

《税・社会保障改革シリーズ No.14》

2013年9月19日

No.2013-028

社会保障制度改革国民会議報告書のポイントと評価

調査部 上席主任研究員 西沢 和彦

《要 点》

- ◆ 2013年8月6日、社会保障制度改革国民会議の報告書（以下、報告書）が安倍総理に手渡された。報告書は、総論および少子化対策、医療・介護、年金の各論で構成されている。そのうち、本レポートでは、最も力点の置かれている医療、および、5年に一度の財政検証を来年初に控え、今後議論の本格化が予想される年金の2分野について、主なポイントを整理するとともに、評価を試みた。
- ◆ 《医療 - ポイント1》医療のポイントは大きく3つに集約出来る。1つは、報告書のハイライトとなる医療提供体制の改革である。報告書は、先進諸外国の多くの医療提供体制、すなわち、地域における診療所の家庭医が予防や在宅医療などを含む1次医療を担い、必要に応じ2次医療や3次医療の病院を紹介し、紹介後も継続的にケアに関わるといった体制を念頭に置いていると捉えることが出来る。
- ◆ こうした改革の方向性は、財政健全化との関連、高齢社会における医療ニーズの変化への対応などといった観点から評価されつつ、指摘すべき点もある。1つは、報告書は、病院改革であっても診療所および診療所医師の改革となっておらず、改革案として包括性に欠けることである。本来、家庭医の姿を国民に分かりやすく説明したうえで、①その育成計画、②診療報酬体系の根本的見直し、および、③地域間の配置計画など制度改革に踏み込むべきであろう。報告書は、これを医療提供側の自主性にほぼ任せており、報告書の目指すところが実現するのか不透明である。
- ◆ もう1つは、消費税収が医療機関へのばら撒きとなる危険である。報告書は、医療提供体制改革のため、消費税引き上げによる税収を使い診療報酬や基金方式を通じて医療機関に財政支援を行うべきとしている。もっとも、①資金が必要となる説得的な説明が見られず、②診療報酬には既に設備投資分が含まれているにも関わらずその活用について全く触れられていない。さらに、③国民負担増を原資としているにもかかわらず財政支援を「柔軟に」にすべきと書き込まれているなど疑問が多い。
- ◆ 《医療 - ポイント2》2つめは、現在は市町村が保険者となっている国民健康保険（国

保)の都道府県への移行である。国保の現状を鑑みれば広域化自体妥当であるものの、指摘すべき点がある。1つは、都道府県化の具体像が曖昧であり、現状との差異が見えにくいことである。報告書は、保険料賦課徴収と保健事業は引き続き市町村が担うべきともしており、財政責任の軽くなった市町村のインセンティブ低下も懸念される。もう1つは、国保財政の赤字穴埋めが、都道府県化の実質的な前提条件となっており、その財源を、被用者健保の負担増(2,300億円)に求めるという選択肢が提示されていることである。これは、被用者健保と国保との公平性を損ない、国保の保険者としての規律をかえって緩めかねないなど極めて問題が多い案である。

- ◆ 《医療 - ポイント3》3つめは、医療保険財政全体の長期的な持続可能性に対する関心が希薄な点である。医療保険財政も年金とほぼ同様、被用者健保から国保や後期高齢者医療制度への財政支援などを通じた、主に現役世代から高齢世代への所得移転によって成り立っている。よって、被用者健保の財政的持続可能性確保が国保や後期高齢者医療制度の持続可能性確保の前提となるが、報告書は、被用者健保の持続可能性に対し殆ど配慮が払われていない。
- ◆ 《医療 - その他》さらに、民主党が廃止を主張してきた後期高齢者医療制度については、「十分定着している」と総括していることである。もっとも、同制度に関し論ずべき課題は残されたままであり、本来、このような総括には至らないはずである。
- ◆ 《年金 - ポイント1》国民会議は、年金に関して殆ど時間が割かれておらず、報告書もそれを反映している。そのなかで、年金財政健全化に向け、政府に決断を迫っている点は第1のポイントとしてあげられる。その中心は、2004年の年金改正で導入されつつも全く機能していないマクロ経済スライドをデフレ下であっても機能するよう来年の財政検証結果を踏まえ遅滞なく見直すことである。もっとも、年金受給層にとって耳の痛い内容にならざるを得ない法改正に政府が着手するのかが不透明である。
- ◆ 《年金 - ポイント2》わが国の年金制度体系は、依然として60%を割り込んでいる国民年金保険料納付率、第3号被保険者制度に代表されるように今日の家族・就労形態と必ずしも合致しない仕組みなど抱える課題は少なくないものの、報告書は、制度体系のあり方については解を示せていない。もっとも、解を示せていないということは、現行制度体系を肯定することにも、民主党案を否定することにもなっていないということとして肯定的に捉えることも可能である。
- ◆ このように、社会保障制度改革国民会議の後に残された社会保障制度のあり方としての課題および財政健全化に向けた課題は多い。

本件に関するご照会は、調査部・西沢和彦宛にお願いいたします。

Tel:03-6833-0480

Mail:nishizawa.kazuhiko@jri.co.jp

2013年8月6日、社会保障制度改革国民会議の報告書（以下、報告書）が安倍総理に手渡された。報告書は、総論および少子化対策、医療・介護、年金の各論で構成されている。そのうち、本レポートでは、最も力点の置かれている医療、および、5年に一度の財政検証を来年初に控え、今後議論の本格化が予想される年金の2分野について、主なポイントを整理するとともに、評価を試みた。

