

社会保障における新自由主義政策の展開

穂山守夫

目次

- 一 社会保障における新自由主義政策の展開の意義と問題点
- 二 介護における新自由主義政策の展開
- 三 医療における規制の意義と問題点および新自由主義政策の展開
 - (一) 医療における規制の意義と問題点
 - (二) 自己負担増および保険給付の限定・縮小化と医療費の効率化・削減
 - (三) 老人医療制度の再編
 - (四) 医療保険における混合診療解禁の動き
 - (五) 経営の効率化と民活路線の推進
 - 1 PFIによる医療サービスの提供（自治体病院の民間委託）
 - 2 公・民病院の統合
 - 3 民営化等による自治体病院（公立病院）の経営の効率化
 - 4 株式会社の医療機関経営への参入問題
 - 5 特定健診診査・特定保健（生活）指導のアウトソーシング
- 四 社会福祉基礎構造改革と障害者施策等の展開
- 五 保育における新自由主義政策の展開
 - (一) 一部利用者補助方式の導入
 - (二) 保育における規制緩和と民間委託・民間営利企業の参入促進
- 六 年金における新自由主義政策の展開
 - (一) 年金改革
 - (二) 確定拠出年金
 - (三) 社会保険庁の解体
- 七 金融面における新自由主義政策の展開—病院等向け公的融資削減
- 八 結び

一 社会保障における新自由主義政策の展開の意義と問題点

新自由主義は、個人の自立（自律）・自由特に営業の自由を尊重し、市場原理による効率的な資源配分を図ろうとするポスト福祉国家における社会・経済の再編成原理である。それは、均衡財政を主張し、赤字財政の福祉国家を批判する立場であるから、福祉国家の基幹をなす社会保障の撤廃少なくともその削減を主張する。したがって、新自由主義理念

を標榜する新自由主義政策は社会保障の公的領域を狭め、社会保障の支出を減少し、その隙間を国民の自己負担と社会保障の民間委託・民営化・営利化・市場化で埋めようとするものである⁽¹⁾。

日本において、1980年代以降、国の財政危機を背景に社会保障を圧縮しようとする政策動向が見られる。90年代には、財界から社会保障が国際競争力を阻害する高コスト要因としてその見直しが主張される。それなのに、少子・高齢化を背景にして国民の社会保障需要は高まっている。また貧弱な日本の社会保障を補完していた企業の福祉が高コスト是正の一環として見直され、その分、社会保障需要を高めた。このような状況の中で、90年代後半以降、財政支出を削減しながら、この社会保障需要を市場原理に乗せて処理する新自由主義に基づく社会保障制度改革が進められることになる⁽²⁾。

この社会保障制度改革の一つの戦略は、少子・高齢化社会における給付増大や世代間負担の不公平を理由とする財政上の問題からする社会保障制度の限界の主張である。新自由主義的改革が進展すると、一部の都市部の富裕層が形成される共に、ワーキングプアとか貧困層⁽³⁾が形成されるし、公共事業の減少や地方交付税・補助金の減額で地方は疲弊する。そこで社会保障の要求は高まるが、それに対応する福祉国家の再編が期待されるが、バブル期を上回る市場空前の利益を挙げている大企業、特に多国籍企業は、高コスト要因と見られる社会保障負担を以前より負うどころか国際競争力の維持の観点からその軽減を主張しているし、国家は膨大な財政赤字を理由に財政負担の削減に取り組んでいる。そこで、財界の意を汲んだ社会保障改革は、企業の社会保障負担の増大の結びつかない社会保

(1) 二宮厚美「日本経済の危機と新福祉国家への道」（新日本出版社、2002年）、119頁・127-128頁。なお新自由主義の意義は、論者により多義的である。ハーヴェイ（デヴィッド・ハーヴェイ「新自由主義—その歴史的展開と現在」渡辺治監訳、森田成也・木下ちがや・大屋定晴・中村好孝翻訳、作品社、2007年）によると、第一に、新自由主義を先進国（アメリカやイギリス）のみならず発展途上国（メキシコ・アルゼンチン・韓国）・旧社会主義国家（中国・ロシア）を含めて展開される新たな資本主義体制と把握する。確かに、新自由主義は世界的潮流になり、発展途上国や旧社会主義国家は影響を受け、その経済体制の変革を余儀なくされるが、発展途上国の場合は近代化であり、中国・ロシアの場合は資本主義化であるとみるべきである。新自由主義は、空間的ではなく、歴史的に見て、資本主義国家の歴史的発展形態である福祉国家体制をとる先進国における市場主義的原理と見るのが、穏当である。第二に、ハーヴェイは、新自由主義の狙いは、支配階級の権力の復興ないし創設にあるとする。支配階級の権力の創設は、発展途上国や旧社会主義国家の近代化ないし資本主義化であり、新自由主義の狙いと見るべきではない。これに対して先進国においては、市場原理により格差社会が進行し、資本家ないし経営者の権力が労働組合等に対して以前より優位に立つようになったから、支配階級の権力の復興が一応あったともいえよう。第三に、ハーヴェイは、新自由主義を市場原理主義という原理と階級権力の再興という実践の両側面を持つ総体と把握している。そしてその原理と実践が緊張関係に立つときは、実践が優位するとする。しかし、原理ないし理論と実践は区別し、新自由主義の実践は、新自由主義政策と把握すべきである。そして新自由主義政策は、経営サイドの利益を反映することが多いが、労働者・農民・自営業者等の利益と衝突した場合、必ずしも経営サイドの利益のみ貫徹されず、双方の利益の調整がなされ、新自由主義政策は、その理念からすると妥協的なものとなる。以上からすると、ハーヴェイの新自由主義論は、示唆に富むが、階級的・空間的（地理的）見地が強すぎるといえよう。

(2) 二宮厚美「社会保障再編と福祉構造改革」（ポリテイク第2号、2001年9月）5-7頁。

(3) 厚生労働省が2007年6～7月に行った調査では、定住先のない「ネットカフェ難民」は全国で推計約5400人に上った。20歳代が最も多く、若い世代が格差に苦しんでいる様子がうかがわれる。さらに世帯ごとの所得格差の大きさを示す2005年の「ジニ係数」は、前回（02年）を0.028ポイント上回り、過去最大の0.5263となった（読売新聞2007年9月1日朝刊）。

障構造改革が目指されることになる。そこで高齢化社会では現状の社会保障制度を維持できないとか、少子・高齢化社会の下で現役労働者世代の負担が増大しているのに、その将来の給付の保障が疑わしい、ということで、社会保険料・利用者負担の増大や消費税の税率の増加が目指されている⁽⁴⁾。

社会保障制度改革のもう一つの戦略は、福祉サービスの選択の自由を担保するため、福祉サービスへの多様な主体特に営利セクターの参入を認める規制緩和と利用者への費用保障方式の選択である。福祉サービスの供給は、主として、国や地方自治体が法律などによって制度化した公的サービスとしてなされる。これは公的社会福祉であり、この場合、公立の社会福祉施設や民間の社会福祉法人⁽⁵⁾が経営する施設・事業、公立・私立の認可保育所などによってサービスが提供される。この公的サービスに準じるものとして、住民や目的意識を持った人々が自主的に組織した非営利の福祉団体がそのサービスを供給する場合がある。これは従来の非営利組織による福祉サービスの提供であり、地域で作られたホームヘルプ事業組織や生活協同組合・農業協同組合が経営する特別養護老人ホームがサービスを提供するのである。これらは社会的福祉制度として公的な財源の下で運営がなされており、行政の責任が明確になっている社会福祉である。しかしこれらのシステムは、高コストシステムであり、官僚主義的なものであるとして批判される。そこで、新自由主義的な市場原理に基づき、介護保険が導入され、質の高い福祉サービスを求める一部の裕福な市民に対しては、介護付有料老人ホームなどのサービスが提供される⁽⁶⁾。これは企業が行う営利を目的とした福祉サービスであり、等価交換によって売買する商行為である。こ

(4) 岡崎祐司「小泉『構造改革』路線における社会保障改革論」(ポリティーク第2号, 2001年9月) 77-78頁。

(5) わが国の社会福祉制度は、高齢者・児童・障害者といった分野ごとの改革は進められたが、その制度横断的・共通制度である社会福祉法人制度やその経営の在り方に関して必ずしも正面から論じられてこなかったが、2006年1月から全国社会福祉施設経営者協議会・厚生労働省等関係者による「社会福祉法人経営研究会」が発足し、議論を重ねた結果、同年7月に社会福祉法人経営の新自由主義的見直しについての報告書が取りまとめられた。同報告書によると、新たな時代における福祉経営の基本的方向性として、「施設管理」から「法人単位」の経営への転換と、「規制と助成」から「自立・自律と責任」へという2点を掲げている。すなわち第一に、合併や協業化等により、経営規模の小さい同族的「施設管理」的経営から多角的経営の行える経営規模の大きい「法人単位」の経営への転換を図るとともに、参入や質の低い法人・経営者の退出のルールを確立すべきである。第二に、資金用途規制の緩和等により、法人単位の資金管理により、経営の自由度を拡大すべきであり、また理事会・法人本部の機能強化を図るべきである。同報告書を受け2007年4月から、収益事業に係る借入金はい概ね収益事業用財産の2分の1を超えない範囲内とするなど、法人単位の資金管理を促すための規制緩和等が行われた(厚生労働省社会・援護局総務課「社会福祉行政の現状と課題」週刊社会保障 No.2444 [2007.8.13-20] 118-119頁)。

(6) 介護保険財政の悪化を避ける目的で都道府県や市町村は2006年春から、介護付き有料老人ホームなど「特定施設」について、新規設置数を制限(総量規制)できるようになった。そこでその規制対象外である高齢者専用賃貸住宅へのニーズが高まった。この住宅は05年12月に制度化されたばかりだが、07年11月現在、649カ所に計約1万5千戸ある。その経営母体は企業から社会福祉法人、NPOなどと幅広い。事業者の提供するサービスの内容は、事業者と入居者の契約に基づき自由であるため、様々である。部屋を貸すだけの所から食事提供や見守り、緊急通報を受ける所もある。その設置の審査はなく、都道府県に部屋の広さや設備、家賃などを届け出るだけなので、その質やサービス内容をチェックする態勢はほとんどない。有料老人ホームの場合、サービス内容などを説明するための「重要事項説明書」を作る義務があるが、高齢者専用賃貸住宅にはない。その緩さが悪用されたとみられる例があるから、有料老人ホームのようにサービス内容や退去条件などの明示を義務づけるべきである。(朝日新聞2007年12月3日朝刊)。

の場合、効率やサービスの向上がなされ、利益が出る所においては普及する。しかし、このような福祉のビジネス化は、低所得者層や生活受給層が無差別平等に介護を受ける権利を事実上保障しないことになるのである。また、経営効率重視のため、社会福祉実践が業績主義に縛られ、契約内容に即した実践のマニュアル化がすすみ、また福祉実践が細分化（時間・分単位労働化）し、人格に働きかける専門的実践の前提条件である自由裁量性が阻害される。このように、社会連帯原理ないし共生原理をも機能させるべき社会福祉分野では、他の分野より新自由主義的な市場主義の限界があるし市場の失敗も生じやすいのである⁽⁷⁾。

この新自由主義的福祉政策の理念は、こうである。高コストの福祉政策は、福祉政策に依存する、働かない「怠け者」を多数生み出し、人々の自立心を低下させた。またそれらの者への財政支出を増加させ財政赤字を生み出し、経済を停滞させた。そこで福祉予算を削減すれば、「怠け者」は仕事を探し、自立するようになり、納税もできるようになり、財政赤字の削減に役立つであろう。この「怠け者」に就職へのインセンティブを与えるのが、「ワークフェア」（課せられる労働をこなすことが前提になって、福祉的措置が行われる仕組み）であるが、行政サイドが労働できない者を労働できると認定して事実上できない労働を強制する不都合が生じる。したがってその適切な運用が要請される。「ワークフェア」では対応できない働けない高齢者や障害者が存在するので、そのような者に対して、社会保障は最後の最小限のセーフティネットの役割を果たす。そうでない者の対しては、セーフティネットは競争に敗れた者の敗者復活の道を準備する施策であるとされる⁽⁸⁾。

確かに、「怠け者」もいなくはないので、この主張を全面的に否定はできないが、日本の労働市場においては、新卒優先や年齢差別があるので、就職したくてもできない者がいるのであり、それを「怠け者」と烙印付けるのは余りにも一面的である。それに日本の場合、ヨーロッパと比べると余りにも、社会保障のレベルが低いから、最小限のセーフティネットのレベルを上げる必要がある。それから政府の再チャレンジ政策は、これまで以上に財政援助と企業の協力がなければ実効性はない。

このように新自由主義的市場福祉にも問題があるので、家庭のような私的な相互支援による福祉サービスや新たな組織化されたNPO・社会的企業やボランティア等によるサービスの提供が要請される。家族の私的介護は余裕があるときはできるが、女性の介護負担の重さや老老介護（要介護者を高齢者が介護する状況）や介護疲れによる心中などの実態が生じており、限界がある。ボランティアによる近隣の高齢者への訪問は地域における相互扶助として望ましいが、ニーズに応じたサービス量を提供するのが困難であり、また専門性にかける面がある。NPO・社会的企業は専門性もあり、その役割が期待されるが財政基盤が弱く、その活動領域は制限される。したがってその活動をサポートする公的助成が期待される⁽⁹⁾。以下においては、社会保障の各分野における新自由主義的政策の意義と問題点を検討する。

(7) 浅井春夫「新自由主義と非福祉国家への道」（あけび書房、2001年）15頁、51頁、81-82頁・85頁・88頁・94頁、岡崎祐司「小泉『構造改革』路線における社会保障改革論」78-79頁。

