

2013年10月11日 全13頁

# これで社会保障制度改革は十分か

「木を見て森を見ず」とならないよう財政健全化と統合的な改革を

調査提言企画室  
エコノミスト 神田 慶司

## [要約]

- 社会保障制度改革国民会議が提出した報告書の内容に沿って、政策の実施時期や法案提出のタイミングなどを記述したプログラム法案の骨子が2013年8月21日に閣議決定された。同骨子を概観すると、医療・介護分野について重点的に取り上げられており、関連法案が2014～15年度の通常国会に提出され、2014～17年度の間には多くの項目が実施される予定である。
- 医療・介護給付の重点化・効率化は、大きく分けて供給体制の効率性を高める、需要の伸びを抑制するという二つの方向性がある。前者について目玉とされているのが地域包括ケアシステムの構築である。後者については、保険者などが情報通信技術を活用してレセプトなどのデータを分析し、加入者の健康維持や疾病予防を促進することなどが挙げられる。
- 負担の見直しに関する項目に注目すると、応能負担を強める方向性が鮮明である。ただしそれは高齢者も含めての話である。現在の社会保障制度は高齢者を年齢だけで一律に弱者とみなす傾向があるが、高齢者層はとりわけ所得格差が大きく、平均的には現役世代よりも豊かである。超高齢社会においては、負担能力の高い高齢者には現在よりも多くの負担を求めざるを得ないだろう。
- 医療費における前期高齢者の自己負担割合は、本則通り2割へ引き上げることが盛り込まれたが、引上げ方に問題がある。低所得者への負担軽減策は別途さまざまに講じられる予定であり、依然として年齢基準で現在の70～74歳の人々に本来の負担を求めないのはバランスに欠ける。年金制度については、支給開始年齢の引上げなど国民的関心の強い主要な改革論議は先送りされた。特に、マクロ経済スライドについて具体的な改革の方向性が示されなかったのは残念である。
- 報告書やプログラム法案の骨子で最も問題があると思われるのは、社会保障制度改革と政府の財政健全化政策との整合性や関係性が曖昧な点である。政府は今後、社会保障制度改革の効果を財政健全化と統合的な形で示す必要がある。個々の改革の成果を積み上げた場合の財政への影響や、社会保障給付を最大限抑制したとしても追加の国民負担増が発生するならばその規模など、早期に議論を開始すべきである。

## 1. プログラム法案骨子の概要

### 社会保障制度改革はこれから本格化

2013年8月6日、社会保障制度改革国民会議（以下、国民会議）が報告書を安倍首相へ提出した。国民会議は、民主党政権下であった2012年8月22日に、民主・自民・公明の3党合意の結果として制定された社会保障制度改革推進法が施行され、社会保障制度改革に必要な事項を審議するために設置された。国民会議では、社会保障国民会議（2008年）や安心社会実現会議（2009年）、税・社会保障一体改革などの流れを踏まえつつも、同法の基本的な考え方等に則って制度改革が検討されてきた。従って、報告書は社会保障制度改革に関する議論の現時点での集大成と位置付けられるべきものだろう。

また社会保障制度改革推進法は、政府に対して制度改革の実施のための法制上の措置を求めていた。すなわち、8月21日には報告書の内容に沿って政策の実施時期や法案提出のタイミングなどを記述したプログラム法案の骨子が閣議決定された。今後、政府は秋の臨時国会の冒頭に改革の全体像と進め方を盛り込んだプログラム法案を提出する。また、年内に国民会議の後継組織として新たな有識者会議を設置することが検討されるという。プログラム法が成立すれば、来年や再来年の通常国会で個別の法案の審議が行われることになる。そこで本稿の前半では、社会保障制度改革の基本的な考え方や報告書を含め、プログラム法案の骨子を概観する。それを踏まえて後半では、医療・介護・年金の改革内容を中心に意見を述べる。

### 制度改革における基本的な考え方

社会保障制度改革推進法には、改革に対する4つの基本的な考え方が示されている。具体的には、（1）自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと、（2）社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること、（3）年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること、（4）国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする、こと、である。

日本では、自ら生活を支え健康を維持する「自助」を基本としつつも、高齢や疾病、介護といった生活上のリスクは社会保険を基本とする「共助」が自助を支え、それらでは対応できない低所得者対策などについては税による「公助」が補完することで「国民皆保険・皆年金」を維持している。報告書では、こうした仕組みを「世界に誇れる国民の共有財産」として高く評価している。だが一方で、社会保障制度が想定しているモデル世帯や収支構造の変化から制度のほころびは時間の経過とともに広がっており、給付と負担の両面を見直さなければ制度の持

