

社会保険統合の可能性に関する一考察

東京医科歯科大学大学院
医療経済学分野 教授 川渕孝一

平成 18 年 3 月

はじめに

最近、「人口減社会など！取るに足りない」という論調の報告書や書物をよく見かける。その論拠はこうである。現在、日本は1億3000万近い総人口を抱えているが、フランスや旧西独や英国は5000万～6000万人で十分やっているではないか。たとえ人口の総数が減っても一人当たりの所得が上昇するならば一人ひとりの生活水準は向上し続けるのだから問題ではない、というのである。さらに開き直った説は、かりに今から少子化対策を打ち出しても、その政策が効果を発揮するのは、次世紀でもう遅きに逸したというもの。そんな説がまかり通ったらどうだろう。“群集心理”として日本人はますます子供を生まなくなり、少子化が進むだろう。大きな勘違いは次の2点。

一つは、日本の総人口の減少は人口構成の急速な高齢化を伴いながら、「若い働く世代」の人口が減っていくことである。扶養率という指標がある。高齢者数（65歳以上）を労働力人口（20～64歳）で割った値だが、扶養率は2004年の約30%から2050年には約70%に高まる。現在は働く世代が3人で高齢者1人の面倒を見ているが、今世紀半ばには1.5人で1人を見ざるを得ない。

いま一つは、労働力人口が減る結果、よほどの生産性の上昇でもない限り旧西独、仏、英の三ヶ国の国内総生産（GDP）の合計に匹敵するわが国の経済規模も余り増えないということである。しかし、経済規模が増えない中で、高齢者の年金、医療、介護に使われる社会保障費の比率はどんどん高まる。高齢者の社会保障費比率上昇の原因は働く労働力人口の減少でGDP、つまり国全体のパイが増えないことである。扶養率急上昇のマクロ経済的意味合いは1.5人が働いて稼ぎ出す所得で一人の高齢者の消費（年金、医療、介護など）の面倒をみるということである。だからこそ2004年の国の年金制度改革では、国全体のパイの増える範囲内に年金給付を抑えることを決めた。医療、介護とてGDPが増える範囲内でしか面倒をみることはできない。一方で若い労働人口が減ってGDPが増えにくくなり、他方で高齢者は増え、その年金、医療、介護などの消費が増える。だからといって高齢者の消費をGDP内に抑えようとする高年齢者の社会保障の切り捨てになる。そのバランスをどう取るかが、今後の日本の成否を決める。

総務省が5年ごとに実施している全国消費実態調査によれば、2004年11月末の一世帯当たりの資産総額は3900万円で、5年前の前回調査（1999年）に比べて11.1%減少したという。地価下落で、資産全体の56%を占める宅地資産が18.6%減少し、住宅資産も2.3%減ったのが主な原因である。貯蓄から負債を差し引いた金融資産は、景気回復を背景に貯蓄が増え、6.1%増加した。世帯を年収別に10段階分類した場合、年収が最も多い「平均1668万円」の世帯の平均資産額は8161万円、最も少ない「同212万円」の資産額は2434万円で、格差は3.4倍だった。格差は、調査を始めた1989年が5.0倍、94年3.4倍、99年3.1倍と縮小傾向にあったが、初めて拡大に転じた。

他方、財政制度等審議会（財務相の諮問機関）は2006年3月に2011年度に基礎的財政

収支（プライマリーバランス）を黒字化するのに必要な「財政の長期試算」を公表した。国の一般会計歳出の2割弱に当たる13兆1000億円の削減が必要という。社会保障費や公共事業などの大幅な削減が求められるため、増税が避けられないことを強く示唆している。経済財政諮問会議は11年度に財政収支を黒字化するには、国と地方を合わせて20兆円の歳出削減が必要との試算を示している。財制審の試算はこのうち国の一般会計に限って黒字化に必要な削減額を示した。各目成長率が3%、長期金利が4%で推移すると仮定している。

11年度の財政収支黒字化に加え、その後に「2015年度から国債残高の国内総生産（GDP）比を低下させる」との目標を達成するには、一般会計歳出の32%に当たる約27兆円の削減が必要という。財制審は歳出削減をしないなら、11年度には消費税率を15%にする必要があると指摘。15年度からの目標達成には22%まで税率を引き上げる必要があるとした。社会保障費の伸びを名目経済成長率並みに抑えて11年度に財政収支を黒字化する場合、医療費の自己負担は現在の約1.3倍、介護費は同1.5倍になる見通しである。公共事業などの経費は42%の削減が必要で、社会資本整備の中止や中断が続くなどと指摘している。まさに、「歳出削減が無理なら増税しかない」と言わんばかりである。

しかしながら、こうした「人口減」、「格差社会」、「財政再建」という“三重苦”の中で社会保障の効率化、より具体的には社会保険の統合という「打ち手」は考えられないだろうか。社会保障学者の草分けでもある大林良一（橋大学）教授は「社会保険（春秋社）」の第六章社会保険事故の中で次のように述べている。

「(前略)従ってここでは専ら直接的に所得の保障をなすことを要する事故のみが問題となる。即ち生活のための所得を減少もしくは喪失せしめ又はその所得を以てしては賄い得ないような失費を発生せしめる事故である。かくのごとき事故の種類として、疾病、障害、出産、廃失、老齢、死亡及び失業が考えられる。これ等の事故の分類は種々の方面から試みられる。例えば、稼得能力の喪失を齎す事故の発生原因を区別標準として、生物学的危険(疾病、障害、出産、廃疾、老齢、死亡)と経済的危険(失業)との分類がある。次に稼得能力喪失期間を標準として一時的なもの(障害、疾病、出産、失業)と永続的なもの(廃疾、老齢、多子)及び永久的なもの(死亡)とに分れる。更に保険給付を準備するために短期計算にて足りるもの(傷害、疾病、出産、失業、死亡)と、長期計算を必要とするもの(廃疾、老齢、死亡)とに分かつことが出来る(以下略)」と。

国民皆年金、皆保険が登場する前の1952年に刊行された書物だが、社会保険の真髄を突いた名著である。当時は、わが国が未曾有の少子・高齢社会を向えるとは想像だにしなかっただろうが、まさに今日の日本は個々人の社会保険事故を有機的に統合する仕組みが求められると言えよう。本報告書はこうした問題意識に沿って、どうすれば社会保険の統合が可能になるかをまとめたものである。本報告書は全部で三章からなる。まず序章では、わが国の社会保障制度の“お手本”とされたドイツで何が起こっているかを紹介した後、ドイツに先んじて人口減社会に突入したわが国が抱える構造的問題について言及する。続

く第二章では、そうした中でどうすれば社会保障制度改革のブレイクスルーが実現できるか、年金、医療、介護の 3 つに絞って、それぞれ単独で達成可能な改革案を披露する。そして最後の第三章では、本報告書の本題である社会保険の統合について、いくつかの先行研究をベースにその具体的な工程表を提示する。特に、社会保障の支え手を増やす施設として「育児年金」の創設について言及する。

まだまだ練られていない部分が多く、稚拙な箇所も散見されるが、少しでも社会保障制度改革に役に立てば栄光である。

平成 18 年 3 月

川渕孝一

目次：

はじめに

序章. 人口減社会にいかに対応するか	P6
■迷走を続けるドイツの社会保障改革	P6
■経済の見直し	P13
■労働市場の見通し	P14
■財政の見通し	P15
第二章 求められる社会保障制度改革のブレイクスルー	P19
■年金制度の将来ビジョン	P19
■医療制度の将来ビジョン	P20
■求められる安定財源	P25
■介護保険制度のこれまで	P29
■介護保険制度のこれから	P30
■「タテ割り」が「ヨコ割り」へ	P32
第三章 社会保険統合の工程表～社会保障の支え手を増やす施策の実施を！	P38
■自助・共助・公助のバランス	P38
■中心は共助	P39
■求められる「社会保障個人会計」	P39
■国民保険構想の実現可能性	P41
■技術的課題	P43
■（高齢者）医療保険と介護保険の統合は可能か	P44
■医療保険の「療養費払い論」	P47
■国民保険構想の政治的課題	P48
■児童手当と年金、介護の連携	P51
■加入者は全国民	P54
■長期的な出生率向上に向けて	P54
■不可欠な「多様な働き方への対応」	P55
■注目されるオランダ型ワークシェアリング	P57
結びに代えて	P59

参考文献

序章 人口減社会にいかに対応するか

■迷走を続けるドイツの社会保障改革

わが国の社会保障制度はドイツがモデルとされる¹。そして、アジア諸国でも、わが国の社会保険方式に習って、1989年に韓国が、1995年に台湾がそれぞれ国民皆保険制度を導入している。しかしながら、その"本家本元"のドイツで色々な矛盾がふき出している。どうしてこんなことになったのだろうか。外国人から見たドイツの社会保障制度の現状を報告した、大変興味深いエッセイが台湾の商業雑誌「Panorama」に投稿されたので、少し長文だが紹介しよう。

国民健康保険は、どこの国でも問題山積のやっかいな制度です。ドイツの100年の経験は台湾のこれからの参考になるのでしょうか、それとも将来への悲観を深めるだけでしょうか。20年前に、ドイツに来たばかりの時、私は大学の健康保険強制加入に戸惑いました。保険に加入していないと、学籍登録ができないのです。一銭も無駄にしたいくない貧乏学生にとって、毎月68マルク（当時で約1200台湾ドル相当＝約5,500円）の支出は何と言ってもこたえました。無論、一般のドイツ国民が納める保険料はその7～8倍で、学生の保険料は断然安かったのですが、当時の台湾では国民健康保険制度が実施されておらず、大学を卒業してすぐ留学した私には、公務員保険や労働者保険の加入経験もありませんでした。それにきわめて健康だったおかげで、たまに歯医者に行くぐらいで、病院やお医者さんにも縁がなかったのです。それなのに毎月支払わなければならない保険料がもったいなく、私が納めた保険料で、保険会社は見も知らないドイツ人の治療を補助しているのかと思う

¹わが国の社会保障は、一般に、1922年（大正11年）に制定された健康保険法をもってその嚆矢（こうし）とされているが、近代的な社会保障制度の歴史は、1881年（明治14年）、ドイツにおいてつくられた社会保険の計画に始まるといわれる。ドイツでは、この計画に基づいて、労働者の疾病保険に関する法律、災害保険法、廃疾老齢保険法などが次々に制定されたが、他の欧州諸国においてもこのような動きに刺激されて、19世紀末から20世紀初めにかけ社会保険が次第に実施されていった。ちょうどこのころ、わが国においても日清戦争の勝利と戦後経営の時期を迎えて、近代工業の発達が顕著になると、労働問題も広く世間の注目を集めるようになり、有識者の間では、労働者の生活を安定させ、ひいては資本主義の円滑な発展を図るため社会保険を創設することの是非について、活発な議論がかわされるようになった。大正時代に入ると、第1次大戦を契機としてわが国経済は飛躍的な成長を遂げることになるが、一方において、戦後のインフレーションによる実質賃金の低下に伴う労働争議の頻発、米騒動の全国への波及など不安定な社会状態が続き、社会保険の問題も、調査研究の段階から早急な実施を必要とする段階へと移行するところとなり、こうした状況の下で、大正11年、健康保険法が制定され、1927年（昭和2年）1月、全面的な施行をみた。この法律の目的は、労働者の生活上の不安を除き、労働能率の向上と労使の協調によって、国家産業の健全な発達を図るというもので、その意味では、ドイツ型社会立法の性格を有するものであった。

と、気持ちがおさまりませんでした。

損して得取る

「お金で安心を買えばいいでしょう、健康が何よりだから。安い保険料で済んだと思えばいいのよ。いつか、納めた保険料より高いお金をあなたのために保険会社が支払うようになったら大変よ」と友人は慰めてくれました。それでも損して得取るという気持ちにはなれません。というのも、毎月の保険料を支払っていない人がいたからです。例えば大家さんです。80 数歳の高齢の母親と娘なのですが、二人とも働いていなくて収入がなく、裏手に建てた家を部屋毎に貸し出した家賃で生活を立てていたのです。手元はきつそうに節約暮らしてました。健康保険に加入していないので健康には特に気を使い、風邪などは民間療法で済ませ、冬になると外には出ません。万一滑って転びでもしたら、治療費が大変だからです。しばしば私たち店子が頼まれて、買い物に行きました。こうしてびくびくして気を使いながら春夏秋冬を過ごしたためか、私が引っ越すまで、幸いに大きな病気もしなかったようです。その頃は、保険料を払わずに済ませている母娘が羨ましかったのですが、後になって漸くその危険な生活の大変さが分かりました。高齢のお年寄りはどこでも病院のお得意さんですが、病気になったら大変です。ドイツで病院に行くと自費で治療を受けたら、破産してしまいます。こうして何年か、しぶしぶ学生保険を支払いましたが、その腹いせに、保険の利く一番安い眼鏡を買って元を取りました（上等のフレームだと、自腹で差額を払わなければなりません。軽度の近視で眼鏡をかける必要もなかったのですが）。学生でなくなって、あれほどいやいや払っていた学生保険がどれほど安かったのかを知りました。同じ保険会社なのに、学生でなくなると 68 マルクから 320 マルクに激増したのです。

三方三両の損

「まったく、人を食い物にしてるのかしら」と、社会人経験の長い友達に憤慨すると「早く仕事を探すことね。会社が半分支払ってくれるから」と言うのです（ドイツの規定では、雇用者は被雇用者の保険料の 50%を負担することになっています）。そうだったのかと、その時やっと気が付きました。数年毎に保険料が引き上げられる、と新聞の経済面に雇用者の不平不満が報道されていたのも、雇用者負担が増すので、人事政策を見直して人員削減を考えなければならないからです。そうした状況が、すでに深刻になっていたドイツの失業率をさらに押し上げました。その一方、BKK、Barmer、AOK などの保険会社にも不平がありました。彼らにしても保険料を引き上げて批判的にされたくはないのですが、毎年赤字続きではやむを得ません。ことにここ数年、ドイツでは高齢化が進み、医療費が急増しています。定年退職者が納める保険料はわずかだし、失業率が上がり続けていますが、失業者や生活保護を受けている人は保険料免除か、支払っても気持ちばかりです。保険会社の収入は減る一方、支出は増える一方となります。さらに悪いことに、現代の医療技術

の発達により病気の種類も増えているのです。治療のための高価な新薬が次々に発売されていますし（薬品だけで保険料支出の 20% 近くになります）、長期の病気休暇をとった人の給与も、保険から支払われます（雇用者は最初の 6 週間の給与を負担、そのあとは健康保険が負担）。保険会社にも言い分はあるのですが、それに対して患者側にも言いたいことがあります。多くの場合、保険料は毎月の給与の 14% にも上るのに、病院に行くと二級国民の差別を受けます。個人として保険に加入している患者の方が、病院でははるかに大切に扱われるのです。

苦情と不平の嵐

大分以前、テレビの討論番組を見たことがあります。健康保険制度がテーマでしたが、まず健康保険加入者の代表が発言していました。その人の母親のお腹に固いものができていて、すぐ病院に行ったのですが、検査は 1 週間後と言われました。ところが 4 日後に激痛が起きて救急にかかると、腫瘍のために腸閉塞を起こしていました。そうすると手術して切除し、人工肛門を取り付けるしかありません。治療した医者話によると、数日前に処置しておけば、ここまで悪化しなかったと言われたそうです。この代表はまさに憤懣やるかたない様子で、言葉を続けました。こういった病気の場合、個人保険加入者であれば順番を待たずに優先的に治療を受けられるし、たとえ金曜日（ドイツでは休みの所が多い）でも 1 時間以内に検査を受けられ、どの先生がいいか知っていれば手術の執刀医を指定もできると言うのです。この話を聞いた健康保険加入者の代表たちは、一斉に抗議の声を上げました。9 割のドイツ人は強制加入（ドイツの法律規定で月収 3860 ユーロ、約 15 万台湾ドル以下の者は、健康保険加入の義務がある）しなければならないのにこれでは不公平、社会主義の精神と原則に反するではないかというのです。批判された病院側も黙ってはいません。健康保険会社の支配と搾取を受けて、その専門知識と労力を買い叩かれている、だからこそ医者志望者が年々減っているのではないかと反論します。確かに 97 年には医学生は 1 万 2000 人を数えたのに、2003 年には 6800 人に半減し、さらに 6300 人のドイツ人医師が待遇に不満のため、給料のいい外国で働いています。健康保険の診療報酬だけでは食べていけないのです。病院側は保険会社の横暴を非難します。一方的に診療報酬基準を規定し、それもきわめて低価に設定され条件や制限が多く、人数ごとに点数を数えるといいます。個人保険であればレセプト通りに全額請求できるので、医者は給与（公立病院は安月給）以外の収入を受け取れます。

欠陥だらけの総額制

それは確かにその通りなのです。台湾人の目から見ると、医者は人も羨む高収入なのですが、ドイツでは学校の先生とあまり変わらない公務員待遇で、個人のクリニックでもその収入は大したことはありません。台湾から来た友人がドイツの医者で結婚し、ご主人は田舎にクリニックを開きました。50 キロ四方で唯一の病院のため商売繁盛、毎日患者が絶

えないということで、それは羨ましくなり「さぞや儲かるでしょうね」と言うと、友人は苦笑しながら「それがね。疲れるだけで儲からないのよ」と頭を振ります。その説明によると、保険会社には診療人数の制限規定があり、それを超えて診療しても報酬は支払われません。(編集注:台湾の国民健康保険の総額給付制に類似)そこで余分に患者を診た分は、無報酬の人助けです。このテレビ討論では、最後には保険会社の代表に矛先が向けられました。制度設計が悪く、むやみに規定ばかり多くて、病院は報告書や申請書の作成に追われ、煩雑な書類処理だけで患者一人当たり 180 ユーロを費やし、しかも毎年増加するばかりで、経済効果にそぐわないと批判します。病院側の批判が終わらないうちに、一人の女性が立ち上がり「保険会社は赤字続きで保険料値上げが必要だと言うが、自宅近所の保険会社は立派なオフィスを建てては増築しているではないか」と糾弾します。必要なのは医療サービスで、立派なビルではないと声が上がりました。そのテレビ討論会では、ドイツ人の伝統的な論争精神が発揮され、誰もが立派な理屈を述べ立てます。その時はよく分からないところが多かったのですが、何年かたって自分が長期患者になってみると、ようやく健康保険制度の内実が見えてきました。

平民から特権階級に

友人の意見に従って仕事を探してみたものの見つからず、結局のところ、家庭という檻に入ってしまった。この新しい雇用者は鷹揚で、保険料を全部支払ってくれて、私は一銭も払う必要がありません。結婚したおかげで、平民階級の国民保険から特権階級の個人保険に鞍替えできました。その時はきわめて健康だったので、個人だろうが国民健康保険だろうが関係なく、いずれにしても他人の治療費のために保険料を払っているだけと思っていました。しかし、状況は思いがけない方向に変化します。生まれて初めて入院したのは出産で、その経験から健康保険と個人保険の違いが身に染みました。ドイツの患者にはふたつの階級があるのです。主人は私のために、市立公園のそばの環境がよく静かで、費用のかかる個人産婦人科を選び、医師も指定してくれました。国民健保の患者は四日で退院させられますが、私はテレビにバストイレ付きの個室で、まる一週間入院していました。病院のスタッフは懇切丁寧で礼儀正しく、朝 7 時になると部屋を掃除しても良いかと聞きに来ます。また産後のリハビリ専門家が毎日着て、子宮収縮の運動を指導します。数年前、ミュンヘンの公立病院で出産した大学の先輩を見舞ったことがありました。彼女が入院したのは、普通の国民健康保険患者の 4 人部屋でした。バストイレは共用だし、何より落ち着かないのです。「朝 6 時前から清掃スタッフに起こされ、掃除のためにベッドから追い出されるし、4 人部屋で見舞い客が絶えず、夜中は 2 回の授乳のために起こされ睡眠不足で堪らないわ」と嘆いていました。個人保険と国民健康保険、確かに、支払っただけの差はあったようです。二回目の入院は、本当に病気でした。胆石除去のための内視鏡手術を受けました。今度こそ保険会社から保険料の元を取ったわけですが、ちっとも喜ばませんでした。儲かったというより(出産は別ですが)、健康を失うという損失の方が大きく、

もし選択できるなら、一生の保険料を無駄に払っている方が幸福です。しかし、病気というのはどうにもなりません。数年後、腫瘍で何回も手術を繰り返し、次第に病状が悪化していったときは、保険会社に申し訳ないと思いました。悪いことは重なるもので、父が台湾で心臓の手術を受けました。遠く離れて心配で、いても立ってもいられず、とにかく無事手術を終えて退院したと聞いた時は、すぐに国際電話をかけて、早く良い療養院を探すように母に言いました。母は「療養院、台湾にそんなものないわよ」とため息をつくのでした。

療養院へ行こう

ドイツにずっと暮らしていたために、療養が医療システムの一部として組み込まれていることに慣れて、台湾のことを忘れていました。ドイツでは大手術を終えた患者は、医師の証明書を受けて、風光明媚な場所にある公立、私立の療養院に入ります（チェコやオーストリアなど国外の療養院も保険が利きます）。療養院の費用は個人か国民健康保険で賄われます。療養が早期の健康回復に役立ち、その後の医療費削減に繋がって、保険会社と患者双方に利益があると考えられているからです。しかも短期療養では効果が上がらないと、少なくとも1ヶ月以上、しかも継続して療養しなければならず、途中で退院することはできません。こういった至れり尽くせりのおかげで、近所のご主人は北海の療養院にいたため息子さんの卒業式に出られませんでした。この療養院ですが、実は病気でなくとも入れます。ある日、お掃除を頼んでいた小母さんが、療養に行くので三週間休む（病気ではないので期間は短い）と言うのです。「保険が利いて2年に1回利用できるのも、ちょうどいい無料のバカンスですよ」と言われて驚きました。「子供が小さい時は母子療養に行きましたが、今は大きくなったのでね、一人で行きますよ。これは権利ですからね、行かないと損ですよ。1階の失業中のご家族も2年に1回行ってますよ」と、私にも利用を勧めます。それはそうだけど、病気でもないのに療養に行ってしまうのかと不審顔でいると「病気の予防ですよ。主婦だって毎日家事や夫、子供の世話に追われてストレスも大きいでしょう。時にはゆっくりしないと。無料なんですから。ストレスでうつ病にでもなったら精神病院に入院することにでもなったら、大変な費用がかかりますよ。保険会社も考えているのね」と、理屈は立派です。当然といった様子で理屈にならない理屈を振り回す様子に、開いた口がふさがりません。ドイツ人は社会福祉に毒されているのでしょうか。

