

社会保障の見直しのための技術的視点 —不安と不信の解消のために①—

厚生労働省年金局国際年金企画室長 西村 淳

はじめに

1985年前後にに行われた年金・医療保険改革での基礎年金・老人保健制度の創設は、高齢者と都市被用者人口の増加という社会構造の変化や、低成長経済への移行への対応としての制度の持続可能性の要請に対応した抜本的な改革であった。その後の20年間、日本の社会保障制度は、1985年前後の改革でつくられた基本的な体系を維持しつつ、給付と負担の増加を抑制し、制度体系の微調整をすすめてきた。

このような漸進的な改革を経て、2002年の医療保険改革による本人3割、高齢者1割の自己負担の導入、2004年の年金改革によるマクロ経済スライドの導入で、給付と負担に関する限り、制度の持続可能性のためにやるべきことはかなりやりつくした感がある。

一方で、バブル崩壊後引き続き日本経済の低迷や、パートなど非正規雇用の急増、家族の不安定化、少子化の進展など、以前に予想もされなかった社会の変化に押されて、「年金制度の一元化」「高齢者

医療制度の創設」など、現在の制度体系の見直しを含む抜本改革を求める声が強くなっている。こうした背景には、バブル崩壊後の日本の経済社会の構造的変化の中で、政府に対する不信が高まっていることと軌を一にした、社会保障制度に対する不信の高まりがある。同時に、デフレの原因ともなっている格差の拡大と先行き不透明感の高まりで、社会保障制度に対する期待が高まっている。

現在、社会保障問題は政治経済を論じる際の一つの焦点であり、政治の場でも与野党による議論が行われているところであり、我が国の進路という大局に関わった議論に期待したい。ここでは、社会保障制度の専門家として、技術的な視点から、諸外国の事例も適宜参照しつつ、社会保障の総合的な見直しの論点について整理してみたい。以下では、「利用者本位の制度」「給付と負担の水準」「助け合いの範囲」の3つの論点について言及する。

なお、本稿において意見にわたる部分は全て私見である。

一、利用者本位の制度

制度が成熟していくにつれて、

多様な仕組みや細かい配慮が整えられていった結果、制度が複雑になりすぎ、利用者にわかりにくく、という批判を受けるようになった。また、これまでの社会保障は、ニーズが生じたときに、利用者の意図にかかわらず、国や専門家の責任で保護するというパターンリステックな色彩が強かった。行政処分で施設への入所を決める福祉サービスにおける措置制度、医師が専門的な判断に基づいて患者への説明なしに行う医療サービス、複雑で専門家にしかわからない計算方法や経過措置に満ちた年金制度などである。

しかしながら、高齢化に伴い、特定の人だけでなく、普通の多くの人が社会保障の受給者になるとともに、負担が大きくなるにつれて、応分の負担はするが納得できない給付を受けたという声が高まってきた。現在は、透明性とわかりやすさが求められるとともに、受給者が自らの権利として説明と納得を求めるようになってきている。

これは、社会保障を、ニーズに対する公的対応としてだけではなく、利用者本位で考えなければならなくなっているというところで、ニーズを持ち、複数のサービスを利用する場合が多い。このような場合、個々のニーズを満たすという観点から総合的にサービスを考えるべきであった。供給者がそれぞれの観点からサービスを提供する結果、隙間ができてしまうことのないようにする必要がある。利用者の立場にとつて利用しやすさ、地域におけるサービスネットワークを構築することが求められる。

また、契約によるサービスの供給主体として広く民間事業者を認めることで、民営化によるサービスの効率化と、受給者のニーズに敏感に反応することによる質の向上が期待されている。

自治体職員によるサービスの民間委託を進めることは、単に「役所よりも民間でやった方がコストが低い」という観点ではなく、(それではサービスワーカーの賃金のダンピングにしかならない)、定員管理や処遇の問題から専門技術者をそろえるのが困難であるという公務員制度の制約を乗り越えるために、専門的なサービスを外部から購入するという観点で考えるべきだろう。役所は直接サービスを提供するのではなく、個々人の

る。サービスの受給者が供給者に正面から対峙し、それぞれが求めるもの、できるものをぶつけ合う中でサービスの内容が決まってくるという形である。売り手と買い手が対峙する民間市場の姿に似ており、受給者の側にわかりやすく、またその立場を強くし、不安を解消する。公的サービスの受給を民間市場に似た形で提供しつつも、一定の公的な規制があることや相当程度が公費で負担されることをとらえて、このような政策の方向を、広い意味で管理された競争又は擬似市場政策とも呼ぶことがある。世界的にも一つの流れになっている。

(1) 措置から利用へ

まず、措置による利用から契約による利用への流れが、とくに福祉サービスの分野で顕著である。老人福祉の分野では、従来は、要介護などのニーズのある人に対する行政処分である「措置」によって、自治体が老人ホームなどに入所させる形をとっていた。受給者のサービス利用は、法律上は「反射的利益」であるとされておき、当事者とはされていなかった。2000年の介護保険の施行からは、この状況ががらっと変

わった。受給者は施設等との契約に基づき、利用料を払い、自らの権利としてサービスを受けることになった。サービスの受給者と供給者の間で緊張関係が生じ、質の向上が図られるとともに、個々人のニーズに応じてサービスが提供されることになり、供給量の増大も図られる。

2003年から施行された障害支援費制度においても、介護保険と同様に受給者が供給者と契約を結ぶ利用者本位の制度になった。保育サービスについては、1998年から市町村と受給者の契約により供給者がサービスを提供する形になっている。受給者と供給者が直接契約する形になっていないという意味で、やや変則的であるが、利用者本位の仕組みとすることを目指したものである。

