

# 国民皆保険・皆年金 50年

：その歴史、今日の課題と展望

駒村 康平 (慶応義塾大学経済学部教授・司会)

島崎 謙治 (政策研究大学院大学教授)

新田 秀樹 (大正大学人間学部教授)

一圓 光彌 (関西大学政策創造学部教授)

〈敬称略・発言順〉

## 議論に先立って

今年、皆保険・皆年金がスタートしてから50年目の節目の年である。社会保険制度は、戦前に健康保険、厚生年金からスタートしたが、実際には一部の国民をカバーするに過ぎなかった。混乱した戦後の一時期、社会保障制度の中心は生活保護が担い、1951年度時点で204万人が生活保護の受給者であった。

戦後の復興が本格的になるなかで、社会保障制度審議会の勧告をうけて、社会保険制度が社会保障制度の中核を担うようになり、そして、すべての国民をカバーする皆保険・皆年金が1961年からスタートした。

医療も年金も、サラリーマンと自営業者の2グループによって構成され、その発足、拡充のプロセスも異なる。サラリーマングループの社会保険は、健康保険組合、厚生年金に代表されるように企業内福祉の影響を強く受けている。一方、自営業をカバーした国民健康保険は、そのプロトタイプは住民同士による医療費の相互扶助「定札」にさかのぼる。このように皆保険・皆年金というものの、職域内と地域内の相互扶助という二つの異なる社会連帯によって成立している。日本型雇用システムと整合性がある職域内の相互扶助で

ある健康保険、厚生年金は安定して成長・定着した。しかし、サラリーマン・公務員、その家族以外から構成された国民健康保険、国民年金は不安定なままであった。社会保障制度審議会などでは、年金の一元化なども検討されたが、結局、自営業の所得捕捉の難しさが障害になった。

その後、医療も年金も高度経済成長を背景に、若い世代の負担能力の上昇を前提に給付充実の道を歩んだ。しかし、皆保険・皆年金の危機は、1970年代後半に訪れた。オイルショックにより経済成長は大幅に鈍化し、出生率も低下する。若い世代の負担能力の上昇は期待できなくなり、財政赤字も拡大した。加えて就労構造の変化も大きい。サラリーマンは増加する一方で、自営業者は減少し自営業者年金である国民年金は急激に高齢化し、財政破綻の危険が高まった。退職者を引き受けた国民健康保険も構造的に財政が悪化した。こうした危機を克服するため、1980年代前半に老人保健制度と基礎年金制度が導入された。いずれも給付を引き下げつつ、不安定化した国民健康保険、国民年金に健康保険と厚生年金の財源を流し込む仕組み、財政調整であり、この費用のことを拠出金と呼ぶ。拠出金は保険料と一体に徴収されており、目的税に近い性格を持っている。この財政調整によって、

皆保険・皆年金は維持できたが、給付と負担の対応関係が弱くなり、複雑になった。この代表が現在も議論が続く第三号被保険者である。

発足後20年後に、1980年代前半の大がかりな改革によって危機を脱した皆保険・皆年金であるが、90年代には二つの新たな危機に直面することになった。一つの危機は、少子高齢化の加速である。この問題に対応するために、2000年に介護保険、2004年年金改革、2006年後期高齢者医療制度が実施・導入された。このうち、2004年年金改革は、保険料の上昇を抑え、マクロ経済スライドで連続的に給付を抑制することになった。2006年後期高齢者医療制度は、高齢者医療保険を独立させた。これらの政策は財源確保と財政支出の抑制に力点を置いたものであった。皆保険・皆年金のもう一つの危機は、働き方の変化である。初期の皆保険・皆年金が想定していた正社員とその家族、自営業者の3タイプの生き方・働き方に加えて、新たに非正規労働者という働き方が増加した。非正規労働者の国民健康保険、国民年金に加入したが、定額保険料・全額自己負担・自主納付・保険料の高騰のなかで脱落し、未納者になった。国民

年金と国民健康保険は同時に空洞化が進んでいる。

未納者のうち少なくない人が生活保護制度によって保護されることになった。11月9日に厚生労働省から2011年7月について生活保護受給者が205万人になり、戦後の混乱期を超えたことが発表された。そして、同じ週の週に11日には政府は環太平洋戦略的経済連携協定（TPP）の議論に参加することを表明した。本格的なグローバル経済を受け入れる動きであるが、そのことにより国内の経済格差の拡大は不可避である。グローバル化を進めるためには、国内の所得再分配の仕組みの充実は不可欠である。

1980年代前半の大改革から20年以上たって、いま起きている皆保険・皆年金の危機をどのように克服するか。そして、グローバル化、高齢化の進展のなかで、皆保険・皆年金による社会連帯を維持するためには、現行制度の思い切った見直しが必要ではないか。

皆保険皆年金の歴史と意義、1980年代前半の大改革の評価、空洞化問題・国保問題、介護保険納付金・高齢者医療支援金の評価など今日的課題について論議する。

(駒村康平)

---

## 社会保障制度における 皆保険・皆年金の意義

駒村 皆保険・皆年金制度が導入されて50周年を迎えました。すでにいくつかの雑誌で両制度の評価が行われておりますが、多くは厚労省OBあるいは関係者の皆さんの回想が中心で、改革の背景や実態がわかり、参考にはなりますが、一方で今後の展望という意味では不足感もある。本日お集まりの皆さんは、保険も年金も両方精通された学研究者の現役グループとして、皆保険・皆年金の評価を加えつつ今日につながる話として強調したいところです。

はじめに、社会保障制度における皆保険・皆年金制度にはどういう意義、役割があるのか。過去から

現在にも続く意義についてお聞きます。

島崎 皆保険・皆年金の一義的な意義は、医療保険でいえば傷病リスクのヘッジ、年金では稼働能力減損に伴う生活リスク——例えば老齢年金では「長生きするリスク」のヘッジを通じ国民生活の安定を図ることにあります。皆保険・皆年金は国民の生活設計に完全に組み込まれており、国民の安心の源泉になっていると思います。

また、二義的な意義として特に強調したいのは医療保険です。わが国は国民皆保険の下で医療機関の経営原資の大半は診療報酬に依存しており、制度は分立していても診療報酬は一本です。このため、診療報酬を通じて全体の医療費のコントロールや医療供給体制の政策誘導もできます。つまり、皆保険は医療制度の統合性・効率性を高めているということ



島崎 謙治 氏

です。皆保険・皆年金と簡単に言いますが、「国民皆」をカバーすることと「保険」原理を貫くことは相反する要素です。そうしたなかで両者の微妙なバランスをとりながら半世紀前に皆保険・皆年金を実現したということは、やはり偉業と評してよいと思います。今日、少子高齢化の進展、経済のグローバル化など社会経済の変容が著しく、皆保険・皆年金の将来は決して楽観視できませんが、この「貴重な財産」を次の世代に継承していくことは我々に課せられた社会的責務だと思います。

