独立行政法人 経済産業研究所 (RIETI)



BBLセミナー プレゼンテーション資料

2016年1月22日

「社会保障・税一体改革の評価と課題」

西沢 和彦

http://www.rieti.go.jp/jp/index.html



社会保障・税一体改革の評価と課題

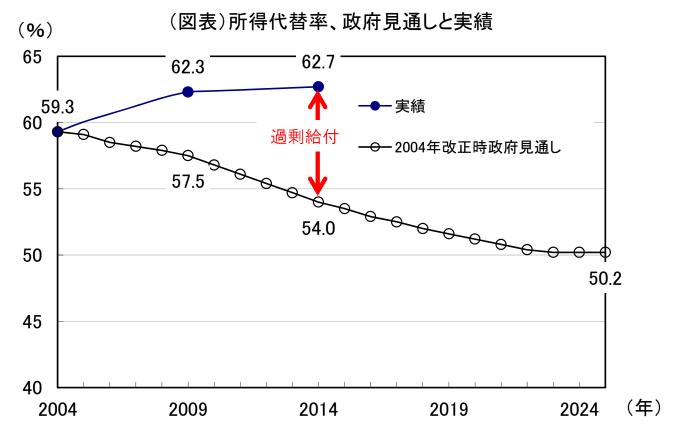
2016年1月22日

株式会社日本総合研究所 調査部 西沢 和彦



年金改革、特に給付の見直しがおざなり

- 所得代替率*62.7%と54%の差(2014年)がいわば過剰給付。積立金の前倒しでの取り崩し(=将来世代への負担先送り)で手当て *年金の給付水準を表す代表的指標。現役男子の平均的可処分所得に対する年金受給額の比率で定義
- 主因は2004年改正で導入されたマクロ経済スライドが機能してこなかったことにあり、よって、マクロ経済 スライドが機能するよう法改正しておくことが最重要課題

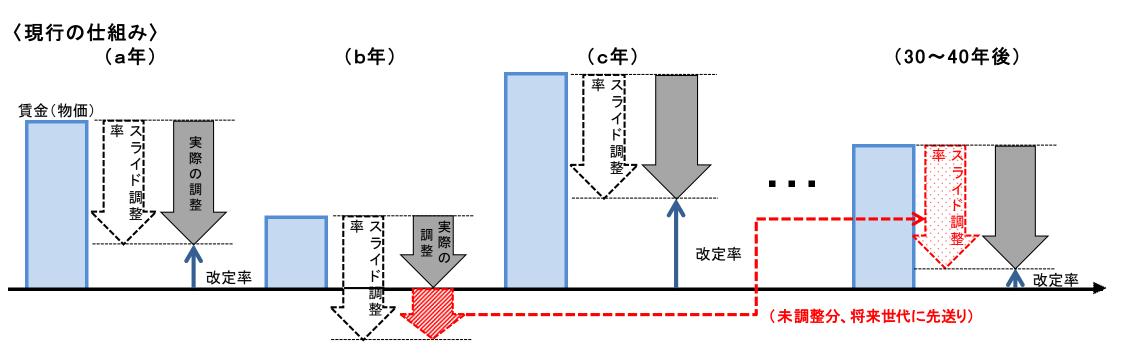


(資料)2004年改正時政府見通しは平成16年財政再計算、実績は平成21年財政検証および平成26年財政検証



マクロ経済スライドの仕組み上の問題点

- マクロ経済スライドには、名目下限ルールがあるために、デフレあるいは賃金(物価)の伸びが低い年が現れる場合、調整が全くあるいは十分に効かない
- 未調整分(=年金財政の毀損分)は、マクロ経済スライドの適用期間延長によって解消せざるを得ない。すなわち将来世代に先送り



