

社会保障制度を取り巻く諸課題と 今後の方向

平成25年2月26日

公益財団法人医療科学研究所
理事長 江利川 毅

本日の話の概要

- 社会保障制度とは何か
- 社会保障制度を取り巻く状況と現状
 - 経済、財政、人口
 - 社会保障給付の現状
- 社会保障と税の一体改革
 - 社会保障制度の課題と改革の方向
 - 消費税5%引き上げによる効果
- 社会保障制度の将来見通しと今後の課題
 - 社会保障の効率化・重点化
 - 根本対策は人口減少の克服
 - 社会意識の成熟化：ソーシャルキャピタル、死生観

1、社会保障制度とは

社会保障制度は、国民の「安心」や生活の「安定」を支えるセーフティネット。
社会保険、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生からなり、人々の生活を生涯にわたって支えるものである。

① 社会保険(年金・医療・介護)

国民が病気、けが、出産、死亡、老齢、障害、失業など生活の困難をもたらすいろいろな事故(保険事故)に遭遇した場合に一定の給付を行い、その生活の安定を図ることを目的とした強制加入の保険制度

- 病気やけがをした場合に誰もが安心して医療にかかることのできる医療保険
- 老齢・障害・死亡等に伴う稼働所得の減少を補填し、高齢者、障害者及び遺族の生活を所得面から保障する年金制度
- 加齢に伴い要介護状態となった者を社会全体で支える介護保険 など

② 社会福祉

障害者、母子家庭など社会生活をする上で様々なハンディキャップを負っている国民が、そのハンディキャップを克服して、安心して社会生活を営めるよう、公的な支援を行う制度

- 高齢者、障害者等が円滑に社会生活を営むことができるよう、在宅サービス、施設サービスを提供する社会福祉
- 児童の健全育成や子育てを支援する児童福祉 など

③ 公的扶助

生活に困窮する国民に対して、最低限度の生活を保障し、自立を助けようとする制度

- 健康で文化的な最低限度の生活を保障し、その自立を助長する生活保護制度

④ 保健医療・公衆衛生

国民が健康に生活できるよう様々な事項についての予防、衛生のための制度

- 医師その他の医療従事者や病院などが提供する医療サービス
- 疾病予防、健康づくりなどの保健事業
- 母性の健康を保持、増進するとともに、心身ともに健全な児童の出生と育成を増進するための母子保健
- 食品や医薬品の安全性を確保する公衆衛生 など

※これらの分類については、昭和25年及び昭和37年の社会保障制度審議会の勧告に沿った分類に基づいている。

社会保障制度の基本的考え方

現行制度の基本的考え方

○我が国の福祉社会は、自助、共助、公助の適切な組み合わせによって形づくられている。
その中で社会保障は、国民の「安心感」を確保し、社会経済の安定化を図るため、今後とも大きな役割を果たすもの。

○この場合、全ての国民が社会的、経済的、精神的な自立を図る観点から、

①自ら働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本として、

②これを生活のリスクを相互に分散する「共助」が補完し、

③その上で、自助や共助では対応できない困窮などの状況に対し受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などを「公助」として位置づける

こととされている。〔社会保障制度審議会 昭和25年10月「社会保障制度に関する勧告」
平成7年7月「社会保障体制の再構築に関する勧告」〕

○「共助」のシステムとしては、国民の参加意識や権利意識を確保する観点からは、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みとして、国民に分かりやすく負担についての合意が得やすい社会保険方式が基本となっている。

我が国の社会保障制度の特徴

1 すべての国民の年金、医療、介護をカバー（国民皆保険・皆年金体制）

- ・ 社会保障給付の大宗を占める年金・医療・介護は、社会保険方式により運営
- ・ 年金制度は、高齢期の生活の基本的部分を支える年金を保障
- ・ 医療保険制度は、「誰でも、いつでも、どこでも」保険証1枚で医療を受けられる医療を保障
- ・ 介護保険制度は、加齢に伴う要介護状態になっても自立した生活を営むことが出来るよう必要な介護を保障

2 社会保険方式に公費も投入し、「保険料」と「税」の組み合わせによる財政運営

- ・ 社会保障の財源は、約56%が保険料。約39%が公費、約5%が資産収入等で、保険料中心の構成

3 「サラリーマングループ」と「自営業者等グループ」の2本立て

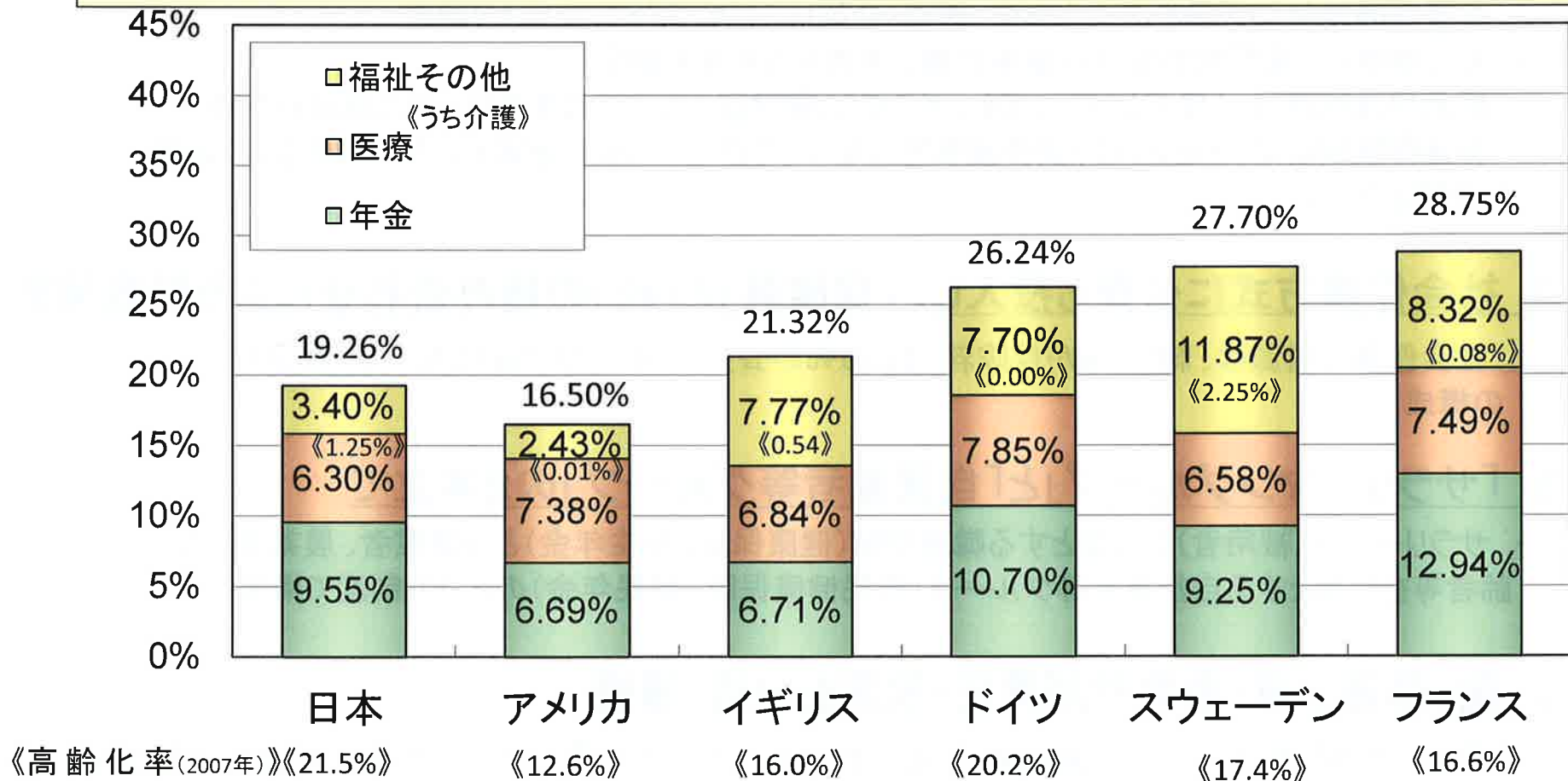
- ・ サラリーマン（被用者）を対象とする職域保険（健康保険、厚生年金）と自営業者、農業者、高齢者等を対象とする自営業者等グループ（国民健康保険、国民年金）の2つの制度で構成