(8) 浅井春夫「新自由主義と非福祉国家への道」27頁・33頁・48頁、浅井春夫「福祉改革と新自由主義イデオロギー」（ポリテイク第2号、2001年9月）64頁。

(9) 浅井春夫「新自由主義と非福祉国家への道」（あけび書房、2001年）16頁。

二 介護における新自由主義的政策の展開⁽¹⁰⁾

2000年に、高齢者の介護を社会的に支える仕組みとして、介護保険制度が導入された。それは医療・社会保障制度改革の先導的役割を果たすものである。それまで遅れていた在宅サービス分野の担い手を急速に増やすため、人員配置など要件を満たせば、同年4月から在宅介護に株式会社などの営利企業の参入を解禁した。この結果、在宅サービスの柱である訪問介護利用者は、2000年度の45万人から2005年度には110万人となった。2005年の介護予防の推進等を行う介護保険制度改革では施設と在宅の利用者負担の均衡を図るため、食費と居住費を保険対象外とする施設給付の見直しを行い、施設利用者の負担を増やした。2006年にはマイナス2.4%の介護報酬改定を行った。また医療と介護の連携の観点から、療養病床の再編成を目指す。すなわち医療サービスの必要性が低い高齢者については、その者が利用している療養病床を2011年度末までの間に、より居住環境のよい老人保健施設等に転換して対応することになっている。

介護保険制度の運営状況を見ると、介護保険事業状況報告（暫定）によると、2007年3月現在、65歳以上の第1号被保険者数は、2004年4月末当時の数より約511万人増加して約2676万人になり、要介護（要支援）認定者数は、約222万人増加して約440万人（40～64歳以下の第2号被保険者を含む）になっている。介護サービス施設・事業所の現状に関して、主な居宅サービスにおける事業所開設主体の状況（2007年1月現在）をみると、最も多いのは営利法人の4万1063件であり、営利法人の参入が著しくなっており、2000年7月と比べると、302%という大幅な伸びを示している。

介護保険の役割は第一に、社会保険において負担と受益（給付）との相関関係を明確にする「保険」主義を徹底する点にある。これに連動して同時期に難病や結核医療などの公費負担医療制度にも応益負担原則に基づき患者負担が導入された。第二に、社会保障サービスの提供形態を「現物給付型」から「給付額限定型の現金給付システム」に転換した点である。その導入までは、公的助成と結びついた日本独特の制度である措置制度の下で、介護サービスとして特別養護老人ホームなどの施設サービスが提供されてきた。この措置

(10) 二宮厚美「九〇年代の社会保障構造改革の評価」（ポリティーク第2号、2001年9月）106頁、二宮厚美「九〇年代の社会保障構造改革の評価」106頁、二木立の発言109-110頁・115頁、二宮厚美「日本経済の危機と新福祉国家への道」161-166頁、浅井春夫「新自由主義と非福祉国家への道」51-55頁・88頁、後藤道夫「社会保障改革の現段階と『構造改革』第二幕」（ポリティーク第2号、2001年9月）8-9頁・18頁、岡崎祐司「小泉『構造改革』路線における社会保障改革論」80-81頁、伊藤修平の発言（ポリティーク第2号、2001年9月）143頁、天笠勇史「介護保険制度の課題—負担・サービス・人材—」（加藤寛・丸尾直美編「福祉ミックスの設計『第三の道』を求めて」所収、有斐閣、2002年）186-187頁・192頁・195頁・198-199頁・202-203頁、八代尚宏「福祉サービスの規制改革」『規制改革『法と経済学』からの提言』（有斐閣、2003年）164-166頁、同「福祉の規制改革—高齢者介護と保育サービスの充実のため」八代尚宏編「社会的規制の経済分析」（日本経済新聞社、2000年）138-139頁・146-148頁、二宮厚美「日本経済の危機と新福祉国家への道」130頁・134頁-136頁・145頁・147-148頁・150-153頁・157-159頁、久保佐世「小泉医療制度構造改革のねらい」ポリティーク第12号（2006年12月）151-152頁、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室「社会保障制度の課題と方向」週刊社会保障 No.2444〔2007.8.13-20〕9頁、厚生労働省老健局総務課「介護保険制度の現状と課題」同108-111頁、週刊社会保障編集部「介護保険制度の運営現状」同112-113頁、北場勉「介護保険制度の課題と将来」同114-117頁、朝日新聞2007年12月3日朝刊。

制度とは、政府が一般財源を用いて、介護サービス等の個々の受益者に対する福祉サービスの供給に関し、その必要性の有無や、多様な利用者間での優先順位を定め、かつ、一定水準のサービスを均一に提供する供給主体等を決定する行政処分である。

この個々に措置費が自動的につく制度は、保険料という負担の伴う社会保険である介護保険制度の導入により、介護サービスの対価としての介護報酬（定額）に依存する制度に移行した。この介護保険制度の下では、被保険者である利用者は、保険者である市町村に介護の申請をすると、市町村は要介護の認定と受給権を確認する。それから利用者は、自己が選択した介護事業者に介護の申し込みをし、その申し込みに対して事業者が承諾することにより介護に関する契約が成立し、その契約の履行として、利用者は1割の自己負担金を支払い、事業者はサービスを提供する。それから事業者は代理受領の方式を利用して、市町村に自己負担分を控除したサービス料金を請求し、これに対して、その費用の支弁がなされる。同制度の実際の支払い方式は代理受領による現物給付であるが、法制度上は現金給付であり、サービス料金の一部（9割）を補償する費用補償主義（所得補償主義）に立脚するから、介護給付の有用性や具体的内容・質よりも給付額に対する公的責任が問題になるし、その認められる補償額の範囲は、要介護の認定とそのランクの判定、そして時間当たりの介護サービスの類型化、時間単価の設定等を通じて限定される。この制度は、この介護の種類として、①企業を含む多様な供給主体の参入を想定する在宅介護②特別養護老人ホームのような介護施設ではなく、在宅介護に類似したサービスを提供する特定施設による介護③介護施設による介護がある。在宅介護には①訪問介護（ホームヘルプ）②医療サービスである訪問看護③共同部屋の日帰り施設を利用する通所介護（デイサービス）④4人部屋に一時的宿泊をする短期入所（ショートステイ）がある。特定施設による介護には①認知症高齢者が共同生活（個室原則）をするグループホームによる介護②自立前提の要介護者を対象とするケアハウスによる介護（個室原則）③介護つき住宅である有料老人ホーム（個室・共同部屋）による介護がある。07年8月現在介護付き有料老人ホームなど特定施設の事業所数2648である。この老人ホームに医師はおらず、外部の医療機関を使う。通常、外部の「協力医療機関」に通院する。この場合、ホームが受け取る介護報酬で通院介助費は賄われる。通院が難しい場合には、訪問診療を受けられる。介護施設による介護には①常時介護施設である特別養護老人ホームによる介護（07年8月現在、事業所数5938、4人部屋原則、必要数の医師配置）②機能回復訓練のための医療系の中間施設である老人保健施設による介護③介護保険対象の病院の療養型病床群による介護がある。この分類の結果、社会福祉法人の経営する特別養護老人ホームと、それに類似する介護サービスを提供する民間有料老人ホーム等との間には、介護報酬（民間の方が平均約2割低い）や施設整備費の格差が生じている。

この介護保険の最大の問題は、現物給付の公的福祉制度を事実上廃止することにより、介護事業からサービスの供給主体である公（自治体）が大幅に撤退して、介護分野への国庫負担を抑制・削減するとともに、費用補償主義の社会保険主義の下での介護事業の営利化である。そもそも介護保険制度の導入の狙いは、介護を家族の私的介護から外部の供給主体の介護に移して、介護を社会全体で支える「介護の社会化」への転換を目指した高齢者福祉政策の転換であるとされているが、実際は介護と治療が必要な高齢者の長期入院患者の医療費を医療保険制度からはずすこと等に狙いがあるため、具体的な制度の仕組みと

現状は「介護の社会化」への転換実現するものになっていないのである。市町村の区域内に住所を有する65歳以上の第1号被保険者のうち介護保険の適用があるのは、ごく一部であるのに、その要介護の認定を受けても、その約4分の1は、そのサービス受給していないが、その最大の理由は家族が介護しているからである。また第2号被保険者（40歳～64歳）は加齢に伴う特定疾病（初老期における認知症）、脳血管疾患、パーキンソン病などの15の疾病に限定）が原因で要保護状態になったことが保険適用の条件となるため、実際、ほんの一部しか適用対象になっていないのである。他方、自己負担が居宅介護とほぼ同程度なのに24時間の介護が受けられる特別養護老人ホームの入居希望者が増加し、その待機者数は、非常に多いが、その待機者数が改善されないのは、居宅サービス利用者の約4倍の介護給付費が支払われている給付コストの高い特別養護老人ホーム等の施設が高齢者人口に対して、国庫負担の軽減の見地から極めて少ないレベルに押さえ込むという方針が貫かれているからである。それから第1号被保険料では、2000円未満から3500円以上の開きのある「地域格差」があるため、市町村ごとに「上乘せサービス」（国基準を超えるサービス）と「横出しサービス」（独自のサービス）がなされているが、その内容が異なっているため、介護先進自治体に移り住む「介護移民」や必要な介護を受けられないまま放置される「介護難民」が生まれてきている。

介護保険制度のもとで、権利・義務関係を保障するシステムとして、住民と介護事業者の直接契約制度が導入された。この制度の下では、介護報酬というかたちで「公定価格」が設定されている。施設サービスの介護報酬の基本は、人件費や施設管理費等について、入所者の要介護度に応じて1日単位で、「包括した額」（一定額）であり、1月単位の設定に比べ、入所者の減少で施設収入が減ると給与費に満たない事態が起りやすい。この介護報酬は2003年の4月と2006年4月の改定で、4%ずつ引き下げられた。在宅サービスの介護報酬は、2003年に4月にわずか平均0.1%引き上げられたが、2006年4月の改定で平均1%引き下げられた。この「規制された市場」において、利用者は事業者が提供する介護サービスの中からしか、サービスを選択して利用するしかない。この公定価格はその水準が低いので、訪問介護事業は、全体としては常に赤字経営であるが、2002年4月の調査によると、営利セクターは、黒字経営である。営利法人は採算を取るため事業所を増やして、1事業あたり多くの顧客を獲得して収入を増やし、他方比較的給与費の安いホームヘルパー2級資格者をより多く活用してコストを抑制して、効率的にサービスを提供する体制を整えたのである。そして営利セクターは福祉労働者の専門的裁量労働をマニュアル化・非専門化することによっても、コストを抑制している。2005年の賃金構造基本計画統計調査に基づく厚生労働省の試算によると、一般労働者の賃金（453万円）に比べ、常勤福祉施設職員は291万円、常勤ヘルパーは260万円と、一般労働者の約六割程度である。非常勤の場合、それを上回るかに下回り時給1000円程度である。このように人件費は抑制されている。雇用形態は不安定化・流動化し、介護従業者のうち非常勤の割合は、福祉施設でも低下傾向にあり現在4割であり、訪問介護の場合は、もともとその割合が高く現在8割近くである。必要な人的配置をしないこともある。現にコムスンはその配置をしていなかった。

他方、利用者にはこのシステムの下で、「応能負担」（利用者の所得水準に応じた負担）ではなく、より負担が重い「応益負担」（社会福祉サービスの内容に応じた負担）に基づ

いて定率1割の利用者負担がある。この1割負担は、平均3000円弱の保険料と比べて金額も高額であることから、低所得者にとっては負担が重く、その支払いが困難な者が少なくなく、介護サービスの利用が抑制されると思われる。もっとも、保険の給付額が障害の程度に応じてあらかじめ決められているため、それで足りない場合は、医療保険とは異なり、全額自己負担の追加サービスを受けざるをえない（二階建て構造の混合介護）。このため、この利用料を負担できない者、特に低所得の高齢者は必要な介護サービスを受けられないし、また低所得者に対して事実上、事業者が経営の観点からサービス提供をしない「逆選別」が生じている。この「逆選別」等の危険を最小限に抑えるため、特別養護老人ホームの場合、その待機者について、空きができた場合には、原則として申し込み順で受け入れることになっているが、この場合、個々の家族環境をも総合的に考慮した要介護ニーズの優先度は事実上無視されるという問題点は解決されない。また、事業者は、利益が上がらない地域から撤退するから、利用者が手近かな所で介護サービスを受けられず、その提供において地域間格差は拡大する。したがって、その格差是正のため、非営利機関等がそのサービスを提供する必要がある。

三 医療における改革⁽¹¹⁾

(一) 医療における規制の意義と問題点

医療サービスは、その他のサービスと比べると、買い手の患者が治療法の費用と効果を客観的に判断できにくいし、特に命にかかわる病気の場合、その治療法が高額でも、金銭がないということでのサービスの購入をあきらめるのが難しいので、買い手の患者より売り手である医師の立場が強く、「売り手市場」になるため、そのサービス価格が高騰する可能性があり⁽¹²⁾、一般市場で価格を抑え、サービスの質を高めるよう機能する市場原理がそのまま適用しづらい分野である。この認識から、医療サービスの需給の両面につき政府の全面的な介入がなされてきた。医療保険では、個人は健康組合等の保険者を選択できず、また保険者も医療機関を選択できない。保険診療のサービスや医薬品の価格は公的に定められ、保険外診療との組み合わせが許されない等の規制がある。他方、そのサービスの供給面では、医療機関の病床規模や経営形態・広告・医療従事者の資格独占等に関する様々な規制がある。

このような規制は、医療サービスの特殊性に基づくものである。まず、医療サービスは、

(11) 後藤道夫「社会保障改革の現段階と『構造改革』第二幕」13頁、八代尚宏「医療の規制改革」（八代尚宏編「社会的規制の経済分析」所収、日本経済新聞社、2000年）99-101頁・103-105頁、八代尚宏「医療の制度改革」、「規制改革『法と経済学』からの提言」（有斐閣、2003年）131-132頁、堀真奈美「医療における競争原理—マネージド・コンペティションの可能性—」（加藤寛・丸尾直美編「福祉ミックスの設計『第三の道』を求めて」所収、有斐閣、2002年）134-135頁・138頁、鈴木亘・鈴木玲子・八代尚宏「日本の医療制度をどう改革するか：2002年度健康保険法改正に批判と改革案」、八代尚宏+日本経済研究センター「社会保障改革の経済学」所収（東洋経済新報社、2003年）33-36頁。

