

本編

第6章 先進高齢国家の選択

欧米先進国の社会保障制度は、良好な経済環境と福祉国家をめざす意識の高まりを背景として、第2次大戦後から1960年代を通じて制度の適用範囲の拡大や給付改善などその拡大が進められた。例えば、西ドイツでは、1957年に公的年金の適用が農業者に拡大され、また、フランスで自営業者に医療保険が適用されたのは1966年である。アメリカでは、1965年に、高齢者や障害者、低所得者を対象とする公的医療保障制度(メディケア、メディケイド)が創設されている。

これら先進国の社会保障政策は、第1次石油危機を契機として大きく転換してきている。現在、欧米先進国においては、社会保障支出抑制のため様々な方策が講じられている。勿論、この背景には、引続く経済停滞に伴って、政府の財政バランスが悪化したという事情があることは否定できない。しかし、これら諸国の社会保障政策の現状は、単に財政対策にとどまらない意味をもっている。経済の活性化をめざす政策運営の中で、中長期的視点から活力ある経済社会における社会保障の位置づけが模索されているといっても過言ではない。

我が国は、21世紀には、現在の西欧諸国とほぼ同程度の高齢化の水準に到達し、それに伴い、経済社会に占める社会保障のウエートも相対的に高まっていくものと見込まれる。欧米先進国の模索は、我が国の社会保障に対して貴重な示唆を与えるものと受け止めつつ、我が国の実情に合った社会保障制度の確立をめざしていく必要がある。

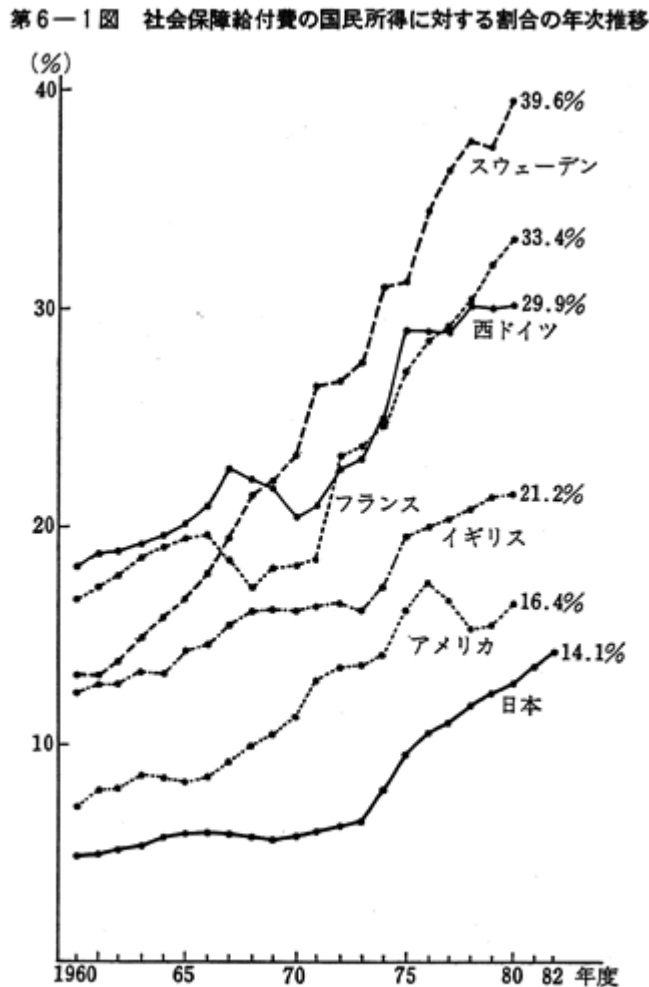
本編

第6章 先進高齢国家の選択

1 欧米先進国における社会保障の規模と水準
(社会保障給付費の推移)

社会保障給付費の規模(対国民所得比)は、西ドイツやフランスが約30%となっているほか、西欧先進国はいずれも我が国よりもはるかに高い水準にある(第6-1図)。

第6-1図 社会保障給付費の国民所得に対する割合の年次推移



資料：ILO.....The Cost of Social Security
OECD.....National Accounts of OECD Countries

