

社会保障ビッグバン

- 社会保障制度の総合的改革案 -

社会保障研究会（高橋克己、佐藤恭郎、大泉洋一、矢野勝彦）

目 次

- 1．はじめに
- 2．社会保障制度の制度疲労
- 3．社会保障制度破綻の危機
- 4．社会保障改革案の基本理念
- 5．医療・介護分野の改革案
- 6．年金制度の改革案
- 7．制度改革の全体像
- 8．新産業・新ビジネスの創造
- 9．おわりに
- 10．資料（各種の推計方法）

要 約

1. 社会保障制度は高齢層が使う費用を現役世代が負担する世代間扶養方式をとっているが、少子高齢化の進行により制度は崩壊の危機を迎える。この背景には、少子高齢化の予測を見誤り、70年代に大盤振る舞いともいえる給付拡充を図った経緯がある。この結果、世代間の不公平が拡大する等の制度疲労が随所に生じている。団塊世代が高齢層入りする2015年までに改革をほぼ終えていなければ、爾後の抜本的改革は不可能であろう。
2. 医療費が嵩む中高年層が増加する等の原因により、わが国の医療費は2000年の27兆円が2015年には53兆円にまで達する見通しである。年金は同期間に35兆円が60兆円に拡大する。これに介護保険を含めた社会保険の財政規模は2000年の68兆円が2015年には124兆円に膨れ上がる。これは名目国民所得に対する割合が16%から23%に拡大することを意味する。
3. 社会保険財政の膨張により、国庫・地方財政負担も短期間のうちに増大するが、この財源を確保する当てはない。また企業負担も拡大を続けるが、企業が高負担に耐えられるかは疑問であり、個人分の負担増も含めて、保険制度を支え切れなくなる恐れが強い。
加えて、年金保険には積立不足金（未積立債務）の問題があり、現行制度のままでは2000年の627兆円と目される積立不足が2015年には1,130兆円にまで膨張し、後世代に重い負担を強いることになる。
4. 社会保障制度は、コスト削減やサービス拡充を図ろうとするモチベーションが働きにくい構造である。海外には社会保障制度に市場原理を導入して一定の成果を上げている事例も多く、わが国でも市場原理導入を図るべきである。
5. こうした考え方にもとづき、「市場開放」「情報公開」「徹底的な規制緩和」等の基本方針による「社会保障のビッグバン」ともいうべき抜本的改革を提案する。
この改革案が意図するところは、社会保障制度に市場原理を導入し、社会保険を効率的に運営するとともに、国民の多様な利用ニーズに合致したサービスが提供できる体制を築くことである。本改革案は個人単位の保険加入、総所得に対する保険料率の設定、国庫負担の凍結（現在の負担額より増額しない）等を制度設計の骨格とする。
6. 密接な関係にある医療と介護は同一の保険とし、日本版マネージドケア機関（民間保険会社）がトータルコストを管理する体制を提案する。マネージドケア機関はコスト削減のためにもプラ

イマリーケアにも注力するものと期待される。また、受益と負担の関係を明確にするため、高額医療費を除いて自己負担割合を大幅に上昇させるべきだ。これらの諸策によって、医療・介護費用は現行制度に比べ、2015年で35%程度削減できよう。

7. 年金制度については、基礎年金部分は現行の段階保険料方式はやむなしとしても、任意加入の上乗せ部分は積立方式に移行し、未積立債務を一扫しなければ国民の不信を拭うことはできないだろう。積立方式移行にともない、現役層は過去分の給付と新たな積立の「二重の負担」を強いられるが、過去債務は消費税と公的年金等控除廃止分を充当して2世代で償却する方法を提案する。なお、国庫負担凍結を提案しているため、高齢化にともなう国庫支出は相対的に低減できる。

基礎年金だけでも一定レベルの生活が確保できるように低所得層には年金給付額を厚くし、医療・介護保険の自己負担増加分をカバーする総合的な制度体系を目指すべきだ。二重負担と給付割増により年金保険財政は拡大するが、年金給付のベースアップを賃金スライド制から物価スライド制に変更する等により、負担増は当初期間のみにとどめられる見込みである。積立方式への移行により厚生年金の未積立債務は縮小を続け、長期的には現行制度に比べて大幅に負担を軽減できる。

8. 現行制度は負担が現役層に偏り過ぎているため、このままでは近い将来には給与の大半が社会保障関係費で占められる事態となろう。少子高齢社会においては、高齢層にも相応の負担をしてもらわなければならない。改革により社会保険財政は現行制度に比べて中長期的に縮小するので、家計負担は和らぐことになる。

9. 市場原理の導入、徹底的な規制緩和は、新たな産業創造やサービスメニューの拡大につながる。医療分野ではケアミックスや資金調達の多様化が進み、経営改善や利用者の利便性向上に寄与するものと考えられる。年金分野では、2025年で430兆円にも及ぶ積立金が金融市場に流れ込み、市場の活性化のみならず、関連派生ビジネス市場を拡大するものと期待できる。

1. はじめに

本格的な少子高齢社会の到来を目前に控え、社会保障改革の論議が活発化している。これまでのような経済成長が見込めないなかで、高齢化にともなって保険等の給付は急速に増加する見通しであり、社会保障制度の存続が危ぶまれていることが背景にある。

制度改革では医療、年金に介護を加えた各保険制度が個別に論議されることが多いうえに、医療保険制度における診療報酬体系の見直し等の「各論」に陥りやすいが、保険制度ごとの各論での改善策では制度全体を俯瞰した抜本的改革にはつながらない。生活のうえで各種の社会保険制度は独立しているわけではなく、たとえば年金生活家庭で配偶者が長期入院や要介護状態になった場合には、年金受給額のなかで医療・介護費と生活費を賄う必要がある等、制度改革を語る際には制度間の補完関係を見捨てるわけにはいかない。また、人口構成の変化による受益と負担の関係にもメスを入れ、長期にわたる改革の視点を持つことも重要である。

本稿はこのような視点に基づき、社会保障制度の中心的存在である社会保険制度に焦点を当て、税負担も視野に入れて制度改革のグランドビジョンづくりを試みるものである。目的とするところは制度フレームの再構築であるため、細部にわたる制度設計には言及していないが、本改革案の成立可能性についてはいくつかのシミュレーションを行って検証

している。

本稿は10章で構成されており、まず少子高齢社会における現行社会保険制度の問題点を俯瞰する(第2～3章)。次に制度改革案を示すが、表題の「社会保障ビッグバン」が暗示するように徹底的な規制緩和や選択肢の拡大と自己責任の発想に立脚した改革を提言している(第4章～7章)。第8章では、この改革による社会、経済への影響に言及しているが、これは経済の活性化もまた本改革案の狙いのひとつであるからにはほかならない。

(注1) 社会保障費は1995年度で75.0兆円あり、このうち58.2兆円(77.6%)が医療・年金の社会保険費で占められている。高齢化にともなって社会保険費自体が急ピッチで増加するとともに、社会保険外の介護事業が2000年度から社会保険費に移行する等の背景があり、社会保険費の社会保障費全体に占めるウエイトは高まる。なお、社会保険費の規模は、既に国債費、地方交付金交付税を除く実質の歳出額(95年度で約47兆円)を上回っており、保険財政が危機に瀕した場合に一般財源で救済することは不可能である。

2. 社会保障制度の制度疲労

(1) 制度を取り巻く環境

社会保険制度(医療、年金等)では、将来的に必要な費用の予測が難しいことや高齢層が少ないうちは現役層に負担させても負担額が僅少である等の理由から、高齢層が使う費用を現役層が負担する方式が採用されてきた。この方式は、受益層と負担層の割合が一定であるうちは問題はないが、急激な高齢

化現象のように両者間のバランスが崩れると負担層（現役層）は重負担を強いられることになる。

少子高齢化の進行は、給付費の増大に保険収入が追い付かない事態を招き、社会保険制度の基盤をゆるがすことになる。また、マクロ経済面では、労働人口の減少や貯蓄率（資本蓄積）の低下を通して経済成長の阻害要因になると考えられる。

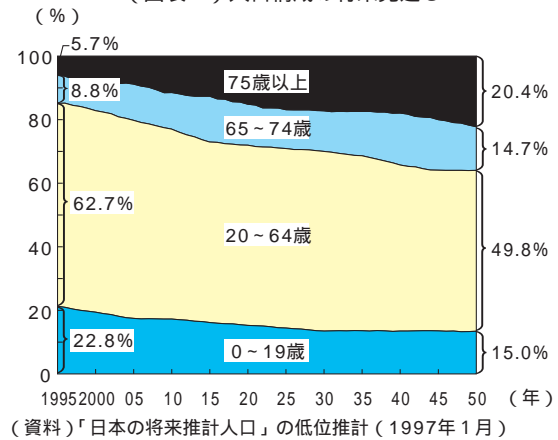
将来見通し

わが国では団塊世代が高齢層入りする2015年前後まで高齢化が急速に進み、2025年くらいから団塊世代が有病率・要介護発生率の高い後期高齢層に突入して医療や介護の需要が一気に高まる。ちなみに2015年に65～69歳の年齢層に属する人口は約940万人と予測されているが、この数は1995年の同年齢層に比べて1.5倍の規模に及ぶ。この大集団が年金の支払い側から受け取り側に替わるという意味で2015年は超高齢社会の幕開けの年といえよう。

負担層と受益層のバランスが歪み、現役世代が高齢世代を支える世代間扶養方式は崩壊の危機を迎える。このパラダイムシフトは後世代ほど負担が重く受益が少ないという世代間の不公平を拡大することを意味する。財政破綻を避けるためには制度改革は早いに越したことはない。少なくとも高齢化が本格化する2015年には改革をほぼ終わらせていなければ、

爾後の抜本的改革は不可能であろう。

（図表1）人口構成の将来見通し

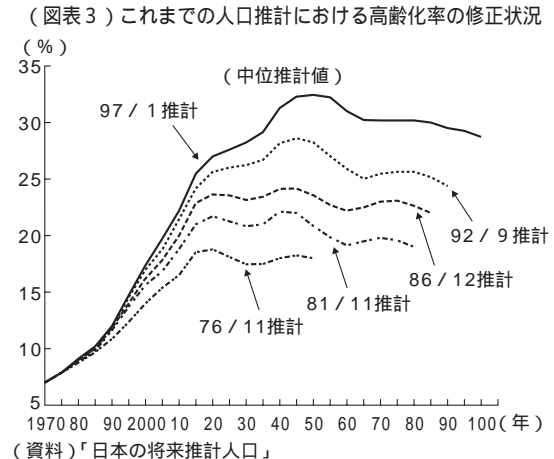
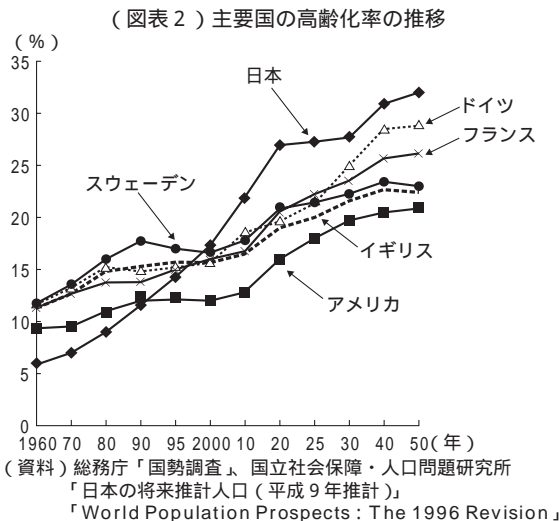


少子高齢化の現状

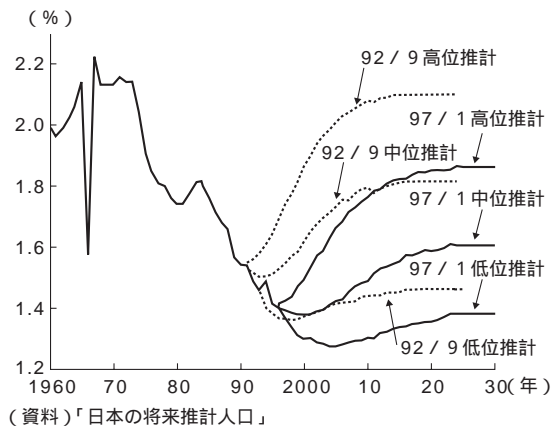
高齢化率（65歳以上人口の総人口に占める割合。老齢人口比率ともいう）の上昇は、「長寿化」および「少子化」の2つの要因によって引き起こされている。すなわち、平均寿命の伸長により高齢者人口が増加してきたこと、ならびに政府予想をはるかに上回る出生水準の低下によって子供の数が激減してきたことである。

わが国が抱えている高齢社会の問題として、その進行速度が主要国のなかでも特に急激であることがあげられる。わが国の高齢化率は、1990年までは主要6カ国の中でも最も低かったが、2000年以降は最も高くなり、6カ国中最速の高齢化進行速度を示す（図表2）

将来推計人口は国の財政計画、経済見直しをはじめとして、社会保険の将来の財政計画



(図表4) 合計特殊出生率の推移と厚生省の想定値



に直接的に影響を及ぼす。公的年金の場合70年程度の将来推計を行って保険料率を算定していくため、特に大きな影響を受ける。この将来推計人口の高齢化率は、過去推計のたびに上方修正されているが、これは過去の将来推計人口にしたがって財政計画を立てていたところ、当初の計画よりも高い高齢化率が見込まれることとなったため、より厳しい財政計画への修正が要求されることを意味する。

わが国の社会保険制度が大盤振る舞いともいえる拡充を図った1970年代に推計された将来推計人口(76年11月推計)と最新の将来推計人口の差異は興味深いものがある(図表3)。

一方、出生水準は70年代後半以降、予想を上回る勢いで低下しているが、長寿化と相まって将来の高齢化率を引き上げる要因となっている(図表4)。

(2) 利用者本位への設計変更の必要性

わが国は1961年には国民皆保険制度が確立し、制度の充実が図られてきた。この間、供給者確保が重要課題であり、供給者寄りの施策がとられてきた。しかしながら社会保険制度に対する国民の意識が変化しているのに制度が供給者本位のままで硬直化しているのではないか。護送船団方式をとり続けた結果、社会保障制度は顧客である国民に商品情報や

商品選択権を与えず、国民（利用者）の利便性は二の次とされてきた。国民の利用ニーズが多様化・高度化する今日においては、利用者本位への制度設計が求められているといえよう。

医療分野

医療は民間事業者が提供主体にもかかわらず、国民の利用ニーズに沿ったサービス提供が十分なされてこなかった（注2）。3時間待ちの3分診療やインフォームドコンセントの軽視等を指摘する声は少なくない。医療機関に関する十分な情報を提供されないために適切な医療機関を選択できないばかりか、現在受けている治療が適切であるかを他の医師に相談できる環境も整っていない。また、終末医療についても、延命よりも安らかに死にたいという本人の希望をかなえてくれる医療機関はほとんどないのが実情である。医療は施されるものであり、患者は医師の指示に従うのが当然のこととされてきた。

保険制度が浸透し過ぎた結果、価格意識が希薄になっており、「生命」や「健康」のための高度なサービスへの対価を一部しか支払わないのが当然との意識が一般化している。本来的に公的保険が担うべき役割を限定しないと、財源を薄く広く投入することになり、かつ保険財政は膨張し続ける。真に保険給付が必要である高額医療や一定の効果を得るために最も効果的な治療にのみ保険を給付する

という考え方が求められよう（注3）。

年金分野

年金運用に関しては、政府も企業も情報の公開が不十分であり、破綻するまで内情が不透明なままである。昨今、年金基金の破綻や企業倒産による企業年金の消滅が多発しており、年金給付が必ずしも保証されたものではないことが明らかになった。さらには、国がつかさどる基礎年金、厚生年金も少子高齢化の煽りを受けて、現在の給付レベルを維持するためには2025年時点において厚生年金は月収の4割近くの保険料を納めないと制度が成り立たない見通しを厚生省が示している。

年金保険は自分が将来受け取るためのものと考えて払い込んでいたが、いざ受け取る段になると原資がないという事態が現実味を帯びてきた。70年間もの長期にわたり、人口予測や経済予測を立てて年金給付額を保証する方式（確定給付）は、経済成長率の鈍化と人口構成の急激な変化のもとでその是非を問われている。また大票田である高齢者層を意識する結果、公的年金給付額決定には政治判断が介入しやすいことも年金給付を不確実にする要因である。確定給付を掛け金建てに改め、運用の巧拙により給付額が変わる方式に変更するのが現実的であると考えられる。

一方、利便性という視点では、住宅ローンの残っている数年間のみ給付額を多くする等の給付方法の変更が認められないなど、個人

の都合は顧みられていない。社会保険にはこのような配慮は必要ないと考えられがちだが、仮に公的年金保険と民間年金保険が競合することになれば、公的年金保険も利便性を高めなくてはならなくなるであろう。医療保険も含め、社会保険が供給者側の都合で運用されているのは、単に競合相手がいないからに過ぎない。

介護分野

介護保険はこれからの制度であり、現時点で利用上の不利益は明らかではない。どの介護サービスを選ぶかの権利が利用者側にある等、従来の措置制度（公的な責任を前提に、地方自治体が公費負担で行う一種の行政処分。サービス受給の是非、サービス内容等は行政の裁量に委ねられる）に比べて利用者寄りの制度である。ただし、給付対象となるサービス内容が限定され、公定料金が定められる見通しであるが、このような規制によって、国民の利用ニーズに合致した新サービスを開発したり、効率化によって料金を引き下げようとする意欲が削がれる懸念が強い。

(3) 現行制度の問題点

医療保険制度の世代間不公平

老人医療費の無料化（1973年）とそれに代わる老人保健制度（83年。70歳以上の高齢者の自己負担の定額化）は高齢者を一律に経済的弱者とみなして自己負担を軽減し、不足分

を現役層に負わせる方式と言えよう。現在、老人医療費のために健康保険が拠出する負担金は、組合管掌健康保険で年間1兆4,000億円（支出の約25%）、政府管掌健康保険で1兆7,000億円（約25%）にも及ぶ。両保険とも余裕があるならまだしも、組合健保は96年度で1,976億円の赤字、政管健保に至っては4,193億円の赤字を出し、被保険者に対する保険給付さえ危ぶまれている。

