

税と社会保障の一体改革 — 「財政規律」と「安心の保障」の実現 —

田 近 栄 治

1. はじめに

少子高齢化のなかで日本の社会保障財政は、厳しさをましている。2010年度の国の予算額（一般会計歳出）は、92.3兆円であるが、そのうち社会保障関係予算は27.2兆円、総額の29.5%に上っている。しかし、社会保障をめぐる財政の実態はもっと厳しい。国の予算のうち国債の利払いや償還にかかる費用と地方交付税として国から地方に配分される歳出は、予算の財務管理や地方への移転にかかるコストである。その残りは「一般歳出」とよばれ、国が施策に使える裁量的な予算であるとされている。

2010年度の一般歳出額は、53.4兆円である。これに対して、27.2兆円の社会保障関係予算は、その半分以上を超えている。一般歳出から社会保障関係費を除いた残り、公共事業、教育・科学振興、防衛などすべての活動をまかなわなければならない。このように社会保障予算のしわよせは、他の予算に大きくのしかかっていることは明らかである。また、税収の厳しさもましている。これを消費税からみると、予算総則によって、消費税は基礎年金、老人医療および介護にかかる歳出をまかなうこととされている。しかし、2010年度予算において、この3つの歳出合計額は16.6兆円であるのに対して、消費税収入総額は9.6兆円である¹⁾。しかし、消費税のうちほぼ30%は地方交付税の財源となっている。その結果、国の予算として残るのは、6.8兆円となり、上記3予算額を埋めるための不足額は、9.8兆円に達している。消費税率で換算してはほぼ4%である。

このように社会保障予算が、国の財政の自由度を大きく圧迫しているが、その

1) 消費税は5%かかっていると思われるが、税制上では消費税は国税であり、その税率は4%である。そして、その4分の1が地方消費税となっている。ここでは、消費税という言葉は税制の用語に従い、4%の国税部分としている。

施策の方向性が明らかでないことも人々の不満を募らせている。それでもこれまで、2004年には公的年金改革が行われ、保険料に上限を設けたうえ、年金給付額はそれに見合った水準となった。2005年には長い年月の末、「医療制度改革大綱」(同年12月)が成立して、医療費の適正化(生活習慣病対策と入院日数の短縮)とならんで後期高齢者医療制度の発足が決まった²⁾。2006年には介護保険の改革がなされ、軽度要介護者として新たに要支援1と2のカテゴリーを設ける一方、地域包括支援センターを発足させ、在宅介護を重視した地域密着サービスの強化が図られた。2006年にはまた障害者施策において、それまでの支援費制度に代わって、介護保険との統合を視野に入れて、障害者自立支援法が成立した。そして、2007年には、25%と定められていた失業給付に対する国庫負担の割合を、その55%の13.75%に引き下げた。

こうした社会保障政策の見直しの背後には、2007年度から2011年度までの5年間で、国と地方をあわせた基礎的財政収支を均衡させるという「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006」があった。そのために社会保障予算は総額1.6兆円のカットが計画され、国のカット分は1.1兆円とされた。それを5年かけて実現するためには、毎年2200億円の削減が必要であるとされ、上にみたような社会保障予算の見直しがなされた。

そこに政権交代が起きた。子ども手当や高校授業料の無償化が実施される一方、年金では一元化、最低保障年金7万円(月額)がマニフェストに盛り込まれた。医療では、高齢者医療制度の財政規律を高めることを目的の一つとして、長年に及んだ議論の産物であった後期高齢者医療制度を廃止すると同時に、医療の診療報酬の引上げもなされた。介護保険では、療養病床の削減計画の凍結を公約に盛り込み、障害者施策では、障害者自立支援法を廃止した。雇用保険では失業給付への国庫負担を本則の25%に引き上げる方針が示された。

このように、年金、医療や雇用保険の面で2004年からなされてきた改革の多くは、マニフェスト選挙の結果、その根本から否定されることになった。しかし、

2) 医療制度改革については柴畑(2007)が、「医療制度改革大綱」にいたる議論の軌跡を記している

否定の先にどのような社会保障制度を目指しているのか、また、それを財政規律を緩めず達成しようとしているのか、混乱は深まるばかりである。今、見えないのは社会保障改革の道筋である。そうした状態で足りぬ財源は消費税でまかなうというだけの理由では、税制改革も頓挫してしまう可能性が高い。