続可能性を確保できない状況にある。

現在の社会保障制度の基本的な枠組みは、各種給付が大幅に改善された 1973 年（「福祉元年」といわれる）に完成した。当時は、右肩上がりの経済成長と低失業率のもとで、夫は終身雇用・正規労働者として働き、妻は専業主婦として家庭を支え、子どもを育てるという核家族がモデルケースだった。また、企業の福利厚生は充実し、家族・親族内で私的に支え合う機能も残っていた。人口動態面では、高齢者（65 歳以上の者）1 人を生産年齢人口（15～64 歳人口）9.1 人で支え、合計特殊出生率が 2 を上回って推移するなど、少子高齢化への懸念は小さかった（値は 1973 年）。しかし現在の社会構造は当時と大きく異なっており、政府は制度変更を度々行ってきたものの、それに十分に対応できているとは言えない。例えば、社会保障の給付面をみると、待機児童に代表される少子化への対策が不十分であり、子育てと就労を両立させるという希望を叶えることのできない人々が多数いる。また、グローバル化の進展や内需低迷などに企業が対応した結果、非正規労働者が増加しているが、現在の社会保障制度は雇用保険、年金保険、医療保険において非正規労働者を十分にカバーしていなかったり、正規労働者との格差が生じていたりしている。

また、社会保障財政は政府の多額の財政赤字を通じて運営されている。内閣府「国民経済計算」から 2011 年度の状況をみると、社会保障給付費は 94 兆円（年金 49 兆円、医療 32 兆円、介護 8 兆円、その他 5 兆円）である。他方、それを賄う財源としては社会保険料 56 兆円、資産の取崩しや運用益等 7 兆円のほか、公費 32 兆円が充てられている。公費とは要するに税のことであり、税の会計では国と地方を合わせて 41 兆円の財政赤字となっている。財政問題は、高齢化を背景にほぼ一貫して増加し続けてきた社会保障制度をどう改革するかという課題と言っても過言ではない。社会保障は財政を通じて運営されている以上、大量の国債発行を続けている税の会計に対する信認が揺らげば、社会保障制度も維持できなくなる。

これから実施が本格化する社会保障制度改革では、こうした背景や制度上の課題を踏まえて、現在の社会構造に適合するように自助・共助・公助のバランスを見直していくことになるだろう。公費投入は低所得者対策や給付・負担の不均衡の是正が本来の目的であるため、報告書は保険者の制度間の負担の調整は基本的に保険者間で行い、「公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情のある場合とすべき」と述べている。負担の在り方については、「世代間の公平だけでなく「世代内」の公平を重視する旨から、従来の「年齢別」から「負担能力別」へ切り替える方針が打ち出された。また、少子化対策や低所得者・非正規雇用者への対応といった社会保障の機能の充実は、給付の重点化や制度運営の効率化と同時に行うことを目指している。中央・地方政府の財源（必要となる公費）については、国民が広く受益する社会保障の経費をすべての世代で負担する観点から、消費税率の引上げで対応することを基本としている。

## プログラム法案の骨子は医療・介護分野に軸足を置く

では、プログラム法案の骨子について見ていこう。図表 1 はその概要をまとめたものである。

全体的に見ると、医療・介護分野について重点的に取り上げられている。その理由は、2012年の社会保障・税一体改革において、子ども・子育て関連3法や年金関連4法が成立したことと比べて、医療・介護分野には議論の遅れが見られたからである。また年金に関しては、検討すべき課題が数多く残っているものの、2004年の制度改革により、基本的には年金財政の長期的な持続可能性が確保されたという認識があるためとみられる。少なくとも5年に1度実施される財政検証が来年に実施されることも、年金制度に関する議論に進展があまり見られなかった理由の1つであろう。