こうした利用者本位の仕組みを機能させるためには、受給者のサービスの利用を支援する仕組みを整備することが、最も重要である。「利用者に力を与える」という意味で、エンパワーメントと呼ばれる。受給者は社会的・身体的・精神的な弱者であることが多く、契約による利用という制度をつくただけでは、専門家である

供給者に対し自分の権利を主張できない場合も多いので、受給者に代わり、あるいは補佐する形で、供給者に対し権利を主張できるように支援を行うものである。具体的には、介護保険や障害支援費制度におけるケアマネジメンは、個々の受給者のニーズに合わせて、最も適切なサービスの組み合わせを、原則として供給者とは異なる専門家が、受給者の立場に立つてアドバイスするものであり、エンパワーメントの代表的なものである。

高齢者や障害者のうち判断能力が十分でない人々のサービス利用や金銭管理を、社会福祉協議会等が支援する地域福祉権利擁護事業もエンパワーメントの一環である。

施設における利用者の満足度やリハビリテーション効果などのサービスの質を評価し、結果を公表して受給者が望ましいサービスを選擇するようにするとともに、供給者の質の向上努力につながるようにする取り組みは、なお一層進める必要がある。こうした取り組みをすすめるためには、地域ぐるみの支援が必要である。一人の受給者が複合的な

ニーズにあったサービス利用を支援する役割に特化する方がよい。

(2) サービスの質の向上と効率化
サービスの質の向上と効率化を

求める動きが、医療や福祉、とくに医療の分野で急速に進んでいる。「サービスの質の向上」と「効率化」はものごとの裏表である。患者の不安の解消も期待される。これまでの医療は、「プロフェッショナル・フリーダム」の名の下に、医療従事者の専門的判断に基づく医療サービスを、患者は理解することもなく受け入れることが求められることがあった。今後は、治療方針などについてサービス供給者である医療従事者から説明した上で、利用者である患者の選択を尊重した医療を提供する、説明と同意に基づく医療が求められている。

また、最新の科学的根拠に基づき、安全で効果的な医療が提供されることが求められる。標準的な診療ガイドラインに基づく医療は、根拠に基づく医療(EBM)という言葉で、近年急速に世の中に知られるようになった。さらに、患者の選択に基づき、病院において資源をふんだんに投入した医療に代わり(チューブにつながれた非人間的な医療)、生活の場に近いところで、患者の満足度の高いケアを提供するケアからケアへとという動きがある。介護ケア、ホスピスケア、助産ケアなどがあげられる。

こうした動きはサービスの質の向上と効率化を達成しようとするものであるが、そのための条件整備を図る必要がある。まず、医療機関や医療サービスに関する情報が適切に提供されるように、医療の質を評価する仕組みを確立するとともに、診療記録の標準化と開示、適切な広告のための規制緩和など、ディスクロージャーの仕組みを整えていく必要がある。

また、根拠に基づく医療を進めるために、診療ガイドラインの作成やカルテ・レセプトの電算化を行うとともに、医療現場におけるクリティカル・パスの導入など、医療の標準化に向けての努力が必要になってくる。

利用者である患者と供給者である医療専門家の間には、情報の非対称性があり、医療従事者が患者に力を及ぼすという力関係の上下にもつながっている。利用者に力を与えるためのエンパワーメント

ともつながるものとして、保険者機能の強化があげられる。

これは、利用者に代わって支払を行う保険者が、供給者と対峙し、患者の利益を代弁するものである。保険者は患者に代わって医療サービスの質を高めるよう供給者側に求めるとともに、支払を通して効率化も働きかけることとなる。イギリスの国民保健サービス(NHS)改革における、地域保健機構(保険者)が患者に代わって医療機関からサービスの購入を行う仕組みの導入は、この例である。アメリカにおけるマネージドケアもこの一種であるが、健康維持機構(HMO)などの保険会社が、コスト抑制のため医療サービスを制限する側面が強く現れており、日本では批判が強い。

(3) 個人勘定の導入

社会保障制度のうち主要なものは、社会保険方式を採っていて、保険料を負担した人が給付を受ける権利を得る仕組みになっている。とくに年金制度においては、負担額に応じて給付額が決まる仕組みになっている。年金制度は社会保障制度の一つであるため、助け合いの仕組みであり、保険料を民間市場で運用して後で受け取る

ような仕組みではないから、損得で論じるべきではないとはいえず、受給者としては、自分自身が個人としてこれまでいくらか支払い、受給時にはいくらかもらえるかという個人単位の収支に関心を持たざるを得ない。

しかしながら、現在の年金制度においては、改正のたびに経過措置が講じられてきたため、制度が複雑になっていることや、老後生活を保障するのに必要な水準をまぎれぬ上、それを財政的に賄うのに必要な保険料水準を決める給付建ての設計になっているために、5年おきに新しい人口推計に基づき財政再計算をする毎に、予定以上の保険料の上方修正を余儀なくされてきたことから、個人がもたざる額が受給直前までないとわからない仕組みになっており、利用者本位になっていないと批判されている。

関係の点では、ほぼ技術的には完成を見たものと言えるが、なお国民が完全に年金制度に対する信頼を回復したとは言えない状況にある。

多くの政治家が加入漏れを起こしていたことや、専業主婦になる際に第3号被保険者の届出を忘れたために加入記録に空白が生じてしまう問題に代表されるように、転職や結婚など身分が変わる毎に加入する制度が変わることが、制度の複雑さと不公平を実感させるとして、年金制度の一元化が抜本改革の標語になっているが、実は、受給者(支払者)が一番求めていることは、保険料を払ったら必ず受給時には年金をもらえるのかという不安の解消にあると思われる。

