

APIR Trend Watch No. 58

社会保障の給付と負担の一体改革を

APIR 主席研究員 藤原幸則

1. 全世代型社会保障検討会議の中間報告

2019年12月19日、政府の全世代型社会保障検討会議が中間報告をとりまとめた。社会保障制度のあり方について、高齢者だけでなく、子ども、若者、現役世代を含めた全ての世代に目配りをするという検討の視点は評価できる。また、中間報告において、「年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必要がある」、「受益と負担のバランスを確保する」ということが明記されたことは、あるべき改革の方向性を示す意義あるポイントである。

しかしながら、個別の改革検討事項をみると、厚生年金(被用者保険)の適用範囲拡大、70歳までの就業機会確保とあわせた年金受給開始時期の選択肢の拡大については評価できるが、医療・介護の制度改革については踏み込み不足となっている。一定所得以上の後期高齢者(75歳以上、現役並み所得者を除く)の医療費の窓口負担割合を2割とすることや、文書による紹介がない患者の大病院外来受診時の定額負担拡充は明記されたが、国民に追加負担を求める改革メニューのほとんどは退けられた。

さらに大きな踏み込み不足点は、消費税率が10%まで引き上げられて間もない時期とはいえ、持続可能な社会保障制度に不可欠な財源(国民負担)の議論が避けられてきたことである。社会保障制度は、給付と負担を一体で考えないと持続可能性を判断できないし、国民の将来不安も解消されない。

社会保障制度改革をめぐる議論の背景にある大きな問題点は、高齢化などに伴う社会保障給付の累増¹にどう対応していくかに関する国民的コンセンサスが欠如していることがあると考える。どの程度まで給付を受け、負担に応じるかという、最終的には国民の選択の問題であろう。

そこで、社会保障制度の何が問題なのか、どのように改革を検討していくべきかの方向性を以下で述べる。

¹ 年金については、マクロ経済スライドの導入により、給付と負担の長期的な財政均衡を図る仕組みがある。しかし、医療・介護については、年金のような仕組みはなく、高齢化などの要因により、給付が経済成長を上回るペースで増加する見込みとなっている。2025年から2040年にかけて、名目GDPは1.22倍となるのに対し、医療は1.4倍、介護は1.7倍の給付増となる推計がある(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」、2018年5月21日による)。なお、医療費の増加要因には、医療技術の高度化による単価上昇などもある。

2. 社会保障制度の何が問題か、改革の検討方向とは

図1に示すとおり、主要なOECD諸国における社会保障支出(対GDP比)と税・社会保険料の国民負担率の関係を見れば、日本の現状は「中福祉・低負担」の域にある。今後、改革を行わないままならば、この傾向はさらに強まる。単純に比較できないが、日本と同じような社会保障支出レベルでも国民負担率が日本より高い国もある(ポーランド、英国、ハンガリー)。日本が「中福祉・低負担」の域にあるのは、「社会保障サービス水準は維持してほしいが、増税や自己負担増は嫌だ」という国民一般の認識によるものではないだろうか。

