第48回

ちょっといって講座

－ え～！？先月より手取り減っちゃった －

『納得のいく』社会保険の負担とは！

講師：**玉井金五** 愛知学院大学経済学部長

2018年5月14日
福井県国際交流会館

福井県地方自治研究センター
福井地区平和センター
福井県庁職員組合
自治労福井市職員労働組合
永平寺町勤労者協議会
ちょっといって講座実行委員会

主催者挨拶：田邊猛人福井地区平和労働センター

今日は社会保険のテーマですが、給与明細表を眺めてみますと、法定控除には、所得税・住民税の他、社会保険として、厚生年金・健康保険・介護保険・雇用保険などがありますが、その他法定外控除として、私は県職ですが互助会会費や職員組合費、自治労共済などがありますが、それを引くと事実上の“可処分所得”といったところになりますが、法定控除は否応なく上がってきております。

玉井金五教授　講演

プロフィール

私は長い間、大阪市立大学に勤務しておりました。公立大学では学生数がトップクラスです。昔は学生運動で有名でした。２０１４年に退職し、愛知学院大学に移りました。愛知学院大学は仏教系で曹洞宗です。曹洞宗というと大本山は永平寺ですので、福井にも縁がございます。専門は社会保障という身近なものを扱っています。

まず、私の学問的な系譜についてふれておきます。大阪市立大学に近藤文二先生という方がおられましたが、終戦直後日本の社会保障制度審議会に参加して、日本の社会保障プランを作りました。これによって、昭和２５年（１９５０年）に『社会保障制度に関する勧告』が生まれました。それが１９６１年の国民皆保険・皆年金化につながっていきます。私が大学院に入った時には近藤先生はかなり高齢で大学を既に退職されておられましたので、当時、現役の小川喜一先生につきました。小川先生からは、「これからは社会保障の時代に入るから、基礎をしっかり勉強しておくように」と言われました。それがきっかけで社会保障を専門とするようになりました。

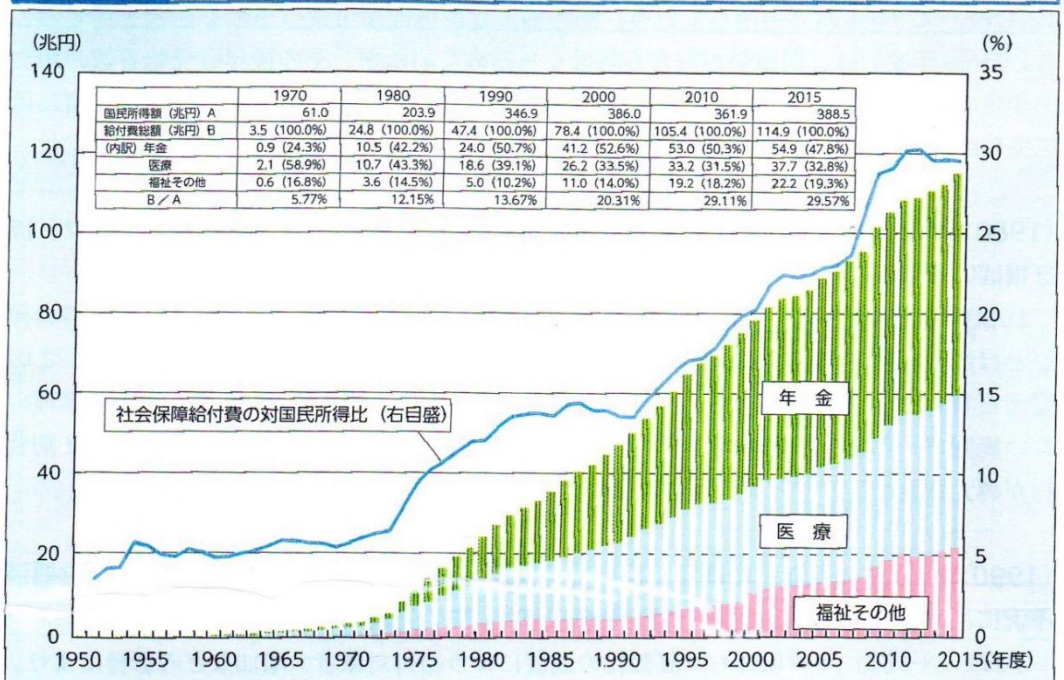
社会保障は文献だけを読めば済むという分野ではありません。近藤先生は「生の知識を得ずしてどうするのだ」と言っておられました。近藤先生は社会保障制度審議会をはじめ、多数の審議会に参加されましたが、その系譜は小川先生から私にも続いており、大阪地方最低賃金審議会をはじめ、大阪府高齢者医療懇談会、大阪市国民健康保険運営協議会、６５歳現役社会推進地域会議、あいりん総合対策検討委員会などの諸活動に従事してきました。審議会と言いますと役人の言いなりになって機能していないなどと評価が高くない場合が多いですが、中央とは異なり、大阪ではそのようなことはありませんでした。最低賃金審議会でも思い切り意見を言い合うような場でした。

