安田火災記念財団叢書 No.59

社会保障制度と国民負担率

[「社会保障制度と国民負担率」研究会 1998 年度研究報告]

座　長　慶應義塾大学教授　田中滋
事務局　株式会社　安田総合研究所

平成１１年９月

財団法人安田火災記念財団

「社会保障制度と国民負担率」に関する研究会

（敬称略）

座長	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授	田中　滋
	一橋大学経済研究所教授	高山憲之
	法政大学経済学部教授	小椋正立
	千葉大学法経学部経済学科助教授	広井良典
	慶應義塾大学大学院経営管理研究科助教授	大林厚臣
	アイ・エヌ・エイひまわり生命保険（株） 契約部企画グループ課長代理	魚谷宜弘
	安田火災海上保険（株）傷害疾病業務部 企画グループ副長	鈴木一行
	(株)安田総合研究所専務取締役	田林巖樹
	(株)安田総合研究所取締役業務部長	小林　篤
	(株)安田総合研究所主任研究員	卯辰　昇
	(財)安田火災記念財団専務理事	堀内生太郎

（事務局）　(株)安田総合研究所研究員　江頭　達政
(株)安田総合研究所研究員　田中　健司
(株)安田総合研究所職員　加藤　真子

（役職名は１９９９年３月末現在）

目　次

Ⅰ．国民負担率概念と社会保障制度との関連性 …… 1

1．報告書「国民負担率問題を考える－国民負担率論議への問題提起」
　　と今後の展開 …… 1
2．国民負担率と財政構造改革法 …… 3
3．国民負担率をめぐる財政規模と資金フロー …… 5
4．受益と負担の相関概念 …… 7
5．分析の対象及び方法 …… 8
6．少子・高齢化と国民負担率 …… 10
7．今後の社会保障制度改革の動向と国民負担率の推移 …… 12

Ⅱ．社会保障制度改革に関する議論の必要性 …… 14

1．私的契約と公的制度の比較 …… 14
2．公的制度の役割 …… 15
3．市場原理と公的制度 …… 16
4．保険市場における公私の役割分担とは …… 17
5．公私の役割分担の考え方 …… 19
6．公的制度における制度設計の考え方 …… 20
7．社会保障類型別分析 …… 21

Ⅲ．年金制度 …… 23

1．日本における年金制度改革の現状と改革の方向性 …… 23
2．米国における年金制度改革の現状と改革の方向性 …… 29
3．英国における年金制度改革の現状と改革の方向性 …… 34

Ⅳ．医療・介護制度 …… 38

1．日本における医療制度改革の現状と方向性 …… 38
2．米国における医療制度改革の現状と方向性 …… 43
3．医療制度の自由化に伴う問題点
　　－米国マネジド・ケア制度改革を契機とした分析 …… 48

Ⅴ．社会保障制度の将来像と国民負担率の推移 …… 57

１．社会保障制度の将来推計 …… 57
２．社会保障制度の将来推計に基づく国民負担率の推移 …… 63
３．経済成長と国民負担率推計との関係 …… 65

＜年金改革シミュレーションの設定条件＞ …… 別紙－1

Ⅰ．国民負担率概念と社会保障制度との関連性

1．報告書「国民負担率問題を考える－国民負担率論議への問題提起」と今後の展開

（1）本研究会での検討事項

本研究会は以前、「国民負担率を考える」をテーマに 1996 年から 1997 年にかけて研究を行い、報告書[1]の中で〈残された課題〉として次の 3 点を指摘した。

① 租税・社会保険料負担額から家計に移転される金額と、その移転支出を除いた負担額（これを純負担と呼ぶ）をはっきり区別して把握すべきである。財政改革・歳出抑制とも合わせ、公共工事、防衛、文教、機関費などの歳出項目間の配分や、公共サービス水準、また人件費・物件費等の使途別支出も検討しなくてはならない。
② 税収から社会保障給付に回る金額の正確な算出の必要性があげられる。将来は二重計算の調整[2]も不可欠となろう。
③ 税・社会保障負担以外の財源をどう扱うかを決定しなくてはならない。公債や資金運用部資金に加え、予算編成技術上の不突合、不良債権等の扱いについても一定の方針が求められる。

今年度は、上記 3 点に関してさらに分析を進めるとともに、日本における社会保障制度選択の方向性と国民負担率概念とは、どのように接合して論じられるべきかをめぐる検討を行った。

なお研究を進めるにあたり、国民負担率概念が、社会保障政策上、米欧でいかなる位置づけが与えられているかに関し、OECD や EU での最新の議論をみておく必要がある。そこで、それらの議論との比較を試みるとともに、米国、英国の年金・医療などの社会保障制度の現状と改革の方向性にかかわる事実を把握し、日本が示唆を受けるべき点、そして内在する問題点を指摘した。

さらに、社会保障制度選択のあるべき方向性に関して理論的検討を加えた上で、今後の少子・高齢社会における社会保障制度の機能と、その結果としての国民負担率の将来推計

---

[1] 「国民負担率」に関する研究会（座長田中滋慶應義塾大学教授）報告書「国民負担率問題を考える」（安田火災記念財団叢書 No51、1997 年 9 月：以下、記念財団叢書 No51.）。本研究は、財団法人安田火災記念財団の助成研究として実施されており、シンポジウムも同財団が主催して開催された。その成果は、「シンポジウム国民負担率問題を考える」（同叢書 No.52、1998 年 3 月：以下、記念財団叢書.No52.）として公表されている。

[2] 給付される年金から医療と介護の保険料を徴収することにより、技術的には負担率も給付率も二重計算となるため、政策判断や時系列比較の上では注意が必要である。財団叢書 No51.21 頁。

を試みた。われわれは、本報告書により、日本経済が選択していくべき社会保障制度の具体像と国民負担率の推移を把握できると考える。

（2）今後の検討の方向性

今後は、バブル崩壊に起因した経済の長期低迷[3]による失業者に対する雇用保険給付を、国民経済上どのように位置付けるかに関する議論も大切である。社会保障を重視してきたヨーロッパ諸国において、特に独仏などでは失業問題への取組が最重要政策課題になっている。

他方、労働力人口減少回避のために、わが国でも女性の労働市場への進出促進がいわれている。促進を図る基盤の一つとして、年金や医療・介護にかかわる制度が女性のライフスタイルに合致した設計になっているかどうかを確かめなくてはならない。

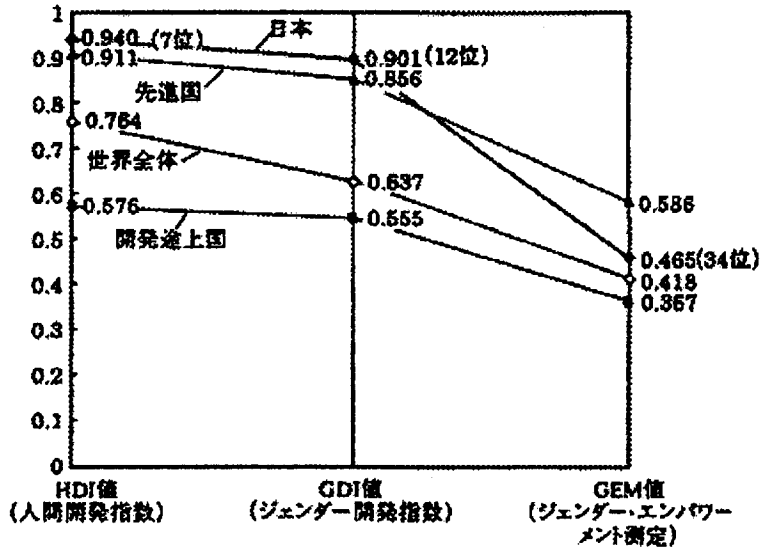
女性の社会参加に関する分析としては、アマーティア・センの福祉の経済学に対する潜在能力アプローチが有益と考えられ、彼の理論に基づく国連開発計画（UNDP）の「人間開発指数」（HDI）や「ジェンダー開発指数」（GDI）を指標としてみていく方向も重要である。これらの指標により日本の位置づけを把握できるが、HDI に比較して、わが国の GDI や「ジェンダー・エンパワーメント測定値」（GEM）は必ずしも高くはなく、女性の社会進出の基盤整備が十分とはいえない状況が示唆される（図表１参照）。

本研究会では、雇用や女性の社会進出については残念ながら十分な検討を行えなかったが、今後の社会保障制度選択の方向性に関しては、これらの問題も十分考慮した上での議論の展開を図る努力が欠かせない。

---

[3] 米国のシンクタンク CSIS（Center for Strategic and International Studies：戦略国際問題研究所）は、日本の経済低迷を「構造問題」として捉え、経済成長の前提条件として少子・高齢化対策を主要政策課題とすべきことを提言している（CSIS Letter, 1999/1/28 .）。

《図表 1》HDI、GDI、GBM の国際比較



（出所）UNDP（国際開発計画）「人間開発報告書」（1997 年）

2．国民負担率と財政構造改革法

（1）財政構造改革法と国民負担率

ところで、わが国では租税負担と社会保険(保障)料負担合計の国民所得（NI）に対する比率を国民負担率と呼ぶケースが多かった。この概念は、財政構造改革法（平成 9・12・5・法律 109 号）（以下「財革法」と表す）にも規定され、政策目標数字としての位置づけもなされて以来、一般にも広く知られるようになった[4]。ただし、本研究会では、国民負担率算出上の分母は、時系列比較上、また国際比較上からも、GDP を使用すべきであると提言してきた点を改めて強調しておきたい[5]。

政府の言う国民負担率は、以前の定義を変更し、財革法により「財政赤字を足した値を分子とし、それを国民所得で割った率」という、法律上の定義が与えられるとともに、国民負担率を 50％以下に抑えることを目標にする旨、法文上明記された（財革法 6 条 1 項 6 号）（図表 2 参照）。

---

[4] 日本では、臨調（臨時行政調査会）の頃から使われている概念であり、臨調答申（1982.7.30）で、次のように問題提起がされている。すなわち、「租税負担と社会保障負担とを合わせた全体としての国民の負担率（対国民所得比）は、現状（35％程度）よりは上昇することとならざるを得ないが、徹底的な制度改革の推進により現在のヨーロッパ諸国の水準（50％前後）よりはかなり低位にとどめることが必要である。」その後重要なものとしては、1990 年の財政制度審議会報告、1993 年の臨時行政改革推進審議会最終答申、1997 年の財政構造改革五原則がある。

《図表２》　国民負担率の定義

［従来の用語法］

$$国民負担率＝\frac{租税負担＋社会保障負担}{国民所得}$$

［法律上の定義］

$$国民負担率＝\frac{租税負担＋社会保障負担＋財政赤字}{国民所得}$$

（≦５０％）

（財革法６条１項６号）

しかし、わが国経済の長期低迷を背景とした積極的な財政出動の必要性から、1998 年 6 月には財革法改正法[6]によって、財政再建路線から景気対策優先へと政策が転換され、さらに、景気回復に向け全力を尽くす必要性を理由として、1998 年 12 月、財革法は当分の間、凍結されることになった[7]。

（２）国民負担率数値目標化

前述のような国民負担率の数値目標化に対しては、特に社会保障関係の研究者から、「社会保障水準を抑制する数値手段として国民負担率概念が用いられてきた」との批判が加えられている。財革法における国民負担率の数値目標化は、今後の高齢社会に向けて、社会保障関連支出の抑制（効率化）が国家財政上の主要命題であり、財政均衡目標達成のために、支出項目に一定の枠をはめなければならないという姿勢がより明確に示された証拠と考えられるためである。

しかし、成立からわずか 1 年で財革法が改正・凍結された経緯をみると、わが国経済が深刻な低迷状態から脱するためには、財政均衡の要請以上に、積極財政政策をとらざるをえない苦境の厳しさが分かる。こうした政策のブレから、国民負担率は、国の財政状況により容易に操作されうる概念であり、中立的な概念ではないとの批判が可能である。また前述のように、1997 年以前、政府は財政赤字を含まない値を国民負担率と定義してきたにもかかわらず、財革法において国民負担率は財政赤字を含むと定義を変えた扱いに対し[8]、

---

[5] 財団叢書 No51.6 頁。

[6] 財政構造改革の推進に関する特別措置法の一部を改正する法律（平成 10・6・5・法律 94 号）。

[7] 財政構造改革の推進に関する特別措置法の停止に関する法律（平成 10・12・18・法律 150 号）。

[8] 実際には、1996 年 7 月、財政制度審議会による「財政構造改革に向けての中間報告」において、「現状では財政赤字というかたちで、子どもたちへの負担の先送りをしつつ、現

「国民負担率が厳密な意味での学問用語ではなく、定着した共通の理解がないからである」との厳しいが的確な批判が示されている。学問用語ではないがゆえに、政策目標が財政赤字を含む国民負担率を 50%以内に変えれば、その意味が変化する可能性もあるとの意見に他ならない[9]。

（3） 国民負担率二元論

以上のように、国民負担率論をめぐる、不透明なあるいは混迷状態ともいえる問題状況の下で、「国民負担率」にどのような位置づけを与えるべきであろうか。政策担当者には、国民負担率を国家財政上の一つの指標とみなしたいとの考えがあるように思われる[10]。政策的・規範的価値判断の次元における国民負担率概念である。そうであればこそ、政策的価値判断とは内容的に区別された事実の次元で国民負担率をどのように位置づけるべきなのかを今一度検討してみる必要があろう（これを以下、事実と政策との二元論または単に二元論と呼ぶ)。

3．国民負担率をめぐる財政規模と資金フロー

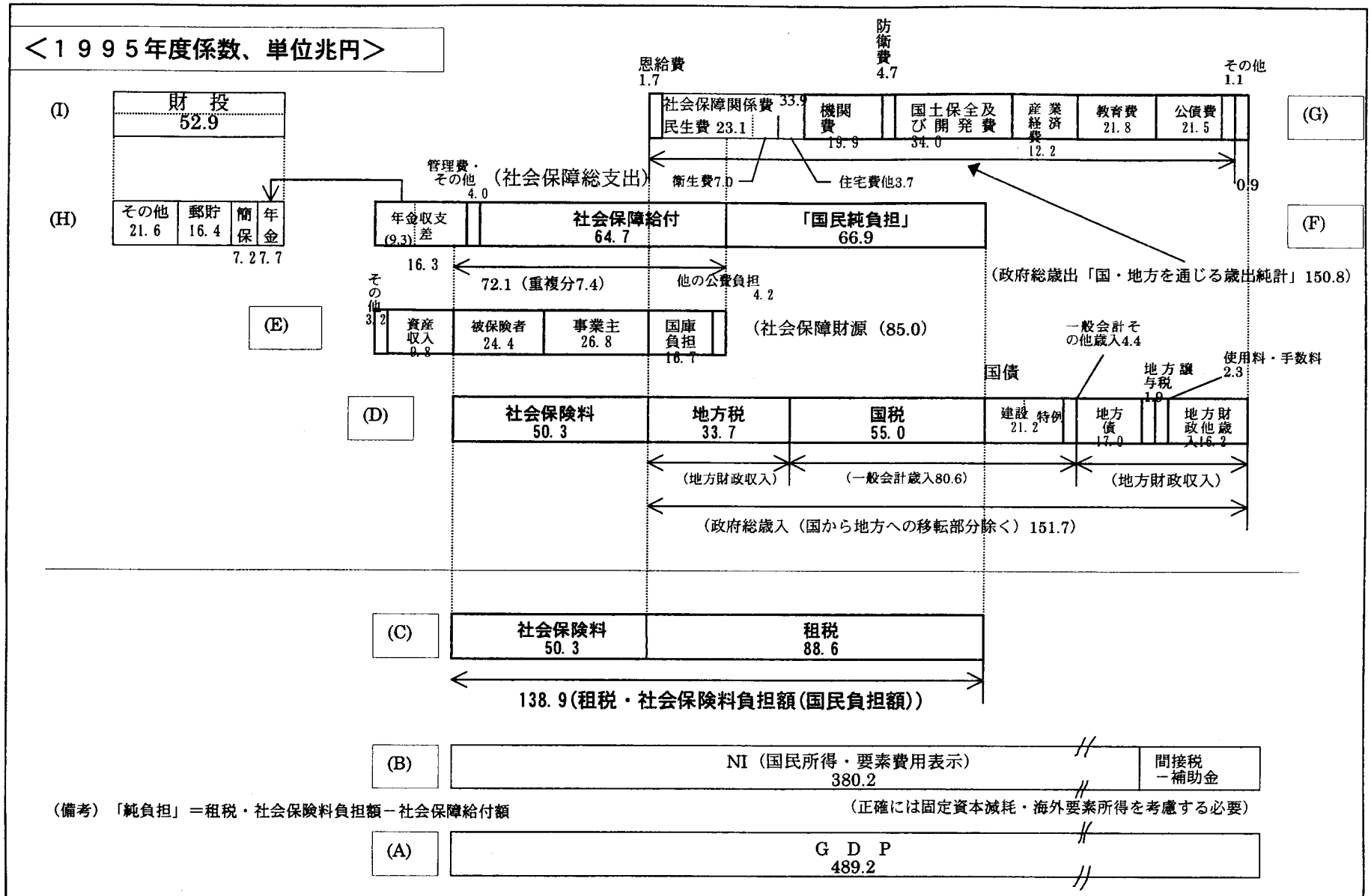
そこで、財革法に規定された公債負担を加味して、財政フロー図にしたがい分析を試み（図表３参照)、国民経済上の国民負担率議論の意義づけを明確にしてみたい。

図表中の(A)が GDP、そして、(B)が国民所得であり、上の方に行くにしたがって支出、あるいは歳入の具体的な項目等が示されている。これまで日本の経済・財政統計上、国民負担率は、国民所得を分母として算出され、社会保険料と税負担の 2 つをもって国民負担の分子と捉えてきた(C)。さらに、(D)では、公債負担を含めた国・地方を通じた歳入の構造を表している。われわれは、社会保障財源投入額を控除した額をもって純負担と定義した(F)。1995 年度の国と地方を合わせた総歳出は、財政フロー図の一番上（G）に該当し、約 9,000 億円の不突合があるものの、総歳出規模は約 151 兆円である。したがって、489 兆円の GDP のうち、国民負担率研究は、国民経済全体からみると、約 30%の部分を議論していることになる。

在の私たちが負担を上回る行政サービスを享受している状況といわざるを得ない」と、初めて問題提起をしたとされている。

[9] 介護保険法案の衆議院審議の際に、「梶山官房長官（当時）が、国民負担率は 30 数%であり、（あまり）上がってはならないと出した数字が、審議当日の夕方突如訂正され、財政赤字を算入しなければならないというので、十数時間で数字が変わってしまう。」というように明確な概念ではないとの指摘がある（財団叢書 No.52.における岡本教授発言)。

[10] 自民党は、社会保障費と税の負担の組み合わせについて議論する「国民負担のあり方に関する懇談会」を設置するとともに、大蔵省税調審議の中でも、財政健全化指標の重要なものとして国民負担率を取り上げている。



（備考）「純負担」＝租税・社会保険料負担額－社会保障給付額

（出所）経済企画庁『国民経済計算年報』平成10年版、大蔵省『財政統計』（平成9年度）、大蔵省『財政金融統計月報』『図説日本の財政』（平成10年版）、自治省『地方財政統計年報』（平成10年版）、社会保障給付額：国立社会保障・人口問題研究所『社会保障費統計資料集』（研究資料294号、1998年3月）、「国・地方を通じる歳出純計」：自治省『地方財政白書』（平成9年版）

さらに詳しく考察すると、租税・社会保険料負担約 140 兆円(C)から社会保障給付を控除した額が国民純負担として表される。従来当研究会では、社会保障財源に組み込まれた金額と社会保障給付として支出される部分（単年度フローで約 7.4 兆円の重複がある）の違いを考慮せずに、全体の租税・社会保険料合計額から社会保障給付を控除した値を純負担として捉えていた。

政府総歳出との関係をみると、恩給費 1.7 兆円と社会保障関係費 33.9 兆円の一部の合計 20.9 兆円が社会保障財源に組み入れられる（E：国庫負担と他の公費負担の合計額）。したがって、個人に直接は帰着しない公的負担である国民純負担には、社会保障関係費の「それ以外の部分」14.7 兆円の他、機関費、防衛費、公共事業費、教育費、公債費等が含まれている。国民純負担の右側のブランク部分(F)と G との差額が国債等のファイナンスで賄う部分である。つまり、財革法による財政赤字を加味した国民負担率を表すためには、この F の帯の右側に示された額を加算すれば計算できる。

4．受益と負担の相関概念

（1）財政学における地域別帰着論

かつて、受益と負担に関する先駆的な研究が発表され[11]、その冒頭で以下のような問題提起がされている[12]。

『国民の負担する租税は、政府の供給する公共サービスと密接な関係をもっている。代表的な租税原則の一つである「利益説」の立場にたてば、租税負担はまさにわれわれの受け取る公共サービスの対価とも考えられる。そこでこの両者を対応させ、租税負担と公共サービスの便益のバランスを考える視点が重要となってくる。この問題は従来から財政学の領域において「租税及び支出帰着」（tax and expenditure）として考察の対象にされてきた。租税の究極的な負担者は誰なのか、あるいは公共サービスの便益を誰が最終的に受領しているのか、を数量的に把握するのは、実際の政策遂行の上からもきわめて重要である。』

