

# 社会保障制度のあり方を考える

井 華 会

2018年6月23日（土）

**岡部陽二**

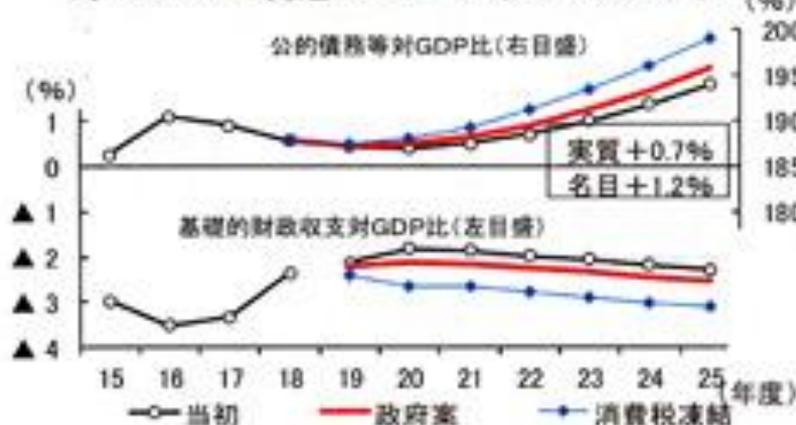
E-mail; [tho@bp.ij4u.or.jp](mailto:tho@bp.ij4u.or.jp)  
URL ; <http://www.y-okabe.org>

# 財政・社会保障制度の再構築が不可避

～日本総研の展望～

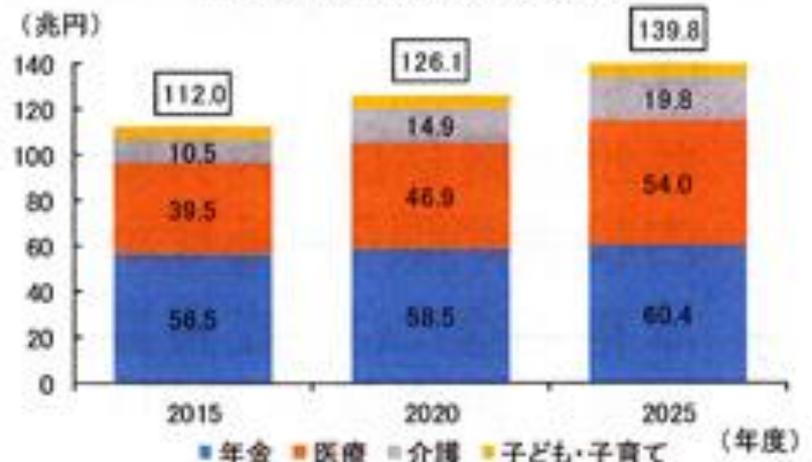
- **わが国財政への懸念**が企業の投資活動及び家計の消費活動を抑制。安倍政権は2020年度までのプライマリーバランス黒字化を半ば国際公約としていたものの、消費増税先送りや公共投資増加等を受け、その実現はほぼ不可能に。
- 名目4%弱の成長という非現実的な見通しのもとですら、黒字化を達成できない状況下、現状の成長ペースを前提にすれば、社会保障制度の抜本的な改革、あるいは、消費税率の20%前後への引き上げがない限り、基礎的財政収支の黒字化は展望できず。

わが国の基礎的財政収支と公的債務残高  
対GDP比の見通し＜ベースラインシナリオ＞



(資料)内閣府「中長期の経済財政に関する試算」(平成29年7月18日経済財政諮問会議提出)を基に日本総研作成  
(注1)政府案は、歳出+1.7兆円、消費税凍結は増税見送り。  
(注2)シミュレーションにあたっては、税収等は不変と想定、公的債務等基礎的財政収支の悪化分だけ上昇と想定。

社会保障4分野給付費の見通し



(資料)厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」(平成24年3月)

# 岩盤規制の抜本改革は不可能

～文藝春秋・1月号、宮内義彦オリックス会長との対談～  
～「20年以上続く景気低迷の原因を探る」～

「売り切り制」を導入したり、大都市圏中心部の容積率緩和や金融機関による金融市場からの資金調達の手段多様化にも取り組みました。

永野 九九年、小淵(恵三)政権では規制を「緩和」するだけでなく、さらに踏み込んで構造を「改革」することに向かった。そして二〇〇一年に小泉(純一郎)政権が誕生します。いわゆる小泉改革を助けていったのが、宮内さんが議長を務める総合規制改革会議でした。

宮内 小泉さんは天性の勘を持っていて、信じられないくらい鋭いところがある。歴代のどの首相よりも強力に構造改革を進めようと言われました。特に医療や教育といった分野のシステムや公共サービスなどの社会的規制を壊そうとした。その分、硬い岩盤にぶち当たった。

永野 特にどの分野で大きな抵抗を受けましたか。

宮内 よく覚えているのは医療分野ですね。保険外の薬や治療法を用いた場合の負担を軽減するために混合診療の解禁を提案しましたが、徹底抗戦に遭いました。「宮内は近く議長を退任する」と書かれた怪文書も撒かれた。混合診療になれば民間の保険会社、すなわちオリックスが儲かるとも書かれていた。自社のために規制をなくそうとしている、という趣旨の意見広告が全国紙に掲載されたこともありました。しかし、本当に自社を儲けさせたいなら公職を退いて事業に専念した方が、敵も作らないし、よっぽど収益が伸びるのになあ、と呆れるばかりでした。

