

社会保障・税一体改革

～身の丈に合った社会保障の
充実を求めて～

2012年3月

東京財団政策研究

はじめに

EU各国で財政危機が顕在化する中、日本の長期債務残高は社会保障関係費の増加などでGDPの2倍に近づき、「危機」的な状況にあります。右肩上がりを前提に設計された日本の社会保障制度は、少子高齢化や成長の鈍化など右肩下がりに対応したものに仕立て直す必要があるにもかかわらず、抜本策はとられず、将来世代にツケをまわし成り立っている状態です。さらにここ20年で雇用形態は大きく変わり、格差・貧困問題が広がり、人々は生活への不安を強く感じるようになっていきます。

厳しい財政制約の中、私たちが安心して暮らすことのできる環境を整えるには、公平で効率的な社会保障と税の制度が不可欠です。その意味で国民の負担となる税と社会保険料、また負担軽減となる減税や社会保障給付は一体的に設計されるべきでしょう。

しかしながら、政府で議論されている社会保障と税の一体改革は、現行の社会保障制度の維持（安定化）が重視され本質的な問題に十分切り込めていません。そして消費税増税について政府は全額社会保障財源とするとして理解を求めるとして止まっています。

打つ手はあるのです。本提言では社会保障と税を一体的にとらえた上で、国が責任をもつ部分についての政策と私たち自らがリスクに備える自助努力を促す政策について、多角的な視点から検討しています。現在政府で行われている議論のかなり先を行く提案もありますが、日本の置かれている状況を考えれば後追い政策では駄目なのです。

東京財団は、中立・独立の政策シンクタンクとして社会保障と税の一体改革についてより充実した議論が行われるよう活動を行っています。本報告書をご一読いただきご意見をください。私たち全員が「自分のこと」として考え、国民的議論を起こしていきましょう。

公益財団法人 東京財団理事長 加藤秀樹

本提言について

本提言は、東京財団「税制の抜本改革と将来像」研究プロジェクトにおける研究成果である。社会保障・税一体改革について効果的・効率的な社会保障制度実現の観点から多角的に検討を行った。

<プロジェクトメンバー>

森信 茂樹	東京財団上席研究員（プロジェクト・リーダー）
小黒 一正	一橋大学経済研究所世代間問題研究機構 准教授
須賀 千鶴	経済産業省商務情報政策局メディア・コンテンツ課 課長補佐（個人の資格で参加）
度山 徹	厚生労働省 老健局 介護保険計画課長（オブザーバー参加）
西沢 和彦	（株）日本総合研究所 調査部 主任研究員
藤森 克彦	みずほ情報総研 社会保障 藤森クラスター主席研究員（オブザーバー参加）
中本 淳	東京財団研究員
佐藤 孝弘	東京財団研究員
坂野 裕子	東京財団研究員兼政策プロデューサー

<本提言に関するお問い合わせ>

東京財団研究員兼政策プロデューサー 坂野裕子 電話：03-6229-5494 Email:banno@tkfd.or.jp

【要旨】

少子高齢化や非正規労働者の増大など社会保障制度を支える状況が大きく変化している。政府は「社会保障・税一体改革大綱」を決定し、社会保障の充実・安定化の財源を確保するため消費税増税の準備を進めているが、財政状況の悪化は深刻さを増し一方的な社会保障の拡充を行う余裕は日本に残っていない。社会保障制度の持続性を確保するためには、厳しい財政制約の中で可能な限り公平で効率的な社会保障に変え、個人の自助努力を前提とした「身の丈に合った」制度をつくる必要がある。

本提言は、年金と医療の分野でいくつかの政策提言を行っている。

年金については、保険料負担と給付の関係が不公平であることなど現行制度の問題を解決するためカナダ型を念頭に置いた新年金制度創設を提言した。税を財源とした均一額の年金給付（基礎年金）の実施である。また個人が老後の生活に対して積み立てることを国が税制で支援する日本型 IRA の創設を提言している。これは厚生年金の給付水準の抑制を徹底し、給付水準の低下を補う意味もある。

医療については、日本の医療制度は大多数の国民に質の高い医療を提供してきたが、増加が著しい医療給付は効率化を目指す必要がある。そこでイギリス・オランダなどで導入が進む医療効率化の手法を俯瞰し、将来的に保険者が「賢い消費者」としての機能を発揮するための電子診療・請求システムの必要性を述べた。また医療負担に備える個人の積立に対して税制優遇を行い支援しつつ医療費の増加を抑える効果も期待する医療貯蓄口座の導入や、賦課方式である現行の医療保険が少子高齢化の中、世代間格差を生み出すという構造を是正するため世代内での相互扶助機能を強化する事前積立の導入についても提案している。

実現するにはさらに議論すべき点が多いものも含まれるが、現在進行している改革の先を見据え、本質的な問題を解決するには避けて通れないものばかりである。公平で安心できる社会保障と税の仕組みについて、議論がさらに充実するための材料に本提言がなるよう働きかける。

<主な政策提言内容>

1. 年金

(年金制度の改革) **カナダの年金制度をベースとした新年金制度の創設。**

(自助努力支援) **個人型年金積立金非課税制度（日本版 IRA）の創設。**

2. 医療

(医療制度の改革) **全国共通で標準化された電子診療・請求システムの導入。**

(自助努力支援) **税制優遇措置を設けた医療貯蓄口座の導入。**

(世代間格差是正) **次世代の負担増に備える事前積立の実施。**

目次（執筆者）

序章	
社会保障・税一体改革	
～身の丈に合った社会保障の充実を求めて～（森信 茂樹）	3
第1章	
身の丈に合った新年金制度創設を（西沢 和彦）	5
第2章	
公的・企業・私的年金のバランスのとれた改革を	
～自助努力支援の個人型年金積立金非課税制度（日本版 IRA）の提言～（森信 茂樹）	15
第3章	
医療給付の効率化に向けて（須賀 千鶴）	24
第4章	
米国医療貯蓄口座制度の概要とわが国への示唆（中本 淳）	31
第5章	
世代間格差の改善と事前積立の可能性（小黒 一正）	41
参考文献	48

序章 社会保障・税一体改革

～身の丈に合った社会保障の充実を求めて～

2012年（平成24年）2月17日、消費税率を2014年4月に8%、2015年10月に10%に引き上げるとともに社会保障改革を行う、社会保障・税一体改革大綱（以下「大綱」）が正式決定された。社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成への一里塚と位置付けられている。

これから、法案作成、国会提出・審議など予定されているが、わが国にとって、社会保障の安定財源を確保し、財政再建にむけての道筋をつけるたたき台ができたことは、素直に評価すべきである。

一方、「大綱」の中身を詳細に検証すると、数多くの物足りない点や課題が見えてくる。とりわけ、社会保障分野については、拡充と効率化が同時に行われるという内容となっているが、以下の2つの問題が見えてくる。

第1に、社会保障の拡充が、国民を安心させるような十分な内容となっているのかという点である。

第2に、社会保障の効率化が十分な内容となっているのかという点である。現下の財政事情の下では、社会保障の効率化が十分行われなければ、将来的な財源不足にただちに直結することになる。財政再建の重要性を念頭に置くと、社会保障の効率化は、中長期的な課題としても極めて重要なポイントである。

東京財団では、以上のような認識の下で、社会保障・税一体改革についての研究会を開催してきた。本提言書のタイトルにある「身の丈に合った」という表現は、今回の社会保障・税一体改革の基本方針で示されたように、消費税込4%程度は今の社会保障財源の安定化に充てられ、残りの消費税率1%の財源の中での社会保障改革であること、つまり、一方的な社会保障の拡充を行う財政的余裕はわが国には残っておらず、その中で効果的・効率的な社会保障制度に舵を切り替えていくことの必要性を表現したものである。そのためにはあわせて、今後のわが国の社会保障の中に、自助（努力）の重要性とその支援策を入れ込み、自助に向けたインセンティブを与えることも必要である。

論文はこのような認識の下で、年金・医療分野における効果的、効率的な改革に向けての政策提言（西沢論文、須賀論文）、医療・年金分野における事前積立の可能性や具体案など政策の抜本的見直し（小黑論文、中本論文、森信論文）という内容となっている。それらは、必ずしも整合性のとれたパッケージとしての政策ではないが、今後のわが国の社会保障政策を考える上で重要なヒントを含むものであると考えている。

具体的には以下のとおりである。

- ・西沢和彦 第1章「身の丈に合った新年金制度創設を」
- ・森信茂樹 第2章「公的・企業・私的年金のバランスのとれた改革を～自助努力支援の個人型年金積立金非課税制度（日本版 IRA）の提言～」
- ・須賀千鶴 第3章「医療給付の効率化に向けて」
- ・中本淳 第4章「米国医療貯蓄口座制度の概要とわが国への示唆」
- ・小黒一正 第5章「世代間格差の改善と事前積立の可能性」

今後の社会保障・税一体改革の議論において、本報告書の様々な政策提言が考慮されることを望みたい。

2012年3月1日

東京財団上席研究員 森信茂樹

第1章 身の丈に合った新年金制度創設を

西沢 和彦

1. はじめに

政府・与党が進める社会保障・税一体改革において、年金制度に関する改革工程は2工程に分けられている。第1工程は、現行制度の改善であり、第2工程は、新年金制度の創設である。第1工程は、新年金制度が目指す方向性に沿って進められるとされている。

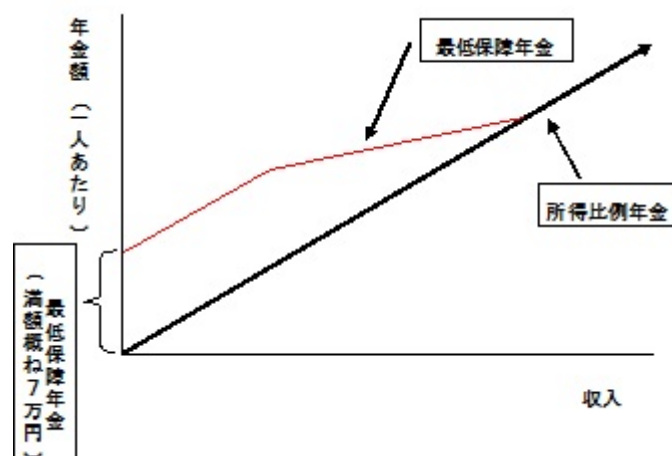
評価すべきは、自公政権時と異なり、現行制度の肯定にとどまらず、新年金制度創設を掲げている点である。少子高齢化、雇用形態の変化、および、貧困問題に対する関心の高まりなど、年金制度を取り巻く経済社会の変化に対し、現行制度のまま根本的に対処するのは限界がある。加えて、複雑になり過ぎた現行制度は、国民にとって理解容易な、シンプルなものへ再構築されるべきであろう。もっとも、それぞれの工程は、重大な問題を含んでいる。

まず、第1工程は、政府が言うような「現行制度の改善」とは必ずしもならない。厚生、共済、国民各年金制度が個別にルーツを持ち、さらに、修正の上に修正が重ねられてきた現行制度は、いわば微妙な均衡の上に成り立っており、今通常国会で法案成立が目指されている諸施策、すなわち、(1) 低所得者への年金加算、(2) 加入期間の短縮、および、(3) パートタイム労働者の厚生年金への適用拡大などのように、さらに修正を加えて、より改善が見込まれるものではない。むしろ、制度の公平性の低下、一段の複雑化など、追加的修正の弊害は少なくない。この点は別稿で指摘した通りである（西沢（2011））。

次に、第2工程で、新年金制度としてスウェーデンの年金制度が想定されており、しかも、スウェーデンの年金制度の正確な理解に基づいていないと推察されることである（図表1-1）。象徴的にあらわれているのが、政府・与党案の「最低保障年金」である。これは、補完給付であるスウェーデンの保証年金（guarantee pension）と普遍的給付であるわが国の基礎年金あるいはカナダのOAS（Old Age Security）との意図的に設計された折衷案というよりは、混同のように見受けられる。

現在、政府・与党に求められているのは、第1工程に関し、真に現行制度の改善となる施策とそうでないものとを仕分けること、および、第2工程に関し、スウェーデンおよびカナダの年金制度の理解を深めた上で、新年金制度の構想を練り直すことであろう。以下、第2工程に焦点を絞り、わが国、スウェーデン、カナダの年金制度を比較することで、スウェーデンの年金制度の特徴を浮き彫りにし、加えて、あるべき新年金制度を考察する。

図表 1—1 提示されている新しい年金制度のイメージ図



(出典) 内閣官房社会保障改革担当室「社会保障・税一体改革成案における改革項目参考資料」社会保障改革に関する集中検討会議 (2011年7月11日)

2. 現行制度の構造と諸問題

現行制度は、政府が説明するようには、明確な2階建てとなっていない(図表1—2)。実態は、厚生年金、共済年金、国民年金の各制度の分立を基本とし、そこから、被用者年金であれば厚生年金、共済年金を給付すると同時に、年金特別会計基礎年金勘定に基礎年金拠出金を拠出している。基礎年金は、給付される際の名称に過ぎず、年金評論家の村上清氏が評したようにいわばフィクションである(村上(1993))。政府は、しばしば、基礎年金の上に厚生年金と共済年金が上乘せされる2階建てのイメージ図によって現行年金制度を説明するが、本当は、2階建ての絵にすることは出来ない。

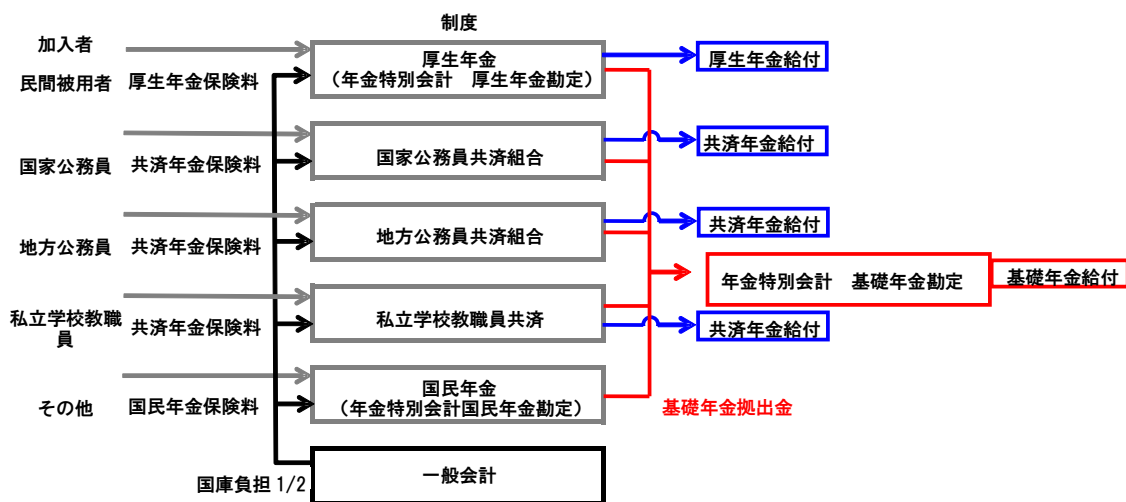
こうした年金制度体系は、それ自体問題を含み、また、年金制度を取り巻く環境の変化への根本的対応を難しくしている。具体的には、(1)被用者の専業主婦の妻が直接的な保険料負担なしに基礎年金の受給権を得ることができる第3号被保険者制度がある。これは、基礎年金拠出金に向き合うことなく、根本的な解決はない。(2)厚生年金に加入し切れていないパートタイム労働者の厚生年金への適用拡大を進めようにも、こうした制度体系が障害となる。いわゆる98,000円の壁である。(3)基礎年金拠出金の2分の1を一般会計が負担しているが、給付が増える一方で税収が落ち込むもと、赤字国債に多くを依存しているのが現状である。

また、(4)現行制度のもとで最低保障機能の強化を進めようにも、年金制度は、拠出原則を採っており、最低保障機能の強化と拠出原則には、矛盾が生じる。(5)満額で月6.6万円、平均で月5.4万円という基礎年金の給付水準も曖昧である。