１　課題の意味

現在の日本は少子高齢化が進んでおり、高齢化率は２７.３％、直近の調査では２７．７％になっています。４人に１人が高齢者です。高齢者が増えてきますと、社会保障給付費が増加してきます。高度成長期、１９６１年に国民皆保険・皆年金制度できた時期はまだ給付はほとんどありませんでした。１９７０年代から社会保障給付費が高まっていきます。１９８０年までは医療は１番だったのですが、そこで年金が追い付き、そのご社会保障給付費の中

では年金が半分を占めることとなりました。図表１の一番下に「福祉その他」がありますが、１９９０年代まではそれほどでもありませんでした。しかし、２０００年代に入ってから上がってきています。介護保険ができた結果です。

図表 1　社会保障給付費の推移



	1970	1980	1990	2000	2010	2015
国民所得額（兆円）A	61.0	203.9	346.9	386.0	361.9	388.5
給付費総額（兆円）B	3.5（100.0%）	24.8（100.0%）	47.4（100.0%）	78.4（100.0%）	105.4（100.0%）	114.9（100.0%）
（内訳）年金	0.9（24.3%）	10.5（42.2%）	24.0（50.7%）	41.2（52.6%）	53.0（50.3%）	54.9（47.8%）
医療	2.1（58.9%）	10.7（43.3%）	18.6（39.1%）	26.2（33.5%）	33.2（31.5%）	37.7（32.8%）
福祉その他	0.6（16.8%）	3.6（14.5%）	5.0（10.2%）	11.0（14.0%）	19.2（18.2%）	22.2（19.3%）
B／A	5.77%	12.15%	13.67%	20.31%	29.11%	29.57%

資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成27年度社会保障費用統計」
（注）1963年度までは「医療」と「年金・福祉その他」の２分類、1964年度以降は「医療」「年金」「福祉その他」の３分類である。

日本の社会保障は社会保険中心の体制です。従いまして、財源としての社会保険料の拠出は避けられません。とくに、高齢者は医療、年金、介護の３保険に関わりますので、給付に反映してきます。社会保障の費用負担は一部保険料で賄いますが、一定割合で税も入ってきます。雇用者の保険料は給与からの天引きです。給与明細表を見ればその項目があり、引かれているなということは分かるのですが、そこから細かく中身まで立ち入っていくということはやられておられないと思います。一方、負担が益々増えてきているという感触はお持ちだと思います。

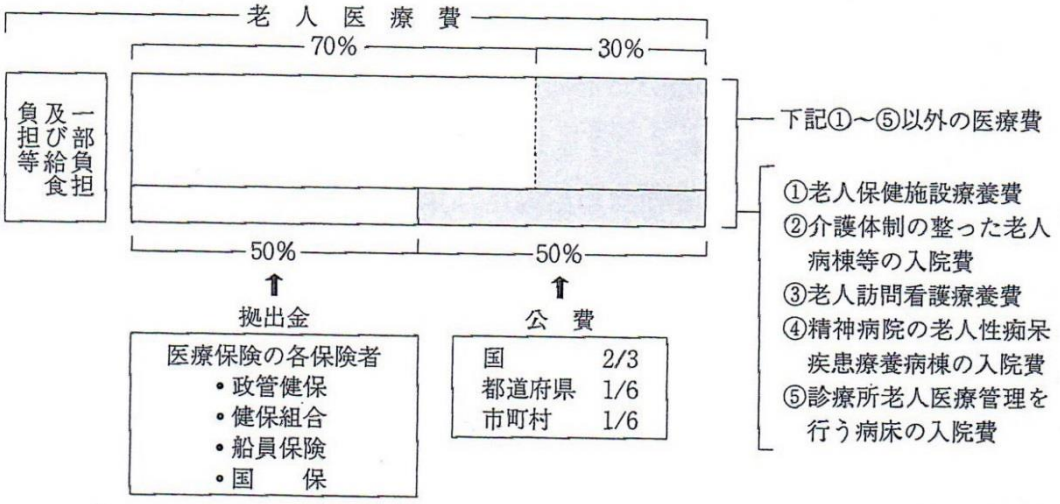
今日の焦点として保険料でもない、税でもない、拠出金というものを取り上げます。拠出金とは「保険料として取って税的に使用する」ものを指します。保険料と言いきれず、税とも言えません。１９８０年代に導入されましたが、その後じわじわと比率を高めてきて、今や社会保険財政の中では不可欠のものとなっています。拠出金は重要な機能と役割を果たしているにもかかわらず、十分、実態・本質が把握されていません。

２　医療のケース

１９７２年、老人医療費支給制度ができました。お年寄りが病院に行くと、帰りに窓口で一部負担が求められます。従来は自分で払っていたのですが、この制度ができたことにより、一部負担を公費で肩代わりすることとなりました。見かけ上は何も支払わないことから、老人医療費がタダになったかのような錯覚に陥ります、メディアもこの制度ができたことにより、老人医療費の無料化が実現したと宣伝しました。これは正確にいうと、無料化ではありません。息子さんらが国民健康保険の被保険者（世帯主）であれば、同居している家族の一員として高齢のご両親の保険料を支払っているというのが大前提です。全体の７割は保険から支払われます。残り３割が公費からの支払いです。保険から７割の支払いがあるから成り立つのです。これで、多くのお年寄りはタダになったと思ってしまったのです。沢山のお年寄りが病院に押し寄せたため、待合室のサロン化現象という形で報道されました。当然、老人医療費が増えます。その結果、国民健康保険の財政が圧迫されます。定年退職すれば国民健康保険の方へ移りますので。１９７０年代の後半には何とかしなければならないということになりました。