経済学者の中には、個人単位の収支という観点から、生涯の保険料と給付を比較して年金の収益率という概念を持ち出し、少子高齢化のために後の世代になるほど収益率が低下することから、世代間不公平であると単純に決めつける者も多い。世代間の不公平を解消するためとして、現在の世代間の助け合いの仕組み(賦課方式)を放棄して、積み立てた保険料を市

場で運用して老後に受け取る仕組み(積立方式)に転換すべきであると主張する者さえ存在する。社会保障は金融商品と異なる助け合いの仕組みであるということを理解していないのみならず、過去に保険料を支払った人の給付費をどのように賄うのか、実質価値の維持が本当にできるのか、といったことを考えてみれば、積立方式への転換が空論であることはすぐわかる。

しかし一方で、こうした議論が行われるほど、払ったら必ずもらえるという不安解消が人々に求められている、ということも確かである。

こうした議論の状況の中で、スウェーデンの1999年年金改革で行われたみなし拠出建てと自動財政均衡装置の導入は、世界中の年金関係者の話題をさらった。それまで、払った保険料を個人勘定に加算し、給付すべき額を明示する方法は、積立方式の場合しかあり得ないと考えられていたところ、現役世代の払った保険料は資金の流れとしては、そのまま助け合いとして受給世代の給付にあてられる賦課方式を維持したまま、あなたも個人が払った保険料が積

み立てられているかのように個人勘定に加算し、払った保険料の範囲内で給付をする仕組みを導入したのである(みなし拠出建て)。

同時に、マクロ的な保険料資産と給付債務のバランスが取れなくなった場合(人口や経済の予想外の変動が生じた場合)には、自動的に給付水準が調整される仕組みも導入した(自動財政均衡装置)。財政方式は賦課方式であるため、実は説明の仕方を変えただけであると見ることができ、払ったら必ずもらえるという保障をしたことで、若い世代の支持を得ることができたのである。

スウェーデンの年金改革には

様々な要素があり、日本でも人によってスウェーデン方式と呼ぶ場合に着目している要素が異なるが、この個人勘定の導入は、最も着目すべき点であると考えられる。日本の昨年の年金改革においても、マクロ経済スライドが導入されるに伴って調整されることになったが、これはマクロ的に負担可能な範囲内で給付を行うものであるから、自動財政均衡装置に効果としては近いものと見てよい。また、保険料納付実績を点数化し、

年金見込額の情報も提供するポイント制の導入は、個人勘定に近いものであり、拠出する人の不安を解消するための利用者本位の制度を目指したものである。

なお一歩進んで、制度自体をみなし拠出の仕組みにし、個人勘定を設けることは不可能なことではない。もちろん、日本の場合、基礎年金による制度間財政調整や、過去債務(過去の被保険者が給付水準に見合った拠出を行っていない分を将来世代が負担しなければならぬ問題)が存在するために、世代内・世代間の所得移転(再配分)が行われるので、払った分をそのまま給付するというのではなく、技術的な工夫は必要であるが、払ったら必ずもらえるという保障になるので、説明の仕方により不安を解消できる可能性もある。再配分が納得できる範囲であれば、助け合いはいつさしいない、いささかの移転も許さないとはいえない。あまりにないだろうからである。あなたも拠出した分が個人勘定に加算され、後に給付される金融商品であるかのような説明をしていることから、これも疑似市場政策の一種であると言える。

社会保障の見直しのための技術的視点 —不安と不信の解消のために①—

厚生労働省年金局国際年金企画室長 西村 淳

二、給付と負担の水準

社会保障の給付と負担の増加の抑制の要請は、社会保障改革の最大の推進力になっている。

高齢化の進展で受給者が増えるとともに、雇用や家族の不安定化など社会構造の変化により社会保障への需要が増えるため、給付費は伸び続けている。一方で、低成長、企業のコスト削減要請や財政危機のために、こうした伸びの全部を負担増で賄うことはできないため、社会保障給付費の増加そのものを止めることはできないものの、少なくとも増加率の抑制を図ることを求められている。

こうした状況に対しては、80年代後半以降、毎年のように、年金又は医療保険制度の改正が行われてきた。

毎年8月の予算の概算要求時に、概算要求基準(シーリング)が設けられ、制度がそのままであれば高齢化によって自然に所要額が増えようとするところを、与えられた枠内に収めなければならぬという財政ルールがあるために、シーリングをクリアするために毎年制度改正を余儀なくされると

いった事情もある。例えば、平成17年度厚生労働省予算においては、社会保障費などの義務的経費について、1兆800億円の自然増が生じるところ、概算要求基準では8576億円しか認められなかったため、約2200億円を制度改正等で削減・合理化しなければならなかった(<http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/05gaisan/syuyou1.html>参照)。

このような、社会保障の給付と負担増の抑制のための毎年の各制度ごとの改正が、「さみだれ式」といった印象を与えるとともに、逆に制度の持続可能性に対する不安を与え、社会保障全体にわたる抜本改正が必要だ」といういらだちを生んでいる面もある。

たとえば現役世代は、年金・医療・介護の保険料を一体として収入から徴収されるのであるし、老後生活においては、年金を受給しながら、医療・介護の保険料や自己負担を支払うわけであるから、制度の相互関係を見つつ、全体の給付と負担の水準を議論する必要があるからである。とくに、5年毎の年金改正の際には、公的年金の水準は老後所得のどこまでを賄うべきかが問題になるために、つ