伝統的な帰着の測定は、要素所得別所得分布と所得階層別所得分布という 2 つの所得分配の状況と関連づけて行われてきたのに対し、上記研究では、租税負担の対価としての分配の適正性を地域間の再分配という形で把握しようとした（いわゆる「地域別帰着」(regional incidence)）。すなわち、研究の狙いは、伝統的帰着論の視点とは異なり、国民の居住地域によって租税負担と公共サービスの便益がどのように相違してくるのかについ

---

[11] 石弘光他「地域間における受益と負担の帰着と再配分効果」経済分析第 86 号（1982）：以下、経済分析（1982）。

[12] 経済分析（1982）1 頁。

ての検討であった[13]。

（2）社会保障における世代間帰着論の問題点

社会保障分野における帰着論の別の典型は、年金の世代間損得比較論というかたちでも現れる。すなわち、世代（コーホート）ごとに生涯にわたる租税・社会保険料負担と、一生の間に受け取る各種公的サービスの便益、および社会保険給付等の合計を比べ、政府との関係の「損得」を比較する研究が行われている。しかし、経済成長がもたらした世代間の豊かさの著しい差異や、自立と連帯の思想を根底とした社会保障システムにおいては、このような安易な帰着比較論は否定しなければならない[14]。

（3）純負担の定義明確化

一方、本報告書の冒頭で指摘したように、「純負担の定義明確化」をめぐっては、①純負担の適正な水準を理論上導けるか、②純負担は少なければ少ないほどよいのか、③国庫負担の詳細な分析、すなわち純負担の配分構造の吟味、たとえば公共工事、防衛、文教、機関費等が必要ではないか、④公共サービス等の負担項目の効率性についての分析が大切ではないか、などの立論が考えられる。

これまでの国民負担率に関する議論においては、負担の側面に偏った議論が中心であったように思われる。そこで、本研究会では、租税および社会保険料（あるいは財政赤字を加味）を負担として捉え、支出帰着として社会保障給付を捉える整理を行った。さらに、支出帰着としての社会保障給付の細分分析も必要となってこよう。以下では、現代型福祉を志向する国家にあって、各国民は現世代においてどのような負担を行い、どのような便益を得ているのかを理論的に究明しようとする試みを示す。

5．分析の対象および方法

（1）社会保障移転率と純負担率の定義

第一に、「純負担とは何か」の意味を確定させる必要がある。

---

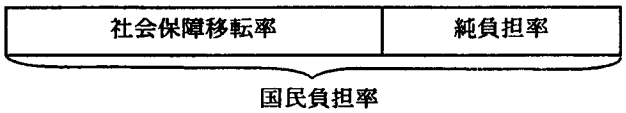
[13] この研究成果は1982年に公表されており、その時点では、地域別帰着の視点は日本の政策遂行上、あるいは研究として著しく欠けていたとされる。また、米国や英国においても地域経済の発展と財政の役割を分析しようとする多くの試みがなされていると整理されている。

[14] 田中滋「高齢社会をデザインする－21世紀への視線（上）」（東京新聞、1998年9月2日夕刊）。また、本研究会でも、世代間の公平に関し、コーホート別分析により検討を行った。記念財団叢書No51、22頁以下。

本研究会では次のような定義を行った。すなわち、社会保険料と租税の合計金額（「国民負担」）から、「社会保障給付を通じて移転され、かつ個人に対する帰着として把握できる費目（これを社会保障移転という）を控除した値」である。よって、純負担とは、国民負担の中から医療や介護等のメリット財[15]的に個人に帰着する部分を控除した金額に相当する。したがって、公共投資や防衛費、文教費等、厳密な意味で個人に帰着しない費目が純負担という結論になる（図表４参照）。この値の国民所得あるいは GDP に対する割合を純負担率と定義する。なお、同様に社会保障移転額の国民所得あるいは GDP に対する割合を社会保障移転率と呼ぶ。

このように、純負担は控除概念で把握されるべきである。ただし、純負担という用語は、「何か純粋でよい」概念と捉えられ、誤解を招く懸念があるため、新たな用語を考えるべきとも思われるが、さしあたり前述のような定義により意味の明確化を図るとともに、図表を使ってその概念を把握する方法をとる（図表４参照）。

《図表４》社会保障移転率と純負担率



（２）純負担概念精緻化の可能性

なお、純負担に含まれる費目として、たとえば教育、取り分け高等教育については相当程度便益が個人に帰着するとみなす議論があり得るなど、純負担概念に関してはミクロ経済上の一層掘り下げた分析が不可欠であると指摘しておきたい。

さらに、税・社会保障負担以外の財源をどのように扱うかを決定しなくてはならない。公債や資金運用部資金に加え、予算編成技術上の不突合や不良債権の問題である。特に旧国鉄の長期債務や国有林野の問題、あるいは金融機関の不良債権処理に対する公費投入に関して、将来の国民負担となって現れてくる可能性をも考慮しておく必要があろう。

実際、前述の図表３から明らかなように、社会保険料や税を通じて負担される金額だけでは不足する分を公債などの借り入れによって賄わざるをえない以上、借り入れ額をも要素とする公的セクタを通じた資金移転の把握が重要である。

一方、規制緩和の進展による公私の役割分担の視点から、国民経済の中での政府を通じた強制的所得移転規模の指標として、国民負担率および社会保障給付率を控除した国民純負担率指標を捉える見方は有益であろう。しかし、繰り返しわれわれが指摘してきたよう

---

[15] このような財は本質的には私的財であるが、市場で取引される場合には過少になるために公的ルートで行なわれている。ただし、年金は財と呼べるかどうかは議論のあるところであり、将来の民営化論を含めて本研究会で検討した。

に、国民負担率を目標数値化する考え方は意味がない。

6．少子・高齢化と国民負担率

（1）経済成長と純負担率

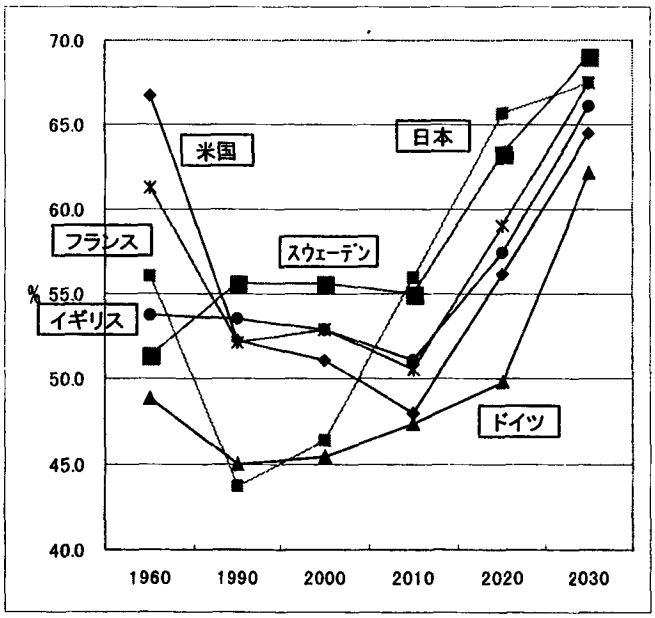
高齢成熟社会に移行するにつれて社会保障関係費が増加するため、社会保障給付率が上昇し、少なくとも見かけ上の純負担率は減少する傾向がある[16]。

一方、創造的で活力に富んだ国家を目指した科学技術の振興や、社会資本整備などの財政需要にも適切に対応していく必要があり、純負担率と社会保障移転率を単純なトレード・オフの関係と捉えるべきではない。

個人に帰着しない純負担概念として整理される歳出項目には、公共事業費、防衛費、教育費等があげられるが、経済発展との関係でみると、純負担率は経済発展につれて低下する傾向が観察される。すなわち、経済成長の初期段階では、土木工事のようなインフラストラクチャ整備に要する部分が大きいために純負担率が大きいのに対し、経済の発展段階ではインフラ整備的な費目よりも人口の高齢化に伴う社会保障部分が拡大し、長期的には純負担率の低下傾向が現れるからである。

少子・高齢化の進展は先進国共通の現象である。OECD における議論を中心に、これを労働力人口従属比率でみると、日本は 1990 年に 43.7％で先進国中最低であった比率が、2030 年には 67.4％と急速に水準が高まっていく様子が分かる（図表５参照）。

《図表５》労働力人口従属比率※

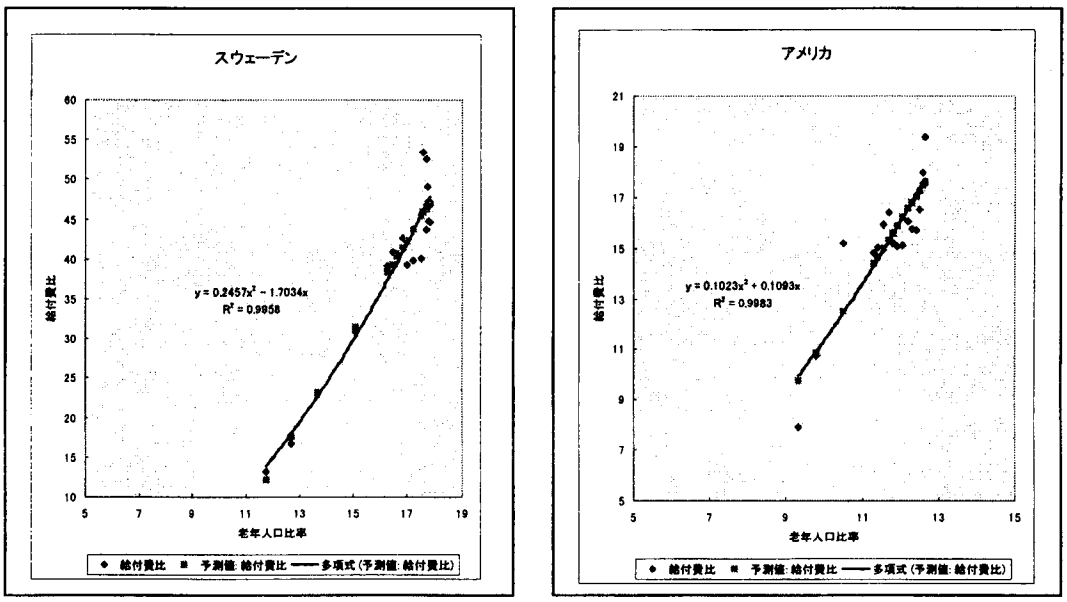


（※）0-14 歳および 65 歳以上人口の労働力人口に対する比率
（出所）OECD, "Meeting the Employment, Labour and Social Affairs Committee at Ministerial Level on Social policy", DEELSA/ELSA/MIN(98)3/ANN(1998).

（2）高齢化と社会保障関係費の相関

老年人口比率と社会保障給付率との間にはかなり高い相関関係がある。個々の国の社会保障制度の違いにより社会保障給付率には相違があるものの、両者の回帰分析の結果、正の相関が認められ、今後の高齢化の進展に伴い、右肩上がりに推移すると予測される（図表６参照）。

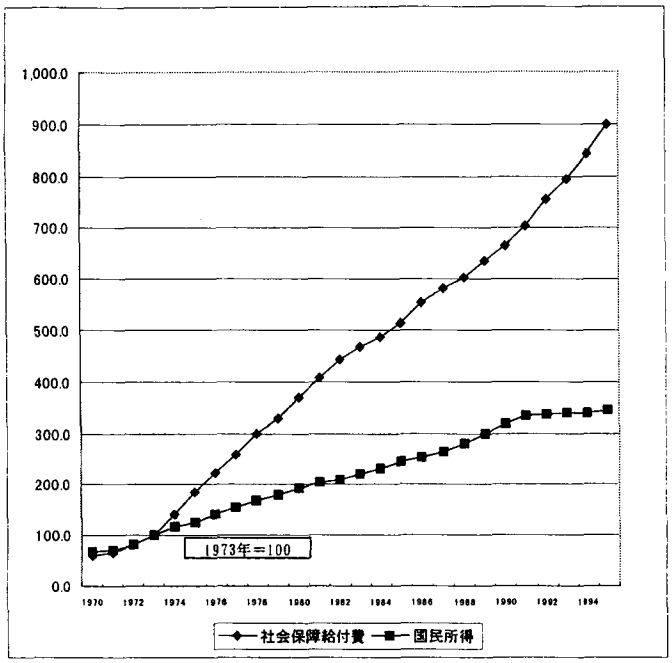
《図表６》老年（65歳以上）人口比率と社会保障給付費（対国民所得比）の関係



（出所）国立社会保障・人口問題研究所「平成７年度社会保障給付費」

社会保障給付費は、国民所得の伸び率を大幅に上回って伸びており（図表７参照）、少子・高齢化を背景としつつ現行制度を維持していけば、多少の効率化を行っても、この上昇傾向は変わらないだろう。

《図表７》社会保障給付費および国民所得の推移（一人あたり）



（出所）国立社会保障・人口問題研究所「平成７年度社会保障給付費」及び国民経済計算年報

７．今後の社会保障制度改革の動向と国民負担率の推移

（１）国民負担率の上昇傾向

1999 年度の国民負担率は 36.6％程度と推計され、財政赤字を考慮すれば、潜在的な国民負担率は 48.6％程度となる[17]。前述のような、少子・高齢化を前提とすれば、国民負担の主要な位置を占める社会保障移転の増加による国民負担率の上昇は避けられないところである。

（２）今後の議論の展開

国民負担率の上昇あるいは社会保障移転率の上昇自体の善し悪しを議論しているわけではないが、国民負担率が将来的に 70％や 80％になってもかまわないとは考えられない。このよう事態が予想されると、恐らく政府は国債の増発などを通じて財政需要を満たさざるをえず、それにより市中金利を上昇させ、私的セクタの資金需要が抑制されるクラウディング・アウトが起こり、市場におけるイノベーションの阻害、および資源配分の非効率に帰結し、経済成長の阻害要因となる恐れが強い。

---

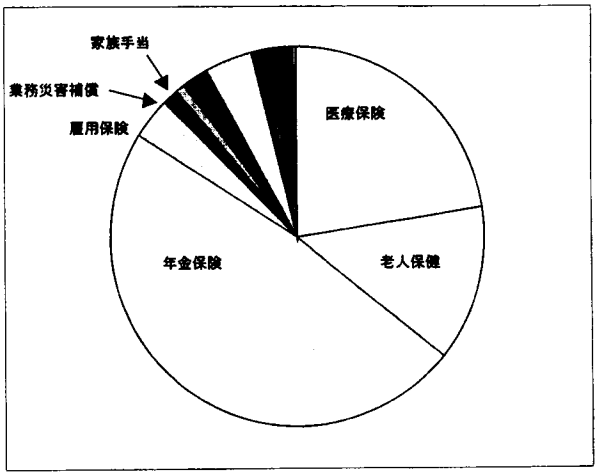
[17] 大蔵省「財政構造改革を進めるに当たっての基本的考え方」（1999 年１月）。

したがって、社会保障給付費の内訳を詳しく分析し、それぞれの制度ごとの将来シミュレーションを行い、あるべき社会制度の提言を示す意味は大きいと考える。社会保障給付には、年金、医療、福祉と、それぞれ性格の異なる様々な種類があり、制度やそれらが果たす機能をみない議論は無価値であるからである。

（3）社会保障制度別の考察の必要性

社会保障給付の内訳は、年金が 48.1％と約半分を占め（図表８参照）、その比率が年々高まってきている。

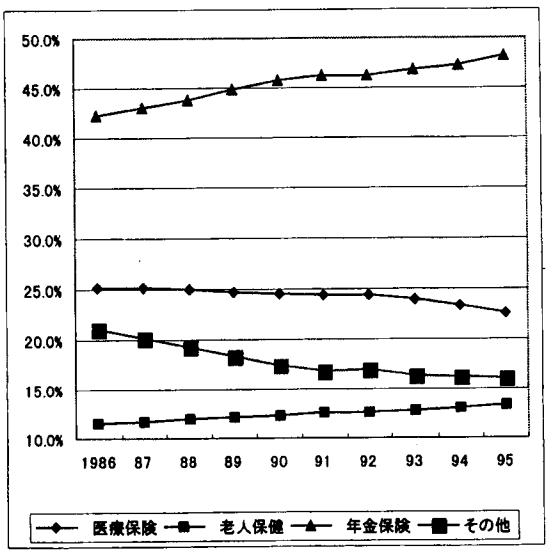
《図表８》制度別社会保障給付比率（1995 年度）



（出所）国立社会保障・人口問題研究所「平成７年度社会保障給付費」

ここでは老人保健医療費が増加している様子が分かる（図表９参照）。

《図表９》社会保障制度別割合の推移



（出所）国立社会保障・人口問題研究所「平成７年度社会保障給付費」

II．社会保障制度改革に関する議論の必要性

1．私的契約と公的制度の比較

今日、社会保障制度のプライベタイゼーション（民営化）が、米英での実験を中心として大きな検討課題になっている。そうした中で、真に政府でなければできない領域は何かをめぐる議論が活発化してきた。たとえば、これまで生活保護や刑務所の運営は、完全に公の領域であると考えられてきたが、米国のいくつかの州では、それを私的セクタが契約で行っている例が紹介されている。

もっとも、社会福祉や廃棄物関連などをはじめ、わが国でも行政現業サービスはかなり民営化されている。他方、刑務所運営等の民営化は本研究のスコープを超えるので、われわれは、社会保障制度設計のあり方にしぼり、公私分担論を中心とした検討を行った。以下にそのまとめを示す。

（1）私的契約

①財産権の交換

資本主義市場経済社会における取引は、基本的には私的契約によって構成される。したがって、私的契約とは何かを考える道筋は、それとは異なる公的制度の本質理解に役立つと考えられる。

私的契約には、贈与のような片務契約も存在するが、基本的には財産権の交換に代表される双務契約が中心となる。また、財産権の交換は、現金売買のように同時にそれが行われる場合も、ある種のクレジットを伴った売買のように時点を異にした財産権の交換も存在する。

②契約内容の自由と債務不履行の可能性

私的契約の内容については、公序良俗と倫理、およびそれを反映した法律に反しない限り、当事者が自由に決定できる姿が原則であり、その意味では何をどう交換してもよい。ただし、時点を異にした財産権の交換では、当該契約が履行されない、つまり債務不履行が生ずる可能性がある。その理由としては、相手方の悪意等の場合を除くと、経済主体の小ささゆえに経済変動による不確実性の影響を受けやすいケース、および契約期間の長さがもたらす不確実性などがあげられる。

別な見方をすれば、市場原理を軽視した契約であるほど債務不履行の可能性が高くなる。また、経済主体が大きい場合であっても、債務不履行の可能性を完全には否定できない。

（2）公的制度

①法律による負担と受益の決定

ところで、政府は市場経済の中で契約を通ずる資源配分もできる（公共事業）が、分配面では一般的には法律によって公的制度を設けて介入するケースが多い。すなわち、法律によって誰にどれだけの負担を求めるとともに、その制度によって誰にどのような給付が行われるかを定める方法である。この場合に重要な認識は、個々の主体ごとには、負担と受益は必ずしもバランスしない制度が普通である点に他ならない。

社会保障政策としての社会保険制度とは、本質的には広く薄い負担を元に、ニーズをもつ人に給付を行うための制度を意味している。さらには給付のための負担を将来世代に負わせる設計も可能である。

②公的制度の原理と制度改革遅延リスク

私的制度における契約の自由に対応するような公的原理とは、憲法の制約範囲内における立法の自由と、法に基づく制度整備と政策の施行である。第２次大戦後の各国において公的制度の果たしてきた役割は高く評価すべきである。しかし、次の3点に対しては常に留意しなくてはならない。

a. 経済合理性（市場原理）とは別の理念、論理に基づく制度設計が行われている。
b. 市場経済システムに内包するリスクの発生規模が大きい場合、政府といえどもその影響を避けられない。
c. 社会保障については、人口の年齢構成が偏っており、世代間の過度のアンバランスが想定されるようになると、制度改革の遅延リスクが高まる。

２．公的制度の役割

（１）市場経済

市場原理の原型は、基本的にはミクロ経済学が想定する「完全競争に基づく契約がすべて実現できる」極端な状況であれば、「もっとも効率的な資源配分が可能になる」という考え方である。この場合に中核になる概念は次の３点にまとめられる。

a. 消費者は私的財について限界的には100％自己負担を行う。
b. 営利企業は利潤動機に基づいて財やサービスの生産を行う。
c. 完全競争が確保され、市場参入と退出の自由がある。

（2）公的制度に期待される機能の変容

一方、政府が介入する理由は、基本的には「市場の失敗」が存在するからに他ならない。加えて、厳しいグローバル競争が一般化する 21 世紀の市場経済では、競争の公正さを確保するための事前・事後の規制改革と、人々の生活面で安心感の確保を目指すための社会保障制度の組み直しが、公的セクタの大切な役割と考えられる。

3．市場原理と公的制度

本節では、公的制度を通じて行われている政策を、やや単純化しすぎている面は否定できないものの、以下のように 4 種類に分類して整理してみよう。

①私的な活動によりほぼ代替できるものはどれか

制度発足時の理由は何であれ、後の時代には私的な活動（市場・非市場の双方を含む）によってほぼ代替できるものはないか（国鉄の民営化、専売公社の民営化がかつての代表例と考えられる）。そのような分野が残っているとすれば、もはやその制度を公的セクタにとどめる必要性はない。このような制度が、公的セクタ再編成の際に廃止すべき一番のターゲットであろう。いくつかの財投機関などが今後の候補となるかもしれない。