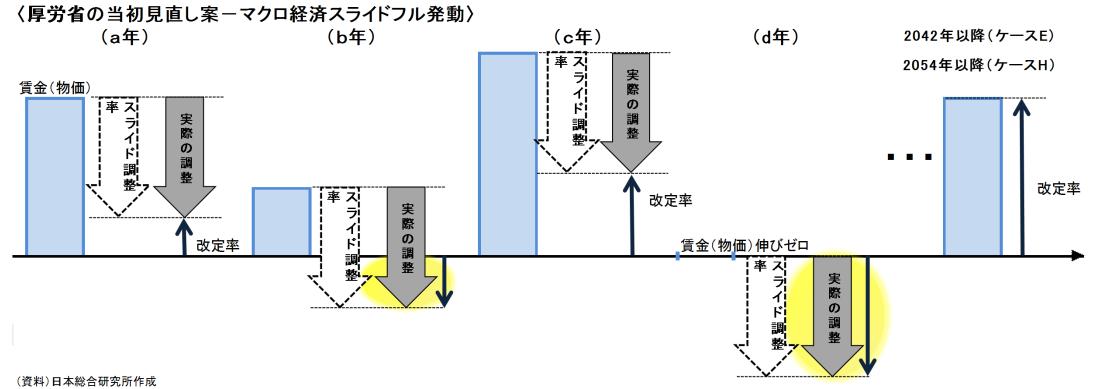
(資料)厚生労働省資料(平成27年2月24日)を日本総合研究所改変





マクロ経済スライドフル発動案

- そうした問題点解消に向け、厚労省が当初(平成26年中くらいまで)想定していたのは、マクロ経済スライドフル発動案
- 平成26年財政検証(6月公表)において、オプション I として提示された
- すなわち、名目下限ルールを外し、デフレあるいは賃金(物価)の伸びが低い場合(b年、d年)においても、マクロ経済スライドをフルに発動させる(スライド調整率=実際の調整率)ことにより、将来世代への負担先送りを極力抑える案

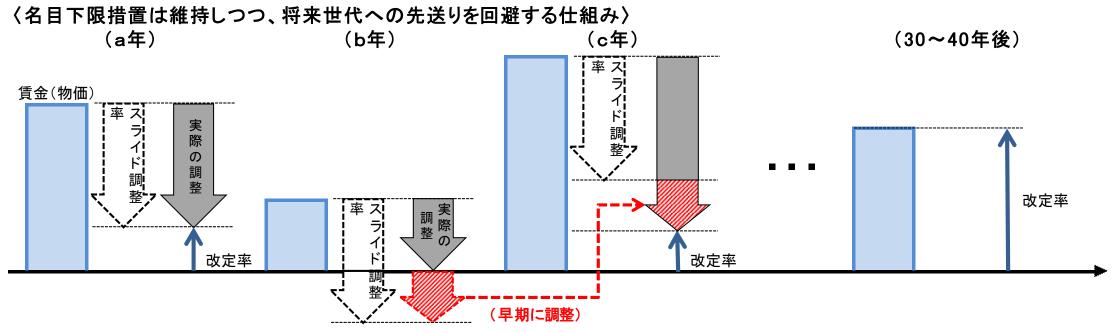


次世代の国づくり



新案(未調整分の繰り越し)

- 平成27年2月24日、自民党社会保障制度に関する特命委員会に新案提示。第31回社会保障審議 会年金部会(平成27年12月8日)でも、(一応)当初案と新案併記
- 新案では、名目下限ルールを維持、スライド調整率をフルに調整しきれない場合(b年)、未調整分を、 翌年以降に繰り越し調整するというもの