4 国・都道府県・市町村が責任・役割を分担・連携

- ・ 年金等は国、医療行政は都道府県、福祉行政は市町村がそれぞれ中心となって、社会保障制度を運営
- ・ 医療・福祉サービスにおいては、民間主体が重要な役割を果たしている。

社会保障給付の部門別の国際的な比較(対GDP比)

- 我が国の社会保障給付の規模を部門別に比較すると、
- ・ 年金 — 米英を上回るが、他の欧州諸国をやや下回る規模
 - ・ 医療 — 米国や欧州諸国を下回る規模
 - ・ その他の給付 — 米国を上回るが、欧州諸国をかなり下回る規模 となっている

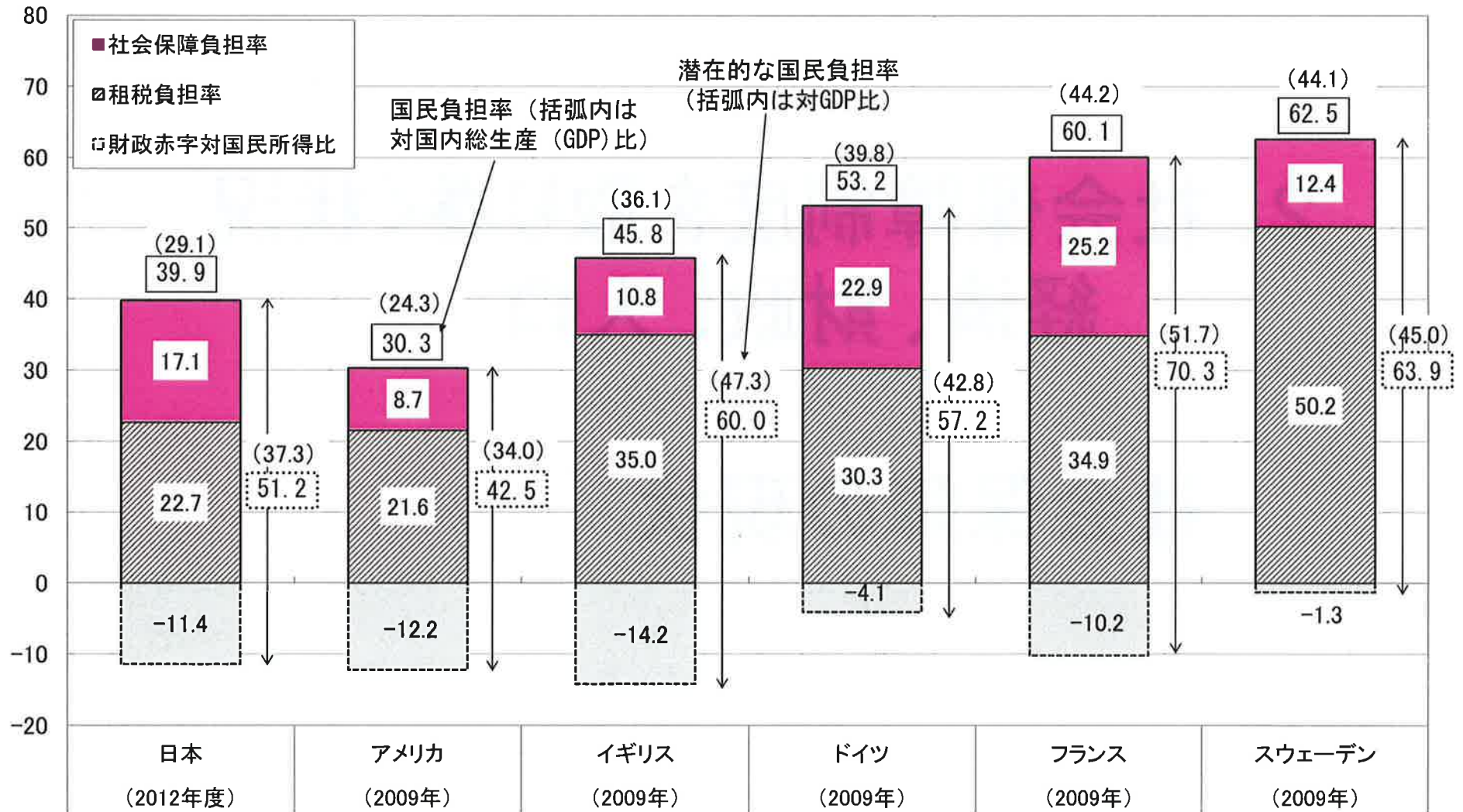


(注) OECD: "Social Expenditure Database"等に基づき、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室で算出したもの。いずれも2007年。
 OECD社会支出基準に基づく社会支出データを用いているため、社会保障給付費よりも広い範囲の費用(公的住宅費用、施設整備費等)も計上されている。
 高齢化率は OECD: "OECD in figures 2009")