**新田** 皆保険・皆年金の意義というものは、やはり「皆」というところにあるのだらうと思います。本来ならば保険に入れないような低所得者も入れてしまう。保険に入る必要がない高所得者も入れてしまう。とにかく日本人ならば皆入れてしまうということは、国民としての統合性を高めることに大いに役立った。これも、仲間意識というか——日本ならではの農村固有の平等意識が強かったからこそ皆を入れられたのだと思います。特に高度経済成長期にそれを達成したことで、社会保障が国民の経済生活の基盤安定、国民統合を支えるという意味で、大きな意味を持った。それが皆保険・皆年金の「皆」というところの意義ではないかと思います。もちろん、それに伴うコストや矛盾も抱え込むことになるわけですが、しかしそれを

覚悟でやったところが、当時の政策に関わった方の英断だったと思います。

**一圓** 諸外国の例を見ても社会保険が皆保険・皆年金という形になるのはずいぶん後のことです。ですからこの段階で日本が、それぞれ現金収入がほとんどないような農家の人たちも含めて皆保険・皆年金にしたということは本当に大きな出来事であって、たしかに偉業であったと思います。それが可能になる経済的・政治的な条件があつてできたということですね。

それ以前の社会保険は保険適用できる人の間でできていただけで、他の圧倒的多数は農業でしたから、このような人たちに保険を適用することの意味は、社会保険が「社会保障の時代の保険」に性格が変わっていくことだと思います。だから、皆保険・皆年金が社会保障制度としての保険体制を作ったと思います。

## 医療保険・年金制度の設立から定着まで ——経緯と特質

**駒村** 皆保険・皆年金の導入に日本人はなじみやすい特性があつたのか、新田さんも触れられたように農村社会であつたために違和感なく感じられたのか、この制度ができるかどうかの分岐点があつて、もしかしたらアメリカのような形になっていたかも知れない。企業に勤めている人だけが受けられるというままで終わっていたかも知れない。制度の設立から定着までの時期のなかで、このことが分岐点と言えることはあるのでしょうか。

**一圓** やはり1938年施行の国民健康保険があつたことが、皆保険につながった最大の要因であつたと思います。そういう前提の上に、社会保障制度審議会などでも全国民への適用が強く訴えられました。年金については、国家公務員の年金や厚生年金がありましたが、厚生年金は戦争直後は休眠状態でした。共済組合の年金の人と厚生年金の人、厚生年金すらない人たちの間の格差の問題が大きく取り上げられました。社会保障の時代になると、一方で

守られている人がいて他方では全然守られていない人がいるという格差の問題は放置できなくなって、厚生年金は少しでも共済組合の年金水準に近づけ、年金がない人にも普及させようということにならざるを得なかった。

皆保険に関しては誰も反対しなかったのとは対照的に、国民年金はなかなか賛成が得られませんでした。つまり戦前からある程度役割を果たしていた国民健康保険は、その上に皆保険を築くことができたのに対し、全く新しい拠出制——保険料の拠出に基づいて給付を行う制度の国民年金は遠い将来支払われる給付のために今保険料を徴収する制度なので、非常に難しい出発にならざるを得なかった。保険料は低く抑え後で上げていく形にならざるを得なかったかと思います。

**新田** 日本が本当に農村社会であるが故に、横並びとか助け合いというものが根付きやすい社会だったと思いつつも、やや疑問に思うところがあります。健康保険はドイツを真似て作ったのですが、ドイツほど母体となる共済組合とか中間団体がなかったため、結局、政府を保険者とした。実際に動かしてみると、事業主が保険料を誤魔化してみたり、あまり保険を皆でもり立てようという雰囲気でもないところを見ると、本当に保険というものを理解したのだろうかという気がします。とにもかくにも、健康保険がよたよたと動き出したなかで、大恐慌下の農村を救済するために——もつともだんだんと軍事的な目的に変化していきますが、国民健康保険の話が出てくる。

国民健康保険も創ってはみたが本当に定着するだろうかと立案者が心配して、あれこれ安心材料を探して、定礼があるとか、類似組合がうまくいったとかを頼りに、それで動き出した。ではそれで国保が定着したかというとはやはり定着しない。上から大号令をかけて戦時中に皆保険をほぼ達成したものの、結局それは下から自生したものでなかったから、戦争に負けて崩れてしまった。これらを見ると、本当に支える土台があったのかやや怪しいところがあります。

しかし、少なくとも国民健康保険という医療保障



新田 秀樹氏

制度をつくること自体には、ほとんど反対はなかった。保険料を払えない低所得者も入れる、また高所得者も入れることについてもほとんど反対はなかった、というかむしろ入れるべきだという意見の方が強いくらいだった。その最大の理由は「一致団結する農村の美風を守るため」ということでしたが、その意味では農村共同体的なものは現実存在していた。それがあある意味、良いタイミングで存在していたところに、国民健康保険の制度が創られ、かつ上からの、ある程度主導的な普及策がうまくかみ合ったという一定の歴史的条件のなかで国民健康保険がうまくいったのではないか。そんな印象を持っています。

**島崎** 日本は戦争によって医療も年金も壊滅的な打撃を受けましたが、戦前に健康保険法、国民健康保険法、労働者年金保険法（後に厚生年金保険法に改称）が制定されていたことは、皆保険・皆年金の歴史を論じる上でもう少し強調されてよいと思います。例えば、日本の医療保険制度の特徴である被用者保険と地域保険（国民健康保険）の二本建ての骨格は戦前に形成されており、国民皆年金もこのような枠組みをベースに制度設計されたわけですから。歴史に「もし」はありませんが、仮に健康保険法が制定されていなければ、戦前に国民健康保険はできておらず、1961年に国民皆保険が実現できたかどうかは疑問です。

また年金についても同様です。皆保険・皆年金がその前史と単純に繋がっているということではありません。保険料の負担能力の乏しい人を含め「国民皆」を「保険」でカバーすることは難題であり、皆保険・皆年金とその前史との間にはジャンプアップ（隔たり）が存在していることは間違いありません。実際、回顧録を読むと、当時の行政官は「本当に国民皆保険・皆年金などできるのか」と懐疑的に思っていたようです。また、皆保険の創設時も市町村民税を納められない人は国保の適用除外とする条例準則があったなど、皆保険・皆年金の立案当時の行政官の頭の中でも、「国民皆」と「保険」の関係は十分咀嚼できていなかったようで、悩みながら皆保険・皆年金に辿りついた感があります。

**一圓** 保険ということを考えたら、とても入れられないような人達を入れなければならない。保険適用を徐々に広げていくということが、あの当時は難しかったのではないのでしょうか。

**新田** どこまで保険の原理を通すかですが、保険原理を緩めれば税に近くなっていくということがあります。戦争中に第一次皆保険というのがありましたが、あれは任意設立・任意加入が建前の組合で事実上の皆保険を達成しようとする運動としての皆保険であったのに対し、第二次皆保険では制度としての皆保険を組み立てようとしたのですから、そこには、ジャンプというか、一つの断層が存在したといえるでしょう。