ねに社会保障全体の見直しの要請が高まってきた。

社会保障の各分野を横断した全体の給付と負担水準に関する議論としては、これまで国民負担率を50%以内に抑制すべきという議論が行われてきた。国民負担率とは、国民所得に占める租税負担と社会保障負担の割合の合計を指す。現在35%台であり、50%を大きく超えるヨーロッパ諸国の水準を大きく下回っているものの、将来も50%以内に抑えるという目標が、臨調答申以来たびたび掲げられてきている。

国民負担率の議論は、「収入のうちどの程度を強制的に政府に徴収されるか」をわかりやすく示したものであるとして、公的支出を抑制すべきという目標としては、一定の効果をもたらしてきた。しかしながら、給付と関係なく負担だけの高さを見るのは適当でないこと、各国比較を見て国民負担率の高さは経済のパフォーマンスとは無関係であること、日本でもこの15年ほど横ばい(むしろ低下基調)であることなどから、最近あまり言及されなくなってきた。

また、最近の経済財政諮問会議では、国民負担率に代わる指標と

して社会保障費の伸びをGDPの伸び率の範囲内に抑えるべきという議論も行われるようになっていく。しかしながら、所得の一定比率(所得代替率)を給付水準として設定する年金については可能だとしても、医療などについては、GDPの伸び率の範囲内に納める現実的な手段に乏しい。本来所得とは何の関係もなく給付の必要が決まり、高齢化や疾病構造や技術の進歩などで増加するものだからである。必要とされる医療費そのものは増えても公的医療保険でカバーする範囲はGDPの範囲内にするという手段はありうるが、その場合は基本的な医療は公的保険でカバーするという考え方を放棄しなければならなくなる。

このように、国民所得など外生的変数で社会保障の給付と負担を抑制しようとする議論は、一定の目安としての役割は果たしうるが、社会保障そのものの在り方には影響を及ぼし得ないことから、社会保障の本身を議論する必要がある。年金・医療・介護といった社会保障各分野の相互の関係を見て、横断的にその在り方を考えようとするものである。具体的なものの1つとして、年金優先型の社

会保障か、医療・介護優先型かという議論をすべきであるという考え方があ

時々誤解されているが、この議論は「年金は老後生活の基本的な部分を支えるもので、社会保障の中心である」ということは別の視点のものである。社会保障に投入できる財源に制約があるときに、どの分野にもっとも優先して投入するべきか、という問題である。

年金優先型とは、年金給付を手厚くし、その中から相当額の医療や介護の利用時自己負担を求めよとするものである。年金水準は高く設定する一方、医療や介護に投入する公的給付は抑制することになる。所得保障である年金を手厚くする一方で、医療や介護における自助努力と選択の余地を大きくするという考え方に基づく。

一方、医療・介護優先型とは、年金給付を抑える代わりに、いざ医療や介護を要する場合の自己負担は低く抑えようとするものである。年金水準は低めに設定する一方で、医療や介護に重点的に公的給付を投入しようとするものである。時間をかけて備えることのできる平時の所得保障よりも、いつ

たんに必要となると生活を破滅させてしまうのではないかと不安である緊急時のリスク保障に重点を置く考え方である。

実は、日本の社会保障は、2004年の年金制度改正で、かなり「医療・介護優先型」に踏み込んでいる。このことは、厚生労働省の「社会保障の給付と負担の見直し(2004年5月推計)」を見れば明らかになる(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/05/h0514-3.html>)。2004年度において86兆円(国民所得比23.5%)である社会保障給付費は、2005年度において152兆円(同29%)にふくらむと推計されている。

この中で、年金は国民所得比で12.5%から12%とほぼ横ばいである(2002年5月の推計では2005年度に国民所得比15%までふくらむと推計されていた)。これは、昨年の年金制度改正で、「マクロ経済スライド」を導入し、現役世代の支える力が減少する分だけ給付水準を自動的に調整することとしたことの効果である。

医療は国民所得比で7%から11%に大きくふくらむと推計されていることと比べると、昨年の年

金制度改正の給付と負担の抑制効果は大きいことがわかる。この結果、社会保障費に占める年金対医療対福祉の比重は、2004年度の5.3:3.2から、2005年度には4.4:4.2になると推計され、「年金優先型」から、かなり「医療・介護優先型」に近くなり、ヨーロッパ型に近づいていることがわかる。

以上のような状況を踏まえても、なお社会保障の給付と負担が増えつつあることに対しては、どのような対応が考えられるだろうか。

(1) 現場におけるサービスの効率化

マクロの経済指標の範囲内に社会保障費の伸びを抑えようとしても、実際のサービスの供給は経済指標とは関係なくニーズに応じて決まるので、実効性がない。実効のあるやり方は、現場におけるサービスの効率化である。いわば、マクロ的なアプローチではなく、ミクロ的なアプローチである。今後給付と負担が最も大きく伸びると推計されている分野は、医療分野であり、現場における医療サービスの供給行動の効率化が問題になる。

医療費の伸びは、2004年推計では、平成7～11年度の実績平均から、一般医療費で2・1%、高齢者医療費で3・2%と推計されている。名目国民所得の伸び率が、2007年までは1・0%、その後2010年までは2・5%、その後2・0%と推計されているのとは比べると、高齢者医療費はかなりの伸びを示している。

ただし、ここ数年は、診療報酬改定がマイナスの年もあったこともあり、伸び率はかなり抑えられている。また、医療費全体のGDPに占める割合で見ると、日本の場合8・6%（2002）で、先進国中では低いほうである。医療費の伸びが経済を減らすばかりで、過剰な反応は慎むべきである。

1人あたり医療費の増加は、①診療報酬改定の影響（医療サービスの公定価格の引上げ）、②高齢化の影響、③自然増の3つによるものとされており、このうち、自然増は医療サービスの高度化あるいは技術進歩を反映したものと理解されている。つまり、医療サービスの内容として、コストの高いものが使われるようになってきているというわけである。