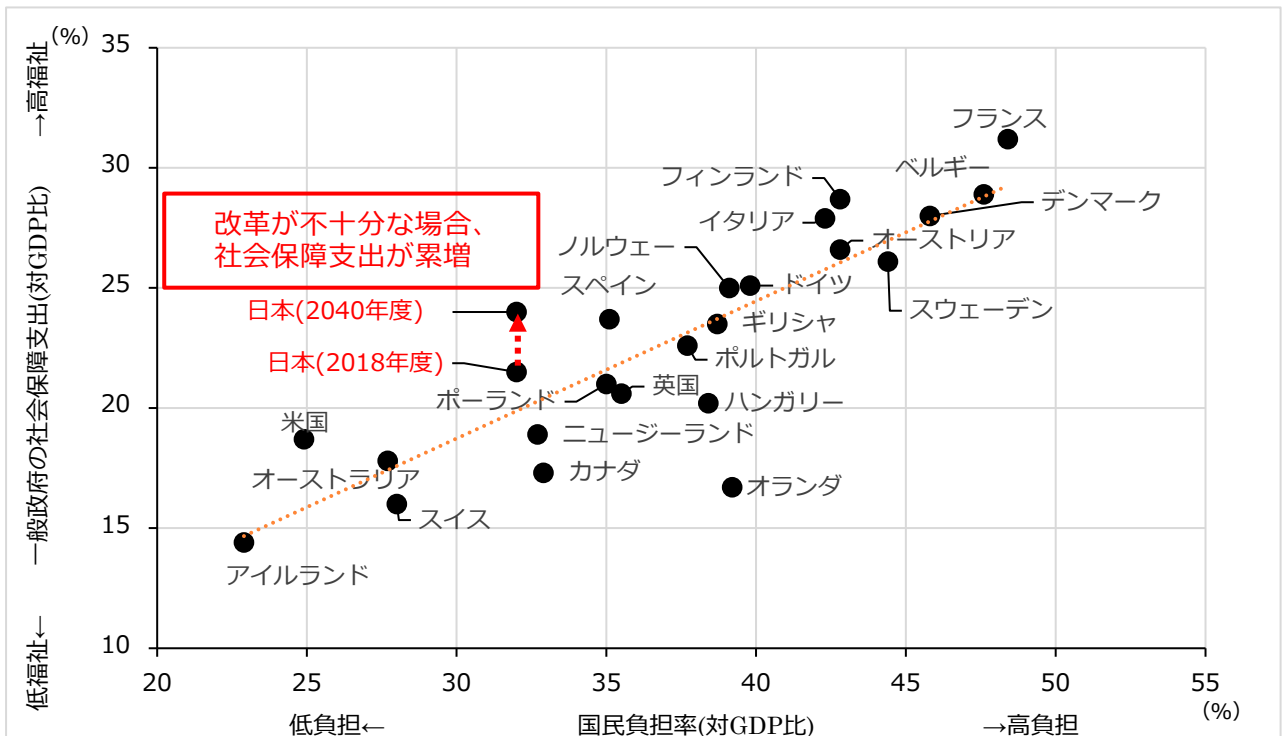


図1 主要なOECD諸国における社会保障支出と国民負担の関係

- (注1) 数値は一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。
 (注2) 海外諸国の社会保障支出は、OECD基準による社会支出ベースの値。
 (注3) 海外諸国は2018年の値(カナダ・ハンガリー・ポーランドは2017年の値、オーストラリアは2016年の値)。
 (注4) 日本の社会保障支出は給付費ベース。2040年度の社会保障給付費は、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」(2018年5月21日)の計画ベース(最大値)をとった。国民負担率は2040年度も2018年度と同じと置いた。
 (資料) 海外諸国はOECD Statisticsより作成。日本は内閣府・財務省・厚生労働省等関係府省の公表資料より作成。

このままでは、日本の社会保障制度は持続可能ではないということは、大方の一致した見方である。社会保障支出の中で、特に増え方が大きいのは医療・介護費で、特に70歳代後半以降に増える²ため、高齢化率の上昇が鈍化しても増え続ける。1人当たりの医療・介護費が他の年齢層に比べて高い後期高齢者数の増加が、費用増加ペースを加速するからである。後期高齢者の医療費の自己負担1割を続ければ、公費負担は急増していくし、後期高齢者医療に支援金を拠出している現役世代の健康保険財政が破綻しかねないだろう。

² 1人当たり国民医療費(2017年)は、65歳から74歳までは平均55.7万円、75歳以上は平均92.2万円となっている(厚生労働省「国民医療費の概況」)。1人当たり介護給付費は、65歳から74歳までは平均4.5万円、75歳以上は平均44.0万円となっている(厚生労働省「介護給付費等実態調査」2017年10月審査分を1年に換算)。人口は総務省「人口推計」の2017年10月1日現在の数字を利用。