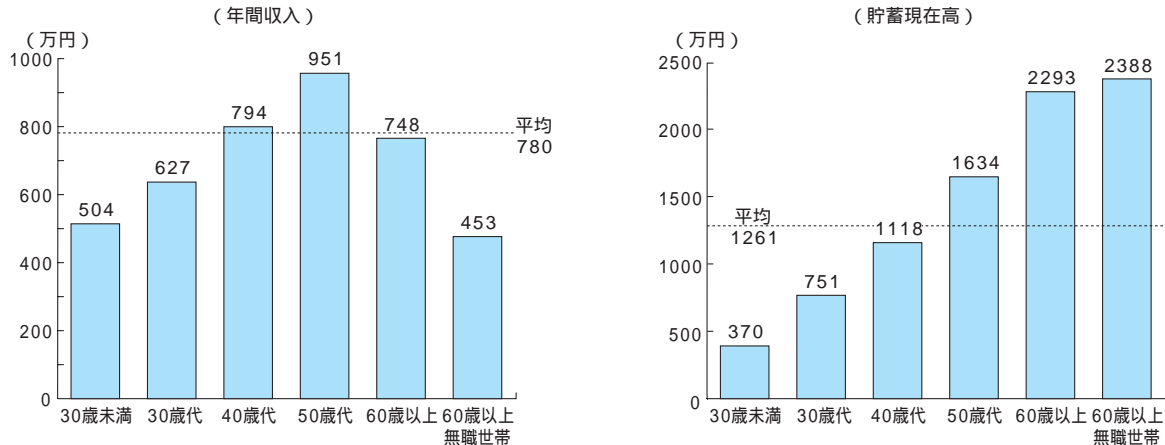
70歳以上でも高収入層や高額資産所有層はいる。所得や資産ではなく、単に年齢で自己負担率を軽減する方式は疑問を呈せざるを得ない。ただし、高齢者は病気になりやすく医療費が高むため、若年層と同じ自己負担にすると家計負担が大きくなる点には留意する必要がある。

年金保険制度の世代間不公平

年金保険制度においては、1954年にそれまでの積立方式を修正賦課方式（注4）に変更したことが本格的な少子高齢化を迎えるに際して禍根となった。さらに73年からは物価スライド制が導入され、物価上昇率に合わせて給付額を上げた結果、現役世代の支払う保険料率は膨らみ続けることになる。以降、物価上昇率以上に給付を上げる賃金スライド制に移行し、受給者は負担以上に給付を受ける傾向が強まった。これはとりも直さず後世代の負担がより一層増大することを意味する。

さらに公的年金等控除による高齢者厚遇策

(図表5) 世帯主の年齢階層別年間収入・貯蓄現在高(1995年)



(資料) 総務庁「貯蓄動向調査」

(注) 高齢世帯と青壮年世帯を比較すると、収入面でも資産面でも高齢層の方が豊かである。高齢層は他の世帯よりも所得・資産格差が大きく、平均値をもって一律に断じることができないが、少なくとも豊かな世帯にまで現役層以上の優遇策を取らなければならない必然性はないと考えられる。

が現役世代との不公平を拡大している。公的年金等の受給額は最低140万円が控除され、これを超える分も収入ごとに定められた優遇税率が適用される。この公的年金等控除は年間2兆円近くにも及ぶと推計される。出費の多い現役層は高額な負担を負わされ、子育てや住宅ローン出費のなくなった高齢者が現役層以上の税控除を受ける方式が世代間の不公平を著しくしている。

その他の社会保障制度

生活保護や老人福祉等の社会保障制度は医療・年金等の社会保険制度を前提に成り立っているといえる。仮に年金制度や高齢者向け医療制度が破綻すれば、公費で最低保障をせざるを得ないが、現行の制度フレーム(財源規模)でこれを支えることは到底不可能である。この点において社会保険と社会保障は同

義に近い(巻頭の「21世紀の政策デザイン」に紹介しているように、そもそも社会保障制度は社会保険制度を前提に設計されている)。

一方、生活の質の向上を図るとの考えから高齢者の生きがい事業や民間の健康ランド(健康温浴施設)に近い施設運営に公費が充てられている。これらの事業自体は意義のあるものにせよ、生活の質の向上には際限がなく、過度の水準の提供は結局は現役層を中心に税負担の増大につながり、世代間の不公平を増大させることになる。

制度疲労を加える社会保障制度

現行の医療・年金制度は、ともに少子高齢化が現在のように急激に進むと予想していなかった時代の産物である。社会保障制度の疲労は先進諸国共通の悩みの種であり、わが国の為政者のみを責めるのは酷な面もある。し

かし、つぎはぎだらけの制度では高齢化率が30%にも達する時代を乗り切ることはできない。

わが国の医療保険制度は、戦前から順次保険対象者を拡大してきた経緯を引きずっており、地域保険制度（国民健康保険）と職域保険制度（組合管掌健康保険、公務員共済等）が混在するうえに、70歳以上を対象とする老人保険制度が別枠で存在する複雑な体系となっている。さらに診療報酬制度を部分修正し続けた結果、整合性を欠く綻びが随所に生じている。わが国では治療方法が標準化されないで個々の医師の判断で治療方法を決めていることも診療報酬を複雑にしている（アメリカ等では治療方法がマニュアル化され、同一症状に対する治療方法の標準化が進んでいる）。

年金制度も各種制度が混在し、若年層が減少した制度に対して健全な制度が財政支援を行っているが、JR共済等は遂に厚生年金に統合せざるを得なくなった。さらに微修正の制度改革を繰り返しているため、未だに財政健全化の道筋がみえない状況である。

何よりも国民の価値観が多様化しているにもかかわらず、ニーズの変化、環境変化に対応するインセンティブが働かない制度設計であり、規制の弊害が目立つ。市場原理を導入し、豊富な選択肢の提供、供給者に創意工夫の原理が働くシステムに改める必要が強まっている。

（注2）正確には、最近では温かい病院食を出す診療報酬が加算される等、わずかではあるが利用者の利便性に配慮がなされている。ただしこのような付加価値を保険制度でカバーする必要があるのかは再度検討の余地があろう。選択肢を広げるなど利用者本位の提供システムとするためには、受益に対して相応の負担をするように負担構造を見直さないと保険財政は限りなく肥大化を続ける。

（注3）世界銀行報告[1993]は延命治療や糖尿病等の成人病の治療は費用対効果が悪い点を指摘しているが、このような疾病への公的保険の給付を制限することも検討しなければならない。イギリスでも費用対効果の小さい治療は民間保険に委ねられている。

（注4）一定の短い期間を設定し、その期間内で給付額と保険料収入等のバランスを保つ財政方式を賦課方式という。例えば、ある年度に10兆円の年金を給付するために同額を保険料等で徴収すると考えれば分かりやすい。積立方式は、将来の年金給付費原資を保険料等によってあらかじめ積み立てる財政方式であり、世代間の不公平は生じない。修正賦課方式は賦課方式と同様の方法で収支のバランスをとるが、一定額の積立金を保有しているため賦課方式よりは中期的な財政計画が立てられる。

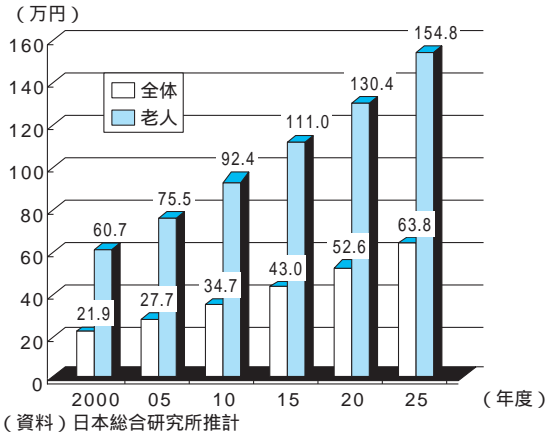
3. 社会保障制度破綻の危機

(1) 医療保険制度

医療費の増加は主として、1人当たり医療費の嵩む中高年の増加、ならびに検査・治療の高度化等に伴う全般的な医療費の増加に起因している。

70歳以上1人当たりの医療費（注5）は、2000年度の60.7万円が毎年3%程度伸び、2015年度には111万円に達すると考えられる。70歳以上人口の増加ならびに全般的な医療費の高騰により、全国民1人当たりでも2000年度の21.9万円が2015年度では43万円に倍増する見通しである（推計方法は第10章参照）。

(図表6) 1人当たりの医療費推計



(図表7) 現行年金制度の保険料(率)見通し

年 度	厚生年金 (%)	国民年金 (円) (94年度価格)
1995	16.50	11,700
1996	17.35	12,200
1997	17.35	12,700
1998	17.35	13,200
1999	19.50	13,700
2000	19.50	14,200
2005	22.00	16,700
2010	24.50	19,200
2015	27.00	26,000
2020	29.50	26,000
2025	37.60	26,000

(資料) 厚生省資料

財政の不透明性を強めている。

(2) 年金保険制度

保険料(率)の見通し

厚生省は前回法改正時(94年度)で保険料(率)引き上げの将来見通しを提示したが、97年1月の将来人口推計(低位推計)により最終保険料をさらに引き上げざるを得ないこととなった。これによれば、厚生年金保険料は1997年度の17.35%から2025年度には36.7%へ、国民年金は月額12,700円(94年度価格)から2015年度には26,000円(同)と現在の2倍以上の水準となる(図表7)。

運用の問題

厚生年金の年金積立金は資産運用部に預託されてきたが、この預託による利子が年金特別会計における運用収益との間で逆ザヤを生じ、95年度末で約1兆円の累積赤字が発生している。年金基金や企業年金も運用成果ははかばかしくなく、年金資産運用の失敗が年金

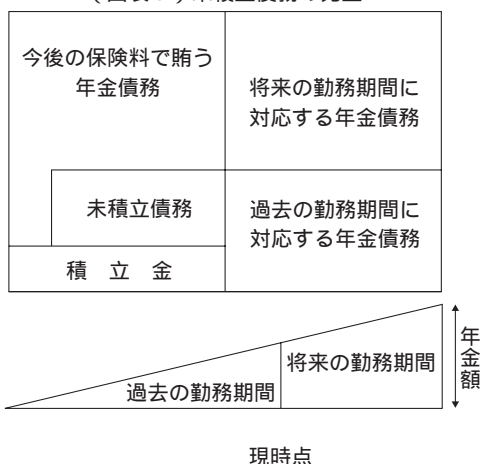
未積立債務の問題

年金制度の場合、加えて未積立債務の問題が内在する。未積立債務とは、年金財政上、積立方式ならば積み立てているはずの積立額に対する積立不足(現時点で過去勤務期間に対応して年金額が確定している年金債務のうち現在の積立金で不足する部分)をいう。財政方式が賦課方式であれば積立金を保有しないため、この未積立債務は必ず存在する。これは賦課方式が過去期間対応の債務も含めてすべての債務を今後(後世代)の保険料で賄う方式をとっているためである。

賦課方式でも受給者と納付者の比率が常に一定ならばこの未積立債務は一定のままであり、これを賄う保険料も一定である。公的年金の財政方式は賦課方式に近い段階保険料方式を採用しており、しかも高齢化率が急激に進行しているため、このままでは過度な負担

を後世代に強いることとなる。本稿では公的年金の未積立債務額を99年度末で600兆円程度と推計している（推計方法は第10章参照）。今後、過去期間分の給付債務の支払いを積立金と97年度水準の厚生年金・国民年金保険料で充当していくとしても、2006年度には積立金不足となり、2015年度には490兆円の資金不足となるものと考えられる。2015年度では過去期間分の給付債務はまだ640兆円程度残っており、490兆円の資金不足とあわせて未積立債務は1,130兆円となる（実際には保険料の値上げと給付額の削減等によって資金不足を回避するであろうが、依然未積立債務を抱えたままであることには変わりはない）。一般に未積立債務は、賦課方式から積立方式への切替時に財政処理が必要となる過去期間の債務とされるが、賦課方式での高齢化率の上昇はこの未積立債務をさらに膨張させることとなるのである。

(図表8) 未積立債務の発生



(図表9) 未積立債務の推計

(兆円、99年度末)

	過去期間に 対応する給 付債務	過去期間に 対応する国 庫負担金現 価	A - B	積立金残高	未積立債務
	A	B	C	D	C - D
基礎年金	460.2	146.9	313.3	90.0	223.3
2階部分	473.0	-	473.0	92.6	380.4
計	933.2	146.9	786.3	182.6	603.7

(資料) 日本総合研究所推計

(注1) 予定利率4.0%、賃金スライド率2.0%、物価スライド率1.0%と設定して推計。

(注2) 厚生省公表の厚生年金(2階部分)の未積立債務は350兆円とされており、本稿の推計値380兆円と異なる。厚生省の推計では運用利回り5.5%、賃金スライド率4.0%、物価スライド率2.0%を用いているので単純にこの2つの数値の比較はできない。なお、厚生省の350兆円の根拠は明らかにされておらず、数値の検証はできない。

(図表10) 未積立債務の将来見通し

(兆円、99年度末)

年度	未積立債務
1999	603.7
2000	627.8
2005	763.9
2010	929.9
2015	1,130.7

(資料) 日本総合研究所推計

(注1) 2000年度以降の国庫負担金、厚生年金・国民年金の保険料(97年度水準)を全額この債務の返済に充当。過去期間分に対応する給付は行うものとして推計。

(注2) 予定利率4.0%、賃金スライド率2.0%、物価スライド率1.0%と設定。

(3) 介護保険制度

介護分野に進出しようとする医療機関は少なくなき、介護保険制度が第二の医療保険制度になる懸念がある。特に要介護度認定(注6)の際に主治医の意見を採り入れる等、医師の発言力を強化したことによって介護給付額は膨張する可能性がある。

特別養護老人ホーム(29万床)、老人保健施設(28万床)に加え、老人病院等が療養型病床群に転換して医療機関の19万床が介護保

険の給付対象となると予測されるが、費用が嵩むこれらの入所、入院施設の大量供給は、供給が需要を生むかたちで介護費用を膨張させる懸念が強い。介護保険費用は本来的には2000年時点で4兆円程度であると推計されるが、入所・入院施設が95%稼働すると介護費用は5兆円程度に拡大すると考えられる。後期高齢者の増加にともない2015年には10兆円程度にほぼ倍増し、その後も増大を続けると予測できる(ただし、老人病院等が療養型病床群に転換することは、一方では医療保険給付対象床が減少することを意味し、医療保険給付は削減される見通しである。なお推計方法は第10章参照)。

(4) 全体像

現行制度維持の場合、社会保険制度の財政規模は2000年の68.3兆円から2015年の124.1兆円へと1.8倍に増加する。さらに2025年は176.7兆円へと2.6倍に拡大すると予測される(図表11)。

国民所得に対する割合は、国民所得の高い伸びを前提としたケースAでも2000年の15.2%から2015年の17.7%へと、低成長を前提としたケースCでは16.2%から23.6%へと増加するものと推計される。現行の社会保障制度の維持を前提とするならば、重い負担を国民に強いこととなり、制度は存続に耐えられないであろう。

社会保障負担に税負担を加えた国民負担率

(図表11) 現行制度化の財政予測

医療保険 (兆円)						
年 度	2000	2005	2010	2015	2020	2025
保険料	15.9	20.1	25.0	30.3	36.0	42.1
国庫・地方負担	7.3	9.6	12.3	15.4	19.2	22.8
患者負担	4.4	5.2	6.2	7.2	8.1	9.3
負担計	27.5	34.9	43.4	53.0	63.2	74.2
介護保険 (兆円)						
年 度	2000	2005	2010	2015	2020	2025
保険料	2.3	2.9	3.6	4.4	5.2	5.8
国庫・地方負担	2.9	3.5	4.3	5.2	6.0	6.7
本人負担	0.5	0.6	0.7	0.9	1.0	1.2
負担計	5.6	7.0	8.7	10.5	12.2	13.7
年金 (兆円)						
年 度	2000	2005	2010	2015	2020	2025
保険料	29.0	35.8	42.5	50.1	57.3	76.2
国庫負担	6.2	7.7	9.1	10.6	11.7	12.6
負担計	35.2	43.5	51.6	60.7	69.0	88.8
合計 (兆円)						
年 度	2000	2005	2010	2015	2020	2025
保険料	47.2	58.8	71.1	84.8	98.4	124.1
国庫・地方負担	16.3	20.8	25.7	31.2	36.9	42.1
患者負担	4.9	5.8	6.9	8.1	9.2	10.4
負担計	68.3	85.4	103.7	124.1	144.4	176.7
NIに対する負担計の割合						
ケースA(%)	15.2	16.4	17.1	17.7	17.8	18.7
ケースB(%)	16.2	18.4	20.2	21.9	23.1	25.6
ケースC(%)	16.2	18.8	21.2	23.6	25.5	28.9

ケースA: NI(名目国民所得)の伸び率2000年まで3.5% 2001年度以降3.0%
 ケースB: NI(名目国民所得)の伸び率2000年まで1.75% 2001年度以降2.0%
 ケースC: NI(名目国民所得)の伸び率2000年まで1.75% 2001年度以降1.5%
 (資料) 日本総合研究所推計

(注) 財政は医療、介護、年金ごとに各種データを用いて推計。
 詳細は第10章参照。

の増嵩に着目されることが多いが、そもそも社会保障制度自体が立ち行かなくなることに着目しなければならない。ひとつは社会保険財政の相当部分を補っている国庫・地方負担が2025年に42兆円にも達することである。わずかに四半世紀で現在の2.6倍にも達する財源を確保できるのかは大いに疑問である。一方、2015年には保険料84.8兆円のうち、事業主負

担が現在の2倍以上の40兆円程度にも及ぶが、法定福利費の増高は企業の海外逃避や契約雇用制の拡大を招きやすく、保険制度が成り立たなくなる要因となろう。社会保険以外の社会保障を拡大することは、さらに国民の負担を増大させることになる。

(注5) 現行制度では70歳以上は通常健康保険制度体系の枠外の老人保健制度の対象となる。この制度での患者の自己負担は、外来で同一医療機関につき月額2000円を上限とし、入院で1日1000円に抑えられている。医療保険制度でいう「老人」は70歳以上を指す。

(注6) 介護の必要な人は心身状態によっていくつかの段階に分かれた要介護度にランクづけられ、各ランクごとに設定された給付の上限額までの範囲で介護サービスを受ける。例えば最重度のランクと認定されても在宅で介護を受ける場合は23～29万円程度であるが、病院(療養型病床群)に入院すると43万円程度に跳ね上がる。主治医の意見によりランク付けが高くなり、結果的に介護費が膨らむのではないかと懸念が自治体に広がっている。

4. 社会保障改革案の基本理念

(1) 社会保障制度の範疇

社会保障の基本方針には「低福祉 - 低負担」あるいは「高福祉 - 高負担」といった捉え方もあろうが、福祉水準の高低は社会情勢、経済環境によって設定されるべきものである。

第2次世界大戦後まもなくスウェーデンにおいて高福祉 - 高負担国家が実現した根源は労働者に対する一種の雇用政策である。もとは、19世紀の後半の産業革命の本格的な展開によって長時間労働、低賃金、児童労働あるいは労働災害といった社会問題が深刻となっ

て総人口の4分の1の数の移民が出現した対策である。ただでさえ400万人程度と人口の少ない国家からの移民を回避し、かつ移民の原因となる貧困問題を解決することが急務であった。高福祉は高負担ではあるが社会保障に従事させる雇用環境も提供する。福祉水準は高止りする傾向があり、国民的連帯の原則にもとづいて高い水準の福祉国家を構築してきたのである。