(12) 米国では、公的保険の適用を高齢者と低所得者に限定し、それ以外は医療に市場原理を適用しているが、医療費は規制のある日本より総じて高く、例えば骨折医療は日本の4倍である。また薬の価格も政府が決める日本より市場の需給関係に委ねる米国の方が一般的に高く、例えば、胃潰瘍の薬「ガスター」は日本の3倍以上である。（朝日新聞2005年12月18日朝刊〔太田啓之〕）

医療の専門家である医者が素人である患者に提供するが、医療情報につき、情報の非対称性があり、対等な取引関係が成立しづらい。したがって、インフォームド・コンセントを医師に義務付け、専断的医療から患者を保護する必要がある。次に、医療サービスは、人の生命・健康に直接かかわるサービスであるから、貧富の差に関らず、平等に配分されなければならない。第三に、国民の医療を受ける権利を保障すべく国民皆保険が制度化され、その下ですべての国民に良質な医療を公平かつ効率的に提供することが要請されているから、それに沿うように医療供給体制等を規制する必要がある。

しかし、高齢化等による医療費の増加⁽¹³⁾等を考慮すると、国民皆保険制度を維持する以上、財政負担が年々増加するから、財政上の見地等から、画一的で効率的でない医療サービス生産の効率性を高める必要がある。そこで、市場競争を抑制する規制を緩和して、患者の多様なニーズに応えるべく、公平性を害しないで、公・民の役割分担で効率的で多様な医療サービスの提供が要請される。

(二) 自己負担増および保険給付の限定・縮小化と医療費の効率化・削減⁽¹⁴⁾

増加する総医療費（2005年度は33兆円超）の抑制は、患者負担増や入院期間の短縮による入院医療費の削減によってなしうる。患者負担増についてみると、1994年には、入院中の食事が、現物給付である「療養の給付」からはずされ、入院時食事「療養費」という支給限度額が定められた「現金給付制度」に扱いが変更され、患者から食事に対する標準負担金を徴収されることになった。また97年から外来での薬剤給付に対する別途負担金が、2003年には廃止されたものの、徴収され、また高額療養費自己負担限度額の引き上げなどがなされた。その後の2003年度の健康保険制度改正により、健康保険の本人（70歳未満）3割負担導入、2006年に成立した医療制度改革関連法に基づく70～74歳の患者負担の1割から2割の引き上げ（2008年4月以降実施）や療養病床に入院している高齢者の食費・居住費負担の引き上げ・高額療養費自己負担額の引き上げ等（10月実施）の患者負担を増加

(13) 厚生労働省は、2007年8月24日、2005年度の国民医療費が33兆1289億円で、前年度より1兆178億円増え、3年連続で過去最高を更新したと発表した。65歳以上の高齢者の医療費が、全体の51%を占めた。厚生労働省は、「高齢化や医療技術の高度化が要因だ」としている。医療費の国民所得に占める割合は9.01%で、初めて9%台になった。国民1人当たりの医療費は25万0300円で、前年度より3.1%増え、3年連続で過去最高を更新した。年代別では、65歳以上（2007年9月15日現在、2744万人で総人口に占める割合は22%）は65万5700円に上った（読売新聞朝刊2007年8月25日・9月17日）。とはいえ国民皆保険制度がなく、2006年において6.3人に1人無保険者（4699万人）である米国でも、医療費は高騰を続け約2兆ドルに達し、2000年以降、推定約500世帯が医療費を払えず自己破産した（読売新聞朝刊、2007年8月31日）。また人口の6割以上が全額カバーされない例が多い民間保険に加入している米国で、国内総生産（GDP）あたりの医療費は、15%であり、日本よりかなり多い（伊藤恒敏「医師の育成」読売新聞朝刊・論点、2007年8月30日、同朝刊8月31日）。これらのことから、市場化しても必ずしも医療費は減るとはいえないと思われる。

(14) 日経新聞2007年5月16日朝刊、鈴木亘・鈴木玲子・八代尚宏「日本の医療制度をどう改革するか：2002年度健康保険法改正の批判と改革案」、八代尚宏+日本経済研究センター「社会保障改革の経済学」所収（東洋経済新報社、2003年）37-38頁・43-45頁、読売新聞朝刊2007年9月12日、朝日新聞10月10日朝刊、渡辺治「安倍政権論—『戦後体制』の打破をめざす政権—」ポリティーク第12号（旬報社、2006年12月）193-194頁・202頁、二宮厚美・前掲「日本経済の危機と新福祉国家への道」160頁、久保佐世「小泉医療制度構造改革のねらい」ポリティーク第12号（2006年12月）142頁・156-157頁・159頁、江口隆裕「医療保険制度の課題と将来」週刊社会保障、No.2444〔2007.8.13-20〕43-44頁、厚生労働省保険局総務課「医療保険制度の現状と課題」同13-15頁。

して、患者の受診・入院負担を増やし受診・入院抑制を図る。この自己負担増は、患者のコスト意識を高め、患者が安易に公的医療に依存して、無駄な支出することを防止する点にある。しかし、入院医療では、自己負担率の引き上げは、通院医療の場合と異なり、入院抑制より患者の負担増となるおそれ大きい。また、医療内容に関らない現行の定率負担の制度は、必要度の高い医療ニーズほど負担が増えてもその需要の減少は少ないから、より大幅な負担増になる。さらに、被保険者全体に影響する保険料引き上げに比べて、自己負担増は、利用頻度の高い病弱者や高齢者ほど相対的に大きな負担となる点で、保険のリスク分散機能がそれだけ低下することになる。それに日本の3割負担は、他の先進国の自己負担率と比較しても高い方に属している。したがって、自己負担率の引き上げをはじめとする患者の負担増加は、低所得者の医療へのアクセスを妨げ、国民の医療への平等なアクセスを阻害することになりかねないので、もう限度であるといえる。

次に、高齢化・過疎化・人口減少等により市町村国保が脆弱化し、また医療提供体制の地域間格差が拡大し、更にパートやフリーターの増加により被用者保険の空洞化などが生じ、従来の医療保険制度の限界が露呈しつつある。そこで2006年の4月に実施された診療報酬改定でリハビリの給付上限日数を設定したが、それでは不十分なので医療制度の構造改革が必要であるとし、2006年6月に通常国会で「健康保険法等の一部改正する法を通過させ、医療制度改革を具体化した。それによると、国の医療適正化基本方針に基づきながらも、医療制度の運営を都道府県に委ね、都道府県単位で自主的に「医療費適正化計画」（2008年度からの5ヵ年計画）を立てさせ、国が総額管理目標の設定などせずとも、自己責任の下で地域間競争を通じて、給付費ないし医療費の自動削減を行うシステムを構築した。このシステムは、生活習慣病患者や長期入院患者等が使った医療費に対する責任の所在を明らかにして、関係者に対してペナルティ（後期高齢者医療支援金の追加負担・診療報酬の引き下げ・保険料の引き上げなど）を制度化するという仕組みである。この医療制度構造改革の手法に見られる特質は以下の三点に見られる。第一は、同改革を都道府県に任せるため、都道府県ごとに、五年計画で「医療費適正化計画」の策定が義務付けられていることである。その計画においては、生活習慣病患者等の数の減少率や平均在院日数の短縮日数などの数値目標を全国平均を基準して立てること、例えば、平均在院日数の場合、全国の平均と最短の都道府県との差の3分1を減らすことが求められる。このようなやり方は、民間企業などで従業員に採用されている目標設定方式を取り入れた新しい管理手法である。第二に、3年目でその計画の途中経過を点検し、目標が達成できそうもない場合、その是正計画が義務付けられるシステムである。そして五年でその計画が達成できない場合、都道府県の責任で診療報酬の引き下げや保険料の引き上げ等を行うことが求められる。つまり地域単位で医療費を管理させ、ペナルティ付で、全国平均を基準にその引き下げを競わせようとするのである。また、社会的入院対策として、介護基盤の整備も進んだことから、医療の必要性に応じて、施設の機能により療養病床（病院報告/2006年8月現在、医療保険適用分約23.4万床、介護保険適用分約11.8万床）の再編成を行う。

2007年5月15日、政府の経済財政諮問会議は、2012年度までの5年間の医療・介護分野の効率化計画で大筋合意した。医療費効率化計画の主な内容は、①入院日数の全国平均と最短の県の差を半分にして入院日数を短縮すること（15年度まで）②後発医薬品の数量シェアを16.8%（04年度）から12年度までに30%以上にすること③入院1日あたりの医療費が定

額制の病院を12年度までに3倍の1000にすべく定額払い方式（一定の症候群・診療等を単位にしてその診療報酬を一括して定額化する支払い方式）科目等を拡大し、診療報酬の包括払いを促進して診療費用を抑えること④IT（情報技術）を活用して、レセプト（医療機関が健康保険に出す医療費の請求書である診断報酬明細書）のオンライン化を促進して、10年4月に8割以上、11年4月に完全オンライン化して事務費を削減することなどである。

入院医療費を抑制すべく、厚生労働省は、医師の医療行為に払う診療報酬に、初めて成果主義を導入する方針を固めた。まず「病状回復期のリハビリ病棟」への報酬点数を、病状の改善度合いに応じて加減する。2007年11月30日に中央社会保険診療協議会（中医協）に成果主義導入の方針を提案した。回復期リハビリ病棟では、脳卒中や脳溢血などを起こし後遺症の残った患者が、日常生活を送れるように入院しながら集中的にリハビリを施す。改善が見込める患者が集まるので、一般的な病気治療に比べ、回復度合いを測りやすいと見られるため、同病棟を対象にまず導入を目指すことにした。高齢化の進展に伴い、このような患者が増えるが、その際リハビリがうまくいかなければ、障害が残り長期入院につながりかねない。成果主義の導入で治療効果を高め、早期退院に導くことで、膨らみ続ける入院医療費を抑えたい考えだ。しかし成果主義を導入すれば、医療機関が回復の見込みが高い患者だけを選ぶ可能性が出てくる。回復が難しくても、現状より悪化しないようにリハビリを続けている患者も多いので、この成果主義の導入は医療サービスの低下をもたらすおそれがある。従って、リハビリの質向上の観点からは、専門職を増やした施設への加算を高くする方が現実的であろう⁽¹⁵⁾。

このように診療報酬は抑制される傾向にあったが、政府は2007年12月11日次期衆院選をにらみその政策を修正して、診療報酬改定で、8年ぶりで、薬価改定分を除く治療などの「本体部分」を引き上げる方向で検討に入った⁽¹⁶⁾。

（三）老人医療制度の再編⁽¹⁷⁾

高齢者医療に対する社会保障の充実の観点から、1973年の老人福祉法改正により老人医療無料化が実現した。しかし高齢者の場合、若年者よりもかなり多く医療費がかかるので、老人医療費を国民全体で公平に負担する仕組みとして、1982年2月施行の老人保険法による老人保険制度が導入された。この制度は、高齢者がそれぞれの保険に加入しながら、市町村国保や被用者保険から拠出金と公費をもとに、市町村が運営するという方式を取っているが、老人保険制度以降、老人に対する定額一部負担金制度が導入され、また高齢者がその年齢により、入院期間と治療内容の制限などを受けるようになった。その後2003年度の健康保険制度改正により、高齢者医療における70歳以上の患者の1割「定率負担」が導入された。このように高齢者の負担を増加しても、現在、高齢者一人当たりの医療費（年額約75万円）は若年者一人当たりの医療費（年額約16万円）の約5倍かかっている。これ

(15) 日本経済新聞2007年10月4日朝刊，朝日新聞2007年12月1日夕刊。

(16) 朝日新聞2007年12月12日朝刊。

(17) 二宮厚美・前掲「日本経済の危機と新福祉国家への道」167-172頁，久保佐世「小泉医療制度構造改革のねらい」ポリティーク第12号（2006年12月）142頁・160-161頁，藤田伍一「高齢者医療制度の課題と将来」週刊社会保障，No.2444〔2007.8.13-20〕46-48頁，厚生労働省保険局高齢者医療制度施行準備室「新たな高齢者医療制度の創設について」同20-25頁，厚生労働省保険局総務課「医療保険制度の現状と課題」同12-13頁。

を75歳以上の後期高齢者（現在約1200万人）に限定すると6～8倍かかるといわれている。このため老人医療費は約11兆円（2008年度）に膨らみ、国民医療費全体32兆円の約3分の1を占める見込みである。しかも後期高齢者の約8割が国民保険に加入していることから、その偏在による財政負担は大きな重圧となっている。そこで2006年の医療改革で、75歳以上の高齢者（寝たきりの65歳以上75歳未満の者を含む）は国民健康保険など従来の医療保険とは別の新たな公的保険に加入し、診療報酬体系も別建てにすることが決まった。この老人保健制度を発展的に継承して創設される後期高齢者医療制度の狙いは、生活習慣病の予防や長期入院の是正など、中長期的な医療費の「適正化」を制度的に図るとともに、現役並みの所得のある高齢者には3割負担とするなど、世代間負担「公平化」を一層進める点にある。また当該制度の運営主体を、都道府県を一区域として全市町村が加入する後期高齢者医療広域連合にすることにより、財政運営の責任の明確化を図るとともに保険者としての機能を発揮しやすくする点にある。この制度の下では、負担と給付の相関関係を強化し、後期高齢者人口比率の増加に伴い、後期高齢者本人の負担する保険料も増えるようにするとともに、その保険料総額が基礎になって給付医療費の総額も決まるという仕組みになっている。またこの高齢者には現役雇用所得者も含まれ、この者は事業主負担が廃止され、全額保険料を自己負担することになる。