図表1 社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子の概要

	社会保障の機能の充実、給付の重点化・効率化	負担の見直し、財政基盤の安定化	実施時期
医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励。</li> <li>○ ICTやレセプト等を適正に活用しつつ、事業主、地方公共団体及び保険者等の多様な主体による保健事業の促進、後発医薬品の使用促進及び外来受診の適切化など。</li> <li>★ 効率的で質の高い医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病床機能の情報を都道府県へ報告する制度の創設。</li> <li>・ 都道府県による地域医療ビジョンの策定と実現。</li> <li>・ 新たな財政支援制度の創設。</li> <li>・ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し。</li> <li>・ 地域における医師、看護職員等の確保及び環境改善。</li> <li>・ 医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の改善。</li> </ul> </li> <li>■ 医療提供施設間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 国保の財政支援の拡充によって財政上の構造的な問題を解決したうえで、国保の運営業務は都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保険事業の実施等は市町村が担うよう、両者が適切な役割分担を行う。</li> <li>■ 健保法改正法附則第2条に規定する所要の措置（協会けんぽの国庫補助率の検討）。</li> <li>■ 国保及び後期高齢者医療保険制度の低所得者の保険料負担を軽減。</li> <li>■ 後期高齢者支援金における全面総報酬割の導入。</li> <li>■ 高所得の国保組合に対する国庫補助の見直し。</li> <li>■ 国保の保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ。</li> <li>■ 低所得者に配慮しつつ、前期高齢者の自己負担割合の見直し。応能負担の観点から高額療養費制度の見直し。</li> <li>◆ 難病対策に係る都道府県の超過負担の解消、難病及び小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な医療費助成制度の確立。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ についての必要な措置を2017年度までを目途に順次講じ、2014年通常国会に必要な法案の提出を目指す。</li> <li>■ についての必要な措置を2014～17年度までを目途に順次講じ、2015年通常国会に必要な法案の提出を目指す。</li> <li>◆ についての必要な措置を2014年度を目途に順次講じ、2014年通常国会に必要な法案の提出を目指す。</li> </ul>
介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な取組を奨励。</li> <li>▲ 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し（在宅医療及び在宅介護の連携強化、高齢者の生活支援及び介護予防に関する基盤整備、認知症に係る施策）。</li> <li>▲ 地域支援事業の見直しと併せ、地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し。</li> <li>▲ 特別養護老人ホームに係る施策介護サービス費の支給対象の見直し。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ 一定以上の所得がある者の利用者負担の見直し。</li> <li>▲ 補給給付の支給要件に資産を勘案する等の見直し。</li> <li>▲ 低所得の第1号保険者の介護保険料の負担軽減。</li> <li>○ 介護納付金は、後期高齢者支援金の全面総報酬割の状況を踏まえ、総報酬割の導入検討、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ についての必要な措置を2015年度を目途に順次講じ、2014年通常国会に必要な法案の提出を目指す。</li> </ul>
年金	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ マクロ経済スライドに基づく年金給付額の改定の在り方。</li> <li>○ 短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲の拡大。</li> <li>○ 高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方を検討。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高所得者の年金給付の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し。</li> <li>○ ここで掲載された項目のほかにも、必要に応じて見直し。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>左記項目に検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。</li> </ul>
少子化	<ul style="list-style-type: none"> <li>▼ 子どものための教育・保育給付及び地域子ども・子育て支援事業の実施。</li> <li>▼ 保育緊急確保事業の実施。</li> <li>▼ 社会的養護の充実に当たり必要となる児童養護施設等における養育環境等の整備。</li> <li>○ 2015年度以降の次世代育成支援対策推進法の延長について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。</li> </ul>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>▼ を（待機児童解消加速化プランの実施に当たって必要となるものを含めて）着実に実施する。</li> </ul>

（出所）大和総研作成



図表中の「実施時期」を見ると、医療・介護分野で挙げられた項目の多くは2014～17年度の間実施される見通しとなっており、法案は2014～15年通常国会に提出される予定である。なお、2014～2017年度に実施するというのは、次期医療計画の策定時期が2018年度であることや、第6期介護保険事業計画が2015年度から始まることを踏まえてのことである。

## 医療・介護サービスの供給体制の効率化

医療・介護給付の重点化・効率化は、大きく分けて供給体制の効率性を高める、需要の伸びを抑制するという二つの方向性がある。前者について目玉とされているのが、地域包括ケアシステムの構築である。地域包括ケアシステムとは、例えば要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援サービスが身近な地域（概ね30分以内の日常生活圏域（中学校校区単位））で包括的に提供される体制である。こうした体制は保険者である都道府県や市町村がその地域の特性に応じて実現していく。具体的には、病床の医療機能に関する情報を都道府県へ報告する制度（病床機能報告制度）を導入した上で、都道府県がそのデータに基づいて地域医療ビジョン（その地域に相応しいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量）を策定する。医療・介護サービスは地域内で従来以上に緊密に連携し、病状に応じて利用者が病院から介護施設、在宅へ円滑に移動できるような体制を構築する。さらに報告書では、利用者のフリーアクセスは守りつつも限りある医療資源を効率的に活用するために、緩やかなゲートキーパー機能として「かかりつけ医」にまず相談することを基本とすべきと述べている。一般的な外来受診はかかりつけ医が担い、大病院の外来はかかりつけ医からの紹介患者を中心とする。報道によると、紹介状のない患者が一定病床数以上の病院に外来受診した場合、1万円程度の定額自己負担を求めることが検討されているようだ<sup>1</sup>。

