

国民連帯率を基盤とした
経済社会の構築
～統合型福祉経済のために～

高橋紘士
(福祉政策学専攻)

はじめに

・この資料の発端は、今回の介護報酬で訪問介護サービスの単価が切り下げられたことである。その根拠は介護事業実態調査において訪問介護事業所の利益率が7.8%（なお、訪問看護は5.9%、随時対応型訪問介護看護は11.0%、小規模多機能居宅介護は3.5%）であったが、唯一、報酬が減算の対象になった。これに対し、いうまでもなく、訪問介護単独の事業所を中心に批判の声が巻き起こった。しかし、この調査は全体として回収率が五割弱、訪問介護は42%に過ぎない。また、人件費率は72%で、訪問看護等とほぼ同等である。

全体としてそれぞれの介護サービス単独の収支を平均値でみているので、その分布等は明らかでない、また、事業所が複合型の場合、事業所としての収支は明らかではない。

・このようななかで、私は、今回の介護報酬改定が財政制度等審議会の建議からはじまっていることに注目したい。財務省は一貫して、社会保障費のスリム化という観点から、介護保険についても地域支援事業の導入による、給付の範囲の制限と保険料負担の適正化、二割給付の拡大等を求めてきた。

・いわば制度ひいては財政のスリム化という視点と支援の現場でのニーズにどのように応えるか、事業者の持続可能性をどのように担保するかという視点が対立するなかで。少なくとも措置制度の時代における、公的責任論だけでは片付かない課題があるにも関わらず、この点の理解が不十分な議論が多いように思われる。ましてや、今後急増する後期高齢人口を考慮に入れると（ちなみに80歳以上人口は現在の1200万人から2040年には1500万人となる。[https://](https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics138.pdf)

www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics138.pdf 参照）、また、それと並行する単身化と多疾病の要介護に対応するための制度をどう再編していくかという政策課題を意識せざるを得ない。

・ここでは、視点をマクロなレベルにおいて、経済社会のなかに、介護を始めとする社会保障（OECD風というと社会的支出）をどのように位置づけるべきかということを考える上での資料を提供したい。このことを念頭におきながら、メゾレベルの制度、ミクロレベルでのサービス提供の関連性を踏まえた議論が必要だと考えたからに他ならない。

- ・ 税負担と社会保険負担をあわせて国民経済の規模に対する割合を国民負担率と呼び習わしていますが、これは我が国のみの言い方で、OECD等の統計ではこの呼称は使われていません。ここではゆきさんの用語に従い国民連帯率と呼びます。

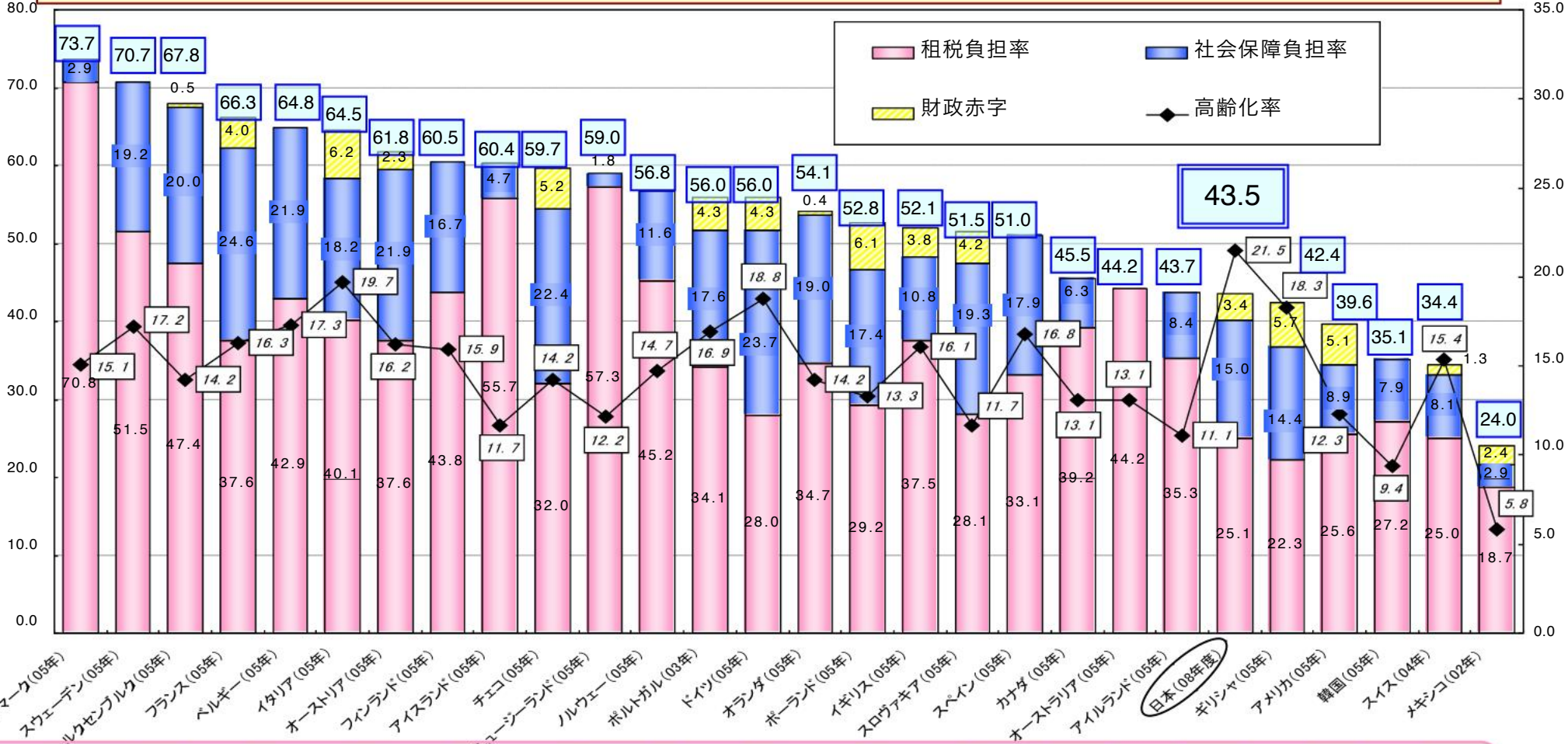
- ・ 次に示すのは、厚労省が2000年代初頭に作成した図表で、わかり易いので、古いものですが、敢えて紹介しています。高齢化の程度などの指標を加味して、需要側の要因と公的支出の関係がわかる統計です。