1つの疾病に対して医療保険か

で調達していく必要がある。これまで、社会保障の財源は、主に社会保険料で賄われ、一部税財源を投入する形で調達されてきたが、今後どのようにしていくべきだろうか。

社会保険料は、被用者制度（厚生年金・健康保険）においては所得を賦課ベースとするものである。これまで、保険料は医療や年金の給付費を賄うために必要な負担という形で決まってきたため、使途が広範な所得税に比較して、継続的な引き上げに理解を得やすかった。2000年に新たな社会保険制度である介護保険が創設され、保険料負担に理解が得られたもの、介護給付の必要性が理解されたためである。

しかしながら、保険料負担は税の負担を上回るほどになり、これ以上の保険料の引上げに理解を得ることはかなり難しくなってきた。今回の年金制度改正では、保険料の引き上げをしばらくの間行わないもの、18・3%を上限とすることとなった。保険料の賦課ベースは所得なので、給与から「取られる」という負担感の面がクローズアップされるようになってきたのである。

ら支払う額を一定額にする、いわゆる包括払いの方法が用いられるようになってきている。この場合、支払われる額は、どんなにコストの高い医療サービスが用いられようと同じであるから、いくつもの選択肢がある場合は、なるだけコストの低い医療サービスを用いるように医療供給者にインセンティブが働く。ただし、実際に使われたコスト以下の支払しかなされない場合には、適切な医療サービスが行われないなどの無理が生じることになるので、全体として医療サービスのコストが高くなるらざるを得ない状況の中では、この手法による医療費削減の効果には限界がある。

なお、提供される医療サービスのうち、その一部のみ公的医療保険でカバーされるものとする混合診療の解禁の議論があるが、医療サービスの供給が増えることで、保険内と保険外を合わせた医療費は増えることになるし、公的保険でカバーされる範囲が必要以上に制約される恐れもある。混合診療の解禁は、医療費の抑制という観点からは、解決にならないものである。

また、医療サービスの需要面に

また、地域制度（国民年金・国民健康保険）では、これまで、被用者制度からの移転などで保険料が低く抑えられてきたこともあり、比較的負担に理解が得られてきたが、保険料水準が高くなるにつれて、負担感が高まってきている。

保険料負担が継続的に引き上げられてきた間、税の方は数度の所得減税を行うとともに、消費税の比率を高めてきたため、現在、社会保障による所得格差是正効果（シニ係数の改善度）は、税によるそれを大きく上回っており（平成14年度所得再配分調査では、23・5%と0・8%）、その差は年々大きくなっている。給付に応じた負担という性格の強い社会保険料の方が、本来、再配分を目的とした税よりも再配分効果が大きいという現象が生じている。

社会保障の財源調達は、税と社会保険を組み合わせた全体で考えるべきであろう。給付に応じた負担という性格の強い社会保険で賦課ベースを広げるのは難しい。負担能力をきめ細かく評価できるよう、賦課ベースを広く考え、多様な税財源による財源調達を考えるべきであろう。

着目し、受診行動を抑制する方策も採られる。自己負担の引き上げは、無駄な受診を抑制するため一定の効果をもたらしてきたと言えるが、2002年の改正で、患者本人3割、高齢者原則1割の自己負担が導入されたことで、この手法はかなり限界に近くなったとされている。

医療費の伸びの抑制のために、ウルトラCは存在しない。根拠に基づく医療や、ケアからケアへの動きなど、現場におけるサービス供給の効率化を着実に進めることで、医療コストの高騰を抑えていく以外に手はないものと考えられる。

また、今後、医療サービスの需要を減らすためには、若いころからの健康づくり、とくに生活習慣病の予防を地道に進めていくことが重要である。第2次国民健康づくり運動（アクティブ80ヘルスプラン・1998年）から、栄養、運動、休養と心の健康づくりなど、個人の自己選択に基づく健康づくりを中心に置くようになっていく。今後は、多忙や貧困などの理由で、健康づくりをしなくてもできないなど、個人では変えることができない環境に対して働きかけ

我が国においては、消費税を引上げて社会保障の財源にあてることが適当かどうかの議論はあるが、その他の税目についての議論はほとんど行われていない。相続税などの資産税や新たな負担能力に着目した税目などについても、検討されて良いのではないかと。

ヨーロッパ諸国においても、保険料の引き上げが難しくなってきたことから、近年多様な税財源により社会保障の財源を調達するようになってきている。ドイツのたばこ税、環境税、フランスの社会連帯税、社会保障債務税などがあげられる。

新たな税財源を社会保障の財源として導入する場合には、社会保障給付のどの部分を賄うために導入するかの整理が必要である。消費税であれば、高齢者からも徴収するので高齢化に伴い給付が増える社会保障制度の財源として広く使えると考えられるが、逆進性の強い消費税を主に低所得者の保険料軽減や最低保障の給付に用いるのは、所得再分配にならず適当でないとも考えられる。相続税であれば、高齢者から若い世代への移転であるから、若い世代から高齢者への移転の性格の強い社会保障

ることが注目されており、第3次国民健康づくり運動（健康日本21・2000年）からは、自らの健康観に基づく一人ひとりの取り組みを社会の様々な健康関連グループが支援するという視点が導入されている。これは、WHOオタワ宣言（1986年）以来の世界の流れにも合っている。地域や職場集団ごとのきめ細かな環境整備が必要になってきていると言えよう。