(資料)厚生労働省資料(平成27年2月24日)を日本総合研究所改変

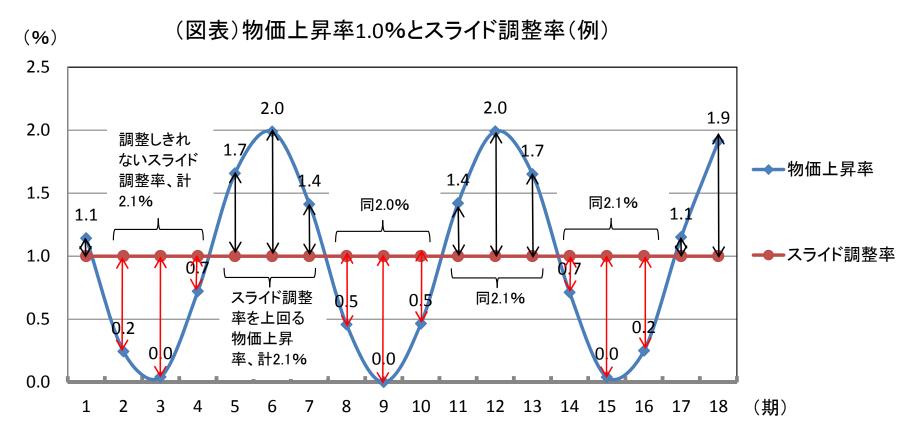
(注)〈名目下限措置は維持しつつ、将来世代への先送りを回避する仕組み〉という説明書きは原資料のもの。





新案、一定の物価上昇率が確保されれば上手く行く

- 現行の仕組み下、図表の2~4期のように未調整のスライド調整率(計2.1%)が発生した場合、それによる年金財政の毀損分は、将来世代に先送り
- 新案、2.1%は5期以降に繰り越され、5~6期に解消。現行の仕組みよりもちろん良く、オプション I と同等の効果



(資料)日本総合研究所作成

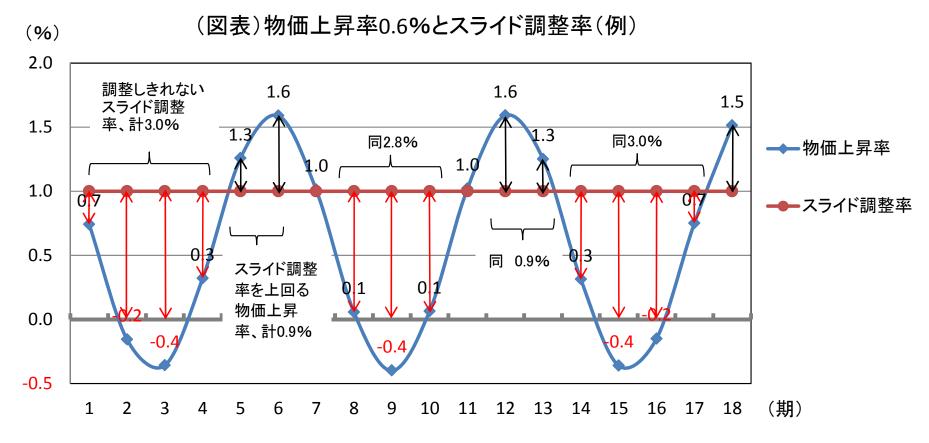
(注)物価上昇率の平均は1.0%、変動幅は±1.0%、スライド調整率は1.0%と仮定。

次世代の国づくり



しかし、物価水準が低ければやはり先送り

- 例えば、物価上昇率の平均を0.6%(変動あり)とすると、1~4期に調整しきれなかった分計3.0%のうち 5~6期で解消されるのは0.9%のみ
- 未調整2.1%に加え、8期以降も、調整しきれない分が新たに発生。それは将来世代に先送り。オプション I に明らかに劣る



(資料)日本総合研究所作成

(注)物価上昇率の平均は0.6%、変動幅は±1.0%、スライド調整率は1.0%と仮定



(参考)2014年財政検証の経済前提

(図表)経済前提(2014年財政検証)

(%)

