

# 社会保障財政の国際比較

## —給付水準と財源構造—

社会労働調査室 片山 信子

### 目 次

はじめに

#### I 給付水準の国際比較

- 1 社会保障とは
- 2 社会保障給付費と国際機関の統計
- 3 OECDの社会支出にみる給付の特徴

#### II 財源の国際比較

- 1 EUの社会保護費にみる財源の特徴
- 2 わが国社会保障の財源構造

#### III 各国の医療財政にみる社会保険と租税の役割

- 1 社会保険方式と競争の導入：ドイツ
- 2 社会保障財源の「租税代替化」：フランス
- 3 国税を主要財源とする税方式：イギリス
- 4 地方税を主要財源とする税方式：スウェーデン

おわりに：負担を議論する出発点として

## はじめに

平成20（2008）年1月29日、社会保障国民会議は議論を開始した。その使命は、社会保障のあるべき将来像を描き、その実現のために「政府が担うべき役割」「個人や企業が担うべき役割」を明らかにし、「どのような負担を分かち合うか」を国民が「具体的に思い描くことができるような議論」をすることにあつた<sup>(1)</sup>。平成21（2009）年度までに基礎年金の国庫負担割合を3分の1から2分の1に引き上げるための財源をどう捻出するかという当面の大きな課題があり、中期的な課題として、国民年金保険料の未納者が増加し、国民皆年金を貫くために、年金の税方式への移行を提案する声が各界から出される中でのスタートであった。

社会保障国民会議は、基礎年金の全額税方式への移行に必要な財源規模等の推計を5月に発表し、国民に具体像を示すという役割の一端は果たした。しかし6月の中間報告では社会保障機能の強化と財源確保の必要性は強調しつつも、財源の具体的な確保策には言及しなかった。

急速に人口の高齢化が進行する中で年金や医療、介護の給付額は増大し、国民負担率は40.1%（平成20年度予算ベース）と過去最大値を更新している。国民はこのようなマクロ的な数字を突きつけられている。しかし、国際的にみて、社会保障の給付水準と給付部門のバランスはとれているのか。負担した税金は、どのような形で医療や介護に流れているのか。負担から給付への資金の流れは、はたして国民にわかり

やすく説明されているのだろうか。

本稿では、社会保障の給付水準と財源構造について、諸外国と比較しつつ、わが国の現状を明らかにし、社会保険の役割と社会保障財源としての税の役割を巡る各国の考え方を紹介することにより、負担論を議論する前提を整理することとしたい。

## I 給付水準の国際比較

### 1 社会保障とは

「社会保障」とは、何であろうか。人口構造の変化や低成長経済への移行など社会・経済構造の変化が急速に展開・進行する中で、21世紀の高齢化社会にふさわしい社会保障の再構築のために、平成7（1995）年、社会保障制度審議会<sup>(2)</sup>は内閣総理大臣に対して勧告を行った。勧告は、「広く国民に健やかで安心できる生活を保障することが社会保障の基本的な理念である。」と定義し、さらに「国民は自らの努力によって自らの生活を維持する責任を負うという原則が民主社会の基底にある。」とその前提条件を明らかにした。

社会保障は、英語の“social security”の訳語であり、1935年にアメリカで社会保障法（Social Security Act）が制定されてから使われるようになった。しかしこれが国民各層を対象とした総合的な生活保障の体系として、各国で実施されるようになるのは、第2次世界大戦後のことである。

わが国で「社会保障」という言葉がはじめて明らかにされるのは、日本国憲法第25条<sup>(3)</sup>にお

(1) 首相官邸ホームページ掲載の内閣総理大臣メッセージ「国民の皆様と一緒に世界のモデルになる社会保障を目指して」参照。〈<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/souri.html>〉

(2) 内閣総理大臣の諮問機関として、社会保障制度審議会設置法（昭和23年法律第266号）に基づき、設置された。社会保障制度について調査、審議し、内閣総理大臣に勧告する権限が与えられ、たびたび勧告や建議を行った。平成13（2001）年の中央省庁再編時にその歴史を閉じ、厚生労働大臣の諮問機関である社会保障審議会が機能の一部を受け継ぐことになった。平成7年勧告の標題は『社会保障体制の再構築（勧告）—安心して暮らせる21世紀の社会を目指して』（1995.7.4.決定）である。

(3) 第25条第1項「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」第2項「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」

いてである。これがより具体的に示され、社会保障制度の目的が明らかにされたのが、社会保障制度審議会が昭和25（1950）年に内閣総理大臣に対して最初に行った勧告『社会保障制度に関する勧告』<sup>(4)</sup>の前文においてである。

いわゆる社会保障制度とは、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をいうのである。

この勧告で社会保障制度は、「社会保険」「社会福祉」「公的扶助」及び「公衆衛生」の4つの部門から成り立つものとされ、広義には恩給と戦争犠牲者援護を含めている。わが国の社会保障制度体系は、基本的にこの勧告の考え方のもとに形づくられてきた。

各国における社会保障の対象者の範囲や実施方法にはかなりの相違がみられる。アメリカでは、狭義には年金保険を指し、広義には社会保険、公的扶助を中心に考えている。またイギリスでは年金や児童手当などの所得保障を中心に捉えている。他方ドイツでは、年金、医療、労働災害、失業、介護の5つの社会保険制度と児童手当、社会扶助などを社会保障と位置づけている<sup>(5)</sup>。

政策としての社会保障制度は、各国が相互に

影響を与えつつ、発展をみた。また、政策の国際比較も盛んである。各国の給付や財源が比較・参照できるように、国際機関は一定の定義のもとに社会保障に関する統計を作成している。各国の社会保障財政の現状をみるために、まず、以下に国際機関が作成している社会保障の給付や財源に関する統計の概要を説明する。

## 2 社会保障給付費と国際機関の統計

### (1) 社会保障給付費とは

社会保障を経済的・財政的にみると、家計や企業など国民が租税や社会保険料として負担した資金が政府や公的保険者に集められ、社会保障に関する各制度を通じて、政府等が国民に社会保障を給付する財政移転の仕組みである。

わが国では、社会保障の全体的な財政の姿を表わす概念として「社会保障給付費」を用いている。平成20（2008）年度予算ベースでの社会保障給付費の総額は95.7兆円である。部門別にみると、年金が50.5兆円、医療が29.8兆円、福祉その他が15.4兆円である（図1）。この社会保障給付費の範囲は、ILO（国際労働機関）の基準（次節参照）に基づくものである。

### (2) ILOの社会保障給付費

ILOは、社会保障給付費（Cost of Social Security）を以下の3基準を満たすものとして定義している<sup>(6)</sup>。

- ① 制度の目的が、治療若しくは予防医療の保障、非自発的な原因による所得損失への所得保障又は扶養家族を有する者に対して補足的な所得を保障するものであること。
- ② 法律によって定められている制度であっ

(4) 総理府社会保障制度審議会事務局編『社会保障制度審議会十年の歩み』社会保険法規研究会, 1961, pp.168-203に全文が掲載されている。

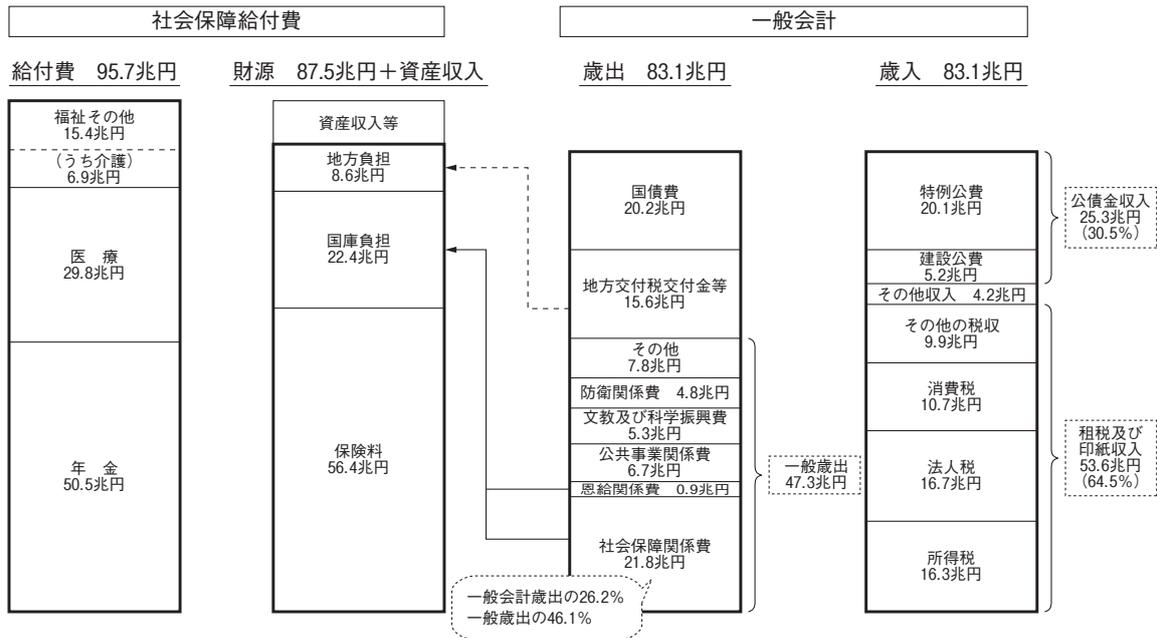
(5) この節の社会保障の定義は、古橋エツ子「第1章 社会保障とは」『初めての社会保障論』法律文化社, 2007, pp.1-3を参照。

(6) ILOホームページ Cost of Social Security Basic Tables 1990-93 Introduction.

〈<http://www.ilo.org/public/english/protection/seccoc/areas/stat/css/cssintro.htm>〉

ILO, *The Cost of Social Security 1958-60*, p.2のScope of the Inquiryにおいても同一の定義である。

図1 社会保障及び国の財政の姿（平成20年度予算ベース）



(出典) 財務省主計局『社会保障(1)』財政制度等審議会資料, 2008.5.13.

て、その法律が、個人の特定の権利を公的、準公的若しくは独立の機関に帰属させていること、又は特定の責務を公的、準公的若しくは独立の機関に課していること。

- ③ その制度が公的、準公的又は独立の機関によって管理されていること。(ただし、労働者災害補償制度については、③の条件を満たさなくても、法的に雇用者に対して課された責務の実行であるので、対象に含めること。)

この定義に基づき、ILOが具体的な給付の対象としているのは、次のリスクやニーズである。

老齢、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。

ILOは、1949年以来19回にわたり、社会保障費用調査を実施し、各国から提供されたデータにより、社会保障給付費を公表してきた。ILOの調査は、長年にわたり、社会保障を給付面、

財源面で国際比較する上での基本資料であった。しかし、1996年分以降のデータ更新が行われていない。さらに、ILOは第19回調査の際に、後述するOECD(経済協力開発機構)やEU(欧州連合)のデータとの整合性を考慮し、社会保障給付費の基準や集計方法を大幅に改定した。そのため、それ以前の統計との連続性がなくなった<sup>(7)</sup>。したがって、次の社会保障給付費が発表されるまでは、ILOの統計を用いての最新の国際比較はできなくなっている。

### (3) OECDの社会支出

OECDは、ILOの基準とは範囲が異なるが「社会支出」(Social Expenditure)という概念を以下のとおり定義<sup>(8)</sup>し、社会保障に関する統計を公表している。

- ① 制度の目的が、次の社会政策分野のいずれかに対する給付を提供するものであるこ

(7) 浅野仁子「社会保障費の国際比較—基礎統計の解説と分析」『海外社会保障研究』134号, 2001 Spring, pp.93-95; 勝又幸子「国際機関における社会保障費用の国際統計整備の現状—ILO、OECD、EUROSTATの動向から—」『海外社会保障研究』142号, 2003 Spring, pp.90-94を参照。浅野氏は3機関の統計を詳しく比較分析し、ILO統計の連続性についても説明している。勝又氏の論文は、3機関の統計の整備動向に詳しい。

(8) 浅野 前掲論文; OECD, *Social Expenditure 1980-2003: Interpretative Guide of SOCX*, 2007 November, pp.7-11 参照。

と。

高齢、遺族、障害・労災・傷病、保健医療、家族、積極的労働市場政策、失業、住宅、その他の社会的給付

- ② 上記の社会政策のための公的機関又は民間機関による、世帯及び個人に対する、公的支出と義務化された私的支出の2種類の費用を計上すること。
- ③ 施設整備費などもそれぞれの給付に含まれること。

OECDの社会支出は、ILOの社会保障給付費に比べて範囲が広く、また施設整備費などの直接個人に移転されない費用も計上されているため、その規模はILOの社会保障給付費よりも大きくなる傾向にある。OECDの社会支出は、各国が継続してデータを提出しており、2007年版に1980年から2003年までのデータが収載されている。

ILOの社会保障給付費の新しいデータが出ない現状にあっては、OECDの社会支出によって給付面での幅広い先進諸国間の比較が可能となっている。しかしOECDの社会支出には財源に関するデータがない。

#### (4) EUの社会保護費

EUは、社会保護費 (Social Protection Expenditure) という概念を以下のとおり定義<sup>(9)</sup>し、加盟各国のデータを集め、最新の統計を公表している。

- ① 制度の目的が、次のリスクやニーズのいずれかに対する給付を提供するもの。

保健医療、障害、高齢、遺族、家族・育児、失業、住宅、他の分類に入らない社会

的疎外

- ② 上記リスクまたはニーズの負担を世帯及び個人から取り除くための公的機関また民間機関からのすべての介入を含むこと。
- ③ 給付として施設整備費や借入金の返済金などは含まないこと。

EUの社会保護費は、財源面のデータも提供している。日本や北米諸国等との比較はできないが、EU加盟各国間では、給付・財源の両面での比較が可能である。加盟各国は、EUへのデータ提供を基本とし、他の国際機関への社会保障関係のデータ提供はEUに委ねている<sup>(10)</sup>。加盟国数が27か国に拡大している現在、EUの統計の利用価値が高まっている。

### 3 OECDの社会支出にみる給付の特徴

次に、日本の社会保障の給付水準にはどのような特徴があるかをみるために、OECDの社会支出を用いて、社会保障給付の国際比較を行う。

表1は、1995年1月までにEUに加盟したEU15か国<sup>(11)</sup>とアメリカ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランドと日本の20か国の社会支出の政策分野別給付の対GDP比である。社会支出合計値 (T) が大きい順に上から並べた。合計値が最も大きいのはスウェーデンで、これに続くのがフランス、ドイツ、デンマーク、オーストリア、ベルギーである。これらの諸国は社会支出の給付水準が高いグループに位置づけられる。合計値が20%を下回るオーストラリア、日本、ニュージーランド、カナダ、アメリカ、アイルランドは先進諸国の中では給付水準が低い。オランダやイギリスは両者の中間に位

(9) European Commission, *European Social Statistics; Social Protection Expenditure and Receipts, Data 1997-2005*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Commission, 2008, p.7.