よって、基礎年金の財源を各制度からの基礎年金拠出金に依存するのではなく、それに相応しい独自の財源とすることが制度改革の重要な指針となるべきであり(村上清氏の言

葉を借りれば、フィクションをリアルなものとする)、政府・与党が掲げる新年金制度が、最低保障年金、所得比例年金それぞれの財源を、税、社会保険料と明確に切り分けている点は、極めて重要な着眼である。

図表 1—2 日本の公的年金のキャッシュフロー～2 階建てとしては、説明できない～



(出典)：日本総合研究所作成

3. スウェーデンの年金制度とわが国への導入可能性

(1) スウェーデンの年金制度の主体は所得比例年金

このように、新年金制度が目指されることは妥当であると評価される。しかし、その新年金制度として、スウェーデンの年金制度が念頭に置かれていること、しかも、それが同国の制度の正確な理解に基づいたものとは考えにくいことには問題がある（よって、新年金制度の目指す方向性に沿うとされる第1工程の意義も危ういことになる）。

そもそも、スウェーデンの年金制度とはどのような制度であろうか。スウェーデンの年金制度は、全国民共通の一元化された制度であり、所得比例年金 (income-related pension) と保証年金 (guarantee pension) とで構成される。所得比例年金が低額にとどまる人に対して給付されるのが一般財源を原資とする保証年金である。

図表 1—3 をみれば、保証年金も一定程度の面積を占めているが、実際には、所得比例年金の補完給付に過ぎない。この点に十分な留意が必要である。2 種類の統計で確認しよう。2009 年の年金給付総額 2,373 億スウェーデンクローナのうち、所得比例年金は 92.0% の 2,182.7 億スウェーデンクローナに及ぶのに対し、保証年金はたかだか同 8.0% の 190.5 億スウェーデンクローナに過ぎない。

また、保証年金の受給者も決して多くない。年金受給者 190.8 万人のうち、保証年金を

受給しているのは 77.1 万人の 40.4%にとどまり、とりわけ男性の場合、保証年金受給者のウェイトは小さく、全男性年金受給者 87.2 万人のうち 15.0 万人の 17.2%が保証年金を受給しているに過ぎない。このように、スウェーデンの年金制度の主体は所得比例年金であり、保証年金はその補完である。

主体となる所得比例年金の保険料率は 18.5%である（16.0%が積立金を持つ賦課方式、2.5%が積み立て方式。いずれも個人勘定）。しかも、これは老齢年金のみの料率であることに留意が必要である。他方、わが国の厚生年金保険料率は 2017 年度以降 18.30%となることが 2004 年改正で決められているが、ここには、老齢年金のみならず、遺族年金、障害年金、および、基礎年金拠出金の費用も入っている。

スウェーデンの年金制度を目指すということは、所得比例年金を主体とする年金制度を目指すということである。わが国の議論において、政府・与党案の最低保障年金の形状および所要財源（最低保障年金に何%の消費税率が必要なかがしばしば与野党間の争点になる）に焦点が集中している状況は、この点に関する認識が欠けていることを示している。

(2) わが国への導入はハードルが高く、かつ、機能しにくい

こうしたスウェーデンの年金制度の認識の上に立ち、では、所得比例年金を主体とする年金制度のわが国への導入を目指そうとした場合、それは、そもそもハードルが高い上、仮に形式上導入したとしても、実際には機能しにくいと考えられる。

主な理由を 5 つあげると次の通りである。(1) 致命的なのは、スウェーデンとわが国の高齢化率の違いである。2050 年の高齢化率(推計値)は、スウェーデン 24.1%、わが国 39.6%である。高齢化率が将来とも低位で推移することが見込まれるスウェーデンにおいても、所得比例年金における新規裁定年金および既裁定年金の毎年の改定率は、賃金上昇率（金融資産の収益率＞賃金上昇率を想定）にとどまっており、収益率の観点からいけば、負担（保険料元本＋受給時点までの金融資産の収益率による運用益）と給付は見合っていない（負担＞給付）。よって、正確には、所得比例年金とは言いにくい。

他方、わが国の高齢化はスウェーデンより格段に厳しく、既裁定年金の改定は 2000 年の年金改正によってそれまでの賃金上昇率から物価上昇率にとどめられ（賃金上昇率＞物価上昇率を想定）、さらに、それでも足りず、2004 年改正ではマクロ経済スライドが導入された。加えて、支給開始年齢の引き下げも取り沙汰されている。収益率の面から、所得比例年金の標榜は難しい。高い保険料率に薄っぺらな「所得比例年金」という看板倒れの年金給付では、被保険者の納得は得にくいだろう。

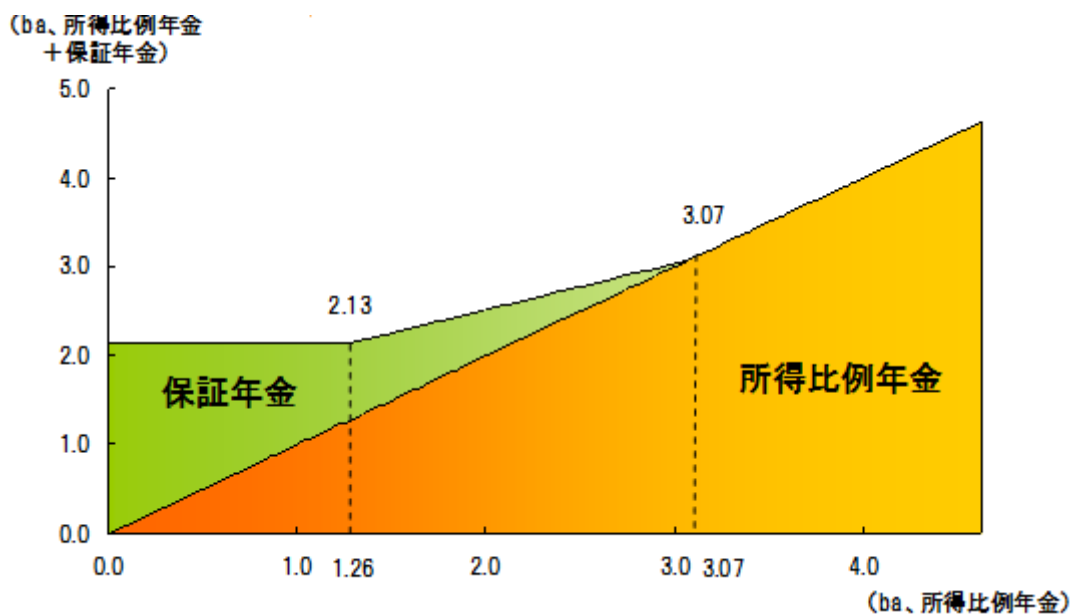
そのほか、所得比例年金を主体とする年金制度が機能するためには、(2) 所得稼得の前提となる雇用機会の存在と公平な労働市場、(3) 出産、育児、失業中などの保険料支払いを約束する現役世代向けの所得保障政策、(4) 所得捕捉体制の整備などが必要であるが、わが国はこの点でも充分とはいえない（詳しくは、西沢（2008））。

さらに、(5) 政府のガバナンス欠如も深刻である。現在のわが国をみると、世代間の利

害調整をはじめとし、政府は制度運営の責務を果たし切れていない。例えば、2004年の年金改正で導入されたマクロ経済スライドがいまだ不発動でも、その状態が放置されたままである。基礎年金の国庫負担割合引き上げ財源も、2009年度以降埋蔵金、すなわち政府資産の取り崩しで賄われている。こうした状況の結果、年金財政における unfunded obligation を計測すれば（2009年度末で厚生年金は690兆円、厚生労働省（2009））、現在、より拡大しているはずであり、財政的ツケは将来世代に先送りされ続けている。

また、現実離れした経済前提に批判が集中した2009年財政検証のように、情報開示の客観性や透明性も確保されていない。このように政府の制度運営におけるガバナンスが欠如するなかで、政府を運営者とする公的年金の規模を拡大するということは、unfunded obligation 拡大のリスクを抱えることにもなる¹。政府から提供される情報が不確かでは、国民も制度に信頼を寄せにくい。年金制度設計の議論のなかで、政治家や官僚批判ということではなく、政策論として、政府の限界をもっと明示的に取り扱うべきであろう。

図表 1—3 スウェーデンの年金給付体系



(注) ba=price-related base amount の略、物価に連動した単位。2010年は、ba=42,400SEK。

(注) 単身の場合。老齢年金のみ。

(出典) Swedish Social Insurance Agency 'Orange Report-Annual Report of the Swedish Pension System 2010'P9 の図表をもとに日本総合研究所作成

¹ スウェーデンの自動収支均衡装置は、そうした、財政的負担を将来に先送りしがちな政府運営のリスクを明確に認識して、それを避けるために導入されたものである。わが国のマクロ経済スライドは、スウェーデンの自動収支均衡装置になぞらえられることもあるが、マクロ経済スライドは、そうした政府運営のリスクを明確に認識したものではないし、実際に機能もしていない。

4. カナダの年金制度

(1) OAS は普遍的給付

では、カナダの年金制度を、OAS (Old Age Security) に重点を置きつつ、みてみよう。カナダも、全国民共通の一元化された制度であるが、制度体系はスウェーデンと異なる(図表1-4)。OAS (Old Age Security) はほぼ全国民に給付される。金額は最大で月 540.12 カナダドル(2012年1~3月期)である。財源は、一般財源であり、保険料拠出要件はなく、居住要件のみが課されている。

このOASは、クローバックの名でわが国も広く知られるように、高所得層の給付が削減されることもあり、スウェーデンの保証年金と同様に見られることもあるが、それは違う。第1に、スウェーデンの保証年金は、所得比例年金の補完に過ぎないのに対し、カナダのOASは、普遍的な給付である。端的にいえば、全員に一定額が給付される年金だ。2種類の統計で確認しよう。まず、年金給付総額644億カナダドルのうち、2階部分であるCPP (Canada Pension Plan) は45%の290億カナダドルにとどまるのに対し、OASは後に説明するGISなども含め55%の354億カナダドルとなっている²。

次に、OASは65歳以上の高齢者にほぼ普遍的に給付され、給付削減されるのは、一部の高所得者に過ぎない。給付が全額ストップされるのは、全OAS受給者の2.3%、一部分ストップされるのは同3.6%、合わせて6.0%に過ぎない。このように、OASは普遍的給付であって、この点、わが国の基礎年金と共通している。

第2に、カナダのOASには、スウェーデンの保証年金のようなインカムテストがない。スウェーデンの保証年金のインカムテストの対象は、所得比例年金のみという極めて緩やかなものではあるものの、インカムテスト自体は存在する。それに対し、カナダのOASは、所得にかかわらず、65歳到達という年齢とカナダへの居住要件によって給付される。カナダのOASは、スウェーデンの保証年金のような補完ではなく、普遍的な、それ自体独立した制度である。

(2) 2階部分としてのCPP

OASとは別に、2階部分として薄いCPPがある。CPPの保険料率は9.9%とスウェーデンの18.5%、わが国の厚生年金の18.3%(2017年度以降)のほぼ半分である。しかも、3,500ドルの基礎控除が設けられており、基礎控除を上回る所得を対象に保険料率が賦課されるため、実効保険料率は9.9%より低くなる。加えて、保険料賦課の所得上限が50,100ドルに設定されている(2012年の数値)。

上にみた、総年金給付に占めるCPPの給付規模に加え、こうした保険料率の低さをみても、CPPは、それ自体が年金制度の主体なのではなく、OAS、次に述べるGIS、および、企業年金とともに、年金制度を構成する柱の1つの位置付けである。

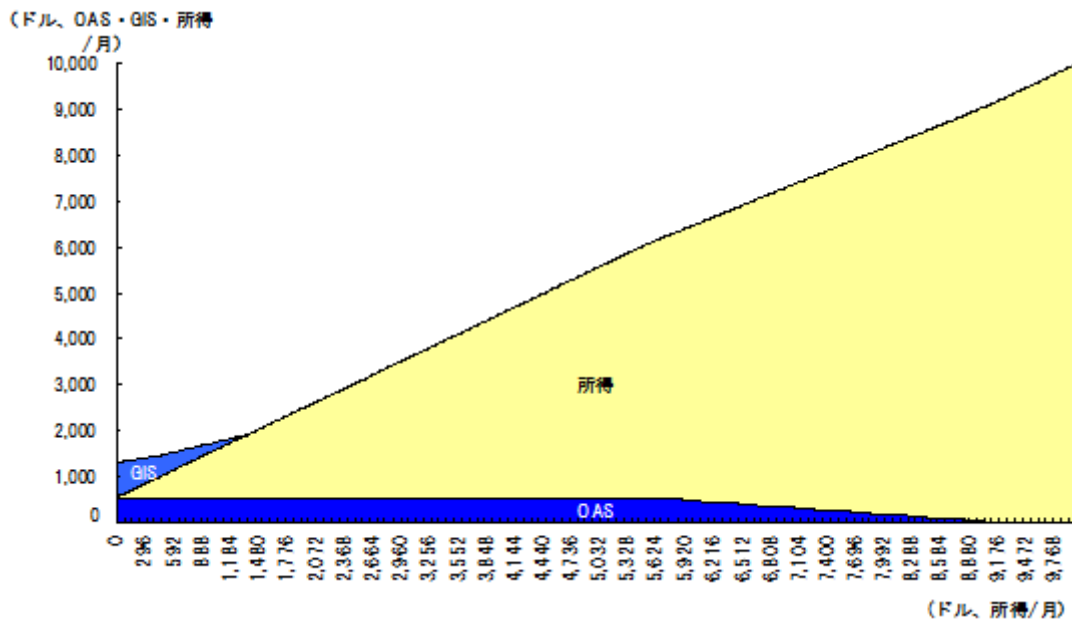
² OAS、GIS、Allowanceそれぞれの内訳は、271億ドル、77億ドル、0.5億ドル。

(3) 所得保証補足給付の GIS

CPP を含む老後の総所得が低額にとどまる人に対しては、GIS (Guaranteed Income Supplement) が給付される。給付額は、最大で月 732.36 ドル (2012 年 1 月-3 月、単身の場合) である。スウェーデンの保証年金同様、広義の年金制度のなかで、老後所得保障を実施するものである。スウェーデンの保証年金と異なるのは、給付額の決定が、CPP のみでなく、CPP を含む総合所得を基に決定されることである。OAS の給付水準自体は決して高くないが、GIS でそれが補われていることになる。

カナダの老齢年金給付額の対 GDP 比は 3.8% (2007 年) と、わが国やスウェーデンよりはるかに規模が小さい (OECD Social Expenditure Statistic)。スウェーデンは 9.0%、わが国は 9.2% である。それでも、カナダの引退世代のなかでの相対的貧困率は、先進諸外国のなかでも最も低いグループに属している。OECD の ‘Growing Unequal?’ によれば、OECD 加盟国の平均 13.5% に対し、カナダは 5.9% である (ちなみにスウェーデン 6.2%、日本 22.0%)。公的年金制度が取り組む課題は、貧困問題ばかりではないとはいえ、この観点からみれば好パフォーマンスをあげているといえる。

図表 1—4 カナダの OAS と GIS の給付体系



(注) 単身の場合、2012 年 1 月—3 月の数値

(出典) Service Canada のホームページ掲載資料をもとに日本総合研究所作成

5. 政府・与党の新年金制度の再確認

以上を踏まえて、政府・与党案を再確認してみよう。図表 1—1 のように示されるイメージ図は、スウェーデンの保証年金とも、カナダの OAS を所得比例年金の上に移動したものとつかない形状になっている。他方、新年金制度に関する説明文は、スウェーデンの年

金制度が強く意識されている（図表 1—5）。例えば、年金額を平均余命で割る算出方法、最低保障年金のインカムテストの方法、および、所得比例年金の保険料率の高さなどにそれは象徴的にあらわれている。

ちなみに、保険料率 15%は現行制度の 18.3%（2017 年度以降）と比べ、表面上抑えてあるようにもみえるが、実際は高い。現行制度の 18.3%は、老齢厚生年金、遺族厚生年金、障害厚生年金、および、基礎年金拠出金すべての費用を含んだ料率である。このうち、基礎年金拠出金は 5%程度であり、老齢・遺族・厚生年金保険料率は 13%程度である。この 13%のなかから老齢年金を取り出せば、さらに料率は小さくなる。