１９８２に年老人保健法ができました。老人医療に対する新しい費用負担の取り決めが行われることになります。このままでは国民健康保険が持たないので、新しい法律を作り、それに対処しようとしたわけです。どのように変えたかというと、全体の 3 割は公費で賄うということですので、これは老人医療費支給制度の時と同じです（⇒図表２）。大きく変わったのは、残りの７割の部分です。国民健康保険以外の各保険者も受け持つこととしたのです。当時の政府管掌健康保険・健康保険組合なども拠出金という支払いをしてこの７割を埋めようとしました。これが拠出金の出発点です。

図表 2　老人医療費の負担



資料：厚生省老人保健福祉局『老人医療事業年報』。
出所：総理府社会保障制度審議会事務局編『社会保障統計年報』平成10年版，法研，1999年。

拠出金の意味をもう一度捉えておきましょう。現役の雇用者の負担は、本人＋家族だけでなく本人＋家族＋老人の分まで負担することになったということです。ですから、雇用者の

保険料負担の増加につながる仕組みが導入されたといえます。これで助かったのが国民健康保険です。負担が軽減されました。見方によれば、健康保険による国民健康保険への財政支援ということができます。財政調整が導入されたわけです。

③ 図表 3　老人医療費と国民医療費の推移

年　度	老人医療費		国民医療費		老人医療費の国民医療費に対する割合（%）	国民所得に対する割合	
	実　数（億円）	伸率（%）	実　数（億円）	伸率（%）		老人医療費（%）	国民医療費（%）
昭和49（1974）	6,652	55.1	53,786	36.2	12.4	0.59	4.78
50（1975）	8,666	30.3	64,779	20.4	13.4	0.70	5.22
51（1976）	10,780	24.4	76,684	18.4	14.1	0.77	5.46
52（1977）	12,872	19.4	85,686	11.7	15.0	0.83	5.50
53（1978）	15,948	23.9	100,042	16.8	15.9	0.93	5.82
54（1979）	18,503	16.0	109,510	9.5	16.9	1.02	6.01
55（1980）	21,269	14.9	119,805	9.4	17.8	1.07	6.00
56（1981）	24,281	14.2	128,709	7.4	18.9	1.16	6.14
57（1982）	27,487	(13.2)	138,659	7.7	19.8	1.25	6.32
58（1983）	33,185	(20.7)	145,438	4.9	22.8	1.44	6.30
59（1984）	36,098	8.8	150,932	3.8	23.9	1.48	6.20
60（1985）	40,673	12.7	160,159	6.1	25.4	1.56	6.15
61（1986）	44,377	9.1	170,690	6.6	26.0	1.64	6.30
62（1987）	48,309	8.9	180,759	5.9	26.7	1.70	6.37
63（1988）	51,593	6.8	187,554	3.8	27.5	1.71	6.22
平成元（1989）	55,578	7.7	197,290	5.2	28.2	1.73	6.12
2（1990）	59,269	6.6	206,074	4.5	28.8	1.71	5.96
3（1991）	64,095	8.1	218,260	5.9	29.4	1.77	6.01
4（1992）	69,372	8.2	234,784	7.6	29.5	1.88	6.36
5（1993）	74,511	7.4	243,631	3.8	30.6	2.00	6.54
6（1994）	81,596	9.5	257,988	5.9	31.6	2.19	6.91
7（1995）	89,152	9.3	269,577	4.5	33.1	2.35	7.10
8（1996）	97,232	9.1	285,210	5.8	34.1	2.48	7.27

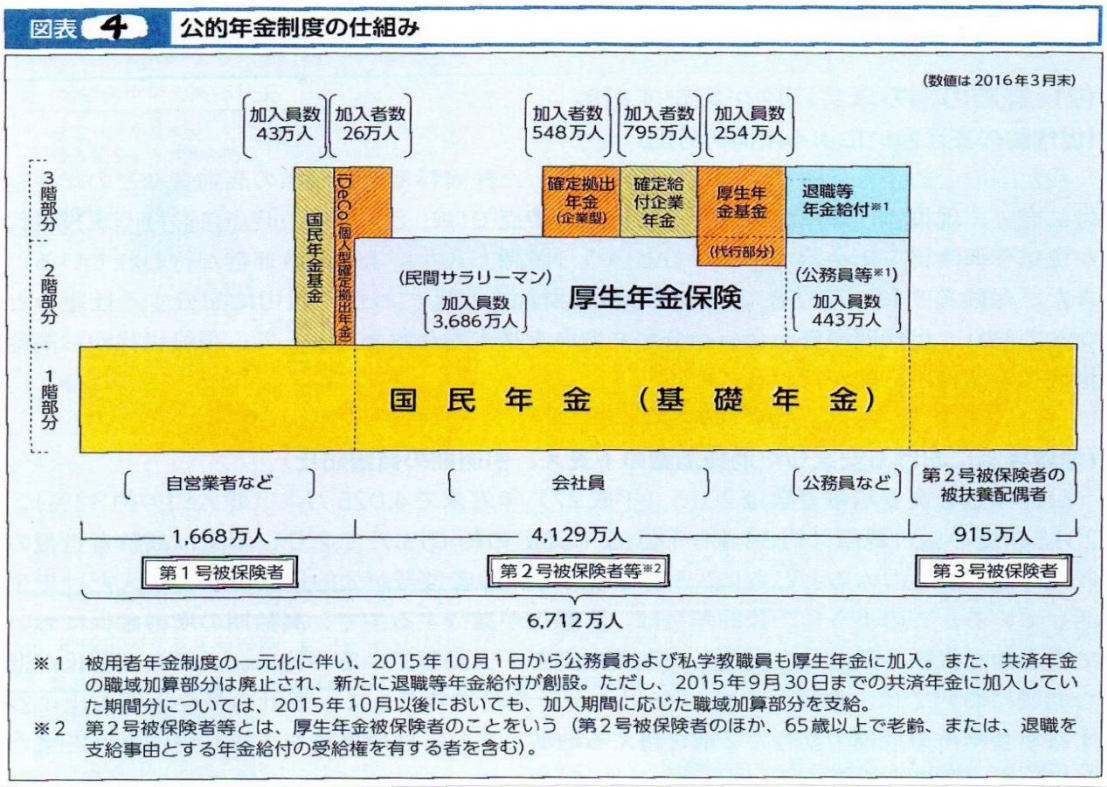
注：1）国民医療費は「国民医療費」（厚生省大臣官房統計情報部）による。
　　2）国民所得額は経済企画庁調べ。
資料：厚生省老人保健福祉局『老人医療事業年報』。
出所：総理府社会保障制度審議会事務局編『社会保障統計年報（平成10年版）』法研，1999年。

