

社会保障と税の一体改革*

－保険原理と再分配原理の再構築－

2011年9月

田中秀明*

(要 旨)

急速に進む少子高齢化や財政の悪化を背景に、ここ数年来社会保障と税制の改革についての議論が行われているが、それは、専ら財源調達、なかんずく消費税の増税に焦点が当たっている。消費税を含め増税は不可避であるとしても、高度成長を前提につくられた現在の社会保障制度をそのままのままでは、いくら財源を投じて、貧困の削減などのアウトカムの達成は難しい。日本の公的な社会保障支出は既に欧州諸国並みの水準に達しており、もはや「小さな政府」ではなく、今後、更に増大する。我が国の社会保障制度の大きな問題は、社会保障の中心である社会保険が、多額の一般財源の投入や制度間の財政調整により、本来の社会保険の姿から乖離しており、給付と負担がバランスするという保険のガバナンスが働かないことである。また、一般財源は相対的に恵まれた者にも充当される一方で、セーフティネットは不十分である。我が国の社会保険は、給付と負担の両面において、様々な矛盾と問題を抱えている。本稿の目的は、日本の社会保障財政の現状を、国際比較も行いながら分析するとともに、年金制度と医療制度の問題を費用対効果の観点から分析し、一体改革に向けた提案を示すことである。改革の基本的な方向は、社会保障の2つの原則である保険原理と再分配原理の関係を再構築し、一般財源はセーフティネットに充当しつつ、中高所得者には自助努力（社会保険と私的保険）を求めることである。

JEL Classification : D31, D63, H24, H51, H53, H55, H60, I38

キーワード : 社会保障、財政、負担と給付、年金、医療、税制

* 本論文の内容は全て筆者の個人的見解であり、筆者が属する組織の公式見解を示すものではない。

* 内閣府公共サービス改革推進室参事官。連絡先は、hideakitakamof@aol.com

1. はじめに

日本は、これまで「小さな政府」と言われてきた。また、GDP で測った一般政府支出は小さいものの、貧困は少なく、寿命は世界最長であり、費用対効果が高いとされてきた。しかしながら、日本は、経済協力開発機構（OECD）加盟国の中では、もはや小さな政府ではない。特に、1990 年代以降、社会保障関係の支出は増大の一途をたどっている。他方、収入面では小さな政府にとどまっており、財政が急速に悪化している¹。財政赤字や債務の水準にいたずらに驚く必要はないが、持続可能性についてのリスクは高まっており、世代間や世代内の公平性は著しく損なわれている。

その原因の 1 つが、社会保障である。急速に少子高齢化が進む中で、年金・医療・育児などの社会保障費をどのように賄うかが重要な政策課題となっており、政府も、これまで様々な検討を行ってきた²。2008 年末に決定した「中期プログラム」³では、景気が回復した暁に、社会保障の安定財源確保のため、税制の抜本改革を行うとしている。2009 年夏の政権交代以降では、「新年金制度に関する検討会」（2010 年 3 月）や「社会保障改革に関する有識者検討会」（2010 年 11 月）であり、更に、首相を議長とし、関係閣僚・与党幹部・民間有識者で構成される「社会保障改革に関する集中検討会議」が、2011 年 2 月に設置され、6 月には、社会保障と税の一体改革の方向をとりまとめた。

社会保障と税の問題は、政策課題としては認識されるになったが、これらの議論や検討の焦点は、社会保障費を安定的に賄うための消費税の増税である。急速に進む少子高齢化による財政需要に応えるためには、消費税の増税は避けられないとしても⁴、財源の在り方を議論する前に、現在の社会保障制度の問題を冷静に分析し、何が問題で、公平性や効率性などの観点からどのような制度を求めるかを先に議論する必要がある。財源は、社会保障制度の在り方によって決まる、あるいは決めるべきものであるからである⁵。また、消費税は魔法の杖のように無尽蔵に社会保障の需要に応えられるものではなく、税・保険料の負担増は経済との関係も考慮に入れなければならない⁶。

これまでの検討では、社会保険料の逆進性などの問題は、十分に議論されているとはいえない。年金については、未納・未加入の問題は指摘されても、保険料そのものの問題は、

¹ 2010 年には、純金融負債は 114%（対 GDP 比）に達し、OECD 諸国中最悪の水準である（OECD2010c の統計データ）。

² 例えば、1991～95 年の社会保障制度審議会、2000 年の「社会保障構造の在り方について考える有識者会議」、2004～06 年の「社会保障の在り方に関する懇談会」、2008 年の「社会保障国民会議」などである。

³ 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」（2008 年 12 月 24 日閣議決定）。その後、2009 年 6 月に一部改正が行われている。

⁴ 財源として保険料から消費税に転換することは、既に保険料を払った世代が消費税分を追加負担することになるため、世代間の負担の是正になることから、一般論としては、望ましい方向である。金子（2009）は、社会保障財源としての消費税負担の影響を分析している。

⁵ 宮島（2009:16）も、「財源確保の視点に偏った租税への期待論には、社会保障および財政・税制の見地双方から議論の余地が多分にある」と述べる。

⁶ 加藤（2009）は、OECD 諸国のデータを分析し、税・社会保障負担の規模の拡大は、経済成長に負の影響を与えることを示している。ただし、「政府規模の拡大の方が租税・社会保障負担の拡大よりも経済成長率を低下させる効果が強い」（p. 141）としている。

それほど取り上げられていない。わが国の社会保障制度は社会保険を基盤としているとされているが、他方で、一般財源が多量に投入され、制度が複雑化している。問題の本質は、保険料と一般財源、保険原理と再分配原理、公と私の役割分担などが曖昧であり、制度が断片化し、非効率になっていることである。こうした問題を解決しないと、国民負担は、将来のリスクを含め、際限なく増大する可能性が高い。

本稿の目的は、我が国の社会保障制度が非効率、あるいは費用対効果が低いことを⁷、国際比較も行いながら、データに基づき分析し、改革の方向を明らかにすることである。社会保障は、何を公平・公正と考えるかという価値観に基づくものであり、最終的には、選択の問題である。しかしながら、現状では、選択に当たり、問題が十分に分析され、選択肢が示されているとはいえない。

本稿の構成は次のとおりである。次の第2章では、社会保障給付の動向を、支出と負担の両面から分析する。第3章では、社会保障財政の国際比較を行い、日本の特徴を分析する。第4章では、年金制度の問題を、第5章では、医療制度の問題を分析する。第6章で、社会保障制度の問題を総括し、今後の改革の方向を論じる。最後の第7章で、結論をまとめる。

2. 社会保障給付の動向

社会保障制度には、年金、医療、介護、福祉、保育など、様々な施策が含まれる⁸。こうした施策を実施するためには財源が必要であり、その中心は、税などの一般財源と社会保険料である⁹。最初に、社会保障給付の全体を概観する¹⁰。

⁷ 政策評価の一般用語では、インプットの多寡を評価する「経済性」(economy)、インプットとアウトプットの関係性を評価する「効率性」(efficiency)、アウトプットとアウトカムを評価する「有効性」(effectiveness)がある。コストと有効性を比較するのが「費用対効果」である。これらの概念については、第5章(医療制度)においても論じる。

⁸ 社会保障制度審議会(1950)は、社会保障制度とは、「疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすること」と定義している。

⁹ 社会保障の提供は、基本的には、国又は地方の政府が責任を負っており、それを裏付けるのが予算である。国の予算には、一般会計、特別会計及び政府関係機関の3つがあるが、社会保障に最も関係するのが一般会計である。一般会計を主要経費別でみると、最大の歳出項目は社会保障関係費であり、2008年度決算ベースで約22.6兆円、一般会計総額の26.6%を占めている。そのうち約8割を占めるのが社会保険料の17.9兆円である。また、社会保障に関する財政は、歳出予算だけではなく、税制にも関係する。例えば、所得税に関して、扶養控除、社会保険料控除、障害者控除、寡婦(夫)控除、勤労学生控除などの所得控除である。

¹⁰ 社会保障給付を把握する基準が、国際労働機関(IL0)が定める「社会保障給付費」である。具体的には、高齢、遺族、障害、労働災害、保健医療、家族、失業、住宅、生活保護その他のリスクやニーズに対して給付するものである。この他、IL0の基準には、制度が法律によって定められ、それによって特定の権利が付与され、あるいは(準)公的な機関・独立的な機関によって責任が課せられるものであること、そうした機関によって管理されていることなどの基準がある。この基準に基づき、国立社会保障・人口問題研究所が社会保障給付費を推計している(詳細は、国立社会保障・人口問題研究所(2010)を参照)。

2008年度の決算ベースで、社会保障給付費の総額は約94.1兆円であり、そのうち約5割が年金、約3割が医療になっている(図2-1)。1970年度の給付費は、3.5兆円でGDPの3.5%であったので、その後の約40年間で、社会保障給付費は、GDP比で約4倍になったことになる。制度別に1990年度と2008年度の給付費を比較したのが図2-2である。この期間中、給付費総額はほぼ倍増したが、これを上回って増大したのが、厚生年金、国民年金、児童手当である(国民健康保険、介護保険、老人保健、生活保護は全体の増加率とほぼ同じ)。特筆すべき点は、同じ期間で、給付費総額が、対GDP比でも、ほぼ倍増したことである¹¹。

次に、社会保障給付を機能別にみたのが図2-3である。高齢が約5割を占め、保健医療と併せて約8割に達する。次章の国際比較でみるように、我が国の社会保障給付は年金に偏っており、また医療の割合も高く、それ以外の育児や介護、職業訓練などの割合が非常に少ない。

給付の財源負担をみると、社会保険料が56.6%、一般財源が32.2%を占めており、我が国の社会保障制度が社会保険中心であることを確認できる(表2-1)。制度によって、社会保険料と一般財源の負担の割合に大きな差がある。社会保険であっても、介護保険約70%、国民健康保険約50%、国民年金約35%のように、一般財源がかなりの割合で投入されている。一般財源が投入されていないのは組合管掌健康保険ぐらいである。

財源の割合を時系列の変化を見たのが、図2-4である。被保険者及び事業主の保険料負担の財源総額に対する割合は、1970年度以降趨勢的に減少しているが、他方で、年金や医療等に関して、他制度からの移転が1985年度以降急増しており、その規模は事業主拠出金に匹敵するようになっている。この資金移転の元は社会保険料であることから、保険料そのものの割合が低下しているわけではない。1976年度(他制度への移転を含む)の財源総額に対する割合は56.2%であったが、2002年度には71.9%にまで達している(2008年度では66.0%)。平成に入ってから、一般財源の割合は、国・地方ともに増大傾向にある(この期間中で約5%ポイント増)。

一般財源(国・地方)がどの制度に充当されているか、その割合の推移を見たのが図2-5である。多くの制度のシェアは低下しているが、厚生年金及び老人保健のシェアが増大していることがわかる¹²。厚生年金へ投入される一般財源の一般財源総額に対する割合は、1970年度の2.0%から2008年度の16.9%に増えている。老人保健のそれは、1982年度の0.6%から2008年度の16.8%へと増大している。他方、国民健康保険の割合は、1970年度の23.9%から2008年度の15.3%へと低下している。これらの変化の背景には人口高齢化があるが、相対的に豊かな人が加入する厚生年金(そして公務員の共済年金)に対して一般財源の投入が増えていることは、看過できない問題である。これは、基礎年金へ一

¹¹ 正確には、1.81倍であり、名目GDPは、1.09倍になった。

¹² 2000年度以降では、導入後間もない介護保険と児童手当の割合も増加傾向にある。

一般財源を投入しているからであるが、所得に関わらず、一般財源を投入することは、税金の効率的・効果的な使い方として問題があるからである。

全体をまとめると、わが国の社会保障財政のマクロ的な特徴及び問題は、①給付費が経済の規模を上回って増大していること、②社会保険が原則とされながらも、保険料による大規模な再分配、一般財源が大規模に保険制度へ投入されていること、③再分配が豊かな者（特に高齢者）にもなされていること、である。

3. 社会保障財政の国際比較

(1) 支出面

社会保障財政の国際比較を試みる¹³。最初に、社会保障だけではなく、一般政府の動向を概観する。表3-1は、一般政府支出の対GDP比の推移を比較している。1970年では、日本の一般政府支出は、OECD主要国を下回っていたが、2000年には、オーストラリアやアメリカを上回っている。2000年代に入り、日本の一般政府支出は、ほぼOECD平均の水準に達している。日本の支出は急増する一方、収入は減少しており、その結果、1990年代以降、財政赤字が拡大している¹⁴。過去の借金の累積から社会保障基金の積立金などを相殺した純金融負債は、2000年代後半には、OECD諸国中最悪の状態になっている。他方、オーストラリア、スウェーデンなどは、2000年代半ば以降、貯金を積み上げている状況にある¹⁵。

一般政府支出ではなく、社会保障関係の支出の規模をGDP比で比較したのが表3-2である。これは、「社会支出」と呼ばれ、義務的な私的支出や任意の支出を含む、より広義の社会保障関係の支出である¹⁶。日本の社会支出は、2007年には約20%であり、オーストラリア・カナダ・韓国・アメリカのそれを上回り、オランダ・イギリスに近い水準に達している。日本の社会支出（対GDP比）は、1980年からの30年弱で2倍になっており、他国と比べて著しく増えている。一般政府支出に対する社会支出の割合では、フランスやスウェーデン等の欧州諸国とほぼ同じ割合になっている。

社会支出は、高齢、遺族、障害、医療、家族、職業訓練（積極的労働政策）、失業、住宅、その他（社会扶助など）に分類されるが、これらの内訳の構成比を比較したのが図3-1である。日本の社会支出の特徴は次のとおりである。第1に、高齢・遺族の社会支出全体に対する割合が半分を占めており、GDP比では、スウェーデンとほぼ同じ水準である¹⁷。イ

¹³ OECDの社会保障財政について、金子（2010）を参照。

¹⁴ 1990年には2.0%（対GDP比）の黒字であったが、2000年には7.6%の赤字になった。2006年には、1.6%の赤字に減少したが（ただし、財政投融资の積立金の取崩の影響がある）、2010年には、7.7%の赤字に拡大している（データはOECD2010）。

¹⁵ これらの国は、1990年代に予算制度改革を行い、財政健全化に成功した国である。日本を含めたOECD主要国の財政再建については、田中（2011）を参照。

¹⁶ OECDの統計で、「社会支出」（Social expenditure）と呼ばれるものであり、分類等詳細は、Adema and Ladaique（2009）を参照。

¹⁷ 日本の1980年の高齢・遺族の支出の全体に対する割合は38.6%であり、フランス（45.9%）、ドイツ

タリヤを除けば、他国の年金支出は全体の約3割である。第2に、医療支出の割合は、欧州大陸諸国のそれを上回るが、カナダ・アメリカよりは下回る。GDP比では、スウェーデン、イタリア、デンマーク、イギリス、オランダ、オーストラリアをほぼ同じであり、日本を上回るのは、フランス、ドイツ、カナダである。第3に、高齢・医療以外への支出、特に、障害・家族・職業訓練・失業などの支出の割合及びGDP比が小さい。日本の高齢・遺族・医療以外の支出の割合は、12.9%であるが、イタリア(16.9%)・アメリカ(18.9%)以外の国は3~4割である(2007年)。

社会保障に関する支出は、上記だけではない。日本を含め、多くの国では、社会的な目的をもった税制上の措置¹⁸、例えば、課税対象からの控除(例:扶養控除、私的保険料控除)、税額控除(例:給付税額控除)などが導入されている。OECDの統計は、社会支出にこれらの税制上の措置を加え、社会保障給付に対する課税を控除した、「純社会支出」を推計している(表3-3)¹⁹。スウェーデンなど、総社会支出が20%後半の高位にある国では、純社会支出は、総社会支出より小さくなる傾向があるが、20%以下の国では、純社会支出が大きくなる。公的・義務的私的・任意を併せた純社会支出を指標とすると、日本は、カナダ、デンマーク、オランダに匹敵する水準である。

いくつかの指標で日本の公的支出の規模を比較したが、日本は、2000年代に入り、もはや「小さな政府」ではなく、OECD平均から欧州諸国の下位水準の国のレベルに達している。

(2) 財源面

次に、財源の相違を比較する²⁰。一般政府の財源の内訳を見たのが図3-2である。財源構成の相違は、大きく分けると、社会保険料の割合が高いビスマルク型(フランス、ドイツ、イタリア、日本、オランダ、社会保険料は全体の3~4割)の国と一般財源の割合が高いベバリッジ型の国の2つのグループに分けられる。後者は、更に、社会保険料がほとんどないオーストラリア・デンマークと社会保険料が15~25%あるカナダ・イギリス・アメリカ・スウェーデンに分けられる²¹。

日本は、ビスマルク型に属するが、所得税・法人税・社会保険料(被用者・事業主)・消費課税の5つの財源がほぼ同じ規模であり、それぞれ税・保険料全体の15~20%(対GDP比では5%前後)を占めていることに特徴がある。他のOECD諸国は、日本のように、「均

(44.0%)、イタリア(51.4%)より小さかった。他方、日本の医療支出は42.2%であり、オーストラリア(36.9%)、カナダ(37.5%)、それ以外の国(20~30%)と比べて、かなり大きかった。

¹⁸ 「租税支出」(Tax expenditure)とも呼ばれる。OECDの社会支出統計では、Tax breaks for social purpose(TBSP)と呼ばれている。

¹⁹ 技術的な推計の方法は、Adema and Ladaique(2009)を参照。

²⁰ 社会保障と税制に関する国際比較については、本田(2009)、宮島(2009)を参照。

²¹ 「ビスマルク型」とは、社会保険原理を基礎として、保険者の独立的な運営を図る仕組みであり、労働者を工業生産に動員することを目的としてドイツで導入された(1889年)。「ベバリッジ型」とは、普遍性や統一性を重視する仕組みであり、ベバリッジという名称は、イギリスの「ベバリッジ報告」(1942年)に由来するが、年金制度については、1891年に税方式の基礎年金を導入したデンマークに由来する。これら2つはモデルであり、実際には、様々なバリエーションがある。

等」な負担構成ではない（韓国は日本に類似）。ビスマルク型のフランス・ドイツ・イタリア・オランダは、社会保険料以外の財源としては、所得税・法人税の割合が相対的に小さく、消費課税の割合が3割近くに達する。社会保険料は、日本とドイツでは、被用者と事業主の負担割合はほぼ同じであるが、フランス・イタリア・スウェーデンでは、事業主の割合が高く、逆に、オランダでは、被用者の割合が高い。ベバリッジ型の国は、所得税の割合が高く、デンマークの51.7%は突出しているが、他は3~4割である。消費課税は、アメリカの16.7%を除けば、25~30%である。法人税の割合は、オーストラリアの23.1%を除けば、10%未満である。オーストラリアとカナダの負担の構成は類似しているが、前者は、社会保険料が無い一方、後者は、法人税の割合がオーストラリアより10%ポイント程度小さく、その分が社会保険料（割合そのものは小さい）で対応している。スウェーデンは、所得税・社会保険料（事業主）・消費課税で全体の約8割を占める。支出では、日本はOECD平均の水準に達しているが、収入では、約7%ポイントもOECD平均より低い。

OECD統計の財源は社会保障関係の支出に限定されていないが、欧州の統計であるユーロスタットは、「社会保護費」という形で欧州諸国の社会保障関係費の財源を比較している。2005年の数字（Eurostat2008）では、ベバリッジ型の国（デンマーク・スウェーデン・イギリス）では、一般財源の割合は50%を超えるが、ビスマルク型の国（フランス・ドイツ・イタリア・オランダ）では、それは30~40%である。デンマーク・オランダを除く国では、事業主の社会保険料負担の割合は、被用者のそれを上回っている。

OECD統計に基づき、1965~2009年の財源構成の推移を概観する（表3-4、図3-3~図14）。ビスマルク型（フランス、ドイツ、イタリア、オランダ）の国では、期間を通じて、社会保険料の割合は増加しているが、1990年代半ば以降は、減少している。他方、フランス・イタリアは、所得課税が増加傾向にある。特に、フランスは、1990年代以降、所得を課税対象とする社会保障目的税が導入されている。ドイツ・オランダは、近年、所得課税ではなく、消費課税が増えている。ベバリッジ型の国では、デンマークとオーストラリアを除き、近年、社会保険料の負担割合は相対的に増えている。ベバリッジ型の国では、消費課税の割合は、スウェーデンを除き、減少傾向にある。他方、所得税の割合が増えている国（カナダ・アメリカ）と法人税の割合が増えている国（イギリス・オーストラリア）がある。

OECD諸国の負担の大まかな近年の動向をまとめると、ビスマルク型の国では、社会保険料の減少を消費課税か所得課税で補う一方、ベバリッジ型の国では、社会保険料が増えつつ、所得課税か法人課税のどちらかが増えている（消費課税は減少傾向）。ビスマルク型に分類される日本は、社会保険料の割合が急増する一方、所得税・法人税の割合が低下している。消費課税は、90年代以降は増えているが、期間を通じては減少している。

4. 年金制度の問題

社会保障支出の中でも最も大きい年金制度の問題を整理するが、年金制度だけではなく、老後の所得保障という観点から、社会扶助や税制も併せて検討する。基本的なテーマは、年金・扶助・税制をいかに一元化するかである。最初に、老後の所得保障についての基本的なモデルを整理し、国際比較を通じて、その費用対効果を検証する。老後の所得保障という観点から、日本の年金制度の費用対効果が悪いことを示し、次に、その原因を分析する。

(1) 老後の所得保障のモデル

高齢期の所得保障については、2つの大きな目的がある。1つは、個人の生涯を通じて所得水準をスムーズにすることであり、老後においても、従前所得と比べて一定の水準を確保し、生活水準を維持することである（「保険原理」の追求）。もう1つは、高齢者に最低限度の生活水準を保障することであり、社会全体の生活水準との比較において妥当な所得を得られるようにすることである（「再分配原理」の追求）。全ての国の老後の所得保障制度は、この2つの性質を持っているが、両者のバランスは国によって異なり、また、そのアプローチも国によって異なる。

保険原理を重視するのが、「ビスマルク型」の年金制度であり、再分配原理を重視するのが「ベバリッジ型」の年金制度である。この2つの年金制度は、その哲学や仕組みにおいて、明確な相違がある。ビスマルク型では、国が報酬比例の年金給付を保障するが、ベバリッジ型では、国が保障するのは拠出に基づくあるいは資力調査付の定額の年金給付に限定され、老後の所得保障は、これらに義務あるいは任意の私的年金を上乗せして対応する仕組みである²²。こうした相違は、まさに、公的及び私的年金支出のバランスに反映されている（図4-1）。また、ベバリッジ型の国では、公的・私的を合わせた年金支出も小さい。日本はビスマルク型であるが、ベバリッジ型の国ほどではないものの、ドイツやフランスなどと比べて、私的年金の支出は高い²³。

2つの原理のバランスという観点から、公私の年金制度、社会扶助、税制をどのように設計するかが問題となるが、その際のポイントは次のとおりである。

²² Queisser et al. (2007:552)は、報酬比例の公的年金を重視するビスマルク型の性質を持つ国ほど、私的年金のウェイトは低く、再分配を重視するベバリッジ型の性質を持つ国ほど、私的年金のウェイトが高いと述べる。

²³ Werding (2003:11-12)は、ビスマルク型の年金制度の特徴として、労働者に対する強制適用、ブルーカラーやホワイトカラーなど特定の集団を対象、拠出と給付のリンク、老後の生活を保障する高い所得代替率を挙げ、ベバリッジ型の年金制度の特徴として、全ての国民を対象とする皆年金 (Universal)、拠出と給付のリンクは弱い、老後生活の最低水準を保障する給付を挙げる。そして、前者の国として、オーストリア、ベルギー、ドイツ、ギリシャ、イタリア、ルクセンブルグ、スペインを挙げ、後者の国として、アイルランド、オランダ、イギリス、そして、両者の混合型として、デンマーク、フィンランド、フランス、スウェーデン、スイス、アメリカを挙げている。

- ①セーフティネットとして、最低の所得保障をどのように提供するか。例えば、一般的な扶助制度、高齢者を対象とした扶助制度、定額の基礎年金、最低保障年金（2階の所得比例年金と一体的に設計）である。また、これらの給付の受給資格を、所得にかかわらず普遍的とするか、所得調査付か資力調査付とするか、である。
- ②年金制度内で、再分配のメカニズムをどこまで発揮させるか。拠出の対象として、所得の上下限を設けるか。年金制度は、被用者のみ対象とするか、自営業者なども含むか。公私の年金制度の関係はどうか。
- ③税制がどの程度年金制度とリンクするか。特に、年金給付への課税や給付を賄う観点からの役割である。高齢者への税制上の優遇措置を認めるか。

こうした観点から、Tanaka(2008)は、主要国の年金・扶助・税制を比較している。これに基づき、各国の一元化のアプローチを整理したのが表4-1である。これらのアプローチの相違は、第1に、セーフティネットとして、扶助か皆年金(Universal)のどちらを選ぶかである。第2に、扶助を選択する国は、ドイツ・フランスという公的年金を主軸とする国と、イギリス・アメリカという私的年金を主軸とする国に分けられる。皆年金を採っている国も、いくつかのバリエーションがある。セーフティネットが定額の基礎年金か、不足額を補てんする最低保障型か、公的な社会保険制度の有無である。各国の年金制度は、様々な基準により分類できるが、最も重要な相違は、年金制度内で所得再分配をどの程度行うかである。

(2) 老後の所得保障の費用対効果

最初に、高齢者の所得水準を比較する。表4-2は、若年者の可処分所得に対する高齢者の可処分所得の水準である。ほとんどの国において、高齢者は若年者の可処分所得の70~90%を得ているが、日本は、OECD平均を超えている。OECD(2001)は、65歳以上の高齢者の可処分所得を十分位に分けて、18~64歳のそれと比較している(表4-3)。この統計によれば、日本とアメリカを除いて、第1及び第2十分位の高齢者が、最も高い可処分所得を得ている。また、日本の最も低い所得階層の平均可処分所得は、勤労世代のその約25%であり、カナダ(65%)、ドイツ(40%)、オランダ(48%)、スウェーデン(51%)、アメリカ(29%)より低いと分析する。

次に、高齢者の社会的な厚生を比較する。ジニ係数を比較する(図4-2)。高齢者のジニ係数(2000年)は、日本(0.343)とアメリカ(0.396)で高く、デンマーク・スウェーデン・オランダで低く(0.2程度)、オーストラリア・カナダ・フランス・ドイツ・イギリスは両者の中間(0.2~0.3)である。また、多くの国で、高齢者のジニ係数は、勤労世代

のそれより低い、日本・アメリカ・フランスは逆である²⁴。

高齢者の貧困率を比較する（表4-4）。アメリカ・オーストラリア・日本は高いグループに属する。Forester and Mira d'Ercole (2005:71-74)は、貧困率の時系列変化を分析し、ドイツ・日本・オランダ・アメリカの高齢者の貧困率は、1970年代から90年代半ばまで、大きな変化はないが、カナダ・スウェーデンでは、大きく低下していると述べる。

最後に、年金制度による所得保障の程度を比較する。OECD (2007)は、経済や人口について一定の仮定を置いて、仮想的な労働者の従前所得に対する年金給付の割合（代替率）を推計している²⁵。表4-5・6は、複数の所得水準についての代替率を示している²⁶。平均所得の労働者についてみると、オランダ・スウェーデンが最も高い代替率を提供し、ドイツ・ニュージーランド・日本・イギリスが40%以下の代替率である。多くの国で、低所得者は高所得者より高い代替率を享受しているが、平均所得の半分の所得を得ている者の代替率を比較すると、再分配の程度には大きな相違がある²⁷。英連邦諸国は、フランス・日本・オランダ・スウェーデン・アメリカより、より再分配を行っている。また、オランダ・スウェーデンは、平均所得の倍を稼いでいる者にも同じ代替率が適用されている。

グロスの代替率は、税や保険料負担の影響を考慮してないため、高齢者と若年者の所得の相違を正確には評価できない。OECDは、ネットの代替率も比較している。高齢者のネットの代替率（OECD平均）は、およそ70%であり、グロスのそれより11%ポイント高い。グロスとネットの相違をもたらしているのは、税・社会保険料の賦課であるが、その取扱いは、国により相違がある。例えば、保険料拠出を課税所得から控除すること、年金所得は保険料拠出の対象としないこと、年金所得に優遇課税を行うことなどである。Keenay and Whitehouse (2003)は、勤労者と年金受給者に対する所得税と社会保険料負担の影響を比較（表4-7）しているが、そのポイントは、次のとおりである²⁸。

- ①ドイツ・日本・アメリカでは、年金受給者は、全ての所得階級において、勤労者より低い限界税率が適用されている。オランダ・イギリスも、年金受給者の所得税率は低いものの、勤労者との差は小さい（特に高所得階層において）。
- ②カナダ・スウェーデンにおいては、高所得の年金受給者は、高所得の勤労者より高い限界税率が適用され、低所得の年金受給者は、低所得の勤労者より優遇されている。フィ

²⁴ 内閣府の分析でも、日本の高齢者のジニ係数が高いことを確認できる（内閣府2002）。白波瀬（2002:82）は、高所得の高齢者は、低所得の高齢者より、より多くの雇用所得を得ており、これが、日本の高齢者の所得の不平等を拡大させているとしている。

²⁵ Social Protection Committee (2004)は、EU諸国について、代替率を計算している。

²⁶ OECDの推計は、単身者についての例示であり、所得保障の全体的な姿を示すものではない。これは、公私に関わらず強制的な年金制度を対象とし、企業年金でも、その対象範囲が普遍的な性質を持つものも含まれている。

²⁷ 代替率の相違に影響を与える1つの要因は、拠出や給付に上下限の制限が設けられているか否かである（Whitehouse 2003:36）。

²⁸ OECD(2001)も参照。

ンランド・イタリアでは、低所得者でも、年金受給者は高い税率が適用されている。

③フィンランド・スウェーデンでは、年金受給者に課せられる保険料拠出を含めた総合的な実効税率は、低所得を除き、勤労者とはほぼ同じである。

④日本の高齢者は、所得にかかわらず、絶対水準でも勤労者との比較においても、負担率は非常に低い。

また、働き世代の所得税及び社会保険料の負担の状況を比較する（表4-8）。日本は、年金支出の規模と比べて、負担が少ないことがわかる。日本の公私を合わせた年金支出（対GDP比）は、オーストラリアのそののほぼ2倍であるが、両国の合計負担率はほぼ同じである。

最後に、こうしたパフォーマンスと年金支出の関係について整理する。貧困率の国際比較は注意が必要であるが、フランス・ドイツ・日本・オランダ・アメリカの公私を合わせた年金支出は10~13%であるが、日本とアメリカの高齢者の貧困率は両国以外のそのの倍以上であり、オランダの10倍である。ニュージーランド・オランダ・カナダ・スウェーデンの高齢者の貧困率は10%以下であるが、年金支出は国より様々である。カナダは、人口高齢化の相違を考慮しても、中程度の年金支出で、比較的良好はパフォーマンスを示している。こうした分析からわかることは、年金支出の規模は、高齢者の貧困率に直接的な影響を与えないということである。重要なことは、年金制度の構造である。貧困に最も影響を与えるのは、貧困線との比較で年金給付が定められているか否かである（Forster and Mira d' Ercole 2005:43-44）。日本の年金制度は、貧困の予防という観点からは、国際比較からみて「非効率」であると言わざるを得ない。次に、それはなぜなのかについて考える。

（3）日本の問題

我が国の公的年金制度には2つの基本的な問題がある。1つは、基礎年金の在り方と財源調達の問題であり、もう1つは、厚生年金の報酬比例部分の給付と負担の問題である。ここでは、特に喫緊の課題となっている前者の問題を、老後の所得保障の観点から、扶助・租税の問題を含めて議論する²⁹。

①制度の分立

第1に、制度が分立している問題である。我が国の公的年金制度は、一般に、1階の国民年金、2階の厚生年金や共済年金の2階建制度といわれている（更に3階の企業年金がある）。しかし、実態は国年・厚年・共済の各制度が分立している。1階は、国民共通の基礎年金といわれているが、1985年に導入されたこの制度は、「年金」ではなく、国民年金

²⁹ 後者は、相対的に恵まれた人々についての問題であり、その改革の方向は、保険数理に基づく公正な負担と給付の仕組みを目指すことである。

の財政破綻を回避するために導入された財政調整制度である。なぜなら、拠出額がでさえ明確ではない「保険」だからである。基礎年金の第1号被保険者（自営業やパート労働者）の保険料は定額負担、第2号（被用者）は不明（2階部分と併せて定率）、第3号（2号の被扶養者）はゼロ（見かけ上）であり、全く異なる拠出ルールである。これでは、負担と給付がリンクするという保険制度の規律が働かない。国年・厚年等が負担方法や配偶者の取扱い等で全く異質な制度にもかかわらず、定額部分だけを財政調整する結果、様々な矛盾が生じている。第1号の主婦は保険料納付義務があるが、専業主婦は納付しなくても基礎年金を受給できるという問題はその典型例である。サラリーマンの夫が会社を辞め自営業者になると、その専業主婦の妻は、突然、国民年金の保険料を支払う義務が生じることも同様である。それまでは、夫の配偶者として明確に負担する必要はなかったからである。また、女性が被用者から主婦になった場合、第3号の届け出をしないと、給付が減額されるという年金記録の問題も、制度の分立に起因する問題である。雇用形態は、ライフサイクルの中で様々に変化するが、そうした現実の中で一々届出を要求するのは、現実の人間の行動を考慮しない机上の計画と批判されてもしかたがない。

基礎年金は財政調整制度であると述べたが、問題はその方法である。基礎年金の給付に要する費用は、その総額を各制度の被保険者の数で割って算出するが、第1号については、実際の納付者の数で計算することになっており、国民年金の未納・未加入が増えるとサラリーマンが割を食う仕組みになっている。その結果、筆者の計算では、サラリーマンの負担は被保険者総数で均等に負担する場合と比べて平均的に20%弱高くなっている（表4-9）。財政調整そのものが問題ではなく、基礎年金が国民皆で能力に応じて負担を分かち合うべきものではなく、職業によって異なる負担ルールが適用されていることである³⁰。

②国民皆年金になっていない

第2に、基礎年金が、「国民皆年金」になっていないことである。典型的には、国民年金（第1号被保険者）の未納・未加入問題である（図4-3）。2009年度において、国民年金の対象である第1号被保険者1,985万人の16.5%が未納・未加入者である（321万人が未納者、9万人が未加入者）。更に、保険料の全額あるいは一部免除者が582万人いるので、保険料を満額納めていない者は、全体の半分弱（45.7%）にも達する。また、国民年金保険料の納付率は60.0%に過ぎない。問題は、保険料を納めない者は、年金給付が減額されることである。これでは、カナダやオーストラリアのような、一定の年齢に達すれば国民誰でも年金給付が得られるという「皆年金」（“Universal”）とはいえない。

未納・未加入は現象面の問題に過ぎない。これらの問題の背景には、雇用構造の劇的な変化がある。非正規の職員・従業員の雇用者に占める割合は、1/3を超えており、1985年

