

2014年1月29日 全19頁

今春から本格化する社会保障制度改革

真の意味での社会保障・税一体改革の姿を示すべき

調査提言企画室
エコノミスト 神田 慶司

[要約]

- 2013年12月に社会保障改革プログラム法が成立し、施行された。今後は2014~15年の通常国会で個別の法案が審議されることになる。また同法は、内閣に社会保障制度改革推進本部と社会保障制度改革推進会議を設置することを定めている。国民会議では定量的な議論が乏しかったため、推進会議の発足後は定量的な把握や、制度の持続可能性が確保できないと見込まれた場合の追加的な給付抑制や負担増を具体的に検討する会議となることが期待される。
- 制度改革について概観すると、医療・介護分野について重点的に取り上げられており、以前から問題となっていた医療提供体制の見直しが実行段階に入ったことは高く評価できる。また、後発医薬品のさらなる使用促進やICT・レセプトデータを用いた需要抑制といった取組みも行われる予定である。負担の見直しに関しては、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。
- 応能負担を強めることはある程度避けられないが、それは高齢者も含めての話である。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ことを踏まえるべきであろう。応能負担の考え方を公正に導入するためにも、資産を含めて各人の負担能力を正確に把握できるような情報インフラが不可欠である。
- 年金制度については、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。今回の制度改革を概観すると、充実化としての給付増加や保険料減免が確実である一方で、重点化・効率化による給付抑制効果が不透明である。給付抑制が想定よりも進まなかった場合に備え、「応益負担」を強めるといった追加策について議論を深めておくべきである。
- 制度改革の全体像が示されたが、それでも政府の財政健全化との整合性は曖昧である。政府は今後、社会保障改革プログラム法で設置が決まった社会保障改革推進会議での議論を経て、財政健全化と整合的な社会保障制度改革の姿を示す必要がある。

はじめに

本稿では、2014年度から実施される社会保障制度改革について検討する。今回の制度改革は、社会保障・税一体改革に関して2012年に成立した一連の関連法に加えて、社会保障制度改革国民会議（以下、国民会議）が2013年8月にまとめた報告書に基づく「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（いわゆる「社会保障改革プログラム法」）によるものである。

前半では、今回の制度改革について概観する。内容を先取りすると、医療・介護分野について重点的に取り上げられており、以前から問題となっていた医療提供体制の見直しが実行段階に入ったことは高く評価できる。また、後発医薬品のさらなる使用促進やICT・レセプトデータを用いた需要抑制といった取組みも行われる予定である。負担の見直しに関しては、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。

後半では、制度改革についての評価を行う。応能負担を強めることはある程度避けられないが、それは高齢者も含めての話である。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ことを踏まえるべきであろう。応能負担の考え方を公正に導入するためにも、資産を含めて各人の負担能力を正確に把握できるような情報インフラが不可欠である。年金制度については、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。制度改革を概観すると、充実化としての給付増加や保険料減免が確実である一方で、重点化・効率化による給付抑制効果が不透明である。給付抑制が想定よりも進まなかった場合に備え、「応益負担」を強めるといった追加策について議論を深めておくべきである。今回、制度改革の全体像が示されたが、それでも政府の財政健全化との整合性は曖昧である。政府は今後、社会保障改革プログラム法で設置が決まった社会保障改革推進会議での議論を経て財政健全化と整合的な社会保障制度改革の姿を示す必要があるだろう。

1. 2014年度から実施される社会保障制度改革の概要

ほころびが目立つ現在の社会保障制度

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 2012 年度の状況をみると、社会保障給付費は 95 兆円（年金 50 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 58 兆円、資産の取崩しや運用益等 6 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 38 兆円の財政赤字となっている。財政問題は、高齢化を背景に費用が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。

プログラム法は制度改革に関する議論の現時点での集大成

こうした背景から、国民会議での議論を経て、2013 年 12 月に社会保障改革プログラム法が成立し、施行された。プログラム法には、国民会議が同年 8 月に安倍首相へ提出した報告書の内容に沿って、政策の具体的な内容や実施時期、法案提出のタイミングなどが記されている。民主党政権下であった 2012 年 8 月に、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国民会議が設置された。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）、社会保障・税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た。従って、国民会議が提出した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と言える。プログラム法が施行されたことで、今後は 2014～15 年の通常国会で個別の法案が審議されることになる。

同法は、内閣に社会保障制度改革推進本部（以下、推進本部）と社会保障制度改革推進会議（以下、推進会議）を設置することを定めている。推進本部は内閣総理大臣を本部長とする組織であり、制度改革の円滑な実施を推進しつつ実施状況を検証し、その結果として必要があれば企画・立案や総合調整を行う。一方で、推進会議は制度改革の進捗状況を把握するとともに、2025 年度を展望しつつ総合的に検討し、その結果を内閣総理大臣に報告する。また、制度改革についても調査審議して結果を報告する。推進本部はそれらの報告について必要があると認められた場合、企画・立案や総合調整を行うことになっている。