その後どうなったかですが、１９８０年代までは健康保険にも多少余裕がありました。しかし、１９９０年代に入ってくると厳しくなります。一部の健康保険組合は悲鳴を上げ始めました。当人の老人医療費の伸びを見てみますと（⇒図表３）、老人医療費の占める割合は１９８０年代では２割台でそれほどでもないのですが、１９９０年代には３割台に上がってきます。その分拠出金の増加を意味します。これが徐々に深まり、老人保健制度も持たないと言われるようになりました。それで、２００８年に後期高齢者医療制度ができました。ここで新たに医療費の支払いの割合が決まり、5割:公費、4割:支援金（拠出金の名称変更）、1割が高齢者保険料で賄うということです。公費は半分になり、拠出金の割合が少し減りました。また、高齢者個々人を独立させて保険料を拠出させることにしたのです。しかし、依然として支援金の額は増え続けています。

３　年金のケース

年金も１９８０年代が大きな転機になったと思います。１９８５年に年金法が改正され、基礎年金というものが入ってきました。この基礎年金は言葉の響きからも老後の保障をしてくれるものだと思えるのですが、基礎年金は大きな問題点を抱えています。このとき基礎

年金という形で１階の統合が図られました(⇒図表４)。その上に２階部分の厚生年金等が、３階部分には企業年金が乗っかっています。



なぜ、基礎年金が入ったかというと、政府はこの年金が導入されると無年金者はなくなると宣伝しました。政府のいうことは一部あたっています。女性の場合は年金権が十分保障されていませんでした。しかし、他方で、国民年金の財政状態がきわめて悪化していたのです。国民年金の保険料支払いはいつから始まったのかというと、１９６１年からです。国民年金の老齢年金を受給するには２５年以上加入が必要です。１９６１＋２５＝１９８６年までかかるわけです。まだ受給者が出ていないにもかかわらず、なぜ財政悪化が進んだのかです。当時、受給資格の短縮措置を行っています。２５年払ってくださいといったのですが、年齢の高い方は２５年払うことはできません。従って、年齢によって短縮措置を取りました。２４～１０年の幅を設けたのです。そうなれば、１０年間払って６５歳に達すれば年金受給資格を得ます。受給者が出なければ年金財政が悪化することなど起こりません。

国民年金はもともと負担と給付の保険数理が不完全だったのです。国民年金はどんぶり勘定的なところがありました。そのため、あるときに財政状態が極めて悪化しはじめました。それが１９８０年代の積立金の逓減状態発生（⇒図表５）です。積立金がどれだけできていたかですが、厚生年金は積立金が順調に増加していくのがわかります。一方、国民年金のピークは１９８２年度です。１９８６年度には厚生年金は５５兆円の積立ができていましたが、国民年金は２兆円です。これから２５年加入者が出てくるのです。これでは原資は確保できません。このようなことを政府が言うと大変な混乱が起こります。国民年金の財政破綻

も８５年改正の大きな引き金になったといえます。

図表 5　厚生年金保険，国民年金の積立金累積状況

（単位：億円）

	総額		厚生年金保険		国民年金	
	増加	累計	増加	累計	増加	累計
昭和17～20年度	14	14	14	14	—	—
21～35	4,426	4,440	4,426	4,440	—	—
36～40	11,921	16,361	9,975	14,415	1,946	1,946
41～45	35,112	51,473	29,787	44,202	5,325	7,271
46～50	90,617	142,090	78,667	122,869	11,950	19,221
51～55	164,135	306,225	156,969	279,838	7,166	26,387
56 ('81)	44,664	350,889	42,958	322,796	1,706	28,093
57 ('82)	45,439	396,328	42,833	365,629	2,606	30,699
58 ('83)	42,364	438,692	43,787	409,416	△1,423	29,276
59 ('84)	43,784	482,476	45,427	454,843	△1,643	27,633
60 ('85)	51,291	533,767	52,985	507,828	△1,694	25,939
61見込 ('86)	42,147	575,914	47,453	555,281	△5,306	20,633