**一圓** 保険に入れられないような人を入れない限り、本当の意味で社会保険は社会保障になったとはいえない。その意味では、50年も前にそれを成し遂げたということはすごいことだと思います。

**島崎** 年金について若干補足すると、戦時中の1939年に船員保険法が制定され、その中には年金制度も盛り込まれている。そして、その2年後には労働者年金保険法が制定されています。皆年金の制度設計を考える上でこうした前史はやはり重要な意味があったと思います。ただし、先ほど言ったように皆年金は決してその単純な延長線にあるわけではない。

とりわけ皆年金の制度設計で難しかったのは、保険料の拠出を前提にした拠出制年金中心でいくのか、それとも税金を財源に無拠出制年金とするのか、また拠出制年金を基本とする場合、保険料の負担能力の乏しい人たちの取り扱いでした。「国民皆」を保障することは、そうした難しさというか矛盾を「飲み込む」ということであり、皆保険・皆年金とその前史の連続性と断絶性は、正確に押さえる必要があると思います。

## 今日まで引き続く問題とは

**駒村** この初期の頃に、今の制度に関わる色々な論点は生まれたのではないかと思います。たとえば、年金記録問題も源流はここまで遡っている可能性もあります。

それからもうひとつは、被用者はその当時は少数派であったわけですが、初期から健康保険組合があり、厚生年金基金が戦後できた。皆保険・皆年金とはいうものの、引き受ける組織に日本的な特徴があった。これが今日でも良い部分でもあり、あるいは制度改革の制約条件にもなっているのです。厚生年金基金と健康保険組合は日本型雇用慣行にうまく相乗りできたのではないかと思います。この辺の初期の設定が大事だった。おそらく、スタート時点によりその後の展開に大きな影響を与えるという経路依存になっていると思います。この時期にできた制度が今日まで繋がってしまった問題はありますでしょうか。

**島崎** 今日まで引きずっている最大の問題は、やはり保険料の負担能力が乏しい人をどう扱うかという問題でしょう。ちなみに、皆保険・皆保険の立案当時の官僚は拠出制ということのを重要視していました。象徴的なのは、厚生年金保険法という法律はありますが、国民年金保険法はないことです。つまり、国民年金法には「保険」の二文字がない。これは法制局の審査の結果かも知れませんが、国民年金には無拠出年金（制度発足時に高齢者であった者に対する福祉年金など保険料の拠出を要件とせず税財源をもとに支給され

る年金)があるため、保険法と称することに躊躇があったのだと思います。似たようなことは医療保険でもみられます。現行の国民健康保険には応益負担分を軽減する保険料軽減制度がありますが、皆保険実現当時は存在しなかったのです。おそらく国民健康保険も保険なのだから、応益負担はともかく低所得者でも応益分は負担すべきだという考え方があったからだと思います。それが、市町村から低所得者の負担が重く徴収できないということで1963年に保険料軽減制度が生まれた。そうした経緯をみるにつけ、やはり保険料を納められない人をどうするかという低所得者問題は、わが国の皆保険・皆年金制度の宿命的な問題であると感じます。そしてこの問題は所得格差が広がるなかで深刻さがより増しているように思います。

**新田** 今日まで繋がっている問題といえば、国民健康保険組合を生き残らせてしまったということかもしれません。国民健康保険組合は、主たるターゲットが農村と都市の自営業者だったという、当時の健康保険がカバーしないところをカバーしようという発想から、それに合った保険者をつくった。そのときからちゃんと、国保は他の医療保険に入っていない人は全部引き受けるという格好になっていたという意味で、消去法的な規定で国民健康保険はスタートしたということです。

制度の立案当初は、保険原理を重視して、国民健康保険には自力救済が可能な高所得者を入れない、また、低所得者は保険料が払えないから入れない。加えて、子どもと年寄りには払う保険料に対して給付が大きすぎるから外して、給付対象は青壮年層だけにしようというように、民間的な保険原理を徹底した。ところが実際に動き出してみると、どんどん入れてしまえとの現場の声に流されて結局皆入れてしまう。そういう経緯の中で皆保険・皆年金の受け入れやすさみたいなものができたのではないかと思います。逆に言うと、適用をなし崩し的に広げてしまい、広げたところで問題が発生して抱え込むというパターンで、これは年金の場合も多いのではないかと思います。

**一圓** 一部の国民を対象にバラバラに制度がある時は、それぞれの保険を守ればよいということで済んだのですが、皆保険・皆年金では、皆同じ条件で負担をし、同じ給付を受けるということを考えざるを得なくなる。それは正論ですから、財政的に有利な保険もその要請に応えるために一緒になるとか、そうでなければ低いところを引き上げて行かざるを得ない。それを実現する努力の積み重ねが皆保険・皆年金の歴史だったといえます。

医療保険の場合、例えば健康保険組合は金持ちが集まって自分たちだけで運営し、その好条件を生かして付加給付を支給する。それはおかしいのではないかと批判されたわけです。そういう格差の問題も、皆保険ができて給付率の底上げが図られ付加給付の意味が減退するにつて、解消されていきました。今でも健保組合は財政的に有利な立場にあることは変わりがないのですが、国庫負担を受けないとか、保険料から他の制度に拠出金を支払うなどして、財政調整の責任を果たしています。また保健事業等を通して効率的な保険運営に努めて成果をあげており、このような保険者のあり方は強化こそすれ、他制度に解消すべきではありません。

**駒村** これは高齢者医療への拠出金の負担が大きくなって、廃止し、協会けんぽに移るところも多くなってきています。今後、健保組合をどう位置づけるのかというのは大きな問題になってくると思います。

**一圓** 関連して言いますと、厚生年金基金はできたときから私は賛成ではありませんでした。何故かというと、厚生年金基金の場合、平均賃金が高くて年齢構成が良いところは、保険料を免除してもらい厚生年金を代行して財政的に有利になる。それ以外に保険者として経営努力をするわけではない。積立金を有利に運用して高い収益を上げるという可能性はあったかもしれませんが、厚生年金の給付水準が政策的に引き上げられている当時の状況でそれを上回る収益を維持できるとは考えられませんでした。基本的に、賦課方式の公的年金を積立方式の民間保



