

**社会政策関連学会協議会シンポジウム
雇用と社会保障におけるナショナルミニマム**

**社会保障の機能強化と
ナショナルミニマム**

土田 武史 (早稲田大学)

(2013年9月: 東京大学)

社会保障とナショナルミニマムの関係

▼ **社会保障の基本的考え方**

社会保障の中心的制度として最低生活を保障することを目的としている

※ **社会保障制度審議会1950年勧告／ベヴァリッジの影響**

▼ **しかし、現実にはそのことをほとんど顧慮しないまま、社会保障の展開が図られてきた**

※ **経済成長／労働による生活保障機能**

▼ **社会保障とナショナルミニマムの関連が社会的問題となったのは、2000年代に入ってから**

※ **長期不況／リストラ／労働による生活保障機能の低下**

▼ **社会保障改革(持続可能性確保→機能強化)**

※ **社会保障の財政確保策 → 生活保障機能の強化**

年金保険とナショナルミニマム－老齢年金(1)

▼ **歴史的変遷**

・ **1954年 厚生年金改正** → 定額部分+報酬比例部分

・ **1959年 国民年金の創設**

1958年 社会保障制度審議会答申「国民年金に関する基本方針」
「生活扶助基準による最低生活の保障を目的とする」
実際の給付は生活扶助基準以下

・ **1973年改革**

25年拠出で付加給付を加えると夫婦で生活扶助基準と同水準
以後、給付水準の上昇(40年拠出の夫婦の年金=平均賃金の70%)

・ **1985年改革**

給付水準の引下げ 基礎年金 > 夫婦世帯の扶助基準
基礎年金 < 一人世帯の扶助基準

・ **2004年改革**

マクロ経済スライドの導入→生活扶助基準との関係は？

年金保険とナショナルミニマム－老齢年金(2)

▼ **老齢年金受給者の生活保障**

・ **老齢基礎年金**は、1990年31,890円から2001年55,470円まで上昇したが、その後2010年66,660円と横ばい

・ **高齢者世帯の保護率**は、1970年16.6%、1990年5.5%、2000年4.9%と低下したが、2010年には5.9%に上昇

・ **高齢者の所得格差**は再分配後も大きい、次第に是正
ジニ係数 当初所得0.8→再分配所得0.4

※ **年金受給額に関するジニ係数の推移**(稲垣誠一、2009より抜粋)

	男		女	
	2000	2006	2000	2006
総数	0.337	0.317	0.390	0.364
65-69	0.314	0.296	0.350	0.336
75-79	0.356	0.321	0.406	0.367
85~	0.423	0.380	0.415	0.405

年金保険とナショナルミニマム－老齢年金(3)

▼ **年金受給者の生活保障(2)**

無年金者・低年金者の比率の推移

年金額50万円未満の者の比率の推移(稲垣、2009より)

	男		女	
	2000	2006	2000	2006
総数	10.0%	9.2%	29.4%	23.8%
65-69	8.1	8.1	21.1	19.1
75-79	12.8	9.6	35.3	22.6
85~	25.1	20.2	45.8	37.3

※無年金者・低年金者の割合は次第に低下してきたが、最近では横ばいの傾向がみられる

年金制度の持続可能性確保から機能強化へ(1)

▼ **年金制度の持続可能性の確保**

・ 1990年代後半～2000年代初頭の基本課題

少子高齢化の進展と長期不況下での年金財政対策

・ **2004年の年金制度改革**

保険料水準固定(2017年: 厚年18.3%、国年16,900円)

マクロ経済スライド方式

国民年金への国庫負担率の引上げ(1/3 → 1/2)

国民年金保険料の多段階免除制度

積立金の運用(有限均衡方式)

持続可能性は確保された筈であったが……？

年金制度の持続可能性の確保から機能強化へ(2)

▼新たな問題の発生

- ・貧困者・低所得者に対する年金の対応
- ・非正規労働者に対する厚生年金保険の適用拡大



▼民主党政権の取り組み

- ・新年金構想(所得比例年金+最低保障年金)
- ・老齢年金受給資格期間の短縮(25年→10年)
- ・低所得高齢者・障害者等への福祉給付
- ・基礎年金国庫負担2分の1の恒久化
- ・非正規労働者に対する厚生年金保険の適用拡大

年金制度の持続可能性の確保から機能強化へ(2)

▼今後の改革の方向

- ・国民年金と厚生年金保険の二本建ては維持
- ・厚生年金保険の適用拡大と個人年金化
 - ・非正規労働者・小規模企業労働者など全ての被用者を厚生年金保険に加入させる
 - ・全ての被保険者を個人加入とする
- ・国民年金の第3号被保険者からの保険料徴収
- ・低年金者には税財源による補填(70～75歳以上)
- ・障害年金を分離し、税方式とする
- ・公的支援による私的年金の導入(上積み/年齢)

医療保険とナショナルミニマム(1)

▼医療保険における医療給付(現物給付)には、最低保障という理念はない

・社会保障制度審議会1950年勧告

「療養給付の範囲」として、「(1) 診療、(2) 薬剤または治療 材料の支給、(3) 処置・手術その他の治療、(4) 入院、(5) 看護、(6) 移送の範囲とし、必要にして十分なものでなければならない。」

▼しかし、保険料未納等の場合は無保険状態になる可能性

・2008年「無保険の子」をめぐる問題

2009年に短期保険証の発行で対応
リストラ等による退職者には当年度収入で保険料を算定

医療保険とナショナルミニマム(2)

▼患者一部負担とその軽減化

- ・加入制度による区分なし(2003年度以降)
- ・年齢による区分 小学校入学時まで2割/小学入学時～70歳未満 3割
70～74歳 2割(特例として1割)/75歳以上 1割