推進会議は有識者を委員として構成される組織であり、国民会議を後継するものと考えられる。国民会議では、社会保障制度改革を実施した場合の給付額や国民負担などの長期見通しが示されなかったという点で定量的な議論が乏しかった。推進会議は 2025 年度までを展望して制

度改革の調査審議を行うことから、発足後は定量的な把握や、制度の持続可能性が確保できないと見込まれた場合の追加的な給付抑制や負担増を具体的に検討する会議となることが期待される。

議論の遅れが見られた医療・介護分野に改革の軸足を置く

それでは、プログラム法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、社会保障・税一体改革で決まった基礎年金国庫負担 2 分の 1 の恒久化などは実施される一方で、検討すべき課題は残ったままであり、今回の改革でも事実上先送りされた。これは、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 2014 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。

図表中の「実施時期」に注目すると、医療・介護分野で挙げられた項目の多くは 2014～17 年度の間の実施される見通しとなっており、必要な法案は 2014～15 年通常国会に提出される予定である。なお、2014～17 年度に実施するというのは、次期医療計画の策定期間が 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。

図表1 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」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"> ○ 個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励。 ○ ICTやレセプト等を適正に活用しつつ、地方公共団体、保険者、事業主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。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。 ★ 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"> ・ 病床機能の情報を都道府県へ報告する制度の創設。 ・ 都道府県による地域の医療提供体制の構想の策定及び必要な病床の適切な区分の策定、都道府県の役割の強化等。 ・ 新たな財政支援制度の創設。 ・ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し。 ■ 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、外来・入院に関する給付の見直し。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療保険制度等の財政基盤の安定化 <ul style="list-style-type: none"> ・ 国保に対する財政支援の拡充。 ・ 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。 ・ 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）。 ■ 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。 ■ 後期高齢者支援金における全面総報酬割の導入。 ■ 高所得の国保組合に対する国庫補助の見直し。 ■ 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。 ■ 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。 ◆ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ★ 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。 ■ 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。 ◆ 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。
介護	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励。 ▲ 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）。 ▲ 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。 ▲ 特別養護老人ホームに係る施設介護サービス費の支給対象の見直し。 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ 一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し。 ▲ 補給給付の支給要件に資産を勘案する等の見直し。 ▲ 第1号被保険者の介護保険料に係る低所得者の負担軽減。 ○ 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、総報酬割の導入を検討し、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ 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。
年金	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。
少子化	<ul style="list-style-type: none"> ▼ 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。 ▼ 保育緊急確保事業の実施。 ▼ 保育の量的拡充のために必要な都道府県及び市町村以外の者が設置する保育所の保育費用の国庫負担。 ▼ 社会的養護の充実に当たり必要となる子どもの養育環境等の整備。 	—	<ul style="list-style-type: none"> ▼ の措置を講ずるほか、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、必要が認められるときは必要な措置を講ずる。

(注) 各項目の冒頭にある「★」、「■」、「◆」などの記号は、図表右側の実施時期に対応している。

(出所) 大和総研作成

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、効率的で質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステム¹の構築である。現在の医療提供体制は、海外に比べて

¹ 地域包括ケアシステムとは、地域の医療・介護サービスが従来以上に緊密に連携することで、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

人口当たりの病床数がかかり多いものの医師数は少なく、平均在院日数が長いという非効率な状況にあり、医療給付費や医療従事者の負担を増大させる要因となっている。こうした問題は広く認識されており、以前からその見直しが求められてきた。社会保障・税一体改革では医療提供体制の効率化や医療・介護の連携強化などが盛り込まれたものの、その実施時期・方法など具体的な内容については十分に示されなかった。国民会議で議論が進展したことにより、今回の改革の中でようやく実行段階に入ったことは高く評価できよう。

プログラム法では、医療機関に医療機能の情報を都道府県へ報告させること（病床機能報告制度）で、これまで不明確であった地域ごとの医療機能を定量的に把握する。その上で、都道府県がデータに基づいて地域医療ビジョン（当該地域の将来の医療需要と各医療機能の必要量）を策定し、目標に合わせて各医療機能の病床数を調整していく。その際、医療機能を正確に把握することが不可欠であるが、同時に、他の施策の効果を勘案して医療需要を見通すことも重要であろう。日本再興戦略を含めた社会保障制度改革は、医療需要を抑えるために様々な施策を行おうとしている。例えば、政府は情報通信技術（ICT）やレセプトデータを利用して加入者の健康維持や疾病予防を促進しようとしている。こうした取組みが奏功すれば、将来の各医療機能の必要量は少なくて済むことになる。前例のない政策の効果を把握するのは難しいが、甘い需要見通しは過剰・過小な医療提供体制の構築に繋がることを意識しておかなければならない。できる限り予測の精度を高めるためにも、例えば国・都道府県間で情報を共有したり、定期的に需要予測を見直したりするといったきめ細かな取組みが求められる。

