

医療保障総合政策調査・研究基金事業
医療保険制度における「負担の公平」に関する
調査研究報告書

平成 29 年 6 月

健康保険組合連合会

調査研究体制

【委員】

<○：座長、敬称略>

- 島崎 謙治 政策研究大学院大学 教授
- 上村 敏之 関西学院大学 経済学部 教授
- 田中 伸至 新潟大学 法学部 教授
- 土居 丈朗 慶應義塾大学 経済学部 教授
- 西沢 和彦 株式会社日本総合研究所 調査部 主席研究員
- 河本 滋史 新日鐵住金健康保険組合 常務理事
- 内田 好宣 日立健康保険組合 常務理事
- 村上 顕郎 東芝健康保険組合 理事長 （～平成 28 年 8 月）
- 高橋 恭弘 トヨタ自動車健康保険組合 常務理事
- 山川 孝司 近畿電子産業健康保険組合 専務理事
- 新井 法博 中国電力健康保険組合 常務理事 （～平成 29 年 2 月）

【事務局】

健康保険組合連合会 企画部 社会保障研究グループ

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

◆目 次◆

第1章 調査研究の背景・対象・方法・構成	1
1. 調査研究の背景 —なぜ今「負担の公平」を取り上げるのか—	1
2. 調査研究の対象・方法	3
3. 報告書の構成	8
第2章 負担のあり方に関する最近の議論	9
1. 最近の議論の経緯と本章で取り上げる議論の範囲	9
2. 負担の公平に関する各論	12
3. 負担のあり方に関する最近の議論のまとめ	37
【参考】平成29年度予算案編成に向けた政府決定	41
第3章 医療保険制度における財源政策の歴史的経緯	42
1. 国民皆保険達成以前	42
2. 国民皆保険の達成	43
3. 昭和50年代までの財政調整に関する議論	43
4. 老人保健制度・退職者医療制度の成立	46
5. 新たな高齢者医療制度の成立	49
6. 議論のまとめ	53
第4章 医療保険制度における負担のあり方に関する有識者の議論の整理	55
1. 社会保険の理念・原理と負担のあり方	55
2. 財政調整に関する各制度の論点	59
3. 財源政策に対する法学的・経済学的示唆	64
4. 議論のまとめ	75
第5章 負担の公平に関する定量分析	76
1. 医療保険に関する世代別の給付・負担の現状把握・シミュレーション分析	76
2. 後期高齢者支援金の総報酬割に関するシミュレーション分析	90
第6章 医療保険制度における負担の公平と望ましい財源政策	103
1. 医療保険制度における財源政策の歴史的変遷と近年の議論	103
2. 社会保険の原理と負担のあり方	105
3. 超高齢社会における望ましい財源政策の方向性	109
補論1 介護保険に関する世代別の給付・負担のシミュレーション分析	113
1. 推計フロー	113
2. 推計方法	114
3. 介護の推計結果	116
補論2 介護納付金の総報酬割に関するシミュレーション分析	121
1. 総報酬割シミュレーションの前提条件	121

2. 被用者保険間の負担の変化.....	122
3. 健保組合の負担の変化.....	123
4. 健保組合の属性別負担の変化.....	124
【参考】試算の前提条件の詳細.....	131
参考文献	134

第1章 調査研究の背景・対象・方法・構成

1. 調査研究の背景 —なぜ今「負担の公平」を取り上げるのか—

わが国は、戦前に形成された被用者保険と国民健康保険の二本建ての体系をベースに、昭和36年に国民皆保険を実現した。その際、市町村国民健康保険（以下、「国保」という）の給付内容を被用者保険に揃えるとともに、国保の給付率を最低でも5割とすること等を法定した。しかし、制度間の給付率は異なっており、各保険者の財政状況にも大きな差異があった。しかも、わが国の国民皆保険は国保が「受け皿」となる（被用者保険の加入者や生活保護受給者以外はすべて国保に加入する）ことにより成り立っている。このため、国民皆保険達成以降、高齢化や産業構造が急速に変化するなかで、「給付と負担の公平」のあり方をめぐる論争が繰り返されてきた。

このうち、給付の面については、平成14年に高齢者及び未就学児童を除き給付率が原則7割に統一されたことで一応の決着をみた。一方、負担の面では、紆余曲折を経て、平成18年の健康保険法（以下、「健保法」という）等の大改正により平成20年度から「新しい高齢者医療制度」が発足したが、「負担の公平」をめぐる議論は収まっていない。むしろ、世代間あるいは世代内の「公平な負担」のあり方をめぐる議論は、これまで以上にかまびすしさを増している。言うまでもなく、その背景には、急速な高齢化や医療技術の進歩に伴い医療費が増加する一方、それを支える経済が低迷しているという事情がある。医療費の財源は、①保険料、②公費、③自己負担（患者窓口一部負担）、の3つしかない。そのいずれに重きを置くかはともかく、医療費の負担の引上げは避けて通れないが、その負担が納得を得られる公平なものでなければ、国民皆保険制度に対する国民の支持を失うことになりかねない。したがって、「負担の公平」は負担の引上げの必要条件であり、負担を引き上げるためには、「負担の公平」とは何かを突き詰めて検討しなければならない。

では、近年の立法や政府における検討状況はどうか。厳しい国家財政や高齢化等に伴う医療費の急増を背景に、毎年のように法改正が行われるとともに、各審議会等から改革の提言が相次いで行われている。

例えば、社会保障制度改革国民会議は、その報告書（平成25年8月6日）のなかで、改革の基本的な考え方として、1) 自助・共助・公助の最適な組合せ、2) 社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制、3) 社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担、4) 給付と負担の両面にわたる世代間の公平、の4つの方針を示した。そのうえで、社会保険制度への公費投入について、「低所得者の負担軽減等に充てるべき」と指摘するとともに、「保険者の制度間の負担の調整は基本的には保険者間で行うべきであり、原則としては公費投入に頼るべきでなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情がある場合とすべき」との考え方を示している。この報告書を踏まえ、社会保障改革プログラム法（平成25年12月）が制定され、こ

れに沿って、医療介護総合確保推進法（平成 26 年 6 月）や、後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入等を内容とする医療保険制度改革関連法（平成 27 年 5 月）が順次国会で可決・成立した。

また、経済財政諮問会議は、「世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討」事項として、高額療養費制度や後期高齢者の自己負担の見直しを主張するとともに、「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための検討」事項として介護納付金の総報酬割の導入を提言し、これは「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（平成 27 年 6 月 30 日閣議決定）に反映された。さらに、財政制度等審議会は、「財政健全化計画等に関する建議」（平成 27 年 6 月 1 日）のなかで、「医療・介護の自己負担や保険料負担については、世代間・世代内の負担の公平を図るため、年齢や就業先にかかわらず、負担能力に応じた公平な負担を求めていく必要がある」ことを強調した。

このように、近年の改革や審議会の各提言では、増大する高齢者医療費に対して、公費の投入を極力限定しつつ、医療保険制度内において世代間・世代内の「負担の公平化」を進めることで対応すべきとの考え方が強く打ち出されている。各提言は「公平な負担」のあり方として「負担能力に応じた負担」を強調しており、負担能力のある被保険者・保険者の拠出によって、負担能力の乏しい被保険者・保険者を支えるべきであるという考え方を基調としているとみることができる。

しかし、わが国の国民皆保険は社会保険方式に拠っている。社会保険方式とは社会政策的な要請に基づき保険原理に一定の修正を施す方式であり、「社会」と「保険」の 2 つの要請の兼ね合いからなる。「保険」の側面に着目すれば、給付から切り離して負担のあり方を議論することは適当ではなく、また、負担能力という基準のみに着目することが適当であるとも言えない。負担能力を考慮することは必要であるが、それが「負担の公平」の唯一絶対の規範であるとは言えないからである。本来、医療保険制度における負担のあり方を議論するうえでは、社会的連帯意識に基づき形成される保険集団内におけるリスク分散と支え合い、給付と負担が明確にリンクしていることによる自律的な給付・負担水準の決定、保険者による自主的な健康増進努力等による医療費の適正化、といった医療保険制度の理念や特性等を十分に踏まえる必要がある。これらをないがしろにしたまま改革をなし崩しに進めれば、社会保険方式の根幹を揺るがし、かえって国民皆保険の持続可能性が危ぶまれる。

また、租税政策に関する議論では、例えば、垂直的公平性や水平的公平性、世代間の公平性、効率性や徴収の容易性といったさまざまな観点から検討がなされるが、医療保険制度に対する各提言は、「負担の公平」のあり方について十分議論を尽くし国民的な合意を得ているとは言いがたい。費用を負担する者の納得感がないまま「取れるところから取る」という発想で臨めば、その反発を招き国民皆保険に対する支持さえ失いかねない。

本調査研究ではこのような問題認識に立ち、医療保険制度における「負担の公平」について、多角的な視点から改めて整理・検討し直すこととした。

2. 調査研究の対象・方法

「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」(平成15年3月28日閣議決定)では、「給付の平等及び負担の公平」という文言が使われている。給付の「平等」と負担の「公平」が敢えて使い分けられているのは、「平等」とは形式的に同じことを意味する概念であるのに対し、「公平」とは実質的な価値判断を含む概念だからであると考えられる。例えば、同じ金額の保険料を納めれば公平であると考える人もいようし、収入(所得)に対する保険料の割合が同じであることを公平だと考える人もいよう。また、負担能力を考慮することが必要だとしても、どの程度まで考慮すべきかについては人により意見が分かれよう。さらに重要なことは、「負担の公平」の議論は広範多岐に及ぶことである。次表は、「負担の公平」に関する主要論点を一覧にしたものである。この表では、医療保険の財源(保険料・公費・自己負担)ごとに、世代間・世代内の論点に分けて整理を試みている。この表は必ずしもすべての論点を網羅したものではなく、各論点は相互に関係することに留意すべきであるが、これだけみても「負担の公平」をめぐる論点が多岐にわたることが理解できよう。なお、表の網かけ部分は本調査研究で主として取り上げた論点である。

図表1 「負担の公平」に関する主要論点

	世代間の公平に関する論点	世代内の公平に関する論点
保険料	後期高齢者医療制度の保険料・支援金負担割合 後期高齢者の保険料軽減率 前期高齢者納付金の調整方式 年金税制の保険料負担への影響 / 等	制度間の「保険料格差」の評価 制度間の支援金按分方式 制度間の所得捕捉率の格差 制度間の賦課単位・賦課ベースの相違 被用者保険における事業主負担の評価 保険料の上下限・賦課限度額 / 等
公費	後期高齢者医療制度の公費負担割合 前期高齢者医療制度への公費投入の可否 消費税等の財源としての適格性 / 等	各制度(国保、協会けんぽ)への公費投入 国保調整交付金の傾斜配分のあり方 / 等
自己負担	高齢者・現役世代の負担率格差 高齢者・現役世代の高額療養費限度額格差 / 等	高額療養費限度額の合理性(所得捕捉の相違等) 保険免責制・受診時定額負担の是非 / 等

(注) 網かけは本調査研究で取り上げる論点。

本調査研究に当たっては、様々な学術的背景を有する有識者・健保組合関係者を委員とする検討委員会を設置・開催し、委員のプレゼンテーションも挟みながら、上

述した論点を中心に検討を行った。検討委員会のメンバーは本報告書の冒頭に掲げたとおりである。また、検討委員会は以下のとおり計4回開催した。

【第1回】 平成28年7月11日（月）13:00～15:00

- 議題
1. 事業趣旨について
 2. 調査研究の概要（案）について
 3. 介護納付金の仕組みと最近の議論等について

【第2回】 平成28年10月14日（金）14:00～16:00

- 議題
1. 第1回検討委員会での議論の整理
 2. 西沢委員によるプレゼンテーション
 3. 上村委員によるプレゼンテーション
 4. 保険料賦課上限に関する国際比較
 5. 島崎座長によるプレゼンテーション
 6. 後期高齢者支援金総報酬割シミュレーションの推計方法について
（報告事項）介護納付金における総報酬割導入の試算について（中間報告）

【第3回】 平成29年1月25日（水）14:00～16:00

- 議題
1. これまでの議論の整理、本日議論していただきたい論点について
 2. 田中委員によるプレゼンテーション
 3. 保険料賦課上限に関する国際比較の補足説明
 4. 後期高齢者支援金総報酬割シミュレーション結果について
 5. 世代会計シミュレーション結果について

【第4回】 平成29年3月7日（火）10:00～12:00

- 議題
1. 報告書（案）について

本調査研究は次のようなアプローチを採った。

まず、わが国の医療保険制度が採用する「社会保険方式」の原理的な検討である。わが国の医療保険制度は、大きく被用者保険と地域保険（国保）に分立し、主に加入者の稼得形態や社会的集団（連帯）の範囲に応じて保険集団（保険者）が形成されてきた。昭和36年に実現された国民皆保険もこの二本建ての枠組みを基盤に成立したが、当然のことながら、制度間のみならず各保険者の財政力等は異なる。しかも、前述したとおり、わが国の国民皆保険は国保が被用者保険に属さない者の「受け皿」になるという基本構造により成り立っているため、高齢化等の人口構造の変化や産業構造の変容に伴い、被用者保険と国保の軋轢が大きくなる。このようななかで、制度・保険

者間の財政調整¹等が議論・導入されてきた歴史的経緯や法学・経済学等の学説を辿り、社会保険方式における「負担の公平」の意味や論点を検証した。

次に、「垂直的公平」や「水平的公平」²といった公平性をめぐる伝統的なフレームをわが国の医療保険制度の現状に当てはめることで、その費用負担の構造（保険料・自己負担・公費、世代間・世代内）から税制のあり方まで含めて、「負担の公平」を達成するための具体的な課題を洗い出し、検討を行った。また、世代間の「負担の公平」を論じるに当たっては、人口構造が今後大きく変容するなかで、現状のみならず将来の世代間格差についてのエビデンスを押さえる必要があることから、本調査研究では世代間格差のシミュレーションを行った。なお、このシミュレーションは、医療保険だけでなく隣接領域である介護保険も含めて行っている（介護保険については補論に掲載した）。また、後期高齢者支援金の総報酬割の進展が現役世代の負担に及ぼす影響も試算している。

本調査研究は医療保険制度における「負担の公平」について網羅的に検討するもの

¹ ここで「財政調整」という言葉を用いたが、「財政調整」の捉え方は時代や論者によって異なることに留意する必要がある。各保険者の保険料率は基本的に給付費を所得で除したものであり、大別すれば、①被保険者の年齢構成や疾病罹患状況等により給付費が異なること、②被保険者の所得水準が異なることにより各保険者の保険料率の差異が生じる。「財政調整」を最も広義に捉えれば、制度・保険者間の財政上の不均衡を調整することを指すが、いかなる要素に着目し、どこまで調整するかについては、様々な考え方がありうる。例えば、論者によっては、基本的に上記の②のみを「財政調整」と呼ぶことがある。例えば、老人保健制度の解説書である吉原（1983）では、「加入者の負担能力や所得水準を更には保険者の財政状態というものを考慮すべきではないかということもいろいろ検討したが、結局最終的にはあきらめた」として、老人保健制度は「財政調整ではない」（同 p.43）と言っているのはその例である。また、保険者間での費用負担の移転のみを「財政調整」と呼ぶ論者もいれば、公費による調整も「財政調整」に含める論者もいる。さらに、平成 20 年度から新しい高齢者医療制度が創設され、制度・保険者間で複雑な費用負担の調整が行われるに至っている。

ちなみに、健康保険組合連合会は平成 20 年に、医療保険制度における「財政調整」の概念について、「複数の制度間において財政の不均衡を調整する仕組み、概念である。その形態は様ざまであるが概ね次のとおり。▽制度、保険者の視点からみれば、全保険者間、被用者保険間でのケース（支援金等）があり、また、国庫負担による調整もある。▽調整対象の視点からは、①年齢リスク、②所得の大きく 2 つの要素に区分される。▽また、財政調整を一定限度に限定せず踏み込んで行くと、結果的に財政の一元化とあまり変わらないことになる」と整理している（健康保険組合連合会『財政調整・一元化阻止特別委員会 最終報告』平成 20 年 12 月 4 日）。

いずれにせよ、「財政調整」は多義的な概念であり、明確かつ一貫した定義があるわけではない。本調査研究では、「負担の公平」を論ずるに当たって、敢えて「財政調整」を定義せず、むしろ、「財政調整」という言葉が、いかなる歴史的な文脈や立場から用いられているか、制度・保険者間の費用負担・財政移転がどのようになされているかということに着目し論じていることを記しておきたい。

² 垂直的公平とは、負担能力が高いほど負担額が大きいのが公平であるとする原則、水平的公平とは、負担能力が同じであれば負担額も同じであるのが公平であるとする原則を指している。

ではない。以下のとおり、本調査研究では対象外ないしは若干の検討にとどめた論点が少なくない。

第1に、「負担の公平」はわが国の医療保険制度のあり方そのものに深く関わるが、本調査研究では取り上げた論点との関係において議論するにとどめて、個々の医療保険制度のあり方に関する検討には踏み込んでいない。

第2に、外国との比較は本報告書では基本的に行っていない。社会保険方式を採用しているドイツ及びフランスとの比較は有用であり、本調査研究でも文献調査等を行った。しかし、両国の制度の背景・実態等を十分調査せずに報告書に記載することは、かえって読み手をミスリードしかねないため、本報告書では関連する箇所でも客観的なファクトに触れる程度にとどめた。

第3に、医療提供体制との関係における「負担の公平」（例えば、地域別の医療費格差に応じた負担の公平）についても捨象した。仮にこれを取り上げるとすれば、医療費格差の要因の分析を含め、医療提供体制のあり方について詳細な検討を要し、これ自体、単独で取り上げるべき重要なテーマだからである。

なお、これまで健康保険組合連合会が実施した調査研究事業においても、「負担の公平」に関する議論は行ってきた。代表的なものは次のとおりであり、本報告書ではそれらの研究成果も活用している。

図表 2 健保連が近年実施した調査研究事業（「負担の公平」関連分野）

平成 26・27 年度	医療費適正化に向けた給付と負担のあり方に関する調査研究
	持続可能な医療保険制度を構築するため、公的医療保険制度の給付範囲・負担のあり方、医療費適正化策等について検討し、今後の健保連の主張や政策活動の参考となる基礎資料を取りまとめた。▽最近の議論の動向▽検討の視点（1）公的医療保険における給付（2）公的医療保険における負担▽論点と見直しの方向性—等で構成。
平成 24・25 年度	国民健康保険の財政構造と機能分析に関する調査研究
	国民健康保険の構造的・財政的な問題の本質を実証的に分析することを基本とし、医療保険への公費拡充や前期高齢者に係る財政調整のあり方、保険者機能論など、被用者保険の立場から、国保問題を通じて多角的に医療保険制度の課題・問題点を検証した。（1）セーフティネットとしての国保と加入者構造の変容の問題（2）国保に対する公費投入の問題（3）国保の財源負担に関する問題（4）保険運営におけるガバナンス（5）都道府県広域化における問題—を柱とした。
平成 22年度	健康保険制度における事業主の役割に関する調査研究
	健康保険制度における事業主負担の位置づけを確認し、その意義や事業主が果たしてきた役割について、諸外国（独、仏、韓、米）における事業主負担の認識や議論、事業主の医療保険制度における関与の変化等を考察。諸外国と日本との相違を検証し、政策的な示唆を得た。（1）各国調査研究の横断的考察（事業主と経済との関係、事業主負担と一元化の関係、事業主と医療保険における自主管理との関係）（2）健康保険制度における事業主負担の意義と役割—を検証した。
平成 21年度	医療財源への消費税等の投入に関する理論構築
	医療保険制度の持続性・機能強化の観点から消費税等の「目的税化」による公費投入の方策、あり方について検討を行うため、新たな財源としての公費投入のあり方について、関西大学の一圓光彌教授・林宏昭教授の研究論文で構成。（1）医療保険の財源政策と健康保険（一圓光彌教授）（2）医療と公的負担—少子高齢化社会に対応した財源政策—（林宏昭教授）—を掲載した。
平成 19年度	医療保険制度における財政調整と財源負担に関する調査研究
	（1）財源負担構造の分析 わが国の医療保険制度の大きな特徴の1つである、多元的制度体系・多元的管理運営体系における財源負担の構造（負担水準、負担格差）を、先行研究を踏まえつつ、分析・把握した。（2）国庫負担と財政調整の目的 国庫負担、財政調整（論）が財政構造にどのような影響を与えてきたか歴史的な文脈から考察し、国庫負担の位置づけ、役割について解明を試みた。（3）望ましい財源政策のあり方の検討 国家財政が厳しい現状下において、皆保険体制の枠組みを維持し、持続可能な制度運営の観点から、今後の財源政策はどうあるべきか、考え方を整理した。

3. 報告書の構成

本報告書では、第2章で、改めて最近の審議会等の議論を整理している。最近の提言等では医療保険制度への公費投入を極力避け、高齢世代・現役世代の負担のあり方を見直す方策が打ち出されているが、いずれも「負担能力に応じた負担の公平」が強調されていることを紹介する。

次に、第3章では、財源政策に関する歴史的経緯を振り返る。国民皆保険の達成以来、制度・保険者間の負担能力の違いに起因する財政力格差をどのように是正すべきかという議論がなされてきた。当初は保険者間の財政力の調整は主として国庫の投入により行われたが、高齢化が進むとともに、財政基調が変容し「増税なき財政再建」が至上命題となるなかで、高齢者の加入率等に着目した保険者間の財政調整が始まり、さらに、昨今では負担能力に起因する格差も保険者間で調整すべきであるとの議論へ推移している。

第4章では、負担のあり方について、法学者や経済学者等の有識者が行っている議論を整理する。まず社会保険の原理のなかで「負担能力に応じた負担」はどのように考えるべきなのかについての見解をまとめ、そのうえで法学的・経済学的視点から医療保険制度における財源政策についてどのように考えることができるのか、という点について、有識者の議論を整理・紹介している。

第5章では、世代間の負担の相違を定量的に検証するシミュレーションを行っている。第5章は2つのパートで構成され、第1節では医療保険における世代間の受益・負担を示す世代会計を行っている。第2節では現在進められている後期高齢者支援金の総報酬割が被用者保険にとってどのように負担の変化をもたらすのかを定量的に検証している。なお、介護保険についての世代会計及び介護納付金の総報酬割に関するシミュレーションも補論に掲載している。

最終章となる第6章は、第5章までの内容をもとに、検討委員会での議論の内容をまとめている。医療保険の理念・意義や、財源政策の歴史的経緯、有識者による法学的・経済学的検討、さらにはシミュレーション結果も踏まえ、超高齢社会における公平な負担や財源政策のあり方に関する検討の結果を提示する。

第2章 負担のあり方に関する最近の議論

1. 最近の議論の経緯と本章で取り上げる議論の範囲

本章では、負担のあり方に関する近年の政府審議会等での議論を整理することにより、最近の負担のあり方をめぐる議論の特徴や政策の方向性等を明らかにする。

医療制度をはじめ社会保障制度改革をめぐる昨今の議論は、社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）が基になっている。同報告書では改革の基本的な考え方として、1) 自助・共助・公助の最適な組合せ、2) 社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制、3) 社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担、4) 給付と負担の両面にわたる世代間の公平、の4つの方針を示している。なかでも3)では、「保険者の制度間の負担の調整は基本的には保険者間で行うべきであり、(中略)公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情がある場合とすべき」としており、各保険者・被保険者の「負担能力に応じた負担」を強化することによって公費投入を限定することを強調している。

この報告書を受けて、社会保障改革プログラム法（平成25年12月）が制定され、これに沿って、医療介護総合確保推進法（平成26年6月）や、後期高齢者支援金の全面総報酬割化等を柱とする医療保険制度改革関連法（平成27年5月）が順次国会で可決・成立した。また、政府の各審議会等でも各論の議論が進められることになった。この経緯は健康保険組合連合会『医療費適正化に向けた給付と負担のあり方に関する調査研究報告書』に記載されている。このため、本報告書では、それとの重複を避け、平成27・28年度における以下の建議・方針等における各論の議論を取り上げている。