- ・ 本来は最新のデータを引用すべきですが、この図は多様な情報が集約されているので敢えて紹介することにしました。国民負担率（いわゆる国民負担率の最新の統計は財務省のサイト参照。https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/a04.htm）というのは、ゆきさんは国民連帯率と命名しました。日本は公共支出を無駄なもの、一部の既得権益に使うものという空気と、財政当局の財政抑制指向が負担という言葉を使わせてきたのでしょうか。しかし、そうなのかという疑念がゆきさんの表現に込められています。

- ・ デンマークは国民連帯率トップです。日本の位置はどうでしょうか。高齢化の程度などと比べながら見てください。

OECD諸国の潜在的国民負担率及び高齢化率

○ 高齢化が最も進んでいる日本の潜在的国民負担率は、OECD諸国の中でも低い



| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------|-----|-----|-------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-----|---|------|
| 25% | 15% | 21% | 20% | 24.5% | 12.5% | 21% | 19% | 17.5% | 16% | 10% | 5% | * | 7.6% |
| 25% | 19.6% | 20% | 22% | 19% | 25% | 19% | 22% | 19% | 5% | 21% | 19% | | 15% |

付加価値税率（標準税率及び食料品に対する適用税率）の国際比較

1：日本の08年度の係数は見通しである
 2：国民負担率は、税負担率と社会保障負担の合計。四捨五入の関係上、係数の和が合計値と一致しないことがある。
 3：ハンガリー及びトルコについては、係数が足りず、国民負担率が算出不能であるため掲載していない。
 4：高齢化率については、日本は2007年の推計値を、諸外国は2005年の推計値を仕様している。

