

OECD 加盟各国の社会保障政策の分析

増淵 勝彦

以下は、OECD 社会保障大臣会議報告書に付された分析研究編の概要である。全体を構成する7章は社会経済動向のフォローアップした部分(一～三章)とそれに対応した各国の政策展開や今後の政策のあり方を論じた部分(四～七章)に大きく分けられる。最近では、OECD 各国間で景気動向はもちろんのこと、その反映として雇用動向や財政状況などに大きな差がみられ、全体の特徴を述べることは必ずしも容易ではない。しかしそこから得られる政策的含意はほぼ各国共通であり、程度の差こそあれ高齢化の進展という趨勢の中で、社会保障政策は限られた資源を最大限有効に利用しなければならず、そのためには就労インセンティブを高める労働政策、人的資本への投資を進める教育政策などとの連携の強化が必要であることに集約される。このことは、高齢化のスピードが欧米諸国のそれを大きく上回るわが国については一層当てはまるものと思われる。

I 経済・社会的な背景

人口の趨勢は、母子家庭や高齢者への現金給付や家族・高齢者サービスへの需要の主要な決定要因である。第一章では、人口など社会・経済的な変数の長期的趨勢を社会政策や医療政策との関連で概観している。

・人々は以前より長生きになった。大部分のOECD

加盟国における従属人口比率(65歳以上15歳未満の人口の生産年齢人口に対する比率)は、ベビーブーム世代が生産年齢に達するに従って低下してきた。ドイツや日本では45%かそれ以下に低下した。しかし、全般的な高齢化の進展によりほとんどの国で今後30年以内に上昇が始まる。日本などいくつかの国では2010年以降急速に上昇する。

- ・1964年と94年とを比較すると、ほとんどの加盟国で出生率は急速に低下し、女性の労働市場参加率は大幅に上昇している。しかし国別に横断的にみると、出生率と女性の労働参加率との関係は変化している。70年代までは出生率と参加率の間にはマイナスの相関がみられたが、現在では出生率が高い国ほど参加率が高い(図1)。このことは、現在では、育児と有給労働とは代替的というより補完的な活動であることを示している。
- ・多くの国において、労働者の質的格差、すなわち技術革新やグローバル化によって生まれた新しい雇用機会に恵まれた者とそうでない者の格差が拡大している。労働市場では未熟練・低学歴の労働者に不利となる構造変化が起きており、失業率は、ベルギー、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャなどで依然として10%を超えている。
- ・幼児死亡率、成人死亡率の低下によって寿命は

延びており、最近のデータによると、65歳の人の平均余命は女性で16年から21年、男性で12年から17年である。平均寿命が最も長いグループは日本、フランス、カナダおよびスイスである(表1)。

重要なのは長寿だけでなく障害のない高齢期であることだが、この評価にはOECDが92年に提唱した「障害のない平均余命(DFLE)」が有効である。DFLEは、余命のうち日常生活を自