他方、最低保障年金の給付対象者が、イメージ図のみならず、説明文からもかなり広範にとられていることがうかがわれ、この点は、スウェーデンの保証年金とも異なり、むしろ普遍的給付の側面もあるようにみえる。冒頭述べたように、意図的な折衷案といよりも、混同のように見受けられる。

図表 1—5 政府・与党の新年金制度の説明文

<p>4. 年金</p> <p>I 新しい年金制度の創設</p> <p>○ 「所得比例年金」と「最低保障年金」の組み合わせからなる一つの公的年金制度にすべての人が加入する新しい年金制度の創設について、国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、引き続き実現に取り組む。</p> <p>〈所得比例年金(社会保険方式)〉</p> <p>○ 職種を問わずすべての人が同じ制度に加入し、所得が同じなら同じ保険料、同じ給付。</p> <p>○ 保険料は 15%程度(老齢年金に係る部分)。</p> <p>○ 納付した保険料記録を積み上げ、仮想の利回りを付し、その合計額を年金支給開始時の平均余命などで割って、毎年の年金額を算出。</p> <p>〈最低保障年金(税財源)〉</p> <p>○ 最低保障年金の満額は 7 万円(現在価値)。</p> <p>○ 生涯平均年収ベース(=保険料総額)で一定の収入レベルまで全額を給付し、それを超えた点より徐々に減額を行い、ある収入レベルで給付額はゼロ。</p> <p>○ すべての受給者が、所得比例年金と最低保障年金の合算で、概ね 7 万円以上の年金を受給できる制度。</p> <p>☆ 国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、平成 25 年の国会に法案を提出する。</p>

(出典)「社会保障・税一体改革素案」より抜粋

6. 新年金制度移行のオルタナティブ

(1) 本稿の基本認識

改めて、本稿の基本認識を整理すれば、次の通りである。

- ① 現行制度は、明確な 2 階建てにはなっていない。基礎年金は各制度からの基礎年金拠出金を通じたフィクションである。こうした現行制度のもと、年金制度を取り巻く諸環境の変化に根本的に対応するのは限界がある。
- ② よって、政府・与党の掲げる新年金制度創設という方向は妥当である（ここまでは、政府・与党案と認識を共有）。
- ③ 但し、新年金制度として、政府・与党が念頭に置くスウェーデンの年金制度をわが国に導入することは、ハードルが高い上、導入したとしても恐らく機能しない。新年金制度のオルタナティブが必要である。

(2) 政府・与党の新年金制度創設のオルタナティブ

そこで、新年金制度創設という方針のもと、スウェーデンの年金制度ではなく、カナダの年金制度を参照する方法を考えよう。その具体的なイメージを述べて、本稿を締め括りたい（詳しくは、西沢（2008））。

第 1 に、わが国の基礎年金もカナダの OAS もともに普遍的給付であることに着目する。加えて、給付水準も、わが国の基礎年金は、現在価値で月 4.8 万円かあるいはそれ以下にまで低下させなければ、現在想定する保険料と国庫負担割合では財政的に維持困難である。基礎という名を冠するには、貧弱過ぎる給付内容である。給付水準の低さはカナダの OAS も同様である。

戦略としては、マクロ経済スライドを、デフレ下でも機能させることとし、給付水準を確実に引き下げていく（これは 2004 年改正の既定路線でもある）。財源は、基礎年金拠出金ではなく、全額一般財源とする。

その際、厚生年金保険料率は、基礎年金拠出金がなくなる分、引き下げられることとなる（よって、国民負担全体でみた場合、大きく変わることはない）。厚生年金保険料率が下がることによって、これまで企業が負担していた保険料の事業主負担が減るという批判がなされるが、労働分配率が一定であれば、賃金となって労働者に還元されるという回答だけでは納得が得られないのであれば、次の施策が考えられる。

① その分、パートタイム労働者を広く厚生年金に加入させるための原資とする。すなわち、保険料率を下げた分、課税ベースを拡大することで（現在の標準報酬 98,000 円の壁を取り払う）、それまでの事業主負担分を形を変えつつ維持する。

② 組合健保や協会けんぽの保険料率引き上げに備える。高齢化率の上昇とともに、後期高齢者支援金および前期高齢者納付金の増大によって、健康保険料率が引き上げられていくことは必至である。厚生年金保険料の事業主負担が減る分を健康保険に充てる。

③ あるいは、もっと単純に、厚生年金保険料率を労使折半ではなく、事業主負担のウェ

イトを高くする。

第 2 に、厚生、共済、国民各年金のうち、厚生年金と共済年金は、基礎年金への明確な上乘せとする。厚生年金保険料は、厚生年金給付のみに充てられる。もっとも、収益率の観点からいえば、負担（保険料元本＋受給時点までの金融資産の収益率による運用益）と給付は見合っていない（負担＞給付）。この上乘せ年金も、デフレ化のマクロ経済スライドの適用をはじめ、給付水準の抑制を徹底し、それによる給付水準の低下を補うため、日本版 IRA（森信茂樹論文）の拡充を急ぐこととする。

他方、国民年金は廃止となる。自営業者や農林漁業者を強制的に 2 階部分に加入させることはしない。高齢化率が高まるなか、賦課方式の所得比例年金に加入するメリットがそもそもないのが最大の理由である。これらの人は、現行どおり、任意で国民年金基金、中小企業退職者共済（中退共）、小規模企業共済などに加入することとする。

第 3 に、日本版 GIS を時間をかけて導入し、最低保障機能を担わせる。その際の、所得テストの対象となる所得は、老後の総合所得とする。スウェーデンのような所得比例年金のみよりは、包括的な所得テストとなる。この際、必要となるのは、次のような税務行政の整備である。1 つは、金融資産所得の捕捉体制の整備である。2 つめは、全国民による国税庁への確定申告である。現在、わが国では国税の課税最低限に達しない人は、国保保険料の課税資料として、市町村に簡易申告を行っているが、これを市町村ではなく国税庁に対して、全国民が行うようにする。3 つめは、クロヨン問題への一応の目途をつけることである。

これらの税務行政の整備は、GIS のみならず、今後さらなる消費税率の引き上げが必至ななかで、政府・与党も表明するように、カナダの GST クレジットを範とした給付付き税額控除によって低所得層の消費税負担を軽減しようとする場合にも、全く同様に必要となってくる。こうした税務行政の整備状況に合わせて GIS を導入していく。

第2章 公的・企業・私的年金のバランスのとれた改革を

～自助努力支援の個人型年金積立金非課税制度(日本型 IRA)の提言³～

森信 茂樹

1. 自助・共助・公助

年金制度など社会保障の基本的な考え方は、自助・共助・公助をバランスよく組み合わせることで社会保障制度を作ることにより、公平でかつ効率的な制度を作り上げることである。

これまでのわが国の政策をみると、感覚的にいえば、小泉政権時代は自助努力の必要性が説かれその方向での政策が打ち出されてきたが、民主党政権に代わって、公助が強調され、多くの税財源をつぎ込む方向での政策議論が華やかになってきた。しかし、公助には莫大な税金の原資が必要となる。社会保障・税一体改革を進めていく中で、今以上の税財源を年金に投入することは世代間の公平の観点からも難しい。また、手厚すぎる控除は、モラルハザードをもたらす可能性がある。

そこで、公助の役割は、必要最小限度にとどめ、それに代わるものとして、国家が何らかのインセンティブを付けて「自助を支援する」という政策を考えていく必要がある。年金制度でいえば、個人が自助努力で将来の老後の生活設計のために蓄えを行うこと(いわゆるネスト・ビルディング)を、国家が税制で支援するのである。税制の支援とは、年金の積立時、運用時、給付時の税負担を軽減することにより、年金積立てにインセンティブを付加するということである。

図表 2—1 は、わが国の年金制度の概要であるが、基礎年金部分(1階部分)、厚生年金部分(2階部分)、企業年金部分(3階部分)、私的年金部分(4階部分)に分けられ、本稿で議論するのは、3階部分と4階部分である。

³「日本版 IRA(個人型年金積立金非課税制度)導入の提言」(FUND MANAGEMENT 2011 年新春号)「個人型年金積立金非課税制度(日本版 IRA)の検討開始を」(季刊個人金融 2010 冬)「財政再建の道筋」第5章「社会保障・税一体改革の視点——年金改革は個人の自助努力支援と組み合わせて」(NIRA 研究報告書 2011 年 4 月)を発展的に集大成した内容である。

図表 2—1 年金現行制度のイメージ



(出典) 金融税制委員会

年金についての税制優遇を考える場合には、年金の積立時（拠出時、入口）、運用時、給付時（出口）という 3 つの段階において、課税（Taxed）か非課税（Exempt）かがポイントとなる。世界的に見て、年金の優遇税制（課税繰り延べ）の方式には、大きく分けて、EET 型（Exempt-Exempt- Taxed、拠出時・運用時非課税、給付時課税）と TEE 型（Taxed-Exempt - Exempt、拠出時課税、運用時・給付時非課税）の 2 つがあり、適用限界税率が同じという仮定の下では、双方の実質的経済価値、つまり税引き後資産残高は等価である。

図表 2—2 は、先進諸国の年金税制を比較したものであるが、わが国の年金税制が EEE となっていることが注目される。

これらのことを念頭に置いて、諸外国の年金制度を参考にしつつ、自助努力による年金について考えていきたい。

図表 2—2 先進国の年金税制比較

	米国 (※1)				日本 (※2)			イギリス (※2)	ドイツ (※2)	フランス (※2)
	公的年金	401k	通常型 IRA	ロス IRA	公的年金	日本版 401k	その他の企業年金 (厚生年金基金・確定給付企業年金等)	公的年金	公的年金	公的年金
(課税方式)	(TEE)	(EET)	(EET)	(TEE)	(EEE)	(EEE)	(EEE)	(TET)	(EET)	(EET)
積立時	課税	非課税	非課税	課税	非課税	非課税	非課税	課税	非課税 (※4)	非課税
運用時	非課税	非課税	非課税	非課税	非課税	非課税	非課税	非課税	非課税	非課税
給付時	非課税 (※3)	課税	課税	非課税	非課税	非課税	非課税	課税	課税 (※5)	課税 (※6)

(出典) 財務省資料をもとに筆者作成

2. 米国の年金改革

米国は、小さな政府を標榜・実践する国家であり、公的年金・企業年金・私的年金を多様に組み合わせることにより、バランスのとれた年金制度とする政策をとってきた。連邦政府が運営する公的年金は、Social Security と呼ばれ、企業年金、個人年金は Pension と呼ばれる。公的年金の財源は、社会保険税で労使半々で負担、財政方式は賦課方式である。ベビーブーマーの給付が始まる 2008 年ごろから財政が悪化し、2050 年ごろには財源が枯渇してしまうという問題を抱えている。

この手厚いとはいえない公的年金を補うのが、税制優遇のある企業年金と個人年金である。企業年金は、確定給付型年金 (Defined Benefit Plan = DB) と確定拠出型年金 (Defined Contribution Plan = DC) との 2 つがあるが、近時は DC(確定拠出)方式にシフトしてきている。DC の代表的な年金である 401k は、勤労者が給与天引きにより拠出し、所得控除される。企業は、勤労者拠出額の範囲内で掛金を追加拠出 (マッチング拠出) することができ、損金経理が認められる。このマッチングシステムが、優位な人材の確保、引止めに使われている。掛金の運用は企業が提供する投資信託などの運用商品の中から従業員が自己責任において選択し、運用益は掛金と同様給付時まで課税が繰り延べられる。雇用者は退職時に、一括あるいは年金で引き出せる、通常所得として課税される。

さらに加えて、自営業者や企業年金のない被用者を中心に、老後の資金を積み立てる受け皿となる機能を持つ多様な個人年金として、個人退職勘定 (Individual Retirement

Account、以下 IRA)、ロス個人退職勘定 (Roth IRA、以下ロス IRA)、自営業者退職制度 (キオプラン) の3つがある。

IRA は、①企業年金等でカバーされない自営業者あるいは小規模用者等に対して税の恩典のある退職貯蓄口座を提供すること、②401k等の口座保有者が転・退職した場合の受け皿 (振替) を提供する役割を持っている。

年金税制については、公的年金 (OASDI) は TEE 型がとられている中で、年金課税は強化されてきた。企業年金は、TEE 型が基本原則であるが、401kについては、拠出時に所得控除、引出し時には、運用益を含め全額課税 (EET 型) となっている。

IRAは、拠出時非課税、運用時非課税、引き出し時課税となるEET型の通常IRAと、税引き後所得から拠出し、引出し時に非課税となるTEE型のロスIRA型の2つがある。通常IRAは、拠出は年間5000ドルまたは年収の100%の小さい方まで所得控除ができる。ただし、企業年金への加入者は、年収5.5万ドルを超えると、所得控除に制限がかかり、6.5万ドルでゼロになる。運用益は非課税で、給付は、59.5歳未満で給付開始要件を満たさない引き出しに対して10%のペナルティー課税が行われる。給付時には、通常所得として所得税が課せられる。

ロスIRAは、拠出は税引き後所得から行われ、通常IRAと合わせ年間5000ドルまでという上限がある。拠出については、10.5万ドルを超えるとフルに積み立てることはできず、12万ドルでゼロになる。運用時は非課税で、税引き後拠出分は非課税である。給付要件を満たさない引き出しは、10%のペナルティー課税となる。

このように、個人年金に対して税制優遇をすることにより、老後の生活の自助による備えを奨励し、全体としての年金制度を維持しているのである。

3. 欧州諸国の動向

欧州では、2000年に入ってから、現行の年金制度が持続可能かという観点からの改革議論が進み、自助努力を促す方向での改革が、英国、ドイツ、スウェーデン等で行われた。

英国から見ていくと、公的年金 (基礎年金+付加年金)、企業年金、個人年金で構成されている年金制度について、私的年金 (企業年金・個人年金) の拡充を図ることにより公的年金制度の肥大化を防ぐ政策がとられてきた。

(1) 英国の年金制度

代表例は、ブレア政権下の2001年に導入された、全国民を対象とするステークホルダー年金である。これは、企業年金の持つ経済性・安全性と個人年金の持つ柔軟性を組み合わせた確定拠出型の年金で、政府が年金の枠組みや最低基準を設定し、実際の運営は民間部門が行うというものである。被用者のみならず自営業者、企業年金を提供していない事業主、企業年金だけでは不足する中所得の被用者も加入することができる。

2012年からは、確定拠出型企業年金や個人年金等の適用除外制が廃止されたうえに、国

民の自助努力による新たな個人年金勘定 (personal account) の導入を柱とした新年金制度「NPSS (national pension savings scheme)」が導入されることになっている。NPSS は、被用者が自動的に加入させられ、「税引き後」給与の 8%を毎月拠出することとなっており、「可能な限り私的年金へのシフトを目指したもの」とされている。

年金税制をみると、ステークホルダー年金は、拠出時非課税、運用時非課税、給付時課税の EET 型で、退職時に積立金の 25%までは非課税で一時金として受け取ることを認めている。個人年金は、適格個人年金 (Appropriate Personal Pension, APP) と言い、EET 型となっている。2006 年度から、老齢所得安定化のために既存の複数の税制を企業年金・個人年金を含めた新たな年金制度に一本化が行われ、事業主負担分を含めた税制優遇適用の生涯退職貯蓄上限額 (lifetime allowance : 2006 年度 150 万ポンド) と、税制優遇適用の単年度上限額 (2006 年度年間 21.5 万ポンド) を設定し、この枠内で、個人による税制優遇適用となる年金への年間拠出限度額 (年間 3,600 ポンド) を設定している。

(2) ドイツの年金制度

ドイツでも、少子高齢化の進む中で、公的年金を縮小するとともに、それを補完するために個人年金と企業年金の充実を図る年金改革が行われてきた。有名なのは、2002 年に導入されたリースター年金制度である。年金改革の基本的な目的は、保険料負担と年金給付額の抑制を行い、給付水準の低下を補うために、新たな私的年金 (リースター年金) を導入することであった。