「株主」への考えが変わった

永野 小泉政権下での出来事でもう一つ聞いておきたいのは、〇六年六月の村上世彰さんのインサイダー

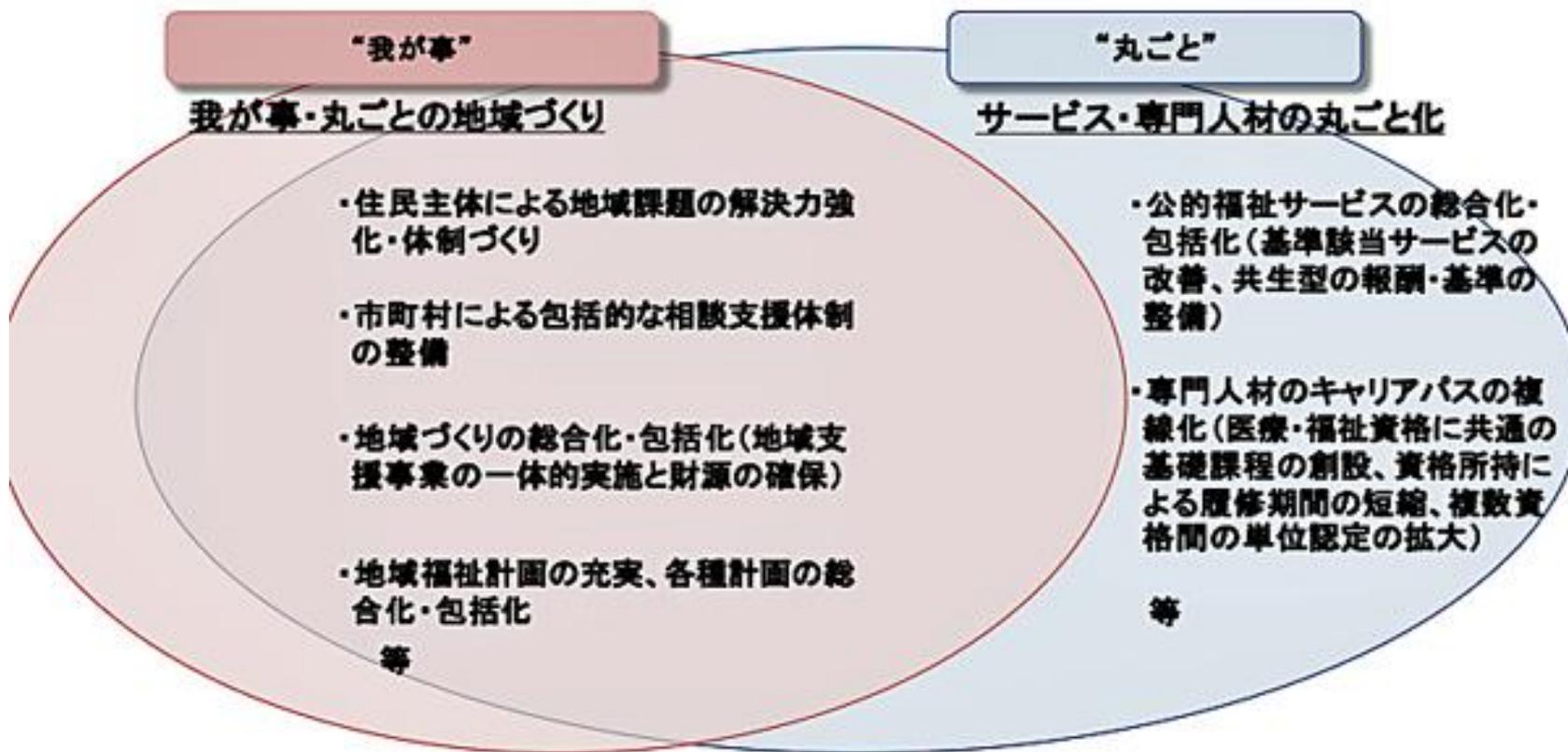
# わが国社会保障の問題点

- 1、 社会保障の本義である社会での「共助」を離れて、今や「公助」=財政問題
- 2、 人倫のルールとしての「自助」→「共助」→「公助」の原則に立ち戻るべし  
—自らが自らを弱いと思う者は自力再生、人を頼らず精進する気概が必要。  
—一方、自らが自らを強いと思う者は周囲に配慮、出来る限り、助けてあげなければならない。  
然るに現実の人間社会はむしろその正反対、弱い者は他人の支援を求め、強い者は弱い者を足蹴にする。
- 3、 「今払う金は今払う」原則の徹底～社会保障給付の財源は保険料と目的税に限定すべき（赤字国債発行は不可）、社会保障関係費はGDPの15%程度（2000年段階の実績値）に抑制すべき、さもないと国全体が債務超過に
- 4、 日本は大きな政府：一般政府支出に占める社会保障費の割合；65.3%と先進10カ国中最大～スライド6、下から2行目
- 5、 高齢者福祉への偏りが大：社会保障関連公的支出に占める高齢者主体の医療+年金の対GDP比；19.9%:伊・仏次いで大きい。  
教育費；3.2%は10カ国中最低～スライド6、最右欄
- 6、 日本の社会保障は、積立方式ではなく、原則「賦課方式」：成人勤労所帯から高齢者所帯への所得移転；生涯でおおよそ1億円～スライド10