国民負担率の国際比較

[国民負担率＝租税負担率＋社会保障負担率] [潜在的な国民負担率＝国民負担率＋財政赤字対国民所得比]

(国民所得比:%)



(注) 1. 日本は2012年度(平成24年度)見通し。諸外国は2009年実績。

2. 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。

【諸外国出典】"National Accounts"(OECD)、"Revenue Statistics"(OECD)等

2、社会保障制度を取り巻く状況 経済、財政、人口

社会保障の現状

バブル崩壊後の経済の動き

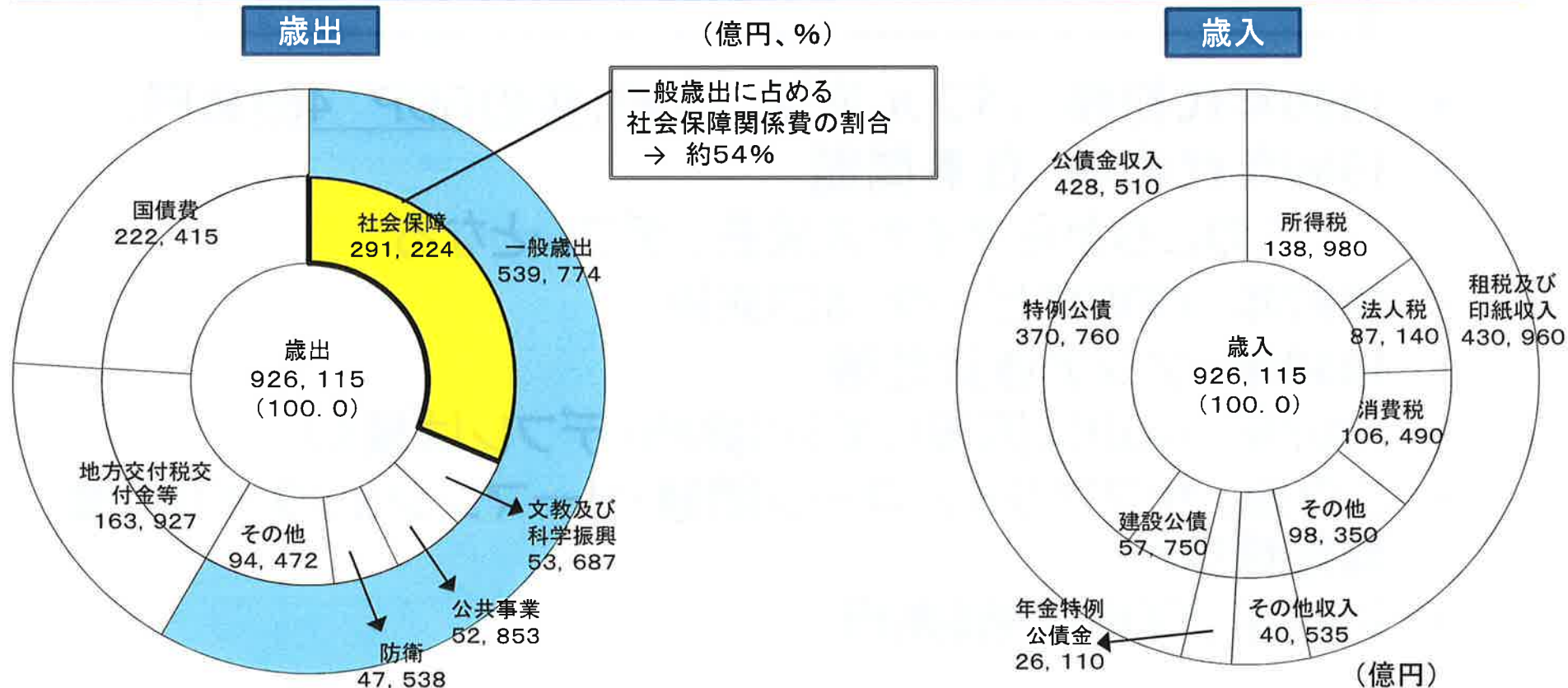
- 1990年代初頭 バブル崩壊 (1991年のGDP 469兆円)
- 1990年代中頃 住専問題
このころからマイナス成長、デフレとなる
- 1997年 GDPのピーク 523兆円
- 1998年 アジア通貨危機
- 2007年 GDPは回復して513兆円(デフレは続く)
- この後、サブプライムローン問題・リーマンショック・EUの金融危機など
- 2011年 GDPは468兆円