1. 医療分野のポイントと評価

(1) 医療提供体制の改革

まず、医療のポイントは大きく3つに集約出来るだろう。1つめは、医療提供体制の改革である。わが国の医療提供体制は、全国に8,605ある病院と99,547ある診療所（注¹）との機能未分化、フリーアクセス、診療所において出来高払いを中心とした支払制度、MR IやCTスキャンなど高額医療機器の保有台数の多さ（注²）、および、長期間の入院日数（注³）などの特徴がある。例えば、わが国の人口対比の病院数は、低下傾向にあるとはいえ、他の先進諸外国と比較しても顕著に多く（図表1）、病院と診療所の機能分化の必要性が叫ばれつつも、病院は収入の4分の1を外来で得る構造となっている（注⁴）。

他方、先進諸外国の多くは、地域における診療所の家庭医（わが国では総合診療専門医と呼ばれることになっている。注⁵）が予防や在宅医療などを含む1次医療を担い、必要に応じ2次医療や3次医療の病院を紹介し、紹介後も継続的にケアに関わる。診療所への支払いも受け持ち住民数に応じ定額が支払われる人頭払いが採り入れられ、住民の健康維持、無駄な検査・投薬の抑制インセンティブが組み込まれている。

今回の報告書も、明記こそされていないものの、こうした先進諸外国の医療提供体制を念頭に置いたものと捉えることが出来る。報告書に対しては、70～74歳の医療費窓口負担1割から2割への本則復帰など、金銭的負担増が注目を浴びるものの、むしろ医療提供体制の改革が報告書のハイライトである。

¹ 数値の出所は、厚生労働省「医療施設調査平成23年度」。

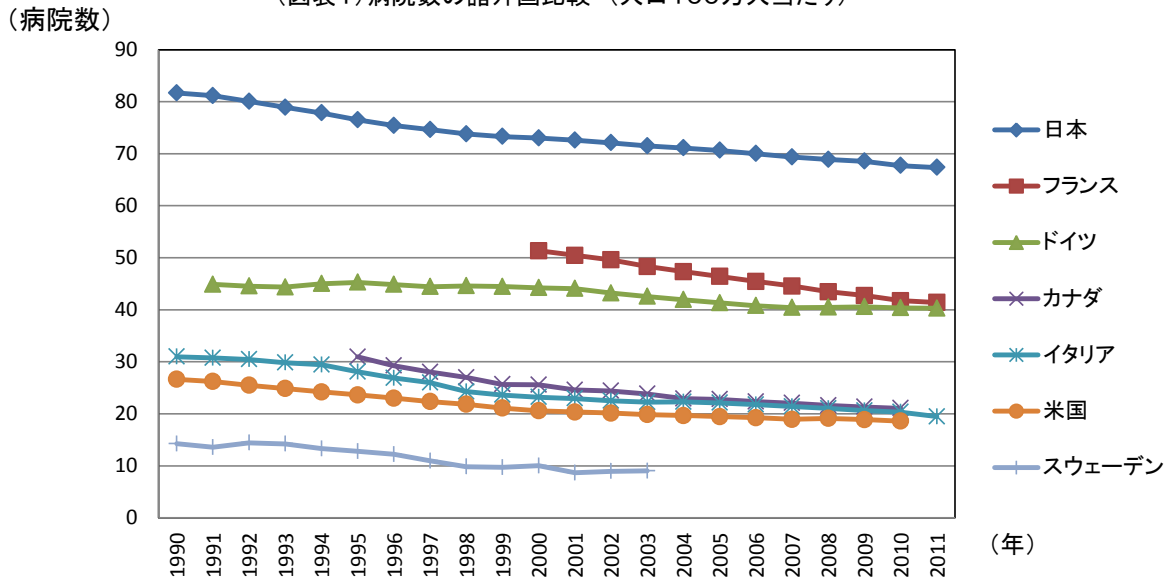
² 例えば、人口100万人当たりのCTスキャン台数は、カナダ14.6台、フランス12.5台、イタリア32.1台、イギリス8.9台、米国40.9台に対し、わが国は101.3台と突出して多い（2011年、OECD 'Health Data'）。

³ 人口1,000人当たり病床数でこれを代替し、諸外国と比較すると、カナダ2.8床、フランス6.4床、ドイツ8.3床、スウェーデン2.7床、英国3床、米国3.1床に対し、わが国は13.5床と突出して多い（2010年、OECD 'Health Data'）。

⁴ 厚生労働省「医療費の動向」によれば、2011年度の医療費37.8兆円のうち病院分は20.1兆円。うち入院14.8兆円、入院外（外来）5.3兆円となっている。

⁵ 厚生労働省専門医の在り方に関する検討会「報告書」（2013年4月22日）によれば、総合診療医の専門医としての名称は総合診療専門医とすることとなった。総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる、とある。

(図表1) 病院数の諸外国比較 (人口100万人当たり)



(資料) OECD 'Health Data' より日本総合研究所作成

こうした改革の方向性は、次の2つの観点から評価出来る。1つは、財政健全化との関連である。国の一般歳出 54.0 兆円のうち社会保障関係費は半分超の 29.1 兆円に達し、社会保障関係費のうち医療保険国庫負担は 8.9 兆円となっている (2013 年度予算ベース)。よって、社会保障関係費の抑制は財政健全化にとって極めて重要なポイントである。報告書には次のようにある (P 23)。「医療・介護資源をより患者のニーズに適合した効率的な利用を図り、国民の負担を適正な範囲に抑えていく努力も継続していかねばならない」