# 厚労省も「我が事、丸ごとと社会保障」を提唱

～国主体の公的社会保障を縮小、地域主体の自助・共助体制の拡大を目指す～

## 「地域共生社会」実現の全体像イメージ(たたき台)



出所；2016年7月15日、厚労省資料「地域包括ケアの深化と地域共生社会の実現」

# OECD主要国の公的社会・教育支出 (2013年、GDP比%)

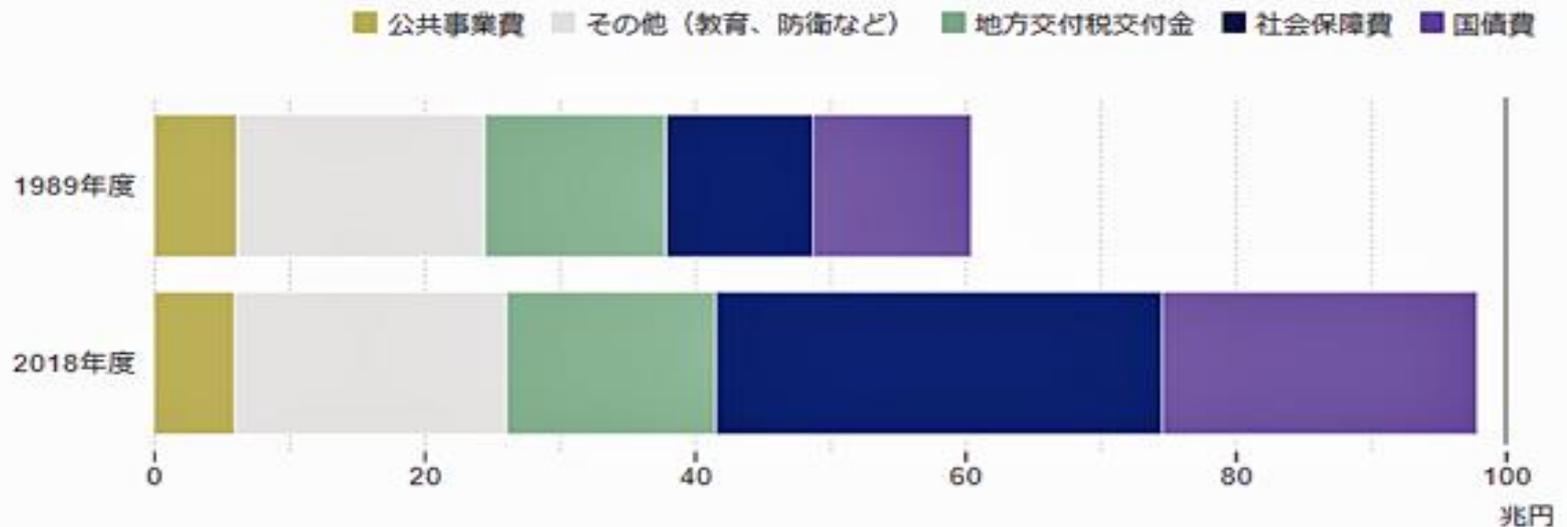
国名	公的支出					
	合計	医療	年金	家族	積極雇用	教育
オーストラリア	22.0 (62.1)	6.3	5.0	2.7	0.2	3.9
英国	26.9 (60.0)	7.1	6.6	3.8	0.2	5.1
米国	23.0 (59.2)	8.0	7.0	0.7	0.1	4.2
デンマーク	35.1 (62.9)	6.7	10.1	3.7	1.8	6.1
スウェーデン	32.5 (62.2)	6.6	10.0	3.6	1.4	5.2
フランス	36.1 (63.3)	8.6	14.3	2.9	0.9	4.6
ドイツ	28.5 (63.8)	7.9	10.1	2.2	0.7	3.7
オランダ	27.4 (59.1)	7.9	6.4	1.3	0.8	4.5
イタリア	32.1 (62.8)	6.8	16.4	1.4	0.4	3.5
日本	26.3 (65.3)	7.8	12.1	1.3	0.2	3.2
OECD平均	25.4 (60.8)	6.0	8.7	2.1	0.5	4.3

(注) OECDデータベースに基づき筆者作成。合計のカッコ内は一般政府支出に対する割合%

# 2018年度予算の問題点

- 1、社会保障費と国債費以外は30年間横這いで、成長に繋がらず一下掲グラフ
- 2、社会保障費；33兆円は全額国債発行で賄い、将来世代の負担に一次スライド7

## 予算総額100兆円目前、30年で1.6倍



18年度予算案は100兆円目前。平成の30年で歳出規模は37兆円増え、1.6倍になった。とりわけ、社会保障費が3倍、借金返済にあてる国債費は2倍に拡大した。

# 2018年度予算 ① 税込不足：36兆円、成長につながらず、改革停滞～17年12月23日日経

歳出を税込だけで賄いきれない状況は当面続く（開いた鰐の口は閉じない）



社会保障、2025年問題への備えは18年度予算でやったこと

全体

自然増6300億円を5000億円に圧縮

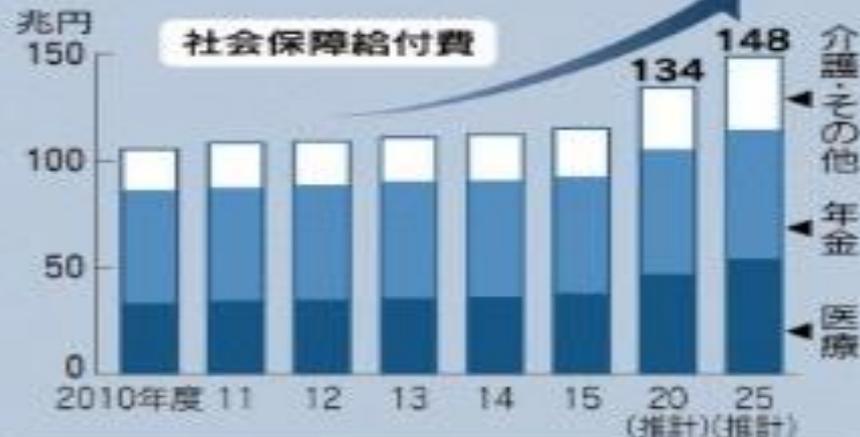
医療

人工透析を適正化  
薬価の引き下げ

介護

大規模デイサービスの報酬下げ  
抑制に取り組む自治体支援

団塊の世代が75歳以上に



改革は適半ば

自己負担

75歳以上の1割負担見直し？  
所得と資産で判断？

医療の体制

過剰なベッド数減らせる？

介護

負担と給付のバランスは？

年金

デフレ下で給付減らす仕組みは？

# 年金改革へ向けての処方箋

- 1、賦課方式から積立方式併用への転換
- 2、年金支給年齢の引上げ（世界的潮流）～スライド11
- 3、高所得者への支給額引下げ
- 4、「第3の企業年金」；企業側が運用資金を大目に用意し、運用次第で給付額が変動する米国の401K型確定拠出型（DC）、富士通が大企業第1号
- 5、私的年金への強制加入
  - ①積立NISA、iDecoの制度一本化、2,000万円程度の生涯積立限度の設定
  - ②全企業(雇用者)に対する私的年金提供を義務化(参考：英国では2008年年金法で、2018年までにすべての企業に私的企業年金への自動加入を強制、従業員には給与の最低8%拠出を義務化)
- 6、住宅保障制度の導入（低所得高齢者への安い賃貸住宅提供、高齢者からの不動産買取、介護施設の郊外移転など～ミーンズ・テストの徹底