天文学的赤字の不安

こういった事情にも、その歴史的由来があります。ドイツは世界で最初に健康保険を実施した国です。19世紀末、鉄血宰相といわれたビスマルクが、ドイツに国民的健康保険制度を導入してから、社会福祉を権利とする考え方が深く根付きました。100年余りの歴史を経て、その経験は豊富ですので、台湾もそれに学べるのですが、制度は古くなると、問題も増えていきます。ドイツの健康保険法を長年にわたり研究している専門家の許淑霞さん

によると、ドイツの健康保険は問題が山積し、維持するためには改革が必要だといいます。基本的には、個人保険は営利を目的としており、必ず利益が上がるようになっているし、保険加入者数も余り多くないので、機敏に運用戦略を立てられます。これに対して、国民健康保険は巨大な規模の機構となっており、一部に手をつけると全体に響くため、大胆な改革は難しく、段階的にゆっくり変革していくしかありません。現在のところ、国民健康保険改革は消極的な対症療法に留まり、問題が起きてから対策に努めているのがやっとなです。しかし、抜本的な対策といえ、保険加入者の考え方を変えるところにあり、病院とは病気になってから行くところで、用もないのに元を取るために行くところではないということを徹底する必要があります。他山の石と言いますが、ドイツの健康保険制度の欠陥に学べば、台湾でも無駄な試行錯誤を省けるのではないのでしょうか。理屈はどうあれ、ドイツでは医療保険は社会福祉と見なされ、毎年赤字が続いて、収支バランスの回復はいつになるのか見通しが立ちませんが、だからといって制度を廃止するわけにも行かないのです。何とか支出を減らし、天文学的赤字がいつの日か、消えていくのを待つしかありません。

わが国の社会保障制度の“お手本”とされてきたドイツが、こうした状況に陥ったのは何故だろう。それは、21 世紀に入り、本格的な少子・高齢社会がやってきたのに、国の将来ビジョンが明らかになっていないからである。それは、ドイツだけではない。アジア諸国、さらには、ロシアやルーマニアと同様に、「人口減社会」に突入したわが国はより深刻である。アジア諸国は日本と比べて、まだ高齢化問題は深刻化していないが、韓国、台湾、シンガポール、中国の都市部における少子化のスピードはわが国を上回っており²、その意味でも、日本の社会保障政策の舵取りは、諸外国、中でもアジア諸国の注目の的である。そうした中で故小渕元首相は「社会保障構造のあり方について考える有識者会議」を 2000 年 1 月 18 日に立ち上げた。それ自体は評価されるが、その報告書を読むと「官僚の作文」で、残念ながら、日本人の社会保障不安を払拭できる内容とは到底思えない。

それでは 21 世紀はどんな時代になるのか。2000 年 1 月 3 日付けのニューズウィークは、特集「Your Life in the 21st Century」で 1995 年と 2025 年を比較し、世界の人口は 58 億人から 85 億人に、平均寿命は 65.4 歳から 72.5 歳になる一方、死亡対生誕数比率は 1 対 2.8 から 1 対 2.3 になり、世界規模で少子・高齢化が進むと予測している。

国連統計によれば、世界で 1 年に 6 千万人が亡くなり、1 億 4 千万人に産まれているという。さらに、第 1 位の中国と第 2 位のインドで世界人口（192 ヶ国と 4220 地域）の約 4 割

²最新の合計特殊出生率をみると、中国とタイが 1.80（2002 年）、韓国が 1.19（2003 年）、台湾が 1.24（2003 年）、シンガポールが 1.26（2003 年）、上海が 1.26（2003 年）、香港が 0.94（2003 年）となっている。中国とタイを除けば、わが国（2003 年に 1.29）の水準を下回っており、特に香港は同じ年の東京都（0.9987）の水準をも下回っている。こうした低出生率に各国政府も危機感を持ち始めている。特にシンガポールで顕著、出生率回復のための政策が積極的に講じられるようになっている。

を占めているが、米商務省センサス局の「世界人口時計」によれば、2025年にインドの人口が約16億人となり、約14億人の中国を追い抜くという。

わが国はどうか。現在、人口が1億2,776万人と世界の10位に位置し、平均寿命が81.9歳と世界一で、一日2,920人が生まれ、2,950人が亡くなっている(05年12月総務省、厚生労働省調査)。つまり、高齢化と少子化の“ダブルパンチ”で人口減社会に突入するのである。

まず高齢化だが、いわゆる団塊の世代が65歳以上に達する2012年あたりから一気に加速する。したがって、わが国の社会保障制度を再構築するには、団塊の世代、さらには、その子弟(第2次ベビーブーマー)の価値観や生活水準を考慮する必要がある。

また、65歳以上人口が総人口に占める割合が7%から14%に達するのに、フランスで114年、スウェーデンは82年、イギリスは46年かかったが、わが国は24年で到達している¹⁾。こうしたハイスピードの高齢化は心理的圧力にとどまらず、「老・老介護」という形で実際に社会問題化しつつある。厚生労働省の試算によれば、要介護老人は2000年の280万人から、2025年には520万人に増加するという。さらに、高齢社会の中で認知症高齢者は今後急増し、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の人数は、2015年には今より100万人増えて250万人(うちⅢ以上135万人)に、2025年には323万人(うちⅢ以上205万人)になると推計されている³⁾。すなわち、今後、要介護高齢者のほぼ半数、施設入所者の約8割が認知症に該当する(認知症高齢者の日常生活自由度Ⅱ以上)ことになる。

一方、わが国の少子化も深刻で、1975年に190万人だった出生数は、05年に111万人に減少、2025年には97万人になると予想されている。合計特殊出生率は、1950年の3.65人から04年には1.29人にまで減少し、アメリカ2.0人、スウェーデン、フランスの1.7人を大きく下回っている。21世紀の日本は「平均寿命は若干延びても子どもは生まれない社会」になるのである。

事実、わが国の人口は確実に減少する。厚生労働省の推計によれば、2007年の1億2,778万人をピークに加速度的に減少し、2100年には現在の約3分の1の4,645万人(低位推計)から約半分の6,414万人(中位推計)になるという。さらに、驚くべきことに高齢社会について調査・研究している社団法人エイジング総合研究センターの推計によると、日本の少子化は政府見通しを大きく上回るペースで進むという。同推計によれば、晩婚化の進展などを反映して、一人の女性が生涯に産む子どもの平均数を示す合計特殊出生率は2004年の1.29から20年に1.16に低下する。この傾向が続くと50年の日本人の人口は8,800万人と今より30%減少するという。04年に過去最低になった出生率は今後も下げ止まらず、15年には1.2を割り込む。国立社会保障・人口問題研究所が02年にまとめた標準シナリオ(中位推計)では、出生率は07年前後に底を打ち、20年には1.38に回復するとしているが、同推計では20年まで落ち込みは続くとして予測した。

³⁾ 厚生労働省、高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」の推計による。

問題は、こうした超高齢社会が、わが国の一般経済や労働市場、さらには政府の財政にどのような影響を及ぼすかである。本章では、社会保障制度を考える時の基礎条件となる、この3つの要素がどう変化するのか、について私見を述べる。

■経済の見通し

まず第一に経済力だが、わが国の実質成長率は、76―85年度の10年間は平均3.8%、続く86―90年度は平均4.8%を記録した。ところがバブル崩壊で様相は一変し、90年代の成長率は平均1.2%にとどまる。「失われた10年」と言われるゆえんである。資本は米国に流れ、労働力の伸びは止まった。さらにわが国は情報技術（IT）など技術革新でも遅れをとり、労働力、資本など供給面から見た生産能力を示す潜在成長率（2.2%）を下回る成長しか達成できなかった。将来の経済見直しについては、悲観的な見方が多く、日本経済新聞社の総合経済データバンク「NEEDS」は今後25年間の年平均成長率を1.6%と見込んでいる。

しかし、本当に将来を悲観する必要があるのだろうか。

OECDの調べによると、わが国は、1993年までは生産性において世界をリードしていた。勝負は生産性をいかに向上させるかにある。そのポイントはシュンペーターのいう「技術革新の創造」にかかっている。特に短期的にカギを握るのは情報技術に対する資本投資である。設備投資に占める情報技術投資の割合は17%程度と、40%を超す米国を大きく下回っている。NEEDSの推計によれば情報技術投資が2025年に設備投資の5割を占めるようになると、3割にとどまるケースに比べて25年間の成長率は0.4ポイント上昇するという²⁾。

つまり、社会保障費が持続可能なレベルに収束するかどうかは、わが国の経済力にかかっている。ブルックリン研究所のヘンリー・J.アーロンらの推計によれば、1960-2003年間でわが国の医療費は国民所得の年間平均伸び率と対比して、2.3%高かったという。同期間の伸び率が米国で2.6%、フランスで2.3%、ドイツで2.0%、英国で1.6%ということなので、わが国における戦後の経済成長が医療費を押し上げたと解釈される。また、同氏らの推計によれば、高齢化によって、今後、わが国の医療費の伸び率が国民所得の伸び率が1ポイント上回ったとすると、医療費は対GDP比で2003年の7.9%が2030年には14.4%とほぼ倍増するという。

事実、2003年から民間企業の収益は回復している。日本経済研究センター主任研究員の宮川努氏³⁾によれば「この収益回復の背景には、1990年代を通して断続的に行われてきた雇用や資産のダウンサイジングがある。上場製造業についてみると、ダウンサイジングを実施した企業は、80年代は10%だったのに対し、90年代には20%超にのぼっている」という。「雇用面のダウンサイジングからみると、企業がより柔軟な希望退職のノウハウを蓄積し始め、横並びではなく前向きなダウンサイジングを実施してきたことが、短期的な収益・生産性の向上につながっているが、長期にわたる雇用削減は決して望ましいとはいえない」と同氏は言及する。この間企業は正規労働者の比率を低め、積極的に非正規労働を

活用してきた。こうした非正規労働の活用は、収益の向上には寄与するものの、必ずしも生産性の向上にはつながっていない。さらに、同氏の分析によれば、削減の対象となった労働者が、必ずしも成長産業へ移動できたわけでもない。労働者が競争力の高い産業に就職できないという労働市場での配分の歪みは、2001 年以降、労働生産性を年平均 0.3% も引き下げているという。

■労働市場の見通し

つまり、長期にわたる景気回復ができるかどうかは、産業間、世代間の労働移動を進めるかどうかにかかっているが、わが国では、労働人口の伸びの先細りが予想されている⁴⁾。労働人口の伸び率は日本は 2000 年からマイナスに転じ、生産年齢人口（15 歳～64 歳）に占める 0～14 歳および 65 歳以上の人口の割合は、2000 年の 46.4%から 2030 年の 67.4% になる（OECD の平均値が 49.6%から 60.7%に変化する）。

したがって、わが国の経済界および労働界は今後、①定年を延長する、②女性・高齢者の社会進出を促進する、③発展途上国から外国人労働者を受け入れる、④不妊治療に保険適用して少子化を克服する、といった政策を打ち出す必要がある。特に定年の延長は、先進諸国の共通課題となるだろう。生産年齢人口が希薄になるのは必ずしもわが国だけではないからである。幸い、2006 年 4 月から改正高年齢者雇用安定法が施行される⁴⁾。これまで企業が定年を定める場合は原則 60 歳以上でなければならなかったが、今後は 65 歳までの雇用確保のため、定年を引き上げるか、定年制度を廃止するか、定年後も働ける継続雇用制度を設けるか、いずれかの雇用延長が義務づけられる。

現在、わが国では 60 歳もしくは 65 歳以上の人を「お年寄り」とする向きがあるが、こうした前期高齢者は果たして「お年寄り」と扱ってよいのだろうか。総務庁の「企業退職経験者の意識調査」によると、65 歳くらいまで働きたかったと考えている人は 79.9%に上っている。また、内閣府が 2005 年 10 月に公表した「高齢社会対策に関する特別世論調査」によれば、現在、一般的に「高齢者」と 65 歳以上の人々を指すことが多いが、今後「高齢者」とはどのような人だととらえるべきだと思うか聞いたところ、「65 歳以上よりも高い年齢の人とすべき」と答えた者の割合が 44.4%、「65 歳以上というとらえ方のままでよい」と答えた者の割合が 21.7%、「個々人の事情に即して判断すべきであり、年齢で一律にとらえるべきではない」と答えた者の割合が 32.9%となっている。

また、高齢期に働く場合の条件（複数回答）としては、「フルタイムではなく体力に合わ

⁴⁾ 定年制の起源については諸説ある。その一つが「鉄血宰相」ビスマルク時代のドイツから始まったという見方である。ビスマルクは 1870 年代から社会主義・労働運動を厳しく弾圧する一方、公的健康保険などの社会保障制度を整備する「アメとムチ」の政策でドイツ国内の社会の安定化を目指した。19 世紀末には世界で初めて社会保険方式による老齢年金制度を創設し、その支給開始年齢を 70 歳としたことから、70 歳を定年とする動きが徐々に広がった。ただ、ドイツの平均寿命は 20 世紀初頭でも 50 歳を下回っており、70 歳定年に実質的な意味はそれほどなかった⁵⁾。

せた就業時間」が 45.7%と最多で、次いで「今まで培った能力、技術、経験が生かせる仕事」(43.6%)、「自分の都合に合わせた勤務体制」(32.9%)が高かった。また、55～64 歳人口の就業率の変化を経年的に見ると(1974～94 年)、わが国は 80%以上の高水準を維持している。つまり、日本国民は“仕事好き”なのである。

こうした旺盛な労働意欲こそ、わが国の名目 GDP503 兆円(2005 年度)という経済力の源であり、経済界および労働界は「定年制の延長」に加えて「ワークシェアリング社会の構築」を真剣に模索すべきである。NEEDS の推計によれば、女性の労働力率が現在の 5 割弱から 6 割に上昇し、60 歳以上の男性も 6 割が働けば今後 25 年間の成長率は 0.2 ポイントアップするという。

なお、65 歳以上の就業率と老人一人当たりの医療費とは負の相関があることも、「市町村における医療費の背景要因に関する報告書」(国保中央会、1997 年)で実施されている。長野県の「PPK」(ピン・ピン・コロリ)はつとに有名である。

しかし、残念なことに、日本的経営の美德とされてきた「年功序列賃金体系」や「終身雇用制」も崩壊しかけている(ちなみに年功序列の度合いは、イギリスはわが国と同程度、フランスはわが国よりも顕著である)。わが国の企業はリストラ(事業の再構築)を「首切り」と勘違いし、目前に労働力不足が迫っているのに、激しい「人減らし」を行ってしまった。その結果、日本社会の「きずな」は崩れ、目を覆いたくなるような凶悪事件が多発する一方、年間自殺者が 7 年連続で 3 万人を超えるという異常な事態となっている。

事実、諸説はあるが、わが国は不平等社会に向かっている。「90%が中流階級」と呼ばれた日本も、ジニ係数の拡大に示されるように、貧富の格差が次第に大きくなりつつあり、不平等社会を是とするアメリカ型の社会に近づきつつあると言える。富裕層上位 20%の総所得は貧困層下位 20%の 5 倍前後と大きい。確かに米国の約 8 倍、さらには近年、都市と農村の格差が社会問題化している中国の約 11 倍よりは低いが、80 年代の日本と比べて「二極分化」の傾向が強くなっている。本来であれば、税と社会保障制度が所得の再分配機能を発揮すべきものだが、その効果は、この 10 年間で次第に低下している。

■財政の見通し

第 3 に財政だが、これはひどい状態にある。国の発表によれば、国債、借入金などを合計した「国の借金」が 2005 年 12 月末時点で 803 兆 1830 億円になったという。2005 年 9 月末に比べ 1.8%増え、初めて 800 兆円を超えた。国民一人当たりの借金は約 636 万円となる。国と地方を合わせた借金は重複分を除いて 3 月末に 1000 兆円を超える見通しである。

政府債務残高の 8 割を占める国債のうち、普通国債は 525 兆円と、過去最高となっている。2005 年末の一般政府ベース(国、地方に社会保障基金などを加えた総体)の総債務残高は国内総生産(GDP)の約 160%に相当する。米国やドイツは 70%にすぎず、日本は先進国でも突出した存在である。

2006 年度のわが国の一般会計の規模は 79.7 兆円だが、期待できそうな税収は 50 兆円程

度で、残りは国債で賄う。一方、歳出面では利払いや償還などの国債費が 18 兆円を超えている。つまり、依然として借金を返すために借金をするという”自転車操業”が続いているわけで、予断を許さない。

この状況をどう打破するかが、仮に将来すさまじいインフレが起こらないとすると、①政府資産を圧縮するか、②歳出の伸びを極力抑え、経済成長に伴う税収増を確保する以外に方法はない。

経済同友会は 2006 年 3 月、政府の資産を総額 175 兆円圧縮するべきだとした緊急提言を発表した。自民党財政改革研究会のプロジェクトチームが同 3 月に、112 兆 1000 億円の政府資産の圧縮を目指すとした中間報告をまとめたが、同友会は、さらに 60 兆円以上の上積み求めた。同友会案では、庁舎や公務員宿舍などの資産売却で 11 兆 7000 億円を圧縮。さらに、NTT 株、JT 株の完全売却や独立行政法人などへの貸付金の証券化、日本郵政公社など民営化される機関からの貸付金回収などで合計 159 兆円が減らせるとした。また、民営化される機関への出資金を株式で売却するなどして 4 兆円が圧縮できると指摘している。

また、財政制度等審議会（財務相の諮問機関）が同じく 3 月にまとめた「財政の長期資産」によれば、06 年度末見込みで 542 兆円ある国債残高の国内総生産（GDP）に対する比率（105%）を、15 年度から低下させるためには、15 年度の国の一般会計の収支を 06 年度比で 27 兆円分改善しなければならないと指摘している。図 1 はこれをより具体的に可視化したものである。社会保障費や地方交付税などを一定程度に抑え、他の支出の削減で実現する場合、公共事業費は 15 年度に現在の約 3 割の水準に減少し、新規事業ができないほか、防衛費も約 3 割に落ち込み、自衛隊の災害救援活動もできなくなるという。

図1歳削減は財政在場会国法の影響

影響の主項目	現在06年度	2015年度
医療負担	3～6歳の場割7歳以上原則割	負担約1倍に
基礎年金給付	65歳	67歳
児童手当支給対象	小中学生	5歳以下
国立大学授業料	53.6万円	203.7万円
パルコの到着時間	平均約 104 年	パルコの数が幅減し30分程に
国の事業	約72兆円	約22兆円施設整備などで手一杯なすべし新規事業凍結

注社会保障費地方交付税削減などの削減削減徹底による財政在場会国法想定

これらの施策はいずれも国民の痛みを伴うことになるだろうが、日本駐在の米国軍への

いわゆる思いやり予算が 2004 年度で約 2,440 億円もあることを考えると、財政の節約はある程度可能だと考える。

とはいえ、わが国は増税をどこかで覚悟しなければならない。というのは、わが国の国民負担率は、2005 年で 35.9%で、わが国と高齢化比率がほぼ同じイギリス（2002 年）の 47.7%、ドイツ（2002 年）の 53.7%、フランス（2002 年）の 63.7%に比べて相当低いからである。つまり、日本人は社会保障に多くを望んでいるが、負担はあまりしない国民なのである。

ちなみに、先出の財政審の試算によれば、収支改善を増税のみで実現する場合は、2015 年度の税収を 06 年度に自然増を加味した水準より 45%増やす必要があり、消費税の国と地方の配分割合が現状と同じと仮定すると、消費税率は現在の 5%から 11 年度に 15%、15 年度には 22%に引き上げる必要があるという。

しかしながら、今の日本人にさらなる社会保障負担を求めることは容易ではない。それは、国民経済のファンダメンタル（基礎条件）が大きく変容してきたからである。

例えば、わが国の税制は所得税については累進性が強く、2002 年度の課税最低限も妻と子供 2 人の夫婦の場合で年収 384.2 万円と極めて高かった。ところが、為替の変動もあって、この状況が著しく低い水準に落ちている。昨今の税制改正で一変して 2005 年度の課税最低限（夫婦子 2 人の場合）は、325 万円に減少し、米国 357.5 万円（1 ドル＝109 円）、英国 359.3 万円（1 ポンド＝198 円）、ドイツ 500 万円（1 ユーロ＝135 円）、フランス 402.9 万円（1 ユーロ＝135 円）と比べて低くなってしまった。さらに、政府税調は、給与所得控除を半減し、配偶者控除と扶養控除を廃止することも検討している。そうすると課税最低限は生活扶助基準額よりもはるかに低くなる。ちなみに生活扶助基準額は標準 3 人世帯（東京都区部）で 200.6 万円だが、所得税課税最低額（夫婦子 1 人場合）は 102 万円となる。

1991 年の日本の家計貯蓄率は 15.1%で、世界のトップ水準にあったが、この 10 年間で日本の貯蓄率は約半分の水準に低下し、現在は 6.4%。フランスが 12.2%、ドイツが 10.4%なので、他国と比較しても、必ずしも高いとは言えない。

これは、金融機関の金利低下や不況下での所得低下（可処分所得低下にも関わらず消費が横ばいとなる、いわゆる『消費の慣性効果』）によるとされるが、最近、特に「高齢者の貯蓄取り崩し現象」が目立つ。取り崩しの要因については、もう少し精査する必要があるが、貯蓄を取り崩した分、60 歳以上の方の消費性向は大きく伸びている。現在、国民全体では「消費は横ばい」とされているが、住宅ローンや教育費負担の大きい 30 歳代や 40 歳代の消費は低水準で、これを補っているのが前年比 6%を超える伸び率を示す 60 歳以上の消費である。中古住宅市場が未発達で、借家が狭い日本では、家族構成が増加する 40 歳前後に向けて、「新築」の「持家」取得を目指して、長期的な計画の下で貯蓄に励む。高リスクの金融商品がわが国でシェアが低いのは住宅購入後も住宅ローンの支払いに向けて、ある程度の流動性を確保しておく必要があるためといわれるが、納得できる。

しかし、その一方で、近年は「社会給付」や「税・社会負担」など、社会保障や税制な

どの政策が貯蓄増減に影響を与える度合いが大きくなっている。より具体的には、02 年では、「賃金・俸給及び営業余剰」減や「財産所得」減は継続したものの、「消費」や「税・社会負担」の減少、「社会給付」などの増加により、貯蓄は前年を上回った。さらに 03 年は、「賃金・俸給及び営業余剰」の減少幅の縮小と「消費」の減少により貯蓄は増加した。また、株価の底入れにより「財産所得」のマイナスも消えた。

事実、家計が保有する金融資産が膨らんでいる。日銀が 2006 年 3 月に発表した 2005 年 12 月末の資金循環統計(速報)によると、家計の金融資産残高は 1 年で約 75 兆円増え、初めて 1,500 兆円の大台に乗せた。個人所得の改善や株高は 118 兆円と、約 16 年ぶりに 100 兆円を突破。投資資産の値上がり効果が個人消費を下支えする構図にもなっている。このように、「デフレ不況」を脱却しつつある日本だが、高齢化が進む中で、「社会給付費」も今後増えていくと思われる。となると、財政再建や年金制度の維持のため、「税・社会負担」の増加は避けられないだろう。実際、70 歳以上の「現役並み所得者」の医療費の自己負担が医療制度改革で 10 月から 3 割に引き上げられる他、収入から税制上の諸控除を差し引いた後の「課税所得」も変わる⁵。