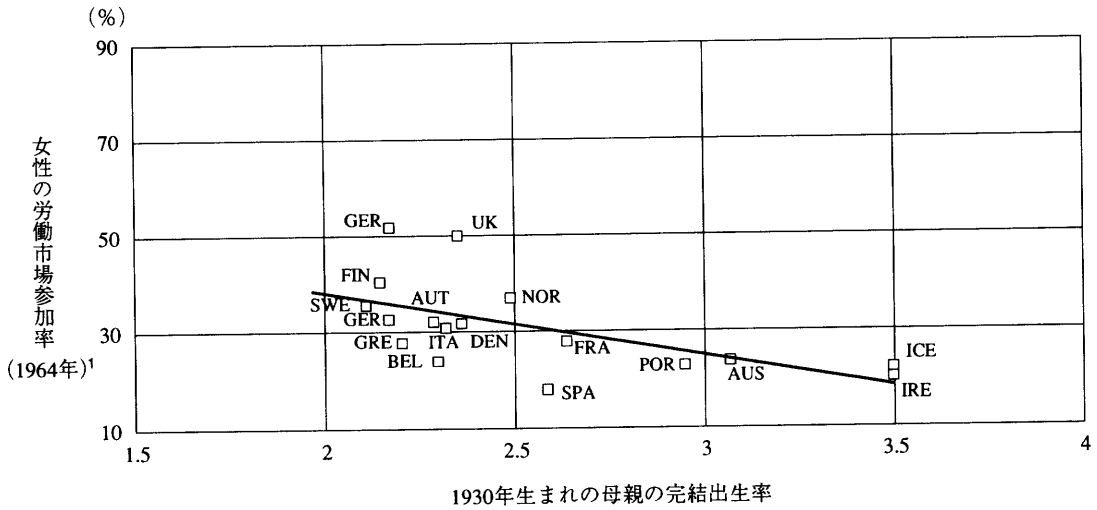


図 A²

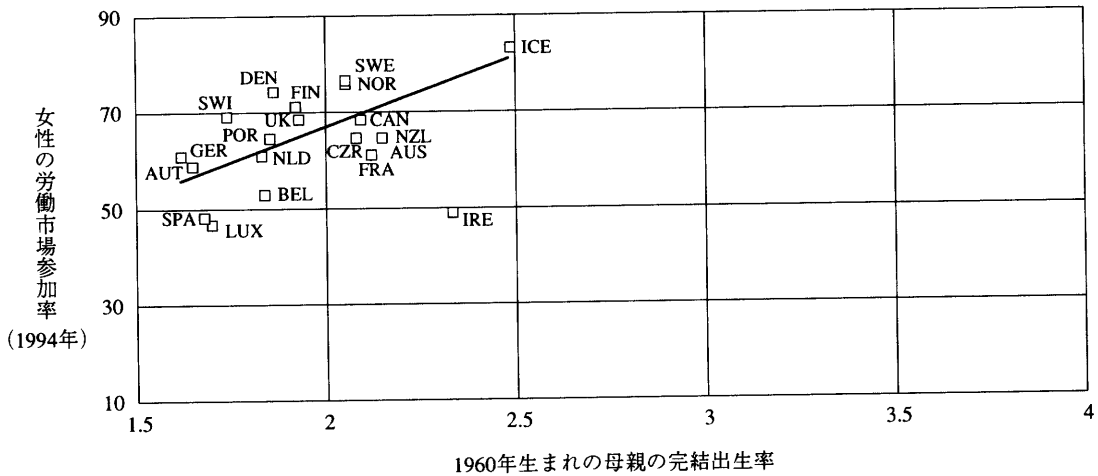


図 B³

注 1: オーストリアとフィンランドの参加率は68年、スイスは69年、デンマークは65年、ギリシャは61年、アイルランドは66年、スペインは70年。

2: 30年の出生率と64年の労働市場参加率との相関係数は-0.61 (自由度調整済み決定係数は0.42)。

3: 60年の出生率と94年の労働市場参加率との相関係数は0.68 (自由度調整済み決定係数は0.33)。

出所: Labor Force Statistics, OECD, Part III (1998), Part II (1974); EUROSTAT (1996)。

図 1 完結出生率と女性の労働市場参加率の関係

律的にできる期間と定義される。OECD 諸国の 65 歳人口はかなりの年数の DFLE を期待でき、かつそれは多くの国で 80 年代より 90 年代の方が増加している。

表 1 65 歳人口と 80 歳人口の平均余命

	65 歳		80 歳	
	男性	女性	男性	女性
オーストラリア	15.8	19.6	7.0	8.9
オーストリア	15.2	18.7	6.6	7.9
ベルギー	15.3	19.7	6.7	8.7
カナダ	16.2	20.1	7.5	9.5
チェコ	12.8	16.4	5.8	6.9
デンマーク	14.1	17.6	6.4	8.1
フィンランド	14.6	18.7	6.5	7.9
フランス	16.1	20.6	7.1	9.0
ドイツ	14.9	18.6	6.6	8.1
ギリシャ	16.1	18.4	7.3	7.7
ハンガリー	12.1	15.8	5.5	6.5
アイスランド	16.5	19.4	7.4	8.7
アイルランド	13.5	17.1	5.4	6.7
イタリア	15.7	19.6	6.8	8.3
日本	16.9	21.5	7.5	9.9
韓国	13.2	16.9	5.8	7.0
ルクセンブルグ	14.2	18.5	5.3	6.8
メキシコ	15.6	18.8	7.2	9.5
オランダ	14.4	18.6	6.2	8.1
ニュージーランド	15.4	19.0	6.9	8.7
ノルウェー	15.5	19.5	6.7	8.6
ポーランド	12.9	16.6	6.0	7.1
ポルトガル	14.3	17.7	5.7	7.0
スペイン	15.8	19.8	7.0	8.5
スウェーデン	16.1	19.7	6.9	8.8
スイス	16.1	20.2	7.2	9.0
トルコ	—	—	5.2	5.9
イギリス	14.7	18.4	6.7	8.6
アメリカ	15.7	18.9	7.3	8.9

