

安心して生活できる社会を求めて

社会保障改革の基本的考え方(中間発表)

1996年11月22日

## 目次

はじめに：問題の所在

1. 社会保障のあり方
2. 改革に向けた『考え方』
  - (1) 自己責任の補完としての公的保障
  - (2) 総合化された仕組みの構築
  - (3) 真に必要な人への供給
  - (4) 市場原理の導入とサービスの選択肢の拡大
3. 各制度改革検討の視点
  - (1) 社会保障制度全般
    - 社会保障番号制度の導入
    - 負担についての税と保険の役割分担
  - (2) 年金制度
    - 公的年金
    - 私的年金
  - (3) 医療制度
    - 保険制度
    - 自己負担の今後のあり方
    - 医療供給サイド
  - (4) 介護制度
  - (5) 少子化、女性・高齢者就労
  - (6) 企業の貢献

おわりに：情報の公開

## はじめに：問題の所在

わが国の社会保障制度は、大きな曲がり角に来ており、その問題の根本は、以下の3点に集約される。

21世紀には4人に1人が高齢者になることから、社会保障ニーズが大幅に増加してくるが、現状の制度のままでは国民経済的にこれを負担できない可能性が高い。政府試算では、2025年の国民負担率は50%を超えると予測されているが、前提となっている出生率や経済成長率が楽観的なものであり、負担率はさらに上昇する可能性を否定できない。(表1)

特に、受益と負担の不均衡が指摘されており、負担世代や負担層からの不満が現状以上に高まれば、制度崩壊につながりかねない。(表2、3)

負担が増加していく一方で、提供されるサービスへの質的な満足度は低く、加えてサービス提供の非効率性や、選択肢の少なさが指摘されている。

(表1) 社会保障費用の伸び

	1970年度	伸び率	1993年度	伸び率	2025年度
社会保障給付	3.5兆円	12.9%	57兆円	5.4%	310兆円
国民所得	61兆円	8.2%	373兆円	3.2%	1046兆円
国民負担率	24.3%		38.6%		51%
内、社会保障	5.8%		16.3%		30%

(出典) 厚生省資料、社会保障制度審議会資料

(表2) 厚生年金の世代別給付・保険料比率 (表3) 老人医療費負担状況

生年	1925	1960	1990	老人医療負担 (財源調整後)	老人医療 対象者数	対象一人当 老人医療費	
	(71才)	36才)	(6才)				
給付額/保険料	7倍	1.1倍	0.7倍	組合	1.2兆円	94万人	130万円/人
				国保	1.7兆円	759万人	23万円/人

(出典) 平成8年度経済白書

(注1) 大卒男子が23才で加入し、65才からその生存期間中受給した場合のモデル。

(含 配偶者分受給)

(注2) 保険料には雇用主負担を含む。

☆老健法に基づく財源調整後の負担

(出典) 老人医療事業年報のデータ(1993年)

こうした問題は、現在の社会保障制度が構造的な社会の変化やライフスタイルの変化に対応できなくなっていることに起因している。すなわち、高成長から安定成長への転換、少子化と高齢化の進展、大家族から核家族への変化、雇用形態の変化(女性の就労、転職の増加)、価値観・ライフスタイルの多様化、メガコンペティションの激化などである。

現状のまま問題を放置すれば、財政の破綻を招き、経済活力を失わせることとなり、結果として社会保障制度そのものの崩壊に結びつくおそれがある。

こうした事態を回避し、豊かな生活・社会を維持するためには、社会保障の仕組みを、各制度ごとの辻褃合わせではなく、総合的に改革していく必要があると考える。

以上のような問題意識から、社会保障全般に対する基本的考え方を検討し、改革の方向性についての中間的な試案をまとめてみた。

## 1. 社会保障のあり方

年金や医療などの社会保障の役割は、国民一人一人が安心して生活できるようにすることにある。『自立した個人』という考え方を徹底すれば、自らの生活や安全は自らがすべて責任を持つという考え方もあるが、個人には自ずから限界がある。この個人の限界を補完し、共同体が一定の役割を果たすことによって社会が成立している。

近代社会に移行する中で、それまで血縁・地縁によって補完されていた個人の限界への対応が、国家の機能として意識されるにいたり、国家レベルの社会保障制度が成立した。

福祉国家の理念は、その背景に労働力の維持・再生産のための国家政策としての目的も持つものであり、社会システムを維持するために必要な負担として社会保障が考えられた。

したがって、公的社会保障は、個人の限界を補完するとともに、社会を維持するために必要な負担として位置づけられるものであり、私的保障と公的保障の組み合わせが基本となる。つまり、公的保障だけで、社会保障ニーズをすべて充足するものではないことを再認識すべきである。