この2008年4月に発足する予定の後期高齢者向け医療保険について、社会保障診療報酬審議会の特別部会は、2007年10月4日、独自の診療報酬体系の骨子をまとめた。その最大の目玉が、治療が長期化したり、複数の病気にかかったりしていることが多い75歳以上の高齢者の特性を踏まえて、患者の心身を総合的に診る、外来医療における「主治医」の導入である。この制度の下では、専門治療が必要なときにはそれを行う医療機関を紹介するなどの一定の条件を満たした場合、その医師に対する診療報酬を手厚くするが、その報酬は、患者が何回受診しても同額となる定額制を導入する見通しである。その狙いは、患者一人ひとりが信頼できる医師を持つことで、複数の医療機関を渡り歩いて検査や投薬が重複することを防いだり、外来医療から入院・在宅療養へ移ることをスムーズにしたりする点にある。この制度は、すべての高齢者に主治医を持つことを義務付けるものでないから、法的に医療機関選択の自由を制限するものではないが、医療費抑制を求める動きが強まれば、事実上、幸福追求権（憲法13条）に一環としての患者の医師選択の自由の不当な制限ないし高齢者の医療へのフリーアクセス制限につながる可能性もはらんでいる。またこの定額制は、金額面から間接的に医師の処方自由を制限するおそれがある⁽¹⁸⁾。

老人保険制度を廃止して高齢者医療制度を創設する狙いは、第一に、老人保険制度に対する各健保の拠出金を廃止・縮小し、企業負担や現役世代の保険料が老人医療に回るルートを断ち切る点にある。第二に、診療・医療を急性期医療と慢性期医療とに区分し、診療報酬上で区別することである。また6ヵ月以上の高齢入院患者に対して、室料や看護料などを医療保険の適用外にすることである。第三に、慢性期の患者が多い高齢者の医療において、抵抗の少ない診療報酬の定額制・包括払いを拡大しようとする点である。第四は、この定額制の診療報酬をベースに混合診療の拡大・解禁が意図されている点である。第五に、高齢者医療保険と介護保険を統合しようとする点である。

(18) 朝日新聞2007年10月5日朝刊、江口隆裕「医療保険制度の課題と将来」週刊社会保障、No.2444〔2007.8.13-20〕44頁。

このような狙いの下2006年10月から、70歳以上で「現役並み所得」（夫婦世帯年収520万円以上、単身世帯同383万円以上）のある世帯の負担は2割から3割に上がっている。更に2008年4月から高齢者の医療費の負担（08-09年は半額）が増加されるはずであったが、与党内では、先の参院選大敗を受け、この負担増の凍結論が浮上し、福田政権発足に伴う自公の連立政権合意で負担増凍結の検討が盛り込まれた。そこで2007年10月26日、自民・公明党両党の与党プロジェクトチーム（PT）は75歳以上の約200万人からの新たな保険料徴収について凍結期間を半年として、次の半年（08年10月～09年3月）は本来の額の1割（高齢者1人あたり月額300円強）だけ負担してもらう方針を決めた⁽¹⁹⁾。また低所得者を含む高齢者（70～74歳）の窓口負担の1割から2割への引き上げ（健康保険法）は1年間凍結する。

（四）医療保険における混合診療解禁の動き⁽²⁰⁾

これまで、日本の公的医療保険は、必要な医療の全体を保険でカバーすることを建前としており、保険外医療は例外であった。保険診療に保険外（自由）診療を付加して行う混合診療は、禁止されていた。これは、患者が予期した以上の負担を負うおそれがあることなど考慮して認められていないのである。しかし1984年の健康保険法の改正により、医療の現物給付ではなく療養費を支給する特定療養費制度が導入された。それ以降、厚労省は、特定療養費制度を拡充した。90年代に入るまで差額ベッドは1～2部屋に限定されていたが、94年以降、4人部屋まで特定療養費の徴収が可能になった。さらに2004年12月、「患者の負担を軽減する」としてその拡充を認める方針を打ち出した。そして2005年7月に、厚生労働省は政府の規制改革・民間開放推進会議の強い要望を受け、その拡充を認めるルールを設け、専門家会議の審査で認定されればその拡充を容認することにした。「100技術・2000医療機関」の実施が目標だが、その開始から約1年たっても認定技術は「内視鏡を使った泌尿器腫瘍の手術」など「7件・63医療機関」にとどまる。なぜなら、それを容認する条件は、薬事法の承認のない医療機器や薬を使う場合、その機器や薬の治験を始めることであるが、医師・製薬会社などが、治験1件につき数億円かかり、採算性が低い点や、治験の副作用による補償責任を負うおそれから、治験に消極的だからである。2006年10月からこの特定療養費制度は「評価療養」と「選定療養」の二つに区分される「保険外併用療養費制度」へと再編成された。併用療養費は、一部自己負担とは別に利用者から費用を徴収することが特別に認められているものであり、それを容認する主な分野は、①評価療養と②選定療養である。評価療養は、保険適用に向けた評価のための療養でありそれには、医薬品などの治験や、海外で認められているが日本では未承認の技術など、今後、保険導入が検討される医療例えばインプラント義歯が該当する。それには都道府県知事の承認した医療機関（特定承認保険医療機関）で、個別に承認された項目（2006年10月1日現在

(19) 朝日新聞2007年10月6日・10日・10月23日朝刊、同10月26日夕刊、読売新聞2007年9月21日朝刊。

(20) 後藤道夫「社会保障改革の現段階と『構造改革』第二幕」18頁、長谷川友紀「公的病院の民間開放と官民の対等な競争」八代尚宏『「官製市場」改革』所収（日本経済新聞社、2005年）108-113頁、八代尚宏「医療の制度改革」「規制改革『法と経済学』からの提言」（有斐閣、2003年）137-148頁、同「医療の規制改革」（八代尚宏編「社会的規制の経済分析」所収、日本経済新聞社、2000年）108-110頁、日本経済新聞2006年8月11日・10月22日朝刊、二宮厚美・前掲「日本経済の危機と新福祉国家への道」153-156頁・181頁、朝日新聞2007年11月16日朝刊。

110項目) について容認される高度先進医療・医薬品の治験に伴う診療・医療機器の治験に伴う診療がある。選定療養は、患者の選択によって提供する医療であり、一定のサービスに質が担保され、かつ医療サービスの本質部分と関りの少ない療養である。例えば特別の病室の提供のような療養環境(室料差額)・歯科選択材料・特別注文給食・200床以上の病院の紹介なしの初診および再診・予約診療・時間外診療・180日を超える入院・保険で認めた制限回数を超える医療行為—などがある。この制度は、混合診療の禁止を部分的に解除する制度であり、特定の医療行為について、自由診療であることを前提に、保険診療に相当する部分のみを併用療養費の支給という形で償還するものである。これをさらに推進し全面的に解除すべきか問題となっている。すなわち現在、混合診療の場合、全額自己負担になるので、特に海外で認められている医療技術やサービスにつき一部負担で済むようになる混合診療の解禁は合理的だし、患者の選択権を尊重することになる。また、2007年11月7日に東京地裁で「混合診療の禁止に法的根拠はない」との判決がでた。一方、厚労省は「安全性が確保できていない医療の誘いに患者が乗りやすくなる危険がある。必要な医療は保険制度の下でしっかり提供していく」として全面解禁には反対する。そこで全面的に混合診療を解禁すべきか問題となるのである。

混合診療は、利用者の多様で高度な医療ニーズに対応しうる点で意義がある。しかし、混合診療の導入は、全国の医療機関で生活困窮が理由と思われる治療費の滞納が問題化する中⁽²¹⁾、収入次第で受けられる医療が大きく限定されたり、提供される医療内容に患者の経済力により格差をもたらすという不公平の問題が生じるし、また、効果のない医療の押し付けや過剰医療の問題がある。したがって、多様で高度な医療にも全面的に保険を適用するのが理想的である。しかし、一部負担金が既に3割の高率になっているのに保険財政は、逼迫しているから、保険適応とするには、保険料の値上げや所得税・消費税の税率のアップ等が必要となるが、それについて国民のコンセンサスを得ることは困難である。そこで、保険外併用療養費制度を拡充して、無痛手術等の「科学的に医療効果に差のない必要最小限の医療」を超えるものや再生医療等、選択性の高い医療サービス・医師によるコンサルティング・看護師等による非医療的サービスなどをも保険外併用療養費制度の対象にするのが現実的である。しかし、その拡充は、実際、制限的であり、医学の急速な進歩に対応していない。そこで、海外で一般的に用いられている治療方法につき、将来、保険収載される可能性のあるものについて、混合診療を利用すれば負担が軽減される患者のために、条件付に混合診療を認めるべきである。すなわち、情報の整備・公開により、医療技術の有効性・安全性・任意性(利用者の自由意志による選択)が担保される場合に限定して、自由診療の部分で価格競争が働く混合診療を認めるべきである。この場合の保険外負担部分は私的医療保険でカバーすべきである。この場合、低所得者は、その保険料を事実上負担できず、所得差による医療サービスの格差が生じるという問題が生じるから、低所得者に対して、保険料にあてるための一定の公的助成をすべきである。

(21) 読売新聞朝刊2007年8月10日朝刊。

(五) 経営の効率化と民活路線の推進⁽²²⁾

1 PFIによる医療サービスの提供（自治体病院の民間委託）⁽²³⁾

1999年7月に成立したPFI推進法により制度化された日本版PFI（プライベート・ファイナンス・イニシアティブ）とは、民間事業者が事業の設計・建設・運営・維持管理を一貫して行い、公共部門がサービスを購入する方式である。民間の資金と経営・技術能力を活用して社会資本ないし公共施設（庁舎などの施設、道路・鉄道・水道等）の整備（建設）や公共サービスの提供（運用）を行うものである。民間活力を導入することで公共事業の費用を削減して、質の高いサービスを目指したもので、小泉政権が進める「小さな政府」のはしりである。法律成立から7年して全国で236件の事業で採用されている。政府は2005年8月に施行された改正PFI推進法ではその目的に「国民への低廉かつ良好なサービスの提供を確保する」ことを追加しサービス分野もPFIの対象であることを明記した。PFIは、教育や病院など、民生部門にも導入され、医療分野では、先進例として高知医療センター・近江八幡市立総合病院・八尾市立病院があり、計画・建設中のものとして8件ある。その8件は①筑波大学付属病院②多摩広域基幹病院・小児総合医療センター（東京都）③がん・感染症医療センター（東京都）④精神医療センター（東京都）⑤大阪府精神医療センター⑥神戸市立中央市民病院⑦鳥根県立こころの医療センター⑧愛媛県立中央病院である。これらは、いずれも地域の基幹病院で、高度医療を実現する資金や知恵を民間に期待して、PFIを選択している。老朽していた高知市立市民病院と県立中央病院が統合して、2005年3月にできた高知医療センター（42診療科632床で職員は734人）は、その先駆けである。同センターは、僻地の救急患者も重症患者も受け入れる「最後のとりで」をつくるためにPFIを選んだ。このPFIにより建物だけで220億円かかった建設費を調達して、県内2番目の救命救急センターを新設し、県内全域から急患を24時間受け入れられる、夜間も使えるヘリポートを設けた。この設備により県の消防防災ヘリによる患者搬送は、04年に旧県立・市立合わせて25件であったが、06年は178件に急増した。また、旧市立病院は循環器病の治療が得意であったが、手術室不足で心臓手術も順番待ちだったため、他院や県外に行く患者もいたが、現在は心臓外科専用の手術室があり、すぐに対応ができる。心臓・大血管手術の実施数は、統合前の年210例から284例になり、四国でもトップレベルの多さになり、また、手術数も統合前の合計15倍になり、その医療サービスの質・量とも向上した。この規模拡大は医師確保にもプラスになっている。そして民間のノウハウを活用して、経営効率化を図ろうとした。

しかし、その収支は赤字続きである。初年度の05年度は約17億5千万円、06年度は約22億3千万円の赤字で、07年度予算も、約16億7千万の赤字を見込んでいる。医療行為を行う病院の運営主体である高知県・高知市立病院企業団は、9社の出資企業のうちオリックスが代表企業を勤める特定目的会社（SPC「高知医療ピーエフアイ」と02年12月に30年間で約2132億円の事業委託契約を結んだ。病院建設のほか清掃や給食、診療報酬請求事務、

(22) 二宮厚美「九〇年代の社会保障構造改革の評価」106頁。

(23) 長谷川友紀「公的病院の民間開放と官民の対等な競争」八代尚宏「『官製市場』改革」所収（日本経済新聞社、2005年）114頁、杉田定大「日本型PFIの反省と課題」同211-231頁、朝日新聞朝刊2007年5月5日、読売新聞朝刊2007年9月17日。

薬や医療材料の調達など、自治体が直接事業するより約55億円の経費を削減できると見込んだ。しかし実際は、医師や看護師らの給与費が05年度の医業収益に占める割合は59.6%で、500床以上の全国の公立一般病院の平均50.6%を上回った。薬や器具などの材料費も医業収益の30.9%を占め、当初目標（23.4%）を金額にして約8億円超えた。その高コスト要因として、このSPCは、実際の業務は医療事務などの専門業者に下請負に出しているが、病院経営のノウハウに不足していて、下請けの管理の甘さがあった。08年度から病院建設費の借金返済も始まり、新たに年約8億円が必要になる。この経営の改善には人件費や医療機能の絞込みや病床の大幅削減が必要だが、そうすると、その医療サービスの質・量を下げることになる。手厚い医療を効率的に提供するためには、医療機器や薬を安く調達したり、病院を効率的に経営できる事業者へ委託できるよう、病院のマネジメント能力を高める必要はあるが、それだけでは無理であり、県の財政支援が不可欠である。このPFIには、赤字の問題のほか公物管理上の問題等の課題を抱えているが、医療と言う公共サービスにおける官民パートナーシップとして意義がある。