図表3 本章で取り上げる建議・方針等

公表時期		審議会等	建議・方針等
平成27年	6月1日	財政制度等審議会	財政健全化計画等に関する建議
	6月30日	経済財政諮問会議	経済財政運営と改革の基本方針2015
	11月24日	財政制度等審議会	平成28年度予算の編成等に関する建議
	12月24日	経済財政諮問会議	経済・財政再生アクション・プログラム
平成28年	5月18日	財政制度等審議会	経済・財政再生計画の着実な実施に向けた建議
	6月2日	経済財政諮問会議	経済財政運営と改革の基本方針2016
	11月17日	財政制度等審議会	平成29年度予算の編成等に関する建議
	12月9日	社会保障審議会介護保険部会	介護保険制度の見直しに関する意見
	12月20日	社会保障審議会医療保険部会	議論の整理

議論されている論点としては、経済・財政再生アクション・プログラム（平成27年12月24日）で次表のように整理している。

図表 4 経済・財政再生アクション・プログラムで挙げられている論点

経済・財政再生計画 改革工程表

	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)	
		2016年度		2017年度	2018年度					
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	《厚生労働省》	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会					
	<④世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討> <(i)高額療養費制度の在り方>									
	外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論				関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる					
	<(ii)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方> 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論									
	<(iii)高額介護サービス費制度の在り方> 高額介護サービス費制度の見直しについて、制度改正の施行状況や高額療養費との均衡の観点も踏まえつつ、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論									
				関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる						
<(iv)介護保険における利用者負担の在り方 等> 介護保険における利用者負担の在り方について、制度改正の施行状況や医療保険制度との均衡の観点も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論										
				関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)						

経済・財政再生計画 改革工程表

	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)	
		2016年度		2017年度	2018年度					
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	《厚生労働省》	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会					
	<⑤現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための検討> <(i)介護納付金の総報酬割>									
	社会保障改革プログラム法における検討事項である介護納付金の総報酬割導入について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論				関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)					
	<(ii)その他の課題> 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るためのその他の課題について、関係審議会等において検討し、結論									
	<⑥医療保険、介護保険とともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討>									
				関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)						
				関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)						
				マイナンバーの活用については、改正マイナンバー法(公布日(平成27年9月9日)から3年以内に施行予定)による預金口座への付番開始後3年を目途とする見直しの検討に併せて、実施上の課題を検討						

(出所) 経済財政諮問会議「経済・財政再生計画 改革工程表」(平成27年12月24日)

「改革工程表」の社会保障分野で「負担能力に応じた公平な負担」として示されている論点のうち、本章では「高額介護サービス費制度の在り方」と「介護保険における利用者負担の在り方等」は取り上げていない。また、「改革工程表」では具体的に示されていないが、「負担能力に応じた公平な負担」に関連して他の審議会等で議論されている論点である『「現役並み所得」基準の見直し』、「後期高齢者保険料軽減特例の見直し」、「前期高齢者納付金の総報酬割導入」を取り上げている。

本章で取り上げる論点を整理すると、高齢者の自己負担に関する論点として（１）高額療養費制度の見直し、（２）「現役並み所得」基準の見直し、（３）後期高齢者自己負担の見直し、高齢者の保険料に関する論点として（４）後期高齢者保険料軽減特例の見直しが議論されている。また、高齢者の負担能力の尺度に関する議論として（５）金融資産等を含めた負担能力の捕捉も議論されている。現役世代の被用者の保険料に関する論点としては（６）前期高齢者納付金の総報酬割導入、（７）介護納付金の総報酬割導入が議論されている。次の第２節では、この７項目について、制度の概要と議論の要点を整理する。

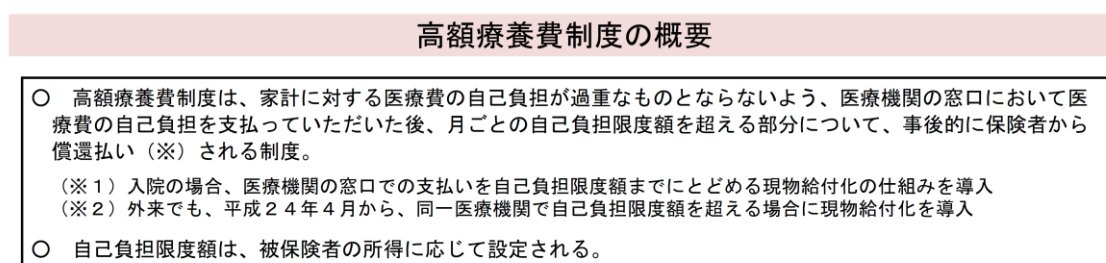
2. 負担の公平に関する各論

(1) 高額療養費制度の見直し

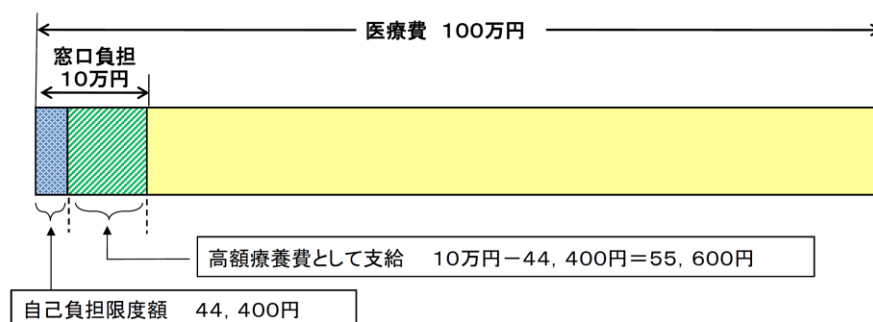
① 制度の概要

高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、原則として医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払った後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払いされる制度である³。社会保障改革プログラム法では「低所得者の負担に配慮しつつ行う 70 歳から 74 歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点から的高額療養費の見直し」(第 4 条第 7 項第 3 号イ)を行うこととされている。

図表 5 高額療養費制度の概要



(例) 70 歳以上・一般区分の場合(1割負担)

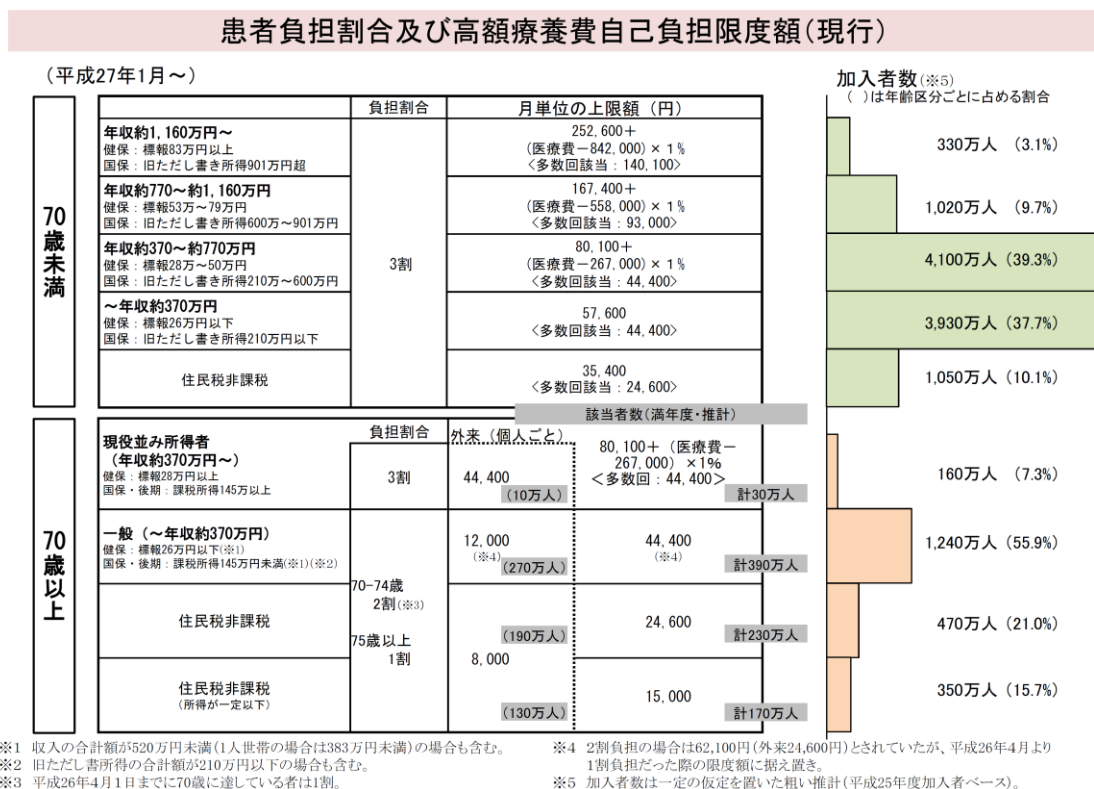


(注) 同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金(70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要)を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

(出所) 社会保障審議会医療保険部会資料(平成 28 年 12 月 8 日)

³ ただし、現物給付化が進められている。

図表 6 高額療養費自己負担限度額



(出所) 社会保障審議会医療保険部会資料(平成28年12月8日)

②議論

高額療養費制度の自己負担限度額は被保険者の所得に応じて設定されるが、さらに70歳を境目として年齢による区分けがなされている(高齢者のみに適用される外来特例も存在する)ため、仮に同じ所得水準であったとしても、現役世代と高齢世代では負担水準に差が出ることもありうる。

保険料財源が投入されているにもかかわらず、このような取扱いを行っていることについては、垂直的・水平的・世代間のいずれの公平性の観点からみても、合理的根拠のない不公平な制度であると指摘されており、各審議会でも一貫して「負担能力に応じた負担」の仕組みへの改革を要請している。

■財政健全化計画等に関する建議(財政制度等審議会、平成27年6月1日)

「現役世代と高齢者で同じ所得水準でも差がある医療の高額療養費制度を見直す必要がある。特に外来医療費については、現役世代は入院医療費と同様の上限であるのに対し、高齢者には入院医療費の場合よりも更に低額の特例が設けられている。世代間の公平の観点から⁴高額療養費制度を年齢ではなく負担能力に応じたものに見直し

⁴ 引用文中の下線は、本報告書において書き加えたものである(以下、同様)。

ていくことに最優先で取り組むべきである。」

■**経済財政運営と改革の基本方針 2015（経済財政諮問会議、平成 27 年 6 月 30 日）**

「社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討するとともに、介護保険における高額介護サービス費制度や利用者負担の在り方等について、制度改革の施行状況も踏まえつつ、検討を行う。」

■**平成 28 年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成 27 年 11 月 24 日）**

「医療保険における高額療養費制度については、負担能力に応じた適正な負担とするため、高齢者のみに設けられている外来の特例措置の廃止、入院・外来を通じて高齢者の自己負担の上限額を所得水準に応じて現役世代と同水準とする見直しが必要である。（中略）また、医療・介護を通じて『現役並み所得』の基準の妥当性の検討・見直しも行うべきである。これらの項目は、世代間・世代内の負担能力に応じた公平な負担の確保の観点から最優先で取り組むべきものであり、『第 I トラック⁵』で速やかに検討・実施すべきである。」

■**経済・財政再生アクション・プログラム（経済財政諮問会議、平成 27 年 12 月 24 日）**

「世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度及び介護保険における高額介護サービス費制度の見直しについて、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016 年末までに結論を得て、その結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる。」

■**経済・財政再生計画の着実な実施に向けた建議（財政制度等審議会、平成 28 年 5 月 18 日）**

「社会保障制度への国民の信頼性を高め、持続可能なものとするためには、負担の公平性の確保と給付の適正化に向けた不断の改革が不可避である。まず、高額療養費制度及び高額介護サービス費制度の見直しについて、改革工程表に沿って、世代間・世代内での負担の公平性の確保や負担能力に応じた負担等の観点から、具体的内容を検討し、平成 28 年末までに結論を得て、その結果に基づいて速やかに必要な措置を講じる必要がある。」

⁵ 第 I トラックとは、「最優先で検討・実施すべき項目で、見直しの方針は明確に示した上で、速やかに関係審議会等において制度改革の具体的内容を検討し、平成 28 年末までのできる限り早い時期に結論を得て、速やかに実施すべき項目等を中心とした区分」を指している。

■経済財政運営と改革の基本方針 2016（経済財政諮問会議、平成 28 年 6 月 2 日）

直接言及はしていないが「改革工程表に沿って着実に改革を実行していく」としている。

■平成 29 年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成 28 年 11 月 17 日）

「高額療養費制度は医療費負担が過重にならないための制度であることを踏まえると、その自己負担限度額は、家計の負担能力により判断されるべきものである。しかしながら、70 歳以上の高齢者の自己負担限度額は、同じ所得水準であっても、70 歳未満に比べ低額となっているほか、外来に関して更なる特例措置が講じられているなど、現行制度は、高齢者であることをもって一律に負担軽減がなされている。公平性の観点から、高齢者の高額療養費について、速やかに外来特例を廃止するとともに、自己負担額の限度額を、所得区分に応じて、現役と同水準とすべきである。」

■議論の整理（社会保障審議会医療保険部会、平成 28 年 12 月 20 日）

「70 歳以上の高齢世代に係る高額療養費の限度額については、①現役並み所得者については、70 歳未満の現役世代と同様に細分化した上で同様の負担限度額を設定すること、②一般区分については、70 歳未満の現役世代と同額に負担限度額を引き上げるとともに多数回該当を設けることについて、制度の持続可能性を高め、世代間の負担の公平性を確保する等の観点から、実施すべきとの意見が多かった。また、一般区分を細分化することや、年単位の上限額を設けてはどうかとの意見があった。また、低所得者については、負担限度額を据え置くことについて、低所得者への一定の配慮を行う観点から、大きな反対意見はなかった。」

「外来上限特例（個人単位）については、①現役並み所得者については外来上限特例を廃止し、一般区分については制度を維持した上で上限額を引き上げるべきとの意見も多く、②低所得者については外来上限特例を継続すること及び負担限度額を据え置くべきとの意見が多かった。③また、一般区分については外来上限特例を廃止すべきとの意見もあった。」

図表 7 医療保険部会での主な意見

- ・外来特例については創設から 10 年以上経過し、財政が悪化している中で、一定程度の役割は終えているので、段階的にでも廃止すべき。
- ・高額療養費制度については、70 歳未満と 70 歳以上で取扱いが大きく異なるため、世代間の公平性を確保する観点から、早急に見直すべきであり、特に外来特例については、廃止が妥当である。
- ・負担能力に応じた負担を求めるのは当然の考え方。
- ・現役並み所得区分については世代内の所得格差を踏まえて細分化すべき。
- ・一般区分の所得区分を細分化することや、月単位に加えて年単位で上限額を設定することを検討すべき。
- ・高齢者は弱い立場であり、負担を求めるのは反対。
- ・今は外来で高度な治療が受けられるようになっている。安心して外来にかかるためにも、外来特例については患者の負担や受診行動への影響を考えて、慎重に議論すべき。
- ・特に低所得者について、経済力の差によって医療へのアクセスが阻害されることがあってはならない。
- ・現役並み所得者については、もう少し区分を細分化しても良いと思うが、公平性を考えて、高齢者の状況や所得格差をきめ細かく見据えた議論をしてほしい。
- ・制度を見直すべきだとは思いますが、施行時期を考えるに当たっては、事務処理やシステムについても配慮してほしい。

(出所) 社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(平成 28 年 12 月 20 日)

(2) 「現役並み所得」基準の見直し

①制度の概要

医療保険（及び介護保険）において、自己負担や高額療養費（及び高額介護サービス費）の負担区分の判定基準として「現役並み所得」基準が定められている。現行の基準は図表 8 のとおりである。

図表 8 高齢者の「現役並み所得」の概要

高齢者の「現役並み所得」について				
医療保険				
○ 現役並みの所得水準として、協会けんぽ(旧政管健保)の平均収入額を設定し、窓口負担や高額療養費の負担区分の判定に用いている。				
75歳～	後期高齢者医療	世帯内のいずれかの被保険者の課税所得が145万円 ^{※1} 以上の場合	かつ	世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円 ^{※2} (世帯の被保険者が1人の場合は383万円 ^{※2})以上の場合
70～74歳	国民健康保険	世帯内のいずれかの被保険者の課税所得が145万円以上の場合		世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円(世帯の被保険者が1人の場合は383万円)以上の場合
	被用者保険	被保険者の標準報酬月額が28万円以上の場合		被保険者及び被扶養者の収入の合計額が520万円(被扶養者がいない場合は383万円)以上の場合
<small>※1 平成16年度の政管健保の平均標準報酬月額に基づく平均収入額(夫婦二人世帯モデル:約386万円)から諸控除を控除し、課税所得として算出した額 ※2 高齢者複数世帯又は単身世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となる収入額を算出した額 注1 課税所得とは、収入から地方税法上の必要経費、所得控除等を控除した後の額をいう。 注2 国民健康保険と被用者保険における被保険者や被扶養者は70～74歳の者に限る。</small>				
介護保険				
○ 自己負担限度額(高額介護サービス費)の現役並みの所得基準は、医療保険と同様の基準を用いている。				
○ 一方で、利用者負担については、一定以上の所得水準(65歳以上の被保険者の上位20%相当)の者を2割負担としている。				
高額介護サービス費における現役並み所得者	医療保険(70歳以上)の現役並み所得者に相当する者			
利用者負担における一定以上所得者	合計所得金額が160万円(単身で年金収入のみの場合280万円) ^{※1} 以上である場合	かつ	年金収入とその他の合計所得金額の合計額が、単身で280万円、2人以上世帯で346万円 ^{※2} 以上である場合	
<small>※1 65歳以上の被保険者の上位20%に相当する水準 ※2 世帯内の65歳以上の被保険者の年金収入等の合計。280万円に国民年金の平均額(5.5万円)の年額を加えた額。 注 合計所得金額とは、収入から地方税法上の必要経費を控除した後の額をいう。</small>				

(出所) 社会保障審議会医療保険部会資料(平成28年12月8日)

②議論

平成27年6月の財政制度等審議会では、70歳以上においても自己負担が3割となる基準として「現役並み所得」基準の見直しを要請する論調であったが、その後の議論では高額療養費制度(及び高額介護サービス費制度)における区分けの基準として見直しを要請する論調へと変化しており、高額療養費制度の見直しに関する議論の一部となっている。

■財政健全化計画等に関する建議(財政制度等審議会、平成27年6月1日)

「公平な負担という視点から医療・介護に共通する課題として、平成28年1月から利用が開始されるマイナンバーを活用して、フローの所得だけでなく、預貯金等の金

融ストックも勘案して、70歳以上においても医療の自己負担が3割となる『現役並み所得』などの負担能力を判定する仕組みに変えていく必要がある。その際、『現役並み所得』の水準についても、75歳以上の約7%のみに適用されていることを踏まえ、見直しが必要である。特に高齢者の場合には、例えば、2人以上の世帯で見れば、20歳代から40歳代の世帯当たりの金融資産は平均100万円以下であるのに対し、70歳以上の世帯では平均で2,000万円近く、年収200万円未満の夫婦高齢者世帯でも、2,000万円以上の貯蓄を有する世帯が8%強いるなど、現役世代と比べて、多額の金融資産を保有している。平成27年3月に閣議決定されたマイナンバー法の改正案では預金口座へのマイナンバーの登録は任意となっているが、これも踏まえて具体的な制度設計を検討していくべきである。」

■**経済財政運営と改革の基本方針 2015（経済財政諮問会議、平成27年6月30日）**

直接言及はしていない。

■**平成28年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成27年11月24日）**

「医療保険における高額療養費制度については、負担能力に応じた適正な負担とするため、高齢者のみに設けられている外来の特例措置の廃止、入院・外来を通じて高齢者の自己負担の上限額を所得水準に応じて現役世代と同水準とする見直しが必要である。介護保険における高額介護サービス費制度についても、高額療養費と同水準までの利用者負担限度額の引上げが必要である。また、医療・介護を通じて『現役並み所得』の基準の妥当性の検討・見直しも行うべきである。これらの項目は、世代間・世代内の負担能力に応じた公平な負担の確保の観点から最優先で取り組むべきものであり、『第Iトラック』で速やかに検討・実施すべきである。」

■**経済・財政再生アクション・プログラム（経済財政諮問会議、平成27年12月24日）**

直接言及はしていない。

■**経済・財政再生計画の着実な実施に向けた建議（財政制度等審議会、平成28年5月18日）**

本文では言及していないが、参考資料内で高額療養費のあり方について「負担能力に応じた適正な負担とするため、（中略）『現役並み所得』の基準について、妥当性の検証・見直しを行うべき」としている。

■**経済財政運営と改革の基本方針 2016（経済財政諮問会議、平成28年6月2日）**

直接言及はしていないが「改革工程表に沿って着実に改革を実行していく」としている。

■平成 29 年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成 28 年 11 月 17 日）

「高額療養費制度における高齢者の『現役並み所得』の判定方法については、収入の高い高齢者世帯が、それよりも収入の低い現役世帯よりも、実質的には低い所得区分として取り扱われている。現役世代との公平性の観点から、収入の多寡を適切に反映する仕組みとなるよう、速やかに見直すべきである。」

■議論の整理（社会保障審議会医療保険部会、平成 28 年 12 月 20 日）

「70 歳以上の高齢世代に係る高額療養費の限度額については、現役並み所得者については、70 歳未満の現役世代と同様に細分化した上で同様の負担限度額を設定すること（中略）について、制度の持続可能性を高め、世代間の負担の公平性を確保する等の観点から、実施すべきとの意見が多かった。」

(3) 後期高齢者自己負担の引上げ

①制度の概要

後期高齢者の自己負担率は、稼得能力の低さに配慮して1割となっている（「現役並み所得」に当たる場合は3割）ものの、現役世代と比して医療費が高く収入が低いいため、収入に対する自己負担の割合は相対的に高くなっている。しかし、保険料負担もあわせてみると、収入に占める負担の割合は現役世代を下回る。

図表 9 年齢階級別の負担状況

年齢階級別の負担状況①

- 高齢者の医療費は年齢が高くなるにつれて大きくなるが、自己負担額の医療費に占める割合は高齢者のほうが低い。
- 収入に対する自己負担の割合は、75歳以上が一番高い。

1人当たり医療費と自己負担

年齢(負担割合)	1人当たり医療費(年)	自己負担額(年)	医療費に対する自己負担の割合	
75歳以上(1割、現役並み所得3割)	93.0万円	7.5万円	8.0%	
70～74歳※1	57.3万円	法定2割 (現役並み所得3割)	7.3万円	12.7%
		1割凍結 (現役並み所得3割)	4.5万円	7.8%
65～69歳(3割)	42.5万円	9.0万円	21.2%	
20～64歳(3割)	17.6万円	3.9万円	22.3%	

平均収入に対する自己負担の割合

年齢(負担割合)	平均収入(年)	自己負担額(年)	収入に対する自己負担の割合	
75歳以上(1割、現役並み所得3割)	172万円	7.5万円	4.4%	
70～74歳※1	196万円	法定2割 (現役並み所得3割)	7.3万円	3.7%
		1割凍結 (現役並み所得3割)	4.5万円	2.3%
65～69歳(3割)	228万円	9.0万円	4.0%	
20～64歳(3割)	275万円	3.9万円	1.4%	

- ※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。
- ※2 一人あたり医療費、自己負担額は、各制度の事業年報等をもとに作成した平成25年度の値。
- ※3 平均収入額は、平成26年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成25年の数値。

年齢階級別の負担状況②

- 自己負担額に保険料負担を加えた場合の収入に占める負担の割合をみると、保険料の事業主負担分を含めても、現役世代が約9～10%となっているのに対して、高齢世代が約8～9%となっている。

平均収入に対する負担(自己負担+保険料)の割合

年齢(負担割合)	平均収入(年)	自己負担+保険料※4(年)	収入に対する自己負担+保険料※4の割合	
75歳以上(1割、現役並み所得3割)	172万円	14.2万円	8.3%	
70～74歳※1	196万円	法定2割 (現役並み所得3割)	18.4万円 (17.3万円)	9.4% (8.8%)
		1割凍結 (現役並み所得3割)	15.5万円 (14.5万円)	7.9% (7.4%)
65～69歳(3割)	228万円	22.5万円 (20.0万円)	9.9% (8.8%)	
20～64歳(3割)	275万円	29.0万円 (17.3万円)	10.6% (6.3%)	

- ※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。
- ※2 一人あたり医療費、自己負担額は、各制度の事業年報等をもとに作成した平成25年度の値。
- ※3 平均収入額は、平成26年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成25年の数値。
- ※4 カッコ内の数値は、保険料について事業主負担分を除いた場合の数値。

(出所) 社会保障審議会医療保険部会資料(平成28年12月8日)