こうした社会保障をめぐる情勢のなかで、改革の根底をなすべきものは、財政規律を高めつつ、安心の保障をどのようにして達成するかではないのか。本稿の目的は、今日本でもっとも必要とされている、そうした税（歳入）と社会保障を一体とした改革のあり方を示すことである。検討に先立って本稿の考えについて述べる。

財政規律では、これまで日本の社会保障制度の基礎となってきた社会保険制度の上に、給付に見合った保険料を課すことによって、サービス利用者としての個人の目を光らせる。これはまた、保険者の責任意識を高め、診療報酬明細書（レセプト）のより厳正な審査などを通じた医療費の無駄の削減へとつながると思われる。一方、高齢化社会のなかで高まる社会保険料負担を迫られる低所得者、そのなかでもとくに、若年労働者に対して適切な負担軽減を行う。そのための所得税と社会保険料の一体改革が必要となる（田近・八塩、2010a）。

安心の保障では、社会保障を生涯の視点にたって提供することが重要である。具体的には、（年齢で輪切りとならない）生涯を通じた医療保険、そして医療と介護がシームレスにつながったサービス提供体制に向けた改革が必要である。そのためには、急性期と慢性期の病院の機能分化や退院後や要介護状態となったときの地域ケアの推進、および高齢者住宅の整備などを図っていくべきである（河口・田近・油井、2010）。以下、第2節では社会保障における財政規律のあり方と日本の現状、第3節では税と社会保障の一体調整のあり方、第4節では安心の保障について述べる。第5節は結論である。

2. 財政規律をどう高めるか

2.1 社会保障の財政方式

社会保障の財政方式は、一義的なものではない。福祉大国とよばれる北欧諸国では医療も介護もその財源は税によっている。イギリスの公的医療制度も古くか

ら税で賄われている。それに対して、ドイツ、フランスやオランダなどの医療や介護は、主として保険制度のうえに運営されている。日本はドイツなどにならって、保険をベースとした制度となっている。また、アメリカのように民間保険を主として、低所得者や高齢者といったハイリスクの人たちに対して公的保険（制度）を適用している国もある。

ただし、ここで留意しておくべきことは、（社会保障においては）保険といっても私的保険ではなく、社会（公的）保険となっていることである。端的にいえば、病歴や所得などによって差別を行わない皆保険を目指したものであり、その負担も個人のリスクを反映したものではなく、ある程度まで所得に応じた負担となっている。また、スイスのように定額保険料としている国もあるが、その場合も所得に応じた負担調整がなされている。社会保険の国では、民間保険も同時に存在して、自営業者や高額所得者などを対象としたり、公的保険を補完する医療に対する保険を提供したりしている（田近・尾形、2009）。

このように、純粹民間保険を除けば、社会保障の財政方式は税と社会保険料方式によっている。そのどちらかを採用するかは、各国とも長い歴史があり、一方から他方に変更することは社会的にみてあまりにコストが大きく、各国はそれぞれの財政方式のもとで給付と負担のあり方の改善を試みている。税方式によっているスウェーデンやデンマークを訪問して、その社会保障を身近にみると、社会保障が一大雇用セクターとなっていることが印象的である。これらの国では、医療は（日本でいえば）都道府県ないし広域連合が管理・提供し、介護は市町村が運営しているが、そのための管理業務者、医師、看護師、ヘルパーをはじめとした介護関係者と、さまざまな職務の人が公的に雇用されている。社会保障は、医療や介護サービスそれ自身のためだけではなく、政府が雇用創出セクターとなって、多くの人々の生活を保障するという広い意味で、社会に深く根付いた制度となっている。

そうした「社会保障」を通じた政府への依存の結果、税負担は著しく増加することになった。スウェーデンとデンマークの消費税率は25%であり、所得税も平均負担率でみて50%に近いレベルとなっている。表1は、スウェーデンの税・保険料収入の対GDP比を示したものであるが、社会保険料は15.3%、税負担は

33.8%となっている。社会保険料も実質的には労働への課税と考えれば、労働課税の負担率はGDPの30%近くとなっている。このように、社会保障の財源を税に求めることの先に、租税大国への道が潜んでいることは明記するべきであると思われる。また、一般論としては、公的なサービス供給の質の問題もある。質との関係をただちに表すものではないが、両国とも病院の待ち時間が長期化しているとの問題も指摘されている。

表1 スウェーデンの税・保険料収入の対GDP比(2006年)