## 2. 制度改革に向けた「考え方」

改革に当たっては、『自助努力』と『市場原理』によることが制度の効率性を担保するものと考え、以下4点の『考え方』に基づき、総合的な改革が行われるべきである。

### (1) 自己責任の補完としての公的保障

社会全体として供給すべきサービスと、個人が自助努力に基づいて備えるべき部分が制度的に混在していることに問題の一端がある。公的保障の目的を個人の限界の補完と考えれば、その役割は、憲法で保障された「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利：生存権 = ナショナル・ミニマム」の提供と考えるべきである。そして、当然のことながら、障害者などの社会的弱者へのサポートは、公的保障の重要な対象である。

以上から、自己責任の補完としてのナショナル・ミニマムの提供を図ることが必要である。

つまり、自立した個人による自助努力を基本におき、給付水準の見直しも含め、国民負担率の上昇抑制を図るべきである。

### (2) 総合化された仕組みの構築

現状の年金、医療、老人健康保健などの各制度は、それぞれが歴史的経緯に基づき形成されてきたものである。しかしながら、システム全体としてみると、現状では必ずしも合理的なものとはいえない。社会保障の目的は、必要な人に必要な支援をすることであり、制度間の不整合によって、結果として二重給付が生じることは避けなければならない。例えば、老人医療で入院(特に社会的入院)をしている場合でも、年金支給がそのままであるといったことである。社会保障制度の総合化が不可欠の課題である。

### (3) 真に必要な人への供給

現在の社会保障制度は、給付の対象を一律に取り扱っているケースが多い。例えば、年金制度や老人医療制度においては、相当の収入や資産がある層にも、年齢条件さえ満たしていれば、年金が支給されたり、医療費が定額負担で保障される仕組みとなっている。このことは一見公平な取り扱いに見えるが、自助しうる富裕層にも公的な保障を行うこととなっていることから、むしろ、社会保障制度全体のシステムの中で社会的弱者が救済される仕組みが設計されなければならない。

保障の基本的な考え方は、原則を自助努力におき、不足する部分を公的保障におくべきである。自助しうる層への支給は縮小することが必要だろう。そのためには、少なくとも収入は、基本的な制度運営の受給調整要件として組み込むべきである。

#### (4) 市場原理の導入とサービスの選択肢の拡大

医療や老人介護などのサービスは、市場原理が働きにくい仕組みになっている。そして、市場原理・競争原理からの隔絶は結果として非効率を生み、大きな負担につながっている。コストの圧縮・効率化とサービスの質的向上を促すために、規制撤廃・緩和により市場原理に基づく競争を生む仕組みを講ずるべきである。

また、市場原理の活用のためには、社会保障の事業主体として民間企業を活用することにより、サービスの選択の幅を広げることも必要である。これは、社会全体からすれば新産業・新事業の育成にもつながる。

この考え方の基本は、自己責任による個人の選択の自由であり、不適切なサービスを提供する事業者がいれば、その事業者は市場から制裁を受けるということである。その意味で、政府の重要な役割は規制ではなく、モニタリング体制や救済手続きの充実を図ることにより、受益者にとってより良いサービスが提供されるよう市場を整備することとなる。

### 3. 各制度改革検討の視点

ここでは、以上の『考え方』に基づき、年金、医療、介護の各制度改革の検討の視点と我々としてのアイデアを整理した。重要なのは、これまでの社会保障制度を前提とすれば、財政負担の膨張を解決することはできないということである。そこで、受益者に応分の負担を求めると民間部門の活用を図ることにより効率的な社会保障を実現することを狙いとして考えている。つまり、高齢化社会にあっても基本的には『小さな政府を目指す』ということを前提としている。

なお、ここに示したいいくつかのアイデアは、将来に向かっての改革案として考えたものであり、移行措置のあり方や制度設計などの技術的な問題も含め、今後、議論・検討を深めていくことが必要である。

#### (1) 社会保障制度全般

社会保障番号制度の導入

各制度の総合化された仕組みを構築し、各制度にまたがる重複受給の回避や情報の一元化を可能にする手法としては、導入が議論されている納税番号制度を、社会保障番号制度として活用することが考えられる。実施にあたっては、プライバシー保護問題や営利目的への流用防止への配慮が必要である。