わが国の現状を顧みると、経済の低成長化あるいは世界でも有数の高齢化といった社会保障制度を取り巻く環境の変化は、制度安定の根源である財政を危機的状況に陥れる。危機的状況を迎えた現在、持続可能な制度(sustainability)に再構築することが急務であり、そのためには財政の安定が不可欠である。財政の安定のための方法のひとつは保険原理の強化であり、先進諸国もこの考え方に即して見直し検討を進めている。スウェーデンの公的年金改革、イギリス労働党の公的年金改革論議も保険原理の強化と積立方式への部分的転換を主張しており、アメリカの公的年金改革も賦課方式から修正賦課方式への転換を図っている。保険になじまない生活保護等の社会保障制度は公的扶助として政府が行えばよい。公的扶助は所得制限等の資格管理があり、給付水準も自ずと限定されるため、sustainabilityを危惧するほどに財政が膨張する懸念は少ない。ただし、所得等で制限せず一般市民を対象に高水準の福祉サービスを

公費を充てて展開する社会扶助の拡大は慎むべきだ。財源の当てのないうままに高福祉 - 高負担政策を展開することは、社会保障制度の sustainability を危うくし、制度に対する国民の信頼性を低下させることになる。高度経済成長期には福祉国家元年に代表されるように社会保障の充実を実現できたが、逆に高齢化とともに高まる社会保障の負担が経済の活力を削ぐことはあってはならない。

(図表12) 社会保障の概念

公的扶助	<ul style="list-style-type: none"> ・最低生活ができなくなった場合かつ保険の仕組みからはずれる場合に、個別のニーズごとに救済する ・資力調査（ミーンズテスト）が前提 ・財源は一般的には税
保険原理	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクに対して損失を補填するために相互扶助する原理。 ・拠出と引き換えに給付を受け取る（給付対反対給付） ・リスクに見合った負担をする（給付対反対給付均等）
社会扶助	<ul style="list-style-type: none"> ・給付対反対給付原則によらず受給の要件はニーズの存在 ・保険加入者、低所得者のみといった排他性がない ・財源は一般的には税

(資料) 各種文献より日本総合研究所作成

(2) 制度改革の視点

市場原理の導入

社会保険制度は国が主管し、各種組合や地方自治体に業務遂行を委ねるとの形式であるため、被保険者（個人）が自由に保険者（組合等）を選択できないことになっている。保険者ができるコスト削減や資金運用も自ずと制限があり、コスト削減等に対するモチベーションも弱いものになりがちである。

給付が少ないうちはコスト削減への意欲も少なかったが、思いもかけなかった速度で少

子高齢化が進んでいるため、個人にとっても社会保険料は無視できない負担となっている。企業にとっては事態はより深刻であり、企業年金等の赤字補填はバランスシートを一気に悪化させる恐れがある。現行制度下でもコスト削減の努力がなされているが、大幅なコスト削減のためには制度の抜本的見直しとともにコスト削減のインセンティブが働く仕組みが必要である。

財政面ばかりでなく、現行制度が提供している保険サービスが最適なのかとの疑問が強い。長らく護送船団方式に慣れ親しんできた金融サービスが規制緩和の進んだ欧米諸国に大きく立ち遅れ、結果的に国民の選択肢が制限されていることと照らし合わせると、社会保険も規制緩和によってサービスの質が向上し、サービスメニューも拡大するシナリオが想定できる。

選択肢の拡大およびコスト削減にインセンティブを働かせる方式が市場原理の導入である。多様なサービスを提供し、かつコスト削減を図る事業者は多くの支持を得、そうではない事業者は排除される仕組みの導入が社会保険制度再建のカギを握る。

(イ) 各国における市場原理の導入

社会保障制度に市場原理を持ち込もうとすることは斬新な考えではない。日本と同様に社会保障制度の負担に苦しむ先進諸国のなかには、既に市場原理の導入を手がけている国

が多い。

イギリスならびに旧英連邦の国々は税で国営医療を提供しているが、イギリスではサッチャー政権下で病院を独立採算の組織体として独立させ、行政部門は質のよい医療機関とのみ契約するシステムに改めた。行財政改革を断行したニュージーランドでも価格が安く質のすぐれた医療機関に予算を重点配分することで公営病院間に競争原理を導入している。ドイツは日本の保険者にあたる疾病金庫を被保険者が選択できるようにし、保険者間に競争原理を持ち込んだ。

民間医療保険制度主体のアメリカでは、民間保険会社が競争原理に晒されている。なかでも団体保険を一括して前払いで請け負うHMO（注7）と呼ばれる保険方式が一般的な医療保険と競合しながら伸びている。この方式は請け負った費用内に医療費を抑えないと保険会社が赤字になるため医療費削減のモチベーションが高く、一般の医療保険よりも割安であるとされている。

年金制度においてもアメリカやチリでは運用先を個人が選択できる制度を採り入れ、運用先に競争原理を持ち込んでいる。アメリカは個人年金が株価を引き上げる原動力になっているし、チリでは年金積立金が国内総生産の40%にまで急上昇し、経済成長率を従来の3%平均から8%台にまで引き上げる効果をもたらす要因のひとつとなった。

年金制度に市場原理を導入する前提として、

年金支給額を定めておく確定給付方式から掛け金を定めておいて給付額は運用成績次第という確定拠出方式に改める方法がある。このような改革の試行はイギリスやスウェーデン、イタリア等でみられ、いずれは運用先を個人が選ぶレベルまで市場原理が働く制度に改革される可能性がある。

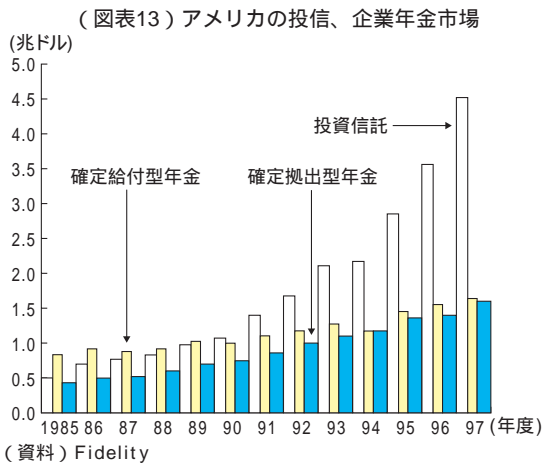
(II) 市場原理の効果例

【医療分野における市場原理導入の効果】

- 医療分野における市場原理の導入は、定量的な効果測定が難しい面があるが、たとえばHMOについては以下の効果があるとされている。（池上 [1997] Anders [1996] など）
- ・ 診療の標準化を進めるためのデータベース化、疾病ごとの診療パターン化が進み、医療費の抑制効果や質の向上に効果があるとされている。
 - ・ 医療費抑制のために保険会社が慢性病患者に日常生活の指導・助言をする等の予防措置に注力する。
 - ・ 特許切れ後に同一の成分で発売された安価なジェネリック薬の使用を原則としており、この分だけで年間10億ドル程度のコスト削減を図っている。
 - ・ HMOが80年代半ばから急速に普及した結果、アメリカ国民医療支出の増加率は80年代後半の12%程度が96年には4%強にまで低下した。

【年金制度における市場原理導入の効果】

アメリカでは自営業者のためのキーオ・プラン、企業従業者のための401(K)プランのような確定拠出型年金プランがあり、本人の選択で運用先を決定できることから投資信託商品が成長した。投資信託の約50%が401(K)プランなどの年金保険の積立金で占められており、投資信託市場の成長、ひいては株式市場の活性化は年金制度がもたらした面が大きい。



さらに、年金積立金が投資信託のような市場にまわる場合、関連ビジネスとして プログラム取引、ゼロクーポン債などの金融商品、コンサルティングサービス等の派生関連サービスの成長を促している。これらは結果として、市場が拡大するとともに商品網が充実し、豊富な選択肢の提供を通じて新たな投資を招く好循環を生じている (図表15)。

(図表14) アメリカの確定拠出型年金プラン

IRA (個人退職金勘定)	勤労者のための個人年金	<ul style="list-style-type: none"> 一定額まで所得控除 (年間最大2,000ドル) 積立金の運用は株式、投信、銀行預金など個人が任意に選択
401(K)プラン (確定拠出型企業年金)	企業従業者のための個人年金	<ul style="list-style-type: none"> 従業員の拠出金は年間9,240ドル (95年)まで所得控除 企業の拠出金は従業員の年収の15%まで損金算入 積立金の運用は株式、投信、銀行預金など従業員が任意に選択
キーオ・プラン	自営業者およびその従業者のための個人年金	<ul style="list-style-type: none"> 年間所得の最高25%または3万ドルのいずれか低い額まで所得控除 積立金の運用は個人で選択するが投信が主

(資料) 東洋経済新報社「投資信託の商品サービス」(1997年)

(図表15) 年金関連ビジネス

金融商品	プログラム取引 ゼロクーポン債 インデックス連動 モーゲージ	市場連動運用 年金債務のイミュナイズ インフレヘッジ目的
	トレーディングサービス コンサルティングサービス レコードキーピング フィナンシャル・プランニング・サービス ファンド情報サービス インベスターサービス	資料請求、売買注文 基準価格・口座残高紹介 投資アドバイス、口座管理 (カストディアン)、ポートフォリオ評価 運用状況管理 個人向け投資アドバイス オンライン、インターネットによるファンド情報 (商品内容、運用成績) 年金プラン販売会社向け

(資料) 各種資料より日本総合研究所作成

選択肢の拡大と自己責任原則の徹底

先に利用者の利便性を重視し、選択肢の多いサービス供給体制を確立すべき旨を指摘したとおり、護送船団方式を改め、供給者の創意工夫で消費者のニーズに合ったサービスが供給される体制とすべきだ。規制のない分野では当然のことであり、遅まきながら金融分野や航空分野でもこのような流れに乗り出す

うとしている。無論、選択の結果は自己責任に帰することになるが、現行制度でも財政破綻は最終的に国民の負担に帰することになるので、むしろ権限と責任を明確にすべきであろう。

選択肢を拡大するためには、それぞれのサービスの情報を的確に開示する視点が重要となる。たとえば我々は一見自由に医療機関を選択しているように思っているが、実は医療機関を選択するための適切な情報が提供されていないため、結果的に大病院や大学病院を選ぶ傾向が強くなる（これが3時間待ち3分診療の一因でもある）。また、医師から病状や診療法の説明を受けて、患者が治療法を選択する機会を提供されることもほとんどない。医療機関や治療法を評価する第三者機関があれば、専門的な医療分野においても患者の選択肢はかなり拡大するわけである。さらに、第8章に示すように医療機関がウエルネスクラブやシルバーマンションを運営したり、年金の運用先を個々人が選択できるようになれば、そこから派生するサービスも含めて、選択肢は格段に増加することになる。

制度改革は財政破綻を避けるために早急に実施しなければならないが、財政改革のみに終始する改革なら国民の利益は限定される。大胆な規制緩和を伴った制度改革によって国民の選択肢を拡大すべきである。

負担公平原則の徹底

財政の収入が飛躍的に伸びない以上、支出を削減するとともに国民の負担を引き上げざるを得ない。しかし現行制度は現役層の被保険者に負担が偏っており、国民の負担増は現役層の家計に著しい影響を及ぼすことになる。したがって、保険負担と税負担を退職者、専業主婦を含めたあらゆる層が平等に負い、負担を平準化する必要がある。受益に応じて負担すべきという考え方から国民が個人単位で保険に加入し、所得水準に応じて保険料を負担するのが妥当であろう。

(3) 改革の基本フレーム

改革の基本方針

本改革案は選択肢を拡大し、かつ利用者を選択権のある制度を目標とする。この目標に至る道筋は社会保障制度の運営に市場原理を導入することであり、「社会保障のビッグバン」とも言うべき抜本的制度改革を実施すべきと考える。

前項に示したとおり「市場原理」「自己責

(図表16) 改革の基本方針

i) 市場開放	市場への新規参入障壁の廃止 事業者の新規事業進出障壁の廃止
ii) 料金設定の自由化	公定料金制の廃止
iii) 情報公開	アクセス権者への情報公開
iv) 徹底的な規制緩和	上記を含めた規制緩和の遂行
v) 行政の業務範囲	行政の監督権を縮小し、市場のチェック機能、民間主導のサービス提供体制に委ね、利用者は自己責任でサービスを選択する
vi) 罰則規定の強化	不正に対する処罰の厳格適用

(資料) 日本総合研究所作成

任」「世代間の公平性」「情報公開」が改革のキーワードになろう。このような考え方は「金融ビッグバン」等の他分野における抜本的制度改革とも相通じるものである。

制度の基本フレーム

制度の基本フレームは以下のとおりとする。

- 1) 国民皆保険制度は堅持する(注8)
- 2) 全国民が個人単位で保険に加入。被扶養者、高齢者(高齢者は年金保険料は負担しない)も被保険者となり、保険料を負担する。ただし、少子化対策として次の措置を講ずる。
 - ・未成年非勤労者は保険料免除
 - ・未成年非勤労者の扶養義務者は保険料減免
 - ・上記の減免措置分は国民(全被保険者)が等しく負担
- 3) 保険料率は収入階層別に標準保険料率を設定。収入は資産性所得を含めた総合収入を対象とする。保険料の設定は定額分と総合収入に応じた定率分の2段階が妥当と考えられる。この方式ならば主婦等の収入のない層や低所得層の負担は小さい。現在の国民健康保険の保険料(税)に似た方式である。

公費負担の凍結

被用者の保険料は、組合健保や厚生年金では事業主が5割以上を負担しているが、中小

企業や自営業者は大手企業に比べて本人負担が重くなるため、政府が保険料を負担している。医療分野での公費負担は、中小企業が加入する政府管掌健康保険で給付費の13%と老人保健医療拠出金の16%、国民健康保険では32~52%にも及ぶ。さらに、年金分野では全国民共通の基礎年金の3分の1を公費で賄い、2000年発足の介護保険でも2分の1以上を公費で賄うことになっている。このような保険と税との混合は修正を重ねた結果の特殊な方式であり、受益と負担の関係を不明瞭にするばかりか、財源の当てのないう公費負担が高齢化とともに際限なく膨張し続ける構造上の欠陥を有している。

被用者に対する法定保険料負担は、人件費総コストの観点からは給与の一部を保険料という形で払っているものであり、いったん給与で支払ってから社員が保険料金額を支払っても人件費コストは変わらない。法定保険料負担が上昇するとアメリカのように正社員を削減して事業主負担のない契約社員に置き換える事態も生じよう。雇用を守るため、あるいは福利ニーズの多様化に対応するために事業主負担をいったん廃止し、事業者負担割合は企業が決定する方向を検討すべきであろう。

これにともない保険財政への公費投入を中止すべきである。本来的には完全にやめるのが筋であるが、全廃すると保険料が急増するため国民には受け入れられないことは想像に難くない。そこで現在の公費支出は存続し、

爾後、公費負担額は一定とすることで、徐々に保険負担にスライドしていく方法をとる。

(注7) Health Maintenance Organization。アメリカでは従来、出来高払制の保険給付を扱う補償型保険が主流であったが、医療費抑制を目的にマネージドケアと呼ばれる保険にとってかわられようとしている。マネージドケアとは患者と医療機関の双方の行動をコントロールすることによって医療の質を確保しつつコスト削減を図る概念である。患者に対しては成人病予防のために日常生活指導等がなされ、医療機関に対しては診療の標準化により徹底的なコスト削減がとられている。マネージドケアの形態にもいくつかの種類があるが、HMOは最も医療サービスに対する制限が大きくコスト削減力が高いプランである。

(注8) 老人医療費や基礎年金は国民が共通して負担すべきとの観点から税方式にすべきとの意見もある。税(消費税)ならば未納付・未加入による給付制限が生じず、かつ収入の捕捉率の高いサラリーマンに不利益にならない等、税方式には優れた面がある。ただし、2015年時で老人医療費は24.6兆円、基礎年金給付は34.2兆円、計58.8兆円にも及ぶ。これを仮に消費税で徴収しようとするれば20数%の税率となり、心理的圧力は甚大である。また税方式は政治的圧力で給付が拡大する等の懸念もある。

5. 医療・介護分野の改革案

(1) 制度改革の基本方針

第2章に触れたとおり医療と介護は密接な関係にあり、トータルコストを管理するという視点が重要となる。このコスト管理は本改革案ではマネージドケア機関(民間保険会社)が行うのが妥当との考えに立脚しており、この点から両者を同一の保険、「医療・介護保険」とする。

(図表17) 医療・介護分野の制度改革方針

i) 市場開放	<ul style="list-style-type: none"> ・医療と非医療の垣根を撤廃する。営利法人の病院経営も可とする。 ・医療法人の他分野への進出も原則自由化(注9) ・地域医療計画等による医療機関、介護施設の新増設の規制廃止
ii) 料金設定の自由化	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費、介護費の公的診療報酬制度の廃止 ・マネージドケア機関が医療・介護機関と契約し、医療・介護の処置ごとに料金を設定
iii) 情報公開	<ul style="list-style-type: none"> ・保険給付対象の検査・診療結果、介護処置結果、ならびに請求内容のアクセス権者への情報公開 ・マネージドケア機関の審査内容結果の情報公開
iv) 規制緩和	<ul style="list-style-type: none"> ・非営利原則、余剰金配当禁止、付帯業務規則等の廃止・緩和
v) 行政の業務範囲	<ul style="list-style-type: none"> ・後述の標準保険料率を設定 ・保険料、自己負担額を支払えない層への救済措置

(資料) 日本総合研究所作成

(2) 制度設計

市場原理の導入

医療保険を完全に民営化すると病弱な人は保険料が高くなる等の理由から保険無加入者が増加する可能性が高い。こうした事態を避け、さらに所得再分配機能を取り入れるために、公的保険制度を堅持すべきであろう。ただし、公的医療保険は高額医療費を中心に生命を守るための最低限ないしは標準的な治療に限定し、患者の様々なニーズに対応する部分は自己負担割合を高めることが該当分野に市場原理を導入するうえでの基本方針となる。

本改革案では、自己負担率を実効給付ペースで図表18のように設定する(注10)。自己負担の3割ないしは5割は高負担に見えるが、国民健康保険等では従来から3割自己負担である(注11)。また、高額療養費には保険が

給付されるため、実効給付ベースでは3割程度にとどまる。自己負担を現行制度の水準より上げても、その分保険給付額が減少して保険料負担も縮小し、全体で見ると負担増にはならない。このように保険料にかかわる領域を小さくすることは医療に関する政府の関与を小さくすることを意味し、現在よりも市場原理が働きやすくなる。なお、自己負担が増すと受診を控えるために早期発見・早期治療が遅れるとの指摘もあるが、本改革案では後述のマネージドケア機関がプライマリーケア対策を担うことになる。

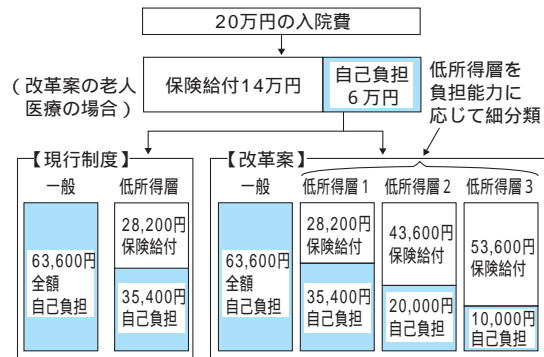
(図表18) 医療・介護費の自己負担率

2000年度：一般医療で2.5割(3割)、老人医療で1割(1割)
2005年度：一般医療で3.5割(5割)、老人医療、介護で2.5割(3割)
()内は高額療養費分を除く法定の自己負担割合

