

# 社会保障制度改革とこれからの高齢者

丹 下 晴 喜

## はじめに

現代社会のこれからを展望するとき、避けて通れないいくつかのことがらが浮かび上がる。1989年の「ベルリンの壁」崩壊以降、世界経済は「メガコンペティション」の時代に入り、また行財政改革や経済構造改革をめざす政府の政策展開とあいまって、日本企業は「事業の再構築（リストラクチャリング）」を強めている。その結果、中高年ホワイトカラーの雇用・失業問題が厳しさを増してきている。

他方、急速に展開する「少子化・高齢化」のなかで、現役世代がこれからの社会をどのように支えていくのか、という議論が激しく行われ、欧州の福祉先進国をモデルとして形成されてきた社会保障制度の根幹を揺る動かしてきている。特に、現在進行中の医療と介護、年金をめぐる議論は、戦後社会保障の枠組みのリストラクチャリングともいうべきものである。

現代の経済状況と制度改革のなかで、従来の高齢者像は明確にその変更をせまられている。そこにみえてくるのは何らかの健康上の困難をもった高齢者に対しては負担と自立の要請であり、また元気な高齢者に対しては労働市場への再登場の要請である。

本稿では、現在進行中の社会保障制度改革がこれからの高齢者にどのような影響を与えるのかということ、社会保障制度改革の内容を検討するなかで明らかにしたい。

以下、まず第1に高齢者が置かれている現状を明らかにし、第2に医療保険制度改革および新しい公的介護保険制度の内容を示し、それが健康上の困難から介護あるいは医療を必要とする高齢者にどのような影響を与えるかを考える。さらに第3に今時の公的年金制度改革の議論を取り上げ、それが健康な高齢者に与える影響について考えたい。以上を通じて、現在の社会保障制度改革が高齢者に求める新しい姿を明らかにしたいと思う。

## 1. 「高齢化社会」と負担問題——高齢者が置かれている現状について——

### 1-1. 「少子化・高齢化」の現状

まず、社会保障制度における高齢者の位置を見る上で、社会保障制度の変革を迫っているとい

われている「少子化・高齢化」の現状を確認しておきたい。

戦後わが国は、疾病構造が感染症中心から慢性疾患中心へと変化するなかで、医療体制の整備や医療技術の向上、保健事業の推進を目標とした諸施策を展開してきた。その結果、1997年の平均寿命は男性で77.19歳、女性で83.82歳と、世界最高水準となってきた。<sup>1)</sup>

他方、晩婚化や出産・育児を困難にする社会環境を背景とした「少子化」の進行も著しく、これを合計特殊出生率<sup>2)</sup>でみると、1997年度現在では1.39と人口を維持するのに必要な水準である2.08を大幅に割り込むという状況になっている。

このようななかで、人口減少と高齢化の急速な進行（高齢人口比率における分母の縮小と分子の増大）がみられ、65歳以上の高齢人口割合は、1997年の15.7%から1050年には32.3%に上昇すると予測されている。国民の3人に1人が65歳以上の高齢者となるのである。

人口減少と高齢化率の上昇は、「高齢世代を現役世代がいかにして支えるのか」という問題として提起され、自然現象である加齢そのものが高齢化にかかわる社会問題であると捉えられ、これを支えなければ社会の崩壊に繋がりがかねないとする「高齢化社会＝危機」論が説得力をもって展開されている。そして、このような議論によって、これまでの社会保障制度が揺さぶりを掛けられるとともに、その改革による持続可能性が問われることとなっている。

## 1-2. 税と社会保障の国民負担

高齢化の進展に対する危機感は、負担問題を媒介に、現在の社会保障制度改革をせまる原動力のひとつとなっている。まず、「国民負担率」の増大という大蔵省の主張について見ておきたい。

国民負担率とは、国民所得に占める租税負担と社会保障負担の割合とされ、大蔵省によって示された日本特有の政策用語である。これは、1980年代の前半の第2次臨時行政調査会答申のなかでその抑制がはじめて主張され、橋本内閣のもとで成立した財政構造改革法において潜在的な国民負担率<sup>3)</sup>を50%以下にすると明記されてたものであった。

財政構造改革法は小渕内閣の成立によって凍結されているものの、自民党は上記目標の堅持を表明しており、不況に対する積極的財政政策の結果である累増する財政赤字額と相まって、将来社会における国民の負担を示す指標という政策的位置づけを与えられている。

この国民負担率について大蔵省は、1999年1月、98年度の見込みと99年度の試算を発表し、さらに90年代の趨勢を示している。それによると、国税の負担率は減税の影響などで90年度の18.2%から99年度には12.9%に、地方税の負担率も9.7%から9.4%に低下するものの、社会保険料の負担については、少子化・高齢化が進行した結果、90年度の11.4%から99年度には14.3%に達するとされている。また、潜在的な国民負担率についても、98年度から99年度にかけては低下するが、90年代を通じては9.4ポイントの大幅上昇となっており、バブル崩壊以降の景気対策の財源を主として国債や地方債の発行に求めたことが影響しているとされている。ともあれ、緊縮財政をとったとしても税収の不足をカバーするための国債の発行が必要であること、今後さらに少子化と高齢化が進行することなどから、負担率の長期的上昇は避けられないと結論づけられている。<sup>4)</sup>

このような国民負担率という言葉や数値は、高齢化社会への現役世代の不安を前提に、社会保

障費を押さえ込む手段として利用されてきた側面があるが、これに対して平成11年度の『厚生白書——社会保障と国民生活』は、国民の社会保障負担は現在の欧州諸国並にとどまることを指摘し、社会保障の将来に対する過度の不安を解消しようとしている。<sup>5)</sup>

しかし、そのような厚生白書においても現行の社会保障制度をそのまま継続するというわけではない。厚生白書もまた、団塊の世代に属する高齢者間における所得と健康の多様化、年齢区分による世代区分の無意味化などを背景として「エイジレス社会」が到来するという将来社会像を前提に、「社会連帯意識を再構築していくための制度設計や制度運用の工夫が不可欠」としている。

現役世代が負担の増大を受容し、また高齢者世代の負担の増大と給付の削減がやむをえないという世論を形成するためには、ある程度の危機意識を形成する必要があるが、しかし、過度の危機意識の増大は、制度そのものへの不信や社会統合の弛緩、あるいは勤労意欲や貯蓄意欲の減退につながる。現役世代の不公平感や不安感との調整を図りながら制度改革を実行し、所得階層や生活状況に対応して高齢者にできる限り負担を求めたいという点が厚生白書の立場であり、それは、現在の社会保障改革の議論の底流にある共通の考えである。

- 1) 『平成11年度版 厚生白書』96～100頁。なお、1995年から2000年までの世界全域の平均寿命は、推計値で男性63.4歳、女性67.7歳で、未だ70歳に満たない状況である。
- 2) 15歳から49歳までの女子の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に子供を産むとした場合の子供の数。『平成11年度版 厚生白書』242～243頁。
- 3) 「潜在的な国民負担率」ということの意味は、将来の増税につながる財政赤字を含めた負担率ということである。
- 4) 『日経新聞』1999.01.23。
- 5) 『平成11年度版 厚生白書』162～164頁および第2編1「世界の社会保障制度」。
- 6) 『平成11年度版 厚生白書』174～177頁。