なお、地域医療ビジョンを実現するための具体的な内容については、厚生労働省の社会保障審議会医療部会で議論され、2013年12月27年に「医療法等改正に関する意見」が取りまとめられた²。日本では民間の医療機関が大半を占めているため、国や都道府県が医療供給量を直接的にコントロールできないという運営上の難しさがある。そこで医療部会では、国と都道府県が次のような措置によって医療機関の自主的な取組みを支援すべきとの考えを示した。すなわち、①医療機関や保険者等が参加する「協議の場」の創設、②都道府県が保険者の意見を聞く仕組みの創設、③医療と介護を一体的に推進するための医療計画の役割強化、④消費税増収分を活用した新たな財政支援の仕組みの創設、の4つである。

「協議の場」は、個々の医療機関の機能分化や連携を協議する組織である。協議に実効性を持たせるために、「協議の場」への参加や、合意事項への協力の努力義務等が設けられる。また、医療ビジョンで定めた必要量からみて過剰な医療機能に転換しようとする医療機関が現れた場合や、何らかの事情によって「協議の場」が機能しなくなり、機能分化や連携が進まない場合等には、都道府県が主導的な役割を果たすことで対処する。一方で、新たな財政支援は診療報酬や介護報酬と適切に組み合わせつつ、過剰となっている病院の医療機能を転換させたり、病床の統廃合を促したりすることなどを資金面から後押しするものである。

提供される体制。

² 医療部会では、政府の社会保障制度改革全体の検討を踏まえ、医療提供体制の改革の具体的な内容について2013年6月から10回にわたり議論が行われた。

一方で、介護給付の重点化・効率化において盛り込まれた介護予防給付の見直しや、特別養護老人ホーム（以下、特養）に係る施設介護サービス費の支給対象の見直しについても、社会保障審議会の介護保険部会で議論が進められている。2013年12月20日に発表された「介護保険制度の見直しに関する意見」では、介護予防給付を「訪問介護」と「通所介護」に限って地域支援事業（介護予防などを行っている市町村の運営事業）へ移すことを提案している。ただし、財源はこれまでと同じであり、給付の削減を目的としたものではない。現在は全国一律のサービス内容、基準、単価等で給付されているが、市町村が取り組む地域支援事業の枠組みに入れることで、NPOや民間企業、ボランティアなど既存事業者以外の多様な事業主体が参加できるようになる。その結果、多様なサービスが異なる価格で供給されるようになり、利用者の様々なニーズに応えやすくなるという。一方で特養の利用については、在宅での生活が困難な中重度の要介護者が入所しやすくなるように、新規の入所者を原則として要介護度3以上の高齢者に限定することを提案している³。

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%⁴（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。

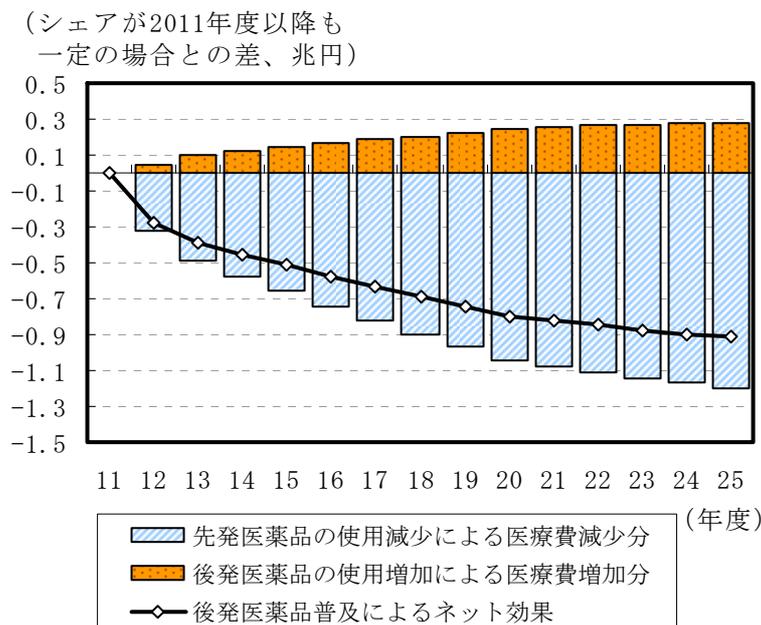
仮に、2020年度に以前の定義で後発医薬品の数量シェアが35%に達した場合に、医療費がどの程度削減できるのかを大和総研で試算した結果が図表2である⁵。2011年度における後発医薬品の数量シェア（旧指標で23.3%）が変化しない場合と比べ、2020年代以降で毎年1兆円前後（CPIによる実質金額）減少させることができると見込まれる。医療の質を落とさずに価格を引き下げる後発医薬品の普及は、国民からの支持を得やすい医療費抑制策である。また削減効果も大きいことから、今後も後発医薬品の使用促進を積極的に進めることが望ましい。