②私的な活動プラス補助金で代替できるものはどれか

社会に不可欠な活動の中には、十分な私的な利潤機会に恵まれなかったり、あるいは私的取引の中に完全には収まることができない分野も存在する。このような分野では、わが国は公的セクタ自身が直接にサービスの供給にコミットするケースが多かった。しかし、現在では、このような分野についても、私的な主体（家計、コミュニティ、非営利法人、企業等）の活動を補助金などの公的資金によって補強すれば、長期的にはより低いコストで、より利用者のニーズに合致したサービスが供給されると考えられている。介護保険制度の発足が②の典型例である。独立行政法人もこのジャンルに含まれるだろう。

③公的規制の強化によって代替できるものはどれか

いわゆる「市場の失敗」により、私的市場では資源の効率的な配分が達成できない多くのケースについて、経済合理性に基づいた公的規制の強化を図り、その下で競争を行わせるシステムを選択可能である。金融行政の変化、すなわち事実上は大蔵省が大きな裁量権をもっていた制度から、法の整備による監視体制強化の下での自己責任体制への転換が③にあてはまる。

これまで政府が関与してきた制度のうち、上記①～③、もしくは②と③の組み合わせのどれかに分類される場合には、大幅な改革が欠かせない。これに対し、次のような形態こそが、政府が本来的に関与しなくてはならない分野である。

④公的な規制もしくは私的な活動プラス補助金だけでは、基本的には公的制度の機能を代替できないものはどれか

地球環境や環境ホルモンをめぐる廃棄物処理、さまざまな差別の解消、バリアフリー・コミュニティの実現、そして安全保障など、（たとえ現業の一部を民間に委託したり、PFIなどのファイナンスを用いるケースがあるにせよ）公的制度が基盤とならなければ対応できない、まさに社会の根幹にかかわる重要な機能がこれに相当する。

したがって、④に相当する分野の確定が、逆にいえば公的セクタが受け持つ必要のない仕事を私的セクタに移行させる動きを促進する結果になるだろう。最後に市場が存在しない分野で、かつ維持可能な公的な制度の代表は次のような事柄である。

a. 財源の範囲内で維持できる公共財・地方公共財の提供（上記の例の他、外交、治山・治水、警察・消防、そして地方自治の発展など多岐にわたる）にかかわる制度。
b. 少数の住民に対する金銭支給、もしくは財やサービスの全部または一部の贈与：給付が確率的事象に対してなされ、しかもその確率が小さいもの(生活保護、障害者施策、原爆被災者援助、犯罪被害者救済等)。

ただし、公的制度にありがちな問題点に気をつけなければならない。

a. 公的負担の過度の上昇
b. 管理のための官僚組織肥大化などの非効率性
c. 選択できない制度ゆえに起きるサービスの質の劣化、ひいては消費者効用の低下
d. 制度が受ける外部リスクに対する脆弱さ

4．保険市場における公私の役割分担とは

次に、テーマを公的保険にしぼり、従来、「情報の非対称性等により市場の失敗が生ずるため、公的保険制度として運営される必要がある」と整理されてきた点について、再考する必要がある。

（1）モラルハザード

保険契約が保険事故の発生率を増加させる効果は、公私を問わずすべての保険に共通であり、決して私的保険に固有の問題点ではない。

（2）逆選択

逆選択(self-adverse selection)に関し、私的保険が対処できない問題であるという理解は誤りである。適切な market signal が存在すれば、私的保険はこの問題を回避できるが、そのような market signal を用いた均衡ではかならずしも公平性が保証されないことは Ackerloff の論文で指摘されているとおりである。一般論としては、私的保険が自由に保険料と給付を設計できれば、逆選択に対処できる可能性は高い。

（3）長期契約

これまで「市場の失敗論」が見過ごしてきた点は、再契約が保証されていない私的保険の方が、モラルハザードは小さくなる、という点である。また、逆選択についても再契約ごとにリスクをコントロールできる可能性が大きくなる。さらに、給付内容に関するきめ細かなコントロールによりコスト抑制が可能である。

（4）国民皆保険政策と公的保険の距離

これまで公的保険を正当化するために、情報の非対称性と、「市場の失敗」の理論が援用されてきたのは適切ではない。一方では、モラルハザードは「保険契約」の本質的な問題点であって、保険者が政府であっても解決できる問題ではないし、他方では、「逆選択」は保険者が政府でなければ解決不能だという問題ではない。理論的にも、そして現実にも、私的な保険者だけから成り立つ保険市場と、政府だけが保険者として機能する市場との間に、さまざまな混合保険体制が存在する。わが国でも、被用者のための組合健康保険と政府管掌健康保険が共存している。

とくにわが国のばあい、独占的な保険者として、政府は多くのケースで「能力に応じた負担」と「ニーズに応じた給付」を同時に追求してきた。この結果、公的保険は、「支払可能な保険料による画一的な給付」となり、経済全体の所得を再配分する機能まで持つに至っている。たとえば現在の健康保険では、同じ給付に対して、最低の保険料と最高の保険料では 10 倍以上の差があり、被用者の年金保険でもその差は 6 倍である。社会保険を現実的に観察すると、その機能は、保険を強制的に購入させるとともに、所得に対して保険の価格を一定に保つことにある。別の言い方をすれば、「保険を購入できるように被保険者の所得を再配分している」のであり、これは理論的な意味での「市場の失敗」を是正しているわけではない。

5．公私の役割分担の考え方

（1）公的保険のライフサイクル

強制加入によりいったん大規模な所得再配分が実現してしまうと、その後、保険給付と負担を調整していく役割は、行政が果たすことになる。このプロセスで、最初、給付は常に拡大する傾向を持つ。一方では、保険内部で多額の補助を強制されている被保険者は給付の拡大には消極的であるが、はじめは少数派である。他方、多数派は、内部補助により高い給付を得ることができた(低所得の)被保険者で、給付の拡大に積極的である反面、自己負担の強化に対しては、所得効果が相対的に大きいため、強い拒絶反応を示す。また、保険給付と結びついて急速に拡大した供給者の団体も、さらなる給付の拡大を推進する強力なエネルギーを持つ。さらに、行政の担当部局は、保険の給付拡大と結びついて肥大化するため、拡大へのバイアスを増幅する力となる。

しかし、給付が拡大し、制度が肥大化し、給付コストが増大していくと、やがて保険料率を引き上げざるをえなくなる。これに伴ない、給付が負担を上回る加入者の数はしだいに減少していく。この事態が進行していくと、保険料率の引き上げはやがて政治的に困難になるため、制度の財政危機は深刻化する。とくに、世代間で大規模な所得再分配を行ってきた制度では、１世代経つと負担が受益を上回る加入者が相対的に多数を占めるため、深刻な財政危機を迎える。あまりに単純ではあるが、現在、わが国の年金や医療保険が直面している危機には、こうした分析と共通する点が多い。

（2）公私の役割分担

公私の役割分担をめぐる意見は多様であるが、現在の社会保険制度のコストは長期的には維持不可能であり、公的な制度は基礎的な保険機能だけに限定し、選択的なサービスの供給は私的な保険制度に委ねるべきだ、という主張はとくに経済学者の間では有力である。また基礎的な保険給付のための財源は、社会保険料よりも、一般財源の方が優れているというのが多数派の見解である。このような主張は、これまで医療保険や年金保険についてなされてきているが、とくに医療については、このような保険市場の分断がかえって資源配分上の非効率をもたらすという反論も存在する。

もし、このような混合保険体制を選択すれば、保険市場における公私の役割分担は、どれくらいになるのだろうか。たとえば、家計を低所得・中所得・高所得に三分割し、各層が 2 だけのサービスを消費するが、選択的な部分については、低所得 0、中所得 2、高所得 4 を消費すると仮定する。このように、選択的な部分に対する所得弾力性が高ければ、公対私で 6：6 あるいはむしろ私の方がより大きな市場規模に達することになろう。これ

に対して、選択的な部分について、低所得 0、中所得１、高所得 2 という消費がなされたとする。このように、選択的な部分に対する所得弾力性がわりに小さければ、全体として、公：私＝6：3 となる。つまり私的保険は全体の３分の１にすぎない。

（３）公的制度における所得制限（means test）導入の可否

所得制限（means test）とは、公的な制度による給付を一定の条件を備えた人たちだけに限定するシステムであり、資格に合致しない人、あるいは資格をもたない人を排除するシステムに他ならない。具体的なケースにおいては、公的セクタによる排除は、権力装置の発動行為であり、あらかじめ十分なチェック機能が組み込まれていなければ、長期的には給付を配分する機構の過剰な権力化が避けられない。

さらに、公的制度が基本的には低所得者のためだけの制度になると、サービスの質という観点からは、納税者全体の支持を急速に失う結果になりかねない。中程度の所得以上の人がそのような制度に無関心になると、公的制度によって提供されるサービスの質が急速に悪化する事態もありえる。

一方、現在、いくつかの国で、公的医療制度であっても保険の選択を認める実験が行われているが、選択性を認める政策により負担を抑制する可能性も考えられる。ただし実際には、そうした政策により国全体の医療費は、良し悪しは別な判断によるとしても、かえって膨らむとの見通しが有力である。

６．公的制度における制度設計の考え方

今後、公的な制度を設計する上で留意すべき事項が二つある。第一の点は、制度設計にかかわる責任の所在を明確にすることである。これまで、政府が新しい社会保障制度を導入するばあい、そのコストがほとんど把握されていなかったり、過小に見積られていたり、あるいは将来世代に先送りすることが前提になっている。こうして導入された制度が、やがて財政危機を迎えることは当然である。このような過ちを繰り返えさないために、有効な四つのポイントがある。まず、①制度設計の責任を明確にすること。これまでわが国では、行政の担当部局が制度設計にあたってきたが、欠陥制度を設計した責任が追求された例はない。次に、②一定規模以上のすべての新しい制度には、科学的に管理された、数年間のパイロット事業を義務づけること。これにより、これまでの多くの誤りは防げたはずである。そして、③アメリカの例に倣って、それぞれの制度について、将来コストに見合った財源を用意させること。最後に、④制度設計者のコスト推計や、財源の見通しについて、政府内外の客観的な判断を仰ぐことを義務づけること。こうした評価機関として、公的部門からは会計検査院、私的部門からもしかるべき機関を選ぶべきである。

第二は、制度の設計において、とくに制度リスクを考慮すべきである。とくに社会保障の分野に携わっている専門家には、政府であっても市場経済の制約の外で活動できる時間はそう長くないことを十分に認識していない傾向がある。政府は倒産しないが、予想外の低成長や、出生率の低下、雇用の減少など、外部からの大きなショックが経済に加わると、約束した給付を履行できない事態に追い込まれる。政府の行う「抜本的な制度改革」は、私的な経済主体であれば、債務不履行に相当する。このような制度リスクの大きさは、①公的な給付制度の対象が普遍的であればあるほど、②給付が市場メカニズムによる資源配分から乖離していればしているほど、③政府が給付に直接にコミットしていればいるほど、大きいことは明らかである。

すべての高齢者に対して、豊かな老後を約束するわが国の公的年金制度は、高度成長が続き、出生率が急落しなければ、破綻しなかっただろう。しかし、制度リスクの点から見ると、①すべての高齢者に、②負担の裏付けの無い高い給付を、③政府が約束する公的年金制度には、上のすべての基準からみて、高いリスクが存在する。公的制度に対する信認を取り戻すためには、①' 政府の介入を必要最小限にとどめること、②' 需要側ではコスト意識喚起のための自己負担を重視し、供給側については参入の自由を保障すること、③' 政府はサービスの供給や事業には直接に従事しないこと、等の原則を守る必要があろう。

たとえば、医療費は現在、80％ほどが老人保健制度を含む公的医療保険によって保障されている。医療システムがこれからも経済全体と両立するよう、部分的に自由化した市場を育成する政策を検討する時期にきている。その際、後述の米国のマネジド・ケアの功罪を検討する努力も重要と思われる。

7．社会保障類型別分析

以上の検討をもとに、社会保障制度設計の理念を次のように類型化して捉えてみよう。類型化の視点は、原理的には公的介入規模の大小と、リスクの蓋然性および予見可能性の大小に基礎をおく。後述の社会保障制度と国民負担率に関するシミュレーションは、このような理念に基づいて行われている。

① イントラ・パーソナル・リディストリビューション（個人内所得再分配）

経済が発展した国・地域においては、高齢化は所得階層によらぬ普遍的な現象である。高齢期に備える年金は、対象者が「長生きするリスクを知っている」という前提が成り立つ時、若年時の積立を元に給付を行う設計が可能となる。こうした設計の下での年金は、同一人間の所得の移転と捉えられる。

このような条件が充たされるなら、年金を個人の時点間所得移転と位置づけ、私的市場に委ねた制度設計を行えば足りると考えられるにもかかわらず、公的制度を通じて運営される社会保障制度が用いられる理由を示そう。それは、1930 年以前に生まれた世代は、そ

もそも普遍的な長生きを予定していない社会で生きてきた事実、加えて、民間保険市場の失敗とマイオピック（近視眼的、無思慮）な人間の存在をあげることができる。

市場の失敗とマイオピックな人間による積立不足は、補完的なセイフティネットで救済する制度を設計する方が効率的である。とはいえ、第一の問題（戦争中に青春期をすごし、その後の経済復興を支えた世代の年金積立不足）の解決は、世代間移転の仕組みをとらないかぎり不可能である。

しかし、「今後は、公正を確保するための所得再分配とみなせる年金は、全額課税により賄われる基礎年金に特化させて公的セクタを通じた拠出、負担の仕組みを減らし、個人の責任において私的市場に委ねた私的年金による制度設計を主体として行っていくべきである」と主張する政党や団体もみられる。

なお米国では、公的年金は全額国債で運用されており、運用利回りが低いだけでなく、管理費用もかかることから非効率であるとして、フェルドシュタイン等に代表される公的年金の部分的民営化論が台頭している。彼の理論は、社会保障税の一部を民間市場において個人勘定で運用させ、退職時に現行法で保障されている社会保障給付額の 75％を個人勘定積立基金から充当するという内容である。積立不足が生じた場合には、連邦社会保障基金がその差額分を補充し、逆に 75％を上回る収益が得られていれば、その分は個人の年金額に付加されるとの提案である。

②インター・パーソナル・リディストリビューション（個人間所得再分配）

一方、個人のリスク差異が大きい（特に高齢者とそれ以外の層との差異）医療・介護については、自己逆選択による市場の失敗の生じやすい分野であり、公的医療制度による医療費保障を維持していく方向が合理的である。したがって、これらについては、個人間の所得再分配機能を重視する公的セクタを通じた拠出・分配の仕組みが維持されるべきと考えられる。

なお、理念的に上記のような社会保障制度による区分を行ったが、賦課方式の年金であれば②の要素が入るし、医療においても個人のライフタイムでみた場合、若年時の拠出超、高齢時における受給超が生ずる蓋然性が高く、①の要素を併せ持つとの理解は間違っていない。

次章では、社会保障制度ごとの改革の方向性について、日本と米国および英国とを対比した上で、社会保障制度改革と国民負担率の相関を明らかにする。

Ⅲ．年金制度

１．日本における年金制度改革の現状と改革の方向性

（１） １９９９年度改革の動き

① 厚生省が示した「5 つの選択肢」

1999 年度の年金制度改革に先立ち、厚生省は 1997 年 12 月、給付と負担のあり方に関する枠組みとして、5 つの選択肢を提示した（図表 10 参照）。これは、公的年金をめぐる著しい環境の変化から、制度の長期的安定のために給付と負担の均衡を図る改革が不可欠との認識に基づく提案である。

《図表 10》厚生省が示した「5 つの選択肢」の枠組み

A 案	**現行制度の給付設計を維持する案** 前回の平成 6 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率を、前回の平成 6 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（ボーナス含む）の 20%程度にとどめる案** 厚生年金の最終保険料率を、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率を、現状程度の月収の 20%程度（ボーナスを含む年収の 15%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 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又は個人年金に委ねる。

なお、1998 年 5 月に厚生省が公表した、「年金改革に関する有識者調査」の結果によれば、給付と負担の組み合わせについては、上記の C 案を選択した者が 40.5%ともっとも多く、次いで多かった選択肢が上記の B 案で、30.8%を占めている。また、公的年金の民営化論については、「現行の 2 階建ての仕組みを維持」が 70.9%を占め、「民営化に向けて徐々に変更」は 17.1%、「1 階建ての基礎年金のみとすべき」は 8.5%にとどまっている。

② 厚生省による改正案の提示

年金審議会からの意見書を受けて、厚生省は 1998 年 10 月、年金制度の改正案をまとめ、自民党の年金制度調査会と社会部会の合同会議に提示した。将来の厚生年金保険料率を年収の 20%程度（月収の 26%程度）にとどめる一方、将来の給付総額の伸びを抑制する 3 つ

の案をあげている。各案は、裁定後の基礎年金・厚生年金を物価のみで改定すること、60歳台後半の在職老齢年金を導入すること、といった項目に関しては共通に実施する予定となっているが、給付水準や支給開始年齢の見直しという点において、以下のように異なっている。

［第 1 案］将来的に厚生年金（報酬比例部分）の支給開始年齢を 65 歳に引き上げ、現行の給付水準をなるべく維持する（将来、報酬比例部分を 5%程度適正化）。
［第 2 案］厚生年金（報酬比例部分）の支給開始年齢 60 歳を維持するが、厚生年金水準の適正化を強化する（将来、報酬比例部分を 15%程度適正化）。
［第 3 案］厚生年金（報酬比例部分）の支給開始年齢 60 歳を維持するが、国民年金の最終保険料を抑えるため、基礎年金水準も適正化する（将来の基礎年金、報酬比例部分を、ともに 10%程度適正化）。

その後の検討経過を踏まえて、厚生省が 1999 年 2 月、自民党の年金制度調査会と社会部会の合同会議に提示した「年金制度改正案大綱」[18] [19]では、給付総額抑制の手法として上記の第 1 案が採用され、現行の厚生年金保険料率・国民年金保険料は据え置くと提案されている。

③ 改革の背景—急速な少子・高齢化

年金給付と保険料負担の問題がクローズアップされる背景には、急速な少子・高齢化の進行がある。賦課方式で運営される年金制度にとっては、とりわけ少子化（図表 11 参照）による影響が大きい。すなわち、後の世代になる程、年金受給者への給付に必要な費用を負担する人数が減少し、1 人当たりの負担が大きくなっていくからである。

少子化の背景としては、女性の経済的地位が高まり、男女とも晩婚化・未婚化の傾向が強まっている変化があげられる。このような少子化の進行を抑えるためには、保育サービス等の充実により、女性が仕事と育児を両立させていけるような社会の仕組みを作る努力が大切である[20]。さらに重要な点として、男性による家事と育児の負担も欠かせない。

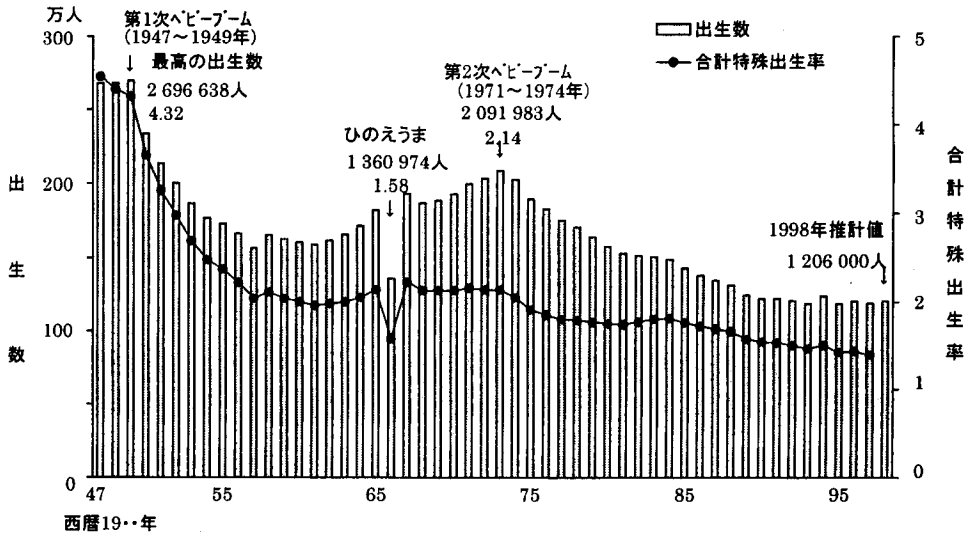
---

[18] 自民党の年金制度調査会と社会部会の合同会議は、1999 年 3 月 5 日に大綱を協議し、①報酬比例部分の給付水準を 5%適正化することに関連して、新たに「基礎年金（夫婦 2 人分）と合わせて現役世代年収のおおむね 6 割を確保する」ことを明記する、②費用負担に関しては「国庫負担の引き上げと保険料凍結解除の時期は同時とし、できるだけ速やかに実施する」との記述を新たに盛り込む、等の修正を加えた上で了承した。（週刊社会保障、No.2029、1999.3.15.）

[19] さらに厚生省は 1999 年 3 月 12 日に、「国民年金制度及び厚生年金保険制度並びに年金積立金の運用の改正（年金制度改正案要綱）」を年金審議会に諮問した。要綱は、大綱とおおむね同様の内容となっている。年金審議会は 1999 年 3 月 15 日、要綱を「了承する」旨の答申書を宮下厚生大臣に提出した。（週刊社会保障、No.2030、1999.3.22.）

