〔論文〕

公的保険の危機的な現況

李 静淑*

— 目 次 —

1. はじめに
2. 公的年金保険の現況
3. 公的医療保険の現況
4. おわりに

キーワード：生存権、保険方式・税方式、医療制度改革

1. はじめに

社会保障制度は長期的な国策である。それは、日本の国民がより充実した幸福と思う暮らしを保障し、その安定と安心と公平をもたらす国家100年の大計でなければならない。時の政権による恣意的、一時的な政策であってはならない。将来世代が、現在の世代と同じような質と量の豊かな社会保障を受けられ、長期にわたる持続可能な設計によって構築され、制度の理念を見失うことなく運営されることが肝要なのである。それが憲法によって国民が付託した政治の責任であり、使命である。

2008年初め、内閣とその政権与党は、日本の近未来を見据えた経済、財政政策の練り直しに着手したと報じられた。6月の経済財政諮問会議⁽¹⁾には具体的プラン

* LEE Jung-Sook 本学社会福祉学部教授（社会福祉学科）

が示されるはずだが、2011年度に基礎的財政収支（プライマリーバランス）を黒字化する財政健全化が目標となるようである。しかし、財源問題でゆらぐ社会保障に目を向けると、急速な少子高齢化、経済のグローバル化による企業と就業形態の変化などによって、膨張しつつある社会保障給付費への対応と道筋は一向にはっきりされず、あいまいにされたままで先送りされそうである。政党と行政だけでなく、学者や専門家を含めたサポート組織ぐるみの怠慢であるといえるだろう。

今年4月中旬、新しくスタートした後期高齢者医療制度⁽²⁾による年金からの天引きをめぐって多くの日本の国民の怒りが爆発し、その混乱は今も続いている。「早く死ぬということか!」「姥捨て山の現代版」「医療でなく悪霊だ」などきびしい批判と非難が厚生労働省（以下、厚労省と略す）や自治体に寄せられたというが、社会保険庁の年金記録問題や不正と一連の厚労省の“暴走”である。国民の不信は大きく、根強い。自分たちの収めた税金や保険料の使われ方が不透明や不公正だと感じているからであろう。さらに、年金積立金の運用や法人税引き下げの論議など最近の国会の動きもまた、民意とは全くかけ離れているように見えてならない。

61年目を迎えた5月3日の「憲法記念日」、朝日新聞は社論で「生存権の侵害が進んでいる」と指摘、「憲法」と「現実」の懸隔を訴えた。「消えた年金」や生活保護以下の所得しか得られない「ワーキングプア」などをあげ、「暮らしの劣化は生存権の侵害。憲法で保障された国民の権利は、沈黙では守れない」と、政治への言動を呼びかけたのである。直近のメディア各社の世論調査でも、憲法9条の改正派が減少し、代わって25条「生存権」⁽³⁾の尊重と実現を求める意見が飛躍的にふえてきたのが目立つ。新自由主義経済の下での格差が広がり、排除も露骨になって、生きることすらままならぬ状況に追い込まれた人々の急増を反映しているのではないだろうか。生存権は、世代を超えて万人等しく保障されなければならない人間の基本的人権なのである。

2006年当時の小泉内閣は、「骨太の方針」によって社会保障費の伸びを、毎年2,200億円抑制する目標を決めており、これが現行制度の維持に大きく立ちはだかっている。

前回の2004年年金改革以後、医療や介護制度はいろいろと手直しされ、公的保

険の姿と実状は大きく変えられた。日本の国民が納得し信頼できるような改正や改革であれば言うことはないが、実態はまず「財源」が合言葉となり、メディアを通していろいろと数字が示されたが、ほとんどの国民には理解しにくい専門的な表現が並び、不評であった。同時に、財政赤字克服のためにという大義名分がつけられて消費税の増税論がふき出てきた。「全額、基礎年金に」と主張する財・経済界に対し、医療、介護保障にもと要求する関係組織や政・官界入り乱れての論議がわいている。さらに公的年金では「保険か税か」と二分された形で、政府寄りの学者の議論や大手メディアの試案が先行し、有権者の反対を恐れる政府、政党は具体的な政策案を示さないまま、成り行きを傍観しているのが現状である。

だが、現時点で公的保険制度は、高福祉か中福祉か、それとも低福祉に進むのかの3つの中の選択を迫られる分岐点に差しかかっていることを見過ぎてはならない。それは財源上の崩壊だけでなく、制度そのものをも失ってしまう大きな危機に直面しているからである。専門的な学論や法理が無視され、政治的な政策や利権につながる政策が浸透していくことは、制度の劣化を招いて崩壊につながりかねない。それを防ぐには、これまでたびたび望まれてきた新しい社会保障制度のグランドデザインを早急に示し、広く日本国民の合意をとり、再構築に着手する以外に残された道はないのである。

2. 公的年金保険の現況

(1) 全額税方式でも国民の負担増

税制の抜本的改革を最重要な課題としている財界団体の日本経営者団体連合会(以下、日本経団連と略す)は、公的年金の基礎年金部分を全額税方式として、とりあえず2009年度までに国庫負担を2分の1に引き上げるよう提言しているが、そのため消費税を社会保障費に充てる目的税化とし、消費税率は2015年度までに段階的に5%アップして10%とすることを主張している。

公的年金についてはすでに経済同友会も税方式を提言しており、日本商工会議所も同じ方式を検討中で、財・経済界の大手3団体が足並みを揃えて税方式を提唱することになった。これで政府、与党は税方式を無視できなくなることは必至となった。財界の要望通りの税方式となれば、企業が保険料として負担している

4兆円弱（2007年度試算）が軽減される勘定になる。これについては財務省や与野党の一部から「企業の負担逃れで、結局国民の負担増になる」という批判が出てきたのは当然のことであろう。

公的年金は、2004年改正のあと2009年に再び手直しし、2025年までに社会経済と調和した持続可能な制度を整えて国民の信頼を確保、「多様な生き方及び働き方に対応する制度」とする“100年安心”プランとして順調に成長する見込みであった。ところが、2005年12月、政治家や女優らの年金加入記録無断閲覧で社会保険庁の職員が大量処分されたのをきっかけに、2006年8月に年金保険料の不当な免除、猶予が多数発覚した。さらに2007年2月、約5,000万件の不明な年金記録が明らかになり、社会保険行政追及の火の手が広がった。その後も延滞金の不正減額、大量の記録作業ミス、支給ミス、不正支出、記録漏れ、情報流出など“年金ショックとスキャンダル”が続き、国民の怒りを買って、年金制度の信頼を失ってしまった。いわば内部分裂による年金崩壊の前兆となった形である。

これら年金記録の再整備には「年金記録確認第三者委員会」を中心にすすめられているが、まだまだ時間と巨額の費用が必要とされているように、その見通しも立てられず、社会保険庁歴代首脳の問題もなおざりにされていることから、年金問題への国民の目と耳は依然としてふさがれたままである。