(10) 勝又 前掲論文, p.90.

(11) その後旧東欧諸国などが加盟し、現在の加盟国数は27か国である。EUの各種統計では、EU-15又はEU-27という括りで統計が出される。加盟国ではないが、スイスやノルウェーのデータも収載している。EU-15は1980年代後半以降の市場統合と欧州連合・通貨統合への深化を推進した時期の加盟国12か国に1995年に加盟したスウェーデン、フィンランド、オーストリアを加えたグループである。本稿ではEU-15を選択する。

表1 OECD社会支出の対GDP比 (2003年)

単位：%

	65歳以上人口比率	対GDP比										対社会支出		T/一般政府歳出	
		老 齢 (A)	遺 族 (S)	障害・労災・傷病	保 健 医 療 (H)	家 族	積極的労働市場政策	失 業	住 宅	その他	社会支出合計 (T)	(再掲)年金 (P)	(P+H)/T		(A+S+H)/T
スウェーデン	17.2	10.1	0.7	6.6	7.1	3.5	1.3	1.2	0.6	0.7	31.9	10.4	55.0	56.2	54.8
フランス	16.3	10.5	1.9	1.9	7.6	3.0	1.1	1.8	0.8	0.3	29.1	12.8	70.2	69.0	54.2
ドイツ	18.8	11.3	0.4	3.1	8.0	2.0	1.1	1.8	0.2	0.5	28.5	12.6	72.3	69.2	58.7
デンマーク	15.1	7.2	0.0	4.5	5.6	3.9	1.6	3.3	0.7	1.0	27.8	8.9	52.0	45.8	50.3
オーストリア	16.2	12.8	0.4	3.5	5.1	3.1	0.6	1.0	0.1	0.4	27.0	13.7	69.5	67.5	53.0
ベルギー	17.3	7.2	2.1	2.3	7.2	2.7	1.2	3.3	a	0.5	26.5	10.5	66.8	62.2	51.8
イタリア	19.7	12.6	2.5	2.3	6.2	1.3	0.7	0.4	0.0	0.0	26.0	14.6	79.9	81.7	53.8
フィンランド	15.9	8.4	0.9	3.9	5.7	3.0	0.9	2.2	0.3	0.6	26.0	10.9	63.9	58.0	50.9
ルクセンブルク	14.2	6.1	2.6	4.0	6.2	4.1	0.3	0.9	0.1	0.5	24.8	10.9	69.0	60.0	55.0
ポルトガル	16.9	8.8	1.6	3.0	6.7	1.6	0.7	1.1	0.0	0.3	23.9	11.9	77.7	71.7	49.5
オランダ	14.2	5.4	0.4	4.6	5.8	1.6	1.1	1.6	0.3	0.5	21.4	7.6	62.8	54.2	45.4
イギリス	16.1	6.4	0.2	2.5	6.7	2.9	0.5	0.5	1.4	0.2	21.4	6.9	63.5	62.2	50.3
ギリシャ	18.3	11.5	0.8	1.0	5.0	1.3	0.2	0.4	0.6	0.4	21.3	12.7	83.3	81.8	43.1
スペイン	16.8	7.9	0.6	2.4	5.2	1.0	0.7	2.2	0.2	0.2	20.3	9.2	71.0	67.2	53.0
オーストラリア	13.1	4.4	0.2	3.2	6.2	3.3	0.4	0.7	0.3	0.3	19.1	5.2	59.6	56.6	54.4
日本	20.2	8.6	1.3	0.8	6.1	0.7	0.3	0.4	a	0.2	18.4	9.0	82.2	86.8	48.7
ニュージーランド	12.2	4.4	0.1	2.9	6.3	2.3	0.4	0.8	0.8	0.1	18.0	5.5	65.4	59.8	50.2
カナダ	13.1	4.0	0.4	1.0	6.8	1.1	0.4	0.8	0.5	2.3	17.3	5.3	70.0	64.8	42.3
アメリカ	12.3	5.5	0.8	1.5	6.9	0.7	0.1	0.5	a	0.5	16.6	6.9	83.3	79.6	44.7
アイルランド	11.1	2.9	0.8	1.5	5.6	2.5	0.7	1.0	0.5	0.5	15.9	4.0	60.3	58.2	47.7
20か国平均		7.8	0.9	2.8	6.3	2.3	0.7	1.3	0.4	0.5	23.1	9.5	68.9	65.6	48.1

(注) 人口推計は、中位推計で2005年の値を利用。a：データが存在しない。ニュージーランドの〔T/一般政府歳出〕は、2002年の値。

(出典) 以下の資料を基に、筆者作成。OECD, *Social Expenditure 2007ed*; UN, *World Population Prospects: the 2006 revision*. 日本は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成18年12月推計」

置する。

「老齢」の値は、社会支出の合計値が大きい国は総じて大きく、合計値が小さい国は総じて小さい。「積極的労働市場政策」も「老齢」と同じ傾向にある。また、「障害・労災・傷病」はスウェーデン、オランダ、デンマークが特に大きく、日本が最も小さい。「保健医療」には医療の現物給付が計上されているが、ドイツ、フランスが特に大きく、ベルギー、スウェーデンが続くものの、他の機能と比べて、各国間の差は小さい。「家族」は、ルクセンブルク、デンマーク、スウェーデンなど社会支出の合計値が高い国が総じて大きく、日本とアメリカは小さい。

社会支出の中で、年金の給付水準をみるために、「老齢」に属する年金と早期退職年金、「遺族」に属する遺族年金、「障害・労災・傷病」に属する障害年金、「積極的労働市場政策」に

属する「労働市場の原因による早期退職給付」を抜き出し、合算したのが、「年金」である。「年金」も総じて社会支出の合計値が大きい国が大きい。

主要な経費を合算しての構成比率をみる。「年金 (P)」と「保健医療 (H)」を合算した値の合計値に対する割合〔(P+H)/T〕が全体の7割を超す国が9か国であり、さらに8割を超すのがアメリカ、ギリシャ、日本である。「老齢」には「年金」を中心とする現金給付のほかにも高齢者介護を中心とした現物給付を含むが、「老齢 (A)」と「遺族 (S)」と「保健医療 (H)」の和が合計値に占める割合〔(A+S+H)/T〕が7割を超す国は、日本の86.8%を筆頭に、ギリシャ、イタリア、アメリカ、ポルトガルである。

スウェーデンは、「年金」と「保健医療」が合計値に占める割合〔(P+H)/T〕や「老齢」と

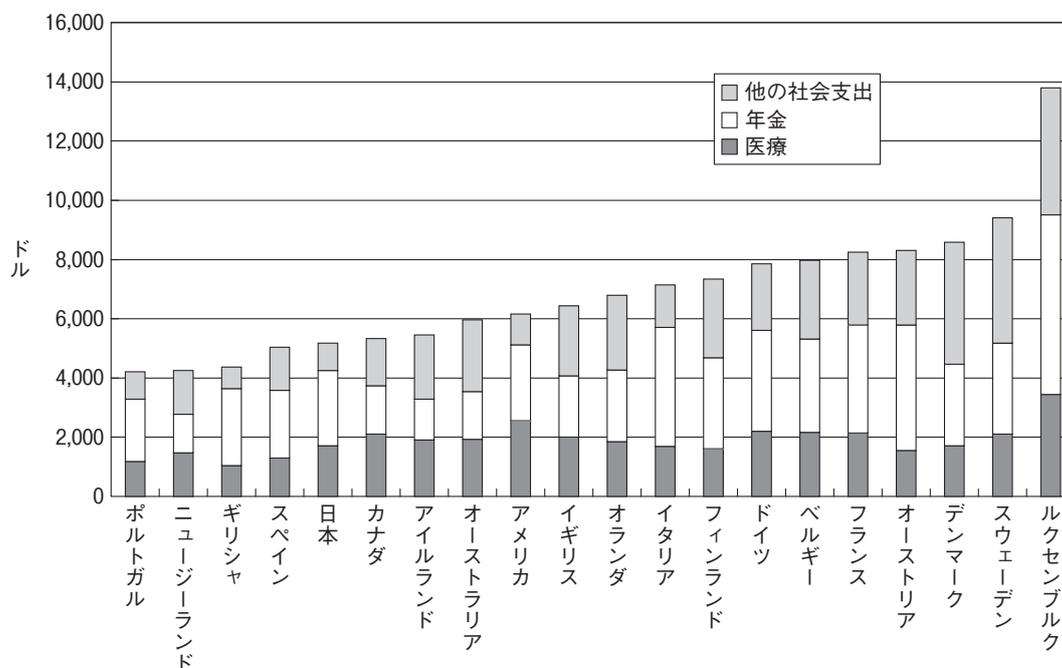
「遺族」と「保健医療」の和が合計値に占める割合  $[(A+S+H)/T]$  が他の国と比べて小さいが、「年金」や「保健医療」の対GDP比が小さいわけではない。スウェーデンをはじめとする表の上位にある国々は、「家族」や「積極的労働市場政策」など「新しい社会保障」の構成比率が大きいため、「年金」や「保健医療」などの「伝統的な社会保障」の構成比率が相対的に小さくなるのである。逆に伝統的な社会保障の構成比率が大きい日本とアメリカは、「家族」や「積極的労働市場政策」が規模、構成比率共に小さい。

社会支出合計値 (T) の一般政府 (General Government) 歳出 (中央政府、州政府、地方自治体、社会保障勘定の合計) に占める比率 (表1 最右列) をみれば、その国が社会保障に重きを置いているかが浮かび上がる。ドイツの58.7%が最も大きく、次いでルクセンブルク、スウェーデン、オーストラリア、フランス、イ

タリア、オーストリア、ベルギー、フィンランド、デンマーク、イギリスとニュージーランドまでが5割を超える。G7諸国の中では、日本、アメリカ、カナダが5割を下回る。

人口1人あたり社会支出 (購買力平価ドル換算) をみたとき (図2)、ルクセンブルクが際立って高いのは、国外居住者に対して医療給付と年金と家族給付を支出するため<sup>(12)</sup>である。購買力平価換算での値は、投機的要素を除いた通貨の強さ、つまり経済の実体的強さの影響も受けるが、社会支出の給付水準に関して数字面でここまで見てきた各国の傾向をわかりやすく浮かび上がらせる。また、人口動態的な違いも反映しており、高齢者比率の高いイタリアの「年金」が大きく、高齢者比率が小さいアイルランドは「年金」や「保健医療」の支出が小さい。日本は、アメリカやイタリア、ギリシャなどと同様、「他の社会支出」が小さい。日本は、「保健医療」と「年金」だけに着目すれば、デ

図2 人口1人あたり社会支出 (購買力平価ドル換算) 2003年



(出典) OECD, *Social Expenditure 2007ed.*を基に筆者作成。

(12) Alexandra Petrasova, *Eurostat Statistics in focus: Social protection in the European Union*, European Commission, no.46, 2008, p.2.

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-08-046/EN/KS-SF-08-046-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-046/EN/KS-SF-08-046-EN.PDF)

表2 EU社会保護費：給付の構成比率（2005年）

単位：%

	合計の 対GDP 比	対 社会保護費合計								
		保健医療 (H)	障 害	老 齢 (A)	遺 族 (S)	家族/ 育 児	失 業	住 宅	その他	(再掲) H+A+S
スウェーデン	30.9	24.3	15.4	38.3	2.2	9.8	6.2	1.8	2.0	64.8
フ ラ ン ス	29.6	29.8	5.9	37.4	6.6	8.5	7.5	2.7	1.6	73.8
デ ン マ ー ク	29.3	20.7	14.4	37.5	0.0	12.9	8.6	2.4	3.4	58.2
ド イ ツ	28.4	27.3	7.7	42.2	1.3	11.2	7.3	2.2	0.7	70.8
ベ ル ギ ー	28.3	27.1	7.0	34.7	10.0	7.2	12.2	0.2	1.6	71.8
オーストリア	27.8	25.5	8.0	47.3	1.3	10.7	5.8	0.4	1.1	74.1
オ ラ ン ダ	26.3	30.9	9.9	36.8	5.4	4.9	5.9	1.3	4.9	73.1
イ ギ リ ス	26.3	30.9	9.0	41.7	3.3	6.3	2.6	5.6	0.7	75.9
フィンランド	25.9	25.9	12.9	33.7	3.6	11.6	9.3	1.1	2.0	63.2
イ タ リ ア	25.5	26.7	5.9	50.8	9.9	4.4	2.0	0.1	0.2	87.4
ギ リ シ ャ	23.5	27.8	4.9	47.8	3.4	6.4	5.1	2.2	2.3	79.0
ポルトガル	23.0	30.4	10.5	40.2	7.1	5.3	5.7	0.0	1.0	77.7
ルクセンブルク	21.4	25.7	13.1	26.3	10.3	16.9	5.0	0.7	2.0	62.3
ス ペ イ ン	20.3	31.6	7.3	38.7	2.7	5.6	12.4	0.8	0.9	73.0
アイルランド	17.0	40.9	5.3	21.7	5.0	14.6	7.5	3.0	2.0	67.6
EU15	26.7	28.6	7.9	41.2	4.5	8.0	6.2	2.3	1.2	74.3

(出典) European Commission, *European Social Statistics: Social Protection Expenditure and Receipts, Data 1997-2005, 2008ed.*  
を基に筆者作成。

ンマークやイギリスとはほぼ同じ水準である。

以上を整理すると、給付水準と給付構造について、次のようにまとめられる。

- スウェーデン、フランス、ドイツ、デンマークは、社会支出合計値が大きい。
- 日本は、ニュージーランド、カナダ、オーストラリア、アメリカと共に先進諸国の中では社会支出合計値が小さい<sup>(13)</sup>。
- イギリスやオランダは両者の中間である。
- 年金・介護という高齢者政策、さらに「保健医療」への給付が各国とも共通して、社会支出の非常に大きな部分を占めている。
- 日本と北米は、北欧諸国やフランスなどと比べて、「家族」や「積極的労働市場政策」など新しい社会保障への給付が小さく、「年

金」や「保健医療」など伝統的な社会保障の占める割合が特に高い。また、日本は「障害・労災・傷病」の給付が小さい。

## II 財源の国際比較

では、各国は社会保障の財源を何に求めているのか。OECDの統計には財源のデータがない。そのため、EU諸国に限定されるが、財源の最新状況をみるために、EUの統計で各国の財源調達をみる。

### 1 EUの社会保護費にみる財源の特徴

EU15か国の社会保護費の給付額合計値をOECDの社会支出の合計値と比べる。EUの社

(13) 富永健一「福祉国家の分解と日本の国際的位置」『海外社会保障研究』142号, 2003 Spring, pp.4-8. 富永氏はILOの統計を用いて、1960年代後半から1990年代前半にかけての先進諸国における社会保障給付費の伸張動向を分析し、福祉国家たることを選択した国と非福祉国家たることを選択した国とに分解したとしている。社会保障を充実させた第1グループにスウェーデン、フィンランドを、第2グループにデンマーク、オランダ、ルクセンブルク、ベルギーを、第3グループにオーストリア、フランス、カナダ、西ドイツ、イギリスを、第4グループにノルウェー、アイルランド、ニュージーランド、スイスを、最下位の第5グループにアメリカ、日本、オーストラリア、イタリアを分類している。