## 後発医薬品のさらなる使用促進

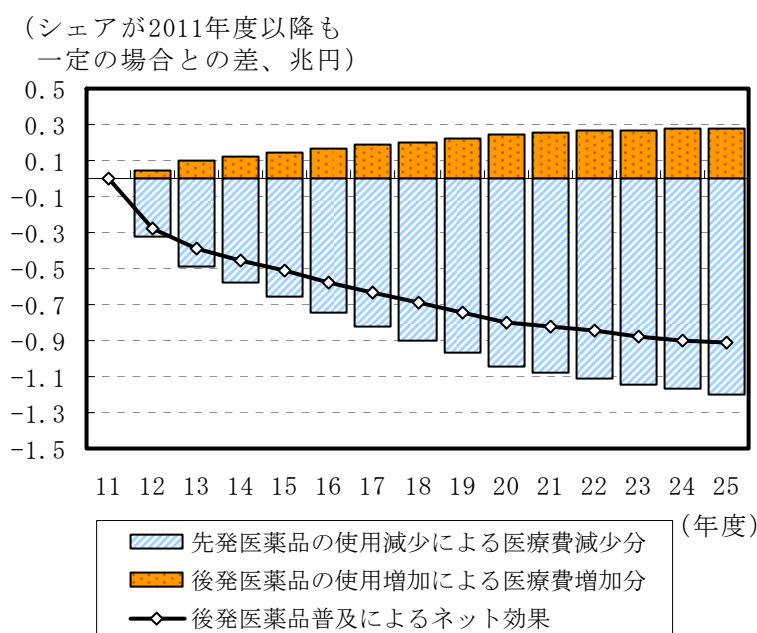
そのほかに挙げられた医療給付の効率化策の中では、これまでも進められてきた後発医薬品のさらなる使用促進が注目される。政府は2007年に「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定し、2012年度までに後発医薬品の数量シェア（全医薬品の数量に占める後発医薬品の数量の割合）を30%以上にすることを目標としてきた。しかし、2011年9月の薬価調査では22.9%であり、2013年3月では25%前後であったと推計され、目標を達成できなかった模様である。そこで政府は、2013年4月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を新たに策定した。これは、後発医薬品の数量シェアを2017年度末までに60%<sup>2</sup>（これまでの計算式に当てはめれば35%前後）以上にするという目標を掲げたものである。

<sup>1</sup> 2013年8月30日付の日本経済新聞記事。

<sup>2</sup> 60%という数値は従来の定義と異っており、計算式の分母から後発医薬品に置き換えられない先発医薬品を除いた数値である。

仮に、2020年度に以前の定義で後発医薬品の数量シェアが35%に達した場合に、医療費がどの程度削減できるのかを大和総研で試算した結果が図表2である<sup>3</sup>。2011年度における後発医薬品の数量シェア（旧指標で23.3%）が変化しない場合と比べ、2020年代以降で毎年1兆円前後（CPIによる実質金額）減少させることができると見込まれる。医療の質を落とさずに価格を引き下げる後発医薬品の普及は、国民からの支持を得やすい医療費抑制策である。また削減効果も大きいことから、今後も後発医薬品の使用促進を積極的に進めることが望ましい。

図表2 後発医薬品の普及による医療費削減効果



## ICTで加入者の健康維持や疾病予防を促進

他方、需要の伸びを抑制しようとする施策としては、保険者などが情報通信技術（ICT）を活用してレセプトなどのデータを分析し、加入者の健康維持や疾病予防を促進することが挙げられる。事業主や地方公共団体など、関連する主体が連携して保健事業を行う余地は大きいだろう。

この先行事例としては、広島県呉市（国保）の取組みが有名である。呉市は電子データ化したレセプトを活用し、重複受診者や頻回受診者を抽出して保健指導を行ったところ、患者の中には医療費を大幅に削減できた者も出てきた<sup>4</sup>。また、レセプトデータに含まれる処方実績を用いて、先発医薬品から後発医薬品へ切り替えた場合の医療費削減額を国保加入者に通知するサ

<sup>3</sup> 詳しくは大和総研調査本部「[超高齢日本の30年展望 持続可能な社会保障システムを目指し挑戦する日本 ー 未来への責任](#)」、大和総研レポート、2013年5月14日、を参照。

<sup>4</sup> 詳しくは、厚生労働省「[平成25年版厚生労働白書 ー若者の意識を探るー](#)」を参照。

ービスを行った結果、後発医薬品の利用率が高まって医療費の削減に繋がったという。日本の1人当たりの受診回数は13.2回とOECD加盟国（平均6.5回、2009年）の中で最も多いことを踏まえれば、こうした取組みによる改善の余地は小さくないだろう。

## 負担面では応能負担を強める内容

負担の見直しに関する項目に注目すると、改革の基本的な考え方に従い、低所得者の負担を軽減する一方で高所得者の負担を重くするという応能負担を強める方向性が鮮明である。医療分野では、国保及び後期高齢者医療保険制度における低所得者の保険料負担の軽減、後期高齢者支援金への全面総報酬割の導入（これによって主に平均賃金が高い健保組合加入者の負担が増加し、中小企業従業員など協会けんぽ加入者の負担は減少する）、高所得の国保組合に対する国庫補助の見直し（定率補助の廃止を検討）、国保の保険料の賦課限度額（世帯主が支払う年間の保険料の上限金額）及び被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ、高額療養費制度の見直し（所得区分の細分化による中低所得者層の負担軽減）、が挙げられる。