			紹	(参考)															
		労働力率に 関する設定	TFP上 昇率	物価上	実質賃金上 昇率	実質運用利 回り	実質的な運 用利回り (α)	名目賃 金上昇	名目運 用利回										
		(対する)改化	升华	升华	(対物価上 昇率)	(対物価上 昇率)	(対賃金上 昇率)	率	Ŋ										
ケースA			1.8	2.0	2.3	3.4	1.1	4.3	5.4										
ケースB	内閣府経 済再生	労働市場へ の参加が進 むケース	1.6	1.8	2.1	3.3	1.2	3.9	5.1										
ケースC	ケースに		の参加が進	の参加が進	の参加が進	の参加が進	の参加が進	の参加が進	の参加が進	の参加が進	の参加が進	の参加が進	1.4	1.6	1.8	3.2	1.4	3.4	4.8
ケースD	接続する もの								1.2	1.4	1.6	3.1	1.5	3.0	4.5				
ケースE			1.0	1.2	1.3	3.0	1.7	2.5	4.2										
ケースF		労働市場へ の参加が進 まないケー	1.0	1.2	1.3	2.8	1.5	2.5	4.0										
ケースG	考ケース に接続す		0.7	0.9	1.0	2.2	1.2	1.9	3.1										
ケースH	るもの	ス	0.5	0.6	0.7	1.7	1.0	1.3	2.3										

(資料)第21回社会保障審議会年金部会(平成26年6月3日)資料1P5より日本総合研究所作成

(注2)参考のため、名目賃金上昇率、名目運用利回りを日本総合研究所で補記した。

⁽注1)2024年度以降の数値。



(参考)2014年財政検証の結果

(図表)所得代替率の将来見通し(2014年財政検証)

	モデルヺ	 ・婦世帯							
	(厚生+基礎×2)		厚生年	金(報酬比例	部分)	基礎年金(1人分)			
	所得代替率(%)	金額(万円/ 月)	所得代替率	金額	マクロ経済スライ ド終了年度	所得代替率	金額	マクロ経済スライド終了年度	
現在	62.7	21.8	25.9	9.0	_	18.4	6.4	_	
ケースA	50.9	17.7	25.3	8.8	2017	12.8	4.5	2044	
ケースB	50.9	17.7	25.1	8.7	2017	12.9	4.5	2043	
ケースC	51.0	17.7	25.0	8.7	2018	13.0	4.5	2043	
ケースD	50.8	17.7	24.8	8.6	2019	13.0	4.5	2043	
ケースE	50.6	17.6	24.5	8.5	2020	13.0	4.5	2043	
ケースF	45.7	15.9	23.0	8.0	2027	11.3	3.9	2050	
ケースG	42.0	14.6	21.9	7.6	2031	10.1	3.5	2058	
ケースH	35 ~ 37	12.2~12.9	_		_	_	_	_	

⁽資料)第21回社会保障審議会年金部会(平成26年6月3日)資料1P11より日本総合研究所作成。人口中位

⁽注1)金額は、34.8万円(2014年度の一元化モデルの現役男子の手取り収入)を所得代替率にかけることで日本総合研究所が計算した値。

⁽注2)ケースHは、2055年度に国民年金の積立金が枯渇とされている。



社会保障・税一体改革は医療に焦点

- 医療における課題を財政(ファイナンス)と医療提供体制(デリバリー)に分ければ、一体改革は、そのうちデリバリーに焦点
- そのコアとなるのが、地域医療構想*

*医療法によって定められている都道府県の**医療計画**(もともと1985年に導入された病床総量の規制)に今年度から追加された。将来像であり、その実施体制の意味も。都道府県の権限強化、地域医療介護総合確保基金とともに、医療計画が、病床規制の手段から「**医療提供体制を動かすツール**」になるとされている(北波孝「これからの地域医療計画」HーPAC 第5回公開シンポジウム(平成27年5月))。