内閣の国民生活基礎調査によると、日本の高齢者世帯（65歳以上の単身または夫婦世帯）の総収入に占める公的年金のシェアは、2003年で72%に達し、高齢者世帯の約60%は収入源が公的年金のみであった。ドイツでも老後収入の3分の2は公的年金給付であり、私的年金（企業年金や個人年金）のシェアは5%程度にすぎない（土田武史・田中耕太郎・府川哲夫、2008、『社会保障改革』、ミネルヴァ書房、177頁）。

ここで改めて公的年金制度について考えてみよう。ヨーロッパで始まった老齢年金制度は、1889年に導入したドイツが最初で、デンマーク（1891年）、フランス（1895年）と続く。日本は戦時中の1942年に導入されたが、すべての国民に適用されたのは1961年の「国民皆年金」からであり、老後の所得として少額ながら公的年金給付が定着したのである。それ以前の老年期保障は自助努力の私的貯蓄や近親者らによる経済援助で、どちらも無い人は行政による救貧対策に頼るしかなかった。そこへ登場したのが公的年金制度である。政府が強制的に保険料を徴

収し、老後に年金保険給付（所得）として還元する制度で、自助努力と世代間扶助の両方の目的を、国民が政府にゆだねて行うものだといえる。特に世代間扶助では、親子間の支援ではなく、その世代に属するすべての人が支援関係になる世代間協力が特徴である。先行世代と後継世代のパートナーシップによって老後保障にみんなで責任を持つということに大きな意義がある。

(2) 財源は、透明と公平、安定が原則

公的年金にとって最も必要で持続性と安定性、公平性が求められるのが「財源」である。その調達については次に大別される「賦課型保険方式」「積立型保険方式」「税方式」の3方式がある。同志社大・橋木俊詔教授は「日本の公的年金制度は、3つの方式が混在した複雑なものである。しかし基本原則でいえば、賦課方式を好む人は世代間扶助の精神を尊重し、積立方式を好む人は自助努力の精神を尊重しているといってよい」と説明する。そして橋木教授は「税方式を好む」と述べ、その理由について「老後所得保障を公共財支出とみなすことも可能である。人の一生の間には、国から公共財の提供を受けることが多い。年金給付もその一種とみなすのである。例えば、小・中・高・大学教育には巨額の公共支出がなされるが、年金給付もそれに似た性格を持つと解釈するのである。したがって、税収をそれに充当するのが自然となる」「公的年金給付の基礎部分を公共財とみなすこの考え方は世代間扶助型、ないし社会扶助型による賦課方式による社会保険方式の思想に近いが、財源調達方法に関して税方式なので、意味は相当異なる」（橋木俊詔、2005、『消費税15%による年金改革』、東洋経済新報社、20、213頁）というものである。そして年金財政のため「消費税率を15%前後とし、年金目的税とする⁽⁴⁾」と提言している。

これに対し東京大・宮島洋教授は「社会保障の税財源として消費税率引き上げの必要性を指摘する発言が相次いでいるが、給付と負担関係の透明化の観点からも、消費税への全面的依存は望ましくない。消費税、年金課税など所得税、相続税など資産税の適切な組み合わせによる税収増加策をまず検討すべきだ」との立場で「税率引き上げによる負担の逆進性や消費需要の抑制という影響が深刻化する」「消費税負担は本来、世帯単位であり、納税義務者が事業者である消費税では、世帯単位ですら負担者と負担額の特定は困難なため、給付・負担公平が隠べ

いされる」と憂慮している（「日本経済新聞」、2003年1月17日）。同じような意見は政府の「社会保障国民会議」の雇用・年金分科会でも多く出され、いまも基礎年金の全額税方式をめぐる議論は続き、学者や担当官僚だけでなく、民間人も加わった論議になっている。

そうした中、2008年3月4日の前記分科会で税方式に強く反対、新聞インタビューで問題点を明らかにした慶応大・権丈善一教授の次の発言が関心をよんでいる。

「基礎年金を全額税にすれば、崩壊が進む医療や介護などにお金が回らなくなり、捨てることになる。経済界や経済界寄りの学者、メディアは、公的年金は基礎年金に限り、医療は混合診療も全面解禁し、人々の生活を市場にさらした小さな政府を実現したいと夢見ている」「生活者が安心して住み心地の良い国を作ろうとする人は、年金も医療も保険料を経済界から可能な限り確保したいと考える。保険料は受給者に権利性を与え、財源として安定しているからだ」「税方式派は、年金が破綻しているかのように言うが、そんなことはない。今後も、保険料を払った人は払った保険料に加え、租税分もしっかりと受給できる」（「朝日新聞」、2008年3月6日）。権丈教授の主張は“過激”な意見のように聞こえるが、年金問題現況の深奥部をとらえた適格な意見と賛同する人は少なくないようである。

（3）大手新聞3社の「年金制度」提言ポイントとその背景

権丈教授が名指した財界寄りのメディア案というのは、今年1月7日、基礎年金の全額税方式導入を提言した日本経済新聞（以下、日経と略す）のプランである。それに対し2月11日と18日、朝日新聞は2回にわたって社説で、現行の社会保険方式の維持を主張した。さらに両社におくれた読売新聞は4月16日、現行の社会保険方式を基本とした上で、現在の消費税に替わって10%の社会保障税の創設を提唱、日経、朝日新聞の両プランの折衷案的な方式を提唱した。

時代を貫く大きな国策に対し、メディアの積極的発言は歓迎されるべきものではあろう。3社の提言には時間をかけ、多岐多彩にわたり慎重に検討された模様はみられる。どの社も社会保障担当スタッフのほかにも学者、専門家のアドバイザーを動員して練りあげた工夫のあとがうかがえる。すでに公表されていた自民党議員連盟の改革案（全額税方式）、民主党案（所得比例を基本の社会保険方式）よりも大手紙の3社の案はかなり具体的であり、相対する見解も少なくない。提言

された3案のそれぞれのポイントを見てみよう。

(a) 日経新聞の年金制度提案

①税方式に全面移行

基礎年金（厚生、共済年金受給者の基礎年金部分を含む国民年金）の財源を、保険料から全額措置税に置き換える。税率の上げ幅は5%前後。置き換えて全体の負担に増減は生じない。

② 給付水準は現状維持

月額給付は満額で6万6,000円。国内居住10年程度を支給要件とする。移行期間は旧制度に基づく保険料負担を給付に反映。年金課税を強めて高所得者への給付を抑制する。支給開始年齢の引き上げは検討する。