³⁰ 自営業だった親の子がサラリーマンである場合もあり、子が親を支えることは世代間扶養の考え方に合致するが、問題は負担のルールである。

の16.4%から2008年には34.1%になっており、1/3は非正規雇用になっている。この結果、2000年代半ばの足元を除けば、第2号被保険者が減り、第1号被保険者が増えている（図4-4）。こうした雇用形態の変化を反映して、第1号被保険者の雇用形態も変化しており、非常勤雇用が増えている（図4-5）。問題は彼らの所得が低いことである（図4-6）。第1号被保険者の保険料完納者の平均総所得金額³¹は178万円、滞納者のそれは113万円である。200万円までの総所得金額の者は、全体の約8割に達する³²。低所得者にも、原則、月額15,100円（2010年度）の定額負担を求めているから、未納や減額が生じるのである。年収が1億円の人でも、500万円の人でも同じ負担であり、著しい逆進性がある³³。年金保険料の総所得に対する負担率（世帯員一人当たり）を、年金の種類別・総所得階級別に見たのが図4-7である。厚生年金保険料は、900万円までは定率負担となっているが、国民年金保険料は、100万円の階級から逆進的である。

保険料を負担できなければ、給付が減るが、それでよいということにはならない。社会保障国民会議は、「未納問題は少なくとも公的年金制度の財政的持続可能性にはほとんど影響を与えない」（社会保障国民会議第一分科会中間とりまとめ、2008年6月）としているが、これは年金制度だけを取り上げた議論である。未納により年金財政は楽になっても、生活保護を受給することになれば、財政的負担は、むしろ増える可能性が高い。近年の非正規雇用の増大は、将来の無年金・低年金者、あるいは生活保護受給者の予備軍である³⁴。社会保険庁の推計（2007年4月1日現在）で、年金保険料納付期間が25年に満たないため、年金を受給できない高齢者や今後納めても受給できない人が約118万人に上ることが判明している³⁵。

生活保護の受給状況を見よう。1990年代前半以降、生活保護受給世帯が右肩上がりが増大急しているが、そのうち高齢者世帯の割合は、40%から45%にまで増大している（図4-8）。半分弱が高齢世帯である。受給者ベースでは、生活保護を受給する高齢者は半数を超えている。65歳以上の生活保護受給者のうち、年金を受給していない者の数は、1998年から2007年の間に倍増し、65歳以上受給者の半数以上は年金を受給していない（表4-10）。また、国民年金の平均受給額は、増えていない。年金制度は成熟しているはずなのに、年金受給者の割合が減少している。山田（2003）は、国民年金受給者の貧困率を推計し、中位の可処分所得の50%基準で36.6%、厚生年金では11.6%であり、国民年金

³¹ 総所得金額とは、利子所得、配当所得、不動産所得、事業所得、給与所得、譲渡所得、雑所得、一時所得からなり、収入金額から必要経費（売上原価・減価償却費等）を除いたものである。

³² 完納者の場合74.4%、滞納者の場合81.8%である。

³³ 正確には、低所得の場合には、保険料の減免制度がある。単身世帯の場合、約189万円以下の所得以下であると、保険料負担は、所得に応じて減免される。約141万円まで1/2免除となり、約57万円以下であると100%減免である。

³⁴ 辻（2008）は、2002年時点で、就職氷河期世代と非正規雇用の前世代との比較した増加分は137.1万人、無業者は54.5万人、合計191.7万人で、彼らが65歳以上になり生活保護を受給する可能性が高くなるのは77.4万人であると推計している。

³⁵ 2007年4月1日時点において、今後納付できる70歳までの期間を納付しても25年に満たない者は118万人、25年に満たない者は110万人存在する（社会保険庁推計）。

は高齢者の貧困予防になっていないと述べる。また、国民年金は、拠出制であるにもかかわらず、40年間保険料を払い続けても、生活保護の基準額に及ばず、拠出意欲を低下させかねない³⁶。

これらの問題は所得再分配に関係する。国際比較でみたように、日本の高齢者は相対的には豊かであるが、十分位でみた高齢者の可処分所得（現役世代との比較）は、低い分位ほど、相対的に低い。カナダ等は、第1十分位の高齢者が相対的に一番高い。Yamada（2002：21）は、第1五分位の高齢者は、ネットの社会保障移転の合計額の約16%しか受けていないが、第3五分位は約30%を受けていると分析し、低所得者への所得再分配が十分ではないと述べている³⁷。Jones（2007：27）も、日本の高齢者は、当初所得の不平等と相対的貧困では、OECD諸国の中では二極の真ん中であるが、可処分所得の不平等は大きいと述べる。まとめると、日本の高齢者の平均所得は高いが、格差が大きいということである。

③一般財源の投入と負担の不公平

第3に、一般財源の投入と負担の不公平の問題である。日本の公的年金は、社会保険方式に基づくものとされているが、多額の一般財源が投入されている。国民年金創設時（1961年）においては、納付された保険料の1/2を拠出時に国庫負担することとされていたが、1976年の改正で、厚生年金等と同じく、給付費の1/3を給付時に負担することされた。1986年の基礎年金導入に伴い、その給付費の1/3が一般財源で手当てされることになった。更に、2004年の年金制度改正により、2009年度までのいずれかの年度に基礎年金の一般財源の割合は1/2に引き上げることが法律に規定され、その割合が1/3から段階的に引き上げられた³⁸。更に、2009年の改正により、2009・2010年度において、財政投融资特別会計からの財源により1/2への引上げが行われた。

厚生労働省は、国庫負担を1/2に引き上げるとは、年金制度を持続可能なものとするためには必要であると説明しているが³⁹、「国庫負担」は国が負担するものではなく、国民が負担するものである。名称が、税であろうが、社会保険料であろうが、負担するのは国民以外にはない。問題は、一般財源の投入が非効率と不公平をもたらしていることである。社会保障制度には、年金・医療・介護・障害・児童・生活保護など様々な施策があり、そこには一般財源が投入されているが、社会保障給付に投入されている一般財源全体に対する各施策のシェアを見ると、厚生年金保険は、1970年度の2.0%から2008年度の16.9%まで増えており、2008年度において、最も高いシェアを有している⁴⁰。国民健康保険や生

³⁶ 年金制度と生活保護は単純に比較すべきものではないが、例えば、2007年度で、東京区部の単身者の生活保護の基準額は80,820円であるが、基礎年金の満額受給額は66,008円である。

³⁷ もし、ネットの社会保障移転が平等に配分されている場合、各五分位は20%の社会保障移転を受けることになる。

³⁸ 一般財源の投入割合の引上げの経緯等については、勝俣（2011）を参照。

³⁹ 「年金制度をめぐる課題」（舩添臨時議員、経済財政諮問会議提出資料、2007年10月25日）を参照。

⁴⁰ 分析の詳細は、田中（2011）を参照。

活保護など、ほとんどの施策のシェアは低下しており、主要な制度でシェアが増えているのは、老人保健・介護保険・児童手当に過ぎない。厚生年金のシェアが増えているのは、基礎年金へ一般財源の投入が増大しているからである。

基礎年金への一般財源投入については、次のような問題もある。例えば、低所得の非正規雇用者は、第1号の保険料を負担しないと給付は減額あるいは無年金になるが、そうであっても、彼らが支払った消費税は、一般財源として、基礎年金給付のために使われる。高所得者の年金給付も税により補填されるが、厳しい財政状況の中で、税金の効率的な、また公平な使い方といえるだろうか⁴¹。

貧しい若年世代が豊かな高齢者を支えているとも言えるが、それは、税金や社会保険料負担の年齢による相違にも関係する。国民生活基礎調査(2007年)に基づく分析によれば、25～64歳までの税・社会保険料の総所得に対する負担率(世帯員ベース)は約20%であり、年齢による差はほとんどないが、65歳以上の負担率は約15%であり、働き盛りと比べて約5%の差がある(田中 2010)。また、25～34歳と65～74歳の当初所得、総所得、可処分所得(所得税・住民税・消費税、年金・医療・介護・雇用保険料を控除)を比較すると、

25～34歳	303.6万円→308.1万円→245.9万円
65～74歳	140.0万円→289.0万円→243.3万円

となり、総所得の差は約19万円あるが、可処分所得の差は2.6万円に過ぎない(田中 2010)。

次に、年齢区分ではなく、給与世帯と年金世帯の税・保険料負担率を見る⁴²。税・社会保険料合計で見ると、総所得によって差があるものの、年金世帯の負担率と給与世帯の負担率には、5～10%ポイントの相違がある(図4-9)。年金世帯は、ほぼ逆進的な負担率となっているが、給与世帯は、100～200万円の階級の約19%から900～1,000万円の階級の約23%まで、緩やかに上昇する(フラットに近い)負担率である。この負担率を、税合計(所得・住民・消費)と社会保険料合計(医療・年金・介護・雇用)に分けて分析する。給与世帯の税合計の負担率は、年金世帯のそれより1～2%ポイント程度高く、給与世帯の社会保険料合計の負担率は、年金世帯のそれより2～6%ポイント程度高い。しかも、両世帯の社会保険料の負担率の相違は、所得が高いほど大きい傾向がある。保険料の負担が逆進的だからである。

保険料の負担の相違は、高齢者は年金・雇用保険料をほとんど負担しないからであり、税負担の相違は、給与所得と年金所得の税制上の取扱いが異なるからである。例えば、課税最低限(単身、2007年)は、年金受給者の場合約216万円であり、給与所得者の場合約

⁴¹ 次のような問題も生じている。基礎年金給付の一般財源の割合が1/3であった時には、保険料半額免除者が受け取る年金給付は、満額の2/3であったが、その割合が1/2になると、年金給付は3/4になる。これでは、保険料を全額払う意欲をそぐことになりかねない。

⁴² 給与世帯とは、総所得の内給与所得が50%以上の世帯をいい、年金世帯も同様である。

157万円である。高齢者には恵まれない者も多いが、豊かな高齢者も多く、彼らを現役世代より優遇する理由は乏しい。また、年金世帯であっても、給与所得等の所得を稼いでいる者が多く、この場合、給与所得控除と公的年金等控除をそれぞれの所得から控除できるため、負担率が低くなる⁴³。高所得者ほど、年金以外の所得が大きくなる。また、400～800万円の高い所得を得ている高齢者は、300～400万円の年金給付を受けている。

年金受給者と勤労者の税・保険料負担率の国際比較で見たように、多くの国で、年金受給者の負担は勤労者より低い。日本の年金受給者の負担は、諸外国の中でも、特に低い（表4-7）。少なくとも、豊かな高齢者には勤労者と同じ負担を求めるべきである。

5. 医療制度の問題

医療はサービスであり、金銭の移転である年金制度と比べて、複雑である。医療サービスの受給者と供給者、費用を負担する者と受け取る者、中央政府と地方政府など、プレイヤーが多い。基本的なテーマは、様々なプレイヤーに適切なインセンティブを与え、いかに費用対効果が高い医療制度を構築するかである。最初に、医療制度についての基本的なモデルを整理し、国際比較を通じて、その相違を検証する。次に、日本の医療制度の費用対効果が悪いことを示し、その原因を分析する。

(1) 医療制度のモデル

医療制度についても、年金と同様、ビスマルク型かベバリッジ型かという分類ができる。ビスマルク型は、公的な社会保険により財源を賄うものであり、他方、ベバリッジ型は、国営医療サービスが典型的なように、一般財源で賄うものである。前者には、オーストリア、ベルギー、フランス、ドイツ、日本、オランダなどがあり、後者には、オーストラリア、カナダ、デンマーク、イタリア、ニュージーランド、ノルウェー、スウェーデン、イギリスなどがある。これは、公的財源として、保険か一般財源かを整理したものであるが、この他、医療の財源としては、私的財源があり、私的保険あるいは個人負担（窓口支払いなど）などに区分される。スイスとアメリカは、一般財源で賄われる部分もあるが、私的保険が中心の国であり、例示した2つのモデルとは異なるモデルといえる。年金と異なり、ビスマルク型の国（例：フランス・ドイツ）でも、ベバリッジ型の国（例：オーストラリア・カナダ）でも、私的保険が一定の役割を担っている国がある（詳細後述）。ビスマルク型の国では、社会保険は全ての国民をカバーできないので、一般財源によるセーフティネット⁴⁴が用意されている。

医療は、その財源調達の方法だけではなく、その供給方法も国による相違がある。病院

⁴³ 在職老齢年金制度があるため、年金以外の所得が一定限度額を超えると、年金給付額が削減される。

⁴⁴ 資力調査があっても、生活保護などのような特別のプログラムや保険料の補助など、いくつかのアプローチがある。佐藤（2009）は、こうしたアプローチを比較し、低所得者支援については、保険者支援ではなく対人給付が望ましいと述べる。

や医者が公的部門に属する公的供給か、営利・非営利の私的部門が供給する私的供給かである。財源が、一般財源であっても、医療サービスの供給は私的部門が主に担う、あるいは私的主体も医療サービスの提供が可能な国がある（オーストラリアなど）。OECD(2004)は、医療制度を3つのモデルに分類している。第1に、公的統合モデルであり、医療サービスの財源は予算により手当し、供給も政府部門が担うものである。医者は公務員である。このモデルでは、全ての国民が医療サービスを受けられるが、予算の制約が強くなる。ただし、政府が直接コントロールするため、コストの増大は比較的抑えやすい（OECD2010a:129）。第2は、公的契約モデルであり、公的な主体が私的な医療提供者と契約を結ぶものである。公的主体は、政府機関あるいは社会保障基金のどちらかである。このモデルは、公的統合モデルと比べて、患者のニーズにより応答的と考えられるが、医療費の抑制については、公的統合モデルよりは成功しておらず、政府による規制やコントロールが必要になる（OECD2010a:129）。第3は、私的保険・供給モデルであり、スイスとアメリカが代表例である。スイスでは、義務的な保険部分については、保険者は非営利でなければならないが、補足的な保険部分については、営利が可能である。アメリカでは、医療費抑制のため、1990年代以降、価格と量をコントロールするインセンティブを与えるマネージド・ケアが急速に発展している。

OECD(2010a)は、OECD諸国について、医療保険、サービスのカバレッジ、供給方法、医療支出の配分をコントロールする政策や制度を詳細に分析し、各国の医療制度を分類している。また、医療政策・制度を規定する指標の構造として、①需要と供給をコントロールするための市場メカニズムと規制、②公正を促進する観点からのカバレッジ、③医療支出をコントロールするための予算や管理、の3つを挙げている。このうち、需要と供給のコントロールに関して、市場メカニズムを重視するか、国による直接的な規制を重視するか、あるいはその両方を重視するかという基準によって、OECD諸国の医療制度の特徴を分類している⁴⁵。規制・市場メカニズムともに強い国は、スペイン・デンマーク・ニュージーランド・ノルウェー・カナダなどであり、規制が強く市場メカニズムが弱い国は、フィンランド・イタリア・イギリスなどであり、規制が弱く市場メカニズムが強い国は、オランダ・ドイツ・フランス・ベルギーなどであり、規制・市場メカニズムともに弱い国は、オーストラリア、オーストリア・スウェーデン・ギリシャ・ルクセンブルグ・日本である。

OECD(2010a)は、更に、需要・供給面でのコントロールに加えて、保険のカバレッジ、ゲートキーピングなどの指標を使って、20の政策・制度的な指標に基づきクラスター分析を行い、OECD諸国の医療制度を6つのグループに分類している。6つのグループは、医療サービスの提供について市場メカニズムを重視するグループと公的供給・公的財源を重視するグループの2つに大別される。前者のうち、第1のグループは、基礎的な医療部分を

⁴⁵ 具体的には、ゲートキーピング、基礎的なカバレッジ以外の対応、従事者や医療機器の規制、利用者情報、保険者の選択、私的供給などの指標に基づき、主成分分析を行っている。

私的保険で対応するものであり、ドイツ、オランダ、スロバキア、スイスが該当する。第2のグループは、基礎的な医療部分を公的保険で対応し、基礎的部分を超える部分については私的保険を活用するものであり（ゲートキーピングは若干あり）、オーストラリア、ベルギー、カナダ、フランスである。第3のグループは、基礎的な医療部分を公的保険で対応するものの、私的保険は限定的なものであり（ゲートキーピングはない）、オーストリア、チェコ、ギリシャ、日本、韓国、ルクセンブルグが該当する。公的供給・公的財源を重視する後者のグループには、第1に、ゲートキーピングがなく、供給者の選択が可能である国で、アイスランド、スウェーデン、トルコが該当する。第2は、ゲートキーピングがあり、供給者を選択することには制限があり、ソフトな予算制約があるもので、デンマーク、フィンランド、メキシコ、ポルトガル、スペインが該当する。第3は、ゲートキーピングがあり、供給者を選択することは容易であり、強い予算制約があるもので、ハンガリー、アイルランド、イタリア、ニュージーランド、ノルウェー、ポーランド、イギリスが該当する。

こうした医療制度の分類⁴⁶を参考にしつつ、本稿では、医療制度のモデルを、一般財源により賄うか、社会保険により賄うかという軸と私的支出が高いか低いか（公的支出が低いか高いか）という軸の2つにより、4つのグループに分類する（図5-1）。分類の基本的考え方は、第1に、社会的公正や公平のために、ユニバーサルか否か、あるいは一般財源により賄われるかどうかである。第2に、どこの国でも公的支出（一般財源か社会保険のいずれかにより）の割合は、アメリカを除けば過半を超えるものの、私的支出の割合には相違があることから、この大小を分類の基準とする。つまり、自助努力をどの程度求めているかをメルクマールとして考える。私的支出は、主に個人負担と私的保険であるが、前者の割合は、メキシコなど一部の国を除けば、国による相違はあまりなく、全医療支出のだいたい15~20%の範囲内である。相違があるのは、私的保険の割合であり、ほとんどの国から10%までばらつきがある（表5-1）。私的保険がその国の医療制度の中でどのように位置付けられているかは、公私の役割分担についてどのような哲学を持っているかに関係しており、重要なメルクマールであると考え。私的保険の役割は、①公的保険や国営医療サービスを一部あるいは全部を代替（例えば、高額所得者は、公的保険に加入せずに、同様のサービスを私的保険から購入する）、②補完（例えば、公的保険では自己負担となっている部分を、私的保険でカバーする）、③補足（例えば、公的保険や国営医療サービスがカバーしていない差額ベッドなどのサービスを、私的保険でカバーする）の3つがある⁴⁷。

⁴⁶ 尾形（2003）は、①公的医療の適用人口（100%から0%）、②財政方式（税・社会保険・民間保険）、③供給方式（国営・公私ミックス）、④政府の関与（強・弱）の基準として、主要国の医療モデルを分類し、日本は全体として真ん中の位置にあるとしている。

⁴⁷ OECD(2010b)は、OECD各国の私的保険のアプローチを比較している。砂川・中村（2007）は、イギリス、フランス、ドイツの公的医療制度と民間医療制度の関係を比較し、①3ヶ国とも、公的医療制度の

本稿では、次の4つのモデルに分類している。

- ①ユニバーサル型：公平を重視し、一般財源で賄い、政府が強く規制する。
- ②ユニバーサル・市場メカニズム併用型：一般財源でセーフティネットを提供する一方、中高所得者に対しては私的保険を活用する。
- ③社会保険・市場メカニズム併用型：基本的な医療サービスは社会保険でカバーしつつ、私的保険も活用する。セーフティネットとして低所得者対策を実施する。
- ④社会保険型：社会保険中心で、私的保険は限定的（市場メカニズムは弱い）。セーフティネットとして低所得者対策を実施する。

日本は、④に分類されるが、その特徴は、ドイツやオランダなど、同じ社会保険が中心となる国（上記の③）と比べると、日本の公的保険のカバレッジは広いことである⁴⁸。また、制度の建前は「国民皆保険」であるが、セーフティネットが弱く、制度が職域で分立しているため不公平であること、政府による需要・供給面の規制及び市場メカニズムともに弱いことである（表5-2）。以下では、この4つのカテゴリーに沿って、医療サービスのパフォーマンス⁴⁹を分析する。

（2）医療制度の費用対効果

医療、あるいは医療政策とは、資源（金銭・人）を、医者・薬剤・機器などのインプットに転換し、アウトプットである医療サービスを国民に提供し、より良い健康状態を目的とする政策と定義できる。医療制度とは、これらの仕組みを管理するための仕組み・ルールである⁵⁰。医療に関するこれらの関係について、インプット→アウトプット→アウトカムを図示したのが、図5-2である。医療のアウトカムは、全ての国民がより良い健康状態にあることと定義するとしても、それが、全て医療サービスによって達成できるわけではない。人々がどのような環境で育ち、生活し、仕事をし、老いるかが重要である。喫煙、

対象外をカバーする民間保険がある（差額ベッド、私費診療など）、②ドイツでは、一定所得以上の被雇用者・自営業者等の任意被保険者は公的医療保険と民間保険を選択できる、③フランスでは、民間保険に加入できない低所得者は、民間医療保険部分の補償を、公的医療保険制度または民間医療保険から無料で入手できる（補償の部分的代替）、④イギリスでは、公的制度のアクセスの問題を改善するために、公的医療制度との二重加入の形で民間医療保険が活用されている（代替的）、と整理している。

⁴⁸ ドイツ、オランダなどにおいて、基礎的医療保険の給付範囲は制限されていることについては、佐藤主光（2009）を参照。

⁴⁹ パフォーマンスは、経済性・効率性・有効性、費用対効果などを全般的に示す用語として使っている。

⁵⁰ 医療システム（health system）とは、医療活動を生み出すための全ての組織、制度、資源から構成され、医療活動とは、個人のケア、公的な医療サービスなど様々な方法による取組みであり、その一義的な目的は、健康を改善することである（WHO2000:xi）。更に、具体的に、医療システムの目的として、①健康及びその分布の改善・促進・保全、②公平な財源調達、③人々への応答性及提供、を挙げる。

飲食、運動なども、健康状態に影響を与える。がんや糖尿病は生活習慣病ともいわれるからである。この他、教育や住宅、公害などの環境も、健康に影響を与える。つまり、外的な要因を取り除かないと、医療サービスだけの効果を計測することはできない。

我々の関心は、アウトカムを達成する上で、より効率的な医療サービス、より費用対効果が優れた医療サービスを提供するためにはどうしたらよいかである⁵¹。一定の資源の制約の中で、最大の効果を上げるための医療サービスである。医療分野についての効率性等や有効性は、様々に定義されている。OECD(2010a:46)は、医療支出についての効率性は、資源の使用を最小化しつつ、目的の達成度を測るために、インプットとアウトプット・アウトカムを比較することである、と定義する。EC&EPC(2010:63)は、「医療部門の技術的効率性」として、インプット（労働・資本・設備）とアウトプット（診療回数・退院数）の間の関係を定義し、しばしば、「病院の効率性」（病院のコストと退院数や他の病院の活動の間の関係）が使われているとする。また、一定のインプットを前提として、最大限の生命が守られたとき、最大限の追加寿命得られたときに、技術的に効率的な状態が得られるとする（EC&EPC2010:64）。これは、費用対効果に対応する概念である。本稿では、これらを含めて、医療の「パフォーマンス」と定義する。ただし、データの不足や信頼性の問題から、一般に、医療のパフォーマンスの計測は難しいことに留意しなければならない。

本節では、インプットから順に、OECD 諸国のデータを比較しながら、日本の医療サービスの特徴を分析し、医療の費用対効果を論じる。もとより、各国の置かれた環境は異なり、指標の定義も必ずしも同じではないことなどから、国際比較によるデータの相違は慎重に考える必要がある。

最初に、インプットを比較する。図 5-3 は、公的・私的を合わせた医療支出を比較している。日本の公私を合わせた医療支出（2007 年）は、8.1%（対 GDP 比）であり、OECD 平均の 8.9%を下回っているが、公的医療支出は 6.6%であり、OECD 平均（6.3%）を上回っている。日本の公的医療支出については、欧州主要国を上回る水準に達している⁵²。また、一人当たり公的医療支出を見ると、日本は、オーストラリアなどと同水準に達している（図 5-4）。日本の医療支出が OECD 主要国の中で低位であったのは昔の話になってしまった。OECD 主要国と相違があるのは、私的医療支出である（図 5-3）。日本の私的医療支出は 1.5%（対 GDP 比）であり、OECD 平均（2.6%）を下回っている。OECD の医療費に関する統計としては、一人当たり薬剤支出（US\$PPP）があるが、日本は、OECD 諸国中第 9 位であり、平均を約 1 割上回る。

次に、医師、ベッドや医療機器などの設備について、比較する（表 5-3）。しばしば

⁵¹ WHO(2000)は、医療システムのパフォーマンス（医療の財源調達と供給の効率性・有効性）を改善する要因や人々の期待やニーズに応える要因を分析している。

⁵² 例えば、オランダ（6.1%）、フィンランド（6.1%）、イタリア（6.6%）、イギリス（6.9%）、スウェーデン（7.4%）であり、日本を大きく上回るのは、フランス（8.6%）、デンマーク（8.2%）、ドイツ（8.0%）などである。

指摘されるのが、日本の医師の数（対人口比）の低さである。確かに、日本の医師の数は、OECD 平均の 7 割弱であるが、他方、歯科医や薬剤師は OECD 平均を上回り、薬剤師は OECD のトップの水準である⁵³。日本の医師数についてしばしば指摘される問題は、地域による偏在と診療科による偏在である。例えば、アメリカと比べて、人口当たりの医師数は、内科・外科では多いが、産婦人科・小児科・麻酔科などで少ない（亀田 2010）。看護婦（対人口比）は OECD 平均とほぼ同じ水準である。MRI や CT は、人口比で測って、OECD 平均の約 4 倍であり、ベット数は約 2 倍である。人口当たりの医師数ではなく、ベット当たりの医師数は OECD 平均の約 1/4 であり、患者に対して適切な医療サービスを集中できない可能性がある

次に、アウトプットを比較する（表 5 - 3）。人口一人当たりの診療回数や医者・歯科医一人当たりの診療階数は、OECD 平均の 2~3 倍の水準である。薬剤処方箋数は、約 1.5 倍である。腎臓透析は、患者一人年間約 500 万円かかる治療であるが、その患者数は、OECD 平均の約 3 倍である。これもしばしば引用される数字であるが、急性病院の平均入院日数は、1995 年から 2007 年の間に、約 4 割減ったものの、OECD 平均と比べると、約 3 倍である。これを反映して、退院人数も少なく、OECD 平均の約 7 割弱となっている。OECD の統計では、満たされない医療ニーズや医者の偏在などのアクセスのデータもあるが、日本のデータが欠如しているため、比較はできない。ただし、個人負担のデータを見ると、総じて、個人負担は低いので、アクセスは悪くはない⁵⁴。日本の実態は、医療保険料の強い逆進性などによって、低所得者のアクセスが制限されていることであり、この問題は後述する。医療の質の計測は容易ではないが、OECD の統計（OECD2009）では、検査率、特定のがんの生存率、ワクチン接種率等を質の関するデータと定義しており、23 のデータが存在する。これを見ると、日本は、死亡率では低い一方、検査率では低く、OECD が定義する質については、相反する結果となっている。

次に、アウトカム及びアウトカム与える外的要因について比較する（表 5 - 3）。医療のアウトカムとしては、一般には、平均寿命や死亡率、あるいは、それらを健康状態等で調整したデータが使われる。EC&EPC(2010:71)は、医療のアウトカムの指標として、①健康状態の総括的な指標（死亡率・寿命）、②自己申告の健康状態、③病気の発生状況、④死亡率と罹患率の複合指標を挙げる。OECD(2010a:11)は、医療のアウトカムは、システムレベル（例：寿命）、病気レベル（例：がんなどの生存率）、部門レベル（例：退院率）の 3 つの種類があるとしている。日本の平均寿命は世界最高水準であり、死亡率も、疾病により相違はあるが、総じて、OECD 平均あるいはそれ以上の水準となっており、日本のアウトカムは高い。先行研究は、単純な死亡率ではなく、効果的な医療サービスによって避けられ

⁵³ 歯科医は 10 位であり、日本を上回る国は、北欧諸国の他、ギリシャ、ベルギー、ルクセンブルク、ドイツなどである。

⁵⁴ 例えば、窓口支払の家計消費に対する割合は 2.2%であり、OECD 平均の 3.0%を下回る。

る死亡率 (amenable mortality) を推計しており、日本はトップグループに属しているものの、フランス、スウェーデン、オーストラリアなども、日本と同等あるいは以上の水準にある (Nolte and McKee2008, OECD2010a) ⁵⁵。ただし、これだけアウトカム水準が高いにもかかわらず、日本において国民が健康であると申告した者の割合は、OECD 平均の半分以下であり、国民はそれほど満足しているわけではない (表 5-3)。

いずれにせよ、これらの指標では、日本のアウトカム水準は高いが、それが真に医療サービスの結果であるとは、単純には言えない⁵⁶。既に述べたように、社会経済要因やライフスタイルなどが、アウトカムに影響を与えるからである。また、医療サービスの直接的な効果を計測すること自体が簡単ではない。こうしたデータについても、OECD 統計では、日本のデータは多くが欠落しているため、十分な比較はできないが、日本のアルコール消費量や肥満の割合は低く、喫煙は OECD 平均を若干上回る水準である (表 5-3)。

OECD(2010a:55)は、OECD 主要国 (日本除く) のデータを使って、平均寿命を説明変数、支出、教育、タバコ、アルコール、食事、公害、GDP を被説明変数として回帰分析を行っているが、支出や教育などの係数が高いとしている。OECD(2010a) は、医療の不平等について、年齢別の死亡率の格差及び医者への地域的な偏在を比較しているが、日本は、前者については OECD で中間の位置し、後者については小さいとしている (Figure1.7) ⁵⁷。府川 (2006:194) は、日本の医療費 (GDP 比) が低い理由としては、①投入マンパワーが少ない、②サービス供給システムが効率的 (入院のアメニティは低い)、③運営コストが低い、④患者が我慢している、⑤高価な手術・薬等が使用制限、⑥quality assessment が不十分、⑦訴訟が少ない、⑧その他を挙げる。

OECD(2010a:26)は、医療アウトプット (診療回数、病院での診療) とアウトカムとの関連性は低いとし、予防はアウトプットを減らし、アウトカムを向上させるかもしれないこと、入院の制限は院外のサービスを向上せせるかもしれないこと、多量の診療は医療システムの非効率性を表すか抑止できない需要に対応する効率的な医療システムを示していると述べる。

医療の投入資源とアウトカムの関係については、医者や看護婦の数と平均寿命の間には正の相関があるが、ベッド数やスキャナーなどの医療資本は平均寿命には影響を与えない、むしろ、負の相関があるとしている (OECD2010a:59)。医療サービスの資源は、OECD のパネルデータでは、1990 年代初めまでは、重要な役割を果たしていたが (Berger and Messer2002)、他方、Self and Graowski (2003) など、資源は、国全体の健康状態とは関係

⁵⁵ OECD(2011a)は、先行研究の計測方法に基づき、OECD 各国の amenable mortality を計測しているが、日本は、男については第 10 位 (10 番目に低い) であり、女については第 1 位である。

⁵⁶ 府川哲夫 (2007:95) も、「日本の医療費が少ないにもかかわらず、国民の健康水準は高い。ただし、これで日本の医療システムが効率的であるとは必ずしもいえない。」と述べる。

⁵⁷ OECD(2010a:33)は、断片的なデータであるが、医療制度は、医療の不平等について重要な要因ではないこと、先行研究は、しばしば、医療の不平等は、医療制度以外の社会経済要因によって影響を受けることを示していると整理している。

ないという研究もある。アメリカについて、Hadley(1982)は、一人当たりの医療支出が10%増えても、成人の死亡率は1.5%しか低下しないとしている。医療支出の健康状態への影響は注意深く観察する必要がある、例えば、多くの国で限界生産性が低下しており、更なる健康の改善はコストがかかること、いくら医療費に使っているかよりどのように使われているかが重要である(OECD2010a:62)。Gerdtham et al.(1994)は、医療費の大小に与える要因として、入院費の割合が高いこと、ゲートキーパーとしてプライマリー・ケアがあること(小)、出来高払いで医師数が増える、人頭払いで診療報酬が払われる(小)などを挙げている。

OECD(2010a)は、包絡分析法(Data Envelope Analysis)を用いて、効率的なフロンティアを計測しているが、それによると、支出が一定としても、効率性を挙げることにより、平均寿命は6年引き上げられるが、他方、一人当たり医療費を10%引き上げても、平均寿命は3~4ヶ月程度上がるにすぎないこと(p.65)、オーストラリア、アイスランド、韓国、NZ(日本はその次)が、DEA、パネル分析などどの方法をとっても、最もパフォーマンスがよい国であり、他方、デンマーク、ハンガリー、アメリカは成績が悪いこと(p.67)を示している。EC&EPC(2010:72)は、医療支出が同じでも、同じVFM(費用対効果)を生み出すとは限らないこと、多くの国(医療支出が高い国も低い国も)で支出を増やすことなく、国民全体の健康状態を改善する余地があることなどを指摘する。

(3) 日本の問題

日本の医療の問題は、既に、多くの専門家や機関が論じているところであり、それは広範囲に及ぶ。例えば、府川(2005)は、日本の医療の問題点として、過剰な病床(長期入院の原因)、大きな医療費の地域差、医療の質の欠如、病院・医師の機能未分化、診療報酬点数表における誤ったインセンティブ、患者の側のモラル・ハザード、医療機関の側の非価格競争による悪循環などを挙げている。OECD(2010a)は、日本の医療制度の特徴と問題として、私的供給が中心であり、量的拡大を促すインセンティブがあること、強い価格統制、自由選択だが価格や質に関する情報は乏しいこと、ゲートキーピングないこと、病院が高齢者の長期療養施設になっていること、高い診療回数などを挙げている。また、田近(2009)は、日本の医療保険の課題として、医療費の管理・医療制度の持続可能性、高齢者医療への対応・被用者保険の退職者への対応、保険者の再編と統合・医療保険制度の一元化を挙げている。

問うべき課題は、このような問題を生んでいる医療システムの構造である。医療制度の国際比較で明らかになったことは、多くのOECD諸国は、政府による規制か市場メカニズムのどちらか、あるいは両方を重視して、医療という特殊なサービスをコントロールしてい

ることであるが、日本はどちらも弱いということである⁵⁸。日本の医療制度は、基本的には、医療サービスが絶対量として不足していたときの供給拡大モデルである。病院や診療所の開業・診療科目選択の自由、病床や医療機器のコントロールがないあるいは規制が弱いこと、フリー・アクセス（ただし保険に加入している場合）、出来高払いなどがまさにそれを表している。医療情報が制限されているため、質とコストを踏まえたサービスの費用対効果を検証することが難しく、そもそも、供給拡大が主目的であったので、そうしたことは不要であったといえる。OECDによる国際比較では、日本は、チェコ、ルクセンブルグ等の国と同じ特徴を持ち、それは、①私的供給が発展し、患者の選択は広い、②ゲートキーピングがない、③質と量に関する情報が乏しい、④供給者間の競争圧力が弱い、⑤基本カバレッジを超えるサービスが限定的、⑥予算制約は他の国と比べて厳しくない、である（OECD2010a:135）。

こうした社会保険に基づく供給拡大モデルが、人口高齢化等を背景として、様々な矛盾と問題をもたらしている。

第1に、給付と負担がバランスするという保険のガバナンスが働かないことである。1955年度において、国民医療費（2,388億円）の財源のうち一般財源は15.9%であったが、2008年度においては、37.1%である（国民医療費：34,804億円）。社会保険といいながら、保険料の割合は、48.8%（2008年度）に過ぎない⁵⁹。各保険制度における保険料収入の全収入に対する割合を比較すると、協会けんぽ86.9%、組合健保97.3%、市町村国保23.6%、後期高齢者医療制度8.5%となっている⁶⁰。後期高齢者医療制度は特殊な仕組みなので横に置くとしても、市町村国保の保険料収入の割合は1/4以下になっており、事実の認識として、国保はもはや「保険」とはいえない。