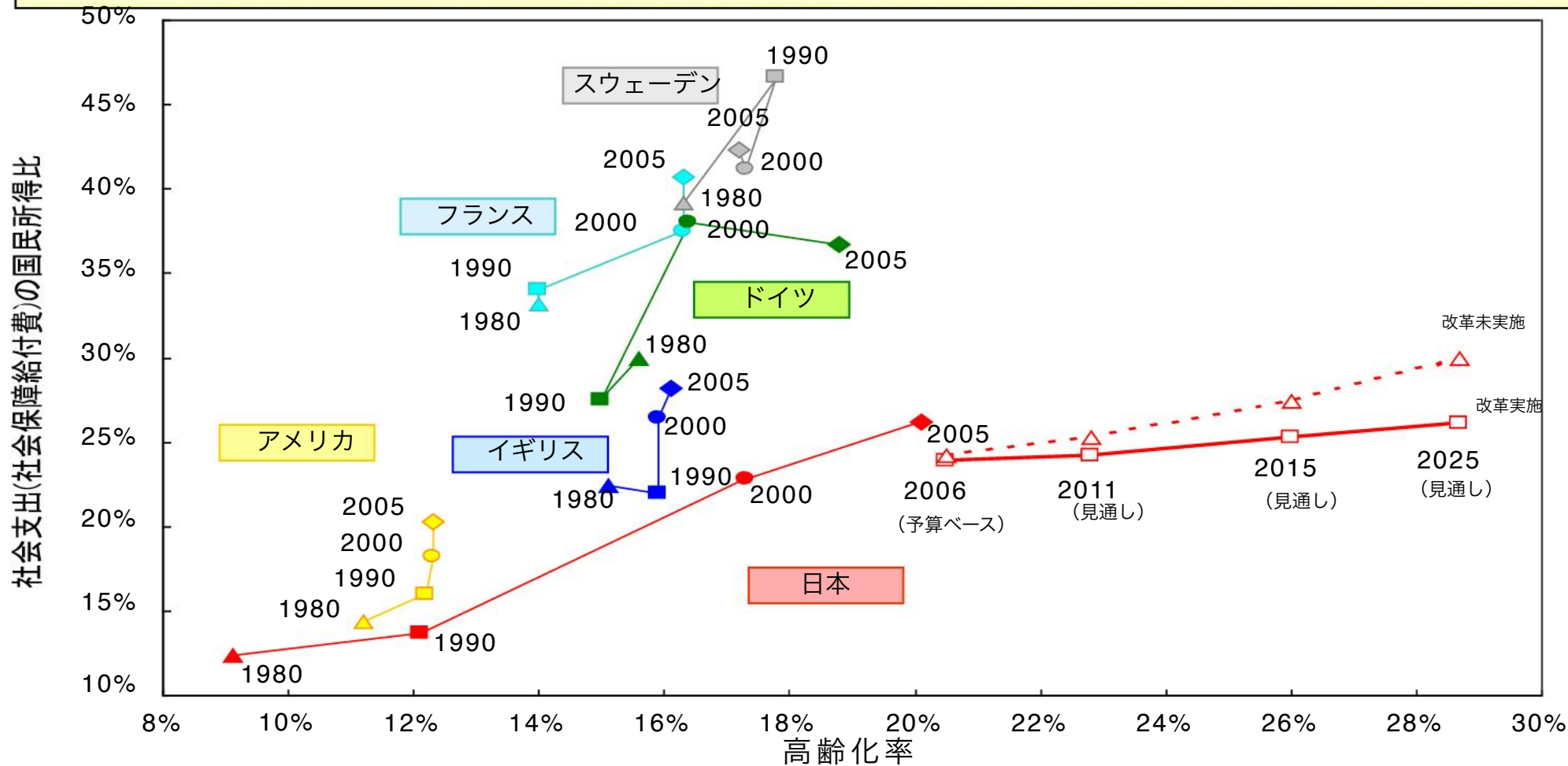
【出典】 ・ (国民負担率) 日本：平成20年度予算案ベース、諸外国：National Accounts 2007 (OECD) Revenue Statistics (OECD)
 ・ (高齢化率) 日本：「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)、諸外国：World Population Prospects 2006 Revision (UN)

*アメリカは州、群、市により小売売上税が課されている(例：ニューヨーク市8.375%)

- ・ 次に高齢化率と社会保障給付の規模を直接時系列に並べたものです。直近の数値はありませんが、傾向はわかりません。デンマークのデータはありませんが、スウェーデンのデータを参考にしてください。
- ・ 高齢化の程度に比べ、日本の社会保障の貧しさが理解できるでしょう。
- ・ 財政当局の社会保障にかかる公費抑制の基調のなかで、何故介護保険が社会保険の仕組みを擬制したか。そうすると公費負担は義務的経費となり、財務省の裁量性がより少なくなるのです。
- ・ だから今回の介護報酬改定では財政制度審議会の部会の報告が厚労省の決定事項への介入の根拠になったのです。（財政審の部会報告は https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/index.html ）

高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較

- 日本は1980年から2005年までの25年間で高齢化率は10%以上上昇しているが、社会支出の国民所得比の増加は約13%程度であり、その水準もスウェーデン・フランスなどに比べ、低い。
- イギリスやアメリカ、ドイツなどは、高齢化率はさほど大きく変わらないものの、その社会支出の国民所得比は5~10%程度上昇している。



出典：実績はOECD：“Social Expenditure Database 2008”等、見通しは厚生労働省：“社会保障の給付と負担の見通し（平成18年5月）”に基づき、

実績はOECDの社会支出基準に基づき、社会保障担当事務官で算出しているため、社会保障給付費よりも広い範囲の費用（公的住宅費用、施設整備費等）も計上されている。

高齢化率は・日本：国勢調査（総務省統計局）／諸外国（U.N.WORLD POPULATION PROSPECTS(OECD Health Data)）

- ・ 私達の意識のなかに、税や社会保険料は政府に吸い上げられて勝手に使われているという意識が払拭できません。これと負担という言葉が結びついて否定的な感覚で「税負担」等をとらえてきたきた名残かと思われれます。