これは、我が国がこれらの国々と比べて人口の高齢化や年金制度の成熟化がまだまだ進行中であるためである。1960年と1980年の社会保障給付費の規模(対国民所得比)を比較してみると、スウェーデンの2.7倍をはじめとして、アメリカ2.3倍、イギリス1.8倍というように2倍前後に拡大している。我が国も2.6倍とスウェーデンに次ぐ規模の拡大がみられたことになる。また、この数字は国民所得の拡大の程度によって影響を受けるため、この間における社会保障給付費の年平均増加率でみると、スウェーデン16%、フランス

15%,イギリス13%に対し,我が国は20%とこれらの国々の中でも群を抜いて高いものとなっている。これは,我が国が国民皆保険,皆年金体制の確立をはじめとして,この20年間に次々と制度の整備拡充が進められたことを示すものと言える。

また,先進国の社会保障給付費の推移をみると,1970年代前半の伸びが大きいこと,70年代後半には,アメリカ,イギリス,西ドイツにおいては,その伸びが鈍化している傾向がみられる。70年代前半の伸びが大きいのは,第1次石油危機後の激しいインフレに対し,年金の分野を中心としてとられたスライド措置によって,社会保障諸給付の改定が行われたことが主な要因と考えられる。これらの国々の70年代後半以降の給付費の推移は,引き続きスタグフレーションに伴い財政運営が困難化し,社会保障支出の効率化が進められていることを示すものと言える。

本編

第6章 先進高齢国家の選択

1 欧米先進国における社会保障の規模と水準
(租税及び社会保障負担の推移)

租税と社会保障負担をあわせた公的負担水準は、西欧先進国が5割を超えているのに対し、我が国は3割台と各段と低いものとなっている。一方、その推移をみると、アメリカや西ドイツのように70年代、特に後半において負担水準が頭打ちとなっている傾向がみられる国があるのに対し、我が国やフランスのように負担水準が引続き着実に増加している国もある(第6-1表)。

第6-1表 租税及び社会保障負担(国民所得比)の推移

第6-1表 租税及び社会保障負担(国民所得比)の推移

(単位:%)

	日 本			ア メ リ カ			イ ギ リ ス		
	租税負担 (A)	社会保 障負担 (B)	A+B	A	B	A+B	A	B	A+B
1965	18.2	4.4	22.6	26.6	5.3	31.9	32.0	6.9	38.9
1970	18.9	5.4	24.3	28.8	7.3	36.1	41.3	7.9	49.2
1975	18.4	7.5	25.9	27.4	9.0	36.4	37.5	9.8	47.3
1976	19.0	7.9	26.9	28.3	9.2	37.5	36.0	10.3	46.3
1977	19.3	8.5	27.9	28.3	9.1	37.4	36.0	10.2	46.2
1978	21.3	8.8	30.1	27.9	9.3	37.2	35.8	9.5	45.3
1979	21.8	9.0	30.8	27.6	9.6	37.2	37.8	9.4	47.2
1980	22.8	9.4	32.2	28.0	9.7	37.7	40.4	10.0	50.4
	西 ド イ ツ			フ ラ ン ス			ス ウ ェ ー デ ン		
	A	B	A+B	A	B	A+B	A	B	A+B
1965	29.4	13.5	42.9	29.6	17.7	42.9	37.6	8.7	46.3
1970	29.1	16.0	45.1	28.6	18.9	47.5	41.8	11.4	53.2
1975	30.1	20.7	50.8	28.9	22.1	51.0	44.4	12.8	57.2
1976	30.5	21.4	51.9	30.3	23.2	53.5	47.0	16.0	63.0
1877	32.0	21.3	53.3	29.5	23.7	53.2	49.2	18.5	67.7
1978	31.6	21.0	52.6	29.8	24.1	53.9	47.1	19.3	66.4
1979	31.5	21.1	52.6	30.8	25.3	56.1	45.6	19.0	64.6
1980	31.8	21.5	53.5	32.0	26.6	56.6	44.5	19.6	64.1

資料: 経済企画庁「国民経済計算」

OECD「National Accounts of OECD Countries」

大蔵省調べ

公的負担に占める社会保障負担の割合を1965年と1980年の2つの時点で比較してみると、アメリカが16%から27%、西ドイツが31%から40%、フランスが37%から47%というように、公的負担に占める社会保障負担の割合が上昇しており、我が国も例外ではない(19%→27%)。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

