

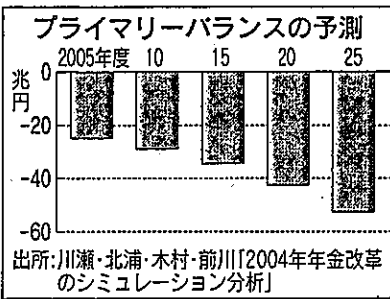
ゼミナール

社会保障の一体改革 ①

日本では年金、医療、介護など社会保障制度の改正が、小手先の見直しに終始してきたが、抜本的で分野横断的な一体改革がテーマになっている。本シリーズでは、その必要性を検証し、具体策を考えてゆきたい。

二〇〇四年六月に成立した年金改革法により政府は、百年間安心な年金制度が確立されたとしている。今回の改革は年金財政の健全化に寄与するとしても、国と地方を合わせた政府支出に占める年金の国庫負担の割合が四〇程度と小さいため、財政収支全体の改善は期待できない。

図は基礎的財政収支（プライマリーバランス）を独自推計したものの（年金改革が実施されなかった場合）である。これは、支出が税金だけで賄えるかどうかを確認するための指標で、具体的には歳入か



ら公債収入、歳出から公債費を除いた収支である。その赤字は、ツケを将来世代に回していることを意味する。

プライマリーバランスは、地方財政の三位一体改革、公共事業削減など財政改革の影響を考慮しないと、二〇二五年度には赤字額が五十二・五兆円にも達する見通しである。今回の改正では年金給付の抑制システム（マクロ経済スライドと呼ばれる）が組み込まれた。給付を抑えること

目的 重複見直し財政も改善

は基礎年金の国庫負担の抑制を通じてプライマリーバランスを改善するが、その改善効果は二五年度でも〇・九兆円とそれほど大きくない。

一方、社会保障費全体をみると、それが国と地方の政府支出全体に占める割合は二五％と高く、年金以外の社会保障給付も見直せば、改善効果はより大きくなる。

社会保障の規模が大きい背景には、所得保障を担う生活保障と公的年金が併存していること、施設入所者に対する現金給付（年金給付など）と現物給付（介護給付、医療給付など）が重複していることなどが挙げられる。

こうした点から、各制度の機能を明確にして、社会保障制度の一体的改革を進めることが、政府の目標とする二〇一〇年代初頭におけるプライマリーバランスの黒字化などのためにも急務であることがわかる。

（関西社会経済研究所）

ゼミナール

社会保障の一体改革 ②

近年、日本の社会保障給付費は急速に増大してきた。その対国民所得比率をみると、一九七〇年度では五・八％にすぎなかったが、八〇年度に二二・四％、二〇〇四年度は二二・五％となっている。

社会保障給付費は、今後さらに膨張することが予想される。厚生労働省の「社会保障の給付と負担の見通し（今年五月推計）」では、表に示したように国民所得比率が二〇一五年度に二七％、二五年度には二九％にも達する。金額では今年度の八十六兆円から百二十一兆円（二五年度）、百五十二兆円（二五年度）にも膨れあがるのである。給付の増大は国民の負担増大につながるもので、経済に悪影響を及ぼすおそれがある。

その内訳をみると①年金②医療③福祉など（介護を含む）は現在それぞれ四十六兆円、

	2004年度当初予算	2015年度	2025年度
社会保障給付費	23½	27	29
年金	12½	13	12
医療	7	9	11
福祉	3½	5	6
うち介護	1½	2½	3½

（出所）厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し（2004年5月推計）」

二十兆円、十四兆円となっている。③の給付費は介護が五兆円と大きな割合を占めている。

国民所得比率（調整値）の今後の変化をみると、年金給付費は〇四年度で二二％強、一五年度二二・三％、二五年度は二二％とほぼ横ばいで推移する。これは、今回の年金改革によりマクロ経済スライド（給付額の伸びを賃金上昇率・物価上昇率以下にとどめる）という給付抑制措置が採用さ

目的 医療・介護の負担急増も防ぐ

医療給付費の国民所得比率はこの間七％から九％、一・一％へと上昇する。介護給付費の比率は一％強から二％強、三％強へと高まってゆく。この両者の額は今年度からみると、二五年度には二・三倍以上に拡大する。つまり、年金給付費よりも、今後は医療給付費、介護給付費の伸びのほうが高くなるわけだ。これは人口の高齢化や、医療技術の高度化、介護市場の拡大などによると考えられる。

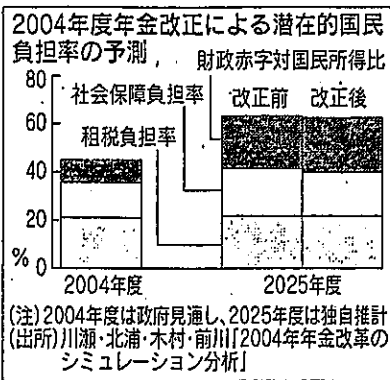
医療技術の高度化や介護市場の拡大は、それ自体、日本経済にとって必ずしもマイナスとはいえない。医療、介護は二十一世紀における成長産業である。国民経済的な観点からすれば、個人の選択の幅を広げるためには、医療・介護需要の増大をすべて公的にカバーするのではなく、民間による供給を拡大させていくための政策が必要である。

（関西社会経済研究所）

れたためである。

ゼミナール 社会保障の一体改革 ③

国民経済に占める政府部門の大きさを表す指標に「潜在的国民負担率」がある。国民所得に対する租税負担、社会保障負担、財政赤字の割合を合計したもので、二〇〇四年度はこの順に二一・一％、一四・四％、九・六％を足して四五・一％となる。この値が大きくなることは、民間が自由に意思決定できる活動範囲が狭いことを意味する。



(注) 2004年度は政府見通し、2025年度は独自推計(出所)川瀬・北浦・木村・前川「2004年年金改革のシミュレーション分析」

二〇〇一年の潜在的国民負担率は米國が三七％、英國五〇％に固定することで、改正前と比べて社会保障負担率(対国民所得比率)を二五年度時点で一・七％(一九・六％→一七・九％)抑える効果をもつ。ただこの場合でも、財政赤字の国民所得比率が一・一％上がるため、二五年度の潜在的国民負担率は六二・五％となり、〇・六

目的 潜在的国民負担率を抑制

政府が目標としている五〇％程度の潜在的国民負担率を達成するためには、あと二〇％以上の抑制が求められる。そのためには、租税負担率、社会保障負担率、財政赤字の対国民所得比率のさらなる引き下げが必要になる。