これは、わが国の厳しい財政制約のもと、医療に振り向けられる資源を効率的に使うため、医療提供体制の構造そのものを変えていく必要があるという趣旨と解釈でき、妥当な戦略あるいは方向性であろう。それを行わなければ、シーリング的な費用抑制になりかねず (例、2006 年の歳出・歳入一体改革における社会保障関係費 2,200 億円/年×5年=1.1 兆円の抑制)、国民にとって望ましい結果をもたらすと言えないばかりか、実現性も不確実である。

もう1つは、高齢者人口の増加を主な背景に、医療の質も変化が求められている中、それに応えようとしている点である。複数の疾患を同時、かつ、慢性的に抱える傾向のある高齢者人口の増大により、医療の質も治療 (キュア) にとどまらず、ケアへと転換を図っていかねばならない。報告書の根底にある問題意識の1つもこうした点である。

もっとも、指摘すべき点もある。1つは、報告書は、病院改革であっても診療所および診療所医師の改革となっておらず、医療提供体制の改革案としての包括性に欠けることである。報告書は、病気の程度および治療・回復過程に応じた病院・病床機能の分化を進めていくとし、さらなる実態把握 (病床機能報告制度の導入)、計画策定 (都道府県の医療計画の一部としての地域医療ビジョンの策定)、および、診療報酬をはじめとした政策誘導の方法など具体的な改革手順について詳しく述べている。

他方、診療所に関しては記述の具体性に乏しく、1次医療を担う医師のあり方も示されていない。それは、報告書の中で1次医療を担う医師としてかかりつけ医と総合診療専門医という2つの用語が関係性の明示もないまま併用されていることに象徴されている。すなわち、患者が複数の疾患を抱えているのであれば複数のかかりつけ医がいるべきという考え方（注⁶）と家庭医は患者の疾患だけでなく患者の家族と人生に関わるべき（葛西 [2013]）という考え方が整理されていないのである。

加えて、今後の改革も、医療提供側の自主性にほぼ委ねられている。それは次の記述にみることができる（P25）。「その際、適切な場で適切な医療を提供できる人材が確保できるよう、職能団体には、中心となって、計画的に養成・研修することを考えていく責務がある」。果たして医療提供側の自主性に任せたまま、家庭医としてのスキルを備えた医師が、各地域に過不足なく配置されるのか全く不透明である。

本来、報告書は、家庭医の意義を国民に分かりやすく説明したうえで、①その育成計画、②診療報酬体系の根本的見直し、および、③地域間の配置計画など制度設計に踏み込み、病院と診療所の包括的な医療提供体制の改革像を示すべきであろう。家庭医（報告書ではかかりつけ医）が国民にメリットをもたらすということが国民に十分に理解されないままでは（メリットの説明については次の例、注⁷）、報告書中にある（緩やかなとはいえ）ゲートキーパー機能の導入（P24）や大病院への紹介状なき外来受診への定額自己負担導入（P35）が、財政的観点のみに立った国民の医療へのアクセス制限と受け取られ、改革そのものが否定されることとなりかねない。あるいは、地域医療の受け皿が整わないまま病院や病床数が抑制されれば、患者は行き場を失うこととなる。

もう1つは、消費税収が、医療機関へのばら撒きとなる危険である。報告書では、医療提供体制改革のため、消費税引き上げによる税収を使い診療報酬や基金方式（P30）を通じて医療機関に財政支援を行うべきであるとしている。もっとも、こうした主張には疑問が多い。

そもそも医療提供体制を改革するとしても、病院・病床数を増やすのではなく集約していくのに、なぜ資金が必要なのか報告書に国民の誰もが納得するような説明はみられない。例えば、病院ごとの機能を明確化したり複数の医療機関の連携を強化したりすれば、病棟や医療機器などの資本効率の改善や薬剤など仕入れ時の価格交渉力向上などにより、診療報酬を一定とするならば、医療機関の収益改善が期待できるはずである。

仮に、資金が要るとしても、現行の診療報酬には既に設備投資分が含まれており、まずはそれで賄われるべきであり、報告書では「消費税増収分の活用が検討されるべきである」（P30）と

⁶ 「あくまでも複数の慢性疾患があれば複数のかかりつけ医がいるという現状を反映したものでなければならぬと思いますし、かかりつけ医機能の充実ということを基本にすべきだと考えております」（2013年8月9日 第66回社会保障審議会医療保険部会 鈴木邦彦日本医師会常任理事）