# 年齢階層別の年金給付と医療費格差

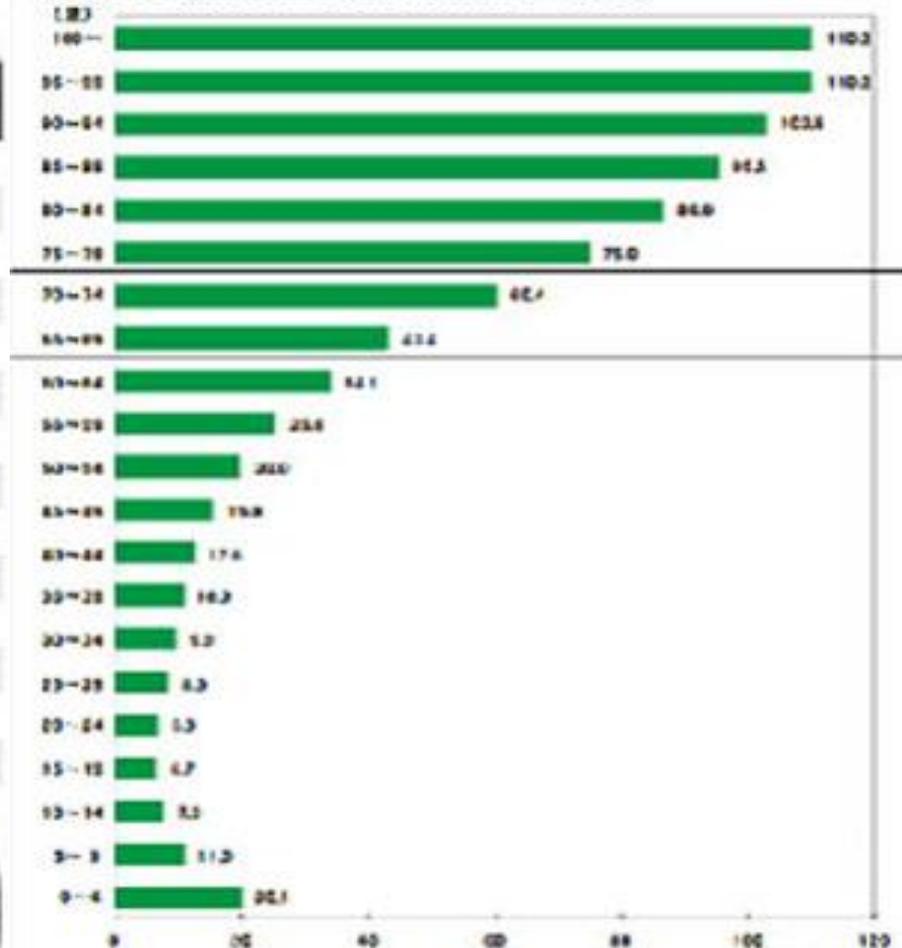
～年金；高齢者は若年層の3倍、医療費支出；若年層の5倍

世代ごとの保険料負担と年金給付額

2010年の年齢	厚生年金			国民年金		
	保険料負担	年金給付額	倍率	保険料負担	年金給付額	倍率
70歳	900	5600	6.5	300	1400	4.5
65歳	1000	4800	4.7	400	1300	3.4
60歳	1200	4700	3.9	500	1300	2.7
55歳	1500	4900	3.3	600	1300	2.2
50歳	1800	5100	2.9	700	1400	1.9
45歳	2100	5600	2.7	800	1500	1.8
40歳	2400	5900	2.5	1000	1500	1.6
35歳	2700	6400	2.4	1100	1700	1.5
30歳	3000	7000	2.3	1200	1800	1.5
25歳	3300	7600	2.3	1300	2000	1.5
20歳	3600	8300	2.3	1400	2200	1.5
15歳	3900	9000	2.3	1500	2300	1.5
10歳	4200	9700	2.3	1700	2500	1.5
5歳	4600	10400	2.3	1800	2700	1.5
0歳	4900	11200	2.3	1900	2900	1.5

(単位は、金額は万円、倍率は倍。厚生年金は妻が専業主婦のモデル世帯で夫婦がそれぞれ平均寿命まで年金を受給した場合。金額は物価上昇率で、09年度価値に換算した。厚生年金保険料は本人負担分のみ。端数処理のため、金額と倍率の異なる場合もある)

年齢階層別総医療費 (平成21年度)



※「医療給付実態調査報告書(厚生労働省保険局)等より作成 (万円)

# 年金支給開始年齢引上げ状況の国際比較

～高齢化の最も進んでいる日本が最も遅れている

	引上げ内容	決定時期	開始時期	完了時期	決定から 開始までの期間	開始から 完了までの期間
日本	60歳→65歳 (定額部分・男)	1994年	2001年	2013年	7年	12年
	60歳→65歳 (定額部分・女)	1994年	2006年	2018年	12年	12年
	60歳→65歳 (報酬比例部分・男)	2000年	2013年	2025年	13年	12年
	60歳→65歳 (報酬比例部分・女)	2000年	2018年	2030年	18年	12年
米国	65歳→67歳	1983年	2003年	2027年	20年	24年
英国	65歳→68歳	2007年	2024年	2046年	17年	22年
ドイツ	65歳→67歳	2007年	2012年	2029年	5年	17年

出典：堀江奈保子「年金支給開始年齢の更なる引上げ～67歳支給開始の検討とその条件～」(「みずほ総研論集2008年Ⅰ号」より)、  
財団法人年金シニアプラン総合機構「年金と経済 2010年1月」、各国政府HPIほか