出所：厚生統計協会『保険と年金の動向』1989年。

政府としては、年金の２本柱の一つである国民年金の財政破綻を避けなければならない。巧妙というか、基礎年金の導入はそれを回避するためのものであったといえます。基礎年金の財源をどう調達するかですが、まずは第１号被保険者の保険料です。次に、国庫負担を１階に集中することとしました。当初は１／３でした（現在は１／２）。そして２号・３号被保険者からの拠出金です。２、３号の方も基礎年金に関係していますから当然だと思われます。ところが、国民年金の第１号被保険者は未納等で保険料収入に結びついていないといわれます。第１号に未納、滞納が生じたときどうなるかですが、このとき、分母から差し引くのです。仮に４０→３０になったとしますと。分母も４０から３０になるわけです。これで計算すると６６．６と６．６跳ね上がるわけです。負担増になるわけです。

拠出金を組み込んでいきますので、たとえ１号

に未納が増えてきても、これだと１階部分はそう簡単には崩れません。しかし、実態は雇用

例１　拠出金の算定方式

$$\text{基礎年金に要する費用（100）} \times \frac{\text{2号＋3号（60）}}{\text{1号（40）＋2、3号（60）}} = 60$$

例２　１号に未納、滞納が生じたとき（分母から差し引く　仮に 40→30）

$$\text{基礎年金に要する費用（100）} \times \frac{\text{2号＋3号（60）}}{\text{1号（30）＋2、3号（60）}} = 66.6$$

者の負担増となる見えにくい部分です。いいかえれば、厚生年金による国民年金（1 号）の支援というようになっています。

この仕組みは外から大変わかりにくいのですが、しかし、すでにこの仕組みは 30 年以上が経過してきているのですから拠出金の持つ意味は大きいものがあります。拠出金は年金においても大きな比重を占めています。

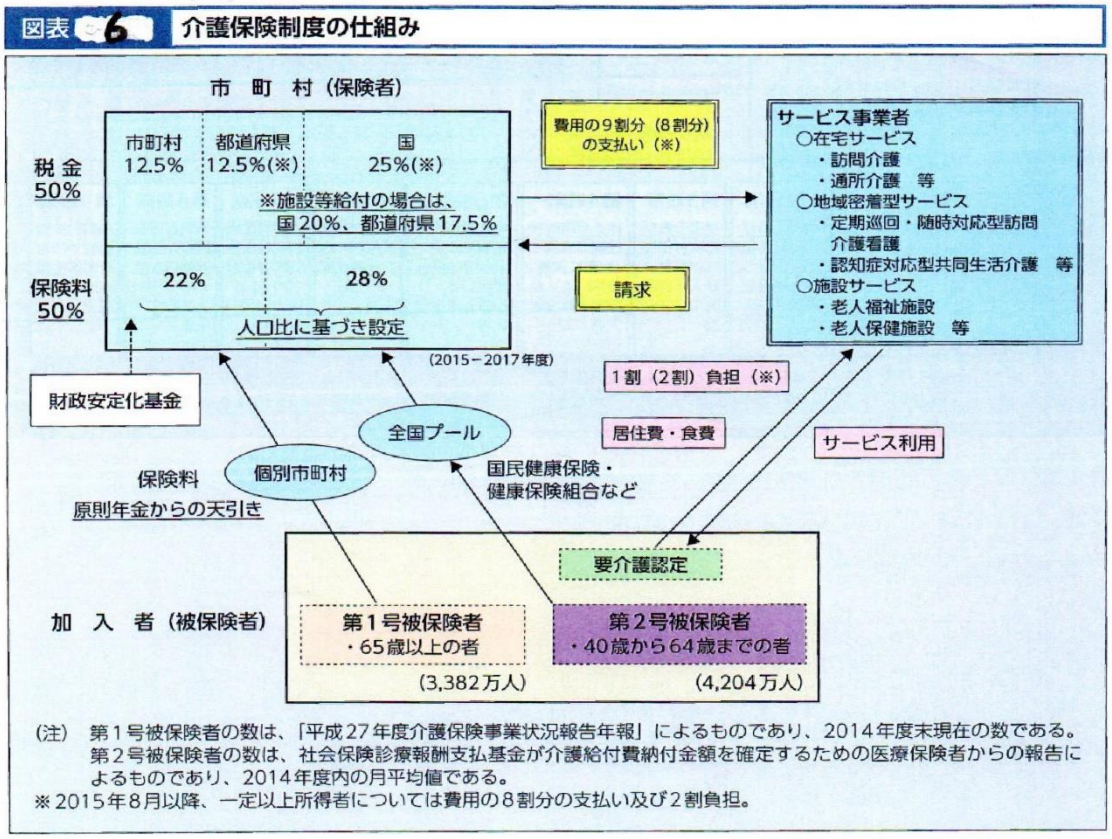
４　介護のケース

２０００年に介護保険制度が創設されました。介護保険といいますが、費用負担に占める保険料の割合はどのくらいかをみますと、介護費用は保険料と税で半々の負担（⇒図表６）となっています。それでは、この介護保険での拠出金がどう組み込まれたといえるのかですが、介護保険では名称として拠出金という言葉は使っていませんが、答えは YES であるということです。ただし、その仕組みは医療、年金とは少し異なります。