労働・資本・消費の内訳		税目ごとの内訳	
労働課税	29.6%	勤労所得税(国)	1.4%
		税額控除(国)	-2.8%
		勤労所得税(地方)	15.7%
		本人・雇用主の社会保険料	15.3%
資本課税	6.6%	法人税(国)	3.4%
		他(国)	3.2%
消費課税	13.0%	付加価値税(国)	9.2%
		他(国)	3.8%
合計	49.1%	合計	49.1%

(出所) 田近・八塩(2010a)、Swedish Tax Agency資料より作成

こうした税を財源とする社会保障制度と比べて、保険料を財源とする場合は、(社会保険の性格上、完全にではないが) 給付水準が保険料率に反映されることによって、個人のコスト意識は高まる。また、個人と医療機関の間に立つ保険者としても、保険加入者の利益を守るために、給付のあり方に関心を寄せざるをえない。したがって、税方式と比べて、この財政方式のもとでは、(一般的には) 効率的な医療への取り組みがより強固なものとなると思われる。

2.2 日本の現状

わが国では、社会保障の多くは社会保険方式によって運営されている。このことは、医療、介護、年金および雇用保険について当てはまるが、実際には、保険と言いつつも、給付額の一定割合の公費が投入されている。医療であれば、自営業者や中小企業の保険である国民健康保険(国保)や協会けんぽ、および高齢者医療の各給付額に比例した公費が投入されている。割合は異なるが、介護保険や

雇用保険（失業給付）も同様である。その結果生じる問題は、高齢化が進展し、医療、介護給付が増加すると、それと歩調を合わせて公費負担が増大することである。さらに、地方負担の多くは、国が交付税を通じて肩代わりしているので、公費負担のほぼ4分の3は国の負担となり、社会保障費の増大による国へのつげは、増加の一途を辿ることになる。基礎年金の国庫負担も、2009年度には3分の1から2分の1へと増加した。また、高齢者医療や介護保険への公費負担も増加が見込まれている。

社会保障を保険に基づいて運営することの重要な意義の一つは、給付を保険料率に反映させることによって、個人や保険者の保障のあり方に対する関心を高め、自律的な力によって社会保障の効率化を促すことである。しかし、日本では国保、高齢者医療制度や介護保険では給付額の50%、協会けんぽでは同16.4%が公費となっているため、給付が保険料率に反映されていない。そうしたなかで、給付額の正しい認識が持てないまま、負担の大きさばかりが人々の関心事となってしまう。一方、保険料のほか、自己負担も課せられる結果、負担感がさらに増大する結果となっている。

もちろん皆保険を前提とした社会保険である以上、保険料の設定にあたっては、支払い能力への十分な配慮が必要であることは言うまでもない。とくに高齢化が進み、現役労働者（そのなかでもとくに若年労働者）の社会保険料負担が増加していること、また、経済のグローバルゼーションのもとで、一般労働者の賃金が伸び悩んでいることを考えると、負担能力に応じた保険料の適切な調整が不可欠である。そのためには、社会保障と税制を一体的にとらえることが非常に大切となってくる。

3. 税と社会保険料負担の一体調整

うえに述べたように給付を保険料率に反映させることを通じて、わが国の社会保障の財政規律を高めつつ、低所得者、そのなかでも高齢化へのさまざまな支援を求められている若年世代の負担を軽減する必要がある。ここで負担とは、毎年の社会保障給付をまかなうための社会保険料だけではなく、すでにこれまでの施策の結果、国のGDPを超えた公的債務の返済負担もあわせ考えなければならな

い。こうしたなかで、所得税と社会保険料負担を一体的にみた「所得税改革」が問題解決の鍵となる。

そこで所得税改革においては、目的とその実現のための有効な手段を明確にすることが重要である。まずその目的は、必要な財源を適切に確保して、国の借金を返済（すなわち、財政健全化）することと高齢化のなかで増大を続ける若年世代の負担を軽減することである。この目的を達成するために、所得税のなすべきことは、人々の働く意欲を阻害することなく、その課税力、すなわち税収をあげる力を高めることである。同時に、（地方の個人住民税を含めた）所得税負担だけではなく、所得（賃金）にかかる社会保険料までを負担に含めて、若年、低所得者の負担軽減を図ることである。具体的には、つぎの三位一体改革を目指すべきである。

- ・所得控除の大幅カットにより課税ベースを拡大し、税収の確保を図ること。
- ・働く意欲を阻害しないために、最高税率を引き上げないこと
- ・低所得者の負担軽減のために、税額控除（税還付）を行うこと。