### 負担についての税と保険の役割分担

各制度の本質的役割の観点から、財源を税とするか、保険とするかを明確化すべきである。基本的には、国民の普遍的リスクは保険、自助努力の補完としての社会扶助に近い保障は税と考えるべきではないか。なお、税は、国民一人一人が制度を担うという互助の精神から消費税が望ましいが、そのみが切り離されて議論されるのではなく、財政・税制改革を含めた全体の中で総合的に検討される必要がある。

また、保険制度を採るならば保険原理を貫徹すべきであり、税と保険の安易な混合は避けるべきであろう。

### (2)年金制度

右肩上がりの成長を前提とする現在の制度が安定成長下において機能しなくなっていること及び、ナショナル・ミニマムの水準が必ずしも明らかでなく、公的年金と私的年金の位置づけが不明確であることが問題である。したがって、過去の積立分のファンド不足などの問題点はあるものの、今後の年金制度の方向としては、公的年金と私的年金を完全分離し、公的年金はナショナル・ミニマムを保障するという方向が望ましい。

厚生年金保険料率の将来見通し

1995年	2005年	2015年	2025年
14.5%	18.9%	24.5%	29.8%

(出典) 厚生省資料  
(注) 雇用主負担分を含む

基礎年金国庫負担額(兆円)

1994年	2000年	2010年	2025年
3.9	5.3	7.0	8.1

(出典) 厚生省資料

### 公的年金

ナショナル・ミニマムを保障する公的年金は、生活保障的色彩が強くなることから、社会全体による相互扶助の考え方が望ましい。従って、財源を税に求める考え方があろう。そして支給レベルは、例えば生活保護の水準(大都市圏の老人73千円/人・月...夫婦で約15万円/月)程度としてはどうか。現在、高齢者の生活費用は総理府調査では夫婦二人で23万円/月であるが、上記の支給レベルを前提とすれば、差額の8万円程度は私的年金等で充当するという考え方である。

支給に関しては、自助努力を基本とし、真に必要な人への供給を企図する観点からは、年齢要件に加え、収入要件を設定することが不可欠である。また、受給開始年齢は、65～70歳の範囲で、高齢化状況および就労状況で決定するべきである。さらに、他のサービスを受給した場合には、介護の自己負担レベルも考慮しつつ、減額などの調整措置も検討すべきである。

一方、受給年齢の高齢化への対応に鑑み、高齢者の雇用・就労機会を拡大していくことも重要な課題である。

世帯主の年齢階級別所得状況(単位:百万円)

	29才以下	～39才	～49才	～59才	～69才	70才～	65才以上
1世帯当り	3.2	5.6	7.3	8.2	6.2	4.7	5.0
世帯人員1人当	1.8	1.7	1.8	2.4	2.2	1.7	1.8

(出典)厚生省資料

また、国際化の進展の中で、所謂年金の通算協定問題についても早急な取り組みが必要である。

### 私的年金

厚生年金、共済年金(2階部分)は完全積立方式の私的年金に移行し、公的年金とは完全分離することが考えられる。その結果、厚生年金基金の代行部分はなくなることとなる。そして、適格年金と厚生年金基金の二つの制度は、税制面を含めた企業年金としての制度統一を図るべきである。

その際、私的年金における運用の効率化や選択の自由を確保するために、競争原理の導入が不可欠である。運用面などの規制を撤廃すると共に、運用実績の情報公開の促進など、年金基金や運用サイドの責任の明確化も必要である。また、予定利率制度の自由化に伴い、確定拠出か確定支給かの判断は、各企業において経営側と従業員との合意によって決められるべきである。

雇用の流動化に対応し、私的年金のポータビリティが確保されなければならない。具体的には、複数の私的年金からの受給またはファンドの移管の簡易化が進められるべきである。

加えて、個人の『自助努力』をサポートするために、個人年金の選択肢拡大に向けた、税制を含めた制度構築も必要である。

### (3)医療制度

近年の老人医療費を含めた医療費の伸びの大きさを考えると、保険制度、自己負担レベル、医療供給サイドの各面からの総合的な改革が必要である。

国民医療費の伸び

1985 年度	1990 年度	1995 年度	対85'年率	2000 年度	2010 年度	2025 年度	対95'年率
16兆円	21兆円	27兆円	5.5%	38兆円	68兆円	141兆円	5.6%