また、高齢者医療等のために、保険者間で巨額の財政調整が行われている。例えば、75歳以上の高齢者を対象とする後期高齢者医療制度の制度上の負担は、一般財源が約5割、各医療保険からの支援金が約4割、高齢者の保険料が約1割となっている。健保組合の退職者給付拠出金（前期高齢者納付金）の収入総額に対する割合は25.0%、老人保健拠出金（後期高齢者支援金）の割合は21.0%であり、両者の合計は46.0%（2008年度）になる⁶¹。財政調整は、オランダ等社会保険モデルの国においても存在し、直ちに問題とはいえないが、日本のそれは、かかった医療費を分担するという事後調整であり、効率化のインセンティブが働かない。職域で異なる制度、制度間の財政調整、一般財源の投入などにより資

⁵⁸ 府川（2007:94）は、日英の医療制度を比較し、イギリスでは、NHSシステムの下に、需要サイドと供給サイドを同時に政府がコントロールし、医療費の抑制に成功している一方、日本では、医療需要はフリーアクセスによって患者の受診行動をコントロールできず、医療供給体制についても、1980年代前半までは病床規制もなかったために病床数のコントロールもできなかったと指摘する。

⁵⁹ 2008年度の患者負担の割合は14.1%である。以上の数字は、「平成20年度国民医療費」（厚生労働省）より引用。

⁶⁰ 数字は、「医療保険に関する基礎資料」（厚生労働省保険局調査課2010年12月）より引用（2008年度決算ベース）。

⁶¹ 数字は、健康保険組合連合会（2008）「財政調整・一元化阻止特別委員会最終報告」より引用。

金のやりとりが行われ、医療財政は極めて複雑になっており、透明性は低い。更に、保険者間の競争などの市場メカニズムも働かない。

第2に、多額の一般財源が各制度に投入されているが、それは、必ずしも、低所得者対策とは言えないことである。特に、一般財源は国民健康保険に投入されているが、給付費の財源をみると、50%は国及び都道府県による定率の負担である(国の療養費負担金:34%、財政調整交付金・国9%、都道府県7%)。市町村は低所得者には保険料の減免を行っているが、減免による減収を補うため保険基盤安定化制度による拠出額は、給付費総額の4%程度である⁶²。確かに、市町村国保の加入者の所得は、健保組合などと比べると低いが、例えば、300万円以上の世帯所得(収入総額から必要費用、給与所得控除・公的年金等控除等を控除)がある世帯は全体の13.0%であり、65歳以上を対象とする後期高齢者医療制度の被保険者のうち現役並み所得者の割合は8.2%である⁶³。つまり、これらの保険制度においても、一定の所得を有する者が存在し、結果的には、高所得者にも一般財源により補助していることになる。公私の役割分担が曖昧である。「保険」と称しつつ、大規模な再分配が行われているからである。そのため、民間保険も発達せず、端的に言えば、全てを公的な社会保険で対応する親方日の丸になっている。

第3に、保険料負担の不公平と逆進性である。最初に、国民健康保険の保険料の納付状況を見よう。市町村国保の保険料の収納率は低下の一途とたどっており、90%を下回っている(図5-5)。また、滞納世帯の割合は、20%を超える(図5-6)。保険料の軽減を受けている世帯も増加しており、40%を超えている(図5-7)。保険料の納付は景気動向の影響を受けるとしても、4割以上も決められた保険料を払えないということは、制度の根幹に問題があることを示している。保険料を払えない者が増えている背景には、加入者の職業や所得といった属性の問題と保険料の逆進性がある。国保加入の世帯主の職業は、1965年度においては、自営業者や農林水産業が68%、無職が6.6%であったが、2007年度では、自営業者・農林水産業が18.2%、無職が55.4%である⁶⁴。無職と被用者(2001年度30.0%→2009年度35.25)の割合が増えている。国保の保険料(税)は、医療費の支出額見積りから国庫負担金や一般会計からの繰入等を控除し、これを予定収納率で割った額を被保険者に按分して積算する。それは、負担能力に応じて負担する応能部分と被保険者が平等に負担する応益部分で構成されている。前者については、前年の所得に応じた所得割と資産に応じた資産割があり、後者については、世帯内の被保険者各人に対する被保険者均等割と世帯に対する世帯別平等割がある。市町村は、これら4つの負担方式を適宜組み合わせさせて、賦課している。保険料の構成割合の全国平均を見ると、所得割57.2%、資産割4.5%、均等割26.6%、平等割11.7%となっている。平均所得に対する平均保険料負担率は、年々

⁶² 保険基盤安定化制度による拠出は約4,000億円であり、給付費総額は9兆8,400億円である(2009年度予算ベース)。

⁶³ 数字は、「後期高齢者医療事業年報」(厚生労働省保険局)より引用(2008年度)。

⁶⁴ 数字は、「国民健康保険実態調査報告」(厚生労働省)より引用(2009年度)。

増大しており、負担が増大している（図5-8）。世帯の所得の種類別・総所得階級別に医療保険料の負担率（等価ベース）を見ると、いずれの世帯にあっても、所得が増えるに従って、負担率が低下する逆進的な状況になっている。定率負担にさえなっていないのが実態である。

遠藤（2007:70）は、医療費の自己負担率の引上げ、高額療養費制度の患者負担上限の引上げ等により、低所得者の医療へのアクセスが相対的に不利になっていると指摘している。また、医療関連支出に着目した医療アクセスの国際比較では、わが国はカナダとともにイギリスとアメリカの中間に位置しているが、経年的に医療アクセスの不公平度が大きいアメリカの方向に移行していると述べる。

第4に、医療の質とコスト、すなわち費用対効果が考慮されていないことである。確かに、日本の医療費は、診療報酬による総額コントロールによって抑制されてきた。診療報酬の改定率と国民医療費の伸び率の関係を見たのが図5-9である。前者と後者には相関（相関係数：0.797）があるが、平均して、国民医療費の伸び率は改定率を3.4%ポイント上回っている。また、診療報酬改定の翌年の国民医療費の伸び率は、改定率を平均で4.2%ポイント上回っている。結局、診療報酬は一定程度国民医療費をコントロールできるとしても、名目GDPの伸び率（同じ期間中の平均：1.7%）以下に抑制することには成功していない。つまり、価格を統制しても、診療回数や入院日数等、アウトプットは統制できないからである。むしろ、診療報酬は質を考慮しないので、安かろう悪かろうの医療を招いているともいえる。費用対効果を高めるためには、まずそれを測れなければならないが、そのために、コストや治療効果などについての正確な情報が必要である。しかし、これもしばしば指摘されているように、レセプトの電算化、電子カルテ、診療行為の標準化（Diagnosis Procedure Combination:DPCなど）、診療効果の測定、医療機関間における情報共有などの対応は、認識されているものの、遅れている。

第5に、供給体制の問題である。しばしば、緊急患者のたらい回しや緊急病院の不足、小児科医や産婦人科医の不足、地域の自治体病院の赤字拡大や閉鎖、風邪でも病院を利用することなど、医療の現場の問題は数限りなく指摘されている。これらの問題の根源は、日本の医療の供給体制が私的病院や診療所が中心であるため、医療機関の連携や情報の共有・活用等が難しいことにある。都道府県が、医療計画によって、かろうじて病床数を規制している程度であって、諸外国にみるような規制や管理は極めて弱い（表5-2も参照）。医療費には地域差があると指摘されているが、都道府県別の1人当たり医療費について、年齢構成の相違による分を補正して指数化した「地域差指数」（全国を1）を見ると、最も高いのが福岡県で1.221、最も低いのが長野県で0.891であり、長野県の医療費は福岡県の約3/4である⁶⁵。その理由1つとして、長野県では、核となる病院を中心とした診療所

⁶⁵ 市町村国民健康保険と後期高齢者医療制度を対象とした数字であり、数字は「平成20年度医療費マップ」（厚生労働省保険局調査課、2010年12月）より引用。

などの医療機関が連携したシステムを構築していることが指摘されている（松山 2010）。医療は基本的にはサービスなので、いかにして費用対効果を高めるかが重要であり、そのカギは、医療サービスの標準化や情報の集積活用であるが、日本ではそうした取組みは限定的である。府川（2007）は、日本は医療費の水準では英国と同様に低い、「プライマリーケアを重視し様々なイノベーションを行っているイギリスのNHSとは大いに異なっている」（p.94）と述べ、日本における地域における医療体制の問題を指摘している。厚生労働省においても、医療に関する評価が行われているが、地域において、データを活用してサービスの質向上などが十分に進められているわけではない。2006年度の医療制度改革で、国及び各都道府県は、5年を1期として医療費適正化計画を定め、中間年度に進捗状況を評価（中間評価）を行うことになったが、まだそれは途上にあり、医療の評価に加えて、インセンティブの付与や諸外国で行われているような需要・供給面での規制が求められる。

6. 社会保障と税の一体改革

（1）検討の経緯

日本の社会保障給付費は、2008年度において、94.1兆円、GDPの約2割に達しており（図2-1）、今後も増大を続ける。一定の仮定を置いた推計では、2025年度には、141兆円になる⁶⁶。人口の高齢化は急速に進んでおり、2050年には、65歳以上人口比率は約4割、依存人口比率（65歳以上／20～64歳）は約8割に達する見込みである⁶⁷。年金・医療・介護などの需要が増大するだけでなく、それを支える労働人口が減少する。こうした社会保障関係の支出の増大の背景には、人口の高齢化だけではなく、高度成長や常勤・終身雇用などを前提に作られた年金・医療等の各制度の問題が挙げられる。OECDの推計によれば、日本の実質公的社会支出は、1990～2005年の15年間で約2倍になり、実質GDPの増加（同期間20%増）を大幅に上回っている⁶⁸。

社会保障財政は膨張を続けているが、バブル崩壊後の景気対策なども重なり、一般政府全体の財政赤字が急増し、ストックベースの純金融負債はGDPの規模を超えるに至っている⁶⁹。財政再建は、1990年代以降喫緊の課題となっているが、これまでの取組み（財政構造改革法（1997年）、「歳出・歳入一体改革」（2006年）など）は、いずれも道半ばで頓挫

⁶⁶ 「社会保障の給付と負担の見通し」（厚生労働省 2006年、5月）では、社会保障給付費の総額は、2006年度（予算ベース）の89.9兆円から、2025年度の141兆円になると推計されている。その前提として、国民所得の伸び率2.0%、賃金上昇率2.4%、運用利回り3.3%と仮定されているが、これは、現在の経済状況と比べると、相当楽観的な前提といえる。

⁶⁷ 国立社会保障・人口問題研究所の推計（2006年12月、出生中位・死亡中位）によれば、65歳以降人口の割合は、2005年の20.2%から2050年には39.6%、依存人口比率は、2005年33.2%から2050年82.0%になる。

⁶⁸ アメリカやEU15ヶ国の平均は、実質GDP50%増、実質公的社会支出80%増である。これらのデータはAdema and Ladaique（2009）を参照。

⁶⁹ 対GDP比100%超の計数は、公的年金が持つ積立金（厚生年金の積立金は、2009年度末で144.4兆円）を差し引いたものである。

している。2009年夏に誕生した民主党政権は、「財政運営戦略」（2010年6月、閣議決定）を策定し、国・地方の基礎的財政収支（プライマリー・バランス）を、2020年までに黒字化することを目標に掲げており、財政の持続可能性の回復は、引き続き重要課題となっている。

こうした中で、財政を再建するとともに、急増する社会保障支出をどうやって賄うかが大きな課題となっており、1990年代以降、様々な検討が行われている⁷⁰。最近の例としては、2008年1月に設置され11月に最終報告をまとめた「社会保障国民会議」がある。また、2009年に誕生した民主党政権（菅内閣）においては、2010年10月に、政府・与党社会保障改革検討本部が設置され、社会保障改革に関する有識者検討会（2010年11～12月）、更に、首相を議長とし、関係閣僚・与党幹部・民間有識者で構成される「社会保障改革に関する集中検討会議」（2011年2～6月）において、検討が進められた。そして、最終的には、「社会保障・税一体改革成案」（2011年6月）が取りまとめられている。

これらの報告書は、急速に進む少子高齢化の問題について包括的な検討行っており、その取組みは評価すべきであるが、これらの報告書の議論や検討の焦点は、消費税の増税である。急速に進む少子高齢化による財政需要に応えるためには、確かに、消費税の増税は避けられないが、財源の在り方を議論する前に、現在の社会保障制度や社会保障財政の問題を冷静に分析し、何が問題で、公平性や効率性などの観点からどのような制度を求めるかを先に議論すべきであるが⁷¹、残念ながら、報告書の検討は十分とはいえない。財源は、社会保障制度の在り方によって決まる、あるいは決めるべきものであるからである⁷²。また、消費税は魔法の杖ではなく、無尽蔵に財政需要に応えられるものではなく、税・保険料の負担増は経済との関係も考慮に入れなければならない⁷³。この2つの報告書の特徴と限界を整理する。

「社会保障国民会議最終報告」（2008年11月）では、「今日の社会保障制度は、少子対策への取組の遅れ、高齢化の一層の進行、医療・介護サービスの提供体制の劣化、セーフティネット機能の低下、制度への信頼の低下等の様々な課題に直面している。」（p.2）と記述されているが、詳細な分析は示されていない。「社会保障国民会議中間報告」（2008年6月）や3つの分科会⁷⁴の中間とりまとめでは、非正規雇用、年金の未納、無年金・低年金、非

⁷⁰ 例えば、1991～95年の社会保障制度審議会、2000年の社会保障構造の在り方について考える有識者会議、2004～06年の社会保障の在り方に関する懇談会、2009年の安心社会実現会議などである。

⁷¹ 日本租税研究協会（2010）は、年金・医療・介護・保育等社会保障の各制度の抱える問題を整理している。

⁷² 宮島（2009:16）も、「財源確保の視点に偏った租税への期待論には、社会保障および財政・税制の見地双方から議論の余地が多分にある」と述べる。

⁷³ 加藤（2009）は、OECD諸国のデータを分析し、税・社会保障負担の規模の拡大は、経済成長に負の影響を与えることを示している。ただし、「政府規模の拡大の方が租税・社会保障負担の拡大よりも経済成長率を低下させる効果が強い」（p.141）としている。

⁷⁴ 第一分科会は所得確保・保障（雇用・年金）、第二分科会はサービス保障（医療・介護・福祉）、第三分科会は持続可能な社会の構築（少子化・仕事と生活の調和）である。

効率的な医療サービスといった項目が問題点として整理されているものの、なぜそうした問題が生じているのか、なぜ現行制度が対応できないのか等についてのデータに基づく分析は少ない。「社会保障・税一体改革成案」（2011年6月）は、現行制度の問題点はほとんど触れられておらず、今後の改革の方向や内容を強調している。両報告書とも、社会保障関係費の増大についての推計を行い、その財源の確保の重要性を強調している。いずれにせよ、現在の社会保障制度、なかでも社会保険が抱える基本的な問題についての言及はほとんどない。例えば、保険料の逆進性、高所得者への一般財源の投入などの問題は分析されていない。残念ながら、問題が正確に抽出されなければ、正しい処方箋は描くことは難しい。

（2）社会保障制度の基本的な問題

これまでの年金・医療制度、社会保障制度の国際比較等に基づき、わが国の社会保障制度の基本的な問題を整理する。社会保障制度の問題はこれまで様々に論じられているが、年金の未納など現象面を捉えているものが多い。少子高齢化が問題といった指摘もあるが、本質的な問題は、少子高齢化に適応できない社会保障制度である。確かに、日本の少子高齢化は世界に例を見ないスピードで進んでいるが、高度成長を前提とした従来の仕組みを改革できないことこそが問われるべきである。わが国の社会保障制度の根幹は「社会保険」であるが、この社会保険制度こそが、少子高齢化や雇用流動化等を背景として、限界を示し、様々な矛盾と不公平をもたらしている。

問題の根源は、社会保険制度が保険料で賄われるという本来の姿から乖離し、一般財源を多額に投入した曖昧な制度になっていることにある。その典型例が基礎年金である。基礎年金は、「社会保険」なのか、「所得再分配」なのかが曖昧である。日本の年金は「国民皆年金」と称されるが、社会保険制度では、保険料を負担できない者がいるため、皆年金にはならない。ドイツやアメリカは、「皆年金」を採用していないことを明確にしている。つまり、基礎年金は、根本的に矛盾を抱えた制度である。国民健康保険では、保険料収入は全体の1/4程度に過ぎない状況であり、もはや「保険」とはいえない。保険制度のメリットの1つは、負担と給付がバランスするメカニズムが働くということであるが、日本の社会保険は一般財源が投入されているため、本来の保険のガバナンスが働かない。社会保険に一般財源が投入されてきた理由として、①保険者間の財政力格差の調整、②低所得者の保険料負担の軽減、③負担の賦課ベースの拡大（保険料は定率・定額であるため）が挙げられるが（東2009:61）、こうした措置が取られた結果、社会保険は、その理念からますます乖離している。他方、障害や子育てなど一般財源が担うべき分野の対策が疎かになっている。

社会保障では、自助・共助・公助のバランスが重要とされているが、共助と公助の区分はどんどん曖昧になっているのが実態である。日本の社会保障制度は、戦後の高度成長を

前提として、政府が管理・運営する社会保険で全てをカバーするという理想の元につくられてきた。例えば、公的年金（特に報酬比例年金）で老後を全て対応する、医療では原則として混合診療を認めずに保険で全てをカバーする、という考えである。もちろん、こうした仕組みは持続可能ではない。社会保険制度を通じて過剰な再分配が行われ、他方、セーフティネットは不十分となる。また、豊かな者には我慢していただき、自助を促す仕組みやインセンティブが必要であるが、そうした取組みは限定的である。いずれにせよ、自助・共助・公助、すなわち公私の役割分担が明確ではないことに問題がある。

保険原理と再分配原理が混合した制度が様々な問題を引き起こしている。第1に、一般政府部門における社会保障給付費の増大である。年金・医療を中心として、社会保障支出が経済の規模を大幅に上回って増大し、コントロールできない。それは、結局、財政赤字となり、将来世代に転嫁されている。第2に、社会保険料の負担が増大し、逆進性が強まっていることである。実質的に人頭税になっている国民年金の保険料、所得水準に必ずしも比例しない国民健康保険料（税）、介護保険料などについて、逆進性が強くなっている。所得に対して定率で賦課される保険料は、サラリーマンの所得に係る年金保険料（総所得700万円程度まで）ぐらいである⁷⁵。また、1990年代半ば以降、当初所得が減少するなかで、社会保険料負担が増大しているが、所得の種類や雇用状況、所得の水準、年齢、保険の加入状況などの属性や条件により負担率に大きな不平等や不合理が存在し、それが拡大している（田中2010）。非正規の職員・従業員の雇用者に占める割合は、1985年の16.4%から2008年には34.1%になっており、1/3は非正規雇用になっている（総務省「労働力調査」）。社会保険制度の大きな前提であった常勤・終身雇用は揺らぎ、「皆年金」・「皆保険」は成り立たなくなっている。第3に、老人医療への一般財源投入はともかく、厚生年金や共済年金という、比較的恵まれた人々への一般財源投入が増えており、限られた税金の使い方として妥当性や公平性の問題がある。

要するに、日本の社会保障財政は、急速な人口高齢化という外的な要因はあるものの、効率的・効果的な資源配分になっていないのである。一般財源の相当部分が、社会保険を通じて比較的豊かな人々への補てんに使われ、障害や子育てに回らない。これは、中所得者以上を主な対象とする社会保険制度が本来的に持つ問題であり、再分配が十分に行われていない。日本の一人当たりGDPや社会支出は、オーストラリア、カナダ、イギリスなどと比べてもそんな色ない水準であるが、平均寿命などを除いて、ジニ係数や貧困率が高いことはその証左である。

⁷⁵ 田中（2010）は、社会保険料・税の負担の状況を詳細に分析しているが、例えば、所得の種類別に給与・事業・年金等の世帯の社会保険料負担を総所得に対する割合で見ると、医療・介護保険料は、100万円の総所得階級から総所得の増大とともに負担率は低下し、年金保険料も、給与世帯を除き同様の傾向である。給与世帯の年金保険料負担率は、総所得が700万円を超えると低下する。

(3) 改革の方向

わが国の社会保障制度の基本的な問題を整理したが、問題を解決するための第一歩は、本来の姿からかい離しているわが国の社会保険を改めて問うことである。言い換れば、社会保険による公的制度で全てを対応するという親方日の丸的な仕組みから、社会保険を中心としつつも、一般財源によるセーフティネットを整備するとともに、豊かな者にはより自助努力（私的保険など）を求める仕組みへの転換である。それは、保険原理と再分配原理をどうバランスさせるかという問題でもある。

こうした基本方針がないと、保険料と税金をどう組み合わせるかという負担の問題を整理することはできず、単に不足分を賄うという議論になってしまう。消費税を増税し、一般財源を社会保険制度になし崩しに投入することは、何ら問題解決につながらない。基本的な方向を定めた上で、年金、医療、介護、家族対策など、個別の分野で、どのような給付水準とするかを負担との関係で議論することである。

年金制度改革については、既に、田中（2011）で論じているので、ここでは、そのポイントのみを紹介する。提案の骨子は以下である。

- ①基礎年金を文字通りの国民共通の国民皆年金（セーフティネット）として位置付ける。
すなわち、現在の報酬比例の公的年金（厚生年金・共済年金）について、定額部分を切り離し、国民年金と統合し、その財源は一般財源とする⁷⁶。ただし、これまで保険料をまじめに収めてきた者との公平を図る観点から、経過措置を設け徐々に移行する⁷⁷。また、高所得者については、クローバックにより、基礎年金の給付を減額する。
- ②報酬比例部分（賦課方式）は、原則として、保険数理に基づき給付と負担が均衡するような仕組みとする。
- ③厚生年金等の基礎年金相当部分の事業主負担などを活用して、私的年金を充実する。

これは、低所得者については、セーフティネットを充実しつつ（基礎年金だけで不足する場合は生活保護で対応）、中高所得者については、報酬比例年金と私的年金でカバーするという考え方である。

医療制度改革については、若干議論する。医療制度についても、基本的な方向は年金と同じであり、セーフティネットを整備しつつ、保険原理の強化や私的保険の活用を目指すべきである。第1に、役割分担の明確化である。国民健康保険制度の位置付けの見直し

⁷⁶ 岩本康志（2009:30）は、「税方式の基礎年金は、資力調査のない高齢者向け生活保護制度であり、それを選択するのは社会保険を運営する能力を政府がもたないという判断に立脚する」と述べるが、カナダ、デンマーク、オーストラリア、ニュージーランドなど、多くの OECD 諸国で税方式の基礎年金が導入されており、これら国の政府は、社会保険を運営する能力がないというのは根拠のない議論である。

⁷⁷ 基礎年金の一般財源投入は 1/2 に引き上げられたが、その際には、本来、経過措置が取られるべきであったが、それは措置されず、これまでまじめに保険料を納めた者が割を食う形となっている。

である。国保は既に分析したように、もはや保険と言い難い仕組みである。そこで、国保は、セーフティネットとして位置付け、財源は、基本的には応能負担とする⁷⁸。保険者は、市町村では小さすぎるので、政令指定都市等を除き、都道府県単位あるいは市町村の連合体とする。国保は、ナショナル・ミニマムを提供する仕組みとし、給付対象を制限するとともに、医療の需要・供給の両面のコントロールを強化する（詳細は次の2点目の提案）。なお、供給はこれまでどおり民間病院主体となる。被用者保険のグループは、被保険者が保険組合を選べるようにし、規模の拡大を図る。給付対象は、国保と同じとしつつ、それ以外の給付は、民間保険なども参入できるようにする。あるいは、被用者保険は、基礎給付と上乘せ給付に区分することも考えられる。高齢者医療については、これまで、独立方式、突き抜け方式、リスク構造調整方式、全国一本化方式などが提案されたが、リスク構造調整は必要であるが、年齢による区分は行わない。これらの仕組みは、公私の役割分担を明確にするものであり、実質的には、国営医療サービスと私的保険（非営利を含む）を組み合わせるオーストラリアのような仕組み（二階建）に近くなる。私的保険を重視している国の中でも、ドイツ・オランダ・スイスは、医療の格差は小さい。規制と平等化させる仕組みによって、クリーム・スキミングや格差の問題を是正できるからである（OECD2010a:14）。

田近（2009）は、医療に関する公私の保険の役割分担について提案しており、基本的な考え方は本稿に近いが、セーフティネットの整備という考え方は明確ではない⁷⁹。尾形（2009）は、「給付内容については、医学・医療的な必要性の観点から不断に見直すとともに、今後ある程度公的保険の給付範囲の重点化を検討していく必要がある」（p. 70）としつつ、混合診療は限定的に行うべきという立場であり、年金のような「2階建て」モデルは医療には当てはまらないとしている。その理由として、基礎的給付とそれ以上の付加的給付を区別することは難しいことから、ジェネリック品とブランド品については線引きできるものの、一般には、公平性・平等性の観点から難しいからとしている（p. 73）。確かに、二階建医療にする場合の線引きは簡単ではないが、国際比較でみたように、多くの OECD 諸国で導入されており、全ての医療サービスを公的に保障するのは無理がある。

第2に、費用対効果を高めるための需給両面の対策の強化である。こうした施策は、国際機関が各国の経験を分析してノウハウを蓄積しており、参考になる。EC&EPC(2010)は、医療の費用対効果を改善する方法として、①意思決定において情報を活用する、②プライマリーケア・ケアの連携、③健康増進・予防の強化、④医療市場において正しい価格を示し、

⁷⁸ 名称としても、国保税として徴収している市町村も多く、また、保険料が所得に応じて減免されており、既に、応能負担になっているといえる。

⁷⁹ 田近（2009）は、日本の医療保険改革の提案として、①公費改革として、政管健保・国保組合への公費を廃止し、個人に資力調査付で保険料の軽減を行う、国保も将来的には給付連動の公費補助を廃止する、②被用者保険の被保険者に保険者選択を認める、③後期高齢者医療制度を廃止し、年齢による区分をなくすとしている。

効率性や有効性を高めるインセンティブを与える、⑤医療に関する人材育成、⑥外的な社会経済要因の考察、⑦コンセンサスづくりとガバナンスを挙げている。OECD(2010a:154)は、日本の医療の改善策として、①長期療養の抑止、②病院の支払方法の見直し、③ゲートキーピングの導入、④出来高払いの見直し、④供給者に質の高いサービスの提供を促すインセンティブの付与を挙げている。大森(2010)も、医療制度の効率化を促進する原動力として、「保険者とプライマリーケア医制度の存在を前提としたプライマリー医である」(p.258)と述べている。また、地域における医療供給体制として、機能分化を広域医療圏の中で実践する事業体である日本版 IHN(統合ヘルスケアネットワーク)の導入も提案されている(亀田2010、松山2010)。要するに、費用対効果を高める方法はほぼ判明しており、政府が需給面でコントロールすることが必要なのである。

第3に、費用対効果を測る仕組みである。費用対効果を高めるとしても、それが検証できなければ意味がない。EC&EPC(2010:71)は、医療のパフォーマンスを改善するためのステップとして、①目標の設定、②アウトプット・アウトカムを測るための指標の開発、③業績分析の実施、④データを定期的に報告し、その結果を規制や財政的・非財政的なインセンティブに使うことを挙げている。そして、政府は、目的・優先分野・課題などを明確にして、国家戦略や方針を導入し、計測のための枠組みをつくる責務があると指摘する(p.80)。英国、カナダ、オーストラリアなどでは、国レベルの業績測定フレームワークが導入され、多くの業績指標が開発されている。日本においても、都道府県の医療費適正化計画により、こうした取組みが始まったところであり、指標の開発と活用が急がれる。

繰り返しになるが、医療はサービスであるため、財源調達だけの議論では不十分である。負担が高くても、質や満足度が高いとは限らない。故に、費用対効果を高める取組みを重点的に進める必要がある。EC&EPC(2010:144)は、「重要な課題は、ミクロレベルの効率性の向上がマクロレベルの高い効率性をもたらすようにし、最終的には医療支出を引き下げることであり」と指摘しており、日本の医療改革もこの方向を目指すべきである。

7. おわりに

社会保障や税制の改革はどこの国においても難しい。利害が対立し、損得勘定になりやすいからである。しかし、現状を放置したままでは、制度の持続可能性と世代間の不公平はますます悪化する。永遠に、負担の先送りはできない。改革は急がれるが、筆者は、日本における最大の問題は、問題が分析され、事実が国民の前に明確にされていないことであると考えている。政府あるいは関係する審議会等が最近発表した資料には、分析に関する記述は限定的である。問題が分析され定義されなければ、正しい処方箋を描くことは難しく、場合によっては、間違った対応になる。

社会保障と税の一体改革は、日本ばかりではなく、諸外国でも行われている。例えば、最近の例としては、オーストラリアが興味深い。オーストラリアでは、2007年、11年振り

に政権が交代し、労働党が政権に就いた。労働党政権は、社会保障・税の一体改革を課題として取り上げ、具体的な検討を始めた（図 7-1）。専門家の委員会を立ち上げて、現状・問題点の分析を元に報告書を作成し、それに基づき、様々なコンサルテーションを実施した。最終的な検討結果が取りまとめられ、財務大臣に提出されたのは約 1 年半後である⁸⁰。この報告書を見ると、いかに、詳細かつ膨大な分析が行われ、改革が提案されているかがわかる。

本稿の基本的な改革の考え方は、保険原理と再分配原理の関係を再構築し、公私の役割分担を明確にすることである。政府がセーフティネットの責任を持ちつつ、それ以外は、できるだけ自助努力や保険によるリスク分散に任せる仕組みである。本稿では詳しく取り上げる余裕はなかったが、高齢化を乗り切る唯一の方法は、より多くの者がより長く働くことであることから、積極的な雇用政策も重要である。

⁸⁰ 報告書の最終版は、2010 年 5 月に発表された“Final Report Part 1 - Overview”、“Final Report 2 - Detailed Analysis Vol.1”、“Final Report 2 - Detailed Analysis Vol.2”、からなる。また、年金については、2009 年 12 月、“The Pension Review Report”が発表されている。

(参考文献)

- 岩本康志 (2009)、「社会保障財源としての税と保険料」、国立社会保障・人口問題研究所編、『社会保障財源の効果分析』、東京大学出版会
- 遠藤久夫 (2007)、「患者負担の国際比較」、田中滋・日木立 (編著)、『医療制度改革の国際比較』、講座医療経済・政策学第6巻、草書房
- 大森正博 (2010)、「日本の医療制度の問題点と医療制度改革の方向性について」、貝塚啓明・財務省財務総合政策研究所 (編著)、「医療制度改革の研究」、中央経済社
- 尾形裕也 (2003)、「社会保障入医療制度の国際比較 (収斂と発散) :ISSA Institute における研究同行を踏まえて」、『海外社会保障研究』、145、pp.5-13
- 尾形裕也 (2009)、「医療サービス提供のあり方の改革」、田近栄治・尾形裕也 (編著)、『次世代型医療制度改革』、ミネルヴァ書房
- 尾澤恵 (2009)、「子育て支援策にかかわる社会保障給付と税制—制度分析と国際比較」、国立社会保障・人口問題研究所編、『社会保障財源の制度分析』、東京大学出版会
- 貝塚啓明・財務省財務総合政策研究所 (2010)、「医療制度改革の研究」、中央経済社
- 勝俣妃 (2011)、「基礎年金国庫負担割合の維持と財源負担」、『立法と調査』、No.314
- 加藤久和 (2009)、「租税・社会保障負担と経済成長」、国立社会保障・人口問題研究所編、『社会保障財源の効果分析』、東京大学出版会
- 金子能宏 (2009)、「社会保障財源としての消費税負担の影響」、国立社会保障・人口問題研究所編、『社会保障財源の効果分析』、東京大学出版会
- 金子能宏 (2010)、「OECD 諸国の社会保障政策と社会支出」、宮島洋・西村周三・京極高宜編、『社会保障と経済2 財政と所得保障』、東京大学出版会
- 亀田隆明 (2010)、「病院経営が抱える諸問題」、貝塚啓明・財務省財務総合政策研究所 (編著)、「医療制度改革の研究」、中央経済社
- 厚生労働省年金局・日本年金機構 (2010)、『平成21年度における国民年金保険料の納付状況と今後の取組等について』
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2010)、『平成20年度社会保障給付費』
- 迫田英典 (2010)、『図説日本の財政』、平成22年度版、東洋経済新報社
- 佐藤主光 (2009)、「各国医療保険制度」、田近栄治・尾形裕也 (編著)『次世代型医療制度改革』、ミネルヴァ書房
- 白波瀬和子 (2002)、「日本の所得格差と高齢者世帯」、『日本労働研究』、44 (2-3)、pp.72-85
- 社会保障制度審議会 (1950)、『社会保障制度に関する勧告』
- 砂川知秀・中村岳 (2007)、「公的医療制度下の民間保険の国際比較」、田中滋・日木立 (編著)、『医療制度改革の国際比較』、講座医療経済・政策学第6巻、草書房
- 総務省 (2010)、『地方財政白書22年度版 (20年度決算)』
- 田近栄治 (2009)、「医療保険制度の改革」、田近栄治・尾形裕也 (編著)『次世代型医療制

- 度改革』、ミネルヴァ書房
- 田近栄治・尾形裕也（2009）、『次世代型医療制度改革』、ミネルヴァ書房
- 田中滋・日木立（2007）、『医療制度改革の国際比較』、講座医療経済・政策学第6巻、草書房
- 田中秀明（2010）、「税・社会保険料の負担と社会保障給付の構造」、一橋大学経済研究所、世代間問題研究以降、ディスカッション・ペーパー、*CIS-PIE DP*, No. 481
- 田中秀明（2011）、『財政規律と予算制度改革 - なぜ日本は財政再建に失敗しているか』、日本評論社
- 辻明子（2008）、「就職氷河期世代の老後に関するシミュレーション」、総合研究開発機構（NIRA）『就職氷河期世代のきわどさ：高まる雇用リスクにどう対応すべきか』
- 内閣府（2002）、『国民生活白書』、平成14年度版
- 西村周三・田中滋・遠藤久夫（2006）、『医療経済学の基礎理論と論点』、勁草書房
- 日本租税研究協会（2010）、『持続可能な社会保障制度の確立と税・財政の一体的改革』、財政経済研究会報告書
- 東修司（2009）、「税制との関係に着目した公的年金給付と財源等に関する制度的考察」、国立社会保障・人口問題研究所編、『社会保障財源の制度分析』、東京大学出版会
- 本田達郎（2009）、「社会保障の財源構造と企業・家計負担の動向」、国立社会保障・人口問題研究所編、『社会保障財源の制度分析』、東京大学出版会
- 林宜嗣（2010）、「社会保障と地方財政」、宮島洋・西村周三・京極高宜編、『社会保障と経済2 財政と所得保障』、東京大学出版会
- 府川哲夫（2005）、「医療システムの国際比較：西ヨーロッパ諸国の潮流」、国立社会保障人口問題研究所編『社会保障制度改革：日本と諸外国の選択』、東京大学出版会
- 府川哲夫（2006）、「少子高齢化と医療費をめぐる論点と実証研究」、西村周三・田中滋・遠藤久夫（編著）、『医療経済学の基礎理論と論点』、勁草書房
- 府川哲夫（2007）、「プライマリーケアの国際比較」、田中滋・日木立（編著）、『医療制度改革の国際比較』、講座医療経済・政策学第6巻、草書房
- 松山幸弘（2010）、『医療改革と経済成長』、日本医療企画
- 宮島洋（2009）、「社会保障と税制 - 論点整理と問題提起」、国立社会保障・人口問題研究所編、『社会保障財源の制度分析』、東京大学出版会
- 山田篤裕（2003）、「高齢期における貧困・貧困度 - 2001年」、『医療負担のあり方が医療需要と健康・福祉の水準に及ぼす影響に関する研究』、平成14年度厚生労働科学研究費補助金、政策科学研究推進事業研究報告書
- Adema, Willem and Maxime Ladaique (2009), "How Expensive is the Welfare State?: Gross and Net Indicators in the OECD Social Expenditure Database (SOCX)", *OECD Social Employment and Migration Working Papers*, No. 92