⁵2005 年の税制改正では 65 歳以上の公的年金等控除を圧縮、住民税の老年者控除(48 万円)も廃止された。医療費区分に 05 年の所得が反映されるのは 06 年 8 月から。収入が前年と同じでも控除が減るために所得が増え、区分が変わるケースが出る。具体的には、現役並みと判定される収入は今では夫婦世帯で 621 万円以上となっているが、8 月からは 05 年の年収が 520 万円以上あれば該当する。同様に単身世帯の場合は 484 万円以上から 380 万円以上に下がる。厚生労働省の試算によると、こうした改正の影響で現役並み所得者として扱われる高齢者は約 90 万人増えて約 200 万人になる。一般所得者よりも負担が軽減される低所得者の判定基準も変わる。低所得者は世帯全員が課税所得の計算上で非課税であることが条件だが、住民税の 65 歳以上の非課税措置が段階的に廃止される影響で、約 50 万人が一般所得者に移る。低所得者から一般所得者に移ることで最も大きく変わるのが医療費の自己負担上限である。一ヶ月の医療費が一定以上かかった場合、上限を超えた分が払い戻される「高額療養費制度」がある。ただ、医療費負担の急増を緩和するため、夫の住民税が課税された高齢者世帯でも、妻など非課税の高齢者に関しては 08 年 8 月まで低所得者としての取り扱いを続ける。家計の負担急増を緩和するための経過措置で、70-74 歳の外来患者の場合、この間の毎月の負担上限額は今と同じ 8,000 円のまま。負担上限の経過措置は所得区分が「一般」から「現役並み」に変わる人にも適用。外来の場合で本来は 06 年 8 月に 44,400 円となる上限額が、08 年 8 月まで今と同じ 12,000 円に据え置かれる。入院の場合は 80,100 円に医療費連動分を加算した額になるところを、目先は現状を維持しその後も 08 年 8 月の時点で上限が一気に上がり、毎月の医療費負担が数万円単位で急増する可能性がある。

第二章 求められる社会保障制度改革のブレイクスルー

それではどうすれば国民が納得する社会保障改革を断行できるだろうか。一般に社会保障は、「年金」「医療」「福祉その他」の3つをいう。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、わが国の社会保障給付費は2003年度で約84.3兆円。その内訳は年金が53.1%、医療が31.6%、福祉その他が15.3%（うち、介護が6.1%）となっており、年金、医療、介護で全体の9割を占めている。そこで以下、この3つに絞ってOECDのデータを交えながら私論を展開する。

■年金制度の将来ビジョン

まず年金制度だが、とりあえず、2004年度の年金改正で保険料の引上げを18.3%と留めることにしたが、その将来は必ずしも明るいとは言えない。その理由は年金給付を「マクロ経済スライド方式」に準拠することにしたため、経済情勢や少子化の動向のいかんによっては、老後に、十分な年金給付を享受できない可能性が出てきたからである。

年金には老後の生活保障という側面があるので、一定の金額を用意する必要がある。特に、今の高齢者無職世帯には十分な配慮が必要である。総務庁統計局（2004年）の資料によれば、高齢無職世帯の1ヶ月当たりの平均収入は20万162円で、そのうちの公的年金などの社会保障給付の割合は78.1%となっている。一方、消費支出は25万7,230円で、可処分所得17万5,509円を8万1,721円上回っている。つまり、高齢者無職世帯の家計フローは支出超過になっているのである。不足分は貯蓄を取り崩して賄っていると考えられるが、これが今後も可能かどうかである。

同資料によれば高齢無職世帯の貯蓄現在高は約2,185万円で、そのうちの53.9%は定期性預貯金が占めている。しかし、貯蓄高は、世帯間のバラツキが大きく、3000万円以上の高額世帯が全体の24.0%を占めている一方で、600万円未満の世帯の21.9%存する。

今後、金融市場にはお年寄りの「虎の子の年金」を狙ったハイリスク・ハイリターン商品が多く出回ることが予想されるので、当局は厳重にチェックすべきである。政府は2001年1～3月に確定拠出型年金（日本版401k）を導入したが、不幸にも入院したり老人ホームに入所した場合に、年金が使われずじまいで死んでいくお年寄りも多い。さらに、家族が、銀行口座から勝手に年金を引き出したり、一度も病院や老人ホームに姿を見せなかった家族が、老人の死後手付かずの年金を相続していくというケースも急増しているという。

事実、1996年版経済白書では、厚生年金については1965年以降に生まれた若者は、自らが納めた保険料（企業負担分を含む）以上には給付金が返ってこない試算している。

年金制度改革については、年金保険料を引き上げること以外には、①GDPに占める年金の給付金額の比率を一定の比率に固定する、②年金給付額の引き上げ率を賃金の引き上げ率に合わせる、③年金支給開始年齢を漸次引き上げる、④退職者に占める年金受給者の割合を漸次引き下げる、といった方法しかない⁶⁾。OECDの推計では、わが国に関しては④

の政策をとった時のみ、年金収支の現在価値（割引率5%）がプラスに転ずるとしている。しかし、これは国民皆年金制度の崩壊につながり、受け入れ難い。現実的には定年制の延長と合わせて、③の年金支給開始年齢を漸次引き上げる政策を可及的速やかに実施すべきであろう。

興味深いことに、ドイツ政府は年金の支給を始める年齢を段階的に引き上げ、2029年までに現在の65歳から67歳に引き上げる方針を閣議で決めたという。引き上げは2005年11月に大連立政権が発足して内定していたが、高齢化が進んでいるため、2035年としていた開始時期を6年前倒しした。年齢引き上げは2012年から段階的に始め、2024年以降にペースを速める。少子高齢化が進むドイツでは、景気の低迷を背景に保険料を支払う企業や就労層から負担軽減を求める声が強まっている。

■医療制度の将来ビジョン

一方、医療については、医療の高度化と技術進歩の程度が読めないので、将来推計が難しい。しかしOECDは、わが国の医療費は公的医療費に限ると、あまり問題ないと予測している。OECDの推計では、公的医療費のGDPに占める割合は2000年で5.1%、30年後には、6.2%になると予想されており、アメリカ、ドイツ、フランス、イギリスなどより低い（表1参照）。つまり、わが国はOECD諸国の中では、医療費については現在も30年後も意外にも「優等生」なのである。わが国の医療費が他の先進諸国に比べて低いのは、政府の医療費抑制政策が功を奏してきたことに加え、医療の提供体制が、①入院医療より外来医療、②外科的医療より内科的医療に重点を置いてきたことにあると考えられる。

ただし、この計算は、GDPの年間伸び率を1.5%、国民一人当たり医療費の伸び率がそれと合致すると仮定した場合である。かりに医療費の伸びがGDPの伸び率より1%高い場合、2030年では対GDP比で9.7%と米国の9.3%を上回る（そのほか、ドイツ10.1%、フランス11.1%、イタリア10.4%、イギリス8.3%、カナダ12.5%など）。

さらに65歳未満と65歳以上の医療費が、全く異なる傾向を示すことにも留意すべきである。具体的には、前者は対GDP比率で0.3ポイント減少するのに対し、後者は1.5ポイント増加するという。興味深いのは、65歳以上の一人当たり医療費と65歳未満のそれとの格差が、国によって随分異なることである。日本は米国の9.0倍に次いで高く、4.8倍となっている（表1参照）。

表 1 Public expenditure on health

	Age-dependent spending ratio ²	Expenditure as percentage of GDP ¹						Change in total expenditures as a percentage of GDP between 2000 and 2030 ¹		
		2000			2030			Base case ³	Common spending ratio ^{3,4}	Slower spending growth ⁵
		<65	65+	Total	<65	65+	Total			
United States	9.0	2.8	3.6	6.4	2.7	6.7	9.3	2.9	1.9	0.6
Japan	4.8	2.9	2.2	5.1	2.6	3.7	6.2	1.2	1.1	-0.4
Germany	2.2	4.3	1.8	6.1	4.1	3.4	7.5	1.4	2.3	-0.5
France	2.4	4.9	2.0	6.9	5.1	3.5	8.5	1.6	2.2	-0.6
Italy	2.2	4.4	1.9	6.3	4.5	3.4	8.0	1.7	2.5	-0.4
United Kingdom	4.3	3.2	2.6	5.8	3.1	3.9	7.0	1.2	1.2	-0.6
Canada	4.5	4.4	2.7	7.1	4.4	5.7	10.1	3.1	2.9	-0.5

1. Assuming 11/2 per cent productivity growth per year.

2. Ratio of per capita public spending on health for those aged 65 and over and those younger than 65.

3. Per capita spending grows with same rate as productivity.

4. Assuming age-dependent spending ratio of 4.2 for all countries.

5. Per capita spending growth 1 percentage point below productivity growth.

ただし、総医療費で見ると、1993 年現在では、米国は全人口の 87.3%を占める 0～64 歳に 62.8%の医療費を使っている。これに対して、わが国は同年代には 57.1%の医療費しか使っていないが、70 歳以上の患者には 33.1%も使っている。これは裏返せば、70 歳以上のお年寄りに医療費を手厚く配分してきたことを意味するが、問題はこうした政策を今後も踏襲できるかどうかである。

厚生労働省の推計によると、2020 年までは 65～74 歳人口も 75 歳以上人口もともに増えるが、2025 年になると、65～74 歳人口が減少に転じる一方で、75 歳人口はますます増加する。現在、前期高齢者は約 1350 万人、後期高齢者は 1020 万人だが、20 年度には前期 1400 万人、後期 1300 万人になる。医療費にすると 20 年度で前期が 6.1 兆円（給付費 5.0 兆円、患者負担 1.1 兆円）、後期が 11.4 兆円（同 10 月、3 兆円、1.1 兆円）となる。

つまり、わが国の高齢化が深刻なのは、実は寝たきりや痴呆になるリスクの高い 75 歳以上人口が急増するからである。70 歳以上の 5.3%に当たる 1 年以内の死亡者（55 万 9000 人）が、老人医療費の 17.7%（約 1.1 兆円）を終末医療に使用しているという⁷⁾。

したがって今後は、高齢者、特に 75 歳以上の後期高齢者の医療費をどう適正化するかが、

国民的課題になると考える。後期高齢者の急増はわが国の医療界のみならず社会全体に重大な影響を及ぼすと考えられる。その理由は、75 歳をすぎると、加齢に伴い要介護高齢者の発生率が急激に高くなるからである。実際、虚弱・痴呆・寝たきり老人の年齢階層別人口に占める割合を見ると、75～79 歳になると、70～74 歳に比べて要介護の発生率が 2 倍になっている。80 歳以上になると発生率はさらに急速に上昇する。また、長期入院・入所者の構成割合をみても、後期高齢者は、大きなシェアを占めている。具体的には、6 ヶ月を超える長期入院の高齢者患者のうち、約 7 割は後期高齢者となっている。

このように、75 歳以上で一定の線を引く根拠が多数存在するわけだが、DRG (Diagnosis Related Group) を使っても検証できる。

図 2 は、米国で広く使用されている AP-DRG (All-Patient DRG=641 分類) を使って 75 歳以上の患者と 75 歳未満の患者の在院日数に差があるかどうかを統計的に検証したものである。無変換標本に正規性が認められたものは存在しなかった所以对数変換を試みたところ、症例数が 100 以上を有した 79 の DRG のうち、20 の DRG について正規性が認められた。図 2 に示したように正規性が認められた 20 の DRG についてはパラメトリック検定を採用する一方で、正規性が認められなかった残り 59 の DRG についてノンパラメトリック検定を採用したところ、都合 51 の DRG について、在院日数に有意があることが確認された。

もちろん、この結果をもってして、75 歳以上で区分することを絶対視するものではないが、後期高齢者の医療費の増嵩をいかに適正化するかが世界的テーマとなるだろう。

図2 75歳で分割した場合の在院日数の正規性および差の検証（症例数各100以上のDRGについて）

AP-DRG	AD-DRG 分類名称	正規性の有無		差の有無	
		75歳以上	75歳未満	検定方法	検定結果
1	開頭術，年齢18歳以上，外傷除く	○	○	P	○
12	変性神経系疾患	○	×	N	○
14	一過性（脳）虚血発作除く，特異性脳血管疾患	×	×	N	○
15	一過性虚血発作および脳実質外（動脈）閉塞	○	×	N	○
25	合併症を伴わない，発作（痙攣）および頭痛，年齢18歳以上	○	×	N	○
39	硝子体切除を伴う，または伴わない，レンズの処置	×	×	N	×
42	網膜，虹彩，レンズ等を除く，眼内処置	○	×	N	○
47	合併症を伴わない，その他の眼疾患，年齢18歳以上	×	×	N	×
65	平衡障害	○	×	N	○
69	合併症を伴わない，中耳炎および上気道感染，年齢18歳以上	×	×	N	○
80	合併症を伴わない，呼吸器系の感染および炎症，年齢18歳以上	○	○	P	×
82	呼吸器系の新生物	×	×	N	×
87	肺水腫および呼吸不全	○	○	P	×
88	慢性閉塞性肺疾患	○	×	N	○
89	合併症を伴う，単純肺炎および胸膜炎，年齢18歳以上	×	×	N	○
90	合併症を伴わない，単純肺炎および胸膜炎，年齢18歳以上	×	×	N	○
96	合併症を伴う，気管支炎および喘息，年齢18歳以上	○	○	P	○
97	合併症を伴わない，気管支炎および喘息，年齢18歳以上	×	×	N	○
122	急性心筋梗塞を伴う，循環系疾患，心血管合併症を伴わないもの，退院	×	×	N	×
125	急性心筋梗塞を除く循環系疾患，複合診断を伴わない，心カテーテルを伴うもの	×	×	N	○
127	心不全およびショック	×	×	N	×
131	合併症を伴わない，抹梢血管疾患	○	×	N	○
133	合併症を伴わない，アテローム硬化	×	×	N	○
134	高血圧	○	○	P	×
138	合併症を伴う，心臓不整脈および伝導障害	○	○	P	○
139	合併症を伴わない，心臓不整脈および伝導障害	○	×	N	○
140	狭心症	×	×	N	○
148	合併症を伴う，小腸および大腸の主要処置	○	×	N	×
149	合併症を伴わない，小腸および大腸の主要処置	×	×	N	○
154	合併症を伴う，胃，食道，十二指腸処置，年齢18歳以上	×	○	N	×
155	合併症を伴わない，胃，食道，十二指腸処置，年齢18歳以上	×	×	N	×
162	合併症を伴わない，鼠径および大腿ヘルニア処置，年齢18歳以上	×	×	N	○
172	合併症を伴う，消化器系の悪性腫瘍	○	×	N	×
173	合併症を伴わない，消化器系の悪性腫瘍	○	×	N	○
175	合併症を伴わない，胃腸管出血	○	×	N	×
178	合併症を伴わない，非併発性消化性腫瘍	○	×	N	○
180	合併症を伴う，消化管閉塞	○	○	P	○
181	合併症を伴わない，消化管閉塞	○	×	N	○
182	合併症を伴う，食道炎，胃腸炎，およびその他の消化器系疾患，年齢18歳以上	○	○	P	○
183	合併症を伴わない，食道炎，胃腸炎，その他の消化器系疾患，年齢18歳以上	×	×	N	○
188	合併症を伴う，その他の消化器系の診断，年齢18歳以上	○	×	N	×
189	合併症を伴わない，その他の消化器系の診断，年齢18歳以上	×	×	N	○
194	総胆管切開を伴う，または伴わない，胆のう切除のみを除く，胆道処置，合併症を伴わないもの	○	×	N	×
202	肝硬変およびアルコール性肝炎	○	×	N	○
203	肝胆管系または膵臓の悪性腫瘍	○	×	N	○
206	合併症を伴わない，悪性腫瘍，肝硬変，アルコール性肝炎を除く，肝疾患	○	×	N	×
207	合併症を伴う，胆管系疾患	○	○	P	○
208	合併症を伴わない，胆管系疾患	○	×	N	○
209	下肢の主要関節および肢の再度癒合処置	○	○	P	○
211	合併症を伴わない，主要関節を除く，股関節および大腿骨の処置，年齢18歳以上	×	×	N	○
236	股関節および骨盤骨折	×	×	N	×
243	背部の医学的問題	×	×	N	○
245	合併症を伴わない，骨疾患および特異的関節症	○	○	P	○
254	合併症を伴わない，足を除く，上腕，下腿の骨折，捻挫，ストレインおよび脱臼，年齢18歳以上	○	×	N	○
273	合併症を伴わない，皮膚の主要疾患	×	×	N	×
281	合併症を伴わない，皮膚，皮下組織，乳房の外傷，年齢18歳以上	○	×	N	○
294	糖尿病，年齢36歳以上	×	×	N	○
296	合併症を伴う，栄養，その他の代謝疾患，年齢18歳以上	○	○	P	×
297	合併症を伴わない，栄養，その他の代謝疾患，年齢18歳以上	○	○	P	×
311	合併症を伴わない，経尿道的処置	○	○	P	×
316	腎不全	×	×	N	○
319	合併症を伴わない，腎，尿路の新生物	○	×	N	○
321	合併症を伴わない，腎，尿路感染症，年齢18歳以上	×	×	N	○
332	合併症を伴わない，その他の腎，尿路の診断，年齢18歳以上	○	×	N	○
337	合併症を伴わない，経尿道的前立腺摘除	○	×	N	○
347	合併症を伴わない，男性生殖系の悪性腫瘍	×	×	N	○
395	赤血球の疾患，年齢18歳以上	×	×	N	○
404	合併症を伴わない，リンパ腫および非急性性白血病	○	×	N	○
429	器質障害および精神薄弱	○	○	P	×
467	健康状態に影響を及ぼす，その他の要因	○	×	N	○
533	一過性（脳）虚血発作除く，その他の神経系疾患，主要合併症を伴う発作および頭痛	○	○	P	○
541	感染症，気管支炎，喘息を除く呼吸器系疾患，主要合併症を伴うもの	×	○	N	×
543	急性心筋梗塞，心内膜炎，慢性心不全および不整脈を除く循環系疾患，主要合併症を伴うもの	○	○	P	○
544	主要合併症を伴う，慢性心不全および心臓不整脈	×	×	N	×
552	食道炎，胃腸炎および非併発性潰瘍を除く消化器系疾患，主要合併症を伴うもの	○	○	P	×
557	主要合併症を伴う，肝胆管系および膵臓疾患	×	○	N	×
560	骨髄炎，敗血症性関節炎および結合組織の疾患をのぞく筋骨格系	○	○	P	×
566	摂食障害除く，または主要合併症を伴う，内分泌，栄養および代謝疾患	○	×	N	○
585	主要合併症を伴う胃，食道，十二指腸，小腸および大腸の主要処置	○	○	P	×

※○：有り，×：無し

P：パラメトリック検定 N：ノン・パラメトリック検定

	○	×	計
P	10	10	20
N	41	18	59
計	51	28	79

ドイツやフランスで広く採用している総枠予算制は医療費の伸び率に一定のたがをはめる方法だが、中長期的な実効性は極めて乏しい。医療需要が不確実なことに加え、医療には絶えず割高な技術進歩が伴うからである。また、やみくもに医療費をコントロールしようとするとは医療の質の低下を招く恐れがある。それではどんな形で、医療費をコントロールすれば国民の納得が得られるだろうか。この点について3つの案を提案したい。

まず第一は、高齢者医療保険制度と2000年4月から始まった介護保険制度をドッキングさせて保険制度を効率化する方法である（この点については第三章で詳述）。国はいわゆる「社会的入院」を是正するために、医療と介護を峻別しようとしているが、「要医療」と「要介護」の線引きほど難しいものはない。むしろ、医療から介護まで一貫して提供する「トータルケア」の導入が望まれているのではないだろうか。この点は病院の機能分担が未整備なわが国に米国式のDRG・PPS（診断群別包括支払い方式）を導入するときの争点となる。実際、一過性の虚血発作を除く、特異性脳血管疾患（DRG14）の退院患者の1人当たり平均コストを病院別に比較してみると、概ね3倍の差があった。このコストの差の理由を調べたところ、コスト高の病院には一般病床に加えて、療養病床が存在することが判明した。社会的入院の是非はトータルケアに要したコストで議論すべきである。奇しくも2008年度から75歳以上を対象とした新保険制度が創設されるので、2010年度くらいを目途にこの新しい老人保険制度と介護保険制度の統合を図ってはどうか。とまれ、75歳以上の高齢者は、個人差はあるが、ほとんどが介護保険の対象者である。新制度と介護保険との連携が一層求められる。

第二の提案として、75歳以上の外来患者を対象に青天井の出来高払い方式を改め、給付に一定の上限を設けた「人頭払い方式」に転換したらどうだろう。米国のような保険会社と医療提供者との敵対的なマネジドケアではなく、「かかりつけ医主導のマネジド・ケア」の導入が求められる。治療中心の医療を改め、予防と治療の融合を目指すのである。

実際、米国で生まれたこのマネジドケアという手法は、いまイギリス、ドイツ、北欧などでその国の実情に合った形で応用されている。しかし、導入に際してネガティブな要素も強く、2000年9月に開かれた第21回アジア太平洋医師会連合会では「マネジドケアの倫理」というテーマで議論が行われている。

さらに、本家本元の米国でも、マネジドケアの評判は必ずしも良好ではない。米国の民間医療保険で取り入れられたマネジドケアの試みは、医療費の膨張に一定の歯止めをかけた半面、「必要な治療が受けられない」といった患者の不満を招いた。そのため、マネジドケアの行き過ぎを制限したり、患者を保護したりする法整備の動きも出ている。たとえば、入院期間短縮に向けて日帰り手術が増えるなか、出産に関しては最低でも48時間の入院費用を保障するよう義務づける法律が1996年に成立した。また、保険会社が契約医に対し、「保険でカバーされない治療内容を患者に説明してはならない」という条項を契約書に盛り込むことを禁じた州も増えている。事実、2000年の大統領選では、「患者の権利法」案が大きな争点になった。さらに、マネジドケアの事前審査などがもとで医療過誤や事故が起

きたときに、保険会社に対して訴訟を起こせるかどうかをめぐり、今も議論が続いている。

翻ってわが国でも、「保険者機能の強化」という名のもと、「日本版マネジドケア」を導入しようとする声がにわかに高まっている。しかし残念ながら、わが国の医療現場を見る限りでは、そうした意識はまだまだ奇薄で、ケアマネジメントやケースマネジメントなど、言葉だけが先行して内容が伴っていないところも多い。