③制度安定へ成長促進

3.7兆円の企業負担軽減分は、非正規労働者の厚生年金への加入拡大に。成長戦略や少子化対策を充実する。

(b) 朝日新聞の年金制度提案

①保険方式を維持しつつ、改革

パート、派遣社員は厚生年金に加入してもらい、企業も保険料を負担する。保険料を払わなくても年金がもらえる3号制度は廃止する。年金受給要件の保険料支払期間（25年以上）を短くする。高所得の未納者に対する強制徴収に力を入れる。低年金者は生活保護を受けやすくする。将来は制度を一元化し、自営業者らも厚生年金に加入してもらう。

②基礎年金の税方式移行は非現実的

税金は医療、介護に優先して振り向けるべきである。増税によって、保険料を納め終えた受給世代が二重払いになる。制度移行には40年以上かかり、未納・未加入問題はすぐに解決しない。企業の保険料負担が減ると社会保障は支えていけない。

(c) 読売新聞の年金制度提案

①「最低保障年金」を新設し、最低保障額は月5万円

年金額が低い人たちのために月5万円の年金受給を保障する。ただし、世帯年収200万円以下の場合に限る。40年間保険料を納めた場合の基礎年金満額を、4,000円増の月7万円に引き上げる。

- ②受給資格を「加入10年」に短縮。社会保険方式を基本に参加者を増やす
受給資格を得るための最低加入期間を、現行の原則25年から10年に短縮し、
無年金者を大幅に減らす。パートの保険料は事業主が給付から天引きして徴
収する。
- ③子育て3年間は保育料無料
子どもが3歳になるまで、勤め人も自営業者も、基礎年金分の保険料を夫婦
とも無料とする。年金はその期間も支給する。
- ④医療・介護も視野に、消費税を目的税化して「社会保障税」を新設する
標準税率は10%とするが、食料品など生活必需品は5%に据え置く。
- ⑤「社会保障番号」を導入する
年金、医療、介護など社会保障の負担と給付を一括管理する体制を整える。
納税情報も一体化、所得捕捉をより確実にする。
- ⑥キーワードは、公平、安心、持続

上記3社の提案のポイントしか紹介できなかったが、いずれの社も年金制度の
現在と将来に強い不安と疑いを持ち、その突破口として「政治が政策をきちんと
考えるための材料に」という思いで提言を示したのではないかと受けとめられる。
特に、年金財政だけでなく、医療、介護に生活保護を含めた社会保障全体の持続
可能性を問うた提言意図がはっきり汲みとれられる。そこには、国民の不信や不
公平感が強まるばかりの今、問題を先延ばしすればするほど制度の維持は困難に
なり、抜本的改革に急いで着手する機会を失えば、社会保障制度は連鎖的に一気
に崩壊に向かうのではないかという危機感が示されているのである。

日経案の「税方式」、朝日案の「保険方式」、読売案の「保険+税方式」のい
ずれも利点や難点、特色がみられる。共通しているのは「皆年金」も「100年安心」
もすでに機能不全に陥っていると指摘、与・野党で早急に取り組むことをうなが
していることである。

各論の中で一番望まれている「財源」については、現行消費税の5%アップを
日経、読売が明示しているのに対し、朝日は保険料率も給付水準も具体的な数字
を示していない。だが、厚生年金の加入者を増やしたり、国民、厚生年金の未納
者を減らすなどの努力をして、それでも足りぬなら税方式を考えてもよいと国民
負担増に慎重な姿勢である。保険と税の併用方式の読売が日常必需品の消費税率

を5%に抑えたのは、国民の共感を得るのではなからうか。

また読売は、全額税方式を採用しなかった理由について「税方式への移行には、大きな不公平、長い時間、巨額の費用のいずれかが壁になる。そういうリスクを冒してまでまったく新しい制度に替える必要があるかどうかは疑問だ」と結論している。全額税方式で基礎年金を支給するとすれば、少なくとも約12兆円、消費税率にして5%近い税金が新たに必要となる。2009年度の基礎年金の予定給付額は約19兆円で、うち税で賄う分は7兆円。残り12兆円も税にすると消費税5%分の増税となる。「年金制度のみのために、大きく消費税率を上げてしまえば、医療や介護制度の維持・充実にあてる財源の見直しが、立たなくなってしまう」と付言しているのは妥当であり、配慮がうかがえる。

(4)「税方式」はセーフティネットの範囲内で

団塊世代が75歳以上になる2025年には、年金給付の伸びは現在の1.4倍になるのに対し、医療費は1.7倍、介護費は2.6倍になると厚労省は推計している。また2008年度予算で約22兆円となった社会保障の公費負担は、2015年度には40兆円に膨らむ見通しである。年金以上に医療、介護の財政危機が暗雲となっているのである。消費税を目的税化して名称を変えた読売の「社会保障税」は、医療と介護も視野に入れたものであろうが、国民の同意を得るにはもっと説得力のある説明が必要だ。なぜならば、貧困に陥ることを防ぐ防貧機能の社会保険に、貧困の人たちを救う救貧機能を租税の中に組み込むと、保険料の支払い目的が薄らいで、払い込みを拒否する人が出てくる恐れがあるからである。つまり、年金に対する基本的な考えとして大切な自助努力の精神があいまいとなるのである。税方式はあくまでセーフティネットの範囲にとどめ、加入者の「自助」、国や自治体の「公助」、企業を含めた国民の連帯による「共助」によって応分の負担をして支え合い、維持していくということが基本姿勢とならなければいけない。

日経は「目的税」としないで「年金目的の消費税」とし、「の」を入れている。「目的税にすると、高齢化が進み、年金財源がもっと必要になった時、自動的に税率を上げることになる」と解説しているが、それは、判断を後の世代に任せたとのことだろうか。ともあれ、年金を税方式にしたうえで医療、介護費まで上乗せすると、消費税率は15%から20%になることは必定であり、そこまで国民が

認めるかどうかが問題である。北欧型の高福祉・高負担の社会の前に、全国民が応分の負担で支え合う中福祉・中負担社会を目指していくというのが、3社案の考えであろうかと受けとめている。

老後生活にとって公的年金は高齢社会の進行の中でますます重要な位置を占めてきている。国立社会保障・人口問題研究所の京極高宣所長によれば「1990年代以降からほぼ全面的に公的年金に頼る人の割合が増加している。2003年の内閣府世論調査では70歳以上の過半数が全面的に公的年金に頼ると答えている。年金の将来に若年層がやや不安感をもっているとはいえ、21世紀に入り公的年金への期待は全体としては大きくなっていくといえる」という実状である（京極高宣、2007、『社会保障と日本経済』、慶応義塾大学出版会、102頁）。