健康づくりにより、個人々の医療需要が減り、集団全体としても医療費が削減される証拠が示されると、地域や職場集団ごとに組織されている保険者が健康増進運動に取り組みインセンティブになる。健康づくりは長い継続した取り組みが効果に結びつくものであるし、個人差も大きいことから、健康づくりの医療費削減効果について明確に示したデータはまだ少ないが、データの整備や証拠がわかりやすく示される調査研究が期待される。

(2) 税による財源調達

効率化による努力をしたとしても、社会保障の給付と負担は大きくならざるを得ず、そのため財源を、社会に納得してもらえらるの財源としてふさわしいかもしれない。

そのほか、たばこ税は医療の財源として、環境税は法人負担の軽減のための財源として、それぞれふさわしいと考えられる。

なお、特に年金について、財政方式は税方式と社会保険方式のどちらが適当か、という議論がなされることであるが、これは上記の税財源による社会保障の財源調達の議論とは異なる問題であることに注意する必要がある。

税方式の制度では、給付は拠出に伴う権利ではなく、必要に応じて国家が保護するものという性格上、水準は最低限度であり、また所得や資産のある者には給付されないというミーンズテストを必然的に伴うものにならざるを得ない。個人々が拠出により制度に参加し、自分に必要が生じたときは制度から給付を受けるという助け合いの制度として、選別的なものから普遍的なものへと発展してきた社会保障の歴史を考えると、税方式は当然限定的なものであるべきである。

その意味で、現在検討が必要なのは、税方式の問題ではなく、税財源の問題なのである。

社会保障の見直しのための技術的視点

—不安と不信の解消のために①—

厚生労働省年金局国際年金企画室長 西村 淳

二、給付と負担の水増し

(3) ポジティブな社会保障へ
社会保障は支え合いの仕組みであるから、支えられる人の数を減らし、支える人を増やせば、給付と負担の関係は楽になる。これまでの社会保障は、高齢者をはじめとした受給者を弱者として扱い、支えられる側を固定して考えていたが、これからは、受給者から支え手の側に回ること支援するようなポジティブな社会保障政策が求められる。このような取組みは、財政の視点のみからでなく、社会保障の本来の目的である。

これまでも、支える人の数が減ることに対応し、子どもの数を増やすという観点での少子化対策や、高齢者の就労を促進するための政策が進められてきたが、社会のために個人の行動を規制することは適切でなく、インセンティブとしても有効性に限度がある。人口政策的な観点からのアプローチには限界がある。

欧米諸国の社会保障を見て気づくのは、少子化・高齢化への対応といった、社会全体の人口変動を前提にどう対応するかといった受け身の観点は、もはや社会保障の

主要なテーマにはなっておらず、個人個人の潜在的な能力を活用した自立を目指すという取り組みが主流になっていることである。ウエルフェアからワークフェアへがキーワードとなっている。

高齢者や障害者の就労支援のみならず、母子家庭や、生活困窮家庭、ひきこもりやアルコール中毒等の嗜好などさまざまな問題を抱えて社会に適応できないでいる人たちが、社会に参加できるようにするための、ソーシャル・インクルージョンと呼ばれる取り組みが行われている。こうした取り組みの中では、就労支援と生活支援（とくに医療支援も）を組み合わせて提供することが求められる。

具体的には所得保障を就労能力（エンプロイアビリティ）を向上させるための施策の一環と位置づけ、短期の間に集中的な就労支援のプログラムを受けることを要件とする所得保障制度の再設計が行われている。また、地域において、福祉事務所、保健所、職業安定所などの関連機関が、個人個人のニーズに対応して、柔軟に総合的なサービスの組み合わせを提供する仕組みも設けられている。産業構造の変化や不況で不安定な雇用に

さらされている若者への取り組みも特徴的である。
日本でも、生活保護制度の中で、2005年から個人毎の自立支援プログラムが作られることとなり、受給者の自立支援が制度化されたものとして評価できる。

若年出産、離婚・片親家庭の増加、ひきこもりなど、家族の不安定化に対する対応も必要である。雇用と同様、家族も個人にとって最も基本的な社会とのつながりであり、自立していくためには、家族への支援を進めていくことが不可欠である。日本においては、この分野では、少子化対策として、就労と家庭の両立支援策が行われてきたが、欧米においては、こうした家族の支援が、就労支援と生活支援の組み合わせの下で、家族政策として行われていることが特色である。

三、制度体系と保険者のあり方

現在の日本の社会保障制度の主なものは、社会保険方式となっている（年金・医療・介護）が、制度体系は地域保険と被用者保険に分かれ、原則として組織された保険者の範囲内で助け合うこととした上で、制度間で財政調整をして

いる。このような日本の制度体系の特色は、被用者の労働能力の喪失リスクを保障する被用者保険（ビスマルク型社会保険）に加え、その他の国民全てに対して基礎的な保障を行う地域保険（ベヴァリッジ型社会保険）を組み合わせたことによる。一方で、2つの型をつぎはぎしたために、誰のどのようなリスクをカバーするのかという点に関する統一的理念がわかりにくくなったとも言われる。

このような制度体系は、1961年に国民皆保険が達成されて以来、基本的に維持されてきたが、現在、時代に合わない部分が出てきたと思われるようになってきており、不公平感が制度の持続可能性への不安感となっている。助け合いが公平性を納得できる範囲のものになるようにする必要があるので。

(1) 非正規雇用の増加

現在の制度体系が現実と合わない点の一つは、パートや派遣など非正規雇用の増加と社会保障制度上の取り扱いである。

実はこれまでも非正規雇用は多かった。日本の雇用は、従来は終

身雇用・年功賃金・企業内組合を特徴としてきたと言われているが、これは必ずしも正しくない。終身雇用を享受してきたのは、大企業・大卒・成年男子を中心とする被用者の3割程度であった。不況時には仕事を辞めて家庭や田舎に戻る層が、膨大な景気のバツファアとして存在していたとされる。いわゆる二重構造である。