第6章 先進高齢国家の選択

1 欧米先進国における社会保障の規模と水準 (社会保障制度の給付水準)

社会保障制度の大宗を占める医療保障制度と年金制度について,我が国の給付水準との比較で先進国の水準を見てみよう。

欧米主要国の医療保険制度をみると,我が国のように社会保険方式を採用している西ドイツ,フランス,アメリカ,財源の大部分を公費に依存した国民保健サービス方式を採用しているイギリス,その2つのシステムの混合形態をとるスウェーデン(入院は国民保健サービス,外来は社会保険)と様々であり,医療供給面でも自由開業医制を前提としている国(日本,西ドイツ等)もあれば,原則として公的機関によってサービスが供給される国(イギリス,スウェーデン)もある。また,我が国を含め主要国のほとんどは国民皆保険体制であるが,アメリカのように民間保険が普及しており,公的制度(メディケア)による適用率が全人口の12%程度にしか達していない国もある(指標編参照)。西ドイツやフランスの医療保険制度も適用対象が順次拡大されてきたという経緯から,被用者,農民,自営業者等対象ごとに制度が分立している点は我が国と同様である。これらの国においては,分立する各制度間の財政力格差を是正するため財政調整が実施されている。

いずれの国の医療保障制度においても,定率又は定額の患者負担がある。我が国と同じ保険方式をとる西ドイツについては薬剤等について一部負担がある。また,入院費を除き償還払いとなっているフランスについてみると,償還率は,外来診療費が75%,薬剤費が70%(ビタミン剤等については40%)となっており,入院費の給付率は80%である。また,長期疾病,高額医療を要する疾病等については100%の給付率となっている。我が国の医療保険制度における給付水準(昭和57年度)は,制度全体で約8割となっているのをみても,その給付水準は決して低いものではない。

年金制度については,給付の受給要件や配偶者の取扱い等各国で制度の仕組みが異なるため,単純に比較することはできないが,主要国の代表的な制度の老齢年金の水準(1982年)について,現実に支給されている年金額を前年の男子平均賃金に対する比率で見ると,アメリカ45.9%,イギリス48.0%(基礎年金と付加年金の合算額),西ドイツ35.1%~51.3%,スウェーデン45.7%となっている。これに対し,我が国は43.5%であり,これらの国と同程度の水準となっている(指標編参照)。

本編

第6章 先進高齢国家の選択
2 経済の活性化と社会保障

先進国経済は、第1次石油危機以降、生産性上昇率が鈍化し、スタグフレーションが進行するといったように、一様に悪化した。現在、第2次石油危機後の長い調整過程を経て、アメリカを中心に景気回復が進んでいるとはいえ、70年代後半以降拡大した財政赤字を抱えて、その縮小のための歳出規模の抑制が当面する大きな課題となっている。特に、アメリカやイギリスにおいては、公共部門のあり方を見直し、「小さな政府」を実現することで、民間経済の活力回復を図ることに主眼をおいた政策運営がなされている。

例えば、アメリカにおいては、1981年の「経済再生計画」に基づき、歳出の抑制、政府の規制の緩和を通じて公共部門の縮小を図るとともに、投資意欲や貯蓄意欲の回復を図るための減税が実施されている。また、イギリスにおいても同様に、労働のインセンティブの強化や国家介入の縮小をめざした政策が展開されている。

この背景としては、公共部門の拡大に伴う公的負担の高まりが、家計の貯蓄や企業の投資意欲を減退させるとともに、勤労意欲を弱める結果となり、ひいては、生産性の低下をもたらしているという認識が基調となっている。

社会保障政策においても、このような経済の活性化をめざす政策運営との整合性をとっていくことが求められている。第1に、社会保障の規模は経済全体の中で相当の規模を有しており、財政支出の中でもそのウエートは大きく、さらに、社会保障支出の増加は政府規模の拡大の大きな要因とも考えられていることから、政府部門の収支均衡を回復するためには、社会保障支出の効率化や制度の合理化を図ることが要請されている(第6-2表)。

第6-2表 一般政府支出に占める社会保障支出の割合

第6-2表 一般政府支出に占める社会保障支出の割合 (単位：%)