(出典)厚生白書

保険料率の将来推計(本人+雇用主負担)

	1993 年度	2000 年度	2010 年度	2025 年度
政管健保	8.2%	10.3%	15.1%	23.5%
厚生年金	14.5%	19.5%	24.5%	29.8%
計	22.7%	29.8%	39.6%	53.3%

(出典)医療保険審議会資料

### 保険制度

現状の保険制度では、退職者が国民健康保険に移行するが、本来は、同一保険に継続加入することが合理的である。しかし、退職時の健康保険に継続加入するなら、産業構造の変化に対応できず、加えて高齢者の就労を阻害するおそれがある。従って、地域毎の医療ニーズ格差も考慮した上で、保険者の経営努力が保険料に反映される仕組みが必要であり、現状の様々な保険制度を地域毎の保険制度に再編成することが検討に値する。

医療は、人々の普遍的なリスクに対応するものであり、保険制度にもっとも馴染みやすいものである。したがって、国庫負担の必要はないと考えるべきである。

加えて、保険者、被保険者、医療機関の緊張関係を醸成し、不要・不適切な医療を無くすことも必要である。例えば、保険者側で定期的に診療内容を審査するモニタリング機能を強化し、不適切な医療を行なっている医療機関は保険適用外とすることも考えられる。

### 自己負担の今後のあり方

自己負担のあり方については、抜本的な見直しが必要であるが、例えば、毎月定額(例えば5000円)までは全額自己負担とし、超えた部分については、加入保険の種別に関わらず、本人、家族、老人ともに現状の国民健康保険と同様の3割負担とする方

法も検討に値しよう。老人負担の移行措置及び、所得要件を含めた高額医療の負担上限も、併せて検討することが必要である。また、老人医療については、一般医療と同等の扱いとする一方で、介護制度の充実を前提に医療と介護の区分を明確化し、所謂「社会的入院」の解消を図るべきである。

#### 医療供給サイド

医療の効率化のために、病院経営等への市場原理導入により、医療供給をビジネスとして捉え直すべきである。そのために一般企業の医療事業への参入、広告の解禁、混合医療の解禁、病床規制といった規制を撤廃することも必要であろう。

また、地域医療の考え方にに基づき、イギリスで行われているようなホームドクター制を導入し、総合病院と民間地域医療施設の役割分担を明確にしてはどうか。相互の連絡を密にし、検査の重複による無駄な医療、投薬の複合などによる危険な医療を回避することが望ましい。その前提としても、カルテは本人のものであるという基本姿勢から、社会保障番号と医療カードによる個人の医療情報の一元化を進めるべきである。

さらに、診療報酬設定および薬価についての見直しを検討すべきである。診療報酬設定については、上限を保険サイドで定め、それ以下で報酬設定を行なうことを自由とするアイデアもある。見直しについては、合わせて、医療技術が報酬に反映される仕組みを講ずることが望ましい。また、薬価について重要なことは、薬価決定の内容完全公開である。薬価も診療報酬同様に上限を定めてそれを下回る価格での提供は自由化するという方法が考えられる。

加えて、医療情報のディスクロージャーを進め、患者が適切に医者を選べる仕組みを確立すべきである。そのためには、第三者機関による医者・医療機関の得意分野、サービス内容、価格の公表を行なうことが考えられる。

#### (4) 介護制度

本格的な高齢化社会を目前に控え、介護は今や政府でもその重要性を認識し、検討を推進してきた結果、近々介護保険法案を国会に提出する運びとなっている。

介護制度が高齢化社会において必要不可欠であり、早急な対応が必要なことはいうまでもないが、当該法案については、いくつかの問題や矛盾を抱えていることから、今後、十分な議論を行なうことが必要である。

寝たきり・痴呆高齢者数推計

1993年	2000年	2010年	2025年
200万人	280万人	390万人	520万人

(出典) 厚生省推計 (注) 含虚弱老人

介護費用推計(施設への投資は含まず)

1995年	2000年	2005年	2010年
2.2兆円	4.2兆円	5.5兆円	6.9兆円

(出典) 厚生省推計

年金制度や医療制度を含めた社会保障全体の改革の中で、介護問題を位置づけるべきである。厚生省推計の介護費用は年間数兆円と、医療や年金の給付に比べれば規模は小さいが、制度として導入する以上、社会保障全体の合理的な再整理が不可欠である。