②議論

「現役並み所得」に当たる場合を除いて、75歳以上であれば一律に1割負担となるが、70歳未満であれば低所得者であっても3割負担である。保険料財源が投入されているにもかかわらず、このような年齢によって負担のあり方を区切る制度は、垂直的・水平的・世代間のいずれの公平性にも適合しないとの考えから、負担の引上げが要請されてきた。ただし、「改革工程表」では平成30年度までに結論を得ることとなっているため、直近では議論が先延ばしにされている。

■財政健全化計画等に関する建議（財政制度等審議会、平成27年6月1日）

「医療の定率負担についても、現在75歳以上は原則1割負担が維持され、70～74歳については平成26年度から順次1割負担から本則の2割負担に戻しているが、原則3割負担となる若年世代と比べて優遇されており、是正する必要がある。70歳以降において本則の2割負担が適用される者については、平成31年度以降に75歳に到達した後も引き続き2割負担とし、あわせて、平成31年度の時点で既に75歳になっている者についても、数年かけて2割負担に引き上げることにより、75歳以上の定率負担を原則2割負担とする制度へ段階的に移行すべきである。」

■経済財政運営と改革の基本方針2015（経済財政諮問会議、平成27年6月30日）

「社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討するとともに、介護保険における高額介護サービス費制度や利用者負担の在り方等について、制度改正の施行状況も踏まえつつ、検討を行う。」

■平成28年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成27年11月24日）

「75歳以上の自己負担割合に関しては、現在、医療保険において、平成26年4月以降に70歳となる者について、1割負担から2割負担への引上げを段階的に実施している。これにより2割負担化した世代が75歳に達する平成31年度以降に、現在の取組を連続的に延伸する観点から、75歳以上についても2割負担を原則とする見直しを『第Ⅲトラック⁶』で医療・介護ともに行うべきである。」

⁶ 第Ⅲトラックとは、「検討・実施時期がやや後ろ倒しとなるものの、『経済・財政再生計画』の終期である2020年度（平成32年度）までのできる限り早い時期に、具体化の方策をとりまとめるべき項目についての区分」を指している。

■**経済・財政再生アクション・プログラム（経済財政諮問会議、平成 27 年 12 月 24 日）**

「世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、関係審議会等において検討し、集中改革期間⁷中に結論を得る。」

■**経済・財政再生計画の着実な実施に向けた建議（財政制度等審議会、平成 28 年 5 月 18 日）**

「社会保障制度への国民の信頼性を高め、持続可能なものとするためには、負担の公平性の確保と給付の適正化に向けた不断の改革が不可避である。（中略）後期高齢者の窓口負担の在り方についても、改革工程表に沿って、70 歳から 74 歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、集中改革期間中に検討し、結論を得るべきである。」

■**経済財政運営と改革の基本方針 2016（経済財政諮問会議、平成 28 年 6 月 2 日）**

直接言及はしていないが「改革工程表に沿って着実に改革を実行していく」としている。

■**平成 29 年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成 28 年 11 月 17 日）**

直接言及はしていない。

■**議論の整理（社会保障審議会医療保険部会、平成 28 年 12 月 20 日）**

直接言及はしていない。

⁷ 集中改革期間とは、平成 28～30 年度を指している。

(4) 後期高齢者保険料軽減特例の見直し

①制度の概要

後期高齢者医療制度の開始と同時に、後期高齢者の保険料については、激変緩和措置として低所得者と元被扶養者（後期高齢者医療制度加入前日に被用者保険の被扶養者であった者）に対して特例的な軽減が行われた。

図表 10 後期高齢者保険料の軽減特例

後期高齢者医療制度の保険料の状況					
○ 年金収入が80万円の単身者の場合、本則上は均等割が7割軽減され、月額1,130円であるが、特例により均等割が9割軽減となり、380円となる。一方、国保の場合は月額2,650円となる。					
○ また、年金収入が250万円の元被扶養者の場合、本則上は均等割が5割軽減され、月額1,890円であるが、特例により均等割が9割軽減となり、380円となる。					

<単身世帯の場合>

年金収入	後期高齢者医療				国保
	一般被保険者		元被扶養者		
	特例	本則	特例	本則 (制度加入から2年間)	
80万円	<均等割9割軽減> 380円(0.57%)	<均等割7割軽減> 1,130円(1.70%)	<均等割9割軽減> 380円(0.57%)	<均等割7割軽減> 1,130円(1.70%)	<応益割7割軽減> 2,650円(3.97%)
150万円	<均等割8.5割軽減> 570円(0.46%)	<均等割7割軽減> 1,130円(0.90%)	<均等割9割軽減> 380円(0.30%)	<均等割7割軽減> 1,130円(0.90%)	<応益割7割軽減> 2,650円(2.12%)
200万円	<均等割2割・ 所得割5割軽減> 4,800円(2.88%)	<均等割2割軽減> 6,580円(3.95%)	<均等割9割・ 所得割10割軽減> 380円(0.23%)	<均等割5割・ 所得割10割軽減> 1,890円(1.12%)	<応益割2割軽減> 8,020円(4.81%)
250万円	<軽減なし> 11,120円(5.34%)		<均等割9割・ 所得割10割軽減> 380円(0.18%)	<均等割5割・ 所得割10割軽減> 1,890円(0.91%)	<軽減なし> 12,250円(5.88%)

※ ○ 内は年金収入に占める保険料負担割合、<>内は保険料軽減割合。
 ※後期高齢者医療保険料は、平成28・29年度全国平均保険料率（均等割45,289円、所得割率9.09%）により算出。
 ※国民健康保険料は、四方式（旧ただし書き所得ベース）の平成23年全国平均保険料率により算出。
 国民健康保険料資産割額は、年収にかかわらず全国平均年額15,667円として算出。

（出所）社会保障審議会医療保険部会資料（平成28年12月8日）

②議論

この特例は激変緩和措置であるにもかかわらず現在まで継続されているため、高齢者を過度に優遇するものではないかという指摘がなされてきた。医療保険制度改革骨子（平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定）で平成29年度から原則的に本則へ戻すこととされ、改革の方向性が固まったため、暫く提言・報告等にも盛り込まれてこなかったが、平成29年度の予算編成に向けた議論のなかで再度言及された。

■【参考】医療保険制度改革骨子（社会保障制度改革推進本部、平成27年1月13日）

「後期高齢者の保険料軽減特例については、特例として実施してから7年が経過する中で、後期高齢者医療制度に加入する前に被用者保険の被扶養者であった者は所得水準にかかわらず軽減特例の対象となるほか、国保での軽減割合は最大7割となって

いることなど不公平をもたらしており、見直しが求められている。このため、後期高齢者の保険料軽減特例については、段階的に縮小する。その実施に当たっては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成 29 年度から原則的に本則に戻すとともに、急激な負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずることとする。激変緩和措置の具体的な内容については、今後検討し結論を得る。」

■平成 29 年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成 28 年 11 月 17 日）

「後期高齢者医療制度においては、制度導入時に、本則上の軽減措置に加え、激変緩和の観点からの更なる軽減措置を導入し、現在まで 9 年間予算措置を継続してきている。後期高齢者医療制度は、急速な高齢者医療費の増加の中で、現役と高齢者の負担関係を明確化し、高齢者にも制度の担い手として、広く薄く保険料負担を求めることとしたものであり、激変緩和措置をいつまでも継続することは適当ではなく、速やかに廃止すべきである。具体的には、制度本来の趣旨や現役との負担の公平性を踏まえ、均等割の軽減特例について、速やかに本則の水準に戻すべきである。所得割の軽減特例については、こうした点に加え、一定所得以上の者が対象となり、所得が高いほど軽減額が大きくなるものであり、負担軽減措置として非効率な制度となっている面があることも踏まれば、速やかに廃止すべきである。また、元被扶養者に対する保険料軽減特例については、『75 歳到達の前日に被扶養者であったこと』のみを基準として、世帯の負担能力とは無関係の基準で負担が左右されるものであり、負担の公平性を著しく損ねていることから、速やかに廃止すべきである。」

■議論の整理（社会保障審議会医療保険部会、平成 28 年 12 月 20 日）

「現行の加入者に対する適用については、①均等割の軽減特例については、世代間の公平の観点から、段階的に本則に戻していくべきとの方向性を支持する意見が多かったが、低所得者については一定の配慮を行うべきとの観点から、見直しの実施は介護保険料の軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給と合わせるべきとの意見があった。②また、所得割の軽減特例については、高齢者への激変緩和としての一定の役割を終えたと考えられる等の理由から、本則に戻していくことについて支持する意見が多かった。③元被扶養者への軽減特例については、一定の負担能力のある方も含めて一律に負担を軽減する制度となっていることから、これを段階的に解消することについて異論はなかった。」

「なお、新規加入者については、速やかに本則に戻すべきとの意見もあった。」

「見直しの施行に当たっては、激変緩和や社会的な混乱を回避する等の観点から、周知広報を行いながら、平成 29 年度から段階的に丁寧に実施すべきとの意見があった。」

図表 11 医療保険部会での主な意見

- ・平成 29 年度から原則的に本則に戻すべき。
- ・特例措置から 8 年が経過しており、保険財政も厳しく、高齢者を取り巻く関係も変化しており、役割は終えている。
- ・負担能力に応じた負担が大原則であり、見直しは必要。そもそも特例であり、経過措置である。
- ・国保の被保険者も最大 7 割軽減であり、75 歳になって突然年金額が下がるわけでもないため、後期になったから 9 割軽減というのは説明がつかない。
- ・元被扶養者については応能負担にも逆行しているため、本則に戻すべき。
- ・低所得者に負担を求めることは大きな負担になる。高齢者の生活を考えると、見直しには反対。
- ・後期高齢者医療制度の発足時から、高齢者の生活実態という面ではあまり変わっていない中で、特例的な措置を終えるのが公平なのかについては疑問がある。
- ・9 割軽減を 7 割軽減に戻して、月額 380 円が年額 1 万円増加するというのは重い負担であり、考慮が必要。
- ・見直しは必要であるが、高齢者は医療の負担が大きいことを考えて、激変緩和措置の配慮が必要。
- ・十分に時間を取って議論・周知すべき。
- ・システム等の観点からは早めに具体的な内容を固めてほしい。

(出所) 社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(平成 28 年 12 月 20 日)

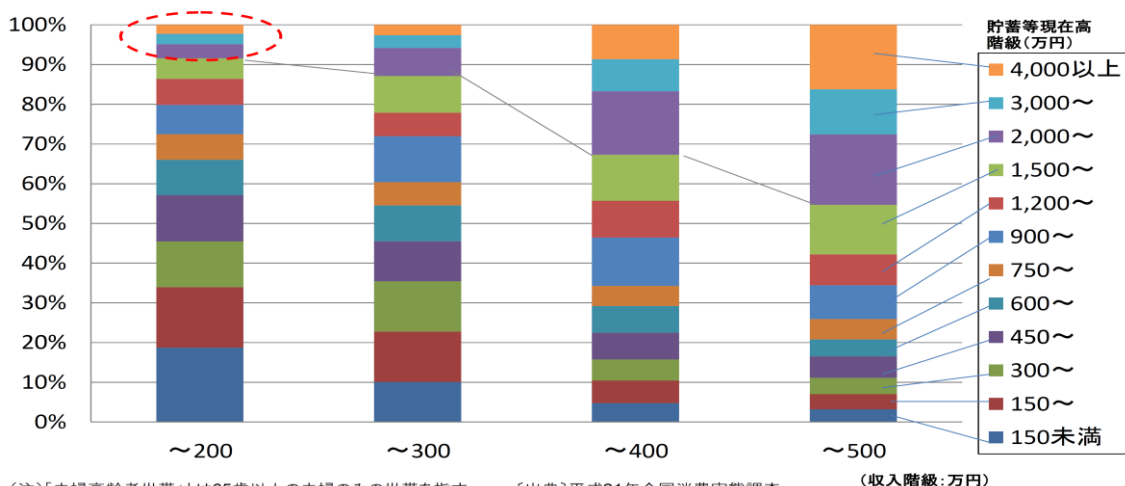
(5) 金融資産等も含めた負担能力の捕捉

「負担能力に応じた負担」が唱えられるなかで、特に、高齢者の「負担能力」の尺度として、フローの所得のみならず預貯金等の金融ストック（金融資産）についても考慮すべきであるとの指摘がある。また、その正確な捕捉のためにマイナンバーの活用も提言されている。しかし、マイナンバーを口座に付番すれば自動的に金融資産を正確に捕捉できるわけではないこと、預貯金の引出し等により金融資産額は操作できること等の課題があり、医療保険部会等での議論においても、具体的な制度設計まで踏み込んだ議論は行われていない。

図表 12 高齢者世帯の収入階級別貯蓄状況

(1) 夫婦高齢者世帯の収入階級別の貯蓄等保有状況

○ 収入200万円未満の世帯で貯蓄等が2000万円以上の世帯の占める割合は約8%。



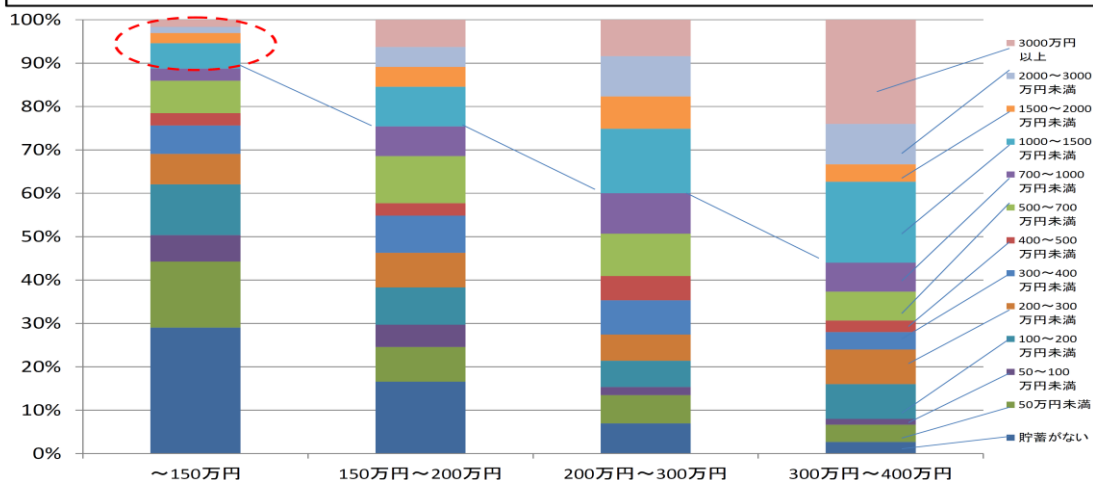
(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す

[出典]平成21年全国消費実態調査

(収入階級:万円)

(2) 高齢者単身世帯の収入階級別の貯蓄等保有状況

○ 収入150万円未満の世帯で貯蓄等が1000万円以上の世帯の占める割合は11%。



(注)「高齢者単身世帯」とは65歳以上の単身世帯を指す

[出典]平成22年国民生活基礎調査を特別集計

(出所) 社会保障審議会介護保険部会資料 (平成28年12月8日)

■財政健全化計画等に関する建議（財政制度等審議会、平成 27 年 6 月 1 日）

「公平な負担という視点から医療・介護に共通する課題として、平成 28 年 1 月から利用が開始されるマイナンバーを活用して、フローの所得だけでなく、預貯金等の金融ストックも勘案して、70 歳以上においても医療の自己負担が 3 割となる『現役並み所得』などの負担能力を判定する仕組みに変えていく必要がある。（中略）平成 27 年 3 月に閣議決定されたマイナンバー法の改正案では預金口座へのマイナンバーの登録は任意となっているが、これも踏まえて具体的な制度設計を検討していくべきである。」

■経済財政運営と改革の基本方針 2015（経済財政諮問会議、平成 27 年 6 月 30 日）

「医療保険、介護保険ともに、マイナンバーを活用すること等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて、実施上の課題を整理しつつ、検討する。」

■平成 28 年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成 27 年 11 月 24 日）

「金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の仕組みについて、マイナンバーに関しては、本年 9 月に預金口座への任意付番を可能とする改正法が公布され、付番開始後 3 年を目途に、預金口座に対する付番状況等を踏まえ、必要と認められるときは、国民の理解を得つつ、所要の措置を講じることとされている。こうした状況を踏まえ、マイナンバーを活用して負担能力を判定するための具体的な制度設計については、預金付番に係る見直しの検討と併せて、実施上の課題を整理し、具体化の方策を取りまとめるべきである。一方で、介護保険においては、本年 8 月から、補足給付の支給に当たり、所得水準のみならず、本人の申告に基づき、一定の預貯金等の保有状況も勘案する仕組みが導入されている。マイナンバーを活用する制度設計前であっても、例えば、医療保険における入院時生活療養費等については、同様の仕組みを優先的に『第 I トラック』で検討・実施し、負担能力に応じた負担を少しでも進めていくことが適当である。」

■経済・財政再生アクション・プログラム（経済財政諮問会議、平成 27 年 12 月 24 日）

「医療保険において金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。」

■経済・財政再生計画の着実な実施に向けた建議（財政制度等審議会、平成 28 年 5 月 18 日）

直接言及はしていない。

■経済財政運営と改革の基本方針 2016（経済財政諮問会議、平成 28 年 6 月 2 日）

直接言及はしていないが「改革工程表に沿って着実に改革を実行していく」としている。

■平成 29 年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成 28 年 11 月 17 日）

「高齢者は、現役と比べ、平均的に所得水準は低い一方で貯蓄額は多い。しかしながら、医療・介護サービス利用者の負担能力の判定に際し、預貯金等の金融資産については考慮されていないのが一般的である。負担能力に応じた公平な負担を求める観点からは、所得水準だけでなく、預貯金等の金融資産も勘案して負担能力を判定する必要がある。まずは、現行制度の下での取組として、例えば入院時生活療養費等の負担能力の判定に際し、介護保険における補足給付と同様の仕組みを導入すべきである。その上で、今後、預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が施行予定であることも踏まえ、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、所得のみならず金融資産の保有状況も勘案して負担能力を判定するための具体的な制度設計の検討を進めていくべきである。」

■議論の整理（社会保障審議会医療保険部会、平成 28 年 12 月 20 日）

「金融資産等の保有状況を考慮した負担の在り方については、金融資産を正確に把握する仕組みがない現状では尚早であり、今後、マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組みを踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法の検討を進めるとの方向性に異論はなかった。」

図表 13 医療保険部会での主な意見

- ・負担能力に応じた負担を求める観点から、将来的には金融資産等を勘案する仕組みを考えるべきではないか。
- ・介護保険では、低所得者への補足給付が福祉的・経過的な性格を有することに鑑みて資産勘案を行っているが、医療保険において保険給付としている入院時の食費・居住費とはそもそも性格が異なるのではないか。
- ・市町村が運営している介護保険とは異なり、被用者保険者が金融資産を把握するのは現実的ではないのではないか。
- ・現状では金融資産を正確に把握する仕組みはなく、自己申告ベースであることを考えると、時期尚早ではないか。
- ・事務負担の増加に比して、財政効果はあまり見込めないのではないか。

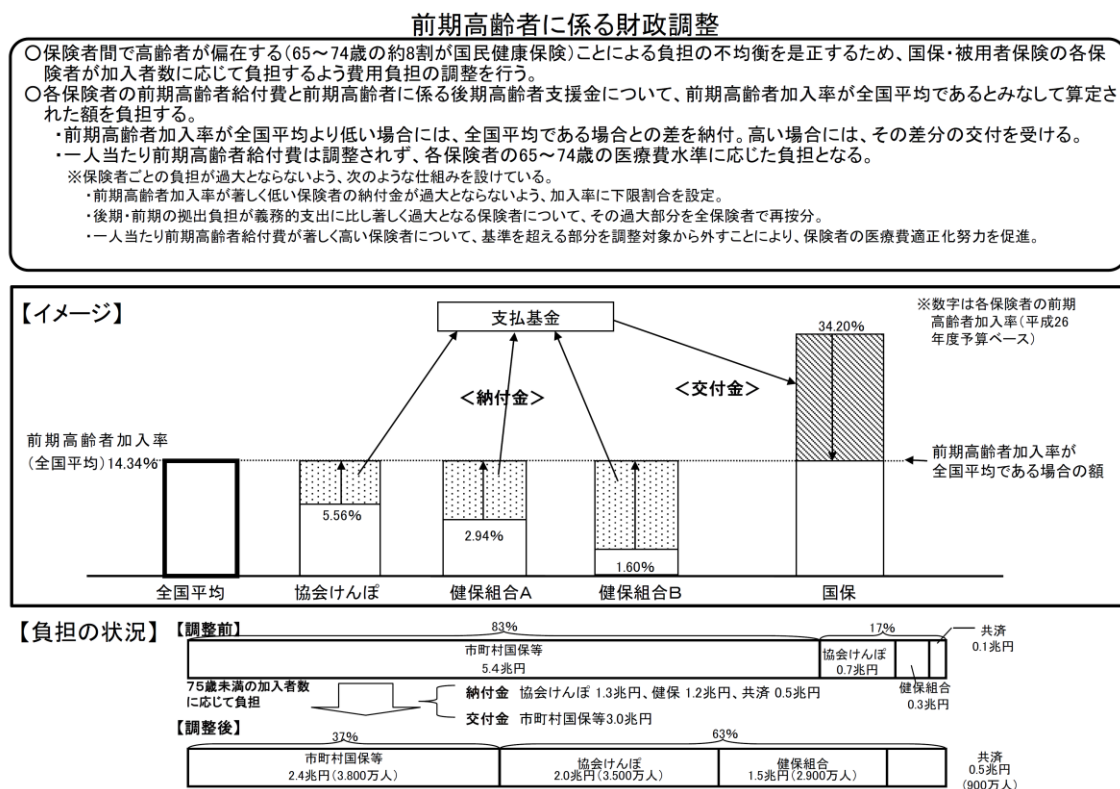
（出所）社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」（平成 28 年 12 月 20 日）

(6) 前期高齢者納付金の総報酬割導入

① 制度の概要

65～74歳の前期高齢者に係る医療給付費及び後期高齢者支援金については、各保険者の前期高齢者加入率に応じた財政調整が行われているが、前期高齢者の大部分が国保に加入しているため、実質的に被用者保険からの納付金が国保へと交付される構造となっている。

図表 14 前期高齢者に係る財政調整の概要



(出所) 社会保障審議会医療保険部会資料(平成26年5月19日)

② 議論

後期高齢者支援金で総報酬割が導入されていることを受けて、前期高齢者納付金にも総報酬割を拡大すべきとの主張が財政制度等審議会からなされた。もっとも、その論理的根拠が十分に説明されていないこともあり、その後、議論は深まっておらず、直近では財政制度等審議会でも言及されていない。

■ 財政健全化計画等に関する建議(財政制度等審議会、平成27年6月1日)

「被用者保険は、歴史的経緯から分立している結果、高齢者医療費支援金や介護納付金に係る保険者間の保険料負担が報酬水準に連動しておらず、負担の不公平が生じ

ている。就業先にかかわらず負担能力に応じた負担を実現する観点から、被用者保険者間における保険料負担を人頭割から総報酬割にしていく必要がある。人頭割の場合、平均所得水準の低い中小企業健保も高い健保組合も拠出金負担に係る保険料水準が同額となり、不公平が生ずることから、負担が重い中小企業に配慮して一部国庫負担を入れて保険料負担を軽減しているが、この財源は消費税あるいは借金となっており、不公平の是正の在り方として適切でない。歴史的経緯から被用者保険は分立しているが、本来、総報酬に連動した負担とするのは当然である。(中略) 残る課題として、前期高齢者医療費納付金と社会保障制度改革プログラム法の検討事項である介護納付金がある。(中略) 前期高齢者医療費納付金についても総報酬に連動して水準が決定される仕組みへと見直すべきである。なお、全面総報酬割については、移行過程において、協会けんぽに対する国庫補助を、所得の高い健保組合を中心に他の被用者保険全体の保険料で肩代わりすることとなるため、慎重な対応を求める意見があった。」

■**経済財政運営と改革の基本方針 2015（経済財政諮問会議、平成 27 年 6 月 30 日）**

直接言及はしていないが「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う」としている。

■**平成 28 年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成 27 年 11 月 24 日）**

「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る観点から、(中略) 前期高齢者納付金についても、総報酬割化による負担の公平化を『第Ⅲトラック』で検討・実施すべきである。」