表3 EU社会保護費：収入の種類別財源内訳

単位：%

	社会保険料			(内訳)					一般財源 (公費負担)			(内訳)				その他の収入		
	1997		2005	雇用主負担		被保護者負担			1997		2005	目的税		一般税		1997	2005	
				1997	2005	1997		2005				1997	2005	1997	2005			
ベルギー	70.8		73.4	48.7		51.4	22.1		22.0	25.8		24.7	6.2	10.8	19.6	13.9	3.4	1.9
オランダ	64.3		67.8	20.6		33.4	43.7	↓	34.4	16.5	↑	19.9	0.0	0.0	16.5	19.9	19.2	12.3
フランス	<b>73.0</b>	↓	<b>65.6</b>	46.6	↓	44.7	<b>26.4</b>	↓	<b>20.9</b>	23.9	↑	30.6	<b>9.2</b>	<b>17.2</b>	16.0	13.4	3.1	3.8
オーストリア	66.1	↓	65.3	39.1	↓	37.9	27.0		27.4	32.9	↑	33.1	0.0	0.0	32.9	33.1	1.1	1.6
スペイン	68.9	↓	64.5	51.6	↓	48.9	17.3	↓	15.6	27.9	↑	33.4	0.0	0.0	27.9	33.4	3.2	2.1
ドイツ	67.2	↓	62.7	38.2	↓	35.0	29.0	↓	27.7	30.0	↑	35.6	0.0	0.0	30.0	35.6	2.7	1.7
ギリシャ	60.8	↓	58.4	37.6	↓	35.5	23.2	↓	22.9	29.6	↑	30.7	3.6	3.5	26.0	27.2	9.6	11.0
イタリア	<b>68.2</b>	↓	<b>57.0</b>	51.2	↓	41.7	17.0	↓	15.3	29.5	↑	41.4	0.0	0.0	29.5	41.4	2.3	1.6
ルクセンブルク	47.7	↑	51.3	25.4	↑	26.9	22.3	↑	24.4	48.0	↓	45.3	4.8	3.2	43.2	42.1	4.2	3.4
フィンランド	48.7	↑	50.2	35.3	↑	38.8	13.4		11.4	44.4	↓	43.7	0.0	0.0	44.4	43.7	6.8	6.1
スウェーデン	46.8	↑	49.8	39.0	↑	41.0	7.8	↑	8.8	46.6		48.0	0.0	0.0	46.6	48.0	6.6	2.3
イギリス	51.2		47.9	26.1	↑	32.4	25.1		15.5	48.0		50.5	0.0	1.1	48.0	49.4	0.8	1.6
ポルトガル	53.1		47.4	35.3		31.7	17.8		15.7	37.9		42.2	1.9	1.5	36.0	40.7	9.1	10.4
アイルランド	36.7	↑	40.0	22.9	↑	24.7	13.8	↑	15.3	62.4	↓	53.9	0.0	0.0	62.4	53.9	1.0	6.1
デンマーク	26.9	↑	<b>28.8</b>	8.8	↑	10.3	18.1	↑	18.5	66.8	↓	63.2	0.0	0.0	66.8	63.2	6.4	8.0
EU15	63.4	↓	58.9	38.6	↓	38.2	24.8	↓	20.7	32.8	↑	37.9	1.9	3.7	30.9	34.2	3.8	3.2

(出典) 表2と同じ。

会保護費合計値対GDP比(表2)はオランダとイギリスの順位がOECDの社会支出合計値対GDP比(表1)より表の上位に来ているが、両統計の間で全体に大きな齟齬はない。EUの社会保護費の構成内訳では、各国とも保健医療が給付の約3割前後を占める。また、保健医療、老齢、遺族の各機能への給付を合算した値(H+A+S)が各国とも、給付全体の6割から8割程度を占めている。

財源に関しては、EUは収入の種類別財源(表3)と収入発生源別財源(表4)の2種類の財源内訳を提供している。収入の種類別財源は、財源を社会保険料と一般財源とその他の収入に分けている。表3の一般財源は、中央政府・州政府・地方自治体からの財源、つまり租税収入を中心とした公費負担分を指す。また、事業主としての政府の社会保険料拠出(わが国の国家

公務員共済組合負担金に相当するもの)は、ここでは社会保険料拠出に含まれている。社会保障の財源内訳としては、一般的には収入の種類別財源(表3)でみることになる。

2005年の社会保険料比率が高い国の順に並べてみる(表3)と、ドイツやフランスを代表とする、労働者(被用者)の所得維持を目的として、労使が拠出した保険料を財源として給付を行う「ビスマルク型」<sup>(14)</sup>諸国が上位にくる。スウェーデンやデンマークを代表とする、貧困の救済を出発点とし、より普遍的な給付を志向し、税財源により給付を行う「ベバリッジ型」<sup>(15)</sup>諸国は、下位にくる。

1997年と2005年を比較すると、ビスマルク型諸国は租税比率を増やし、社会保険料比率を減らす傾向にあり、ベバリッジ型諸国は社会保険料比率を増やす傾向がある。その結果、両タイ

(14) 1870年にドイツ統一を実現したビスマルクが、医療保険、労災保険、年金保険を世界で初めて立法化し、その後各国に社会保険が広まった。ドイツは社会保障を社会保険方式で行う代表的な国である。

(15) 1942年にイギリスにおいて、ベバリッジを委員長とする社会保障委員会が社会保障に関する包括的な改革案(『社会保険および関連サービス』いわゆる「ベバリッジ報告」のこと)を発表した。戦後、イギリスだけでなく各国の社会保障思想・政策に大きな影響を与えた。最低生活(ナショナル・ミニマム)の保障が中心テーマとなっていた。

表4 EU社会保護費：収入発生源別財源内訳

単位：%

	企業		政府合計		(内訳)						家計		非営利団体		海外	
	1997	2005	1997	2005	1997			2005			1997	2005	1997	2005	1997	2005
					中央	地方	社会	中央	地方	社会						
ベルギー	41.1	43.5	35.6	33.9	24.9	9.3	1.4	22.6	7.6	3.8	23.0	22.6	0.0	0.0	0.3	0.0
オランダ																
フランス	32.8		37.6		29.4	5.5	2.8				29.4		0.2		0.1	
オーストリア	32.9	32.1	38.9	38.7	24.4	14.4	0.1	23.7	14.9	0.1	27.0	27.4	0.1	0.1	0.0	0.0
スペイン	40.1	37.4	40.6	40.5	30.8	9.6	3.3	8.7	31.5	0.3	18.3	16.3	0.1	0.1	0.9	1.0
ドイツ	30.7	27.6	37.9	42.6	19.1	18.4	0.4	23.8	18.4	0.4	29.5	28.2	1.7	1.6	0.1	0.0
ギリシャ	29.8	26.7	44.2	46.5	42.9	1.3	0.0	44.6	1.9	0.0	23.3	23.0	1.0	0.9	1.8	2.8
イタリア	35.4	18.4	44.7	54.0	36.8	7.4	0.5	38.8	14.9	0.3	19.5	17.5	0.4	0.2		
ルクセンブルク	20.8	19.0	56.0	54.9	53.6	2.2	0.2	53.2	1.5	0.3	23.0	17.2	0.2	0.6	0.0	8.2
フィンランド	20.7	22.0	65.6	66.3	33.6	25.2	6.8	33.0	27.2	6.1	13.4	11.4	0.3	0.3	0.0	0.0
スウェーデン	26.7	29.9	64.6	60.4	18.0	39.9	6.7	10.6	37.1	2.3	8.0	9.0	0.7	0.7		
イギリス	21.0	27.5	52.2	54.3	49.0	3.0	0.2	51.2	3.1	0.0	25.7	16.3	1.1	1.8	0.0	0.0
ポルトガル	31.7	27.9	45.6	52.0	44.3	0.7	0.6	50.9	1.1	0.0	18.8	23.8	1.9	1.7	1.9	2.2
アイルランド	14.7	21.7	71.3	62.8	65.1	6.2	0.0	56.9	5.9	0.0	13.8	15.3	0.1	0.1	0.1	0.0
デンマーク	5.4	6.8	70.1	66.7	34.9	35.2	0.0	27.2	39.5	0.0	18.1	18.5	6.4	8.0	0.0	0.0

(注) オランダはデータがない。フランスは2005年のデータがない。「社会」は社会保障機関。

(出典) 表2と同じ。

プの財源構成の違いは縮小する傾向にある。ベルギー以外、オランダからイタリアまでの社会保険料比率が高い国はいずれも租税比率を増やしている。顕著な例はフランスである。1997年には社会保険料比率の高さが最上位であったが、その後、被保護者の保険料<sup>(16)</sup>シェアを下げ、社会保障目的税<sup>(17)</sup>を大きく増やしたため、社会保険料比率が7.4ポイント下がっている。1997年に社会保険料比率が5割をきっていたベバリッジ型諸国は、イギリスとポルトガル以外は社会保険料比率を高めている。

また、ビスマルク型諸国で、社会保険料比率を下げたフランス以外の国には、雇用主負担分あるいは被保護者負担分の一方に著しく偏って減らしている国はない。フランスは被保護者負担分を5.5ポイント下げているものの、代わりに勤労所得よりも広い範囲の「所得」を徴収ベースとする社会保障目的税にシフトしている。ま

たベバリッジ型諸国では、雇用主負担比率を増やしている国が多い。

社会保険料の雇用主負担分と被保護者負担分を比較すると、被保護者負担分の方がかなり大きいのは社会保険料比率が特に小さいデンマークのみである。2005年でも両者の比率が接近しているのはオランダとルクセンブルクで、他の国はすべて雇用主負担分の方がかなり大きい。

収入発生源別財源(表4)は、収入発生源として、企業、政府、家計、非営利団体と海外に分類している。表4の政府は、表3の一般財源(公費)よりも比率が高い。表4では、中央政府等が事業主相当として負担する公務員の社会保険料負担分は、発生源が租税であるため、政府に計上されているのである。経費の内、租税財源比率をより広義で捉える場合には、表4の政府比率が適当である。政府の規模が大きく、

(16) 被保護者の保険料とは被用者負担分、自営業者拠出分と年金受給者その他負担分を指す。

(17) フランスは社会保障機関に帰属する目的税を多く有する。Ⅲで詳しく見るが、税収が最も大きい社会保障目的税は、一般社会税(CSG)である。

政府の保険料負担が大きい国ほど表4の政府比率と表3の一般財源比率の差が大きくなる。また、社会保険料の企業の雇用主負担分や家計負担分を抽出した数字は、表4の企業や家計の欄の数字でみることができる。ドイツ、イタリア、スペインといったビスマルク型の大国が企業の雇用主負担分を下げていることが目をひく。

表4では、政府を中央政府と地方政府に分けて比率を示しており、各国が社会保障財源をどの政府レベルで調達しているかに関する傾向をみることができる。ベバリッジ型の中でも、イギリスやアイルランドは財源調達が中央集権的であり、スウェーデン、フィンランド、デンマークは、地方の比率が高い。ビスマルク型の中ではスペインやイタリアが、1997年と2005年の地方の比率を比べると、地方への財源委譲を進めていることがわかる。

ところで、年金については、保険料を財源の基本とし、最低保障年金部分の一部や資力調査（ミーンズテスト）を要する年金部分についてのみ、租税を財源としている国が大半である。例外はデンマークで、租税を年金財源としている。このため、デンマークの保険料比率が最も低くなる（表3）。また先に見たように、EUベースでもOECDベースでも、給付面では年金を含む「老齢」・「遺族」と保健医療の合計（H+A+S）が給付の6割から8割程度を占める国が大半である。

これらを踏まえれば、デンマークを例外として、各国の財源構成として社会保険料比率の多寡を左右するのは、むしろ医療の財源調達のあり方であろう。給付額としてのシェアが医療は大きく、また医療財源の調達方法の国による違いが大きいためである。後述するが、ビスマルク型の代表であるドイツとフランスは、医療について社会保険方式をとっている<sup>(18)</sup>。イギリ

ス、スウェーデン、デンマークは基本的に租税で医療を提供する。デンマークは年金だけでなく、医療も租税が財源である。したがって、医療だけを抜き出して、各国の財源構成をみれば、ビスマルク型はより保険料比率が高く、ベバリッジ型はより租税比率が高くなる。表3や表4は、社会保障全体の財源構成を示しており、社会福祉的な色彩が強い政策や普遍的な給付については、ビスマルク型でもベバリッジ型でも、基本的に租税が財源となるので、両タイプの医療財源構成の特徴・違いが緩和される。

まとめると、財源の特徴については以下のことが言える。

- ビスマルク型は租税比率を増やし、ベバリッジ型は社会保険料比率を増やす傾向にあり、財源面での両者の差は縮小傾向にある。ビスマルク型の中で特にフランスとドイツとイタリアは、この動きが顕著である。雇用主の保険料比率を大きく下げているのはイタリアである。
- 社会保険料負担の内訳では、雇用主負担が被保護者負担よりもかなり大きい国が大半である。
- フランスは、被保護者保険料から社会保障目的税へ財源を代替させている。
- 医療はもとより、年金も税方式をとっているデンマークは、社会保険料比率が非常に低い。
- ベバリッジ型の中では北欧諸国は、財源面も含めて、地方の役割が大きい。ビスマルク型ではスペイン、イタリアが地方への財源委譲を行っている。
- イギリス、ポルトガル、ルクセンブルク、ギリシャ、アイルランドなど財源面での中央集権度が非常に高い国も少なくない。
- 公的医療において、社会保険料方式をとるのか、税財源方式をとるのか、あるいは公費

(18) ドイツは介護も保険方式をとっており、この分も財源の特徴に反映される。イギリス、スウェーデン、フランスの介護財源は、税である。

負担比率をどの程度にするのかという、国としての公的医療に係る財源調達の方法が、全体の財源面での社会保険料比率と租税比率を左右する。

- 「家族」、「積極的労働市場政策」など新しい社会保障や「障害」は、社会福祉的な色彩が強い政策又は普遍的な給付であり、ビスマルク型でもベバリッジ型でも、基本的に租税が財源となる。したがってこれらへの給付の規模とそれに対する公費負担水準に対する考え方が、全体としての租税比率に影響を及ぼす。

## 2 わが国社会保障の財源構造

次に、わが国社会保障の財源構造をみる。図1は平成20(2008)年度予算の国の一般会計予算と社会保障給付費の関係である。国の歳出や地方財源さらに社会保険料を収入として、社会保障の各制度を通じて、受給者等に給付された社会保障の全体像が社会保障給付費<sup>(19)</sup>である。