[20] 経済企画庁経済研究所「経済分析」（第 151 号、1997 年 9 月、高齢化の経済分析）にお

《図表 11》出生数及び合計特殊出生率の推移



（出所）厚生省「平成 10 年　人口動態統計の年間推計」

（2） 制度改革の課題と方向性

① 給付と負担の適正化[21]

a．保険料引き上げ論の妥当性

欧米主要国の動きをみると、公的年金保険料を今後引き上げる政策を予定している国はなく、むしろ長期間年金保険料を固定する、あるいは場合によっては年金保険料を少しずつ引き下げていく方向にある。また、それが可能なように給付調整も行われている。

これに対して日本では、官による「保険料は引き上げなければならない」という考え方が何の批判もなく受け入れられているようにみえる。厚生省の見解は、「現行のままでは、将来日本の年金制度は必ずおかしくなり、維持できなくなるから、極力早く保険料を上げなくてはいけない」である。

では、本当に年金保険料を引き上げる必要はあるのだろうか？

このような年金保険料引き上げ論に関して、厚生省は 17.35%、34.3%という 2 つの数字を提示した。すなわち、現在 17.35%の保険料率が、将来 34.3%まで上昇するとの説明である。ただし現在の低成長が継続すれば、保険料率はもっと高い水準となる[22]。保険料引き上げ論の根拠は、「かつてのような高度成長はもう期待できず、自分の子どもの世代と自分とを比べてそんなに生活水準に差がない時代に入ってきた。そのときに給付は両者まったく同じで、保険料の負担だけ大きく違う事態はおかしい。だから早目に保険料を引き

ける「(研究 3) 少子化の経済分析」。以下、「経済分析　第 151 号」。

[21] 財団叢書 No.57。

[22] 厚生省「5 つの選択肢」における試算においては、標準報酬上昇率 4.0%、消費者物価上

上げて、もうこれ以上引き上げる必要がない水準に早くもっていった方がいい」とまとめられる。しかし、それは現行の給付水準と、基礎年金財源の国庫負担割合が不変であると仮定した場合の結論である。この仮定を見直し、諸情勢の変化に適合するように、給付水準も負担も変えていくとすれば、「年金制度がおかしくなり、維持できなくなる」という状態になるとはかぎらない。

b．基礎年金の財源に社会保障目的消費税を導入

1階の基礎年金の財源調達については、国庫が3分の1を負担し、残りの3分の2を保険料で賄う現在の仕組みを、将来とも維持するとの前提が 34.3%という試算値の基礎になっている。仮に基礎年金財源の3分の2を、現在のような保険料ではなく、税で調達する方式に改めるならば、保険料が持つべき守備範囲は当然縮小し、給付水準を変えなくてもピーク時の保険料負担は下がる結果になる。さらに、給付水準を下げ（既裁定年金は賃金スライドを物価スライドに変える、モデル年金受給に必要な拠出期間を40年から45年に延長する等）、基礎年金の財源を全額税によって賄うように変えれば、長期的にみても、ピーク時の保険料負担は 34.3%とならず、現在とほぼ同じ水準にコントロールできるであろう。そして当面の間、保険料を上げる必要はないと考えられる。

保険料に代わる財源として、社会保障目的消費税を導入すればどうなるか。国民負担の総額は変わらないが、負担を誰がするかは異なってくる。目的消費税の導入により、事業主、自営業者、給与生活者、つまり現在保険料を負担している人々は基本的に負担減になる。一方、年金受給者の負担は増加する。消費税は免税点以下の低所得者も年金受給者もすべて負担する税金である。ただ、消費税率を上げれば当然物価上昇が起こるが、年金受給者は、負担増に伴うかなりの部分を給付のスライドによって取り戻せる。

もともと消費税は、年金や高齢者医療、介護など、社会の高齢化に対応するための財源として計画されたはずである。所得税等で国庫負担を賄い続ける方策は現実的に困難である以上、保険料水準を抑えるには、社会保障目的消費税を導入する方向が望ましいと考えられる。

c．年金受給者の負担

現役世代の負担を軽減する観点から、年金受給者の負担についても十分検討する必要がある。極論すれば、保険料を引き上げず、年金の給付水準を引き下げる選択が受給者にとっての実質的な負担とも考えられるが、その他に現実的な形としては、以下のような案があげられる。

もし社会保障目的消費税が導入されるならば、年金受給者は基礎年金の財源の一部を税金を通じて負担することになる。また、2000年4月から施行される介護保険制度には、65

昇率 2.0%、運用利回り 5.5%としている。

歳以上の一定額以上の公的年金受給者は、介護保険料が年金給付額から天引きされる仕組みが取り入れられている。現在見直しが進められている高齢者医療制度においても、医療費の患者自己負担割合を高める提案とあわせ、保険料を公的年金から天引きする仕組みもいずれは討議の俎上にのせざるをえないと思われる。

いずれにしても、年金受給者も何らかの形で今以上に社会保険財源負担に参加しなければならない。なおこれは、本報告書冒頭で提起した、高齢者の負担と給付における二重計算の調整にも関連する問題である。

② 年金制度の運営とリスク

ここで、政府は内在するリスクにきちんと目を向けずに年金制度の運営を行ってきているのではないか、との疑念を取り上げてみよう。

厚生省は年金積立金の運用に関し、安全性・確実性を基本においている[23]。確かに、何十年も先の給付が現時点で確実に保障されるならば、それは年金受給者にとって非常に望ましい姿であるが、そのような「確実な保障」が、逆に保険料を負担する側に無理を強いているのではなかろうか。経済情勢や人口構成の変化によって、保険料は上方修正され、また「確実に保障」されるはずの給付水準は下方修正されようとしている。

経済や社会の情勢は変動し続ける以上、20 年後、30 年後の年金給付に関して、現時点の購買力の絶対的な保証は不可能である。にもかかわらず、リスクを極力取らないようにしながら、確実なリターンを望む政府のスタンスでは、人々の期待を裏切り続け、年金不信を高める結果になろう。次に、年金制度の運営に関する具体的なリスクを 2 つ取り上げる。

a．運用リスク

給付建て制度では、運用環境の悪化により利回りが予定利率を下回り、事後的に給付と負担の調整を余儀なくされるリスクが存在する。制度設計者がこのような運用リスクを十分把握していない場合、制度加入者に過大な期待をさせておいて後から裏切る事態を繰り返す結果となる。一方、わが国でも導入が検討されている掛け金建て制度は、制度の加入者側が運用リスクを負う設計思想に基づく。掛け金の運用に失敗しても、加入者は自己責任の下に諦めなければならない。

b．少子化のリスク

前述のように、賦課方式で運営される年金制度では、少子化が 1 人当たりの保険料負担を増加させる要因となっている。現時点で推計されている、少子化の将来的な進行度合い

---

[23] 厚生省「年金積立金の運用の基本方針に関する研究会」報告（1998 年 6 月）、厚生省「年金制度改正案大綱」（1999 年 3 月）。

（具体的には合計特殊出生率の低下の度合い）がさらに下方修正され[24]、さらなる負担増をもたらすリスクが存在する。制度設計者がこのような少子化のリスクを考慮しない場合、想定しなかった高負担を事後的に加入者に押しつける結果となり、加入者の年金不信を増大させるであろう。

以上のように、年金制度においては、安全性・確実性を追求する以前に、リターンに対応したリスクを考えておく必要がある。

③ 公的年金と私的年金の役割分担

ａ．2階部分の完全民営化とその問題点

前述の通り、公的制度によってカバーされるべき範囲は、「公的な規制もしくは私的な活動プラス補助金で代替できない分野」に限定すべきである。年金についても、公的制度は基礎的な保険機能を担い、私的制度によって選択的なサービスの供給を行う、という分担のあり方に基づくと、公的年金は 1 階の基礎年金に限定し、2 階の報酬比例部分を民営化する姿が導かれる。しかし 2 階部分の民営化は一朝一夕にできる改革ではない。既存の公的制度の段階的解消と平行して、民営化へ段階的に移行していく方法が現実的な形となろう[25]。また 1998 年 10 月の厚生省の年金制度改正案において「(2 階部分の民営化は) 問題があることから、引き続き現行の 2 階建ての公的年金制度を維持すべき」と記されているように、積立方式の民間スキームへの移行に際しては、制度加入者の観点から考慮しなければならない事柄が存在する[26]。ここでは以下の 2 点を取り上げたい。

第 1 に、実施に当たり「二重の負担」問題が発生する。この「二重の負担」問題は、賦課方式の下では顕在化せず将来世代に先送りされるが、積立方式への移行に伴い顕在化する。具体的には、現役世代が既存の受給者に支払う年金を賄うと同時に、自己の年金を（賦課方式のように将来世代の世話にならずに）自分で賄うという、2 つの負担を意味する。前者の負担については、厚生省の試算では 1999 年度末時点で 2 階部分だけで 350 兆円の未積立債務があるとされている（この額は前提となる運用利回り等の値によって変動する）。二重の負担は現役世代の生活を圧迫するだけでなく、企業にも追加負担を強いる事態になる。

---

[24] 国立社会保障・人口問題研究所の中位推計によれば、これまで新たな人口推計が公表される毎に、常に合計特殊出生率が下方へと修正されてきているが、これは推計方法自体に何らかの問題点があることを示唆している。過去の人々の行動を所与として行う伝統的な人口推計の手法では十分に対応できないような、人々の行動変化が持続的に生じている可能性があり、その背景として、経済分析　第 151 号は、女性の就業率の高まりと、それに密着した女性の経済的地位の向上をあげているが、より根本的な問題は男性側の理解と態度にあると思われる。

[25] 小塩隆士「年金民営化への構想」(日本経済新聞社、1998 年)。

[26] 高山憲之「性急な制度変更論の落とし穴」(論座、1997.12)。

第 2 に、民営化された年金は給付建てではなく、掛け金建てで運用されるため、運用リスクやインフレリスクは加入者本人が背負わねばならず、老後生活の安定は必ずしも保障されない。一方で、老後生活の安定を図るための制度であった公的年金が、最低生活の保証に限定されるとすれば、それにふさわしい補完手段を組み合わせるべきであろう。例えば、好ましい案かどうか、また実現可能かどうかは別として、1 階を含めて民間年金保険スキームへの加入をすべての成人に強制し、生活保護制度で補完する姿も 1 つの方法である。あるいは、高齢者・障害者・遺族に対しては、生活保護給付とは別立ての差額給付（最低生活費との差額）を公的年金として支給する仕組みも想定できる。

b.「3 階部分」の私的年金を整備する

このように、2 階部分の完全民営化には様々な問題点があり、実施は容易でないにしても、現行の 2 階建て公的年金制度を維持するには、2 階部分の給付水準は徐々に切り下げていかざるを得ないであろう。その切り下げられる部分を埋め合わせるために、企業年金や個人年金といった私的年金を奨励していく必要がある。その際は税制の変革が欠かせない[27]。

代表的な企業年金制度である厚生年金基金・適格退職年金の税制についてみると、従業員の拠出した保険料については、厚生年金基金では全額社会保険料控除の対象となる。他方、適格退職年金においては生命保険料控除の対象となり、必ずしも全額が控除されるわけではない。また年金積立金に対しては、厚生年金基金では代行部分の 2.7 倍に相当する水準を超える部分、また適格退職年金では従業員負担分相当額を控除した部分に対して、特別法人税が課せられていたが、1999 年度の税制改正により、特別法人税の課税が 2 年間臨時に停止されることとなった。

この他私的年金の各制度ごとに税制上の制約が存在するため、今後はこれらの税制を見直し、ある一定水準までは公私を問わず何らかの優遇措置を付けて、掛け金建て制度の導入も踏まえた私的年金の充実を図っていく方策が、年金制度改革における重要な課題の 1 つになると考えられる。

2．米国における年金制度改革の現状と改革の方向性

（1）年金制度改革の必然性

①団塊世代の年金制度存続への危機

年金制度改革は米国でも大きな議論を呼んでおり、公的年金を積立方式による民営化を

---

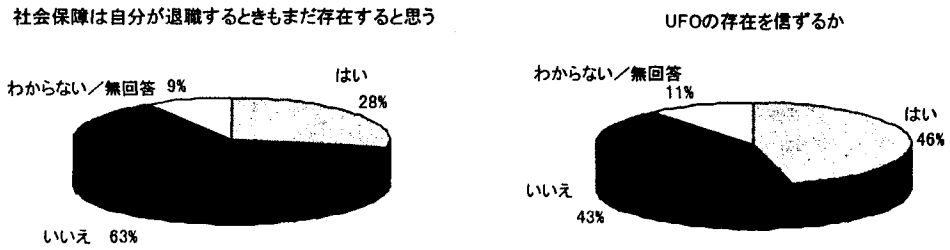
[27] 財団叢書 No.57。

行うべきだと唱える提案がある[28]。この背景には、現状のままだと団塊の世代が引退する頃には公的年金財政が困難になる問題と、マクロ経済上の貯蓄増強の要請がある。すなわち、賦課方式（世代間扶養制度ともいわれ、費用計算が容易でありかつインフレの影響を受けない）の公的年金がなければ、民間の貯蓄率はもっと高く、米国の経済ははるかに強くなっていたはずだとの考え方であり、積立方式による資本形成が米国経済をさらに強くするという期待である[29]。

②若年世代（18-34 歳）の年金制度に対する懐疑

また、18-34 歳の米国若年世代の公的年金に対する考え方は、以下のグラフのようになっており、将来年金を受給できる確率は UFO が存在する可能性よりも低いと懐疑的である（図表 12 参照）。

《図表 12》公的年金制度存続に対する懐疑



(Marshall N.Carter & William G. Shipman, Promises To Keep, Regnery Publishing Inc, at85.)

（2）米国における従来の年金改革論議

①1983 年年金改革

過去の米国における年金問題を概観すると、最後に年金大改革が実施された時期は、レーガン政権時代の 1983 年であり、その後大規模な改革は行われていないことが特徴としてあげられる。そもそも 1983 年以前には非常に寛容な年金制度改訂がなされていた。すなわち、名目賃金増と物価上昇分の 2 つの指標でスライド（ダブル・インデクセーション）してしまったために、社会保障制度が一気に資金ショートを起こし、他の会計から資金を借りて年金受給者に渡すなどといった時期があった。そこで、1983 年にスライド方法を修正し、支給開始年齢を将来 67 歳に引き上げ、給付水準を徐々に下方調整すると決定した。

あわせて、米国は社会保障税率を現在の 12.4%に長期固定すると 1983 年改革で決定した。正確には、1983 年からではなく、それまでは低率だった社会保障税率を時間をかけて

---

[28] 米国退職者の所得は、主として公的年金である社会保障年金、企業年金、個人貯蓄からなり、退職者の 5 人に 1 人は、社会保障年金を唯一の収入源としている。

[29] 中野育男「世界の年金制度の動向」（法律のひろば, 1998.4）。

調整して 12.4%に引き上げ、それを将来 70 年間固定すると法律上規定したのである。税率をそれ以上は上げずに、財政上必要があるときは、支給開始年齢を引き上げたり、給付水準を引き下げて調整する方式が、米国社会保障制度の考え方である[30]。

②第三のレール

アメリカでは、年金受給者団体は最大の政治的圧力団体となっており、また現役労働者の過半も賃金の据置や実質的低下を被るなど経済的繁栄の果実を享受できない状態にある。したがって、多くの米国人が増税や社会保険料の引き上げを拒否し続けるとともに、政治家は年金の削減に対して慎重なスタンスを取ってきた。このように、年金問題はタブー視され（年金問題は「第三のレール」[31]といわれている）、それに触れれば議員としての政治生命を失うと考えられてきた。

（3）米国での新たな年金改革論議

①人口動態の変化と社会保障制度存続への懐疑

しかし、年金が将来にわたって現状のままで良いかをめぐっては多様な意見があり、民営化を含めた議論が活発に行われるようになった。

特に、年金積立金（社会保障年金基金）は、全額米国国債の引受に回されており、連邦政府の赤字をファイナンスするために使用され、米国経済の成長を促進させる財源とはなっていないとの批判が加えられてきた。そこで、近時の年金改革論の多くは、株式への投資を含め、積立金の運用方法を変更すべきとの意見が多くなってきた特徴がみられる[32]。

② 年金に関する大統領諮問委員会報告書

前述のような年金民営化論の一貫として、クリントン大統領の諮問委員会が 1996 年 1 月に提示した次の 3 つの改革案（意見の一致ができなかった）のいずれも、社会保障基金の一部を民間での投資に運用することを提案している。

a. 従来型
b. 個人退職勘定代替型（従業員拠出対応分の 401(K)プラン切替）
c. 個人退職年金上乗せ型（社会保障税率を 1.6%上乗せし、確定拠出型の個人退職貯蓄を強制する）

---

[30] 高山憲之「欧米の年金改革と日本における今後の課題」（財団叢書 No.57、1998）。
[31] ニューヨーク市の地下鉄の電気の通っているレールを指しており、触れれば命を落とす、という意味を持つ。
[32] 高山憲之「年金改革」（経済研究、Vol.49、1998）。

③ 連邦財政の黒字化

長い間、アメリカ合衆国連邦政府全体としては財政赤字が続いていたが、1998 年に連邦財政が年金収支込みで黒字に転換した。そこで、黒字に転換した部分をどうするかが、政治家にとって大問題になった。それを受け、従来タブー視されていた年金問題を連邦議会議員が積極的に議論するようになった時代背景がある。

④ モイニハン・ケリー法案

具体的には、1998 年 3 月に、民主党上院議員であるパトリック・モイニハンとボブ・ケリーが共同で年金改革法案を提出した。このモイニハン・ケリー法案は、年金財政が黒字で、黒字分で連邦国債を買う位であれば、社会保障税率を 2%引き下げ 10.4%にし、その分を民間に戻すという内容であった。さらに、支給開始年齢を現在の 67 歳から 70 歳まで延長し、年金の物価スライドを消費者物価指数上昇率マイナス 1%にする提案も含まれていた。

⑤ NCRP[33]「21 世紀退職者保障プラン」

一方、非政府組織からの提案として、NCRP（退職者政策委員会）は、「21 世紀退職者保障プラン」（The 21st Century Retirement Security Plan）を、1998 年 5 月 19 日に公表した。本報告書においては、2000 年以降の退職者保障制度に関し、主として、次のような政策提言が行われており、現行の社会保障税率を維持したまま安定的な公的年金制度が維持できると主張されている。

a. 退職年齢の引き上げ

2029 年までに通常退職年令を 70 歳に引き上げるとともに、早期退職年令を 2017 年までに 65 歳に引き上げる。

b. 社会保障税率の一部民間運用の導入

現行の社会保障税率 12.4%のうち、2%を個人貯蓄勘定（Individual Savings Account：ISA）に振り替え、多様な投資商品の中から運用の自由を認める。

c. 州政府職員等の連邦社会保障年金制度への加入義務づけ

1999 年以降、すべての州政府及び地方自治体職員を連邦社会保障年金制度に加入させる。

d. 従属配偶者年金の縮減

従属配偶者年金の基本年金（PIA）給付率を、2000 年から 2016 年にかけて 50%から 33%

---

[33]National Commission on Retirement Policy：超党派の連邦議会議員や企業者等により構成される委員会であり、前掲 CSIS が主催している。

に縮減する。

e. 平均標準報酬の算定期間の延長

35年から40年に変更する。

（4）米国連邦議会（第106議会）の年金改革論議の展開

① 減税か社会保障制度改革か

1999年度の財政黒字は760億ドルと想定されるが[34]、クリントン大統領や民主党有力議員は、高齢化していくベビーブーマー世代が直面する社会保障制度の問題点の解決策が見い出されない限り、いかなる減税策も取るべきではないと考えている。そして、1998年の105議会では、下院が800億ドルの減税法案を承認しながら、上院では、社会保障制度の将来像が明確になっていないとして、民主党と一部中道的な保守党議員の反対によって廃案になった経緯がある。米国における社会保障改革、すなわち、年金制度改革と高齢者医療制度であるメディケア改革は、クリントン政権にとって最大の政策課題の1つとなっている。

② クリントン大統領のイニシアティブ

1999年の106議会では、2032年に想定される制度の破綻を回避する妥協案が成立する可能性が指摘されている。共和党は、これまで減税を主張するとともに、社会保障基金を証券市場で運用する規制緩和によって政府規模を縮小する方策を主張してきた[35]。一方、1998年12月のホワイトハウスでの社会保障会議で、クリントン大統領も、現在国債で運用されている12.4%の社会保障税の一部を証券市場で運用し、収益率を高める案に肯定的であると表明した[36]。

さらに大統領は、1999年1月の年頭一般教書演説で、今後15年間にわたって2.7兆ドルを連邦社会保障基金に投入し、その25％を株式等による民間市場運用を行うとともに、現行の基金に加えて、新たな個人退職勘定（PRA）を設定し、5,000億ドルを投入すると提案した。これにより、2032年と予測される社会保障基金の破綻を2055年まで延長できると説明している。

③その他の年金民営化提案

一方、フェルドシュタインの提案、すなわち現行の社会保障税率12.4%の中から2.3%

---

[34] CNN, "U.S. budget surplus to be larger than expected", Jan. 6, 1999.
[35] CNN, "What's ahead for the 106th Congress?", Jan. 6,1999.
[36] CNN, "Clinton favors using stock market to pump up Social Security", Dec. 9, 1998.

