

Ⅲ 場当たり主義の社会保障予算

小川 正浩
生活研究部長

過去10年の「政治改革」の結末は、利益政治とポピュリズムのまんえんである。2000年度社会保障予算の編成過程と内容を検討するとき、このような政治の象徴をみるおもしろいがある。年金改正法案、介護保険見直し、児童手当、医療費改定などの一連のうごきに通底するのは、視野がきわめて短期であること、じぶんたちの議席維持に利のあるグループの益をおもんじていること、さらには現金をばらまき、負担さえかろくすればそれが善政であると錯覚していることである。

● 迷走する介護保険見直し

99年10月の自公政権発足を前後して、介護保険は政局ゲームに翻弄され続けてきた。全額税財源による制度見直しを迫る自由党や、「在宅＝保険・施設＝税」を主張する公明党の政権参加によって2000年4月実施が一時危ぶまれ、地方自治体をパニックに陥れた。次に自民党政調会長に就任した亀井静香氏の「家族介護は美風」のアナクロ発言は世論のひんしゆくをかった。次いでうち出された高齢者（1号被保険者）からの保険料徴収の「半年間凍結プラスその後1年間半額徴収」とする決定も、しょせんは人気取りの姑息な手法であることがすぐ看破された。

これらに伴う財源措置は、市町村が設ける基金に国が交付金を交付するというかたちで、99年度第2次補正予算の中に計上された。65歳以上の第1号被保険者の保険料に関しては、2000年4月～9月は徴収凍結、2000年10月～01

年9月は半額徴収で、通常の徴収は01年10月からとなる。この凍結・半額徴収に伴って国から市町村への交付金が7,850億円。また、40歳～65歳未満の第2号被保険者の介護保険料の徴収によって財政基盤が脆弱化する健保組合と国保に対してもそれぞれに設けられた基金に2000年度と01年度の2年度分の財政支援を行うこととされ、合計1,260億円。同じ補正予算の中では2000年度の介護基盤整備を前倒しするかたち（詳細は後述）で513億円が生まれ、その他予防対策を含め総額1兆100億円の介護関連費用が第2次補正予算に組まれた。

これらの財源はすべて赤字国債発行でまかなわれたわけだが、保険料凍結・軽減に対しては、バラマキ型政治を助長するものという批判だけではなく、サービスの対価を支払うのは当然とする市民のてきびしい反発をまねくこととなった。この反発は「介護の社会化」を覆すような家族慰労金事業（2001年度実施）が決まったことによって増幅された。ほんらいとるべき方策は、ご都合主義で国債を増発せずとも、介護保険導入によって余裕のである4,000億円近くの公費を基盤整備に振り向け、市町村が市民の納得のもとで制度を円滑にスタートさせる環境づくりを国として支援することであった。

2000年度予算においては、新たに策定された2000年度～2004年までの5年計画の「ゴールドプラン21」（表1参照）の基盤整備費の初年度分1,322億円が計上されている。具体的には、特養10,000人（99年度第2次補正で

表1 ゴールドプラン21

サービス種類 ^(注1)	2000(平成12)年度 ^(注2)	2004(平成16)年度
ホームヘルパー	178,500人	225百万時間 (35万人)
訪問看護ステーション	6,000ヶ所	44百万時間 (9900ヶ所)
デイサービス/デイケア	18,350ヶ所	105百万回 (2.6万ヶ所)
ショートステイ	69,000人分	4,785千週 (9.6万人分)
特別養護老人ホーム	310,000人分	36万人
老人保健施設	287,000人分	29.7万人
痴呆性老人グループホーム	—	3,200ヶ所
ケアハウス	88,400人分	10.5万人
高齢者生活福祉センター	800ヶ所	1,800ヶ所

(注1) サービスの中にはこの他に、施設サービスとして、介護療養型医療施設がある。これについては、療養型病床群(99.1.1現在158,410床)、老人性痴呆疾患療養病棟(98.7.1現在5,360床)、介護力強化病院(98.7.1現在134,417床)の中から申請にもとづき都道府県知事が指定することになっている。介護療養型医療施設の整備目標はここでは掲げられていないが、22万床にするとも言われている。

(注2) 数値は99年度当初予算+同第2次補正(2000年度前倒し)+2000年度予算(純増)分。但しホームヘルパーは99年度当初予算ベース。

5,000人前倒し)、老人保健施設7,000人(同4,000)、ケアハウス5,000人(同1,500)、高齢者生活福祉センター200ヶ所(同200)、ショートステイ6,000人(同2,000)、デイサービス1,200ヶ所(同100)、痴呆性老人グループホーム500ヶ所(同200)、訪問看護ステーション1,000ヶ所となっている。