注 1：65 歳のデータは、オーストリア(95 年)、カナダ(95 年)、チェコ(95 年)、デンマーク(94 年)、フランス(95 年)、ギリシャ(94 年)、ハンガリー(95 年)、アイスランド(95 年)、アイルランド(93 年)、韓国(95 年)を除き 96 年。

2：80 歳のデータは、フランス(92 年)、アイルランド(82 年)、イタリア(94 年)、ルクセンブルグ(87 年)、トルコ(90 年)を除き同じく 96 年。

出所：OECD Health Data 98.

II 支出の動向

第二章では、各国政府が、社会・経済の変化に対応して財政制約の下で社会支出の水準と構成をどのように変えてきたかを概観している。

- OECD 諸国の一般政府支出は、1960 年の対 GDP 比 30% 以下から 95 年には 50% 近くまで上昇した。このうち半分以上は家計への所得移転による。これに対応する増税(社会保険料引き上げを含む)は支出増をすべて賄うことはできず、財政赤字は拡大した。
- しかしその後、大部分の加盟国は財政赤字の削減に努め、97 年には日本を除くすべての国でプライマリー・バランス(公債利払いを除く収支)が黒字化している。しかし今後は増税の余地は小さいとみられる。
- 社会保障支出は、60 年代から 70 年代にかけて社会保障制度のカバレッジの上昇を受けて急速に拡大した後、財政制約の下で 80 年代以降の 15 年間は増加のペースが減速した。しかし社会保障支出の GDP 比は、まだほとんどの加盟国で上昇を続けている。この比率が加盟国間で収斂する傾向はあまりみられない。
- しかし、社会保障給付が課税されるか否か、間接税率が何%かといった税制の違いを考慮し、さらに私的年金や私的医療保険などを公的支援と合計して比較すると、社会的保護の規模は加盟国間で収斂してくる。
- 医療費支出は、OECD 諸国全体で 60 年から 97 年にかけて GDP 比で 4% から 8% へと倍増した(アメリカは例外で GDP の 14% を医療費に充てている)(表 2)。しかし、増加の中心はこの前半の時期で、80 年代半ば以降は相対的に安定している。最も増加が大きかったのはフランス、スイス、アメリカである。医療費支出に占める公的の比率は 80 年代にピークを迎え 90 年以降は 16 カ国で低下しており、これが医療費

支出全体のGDP比を安定化させた主因である。これは一部には、財政面の制約や家計や個人の自己負担増を求める最近の制度改革の結果である。

- 本来は別目的の所得保障制度である障害および失業給付は、多くのOECD諸国において中高年労働者の早期退職を促進する手段として利用されてきた。例えばフランスやオランダでは、支

給期間の年金受給年齢までの拡大、中高年労働者について求職活動の支給要件からの除外、特別失業年金の創設などにより、失業給付制度を事実上の早期退職制度として発展させてきた。障害給付もオーストリア、オーストラリア、フィンランド、ドイツなどでこの目的のために利用されている。実際に、多くの国で部分年金受給者や障害給付受給者は増加傾向にある。

表2 OECD諸国の医療支出の推移

(名目GDP比%)