マネジドケアの概念と手法をわが国の公的医療保険制度に導入するかどうかは、これによって良質かつ効率的な医療を提供できるかという観点から、判断しなければならない。具体的には、①エビデンスに基づく診療情報とコスト情報を有機的に結び情報インフラの整備、②「医療の標準化」に向けたシステム作り、③医師および保険者が「患者の利益の代理人」として行動するための制度的担保の確立、などがまず必要である。

第三の提案は公的医療保険がどこまでカバーするかをルール化することである。「現物給付」を基本とするわが国の医療保険制度では、高度先進医療（2006年3月現在109項目）や差額室料といった16項目の選定療養を除いて、原則として「保険給付」と「保険外負担」の併用、いわゆる混合診療は認められていない。しかし、実際の医療現場を調べてみると、保険制度上は認められない保険外負担や医療機関の持ち出しという「水面下の医療費」の実態が明らかになる。技術開発や保険適用までの時間差などによって、ある者は自由診療による全額自己負担で、あるものは「混合診療」による少ない自己負担、といったちぐはぐな現象が起こっているとすれば「患者平等の原則」に反することになる。そこで、EBM（根拠に基づいた医療）の手法を採り入れて速やかに保険導入のルール化を図る必要がある。

■求められる安定財源

いずれにしても、短期保険という宿命を有する医療費については安定した財源を確保する必要がある。というのは一定の医療の質を確保しようとするれば、一定の医療提供者を確保しなければならず、そうすると人件費や経費といった固定費が重み、抑制は困難となるからである。

事実、医療界は現在でも、約320万人の雇用を生み出している。医療分野は、「21世紀の花形産業」とよく言われるが、かりにそうであれば、他のサービス業並みの給与水準は確保すべきである。

そのためには安定した新たな財源確保が求められる。わが国ではこれまで診療報酬改定の財源を薬価引下げに依存してきたが、この財源も、もう2～3回の改定で枯渇してしまう。つまり薬価引き下げ以外に新たな改定財源が必要になっているのである。

この点については、1999年4月の医療保険福祉審議会制度企画部会も認めている。同部会がまとめた診療報酬体系のあり方についての意見書を見ると、「本来的には、診療報酬改定と薬価改定は直接関係するものではないが、従来、診療報酬改定と薬価改定は同時期に行われている。その結果として、薬価差を縮小することで生じた財源が、診療報酬改定財

源に充当されてきたという現実がある。こうした診療報酬改定のあり方は、経済変動の安定の確保、資源配分の効率性等の観点から、さらに検討することが求められる」と述べられている。しかし、医療費財源の今後のあり方については複数の案を列記するに留めている。

ここで、気になるのが、「公的な医療保障水準については十分に達成されており、現在の水準以上は個人の判断に基づく民間保険の活用を検討すべきである」という案である。

この考え方は、いわゆる「混合診療」の解禁に通ずる。

2000 年 4 月から施行された公的介護保険は療養費払いを原則としているため、一定のレベル以上のサービスが必要な場合は原則利用者の自己負担、つまり「混合介護」となるが、現物給付(療養の給付)を原則とする医療保険では「混合診療」は原則として認められていない。そこで、これを変えようというのである。確かに、「第三分野」と呼ばれる医療・がん保険の加入者が急拡大している。生命保険 38 社の 2005 年 9 月末の契約件数は前年同期から 9%増えて 3,257 万件に達したという。損害保険会社が扱う分も含めると 3,400 万件を超え、成人の 3 人に 1 人が生損保の第三分野商品に加入している計算となる。もともと第三分野は日米摩擦などから、事実上外資系や中小生保にしか取り扱いが認められていなかった。全面解禁された 2001 年以降、大手生損保が順次参入している。保障を絞る代わりに保険料が安かったり、病気の人でも入れる分割高だったり商品が多様化が急速に進み、拡販競争が激しくなっている。老後の医療費増など「長生きするリスク」への関心は高まっており、今後も増加が続くことが予想される。

「薬価の引下げが駄目なら、患者の自己負担増」というシナリオだろうが、民間保険の活用を求める前に、もう少し知恵を絞れないだろうか。そこで提案したいのが次の 2 つの方策である。

一つは治療中心の医療を改め、予防と治療の融合を図ることである。「予防に勝る良薬なし」といわれて久しいが、残念ながらこれまでわが国では、予防医療は軽視されてきた。予防医療は非常に地味な努力の積み重ねで、一般国民があまり魅力を感じなかったことに加え、診療報酬上の手当が全くないため、「治療すればお金になるが、病気を予防しても一銭にもならない」として、経済的な動機づけが乏しかったことが起因していると考えられる。

しかしながら、糖尿病や高血圧病等の生活習慣病のシェアが高くなるなかで疾病予防の重要性は増す。2002 年の患者調査によると、医療機関を受診している総患者数は、高血圧性疾患 699 万人、糖尿病 228 万人、虚血性心疾患 91 万人、脳血管疾患 137 万人、悪性新生物 128 万人であり、合計すると約 1300 万人となっている。これを医療費に置き換えると、悪性新生物 2 兆 2171 億円、高血圧性疾患 1 兆 9551 億円、脳血管疾患 1 兆 7499 億円、糖尿病 1 兆 1250 億円、虚血性心疾患 6963 億円となっており、これらを合計すると 7 兆 7434 億円に上り、これは一般診療医療費の 32%を占めている(2002 年度国民医療費)。生活習慣病の予防に力を入れれば、医療費削減だけでなく、労働力人口の増加を通じて税収増が

期待できる。国は医療構造改革の柱に生活習慣病予防を挙げ、その具体的取り組みとして、都道府県の健康増進計画を充実、さらに保険者に被保険者・被扶養者に対する健診と保健指導を義務づけている。その意図はわからないでもないが、予防医療については、健康診断、事後指導といった従来からの対策以外に、個人のインセンティブを活かした対策が必要である。例えば、税金の医療費控除制度をもっと拡大してはどうだろうか。現在、薬局で買った治療薬代や病院へ行くために使った交通費も含めて申告できるのに、人間ドッグや予防医療は控除の対象外である。国が疾病予防に力を入れるのであれば、こういった分野こそ控除の対象とすべきである。

さらに MSA (Medical Saving Account) も疾病予防の財源にしてはどうだろうか⁶。MSA とは自らの口座に将来の医療費を強制的に貯蓄するという制度で、多くの非課税メリットがある。郵便貯金の実態を調べると、預け入れが 900 万円を超える“高額”預金者が 640 万人に上るなど、依然として、政府保証が付され、「100%安全」という郵貯への信頼が根強いことがわかる。しかし、いわゆる高齢者マル優制度も 2006 年 1 月 1 日から廃止され、郵便貯金が現在有効に活用されていないことを考えると MSA 導入は消費拡大効果もあるのではないだろうか。

そのためには国民の健康情報の一元化を図る必要がある。具体的には保険証を IC カード化して、国民一人ひとりの基本的な健診データや病歴・薬歴情報を入力し、どの医療機関にかかってもどこで倒れても安心して一定の治療や看護が受けられるインフラ整備を充実していくことが求められる。医療の情報公開に向けた努力が、国民の医療不信を払拭する、第一歩と考える。

米国のランド研究所の Richard Hillestad らによる「Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, And Costs (Health Affairs Sep/Oct 2005 Vol.24 No.5)」という論文によると、電子カルテシステムは、医療サービスが必要な患者を特定するため、エビデンスに基づく予防医療(例えばがん検診)と患者特性(年齢、性別、家族歴など)を統合することが出来るという。また、電子カルテシステムは医療者に予防医療の提供を喚起することができるし、患者の来院の必要を知らせることもできる。従来の外来ケアのフローに検査の案内通知を含めただけで、予防医療に対す

る患者のコンプライアンスが高まるという報告も示されている。

より具体的には、現在のコンプライアンス率、特定された対象者、費用データを用いて、

⁶シンガポールでは国民すべてに口座開設を義務づけ、同口座に社会保障費を強制貯蓄させ、CPF (Central Provident Fund、中央積立基金) がこれを運用するという仕組みを採用している。CPF 口座には個人の①一般口座、②メディセーブ口座、③特別口座が設けられており、労使一定の負担割合で賃金の一部が積み立てられる。一般口座は住宅取得、投資信託、保険商品、大学教育ローン、両親の退職年金口座への積み立てに用いられている。これに対して、メディセーブ口座は入院医療費と一定の外来医療費の支払いに充てられ、特別口座は高齢者の年金や臨時出費(災害事故)に使われる。CPF 口座は運用益が非課税の

上、個人別に管理され、取り崩さなかった残額は非課税（一定の上限あり）で相続することも可能である。また負担能力がない低所得者に対しては公費から一定の社会保障費が支給される。

インフルエンザ接種、肺炎球菌ワクチン、乳がんおよび子宮頸がん検診、結腸直腸がん検査の効果を推計した所、肺炎球菌ワクチン以外は、意外にも医療サービスの消費量や医療費がやや増加することが判明した。しかし、その増分は金額にして高額でなく、健康に与える便益の方が多大であった。例えば、1 億～4 億ドルの子宮頸がんの検査の実施で、13,000 人・年もの生存年数の延長が得られるという。また表 2 は、短期的な疾病予防効果である、喘息、うつ血性心不全、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病の疾病管理プログラムについて調査し、それぞれのプログラムの効果を示したものである。これらの疾患管理プログラムは外来診療や処方薬の利用を増やし、病院利用による費用を劇的に減らしている。病院の利用が減ることは、入院日数の減少や休職・休学による損失も減ることを意味する。

表 2 喘息、うつ血性心不全、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病の短期疾病管理プログラムの年間効果の推計

効果	変化
利用(100 万人)	
入院日数	－4
病院外来日数	－5
訪問診療	33
支出(ドル)	
病院	－301 億ドル
診療所	－0.0 億ドル
処方薬	19 億ドル
総計	－285 億ドル
効果(ドル)	
休職者の減少	－2,800 万ドル
休学者の減少	－1,300 万ドル
入院期間の減少	－2 億 4,500 万ドル

出典：「医療行為の分析－患者の変化」(Bidelow 他；Pub.no.MG-410(Santa Monica, Calif.:RAND,2005),137,Table6.17)

注釈：参加率100%と仮定

いま一つの財源確保策は、健康の危険因子に対して、ペナルティーを課し、これを新たな財源とするものである。今後、予防医療に対する取り組みに加えて、生活習慣病のリスクに対する応分の負担も必要である。つまり、健康に努力する者には優遇策、努力しない者にはペナルティーという政策の導入である。

例えば、タバコ 1 本につき 1 円の値上げをすると、年に約 2600 億円の増収があるという。実際、1998 年度から旧国鉄の債務処理と国有林野の債務の利払いにタバコ売上税を充当していること、さらには、2006 年度から児童手当引上げの財源として、タバコ一本につき一

円の増税を行うことを考えると、全く非現実的なシナリオではない。タバコに関する税率は、わが国は1000本あたり48.11ドルと消費税率（5%）同様、OECD諸国の中では高くない⁸⁾。消費税を社会保障費の目的税化することは税の中立性から問題があるが、タバコは明らかに健康にとっては危険因子であり、タバコ税を医療費の財源にすることは真剣に検討してもよいのではないか。

（財）医療経済研究機構の推計によれば、タバコに起因する過重医療費は、1兆1500億円であるという。つまりタバコ1本につき5円の値上げ（医療費にして1兆3000億円）をすれば、この過重医療費の財源は出るのである。実際、わが国の20歳以上の喫煙率は男性45.8%、女性が13.8%（2005年全国たばこ喫煙率調査）であり、他の先進諸国に比べて極めて高い。タバコを吸う人が減れば、それだけ余分な医療費が減るわけで、国民の理解も得やすいと考える。ちなみに「世界各国のたばこ規制対策の現状（たばこ問題情報センター、1993年）」によると、諸外国に比べてわが国の規制は極めて緩やかである。これはタバコの広告収入が広告代理店やマスコミにとって重要な収入源となっているからである。そこでこれを逆手にとって、タバコの広告収入の一部を「Anti Smoking キャンペーン」の財源に回す法案を作ってはどうか。

タバコの他にも健康の危険因子となるものは数多い。その代表例がアルコール、ガソリン、食塩、砂糖、さらには変電所や携帯電話である。

アルコール度7%以下のワイン1リットル当たりの税率は、わが国は他の先進諸国に比べて相当低い⁹⁾。また、21世紀は環境にやさしい社会を目指すべく「環境税」の導入も検討すべきである。環境関連に関する税（ガソリン税や探発油など）の対GDP比及び全税収に占める割合は、わが国は直接税に依存する割合が高いため、いずれも低い。各々の危険度に応じて応分の医療費分をこうした「健康の危険因子財」の価格に上乗せすれば、医療費の新たな財源が確保できると考える。

このほか、平均在院日数が21日を超えないと給付金を支払わない民間保険商品に対して、一定の医療費負担を求めていくことも真剣に検討すべきである。

■介護保険制度のこれまで

最後に五番目の社会保険として2000年4月に導入された介護保険だが、その創設の最大のねらいは、従来の措置制度のもと、どちらかというと低所得層中心であったサービスをより広範な人々に開放し、誰もが必要なだけの介護サービスを受けられるようにすることにあつた。保険制度による権利保障と保険財源による市場規模の拡大、参入の主体制限の緩和が、そのためのツールである。

その評価だが、量的拡大という点では、ほぼ目輪見どおりだったといってよい。要介護認定者数は2005年7月で420.3万人に達し、第1号被保険者の16.6%を占めるに至っている。サービス受給者も、同月の事業報告によると居宅が254.0万人、施設が78.6万人となっており、その結果、2000年度に3.6兆円だった給付金は、2005年度予算ベースで6.8

兆円に及ぶという急成長ぶりである。特に最近は、要支援や要介護 1 の認定者が増え、それらの者の中には、安易な介護サービスも散見されることもあって、軽度者を中心とした給付抑制の必要性が強く認識され、2005 年改正に繋がることとなる。

他方、質的には課題も多い。そもそも介護保険法は、その第 1 条において、「(要介護者等が) その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、(必要な給付を行うために) 介護保険制度を設ける」と高らかに謳っている。この自立支援の介護が達成できるかどうかの鍵を握っているのがケアマネジメントであり、ケアマネージャーである。

ケアマネージャーはきわめて重要な役割を担うこととされたが、取扱件数の多さや事業主体からの独立性の問題に加え、低調なケアカンファレンスに象徴される関連職種との協働の難しさ、困難事例などに関するバックアップ体制の弱さなどを考慮すると、ケアマネージャーの技量が大いに発揮されて自立支援という目的が十分に達成されているとはいえない。とは言え、新しいケアの思想や技術は常に現場の経験からしか出てこない。行政や制度が側面支援したりする場面はあろうが、それが常態となるのは好ましくはなく、ケアマネジメントは常に「民」主体で行うべきである。

また、介護保険法は第 2 条 4 項で「保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」と定めている。

実際、制度施行後の施設整備も抑制的な基調で進められたし、個室ユニットケアの導入は施設であっても「居宅に近い状態で」という考え方に立っていた。また、2005 年改正における施設のホテルコスト徴収も、施設と在宅をイコールフットィングにして、施設入所へのニーズを冷却しようという意図があったことは明らかであろう。

しかし、現実的には特養ホームをはじめとする施設入所希望は減るどころか、相変わらず増える傾向にある。このように施設入所希望が多いという現実を踏まえる時、在宅重視という原則は変更せざるを得ないであろう。「美田は子孫に残さず」という言葉通り今後、団塊の世代が高齢化していくに従い、高齢者と現役世代の扶養・被扶養の意識は確実に変化していくと考える。子どもたちによる介護は期待しない、期待し得ない親たちは、どのような老後生活を送りたいと考えるだろうか。そこに見えてくるのは、子どもたちに迷惑がられないうちに、自分たちで老後生活の場所を選び、早めにその準備をしておこうという親たちの姿ではないか。

■介護保険制度のこれから

いずれにしても介護保険制度は、国民健康保険や老人保健制度の苦い経験も踏まえ、よく工夫された制度である。唯一の弱点は、厚生年金受給者/基礎年金のみの受給者を問わず、第 1 号保険料が老齢基礎年金から天引きされることとなっているため、保険料負担(感)の天井が低く、給付費の増加に対する耐性が小さいことである。

厚生労働省は 2006 年 4 月に改定する 65 歳以上の介護保険料が全国平均で約 800 円増の

月額 4090 円になるとの見込みを公表した⁷。高齢者の増加などで介護サービスの利用が増えた分が保険料に反映されるのが理由だが、引き上げ率は 24% となり、前回の 03 年度改定の 13% を大きく上回っている。

さらに 65 歳以上の人が払う介護保険料は税制改正の影響も受ける。公的年金等控除が縮小する結果、住民税がかかる境目の年収（夫婦 2 人、年金収入）が 266 万円から 212 万円に下がる。このため新たに課税対象者が増える見込みで、今は低所得者として保険料が軽減されている人が全額徴収されるようになったり、割高の保険料を払う必要がある人が出てくる⁸。

ということは、保険料の水準を老齢基礎年金の額に比しあまり高くすることは困難だということである。介護保険は、給付範囲・給付割合・介護報酬などに関して常に効率化し、抑制するよう求められる宿命にあることを意味する。いったん法律上のサービスメニューとされたものでも、必要の程度が弱まったり、過大な給付費になった場合には、給付メニューから外されたり、給付範囲が限定されたり、あるいは給付割合が引き上げられたりする可能性がある。施設のホテルコストが徴収されるようになったことや、福祉用具および安易な家事援助サービスの利用制限、さらには介護療養型医療施設（療養病床）の老健施設等への転換が議論されるのも、その一例である。

今後、現在の 9 割給付が引き下げられたり、施設給付の額が要介護度ごとの在宅支給限度額に合わされたりする可能性は大きい。実際、2008 年度から原則として高齢者の自己負担が 65 歳～70 歳＝3 割、70 歳～75 歳＝2 割、75 歳以上＝1 割となることを考えると、介護保険の自己負担割合が医療保険の影響を受けて、引き上げられることは十分に考えられる。

他方、被保険者範囲の拡大（たとえば 40 歳から 20 歳）が実現すれば、しばらくは財政基盤が安定し、給付費増を受け止める余地も出てこようが、それも 1 回限りのことである。おそらく、将来的に給付抑制が困難レベルに達した時には、保険料の引上げを抜本的に見直す必要があるだろう。例えば、給付費の一律 50% とされている公費負担の方式を改め、老齢基礎年金のみで他の所得もない者の保険料分に重点的に投入することが考えられる。

他方、介護提供体制の再編も必要になるだろう。

介護保険創設によってサービス契約の当事者となり、医療法人や営利企業などと同じ介護市場で競合することとなる以上、社会福祉法人や社会福祉施設といった従来の措置制度

⁷ 介護保険は利用者負担（一割）を除いた給付費の 50% を公費、32% を 40～64 歳以上の保険料で賄う。65 歳以上の人が払う保険料は 3 年ごとに見直す。65 歳以上の介護保険料の引き上げは 03 年度の初改定に続き 2 回目。毎年見直す 40～64 歳の保険料も増加傾向が続いており、来年度は 5・6% 増の月額 3964 円。原則として半分は事業主や公費で負担するため、加入者の自己負担の月額平均は 1982 円となり、今より 105 円上がる。

⁸ 従前は所得により五段階だったが、2006 年 4 月からは最低六段階になる。本人が住民税非課税で家族に納税者がいる人（第四段階）の保険料を基準とし、例えば世帯全員が非課税（第三段階）なら基準より 25% 安くし、逆に本人が納税者（第五段階）なら 25% 高くし

ている。税制改正による負担増を和らげるため、対象者の保険料は08年度までの2年間で徐々に上げる。例えば現在は第三段階で保険料が基準よりも25%安いですが、2006年から本人が課税対象になって第四段階になる人の場合、今年度は基準額の2割引き、07年度は1割引き、08年度後から満額徴収といった方法をとる。実際の軽減率は市町村ごとに決める。のスキームを見直すことは不可欠である。しかし、給付方式の制度転換を行った2005年改正でも法人制度については一部の改正(社会福祉施設職員等退職手当共済法の改正)が行われただけで、ほとんどは再度先送りとなっている。

とりわけ今回の改正でホテルコスト徴収が行われた結果、特養ホームと有料老人ホームの差は大部分なくなっている。そうであれば、特養ホームを経営する社会福祉法人の優遇税制や施設整備費の補助のあり方について真剣に検討すべき時期にきているように考える。

もし、現行の社会福祉法人制度を存続させるとすれば、自らの資源で生活困窮者に対する慈善博愛的事業を行うことを必須要件とすべきである。また、そうでない社会福祉法人は課税対象となることも避けられないのではないだろうか。

また、現金給付をベースとした介護保険制度は、医療保険と違い、いわゆる"混合介護"が認められている。さらに、民間企業の場合は医療法人や社会福祉法人のような業務の限定はない。したがって自由度の高い介護保険制度では、サービス事業者による利用者の意向を踏まえたサービスの展開が先にあって、そのあと、制度がその内容を吟味し、取り入れていくという形があるべき姿である。サービス事業者が介護報酬や制度の従属的地位に甘んじ、その動向に左右されるようでは、わが国の介護サービスの向上は望めない。

介護保険が要支給限度額を決めている以上、要介護者が必要とするサービスのすべてを給付することはできない。だとすれば、要介護者に対しどのようなサービスが提供されるべきかを考える時は、介護保険のサービスのみならず、医療保険がカバーするサービスや障害者自立支援制度の対象となるサービスなどを一体的にとらえるべきである。

今回の改正の目玉である地域包括支援センターでは、すでに介護保険サービス以外のサービスも視野に入れて、地域の広範なサービスを活用できるよう関係者のネットワークが重視されている。そうになると、介護・医療制度の垣根を越えて各種のサービスをコーディネートする役割がますます重要になり、そのための専門職が制度化される可能性もある。

文字通りの地域包括ケアの成立に向けて、現場での取り組みも進み、制度も少しずつ進化していかなければならない。

■「タテ割り」が「ヨコ割り」へ

以上、年金、医療、介護を中心に21世紀に求められる社会保障制度改革について私見を述べてきた。力説したいのは社会保障給付費の3大要素である、年金、医療、介護をトータルで考えるということである。

社会保障審議会は2003年6月、21世紀の社会保障のあり方について、「今後の社会保障改革の方向性に関する意見」¹⁰⁾(以下、「意見書」という)を提出した。その中で、「年金、医療、介護等の諸制度の改革について、次世代育成支援や多様な働き方への対応を視野に

入れ」、「給付と負担について、自助・共助・公助の適切な組み合わせを図る」必要性を指摘している。続けて、「単に給付を削減して負担を抑制するという施策のみならず、社会連帯の視点に立ち、負担の裾野を広げるための施策についても、積極的に取り組むことにより、長期的にみた制度の持続可能性をより一層高める必要がある。」(傍点筆者)と述べている。