³ やむを得ない事情で特養以外での生活が著しく困難な軽度の要介護者については、市町村の関与のもとで入所が認められる。

⁴ 60%という数値は従来の定義と異なる普及率の計算式によるものであり、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。

⁵ 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。

図表 2 後発医薬品の普及による医療費削減効果



(注) 2010年基準CPI (消費税除く) による実質金額。
 (出所) 厚生労働省統計より大和総研作成

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 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。こうした施策は日本再興戦略のデータヘルス計画などにも盛り込まれている。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。

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⁶。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 人当たりの年間受診回数が 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

⁶ 詳しくは、厚生労働省「[平成 25 年版厚生労働白書 一若者の意識を探る一](#)」を参照。

分野では、国保及び後期高齢者医療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、低所得者の第1号（65歳以上）保険料の軽減強化のほか、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。前出の介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2013年12月）では、一定以上の所得を有する人の自己負担割合を2割へ引き上げることが提案されている。一定以上の所得者の基準として、65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（年金収入280万円以上）という案を支持する意見があったものの、結論は出ていない。なお、要介護者の所得分布は被保険者全体に比べて低いため、実際に影響を受けるのは在宅サービス利用者の15%程度、特養入所者の5%程度という。

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面総報酬割についての検討状況等を踏まえた上で、全面総報酬割を導入するのか検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるといった内容になった。ただ、いずれにせよ、後期高齢者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、大きな議論となっている。

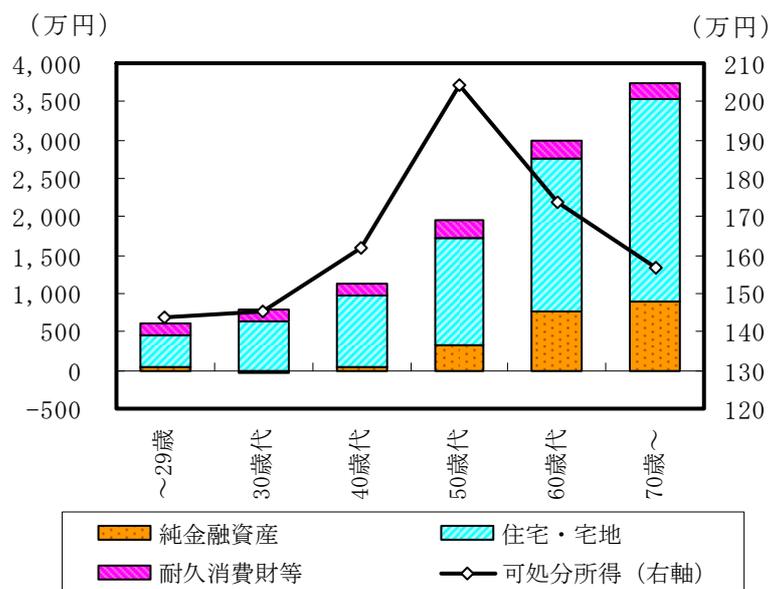
財政基盤の安定化に関しては、都道府県が市町村国保の財政運営を担うことが基本とされた。これは、社会保障・税一体改革で成立した「国民健康保険法の一部を改正する法律」の流れに沿ったものと言えるだろう。同法は、市町村国保の財政基盤強化策の恒久化、財政運営の都道府県単位化（市町村国保のすべての医療費を都道府県単位で共同して負担する仕組み）の推進などを2015年度から実施することを定めている。ただ、市町村国保の恒常的な赤字構造を都道府県が引き継げば、都道府県の財政が悪化することが予想される。従って市町村国保の都道府県単位化の前提として、都道府県は財源基盤の強化を求めている。これに関連して国民会議の報告書では、「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. 社会保障制度改革に対する評価

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、再分配機能を持つ税制とのバランスに配慮した上で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 歳代より高いことが特徴と言える。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、「社会保障・税番号制度」（番号制度）に一定の期待ができる。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⁷。ただし、番号制度は全国規模で新規に情報インフラを整備する必要があるため、すぐに本格運用ができるわけではない。政府は現時点でのロードマップ案として2017年1月から国の機関間の連携を開始し、2017年7月をめどに地方公共団体などとの連携も開始するとしている。また税制に番号制度を組み込んでいくためには、番号制度が利便性の高いものであり、負担と受益の運用について公正さを担保するものであるという認識と理解が国民の間に普及する必要があるだろう。こうしたことを勘案すれば、番号制度の本格運用の時期は早くとも2018年になると思われる。

さらに、番号制度が導入されたとしても、すべての所得を完全に把握できるわけではないことも認識しておくべきである。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望まれる。