## 2. 公的介護保険制度における高齢者

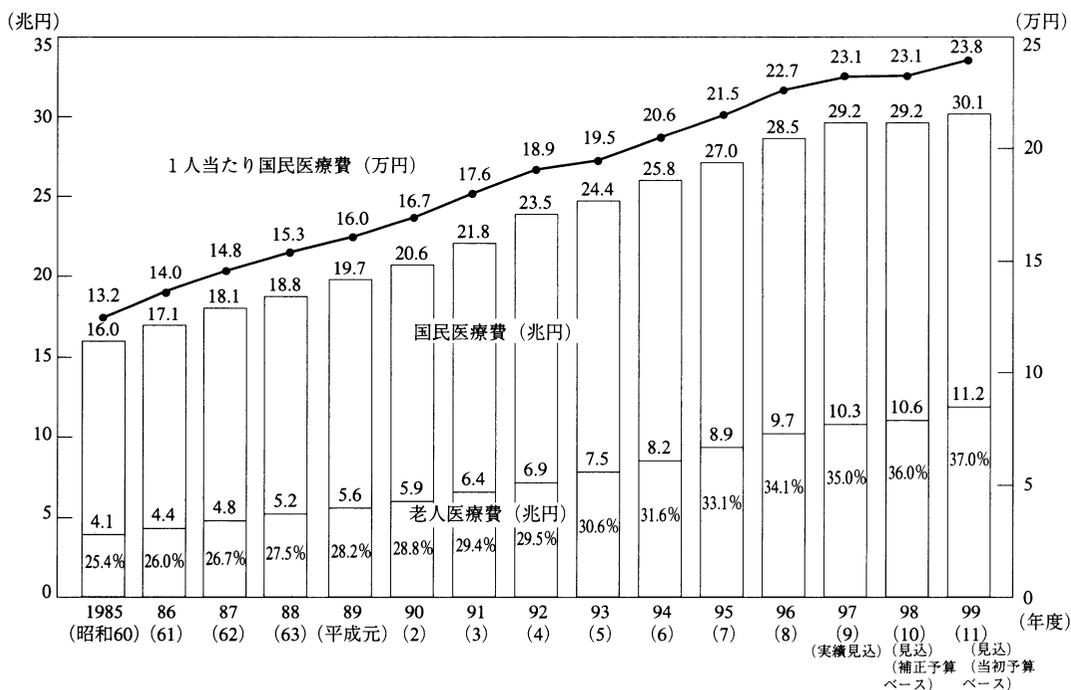
### 2-1. 国民医療費の伸びと老人医療費

ここでは、現在の社会保障制度改革のうち、介護と医療の分野における改革を具体的に検討し、そこにおける高齢者の位置を明らかにしたい。まず、高齢者の医療と介護の改革の根底にある老人医療費について見ておこう。

図1は、この間の国民医療費の推移をしめしたものである。また、表1は、対前年度伸び率をしめしたものである。最近の厚生省の発表では、98年度の国民医療費は、前年度比0.2%増の29兆2,000億円となっており、99年度については前年度比3.0%増の30兆1,000億円に上るという推計結果が示されている。<sup>7)</sup>

このような国民医療費の伸びのなかで、70歳以上の老人医療費は、99年度の推計においては前年度比6.2%増の11兆2,000億円、全体の4割弱を占めるに至っており、したがってこのような伸びを示す老人医療費をどのように処理するかが、介護保険制度の導入と医療保険制度改革の前提

図1 国民医療費の推移



(出所)『平成11年度版 厚生白書』より

表1 対前年度伸び率

	1989年度 (平成元)	90 (2)	91 (3)	92 (4)	93 (5)	94 (6)	95 (7)	96 (8)	97(実績見込) (9)	98(見込) (10)	99(見込) (11)
国民医療費	5.2	4.5	5.9	7.6	3.8	5.9	4.5	5.8	2.2	0.2	3.0
老人医療費	7.7	6.6	8.1	8.2	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	2.7	6.2
国民所得	6.9	7.3	5.0	1.7	0.9	0.4	1.9	2.7	-0.2	-2.4	0.0

(注) 1. 老人医療費の下の%は老人医療費の国民医療費に対する割合である。

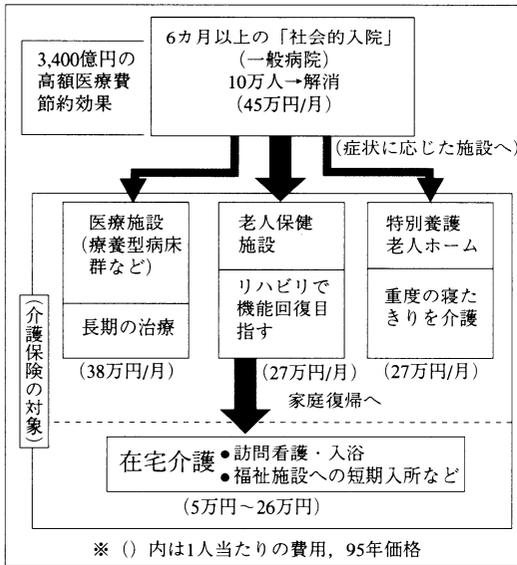
2. 平成9年度は実績見込, 平成10年度, 平成11年度は見込である。そのためこれらに係る諸率は今後変わる場合がある。

(出所)『平成11年度版 厚生白書』より

となる問題意識となっている。<sup>8)</sup>

ところで、老人医療費のなかで、コスト面できわめて割高であると理解されているのが「社会的入院」の現状である。社会的入院とは、治療の必要がないにも関わらず、家庭の事情その他で半年以上一般病院にとどまっている高齢者の状況をさすものである。厚生省はその数を約10万人と推計しており、1人当りの入院患者にかかる費用は月額約45万円にのぼるとされている。この額は老人保健施設や特別養護老人ホームの月額約27万円を大幅に上回っており、国や健康保険組合の医療保険財政を圧迫しているとしている。図2は、「社会的入院」解消のプロセスを示したものであるが、医療と福祉を分離によって社会的入院を解消し、医療費抑制を行おうということが、介護保険制度創設の大義名分となっている。<sup>9)</sup>

図2 「社会的入門」 解消のプロセス



(出所) 日経 97.11.20より

## 2-2. 公的介護保険制度とはどのような制度か

さて、これまでみてきたような状況のなかで、健康に何らかの困難をもち、介護を必要とする高齢者は、制度のなかでどのような位置づけをなされることになるのか。この問題をまず公的介護保険制度について見ることにしたい。

図3は、介護保険制度の仕組みをあらわしたものである。介護保険制度は、市町村および特別区を被保険者=実施主体、40歳以上の年齢層を被保険者とし、介護を社会で支え、総合的・効率的な高齢者福祉サービスを提供しようというものである。

この制度では、65歳以上の第1号被保険者の保険料は、所得に応じて市町村毎に決められ、年額18万円以上の老齢（退職）年金

を受けている高齢者については年金から天引きされることになり、それ以外は個別に徴収されることになっている。40歳以上65歳未満の第2号被保険者の保険料については、被保険者が加入している医療保険毎に異なった算定方式によって決められ、労使で折半したうえで医療保険料に上乘せされて給与から天引されることになっている。国民健康保険に加入している自営業者は、保険料の半額を国が負担することとなっている。<sup>10)</sup>

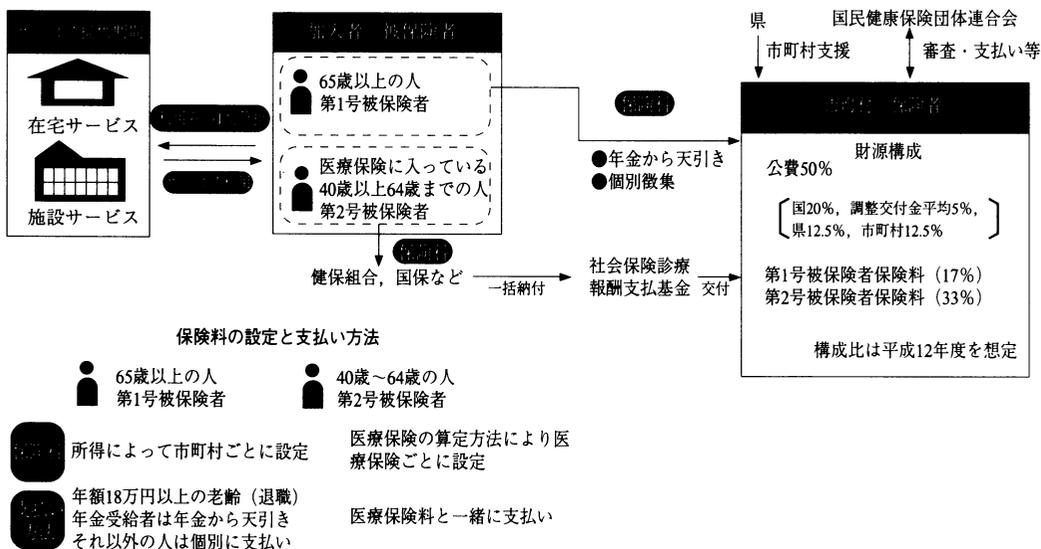
ところで、全ての第1号被保険者は、市区町村から被保険者証の交付を受けることになっているが、医療保険の場合と異なり、保険証を提示しさえすればサービスを自由に得ることができるというわけではない。介護保険制度においてサービスを受け、保険から給付を得るためには、市町村および特別区が設置する介護認定審査会（これは「都道府県に委託可能」とされている）に申請を行い、要介護認定を受ける必要がある。