### (1) 社会保障給付費ベースでみた財源内訳

まず、社会保障給付費ベースでわが国社会保障をみる。社会保障給付費の財源等詳しいデータが得られるのは、決算ベースである。最新のデータが得られる平成17(2005)年度分をみる。図3は、収入(財源)、制度等からみた社会保障給付費の全体像である。図3の収入は、社会保障給付費全体の収入の総括であり、保険料収入が54.7兆円、公費が30.1兆円、資産収入・その他が32.7兆円である。給付費87.9兆円に対しては、保険料収入比率

が62.2%、公費負担比率が34.2%で、残り3.4%がその他収入である。

社会保障の個別制度の財源を見るためには、国民健康保険や老人保健制度<sup>(20)</sup>など、他制度からの移転収入<sup>(21)</sup>が重要な収入を構成している制度もあるので、ここでは他制度からの移転収入を含めた収入の内訳を示す(表5)。全体の公費負担比率34.2%(国庫負担25.1%、その他公費9.1%の合計)と比べて、福祉分野を除けば、国民健康保険の公費負担比率(国庫負担比率が31.3%、他の公費負担比率が14.3%。合計45.6%)が非常に高い。また国民健康保険への他制度からの移転収入(17.2%)も多い。国民年金の保険料比率は約1割となっているが、他制度からの移転収入が66.9%である。これは、厚生年金や公務員共済組合等からの移転を指しており、その原資には保険料収入も含まれている。さらに、年金関係の制度において、資産収入比率が比較的高い。

### (2) 部門別にみる社会保障関係費の交付先

給付費という「出口」における財源内訳に続いて、国の一般会計から社会保障各部門への資金の流し方、いわば社会保障財政の「入口」をみる。

平成20年度一般会計予算の社会保障関係費21兆7824億円は、一般会計予算83兆613億円の26.2%を占める(図1)。国債費と地方交付税交付金等を除いた政策的経費である一般歳出47兆2845億円に対しては、46.1%である。当初予算ベースでは一般歳出が平成12(2000)

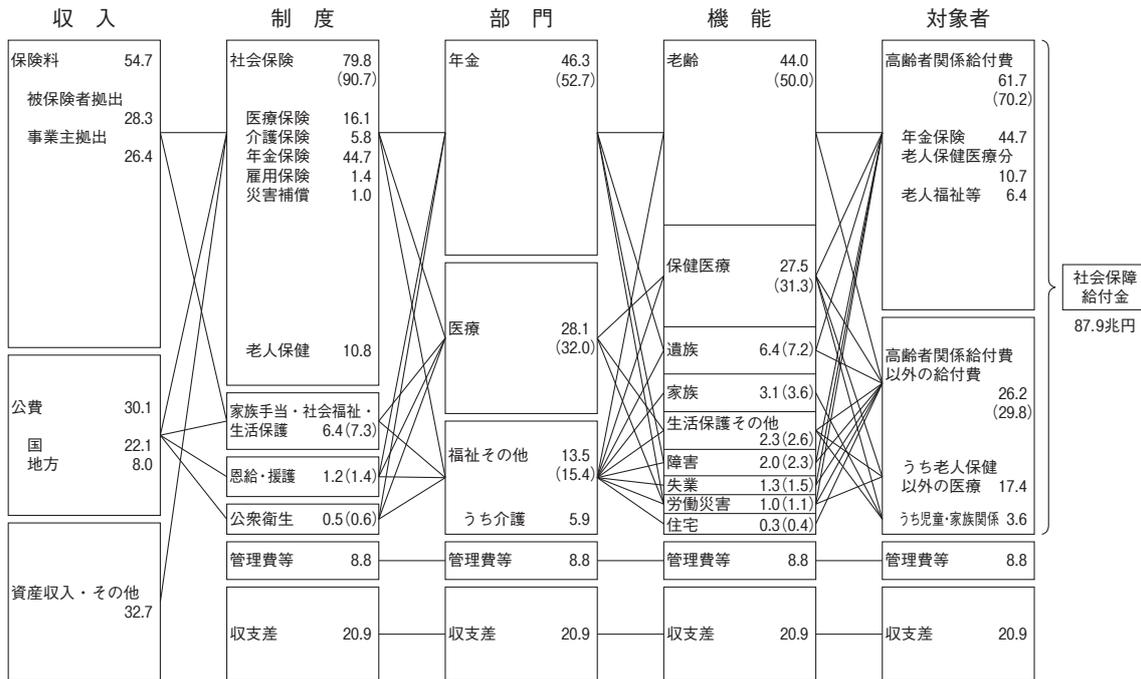
(19) わが国の社会保障給付費は、ILO基準に基づく。

(20) 平成20年4月の後期高齢者医療制度導入まで実施されていた高齢者を対象とする医療制度。75歳以上の高齢者等について、医療に要する費用を、各々加入している医療保険の保険者が老人保健の実施主体である市町村に拠出する。

(21) 政府管掌健康保険が組合管掌健康保険及び国民健康保険から受け取る日雇拠出金。国民健康保険が医療保険各制度から受け取る退職者医療分に係る療養給付費交付金。老人保健が医療保険各制度から受け取る医療費拠出金。国民年金が年金保険制度から受け取る基礎年金拠出金。年金保険各制度が国民年金から受け取る基礎年金交付金。介護保険が各健康保険の拠出によって支払基金から移転される交付金等。国立社会保障・人口問題研究所『社会保障統計年報』平成19年度版、p.113。

図3 収入、制度、部門、機能、対象者からみた社会保障給付費（平成17年度）

単位：兆円



(注) 社会保障給付費は87.9兆円であり、( )内は社会保障給付費に対する比率。  
 (出典) 国立社会保障・人口問題研究所『社会保障統計年報（平成19年度）』p.8の図を筆者一部修正。

年度の48兆円余をピークに厳しく伸びが押さえられている中で、社会保障関係費は厳しく伸びが抑制されながらも漸増を続けている<sup>(22)</sup>。

主要経費別分類では、社会保障関係費は、社会保険費、生活保護費、社会福祉費、保健衛生対策費、失業対策費に5分される。主要経費別分類は、一般会計予算の長期的な趨勢を見る上で有益ではあるが、社会保障関係費の増大要因に関する政策的議論の際には、むしろ年金、医療、介護、福祉その他という4部門が利用される。そこで、主要経費別に、予算の用途別分類<sup>(23)</sup>の「他会計へ繰入」（つまり「特別会計繰入」と「補助金等」）を抜き出し、交付先別に整理し、4部門への資金の

流れを説明する。

(i) 年金部門

財務省の集約では、平成20年度予算の年金部門は7兆4375億円であり、社会保障関係費全体の34.1%を占める。その全額が主要経費の社会保険費に計上され、年金特別会計<sup>(24)</sup>への繰入という形で交付される（表6）。

年金特別会計には健康勘定など7勘定があり、一般会計から合計8兆2979億円が繰り入れられるが、この7勘定の内、国民年金勘定、厚生年金勘定及び福祉年金勘定の3勘定への繰入分、合計7兆4375億円<sup>(25)</sup>が、年金部門分である。さらに、このうち、基礎年金国庫負担繰入は、国民年金勘

(22) 一般歳出に占める割合は、平成12年度の34.9%から急速に11ポイント以上上昇している。

(23) 用途別分類は、人件費、旅費、物件費、施設費、補助金・委託費、他会計へ繰入、その他に分類される。

(24) 平成19(2007)年度より厚生年金特別会計と国民年金特別会計を統合し、国民年金法(昭和34年法律第141号)、厚生年金保険法(昭和29年法律第115号)及び健康保険法(大正11年法律第70号)に基づく年金給付及び被保険者に対する療養給付、さらに児童手当法(昭和46年法律第73号)に基づく児童手当に関する経理を明確にするために設けられた。

表5 主な個別制度別の収入（他制度からの移転収入を含む）の内訳（平成17年度）

	制 度	保険料収入		一般財源（公費負担）		その他収入		他制度からの移転収入
		被保険者拠出	事業主拠出	国庫負担	他の公費負担	資産収入	その他	
医 療	政府管掌健康保険	43.6%	43.6%	12.4%	—	0.0%	0.3%	0.0%
	組保管掌健康保険	42.0%	51.3%	0.2%	—	0.9%	5.7%	—
	国民健康保険	33.5%	—	31.3%	14.3%	—	3.8%	17.2%
	老人保健	—	—	27.9%	14.0%	—	—	58.1%
介 護	介護保険	15.8%	—	24.0%	28.0%	0.0%	2.2%	30.1%
年 金	国民年金	10.1%	—	9.3%	—	3.4%	10.4%	66.9%
	厚生年金保険	21.8%	21.8%	10.0%	—	20.0%	21.2%	5.3%
雇 用	雇用保険	34.8%	50.2%	14.5%	—	0.1%	0.4%	—
労 災	労災保険	—	75.3%	0.1%	—	7.6%	17.1%	—
家 族	児童手当	—	27.0%	44.5%	28.2%	—	0.4%	—
公務員	国家公務員共済組合	28.4%	45.8%	5.9%	—	7.8%	1.7%	10.4%
	地方公務員等共済組合	28.6%	43.9%	0.0%	5.0%	17.4%	0.2%	4.8%
福 祉	生活保護	—	—	75.0%	25.0%	—	—	—
	社会福祉	—	—	51.7%	48.3%	—	—	—
（参考） 社会保障給付費（全体）に対する財源内訳								
		被保険者拠出	事業主拠出	国庫負担	他の公費負担	その他収入		
総 計		32.2%	30.0%	25.1%	9.1%	3.6%		

（出典） 図3と同じ。「平成17年度社会保障費用①～③」（pp.112-117.）を基に筆者作成。

定に対する1兆8642億円と厚生年金勘定に対する4兆9584億円で、合計6兆8226億円である。

平成17（2005）年度決算ベースの出口である給付でみれば（表5）、収入に占める国庫負担割合は国民年金が9.3%、厚生年金保険が10.0%である。先にも述べたが、国民年金は他の年金から基礎年金拠出金の受取りが大きく、それが表5の他制度からの移転に計上されている<sup>(26)</sup>。

社会保険費の年金特別会計への繰入（表6）のうち、年金部門以外の健康勘定繰入分は医療部門と介護部門に、児童手当勘定

繰入分と業務勘定繰入分は「福祉その他部門」に分類されている。

(ii) 福祉その他部門

財務省の集約では、平成20年度予算の「福祉その他部門」は3兆8744億円<sup>(27)</sup>であり、社会保障関係費全体の17.8%である。その内、特別会計繰入と補助金等の交付先をみる（表6）。

特別会計繰入は社会保険費の列にある年金特別会計の児童手当勘定への繰入の2564億円で、これは児童手当の国庫負担金である。別途、年金特別会計の歳入である事業主が拠出する保険料の2100億円（平成20年

(25) 日本郵政共済組合負担金や農業者年金給付費等負担金等の共済組合や年金関係の経費などが社会保険費に計上されているが、財務省の集約では「福祉その他部門」に分類されている。社会保障関係費の5つの主要経費の集約額は、迫田英典「平成20年度社会保障予算について」『ファイナンス』508号, 2008.3, p.44参照。

(26) 国民年金は逆に他の年金保険各制度に基礎年金交付金を移転する。なお、わが国の公的年金制度の資金の流れについて、各制度間の資金のやり取りも含めて、牛丸聡氏が非常に明快に解析している。牛丸聡ほか『公的年金改革—仕組みと改革の方向性』東洋経済新報社, 2004。

(27) 表6の③部門別内訳の「福祉その他」部門の合計（3兆6260億円）との差があるのは、①特別会計繰入と②補助金等、以外の使途である人件費、旅費、物件費、その他などによる。

表6 社会保障関係費（平成20年度予算）の特別会計繰入と補助金等の交付先

単位：億円

主要経費	社会保険費		生活保護費	社会福祉費	保健衛生対策費	失業対策費	社会保障関係費		
		175,132	20,053	16,583	4,094	1,956	217,824		
	80.4%	9.2%	7.6%	1.9%	0.9%	100.0%			
①繰入合計	83,017	—	—	438	1,614	85,069			
	38.1%	—	—	0.2%	0.7%	39.1%			
(内訳) ↓ 3,832 ↓ 介護 381 ↓ 30 ↓ 医療	年金特別会計	82,979					年金特別会計	82,979	
	健康勘定	4,213							
	基礎年金勘定	—							
	国民年金勘定	18,853							
	基礎年金国庫負担繰入	(18,642)							
	厚生年金勘定	55,340							
	基礎年金国庫負担繰入	(49,584)							
	福祉年金勘定	182							
	児童手当勘定	2,564							
	業務勘定	1,827							
	船員保険特別会計	38				2	船員保険特別会計	40	
				国立高度専門医療センター特別会計	438		国立高度専門医療センター特別会計	438	
						労働保険特別会計	1,612	労働保険特別会計	1,612
②補助金等	92,115	20,053	15,503	2,636	291	130,598			
	42.3%	9.2%	7.1%	1.2%	0.1%	60.0%			
(交付先)	医療	介護	その他						
保険者	67,332	3,465	27	11		70,835	32.5%		
(うち市町村)	(28,429)	(2,629)							
(うち後期高齢者医療広域連合)	(30,941)								
地方自治体	3,163	15,217	1,200	20,053	15,040	1,980	93	56,746	26.1%
独立行政法人			1,257		434	532		2,223	1.0%
特殊法人						28		28	0.0%
公益法人等			37		19	96		198	0.2%
共済組合等			417					417	0.2%
①+②	175,132	20,053	15,503	3,074	1,905	215,667			
	80.4%	9.2%	7.1%	1.4%	0.9%	99.0%			
③部門別内訳									
年金	74,375					74,375	34.1%		
医療	74,357		9,828		1,783	85,968	39.5%		
介護	19,062					19,062	8.8%		
福祉	2,564		10,225	15,503					
その他	4,774				1,291	1,905	36,262	16.6%	

(注) 比率はすべて社会保障関係費全体の21兆7824億円に対する値。

国保団体連合会、各種年金連合会等の保険者の連合会への補助金は「保険者」に含めている。

(出典) 『平成20年度一般会計予算書』 その他予算関係資料、『平成20年度補助金総覧』を基に筆者作成。

度予算)と併せて年金特別会計の児童手当勘定の歳入となり、同勘定の歳出として児童手当交付金4357億円が市町村と特別区に交付<sup>(28)</sup>される。

平成17年度決算ベースの出口である給付でみれば(表5)、児童手当の事業主拠出比率は27.0%、国庫負担比率が44.5%、他の公費負担比率が28.2%である。

次に、福祉関係の補助金として交付される経費であるが、これは主要経費の生活保護費と社会福祉費に属する。まず、主要経費の生活保護費は2兆53億円(表6)であるが、全額が補助金であり、すべて地方自治体に交付される。生活保護費に計上される予算のほとんどは、生活保護法(昭和25年法律第144号)に基づき、地方公共団体が支給する各種の保護費(生活扶助、住宅扶助、教育扶助、医療扶助、介護扶助、その他)である。保護費のうち、医療扶助9828億円は医療部門に計上され、他の各種の保護費に対する国の補助は福祉部門に集計される。中国残留邦人等に対する生活支援給付金などとあわせて、生活保護費の地方への補助金(医療扶助を除く)は1兆225億円である。生活保護法は国が生活保護費の4分の3を、地方自治体が4分の1を負担すると定めている。