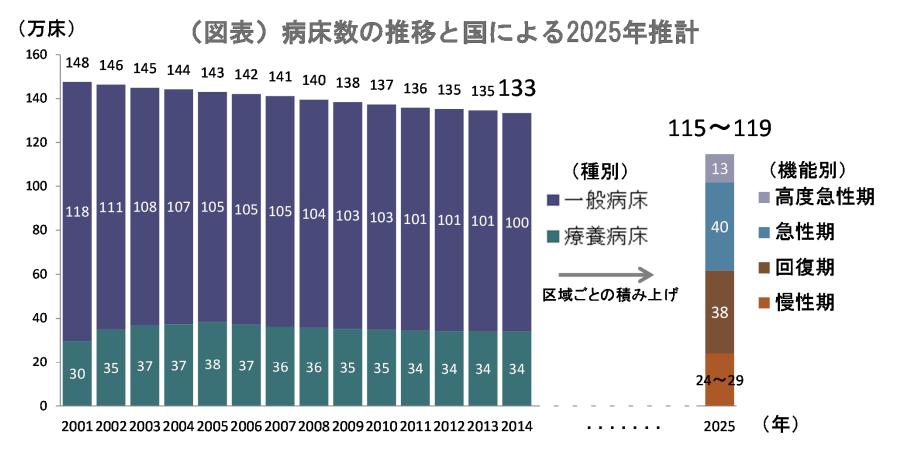
都道府県が、**構想区域**(≒344の二次医療圏)を定め、病床機能別の2025年度の需要推計を行い (療養病床に関しては、受療率の地域差を縮小したうえで推計)、それらを起点とし、実施体制を整えていくことになる。

厚労省「地域医療構想策定ガイドライン」(2015年3月)では、医療提供者側の「自主的な取り組み」に期待が寄せられており、骨太2015などでは「都道府県の体制・権限の整備の検討等」とあるように都道府県に推進役としての役割発揮が期待されている。



地域医療構想、都道府県による2025年度の機能別病床需要推計が起点

■ 地域医療構想、都道府県による構想区域(≒344二次医療圏)ごと2025年度の機能別の病床需要推計が起点。国(内閣官房)の先行推計、計115~119万床程度へ



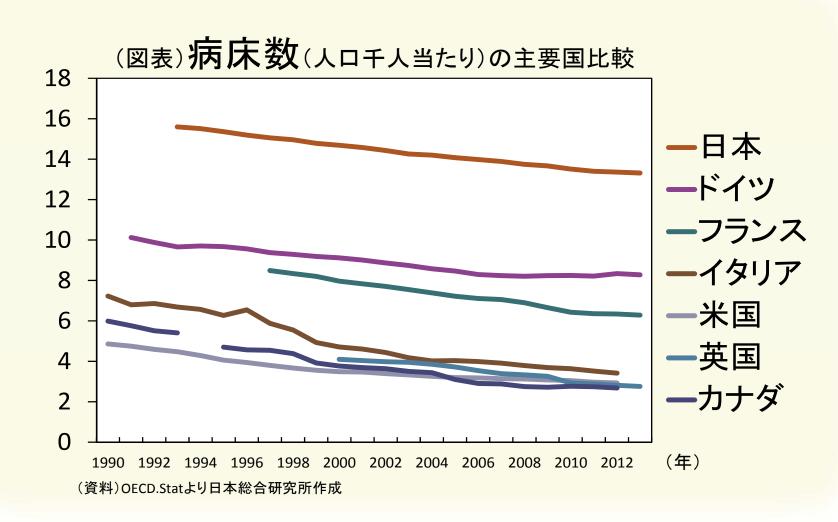
(資料)厚生労働省「医療施設調査」各年度版、医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会「第1次報告」 (2015年6月15日)より日本総合研究所作成

(注)病床には、このほか精神病床、感染症病床、結核病床がある。それぞれ34万床、0.2万床、0.6万床(2014年)。



国(内閣官房)の先行推計で示される方向性は克服すべき現状と整合的

- 病床数(人口あたり)も、諸外国比多く(図表)、役割も明確ではないとの指摘
- 国民医療費40.1兆円(2013年度)、うち入院医療費15.0兆円





他方、不透明な要素

■ 実効性

1. 都道府県に新しい対応が求められるうえ、自主的な取り組みであり、直ちに何らかの措置を講じさせるものではないとの国による位置づけで構想が進むのか

「昨年の医療法改正で都道府県の対応の規定を新設したが、不足している医療機能の充足等を求めるものなどであり、稼働している病床を削減させるような権限は存在しないこと」「地域医療構想は、地域の実情に応じて、都道府県、医療関係者等が話し合い、将来の医療需要の変化の状況を共有し、それに適合した医療提供体制を構築するための、あくまでも自主的な取り組みが基本であること」「地域医療構想は2025年に向けての取り組みであり、(中略) 直ちに何らかの措置を講じさせるものではないこと」