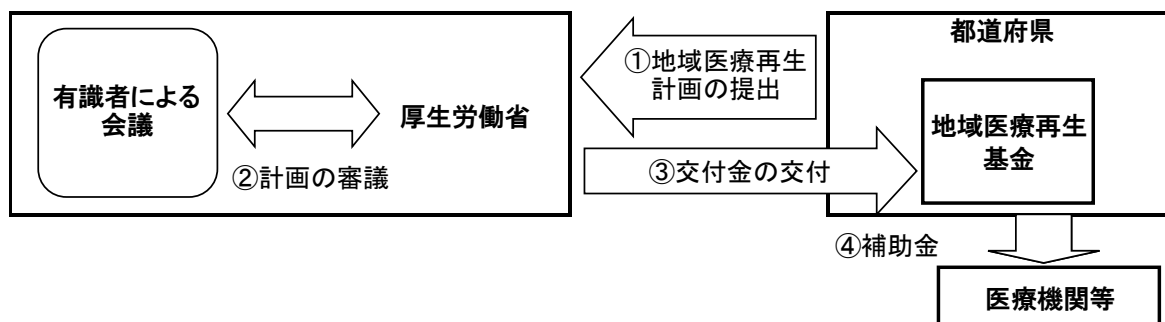
⁷ 国会版社会保障制度改革国民会議は次のように説明している。「フリーアクセスは、患者が自由に医療機関を選択できるものの、その一方で、患者やその家族にとっては、適切な医療機関を選ぶことは容易なことではなく、不安を抱えつつ、口コミ、マスコミ情報に頼り、医療機関探しに苦勞するというのが実態である。「運よくいいお医者さんに巡り会えた」という人とそうではない人とがいてはならず、全ての国民が適切な医療にアクセスできなければならない。それが、われわれが目指す、ライト（適切な）アクセスの国民への保障であり、そのために、上記の総合診療医の充実を図る必要がある」（国会版社会保障制度改革国民会議[2013]）

あるものの、即座に消費税収が用いられなければならない訳では全くない。報告書では、こうした点が無視されている。

しかも、財政支援は「柔軟なものとする必要がある」との記述が報告書P31に盛り込まれており、本年末に予定される来年度診療報酬改定、および、来年通常国会への提出が計画されている医療法改正など財政支援の詳細が決められていく過程のなかで、ばら撒きに変質する危険を持っている。本来、消費税を負担する国民の側に立つならば、「柔軟に」ではなく「厳格に」と書き込まれて然るべきであろう。

実際、基金方式の先例である地域医療再生基金に対しては、ばら撒きになったとの指摘もなされている（キヤノングローバル戦略研究所 [2011]）。地域医療再生基金とは、各地域における医療の課題の解決、例えば、医師等の人材確保や救急医療・周産期医療提供体制の確保などを図るため、各都道府県が計画を策定、厚生労働省に認められれば、都道府県に設けられた基金に交付金が交付され、そこから医療機関等に補助金が配られるというものである（図表2）。2013年度までの5年を計画期間とし、2009年度第1次補正予算では3,100億円が計上された。

（図表2）地域医療再生基金の概要



（資料）厚生労働省「地域医療再生基金の概要」のうち手続きの流れを日本総合研究所が改変

具体的に次のような指摘だ。「地域医療再生基金でばらまき財政、いわゆる診療報酬とは関係ない補助金が拡大してしまった感があります。これまでに公立病院には交付税等々でたくさん補助金が入ってきたわけです。それに加えて、返さなくていい補助金が大量にばらまかれた。今まで放漫経営を続けてきた公立病院、公的病院が、ここで息を吹き返したというのが現実」（神野正博 社会医療法人財団董仙会理事長、全日本病院協会副会長）

「地域医療再生基金の多くの額が、施設をつくるとか、電子カルテを買うとか、CTスキャンを買うとか、MRIを買うとか、本来ならば診療報酬で手当てすべきものに対して、いわゆる事業見込みと関係なくいろいろなハードを購入することに使われているのが非常に残念」（同）

「実は、地域医療再生基金の議論というのは、最初に自民党政権時代の内閣府で起きたわけです。そのときのご担当が本日この会場に来ておられます。あの時は実は全国で3～4カ所、センタラヘルスケアのようなモデル事業体を創るための資金にしようという議論だったのです。しか

し、選挙が近づくにつれて全都道府県に均等配分というふういつの間にか変わってしまい、ばらまきになってしまったのです」(松山幸弘キヤノングローバル戦略研究所研究主幹)

(2) 国民健康保険の保険者の都道府県化

2つめのポイントは、現在は1,717市町村が保険者となっている国民健康保険(国保)の47都道府県への移行である(本節および次節の詳細は西沢[2013a]を参照)。市町村は、保険者としての役割を發揮するには規模が小さすぎるところがあったり、市町村間で保険料に顕著な格差があったりすることから、広域化自体は妥当な方向性と評価でき、報告書における都道府県への移行もそのタイプの1つと捉えることが出来る。もっとも、報告書には次の問題がある。

1つは、都道府県化の具体像が曖昧なことであり、現状との差異が見えにくいことである。現在、国保の財源は、保険料のほか、国庫負担、都道府県負担、市町村負担、および、被用者健保からの前期高齢者納付金などの財政支援によって構成されている(図表3)。加えて、同一都道府県内の市町村間では、保険財政共同安定化事業などの負担平準化の仕組みが導入されており、既に同一都道府県内における広域化が進んでいる。保険財政共同安定化事業とは、1件当たり月30万円を超える医療費を対象とし、同一都道府県内の市町村がプールした財源によって、共同で負担する仕組みである。この仕組みは2006年10月に導入され、15年度からは全医療費を対象とすることになっている。

(図表3)医療保険財政(2010年度)

(兆円)

制度	収入								支出					
	収入	保険料	担国庫負	県都負道担府	負市担町村	付齡前期交高	付退金職交	その他	給付	援齡後金者期支高	付齡前期金者期納高	出退職金	その他	
被用者健保 (組合健保、協会けんぽ、共済組合)	16.3	14.9	1.1	-	-	0.0	-	0.3	16.5	9.3	3.1	2.8	0.5	0.8
国民健康保険	12.9	3.2	3.3	0.8	0.8	2.7	0.6	1.5	12.9	9.3	1.6	0.1	0.0	1.9
計	29.1	18.1	4.3	0.8	0.8	2.7	0.6	1.8	29.4	18.6	4.7	2.8	0.5	2.7