リースター年金は、積み立て方式の企業年金または個人年金で、任意加入である。公的年金加入者とその配偶者を対象としており、加入者は、適格商品である年金保険、銀行保険、投資信託などの選択をして契約する。

税制支援措置としては、拠出時に政府からの助成措置 (助成金と所得控除) があり、支給時には助成金を含む元本全額が保証される。助成金には、加入者本人に対して支払われる基礎助成と、世帯単位で子供一人に対して支払われる児童助成の 2 つがあり、助成金の上限は、2008 年以降は最大で 154 ユーロ、児童助成は 1 世帯につき子供一人当たり 185 ユーロ (2008 年以降は一人当たり 300 ユーロ) である。

また、本人拠出と助成金を組み合わせた積立金は、拠出時非課税、運用益非課税、支給時に所得税率に応じて課税される。さらに、2100 ユーロの年間拠出上限額を超える拠出も認められており、その場合、運用益は非課税、給付時も半分が非課税となる EET 型である。

積立限度額は、所得の 1%から 4%(2008 年)に段階的に引き上げられ、賃金代替率は 48%が見込まれている。この制度を通じて、投資信託が多くのドイツ国民にとってなじみ深い金融商品となったといわれている。

4. わが国企業年金の問題点

わが国の年金制度はさまざまな問題を抱えている。公的年金は、マクロ経済スライドを

通じた給付額の抑制、人口減少による持続可能性の問題が指摘されている。

また、企業年金については、制度間の資産の移管（ポータビリティ）が限定的で、企業間・雇用形態間における公平性の問題があり、年金制度の所管省庁が分散し制度がばらばらに設計され、制度によって税制上の取り扱いが異なるなど多くの問題を抱えている。これらの問題を解決する手段として導入された個人型確定拠出年金制度（日本版 401k）は、加入者も少なく、事実上その役割を十分果たしているとは言い難い状況にある。その原因のひとつは、わが国の優遇しすぎる年金税制にある。つまり、3 階部分である日本版 401k の税制優遇は、EEE（最後の E は実質非課税）と優遇度合いが高いことから、この商品性改善に対しては、税制当局の強い反発（適用拡大に伴い税収減が拡大する、そもそも金持ちの貯蓄優遇制度であるなど）がある。（前述図表 2—2 参照）

そこで、日本版 401k の年金税制を、入口か出口どちらかで課税する方法に改めると同時に、雇用者間・企業間での不公平が生じないように商品内容を改善することがベストの政策である。しかし、401k の税制優遇を一部廃止することは、既得権の問題から容易ではない。そこで、この際企業年金から離れ、新たに米国（ロス）IRA に範をとった個人型の年金積立金非課税制度（日本版 IRA）を構築し、自助努力での老後の生活準備を支援することを提言することとした。

5. 個人年金積立金非課税制度（日本版 IRA）の導入を

新たに、以下のような内容を持つ自助努力で資産形成する個人型年金非課税制度（日本版 IRA）を作ることにより、企業倒産による影響やポータビリティの問題、正規雇用と非正規雇用間の雇用形態の不公平の問題、加入者の拡大の問題、さらには世代間の不公平の問題の解決が図られる。

具体的な内容は以下のとおりである。

- ・ 公的年金・企業年金を補完し、自助努力で老後の資産形成を形成するため、個人単位の年金積立金非課税制度（日本版 IRA）の創設を、わが国のこれまでの企業年金における税制優遇とは切り離す形で創設する。
- ・ 適用対象者は、国内に住所を有する個人で、年齢が 20 歳以上 65 歳未満の者を対象とし、職業や所属企業の区別なく、一律に適用する。運用方法・対象商品は、金融機関に専用の口座を開設することにより行う。現在進みつつある金融所得一体課税・特定口座制度と平仄を合わせた制度設計とする。
- ・ 5 年以上の管理・運用を行ったうえで、60 歳以後、定期にわたって払い出しを行うことを金融機関との間の契約とする仕組みとする。上記要件に違反した場合、払い出しをした日以前 5 年以内に生じた個人年金資産の運用益に対して遡及課税を実施する。ただし、医療費や介護関連の支出といったやむを得ない場合は除く。

- ・ 拠出限度額は、年間 120 万円程度をめどとする。使い残しは翌年以降に繰越し可能な制度とする。導入時期は、証券優遇税制が終了し金融所得一体課税が促進される 2014 年を目途とする。
- ・ 既存の企業年金との整合性を図り、将来的な整理統合も視野に入れる。年金原資を現在価値で新制度に移管できる仕組み等、資産移行を円滑に進める方法も検討する。
- ・ 旧政府税制調査会は、金融所得課税の更なる一体化の推進、老後の資産形成に向けた自助努力の支援、社会保障を補完する自助努力の支援という方向性の下で、企業年金、確定拠出年金等の抜本的な見直しを検討することを検討課題としてきており、その意味では、日本版 IRA の創設は、これまでの政府の方針とも整合性がとれている。

6. 税制優遇は TEE 型で

最大の課題は、年金税制をどう設計するかという点である。その際には、諸外国の例にみられるように、拠出段階か給付段階のいずれかで課税することを容認する必要がある。つまり、年金税制として、拠出時非課税、運用時非課税、給付時課税の EET 型か、拠出時課税、運用時、給付時非課税の TEE 型のいずれかにする必要がある。前述したように、EET 型と TEE 型の実質的な経済的価値（納税額及び税引き後資産残高）は、適用税率が同じであれば同値である。もっとも、使い方によっては双方に様々な違いがあり、そのメリットデメリットを比較する必要がある。

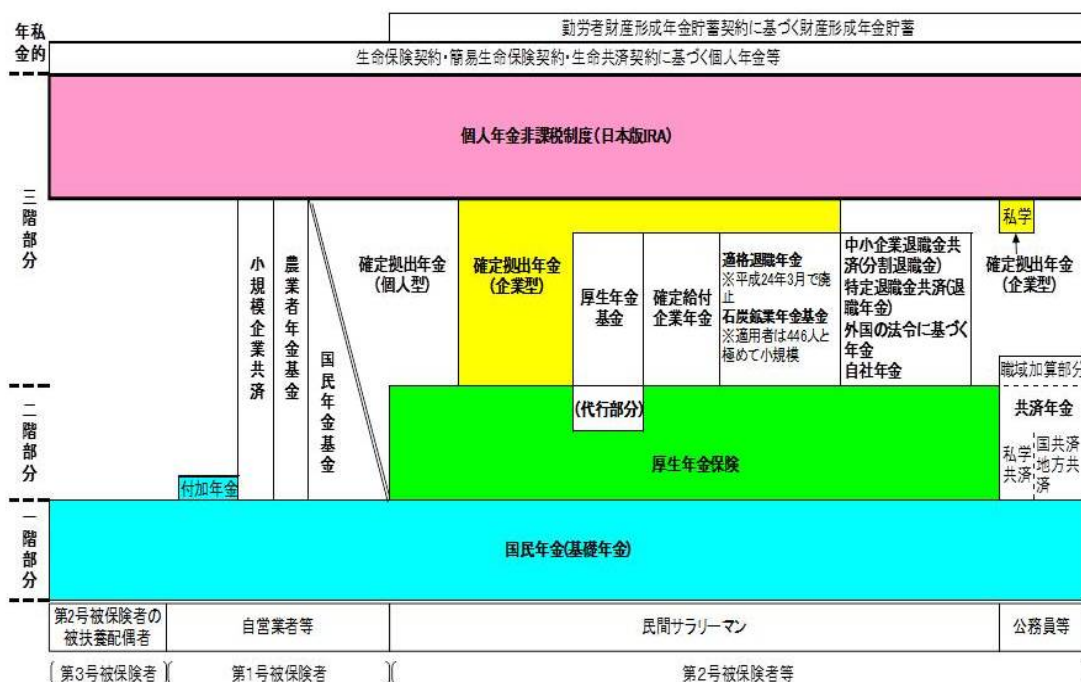
TEE 型には、次のようなメリットがある。第 1 に、税引き後から拠出する制度は、貯蓄に対する税制として、簡素で明瞭で、受け取った税引き後所得の中から拠出するため、拠出額をコントロールしやすい。第 2 に、制度導入時は減税が生じないので財政負担が軽くなる。このため、我が国の財政状況を考えると、政治的に魅力的な選択肢となる。

他方 EET 型のメリットとしては、将来年金を受け取る際には、基本的に勤労所得がなく、適用税率が低いので、積立時に税制優遇がある ETT 型の方が有利となりがちである。しかし、新たな所得控除を設けることは、税制当局の理解を得にくく、また、所得控除は高所得者ほど有利になるので、金持ち優遇と非難されるという問題がある。さらには、給付時の税制として、公的年金等控除の対象に加えるべきだという政治的圧力にさらされがちで、年金税制として問題の多い EEE 型になる可能性があるという問題がある。

そこで、新たな個人型年金貯蓄非課税制度を導入するには、TEE 型の課税方式（拠出時課税、運用・給付時非課税）とすることが望ましい。

図表 2—3 は、日本版 IRA を導入した場合の全体像のイメージである。

図表 2—3 日本版 IRA のイメージ図



(出典) 金融税制研究会 平成 22 年 8 月 4 日金融庁金融税制調査会筆者提出資料

7. まとめ

日本版 IRA の提言の必要性を整理すると、以下ようになる。

第 1 に、年金のありかた論である。わが国の企業年金、とりわけ 401k には、使いにくく、加入者が制限されるなど公平性の観点から大きな問題がある。その背景には、積立時・運用時非課税、給付時実質非課税 (EEE) という税制優遇が商品性を制約しているという事情がある。

また、個人の自助努力を重視することも重要な課題である。欧米では、公的年金への支援から、自助努力での老後積立への支援へと政策が転換してきている。高齢者の収入源を国際比較してみると、わが国の高齢者世帯が公的年金に依存する割合は 80% と高いが、米国や英国では、私的年金が世帯の所得を大きく補充している。積立方式の年金制度を新たに導入することは、世代間の公平の確保にもつながる。(図表 2—4)

図表 2—4 各国の高齢者世帯の所得に占める私的年金の割合



※イギリスの公的年金には、その他社会保障給付の額も含まれている。

(出典)「老後生活資金としての公的年金と私的年金 —国際比較で見た高齢世帯の実態」(2010 ニッセイ基礎研究所)

第 2 に財源論である。社会保障・税一体改革・消費税率引き上げの議論では、年金の効率化をさらに進め、消費税率引き上げ分が財政再建に回る部分を多くする必要がある。そこで、限られた公費を有効に活用するという観点からは、わが国でも、日本版 IRA の導入などの私的年金制度を充実させることにより、公的年金への歯止めなき財政支出・国民負担増を軽減する必要がある。

第 3 に、経済活性化対策である。わが国にはいまだ豊富な個人金融資産があり、それを経済活性化に使うことが必要だ。日本版 IRA と金融所得一体課税を組み合わせ、資本市場の活性化につなげるような工夫を行えば、経済活性化にも役立つ。米国でも、IRA が 80 年代から 90 年代を通じて、個人貯蓄の運用が、預金から投信や投信以外の証券へとシフトしていく役割を果たしており、総合的に検討していく必要がある。

最後に、このような個人の一定期間の積立に税制優遇を行う制度は、医療や介護、さらには教育の分野での活用も可能であるということである。少子高齢化のもとで、早晚医療や介護についても賦課方式の保険制度は立ち行かなくなることが目に見えており、それを防止するためにも、医療 IRA、介護 IRA といった積立制の導入を検討する時期に来ている。

第3章 医療給付の効率化に向けて

須賀 千鶴

1. はじめに

我が国は、社会保障の効率化なくして社会保障の拡充もなしえない厳しい財政事情の下にある。国民の医療サービスへのアクセスを保障しつつ、少子高齢化のもと持続可能な医療保険制度を実現するためには、社会保障・税一体改革のなかで、医療給付の効率化のための施策を包括的に実施する必要がある。

医療給付の効率化にあたっては、医療市場の特殊性を十分にふまえ、医療サービスの供給主体・需要主体双方への適切な規律づけを通して、医療制度全体の効率的運用を目指す必要がある。

2. 医療市場の特殊性

医療市場の特殊性は、経済学でいう「市場の失敗」の条件が全て揃っているところからも明らかである。医師と患者の間にある情報の非対称性、医療の公共財的性格、外部不経済と供給制約の存在、その全てが医療保険の効率的運用を阻害する。医療市場においては、利益を最大化するために購買力や治癒率の高い患者を優先的に治療することは社会的に不適切とみなされ、資源配分の非効率が生じる。治療の質や成果の評価も一様ではない。医療市場においては、自由な競争は必ずしも効率をもたらさない。

筆者は2009年まで米国のビジネススクールウォートン校で医療経営を専攻したが、あらゆる経済活動は自由競争により最も効率化すると信じるMBAでさえ、医療に関しては競争が解だとは教えなかった。OECDもその報告書で、「医療保険制度の競争原理を持ち込むことは、市場の失敗、公平性と効率性のトレードオフ、保険料を払えない契約者の存在を考えれば課題の多い改革である」としている。

とはいえ、政府統制は非効率の温存につながるとして、各国は、市場の失敗を補いつつ適度な競争原理を導入すべく、医療制度改革の試みを続けている。ここでは、諸外国が実際に採用している医療効率化の手法を調査し、その試行錯誤に学びつつベストプラクティスを抽出することで、我が国の医療制度がとりうる選択肢を検証してみたい（文末別表参照）。

(1) 「賢い消費者（cost conscious purchasers）」間の適度な競争

医療サービスの効率的な調達を実現するために、医療コストに敏感な「賢い消費者」を育成し、それらを適度な競争環境に置くことで、強い立場にある医師・医療機関との交渉

にあたらせる手法は、英国、ドイツ、オランダ等が採用している。

英国では、1991年に保守党サッチャー政権が、医療の政府統制を批判して内部市場「Internal Market」を創設し、家庭医と各地域の保健当局に「賢い消費者」の役割を期待して予算枠を与え、医療機関との交渉にあたらせた。しかし、行き過ぎた競争の結果、医療の質は劣化し、改革は失敗した。そこで、1997年以降、労働党政権は「Internal Market」を廃止し、代わって地域別のプライマリーケアトラスト（PCT）を「賢い消費者」として予算枠を与え、域内の医療計画策定、医療機関との交渉、収益の再投資等を含めた経営を一任してきた。ところが2010年、キャメロン政権は、喫緊の財政難を背景に、プライマリーケアトラストを2013年3月までに全廃することを含む「2011年健康社会保険法案（Health and Social Care Bill 2011）」を提出した。法案では、非効率を解消し地域の裁量を拡大するため、プライマリーケアトラストの機能は家庭医が引き継ぐこととされているが、現在、多くの批判を受けて審議は停止している。

「賢い消費者」が機能する条件は、①疾病リスクの低い若者も含めて保険加入が義務化され、ある程度の規模のリスクプールが存在すること、②保険者が患者の質ではなく医療の質を巡って競争する環境を整備すること、の2点である。

①については、例えばドイツでは被保険者は保険プランを自由に選択できることとなっているが、若い世代が保険料率の低い民間保険に流れ、高齢期に疾病リスクが高まってから手厚い公的保険に戻る動きを制限するため、公的保険は一度抜けたら戻れない仕組みとしている。この観点からは、リスクプールは大きいほど良く、日本の「皆保険制度」には合理性がある。

②については、オランダとドイツの試みが参考になる。オランダでは、保険者は、同一給付同一価格の定額保険料方式を採用し、既往症などのリスクによって被保険者の受け入れを拒否することができない。このように保険者間の患者を巡る競争を制限する一方、医療機関との交渉範囲は総病院費用の10%から34%へと拡大し、入札、医師の評価、医療機関の指定等を通じて保険者の「賢い消費者」としての機能を強化している（Diagnosis Treatment Combination System）。この保険者と医療機関の緊張関係を背景に、保険者は5つの企業グループへと統合が進み、医療機関もクリニックは淘汰されて病床数120以上の大病院への統合が進んでいる。

また、ドイツでは、かつて保険プランの変更は割高で、複数の保険者間に事実上競争はなかったが、1996年に公的保険の自由選択制が導入され、2002年より8週間前の予告で随時変更が可能となった。民間保険についても2009年より積立金持ち出しが自由化された。一方、これらの保険者間の競争促進策により患者の選別が過度に進んだため、現在、保険料率を一律に固定し、保険の統合を進めている。

