

# 高齢社会と社会保障の危機

## — 医療保険改革を中心に —

関西大学経済学部教授

— 圓光 彌

### 1 はじめに

社会保障の給付費は、2000年度で78.1兆円、対国民所得比では20.53%と20%の大台に乗った。また社会保障給付費のうち高齢者関係給付費のしめる割合は、同年度で68.1%に達した。急ピッチで人口が高齢化していることから当然のことといえるが、いずれの数字も過去最高を更新中である。65歳以上人口の比率で計った日本の人口の高齢化率は、1970年で7%となり、2000年の17.4%を経て、2050年の36%程度まで上昇の一途をたどると予想されている。したがって、国民所得にしめる社会保障費の比率は今後も上昇する。一体将来の勤労世代は、どの程度まで増大する負担を甘受し、その結果社会保障の給付水準はどの程度まで維持されるであろうか。今日の社会保障をめぐる問題の基本はこの点にある。

人々の社会保障に対する危機感を増幅している背景には、急速な人口高齢化のほかにも、日本独自の事情がある。社会保障の中でも費用規模の大きな年金や医療は、1961年に皆保険、皆年金体制がスタートし、適用の拡大と給付水準の改善が急ピッチで図られてきた。特に年金については、この間に修正積立方式から賦課方式への財政構造の変化があり、後代の人ほど保険料が上

昇するにもかかわらず約束される給付は少なくなり、これが世代間の不公平の問題として年金や社会保障に対する不信の原因となっている。こうした若い世代の不信感は、年金制度の成熟化措置が早くから実施されて早い段階で完全な賦課方式に移行している西欧ではそれほど顕著ではない。

年金制度も医療保障制度も、その後1980年代になって、高齢化社会に備えた大きな制度的な改編がなされている。しかし、その時点で取られた対策は、やはり日本独特のものであったが、国民年金の全国民共通の基礎年金への改編にしる、老人保健制度創設による医療保険の財政調整にしる、被用者保険制度の財政的な余力を当てにしているもので、右肩上がりの経済環境を前提とするものであった。経済環境がまったく様変わりし、たのみにしていた被用者保険制度そのものが縮小するような今日の状況下では、存続不可能となっている。一家を支える男子の正規労働者を前提とした社会保障の仕組みを、根本から見直すことが必要になっている。

ここでは、まず日本で特に大きな争点となっている世代間の不公平の問題について検討し、次いで医療保障制度の抜本的な改革の必要性を、その組織のあり方と財源の

あり方を中心に検討する。

## 2 世代間の公平性について

見直しが求められる社会保障の問題の中でも根本的なものは、国民の社会保障に対する信頼が揺らぎ、国民が将来の不安に備えて一層消費を控えるとともに、保険料の支払いに意義をみいだせなくなるとうしていることである。こうした国民の不信の原因は、過去の一連の制度改正で、年金にしても医療にしても負担の引き上げと給付の引き下げを繰り返し、これが続けられれば、保険料を支払っても将来これに見合う保障が得られなくなるのではないかと、人々が考えるようになったからである。果たして将来の世代は社会保障を通してそれほど損をするのであろうか。社会保障の費用を抑制することが、将来の世代の利益になるのであろうか。

OECDは、日本を含む先進9ヶ国の高齢者の経済状態に関する比較研究を行い、その成果を2001年に発表している。ここで明らかになったことの1つは、9カ国で高齢者の年金水準や就業率などで大きな違いがあるにもかかわらず、高齢世代の生活実態と勤労世代の生活実態とを比べると、どの国も高齢世代は勤労世代の8割近い所得を確保しており、住宅の資産や就労に伴う必要経費を考慮すれば、実質的な生活水準では高齢世代と勤労世代で違いがなかった点

である(注1)。

高齢世代の所得に関係する要素には、次の4つがあると考えられる。すなわち、①就労による収入、②公的年金、③貯蓄や私的年金、④子ども等との同居や仕送り、である。OECDの調査にはこのすべての要素が含まれていたので、公的年金が十分な国では、その他の要素の貢献は低く、公的年金が不十分であれば、その他の要素がそれを穴埋めする形で、全体としてみれば遜色のない老後の生活水準が確保されていた。1990年代中頃までのデータに基づくこの研究では、日本の高齢世帯の特徴として、勤労所得の高さと公的年金の低さが浮き彫りになっているが、これらの点で日本が今急激な変化の過程にあることは言うまでもない(注2)。