これに関連して、プログラム法では補足給付（特定入所者介護サービス費）の支給要件に「資産等」を勘案するように定めているが⁸、前出の介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」では、資産の把握について現在実施可能な次善の仕組みを提案している。具体的には、「本人の自己申告を基本としつつ、補足給付の申請に際し金融機関への照会について同意を得ておき、必要に応じて介護保険法の規定を活用して金融機関への照会を行うこととするとともに、不正受給の際の加算金の規定を設けるなどして適切な申告を促す」仕組みである。預貯金等の基準は、原則として単身で1,000万円超、夫婦世帯で2,000万円超という。

当局が申告額を正しいかどうか十分に判断できない以上、ペナルティを設けることの有効性ははっきりしない。しかし、資産を勘案した真の低所得者を選別する確実な方法がない中で、実施可能な次善の方法を模索することは非常に有意義な取組みである。現在、低所得者対策は

⁷ 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。

⁸ 本来、介護保険は食費・居住費を給付対象外としているが、低所得者対策として住民税非課税世帯の食費・居住費に一定額を補足している。しかし、給付対象者の中に貯蓄等の資産を所有していたり、入所して世帯が分かれた配偶者に負担能力があったりする者も含まれているという問題が指摘されてきた。

社会保障の各制度で広く実施されており、今回の制度改革ではそれをさらに拡充させる見込みである。しかし、補足給付と同様に、他の低所得者対策においても真の低所得者を十分に選別できず給付するという問題を抱えている。情報インフラが整備されるまでには5年程度を要するとみられるため、先駆的に行われる補足給付での経験を活かして、他の低所得者対策の選別基準に預貯金等を加味するなどできる限り改善すべきであろう。

過剰に見える高齢者への配慮

前述のように、今回の制度改革では後期高齢者医療制度における低所得者の保険料負担を軽減することが盛り込まれている。他方、現在実施されている特例措置を今後どうしていくのかについては国民会議の報告書やプログラム法で言及されなかった。

後期高齢者医療制度の特例措置とは、制度導入時における激変緩和の観点から、2008年度以降低所得者の保険料を特例で軽減している措置である。後期高齢者医療制度の保険料は、応益分である「均等割」と応能分である「所得割」で構成されており、所得が一定水準を超えると、均等割に加えて所得割を負担する仕組みとなっている。低所得者については、所得水準に応じて均等割に7、5、2割の軽減措置が設けられているが、特例措置により、現在の後期高齢者医療制度では均等割7割軽減を9割、8.5割軽減とし、所得割を5割軽減している⁹。後期高齢者医療制度は、導入からすでに5年が経過しており定着している。特例措置の目的から考えればただちに本則へ改めるべきであろう。それをせずに特例措置を続け、一方で保険料の軽減措置をさらに拡大するのは高齢者に対する過剰な配慮と言わざるを得ない。

前期高齢者（70～74歳）の自己負担割合の見直しにおいても過剰な配慮が垣間見える。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革が2006年度に行われた。しかし、2008年度から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。今回の制度改革でようやく自己負担割合の見直しが決まり、それ自体は評価されるものの、問題はその見直し方である。報告書は、「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追加的な自己負担を求めない形で2014年度から実施される。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、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。

高齢者が多く含まれている低所得者対策は、皆保険・皆年金を維持するうえで確かに欠かせない。応能負担を強めることはある程度避けられないだろう。しかし、一部の世代に過度に配

⁹ さらに、2年限りとしていた元被扶養者（後期高齢者医療制度に加入する前日まで被用者保険の被扶養者であった人）の軽減措置（均等割5割軽減、所得割賦課せず）についても均等割を9割軽減とし、期限を設けていない。

慮した負担軽減策が実施されれば、世代間不公平のさらなる拡大をもたらし、負担が重くなる現役世代からの理解が得られないだろう。2014 年前半に発足する推進会議は、制度改革の進捗状況の把握や調査審議を行い、その結果を内閣総理大臣に報告する組織である。社会保障制度への信頼を高めるうえでも、推進会議には世代間・世代内公平を貫いた議論や制度見直しを期待したい。