このうち租税負担率を引き下げよつとすると、歳出削減をしない限り財政赤字の拡大を招いてしまう。財政赤字を削減するためには、増税ないし歳出削減が考えられる。財政赤字削減のために増税すると、租税負担率を上昇させてしまつから、それを回避しつつ財政赤字を減らすには、歳出を削減するしかない。

一方、社会保障負担率は改正前に比べると低くなるが、それでも二五年度には一七・九％に達する。これを抑えるには医療、介護を含めた社会保障の一体改革による一層の給付見直しが必要になる。

(関西社会経済研究所)

ゼミナール 社会保障の一体改革 ④

今回の年金改正(表に概要)では、最終保険料率を一八・三％に固定し、前に指摘したマクロ経済スライドという自動的な給付抑制方式も導入された。さらに、基礎年金の国庫負担の二分の一への引き上げ時期が規定され、厚生年金積立金について、将来的に一定規模を維持し続けるという永久均衡方式から、約百年後の年間給付に対する積立率を一〇〇％に圧縮するという有限均衡方式に転換された。

年金改正の概要

保険料率	毎年0.354%引き上げ、最終18.30%で固定
国庫負担	基礎年金に要する費用の2分の1
年金のスライド	スライド調整率 = 被保険者数減少率 + 平均余命延び率
	新規裁定者 = 賃金上昇率 - スライド調整率
	既裁定者 = 物価上昇率 - スライド調整率
積立金の扱い	有限均衡方式

従来は「賃金スライド」「物価スライド」という仕組みで年金の實質的な価値を維持してきた。賃金スライドとは、現役世代の賃金上昇に応じて年金受給額を増やすものであり、物価スライドとは、物価上昇に応じて年金受給額を増加させる措置である。この制度では、新たに年金が支給される人(新規裁定者)は、賃金スライド、物価スライド

年金の課題 今年度改正、難問に手つかず

イドがそれぞれ被保険者数の減少率と平均余命の伸び率を考慮したスライド調整率の分だけ抑制される。厚生労働省の予測では、今後、二〇二五年までこのスライド調整率は平均〇・九％になるといふ。

今回の改正の過程では、出生率のさらなる低下の公表が遅れ、批判を浴びたが、マクロ経済スライドのもとでは出生率の低下はスライド調整率を上昇させ、年金給付をさらに抑制させる要因となる。

こうした措置で年金財政の崩壊の危機をとりあえずは防げたとしても、制度のより本質的な問題は未解決のままである。国庫負担の比率の二分の一への引き上げは確定したものの、その財源は明らかにされていない。政治問題化した未納・未加入問題も解決していない。近い将来に、再び年金制度の一元化をも見据えた抜本的な改正が必要となるだろう。

(関西社会経済研究所)

セミナー 社会保障の一体改革

H16.9.17 日経

年金給付水準の目安としてよく使われるのが所得代替率(新規裁定年金+可処分所得)という指標である。現役労働者のこの程度の所得を年金受給者が獲得することになるかを示す。

この比率は、従来六〇%が目安とされてきたが、今回の年金改革では、標準的な厚生年金の世帯の給付水準は少なくとも現役世代の平均収入の五〇%を上回るものとされた。しかし、厚生労働省自ら

世帯類型別給付・負担比率

	改正前(倍)	改正後(倍)	変化率(%)
専業主婦	1.36	1.40	2.7
共稼ぎ	1.11	1.13	1.7
パート	1.44	1.46	1.2
男子単身	0.82	0.84	1.9

(注)2004年に20歳に達する世帯を想定。保険料には遺族給付を含む。パート世帯には20-26歳に稼ぎ、妻は27歳退職後、42-60歳にパート復帰と想定

また所得代替率は、年金受給世代と現役世代の所得のバランスを見たものにすぎない。給付が拠出に見合っていないかを確認する別の指標として給付・負担比率(年金給付÷年金保険料)を見る必要がある。勤労者の世帯類型別の独自推計(表)では、この比率に大きな格差が生じている。

パート(一定額以下の年収で保険料を払わなくて済む)世帯の比率は一・四四で、男子単身世帯の二倍近い。男子単身世帯の場合、女性に比した平均寿命の短さもあり、納

年金の課題 世帯の違いで給付率に格差

めた保険料に見合う年金給付が期待できない。また厚生年金から国民年金への拠出制度のもとでパート世帯と同じ国民年金保険料を負担しているにもかかわらず、一人分の基礎年金しかもらえない。

今回の改正で男子単身世帯の給付・負担比率はパート世帯よりもやや大きく改善するが、格差解消には至らない。なお、今回の改正で、すべての世帯でこの比率が改善するのは、保険料の抑制が国庫負担の引き上げに伴い実施されるためである。しかし、給付・負担比率の分母には税負担が含まれない。つまり、保険料から税へのシフトは広義(真の意味)の給付・負担比率の改善とは言い難い。

世帯類型間の格差を是正する場合、基礎年金部分を完全に一元化し、多くのパートや専業主婦の負担を明確化する(保険料の直接負担)などが求められる。

(関西社会経済研究所)

セミナー 社会保障の一体改革

H16.9.20 日経

今回の年金改正の影響が及ぶのは、世帯の違いによる給付水準の格差だけではない。日本の年金制度は、現役世代の保険料負担をもとに年金給付をまかなうという「世代間扶養」の仕組み(賦課方式)をとっている。このような制度のもとでは、保険料率の固定と給付の抑制は世代間の負担と給付の関係に影響を与えないことが容易に予想される。

表は生涯にわたる年金給付額と負担額との関係を世代別に独自推計した結果である。給付負担比率(負担に対する給付の割合)が一を越えれば給付が負担を上回っていることを意味し、一未満だと逆に負担が給付を上回っていることを示す。推計からは、一九三〇-五〇年生まれの世代は受益超過になっているのに対し、七〇-九〇年生まれの世代は負担超過になっている

2004年度改正による世帯別給付負担率の変化

生まれ年	改正前	改正後	変化率
1930年	4.03	3.98	▲1.2
50年	1.48	1.28	▲13.5
70年	0.89	0.81	▲9.0
90年	0.56	0.66	▲17.9

(注)単位数：倍、変化率は世帯別給付負担率の増減率を示す。マクロ経済スライド適用期間中(二〇二三年度まで)に年金を受け取り始める世代の給付が抑制される一方、九〇年生まれの世代については、保険料引き上げが抑えられるからである。

年金の課題 限られる世代間格差の縮小

率はそれぞれ一・二八と〇・六六となり、世代間格差は約二倍に縮小する。格差が多少縮小するのは、マクロ経済スライド(給付の伸びを賃金・物価上昇率以下にとどめる仕組み)適用期間中(二〇二三年度まで)に年金を受け取り始める世代の給付が抑制される一方、九〇年生まれの世代については、保険料引き上げが抑えられるからである。