しかしながら、現実には、そうならず年金改革(2004年)、介護保険制度の改正(2005年)、医療保険改革(2006年)がそれぞれ独立して展開されている。ヨコの連絡が希薄であるため、「21世紀がどんな社会になるのか」「どのくらい国に任せることができるのか」「どのくらい貯金を用意しておく必要があるのか」が見えてこない。

かりに、もし医療保険に全く加入せず、医療費の全額を自助努力、具体的には貯蓄でまかなうとしたら、どの程度の金額となるのであろうか。表3は平均的に医療を受け、平均的に長生きする者が、今後の生涯に受ける医療に備えるべき貯蓄額1年分の現価である。つまり、過去の医療費は考えずに、今後の生涯において、これから毎年これだけ貯蓄すれば、医療保険に加入しなくても医療費をまかなえるという金額を現在価格で表示したものである。医療費の伸び率や経済成長をどのように見込むかで必要貯蓄額には大きな幅が生じるが、たとえば0歳男児なら年間7万2,900円から48万6,200円、0歳女児なら7万9,100円から62万4,300円、65歳男性なら65万4,800円から93万7,700円、65歳女性なら66万3,700円から103万400円の貯蓄が必要となる。総じて言えることは、男性よりは女性のほうが、また若者よりは老人のほうが年間必要貯蓄額が大きい。その理由は、男性より女性のほうが長生きをする分、医療費を多く使い、若者より老人の方が貯蓄期間が短く、利息が少なくなる分、余計に貯蓄をしなければならないからである。なお、推計方法の詳細は補論に委ねる。

表3 医療に必要な1年間の貯蓄額（2003年価格）

（単位：千円）

生年	2003 年の 年齢	平均余命（年）		経済 成長 ¹⁾	医療費の伸び ²⁾								
					高		中		低				
		男	女		男	女	男	女	男	女			
2003	0歳	78.32	85.23	高	208.2	239.4	191.3 ³⁾	191.3 ³⁾	179.6 ⁵⁾	179.6 ⁵⁾			
							141.3 ⁴⁾	158.4 ⁴⁾	72.9 ⁶⁾	79.1 ⁶⁾			
							193.3 ³⁾	193.3 ³⁾	181.4 ⁵⁾	181.4 ³⁾			
							186.0 ⁴⁾	215.8 ⁴⁾	92.5 ⁶⁾	105.2 ⁴⁾			
				中	275.7	329.4	183.2 ³⁾	183.2 ³⁾	152.0 ⁴⁾	152.0 ⁴⁾			
							152.0 ⁴⁾	181.5 ⁴⁾	181.5 ⁴⁾	181.5 ⁴⁾			
							低	486.2	624.3	308.3	378.8	183.2 ³⁾	183.2 ³⁾
										183.2 ³⁾	183.2 ³⁾	183.2 ³⁾	183.2 ³⁾
1998	5歳	73.66	80.55	高	210.4	244.9				145.3	162.9	99.5 ³⁾	99.5 ³⁾
										278.3	335.6	186.9	216.6
							480.4	619.0	310.4	383.9	101.1	112.2	
							101.1	112.2	101.1	112.2			
				中低	278.3	335.6	186.9	216.6	101.1	112.2			
							480.4	619.0	310.4	383.9	101.1	112.2	
							101.1	112.2	101.1	112.2	101.1	112.2	
							101.1	112.2	101.1	112.2			
1993	10歳	68.71	75.60	高	223.6	261.4	156.7	176.7	90.0	97.5			
							291.4	352.2	199.8	232.5	110.3	123.0	
							484.6	623.7	322.0	398.4	167.6	198.9	
							322.0	398.4	167.6	198.9			
				高中低	243.1	284.4	174.2	196.8	101.6	111.6			
							310.4	374.8	218.4	254.3	124.8	139.3	
							494.3	634.1	338.9	418.3	184.4	218.2	
							338.9	418.3	184.4	218.2			
1983	20歳	58.87	65.69	高	267.7	312.8	196.9	222.5	120.5	130.9			
							334.0	402.3	242.1	281.3	144.2	160.7	
							508.2	649.0	360.1	442.8	205.8	242.4	
							360.1	442.8	205.8	242.4			
				高中低	303.1	345.2	227.9	252.5	144.0	154.4			
							371.3	433.5	275.6	312.5	170.1	186.4	
							544.3	667.1	396.2	470.6	236.0	270.7	
							396.2	470.6	236.0	270.7			
1978	25歳	54.05	60.77	高	303.1	345.2	227.9	252.5	144.0	154.4			
							371.3	433.5	275.6	312.5	170.1	186.4	
							544.3	667.1	396.2	470.6	236.0	270.7	
							396.2	470.6	236.0	270.7			
1973	30歳	49.21	55.86	高	335.1	381.1	258.6	286.4	169.6	181.9			
							401.7	467.8	306.7	347.2	197.4	216.1	
							563.7	687.8	423.6	501.3	264.8	302.5	
							423.6	501.3	264.8	302.5			
				高中低	372.0	422.4	294.8	326.1	200.9	215.4			
							436.5	506.8	342.9	387.4	230.3	251.7	
							586.9	712.6	455.1	536.4	298.6	339.8	
							455.1	536.4	298.6	339.8			
1968	35歳	44.40	50.97	高	372.0	422.4	294.8	326.1	200.9	215.4			
							436.5	506.8	342.9	387.4	230.3	251.7	
							586.9	712.6	455.1	536.4	298.6	339.8	
							455.1	536.4	298.6	339.8			
1963	40歳	39.64	46.12	高	416.1	478.9	338.6	378.7	240.4	259.7			
							477.8	563.6	386.2	442.0	271.0	299.1	
							615.6	763.1	492.5	590.7	339.4	391.8	
							386.2	442.0	271.0	299.1			
				高中低	470.0	537.8	393.1	437.3	291.3	313.2			
							528.1	618.5	439.4	499.6	322.7	354.1	
							652.1	801.0	538.1	640.2	389.8	446.3	
							538.1	640.2	389.8	446.3			
1958	45歳	34.97	41.31	高	545.1	605.2	466.3	505.9	358.5	378.1			
							601.9	681.0	512.8	566.2	391.5	419.7	
							718.6	844.9	608.2	696.6	459.4	509.7	
							608.2	696.6	459.4	509.7			
				高中低	633.2	683.6	554.3	587.4	442.3	458.2			
							687.3	753.1	599.7	644.4	476.1	499.5	
							793.9	896.6	689.1	762.1	542.7	585.0	
							599.7	644.4	476.1	499.5			
1953	50歳	30.42	36.58	高	545.1	605.2	466.3	505.9	358.5	378.1			
							601.9	681.0	512.8	566.2	391.5	419.7	
							718.6	844.9	608.2	696.6	459.4	509.7	
							608.2	696.6	459.4	509.7			
1948	55歳	26.07	31.95	高	633.2	683.6	554.3	587.4	442.3	458.2			
							687.3	753.1	599.7	644.4	476.1	499.5	
							793.9	896.6	689.1	762.1	542.7	585.0	
							599.7	644.4	476.1	499.5			
				高中低	717.6	777.2	644.9	683.4	536.3	553.5			
							764.4	841.9	685.4	737.9	568.1	594.8	
							851.0	970.3	760.3	845.9	626.7	676.9	
							685.4	737.9	568.1	594.8			
1943	60歳	21.93	27.40	高	826.4	871.9	759.5	786.8	654.8	663.7			
							867.0	927.1	795.5	834.6	684.2	701.6	
							937.7	1,030.4	858.1	924.1	735.3	772.9	
							795.5	834.6	684.2	701.6			
1938	65歳	17.96	22.96	高	826.4	871.9	759.5	786.8	654.8	663.7			
							867.0	927.1	795.5	834.6	684.2	701.6	
							937.7	1,030.4	858.1	924.1	735.3	772.9	
							795.5	834.6	684.2	701.6			
				高中低	925.7	958.6	865.0	882.8	766.1	769.7			
							961.3	1,005.8	897.2	924.6	792.7	803.9	
							1,019.5	1,089.2	949.7	998.7	837.1	865.3	
							897.2	924.6	792.7	803.9			
1933	70歳	14.32	18.69	高	1,004.6	1,024.9	954.1	962.1	867.8	867.8			
							1,034.2	1,063.1	981.5	996.7	891.8	894.1	
							1,078.7	1,125.3	1,022.6	1,053.3	927.8	942.4	
							1,022.6	1,053.3	927.8	942.4			
				高中低	1,062.7	1,078.6	1,024.8	1,027.1	957.2	957.2			
							1,085.1	1,109.3	1,045.9	1,055.0	974.8	974.8	
							1,114.7	1,155.5	1,073.9	1,097.7	1,000.2	1,006.5	
							1,045.9	1,055.0	974.8	974.8			
1928	75歳	11.07	14.67	高	1,096.4	1,108.9	1,072.2	1,073.4	1,024.1	1,024.1			
							1,110.4	1,128.7	1,085.7	1,091.6	1,034.3	1,034.3	
							1,125.7	1,153.5	1,100.6	1,115.2	1,047.9	1,049.0	
							1,100.6	1,115.2	1,047.9	1,049.0			
				高中低	1,096.4	1,108.9	1,072.2	1,073.4	1,024.1	1,024.1			
							1,110.4	1,128.7	1,085.7	1,091.6	1,034.3	1,034.3	
							1,125.7	1,153.5	1,100.6	1,115.2	1,047.9	1,049.0	
							1,100.6	1,115.2	1,047.9	1,049.0			
1923	80歳	8.25	11.02	高	1,096.4	1,108.9	1,072.2	1,073.4	1,024.1	1,024.1			
							1,110.4	1,128.7	1,085.7	1,091.6	1,034.3	1,034.3	
							1,125.7	1,153.5	1,100.6	1,115.2	1,047.9	1,049.0	
							1,100.6	1,115.2	1,047.9	1,049.0			
				高中低	1,096.4	1,108.9	1,072.2	1,073.4	1,024.1	1,024.1			
							1,110.4	1,128.7	1,085.7	1,091.6	1,034.3	1,034.3	
							1,125.7	1,153.5	1,100.6	1,115.2	1,047.9	1,049.0	
							1,100.6	1,115.2	1,047.9	1,049.0			
1918	85歳	5.97	7.94	高	1,096.4	1,108.9	1,072.2	1,073.4	1,024.1	1,024.1			
							1,110.4	1,128.7	1,085.7	1,091.6	1,034.3	1,034.3	
							1,125.7	1,153.5	1,100.6	1,115.2	1,047.9	1,049.0	
							1,100.6	1,115.2	1,047.9	1,049.0			

1) 経済成長：「高」＝名目賃金上昇率および名目運用利回りがそれぞれ、2007年度まで1.0%、2.5%、2008年度以降2.5%、4.0%。
「中」＝同じく2007年度まで0.5%、1.75%、2008年度以降2.0%、3.25%。
「低」＝同じく2007年度まで0.0%、1.0%、2008年度以降1.0%、2.0%。

- 2) 医療費の伸び：「高」＝年率 3.1%（1985～1999 年度の 15 年間の平均）。 「中」＝年率 2.7%（1990～1999 年度の 10 年間の平均）。 「低」＝年率 1.8%（1995～1999 年度の 5 年間の平均）。
 3) 2003～2007 年 4) 2008 年以降 5) 2003～2008 年 6) 2009 年以降
 （資料）厚生労働省「平成 12 年度国民医療費」、同「平成 12 年社会医療診療行為別調査」、同「平成 14 年簡易生命表」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 14 年 1 月推計）」

ここで、夫 35 歳、妻 30 歳、長男 10 歳、長女 5 歳のモデル世帯（以下、「35 歳世帯」という）を考えると、この世帯は、毎月 4 万 7 千から 19 万 8 千円を医療に備えて貯蓄しなければならない。また、夫 70 歳、妻 65 歳の夫婦世帯（以下、「70 歳世帯」という）であれば、月額 11 万 9 千から 17 万 1 千円の貯蓄を必要とする。

表 4 は勤労者世帯の 1 ヶ月間の収入と支出であるが、35 歳世帯および 70 歳世帯の「預貯金純増」はそれぞれ 7,593 円、58,584 円である。医療保険に加入せず、すべて貯蓄でまかなう場合、保険診療の自己負担分を含む「医薬品」と「保健医療サービス」および「健康保険料」が不要になるとすれば、35 歳世帯で月額 24,634 円、70 歳世帯で月額 22,697 円の支出が減少する。その全額を預貯金に回せば、1 ヶ月の「預貯金純増」は 35 歳世帯で 32,227 円、70 歳世帯で 81,281 円となる。しかし、両世帯とも医療用の必要貯蓄額には及ばず、35 歳世帯なら毎月約 1 万 5 千から 16 万 6 千円、70 歳世帯なら約 3 万 8 千から 9 万円の貯蓄を取り崩さなければならない。

2003 年 7 月の社会保険庁の発表によれば、2002 年度の国民年金保険料の納付率は 62.8% と過去最低を記録した。前年度の 70.9% からも大幅に低下したという。市町村から社会保険庁への保険料徴収業務の移行で、対応の遅れ等があったということであるが、国民年金の空洞化は一層厳しいものとなりつつある。

「平成 11 年国民年金被保険者実態調査」¹¹⁾によれば、未納の理由（複数回答）の第 1 位は「保険料が高く、経済的に支払うのが困難」（71.4%）で、以下順に「国民年金をあてにしていない」（24.7%）、「学生であり、親に負担をかけたくない」（13.2%）、「支払う保険料総額より受け取る受給総額が少ないと思うから」（12.0%）となっている。さらに、国民年金保険料未納者の 53.9% が生命保険・個人年金に加入しており、未納者の多くが必ずしも経済的理由で保険料を支払えないわけではない。制度不信が未納の大きな理由であることがわかる。その証拠に社会保険庁が 2006 年 3 月に公表した公的年金加入状況等調査結果によれば、厚生年金や国民年金などの公的年金に加入していない 36 万 2000 人のうち、生命保険に加入している人は 41.8% もいる。

表4 1世帯当たり1か月間の収入と支出（勤労者世帯）

世帯主の年齢	35～39 歳	70 歳以上
世帯人員	3.96 人	2.55 人
	円	円
実収入	481,931	435,854
消費支出	305,388	296,813
医薬品 ¹⁾	1,605	2,582
保健医療サービス ²⁾	6,323	7,402
非消費支出	77,641	37,243
健康保険料	16,706	12,713
預貯金純増	7,593	58,584
貯蓄現在高	8,330 千円	21,717 千円

1) 医師の処方せんで購入した医薬品を含む。

2) 医療機関の窓口などで支払った医療費など。

（資料）総務省統計局「平成 11 年全国消費実態調査報告」

一方、「国民健康保険料（税）収納率向上のための提言」¹²⁾によれば、国民健康保険の収納率（2000 年度）は 91.4%で国民年金よりは高いものの、やはり年々低下しており、有効な滞納者対策が求められている。事実、20 歳から 59 歳の国民年金未加入者のうち、国民健康保険にも未加入者だとする者は約 5.5 万人で、未加入者の 15.3%を占める。年金・医療等の制度を維持するためには、経済的理由による未納・滞納には保険料の減免等の措置を徹底する一方、制度への信頼を回復することが重要な鍵であろう。

国民年金や国民健康保険の未加入や未納、滞納とは、社会連帯の輪、すなわち共助の仕組みから外れることを意味する。国民年金は未加入や未納、滞納で受給要件⁹が満たされなければ、老齢基礎年金の受給権¹⁰が発生しない。国民健康保険には特別な事情がないにもかかわらず保険料（税）を滞納している場合、被保険者証を返還させ、被保険者資格証明書を交付するという規定がある。同証明書を持って保険医療機関を受診しても医療は現物給付されず、窓口では医療費の全額を支払い、後に保険者から償還払い¹¹を受けることになる。しかも滞納期間が 1 年 6 か月に至ると、滞納保険料（税）が納付されるまで保険者は保険給付の全部または一部を差し止めることとされている。給付を停止されれば、すべては自助努力でまかなわなければならない¹²。

しかし、自助努力にも限界がある。

⁹ 老齢基礎年金の受給要件は、公的年金に加入して保険料納付済期間と保険料免除期間の合計が 25 年以上あることである。

¹⁰ 老齢厚生年金の受給要件に、老齢基礎年金の受給権を有していることがあるため、老齢基礎年金の受給資格を持たない者は老齢厚生年金を受け取ることができない。

¹¹ これを特別療養費という。

¹² 老齢基礎年金の受給要件は、公的年金に加入して保険料納付済期間と保険料免除期間の合計が 25 年以上要することがある。

「平成 15 年版国民生活白書」¹³⁾によれば、長引く不況のため 90 年代に家計は消費支出を抑制してきたが、それにも限界が来て 99 年以降は、消費性向が上昇に転じているという。特に 50 歳台以降の世帯ではすでに貯蓄の取り崩しが進んでいるという。その上、格差社会の到来もあって医療に備えて貯蓄をする余裕のない世帯も増えている。事実、前述の必要貯蓄額はすべて平均値での推計である。将来重い病気にかかるかもしれないリスクを想定して貯蓄をするならば、その額は計り知れないものとなるだろう。

また、「平成 10 年版国民生活白書」¹⁴⁾は、介護保険導入前のデータを用いて生涯においてかかる平均的な介護費用を推計している。その結果、全体の 7 割の者は、生涯介護費は 100 万円に満たないが、10 人に 1 人は 570 万円以上になるとしている。さらに、公的介護保険の導入によりどの程度、消費が拡大されるかも試算しているが、その結果は「前提の置き方にもよるため幅を持つてみる必要がある」としながらも、介護に要する費用の 8 割弱が介護保険の導入により消費に回るとしている。

このように、自助努力だけでは稼得能力の減退や喪失、病気、要介護状態などのさまざまなリスクに必ずしも対応できるものではない。そこでリスクを社会全体で分かち合う共助の仕組みが不可欠となる。

第三章 社会保険統合の工程表～社会保障の支え手を増やす施策の実施を！

■自助・共助・公助のバランス

では、自助・共助・公助のバランスはどうあるべきだろうか。この点は、先般の企業年金改革が大いに参考となる。そもそも従来の企業年金は、財務省所管の適格退職年金と厚生労働省所管の厚生年金基金が 2 本柱となっている。同じ企業年金の中に所管官庁も仕組みも異なる制度が並立しているわけである。しかも、適格退職年金は財政検証や受給権保護の仕組みが弱いという問題を抱えている。他方、厚生年金基金はバブル経済崩壊後、積立金の運用利回りの低下による利差損の発生とともに急速なリストラで従業員数が削減され、支え手が減少することにより、大幅な積立不足を発生するに至った。これは母体企業にも大きな負担を強いるものである。これに追い討ちをかけるように、2000 年 4 月からの新会計基準では、それまで簿外扱いであった年金債務を財務諸表に計上して開示することが義務づけられた。こうした背景を受けて、2001 年 10 月に確定拠出型の企業年金制度（いわゆる「日本版 401(k)」）が発足した。従来の厚生年金基金は確定給付型であったため、積み立て不足分は母体企業の責任による追加負担が求められていたが、確定拠出型では積立金の運用次第で年金給付額が決まるため、企業の追加負担は発生しない。また、基本的に運用は従業員の指示、言い換えれば自己責任で行われるが、個人別に勘定を設けるため、従業員の転職に対応可能（ポータビリティ）なほか、今まで企業年金のなかった中小企業の従業員や自営業者にも適用し得るメリットがある。

こうして積立不足の追加負担から企業を解放する一方で、従業員には自助努力を求め、運用成果次第では年金額が退職後の生活保障として不足する可能性が出てきた。しかし、2002 年 4 月からは確定給付企業年金法が施行され、従業員や受給者に対する受給権保護を明確にするとともに、責任準備金¹³相当額を厚生年金に支払うことを条件に、企業が切望する厚生年金基金の代行返上の途を拓いた¹⁴。すなわち、母体企業の経営を圧迫していた代行の返上を認める一方で、従業員の権利の保護も強化したわけである。なお、受給権保護の薄い適格退職年金は同法施行から 10 年後に廃止されることとなった¹⁶。

一連の企業年金改革では従業員の自助の仕組みを導入するかたわら、受給権の保護を明確にした。企業に対しては過度の負担を軽減する途を拓くかたわら、受託者責任の明確化や支払保証制度の確立など、従来以上に企業責任を求めている。しかも、この自助の仕組み的な部分（企業年金の一部）に限っているわけである。目を転じて、医療保険では特定療養費の特別のサービス（アメニティ部分）が、介護保険では利用者の選択による特別なサービスや居宅サービスの支給限度基準額を超えるサービスが自助の仕組みである。自助は

¹³ 責任準備金とは、将来の年金給付を賄うために現時点で留保しておくべき額である。これ

には、将来の掛金収入の現価は含まれない¹⁵⁾。

¹⁴ 正確に言えば、厚生年金基金を解散せずに、代行部分だけを返上する途を拓いた、ということである。

やはり付加的サービスに限定されているのである。

■中心は共助

実際、わが国の社会保険法制の精神は、共助を中心に据えられている。たとえば、「国民生活の安定がそこなわれることを国民の共同連帯によって防止」（国民年金法第1条）、「国民の共同連帯の理念に基づき」（介護保険法第1条）、「国民は、自助と連帯の精神に基づき、・・・常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする」（老人保健法第2条第1項）などと謳われている。

わが国では、すでに40年以上前の1961年に世界に冠たる国民皆保険、国民皆年金体制が達成され、国民生活の向上に大きく貢献した。しかし、現在は国民に社会保障不安が広がり、抜本的な改革が求められている。このような状況だからこそ、今一度、共助の精神を見直すべきではないだろうか。事実、第二章で紹介した「意見書」においても、「社会連帯の視点に立ち、負担の裾野を広げる」ことが提言されているのである。さらに「意見書」は、わが国の社会保障が欧州諸国と比較して、給付は「高齢」関係の比重が高く、「児童・家族」関係の割合が低いのに対して、負担は子育てや教育に費用がかかる現役期に重くなっていると指摘している。

先述の「平成11年国民年金被保険者実態調査」¹¹⁾でも、年齢階級別の未納者割合は低年齢層ほど高くなっており（20～24歳で25.4%、55～59歳で6.8%）、未納保険料を納める意志は低年齢層ほど低くなっている（20～24歳で47.2%、55～59歳で67.1%）。また、制度の周知状況では、基礎年金の財源の3分の1が国庫負担であることを知っている人は、国民年金（1号）で36.6%、厚生年金（2号）で43.2%だが、20代では制度を問わず30%を下回っている。つまり、老齢給付が身近には感じられない若い世代ほど、制度不信が強いことがわかる。「逃げ水年金」などと揶揄されるように、制度改正のたびに繰り返される給付削減と負担増の議論が、残念ながら若い世代の信頼を損ねてしまったようである。