- ・ しかし、現実には社会保障給付をはじめとする公共支出は経済・社会・文化のなかに溶け込み、地域社会を活性化させる大事な役割も果たすようになってきているのです。

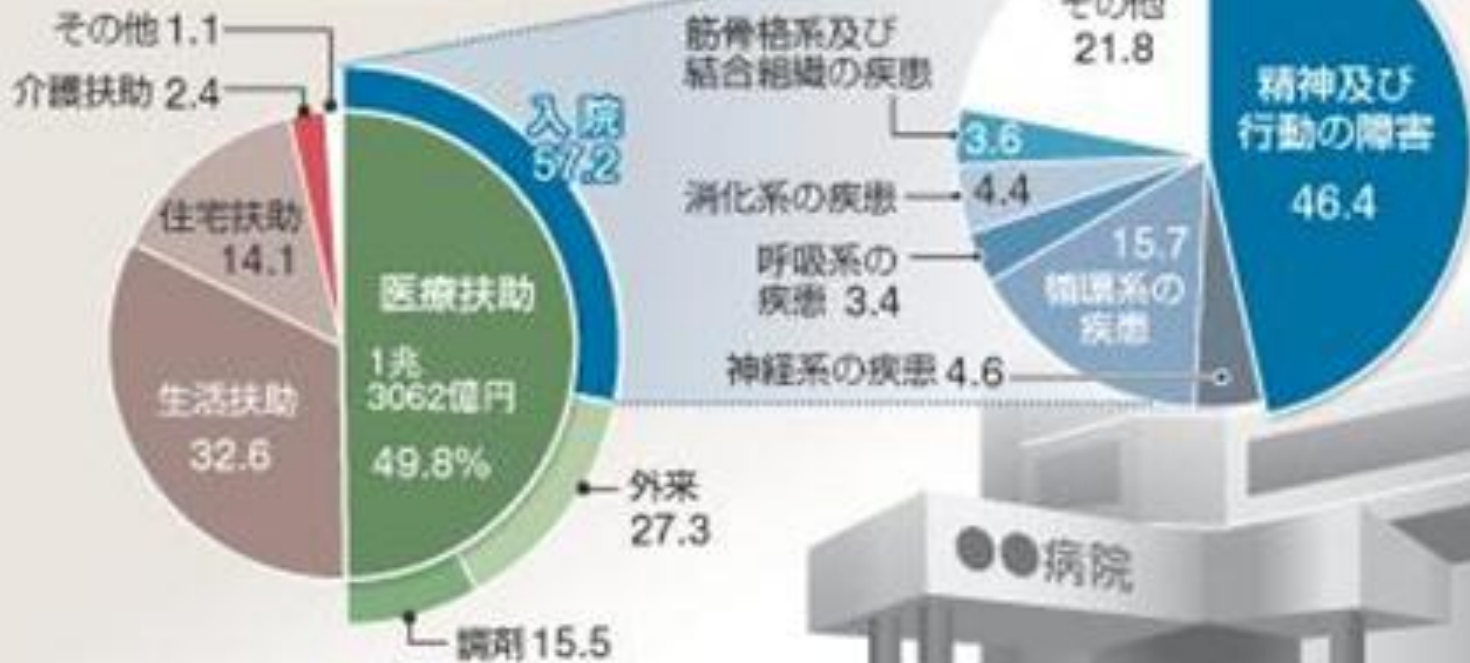
- ・ 要援護の人への単なる救済費用ではなく、私達全体の生活を支える原資として機能していますが、一方で既得権益の組織に社会保障給付が流れてもいます。生活保護の医療扶助が精神病院の収入源になっていることを示唆する図も掲げておきます。

- ・ 一方旧来型施設から地域での支援に移行するとなにか起こったかという推計および、社会保障給付が地域の経済に及ぼす規模の推計などが行われたことがあり、やや古くはなりましたが、紹介しておきます。