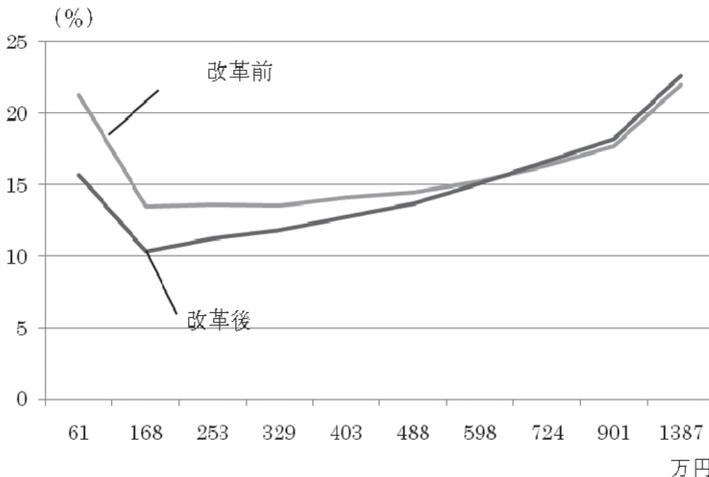
所得税と社会保険料を合わせた負担の実態、および一体改革のための提案とその効果の試算については、田近・八塩（2008、2010 b）で行った。負担については、先進各国との比較を通じて、日本では所得控除の額が大きく、課税ベースが浸食されている結果、社会保険料を含めても負担率が低くなっていることが明らかにされている。最高税率の高さが負担率には反映されていないことにも注意が必要である。実際、給与所得控除の適用される所得に上限が課されていないことなどにより、日本の所得税では低中所得者のみならず、高所得者の負担も軽減されている。また、公的年金等控除により高齢者世帯の負担率も大きく軽減されていることが特徴である。

このようにきちんとした税収確保ができていないことが、日本の所得税の問題である。そこで、低所得者の負担が増加しないように配慮しつつ、改革として、最高税率を上げずに課税ベースを拡大し、税額控除(税額還付)を導入することを考える。改革は税収中立として、所得控除では基礎控除、配偶者控除、扶養控除を廃止、公的年金控除を縮小し、税額還付は1人あたり一律で社会保険料を上限に行うこととする。

税額控除がすでに所得税の根幹部分となっているアメリカやイギリスでは、労働していることや育児などを条件にさまざまな還付を行っている（勤労税額控除制度、児童税額控除制度）。しかし、ここでは、低所得の若年労働者を念頭において、社会保険料負担を税還付によって軽減することを考えている。高齢化の進展と今後も賃金の大幅な上昇が見込めないことを考えると、日本で税額控除による負担調整を始めるのであれば、社会保険料負担の軽減を税額控除で行うべきだというのが、ここでの提案である。

勤労世帯（家計所得の半分以上を給与収入によっている世帯）の改革前後の負担率の変化を図1に示した。図では、10の所得階層（等価可処分所得）にわけられた負担を示しているが、横軸の61万円、168万円から1387万円は、各所得階層の平均所得となっている。この図から改革によって、①低所得者の負担が大きく軽減される一方、②高所得者の負担が増大することがわかる。改革によって、下から数えて第7分位（世帯所得598万円）まで負担が軽減され、それ以上の所得階層の負担が増大することがわかる。ここでは示していないが、給与所得控除を削減すれば、所得税の税収確保の力は大きく改善される。その結果、低所得者の負担にたいしてさらに配慮することができ、また、最高税率の引き上げも回避

図1 勤労者世帯の税と社会保険料負担—改革の効果



(出所) 田近・八塩 (2010a)

することができる。

4. 安心の保障

社会保障でもっとも求められているのは、さまざまなリスクに応じることができると思える安心感である。日本は高齢化が進み、65歳以上の人口割合も2010年の23%程度から今後、2025年には30.5%、2050年には40%近くにも達すると予測されている。そのなかで今ほど、安心の保障が求められている時はないであろう。ここでは、デンマークとドイツの医療・介護保険制度の実際も参考としながら、日本における安心の保障とは何か考えることにする。

まず、社会保障を組み立てるにあたっては、人の体は一つであることから出発するべきである。すなわち、個人の一生から見れば、現役時代の医療と退職後の医療に違いはない。これはまた、医療保険と介護保険が個人にとっては、切れ目のなりリスクへの保障となるべきだということである。