マクロ経済スライドは早急に見直しを

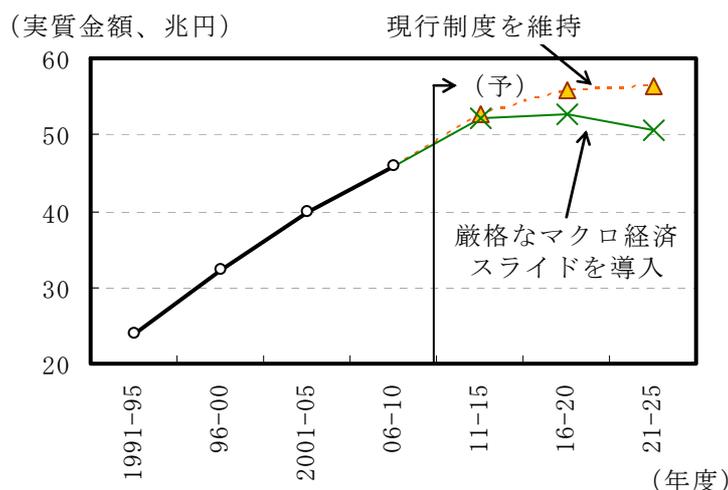
年金制度については、支給開始年齢の引上げなど国民的関心の強い主要な改革論議は先送りされた。特に、以前から制度設計の問題が指摘されていた「マクロ経済スライド」について、プログラム法で具体的な改革の方向性が示されなかったのは残念である。マクロ経済スライドは 2004 年の年金改革で導入された制度であり、現役世代（制度の支え手）の減少や平均余命の延びの分だけスライド率を抑制するものである。人口動態からくる必要な給付調整を、一定期間、年金財政の均衡が図れるところまで自動的に行う仕組みとして高く評価できるが、名目の年金額が下がらない範囲で調整するという条件が付いている。そのため、デフレが継続している下、マクロ経済スライドは一度も発動されていない。またデフレ脱却を実現したとしても、スライド率を下回るような物価・賃金上昇率であればその上昇率分しか調整されないため、マクロ経済スライドの終了時期はやはり遅れることになる。

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。確かに、いずれ物価や賃金が十分な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、物価・賃金動向に関わらず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のみたものである。現行制度では、賃金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

追加で給付抑制策を行うならば「応益負担」を強める発想も

社会保障・税一体改革は、消費税率引上げによる増税分のうち、4%pt 程度（11.2 兆円程度、2017 年度見込み¹⁰）を「社会保障の安定化」（社会保障の財源確保等）、残りの 1%pt 程度（同 2.8 兆円程度）を「社会保障の充実」に充てることで、財政健全化を進めつつ現在の社会構造に対応した社会保障制度を実現するというものである。今回の制度改革では、「社会保障の充実」のうち、医療・介護分野に充てられる 1.5 兆円程度の具体的な活用について重点的に議論された。

この「1.5 兆円程度」は、給付の充実化だけを想定した金額ではなく、給付の重点化・効率化による抑制効果を勘案している¹¹。従って給付抑制を十分に行うことができなければ、消費税率引上げによる増収分が当初の想定以上に給付の増加分に充てられ、その分だけ社会保障の安定性が低下することになる。さらに、報告書では子ども・子育て支援の充実に関して、「今般の

¹⁰ 内閣官房ウェブサイト「社会保障・税一体改革による社会保障の充実・安定化について」（2013 年 10 月 15 日、<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/pdf/juujiitsuanteika.pdf>）

¹¹ 社会保障・税一体改革では、給付の重点化・効率化によって最大 1.2 兆円程度の給付抑制を見込んでいた。

消費税引き上げによる財源（0.7兆円）では足りず、付帯決議された0.3兆円超の確保を今後図っていく必要がある」と述べている。2015年10月の消費税増税を法定通り実施できるかは制度改革の成否のカギであるが、医療・介護分野の給付抑制を十分に実施できるかもまた重要なポイントと言えよう。

しかし、制度改革の中身を概観すると、充実化としての給付増加や保険料減免が確実である一方で、重点化・効率化による給付抑制効果が不透明である。ICTやレセプトデータの活用、医療提供体制の効率化など給付抑制策の多くは、負荷を与えない形で個人や事業者自主的な行動変化を促すものであり、その効果は実際に行ってみなければ分からない。まずは制度改革に盛り込まれた施策を着実に実行していく必要があるが、社会保障制度の持続可能性を確保するためにも、給付抑制が想定よりも進まなかった場合の追加抑制策について議論を深めておくべきであろう。

報告書では、医療機関へのフリーアクセスを守るという基本姿勢を明確にしており、政府が患者の受診行動を直接制限することには否定的である。そのため間接的な方法で患者の過度な受診の抑制や健康増進を促していく必要があるが、有効な手段の1つとして、受診費用に一定額もしくは一定率を上乗せて「応益負担」を強めることが考えられる。医療・介護サービス価格が上昇すると、他の財・サービス価格に対して医療・介護サービスの割高感が強まるため、人々にはその消費量を減らそうとするインセンティブが働く。医療・介護サービスは「消費」というよりも健康維持のための「コスト」という性質が強いことを考えれば、栄養バランスに気を遣ったり、運動する機会を作ったりすることで医療・介護費用を最小限に抑えようとすると言い換えることができよう。

こうした価格メカニズムを用いる発想は、プログラム法に盛り込まれた外来・入院に関する給付の見直しにも見られる。医療提供施設の相互間の機能分担を推進するために、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。患者に対してこうした受診行動を促すために、報告書では、「紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来について（中略）一定の定額自己負担を求める仕組みを検討すべき」と提案している。