Berger, M and J. Messer (2002), "Public Financing of Health Expenditure, Insurance, and Health Outcomes", *Applied Economics*, 34(17), pp.2105-2113

European Commission and Economic Policy Committee(EC&EPC) (2010), Joint Report on Health Systems, *European Economy, Occasional Papers* 74

Forster, Michael and Marco Mira d'Ercole (2005), *Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s*, OECD Social Employment and Migration Working Paper, No.22

Gay, Juan G., Valérie Paris, Marion Devaux and Michael de Looper(2011), *Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries*, OECD Health Working Papers, No.55

Gerdtham U-G, Jönsson B, MacFarlen M and Oxley H(1994), "Factors Affecting Health Spending: A Cross-Country Econometric Analysis", *Economics Department Working Papers*, 149

Hadley, Jack (1982), *More Medical Care, Better Health*, The Urban Institute Press

Jones, Randal (2007), *Income Inequality, Poverty and Social Spending in Japan*, OECD Economics Department Working Papers, No.556

Keenay, Gordon and Edward Whitehouse(2003), *Financial Resources and Retirement in Nine OECD Countries: The Role of the Tax System*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No.8

Nolte, E and C. M. McKee(2008), "Measuring the Health of Nations: Updating and Earlier Analysis", *Health Affairs*, 27(1), pp.57-71

Organisation of Economic Co-operation and Development (OECD) (2001), *Ageing and Income: Financial Resources and Retirement in 9 OECD Countries*

OECD(2003), *Health Care Systems: Lessons from the Reform Policy Analysis*, Working Party No.1 on Macroeconomic and Structural Policy Analysis, ECO/CPE/WP1(2003)4

OECD(2004), *Towards High-Performing Health Systems*

OECD (2007), *Pension at a Glance: Public Policies Across OECD Countries*

OECD(2009), *Health at A Glance: OECD Indicators*

OECD(2010a), *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*

OECD(2010b), *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*, OECD Health Working Papers, No.50, DELSA/HES/WD/HWP(2010)1

OECD(2010c), *Economic Outlook*, No.88

Queisser, Monika, Edward Whitehouse and Peter Whitehouse (2007), "The Public-Private Pension Mix in OECD Countries", *Industrial Relations Journal*, 38(6), pp.542-568

Self, S and R. Graowski(2003), "How Effective is Public Health Expenditure in Improving Overall Health? A Cross-country Analysis", *Applied Economics*, 35,

pp. 835-845

Social Protection Committee (2004), Current and Prospective Pension Replacement Rate, report on Work in Progress, European Commission

Tanaka, Hideaki(2008), "Integration of Pension, Assistance and Taxation: How to Balance Insurance Role with Redistribution Role", PIE-CIS Discussion Paper, No. 370, Hitotsubashi University

Werding, Martin (2003), "After Another Decade of Reform: Do Pension Systems in Europe Converge?", CESifo DICE Report, 1/2003

Whitehouse, Edward (2003), The Value of Pension Entitlements: A Model of Nine OECD Countries, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No.9

World Health Organization(WHO) (2000), Health Systems: Improving Performance, World Health Report

WHO(2010), Health Systems Financing, World Health Report

Yamada, Atsuhiko (2002), The Evolving Retirement Income Package: Trends in Adequacy and Equality in Nine OECD Countries, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 63, DEELSA/ELSA?WD(2002)7

図2-1 社会保障給付費の部門別推移

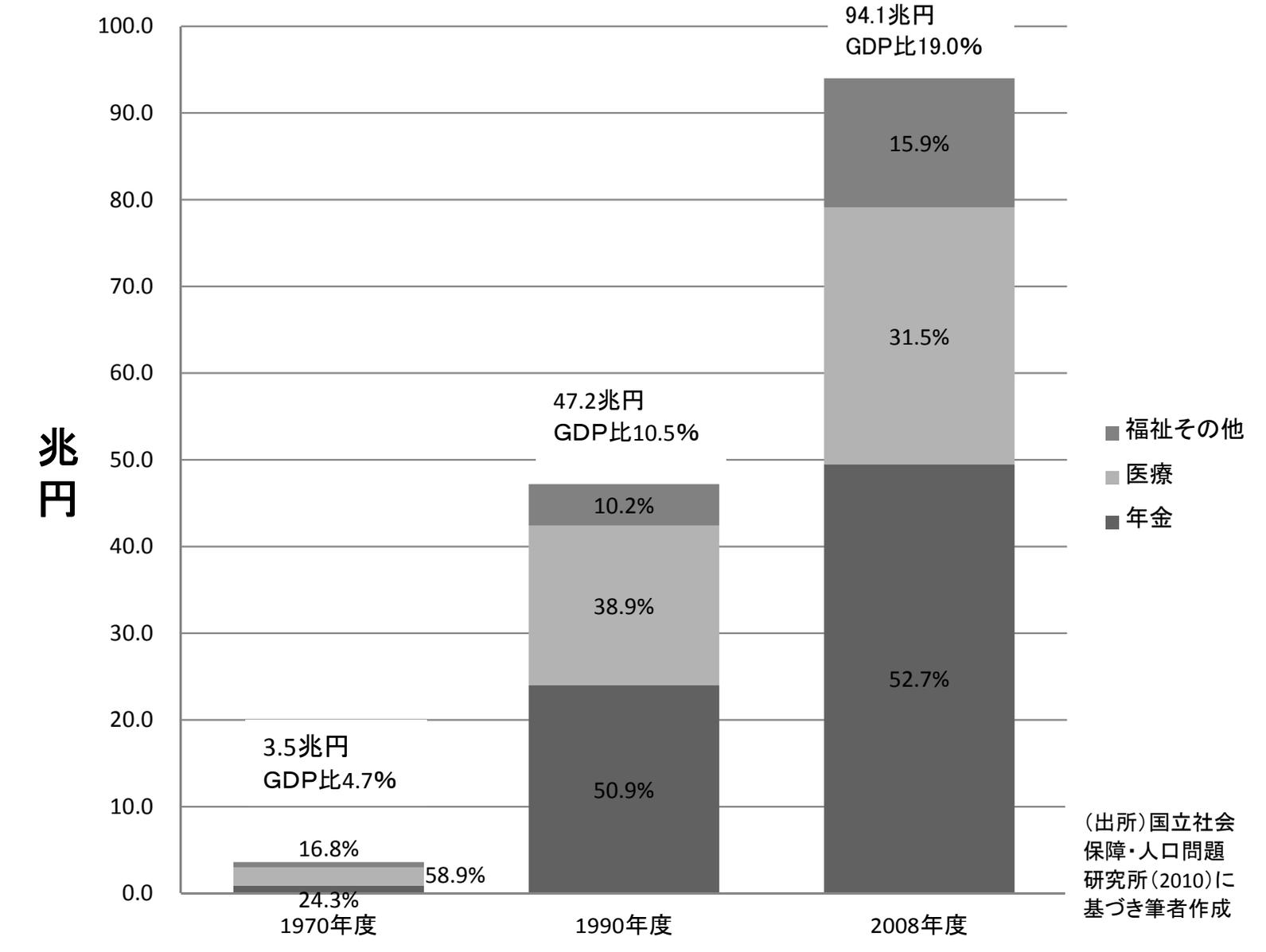


図2-2 制度別社会保障給付費の動向

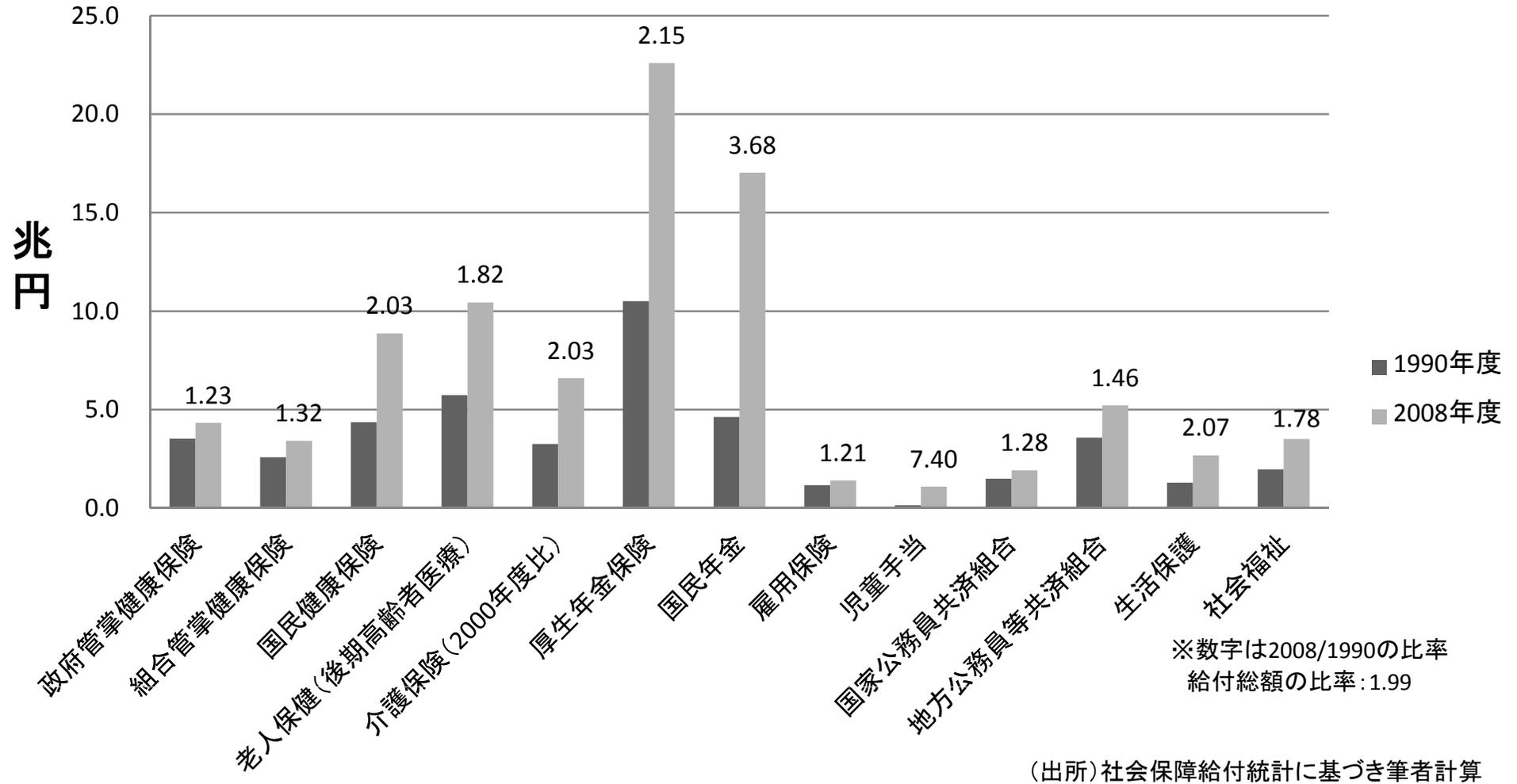


図2-3 機能別社会保険給付費(2008年度)

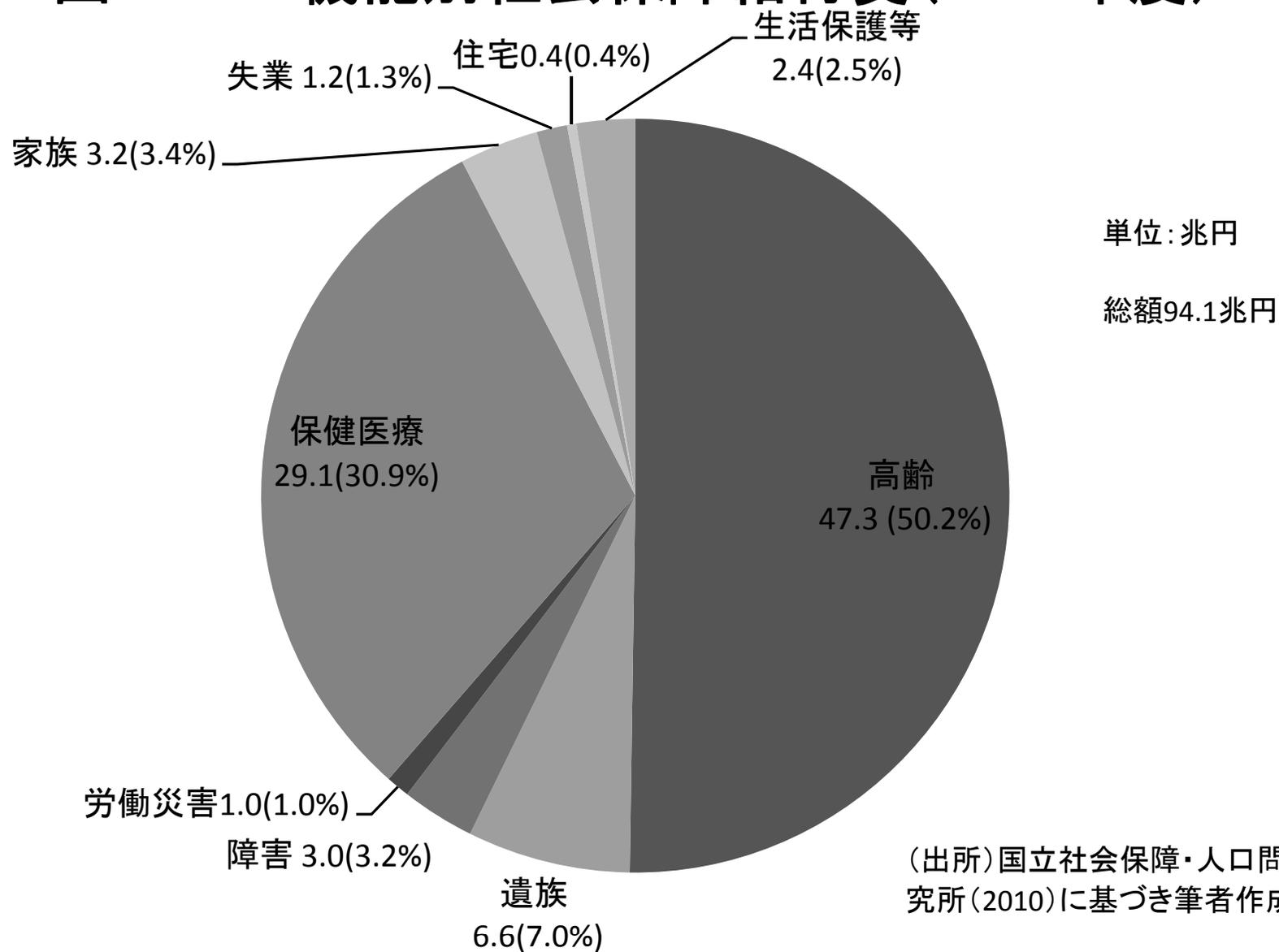


図2-4 社会保障財源の項目別割合の推移

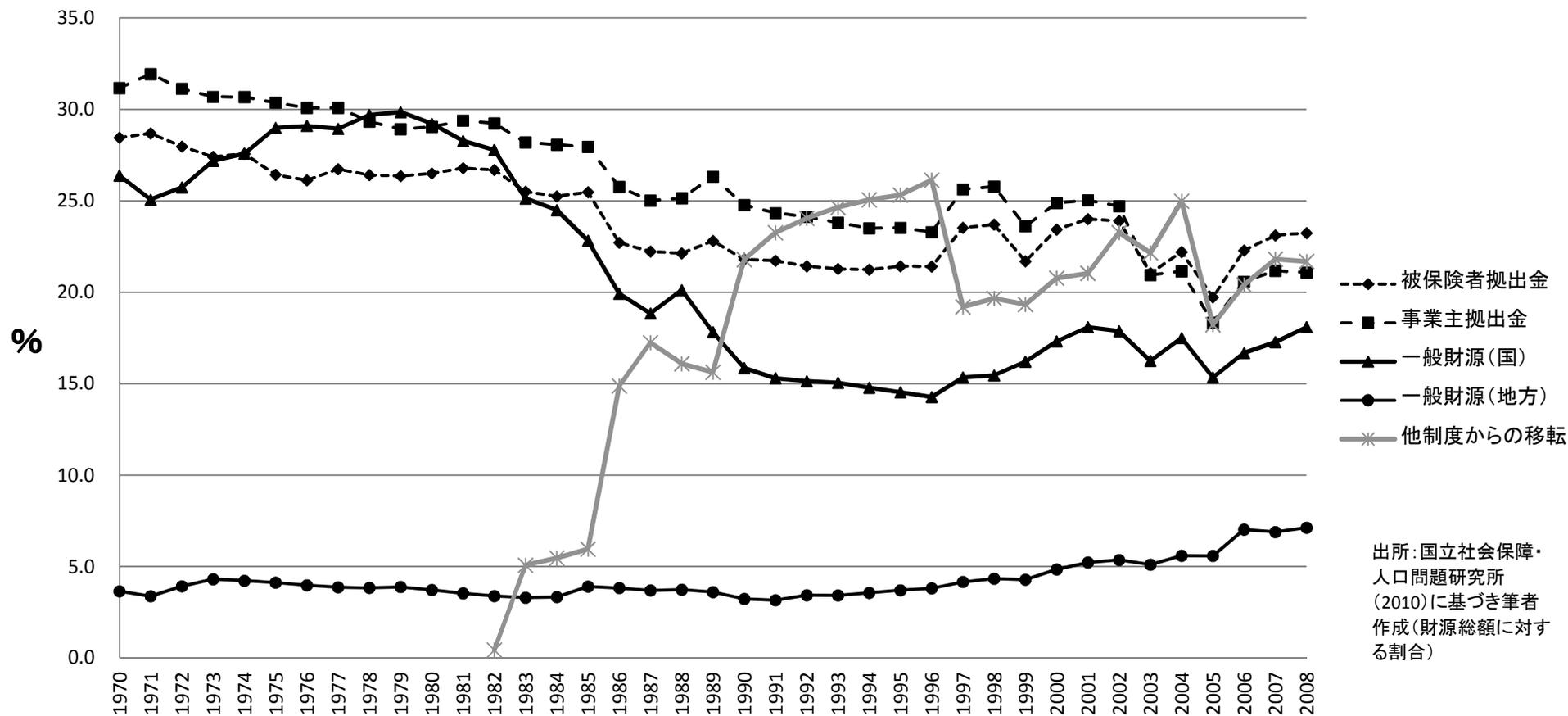


図2-5 一般財源における制度別シェア

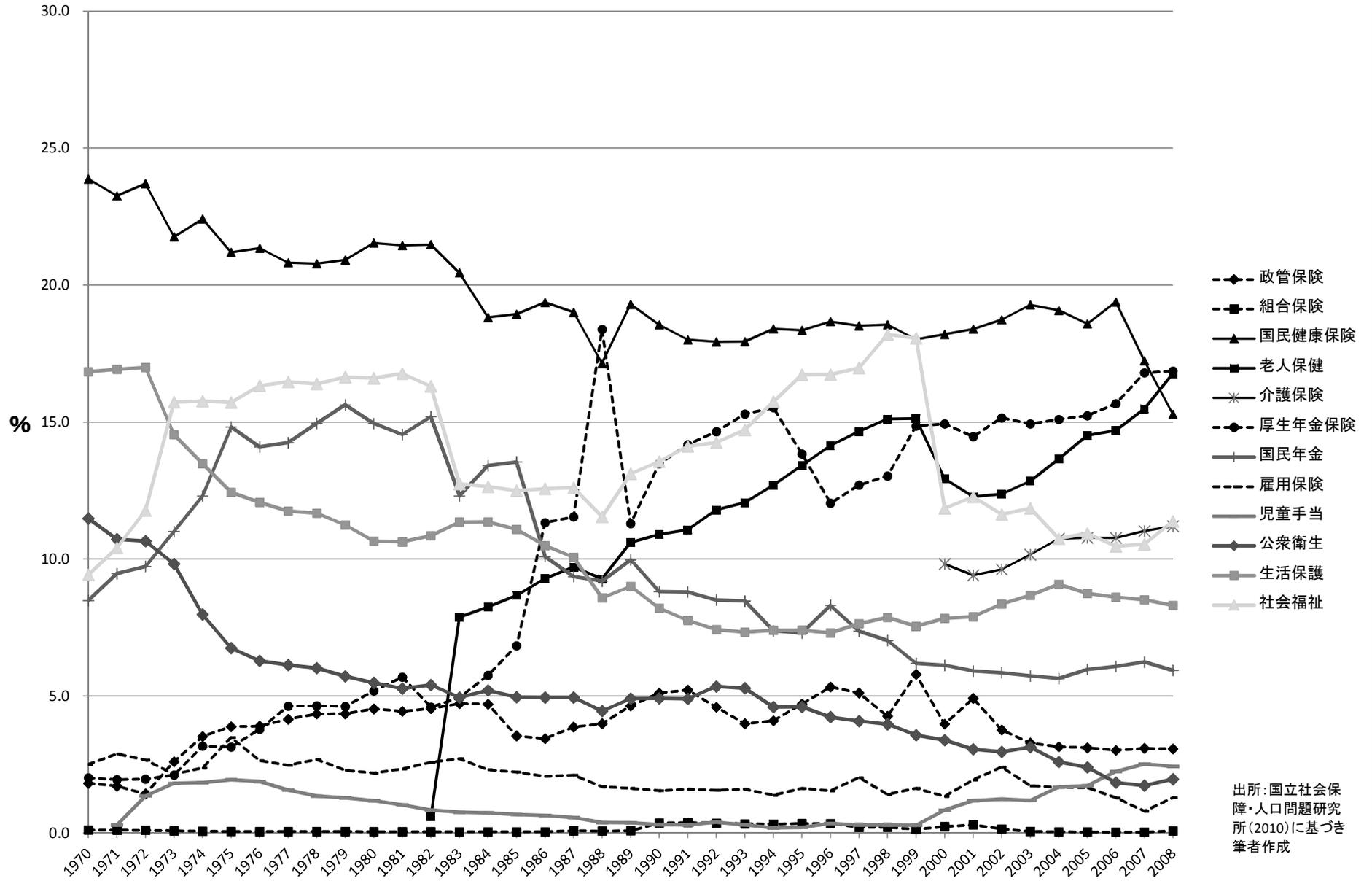
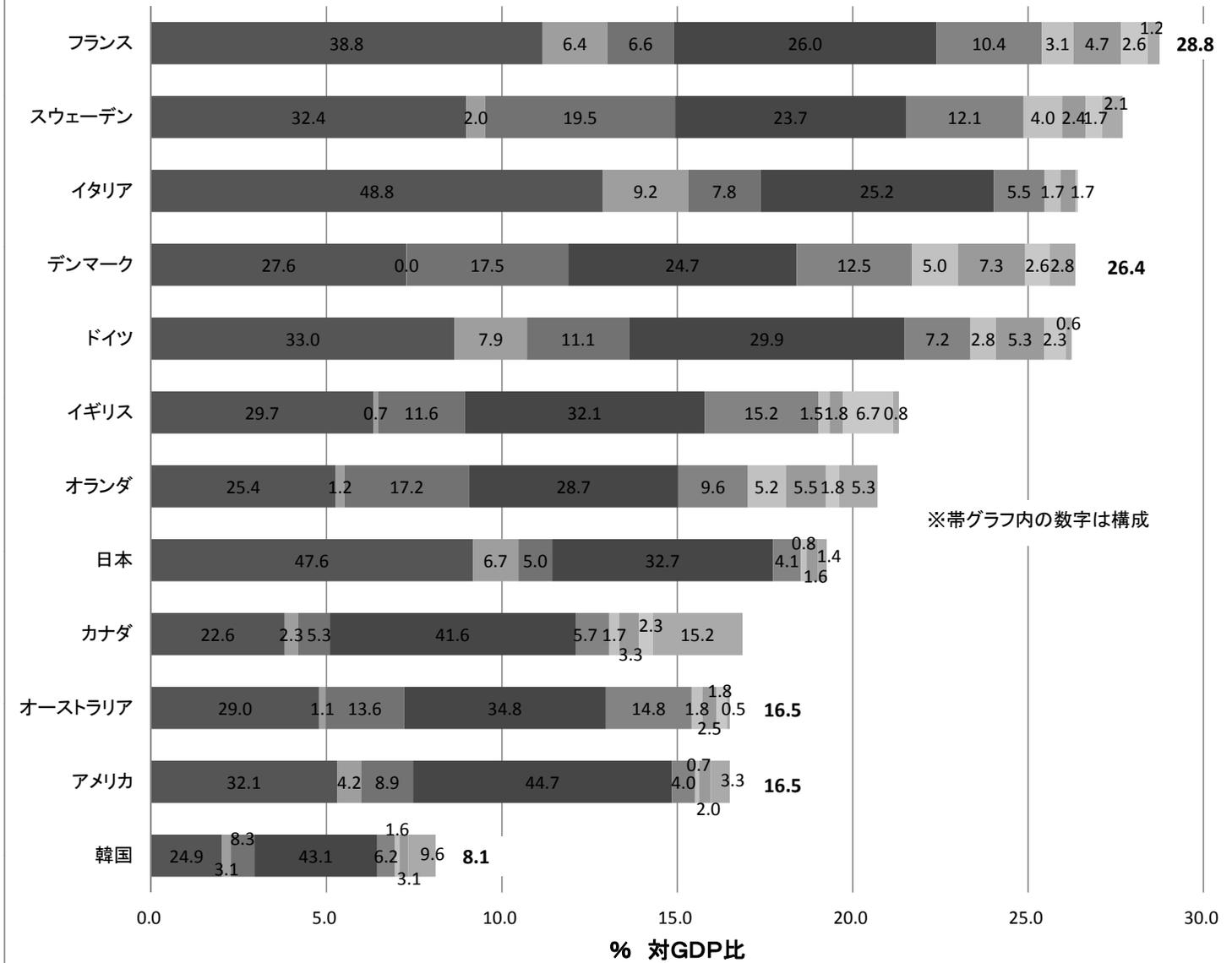


図3-1 OECD主要国の社会支出の規模と機能別内訳(2007)

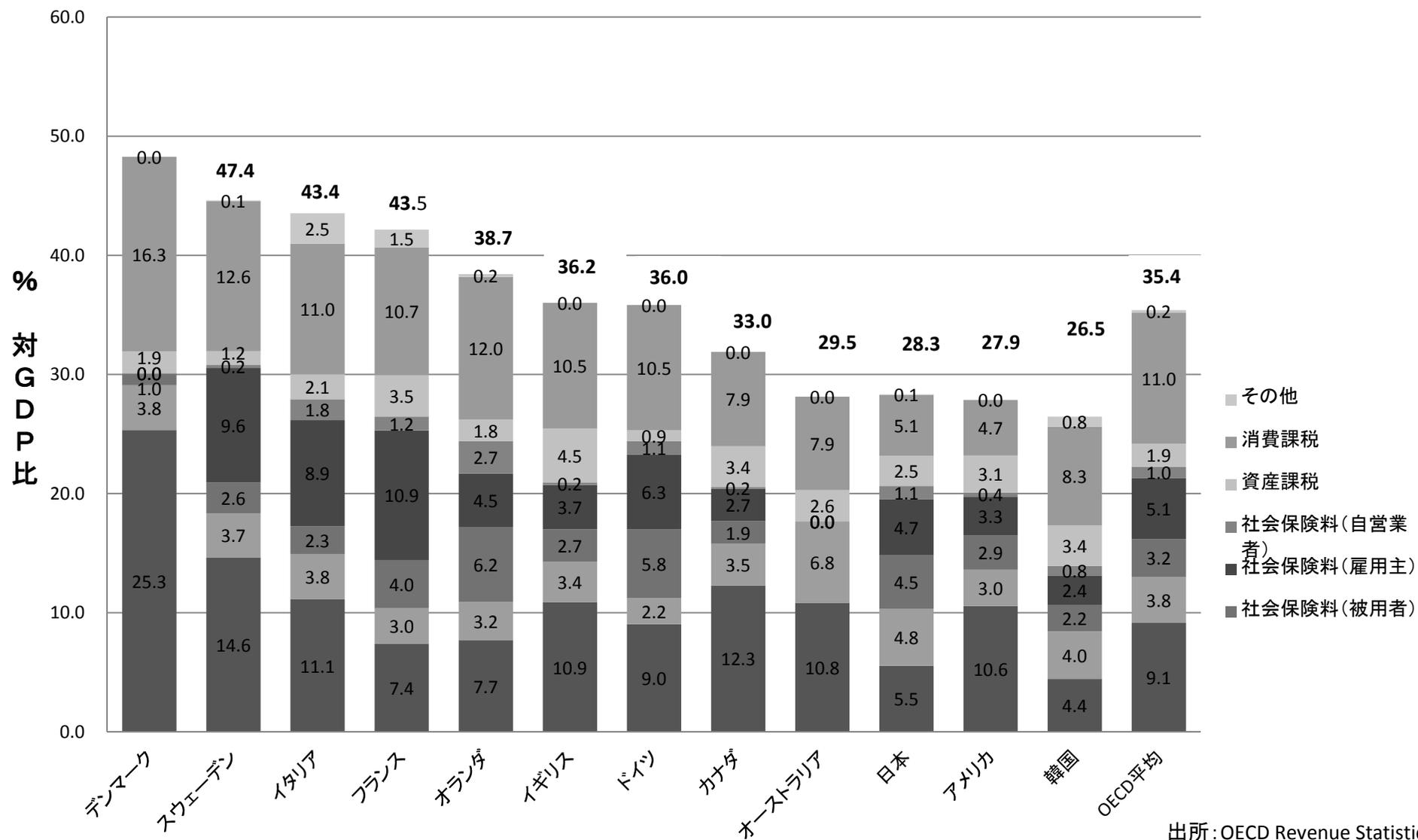


※帯グラフ内の数字は構成

(出所) OECD Social Expenditure Databaseに基づき筆者計算

■ 高齢 ■ 遺族 ■ 障害 ■ 医療 ■ 家族 ■ 職業訓練 ■ 失業 ■ 住宅 ■ その他

図3-2 OECD主要国の一般政府の税・保険料(2007)