そうした傾向をとらえて神戸大大学院・小塩隆士教授は「①社会保障の財源はすでにかかなりの程度が税でまかなわれ、税なしでは存在しない仕組みになっている、②結果的に多額の国庫負担を投入する保険料方式は、受益と負担の関係が見えにくい。保険料方式は拠出の強制力が弱く、国民がソッポを向けば、高齢者向け社会保障は崩壊する、③世代間の助け合いが必要で、保険原理が貫徹できない基礎年金、高齢者医療、介護に関しては税方式に移行すべきである」と述べており、高齢者向けの社会保障は税方式だと強調、「基礎年金、高齢者医療、介護をすべて消費税でカバーするためには、2025年時点で40%程度の税率が必要となる」と訴えていた（「日本経済新聞」、2002年3月20日）。賛成、反対、修正などさまざまに入り乱れている「年金財源論争」の決着はまだまだ予想もつかないが、知恵を出し合ってまとめていくことが、政治と行政の分野で励む人たちの務めであろう。

(5) 年金運用の説明義務と安全な運用を

公的年金の積立資産は2007年度で約150兆円と、世界最大の額になった。2000年度までは旧大蔵省の資金運用部（実態はなく名称のみであった）に預託、政府系の特殊法人への低利融資や国債購入などに使われていた。近年、特殊法人の肥大化批判が高まったことから、年金資金運用基金とする自主運用に変わり、現在は「年金積立金管理運用独立行政法人」（GPIF）が、厚労相の示す運用の中期目標によって運用計画を決め、信託銀行や投資顧問会社などに委託している。2007

年度末でGPIFの運用資金は190兆円余りとなり、株式や債券などの市場に回っているが、2008年度末からは全額自主運営に移る予定である。

ところが3月初め、市場での運用利回りが「2007年度には5年ぶりのマイナスとなる見通し」と発表された。GPIFによると、昨年10～12月に1兆5,348億円の運用損失が発生しているというのである。⁽⁵⁾アメリカの住宅融資問題など国内外での株安の影響を大きくかぶったわけだが、回復の見通しが立たないことから、収益圧迫による国民負担増につながる恐れが出てきた。

さらに驚くことに、この発表のあと舛添厚労相は、自民党の「資産効果で国民を豊かにする議員連盟」の会議で「積立金の3分の1の50兆円をファンドなどで運用してみたい」と発言、与野党議員や金融市場関係者に波紋を広げている。これは、民間のヘッジファンドだけでなく、与党が設立を検討している日本版政府系ファンドに資金を配分することを示唆したというのである。中近東の石油産出国や北欧、中国、インドなどの政府ファンドに乗り遅れまいとする意向のようだが、お金の性質と出所が違うのではないか。国民の多数が収めた年金保険金を変動リスクの高いファンドマネーに流用することには、各方面から反対の意見が強くなってくるだろう。GPIFは、物価上昇による資産目減りを回避するため、消費者物価指数が上がり元本や利子が増える「物価連動国債」⁽⁶⁾での運用や資源関連株への重点投資を検討していると言っている。これにも関心を持たなくてはならない。

公的年金の運用については、経済財政諮問会議でも論議されているが、運用損が出たらツケは将来世代に回り、現在保険料を払っている人々が受け取る年金額が減るかもしれないのである。しかも、巨額の資産の運用は市場に大きな影響を与える。保険料は強制徴収されているのだから、運用については国民の広い参加による議論と監視、専門家によるより慎重、安全で効率的な資金運用をしなければならないことは当然である。

まして、日本政府は、“埋蔵金”（一種のファンド）といわれる特別会計の繰越利益（約20兆円）をめぐる国民の疑惑を招きながら、明確な説明を避け続けてきている。特別会計は郵貯資金などの財政融資資金は205兆円、外国為替資金は135兆円もの巨額に達しており、いずれも健全な運用を国民は求めているのである。公的年金資産を含め、すべて国民の財産であり、官僚が国民に隠れて使い道を決

めるものではない。公的年金は、年3.2%の運用利回りを前提に設計されている。累積赤字が6兆円に達した2002年度には、国会で株式運用の廃止が討議されたが、これも立ち消えになったままである。今からでも遅くない。国民に真実を明らかにして説明義務を果たし、冷静に対応、運用してほしいのである。

3. 公的医療保険の現況

「危機」という言葉が、もっとも切実に深刻に迫っているのが医療体制である。いや「すでに医は崩壊した」と痛烈に言い切る論者も出ている。WHOの「ワールド・ヘルス・レポート2000」では「日本は医療の総合達成度では世界第1位」と高く評価され、1961年の国民皆保険化⁽⁷⁾以来、すぐれた医療体制を誇ってきたのに、いま各地で起きているのは顔をおおいたくなるような医療の荒廃である。もはやそこには、人の命と暮らしを守る安心で平等で合理的な医のシステムは見られないのである。医師の絶対数が不足し、倒れたり辞めたりしていく医師も絶えない。中でも産科、小児科、外科の医師不足は、特に地方で深刻な惨状である。公立病院の廃止、統合が住民を不安に包んでいる。救急車による病院の“たらい回し”は日常茶飯事な現象となり、夜間の救急外来は機能不全である。その反面、富裕層を狙った豪華な高級病院や高額病室が大都市や周辺に現われ、自由な混合診療化とともに患者の格差化を広げている。そして新たに医療保険の健全化の名の下に、お年寄りの顔を逆なでするように押しつけられたのが「後期高齢者医療制度」の導入である。この制度は「保険」の文字を使っていないが、制度的には保険である⁽⁸⁾。他国に誇る社会保障制度の中、貴重な社会共通資産として人々を癒し、守ってきた頼れる医療は、もはや回復しないのであろうか。

(1) 後期高齢者医療制度の登場と波紋

4月15日、全国の市、区、町村の自治体窓口は、抗議や問合せの人たちで騒然とした。この日から始まった75歳以上の「後期高齢者医療制度」(長寿医療制度)による年金からの保険料天引きをめぐって、お年寄りから怒りや不信、不安がぶつけられたのである。「保険証が届かない」「保険料が間違っているのではないか」「こんなに引かれるとは思わなかった」「事前の説明もなく一方的だ」「広域連合っ

てどこにあるのか。だれがやっているのか」などさまざま、そして真剣、悲壮な声ばかりだった。

「これまでのままでは高齢者医療の維持が難しいので…」と厚労省は小泉内閣の2006年6月、審議を打ち切って与党で強行採決した。従来の老人保健法を改定して「高齢者の医療の確保に関する法律」として制定、「後期高齢者医療制度」を成立させたのである。施行までに2年間あり、きちんと準備をすすめていたと思われていたが、いざ本番となって、手抜きの説明不足や気配り目配りに欠けていたことがあからさまになった。抗議が殺到した「後期高齢者」という言葉を、政府はあわてて「長寿」と替えてみたが、とってつけたような対応に、これも不評である。お年寄りにとって医療は安心が第一のよりどころである。年金、介護とともに、老後を支える基盤である。各地のトラブルはおさまっても、次に天引きされる6月にはまた繰り返すことも予想されている。すべてのお年寄りに、きちんと理解され、信頼を取り戻すような努力と工夫を、関係者はどのようにみせてくれるか。医療再生の小さなステップだが、踏みはずさないことを願うばかりである。