制度	収入					支出		給付
	収入	保険料	担国庫負	県都負道担府	負市担町村	付齡後金者期交高	支出	給付
後期高齢者医療制度	11.8	0.9	3.8	1.1	1.0	5.0	11.8	11.7

(資料)厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料」より日本総合研究所作成(注1)支援金等は、資金繰りなどの関係から、納付額と交付額が必ずしも一致しない。(注2)数値は、小数点2桁を四捨五入。内訳と合計は必ずしも一致しない。

報告書では、こうした財源構成をどのようにするのかについて言及がないものの、少なくとも当面、現状が維持されるであろう。すると、財源12.9兆円(2010年度)のうち都道府県が負担するのは0.8兆円のみであり、引き続き国庫負担や被用者健保からの財政支援に大きく依存する構造は変わらない。同一都道府県内市町村の保険料格差が無くなるとも考えにくい。市町村ごと

に医療提供水準や医療費抑制に向けた取り組みのレベルには差があり、そうした差を無視して保険料を揃えることはかえって不公平となるためだ。

加えて、報告書では、保険者が担う機能のうち2つの中核的機能、すなわち、保険料の賦課徴収、特定健康診査や特定保健指導など加入者向け保健事業は市町村が引き続き担うのが適当とされている。賦課とは、所得や資産あるいは世帯人員といった保険料の賦課対象と料率を決めることであり、それも市町村が行うことが適当と言っている。

このようにみると、報告書では保険者の都道府県化がうたわれてはいるものの、現状とどのように異なるのか差異が見えにくい。むしろ財政責任の軽くなった市町村の保険料徴収や保健事業推進のインセンティブが低下する懸念もあり、それは医療費の増大にもつながろう。

もう1つは、国保財政の赤字穴埋めが、都道府県化の実質的な前提条件となっており、その財源を、被用者健保の負担増（2,300億円）に求めるという選択肢が提示されていることである（注⁸）。報告書には次のようにある（P33）。「国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政的な構造問題の解決が図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。その財源については、後述する後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬割にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべきである」

このように報告書では、後期高齢者支援金への総報酬割導入によって生ずる財源という一見分かりにくい表現がとられているが、要は、被用者健保への赤字付け替えに過ぎない。これは、被用者健保と国保との公平性を損ない、国保の保険者としての規律をかえって緩めかねないなど極めて問題の多い提案である。

（3）医療保険財政の持続可能性に対する関心が希薄

3つめのポイントは、医療保険財政全体の長期的な持続可能性に対する関心が希薄な点である。医療保険も、年金とほぼ同様、主に現役世代から高齢世代への所得移転によって成り立っている。例えば、被用者健保全体で、後期高齢者支援金 3.1 兆円、国保への前期高齢者納付金 2.8 兆円を拠出している（前掲図表3）。国保や後期高齢者医療制度への公費負担も、原資は現世代が負担する税、および、赤字公債すなわち将来世代の負担する税である。今後、一段と高齢化が進むなか、果たして現役世代が高齢世代を支え続けていけるのか——これが医療制度改革の極めて重要なポイントのはずだが、報告書はこうした点への関心が希薄である。

例えば、協会けんぽは、中小企業の被用者が加入する健康保険組合であるが、加入者の賃金の低迷に加え、高齢者医療制度に対する財政支援負担から、近時保険料率の引き上げが繰り返されている。現在、2014年度まで2年間の時限措置によって保険料率は10%にとどめられているも

⁸ 2,300億円は、第14回社会保障制度改革国民会議参考資料2-2の政府推計値（2013年度予算ベース）。

の、今後何ら措置がとられなければ、保険料率は17年度には11%程度までの引き上げが必要になると推計されている（注⁹）。

保険料率の上昇は、半分を負担する企業にとって雇用コストの上昇であり、製品価格への転嫁を通じ諸外国との価格競争力を低下させるのみならず、労働需要とりわけ被用者健保の対象となる正規労働の需要を減退させる。その結果、協会けんぽからこぼれ落ちた被用者は、国保への加入を余儀なくされ、それは本人にとって好ましくないことはもちろん、国保にとって財政悪化要因となり得る。

報告書はこうした視点に乏しく、かろうじて協会けんぽの国庫負担のあり方などについて検討を行うべきとの2013年参院厚労委員会の附帯決議（注¹⁰）について次のように触れているのみである（P35）。「また、上記の健康保険法等の一部改正法の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されておりこれにのっとして、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある」

（4）後期高齢者医療制度の評価などそのほかのポイント

さらにいくつかのポイントを指摘できる。1つは、民主党が廃止を主張してきた後期高齢者医療制度については、「十分定着している」（P35）と総括していることである。もっとも、次のように論ずべき課題は残されたままであり、本来、このような総括には至らないはずである。

まず、前述のように現役世代が高齢世代を支えていけるのかという財政的持続可能性である。報告書が提案するように後期高齢者支援金に総報酬割を導入し、協会けんぽから公費を同額引き上げることとなれば、高齢者医療制度の支え手である被用者健保全体の財政負担を増やし、高齢者医療制度の持続可能性を低下させることとなる。すなわち、報告書は、高齢者医療制度の持続可能性と逆行した内容を含んでいる。