出所: OECD Revenue Statistics

図3-3 オーストラリアにおける財源構成の推移

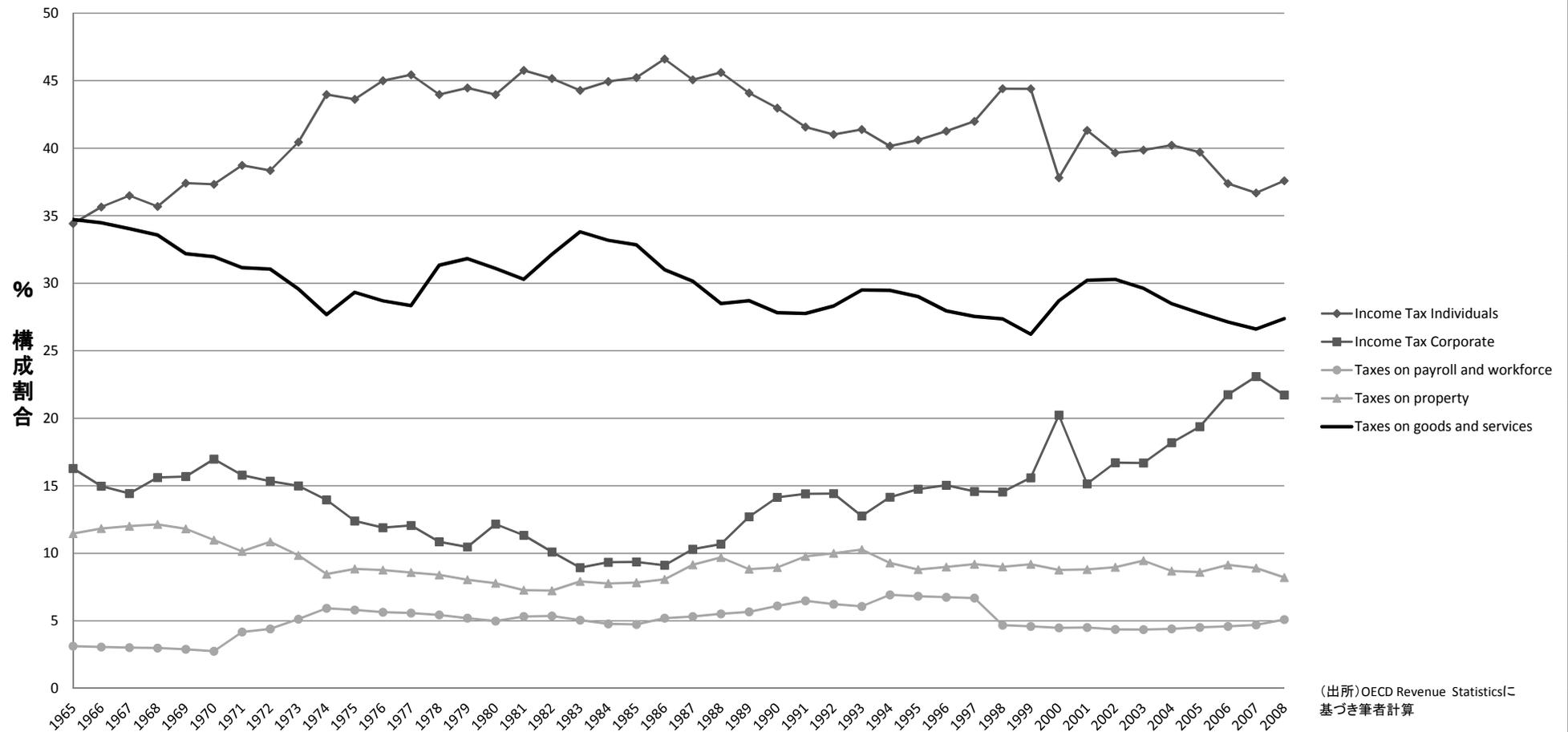


図3-4 カナダにおける財源構成の推移

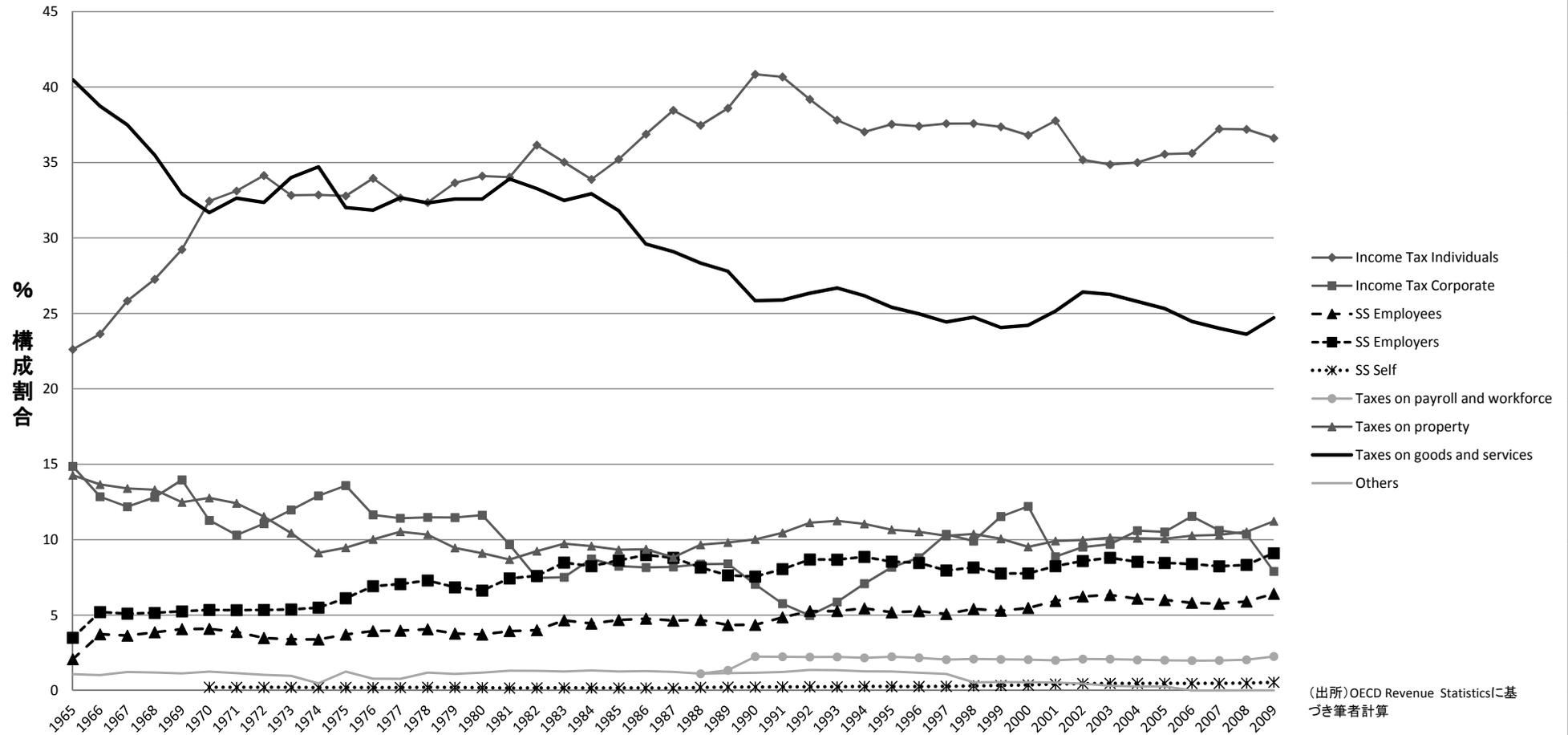


図3-5 デンマークにおける財源構成の推移

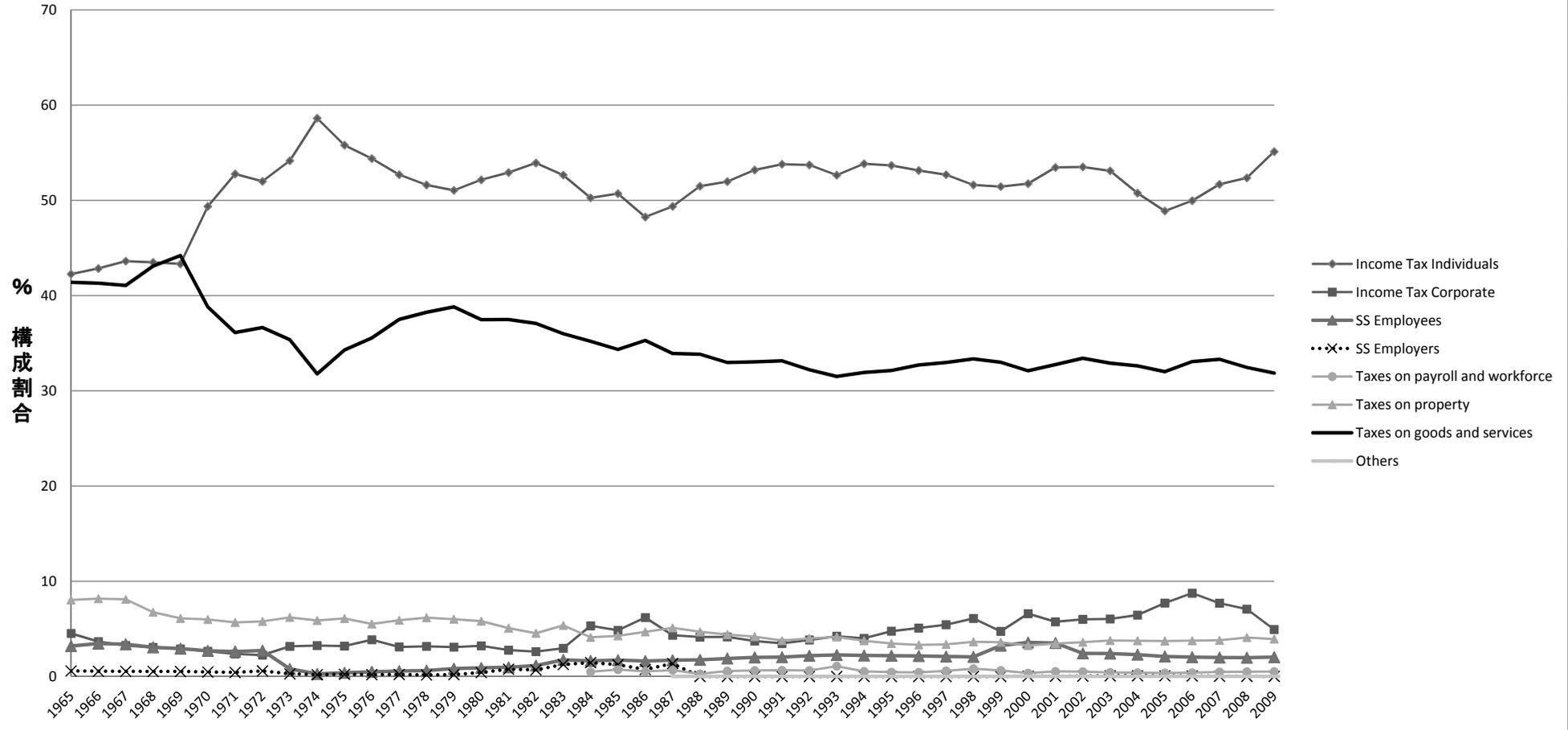


図3-6 フランスにおける財源構成の推移

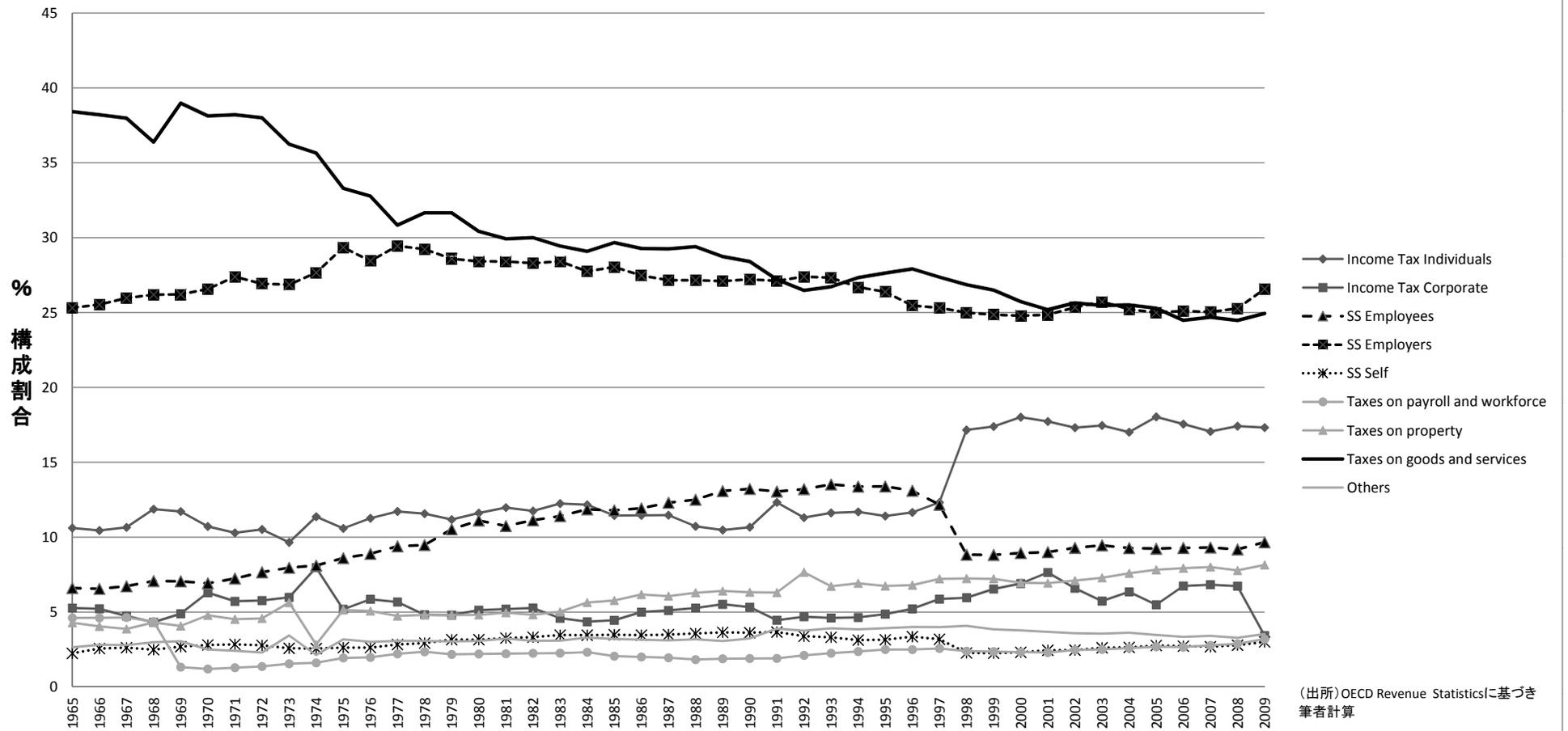


図3-7 ドイツにおける財源構成の推移

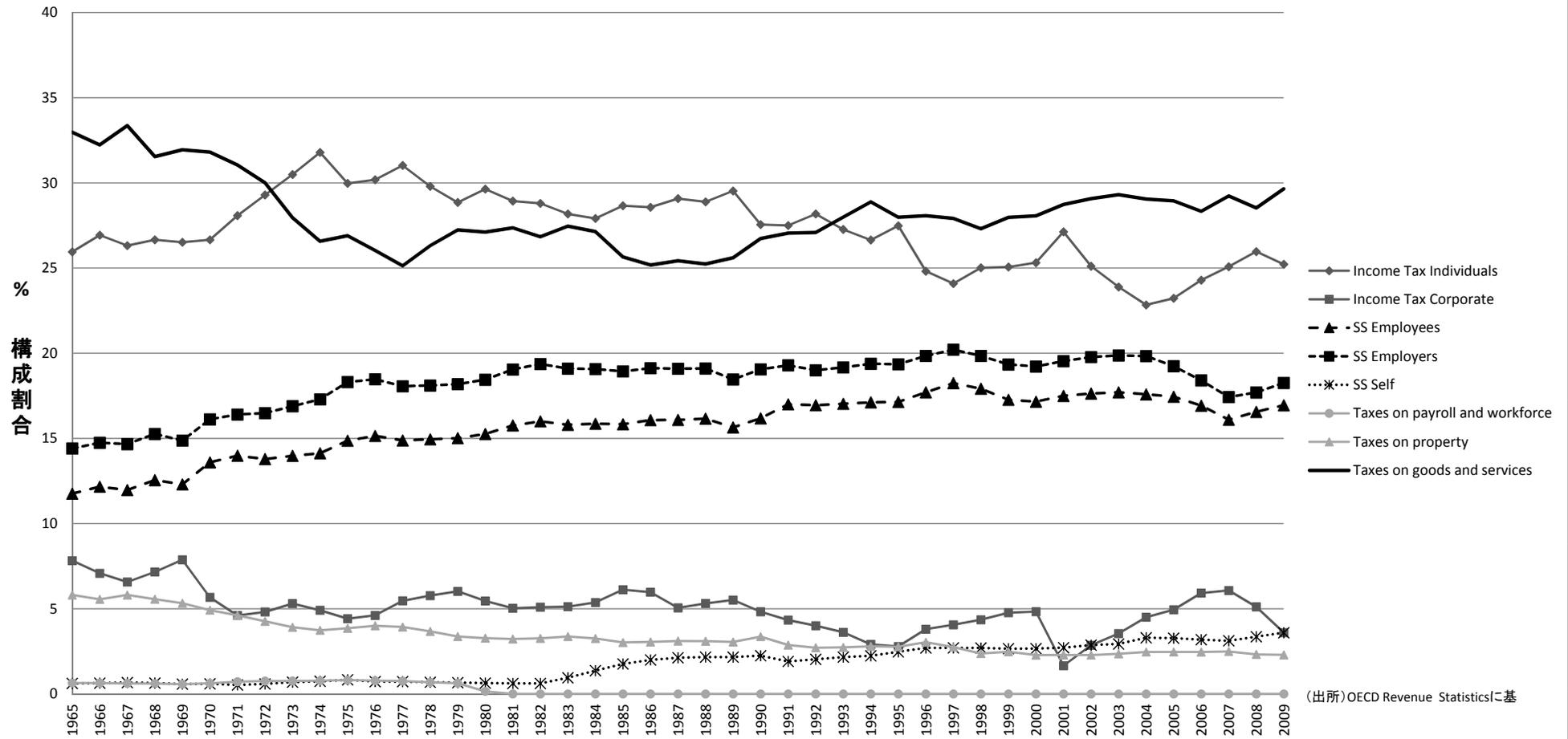


図3-8 イタリアにおける財源構成の推移

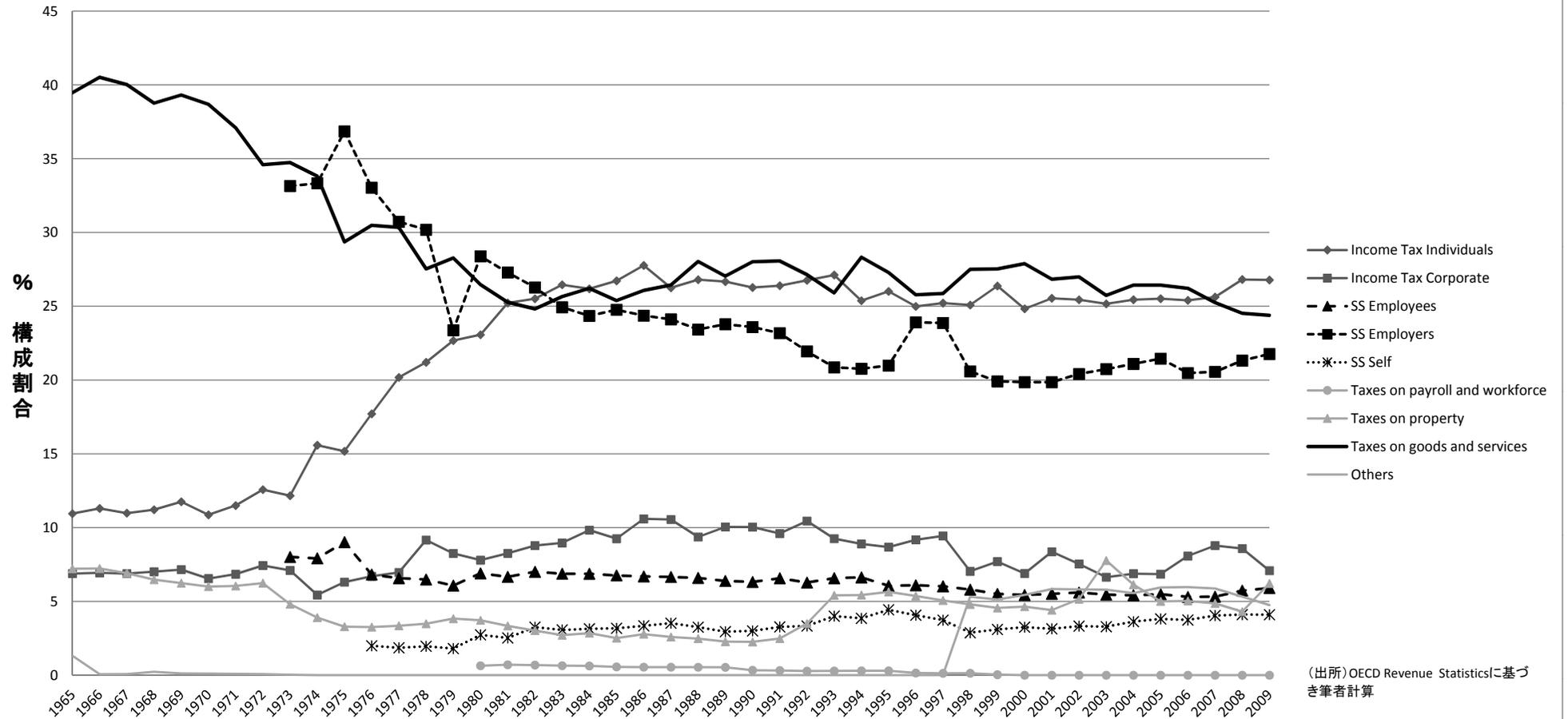


図3-9 日本における財源構成の推移

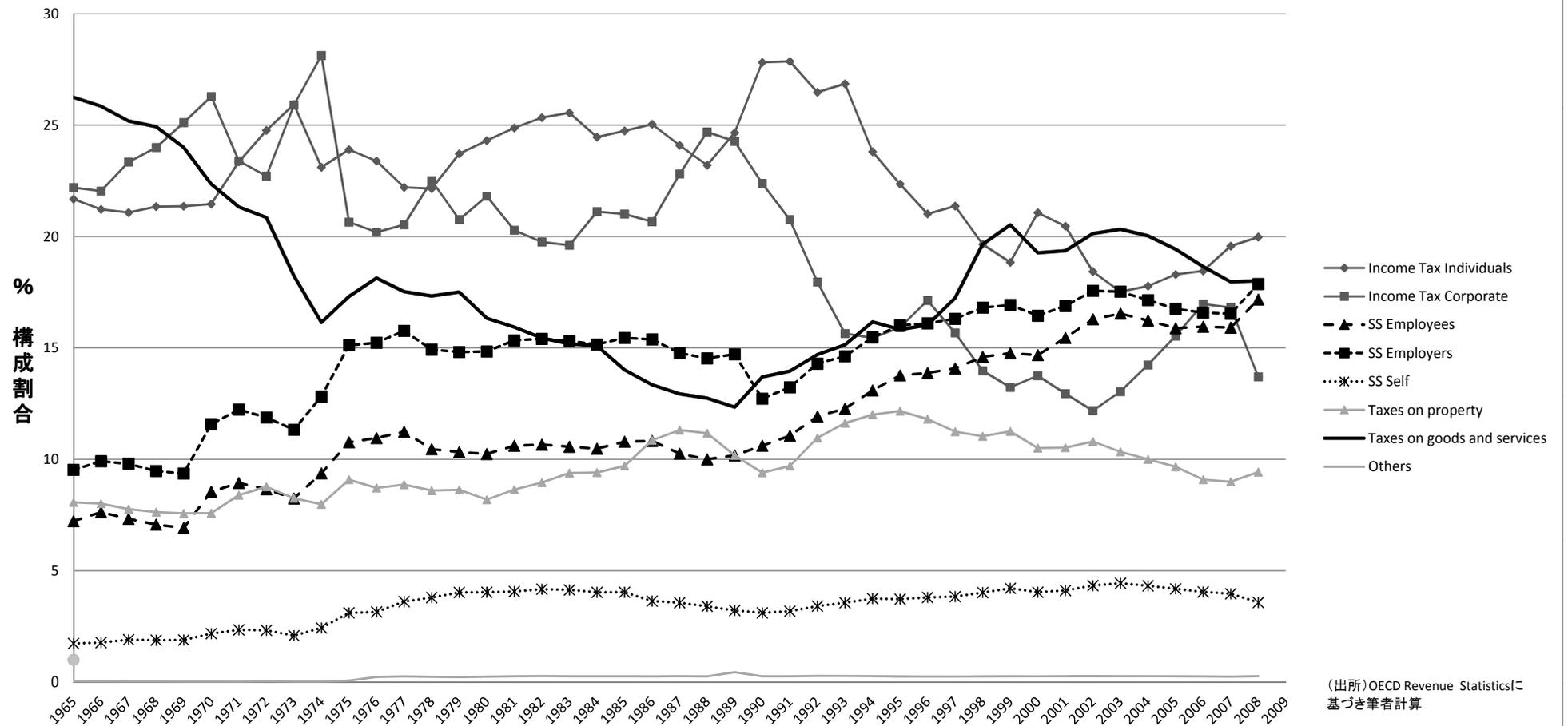


図3-10 韓国における財源構成の推移

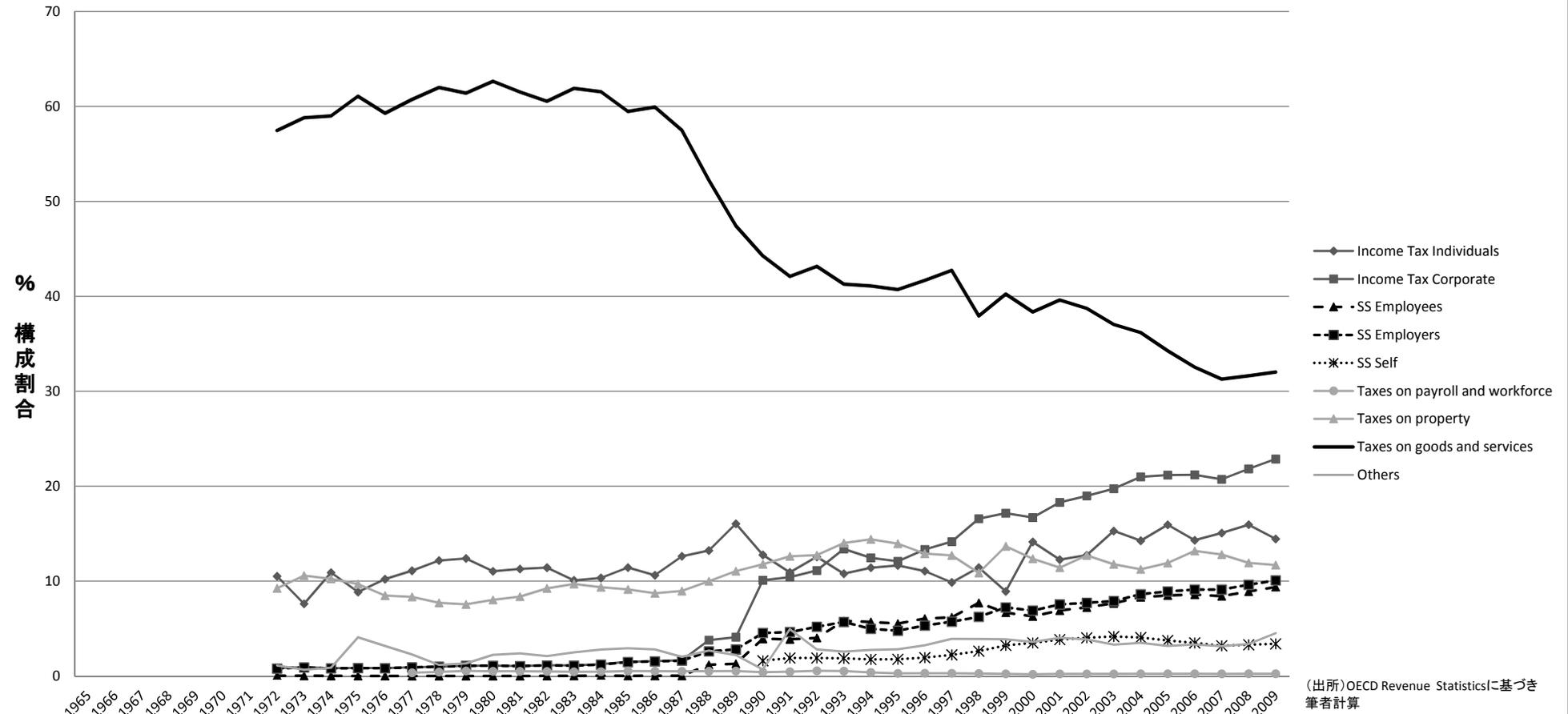
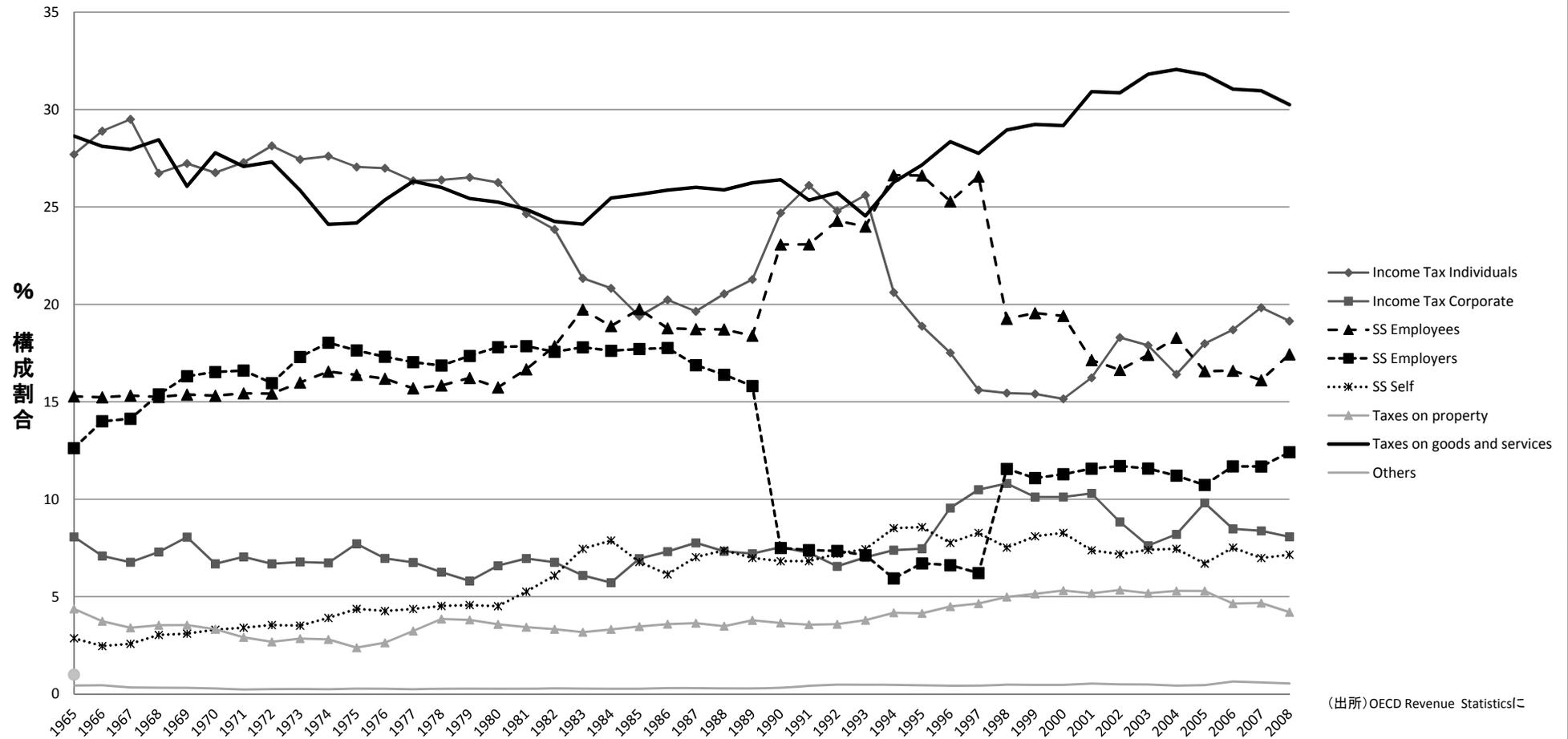
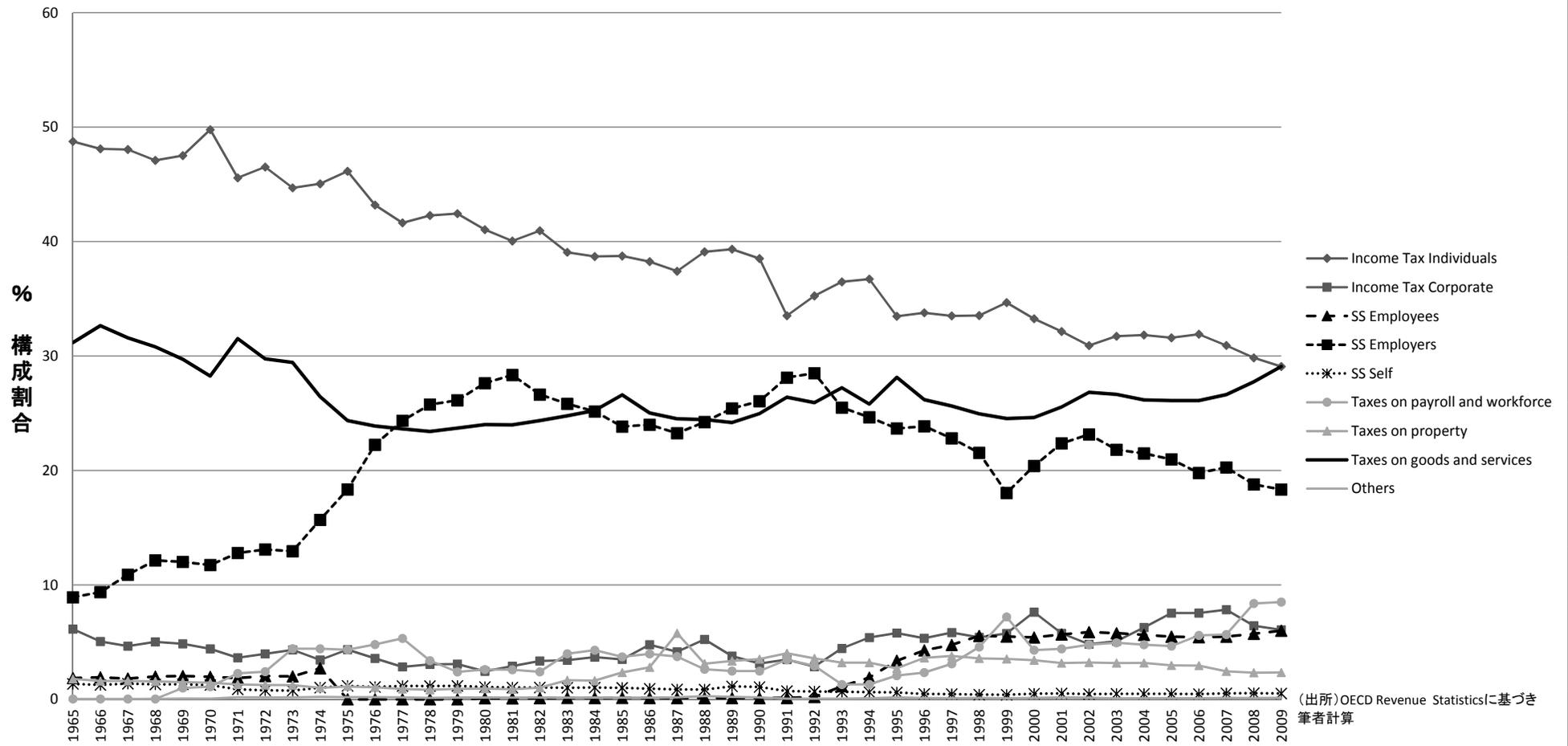


図3-11 オランダにおける財源構成の推移



(出所) OECD Revenue Statistics

図3-12 スウェーデンにおける財源構成の推移



(出所) OECD Revenue Statisticsに基づき
筆者計算

図3-13 イギリスにおける財源構成の推移

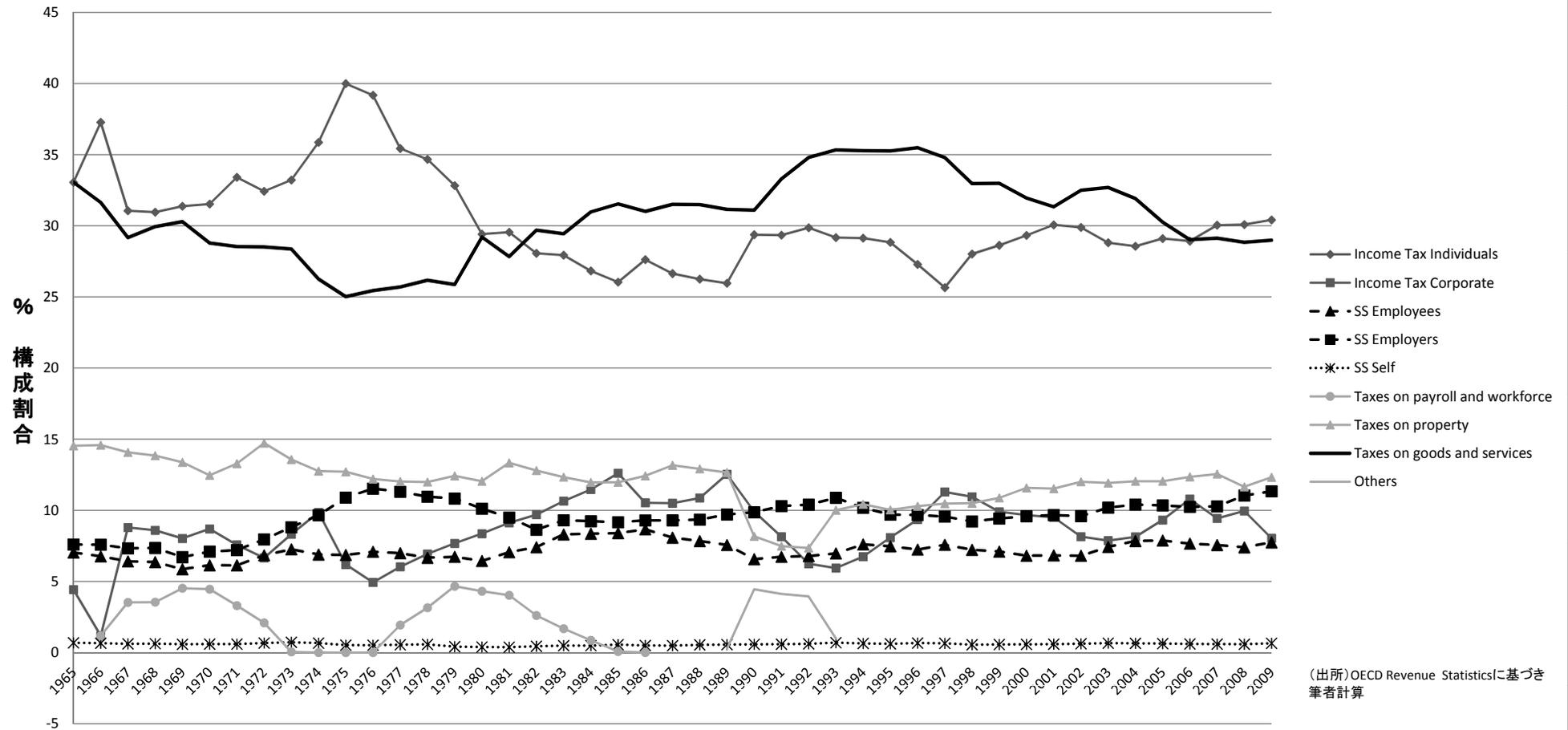


図3-14 アメリカにおける財源構成の推移

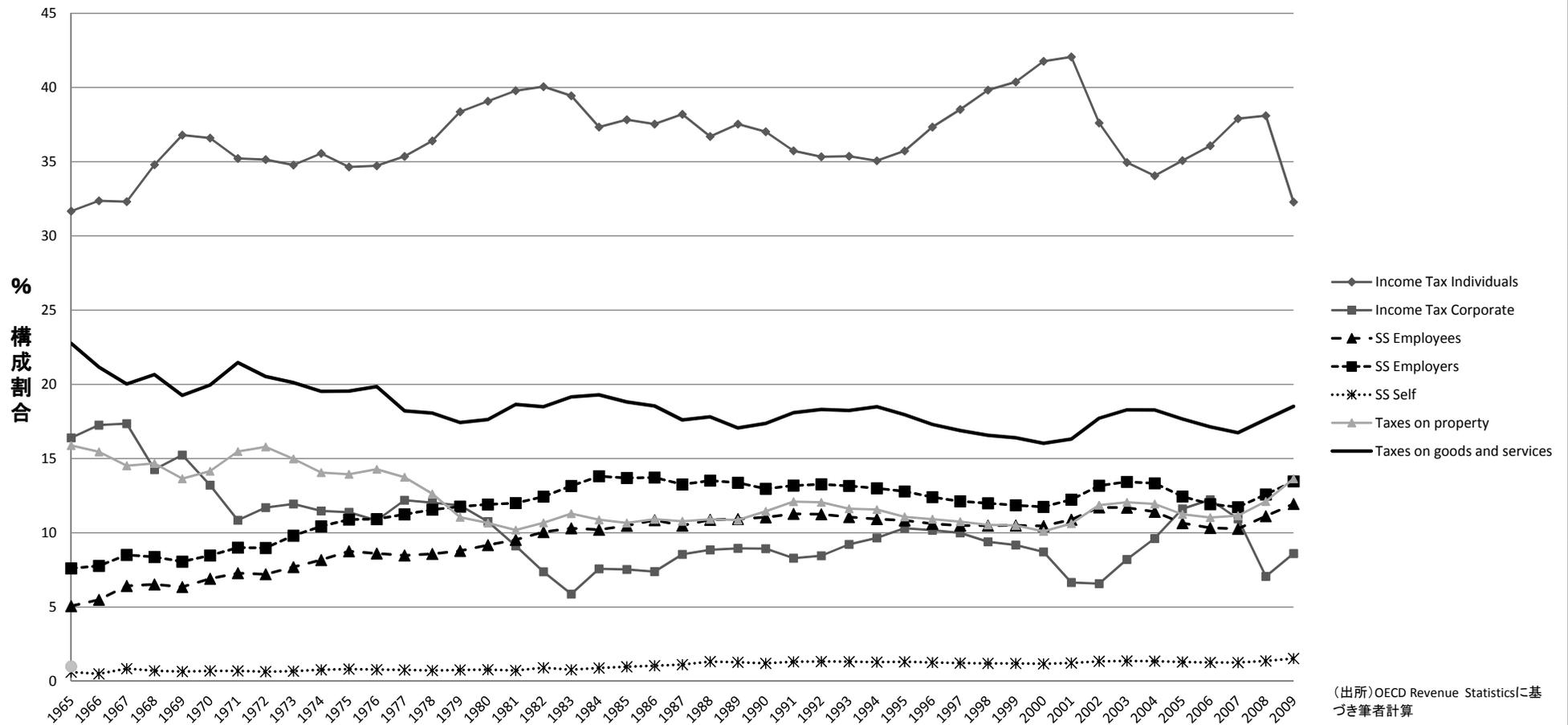


図4-1 OECD諸国における公私の年金支出と高齢化率(2007)