そもそも「後期高齢者医療制度」は本当に必要だったのであろうか。制度の性格を一言でいえば、医療費抑制のため、75歳以上を独立の医療保険とする別の新しい制度である。だから、この制度をよく検討すれば、老人の医療費を支える「現役世代の負担」ばかり心配され、75歳で切り離される「高齢者」への配慮が全くといっていいほど無かったことに気付くのである。「なぜ、75歳で線引きなのか」「なぜ、負担が増えるのか」「なぜ、事前に親身に説明してくれなかったのか」「なぜ、現役時代に国づくりに尽くしてきた年寄りに犠牲を押しつけるのか」など「なぜ」を問う意見は引き切らず、「75歳以上は長生きしてはいけないのか」と泣き出す人もいたとメディアは伝えた。

制度の誕生までには紆余曲折があった。1973年の「福祉元年」、老人医療費の無料化が始まったが、老人医療費の急増で高齢者の加入が多い国民健康保険（以下、国保と略す）がぐらつき、1983年、国保のほかサラリーマンの健康保険組合（以下、健保組合と略す）や公務員の共済組合がお金を出し合う拠出金制度の「老人保健制度」（以下、老健と略す）になった。老健制度になって高齢者も定額の自己負担金を払ってきたが、医療費の伸びや健保組合の財政悪化などから現役

世代の負担を減らす高齢者の独立型保険が、厚労省や老人保険審議会から提案され、2002年2月、小泉内閣の下で新制度創設が決定した。⁽⁹⁾

2003年3月、医療改革の「基本方針」を閣議決定して「後期高齢者」という名称を使った新制度への加入が決まった。福岡大学の石田重森教授は「基本方針では、この制度により自己負担の合算額が著しく高額になる場合の負担の軽減を図る仕組みをつくり、保健、医療、介護等の連携による各サービスの効率化を進め、医療費の適正化を図るとしている。こうして別建ての高齢者医療制度により、医療給付と介護給付が適切かつ効率的に提供されるようにするとともに、将来の高齢者医療保険と介護保険を統合・一元化することも示唆される」とみていた（石田重森、2006、『改革期の社会保障』、法研、131頁）。さらに神戸大大学院・小塩隆士教授は「新制度の意義と課題を冷静に考える必要がある。高齢者医療が従来のままでは維持が難しいという状況をきちんと認識すべきである。国民1人当たりの年間医療費は、65歳未満が約16万円なのに対し、後期高齢者を含む65歳以上は約65万円で、どうしても高額になる。一方、人口の中で75歳以上の比率は、2005年の9%から2025年には18%に上がる。新制度は、後期高齢者を支援すべき対象として明確に位置づけ、税金で5割、現役世代の負担で4割を賄い、残り1割を高齢者が負担する。保険料は府県単位で一本化し、自治体間の格差是正を図る。財政基盤を強化し不公平を是正する策として、新制度の方向性は正しい」と理解を寄せている（『朝日新聞』、2008年4月22日）。

高齢化による医療費の増加は当然のことであり、だから、なし崩しに負担を増やしたり、医療を制限したりするべきものではないのだ。「生老病死」は人間の姿であり天命である。年金、介護とともに医療もまた社会全体で連帯して支援する社会保障制度の下では、高齢者の実情と思いを謙虚に正しくきちんと受けとめていくことが大切であろう。

医療費抑制に中心的に動いたのは、当時、小泉首相と竹中経済財政相が取り仕切った経済財政諮問会議であったと伝えられている。老人病や老人問題の専門家は議員の中には1人もおらず、財界出身の民間議員らが強く発言し、厚労省にプレッシャーをかけたようである。どんな議論だったのか真相は非公開放だが、2025年度の医療給付費は56兆円から48兆円に抑制される。そしてそれに合わせて2008年度からの「後期高齢者医療制度」が先行スタートしたのである。経済の身の丈

に合わせた抑制案を成立させたともいえるのではないだろうか。

(2) 正体不明の「広域連合」と厚労行政の独走

この制度で、これまで保険料を支払っていなかった200万人を越す全国の75歳以上の高齢者が、新たに保険料を払わなければならなくなった。健康保険や国民健康保険の扶養家族であっても、1人ひとりが支払うのだ。保険料は2か月に1回支払われる年金から天引き（強制徴収）されるが、年金が年間18万円未満の場合や、医療保険料と介護保険料の合算が年金の2分の1を超えた場合は、市町村に個別に支払う。また75歳以上と74歳以下の夫婦だと天引きと個別支払いになるなどわずらわしいケースも多い。

さらに、多くの老人が「一方的で分からない」と不満を示しているのが、保険料の計算方法である。厚労省の説明では、保険料は収入による「所得割」と広域連合の加入者数が元になる「均等割」の合算で決められる。「所得割」は広域連合ごとに異なる所得割率をかけて計算する。年金しか収入が無い場合、年収153万円以下ならゼロとなり、年収約900万円以上で上限の年間50万円となる。「均等割」は広域連合地域の加入者数や医療費によって異なり、年間3万5,300円から5万935円と差が大きい。この差を示すことで地域の医療費削減をうながす狙いがあるのではという見方が強い。2つを合算した保険料は、最高9万2,750円の神奈川県と最低4万6,374円の青森県では約2倍の差がみられる。

ところで、高齢者の不信がもっとも向けられているのが「広域連合」⁽¹¹⁾という団体ではないだろうか。後期高齢者に送られてきた「後期高齢者医療被保険者証」にこの名が書かれているが、所在地も代表者名も書かれていない府県もある。実は、「広域連合」とは、後期高齢者医療制度の保険者として、厚労省が都道府県全部に1つずつ設置を義務づけ、制度の運営体としたもので、地方自治法に規定のある第3の自治体。特別地方公共団体の1つである。

しかし、「広域連合」は各都道府県からは独立した組織で、議会を持ち、議会は保険料を決め、収支を監査する。だが、代表者や議員の選出基準は明らかでなく、定数も公表されていない。いわば、正体不明の組織体で、発足したことを知らなかった住民がほとんどであろう。こんな団体が保険料を決め、運営していくのだから、高齢者の被保険者に不親切で冷たい対応をしたところが多かったので

はと疑いたくなる。自治組織としては非民主的な存在と思われるが、現行の市町村単位の国民健康保険をこの「広域連合」に移行する含みがあるのではないかと、という憶測も出ており、厚生行政の国民無視の独走はまだまだ続くのではという心配が消えないのである。