を PRA に拠出し、運用の自由を認めるプランも注目されている[37]。この提案は、前述の NCRP が「21 世紀退職者保障プラン」で提言した、2%を ISA に振り替え運用の自由を認める内容とも整合的である。また、モイニハン・ケリー法案では、単に 2%の税率カットを行い、個人の自由な裁量に委ねるにとどまるとはいえ、基本的にはこれらは、社会保障税の一部の民間運用を積極的に認めていこうとする動きの表れである。

3．英国における年金制度改革の現状と改革の方向性

（1）従来の年金像[38]

一方、英国の年金制度は次のようにまとめられる。すなわち、老後の生活費用のうち最低基準額を国が基礎年金によって保障し、従前生活の維持にかかわる部分は原則として企業と個人の努力と責任に委ね、国は税制をはじめとする諸々の手段で支援を行う、また職域年金のないグループには、政府管掌の報酬比例年金制度を用意する、という仕組みになっている。

英国の公的年金制度は、ごく最近まで老後の最低生活費を賄うために創設された定額の基礎年金しか存在しなかった。2 階部分（報酬比例部分）については、税制面の支援もあって職域年金（企業年金）が戦後それなりに発達していた。政府管掌の報酬比例年金は、この職域年金に後発の制度として割り込む形となったため、従来の職域年金には公的制度の適用除外を条件付きで認めざるをえなかった。

（2） サッチャー、メージャー両政権下における公的年金の大幅な改革[39]

英国では、人口高齢化に伴う年金負担増の問題にいち早く対応するため、サッチャー政権下の 1986 年に制度改革が断行され、続くメージャー政権下の 1995 年にも改革が行われた。

① 2 階部分の給付水準引き下げと、モデル年金拠出期間の長期化

サッチャー首相は政権に就いた当初から、公的年金の 2 階部分民営化を提案した。しかし、関係者の不評を買ったためこれを撤回、2 階部分は残すものの給付水準を引き下げる

---

[37] 米国における公的年金改革の提案は、現行の制度に “PRA”を外枠で付け加える型と現行の制度の内枠として新たな”PRA”を設定する型とに二分できる。前者を”add on”、後者を”carved out”と称している（GAO, “SOCIAL SECURITY: Individual Accounts as an Element of Long-Term Financing Reform”, GAO/T-HEHS-99-86,p9(1999).）が、クリントン大統領の提案が前者、フェルドシュタインの提案が後者の型に該当する。

[38] 高山憲之「年金改革の構想」（日本経済新聞社、1995 年）。

[39] 財団叢書 No.57、高山憲之「年金改革」（経済研究、1998.1）。

方向に切り換えた。それまでは 20 年間の拠出によって賃金の 25%の給付を約束していたのに対し、これを 49 年間の拠出で賃金の 20%給付に変更した（この 49 年という期間は、一番若い人で 16 歳から拠出を開始し、65 歳から年金受給となることから、考えられるもっとも長い拠出期間になる)。さらに、賃金の算定ベースは、従来の 20 年ルール（一番高かった 20 年間を考慮）から、生涯平均給与に変更された。

② 女性の支給開始年齢の引き上げ

改革以前の年金支給開始年齢は、女性が 60 歳、男性が 65 歳であった。メージャー政権下の 1995 年における改革では、女性の支給開始年齢も長期的に 65 歳に引き上げることとなり、2010 年から 10 年かけて調整される計画である。

英国では、1980 年以降既裁定の基礎年金は物価スライドのみが制度に組み込まれている。生産性が上昇し、その結果実質的な賃金上昇があっても、賃金スライドは行っていない。したがって、対平均賃金比でみた基礎年金の実質的水準は低下し続けている。これに、サッチャー、メージャー両政権下における制度改革が加わり、公的年金の負担増問題は解消され、年金保険料は現在の 18%程度の水準から、将来 14%へと徐々に下がっていく見通しである[40]。

（3） 最近の改革の動向と方向性[41]

① 労働党政府による社会保障改革案の提示

1997 年春の総選挙で労働党が大勝し、1979 年以来 18 年間続いた保守党政権が終了した。このため、英国の社会保障政策は今後、さまざまな領域で変化する可能性がある。

1998 年 3 月 26 日、政府は、フィールド福祉改革担当相の下でまとめられた社会保障改革のためのグリーンペーパーを発表した。グリーンペーパーは「わが国の新たな野心－福祉のための新しい契約（New Ambitions for Our Country－A New Contract for Welfare, Cm3805)」と題された。プレスリリースによると、このグリーンペーパーは今後 10-20 年の改革の方向と、「政府と個人の間の相互的な義務（reciprocal duties）に基づく、新しい福祉の契約」を示す、と性格づけられている。またフィールド福祉改革担当相は、「依存

---

[40] 記載の保険料水準は、財団叢書 No.57 による。英国の場合、国民保険の全ての給付（疾病、失業、年金等）を統括した形で保険料が設定されており、所得が高いほど料率も高くなる仕組みとなっている。

[41] 武川正吾・塩野谷祐一編「先進諸国の社会保障①イギリス」（東京大学出版会、1999.3)、Department of Social Security Headquarters Press Release “FRANK FIELD LAUNCHES NEW CONTRACT FOR WELFARE” （Mar. 26,1998)、Department of Social Security “A new contract for welfare: PARTNERSHIP IN PENSIONS”（Dec. 15,1998）.

（dependence）ではなくて機会（opportunity）を促す」政府の改革であり、「働くことができる人々には仕事を、働くことができない人々には保障を」与える変化であると述べている。

② 労働党政府による年金制度改革案の提示

1998 年 12 月 15 日、政府は、ダーリング社会保障大臣の下で、年金改革に関するグリーンペーパー「福祉のための新しい契約：年金におけるパートナーシップ（A new contract for welfare: PARTNERSHIP IN PENSIONS, Cm4179）」を発表した。このグリーンペーパーにおける提案の特徴は、次の 2 つに集約される。第 1 に、従来の公的年金制度の 2 階部分リニューアルと「最低所得保証」の導入により、低所得者に的を絞ってその生活水準を引き上げる。第 2 に、中・高所得者を賦課方式の公的年金から積立方式の私的年金に誘導し、貯蓄を高めようとしている。

提案の主な内容は、以下の通りである。

（公的制度の 1 階部分）

・基礎年金は、物価スライドを含めて、現行制度を維持する。

（公的制度の 2 階部分）

・現行の報酬比例年金制度（SERPS）を新しい制度（State Second Pension）に置き換える。

・年収 9,000 ポンド未満の低所得者は、State Second Pension の導入により、給付水準が大幅に改善される。具体的には、年収が 9,000 ポンドの者に対して SERPS が給付する額の 2 倍を給付する（実際の年収が 9,000 ポンド未満の者は、年金計算上は一律 9,000 ポンドの年収がある者と見なされる）。さらに、介護に従事していたり、病気・障害を持つために働けない者にも制度への加入権を与え（9,000 ポンドの年収がある者と見なす）、国が彼らの保険料を負担する。

・年収 9,000～18,500 ポンドの中所得者も、State Second Pension に加入することにより、SERPS よりも給付水準が若干改善する仕組みとするが、一方でこの所得者層に対し、公的制度からの脱退に伴う払戻保険料を増額し、積立方式の私的年金（後述の stakeholder pension を含む）へ加入するよう促す。

・年収 18,500 ポンド以上の高所得者における State Second Pension の給付水準は、SERPS と同じである。

・以上により、将来的には State Second Pension が低所得者向けの均一年金スキームとなることを、政府は期待している。

（新しい私的年金）

・年収 9,000 ポンド以上の中高所得者向けに、新しい私的年金（stakeholder pension）を導入する。安全で、低コストで、柔軟性のあるこのスキームへの加入を通じ、より多く貯蓄できるようにする。

（最低所得の保証）

・退職後に人並みの水準の生活が送れるよう、最低所得保証（minimum income guarantee）を導入する。1999 年 4 月からの最低所得保証の週額は、単身者で 75 ポンド（80 歳以上は 82.25 ポンド）、夫婦で 116.60 ポンド（80 歳以上は 125.30 ポンド）である。この額は、財源が許す限り毎年引き上げ、長期的目標としては収入の伸びに応じて引き上げるようにする。

③ 今後の方向性

現労働党政権が直面している中心課題は、公的年金の支出費用ではなく、総合的な年金給付の適切さ、とりわけ貧困状態にある人々に対する年金給付の適切さである。年金受給者間の不平等を回避するために、公的給付の対象をうまく絞り込み、老齢人口の増大に合わせて公的年金支出の負担を維持しながらも、しだいに公的年金が貧しい人に集中するようになる政策がとられる可能性が高いと思われる。

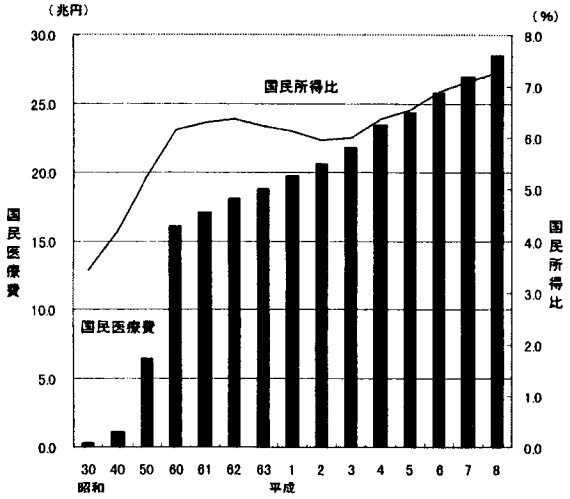
Ⅳ. 医療・介護制度

1. 日本における医療制度改革の現状と方向性

（1） 国民医療費の現状

高齢化が加速する現在の日本において、引き続く国民医療費の上昇が多様な議論を引き起こしている。1996 年度の国民医療費は 28 兆 5,210 億円に達し、対前年 5.8％の増加となっている。国民医療費の国民所得に対する割合も 7.27％（前年度 7.09％）に上り、1991 年以降、医療費の対国民所得比は継続して上昇基調にある（図表 13 参照）。

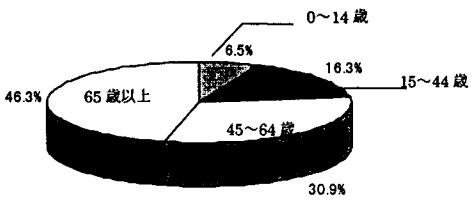
《図表 13》 1996 年度国民医療費の概況



（出所）厚生省「1996 年度国民医療費」

一般診療医療費の年齢別構成をみると、65 歳以上の老人医療費の占める割合が全体の 46.3％を占めるにいたった（図表 14 参照）。このことから、老人医療費を中心とする国民医療費の抑制を図るべく、抜本的な医療制度改革の必要性が唱えられている。

《図表 14》 年齢階級別一般医療費



（出所）厚生省「平成 8 年度国民医療費」より

（2） 日本における医療制度改革の現状

このような事態の下に、現行の医療制度に対する抜本的な制度改革が必要との趣旨から、厚生省の医療保険福祉審議会と医療審議会では具体的対策の検討が行われ[42]、主として、①診療報酬体系、②薬価基準制度、③高齢者医療制度改革、④提供体制の改革を中心とした議論が行われてきた。以下に①～③の主要点を概括する。

なお、これと並行し、第４次医療法改正をめぐる議論、および 2000 年 4 月からの公的介護保険制度施行に向けた各種の基盤整備が行われているところである。

① 診療報酬体系の見直し

医療制度改革においては、医療費の効率化が重要な目的となっている。1958 年に現行診療報酬制度の最初の形が施行された頃に比べると、医療技術は高度に進化し、疾病構造も変化してきた。そのため、現状を反映し、かつ未来をふまえた抜本的改革が必要である。ただし、改革議論の中には、「現行制度は出来高払い制（正しくは診療行為別定額制）ゆえに、医療費の抑制が困難である」というシンプルな考えもみられる（実際にはわが国医療費の 30％程度がこの支払方法にあてはまるにすぎない)。一方、事実上アメリカ合衆国のメディケア入院医療費支払いのみに採用されている（ちなみに、後述のマネジド・ケア入院報酬では、20％ほどしか使われていない)、世界でも稀な支払方式である診断関連群別１件あたり包括払い制度（Prospective Payment System：ＰＰＳ）の実験が、わが国でも 1998 年 11 月から開始された。

診療報酬体系見直しに対する具体的な取り組みとしては、医療福祉審議会制度企画部会の下に設置された作業委員会での 13 回におよぶ検討結果が、1999 年１月に報告書として公表されている。この中では、国民に開かれた医療の提供を実現し、医療提供体制の整備によって医療費を抑制し、医療資源の効率的な配分を目指すとまとめられている。主たる提言内容は次の７項目からなる。

a 医療機関の機能に応じた評価
b 患者の病態（急性期、慢性期医療等）に応じた評価
c 医療技術の評価
d 薬剤の適正使用の促進
e 老人医療特性への配慮
f 歯科医療特性への配慮
g 医療情報提供の基盤整備

特に、医療行為の中で、老人医療やプライマリ・ケアなどは定型的な評価が可能であるとの前提の下に、期間あたり定額払いに移行すべきであるとの見解や、定型化、標準化の

---

[42] 厚生省医療福祉審議会制度企画部会が 1997 年 11 月 12 日に発足し、現在も継続検討中である（1999 年 3 月 1 日現在 43 回開催)。

可能な医療については上述の診断関連群別1件あたり包括支払方式（DRG/PPS）の適用を拡大していく方向が望ましいとの意見もだされた。

－なお 1999 年 4 月 16 日には、医療福祉審議会制度企画部会が、「診療報酬体系のあり方について」という意見書を公表した。

② 薬価基準制度の見直し

診療報酬体系の見直しとならんで、医療制度改革の中心におかれた項目が薬価基準制度の見直しである。すなわち、1950 年に導入されて以来、修正を重ねつつも現在まで用いられてきた薬価基準制度を廃止し、新たに「薬剤定価・給付基準額制」の導入を試みる提案がなされた。医療保険福祉審議会制度企画部会では、薬剤使用の適正化、質と価格によって薬剤が選択される健全な市場の形成、制度の透明性・効率性の確保といった視点から 21 回にわたって議論を行い、1999 年 1 月、「薬剤給付のあり方について」の意見書を提出した。

この意見書では、臨床上、同等の効果を有する薬剤を同一グループに分類・明示し、同一グループ内の全医薬品の加重平均値（市場平均価格）を基礎に当該グループの給付基準額を設定すると提案された。個別薬剤については、製薬企業の主体的判断に基づき、薬剤定価（全国一律）を設定し、給付基準額と薬剤定価のいずれか低い額を基本に保険給付するとの案であった。さらに、給付基準額を超える部分は全額患者負担となり、給付基準額を下回る部分は定率患者負担となる制度が示された（図表 15 参照）。

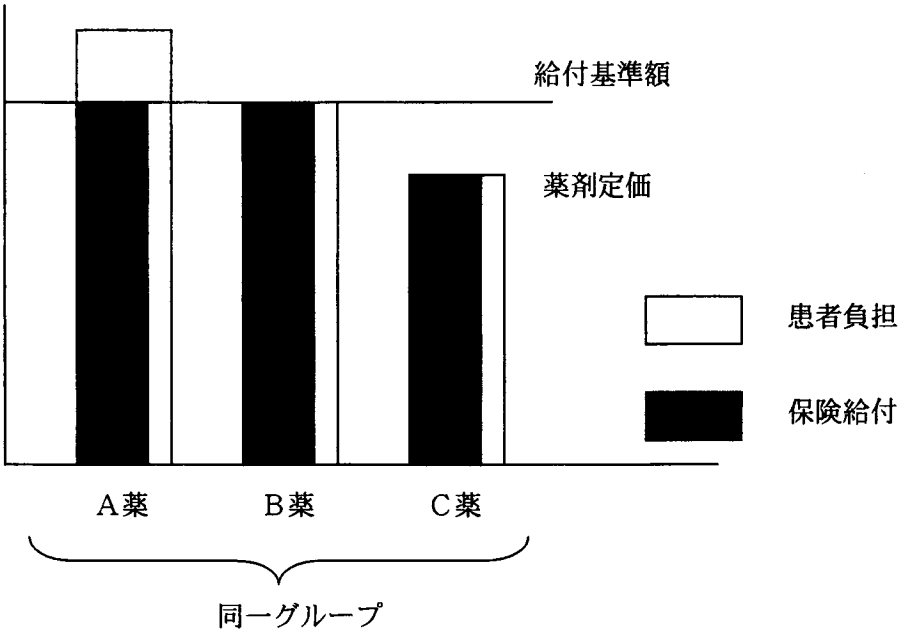
意見書によれば、給付基準額を超える部分は患者負担となるため、過剰な負担が生じない仕組み作りの必要性が指摘され、1999 年 4 月 13 日、自民党内にて「薬剤定価・給付基準額制」を白紙に戻して新たな改革案を検討すると決定した。さらに代替案として、外来薬剤定額負担を廃止し、新たに定率負担を導入する方向で検討に入っている。

③ 高齢者医療制度の見直し

前述のように、国民医療費の年齢階級別支出をみると、高齢者層の医療費が占める比率が人口比より著しく大きい様子が分かる。ゆえに、現状の医療保障制度体系では、必然的に高齢者増による財政上の歪みが生じてくると指摘され、その対策として、高齢者医療にかわる新しい制度の設計が議論されてきた。

高齢者医療制度の創設をめぐり、上記制度部会で激しい論争が行われ、現段階では二つの案が提示されている。A案は日本医師会の意見を元に 75 歳以上の全高齢者を対象とし、費用の 95％を公費で賄う制度案である。なお、74 歳までの医療費は、被用者保険と国保の被保険者が負担する。A案は、「保険」より、むしろ「福祉」制度の性格をもつと言え

《図表 15》「薬剤定価・給付基準額制」の例



（出所）週刊社会保障（Vol.53）

るだろう。厚生省が提示したシミュレーションの結果では、後期高齢者の医療費のほとんどを公費が負担するため、現役世代の保険料負担は、現行制度のまま推移するより減少する見込みである。

一方、健保連や日経連、連合などの案をモデルにしたB案は、被用者年金受給者を被用者に残し、それ以外の高齢者は地域保険の対象とする内容である。この提案（いわゆる突き抜け案）では年齢構造調整も加わる。同じく厚生省によるシミュレーションによれば、被用者側の負担はあまり変わらず、国民健康保険加入者と高齢者の負担が増加する予測が示された。

いずれの案にも一長一短があり、合意は難しいとはいえ、早急に何らかの改革案をまとめる必要がある。

（3） 医療制度改革をめぐる課題

医療制度改革は緊急の課題である。課題に取り組むにあたっては、医療、年金、福祉等が縦割りの制度体系として存在し、互いの関係に深く踏み込まずに個別に議論されている点も問題の一つとして指摘できる。人々の生活の安定を図り、制度に隙間や無駄が生じないように制度設計をしなければならない。なおその際、指標としての「国民負担率」は、社会保障制度選択の結果としての数値であって、数値が先行するような議論はすべきではないと本研究会で度々主張してきたところである。

そうであれば、選択すべき社会保障制度を検討するにあたり、それぞれの制度が果たす

べき役割は何かを明確にうたう基本理念に立脚し、各分野における適切な公私の役割分担を考えていく視点が重要である。

そうした視点から社会保障の機能をみると、大きく「所得再分配」と「リスクの分散」の２つに分けられるだろう。前者は、一定以上の生活をすべての人に保障するために、市場原理を修正する介入である。通常、社会福祉的な制度は、公平性の観点から一般財源（税）によってカバーされている。一方、世代間の所得再分配としての公的年金制度は保険形態をとる国が多い。

これに対し、後者は、起こりうるリスクに共同で備えるために、市場原理を補完する介入である。効率性の観点や歴史的な事情から保険（社会保険・民間保険）を用いる国もある（日米独仏等）が、公費を充当する国が過半を占める。

今後の医療制度改革の方向性に関して考えると、医療は、市場の失敗（逆選択等）が起こりやすい分野であるため、公的な給付範囲を削減する（混合診療や患者負担の大幅拡大等）方向での改革は妥当ではない。したがって、公的給付範囲を維持しつつ、可能な範囲で市場原理を導入して効率化を図っていく努力が望ましい方向ではないかと思われる。

一方、前述のように、高齢者医療費の上昇率が大きくなっているため、独立した制度を設計する案が検討されている。高齢社会においては、現行の社会保障制度と老人保健制度の組み合わせによる対応が危惧されているからである。もともと、「高齢者を保険原理だけで律する扱いは基本的に困難があり、むしろ公費の対象として別枠を設け、他の部分について保険原理を純化させた方が－保険原理と租税原理の区分－が明確になり、制度設計しやすい」とみなす考え方は根強い。他方、「突き抜け型と財政調整の組み合わせで対応すべき」との見方も財界や労働団体により支持されている。またこれとは別に、民間保険主導型を唱える意見も存在する。

わが国の医療保険制度は、被用者保険、地域保険という擬集性の高い保険集団を個別に設定し、発展を遂げてきた。しかし、保険集団が制度創設時から大きく変容したための問題が大きくなっている。保険者に求められている機能が拡大している実情に対応すべく、保険者に効率化へのインセンティブが働くような制度改革が求められる。また、被用者グループと国保グループとの間で不公平が生じないような「合理的な財政調整方法」は、いかなる改革案にとっても必要条件である。

最後に、次のような方向性を有力な候補の一つとして想定しておきたい。すなわち、①高齢者医療を独立させて集中的に公費を投入する。②若年者部分は公費投入を廃止もしくはできるかぎり縮小した上、保険者間のリスク構造調整を図る。③患者による保険者の選択、および保険者による医療機関の選択制を認め、競争原理を導入する。④被用者保険ならびに国保の保険者を整理統合するとともに、保険者機能拡大を図る方向である。