社会保障の資金の流れの出口である給付面でも、国と地方のこの比率が反映されており、生活保護の国庫負担比率は75.0%、他の公費負担比率は25.0%(表5)である。

主要経費の社会福祉費1兆6583億円のうち1兆5503億円が補助金であり、これらは福祉その他部門に交付されている(表6)。補助金の大半が地方自治体に交付される。社会福祉費に属する規模の大きい補助金

は、障害者自立支援給付費負担金5123億円、児童保護費等負担金4693億円、児童扶養手当給付費負担金1590億円、障害者医療費負担金1414億円、地域生活支援事業費補助金400億円、次世代育成支援対策交付金375億円、特別障害者手当等給付費負担金355億円、セーフティーネット支援対策等事業費補助金195億円、精神障害者社会復帰施設等運営費補助金137億円、次世代育成支援対策施設整備交付金137億円である。以上の10の補助金だけで合計1兆4421億円であり、これらは全額が地方自治体に交付される。

地方自治体向け「負担金」<sup>(29)</sup>は当然ながら法律補助が大半で、国の補助率2分の1のものが多く、一部3分の1のもの、4分の3のものがある。地方自治体向け「補助金」は予算補助のものも多く、補助率は2分の1ないし3分の1のものが多い。地方財政計画ベースでみれば、全体として社会福祉関係は国と地方の財源比率がほぼ1対1になっている。出口の給付ベースでもこの比率がほぼ反映されており、社会福祉は国庫負担が51.7%、他の公費負担が48.3%になっている(表5)。

社会福祉費の補助金等の内434億円が独立行政法人に交付されるが(表6)、独立行政法人福祉医療機構に合計406億円、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園に合計27億円等であり、運営費交付金や社会福祉事業施設等貸付事業の利子補給などである。

保健衛生対策費は医療部門が多いが、福祉部門に計上されているとみられる経費もある。規模の大きいものとしては、原爆被爆者手当交付金976億円がある。原爆被爆

(28) 他に交付税及び譲与税配布金特別会計から地方自治体への児童手当特例交付金1183億円がある。

(29) 「負担金」は国が地方公共団体と共同で行う事務に対して一定の負担区分に基づいて国が義務的に負担する。「補助金」は国が地方公共団体に対する援助として交付する。

者関係の保健衛生対策費と社会福祉費の補助金をあわせると1130億円である。

失業対策費に属する経費は、部門別では福祉その他に分類されているが、労働保険特別会計（雇用保険）への繰入が1612億円、船員保険特別会計への繰入が2億円、補助金等が291億円である。地方自治体と公益法人等への交付額は表6のとおりである。高齢者等雇用安定費の補助金が合計168億円、職業転換訓練費交付金が58億円、職業能力開発支援事業委託費が55億円等である。

社会保険費において年金特別会計業務勘定へ1827億円の繰入れがあるが、業務勘定収入4914億円の37%にあたる。これは部門別では「福祉その他」に分類される。

(iii) 医療部門

財務省の集約では、医療部門は合計8兆5644億円<sup>(30)</sup>であり、社会保障関係費の39.3%を占める。医療の第1の構成要素は、生活保護費の欄の医療扶助9828億円（表6）である。

医療の第2の構成要素は、社会保険費に属するものであり、医療部門の最も中心的な部分である。社会保険費の用途別分類からみれば（表6）、特別会計繰入として健康勘定の4213億円の内の3832億円と船員保険特別会計38億円の内の30億円が医療部門であり、これに補助金等の7兆495億円を加えた額が7兆4357億円である。社会保障関係費全体の34.2%にあたる。

表7は、社会保険費に属する医療部門7兆4357億円を整理したものである。交付先であるが、平成20年10月から、政府管掌健康保険（以下「政管健保」とする。）の運営は社会保険庁から公法人の全国健康保険協会に移行するが、両者にあわせて8374億

円が交付される。平成20年度予算では前半の半年分は政管健保への保険給付費に係る助成が健康勘定への繰入れの形をとり、後半の半年分は全国健康保険協会への保険給付費補助金として計上されている。7兆4357億円の11.3%である。国民健康保険（市町村国民健康保険と同業者組合の国民健康保険の両者）に3兆1633億円、42.5%が交付され、後期高齢者医療広域連合に3兆941億円、41.6%が交付される。消費税1%分の税収が約2兆6700億円であることに照らせば、国民健康保険と後期高齢者医療広域連合に対して、各々消費税約1.2%分の国費が流れる計算になる。

補助金等を目的別に類型化すると、①保険給付費補助金等、②老人保健医療費拠出金補助金<sup>(31)</sup>、③後期高齢者医療費支援金補助金が保険者に対する主要な補助金である。これら3種類の補助金の補助率であるが、①保険給付費補助金等への補助率（表7中に矢印で図示）は、政管健保分が13%、国民健康保険組合分が個々の組合の財政状況に合わせて32%から55%までである。市町村国民健康保険（以下「市町村国保」と略す。）分は34%であり、さらに補助率9%の財政調整交付金加わる。また、②老人保健医療費拠出金補助金と③後期高齢者医療費支援金補助金の補助率は、政管健保分が16.4%、国民健康保険組合分が個々の組合の財政状況に合わせて32%から55%まで、市町村国保分が34%であり、市町村国保にはさらに補助率9%の財政調整交付金加わる。補助率が高い保険者は、高齢者と無業者の比率が高い等財政状況が厳しい。市町村国保に集中して補助金が投入されている。

後期高齢者医療広域連合に対しては、④

<sup>(30)</sup> 表6の③部門別内訳の医療部門の合計（8兆5968億円）が財務省の集約を上回る点については、この項の最終段落を参照。

<sup>(31)</sup> 前掲注<sup>(20)</sup>参照。平成19（2007）年度の医療費に対する補助金の次年度清算分である。

表7 社会保険費中の医療部門の交付先と補助金目的（平成20年度予算）

制度	補助金目的 交付先	保険給付費 補助金・療 養給付費補 助金・負担 金等①	老人保健医 療費拠出金 補助金・負 担金②	後期高齢者 医療費支援 金補助金・ 負担金③	後期高齢者 医療給付費 等負担金④	老人医療給 付費負担金 ⑤	後期高齢 者医療 制度関係 事業費補 助金等	特別対 策費等 補助金 等	事務費 負担金	特定健 康診 査・保 健指 導補 助金	病床転 換支 援金 補助 金	計	交付先
被用者保 険	政管 健保 年金特別会 計健康勘定	2721億	237億	857億						18億		3832億	政管健保 8374億 11.3%
	全国健康保 険協会	2935億	45億	1459億					62億	40億	1億	4542億	
	健保組 合	53億							49億	114億		215億	215億
	船員保 険	30億										30億	30億
国民健康保 険	連合会 国民健康保 険団体連合 会等						19億	81億				101億	国民健康保 険 3兆1633億 42.5%
	国保組 合	2237億	105億	633億				77億	27億	25億	0.4億	3104億	
	市町村 国保	1兆6587億	837億	4508億						330億	3億	2兆2264億	
後期高 齢者医 療	同上 財政 調整交付金	4749億	221億	1193億							0.7億	6165億	後期高 齢者医 療 3兆941億 41.6%
	後期高 齢者医 療広域連 合						49億					2兆3300億	
地方自 治体	市町村					3140億						3140億	3140億 4.2%
	都道府 県										23億	23億	23億
	計	2兆9312億	1445億	8650億	3兆892億	3140億	69億	158億	137億	527億	28億		7兆4357億
		4兆4196億円←老人医療関係59.4%											
		7兆3597億円←給付費・医療費に対する補助金等99.0%											

(注) 比率はすべて7兆4357億円（社会保険費中の医療部門の合計）に対する値。  
 (出典) 『平成20年度一般会計予算書』その他予算関係資料、『平成20年度補助金総覧』を基に筆者作成。

後期高齢者医療給付費等負担金とその財政調整交付金が交付されており、両者で合計3兆892億円になる。保険者への②老人保健医療費拠出金補助金等や③後期高齢者医療給付費補助金等、⑤市町村への老人医療給付費負担金などとあわせて、後期高齢者医療関係を含む老人医療関係の補助金は合計4兆4196億円で、全体の59.4%を占める。また、社会保険費の医療部門の補助金

は、ほとんど給付に直結している。

つまり、社会保険費の医療部門の予算は、市町村国保と老人医療関係に集中的に投入されている。公費負担の多さで、市町村国保<sup>(32)</sup>は保険としての自律性が弱い<sup>(33)</sup>。表5の出口ベースの財源内訳とも対応している。

医療部門の第1の要素である生活保護費の医療扶助9828億円と第2の構成要素であ

(32) 田中敏「国民健康保険制度の現状と課題」『調査と情報—Issue Brief』488号, 2005.7.5 は市町村国保の課題を分析している。

(33) 昭和13(1938)年に制定された国民健康保険法(旧法)は、昭和恐慌により農村が極度に疲弊し、多くの農民が医者にかかれず、医療費も払えない状況にあって、農民の医療費負担を軽減し、医療を普及し、生活の安定を図ること、さらに国民の健康と体力の向上を目的としたものであった。旧法の立案時から国と道府県などの補助金を予定し、施行時から1世帯あたりの医療費を24円と見積もり、1世帯5円相当になる国庫補助を行った。戦後国庫補助金は急速に増額され、昭和28(1953)年には療養給付に対する国庫補助制度(補助率2割)が実質的に実現した。吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社, 1999, pp.72, 78, 130参照。

る社会保険費分7兆4357億円を合算すると8兆4185億円となる。第3の構成要素は、保健衛生対策費に属する(表6)。独立行政法人国立病院機構への補助金512億円、日本赤十字社への補助金21億円、疾病予防対策事業費等補助金として主に地方自治体へ328億円、医療提供体制推進事業費補助金と医療提供体制施設整備交付金として主に地方自治体へ280億円、医療施設運営費等補助金として地方自治体と医療法人等へ63億円などである<sup>(34)</sup>。医療関係とみられる他の補助金を加え、国立高度専門医療センター特別会計への繰入を医療部門とみなすと、合計額は財務省の集約額8兆5644億円を上回り、8兆5968億円になる。

(iv) 介護部門

介護部門は、財務省の集約では、1兆9062億円であり、社会保障関係費の8.8%である。これらはすべて主要経費の社会保険費に計上されている(表6)。まず、特別会計への繰入に含まれている部分として、健康勘定4213億円のうちの380.6億円で、政管健保の介護納付金への助成である。補助金等分としては、全国健康保険協会、国民健康保険組合、市町村国保など保険者への介護納付金への助成が合計3464.6億円である。介護納付金への助成は、特別会計繰入の形をとるものと、補助金の形をとるものとあわせて3845億円である。両者ともに保険者への助成である。

介護部門の補助金としてもう一つ大きいのは、地方自治体(市町村と都道府県)に対する補助金(介護給付費等負担金と介護給付費財政調整交付金)で、1兆5217億円で

ある。介護保険は50%を保険料財源で、50%を税財源で賄う。地方自治体への補助金1兆5217億円は、税財源分に相当する。3845億円と1兆5217億円を合算すると、1兆9062億円になる<sup>(35)</sup>。

ここで決算ベースの出口である介護保険の構成比をみると(表5)、被保険者拠出が15.8%となっている。これは保険料のうち65歳以上の第1号被保険者拠出分のみがこの欄に計上されているためである。保険料のうち40歳から64歳までの第2号被保険者分の介護保険料は、医療保険者が徴集し、保険者が社会保険診療報酬支払基金に納付する。これが介護納付金である。この介護納付金部分は、「他制度からの移転」に計上されている30.1%の部分である。被保険者拠出比率の15.8%と他制度からの移転の30.1%を合算した45.9%が保険料収入比率である。保険者への介護納付金助成3845億円があるので、給付ベースで公費負担比率が5割を上回る52.0%になる。

(3) 小括

わが国社会保障の財源構造を「出口」の社会保障給付費財源内訳と「入口」の一般会計予算の交付先でみた。まとめると以下のとおりである。

○ 社会保障給付費全体で見ると(表5)、被保険者拠出が32.2%、事業主負担が30.0%で保険料収入比率が合計62.2%である。公費つまり租税比率は国と地方を併せて34.2%である。社会保険料の比率が租税比率を相当上回り、わが国では社会保険方式が重要な役割を果たしているといえる。ま

<sup>(34)</sup> 厚生労働省所管の独立行政法人への補助金には、社会保障関係費以外の主要経費(科学技術振興費や「その他の事項費」)に分類されているものもある。これらを含めると日本赤十字社へ25億円、国立病院機構へ528億円、医薬基盤研究所へ128億円、放射線医学総合研究所へ127億円等の財政支出がなされている。

<sup>(35)</sup> 他に介護予防・健康づくりに必要な経費として677億円の地域支援事業交付金や412億円の地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金などの介護や高齢者の健康づくりに関する補助金が社会保険費に合計1235億円あるが、これを加えると財務省の集約額とは一致しない。これらは福祉その他部門に計上していると考えられる。

た被保険者と事業主の負担が拮抗している点も特徴である。

- 生活保護費（医療扶助を含む）と児童手当以外の社会福祉費、合計約3.6兆円は大半が地方に交付される。生活保護費は国と地方の負担割合が3対1であり、その他の社会福祉は全体として国と地方の負担割合が1対1である。財源全額が公費である。言いかえると、生活保護費と社会福祉費（児童手当を除く）は、義務的経費が多いが、措置等のあり方も含めて、国税がどれだけ投入されるかが給付額を左右する面が否めない。
- 児童手当は、国の予算が年金特別会計児童手当勘定を通じて地方自治体に交付される。財源は事業主拠出、国の負担、地方の負担による。公費の負担比率は4分の3である。
- 介護は、国の予算約1.9兆円が地方自治体と保険者に交付される。公費負担比率は2分の1強である。
- 雇用保険は雇用主が給付の2分の1、被用者が35%を拠出し、国庫負担が15%である。労災保険は4分の3が雇用主の拠出で、被用者負担も国庫負担もない。残りは資産収入その他の収入による。
- 年金は、一般会計から約7.4兆円が国民年金と厚生年金に繰り入れられる。公費の比率は1割弱である。
- 社会保険費で医療部門に流れるのは7.4兆円で、そのうち国民健康保険と後期高齢者医療広域連合に流れるのは6.3兆円（7.4兆円の約85%）である。国民健康保険においては、公費負担と他制度からの移転で財源の3分の2を占める（表5）。政管健保

と健康保険組合は、保険料収入が約9割である。国民健康保険は保険としての自律性が弱い。

以上を踏まえて、社会保障の各制度の財源面での論点を突き詰めると、①個別制度の給付水準を国民はどう選択するのか、②社会保険原理から普遍化させるべき制度すなわち公費負担割合を増やすべき制度があるのか、逆に保険料や自己負担を増やすべき制度はあるのかに尽きる。