そして、オランダとドイツに共通して重要な機能を果たすのが「リスク構造調整金」で

ある。オランダでは、国が徴収する所得比例の保険料を、リスク構造調整システムにより、患者一人当たりの疾病リスクに応じた予測医療費として各保険者に分配する。ドイツでも同様に、公的保険間でリスク構造調整金（RSC transfers）を導入している。このリスク調整が完全になされれば、保険者が疾病リスクの高い患者を忌避するメリットは失われ、保険者の努力を患者の選別から医療機関との交渉に振り向けることができる。今後、医療データの IT 化が進展し、より多くのデータが蓄積されれば、リスク調整の精度は飛躍的に向上し、「リスク構造調整金」の機能はより強化されていくと見込まれる。

(2) 適切な給付範囲・水準の設定

医療保険の給付対象は国によって様々だが、とりわけ、長期入院、重度障害者治療、介護、終末期医療等の高コストな長期ケアをどのように急性期医療と機能分化させ、連携させるかが重要となる。

英国では、有料の介護・福祉から原則無料の医療へと患者が流れ、救急患者の待機時間が長期化しているとの批判がある。逆に、オランダの場合、急性期医療については民間保険会社に公的保険制度の運営を任せ、給付範囲を絞る等の効率化を推進してきたが、引き続き政府統制の下にある長期ケア（AWBZ）は全額償還されるため、多くの患者が AWBZ に寄せられて全体として医療費が急増しており、急性期医療への一本化を含む改革が求められている。

諸外国においても、給付範囲は原則として絞りこむ方向の改革がなされてきているが、薬価に関しては、時にコスト増につながる制度変更がなされている。例えばドイツでは、保険者が医師会と交渉して価格を決定する際に参照価格制（reference pricing: 基準価格との差額は患者負担とする制度）を採用しており、薬価管理に有効に機能していたが、1996年以降、特許薬がその対象から除外されている。ジェネリック薬の普及に貢献した薬価総額管理制度も 2001 年に廃止された。また、英国では、製薬会社の収益に設けられていた上限が公正取引委員会の勧告により撤廃されている。

薬価管理の手法として、日本やフランスのように参照価格制を維持している国がある一方で、英国、カナダ、イタリア等では、「試用期間に薬の効果がなければ製薬会社が費用を負担する」といったリスク分担契約を製薬会社と結ぶ手法がとられている。

また、新薬の消費者向け直接広告（DTC）も、規制がないのは米国、ニュージーランドなどごく一部であり、多くの国は広告自体を規制するか、英国のように広告費の費用計上を制限するなどの措置を講じている。

(3) 効率化をサポートするデータの蓄積・分析・提供

医療の効率化を支える取組として、①診療データの記録・蓄積・分析、②過剰診療（Overusers）の監視、③先端医療技術等の評価が重要となる。

①について、例えばドイツでは、保険者が共通フォーマットで診療データを集約し、その分析に基づいて病院への指導や患者への開示がなされている。英国では、国家患者安全機構（NPSA）が、報告された医療事故情報を匿名加工のうえ分析し、再発防止のため医療機関等に情報提供している。

②は、ドイツでは医師会、オランダでは当局が監視の責任を負っている。

③については、英国の場合、国立最適医療研究所（NICE）が各医療機関にデータを提出させ、診療の臨床効果や費用対効果を評価し、推奨ガイドラインを提示する。また、医療クオリティ委員会（CQC）が設置され、医療の質と安全性を評価・監視・格付けのうえ、医療機関への指導を行っている。ドイツも 2004 年に、最新技術の費用対効果を評価する機関 IQWiG を新設している。

3. わが国の医療制度の問題点

日本の医療費の GDP 比は先進国の中でも低く、公平性・有効性・持続性の観点からみると、日本の医療制度はおおむねうまく運営されてきたと言ってよい。とはいえ、今後さらに技術革新が進むなかで医療制度の効率性を確保するためには、以下のような課題も認識されている。

- これまで政府による診療報酬のマイクロマネジメントで制度を維持してきたため、「賢い消費者」の機能を果たす主体が育っていない。
- 診療報酬単価の無秩序な引き下げに頼った医療費抑制手法が、企業の収益予測を困難にし、新たな成長産業の芽を摘んでいる側面がある。
- 医療現場の電子化の遅れにより、十分なデータに基づく「良い医療／技術」の選別、過剰診療の監視等が出来ていない。
- その他、最先端の技術導入のタイムラグ、雇用者負担の増大など。

<医療制度の評価軸>

(1) 公平性

- 誰でも無料・低コストで治療を受けられるか
- 費用負担は公平か
- 適切なリスク分散ながされ、患者の選別を防げているか

(2) 効率性

- 必要以上の治療・処方がなされていないか（入院日数、薬剤量）
- 無駄な間接費がかかっていないか
- 患者、医師、病院のインセンティブ設計が適切になされているか

(3) 有効性

- 国民は健康か（長寿、乳幼児死亡率）

- 費用対効果の低い最新技術を制限する仕組みがあるか
- (4) 持続性
 - 医療費総額はコントロールできているか
 - 患者は満足しているか（医師選択の自由、説明、待ち時間）
 - 病院はサービス業として成功しているか、医師の生活の質
- (5) 革新性
 - 医師は常に最先端の医療を追いかけていて、最先端の技術が素早く導入されるか
 - 製薬業界・医療機器業界発の医療技術開発は活発か
 - IT化は進展しているか（電子カルテ、オンライン処方、smartcard等）

4. 電子診療・請求システムの早期導入を

上記の課題の解決を図るためには、早期に、電子診療・請求システム（ICT）を全国共通のインフラとして導入する必要がある。

ここで想定しているのは、単に各医療機関の診療情報をペーパーレス化する電子カルテ（EMR）ではない。診断の迅速化・正確化や医療過誤の減少につながる意思決定サポートや、レントゲン画像等のリアルタイムな情報共有、有効な医療の選別を可能にするデータ蓄積・連携などをも射程に入れ、臨床プロセスと責任分担が根本的に変わるほどの大がかりな病院情報システムであり、ビッグデータ時代の医療給付の効率化・重点化の切り札といえるものである。利用可能な技術はすでに存在しており、イギリス・オランダなどでは政府主導の導入が進みつつある。

我が国は、将来的に保険者に「賢い消費者」としての機能を期待し、医療給付を効率化しつつ、同時に医療を成長産業として育成していくべきである。その際、保険者間のリスク調整を正確に行うためには、過去の診療データの蓄積に基づく患者一人当たりの予定医療費の算出が不可欠である。また、医療サービスの質の向上のためには新技術や新療法の費用対効果をより正確に判断できるだけのデータの蓄積が必要である。これらの事情を踏まえれば、まずは、すぐにも国全体で関連データの統一フォーマットでの蓄積を開始すべきである。保険者間のリスク調整が相当程度正確にできるようになってからでなければ、現行の診療報酬制度を性急に放棄すべきとはいえない。

また、医療分野のビッグデータは、高齢化の進んだ日本が世界に先駆けて保有しうる隠れた資産であり、各医療機関が保有する貴重なデータを標準化して蓄積さえしておけば、今後そこから次々と新しいビジネスが生まれる可能性が高い。

電子診療・請求システム（ICT）は、メリットが大きいわりに各国も導入に苦勞している。その理由としては、①医療は複雑で標準商品がなく、ジャストインタイムでのカスタマイ

ズが必要なため、そもそも IT 化や標準化になじみにくいこと、②医師や製薬会社などの関係者の多さとインセンティブ不足、③大病院では 5 年で 40 億円といわれる初期コストなどがあげられる。

政府に求められる役割は、電子診療・請求システムが全国的に互換性をもち、標準化されたデータの蓄積と活用が可能となるよう、スペックを指定して一気にシステム構築を進めること、その前提として社会保障番号制度の医療への活用の道筋をつけることであろう。現在想定されている社会保障番号は納税時の金銭の流れの捕捉までが目的であり、診療記録や画像などはその次の課題と位置付けられているものと思われるが、納税のみならず医療・健康情報管理システムにとっても不可欠のインフラとして、導入時から幅広い用途を想定した対応が不可欠である。

主な医療費適正化手法の一覧 ～各国の試行錯誤に学ぶ～

	日本	英国	ドイツ	オランダ	米国
1. 医療効率化に向けたインセンティブ設計、コスト意識の醸成					
(1) 「賢い消費者」の育成	×	×→○	△→○	×→○	○
「保険者」					○
(2) 保険加入の義務化(皆保険)	○	○	×	△→○	×→△
(3) 保険者間の「適切な」競争	×	△	×	△→○	△
(4) 保険者間のリスク平準化	○	×	×→○	×→○	×
(5) 公的保険による患者選別の抑制	○	△	×	○	×
(6) 健康リスクによらない保険料	○	○	×→○	○	×
「患者」					
(7) 病院や医師の選択肢を限定	×	○	×	△	○
(8) 受診時定額負担、窓口負担	△	×→△	○	×	○
「医師」					
(9) 家庭医による患者の振り分け	×	○	×→△	○	△
(10) 医師数の定員管理(専門医の定数も含む)	△	△	○	○	○
「病院」					
(11) 包括定額料金の設定	×→△	×→○	×	×	△
(12) 医師の開業抑制、クリニックと病院の統合	×		○	○	△
(13) 設備拡張のコントロール	△	○	○	○	△
2. 適切な給付範囲・水準の設定					
(1) 一律の料金体系の設定	○	○	○	×	×
(2) 長期入院、慢性期、介護等の分離	△	△	×	×	○
(3) 歯科・眼科等の保険適用除外	×	×	×	○	○
(4) 市販薬の保険適用除外	○	×	×	○	○
(5) 混合診療の禁止	○	△	×	×	×
薬価管理					
(6) 薬価規制、参照価格制(基準価格との差額は患者負担)等	○	△	○	○	△
(7) 製薬会社とのリスク分担(試用期間に効果が出なければ製薬会社が費用負担)	×	○	×	×	×
(8) 消費者向け直接広告(DTC)の制限	○	○	○	○	×
(9) ジェネリック薬の普及	△	○	○	○	○
3. 効率化をサポートするデータ蓄積・分析・提供					
(1) 治療データ記録・蓄積	×	○	○	△	△
(2) 過剰診療の監視(モニタリング)	×	○	○	△	△
(3) 先端医療技術等の評価、費用対効果の低い最新技術の制限	○	○	○	△	×

(出典) 筆者作成

第4章 米国医療貯蓄口座制度の概要とわが国への示唆

中本 淳

1. はじめに

長年、医療費の増加と無保険者の増加に悩んできたアメリカ医療制度において、2000年代にいくつかの大きな改革が行われた。そのひとつが「消費者主導型のヘルスケア (Consumer-Directed Health Care、以下 CDHC)」の導入である。これは、従来の民間保険による“共助”中心だった医療制度に対し、事前積立を促して“自助”を導入するものといえる。導入からまだ日が浅く、アメリカにおける評価も様々である。本稿では、まず CDHC 導入の背景や、事前積立を促す制度の具体的な設計を概観し、CDHC がアメリカの医療問題に与える影響について考察する。

また、日本においても、今後の社会保障費増加の中心となる医療・介護費の伸びにどう対処するかが、大きな課題となっている。医療制度はアメリカと大きく異なり、“公助”中心の日本の医療制度であるが、CDHC の考え方を使えば、医療費とそれともなう医療保険料の増加を抑えられる可能性があることを示す。

2. アメリカ医療制度の概観

CDHC 導入の背景と効果をみるため、はじめにアメリカ医療制度の特徴や問題点、改革の動向について簡単に整理する。

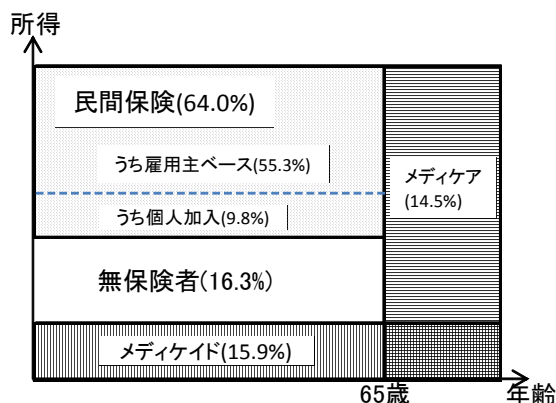
(1) アメリカ医療制度の特徴

アメリカ医療制度が他国と大きく違うのは、公的医療制度によってカバーされるのが、高齢者と低所得者(それぞれメディケア、メディケイドと呼ばれる)のみであり、残りの大多数は民間医療保険に加入する必要があることである(図表 4-1)。また、民間保険への加入も、雇用主が従業員全体をひとつの団体として保険者と契約する団体保険が中心であり(55.3%)、個人加入は全体の 10%程度に過ぎない(図表 4-2)。団体保険の保険料は、加入者全体のリスクの平均に見合った設定となるため、個人保険よりは低くなる。「メディケイドでカバーされるほど所得は低くないが、民間保険に加入できるほどは所得が高くない人」や「既往症などにより保険加入が難しい人」は、いずれの保険にもカバーされず、無保険者とならざるを得ない。その割合は 2000 年代に一貫して上昇しており、2010 年において全体の 16.3%、4990 万人にものぼる。

(2) アメリカ医療制度の問題点

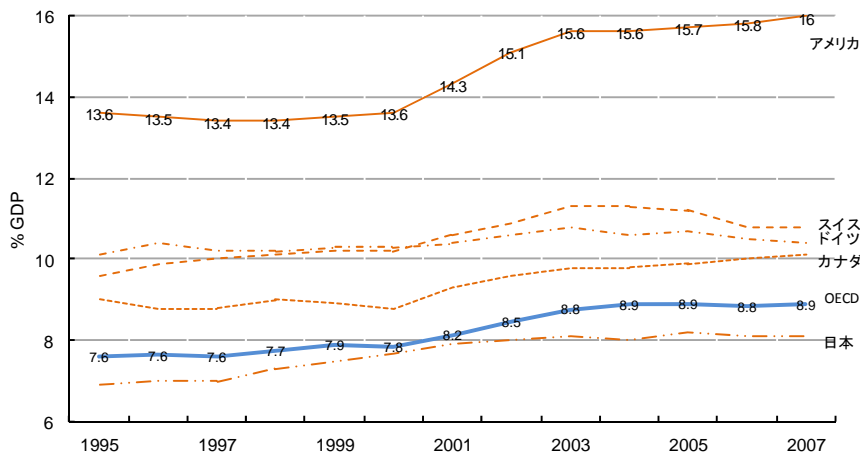
アメリカ医療制度において大きな課題となっているのが上記の無保険者の増加と、医療費の高騰である。図表 4-2 からも、OECD 諸国と比べて GDP に占める医療費の割合が突出して高いことが分かるが、その割合は今後も上昇していくと予想されている。

図表 4—1 米国の健康保険市場と加入状況(概念図、数字は 2010 年(%))



(出典) : U.S.Census Bureau (2010)

図表 4—2 OECD 諸国の医療支出対 GDP 比 (1995-2007)



(出典) : OECD Health Data 2009

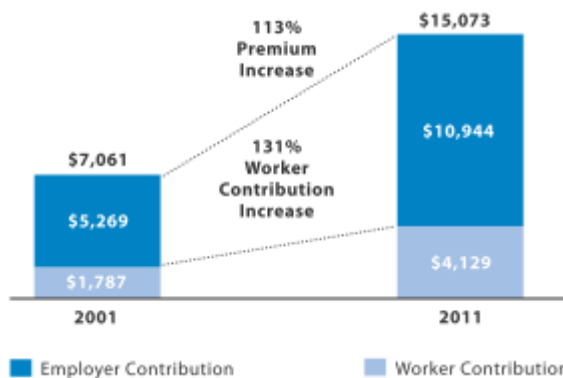
医療費高騰の原因は、医療従事者の不足や医療技術の進歩、非効率・無駄な治療、高齢化などがあげられる (Halvorson (2009)) が、上記の無保険者の増加との関係も無視できない。無保険者は、医療サービスの費用が全て自己負担となるため、病状が重篤化するまで、医療サービスを受けようとしにくい傾向があり、最終的に救急医療の対象となる場合が多い。病院側は、法的に救急医療患者を拒否することができないが、さりとてその治療費を患者から完全に取り立てることもできないため、その分のコストが他の医療保険加入者の治療費に上乗せされることで医療費が上昇するのである (山中 (2010))。ちなみに、アメリカの医療サービスにおいては、日本における診療報酬のような公定価格はなく、医療サービスの価格は病院・医師によって異なるとされる。また、この価格を安くするように交渉するのが、保険会社の役割の 1 つでもあった。