	1960	1970	1980	1990	1995	1996
オーストラリア	4.9	5.7	7.3	8.3	8.6	8.5
オーストリア	4.3	5.3	7.7	7.2	8.0	8.0
ベルギー	3.4	4.1	6.5	7.5	7.9	7.8
カナダ	5.5	7.1	7.2	9.1	9.6	9.5
チェコ	—	—	—	5.4	7.5	7.2
デンマーク	3.6	6.1	6.8	6.5	6.4	6.3
フィンランド	3.9	5.7	6.5	8.0	7.6	7.4
フランス	4.2	5.8	7.6	8.9	9.9	9.7
ドイツ	4.8	6.3	8.8	8.7	10.4	10.5
ギリシャ	2.9	4.0	4.3	5.2	7.2	4.7
ハンガリー	—	—	—	6.1	7.1	6.7
アイスランド	3.3	5.0	6.2	7.9	8.2	8.2
アイルランド	3.8	5.3	8.7	6.7	7.0	5.9
イタリア	3.6	5.2	7.0	8.1	7.8	7.7
日本	—	4.4	6.4	6.0	7.2	7.2
韓国	—	2.1	2.9	3.9	3.9	4.0
ルクセンブルグ	—	3.7	6.2	6.6	7.0	7.3
メキシコ	—	—	—	—	4.9	4.6
オランダ	3.8	5.9	7.9	8.3	8.7	8.5
ニュージーランド	4.3	5.2	6.0	7.0	7.1	7.1
ノルウェー	2.9	4.5	7.0	7.8	8.0	7.9
ポーランド	—	—	—	4.4	—	5.0
ポルトガル	—	2.8	5.8	6.5	8.2	8.3
スペイン	1.5	3.7	5.6	6.9	7.3	7.4
スウェーデン	4.7	7.1	9.4	8.8	7.2	7.3
スイス	3.1	4.9	6.9	8.3	9.6	9.7
トルコ	—	2.4	3.3	2.9	—	—
イギリス	3.9	4.5	5.6	6.0	6.9	6.9
アメリカ	5.2	7.3	9.1	12.6	14.1	14.0
OECD平均	3.9	4.9	6.6	7.1	7.9	7.7

注1：各国間の数値はできる限り比較可能性を持たせているが、一部の相違は統計的な定義の差による。

2：96年の数値は暫定値である。

3：OECD平均はチェコ、ハンガリー、メキシコ、ポーランドおよびトルコを除く。また60年にはポルトガル、ルクセンブルグ、日本および韓国を含まない。

出所：OECD Health Data 98.

III 所得分配

課税と社会保障給付は、第一章でみたさまざまな社会的支援への要求に対応してGDPを部門間で再配分し、市場所得を最終所得の分配に変換する仕組みである。第三章では、課税と社会保障による所得移転が所得分配に与えてきた影響とその時系列での変化をみる。

- 80年代半ばから90年代半ばまでの十数年間、OECD諸国間には可処分所得の分配や相対的な貧困の分布に共通した趨勢はなく、大きなばらつきがみられる。五分位別可処分所得の最上位のシェアは、特に上昇が大幅なベルギー、フィンランド、イタリア、アメリカをはじめとして日本を含む多くの国で上昇しているが、オーストラリア、カナダ、デンマークでは低下している(図2)。最下位のシェアはさらにばらつきが大きく、低下した国と上昇した国がほぼ半々である。中間の3分位のシェアは多くの国で低下し、所得分布の「空洞化」傾向が著しい。相対的な貧困度(所得が当該国における可処分所得の中央値の50%未満である人の比率)は、ドイツ、イタリア、日本、オランダ、ノルウェー、スウェーデンで上昇しているが、やはり一般的な趨勢はみられない。
- こうした趨勢の根底を成しているのは労働市場、特にそこで形成される勤労所得の動向である。勤労所得の分配は両極化が進んでいる。十分位でみると、上位3分位のシェアは、日本やノルウェーの50%超からオーストラリアやカナダの60%超にわたり、かつフランスなど少数を例外として大半の国で上昇している。逆に、下位3分位のシェアは、オーストラリアの3.5%からフランスの11%に過ぎず、ベルギー、フランス、日本以外の国では低下している。
- 直接税と公的移転は、市場所得の不平等度を大きく是正している。しかし、50%以上の公的