世代間格差は、縮小するとはいえ、まだまだ大きい。この是正のためには、受益超過世代では給付の、また負担超過世代では保険料率の一段の抑制が求められる。

なお今後、出生率がさらに下がった場合には、マクロ経済スライド適用期間が延長される可能性もある。その場合は、若い世代についてもマクロ経済スライドにより給付が削減されてしまうので、世代間格差是正につながる。

今回の改正は、表の三〇-七〇年生まれの給付負担比率を引き下げ、九〇年生まれのそれを改善させる。七〇年生まれの世代は負担超過世代にもかかわらずさらに給付負担比率が低下してしまふ。また改正後、五〇年生まれと九〇年生まれの給付負担比

(関西社会経済研究所)

先の年金改正の過程で、最も注目を浴びたのが国民年金の未納・未加入問題だ。二〇〇二年三月末時点で未納者三百二十七万人、未加入者六十三万人を合わせると三百九十九万人で、公的年金加入対象者全体（七千八十八万人）の五・五%を占める。

公的年金の加入状況 (2002年3月末、万人)

公的年金加入対象者	7,080
未納者	327
未加入者	63
未納・未加入者合計	390

出所：社会保険庁「国民年金被保険者実態調査」2002年

未加入者の発生には、年金制度に対する不信感から自営業者が加入していないケースに加えて、サラリーマンが失業や転職などで厚生年金を脱退したときに、国民年金への加入を忘れるケースが考えられる。

未納者には、生活が困窮し保険料を支払えない人と意図的に支払わない人の双方が含まれる。生活困窮者に対しては、免除制度があるものの、免除申請を怠っているケースもある。

近年、未納・未加入者は増

H16.9.21

年金の課題 未納・未加入に有効策必要

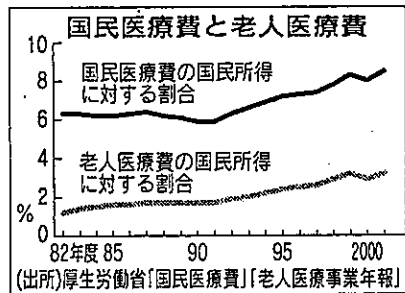
化や社会保険料納付証明書の発行、免除制度の周知などで対応しようとしている。

所得税の申告の際に、社会保険料納付証明書を添付した場合のみ社会保険料控除の適用を認めるようにすれば、多少は納付率の向上につながるだろう。しかし、免除制度を周知徹底しても、納付率向上にはつながらないし、強制徴収の実施はなかなか難しい。最近の強制徴収の件数も、わずかしが実例がない。

年金制度に対する不信感を払しょくし、納付率を高めるには、負担と給付の明確化が必要だ。それには、後に述べるような社会保障番号と社会保険個人会計の導入による、年金・医療・介護などの給付・負担の個人情報一元管理と徴収強化が有効である。転職や失業などは関係なく、すべての国民が一つの制度に加入する年金制度の一元化も検討課題である。

(関西社会経済研究所)

社会保障給付費が増大している主因としては、前に示したように国民医療費の膨張も挙げられる。一九八二年度に十三・九兆円だった国民医療費は、二〇〇一年度には三十一・三兆円へと、二十一年間に二倍強に増加した。その対国民所得比率は同じ期間に六・三%から八・五%にまで上昇している。



国民医療費が増えてきた要因として考えられるのが、人口の高齢化に伴う老人医療費(七十歳以上の増大である。この額は八二年度に三兆円弱だったのに対して、〇一年度は十二兆円近くと、四倍以上に膨らんでいる。国民所得に対する老人医療費の割合は、八二年度に一・二%だったのが、近年は三%を上回っている。

この増大を抑制することを目的のひとつとしていた。老人の介護を病院に押しつけるという社会的入院を減らすことで、老人医療費を軽減できる。確かに、同年度の老人医療費の対国民所得比率は、前年度の三・二%から二・九%へと下がった。しかし、早くも〇一年度には三・二%へと再び上昇に転じている。当初の予想ほど、老人医療費の抑制にはつながらなかった。

(関西社会経済研究所)

H16.9.22

医療の課題 高齢化で膨らむ老人医療費

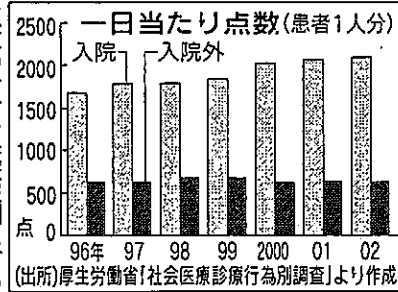
高齢化の進展は医療費の自然増を生む。〇二年度でみて一人あたり医療費は六十四歳以下が約十五万円なのに対して、六十五〜七十四歳では五十二万円、七十五歳以上では八十二万円に膨らんでいる。ことから、そのことは明らかである。この自然増を考慮して独自に推計すると、国民医療費は二〇一〇年度に四十兆円、一五年度に四十八・三兆円、二五年度には六十八・四兆円にも達する。

この膨張をすべて公的負担で支えれば、国民負担はかなり上昇することになる。公的負担を抑制しながら民間医療産業を拡大するのなら、医療保険における公私の役割分担の見直しが必要だ。よりきめ細かい追加的な医療サービスに対して保険のきかない自由診療で対応する国もある。保険診療と自由診療を組み合わせる混合診療の解禁は、日本にとって重要な課題である。

国民医療費の水準は医療機関の行動にも左右される。その行動に影響を与える要因の一つが診療報酬制度である。診療報酬制度とは、医療機関が提供した保険医療サービスの対価を診療報酬の点数表に従って各種健康保険に請求し受け取るシステムである。

診療報酬点数表は、個々の医療サービスを一点十円として点数化したものである。たとえば、診療所の初診料は二七四点、再診料は七三三点となっている。この点数はさまざまな医療サービスの公定価格となっており、公定価格の決定を間違えれば、医療機関の行動をゆがめてしまうことになる。

この診療報酬制度は、従来出来高払い制度のもとで運用されてきた。出来高払い制度とは、ある疾病に対する検査、注射などの診療行為に関する



点数の合計を診療報酬とするものである。制度的には、時間をかけて投薬、検査などを繰り返す手厚い診療をする点数が高くなる。

この診療報酬制度については、近年さまざまな改革が実施されてきた。二〇〇〇年度改正では、診療報酬体系を見直し、入院基本料が導入された。これは、従来の出来高払い制度から包括払い制度への一部移行を意図したものである。包括払い制度では、ある