一圓 光彌 氏

険で代行することは無理だと思います。

**駒村** やはり健保組合はいろいろと貢献があるけれども、厚生年金基金は単に「いいとこ取り」に過ぎないということでしょうか。

**島崎** 代行と言っても、健保組合の代行論と厚生年金基金の代行論はかなり性格が違います。前者について言えば、一圓さんが言われたことに私も賛成で、健保組合は国の代行機関だという必要はまったくないと思います。また、厚生年金基金の代行制度は、1965年の厚生年金保険法の改正の際、事業主（経営者）が退職金の負担と重複するとして保険料率の引き上げることに反対したことが契機です。つまり、国は、厚生年金基金を作れば厚生年金の一部を代行するかわりに保険料の一部免除し、同時に退職金の一部を年金化することにより、退職金の負担の平準化を図ることができるという説得したわけです。これは代行制度の沿革ですが、当時の厚生省のなかにも、そんな中途半端な妥協をしたらかえって公的年金の方までダメになってしまうのではないかという議論もあったくらいですから、かなり無理をした制度だったという感は否めません。また、運用環境が激変するなかで厚生年金基金が厚生年金の運用リスクまで背負うのは難しいと思います。もともと、厚生年金基金も運用環境が良かった時代は代行のメリットを享受して

いたわけで、運用環境が悪くなってからそれを言うのはご都合主義だという批判はあろうと思います。

**新田** 是非は別として、厚生年金基金があることで、企業単位の労働組合と企業単位の健保組合と企業単位の年金があつて、三つそろって企業単位でやっていますということです。実態はともあれ、会社の福利厚生施設の代替と受け止められていて、高度経済成長期の会社ムラの発展に寄与していたのではないか。そういう意味では、会社にとっては、組織としての一体性強化なり、従業員の会社への忠誠要求なりのメリット——これが厚生年金制度全体にとって良いかということとは別に、事実上あつたのではないかという気がしています。

**駒村** それが1990年代半ばまでは割とうまくワークしていたけれども、一気にその矛盾が出始めて、一角が壊れ始めたのですね。続いて1970年代の特徴についてお聞きします。

## 福祉元年（1973年）という境目

**新田** 1960年代終わりから1970年代は高度経済成長期の末期で、皆保険・皆年金ができた後、給付改善が国庫負担によって支えられていったという時期です。そういう意味では、形ばかりであった皆保険・皆年金の社会保険制度が多少なりとも実を備えていった時期といえます。ただそれが、やはり高度経済成長期の税収増頼みというところがあつたので、1973年の第一次オイルショックを境に経済成長が続かなくなり、プラスのスパイラルからマイナスのスパイラルへと逆転してしまつた。福祉元年にひっくり返つたというのはきわめて象徴的です。

**島崎** 皆保険を達成した後、高度経済成長を背景に1973年まで、医療保険では、国民健康保険の給付率の引き上げ、制限診療の撤廃、高額療養費制度の導入、年金では、給付の引き上げや物価スライドが行われました。これらはいずれも皆保険・皆年金の実質を備えるための意義のある改正です。ただし、一連の改正のなかで老人医療費の無料化はやはり

失敗だったと思います。

一圓 それは今から見て言えることであって、あのときはそこまでして皆保険の実をあげることが重要だったのではないのでしょうか。いまのようにお年寄りが自分の年金で生活できる状況ではなく、子どもが医療費を負担していましたから、そういう意味ではあそこまでやったというのは、私は評価しています。

新田 老人医療費無料化については、今から見るといくらでも批判できますが、社会保険の社会保障化ということを考えれば、本来、諸外国でも一部負担というのは少なく、日本は負担が高い国だったわけですから、それによろしく近づいたという評価はその時点としては十分成り立つと思います。ただそれが大盤振る舞いであまりに副作用が大きすぎた、と言えると思います。制度的には、物価スライドと高額療養費が1973年の大きな改正だったといえます。

一圓 福祉元年の年金改革についてですが、その後の公的年金財政の危機の原因として福祉元年の「大盤振る舞い」が問題とされることが多いのですが、私は必ずしもそうは思っていません。1973年の給付水準の引き上げよりもそれまでの引き上げの方がむしろ大幅な位で、1973年改革は、それまでの成熟化措置（年金制度は年が経つにつれて長期間被保険者であった者が退職して十分な水準の年金を受けられるようになるが、比較的短い加入者でも十分な年金が支払われるようにして、年金制度の成熟を早める措置のこと）の総仕上げの意味を持つものでした。このような成熟化措置は、当時は必要でした。

## 1980年代—皆保険・皆年金の危機の時代へ

駒村 厚生年金は、計算の根拠になる給付乗率も上げながら、加えて物価にもスライドしたために給付が広がり、その結果財政負担を大きくしたわけです。

1980年代に入ると、制度をスタートして20数年経ってから皆保険、皆年金ともに大きな改革に直面することになります。特に1985年の老人医療保険制度や基礎年金の導入は大きい転換点といえます。



駒村 康平 氏

新田 高度経済成長が1973年の福祉元年頃に境に終わってしまい、1970年代後半はいわば急ブレーキをかけたショックの調整に追われた時期でした。それがようやく態勢が整って、低成長時代における社会保障・社会保険のあり方に伴う改革がはじまったのが、1980年代に入ってからでした。

その象徴が、医療保険では1982年の老人保健制度であり、1984年の健康保険法大改正とそれに伴う退職者医療制度の創設です。年金では、基礎年金導入など1985年に大改正が行われました。総論的に言えば、高度経済成長から低経済成長に伴う財政経済状況の変化と人口構造の高齢化に対応するかたちで、それまでの社会保障の形を低成長型にモデルチェンジをしようとしたと言えるわけです。

少し細かく見ていきますと、老人保健制度や退職者医療制度にしても、やはり国庫による調整以外の、保険料による財政調整を入れたというのが大きな変化です。つまり国の金ではもう助けられなくなってしまったから保険者同士で何とかしてくれと言うような、財源として国庫以外に、保険料による調整が導入されたのが医療保険では大きな改正だと思います。それは財政的な安定性という意味ではプラスだったのですが、個別に保険者が存在しているという保険者自治を、ある意味で根幹から揺るがす話です。財



政的な自治に楔が打ち込まれていくというプロセスで、それが今日の状況に至るはじまりでもあったとも言えます。

年金にも、基礎年金制度が導入されました。基礎年金も事実上の財政調整と言えます。加えて、基礎年金で被扶養配偶者の強制加入がかかりましたが、ここで実質的に皆年金がはじめて達成されたのではないか、という気もします。ただその皆年金は、いわゆる第三号被保険者、被扶養配偶者の強制加入ということで達成したわけですが、給付面では皆年金を達成したものの、保険料負担面でその裏打ちがなかったというのが、今日に至る第三号被保険者問題の発端になっていると思います。

そういう意味では、1980年代の改革は、今日の基礎をつくったと同時に、今日の問題の出発点にもなっているという感じかなと思います。

**一圓** 新田さんの認識とほとんど同じです。老人保健制度、退職者医療制度は、それまで国庫負担で財政調整していましたが、はじめて保険料も財政調整の手段として使うことになったわけです。それは皆保険体制の維持にとってある程度必要で、こういう過程は経なければならないものと思っています。ただ、財政調整機能が国庫負担のみで果たされていた時には保険料と国庫負担の役割は自ずと区別されていたのですが、国庫負担が各制度の財政力に応じて傾斜的に配分され、そこからまた別の共通の財源に拠出されることになって、保険料の役割と国庫負担の役割が曖昧になるきっかけになりました。70歳以上の医療費負担ということで共通の目標があったのですが、財源調達の方法としては非常におかしくて、高齢者医療制度になってそれが一層複雑になってしまいました。