所得が増えなければ、保険料や税金という制度の財源が増えない。

経済の低迷は雇用に影響。生活支援の必要性が高まる。

平成25年度 国の一般歳出と社会保障関係費

国の一般歳出の約54%は社会保障関係費（高齢化等に伴い、一般歳出に占める社会保障関係費が急増）

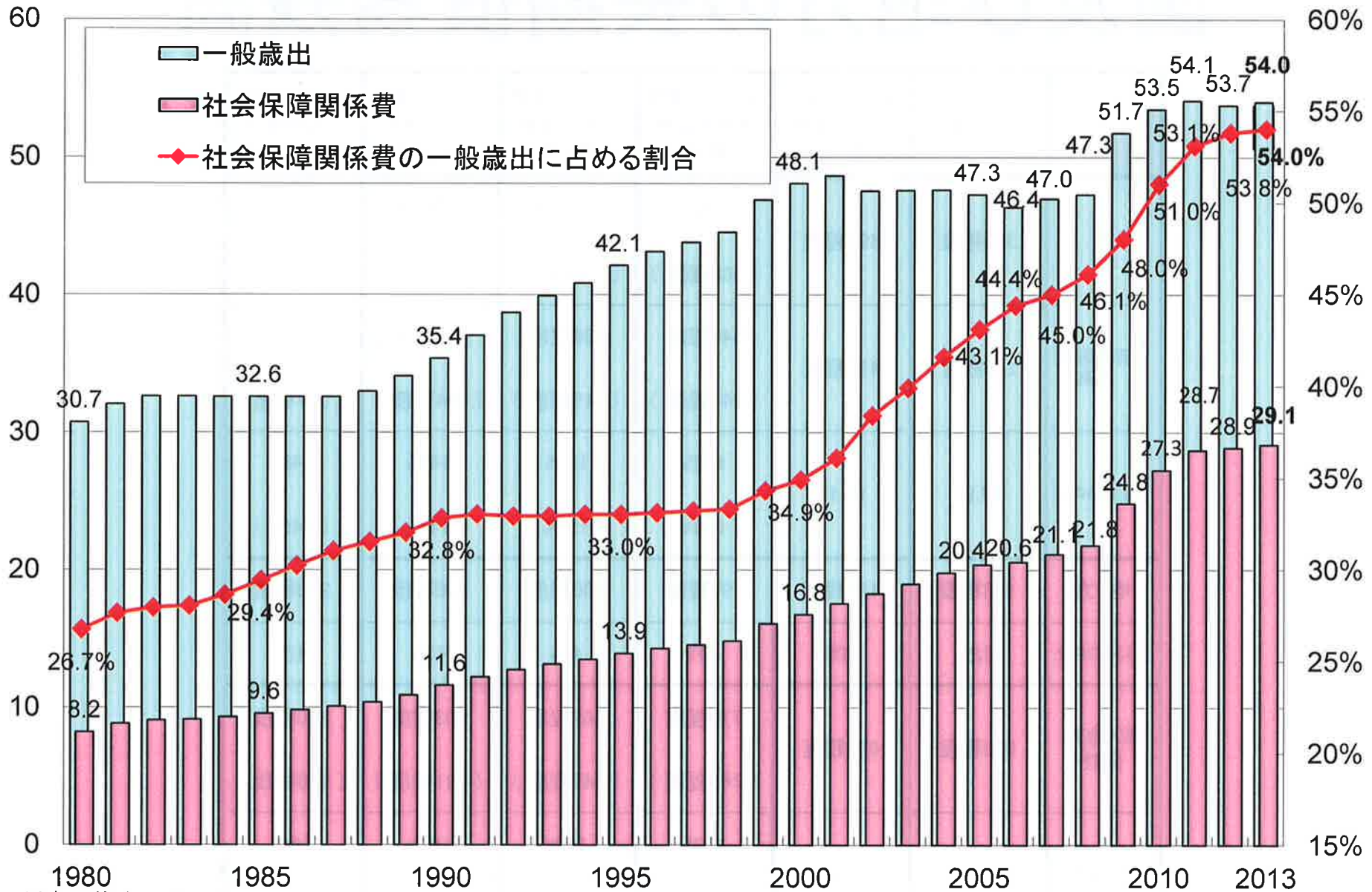


一般歳出に占める社会保障費の割合の推移

年度	歳出総額	一般歳出	社会保障関係費
2013	926,115	539,774 (100%)	<u>291,224 (約54%)</u>
2005	821,829	472,829 (100%)	<u>203,808 (約43%)</u>
2000	849,871	480,914 (100%)	<u>167,666 (約35%)</u>

一般歳出と社会保障関係費の推移

(兆円)



(当初予算ベース)

(注)平成24年度については、当初年金交付国債により確保することとしていた年金差額分(基礎年金国庫負担1/2と36.5%との差額(25,044億円))を含んでいる。なお、年金差額分についてはその後、つなぎ公債(年金特例公債)により確保することとしている。

国及び地方の長期債務残高

(単位:兆円)

	平成10年度末 (1998年度末) <実績>	平成15年度末 (2003年度末) <実績>	平成20年度末 (2008年度末) <実績>	平成22年度末 (2010年度末) <実績>	平成23年度末 (2011年度末) <実績見込>	平成24年度末 (2012年度末) <予算>
国	390程度	493程度	573程度 (568程度)	662程度 (645程度)	703程度 (691程度)	739程度 (727程度)
普通国債 残高	295程度	457程度	546程度 (541程度)	636程度 (619程度)	676程度 (664程度)	709程度 (697程度)
対GDP比	57.8%	91.1%	112% (110%)	133% (129%)	144% (141%)	148% (145%)
地方	163程度	198程度	197程度	200程度	200程度	200程度
対GDP比	32%	40%	40%	42%	43%	42%
国・地方 合計	553程度	692程度	770程度 (765程度)	862程度 (845程度)	903程度 (891程度)	940程度 (928程度)
対GDP比	108%	138%	157% (156%)	180% (176%)	192% (190%)	196% (193%)

人口の将来予測と人口構造の変化

	2010年国勢調査	2060年予測
総人口	12806万人(100%)	8679万人(100%)
0～14歳	1684万人(13.1%)	791万人(9.1%)
15～64歳	8173万人(63.8%)	4418万人(50.9%)
65歳以上	2948万人(23.0%)	3464万人(39.9%)

人口の減少

→消費者という点から経済成長にマイナスの影響
労働力という点でも経済成長にマイナスの影響
国民生活、国土管理等にも大きな影響

特に若年人口の減少→財政、制度の担い手の減少

高齢者人口の増加 →社会保障の需要の増加

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

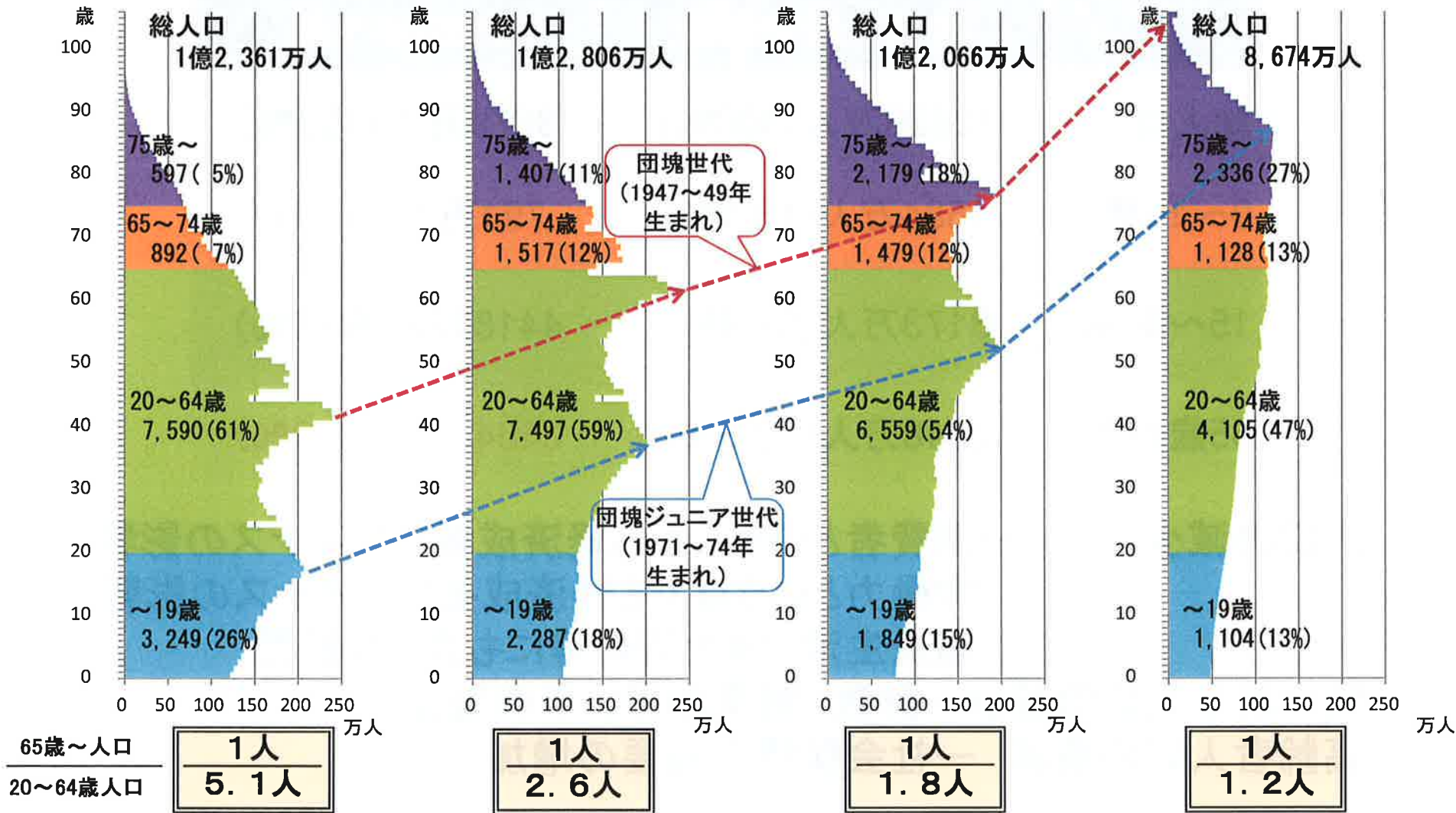
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