- ・ 残念ながらこのような推計がバージョンアップされていませんし、多くの経済学者はこのようなことに関心がないようです。・

保護費の内訳

総額 2兆6225億円

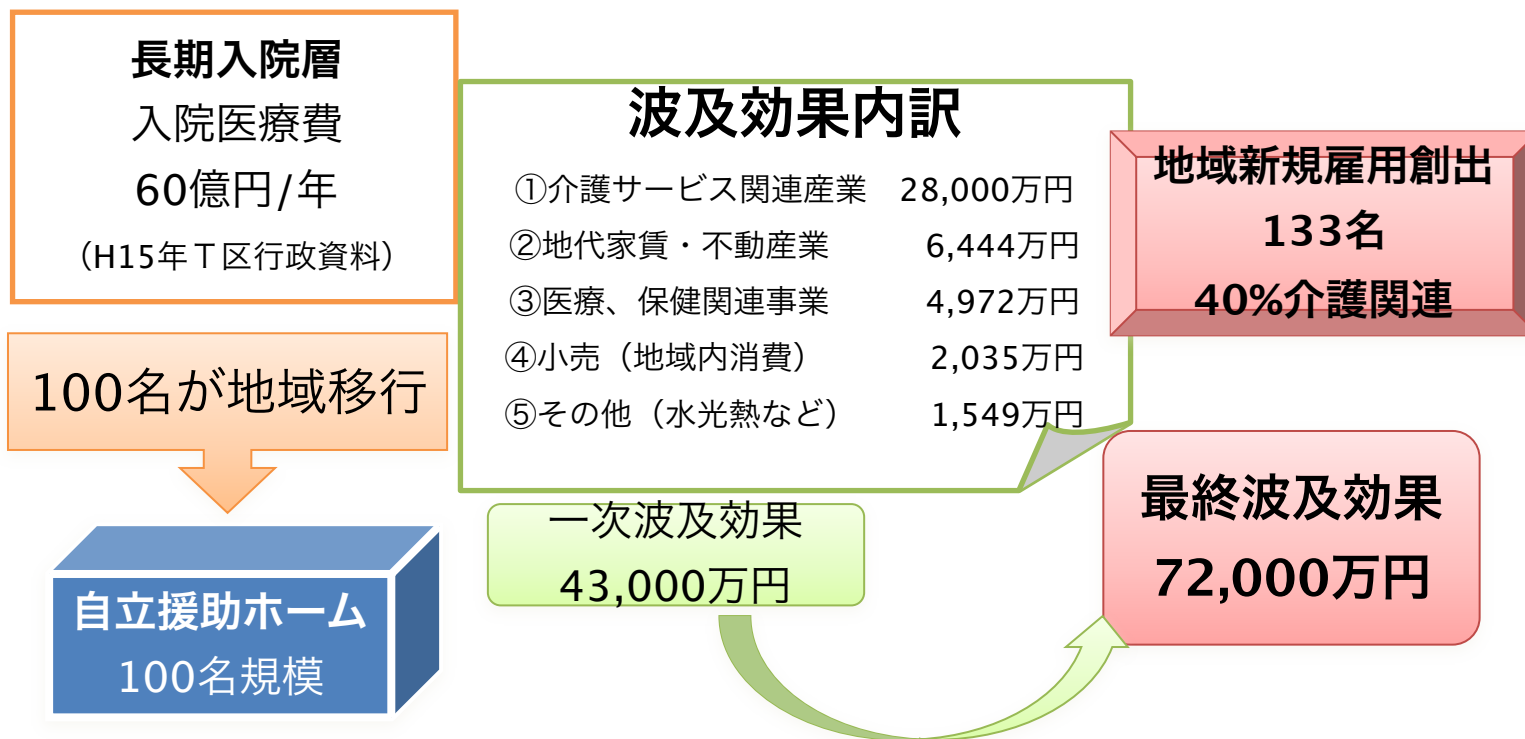


※総額は平成20年度当初予算ベース。入院、外来の内訳と病類別割合は20年医療扶助実態調査



雇用創出・地域消費活性化

帰住先喪失の入院患者の地域生活移行による地域経済波及効果
鈴木亘教授による推計(当時学芸大学 社会保障論、医療経済学)



福祉と経済社会 統合型の福祉経済へ

(藤田伍一元一橋大教授からの示唆)

分散型システム⇒自立人口から依存人口への一方的な資源移転システムとみなされます。

経済社会から福祉システムが分離し、経済的余剰を一方向的に福祉・医療に配分する方式ととらえます。その結果、施設病院を大規模型にして、相互排除型システムとなることを許容し、福祉（対象別）医療が自己完結して、社会保障給付がブラックホール化する。その結果、貧困ビジネスといわれるものの構成に極めて近くなっていきます。社会保障給付が収益源となっていくことの咎めが現実化しているといえるかもしれませぬ。結局、医療機関や福祉施設と在宅での支援が分離してしまうのです。