疾病に対して、あらかじめ決まった診療報酬が支払われることになる。この場合、医療機関としては、できるだけ少ない投薬量、検査で完治させた方が手取りは高くなる。この改正により、手術料などについては出来高払いが続く一方、入院に伴う諸費用は定額払いとなった。また〇二年度改正では、アップシを考慮して、診療報酬本体がはじめて一・三%引き下げられた。

医療の課題 診療報酬の見直し不十分

H16.9.23 日経

図は一日あたり点数の推移を描いたものである。入院については依然として増加傾向にあり、部分的な包括払い制度への移行では不十分だったことを示唆している。入院コスト全体の抑制には、診療報酬制度のさらなる見直しが必要である。入院外については、ほぼ横ばいとなっているが、これは、診療報酬制度の改定ではなく、自己負担率引き上げなどの医療保険制度の改革が功を奏したものと考えられる。(関西社会経済研究所)

医療費、特に老人(七十歳以上)の医療費にはかなりの地域格差がある。一人あたりの老人医療費は、最大の北海道と最小の長野県では約一・六倍もの開きがある。

この格差の原因の一つとして考えられるのが、医師誘発需要とよばれるものである。医療サービスは通常の財・サービスと違い、患者の意思決定だけでその需要が決定されるには限らない。患者が入院するかどうかには、供給側である医師や受け入れ能力を示す病床数が大きく影響するといふのだ。厚生労働省の推計(二〇〇一年度)でも、老人一人あたり入院医療費と人口十万人あたり病床数の間で強い相関があるとされている。供給側の要因以外にも、都道府県別の高齢者比率、医療機関へのアクセス時間などが地域格差を生むとされている。

医療費の地域格差(2000年度)

	1人あたり医療費(万円)	人口10万人対病床数	宅死率(%)
全国平均	75.8	1,469	13.9
北海道	93.8	2,134	8.3
兵庫県	75.9	1,263	15.7
長野県	59.4	1,254	19.8

(出所)「老人医療事業年報」「医療施設調査」「人口動態統計」

医療の課題 大きい老人医療費の地域格差

H16.9.24 日経

調査では、長野県の老人医療費が低い要因として、高齢者単身世帯の比率が低いなど在宅ケアを可能にする条件が整っていることや在宅での死亡率の高さが指摘されている。この事実を、終末期医療のあり方を示唆する。病院で終末期を迎える場合は、延命治療により多大な医療費が投入されることになるからだ。

こうしてみると、県レベルでの取り組みで医療費を効率化できるということがわかる。国民健康保険のような市町村単位での取り組みでは財政基盤も弱く、保険者としての機能も低い。一方、政府管掌健保のように全国一律では規模が大きすぎ、きめ細かな対応ができない。保険者機能を有効に発揮するとともに、患者への予防医療教育なども徹底できる規模としては、県レベルが少なくとも必要だろう。保険者の再編を早急に検討・実施すべきである。

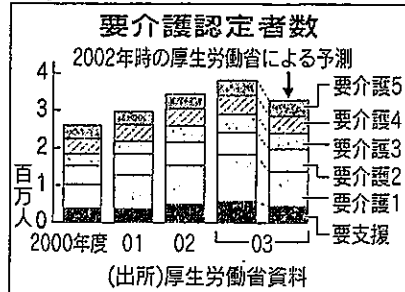
(関西社会経済研究所)

セミナー

社会保障の一体改革 ⑩

年金、医療と並んで重要な社会保障の柱が介護保険である。高齢化の進展にともない、介護についても他の社会保険と同様、その費用は急速に拡大している。二〇〇〇年度には三・六兆円であった介護費用は、〇四年度には六・一兆円に増えることが見込まれている。それに伴って介護保険の給付総額も同じ期間に三・二兆円から五・五兆円にまで増え、あわせて公費負担も増加している。

介護費用拡大の背景には介護保険利用者の増加がある。それを利用者の内訳から見ると、



要介護認定者数は二〇〇〇年四月の導入後伸び続け、二〇〇一年三月の二百五十六万人から三年後の〇四年三月には三百八十四万人に五割増えた。軽度の要介護認定者数の伸びが著しく、「要支援」「要

その要因の一つに、要介護認定の甘さが挙げられている。現行制度での認定には、訪問調査による結果および医師による意見書が必要となるが、とりわけ問題視されているのは訪問調査である。

批判に調査委託の認定の問題

訪問調査は市町村の職員が行うか、あるいは市町村から委託された介護支援専門員(ケアマネジャー)や介護施設が行うこともできる。この委託の有無と認定される要介護度との関係を見てみると、委託調査の方が、そうでない場合と比べて、要介護度が高めになっていることが指摘されている。

厚生労働省の「要介護認定事務に係る現況調査結果(〇三年六月)」によると、例えば、委託による在宅調査においては、委託なしの場合と比べて非該当の割合が低く、逆に要介護1などの割合が高くなっている。その分、委託調査による認定の方が甘くなっている可能性がある。

介護認定の適正化のために、訪問調査結果の事後チェックなどをはじめ、(保険者)市町村)の機能を強化して監視体制を整備することが必要である。

(関西社会経済研究所)

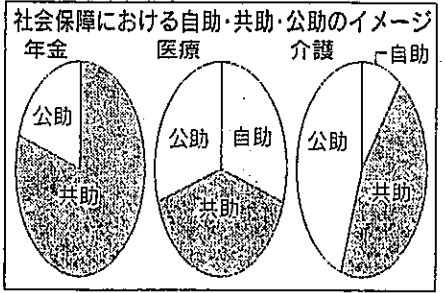
セミナー

社会保障の一体改革 ⑪

社会保障制度の一体改革をめぐり論点を整理するにあたり、総論としてその機能と今後の課題をまとめておこう。

社会保障制度の機能には大きく分けて二つの考え方があり、一つは「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」(日本国憲法第二五条)を保障するための機能で、いま一つは、疾病、失業、老齢など「個人の自助努力のみでは対応できない場合に、人々の生活を社会全体で支えるセーフティネットとしての機能」(二〇〇三年六月の社会保障審議会意見書)である。

これらの機能については、経済成長とともに生活水準が向上するにつれてセーフティネット(不確実性)に起るリスクに備える仕組み)の機能へと比重が移ってきている。セーフティネットとして



の社会保障を、少子高齢化が急進展するなか、公的部門だけで実現するのは、国民負担が大きくなりすぎ持続可能でない。したがって、公私の役割分担を明確にしながら負担のあり方を検討すべきだ。

民間でできることはできる限り民間で行うという意味で「自助」を強め、公的給付の範囲および水準をできる限り見直し、セーフティネットを無駄なく整合的に提供する必要がある。社会保障