「ゴールドプラン21」は、市町村が作成する介護保険事業計画における介護サービスの見込量の集計と、グループホームなど一部は厚生省の期待値を含めた目標となっている。施設関連基盤は、同プランによって、介護保険施行後も少なくとも5年間は一般財源から基盤整備費として手当されることが約束されたわけだが、ホームヘルパーはこれまでのように国が補助金を付けて増やしていくのとは違い、介護提供事業者、とくに民間事業者の努力いかんにかかっている。民間事業者の参入が不足すれば在宅介護は大きく立ちおくれること

になる。

介護サービスの需給予測は難しい。需要が供給を大きく上回るのではないかという当初の予測も、ここにきて、すでにサービスを受けている人のなかにも自立と判定されるケースや、認定されても1割自己負担が抑制効果として働きサービスを敬遠するのではないか、地方を中心にヘルパーが自宅に出入することを嫌うなど需要側の変化を予測する声が強まっている。勢いこんでいた民間事業者にも介護報酬単価がきまっていないこともあって、介護市場参入を様子見の感もある。むろん地域によってサービス不足のところが初めから顕在化するところも多い。しかも中期的に考えれば在宅介護の利用率が高まってくればそれに対応するだけのサービス量の圧倒的な不足は明らかで、この新プランの達成でようやく在宅サービスの利用率は6割に達し、「介護の社会化」が名実ともにスタート台に立つものと考えてよい。

その他予算には、低所得者への対策として、現在ホームヘルプサービスを利用している人には介護保険の自己負担1割ではなく、当面3年間は3%とし、その後次第に引き上げて、2005年に1割負担とするための財源措置がとられている。

● 迷走する少子化対策

政府は昨年12月に少子化対策推進関係閣僚会議で「少子化対策推進基本方針」をまとめた。結婚と出産は当事者の自由な選択にゆだねられる問題としながらも、育児を社会的に支援してゆくことによって出産の環境を整えようというねらいである。この基本方針にもとづいて12月に、大蔵・文部・厚生・労働・建設・自治の6大臣合意による少子化対策の具体的実施計画（新エンゼルプラン）が策定された。

新エンゼルプランのうち保育所整備関連では、新たに2000年度から04年度までの5ヶ年計画が策定され、(イ)0～2歳児の保育所受入枠を68万人（99年度比10万人増）(ロ)延長保育を1万ヶ所（3,000ヶ所増）(ハ)休日保育を300ヶ所（100ヶ所増）(ニ)病気回復期にある乳幼児一時預かり500市町村（50増）(ホ)多機能保育所を2,000ヶ所（400ヶ所増）(ヘ)育児相談などのための地域子育て支援センターを3,000ヶ所（1,500ヶ所増）(ト)専業主婦家庭の休養・急病等に対応した一時保育3,000ヶ所（1,500ヶ所増）(チ)放課後児童クラブ11,500ヶ所（2,500ヶ所増）となっている。

しかし、このプランではたして大都市部を中心にして3万2,000人（厚生省調査99年4月1日現在）いるといわれる認可保育所への待機児童の解消をはじめ保育への社会的ニーズが満たされるかどうか疑問である。というのも、95年に策定された旧エンゼルプランも目標値を実績が下回った項目が多いからである。低年齢児童受入枠は目標値を2万人弱下回り、一時保育は50%の達成率でし

かない。今年4月からの認可保育所の規制緩和の動向を注視したい。

仕事と家庭の両立支援策の一環として、育児休業期間中の育児休業手当を賃金の25%から40%への引上げ、また、育児休業代替要員確保の助成金が労働省予算の中に盛り込まれている。

政治決着となった児童手当は手当額（第1子月額5,000円、第2子5,000円、第3子1万円）や所得制限はそのままとし、支給対象年齢を現行の3歳未満から義務教育就学前までに延長し、費用負担は3歳未満は企業負担を含む現行どおりとし、3歳以上～義務教育就学前については企業負担を求めず公費負担とし国2/3、地方1/3負担とされることが決まった。追加所要額2,200億円（満年度ベース）のうち2,000億円は99年度に導入されたばかりの年少扶養控除の減額で措置され、残りの200億円は厚生省予算によるやりくりによってまかなうこととされた。非・低課税世帯では制度拡充の恩恵を受けるが、小学生以上16歳未満の子どものいる課税世帯や、子どもが小学校入学前でも児童手当の支給を受けられない高所得層の負担はふえる。