国によって違いはあるものの、高齢世代の収入構成について、大きな時代の変化をみると、勤労収入や子どもの援助を中心とする状態から公的年金や貯蓄・私的年金を中心とする状態へ変化していると考えられる。老人の貧しさが強調された皆年金実施当時の日本では、多くの退職老人に年金はなかったため、子ども達が同居により、また仕送りをして、老親の生活を支えていた。こうして子ども達に支えられた老後の生活水準は、おそらく子どもたちの生活水準と遜色ないものであったに違いない。当時の子ども達が今の高齢者なのだが、彼らは、

自分の公的年金に対する保険料としてはごくわずかしか支払っていないが、その何倍もの仕送りを当時の老人のために支払っていた。このように、ある程度豊かな社会にあっては、生産活動に参加しない子どもや老人にも、相応の生活を確保してきたのであって、高齢者については公的年金が次第に大きな役割を果たすようになったということができる。

言い換えると、何時の時代にも、勤労世代は、生み出した生産物のうち一部を子どもや高齢者に配分しており、高齢化が進めばその分高齢世代の分け前は増加し、反対に勤労世代の分け前は少なくなる。だから、後の世代ほど生涯会計上不利になるのは、人口高齢化の過程では避けられないことであって、公的年金を抑えて私的年金に切り替えようが、またそれらに代えて子どもからの支援を強化しても、将来の勤労世代の負担に変化はない。この点でむしろ意味があるのは、人口にしめる就労者数を増やす政策で、将来の負担に跳ね返る外国人労働力の受け入れを除けば、引退年齢を上げたり、就職年齢を引き下げたり、出生数を増やしたり、あるいは女性の労働力率を高めたりといった政策が考えられる。

このように、高齢化が進み勤労者が負担する高齢者の扶養の費用が大きくなるという問題と、その扶養の費用をどのような手段で確保するかの問題、すなわち勤労や子

どもの支援や公的年金や私的備えのバランスをどうとるかの問題は、区別して考えなければならない。そして、高齢化が進んで、高齢者を扶養する社会的コストが増えることは、社会保障のあり方如何に関らず不変であり、今の高齢者に比べて今の若者が負担に対して受ける給付が少なくなるのは、社会保障に限ったことではない。問題は、社会保障と私的備えとのバランスをどうするかである。OECDの報告では、社会保障給付の比重が高いほど高齢世代内の所得格差は少ない。長い老後の生活を安定させる上で、今後とも公的年金等社会保障給付が主要な役割を果たすことは間違いなさであろう(注3)。

### 3 高齢社会の医療保障制度

医療や介護の保障も、給付費の大半が高齢者に対するものであるので、年金と同様に若い世代がその時代の高齢世代の費用を負担する形になる。医療の場合、何十年も先のリスクを個人的に備えることは年金以上に難しいので、多くの国が公的な仕組みを通して国民の医療費を保障している。高齢者の介護についても、この問題に私的に対応することが困難となり、2000年より介護保険制度が実施されるようになったことは周知の通りである。新しい介護保険の仕組みは、その対象が40歳以上に限られているなど改革すべき課題はあるが、地域をベー

スにする社会保険制度としたことや、その財源を全国的に調整する仕組みが取り入れられ、各保険者が同じ財政基盤に立って効率的な保険事業の運営を競い合える仕組みになっていることなど、今後の人口高齢化にも対応できる制度要件を備えていると考えられる(注4)。したがってここでは、もっぱら医療保険のあり方を検討する。

まず医療保険を取り巻く環境で大きく変わったことの一つは、皆保険体制が実施された後の医療保険の発展とともに医療供給体制が急速に整備され、病床数にしても医師数にしても、必要数が確保できる状態になった点である。また疾病構造も変化し、日々の生活を通して病状をコントロールしなければならぬような慢性疾患が主流をしめるようになり、福祉などとも連携して患者をトータルに支援する仕組みが重要になったことである。

言い換えれば、医療施設にしても、医療行為にしても、あるいは投薬にしても、より多くの人により多くを投入すればその効果が期待できる時代は終わった。そして多くの国では、限りある医療資源を有効に活用できるよう、疾病ごとにあらかじめ定められた診療報酬を支払う方式や、対象となる住民の医療費をあらかじめ定めて請け負わず予算制度などが取り入れられるようになっている。それにもかかわらず日本では、診療報酬体系はいまだに全国一律で細かい