介護分野では、これまで所得の多寡に関係なく1割としてきた自己負担割合を見直す見込みとなった。医療保険制度では「現役並み所得」と認定されている高齢者は、現在、現役世代と同じ3割の自己負担割合が適用されている。それと比較すると介護保険の自己負担割合は条件が寛容と言える。9月25日に開かれた厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会では、一定以上の所得を有する人の自己負担割合を2割へ引き上げる案が提示された。一定以上の所得者の基準として、①65歳以上の第1号被保険者全体の所得上位約20%に該当する合計所得金額160万円以上、②あるいは、住民税課税者である被保険者（6段階となっている1号保険料のうち第5～6段階が適用されている高齢者）のうち所得額が上位概ね半分以上に該当する合計所得金額170万円以上、の2つが提案されている。

なお、第2号（40～64歳）被保険者が負担する介護納付金については、「後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置に係る検討状況等を踏まえ、介護納付金の算定の方法を被用者保険者については総報酬割とする措置について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる」と述べられるにとどまり、実施時期は明記されなかった。ただ、いずれにせよ、高齢者医療支援金や介護納付金について、加入者数に応じて負担額を決める現在の制度を加入者の平均所得で決める総報酬割へ変更すれば、所得の高い人々やそうした人々の加入する保険者の負担が重くなる。応能負担をどの程度まで強めるべきか、今後大きな議論となるだろう。

財政基盤の安定化に関しては、恒常的な赤字体質となっている市町村国保の財政運営を都道府県へ移す方針が明確にされた。これは、社会保障・税一体改革で成立した「国民健康保険法の一部を改正する法律」の流れに沿ったものと言えるだろう。同法は、市町村国保の財政基盤強化策の恒久化、財政運営の都道府県単位化（市町村国保のすべての医療費を都道府県単位で共同して負担する仕組み）の推進などを2015年度から実施することを定めている。ただ、市町村国保の赤字構造を都道府県が引き継げば、都道府県の財政が悪化することが予想される。従

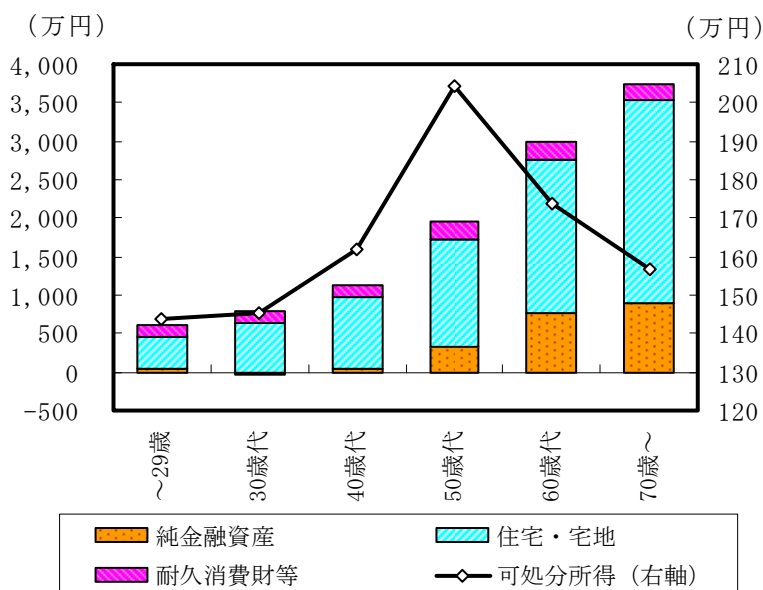
って市町村国保の都道府県単位化の前提として、都道府県は財源基盤の強化を求めている。これに関連して国民会議の報告書では、「後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬割にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべきである」と記された。だが、プログラム法案の骨子には明記されておらず、現時点ではどのような形で都道府県の財源を確保するのかは不透明である。

## 2. プログラム法案の骨子に対する評価

### 高齢者層の中でも応能負担を強めることは避けられない

前述の通り、負担の在り方については世代間の公平だけではなく世代内の公平も重視する考えが示されており、「年齢別」から「負担能力別」へ切り替える方向性となっている点がポイントである。厳しい財政状況の中で財源を確保しつつ、社会保障の網の目から漏れがちな社会的弱者に対して一定水準の給付を行うためには、応能負担を強めることはある程度避けられない。ただし、能力に応じた負担を求めるという考え方は若年層や壮年層だけでなく、高齢者層についても当てはまるということを忘れてはならない。現在の社会保障制度は高齢者を年齢だけで一律に弱者とみなす傾向があるが、所得格差はとりわけ高齢者層において大きいことを見逃すべきではない。しかも高齢者層は、平均的に、あるいは世代全体としてみれば、現役世代よりも豊かである。超高齢社会においては、負担能力の高い高齢者には、現在よりも多くの負担を求めざるを得ないだろう。