基礎年金改革については、評価しています。国民年金は1973年まで厚生年金と肩を並べるまで水準が引き上げられていました。それ自体無理がありましたし、農村人口は減っていましたので、この制度が維持できる状況ではありませんでした。25年の拠出に基づく年金が支給されはじめる前に何らかの対策

を講じる必要があり、国民年金を全国民共通の基礎年金として位置づける改革が行われたわけです。多分このような考えは、皆年金実施の時にもあったのではないかと思います。制度が始まって20年以上も経つあの段階で再編するのは大変だったと思います。ただ、上昇し続ける国民年金の定額負担がこの段階でも修正できなかったこと、発足当時から問題とされていた第三号被保険者の位置づけが整理できなかったことなどが、解決すべき課題として残されました。

**駒村** いまの議論の中で焦点の1つは、やはり、制度間での財政調整の仕組みが国民にきちんと理解されていなかったということが大事です。それから保険料と給付の関係に楔が入ってしまった。その後、それが世代間移転のツールの問題につながっていく。保険原理が後退したと評価されている。その辺を含めて、最後に島崎さんに1980年代の改革についてどう評価されますか。

**島崎** 老人保健制度をはじめ高齢者の医療の制度設計は日本特有の問題といえます。ドイツにせよフランスにせよ、日本の国民健康保険のような地域保険はありません。両国は基本的に職域単位の保険ですから、同じ職域のOBをその職域の現役が支えることは当然の話です。なぜ日本では高齢者医療の問題が生じるかという、被用者保険に属さない者はすべて地域保険（国民健康保険）が「受け皿」とする制度設計を採ったことによります。つまり、会社を定年退職した者のように、保険料の保険能力は低く疾病リスクが高い者も国民健康保険が受け入れなければならないわけですから、国民健康保険サイドからすれば、これは制度設計に起因する問題なのだから制度論として解決すべきだということになる。この解決策としては、税金を国民健康保険に投入し調整するか、保険者間で財政調整をするか、制度の垣根をなくすしかない。その意味では、高齢者医療の問題は地域保険（国民健康保険）を「受け皿」に皆保険を実現するという政策選択をした宿命のようなものだと私は思います。

**一圓** もう一点、1973年の老人医療費支給制

度があるからではないでしょうか。それがなければこういうことにはならなかったかもしれません。

島崎 ならなかったと思います。少なくともその後の展開は異なる道筋をたどったはずです。現行の後期高齢者医療制度は高齢者を別扱いするものだという批判を受けましたが、その淵源をたどれば老人医療費支給制度にあるという見方も可能だと思います。それから老人保健制度の評価ですが、この制度は被用者保険と地域保険という二本建ての体系は維持しつつ、老人医療費の給付は各保険者の共同事業だという構成をとり、この共同事業の分担金が老人保健拠出金というロジックで成り立っています。老人保健制度はよく工夫された巧妙な制度で、だから四半世紀も維持できたのだと思います。

基礎年金に関してはいろいろな評価はあると思いますが、産業構造や人口構造が変容するなかで、各制度の加入者の頭数に応じて費用を公平に負担する仕組みを取り入れたことは、それなりに評価してよいのではないかと思います。

## 2000年代の大改革

駒村 つぎに、1990年～2000年代の評価ですが、1990年代は、厚生省はやや1980年代前半の改革に安住した部分があつて、サラリーマン、自営業、専業主婦の三分類からなる社会モデルを想定していました。しかし1990年代後半から非正規労働者がどんどん増えてくる。これに十分対応ができなかったというのが、今日まで問題を引きずって来ると思います。

2000年には介護保険が入ってきますし、後期高齢者医療制度の導入、老人保険制度が切り替わっていく。それから2004年の年金改革。これも20年ぶりの大改革だという評価になると思います。このあたりについてはいかがでしょうか。

島崎 まず介護保険ですが、介護を社会保険として仕組んだことが重要な点です。というのは、日本の福祉制度は生活保護の延長線上の救貧政策という色彩が濃かった。一種の配給制である措置制度は

その典型ですが、こうした考え方に縛られ介護需要の増大に十分対応できなかったことは否めません。それが介護保険という形で介護需要の社会化、普遍化が図られたわけで、やはり大きな意義のある制度改革だったと評価しています。

後期高齢者医療制度については、誤解を恐れずに言うと、高齢者医療制度の「型・方式」の議論が医療保険の抜本改革の焦点になりすぎたという印象があります。つまり、1990年代半ば以降、医療保険財政が急速に悪化したためサラリーマンの自己負担率を一割から二割、三割へと引き上げたわけですが、その過程で「国民に負担を求める以上、その前に抜本改革を行え」という批判が高まります。そして政治家や医療関係者の間で、高齢者医療制度の「型・方式」の議論（例えば、高齢者医療制度は独立の保険とするか、高齢者の偏在に着目して保険者間で財政調整するか、保険制度を一本化するのかといった議論）に決着をつけることが抜本改革の本丸だという位置づけになっていったということです。けれども、高齢者医療制度の問題は関係者の利害が先鋭的に対立しますのでその調整は容易ではありません。また、それぞれの「型・方式」は一長一短があり悩ましい問題です。後期高齢者医療制度についても、年齢で切ればいろいろ問題が生じることはある程度予想されていたことです。それにもかかわらずなぜ後期高齢者医療制度を提案したのかといえば、高齢者が自ら負担する部分を明確化するなど医療費の世代間の給付と負担の関係を可視化するためです。私は後期高齢者医療制度の見直しに必ずしも反対ではありませんが、改正にあたっては世代間の問題は、審議会や国会で十分議論すべきだと思います。

それから2004年の年金改正ですが、この改正は、保険料水準固定方式の採用、マクロ経済スライドの導入、基礎年金国庫負担の2分の1への引き上げなどを内容としています。この改正について厳しい批判をする論者もいますが、年金は一種の長期契約ですから、ある時点で制度をガラガラと変えることはできません。2004年の年金改正には、持続可能性の確

保を図るためにかなり思い切った改正が含まれており私は評価しています。ただデフレが続き経済成長率も低いなかで更なる改革が求められているというのが今日の状況だと思います。

**新田** 介護保険に関しては、いわゆる税財源の措置方式から保険料財源の契約方式に変えることで色々なメリットが語られましたが、一番大きな意義は、それに切り替わることで介護サービス供給の増加を導いたことです。全体からみれば、国民健康保険の救済策として、要するに医療のなかの介護的部分を引きはがすことで財布を二つ作ったわけです。二つ目の財布で医療の一部分を見てもらう、平たく言えばそういう仕組みです。したがって国保との絡みは抜くことができないと思います。