要介護認定とは、高齢者の状態を、常時ではないものの日常生活に支援が必要な要支援から、痴呆や寝たきりなど常に介護が必要な要介護Ⅴまでの6つの段階にランク付けする作業である。また、要介護認定において「自立」と判定された場合、申請は却下され、介護保険を利用したサービスを受けることはできない。

要介護認定をもとに在宅でサービスを受けるか施設に入所するかが決められ、たとえば在宅サービス利用の場合、表2のように要介護度に対応して保険から支給される費用にもとづいてサービスを受けることができる。<sup>11)</sup> なおこの場合、提供されるサービスにかかる費用の1割相当分は自己負担しなければならない。

ところで、介護保険制度をこれまでの制度と比較した時、その主要な特徴は『「措置」から「契約」への転換』ということにある。すなわち介護サービスは、それまで行政機関が高齢者に与える「措置」から、高齢者が事業者を選び直接「契約」をしてサービスを購入するものへと大

図3 介護保険制度の仕組み



（出所） 愛媛県社会福祉協議会「介護保険 ゆとりある介護をめざして」より

表2 介護度別サービス費平均月額とサービスのめやす

介護度	サービス費	サービスのめやす
要支援	6万円	週2回の日帰りで通うサービスを利用する
要介護1	17万円	毎日、ホームヘルパーなど何らかのサービスを利用する
要介護2	20万円	週3回の日帰りで通うサービスを含め、毎日何らかのサービスを利用する
要介護3	26万円	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間(または早朝)のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日2回のサービスを利用する</li> <li>・医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する</li> <li>・痴呆の人については、週4回の日帰りで通うサービスを含め、毎日サービスを利用する</li> </ul>
要介護4	31万円	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間(または早朝)のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日2～3回のサービスを利用する</li> <li>・医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する</li> <li>・痴呆の人については、週5回の日帰りで通うサービスを含め、毎日サービスを利用する</li> </ul>
要介護5	35万円	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早朝、夜間のホームヘルパーなどのサービスを含め、1日3～4回程度のサービスを利用する</li> <li>・医療の必要性が高い場合に、週3回の訪問看護を利用する</li> </ul>

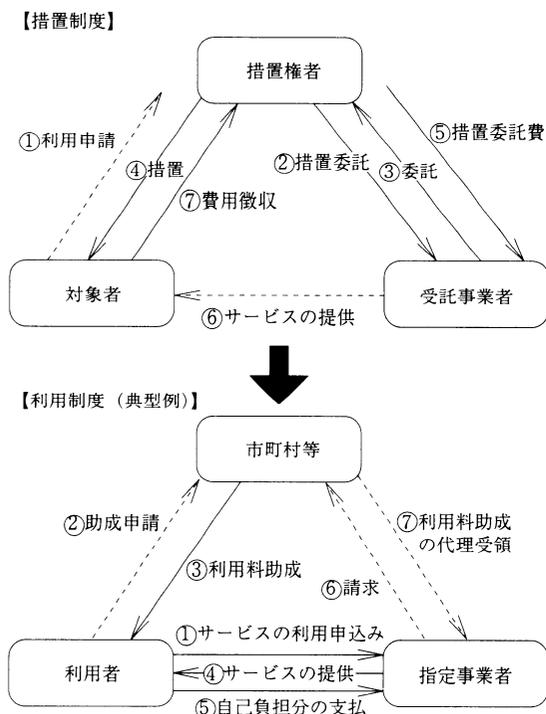
注) ・介護保険制度のサービス額は、平成10年度の単価にもとづく推計です。  
 ・介護報酬の額はこれから決められるので、この額がそのまま介護報酬の額になるわけではありません。  
 (出所) 平成11年1月27日 全国介護保険担当課長会議資料、介護保険制度施行準備室監修パンフレットより

大きく転換することになる。

このことについて図4を参考により詳しく見ておきたい。現行の老人福祉法に基づく措置制度では、健康に困難をもち介護を必要とする高齢者が措置の権限をもつ市区町村（措置権者）に対して施設利用の申請を行い、市区町村は、申請者のニーズや所得を調査し、法が定める要件に当てはまるかどうかの判断を行う。

措置が必要となった場合、市区町村は、社会福祉法人（受託業者）に措置を委託し、併せて措置委託費を支出することになる。この制度では、利用者は措置の対象者であり、サービス

図4 福祉サービスの利用制度化の概念図



（出所）表2と同じ

の種類や提供機関を自由に選択できず、また社会福祉法人は措置の受託業者として税制上の優遇や補助金を得ることができる。また、この制度では、非営利団体や民間企業はこの種の事業に自由に参入できないことになっている。このように、措置を受けるものにサービスに対する選択権がないこと、介護分野への民間参入が阻害されていることによって、介護保険制度の創設による契約制度への移行が議論されたのである。

このような問題は介護保険制度ではどのように解決されることになるのか。介護保険制度では、高齢者はまずケアマネージャーの協力を得てケアプランを作成する。そして、ホームヘルプや訪問入浴などのサービス提供について、提供機関である指定業者と利用契約を結ぶ。サービスを受け、自己負担分の支払いを行うと同時に、市区町村に対して助成申請を行い、利用料助成を得ることになる。公費負担は措置委託費という事業者への補助から、助成金という利用者への支援に変わるのである。また、介護サービス提供事業への参入が規制緩和され、事業者間に競争原理が働くこととされているのである。

### 2-3. 介護保険制度が高齢者に与える影響

ところで、以上のような介護保険制度とそれによる要介護者の自立支援について、岡本祐三氏は、次のように述べている。

「（「自立支援」について）ここで強調しておかなければならないのは、これまでの行政による措置制度——社会不安の要因となる特定少数の困窮した市民を行政の権限で収容する——という消極的な方法ではなく、幅広い市民が誰でも使える、個別市民の要求に積極的に応えようとしていることである」<sup>12)</sup>。

すなわち、従来の措置制度において想定されていた対象者とは、たとえば障害者や高齢者、貧困者などの特定少数のものであり、放置すれば社会問題化の危険をはらむものであった。したがってそれらは行政処分の対象であり、そのような意味において「保護」を与えるというものであった。保護の費用は原則として公費によって賄われるものであるから、税金を使う以上、行政が「措置」（「取りはからって始末を付けること（広辞苑）」）しなければならないということであった。

これに対して介護保険制度では、そのような限定性あるいは消極性を取り払い、どのようなものであっても条件さえ満たせば彼らの権利性を認め、利用者として認定し、サービスを受けることができるということになるとされる。そして、その制度を利用するなかで、やがては彼らの自

立がめざされるということになっている。

また、厚生省は、1998年8月に「高齢介護サービス体制整備支援事業実施要綱」を各都道府県に通知しているが、そのなかに含まれている「介護サービス計画の作成」においては、ケアプラン作成の際に、要介護者の自立に向けた目標と達成期間を明記するようしなければならないとされている。

さらに、介護保険法自体においても、「国民は、自ら要介護状態になることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態になった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保険医療サービスおよび福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持および向上に努めるものとする」と規定されている。

以上のような見解は、介護保険制度の主要な目標のひとつが、高齢者の「自立」の達成に置かれていることを表している。そしてその「自立」とは、基本的に「身体的自立」であり、生物的「老化」の過程で生じる健康障害においても、介護保険制度のなかで「身体的自立」を回復させる課題を設定し、その達成が求められていることを示している。すなわち、そのようなあり方が、介護保険制度の想定する高齢者像なのであり、さらにこのような目標に向けて、高齢者のあり方をケアマネジメントという手段によって管理していくことが、この制度の特徴である。<sup>13)</sup>

このような介護保険制度は、これからの高齢者に対してどのような影響をあたえることになるのか、その問題点について簡単に示しておきたい。<sup>14)</sup>

まず第1に、介護保険制度により、高齢者が新たな負担をもとめられるという点である。第1号被保険者のうち約8割を占める年額18万円（月1,500円）以上の年金受給者は、保険料を年金から天引きされることになるが、これは年金給付水準の切り下げである。生活保護基準以下の年金額の高齢者から保険料を天引きすることは、憲法に定められた生存権保障に抵触するおそれがある。