次に、市町村連合である広域連合という特別な地方自治体の保険者としての妥当性である。2008年度に発足した後期高齢者医療制度の保険者と位置付けられているのは、都道府県でも市町村でもない市町村連合である広域連合である。その妥当性を測るポイントの1つは、制度発足に

⁹ 全国健康保険協会「協会けんぽ（医療分）の5年収支見通し（機械的試算）－平成25年7月試算－」。

¹⁰ 健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（2013年5月23日参議院厚生労働委員会）の内容は、次の通り。

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一、後期高齢者医療制度及び前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整による拠出金によって、運営に困難をきたしている保険者に対する財政支援を、同法案の措置期限である平成26年度までの間、継続し、かつ更に充実すること。
- 二、高齢者医療制度に係る保険者間の費用負担の調整については、その再構築に向け、広く関係者の意見を聴取するとともに、若年者の負担が過大なものにならないよう、公費負担を充実すること。
- 三、協会けんぽについては、中長期的な財政基盤の強化を図るため、国庫補助率について、健康保険法本則を踏まえて検討し、必要な措置を講ずること。
- 四、国民健康保険制度については、適切な財政支援を行うとともに、平成27年度からの都道府県単位の共同事業の拡大の円滑な実施に努めること。

右決議する。

に伴い、保険者がそれまでの市町村などから広域連合となった後においても、引き続き保険料徴収と保健事業を担う市町村のインセンティブが保持されているか否かである。もう1つは、広域連合にも議員がおり、その議員は、住民からの直接選挙によって選ばれていないが、果たして住民の意思が適切に制度運営に反映されているのかということである。

さらに、社会保険料の本質にかかわる問題がある。高齢化の進行に伴い、健康保険料のうち後期高齢者支援金や前期高齢者納付金など支援金等のウェイトが保険給付を上回っていくことは必ずである。その際、それは、負担と受益の対応を身上とする社会保険料と呼べるのかという社会保険料の本質にかかわる問題である。ここは、理論的に詰めるべき重要な論点だ。

加えて、制度発足当初だけで廃止されたものの、診療報酬体系のなかに終末期相談支援料が設けられたことの意義を改めて検証すべきだろう。終末期相談支援料には、医師が患者の相談に乗ることをボランティアにとどめず診療報酬として正当に評価することによって、家庭医普及の足掛かりとする期待も込められていたはずである。廃止が果たして正しかったのか、今一度検証されるべきだ。

2つめは、報告書全体のトーンとして、保険者機能への信認が乏しいことである。保険者機能という言葉は、34ページに1か所登場するのみである。本来、レセプトチェックの強化、レセプト分析に基づく被保険者の健康管理、および、ジェネリック医薬品への切り替えなど保険者機能を発揮することによって、医療費抑制をいかに図っていくかが、医療制度改革の重要なポイントのはずである。

2. 年金分野のポイントと評価

(1) 年金財政健全化

国民会議は、社会保障・税一体改革の一環として、**昨年の社会保障2分野の法改正すなわち年金と子ども・子育てに関する法改正後に残された医療に関する法改正に焦点を絞ってきた。**よって、国民会議は年金に関して殆ど時間が割かれておらず、報告書もそれを反映したものとなっている。そのなかで、**年金財政健全化に向け、政府に決断を迫っているのが第1の特徴といえる。**これは評価すべき点であるものの、**実行に移されるか不透明である。**

現在、2004年の年金改正で導入されたマクロ経済スライドが機能していないことなどから、過剰な年金給付が発生し、それが、年金積立金の想定以上の取り崩し、すなわち、将来世代への負担ツケ回しとなっている。マクロ経済スライドとは、段階的な年金給付水準抑制を図ったものだが、デフレ経済下では機能しない仕組みとなっているため、今日まで全く機能していない（マクロ経済スライドの解説は西沢 [2011] など）。

報告書では、こうした現状を問題視し、来年に予定される5年に1度の財政検証を踏まえ、遅滞なく年金法改正を行うよう政府に求めている。その中心は、デフレ経済下でもマクロ経済スライドが機能するようにしておくことである。財政検証とは、将来の人口動態や経済に一定の前提を置いて今後100年間の年金財政を見通す作業であり、いわば、年金財政の健康診断といえる。

今回の財政検証自体は、政府にそれを受けた法改正までを義務付けるものではないため、年金財政健全化に向け、年金受給者に不人気な内容であっても法改正に取り組むという政府の決断が必要となる。報告書はそれを政府に迫っている。これは評価すべき点だ。

もっとも、今後を展望すると、次の①から③のように政府に年金法改正を躊躇させる材料が多く、実際に報告書の提言が実行に移されるのか不透明である。①2004年の年金改正で100年安心と宣言して10年しか経過しておらず、法改正は100年安心を自ら否定することにつながりかねない。②今後、負担増や給付減が続くうえに、さらに年金法を改正することとなる。まず、2013年10月分（11月分と合わせて12月支給）からは年金の特例水準解消が始まり、年金給付額が減額される。次いで、2014年4月には消費税率引き上げが予定され、加えて、70～74歳の医療費窓口負担2割本則適用の可能性がある。③アベノミクスによりデフレを脱却するのであり法改正は不要だという声が広がりを持つ可能性がある。

（2）制度体系のあり方

このように、報告書は、年金財政の健全化に向け政府の決断を迫る一方、制度体系のあり方については解を示せていない。もっとも、解を示せていないということは、現行制度体系を肯定することにも、民主党案を否定することにもなっていないということでもある。これが第2の特徴といえる。