	一般政府支出に占める社会保障支出の割合	
	1970年	1980年
アメリカ	31.5	40.8(1978年)
イギリス	36.6	45.8(1979年)
西ドイツ	51.8	54.7
フランス	50.9(1975年)	54.7
日本	29.4	42.3(1982年)

資料：OECD「National Accounts 1964—1981」

ただし、日本については、経済企画庁「昭和59年版国民経済計算年報」

(注) 社会保障支出は、保健と社会保障・福祉サービスの合計額

第2に、経済社会の活力の象徴的な要素として論じられる労働のインセンティブという点では、就労による稼得に伴って、失業給付や社会保障給付が打ち切られたり、減額される一方で、新たに稼得所得に課税がなされることにより、就労にも実質的な所得水準の改善に結びつかず、こうした仕組が、勤労意欲を阻害しているのではないかとの指摘がなされている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

第6章 先進高齢国家の選択

3 欧米先進国における社会保障の動向

経済の長期的な停滞を打破し、経済の活性化を図るという政策運営を背景として、欧米先進国においては、社会保障支出の合理化や効率化が共通の大きな政策課題となっているが、なかでも、増大する保健医療支出の抑制や年金制度の安定的運営といった問題は緊要度の高い課題となっている。ここでは、医療保障制度と年金制度について各国の政策の現状を概観する。

本編

第6章 先進高齢国家の選択

3 欧米先進国における社会保障の動向
(医療費の抑制)

先進国の保健医療支出は1970年代中葉まで経済成長を上回る伸び率で増加が続き、特に、70年代前半の伸びが著しかったが、イギリスや西ドイツでは、70年代後半においてはその伸び率が鈍化している(第6-3表)。

第6-3表 先進国における医療費の推移(年平均増加率)

第6-3表 先進国における医療費の推移(年平均増加率)				(単位:%)	
				1970年~1975年	1975年~1980年
ア	メ	リ	カ	11.9	13.5
イ	ギ	リ	ス	20.9	15.5
西	ド	イ	ツ	17.4	8.3
フ	ラ	ン	ス	17.0	16.2
日			本	21.0	13.1

(注) 各国の資料に基づき厚生省保険局で推計

この時期は石油危機後の経済停滞によって財源の制約が明らかになり、支出面での抑制措置が打ち出された時期でもある。先進国は、順調な経済成長を遂げた60年代においては、増加する医療費に対して保険料の引上げや国庫負担の増額で対応してきたが、近年の医療費問題は支出をいかに抑制するかということが中心的な課題となっており、80年代に入って一層強力な抑制対策が講じられている。

最近の医療費抑制対策の特徴をみると、おおむね各国とも、1)患者負担が強化されていること、2)薬価の引下げや薬剤処方規制等薬剤費の抑制が行われていること、3)医療費の中でも伸び率の高い入院医療費の抑制が重視されており、その対策として、病院建設や高額医療機器の導入を規制する等供給面を重視した対策がとられていること、4)診療報酬の支払額の増加について一定の上限が設けられる等支払額の抑制が行われていること等が挙げられる。主要国の医療費抑制の現状について見てみよう。

イギリスにおいては、国民保健サービス(NHS)に対する財政支出の削減が病院経費を中心に大胆に進められている。NHSの行政機構を簡素化(注1)するとともに、病院の新改築の先送りや縮小、閉鎖も一部で行われている。また、NHS運営費の主要な部分を占める人件費の抑制のため、昨年は5,000名近い職員の削減が行われている。さらに、患者負担の引上げや民間保険による診療の拡大等も講じられている。このようなNHSについては様々な方策がとられているが、病院職員の賃上げをめくり、長期化するストライキや70万人を超える診療待期者が存在する等必ずしも医療需要にうまく応えきれていない側面がある。

西ドイツにおいては、1970年代において疾病保険の費用と保険料収入の伸びの差が10%以上という著しい医療費の増嵩を経験したことから、1977年第1次疾病保険費用抑制法が制定され、その後、医療費の伸び率は鈍化した。80年に入って疾病保険の支出は再び上昇傾向にあり、赤字が生ずることになった。このため、1981年に第2次疾病保険費用抑制法、1982年に病院医療費抑制法が制定された。これらの法律に基づいて、患者負担の引上げが行われるとともに、かぜ薬等経微な医薬品の保険給付からの適用除外(全額自己負担)、高額医療機器の導入規制等が行われている。