(資料) 日本総合研究所作成

高齢者に対しては自己負担率を一般層に比べて低く設定するとともに高額療養費制度が低額から適用される方式とすることで負担軽減を図る。また現行水準程度の国庫負担は存続させ、高齢者の自己負担を軽減するために利用する。低所得層に対しては高額療養費制度を所得に応じて段階的に低額から適用する方式とすることで負担軽減を図る。高額療養費を適用する所得水準は、現行制度が市町村民税の非課税世帯であることから改革案もこの水準を適用上限とし、生活保護世帯(自己負担なし)までの間を3段階に分けて適用する方式を想定する。

(図表19) 低所得層に対する高額療養費制度の充実例



(資料) 日本総合研究所作成

日本型マネージドケア

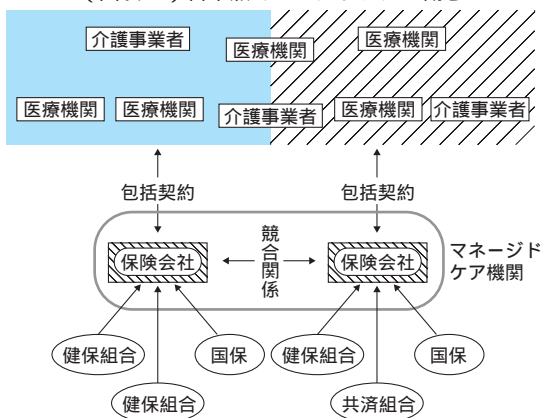
(イ) 医療監視機能

医療機関、介護施設の設置自由化や患者ニーズに合致したサービスの多様化は患者の利便性を高める一方で、サービスの供給過剰となって患者や被保険者の負担を増大させる恐れがある(各種の研究で医療機関が多い地域ほど1人当たり医療費が高くなる傾向が指摘されており、総じて供給が需要を生みやすい構造がある)。バランスのとれた供給を保持するためには、専門家が市場を監視する仕組みづくりを考えなければならない。本改革案はこの市場監視機能を民間専門機関であるマネージドケア機関(民間保険会社)に委ねるものである(注12)。

本方式は、審査・支払機能を民間のマネージドケア機関に委ね、健保組合等の保険者はマネージドケア機関に加入(契約)するものである(個人は従来どおり公的医療保険に加入し、個人には保険者、マネージドケア機関

の選択権はない(注13))。マネージドケア機関は医療機関、介護事業者と包括契約を締結し、被保険者は包括契約先の機関でのみ保険給付が得られることとする。勿論、アメリカのマネージドケアのシステムと同様に緊急時は契約外の医療機関での受診も保険給付対象とする。

(図表20) 日本版マネージドケアの概念



(資料) 日本総合研究所作成
(注) 現行制度は(注14)参照

マネージドケア機関は予め診療マニュアルを整備し、疾病、介護状態に応じて保険支払い額を決めることとなる。過剰診療・措置は支払いの対象外であり、医療機関、介護事業者の負担とする。効率化に熱心でない医療機関は包括契約の対象から除外されることも予想される。

審査(最低基準)の厳しいマネージドケア機関と緩やかな機関が生じる可能性があるが、被保険者は組合員の意向を受けてマネージドケア機関を選択できるようにすればよい。この

ため、マネージドケア機関の審査結果は公開する。ただし、逆選択を防ぐためマネージドケア機関は保険者を選択できない仕組みとする。

マネージドケア機関が削減した医療費は保険料の還付という形で保険者経由で被保険者に還元する。この還付は保険者ごとに算定するので、同一のマネージドケア機関に属していても医療費給付の多い保険者には還元されないケースも生じよう。マネージドケア機関は事務費とともに削減分の一定割合をコミッションとして得ることで監視機能強化のインセンティブを働かせる方式が考えられる。

保険料の配分は、前年実績等をもとに年齢階層ごとに標準給付額を設定し、マネージドケア機関に加入する被保険者の年齢構成分布に応じて決定する方法が考えられる(注15)。

(D) プライマリーケア機能

医療費を削減する有効策のひとつは成人病予防等のプライマリーケアである。完治の難しい高血圧、糖尿病等の慢性疾患は日常生活下の健康管理が重要であり、これも広義のプライマリーケアに加えられよう。病気にならないことは本人にとってばかりでなく、保険者にとってもメリットが大きい。マネージドケア機関は医療費削減のために当然のこととしてこの分野に注力するものと考えられる。

現行制度下でも保険者や自治体が健康診断等の予防措置をとっているが、医療費削減に

熱心な一部の健保組合等を除いては、慢性病患者の生活習慣に対して徹底的な指導が図られていない。マネージドケア機関は個々人ごとに健康管理を行うと考えられるため、現行制度よりも予防医療が浸透するものと期待できよう。

保険料率

国は前年度の医療費（保険給付総額）をもとに所得に応じた標準保険料率を設定することとし、医療費と介護費の保険給付分を全国民が所得に応じて等しく負担する方式をとる。保険料率がいくらになるかは自己負担率の設定等によりいくつものパターンが生じるが、たとえば被保険者1人当たり月額5,000円程度の定額負担をベースとし、一定基準を超える収入には保険料率を上乗せする方法などが考えられる（第10章参照）。

保険者

わが国の保険者は健保組合等の職域保険と国民健康保険の地域保険をベースに、70歳以上を対象とする老人保健制度および企業退職者を対象とする退職者医療制度（国民健康保険の一部）があり、制度体系が混然としている。厚生省の「21世紀の医療保険制度」では、地域保険への一本化案等が示されているが、本改革案は給付総額を全国民が所得に応じて分担する方式のため職域、地域の保険者制度は現行のまま継続することとし、退職者

医療制度、老人保健制度は被保険者がもともと加入していた保険に吸収する。

改革スケジュール

本改革案は下記の改革スケジュールを想定した。問題の先送りを避けるために改革期間を短くしているが、経済情勢等を見据えて多少の変更は可能である。

（図表21）医療制度改革スケジュール案

2000年度	<ul style="list-style-type: none"> 自己負担率の引き上げ 一般医療：3割、老人医療：1割 国庫・地方負担の凍結 （原則、2000年度以降国庫負担の引き上げは行わない）
2005年度	<ul style="list-style-type: none"> 医療保険、介護保険の統合 成人1人あたり保険料の設定。全制度一律、サラリーマンの妻、老人を含めた全成人から保険料を徴収 自己負担率の引き上げ 一般医療：5割、老人医療：3割 老人保険等、拠出金制度廃止

（資料）日本総合研究所作成

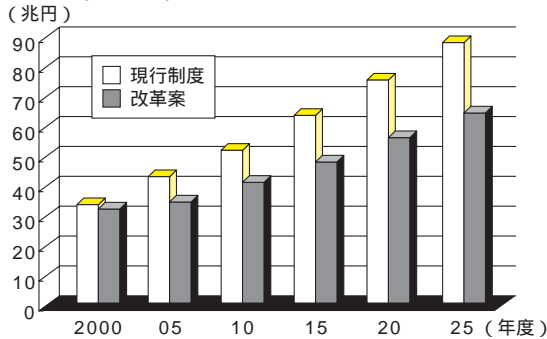
（3）保険財政・国民負担の将来推計

医療費・介護費用の将来推計

現行制度を前提とした場合には2000年度27.5兆円となる医療費が2015年には53.0兆円に倍増し、介護費用の10.5兆円を加えて合計63.4兆円となるものと推計される。

これに対して制度改革を実施した場合は、自己負担率の引き上げによる受診率等の低下、マネージドケア導入による効率化ならびに予防医療推進効果、によって2015年度で医療費が38.1兆円、介護費用が9.4兆円、合計47.5兆円となり、現行制度の64.3兆円に対し

(図表22) 医療・介護費用の将来推計結果



	2000	2005	2010	2015	2020	2025	
現行制度	医療費	27.5	34.9	43.4	53.0	63.2	74.2
	介護費用	5.6	7.0	8.7	10.5	12.2	13.7
	合計	33.1	41.9	52.1	63.4	75.4	87.9
改革案	医療費	26.1	27.6	32.9	38.1	44.8	52.1
	介護費用	5.6	6.3	7.8	9.4	10.9	12.3
	合計	31.8	33.9	40.7	47.5	55.7	64.4

(資料) 日本総合研究所推計

て35%削減できると考えられる(推計方法については第10章参照)。

財政負担

制度改革によって医療費・介護費用が大幅に削減されているため、負担総額はその分減少し、医療費・介護費用を合わせた国民負担の総額は現行制度に比べて2015年で15.9兆円の負担減となるものと予測される。本改革案では2000年、2005年にそれぞれ自己負担率の引き上げを行っているため、患者負担(自己負担)額は2015年で5.5兆円の負担増となるが、国庫・地方負担が12.9兆円、保険料が8.5兆円それぞれ減少する見通しである(図表23)。

(図表23) 医療・介護保険の財政の見通し

年度	2000	2005	2010	2015	2020	2025	
現行制度	負担計	33.1	41.9	52.1	63.4	75.4	87.9
	保険料	18.2	23.0	28.6	34.7	41.1	47.9
	国庫・地方負担	10.1	13.1	16.6	20.6	25.2	29.5
	患者負担	4.9	5.8	6.9	8.1	9.2	10.4
改正案	負担計	31.8	33.9	40.7	47.5	55.7	64.4
	保険料	19.3	17.0	21.6	26.3	32.0	38.0
	国庫・地方負担	6.6	6.9	7.3	7.7	8.1	8.5
	患者負担	5.8	9.9	11.8	13.6	15.7	18.0
変化額	負担計	1.4	8.1	11.4	15.9	19.7	23.4
	保険料	1.1	6.0	7.0	8.5	9.1	9.9
	国庫・地方負担	3.5	6.2	9.3	12.9	17.1	21.0
	患者負担	1.0	4.1	4.8	5.5	6.5	7.5

(資料) 日本総合研究所推計

(注) 表は「現行制度」「改革案」各々の将来推計、現行制度に比べ改革案が削減できるコストを示す「変化額」の順。「変化額」の「負担計」に示すとおり、改革案は2015年で15.9兆円、2025年で23.4兆円のコスト削減効果を持つ

家計負担の将来像

(1) 現行制度前提

現行制度の問題点は保険財政の肥大化とともに、負担が現役層に偏り過ぎていることにある。平均的なモデル世帯(注16)を設定し、

(図表24) 医療・介護保険制度の家計負担額の見通し(現行制度)
(月額、千円)

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
【現役世帯】						
医療保険料	33.9	42.8	54.6	68.6	84.0	101.6
介護保険料	4.7	5.7	6.8	7.8	9.0	10.2
医療費自己負担	8.6	10.3	12.1	14.2	16.4	19.2
合計	47.2	58.8	73.5	90.6	109.3	131.0
【高齢者世帯】						
介護保険料	3.3	4.0	4.7	5.5	6.3	7.1
医療費自己負担	6.1	7.5	9.0	10.8	12.6	14.9
介護自己負担	3.8	4.1	4.5	4.8	5.4	6.1
合計	13.2	15.5	18.3	21.1	24.2	28.2

(資料) 日本総合研究所推計

(注) 医療、介護の自己負担額は若人・老人別の1人当たり患者負担額から算出。

将来の世帯負担を推計すると、現行制度を前提とした場合には現役世帯での負担は2015年度には月額90,600円となり、保険料負担が家計に及ぼす影響は甚大である。

(ロ) 改革案

改革案では、高齢者世代にも応分の負担をしてもらい、現役層の負担を和らげる形をとっている。図表25の試算では、2015年度に現役世帯で66,200円、高齢者世帯で65,600円とほぼ同額の設定とした。

またこの改革案では、国庫・地方負担額を現在の給付額程度に抑えているため、将来の保険財政に占める割合は小さくなる。仮に現行制度の負担割合のまま据え置くなれば、公費負担は2015年には20.6兆円（2000年の2倍）、2025年には29.5兆円（同3倍）と加速度的に膨れあがることになる。増額分を賄うには新たな税負担を視野に入れる必要が生じよう。増税分を消費税で充当すると想定すると、2015年度で4.4%の増税に相当する。換言すれば、本改革の総コストを削減効果は4.4%の消費税導入を阻止するのと同様の効果を持つ。これを家計負担に換算すると、現役世帯で月額19,200円、高齢者世帯で15,200円の消費税を免れたことになる（図表25）。

(ハ) 自己負担の引き上げを緩和した場合

前記改革案は、患者自己負担を大幅に引き上げており（法定給付ベースで一般5割、老

（図表25）医療・介護保険制度の家計負担額（改革案）
（月額、千円）

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
【現役世帯】						
医療・介護保険料	31.3	41.1	34.5	44.9	56.2	71.0
医療費自己負担	10.0	15.2	18.1	21.3	24.4	28.7
合計	41.3	56.3	52.6	66.2	80.6	99.7
現行制度対比	6.0	2.4	20.9	24.5	28.7	31.3
国庫・地方負担の影響額	5.2	9.2	13.8	19.2	25.5	31.4
国庫・地方負担の影響額考慮後	11.2	11.6	34.8	43.7	54.2	62.7
【高齢者世帯】						
医療・介護保険料	24.5	30.2	25.6	31.3	36.9	43.9
医療費自己負担	10.5	22.0	24.2	25.9	30.3	35.8
介護自己負担	3.8	7.1	7.8	8.3	9.3	10.5
合計	38.8	59.3	57.6	65.6	76.5	90.3
現行制度対比	25.6	43.8	39.3	44.5	52.3	62.1
国庫・地方負担の影響額	4.1	7.3	10.9	15.2	20.1	24.8
国庫・地方負担の影響額考慮後	21.5	36.5	28.4	29.3	32.2	37.3

（資料）日本総合研究所推計

（注1）保険料は定額+定率方式（第10章参照）の結果を用いた（事業主負担を含む）。

（注2）医療、介護の自己負担額は若人・老人別の1人あたり患者負担額から算出した。

（注3）国庫・地方負担の影響額は、削減総額を消費税に換算して家計負担の変化に反映。

（%）

2000	2005	2010	2015	2020	2025
1.6	2.5	3.5	4.4	5.2	5.8

人3割）医療費負担の大きい高齢者にとって厳しい内容となっている。これに対し、自己負担の引き上げを一般4割、老人2割の場合と、一般3割、老人1割に緩和するケースも検討してみよう（図表26～27）。

いずれのケースも自己負担の引き上げ幅が小さい分、医療費の削減効果は小さくなり、保険料負担は増加する。そのため、改革案と比べて高齢者の自己負担は少なくなるものの、全体としての負担感はあまり減少されない。

一般4割、老人2割の場合、2015年では現役世帯で月額73,800円、高齢者世帯で

65,500円となり、改革案と比べて保険料を含めた高齢者世帯の負担総額はほとんど減らないのに対し現役世帯の負担は大きくなる。

(図表26) 自己負担引き上げ緩和 / 一般4割、老人2割
(月額、千円)

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
【現役世帯】						
医療・介護保険料	31.3	41.1	42.5	54.5	67.5	84.7
医療費自己負担	10.0	13.8	16.4	19.3	22.2	26.1
合計	41.3	54.9	58.9	73.8	89.7	110.7
現行制度対比	6.0	3.9	14.6	16.9	19.7	20.3
国庫・地方負担の影響額	5.2	9.2	13.8	19.2	25.5	31.4
国庫・地方負担の影響額考慮後	11.2	13.1	28.5	36.1	45.2	51.7
【高齢者世帯】						
医療・介護保険料	24.5	30.2	30.4	36.7	42.9	50.8
医療費自己負担	10.5	18.0	20.0	21.5	25.1	29.7
介護自己負担	3.8	6.3	6.9	7.3	8.2	9.3
合計	38.8	54.6	57.2	65.5	76.2	89.7
現行制度対比	25.6	39.0	38.9	44.4	52.0	61.6
国庫・地方負担の影響額	4.1	7.3	10.9	15.2	20.1	24.8
国庫・地方負担の影響額考慮後	21.5	31.8	28.0	29.2	31.9	36.8

(資料) 日本総合研究所推計

(注) 推計の前提条件は図表25と同じ

(図表27) 自己負担引き上げ緩和 / 一般3割、老人1割
(月額、千円)

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
【現役世帯】						
医療・介護保険料	31.3	41.1	53.7	68.1	83.6	104.4
医療費自己負担	10.0	11.9	14.1	16.6	19.1	22.5
合計	41.3	53.0	67.8	84.7	102.8	126.8
現行制度対比	6.0	5.8	5.7	5.9	6.6	4.2
国庫・地方負担の影響額	5.2	9.2	13.8	19.2	25.5	31.4
国庫・地方負担の影響額考慮後	11.2	15.0	19.5	25.2	32.1	35.6
【高齢者世帯】						
医療・介護保険料	24.5	30.2	37.1	44.3	51.5	60.7
医療費自己負担	10.5	11.9	13.1	14.1	16.5	19.5
介護自己負担	3.8	4.1	4.5	4.8	5.4	6.1
合計	38.8	46.2	54.7	63.3	73.4	86.3
現行制度対比	25.6	30.6	36.5	42.2	49.2	52.8
国庫・地方負担の影響額	4.1	7.3	10.9	15.2	20.1	24.8
国庫・地方負担の影響額考慮後	21.4	23.4	25.5	27.0	29.0	33.4

(資料) 日本総合研究所推計

(注) 推計の前提条件は図表25と同じ

一般3割、老人1割の場合、現役世帯で月額84,700円、高齢者世帯で63,300円と改革の効果は薄くなる。現役層と高齢層の負担割合をどの程度に設定するかは難しい問題ではあるが、高齢者の自己負担率を下げるほど給付総コストの削減効果が働かず現役層、高齢者層ともに負担が大きくなるため、高齢者の自己負担は3割負担、ないしは少なくとも2割負担を設定する必要がある。

(注9) 規制緩和の対象に民間営利企業の参入を阻む「病院理事長の医師資格要件」が指摘されることが多いが、医療法人も医療法に限定列挙された以外の事業はできない規制(「付帯義務規制」)があることに着目する必要がある。患者のニーズがあるからといって関連サービスを一元的に提供するケアミックス等は現行制度下では実現不能である。また「剰余金配当禁止」があり、投資家から資金を募って病院を建て、配当を含めて返済する等、市場からの資金調達も規制されている。(他にも総資産の20%を自己資本とすべき資産要件が定められている)。なお、本改革案で示している増床、新設も量的病床規制のある現行制度下ではほぼ不可能である。