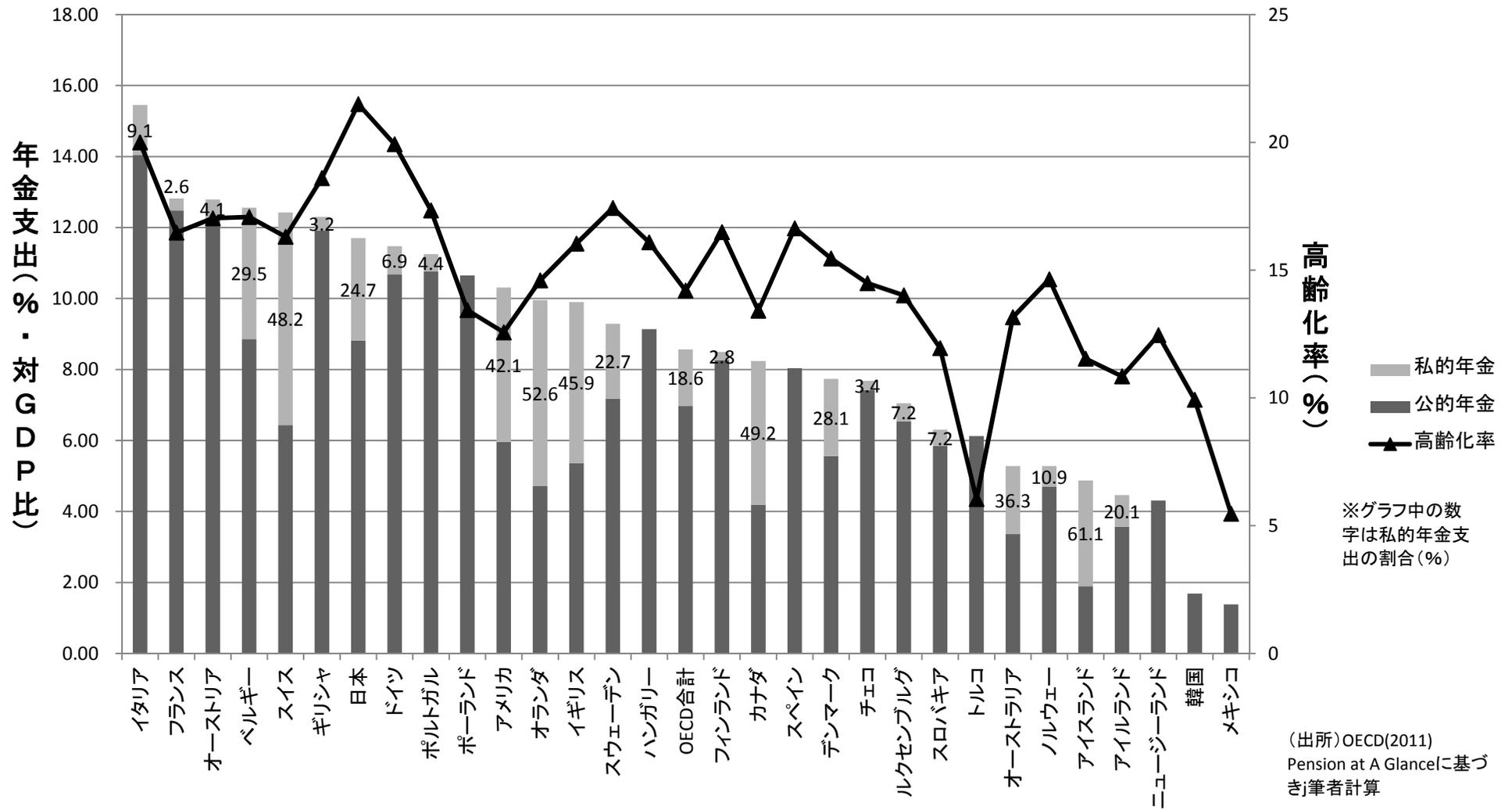


図4-2 OECD諸国における高齢者のジニ係数(2000年代半)

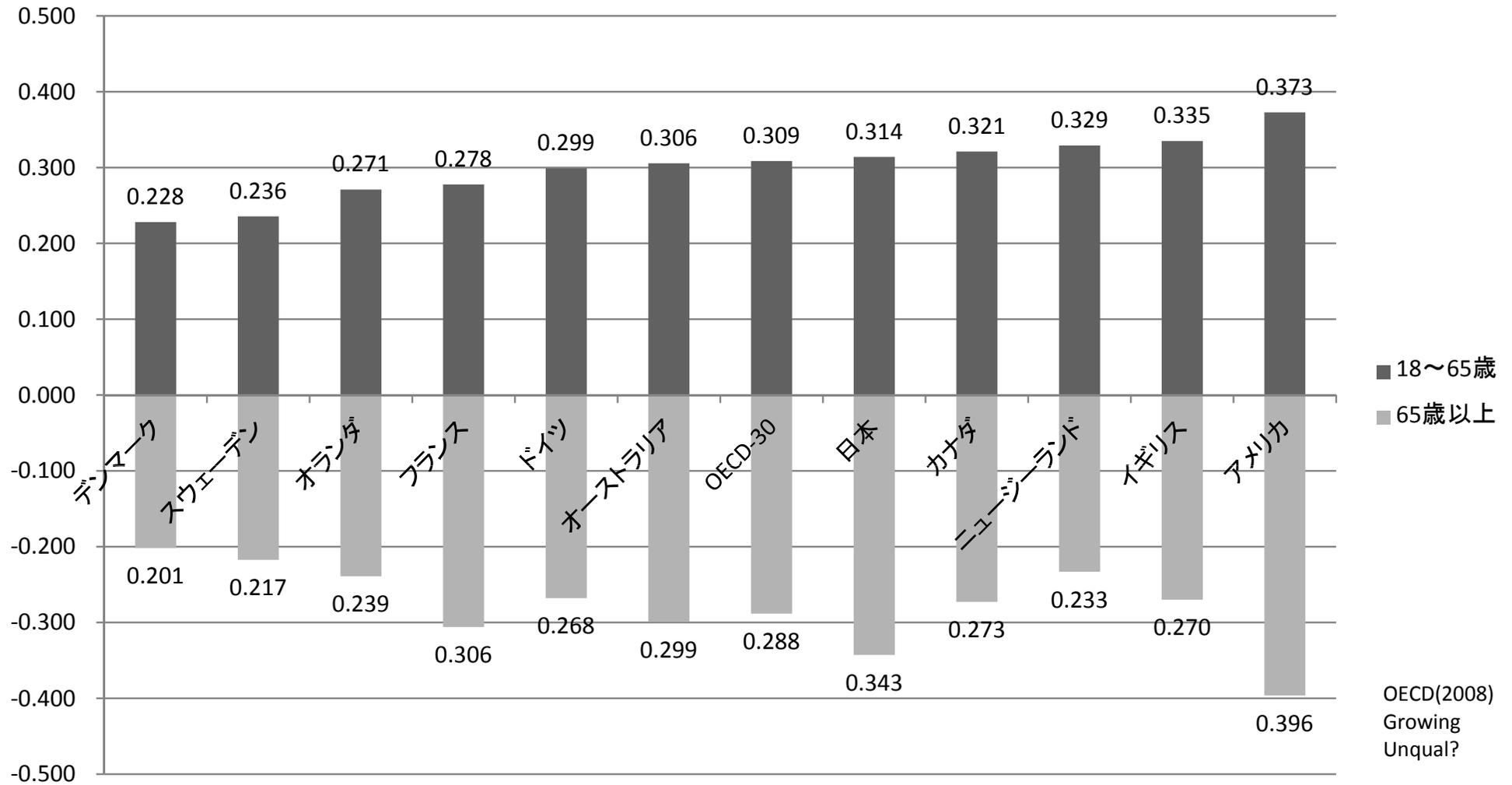


図4-3 国民年金の免除・未納・未加入者の推移

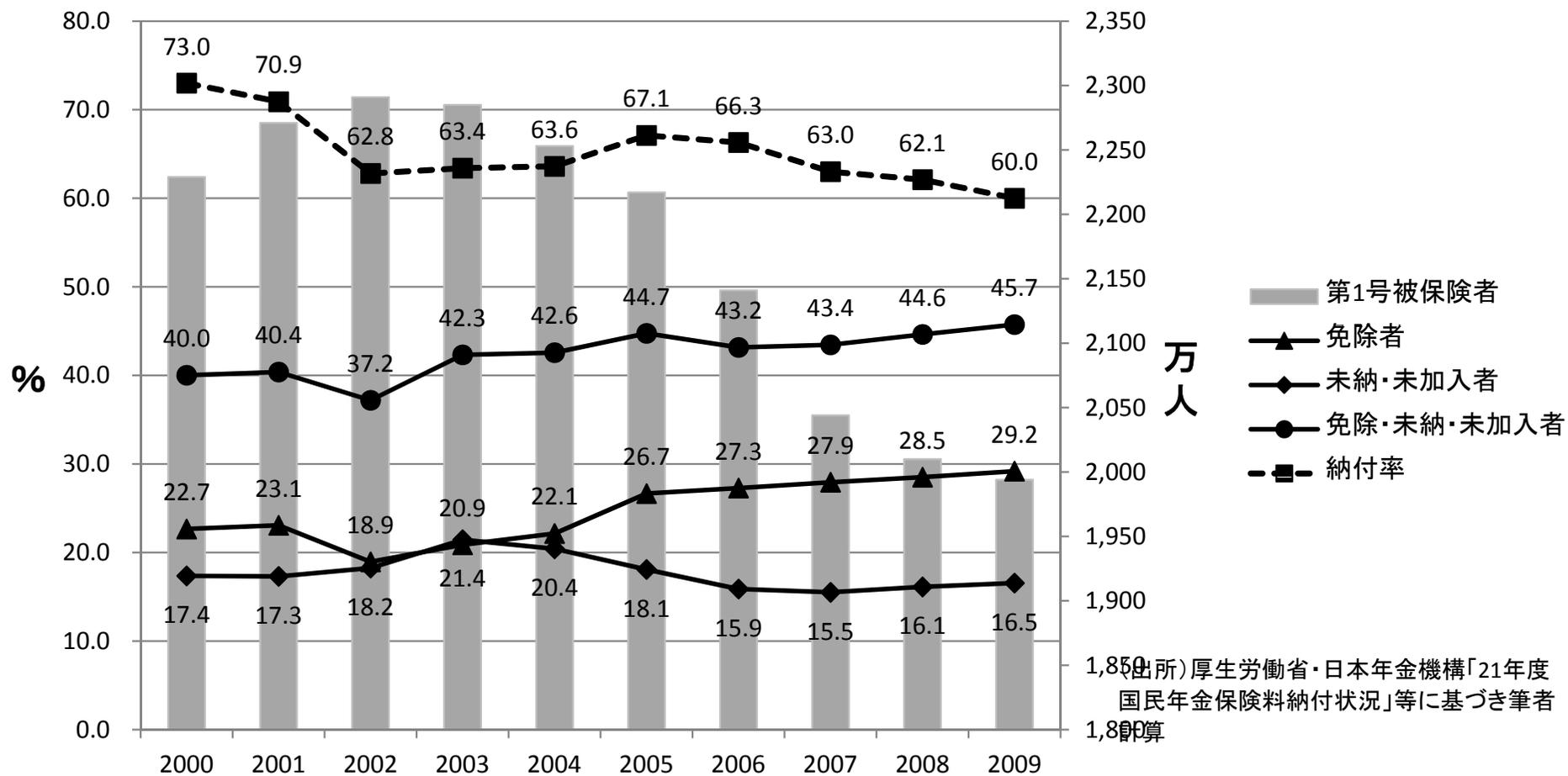


図4-4 基礎年金被保険者の推移

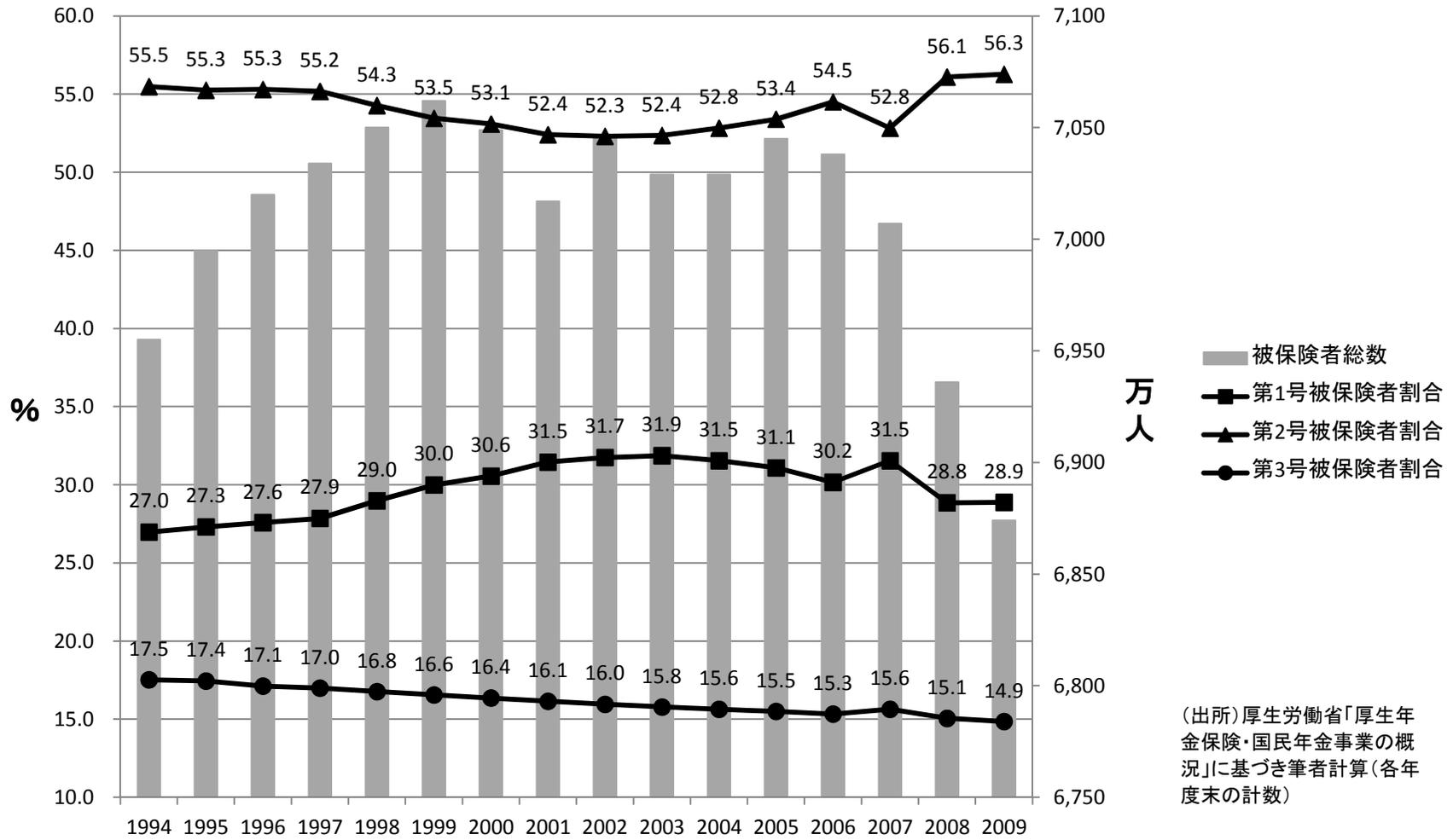


図4-5 国民年金加入者の就業形態

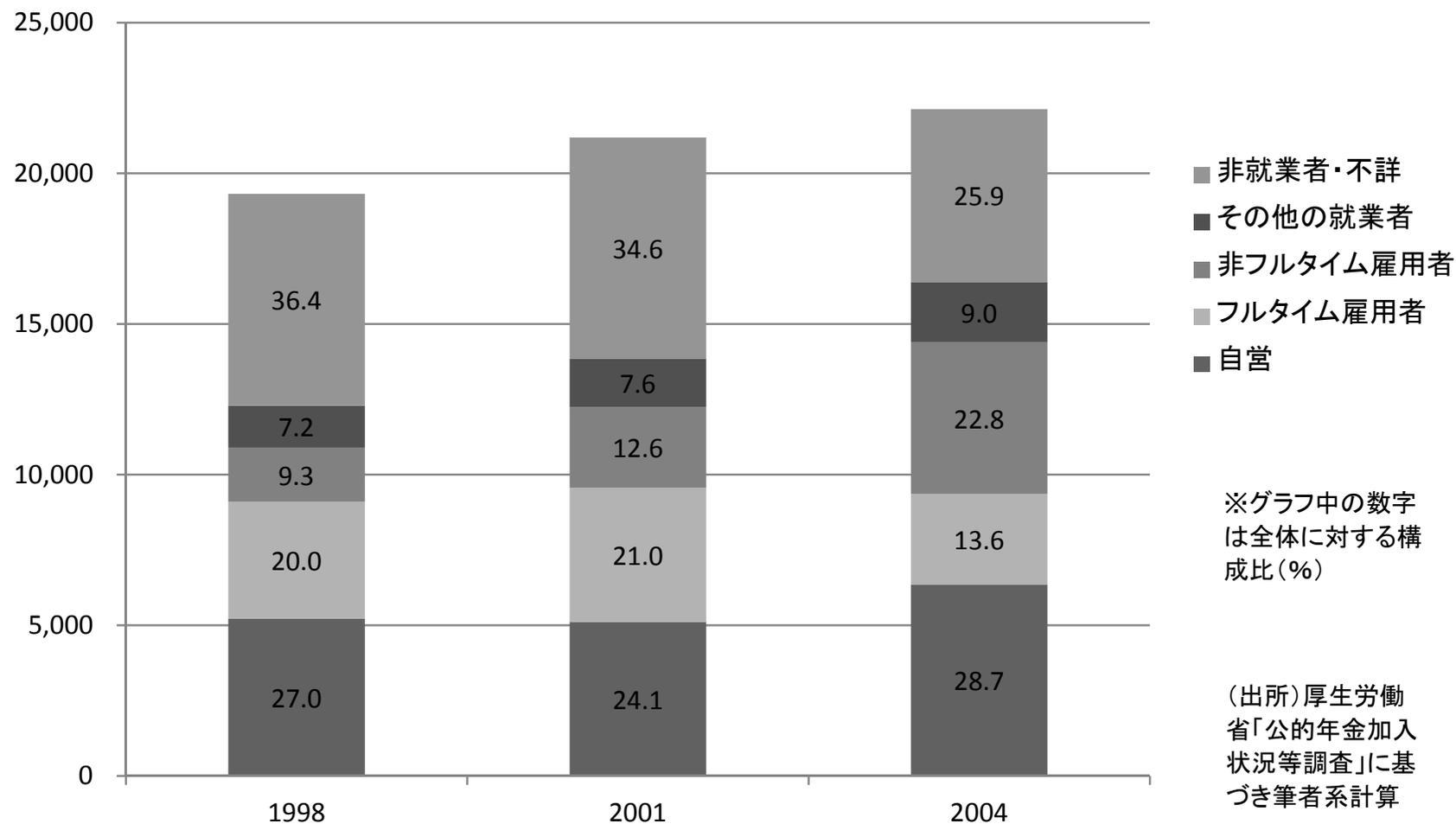


図4-6 本人の総所得金額別第1号被保険者割合

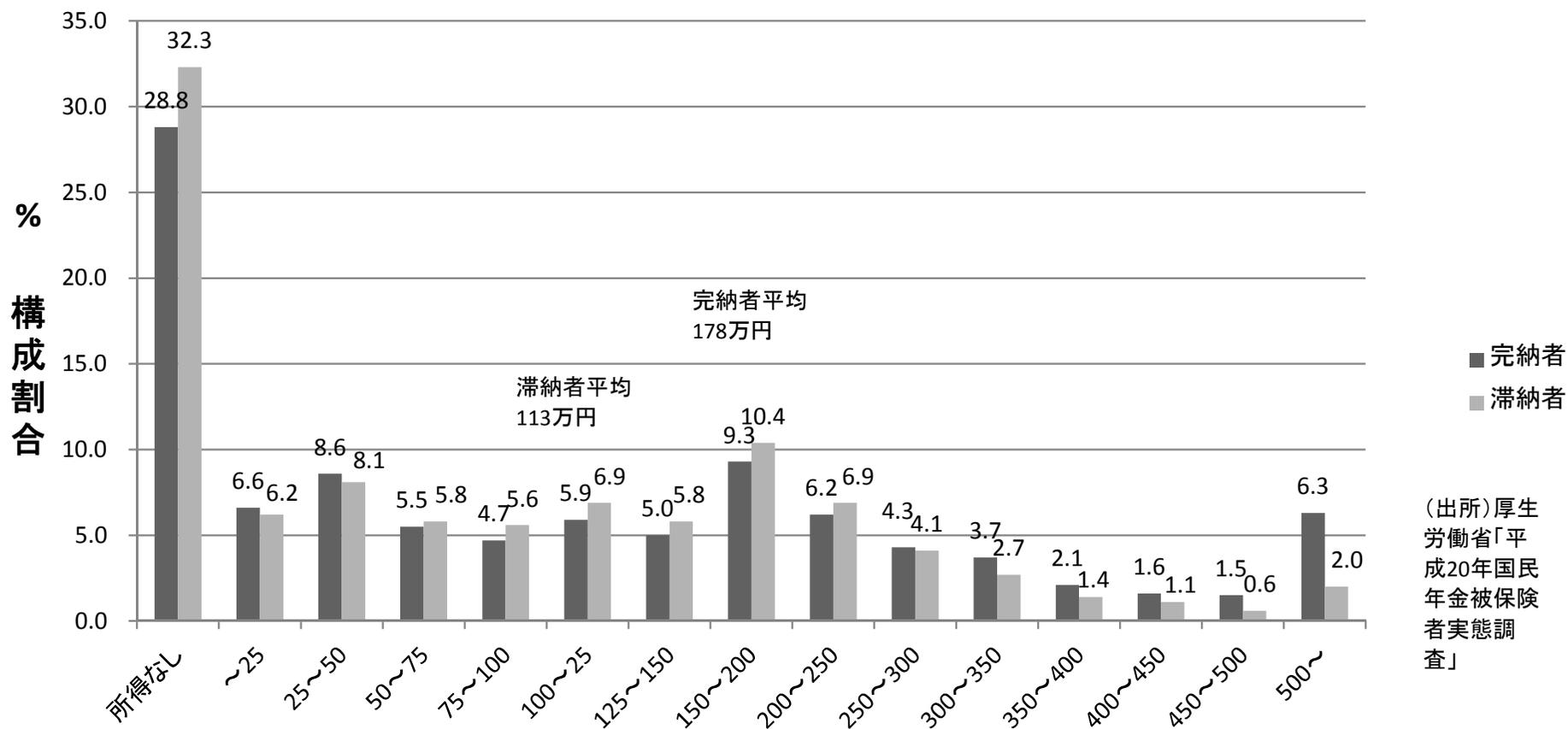


図4-7 被保険者の種類別の年金保険料負担率(等価)

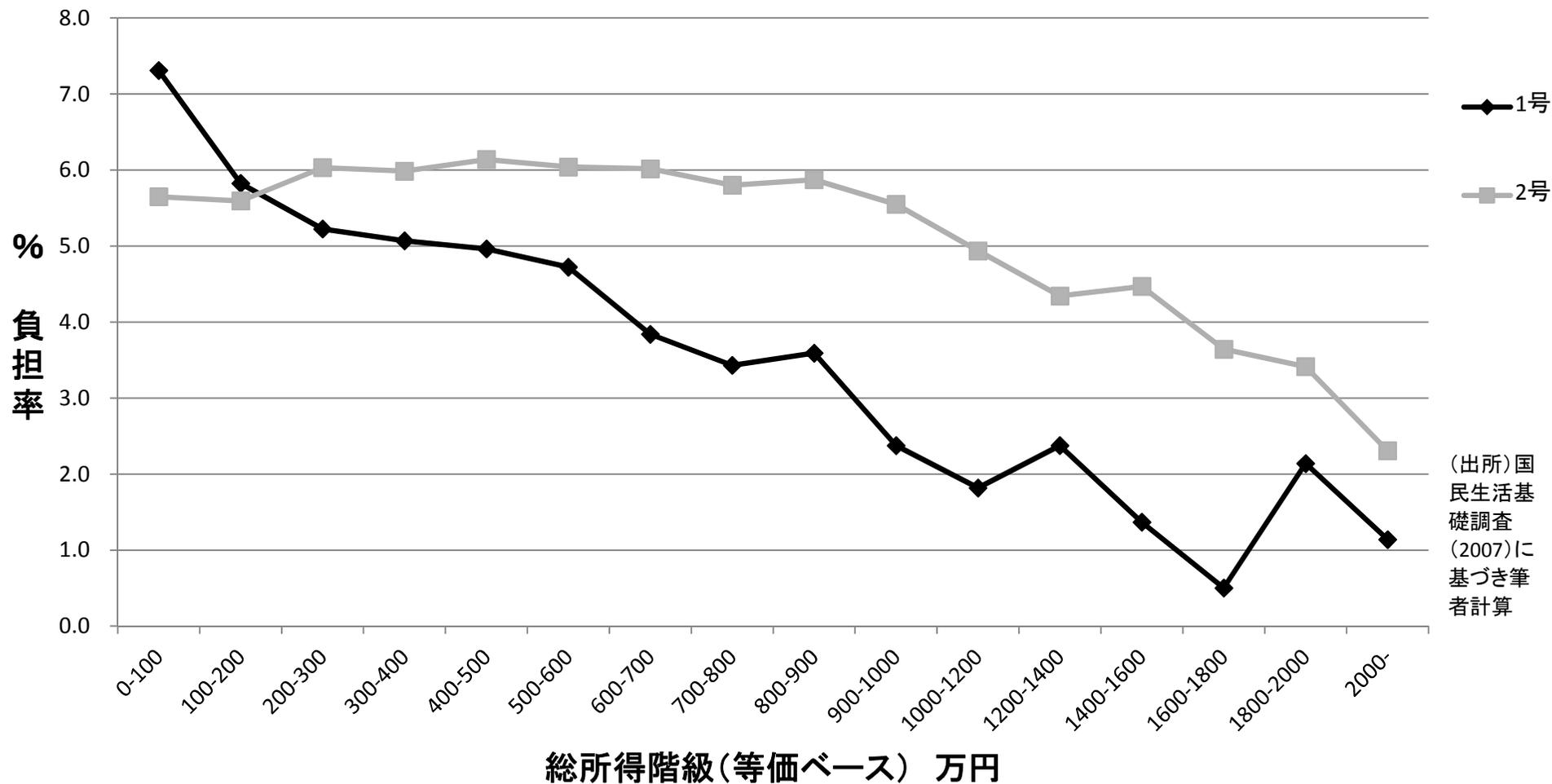


図4-8 生活保護世帯数とその高齢者世帯の割合

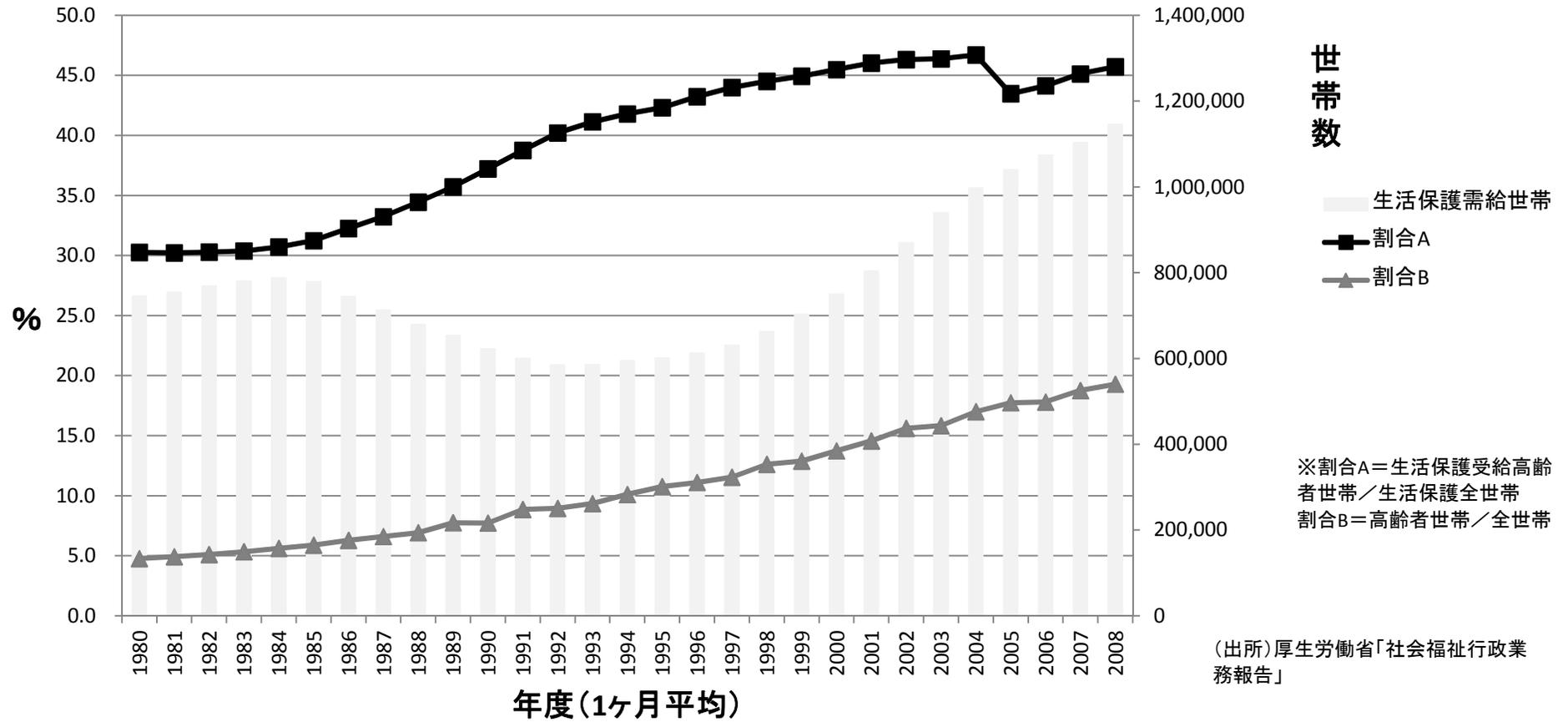


図4-9 所得源泉別・医療保険料の負担率(等価ベース)

