

北海道と高齢者福祉・保健・医療

横山 純 一

1 高齢化の進行

一九九四年に高齢化社会から高齢社会（高齢者比率が一四％以上）になった日本では、現在国民のほぼ四人に一人が六五歳以上になっている。数年後に後期高齢者数が前期高齢者数を上回り、二〇二三年には団塊の世代が七五歳に達して後期高齢者の比重が一層増す。一人暮らしの高齢者も増大する。内政上の最重要課題の一つが高齢者福祉・医療であり、現在、「安心」を保障する医療・介護制度の構築と、その財源確保が求められている。

2 厳しい国財政の状況

国財政は次のような厳しい状況にある。(ア)国債発行額が一九九八年度以降ほぼ毎年度三〇兆円を超過(二〇一三年度一般会計予算における国債収入の歳入総額に占める割合は実に四六％)、(イ)一九九八年度以降ずっと国債費を国債発行額が上回る(二〇一三年度予算では国債費が二二兆円、国債発行額が四三兆円)、(ウ)一九九九年度から赤字国債発行額が建設国債発行額を上回り、二〇〇三年度からほぼ毎年度前者が後者の三倍を超過、(エ)二〇〇九年度以降国債発行額が税収を上

回る年度が多い(二〇〇九年度決算では前者が五二兆円、後者が三八兆円)、(オ)国債費に占める利払費の割合が高い(二〇一三年度予算の国債費二二兆円のうち利払費が一〇兆円)、(カ)国と地方の長期債務残高が一〇〇〇兆円に近づき、その対GDP比は二〇〇％を超過。これは欧米諸国よりもはるかに高い。

3 日本の社会保障給付費と社会保険料

社会保障給付費と社会保険料収入のかい離が拡大している。つまり、近年社会保険料収入が五〇兆円台半ばで低迷する中、社会保障給付費が一〇兆円(二〇一三年度予算ベース)となっている。内訳は年金五三・五兆円、医療三六・〇兆円、介護九・〇兆円である。これを賄う財源は、保険料六二・二兆円、国税二九・七兆円、地方税等一一・二兆円である。

国民医療費(二〇一〇年度)は三七・四兆円で、六五歳未満の医療費が一六・七兆円、六五歳以上が二〇・七兆円、七五歳以上が一二・五兆円である。財源は公費(税)が一四・三兆円(国九・七兆円、地方四・六兆円)、保険料が一八・一兆円(事業主七・

五兆円、被保険者一〇・六兆円)、患者負担等が五・〇兆円である。また、介護の総費用が増大し、介護保険開始年度(二〇〇〇年度)の三・六兆円が二〇一三年度(予算ベース)には九・四兆円になった。これにともない1号保険料が上昇し、第一期の二九・一円に対して第五期が四九七・二円となり、大都市でも保険料基準額が五〇〇〇円を上回るケースが少なくない。

4 消費税と社会保障

このような厳しい国財政・社会保障財政の状況や急速な高齢化を考えれば、財源問題を抜きにした社会保障充実は空論である。発達した産業国家の中で日本の国民負担率はアメリカと並んで最も低い。今後の国民負担率の上昇は避けられないだろう。その際、消費税は有力な財源として位置づけられなければならない。付加価値税率はOECD諸国の大半で一〇％台後半以上だが、これらの国では軽減税率が設けられている。例えば、フィンランドの標準税率は二四％だが、一四％と一〇％の二種類の軽減税率が採用されている。

今年四月からの消費税率八％へのアップには問題が多い。消費税の引上げと同時に、あるいは来年度から、国民の負担のさらなる上昇の一方で社会保障給付の抑制がなされるからである。例えば国民年金と厚生年金の減額、七〇歳〜七四歳の高齢者の患者負担の二割から三割への引上げ、介護では高所得高齢者の利用料負担引上げ、要支援高齢者向けサービスの市町村事業への転換、次期介