図表3 世帯人員1人当たりの可処分所得と純資産額



(注) 総世帯。純資産額は2009年で可処分所得は2012年の値。  
耐久消費財等にはゴルフ会員権やクラブ会員権も含む。  
(出所) 総務省、厚生労働省統計より大和総研作成



図表 3 は世帯人員 1 人当たりの可処分所得と資産を世帯年齢別に見たものである。厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、2012 年の世帯人員 1 人当たりの年間可処分所得は全国平均で 169 万円であるが、年齢別にみると 50 歳代（204 万円）が最も高く、それと比べれば 60 歳代以上は低い。しかし、これは無職になってフローの給与所得等がなくなるのだから当然である。むしろ、無職世帯が多いにもかかわらず 60 歳代は 40 歳代よりも可処分所得が多く、70 歳以上全体の平均でみても 30 歳代より高い。さらに、図表の棒グラフに注目すると、高齢者は金融資産だけでなく、住宅や土地といった実物資産も現役世帯よりかなり多く所有している。

## 各人の負担能力を正確に把握できるインフラ作りを

応能負担の考え方を公正に導入するためには、各人の負担能力をいかに正確に把握できるかがカギとなる。それについては、2016 年から運用が始まる「社会保障・税番号制度」（番号制度）に一定の期待ができると思われる。番号制度とは、国民一人ひとりに社会保障・税番号（個人番号）が与えられ、行政機関や地方公共団体など複数の機関が持つ情報を個人番号によって整理・統合し、社会保障・税制度の効率性や透明性を高めるものである<sup>5</sup>。

ただし、番号制度が導入されてもすべての所得を完全に把握できるわけではない。平均的にみれば、高齢者世帯は無職者が多いため低所得である一方で、多額の金融資産を持っている。しかし、例えば利子所得は民間銀行内での源泉徴収で税務処理されるため、税務当局は預貯金についての情報を持っておらず、番号制度が導入されても預貯金の多寡を把握できない。報告書では、「社会保障・税番号制度も活用し、資産を含め負担能力に応じて負担する仕組みとしていくべき」と述べられている。今後は報告書の提言に沿った形で、利子所得についても番号制度の範囲に含まれるような制度改正が期待される。

なお、前出の社会保障審議会介護保険部会では、口座情報を一元的に把握する仕組みがない現状や市町村の事務負担を踏まえて、「預貯金等の保有状況は自己申告を基本としつつ、不正事案に対するペナルティの強化等により、適正な申告を担保する仕組み」を一案として挙げている。当局が申告額を正しいかどうか判断できない以上、ペナルティを設けることの有効性ははっきりしないが、番号制度が整備されるまでは何らかの制度やルールを設けて、政策的に配慮すべき真の弱者をできる限り把握する必要があるだろう。

## 前期高齢者の自己負担割合は直ちに引き上げるべき

プログラム法案の骨子は、医療の自己負担割合について、「低所得者の負担に配慮しつつ行う、70 歳から 74 歳までの者の一部負担金の取扱い（中略）の見直し」を盛り込んでいる。70～74 歳（前期高齢者）の自己負担割合については、医療費を適正化して医療保険財政を立て直すために、1 割から 2 割に引き上げる制度改正が 2006 年度に行われた。しかし、2008 年度から

<sup>5</sup> 詳しくは、吉井一洋、鳥毛拓馬、小黒由貴子「[マイナンバー法 \[1\] ～今国会で成立した個人番号関連法～](#)」、『大和総研調査季報』2013 年夏季号（Vol. 11）、を参照。

それを実施に移す段階になって、2007年の参院選で惨敗した自公政権が施行直前に1割に凍結した。その後を継いだ民主党政権や、2012年12月の衆院選で再び政権を取った自民、公明両党も引上げを凍結し、5年経った現在でも1割のままである。法律上はあくまでも2割である以上、骨子で示されたように、政治的配慮で本則通りとなっていない部分を本来の姿に改めるのは当然である。

ここでの問題点は自己負担割合の引上げ方にある。報告書では、「低所得者の負担に配慮しつつ、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わらないよう、新たに70歳になった者から段階的に進める」と述べており、現在の前期高齢者には追加的な自己負担を求めない可能性が高い。しかし、低所得者への負担軽減策は別途さまざまに講じられる予定であり、ここであえて現在の70～74歳の人々全員に本来の負担を求めないというのはバランスに欠けるように思われる。改革の基本的な考え方に従い、前期高齢者の自己負担割合は直ちに引き上げるべきである。