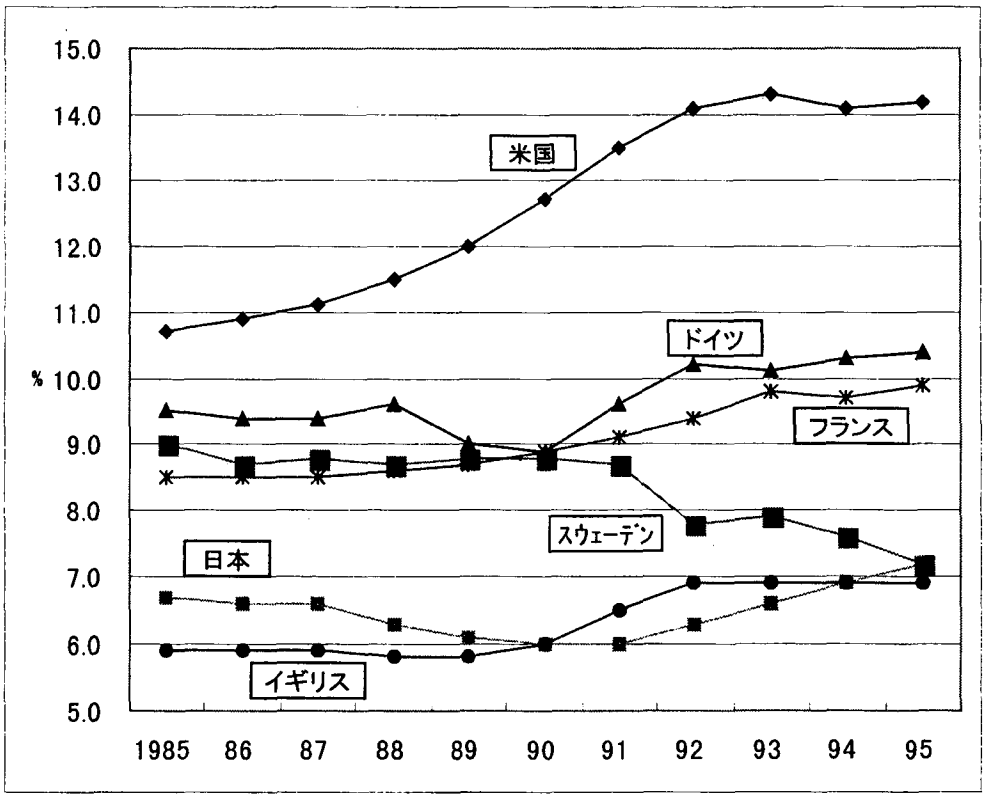
2．米国における医療制度改革の現状と方向性

（1） 米国医療が内包する問題点

① 米国医療費の対 GDP 比

米国は、医療費増加抑制を図るべくさまざまな医療費適正化政策を実施してきたとはいえ、医療費の国民総生産（GDP）に対する比率をみると、必ずしも成果があがっているとは言い難い。米国医療費の対 GDP 比は、14.2%（1995 年）にも達し（図表 16 参照）、各種の医療費抑制策にもかかわらず、他の国と比較して依然として相当高い水準にある。一方、1992 年以降、医療費伸び率の低下傾向が顕著となり、これはマネジド・ケア普及による医療価格上昇抑制効果の影響と考えられる。ただし、96 年以降再び上昇傾向が観察され、マネジド・ケアによるコスト抑制効果はシェア拡大期に限定されるとの見方も多い。

《図表 16》国民医療費支出の対 GDP 比

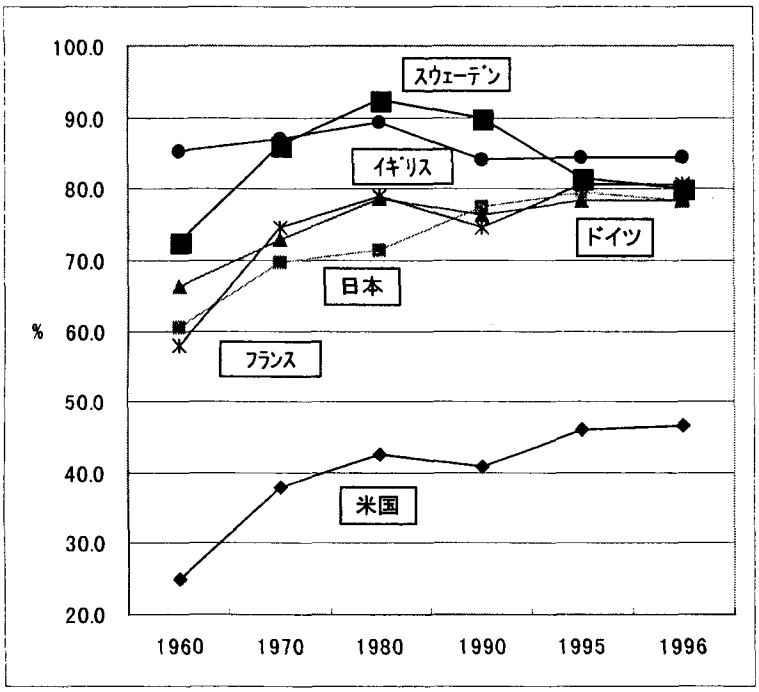


（出所）OECD, "SOCIAL AND HEALTH POLICIES IN OECD COUNTRIES: A SURVEY OF CURRENT PROGRAMMES AND RECENT DEVELOPMENTS", DEELSA/ELSA/WD(98)4/ANN(1998).

① 米国医療制度の特徴

アメリカ合衆国には、全住民を対象とした公的な医療制度が存在せず[43]、また、無保険者数も多い[44]。そのため、医療サービスに対するアクセサビリティの視点からみた場合、OECD 諸国の中でもっとも受療の公平性から遠いシステムである。このことは、総医療費支出のうちの公的負担割合が、他の先進国に比較して、米国は 46.7%（1996 年）と際だって低い数値である実態からも実証される（図表 17 参照）。

《図表 17》国民医療費支出のうち公的負担の割合



（備考）1996 年度は、予測値に基づく。
（出所）OECD, "Meeting of the Environment, Labour and Social Affairs Committee at Ministerial Level on Social Policy", DEELSA/ELSA/ MIN(98)3/ANN(1998).

反面、米国は、世界最高水準の医療技術とアメニティを享受できる国である。また、常に斬新な社会実験が繰り広げられてきた。ただし、成果の享受に関しては、医療サービス需要者の支払能力に応じた「不完全市場における価格」による配分の色彩が強いことは否めない[45]。支払能力は、人種間の不平等という形でも現れており、労働人口のうちの無保険者層をみると、白人に比較して黒人やヒスパニック等の比率が高い現実がわかる（図表

[43] 高齢者を対象としたメディケア、低所得者層を対象としたメディケイドはあるが、これらの対象から外れる無保険者層が存在する。
[44] 現在、米国には 4,300 万人の医療保険無保険者が存在しており、福祉の経済学で 1998 年度ノーベル経済学賞を受賞したアマーティア・センは、このことを米国政策の最大の失敗と指摘している。
[45] 田中滋『医療政策とヘルスエコノミクス』227 頁（日本評論社、1993）。

18 参照)。

《図表 18》米国における人種別、保険種類別加入比率(%)

	個人保険	雇用者保険	無保険
白人	5.4	72.5	13.9
黒人	2.0	49.2	21.8
ヒスパニック	2.2	40.6	35.5
米国平均	**4. 5**	**65. 3**	**17. 7**

(備考) この他、メディケア、メディケイド対象者が存在し、100%とならない。
(出所) GAO, "Private Health Insurance- Millions Relying on Individual Market Face Cost and Coverage Trade-Offs", HEHS-97-8(1996).

以下、このような特徴を有する米国医療制度について概括する。

(2) 米国における医療制度改革の沿革

① 公的医療保障制度「メディケア」「メディケイド」の誕生

アメリカ合衆国では、伝統的に医療費保障に対する政府介入への警戒感が強く、全住民を対象とする公的医療保障制度は存在しない(これに対し、第2次大戦後、病院整備と医療の質にかかわる介入はむしろ歓迎されてきた)。

ただし、ケネディ/ジョンソン政権期、医療サービスを受けられない層に対する「セイフティ・ネット」を設ける必要性の認識に基づき、1965 年の社会保障法改正により、一部ではあるが公的医療保障制度が創設された。

それが 1966 年に発足した「メディケア」および「メディケイド」である。前者は 65 歳以上の高齢者ならびに身体障害者を対象にした制度、後者は主に「低所得者」を対象とした制度である。メディケアおよびメディケイドの創設以降、国民医療費に占める公的医療負担の割合は増加傾向(前述図表 17 参照)をみせてはいるが、依然として民間保険が中心で、また無保険者の増大も見逃せない。国民皆保険体制に力点を置いてきた日本の医療保障制度との大きな違いといえよう。

② DRG/PPS の時代

公的医療保障制度の創設により、一時無保険者問題には一定の改善効果が現れたが、医療費の増大にはかえって拍車がかかり、1970 年代にはメディケア、メディケイドの財政悪化が生じた。さらに、医療費の上昇に対応するために、民間健康保険料は急激に引き上げられていった。また、1983 年には、メディケア入院医療費について診断関連群別包括払い方式(DRG/PPS)が導入された。

③ マネジド・ケア普及の時代

1990年代に入り、マネジド・ケアが急速に普及していった。ただし一部では、医療費抑制の行き過ぎ事例が指摘されるようになった。

マネジド・ケアは、人頭払いやGatekeeping機能、Utilization Management、Disease Management（疾病管理）等を通じて、米国医療費増大の抑制に一定の成果を納めたと評価されている。とはいえ、後述の受療拒絶による医療過誤訴訟等の問題が取り上げられ、マネジド・ケアに対する規制の必要性も唱えられている。

（3） 医療制度改革をめぐる課題と方向性

①連邦政府による改革の方向性

クリントン大統領は、1999年1月の年頭教書演説において、財政黒字のうち6,500億ドルを、今後15年間にわたって社会保障制度改革に充当すると表明した。しかし、年金改革、医療制度改革をめぐる大統領の方針と、連邦議会共和党との間には相違があり、1999年1月から始まった第106議会で具体的な法案審議を含めた議論の展開が予測される。

② 連邦メディケア委員会報告書

一方、「1997年財政均衡法」[46]により設立された連邦議会メディケア委員会[47]は、ベビーブーマー世代（1946～1964年生誕）が退職年齢に達する2010年代以降のメディケアプログラムを改善強化すべく調査を行い、報告書を作成するよう求められていた。同委員会は1999年3月16日、「改革報告書」（'Building a Better Medicare for Today and Tomorrow'）をとりまとめ、委員会内で最終的討議に入っている。報告は、全米保険庁長官会議（NAIC）に対し、メディギャップ[48]に関するモデル法案の緊急策定を要請するとともに、メディケア受給開始年齢を現行の65歳から67歳に引き上げ、メディケアPart A[49]及びPart Bの統合提案等によって、メディケア財政の健全化をはかり制度運営の改善を実現しようとする内容である。連邦政府では、本報告書に基づき、早急に対策を検討する予定である。

なお、同委員会は改革の必要性を根拠づける客観的事実として、以下の点を指摘していた。

・メディケア・Part A部分の基金が2008年には枯渇するため、財政面での補填を考慮した法案の検討が必要である。

---

[46] PUBLIC LAW 105-33（1997）。

[47] National Bipartisan Commission on the Future of Medicare.

[48] メディケア補足保険契約をさす。メディケアでカバーされる医療費用を越える部分について、民間の保険契約で補完する仕組みとなっている。

[49] メディケアは、Part AとPart Bの2部門に分かれており、前者が病院報酬（入院費等）、後者が医師報酬および病院外来費等である。

・メディケアの年間支出額は、約2,070億ドルに上っており、国家財政に占める比率も10%を越えている。現状のままでは、2030年には対国家予算比率が30%に迫る見込みであり、抜本対策が必要である。
・メディケア受給者の自己負担金額が増加している。1995年度における一人当たりの自己負担額は、2,563ドルであり、個人医療費の33%を占めている。今後さらに個人負担増が予想されるため、財政的補填が必要である。
・2011年には7,700万人のベビーブーマー世代が、メディケア受給年代となるため、急激な給付増が発生する。
・退職者と勤労世代の比率が急激に変化する。1960年には勤労世代が退職者の4.5倍であったが、2040年には2.2倍となる見込みであり、人口動態の変化に対応する制度設計が必要である。

③ GAOによる医療費抑制に関する報告書[50]

米国会計検査院（GAO）は、政府の諸政策に関する調査を担当する機関である。医療関連政策についても数々の報告や議会証言を行っている。GAOによる米国の医療費増大抑制に関する報告書から、最近の米国医療の問題点を把握できる。この報告書は、医療保険に関する最新の法律である、"The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996"[51]（以下「HIPA法」という）が意図している医療費削減方策に対するGAOの評価を示し、主要な指摘は以下のような内容からなる。

・消費者サイドの需要は、医療産業側の予測よりも遙かに低い。これは、医療費削減政策の複雑さが、マイナスに働くためである。
・保険業界は、HIPA法による改正に対応して新商品を発売したが、1997年以降商品開発が滞っており、市場ニーズの変化への対応が不十分といえる。
・保険者から新商品が幅広く提供されてはいるが、従来からの伝統的な保険商品も依然残っている。
・医療費削減政策に肯定的で、積極的に新しい動きを見せている保険者は数少なく、大多数の保険者は市場の動向を静観しているにとどまっている。
・民間保険者は、HIPA法を利用して、投資商品と一緒に保険商品を販売している。
・公的医療費削減に一定の効果をあらわすものの、提供される医療サービスの質の低下を招く状況に陥っている。

---

[50] GAO, "COMPREHENSIVE STUDY OF THE MEDICAL SAVINGS ACCOUNT DEMONSTRATION", HEHS-99-34(1999)。
[51] Pub. L. No.104-191, 100 Stat.1936(1996).クリントン大統領の署名を経て法案（HR3103）が成立し、医療保険の付保保証を規定する条項が1997年1月1日から施行された。その他の条項も同年6月30日から施行されている。

3．医療制度の自由化に伴う問題点－米国マネジド・ケア制度改革を契機とした分析

アメリカ合衆国では市場メカニズムに通ずる医療改革が積極的に推進され、医療費上昇抑制など一定の効果をあげる一方で、さまざまな問題も指摘されている。

すなわち、先に指摘したように、米国医療には世界最高の医療水準を享受できる自由がある反面、無保険者の存在という大きな欠点、およびマネジド・ケアによる受療拒絶などをめぐる論争などの事実は否定できない。次に、アメリカ医療の問題点として、医療保険無保険者対策の効果とマネジド・ケアに対する訴訟事例を紹介する。

米国では、今後も、新たな医療制度改革への試みが行われるであろうが、その成果について十分検討した上で、疾病管理や EBM（客観的根拠に基づく医療）を用いたクリニカル・ガイドライン等、マネジド・ケアを構成する要素の日本への導入を含め、わが国における医療制度改革への参考とする意味は大きい。

（1）医療保険無保険者の発生と医療保険継続保証

前述したように、医療保険のポータビリティー（携行性）を確保するための連邦法 HIPA 法が制定されている。しかし、GAO の調査[52]でも、連邦法成立後も各州レベルでの施行状況は十分ではなく、また継続保証付き医療保険の保険料率は標準保険料率に比べて割高になっている。GAO が調査を行った、アリゾナ州、コロラド州、ミズーリ州の 9 社の継続保証付き保険料率は、標準保険料率に比較して 1.4 倍から 4 倍の水準となっており、平均でも約 2.3 倍の保険料率であった（図表 19 参照）。

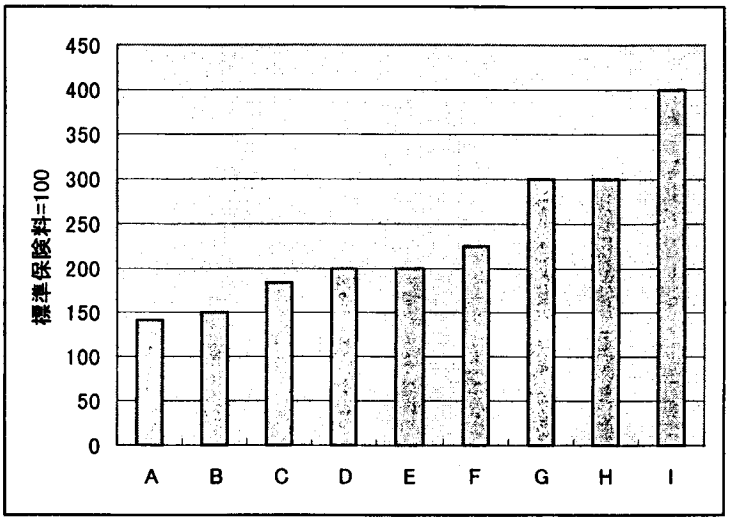
保険会社は、企業からの退職によってグループ保険から離脱しつつも、継続保証付き契約の適用を希望する人間は、標準人よりも健康状態が悪いと判断し、このような人に対する標準保険料率の適用は、自己逆選択を生じさせると考えている。実際、保険会社は、加入申込者の健康状態により契約前の疾病を免責とする通常の医療保険（ただし、保険料率は低い）への加入を勧め、健康状態の悪い申し込み者には、加入拒絶をするに等しい保険料率を提示している。

このように保険会社はリスク差別化を行い、継続保証付き医療保険の提供には消極的である。代理店に対してこの保険の提供をしないように圧力をかけるような状況さえ生じ、州の公正取引法違反で摘発を受けるケースもみられた。

---

[52] GAO, "Health Insurance Standards-New Federal Law Creates Challenges for Consumers, Insurers, Regulations", HEHS-98-67(1998).

《図表 19》標準保険料率に対する継続保証付き契約の保険料水準



（出所）GAO, "Health Insurance Standards-New Federal Law Creates Challenges for Consumers, Insurers, Regulations", HEHS-98-67(1998).

（2）医療費適正化政策

アメリカの公的医療費比率の低さは、私的市場における医療サービスの消費規模が大きいことを意味しており、民間保険を通ずる医療消費の拡大が米国の経済成長の一因と捉える見方さえ存在する。

一方、1973 年の連邦 HMO 法[53]制定以来、ほぼ 15 年間近く低い普及率にとどまっていたマネジド・ケアが 1990 年代に入って急成長し、医療費増加抑制策が民間主導で進められてきた。ただし、繰り返し言及したように、米国における医療費の対 GDP 比は、他の主要先進国と比較して大きく、また増加傾向が継続している。その要因は、高度医療技術に対する需要が大きかったためと分析されている[54]。

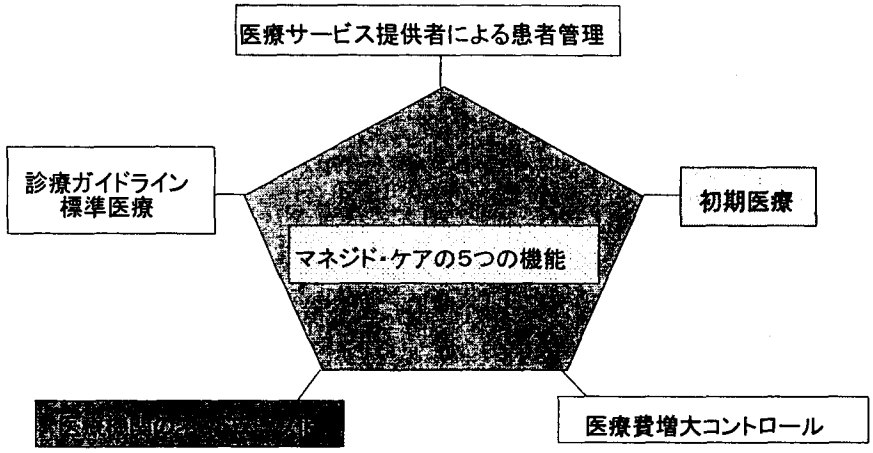
（3）マネジド・ケアの機能

ところで、マネジド・ケアは、雇用主による保険料増大抑制の要請を反映して発展してきた。マネジド・ケアは、PPO と HMO を典型に、いくつかのタイプに分けられる。基本的な形態としてはプライマリケア担当医が、保険加入者の過剰な入院や専門医療利用をコントロールし、EBM によるガイドラインを推奨するとともに、Second Opinion や進捗管理（Utilization Review）とアウトカム評価を通じ、医療費の抑制と質の向上をめざす仕

[53] Health Maintenance Organization Act of 1973, 42 U.S.C. § 300e et seq.(1998).
[54] T. W. Malone & D. H. Thaler, "Managed Health Care: A Plaintiff's Perspective", 32 Tort & Ins., L. J. 123, 127(1996).