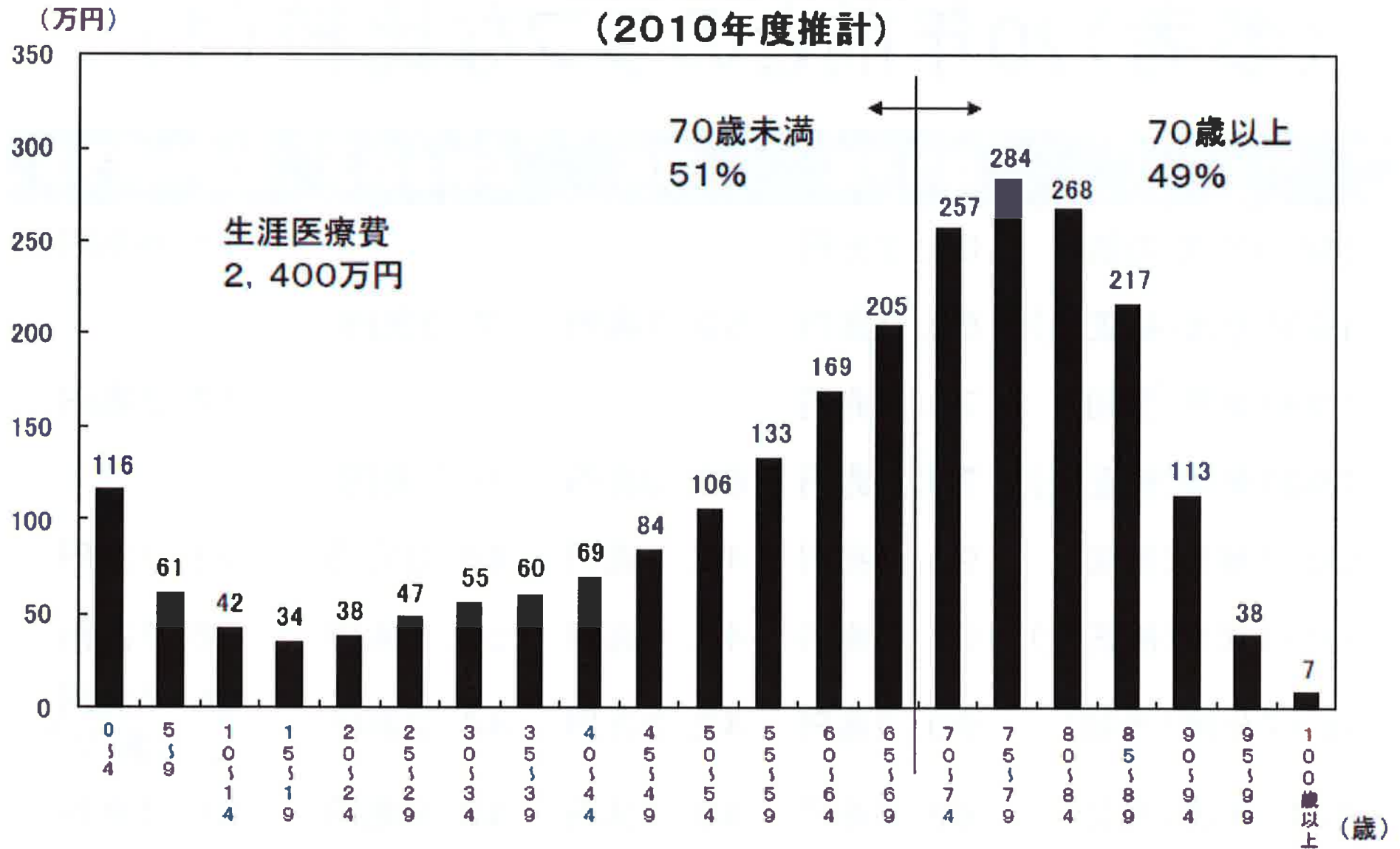
2025年

2060年



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

生涯医療費(男女計) (2010年度推計)



(注)2010年度の年齢階級別一人当たり国民医療費をもとに、平成22年完全生命表による定常人口を適用して推計したものである。

(参考)20年前とのラフな比較(1)

	国の予算	税収	公債金収入	社会保障予算
1990年度(当初)	66.2兆円			11.6兆円
1990年度(補正後)	69.7兆円	59.1兆円	7.3兆円	
1991年度(当初)	70.3兆円			12.2兆円
1991年度(補正後)	70.6兆円	59.0兆円	6.7兆円	
2011年度(当初)	93.4兆円	40.1兆円	44.3兆円	28.7兆円
2011年度(補正後)	107.5兆円	42.0兆円	55.8兆円	28.7兆円
2012年度(当初)	90.3兆円	42.3兆円	44.2兆円	26.4兆円 +2.5兆円 ^(註)
2013年度(当初)	92.6兆円	43.1兆円	42.9兆円	29.1兆円