それから、介護保険は、仕組みとしては、実は後期高齢者医療制度の先行型になっていることに注意する必要があります。例えば、介護保険で導入された年金保険者による保険料天引きの仕組みとか、加入者が階層化しそれぞれについて保険料の直接徴収と納付金方式をとるとか、あとは財政安定化の仕組みなどです。介護保険でうまくいったものを、後に後期高齢者医療制度に取り組みむということでは、医療保険改革のお試し版だったところもある。色々な意味をもつ第五の社会保険だったというのが介護保険についての評価です。

医療保険改革では、このときは三本柱として高齢者医療制度の見直し、医療費適正化の推進、都道府県単位の保険者再編統合がありました。保険者の再編統合は、いつあんなにはっきり決まったのか、さしたる根拠もなく勢いで決められた気がします。以前から議論はあったのですが、いきなり2003年の閣議決定で医療保険は県しかならないということになったのには釈然としません。

年金改正は、島崎さんの言われたとおりで、私もこれは制度としては評価しています。給付水準維持方式から保険水準固定方式へと転換をしたことは、意味があったと思います。

要するに「出づるを図って入るを制す」から「入

るを図って出づるを制す」へと変えたわけですから非常に大きな転換であったわけです。しかし、保険料水準固定方式でありながら、政治的には給付率を現役世代の50%以上を維持するという矛盾することを言ってしまったことが、今になってまた年金改革に尾を引いているのではないかと思います。

**一圓** 介護保険に関しては、1980年代の老人病院とか特別養護老人ホームとか家族介護の実態を考えますと、介護サービスの基盤が整備されて誰もがサービスを利用できるようになったことを、介護保険の成果だと評価しています。私自身も介護サービスは社会保険でやるべきだと早い段階から考えていました。かつて皆保険のときも「保険あつて医療なし」と言われ、それが梃子となって供給体制が急速に整備されたのですが、仮に現在も介護サービスを税金でやっていたとしたら市町村は供給体制の整備になかなか動かなかったと思います。しかし、日本の将来の社会保障の制度体系を考えると、年金給付費や医療給付費に対して介護サービス費はさらに強化すべきではないかと考えています。

後期高齢者医療制度については、従来の老人保健制度の方が遥かに良かったと思います。75歳以上の高齢者に別の制度を設けなくても、高齢者にも相応の負担をしてもらいつつ高齢者の医療費を国庫負担と保険料で下支えすることはできたと思います。後期高齢者を分離することによって前期高齢者の財政調整もあり、保険料がどういふふう役に立っているのかますます分からなくなっていました。

老人保健制度では、健保組合も市町村国保も、自ら抱える高齢者の一人当たりの医療費を節約することによって、老人医療費拠出金を減額させることができました。ところが後期高齢者医療制度では後期高齢者は切り離され保険料は都道府県で一律となり、市町村国保が健康作り事業などで医療費を適正化してもその成果が得られなくなりました。これが一番禍根を残した点だと思っています。

2004年の年金改革ですが、「持続可能なものにする」ということの意味は、若い世代が展望を持てる

ように将来の保険料はここまでですと上限を付したとだと思えます。ただ、それに伴う給付水準の引き下げに関し、これまでの給付構造をそのままにしていますが、これは将来維持できなくなるのではないのでしょうか。

## 今日の課題—空洞化問題、高齢化への対応

**駒村** つぎは今日の課題と今後の対応を議論したいと思います。一つ目は、空洞化問題です。これは、財政問題というよりはおそらく生活保護に直結する問題でもあり、空洞化問題で皆保険・皆年金がまさに大きな穴が空いてしまっていることをどうしていくのか。

二つ目に、高齢化への対応というのは、医療においては世代間の問題がある。年金ではマクロ経済スライドで、基礎年金を含めて、給付水準が大幅下がる。この点はやはり社会保障体系上大きな課題になるのではないかと。例えば基礎年金は実質三割カットになりますから、生活保護とのアンバランスがますます広がる。ここに全ての高齢者が、一定割合が吸い込まれてしまう可能性が出て来る。そうなると、どのように有効に税財源を使うかという話も絡んでくるのかもしれませんが。あるいはマクロ経済スライドを基礎年金にだけかけない、ということを含めた今の財政フレームのなかでできるかといえば、そのひずみは厚生年金に集中することになるのではないかと。厚生年金の財政が急速に安定性を失うことになる。

三つ目は、国保の広域化あるいは都道府県単位化の問題です。都道府県単位というのはかなり初期から議論があったようですが、何故こんなに早くからあり、なおかつ今日でも問題なのか。

最後に、「社会保障と税の一体改革」で介護納付金や高齢者医療の支援金が入る負担方式であったものが応能負担方式に切り替わっていくことの意義、評価をお聞きます。

**一圓** 空洞化の問題に対して一つは、非正規雇用の人々で自ら被用者保険の被保険者になっていない

人々にできるだけ多く被用者保険の適用を拡大することです。一気に難しいでしょうから、段階的に適用拡大することが必要です。また、その際には、特に年金制度に関して、低い保険料でどのように基礎年金と比例年金を給付できるか問題が起これると思いますので、国庫負担による支援の方法を再検討する必要があります。

さらに将来の問題として、非正規雇用が一層拡大し定着するような場合には、給付付き税額控除のような仕組みを採り入れて、だれもが保険料を負担し続けられるようにすることも必要かと考えます。

**島崎** 国民年金の第一号被保険者の保険料滞納は将来の無年金・低年金に繋がる由々しい問題で、いろいろ手を打つ必要があります。一圓さんが言われる被用者の適用範囲もその一つですが、マスコミが非常に近視眼的な取りあげ方をしていることが気になります。パートに出た主婦の保険料が増えるので損だといった類の報道はその例ですが、給付とセットで見なければなりません。また、家計補助的な就業形態もさることながら賃金だけを生活原資としていながらも国民年金だけの労働者がいるわけで、その所得保障のあり方という観点を軸に据えて議論する必要があります。

所得格差が広がるなかで年金の最低保障機能の強化は必要なテーマですが、保険料を拠出した人とそうでない人を同等の取り扱いにするわけにはいきませんから、具体的な最低保障機能の設計や基礎年金と厚生年金の給付水準のバランスのとり方は非常に難しい。税による最低保障年金を提唱する論者も少なくありませんが、これはいま言った問題をより複雑にさせるだけで私は賛成できません。駒村さんが指摘された生活保護基準と基礎年金の乖離の拡大の問題は私も懸念している点ですが、生活保護が基礎年金かではなくその間に就労政策・福祉政策を組み込むことでも考えないと「出口」が見えないように思います。