また、第1号被保険者の場合、事業主負担や公費負担がなく、保険料は所得段階別とはなっているものの定額負担となっており、高齢者や低所得者ほど負担が重くなっていく。

さらに、介護保険制度では、市区町村条例による保険料の減免部分の補てん、未納者の保険料、市町村が行う特別給付保健福祉事業の費用などは、第1号被保険者の保険料のみによって賄うことになっており、サービスに対する給付水準を確保・維持しようとする保険料を上げなければならない仕組みになっている。

そのほか、以上のような保険料負担とともに所得水準に関係ない定率1割の利用者負担もあり、現行で無料・低額であったサービスが有料化されることで、高齢者の負担の増大は避けられない。そしてこのことによって、保険料を払えない高齢者、利用料を払えない高齢者が制度から締め出され、サービス供給が拒否される可能性が生じるのである。

第2に、高齢者のサービス利用に際しての問題である。高齢者は、サービスを受けるに当たり、まず要介護認定を受けなければならない。この認定の最大の問題は、多大な事務作業を30日という限られた期間内に、限られた数の非常勤職員で構成される介護認定審査会において処理しなければならないという点である。公平な認定を行うという点から見て、物理的に限界が多くある。<sup>15)</sup>

また、要介護認定をクリアしたとしても、質の高いサービスを受けることができるかどうか

という問題がある。厚生省は、介護保険制度のもとでのサービス事業の指定基準、特に常勤職員の要件を大幅に規制緩和した。そして、事業費補助方式（実際のサービス提供に応じた出来高払い）を導入することで効率化を図ろうとしているが、このことによって常勤の熟練ヘルパー主体でサービス供給を行ってきた社会福祉協議会は軒並み赤字となり、ヘルパーは未熟練で安上がりな女性主体となる可能性がある。

さらに既に施設においてサービスを受けている入所高齢者については、要介護度が低い場合は「退所プラン」が作成され、退所によって生活問題が深刻化すること、施設でのサービスを希望する待機高齢者については、厚生省が施設建設を抑制しているため、入所が困難になる可能性があること、在宅サービス希望者についてはサービスの種類と数が限定され、その供給水準が低くなり、また地域間で格差が生じることなどの問題点も指摘されている。

以上、介護保険制度の導入に伴う「措置」から「契約」への転換は、特定少数者を対象とする「選別主義」から幅広い市民が利用できる「普遍主義」への移行であり、「利用者の選択」を重視するものであるとされるが、逆にそれは、公的責任の縮小を前提とした選別性、排除性の強い制度である。確かに、保険料負担を行い、さらにそれ以上のサービスに対する利用者負担が可能な高齢者にとっては、介護保険制度はサービス供給の増大を可能にするものであるが、それ以外の高齢者にとっては負担の増大とサービス利用の低下をもたらす可能性を持っているのであり、この制度によって高齢者の介護サービスの利用が普遍化し、介護を必要とする高齢者の「自立」が実現するとはいいがたい状況である。

7) 『日経新聞』1999.01.22。

8) 国民医療費における老人医療費の割合が約3割に上るものの、高齢化そのものは医療費膨張の最大の要因ではない。すなわち、96年度の国民医療費伸び率5.6%の内訳は、「人口増」「高齢化」「診療報酬・薬価基準改定」「その他」などで、このうち高齢化の寄与度は1.7%にとどまっている。伸び率への寄与度の最大のものは「その他」という曖昧なカテゴリーで一括されているものであり、この部分を厚生省は「自然増」としている。内実は同省も把握しきっていないようであるが、薬の投薬過多や高価な薬の使用増による薬剤費の膨張、検査機器の使用増が含まれているようである。『日経新聞』1999.07.31および『急がれる抜本的医療保険制度改革』（1999.08.19、株式会社日本総合研究所調査部）を参照されたい。

9) 『日経新聞』1997.11.20。なお、介護保険制度が実際に医療費を抑制できるかどうかには多くの疑問がある。第1に社会的入院の医療費とされるものは、実際は急性期入院も含めた老人入院患者総数の平均で過大評価であり、また6ヶ月以上の長期入院の老人患者の医療費は35.6万円程度になること。第2に、特別養護老人ホームの費用は介護のための経営費額で過小評価であり、施設の原価償却費、医療費、自治体の上乗せ・超過負担費用を含めると、都市部で40万円程度になることなど。二木立「医療費をめぐる『常識』のうそ」（『エコノミスト』第74巻第50号、1996.11.26）を参照されたい。

10) 第1号被保険者の保険料の額については各自治体で試算が行われている。日本経済新聞社の調査によると、各市区町村の保険料見直しには、全国で5倍以上の開きがあり、都市部でも最低と最高で2倍近くの差があるとされている。厚生省は、保険料の全国平均が「2,800円から3,000円」（宮下創平厚相）としているが、以上のように格差は大きく、「格差はとては是正できない」（全国市長会鶴見順社会文教部長）との声もある。『日経新聞』1999.04.08および1999.07.17による。なお、厚生省は99年7月26日に第1号被保険者保険料の全国調査中間集計を発表し、介護保険料の全国平均は2,885円になるとし、最高額と最低額の格差は、およそ4.4倍になるとした。『日経新聞』1999.07.27による。

- 11) 給付の財源は、全体の50%を公費（国が20%、調整交付金平均5%、都道府県・市区町村が各12.5%）で負担し、残りの50%を保険料収入（第1号被保険者から17%、第2号被保険者から33%）で賄うことになっている。
- 12) 岡本祐三「ケアマネジャーと自治体の役割」（岡本祐三・池田省三編『からだの科学臨時増刊 介護保険元年2000』）による。
- 13) 介護保険制度が想定する高齢者の「自立」とその問題点については、伊藤周平「介護保険とケアマネジメント——社会福祉を府が目瑠管理型ケアマネジメント——」（『賃金と社会保障』1231号）を、また、日本の福祉政策における「自立」概念をめぐる問題については、同「障害者の自立と自律——障害者福祉における自律概念の批判的一考察」（『季刊社会保障研究』第28巻4号、1993年）を参照されたい。
- 14) 以下の叙述は伊藤周平氏の業績に多く学んだ。「介護保険と社会保障のリストラ」（『世界』1999年3月号）および「負担面からみた介護保険」（『賃金と社会保障』1233・34号）、「介護保険制度のゆくと社会福祉」（『賃金と社会保障』1250・51号）を参照されたい。
- 15) 認定作業は、まず、被保険者の利用申請に対して、市区町村が調査員を派遣し、訪問調査を行う。介護サービス調査票に基づきマークシートに記入、結果をコンピュータに入力し第1次判定を行う。この結果と調査員の特記事項、かかりつけ医の意見書をもとに、5名の委員で構成される介護認定審査会が合議で審査して第2次判定を行う。判定結果は、「自立」、「要支援」、1～5段階の「要介護」に区分され、「自立」は申請が却下される。認定作業では第1次判定が重視されるが、この第1次判定は判定結果と実態の乖離が指摘されている。伊藤周平「介護保険と要介護認定」（『賃金と社会保障』229号）を参照されたい。

### 3. 医療保険制度改革と高齢者

#### 3-1. 老人保健制度の仕組み

健康に困難をもち医療を必要とする高齢者は、医療保険制度においてどのように支えられ、さらにその改革においてどのような影響を受けるのだろうか。老人医療費の現状と今後という観点からこの問題を見てみることにする。まず、老人医療費を支える老人健康保険制度についてである。

日本の公的医療保険制度は、民間企業のサラリーマンや公務員およびそれらの家族を対象とする被用者保険と自営業者とその扶養家族、被用者保険の退職者とその扶養家族を対象とする国民健康保険という二つの制度に分けられる。さらに、こうした制度とは別に、70歳以上の高齢者を対象とした老人保健制度が創設されている。

老人保健制度とは、老後においても健康を保持し、かつ適切な医療を受けられるように、壮年期からの疾病の予防から治療、リハビリテーションまでの総合的な保健医療サービスを提供するとともに、高齢者加入率の違いによる各医療保険制度間の負担格差を調整し、老人の医療費をすべての国民が公平に負担することを目的として、1983年2月に創設されたものである。

国民医療費における老人医療費の割合については既に見たところであるが、この老人医療費はどのような仕組みによって支えられているのだろうか。現行の制度では、老人医療費の11兆2,000億円のうち、高齢者本人の負担（外来時の窓口負担・入院時一部負担、入院時給食費一部負担）を除いた残りの部分が、公費や医療保険によって支えられている。