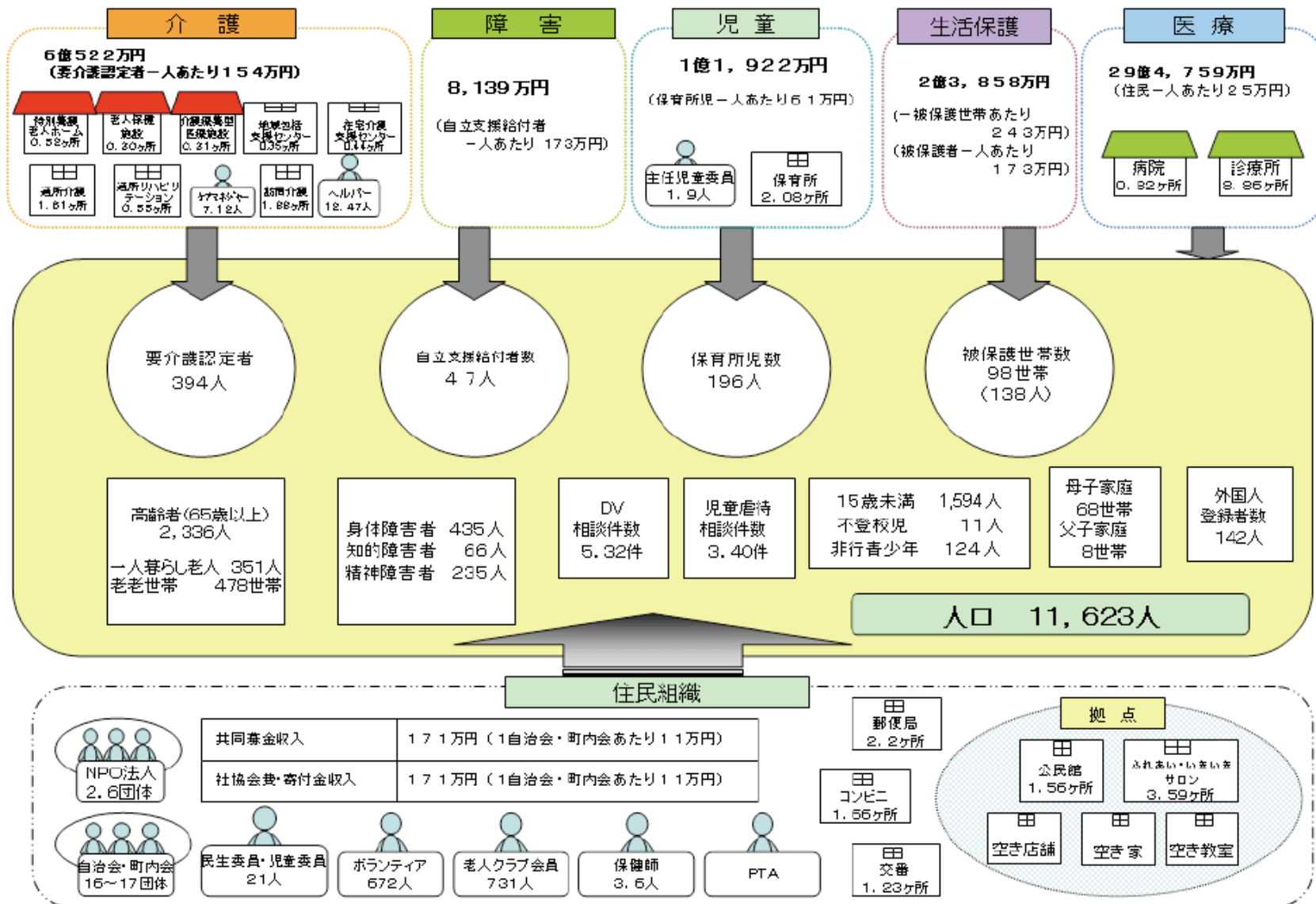
統合型システム⇒高齢や障害などによって、支援の必要な状態が一般化し広く広がると分散型システムでは機能しなくなります。

経済社会と福祉を融合、統合する必要がおり、地域社会が福祉機能を内在化するシステムが確立し、施設と居宅が連続化する⇒ケア・イン・プレイスという考え方、我が国では地域包括ケア、地域共生社会構想などで表現される。

その結果として、経済社会と福祉が相互補完する。社会保障給付が地域循環する。社会的包摂化が進む、包括的支援の考え方で統合化していく、この間をインフォーマルシステムがつなぎの役割を果たし、境界融合がおこる、さらに「住まいと住まい方」にハードソフトを備えた居住システムが基盤となっていく。とすると、社会保障費用は地域循環することになる。必然的に社会保障費は増大しその財源の確保も課題となってることは理解できるはずで。