ただし、医療制度は、より複雑である。保険間の年齢構成、有病率、被保険者の勤労・収入状況に差があり、制度間の財政状況が大きく異なる。表7でみたように、国費は市町村国保と後期高齢者医療広域連合へ集中的に投入され、他制度からの移転収入<sup>(36)</sup>も大きい。被用者健康保険と比べての国庫負担の大きさは制度設計当初からのことであるが、高齢化と産業構造・社会構造の大きな変化、さらに医療技術の進歩による医療費の増大によって、保険原理を貫徹しての運営が難しい医療財政の矛盾が市町村国保に集中して現れる結果となっている。

つまり、市町村国保と高齢者医療の財政運営において先鋭的に現れていることは、社会保険原理か普遍化か、また公的助成の必要性はどうか、さらには利用者負担の水準はどうかという社会保障の各個別制度において考察すべき国民の選択課題の典型例である。他の国の公的医療では同じような問題はないのだろうか。次章において、各国の医療財政における社会保険と租税の役割を巡る動きや考え方をみる。ピスマルク型諸国からドイツとフランスを、ベバリッジ型諸国からイギリスとスウェーデンをとりあげる。

<sup>(36)</sup> 表5は平成17（2005）年度決算ベースなので、後期高齢者医療制度の財源構成は見るができない。参考までに財源構成の制度設計を説明する。公費負担が5割（国：県：市町村がこれを4：1：1で負担）、国民健康保険と被用者保険からの支援（表5の他制度からの移転収入に相当）が4割、保険料が1割という制度設計である。予算ベースでみれば、国は公費負担（表7の④）の他に、各保険の後期高齢者医療費支援金に対して補助金（表7の③）も出す。

### Ⅲ 各国の医療財政にみる社会保険と租税の役割

#### 1 社会保険方式と競争の導入：ドイツ

わが国と同様、社会保険方式で公的医療制度を運営しているドイツは、社会保険制度の母国として知られる。ドイツの医療保険制度は「疾病金庫」と呼ばれる公法人が保険者であり、それぞれが自主的に運営されてきた。疾病金庫の種類は、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、農業疾病金庫、労働者代替金庫、職員代替金庫等に分類できる（2008年1月現在総数219<sup>(37)</sup>）。保険料率は、雇用主と被用者の当事者自治に基づいて各疾病金庫が決め、診療報酬についても支払側である疾病金庫と供給者である診療側との交渉と契約に委ねられてきた。

ドイツの場合、公的医療保険が基本的にすべての住民に適用される「国民皆保険」ではない。一定以上の所得の被用者や自営業者らは、公的医療保険への加入義務を免除され、民間医療保険を選択することが可能である。2005年1月の調査<sup>(38)</sup>によれば、公的医療保険の適用人口は約90%で、民間保険に加入している人口は約10%である。高額所得者の加入義務免除のため、再分配効果が弱まる。

財源面では、医療保険に対する公費による補助は、農業疾病金庫を除いて、原則として従来は行われておらず、保険料収入によって賄うことが基本であった。国民健康保険に対する国庫負担が大きい日本とは大いに異なる。

経済の低成長化、人口構造の高齢化や疾病構造の変化、医療技術の進歩等と共に、ドイツは繰り返し医療制度の改革に取り組んできた。1970年代の低成長時代の到来と共に、国民所得の伸びをはるかに上回る医療費の膨張が始まり、医療費抑制策が1977年以降繰り返し講じられた。これらは被保険者の自己負担の引き上げや給付範囲の縮減という需要面での対応であり、ほとんど費用抑制効果がみられず<sup>(39)</sup>、被保険者の自己負担が増加する一方であった。保険料率上昇の原因は、給付の拡充や医療技術の進歩のほか、財源の無駄使いにつながる過剰給付、過剰供給能力、非経済性の存在が挙げられていた<sup>(40)</sup>。他方、ドイツは欧州諸国の中で医療費支出が非常に大きいにも拘らず、医療の効果という観点では、必ずしも上位に位置しない。税方式をとるイギリスの研究では、社会保険方式の短所の1つに保険料引き上げが容易である点を挙げているが、当事者自治原則の結果、ガバナンスが弱い<sup>(41)</sup>という一面が確かに存在する。

このような背景のもとで、1989年施行の医療保障改革法以降、ドイツはさらなる医療制度改革に取り組んでいる。改革の力点の1つは、連帯原則を基礎としつつ、競争原理を取り入れることであり、1996年以降、被保険者は加入する疾病金庫を自由に選択できるようになり、年齢・性別等によるリスク構造調整<sup>(42)</sup>が導入された。疾病金庫間の財政調整である。疾病金庫間の競争により、医療供給の質と経済性の向上、保険料率の引き上げ抑制を図ったものであ

(37) “Entwicklung der Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen nach Kassenarten,” Bundesministerium für Arbeit und Soziales, *Übersicht über das Sozialrecht*, Nürnberg: BW Bildung und Wissen Verlag, 2008, S.259.

(38) 医療経済研究機構『ドイツ医療関連データ集 2007年版』2008, p.91.

(39) 2005年時点の国内総生産に占める医療費の割合は10.7%で、OECD30か国の中ではアメリカ、スイス、フランスに次いで第4位で、医療費支出が大きい。日本は8%で21位である。

(40) 松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅰ医療保険』信山社, 2003, p.32.

(41) 豊島氏の取材に答えてドイツ連邦保健省医療保険・医療・介護保険局長は「疾病金庫が、我々が望むような形で、財政に対する、責任のある行動をしてくれないという体験をした。我々の視点からすると、疾病金庫はこれまで、あまりに簡単に保険料率を引上げてきた。」と述べている。豊島康二「ドイツ：医療保険競争強化法導入を現地取材」『週刊社会保障』2487号, 2008.6.30, p.38.

る。競争の促進だけでなく、家庭医の機能強化、診療報酬制度の改善、患者の権利強化、病院と保険医の連携強化など医療の質を高める多様な取り組みがなされてきた<sup>(43)</sup>。

社会保険方式を巡る近年の重要な動きは、2007年に成立した医療保険競争強化法に基づく改革である。財政面での改革に限定して、概略を紹介する<sup>(44)</sup>。

2009年1月から保険料については、連邦政府が統一保険料率の形で全国一律のものを定めることになっている。この項の冒頭で保険料率の決定は当事者自治に委ねられてきたと記したが、大きな転換である。疾病金庫側の抵抗は非常に強かったという<sup>(45)</sup>。

また、財政運営の透明性を向上させるために、連邦保険庁が運営する医療基金が創設される。医療基金は保険料収入と連邦補助金を財源として、各疾病金庫に対して、加入者人頭割の「基礎定額交付金」と、年齢・性別・疾病などのリスクを調整する「年齢・性別・リスク調整加算金」を交付する。基礎定額交付金によって、被保険者の収入や被扶養者の人数による格差が調整される。黒字の疾病金庫は保険料の被保険者への還付も可能になり、他方、赤字の疾病金庫は定率又は定額の付加保険料を被保険者から徴収して不足分を補わねばならない。各疾病金庫の財政運営の良し悪しが被保険者にとって明白となる。疾病金庫間の競争の一層の強化が狙いである。ただ、疾病金庫のなかで最も加入者数が多い地区疾病金庫は、高齢者、慢性疾

患患者、低所得者が多いため、リスク構造調整による分配がうまく機能して、有病者の治療に対するコストを賄えるだけの資金が流れてくるかという危惧が強く、付加保険料を徴収する必要があるれば、地区疾病金庫にとって不利であるとの危機感が強いとのことである<sup>(46)</sup>。

2004年改革では母性保護に係る給付、出産手当金、分娩手当金等はリスク分散という保険原理に基づく給付がなじまない（「保険になじまない給付」として、公的医療に租税収入が投入された。2007年改革により、その範囲が拡大され、児童の医療費についても租税が投入されることになっている。ただし、財源については2009年までに検討することになっている。

2005年に成立した大連立政権のもとで実現した2007年改革により財政面で政府の介入が大きくなり、当事者自治に制約が加えられた結果、当事者自治を大きな特徴としてきたドイツの医療保険制度に大きな変革がもたらされる。ただし、ドイツの医療政策の専門家は、ドイツは効率化のために競争原理を導入したが、予期した効果は挙げておらず、医療が市場の論理になじみにくいことを示したと述べ、しかし「いったん市場原理の扉を開けたドイツは、競争を強化する以外に対応策が見い出せない。」と指摘している<sup>(47)</sup>。

ところで、「基礎定額交付金」の導入に対しては、キリスト教民主同盟・社会同盟（CDU/CSU）は、2005年の連邦議会選挙の際に自らが

(42) 各疾病金庫の運営努力ではカバーできない加入者固有のリスクに基づく財政力の格差を是正するために、財政に影響を及ぼす要因のうち、被保険者の性別構成、年齢構成、家族被保険者数、障害年金の受給者数、傷病手当金の請求権の有無、被保険者の収入という要因による格差に対する調整が導入された。

(43) 松本勝明「シュレーダー政権下での医療保険改革の評価と今後の展望」『海外社会保障研究』155号、2006 Summer, pp.4-8参照。

(44) 田中謙一「ドイツの2007年医療改革(1)~(4)」『週刊社会保障』2436号、2007.6.18~2439号、2007.7.9；齋藤純子「ドイツ抜本的な医療保険制度改革」『外国の立法』2007.5（事務用資料）参照。

(45) 疾病金庫の財務の専門家の代表者と連邦保険庁の代表者で構成されるワーキンググループで統一保険料率の検討を行い、政府に提案する。政府はその提案に基づいて保険料率を決める。豊島 前掲注(41), p.39による。

(46) 豊島 同上, p.40. 地区疾病金庫連邦連合会ベルリン事務所長への取材における発言。

(47) 豊島 同上, p.43. 土田武史早稲田大学商学部教授の談話を紹介。

公約に掲げた「人头定額保険料」に発展する可能性を期待している。人头定額保険料は、被保険者だけでなく、被扶養者も含むすべての成人保険加入者から医療費に見合う保険料を徴収し、被保険者の収入の多寡を問わない定額の保険料とする考え方である。保険料はすべての被保険者が同一で、被用者の場合はそれを労使で折半する。CDU/CSUの案は、雇用主の賃金コストの軽減を狙ったものであり、賃金・給与と保険料の関係を切り離そうという考え方である。成人に達しない児童は、人头保険料負担を免除し、免除費用は税財源によるとしていた。

他方、社会民主党（SPD）は、公的医療保険も民間医療保険も取り込んだ「国民保険」の導入を公約に掲げていた。勤務先の官民を問わず、収入の多寡を問わず、すべての者を国民保険へ加入させ、負担能力に応じて保険料を納付する。これにより財政基盤を強化する。保険料の徴収対象は当面は勤労所得から始め、将来的には資産性所得も対象としようとする考え方であった。医療基金の創設は国民保険の萌芽を取り込んだものとの見方もある。

2007年改革の財政面での骨格はCDU/CSUの考え方とSPDの考え方を巧みに盛り込んだものともいえる。しかし、公的医療保険の将来像という観点では、両者の主張の根本にあるものは、両極にある。再分配機能についてはCDU/CSUは弱め、SPDは強化しようとし、財源面ではCDU/CSUは租税財源を増やそうとし、SPDは保険収入による財政基盤を強化しようとする主張である。制度改革の難しさを象徴しているが、両者共に社会保険方式を前提とした案である<sup>(48)</sup>。

## 2 社会保障財源の「租税代替化」：フランス

次に、ドイツと同様、社会保険方式を採っているフランスをみる。フランスの大きな特徴は、社会保障は労使双方の協力によるもの認識のもと、国家とは一線を画する社会保障の構築を目指した<sup>(49)</sup>という点にある。財政的には、被用者と雇用主からなる当事者による自治を守り、必要な財源は労使の保険料によって賄い、国の財政援助は求めないという考え方である。医療保険制度の場合も、当事者自治の原則を反映し、財源的には社会保険料の比率が高く、国庫には頼らないという特色を有していた。

しかし社会保障財政の規模が増大し、赤字が続く中で、1990年代に転換点を迎える。国内的には失業問題の長期化と経済停滞という問題を抱え、ドイツと並ぶEUの大国として、通貨統合への参加基準を達成するために、社会保障財政も含めた財政赤字削減が至上命題となった。

改革の大きな転機となったのが、1995年に発表されたジュベプラン<sup>(50)</sup>である。社会保障財政の中で特に大きな問題となっていたのは医療費の膨張であったが、社会保障政策の目標、租税によりファイナンスされる収入、支出の伸び率などを決定する内容をもつ社会保障財政法が1996年より策定されることになり、医療費をはじめとする社会保障に対する議会の統制が導入された。それまで伝統的に重視されてきた社会保障における労使の当事者による自律的な運営に対して、議会による制度管理・費用統制の仕組みが導入されたのである<sup>(51)</sup>。

並行して進められたのが社会保障財源の「租税代替化」<sup>(52)</sup>である。保険料引き上げを回避し

(48) CDU/CSUの人头定額保険料は、個人単位への移行であり、人头税的ではあるが、高所得者等の公的保険の加入免除は引き続き認められたものであること、保険料支払が給付の要件であることから、保険方式の枠から外れるものではない。

(49) 加藤智章「フランス社会保障制度を考える視点」『海外社会保障研究』161号, 2007 Winter, p.5.

(50) 社会保障財政の赤字削減の必要性を背景に、1995年11月にジュベ首相の主導により開始された一連の社会保障制度改革を指す。伊奈川秀和『フランスに学ぶ社会保障改革』中央法規出版, 2000年が詳しい。

(51) 笠木映里「医療制度—近年の動向・現状・課題」『海外社会保障研究』161号, 2007 Winter, pp.15-20.