(註)年金の国庫負担分の不足分(36.5%と1/2の差分)。この2.5兆円が、予算額や公債金収入に上乗せとなる予定。

(参考)20年前とのラフな比較(2)

	社会保障 給付費	総人口	高齢者人口	GDP	国と地方の 長期債務 残高
1990 年度	47.2兆円 (10.6%) ^{註1}	12361万人	1490万人 (12.1%) ^{註2}	443兆円	265.8兆円
1991 年度	50.1兆円 (10.7%)	12403万人	1558万人 (12.6%)	469兆円	278.1兆円
2011年	107.8兆円 (23.0%)	12780万人	2975万人 (23.3%)	468兆円	903.0兆円
2012年	109.5兆円				940.0兆円

(註1)対GDP比

(註2)総人口に占める65歳以上人口の割合

社会保障の給付と負担の現状(2012年度予算ベース)

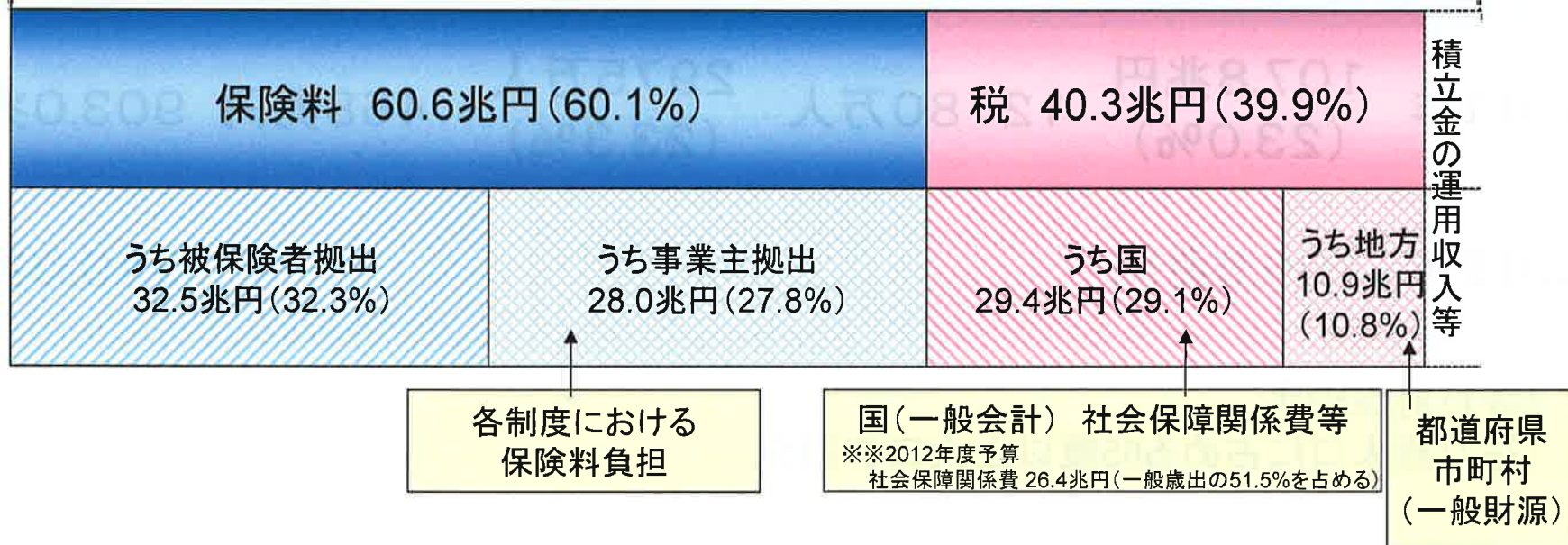
社会保障給付費(※) 2012年度(予算ベース) 109.5兆円 (対GDP比 22.8%)

【給付】

社会保障給付費



【負担】



※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

3、社会保障と税の一体改革

社会保障の課題と改革の方向

消費税5%引き上げによる効果

4、社会保障費用の将来推計と

今後の課題

現在の社会保障制度について

- 現在の社会保障制度は、高度経済成長期であった1960～1970年代にその骨格が完成しているため、以下のような点を前提としておおむね構築されている。

【制度設計とその前提について】

① 正規雇用・終身雇用・完全雇用

- サラリーマンは職域保険(健康保険、厚生年金)に、その他の者は地域保険(国民健康保険、国民年金)に加入することで、皆保険を達成

② 右肩上がりの経済成長

- 給付の増大については、給与の上昇による保険料収入の増や税収増により賄うことができる

③ 企業の福利厚生の充実、核家族モデル(特に専業主婦)、地域社会のつながり

- 現役世代については、社会保障制度による対応は補完的
- 高齢者に対する給付が相対的に手厚くなっている

社会保障・税一体改革で目指す将来像

～未来への投資(子ども・子育て支援)の強化と貧困・格差対策の強化～

厚生労働省
平成24年8月10日

社会保障改革が必要とされる背景

非正規雇用の増加など
雇用基盤の変化

家族形態や地域の変化

人口の高齢化、
現役世代の減少

高齢化に伴う社会保障
費用の急速な増大

- ・高齢者への給付が相対的に手厚く、現役世代の生活リスクに対応できていない
- ・貧困問題や格差拡大への対応などが不十分
- ・社会保障費用の多くが赤字国債で賄われ、負担を将来世代へ先送り

社会経済の変化に対応した
社会保障の機能強化
が求められる

現役世代も含めた全ての人、より受益を実感できる社会保障制度の再構築

改革のポイント

- ◆ **共助・連帯**を基礎として国民一人一人の自立を支援
- ◆ 機能の**充実**と徹底した給付の**重点化・効率化**を、同時に実施
- ◆ 世代間だけでなく**世代内での公平**を重視
- ◆ 特に、①子ども・若者、②医療・介護サービス、③年金、④貧困・格差対策を優先的に改革
- ◆ 消費税の充当先を「年金・医療・介護・**子育て**」の4分野に拡大**＜社会保障4経費＞**
- ◆ 社会保障の**安定財源確保と財政健全化**の同時達成への第一歩
⇒消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- ◆ **就労促進**により社会保障制度を支える基盤を強化

改革の方向性

1
未来への投資
(子ども・子育て支
援)の充実

- ・待機児童の解消
- ・幼児期の学校教育・保育の総合的な提供
- ・地域の子育て支援

2
医療・介護サー
ビスの強化/社会
保険制度のセーフ
ティネット機能の強
化

- ・地域包括ケアシステムの確立
- ・医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化
- ・診療報酬・介護報酬の同時改定