■**経済・財政再生アクション・プログラム（経済財政諮問会議、平成 27 年 12 月 24 日）**

直接言及はしていないが、改革工程表のなかで「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るためのその他の課題について、関係審議会等において検討し、結論⁸」としている。

■**経済・財政再生計画の着実な実施に向けた建議（財政制度等審議会、平成 28 年 5 月 18 日）**

直接言及はしていない。

■**経済財政運営と改革の基本方針 2016（経済財政諮問会議、平成 28 年 6 月 2 日）**

直接言及はしていないが「改革工程表に沿って着実に改革を実行していく」としている。

⁸ 結論を得る時期は、2018 年度（平成 30 年度）末までとしている。

■平成 29 年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成 28 年 11 月 17 日）
直接言及はしていない。

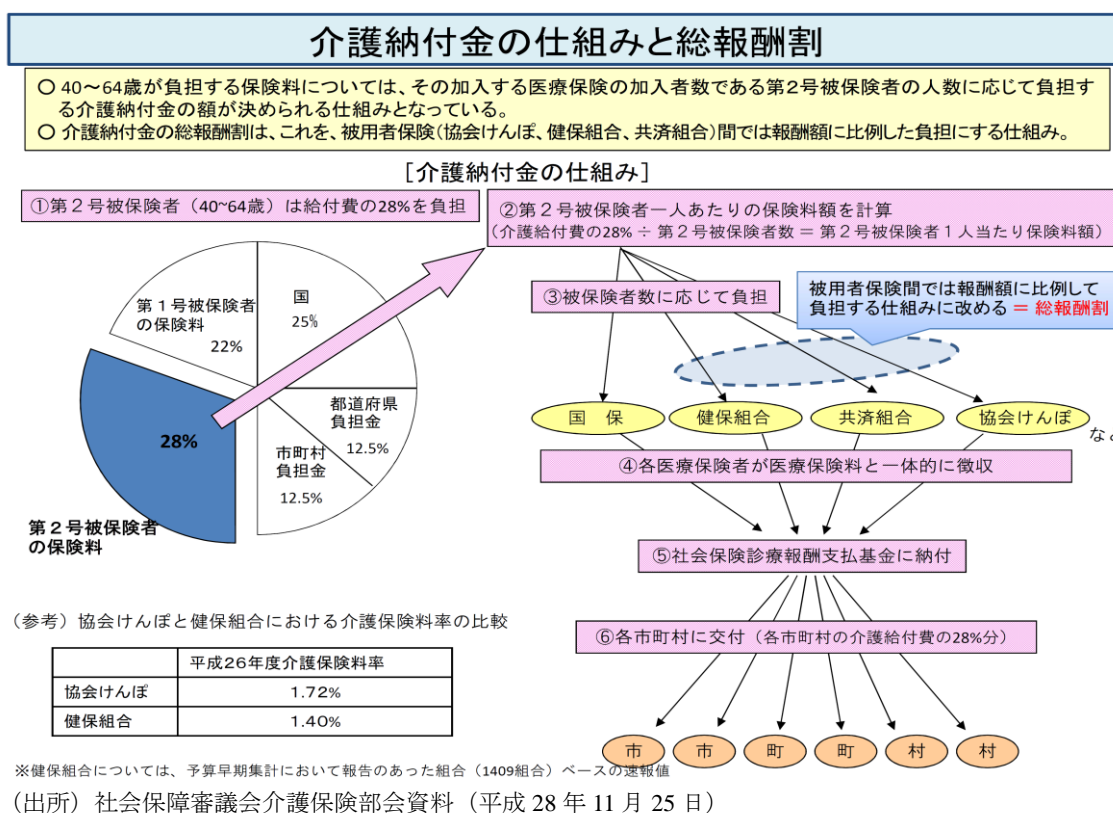
■議論の整理（社会保障審議会医療保険部会、平成 28 年 12 月 20 日）
直接言及はしていない。

(7) 介護納付金の総報酬割導入

①制度の概要

介護保険の第2号被保険者（40～64歳）については、医療保険者が保険料を徴収・納付する制度（介護納付金）となっている⁹。介護納付金については、「介護保険制度案大綱」（平成8年6月6日）のなかでも「40～64歳の者は、社会的扶養の観点から費用を負担する要素もあることから、全国共通のルールによって費用を負担する仕組みとする」とされ、各医療保険者の納付金額は「加入している第2号被保険者数×全国一律の1人当たり負担額」（加入者割）で算定されることとなっている。

図表 15 介護納付金と総報酬割の概要



②議論

現行の仕組みでは所得水準の低い保険者・被保険者にとって負担が過重になるとの批判がなされ、被用者保険内において各保険者の報酬水準に応じた按分方式（総報酬

⁹ 第2号被保険者の介護保険料の徴収を、介護保険者である市区町村が行うのではなく医療保険者が「代行」する仕組みとしたことについて、「介護保険制度試案参考資料」（平成8年5月15日）では、市区町村が徴収する場合には、①多様な就労・稼得形態の第2号被保険者から確実かつ効率的に徴収を行うのが困難である、②市区町村にとって新たな事務負担となる、③事業主負担を法制上位置づけることが困難である、といった問題があるため、医療保険者が一括納付する方法を採用したと説明している。

割) とすることが、社会保障改革プログラム法の検討課題として盛り込まれており、各提言等でも導入を要請する提言がなされてきた。

総報酬割の導入は垂直的・水平的公平性に適合するものであるとして支持する議論がある一方で、負担を被用者保険に肩代わりさせるものであり世代間不公平を助長するという意見や、被用者保険と国保の間では「負担能力に応じた負担」とはならないといった意見も根強く、各提言等においても両論が併記されているケースが多い。

■財政健全化計画等に関する建議（財政制度等審議会、平成 27 年 6 月 1 日）

「被用者保険は、歴史的経緯から分立している結果、高齢者医療費支援金や介護納付金に係る保険者間の保険料負担が報酬水準に連動しておらず、負担の不公平が生じている。就業先にかかわらず負担能力に応じた負担を実現する観点から、被用者保険者間における保険料負担を人頭割から総報酬割にしていく必要がある。人頭割の場合、平均所得水準の低い中小企業健保も高い健保組合も拠出金負担に係る保険料水準が同額となり、不公平が生ずることから、負担が重い中小企業に配慮して一部国庫負担を入れて保険料負担を軽減しているが、この財源は消費税あるいは借金となっており、不公平の是正の在り方として適切でない。歴史的経緯から被用者保険は分立しているが、本来、総報酬に連動した負担とするのは当然である。(中略) 残る課題として、前期高齢者医療費納付金と社会保障制度改革プログラム法の検討事項である介護納付金がある。介護納付金についても所得に応じた負担とする観点から、現在の人頭割を改め、総報酬割へ移行すべきである。(中略) なお、全面総報酬割については、移行過程において協会けんぽに対する国庫補助を他の被用者保険全体の保険料で肩代わりすることとなるため、慎重な対応を求める意見があった。」

■経済財政運営と改革の基本方針 2015（経済財政諮問会議、平成 27 年 6 月 30 日）

「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う。」

■平成 28 年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成 27 年 11 月 24 日）

「介護納付金の総報酬割化については、社会保障改革プログラム法の検討事項のうち未実施のものでもあり、現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る観点から、現在の人頭割から総報酬割への移行を『第Ⅱトラック¹⁰』で検討・実施すべきである。」

¹⁰ 第Ⅱトラックとは、「速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成 28 年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成 29 年通常国会に所要の法案を提出すべき項目等を中心とした区分」を指している。

■**経済・財政再生アクション・プログラム（経済財政諮問会議、平成 27 年 12 月 24 日）**

「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための社会保障改革プログラム法における検討事項である介護納付金の総報酬割導入や医療保険において金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。」

■**経済・財政再生計画の着実な実施に向けた建議（財政制度等審議会、平成 28 年 5 月 18 日）**

「社会保障制度への国民の信頼性を高め、持続可能なものとするためには、負担の公平性の確保と給付の適正化に向けた不断の改革が不可避である。（中略）平成 28 年末までに結論を得ることとされている制度改革事項（介護納付金の総報酬割、介護保険における給付の適正化・負担の在り方、一般用医薬品として市販可能となった医療用医薬品に係る保険償還率の在り方等）について、改革工程表に沿って検討を進め、その結果に基づいて必要な措置を講じる必要がある。」

「介護納付金の総報酬割に関しては、まずは、医療保険制度及び介護保険制度を通じて世代間の負担の公平性の確保を図るための改革の全体像を描く必要があるとの意見があった。」

■**経済財政運営と改革の基本方針 2016（経済財政諮問会議、平成 28 年 6 月 2 日）**

直接言及はしていないが「改革工程表に沿って着実に改革を実行していく」としている。

■**平成 29 年度予算の編成等に関する建議（財政制度等審議会、平成 28 年 11 月 17 日）**

「医療保険者が徴収する介護保険第 2 号被保険者の保険料（介護納付金）については、各医療保険者の負担を決定する際、加入者数による人頭割が採用されており、負担能力に応じたものとなっていない。このため、報酬額に占める第 2 号保険料の比率は、所得水準の高い保険者では低くなり、所得水準の低い保険者では高くなるという不均衡が生じることとなり、実際に、同じ被用者保険者間でも、保険料負担率には大きな差が生じている。一方で、仮に総報酬割が導入された場合、こうした不均衡が解消されるとともに、協会けんぽの被保険者の保険料負担は、国庫補助が行われている現行よりも減少する。また、負担が減少する被保険者数は、負担が増加する被保険者数を上回る見込みである。こうした点も踏まえ、介護納付金については、所得に応じた公平な負担とするため、速やかに総報酬割へ移行すべきである。併せて、高齢者世代の給付や負担の適正化等にも、しっかりと取り組んでいくべきである。」

■介護保険制度の見直しに関する意見(社会保障審議会介護保険部会、平成28年12月9日)

「第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、各医療保険者に加入する第2号被保険者数に応じて負担する仕組みとなっている。当部会ではこれまでも、被用者保険の保険者が負担する介護納付金について、各保険者の総報酬額に応じたものとして行くことが議論されてきた。今般の審議においても、事務局より、①制度創設時から状況は変化し、『負担能力に応じて応分の負担を求める』という考えが現在の社会保障制度の基本的な路線となっているほか、介護離職を防止することの重要性が高まっていること、②社会保障・税一体改革の議論でも、総報酬割導入の検討が求められていること、③高齢化の進展に伴い、第2号被保険者1人当たりの負担が増加していく中で、主として中小企業の従業員が加入する協会けんぽと健保組合・共済組合の総報酬額の差、特に、第2号被保険者に該当する年齢層で差が大きくなっていること、などが示された上で、総報酬割の導入について、議論を行った。今回の審議でも【次表(反対意見)】など、総報酬割導入に強く反対する意見が相当数あった。その一方で、【次表(賛同意見)】など、多くの委員から総報酬割導入に賛同する意見が出された。また、総報酬割に関連して、仮に導入するのであれば段階的な導入が必要との意見や、総報酬割の導入により捻出される財源については、一部を負担増となる健康保険組合への支援や保険者による介護予防の取組の充実、『介護離職ゼロ』の政府方針に基づく介護人材確保に向けた更なる処遇改善や介護保険サービスの確保・維持など、介護保険の分野で活用すべきとの意見があった。また、健保組合への支援は、後期高齢者支援金のときと同等の負担軽減策など、負担増に対する相応の配慮が必要との意見があった。」

図表 16 介護保険部会での主な意見

反対意見	賛同意見
<ul style="list-style-type: none"> ・現役世代にとって受益を伴わない負担増である。 ・協会けんぽの国庫負担を健保組合に付け替えるのではないかな。 ・順番として給付の重点化、効率化が先であるべきところ、その点への踏み込みが不十分である。 ・賃上げの努力をしている中で、タイミングが悪いのではないかな。 ・40代、50代は子育てや親の介護が必要な世代であり、負担を強めるべきではないのではないかな。 ・平成29年度から後期高齢者支援金の全面総報酬割が導入されるほか、介護職員の処遇改善のための介護報酬の引き上げや、短時間労働者の適用拡大の満年度化、年金保険料の引き上げ、子ども子育て支援施策に係る拠出金の引き上げなど、様々な負担増が重なっているため、これ以上の負担増は避けるべきではないかな。 ・持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の国会附帯決議に基づき、後期高齢者支援金の総報酬割の影響を検証することが必要なのではないかな。 ・企業間に差異があることは事実だが、看過できないほどの差異なのか。 ・応益負担には合理性があり、現行の加入者割にも合理性がある。介護納付金は、国保も被用者保険も全国共通ルールとして制度創設時に加入者割が選択されたのであり、総報酬割を導入するのであれば、被用者保険にだけ求めるのではなく、国民健康保険の保険者を含めて、第2号被保険者全体の負担のあり方も併せて検討すべきではないかな。 ・総報酬割は受益可能性とかけ離れた負担増で、社会保険料の役割からは逸脱するのではないかな。計算に必要な率の設定にあたっては、税と同様に公正な手続きを踏んで議論すべき。 	<ul style="list-style-type: none"> ・平均総報酬額には大きな違いがあるにもかかわらず、同額の負担をする仕組みは不合理ではないかな。 ・能力に応じた負担は、利用者負担だけでなく保険料にも当てはまるのではないかな。 ・負担減になる方が多いことにも目を向けるべきではないかな。 ・介護納付金は逆進性を有しており、負担能力に応じたものに変えていくべきではないかな。 ・協会けんぽへの国庫補助は、報酬の高い健保組合や共済組合の保険料を抑えることとなっていたのではないかな。 ・介護納付金の総額は予算ベースで決まるのであって、賃金が上昇したから必ずしもそれと比例して介護納付金が増えるということではない。 ・効率化は当然必要だが、それにより介護納付金の問題が解決するものではない。 ・後期高齢者支援金の総報酬割と同様に、段階的に導入することが適当ではないかな。

(出所) 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(平成28年12月9日)

3. 負担のあり方に関する最近の議論のまとめ

以上でみてきた負担のあり方に関する近年の議論の流れは、主として以下の2つに整理できる。

第1が、保険料及び自己負担の引上げにより、高齢者にも応分の負担を求める議論である。本章で概観してきた財政制度等審議会、経済財政諮問会議、社会保障審議会のいずれにおいても、高額療養費制度、自己負担割合、後期高齢者保険料等について、高齢者の負担引上げに関する要請が一貫してなされている。これは、現役世代と比較して高齢世代を過度に優遇している現行制度が、現役世代の負担の増大につながっているとの認識に立っているからであると考えられる。

第2が、高齢者医療及び介護に対する現役世代からの拠出について総報酬割を導入することを求める議論である（本章では直接触れていないが、後期高齢者支援金には平成22年から既に総報酬割が導入されている）。高齢者医療・介護給付費のうち、高齢世代で負担しきれない部分については、公費もしくは現役世代からの拠出によって賄わざるをえないが、多くの建議・方針等では、こうした拠出について総報酬割を導入することに肯定的な意見が示されている。これは、保険者内部で完結する負担だけでなく、保険者外への拠出についても、「負担能力に応じた負担」とすることが公平であるとの考え方がベースにあるものと考えられる。

(1) 高齢者の自己負担引上げに関する議論

高齢者の自己負担（高額療養費制度も含む）の引上げについての議論を整理したものが次の表である。

高額療養費制度において負担上限額が年齢によって異なっている点については、いずれの審議会等でも見直しが提案されている。後期高齢者自己負担の引上げについても、2割への引上げが主張されてきたが、「改革工程表」では後回しにされているため、直近では要請されていない。「現役並み所得」基準については、平成27年6月の財政制度等審議会では、高齢者でも自己負担が3割となる基準として議論がなされていたが、その後は高額療養費制度の議論のなかに組み込まれている。

図表 17 高齢者の自己負担引上げに関する議論の整理

建議・方針等	高額療養費制度の見直し	「現役並み所得」基準の見直し	後期高齢者自己負担の引上げ	
財政制度等審議会	「財政健全化計画等に関する建議」(H27.6)	世代間の公平のため年齢ではなく負担能力に応じた制度にすべき	高齢者は資産を保有しているのだから見直すべき	若年世代より優遇されており、原則2割負担とすべき
	「平成28年度予算の編成等に関する建議」(H27.11)	世代間・世代内の公平な応能負担の観点から早急に見直すべき	世代間・世代内の公平な応能負担の観点から早急に見直すべき	現在の取組を延伸する観点から原則2割負担とすべき
	「経済・財政再生計画の着実な実施に向けた建議」(H28.5)	世代間・世代内での公平性の確保や応能負担の観点から見直すべき	※参考資料「高額療養費制度の在り方」で、「妥当性の検証・見直しを行うべき」と言及	70～74歳の引上げ実施状況等も踏まえつつ、結論を得るべき
	「平成29年度予算の編成等に関する建議」(H28.11)	年齢ではなく所得区分に応じた水準とすべき	世代間公平の観点から、収入の多寡を適切に反映した仕組みにすべき	
経済財政諮問会議	「経済財政運営と改革の基本方針2015」(H27.6)	世代間・世代内での公平、応能負担の観点から見直すべき		世代間・世代内での公平、応能負担の観点から検討すべき
	「経済・財政再生アクション・プログラム」(H27.12)	世代間・世代内での公平、応能負担の観点から見直すべき		世代間・世代内での公平、応能負担の観点から検討すべき
	「経済財政運営と改革の基本方針2016」(H28.6)	個別の政策課題には触れていないが、「社会保障分野においては、（中略）改革工程表に沿って着実に改革を実行していく」としている		
社会保障審議会	医療保険部会「議論の整理」(H28.12)	制度の持続可能性、世代間の公平の観点から見直すべき	世代間公平の観点から、現役世代と同様に細分化すべき	

(2) 高齢者の保険料負担引上げ及び負担能力の捕捉に関する議論

後期高齢者保険料軽減特例の見直し、金融資産等を含めた負担能力の捕捉について、それぞれの議論を整理したものが次の表である。

後期高齢者保険料軽減特例の見直しについては、社会保障制度改革推進本部「医療保険制度改革骨子」（平成 27 年 1 月 13 日）で、平成 29 年度から本則に戻すとの方向性が固まったため、各審議会等では言及されていなかったが、平成 29 年度の予算編成に向けた議論のなかで再度言及された。金融資産等を含めた負担能力の捕捉については、いずれの審議会等においても、資産も含めて負担能力を捕捉すべきであるとの意見が示されているが、具体的な制度設計まで踏み込んだ議論は行われていない。

図表 18 高齢者の保険料負担引上げに関する議論の整理

建議・方針等		後期高齢者保険料軽減特例の見直し	金融資産等を含めた負担能力の捕捉
財政制度等審議会	「財政健全化計画等に関する建議」(H27.6)		公平な負担の観点からストックも勘案すべき
	「平成 28 年度予算の編成等に関する建議」(H27.11)		応能負担の観点から資産保有状況を考慮に入れた負担を求めるべき
	「経済・財政再生計画の着実な実施に向けた建議」(H28.5)		※直接言及はしていないが、「改革工程表に沿った検討」を主張
	「平成 29 年度予算の編成等に関する建議」(H28.11)	制度本来の趣旨、世代間の公平、応能負担の観点から本則に戻すべき	応能負担の観点からは、金融資産も勘案して負担能力を把握すべき
経済財政諮問会議	「経済財政運営と改革の基本方針 2015」(H27.6)		金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求めるべき
	「経済・財政再生アクション・プログラム」(H27.12)		金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求めるべき
	「経済財政運営と改革の基本方針 2016」(H28.6)	個別の政策課題には触れていないが、「社会保障分野においては、(中略)改革工程表に沿って着実に改革を実行していく」としている	
社会保障審議会	医療保険部会「議論の整理」(H28.12)	世代間の公平、応能負担の観点から本則に戻すべき	正確な資産把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き検討

(3) 納付金の負担に関する議論

前期高齢者納付金の総報酬割導入及び介護納付金の総報酬割導入の議論を整理したものが次の表である。

前期高齢者納付金の総報酬割導入については、財政制度等審議会からの主張がなされたが、その後議論は深まっておらず、直近では財政制度等審議会も言及していない。介護納付金の総報酬割導入については、財政制度等審議会、経済財政諮問会議から一貫して主張がなされてきた。しかし、強い反対意見もあり、介護保険部会の意見書では両論併記となっている。

図表 19 納付金の負担に関する議論の整理

建議・方針等		前期高齢者納付金の総報酬割導入	介護納付金の総報酬割導入
財政制度等審議会	「財政健全化計画等に関する建議」(H27.6)	就業先にかかわらない応能負担の観点から導入すべき	就業先にかかわらない応能負担の観点から導入すべき
	「平成 28 年度予算の編成等に関する建議」(H27.11)	報酬水準に応じた負担の公平を図る観点から導入すべき	報酬水準に応じた公平な負担の観点から導入すべき
	「経済・財政再生計画の着実な実施に向けた建議」(H28.5)		負担の公平性を確保するため平成 28 年末までに結論を得るべき
	「平成 29 年度予算の編成等に関する建議」(H28.11)		所得に応じた公平な負担とするため、速やかに導入すべき
経済財政諮問会議	「経済財政運営と改革の基本方針 2015」(H27.6)		報酬水準に応じた公平な負担の観点から検討すべき
	「経済・財政再生アクション・プログラム」(H27.12)		報酬水準に応じた公平な負担の観点から検討すべき
	「経済財政運営と改革の基本方針 2016」(H28.6)	個別の政策課題には触れていないが、「社会保障分野においては、(中略)改革工程表に沿って着実に改革を実行していく」としている	
社会保障審議会	介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(H28.12)		強い反対意見が相当数あった一方で、応能負担の観点からの賛同意見も多かった

【参考】平成 29 年度予算案編成に向けた政府決定

(厚生労働省資料「大臣折衝事項」(平成 28 年 12 月 19 日)より抜粋)

■高額療養費制度

・現役並み所得者

- 平成 29 年 8 月から、外来上限特例の上限額を 44,400 円から 57,600 円に引き上げる。平成 30 年 8 月から、外来上限特例を撤廃し、所得区分を年収約 370 万円以上、約 770 万円以上、約 1,160 万円以上、と細分化して負担上限額を引き上げる。
- なお、高額医療・高額介護合算療養費制度についても、同様の所得区分としたうえで上限額を引き上げる。

・一般所得者

- 平成 29 年 8 月から、負担上限額を 44,400 円から 57,600 円に引き上げ、多数回該当(44,400 円)を設ける。また、外来上限特例の上限額を 12,000 円から 14,000 円に引き上げ、あわせて 144,000 円の年間上限を設ける。平成 30 年 8 月から、外来上限特例の上限額を 14,000 円から 18,000 円に引き上げる。

■後期高齢者保険料軽減特例

・所得割の軽減特例

- 平成 29 年 4 月から 2 割軽減とし、平成 30 年 4 月から廃止。
- なお、均等割の軽減特例の見直しは、低所得者に対する介護保険料の軽減や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施する。

・元被扶養者の均等割の軽減特例

- 平成 29 年 4 月から 7 割軽減、平成 30 年 4 月から 5 割軽減とし、平成 31 年 4 月から廃止する。
- なお、元被扶養者の所得割については、賦課開始時期を引き続き検討する。

■金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担のあり方

- ・引き続き検討し、平成 30 年度末までに必要な措置を講ずる。

■介護納付金の総報酬割

- ・平成 29・30 年度は 1/2 (29 年 8 月分から導入するため、29 年度は介護納付金の 8/12 が対象)、平成 31 年度は 3/4、平成 32 年度から全面導入する。また、平成 31 年度末までの時限措置として、被保険者 1 人当たりの納付金額に上限を設け、超過分をすべての被用者保険間で加入者割により再按分する。

第3章 医療保険制度における財源政策の歴史的経緯

本章では、医療保険制度における財源政策の歴史的経緯について整理する。わが国の医療保険制度体系は、制度・保険者が分立しているため、財政力や給付・負担の水準に格差が生じる。このため、特に国民皆保険の達成以降、これをどのように是正すべきかが議論されてきた。さらに、急速な高齢化が進むなかで高齢者医療の負担を各制度でどのように分担すべきかという論点加わり、関係者からさまざまな主張が繰り広げられてきた。