診療行為ごとに単価を定めた出来高払いが中心となっている。また保険者が行っていることは、結果として発生した医療の費用を支払う事務が中心で、プライマリ・ケア担当者と連携して予防事業を推進したり、被保険者によりよい受診行動を導いたりするなどの工夫はなされていない。このように90年代後半以降の医療保障の課題には、医療供給体制のあり方や診療報酬・薬価に関する問題など供給側に関する事項と、高齢者医療制度や医療保険の制度体系をどうするかといった需要側に関する事項とがあるが、ここでは需要側の条件について検討する。

ここで、人口などの条件がよく似た兵庫県内の2町の国民健康保険を比べてみよう。2001年で1人当たり医療費はA町が147,706円でB町はその約2倍の295,630円で15万円近い違いがあった。一方保険料はA町が65,310円、B町が74,319円と、9,000円ほどの差にすぎなかった。国庫負担は被保険者1人当たりに換算して、A町が55,398円、B町が100,162円と、4.5万円ほどの違いがあった(注5)。小規模の保険者の場合、高額医療の発生が全体に大きな影響を与えることは少ないので、これだけで結論をだすことはできないが、仮に同じような年齢構成の保険者で、A町は保健や福祉事業に力を入れて予防に努め、医療費の適正化を果たし、町民の負担を抑制することに成功したのに

対して、B町はそうした努力を怠り、膨張した医療費に必要な財源の多くを、国民共通の財布である国庫負担で補っているとしたら、こうしたことを許す医療保障システムは効率的ではないし、本当の意味で公平であるともいえない。この場合、A町の住民は、町独自の保健や福祉の事業を展開するための費用を特別に支出した上に、税制を通してB町の国民健康保険をも支援していることになるからである。

医療供給体制が不十分であった時代は、同じようなことが起こっても、医療施設が不足している低医療費町が高医療費町にキャッチアップしようと努力する形で問題を解決してきたのであるが、今日では高医療費町が低医療費町のノウハウを見習う努力をしなければならない。特定の地域や保険者によって実践されているよい経験を、他の地域や保険者にも広げることができるような医療保険システムを築くことが重要である。しかし、実際の医療保険の仕組みは、かかった医療費を保障するだけで、個別保険者の経営努力が十分に報われるようにはなっていない(注6)。それぞれの地域や保険者の努力が、その構成員に十分に報われるようにし、逆に地域や保険者の無策はその構成員がコストを負担する仕組みとすることが、これからの医療保険改革の最重要課題である。

そのためには、発生した医療サービスの

費用を事後的に支払うだけでなく、その保険加入者の医療ニーズをみたすための標準的な財源を各保険者に事前に与え、各保険者はその標準予算を用いて効果的な保健医療事業を工夫するようにすることが重要である。イギリスでは、プライマリ・ケアを担うグループに住民の保健医療予算が預けられているし、ドイツで実施されているリスク構造調整の考え方も、事前に標準的な予算を配分して、各保険者に効率的な運営を促すことにねらいがあるといえる(注7)。

こうした保険者の自主的な保険運営を重視する立場から現在の医療保険改革の論議を見ると、小規模な健康保険組合や市町村国民健康保険の不安定な財政問題が強調されるあまり、被保険者が帰属意識を持つことができる地域や職域で保険を組織するという視点が見過ごされているように思われる。政府は、都道府県単位で保険者を再編統合する方針を打ち出しているが、これでは健康保険組合や国民健康保険の優れた実践が育たなくなるおそれがある。異なる保険者の財政基盤を標準化するためには、医療保障の財源をプール化する必要はあるが、だからといって保険財政の安定化のために保険を一本化して組織を巨大化する必要はない。加入者3700万人弱を擁する最大規模の政府管掌健康保険がまったく経営努力を果たしていないことでも明らかなように、保険の規模を大きくしすぎることは効率的

な保険経営に逆行することになる。したがって都道府県単位で小規模な保険者を再編する場合でも、完全な統合は避けて、個々の保険者が自主性を最大限発揮できるような分権的な仕組みとすべきであろう。

リスク構造調整の考え方は、すでに介護保険である程度実施されている。介護保険では、各保険者に標準的な介護ニーズに基づいて計算された予算が配分され、各保険者が同じ条件でよりよい事業運営を競うことができるようになってきている。この仕組みを、医療保険にも適用するべきである。こうした仕組みが取り入れられれば、各保険者にその構成員の年齢別性別標準医療給付費が配分されることになるので、政府が現在検討しているような、高齢者のための特別の医療保険制度を設ける必要もなくなる。