地域(1中学校区)の状況

全国の中学校数: 10,992校

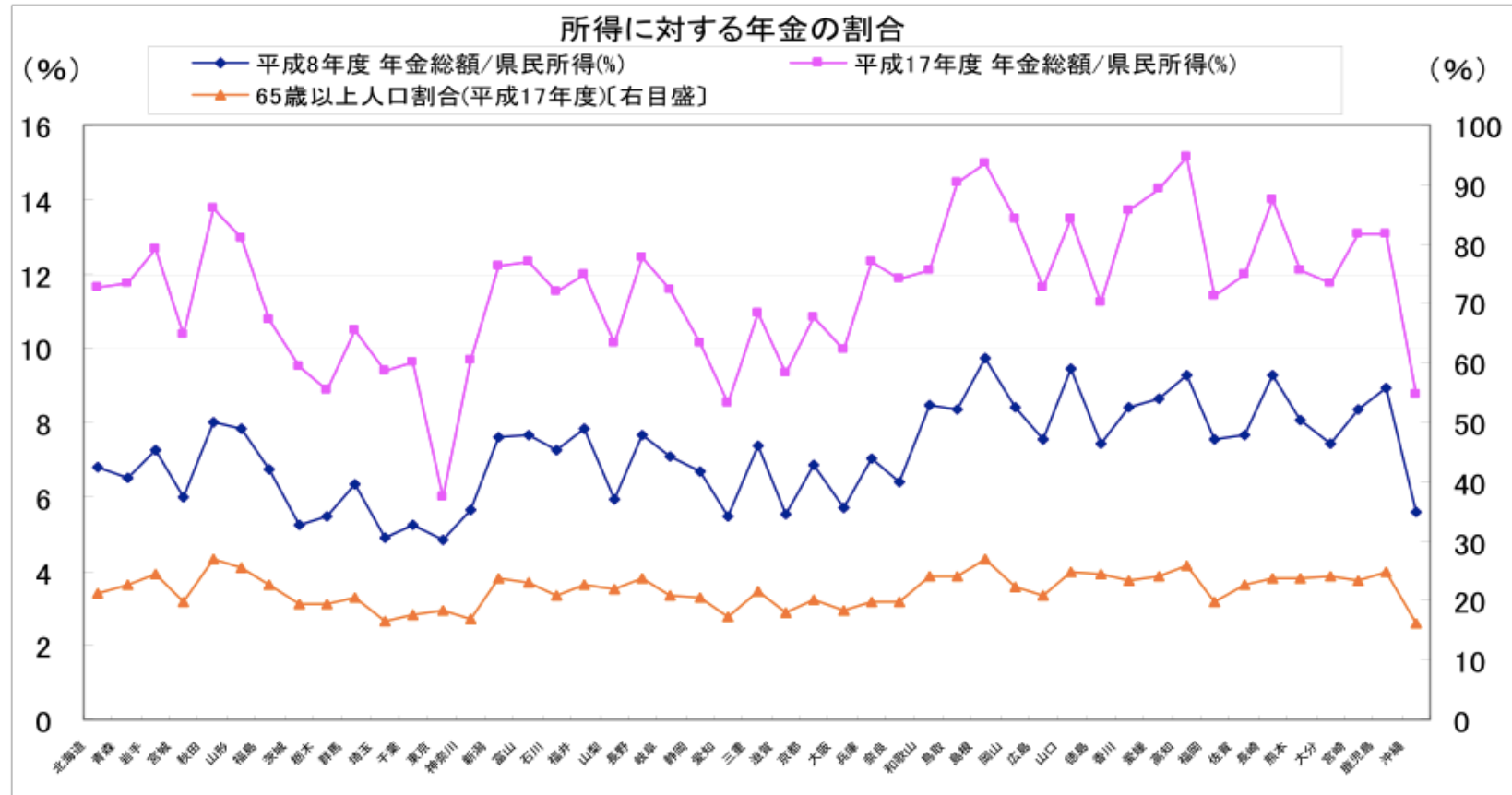


(注)1中学校区あたりの対象別費用及び一人(世帯)あたり平均の額については、一定の考え方による推計値である。

地域経済に占める公的年金給付

資料16

- 県民所得に占める年金総額の割合は大きくなっており、地域住民の所得に占める年金の役割は増大。
- 地域別にみると、高齢化率の低い関東や東海、近畿で低く、その他の地域で高い。
- 都道府県別にみると、高知県で15.2%で最も高くなっており、次いで島根県（15.0%）、鳥取県（14.4%）、愛媛県（14.3%）、長崎県（14.0%）となっている（2005（平成17）年度）。



資料：年金総額は社会保険庁「社会保険事業の概況」、県民所得は内閣府「県民経済計算年報」、65歳以上人口割合は総務省統計局「2005（平成17）年国勢調査」による。
 (注)：年金総額は厚生年金保険及び国民年金（福祉年金を含む）受給者の年金総額（2005（平成17）年度末現在）である。新法船員保険の職務上を除く。