特に医療と介護をどのように分離していくかが「社会的入院」の解消やターミナルケア問題との関係で極めて重要と考えられるが、現在準備されている法案では“保険医療サービス及び福祉サービスに係る給付”を行う事と規定されているだけであり、医療との切り分けが必ずしも明確になっていない。

法案では、保険制度を採用し、かつそのほぼ半分が税によって賄われることになっているが、介護は社会全体で取り組むべき課題であること及び、全ての人が必ずしも要介護状態になるわけではないことから、財源は、税とすることが妥当ではないかと考えられる。

そもそも、必要な費用のほぼ半額が税によって負担される構造は果たして保険制度と言えるのであろうか。また、報酬比例の保険料や雇用主の保険料負担は、リスクに見合った保険料負担という保険原理の考え方に馴染まないのではないかと。

仮に保険制度を前提としても、今回のフレームは、各自治体による、介護状態予防努力が保険料及び自己負担に反映されない仕組みとなっていることも懸念される。コストダウンインセンティブのために、地域毎の格差が保険料に反映される仕組みが必要である。

今回の法案では運営費のみを扱うこととなっているが、それに伴う施設整備費が明確になっていないことから、施設介護が妥当と認定されても、受け入れてもらえる施設がない可能性もある。そうなれば、介護保険がその特徴として打ち出している、受益の権利性と矛盾することになってしまうのではないかと。

介護の将来設計に当たっては、基盤整備費についても明らかにすべきである。

在宅介護で民間活力の導入がうたわれているが、福祉公社など公的セクターの現物給付と対抗することは、実質上、難しいと思われる。

一方、施設介護については営利企業の参入を認めない仕組みとなっているが、医療同様、営利企業の参入を認めて、効率化を図るべきである。

法案では、1割の本人負担を前提に現物給付を行なうこととなっているが、サービスの選択の自由を拡大する観点から、バウチャー方式の採用が望ましい。利用者はバウチャーに本人負担を加え、事業者からサービスを購入する仕組みである。介護における大きな問題としてヘルパーの不足が指摘されているが、今回の

法案ではヘルパーをどのように充足していくかの具体的なアイデアが不足している。

高齢者に暖かみのあるクオリティ・オブ・ライフを確保するためには、ヘルパーによる介護が何より大切である。そのためには、ヘルパーの育成、ボランティアの活用など、介護者の充実を早急に図ることが必要である。

以上の問題点を踏まえて、以下のような制度を検討することが必要であろう。

- (A)他の社会保障制度と整合性のとれた仕組みとする。
- (B)財源は税とする。
- (C)支給はバウチャーで行い、本人負担を加えてサービスを購入する。
- (D)バウチャー支給量は第3者機関による要介護度認定に拠る
- (E)在宅・施設介護ともに、民間活力導入を推進する。
- (F)ヘルパーの充足に十分な対応を図る。ボランティア活動は点数として個人の社会保障番号に貯蓄され、将来本人が要介護状態になった場合に、個人負担をボランティア貯蓄点数の取り崩しで支払うことを可能とするような制度を検討してはどうか。また、学生のボランティア単位認定制度を構築することも一案である。

#### (5) 少子化、女性・高齢者就労

少子化への対策や女性の就労促進の観点から、保育所の充実・保育サービスの多様化が図られるべきであろう。また、4人に1人が高齢者となること、高齢者自身の生きがいを担保するニーズもあることから、高齢者の就労機会の拡充も真剣に取り組まねばならない課題である。

## (6) 企業の貢献

企業も、社会を支えていく重要な一員であり、社会的責任を意識した行動が必要である。高齢者等の雇用の拡大を図ることや、介護休暇、ボランティア休暇の拡充に努めることに加え、介護施設やボランティア団体への寄付行為など、積極的な社会貢献が求められていると考える。企業の社会的貢献を促進するため、例えば社会貢献の格付けといった仕組みを構築することも必要であろう。

### おわりに:情報の公開

社会保障制度の総合的改革は、我々にとって喫緊の課題である。そして、本格的な高齢化社会を迎えるなか、財政再建を行う必要があることを考慮すると、社会保障制度の見直しは、国民的な議論に基づき決定されるべきものである。その意味で、本中間報告が、総合的改革についての国民的論議のきっかけとなることを望むものである。そのためにも必要な基礎的諸情報が分かりやすい形で積極的に公開され、様々な検討が行われ得るような状況が整備されていくべきである。

我々としても、これを基に、より多くの人々と議論を重ね、更なる検討を行う所存である。

以上