2 公・公病院および公・民病院の統合⁽²⁴⁾

公立病院は、本来、僻地医療・救命緊急センター・感染症対策等の政策医療・不採算医療を担う建前となっているが、実際は、外来診療等、その機能は私的病院と大きな差は認められない。それなのに公的病院は、民間病院と同一の医療サービスについて同じ診療報酬を受けているだけでなく、病院の土地・資本設備もすべて公費で賄われているので、私的病院より有利な競争条件の下にあるのに、多くの公的病院は、効率的な経営をしていないため赤字に陥っている。そこで、財政から赤字を埋めるため補填がなされている。したがって、公的病院の効率化が要請される。

その効率化のために、公・公病院と公・民病院の統合が推進されている。医療法は、ベッド数が多い地域では開設主体の異なる病院同士の再編・統合に制約を設けていたが、厚労省は2005年1月、効率性の観点等から、合計病床数が統合前より少なくなるなら、公的病院同士に限って再編・統合を認めることにした。更に効率化を図るために、2006年5月に特例措置を民間病院にも拡大した。この統合により民間経営のノウハウを取り入れ、非効率で赤字の公的病院の経営（全国1000余りある公的病院8割は医業収支で赤字）の立て直しを図ろうとするものである。他方、この規制緩和により民間主導の経営が本格的に進んだ。しかし、この方式だと、医師・医療機関が不足・減少している小児科・産婦人科⁽²⁵⁾

(24) 八代尚宏「医療の制度改革」『規制改革『法と経済学』からの提言』（有斐閣、2003年）134頁、同「医療の規制改革—保険者機能強化と競争促進」八代尚宏編『社会的規制の経済分析』（日本経済新聞社、2000年）126—127頁。

(25) 全国の産婦人科医は、2004年に1万594人と、10年間で7%減少した。日本産婦人科学会によると、出産を扱う医療機関は1993年には4286施設あったが、2005年に3056施設に激減した。都市部では、地域の中核病院や診療所の産科が閉じ、大病院にお産が集中している。このため産科のベッドはいつも満床で、緊急に対処が必要な妊婦の診療要請があっても、受け入れる余裕がない状態が慢性化している。地方では、産科不足は一層深刻で産科医がいない空白地帯もある。北海道根室市では2006年9月から常勤の産科医が不在で、妊婦は緊急時や出産の際は約120キロ離れた釧路市の医療機関へ行った。道内の3大学が協力して、地域の中核病院に医師を派遣して、100キロ圏内で出産できる施設を確保できるよう努めてきたが、医師不足から難しくなった（読売新聞朝刊2007年8月30日）。

や僻地の治療は縮小ないし切り捨てられるおそれがある。この分野は、市場原理に任せることができず、労働条件や報酬面を改善して医師不足等を解消する対策が不可欠である。

3 民営化等による自治体病院（公立病院）の経営の効率化⁽²⁶⁾

自治体病院は、全国で約1千で、病院全体の1割強で、ベッド数では約25万床と15%に及ぶ。僻地医療拠点病院の7割を占め、過疎地域の医療体制を守っているほか、救急・災害医療でも役割を担う。その救急医療や僻地医療などは、経営的には「不採算部門」とされる医療を地域で担っているケースが多い。しかも、診療報酬のマイナス改定や患者数の減少で、経営環境は年々厳しさを増す。そのため全国の病院では病院会計以外の財源から総額7016億円が投入されているが、それでも苦しい状態である。自治体病院は、多くが不採算部門を持っているだけでなく、医師不足による医師給与の上昇や経営効率の悪さのため深刻な赤字（1兆7820億円の累積赤字）に悩んでいる。総務省のまとめでは、その経営は、87年度ごろに一時黒字に転じたが、年々悪化しており、90年代以降は慢性的赤字に陥っており、全国の自治体病院の病院事業は06年度に約8割が赤字で、経常損失は05年度から約450億円増えて、約2100億円が経常損益で赤字になった。一方で、高コスト体質が指摘され、100床あたりの費用は約1億5100万円で民間病院より1800万円ほど高い。

そしてその赤字で累損欠損金は1兆円を越し地方財政を圧迫している。日本政策投資銀行の調査だと、2004年度に税金の穴埋めなしで黒字を確保した自治体病院は全体の7%であり、2006年度の診療報酬引き下げでさらにその割合は下がると見られている。そこで財政悪化した自治体病院が、その運営の効率化等のため、その経営主体を民間医療法人に移す「民営化」の動きが全国に広がりつつある。全国自治体病院協議会の2006年春時点の調べでは、病院全体の1割強にあたる約1000ある自治体病院のうち、公設民営化は38、施設も含め完全民営化は16である。2007年4月には福岡の2県立病院が施設ごと民間に経営譲渡され、愛知県東栄町の東栄病院も、町から民間医療法人に運営が変わる。宮城県石巻市と東松島市が運営する公立病院も、4月からの移譲先を公募中である。横浜市みなと赤十字病院のように、自治体が行政効率化のために既存の民間病院に地域医療を任せる「都会型」もあるが、その大半は、財政悪化に苦しむ自治体が、廃院を避けるためやむなく踏み切るパターンである。人件費や医薬品・材料購入費の高さなど「役人経営」に加え、地方交付税の削減・医師不足などが経営悪化に拍車をかけている。このような民間移譲や統合が進んだ結果、自治体病院数（総務省調べ）は、05年度は982まで減っている。

この廃院を避けるパターンのうちで、民営化で赤字の病院を初年度で再建した例がある。京都府・旧大江町営の国保大江病院は、町営病院を残すため、民営化した。医師や町民ら地元有志が設立した法人に5億円寄付する形で2005年4月、「新大江病院」が再出発した。2004年度までは毎年2億円の赤字を出していたが、05年度は職員給与の5～20%カットなどで人件費1億円削減したうえ、一時50%台であった病床の稼働率を87.6%まで上げ、初年度から実質6500万円の黒字を出した。だが、その他の再建の取り組みは、まだ手探りの状態である。またその民営化受け皿として、2007年4月にスタートする予定の僻地医療、救急医療、産科・小児科医療など公共性の高い医療を担う社会医療法人制度は、公募債の

⁽²⁶⁾ 朝日新聞2007年3月6日・5月5日・10月3日・10月26日・10月30日朝刊、日本経済新聞2007年5月16日朝刊。

発行や不動産賃貸業など医療以外の収益事業も認められるものであり、その活用が期待されたが、その制度の運用は半年以上先送りされそうであり、実際の法人認可は2008年以降になる可能性が高いし、法人税減免も検討されているが、財務省は難色を示し、結論は2007年末以降に先送りされている。確かに、一般論としては医療の高度化に鑑み、病院に資金調達のための公募債の発行が認められるのは妥当だが、過疎地の不採算になりやすい自治体病院を引き継ぐ法人の場合、広く一般投資家が投資することは余り期待できないから、その発行は困難であると思われる。このように政府の支援は、不十分だし後手に回っている。

2007年5月15日の経済財政諮問会議で菅総務相は公立病院の改革を表明した。その改革の具体策として、独立法人（自治体の事業を組織ごとに別個の法人格を持つ独立法人に移行させる制度）化や民間医療法人への事業譲渡といった民営化や、地域の中核病院以外の病院の機能や規模を縮小する再編を促す方針を示した。2007年6月には、地方公共団体の財政健全化法が成立し、病院事業も自治体財政に連結して評価されることになり、病院経営改善は急務となった。そこで同年10月には、総務省は、公立病院の赤字経営等による自治体財政悪化対策として、公立病院の経営改善のためのガイドライン（指針）を2007年内にまとめ、自治体に対して、経営指標の数値目標を設定した「改革プラン」を2008年度中に策定するよう促す方針である。公立病院の場合、民間では行き届かない過疎地などの医療を担っており、単に経営を効率化して黒字になればよいというものではなく、経営効率化と地域医療確保という公的役割を両立させるために、経常収支比率・病床の利用率などにつき数値目標を慎重に設定する必要がある。総務省は、同年7月、病院の理事長や公認会計士ら6人による公立病院改革懇談会を発足させ、ガイドライン策定に向けた検討を続けていた。そこでは、①経営効率化②地域の中核病院と各病院が機能を分担して連携する、再編・ネットワーク化③民間への譲渡や地方独立行政法人化などの経営形態の見直し—の三つの観点から折り組んでおり、経営効率化は3年程度、再編や経営形態見直しは5年程度で、自治体がプランを実現するよう促す案が出ていたが、総務省は、10月29日、同懇談会を開き、自治体に公立病院の経営改善を促す改革ガイドライン（指針）案を決めた。そのガイドライン案は、自治体が08年度中に策定する改革プランで経常収支比率・職員給与費比率・病床利用率の3指標の数値目標を必ず設定するよう求め、病床利用率がおおむね過去3年間連結して70%未満の病院には病床数の削減や診療所への転換など抜本的な見直しを促した。このガイドラインに強制力はないものの、プラン策定から2年間たっても数値目標の達成が著しく難しい場合、経営形態の見直しなどプランの抜本的な見直しと改定を求めている。同省によると、病床利用率70%未満の病院は06年度で、全国に310病院あり、全体に占める割合は05年度の27%から06年度は35%に増えた。また、公立病院の病床利用率は病床数が少なくなるに従って下がる傾向にある。従って、この指針案は、特に経営が苦しい小規模な公立病院経営の見直しを求めるものであり、地域医療に与える影響は大きい⁽²⁷⁾。

(27) 朝日新聞10月3日朝刊。

4 株式会社の医療機関経営への参入問題⁽²⁸⁾

大規模会社を想定する株式会社は、コストをできるだけ削減して、安価なサービスを生産したうえで、それを大量に供給することにより、最大利潤を追求し、獲得した利潤の一部を株主に配当する営利団体であるから、安いが質の劣る医療サービスを大量に供給するおそれもあり、また、利益が得られなければ安易に医療事業から撤退し、安定した医療サービスの供給の確保が図りがたいこともある。このよう株式会社の医療機関への経営の参入を認めるべきか問題になる。

政府の規制改革・民間開放推進会議は、株式会社参入の利点を①患者の選択肢を増やすことで競争を促せる②資金調達が多様化で、個人の財産に依存した個人商店方式の医療機関の経営の近代化・効率化が進む、などとして、その参入を主張する。これに対して、厚生労働省は、その全面参入は、過剰診療や患者の選別で、医療費高騰や医療の質の低下を招くとして、全面参入に反対する。厚生労働省は、参入を厳しく制限する一方、資金調達のための「医療機関債」の発行の容認や病院会計に民間企業並みの退職給付会計の導入、病院における難易度の高い手術の実績公表の義務づけなど、現行の枠組みを大きく崩さない形で経営の効率化を進めてきた。したがって、現在においては、その参入の利点は以前よりは薄れているといえる。そうだとすれば、その参入を認める必要は以前ほど高くはないであろう。

とはいえ、医療の近代化・高度化・情報化に伴い、病院特に大病院の必要とする資金はますます大きくなるから、金利負担のある銀行借入だけでなく、株式の発行による資金調達のできる株式会社の医療機関経営への参入も検討されるべきである。医療内容についての測定方法を積極的に導入し、その結果について情報公開を徹底する環境整備を行うことにより、医療の質を確保したうえで、株式会社の医療機関経営への参入を認めるべきである。これに対して、営利を目的とした組織では、営利のため不必要な診療等をして、患者を置き去りにして利益追求に走る恐れがあり、患者のための医療を確保することができないということで、その参入に反対する者がいる。確かに、株主の高配当要求に押されて短期的な利益利潤を追求しすぎると、低レベルの安全でない医療サービスが提供されるおそれがないとはいえない。しかし、株主のみならず融資をした銀行も利益を追及する。株主は病院の存続を願うが、その銀行は債権回収のため、赤字でも元金の返済を強いるだけでなく、その返済ができないときには、担保となっている病院の財産を競売にかけることがある。この場合、病院にとって株主より債権者である銀行の方が脅威である。それに長期的な観点から、その参入を目指す営利企業は、患者等の顧客のニーズに沿ったサービスを提供するものと思われる。さらに、株式会社の医療機関経営への参入を認めると、医療機関のフランチャイズ方式が広まると思われるが、質の評価が困難な医療サービスの場合、全体の評判を維持するため、医療の質の管理は厳しくなるし、また他のフランチャイズに

(28) 長谷川友紀「公的病院の民間開放と官民の対等な競争」八代尚宏『「官製市場」改革』所収（日本経済新聞社、2005年）114-115頁、八代尚宏「株式会社排除の論理」『規制改革『法と経済学』からの提言』（有斐閣、2003年）49-60頁、同「医療の規制改革—保険者機能強化と競争促進」八代尚宏編「社会的規制の経済分析」（日本経済新聞社、2000年）123-126頁、堀真奈美「医療における競争原理—マネージド・コンペティションの可能性—」（加藤寛・丸尾直美編「福祉ミックスの設計『第三の道』を求めて」所収、有斐閣、2002年）135-136頁。

属する病院との競争により、患者の意思がそのサービスに反映されやすい。また、病院の統廃合を円滑に行い、M&A、資本提携やグループ経営化を図るためにも、株式会社の形態の場合、効率的になしうる。それに個人経営の病院の廃業の場合の受け皿として株式会社形態の病院は有益である。このような利点がある以上、株式会社の医療機関経営への参入を認めるべきである。これに反対して、営利企業だから、患者のための医療を確保することができないというのは、非営利医療機関でも利潤動機で活動することがあるのであるから、組織原理と組織の機能の混同であろう。