制度分立に起因する制度・保険者間の不均衡を是正する方策としては、①公費による調整、②各保険者の拠出による調整、③制度の統合・一元化が挙げられる。第2章でみたように、近年の議論では②を強調する意見が目立つが、こうした議論の萌芽は国民皆保険達成直後からみられる。以下では、②をめぐる議論に焦点を当てつつ、①及び③も含め、わが国の医療保険制度の財源政策をめぐる経緯を振り返る。

1. 国民皆保険達成以前

わが国では資本主義の急速な発展の過程で社会政策に対する要請が高まり、大正11年に健保法が制定された（施行は昭和2年）。健康保険組合（以下、「健保組合」という）や政府管掌健康保険（以下、「政管健保」という）の保険料については、当初より報酬に比例して賦課することとされた。これは、健保法がモデルにしたドイツの疾病保険法が報酬比例であったことのほか、同じ企業で働く労働者の職域内相互扶助という観点から応能負担が自然に受け入れられたことによるものと考えられる。また、健保法では当初から被保険者1人につき2円を限度として、保険給付費の1割に国庫が投入されることとされていたが、これは実質的に事務費相当を国庫で賄うとの趣旨であったと説明されている¹¹。

医療保険に対する国庫の投入は、昭和13年に創設された（旧）国民健康保険制度（当時は市町村単位の任意加入組合方式）において、より重要な役割を果たした。同制度の主眼は、農業恐慌に加え凶作により窮乏が深刻化していた農民の救済にあり、当初から給付費に対する国庫補助が行われた。

また、国保事業は第2次世界大戦により大きな打撃を受け、その再建が大きな課題となるなかで、昭和28年には療養給付費の2割相当の助成交付金（国庫補助）が予算計上され、さらに、昭和30年には、療養給付費補助金等について補助率が法定された。なお、国保への定率国庫補助の投入が制度化されたことに伴い、健康保険への国庫投入の要請も高まったが、給付率が低く事業主負担もない国保への支援が優先され、政管健保に対する定額国庫補助（昭和30・31年度に予算措置が行われ、昭和32年度から法定された）にとどまった。

¹¹ 熊谷（1926）p.404

2. 国民皆保険の達成

わが国の社会経済は第2次世界大戦により壊滅的打撃を受けたが、戦後、急速な復興を遂げ、「もはや『戦後』ではない」（昭和31年度経済白書）という状況を迎えた一方で、昭和30年代に入っても傷病に起因する貧困が大きな社会問題であった。このようななかで、国民皆保険の実現が最重要課題の1つとなり、昭和33年末に新国保法が制定（法形式上は国保法の全面改正）された。これによって、原則として昭和36年までに全市町村は国保事業の実施が義務づけられるとともに、（新）国保制度では被用者保険加入者等を除くすべての住民が国保への加入を強制されたことで国民皆保険が達成された。

国民皆保険達成以前は国保事業の実施は任意であり、給付内容や給付率も被用者保険に比べ劣っていたが、新国保法は国保の給付内容を被用者保険に揃えるとともに、国保の給付率を最低でも5割とすることを法定した。これは国保の保険者（市町村）にとって大きな財政負担を伴うものであったため、新国保法では、事務費の全額国庫負担に加えて、療養給付費の2割の定率国庫負担のほか、療養給付費の5%の財政調整交付金、保健婦¹²に要する費用や直営診療施設整備費に対する国庫補助が明記された¹³。

高度経済成長を背景に、皆保険達成後も昭和48年頃にかけて、被用者保険の被扶養者や国保の給付率の引上げ（5割から7割へ）、高額療養費制度の創設、制限診療の撤廃など、給付の充実が図られた。また、国民皆保険の達成、医療提供体制の充実、高齢化の進展等に伴い受診率も上昇した。これらにより医療費が高騰し保険財政が悪化したため、国保の療養給付費に対する国庫負担割合が、昭和37年には25%、昭和41年には4割に引き上げられた。

保険財政は国保だけでなく、被用者保険でも悪化した。とりわけ政管健保の財政状況は深刻であり、昭和42年の健保臨時特例法（保険料率の引上げ、定額国庫補助の増額等）の制定にみられるように、政府はその赤字対策に迫られた。

3. 昭和50年代までの財政調整に関する議論

以上述べたとおり、皆保険を達成するために国保に対する国庫負担割合が引き上げられるとともに、皆保険達成後も給付改善等が行われるなかで、財政基盤が脆弱な国保及び政管健保に対する国庫投入の拡充が図られた。つまり、二本建ての体系、保険者分立を前提としつつ、制度・保険者間の財政力等の格差は国庫の投入により一定の是正・調整が図られたのである。もっとも、当時から制度間での財政調整や制度一元化に関する議論がなかったわけではない。例えば、皆保険達成直後の昭和37年8月に

¹² 「保健婦」という用語は、当時の条文のままを引用している。

¹³ なお、新国保法では、療養給付費及び事務費に対する国庫補助について、国の財政責任を明らかにするため、「国庫負担」と位置づけられた。

は社会保障制度審議会が「総合調整に関する勧告」を公表し、制度一元化を理想としつつも、その実現の困難性を踏まえ、さらには国庫の投入も無制限には行えないことから、まずは組合間、次いで被用者保険全体、将来的には医療保険制度全体で「プール（財政調整）」を行うことを提言している¹⁴。

また、昭和 39 年 5 月には、厚生省は事務局案として「医療保険における総合調整実施の可能性を検討するための試案要綱」を公表した。この試案要綱は、「医療保険調整基金制度」の創設を掲げ、離職者や老齢退職者に係る医療給付費等を、報酬水準と被保険者数に応じて各保険者から拠出する仕組みを提案している。厚生省はこの試案要綱を基に国会に法案を提出する意向であったが、健保組合等の強い反対や世論の批判を受け法案提出を断念した。

さらに、昭和 40 年代に入ってから、診療報酬の大幅な引上げ等による給付費の急増に伴う政管健保の深刻な累積赤字が重要な政策課題となるなかで、財政調整に関する議論が高まりをみせた。昭和 42 年には健保臨時特例法が成立したが、これは 2 年間の時限立法とされ、政府は同法が失効するまでの間に抜本改革に着手しなければならなくなかった。

そこで、昭和 42 年 11 月に厚生省事務局案として「医療保険制度改革試案」が自民党医療基本問題調査会に提出され、医療給付費の 2 分の 1 について財政調整を行う「2 分の 1 財政調整論」が提唱された。その後、自民党内での議論を受けて、昭和 44 年 8 月には厚生省保険局が「医療保険制度改革要綱試案」を取りまとめ、社会保障制度審議会及び社会保険審議会に諮問を行った。同案では「国民保険制度」、「勤労者保険制度」、「老齢者医療を確保する制度」の三本建ての体系を掲げ、「勤労者保険制度」においては医療給付費を賄うのに必要な保険料率の 2 分の 1 に相当する料率による財政調整を行うことが主張されている。なお、「老齢者医療を確保する制度」については、高齢者医療制度を国営で別建てとする制度設計が提唱されている。これは、いわゆる「独立方式」の萌芽とみることができる。

「医療保険制度改革要綱試案」について社会保障制度審議会は 2 年がかりで審議を行い、昭和 46 年 9 月に答申を行った。そのなかで、①制度一元化（地域保険一本化）は事業主負担がなくなり医療保険への企業の関与がなくなること、被用者と自営業者では所得捕捉率に差があり被用者に不利であること、保険料徴収率が国保並みに低下すること、国庫負担が増大すること等の問題点があるため、二本建ての体系の維持が望ましい、②被用者保険については、「対象となる被保険者の数を限定することによって、健康面に対する配慮が行き届き、組合員の運営参加による組合意識の高揚により、

¹⁴ この時点ではまだ「プール制」の具体的な内容には触れていないが、衆議院社会労働委員会（昭和 38 年 1 月 31 日）における西村厚相の発言によれば、具体的には被用者保険で共通の事業を取り出し、各保険者からの拠出で共同実施する案等が考えられていたようである。

健康保持に対する自覚が高められ、保険の管理が効率的に行われ得る」として組合方式を推進し、政管健保の役割を限定すべき、との意見をまとめた。さらに、財政調整については、社会連帯に基づいた財政調整を肯定しつつ、拠出金によって健保組合の経営努力を妨げることがあってはならないとし、先に政管健保の異常な赤字増高の原因追究と対策を行わなければ、安易な財政調整は政管健保の赤字をかえって増大させると勧告している。

また、社会保険審議会も同年 10 月に答申を行っており、健康管理への要請は職域特性・地域特性・年齢など各種の複雑な諸要因によって個別化しており、健康管理を地域で一元的に行うことは国民生活の実態に即さないため、二本建ての制度体系が望ましいと指摘している。あわせて、「被保険者の運営参加による健康保持に対する自覚の高揚、保険集団に適合した健康管理の徹底等、効率的、かつ、民主的なその管理運営がはかられてきた」として組合方式の有効性を強調しており、政管健保の役割の限定も唱える一方で、組合方式の推進に伴って生じる格差は調整されるべきともしている。

こうして厚生省は両審議会から批判的な答申を受けたが、一方で、政管健保財政に危機感を持った自民党は同年 12 月末に同内容の財政対策法案を国会に提出した。予算編成直前に予算関連法案を議員提案することは異例であったため、同法案を政府案として提出し直すこととなり、厚生省は再度改革案を両審議会へ諮問し、これに対して昭和 47 年 4 月に両審議会が答申を行った。社会保障制度審議会は、まず政管健保内の不公平問題¹⁵を解決することが先決であるとし、社会保険審議会は、安易な財政調整は政管健保の非効率的運営を温存して健保組合の意欲を削ぐとしている。また、組合方式を推進する以上、財政調整は認めざるをえないとしても、国庫補助の増額など、関係者の納得を得られるような客観的条件の充足が必要であると指摘している。

これにより政府の「2 分の 1 財政調整論」は頓挫した。社会保険審議会は、同年 12 月に意見書を提出し、「医療水準の向上を求める国民の要望は日増しに強くなりつつあり、財政難に藉口してなんらの給付改善も行われない従来の方策はいまや大きく転換する必要がある」として、給付の改善と政管健保の財政対策を組み合わせた提案を行った。昭和 48 年の健保法改正では、被用者保険被扶養者の 7 割給付や高額療養費制度が実現するとともに、政管健保の保険料率引上げ、給付費の 1 割に対する定率国庫補助、累積赤字の棚上げといった大規模な財政対策が行われた。このように昭和 40 年代においては、政管健保の大幅な赤字対策として被用者保険における財政調整案が度々浮上したものの、政管健保の赤字原因の追究と対策が先であり、安易な財政調整はかえって制度運営に怠惰が生じるとの慎重論が示され、結果的には国庫補助を軸とした

¹⁵ 社会保障制度審議会は、答申のなかで「政管健保においては、入院外一人当たりの医療費の都道府県ごとの平均には 6 割もの開きがあって、しかも年々大きくなる傾向がある。同じ政管健保の中において同一の保険料を納めている被保険者の間にこのような不公平があるのに、その原因は少しも追究されていない」と指摘している。

解決策が採られた。その背景には高度経済成長と税収増があり、政府も昭和 48 年を「福祉元年」としてアピールした。

しかしながら、昭和 48 年秋に起きた第 1 次オイルショックを契機として高度経済成長は終焉し、国家財政も悪化するなかで、財政の健全化が強く求められるようになった。また、老人医療費の無料化や、インフレに伴う大幅な診療報酬引上げにより給付費が急増したため、政管健保財政の改善は想定したようには進まず、昭和 50 年代も引き続き、被用者保険制度内における財政調整に関する議論が行われた。具体的に言えば、将来的には被用者保険全体での財政調整を見越しつつ、当面は健保組合間の財政調整を行う案が中心的に議論され、政府はこの内容をベースとした法案を昭和 53 年に国会に提出した。また、日本医師会は政管健保と健保組合の財政調整論を発表した。これに対し、財界・労働団体等は激しく反発し、最終的には昭和 55 年の健保法改正において、健保組合間での財政調整（共同事業）を行うことで決着した。

政管健保については、前述のとおり、昭和 42 年の健保臨時特例法の制定等の財政対策が講じられたにもかかわらず、赤字はさらに累増し大きな問題となった。このため、昭和 48 年の健保法改正により、前述の財政対策に加え、定率国庫補助と保険料率との連動規定が設けられた。この連動規定とは、保険料率が 0.1% 引き上げられるごとに国庫補助率を 0.8% 引き上げる規定であり、昭和 53 年まで政管健保の保険料率は 0.8% 引き上げられたため、国庫補助率は 16.4%（10%+6.4%）に引き上げられた¹⁶。昭和 50 年代半ば以降になると、診療報酬改定率が抑制されたこと等により政管健保の財政は好転し、さらに、昭和 59 年の健保法改正による本人の 1 割自己負担の導入や、バブル経済（昭和 61 年 12 月～平成 3 年 3 月）の影響によって、昭和 60 年度から政管健保財政は大幅な黒字が続いた。こうした環境変化があったため、政管健保の財政対策としての財政調整の議論は立ち消えとなった。

4. 老人保健制度・退職者医療制度の成立

以上述べたとおり、国民皆保険達成以降、制度・保険者間の所得水準や財政力の格差を是正する方策として、財政調整や制度一元化の議論が度々登場したが、その都度、制度・保険者が分立していることの意義等が強調され、国庫の投入を軸とした財政対策が採られてきた。その一方で、新たな政策課題として浮上してきたのが、老人医療（高齢者医療）の負担のあり方である。

昭和 48 年には老人医療費支給制度（老人医療費の無料化）が実施された。これにより老人の受診率は高騰し老人医療費は急激に増加した。この老人医療費の無料化については、昭和 48 年秋に起きた第 1 次オイルショックにより経済基調が大きく変わったこともあり、制度発足直後から見直しを求める声が高まった。また、人口構造や産業

¹⁶ なお、この連動規定は昭和 55 年の健保法改正で廃止され、国庫補助率は 16.4～20% の範囲で政令で定めるものとされた（ただし、当面は 16.4% で固定するものとされた）。

構造が変容するなかで、「農業者と自営業者のための保険」として創設された国保は、多数の高齢者・退職者や被用者保険に加入していない被用者が流入する「受け皿」へと構造が変容しており、年齢構成の高齢化に伴い国保へ負担が集中する状況が生じた。一方、国の財政状況をみると、オイルショックを機に税収は落ち込み、昭和50年から赤字国債の発行を余儀なくされた。そして、昭和55年に発足した鈴木善幸内閣は「増税なき財政再建」を掲げ、第2次臨時行政調査会では医療費適正化及び医療保険（とりわけ国保）に投入している国庫の削減が取り上げられることとなった。

このように社会経済が大きく変化するなかで、老人医療に関する制度設計をめぐる議論が本格化した。例えば、昭和53年12月に小沢厚相私案が発表されたが、これは、老人医療を別建てとする新制度（費用は国・地方・事業主・住民が負担）の創設を提言するものであった。また、翌年10月には、橋本厚相私案が発表されたが、これは、新制度の創設は行わずに、老人医療費の一部を各保険者の加入者数で按分する構想であった。さらに、後任の野呂厚相は、社会保障目的税を財源とした新制度の創設を構想したが、昭和54年の総選挙で一般消費税の導入を掲げた自民党が敗北を喫し、政府は本格的な歳出削減を迫られることとなった。

大蔵・厚生両大臣は、昭和56年度に老人医療費支給制度の改正を行うことで合意し、厚生省は昭和55年6月に老人保健医療対策本部を設置して、同年9月に試案を発表した。この試案では、「国民の自助と連帯に基づく新制度」を創設するとし、財源は国・地方・各保険者からの共同拠出金で賄うとされた。その後、老人医療の制度設計はこの試案をベースに検討が進められ、昭和57年8月に老人保健法が成立した（老人保健制度の施行は翌年）。

老人保健制度は70歳以上の高齢者を対象とし¹⁷、各保険制度と別建ての構造とはせず、高齢者は各保険制度に加入したまま保険料を払い、高齢者への給付事業は市町村が行う仕組みとされた。給付の原資については、7割を各保険者からの拠出金、3割を国・地方の公費負担で賄うこととされた¹⁸。このうち各保険者からの拠出金は、医療費按分額と加入者按分額で構成され、前者は各保険者における老人医療費の額に応じて割り振られ、後者は各保険者の老人医療費を基礎として老人加入率が全保険者平均であると仮定したときに負担すべき老人医療費に応じた負担額である。

当初は医療費按分率と加入者按分率は5割ずつとされたが、昭和59年の健保法改正により創設された退職者医療制度のいわゆる「見込み違い」に伴い国保財政が悪化したこと等もあって、加入者按分率は段階的に引き上げられ、平成2年以降100%となった。これにより、各保険者にとって経営努力の及ぶ範囲が縮小され、給付と負担の関

¹⁷ 65～69歳の障害者も一部対象としている。

¹⁸ 老人保健制度をめぐる議論は老人医療費の無料化から始まったため、公費の投入を行うことを前提に検討が進められた。

係性の希薄化が進んだ¹⁹。

老人保健制度の創設に続き、昭和 59 年には健保法等の大改正が行われた。同改正の大きなフレームは、①被用者保険本人の定率 1 割負担の導入、②退職者医療制度の創設、③国保の国庫負担の合理化、の 3 つから成っている²⁰。このうち①の被用者保険本人の定率 1 割負担の導入は、被用者保険本人の患者負担は増えるが、保険料負担は軽減され、被用者保険財政にはプラスに働く。②の退職者医療制度は、被用者保険に属していた被用者は退職すると国保の被保険者となるが、被用者保険加入期間が一定以上の被用者 OB・OG の医療費（保険料及び患者自己負担で賄われる部分を除く²¹）については、被用者保険全体で総報酬額に応じて負担する仕組みである。退職者医療制度の創設に伴い、被用者保険の負担は増えるが、国保の負担は減少する。また、③の国保の国庫負担の合理化とは、従前は国保の医療費の 45% を国庫が負担することとされていたが、この改正により医療給付費の 5 割（医療費ベースで約 39% に相当）を負担するよう改められたものであり、国保に対する国庫負担割合は事実上引き下げられた。つまり、①～③は「三つ巴」の関係にあり、被用者保険と国保の間で財政調整が行われ、国保の国庫負担の削減が図られたことになる。

以上、老人保健制度及び退職者医療制度について述べたが、財政調整の着目点や法律構成は両者で大きく異なるにせよ、制度を跨いだ財政調整が導入されることとなった。それ以前においては、所得水準が低く財政力の弱い政管健保を救済するための手段として財政調整も検討されたが、強い反対のため頓挫し、結局、国庫補助による調整が図られてきた。しかし、財政健全化の要請が強まるなかで、高齢者・退職者医療の負担を各制度・保険者でどのように分担するかという問題が浮上し、これに対処するために本格的な財政調整が行われるようになったとみることができる。

なお、老人保健制度の立案者による解説書では、老人保健制度は「財政調整ではない」ことが強調されている²²。島崎（2005）は、この点について、「保険者の財政状態や加入者の所得水準による負担能力の格差を是正すること」を狭義の財政調整とすれば、確かに財政調整ではないとしたうえで、「所得に着目した狭義の財政調整に比べれば相対的に反対しにくい老人加入率の差に着目し、かつ、共同事業というロジックを

¹⁹ 老人保健制度では、保険者ごとの老人医療費が拠出金の算定に用いられており、保険者努力が加味されていた。

²⁰ ただし、昭和 59 年の健保法等改正には、これ以外にも、高額療養費制度の改善（世帯合算の導入等）、特定療養費制度の創設、被用者保険の適用拡大など、重要な改正項目が盛り込まれている。

²¹ 退職者医療制度では、このように退職者の保険料が先充てされ、残りを被用者保険が補填する仕組みであったが、現行の前期高齢者に係る財政調整には保険料先充ての仕組みはない。

²² 吉原編著（1983）p.43。なお、吉原は、衆議院社会労働委員会（昭和 56 年 11 月 5 日）において「各保険制度の共同の事業としてやろうというのがこの考え方でございます」と述べており、老人保健制度の性格を「共同事業」と位置づけている。

組み立て」たことにより老人保健制度の実現に漕ぎ着けたとしている²³。第3節でみたように、財政調整については、健保組合など被用者保険サイドのみならず各審議会等からも強い批判を浴びた経緯があり、立法担当者も財政調整という用語の使い方や制度設計の論理構築に慎重な配慮を行ったことが窺える。

5. 新たな高齢者医療制度の成立

高齢化の進展や医療の高度化に加えバブル崩壊に伴う経済の低迷により、医療保険財政は1990年代半ばから急速に厳しさを増した²⁴。このため、平成9年には健保法等が改正され、被用者保険本人の自己負担2割化、薬剤一部負担金の導入、政管健保の保険料率の引上げ等が行われたが、その国会審議の過程で「国民に負担を求める以上、医療保険制度の抜本改革を行うべきである」との批判が相次ぎ、診療報酬体系、薬価制度、高齢者医療制度、医療提供体制の4つの課題を中心に改革を行うことが求められた。そして、平成12年度には診療報酬の包括化の拡大や薬価差の縮小、医療法における病床区分の見直し、さらには高齢者の定率1割負担の導入等が行われ、平成14年の健保法等の改正では、原則7割給付での統一（高齢者・就学前児童を除く）、現役並み所得高齢者の自己負担2割化、総報酬制の導入、老人医療対象年齢の75歳への引上げ、老人医療に係る公費負担の引上げ、国保の財政基盤強化等が盛り込まれた²⁵。

以上のとおり、4つの課題のうち、診療報酬体系、薬価制度、医療提供体制については、(不十分ながらも)改革が行われたが、高齢者医療制度の抜本改革は難航した。この問題は、平成8年12月に老人保健福祉審議会の意見書が示した、①独立方式、②突き抜け方式、③一本化方式、④リスク構造調整方式、の4つの方式(型)のいずれを選択するかという形で論じられた。しかし、各方式には一長一短があるとともに関係者の利害が対立するため議論は収斂せず、平成4年の健保法改正でもこの問題に決着をつけることができなかった。そして、同改正法案のサラリーマンの3割負担(被

²³ 島崎(2005) p.23

²⁴ ただし、バブル崩壊直後から一挙に保険財政が悪化したわけではない。政管健保は、昭和59年の被用者保険本人の1割負担の導入等の影響もあって、平成3年度には積立金が約1.4兆円という規模に達していた。このため、平成4年の健保法改正により、平成4年度から中期財政運営方式が導入され、政管健保の保険料率が引き下げられるとともに、国庫補助率も13%に引き下げられた(老人保健拠出金分は16.4%で据置き)。しかし、この改正の直後から政管健保財政は急激に悪化し、保険料率の引上げを余儀なくされた。

²⁵ ただし、この改正では退職被保険者に係る老人保健拠出金の全額が退職者給付拠出金の対象とされ、算定に係る老人加入率上限も撤廃されるなど、財政調整が強化された(これは現行の前期高齢者に係る財政調整にも受け継がれている)。また、現役並み所得者の2割負担化にあわせて、その給付費には公費を入れないこととされ、これも現行の後期高齢者医療制度に受け継がれている。老人保健制度においては、現役並み所得者は相応の保険料を払い、それが各保険者の収入となっていたが、後期高齢者医療制度では各保険者の収入とはならないうえに、後期高齢者医療給付費のうち支援金の負担割合が実際には4割を超える原因となっている。

用者保険本人の自己負担率の2割から3割への引上げ)について、法案提出前の与党審査の段階で「抜本改革を先送りし患者負担の引上げを求めるのでは国民の理解は到底得られない」との強い批判を浴び、結局、3割負担が導入される平成15年4月前までに、医療制度改革の基本方針を定めることとされた。この基本方針の最大の眼目は「新たな高齢者医療制度」の創設であり、これを受け、平成18年の健保法等の改正により平成20年度から「新たな高齢者医療制度」が実施されることとなった。これは、後期高齢者医療制度(75歳以上²⁶の後期高齢者医療について各保険制度から別建てとする独立方式の制度)、前期高齢者医療制度(国保に負担が集中する65~74歳の前期高齢者について各保険者の前期高齢者加入率に応じ財政調整を行う制度)の2つから成る(図表21・図表22)²⁷。このうち後期高齢者医療制度については、その財源は、保険料約1割、各保険者からの支援金約4割、公費(国・地方)約5割で賄うこととされた²⁸。また、支援金の算定方法については、各保険者の加入者数に応じた頭割(加入者割)とされた。