ここで介護保険の保険料負担をみてみます。被保険者で １ 号は６５歳以上の方、２号は４０－６４歳の方となっています。それぞれに保険料が課せられています。当初は４０歳にするかどうか議論がありましたが、４０歳－６４歳の方は、特別なケースでないと給付を受けることはできません。若くして認知症などになる方は対象となりますが、多くは６５歳以上の方が給付対象となります。ということは、２号の保険料の大半が １ 号の給付に回って

いるというのが実態です。

繰り返しになりますが、介護保険では拠出金という名称は使っていません。２号は保険料を支払っていますが、中身は１号の給付に回っているということで、２号の保険料そのものが拠出金に近い性格だということです。



５　まとめ

今回、とくに社会保険における拠出金という費用負担の実相に迫ってみました。社会保障の財源の議論において保険料でいくべきか、あるいはそれに代わる税でいくべきかという論争がなされますが、もはやそのような次元ではなく、第３のものとして＜拠出金＞がしっかり組み込まれています。ところが、この拠出金に対する国民の理解が行き届いていないと思います。制度が分かりにくいのです。支払ってからの使われ方の把握が必要です。近年取り入れられたものではなく、１９８０年代から４０年近くも経過しているこうした裏面を把握する必要があります。

社会保障の改革は新聞紙上や雑誌などでもよく取り上げられますが、拠出金をどのようにするかという議論はほとんど出てきていません。保険料を上げるといった話はよくありますが、拠出金をどうするといった議論は少ないと思います。突き詰めれば、拠出金を解体してしまうのか残すのかということです。

日本の場合、１つの制度ができますとそれを引きずっていくという「経路依存」型です。日本の社会保障関係にはそうしたものが多いわけです。一度作りあげたものを抜本的には変えようとはしません。変えることができないとも言えます。根底から変えることは抜本的改革です。しかし、これまでの日本は部分改革の積み重ねで進んできました。しかし、拠出金負担もぎりぎりのところまできています。医療、年金、介護でもそうです。医療については各紙が健康保険組合の窮状を取り上げています。このままでは協会けんぽに移らざるを得ないところに来ています。健康保険組合の保険料が協会けんぽより高くなるのでは健康保険組合を維持している意味がありません。

現時点における見通しですが、拠出金は保険料が前提であり、支払いがないと機能しないわけです。しかし、その保険料の支払いそのものが限界にきているわけです。政府は拠出金を解体する気はありません。拠出金を残したまま、政府はやりくりしようとしています。そのために、現行制度を何とか維持した形でいじるしかありません。例えば医療ですが、窓口での一部負担の増加、つまり３割負担を４割負担に引き上げるとか、高齢者医療では利用者負担を高めるということです。年金でいえば、支給開始年齢の引き上げです。これはそう簡単ではありませんが、７０歳が一つの目標となります。現在、２階部分が６５歳に向けて引上げ中で、男性の場合２０２５年、女性の場合は２０３０年に完了します。ですから、改革はそのあとになります。介護の場合２号被保険者は４０歳以上ですが、この対象年齢を引き下げて少しでも収入を増やそうとすることが出てこないとも限りません。

今日は、一方の柱である税についてはほとんど取り上げませんでした。２０１１年、民主党がまだ政権にあった時代、＜社会保障と税との一体改革＞論が出てきました。消費税を上げていって社会保障の財源にするというものです。しかし、全然その方向に動いていません。もし、少しでも動けば新しい方向に持っていく可能性はでてきます。医療では後期高齢者医療制度ですが、公費５割です。これを少しでも引上げることになるのかです。年金では基礎年金の国庫負担２分の１をさらに増やすことが出来るのかどうかです。介護ですが、５割の公費負担を少しでもアップすることが出来るのかどうかです。けれども一体改革が進まない限り期待できません。

最後に、いくつかのポイントだけを述べまして終わりにいたします。

１）日本の社会保障制度と経路依存型

日本の場合はなかなか大きな改革となって現れません。医療で健康保険組合のことをお

話ししましたが、健康保険組合ができたのは１９２２年です。まもなく１世紀です。健康保険法ができて、健康保険組合と政府管掌健康保険（現在の協会けんぽ）ができました。なかなか寿命は長いものがあります。年金も１９４１年に労働者年金保険ができ、１９４４年に厚生年金保険に名称が変わりました。それを追う形で、戦後に国民年金が出来ました。生活保護についても１９５０年に新生活保護法が出来、７０年近く経過しています。基本的な部分は変わっていません。これが日本の経路依存型の現実です。大改革は大変難しいといえます

２）拠出金という第３の財源への注目

税か保険料かという議論はだいぶ前に終わって、拠出金をどう考えるかに来ていなければなりませんが、まだまだです。政府は真正面から拠出金のあるべき方向について論じることはないと思います。その理由は、変に触ると、表面に出したくなかったことが出てくるからです。