(参考) 医療・医療関連規制の現状

- ・非営利原則 都道府県知事は営利目的の病院に開設許可を与えないことができる。
- ・剰余金配当禁止 医療法人は剰余金(利益)を配当することができない。
- ・病院理事長の医師資格要件 病院の理事長は医師でなければならない。
- ・付帯業務規制 付帯業務は教育、研究、老人訪問看護、薬局、在宅介護支援センター設置等に限定される(98年4月施行の特別医療法人制度により、一部医療機関については付帯業務の種類が拡大した)。

- ・ 医業等に関する
 広告制限 診療科名、診療時間、入院設備等の有無等しか表
 できない。
- ・ 量的病床規制 病床の新設・増加を制限
 している。
- ・ 医療保険の診療
 報酬制度 点数制を通じて一種の価
 格規制となっている。
- ・ 委託業務の施設
 基準 検体検査、患者給食、消
 毒滅菌、医療機器の保守
 点検、院内清掃等の業務
 を外部業者に委託する場
 合は、厚生省令で定める
 基準に適合するものに委
 託しなければならない。

(注10) 実効給付ペースとは高額療養費制度により一定額以上の自己負担は免除される分も含めて保険でカバーされる分を指し、その残りが自己負担となる。高額療養費給付を含めない一般的な給付率が法定給付率である。

自己負担率(額)の設定には、全制度共通の定率自己負担方式と1万円まで全額自己負担、1~2万円は5割負担、2万円以上は4割、というように軽度の疾病に対しては自己負担割合を高くする方式が考えられる。売薬でも対応できる軽微な疾病に保険給付をすることは疑問があり、この点では後者の段階的に自己負担率を減少させる方式が優れている。なお、97年8月に厚生省が公表した「21世紀の医療保険制度」にも一定額までは自己負担とし、これを上まわる分については定率の一部負担を通用する案が示されている。

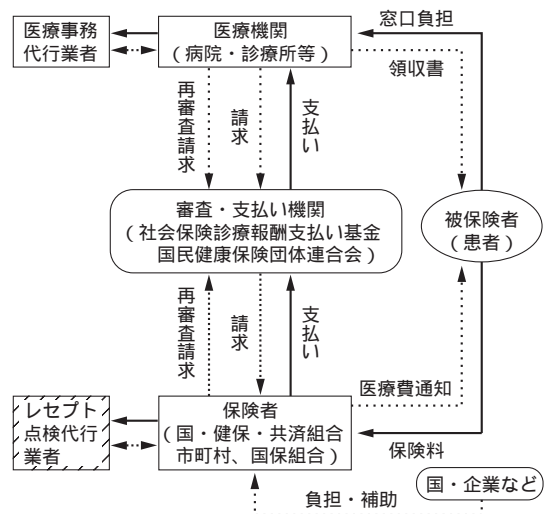
(注11) 現行医療保険制度(主要制度)の自己負担は次表のとおりである。

制度名	保険者	自己負担	保険料率	高額療養費
健康保険	政管 国	本人 2割	8.5%	自己負担
各種共済	組合 健保組合	家族 入院2割	8.4%	63,600円
	国家公務員等 共済組合	外来3割+外来薬剤(0~150円)	7.5~8.5%	(低所得者35,400円) 超過分
国民健康保険	自営業者等 市町村等	3割+外来薬剤	世帯ごとに応益割(定額)と応能割(利率)で賦課	世帯合算等の措置あり
	被用者保険の退職者 市町村	健康組合に同じ		
老人保健	(実施主体) 市町村	外来1回500円(上限あり) 入院1日1,100円(10年度)	各制度の保険者、国、自治体が負担	

(注12) 千葉大学・広井助教授は、現在の保険者が特定の優良な医療機関とのみ契約することで医療分野に競争原理を導入する「日本型管理競争」を提案している。さらにこの仕組みに定額払い制を組み入れ、保険者の健康増進と予防機能を強化すればHMO型のマネジド・ケア・システムとなる旨を指摘している[広井1997]。保険者自体の機能を向上させるか、機能向上を専門のマネージドケア機関に代行してもらうかの差はあるが、保険者と医療機関の間に競争原理を導入する点において本改革と相通じる方式である。また京都大学・西村教授も「いまの制度のまま、医療の水準をそのまま維持し、さらに刻々進展する新たな技術進歩を取り入れた医療を享受することは、負担能力という点から見て、高齢化の進展する21世紀に向けて極めて難しい」との認識のもと広井助教授の「日本型管理競争」に理解を示している[西村1997]。

(注13) 個人にマネージドケア機関の選択権を与えると病気がちの人が相対的に保険料の安いマネージドケア機関ばかりを「選択」して、制度が立ち行かなくなる。またアメリカHMOの弊害として病気がちの人を排除しようとする(「逆選択」)傾向が指摘されているため、保険者を介在させてこのような事態を防ぐ。

(注14) 現行制度は保険医全てと契約関係にあり、かつ保険者や社保支払基金が競合関係に晒されるものではない。しかし現行制度下でも「レセプト点検代行業」には競争原理が働いている。この業界は、保険請求



の審査を健保組合に代わって行うもので、審査により削減した保険請求の一定割合を成功報酬として受け取る。96年度のNTT健保組合の場合、代行業者を通じた再審査で総額650億円の医療費のうち4億円の返還を受け、このうち2億円程度が代行業者の手数料となったとされている。

(注15) 保険給付の定額支払い(慢性疾患等に対し、どのような治療を行おうが保険給付は定額とする方式)ないしは償還払い(患者はいったん金額を支払い、後から保険料給付分を環付される方式。これにより患者の受診を抑制するもの)等の方式が医療改革案の狙上に乗ることが多い。本改革案でのマネージドケア機関はこれらの方式も含めて医療費の抑制案を検討することになるが、どのような方式をとるかはそれぞれのマネージドケア機関が決定する問題である。

(注16) モデル世帯は「平成6年全国消費者実態調査」(総務庁)のデータを参考にし、以下の通り設定した。

- (現役世帯) ・夫婦と未婚の子供2人、世帯主のみが有業者のサラリーマン世帯
 ・世帯主とその妻は40歳以上で、介護保険料を負担する
 ・消費支出は月額29万円/月
 ・標準報酬月額33万円
- (高齢者世帯) ・高齢者夫婦のみの世帯、夫婦とも無職の年金生活者
 ・世帯主とその妻は70歳以上で、老人医療の対象者
 ・消費支出は23万円/月
 ・年金月額は夫婦で30万円

6. 年金制度の改革案

(1) 制度改革の基本方針

少子高齢化による現役層と受給者層のアンバランスが続く限り、現行年金制度は後世代への負担を増大させる。年金制度に対する不安を解消するためには積立方式への変更が避けられないであろう。

(図表28) 年金制度の制度改革方針

i) 市場開放	基礎年金は確定給付を保障するため公的年金とする。 現行の報酬比例部分は掛金積立保険とし、民間保険方式とする。
ii) 料金設定の自由化	保険の運用は保険会社がさまざまなメニューを用意し、被保険者は自己責任で運用メニューを選択できる。
iii) 情報公開	公的年金も含め、運用結果は完全に公開する。 報酬比例部分の保険会社の変更は自由とし、かつ継続性をもたせる。
iv) 規制緩和	受給権保護目的の規制以外は基本的に規制撤廃を目指す。
v) 行政の業務範囲	基礎年金の運営を運営と強制加入年金への加入義務づけに限定する。 基礎年金の運用も民間委託を基本とする。

(資料) 日本総合研究所作成

(2) 制度設計

積立方式

年金制度は基礎年金部分、任意加入積立年金部分の2層構造とするが、以下では次の2方式で検討する。

- ・基礎年金 - 保険積立方式、2階部分 - 個人積立方式(後段のA案に該当)
- ・基礎年金 - 段階保険料方式、2階部分 - 個人積立方式(後段のB案に該当)(注17)

制度概要

基礎年金は生活保障の要素が強いため確定給付とし、保険積立方式とする場合も運用成績等による過不足分は後世代の保険料で調整するのが妥当であろう。なお、受給者を除く全成人が対象となり(注18)本稿では計算上、基礎年金の保険料は定額扱いとした。

2階部分の任意積立年金は、一定限度まで

(図表29) 年金保険制度案の概要

	基礎年金	任意積立年金(2階部分)
制度設計	確定給付	確定拠出
財政方式	保険積立方式または段階 保険料方式	個人積立方式
運営	公的年金(公営)	私的年金(民営)
保険者	国	民間保険者 被保険者が運用先を選択
被保険者	受給者を除く成人は全員 加入(個人)	希望者 個人で掛金を設定
保険料	定額(報酬比例方式も考 えられる)	(一定割合まで本人・事 業主とも非課税)
給付額	定額(所得層別)	掛金比例

(資料) 日本総合研究所作成

非課税扱いとし、限度内のどの程度を積み立てるかは個人の自由とする。また、運用先も運用メニューから自由に選択できるものとする。

未積立債務の解消

賦課方式から積立方式に移行する際にネックとなるのが未積立債務である。現役層は自分が将来受け取る年金のための積立と現在の受給者に給付するための原資を二重に負担しなければならないからである。二重負担を解消するためには、99年度末で基礎年金部分を含めて推計604兆円(基礎年金分を除くと380兆円)にも上ると推計される未積立債務を償却する原資を調達する必要があり、一挙に解決することは不可能に近い。したがって本改革案では二重払い期間を長くし、かつ広範囲から徴税して現役層の負担を柔らげる図表30の方法をとる(注19)。

とはいえ、現行制度をそのまま引き継いで被保険者の負担が過重となるため、給付上昇率の抑制(賃金スライド廃止)、未積立債

(図表30) 二重負担の緩和策

<ul style="list-style-type: none"> 賃金スライド制廃止 賃金スライド制を廃し、物価スライドのみとする(給付額を減少させるのではなく、給付額の伸び率を抑制する)。 国庫負担の取り扱い 過去期間に対応する基礎年金給付の国庫負担は存続、将来期間に対応する給付は廃止する。 消費税の充当、公的年金等税控除廃止 未積立債務の償却には消費税、ならびに公的年金等税控除を廃止した分を充てる。
--

(資料) 日本総合研究所作成

務解消のための税制等の改正(消費税での充当、公的年金等控除廃止)、保険料徴収対象の拡大(3号被保険者からの徴収)の諸策をとる。これらの方式を採用するのは未積立債務は国の隠れ借金的一种であり、国民が等しく負担すべきだとの考えからである。

基礎年金による生活保障

現役時代に任意積立年金に加入する余裕のない層も多く、基礎年金だけでも最低限の生活を保障する必要がある。現行の制度モデルでは基礎年金給付額は月額65,000円(夫婦で13万円)であるが、これだけでは最低限の生活維持さえ危ぶまれる。

そこで本改革案では、基礎年金の給付額は生活保護支給基準を上回る程度の下記の水準を設定することとした(注20)。この方式を採用する背景には高額な企業年金等を受給す

(図表31) 基礎年金給付改定案

現行	65,000円/月
改革案	低所得者層 85,000円/月
	中所得者層 75,000円/月
	高所得者層 65,000円/月 (94年度価格)

(資料) 日本総合研究所作成

(注) 本稿では高齢者の所得分布にもとづいて低所得者層～高所得者層を分類した。分類方法の詳細は第10章参照。

る層にまで多額の基礎年金を支払う必要がないとの判断もある。

(3) 保険財政・国民負担の将来推計

財政分離と負担対象の拡大

賦課方式（段階保険料方式）を積立方式に移行するための第1ステップとして、改革前の給付債務と改革後の給付債務とに財政分離を行う。この結果、「改革前分」と「改革後分」の二重負担が生じる。莫大な二重の負担を減らさなければ積立方式への移行は単なる理想論に終わる。現行の厚生年金並みの給付を受ける程度に任意積立する場合を想定して現行制度と比較してみると、図表32の下表参考値の「影響額」の「負担変化額」に示すように、現行制度に比べて2000年度で21.8兆円の負担増、2015年度で12.1兆円の負担増を生じている。負担の対象範囲を広げ、現行制度の被保険者の保険料負担を軽減する措置が求められよう。ここで着目すべきは、現行制度の持つ同世代間、異世代間での不公平であり、前述のとおり3号被保険者からも保険を徴収し、公的年金等控除を廃止する。未積立債務の償却には公的年金等控除分と消費税を割り当て、全国民に負担を分散する方式をとる。

賃金スライド制の廃止による効果

負担対象者の裾野を広げることで被保険者への負担の一極集中は緩和できるものの、国

(図表32) 制度改革による影響 (兆円)

		2000	2005	2010	2015	2020	2025
現行制度	給付	34.7	46.4	58.6	68.8	76.7	83.6
	負担計	35.1	43.5	51.6	60.7	69.1	88.8
	保険料	29.0	35.8	42.5	50.1	57.3	76.2
	国庫負担	6.2	7.7	9.1	10.6	11.7	12.6
の影響	給付	34.7	46.4	58.6	68.8	77.2	81.6
	負担計	42.0	46.9	50.8	54.3	57.7	60.9
	保険料	20.1	21.7	22.7	23.8	25.4	27.1
	国庫負担	6.2	7.3	7.8	7.8	7.2	6.2
	消費税	13.2	14.6	16.1	17.8	19.7	21.7
	公的年金等税控除	2.5	3.3	4.2	4.9	5.4	5.9
	負担変化額	6.9	3.4	0.8	6.4	11.4	27.9
の影響	給付	33.1	42.8	52.7	60.8	66.6	71.8
	負担計	36.6	40.6	43.6	46.2	49.0	51.4
	保険料	17.2	18.6	19.4	20.3	21.7	23.1
	国庫負担	5.9	6.7	6.9	6.7	6.1	5.1
	消費税	11.1	12.2	13.5	14.9	16.5	18.2
	公的年金等税控除	2.4	3.1	3.8	4.3	4.7	5.0
	負担変化額	1.9	5.8	15.0	22.6	27.7	32.2

(参考) 2階分相当保険料を含めた影響

の影響	厚生年金相当保険料	14.9	16.4	17.5	18.5	19.5	20.7
	実質的負担計	56.9	63.3	68.3	72.8	77.2	81.6
	負担変化額	21.8	19.8	16.7	12.1	8.1	7.2
の影響	厚生年金相当保険料	12.9	14.1	15.1	16.0	16.8	17.9
	実質的負担計	49.5	54.7	58.7	62.2	65.8	69.3
	負担変化額	14.4	11.2	7.1	1.5	3.3	19.5

(資料) 日本総合研究推計

(注) 本改革案では2階分は任意加入のため、保険財政の推計からは除外することになる。上表のの影響の保険料については、基礎年金の保険料のみを対象とする。ところが現行制度は2階分の厚生年金を含む財政規模のため、現行制度との影響とは単純には比較できない。下表は、仮に現行の厚生年金並みの給付を受ける程度に任意積立する場合を想定して現行制度と比較した参考値。

民全体では大幅な負担増であることには変わりはない。給付総額自体を抑制し、負担増加額を抑える視点が求められよう。そこで年金給付のベースアップを賃金スライド制から物価スライド制に変更する。物価スライド制は文字通り、物価上昇に見合っただけ年金給付額が上昇するため、方式の変更によって年金受給者の生活レベルが低下することはない。

この結果、の影響と比較し、2000年度の負担変化額は6.9兆円増から1.9兆円増へと5

兆円分が圧縮でき、2015年度には現行制度と比較して22.6兆円減少する（いずれも任意積立年金を含まない保険財政（図表32の上表）での比較）。

基礎年金による生活保障策（A案）

本改革案では年金制度とともに医療・介護分野における年金生活者への負担を求めており、それを緩和する策として低所得者を中心に基礎年金の増額を提案しており、前記に増額分を上乗せする。この条件はA案でも、次に述べるB案でも同様である。A案では保険積立方式（将来にわたって基礎年金の保険料を一定の水準に保つ方式）をとっており、給付額の増加と保険積立方式採用によって、費用負担はの方式に比べて2000年度で4.2兆円の増加となる。

A案の保険料等には様々な設定方法が考えられるが、ひとつの方法は基礎年金の月額保険料を25,600円（2000年度価格）に固定することである（図表34）。

基礎年金の財政方式を継続（B案）

世代間不公平の是正のためには基礎年金も含めて積立方式（基礎年金は積立保険方式、任意積立年金は個人積立方式）への移行が望ましいが、改革当初は急激な負担増を招くことになる。2000年度時点では、A案方式の基礎年金部分だけでも現行制度に比べて6.1兆円も負担が増加する状況は避けたいところで

ある（厚生年金なみの給付を受ける程度に任意積立する場合を想定すると、図表33の下表に示すように現行制度と比較して2000年度でA案の場合は19.0兆円の負担増、B案の場合は8.2兆円負担増となり改革には痛みが生じることを指摘したい）。

これを回避するためには、基礎年金部分の

（図表33）両案の将来推計結果

		2000	2005	2010	2015	2020	2025
現行制度	給付	34.7	46.4	58.6	68.8	76.7	83.6
	負担計	35.1	43.5	51.6	60.7	69.1	88.8
	保険料	29.0	35.8	42.5	50.1	57.3	76.2
	国庫負担	6.2	7.7	9.1	10.6	11.7	12.6
A案の影響	給付	35.6	45.9	56.6	65.4	71.9	77.7
	負担計	41.2	45.7	49.1	52.0	55.0	57.8
	保険料	19.8	21.5	22.4	23.4	25.0	26.7
	国庫負担	6.8	7.7	8.0	7.8	7.1	5.9
	消費税	12.1	13.3	14.7	16.2	17.9	19.8
	公的年金等税控除	2.5	3.2	4.0	4.6	5.0	5.4
	負担変化額	6.1	2.2	2.5	8.7	14.1	31.0
B案の影響	給付	35.6	45.9	56.6	65.4	71.9	77.7
	負担計	30.4	37.8	44.6	51.2	53.8	56.2
	保険料	13.7	18.7	23.5	28.8	30.7	32.7
	国庫負担	6.8	7.7	8.0	7.8	7.1	5.9
	消費税	7.4	8.2	9.1	10.0	11.0	12.2
	公的年金等税控除	2.5	3.2	4.0	4.6	5.0	5.4
	負担変化額	4.7	5.7	7.0	9.5	15.3	32.6

（参考）2階分相当保険料を含めた影響

A案の影響	厚生年金相当保険料	12.9	14.1	15.1	16.0	16.8	17.9
	実質的負担計	54.1	59.8	64.2	68.0	71.8	75.7
	負担変化額	19.0	16.3	12.6	7.3	2.7	13.1
B案の影響	厚生年金相当保険料	12.9	14.1	15.1	16.0	16.8	17.9
	実質的負担額	43.3	51.9	59.7	67.2	70.6	74.1
	負担変化額	8.2	8.4	8.1	6.5	1.5	14.7

（資料）日本総合研究所推計

（図表34）A案の保険料等の推計結果

消費税率	5.4%
基礎年金平均保険料	月額25,600円（2000年度価格）

（図表35）B案の保険料等の推計結果

消費税率	3.3%
基礎年金平均保険料	月額18,000円～31,500円（2000年度価格） （2015年度まで毎年900円ずつ引き上げ）

（注）消費税率に端数が生じているのは、未積立債務を公的年金等控除廃止分と消費税で償却しているためである。

未積立債務の償却をしない方式が考えられる。すなわち、積立方式の性格が強い2階部分の未積立債務の償却のみを行い、賦課方式の性格が強い基礎年金部分は従来どおりの段階保険料方式を踏襲する方法である（厚生省のE案。ただし本改革案は低所得者への基礎年金の上乗せ給付をしている点が相違）。