フランスにおいては、失業率の上昇に伴う収入減等により社会保障会計は大幅な赤字基調となっており、このため、強力な収支均衡対策がとられてきている。医療費抑制対策は、主に、病院、薬剤、医師の3つの分野において進められている。伸び率の高い病院支出の抑制については、一種の地域医療計画である保健地図(注2)により、病床の増設や医療機器の導入が規制されており、例えば、私立病院が県知事の許可なく医療機器を導入した場合には保険給付の対象から除かれることになっている。

また、薬剤費に関しては、1982年末よりビタミン剤等1,200種について40%償還に切り下げるとともに、調剤マージンの縮小により抑制が行われている。さらに、支出抑制対策として医学部定員の大幅な削減も行われている。

アメリカにおいては、メディケア(高齢者・障害者を対象とした医療保険)の財政状況の悪化から多額の連邦支出が投入されているが、メディケアの支出削減のため患者負担の引上げが行われており、入院サービスの患者負担については1983年、84年と相次いで引き上げられている。

また、1983年10月より、467の診断群ごとに支払額を固定するという新しい支払方式が入院サービスに導入されている(注3)。また、民間医療保険団体においても、給付の必要性をチェックすること等により、独自の医療費抑制を講じている。

(注1) NHSの実施機構は、従来、地方保健当局、地域保健当局、地区運営チームの3階建てで運営されていたが、1980年の「保健サービス法」により、地区運営チームを全国192の地区保健当局に発展解消し、中間の90の地域保健当局を全廃するという機構改革が行われた。

(注2) 1970年の病院改革法により、保健社会保障大臣は保健地図を定めることとされている。この地図により、全国は、病院群に対応する地方、地区に圏域化され、それぞれの医療需要に応じた医療施設の種類、規模、装備が定められることになった。この結果、私立病院の新増設、私立病院による高度の医療機器の導入には県知事の許可が条件とされ、保健地図に適合するか否かが審査されることになっている。

(注3) 入院サービスの診療報酬の支払いは、従来、支払機関の定めた公共料金(reasonable charge)に基づいて行われていたが、新しい支払方式では、疾病分類合併症の有無等に応じて、467の診断関連グループ(Diagnosis-Related Groups)ごとに診療報酬を事前に決定し、これに基づいて病院に支払いが行われる。この結果、支払額と実際に要した費用との差額は各病院の利得あるいは損失となり、治療についての病院のコスト意識を刺激することが期待される。

本編

第6章 先進高齢国家の選択

3 欧米先進国における社会保障の動向
(年金改革)

西欧先進国の年金制度は歴史が古く、既に成熟化が進んでいるが、人口構造の高齢化による受給者の増大等により年金給付費は増大を続けている。こうした人口構造の高齢化は今後も進むことが予測されるところであり(第6-2図)、いずれの国においても、長期的に安定した制度基盤の確立をめざして、給付と負担のあり方等を中心に抜本的な改革を実施ないし検討しているのがみられる。

第6-2図 欧米先進諸国と日本の老年人口割合



資料：厚生省人口問題研究所「人口統計資料集」(昭和58年)

例えば西ドイツにおいては、人口の高齢化がピークを迎える2030年代に「年金の山」が来ることが予測されており、1983年の制度改正において保険料が引き上げられた(労働者年金・職員年金の場合18%→18.5%)ほか、1984年から年金スライドの方式の改定(前々年以前3年間の賃金上昇を基礎としていたものを前年の賃金上昇率に基づくものとする)、ボーナスからの保険料徴収の強化などの改革が実施されている。

アメリカにおいても、短期的には支払準備金の減少による資金不足、長期的には戦後のベビーブームと近年における出生率の低下による人口構成の歪みにより、年金制度は厳しい局面に直面している。このため、1983年に社会保障法改正が行われ、1)社会保障年金の適用を新規採用者から公務員にも拡大する、2)社会保障税率の引上げ(5.4%→5.7%)を年繰り上げて1984年から実施する、3)支給開始年齢を2003年から2009年にかけて現在の65歳から66歳に、2021年から2027年にかけて66歳から67歳に引き上げる、4)従来年金給付は非課税であったが、収入と年金給付(年額)との合計額が25,000ドル(夫婦32,000ドル)を超える者について、年金給付の半額または上記合計額のうち25,000ドルを超える分の半額のいずれか少ない額に課税することとする、などの改革が行われている。