現役時代と退職後の健康を関連付けるものとして、生活習慣病の予防がある。本稿のはじめに言及した「医療制度改革大綱」では、保険者の生活習慣病の特定検診や保健指導に向けた努力の水準にしたがって、後期高齢者支援金の一部が（±10%の幅で）加算・減額される仕組みが導入されたが、これは現役時代の健康管理が老後の健康と深く結びついていることを意味している。その観点からすれば、適切な健康管理のために、医療保険は現役時代と退職後を通じたものであるべきである。

しかし、日本では一部の健康保険組合(特定健康保険組合)を除いて、現役時代と退職後の医療保険が異なるため、そうした健康管理が困難となっている。また本来、生活習慣病の予防に重点をおいた保険者の成果は、その努力によってその被保険者が高齢となったときの医療費がコントロールされることである。しかし、日本の医療保険制度は、年齢で輪切りにされている結果、保険者はその成果を見ることができない。また、生活習慣病の特定検診や保健指導(インプット)によって、保険者の支払う後期高齢者支援金の一部が加算・減額されるということになったが、これは成果(アウトカム)に裏付けられた生活習慣病予防のための仕組みとなっていない。

以上の視点にたてば、医療保険は年齢で輪切りとされることのない、「突き抜け」保険とするべきである。と同時に、「突き抜け」保険を成り立たせるための新たな工夫も必要となる。すなわち、退職後も現役時代の保険に加入できるようにすることによって、仮にある保険者が他の保険者と比べて（被保険者として）高齢者をより多く抱えることになったとする。その場合、この保険者の医療給付は相対的に高くなり、この意味で他の保険者よりリスクは高くなる。そうした保険者が高リスクの人々を受け入れることができるようにするためには、リスクに見合った収入を保証する必要がある³⁾。

こうしたリスクに応じた収入の保証を行うことを「リスク構造調整」とよぶが、年齢で輪切りのない医療保険を提供しているヨーロッパの各国は、すべてそうした制度を導入している(田近・菊池、2003)。もちろん、そのためには、診療(出来高)に応じて医師に報酬の支払われる日本の医療給付費の仕組みを、病気(診断群)にしたがった事前の包括的支払方式に、より近づけなければならない。

このような改革を行いつつ、医療と介護のシームレスな連携を実現するべきである。以下では、河口・田近・油井(2010)に基づいて、そうした改革の道筋について述べる。

- ・医療施設の機能分化：病院は患者に対して十分な数の医師と看護師を確保して、急性期の医療に特化し、高密度・高水準の治療を行う。それにより、平均在院日数を減らし、医療資源の有効な配分を実現する。中小の病院は、診療所として退院直後や慢性期の患者の対応にあたる。
- ・質の保障：医療資源の利用の効率化はまた、診療報酬を診断群に基づく包括払いとすることを必要とする。しかし、それによって過小診療などにより医療の質が落ちることがないように、治療の監視体制の強化が求められる。また、回復を確かなものとするために、急性期におけるリハビリも強化する必要がある。
- ・地域ケアの充実：退院後や要介護状態になった場合、地域でケアができる体

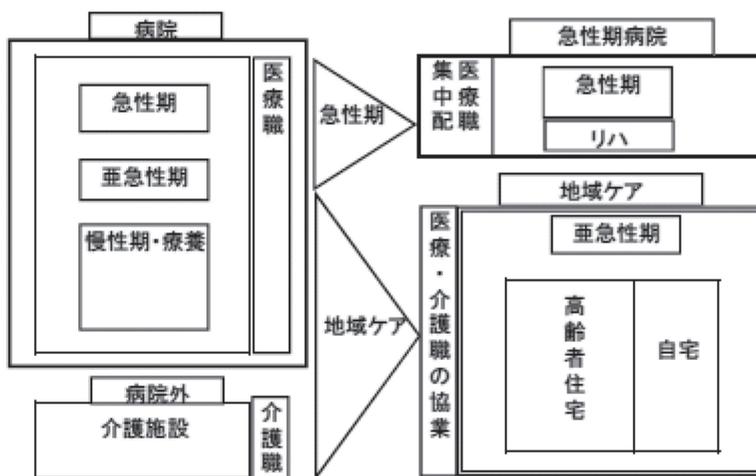
3) もちろん、保険者の抱える高リスクは、被保険者の年齢だけによるものではない。厳密な調整を行おうとしたら、その他性別、所得階層、過去の病歴などの情報も必要となる