わが国の年金制度体系は、依然60%を割り込む国民年金保険料納付率の低迷、第3号被保険者に象徴される今日の家族・就労形態と必ずしも合致しない制度体系、および、無視し得ない低年金者・無年金者の存在など抱える課題は少なくない。とりわけ、マクロ経済スライドが機能するということは、年金財政健全化の観点から好ましくとも、低年金者を増やすこととなるため、制度体系の議論を併せて行うことが不可欠である。報告書は、例えば次のように、こうした課題の一端を指摘しつつも（P42）、それらに対する解は今後の議論に委ねるにとどまっている。

「2009（平成21）年の財政検証においては、約10年間で水準調整が完了する報酬比例部分に比べて、基礎年金の調整期間が約30年と長期間にわたり、水準の調整の度合いも大きくなっている。当国民会議における議論の中では、基礎年金の調整期間が長期化し水準が低下することへの懸念が示されており、基礎年金と報酬比例部分のバランスに関しての検討や、公的年金の給付水準の調整を補う私的年金での対応への支援も含めた検討も併せて行うことが求められる」

但し、今後の議論に委ねるということは、現行制度を肯定することもなく、民主党案を否定することもないという意味で肯定的な意義を見出すことも可能である。報告書（P40）は、「年金制度の本質的な役割である『稼働所得の喪失の補填』という考え方から敷衍するならば、負担も給付も現役時代の所得に応じた形の制度とすることは、1つの理想形である」として、実現可能性を巡る認識については委員間で相違があっても、所得比例年金による一元化自体はむしろ積極的に評価している。

国民会議は、2012年11月、民主党政権下でスタートし、13年1月の第3回目からは自公政権下に代わるという経路を辿ってきた。年金制度体系のあり方を巡っては、最低保障年金と所得比

例年金による一元化を主張する民主党と現行制度を基本とする自民党・公明党の間で意見が鋭く対立してきており、有識者のみで構成される国民会議の報告書とはいえ、現政権下においては、前政権の政策を否定するトーンが前面に出た可能性もあったであろう。そうしたもとの報告書であることを考えれば、解を示せていないことに肯定的な意義を見出すことも可能であろう。

(3) 2004年改正の認識などを巡る記述

こうした2つのポイント以外、報告書のなかには不十分あるいは不正確な記述であるため正すべき部分がある。1つは、2004年の年金改正に関する次の認識である（P39）。「日本の年金制度は、2004（平成16）年改正の年金財政フレームで、将来的な負担の水準を固定し、給付を自動調整して長期的な財政均衡を図る仕組みとしたことで、対GDP比での年金給付や保険料負担は一定の水準にとどまることとなった。その意味において、今後の社会経済情勢の変化に対応して適時適切な改革を行っていくことは必要であるものの、基本的に年金財政の長期的な持続可能性は確保されていく仕組みとなっている」

この記述は、不十分かつ不正確である。2004年の年金改正の実態は、当時用いられた「100年安心」というキャッチフレーズ、あるいは、報告書の「長期的な」という用語から連想されるような100年間毎年度ずっと安心が続くというのではなく、100年間という長い目でみることによってはじめて収支が合うという条件を緩めたもとの財政均衡に過ぎない（西沢 [2013b]）。例えば、足もとの年度で財政収支がマイナスになっても、すなわち、単年度でみれば財政均衡していなくても将来の給付を減らすことでそのマイナス分を取り戻す（マクロ経済スライドの適用期間長期化）ので長期的にみれば財政均衡するという意味に過ぎないのである。

そこでは、世代間の公平性確保、社会保障制度としての適切な給付水準の確保は考慮されていない。ましてや、「給付を自動調整して長期的な財政均衡を図る仕組み」と紹介されているマクロ経済スライドは未だ機能していない。報告書は、そうした2004年改正の実態を「その意味において」「基本的に」「確保されていく」などの表現で滲ませようとしているものと推察されるが、それでもなお実態とかい離している。本来、実態により忠実な説明につとめ、今後の議論の基礎を提供すべきである。

2つめは、支給開始年齢に関する次の部分である（P43）。年金財政の健全化を図るための支給開始年齢引き上げの議論の余地が狭められている。「以上のような状況を踏まえると、今後、支給開始年齢の問題は、年金財政上の観点というよりは、平均寿命が延び、個々人の人生が長期化する中で、ミクロ的には一人一人の人生における就労期間と引退期間のバランスをどう考えるか、マクロ的には社会全体が高齢化する中での就労人口と非就労人口のバランスをどう考えるかという問題として検討されるべきものである」

この部分は、第19回国民会議（8月2日）に提出された案では、年金財政上の視点、すなわち、引き上げによって年金財政を改善するという視点ではなく、高齢者の就労問題として捉えるべきと言いつけられていた。しかし、同日の会議での委員指摘を受け、第20回（8月5日）に提出された案では「というよりは」との記述に微修正され、それが最終報告となった。

微修正されたとはいえ、報告書はなお、支給開始年齢引き上げは、年金財政上の観点から議論されるものではないというトーンである。支給開始年齢の引き上げが、年金財政健全化の重要な手段の1つであることは間違いなく、これまでもそうした観点から議論されてきており、今後の議論のなかで、マクロ経済スライドの見直しだけで健全化に足りない場合、支給開始年齢引き上げが検討されることはもちろんあり得る。報告書は、年金財政上の観点からの支給開始年齢の引き上げの今後の議論の余地を狭めており、妥当性を欠く。