#### 4 医療保険の財源政策

これまで日本の社会保障は、職場を通して加入する被用者保険を中心に発展してきた。被用者保険の中でも共済組合や健康保険組合が高い給付水準で医療保険発展の牽引車的役割を果たし、中小企業の政府管掌健康保険も、一定の国庫負担を得て共済組合や健保組合に近い給付水準を達成するようになった。最も財政基盤が脆弱だった国民健康保険も、給付費の半額以上を国庫負担に頼って7割給付の水準を達成するようになった。1973年の老人医療の無料化で老

人医療費が増加し、その対策として1983年から導入された老人保健制度も、国民健康保険に対する国庫負担の削減を被用者保険からの拠出で賄おうとしたもので、拡大する被用者保険の財布を当てにしての解決策であった。

しかし、その後共済組合の組合員は長期にわたって低下傾向にあるし、健保組合も最近では解散が相次いで被保険者数は大きく減少している。そして、1990年代後半以降、皆保険体制を一番下で支えている国民健康保険の被保険者数のみが増加する状況が続いている。被用者保険の適用人口は、1975年度末の6780万人から1994年度末の8230万人まで上昇した後低下し、2000年度末には7872万人となっている。一方国民健康保険の対象者は、1975年度末4400万人で1996年まではほぼそのレベルを維持した後上昇傾向をたどり、2000年度末には4763万人になっている(注8)。

こうした被用者保険の縮小は、長引く不況で男子正規労働者が減少に転じたことによるところが大きい。不況という一時的な事情に加えて、就業形態の多様化の影響も少なくない。かつてのように卒業して企業に就職したら退職までそこで勤め上げるといった慣行は崩れているし、女性の労働力化とあいまってパート労働者も増加している。多くの人が生涯を通して多様な就業形態を経験するように社会は変化している。

そうだとしたら、被用者保険中心で医療保険の制度体系を考えるのではなく、さまざまな被保険者を擁した国民健康保険が自立できる仕組みとして医療保険を考え直すことが必要であろう。

その場合、企業の規模がどうであれ、また被用者であれ自営業者であれ、誰もが同等の所得に対しては同等の保険料を負担するルールを確立し、国による補助は、制度ごとに給付費の一定比率とするのではなく、保険者の標準的な医療給付費とその保険者の保険料収入との差額とすることが重要である。また、雇主負担は廃止しこれを消費税に置き換えることにより、企業が社会保険の費用を避けるために従業員をパート化したり請負契約化したりするのを防ぐべきである。個人がその所得如何にかかわらずいずれかの保険に加入する仕組みにすれば、失業や出産や子育てや家族介護等で仕事につけない場合も、特定の被保険者の被扶養者としての位置付けで受給権を得る必要がなくなり、現在多くの女性が行っているような年130万円未満でパート労働を調整する必要もなくなる。就業形態の多様化が今後も続くとすれば、社会保険が人々の就業のあり方に影響を与えないようにすることが必要である（注9）。

注

1 OECD, *Ageing and Income; Financial resources and retirement in 9 OECD countries*, OECD, 2001, p.22.

2 *Ibid.*, p.24-30.

3 *Ibid.*, p.24-28.

4 介護保険の制度的特徴については、木村陽子「介護保険と市町村財政」（斎藤・山本・一圓編著『福祉財政論』有斐閣、2002、215-234ページ）を参照いただきたい。

5 国民健康保険団体中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「国民健康保険の実態（平成13年度版）」、2001年。なお、医療保険組織のあり方については、拙稿「21世紀の医療保障の条件」（一圓光彌編著『医療保障論』光生館、2003、11-12ページ）でも議論している。参照いただきたい。

6 実際には、老人保健制度による老人医療費拠出金の仕組みは、当該保険者の1人当たり老人医療費が支払うべき拠出金の額に比例するようになっているので、この限りでは個別保険者の努力が報われる形になっている。こうした仕組みを維持することが重要である。この点については、拙稿「医療保険のあり方を考えるー保健福祉活動の充実と国民健康保険財政」（『こくほ大阪』No.278、平成10年9月号）を参照いただきたい。

7 医療保障の仕組みの変化と医療保障費用の配分方法の変化については、上掲「21世紀の医療保障の条件」（12-16ページ）を参照いただきたい。

8 健康保険組合連合会・国民健康保険中央会編『医療保険統計便覧（平成14年版）』、2003年、47ページ。

9 筆者は、ここで述べたような医療保険の財源政策が、実際に可能かどうか試算している。詳しくは、拙稿「就業形態の多様化と個人参加の社会保険ー医療保険改革のあり方ー」（『経済学論究』第56巻第3号、2002年12月）を参照いただきたい。