この方式は問題の先送りの性格を含んでいるため2020年頃までの負担はA案よりも軽いが、2025年になるとA案よりも負担が重くなる。とはいえ、現行制度に比べて負担の変化がなめらかである点において、有効な方式と評価できよう。本改革案ではこのB案を採択する。

保険料率等は基礎年金の財政方式を現行制度と同じものを採用することにより、改革当初の負担はA案よりも和らぐ。しかし、基礎年金の平均保険料は2000年度の18,000円から2015年度には31,500円へと増加する（図表35）。

給付の削減策

負担の先送りを避け、かつ当初の負担増を抑えようとするれば、厚生省の5つの選択肢のように給付の削減を選択することとなる。仮に2000年度から給付の2割削減の改革を実施し、負担の先送りをしない財政計画を立てると、基礎年金部分のみを対象とすることから、2000年度当初から現行制度よりも負担減となると予測できる（2階部分を含めると2005年度から減少に転じる。図表36）。

（図表36）給付削減案の将来推計

（兆円）

		2000	2005	2010	2015	2020	2025
現行制度	給付	34.7	46.4	58.6	68.8	76.7	83.6
	負担計	35.1	43.5	51.6	60.7	69.1	88.8
	保険料	29.0	35.8	42.5	50.1	57.3	76.2
	国庫負担	6.2	7.7	9.1	10.6	11.7	12.6
10%削減	給付	32.0	41.3	50.9	58.9	64.8	69.9
	負担計	28.5	34.8	40.0	45.2	47.5	49.6
	保険料	13.7	17.8	21.4	25.4	27.1	28.9
	国庫負担	6.1	7.0	7.2	7.0	6.4	5.3
	消費税	6.4	7.1	7.9	8.7	9.6	10.6
	公的年金等税控除	2.3	2.9	3.6	4.1	4.5	4.8
	負担変化額	6.6	8.7	11.6	15.4	21.6	39.3
20%削減	給付	28.4	36.7	45.3	52.3	57.6	62.2
	負担計	26.6	31.3	35.0	38.5	40.4	42.2
	保険料	13.7	16.5	18.8	21.3	22.7	24.2
	国庫負担	5.4	6.2	6.4	6.2	5.6	4.7
	消費税	5.5	6.0	6.6	7.3	8.1	8.9
	公的年金等税控除	2.0	2.6	3.2	3.7	4.0	4.3
	負担変化額	8.5	12.2	16.6	22.1	28.6	46.7

（参考） 2階分相当保険料を含めた影響

10%削減の影響	厚生年金相当保険料	11.6	12.7	13.6	14.4	15.2	16.1
	実質的負担計	40.1	47.5	53.6	59.6	62.6	65.7
	負担変化額	5.0	4.0	2.0	1.1	6.4	23.1
20%削減の影響	厚生年金相当保険料	10.3	11.3	12.1	12.8	13.5	14.3
	実質的負担額	36.9	42.7	47.1	51.3	53.9	56.5
	負担変化額	1.8	0.8	4.5	9.4	15.2	32.4

（資料）日本総合研究所推計

国民負担の抑制の視点からは望ましい策であるが、賃金スライド制廃止に加えての給付の削減は現在の年金受給中の年金生活者をおびやかすことになる。既存の受給者には従来通り給付し、これから給付を受ける層のみ削減（例えば支給年齢をさらに上げる等）する方法も想定できるが、ただでさえ後世代ほど給付に対して負担が重いのに、これ以上世代間の不公平を助長する方式は受け入れられないであろう。

（4）改革スケジュール

2000年度に改革に着手し、2060年度に未積

立債務償却をほぼ終了するスケジュールを想定する（図表37）

（図表37）年金制度改革スケジュール

2000年度	<ul style="list-style-type: none"> 過去期間と将来期間との債務（財政分離）未積立債務償却開始 消費税 3.3%と公的年金等控除廃止分を未積立債務償却に当てる 保険料 基礎年金 18,000円 3号被保険者からの保険料徴収
2001年度	<ul style="list-style-type: none"> 賃金スライド制廃止 保険料引き上げ
2060年度	<ul style="list-style-type: none"> 基礎年金 18,900円（以降2015年度まで毎年900円づつ引き上げ） 消費税による未積立債務償却終了

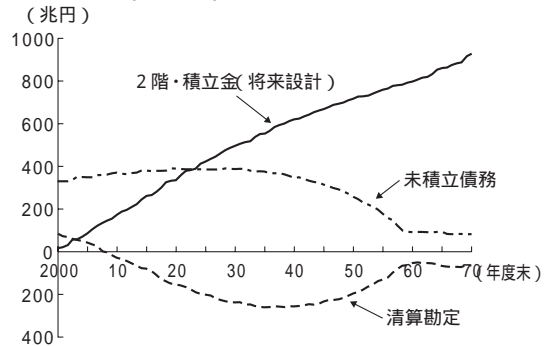
（5）積立金の推移

2階部分の未積立債務を解消するため清算勘定を設定すると、この清算勘定は99年度末の積立金90兆円程度からスタートし、消費税等の繰り入れをもつても過去期間に対応する年金給付の支払いのために2009年度には底をつく。以降資金不足が続き、ピーク時の2035年度末には250兆円程度の資金不足へと転じるものと考えられる。しかしこの資金不足に対しては、例えば国債（年金債）を発行しても、任意積立年金（2階分）の安定的な運用先となるので調達は可能であろう。現在の公的年金の財政方式はこの過去期間勘定の資金不足に対して「借り入れ」ではなく、返済する資金の手当てなしに将来期間勘定の資金を「取崩」している点が大きく異なる。本改革案は、過去期間勘定と将来期間勘定とに明確に区分経理を行い、将来期間勘定のうち2階分については任意積立とした。さらに過去期間勘定へ繰り入れられる消費

税、公的年金等控除廃止分により返済資金手当をしたので、相互の勘定間の貸借により資金不足に対応できる。

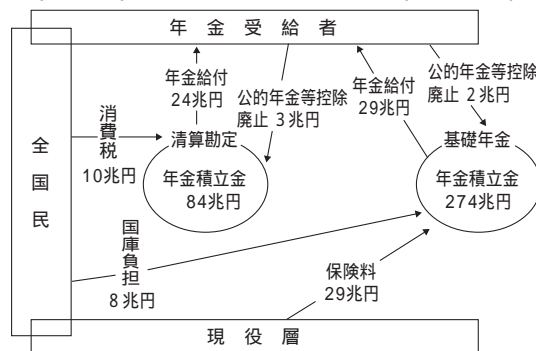
消費税による過去期間勘定への繰り入れは2059年度に終わるが、未積立債務はその時点ではまだ残る。これは、その後の公的年金等控除廃止分の資金で2099年度末にはすべて償却できる。

（図表38）年金積立金等の推計



（資料）日本総合研究所推計
 （注）「2階・積立金（将来期間）」は、任意積立について現行の厚生年金なみの給付を受けるための拠出を想定した場合の推計

（図表39）改革案による年金負担構造（2015年度）

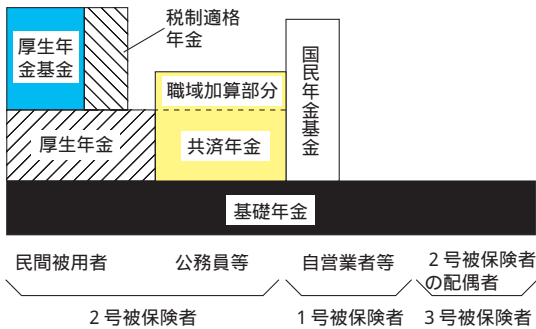


（資料）日本総合研究所推計
 （注17）「保険積立方式」とは、保険料を将来にわたって一定の水準を保つよう、数理的収支のバランスを財政再計算時点で図るもの。この方式は、再計算時点で収支のバランスをとる点、段階保険料方式よりも

財政上の安定が図れるが、一時点で保険料の大幅な引き上げなどが必要となることがある。

「段階保険料方式」は現行公的年金で採用している財政方式。保険料を段階的に引き上げ、将来の時点で数理的収支バランスが図れるように保険料を設定するもの。この方式では数理的収支バランスがとれる時点まで財政的に安定せず、それまでの人口構造変動の影響を受けやすい。特に生産年齢人口の減少、年金受給年齢人口の増加は財政上悪化を及ぼす。

(注18) 現行制度では学生からは保険料を徴収する一方で専業主婦（3号被保険者）からは徴収していない。3号被保険者は基礎年金と遺族年金の受給権を持つ。後者に対しては就業女性と同等の権利であり、保険料を支払っている就業女性から見て不公平を生じる。なお、現行制度の構造は下図のとおりである。基礎年金と厚生年金（2階分）が強制加入、年金基金等（3階分）が任意加入であり、いずれも確定給付方式をとる。



(注19) 厚生省が97年末に示した厚生年金改革案のA案からD案の選択肢は、年金の給付を抑制するか保険料の上昇を受容するかに集約されており、E案の民営化（積立方式）移行には否定的な様子である。しかし、民営化移行コスト（未積立債務）の問題は、民営化に際してのみの問題でなく、現状の賦課方式のものとは問題を先送りしているので顕在化しないに過ぎない。今後さらに少子高齢化が進行していけば、後世代の負担が極めて大きくなるのが確実であり、年金制度の破綻が危惧される（右上表参照）。

(注20) 生活保護支給基準は子供1人を含む3人家庭で月間15.7～12.2万円。なお、生活保護を受けるためには資産の処分等が前提となるので、年金受給権のない人が生活保護を受ける場合と比較して不公平になることはない。

厚生省が示した厚生年金改革案5つの選択肢

A案 現行制度の給付設計を維持する案 前回の平成6（1994）年改正に基づく給付水準や支給開始年齢等を維持する。 厚生年金の最終保険料率は、月収の34.3%（ボーナスを含む年収の26.4%）に上昇。
B案 厚生年金保険料率を月収の30%以内にとどめる案 厚生年金の最終保険料を、前回の平成6（1994）年改正の前提であった月収の30%（ボーナスを含む年収の23%程度）以内にとどめることとし、その範囲内に収まるよう給付設計を見直す。 平成37（2025）年度時点で支出総額を1割程度抑制することが必要。
C案 厚生年金保険料率を年収（ボーナスを含む）の20%程度にとどめる案 厚生年金の最終保険料を、ボーナスを含む年収の20%程度（月収の26%程度）にとどめることとし、その範囲内に収まるよう給付設計を見直す。 平成37（2025）年度時点で支出総額を2割程度抑制することが必要。
D案 厚生年金保険料率を現状程度に維持する案 厚生年金の最終保険料を、現状程度の月収の20%程度（ボーナスを含む年収の15%）にとどめることとし、その範囲内に収まるよう給付設計を見直す。 平成37（2025）年度時点で支出総額を4割程度抑制することが必要。
E案 厚生年金の廃止（民営化）案 公的年金は基礎年金を基本に1階建ての年金とするともに、厚生年金は廃止し、積立方式による民間の企業年金または個人年金に委ねる。

7. 制度改革の全体像

医療・介護保険、年金保険おのおのについて制度フレームと財政収支を示したが、以下では改革案の全体像を示す。

(1) 制度全体のスキーム

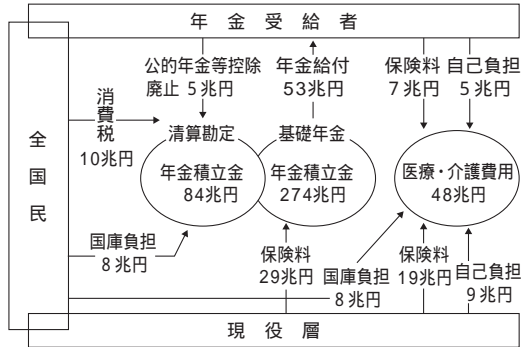
全体構造

医療・介護保険、年金保険の負担構造は図表40のとおりである。現役層は従来通り保険を支える中核であるが、このなかには専業主婦も含まれることになる。前述のとおり個人単位で加入する保険のため、給付も個人に対してなされ、特に老後に弱い立場に置かれがちな女性の地位が確立されよう。

高齢者（年金受給者）は医療保険料の納付と自己負担増、ならびに公的年金等控除廃止により負担が増えるが、人口の2～3割を占める高齢層がある程度の負担を負わないと制度自体が成り立たない状況であり、等しく負

担をする構造を採った。

(図表40) 改革案による負担構造 (2015年度)



(資料) 日本総合研究所推計

経済的弱者救済策

前述のとおり、年金においては低所得者層への給付を月額1~2万円多くし、上記の負担増分を吸収する方式をとっている。

医療・介護分野の改革案に示したとおり、低所得層に対しては負担の上限を大幅に引き下げており、高齢者にありがちな長期入院時にも生計が成り立つ配慮をしている。また保険料を所得階層別に設定して低所得者の負担を軽減している。

スーパー・カフェテリアプランの提案

企業が社会保障費用をどの程度まで負担できるかは不明であるが、過度の負担は企業の海外逃避や雇用抑制につながる危険がある。そこで給与支給額の一定水準を定め、その内数で福利厚生に費やした金額は税控除する方式への変更を提案する。福利厚生分野への配分は労使間(主として個人の自由裁量)で決

定する。ある人は老後のために年金分に多く配分し(たとえば401(K)プランなみに所得の2割を支払い、事業主が同額分(都合、所得の4割)を負担する)、またある企業は優秀な人材を獲得するために企業の保育事業を充実するであろう。

個人事業者には個人分と事業主分を合算した率を税額控除するシステムとすれば不公平感も和らぐであろう。少子高齢化を乗り切るためには、これくらい柔軟で思いきった方策を採るべきである。この方式は、原則自由化をうたう本改革案の基本方針にも合致する。

(2) 財務ならびに家計への影響

次に制度全体を通してこの改革が国民の負担構造に及ぼす影響を現行制度を前提とした場合と比較しながら検証してみよう。なお、医療制度における法定自己負担率は、2000年度で現役3割、老人1割の案を採用し、年金制度においては基礎年金は段階保険料方式の案(前述のB案)を採用する。

財政負担の状況

年金は基礎年金のみを対象とするため、医療・介護での支出削減とあわせて2000年当初から現行制度に比べて負担が減少する。ただし、現行の厚生年金と同額程度の受給額を得る前提で任意積立年金保険料を推計し、これを加えて現行制度と比較すると2000年度当初は6.7兆円の負担増となるが、2015年には9.4兆円の減少に転じる(図表41)。本改革案は、

(図表41) 全制度合計の財政負担

(兆円)

	年度	2000	2005	2010	2015	2020	2025
現行制度	負担計	68.3	85.4	103.7	124.1	144.4	176.7
	保険料	47.2	58.8	71.1	84.8	98.4	124.1
	国庫・地方負担	16.3	20.8	25.7	31.2	36.9	42.1
	消費税	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	公的年金等税控除	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	患者負担	4.9	5.8	6.9	8.1	9.2	10.4
改正案	負担計	62.2	71.6	85.3	98.8	109.5	120.6
	保険料	33.0	35.6	45.1	55.1	62.6	70.7
	国庫・地方負担	13.4	14.6	15.3	15.5	15.2	14.4
	消費税	7.4	8.2	9.1	10.0	11.0	12.2
	公的年金等税控除	2.5	3.2	4.0	4.6	5.0	5.4
	患者負担	5.8	9.9	11.8	13.6	15.7	18.0
変化額	負担計	6.2	13.8	18.4	25.3	35.0	56.1
	保険料	14.2	23.2	26.0	29.7	35.8	53.5
	国庫・地方負担	2.9	6.2	10.4	15.7	21.7	27.7
	消費税	7.4	8.2	9.1	10.0	11.0	12.2
	公的年金等税控除	2.5	3.2	4.0	4.6	5.0	5.4
	患者負担	1.0	4.1	4.8	5.5	6.5	7.5

(参考) 年金の2階分相当保険料を含めた影響

厚生年金相当保険料	12.9	14.1	15.1	16.0	16.8	17.9
実質的負担計	75.1	85.8	100.4	114.7	126.3	138.5
負担変化額	6.7	0.3	3.3	9.4	18.1	38.1

(資料) 日本総合研究所推計

自己負担原則による医療・介護費の自己負担増、年金の未積立債務返済のための消費税の導入、公的年金等控除廃止はあるものの、保険料および国庫・地方負担が減少しており、長期的には国民の負担は現行制度よりも軽くなる。

また、現行制度前提の場合、2015年度で国庫・地方負担が31.2兆円、保険料84.8兆円と負担が不可能な水準になり、制度改革の必要性が明白である。改革案では、保険料負担額、国庫・地方負担額を現実的な水準に据え置き、長期的には全体としての負担減を実現している。

家計負担の状況

全体でみた場合は長期的に負担減となることが検証されたが、さらに各世代別にみた場合などの負担構造を検証する必要がある。本改革案は自己責任原則のもと、医療・介護保険において高い自己負担率を設定、サラリーマンの妻・年金受給者からも保険料を徴収、全制度にわたって国庫負担の削減（増税の回避）を打ち出しているが、この改革が各家計に及ぼす影響を制度全般を通じて観察し、負担構造がどのように変化するかを現行制度を前提とした場合と比較しながら検証する。ここでは第5章に示したのと同様の現役世帯、高齢者のモデル世帯を設定して家計負担の変化額を推計した。

(イ) 現行制度

現行制度を前提とした場合、2015年度には現役世帯は月額228,200円の負担を強いられることになり、現役世代の負担は到底耐えられない水準になる。ここには公費負担の増大分（増税となるであろう分）が加味されていないので、実際の負担はさらに重くなる。高齢化の進行により社会保障負担が過大となるなか、高齢層にも応分の負担をしてもらわないと現役層の家計破綻は必至の情勢である。

(ロ) 改革案

改革案では、高齢者世代にも応分の負担をしてもらい、現役層の負担を和らげる形をとっている。この結果、社会保障負担計は、2015年度に現役世帯で150,900円（現行制度

(図表42) 家計負担額の試算結果 (現行制度)

(月額、千円)						
年度	2000	2005	2010	2015	2020	2025
【現役世帯】						
医療保険料	33.9	42.8	54.6	68.6	84.0	101.6
介護保険料	4.7	5.7	6.8	7.8	9.0	10.2
年金保険料	73.8	91.9	113.0	137.5	165.9	183.1
医療費自己負担	8.6	10.3	12.1	14.2	16.4	19.2
合計	121.1	150.6	186.5	228.2	275.2	314.2
(所得に対する社会保険負担割合)	32.0%	36.1%	40.4%	44.8%	48.9%	50.6%
【高齢者世帯】						
介護保険料	3.3	4.0	4.7	5.5	6.3	7.1
医療費自己負担	6.1	7.5	9.0	10.8	12.6	14.9
介護自己負担	3.8	4.1	4.5	4.8	5.4	6.1
合計	13.2	15.5	18.3	21.1	24.2	28.2
(所得に対する社会保険負担割合)	3.9%	4.4%	4.9%	5.4%	5.9%	6.5%