(3) 医療費の増加は高齢者の責任ではない

医療保険制度危機の現われの1つと言われる国民健康保険料の滞納者は、1年前の2007年6月時点で約480万世帯に達した。滞納で保険証を取り上げられた世帯は約34万世帯にのぼった。2004年の年金支給額引き下げで高齢者の暮らしは苦しくなっている。内閣府の「高齢者の経済生活に関する意識調査」では、7割を超える人が「税金と社会保険料の負担が重い」と答えている⁽¹²⁾。後期高齢者医療で保険料を納められない時にはどうなるのか。国民健康保険と同じように被保険者証を取り上げられるのでは、と危惧する声が出ている。今度の制度設計で厚労省は、保険料が納められない高齢者が多くなることなど考えていないようだが、高齢者はみんな裕福だと思っているのではないだろうか。後期高齢者世代で生活保護を求める人が増えており、その傾向は、格差の広がりと同比例して多くなっていることに早く気付いてほしいのである。

今度の医療制度の保険料は、75歳以上の人口や医療費の増減に合わせて、「広域連合」ごとに2年おきに改定されることになっている。しかも制度の財源の40%を負担する現役世代の人口は、これから減少していく見込みだから、後期高齢者の人口比率が高まると、75歳以上の保険料が増えていくことになる。制度発足の現在、年間約7万2,000円（平均）の保険料が、2015年度には8万5,000円になり、「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年度には16万円にも、と厚労省は試算している。年金から2か月先までの保険料を取り上げられることの痛みと空しさを、政府、行政は少しでも感じているのだろうか、と問いたいのである。

今一度考えてみると、医療制度の危機というのは、医療保険、老人保健、公費医療制度など日本の医療保障の全体的危機ということがいえよう。そしてその“推進者”であり、主因となっているのが、国民にかかった医療費、つまり「国民医療費」⁽¹³⁾である。厚労省（前身は厚生省）は1954年から毎年、統計をとっているが、2004年度の国民医療費は32兆1,111億円で対国民所得比8.89%となっている。

この50年間に総額で149倍になった数字である。

国民医療費の増加は、名目的な原因としては物価上昇によるものが一番大きく、実質的な要因としては、人口の増加、高齢化、医学・薬学の進歩、改善による医療技術、医療機器、新薬の増加などが指摘されているが、成人病や感染症など疾病構造の変化に対する医療対応も大きな要因となっている。

忘れてならないことは、世界のトップクラスにある日本の医療水準に対し、医療・保健支出額はOECD諸国の中で17番（OECDのデータ・Health Data 2005年）であり、1人当たりでみても決して高くないということである。さらに高齢者の医療費について佛教大・里見賢治教授は「ともすると日本の医療費を押し上げる元凶であるかに言われるが、事態は必ずしも単純ではない。なぜなら、年齢が上がるにつれて有病率は高まり、医療への受診機会が増えざるをえない。年齢が高くなるにつれて医療費が上がるということ自体は、ある程度までは当然のこととして許容すべきであるからである」「しかも、65歳以上の1人当たり医療費の伸び率は1990年以後、全年齢平均の伸び率を下回るようになった。全年齢平均の1人当たり医療費を100とした場合、65歳以上のそれは低下を続けている。75歳以上でみても同様である。老人医療費の増加をもって日本の医療費増加の元凶であるかのように語るのはミスリーディングであるといえよう。医療費のムダをなくすことは当然のことだが、必要な医療費は引き続き確保することが求められているのである」と説いている（里見賢治、2007、『現代社会保障論』、高管出版、176頁）。

(4) 患者と医師を直撃した医療の構造改革

医療の危機はすでに多くの医療分野で崩壊現象をみせている。それは特に地域医療にきびしく現われている。医療経済学が専門の東北大学大学院・日野秀逸教授は、小泉内閣時代に矢継ぎ早に進められた医療構想改革によるものだとして次の4点をあげている（『世界』、2008、2月号、岩波書店、83頁）。第1は、医療構造改革路線が医療機関の経営困難と健保本人負担の1割から2割への引き上げ（1997年）、2割から3割への引き上げ（2003年）によって、医療サービス提供側、医療サービス利用側の両方に大規模で深刻な破壊的影響をもたらした。第2は、この構造改革で自治体財政が大きな困難に見舞われ、自治体病院の経営を悪化さ

せた。第3は、第1、第2があいまって一層深刻な地域医療崩壊を全国的に発生させた。第4は、医療経営困難と医師不足、人手不足を背景に、2004年の新卒後医師研修制度を導入したことで、地域の中核的病院から大学病院への医師呼び戻しが引き金となって、農村部を中心に小児科、産科、外科などの医師不足がすすんでいる、という分析である。

日本の医師は現在26万人で、10万人当たり198人である（WHO「ワールド・ヘルス・レポート2006年」）。OECD加盟国の平均300人に比べるとぐっと低く、平均水準に達するには約13万人の医師が必要であり、厚労省が考えているような全国的な医師の配置替えや専門科内での回し合いで解消できるようなことではない。医師ほどではないが看護師の不足も進んでおり、医療現場からは負担増、疲労、老朽化、弱体化などがまざった現状を訴える悲鳴が聞こえてくるのである。

医療の構造改革は医師と患者を直撃した。しかし社会保障の国庫負担を抑えたい政府の政策は着々と進んでいる。「日本の財政危機の大きな原因は医療費の増加にあり、少子高齢社会に入って拡大する」と、国会審議やメディアを通じて国民に印象づけることに懸命となっている。さらに政府直系といえる財政制度等審議会と経済財政諮問会議は“医療費亡国論”的な主張で執拗に医療費攻撃を繰り返している。そこには「国民皆保険」を守ろうとする視点も姿勢も全く見ることはできない。それどころか、社会保障関係の政府文書や報告の中から、国民皆保険の文字が消えつつあるように見えてたまらない気持ちである。

今1つ直視しなければいけないことは、医療制度改革の背景に米国の要求があったことである。1993年の「宮沢・クリントン会談」で市場の自由化が合意されてから、日本の経済政策の変更を求める米国の要求は、厳しく、露骨に、大幅になってきた。1995年に日本の保険業法が改正されると、医療、疾病、介護保険が外資に開放され、翌年には早速、医療保険分野への外資の参入があった。現在、連日のようにテレビをにぎわすCMや新聞広告のラッシュもその1つである。

米国の対日要求の本流は、毎年秋に出される「年次改革要望書」である。これまで郵政民営化、商法・会社法改正、法科大学院創設、構造特区、三角合併などすべてそれで、医療保険改革もちゃんと入っている。2007年10月18日、日本政府に渡された要望書には「医療機器および医薬品分野の技術革新を支援するさまざまな政策を実施すること」⁽¹⁵⁾とあり、医療保険とセットで日本の医療市場を米国に

開放することを求めている。特に公的な「共済保険」の規制を強く要求しており、米国映画「シッコ」(sicko) で実体が暴露された医療が保険会社に管理される自由診療の導入を、米政府は画策していると判断できる。日本の財界首脳は経済財政諮問会議で米国提案に賛成しており、混合診療の拡大や医療保険の民営化を働きかけている。医療の危機は国内だけではなく、“同盟国”からも持ち込まれているのが日本の現実である。