それでは、医療・介護制度はどのように改革すべきなのだろうか。

日本では、国民皆保険制度のもと、国民は自由に医療機関に受診し、治療を受けることができる。また、高額療養費制度もあり、大きな医療費がかかっても自己負担を一定額以下に抑えられる。こうしたことが、いざというときの国民の大きな安心になっていると考えられる。国民皆保険制度を将来とも維持するのならば、制度の持続性に必要な自己負担増は一定やむを得ないのではないだろうか。

これまでの政府の経済財政諮問会議や審議会などでの議論、経済団体や有識者の主張をもとに考えられる具体的な改革メニューを整理し、公費負担削減額(財政収支改善額)を筆者が推計してみたのが表1である。すべて実施すると、総額で2.5兆円程度(国と地方の計、平年度ベース)の公費負担削減効果が生じると見込まれる。過去、政治的なハードルが高く、幾度か議論の俎上に上りながら断念されたものが多い。今般の全世代型社会保障検討会議で合意された負担能力に応じた後期高齢者の自己負担割合2割にととまらず、受診時定額負担、市販品類似の医薬品の公的保険対象外化などは検討が必要なことではないだろうか。その際、低所得者や特殊事情³に配慮することが望ましいであろう。

表1 社会保障制度改革のメニューと支出抑制効果試算

	施策	主な内容	社会保障支出削減額 (平年度、公費負担削減額)
医療	受診時定額負担	現行の定率負担に加え、受診時の定額負担(100円)を導入する。	▲1,980億円 (国▲1,300、地方▲680)
	後期高齢者の自己負担割合引き上げ	75歳以上の後期高齢者(現役並みの所得者以外)の自己負担割合を原則2割とする(現行は1割、現役並み所得者は3割)。	▲13,000億円 (国▲8,700、地方▲4,300)
	一部医薬品の公的保険から対象外化	市販薬によるセルフメディケーションへ誘導可能な医療用医薬品を公的保険の対象外にする(湿布薬、ビタミン剤、保湿剤等)。	▲820億円 (国▲540、地方▲280)
	薬価の適正化	市場実勢価格を踏まえた薬価改定を毎年度実施する。費用対効果の評価から高額医薬品の薬価見直しを行う。	▲370億円 (国▲240、地方▲130)
	1人当たり医療費の地域差の是正	地域医療構想の推進により、病床数、平均在院日数などの係る地域差の解消に取り組む。	▲6,500億円 (国▲4,300、地方▲2,200)
介護	介護サービス受給時の自己負担割合引き上げ	現役並みの所得者の3割負担を残しつつ、自己負担割合を原則2割に引き上げる。	▲2,800億円 (国▲1,400、地方▲1,400)
合計			▲25,470億円 (国▲16,480、地方▲8,990)

- (注1) 医療費の公費負担割合は38.6%(国25.4%、地方13.2%)、介護費の公費負担割合は50%(国25%、地方25%)をもとに試算した。
- (注2) 受診時定額負担は、外来の年間受診日数(25.6億日)に定額負担を乗じた額と負担増による医療費抑制分をあわせた医療費減少額により試算した。医療費は患者負担の変動額と同程度変動する、いわゆる「長瀬効果」による医療費削減額も含めた。
- (注3) 現役並み所得者以外の後期高齢者の自己負担割合引き上げは、公費負担割合(50%、国:地方=2:1)をもとに試算した。長瀬効果を含む。
- (注4) 一部医薬品の公的保険対象外化は、健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究IV」(2019年8月23日)の試算結果を引用した。
- (注5) 薬価の適正化は、2013年度から2019年度の改定額の平均とした。
- (注6) 1人当たり医療費の地域差の是正は、最も低い埼玉県とその他の道府県との差が半減した場合の削減額による。
- (注7) 介護の自己負担割合引き上げは、1割負担対象者が2割負担になる場合を試算した。
- (資料) 経済財政諮問会議、財政制度等審議会、社会保障審議会等資料を参考に作成。