すなわち、公費負担部分は、国が2/3、都道府県が1/6、市町村が1/6の拠出によって支えられ、各種医療保険制度の負担部分は、公務員とその家族が加入する共済組合（加入数1,158万人）から約6,000億円、大企業サラリーマンとその家族が加入する健康保険組合（同3,198万人）から約1兆5,000億円、中小企業のサラリーマンと家族が加入する政府管掌健康保険（同3,821万人）から1兆9,000億円、以上の公的保険に加入していない住民が加入する国民健康保険（同4369万人）から2兆2,000億円のそれぞれ拠出によって支えられている。おおまかに計算すると、11兆2,000億円のうち、高齢者は本人負担部分で15%を支払い、現役世代の保険料負担が39%、税金による公費負担が46%という構造になっているのである。

### 3-2. 医療保険改革をめぐる対抗軸

国民医療費の増大とそれに占める老人医療費の割合の大きさ、そしてそれらを支える仕組みとしての老人保険制度という文脈のなかで、医療保険制度の問題点は、第1に保険料を支払う現役世代と、医療を受ける高齢者世代との負担をめぐる対立という形で現れている。すなわち、現役世代、特に大企業サラリーマンの場合は、診療費と薬剤費合計の2割を、家族の場合は3割を窓口負担しなければならない。これに対して高齢者は、老人保健制度によって1回530円（1ヶ月で5回目以降は無料）の定額負担となっている。このような負担の格差のなか、健保連全体の1999年度の収支は過去最悪の4,00億円近い赤字となることが予想され、赤字組合数も85%に上るという状況が生じているのである。<sup>16)</sup>

第2に、医療を供給する側と医療保険の保険者の側での対立も存在する。この経緯について、少し詳しくみてみよう。医療保険制度改革の出発点は、1997年8月、自民、社民、さきがけの3党からなる与党医療保険制度改革協議会での合意である<sup>17)</sup>。その基本的内容は、(1)出来高払いである現在の診療報酬の仕組みに、病気ごとに支払い額を一定とする定額制を導入し、拡大すること、(2)政府が定めた公定価格より実際の仕入れ価格が低い場合生じる薬価差益を解消するため薬価制度に基準額を設け、それ以上は患者の負担とする薬価の上限価格制度（日本型参照価格制度）を導入すること、(3)高齢者を対象にした独立の保険制度を増設し、医療費抑制のため高齢者本人負担を定額制から定率制に変更すること、などであり<sup>18)</sup>、現時点の医療保険制度改革では、薬価基準、診療報酬体系、医療供給体制、高齢者医療制度の4つが、改革議論の柱となっている。

この指針は、1997年9月の健康保険法改正での患者窓口負担の引き上げに対応して、医療システムの高コスト構造の是正を優先するという考えに基づいたものであった。現行の薬価制度では、薬の公定価格である薬価<sup>19)</sup>と医療機関が実際に購入する際の実勢価格の差である薬価差益（年間1兆3,000億円）が中小企業としての医療機関へ流れ、経営資源となるという仕組みが成立していた。

しかしこれは、一方で保険料における労使折半の負担を通じて日本資本主義における労働力再生産費を押し上げることにつながり、他方で保険への公費支出を通じて政府の財政負担を増大させることになっていた。特に財界の立場からすれば、この制度を維持することはメガコンペティション時代の競争力の低下につながるものであった。

医療保険制度改革は、自民党が支持基盤としていた日本医師会と調整を進めながら、この分野での労働力再生産費を規定する部分についての削減をはかり、医療費負担の問題を解消しようとするものであった。

しかし、医療における高コスト構造の是正は、日本経営者団体連盟と健康保険組合連合会、日本労働組合総連合、厚生省、自由民主党、日本医師会、製薬業界あるいはアメリカ政府とアメリカ製薬業界を巻き込み激しく議論されることとなり、特に表3のように健保連と日本医師会の間で激しい論争となっている<sup>20)</sup>。

表3 医療保険改革の主な論点

	現行制度の問題点	健保連の主張	医師会の主張
診療報酬	診察や検査が多いほど病院の報酬が増える	どのような治療をしても1回当たりの診療報酬を一定とする定額制を慢性病や症状が比較的安定した高齢者に導入	必要十分な治療や検査ができなくなる恐れがある
2000年4月からの診療報酬の水準	_____	10%の引に下げ	人件費上昇などを踏まえ引き上げ
薬価制度	病院の薬の仕入れ値は医療保険から支払われる薬代より安いいため、差益が生じる	市場平均価格を薬の公定価格にして差益を解消	差益の解消に賛成だが薬剤管理の技術率を診率報酬に反映させる
高齢者医療	現役世代に比べて自己負担が軽い	患者にかかった医療費の1割程度を負担してもらう月間の自己負担の上限額は高く設定	患者にかかった医療費の1割程度を負担してもらう月間の自己負担の上限額は低く設定

（出所）『日経新聞』1999.11.18より

まず、1999年度予算編成段階で自民党は日本医師会の要求をのみ、70歳以上の高齢者の薬剤費の一部負担の免除を決定した。「負担の軽減」を大義名分として行われたこの決定は、高齢者の薬剤費急増をもたらし、それによって医療機関が潤う一方で、高齢者医療を財政的に支える健保組合は拠出金の増額をせまられることとなり、企業経営や企業サラリーマンの負担を増大させることにつながる。この結果、健保連、日経連、連合が共同戦線を組み、自民党に対してして薬剤費のあり方を含めた抜本的改革の実現を要請し、健保連は拠出金不払いを引きに揺さぶりを掛けるという状況となったのである。

さらに論点は「上限価格制度（日本型参照価格制度）」をめぐる評価へと移行した。この制度は、ドイツの参照価格制度を参考に厚生省によって提案され、健保連・日経連・連合によって支持されたものであった。これは、効能が同じ薬をグループ化し、その平均価格（基準額）を保険から支払われる薬代の上限にするもので、平均価格を超える高価な薬を処方する場合は超過分を患者負担とする制度であった。このことで拠出金負担を軽減するとともに、医師による高価な薬の処方を抑制するためのものであった。

上限価格制度は、前述の1997年与党医療保険制度改革協議会の指針にそって提案されたものであったが、1999年4月の自民党医療基本問題調査会・社会部会合同会議において、法案作成前の説明段階で白紙にもどされ、同時に、日本医師会提案の「医薬品現物供給制」や、米政府ならびに製薬業界が推す「自由価格制」のそれぞれについてもいったん否定されることとなった。なお、これまでに<sup>21)</sup>出た薬価改革案については表4を参照されたい。

### 3-3. 医療保険制度改革の今後と高齢者

その後、自民党医療基本問題調査会・社会部会は、1999年7月29日、以下の方向で医療保険制度改革の基本方針を確認した。その内容は、第1に、高齢者の対する現行の医療費定額負担（1

表4 これまでに出ている薬価改革案

	上限(参照)価格制度	現物供給制度	自由価格制度
価格決定の方法	効能が同じ薬をグループ化し、医療保険から支払う上限を決める	医療保険の運営者の委託を受けた第三者機関と薬品メーカーが価格交渉し、一括購入	製薬業者が自社の製品価格を自由に決める
患者負担	上限価格の超過分は患者が全額負担、下回る分は定率負担	医療保険の運営者と患者の調整で決定	医薬品の市場価格の一定割合
主な長所	高価な薬剤の使用抑制	医療機関が交渉に関与せず、薬価差益解消	新薬開発を促進
主な短所	新薬開発意欲を阻害する	流通システム構築に膨大な費用	患者負担の増大の恐れ
提唱者	厚生省	日本医師会	国内外の製薬業界

（出所）【日経新聞】1999.4.14より。

回530円、月5回目からは無料）を改め、1割を超えない程度の定率負担を求める一方で、自己負担額に上限を設け、負担が現状に比べて大きく増えないようにするということであった。事実上の定額制の維持である。

第2に、70歳未満の患者は、通院時、医療費の2～3割を自己負担するとともに、薬の種類に応じた薬剤費を別途負担していたが、この別途負担を廃止するということである。

第3に、問題の薬価制度の改革については自民党の改革案では、薬価の算定方式を見直し、薬価差益の解消をめざすとされている。具体的な案はこの時点では提起されていないが、現行制度を基本として流通価格の過重平均に対する上乗せ幅をなくす方向で検討が進んでいる。このような形で薬価差の解消をめざすものの、それによって浮いた医療保険の財源は、医療機関の診療報酬の上乗せに回すことが検討されている。これは、薬価見直しに反対する日本医師会の同意を得ることがねらいと見られる。