又は保険料を引き下げのために、新税の導入、増税を行った。租税代替化に明確に踏み出すことになった一般社会税 (contribution sociale généralisée: CSG) の導入と引き上げの経緯を以下に概観する。

CSGは社会保障目的税であり、1991年に社会保障財政の家族手当部門を補うために導入された。導入時の税率は1.1%である。勤労所得が徴収対象である社会保険料よりも広い範囲の所得が課税対象となる。1993年には老齢年金部門の財源として、1997年には医療保険部門の財源として、順次税率が引き上げられ、2008年現在、勤労所得の税率が7.5%、年金所得が6.6%、失業給付が6.2%、資産所得が8.2%、賭博益が9.5%である。租税代替化が顕著にみられるのは1998年である。医療部門分のCSG税率の1.0%から5.1%への引き上げと医療の社会保険料被用者負担分の5.5%から0.75%への引き下げを組み合わせた改正である。表3の社会保護費の財源内訳において、1997年(この年のCSG全体の税率はすでに3.4%)と2005年を比較すると、被保護者の社会保険料比率が5.5ポイント下がり、目的税比率が8ポイント増えているが、CSGによる租税代替化の結果である。

これは被用者負担分の軽減ではあるが、社会保険料引き下げは国際競争力の観点で労働コストの軽減になる。また資産性所得等が徴収ベースの対象とならないことに対する不公平感を緩和し、さらに徴収ベースを拡大するので担税力が強化される。しかし、より重要な意義は、職域保険原理の外にある者が普遍的に受給する社会保障給付の拡大への対応という側面である。

一例は、家族手当の普遍化である。もともと家族手当は雇用主が子供の養育負担を負う賃金労働者に対して、通常の賃金に付加して支払う企業慣行に始まったものであったが、社会保障

の一部門としての勤労者に対する家族給付に発展した。これが1978年には職業活動という給付要件をなくし、普遍的な給付になった。ただし、その後も財源は雇用主負担の保険料に依存していたものを、1991年にCSGを導入し、保険料引き下げの代替とした。

さらに、CSGが医療保険料の代替となったのが1998年の税率引き上げである。フランスの医療保険は職域別に構成されているため、制度に加入できない低所得者の存在という問題があった。1998年に創設された普遍的医療給付(couverture maladie universelle: CMU)は、国内に居住していることを要件に、他のいかなる資格でも医療保険に加入できない低所得者に、保険料の支払いを要件とせず、商工業被用者を対象とする一般制度に加入させ、医療給付を受給できるようにした。また、2001年、特に心身に障害を受けた高齢者を対象とした要介護手当(allocation personnalisée d'autonomie: APA)が創設され、この財源のためにCSGの税率が引き上げられた。

これら家族手当の普遍化、低所得者の医療アクセスの確保、自立性を喪失した高齢者への所得保障といった課題を解決するために、職域保険原理から一歩足を踏み出し、賃金、資産所得、老齢年金、失業給付など、より広い所得が課税対象となるCSGという国民連帯の理念を体现する性格の租税に財源を求めたものである。

社会保険方式をとっているドイツとフランスは、共に近年、医療財政における租税の役割を拡大した。ただ、「保険になじまない給付」、あるいは国民連帯の理念にたつべき普遍的な給付のための財源という形で租税の役割を明確化・限定した上での拡大であった。

次に、租税を大部分の財源とし、政府が直接

52 「租税代替化」は以下の資料を参照。加藤 前掲論文, pp.8-12; 笠木 前掲論文, pp.20-23; 小澤義信「フランスにおける社会保障財源の租税代替化に関する一考察」『中央大学大学院研究年報』35号, 2005, pp.1-12; 栗原毅「第5章 租税化する社会保障財政」『ユーロ時代のフランス経済』清文社, 2005, pp.345-354.

すべての住民に対して医療サービスを提供する税方式の代表としてイギリスとスウェーデンをとりあげる。

### 3 国税を主要財源とする税方式：イギリス

イギリスの医療制度は、国民保健サービス(National Health Service: NHS)と呼ばれる。NHSは、1946年国民保健サービス法に基づき、1948年に設立された。原則として租税を財源として、全国民に対して無料で包括的な医療サービスを国が提供する。NHSは理想的な医療モデルとして各国の注目をあびてきた。しかし、原則として租税を財源とするということは、サービスの供給が予算の制約を受けることを意味する。NHSは財源不足もあって、受診待機期間の長さ、病院施設・設備の劣化、医師や看護師の不足などの欠陥が指摘され、歴代政権は改革の必要性に迫られていた。1990年に成立した保守党メジャー政権では、医療サービス提供者の多様化など医療サービスへの競争原理導入を狙った改革を行ったが、失敗に終わった。

労働党ブレア政権は、1997年の政権発足当初から予算配分を重点的に行う分野として、教育と並んでNHSを掲げていた。2000年1月には、ブレア首相がイギリスの医療費支出の対GDP比をEU諸国平均にまで引き上げるという目標を明らかにし、NHSの予算増額に向けて、政府の取り組みを本格化させた<sup>(53)</sup>。

政府は、2000年3月の予算演説において今後5年間でNHSへの予算を約200億ポンド(約3.3兆円)、実質ベースで年平均6.1%増額することを表明した。この予算の増額表明を受けて、同年7月保健省はNHSの改革プランを発表し、

今後10年間に達成すべき改革プランとして、国民が望むサービスとサービスを達成するために必要な資源を明らかにした。これを受けてブラウン蔵相(当時)は2001年3月、専門家委員会を財務省に設置し、今後20年間という長期スパンで、国民が求める高度な医療サービスの提供を果たす上で、影響を及ぼす技術、人口動態、医療技術の動向を研究させ、NHSが必要とする長期的な資源の分析を行わせた。専門委員会の委員長の名前をとって「ワンレス・レポート」と略称される。

保健省の改革プランは、その冒頭に、以下のような、保健医療サービスの現代化・再建を開始するに際しての政府とNHSの両者にとって共通の基盤となるNHSの10大原則を掲げた<sup>(54)</sup>。

- ① 支払能力ではなく、療養の必要性に基づき、すべての人に普遍的なサービスを提供する。
- ② 広範囲な包括的なサービスを提供する。
- ③ 個々の患者のニーズと選好に沿ってサービスを決めていく。
- ④ 様々な住民の様々なニーズに対応する。
- ⑤ 継続して質の改善と過失の最小化に努める。
- ⑥ 職員を支援し、尊重する。
- ⑦ ヘルスケアのための公的資金は、患者のため以外には使用しない。
- ⑧ 患者のために切れ目のないサービスを提供するために、外部と協力する。
- ⑨ 国民の健康維持に貢献し、健康上の不公平を減らすことに努める。
- ⑩ 個々の患者の秘密を守り、サービス・治療・業績に関する情報を公開する。

<sup>53</sup> ブレア首相は2000年1月16日にBBCのインタビュー番組で発言をした後、1月19日に議会で改めて表明した。当時、1998年ベースの対GDP比でイギリスは医療の公的支出が5.7%、民間支出が1.1%の合計6.8%であり、合計10.3%のドイツ、9.3%のフランスを大きく下回っていた。EU15の単純加算平均が7.9%、GDPによる加重平均が8.5%であった。Carl Emmerson, "How much would it cost to increase UK health spending to the European Union average?," *Institute for Fiscal Studies Briefing Note*, No.21, Jan. 2002, pp.1-3.   
 〈<http://www.ifs.org.uk/bns/bn21.pdf>〉

<sup>54</sup> Department of Health, *The NHS Plan; a Plan for Investment, a Plan for Reform* (Cm4818-1), London, The Stationary Office, July 2000, pp.3-5.

さらに財源調達方法として、保健省の改革プランもワンレス・レポートも、社会保険方式を採るフランスやドイツに言及しつつ、租税方式、社会保険方式<sup>(55)</sup>、患者負担<sup>(56)</sup>、民間保険方式の比較を行い（表8）、現行の租税中心方式がイギリスにとって最善の選択であると結論づけている。財源調達方法についての分析が最も詳しいワンレス・レポートの中間報告によれば、税方式が最も優れているとする結論は次のとおりである<sup>(57)</sup>。

- 医療費の統制と政策の優先順位付けが可能であり、また、経済活動に与えるマイナスの影響が小さいという点で租税方式が最も有効である。
- 個人の負担とヘルスケアサービスの受益の関係が断ち切られている。負担能力と関係なく医療サービスを普遍的に提供するというNHSの最も核となる目標に適合する。
- 一般的に、医療財源に占める公的財源の比率が高ければ高いほど、医療面での成果は高くなる。
- 医療として必要なサービス・治療に対して原則的に患者負担がなく、例外的に負担を求めるサービスについては広範な免除を設ける現行のNHSの方式は、公平であり、人々の受診を妨げない。
- 現行方式以外の方式によって、質量共に同じ水準の医療を、経済全体としてより低いコストで提供することはできない。また、現行の財源バランス以外の財源バランスでより公

平になるとも考えられない。

- 今後20年間にわたって、特に患者の医療サービスに対する要望はより高度化すると考えられるが、医療的ニーズとは何かの判断は難しいし、公的財源に基づいて提供すべきサービス範囲はどこまでかの判断も難しくなるだろう。それは時の政府が判断すべきことであろう。また個々の患者の選択に応えるために非医療的サービスの選択肢を増やすという観点では患者負担を増やすことも一つの選択肢である。長期的な将来に向けての必要な資源推計を踏まえて、より広い経済財政的な戦略のもとで、時の政府が判断すべきだろう。
- 財源問題の結論としては、租税方式による現行の仕組みがマクロ経済的には最も公平で効率的である。基本的に現行と同じ仕組みを継続したからといって、それ自体が長期的な将来に向けての追加的な財源圧力の原因となるものではない。

このように結論づけている背景には、租税を財源として国が提供する医療サービスを、患者が基本的に無料で受けられるNHS方式に対する国民の広範な支持がある。

ワンレス・レポートは、具体的な増収案は盛り込んでいないが、2022年までにわたり必要となる資源（予算）推計を行っている。財源は示さないものの、国民の期待に応えるためには、現行の租税中心方式を維持しつつ、より長期的な資源投入が必要となるという点について国民

<sup>(55)</sup> イギリスには社会保険料として、国民保険料がある。年金保険料、雇用保険料、医療保険料が一体となった保険料である。ただし、国民保険料の拠出は、保健医療サービスを受ける際の要件にはならない。この点では国民保険料のうちの医療保険部分は、社会保険料というよりも医療目的税的な色彩が強い。NHSの財源比率としては10%から15%程度である。

<sup>(56)</sup> NHS財源のうち2%と比率としては小さいものの、患者自己負担がある。薬剤費と歯科・眼科サービスの一部が自己負担である。ただし、児童や高齢者、低所得者を対象とした広範な免除制度がある。

<sup>(57)</sup> Derek Wanless, *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View, An Interim Report*, 2001 Nov., pp.57-58. 2001年11月に中間報告が発表され、関係者への意見聴取・協議を踏まえて、翌年最終報告が出された。Derek Wanless, *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View, Final Report*, 2002 April.  
<[http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations\\_and\\_legislation/wanless/consult\\_wanless\\_interimrep.cfm](http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless_interimrep.cfm)>;  
<[http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations\\_and\\_legislation/wanless/consult\\_wanless\\_final.cfm](http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm)>

表8 ワンレス・レポートによる租税方式と公的社会保険方式の特徴

	租税方式の特徴	公的社会保険方式の特徴
支出の統制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マクロ経済的には政府が経費の統制や政策の優先順位付けができるという点で最も効率的。</li> <li>・ただし、イギリスでは歳出を抑制し過ぎて、他国と比べて医療サービスが過少投資になったとの意見も強い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険料の引き上げが難しくないため、保険者が医療提供者への支払いを制御する努力が弱くなる傾向があり、非効率的。</li> <li>・赤字の独仏は改革に取り組んでいる。独：競争の導入、保険料の引き上げの制限。仏：議会への社会保障財政の統制権限の付与、租税代替化。</li> </ul>
経済への影響	財源の徴収ベースが広く、経済の個別セクターにマイナスの影響を与えない。	納税義務者より狭い被用者と雇用主が保険料を負担し、徴収ベースが勤労所得に限られており、狭い。経済に歪みを与え、経済活動を妨げる。
費用	徴収コストが低い。	保険者の数が非常に多い国の場合、運営コストが高くなる。
不況と収入	<ul style="list-style-type: none"> <li>・税金が経済・財政状況に左右されるため、不況の時には歳出削減圧力がかかる。</li> <li>・不況の時でも患者負担や民間保険が払えなくなる個人を援助することが可能。</li> </ul>	不況の時には社会保険料収入は減少する。
支払能力と公平性	個人の支払能力と関係なく、普遍的にサービスを提供する。したがって個人の負担額と医療サービスの利用との関係を最も明確に断ち切る。財源調達方法として公平。	個人の支払能力と関係なく、医療サービスを受けられる点では、租税方式に近い。ただし、支払能力がどの程度、保険料と連動するかは、制度設計による。
患者の選択の自由	全体としての資源・予算が時の政府の総合判断によって、限度が定められているため、個々の患者の選択の余地は限られている。純医療的な部分については、政府は適切に判断できるが、非医療的な付加的なサービスに係る患者の高度な要求については、公的財源での支弁は適切でない。	高額所得者に対する公的社会保険への加入義務を免除している国や、公的医療保険加入の選択を自由化している国もあるが、総じて保険料や便益についての個々人の選択の自由は少ない。

(出典) Derek Wanless, *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View, An Interim Report*. 2001 Nov. pp.50-58を基に、筆者作成。

の合意を得ることを狙ったものである。

2001年11月の中間報告発表後、2002年4月の最終報告発表を控えて、ブレア首相は2002年3月の予算演説において、NHSの改善改革に伴う歳出増を賄う財源として、2003年度から雇用者、被用者分共に国民保険料<sup>(58)</sup>を1%引き上げ、北海油田への追加的な課徴金等の増収策を発表した。国民保険料の引き上げは、増税をしないという選挙公約を破るものであったが、新聞各紙の世論調査では引き上げ支持が7割以上を占めたという<sup>(59)</sup>。

中央政府の租税が中心財源であり、イギリスの場合、予算配分の重点化における内閣の主導

権が強化されていること<sup>(60)</sup>もあって、NHSの予算拡大はこれまでの所、順調に進んでいる。しかし、医療制度の供給面での改革はまだまだ途上にある。より大きな財源が必要となる時期に国民がそれまでの改革を評価し、追加的財源を認めることに賛意を表するかについては予断を許さない。

#### 4 地方税を主要財源とする税方式：スウェーデン

スウェーデンでは、租税を主要な財源として、現物給付としての保健医療サービスを地方自治体のランスティングとコミュニオンが提供す

<sup>(58)</sup> 前掲注<sup>(55)</sup>参照。

<sup>(59)</sup> 近藤克則ほか「ブレア政権の医療制度改革—イギリス滞在者に聞く」『社会保険旬報』2355号, 2008.6.21, p.20.