医療費の高騰は保険料の上昇を引き起こし、これが保険に入れない人を増やすという悪

循環になっている。平均保険料はここ10年で2倍以上になり、労働者の保険料負担(Worker Contribution)もそれを上回るペースで上昇している(図表4-3)。企業の保険料負担の多くは必要経費として税額控除の対象となるが、労働者の家族分の保険料などは控除されない。保険料の上昇による負担の増加は企業の経営を圧迫し、これに耐えられない中小企業等が保険料拠出の縮小もしくは医療保険の提供そのものを停止することで、さらに無保険者が増える構図になっている(長谷川(2010)、山中(2010))。

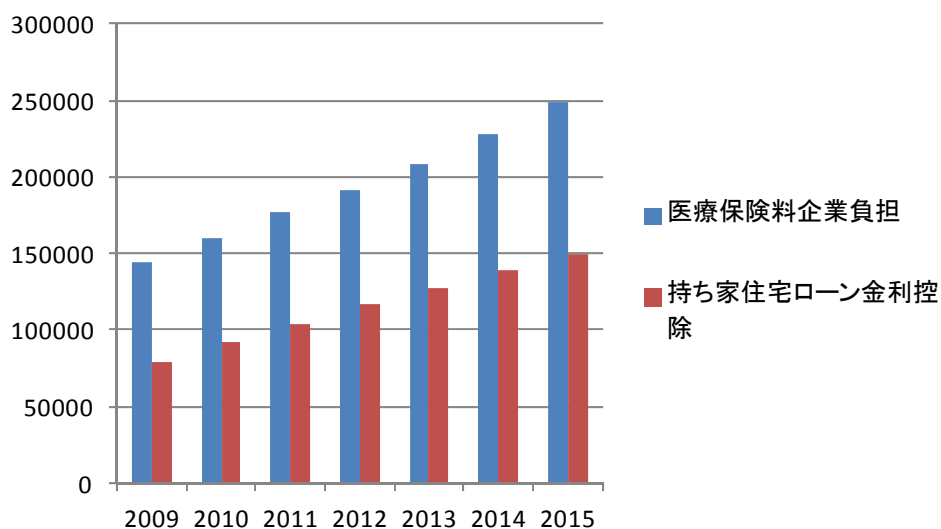
保険料の増大による税額控除額の増大は、当然ながら連邦財政にとっても負担の増大を意味する。アメリカ行政予算管理局の推計によると、数ある租税支出の中で最大の項目がこの医療保険の企業負担に対する税額控除であり、2番目に大きい持ち家住宅ローンの金利に対する控除の1.5倍近くとなっている(図表4-4)。

図表4-3 家族向け団体保険の平均保険料の推移(2001-2011)



(出典) The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust (2011)

図表4-4 租税支出額の将来推計



(出典) : OMB (2010)

(3) アメリカの医療制度改革

このような状況のもとで行われた最大の改革がオバマ政権によるヘルスケア改革である。詳細は避けるが、基本的には無保険者数の縮小を目指す改革であり、すべての国民に対する健康保険加入の義務と未加入に対するペナルティの他、メディケイドの適用対象の拡大、州単位での健康保険取引所（Exchange）の創設による保険料が手頃な複数プランの提供、中低所得層や中小企業による連邦政府財源による補助等からなる。議会予算局の推計では、この改革により、2010年から2019年までの10年間で、健康保険加入促進に伴う新たな支出として9380億ドルが見込まれるものの、公的医療保障制度の支出削減などで4920億ドル、未加入ペナルティなどによる収入で5700億ドルを見込んでおり、財政収支は1240億ドル改善されるとしている（CBO（2010））。

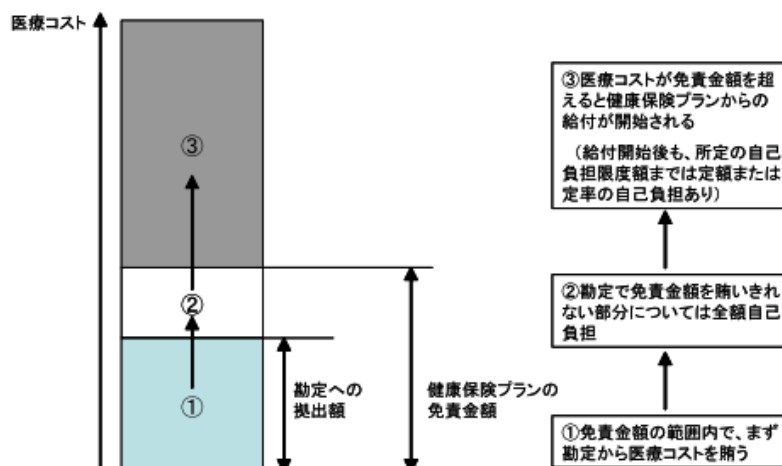
3. CDHC の制度と効果

ヘルスケア改革とは別の、大きな改革が「消費者主導型のヘルスケア（CDHC）」の導入である。ここではCDHCの制度の概要と、それが上記のアメリカ医療制度の問題に与える（と考えられる）影響について整理する。

(1) CDHC の制度

CDHCは、High Deductible Health Plan（以下、HDHP）と呼ばれる免責金額が高い健康保険と、HRAやHSAと呼ばれる勘定を組み合わせた健康保険プランである。加入者は、医療費が免責金額より低ければ勘定から賄い、足りない分は自己負担で支払う。医療費が免責金額を超えれば保険から支払われるが、その場合も一部自己負担がかかる場合がある。

図表 4—5 CDHP の概念図



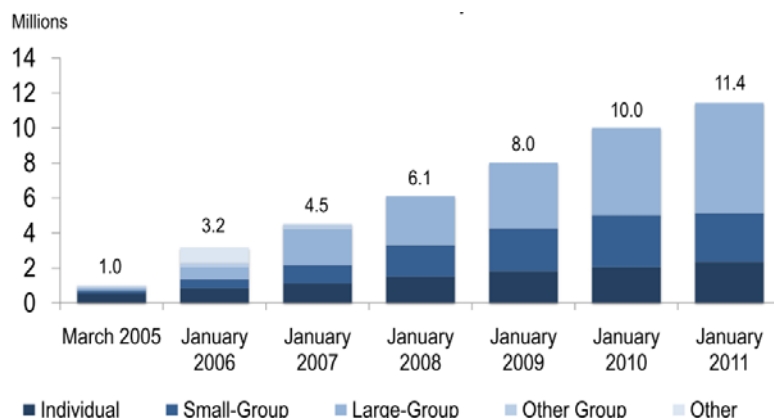
(出典)：田中・後藤（2009）

勘定への拠出金は所得控除の対象となる（拠出金の上限は、2011年は個人向けなら\$3050、家族向けなら\$6150となっており、物価水準の変動を反映して変化する。2006年までは、このような上限値と、加入しているHDHPの免責金額のうち、低いほうの拠出金の上限となる制約があった）。また、この勘定からの医療関連費の支払いも非課税である。一方、医療費以外の支出に対しては、20%の課税ペナルティが課される。残高は翌年以降に繰越可能なので、健康状態によっては多額の貯蓄が可能になる。

主な勘定として上述のHRA（Health Reimbursement Arrangement）とHAS（Health Savings Account）があるが、HRAは自営業者は利用不可、転職時のポータビリティがない、などの制約もあり、HSAの方が加入者が多い。HSAにはHRAにはない「拠出額の上限」が定められており、その額は消費者物価指数の上昇に合わせて毎年改定される。また、HDHPは、単独で加入することもできるが、HSAはHDHPと合わせて加入する必要がある（以下、HSAについてはHSA/HDHPと記載する）。

CDHPの加入者は、2005年時点の100万人だったが、2010年までの5年間で1千万人を超えた。

図表 4—6 HSA/HDHP 加入者数の推移(2005-2010)



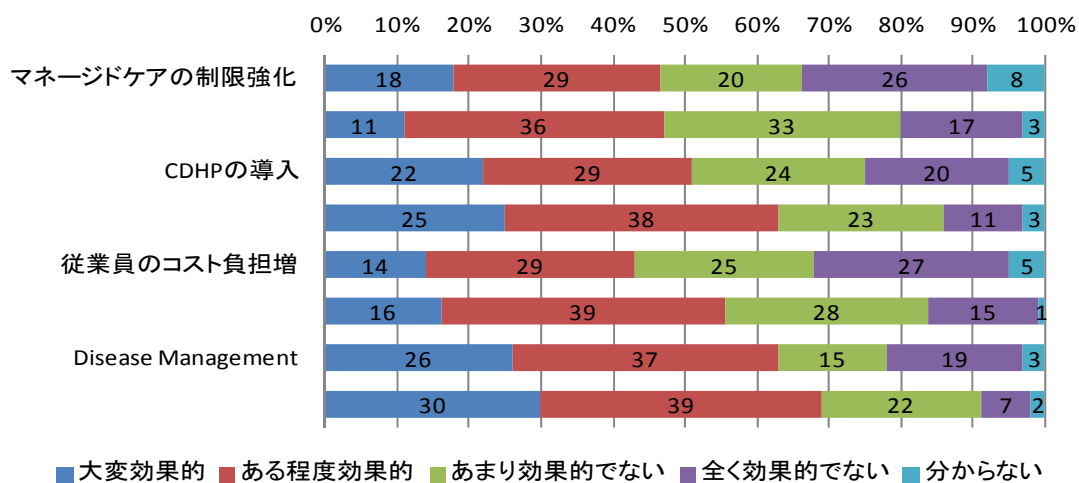
（出典）：AHIP(2011)

(2) HSA と企業負担

HSAへの加入が進んでいるのは、どのような要因によるのだろうか。もっとも大きいのはもともと民間保険を提供していた企業にとって、HSA/HDHPプランの導入が負担の軽減になるという点である。上述したように、企業における医療保険の負担は、保険料の増大に伴って年々増加しており、高額免責ゆえに保険料が伝統的な保険プランよりも安いCDHPを従業員に提示し加入させることで、企業の負担も低下するのである。

図表 4—7 から、CDHPの導入が大変効果的あるいはある程度効果的と答えた企業は、大企業で60%以上、少企業でも50%を超えており、企業の保険料負担抑制のための動きがCDHPへの加入を促進していることが分かる。

図表 4—7 健康保険料抑制策の効果に対する雇用主の考え方 (2011)

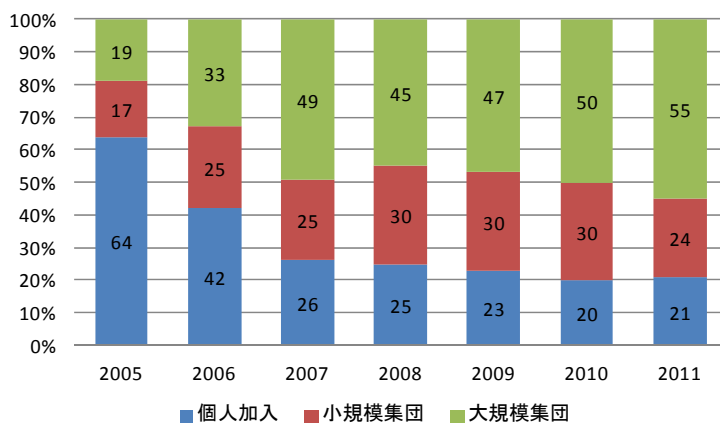


(注) 各項目の上段は従業員 3-199 人の少企業、下段は従業員 200 人以上の大企業の答え
 (出典) ”Employer Health Benefits 2011”

(3) HSA/HDHP と無保険者

HSA/HDHP は、高額免責ゆえに通常の保険プランより保険料が安く、「保険の谷間」に落ちてしまった無保険者たちも加入しやすくなっていると考えられるが、実際はどうだろうか。

図表 4—8 セグメント別にみた CDHP/HSA の加入状況(%)



(注) 小規模集団と大規模集団のいずれに区分されるかは、調査対象の各健康保険会社における内部的な報告基準または各州固有の条件に基づいて特定される。

(注) 2005 年は 3 月、それ以降は 1 月のデータである。

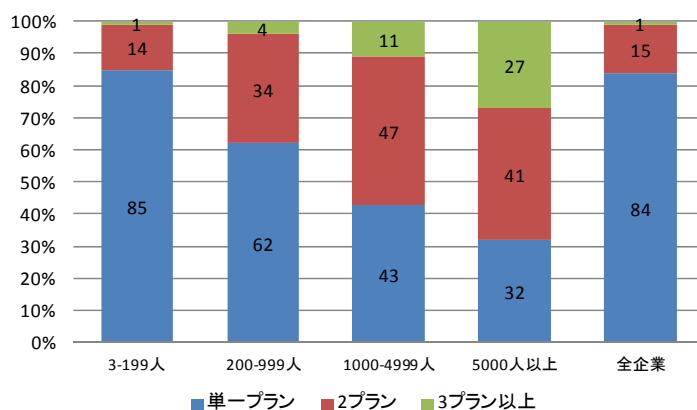
(出典) AHIP (2011)

図表 4—8 を見ると、導入当初こそ個人加入の割合が多いものの、時間を経るにつれて大企業を中心とした団体保険の加入者の割合が大きくなっていることが分かる。これは既述したように、保険料コストの軽減のために HSA/HDHP を提示する企業が増えていることを示している。もうひとつの留意点として、企業による健康保険プランの提供は、従業員規模が大きいほど提供する企業の数も多く、複数プランを提示する企業も多くなるということである。まず企業規模と保険提供の関係であるが、200 人以上の企業における健康保険プランを提供している企業の割合は 99%であるのに対し、3—199 人の中少企業においては 59%にすぎない (The Kaiser Family Foundation (2011))。また、複数プランを提示している企業は、企業全体の 16%にすぎず、企業規模が大きいほど複数プランを提示する企業の割合も高まることが分かっている (図表 4—9)。これらの事実は伝統的な民間健康保険中心の枠組みにおいては、HSA/HDHP を選択できる人たちはかなり限られており、その多くはすでに何らかの保険に加入できている人たちでもあることを示している。

現在無保険者であるものにとって、HSA/HDHP は選択肢になっていないのである。また、選択肢として提示されている場合、いくら保険料が低くて加入しやすいとはいっても、医療費が免責額より低い場合は自己負担で払う必要がある。現在無保険である者は低所得であるものが多く、この自己負担を賄う余裕がないために、HSA/HDHP を選べない人も多い (Clemans-Cope (2008))。

さらに逆選択の問題も重要である。比較的健康的な人が HSA/HDHP に移った場合、相対的に病弱な人たちが伝統的な保険プランに残ることになり、これがそのプランの保険料を引き上げることになる。残った人びとは、無保険者になるか高くなった保険料負担に耐えるか、という選択肢に迫られることになる。以上のことから考えて、民間健康保険の枠組みでは、HSA/HDHP は無保険者対策とはなっていない。このことは、HSA/HDHP の導入期を含む 2000 年代に、ほぼ一貫して無保険者が増加していることから分かる。

図表 4—9 従業員規模と提示プラン数 (%、2011 年)



(出典) : The Kaiser Family Foundation (2011)