再整理を自助・共助・公助の観点から

制度の一体改革が必要となるものこのためである。

公的給付の範囲・水準が決まれば負担も決まってくる。負担のあり方としては、社会全体でセーフティネットを支えていくことから、社会保険制度のように、社会の構成員全員でコストを負担し、い、リスクを分散するしくみ(共助)がある。また、公的給付が必要な分野でナショナルミニマム(健康で文化的な最低限度の生活)を確保するには、税のみを財源とする仕組み(公助)が必要となる。税ならば課税ベース(所得、消費、資産)の選択など、誰にどのような形で負担を求めるのかも決める必要がある。

このように、自助、共助、公助をいかに適切に組み合わせるかを改めて検討することが、持続可能なセーフティネットの構築に不可欠で、それは社会保障制度改革の基本テーマである。

(関西社会経済研究所)

年金、医療、介護の運営方式は、社会保険方式と税方式のどちらが望ましいのだろうか。表には社会保険の運営方式の国際比較を示した。税方式とは、一般的な税で財源を調達することを意味し、社会保険方式とは使途が年金や医療に限定されている保険料で調達され、反対給付を伴うものである。

国際比較の方式の国際比較

方式	公費負担あり		
	年金	医療	介護
日本	A※	A※	A※
英国	A	B	B
フランス	A	A	B
ドイツ	A※	A	A
スウェーデン	A※	B	B

注：A※は社会保険方式、Bは税方式、Cは混合方式

(出所) 内閣府資料より作成

年金についてはすべての国で社会保険方式が採用されている。医療については英国などが税方式を、日本、フランスなどは社会保険方式を採用している。ただし、英国には国民保険からの拠出金も投入されている。介護については英仏などが税方式、日本が社会保険方式を採用している。年金、医療、介護すべてについて社会保険方式をとりながら、公費負担で税を投入しているのは日本のみだ。

税と保険料には政策目的の違いが存在する。税には、資源配分、所得分配、経済安定の三つの役割を果たすことが期待されている。一般道路のよつにその利益が特定の個人だけに帰着せず、対価を支払われないものを排除できない公共財に資源を配分するためには、税が必要となる。生活保護費の支給のような所得再分配を目的とした政策も税によって財源が調達される。所得

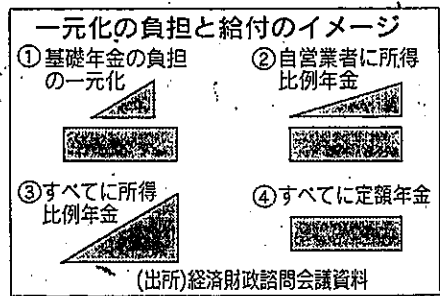
H16.9.29 日程

改革の視点 税と保険の役割を再考

再分配のためには、所得水準の高い人からより多く税を徴収し、低所得者に分配することが有効だからだ。景気対策にも税が活用されてきた。一方、年金・医療・介護において社会保険方式がとられているのは、リスクの分散としての保険機能を期待しているためだ。医療保険は疾病による所得稼働機会の喪失というリスクを分散できる。民間保険でなく公的保険が採用されているのは、強制加入させることで保険料の低減を図り、リスクの高い人ほど保険に加入するという逆選択を防ぐためである。公的年金制度が社会保険方式で運営されているのは、長生きによるリスクを分散するためである。このような税と社会保険の違いを考へれば、所得再分配の要素が強い基礎年金部分は、すべてで税で財源を賄うべきだということも妥当性をもちことになる。

(関西社会経済研究所)

現行の年金制度では、職業の違い、世帯属性の違いや世代の違いによって負担と給付に格差が生じている。それにもかかわらず、先の年金改正ではそれらの是正にほとんど手がつけられなかった。今後の年金改革において国民の理解と信頼を得るためには、公平性の確保が欠かせない。これらの不公平を是正するための一つの手段として議論されているのが年金制度の一元化である。一元化とは、原則として国民が一つの年金制度に加入して、負担と給付の仕組みを統一することを意味する。日本における年金制度の二元化のパターンとしては、図のような四通りが考えられている。



内訳は一階(基礎年金)と二階(厚生年金、共済年金)所得比例)に分かれている現行体系を尊重した一元化が二

①基礎年金の負担一元化
②自営業者に所得比例年金
③すべてに所得比例年金
④すべてに定額年金

通り(①と②)と、体系を完金に変えてしまう一元化が二元化である。③と④である。具体的には①一階部分(長方形)に対してすべての国民に同額の負担を求め、一元化(三角形)の二階部分は(不変)②それに加えて自営業者などもサラリーマンと同じ所得比例年金に加入させる二階部分の別途一元化③一階と二階を分けずに国民を所得比例年金に加入させる一元化④一階と二階を

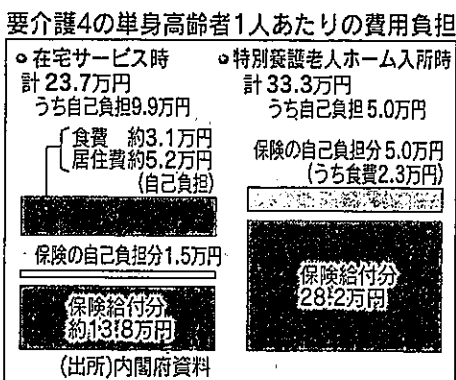
H16.9.30 日程

改革の視点 年金一元化、類型別に検討

分けずに国民を定額負担・定額給付の年金に加入させる一元化である。③④のような日本の現行制度を大きく変える一元化も、すでに海外では適用されている類型である。③はスウェーデンやカナダなど(別途税財源による保障あり)で、④はニュージーランドで実施されている。このうち、一元化の例として取り上げられることの多いスウェーデンでは、一九九九年の改革によってすでに①の形で一元化されていた制度を③に変更した。その改革は、負担と給付の対応を明確にさせただけでなく、保険料や国庫負担を軽減させることに成功した。日本においても、想定される改革ケースについて、負担と給付の不公平や国民負担の増加をいかに是正できるかを明らかにし、それに基づきながらどの類型に変えていくかを検討すべきであろう。(関西社会経済研究所)

介護保険制度改革において「自助」「共助」「公助」をいかに組み合わせるかが課題となっている。この点で特に議論されているのが、「ホテルコスト」の扱いである。

これは施設サービスを利用したときに生じる食費や居住費（光熱費など）で、現行は大部分が介護保険給付の対象となっている。一方、在宅サービス利用者の食費や居住費は、住費と介護保険の自己負担分を合わせるのと十数万円近くになるのに対し、施設入所の場合の自己負担は五万円（食費を含む）と半分程度になる。こうした不公平を是正するため、施設サービス利用時のホテルコストを自己負担とする方向で検討が進んでいる。海外