最後に、高齢患者の負担が医療費総額の8%、老人医療費の15%にとどまり、残りを公費と拠出金で賄っている老人保健制度の枠組みについてであるが、これは、(1)年金からの保険料徴収を行う高齢者独立医療保険制度を設立し、費用の9割を公費で賄う、(2)サラリーマンは退職後も現役時の医療保険にとどまるという2つの案が、厚生省の諮問機関である医療保険福祉審議会で検討されているが、結論は出ていない。

医療保険制度改革についてみてきたが、制度改革の議論は現在進行中であり、またそれがどのような方向に進むかは確定的ではない。しかし、この議論のなかで医療を受ける高齢者は、一方で彼らの医療費に対する現役世代の負担の大きさが主張され、老人保健制度における健保組合などの拠出金負担問題を媒介として、サラリーマンと対立関係に置かれているものの、他方で、連合・日経連・健保連と日本医師会・自民党の二大ブロックの利害関係から生じている政治的な拮抗関係のなかで、医療費の負担増と水準低下をめぐる大幅な改革が実行されその影響を受けるといった状況にはなっていない。しかし、このような拮抗関係は安定的とはいえず、メガコンペティションからの圧力、日本経済の不況、あるいはそれらへの財界や政府の対応如何によって、諸勢力の力関係が変化することも考えられる。その意味で、医療保険制度において高齢者の置かれている状況も安定とはいえない。

- 16) このような事態のなかで、健保連は、負担増に抗議し、7月5日から16日までの間、拠出金の納付の一時停止に踏み切った。『朝日新聞』1999.07.05。
- 17) 与党医療保険制度改革協議会『21世紀の国民医療——良質な医療と皆保険制度確保への指針』（1997.08.29）を参照されたい。
- 18) 『日経新聞』1997.08.30。
- 19) 現行制度では、2年に1回、個々の薬の流通価格を調べ過重平均を計算し、この価格に一定の幅（現在は5%）を上乗せした金額を公定価格としている。
- 20) それぞれのアクターの主張と対立点については、より詳しい分析が必要である。なお、広井良典氏は、公的年金について、「首相直属の経済戦略会議が改革案を示したかと思うと、厚生省からは全く異なる改革案が提出されるという、見方によっては異様ともいえる状況」を指摘し、「要するに、厚生省ないし政府が社会保障の各制度の改革案を企画立案し、審議会の議論などを通じてコンセンサスを得て、それが実行に移される、という戦後一貫して続いてきた政策決定のパターンが、基本的にどこかうまく機能しなくなっているのである」という構造的な問題を指摘している。『日経新聞』1999.06.12「社会保障改革を問う（中）介護、老人医療と統合を」を参照されたい。
- 21) 「上限価格制度」が白紙撤回される背景に、医師会による圧力の他に、首相の訪米対策という側面があった。アメリカ政府は電気通信と並んで医薬品・医療機器の市場開放を要求しており、これに対する態度表明という点で、自民党、医師会、厚生省が「自由価格制は拒否」の一点で一致したのであった。『日経新聞』1999.04.19を参照されたい。

## 4. 公的年金制度改革と高齢者

### 4-1. 公的年金制度の概要

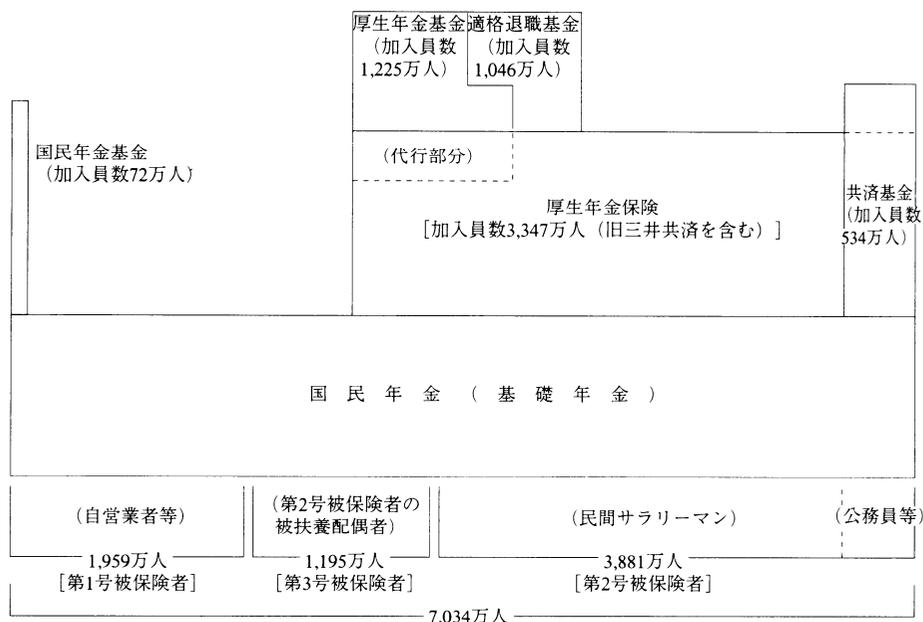
現在進行中の社会保障改革が、健康に何らかの困難をもち介護や医療を必要とする高齢者どのような新しい高齢者像を求め、またどのような影響を与えるかについてみてきた。次に、社会保障制度改革が健康な高齢者に与える影響について、年金制度改革を中心にみてみたい。

まずは、日本の年金制度の概要と改革の論点からみてみよう。日本の年金制度は、図5によって示されるような仕組みをとっている。20歳以上60歳未満の全ての国民は、それぞれの就業状況に応じて第1号から第3号までの被保険者に分けられる。第1号被保険者とは、自由業や自営業などで働いているものおよびその配偶者、あるいは学生・無業者などである。第2号被保険者とは、民間企業のサラリーマンや公務員であり、最後に第3号被保険者とは、第2号被保険者の扶養家族となっている配偶者である。

第1号被保険者と第3号被保険者は国民年金に加入することになり、第2号被保険者は厚生年金、共済組合などの被雇用者保険に加入し、これを通して国民年金にも加入することになる。すなわち、日本の公的年金制度は、1階部分といわれる国民年金部分で国民皆年金を実現しているとされる。

国民年金は、給付にあたっては基礎年金と称され、その計算方法は全ての被保険者に共通で、加入月数に応じて受給額が多くなる。しかしこの基礎年金部分の年金額は、最高の40年継続加入でも月6万6,625円にとどまる。したがってそれに上乗せする付加的な年金（2階部分）として、第1号被保険者の場合、国民年金基金に任意で加入することができ、また第2号被保険者の場合、

図5 年金制度の体系（1998年3月末現在）



(出所)『平成11年度版 厚生白書』より

民間企業のサラリーマンは厚生年金に、公務員は各種共済年金に加入することになっている。

以上が日本の公的年金制度の概要であるが、このほかに3階部分と呼ばれるものとして、国が運営する厚生年金の年金給付を一部代行し、企業や業界の特性を生かし上乗せして支給する厚生年金基金や税制適格年金などの企業年金がある。この厚生年金基金への加入員は、厚生年金と基金に同時加入することになる。<sup>22)</sup>

ところで、国民年金の保険料は、第1号被保険者の場合、個人を単位として、毎年上昇する定額の保険料（1998年度は月1万3,300円）を納付する。これに対して、第2号被保険者の場合は、1階・2階部分両方の保険料を労使折半することになっており、月収やボーナスに保険料率を掛けた額（1998年度は月収の17.35%、ボーナスの1%）の半分が給与から天引きされることになっている。

なお、第3号被保険者については、現行制度では保険料支払いを免除され、また基礎年金の給付に必要な費用の3分の1は国庫で負担されている。

#### 4-2. 公的年金制度の財政問題

ところで日本の年金制度はどのような問題に直面しているのだろうか。まず第1に、国民年金の「空洞化」問題である。厚生省・社会保険庁の集計によると、1998年度末の国民年金保険料の未納率（速報値、2年以内の滞納を含む）は23.4%と前年度に比べて3ポイント悪化し、過去最悪を更新している。保険料を免除される低所得者の数も98年度末で約400万人に到達し、「国民皆年金」の名目と実態の乖離が進行している。未納者の増加は公的年金への不信を加速し、さらに未納者を増やすという不信の連鎖が生じ、また世代間扶養方式（賦課方式）という年金財政の破綻