³ 骨折や関節症、透析を必要とする腎機能障害など、病気の種類によっては、年間に何回も通院せざるを得ない場合があり、受診時定額負担の一律適用は慎重に検討すべきものとする。

医療の需要者(患者)側の改革に加え、医療の供給側に関しても改革が必要と考えられる。既に政府と自治体で取り組まれている「地域医療構想」により、医師や病床の地域偏在是正、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、「かかりつけ医」の普及は、着実に推進する必要がある。また、情報通信技術を活用し、医療情報(電子カルテ等)については、院内にとどまらず、院外の医療機関同士でも共有できるようにすることが必要と考える。「かかりつけ医」と中規模病院や大病院との情報共有は有効であろう。そうすれば、過剰受診・投薬や重複検査もなくなり、患者にとってもよいだろうし、医療費を効果的に削減できよう。

介護に関しては、命と直結する医療とは違い、発想転換した改革ができるのではないだろうか。介護は基本的に専門サービス業ととらえ、ニーズに応じたサービスの多様化、質の高いサービスにはより多くの対価が支払われてよい。規制緩和を行い、介護保険外サービスも含めた混合介護も積極的に推進すべきではないだろうか。また、医療と介護の連携という意味で、医療情報と介護情報について、医療機関と介護機関の情報共有も有効になると考えられる。

介護需要は今後とも増大していくが、深刻な担い手不足が懸念されている。多様な事業者による競争促進とサービスの多様化、また ICT・AI・ロボットなどの先進技術導入により、介護を雇用吸収力の高い成長産業化することが重要といえよう。

3. 社会保障制度改革に向けた超党派の議論と改革案の提示

持続可能な社会保障制度改革に向けては、給付と負担の両面から、国民の理解とそれを担保するための改革内容の透明性確保が必要と考える。

このため、社会保障の給付と負担についての十分な情報を提供することが必要であり、現役世代においては、将来どの程度の給付を受けることができるのか、それは現在の負担に照らして納得できるものなのか、政府には説明責任を果たすために必要な情報を公開することが求められる。これは何よりも、将来の受給者としての不安を解消する取り組みとなろう。

こうしたことから、社会保障制度については、都度の政治情勢によって改革が左右されることのないよう、政府がリーダーシップをとって、前章で述べた負担増の改革メニューのように国民の痛みを伴うものであっても先送りせず、超党派での議論を進め、将来の給付と負担の将来像ともあわせて、超党派の望ましい改革プランを国民に提示し、説明を尽くしてもらうことが必要と考える。ここで重要なのは、与党だけの議論では与野党の政争の材料になりかねないので、超党派、つまり与野党が同じテーブルで議論し改革案に合意して、一致協力して国民の判断を仰ぐということである⁴。

国民負担の増加となる税財源の確保も、超党派の議論の対象として含まれるべきである。社会保障財源として、年齢に関係ない世代間負担の公平性、国際競争力を阻害しない中立性、税収の安定性があり、薄く広く国民が負担を分かち合う消費税が、所得税などの他の税目より優れている。消費税率 10% 超の引き上げは、中期的に実現を図っていくべき重要課題ではないかと考える。

4. 財政健全化にも目配りした社会保障制度改革の議論を

1月17日に開催された経済財政諮問会議で、内閣府から最新の「中長期の経済財政に関する試算」が提出された。実現性に疑問のある成長実現ケースでは、基礎的財政収支(PB)は2027年度にかろうじて黒字化する一方で、ベースラインケースでは、2029年度までの試算期間中は赤字が継続する。成長実現ケースでも、昨年7月試算より、PBの収支改善額は低下している。

⁴ 全世代型社会保障検討会議は政府・与党を中心とした議論になっている。高齢者の投票率が高いシルバー民主主義が強い中では、選挙での敗北を恐れて負担増の議論は避けられがちとみられる。

財政健全化の道筋は不透明であり、厳しい状況に変わらない。昨今、積極的な財政支出論⁵が唱えられているが、財政規律なく歳出を膨張させていくと、インフレのリスクが高まっていく。また、何らかの外的ショックによる金利上昇(国債価格下落)が起これば、利払費の大幅増加という巨額な債務残高のリスクが表面化し、財政危機を招きかねない。