国民健康保険の保険料の滞納は、滞納分は他の人の保険料に跳ね返るわけで公平の見地から大き

な問題です。これについて二つだけ申し上げておきたいことがあります。一つは保険料の賦課の公平性の確保です。現在の公的年金等控除の最低保障額は120万円ですので、

これに基礎控除（市町村民税ベースで33万円）を足すと153万円になります。逆に言うと、153万円（月額13万円弱）の公的年金をもらっている人は国民健康保険の保険料算定上「所得なし」になります。一方、正社員（被用者保険の被用者）に該当しない労働者は国民健康保険の被保険者になりますが、給与所得控除の最低額は65万円ですから、これに基礎控除33万円を足した98万円以上の給与収入の者は、国民健康保険の保険料算定上「所得あり」になります。要するに私が言いたいことは、公的年金等控除が効きすぎており、現行の最低保障額120万円は少なくとも給与所得控除並に引き下げないとバランスがとれないということです。

もう1つは公費の拡大はやはり避けて通れないということです。いま述べた問題はあるにしても国民健康保険の中で低所得者が増えているのは間違いありません。社会保険である以上、給付費の公費負担は五割を超えないようにするというのとは一つの節度かもしれないかもしれませんが、これまでも理屈をつけて公費拡大を図ってきたわけで低所得者の増加に着目した公費投入は検討すべきです。現状では国民健康保険の被保険者、とりわけ中堅階層の保険料負担が重すぎるように思います。

**新田** 国民年金の空洞化問題とは、これで年金が倒れるとか医療保険が倒れるといった財政問題ではありません。年金を払わない人が将来年金をもらえず低所得になって、結局生活保護にむかうという話であって、それは結局、保険料でみるか、税財源でみるかというだけの議論だと思います。

空洞化問題の中には二通りのグループがあると思います。「払いたいけれども払えない」という本当の低所得者の人と免除等はあるもののそれには引っかけられないもう少し上の層のグループと、「払えるけれども払わない」という人のグループ、その両方が混じってい

ると思います。「払えるのに払わない」人達は、やはり公平の観点からも制度への信頼性という観点からも問題があるので、これはペナルティを含めた厳しい徴収をやっていくということだと思います。他方「払いたいけれども払えない」人達に関しては、現実問題として生活保護は申請主義ですから、保護を申請しないで結局保険料が払えないという人も実際にはいるわけです。

そういう人達が増えていくことで何が問題かということ、皆保険・皆年金のなかにヒビが入っていくことです。そこは税で面倒を見れば良いではないかという話もあるのですが、1980年代には低所得者医療制度を作ろうとして失敗した経緯があります。低所得者は保険料を払えないのだから保険から切り離しましょう、という合理的な意見はまだ通りづらいついという気がします。「払いたいのに払えない」人達については、思い切って介護保険と同じように、生活保護を含めて国民健康保険に全部入れてしまって、その代わり保険料分と自己負担分は税で見るという仕組みを入れることで、皆保険・皆年金を維持する方が、国民のまとまりという観点からみると意味があるし、制度への信頼も崩れないのではないかと思います。

**駒村** つぎに高齢化への対応についてですが、一圓さんからは年金ではマクロ経済スライドの評価をお願いします。

**一圓** 高齢化や経済情勢の変化への対応として、マクロ経済スライド制度は合理的な仕組みです。ただ給付の引き下げが続くような場合、基礎年金部分は引き下げないようにするなどの調整が必要になるかもしれません。

**駒村** そこはもう一つの方法としては、全員に一律で給付している基礎年金の税負担分を、高所得者分だけは停止し、その分を基礎年金に対するマクロ経済スライドの適用を押さえる財源にし、実質、低所得者の所得保障に集中するという事も考えられますが、どうでしょうか。

**一圓** 結局のところ、保険料部分の果たすべき役割と国庫負担部分の果たすべき役割を整理して、限

られた国庫負担は低所得層により多く配分するようにするしか、皆年金による高齢者の所得保障はうまく賄えないのではないかと思います。

島崎 基礎年金にはマクロ経済スライドをかけないという議論があることは承知していますが、その分を厚生年金に背負わせる（犠牲にする）というのはどうでしょうか。基礎年金と厚生年金のバランスの議論にあたっては、年金には従前の生活水準をある程度保障する役割があることも考慮する必要があり、所得の再分配をどんどん効かせればよいというものではないと思います。

新田 そこは先ほども言いましたが、基礎年金とは何を保障する年金なのかという話に戻ってくると思います。法的に基礎年金が保障されるべきであれば、逆に言えばそれは保険料か税財源かは別として、やはり国家の責任となる。一方で、その上に乗っかってある部分をどうするかについては、かなり融通が利くということになるのではないかと。基礎年金が縮んでしまうと、そこには最低生活保障をどうするんだという問題があるわけで、そこは守られなければならない一線はあると思います。現実論からいっても、結局生活できない人達は生活保護に向かう。どの財布で見るとかという議論でいうと、どちらにせよお金がかかるのであれば、そういう人達が一番納得してかつ制度に対する信頼を持ってくれるような仕組みを考えなければならぬと思います。

## 国保の広域化、 一体改革における総報酬化問題

駒村 最後に、国民健康保険の広域化の問題、「社会保障・税一体改革」での介護納付金の総報酬化、支援金の総報酬制導入などについて拠出金の議論がありましたらお願いします。

島崎 国民健康保険の広域化についてですが、結論からいうと広域化はせざるを得ないと思います。ただし地域保険の被保険者資格の要件は住所しかありませんから、広域化された国民健康保険の保険

者を都道府県とするか広域連合とするかはともかく、市町村の協力なしに保険事業は円滑に運営することはできません。また、保険料の徴収も市町村が行わざるを得ません。したがって、広域化された保険者で保険事務が完結するわけではなく、関係機関の役割分担と責任は明確にしなければなりません。また、医療供給の地域偏在が大きい県では、医療過疎の地域の住民からは保険料率が上がるのに医療供給はそのままでは不満が出るのは当然です。私は国民健康保険が広域化しても保険料の地域特例を認めていかざるを得ないのではないかと考えています。

それから総報酬化の問題ですが、議論としては当然あると思います。退職者医療制度は前期高齢者医療制度の導入に伴い原則廃止されたわけですが、退職者医療制度は総報酬割だったのが前期高齢者医療制度の納付金は頭割りです。つまり、2006年の医療制度改革（施行は2008年度）により標準報酬が低い保険者ほど負担が重くなっているのです。ただ、いったんこういう改正をした後に総報酬化の話を持ち出し関係者の合意を取りつけることは、正直言って、なかなか大変です。いまさら言っても詮方ないことですが、本来は2006年の改正のときにこうした議論しておくべきだったように思います。前期高齢者医療制度の納付金は、所得捕捉率の相違がありますので、被用者保険と国民健康保険の間では頭割りで按分するより仕方ありませんが、被用者保険の間では退職者医療制度の拠出金のように報酬按分する方法もあったように思います。