しかし、近年に状況が大きく変わったのは、これまで正規雇用であった大企業・大卒・成年男子の人たちのなかに、パートや派遣などの非正規雇用が多くなっていることである。現在、就業者の3割がパートタイムになっているといわれている。

こうした変化は、90年代後半以降の日本の経済社会の急激な構造変化に伴うものである。グローバルな競争で企業の経営コストの引き下げが迫られる中で、労働コストの軽減を図った。また、IT化による一部の労働者と単純労働者の二層分解、サービス産業化による低賃金労働需要の増加など、産業構造の変化に伴って、単純・低賃金労働などを非正規雇用に置き換える動きが進んでいる。さらに、生活と仕事のバランスを求め、ライフスタイルなど、多様な働

き方を求める若い世代の選択も背景にある。

これまでの社会保険制度では、これら非正規雇用労働者の多くは、被用者制度ではなく、地域制度でカバーされることになっている。具体的には、パートであれば勤務時間が正規職員の4分の3以下である場合や、派遣であれば継続した派遣が2ヶ月未満の場合などは、制度上被用者としては取り扱われない。この結果、地域制度の加入者のかなりの部分はこうした被用者になっており、地域制度はもはや自営業者や農業従事者の制度であると言えない実情になっている。

同じ職場に働く労働者でありながら、社会保障上の取り扱いが異なる（給付水準も低い）のは、非正規雇用労働者の処遇上の差別の一環である。正規・非正規・非就労というように、身分の変化を頻繁に伴う場合は、異なる制度への脱退・加入を繰り返すことになり、手続きミスや加入ミスを犯すことにもなりがちであるとの批判もある。個人加入になるために、実際には加入せず、老齢・障害や医療の保障に欠け、いざというときに困る、というような事例も見られる。

非正規雇用を正規雇用と同様に被用者制度に加入させるべきとの考え方に基づき、今回の年金制度改正にあたり、厚生労働省では厚生年金の非正規雇用労働者への適用の拡大を提案したが、労働コストの増大を恐れるサービス業界を中心とした経済界の同意を得られず、見送りとなった経緯がある。

しかしながら、次のような理由から適用拡大は進められるべきであると考えられる。まず、助け合いの範囲という点を考えれば、非正規雇用労働者が地域制度の中で、自営業者や農業従事者と助け合うよりは、被用者制度の中で、同じ職場で働く他の被用者と助け合う仕組みの方が、納得を得られやすいだろう。また、社会保険適用を含めて、正規と非正規の均等処遇を行うことは、労働移動の円滑化と優秀な人材の確保に寄与することになり、短期的な視点で差別的な処遇を行い、安い賃金で非正規雇用労働者を使うよりも、長期的には企業にとってメリットになる。さらに、不安定な非正規雇用の安定化に資することで、個人の将来不安の緩和になるとともに、日本社会全体の先行き不安を緩和し、経済にも好影響を与えることが期待される。

(2) 被用者制度と地域制度の間の財政調整

主に年金制度に関して、分立している制度を一元化し、国民全てが同一の制度に加入するようにすべきだとする主張がある。このような意見が出てくる理由としては、現在の制度体系は、職業など身分によって異なる制度に加入することになっており、身分が変わる毎に手続きが必要になり、わかりにくいことがあげられている。年金制度の一元化の主張は、わかりにくい年金制度の信頼低下を批判する標語になっている面が強いが、もう一つ、制度間の財政移転が生じており、不公平だと思われることがあげられる。

現在の制度体系は、大きく地域制度と被用者制度に分かれており、保険料の徴収の仕方が異なっている(定額と報酬比例)。給付の際は共通の基礎年金(定額)が給付され、基礎年金給付の財源は、各制度から人数比により拠出されるため、結果的に被用者制度から地域制度への財政移転が生じている。産業構造の変化で地域制度は被用者制度に比べ成熟度(高齢化率)が高くなっているためである。全国民に老後の基礎的な生活を保障する基礎年金は、制度間の財政

調整の役割を果たしているわけである。

したがって、制度を一元化し、職種にかかわらず所得に比例して保険料を徴収し、拠出に応じて給付を行う仕組みにすると、こうした財政移転がなくなり、地域制度の加入者の負担が大きくなる。現在の財政調整の仕組みは、不公平な仕組みだと考えるか、産業構造の転換等に対応する必要なものだと考えるかが問題である。

被用者制度から地域制度への財政移転は、大都市圏から地方への移転であると考えられる。公共事業、農業補助金、地方交付税、郵政事業なども、同様の移転であると思われる。戦後の経済成長は、工業化と、地方から大都市圏への大規模な人口移動を伴うものであった。そのまま放置しておけば、地方は荒廃してしまつたところであるが、公共事業などによる大都市圏から地方への財政移転は、地方の居住環境を維持し、老親の生活の場であり続けるとともに、不況時などに里帰りする場であり続けた。そのような意味で、こうした移転は、国土の均衡ある発展にある程度寄与し、戦後日本の経済成長を支えた仕組みであったと言ふことができる。

きる(そして、政治システムも、地方に選挙基盤をおく政党が長く政権党であり続けたこと、こうした移転を支えてきたと言ふ)。

被用者保険制度から地域保険制度への財政移転は、こうした移転の社会保障分野における現れである。日本の医療・年金における皆保険制度は、農村部における地域制度である国民年金・国民健康保険の確立をもって達成されたが、これは、世界でも類を見ない快挙であったと言つてよい。地域保険制度が農村部での生活保障に大きな役割を果たしてきたことを考えれば、農村部の比重がなお高いアジア諸国での普遍的な社会保障制度の確立に当たっては、日本の地域保険制度の確立の歴史が大いに参考になると考えられる。