■求められる「社会保証個人会計」

その点、2002年12月の厚生労働省「年金改革の骨格に関する方向性と論点」¹⁷⁾を受けて実行された2004年の年金改革は、旧来の議論から一步踏み出したものといえよう。それは単なる給付削減と負担増だけではなく、最終的な保険料水準を固定し、社会経済情勢の変動に応じて給付水準を自動調整する方法（保険料固定方式）を提唱したからである。しかし、筆者はさらに踏み込んで、年金・医療・介護などの既存の枠組みにとらわれずに、共助の精神に立脚して、これらを長期的にゆるやかに統合する施策を提案したい。すなわち、「国民皆保険」、「国民皆年金」という制度別の共助から、統合された共助、ひいては「国民皆連帯」へと踏み出すのである。

現在の社会保障は、老齢、障害、死亡（遺族年金）は年金制度から、疾病、負傷、死亡（埋葬料）、分娩（出産）は医療保険から、介護は介護保険からと、歴史的経緯もあり複数の制度が複雑に絡んでいる。受給者にとってわかりにくく、制度間の給付の調整も十分とはいえない。たとえば、医療施設や介護施設の患者（入所者）の食費はそれぞれ医療保険、介護保険から給付されていたが、在宅ケアとの公平性の観点から食費分の金額は老齢基礎年金、老齢厚生年金から、控除して給付するのが妥当だろう。

では、果たして年金、医療、介護の各制度は統合可能なのだろうか。ここで参考になるのが、労災保険（労働者災害補償保険）制度である。表 5 は労災保険と他の社会保険制度の給付を相互に比較したものである。労災保険の給付には、医療保険の療養の給付などに相当する療養補償給付、同じく傷病手当金に相当する休業補償給付、一定以上の重い傷病が原因で 1 年 6 か月を超える休業をした場合に支給される傷病補償給付、公的年金の障害給付に相当する障害補償給付、同じく遺族年金に相当する遺族補償給付、医療保険の埋葬料などに相当する葬祭料、介護保険の居宅介護サービス費や雇用保険の介護休業給付に相当する介護補償給付がある。療養補償給付は現物給付であるが、他はすべて現金給付である。労災保険制度は年金、医療、介護など一見、全く異質に思える各種の給付をうまく一つの制度にまとめあげているわけである¹⁵。

表 5 社会保険給付の制度間比較（主なもののみ）

労働者災害補償保険	国民年金・厚生年金保険	健康保険	国民健康保険	介護保険	雇用保険
療養補償給付		療養の給付 家族療養費	療養の給付		
休業補償給付		傷病手当金	傷病手当金		傷病手当
傷病補償年金					
障害補償給付	障害基礎年金 障害厚生年金				
遺族補償給付	遺族基礎年金 遺族厚生年金				
葬祭料		埋葬料 埋葬費 家族埋葬料	葬祭費		
介護補償給付				居宅介護サービス費 施設介護サービス費	介護休業給付
	老齢基礎年金 老齢厚生年金				高年齢雇用継続給付
		出産育児一時金 出産手当金 家族出産育児一時金	出産育児一時金 出産手当金		育児休業給付
					基本手当

（筆者作成）

¹⁵ 労災保険制度は各種の給付を一制度でまとめている例として取りあげたが、同制度自体を年金、医療、介護などの他の制度と統合することを筆者は考えていない。なぜなら、他の社会保障制度は、労働者または地域住民を被保険者として必要な給付を行う制度であるので対し、労災保険制度は、事業主のための保険だからである。より具体的には、事業主は労働基準法により業務上の負傷、疾病、障害、死亡についてその労働者または遺族に対して保障をすることを義務づけられている（第 75～80 条）。しかし、同法は労災保険からこ

これらの補償に相当する給付が行われる場合は、事業主による補償を免責することとしている（第84条第1項）。このような意味で、同制度は他の社会保障制度とはその性格を異にするものだからである。

しかしながら、2001年に合併した厚生省と労働省だが、依然として年金、医療、介護保険は旧厚生省、失業、労災保険は旧労働省という“両者不可侵”の原則を貫いている。本来に社会保障構造改革というのであれば、こうしたタテの壁を取り払って、思い切って年金、医療、介護、失業、労災の5つの保険をすべて一本化した国民保険制度「Social Security Account」の創設を検討してもよいのではないだろうか。

これまでは自営業者の所得把握が困難だったため、社保と国保の一元化は不可能だったが、1999年成立した住民基本台帳法、あるいは、年金手帳番号に基づき国民一人ひとりに社会保障番号（Social Security Number）を交付すれば、保険者の一元化・統合化は可能になると考える。

奇しくも、この構想は、ドイツのハノーバーの商工会議所のPrewo会頭が提案していた¹⁸⁾が、わが国でも経済財政諮問会議の民間議員を中心に、年金、医療、介護を統合した「社会保障個人会計」創設に向けた提案がなされている。これは年金、医療、介護など各社会保障制度の利用状況と負担の関係が個人単位で一元的にわかる仕組みで、社会保障制度の透明性を高める効果が期待できる。年金と介護など複数の制度の利用状況を個人単位で把握し、特定の人が過度の給付を受けることを抑えたり、負担能力に応じた公平な負担を求める仕組みづくりなどに活用する狙いもある。米国では年金給付などのために導入された9ケタの社会保障番号が税の徴収にも使われ、こうした事例を参考にするという。

■国民保険構想の実現可能性

こうした社会保険の統合化については、元厚生官僚の喜多村悦史氏も「国民保険構想」という形で提案している。詳細は喜多村悦史著「百年単位で考える社会保障（社会保険研究所）」「国民保険構想の骨格13章（日本厚生協会）」に譲るがその骨子を簡単に紹介すると次のようになる。

そもそも国民保険とは、現在の医療保険、介護保険、年金保険及び雇用保険を統合したものだが、児童養育関連は新たに給付として取り込む。ただし、労災保険については国民保険の外側に位置付ける。というのは、労災保険の給付はその他の社会保険でも支給可能であり、国民保険から支給したうえでその費用を労災保険に請求する仕組みが成立すると考えられるからである。

同様に、国民保険の外側に位置付けられるものとして同氏は厚生年金基金を挙げている。厚生年金基金のいわゆる代行部分は先般の制度改正によって「代行なし基金」が可能になったことから、かなりの厚生年金基金は解散、厚生年金への復帰に向かうと考えられるからである。また、雇用保険のいわゆる雇用三事業も事業主の負担だけで行われており、国民保険から切り離して関連制度として整理することができるとしている。

国民保険の被保険者は全国内居住者とし、出生によって資格を取得し、死亡によって喪

失する。被保険者のうち 18 歳の 4 月に到達した後、65 歳の 4 月に到達しない間にある者が保険料納付被保険者となる。ここで 20 歳ではなく 18 歳としたのは、喜多村氏が「これからの社会では親の責任は子どもが 18 歳に達するまで。すなわち、18 歳で一人前社会と考える」からである。一方、65 歳の 4 月以降は保険料納付をしなくてよくなる。同氏によれば「生きている限り、保険料を納付する仕組みを作ることはできるが、80 歳、90 歳といった高齢者では稼得活動をしている者はほとんどいないだろう。生きている限り、保険料を負担すべきとする場合、何に保険料を賦課するのであろうか」と、年金給付から介護保険料や高齢者医療保険料の天引きを目指す政府の方針を批判している。かりに老齢年金に賦課するのであれば、障害年金や定期給付金にも賦課しなければ均衡を失するが、これが現実問題として妥当かどうかと反駁している。さらに、稼得活動をしている高齢者に限って保険料を賦課することも、少子・高齢社会を控えて、むしろ高齢者の労働意欲をそぐことから反対の立場をとっている。

ここで興味深いのは、国民保険では保険料免除がない点である。となると、大学生に限らず、現在の健康保険や厚生年金で認められている育児休業や介護休業中の保険料免除もなくなる。代わりに児童手当は増額のうえ国民保険からの給付になるから、育児休業対象者にとってあまり支障はないというが、果たして国民的合意を得ることはできるだろうか。

次に、懸案の保険料率だが、事業主と被用者が結託して保険料未納付という現象を回避するために、事業主負担を給与にオンすることを前提に年収の 20% 強としている。

国民保険の保険料及び給付額算定の基礎として標準報酬を用いる。標準報酬は保険料納付被保険者の稼得活動から得られる収入をもとに年度単位で設定する。

年度標準報酬には額の低い方から順に次の 3 区分を設け、必要に応じ各区分内で等級を設ける。

A 区分：保険料の算定基礎となるが、給付額の算定基礎にはならない。

B 区分：保険料及び給付額の算定基礎となり。

C 区分：保険料算定基礎となるが、給付額の算定においては B 区分の最高額を用いる。

現在の健康保険、厚生年金等では、あらかじめ報酬の等級表を用意しておき、各被保険者の報酬をその等級のいずれかにあてはめる仕組みを採用している。具体的には 5 月、6 月、7 月の 3 ヶ月の報酬の平均額を使って等級表へのあてはめを行い、それを 10 月から翌年 9 月までの 1 年間用いるのである。ここで留意すべきは、こうして決められた標準報酬月額が、その人が実際に受け取った報酬と一致する保障はまったくないということである。つまり、標準報酬制とは、こういう割り切りを行う仕組みなのである。

問題の自営業者の所得捕捉については、喜多村氏は「保険者の方であらかじめ職業の種類に応じた収入速算表といったものを作る」という。実際、「給与生活者の場合にはいっさいの経費を考慮せず、企業からの給与そのものを標準報酬等級にあてはめる。自営業では収益（売上げ）を全額計上したのでは過大ということもあるが、税での経費概念をそのまま借用したのでは所得ゼロに近くなることが多いから、社会保険として独自の仕組みを構築

しなければならない。現在の健康保険や厚生年金における報酬の定義も 1 つの速算表なのである」としている。つまり、「正確な稼ぎを知っているのは当人であるから、一義的には当人の届け出による。保険者としては、店舗その他届け出られた外形的な資料に基づいて質問する。標準報酬の決定権限は保険者にあるから、納得できなければ外形に基づいて決定する」ことになる。となると、税務署とは別に、「国民保険審査会（仮称）」という新たな役所をもう一つ設置する必要が生じる。

最後に誰を保険者とするかは「社会保険事業は独立した会計を持つ事業体であり、一般行政とは別物である。一般行政に全面的には従属しない独立性が強い事業でもある。保険集団の単位は、そうした社会保険事業の実施者に関する根拠規定を整備し、これに財政的支援を与え、管理する」と指摘するだけで、具体的に言及されていないが、職域保険と地域保険のいずれでもないようである。さらに、その規模も「全国単一集団と市町村住民単位の集団の間にさらにいくつかのレベルが考えられる。大きい方から言えば、九州、関東といったブロック単位、都道府県単位、複数の市町村域を合わせた広域市町村単位」とするだけで具体的言及はない。なお、喜多村氏によれば保険者は、強制加入である国民保険を実施するうえで必要な資料を関係者に対して求め、また必要と認めれば立入調査等を行うことができる。ただし不必要な情報をむやみに集めるべきではないから提出命令や調査の範囲（事業主には給与など、金融機関には被保険者の収入、預金など、保険医療機関には被保険者への医療内容など、市町村長には戸籍など）を明定する、としている。また、保険者は、障害年金受給者に対してリハビリ実施などの指示を行うことができる。これに従わないときは給付停止を行うことができる。まさに、元厚生官僚の構想である。

■技術的課題

確かに大胆な構想で抜本改革の名に値すると考えるが、2 つの点で問題がある。まず第一は、技術的課題である。喜多村氏も認めるように、「医療給付は被保険者の療養に必要な医療サービスは金額のしばりなく給付される。このように給付に上限がない点が他の給付とは違う」。これを他の現金給付をベースとした年金、介護、雇用、児童療養と合わせて果たして 20% 強の保険料率で収まるかがよくわからない。同氏は、保険財政の制約上、被保険者が求める医療を無条件、無制約に支給することはできないとし、その歯止めとして、①「被保険者間の受診機会公平の観点から、保険者は地域別、専門医療分野別に医療供給計画を定め、供給過剰地域では診療技術が高い順に契約し、供給不足地域では確保策を講じる」、②「医療サービスの受け手である被保険者に受診時に医療費の一部を負担させることにより、経済的な側面から不要不急の医療サービスを抑制する。これは現在の高額療養費支給を現物給付に改めることだ」としているが、どうだろうか。

こうした“計画経済”の色彩の強い医療政策が医療費抑制にいかに関与したかはこれまでの国の失策を見れば明白である。97 年からの一連の制度改革の評価を行った内閣府の「構造改革評価報告書一医療制度改革」がその事実を明らかにしている。まず、患者の自己負担

率引上げの効果だが、医療費の自己負担割合の増加によって患者が通院する日数にほとんど変化はなかったという。所得の高い高齢者の負担は 2002 年に 1 割から 2 割になったが、外来診療日数の低下はわずかで、「自己負担率上昇による外来診療日数削減効果は非常に小さい」としている。これは、所得の高いお年寄りの自己負担を 2006 年 10 月から、2 割から 3 割に引き上げても「負」の影響はないことを示唆するものである。他方、低所得者層が他の所得層に比べて、特に自己負担率上昇によって外来診療日数が低下するという傾向はなく、70 歳以上でも所得による影響の違いは統計的に認められなかった。

さらに、2003 年に会社員の自己負担が 2 割から 3 割に引きあがった際も、不調時に医療機関にかかる通院確率は 2.6%減少しただけで、風邪や皮膚炎などの軽い病気であっても他の病気に比べて外来診療日数が低下する傾向はなかったという。これは、現在、医療機関に受診していない人も含めた分析で、自覚症状がある人が医療機関に受診するかどうかは、所得などの経済的要因よりも、加齢や自覚症状、日常生活への影響など健康状態に直接関係する要因の影響が大きいと判断された。

次に、診療報酬単価の引き下げの影響だが、同報告書では、95 年から 98 年にかけての結果を分析。引き下げの効果は、高齢者ががんの治療などで一般病床に入院する場合で 1 日当たりの診療報酬で 1,170 円分の減少効果があったが、その一方で手術や検査、画像診断の回数などの増加によって 1 日当たり診療報酬が 630 円分増え、引き下げ効果が半減したことが分かった。これは、出来高払い方式の下では、価格を下げると医療機関側は数量で調整することを示唆するものである。であれば、2006 年の過去最大のマイナス改定も、結果的には医療機関の数量調整で引き下げが相殺されるかもしれない。なお、本報告書は厚生労働省「国民生活基礎調査」、社会保険庁「政府管掌健康保険」データ、及び健康保険組合連合会「医療給付実態調査」の個票を分析したものである。

■（高齢者）医療保険と介護保険の統合は可能か

いずれにしても、医療は他の社会保険と異なり、「技術革新」という要素があり、将来の医療費を予測することは至極困難である。かりに社会保険に統合するということであれば、介護保険を参考に現金給付的に運用するしか方法がない。

医療保険と介護保険の違いは、第二章でも述べたように前者が「現物給付」なのに対して、後者は「現金給付」をベースとしている点である。より具体的には、健康保険法や国民健康保険法による医療保険料の支払いは原則 20 歳以上になっている。

これに対して、介護保険は 40 歳から保険料の支払いが始まる。医療保険料に介護保険料を上乗せする形式を採用している。介護保険の第 2 号被保険者となるが、同被保険者が給付を受けるのは、「特定疾病」によって、要介護状態になった場合に限られる。65 歳になると医療保険の加入の有無にかかわらず第 1 号被保険者となる。

その結果、医療保険では、保険給付と保険外負担の併用、いわゆる「混合診療」は原則として禁止されているが、介護保険では「混合介護」は自由ということになる。そのため、

介護保険制度下で発生する自己負担は、法定の一割の自己負担の他に、「上乘せ」と「横出し」が存在する。

ここで、「上乘せ」とは、介護保険の給付上限を超えてサービスを利用する際にかかる費用のことである。この部分は一般市場におけるサービス価格どおり全額自己負担となる。たとえば、保険給付の限度内では短期入所介護（ショートステイ）が月4回までしか利用できない場合でも、超過した2回分を自己負担にする形で月6回の利用にすることができる。また、「横出し」とは、もともと介護保険給付の対象にならないサービスの種類をいう。具体的には配食、緊急通報、寝具乾燥、移送、外出介助といったサービスがこれに該当する。これらも基本的に全額自己負担となる。介護が一つの産業分野として有力されるのは、こうした「オプション」が認められたからである。

問題はその功罪である。介護の市場化が過度に行き過ぎた場合には、国民からの強い批判を受ける可能性がある。しかしその一方で、医療の社会化を固持しすぎると、市場化された介護サービスとの矛盾をきたす。

先出の内閣府の報告書では、高齢者の入院を生み出す要因分析を行っているが、70歳以上の継続入院患者のうち、1日当たり医療費が低い患者は、療養病床数が多いと増加、介護施設（老人保健施設+特別養護老人施設）は定員数が多いと減少することが判明した。

介護療養型医療施設については、将来的には廃止する方向が打ち出されているが、この分析結果は医療と介護の「代替性」を示唆するものとして興味深い。

なお、介護との関係では、高所得者ほど、居宅介護サービス利用が大きくなる傾向が示唆された。介護保険では、在宅ケアに限って、いわゆる「混合介護（横出し、上乘せ）」が認められており、利用限度額以上の利用者割合は、要介護度5で19.7%、20,967円（2004年度）となっている。介護3施設では、2005年10月から居住費と食費が利用者の自己負担となり、医療保険の療養病床も06年10月からこれに続く。社会保障制度の持続可能性と高齢者の負担能力については、もう少し突っ込んだ研究が必要だろう。

ちなみに、厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「医療費・介護費用の介護予防効果と持続性に関する研究（分担研究者 川渕孝一 東京医科歯科大学大学院 教授）」で高齢者の個票データを使って医療費や介護費用が介護予防に及ぼす効果や医療費・介護費用の持続性についての検討を行った所、次の3つの知見を得た。

①疾病等により認知症（以下、痴呆とする）が進むにしても、医療費をかけることは痴呆の進行を避けることに役立つ。また、介護費用を増加させることは自立的機能度を上昇させる傾向がある。つまり、医療費や介護費用は、望ましいアウトカムをもたらす。さらに、痴呆の程度と介護費用は正の相関を持っている。したがって、医療費を増加させて痴呆の程度を改善することにより介護費用を削減することができる。

②医療費には相当の持続性があり、一旦病気になると継続的に医療費がかかるという長期的なリスクが高まる。特に、高齢者、医療費が高額な人、痴呆の患者の持続性が高くなっており、当該患者は、病苦に加えて継続的に医療費を支払わなければならないという二

重の負担を背負っている。

③介護費用は医療費以上に高い持続性があり、個人の固有要因が大きな役割を果たしている。各種属性によって層別化しても介護費用の持続性はほとんど変わらない。特に注目すべきは、要介護度や同居人の有無によって持続性が変わらないということである。前者は、要介護度が軽ければ負担能力があるという通念は誤りであることを示唆し、後者は、同居政策により介護リスクを軽減しようとすることは的外れであることを意味する。

しかし、医療と介護保険の統合については慎重意見も多い。国立保健医療科学院経営科学部長の小山秀夫氏は『医療保険と介護保険の整合性』などという文章をみると、一体このような経過を正確に理解した上で、どうしても矛盾を正そうといっているのか、それとも不十分な現状および歴史認識からつじつまを合わせようとしているのか、判断できないことが多い、と言及している。その理由として、介護保険制度と医療保険制度は、法律上も実態上も、まったく別の独立した制度であることを挙げている¹⁹⁾。さらに続けて「つまり、独立した制度間の整合性とは、互いに代替関係にある場合、費用や負担面の整合性という議論が生じるという考え方である。端的に言えば、介護保険施設では食費自己負担だが、なぜ医療保険では食事療養費制度のままなのかといったことが整合性の議論となるのである。（中略）なんでもかんでも矛盾がなければいいというものでもないし、むしろ非整合性があっても同一の分野でなければかまわないということもありえるのではないかと思う。」と、統合には反対の立場をとっている。

とは言え、少なくとも、高齢者医療保険制度と現行の介護保険制度との矛盾は正すべきだろう。その矛盾とは、混合介護は在宅ケアのみに認められており、施設ケアには認められていないということである。その根拠を厚生労働省の担当官に正すと、「介護保険施設にも横だし・上乗せを認めると、利用者に過度の負担を課すことになり、利用率の低下が懸念される」という意味不明の回答が返って来た。であれば、在宅ケアはどうなるのだろう。訪問看護には、医療保険の適用も介護保険の適用も認められているが、どうして介護保険適用者にのみ横出し・上乗せが許されるのだろう。また、懸案の38万床の療養病床にも医療保険型（25万床）が存するが、オムツ代に関しては、むしろ医療保険型の方が患者負担が多くなっている。というのは、介護保険型では、介護報酬の中にオムツ代が含まれているが、医療保険型では、オムツ代は「日常生活費」として実費請求が認められている。しかし、老人病院における「お世話料」とか「施設協力費」といった不明朗な保険外負担を請求する病院もあり、これが常に社会問題となっている。こうした矛盾を正すためにも両者の整合性を図る必要がある。実際、2003年4月に導入されたDPC（Dianosis Procedure Combination）による包括評価や慢性期の医療区分・ADL別包括支払い方式は介護保険の要支援、要介護認定に通ずるもので、医療保険にも金銭給付の考え方は十分に導入できると考える。その証拠に、わが国の医療保険の“セーフティーネット”とされる高額療養費制度や2004年12月の大臣合意をもって実質解禁された特定療養費制度は、まさに金銭給付の考え方を踏襲するものである。

■医療保険の「療養費払い論」

歴史を紐とくと、そもそもわが国で健康保険法が施行されたのは今から 80 年前の 1927（昭和 2）年である。そして国民皆保険が達成されたのは 1961（昭和 36）年で、その翌年 10 月に抗生物質の使用基準等が改正され、いわゆる「制限診療の撤廃」と呼ばれた。現在のわが国において保険診療は「当たり前のこと」として受け入れられているが、医療を受ける側にとっても提供する側にとっても「当たり前のこと」になるまでには 35 年もの年月を要している。

保険診療は当初「制限診療」ととらえられた。とくに 1943（昭和 18）年に診療報酬点数が公定されたことによって制限色が強まり保険診療は敬遠された。そのうえ、患者側からも市民権を得られず、「昭和 24 年当時までは、非常に貧困なごく一部の患者しか社会保険を利用しなかった。自由診療が大半だった」²⁰⁾のである。

このため旧厚生省は 1945（昭和 20）年から 47（同 22）年にかけて診療報酬単価を大幅に引き上げ、49（同 24）年頃から保険診療がようやく普及しはじめた。しかし、その後の物価上昇に点数の引き上げが追いつかず、保険診療に対する医療機関の不満は募っていった。結局その不満は 1962（昭和 37）年の「制限診療撤廃」によって「解決」されるまでずっとわだかまりとして続いた。