# 医療・介護保険改革へ向けての処方箋

## 1、支給範囲の限定： スライド18~20

- ①救命医療と自立医療、伝染病などを優先
- ②予防・検査の自己負担の徹底
- ③薬剤の種類、病院ランクなどにより自己負担率を変動させる

## 2、高齢者の自己負担増、医療費積立制（Medical Savings Account）の導入

## 3、プライマリーケア医指定制の導入（病院へのフリーアクセス禁止）

## 4、規制撤廃による競争原理の導入

- ①混合診療の全面的解禁（2014.4.7；混合診療の自由化を）
- ②株式会社病院の解禁（2014.1.6&9；株式会社参入規制の全廃を）
- ③病床規制の全廃（2014.2.20；機能していない病床規制の全廃を）

## 5、介護保険の縮小、介護サービスの現物給付は廃止

- ①介護サービスは質の開きが大きく、現物給付に馴染まない
- ②介護保険の導入は4か国、かつ現金給付中心、他の先進国は追随せず

# 医療制度改革の経済財政諮問会議案

～2018年3月30日発表～

## 1、医療・介護提供体制の適正化

例；一人当たり年齢調整後医療費；福岡県:64万円、新潟県：46万円  
→地域別の1点単価に差をつけて調整（福岡は1点：8円とする）

## 2、インセンティブ改革

例；過疎地での勤務医師に高支給、予防に熱心な患者の保険料引下げ

## 3、社会サービスの産業化

例；民間保険分野の大幅拡充（英・独でも民間が10%超）

## 4、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化

例；75歳以上の後期高齢者自己負担を1割から2割へ引上げ、  
所帯年収530万円以上3割負担の年収額バー、例えば400万円に

## 5、薬価・調剤等の診療報酬および医薬品等に係る改革

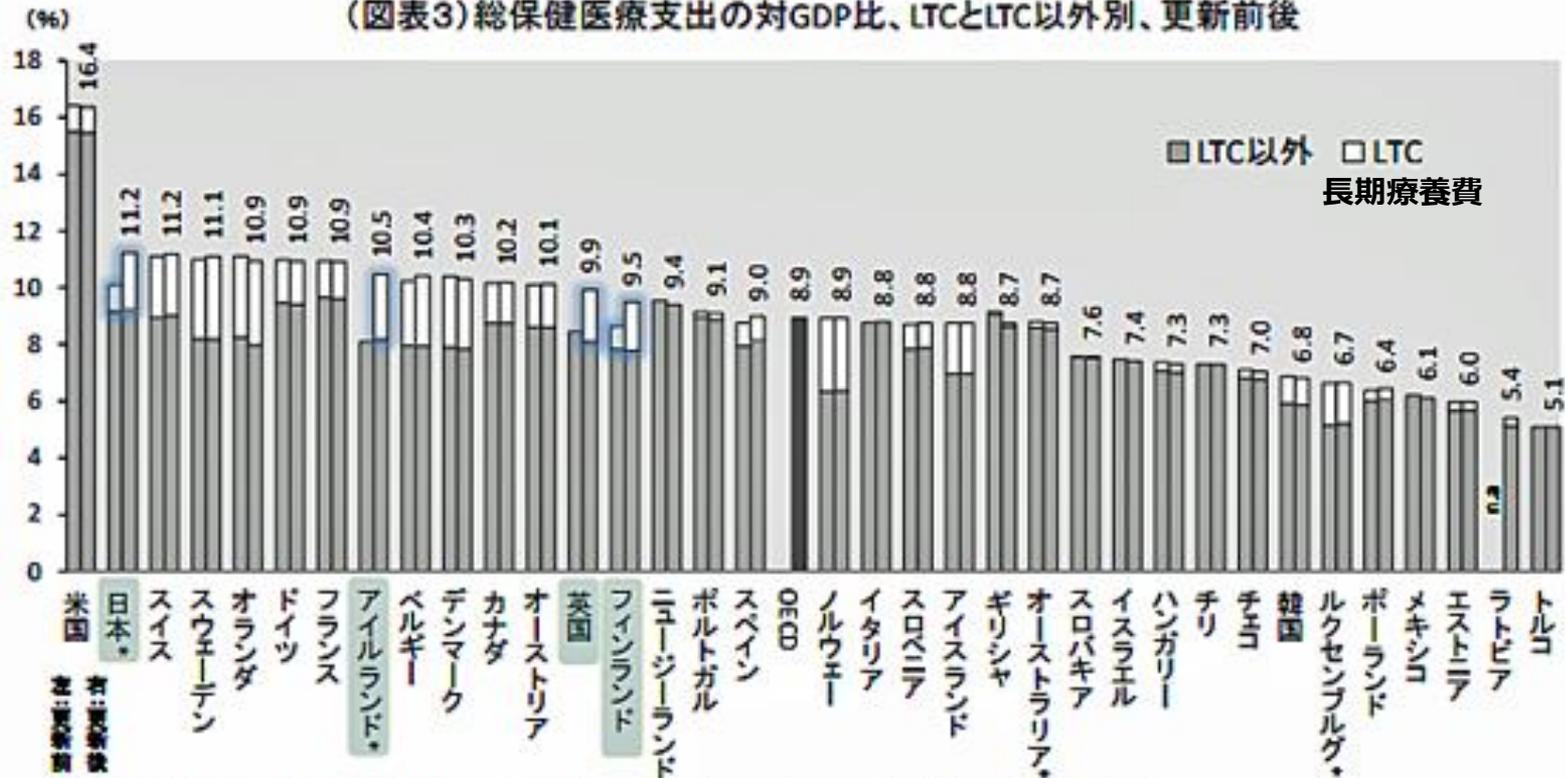
例；薬剤の種別ごとの自己負担率に差を設ける（仏の例：スライド20）

**いずれにせよ、公的保険からの償還割合を大幅に引き下げて、自己負担を増やし、これを民間保険でカバーする制度の大幅な組直しが喫緊の急務**

# 保健医療支出の対GDP比 (OECD Health Data、2016年)

わが国の対GDP比医療費率は11.2%と米国に次いで高い。これは、統一基準に従って長期療養費を参入した結果であるが、これを除いてた一般の医療費も高い水準にある。