3
貧困・格差対策の
強化(重層的セーフ
ティネットの構築)

- ・生活困窮者対策と生活保護制度の見直しを総合的に推進
- ・総合合算制度の創設

4
多様な働き方を支
える社会保障制度
へ

- ・短時間労働者への社会保険適用拡大
- ・新しい年金制度の検討

(※)3党「確認書」では今後の公的年金制度にかかる企画について、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議するとされている。また、社会保障改革推進法では、今後の公的年金制度について、財政の現況及び見通し等を踏まえ、社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得るとされている。

5
全員参加型社会、
ディーセント・ワーク
の実現

- ・有期労働契約に関する法制度、高齢者雇用法制の整備、パートタイム労働法制の検討

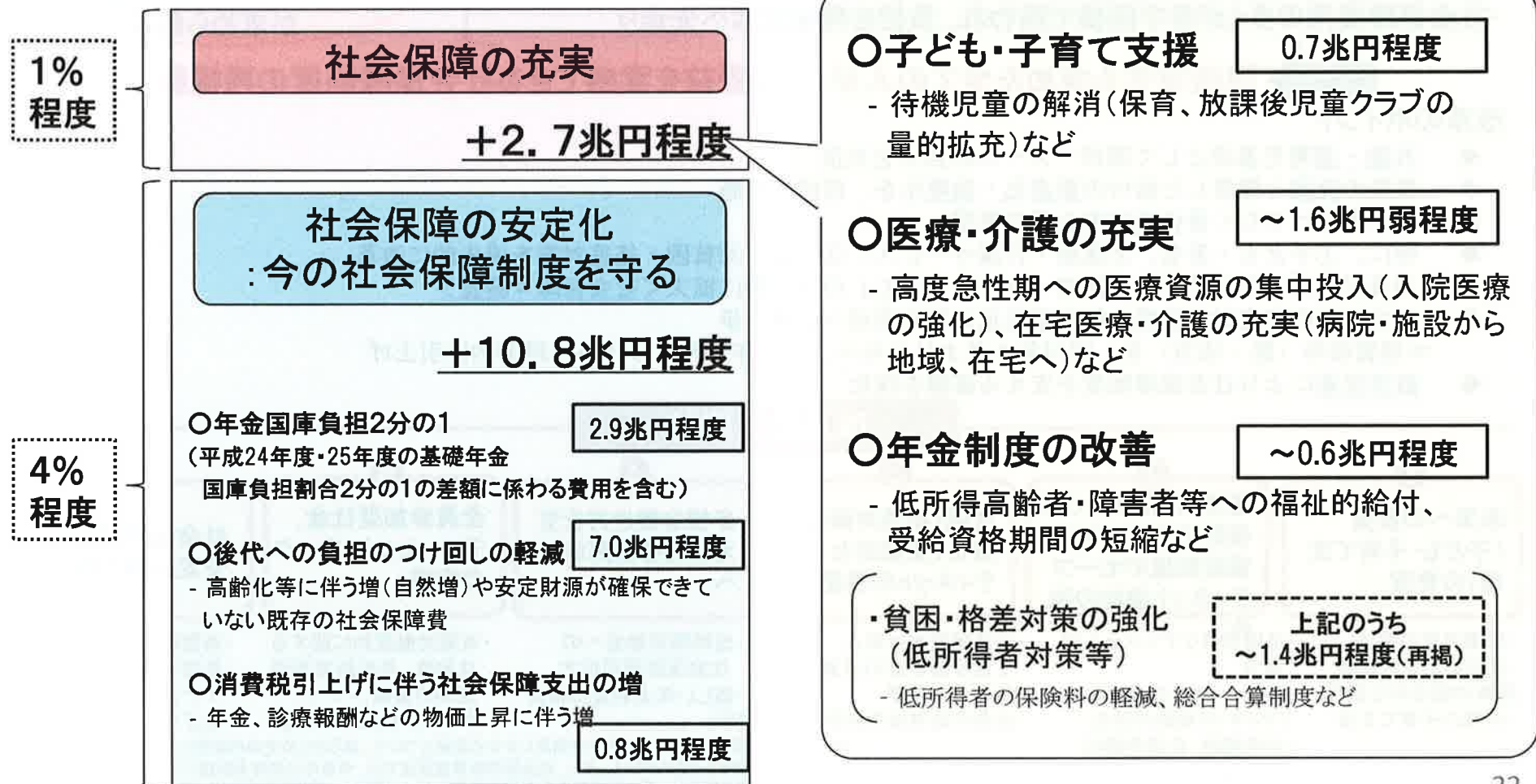
6
社会保障制度の
安定財源確保

- ・消費税の引上げ(基礎年金国庫負担1/2の安定財源確保など)

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税収の使い途は、国分については現在高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっているが、
 今後は、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税の使途の明確化(消費税収の社会保障財源化)
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない