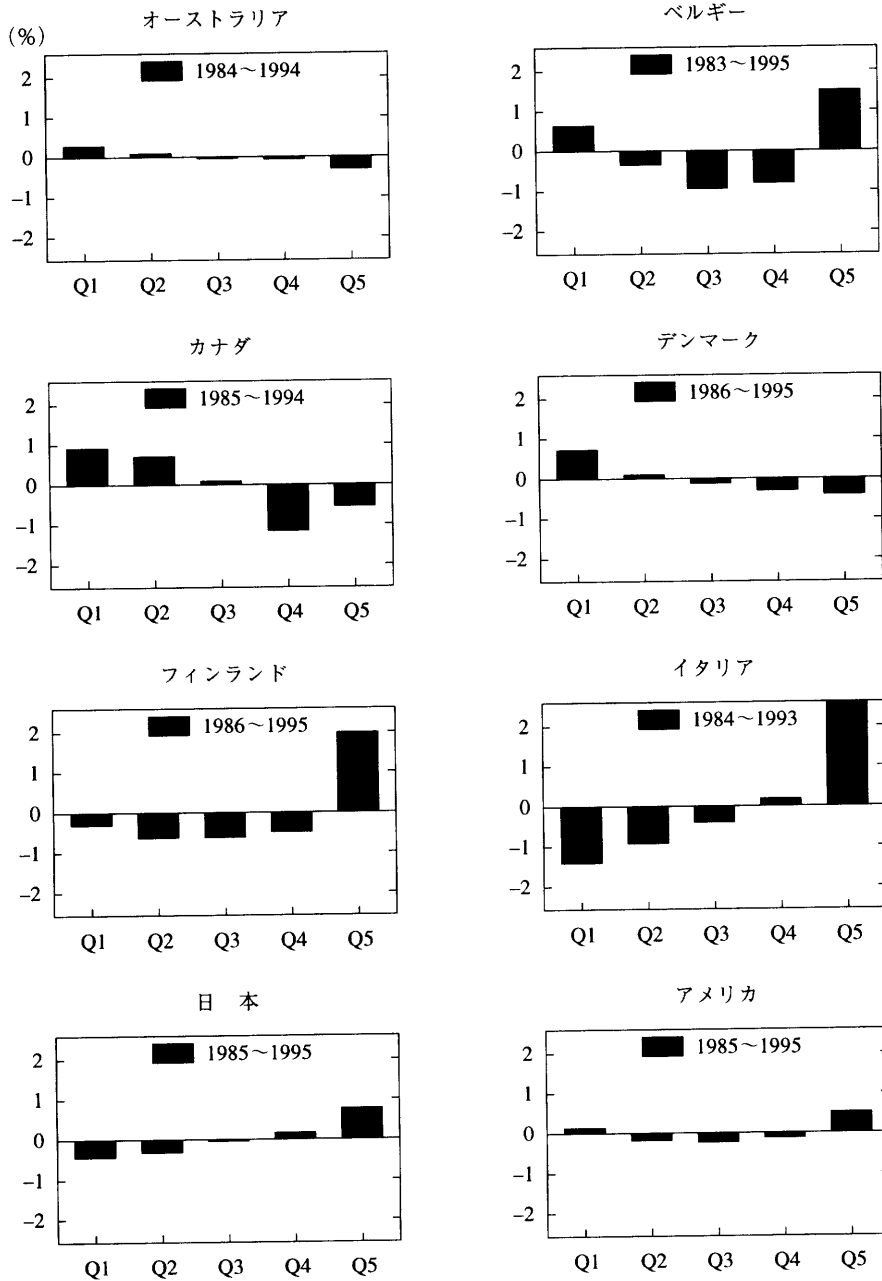
移転を低所得層に振り向けているオーストラリアとフランスを例外とすれば、公的移転の分配は多くの国において所得階層間でかなり均等である。他方で直接税は、すべての国で例外なく高所得層がその大半を負担している。したがって所得分配を平等化する効果は、直接税の方が公的移転より強い。また、これらによる所得再分配は結果的に高齢者に偏って有利なものとなっている。

- 高齢の勤労者層(50歳以上65歳未満)および壮年層(30歳以上50歳未満)が世帯主の家計の個人は多くの国で生活水準を向上させたが、若年層(30歳未満)を世帯主とする家計の個人の可処分所得はすべての国で減少した。これは一つには、労働需要の熟練・高学歴労働力へのシフトに対応し、若年層が就学期間を延ばして労働市場への参入を遅らせていることが影響している。

IV 新しい生涯経路への政策対応

社会政策担当省は保健医療政策に直接の責任を負うが、それだけでなく関連する他の政策(例えば就労支援策)にもまた責任を負っている。社会政策は、育児と労働との選択に影響を与えることにより労働供給全体を左右するからである。こうした認識を踏まえて第四章では、社会政策を生涯にわたる一連の政策介入としてとらえる立場を解説している。

- 教育は人生の早期のみに集中すべきでなく、継続する活動であるべきである。1960年には、OECD諸国平均では男性は67年生き、46年働いた。現在では、彼らは74年生き、就労期はその半分の37年にとどまる。37年が教育と失業、引退などの非就労期である。女性の変化は一層著しい。この結果、生涯教育が社会政策としての重要性を増している。