３）政府による納得のいく情報・データ提供

依然と比べれば情報の開示は進んだといえます。ところが、我々からみてこのあたりはどうかという情報は表に出てきていないようです。年金未納については２００万人前後の人がいるといわれますが、その詳細な実態はわかりません。不利な情報でも公開して判断材料とすべきです。

４）国民に対する早期からの社会保障教育の必要性

学生に聞くと学習するのははじめてだといいます。勤めていないので、社会保険料の実感もありません。大学で授業を受けることが出来ればいいのですが、受ける機会もなく社会に出るというのは厳しいものがあります。社会保障は細かいし、一定期間学習しないと本当のことは分かってきません。国民が冷静な判断を下せるものがないと、いつまでも同じ議論の繰り返しになるおそれがあります。

５）近隣諸国からの示唆（中国ほか）

私はここ１０年以上、東アジア間における社会保障の比較に力を入れています。近隣というと、韓国、中国、台湾などですが、以前はほとんど問題になりませんでした。韓国は１９８０年代の後半から動き出してきました。中国は１９９０年代から社会保障作りに入っていきました。すでに２０～３０年経過しましたので、状況は以前と様変わりです。交流も深まり、２００５年から日中韓社会保障国際会議というものを始めました。毎年１回どこかの国でやり、計１３回となっています。中国、韓国の研究者と議論をしていますが、よく日本国内では「そうした国から何か学ぶことはあるのですか？」と聞かれます。ところが、あるのです。

中国は国有企業だったので、国有企業が老後生活を支えていました。その中国が社会保険を社会保障の中心に据えたのです。しかし、これまで保険料を支払うということをいっさいしていなかったので、保険料の意味が分からないのです。社会保険の経験のない国民にいきなり保険料を払えというためにはその意味を説明しなければなりません。

普通、社会保険の保険料は一旦どこかへプールされます。社会的な口座へプールされるわけです。中国では社会的な口座はもちろん作りますが、個人的な口座をもう１つ作ったのです。社会保険の中に社会的な口座と個人的な口座を作ったのです。そうしないと説得できないのです。全部取られてしまうのではないかと思われるのです。医療保険と年金にそれが入っています。医療保険の一例ですが、病気ではまず個人的な口座から支払われます。その後、自分のポケットから支払い、それもなくなったら社会的な口座から支払われます。

中国は全国的に統一ではなくある地域から実験的にやっています。沿岸部・都市部からやり始めています。病気にならなかったらお金は貯まる一方です。個人的な口座に貯まるわけですから自分のものになるということで刺激になるかもしれません。日本の医療保険では保険料として一旦出ていったものは使われてしまいます。健康な人は不自然に思っていらっしゃる方もおられます。健康維持をしていて医療費と結びつかない人をどうするか、その方の保険料をいかに還元するかですが、中国の場合には個人的な口座があるということです。

これまで日本は欧米との比較、特に北欧との国際比較をしてきましたが、そこから次の段階、アジアレベルの社会保障の比較を推し進めるべきだと思っています。

＜付記＞本文中の資料は『厚生労働白書』（平成２９年版）ほかを使用。

質疑応答

M：国民年金未納者と滞納者で半分を超えていることとか、非正規の人が４割ともなり、ほとんど社会保険料を支払っていない。そうすると相当多数が、医療にもかかれない、年金ももらえない時代が来る。抜本改革は非常に難しい。そうすると、生活保護に行ってしまうとたいへんなことになる。そこで、カネを出し合って助け合おうかということになるのですが、いま、４割を超している非正規労働者の待遇を改善しない限り日本の社会保障制度は成り立たないと思うのですがいかがでしょうか。

玉井：イギリスのベヴァリッジが完全雇用について論じた本があります。一時期日本も完全雇用論が盛んになりましたが、もう一度完全雇用の意義を考え直す必要があります。ベヴァリッジは、いったん失業しても、短期間のうちに同じような仕事に復職できる状態が完全

雇用といっています。日本も一時期はその方向で動いたと思いますが、労働者派遣法は大きな転機となりました。当初、ごく少数の専門職だけという限定で始まったのですが、その後、改訂に次ぐ改訂で、ほとんどフリーの状態です。元信州大学の高梨先生は最初の精神を全部失ってしまって、緩和のみが堂々とまかり通っていると怒っておられます。

年金の第１号被保険者は１６００万人で納付率は６割です。４割は納付に結びついていなく７００万人です。未納のケース以外に、学生など猶予されているケース、さらに免除されているケースがありますが、これはきわめて異常な数字です。しかし、それをカバーできるような年金の仕組みになっているのです。ここに問題があって、非正規を正規化するように手を打たなければならないということと、そうはいっても現実は今日お話したように拠出金で賄っている。それをきっちり知ってほしいということです。なかなかそれが外からは見えにくいのです。

N：我々団塊の世代全員が高齢者に移行し、所得の格差も二極化する２０３０年問題といわれる中で、相当数の方が低所得になり、もっと深刻で、東京都でも５，６年もすれば一気に高齢化し、日本の社会保障制度はここ１０年ほどで大変悲観的なことになるのではないでしょうか。