厚生労働省医政局地域医療計画課長「6月15日の内閣官房専門調査会で報告された必要病床数の試算値について」(平成27年6月18日)

2. 受け皿の整備がなく、病床削減が進むのか。進んだとして、歪みは生じないのか

「長期ケアの受け皿が十分ではない中での病床の減少は問題の解決には結びつかない」 東京財団「医療・介護制度改革の基本的な考え方~真の国民的議論を実現するために~」2012年10月

■ 財政健全化とのリンク

本来、金額に落とし込んでいかなければ、財政健全化に向けたシナリオが立てられないが、そうした金額ベースの話が現時点不在

■ わが国の医療保険制度が社会保険方式を標榜する(したがって、保険者がより前面に出るべき)なかで、こうした計画的手法との整合性



家庭医(総合診療医)をコアとしたプライマリ・ケア整備

- 「大局的に見て、日本の医療・介護のシステム、つまりケア・システムで、最も重要でありながら欠けているのは、いわゆるプライマリ・ケアシステムである」東京財団(2012)
- 「プライマリ・ケアとは、日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分を患者中心に解決するだけでなく、医療・介護の適正利用や予防、健康維持・増進においても利用者との継続的なパートナーシップを築きながら、地域内外の各種サービスと連携する機能を持ち、家族と地域の実情と効率性(優れた費用対効果)を考慮して提供されるサービスである」 葛西龍樹(2014)「地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題」医療経済研究Vol.26 No.1 2014

(図表2) 主治医とかかりつけ医、総合診療専門医、家庭医の比較

		日 本								
	かかりつけ医	主治医	総合診療専門医	家庭医						
制度開始年		2014年度	2017年度予定	1968年 なお、家庭医モデルは 2004年						
患者との関係	信頼関係	患者の同意	診療科として標榜	疾病金庫と契約						
制度(根拠)	なし	診療報酬上の評価 (次のいずれかを算定) ・地域包括診療料 ・地域包括診療加算	医療法	社会法典						
资 格	なし	対象患者や24時間対応等 の算定要件あり	新設される第三者機関に よる認定	政府による認定						

(資料) 日本総合研究所作成

(出所)飛田英子「日本版家庭医『地域ドクター』(仮称)の育成および制度の普及・定着に向けて―報酬面の取り組みを中心に―」JRIレビュー 2015 Vol9,No28 図表2

次世代の国づくり



(参考)漸増主義の問題点

「行政と一部の専門家集団が一体となって、漸増主義的(インクレメンタル)な制度 改定を繰り返すことによって、ますます分かりづらい制度となっていくことも、社会の 幅広い議論を妨げている」

「漸増主義には、現実的であるという利点はあるが、大きな欠点がある。すなわち、 漸増主義には『小さな改善を積み重ねることによって、大きな改善を早く実現することができる』という前提があるのだが、この前提が正しいことは保証されていないのである。 小さく改善を積み重ねていって、大きく間違うことがあるからである」

東京財団「医療·介護制度改革の基本的な考え方~真の国民的議論を実現するために~」(2012年10月)P12、P13



社会保障・税一体改革の「一体」の意味

■ 社会保障・税一体改革の「一体」は、次のような考えにとどまる

消費税率の5%引き上げを主眼としつつ、「社会保障」であることを前面に押し出した方が、国民の理解を得やすいはず。

実際、一般会計にスキマが生じているのは、税収の低迷と社会保障関係費の増であるので、社会保障と銘打つのは間違いではないし、スキマを埋めるのは消費税だから一体改革だ。

■ 社会保険料と税の本来的役割を再度確認し、それに向け再構築していく発想の欠如

本来、社会保険料は、**負担と受益の対応**を身上とし(一定の垂直的再分配を持ちつつも)、それによって租税と大きく差別化されるはずだが、(1)「第2の租税」であるかのようになし崩し的に、あるいは、意図して再分配に使われ、その規模が拡大している。社会保険料は、もっぱら現役世代の賃金を課税ベースとしており、そうした使用は、水平的にも世代間でも公平ではなく、効率でもない。