また、イギリスにおいてはスライド基準の変更(年金給付は物価または賃金のうち有利な指標でスライドするとされていたのを、物価を指標としてスライドすることとなった)等の改革がなされているほか、フランスにおいても、年金保険料率の引上げ等の改正が行われている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

本編

第6章 先進高齢国家の選択

3 欧米先進国における社会保障の動向 (OECDにおける取組)

以上にみてきたように、制度の仕組み等は違っていても、医療費の抑制や年金制度の安定的運営といった問題の背景や取組の内容には各国とも同じような側面をもっており、施策の有効性を分析、評価する等国際的な検討や意見交換を行っていく意義は大きい。西側先進諸国を加盟国とするOECD(経済協力開発機構)では、これまで労働力社会問題委員会において、医療問題の専門家を集めた会合を開き、各国の医療費の動向を比較、分析する等の活動を行ってきたが、社会保障をはじめとした社会政策の重要性に関する各国の認識の高まりを背景として、同委員会は、昭和58年末、「社会政策作業部会」の設置を決定しており、社会保障支出の効率化の問題についても、今後、同作業部会において国際的に議論が深められることが予想される。我が国としてもこのような国際的活動に参画し、先進高齢国家との間で積極的に意見交換を行っていくことは、我が国の今後の社会保障政策を進めていくに当たって貴重なものとなるであろう。

本編 おわりに

戦後40年近く経過したが、その間の経済社会の変動と並行して国民の寿命は大幅に伸び、今や人生80年時代が定着しつつある。これに伴い、人々のライフサイクルやライフスタイルも大きく変わってきている。

職業生活から引退した後の生活期間や子育て後の生活期間が長期化する一方で、ライフスタイルの上では、生活の質的向上を求めて個性に応じた多様な生き方が選択されるようになってきている。社会の様々な制度や慣行もこうした人生80年時代にふさわしいものとするため変革が求められている。

社会保障制度の分野においても、人生80年時代にふさわしい制度改革が行われつつある。人々の生涯設計を支える基盤となる医療保険や年金については、給付と負担のバランスを確保しながら長期的に有効で安定した機能を果していくことが重要であり、このような視点から改革が進められている。

人生80年時代には、また、慢性の病気を抱えながら生活する人々、更にはねたきり老人や痴呆老人も増加する。こうした事例の多くは、日頃の健康管理によって相当程度防ぎ得ることから、国民の健康づくりに対する自覚を高めていくとともに、国民個々人の必要に応じ適時適切に保健医療サービスや福祉サービスを提供する体制づくりに努めていかねばならない。特に、自立した生活が困難な人々については、在宅サービスを基本として地域社会を基盤とする施策体系の確立を進めるとともに、保健医療と福祉相互間の有機的連携にも配慮しつつ、総合的な展開を図っていく必要がある。

人生80年時代の国民生活が豊かで充実したものとなるためには、国民一人一人がライフサイクルに沿った個性的なライフスタイルを築いてい

くとともに自立自助を前提としつつも社会連帯の精神で国民相互が支え合っていく必要が今以上に大きくなるであろう。長い人生を健康で生きがいをもって送るためには、若いうちからの自覚と取組が必要である。

若いうちからの健康づくりや社会参加活動への積極的な取組は、将来高齢になってから役立つであろう。また、多様化する保健、福祉ニーズに対処していくには、民間の創意や工夫を最大限活用していくことが望まれよう。こうした努力を通じて国民の多くが健康で、積極的に福祉の担い手の側に回る地域社会の形成されることが期待される。

厚生行政は、以上の点に留意しつつ、引き続き個々人の自発的な健康づくりへの取組や地域社会等で行われるボランティアを促進し、支援していくこととしている。

経済社会の発展の大きな成果である長寿を十分生かして、豊かな活力ある福祉社会の形成を図っていくためには、社会システム全体が人生80年時代にふさわしい転換を遂げていかねばならない。また、社会保障制度においては、既存の施策に創意と工夫を加えたきめ細かな対応とともに、従来の施策にとらわれない斬新な発想が求められる。人生80年時代を迎えて、長くなった人生をいかに充実させていくか積極的なプログラムの設計が求められているのである。