3つめは、世代間の公平性に関し、従来からの厚生労働省の公式見解を踏襲し（注¹¹）、冷淡なことである。「世代間の不公平を指摘されることがしばしばある」（P45）という表現に象徴されるように、世代間の不公平が存在すると政府自ら認識するのではなく、飽くまでそうした主張をする人がいるというスタンスである。このようなスタンスで若い世代の公的年金制度への信頼がつなぎ止められるとは考えにくい。そうしたトーンのなかで、総論（P7）においては「世代間の不公平論が広まる土壌があることにも目配りが必要である」といったように、若い世代への若干の配慮を示した一文も見られるものの、全く不十分である。

* * *

以上を内容および文書としての特徴に関し総括しつつ、今後の課題を探ろう。まず内容について、報告書は、医療保険財政の持続可能性や年金制度体系のあり方など議論を多く積み残しているほか、生活保護、最低賃金などといった関連諸制度との横断的な議論、給付付き税額控除に代表される社会保障と税制との横断的な議論も殆どなされていない。加えて、社会保障・税一体改革そのものが2015年度までの財政健全化を対象としたものにとどまることを反映し、報告書もそれ以降のシナリオを描けていない。

次に、文書として、報告書は国民の視点に徹していない。理由は複数推測される。主な3点に絞れば、1つは、社会保障の受益者であり負担者である国民に対してというより、医療・介護提供者や地方自治体など供給者あるいは利害関係者に対し書かれていることである。消費税収を「柔軟に」使うという表現はその典型である。あるいは、かかりつけ医と総合診療医という2つの言葉が混在していることも、あるべき医療に対する国民の理解を深めるより提供者側への配慮を優先した結果といえよう。消費税率の引き上げ、医療提供体制の構造改革などは、国民の合意なしに進まないはずだが、報告書は国民の理解を深める文書となっていない。

2つめは、社会保障制度そのものが難解であるにもかかわらず、報告書はその難解さを解きほぐすことなく所与のものとして書かれていることである。例えば、後期高齢者支援金の総報酬割導入が報告書の主題の1つであるが、そもそも大方の国民は後期高齢者支援金の存在や、ましてその拠出ルールなど知らないはずである。知らないからこそ、国保の赤字が被用者健保に付け替えられる案であっても、サラリーマンから不満が出てきにくいともいえるが、それは、民主主義的意思決定と反している（社会保険料の負担と受益の関係をより希薄にし制度を歪めてもいる）。

¹¹ 例えば、第12回社会保障審議会年金部会（平成24年4月24日）資料2-2では、「公的年金での世代間『格差』は本当に問題なのか？」という問いが立てられており、世代間格差は問題ではないという厚生労働省の考えが見てとれる。

本来、国民会議は、後期高齢者支援金の是非に遡って議論し、報告書にも反映させ、民主主義的意思決定の助けとなるべきであろう。

3つめは、改革の最終ゴールが共有されておらず、報告書は曖昧に書かれている部分があることである。例えば、国保の保険者を都道府県に移行するのであれば、本来、複数の将来像を描くことができる。最もシンプルな姿としては、国保の財源は、国民健康保険料と都道府県負担だけで賄い、診療報酬改定にも都道府県がより大きな権限を持つというものが考えられる。もっとも、仮にそうした姿が示されれば、都道府県側の反発も出てくるだろう。曖昧であることによって、報告書に「都道府県化」と書き込んでいるのだとみることも出来るが、他方、報告書が何を目指しているのか、国民には理解しにくい。本来、改革の最終ゴールが広く国民に共有されるべきであり、報告書はそのための文書でなければならないはずである。

* * *

このように、社会保障制度のあり方としての課題および財政健全化に向けた課題はなお多い。少なくとも2020年度基礎的財政収支黒字化をターゲットとしたポスト社会保障・税一体改革へと早急に進むことが不可欠である。その際、報告書の文書としての特徴をみても分かるように、国民の視点に徹することを基本に、議論の進め方を根本的に改める必要があるだろう。上から目線ではなく、国民の理解のもと議論を進めることが重要だ。

以上

〔参考文献〕

- [1] 葛西龍樹 [2013]『医療大転換』ちくま新書
- [2] キヤノングローバル戦略研究所 [2011]「CIGS シンポジウム セーフティネット医療福祉事業体の成長戦略」http://www.canon-igs.org/event/report/20120208_1207.html
- [3] 国会版社会保障制度改革国民会議[2013]「最終とりまとめ」2013年7月1日
- [4] 東京財団 [2012]「医療・介護制度改革の基本的な考え方～真の国民的議論を実現するために～」
- [5] 西沢和彦 [2011]「税と社会保障抜本改革入門（全16回）」ダイヤモンドオンライン（2011年11月～2012年5月）<http://diamond.jp/category/s-nishizawa>
- [6] 西沢和彦 [2013a]『後期高齢者支援金総報酬割導入によって浮いた公費の国保充当』提案の課題と問題」リサーチ・フォーカス No.2013-15 2013年7月22日
- [7] 西沢和彦 [2013b]「世代間問題の視点」一橋大学経済研究所・日本総研共催シンポジウム「社会保障における世代間問題を考える」2013年2月19日
<http://www.jri.co.jp/page.jsp?id=23034>

◆『日本総研 Research Focus』は、『政策観測』を引き継ぐ形で、政策 이슈、経済動向に研究員独自の視点で切り込むレポートです。