組みである（図表 20 参照）。

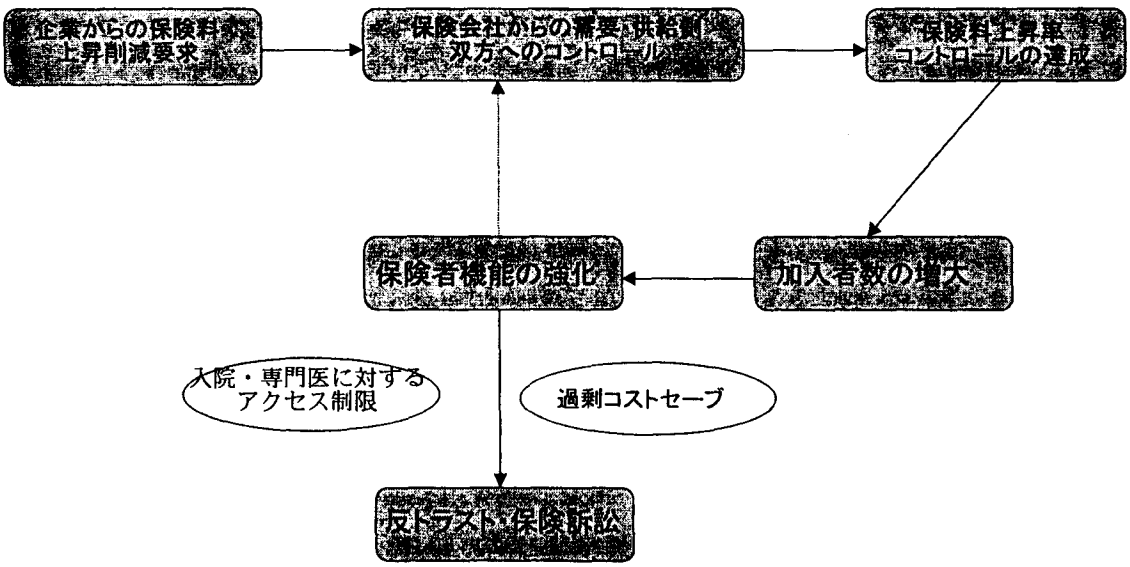
《図表 20》マネージド・ケアの５つの機能



（４）マネジド・ケアをめぐる医療過誤訴訟

マネジド・ケアは加入者数の増加を背景として、PPO、HMO 等の保険者機能を強化し、コスト・コントロール要請を含む医療提供者に対する支配力を強めてきた。このため、適切な専門医療が受けられなかったエピソードがマスコミ等でなかば興味本位に取り上げられ（図表 21 参照）、医療訴訟を専門とする弁護士の多さから、HMO に対する訴訟提起も相次いでいる。

《図表 21》マネジド・ケアによる「医療の質の低下」論



（5）HMO に対する陪審評決

①Aetna社に対する巨額陪審評決[55]

このような、HMOをめぐる最近の訴訟の代表事例として、Aetna社に対する陪審評決がある。実験的ガン治療として医療給付を拒絶され、死亡した患者の遺族に対し、カリフォルニア州裁判所が下した陪審評決は、HMOに対する過去最大の賠償評決となった。保険加入者のHMOに対する懐疑（適切な治療よりもコスト抑制を優先したとの批判）に対応し、本陪審評決に先立って、Aetna社は、HMO支払拒絶者に対する外部審査機関の設置を公表していた[56]ものの、コスト抑制のための医療拒絶をめぐり、保険者としてのHMOの責任が厳しく問われる評決内容となった。

Aetna社は、このような巨額責任が負わされる事例が続くと、賠償責任の内部化により医療保険コスト、ひいては保険料が上昇し、医療保険の入手機会の喪失につながると反論している。また、控訴の方針を表明するとともに、HMO規制立法の制定を求めている。

なお、過去のマネジド・ケアに関して HMO に対して下された陪審評決は次の通りである（図表 22 参照）。

《図表 22》マネジド・ケアに関する陪審評決

HMO	年	陪審評決額 （てん補賠償金含む）	争点
Aetna	1999	1.205億ドル （内1.16億ドル：PD※）	実験的ガン治療の拒絶による手遅れ
Kaiser Permanente	1995	4,500万ドル （少額和解金で解決）	子供が、自宅から42マイル離れた病院での治療を指示されたために、手足の切断を余儀なくされた
Health-Net	1993	8,900万ドル （内7,700万ドル：PD、後少額和解金で解決）	実験的な乳癌治療の拒絶による手遅れ

※　懲罰的損害賠償

② Health-Net に対する陪審評決

本事件は、骨髄移植治療を拒絶されて死亡した乳ガン患者に対して、カリフォルニア州裁判所で下された陪審評決である[57]。評決は、HMO である Health-Net の債務不履行、信義誠実条項違反を認め、治療拒絶された患者に対する精神的苦痛に対してなされた。

---

[55] WSJ, Jan., 21, 1999.
[56] WSJ, Jan., 12, 1999.

（6）仲介者（エージェント）としてのHMOの評価

このように、マネジド・ケアの問題として、本来提供されるべき医療サービスが拒否されるという問題が提起されている。具体的には、患者による医療サービスの選択が、実質的に制限される事態である。実際には確率は低いものの、その出現理由としては次の 2 点が考えられる。

第一は医療保険とモラルハザードをめぐる問題、第二は情報の非対称性の問題である。第一の問題に関しては既存研究も多いので、本研究会では、第二の情報非対称性について検討した。医療における最大の問題として、患者と医療サービス提供者との間の情報不均衡（非対称）に起因する医療費高騰による経済不効率などの市場の失敗が古くから指摘されている。

（7）モデルの設定

そこで、次のようにモデルを設定し、医療サービスの選択と仲介者（エージェント）機能を分析してみよう。医療サービスに低コストタイプ、高コストタイプの 2 種類の治療案があり、医療サービスの提供者が、そのうちどちらかを選ぶと想定する。表の中の C や P は、それぞれ費用を表わす。さらに無診療の場合には、プラスマイナスゼロとなる。

コスト（ｉ）は、医療を提供する側の総コストで、提供者が負担する。診療費（ii）は、医療サービスの価格に相当する。利用者負担（iii）は、保険加入者という前提で計算され、ｒ×Ｐａ、r×Ｐｂと表す。自己負担が 3 割ならｒに 0.3 が入る。最後に、効用（iv）は、利用者が感じる効用を指し、実際には健康の増進、痛みの緩和あるいは仕事の生産性が上昇する事態を意味する。このような設定を前提とした上で、社会的に費用対効果を最善にする最適選択を求めてみたい。

利用者は、利用者個人の費用対効果からみた最善策を選ぶが、社会的に最適な選択と場合によっては違う案が選択される可能性も否定できない。

《モデルの設定》

	ｉコスト	ii診療費	iii利用者負担	iv効用
Ａタイプ（低コスト）	Ca	Pa	r・Pa	Va
Ｂタイプ（高コスト）	Cb	Pb	r・Pb	Vb
無診療	0	0	0	0

社会的に最適な選択：　max (Va-Ca , Vb-Cb , 0)

利用者の選択：　max (Va-rPa , Vb-rPb , 0)

---

[57] Fox v. Health-Net, Civ. No. 21962(Riverside County Super. Ct., Cal., Dec. 28, 1993).

①医療保険による過剰需要

まず、例 1、例 2 とも、モラルハザードが発生する例である。例 1 では、効用からコストを控除した社会的に最適な選択は A タイプとなる。しかし利用者の立場からみると、コストが高いものの B タイプの効用は A タイプよりも大きいためこちらが選択され、社会的には需要過剰が生じてしまう。

<例1>

	コスト	診療費	利用者負担	効用
A タイプ（低コスト）	8	10	3	12
B タイプ（高コスト）	16	20	6	18
無診療	0	0	0	0

A　B　C

社会的に最適な選択：　A　　max (4　, 2　, 0)

利用者の選択：　　B　　max (9　, 12 , 0)

一方、例 2 は、過剰需要、モラルハザードが極端にあらわれる例である。A、B いずれも効用がコストに見合っていない。社会的にはむしろ医療サービスを利用しない方がよく、無診療の選択が最適になる。しかし、利用者の立場からは、利用者負担が効用を下回っているため、やはり過剰需要が生ずる。

<例2>

	コスト	診療費	利用者負担	効用
A タイプ（低コスト）	8	10	3	6
B タイプ（高コスト）	16	20	6	12
無診療	0	0	0	0

A　B　C

社会的に最適な選択：　無診療　　max (-2　,-4　, 0)

利用者の選択：　　B　　max (3 ,　6,　0)

したがって、過剰需要は利用者負担がコストを下回るかぎり、たとえ競争を導入しても解消されない。

②経験財であるための情報非対称

次に、医療の情報非対称性を前提とした分析を行う。利用者にとって消費・経験するまでその効用がわからない財については、供給者による推薦が利用者の選択に大きな影響を与える。医療はその典型である。例 3 では、A タイプ、B タイプの効用は、それぞれ 17、18 と、利用者にとってそれほどの違いはない。このような状況では、社会的に最適な選択

は安価で十分な効果をもつ A タイプであるが、利用者の効用と負担は、本人にはわからないとしよう。

この場合、利用者のためには A タイプの方が好ましいと、情報を持つ第三者には判断できるにしても、利用者が果して安価なタイプで満足するかどうかは分からない。さらに、供給者が利潤動機によってサービス提供を行うと、利潤最大化のために過剰品質が推薦され、消費者によって選ばれてしまう。このように、供給者側に利潤動機があると A が選択される可能性は低くなる。このケースは、モラルハザードではなく、患者の知識不足から最適ではない選択が行われる例である。

<例3>

	コスト	診療費	利用者負担	効用
A タイプ（低コスト）	8	10	3	(17)
B タイプ（高コスト）	16	20	6	(18)
無診療	0	0	0	0

			A	B	C
社会的に最適な選択：	A		max (**9**, 2, 0)		
利用者にとって最適な選択：	A		max (**14**, 12, 0)		
供給者利潤を最大化する選択：	B	（過剰品質）	max (2, **4**, 0)		

例 4 は、例 3 とは逆のケースで、A タイプにむしろ「安かろう悪かろう」という表現が当てはまる場合を示す。すなわち、利用者にとっての最適選択は B である。しかし、供給者の利潤動機からは A が選ばれ、供給者は利益を得る。A タイプの方が効用が低いと利用者にわからない状況の下では不十分な治療案に患者が同意してしまう結果になる。これが、マネジド・ケア訴訟を起こす側の論拠の典型例と考えられる。

<例4>

	コスト	診療費	利用者負担	効用
A タイプ（低コスト）	4	10	3	(6)
B タイプ（高コスト）	16	20	6	(30)
無診療	0	0	0	0

			A	B	C
社会的に最適な選択：	B		max (2, **14** , 0)		
利用者にとって最適な選択：	B		max (3, **24** , 0)		
供給者利潤を最大化する選択：	A	（安かろう悪かろう）	max (**6**, 4 , 0)		

最後の例 5 では、帰結として B、B、B とある通り、誰の視点から選択を行っても結論に相違が生じない。

<例5>

	コスト	診療費	利用者負担	効用
Aタイプ（低コスト）	8	10	3	(15)
Bタイプ（高コスト）	16	20	6	(30)
無診療	0	0	0	0

			A　B　C
社会的に最適な選択：	B		max (7 ,　**14**　, 0)
利用者にとって最適な選択：	B		max (12 ,　**24** , 0)
供給者利潤を最大化する選択：	B	（問題なし）	max (2 ,　**4** ,　0)

以上を総括し、保険者の仲介（マネジド・ケア）による問題への対処を考えてみよう。

例 1、2 がモラルハザード、例 3、4 が情報非対称の問題で、医療サービスの供給が過剰になったり過少になったりする例であった。本来、マネジド・ケアにはこれらの問題点を解決する機能が求められる。すなわち、専門知識のある第三者が、専門的に患者に代わって「このような治療を受けて下さい」あるいは「この病院に行って下さい」と推薦できる指針をもつとの期待である。

マネジド・ケアの様々なタイプのうち、ここでは、2 つのタイプを取り上げて、その長所と短所を分析する。

①疾病ごとの診療タイプの特定

この場合、仲介者間の競争により医療費削減圧力がかかり、例1～3を解決する。しかし、例4は解決できず、例5ではむしろ問題を発生させる。また、供給者によるイノベーションの機会を摘み取ることになる。

マネジド・ケア間の競争が強すぎると、安かろう悪かろうという問題を増やしてしまう恐れがある。また、そもそもマネジド・ケアだけではなく医療の利用頻度が少ない希少な疾病では、供給者からの利益供与を行いやすくなる可能性も否定できない。

②人口あたり医療費総額の固定（診療タイプは特定せず）

こちらのケースでも、供給者にコスト削減圧力をかけ、例1～3を解決する。しかし、例4を解決せず、やはり例5では問題を発生させる。供給者としての責任を追及されない範囲内で、ギリギリ低質なサービスを供給する可能性が理由である。

仲介者間の競争がないと、医療費総額（利用者負担）を抑えるインセンティブが働かない結果である。

例4、5の問題は、利用者にとって価格以外に供給者や仲介者を評価する基準がない状態に起因している。したがって供給者やマネジド・ケア・プログラムごとの各疾病罹患率・治癒率・治療期間・社会復帰度・再発率などの統計を信頼できる第三者機関が作成し、そ

のデータを公開を通じて、利用者および保険購入のイニシアティブをとる雇用主側の情報不足を補う方策が有効であろう。

Ⅴ．社会保障制度の将来像と国民負担率の推移

１．社会保障制度の将来推計

（１）社会保障制度の改革類型の検討

前章までの議論をふまえ、社会保障制度改革の選択肢をより総合的な見地から評価するために、社会保障制度の改革類型に基づき国民負担率の推計を試みた。本研究会のテーマ、「社会保障制度と国民負担率」との関係の明確化が目的である。年金と医療、福祉制度の改革類型を組み合わせ、社会保障制度改革の想定される選択肢にしたがい、2050 年までの長期的な給付と負担の将来推計を行った。今後の社会保障制度と国民負担率に関わる考察を行う際、基礎的な資料として活用できる成果と思われる。

（２）モデル化の具体的手法

モデルとしては、年金、医療、福祉を統括して考察し、以下の特性を想定した。

A.全分野重点型、	B.医療・福祉重点型	C.年金重点型	D.市場（民間）型

その際、B.医療・福祉重点型の推計においては、①の厚生年金の一部削減を含む年金制度改革を、C.年金重点型の推計においては、下記②の医療制度改革を織り込んだ。

したがって、推計は以下の 4 種類の基本類型をベースとし、さらに、条件を細分化することにより、下記 9 類型に関し将来推計を行った。

	基本類型	細分型
A	現行型（全分野重点型）	現行型（全分野重点型）
B	医療・福祉重点型	厚生年金 50％縮減
		厚生年金 25％縮減
		社会保障目的消費税導入
		公私調整
C	年金重点型	医療制度改革(ｼﾅﾘｵ 1)
		医療制度改革(ｼﾅﾘｵ 2)
		医療制度改革(ｼﾅﾘｵ 3)
D	市場（民間）型	市場（民間）型

①「B.医療・福祉重点型」の場合の年金についての条件

シナリオ1（厚生年金縮減）	シナリオ2（社会保障目的消費税）	シナリオ3(公私給付調整)
2025年に厚生年金（報酬比例部分）の縮減率が25%または50%となるよう、漸次厚生年金給付を縮減する。	給付水準および現行規定の受給開始年齢は維持。社会保障目的消費税、既裁定物価スライド化、モデル年金45年拠出化を行う。	所得の2%を私的年金保険料として強制貯蓄。私的年金の給付水準の75%を公的年金から差し引く。

※上記年金推計に関する前提条件は以下の通り（詳細は、《別紙》＜年金改革シミュレーションの設定条件＞を参照)。

a．財政方式

・完全賦課方式により、厚生年金保険料を算出する。

b．スライド方式

・現役の標準報酬は、毎年名目GDP上昇率によりスライドする。

・年金受給額は、毎年物価スライドする。財政再計算時に、直近５年の賃金上昇が物価上昇を上回っていれば、５年分の賃金上昇水準まで受給額を上方修正する（賃金再評価)。ただし、シナリオ２ではこのような賃金再評価を行わず、また、後述のように社会保障目的消費税導入による物価スライドを加味する。

c．私的年金保険料、給付額について

・３０歳加入、３０年拠出の後、即時給付開始（期始払）とし、給付期間は１０年間とする。

・年金年額１を受け取るのに必要な年払平準保険料率を算出する。

・３０歳時の標準報酬月額の２％をこの料率で除し、その人の年金給付月額とする。この額は、以後増減額をしないとする。

・推計開始時点で３１歳以上の人の私的年金は考慮しない。

d．シナリオ２の加算税率、給付額、保険料率について

・加算税率は（社会保障目的消費税導入を考慮する前の）基礎年金給付額と毎年の税収推計額をもとに、増税分の物価スライドを考慮して算出する。年金給付額、厚生年金保険料率も、増税分の物価スライドを考慮する。なお、1997年度の税収は決算額ベースの数字（大蔵省「平成9年度租税及び印紙収入決算額調」による）を用い、その他の年度の税収は、前年度を物価スライドする。

e．共済年金について

・１人当たり受給額は厚生年金の受給額を１．２倍する（職域加算を考慮）

・受給対象年齢、部分年金の廃止や支給額の縮減については、厚生年金と同様とする。

②「C.年金重点型」の場合の医療についての条件

	シナリオ 1(Moderate)	シナリオ 2(Drastic)	シナリオ 3(Most Drastic)
自己負担	2 割(国保は 3 割)	2 割(国保は 3 割)	3 割(健保、国保共)
被扶養者自己負担	2 割(同上)	2 割(同上)	3 割(同上)
老人自己負担	1 割	2 割	2 割
薬剤負担	2 割	2 割	3 割
Deductible	なし	入院 1 月 5,000 円	入院 1 月 5,000 円
高額療養費	63,600 円	63,600 円	100,000 円

※上記医療推計に関する前提条件は以下の通りである。なお、deductibles は入院 1 月当り（もしくはなし)、外来 1 件当りで設定する。ここで deductibles を設定するのは、小額医療の自己負担化を意味する。

a．需要関数および効率化指標の導入

・需要関数をめぐる研究によれば、医療需要に対し 10～20%の価格弾性があるとされており、本推計においても、価格弾性を医療需要に対し 10％と設定した。

・効率化については、関数化は困難なため、社会資源配分の効率化のみ評価し、一律 3%と設定した。

b．需要関数導入による周辺部分（赤字病院等）への公費投入増加額の算出

・保険給付費だけではなく、医療に関わるその他のコスト（周辺部分への公費投入額）を算出する。

・当該部分の公費については、個人には帰着しないので社会保障負担ではなく、純負担額に算入すべき（税）支出として算出する。

c．その他

供給側の効率化指標については、評価が困難であり、本推計においては、織り込んでいない。

③上記C.のシナリオ 3 と、公的年金を現行型の基礎年金のみにするシナリオを組み合わせたものを D.市場（民間）型とする。

（3）国民医療費の将来推計

上記（2）の設定条件を元に推計を行った結果、1995 単年度における医療費および保険給付費の減少率は次の表のようになる。

	シナリオ 1	シナリオ 2	シナリオ 3
国民医療費減少率（%）	−0.4	−1.4	−1.6
保険給付費減少率（%）	−21.5	−29.2	−31.0

さらに公的介護保険制度創設による影響を考慮し、上記シナリオを用いた 2050 年度までの医療費および給付費推移は下表のようになる。

・現行医療制度での推移

	2000年度	2010年度	2025年度	2050年度
国民医療費（兆円）	33.4	48.7	78.1	138.4
老人医療費（兆円）	11.2	19.0	33.9	66.3
保険給付費（兆円）	28.8	40.0	62.6	109.7

・シナリオ１の場合の推移

	2000年度	2010年度	2025年度	2050年度
国民医療費（兆円）	33.2	48.4	77.6	137.6
老人医療費（兆円）	8.9	15.1	26.8	52.4
保険給付費（兆円）	25.0	34.2	53.1	92.1

・シナリオ２の場合の推移

	2000年度	2010年度	2025年度	2050年度
国民医療費（兆円）	32.9	48.0	76.9	136.3
老人医療費（兆円）	7.8	13.3	23.6	46.2
保険給付費（兆円）	22.4	30.6	47.4	82.1

・シナリオ３の場合の推移

	2000年度	2010年度	2025年度	2050年度
国民医療費（兆円）	32.6	47.5	76.1	134.9
老人医療費（兆円）	7.7	13.1	23.4	45.7
保険給付費（兆円）	19.6	27.3	42.8	75.1

以上が国民医療費の推計である。各推計に基づく試算結果はあくまで参考数値にすぎないが、いずれのケースも医療費の大幅な上昇が予測される。本推計は、実現性の高い条件下での試算であるため、医療制度改革の検討にあたって一助となる結果と考えられる。

なお、医療、年金、福祉全てを考慮した上での「国民負担率」を推計した結果については、後にまとめて記述する。

（４）年金の将来推計

①給付費、料率

次に、医療・福祉重点型を前提とした年金改革による年金給付費及び厚生年金料率の推計結果を以下に示す。

《図表①》現行制度の場合の推移

	2000年度	2025年度	2050年度
基礎年金（兆円）	15.2	33.3	49.7
厚生年金2階部分（兆円）	15.6	30.9	44.6
厚生年金料率（%）	16.8	28.7	36.4
共済年金除基礎（兆円）	7.3	14.5	21
年金給付費（兆円）	38.1	78.7	115.4

《図表②》厚生年金25%縮減の場合の推移

	2000年度	2025年度	2050年度
基礎年金（兆円）	15.2	33.3	49.7
厚生年金2階部分（兆円）	15.2	17.9	26.8
厚生年金料率（%）	16.5	20.3	26.4
共済年金除基礎（兆円）	7.2	8.4	12.6
年金給付費（兆円）	37.6	59.6	89.1

《図表③》厚生年金50%縮減の場合の推移

	2000年度	2025年度	2050年度
基礎年金（兆円）	15.2	33.3	49.7
厚生年金2階部分（兆円）	15.1	11.9	17.9
厚生年金料率（%）	16.4	16.5	21.4
共済年金除基礎（兆円）	7.1	5.6	8.4
年金給付費（兆円）	37.4	50.8	76