最後になったが、後期高齢者医療制度とともに「メタボ健診」が始まった。メタボリックシンドロームと呼ばれる内蔵脂肪型肥満が引き起こす糖尿病、脳卒中、心臓病、高血圧などの生活習慣病を予防し、患者の早期回復をはかるための特定健診、特定保健指導⁽¹⁶⁾である。全国の糖尿病患者は740万人と推定され、その半数が医療をうけている。

こうした生活習慣病の治療に、国民医療費の約3割が費やされていることから、政府としては医療費削減のために“メタボ狩り”に着手したわけだろう。40歳から74歳まではメタボ健診が義務化された。だが、メタボ健診は不人気だ。太り気味のボディに悩む人は多いが、他人からそれを言われるのは不愉快なのは当然である。まして役人から言われると「ほっといて!」と叫びたくなるだろう。食べ過ぎではなく、体質や忙しさからの運動不足などで太っている人も少なくない。血圧、体重は自分で調整することだし、生活改善、体質改善は本人の意思で取り組まなければ効果は出てこないだろう。

厚労省は、40歳から74歳までの男女では10人のうち9人に“異常がある”と試算しているようだが、メタボ健診と後期高齢者医療費を結びつけて、メタボ人間が減ると後期高齢者の医療費も減らせられるという目論みが果されるというのであろうか。今、整備に苦闘している「消えた年金」が生まれたのも、行政の安易な思いつきや打算からであった。社会保障制度の新設や改正には、慎重さと大胆さがともに必要なのではないだろうか。

4. おわりに

— 「共に生きる」社会保障の原点は「所得の再分配」である —

年金、医療、介護の公的保険は日本の社会保障制度の3本柱である。その1本

が倒ればあとの2本も倒れ、社会保障制度は崩壊してしまう。その柱を懸命に支えているのが国民である。「生きる」というひたすらの思いと、人間としての誇りを貫くためである。

今、社会保障の危機が叫ばれ、その様相が指摘されている。もはや手おくれではないかと思われる実態もある。制度の運営体が口を揃えるのは「財源が足らなくなった」つまり、お金のことである。収入が不足すれば予定した歳出ができないのは当たり前の話だ。だから、急いで受給者、被保険者、利用者と言われる人たちに、さらなる負担を求めたり押しつけたりしてくるのである。いつまでたっても終わらない「ぐるぐる回り」や「追っかけっこ」。こんな光景ばかりで、社会保障は本当に安定し、安心していけるのであろうか。数多い課題の中から、当面の、というより緊急の問題を考えてみたのである。

社会保障は本来、所得の再分配で、高所得者から低所得者へ上から下に回していくものである。しかし日本では十分に機能しておらず、制度の分立など水平的な分配、同じような階層内分配の助け合い的性格が強い。だから場違い、意味違いな自己責任（自助）を押しつけ、共助をのがれたり公助に反対したりするのである。大企業の経営者団体が、国民年金の全額税負担を主張して財源の税方式を提唱しているのもその現われであろう。企業負担をゼロにすると、日本の国民負担は今の8.3兆円から12兆円になる。年金制度の2階部分の民営化を、という声財界から出ているのも、そのあと巨額の年金積立金を金融市場に取りこもうという意図があるからであろう。消費税をすべて年金にという「年金目的税」の発想もまた警戒することである。それよりも、今こそ検討すべきことは、被保険者の「年金者組合」などから提案されている「最低保障年金制度」ではないだろうか。「すべての高齢者に7万円ないし8万円の最低保障年金を」という市民団体や労働界からのこの提案は、財源を消費税に求めるのではなくて、一般予算の税金や特別会計の“埋蔵金”などに財源を求め、公共工事費や防衛費などの見直しによって確保しようというものである。与野党を巻き込んだガソリン税についても、一般税源化して年金制度への活用をはかってよいのではないか。また、有用で持続的な国策のために政党は、対決よりも政策を競い合うことを基本姿勢とすべきである。

厚労省の国民生活基礎調査（2005年）によると、高齢者世帯では年金だけで暮

らしている人が多く、年収250万円までの世帯では貯蓄ゼロという世帯が最多を占めている。さらに年収115万円未満も多いのが実状で、高齢者の貧困化はすすんでいるのである。政府は「負担力ある高齢者」論に乗っかって、2006年に介護保険料と老人医療費を引き上げ、さらに税制で老年者控除の廃止と年金者控除の削除を行った。これは介護保険料の引き上げや国民健康保険料の引き上げにもつなげた。少ない年金から、税金や介護保険料、後期高齢者医療保険料まで強制的に天引きされている高齢者の現状をもっと知ることである。

高齢者はすでに人口の20%を超えている。全額国庫負担による最低保障年金は、最低保障額の上に、支払った保険料に応じた金額を合わせて受け取るもので、憲法の生存権にふさわしい公的年金制度を目指しているものである。2009年の年金改正をひかえて年金論議はこれからさらに高まっていくであろうが、家計に負担を負わせない実現可能な年金再構築案を日本国民に示してほしいものである。

さらに必要なことは、年金、医療、介護の3制度の財政問題は、社会保障制度全体の中で考えていくことである。危機的状況の現在では、まず医療と介護に税金の導入を優先させることだ。そのあと、社会保障と福祉の全体像を描き、給付と負担の在り方、選択肢を示すことである。そして必要な数字や資料はすべて日本の国民に公開し、同意を求めることを願って結びとする。なお、公的介護保険については後日にまとめてみることにしたい。

注

- (1) 2001年1月、内閣府に設置された。経済、財政政策について内閣総理大臣の諮問に応じて、経済、財政の基本方針、予算編成の基本方針などを審議し、意見を述べる合議制機関で議長は総理。初代は小泉純一郎氏であった。議員は10名で、4人以上の民間有識者を参加させなければいけない。政府寄りの財界トップや学者ばかりを選んでいるとみる人が多い。
- (2) 2001年5月の経済財政諮問会議で決まった「骨太の方針」の中で、医療費の上限が示され、翌年2002年7月、健康保険法等の改正で新しい高齢者医療制度の創設が盛り込まれた。2005年10月、厚労省は後期高齢者医療制度を含む「医療制度構造改革試案」を発表。同年12月、政府・与党が「現役世代と高齢者世代の負担の不公平」を指摘、新たな高齢者医療制度による世代間の負担を明確にした。2006年6月、国会で「医療改革法」が成立。2008年4月から後期高齢者