一方、公的医療制度においては、HSA/HDHP の考え方が無保険者対策として利用されている（田中・森(2010)）。インディアナ州では、「無保険者の増加→医療コストの増大→健康保険加入者へのコスト転嫁による保険料の値上げ」という、既述した悪循環に対処するため、無保険者対策をとる必要に迫られていた。2007年には健康保険へのアクセス改善を目的として Indiana Check-Up Plan が導入され、その中に盛り込まれた Healthy Indiana Plan において CDHP の概念が取り入れられた。具体的には、低所得であるにもかかわらずメディケイドの適用対象とされている 19 歳から 64 歳までの無保険者に対し、政府の財源補助によって限定的な負担で健康保険に加入できる機会を提供するというものである。この保険プランは、加入者が医療コストを意識し、医療サービスを自らの責任において選択するものとするため、CDHP の考え方に基づいて設計された。HIP は 2008 年 1 月 1 日から 2012 年 12 月 31 日の 4 年間を実験期間として実施されることになったが、2009 年 3 月には子供のいない成人の枠で上限である 3 万 4 千人に達し、加入希望者は待機リストに登録された。

実は HIP は、オバマ政権のヘルスケア改革を受け、その先行きが不透明になっているという（田中・森 (2010)）。これはヘルスケア改革によってメディケイドの適用対象が広がり、今まで HIP 加入者だったものの多くがメディケイドへ移行すると考えられることが理由である。一方で、ヘルスケア改革では、州単位での健康保険取引所（Exchange）の設立による保険料が手頃な複数プランの提供を義務付けており、この取引所において比較的安価な HSA/HDHP が提供される可能性は高いと考えられる。

(4) HSA/HDHP と医療費

HSA/HDHP は、医療費が HDHP の免責金額以下であれば、自分の勘定からの支払いとなるため、コスト意識の高まりから無駄な医療サービスの需要が減り、それが全体の医療費を引き下げるといえるのが、HSA/HDHP の推進者の論理であった。確かに、免責金額が高額な保険の加入者は、定額な保険の加入者よりも医療支出が少ないという報告も数多くある（Clemans-Cope (2008)）。また、HSA/HDHP を含む CDHP の加入者は、従来の医療保険加入者より処方薬の値段について情報を求めているという（福岡 (2007)）。

しかし、このような違いをもって、HSA/HDHP 加入の促進が総医療費の削減につながると考えるのは注意が必要である。比較的健康で、伝統的な医療保険プランのもとでもそれほど医療費が大きい個人ならば、上述のように HDHP への加入によって医療費や自己負担額をより小さくするために、無駄な医療を受けないというインセンティブが働くであろう。しかし、病弱もしくは慢性的な病によって、常に医療費が HDHP で示される高額免責金額を上回るような場合、自己負担額は伝統的な医療保険に加入した場合よりも非常に高くなる。このような個人にとっては、たとえ保険料が伝統的な医療保険よりも低かったとしても、HSA/HDHP への加入はむしろ医療支出を増大させることになる。

国民全体においては健康な人の割合の方が高いであろうが、医療費全体に占める割合で

いけば健康な人の医療支出は非常に少なく、これらの人々の医療費削減が全体の医療費に与える影響はあまり大きくないと言ってよい。この観点からは HDHP が医療費を引き下げると結論することは難しい。

4. 日本の医療制度と HSA/HDHP 導入の可能性

日本の医療制度はアメリカのそれとは大きく異なっており、無保険者の問題も医療費の増大も、現状ではそれほど大きな問題とはなっていない。しかし、第 5 章の小黒一正論文で言及されているように、日本の医療保険はすでに負担の一部を将来世代へ先送りすることで運営されており、今後の少子高齢化に伴ってますます増大していく医療費を現状の制度で賄っていくのは限界があるといえる。

厚生労働省の推計によれば、男女平均の生涯医療費 2300 万（2009 年推計）のうち、70 歳以降の支出が半分を占めるといえる。HSA/HDHP の加入者は、伝統的な保険プラン加入者に比べて、疾病リスクに対する予防行動が多くなることが統計的にも知られており、HSA/HDHP の導入によって、生活習慣病等の高齢期における医療支出が削減されるのであれば、長期的に医療費削減の効果はあると期待できるだろう。また、HSA/HDHP の導入により、加入者が積立金による”自助”で医療費負担を一部でも賄う仕組みを導入すれば、少子高齢化による医療制度に伴う世代間格差の影響もある程度緩和できるだろう。

現行の日本の医療制度においては、一部の保険外診療を除いて、非常に多くの医療サービスが健康保険によってカバーされている。この現状を前提に HSA/HDHP の効果を導入するためのあり方としては 2 つの方法が考えられよう。ひとつは、現行の健康保険の適用範囲を前提に、税制優遇措置を設けた医療貯蓄口座を導入し、将来保険外診療を受けるリスクに備えさせるという方法である。

もうひとつの方法は、低額医療の負担については公的保険からの給付ではなく医療貯蓄口座からの自己負担とする、もしくは現行制度の適用範囲を前提にして、その自己負担分をカバーする方法である。低額医療の範囲や、低所得者に対する配慮、医療貯蓄口座への貯蓄のあり方（上限・下限、強制か任意か）など、具体的な設計に際して検討すべき論点は数多くあるが、医療制度に“自助”を導入するひとつの考え方として提示したい。

5. おわりに

本稿ではアメリカにおける HSA/HDHP の導入の影響を整理し、日本への適用可能性を示唆した。日本の医療制度改革の必要性については、西村（1997）における世代単位での積立型医療保険制度など数多くの提言・試算が行われてきた。岩本（2002）では、予期されない医療費増加については世代間の所得移転で行い、予期された医療費増加に対しては事前積立で対応するのが最適とし、そのような制度への転換の候補として、「医療費のための貯蓄を個人に義務付ける」ことをあげている。ただ、その具体的なあり方として、岩本（2002）では積立型の年金を前提とし、将来の保険料増加に備えた積立を年金制度に含め

ることを想定している。本稿で検討した HSA/HDHP の導入は、事前積立を促す別のあり方として検討に値するものと考えられる。

第5章 世代間格差の改善と事前積立の可能性

小黑 一正

1. 限界が明らかな「賦課方式」

内閣府は2012年1月24日の閣議で「経済財政の中長期試算」を報告した。この試算によると、2015年までに消費税を10%に引き上げても、2020年の基礎的財政収支は約17兆円の赤字となる。

この結果、毎年1兆円以上のスピードで膨張する社会保障費（年金・医療・介護）の削減に限界があるならば、政府が目標とする2020年の基礎的財政収支の黒字化を達成するためには、消費税を17%程度にまで引き上げる必要がある。

これは、政府・与党が今年夏に決定した「社会保障・税の一体改革」のみでは財政・社会保障の抜本再生は不可能であり、その再生には更なる改革が不可欠であることを意味する。

この背後には、急速に進む日本の少子高齢化がある。国立社会保障人口問題研究所の推計によると、2055年には現役世代（15歳から64歳）1.3人で1人の高齢者（65歳以上）を支えなくてはならない。2015年では現役世代2.3人で1人の高齢者を支える見込みだが、そこからさらに1人の現役世代が消失するのである。

その結果、将来世代や若い世代の負担は急速に上昇し、内閣府「平成17年度・年次経済財政報告」での「世代会計」の試算では、60歳以上の世代と将来世代との間では、それらが政府から生涯に受け取る受益と負担（税・保険料）において、約1億円もの世代間格差を発生させていることを明らかにしている。これは、生涯賃金が2億円のケースでは、その約半分に及ぶ格差に達しているということの意味する。

こうした状況の中、これまで老齢世代と現役世代の助け合いの精神の下で支えられてきた現行社会保障（年金・医療・介護）の持続可能性が疑われるのは当然であり、今後の寿命の伸びも考えると、現行制度は明らかに限界を向かえつつある。

そもそも、年金制度を含め、現行の医療・介護保険制度は、概ねその負担は現役世代が担い老齢世代がその受益を受けるといって、いわば「賦課方式」となっている（年金は積立金をもっているが、どちらかというとな賦課方式に近い）。したがって、この方式を前提にする限り、高齢化の進展は、当然のことながら、現役世代の負担を高めるか、あるいは高齢世代の受益（社会保障給付）を削減するか等といった選択を迫られることになる。これは、将来の給付の約束は政府にとっての債務であると考えれば、その債務を負担する人数が減ったため、一人あたりの負担を高めるか、あるいは給付を減らすことで債務を減らすかの選択を迫られているに過ぎない。

2. 解決策としての「事前積立」という試み

その際、社会保障が引き起こす世代間格差の改善方法として、よく登場する議論は2つあ

る。一つは、社会保障給付の削減である。つまり、少子高齢化の進展に伴い、年金や医療・介護の給付を次第に削減していく方法である。だが、これは現役世代の負担軽減には効果的であるが、限界があるのは明らかであろう。なぜならば、社会保障費は毎年1兆円以上のスピードで膨張しており、世代間格差の改善には、5割以上といった削減が必要となるからである。その場合、いまの年金や医療・介護が担う機能を大幅に低下させ、高齢者の生活や医療現場などが混乱に陥るのは明らかであり、とても現実的ではない。

もう一つは「積立方式」である。つまり、現役世代が老齢世代を支える「賦課方式」から、老後のために自ら（または世代ごとに）貯蓄する「積立方式」への移行である。世代ごとに、自分たちの老後は自分たちで面倒みる仕組みだから、世代間格差も改善するし、とても魅力的な方法である。

けれども、この積立方式への移行は、いわゆる「二重の負担」と呼ばれる問題が発生するから、不可能との批判がある。「二重の負担」とは、賦課方式から積立方式への移行期の現役世代は、自らの老後のための積立（負担）のほか、老齢世代を支える負担も行う必要があるとするものである。「急に、積立方式に変更してしまうと、いまの年金を頼りにしている老齢世代は、その生活が成り立たなくなってしまう。なので、誰かが老齢世代に仕送りをしてあげる必要があるが、それは現役世代の負担に頼らざるを得ない」という議論である。

このように、社会保障給付の削減も限界があり、積立方式への移行も不可能そうなので、一般的には、社会保障の世代間格差の改善は不可能とされている。だが、積立方式への移行で問題となる「二重の負担」議論は、移行期の社会保障財源を、現役世代の負担のみで賄うことを前提としており、間違っている。実際には、いくつかの解決方法がある。

一つは、移行期の社会保障財源を公債発行で賄ってしまう方法である。具体的には、移行期の老齢世代に移転する財源を一時的に公債発行で賄い、この債務を現役世代の負担のみでなく、将来世代（場合によっては老齢世代）も含め、長い時間をかけて償却していく方法である（注：社会保障が抱える債務の意味については、小黒（2010）『2020年、日本が破綻する日』日本経済新聞出版社を参照）。だが、この方法は「二重の負担」を解決する方法としては有効であるが、巨額の公債発行を伴うため、いまの日本の財政状況では採用し難い解決方法である。

もう一つは、この社会保障が抱える債務を顕在化させない解決方法で、「事前積立」と呼ばれる方法である。結論からいうと、この事前積立は、筆者のみでなく、岩本・福井(2007)や鈴木(2009)等でも提唱されており、世代間格差を改善するための「強制貯蓄」であり、誰もが「シンプル」で自然な解決策と思うものである（注：筆者は慶応大学の麻生良文教授と、麻生・小黒(2007)「論考 社会保障改革への視点 人口減少社会に適合した社会保障改革を」週刊金融財政事情 Vol.58-No.5や麻生・小黒(2006)「健康保険に新勘定導入を」日本経済新聞（朝刊）・経済教室（医療制度改革残された課題 中）でも提唱している）。

この事前積立をクリアに理解するには、まず、賦課方式の社会保障が世代間格差を発生させるメカニズムを理解するのが得策である。

図表5—1 高齢化の進展と社会保障負担

	第1期		第2期	
	現役世代	高齢世代	現役世代	高齢世代
人口比	5	1	3	1
現役世代一人あたりが 高齢世代に移転する額	80万円/年		133万円/年	

そこで、このメカニズムを、図表5—1のような単純な経済で考えてみよう。急速に高齢化が進展する現在の日本経済のように、この経済でも、第1期には16.7%である高齢化率（つまり若者5人に対して高齢者1人の人口比）が、この期の若者が高齢者となる第2期には25%（つまり若者3人に対して高齢者1人の人口比）にまで上昇するでしょう。

また、医療・介護はその支出が老齢期に集中し、その負担は主に現役世代によって賄われるから、医療・介護も年金と同じ賦課方式だ。なので、年金・医療・介護を合計した、老齢世代一人あたりの社会保障費が一年あたり400万円で、その費用は現役世代の負担で賄われるとする。

このような前提で、第1期と第2期の現役世代の負担（保険料）を試算してみよう。すると、第1期は、高齢者1人を若者5人が支えるから、若者一人あたりの負担は一年あたり80万円（400万円÷5人）となる。つまり、現役世代一人あたりが老齢世代に移転する額は80万円となるが、もし現役世代一人あたりの年収が500万円とすると、第1期の保険料は16%（＝80万円÷500万円）になる。

他方、第2期は高齢化の進展により、高齢者1人を若者3人のみで支えることになるから、若者一人あたりの負担は一年あたり133万円（＝400万円÷3人）となる。つまり、現役世代一人あたりが老齢世代に移転する額は133万円にも膨らみ、第2期も現役世代一人あたりの年収が500万円とすると、保険料は27%（＝133万円÷500万円）に上昇してしまう。

以上の試算から明らかなように、第1期と第2期で、老齢世代一人あたりの社会保障費400万円を維持するには、現役世代の負担（保険料）を80万円（16%）から133万円（27%）に上げる必要がある。

逆に、現役世代の負担を抑制するには、老齢世代の社会保障給付を抑制する必要がある。つまり、高齢化が進展すると、賦課方式の社会保障は、現役世代に過重な負担を押し付けるか、社会保障給付を抑制し老齢世代に過重な負担を押し付けるかのジレンマ的選択を政府や国民に迫ることになる。このため、特定世代の負担が過重となるものの、別の世代はそうではないということが生じる。これが、賦課方式の社会保障がもたらす世代間格差のメカニズムである。

では次に、賦課方式の社会保障が発生させる世代間格差の解決方法を考えてみよう。この解決方法の一つが「事前積立」である。この事前積立の考え方を理解するには、先程の図表5—1のケースで考えると分かりやすい。

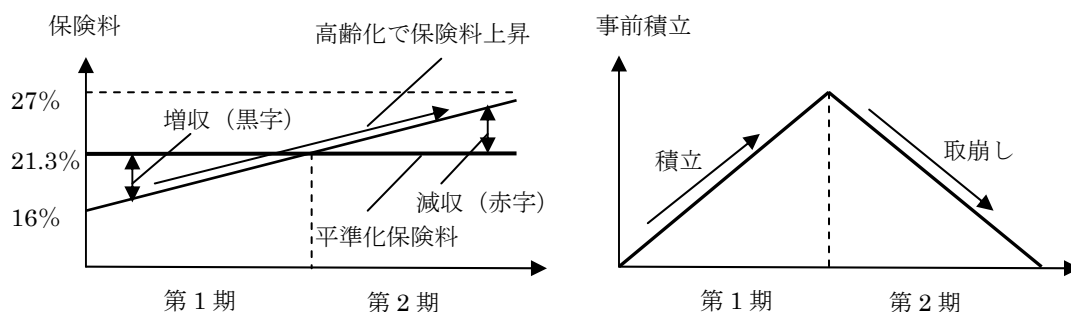
先程は、第1期から第2期で高齢化が進展するため、現役世代の負担が80万円から133万円に変動してしまった。では、この変動の主因は何かというと、それは、現役世代一人あたりが老齢世代に拠出する「移転」が第1期（80万円）と第2期（133万円）で異なることにある。

これは、見方を変えると、第1期の「移転」（80万円）が「少なすぎ」で、第2期の「移転」（133万円）が「多すぎ」というだけの問題に過ぎない。

だから、この問題の解決方法は極めて簡単だ。80万円（保険料16%）と133万円（保険料27%）の平均は106.5万円。これは保険料で21.3%（106.5万円÷500万円）に相当するから、あらかじめ第1期の保険料を、おおむねこの21.3%の水準まで引上げておけばいいのだ。そして、この引上げで得る増収分（現役世代一人あたり26.5万円＝106.5万円－80万円）を高齢化の進展に備えて「事前積立」しておく。他方、第2期の保険料は、積立金を取崩し、第1期と同じ21.3%の水準まで引き下げてあげればよいのだ（図表5—2）。