ただし、過去を振り返ると、応益負担を強める給付抑制策を導入することは容易ではないようである。これまでに受診時定額負担（受診時に一定額を患者から徴収）や保険免責制度（一定額を超えるまで保険適用外とする制度）が提案されたこともあったが、いずれも実現していない。受診費用の引き上げは患者の過度な受診を抑制することが期待できる反面、必要な受診までも遅らせてしまい、かえって重篤化（医療費の増大）を招く恐れや、主な医療需要者である高齢者への配慮もあり、導入に対する抵抗感は依然として強い。仮に導入する場合は、こうしたデメリットを最小限に抑えるために、上乗せ額（率）を初めは小さくして影響を見極めるといった工夫が必要だろう。

財政健全化との整合性が曖昧

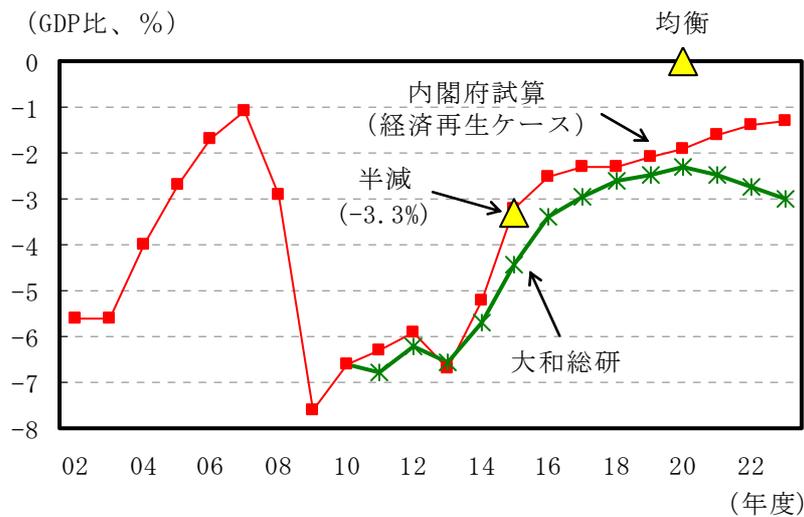
今回の制度改革が計画通りに実行されて想定した効果を上げたとしても、政府の財政健全化との整合性は依然として曖昧である。現在の社会保障財政は年間 30 兆円以上の公費負担によって支えられており、政府の恒常的な財政赤字の主要因となっている。医療や介護は年金と異なり、高齢化の影響を受けて一人当たりの給付費が増加しやすい。重点化・効率化によって給付抑制に努めたとしても、将来の給付総額の増加を抑えることは容易ではない。4%の消費税率引上げによる増収分を社会保障財政の安定に充てるだけで、はたして政府の財政健全化は達成できるのだろうか。

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ず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。

2014 年 1 月 20 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¹²。現在の潜在成長率を 1%弱と試算していることを踏まえると、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、社会保障・税一体改革関連法等を踏まえた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 比で▲1.9%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）。大和総研では内閣府試算よりも厳しい財政の姿を見込んでおり、政府は 2015 年度の財政健全化目標も達成できないとみている。PB は 2010 年代を通じて改善傾向が続き、2020 年度には GDP 比▲2.3%に達するものの、その後は赤字幅が徐々に拡大していくと予想している。いずれの見通しにせよ、社会保障の負担の在り方について増税を含めた抜本的な見直しを求める内容と言える。

¹² 内閣府「中長期の経済財政に関する試算」（2014 年 1 月 20 日）の経済再生ケース。

図表5 基礎的財政収支の見通しの比較



(注) 中央・地方政府ベース。内閣府試算は復旧・復興対策の経費及び財源の金額を除いているため、大和総研と実績値が異なる。
(出所) 内閣府「中長期の経済財政に関する試算」等より大和総研作成

政府は今後、推進会議での議論の成果を踏まえて財政健全化と統合的な社会保障制度改革の姿を示す必要がある。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で掲げた改革を着実に進めていくことが重要だが、数値目標やその具体的な道筋を示すなどして、財政とのバランスが取れた真の意味での社会保障・税一体改革が行われることを期待したい。

— 以上 —

(補論) 2020 年度までに基礎的財政収支を黒字化させる消費税率は？

現在 5%である消費税率は、税制抜本改革法に基づいて 2014 年 4 月に 8%へ、2015 年 10 月に 10%へ引き上げられる。ただし同法には附則があり、実際の増税の前に経済状況の点検を行う景気に関する弾力条項が設けられている。8%への引上げについては、2013 年 10 月 1 日に政府が閣議決定の形式で確認し、予定通り実施されることが決まった。今後は 10%への税率引上げについて再度確認する必要があるため、2014 年末にかけて引上げ論議が活発になるだろう。