一圖 広域化に関してですが、都道府県によって、また同じ都道府県でも市町村によって一人当たりの医療費はずいぶん違います。それを一緒にすることは決して公平とはいえない。例えば、健康作りを力を入れて一人当たり医療費を下げることに成功しているところも医療費の高い都市部も同じように保険料を賦課することは望ましくない。ただ、規模の小さな保険者では、保険の事務の専門的なノウハウを育てることも、被保険者の医療費分析をすることも、また保健師を確保して保健事業を行うことも難しいところが多

と思います。そういう意味では広域化して保険者の能力を高めることは必要ですが、その場合でも、市町村の自主性が最大限尊重されるようにしないといけない。それがないと必要な保険料の確保も難しくなるのではないのでしょうか。

総報酬制に関してですが、保険料によって高齢者等の医療費を支援するという目的を考えると、基本的には理屈にあっていていると思います。介護保険に関しても、医療と介護は財政的には関係が深いので、総報酬制は賛成です。ただ今のような国庫負担と保険料の役割が明確でないまま、国庫負担の不足を補う手段として取れそうなどころからとるという方法は改めないといけないと思います。

**新田** 国民健康保険の広域化の話ですが、歴史的には1938年から繰り返している議論です。第二次皆保険のときもどうするという議論があって、当時の意見はだいたい「当面は市町村で」という感じでした。それが2003年に突然、県だと、いきなり方針が定まってしまったというのは違和感がありました。その背後に医療提供体制における県単位化が進んだというのがあり、それとのセットの議論で出てきたのではないかという気がします。そういう意味では、県単位ということにすると、提供体制との関係もさることながら保険運営は安定化しますし、やはり大きな保険者になれば事務処理能力なり交渉能力が高まるので、しっかりした保険者になるというのは間違いないでしょう。

医療保険者の都道府県単位化にはもはや抗いがたい雰囲気になっているのですが、強いて私が抵抗するなら、保険のロマンといいますか、保険というのは自治と連帯でしょう、助け合いでしょう、それなのにあまり大きくなってやっていけるのですと言いたいところです。フィージビリティの問題についても、保健事業とか保険料徴収については、保険者があまり大きくなるとかえって効率が悪くなるのではありませんか、そのバランスをよく考えましょうよと訴えています。

ただ、現実には保険の財政安定とか医療提供体系を考えると、県単位が一つの有力な選択肢となる。

それから地方分権と言ってみても、スウェーデン等でも医療は県、介護は市町村となっていることを考えると、何が何でも全部市町村ということにはならない。そうすると県単位というのもあり得るのかなという気もしますが、その場合には島崎さんも言われたように、やはり市町村との共同運営になると思うのです。共同運営ということは共同責任なので、無責任に陥らないようにするためにどのように制度設計をするかがかなり大事になってきます。

次に、総報酬化についてですが、これは基本的には被用者保険のなかの話ですよ。一人一人が同じ額を負担する方が公平だという価値観もあるし、負担能力に応じた応能負担の方が公平だという考え方もある。しかし、どちらがより賛成を得やすいかということでは、報酬（所得）の多寡に応じて負担をする報酬按分が、やはり落とし所なのだろうと思っています。ただ、気になるのは、報酬按分は、相変わらず被用者保険のなかの話にとどまっていて、非被用者保険、つまり地域保険と被用者保険の間の割り振りは結局加入者按分という頭数に応じた負担の割り当てでやっている。その壁が乗り越えられないとなると、被用者保険と地域保険の二本立てというのは崩せないということなのかとも感じます。しかし、それについては、雇用の流動化という状況のなかで、本当にかつてのような、母集団も全然違うのだから制度も二本立てでという議論が引き続き成り立っていくかは、十分検討すべきでしょう。私はむしろ一つ開き直って、ここまでできたならば医療保険は地域保険に一本化して、現行の被用者保険制度というのは、例えば傷病手当てといったオプション給付をやるためだけの上乘せ保険者とするといったこともできないことはないだろう——年金でできているのだから医療保険でもできるのではないかと、思ったりもするわけです。

## つぎの50年の展望

**駒村** 最後に、将来への展望としてつぎの50年をどう展望するか、社会・経済で起きていることを見る

につけ、皆年金・皆保険が重要だということはもちろん誰にとっても明らかなことです。とはいっても大きい構造変化のなかでは、ただ「大事だ、重要だ」というだけでは守れない、どういう対応をしていけば良いのか、お聞かせください。

**新田** 率直に言ってよくぞ50年持ちこたえたと。これから先も、経済財政状況、あるいは雇用状況が厳しいなかで、また皆保険・皆年金が抛って立っていた保険の母集団が急速に変質するなかで、保険制度がいままま維持できるかといえば、それは難しいと思います。しかし、一方で、皆保険・皆年金が日本の社会のまとまり、安定化に実際に果たしてきた役割は、非常に大きいものがあります。それから日本は平等指向とか公平性に重きを置くところがありますから、やはり根幹としては皆保険・皆年金は維持し得ると思います。したがって、今日の議論で出てきたいわゆる低所得者関係のほころび部分について、関係者がどのように納得のいく形で負担を分かち合うかという工夫こそが、どれだけ皆保険・皆年金が寿命を保てるかのポイントになってくるのではないかという気がしています。

**島崎** 各政党・関係者の医療・年金政策は異なりますが、「皆保険・皆年金」の一点だけは共通しています。ただ、私はその将来について決して楽観はしていません。人口構造の変化や経済のグローバル化など社会経済の変容が著しいからです。社会経済の変動は社会保障に対する期待を高めますが、同時に

改革の制約要因でもある。こうしたなかで選挙のたびに社会保障が争点になり、振り子の振れ幅が拡大し収集がつかなくなる恐れがあると思います。換言すれば、社会保障は安心の源泉であるはずなのに、政治リスクを抱え込み国民の不安が増大することを懸念しています。ではどうすればよいのかということですが、改革の議論にあったっては改革の必然性と方向性についての共通理解が重要だということです。その上で、関係者・団体や専門家は対案を持ち寄って、データに基づき理性的な熟議を重ね共通解を見出す努力をするよりない。抽象的すぎるかもしれませんが、これが願望を含めた私の意見です。

**一圓** 今後の50年ですが、働き方はますます多様化し、高齢までいろんな形で働き続ける社会になると思うのです。その中で、社会保険制度もずいぶん変わるのではないかと思います。加入者による助け合いの仕組みはできるだけ維持すべきだと思いますが、税方式の要素が一層強まるのではないか。先ほど給付付き税額控除の話をしました。社会保険の代わりとしてではなく、社会保険を補強するための手段となるような給付付き税額控除の仕組みができれば良いと思います。

**駒村** どうもありがとうございました。

(座談会は2011年10月25日、東京神田駿河台・龍名館本店で行われました。——編注)