(資料) 日本総合研究所推計

(注) 家計の所得については第5章(注16)で設定したモデル世帯と同じとした。

と同額の給付を受ける場合は任意積立年金保険料が別途48,400円必要)、高齢者世帯で65,600円になる。公費負担の削減は増税の回避のためであり、これを消費税換算した場合、2015年度で5.3%の増税回避と同様の効果を持つ。家計負担に換算すると、現役世帯で23,400円、高齢者世帯で18,500円の負担減と同様の意味を持ち、現役層の税を含めた負担は月額86,100円減少する(任意積立年金保険料を加えると37,700円の減少)。

なお、高齢者の負担は確かに増加しているが、年金だけで30万円の収入があるモデル世帯で、社会保障負担計は2000年度で月額38,800円と任意積立年金保険料を支払う現役世帯に比べて3分の1の水準である。むしろ、

(図表43) 家計負担額の試算結果 (改革案)

(月額、千円)						
年度	2000	2005	2010	2015	2020	2025
【現役世帯】						
医療・介護保険料	31.3	41.1	34.5	44.9	56.2	71.0
年金保険料	36.0	49.7	65.8	84.8	93.6	103.4
医療費自己負担	10.0	15.2	18.1	21.3	24.4	28.7
社会保障負担計	77.3	106.0	118.4	150.9	174.2	203.1
現行制度対比	▲43.8	▲44.7	▲68.1	▲77.2	▲101.0	▲111.1
(所得に対する社会保障負担割合)	20.4%	25.4%	25.7%	29.6%	31.0%	32.7%
国庫・地方負担の影響額	▲4.3	▲9.2	▲15.5	▲23.4	▲32.3	▲41.4
消費税による影響額	1.8	12.0	13.2	14.6	16.1	17.8
現行制度対比変化額合計	▲37.3	▲41.9	▲70.4	▲86.1	▲117.2	▲134.7
【高齢者世帯】						
医療・介護保険料	24.5	30.2	25.6	31.3	36.9	43.9
医療費自己負担	10.5	22.0	24.2	25.9	30.3	35.8
介護自己負担	3.8	7.1	7.8	8.3	9.3	10.5
社会保障負担計	38.8	59.3	57.6	65.6	76.5	90.3
現行制度対比	25.6	43.8	39.3	44.5	52.3	62.1
(所得に対する社会保障負担割合)	11.5%	16.7%	15.4%	16.7%	18.6%	20.8%
国庫・地方負担の影響額	▲3.4	▲7.3	▲12.2	▲18.5	▲25.5	▲32.7
消費税による影響額	8.5	9.4	10.4	11.5	12.7	14.0
公的年金等控除廃止の影響額	14.7	15.6	16.5	17.6	18.8	20.1
現行制度対比変化額合計	45.4	61.6	54.0	55.1	58.3	63.6

年金2階将来部分保険料(注)	35.9	39.7	43.8	48.4	53.4	59.0
現役層の実質的現行制度対比	▲1.4	▲2.2	▲26.6	▲37.7	▲63.8	▲75.7

(資料) 日本総合研究所作成

(注1) 改革案では2階将来部分を自己責任による任意積立としているため、年金保険料は基礎年金分のみである。下表は目安のため仮に現行制度と同額の給付を受ける場合の積立保険料(給与の9.5%)を表示し、現行制度と比較したもの。

(注2) 医療・介護保険料は定額+定率方式(第10章参照)を使用。

(注3) 医療・介護の自己負担は一般、老人別の1人当たり患者負担額から算出した。

(注4) 所得は第5章に示したモデル世帯の所得を年率2%の増加率で設定した。

(注5) 年金は現行との比較のために、2階相当保険料を含む保険料とした。

(注6) 国庫・地方負担の影響額は、削減総額を消費税に換算して家計負担変化に反映した。

国庫・地方負担減少額の消費税換算 (%)

2000	2005	2010	2015	2020	2025
▲1.3	▲2.5	▲3.9	▲5.3	▲6.6	▲7.7

本改革案の設定でも現役世帯の水準がまだ重く、さらに負担分担を減少しなければならないとも考えられよう。

8. 新産業・新ビジネスの創造

以上のような改革とあわせて徹底した規制緩和を遂行することにより新商品、新ビジネスが生まれる可能性が高まる。このような動きが経済の安定成長をもたらし、社会保障制度の安定化にも寄与することが期待される。

(1) 医療・介護分野

医療と非医療の垣根は高く、営利法人が医療分野に進出できないのと裏腹に医療法人は他分野への進出を規制されている。このような垣根を撤廃する、ないしは低くすることで以下のビジネスチャンスやメリットが生じるものと考えられる。

ケア・ミックス

医療法人、社会福祉法人、株式会社の垣根が取り除かれれば、医療機関等は従来の医療分野に加え、在宅ケア、ウェルネスクラブ（健康増進施設）特別養護老人ホームなど必要なサービスの事業展開ができ、様々な機能を組み合わせた複合的医療・介護経営（ケア・ミックス）が可能となり、各種の効果を生み出す。

(イ) 患者の利便性の向上

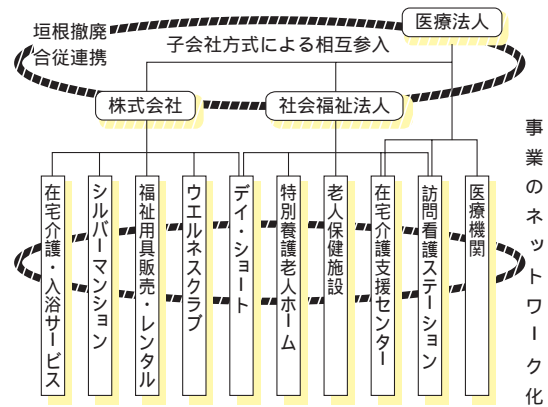
患者は専門医の指導のもとにウェルネスクラブ等で健康維持に努めたり、病院併設のホテルに滞在し、人間ドックやタラソテラピー等の療法を受けることが可能となる。また介護分野においても、病院等の1カ所に相談すれば適切なサービスを提供されるというワン

ストップサービスが実現する。

(ロ) 供給者の経営安定化

経営の多角化により経営の安定化が図れることとなり、特に医療機関等は、医療に関する専門ノウハウを活かして既存商品に付加価値をつけられよう。アメリカではヘルスケア産業が着実に育っているが、日本でも市場開放によりビジネスの裾野の拡大が期待できる（図表45）。

（図表44）複合的医療・介護経営（ケア・ミックス）の概念図



（資料）日本総合研究所作成

（図表45）アメリカのヘルスケア産業の動向

	1986年	90年	91年	92年	93年	94年
ヘルスケア産業時価総額（億ドル）	77	83	146	135	151	168
対NASDAQ時価総額シェア（%）	2.5	3.0	3.2	2.4	2.1	2.3
時価総額増加率ランキング順位	31位	3位	2位	22位	16位	6位
ヘルスケア産業公開企業数（社）	98	95	100	111	116	123
対NASDAQ公開企業シェア（%）	2.7	2.7	2.9	3.1	2.8	2.8

（資料）National Association of Securities Dealers, Inc. 「NASDAQ Fact Book & Company Directory」

（注1）アメリカにおける医療関連サービスの多様化は、病院チェーンのみならず、専門外来センター、在宅サービス、医師管理サービス、介護サービスなどの産業化を促進し、各種ヘルスケア企業が成長している。これらヘルスケア企業は、地域内での各種サービスをネットワーク化し、地域市場を開き込む戦略をとっている。

（注2）暦年末の普通株、NASDAQ時価総額は主要35業種の合計額

資金調達方法の多様化

アメリカの民間営利病院（マルチ・ホスピタル・チェーン）は株式会社形態をとっており、資本市場から調達した廉価な資金で効率的に運営している。わが国でも規制緩和が進めば、株式上場や公開による機動的な資金調達のみならず、証券化等のバラエティーに富んだ様々な資金調達が可能となろう。

(イ) 診療報酬債権の証券化

医療機関が診療行為を行い、診療報酬を請求してから実際に診療報酬を受け取るまでは約2カ月の期間がある。救急医療の場合は損害保険会社から給付されるので半年以上かかることも多い。この約2カ月から半年というサイトが医療機関の資金繰りを悪化させている面がある。

医療機関が診療報酬債権を早期回収できるための金融商品として、診療報酬債権の証券化（資産証券担保）が考えられる。この場合、医療機関の信用力にかかわらず、診療報酬を支払う保険者のキャッシュフローが安定的でさえあれば、医療機関は低コストでの運転資金が調達できる。

(ロ) 医療・福祉施設用不動産の証券化

医療や福祉施設の土地・建物を証券化することによる資金調達方法も考えられる。この場合は、施設の設置主体の信用力（格付け）によって、調達コストが変動するため、自ずと経営改善意欲が高まろう。なお、医療法人等の格付けを行う機関も誕生することになる。

医療評価ビジネスと提供機関の切磋琢磨

情報公開のルールを徹底すると、診療内容を第三者の医師やマネージドケア機関が評価して医療処置の適正さを評価できる環境が整う。評価者は医師やマネージドケア機関の相対評価（専門医・病院のランキング）、患者の問い合わせによる個別診療評価、ならびに専門医の紹介等を行うことになろう。制度改革によって有償で情報を提供するニューサービスが誕生し、結果的には医師ないしは医療機関の専門化が進み、医療技術の向上も期待できる。

医療・介護の情報化ビジネス

制度改革案における日本版マネージドケア機関の導入により、医療の標準化が進められることになる。この結果、個人の医療・介護情報データベースが構築され、既往歴や検査、治療・介護情報など患者についての個人情報共有化が図られるようになる。このような情報化の進展は、光・ICカードを利用した電子カルテにも結びつき、さらに、電子カルテの標準規格化が進めば、すべての医療機関、福祉施設、行政機関、マネージドケア機関等での利用が可能となる。また、対面診療規制等の緩和により、デジタル通信網を利用してCTスキャン画像等を受送信する「遠隔画像診断」や「遠隔医療・介護」が行われるようになる。一方、医事データベース、医療事務システム、これらを結ぶオーダーリングシステム

等の情報システムの導入を促し、待ち時間の解消や業務の省力化が進むものと期待される。

(2) 年金分野

経済への影響

金融ビックバンの進行によりわが国の資本市場の整備・効率化が進めば、老後の所得保証資金である年金積立金は資本市場を通じてもっとも効率的・生産的な用途に投資される。

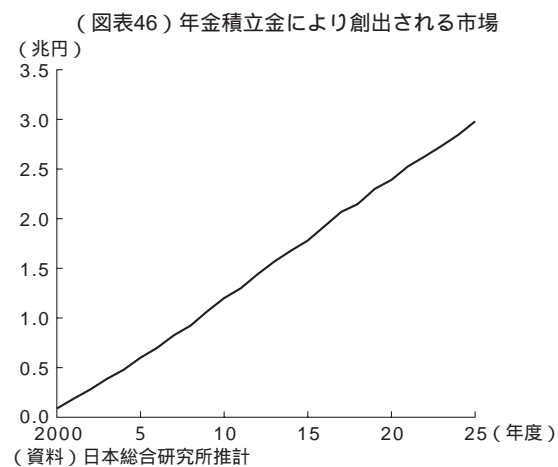
本改革案では将来期間に対応する年金給付についての積立方式による公的年金の縮小を提案しており、2階部分の将来期間分は自己責任により任意に設定できるものではあるが、仮に現行制度の2階部分と同額の給付を受けするための積立を行う（保険料率：給与の9.5%）とすると、その資金量は2015年度で260兆円、2025年度で430兆円にも及ぶ。これが資本市場を通じて有効に活用されれば国民の老後生活のみならず、資本市場、産業界に大きな影響を及ぼすことは想像に難くない。

派生ビジネス

年金積立金はそれ自体があたらしい市場を生み出し、年金コンサルタント、投資信託、年金ブローカー等の関連ビジネスが拡大すると考えられる。現在の企業年金市場では積立金残高に対して0.2～0.3%、投資信託は0.6～1.0%の報酬を生み出している。仮に投資信託の報酬体系（小口ほど割高）を援用し、年金積立金残高の0.7%が新しい市場を創生す

るならば、その規模は2015年度で2兆円、2025年度で3兆円の規模にも及ぶ（図表46）。

その一方、老後の所得保証資金は安全性が重要であることから資金運用を失敗した場合などのセーフティネット（支払保証制度）の仕組みは必要であろう。



9. おわりに

本改革案は社会保障制度に市場原理を導入し、国民の選択肢を拡大するのが最大の狙いである。この一環として、受益と負担の関係の明確化にもポイントを置いており、現行制度に比べて高齢者等にはやや厳しい内容となっている。ただし、医療費の自己負担率を上昇させるのは、保険財政の安定化が第一の目的ではなく、価値のあるものには相応の対価を支払うという当たり前の考え方を社会保障制度にも持ち込むべきとの考え方からである。社会保障を聖域化する考え方を払拭しない限り、市場原理の導入は掛け声倒れに終わって

しまうだろう。

財政面では、過去の負債の一掃、将来的に収入見込みのない公費負担の凍結を提案しているため、国民負担の軽減は十分ではない（現行制度よりは改善されるが、未だ厳しい内容である）。高齢層の負担には一定の配慮はしたものの負担増は避けられない。ただし繰り返し指摘したとおり、現行制度のままでは現役層は負担に耐えられず、国・地方財政も破綻の危機に瀕することは必至である。本改革案で示した負担構造がベストではないにせよ、高齢層等にも相当の負担をしてもらわなければ制度は破綻し、結局は高齢層も社会保障を受けられなくなる。誰もが新たな負担を免れ、加えてサービス水準の向上が図れることが理想であるが、社会保障制度の現状はそのような理想論を許す余裕はない。現世代の我々が等しく負担増を甘受し、負の遺産を子々孫々に残さないための努力を惜しんではならない。

なお、本稿は社会保険制度改革を主としており、その他の社会保障制度や少子高齢社会における新たな社会システムの構築策等については言及していない。特に後者については、制度改革による高齢者の負担増を就業によって補うといった社会保障と社会システム（高齢者が就業しやすい社会環境づくり、介護現場や地域コミュニティにおける高齢者の進出促進、本稿の理念や巻頭の『21世紀の政策デザイン』で紹介した「社会扶助」を地域社会

が担うスキームづくり、等々）の相互補完関係を築き、社会全体で少子高齢社会を支えるフレームを構築していくべきであろう。このような新しい時代の新しい社会デザインについては、改めて稿を起こしたいと考えている。

本改革案は、日本総合研究所内で社会保障関連の業務に携わっている者が、所属部署をまたがって共同研究を行うために設けた「社会保障研究会」での研究成果のひとつである。改革案は担当研究員の手になるが、この改革案を検討するために当社副理事長・海野恒男を代表とし役職者で構成する改革案検討会を設置して多方面からの検討を加えた。ただし社会保障制度に対する考え方は様々であり、本改革案は当社意見を集約するものではない。

なお調査分析は医療分野を大泉（oizumi@nenk.jri.co.jp）、年金分野を佐藤（satoh-ya@nenk.jri.co.jp）、産業への影響を矢野（k-yano@ird.jri.co.jp）が主に担当し、全体を高橋（takaha-s@ird.jri.co.jp）が取りまとめた。

10. 資料（各種の推計方法）

(1) 医療・介護保険の将来推計方法と推計結果
医療費の将来推計

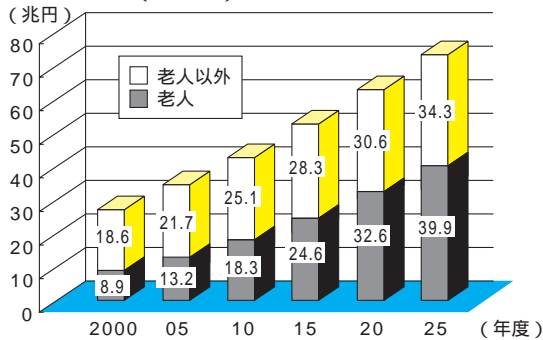
(イ) 現行制度を前提とした推計

- ・制度、年齢階級別の加入者数を推計し、それに1人当たり医療費をかけ合わせることで、将来の医療費を推計した。加入者は、

制度別の加入者割合をコーホート別に推計し、それに将来推計人口をかけて算出した。将来推計人口は、97年1月推計の中位推計の結果を用いた。

- ・医療費は、制度、本人・家族、診療種別、年齢階級別の1人当たり医療費を一定の増加率で伸ばし、それに上記の加入者数を乗じて算出した。1人当たり医療費の増加率は近年の実績値に基づき、年3.0%とした。
- ・老人医療費については、後述の介護費用推計の結果を用いて、患者の一般病院から療養型病床群や老人保健施設への移動による医療費の低下、介護保険へ移行される費用の控除を考慮した。
- ・なお、この推計で対象としている医療費は、医療保険給付の対象となる医療費（医療保険医療費）であり、公費医療を含めた国民医療費ではない（医療保険医療費は国民

(図表47) 医療費の将来推計



現行制度を前提とした医療費の将来推計結果

年度	2000	2005	2010	2015	2020	2025	
医療費 (兆円)	全体	27.5	34.9	43.4	53.0	63.2	74.2
	老人	8.9	13.2	18.3	24.6	32.6	39.9
1人当たり医療費 (万円)	全体	21.9	27.7	34.7	43.0	52.6	63.8
	老人	60.7	75.5	92.4	111.0	130.4	154.8

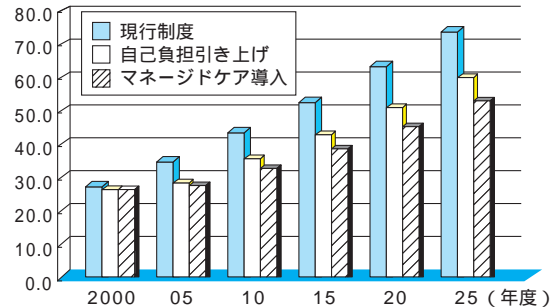
(資料) 日本総合研究所推計

療費の約90%)

(ロ) 制度改革の効果を検討した場合

- ・自己負担率の引き上げによる医療費の低下は、給付率と医療費の水準の関係を示す関係式（長瀬式）を用いて影響を測定した。
- ・マネージドケア導入による予防医療推進効果は長野県の事例を利用して効果を測定した。長野県では予防医療の推進により老人の1人当たり医療費が全国平均対比27%低い（95年度）。この数値を利用し、2015年度までに老人医療費が25%削減できるもの

(図表48) 制度改革の影響を考慮した医療費の将来推計 (兆円)