消費税率が予定通り 10%へ引き上げられたとしても、国際的に見れば依然として低く、さらに引き上げる余地がある。財政見通しが厳しいことを踏まえれば、その後も更なる引上げが進められる可能性が高い。大和総研では、10%の消費税率のもとで 2020 年度における中央・地方政府ベースの基礎的財政収支 (PB) を GDP 比▲2.3%と見込んでおり、2020 年度までに PB を黒字化させるという政府の財政健全化目標は達成できないとみている。それでは、消費税増税によって 2020 年度までに PB 黒字化を達成するには、税率をどの程度まで引き上げる必要があるのだろうか。

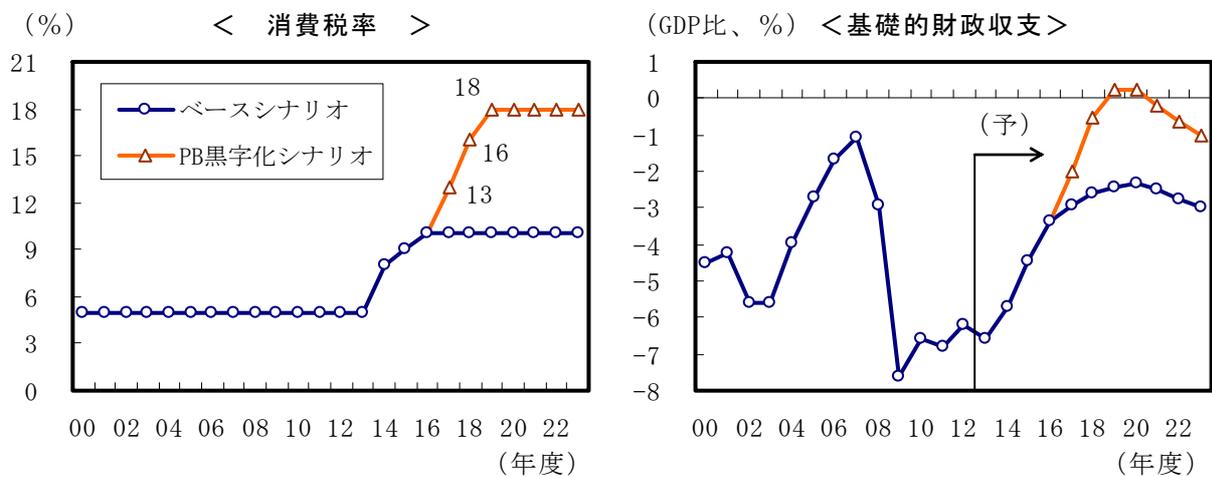
消費税増税は主に家計の購買力の一部を政府に移すことである。増税は税収を増加させるが、他方で、主に個人消費や住宅投資を悪化させ、税収を減らす効果もある。こうした動学的な結果として財政収支の改善幅が決まるものの、それを正確に把握することは難しい。そこで、ここでは経済と制度のリンケージを描いてあるマクロモデルを用いることで、おおよその影響を試算しよう。

マクロモデルによるシミュレーション結果が図表 補 1 である。ベースシナリオは前掲図表 5 で示した見通しである。なお、消費税率は現行法通りに進められると想定しているが、試算は年度ベースであるため、2015 年度半ばの 2%pt の増税は 2 年かけて 1%pt ずつ引き上げる形となっている。これに対して「PB 黒字化シナリオ」は、2020 年度までに政府の PB が黒字化するように逆算して、消費税率をさらに引き上げたシナリオである。具体的には、左図のように、消費税率を 2017 年度に 13%へ、2018 年度に 16%へ、2019 年度に 18%へ引き上げている。

右図の PB の推移に注目すると、消費税率が 18%となる 2019 年度の PB は GDP 比 0.2%の黒字であり、その翌年度も同水準で推移している。しかしながら、その後は黒字を維持することができない。2021 年度に再び赤字へ転落し、赤字幅は徐々に拡大していく姿となっている。3 年間で 8%pt の消費税増税というのは現実的に極めてハードルが高いが、仮にそれを実現したとしても、最終目標である債務残高対 GDP 比の安定的な引下げまでの道のりはなお遠い。試算結果は、消費税増税だけで財政健全化することの難しさを物語っている。

従って、財政健全化目標を達成するには、増税だけでなく、潜在成長率の引上げによる安定的な税収増や政府支出の抑制などとバランスよく進めなければならない。その意味で、「第三の矢」と呼ばれる成長戦略の重要性は高い。また、2020年の東京五輪開催が決まったことは喜ばしいが、五輪開催を名目にして優先順位の低い公共投資を増加させることは何としても避けなければならない。他方で、社会保障費の増大を背景とした財政赤字構造を今後も変えられなければ、さらなる給付抑制策を議論しておく必要もあるだろう。

図表 補1 2020年度までにPB黒字化を実現するための消費税率



(注) ベースシナリオは現行法通りに消費税率を引き上げるが、年度ベースの試算であるため、年度半ばの2%ptの増税は2年かけて1%ptずつ引き上げる形となる。右図は中央・地方政府ベースで特殊要因を除く。

(出所) 内閣府統計等より大和総研作成