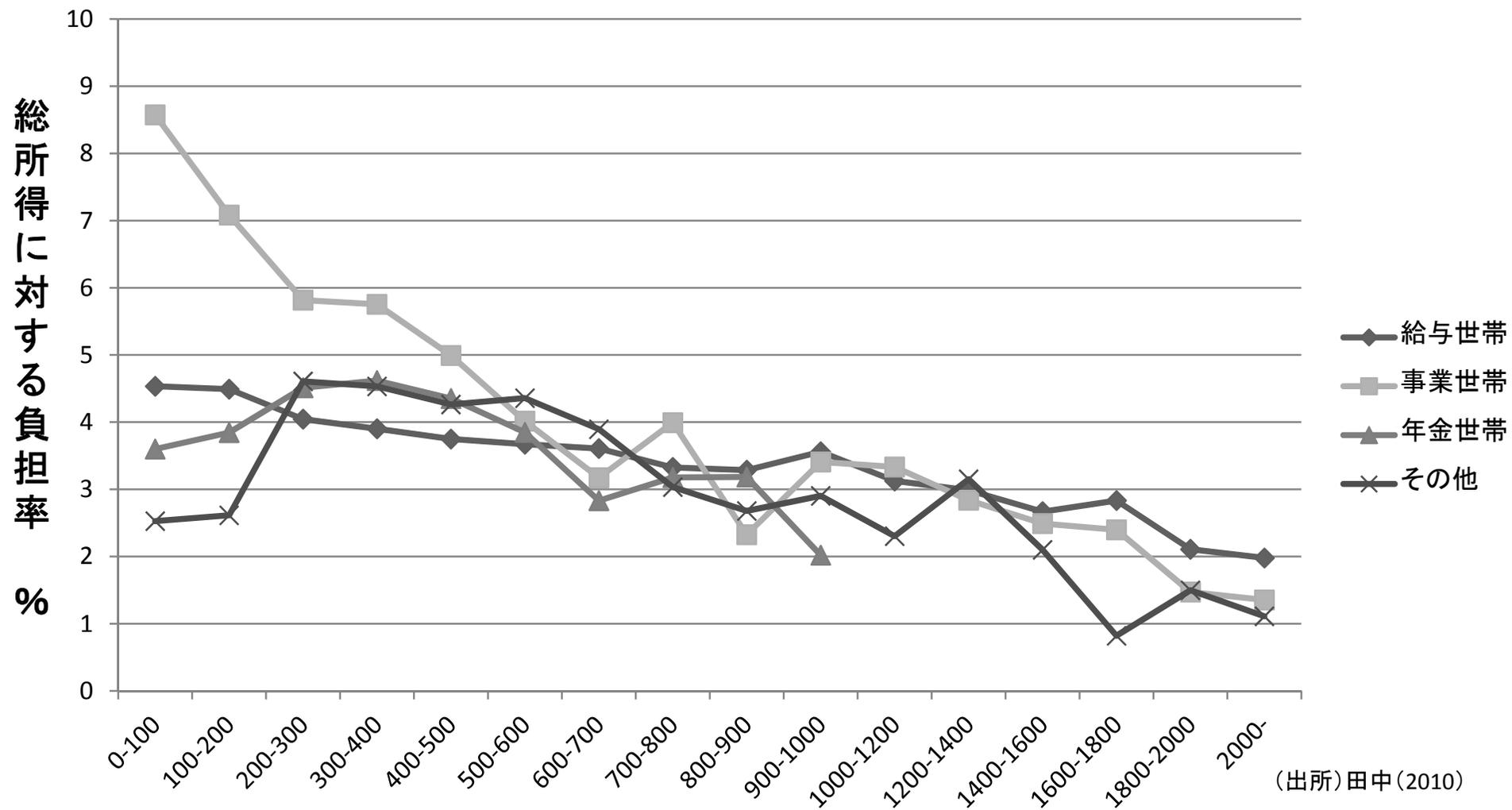
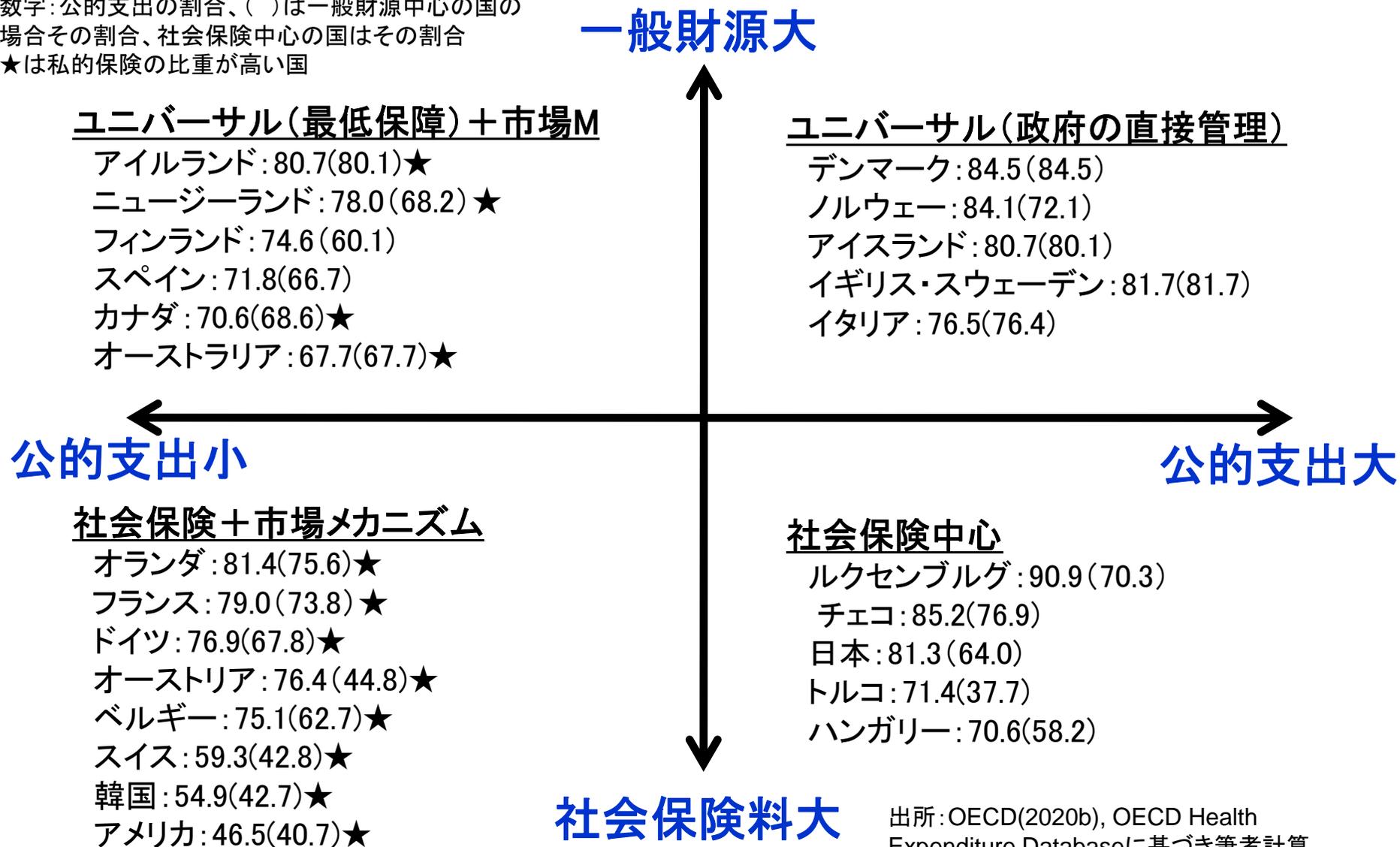


図5-1 医療システムのモデル

数字: 公的支出の割合、()は一般財源中心の国の場合その割合、社会保険中心の国はその割合
★は私的保険の比重が高い国



出所: OECD(2020b), OECD Health Expenditure Databaseに基づき筆者計算

図5-2 医療サービスのパフォーマンス

外的要因
(喫煙、飲酒、肥満、栄養、運動等)



インプット



アウトプット



アウトカム

費用(コスト)
人的資源
病床
医療機器・薬剤

診療行為・検査
薬剤投与
質
アクセス

健康状態
平均寿命
罹患
死亡・生存

※便宜的に、リソースとインプットをまとめて記述している

図5-3 OECD諸国における公的・私的の医療支出と高齢化率(2007)

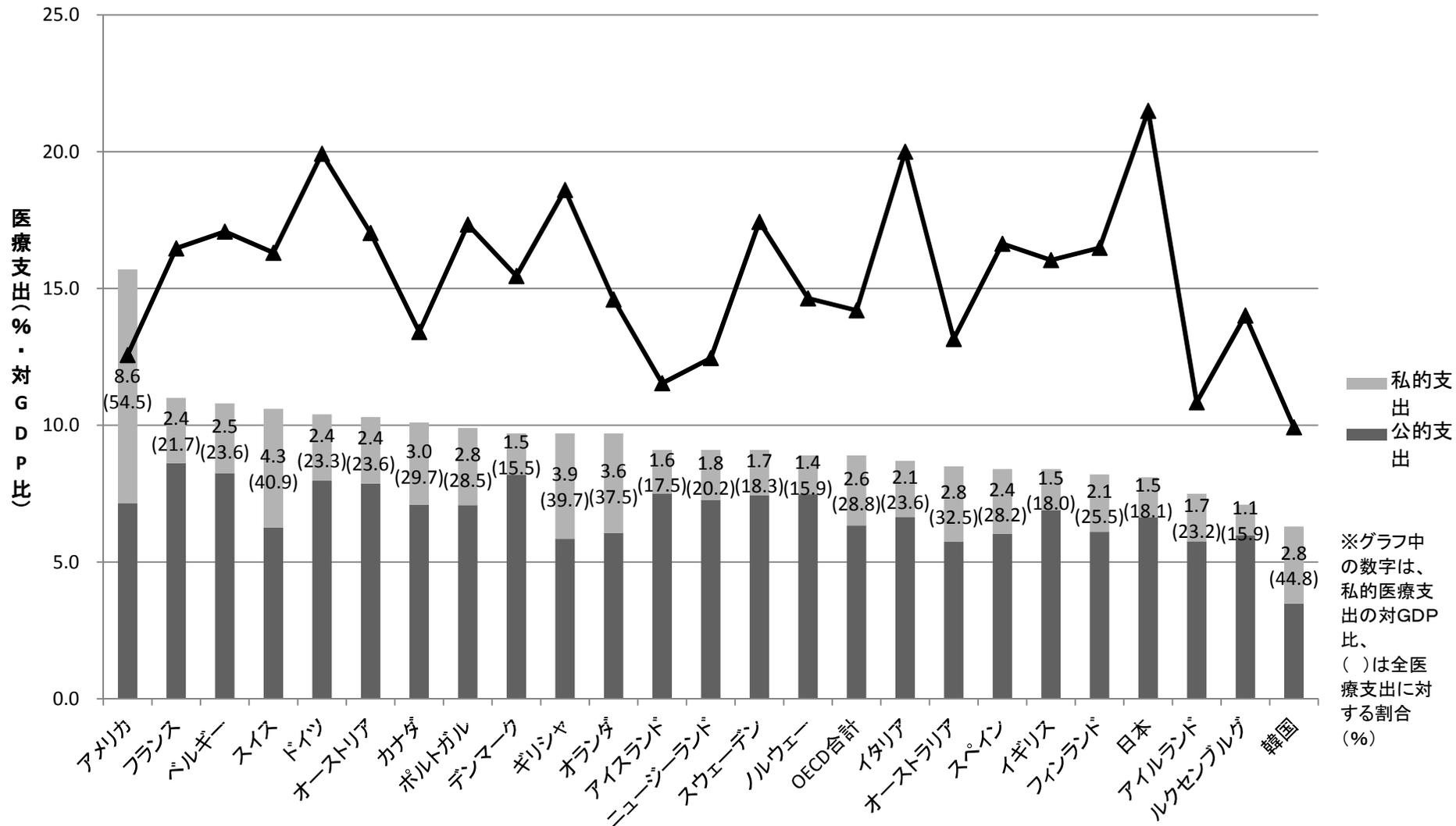


図5-4 OECD主要国の一人当たり公的医療支出の推移

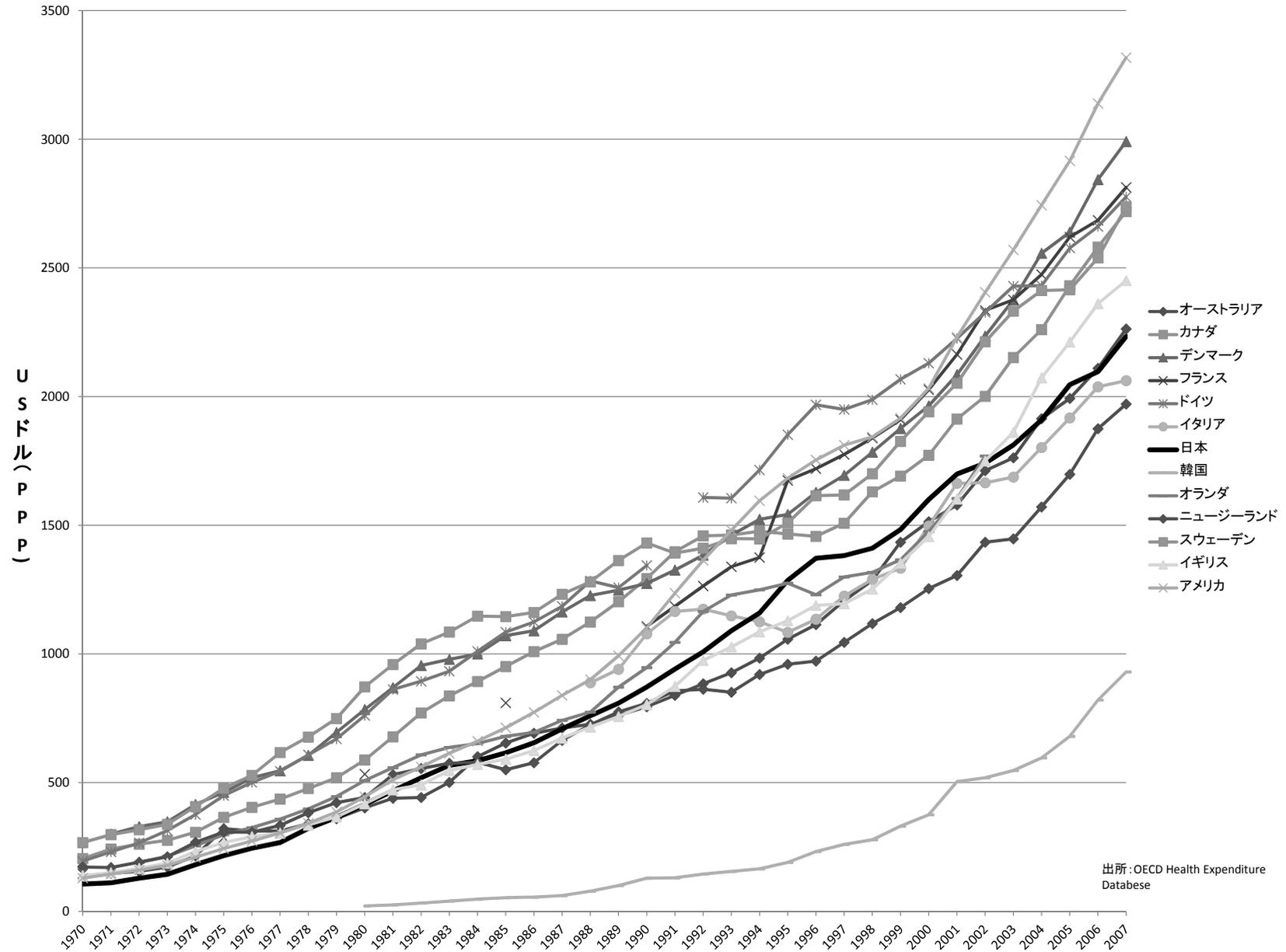
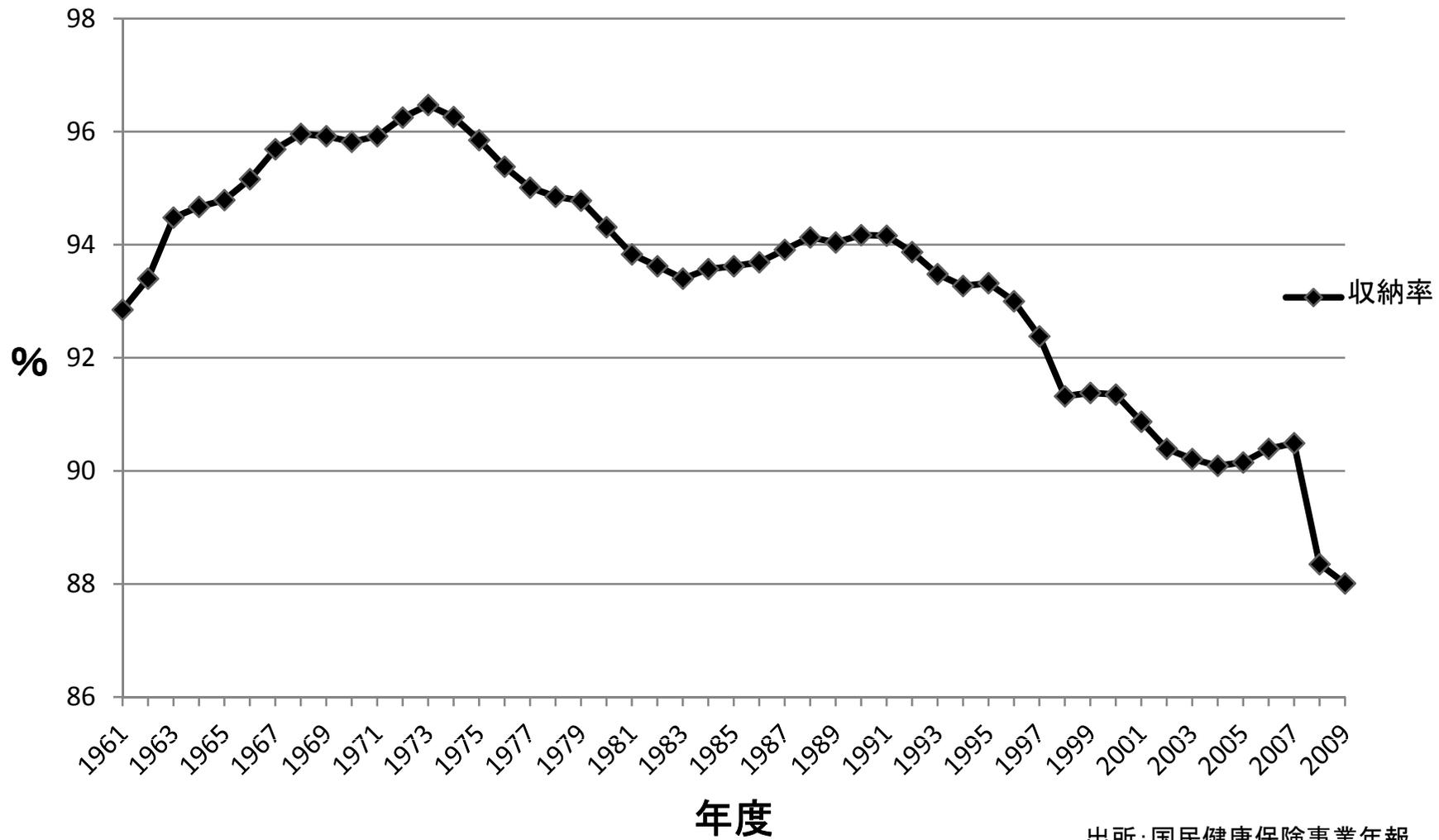
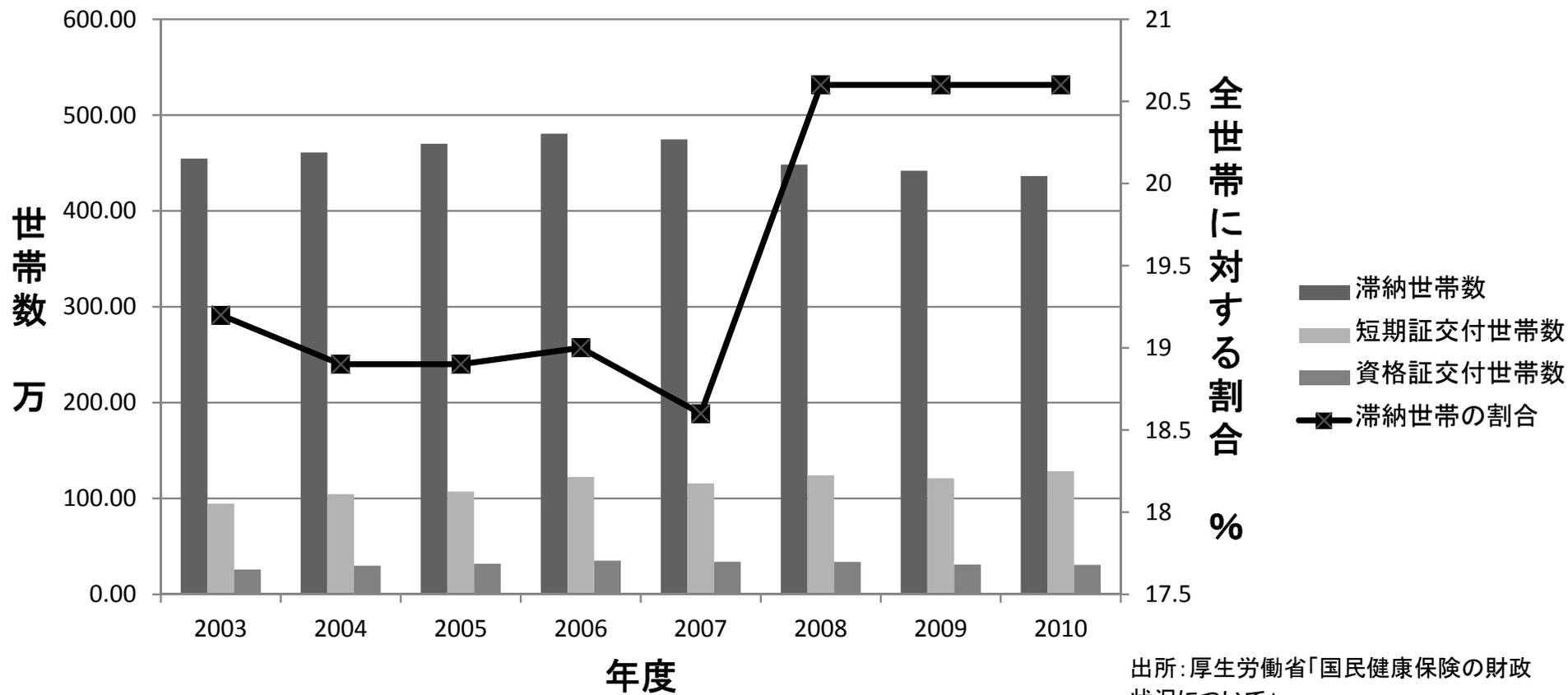


図5-5 市町村国保・保険料(税)の収納率(現年度分)



出所:国民健康保険事業年報

図5-6 市町村国保の保険料(税)の滞納世帯等の推移



出所:厚生労働省「国民健康保険の財政状況について」

図5-7 軽減世帯数等の割合の推移

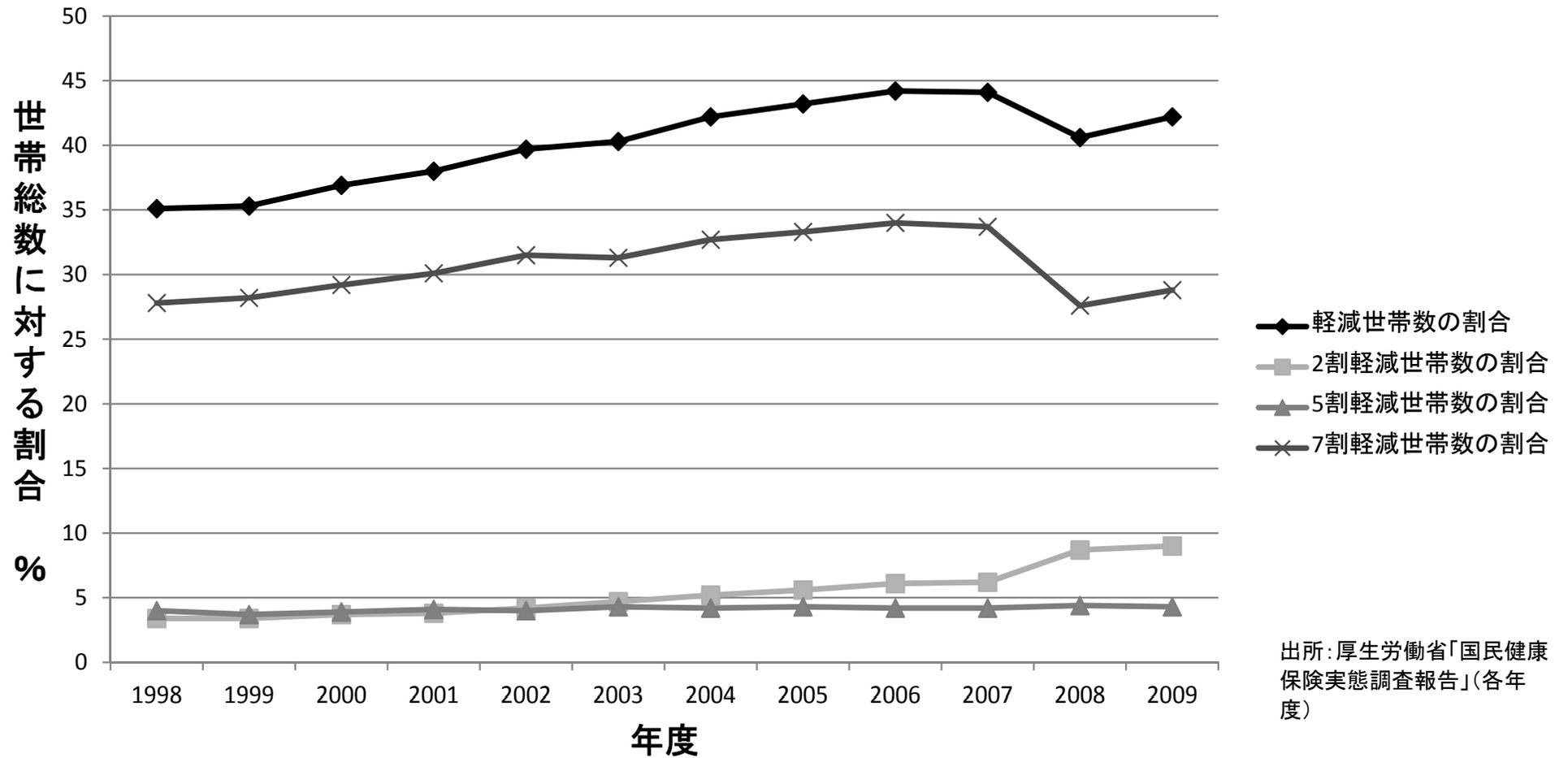


図5-8 市町村国保の平均保険料(税)と負担率

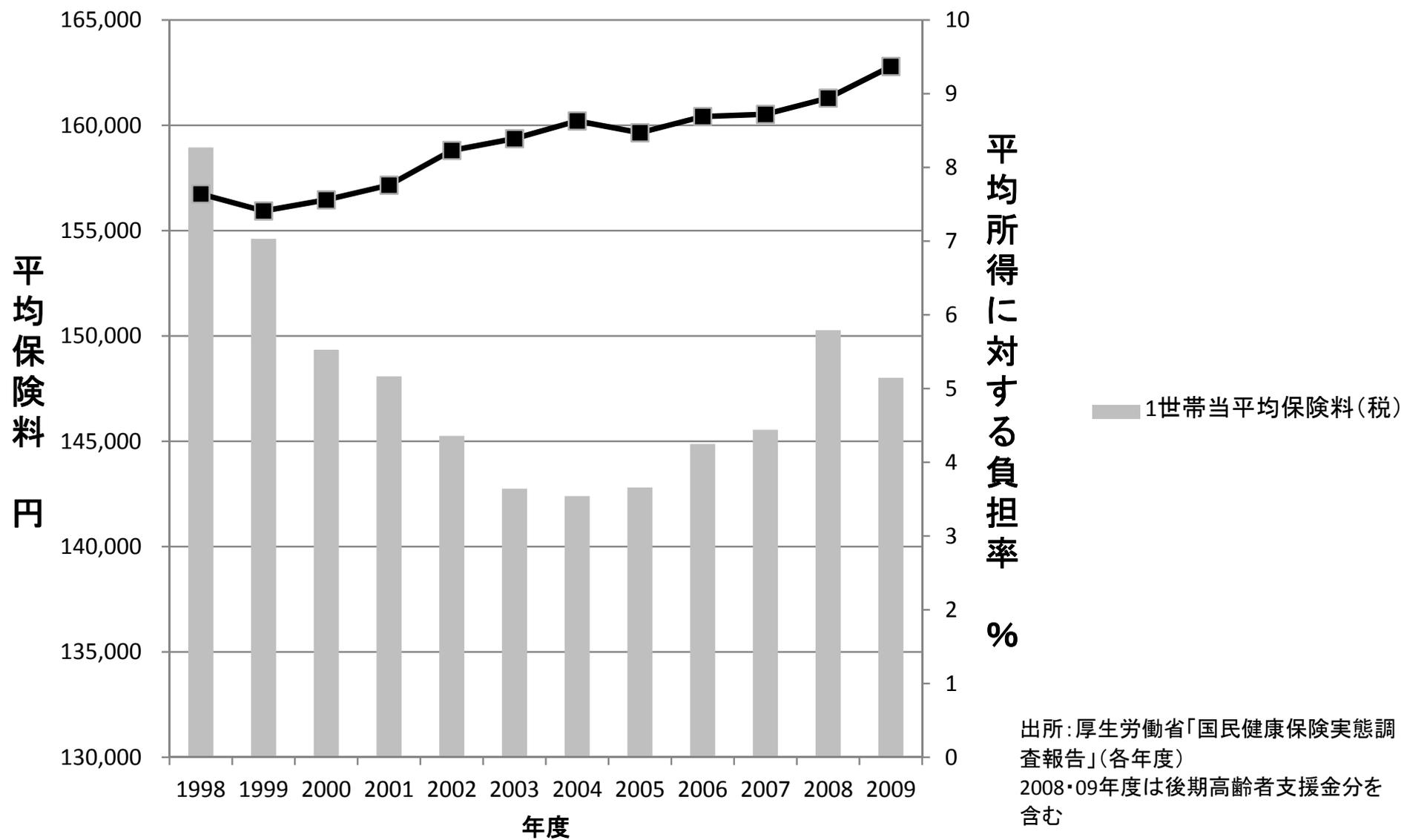


図5-9 診療報酬改定率・国民医療費・名目GDPの伸率

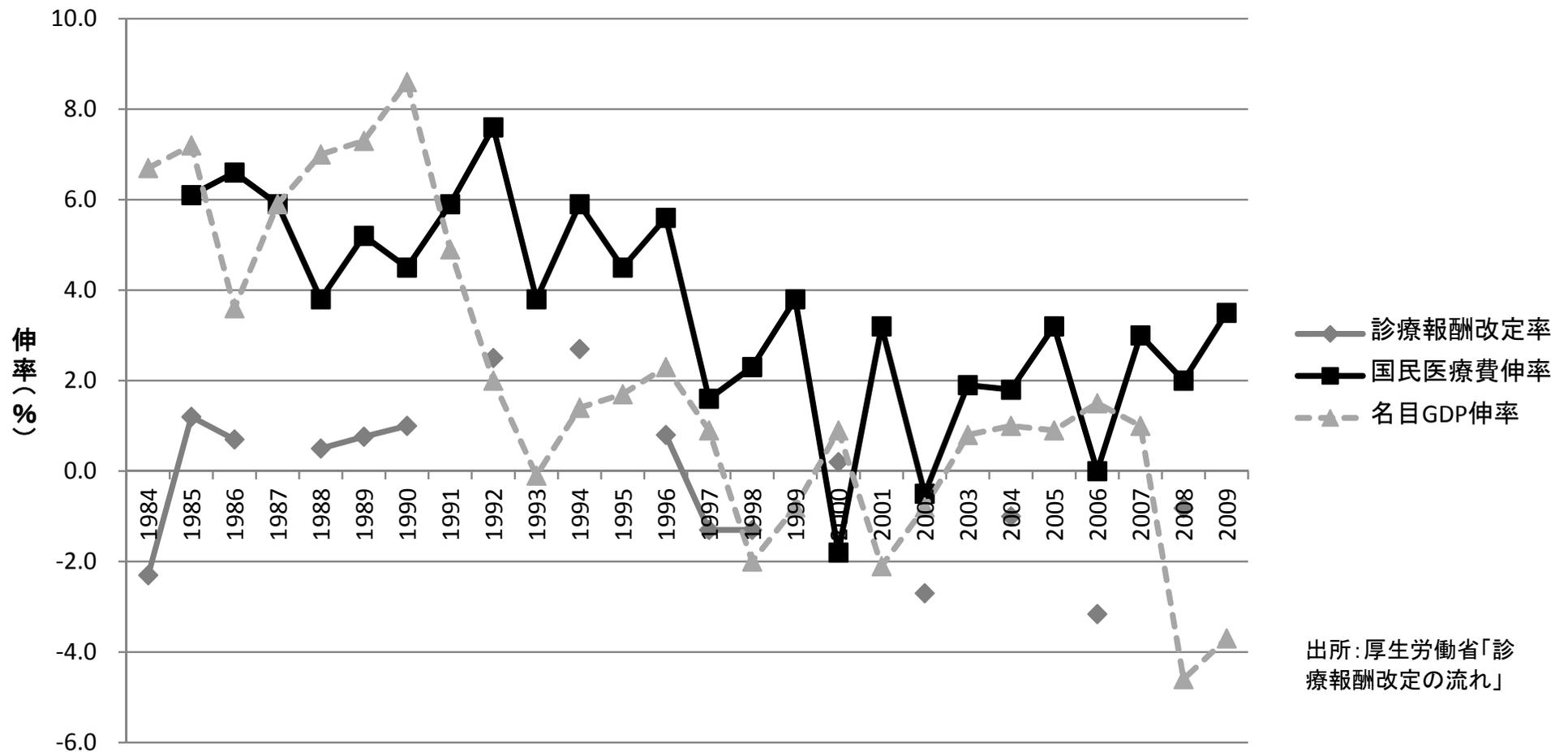


図7-1 豪州の社会保障・税一体改革

- 2008/5 財務大臣が税・所得移転の一体改革を行うことを発表検討委員会（財務・家族省次官、学者2名、産業界1名）年金制度検討委員会も設置
- 2008/8 税制・所得移転制度の現状・問題点を分析したDPにより実質的な検討が開始、具体的な質問に基づく意見募集を国民に対して実施、産業界・専門家・地域関係者との意見交換も実施（意見はHPに掲載）
- 2008/12 検討委員会は、提出された意見を踏まえ、新たに明らかになった問題点等を分析したコンサルテーションペーパーを発表（年金については2009/5）
- 2009～ 同ペーパーに基づき、意見募集、意見交換会、公聴会を実施（年金制度も同様）
- 2009/12 検討会の最終報告書を財務大臣に提出（年金については、2009/2に発表済）
- 2010/5 政府としての対応方針を発表（勧告を取捨選択）

※豪州財務省HP “Australia’s Future Tax System”より適宜引用

表2-1 社会保障給付の制度別の財源内訳(2008年度)

(%)

	合計	政府管掌	組保管掌	国民健康 保険	後期高齢者 医療制度	介護保険	厚生年金 保険	国民年金	雇用保険	児童手当	生活保護	社会福祉
社会保険料	56.6	86.6	88.3	34.4	14.2	26.0	69.6	31.8	83.0	26.5	0.0	0.0
事業主	26.9	43.0	48.4	0.0	0.0	0.0	34.8	0.0	49.8	26.5	0.0	0.0
被保険者	29.7	43.7	39.8	34.4	14.2	26.0	34.8	31.8	33.2	0.0	0.0	0.0
一般財源	32.2	13.0	0.3	48.5	85.6	70.2	16.9	35.3	14.2	70.5	100.0	100.0
国	23.1	13.0	0.3	33.2	55.0	30.8	16.9	35.3	14.2	21.5	75.0	49.9
地方	9.1	0.0	0.0	15.2	30.6	39.4	0.0	0.0	0.0	49.0	25.0	50.1
他の収入	6.8	0.3	6.1	16.5	0.1	3.7	3.2	29.7	2.7	2.9	0.0	0.0
積立金からの受入	4.4	0.0	5.4	0.6	0.0	0.0	10.3	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0

