公平であるだけでは充実した医療・介護サービスの提供と、エッセンシャルワーカーの低賃金からの脱却とを実現するには不足しており、国民の合意が鍵となるからである。駒村先生からの批判には十分に応えられないが、自己負担だけではない財源調達の実現を検討する一助となる特集となれば幸いである。■