## マクロ経済スライドは早急に見直しを

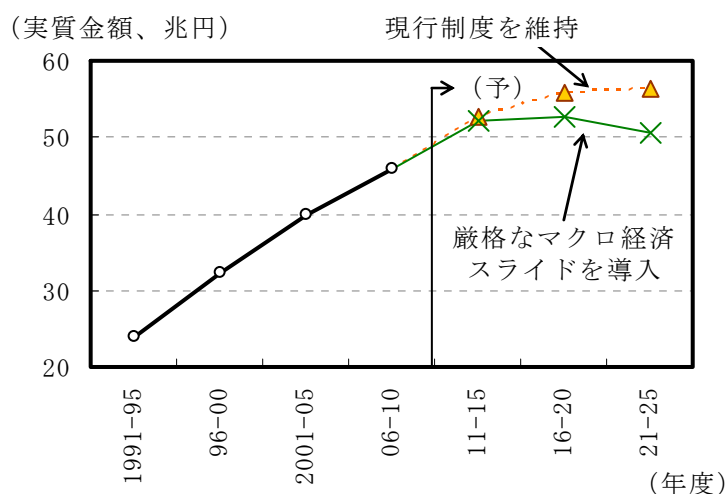
年金制度については、支給開始年齢の引上げなど国民的関心の強い主要な改革論議は先送りされた。特に、以前から制度設計の問題が指摘されていた「マクロ経済スライド」について、プログラム法案の骨子で具体的な改革の方向性が示されなかったのは残念である。マクロ経済スライドは2004年の年金改革で導入された制度であり、現役世代（制度の支え手）の減少や平均余命の伸びの分だけスライド率を抑制するものである。人口動態からくる必要な給付調整を、一定期間、年金財政の均衡が図れるところまで自動的に行う仕組みとして高く評価できるが、名目の年金額が下らない範囲で調整するという条件が付いている。そのため、デフレが継続している下、マクロ経済スライドは一度も発動されていない。

年金制度について国民会議の報告書では、「将来的な負担の水準を固定し、給付を自動調整して長期的な財政均衡を図る仕組みとしたことで、対GDP比での年金給付や保険料負担は一定の水準にとどまることとなった。その意味において、今後の社会経済情勢の変化に対応して適時適切な改革を行っていくことは必要であるものの、基本的に年金財政の長期的な持続可能性は確保されていく仕組みとなっている」と述べている。たしかに、いずれ物価や賃金が上昇に転じてからマクロ経済スライドを当初の予定よりも長期に実施すれば長期的な財政均衡は達成できるだろうが、スライド調整の遅れは現在の受給者の給付を下げず、将来の受給者の給付を下げることになるから、世代間の不公平という点で非常に問題である。2004年の導入から10年経ってもデフレから脱却できておらず、その間の世代間不公平は拡大している。現存する世代間不公平を少しでも是正するためには、現在の給付を速やかに抑制する必要がある。

仮に、今後も長期にわたって物価下落や賃金下落が続いた場合、現行制度のもとでは年金給付が適正な規模からどの程度上振れするだろうか。逆に言うと、物価・賃金動向に関係なくマクロ経済スライド（厳格なマクロ経済スライド）を導入すると、年金給付はどの程度抑制され

るのだろうか。図表 4 は、名目賃金が前年比▲0.1%、物価が同▲0.2%で推移すると仮定して給付抑制効果をみたものである。現行制度では、賃金が下落している間はマクロ経済スライドが発動されないため、高齢化の影響を受けて年金給付総額の趨勢的な増加が続く。一方、厳格なマクロ経済スライドを導入したケースを見ると、賃金・物価動向に関係なくスライド調整するため、給付費は緩やかな減少傾向を辿る。両ケースの給付費の差は年を経ることに拡大し、2021-25 年度では年平均 6 兆円（CPI による実質金額）程度に達する。今後の物価や賃金の動向には不確実性がある以上、社会保障制度の持続可能性を確保するという観点からも、こうした制度の見直しは早急に行うべきである。

**図表 4 デフレが長引いた場合に厳格なマクロ経済スライドを導入した場合の給付抑制効果**



(注1) 2010年基準CPIで基準化。「厳格なマクロ経済スライド」とは、賃金・物価動向に関係なく人口動態を改定率へ反映させるマクロ経済スライド。

(注2) 予測期間中、名目賃金は前年比▲0.1%、CPIは同▲0.2%で推移すると想定。

(出所) 各種統計より大和総研作成

## 財政健全化と統合的な社会保障制度改革の実行を

最後に、報告書とプログラム法案の骨子で最も問題があると思われるのは、社会保障制度改革と政府の財政健全化との整合性や関係性が曖昧な点である。骨子で挙げられたすべての改革を実行したときに社会保障給付がどの程度抑制され、公費負担がどの程度減少するといった定量的な情報は示されていない。前述のように、現在の社会保障財政は年間 30 兆円以上の公費負担によって支えられており、政府の恒常的な財政赤字の主要因となっている。はたして、プログラム法案の骨子で挙げられた改革を実行した場合、政府の基礎的財政収支（プライマリーバランス、以下 PB）の赤字はどの程度縮小するのだろうか。