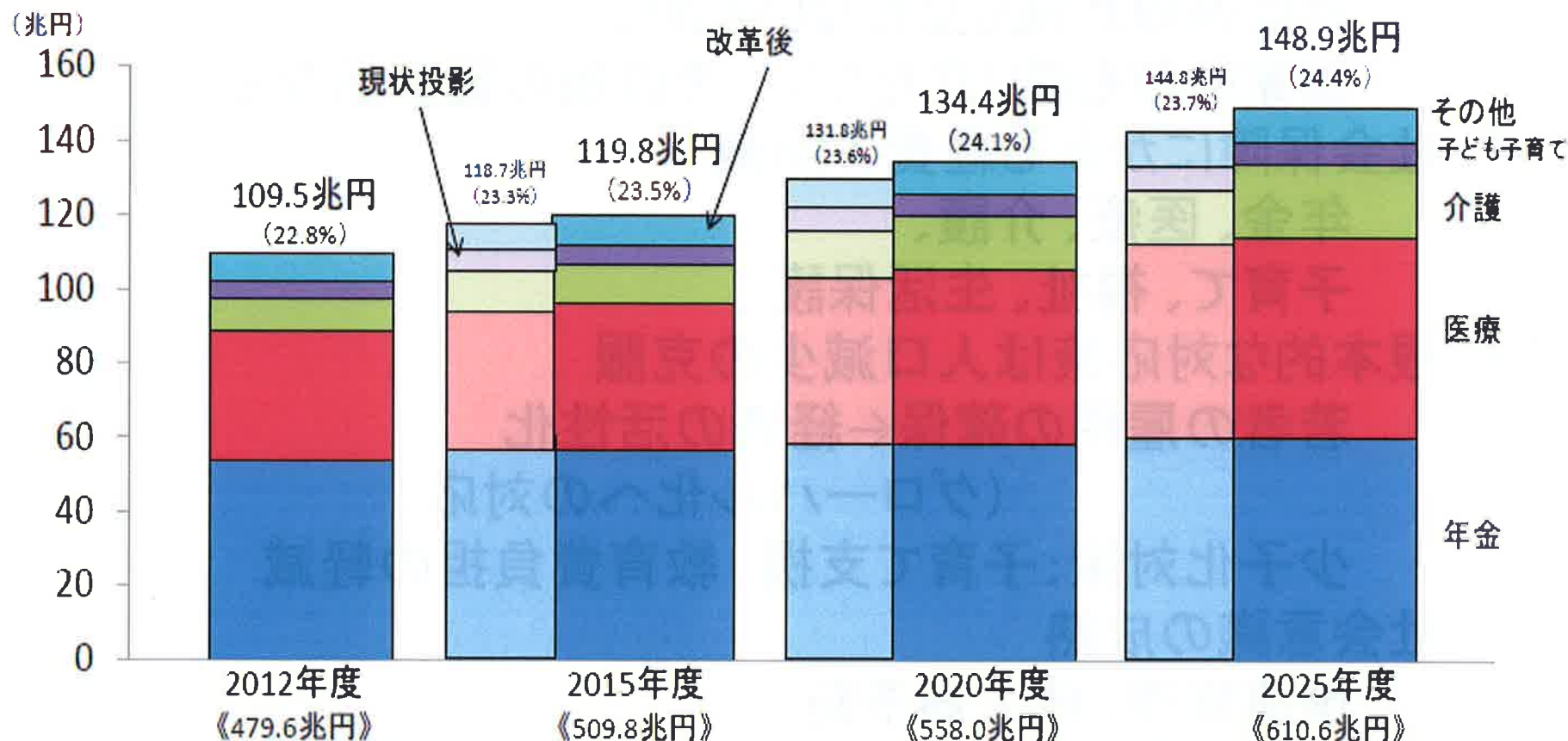
(注) 現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。



社会保障に係る費用の将来推計について《改定後(平成24年3月)》

○給付費に関する見通し

給付費は2012年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加。



注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

注2:上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。

注3:()内は対GDP比である。《 》内はGDP額である。

○今後の課題

- 借金に依存しない財政体質
社会保障が成り立たないときは
国家財政も成り立たない その他の経済活動も
- 社会保障にかかる経費の節減
年金、医療、介護、
子育て、福祉、生活保護
- 根本的な対応策は人口減少の克服
若者の雇用の確保←経済の活性化
(グローバル化への対応)
少子化対策: 子育て支援、教育費負担の軽減
- 社会意識の成熟
健康管理、成人病予防
(高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満)
支え合いの精神・文化(ソーシャルキャピタル)
死生観(添付資料参照)

(資料)山崎章郎先生提出メモ(1)

「尊厳ある生と死」、「死生観」について、社会全体が認識を共有できるようにしていくことも大事。そのような観点から、参考になる資料です。

「人生85年ビジョン懇談会資料」日本ホスピス緩和ケア協会理事長 山崎章郎

(緩和ケアの臨床から見えてくるもの)

- 人間の死亡率は100%。
- 病気は克服できても死は克服できない。
- ぴんぴんころりは幻想
- 死までの一定期間、ほとんどの人は寝たきりになり、他者の援助なしには生きられない。
- その期間、地位も名誉も過去の健康も(お金も?)役に立たない。
- 自立(自律)と尊厳の崩壊
- 緩和ケア(身体的苦痛、社会的苦痛、精神的苦痛、生きる意味の喪失による苦痛を総合的に支えるケア)が解決の道
- 現在の医療保険や介護保険などの社会保障制度では自立と尊厳を支えるには不十分

山崎章郎先生のメモ(2)

- 現在の制度では1人暮らしの人を最後まで自宅で支えることは不可能
- 不十分な制度を補うものは、ボランティア、寄付、制度の更なる充実
- 生老病死の自覚が足りない。
- 死や老いが病院や施設に隔離され、医療などの専門家によって管理されている。
- 在宅死は身近な人の老いや死のプロセスに参加できる。結果、家族、友人、知人、地域の絆を深めることができる。
- 身近な人の死への過程に参加することで、その過程を来べき自らの死と重ね合わせることができる。
- 死によって規定される有限なる人生を患者の身体的、精神的変化に日々付き合いつつ自覚しやすい。
- 今を生きることの大切さ、他者との関係性の大切さを自覚しやすい。
- 現実から目をそらさない死生観を確立できる。
- 自分が不治の状態になった時を想定したリビングウィルを持てる。
- それらを実現する一助として、生命の有限性、死の必然性を学び、よりよく生きるためのカリキュラムを学童期から成人に至るまで、それぞれの時期に合わせた生涯教育に組み入れる。

山崎章郎先生のメモ(3)

(結論)

人生長かろうが、短かろうが、「死」を抜きに人生は語れない。死による人生の有限性を自覚してこそ、人は虚しさも感じるが、しかし、今を生きることの意味も知る。

そのような意味で、生涯教育の中に「死を学びより良く生きるカリキュラム」を組み入れることを提案する。

またその、その一環として、原則として生徒も、学生も、社会人も、死へのプロセスである老いや病を抱えて生きる人々の療養や生活の場、たとえば病院、緩和ケア病棟、デイサービス、特別養護老人ホームなどで行われるケアにボランティアとして参加する。それらは学校教育として、また企業の社会貢献として全社会的に行われる必要がある。

また医療保険、介護保険などの社会保障制度をさらに充実させ、死という人生にとって、必然であるが、最も厳粛な出来事を病院ではなく、住み慣れた地域の在宅に取り戻す必要がある。家族や地域の人々が身近な人の老いや死のプロセスに参加することで「死を学びより良く生きるカリキュラム」は、より現実的なものになるからである。

我々は、そこから自立できる生活の限界を学び、人のいのちの有限性を学ぶ。さらには、現世での別れの悲しさを実感し、支えあう他者との関係性の大切さを学び、謙虚さを学ぶ。そして、優しさを学び、今をしっかりと生きることの大切さを学ぶことができると思われる。これらはすでに崩壊の危機にある、家族や地域や社会の再生を促すことになる。

それらの学びのもとに、自分なりの死生観を確立し、しっかりとした人生設計も可能になる。あるいはまたまた具体的に、自分が不治の状態になったときに希望する医療などをリビングウィルとして意思表示をする根拠も見えてくる。

全てのビジョンはこのような土壌があってこそ、はじめて意味があるのだと確信する。