この間、現場の不満を吸収するかのように、保険外診療や差額徴収の容認、つまり現行の現物給付と逆方向に向いた議論がなされた跡がある。ここでは代表例を二つ示しておきたい。

まず一つは、1955（昭和 30）年に発表された厚生省「七人委員会の報告」の次の文言である。

・・・いずれにしても現在の保険診療は一種の制限診療であって、われわれはこれを規格診療に前進せしめようというのである。すなわち、一定の診療はこれを保険の給付として行い、それ以外の診療は一種の一部負担制の下に、これを給付のなかにとり入れるか、それともただ保険医が行う保険診療に付随する医療としてなんらかの規制を行うに止めるか、いずれかの方法を取るべきだというのである。²¹⁾

この箇所が続く部分では、「それ以外の診療」として、医師の技術料、歯科の金合金、薬剤・治療方法の差額、完全給食・看護・寝具などが挙げられている。要するに、これらに差額徴収を認めようということである。

もう一つは、翌 1956（昭和 31）年 11 月に発表された社会保障制度審議会の「医療保障制度に関する勧告」に登場するこの文言である。

（筆者注：療養費払いの）新しい方法として、つぎのごときものを考えることを示唆しておくことは必ずしも無駄ではあるまい。

それは、この際、保険医に対するあらゆる規制を撤廃して、医療担当者の自主的体制を確立するやり方である。すなわち、国は医療保障の立場から公的医療機関を整備して、そこでは原則として国の定めた標準の医療給付を現物給付として行わしめる。これに対して、開業医などの私的医療機関については、むしろ自由診療の建前をとらせ、患者は保険者から国の定めた標準医療費を療養費払いによって受けることとする。²²⁾

ここでは「七人委員会の報告」よりさらに進んで、「開業医など…については…自由診療の建前をとらせる」とまでいっている。

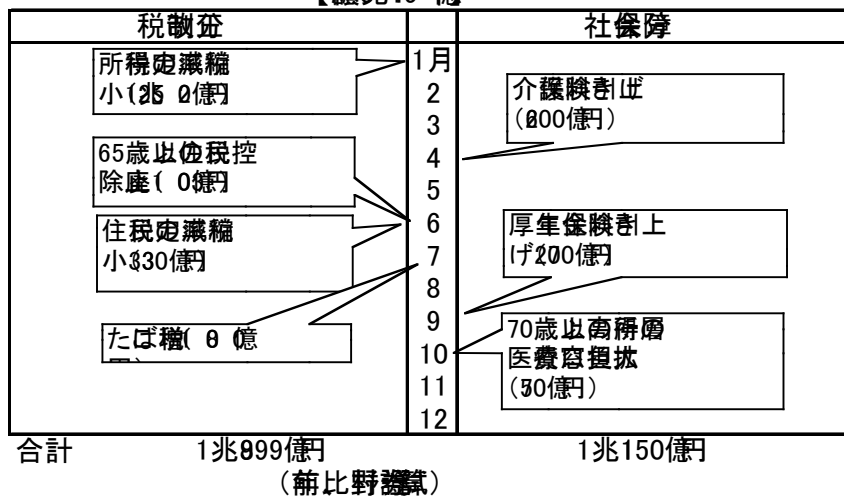
実は、この二つの議論の過程にはいずれにも、元大蔵省給与局長で非現業共済組合連合会理事長の今井一男氏関わっている（「七人委員会」では代表委員も務めている）。今井氏は後に雑誌のインタビューの中で、「どうしても現物給付というと、（筆者注：医療の）個別性が死ぬのです」²³⁾と語っており、上記のような「療養費払い論」を展開していた人物であることをうかがわせる。

1956年の社会保障制度審議会の「医療保障制度に関する勧告」は、「国民皆保険の実現」を提言した文書として知られているが、一方ではこのように現物給付と全く逆の内容をも含んでいた。しかし結局、この「療養費払い論」はすぐに制度として実を結ぶことはなく、1984（昭和 59）年の健康保険法改正のときに「特定療養費制度」として形を変えて登場することになる。その意味では、いわば「特定療養費制度の萌芽」といえる。

■国民保険構想の政治的課題

いま一つの問題は、政治的課題である。喜多村氏によれば、2010 年を目途に国民保険を創設することが謳われているが、その実現可能性は極めて低いと言わざるをえない。というのは、国は順調に社会保障改革を進めていると考えているからである。より具体的には、2004 年に年金保険制度が一応決着しを見、改正介護保険制度も 2005 年 10 月から施行され、2008 年度からは 75 歳以上の後期高齢者を対象とした新医療保険制度の創設が閣議決定された。野村証券の試算によれば、税制改正分も含めて、約 3 兆円の家計負担が新たに発生するのである。（図 3 参照）。

図32 06年主要負担増加
【額兆49 億】



残念ながら世の中の趨勢は、喜多村氏の提案する「統合」から「分離・分立的化」の方向に動いているのである。その代表例が、2006年3月に閣議決定した社会保険庁改革閣法である。不祥事が続出した社会保険庁改革は「看板の掛け替え」にとどまり、残念ながら抜本改革にほど遠い内容となってしまった。

具体的に法案を見ると、①2008年10月から、社会保険を年金部門と政府管掌健康保険部門に分離する、②年金部門は引き続き国の一機関と位置づけ、外部の人材を登用しやすくするなど、効率的な組織運営を目指すとしている。だが、年金保険料の無駄遣いや支給ミスなど一連の不祥事を受け、政府・与党が「社会保険の廃止・解体」と説明する割には、小幅な手直しとなっている。法案では、年金保険料の徴収は社保庁、税金は国税庁という縦割り行政は放置されたままである。保険料も税も、国が強制的に徴収する点では共通しているのに、別の役所が、ほとんど連携せずに徴収している今の仕組みは、効率的なのだろうか。米国では、公的年金の保険料は「社会保障税」と呼ばれ、内国歳入庁が税とともに徴収している。英国でも1999年の改革で、社会保険料と税を同じ機関が徴収する仕組みに改められた。徴収一元化を実現している国には、他にもカナダ、スウェーデンなどがある。(株)日本総合研究所調査部の西沢和彦主任研究員²⁴⁾によれば、「わが国は、中央・地方・社会保障基金の各政府部門間で、課税ベースに重複が多いにも関わらず、政府部門をまたぐ一体徴収が行われているのは、総税収の1.9%(2.4兆円)に過ぎない」という。ここで興味深いのは国民が政府に納める国税や地方税、社会保険料年間総額126.9兆円(03年度)のうち、それを徴収するためにかかっている費用が約2兆円にものぼるということである。これは徴収機関が国税庁や地方自治体、社会保険庁など分立していることが原因だが、その内訳は100円あたりの徴収コストで比べると、地方が2.78円、国税が1.68円、社会保険庁が1.03円となる。ただし、社会保険庁が徴収する国民年金保険料に限ってみると、2兆円の徴収に900億円かかり、徴収コストは4.5円と極めて非効率ということがわかる。さらに、各政府部門間で課税ベースが重複しているものについては、国税庁による一

体徴収へ極力改め、地方自治体には、固定資産税等および自らが保険者（運営者）となっている国民健康保険等の保険料徴収のみを残し、社会保険庁と労働局は、徴収業務から完全に撤退したとすると、国税庁の徴収額は、総税収の 72.9%に相当する 92.5 兆円まで増加すると試算している。

だが、財務省や厚生労働省が統合に水面下で抵抗、本格的な検討は行われなかった。

実は、社会保険庁と国税庁の統合については喜多村氏も否定的である。その理由は、社会保険料と税とでは対象とする所得概念が異なるからだとする。

例えば、所得税の対象となる所得は課税所得である。利子所得・配当所得・不動産所得（土地賃貸料など）・事務所得・給与所得・譲渡所得（不動産売買差益、株式譲渡利益など）・一時所得（生命保険金など）・雑所得（講演料など）・山林所得・退職所得などを合算し、これから社会保険料控除などの一定の控除を引いた残りが課税所得となる。これに対して現行の社会保険ではこうした控除を行わない。そこで国民保険構想では独立した保険者を創設することを提案しているが、これは「小さな政府」を謳っている現政権の方針と逆行するのみならず税・保険料を支払う国民からみても「屋上屋」を重ねるものである。

奇しくも 2006 年 3 月 1 日の最高裁大法廷で北海道旭川市が国民健康保険の保険料率を市の条例に示さないままに保険料を徴収していたことが租税法律主義を定めた憲法に反しないとする判決が出た。この判決は、国保の保険料は賦課・徴収の強制度合いが租税に似ているとの判断を示したという点で画期的である。

多くの国民が「保険料」と思っているものが「税」で集められているという現実はいまだ知られていない。国保の運営は原則として市区町村単位だが、2005 年 4 月時点で見ると、全国の自治体の 88%は財源を保険料ではなく「国保税」という地方税として集めているという。

しかしながら、「税」だろうと「保険料」だろうと未納は起きる。2004 年度の国保未納率は 9.9%と小幅ながら前年度より上昇した。大都市圏は 13%台と状況はさらに悪い。国保加入者は無職の人が半数を占める。

長期の未納者には医療費の保険給付分を償還払いにしたり一時差し止めたりするペナルティーもあるが、ことは人命にかかわる問題である。こうして、国保と関係ない会社員や公務員が払った住民税などを原資とする一般財源も、国保未納分の穴埋めに使われることになる。

他方、国民年金保険料は、かつては全国の市町村が徴収していたが、2002 年 4 月から社会保険庁に業務が移管された。国民年金は国の制度なので、保険料の徴収も国が行うべきだ、という考え方に基づく措置である。だが、保険料未納率は市町村が徴収していた 2001 年度の 29.1%と比べ、2004 年度には 36.4%と、7.3 ポイントも悪化した。市町村が全国に 1821 あるのに対し、社会保険庁の出先である社会保険事務所は 312 ヲ所。社会保険事務所は市町村と比べると個々の住民の実情を把握しておらず、徴収の効率が悪い。このことが、未納が増えた大きな原因だと指摘されている。

集め方が「税」か「保険料」かにかかわらず未納対策が急務なのは変わらない。現状のシステムのままで強制加入・強制徴収の実は上がらない。国のレベルで考えると、年金の保険料集めは社会保険庁に任せるより、国税庁と社保庁を統合させた新組織が担ったほうが効率的で未納減らしにつながるのではないか。

■児童手当と年金、介護の連携

いずれにしても社会保障改革は必ず損得論が登場するのでなかなか一筋縄ではいかない。図 4 はライフステージ別に保健・医療・福祉に係る法律を整理したものだが、社会が成熟化したわが国にあって、「白いキャンパスに絵が画けなくなっている」ことがわかる。それぞれの沿革を背負い、分立している制度を一度に統合することは現実的ではないが、長期的には統合を目指し、まずは制度間の給付調整を徹底することからはじめてはどうだろうか。そして徐々に財政面の調整と保険料徴収の一元化を図る。その中に、制度不信、特に若年層の「支払う保険料総額より受け取る受給額が少ないと思うから」という思いに応える施策を盛り込むのである。その手始めは、ともに現金給付である児童手当と年金、介護の連携である。より具体的には、児童手当に上乗せ、または併給の育児年金を創設するのである。財源は、今まで介護保険の被保険者ではなかった 20 歳から 39 歳を対象として、介護保険料に相当する額を保険料として徴収する。これを育児年金の新たな給付財源とするのである。

妊娠	週1歳未満	週1歳から	(6歳)	(15歳)	(18歳)	40歳	65歳	75歳
胎児	生後28日未満	乳児	幼児	小学校就学初期まで				
	新生児							
	(出生)	(保育所)	幼稚園	小学校	中学校	高等学校	大学・短期大学	高等専門学校
保健 (公衆衛生)	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
	妊婦の届出	健康診査	健康診断	就学時(就学3ヵ月前まで) 定期(毎学年6月30日まで)	臨時	老人保健法(医療等以外の保健事業) (法の適用なし) (自営業者・専業主婦・無職者など) (地域住民)		
	母子健康手帳交付	乳児 1歳6ヵ月児 3歳児	就学時(就学3ヵ月前まで) 定期(毎学年6月30日まで)	臨時	健康相談 伝染病予防 学校環境衛生 学校保健安全計画			
	妊婦の健康診査	育児相談 妊産婦・新生児・未熟児の訪問保健指導 妊婦中産後の療養の援護 未熟児養育医療(1歳未満)	健康相談 伝染病予防 学校環境衛生 学校保健安全計画	臨時	健康相談 健康教育 健康相談			
医療	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
介護	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法			労働安全衛生法 ※1 (サテリマン) (職域) 作業環境管理(作業環境測定と対策) 作業管理(職業性疾患の予防) 健康管理(健康診断、職業性疾患の予防、衛生管理) 健康教育 健康管理体制		
福祉	母子保健法		学校保健法					

では、この新財源はどの程度の規模となるのだろうか。表 6 は 20 歳から 39 歳男女の就業者数と年収である。当該年齢階層の就業者総数は 2,578 万人、年収は 283 万 4 千円（20～24 歳女性）から 588 万円（35～39 歳男性）であるので、賃金の総額はおよそ 107 兆円に達する。これに 2003 年度の政管健保の介護保険料率 0.89%を乗じると 9,547 億円である。大雑把な試算であるがおよそ 1 兆円弱の新たな財源が生じるのである。

年齢階級	就業者数 (万人)		賃金年額 ¹⁾ (千円)		〔参考〕	人口 (万人)
	男	女	男	女	男	女
20～24 歳	264	254	3,136	2,834	410	391
25～29 歳	425	310	4,047	3,419	479	465
30～34 歳	440	262	4,975	3,784	479	470
35～39 歳	385	238	5,880	4,014	416	410

現在、児童手当は 0 歳から小学校就学前（6 歳の年度末）までの子を養育する親に、一定の所得制限の下、第 1 子と第 2 子については月額 5,000 円、第 3 子以降は月額 10,000 円が支給されている。当該年齢の児童は約 766 万人（2002 年 10 月）であるが、仮に、この新

財源をすべて育児年金に充当すれば、小学校就学前の1子につき月額約1万380円を現行の児童手当とは別個に所得制限なく支給することができる。育児年金の創設により、現在の児童手当と比較して1子当たり現在の2ないし3倍の養育費を支給できる計算である。

あるいは、この新財源を用いて若年層の要介護状態に着目した給付を設定することもできる。現在の介護保険制度では、40歳から64歳までの第2号被保険者には、老化に起因する疾患による要介護（要支援）状態の場合のみ保険給付される。そのため第2号被保険者は、たとえば交通事故で要介護状態になっても介護給付を受けることができない。そこで、制度改正に当たっては0歳以上のすべての要介護（要支援）状態について介護サービスを給付するよう改正する。

現在、20歳以上であって日常生活に常時特別の介護を要する程度の在宅の重度障害者に対しては特別障害者手当（月額26,860円）が、20歳未満の在宅の重度障害児に対しては障害児福祉手当（月額14,610円）が福祉制度として設けられており、両手当の受給者は159,358人（2001年度）となっている²⁵⁾。一方、厚生労働省「平成13年度介護保険事業状況報告」²⁶⁾によれば、最も重症である要介護5の認定者数は377,431人、その介護費用は年間1兆737億円である。両手当の対象者が介護保険制度の要介護5に相当すると仮定すると、両受給者に介護保険と同様のサービスを給付する場合の費用は、年間約4,533億円と推計される。これは新財源9,547億円の半額にも満たない。そこで、残りの5,014億円を育児年金に充当すれば、1子につき月額約5,450円を支給することができる。

制度のゆるやかな統合の下での、こうした育児年金や若年層への介護給付の導入は、老齢年金や高齢者介護より明らかに国民に見える形で世代間の不公平感の緩和を狙った施策になるのではないか。奇しくも2006年4月から障害者自立支援制度が施行される。介護保険と障害者支援費制度は両者の統合という形で論議され、支援費制度の給付水準まで介護保険が拡大するものと誤解した市町村と、支援費制度の給付水準が介護保険の水準まで引き下げられてしまうと曲解した障害者団体の両方の反対で先送りとなった。しかし、介護に関する給付の基礎的な部分は現在の介護保険でカバーし、それを超える部分や介護保険で対応できない部分は障害者の制度によって対応することとすれば、両者の懸念は払拭できると考える。

介護ニーズの基礎的部分に介護保険を適用することにより、障害者サービスの基盤を大幅に充実させることが期待できることからすれば、被保険者範囲の拡大は障害者福祉にとっても大きな前進となるはずであったが、市町村と障害者の両方の誤解を招くような形での議論を許してしまったのは、厚生労働省の戦略ミスと言えよう。被保険者範囲の拡大は、障害者に対する介護サービスの地域差を少なくし、その層を厚くするために、いずれは必ず実現しなければならない課題である。他方、今後とも増加する給付に対応できるよう財政基盤を強化するという意味でも必要な措置であることは間違いない。保険料の負担増回避という見地から反対する経済界を説得するためにも、市町村と障害者団体がこぞって賛成に回るような取組みが求められる。

■加入者は全国民

新制度では保険料の徴収対象は 20 歳以上としているが、若年層の支払い能力を十分に検討した上で 18 歳以上とすることや、学生は保険料免除とすることも考えられる。他方、給付は「意見書」が指摘するように、従来高齢者に偏りがちであったものを若年層にも広げ、0 歳以上、つまり全国民を対象とする。

ここで、明らかに保険料を負担し得ない乳幼児や児童などの年少者を加入者とするのは、保険制度として不自然と考える向きもあろう。しかし、老人保健制度では被用者保険の被保険者、被扶養者などや国民健康保険の被保険者を加入者としている（老人保健法第 6 条第 3 項）が、年齢要件は定めていない。つまり、年少者は老人保健制度の受益者ではないにもかかわらず、法律上は老人保健制度の支え手に位置づけられているのである。また、国民健康保険では世帯の所得に応じた保険料（所得割）などの他に、世帯人員数に応じた保険料（被保険者均等割）が算定され、0 歳以上の全世帯員が保険料を賦課されている¹⁶。

このように見てみると、年齢にかかわらず新制度の加入者とすることは必ずしも無理なことではないといえよう。保険料納付者の範囲を、実際の負担能力を考慮して、たとえば 20 歳以上などと決めればよいからである。むしろ、0 歳以上の全国民を加入者に位置づけることには、「国民皆連帯」の理念の浸透を図る狙いがある。

■長期的な出生率向上に向けて

若年層への給付増の効果は、共助の精神の浸透と不公平感の緩和にとどまるものではない。20 歳以上の者に介護保険料相当の拠出を求めること自体は比較的短期間に実現できる施策であるが、財政的には約 1 兆円弱の歳入増にすぎない。しかし、これを育児年金に充てることには、長期的に出生率を向上させ、将来の生産年齢人口を増やすというさらに大きな意義がある。これこそ正に「意見書」が述べる「次世代育成支援」ではないか。

国立社会保障・人口問題研究所「第 12 回出生動向基本調査」²⁷⁾によれば、夫婦にとっての理想的な子供の数（理想子供数）は 2.56 人、実際に持つつもりの子供の数（予定子供数）は 2.13 人であった。理想子供数は 1977 年以降、ほぼ横ばいで推移しているが、予定子供数は 1987 年以降、特に結婚後 15 年未満の比較的若い夫婦で減少している。本当はもっと子供を欲しいのに、出産意欲が低下していることがわかる。

同調査はさらに、予定子供数が理想子供数を下回る理由（複数回答）について、1 位は「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」（62.9%）、以下順に「高年齢で生むのはいやだから」（33.2%）、「これ以上、育児の心理的、肉体的負担に耐えられないから」（21.8%）と報告している。妻の年齢別に見ると、どの年齢層でも経済的理由を 1 位に挙げているが、若い層ほどこの理由を選ぶ割合が高く、20 歳台では 8 割を超えている。また、妻が 25 歳未満の層では第 2 位に「自分の仕事（勤めや家業）に差し支えるから」（33.3%）を挙げており、これが他の年齢層より際立って高い。この結果から、育児年金による家計への経済的支援

¹⁶ もっとも、世帯主を保険料の納付義務者としており、年少者から直接、保険料を徴収するわけではない。

には、長期的に出生率を向上させ、社会保障の支え手を増やす施策として一定の効果が期待される。加えて、「次世代育成支援」には経済的理由以外の理由、すなわち育児の心理的、肉体的負担や仕事への支障に対する取組みも求められる。

実際、この方面の環境整備は近年、徐々に進展しつつある。現在、育児・介護休業法により、1歳に満たない子を養育する男女労働者には、その請求に応じて育児休業を取得させることが事業主に義務づけられている。さらに、同法は労働者からの請求があれば、3歳未満の子を養育する労働者には勤務時間短縮の措置を、小学校就学前の子を養育する労働者には、1か月で24時間、1年で150時間を超える時間外労働や、午後10時から午前5時までの深夜業をさせないことも事業主に義務づけている。また、育児休業に対応して、雇用保険には育児休業給付が設けられている。この給付は育児休業取得中の労働者に賃金の40%相当額を支給するものである。

このような育児休業制度の整備は、企業側にも一定のメリットがある。日本労働研究機構「育児や介護と仕事の両立に関する調査」²⁸⁾によれば、企業は育児休業制度のメリット(複数回答)について、「優秀な労働者、ノウハウが蓄積された労働者の定着率が高まる」(55.3%)、「会社のイメージアップにつながる」(28.1%)、「労働者のモラルが高まる」(25.3%)、「採用に当たって、労働者の確保をしやすくなる」(23.8%)と回答している。その反面、雇用者男女に仕事と育児を両立しやすくするために推進すべき施策について尋ねた結果は、「男性が育児に参加することへの職場や社会環境の整備」(27.7%)、「労働時間の短縮など、働きながら育児をしやすい柔軟な働き方の推進」(26.1%)、「保育所の整備」(17.6%)、「一時的な保育など働き方に対応した保育の充実」(15.4%)となっている。また、育児のために仕事をやめた女性に、利用できれば仕事を続けられた支援・サービスについて尋ねた結果(複数回答)は、「保育園・託児所(ゼロ歳児保育、延長保育、病児保育等を含む)」(60.8%)、「職場の育児休業制度(子供が1歳を超えても保育園に入園するまで)」(54.4%)、「職場の理解」(51.2%)、「職場の看護休暇制度(子供が病気の時に仕事を休める制度)」(50.4%)、「夫の協力」(46.4%)、「職場の支援措置」(44.0%)となっている。労働者側は、各方面からのさらなる「次世代育成支援」を求めていることがわかる。

■不可欠な「多様な働き方への対応」

つまり、社会保障の支え手を増加させるためには、単に育児年金の導入にとどまらず、さらに踏み込んだ取組みが求められるのである。それは、「意見書」も指摘している「多様な働き方への対応」である。表7は年齢階級別にみた完全失業率の推移であるが、近年、20歳台以下と60歳台前半が著しく高い。特に若年層の失業は社会保障の支え手の減少として、その財政にも悪影響を及ぼす。先出の「平成15年版国民生活白書」¹³⁾は、近年、労働市場の環境の厳しさから、高卒、大卒ともに卒業者に占める就職者数の割合が低下し、新