諸外国とくらべて児童手当が貧困であるのは事実であるが、いま少子化対策として優先されるべきであるかどうかについてはその政策効果を見極める必要がある。こうした現金給付をふやすことよりも、むしろ急がれるべきは上に見た保育所の待機児童解消など社会サービスの充実や仕事と家庭との両立支援のための公的支援である。

● ビジョンなし負担先行の医療

政府は2000年度までに医療保険改革案をまとめることをかねてからの公約にしていた。しかし、ビジョンの提示はいっさいないままに、圧力団体のむきだしのゴネ得を許し、あまつさえそれにかかるお金を高齢者につけ回すという、最悪のシナリオの医療予算となった。

賃金、物価動向等から見ればほんらいならマイナス改定になるはずの診療報酬を逆にプラス改定（実質0.2%）したことによる所要財源は約560億円。それを保険料引上げでまかなおうとすれば、健保連等の別の圧力団体の反発を呼ぶことから、結局は声なき高齢者の負担で切り抜ける。しかも開業医の多い医師会の意向をくみ、個人医よりも病院での負担が重くなるように仕組む。これが今回の医療予算の構図といてよい。

高齢者につけ回されたことによるいちばん大きな制度変更は70歳以上の負担を定額制から定率制に切り替えた点にある。入院時では日額1,200円であるものを1割負担へ（上限37,200円）、外来の場合530円（月4回まで）とあるものを病院では1割負担としつつも、診療所では定額制（800円×4回/月）と定率1割負担制の選択（上限月額3,000円）とし、個人医からの患者離れを防ぐ工夫がなされている。

また、70歳未満の人の自己負担限度額について見直しをおこない、一般、低所得者に加え、月収56万円以上の上位所得の区分を新たに設け、一般と上位所得者については限度額（6万3,600円、12万1,800円）に、医療費の一定額を超えた部分の1%を上乗せすることとされた。

こうした改定に伴って昨年7月から免除されている70歳以上の薬剤費一部負担は正式に廃止されることとなったが、70歳未満にはこの負担が残る。

わが国の医療保険は、近年の健保本人2割負担の実施、食事代の自己負担化と薬剤費一部負担、高齢者の相次ぐ負担増、やまぬ保険外負担増などによりその給付水準は著しく低下してきている。加えて医療サービスの質は一向に改善されていない。高負担・低サービス化がすすんでいる。良質で安定した医療制度をつくるためには、被用者も自営業者も高齢者も加入した一律の医療保険制度を都道府県単位でもうけるいっぽう、サービス提供の質の向上には医療経営の透明化を前提に

した公的支援をつよめる必要がある。

● 年金

99年消費者物価はマイナスとなったが、年金額はすえ置く措置がとられる予定。なお、年金改正案は現在参議院で継続審議となっており、国会でのなりゆきが注目される。

この法案の眼目は、高齢化がピークをむかえる25年後に支給総額を約20%減らすことにある。そのためには4つの手段がくみ合わされている。第1に、厚生年金の報酬比例部分を5%引き下げることである。第2は、5年ごとの財政再計算期に、過去の賃金上昇率を年金水準に反映させてきた「賃金スライド」を凍結する。第3に、厚生年金の報酬比例部分の支給開始年齢を2013年から2025年にかけて段階的に引き上げてゆき、1961年4月2日以降生まれの人からは完全に65歳支給にする。第4が、65歳になればどんな高額の賃金を得て働いていても、満額年金をもらえるいまの仕組みを改め、一定額以上の賃金をもらっている場合には年金額を減額する（在職老齢年金制度）。

このまま法案が成立すれば、年金不信はますますつよくなるのはまちがいない。しかし、賦課方式によるいまの制度を維持するためには、つぎの世代の負担をかんがえて、ある程度の給付水準の切り下げも避けられない。したがって、上記のうち、報酬比例部分の引き下げと65歳以降の在職老齢年金制度の適用はやむをえないだろう。

しかし、賃金スライドの凍結は、一国の生産性の伸びの恩恵から年金受給者は除外され、新たな年齢差別を制度化することになり、問題が大きい。さらにいちばん問題なのは、支給開始年齢の引き下げで、こんごの高齢者雇用のみきわめがないうままに、いっぽう的に支給年齢を遅らせるのは、しょうらい数千万人単位の経済難民を生じさせるおそれがある。（おがわ まさひろ）