<sup>(60)</sup> 片山信子「英国ブレア政権の財政政策と予算制度改革」『レファレンス』615号, 2002.4, pp.25-26で内閣主導の予算配分について解説している。

る<sup>(61)</sup>。ランスティングはわが国の県に相当し(全国で20<sup>(62)</sup>)、コミューンはわが国の市に相当する基礎的自治体(全国で290)である。医療の供給面と財源面での、国からランスティングやさらにコミューンへの権限委譲は一貫して続けられている。医療の権限、財源と提供体制の地方分権はスウェーデンの保健医療サービスの大きな特徴である。

しかし、1990年代の経済危機の中で、医療提供体制の非効率性が問題となり、医療提供制度の大きな改革<sup>(63)</sup>が実施された。その中で特に注目される動きは、エーデル改革と呼ばれる高齢者ケア改革である。従来、医療はランスティングが、福祉はコミューンが所管していたが、特に高齢者については病院と老人ホームの連携がないため、社会的入院などの非効率が生じ、高齢者医療費が上昇するという問題があった。わが国と似た状況である。そこで、高齢者医療の一部である長期ケアをコミューンに委譲することにより、高齢者の初期医療と福祉がコミューンへ統合され、ランスティングは急性期医療に特化することになった<sup>(64)</sup>。

エーデル改革によって、長期ケアについての一元的な提供体制が実現し、看護師が医療と福祉の連携の中心になり、医療の効率性を高めるという形で一定の成果を得た。他方、経済危機

の中で行われた改革ということもあって、医療従事者数が減り、施設介護から在宅介護への移行が進み、訪問サービスの重要性が増したが、①在宅医療への医師の関与が弱い、②早期退院後の在宅でのリハビリテーションの提供が不十分である、等の課題も生じた。スウェーデン政府は改善に向けてのアクションプログラムを法律で定めており、高齢者ケアは、まだまだ改革の途上にある。

そこで、地方自治体が医療を担う保健医療サービスの財源をみるために、まずランスティングとコミューンの支出・収入の全体像をみる。

ランスティングは教育や文化行政も行っているが、コミューンと比べて業務範囲は狭く、行政に占める医療の比重が圧倒的に大きい。このことは歳出面にも反映される。2006年の歳出(ランスティング全体で2080億クローネ<sup>(65)</sup>)の88%(歯科治療の4%を含む)が医療関係で、教育文化が2%、運輸・インフラ整備が5%、その他が4%である<sup>(66)</sup>。財源(全体で2120億クローネ)の74%は税収、6%が一般補助金、13%が特定目的補助金(うち10%は調剤給付の補助金)、3%が利用料等、5%がその他収入である。

また、コミューンは、2006年の歳出(コミューン全体で4310億クローネ)の19%が高齢者ケア、10%が障害者ケアであり、これらの中に長期医

(61) 社会保険制度上の疾病保険(傷病手当)は、保健医療サービスを受ける際に低額の一部自己負担ですむようにする現物給付と疾病(休業)手当や看護手当のような疾病時の所得を保障する現金給付である。疾病保険の財源は主として保険料であり、中央政府が運営している。現物給付としての保健医療サービスとは体系が異なる。

(62) 他に医療の圏域としてランスティングと同等に扱われるゴットランド地方がある。ゴットランド地方は島という性格上、レーン(国の地方支分局)がランスティングの役割も兼ねており、ランスティングという広域連合的な自治体組織は置かれていない形になっている。スウェーデンの文献ではランスティングは20としている。

(63) 西村万里子「第10章 医療保障改革における地方分権と市場原理の活用」丸尾直美・塩野谷祐一編『スウェーデン』(先進諸国の社会保障⑤) 東京大学出版会, 1999, pp.234-247参照。第1の改革はランスティングが経営主体である病院の運営について、医療の財政面と供給面の機能を分離し、競争原理を導入したことである。第2は家庭医制度の改革、第3は自由開業医制度、第4は3ヶ月を超えて患者を待たせないことを狙いとした待機上限保証制度、第5が高齢者ケア改革である。

(64) エーデル改革の成果とその後の政府の改革プランは、伊澤知法「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携－エーデル改革による変遷と現在」『海外社会保障研究』156号, 2006 Autumn, pp.32-44を参照。

(65) 1クローネは約15.76円で約3.3兆円に相当する。GDP比でスウェーデンは日本の約18分の1である。

(66) 以下の地方財政関係のデータはSwedish Association of Local Authorities and Regions, *The Economy Report: On Swedish Municipal and County Council Finances*, November 2007による。

(<http://kikaren.skl.se/artikeldokument.asp?C=6397&A=48764&FileID=195331&NAME=Economy+report.pdf>)

療ケアが含まれる。コミューンの場合は学校教育と学齢前・学齢児童保育などの教育関係が42%を占める。コミューンの財源（全体で4430億クローネ）の68%は税収、11%が一般補助金、5%が特定補助金、7%が利用料等、売上げ収入が1%、賃料が3%、その他収入が5%である。

ランスティング支出の9割が保健医療、コミューン支出の3割が高齢者・障害者ケアである。またランスティングもコミューンも税収比率が高い。つまりスウェーデンの医療財源の大きな部分は、地方税収で賄われている。地方税の税目は所得税だけであり、ランスティングとコミューンは、おのおの同じ課税ベースの所得税を住民に課税し、税率は個々の自治体が定める。スウェーデンの地方自治体は課税自主権が強い。

この大枠を踏まえて、保健医療サービスの財源に絞って言えば、所得税収の比重が大きく、これに国庫補助と患者の一部自己負担が加わる<sup>(67)</sup>。なお、ランスティングの収入の6%、コミューンの収入の11%にあたる国からの一般補助金は、地方自治体間の財政力の平準化を図るための平衡交付金である。

スウェーデンは地方税を主たる財源として自治体が直接提供し、社会保険方式であるわが国の医療とは、制度としては異なる。ただ、先に見たようにわが国の場合、国の一般会計予算の医療部門の非常に大きな部分が市町村国保の運営主体である市町村と後期高齢者医療広域連合に交付される。財政的には地方自治体が医療を提供しているスウェーデンと共通性があるとも言える。また医療と介護の連携、在宅介護にお

ける医療の提供も共通した課題である。

ところが財源の見え方・見せ方に大きな違いがある。わが国では地方自治体が運営する医療保険への国庫補助の投入や他の医療保険からの支援金の入り方が、一般国民には非常にわかりづらい。その結果、市町村国保や高齢者医療が抱える財政の問題、税で国民一般が支えている部分が国民に共有されない。それに対してスウェーデンでは、例えば国の統計局の最も基本的な統計年報<sup>(68)</sup>にも、財政統計のひとつとして、全290のコミューンについて、コミューンの所得税率とランスティング分を含めた所得税率を一覧にして掲載している。地方自治体の住民は、単一税目の税率決定を通じて、医療や教育サービスの提供水準を決定している。つまり、スウェーデンの地方税方式は、医療サービスの水準と負担の関係を住民が理解し、共有できる構造となっている。ただ、単一税目であるとはいえ、各自治体共に所得税率が高く、増税による歳入増は困難な状況になりつつあるとされる<sup>(69)</sup>。

以上、税方式をとるイギリスとスウェーデンの2か国をみてきたが、財源的にみれば、保険者が多数分散する社会保険方式よりもコスト面での効率性があることは事実である。しかし、税財源によって政府がサービスを提供することは、予算・資源の制約がともなうということである。医療技術の高度化と高齢化の進展によって医療コストが高騰する時代にあっては、政府が、予算により、高度化するニーズに応え続けることは非常に難しい。追加的な財源で必要なコストにどこまで応えることに国民の

(67) スウェーデンの医療専門家は総医療費に占める患者負担は約3%であり、医療財源についてはランスティングは7割以上が税収であり、コミューンの高齢者と障害者ケアは主に税収に依存し、さらに国の補助金が約2割をカバーしているという数字を挙げている。Roger Molin and Lars Johanson, *Swedish Health Care in an International Context; a comparison of care needs, costs, and outcomes*, Swedish Association of Local Authorities and Regions, June 2005, p.31. ([http://brs.skl.se/brsbibl/kata\\_documents/doc36758\\_1.pdf](http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc36758_1.pdf))

(68) Statistiska centralbyran, *Statistisk årsbok för Sverige 2007*, Sveriges officiella statistik, 2007, pp.451-456.

(69) Swedish Association of Local Authorities and Regions, *op.cit.*(66), pp.10, 13. 2008年の税率の平均値はランスティングが10.73%、コミューンが20.72%。

合意が得られるかが問題である。

おわりに：負担を議論する出発点として

社会保障の給付と財源構造、さらに社会保障財源としての社会保険料と租税の役割に対する考え方を国際比較で見てきた。「給付」の原資である「財源」の出発点にあるのは、「負担」である。少子高齢化の進展の中でひとりあたりの負担が重くなることは必至である以上、負担の議論は非常に難しい。負担のあり方を考える際には、租税負担率と保険料負担率から構成される国民負担率が引き合いに出される。国民負担率の値は、負担を上げるべき論拠にも、抑えるべき論拠にも使われる。ただ、注意すべきは国民負担率が主たる指標になると、税と保険料を峻別する意識が弱くなりがちになる点である。税も社会保険料も強制徴収という点では区別する理由が見いだせないという主張もある。本来、税と保険料の動機付け、給付と負担の対応性の違い、政策上の位置づけ、両者の活用の視点が大切である<sup>(70)</sup>。それにもかかわらず、わが国では、両者の違いへの認識が弱く、保険原理への理解が弱くなるのはなぜだろうか。

文芸美術国民健康保険組合に所属してきた作家黒井千次氏が、後期高齢者医療制度への自らの移行に対して、人間ドックへの助成が半額程度に減ったことに触れつつ、感慨を綴っている。「この美しい制度をもつ組合に守られ、支えられつつ文芸・美術家の一員として仕事を続けることは、年齢75歳にして不可能となった。」「一種の心の家を破壊されるのにも似た事態のように思われてならない。」<sup>(71)</sup>という。「美しい制度」というのは、組合発足時の理事長丹羽文雄氏の「健康体の組合員の拠出する月々の

保険料が、他の組合員の医療の半額を負担することになり、自分の場合も又同じだと言う制度自体は美しい。」との言葉を引いたものである。ドイツやフランスの社会保険を巡る議論における、職域連帯と当事者自治の原理に共通するものを黒井氏は「心の家」と呼んでいる。

わが国では社会保険を自ら選択<sup>(72)</sup>し、リスクに備えあうことの意義は、大きな組織に属しない、生活上のリスクが大きい者でないと実感しづらいのか。また、市町村国保や国が保険者である政管健保の存在が、社会保険の意義をわかりにくくさせるのだろうか。さらに、市町村国保は財政状況が厳しいため、ドイツやフランスの医療保険には見られない規模の助成を国が行っている。後期高齢者医療制度についても、公費負担も、他の保険からの支援金も大きい。このように社会保険原理と公費（租税）による社会扶助原理が混合的に用いられているために、両原理の差がわかりにくく、他方、公費負担や保険間財政調整への認識が被保険者を含めた国民一般に共有されていないのだろう。

しかし、社会保険のもつ相互扶助の理念が比較的受容されている例としては、介護保険制度がある。介護が自身のものであれ、親の介護であれ、いつ自分の身に起きるかもしれないリスクとして不安を抱く国民は少なくなく、備えを社会保険化する意義が共有されやすいのであろう。公費負担の投入方法も、基本的には税財源と保険料収入を1対1とする構造で、医療保険への国費投入よりもはるかにわかりやすい。

介護保険だけでなく、社会保障の他の各制度そして制度全体において、社会保険と租税の意義と役割分担が共有されるためには、給付と負担の関係をわかりやすく説明し、国民の理解を求める努力が出発点であろう。その上で、少子

(70) 社会保障制度審議会事務局編『社会保障の展開と将来：社会保障制度審議会50年の歴史』法研, 2000, p.93. 対談における宮澤健一氏（元社会保障制度審議会会長）の発言。

(71) 「黒井千次 後期高齢者医療 美しい制度と醜い改変」『東京新聞』2008.6.27, 夕刊。

(72) ドイツで医療保険の加入を自由化したことは、競争原理の導入であると同時に、社会保険への加入は被保険者の選択であることを改めて保証したものであり、この点では社会保険原理の強化とも言える。

高齢化の進展、家族の姿の変容、地域の共同体機能の弱体化、企業の家族共同体的役割の縮小という社会構造の大きな変化を踏まえて、世代間・地域間・職種間・男女間における社会連帯を構築する上で社会保障が役割をもっと拡充すべきなのか、拡充することが可能なのかを議論することだろう。

保険原理を主体とした各制度が今後も担うことができる機能は非常に大きい。また、家族、地域共同体、企業の役割を代替する機能も存在するのではないか。その財源となるのは、社会保険なのか租税なのか。両者<sup>(73)</sup>の機能分担を明確化し、制度の効率化を図ることが大切<sup>(74)</sup>であろう。

先にみたように、フランスは低所得者への医療給付や自立性を喪失した高齢者への所得保障を実現するために、また児童手当の普遍化の趣旨を明快にするために税<sup>(75)</sup>であるCSGを活用し、国民連帯の理念を体現する財源であると表現した。

わが国では、年金、介護、医療という高齢者

が受益する部門の比重が大きいために、負担を担う若い世代に不公平感が強まっている。若い世代が重要と考える社会保障の分野は、育児支援（保育、乳児医療、総合的な少子化対策）、雇用確保や失業対策である<sup>(76)</sup>。これらはI章で確認したように、国際的にみて、わが国の給付水準が低い<sup>(77)</sup>分野である。

少子高齢化により、年金、介護、医療への給付による世代間移転が強まれば強まるほど、社会保障体系の中で、どうやって世代間公平上の均衡がとれるかが問われる。つまり、各制度内での完結した負担と給付の関係だけでなく、より広く社会保障体系全体の中での、あるべき、また可能な給付水準と負担水準を提示し、議論することが必要になる。職域連帯や地域連帯を超える社会連帯、国民連帯を根拠とした負担が必要となる機能があれば、給付水準をどうすべきかについては、機能間・制度間の公平も検討が必要になる。今後の幅広い議論が重要であろう。

(かたやま のぶこ)

(73) 本稿では取り上げなかったが、利用者負担の機能と比重も保険料負担と租税負担と一体で検討し、制度設計すべきである。社会保障関係費（国費）の伸びを5年間で1.1兆円抑制する政策とはほぼ同時期に立法化され、実施に移された一連の社会保障制度改革、すなわち平成17年の介護保険制度改革、平成18年の医療制度改革、平成17年制定の障害者自立支援法においては、いずれも利用者負担が増えた。利用者負担の問題を看過させがちになる点は、国民負担率論のもうひとつの陥穽である。

(74) 社会保障制度審議会事務局 前掲書, p.93. 宮澤氏発言。

(75) 税が低所得者の医療給付財源になること自体は、わが国で生活保護の医療扶助が一般財源で負担されていることに対応すると言える。社会保障における税財源の一つの役割は、社会扶助である。

(76) 厚生労働省政策統括官付政策評価官室『平成18年高齢期における社会保障に関する意識等調査報告書』2008.8.5.公表, p.24. <<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/08/dl/h0805-1p.pdf>>

(77) 厚生省の児童家庭局長、年金局長、社会保険庁長官、厚生事務次官を歴任した吉原健二氏と厚生省大臣官房審議官、高齢者介護対策本部事務局長を歴任した和田勝氏は、共著の中で、「平成に入ってから厚生行政のもう1つの課題」が「高齢者の介護や子育て、仕事と育児の両立に対する社会的支援体制の確立であった。このことは諸外国に比べて医療や年金に偏りすぎている社会保障の財源や給付の配分比率（年金5、医療4、福祉その他1）を是正し、福祉への配分を厚くする意味でも必要であった。」と著している。吉原・和田 前掲書, p.402. 現在、給付ベース（平成17年度）では年金が53%、医療が32%を占め、介護が6%、福祉その他が9%である。