卒フリーター¹⁷が増加していると指摘している。しかし、フリーターの 72.2%は正社員になることを希望している。その反面、企業側は経済の長期低迷から、人件費の抑制のため、従来の終身雇用制から即戦力となる人材を中途採用し、低コストのパート・アルバイトや派遣を増やす雇用管理に移行しつつある。このような求人と求職のミスマッチがフリーター増加の一因であろう。さらに、パート・アルバイトは正社員と比較して一般に低賃金なため、フリーター自身も不安定な生活や将来に不安を抱えている。その結果、未婚化、晩婚化、少子化などが助長される懸念もある。

表 7 年齢階級別にみた完全失業率の推移 (単位：%)

年次	総数	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
		歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳
1975	1.9	3.6	2.9	2.3	1.5	1.4	1.4	1.4	1.2	2.2	2.5	1.4	1.0
1980	2.0	4.1	3.3	2.6	1.9	1.4	1.2	1.4	1.4	2.6	3.6	1.8	0.9
1985	2.6	7.3	4.1	3.2	2.4	2.0	1.7	1.6	1.8	3.3	4.9	2.5	0.7
1990	2.1	6.6	3.7	2.7	1.9	1.6	1.4	1.2	1.2	2.0	3.5	1.5	0.6
1995	3.2	8.2	5.7	4.3	3.1	2.3	2.2	1.9	1.9	2.4	5.7	2.0	0.5
1998	4.1	10.6	7.1	5.6	4.0	3.2	2.8	2.5	2.5	3.3	7.5	3.0	0.9
1999	4.7	12.5	8.4	6.2	4.6	3.5	3.0	3.1	3.2	3.9	7.9	3.4	0.9
2000	4.7	12.1	8.6	6.2	4.8	3.4	3.1	3.0	3.4	3.9	8.0	3.4	0.9
2001	5.0	12.2	9.0	6.7	5.3	4.0	3.2	3.4	3.6	4.1	8.1	3.8	0.9
2002	5.4	12.8	9.3	7.1	5.8	4.4	3.7	3.9	4.1	4.5	7.7	3.4	0.9

(資料) 総務省統計局「労働力調査報告」

他方、現在、社会保障の受け手を減らす施策として、厚生年金の支給開始年齢が 60 歳から 65 歳へと引き上げられつつあるが、これに伴って高齢者の就業を促進する取組みが不可欠である。このような取組みには定年後の勤務延長や再雇用などが挙げられる。厚生労働省「平成 15 年雇用管理調査」²⁹⁾によれば、常用労働者 30 人以上の企業のうち、定年制を一律に定めている企業は全体の 89.9%、そのうちの 89.2%が 60 歳を定年としている。一律定年制を定めている企業のうち勤務延長制度または再雇用制度がある企業は 67.4%、制度の適用者の範囲は、会社が特に必要と認めた者に限る企業が過半数を占め（勤務延長制度で 52.2%、再雇用制度で 56.4%）、原則として希望者全員とする企業（勤務延長制度で 29.4%、再雇用制度で 23.6%）を大きく上回っている。今後、これらの制度を充実させ、高齢者の就業機会を増やすことは、高齢者の失業率低下に直結するだけではない。高齢者が、支え手として¹⁸社会保障の一翼を担うことも期待できるのである。その際は、高齢者の健康状態や就業能力には個人差があることを考慮して、フルタイム就業だけではなくパー

¹⁷ 同白書は、フリーターを「15～34 歳の若年（ただし、学生と主婦を除く）のうち、パート・アルバイト（派遣等を含む）及び働く意志のある無職の人」と定義している。

¹⁸ 厚生年金の被保険者の年齢要件は、70 歳未満である（厚生年金保険法第 9 条）。健康保険の被保険者については、年齢要件はない。

トや在宅勤務、派遣就労など多様な就労形態を整備することも必要だろう。

また、「平成 15 年版厚生労働白書」³⁰⁾によれば、リストラの進展等、雇用情勢の変化により、1990 年代に減少傾向にあった常用雇用者に占める週 60 時間以上の長時間労働者の割合は、男性では 1999 年から上昇に転じ、特に 30 歳台の男性では 23 から 24%に達している。業務に起因する脳血管・虚血性心疾患、いわゆる過労死の認定件数も 10 年前の 4.2 倍に増加している。過去からの推移を見ると、30 歳台を中心とする壮年層はより忙しくなっているのに対し、高齢層や 20 歳台前半の若年層などは余暇がより増加している。さらに、一旦仕事を辞めた女性の再就職は多くがパートタイムとなっており、その 1 時間あたりの賃金は一般労働者の 6 割強にとどまっていることが指摘されている。

■注目されるオランダ型ワークシェアリング

このような雇用環境にあつて必要な施策は、若者や高齢者の雇用を確保し、育児と仕事の両立を可能にして社会保障の支え手を積極的に増やすことである。その解決策として近年、特に注目されているのがオランダ型のワークシェアリングである。1970 年代後半から 80 年代前半にかけて、景気の低迷、著しいインフレ、失業率の上昇にあえいでいたオランダでは、政労使の合意の下、賃上げ抑制策をとる一方、パートタイム労働を増加させ、1 人当たりの労働時間を減少させた。その結果、82 年に 12%であった失業率は 90 年代には 6%台、2001 年には 2.4%まで低下した。81 年にはマイナスであった実質 GDP 成長率も、その後は 2 から 4%の安定成長を示している。93 年には労働者の育児・介護に配慮した労働時間の決定、96 年にはフルタイム労働者とパートタイム労働者の 1 時間当たり賃金や社会保険の適用、雇用期間、昇進等の差別禁止、98 年には人材派遣業の規制緩和と派遣労働者の地位の向上が図られ、2000 年には労働時間関係調整法が施行された。同法は事前に届出て受理されれば、フルタイムからパートタイムへ、あるいはパートタイムからフルタイムへ労働者自身が労働時間を決定できることを定めている。オランダ型ワークシェアリングは単なる雇用政策としてではなく、正に共助の精神に立脚した「次世代育成支援」や「多様な働き方への対応」の一モデルとして、わが国の社会保障改革にも多大な効果を期待できるのではないかと。

しかし、ワークシェアリングは導入の仕方を誤れば、デメリットが際立つ結果を招く。表 8 はワークシェアリングの功罪と導入の条件・課題を示したものである。企業にとっては社員増による社会保険料の負担増や交通費、備品などのコスト増が生じ、労働者は労働時間の短縮分、収入が減少する²⁹⁾。企業負担を徒に増やすことなく、労働者の意欲減退や過度な消費抑制を招かないよう、バランスをいかにとるかがワークシェアリング成功の鍵であろう。

さらに、所得税の非課税限度額（103 万円）や厚生年金、健康保険の適用基準（4 分の 3）タイム労働者の就労（雇用）抑制につながっている。ワークシェアリングの導入に当たっては、年収や労働時間の長短にかかわらず、全労働者に社会保険を適用することも税制

と被扶養者認定基準（130 万円）¹⁹、雇用保険の適用基準（週 20 時間）²⁰などは、パートのあり方とあわせて検討すべき課題である。パートタイム労働者の年金権の拡大や失業時の所得保障の充実につながると同時に、これも社会保障の支え手を増やす施策である。

表 8 ワークシェアリングの功罪と導入の条件・課題

	メリット	デメリット	導入条件・課題
社会	・失業削減・雇用創出 ・多様な人材の能力活用 ・余裕時間増大による消費拡大	・新産業への労働移動の遅延・停滞 ・不安定雇用の増大	・労働条件の均等化促進と整備 ・企業の社会保障負担軽減処置 ・社会的能力評価基準の整備 ・解雇ルールの特明確化
企業	・フレキシブル雇用 ・生産性向上 ・従業員の意欲向上（ハイタレント人材の定着化）	・社員増によるコスト増 ・生産性の低下？ ・雇用管理の複雑化	・職務基準の特明確化 ・時間対応の賃金設定
個人	・個人にあった働き方の選択（メリハリのある生活） ・ゆとり時間の増大	・所得の減少 ・労働密度の増大 ・同一・一律化による不公平感	・収入減の生活スタイル ・ゆとり時間の活用 ・能力開発の拡充

（出典）根本孝³⁰⁾

¹⁹被扶養者の年間収入が 130 万円未満であること。

²⁰1 週間の所定労働時間が 20 時間以上かつ 1 年以上引き続き雇用されることが見込まれること。

むすびに代えて

わが国の社会保障制度は、その信頼が揺らぎ、持続可能性が問われるという大きな難局を迎えている。表9は社会保障制度改革の工程と主な論点を示したもののだが、さすがに“優秀な官僚”が作成しただけあって肅々と「縦割り改革」が進められている。唯一、社会保障制度の連携があるとすれば、①共済年金の「職域加算」を廃止して、厚生年金との一元化を図る、②高齢者医療保険と介護保険の高額療養費制度を合算制にする、③年金保険料の未納者に対しては、健康保険証を交付しない、④年金保険料未納の医療人については、保険医および保険医療機関の登録を抹消する、⑤高齢者医療保険料や介護保険料については、年金からの天引きとする、といった“信賞必罰”の制度のみである。本当に「霞ヶ関任せ」の社会保障制度改革でよいのか。

表9 社会保障制度改革の工程と主な論点

	年金	介護	医療	次世代育成支援	税制
2004年	年金制度改革法成立	介護制度改革の検討論点 ・給付の効率化・重点化 (予防重視型システムへの転換、居住費・食費に係る利用者負担の見直し) ・サービスの質の確保・向上 ・被保険者・受給者の範囲 改革案のとりまとめ	医療制度改革の検討医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する「基本方針」に基づく検討 ・都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合 ・新たな高齢者医療制度 ・公的保険給付の内容及び範囲の見直し 骨太の方針2005に基づく検討 ・持続可能性を確保する過大な伸びの抑制策	次世代育成支援対策推進法 少子化社会対策大綱地方公共団体、企業において、行動計画の策定作業 ・子供・子育て応援プラン策定(2004年12月)	
05年	社会保障制度全体についての一般的な見直しの中で、制度体系の在り方についても検討(三党合意及び2004年年金改革法附則)	介護制度改革の実施法律施行後5年を目処に、その全般に関して検討し、必要な見直し等の措置を講じる(介護保険法附則) →2005年通常国会で成立	「医療制度改革大綱」(政府・与党医療改革協議会2005年12月1日) ・安心・信頼の医療の確保と予防の重視	・行動計画に基づく地方公共団体、企業の取組を支援し、施策を強力に推進	国・地方を通じた個人所得課税の抜本的見直し(2005年度・06年度。2004年度与党税制改正大綱) 消費者を含む税体系の抜本的改革(2007年度目途。2006年度与党税制改正大綱)
06年	基礎年金国庫負担割合を2009年度までに引き上げ(2004年年金改革法附則)		・医療費適正化の推進・超高齢社会を展望した新たな医療保険体系の実現 ・診療報酬の見直し	・総合施設の実施(2006年度)	
07年			医療制度改革の実施2006年の通常国会に関連法案提出		

今こそ、国民は短視眼的な利害を越えて政労使一丸となって長期的展望に立った社会保障

改革を考える時である。

そうした中で面白い3つの試みが出てきた。一つは、東京都が2006年4月から始める「スリーコイン・ワンツリー運動」と名付けた募金活動。募金を通じて個人や企業に花粉症対策への理解を深めてもらう狙いで、スギ1本の伐採・植え替え費用1500円の寄付を呼びかけるという。東京都は2006年度から10年間で、多摩地区の山林約1200ヘクタールでスギの伐採・植え替えを進める計画である。経費は約30億円に上る見込みで、この一部を募金で賄う考え。財政難に悩む地方政府だが、中央政府の動きがあまりにも遅いので、“受益（難）者負担”で「自衛団」を結成しようというのである。

第二は、「七大疾病」にかかった場合、ローン返済を免除する新しい住宅ローンの出現である。七大疾病とは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞の三大疾病に、高血圧、糖尿病、慢性腎不全、肝硬変の生活習慣病を加えたもの。厚生労働省によると、七大疾病の国内患者数は約1200万人、死因に占める割合は5割以上に達する。新商品は住宅ローンの契約者が七大疾病のいずれかと診断され、入院などで就業不能になった場合、保険金が保険会社から銀行に支払われ、ローン元本・金利の返済にあてる仕組み。一ヶ月分の就業不能期間につき、ローン返済を免除。就業不能な期間が一年以上続いた場合には全額のローンが免除となる。また、生命保険会社の中にも満期給付金や中途解約金を支払わない代わりに保険料を安くして一泊二日の日帰り手術を支弁する保険商品や被保険者のニーズに合わせて年金、医療、介護の給付が選択できる新種商品を提供する会社も出現している。日本人の“保険好き”はつとに有名だが、保険料が払えなくなり、生命保険の買い取りを求める患者も増えている。3人に1人ががんで亡くなるわが国にあって今後は、欧米諸国のように生命保険の買い取り事業の法制化も急務と考えられる。

そして第三は、電機各社の労組で作る電機連合が、多目的休暇や休職の目的に「不妊治療」を加えるよう、2006年の春季労使交渉で経営側に要求したことである。電機大手では有給休暇のほかに、ボランティアや看護・介護のために取得できる多目的休暇制度を備えている企業が多い。これに対して不妊治療をうける女性の増加で「休暇が足りない」など労組に対する相談件数が増えているという。実際、休暇・休職を求める場合には、上司に理由を説明しなければならないので不妊治療休暇を請求する者は少ないとされるが労組が春闘で新しい「打ち手」を出した点は評価される。ちなみに、不妊治療を受けている人は、2003年の推計では46万6900人ともいわれ、1999年の1.6倍に増える中で労働組合が少子化に取り組み始めた意義は大きい。厚生労働省が2006年3月に公表した「第3回21世紀成年者縦断調査」によれば、育児休業制度のある職場で働く女性の方が、同制度のない職場で働く女性より、1年間で子供を産む割合が約3倍高いという。さらに、育児休業制度があっても利用しやすい雰囲気の有無で約2倍の格差があることも判明した。

育児休業制度とは、育児・介護休業法で1歳未満の子供を養育するため、労働者に取得が認められている休業の権利である。保育所に入所できないなど一定の条件の場合、子供が1歳半になるまで取得できる。政府は育児休業取得率の目標を女性80%、男性10%と定

めているが、厚生労働省の調査では、2003 年度の取得率は女性 70.6%、男性 0.56%と低い状況が続いている。国に先んじて行動することこそ、労働組合の組織率の向上のみならず人口減社会の歯止めにつながると考えるが、いかがだろう。

確かに、社会保障制度改革は、国会議員や官僚の力を借りなければ成就できないが、人口減社会は一人ひとりの努力で解決できるのではないだろうか。

Don't judge each day by the harvest you reap, but by the seeds you plant

(毎日を収穫量ではなく、どれだけ種をまいたかで判断しないで下さい)

—Robert Louis Stevenson (1850-1894)

〔補論〕医療に必要な貯蓄額の推計方法について

推計は、大きく 3 つの過程を経ている。すなわち、①将来の年齢階級別医療費の推計、②コホート別の生涯医療費の推計、③コホート別の必要貯蓄額の算出、である。

1. 将来の年齢階級別医療費の推計

2000 年度の国民医療費（厚生労働省「平成 12 年度国民医療費」）を推計の基準とし、これを同年の 5 歳階級別の診療点数（厚生労働省「平成 12 年社会医療診療行為別調査」）で 5 歳階級ごと（0～4 歳、5～9 歳、・・・、85 歳以上の 18 階級）に按分した。この 2000 年度の 5 歳階級ごとの医療費を、表 A に示す医療費の伸び率と 5 歳階級別の人口増加率（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 14 年 1 月推計）」の中位推計）を用いて 1 年度ずつ伸ばし、2090 年度までの各年度の医療費を 5 歳階級別に推計した。

表 B は、こうして求めた将来の国民医療費を、厚生労働省が 2002 年 5 月に発表した社会保障給付費の将来予測³¹⁾と比較したものである。比較の結果、2005 年度の同省推計値に最も近いのは医療費の伸びを「低」とした場合であり、2010 年度は「中」、2025 年度は「高」であった。

2. コホート別の生涯医療費の推計

前節で推計した年齢階級別医療費を当該年度の将来推計人口（中位推計、5 歳階級別）で除して、将来の各年度の 1 人当たり医療費（5 歳階級別）を算出した。これを基に、平均余命（厚生労働省「平成 14 年簡易生命表」）を考慮して、各コホートの男女別生涯医療費を計算した。なお、本推計では 2003 年度以降の医療費を集計の対象としており、2002 年度以前の医療費は含めていない。

3. コホート別の必要貯蓄額の算出

医療に必要な年間貯蓄額は、各コホートの生涯医療費を基に 4 つの条件を設けて計算した。4 つの条件とは、①現在（2003 年）から貯蓄を開始し、生涯にわたって毎年、平準的な金額を貯蓄する、②各年で必要な医療費は貯蓄を引き出してまかなう、③現在から死亡までの間に貯蓄残高をマイナスとしない、④死亡の時点で、貯蓄を残さない（残額をできる限り小さくする）、というものである。

表 C は年間貯蓄額の推計に当たって設定した名目賃金上昇率と名目運用利回りである。これらの経済前提は、厚生労働省が公的年金の次期財政再計算に向けて提示した「年金改革の骨格に関する方向性と論点」¹⁷⁾に準拠したものである。

各年の名目貯蓄額は名目賃金上昇率でスライドさせて引き上げた。これは毎年、賃金の一定割合を貯蓄に回すという考えに基づく。また、条件①の平準的な金額とは、毎年、実質価値の等しい金額を貯蓄することを意味する。

表 D は、コホート別生涯医療費を名目運用利回りで割引計算したもの、すなわち現在価格で表示した生涯医療費である。0 歳児の生涯医療費は男子で 398 万 1 千円から 2,595 万 9 千円、女子で 438 万 6 千円から 3,525 万 6 千円である。

ちなみに、かつて厚生省が推計した生涯医療費は約 2,200 万円 (1997 年度価格) である³²⁾。
参考・引用文献

- 1) OECD(1996), FUTURE GLOBAL CAPITAL SHORTAGES REAL THREAT OR PURE FICTION?
- 2) OECD(1996), SOCIAL POLICY STUDIES No20 AGING in OECD COUNTRIES
A Critical Policy Challenge
- 3) 宮川努「失われた 10 年研究報告」「経済教室」(日本経済新聞,2006 年 3 月 27 日)
- 4) OECD(1998), IMPROVING THE ENVIRONMENT THROUGH
REDUCING SUBSIDIES Part I Summary and Policy Conclusions
- 5) 「定年制、鉄血宰相が生みの親!?!」「けいざい楽校」(日本経済新聞,2006 年 3 月 27 日)
- 6) OECD(1998), BENEFIT SYSTEM AND WORK INCENTIVES
- 7) 菊地隆俊「ヘルスケアの経済学(15)(16)」(IHEP 医療経済研究機構レタ
ーNo22,24 1995 年)
- 8) OECD(1999), Consumption Tax Trends
- 9) OECD(1998), IMPROVING THE ENVIRONMENT THROUGH
REDUCING SUBSIDIES Part II Analysis and Overview of Studies
- 10) 社会保障審議会「今後の社会保障改革の方向性に関する意見—21 世紀型の社会保障の
実現に向けて—」, 2003,
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/06/dl/s0616-4b.pdf> .
- 11) 社会保険庁「平成 11 年国民年金被保険者実態調査」,
<http://www.sia.go.jp/statis/gaiyo1999/index.htm> .
- 12) 国民健康保険料(税)滞納問題に関する研究会(国民健康保険中央会)「国民健康保険
料(税)収納率向上のための提言」, 2001,
<http://www.kokuho.or.jp/shiryou/lib/teigen.pdf> .
- 13) 内閣府「平成 15 年版国民生活白書」, 43, 48-98, ぎょうせい, 東京, 2003.
- 14) 経済企画庁「国民生活白書(平成 10 年版)」, 91-95, 大蔵省印刷局, 東京, 1998.
- 15) 日本年金数理人会 編「年金数理概論」, 57, 朝倉書店, 東京, 2003.
- 16) 坪野剛司 編「総解説・新企業年金」, 9-26, 日本経済新聞社, 東京, 2002.
- 17) 厚生労働省「年金改革の骨格に関する方向性と論点」, 2002,
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1205-2.html> .
- 18) Consumer Empowerment as a Solution to Health System Financing,
Pharmacoeconomics 18 Supplement 1:77-83,2000
- 19) 小山秀夫「介護保険と医療保険の非整合性」(社会保険旬報、No.2266 2006,1.1 P28-31)

- 20) 成田至氏（元日本医師会常任理事）の言葉 有岡二郎『戦後医療の 50 年』日本医事新報社
- 21) 厚生省『七人委員会の報告』1955,10.P 209-211
- 22) 社会保障制度審議会『医療保障制度に関する勧告』社会保障懇談会、1956.11.13 P 21-22
- 23) 今井一男「医療費問題の渦中で～療養費払い論をめぐって～（小山路男によるインタビュー）」
- 24) 西沢和彦「国税・地方税・社会保険料徴収機関分立の問題と改革試案―諸外国との比較を通じて―」（株）日本総研 2006 年 3 月 1 日
- 25) 厚生統計協会「2002 年 国民の福祉の動向」, 177, 厚生統計協会, 東京, 2002.
- 26) 厚生労働省「平成 13 年度介護保険事業状況報告（年報）」, 2003,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jokyo01/index.html> .
- 27) 国立社会保障・人口問題研究所「第 12 回出生動向基本調査 結婚と出産に関する全国調査 夫婦調査の結果概要」, 2003,
<http://www.ipss.go.jp/Japanese/doukou12/doukou12.pdf> .
- 28) 日本労働研究機構「「育児や介護と仕事の両立に関する調査」結果」, 2003,
<http://www.jil.go.jp/statis/doko/h1507/ikuji.PDF> .
- 29) 厚生労働省「平成 15 年雇用管理調査結果の概況」, 2003,
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/kanri/kanri03/> .
- 30) 厚生労働省「厚生労働白書（平成 15 年版）」, 141-164, ぎょうせい, 東京, 2003.
- 31) 根本孝「ワークシェアリング 『オランダ・ウェイ』に学ぶ日本型雇用革命」, 36-55, 124-128, 株式会社ビジネス社, 東京, 2002.
- 32) 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し―平成 12 年 10 月改訂版―」, 2002,
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/05/h0515-1.html> .
- 33) 厚生省「厚生白書（平成 11 年版）」, 35-36, ぎょうせい, 東京, 1999.