(2)しかも、そうした再分配に加え、社会保障制度に多額の公費が投入される(しかも赤字国債に依存しつつ)ことで、負担と受益の対応がさらに崩れている。

その結果、公平性や効率性、財政面で問題があるだけでなく、負担と受益が対応していれば期待される効果、すなわち、給付の効率化に向けたインセンティブ、負担の納得性などが損なわれている。



医療保険制度における社会保険料を原資とした再分配および公費投入の現状

■ 一体改革は、国保への公費投入を増やし、その財源を組合健保に付け替え。社会保険料の本来的姿から一段と離れる方向へ

(図表)医療保険制度の収入と支出

(州州)

制度	収入	保険料	公費	国	地方	者前 交 付 金 齢	出金者拠	その他	支出	給 付	支 援 等金	者 支援 金 齢	者納 付 金	出退 金職 者 _(注3) 拠	その他
健保組合	7.0	6.9	0.0	0.0	_	0.0	-	0.1	7.3	3.7	3.1	1.5	1.3	0.3	0.5
協会けんぽ	8.1	6.9	1.2	1.2	=	-	Ţ	0.0	7.8	4.7	3.0	1.5	1.2	0.3	0.1
共済組合	2.4	2.3	E	I	-		Ţ	0.1	2.4	1.2	1.1	0.5	0.5	0.1	0.1
国民健康保険	13.1	2.8	4.8	3.0	1.8	3.2	0.8	1.6	13.0	9.2	1.7	1.7	0.0	_	2.0
計	30.5	18.8	5.9	4.1	1.8	3.2	0.8	1.8	30.5	18.8	9.0	5.2 (注1)	3.0	0.7	2.7

制度	収入	保 除 料	公費	国	地 方	者交付金	支出	給 付
後期高齢者 医療制度	12.8	1.0	6.5	4.1	2.3	5.3	12.8	12.7

(資料)厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」より日本総合研究所作成。2012年度実績(注1)支援金等は、資金繰りなどの関係から、納付額と交付額が必ずしも一致しない。(注2)数値は、小数点2桁を四捨五入。内訳と合計は必ずしも一致しない。(注3)退職者拠出金とは、国保に加入する64歳以下の被用者OBを対象とした拠出金。(注4)生活保護などは公費負担の医療給付分は含んでいない。



一体改革で決められた国保への公費投入増

- 国保は「赤字」であるとの政府見解のもと、その「赤字」の健保組合への付け替えを含む法案(後期高齢者支援金への全面総報酬割導入で浮いた公費を国保に投入)が可決(持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案)
- 「赤字」とは市町村の一般会計から国保特会への法定外繰入を指すが、仔細にみると、法定外繰入は 東京23区や神奈川県の政令指定都市など相対的に裕福な市町村も多く行っており、また、保険料を 低く抑えつつ法定外繰入を行っている市町村も多い。決して「赤字」とは言えない部分が多い。
- そのうえ、財政が窮乏すれば外部からの資金に頼るのでは、保険者としての給付抑制、財源調達インセンティブが低下しかねない。しかも、外部資金が真に必要であるとしても、まずはその必要性を納税者に説明すべきであり、組合健保へ付け替える合理性は見出しにくい。社会保険料の負担と受益の対応も一段と損ねられている。

(参考)西沢和彦「国民健康保険財政『赤字』の分析」JRIレビュー 2015 Vol.3, No.22 https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrireview/pdf/7907.pdf



(参考) 法定外繰入が国保の「赤字」と言われる

(図表)国民健康保険財政の収支

(億円)