玉井：すこし地方の話をさせてください。生活保護率が低いのは北陸・岐阜・長野あたりですし、三世代同居が残っているのも富山など高いわけです。けっこう地域性を生かして頑張っておられる。その分祖父母がお孫さんの面倒を見ている。待機児童も全国的に見れば低い。数値としてはものすごくいい。地域の良き伝統を残している面がある。コスト・ベネフィットだけでなく、お金を超えた支え合いが必要です。健康寿命と平均寿命の差が 10 歳あり縮まないといわれていますが、長野県の駒ケ根市ではかなり差を埋めているとか聞きました。日本でも地域的には素晴らしい成果がありますが、マクロで論じると深刻な話ばかりです。それゆえ、あえて地域からの発信という、ミクロ的なお話をさせていただきました。もし東京に高額所得者が増えてきたならばもっと取るべきです。日本は保険料徴収において標準報酬額を定めていますが、限度額は低いのです。高額所得者を優遇している面があります。等級をもっと上げてもいいです。取れるところから取ればよい。医療も抑制といっていますが、薬剤費を下げて医療費を抑えているだけです。診療報酬にも切り込むべきです。

K：本日のお話では被用者保険が国民健康保険や国民年金を支援していると強調されました。しかし、退職者が被用者保険に入り続ける方式をとる国もあります。日本は基本的にそういう制度になっておらず（健康保険の任意継続２年はあるが)、後期高齢者以外の退職者は、被用者の扶養家族でない限り国民健康保険に移ります。あるいは非正規労働者の多くは勤め先の厚生年金に加入できず、国民年金に加入せざるを得ません。つまり、むしろ国民健康保険や国民年金が被用者保険から排除された人の受け皿になっている。その意味では国

民健康保険や国民年金こそが見えないところで被用者保険を支えてきたといえるのではないでしょうか。退職者も被用者保険に加入し続ける「突き抜け方式」についてのお考えは？

玉井：被用者保険に居続けるというのは使用者側がなかなかウンとは言わないと思います。近藤文二先生は保険の専門家ですが、勤めている方が払う保険料は社会的な賃金としてみるべきだと、そして使用者もそのつもりで支払わなければならないといっています。近藤先生によれば、これは社会保険の出発点なのです。私たちが支払う保険料はどういう意味を持つのか。皆さんも保険料は個人的と思っているのではないでしょうか。給料をもらった中から、自分が払っている個人的なものだと思っておられますが、使用者が社会的賃金として支払い、それをプールするものとしてあるということを近藤先生は随分早い時期から主張されています。今の使用者はそんなことには理解を示さないでしょうね。しかし、ぶつけてみる価値はあると思います。ご指摘のように、国民健康保険や国民年金が受け皿のように使われてしまうというように、ある時期から本来の姿を失ってしまいましたね。そのためにも長年続いてきた枠組みを根底から問い直す必要があります。

★★★★★★★★《講師紹介》玉井　金五　（たまい　きんご）氏★★★★★★★★

◎プロフイール

1980年 大阪市立大学経済学部助手

1992年 同教授

1993年 第７回冲永賞受賞

2001年 大阪市立大学大学院経済学研究科教授

2011年 日本学術会議連携会員

2014 年 大阪市立大学名誉教授、愛知学院大学経済学部教授

◎専門分野　人文社会系　社会科学　経済学　経済政策

◎著書「防貧の創造ー近代社会政策論研究（1992）

「共助の稜線ー近現代日本社会政策論研究」（2012）

「世界資本主義と非白人労働」（1983　共編）

「大正・大阪・スラムーもう一つの日本近代史ー」（1986共編）ほか多数あり

★★★★★★★★★★★★★これまでのちょっといって講座★★★★★★★★★★★★

４７　第４７回ちょっといって講座

日時　２０１７年１１月２２日

演題　漂流するＴＰＰとアジアコンセンサス

講師　唱新　福井県立大学経済学部教授

４６　第４６回ちょっといって講座

日時　２０１７年5月３０日

演題　「同一賃金論争をふりかえる一『働き方改革』の危うさ」

講師　北明美　福井県立大学教授

４５　第４５回ちょっといって講座

日時　２０１６年１１月１８日

演題　共謀罪＋盗聴法＋秘密保護法で超監視社会がやってくる

講師　永嶋靖久弁護士（枚方法律事務所）

４４　第４４回ちょっといって講座

日時　２０１６年4月２５日

演題　『琉球独立論』を考える

講師　　松島泰勝龍谷大学教授

４３　第４３回ちょっといって講座

日時　２０１５年7月３１日

演題　「ヘイトスピーチを考える」

講師　金尚均（キム・サンギュン）龍谷大学法科大学院教授・弁護士

４２　第４２回ちょっといって講座

日時　２０１４年１１月１４日

演題　「アベノミクスの終焉と成長神話からの脱却」

講師　服部茂幸福井県立大学経済学部教授

４１　第４１回ちょっといって講座

日時　２０１４年8月２５日

演題　集団的自衛権を「永続敗戦論」から考える

講師　白井聡　文化学園大学助教

４０　第４０回ちょっといって講座

日時　２０１３年１１月２１日

演題　「非正規労働者」という存在

講師　上林陽治　地方自治総合研究所研究員

★★★★★★★★★★★★★ちょっといって講座実行委員会★★★★★★★★★★★★★

福井市大和田 2 丁目 517 福井県地方自治研究センター内

℡（0776）57-5800　http://www.mitene.or.jp/~ryuzo

E-mail ryuzo@mitene.or.jp