注：第1分位 (Q1) は最低所得層。
出所：OECD

図2 五分位別の可処分所得のシェアの変化

- 幼児期への介入でよりよい生涯の実現を目指す政策は、次の三つの範疇に分けられる。① 両親に対して保健医療に関する助言や一般的な社会サービスを提供する「家庭訪問プログラム」、② 幼児の認識、言語、社会的能力などの発達を刺激する「早期教育プログラム」、③ 子供が育つ経済的・社会的環境を改善する「両親向け職業・教育プログラム」である。このうちいくつかはその評価が分かれるが、早期教育は、後の学校生活や成人後の生活における不利益を顕著に減少させるという点で一致した高い評価を得ている。
- OECD諸国においては80年代以降、若年者の雇用や所得の状況が一般に悪化している。またこの10年間、若年者の就学期間は大幅に増加した。これは、多くの国で若年向けのフルタイムの雇用機会が減少したことに加えて、経済的支援の充実により就学の機会費用が低下したことによる。このため、就労移行期の若年者に対する支援は重要な社会政策課題となっている。ただしここでも、受給額の失業給付とのバランス、職業訓練の義務づけなどが重視されることが一般的である。
- 人々は退職後だけではなく、生涯にわたって余暇、教育、育児に従事できるような柔軟性を求めており、社会政策はそれを阻害するものであってはならない。特に親にとっては、就労と育児とをうまくバランスさせるのを援助する政策—託児サービス、同サービスへの手当の給付、育児休暇制度—の充実が求められている。この分野では、OECD諸国間でも国により差が大きい。

V 雇用促進型の社会政策の試み

前章の政策はいわば長期的な解決策である。失業と低賃金労働などの問題に直面する未熟練労働者にとっては、より短期の対策が求められている。

第五章ではまず、失業者への給付と就業者への支援とのバランスを考察し、後半でより広範囲の支援策を論じている。

- 税制や社会保障制度の改革は、給付制度の変革（代替率の引き下げや最長給付期間の短縮、就労を条件とした給付など）により就労促進的なものが志向されている。OECD諸国においても一般的に、主要な失業給付についてその水準、受給資格および期間を制限しようという傾向がみられる。
- その際には、失業者と就労している低所得者との間で均衡を図ることが重要である。稼得所得が増加するに伴って給付が急激に削減されると、所得税や社会保険料の負担増と合わせて限界実効税率が非常に高くなり、就労インセンティブが損なわれやすい（貧困のわな）。この点を配慮した政策として、稼得所得の増加に伴う給付の削減率の緩和（オーストラリア、ニュージーランド）、低額所得に対する所得税率の引き下げ（デンマーク、ニュージーランド）、所得がこれ以下であれば給付が削減されない最低所得水準の導入（オーストラリア、カナダ、デンマーク、フランス、イギリスほか）などがある。
- また労働需要への対策としては、企業が未熟練労働者を雇った場合の補助、特にベルギー、フランス、オランダが試みている社会保険料負担の減額などがある。しかしこれらは、長期的に未熟練労働者の賃金を抑制したり、財政収支を悪化させて増税や他分野での歳出削減を強いる可能性が高く、社会的費用が高い。
- 結局、人々が福祉への依存から脱却することを促進するには、給付を制限して就労インセンティブを高めることが中心となる。これはある意味で厳しいことであり、そのためさまざまな政策上の改革が試みられている。就労後も一定期間は給付を続けることによる移行期費用の負担（アイルランド、ニュージーランド）、給付を就労状況でなく所得にリンクさせることによる労働意

- 欲の阻害の回避(イギリス、アメリカ)などである。
- 福祉の受給者は労働市場からだけでなく社会から疎外される懸念があるため、就労意欲の促進策だけでは十分でなく、複数の政府機関にまたがる社会的支援の枠組みが必要となる。それは、①適切な生活水準を維持し、かつ就労インセンティブを阻害しない水準の金銭的支援、②心身障害、ホームレス、薬物中毒、家計債務などのより根本的な問題の解決に対応する社会的サービス、③教育・職業訓練の強化、公的な職業斡旋による労働市場への再参入支援、という三つの柱からなる。

VI 医療サービスの改善に向けた政策

OECD諸国は1970年代半ば以降、財政制約を受けて医療政策を「より公平で、より患者に決定権があり、より効率的で、より有効」という四つの目標を同時に追求する総合的な政策へと徐々に改革しつつある。第六章は、医療政策の変遷と今後のあり方を論じている。