株式会社の医療機関経営への参入は、全国的には現行法上困難とされているが、民営化や規制緩和を地方レベル（地域限定）で個別的に可能とする構造改革特区法・制度（2002年）により、株式会社の医療機関経営への参入への道が開かれた。規制緩和を進めていた政府の総合規制改革会議などは企業の経営ノウハウで医療サービスは向上するなど主張した。そこで政府は2003年、規制緩和に一環として例外規定を設け、構造改革特区として認められた地域で、健康保険など公的保険が利かない高度医療を実施する場合に限って企業経営を認めた。参入条件が多いので、これまでなかなか参入企業が現れなかった。その規定による第1号により開業したのは、バイオ技術を使って乳がん手術の後の乳房再生などを手掛ける、自由診療の美容外科である。新たな形態だけに安全性を含めどこまで患者本位の医療ができるか注目されている⁽²⁹⁾。

5 特定健診診査・特定保健指導のアウトソーシング

前述の医療費適正化計画以外でも、新たな予防システムである生活習慣病管理を中心にした国民皆健診制度の具体化を検討している段階で、国は健診・保健指導の民間事業者への委託を推奨している。経団連も2006年4月に出した「生活習慣病予防に係る特定健診診査・特定保健指導のアウトソース推進に向けて」という提言で、その民間委託をもっと積極的に進めよと主張している⁽³⁰⁾。

四 社会福祉基礎構造改革と障害者施策等の展開⁽³¹⁾

1951年に生活困窮者対策等を推進する社会福祉事業法が制定されて以来、政府が福祉分野での需給を全面的規制する措置制度をはじめ、社会福祉事業や福祉サービス供給の基本的制度的枠組みは維持されてきたが、1988年に児童福祉法の改正により、保育所が措置制度の対象から外された。さらに、国・自治体が公費で全国的最低基準を充足した福祉施設において自ら福祉事務・事業を行うという構造を福祉の受給を市場における自由な取引に委ねる市場原理において適恰的に改革するために、1999年8月に「社会福祉基礎構造改革」

(29) 日本経済新聞2006年7月31日朝刊・夕刊、8月1日朝刊。

(30) 久保佐世「小泉医療制度構造改革のねらい」ポリテイク第12号（2006年12月）157頁・162頁。

(31) 浅井春夫「福祉改革と新自由主義イデオロギー」（ポリテイク第2号、2001年9月）55-56頁・58頁、二木立の発言（ポリテイク第2号、2001年9月）108頁、八代尚宏「福祉サービスの規制改革」『規制改革『法と経済学』からの提言』（有斐閣、2003年）157-162頁、同「福祉の規制改革—高齢者介護と保育サービスの充実のため」八代尚宏編「社会的規制の経済分析」（日本経済新聞社、2000年）133-140頁・148-149頁、二宮厚美・前掲「日本経済の危機と新福祉国家への道」125-126頁・129頁。

についての中央福祉審議会答申が出された。それは①利用者によるサービスの選択など当事者による自己決定の尊重、②質と効率性の一層の向上を促すため、経済的インセンティブを強化すること、③消費者保護や情報公開の仕組みの整備など、公正な競争の枠組みを作り出すこと、などの改革の基本的枠組みを示した。それを具体化した社会福祉基礎構造改革は、第一に、民間営利企業を社会福祉分野に参入させることである。例えば、この改革により、民間事業者が、認可保育所の経営に参入している。第二に、事業者補助から利用者保護への転換つまり所得補助方式への転換である。政府が福祉分野での需給を全面的に支配する、従来の、公設公営型の措置制度では、利用希望者の申請ないし申出を契機に、措置権者（地方公共団体またはその長）がその受給要件を認定して措置決定を行い、その結果、措置が実施されるというプロセスをたどる。この措置決定により措置権者は、受給資格者に措置を実施する義務を負う。この公的義務は最低限の生活保障を保障するものであり、現実的には低所得者ないし生活困窮者を対象とするものである。このような福祉サービスの後見的規制の根拠として、第一に、福祉サービスの場合、消費者主権の原則が成立しにくい「社会的弱者」を主たる対象としていること、第二に、福祉サービス内容につき「情報の非対称性」があること、第三に、福祉サービスの受給者は、たいてい、低所得者であり、その費用負担を支えるための所得再分配の制度の必要性があることなどがある。確かにこのようなことがいえるが、措置制度における措置決定が、利用者による選択という視点を欠いた一方的な行政処分であり、措置権者と利用者とは対等関係にないのみならず、自立しようとする利用者の意向も措置内容に反映されないし、また公的助成に全面的に依存する事業者側は、コスト削減インセンティブを欠いたし、さらに集客のインセンティブが存在しなかったため、そのサービス内容の情報提供が不十分であったなど、その問題点が指摘された。そこで、限られた被保護者の選別的福祉ニーズではなく、最低限の所得保障をした上で福祉サービスを「購入」する普遍主義的福祉ニーズに対応するために、障害者福祉制度につき2004年度に法改正がなされ、身体障害者福祉法および知的障害者福祉法の居宅サービス・施設入所などについて、「サービスを給付する方式」（措置制度）から、その利用に要した「費用を支給するという方式」（支援費方式）に基本的に代えられた。

この制度の下では、行政は、障害の種類や程度、介護者の状況などを勘案して支援費の支給を決定するだけで、後は利用者が支援費支給の証明書も持って、自らが選んだ施設・事業者と契約することになる。その狙いは、サービスの選択や利用のしやすさを図り、サービス利用契約の当事者である「利用者と事業者の権利義務関係」を明確にする点にあるとされる。しかし、利用者と事業者は「形式的に契約の当事者」になったに過ぎないから、実質的には対等関係に立たないし、特にその契約締結後は事業者が圧倒的に優位な立場に立つし、また契約関係であるから、「福祉サービスの質と量」は「利用者の所得水準に依存」することになる。これは、所得水準に規定されないで福祉ニーズに基づいて福祉サービスを提供すべきという理念に反する。他面、公的責任の中身は、サービスを実施する法的責任が著しく縮小して、サービス費用の支給および事業の規制監督を行う法的責任などに変容することになった。すなわち国および地方公共団体は、供給体制の整備と利用者も供給体制に結び付けるコーディネーター（調整）機能＝契約締結と苦情処理の調整役を担うことになり、「社会福祉権を保障する公的責任」が減少する分、「自己責任」が問われることになる。また、福祉サービスを利用する場合に必要な情報の提供は、社会福祉事業者の

責任とされ、国等はその責任を果たさせるための措置を講ずることに過ぎず、その公的責任は限定されている。それに当該方式は、利用者補助を介して独立採算方式の企業に助成する機能も営む。こうした改革の方向は、生存権的権利としての社会福祉に対応した「公的責任」から、福祉サービスを購入するための「支援費の支給」を行うことで、「公的責任」を果たしたという方向へわが国の社会保障・社会福祉の政策転換を意味する。すなわち、この改革は、生存権的実体権利保障から契約制度を合理的に機能させるための手続的権利擁護制度に限定された方向に展開することになるのである。また所得水準に応じて変化する応能負担から応益負担への方向性が示されている⁽³²⁾。そこで障害者支援費制度は、2006年10月に施行された「障害者自立支援法」により、障害者自立支援制度に転換され、応益負担原則に基づき障害者の自己負担が発生する給付限度額制度になった⁽³³⁾。

厚生労働省の立場からすると、障害者自立支援法は、障害者が地域で「自立」して暮らせるよう障害者の「自立」と「共生」の社会の実現を理念に、支援費制度が抱える「財源不足」や地域格差の問題、障害者（身体障害者・知的障害者・精神障害者）種別の不公平という問題を障害福祉サービスの一元化により解決し、全国どこの地域でも障害者が必要に応じて一定水準のサービスを安定的に受けられるようにするために施行されたとされる。新自由主義に観点から、同法のポイントを以下において述べると、第一に身体障害や知的障害の通所型施設の運営主体は、これまで行政を除いて社会福祉法人に限定されていたが、これをNPO法人・医療法人・財団などでも運営することができるよう規制緩和を行った。第二に、これまで所得に応じて負担を求める「応能負担」の仕組みが基本であったが、サービスの利用量にかかわらず、利用者負担が求められるこの仕組みでは、同一所得で同じ負担をしてもサービス料が異なるという問題が生じていたことから、利用者の負担をサービス量に応じたものに改め、収入状況等による減免措置や負担能力に応じた負担上限額があるものの、サービスにかかる費用の1割を負担（定率負担）するものとした。また、負担能力の乏しい人に対する負担を軽減する仕組みはあるものの、食費・光熱費などの日常生活費は、施設利用の場合と在宅生活の場合の費用負担の均衡を図るため自己負担とした。さらに同法の円滑施行のための特別対策として、通所・在宅利用者の1割負担の上限額の引き下げや軽減対象世帯の拡大等の利用者負担の更なる軽減をした⁽³⁴⁾。

これに対して利用者が急減する問題点が指摘され、また社会保障費抑制による弱者切り捨てとの批判が絶えなかった。政府もこの激しい批判等を受け、2006年末に総額1200億円の補正予算を組み、2007年4月から3年間、低所得者の負担の上限を4分の1に下げるなどの特別対策を実施した。しかし2007年の7月の参院選惨敗で与党内では、そのような新自由主義的な構造改革は弱者切り捨てにつながったとの反省が広がり、その特別対策では不十分であると認識した。そこで福田氏は自民党総裁選の政権構想で障害者の福祉サービスに原則1割の自己負担を求める「障害者自立支援法」の見直しを盛り込んだ。もっとも、与党は、社会保障費抑制路線を崩すことには否定的である⁽³⁵⁾。

(32) 浅井春夫「新自由主義と非福祉国家への道」38-41頁・44-45頁・57頁・69頁・77-78頁。

(33) 久保佐世「小泉医療制度構造改革のねらい」ポリティーク第12号（2006年12月）152頁。

(34) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課「障害者施策の現状と課題」週刊社会保障No.2444〔2007.8.13-20〕122-126頁。

(35) 朝日新聞2007年9月26日・27日・10月12日朝刊。

五 保育における新自由主義政策の展開

(一) 一部利用者補助方式の導入⁽³⁶⁾

保育において一部利用者補助方式が導入されたが、その新制度では、児童居宅支援（児童居宅介護・児童デイサービス及び児童短期入所）について居宅支援費の支給が行われることになっている。この方式は、利用者と事業者たる保育所との直接の民法上の契約ではなく、市町村と利用者との公法上の契約であり、その契約内容の根幹には従来の措置制度が規定した内容があり、公的責任に支えられている。この制度の根拠は、保育所側が児童を逆選択する可能性を防止したり、市町村側から見た児童の必要度に応じた優先入所を図る点にある。

(二) 保育における規制の緩和と民間委託・民間営利企業の参入促進⁽³⁷⁾

保育サービスは、主として、運営資金の約9割を市町村が負担する、公立や社会福祉法人立の認可保育所（児童福祉法第35条に基づく児童福祉施設）によって提供されている。認可保育所は、児童福祉法が定める施設の面積や保育士の配置などの基準を満たしたうえで運営される。現在、約2万3千カ所ある。その入所を希望する人は、市区町村に届け出て、家族構成や親の勤務状況などによって、自治体側が、受け入れについて判断している。近年、東京・大阪などの大都市を中心に、女性の就業率の上昇により、保育サービスの供給を超える需要が生じ、待機児童（保育所に入所できない未就学児童）の数が増加している。厚生労働省によると、2007年4月時点で、待機児童は約1万8千人である。職を探している母親や、入所させられずに仕事をあきらめた母親の子どもなど「隠れた待機児童」も多く、潜在需要は数十万人にのぼるとされる。認可外保育所や保育ママが、この需要の一定の受け皿になっているが、それでも不足している状態である。認可外保育所は、開所時間数や休日保育・病後児保育等の保護者に対する利便性の点で認可保育所に比べ勝っているが、夜間も開いているベビーホテル等の一部では、保育士などによる虐待や子どもの死亡事故などが発生しており、その管理運営や保育サービスの質に問題がある。一方、約7100カ所ある届出制の認可外保育所の中には、一定の基準を満たし、一定の補助金を受ける保育所である準認可保育所（保育室・託児室等）がある。この制度は、地方自治体が独自に規制緩和を促進した結果できた制度であり、東京都や横浜市・川崎市・東大阪市などにあるが、2001年5月からスタートした東京都認証保育所制度が最も有名である。その制度

(36) 浅井春夫「新自由主義と非福祉国家への道」66-67頁、浅井春夫「福祉改革と新自由主義イデオロギー」62頁、八代尚宏「福祉サービスの規制改革」「規制改革『法と経済学』からの提言」（有斐閣、2003年）170頁、朝日新聞2007年11月27日朝刊。

(37) 白石小百合・鈴木亘「公立保育所の民間開放」八代尚宏『「官製市場」改革』所収（日本経済新聞社、2005年）139-159頁、八代尚宏「福祉サービスの規制改革」「規制改革『法と経済学』からの提言」（有斐閣、2003年）169-173頁、同「株式会社排除の論理」60-61頁、同「医療の規制改革—保険者機能強化と競争促進」八代尚宏編「社会的規制の経済分析」（日本経済新聞社、2000年）123-126頁・148-149頁、白石小百合・鈴木亘「経営主体別にみた保育所サービスの質」八代尚宏+日本経済研究センター編著「社会保障改革の経済学」所収（東洋経済新報社、2003年）149-169頁、二宮厚美・前掲「日本経済の危機と新福祉国家への道」130頁、朝日新聞2007年10月3日朝刊・10月13日夕刊、10月30日朝刊。