《図表④》基礎年金財源の2/3に社会保障目的消費税導入＋賃金スライド凍結の場合の推移

	2000年度	2025年度	2050年度
基礎年金（兆円）	15.5	26	25.5
厚生年金2階部分（兆円）	15.7	23.1	21.9
厚生年金料率（%）	10.7	13.2	10.9
加算消費税率（%）	5.5	8.6	8.4
共済年金除基礎（兆円）	7.4	10.9	10.3
年金給付費（兆円）	38.6	60.1	57.7

《図表⑤》公私の給付調整を行った場合の推移

	2000年度	2025年度	2050年度
基礎年金（兆円）	15.2	33.3	49.7
厚生年金2階部分（兆円）	15.4	23.9	34.8
厚生年金料率（%）	14.7	20.6	26.2
共済年金除基礎（兆円）	7.2	11.2	16.5
年金給付費（兆円）	37.8	68.4	100.9

②厚生年金１人当たり受給額、モデル受給額

また、上記の推計に基づく年金の受給額の推計は次の通りである。

《図表⑥》現行制度の場合の推移

	2000年度	2025年度	2050年度
基礎年金平均（円）	51,697	74,636	113,756
基礎年金モデル（円）	69,401	100,195	152,711
厚生年金2階平均（円）	141,442	204,201	311,230
厚生年金1+2階平均（円）	193,139	278,837	424,986
厚生年金1+2階モデル（円）	210,843	304,396	463,941

《図表⑦》厚生年金25%縮減の場合の推移

	2000年度	2025年度	2050年度
基礎年金平均（円）	51,697	74,636	113,756
基礎年金モデル（円）	69,401	100,195	152,711
厚生年金2階平均（円）	140,028	153,151	233,423
厚生年金1+2階平均（円）	191,725	227,787	347,179
厚生年金1+2階モデル（円）	209,429	253,346	386,134

《図表⑧》厚生年金50%縮減の場合の推移

	2000年度	2025年度	2050年度
基礎年金平均（円）	51,697	74,636	113,756
基礎年金モデル（円）	69,401	100,195	152,711
厚生年金2階平均（円）	138,613	102,100	155,615
厚生年金1+2階平均（円）	190,310	176,736	269,371
厚生年金1+2階モデル（円）	208,014	202,295	308,326

《図表⑨》基礎年金財源の2/3に社会保障目的消費税導入＋賃金スライド凍結の場合の推移

	2000年度	2025年度	2050年度
基礎年金平均（円）	52,781	58,418	58,322
基礎年金モデル（円）	70,856	78,423	78,295
厚生年金2階平均（円）	144,407	159,829	159,568
厚生年金1+2階平均（円）	197,188	218,247	217,890
厚生年金1+2階モデル（円）	215,263	238,252	237,863

※公私の給付調整モデルについては、1人当たり給付額ベースでの給付額削減計算を行っていない。

（5）福祉等

なお、福祉等については簡略化を図り、公的介護保険制度が2000年度から開始された場合の推移を厚生省資料を参考に以下のように推計した。

《図表①》福祉等（社会保障給付のうち年金、医療以外すべて）に係る推計

社会保障給付費	平成 12 年度（2000）	平成 22 年度(2010)	平成 37 年度(2025)
福祉等（兆円）	9.0	14.7	30.8
うち介護（兆円）	3.8	8.2	15.0

2．社会保障制度の将来推計に基づく国民負担率の推移

前述の推計手法により算出した各制度毎の推計結果を、現行型、医療重点型、年金重点型、私中心型といった視点から組み合わせて社会保障給付費、社会保障給付費対 GDP 比、税・社会保険料負担率（対 GDP 比）を算出した結果を以下に示す。

2000 年から 2050 年までのそれぞれの組み合わせによる算出結果をまとめると以下のようになる。なお、税・社会保険料負担率（対 GDP 比）を算出するに際しては、租税負担の対 GDP 比は 1995 年の水準（18.1%）が持続するものとして簡略化を図っている。また、社会保険料負担率に関しても社会保険給付の対 GDP 比で読み替えている。

1．＜現行型＞の場合の推計結果

年度	2000	2010	2025	2040	2050
社会保障給付費（兆円）	77.0	113.0	175.4	261.6	337.7
同対GDP比（%）	15.3	19.5	24.2	28.0	30.5
税・社会保険料負担率（対GDP：%）	33.5	37.7	42.3	46.2	48.7

2．〈医療重点型(年金は厚生年金50%縮減、医療・福祉等は現行)〉の場合の推計結果

年度	2000	2010	2025	2040	2050
社会保障給付費（兆円）	76.3	104.1	147.6	224.3	298.3
同対GDP比（%）	15.1	18.0	20.3	24.0	27.0
税・社会保険料負担率（対GDP：%）	33.3	36.2	38.5	42.2	45.1

3．＜年金重点型（年金は現行、医療はｼﾅﾘｵ１(moderate)＞の場合の推計結果

年度	2000	2010	2025	2040	2050
社会保障給付費（兆円）	74.4	109.5	169.8	253.0	327.4
同対GDP比（%）	14.8	18.9	23.4	27.1	29.6
税・社会保険料負担率（対GDP：%）	32.9	37.1	41.6	45.2	47.8

4．＜年金重点型(年金は現行、医療はｼﾅﾘｵ３(most drastic))＞の場合の推計結果

年度	2000	2010	2025	2040	2050
社会保障給付費（兆円）	70.8	104.5	162.0	242.1	313.8
同対GDP比（%）	14.1	18.1	22.3	25.9	28.4
税・社会保険料負担率（対GDP：%）	32.2	36.2	40.5	44.1	46.5

5．＜市場型＞の場合の推計結果

年度	2000	2010	2025	2040	2050
社会保障給付費（兆円）	47.9	70.6	116.6	182.2	248.2
同対GDP比（%）	9.5	12.2	16.1	19.5	22.4
税・社会保険料負担率（対GDP：%）	27.7	30.4	34.2	37.7	40.6

《図表 23 (a) 》全ての組み合わせについての税・社会保険料負担（対 NI：%）推計結果

シナリオ	2000	2010	2025	2040	2050
現行型	42.2	47.4	52.8	57.5	60.6
医療重点（厚年50%減）	42.0	45.5	48.1	52.6	56.2
医療重点（厚年25%減）	42.1	46.3	49.6	54.1	57.7
医療重点（社会保障目的消費税）	42.3	46.3	49.7	51.9	54.2
医療重点（公私調整）	42.1	47.0	51.1	55.4	59.0
年金重点(moderate)	41.6	46.7	51.9	56.4	59.4
年金重点(drastic)	40.8	45.8	50.7	55.1	58.1
年金重点(most drastic)	40.7	45.6	50.6	54.9	57.9
市場型	35.1	38.4	42.9	47.1	50.7

以上の推計結果は、名目 GDP（賃金スライド計算で使用）・NI、消費者物価指数（物価スライド計算で使用）の年度毎の伸び率を、それぞれ次のように設定する[58]ことにより算出した。

・名目 GDP、NI　…1996～2015 年度＝1.4%、2016～2050 年度＝1.7%

・消費者物価指数　…1996～2005 年度＝0.4%（但し 1997 年度は消費税増税分のスライドも加味する）、2006～2015 年度＝0.5%、2016～2050 年度＝0.0%

参考のため、消費者物価指数の伸び率はそのままで、名目 GDP・NI の年度毎の伸び率を上記より 0.5%、1.0%低く設定した場合の税・社会保険料負担（対 NI：%）の推計結果を以下に示す。

《図表 23 (b) 》名目 GDP の年度毎の伸び率を 0.5%低く設定した場合

シナリオ	2000	2010	2025	2040	2050
現行型	42.4	48.3	55.4	62.6	68.2
医療重点（厚年50%減）	42.2	46.5	50.7	57.7	63.9
医療重点（厚年25%減）	42.3	47.2	52.2	59.2	65.3
医療重点（社会保障目的消費税）	42.8	48.1	53.9	59.1	63.9
医療重点（公私調整）	42.4	48.0	53.7	60.5	66.6
年金重点(moderate)	41.8	47.6	54.3	61.2	66.7
年金重点(drastic)	41.0	46.6	53.0	59.7	65.0
年金重点(most drastic)	40.9	46.4	52.8	59.4	64.8
市場型	35.3	39.2	45.2	51.6	57.5

[58] 日本経済研究センター「日本経済の再出発－均衡成長への道」（1999.3）における予測値を参考にした。

《図表 23 (c) 》名目 GDP の年度毎の伸び率を 1.0%低く設定した場合

シナリオ	2000	2010	2025	2040	2050
現行型	42.9	49.6	58.8	69.4	78.7
医療重点（厚年50%減）	42.7	47.7	54.0	64.4	74.2
医療重点（厚年25%減）	42.7	48.5	55.5	66.0	75.7
医療重点（社会保障目的消費税）	43.3	50.0	58.8	68.0	76.6
医療重点（公私調整）	42.8	49.2	57.0	67.2	77.0
年金重点(moderate)	42.2	48.8	57.5	67.7	76.7
年金重点(drastic)	41.4	47.7	56.0	65.7	74.5
年金重点(most drastic)	41.3	47.5	55.8	65.5	74.1
市場型	35.5	40.1	47.9	57.4	66.7

3．経済成長と国民負担率推計との関係

以上、社会保障制度改革の類型に従った負担と給付の将来推計を行った。その結果、2050 年の国民負担率（対 NI 比）は、現行制度維持型が 60.6%、医療・福祉重点型（社会保障目的消費税型）が 54.2%と、その差は 6.4%とそれほど大きな値ではない（ただし、市場型の場合は、50.7%となり、約 10%の差が生ずるが、この案はあまり現実的ではない）。

実現可能性の高い選択肢の組み合わせによる推計は、この差の中に収まる結果から、将来の社会保障制度改革の選択肢と、その選択による従属関数たる国民負担率の相関関係だけをみても、選択される制度の持続可能性に関する決定的な指標としての理論的意味の抽出は困難であることがわかる。

むしろ、実際の推計においては、国民負担率算出の前提条件となる国民所得、あるいは GDP の伸び率、すなわち、経済成長による国民負担率数値への影響度（弾性値）が大きく、経済成長次第で、本推計結果が相当変化する様子が、前記の《図表 23(a)～(c) 》から確認される。例えば、名目 GDP の年度伸び率が 1%低くなると、2050 年の国民負担率（対 NI 比）は、78.7%となる（現行制度維持型）。

この観察から、社会保障制度改革の議論においては、経済成長に着目した議論の展開が重要であることが示唆される。

従って、今後は、経済・社会にとって望ましい福祉国家とはどのような形態なのか、社会保障制度分野ごとの特質を見据えた上での議論を行い、その上で選択される拠出（負担）と給付の相関関係をみる指標として国民負担率を活用していく見方が大切である。

また、国民負担率については、防衛費、文教費、公共事業費、社会保障給付のバランスを考える上で、純負担率概念、社会保障移転率概念に細分化して議論しうることが明らかになった。財政学上、政府の効率性と分配の水準を判断する指標となりうるものである。

さらに、国民負担率の支出側では、マーケットメカニズムに従った市場経済に委ねる工夫については問題はない。医療と介護では、現物給付に基づき、供給者が競争をし、質の高いサービスを提供できるような仕組みを築くための一助として、国民負担率を活用すべ

きであろう。

国民負担率は、社会保障等を中心とした制度設計に先行して設定すべき条件ではない。むしろ、さまざまなビジョンに基づいた社会を作っていく際に、「ビジョンごとの帰結はそれぞれこうした率になる」と示す、結果指標であるとの認識の普及が望まれる。

《別紙》　＜年金改革シミュレーションの設定条件＞以下の初期設定により、1997年度から2050年度まで計算を行う。

出典	項目名	シナリオ1（厚生年金縮減）	シナリオ2（社会保障目的消費税）	シナリオ3（公私給付調整）
	概要	2025年に厚生年金（報酬比例部分）の縮減率が25%または50%となるよう、漸次厚生年金給付を縮減	給付水準および現行規定の受給開始年齢は維持。社会保障目的消費税、既裁定物価スライド化、満額年金45年拠出化を行う。	所得の2%を私的年金保険料として強制貯蓄。私的年金の給付水準の75%を公的年金から差し引く。
A	消費者物価指数上昇率（物価スライド用）	2005年度まで0.4%、但し1997年度はさらに増税によるスライドを行う（105/103を乗ずる） 2006～2015年度まで0.5%、2016～2050年度まで0%		
A	名目GDP上昇率（賃金スライド用）	2005年度まで1.4%、2006～2015年度まで1.4%、2016～2050年度まで1.7%		
B	厚生年金受給者の標準報酬月額（1996）	311344円（全平均）		
B	現役の標準報酬月額（1996）	311344円（全平均）		
B	標準報酬月額に対する厚生年金給付額割合	0.581（1996年度の新規裁定老齢厚生年金月額／厚生年金平均標準報酬月額を各年度に適用）		
B	厚生年金（1996）	受給権者数6933054人、被保険者32999258人		
B	老齢厚生年金に対する遺族・障害給付総額割合	0.1922（各年度に適用）		
B	基礎年金（1996）	平均受給月額48419円（制度別に人数で加重平均）、受給権者数12709610人、被保険者31370781人 モデル年金65000円		
B	老齢基礎年金に対する遺族・障害給付総額割合	0.6777（各年度に適用）		
B	共済年金（1996）	受給権者総数2712077人、被保険者総数5827416人		
B	退職共済年金に対する遺族・障害給付総額割合	0.1959（各年度に適用）		
D	60歳代後半雇用労働者割合	0.505（各年度に適用）		
	高齢者在職老齢年金の平均減額割合	設定値0.5（減額率0～100%までありうることから、その中間をとる）		
E	基礎年金受給年齢人口	65歳以上人口		
E	被保険者年齢人口	20～59歳人口		
E	厚生年金受給対象年齢人口	65歳以上＋以下の部分年金受給対象年齢人口	60歳以上人口	65歳以上＋以下の部分年金受給対象年齢人口
E	部分年金受給対象年齢人口	2012年まで60～64歳人口 2013年から3年ごとに対象年齢を1歳ずつ繰り上げ、 2025年から一律0とする。	60～64歳人口	2012年まで60～64歳人口 2013年から3年ごとに対象年齢を1歳ずつ繰り上げ、 2025年から一律0とする。
E	高齢者在職老齢年金対象年齢人口	1996～1999年度　0、　2000年度　65歳人口、 2001年度　65～66歳人口、　2002年度　65～67歳人口、 2003 年度　65～68歳人口、　2004～2050年度　65～69歳人口		
	厚生年金縮減率	2000年度より徐々に縮減、 最終的に2024年度で50%縮減、 25%縮減の2パターン実施	[redacted]	私的年金受給額の75% （総額ベースで縮減計算する）
F	加算税率計算用税収入（1997）	[redacted]	93047億円 （97年度決算額ベース）	[redacted]
B	男子標準報酬月額（1996）私的年金計算用	[redacted]	[redacted]	359836円（厚年・共済双方に適用）
B	女子標準報酬月額（1996）私的年金計算用	[redacted]	[redacted]	213720円（厚年・共済双方に適用）
C	男子私的年金保険料率（各年度共通）	[redacted]	[redacted]	0.1406（年利率3.5%）
C	女子私的年金保険料率（各年度共通）	[redacted]	[redacted]	0.1513（年利率3.5%）
E	私的年金受給者人口男女別加入開始年度別	[redacted]	[redacted]	1996年度から2015年度の間に30歳になる人の、65歳～69歳の各年齢における総数。ただし2050年度までの数値のみ入れ込む

出典

A. 日本経済センター
「日本経済の再出発－均衡成長への道」(1999.3)

B. 総理府社会保障制度審議会事務局
「平成9年版社会保障統計年報」

C. 厚生省「第18回生命表」
生命保険文化研究所「生命保険数学」上巻

D. 総務庁「平成9年就業構造基本調査」

E. 国立社会保障・人口問題研究所
「日本の将来推計人口(平成9年1月推計)」

F. 大蔵省「平成9年度租税及び印紙収入決算額調」

算出:財政方式は、完全賦課方式とする。厚生年金の金額ベースについては、報酬比例部分を指すものとする。

＜年度ごとの受給者数＞
・前年度の受給者数に、(当年度年金受給対象年齢人口)／(前年度年金受給対象年齢人口)の値を乗ずる

＜年度ごとの保険料拠出者数＞
・前年度の拠出者数に、(当年度被保険者年齢人口)／(前年度被保険者年齢人口)の値を乗ずる

＜厚生年金・共済年金の、年度ごとの高齢者在職老齢年金の減額分＞
・当年度1人受給額×減額割合(0．5)×当年度厚生年金受給権者数×高在老対象年齢人口×同就業率(0．505)／厚生年金受給対象年齢人口

＜厚生年金給付水準の漸次縮減方法＞
・1999年度までは縮減を行わない。
・2000年度から2024年度の間は、前年度の給付水準に以下の値を乗じたものを当年度の水準とする。
50%縮減パターンの場合…(50－1999年度からの経過年度数)／50
25%縮減パターンの場合…(100－1999年度からの経過年度数)／100
・2000年度以降は、1999年度の水準と同水準とする。

＜退職共済年金について＞
・1人当たり受給額は厚生年金の受給額を1．2倍する(職域年金を考慮)
・受給対象年齢、部分年金の廃止や支給額の縮減については、厚生年金と同様とする。

＜基礎年金の障害・遺族年金給付総額の割合(老齢基礎年金に対して)＞
・1996年度基礎年金・みなし基礎年金給付総額(116247億円)から、老齢基礎年金給付総額(新制度、旧制度合わせて692899億円)を引いた残りの割合

＜厚生年金の障害・遺族年金給付総額の割合(老齢厚生年金に対して)＞
・「1996年度厚生年金給付総額(156890億円)からみなし基礎年金代行給付に係わる基礎年金勘定からの受入金額(25491億円)を引いたもの」から、
老齢厚生年金給付総額推計額([1996年度平均標準報酬月額×厚生年金受給額の標準報酬に対する割合－1996年度基礎年金1人平均受給額]×受給者数×12ヶ月)
を引いた残りの割合

＜共済年金の障害・遺族年金給付総額の割合(退職共済年金に対して)＞国家公務員(官庁)、同(適用法人)、地方公務員、私学教職員、農林漁業団体の合算
・「1996年度共済年金給付総額からみなし基礎年金代行給付に係わる基礎年金勘定からの受入金額を引いたもの(61871億円)」から、
退職共済年金給付総額推計額([1996年度平均標準報酬月額×厚生年金受給額の標準報酬に対する割合－1996年度基礎年金1人平均受給月額]×1．2×受給者数×12ヶ月)
を引いた残りの割合

＜年度ごとの給付総額＞
・各年金の「老齢(又は退職)年金1人受給額×受給権者数－高在老減額(厚生年金・共済年金のみ)＋障害・遺族年金給付総額(老齢給付総額に上記の割合を乗じたもの)」を合算する。

＜財政方式と、年度ごとの厚生年金保険料率＞
・純然たる賦課方式により、厚生年金保険料を算出する。以下の計算を行う。
分子:当年度の基礎年金給付総額×国民年金被保険者数全体に占める「厚生年金被保険者数＋その被扶養配偶者数推計値」の比率×2／3　(ここまでは、シナリオ2では含めない)
＋当年度厚生年金給付総額
分母:当年度平均標準報酬月額×12×当年度厚生年金被保険者数
→分子／分母×100＝保険料率(シナリオ2では拠出期間延長のため、さらに40／45を乗ずる)

＜基礎年金、厚生年金2階部分、共済年金のスライドについて＞
・現役の標準報酬は、毎年名目GDP上昇率によりスライドする
・年金受給額は、毎年物価スライドする。5年ごとの財政再計算時に、直近5年の賃金上昇が物価上昇を上回っていれば、5年分の賃金上昇水準まで
受給額を上方修正する(賃金再評価)。
→賃金再評価する場合の当年度給付額＝前年度の給付額を物価スライドさせた後、(直近5年分の賃金スライド)／(直近5年分の物価スライド)の値を乗ずる。
ただし、シナリオ2ではこのような賃金再評価を行わない。

＜シナリオ2の年度ごとの加算税率について＞
・加算税率は毎年の税収推計額より(増税分の物価スライドを考慮して)算出する。1997年度以外の税収は、前年度を物価スライドする。
以下の方程式を解き、加算税率(＝X)を求める。
当年度基礎年金支給総額(増税物価スライド考慮前)'×2／3×(1．05＋X／100)／1．05＝当年度税収×X／5
・加算税率を求めたら、増税分の物価スライドを行い年金給付費用を再計算する。

＜シナリオ3の私的年金保険料、給付額について＞
・30歳加入、30年拠出、据え置きなしの10年給付で、年金年額1を受け取るのに必要な年払平準保険料率を算出。
30歳時の標準報酬月額の2%をこの料率で除し、その人の年金給付月額とする。この額は、以後増減額をしないとする。
シミュレーション開始時点で31歳以上の人の私的年金は考慮しない。
加入者が65歳から69歳までに受給する私的年金の75%を厚生年金から差し引く。(受給者一人あたりではなく、総給付額ベースでの計算)

〔安田火災記念財団叢書 No.59〕
社会保障制度と国民負担率
「社会保障制度と国民負担率」
研究会１９９８年度研究報告
監修　慶應義塾大学教授　田中滋
事務局　株式会社安田総合研究所
発行日　平成１１年９月２４日
発行者　財団法人安田火災記念財団
〒160-8338 東京都新宿区西新宿 1-26-1
Tel：03-3349-3130　Fax：03-3349-3133