後期高齢者医療制度の創設により、従前の二本建ての医療保険制度体系に年齢という新たな軸が加わり三本建てとも言うべき制度体系となった。政府がこのような大幅な制度改革に踏み切った理由としては、わが国の高齢化が加速するなかで、医療費負担の構造を明確化することにより、「①高齢者自らが納める保険料の水準が適切なのか、②若年世代は支援金の負担に耐えられるのか、③公費の財源確保をいかに行うべきか、といった世代間配分ルールのあり方を議論する契機とすることが眼目であった」と説明される²⁹。また、立案者も制度創設の主眼を「明確で透明な負担関係を築くことに置いているとしたうえで、人口構成の変化に伴い現役・高齢世代の負担割合について議論・検討することの重要性を強調している³⁰。

しかし、その後、高齢者医療の負担のあり方をめぐる議論は深まっていない。後期高齢者医療制度の廃止を掲げた民主党政権が誕生したものの制度廃止には至らず、現政権下では、こうした経緯もあって「後期高齢者医療制度は十分定着している」(社会保障制度改革国民会議報告書)との評価がなされている。そして、高齢世代と現役世代の負担割合を正面から見直すといった本質的な議論がなされないまま、「負担能力に応じた負担」を旗印に財政調整の強化が盛んに唱えられるようになっている。例えば、

²⁶ 65~74歳の障害者も一部対象としている。

²⁷ あわせて、現役並み所得高齢者の自己負担率が3割へと引き上げられた。また、70~74歳の自己負担率も2割へと引き上げられたが、実行には移されず、特例措置として凍結されてきた。なお、平成26年度から段階的に2割への引上げが実施されている。

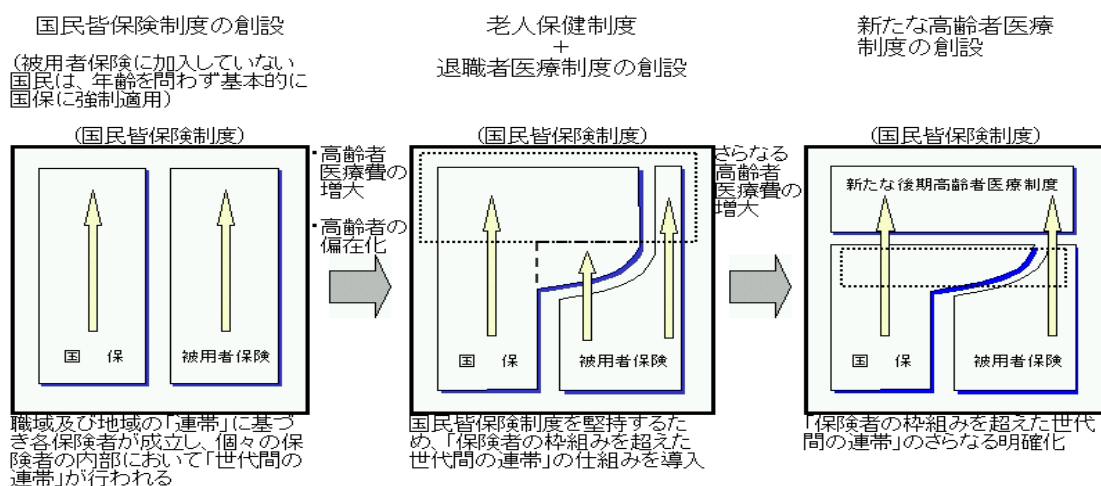
²⁸ もっとも、保険料には軽減措置が導入されているため、保険料で賄っているのは7~8%程度となっている。

²⁹ 島崎(2015) pp.222-223

³⁰ 栄畑(2007) pp.59-60。なお、後期高齢者の保険料負担割合は、現役人口減少率の1/2の割合で引き上げることになっているが、この改定方法についても栄畑は、「世代間の公平な費用負担の見地から再度議論されるべき」としている(同 p.60)。

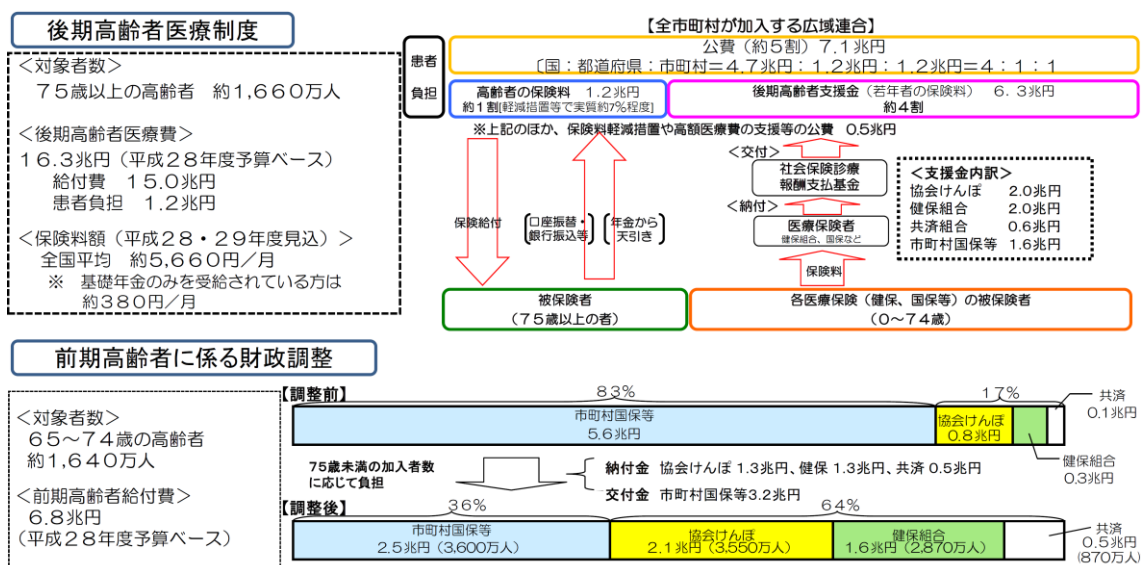
制度創設当初は加入者割とされていた後期高齢者支援金に対して、平成 22 年から被用者保険間では部分的に総報酬割が導入され、平成 29 年からは全面総報酬割化されることとされた。ちなみに、健保組合の義務的経費に占める高齢者医療分（後期高齢者支援金・前期高齢者納付金・退職者給付拠出金）の割合は年々上昇を続けており、厚生労働省の推計では平成 37 年には 50%に達する見込みとなっている（図表 23）³¹。

図表 20 高齢者医療をめぐる制度の変遷



(出所) 社会保障審議会医療保険部会資料（平成 16 年 5 月 13 日）

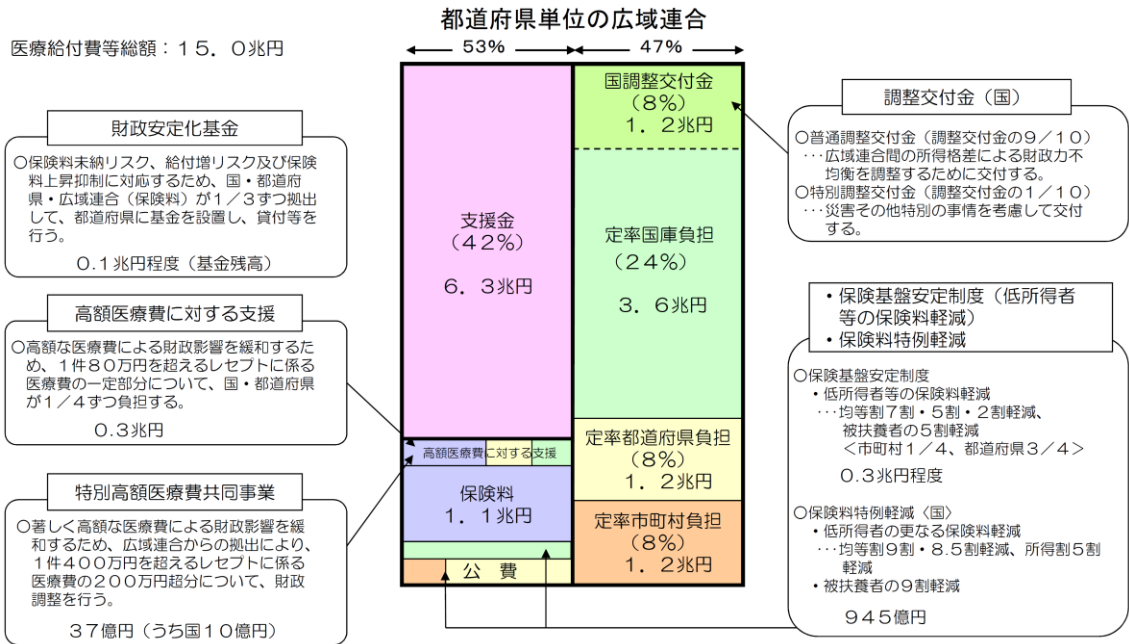
図表 21 高齢者医療制度の仕組み



(出所) 社会保障審議会医療保険部会資料（平成 28 年 12 月 8 日）

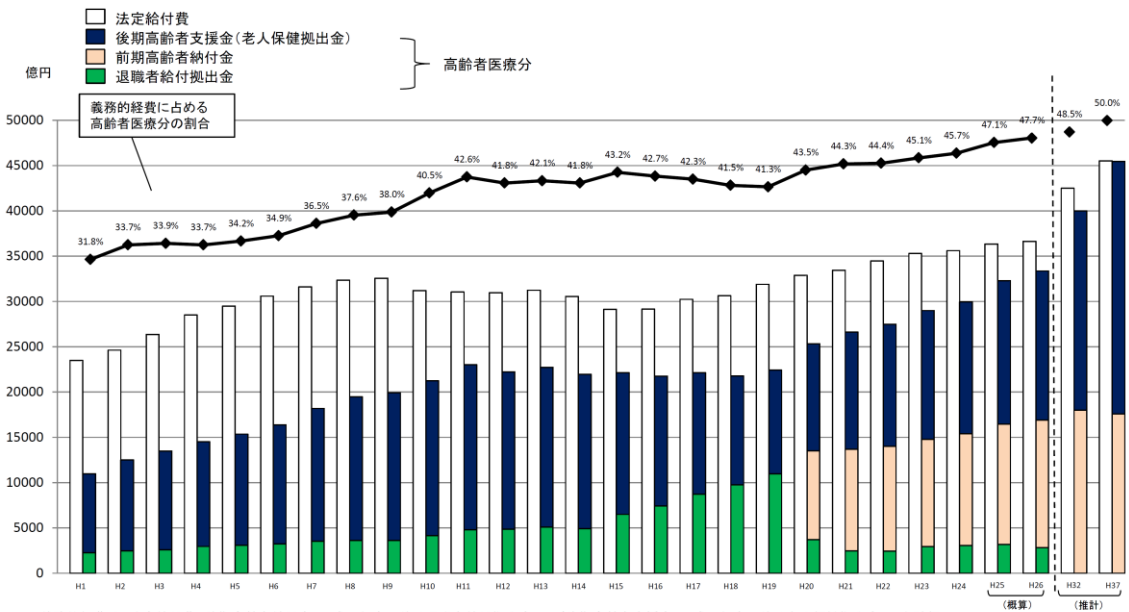
³¹ この推計では後期高齢者支援金を 1/3 総報酬割としてシミュレーションを行っているため、実際に 50%に達するのはさらに前倒しとなる可能性が高い。

図表 22 後期高齢者医療制度の財源構成



（出所）全国高齢者医療・国民健康保険主管課長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議資料（平成28年2月29日）

図表 23 健保組合の高齢者医療に対する拠出の見通し



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。
平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。
※法定給付費は、平成24年度までは実績額を、平成25年度及び平成26年度は概算額を用いている。
※後期高齢者支援金等は、平成24年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額課額。平成25年度及び平成26年度は概算額課額。
※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度以降は3分の1総報酬割としている。
※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」（平成24年3月）の現状投影シナリオをベースに推計。

（出所）社会保障審議会医療保険部会資料（平成26年5月19日）

6. 議論のまとめ

医療保険制度における財源政策の変遷を整理したものが図表 24 である。

昭和 36 年に国民皆保険を実現するため、国保に対する国庫が投入されるとともに、皆保険達成後も保険給付の引上げ等に対応し、財政的に脆弱な制度（国保及び政管健保）に対する国庫の投入が拡充されてきた。皆保険達成直後から制度・保険者間での財政調整や制度一元化の主張もみられたが、むしろ制度・保険者分立のメリットや安易な財政調整による弊害が強調され、現実の政策には結びつかなかった。皆保険達成後から高度成長が終焉する昭和 48 年頃までは、多元的制度体系の下で保険者の自主的な財政運営・財政規律を損なわないようにしつつ、財政基盤が脆弱な制度に対しては国庫の投入を行うことにより制度・保険者間の格差の是正・調整が図られてきた。

しかし、昭和 48 年のオイルショックを機に財政基調は大きく変わり、特に昭和 50 年代半ば以降「増税なき財政再建」が至上命題となるなかで、制度間の財政力等の格差を保険者間で調整すべきとの議論が強まった。わが国の国民皆保険は国保を「受け皿」とすることにより成り立っている。このため、高齢者・退職者が国保に集中するという構造的課題にいかに対応するかという観点から議論が行われ、昭和 58 年に老人保健制度、昭和 59 年に退職者医療制度が実施された。つまり、所得水準の格差そのものではなく、高齢者の加入率や被用者 OB・OG の国保への流入に着目することで、制度・保険者を超えた本格的な財政調整が行われた³²。

その後も、さらなる高齢化の進展や医療の高度化に伴う給付費の増加、バブル崩壊後の経済停滞による所得水準の低迷によって医療保険財政の厳しさは増した。このため財政対策が積み重ねられてきたが、高齢者医療制度の抜本的な改革を求める声が高まり、紆余曲折を経て平成 20 年度から「新しい高齢者医療制度」が実施された。これは独立型の後期高齢者医療制度の創設と高齢者の偏在に着目した前期高齢者に係る財政調整の 2 つから成る。

後期高齢者医療制度の創設は、現役・高齢世代の負担構造を明確化することで「公平な負担」の議論を促すことを目指していた。しかし、現状はそうした本質的な議論が十分行われないうまま、「負担能力に応じた負担に基づく財政調整」が強調され、後期高齢者支援金の総報酬割への移行等が進められている。

³² ただし、既述したように、この当時は、「財政調整」という用語や制度設計の論理構築には慎重な配慮が行われていた。

図表 24 医療保険制度における財源政策の変遷

国民皆保険達成前（～S35）		国民皆保険達成後（S36～）		
戦前	戦後	皆保険達成初期 （～S50 年代半ば）	老人保健制度・ 退職者医療制度成立期 （S57～）	新しい高齢者医療制度 成立期 （H18～）
<ul style="list-style-type: none"> ・国保・健保への事務費程度の限定的な国庫の投入 	<ul style="list-style-type: none"> ・国保への定率国庫補助の制度化（S28） ・政管健保への定額国庫補助の明文化（S32） 	<ul style="list-style-type: none"> ・国民皆保険の達成（S36） ・国保への定率国庫負担の引上げ（S37：25%、S41：40%） ・政管健保への定率国庫補助（保険料引上げ連動制）の導入（S48） 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人保健制度の創設（S57） ・退職者医療制度の創設（S59） ・老人保健拠出金の加入者按分率100%化（H2） 	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療制度、前期高齢者に係る財政調整の創設（H18） ・後期高齢者支援金の1/3総報酬割の導入（H22） ・後期高齢者支援金の全面総報酬割化（H29）

（注）この図表では、財源政策のなかでも各制度・保険者間の財政力格差の調整に焦点を当てて整理している。

第4章 医療保険制度における負担のあり方に関する有識者の議論の整理

本章では、医療保険制度における負担のあり方に関する有識者の議論を整理する。取り上げる論点は以下の3つである。

第1は、社会保険の理念や原理に照らした負担のあり方についてである。社会保険の理念や原理に関する有識者の議論を整理するとともに、そこからみた社会保険における負担のあり方、特に「負担能力に応じた負担」の捉え方について取りまとめる。

第2は、制度・保険者間の財政調整に関する各制度の問題点についてである。第2章でみてきたように、医療保険の財源・負担に関する近年の政策や提言では、制度・保険者間の財政調整が強調されている。これは、社会保険の原理に照らしてどのように捉えられるのか、どういった問題点があるのか、といった点について検討する。

第3は、法学的視点や経済学的視点からみた政策的示唆である。法学的視点からは、保険料が保険者外への拠出に充てられることによる法的問題、経済学的視点からは、保険料と税の異同、社会保障の財源に適した税目等を中心に検討を行う。

1. 社会保険の理念・原理と負担のあり方

(1) 基本的概念：連帯と強制

わが国の医療制度は社会保険方式を採用しているが、そもそも社会保険の理念・原理とは何か。この点については、堤（2015）が包括的に論じている³³。

堤は、まず、保険とは「連帯」の仕組みであるとしている。「連帯」は「寛大さ」とは区別され、あくまで他人のためではなく自らの利益のために、周りの人々と共通のリスクに備える保険契約を結び「連帯」するのである。しかしながら、社会保険は強制加入であり、「連帯」を強制するという矛盾を抱えている。堤は、自由な個人の自発的な「連帯」を強制する盤石な根拠・正当性は存在せず、社会保障の目的達成のための、言わば為政者側の都合・論理による保険原理の修正という説明しかできないと述べている³⁴。

では、なぜ税方式ではなく社会保険方式で行うのか。この問いに対して、堤は、税方式に伴うニーズや対象者の選別・選定を回避して給付の普遍性を獲得できること、自由契約社会に根差す保険という形式であり給付の権利性が強いことを挙げている³⁵。島崎（2011）も、社会保険方式の意義として、①社会保険には「連帯・共助」だけで

³³ 堤（2015）p.2以下。このほか堤（2000）、（2002）、（2004）、（2007）等でも同様の議論を展開しており、これらを適宜参照した。

³⁴ 国保の強制加入が憲法19条・29条に違反するかが争われた事例でも、最高裁は合理的な立法裁量を逸脱するものではないと判示するにとどまり、強制加入を積極的に肯定する論理は明確にされていない（最大判昭33・2・12民集12巻2号190頁）。なお、本最高裁判決の解説として菊池（2008）を参照。

³⁵ 堤（2015）p.6

なく「自立・自助」という要素があり、これは個人の自由に高い価値を置く近代市民社会の基本原則に適合していること、②給付と負担のリンクにより高い規律性を確保できること、③税方式の社会扶助に伴う給付内容や対象者の選定・スティグマといった問題を克服できること、の3点を挙げている³⁶。

（２）社会保険における応能負担（負担能力に応じた負担）

社会保険は保険原理を社会保障の目的達成のために修正した仕組みであり、社会保険も「保険」という手法を用いている。ただし、社会保険は民間保険（私保険）と同じではない。一般に社会保険が民間保険と異なる点として、①強制加入、②リスク選別の排除、③保険料の応能負担、の3つが挙げられる。③について言えば、民間保険では「給付・反対給付均等の原則」（被保険者が支払う保険料＝受け取る保険金の期待値）が成り立つが、社会保険では応能保険料が一般的であり、この原則は成り立たない（負担と給付が個人単位では均衡しない）。

この点について、堤（2015）は、応能保険料には理論的に盤石な根拠があるわけではなく、給付に釣り合わない負担を強いられる個人を説得するには「連帯」の理念を強調するほかないとしている。したがって、「連帯」する対象が身近なものとして想像できる範囲にあることが重要であり、「連帯」の単位としての保険者が社会的・経済的実体にあわせて細分化されたまま現在に至っているのだと説明している³⁷。

また、島崎（2011）は、上記の①及び②は社会保険であるための必須の修正であるが、③は強制加入を担保するための政策的配慮に過ぎず、社会保険であることを理由に応能負担（負担能力に応じた負担）を当然視する論法は適当ではないと述べている³⁸。

（３）給付と負担の不均衡の限界

もっとも、こうした論者も社会保険において応能負担という考え方を取り入れることを否定しているわけではない。実際、わが国の公的医療保険では応能負担が導入されている。ただし、①国保では応能負担と応益負担の組合せとなっていること、②応能負担といっても所得税のように累進的にはなっていないこと、③保険料には上下限が設けられていること、には留意すべきである³⁹。

なお、国保の保険料に賦課上限額が設けられていることの是非が争われた裁判例がある（横浜地判平2・11・2判例時報1395号57頁）。裁判所は賦課上限について、「強制加入の社会保険であることや、相扶共済・社会福祉の理念から、応能負担の原則は無視できないが、他方、それが保険理論に基づく医療保険であることから、保険料と

³⁶ 島崎（2011）pp.209-211

³⁷ 堤（2015）pp.22-23

³⁸ 島崎（2011）pp.206-208

³⁹ 島崎（2011）p.208

保険給付の対応関係にも配慮した応益負担の原則によるべきことも、また当然であり、この関係で、受益（保険給付）の程度からかけ離れた応能負担に一定の限界を設けるため、保険料に最高限度額を定めることには、合理的な理由がある」と判示した。

この裁判例の判旨について法学者は概ね支持している⁴⁰。また、社会保険における応能負担を重視する論者も、応能負担に一定の限界がある（給付と著しくかけ離れた負担を求めることは適当ではない）ことを否定しているわけではないと思われる。例えば、遠藤（2013）は、中間所得層の負担感が大きくなっていることを指摘し、国保の賦課上限額や被用者保険の標準報酬月額上限の引上げを主張するが、上限の撤廃まで主張しているわけではない⁴¹。

（４）制度・保険者間の格差と保険料による調整の要件

健康保険にせよ国保にせよ、保険料の応能負担は制度創設当初から導入されており、「連帯」に基づく保険集団内では支持されてきたと考えられる。では、保険料が拠出金のような形で他の保険集団のために使われる場合はどうか。換言すれば、第２章でみたように、昨今の審議会等では保険集団を超えた「負担能力に応じた負担」が強調されているが、これをどのように考えるべきか。

これは、制度・保険者の分立ないしは制度の一元化の評価と関わる。池上（2017）のように、制度・保険者の分立は歴史的経緯によるものに過ぎず、本来、一元化されるべきであるという立場に立てば、保険集団を超えて「負担能力に応じた負担」を求めることは当然であるということになる⁴²。他方、社会的・経済的実体を単位とした「連帯」を尊重し制度・保険者の分立を是とする立場に立てば、保険集団を超えて「負担能力に応じた負担」を求めることは当然とはならない。

ただし、後者の立場に立つ論者も、職業等によって帰属する制度・保険者への加入が強制される以上、それに伴う保険料格差が社会的に許容できない水準とならないよう是正する必要性は認めている⁴³。しかし、その是正を行う手法としては、保険者間の保険料による調整に限られるわけではなく、公費投入という手法もある。堤（2015）は、敢えて保険料を用いた調整を選択するのであれば、①公費投入ではなく保険料で調整すべき説得力のある根拠、②合理的な量的規模が求められると指摘している⁴⁴。次の（５）では、②の合理的な範囲をめぐる様ざまな有識者の見解を紹介する（①については第２節で後述）。

⁴⁰ 例えば、岩村（2001）p.130、西村（2003）p.44等

⁴¹ 遠藤（2013）p.5

⁴² 池上（2017）pp.44-45

⁴³ 例えば、堤（2015）p.31、島崎（2011）p.263等

⁴⁴ 堤（2015）pp.30-34

(5) 保険料による調整の許容範囲

新田（2013）は、保険者間の保険料負担の公平化・平準化の必要性に理解を示しつつ、保険者間の財政調整には限界があるべきとしている。具体的には、①保険者分立の意義を損なうような財政調整は認められない、②保険者間の「連帯」に基づく財政調整が保険者内の「連帯」を完全に否定するような財政調整は認められない、③保険者にとって負担と受益との対価性が全く存在しないような財政調整は本来は認められない、との指摘を行っている⁴⁵。また、新田（2011）⁴⁶は、総報酬割の議論において、被用者保険内での応能負担にとどまり、国保と被用者保険の間あるいは国保内では応能負担となっていない点も指摘している。

土田（2012）⁴⁷は、後期高齢者支援金や介護納付金の総報酬割について、健保組合の平均年齢や報酬水準をみて負担増を求めるのは理解できるとしつつ、健康増進や医療費削減といった保険者努力を一切評価せずに、「お金があるからとの理由だけで手をつた」むことを批判している。同様に、和田（2013）も、保険者の機能を重視する流れにあるなかで、保険者努力の及ばない財政調整については、応能負担にも一定の制約があるべき⁴⁸とし、高齢化の進展など、保険者の責めに帰さない医療費増加要因については、国が応分の負担をする必要があると述べている⁴⁹。また、和田（2016）は、従業員の生活や企業の経営に大きな影響を与える保険料の負担増は、従業員とその家族のためであれば納得されるし、保険者外への抛出も被用者保険者間の公平性を図る方策として理解されてきたが、その結果として保険者の存続が危ぶまれるのであれば納得も得られないと指摘している⁵⁰。