に基づく企業型保育所の新設が2001年7月から始まっている。その後、都は2007年度に企業を後押しし、仕事と子育ての両立を図るべく、国の外郭団体より緩い条件（定員6人以上。国の外郭団体の場合定員10人以上。）で中小企業が事業所内に保育所をつくるのを支援する助成事業を始めた。その事業は、設置費の半額を上限2300万円まで補助し、運営費も上限はあるが3年にわたって半額助成するものである。この制度をいかした第1号の保育所が11月1日、「サマンサタバサジャパンリミテッド」（港区）の事業所にできた。準認可保育所は、直接契約・親の就労条件の撤廃・13時間開業・ゼロ歳児保育の義務付けという画期的試みをした結果、認証保育所に企業進出が相次いで340園の認証保育所が生まれ、園児1万人が通い、十分とはいえないが、待機児童の解消につながっている⁽³⁸⁾。準認可保育所は、おおむね30人未満と小規模であるが、延長保育や低年齢児童の引き受けなど、硬直的な認可保育所が十分に対応していない分野でサービスを提供して、認可保育所の保育サービスを補完している。もっとも、準認可保育所の保育サービスの場合、安全性もあり、認可保育所並のサービスの水準を確保しているものもあるが、その質の水準のばらつきが大きく、低質のサービスを提供しているものもあるので、その質の向上が必要である。これらを補完する公的助成を受けない認可外保育所の中にも事業所内保育所のように、認可保育所と比べて遜色のないサービスを提供しているものがあるが、一般の児童を対象とした駅型保育所のように施設・人員面で劣るものも多い。このように保育サービスが提供されてきたが、その量は不足している。それは民間の保育サービスへの参入が遅れているからである。

保育分野においても1988年の改正児童福祉法により、従来の市町村による措置制度が廃止され、制度上は利用者の選択が基本とされたので、介護保険が導入された介護福祉や支援費制度を採用した障害者福祉分野のように、新事業分野が生まれ、新規参入がしやすい状況が生じると思われた。しかし保育所の経営者につき法的制限がなかったが、事実上2000年まで社会福祉法人以外の民間事業者の新規参入は認められていなかったため、保育分野においては、新規参入は大幅に立ち遅れている。それでも、その規制緩和は、次のように漸次的になされている。1988年に、①待機児童ゼロ作戦により定員の弾力化がなされた。②小規模保育所の設置促進のための保育所分園の設置が4月に容認された。③短時間勤務保育士を定数の2割まで認めるようにした。2000年に、①保育所の設置主体を市区町村と社会福祉法人に限定する制限が撤廃され、株式会社を含む民間に運営が開放され、公立の民営化と新規参入が加速されたが、実質的に参入制限が残っているため、新たな参入法人は未だに数少ない。参入した民間企業には、公的補助の条件や利用料の制約などのためサービスについて創意工夫しにくい。また自治体側が児童の割り当てをするため、施設側の営業努力の意欲をそぐかたちにもなっている。②保育所の土地・建物の賃貸方式が許容され、③小規模保育所の設置促進のための認可定員の引き下げがなされた。④待機児童の受け皿として保育ママ制度が導入された。2001年には、年度途中の定員オーバーを認めた。また公設民営の促進が規定化され、2001年度から三鷹市の公立保育園がベネッセ社へ委託された。さらに待機児童の多い地域での保育設置基準の弾力化がなされた。2002年には短時間勤務保育士の定数比率（制限枠）の撤廃がなされた。2003年以降は構造改革特区

(38) 日本経済新聞2006年9月21日夕刊。

における幼保一体化等が推進しようとしているが、暗礁に乗り上げている状態であった。幼稚園は減少しているが、幼稚園でなされる就学前教育への保護者のニーズがかなりあるし、また幼稚園利用者の長時間保育へのニーズが高まり、約6割の幼稚園で預かり保育がなされているので、幼保一体化は望ましいことであるが、全国規模の取り組みとしては、2005年からモデル事業が開始されることになっていたが、遅々として進んでいなかったが、規制改革の浸透で事実上保育園と幼稚園が一体化した幼保連携型が保育園や幼稚園などと名乗り全国で360ヵ所に達してきた。そこで2006年10月から、保育園と幼稚園機能を合わせた新しい「認定子ども園」を法的に認める法律が施行された。この子ども園は4類型に分けられる。第1類型は、認可保育園と幼稚園が乗り入れる連携型であり、国が最も指定を推奨しているものである。第2類型は、幼稚園が3歳未満児の保育などで認可外保育を行う「幼稚園型」である。この場合、認可外保育園や預かり保育事業への自治体や国からの助成金が入る。第3類型は、保育園が幼稚園の機能を持つ「保育園型」である。この場合、一切助成金はない。第4は、認可外保育園が幼稚園機能を持つ「地方裁量型」である。新園設置の背景には、認可保育園に入れない待機児童の受け皿を確保するということがあったが、現実には園児の減少に悩む幼稚園に対して、現行制度を維持しながらの新事業支援になった。就学前教育、保育等の法律で決まった認定子ども園は、学校教育法による幼稚園と児童福祉法による認可保育園という従来の制度と併存するものであるが、幼稚園の機能を保育園に取り組みすることで、児童福祉法の制約からはずれた。都道府県から認定子ども園の指定を受けても新しい財政支援はない。市町村ではなく利用者との直接契約が導入され、さらに「保育に欠ける子」（共働き家庭）だけの限定入所もなくなった。就学前児童は、親の就労の有無にかかわらず夕方まで預けられることになり、利用料を園が徴収する。この子ども園は、効率面から特に公立園の統合を加速させると思われるが、指定を受けても財政支援がない点等で企業参入の壁は相変わらず高い⁽³⁹⁾。

地方レベルの幼保一体化は、品川区などで独自の財源によりすでに実現している。また構造改革特区の枠組みを利用した一部の自治体でも幼保一体化施設が開設された。例えば、北海道東川町の幼保一元化特区では、同年齢の幼稚園児と保育所児を定員の枠内で乗り入れて合同事業を進めることにして、一貫した幼児保育・教育の実現を目指している⁽⁴⁰⁾。しかし、現在の特区制度には財政措置がなく、その推進が一般的には阻害されている。

この規制緩和が進まない要因は、保育分野の大半を占める公立保育園への公費支出である。この公費により、公立保育園は、施設が充実しているし、人員配置の厚さがある上、その提供する保育サービス価格は、私立や認可外のそれより割安であるので、これに対する需要が多いため、それ以外のものに対する需要が少ない。それで、不利益な競争条件の下にある民間の参入が進まないのである。これでは、財政赤字の下、他より20%程度費用が高い公立保育園を大幅に増加させることができないから、都市部や低年齢児を中心に増加している待機児童問題を解決できない。この問題を解決するには、保育サービスの供給量を大幅に拡大する必要があるので、財政の許す限り、地方自治体が経営する公立保育園を増やすべきであるが、地方自治体の財政難があるため、効率性の低い公立保育所の新設

(39) 日本経済新聞2006年9月21日夕刊。

(40) 八代尚宏「構造改革特区の意義と今後の課題」『「官製市場」改革』所収（日本経済新聞社、2005年）243頁。

には大きな限界があるので、主として限りなく官に近い公の支配に属する民間法人である社会福祉法人（財団法人）が経営する認可保育所である私立保育所・運営効率性の高い準認可保育所（認証保育所・保育室・託児室）の増加や公立保育園の民営化や公設民営保育所の拡大も必要である。

また、公立や社会福祉事業を行う社会福祉法人立の保育所では、低年齢児保育や保育所での保育時間延長、休日・夜間保育ニーズなど、多様な保育サービスに柔軟に対応することは困難であるから、短時間でも保育料が数倍のコストを要するベビーシッターを延長保育のために利用する二重保育問題が生じている。そこで一部の自治体は待機児童を解消し、夜間や休日保育などの保育ニーズに応えとともに、コスト削減のため、運営を民間に委託する公設民営化ないし保育園の民営化を加速している。厚生労働省によると全国の公立保育所1万2090カ所のうち2005年4月までに運営を民営化したのは398カ所である。ほかに民間への施設貸与・譲渡が430カ所ある。結果的に株式会社や学校法人など多様な運営主体が参入し、認可保育園の数は00年に比べ約600カ所増え、定員も15万6千人増えた。例えば横浜市は保育サービスの多様化や財政難などを理由に2003年4月23日に市立保育園の段階的民営化を発表し、2004年4月に4園を民営化した。中野区では2003年以降、34の区立保育園のうち、5園を私立に切り替え、4園を区立のまま運営を指定管理者に委ねた（公設民営）。100人規模の保育園を民営化したところ、年間2億円の運営費を5000万円ほど削減できた。保育サービスが向上し、ゼロ歳児や夜間の保育がなされた。また、利用者本位のきめ細かいサービスが提供された。例えばその日の保育内容をデジタルカメラで撮影し、迎えに来た保護者に見てもらったり、体育指導のできる人を特別に雇用したりした。このように民営化により成果も出たところもある。

しかし、実際は、地方税財政の三位一体改革で自治体の予算が一般財源化され、国と都道府県からの補助金がなくなる中、コストを削減すべく民営化を推進しているため、その民営化によって、こどもの生活と学びの場である保育園の保育環境がどの程度改善するか、具体的な計画のないまま進められているケースもある。保育士が全員入れ替わる、民営化では、けがの多発などの混乱が発生した。そこで、民営化でサービスが低下したとして、保育所の民営化を巡って横浜・大阪・北海道で計5件の訴訟が提起された。このうち大阪府大東市の保育園民営化事件では大阪高裁は2006年4月、大阪府大東市が設定した3カ月の引継ぎ期間は短すぎるとの判断が示した。最高裁は2007年11月、保護者への損害賠償を認めた横浜のケースでは、2006年5月22日に横浜地裁は横浜市の性急過ぎる民営化で、保育所の選択権や特定の保育所で保育を受ける権利を侵害したと認定された。このように既利用者にとって、民営化の移行期に伴う混乱によるデメリットが意識されやすい。この場合、行政側は利用者に民営化の意義と問題点を十分に説明して、利用者に納得してもらうべきだし、移行期については、新旧保育士による二重保育を行うなど手当てを行うべきである。

政府の規制改革・民間開放推進会議は2006年7月31日、06年度の中間答申を決定した。保育所改革について、08年度から認可施設に対する補助金を廃止して各家庭に直接補助する方式に変え、無認可施設との格差是正を図るよう求めた。市町村が親の居住地域などによって入所先を決める仕組みに変え、親が自由に選んで契約する制度を08年度までに導入することも提言した。この狙いは施設間の競争を促してサービス水準の向上につなげることである。2007年10月に政府の規制改革会議は、「待機児童」問題を解消するため、保育

所制度の見直しを検討する方針を固めた。施設側が料金やサービスを柔軟に定められるようにし、現在のように、地方自治体に届けて入所申し込みするのではなく、利用希望者と保育施設が直接入所について契約できるようにする。この直接契約の検討は、すでに同年6月に閣議決定した「規制改革推進のための3カ年計画」に盛り込まれていた。このように保育サービスを自由化すれば、例えば病気の児童でも受け入れ可能な設備や職員配置の態勢をとる一方、保育所の料金を高めに設定するような保育所を増やすことも可能になり、民間企業の参入を促し、利用者の需要に柔軟に応じられるとしている。しかし、施設によって保育料が高く設定されたり、入所契約の自由化が進んだりすれば、低所得家庭の子どもや障害児・虐待児童が排除される懸念があるし、人口の減少に苦しむ地方では、保育所の存続そのものが危ぶまれる。このため厚生労働省にも福祉の視点が失われるとの慎重論がある⁽⁴¹⁾。

厚生労働省は、特に大都市に見られる待機児童対策として、2008年度予算の概算要求出で前年度の3倍強の7億3000万円を盛り込み、自治負担分に関しては、総務省に交付税の増額を要求して、働く親に代わって「3歳未満」の子ども（3人以下）を日中、「自宅」で預かる「保育ママ」（05年度現在93人）の増員に乗り出す。保育ママになるためには、国の制度としては保育士か看護師の資格が必要である。その収入は、国や自治体からの補助金と利用料が半分ずつとなっており、公的補助の大幅の引き上げで経済的支援を手厚くすべく保育ママへの補助金を現行の月3万6600円（子ども1人当たり）を5万円程度に引き上げる。また保育ママの指導や相談にあたる「家庭的保育支援員」を保育ママ10人に1人程度の割合で新たに設置する。この家庭的保育支援員には、保育ママや保育士の経験者をあて、保育ママが病気になったり用事ができたりしたときの代役も期待する。利用者の子どもの数を05年度実績の270人余りから2500人に増やす。当該保育ママは保育所に比べて家庭的な環境で保育できるし、親の都合に合わせて利用時間も弾力的である⁽⁴²⁾。しかし保育の場として自宅が一定の施設水準を保たれるか問題であるし、自宅という密室での保育の場合、不適切な保育がなされても、それが明らかになりづらいということもある。次善の策として保育ママ制度の拡充は必要であるが、保育所の整備も一層推進する必要がある。

このように、保育における規制緩和は進んでいるが、政府の規制改革会議は2007年12月末の第2次答申に向けて利用者と保育園の直接契約や、保育士資格の要件緩和など、一層の規制緩和を検討している。この場合、一定以上の質の担保のための規制が必要である。

六 年金における新自由主義的政策の展開

（一）年金改革⁽⁴³⁾

公的年金制度は、老齢時等の稼得能力の減退・喪失に応じて、本人等の生活保障の観点

(41) 朝日新聞2007年10月3日朝刊、戸館昭吉「保育所自由化－地方は少子化抜け出せぬ」朝日新聞2007年11月6日朝刊「私の視点」掲載。

(42) 朝日新聞2007年10月13日夕刊。

(43) 丸尾直美「福祉ミックス型年金制度－ステークホルダー意識の情勢－」（加藤寛・丸尾直美編「福祉ミックスの設計『第三の道』を求めて」所収、有斐閣、2002年）118－122頁、厚生労働省年金局総務課「公的年金制度の役割と意義」前掲週刊社会保障68－71頁、厚生労働省年金局年金課「年金制度の現状と今後」前掲週刊社会保障72頁。