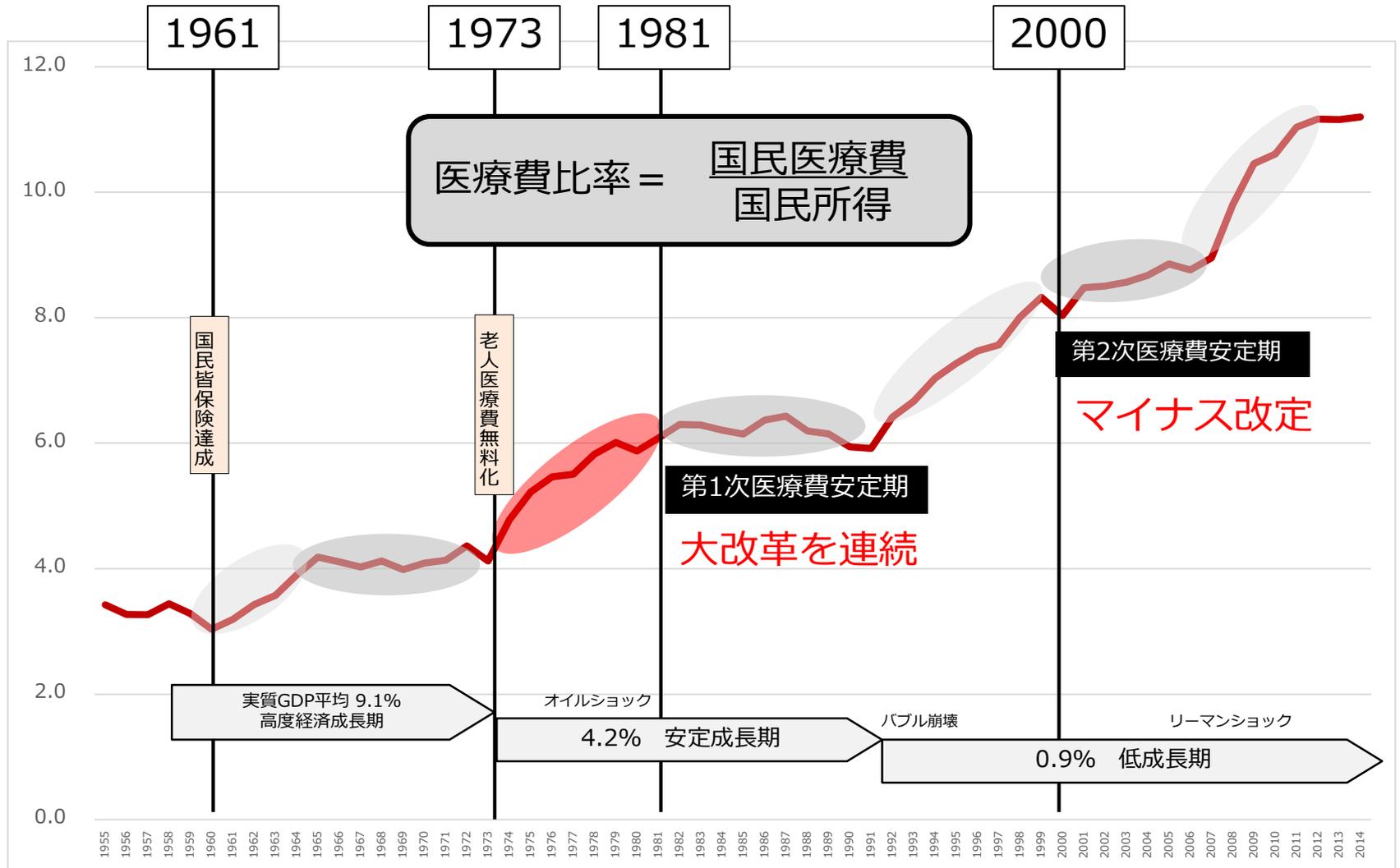
(図表3) 総保健医療支出の対GDP比、LTCとLTC以外別、更新前後



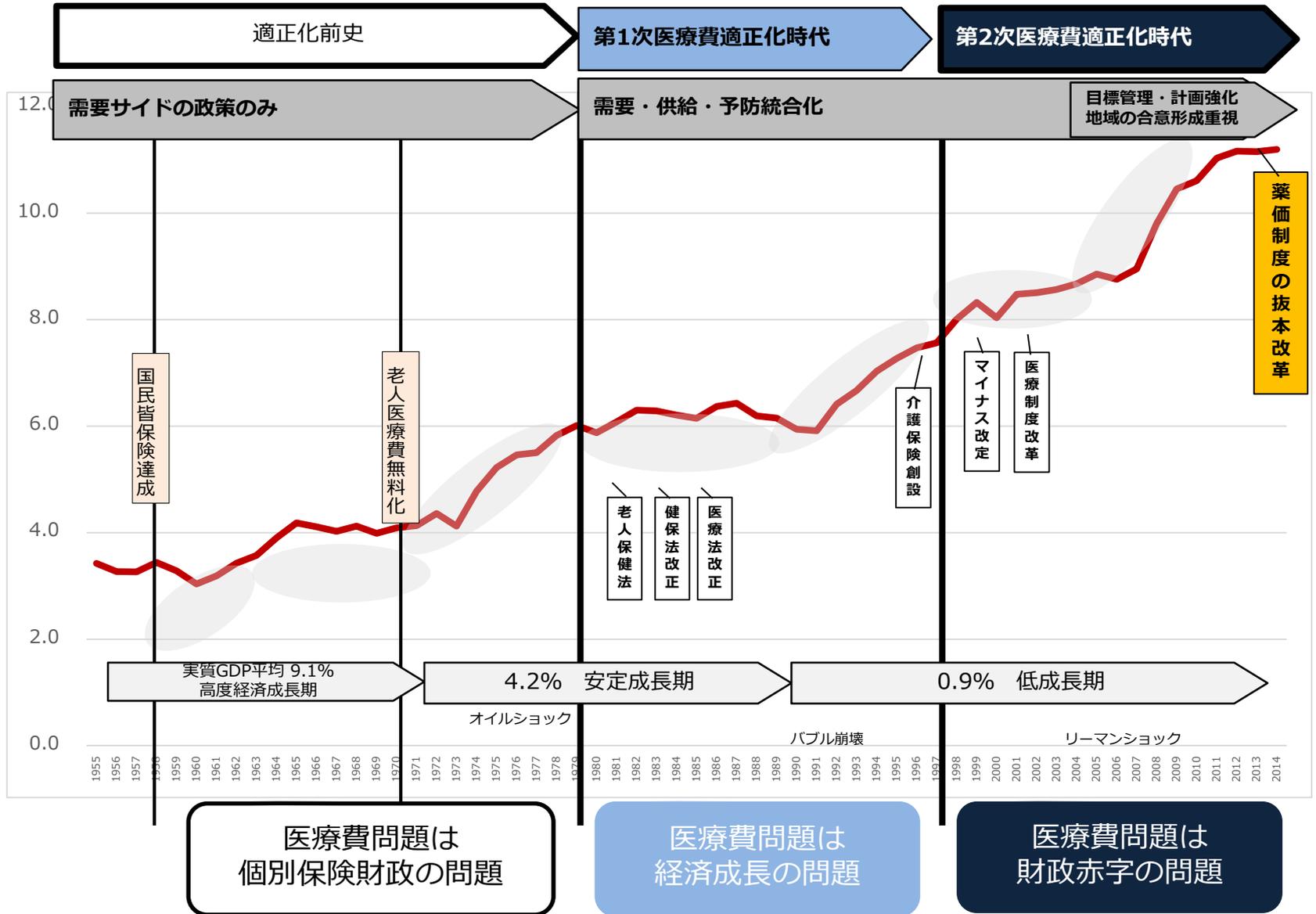
(資料) OECD Health Statisticsの2016年6月30日公表データ(更新後)、2016年6月15日取得データ(更新前)より日本総合研究所作成  
 (注1) 数値は、更新後の総保健医療支出の対GDP比。  
 (注2) 2013年。\*を付した国は2012年のデータ。2013年のデータが取得出来ないため、アイルランドは、更新前のみ2012年のデータ。

# 国民医療費の対国民所得比の推移(1955~2014年)

~1973年来40年で3倍増~



# 国民医療費の推移と医療政策変遷の相関



# 国民医療費の増加要因

1985～2015年の国民医療費の増加；23.6兆円の要因別：

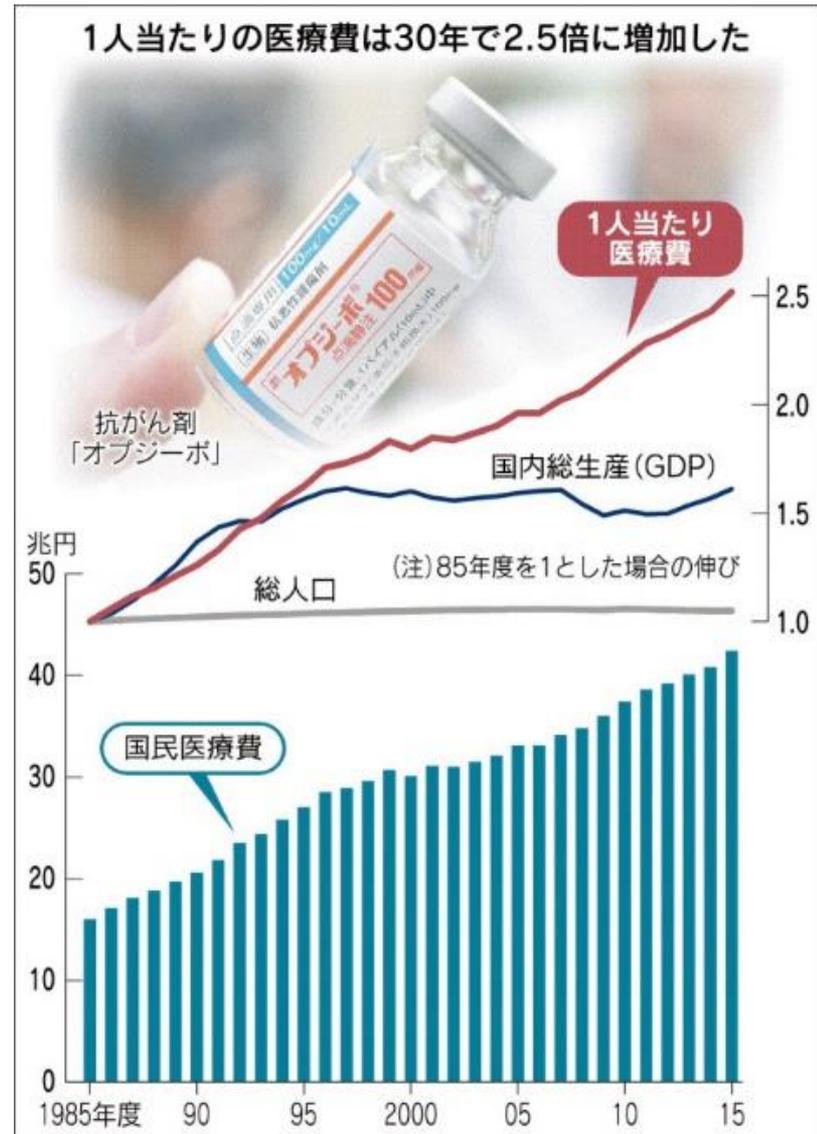
- ①人口変動； 1.0兆円
- ②高齢化； 11.4兆円
- ③技術進歩など；11.2兆円