このように、被用者制度から地域制度への移転は、戦後日本の経済社会システムを支えてきた大きな仕組みの一部であるということができると、これを変えて、制度を一元化することは是非は、こうしたシステムそのものの見直しいかんという問題になる。先程述べたように、現在、地域制度の加入者の多くをパートなどの非正規雇用の被用者が占めている。こうした人たちは、なるだけ

なっている。

医療費が急増する中、比重が高いのは高齢者医療であることから、高齢者医療制度の在り方の問題が改革の焦点となっている。年金における一元化と同様の観点で、制度間不公平を解消するために、75歳以上の高齢者の独立した制度をつくる独立保険方式と、制度の分立は維持したまま、年齢の違いによる給付の差異や所得の違いによる負担の格差をふまえ、制度間で財政調整を行うリスク構造調整方式が提案されている。

制度を一元化してしまう方式については、年金の場合と同様、大都市圏から地方への財政移転をどのように考えるかという問題があるほか、医療保険の場合、保険者の健康増進や医療費効率化の努力の余地が働くため、そのような保険者機能を果たしやすい規模で保険者を構成する方がよいのではないか、という指摘がある。

また、保険者の単位については、現在市町村が保険者になっている国民健康保険の保険者を、都道府県単位にするという案が出されている。都道府県単位にした方が財政力は強化されるが、基本的に助け合いは目に見える範囲で行われることが望ましく、都道府県とい

うのは大きすぎるのではないかという意見もある。

四、技術的視点を超えて—日本経済の進路と社会保障

本稿は、社会保障の見直しに関して、技術的視点から論点整理したものであるが、最後に、技術的視点を超えて、日本経済の進路との関係における社会保障の位置づけを考える視点について、言及してみたい。

日本経済が低迷したバブル崩壊後の90年代は「失われた十年」と呼ばれるが、とくに90年代後半からは、マイナス成長、デフレ、高失業率、金融不安、先進国一の赤字財政、格差の拡大など、これまでになかった現象が生じている。これは、単なる循環的な景気低迷ではなく、日本の経済社会に構造的な変化が生じたのだという見方が広がっている。

その原因としては、経済のグローバル化に高度成長時代の古い日本型経済システムが対応できなくなっているためであるという、特に供給面に着目した見方がある。一方で、急激な経済社会の変化に対する先行き不安のために、賃金と消費が低迷しているためであると

いう、特に需要面に着目した見方がある。

供給面に着目する視点からの経済政策は、構造改革論である。政府規制・法人資本主義・終身雇用などに代表される日本型経済システムを解体して、非効率な政府部門を縮小し、市場原理を活用しようとする観点から、規制緩和や民営化を進めることが求められている。既得権を剥奪し、生産性の高い成長産業(これには医療・福祉も含まれる)に資源が円滑に移動するようにしようとする。社会保障の分野における質と効率の向上など利用者本位の制度改革(擬似市場政策)は、こうした視点から求められているものである。

需要面に着目する視点からの経済政策は、これまでは公共事業による景気刺激が中心であったが、近年は、公共事業の乗数効果の低下から、社会保障の地域間・世代間・世代間の分配による消費創出効果が注目されるようになってきた(福祉は単なる移転ではなく、投資であるという視点)。

最近では、それに加え、経済社会の急激な変化の中で、金融不安、財政赤字、日本経済の先行き、リストラ、格差の拡大など、広範な

被用者制度へ加入するようにしていくことが必要であろう。しかしながら、それでも地域制度に残る農業や自営業者の異なるところや、なお大都市圏から地方への移転が一定の役割を果たし続けていることから、地域制度への加入を当面維持することが妥当ではないかと思われる。

(3) 保険者を組織する単位

医療保険制度に関しては、保険者を組織する単位が問題になっている。地域保険は、財政基盤が弱く、高齢化率が高い被用者以外の人で組織されている。とくに、高齢者が引退後加入してこるために、支出は増える要因が大きく、財政力の弱い市町村保険者にとって、大きな財政負担になっている。一部国庫負担や都道府県負担も導入されているが、保険者組織の単位を改め、より大きな単位で保険者を組織するようにしないと市町村財政がもたないという市町村長の悲鳴が聞こえる。現在は、老人保健制度において、どの保険者も同じ割合の老人が加入しているものとして財政調整を行っているが、それでも国民健康保険の財政は厳しくなっており、改革が必要に

将来不安が賃金と消費を低迷させるとともに、治安の悪化や社会不安をおこしているという点が注目されるようになってきている。こうした中で、こうした不安を解消するための制度である社会保障が、経済社会の安定のために果たす役割の重要性が改めて認識されるようになってきている。

一方で、社会保障そのものの安定性や公平性に対する不安自体が、将来不安の一つになっているとの指摘もある。とくに現役世代は社会保障負担の引き上げに対する不安があり、受給世代は社会保障給付の引き下げに対する不安がある。本稿で述べたような効率と公平を求める社会保障制度改革は、制度が支持され安定するためには不可欠であり、ひいては日本の経済社会の安定につながる。こうしたことに関し、技術的視点にとどまらない広範な理解が世の中で得られることが必要なのではないだろうか。

「意見をお聞かせください」PXW13305@nifty.ne.jp。また、諸外国の社会保障の実証的な比較研究等については、筆者ホームページ <http://homepage2.nifty.com/westvillage/> (を)参照してください。