以上のとおり、論者によって論点の置き方等は異なるが、制度・保険者間の財政調整（特に「負担能力に応じた負担」）については、それが保険者分立の意義を損なわない、保険者努力が無駄にならない、保険者の運営・存続に支障を来たさない、といった配慮を要することを主張する見解が多くみられる。

なお、以上のような議論とは別に、経済学者の間では、年齢構成や所得水準など、保険者の責任に帰すことができないリスクファクターについてリスク構造調整を行うことにより、競争条件を対等とし、保険者間の競争を喚起すべきとの主張・提言が数多くみられる（これについては第6章で述べる）⁵¹。

⁴⁵ 新田（2013） pp.82-83

⁴⁶ 駒村ほか（2011）中の発言（p.28）

⁴⁷ 土田ほか（2012）中の発言（p.17）

⁴⁸ 和田（2016）は、総報酬割の導入について、負担を被用者保険に肩代わりさせるにしても、保険者の存立と安定的運営に支障を来たさない範囲にするという限界があるべきとしている（同 p.21）。

⁴⁹ 和田（2013） p.17

⁵⁰ 和田（2016） p.18

⁵¹ 例えば、岩本（2009） p.17、田近・菊池（2012） pp.24-25、八代（2013） p.143 等

2. 財政調整に関する各制度の論点

続いて、財政調整に関する各制度の論点について、有識者の見解を紹介する。とりわけ、「公費投入ではなく保険料で調整すべき説得力のある根拠」があるかという観点から、後期高齢者支援金と前期高齢者納付金について検証する。また、財政調整をめぐっては国保の所得捕捉率等の問題もあることから、この点に関する見解も紹介する。

(1) 後期高齢者支援金について

後期高齢者医療制度の前身である老人保健制度について、堤（2015）は、自らに加入している高齢者に対する給付義務の免除という受益の見返りとして保険者に拠出金を求める制度であったが、後期高齢者医療制度では別建ての独立方式となったために、見返りを求める根拠を喪失したとしている⁵²。また、老人保健制度では各保険者への加入関係は残っているため、保険者ごとの老人医療費に基づき拠出金算定することができたが、後期高齢者医療制度では加入関係がなくなったために全国平均の後期高齢者医療費に基づいて支援金が算定されるようになり、その性格は保険料から一層遠ざかったと指摘している⁵³。

一圓（2014）は、老人保健制度は高齢者をそれぞれの保険者に維持したまま、年齢構成のリスクのみを財政調整するもので、保険料による拠出としてはある程度理に適ったものであったが、後期高齢者支援金は、純粹に別の保険に属する人のための課金でしかなく、保険者にとっては保険料収入の相当部分について医療費適正化努力を發揮することができないため、社会保険のメリットを著しく損なっていると批判している⁵⁴。小山（2014）も、後期高齢者医療制度の欠陥は被用者保険や国保から後期高齢者の医療費を抑制しようとするインセンティブを奪ってしまったことにあり、各保険者は増大する高齢者医療費をコントロールする手段を持たないまま、ただその「ツケ」を払わされることになっていると指摘している⁵⁵。

加藤（2016）は、そもそも後期高齢者支援金の立法理由に問題があるとしている。加藤は、「社会連帯」に依拠する負担金がなぜ保険料として徴収されるのか、納得でき

⁵² 堤（2015）pp.32-33。堤は、比喻を用いて「別居はしているものの離婚には至っていないかった老人保健制度の夫婦が後期高齢者医療制度になって離婚が成立した後、互いの協力扶助義務はなくなったにもかかわらず、あたかも離婚はなかったものとして、その履行を求められるようなもの」とし、資金拠出の根拠として合理性・納得性のあるものではないと批判している（同 p.33）。

⁵³ 堤は、保険者の健診等の実施状況に応じて支援金額を増減させる仕組みについても、健診等の効果と支援金額の間には全く関係がないにもかかわらず、保険者にペナルティを与えることは合理性を欠くと述べている（堤（2015）pp.38-39）。

⁵⁴ 一圓（2014）pp.32-33

⁵⁵ 小山（2014）p.29。加えて、後期高齢者医療広域連合の保険者機能も十分に發揮されているとはいいがたい。本報告書では取り上げないが、国保の広域化とあわせて検討されるべき課題である。詳細は島崎（2011）p.281等を参照。

る説明がなされていないと批判したうえで、保険者間の共同事業としていた老人医療を独立の制度とし、運営責任主体を明確化するのが制度創設趣旨であったはずであるが、①そのように制度の性格が変わったにもかかわらず、保険者が従前の老人保健拠出金と同様に負担することが当然視されていること、②後期高齢者が被保険者でなくなることで医療給付を免れるとの説明も、元々後期高齢者が少ない保険者に対して、現役世代の加入者に応じた負担を求める根拠とはならないこと、等も指摘している。また、総報酬割への移行は、従前の加入者割について立法当局が保険者間の公平な所得把握が困難であることを根拠としてきた説明との整合がつかず、被保険者個人の負担能力と保険者の財政力の違いも無視されている（国保の高所得者は能力に応じた負担を免れる）と批判している⁵⁶。

なお、被用者が加入する社会保険には、一般に事業主負担が導入されているが、堤は、その根拠について、結局は被用者を雇用することに伴う社会的責任という抽象的な説明しかできないとし、そうであれば後期高齢者が被用者であっても事業主負担がないことや保険の枠外への支援金にも事業主負担が求められることは、社会的責任論の説明の範囲を超えている⁵⁷。

以上のとおり、後期高齢者支援金については、各保険者にその拠出を求める根拠が薄弱であるとする批判は多い。また、拠出主体と給付主体が切り離されているため、各保険者は支援金を拠出する一方で、後期高齢者医療費の抑制のために何ら手を打つことができないことも問題点として指摘されている。

（２）前期高齢者納付金について

前期高齢者に係る財政調整は、保険者間の高齢者の偏在に着目した調整の仕組みとなっている。しかし、堤（2015）は、前期高齢者に係る財政調整は、給付義務免除の見返りとしての拠出という老人保健制度のフレームを放棄したため、なぜ前期高齢者加入率の低い保険者が高い保険者を支援しなければならないのか、という問いを突きつけられることになったと指摘している。そのうえで、かつての退職者医療制度は被用者OB・OGが国保に流入している現実に対応していた点で合理性・納得性はあったが、被用者保険がOB・OGか否かを問わずに国保へ資金を提供すべき説得力ある根拠は見当たらないと述べている⁵⁸。

加藤（2016）も、前期高齢者納付金の拠出の根拠の合理性について疑問を呈している。前期高齢者については、その偏在に着目した公費投入は行われておらず、保険料

⁵⁶ 加藤（2016）pp.207-208

⁵⁷ 堤（2015）pp.25-26。堤は、介護保険の第1号被保険者が被用者であっても事業主負担がないことについても、社会的責任論の説明の範囲を超えている（同p.26）。

⁵⁸ 堤（2015）p.32。なお、堤は、国民皆保険を守るために国保を支援する必要があるという答えは、公費投入ではなく財政調整を選択する理由にはならないと指摘している（同p.32）。

のみによる保険者間の調整の仕組みとなっているが、加藤は、前期高齢者医療制度の前身は退職者医療制度だという認識に立つ。そして、そもそも退職者医療制度について、一定の要件を充たす被用者 OB・OG（退職被保険者）の医療費（退職被保険者が支払う自己負担及び国保保険料を除く）に関しては、公費を投入せず被用者保険の保険料による調整のみで賄うとされたことについて、「財源の欠乏から財政調整をする必要性が繰り返し強調されているが、保険料でなければならない理由は説明されていない」と指摘している⁵⁹。また、給付を受ける可能性が高い高齢の退職者が国保へ移ることにより、被用者保険の負担が減少するという事実上の受益の発生を理由に「納付金の納付を規範的に根拠づけることには無理がある」と批判している⁶⁰。

西沢（2014）は、国保に加入している前期高齢者に係る後期高齢者支援金まで被用者保険が負担する制度が不合理であるだけでなく、社会保険における受益と負担の構造を複雑化・不透明化していると批判している。また、前期高齢者交付金が国保において財政区分されていない⁶¹ため、国保の高齢者以外にも使われていること、納付金が当該年度の概算と2年前の精算によって算定されるため、単年度で収支均衡を図らなければならない健保組合の財政運営に支障を来していることも指摘している。さらに、制度創設の趣旨についても、退職者医療制度は退職者医療の財源を企業が補填する⁶²という筋道が通っていたが、現在の制度は過去の就業形態・状況にかかわらず、すべての前期高齢者について現役世代が「面倒をみる」という仕組みになっており、制度の根拠そのものが希薄であると述べている⁶³。

このように前期高齢者医療制度については、団塊の世代が前期高齢者に移行したこと等に伴い被用者保険の納付金の負担が急増しているが、以上のとおり、費用負担者を納得させる根拠は不十分であるとの指摘が数多くみられる。

（3）国民健康保険の所得捕捉率等について

保険者間の財政調整の歴史を振り返れば、高齢者・退職者が集中する国保に対する被用者保険からの財政移転という形で始まり、国保の財政基盤の脆弱化が進むなかでそれが強化されてきた。その当否はともかく、制度間で財政調整を行う前提として国保サイドにも相応の運営努力が求められる。これには適正な保険料の設定や保険料の

⁵⁹ 加藤（2016） pp.211-212

⁶⁰ 加藤（2016） p.212

⁶¹ なお、厚生労働省「国民健康保険事業年報」（平成26年度）によれば、市町村国保の収入のうち保険料が約3.1兆円、国庫支出金が約3.3兆円であるのに対し、前期高齢者交付金は約3.4兆円とこれらを上回っている（逆転している）点にも注意する必要がある。

⁶² 退職者医療制度では、給付費に対して退職者の保険料を先充てし、残りの部分について財政調整を行っていたが、前期高齢者医療制度では保険料先充ての仕組みはない。

⁶³ 西沢（2014）②「現役世代に過重な負担を強いる前期高齢者医療の問題点」

（<http://special.nikkeibp.co.jp/as/201401/kenpo/column/vol5/>）

収納率の向上、保健事業の強化、その他国保財政に係る制度の見直し等が含まれるが⁶⁴、以下では、①所得捕捉の問題、②法定外繰入とソフトバジェット問題、の2つに絞り、有識者の見解を紹介する。

①所得捕捉の問題

被用者と農林漁業者・自営業者で所得捕捉率が異なることは、古くから「クロヨン問題」として指摘され、サラリーマン税金訴訟判決（最大判昭60・3・27民集39巻2号247頁）でも「事業所得等の捕捉率が相当長期間にわたり給与所得の捕捉率を下回っていることは、本件記録上の資料から認められないではなく、租税公平主義の見地からその是正のための努力が必要であるといわなければならない」と指摘されている⁶⁵。

この「クロヨン問題」について、大田ほか（2003）では、1990年代に大幅に改善してきたと考えられるとしているが、これに対し西沢（2005）は、先行研究の問題点として、第1に「真の所得」と想定されている国民経済計算（SNA）の国民所得統計における給与所得が無視しえない規模で過少推計されていること⁶⁶、第2に「所得」の多面性が適切に処理されていないこと⁶⁷、第3に推計には恣意的な仮定を置かざるをえないこと⁶⁸、を指摘し、所得捕捉率格差が縮小してきたと結論づけるのは早計であるとしている⁶⁹。また、昨今の議論では「負担能力に応じた負担」が強調されているが、宮島

⁶⁴ 本項では取り上げないが、国保の問題点として、例えば、地域間で保険料の収納率や医療給付費に大きな差があること、被用者保険と国保で特定健診の実施率に大きな差があること等が挙げられる。また、制度面の問題として、公的年金等控除による高齢者の保険料負担軽減（第3節（2）④で後述）や、普通調整交付金の交付方法（収入と支出の差額に応じて交付されるため財政健全化のインセンティブが弱い）等も挙げられる（詳細は西沢（2015）等を参照）。加えて、被用者保険では標準報酬月額上限が139万円、累計標準賞与額上限が573万円であり、仮に年収2,000万円であれば200万円の保険料を支払うのに対し、国保の賦課限度額は73万円（基礎賦課額＋後期高齢者支援金等賦課額）に過ぎず、被用者保険との均衡を失っていることも指摘しうる（数値は平成28年度）。

⁶⁵ 同判決は、給与所得控除の性格の1つとして、所得捕捉率格差の是正策であることを指摘しているが、この点について税務当局からの説明は十分になされているわけではない。

⁶⁶ SNAの過少推計について、直近では藤原・小川（2016）が、税務統計を基にした分析により指摘し、注目を集めた。

⁶⁷ 例えば、給与所得者が不動産を一時的に駐車場として貸し出せば、税法上「不動産所得」として認識されるが、不動産業者が貸し出せば「営業所得」となる。また、個人が労働サービスを提供する場合、雇用契約を結べば「給与所得」となり、業務請負契約を結べば「営業所得」となる。

⁶⁸ 大田ほか（2003）では、税務統計上の「営業所得」と「不動産所得」を足して「営業所得」と定義しているが、これは「商店」の所得と「不動産」の所得を足すことを意味する。自営業者が急速に減る一方で不動産価格が上昇し不動産所得の割合が増えれば、不動産所得は相対的に捕捉しやすいため、見かけ上「クロヨン問題」が解消されることとなるが、不動産所得を除いて推計した荒井（2007）では、事業所得の捕捉率は依然7割程度との結論を得ている。

⁶⁹ 西沢（2015）では、国保の所得・資産捕捉の問題点を具体的に指摘している。所得につ

(2009) は、所得税や住民税の行政・執行の不完全性・不公平性を踏まえれば、「所得に応じた負担」の信頼性は大きく低下すると指摘している⁷⁰。

また、島崎 (2011) は、所得捕捉の問題は、収入そのものの捕捉の問題と必要経費の捕捉の問題に分けられることを指摘したうえで、①「収入」と(税法上の)「所得」を峻別し議論すべきであること、②低所得者と一括りにせず、その生活実態等を正確に把握する必要があること、③必要経費の適正な認定(例：営業用か個人用か)は完璧には行えない(所得捕捉率格差は完全には解消できない)こと、等を強調している⁷¹。

②法定外繰入とソフトバジェット問題

国保の問題点として、西沢 (2015) は、被用者保険にはない法定外繰入(一般財源からの繰入)の存在を指摘している。国保の「財政赤字」は「法定外繰入+繰上充用」で説明されるが、西沢は、①大都市を抱え相対的に財政力が豊かな都道府県において法定外繰入が多く行われていること、②法定外繰入を行っている市町村であっても必ずしも保険料が高いわけではないこと、③法定外繰入を行っている市町村では法定外繰入が常態化していること、を指摘し、適切な保険料の設定・徴収を含む健全な国保財政運営の努力を市町村が怠っているのではないかと批判している(ソフトバジェット問題)⁷²。この点について、上村・足立 (2015) も、法定外繰入による一般納税者の負担が国保の保険料を軽減する効果を持つため、国保加入者と一般納税者の不公平(被用者保険加入者は被用者保険と国保の双方に対して負担をすることになる)を生じさせていると指摘している⁷³。

いずれにせよ、国保の財政赤字が真に「赤字」であるかは厳しく検証される必要がある。特に、後期高齢者支援金の総報酬割によって「浮いた」国費の多くは国保に投入されるが、西沢 (2014) が指摘するように、国保の構造的赤字の検証や改善もないままに財政調整を進めれば、被用者保険と国保の公平性が一層損なわれることになる⁷⁴。

いては、国の課税最低限に所得が満たず、国税庁に確定申告書を提出していない者に対しては、国保の保険料算定のため市町村に所得を申告させる「簡易申告」制度が採られている。しかし、この書式は簡便なものに過ぎないため、より精緻な制度へ改善する必要があるとしている。また、固定資産については、資産割を算定する際にマイナンバー等を活用し、被保険者が当該市町村外に有している固定資産の把握を進める必要があるとしている(同 pp.39-40)。

⁷⁰ 宮島 (2009) p.38。特に、事業所得の正確な把握は納税者番号を利用しても困難であるとしている(同 p.39)。

⁷¹ 島崎 (2011) p.222、pp.300-301

⁷² 西沢 (2015) pp.33-38

⁷³ 上村・足立 (2015) p.208

⁷⁴ 西沢 (2014) ①「サラリーマンを圧迫する国保の脆弱な財政基盤」(<http://special.nikkeibp.co.jp/as/201401/kenpo/column/vol4/>)

3. 財源政策に対する法学的・経済学的示唆

(1) 法学的視点からの示唆

①法学的にみた保険料と税の異同

第1節(1)で社会保険方式の意義を強調したが、これに対しては、①給付と負担の対価性といっても金額的には給付と負担が釣り合っていないではないか、②税も保険料も強制徴収される以上、両者は同じではないか、③保険料の決定を保険者の自治に委ねることは財政に関する一元的な統制から外れるのではないか、といった疑問・批判がある⁷⁵。これらの点を議論するうえで参考になるのが、旭川訴訟判決(最大判平18・3・1民集60巻2号587頁)である。

事案は、算出基準を定めようとして保険料率の決定を市長に委ねた旭川市国保条例が、憲法84条⁷⁶の租税法律主義に違反するか否かが争われた。最高裁は、①保険料は給付を受けうることに對する反対給付として徴収され、租税とは異なるため租税法律主義は直接適用されない、②ただし、強制徴収される以上租税法律主義の趣旨は及ぶ、③他方で保険料の用途は国保事業に限定されており、賦課要件の規律の程度は国保の目的や特質等を考慮して判断すべき、④本件条例は賦課総額の算定基準を定めようとして、収支見込みの推計や専門技術的な細目の決定を市長に委ねたもので、予算・決算の審議を通じて民主的統制も及んでおり、租税法律主義の趣旨に反しない、と判示した。

この判決では、金額的に釣り合わないとしても、拠出と給付を受けうる地位との「けん連性」があることが、租税と異なる保険料の本質的要素であるとしている⁷⁷。この点については、岩村(2001)、西村(2003)、菊池(2014)など、社会保障法学者の間では異論はみられない⁷⁸。では、拠出と給付を受けうる地位とのけん連性が希薄な保険料、換言すれば保険料のうち保険者外への拠出に用いられる支援金や納付金の部分については、どのように考えるべきなのだろうか。

後期高齢者支援金について、新田(2013)は、医療保険と後期高齢者医療制度が全く別の制度・保険者・被保険者であるため、制度上の対価性を支援金に見出すことができず、「租税的性格が極めて強い」としている⁷⁹。同様に、碓井(2009a)「各保険者を媒介にした租税」⁸⁰、江口(2009)「租税的な負担金」⁸¹、加藤(2016)「保険給付と

⁷⁵ 島崎(2011) p.229

⁷⁶ 「あらたに租税を課し、又は現行の租税を変更するには、法律又は法律の定める条件によることを必要とする。」

⁷⁷ 旭川訴訟最高裁判決は、概念が曖昧な「対価性」という用語を避け「けん連性」(漢字で書けば「牽連性」という言葉を用い、税金など公的資金で賄われる部分が多くても、保険料と給付を受けうる地位との「けん連性」は切断されないと判示した。なお、学説の引用考察を含め、「けん連性」、「対価性」、「等価性」の概念については、台(2009) p.689以下、堀(2009) p.293等を参照。

⁷⁸ 岩村(2001) p.116、西村(2003) p.140、菊池(2014) p.27等

⁷⁹ 新田(2013) pp.72-73

⁸⁰ 碓井(2009a) p.275

のけん連性が曖昧である点では、現役世代の被保険者にとって、保険料の名を借りた租税負担である⁸²など、租税的性格であると捉える見解は広くみられる。

また、前期高齢者納付金については、新田は、納付金を拠出する主体と交付金を受け取る主体が完全に分離された一方的な資金移転であり、「制度上の対価性はなく」租税的性格が強い⁸³としているほか、加藤らも同様の見解を示している⁸³。

以上のとおり、けん連性の希薄な支援金や納付金は租税的性格を帯びるとの見解が数多くみられる。

②支援金・納付金に対する不十分な民主的統制

けん連性の希薄な支援金や納付金が租税的性格を帯びるとすれば、租税法律主義との関係が問われることになる。白川（2012）は、拠出金に充てる特定保険料は目的税的であり、その算定根拠となる条項には他の保険料算定根拠条文よりも強く租税法律主義の趣旨・要請が及ぶと指摘している⁸⁴。さらに、和田（2016）は、拠出金を受益と負担の関係がない租税類似の公的負担とし、租税法律主義の規定が直接適用されると主張している⁸⁵。

旭川訴訟の最高裁判決は、保険料には租税法律主義が直接適用されないと判示したが、その理由として、保険料の用途が保険事業に限定されていることのほか、保険料の決定について民主的な統制が及んでいることを指摘した。碓井（2009b）も、保険料負担について民主的意思決定の仕組みが必要であることは「民主主義を基本原理とする日本国憲法に内在している規範」であると述べ、民主的統制の重要性を強調している⁸⁶。そうであれば、一般保険料の決定について民主的統制が及んでいるとしても⁸⁷、外部への拠出に充てる特定保険料については、租税的性格を強く帯びるのであるから⁸⁸、

⁸¹ 江口（2009）p.123

⁸² 加藤（2016）p.210

⁸³ 新田（2013）p.74、加藤（2016）p.212等。なお、加藤は、前期高齢者納付金の実質的な性格が租税であるとしても、所得が同じであっても所属する保険者によって負担の有無が生じること、所得が同じであっても保険者の前期高齢者加入率によって特定保険料額が異なることは租税公平主義に抵触するとも指摘している（同p.215）。

⁸⁴ 白川（2012）p.276

⁸⁵ 和田（2016）p.20。なお、和田は、拠出金の負担が合理的な範囲を超え、各保険者の存立と安定運営を阻害する場合には財産権を保障した憲法29条の規定に触れる可能性があると指摘している（同p.19）。

⁸⁶ 碓井（2009b）p.95

⁸⁷ ただし、健保組合以外の保険者では意思決定手続の民主的正統性に問題がある。例えば、協会けんぽの運営委員は選挙ではなく厚生労働大臣による選定・任命となっている。また、市町村国保の意思決定機関は被保険者の代表性を有しない議会であり（運営協議会は議決機関ではない）、後期高齢者医療広域連合には運営協議会すら存在しない。詳細は碓井（2009b）pp.95-96、江口（2009）pp.124-125、島崎（2011）p.234等を参照。

⁸⁸ 特定保険料の引上げは費用負担者にとって増税と同じ効果を持つが、この特定保険料は年々引き上げられ、保険料総額の5割近くを占めるに至っている（p.52 図表23参照）。

より厳格な民主的統制が求められることになる。

しかし、外部への拠出に充てる特定保険料の基礎となる、後期高齢者支援金や前期高齢者納付金等の算定基準（諸係数）は政省令で決められている。そして、健保組合をはじめ各保険者は、法定の計算式に政省令で決められた諸係数を当てはめて各種拠出金の額を算定する。つまり、各保険者は言わば「与えられた」諸係数によって各種拠出金を算定するのであり、特定保険料について民主的統制が及んでいるとは到底言えない。

（２）経済学的視点からの示唆

①経済学的にみた保険料と税の役割の違い

法学的視点からは、保険料と税の性質をけん連性の有無によって区別する議論を紹介したが、経済学では両者の役割の違いが主張されることが多い。小塩（2014）は、現行制度について、保険料を基本的な財源とする保険原理と、税を基本的な財源とする福祉原理が未分化のまま混在しているため、社会保険方式を採りながら負担と給付が連動しなくなっていると指摘している⁸⁹。同様に、佐藤（2014）も、現状の医療保険財政は「保険」と「再分配」が混在し、それによって保険者の自律と規律が損なわれているとしている。そして、他制度への拠出金など、制度・保険者間の財政移転に充てられる部分については、租税化を図ることで、税の実態と制度の整合性を図るべきであると主張している⁹⁰。西沢（2011）も、保険料において再分配の役割がなし崩しに拡大している結果、負担と受益の対応関係が希薄化し、被保険者からの適正な財源調達や給付の効率化促進といった社会保険本来の利点が損なわれていると述べている⁹¹。