まとめにかえて

- ・ よく、大きな政府、小さな政府ということがいわれます。このことを考える上で基本的な理解として、日本の政府部門は人口あたりの公務員数が少ないということも知るべきです。その少ない公務員や政府の規模をさらに小さくすることがこのところ進行してきました（次の前田健太郎氏の著書からの引用図を参照 1980年代までのデータです。）

その上で、人口高齢化の割には社会保障給付費が小さいこと、それにしても急激な高齢化の進行で経済社会が追いついていないこと、勿論投入すべき人的資源、財源等々も不足していること、などを認識すべきです。

- ・ ところが、1980年代以来、行政改革、民営化による効率化などを旗印に、公的関与が必須である領域にも民営化と効率化の波が押し寄せました。公務員はさらに削減され、また、国では内閣人事局が設置され内閣が人事を把握するようになったことの問題点が指摘できます。また、民間委託の通常化、非正規雇用の公務員は派遣労働の利用などの問題があります。

- ・ 高齢化と少子化への対処は、公共部門が重要であることはいうまでもありませんが、みてきたように社会保障が経済や地域社会を支える積極的な役割をはたすことを認識すべきです。後期高齢者の急増と少子化の進行に対処するための基盤としての公共部門が果たすべき役割と地域社会での社会保障の意味などについて、考え直すためのヒントとしてこの資料が役立つことを願っています。

先進国における公務員数
(人口1000人あたりの推移 1980年まで)

第3節 公務員数の少ない国への変化

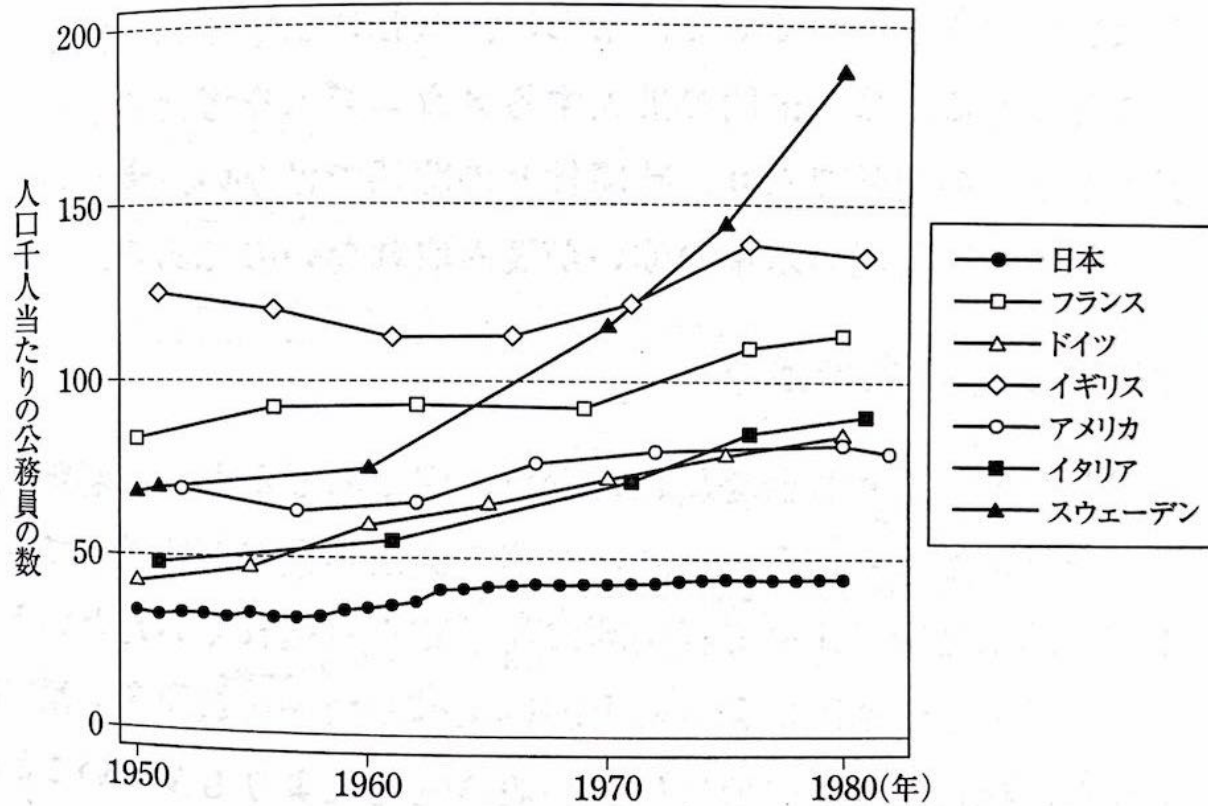


図 2.11 先進国における公務員数の推移