もちろん、社会保障改革の本来の目的は人々の安心を確保するためであって財政健全化では

ない。財政再建のために社会保障制度を改革しようというのは本末転倒だろう。しかし、財政を健全化させることができず、さらなる悪化で財政が不安定になっていけば社会保障制度もいづれ維持できなくなる。社会保障制度の持続性回復と財政健全化は同時に達成しなければならない課題なのである。報告書でも、「社会保障が、現在、巨額の後代負担を生みながら、財政運営を行っていることは、制度の持続可能性や世代間の公平という観点からも大きな問題であり、現在の世代の給付に必要な財源は、後代につけ回しすることなく、現在の世代で確保できるようにすることが不可欠である」と述べている。

8月8日に内閣府が経済財政諮問会議に提出した2023年度までの見通し（内閣府試算）によれば、2013-22年度のGDP成長率は実質で年平均2.1%、名目で同3.4%と高めの経済成長率とデフレ脱却を見込んでいる<sup>6</sup>。内閣府試算では現在の潜在成長率が1%程度とされていることを踏まえると、政府の経済見通しは成長戦略が十分に奏功した理想的な成長パスと言える。また、国民会議が報告書を提出する前の段階までに決まっていた内容の社会保障制度改革や、消費税率の10%への段階的な引上げも内閣府試算は想定している。しかしそれでも、2020年度までのPB黒字化という政府の財政健全化目標は達成することができない。2020年度のPBはGDP比▲2.0%と予想されており、その後も赤字が続く見通しである（図表5）。また、内閣府は経済再生ケースよりも低い成長（実質で同1.3%、名目で同2.1%）を見込んだ「参考ケース」も発表しており、2010年代半ば以降、PBはGDP比▲3%程度で推移する見通しである<sup>7</sup>。

政府は今後、社会保障制度改革の効果を財政健全化と整合的な形で示す必要があると思われる。個々の改革の成果を積み上げた場合に財政にどのような影響をもたらすのか、あるいは、社会保障給付を最大限抑制したとしても、さらなる消費税増税など追加の国民負担増が発生するならばどの程度か、早期に議論を開始すべきであろう。まずはプログラム法案の骨子で掲げた改革を着実にやっていくことが重要だが、「木を見て森を見ず」とならないように、数値目標を掲げるなどして財政とのバランスが取れた改革が行われることを期待したい。

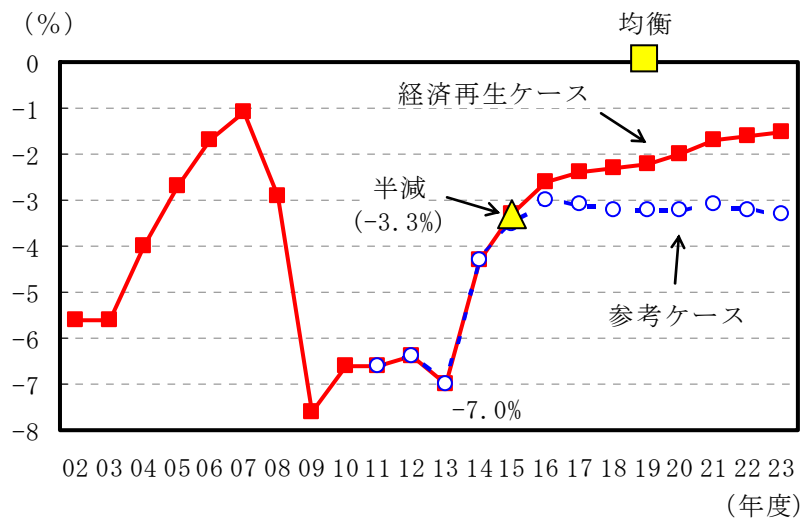
— 以 上 —

<sup>6</sup> 内閣府「中長期の経済財政に関する試算」（2013年8月8日）の経済再生ケース。

<sup>7</sup> 大和総研調査本部「[超高齢日本の30年展望 持続可能な社会保障システムを目指し挑戦する日本 — 未来への責任](#)」では、現行の制度を維持した場合（ベースシナリオ）の財政収支を長期予測している。それによると、GDP比でみたPBは2016-20年度で▲3.9%、2021-25年度で▲3.6%、2026-30年度で▲4.2%、2031-35年度で▲5.2%、2036-40年度で▲6.3%であり、政府よりも悲観的な予想である。



図表5 政府の基礎的財政収支の見通し（対GDP比）



(注) 中央・地方政府ベースで、復旧・復興対策の経費及び財源の金額は除かれている。

(出所) 内閣府「中長期の経済財政に関する試算」より大和総研作成