改革を実施した場合の医療費の将来推計結果

年度	2000	2005	2010	2015	2020	2025	
【自己負担率の引き上げによる影響を考慮】							
医療費 (兆円)	全体	26.1	28.4	35.3	43.0	51.2	60.0
	老人	8.3	10.3	14.3	19.3	25.6	31.4
医療費削減率(全体)(%)		▲5	▲19	▲19	▲19	▲19	▲19
1人当たり医療費 (万円)	全体	20.8	22.6	28.2	34.9	42.6	51.6
	老人	56.9	58.7	72.2	87.0	102.4	121.7
【マネージドケア導入による予防医療推進の影響を考慮】							
医療費 (兆円)	全体	26.1	27.6	32.9	38.1	44.8	52.1
	老人	8.3	9.4	11.9	14.5	19.2	23.5
医療費削減率(全体)(%)		▲5	▲21	▲24	▲28	▲29	▲30
1人当たり医療費 (万円)	全体	20.8	21.9	26.3	31.0	37.3	44.8
	老人	56.9	53.8	60.2	65.2	76.8	91.3

(資料) 日本総合研究所推計

(注) 「マネージドケア導入による予防医療推進の影響を考慮」した推計結果は「自己負担引き上げによる影響」も含む。

と仮定した(注21)。

- ・推計の結果、自己負担引き上げ効果により2015年度で現行制度対比19%減の43.0兆円、1人当たり34.9万円となる。また、この推計結果にさらにマネージドケア導入による予防医療推進の効果を加味すると、2015年度で現行制度対比28%削減の38.1兆円、1人当たり31.0万円となる。

介護費用の将来推計(推計方法と推計結果)

(イ) 推計方法

- ・要介護度別、施設別の要介護高齢者数を推計し、それに各要介護度別、施設別の費用

(図表49) 介護費用単価(97年度価格)

(月額、万円)

在 宅		施 設	
Iランク	6	特別養護老人ホーム	29
IIランク	15	老人保健施設	32
IIIランク	17	療養型病床群	43
IVランク	24		
Vランク	23		
VIランク	26		

(資料) 厚生省資料をもとに作成

(図表50) 要介護高齢者数の将来推計

(千人)

年度	在 宅					
	I	II	III	IV	V	VI
2000	271	255	248	191	180	175
2005	316	298	289	273	258	250
2010	365	344	334	363	342	332
2015	412	388	377	449	423	410

年度	施 設			在宅計	施設計	総 計
	特 養	老 健	療養型			
2000	276	266	181	1,319	722	2,041
2005	276	266	181	1,684	722	2,406
2010	276	266	181	2,080	722	2,802
2015	276	266	181	2,459	722	3,181

(資料) 日本総合研究所推計

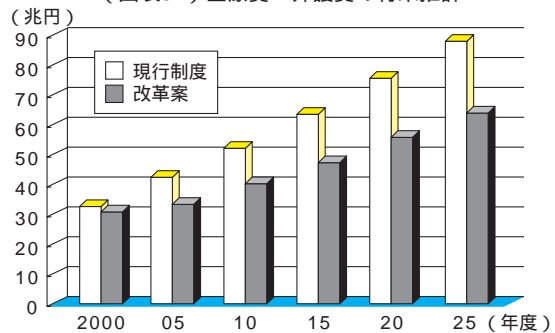
単価を乗じて将来の介護費用を推計した。

- ・要介護者数は95年12月「公的介護保険研究」(日本総研)の数値を用いた。
- ・推計に用いた各要介護度別、施設別の費用単価は図表49の通り。年率1.5%で上昇するものとした。

(ロ) 推計結果

- ・改革案では自己負担率を現行の1割から2005年度に3割に引き上げを行っている。自己負担の引き上げによる介護費用への影響については、老人医療費の関係式を援用して効果を測定した。
- ・推計の結果、2000年度5.6兆円である介護費用が、2015年度には10.5兆円に膨らむが、改革を実施した場合その削減効果により9.4兆円となり1.1兆円削減される。

(図表51) 医療費・介護費の将来推計



医療費・介護費用の将来推計結果 (兆円)

	年度	2000	2005	2010	2015	2020	2025
現行制度	医療費	27.5	34.9	43.4	53.0	63.2	74.2
	介護費用	5.6	7.0	8.7	10.5	12.2	13.7
	合計	33.1	41.9	52.1	63.4	75.4	87.9
改革案	医療費	26.1	27.6	32.9	38.1	44.8	52.1
	介護費用	5.6	6.3	7.8	9.4	10.9	12.3
	合計	31.8	33.9	40.7	47.5	55.7	64.4

(資料) 日本総合研究所推計

財政負担の将来推計

(イ) 推計の前提条件

- ・ 財政負担のシミュレーションを行ううえで
の改革案の前提条件は以下の通り。

(図表52) 医療・介護保険財政シミュレーションの前提条件

- ・ 医療保険、介護保険を統合し、総負担額に対する保険料を設定する(2005年実施)。
- ・ 成人1人当たり保険料を全制度一律で設定した。サラリーマンの妻、老人も含めた全成人から保険料を徴収する(制度としては所得階層別に保険料を設定するが、このシミュレーションでは1人当たり平均額を算出した。)
- ・ 保険料の事業主負担は労使間で協議の上設定するものとする。事業主側の損金算入枠を給与総額の20%に設定。その中で年金等他制度も含め自由に事業主負担の配分を設定する。
- ・ 自己負担率の引き上げ
2000年度：一般医療で3割、老人医療で1割
2005年度：一般医療で5割、老人医療、介護で3割
- ・ 医療分の国庫負担額は現実的な水準で凍結する(シミュレーションでは現行制度前提の2000年度の値(6.6兆円)で固定) 介護に対する国庫負担は全額停止する。
- ・ 老人保健等の拠出金制度を廃止する。

(資料) 日本総合研究所作成

(ロ) 財政負担の内訳

- ・ 2000年、2005年にそれぞれ自己負担率の引き上げを行っているため、患者負担額は2015年で5.5兆円の負担増となる(図表53)。

保険料負担額

(イ) 1人当たり保険料負担額

- ・ 現行制度では2000年に医療保険で12,600円(被用者保険、本人)の推計が2015年に医療保険25,400円、介護保険3,900円の計29,300円となる。これに対して改革案では計10,100円(事業主負担50%の場合)となるが、これは成人1人当たりのため、専業主婦のいる世帯で考えると、32,400円の負担となる。

(図表53) 医療・介護保険の財政負担

(兆円)

		2000	2005	2010	2015	2020	2025
医療保険	負担計	27.5	34.9	43.4	53.0	63.2	74.2
	保険料	15.9	20.1	25.0	30.3	36.0	42.1
	国庫・地方負担	7.3	9.6	12.3	15.4	19.2	22.8
患者負担	負担計	4.4	5.2	6.2	7.2	8.1	9.3
	負担計	5.6	7.0	8.7	10.5	12.2	13.7
	保険料	2.3	2.9	3.6	4.4	5.2	5.8
介護保険	国庫・地方負担	2.9	3.5	4.3	5.2	6.0	6.7
	患者負担	0.5	0.6	0.7	0.9	1.0	1.2
	負担計	33.1	41.9	52.1	63.4	75.4	87.9
合計	負担計	18.2	23.0	28.6	34.7	41.1	47.9
	保険料	10.1	13.1	16.6	20.6	25.2	29.5
	国庫・地方負担	4.9	5.8	6.9	8.1	9.2	10.4
改革案	負担計	31.8	33.9	40.7	47.5	55.7	64.4
	保険料	19.3	17.0	21.6	26.3	32.0	38.0
	国庫・地方負担	6.6	6.9	7.3	7.7	8.1	8.5
変化額	患者負担	5.8	9.9	11.8	13.6	15.7	18.0
	負担計	1.4	8.1	11.4	15.9	19.7	23.4
	保険料	1.1	6.0	7.0	8.5	9.1	9.9
変化額	国庫・地方負担	3.5	6.2	9.3	12.9	17.1	21.0
	患者負担	1.0	4.1	4.8	5.5	6.5	7.5

(資料) 日本総合研究所推計

- ・ 国民健康保険の現行制度で同一の世帯構成を考えた場合は39,000円となり、改革案の方が負担が減少したことになる。ただし、国民健康保険は自治体により人头割や資産割の設定が一律ではないため単純な比較はできない。

(ロ) 定額+定率の負担

- ・ 改革案では最低限の保険料を定額とし、一定以上の収入(課税対象所得)を超える分は定率保険料とする方式を検討した。定額部分を現行の国民健康保険並みの水準の5,000円に設定(1995年価格。以降、物価上昇率に合わせて引き上げ)すると、定率部分は2015年で課税所得の6%程度となる(図表55)。

(図表54) 保険料負担額の将来推計 (千円)

	現行制度					改革案
	医療保険		介護保険			
	被用者	国保	被用者	国保	老人	
[2000年度]						
被保険者1人当たり保険料	25.2	5.6	4.7	1.7	3.3	
本人負担分	12.6		2.4			8.0
事業主負担分	12.6		2.4			8.0
成人1人当たり保険料						16.1
[2005年度]						
被保険者1人当たり保険料	31.9	7.0	5.7	2.0	4.0	
本人負担分	15.9		2.8			6.9
事業主負担分	15.9		2.8			6.9
成人1人当たり保険料						13.9
[2010年度]						
被保険者1人当たり保険料	40.6	8.6	6.8	2.4	4.7	
本人負担分	20.3		3.4			9.4
事業主負担分	20.3		3.4			9.4
成人1人当たり保険料						18.8
[2015年度]						
被保険者1人当たり保険料	50.9	10.4	7.8	2.7	5.5	
本人負担分	25.4		3.9			10.8
事業主負担分	25.4		3.9			10.8
成人1人当たり保険料						21.6
[2020年度]						
被保険者1人当たり保険料	62.6	12.4	9.0	3.1	6.3	
本人負担分	31.3		4.5			13.4
事業主負担分	31.3		4.5			13.4
成人1人当たり保険料						26.7
[2025年度]						
被保険者1人当たり保険料	76.2	14.8	10.2	3.6	7.1	
本人負担分	38.1		5.1			16.3
事業主負担分	38.1		5.1			16.3
成人1人当たり保険料						32.5

(資料) 日本総合研究所推計
 (現行制度の医療保険)
 ・被用者保険の保険料は、被用者本人のみが本人負担分を負担。被扶養者の負担はなし。
 ・国保の保険料は加入者1人当たり分を算出。世帯あたりの保険料負担は世帯員分となる。
 (現行制度の介護保険)
 ・被用者、国保については40歳以上が保険料負担の対象。それ以外は医療保険に準じる。
 (改革案)
 ・保険料は専業主婦、老人も含めた成人1人当たりで設定。

(図表55) 保険料率 (円)

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
定額保険料	5,520	6,095	6,729	7,430	8,203	9,057
保険料率(%)	6.1	4.0	5.1	6.0	7.1	8.2

(資料) 日本総合研究所推計
 (注) 保険料率が上下するのは、2005年に自己負担率の引き上げを行う設定になっているため。

(2) 年金制度の将来推計

年金保険料率等算定のモデル

年金制度の保険料率、保険料単価の算定にあつては以下の数理的等価の原理を用いて算定した。

$$\text{保険料収入現価} + \text{国庫負担金現価} + \text{年金積立金} = \text{年金給付費現価} \quad (1)$$

ここに、

$$\text{保険料収入現価} = \sum_{t=0}^{99} P_t \cdot v^{t+1/2} \quad (2)$$

$$v = 1 / (1 + i) \quad (3)$$

$$P_t = (1 +)^{+1/2} \cdot w_t \cdot p_t \quad (4)$$

$$\text{年金給付現価} = \sum_{t=0}^{99} S_t \cdot v^{t+1/2} \quad (5)$$

$$S_t = (1 +) \cdot S_{t-1} \cdot (1 -) + N_t^S / 2 \cdot (1 - / 2) \quad (6)$$

$$\text{国庫負担金現価} = \sum_{t=0}^{99} G_t \cdot v^{t+1/2} \quad (7)$$

$$G_t = (1 +) \cdot G_{t-1} \cdot (1 -) + N_t^G / 2 \cdot (1 - / 2) \quad (8)$$

を投入した。記号の意味は次のとおり。

P_t : t年度の保険料収入

94年度法改正厚生省推計による保険料収入を97年1月新人口推計(低位推計)の生産年齢人口構造により補正

: 賃金スライド率

w_t : t年度の実質賃金(99年度末価格)

基礎年金の場合は拠出金算定対象者数

t : t年度の保険料率(基礎年金の場合は保険料単価)

i : 予定利率

$v^{t+1/2}$: 割引現価率 (年央前提)

S_t : t年度の年金給付費

94年度法改正厚生省推計による年金給付費を97年1月新人口推計(低位推計)の受給者年齢人口構造により補正

N_t^s : t年度に新規裁定された者の年金額

: 年金改定率

現行制度においては財政再計算以外の年度では物価スライド率を用い、再計算の年度では賃金スライド率を基準とした率を用いる。第6章の賃金スライド廃止のシミュレーションにあつてはすべて物価スライド率を用いた。

: 失権率

G_t : t年度の国庫負担金

94年度法改正厚生省推計による国庫負担金を97年1月新人口推計(低位推計)の受給者年齢人口構造により補正

N_t^c : t年度に新規裁定された者の国庫負担金額

未積立債務算定

公的年金の未積立債務算定にあつては次の考え方とした。

厚生年金額の算定式は、

$$(\text{定額単価} + \text{平均標準報酬} \times 0.0075) \times \text{被保険者期間の月数} \times \text{スライド率} \quad (9)$$

であり、被保険者期間に応じた金額である。

基礎年金の場合も保険料納付済期間および加入可能年数などにより算定するが、被保険

者期間に応じた金額と考えられる。したがって、将来の年金給付費Sを考える場合、

$$S = S^p + S^r \quad (10)$$

S^p : 99年度末までの被保険者期間に応じた年金給付費(以降、「過去期間に応じた年金給付費」という)

S^r : 99年度末以降に発生する被保険者期間に応じた年金給付費

と分解することができる。未積立債務の算定式は次のとおり。

$$\text{未積立債務} = \sum_{t=0}^{100} S_t^p \cdot v^{t+1/2} - \sum_{t=0}^{100} G_t^p \cdot v^{t+1/2} - F \quad (11)$$

S_t^p : t年度の過去期間に応じた年金給付費

G_t^p : t年度の過去期間に応じた国庫負担金

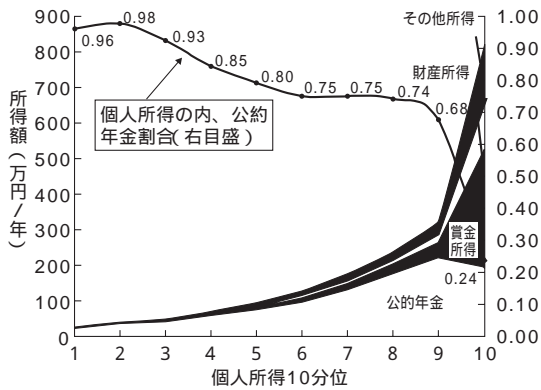
F : 99年度末の年金積立金

過去期間に応じて発生した年金給付費は99年度以降の保険料収入で賄わず、99年度末時点での年金積立金全額で賄うとした場合の不足金額が未積立債務である。

低所得者層、中所得者層、高所得者層の分類制度改革案では高齢者の所得層別に基礎年金額の増額を次のとおり設定した。

65歳以上高齢者の所得分布(資料: 経済企画庁[1997])にもとづき、第1分位~第4分位を低所得者層、第5分位~第9分位を中所得者層、第10分位を高所得者層と設定した。

(図表56) 65歳以上高齢者の所得分布



(資料) 経済企画庁「経済分析第151号 高齢化の経済分析」

消費税の推計

91年～95年の消費税実績値を実質賃金指数で補正したものの平均値を測定した。99年度末価格消費税1%相当分を2.2兆円と設定し、以降は賃金スライド率の前提である2.0%の伸び率を適用して推計した。

公的年金等控除の金額設定

平成7年度水準で公的年金等控除を廃止した場合の税収効果は厚生年金で1兆5,000億円、国民年金で1,000億円あり、各々年金額に対して8.6%、5.6%である。給付費将来推計値に対するこの比率を公的年金等控除による効果額とした測定した。

(注21) ケースにより異なるが、アメリカのHMOは一般の医療保険よりも概ね10～40%割安とされており、25%削減は不可能な数値ではない。

参考文献

- ・厚生省編「厚生白書」(各年)ぎょうせい
- ・厚生省社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計」(各年)
- ・総理府社会保障制度審議会事務局編「社会保障統計年報」(各年)法研
- ・横山和彦/田多英範[1991]「日本社会保障の歴史」学文社
- ・足立正樹[1993]「新版各国の社会保障」法律文化社
- ・柴田嘉彦[1996]「世界の社会保障」新日本出版社
- ・岡光序治[1994]「社会保障行政入門」有斐閣
- ・三浦文夫[1997]「図説高齢者白書1997」全国社会福祉協議会
- ・広井良典[1997]「医療保険改革の構想」日本経済新聞社
- ・西村周三[1997]「医療と福祉の経済システム」筑摩書房
- ・世界銀行[1993]「世界開発報告1993 人々の健康に対する投資」イースタン・ブック・サービス
- ・ニュービジネス協議会[1994]「規制緩和で伸びる住宅・医療・情報通信」東洋経済新報社
- ・池上直己[1997]「アメリカのマネージドケアの現状とその問題点」社会保険旬報1961号
- ・George Anders[1996]” Health

- against Wealth” Houghton Mifflin co.
- ・社会保険庁「事業年報」(各年)
 - ・厚生省保険局調査課監修「医療費ハンドブック」(各年)法研
 - ・社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」(各年)
 - ・厚生省保険局「健康保険被保険者実態調査報告」(各年)
 - ・健康保険組合連合会「健康保険組合事業年報」(各年)
 - ・健康保険組合連合会「健康保険組合医療給付実態調査報告」(各年)
 - ・厚生省保険局調査課編「国民健康保険事業年報」(各年)
 - ・厚生省保険局調査課編「国民健康保険医療給付実態調査報告」(各年)
 - ・厚生省保険局調査課編「国民健康保険実態調査報告」(各年)
 - ・厚生省老人保健福祉局「老人医療費事業年報」(各年)
 - ・堀勝洋 [1997]「年金制度の再構築」東洋経済新報社
 - ・牛丸聡 [1996]「公的年金の財政方式」東洋経済新報社
 - ・田近栄治他 [1996]「年金の経済分析 / 保険の視点」東洋経済新報社
 - ・経済企画庁経済研究所 [1997]「経済分析 第151号 高齢化の経済分析」
 - ・日本投資信託制度研究所 [1997]「投資信託の商品・サービス革命」東洋経済新報社
 - ・厚生省年金局 [1998]「年金白書 / 21世紀の年金を「選択」する」社会保険研究所
 - ・(財)厚生統計協会編「保険と年金の動向」(各年号)厚生統計協会
 - ・厚生省年金局数理課 [1995]「年金と財政」法研
 - ・社会保険診療報酬支払基金「基金年報」(各年)