・高額療養費制度による負担限度額の設定

所得と年齢による負担限度額の設定

70歳未満(世帯合算)の負担限度額

— 般: 80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
上位所得者: 150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%
下位所得者: 35,400円

・実質負担率は14.5%程度

2006年医療保険改革—持続可能性の確保策

▼医療保険の持続可能性の確保

1990年代後半から、医療費上昇の抑制、医療保険財政の安定化、高齢化に対応した医療供給体制の再編を目的に、**高齢者医療、医療保険組織、診療報酬、医療供給体制の4分野の抜本的改革**を企図したが、実現せず、暫定的財政対策を繰り返してきたが、2006年ようやく改革を実現

▼2006年改革の特徴

・最大の目標は医療費抑制

生活習慣病対策の強化/長期入院の是正/診療報酬の改定

・医療保険改革と高齢者医療改革を一体化して実現

後期高齢者医療制度の創設/都道府県を単位とした保険者組織へ

後期高齢者医療制度でつまづき、民主党政権に移行、混迷化

医療保険の機能強化—国民会議の提案(1)

▼医療保障を都道府県の管轄下に移行

- ・医療供給体制を都道府県単位で再編
- ・国保の保険者を市町村から都道府県に移管
- ・介護との連携強化(地域包括ケア)の推進

▼被用者保険の後期高齢者支援金算定における

総報酬割の全面化

▼70～74歳の窓口負担の特例廃止(1割→2割)

▼医療費の引上げ

- ・初診に関する選定療養費の引上げ(1万円?)
- ・高所得者に対する高額療養費限度額の引き上げ

医療保険の機能強化—国民会議の提案(2)

▼国保の都道府県移管

- ・都道府県による医療供給体制の再編との一体改革
- ・**市町村国保の財政問題への対応(市町村には救いの神)**

しかし

- ・**国保の構造的リスクは変わらない**

被保険者：高齢者と低所得者→高医療費・低保険料収入
 1965年 農業者42.1% 自営業者25.4
 2010年 無職の高齢者39.6% 非正規を含む被用者33.7%

- ・保険料の徴収率の低下は免れない
- ・きめ細かな疾病予防活動の展開は可能か
- ・住民の連帯意識は維持できるか
- ・同一県内の市町村間の保険料格差を是正できるか

都道府県化の真のねらいは？

医療保険の機能強化—代替案

▼保険者および高齢者医療制度の改革案

- ・被用者保険(健康保険)を基軸とする
 歴史的経緯(日本の医療保険の中核的位置)
中間団体としての意義(当事者自治・連帯・保険者機能)
財政的安定性(保険料徴収機能)
- ・改革の方向
 非正規労働者を含む**全被用者に適用拡大**する
 地域健保組合の活用、厚生年金の適用拡大
 被用者期間終了後も被保険者としてとどまる(**突抜け方式**)
 前期高齢者と後期高齢者の区分は廃止し統合する
国保は自営業者等、被用者以外の者の医療保険とする

医療保険の持続可能性をめぐる問題

▼混合診療をめぐる問題

・混合診療を禁止する理由

- ・患者の経済格差が医療格差につながる
- ・保険診療が低水準に固定化され、国民皆保険が形骸化する
- ・安全性が確保されていない医療保険や薬剤が横行する
- ・自由診療部分の患者負担が高騰する

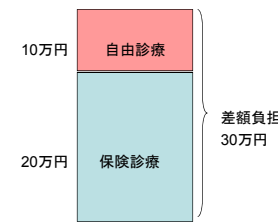
・混合診療の解禁を求める理由

- ・高度の医療技術・薬剤が選択しやすくなる
- ・医療機関の競争が活発化し医療の効率性が高まる
- ・医療のビジネスチャンスが拡大し、成長産業となる可能性が高まる
- ・病室、時間外診療、歯科補綴材料など医療の本質に関わらないアメニティ部分は医療保険給付から除外すべきだ

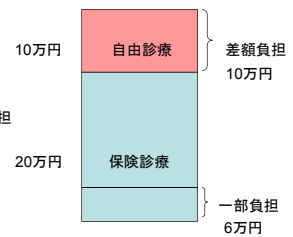
混合診療をめぐる問題(1)

混合診療と患者負担

混合診療 禁止



混合診療 認可



混合診療をめぐる問題(2)

▼保険外併用療養費制度による対応

評価療養または**選定療養**と認められたものに対しては、保険診療と自由診療の併用を認め、保険診療部分について患者一部負担を除く費用を保険外併用療養費として医療保険から支給する制度

▼選定療養の役割

保険導入のための試行ないし準備過程

- ※1984年 特定療養費制度として創設
- ※2006年 小泉政権下の混合診療解禁要求に対応するため、要件を緩和して制度改正

混合診療をめぐる問題(3)

▼TPPIによる混合診療導入への影響

二木教授によるアメリカの要求予想

- 第1段階：医療機器・医薬品の価格に対する規制の撤廃・緩和
- 第2段階：医療特区に限定した市場原理の導入(株式会社の病院、混合診療の解禁)
- 第3段階：全面的な市場原理の要求

※第2段階がヤマ、混合診療の解禁から国民皆保険が形骸化する恐れも否定できない

労働保険の機能強化

▼雇用保険

- ・適用拡大はなされたが(健保、厚年より広い)、給付期間、給付水準を引き上げる必要がある
- ・失業手当と生活保護の間に失業扶助的なネットを設ける必要がある
- ・積極的雇用政策との連携は必要だが、解雇の柔軟化は生活保障の確保と雇用創出の拡大が前提

▼労災保険

- ・雇用者責任を前提とした社会保障制度として定着したが、在宅介護者(家族)の腰痛等の事故にも対応することが望ましい(任意加入、保険料自己負担)