改革の視点 在宅・入所の格差を是正

H16.10.5 日経

では、年金受給者や生活保護受給者を含めて、この種の自助は通例である。

主な国を挙げるとドイツ、フランス、スウェーデン、英国では食費、居住費は原則自己負担となっている。なお低所得層については、ホテルコストを本人が負担できない場合、独仏では保険と別の公的な費用（社会扶助）を支給している。スウェーデンでは年金受給者住宅手当（家賃補助）を支給し、英国では地方公共団体が費用を負担するしくみになっている。

日本でも、各国と同じように、年金などの受給者を含め、ホテルコスト相当分は原則自己負担とするのが妥当ではないか。ただし、その場合、月五万円以上の負担が発生するおそれがある。こうした介護費用の増加に対しては、民間の介護保険や介護特約付き医療保険でカバーするなどの自助努力が考えられる。

(関西社会経済研究所)

高齢化に伴い社会保障に対する需要がさらに増えることは避けられない。それにあわせて公的給付を増やす一方、社会保障以外の政府支出の増大を抑制できなかった場合には、第三回に示した独自試算に従って二〇二五年度の潜在的国民負担率（国民所得に対する租税負担・社会保障負担・財政赤字の割合）は六二・五%にも達する。

この数字はマクロ経済スラナあり方は、表のよつにまとめられる。年金制度については、制度が複数あるために転職や失業などで未加入者が発生する問題は一元化で解消できる。医療については、診療報酬体系の見直し、医療保険の都道府県別再編が必要だ。診療報酬は出来高払いから包括払いを基本とする制度に移行すれば医療費は効率化できる。

社会保障一体改革の考え方

年金	・一元化
医療	・診療報酬体系の見直し ・都道府県別再編
介護	・在宅介護・介護予防の推進 ・重複給付の整理 ・自己負担の拡大
制度運用	・社会保険庁と国税庁の統合 ・社会保障個人勘定の創設

医療については、診療報酬体系の見直し、医療保険の都道府県別再編が必要だ。診療報酬は出来高払いから包括払いを基本とする制度に移行すれば医療費は効率化できる。

改革の方向 制度間の重複給付を整理

H16.10.6 日経

医療保険の都道府県別再編は、保険者機能の強化と医療保険財政の安定に寄与する。

介護については、在宅介護・介護予防の推進により介護費用を節減できる。施設入所者への介護給付と年金給付は重複の解消が妥当だ。施設利用時の食費・住居費などホテルコストの自己負担化も検討すべきだ。

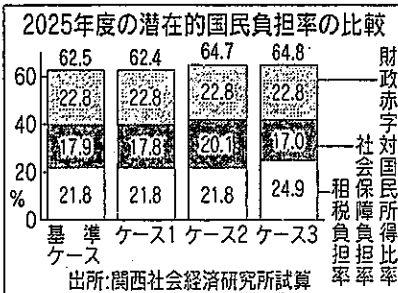
制度運用面では、社会保険庁と国税庁の統合、生涯を通じた給付と負担を個人ごとに記録する社会保障個人会計の創設が望まれる。

社会保険庁と国税庁を統合すれば、社会保障制度の運用コストの節減が期待できる。年金制度の未納・未加入問題に対しても、徴収面などでより強力な対策が期待できる。社会保障個人会計は、給付と負担を明確化するもので、その導入は、社会保障全体のバランスを考慮した改革を実施するための必要条件である。

(関西社会経済研究所)

年金制度の一元化についての議論が本格化し始めているが、これまでのところその内容は制度的な特徴を挙げるにとどまり、具体的な制度設計や財政、家計、企業への影響は明らかにされていない。

そこでわれわれは、今年度改正後の年金制度を基準ケースとして、実現可能と思われる次の三つの一元化のケースを想定してシミュレーションを行った。図のケース①では国民年金の定額保険料を二十歳以上の国民全員から徴収する。ただし、厚生・共済年金では定額負担分を除いて報酬比例の保険料を徴収する(基礎一元化)。ケース②では二階部分も一元化して国民を対象とし、自営業者にも加入させる(基礎・所得比例一元化)。ケース③では②の国民年金の国庫負担分を除く財源を定額保険料ではなく消費税



で調達する(最低保障・所得比例一元化)。これらの改革を行うと国民の負担がどうなるかを、潜在的国民負担率(国民所得に対する租税負担、社会保障負担、財政赤字の割合)でみてみよう。給付については今年度改正と同じ水準を維持する前提としたので、負担の違いをみれば改革の影響を比較することができよう。

改革の方向 年金一元化、国民負担を考慮

ケース①では、年金保険料の水準を委ねずにその内訳を一階部分と二階部分に分離したにすぎないため、家計と企業を合わせた国民の負担はほとんど変わらない。一方、ケース②および③では、所得比例年金の対象に自営業者も加わるため、将来の給付総額が増加し、その結果、国民の負担は基準ケースよりも二階程度上昇する。なおケース③では消費税引き上げによる物価の上昇を考慮したため、ケース②より0.1ポイント高くなる。負担の内訳を見ると、ケース②では保険料が上昇して社会保障負担が増加するのに対し、ケース③では定額負担をなくして消費税率を引き上げるため、社会保障負担は減少するものの税負担は増加する。

このように、年金一元化のやり方によっては「大きな政府」となる。一元化の具体的な検討に際しては、試算による影響分析が欠かせない。(関西社会経済研究所)

二〇二五年度における潜在的国民負担率を比べると、ケ

今回は年金制度の一元化が家計や企業に与える影響をみてみよう。今は専業主婦(一定所得以下のパートを含む)の給付分を年金制度全体で負担しており、専業主婦のいる世帯の保険料は独身者よりも多くなっている。これは、その分を他の人々が肩代わりしていることを意味する。国民年金の定額負担を全加入者に求める場合(前回みたケース①)基礎部分一元化、②基礎・報酬比例部分一元化)のような一元化を実施すれば、専業主婦に適正に負担を求められ世帯別格差は縮小する。

シミュレーション結果 (2025年度)

ケース	世帯間格差(若年給付比)	世代間格差(若年給付比)	企業負担率 (%)
基本	縮小	拡大	13.16
1	縮小	拡大	10.12
2	縮小	拡大	10.65
3	ほとんど不変	縮小	10.71

出所: 関西社会経済研究所試算

年金改革で常に問題となる世代間格差は、①や②ではむしろ拡大する。これは、定額負担の影響を受けるのがこれからの保険料を負担していく世代であり、既に年金を受給している世代は改革の影響を受けないためである。ところが同じ一元化でも、ケース③(②の基礎年金の定額負担部分を消費税で代替)のように定額保険料に代わって税負担とする場合、ケース①、②とは対照的な結果となる。消費税はどの世帯にも同じ影響を与えるため、世帯別格差はあまり改善されない。一方、世代間格差は縮小する。これは定額負担がな