- 保健医療サービス市場はもともと純粋な市場メカニズムが機能しない分野であり、それを補完するためさまざまな公的介入がなされてきた。これまでの試みには、①医療サービスに公定価格を定める「価格規制」や上限を設ける「参考価格制」、②病院数や病床数の制限または削減などの「量的規制」、③価格規制と量的規制を併用した「総枠予算制」、④専門化した医療機関へのアクセスに一般内科医の紹介状を条件とする「受診規制」、⑤アメリカのメディケアにおけるDRGのような疾病別の見込み「定額払い」、⑥薬剤分野などにおける「自己負担率の引き上げ」などがある。効率的な医療制度は、これらの試みの結果を十分考慮して設計されるべきである。
- 効率的な医療制度の設計と並んで重要なのはその成果を客観的に評価することであり、この点で

は、政策担当者の指針となる指標がいくつも開発されてきた。平均余命や死亡率などの量的指標、身体や精神の障害の程度などの質的指標が基本的なものだが、それらを組み合わせた総合的な指標である質調整済み生涯年数(QALYs)、さらにその応用としての障害のない余命、健康調整済み余命、健康な生涯年数、障害調整済み生涯年数(DALYs)なども作られている。

- 医療の公平性にはさまざまな側面があり、主なものには、①医療費は個人の支払い能力に比例すべきという「負担の公平性」、②医療サービスが必要な程度が同水準の人は公平に扱われるべきという「機会の公平性」、③人々の間で健康状態に大きな格差がないという「健康状態の公平性」が挙げられる。「負担の公平性」は、多くのOECD諸国で公的医療保険のカバレッジが100%近くほぼ達成されているが、メキシコ、トルコおよびアメリカでは低く問題がある。「機会の公平性」については、地理的な観点からみて韓国、日本、イタリア、ポルトガルにおいて、特に地方の貧しい地域で医療へのアクセスに問題が残っている。地理的格差の解消は長期ケアへのアクセスでも重要な課題である。最近の多くの国での医療制度改革(例えばスウェーデンの92年エーデル改革)では地方への権限委譲が進んでいるが、これは地域間格差を拡大させる可能性もあり、その両立は困難な政策課題となっている。また、以上二つの公平性の確保だけでは「健康状態の公平性」の達成には十分でない。低水準の健康状態の原因は、低い家計所得、低い教育水準、低い職業上の地位などに求められる。これに対しては、学校での予防医療や低所得の女性に対する出産前のケアなど目標を絞った政策が進められており、今後もその充実が必要である。
- 長期ケアも、医療と同じ効率化の課題に直面している。高齢化に伴い施設ケアは増加しており、

日本、オランダ、より少ないがフランスなどでは病院が事実上の在宅ケアの役割を担っている。1年間の入院費はOECD諸国の平均で一人当たりGDPの1倍から1.5倍と高額であり、また在宅ケアの費用は一人当たり国民所得の10分の1から2分の1と幅が大きい。長期ケアには医学的な治療と介護の適切なバランスが必要であり、そのために効率的な制度を構築しなければならない。長期ケアの価格付けのためにアメリカで開発されたRUG(リソース・ユーティリゼーション・グループ)基準は他の国々でも利用され始めており、またドイツやフランスでは、障害の程度に応じて在宅ケアの受給権を決める障害の標準的尺度が開発されている。これらを踏まえて、各国ではさまざまな制度の実験が行われている。ドイツや日本では介護保険が制度化され、ノルウェーやスウェーデンで公的な長期ケア制度が発足した。

VII 政策課題に対する主な障害

OECD諸国間では、必要とされる改革の方向性については、人々の就労を促進し、人々の特性に合った医療を提供し、医療と長期ケアのバランスをとることでほぼ合意がある。しかし、改革には多くの困難が伴う。労働意欲を維持することの困難さ、複数のレベルの政府、非政府組織、民間機関による協力の困難さ、既存の雇用慣行による障害、グローバリゼーションの進展による社会的保護への圧力の高まりなどである。しかし、多くの国では、失業率の低下や財政収支の改善により政府が社会的要請に対応する能力は数年前より高まっている。また、一つの改革の成功は他の改革を誘発する。社会政策の改革は結局、人々の支持を得ることができるだろう。

(ますぶち・かつひこ 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部第一室長)