一人当たり医療費；30年間で2.5倍  
同期間の一人当たりGDP増；1.7倍

技術進歩による医療費増すべてを  
公的医療保険で賄うのは不可能  
～1か月の医療費が1,000千万円以上；484件；10年間で3.5倍

対応策：

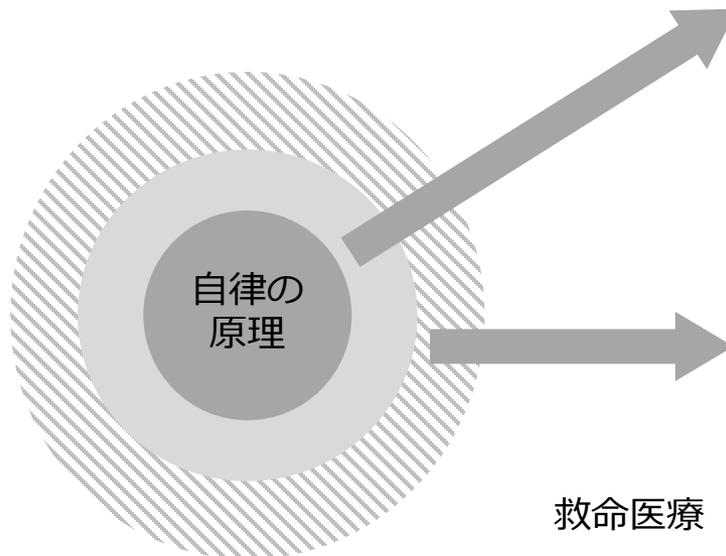
- ①保険収載のルール厳格化
- ②費用対効果による線引き
- ③民間医療保険への委譲



# 医療制度改革の方向

医療保障の理念を基に医療費保障の優先順位を定め、積極的な医療財源の確保と医療費の使われ方の見直しの双方を行うこと

理念に基づく財源の確保・配分と  
医療費の伸び率管理



自律の  
原理

救命医療

自立医療

## 【自律の原理の実現のために】

- (1) 事前指示書、医療代理人の制度化
- (2) 医療相談の充実と受診行動の適正化
  - ・ 垂直的フリーアクセスの原則禁止
  - ・ 患者相談窓口の設置義務化
  - ・ 初診料の自己負担の大幅軽減
  - ・ 総合診療医の推進
- (3) インフォームド・コンセントの徹底  
(医療費の説明を含む)
- (4) 国民の救急対応力の向上と  
社会保障教育・研修の徹底

## 【生命保障の原理・共生の原理の実現のために】

- (1) 公的医療保障範囲の見直し
  - ・ 救命医療と自立医療の区別
  - ・ 救命医療の積極的財源確保
  - ・ 自立医療への傾斜的給付率の導入
- (2) リスク構造調整の導入
  - － 国民全体の公平な負担と財源の安定化
  - － 公費の重点投入
- (3) 費用対効果評価の二段階適用
- (4) 自己負担無料化の原則禁止

医療保障の分類

# 医療範囲の限定による公的医療費の節減案

## ～慶応大、印南一路教授私案

医療費 ; 42兆円	大分類	主な傷病
救命医療 24.2兆円	A: 緊急かつ致命的	腸管感染症、虚血性心疾患、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、肺炎、ぜんそく <sup>a</sup> 、胆石症及び胆のう炎、脾疾患 <sup>a</sup> 、流産 <sup>b</sup> 、頭蓋内損傷及び内臓の損傷、熱傷及び腐食、中毒など
	B: 緊急性ないが致命的	各種悪性新生物、甲状腺機能障害、糖尿病 <sup>c</sup> 、高血圧 <sup>c</sup> 、肝炎 <sup>a</sup> 、肝硬変、腎不全 <sup>a</sup> 、単体自然分娩 <sup>b</sup> 、骨折など
自立医療 11.4兆円	C: 感染・危害	結核、性感染症、皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患、中耳炎、真菌症、急性鼻咽頭炎など
	D: 機能障害	認知症、統合失調症、てんかん <sup>a</sup> 、脳性麻痺、白内障、う蝕、脊椎障害、慢性閉塞性肺疾患、月経障害及び閉経期周辺期障害など
	E: 苦痛緩和	痔核、胃炎及び十二指腸炎、皮膚炎及び湿疹、尿路結石症など
	F: その他 <sup>d</sup>	アルコール性肝疾患 ※ 基本分類ではないが、肩関節周囲炎、脂肪肝、鉄欠乏性貧血などが考えられる。

その他： 風邪、食べ過ぎ、腰痛、骨折など  
6.0兆円 ; 公的医療費の節減可能額

a : 慢性期か急性期によって病態が大きく異なるため、実際に分類する際には十分な検討が必要になる。

b : 分娩や流産は、母子ともに生命に関わるリスクが高いことから、救命医療に入れてある。

c : 適切な治療を受けていれば致命的になる可能性が低い疾患は、新たに分類を設けて自立医療（重度化予防医療）とすることも可能である。

d : 予防可能性が高い疾病や、対症療法的治療しかできず医療保障の必要性が低いものをFに分類している。

# 給付範囲の限定、給付率の柔軟化は可能

1. 生活保護医療、未就学児・就学児医療扶助、精神自立医療制度は、自己負担の減免・助成を通じて、給付率をすでに実質的に柔軟化している
2. 高額療養費制度の存在で高額な医療費負担は回避される
3. 救命医療は価格（自己負担率・額）弾力性が低い
4. 自立医療は価格弾力性が高いので財政効果が大きい
5. 世界的に見ると、入院・入院外、全国民を通じて、すべての疾患に同一の給付率を採用しているのは例外的
6. フランスでは、薬剤については段階的給付率を採用している  
(抗がん剤等不可欠：100%、有用性大：65%、中小：30%、15%、0%  
の5段階給付率、実質給付率平均：66.5%)  
韓国では病院のグレードにより自己負担率；30%～60%に変動