が生じつつあるとされている。<sup>23)</sup>

また、国民年金は、結婚し専業主婦になるか働き続けるかといった女性の選択において中立的ではない、ということも大きな論点となっている。

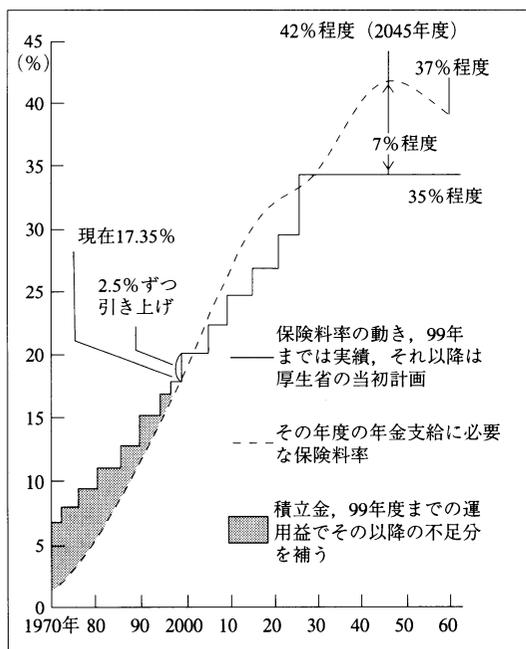
第2に、国民年金の上乗せ部分としての国民年金基金についてである。国民年金基金は、公的年金の一貫として、サラリーマンの厚生年金などに対応するものと位置づけられている。国民年金基金の総資産額は1兆800億円であるが、今年度3月時点で、将来の年金給付に対する時価試算の積立不足は100億円にも上っている。これは、厚生省によって決められた年金資産運用益の想定利回りである予定利率（4.75%）よりも実際の運用利回りが大きく減少したこと（98年度は3.22%）を原因としている。基金側は厚生省に予定利率の引き下げを要望しているが、これは掛け金の引き上げに繋がることになる。<sup>24)</sup>

第3に、厚生年金の問題である。1999年度における厚生年金の保険料収入は、年金給付など支出を1兆5,000億円下回る見通しとなっている。図6は、厚生年金の保険料率と支給総額をあらわしたものであるが、厚生省の推計によると、1999年度の国庫負担を含む保険料収入は24兆6,000億円と1998年度見込み額に比べて6,000億円減少し、はじめて前年度を下回ることになった。

他方、国民年金など他の制度と収支調整した実質支出額は、新たに年金を受ける高齢者の増加にともたない26兆1,000億円となり、前年度より1兆円増加する見通しとなっている。厚生省の予想では、収支の逆転は2001年であったが、昨年、政府が景気低迷を理由に4月から保険料引き上げを凍結したため、保険料収入が2兆1,000億円減収となり、これまでの予想より2年はやく収支が逆転することになった。<sup>25)</sup> 加えて、リストラで社員数が減少したこと、保険料の算定基準と

なる月収を削減する動きが広がっていることが、このような事態の原因として挙げられる。なお、赤字については、当面、99年までの積立金の運用収入で埋め合わせられる。<sup>26)</sup>

図6 厚生年金の保険料率



（出所）『朝日新聞』1999.7.16より

#### 4-3. 制度改革の現段階と高齢者

公的年金制度は、以上のような財政問題をかかえており、この問題の解決は、今年度の年金制度改革をめぐる議論で重要な課題となった。年金制度改革の内容を高齢者への影響という点から整理する。<sup>27)</sup>

まず、現在給付している年金額の抑制である。これには3つの方法が検討されている。第1に、公的年金の受給者全員が影響をうけるものとしては、現役世代の賃金増加に連動して年金額を増やす「賃金スライド」の停止である。現行制度では、厚生年金・国民年金とも年金額は現役世代の賃金

増と物価上昇の両方に連動して上昇するようになってきているが、これを物価上昇分のみの加算に限定し、給付の増加率を抑制することで給付額の長期的な抑制をはかろうとするものである。ただ、激変緩和のため、現行水準の8割以上の水準を確保するように調整するとされている。

第2に厚生年金の給付水準の引き下げである。厚生年金のうち、現役時の賃金水準に応じて金額が決まる「報酬比例部分」の5%カットが検討されている。既に受給している年金額は減額しないよう経過措置がとられるが、この減額が適用されることで、現役世代の手取り賃金に対する比率は62%から59%に低下することになる。

また、現行の制度では、65歳以上の会社員は保険料を負担せず満額の年金を受給しているが、この階層に対して保険料の負担を求め、さらに給与と報酬比例部分の合計が月額37万円を超える場合、月収の増加額の半額ずつ報酬比例部分の年金から減額するという「在職老齢年金制度」の改正が検討されている。

第3に、厚生年金支給開始年齢の引き上げにともなう「部分年金」の段階的廃止である。厚生年金の受給者は、現在、60歳から満額の年金を受け取ることができるが、1994年の前回制度改革において、2001年度からは定額部分の支給開始年齢が段階的に引き上げられ、2013年度には65歳支給になることが決定されていた。60歳前半の人は満額年金を受け取る年齢になるまで報酬比例部分（部分年金）だけを受給する予定だったが、この部分年金も、2013年以降段階的に廃止されることが検討されている。なお、希望すれば60歳から本来の満額年金の約7割に減額した年金を受け取る途も残されているが、この場合は、生涯減額された年金を受け取ることになる。

次に保険料負担についてである。保険料そのものについては、厚生年金・国民年金とも、次の制度改革まで現行水準で凍結するとされている。ただ、厚生省の試算では、保険料を5年間凍結した場合、ピーク時の厚生年金保険料は、基礎年金の国庫負担率が現行（3分の1）のままなら27.6%になるとされており、基礎年金の国庫負担2分の1への引き上げやその財源をどうするか（社会保険方式か、税方式か）をめぐって議論が行われている。

保険料納付の仕組みについても見直しが行われようとしている。現行の厚生年金の保険料は、月収から17.35%（労使折半）、ボーナスから1%（同）を天引き徴収していた。これは、年収に占めるボーナスの比重が高い大企業サラリーマンにとっては負担が軽く、比重が小さい中小企業サラリーマンにとっては重いという問題を持っていた。これに対して今回の改革では、2003年度からボーナスを含めた年収（総報酬）の一定割合を保険料として徴収する方式に切り替える。ボーナスを対象とする分を考慮し、保険料は17.35%から13.58%に引き下げるが、12ヶ月分の報酬を10としてボーナスが3（月数にして3.6ヶ月分）以上のサラリーマン階層については、この制度によって負担が増加することになる。<sup>28)</sup>

#### 4-4. 年金制度改革と高齢者の就労

年金制度改革が健康な高齢者に与える影響を、高齢者の就業という観点からみてみたい。<sup>29)</sup> これまでの高齢者の就労は、日本の雇用システムと年金制度によってそのあり方を規定されてきた。

日本的雇用システムは、定年によって完結する比較的長期の雇用、企業特殊熟練の形成とそれにとともなう勤続による賃金上昇を特徴としている。このようなシステムの結果、定年によって他の企業に再就職しようとした場合、定年まで働いた企業での熟練は評価されず、したがって賃金

水準も大幅に低下するというものであった。また企業からすれば、日本的雇用システムを前提とすると、高齢者の継続雇用は高賃金の継続支払いを意味し、したがって企業の人件費負担の削減要求から、定年を設定し、高齢者の退職をはかることが合理的な行動となっていた。

他方、高齢者は、定年退職と同時に公的年金の給付が始まり、仮に就業を継続した場合に得られる賃金と公的年金給付額を比較した場合、また企業年金等の上乗せ分を勘案すれば、就労を継続するよりも年金生活に移行したほうがよいと言っている<sup>30)</sup>ことになっていく。すなわち、60歳定年以降の労働市場が著しく緩和し、また公的年金の受給が開始されるということによって、多くの高齢者は労働市場から退出しているという状況であった。