	収入		支出	
保険料		30,634	保険給付費	92,149
国	療養給付費等負担金	23,972	後期高齢者支援金	17,442
	普通調整交付金	5,681	介護納付金	7,407
	その他	2,690	前期高齢者納付金	19
都道府県	都道府県支出金	7,566	老人保健拠出金	3
市町村	一般会計繰入金(法定分)	7,648	保健事業費	1,018
	一般会計繰入金(法定外)	3,882	直診勘定繰出金	46
他健保より	前期高齢者交付金	32,189	共同事業拠出金	15,317
	療養給付費等交付金	7,755	総務費	1,835
共同事業交付	付金	15,331	その他	1,954
直診勘定繰入金		1		
その他		414		
合計		137,762		137,188

(資料)厚生労働省「国民健康保険事業年報 平成24年度」より日本総合研究所作成



(参考)しかし、例えば、普通調整交付金(支出一収入に対し交付)を受けず、法定外繰入を行っている市町村も109に上る

(図表)普通調整交付金を受けず、法定外繰入を行っている市町村

(億円、括弧内は%)

	都道府県		上位3市町村							
東京	473.7	(46.8)	大田区	65.9	世田谷区	51.5	杉並区	46.5		
神奈川	353.8	(35.0)	横浜市	170.9	川崎市	60.6	相模原市	51.4		
愛知	104.6	(10.3)	豊田市	17.2	岡崎市	12.5	春日井市	8.2		
千葉	45.0	(4.5)	市川市	23.3	浦安市	13.4	我孫子市	3.1		
埼玉	20.7	(2.0)	戸田市	15.7	和光市	5.0	_			
北海道	8.1	(8.0)	枝幸町	1.4	小清水町	0.7	厚真町	0.7		
静岡	2.3	(0.2)	御前崎市	1.5	長泉町	0.8	_			
茨城	1.8	(0.2)	守谷市	1.8	_		_			
兵庫	1.6	(0.2)	芦屋市	1.6	_		_			
三重	0.5	(0.0)	東員町	0.4	木曽岬町	0.1	_			
京都	0.0	(0.0)	伊根町	0.0	_		_			
長野	0.0	(0.0)	南牧村	0.0	_		_			
群馬	0.0	(0.0)	嬬恋村	0.0	_		_			
	1,012.1	(100.0)								

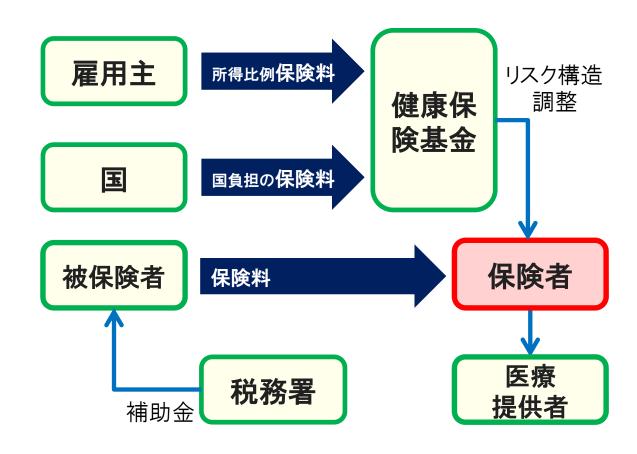
(資料)厚生労働省「国民健康保険事業年報 平成24年度」保険者別データより日本総合研究所作成



オランダ医療保険制度にみる社会保険料と税の役割

- 被保険者が保険者を選択可
- 雇用主は所得比例保険料を天引き、基金に納められ、保険者の抱えるリスクに応じ配分(リスク構造調整)
- 被保険者の保険料は所得にかかわらず定額、選んだ保険者へ支払い
- 定額保険料は、保険者の選択のほか、次 で上げ下げ可
 - 保険者が契約する医療機関に限定し 利用、あるいは、自由に選択
 - 免責額の設定。免責額を増やせば保 除料低下
 - 企業ごとなどグループ契約
- 所得の低い被保険者へは、政府が税務 署を通じ補助金(Health care allowance)

(図表)オランダ医療保険制度のお金の流れ



(資料)European Observatory on Health Systems and Policies (2010) Fig3.8より日本総合研究所作成 (注)子どもの保険料は国負担。