護保険料の引上げ、特別養護老人ホームの入所制限（重度者への重点化）が行われる。今回の消費税率引上げは国の財政再建に貢献するだろうが、社会保障充実のほうは国民にはなかなか見えてこないのである。国財政の改善と社会保障充実の両方が展望できる形での消費税率の引き上げと軽減税率の導入が求められている。あわせて所得税改革が必要である。

5 社会保障充実の展望

厳しい国財政のもとでは民主党政権の子ども手当の失敗は自明であった。これを教訓にするならば、硬直した普遍主義からの脱却とマイルドな普遍主義への模索が行われなければならない。例えば、子どもが貧困が大きな問題になっている現在、私立高校の授業料軽減に所得制限を導入する代わりに、低所得家庭の高校生への支援を強める施策は歓迎できるのである。

また就学援助制度の充実などを通じて格差・貧困問題にリアリティをもって対応することが必要である。さらに、介護保険は保険料五〇〇〇円時代を迎え、保険料の多段階設定が行われているが限界にきている。所得税や消費税を活用しながら税の比重を高め、最終的に保険方式から税方式に転換する施策が必要だと思われる。それは中小企業の事業主負担軽減にもつながるし、世代間対立を惹起させるおそれのある二〇歳からの保険料徴取論にも終止符を打つことになる。

6 北海道の福祉・保健・医療

基本的に重要なのは次の点である。まず、福祉・保健・医療は人々の安心をもたらすだけでなく、地域活性化や産業支援にも役立つ点である。例えば、これらのサービスが充実していない地域では、要介護の親を抱える働き盛りが安心して働くことはできない。さらに、医療や介護関係の従事者が増えれば地域の雇用が増大し、地域経済にも波及する。

第二は福祉・保健・医療はカネをかければ政策効果が比例して上がるわけではない点である。地域の中の福祉・保健・医療の人材を発掘してネットワークで結び、連携を図ることが重要になる。民間と自治体の連携、自治体同士の連携、様々な職種との連携が政策効果を高めるのである。このためにコーディネート機能が重要になるが、多くの場合、それは自治体の役割だと考える。

第三は従来にない斬新な発想が求められる点である。例えば、介護保険は国の制度だから国の方針通り行えばよいと考えるのではなく、地域の特性を把握し、住民ニーズに即して考えながら政策を遂行することが重要である。そのためには自治体や地域包括支援センター等の職員の意識改革が重要である。しなやかに発想し、かつ伸びしろのある職員像が求められている。

さらに、北海道にとって重要な公立病院事業と介護人材育成について述べてみよう。地域包括ケアや国民健康保険、医療提供体制等については紙数の都合で別稿に譲りたい。

まず、公立病院事業について。現在道内の公立病院では多くの病院に内科と外科があり、どこも医師・看護師確保や運営赤字に悩んでいる。今後、二次医療圏域における病院再編や、地域の中核病院の機能強化とサテライトの病院・診療所での基礎的医療（一次医療、一・五次医療）の確実な実施が重要になる。このために道が果たす役割は大きい。いくつかの地域では、人材と財源の観点から道が加わる病院事業の広域連合の形成が必要だと筆者には思われる。そして、広域連合の中核病院とサテライトの医療機関の役割分担と連携機能強化を図る方法が検討されるべきである。サテライトの医療機関は地域包括ケアに取り組みことも求められる。

また、高齢者介護は人材育成に尽きる。ケアマネジャー、保健師、社会福祉士、市町村の介護担当者、訪問看護師、介護福祉士への研修や事例検討会を積み重ねながら、そこから市町村全体の介護の課題を明確化するプロセスを作成する。全国で独自の優れた施策展開を行っている市町村の取り組み事例集の作成を行うとともに、視察研修を行う。人材育成や全国的状况の把握については道の役割が大きい。また、介護人材が充実している市町村とそうでない市町村間の差は大きいので差を縮小する努力も道の役割としてある。また、事業所との連携を密にしながら、介護従事者の労働条件の改善とサービスの質確保に道が積極的に取り組むことが求められる。