改革の方向 まず専業主婦が年金負担

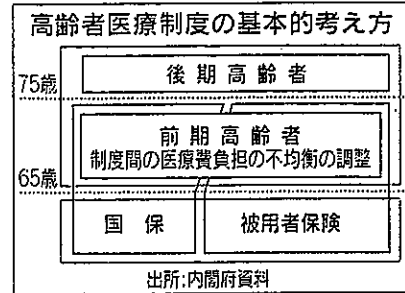
くなることで将来の年金受給世代の、負担に対する給付の比率が改善し、消費税引き上げによってすでに年金を受給している世代の給付・負担比率が低下するためである。最後に、労使折半で年金保険料を負担している企業への影響については、基礎年金の専業主婦負担がなくなるため、すべてのケースで企業の実効負担(対企業所得比率)は今年度改正と比べ下がる。これによるコスト削減分を、賃上げに回す考え方もありうる。この一元化を目指すかは、それぞれのケースでマクロ的にもミクロ的にも効果が異なるため、判断は難しい。現行制度からの改革を考えると、まず第一段階では基礎年金一元化からの検討が妥当ではないか。ケース②は所得捕まへきで、ケース③は他の社会保障制度の国庫負担のあり方も絡めて検討すべきであろう。(関西社会経済研究所)

専業主婦が年金負担

H6.10.11

現行の医療保険制度には格差が存在する。一世帯あたり保険料は二〇〇一年度で自営業者などが加入する国民健康保険（保険者＝市町村）が十五・六万円、中小企業の勤労者が加入する政府管掌健康保険（同＝国）と比較的大手の企業の勤労者が加入する組合健康保険（同＝組合）は、事業主負担を含めると、各三十二万円、三十九・七万円となる。

国庫負担の割合も医療保険によって違う。国保には給付費などの五〇％（今年度予算約三・五兆円）、政管健保には給付費の二三％（同七千七百九十六億円）の税金が投入されている。しかし、組合健保には定額の補助（同百六億円）しかない。



と高齢者医療制度の見直しを検討中である。都道府県別に医療保険を再編すれば財政基礎の安定と保険者機能の強化が期待できる。高齢者医療制度については、六十五～七十四歳の前期高齢者と七十五歳以上の後期高齢者を分離する案が検討されている。

改革の方向 医療保険、老人含め県単位に

政調整を行うことになる。ここでは被用者保険が国保を財政支援するという構図は変わらない。後期高齢者については、加入者の保険料、国保及び被用者保険からの拠出と公費負担で財源を調達する新たな制度に加入するとされる。

だが、前期高齢者に関しては、実質的には今の退職者医療制度の対象年齢を拡大させたものに過ぎない。後期高齢者については、彼らだけの保険制度が成り立つとも思えない。また高齢者の医療費負担を分散することは、制度を複雑にし、負担と給付の関係も不透明にして効率化を阻む。

高齢者医療制度についても都道府県別に再編した医療保険制度に組み入れ、県単位で高齢者を地域ごとに支援するのが望ましい。高齢者比率の違いを考慮した制度間の財政調整は廃止し、転職、県外への退出の際のみ財政調整を実施すればよいだろう。

（関西社会経済研究所）

H6.10.13

政府は昨春、医療保険に関する基本方針を閣議決定した。医療技術の適正な評価のために①難易度、時間、技術力などを踏まえた「ドクターフィー（技術料）」②医療機関のコストや機能などを適切に反映した「ホスピタルフィー（運営費）」の二つの側面の評価を導入することとされた。

このうち①は出来高払いを基本とする。②については、たとえば疾病の特性に応じた評価として、急性期入院医療に対する包括評価の実施と、慢性期入院に対する包括評価・介護保険との役割分担を進めるとしている。

基本的には、出来高払い制度を温存し、部分的な包括払い制度の導入で済ませようとしているわけだ。しかし、部分的な導入では、医療費効率化に向けたインパクトは弱い。厚生労働省が原案を描き中央

診療報酬制度の見直し案

病院 (20床以上 収容可能)	▽1件当たり（ガンなど）の定額支払い ・選定療養（差額ベッドなど） ・重症は混合診療 ・軽症は原則自由診療
開業医 (20床未満 未収診 しかない 所)	▽患者1人1日当たりの定額払いが基本と混合診療を組み合わせる ・患者1人1日当たりの定額払いが基本と混合診療を組み合わせる ・患者1人1日当たりの定額払いが基本と混合診療を組み合わせる

社会保険医療協議会の答申を得て価格を決める診療報酬の仕組みと出来高払い制度を抜本的に見直すべきである。

入院治療を担う病院については、ガンなどの疾病ごとにその医療コストを医療保険で支払う包括払い制度を採用すべきだ。病院での保険診療の対象となる疾病を列挙し、それ以外の疾病については原則自由診療とすれば、軽症者が

改革の方向 診療報酬、病院は包括式が基本

大病院に押しかけることもなくなる。また個室でのきめ細かな療養環境の提供などは混合診療で対応すればよい。

包括払い制度のもとでは、病院の経営において競争原理が働くことになる。たとえば、必要以上の高額医療機器の購入抑制や入院日数の短縮によるコスト削減などが期待できる。細分化された点数制度を廃止することで、医療機関の事務負担も軽減できる。

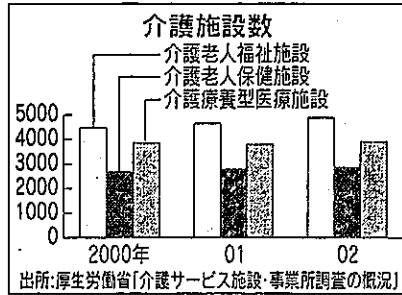
開業医については、患者一人あたりの定額払いと自由診療を組み合わせた制度を導入してはどうか。感冒などの軽症者に対しては、一人一日当たりの定額払いの部分のみを保険診療とし、それ以外の診療行為は原則、自由診療とする混合診療制度にする。重症者については専門病院に紹介するシステムにすればよい。

その紹介料も保険診療の対象とすれば、開業医と専門病院の間での役割分担が可能となる。

（関西社会経済研究所）

ゼミナール 社会保障の一体改革 23

介護保険改革において、公的給付を抑制するためには、施設介護から在宅介護への移行、予防給付の充実と重複給付の整理が必要になる。



施設介護は在宅介護よりも一人あたりの保険給付が多い。昨年十二月実施給付が多し。在宅では一人あたり九万円強だったが、施設では約二十八万円と四倍以上に達した。

施設から在宅への移行は介護給付の抑制に寄与する。しかも、前にみたように施設と在宅の自己負担には格差がある。例えば要介護四の場合、施設の自己負担五万円に対し、在宅では食費・居住費などのホテルコストを含め九・九万円と倍になる。