(出所)国立社会保障・人口問題研究所(2010)に基づき筆者計算

表3-1 OECD主要国の一般政府支出

(%,対GDP比)

	1970	1980	1990	2000	2005	2010
オーストラリア	25.9	33.0	35.8	34.8	34.0	35.0
カナダ	36.0	41.6	48.8	41.1	39.3	43.5
デンマーク	-	53.4	55.9	53.7	52.8	58.9
フランス	-	45.7	49.4	51.6	53.4	56.2
ドイツ	38.4	46.9	43.6	45.1	46.9	46.8
イタリア	32.5	40.7	52.9	46.1	48.1	51.4
日本	20.2	33.5	31.6	39.0	38.4	40.6
韓国	-	20.2	19.0	22.4	26.6	28.1
オランダ	44.8	55.8	54.9	44.2	44.8	51.2
スウェーデン	42.9	62.8	60.1	55.1	53.9	54.5
イギリス	41.8	45.9	41.5	36.6	44.0	51.0
アメリカ	32.3	34.3	37.2	33.9	36.2	42.2

(出所) OECD(2010) Economic Outlook No88

表3-2 OECD主要国の社会支出

(%,対GDP比)

国名		1980	1990	2000	2007	
オーストラリア	A	10.28	13.13	18.20	16.50	49.40
	B	0.99	0.83	3.47	3.29	9.90
カナダ	A	13.66	18.12	16.50	16.86	42.70
	B	1.57	3.28	5.00	5.31	13.40
デンマーク	A	24.76	25.60	25.96	26.35	51.74
	B	1.36	1.65	2.09	2.33	4.58
フランス	A	20.76	25.12	28.00	28.75	55.00
	B	0.58	1.68	2.36	2.57	4.90
ドイツ	A	23.97	23.28	27.86	26.24	60.30
	B	1.10	1.45	1.66	1.79	4.10
イタリア	A	18.78	23.37	25.02	26.41	55.20
	B	-	0.54	0.45	0.57	1.20
日本	A	10.70	11.62	17.24	19.26	53.20
	B	-	-	3.05	3.09	8.50
韓国	A	-	3.09	5.54	8.11	28.30
	B	-	0.12	2.04	2.04	7.10
オランダ	A	25.25	26.02	20.55	20.71	45.70
	B	3.64	5.63	6.58	6.28	13.90
スウェーデン	A	27.16	30.23	28.97	27.70	54.30
	B	1.14	1.22	2.10	2.49	4.90
イギリス	A	16.78	17.07	19.30	21.32	47.50
	B	3.33	4.75	6.82	5.01	11.20
アメリカ	A	13.52	13.99	14.85	16.50	45.10
	B	4.19	7.09	8.69	10.18	27.80
OECD平均	A	15.88	18.12	19.52	19.84	

(出所) OECD Social Expenditure Database

(注) 1.A:公的支出+義務的私的支出 B:任意

2.2007年の右欄は、一般政府支出に対する割合

表3-3 総社会支出と純社会支出(2007)

(%対GDP比)

	オーストラリア	カナダ	デンマーク	フランス	ドイツ	イタリア	日本	韓国	オランダ	スウェーデン	イギリス	アメリカ	OECD27ヶ国
総公的社会支出 A	16.0	16.9	26.1	28.4	25.2	24.9	18.7	7.5	20.1	27.3	20.5	16.2	20.6
—直接税・社会保険料	0.1	0.3	3.5	1.3	1.3	2.2	0.4	0.0	1.7	3.4	0.3	0.5	1.3
—間接税(対現金給付)	0.7	0.6	2.5	2.3	1.9	1.8	0.6	0.3	1.5	2.0	1.3	0.3	1.3
現金給付類似の租税措置 T1	0.7	1.3	0.0	1.1	1.3	0.2	0.5	0.7	0.8	0.0	0.3	0.6	
—間接税	0.1	0.1	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	
私的給付に対する租税措置 T2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.4	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	1.3	
純公的社会支出 B	16.0	17.3	20.1	25.7	23.5	21.1	18.2	7.9	17.7	21.9	19.4	17.3	18.8
総義務的私的支出 C	0.5	0.0	0.2	0.3	1.1	1.6	0.6	0.6	0.6	0.4	0.8	0.3	0.6
—直接税・社会保険料	0.2	0.0	0.1	0.0	0.4	0.2	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	
—間接税	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	
純義務的私的支出 D	0.3	0.0	0.1	0.3	0.6	1.2	0.5	0.5	0.4	0.2	0.6	0.3	0.4
純公的+義務的私的支出 B+D	16.3	17.3	20.2	25.9	24.1	22.3	18.7	8.4	18.1	22.1	20.0	17.6	19.2
総任意支出 E	3.3	5.3	2.3	2.6	1.8	0.6	3.1	2.0	6.3	2.5	5.0	10.2	3.7
—直接税・社会保険料	0.5	0.7	0.7	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	1.1	0.5	0.6	0.6	
—間接税	0.2	0.3	0.4	0.1	0.1	0.0	0.2	0.0	0.8	0.4	0.6	0.2	
純任意支出 F	2.6	4.3	1.2	2.4	1.5	0.5	2.9	2.0	4.4	1.6	3.8	9.4	3.1
純社会支出 B+D+F-T2	18.7	21.4	21.4	28.3	25.1	22.8	21.6	10.4	22.3	23.6	23.7	25.6	22.1

(出所) Social Expenditure Database(SOCX) 2007

表3-4 OECD主要国の一般政府の税・社会保険料の変化(1965~2009)

OECD1965-	イタリア	フランス	ドイツ	オランダ	日本	韓国	スウェーデン	カナダ	アメリカ	イギリス	オーストラリア	デンマーク
所得税	+ 70~80増加 80~一定	+ '90後半に増加 その後一定	-	- '90半ば以降増加	- 90~減少	+ 00~増加	-	+ 90~減少	+ 00~減少	-- '90半ば以降増加	* '80半ば以降減少	*
法人税	*	*	-	+	- 90~減少 '00~増加	++ 90~増加	+ 90~増加	-	-	+	+ '80半ば以降増加	*
社会保険料(被用者)	- 緩やかに減少	+ '90半ばまで増加、その後減少	+ '90半ば以降減少	+ '90半ば以降減少	++	+ 90~増加	+ 90~増加	+ 90~緩やかに増加	+	* 90~緩やかに増加	なし	なし
社会保険料(雇用主)	-- 00~緩やかに増加	-	+ '90半ば以降減少	- '80半ば以降減少 90半ば以降増加	++	+ 90~増加	+ 90から減少	+	+	+ 00~緩やかに増加	なし	なし
社会保険料(自営業者)	+ 緩やかに増加	*	+	+	+	+ 90~増加	*	*	*	*	なし	なし
資産課税	+	+	-	+	+	+	+ 90~緩やかに減少	* '80半ばから増加	-	*	*	-
消費課税	-- 80~一定	-- 00~一定	- '80半ば以降増加	+	- 90~増加	-- '80半ば以降減少	* 90~緩やかに増加	-- 80~減少	-	* 70~90増加 90~減少	- 80~減少	-

(出所) OECD Revenue Statisticsに基づき筆者作成

表4-1 年金・扶助一元化のアプローチ

所得水準の維持 セーフティネット		公的重視 社会保険	私的重視 義務的・任意
社会扶助	一般制度	日本	
	高齢者向けの制度	ドイツ フランス	イギリス アメリカ
国民皆年金	最低保障	スウェーデン ¹	
	基礎年金 (定額)	カナダ ²	オーストラリア ³ デンマーク ⁴ ニュージーランド オランダ

(出所)筆者作成

- (注) 1.最低保障年金は所得調査付(報酬比例の年金所得に限る)、低所得者向けの捕捉給付あり
 2.基礎年金以外の所得がない者には捕捉給付(所得調査付)を提供、高所得者の基礎年金に特別課税により減額調整
 3.基礎年金は資力調査付
 4.基礎年金は所得調査の対象、低所得者向けの捕捉給付あり

表4-2 OECD諸国の高齢者の所得水準
(%)

	1980年代央	2000年代央
オーストラリア	66.7	69.7
カナダ	89.4	90.8
デンマーク	67.3	72.4
フランス	94.2	91.4
ドイツ	81.9	91.5
日本	91.8	86.6
オランダ	89.7	87.0
ニュージーランド	80.5	68.0
スウェーデン	79.4	82.0
イギリス	66.3	72.9
アメリカ	93.0	86.2
OECD30	82.4	82.6

(出所) OECD(2011) Pension at a Glance 2011

(注) 65歳以上の一人当たり所得の全人口のそれに対する割合

表4-3 OECD諸国における65歳以上の高齢者の十分位別可処分所得

(%)

	カナダ	フィンランド	ドイツ	イタリア	日本	オランダ	スウェーデン	イギリス	アメリカ
第1十分位*2	148	101	102	128	72	83	89	76	80
第2十分位	107	83	90	92	73	77	84	69	78
第3十分位	94	78	84	86	75	74	81	66	77
第4十分位	87	75	82	81	77	72	80	64	78
第5十分位	85	73	80	78	77	74	79	64	78
第6十分位	86	72	79	76	78	77	79	65	81
第7十分位	86	72	78	76	81	80	79	67	83
第8十分位	86	72	79	77	84	82	83	72	94
第9十分位	87	73	81	77	87	80	79	67	83
第10十分位	96	75	79	75	94	82	83	72	94

(出所) OECD(2001), Ageing and Income: Financial Resources and Retirement in 9 OECD Countries

(注) 数字は、十分位別の65歳以上高齢者の可処分所得/18~64歳の者の可処分所得(1990年代半)

表4-4 OECD諸国における高齢者の貧困率

(%)

	全人口	65歳以上	66-75歳	75歳以上	65歳以上			
					男	女	単身	夫婦
オーストラリア	12.4	26.9	26.1	28.3	24.6	28.9	49.9	17.7
カナダ	12.0	5.9	5.2	6.8	3.1	8.1	16.2	3.9
デンマーク	5.3	10.0	6.9	13.7	8.0	11.5	17.5	3.8
フランス	7.1	8.8	7.2	10.6	6.6	10.4	16.2	4.1
ドイツ	11.0	8.4	6.5	11.1	5.1	10.8	15.0	4.7
日本	14.9	22.0	19.4	25.4	18.4	24.8	47.7	16.6
オランダ	7.7	2.1	2.2	2.0	1.7	2.4	2.6	2.3
ニュージーランド	10.8	1.5	1.6	1.4	2.1	0.9	3.2	1.1
スウェーデン	5.3	6.2	3.4	9.8	4.2	7.7	13.0	1.1
イギリス	8.3	10.3	8.5	12.6	7.4	12.6	17.5	6.7
アメリカ	17.1	22.4	20.0	27.4	18.5	26.8	41.3	17.3
OECD30	10.6	13.5	11.7	16.1	11.1	15.2	25.0	9.5

(出所) OECD(2008) Growing Unequal?: Income Distribution and Poverty in OECD Countries

(注) 基準: 可処分所得のメジアン以下の50%以下の所得

表4-5 賃金水準別のグロスの年金代替率

(%)

	中位	平均賃金に対する割合				
		0.5	0.8	1	1.5	2
オーストラリア	52.6	73.3	56.0	47.3	38.6	35.4
カナダ	48.5	76.6	55.2	44.4	29.6	22.2
デンマーク	84.7	120.6	93.3	79.7	66.1	59.2
フランス	49.1	55.9	49.1	49.1	41.3	37.1
ドイツ	42.0	42.0	42.0	42.0	42.0	32.3
日本	36.3	47.9	38.9	34.5	30.0	27.0
オランダ	89.1	93.0	89.8	88.1	86.5	85.7
ニュージーランド	47.8	77.5	51.7	38.7	25.8	19.4
スウェーデン	53.8	68.3	56.8	53.8	68.7	75.0
イギリス	37.0	53.8	39.2	31.9	22.6	16.9
アメリカ	42.3	51.7	43.5	39.4	35.3	29.7
OECD34	60.6	72.1		57.3		52.0

(出所)OECD(2011) Pension at a Glance 2011

表4-6 賃金水準別のネットの年金代替率

(%)

	中位	平均賃金に対する割合		
		0.5	1	1.5
オーストラリア	65.9	82.5	58.9	47.1
カナダ	61.5	88.7	57.3	39.7
デンマーク	94.5	131.9	89.8	80.8
フランス	60.8	69.4	60.4	53.1
ドイツ	58.4	55.6	57.9	57.2
日本	41.4	52.7	39.7	34.9
オランダ	103.3	104.5	99.8	96.4
ニュージーランド	49.6	79.4	41.5	29.4
スウェーデン	53.3	67.0	53.6	72.6
イギリス	48.0	67.5	41.5	30.5
アメリカ	53.4	63.8	50.0	46.6
OECD34	71.9	82.8	68.8	63.4

(出所)OECD(2011) Pension at a Glance 2011

表4-7 年金受給者と勤労者の税・保険料負担の比較

1. 生産労働者の平均賃金の1/2

	年金受給者			勤労者			a/b
	合計a	所得税	保険料	合計b	所得税	保険料	
カナダ	0.0	0.0	0.0	18.9	13.6	5.3	0.00
フィンランド	22.8	19.3	3.5	23.3	16.0	7.2	0.98
ドイツ	7.6	0.0	7.7	30.0	9.3	20.8	0.25
イタリア	15.4	15.4	0.0	22.1	13.0	9.2	0.70
日本	0.2	0.2	0.0	14.3	4.3	10.0	0.01
オランダ	10.9	3.0	7.9	26.6	4.2	22.3	0.41
スウェーデン	17.5	17.5	0.0	29.4	22.4	7.0	0.60
イギリス	6.0	6.0	0.0	15.7	9.6	6.1	0.38
アメリカ	5.6	5.6	0.0	21.8	14.1	7.7	0.26

2. 生産労働者の平均賃金の3/4

	年金受給者			勤労者			a/b
	合計a	所得税	保険料	合計b	所得税	保険料	
カナダ	0.0	0.0	0.0	22.7	17.1	5.6	0.00
フィンランド	30.1	26.2	3.9	29.3	22.0	7.3	1.03
ドイツ	7.9	0.3	7.7	37.8	17.1	20.8	0.21
イタリア	19.3	19.3	0.0	26.0	16.8	9.2	0.74
日本	2.0	2.0	0.0	15.3	5.3	10.0	0.13
オランダ	15.6	4.4	11.2	32.5	5.3	27.2	0.48
スウェーデン	27.8	27.8	0.0	32.6	25.7	7.0	0.85
イギリス	11.7	11.7	0.0	21.5	14.1	7.4	0.54
アメリカ	9.6	9.6	0.0	24.5	16.8	7.7	0.39

3. 生産労働者の平均賃金

	年金受給者			勤労者			a/b
	合計a	所得税	保険料	合計b	所得税	保険料	
カナダ	11.6	11.6	0.0	26.5	20.8	5.7	0.44
フィンランド	34.2	30.3	3.9	33.7	26.3	7.4	1.01
ドイツ	14.7	7.0	7.7	41.9	21.2	20.8	0.35
イタリア	23.1	23.1	0.0	29.1	20.0	9.2	0.79
日本	4.0	4.0	0.0	16.0	6.0	10.0	0.25
オランダ	19.1	5.7	13.4	35.4	6.3	29.1	0.54
スウェーデン	29.3	29.3	0.0	34.2	27.2	7.0	0.86
イギリス	15.1	15.1	0.0	24.4	16.3	8.1	0.62
アメリカ	10.9	10.9	0.0	25.8	18.2	7.7	0.42

4. 生産労働者の平均賃金の2倍

	年金受給者			勤労者			a/b
	合計a	所得税	保険料	合計b	所得税	保険料	
カナダ	31.5	31.5	0.0	33.9	30.8	3.1	0.93
フィンランド	43.0	39.1	3.9	43.1	35.7	7.4	1.00
ドイツ	26.2	21.4	4.8	47.7	31.9	15.8	0.55
イタリア	30.6	30.6	0.0	36.1	26.9	9.2	0.85
日本	10.8	10.8	0.0	21.2	11.2	10.0	0.51
オランダ	32.7	25.8	6.9	40.9	26.2	14.7	0.80
スウェーデン	40.5	40.5	0.0	42.6	37.9	4.7	0.95
イギリス	21.2	21.2	0.0	27.5	21.2	6.3	0.77
アメリカ	18.6	18.6	0.0	33.8	26.1	7.7	0.55

(出所) Source: Keeney and Whitehouse(2003)

(注) a/bは筆者計算

表4-8 所得税及び社会保険料の負担率

(%,USDル)

	個人の平均 所得税率	個人の平均 保険料率	個人の平均 負担率	平均の合計 負担率	課税前 労働コスト
オーストラリア	23.4	0.0	23.4	27.7	42,698
カナダ	15.8	7.3	23.2	31.2	38,358
デンマーク	30.5	10.3	40.9	40.9	40,618
フランス	14.1	13.7	27.8	49.2	49,546
ドイツ	21.1	21.2	42.2	51.9	56,823
日本	8.1	12.1	20.2	29.3	46,982
オランダ	14.6	17.9	32.5	38.7	52,734
ニュージーランド	21.5	0.0	21.5	21.5	29,051
スウェーデン	20.6	7.0	27.6	45.3	48,998
イギリス	17.7	9.3	27.0	34.1	55,627
アメリカ	16.6	7.7	24.2	29.7	42,557
OECD平均	16.2	10.4	26.6	37.4	40,322

(出所) OECD Revenue Statistics

(注) 1.子ども無の単身者(平均賃金)の場合の計数 2.課税前労働コストは、PPPによる換算
3.平均の合計負担率には雇主の負担を含む

表4-9 基礎年金の費用負担についての推計

	国民年金	厚生年金	共済年金 国家	共済年金 地方	共済 学校	合計
[推計 No.1] 拠出額 (億円) A	32,276	115,207	4,190	11,300	1,443	164,416
被保険者数 (千人)						
	第1号					11,701
	第2号	31,031	1,049	3,035	406	35,521
	第3号	10,735	471	1,062	117	12,385
B 合計	11,701	41,766	1,520	4,097	523	59,607
1月1人当 拠出 (円) C=A/B/12	22,987	22,987	22,971	22,984	22,992	22,986
[推計 No.2] 拠出額 (億円) A2	32,276	115,207	4,190	11,300	1,443	164,416
一般財源 T	11,348	40,505	1,473	3,973	507	57,806
一般財源除く拠出 A2=A-T	20,928	74,702	2,717	7,327	936	106,610
1月1人当 拠出 (円) C=A2/B/12	14,905	14,905	14,895	14,903	14,909	14,905
[推計 No.3] 拠出額 (億円) A2=A-T	not yet	not yet	not yet	not yet	not yet	106,610
被保険者数 (千人)						
	第1号	21,903				21,903
	第2号		32,368	1,094	3,166	423
	第3号		9,467	415	937	103
B3 合計	21,903	41,835	1,510	4,102	527	69,877
1月1人当 拠出 (円) C3=A2/B3/12	12,714	12,714	12,714	12,714	12,714	12,714
負担すべき拠出 (億円) D=B3*C3*12	33,417	63,827	2,303	6,259	804	106,610
[推計 No.4] 拠出額 (億円) A2	20,928	74,702	2,717	7,327	936	106,610
被保険者数 (千人)						
	第1号	11,701				11,701
	第2号		32,368	1,094	3,166	423
B4 合計	11,701	32,368	1,094	3,166	423	48,753
1月1人当 拠出 (円) C4=A2/B4/12	14,905	19,232	20,691	19,287	18,411	18,223
[推計 No.4] 拠出額 (億円) D	33,417	63,827	2,303	6,259	804	106,610
1月1人当 拠出 (円) C5=D/B4/12	23,799	16,433	17,540	16,475	15,812	18,223

(出所)厚生労働省「公的年金財政状況報告(17年度)」に基づき筆者計算

表4-10 65歳以上の生活保護受給者の年金の受給状況

	全受給者数	うち65歳以上 (A)	年金受給者 (B)	割合 (B/A)	年金の平均 受給額	年金を受給し ていない者(C)	割合 (C/A)
	人	人	人	%	円/月	人	%
1998	946,994	319,820	172,940	54.1	44,212	146,880	45.9
1999	1,004,472	350,450	178,470	50.9	44,885	171,980	49.1
2000	1,072,241	372,340	186,770	50.2	45,601	185,570	49.8
2001	1,148,088	411,200	201,800	49.1	45,521	209,400	50.9
2002	1,242,723	449,250	216,380	48.2	45,672	232,870	51.8
2003	1,344,327	491,680	232,280	47.2	45,847	259,400	52.8
2004	1,423,388	527,310	248,920	47.2	45,758	278,390	52.8
2005	1,475,838	556,380	262,320	47.1	45,918	294,060	52.9

(出所)厚生労働省「社会福祉行政業務報告」、各年7月1日のデータに基づく

表5-1 医療制度のモデル別に見た医療支出の財源構成

(%)

		公的支出			私的支出		
			一般財源	社会保障基金		個人負担	私的保険
ユニバーサル	デンマーク	84.5	84.5	0.0	15.5	13.8	1.6
	ノルウェー	84.1	72.1	12.0	15.9	15.1	0.0
	アイスランド	82.5	55.5	27.0	17.5	16.0	0.0
	スウェーデン	81.7	81.7	0.0	18.3	15.9	0.2
	イギリス	81.7	81.7	0.0	18.3	11.4	1.1
	イタリア	76.5	76.4	0.1	23.5	20.2	0.9
	平均	81.8	75.3	6.5	18.2	15.4	0.6
ユニバーサル + 市場メカニズム	アイルランド	80.7	80.1	0.6	19.3	9.9	8.1
	ニュージーランド	78.0	68.2	11.9	22.0	14.0	5.0
	フィンランド	74.6	60.1	14.5	25.4	18.9	2.1
	スペイン	71.8	66.7	5.1	28.2	21.1	5.9
	ポルトガル	71.5	70.7	0.8	28.5	22.9	4.1
	カナダ	70.0	68.6	1.4	30.0	14.9	12.8
	オーストラリア	67.7	67.7	0.0	32.3	18.2	7.5
平均	73.5	68.9	4.9	26.5	17.1	6.5	
社会保険 + 市場メカニズム	オランダ	81.4	5.8	75.6	18.6	6.0	6.2
	フランス	79.0	5.2	73.8	21.0	6.8	13.4
	ドイツ	76.9	9.0	67.8	23.1	13.1	9.3
	オーストリア	76.4	31.6	44.8	23.6	15.4	4.6
	ベルギー	75.1	12.4	62.7	24.9	19.0	5.6
	ギリシャ	60.3	29.1	31.2	39.7		
	スイス	59.3	16.5	42.8	40.7	30.6	9.2
	韓国	54.9	12.3	42.7	45.1	35.7	4.1
	アメリカ	46.5	5.8	40.7	53.5	13.6	35.8
	メキシコ	45.2	18.6	26.6	54.8	51.1	3.7
平均	65.5	14.6	50.9	34.5	21.3	10.2	
平均(メキシコ除く)	67.8	14.2	53.6	32.2	17.5	11.0	
社会保険	ルクセンブルグ	90.9	20.6	70.3	9.1	6.5	1.7
	チェコ	85.2	8.3	76.9	14.8	13.2	0.2
	日本	81.3	15.4	64.0	18.7	15.1	2.6
	トルコ	71.4	33.7	37.7	28.6	19.9	0.0
	ポーランド	70.8	12.3	58.6	29.1	24.3	0.5
	ハンガリー	70.6	12.4	58.2	29.4	24.9	1.1
	スロバキア	66.8	6.8	60.1	33.2	26.2	0.0
	平均	76.7	15.6	60.8	23.3	18.6	0.9

(出所) OECD(2010b)、OECD Health Expenditure Databaseに基づき筆者計算

(注) データは原則として2007年

表5-2 OECD主要国の医療に関する規制と市場メカニズム

評価項目	国営医療サービス						社会保険					
	私的支出少			私的支出大			私的支出少			私的支出大		
	デンマーク	スウェーデン	イギリス	オーストラリア	カナダ	ニュージーランド	日本	ルクセンブルグ	オランダ	フランス	ドイツ	韓国
低所得者への対応	ユニバーサル	ユニバーサル	ユニバーサル	ユニバーサル	ユニバーサル	ユニバーサル	保険料減免 特別施策(生活保護)	特別施策	保険料補助 (資力調査)	保険料補助	保険料補助 (資力調査)	特別施策
低所得者の窓口支払の減免			○	○	○	○				○	○	○
窓口支払いの上限	○	○	○			○	○		○			○
規 診療対象:理学療法	1-99%	×	1	1-99%	×	1-99%	1-99%	1-99%	1-99%	1-99%	1-99%	1-99%
薬	51-75%	51-75%	1	76-99%	51-75%	76-99%	76-99%	76-99%	1	51-75%	76-99%	51-75%
眼鏡	×	×	×	×	×	×	×	1-50%	×	1-50%	1-50%	×
歯科	1-50%	1-50%	76-99%	×	×	×	76-99%	51-75%	1-50%	1-50%	76-99%	51-75%
専門医の支払:外来	給与	給与		出来高	出来高		出来高	出来高		出来高	出来高	出来高/給与
入院	給与	給与	給与	給与	出来高		出来高		出来高	給与	給与	出来高/給与
急性入院治療の費用償還	事前包括 疾患毎/DRG	疾患毎/DRG 包括	疾患毎/DRG 包括	事前包括 疾患毎/DRG	事前包括 疾患毎、日割	事前包括 疾患毎/DRG	処置・サービス 毎	事前包括	調整済包括 疾患毎/DRG	疾患毎/DRG	疾患毎/DRG	処置・サービス 毎、DRG
第2次医療への紹介状	必須	不要	必須	財政的奨励	必須	必須	不要	不要	必須	財政的奨励	財政的奨励	不要
制 医学部学生の割当	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	×	×
政府(中央・地方)によるベッド数の総量計画	○	規制無	規制無	○+割当	○+割当	規制無	○+割当	割当	割当	○	○	規制無
高額医療機器の供給	計画	規制無+計画	規制無	割当+計画	割当+計画	規制無	規制無	○	規制無	計画	計画	規制無
病院の医療スタッフの給与決定	国レベルで設定	病院の裁量	国レベルで設定	病院の裁量	国レベルで設定	国レベルで設定	病院の裁量	病院の裁量	病院の裁量	国レベルで設定	病院の裁量	病院の裁量
専門治療の公定価格を超える請求	不可能	不可能	可能	可能	不可能	可能	不可能	不可能	不可能	可能	不可能	不可能
治療行為の量的監視	○	×	○	×	○	×	×	×	×	×	×	○
公的支出に関する年間の予算制約	○	○(強い制約)	○(強い制約)	○	○	○(強い制約)	×	○	○	○	○	×
市場 保険者の選択									○		○	
保険内容の情報									○		○	
保険者による供給者の選択									○		○	
保険者による診療内容の制限									○		○	
メカニズム 私的保険対象人口割合:重複	0	0	0	43.5%	0	0	na	0	0	0	0	38.0%
補完	15.5%	2.3%	0	0	0	0	na	59.4%	0	92.0%	17.5%	38.0%
追加	15.5%	0.2%	1.2%	46.3%	67.0%	5%	na	2.4%	92.0%	92.0%	17.5%	4.4%
ズ 供給者:第一次医療	私的診療	公立病院	私的診療	私的診療	私的診療	私的診療	私立病院	私的診療	私的診療	私的診療	私的診療	私的診療
専門医療	私的診療	公立病院	公立病院	私的診療	公立病院	公立病院	私立病院	私的診療	私的診療	私的診療	私的診療	私的診療
利用者による専門医の選択	制限	自由	自由	自由	自由	制限	自由	自由	インセンティブ	自由	自由	インセンティブ
診療価格についての情報				情報なし		容易に入手可		情報なし		容易に入手可		
病院のサービスの質を比較できる情報	○	×	○	○	×	○	×	×	○	○	○	○

(出所)OECD(2010)に基づき筆者作成

表5-3 OECD主要国の分類と主要医療指標

	国営医療サービス						社会保険						OECD		
	私的支出少			私的支出大			私的支出少			私的支出大					
	デンマーク	スウェーデン	イギリス	オーストラリア	カナダ	ニュージーランド	日本	ルクセンブルグ	チェコ	オランダ	フランス	ドイツ		アメリカ	
1. アウトカム															
平均寿命(全人口)	2007		81.0	79.5	81.4	80.7	80.2	82.6	79.4	77.0	80.2	81.0	80.0	78.1	79.1
虚血性心疾患死亡率(男、人口10万人当)	2006	93	130	132	117	123	142	41	89	211	76	54	127	145	126
脳梗塞死亡率(男、人口10万人当)	2006		46	51	42	34	44	61	53	109	42	33	44	35	60
がん死亡率(男、人口10万人当)	2006	237	173	208	195	205	196	199	208	271	227	229	202	191	212
幼児死亡率(千回当)	2007	4.0	2.5	4.8	4.2	5.0	4.8	2.6	1.8	3.1	4.1	3.8	3.9	6.7	3.9
12歳児の虫歯等の平均数	2006	0.8	1.0	0.7	1.1		1.6	1.7	0.8	2.6	0.9	1.2	0.7	1.3	1.6
成人で健康と申告した者の割合	2007	79.4	75.9	75.0	84.1	88.2	89.7	32.7	74.5	59.0	78.2	75.7	72.6	88.1	69.1
成人で毎日喫煙する者の割合	2007	25.0	14.5	21.0	16.6	18.4	18.1	26.0	21.0	24.3	29.0	25.0	23.2	15.4	23.6
15歳以上のアルコール消費量	2007	12.1	6.9	11.2	9.9	8.1	9.2	7.7	15.5	12.1	9.6	13.0	9.9	8.6	9.7
成人で肥満の割合	2007	11.4	10.2	24.0	21.7	15.4	26.5	3.4	20.0	17.0	11.2	10.5	13.6	34.3	15.4
2. 投入資源															
人口千人当たり医師	2007	3.2	3.6	2.5	2.8	2.2	2.3	2.1	2.9	3.6	3.9	3.4	3.5	2.4	3.1
急性病院ベッド数当たりの医師	2007	1.10	1.71		0.80	0.81		0.26	0.66	0.69	1.30	0.94	0.61	0.89	0.82
人口10万人当たり医学部卒業生	2007	21.7	10.0	10.2	10.1	6.2	6.7	6.0	7.7	7.7	12.3	5.5	11.6	6.3	9.9
人口千人当たり看護婦(准看護婦含む)	2007	14.3	10.8	10.0	9.7	9.0	9.9	9.4	11.0	8.0	8.7	7.7	9.9	10.6	9.6
医師一人当たり看護婦	2007	4.5	3.0	4.0	3.5	4.1	4.3	4.5	4.0	2.2	2.2	2.3	2.8	4.4	3.1
人口10万人当たり看護婦卒業生	2007	41.2	49.9	35.1	37.7	28.6	29.1	35.0	12.8	41.4	36.1	35.1	23.0	22.0	35.5
専門医の報酬(平均賃金に対する比率)	2007	2.4	2.5	4.3	4.3	4.7	2.5		3.3	1.9	3.5	4.4	4.1	4.1	4.1
病院の看護婦の報酬(同上)	2007	1.1		1.1	1.3		1.4	1.0	1.4	0.9			1.2	1.3	
人口10万人当たり歯科医	2007	78	83	42	49	58	47	74	80	67	50	67	77	60	61
人口10万人当たり薬剤師	2007	21	73	68	87	83	68	136	72	56	18	118	60	80	76
人口100万人当たりMRI台数	2007	10.2		8.2	5.1	6.7	8.8	40.1	10.5	4.4	6.6	5.7	8.2	25.9	11.0
人口100万人当たりCT台数	2007	17.4		7.6	56.0	12.7	12.3	92.6	27.3	12.9	8.2	10.3	16.3	34.3	22.8
人口千人当たり急性病院のベッド数	1995	3.9	3.0		4.1	3.9		12.0		6.9	3.8	4.6	6.9	3.4	4.7
人口千人当たり急性病院のベッド数	2007	2.9	2.1	2.6	3.5	2.7		8.2	4.4	5.2	3.0	3.6	5.7	2.7	3.8
3. 医療活動(アウトプット)															
人口一人当たり診療回数	2007	7.5	2.8	5.0	6.3	5.8	4.7	13.6	6.1	12.6	5.7	6.3	7.5	3.8	6.8
医師一人当たり診療回数	2007	2,512	782	2,018	2,171	3,335	2,037	6,522	2,127	3,533	1,450	2,006	2,141	1,570	2,543
歯医者一人当たり診療回数	2007	1,142		1,662	3,038			4,322		2,972	3,837	2,533	1,825	1,664	236
一人当たり歯医診療回数	2007	0.9		0.7	1.5			3.2	0.6	2.0	1.9	1.7	1.4	1.0	1.3
急性病院のベッドの利用率	1995				70	85		82		73	73	76	81	63	74
急性病院のベッドの利用率	2007			83	74	89		76	72	72	64	74	76	67	75
人口千人当たり急性病院の退院人数	2007	170	165	126	162	84	135	106	166	203	109	274	227	126	158
急性病院の平均入院日数	1995	4.1	5.2		6.5	7.2		33.2	7.9	10.2	9.9	6.2	10.8	6.5	8.7
急性病院の平均入院日数	2007	3.5	4.5	7.2	5.9	7.3	5.9	19.0	7.3	7.7	6.3	5.3	7.8	5.5	6.5
人口10万人当たり腎臓透析患者数	1985	15		11	14	17	12	55		17	24	26	36	19	19
人口10万人当たり腎臓透析患者数	2007	50		40	46	64	49	186	49	59	35	53	81	118	65
人口10万人当たり薬剤処方箋数	2007	8.4	9.3	19.0				41.1		22.9	14.7	36.8	26.1		28.4
3. 医療の質															
喘息による入院率(15歳以上、人口10万人当)	2007	43	25	75		18	73	58			26	43	21	120	51
高血圧による入院率(15歳以上、人口10万人当)	2007	85	61	11		15	16	54			19		213	49	84
子宮がん検査率(20-69歳の女性に対する割合)	2006	69.4	78.6	79.4	60.6	72.8	70.6	24.5	41.7		69.6	72.4		83.5	64.0
子宮がん死亡率(女性10万人当)	2005	3.7		2.4	1.6	1.9	2.1	2.4	1.2	24.2	2.1	1.7	2.4	2.1	3.0
マンモグラフィ検査率(50-69歳の女性に対する割合)	2006			70.7	56.2	70.4	60.1	23.8	63.5	35.6	89.0	47.1		72.5	62.2
乳がん死亡率(女性10万人当)	2005	29.5	20.3	25.8	20.5	22.4	24.9	10.4	19.5	24.2	27.0		23.9	20.7	20.8
はしかのワクチン接種率(2歳児)	2007	89.0	86.0	86.2	94.0	92.7	82.0	88.0	96.2	97.8	95.9	87.0		92.3	92.0
高齢者(60歳以上)のインフルエンザワクチンカバー-	2007	53.7	57.0	73.5	77.5	71.0	63.7	48.0	54.1	23.7	77.0		56.0	66.7	55.9
4. アクセス等															
窓口支払の家計消費に対する割合	2007	2.8	3.2	1.6	2.8	2.8	2.3	2.2	1.5	1.9	1.2	1.4	2.5	2.8	3.0
歯科の窓口支払の歯科支出総額に対する割合	2007	69	63		67	43		23		30		28	25	59	59
一人当たりの薬剤支出(US\$PPP)	2007	301	446		431	691	241	506	338	349	422	588	542	878	461

(出所) OECD(2009) Health at A Glance