経済成長を図るとともに、基礎的財政収支の黒字化と債務残高対GDP比の安定的な引き下げといった財政規律を中長期的に確保していくことは必要と考える。このため、潜在成長率を引き上げ、経済成長を通じた税収増による財政収支改善を図ることが重要であるが、歳出規模の大きい社会保障支出増の抑制に踏み込んだ制度改革、消費税による安定した税財源の確保も必要ではないだろうか。筆者において、内閣府の最新の「中長期の経済財政に関する試算」をもとに、消費税率の15%までの引き上げ(軽減税率は維持と仮定)、社会保障支出の抑制を織り込んだ財政収支シミュレーションを行った結果が図2に示すとおりである。このような歳出・歳入改革をともしれば、2025年度に基礎的財政収支は黒字化する可能性がある。

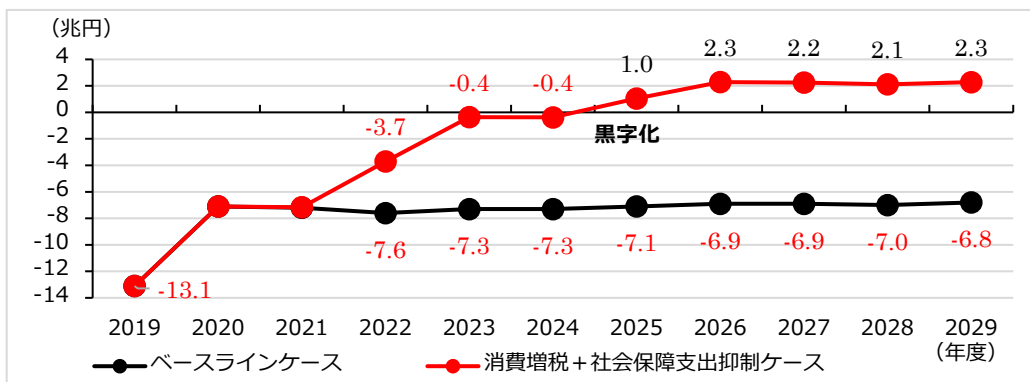


図2 国・地方の基礎的財政収支のシミュレーション結果

(注) 「ベースラインケース」は内閣府試算と同じ。ベースラインケースをもとに、消費税率を2022年度に2%、2025年度に3%引き上げる(軽減税率は維持と仮定)とともに、社会保障支出抑制は表1の改革メニューを全て織り込んで試算したのが、「消費増税+社会保障支出抑制ケース」である。

(資料) 内閣府「中長期の経済財政に関する試算」(2020年1月17日)をもとに試算。

基礎的財政収支黒字化目標を堅持すべきという考え方もあるが、財政健全化目標達成のために無理に消費増税や社会保障支出抑制を行うのは、経済に悪影響を及ぼすこともあり、本末転倒になろう。2020年代の後半中に基礎的財政収支の黒字化を達成するという弾力的な目標のもと、経済情勢によっては機動的な財政支出も行いつつ、財政健全化(給付と負担のバランス)にも目配りした社会保障制度改革の超党派の議論と改革方策の国民的コンセンサス形成こそが重要と考える。

<APIR 主席研究員 藤原幸則、contact@apir.or.jp, 06-6485-7690>

- ・本レポートは、執筆者の見解に基づき作成されたものであり、当研究所の見解を示すものではありません。
- ・本レポートは信頼できるとされる各種データに基づいて作成されていますが、その正確性、完全性を保証するものではありません。また、記載された内容は、今後予告なしに変更されることがあります。

⁵ 現代貨幣理論(MMT)があるが、物価安定に責任を有する中央銀行の独立性という先進国共通のレジーム(過去の歴史教訓も含めて)を軽視した議論であり、インフレのコントロールに不確実性がある。