制を整える。具体的には、介護保険を通じてそうした体制の整備を図ることになるが、その際、医療と介護の線引きは困難であることが多い。したがって、医師とならんで看護師も一部医療行為にあたることできるように、専門看護師制度の充実を図る。

- ・高齢者住宅の整備：高齢者専門住宅を含む、介護により便利な住宅(施設)を在宅の範囲に含め、高齢者の住環境の改善を図る。そして、在宅においても医療サービスを受けることができる体制、24時間介護、死亡まで在宅でいられる看取りのケアの充実を図る。

図2は、医療と介護の現状から、以上の改革を通じて実現される両者のシームレスな提供体制を示したものである。病院があらゆる種類の患者を抱え込み、その結果社会的な入院まで引き起こし、介護が病院の外にある。そうした現状から、医療機関をその機能によって分化させ、病院は急性期の集中的な医療を行い、退院後、慢性期や要介護状態では、地域でさまざまな「家」を通じたケアが行われる。

図2 急性期医療の集約化と地域ケアの整備



(出所) 河口他 (2010)、図表2

こうした改革の形を国民に示すことで、安心の保障の実現に近づくことができるのではないだろうか。

5. おわりに

高齢化が進むにつれて、社会保障にかかる公費負担が増大し、国の財政を圧迫していることは事実である。しかし、財源が足りない分は増税で確保する、しかも十分な説明もないままに、それは消費税で行うというのでは、社会保障も充実しないし、また、国の膨大な債務から生じるリスクは増大するばかりである。

こうした状況を前に、本稿は社会保障の財政規律を高めつつ、安心の保障とは何か見定め、その実現を図ることを検討した。そのキーワードが、税と社会保障の一体改革であった。財政規律では、社会保険という財政方式を大切に、給付と負担（保険料率）の対応をできるだけ明確にしつつ、同時に、所得税と社会保険料を一体的に調整することによって、能力に応じた負担をどのように実現するか示した。

安心の保障では、生涯の視点にたって社会保障を構築することを主張した。その具体的な姿として、医療保険は、年齢で輪切りとせず、生涯保険とすること、サービス提供サイドでは、医療保険と介護保険を連携させ、病院と地域ケアからなるシームレスなサービスを実現することを提案した。そして、それぞれを実現するための仕組みと道筋について述べた。

最後に安心と成長について述べたい。財政規律を求めつつも、安心の保障は、保険料だけで実現できるわけではなく、負担能力の低い人々には適切な支援が不可欠である。そうした支援が人々の労働意欲を減退させることがあってはならないが、日本の若年世代が、高齢化によるさまざまな負担増とグローバル化した経済のなかの賃金の伸び悩みという二重苦のなかにあることも事実である。経済成長は一朝一夕になるものではなく、成熟した経済では、個人やその集積である企業の質の向上なしには生まれるものではない。金や物だけではなく、人まで国際化した厳しい時代であればこそ、今後の日本の成長は、日本の若者の能力の向上にかかっていると思われる。それを安心の社会保障が足をひっぱることがないような工夫がますます求められている。

[参考文献]

- 河口洋行、田近栄治、油井雄二 (2010)、「デンマーク及びドイツの医療・介護制度―日本での地域ケアの推進と財政規律の堅持への示唆―」、『社会保険旬報』、(上) 9月11日 No.2435, (中) 9月21日 No.2436, (下) 10月1日 No.2437,
- 栄畑 潤 (2007)、『医療保険構造改革―平成18年度改革の軌跡とポイント―』、法研。
- 田近栄治、八塩裕之 (2010a)、「税収の確保と格差の是正―給付付き税額控除制度の導入」、土居丈朗編、『日本の税をどう見直すか』、日本経済新聞社、第2章、59-87頁。
- 田近栄治、八塩裕之 (2010b)、「スウェーデンの税制―勤労所得課税の役割・負担・徴収―」、『税務弘報』、1月号、61-72頁。
- 田近栄治、尾形裕也 (2009)、『次世代型医療制度改革』編著、ミネルヴァ書房、2009年。
- 田近栄治、八塩裕之 (2008)、「所得税改革―税と社会保障負担の一体改革―」、『季刊社会保障研究』、第44巻3号、291-306頁。
- 田近栄治、菊池 潤 (2003)「日本の医療保険改革と『管理された競争』」、『季刊社会保障研究』、第39巻第3号、306-321頁。