こうすれば、第1期と第2期の保険料は平準化され、各世代の社会保障に関する負担は一定（106.5万円）となる。他方、各世代の社会保障に関する受益も一定（400万円）であったから、各世代の純負担（負担と受益の差）は平準化される。つまり、事前積立は、賦課方式の社会保障が引き起こす世代間格差を改善する機能をもつ。これが、世代間格差改善のための事前積立という考え方である。

図表5—2 事前積立と保険料平準化のイメージ



なお、図表5—2を活用し、事前積立の導入が社会保障の財政収支を長期的に均衡させるメカニズムも簡単に要約しておこう。

まず、第1期では、事前積立導入のため、保険料を16%から21.3%まで引上げた。この場合、現役世代から一人あたり106.5万円の徴収を行い、老齢世代に一人あたり400万円の給付を行うが、保険料の引上げ効果で、社会保障給付総額よりも保険料収入総額の方が多くなるから、社会保障の財政収支は一時的に黒字化する。そして、この黒字分は高齢化の進展に備えて事前積立する。

他方、第2期では、保険料を27%から21.3%まで引き下げた。この場合、第1期と同様、現役世代から一人あたり106.5万円の徴収を行い、老齢世代に一人あたり400万円の給付を行うが、高齢化の進展で、社会保障給付総額の方が保険料収入総額よりも多くなるから、

社会保障の財政収支は赤字化する。だが、この赤字分は事前積立で蓄えた積立金の取崩しで相殺されるので、最終的に積立金はゼロとなり、その結果、社会保障の財政収支は長期的に均衡するのである。

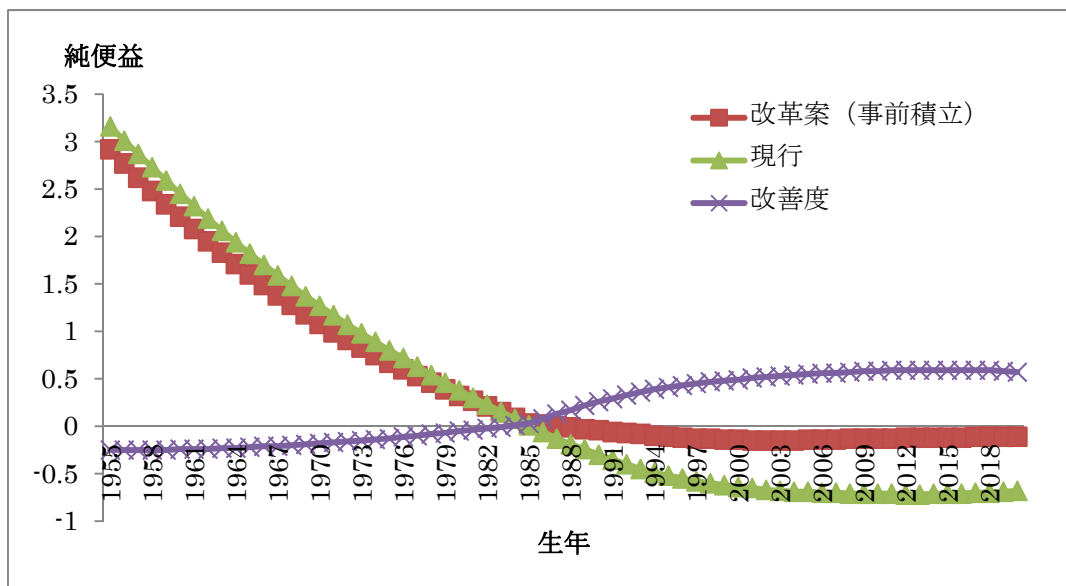
3. 医療保険における事前積立導入の効果

以上が世代間格差改善のための事前積立の考え方であるが、それが世代間格差の改善に及ぼす効果について、医療保険を例として簡単に確認しておこう。

図表 5—3 は、世代間格差の改善を図るため、「賦課方式」となっている現行医療保険制度に事前積立を導入したときの改革効果を一定の仮定のもとで推計したものである（モデルの詳細は、小黒（2006）「世代間格差改善のための医療保険制度モデル私案とその可能性—賦課方式と積立方式の補完的導入—」フィナンシャル・レビュー85号を参照）。

この推計によると、2006年時点での保険料は「賦課方式」である現行の医療保険の方が低いものの、2020年と2030年を境にして、事前積立を導入した改革案の方が低くなる。その結果、図表で確認できるように、改革案のケースでは、1985年生まれの世代を境にして世代間格差が改善され、純便益がもちなおす傾向となっている（注：図表 5—3 の縦軸は、2006年の現役世代の所得を1に基準化したときの各世代の「生涯純便益」を表す）。

図表 5—3 医療保険に事前積立を導入する場合の効果



（注）縦軸は、2006年の現役世代の所得を1に基準化したときの各世代の生涯純便益（＝医療サービスからの受益－保険料・税の負担）を推計したもの。

（出典）小黒（2006）「世代間格差改善のための医療保険制度モデル私案とその可能性—賦課方式と積立方式の補完的導入—」フィナンシャル・レビュー85号

以上は、医療保険制度に事前積立を導入した効果であるが、年金・介護保険も同様の問題を抱えている。すなわち、これら制度も現行の「賦課方式」のもとで債務が発生しており、高齢化が進展すると、現行の賦課方式のもとでは、特定の世代に負担が過重となり、別の世代はそうでないという問題が発生することになる。このため、いま検討中の社会保障・税の一体改革において、年金・介護保険についても、世代間格差の改善を視野に改革を早急に進める必要がある。

なお、「事前積立」は、年金等で議論される「積立方式」への移行とは異なり、制度改革を行いやすいというメリットをもつ。というのは、現行の公的年金は既に積立金（2010年度末で約 120 兆円）をもっている。むしろ、世代間格差という観点での問題は積立金の経路にある。

なぜならば、現在の年金財政計画（2004年・年金改正後）では、「有限均衡方式」（概ね 100 年間で給付と負担の均衡を図る方式）を導入し、かつては給付費の約 5 年分を保有していた積立金を徐々に取り崩し、財政均衡期間の終了時には給付費の約 1 年分を保有するのみとしており、このような積立金の経路では世代間格差を改善することはできないためである⁴。

これは、年金財政計画における運用が適切でないだけであり、保険料引上げや増税に関する改正を除き、事前積立を行うための制度は基本的に既に整っている。つまり、世代間格差の改善には現在の積立金は不十分であるが、もっと早期に保険料引上げや増税を行い、十分な年金積立を行うことで、世代間格差の改善が可能となる。また、医療・介護保険の事前積立の導入にあたっては、年金の仕組みを参考にすることで、比較的容易に制度改革ができるはずである。

なお上記の事前積立は、基本的に、現行の医療保険に「世代単位」での「積立金」を保有させようという試みである。この場合、諸外国における年金積立金の運用体制が参考となる。その際、積立金は、アメリカと同様、「非市場性国債」で運用する方法もある一方で、財務の健全性が高い国内銀行といった金融機関に政府の専用口座を創設し、一定のルールによって分割預金（事前積立）する方法も考えられる⁵。

他方、アメリカやシンガポールには「個人単位」で積立を行う「医療貯蓄口座制度」も存在する。前者は第 4 章「米国医療貯蓄口座制度の概要とわが国への示唆」（中本淳論文）が概説しているが、後者のシンガポールでの「医療貯蓄口座制度（MSA）」は 1984 年に発足した仕組みで、給与の一部を強制的に積み立て、老後の医療支出に備えるというもので

⁴ 社会保障費（年金・医療・介護）の削減もできず、増税・保険料引上げも進まない今、日本財政は完全に行詰まっている。このため、平成 24 年度予算案は、将来の消費増税収入を担保とする「年金交付国債」（2.9 兆円）を発行し、年金積立金を取り崩すことで年金財源を賄った格好であり、これは「禁じ手」といっても過言ではない。しかも、厚生年金積立金は 2010 年度で 114 兆円にまで減少し、06 年度の 139 兆円からの 5 年間で 25 兆円も取り崩しが進んでいる。現状のペースで取り崩しが進む場合、2030 年度に積立金が枯渇するシナリオも否定できない状況であり、もはや 2004 年改革時に掲げた「年金安心 100 年プラン」の信頼は完全に崩壊しつつある。

⁵ 積立金の運用は諸外国の公的年金の運用体制が参考となる。カナダやスウェーデン等の公的年金の積立金運用組織は意思決定主体と執行機関を分離するとともに、意思決定主体がその業務執行の監視を行う組織になっている。他方で、アメリカの積立金額は極めて巨額であるが、非市場性国債による運用であることから、運用のための組織はない。

あり、このような仕組みを現行医療保険に導入・拡充することで世代間格差の改善を図ることが可能となる。

ただ、改革を進めるべき政治は混迷を深めている。その背景には、衆参のねじれと強すぎる参議院の問題が深く関係している。政権を担う与党が衆議院で多数を占めていても、それが3分の2以上を占めていない限り、重要法案の成立には、野党が多数を占める参議院での可決が不可欠である。もし与野党の政争が激しさを増し、法案が参議院で否決されれば改革は完全にストップしてしまう。実際、ここ最近も、赤字国債の発行に必要な特例公債法案の扱いを巡って、与野党の攻防が繰り広げられていた。駆け引きは政治の常だが、非常時での不毛な対立は許されない。

いまこそ、本当の意味での政治のリーダーシップで、世代間格差を改善することが必要である。そのための政治の覚悟が今、問われている。

参考文献

第1章

- ・ OECD(2008) ‘Growing Unequal?’
- ・ 厚生労働省(2009)「平成21年財政検証結果レポート—国民年金及び厚生年金に係る財政の現況及び見通し—」
- ・ 西沢和彦(2008)『年金制度は誰のものか』日本経済新聞出版社
- ・ 西沢和彦(2011)「『社会保障・税一体改革成案』における年金改革のポイントと評価」
<http://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/policy/pdf/5654.pdf>
- ・ 村上清(1993)『年金改革』東洋経済新報社

第2章

- ・ 森信茂樹編著 『金融所得一体課税の推進と日本版 IRA の提案』 金融財政事情研究会
- ・ 森信茂樹 NIRA 研究報告書「財政再建の道筋」第5章 社会保障・税一体改革の視点—年金改革は個人の自助努力支援と組み合わせて(2011年4月)
- ・ 野村亜紀子 米英の個人向け資産形成支援スキーム 2007年9月26日等一連の野村資本市場研究所レポート
- ・ 岩間大和子 「EU 諸国の少子高齢化に対応した年金制度改革—その意義とわが国への示唆—」(国立国会図書館『少子化・高齢化とその対策：総合調査報告書』2005.2所収)
- ・ 年金税制の比較については、拙著「日本の税制 何が問題か」(岩波書店)参照。

第3章

- ・ Anderson et al, "Health spending in OECD countries in 2004: an update", Health Affairs 26(5):1481-89 (2007)
- ・ Protti, "A Comparison of Information Technology in General Practice in Ten Countries", Healthcare Quarterly Vol. 10, no. 2 (2007)
- ・ "Electronic Health Records: A Global Perspective", Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS), August 2008
- ・ Kobelt, "Health Economics: An Introduction to Economic Evaluation", OHE, 1996
- ・ Leu, Rutten, et al., "The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Market", January 2009
- ・ "Evidence on the Costs and Benefits of Health Information Technology", The Congress of the United States Congressional Budget Office, May 2008

- ・ Longman, "Best Care Anywhere, Why VA Health Care Is Better Than Yours", Polipoint Press, 2007
- ・ Enthoven, "A Living Model Of Managed Competition: A Conversation With Dutch Health Minister Ab Klink", Health Affairs 27, no. 3 (2008)
- ・ Brailer, "Presidential Leadership and Health Information Technology", Health Affairs 28, no. 2 (2009)
- ・ Sanders, "Financing and Organization of National Health Systems", World Health Systems: Challenges and Perspectives, Ed. Fried BJ, Gaydos LM, 2002
- ・ Arrow, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", American Economic Review 1963; 53(5):941-973
- ・ Hacker, "Review Article: Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative Politics of Health Reform", B.J.Pol.S. 34, 693?724. 2004

第 4 章

- ・ AHIP(2011), "January 2011 Census Shows 11.4 Million People Covered by Health Savings Account/High-Deductible Health Plans (HSA/HDHPs)"
- ・ Clemans-cope, Lisa(2008), "Health Savings Accounts: Recent Trends and Potential Effects on Coverage and Health Insurance Markets" in Aaron, H and Burman, L eds. "Using taxes to reform health insurance" Brookings Institution Press
- ・ CBO(2010), "Reconciliation Act of 2010 (Final Health Care Legislation)"
- ・ Halvorson, George(2009), "Health Care Will Not Reform Itself", CRC Press
- ・ Lyke, Bob(2008), "The Tax Exclusion for Employer-Provided Health Insurance: Policy Issues Regarding the Repeal Debate", CRS Report for Congress
- ・ The Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust(2011), "Employer Health Benefits 2011 Annual Survey"
- ・ Office of Management and Budget(2010), "Analytical Perspectives – Budget of the U.S.Government Fiscal Year 2011"
- ・ U.S.Census Bureau(2010), "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States:2010", September 2011
- ・ 岩本康志(2002)「高齢者医療保険制度の改革」『日本経済研究』第 44 号
- ・ 田中健司(2011)「米国におけるヘルスケア改革をめぐる健康保険業界の動き」損保ジャパン総研クォーターリー、Vol.58
- ・ 田中健司、後藤愛(2009)「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業-2007年を中心とする概況と Consumer Driven Health Plan の動き-」損保ジャパン総研クォーターリー、Vol.52

- ・田中健司、森朋也(2010)「米国における健康保険市場と保険会社のヘルスケア事業-2008年を中心とする概況とインディアナ州における Consumer Driven Health Plan の実験的導入」損保ジャパン総研クォーターリー、Vol.55
- ・西村周三(1997),「長期積立型医療保険制度の可能性について」,『医療経済研究』,第4巻
- ・長谷川千春(2010)「アメリカの医療保障システム」、海外社会保障研究、No.171
- ・福岡藤乃(2007)「米国の医療貯蓄口座 (HSA) について」、あいおい基礎研究所ミニレポート 2007.02.22
- 山中崇(2010)「ようやく前に進み始めた米国の医療保険改革」経済レビュー、No.2010-7

第5章

- ・麻生良文・小黒一正(2007)「論考 社会保障改革への視点 人口減少社会に適合した社会保障改革を」週刊金融財政事情 Vol.58-No.5
- ・麻生良文・小黒一正(2006)「健康保険に新勘定導入を」日本経済新聞(朝刊)・経済教室(医療制度改革残された課題 中)
- ・岩本康志・福井唯嗣(2007)「医療・介護保険への積立方式の導入」フィナンシャル・レビュー87号
- ・小黒一正(2010.8)『2020年、日本が破綻する日』日本経済新聞出版社
- ・小黒一正(2006)「世代間格差改善のための医療保険制度モデル私案とその可能性—賦課方式と積立方式の補完的導入—」フィナンシャル・レビュー85号
- ・鈴木亘(2009)『だまされないための年金・医療・介護入門—社会保障改革の正しい見方・考え方』東洋経済新報社
- ・内閣府(2011)「経済財政の中長期試算」(2011年8月12日閣議提出)
- ・内閣府(2005)「平成17年度・年次経済財政報告」

社会保障・税一体改革

～身の丈に合った社会保障の充実を求めて～

2012年3月発行

発行者 公益財団法人 東京財団

〒107-0052 東京都港区赤坂 1-2-2 日本財団ビル 3F

Tel 03-6229-5504 (広報渉外) Fax 03-6229-5508

E-mail info@tkfd.or.jp URL <http://www.tokyofoundation.org>

無断転載、複製および転載を禁止します。引用の際は本書が出典であることを必ず明記してください。
東京財団は、日本財団および競艇業界の総意のもと、競艇事業の収益金から出捐を得て設立された公益財団法人です。

公益財団法人 東京財団

〒107-0052 東京都港区赤坂 1-2-2 日本財団ビル 3 階

tel. 03-6229-5504 fax. 03-6229-5508

E-mail info@tkfd.or.jp URL <http://www.tokyofoundation.org>