から、国民全体が「共同連帯」により支え合う所得保障制度である。日本の年金制度は、現役世代が保険料を支払い、その時代の高齢者の生活を支えるという世代間扶養の考え方の賦課方式を基本としている。2005年度末の受給権者は、3200万人を超え、日本人の4人に1人が公的年金を受け取っており、年金給費費総額は45兆円を超え、国民所得の約12%に相当する。それは形式的には4階建て年金である。その1階部分は、全国民を対象とする公的基礎年金（国民年金）であり、その保険料は月1万4100円であり、40年加入の満額で年額79万2100円（2007年度）である。2階部分は、従前の給与等の報酬と保険料支払い期間に比例的に支給される公的年金である⁽⁴⁴⁾。3階部分は、民間の企業年金等の職域年金（確定給付型・確定拠出型）である。4階部分は、個人年金である。

このうち連帯精神を理念とする公的年金制度においては、予想以上の少子高齢化の進行と予想以上の経済成長率の低落のため、年金財政が逼迫して、年金財政の危機が強調され、財政的に持続可能な年金制度の改革が必要となっている。そこで給付開始年齢の65歳への引き上げと給付額抑制がなされた。また政府は2004年、長期的な「給付と負担の均衡」を確保して年金制度を持続可能なものにするため「100年安心」のうたい文句で、保険方式を前提に年金制度を改革し、経済や人口動向に合わせて給付水準を自動的に調整する仕組みを導入した。この改革により厚生年金保険料率（国民年金保険料）を2017年度までに段階的に18.3%（1万6900円：2004年度価格）まで引き上げるが、その後は将来にわたり固定したうえで、給付についてその保険料上限による収入の範囲内で、被保険者数の減少や平均余命の延びに応じ、自動的に給付の伸びを抑制するマクロ経済スライドを導入することになったが、100年どころか、もうその持続可能性に疑念が生じたため、その修正ないし新たな改革が必要となった。

（二）確定拠出年金⁽⁴⁵⁾

公的年金の報酬比例部分の給付削減や給付の賃金スライド制から物価スライド制への変更により、将来、サラリーマンの公的年金給付が全般の賃金や所得に比べて相対的に低下していくので、この分、公的保障責任を代替・補完して生涯所得の保障をする企業年金（厚生年金基金・確定給付企業年金・適格退職金年金・企業型の確定拠出年金）等の役割が大きくなる。わが国の企業年金制度は、終身確定給付を理想として厚生年金基金（2007年4月1日現在652基金・加入員数約525万人、2005年3月末現在資産規模約38兆円）を中心に整備されてきた。同制度は、企業からすれば高度成長下で長期的雇用を確保するための人事政策に適合的であり、また国の観点から高い企業収益を前提に公的年金を補完する

(44) 自営業者などの「第1号被保険者」が年金額を増やすための制度として、「付加年金」が設けられている。付加保険料は、月額400円であり、付加年金の年額は、付加保険料を納めた月数に200円をかけた額である。付加保険料を30年納めると、付加年金は年額7万2000円である。付加年金に加入中だとは入れないが、このほか国民年金基金がある。国民年金基金は、年金の種類と口数を自分で選んで加入する。1口ごとの掛け金と年金額は加入時の年齢で異なる（読売新聞朝刊2007年9月1日）。

(45) 丸尾直美「福祉ミックス型年金制度—ステークホルダー意識の情勢—」（加藤寛・丸尾直美編「福祉ミックスの設計『第三の道』を求めて」所収、有斐閣、2002年）123-128頁、朝日新聞2006年10月7日・10月24日、読売新聞2007年9月7日朝刊、日本経済新聞2007年10月12日朝刊、若杉敬明「企業年金制度の課題と将来」前掲週刊社会保障104頁、厚生労働省年金局企業年金国民年金基金課「企業年金等の現状と課題」前掲週刊社会保障80-82頁。

意味を持っていた。しかし雇用流動化の進展やバブル崩壊後の長期的な企業収益の低迷などによりその前提が覆され、従来の企業年金は国民や企業のニーズに答えられなくなった。このため一般国民や勤労者が民間年金やその他の資産運用により多く依存するようにならざるをえない。しかし既存の確定給付型の年金は、中小零細企業や自営業者に十分普及していなかったし、転職時に年金資産の移管が不十分であった。そこで資産市場に馴染みの薄い人々の「自助努力」による資産形成を支援する確定拠出年金制度の活用が期待され、2001年10月に導入された。確定拠出年金は、拠出された掛け金が「個人ごと」に明確に区分され、掛け金とその「運用収益」との合計額をもとに給付額が決定される年金である。それは厚生基金年金などの企業年金と違い、掛け金の運用先（株式や債券など）は本人が決め、株式や債券等を自己責任で運用し、その成果次第で決まる年金給付額を定年後の年金として受け取るが、その運用次第では元本割れになることもある。将来の年金額を約束する確定給付の企業年金と異なり、景気悪化や運用の失敗で年金額が減っても、それは個人の責任であり、そのリスクは被用者が負担する。これに対して、会社にとっては、掛け金さえ払えば、さらに費用負担を求められることはないというメリットがある。

この制度では税制優遇が受けられるが、そのため掛け金に上限があり、また原則、その資産を60歳まで運用を続ける必要があるから、60歳まで引き出せない。60歳から受け取るには10年の運用期間が必要である。

この制度は、従業員にも個人にも適用されるが、主として従業員に利用される。2007年3月現在、会社が掛け金を出す企業型の承認規約数は2313件、加入者数は約218.7万人のに対して、自営業者や企業年金のない会社の従業員が自分で掛け金を出す個人型の加入者数は約8万人に過ぎない。労使の合意で導入する企業型は、企業（事業主）が毎月4万6000円を上限に保険料に相当する掛け金を払う。2007年の段階では導入から6年しかたっていないので、年金の受給者はまだ少数と見られる。この制度では転職先に制度があれば「持ち運び」もできるので、途中退職者にも不利にならない。この場合、転職先企業の条件によって異なるが、国民基金連合会の実施する「個人型」の確定拠出年金に資産を移管するなどの手続が必要である。また、退職してサラリーマンの妻になる場合、資産の「総額が50万円以下」などの条件を満たせば、運用をやめて一時金としてまとめて受け取ることができる。

その現状をみると、既に運用に熱心な一部の社員と無関心な大半の社員の間で、実際に大きな差が出ている会社も出始めた。例えばカゴメが確定拠出年金を始めたのは02年9月であるが、約1400人の社員の8割強が確定拠出年金を選んだ。とはいえ、確定給付年金と結合したハイブリッド型で退職金のほぼ半額が確定拠出分で、社員は毎月会社から自分の専用口座に振り込まれる1万7500円の掛け金を運用する。ただ同社がまとめた資料によると、その導入から06年3月末までの運用実績を見ると、4割以上の社員が2.5%増に届かなかった。それは、社員が、リスクを回避して、その資産を定期預金という形だけで運用したとみられ、ほとんどが4年前から預けっぱなしとみられる。一方で20%以上増やした人も2割近くおり、社員間の運用の差が広がっている。このようなリスクをとらない運用であるから、元本を下まわった人は数人だった。しかし、2007年8月上旬から下旬にかけて、この制度を導入した企業の確定拠出年金制度担当者400人を対象に実施した、確定拠出年金教育の協会アンケートによると、社員3人に1人が制度を理解していないとのこと

である。また、制度上中小企業にも普及しやすいと思われていたが、期待に反して、中小企業への普及はいまひとつである。すなわち確定拠出年金では、企業は社員の将来の年金額には責任を負わないので、企業の負担がその分軽いことから、中小企業で導入が進むと期待されたが、定年前に辞める人が少なくないのに60歳まで受け取れないため、さほど伸びていない。

この確定拠出年金は、会社のパターナリステックな配慮に依存しない社員の「自律性」を尊重するものであるが、公的年金のような普遍性がなく、所得水準の相対的に高い勤労者により多く利用されるので、勤労者間の資産格差がかえって拡大するおそれがある。また、一般の勤労者は、金融市場特に株式市場では、株について情報弱者であり、運用に失敗して、生活できるレベルの老後の年金が確保されないおそれもある。さらに、申請主義の制度が加入者に周知徹底されていないため、加入者がその年金を導入していない企業に転職したり、退職して会社員の妻など第3号被保険者になったりした場合に、一定の手続きをとらず、資産の放置がなされると、6ヵ月後に自動的に資産が国民年金基金連合会に移管される。その移管された資産は、2007年3月末計8万638人分の211億円になったが、運用されず、国民年金基金連合会に塩漬けされたまま、管理手数料として毎月50円引かれ、資産が目減りしている。また、確定拠出年金に加入しているとみなされないから、受給可能な年齢になっても、個人型確定年金に移す手続きをとらない限り、年金として受給することもできない。運用されないまま放置されている8万分の年金資産ののうち、住所が不明で持ち主と連絡が取れないものが2万分程度にのぼる。厚生労働省は、企業の説明や本人の理解の不十分さが主な原因とみており、資産の移行手続きの周知を企業などに徹底するよう求めるとしている。したがって、その周知を図るとともに、その運用は、最低限の生活を保障する安全な公的年金を十分保障した上で、より豊かな年金生活のために運用されるべきである。

(三) 社会保険庁の解体⁽⁴⁶⁾

社会保険庁は、すでに保険料未納者への勧奨業務などを民間企業への委託をしているが、より民間企業への業務委託を積極的に勧めるべく、社会保険庁を解体し、2010年に非公務員型の公法人である日本年金機構に移行する社会保険庁改革法が成立した。この業務委託により、年金業務の効率的運営が期待されるが、すでに委託されている保険料未納者への勧奨業務などでは、コストのかかる遠隔地の滞納者などへの取り組みがおろそかになるといった問題も出ている。

七 金融面における新自由主義的政策の展開—病院等向け公的融資削減⁽⁴⁷⁾

小泉前首相は「小さな政府」を掲げ、郵政民営化や政府系金融機関の統廃合を決めた。その流れで政府は2005年末、2003年に社会福祉・医療事業団の独立行政法人によりできた福祉医療機構の公的融資についても縮小の方針を決定した。これを受け、福祉医療機構を

(46) 朝日新聞2007年5月25日・10月6日。

(47) 朝日新聞2007年2月12日朝刊。

所管する厚生労働省が2006年末、融資規模の縮小を柱とした機構の見直し案を打ち出した。医療・福祉分野の融資残高総額約10兆円のうち約3分の1を締める国内最大手の福祉医療機構は、病院や福祉施設に低利（年2%前後の固定金利）長期（最長25年）の公的融資を行っているが、2005年度、年間に約4千億円（民間病院や診療所のような医療機関向け1852億円、老人・障害者福祉のような福祉施設向け2174億円）の融資をしていたが、それを政府が掲げる「官から民へ」への路線に沿って業務を縮小すべく、その融資額を2008年度から段階的に減らし、12年度までに2割削減する方針を固めた。2007年度中に作成される中期計画（08年～12年）では、5百床以上の大病院について08年以降、救急医療や小児・産科、がん治療などの分野で、病院が地域の医療ネットワークに組み込まれている場合などに融資を限定する。また、都道府県が策定する医療計画に基づいて判断し、一般の病棟建て替えや医療機器の購入には融資しない。それから中小病院や福祉施設に対しても公共性が認められる融資を優先し、民間金融機関と共同融資している場合には機構の融資比率を引き下げる。今後、病院への融資は、救急医療など公共性の高い医療を担う病院に限られることになり、多くの病院の資金調達に影響が出る可能性がある。これは医療の高度化により資金需要が高まっているので、その融資の縮小は問題である。

八 結び⁽⁴⁸⁾

弱者保護等のための社会的規制の多い社会保障の分野でも、既得権益を追求する集団の意向を受けた政府支出の安易な拡大と財政赤字の慢性化や官僚機構の肥大化により政府の失敗が目立つようになり、また予想を上回る少子高齢化社会の進展により社会保障財政の逼迫等が生じており、その改革が要請される。そこで個人の自立や営利企業の効率性を重視する新自由主政策を推進する必要があるが、本来、自発的協力の原理が機能した分野を社会化した社会保障の分野は、経済システムの効率原理である市場原理が他の分野より機能しないから、市場の失敗がより多く生じる。これらの失敗を是正するためには、強制力を有する政治システムによる公正を目指す公的活動だけでなく、消費者指向の効率的企業活動を補完する家族・近隣の人・ボランティアや組織された福祉活動を行うNPO・社会的企業等の第三の主体の人間味の強い福祉的活動も必要である。

(48) 加藤寛・丸尾直美「はしがき」（加藤寛・丸尾直美編「福祉ミックスの設計『第三の道』を求めて」所収、有斐閣、2002年）i - iii、丸尾直美「福祉政策の第三の道—ポスト福祉国家への改革—」（加藤寛・丸尾直美編「福祉ミックスの設計『第三の道』を求めて」所収、有斐閣、2002年）32頁・34 - 37頁、加藤寛「小泉改革背後に『公共選択』」（経済教室、日本経済新聞2006年8月17日）、岡田章宏「わが国における新自由主義的構造改革批判の一断面—神野直彦氏の所論を素材として—」ポリティック第12号（旬報社、2007年12月）221 - 222頁・227頁・230 - 231頁。

[抄 録]

本稿は、日本の社会保障における新自由主義政策の展開の意義と問題点を検討するものである。その骨子はこうである。弱者保護等のための社会的規制の多い社会保障の分野でも、既得権益を追求する集団の意向を受けた政府支出の安易な拡大と財政赤字の慢性化や官僚機構の肥大化により政府の失敗が目立つようになり、また予想を上回る少子高齢化社会の進展により社会保障財政の逼迫等が生じており、その改革が要請される。そこで個人の自立や営利企業の効率性を重視する新自由主義政策を推進する必要があるが、本来、自発的協力の原理が機能した分野を社会化した社会保障の分野は、経済システムの効率原理である市場原理が他の分野より機能しないから、市場の失敗がより多く生じる。これらの失敗を是正するためには、強制力を有する政治システムによる公正を目指す公的活動だけでなく、消費者指向の効率的企業活動を補完する家族・近隣の人・ボランティアや組織された福祉活動を行う NPO・社会的企業等の第三の主体の人間味の強い福祉的活動も必要である。