このような状況のなかで、1994年、在職老齢年金制度の改正と高年齢雇用継続給付制度の導入という公的年金と雇用保険における制度改革が行われた。これらは、第1に、60歳以降特にフルタイムで就業を続けると、年金のすべてあるいはななりの部分を手放さなければならないという制度を改め、賃金と年金の受取額の合計が賃金上昇に伴って増加していくようにするものであった。第2に、60歳以降も雇用を継続するものに対して支払われる賃金が、定年時の賃金の85%未満になった場合、賃金の一定割合を補助するというものであった。

しかし、これらの制度改革によって高齢者の就業インセンティブが高まったとしても、企業側の雇用管理や賃金管理に変化がない場合は、賃金は低い水準にとどまり雇用の機会は生み出されない可能性が高い。すなわち、日本型雇用システムが継続し、定年に伴う賃金カーブの大幅な下方屈折が継続する場合、この改革における就業インセンティブ促進効果は期待できないということである。他方、60歳以上の賃金カーブがフラット化し、大幅な賃金低下がみられないという形態で日本的雇用システムが変容した場合、制度改革の効果はむしろ就業インセンティブを弱める方向で作用するという指摘もある<sup>31)</sup>。

いずれにせよ、公的年金の改革は、日本型雇用システムと密接に関連性を持っており、このシステムの改革がどのように進行するかによってその性格も変化するものである。

現在、この日本型雇用システムは、賃金カーブのフラット化や雇用関係の短期化、年齢や勤続年数ではなく生産性や技能による賃金水準の決定、雇用の流動化やスポット化、職業訓練の外部化という方向が目指され、改革が進められている。

これまでの日本型雇用システムは、長期雇用と年功賃金によって雇用者の所得を保障し、そのことで企業への帰属を担保しようとするものであった。しかし、新しい雇用システムでは、企業はこのようなあり方を多くの部分で否定し、所得保障は雇用者自らの責任で行われなければならないようになってくる。すなわち、企業に対する帰属という面から開放されるものの、所得面での不確実性にとまらぬリスクを自ら管理しなければならないのである。

このような日本的システムのなかで、現在の年金制度改革の方向は、どのような意味をもつのだろうか。まず、1994年年金改革が、財政負担の拡大とそれによる現役世代の負担の増加というマイナス効果をもった点に対応する側面をもっていった点を改め、全体として財政問題の解決を目指さそうとしている点に第1の特徴がある。

第2に、高齢者への影響という観点からは、年金制度改革が、高齢者に対する「就労促進の効果」を持っているということである。現在、日本型雇用システムはすでに述べたような方向への改革が迫られている。しかし、このシステムは、教育システムや金融システムなど、他のシステ

ムとの相互制約の関係にあり、またそれ自身もつ能力主義的性格も企業にとっては魅力のあるところである。

したがって、その改革は現行のシステムにおける雇用保障的性格と年功的性格の漸次的排除とそれにかわる実績主義の導入という形で緩慢にしか進行しえない。これに対して、退職高齢者の労働市場は、日本型雇用システムの呪縛を逃れた市場であり、現在のところ、在職時に熟練を積んだ高齢者が低賃金で確保可能な市場である。また、少子化に伴う労働力不足という点からみても、女子労働力とならんで高齢者労働力の活用は、企業にとっても必要な課題となってくる。

このような状況のもとで、今回の年金制度改革の方向は、日本の雇用システムの改革における所得保障の自己責任の主張を背景に、賃金スライドの停止、比例報酬部分の引き下げ在職老齢年金制度の改正、部分年金の段階的廃止などによって、60歳前半における高齢者に対して就業促進的な効果をらすことになる。

以上、健康な高齢者は、公的年金制度の改革のなかで、日本的雇用システムの呪縛から開放されている部分としての低賃金性を基礎に、所得保障における自己責任ということによって、就労を強いられることになるのである。

- 22) 現在の経済不況とそれにもなう運用利回りの低下を背景として、企業年金制度の維持は、企業に対して大きな負担をもたらすことになり、企業年金の改革、特に公的年金代行部分の返上や「日本版401K」の導入が議論されている。しかしこの点については別稿において議論したい。
- 23) 『日経新聞』1999.10.16。日本の公的年金制度は、この賦課方式によって運用されている点にひとつの特徴がある。賦課方式とは、現役世代が納めた保険料によって、現在の高齢者に給付される年金を賄う方式である。これは、公的年金制度以前において、大家族制のもとで子である勤労世代が親である高齢者を扶養してきたというあり方を、核家族制の進展のもとで社会的に行う方式で、世代間の所得分配と理解できる。この方式と対比される年金制度の運営方式が積立方式である。これは個人が現役時代に納めた保険料を、高齢世代になってから受給する方式で、貯蓄に準じるものである。
- 23) 予定利率は、5年前基金財政の再計算の際、利回り悪化を理由に0.75%引き下げられた。その結果、掛け金は15%上昇した。『朝日新聞』1999.11.21。
- 24) 『日経新聞』1999.05.26。
- 25) 公的年金の積立金（98年度末で約140兆円）は全額が年金特別会計から国の資産運用部に預託され、財政投融资の原資となっている。厚生省所管の特殊法人である年金福祉事業団は、この積立金の一部を改めて資金運用部から借入れ、信託銀行や生命保険会社に資金運用を委託し、債券や株式に投資している。近年、株式・債券市場の低迷や円高による外貨資産の目減りで運営収益が悪化し、資金運用部からの借入れ、金利との逆ざやが生じたため、98年度末の資産運用累積赤字は、時価ベースで1兆2,381億円となっている。『平成10年度資金運用事業の概要』（年金福祉事業団 1999.07.29発表）を参照されたい。
- 26) 今時年金をめぐる議論においては、公的年金改革とともに、厚生年金基金などの企業年金の改革も問題となっている。ただ、この問題については、紙幅の関係で別稿で議論することとした。
- 27) このような納付方式は、労働力流動化に向けて導入が行われている退職金前払い制度とのあいだに矛盾した状況を生み出すことになる。すなわち、退職金はボーナスに添付されて支払われることになるので、この分だけ保険料の企業負担が増大することになる。『朝日新聞』1999.07.16。
- 28) この部分については、小塩隆士氏の業績に多く学び、それにもとづいている。「年金制度改革と就業行動」（小塩隆士『社会保障の経済学』1997年、日本評論社）、「日本的雇用の変質と年金制度」「ポスト日本的雇用時代の年金制度」（同『年金改革の構想』1998年、日本経済新聞）を参照されたい。

- 29) このような状況について小塩氏は、肯定的にいえば、「就業から年金生活への移行をスムーズにしている」と評価できるものの、否定的にみれば「年金の『働くことへの罰則』としての側面を強めている」と解釈している。前掲『社会保障の経済学』153ページ。
- 30) 小塩『年金改革の構想』117～119ページ。
- 31) 「年功主義から能力主義へ」といわれる現代企業における賃金・雇用管理の特徴については熊沢誠『能力主義と企業社会』（1996、岩波新書）を参照されたい。

### むすびにかえて

本稿では、現在進行中の社会保障制度改革を、介護と医療、年金のそれぞれ分野について明らかにし、それが高齢者にもたらす影響を見てきた。高齢者には、健康であるもの、健康になんらかの困難をもつものの2つのグループが存在し、健康なものでも、加齢に従い健康に何らかの困難が生じ、医療や介護あるいは医療と介護を必要とするグループへと移行してゆくことになる。

高齢者にたいする社会保障は、このようなライフステージの移行になかで生じるであろう生活基盤の脆弱化、生活能力の低下などの、いわゆる生活問題に対応しなければならない。

現在の社会保障制度改革において、もっとも基本的な考え方は、「自立」と「負担」である。すなわち健康であるものも、健康に何らかの困難をかかえているものも、自立する高齢者像あるいは自立を回復する高齢者像の実現がもとめられ、そのための「支援」が政策的課題とされ、さらにその像を前提に負担が求められることとなっている。もちろん高齢者のなかでも所得階層によってその影響はさまざまであるが、今時の社会保障制度改革は、これまでの社会保障における保障基準の切り下げの側面をもち、高齢者の生活基準の低下へとつながる可能性をもっている。

現在の社会保障制度改革がどのような高齢者を生み出すのか、制度改革が想定するような自立した高齢者を普遍的に生み出すとともに、現在の制度のもつ問題点を解決しうるのか。また、逆説的に高齢者の生活問題を激化させることになるのか、2000年4月から始まる介護保険制度やそれに引き続くであろう年金・医療の制度改革のなかでより具体的な高齢者の姿の点検が必要である。