このような負担格差を是正するため、施設利用時のホテルコストの自己負担が検討されている。実際には既にその自己負担が原則の「新型特別

介護老人ホーム(新型特養)の建設が進み、既存の特養も新型特養への切り替えが推進されている。新型特養は個室中心の「ユニットケア」を行い、それに自己負担を求め、点で画期的だが、施設介護には変わりない。他の施設とは対照的に特養・新型特養は増え続けており、これは施設から在宅への移行と矛盾する。在宅扱いとなるグループホーム(痴ほう性高齢者が少人数で共同生活を行う)の活用な

改革の方向 介護、施設から在宅へ

H16.10.14 日経

ども検討すべきである。

軽度の要介護サービスについては、今でもリハビリなどが、最も軽い「要支援」の約半数が二年後には要介護度が悪化しているとの調査もある。介護保険利用者の減少は保険給付削減につながる。今後は予防給付にさらに重点をおいて介護を受けない高齢者の増加に努めるべきである。

重複給付では施設入所時の介護(居住スペース、食事などの現物給付)と年金給付(家賃、食費にも充てられる現金給付)の重複がある。これは居住費の自己負担で解消される。また介護と老人医療は医療行為の有無が違っただけで対象者は重なる。両者の役割分担を明確にすべきだ。

介護保険の見直しについては、被保険者の拡大(二十歳以上)などの議論が先行しがちだが、負担拡大よりも給付見直しが決定的ではないだろう。(関西社会経済研究所)

ゼミナール 社会保障の一体改革 24

社会保障制度の一体改革にあたっては、執行体制の改革も欠かせない。その筆頭が保険料徴収と年金給付の執行機関である社会保障庁の改革である。

未納・未加入の実態が明るみに来たことをきっかけに、社会保障庁の業務体制への批判が強まっている。国民年金保険料の納付実績(納付率)は、二〇〇二年度に保険料徴収事務が同行に移管されてからの落ち込みが大きく、〇一年度まで七〇%を維持していた納付率が〇二、〇三年度は六二・八%、六三・四%と大きく低下した。

他の点からも社会保障庁の業務の非効率性が指摘されている。自民党の「e-Japan重点計画特別委員会」の資料によると、二万円の徴収に必要な経費(徴収コスト)は、国税で百三十六円であるのに

社会保障庁と国税庁の概要

	社会保障庁	国税庁
職員数	約17,000人	56,315人
システム関連予算(2003年度)	1,066億円	658億円
徴収コスト(対1万円)	810円	136円
職員1人当たり徴収額	3.36億円	9.55億円

出所：自民党資料、国税庁資料

対し、国民年金は八百十円もかかっている。職員一人あたりの徴収額も国税の九・五五億円に対し、国民年金はその三分の一の三・三六億円に過ぎない。

こうした実態を改めるため、厚生労働省は大臣私案として、独立行政法人化・民営化を視野に改革を進める方針を打ち出し、七月には社会保障庁長官に民間出身者を起用した。

改革の方向 社会保障庁を国税庁と統合

しかしながら、それだけでは十分とはいえず、社会保障庁と国税庁を統合すべきだとの意見もある。経済財政諮問会議で議論が出されることもに先の国会でも民主党が「国民年金法等の一部を改正する法律を廃止する等の法律案」の中で、社会保障庁の廃止と保険料と国税の徴収をともに行う新たな行政機関の設置を提案した。前述した実態を見る限り、このまま社会保障庁に保険料徴収業務を任せおくべき根拠はないといえる。

社会保障庁と国税庁の統合による利点は効率性の改善にとどまらない。基礎年金番号を納税者番号としても一元的に管理することが可能になり、所得捕そくの向上や未納率の抑制に利用できる。さらに、社会保障関連の負担と給付を一元的に把握できることから、次回に見るような社会保障個人会計の管理が容易になるのである。

(関西社会経済研究所)

各国の社会保障個人会計の類似制度

	シンガポール (全住民登録)	韓国 (利用申請登録者対象)
記録事項	国のID番号を基礎に個人ごとの貯蓄額を記録	行政サービス一般の住民情報網羅。国民健康保険、雇用保険、データも含む。申請者にID番号
利用事項	医療口座＝入院時利用 特別口座＝年金 普通口座＝住宅、教育	政府総合民願(申請)ポータルの一環として年金、健保等の申請
情報提供方法	各口座貯蓄額につき、電話、インターネットで情報提供	民願サービスの一環として利用登録者がインターネット上で申請

出所：本間正明氏資料・本紙3月8日「経済教室」

収入面では個人情報把握することコスト削減につながる。フランスのような社会保障費の死後返還制度の採用も可能になる。これは生涯を通じて社会保障制度から無拠出で受け取った給付を遺産で返す制度である。無拠出の部分は、本来負担能力のない人に限定されるべきもので、社会的支援が不要な人は返還すべきだといわれた。

個人会計は利用者には

政府は社会保障個人会計の導入を検討し始めた。これは医療、年金、介護などに関する受益と負担を個人別に生涯を通じ記録するものだ。

この制度は外国にはあり、シンガポールでは国が個人に交付するID番号を基に医療口座(入院時利用)、特別口座(入院時利用)、徴収の両面で利点がある。給付では年金、介護、医療の重複給付の調整にも役立つ。個人会計の導入には給付・

座(年金)、普通口座(住宅)の貯蓄額を記録している。韓国では利用申請者にIDを交付し、行政サービス一般の情報も提供している。

改革の方向 社会保障個人会計の実現を

も大きなメリットを生む。年金給付に關し将来の予定額も知らせるシステムにすれば、自助努力で老後に備えるべき貯蓄額が明確になる。インターネットを通じ保険料の拠出記録が確認できれば、転職時のミスなどにより年金未加入状態になることもない。

その導入の前提となる番号制として、すでに基礎年金番号と住民票コードが存在している。社会保障個人会計と組み合わせることで、番号制は効力を発揮することになる。

社会保障制度の抜本改革には、全体の負担・給付のバランスを考慮した一体改革が必要である。そして、それによるコスト削減、政府の効率化を確実なものとするためには、個人会計の導入が不可欠なのである。 〓おわり

(この連載は関西大学教授 橋本恭之、同助教授前川聡子らが執筆しました。次回から「展望・東アジア共同体」を掲載します)