- 医療制度がスタートした。
- (3) 日本国憲法第25条は「生存権、国の社会的使命」として「①すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。②国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めている。
- (4) 橘木教授は同書でさらに「日本の公的年金は基礎年金制度だけに限定し、引退した夫婦に月額17万円を支給する。しかも、乱立する諸年金制度を統合して一本化する。基礎年金の財源については、消費税を100%用いる」と結論している（橘木俊昭、2005、『消費税15%による年金改革』、東洋経済新報社、213頁）。
- (5) 経済財政諮問会議は2008年4月8日、公的年金の運用改革案をまとめ、積立金を運用する年金積立金管理運用独立行政法人（GPIF）を、中央銀行のような独立性の高い組織に衣替えることを提言、採用や投資手法などの制約をはずし運用収益を上げやすくする、と公表した（『日本経済新聞』、2008年4月9日）。
- (6) 「物価連動国債」とは、物価が上昇すると元本が増えるように設計された国債。表面利率は一定だが、元本がふくらめば元本に利率をかけた利払い額が増え、インフレになっても実質的な資産価値の目減りを回避できる。逆に、物価が下がれば、元本を減らす仕組みになっている。2004年から発行され、2008年度は3兆円の発行が予定されている。欧米では普及しているが、日本では国債発行残高に占める比率が1%台と低い。
- (7) 「国民皆保険」制度の意義は、国民がいずれかの公的医療保険制度に加入し、保険料を納め、医療機関で被保険者証を提示することにより、一定の自己負担で必要な医療を受けることができる国民皆保険制度である（厚生労働省監修、2007、『厚生労働白書（平成19年版）』、ぎょうせい、15頁）。
- (8) 高齢者の医療制度には、老人保健制度と退職者医療制度がある。75歳以上の高齢者等の医療制度である「老人保健制度」は、1983年の制度以来続いている。これまで、その医療費を保険者からの拠出金、公費及び老人の自己負担によって賄ってきた。もう1つの退職者医療制度は、被用者年金の加入期間が原則として20年以上の長期にわたる退職者を対象とし、被用者保険から市町村国民健康保険に移ったあとも、老人保健制度が適用されるまでの間は、その医療費を自ら支払う保険料と被用者保険からの拠出金により賄う制度である（厚生労働省監修、2007、『厚生労働白書（平成19年版）』、ぎょうせい、57頁）。
- (9) 老人保健制度と退職者医療制度を廃止して新しい仕組みをつくろうと論議されたのに4つの方式があった。①公費で大部分を賄う「独立保険方式」、②現役被用者がOBを支える「突き抜

- け方式」、③すべての医療方式を統合する「一元化方式」、④分立した制度で加入者の年齢構成により負担格差を調整する「年齢リスク構造調整方式」である。
- (10) 現在、75歳以上の人口は、約1,270万人（要介護の高齢者率は21.4%）。2025年には約2,500万人になる（2008年版『高齢社会白書』）。これに伴い、2006年度約33兆円の国民医療費が2025年には56兆円に伸びると厚労省は推計している。
- (11) 「広域連合」は、各都道府県から独立した組織で、議会を持ち、議会は保険料を決め、収支を監査する。しかし、代表者や議員の選出基準は明らかではなく、定数も公表されていない。
- (12) 内閣府が2008年4月13日に公表した。調査は2007年1月から2月まで全国の55歳以上の男女4,000人を対象に行った。回収率は54.4%。税金の負担感が「非常に重い」「やや重い」と答えた人は73.0%であった。
- (13) 医療保険、老人保健、公費医療制度による日本の医療保障の総費用を正確に示す統計はないが、それに近いデータが国民医療費である。国民医療費とは、医療機関などにおける傷病の治療に要した費用を推計したもので、診療費、調剤費、入院時食事療養費、訪問看護療養費のほか、健康保険などで支給される移送費などを含んでいる。しかし、正常な妊娠分娩に要する費用、健康の維持、増進を目的とした健康診断、予防接種などに要する費用、固定した身体障害者のために必要とする義眼や義肢などの費用は含まれない。
- (14) 『厚生労働白書（平成19年版）』では、「医療提供体制に係る人的資源の充足度を考慮する場合、人口10万人当たりの医師数の値が1つの目安となる。都道府県別の人口10万人当たり医療施設従事医師数について見ると、東京都の264.2人から埼玉県129.4人まで約2倍の差が見られる（全国値201.0人）。徳島県262.4人、香川県236.6人、愛媛県223.9人、高知県261.4人」となっている。全国値については、WHOの報告数と差がある。日本医師会では約200人としている。
- (15) 米国の「年次改革要望書」は、在日米国大使館のホームページで日本語訳を（全文）を見ることができる。2007年度版の「年次改革要望書」は、正式名が「日本規制改革および競争政策イニシアティブに基づく日本国政府への米国政府要望書」（48頁）である。
- (16) 「特定健診」は、腹囲の測定、LDLコレステロール（悪玉コレステロール）の検査というメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）が加わり、結果から、食事や運動など生活習慣の改善を指導する。「特定保健指導」は、腹囲の測定（へそ周りを測り、男性85cm以上、女性90cm以上が要注意）。このほか、血糖、脂質、血圧の数値と禁煙歴からリスクを測定、個々に指導する。

参考文献

- 石田重森、2006、『改革期の社会保障』、法研
- 伊藤周平、2007、『権利・市場・社会保障』、青木書店
- 江口隆裕、2008、『変貌する世界と日本の年金』、法律文化社
- 大沢真里、2007、『現代日本の社会保障システム』、岩波書店
- 大間知啓輔、2006、『消費税の経済学』、法律文化社
- 岡本英男、2007、『福祉国家の可能性』、東京大学出版会
- 城戸嘉子・駒村康平、2005、『社会保障の新たな制度設計』、慶応義塾大学出版会
- 京極高宣、2007、『社会保障と日本経済』、慶応義塾大学出版会
- 京都府保険医協会、2007、『社会保障でしあわせになるために』、かもがわ出版
- 『経済』、2007、6月号、新日本出版社
- 『経済』、2008、8号、新日本出版社
- 厚生労働省監修、2007、『厚生労働白書（平成19年版）』、ぎょうせい
- 樺丈善一、2006、『年金改革と積極的社会保障政策』、慶応義塾大学出版会
- 里見賢治、2007、『現代社会保障論』、高管出版
- 社会政策学会編、1999、『高齢社会と社会政策』、ミネルヴァ書房
- 社会保障研究所編、1995、『社会保障論の新潮流』、有斐閣
- 『世界』、2008、2月号、岩波書店
- 『世界』、2008、4月号、岩波書店
- 武川正吾、2007、『連帯と承認』、東京大学出版会
- 橋本俊詔、2005、『消費税15%による年金改革』、東洋経済新報社
- 玉木伸介、2004、『年金2008年問題』、日本経済新聞社
- 土田武史・田中耕太郎・府川哲夫、2008、『社会保障改革』、ミネルヴァ書房
- 中村実、2008、『2015年の社会保障制度入門』、野村総合研究所
- 林信光、2007、『図説・日本の財政』、東洋経済新報社
- 山口二郎、宮本太郎、坪郷実、2007、『ポスト福祉国家とソーシャルガバナンス』、ミネルヴァ書房