このように、税と保険料には異なる目的や役割があるべきことは、経済学の立場から広く主張されているが、それにもかかわらず、保険者外への所得移転・再分配にも保険料が充てられる背景について佐藤は、「社会保険は保険である⁹²」という通念やさらなる消費税増税への懸念があることを挙げている⁹³。西沢も、省庁間の縦割りや政治的事情を排して、保険料と税を同じテーブルに載せて議論する必要性を強調している⁹⁴。

⁸⁹ 小塩（2014） pp.29-30

⁹⁰ 佐藤（2014） p.21

⁹¹ 西沢（2011） pp.23-24

⁹² 例えば、鈴木（2014）は、社会保険方式は受益に伴った保険料で負担を賄う方式であるから、そもそも税金を投入する必要性は極めて乏しい。公費投入の拡大は社会保障制度における歪んだ再分配を助長するだけであるとしている（同 pp.133-134）。また、八代（2013）も、社会保険原則にこだわるのであれば、公費の投入は保険料を負担できない低所得層の支援に限定すべきで、多額の公費が投入されている現状でなぜ「社会保険」たりえるのか、低負担高福祉を実現するためのポピュリズムではないか、と疑問を呈している（同 pp.40-41）。

⁹³ 佐藤（2014） p.19

⁹⁴ 西沢（2011） pp.28-29

②保険料による所得再分配の不公平性・非効率性

保険料と税を同じテーブルに載せた議論はどのようなものがあるのか。まず、議論の前提として、被保険者が保険給付を受けうるための対価として支払う保険料（一般保険料）と、保険者外への所得移転・再分配に充てられ給付との対価性・けん連性が希薄な保険料（特定保険料）を峻別する必要がある。一般保険料については、対価性（けん連性）があるため、必ずしも税と同一には論じられない（少なくとも対価性があることを考慮した比較が必要である）が、（1）①で考察したように、特定保険料は租税的性格を強く持つため、公平性（垂直的公平性、水平的公平性、世代間の公平性）と効率性という租税原則の2つの観点から比較を行うことができる。以下では、主として特定保険料と税との比較検討を行う。

佐藤（2014）は、全国消費実態調査のデータから保険料負担が逆進的であり、特に低所得者の負担が重くなっていることを指摘している。さらに、消費税と比較して保険料は勤労世帯に負担が集中するため⁹⁵、高齢者医療への移転により貧しい勤労世帯から富裕な高齢者世帯への再分配も起こりうること、保険料のうち少なくとも再分配に相当する部分は正規雇用に対する雇用税であり、労働コストを高めて経済活動を歪めることを指摘し、再分配の財源としての保険料は「不公平であり、非効率である」と述べている⁹⁶。保険料の再分配効果については、上村・足立（2015）も、家計のマイクロデータから構築したライフサイクルモデルによる検証を行い、生涯を通じても保険料負担が逆進的であることを示している⁹⁷。

保険料が経済活動に与える歪みを指摘する見解も多くみられる。特に、久保田（2013）⁹⁸が指摘するように、企業の公的負担対GDP比が国際的にみても大きくなっており、保険料負担が企業活動へ与える悪影響を懸念する声は多い⁹⁹。

例えば、事業主負担の賃金への影響については、Komamura and Yamada（2004）、酒井・風神（2007）、Tachibanaki and Yokoyama（2008）等があり、それぞれで対象や結論は異なるが¹⁰⁰、こうした先行研究をレビューしながら、その研究手法のバイアスを検証・改良したものとして、岩本・濱秋（2006、2009）等があり、事業主負担が部分的

⁹⁵ ただし、宮島（2008）が指摘するように、消費税負担が消費者に転嫁できず、労働者の賃金に転嫁・帰着されれば、消費税の負担も勤労世帯に向かうこととなる（同 p.21）。

⁹⁶ 佐藤（2014） pp.17-18

⁹⁷ 上村・足立（2015）第6章

⁹⁸ 白川ほか（2013）中の発言（p.19）

⁹⁹ この点に関連して和田（2016）は、法人税率を引き下げる一方で企業の社会保障負担を増大させるのは矛盾していると指摘している（同 p.19）。

¹⁰⁰ Komamura and Yamada（2004）は、健康保険料の事業主負担の大半が賃金に転嫁されているとするが、Tachibanaki and Yokoyama（2008）は、企業負担の増加が賃金の低下にはつながっていないとしている。また、酒井・風神（2007）は、介護保険制度の創設が賃金の低下につながった可能性を指摘している。

に労働者の賃金に転嫁されているとの解釈をまとめている。また、酒井（2009）は、企業の労働コスト調整手段が多岐にわたることを指摘し、アンケート調査も組み合わせた分析により、事業主負担の増加に伴って賞与の調整、採用の抑制、非正規雇用への代替等が行われる可能性を示唆している。最近の研究では、Hamaaki（2016）が、健保組合別のパネルデータを用いて、総報酬制導入による事業主負担の外生的な増加を利用した推計を行い、事業主負担の多くが賃金の低下を通じて徐々に労働者に転嫁される可能性を指摘している。

設備投資やわが国の立地競争力への影響も懸念される。この点を実証的に分析した例は多くないが、近年では、小林・中田（2016）が、企業の個票データを用いた分析を行い、保険料負担の増大が企業の国内投資を抑制して、産業空洞化を一定程度促した可能性を指摘している。また、アンケート調査では森川（2012）があり、企業経営に重要な影響を与える要因として「社会保障費の企業負担」を挙げた回答が最も多くなっている¹⁰¹。もっとも、内閣府（2004）は、直接税・社会保険料の負担が国際競争力に与える影響は為替等よりも遥かに小さいとしている¹⁰²。

岩本（2009）は、社会保障財源調達手段として経済への攪乱が少ないものを選択すべきと主張している。具体的には、労働保険や医療保険では社会保険に純化していき、給付がもたらす便益への理解と、低所得者も保険加入できるような世代内所得再分配への理解を求めることが必要になる一方で、公的年金、介護保険、高齢者医療制度では、給付と負担の時間差から、高齢化の進展によって税でも保険料でも同程度の困難を抱えるので、積立方式の導入が効果的であるとしている¹⁰³。いずれにせよ、保険料と税の役割分担を明確にし、各々のメリット・デメリットに沿った制度設計が必要であるということは、経済学者の共通認識であると言える。

③税目ごとの性質・問題点の比較

1)消費税のメリット・デメリット

以上のように、保険料を制度・保険者を超えた所得移転や再分配に充てることは、公平性・効率性の両面において問題点が多いため、保険料ではなく税を充てるべきであるとする主張は経済学者のなかで広くみられるが、なかでも消費税を推す声は強い。例えば、小塩（2014）は、消費税が雇用所得には連動しないため、雇用を抑制する効果が働きにくいことと、年齢とは関係なく負担能力に応じた負担を求めることができる（消費支出から負担能力を事後的に観測し、消費水準に比例した負担を求めることができる）ことを消費税のメリットとして挙げている¹⁰⁴。また、雇用への中立性だけでなく、消費税が他の税と比較して経済活動に対する中立性が高いことも古くから理

¹⁰¹ 森川（2012）p.19 表 10

¹⁰² 内閣府（2004）pp.228-232

¹⁰³ 岩本（2009）pp.30-31

¹⁰⁴ 小塩（2014）pp.30-31

論的に指摘されてきた。例えば、Diamond and Mirrlees (1971) は、中間財に課税せず、経済のパイが最大限になったところで課税する仕組みの方が国民の厚生を高めると主張している。また、近年の研究では、Arnold et al. (2011) が、消費税が所得税や法人税よりも経済成長に対する悪影響が小さいことを実証的に確認している。

宮島 (2008) は、こうした消費税のメリットについて批判的検討を加えている。宮島は、消費税の社会保障財源の適格性として、①税収の安定性、②世代間の負担の公平性や労働コストへの中立性、③徴収の効率性、を引き合いに出し、①については、逆進性の裏返しであること、②については、高齢者向け給付に物価スライドが組み込まれていれば世代間公平の改善効果が減じられることや消費税も労働所得へ帰着すること、③については、帳簿方式の問題点を指摘している¹⁰⁵。島崎 (2012) は、こうした批判を踏まえたうえで、財源調達力や税収の安定性のほか、消費税は内国税であり国境税調整がされるため輸出にネガティブな影響を与えないことを理由に挙げ消費税の適格性を支持している¹⁰⁶。

宮島が指摘するように、消費税については、しばしばその逆進性が問題視される。上村・足立 (2015) も、さまざまな政策パターンに基づいて試算を行い、税率の引上げ幅が大きいほど、逆進性が高まることを確認している¹⁰⁷。

他方で、消費税が逆進的であるのは一時点ベースでみた場合であって、生涯ベースでみれば逆進的ではないとの指摘もある¹⁰⁸。一例を挙げれば、土居 (2010) は、生涯消費が生涯所得に比例的であるため、消費税負担も生涯所得に対して比例的であるとしている¹⁰⁹。近年の実証分析として大野ほか (2014) は、全国消費実態調査の個票データを用い、ライフサイクルで見ると消費税は所得税とともに累進的であるとすらしている。また、小塩は、こうした視点とは別に、所得税の累進性や社会保障給付による再分配効果を含めてトータルで見れば、消費税の逆進性を必要以上に重視する必要はないと述べている¹¹⁰。なお、島崎 (2012) は、ライフサイクルでは逆進的ではないとの主張は、生涯所得をすべて消費するとのハードな仮定に立つものであり、そもそも一時点ベースであっても逆進性を無視することはできないとしたうえで、消費税以外にも所得税等の税目や社会保障給付を組み合わせることの必要性を強調している¹¹¹。

¹⁰⁵ 宮島 (2008) pp.20-21

¹⁰⁶ 島崎 (2012) pp.106-107

¹⁰⁷ 上村・足立 (2015) 第2章。なお、その対策としてどの所得階級にも恩恵を与える軽減税率ではなく、低所得者に的を絞った政策の必要性を主張している (同 p.199)。

¹⁰⁸ 注目を集めた論考として大竹・小原 (2005) 等がある。

¹⁰⁹ 土居 (2010) pp.153-155。ただし、土居は、消費税は生涯所得に対して累進的ではないので、低所得者への配慮が必要であるともしているが、軽減税率の導入には批判的である (同 p.155)。

¹¹⁰ 小塩 (2014) p.31

¹¹¹ 島崎 (2012) pp.108-109

2) 消費税と所得税の等価性

鈴木（2014）は、消費税の社会保障財源としての適格性を否定している。逆進性や景気への悪影響は言うまでもなく、消費税は高齢化に自動的に対応するような安定財源ではなく、世代間格差の是正効果も小さい。また、「一般消費税と賃金所得税の等価命題」により、労働供給に与える影響は所得税と変わらないと指摘している。そして、こうした課題に対処できる（課税ベースを拡大した）相続税の方が高齢社会における安定財源であると主張している¹¹²。同様の主張としては岩田・八田（2003）等がある¹¹³。

なお、定率所得税と定率消費税が同値であるという「一般消費税と賃金所得税の等価命題」は伝統的な経済学で広く受け入れられてきた。理論上は定率所得税も定率消費税も同じ予算制約式になるため、労働者や消費者の行動に同一の影響を与える、ということである。しかし近年、このような理解に対して行動経済学の観点から批判が加えられている。Blumkin et al.（2012）は、実労働実験によって、理論上同値となる所得税と消費税であっても、所得税の方が労働意欲を減退させ、労働供給を減少させる可能性を指摘している。その要因としては、労働供給水準の決定に際して消費税負担を過小評価するバイアスが働いている可能性を挙げている。

3) 所得税の問題点

所得税の問題点に関しても、税制改革の文脈を中心に広く議論されてきた。上村・足立（2015）は、所得税の所得再分配効果が逡減していることを説明し、その要因として所得控除の存在を挙げている。上村・足立は、所得控除による税収ロスの大きさを試算したうえで、給与所得者 1 人当たりの税収ロスが高所得層ほど大きくなり、現行の所得控除に負の再分配効果があることを指摘している¹¹⁴。したがって、所得控除を縮小し、税額控除へ移行することが望ましいとしている¹¹⁵。同様に、土居（2015）も、高所得者ほど税負担軽減効果が大きくなる所得控除から税額控除への移行を主張している¹¹⁶。また、佐藤（2014）は、広範な所得控除による賦課ベースの空洞化を批判し、世代間の公平を期すため年金や資産性所得等も課税対象に含めた、広く薄い課税ベースの所得税（社会連帯税）の導入を主張している¹¹⁷。こうした点に加えて、森

¹¹² 鈴木（2014） pp.126-136

¹¹³ 岩田・八田（2003） pp.200-202 等。同様のアイデアとして、社会保障制度改革国民会議において、伊藤元重委員が「死亡消費税」の提案を行い、注目を集めた（第 13 回社会保障制度改革国民会議（平成 25 年 6 月 3 日）提出資料参照）。

¹¹⁴ 上村・足立（2015） 第 1 章

¹¹⁵ 上村・足立（2015） p.205。なお、所得控除を縮小・廃止し、税額控除へ切り替えた場合の格差是正効果については、8 か国の実証分析として川出（2014）、シミュレーション分析として川出（2016）、土居（2016）等があり、いずれも格差是正に有効であるとの結論を得ている。

¹¹⁶ 土居（2015） pp.41-44

¹¹⁷ 佐藤（2014） pp.18-21。佐藤は、制度・保険者間の所得移転・再分配には保険料ではなく社会連帯税を充てるべきであると主張している（同 p.21）。

信（2015）は、金融所得が分離定率課税（国税 15%、地方税 5%）となっているために高額所得者の所得税負担率が低下すること等も挙げつつ、所得税による再分配効果の低さを指摘している¹¹⁸。こうした指摘を考えれば、所得再分配の議論をするうえで、保険料による再分配の議論を先行させるのではなく、税と社会保障を一体的・俯瞰的に議論する必要があると言える。

④年金税制の問題点

以上で所得税の問題点を簡単に指摘したが、特に、世代間の公平の視点から強く批判されるのが年金税制である。わが国の年金税制は、拠出時に社会保険料控除で全額非課税となり、運用中の利子も非課税、給付時には公的年金等控除が適用されるという世界的にもまれな二重控除税制となっている（他国では通常、拠出時か給付時のいずれか一方しか控除されない）。この点に対する批判は強く、上村・足立（2015）は、現行の年金税制の世代間や高齢世代内の格差是正効果の弱さを指摘しており¹¹⁹、宮島（2009）も、年金課税の強化によって世代間・高齢世代内の公平を改善すべきであるとしている¹²⁰。また、土居（2015）は、老齢遺族年金が全額非課税とされていることも世代間・世代内の不公平を助長すると批判している¹²¹。

公的年金等控除の規模についての批判も多い。図表 25 は横軸に収入、縦軸に控除額が収入に占める割合を図示したものだが、公的年金等控除は現役世代の給与所得控除と比べて手厚くなっていることが分かる。加えて、図表には示されていないが、給与所得控除額には 230 万円（給与収入 1,200 万円以上）の上限があるのに対し、公的年金等控除額は上限がない（年金収入が 770 万円以上であっても収入の 5%+155 万円が控除される）点も大きな違いである¹²²。日本税理士連合会（2014）が、「給与所得と異なり、公的年金収入に対応する必要経費がないことからみれば、公的年金等控除は単なる負担調整を目的としたものであると解される」¹²³と指摘しているように、公的年金等控除の性格は政策的控除に過ぎず、給与所得控除よりも手厚いことの合理的根拠を見出すことができないため、早急に縮減すべきとの主張が広くみられる¹²⁴。

さらに、土居（2017）は、高齢就業者が公的年金等控除と給与所得控除を併用できる点も問題視している。図表 26 は現役世代の就業者と就業している高齢者について、

¹¹⁸ 森信（2015）第 7 章で、税制と所得・資産格差の問題を広範に扱っている。

¹¹⁹ 上村・足立（2015）pp.205-206

¹²⁰ 宮島（2009）pp.30-31

¹²¹ 土居（2015）pp.44-46

¹²² 数値は平成 28 年分についてである。

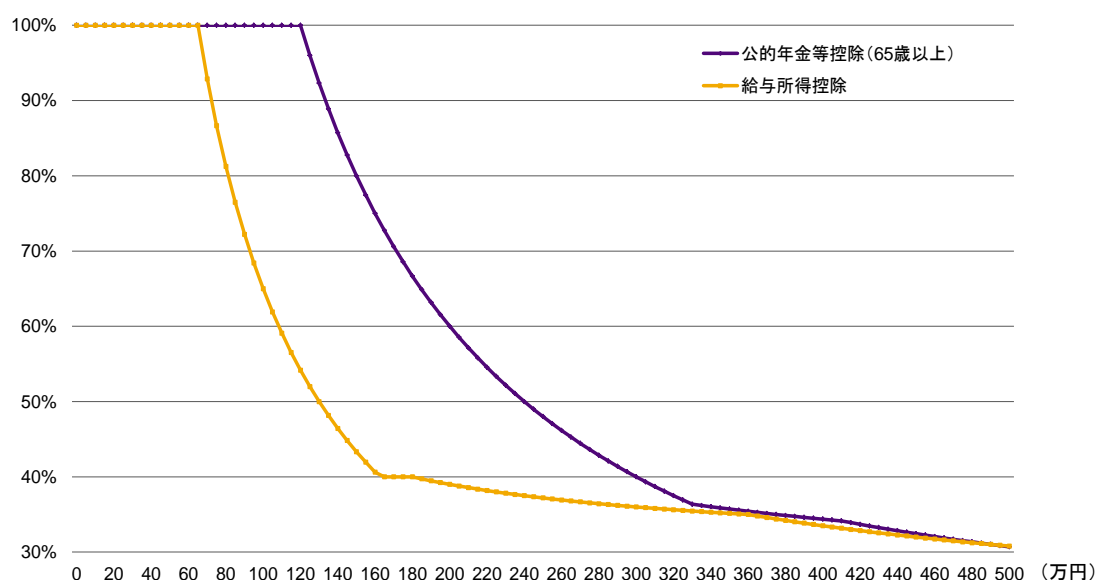
¹²³ 日本税理士連合会（2014）p.7

¹²⁴ 例えば、土居（2015）p.44、上村・足立（2015）p.205 等。なお、日本税理士連合会（2014）は、公的年金等控除が年齢（65 歳以上と 64 歳以下）に応じて控除額に差異を設けていること、公的年金等に係る所得を雑所得と区分し年金以外の雑所得の計算上生じた損失額を公的年金等に係る雑所得から控除できることも批判している（同 p.8）。

横軸を収入階級、縦軸を控除額とした図である。これをみると、ほぼすべての収入階級において、高齢者の控除額の方が手厚くなっていることが分かる。

また、西沢（2011）や島崎（2012）が指摘しているように、年金税制の歪みは、所得税負担だけでなく医療保険の負担のあり方を歪める原因ともなっている。例えば、国保に加入している前期高齢者の保険料の算定には公的年金等控除差引後（就業していれば給与所得控除も適用）の所得が用いられるため、年金所得者の負担は顕著に少なくなっている¹²⁵。これは、国保内の世代間・世代内の公平性を損ねている¹²⁶ばかりではなく、前期高齢者納付金の増大を通じて被用者保険の負担増も招いている。また、土居（2015）が指摘するように、老齢遺族年金は医療保険・介護保険において「所得」としてカウントされないため、保険料や自己負担において、世代間でも高齢世代内でも不公平を生むこととなる¹²⁷。

図表 25 公的年金等控除と給与所得控除の控除額が収入に占める割合（平成 28 年分）



(注) 横軸は年金収入または給与収入を示している。

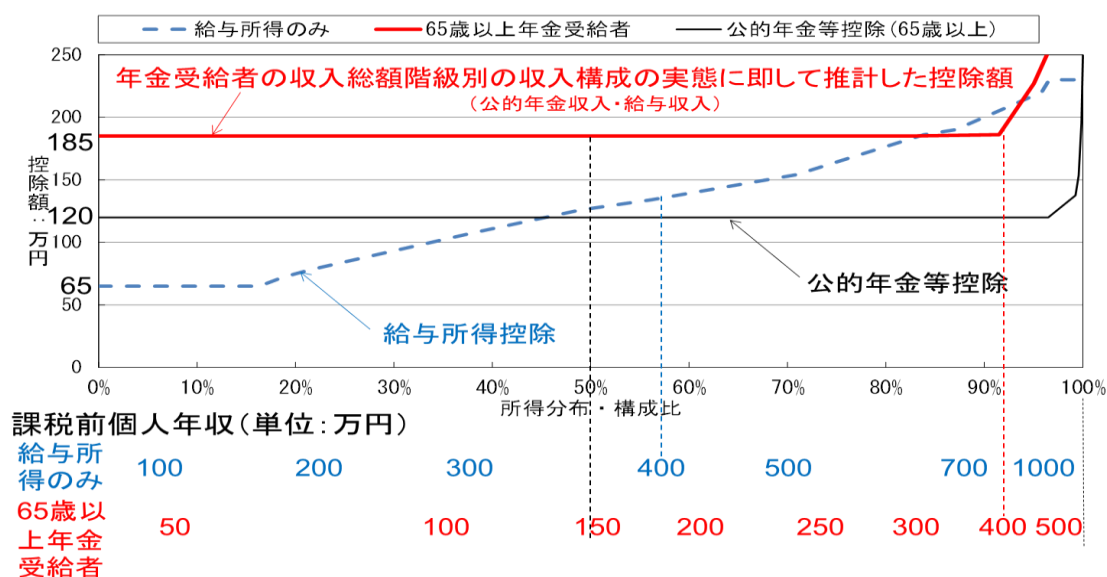
(出所) 国税庁ホームページより作成

¹²⁵ 西沢（2011） pp.216-217、島崎（2012） p.115

¹²⁶ 例えば、国保において「所得なし」（応能割が賦課されず、応益割が7割軽減となる）とされるのは、年金収入の場合 153 万円（公的年金等控除の最低保障額 120 万円＋基礎控除 33 万円）以下であるのに対し、給与収入の場合 98 万円（給与所得控除の最低保障額 65 万円＋基礎控除 33 万円）以下であり、バランスを失していると言える。

¹²⁷ 土居（2015） pp.46-47

図表 26 公的年金等控除と給与所得控除を併用した場合の試算



(出所) 土居丈朗 (2017) 「わが国の所得税の控除が所得格差是正に与える影響 マイクロ・シミュレーションによる分析」『経済研究』第 68 巻第 2 号 (元データは国税庁「申告所得税標本調査」, 「民間給与実態統計調査」, 厚生労働省「年金制度基礎調査 (老齢年金受給者実態調査)」)

⑤経済学的視点の要約

ここまで、税・保険料の問題点を経済学的視点からみてきたが、財源政策についてどのような示唆を得られるのかという観点から、①制度・保険者間の所得移転・再分配に充てられる保険料、②消費税、③所得税、について租税原則に照らし整理を行う¹²⁸。

まず、垂直的公平性の観点では、累進性を取り込むことができる所得税が最も優れている。ただし、各種控除によって課税ベースが「浸食」されており、その所得再分配効果が弱められている現状には批判が多い。消費税と保険料については、その逆進性が指摘される。特に、再分配を目的とするのであれば、現役世代の労働所得のみを賦課ベースとし、マルチペイワーカーの捕捉もできていない「一事業所現役賃金課税」とも言うべき保険料を原資とするのは不適格である。

次に、水平的公平性の観点では、消費税が最も優れている。所得税も保険料も所得捕捉率格差という技術的欠点を抱えている。特に、保険料は労働所得が賦課ベースとなることや、制度間でも「所得」の定義が異なる¹²⁹ことから、同じ所得水準であって

¹²⁸ この整理方法は藤田 (1997) を参考にしている。なお、税収規模からみて、法人税も消費税や所得税に比肩しうるが、世界的に法人税率の引下げが行われている潮流を踏まえ、本稿では検討の対象から外している。もっとも、社会保障の財源として消費税や所得税に限らず、幅広い税目を検討する必要があることは論を俟たない。

¹²⁹ 被用者保険では標準報酬月額、国保・後期高齢者医療制度では旧ただし書き所得が保険料の賦課ベースとなり、70歳以上の高齢者の自己負担割合・高額療養費の区分は控除の手厚い住民税課税所得に基づき判定される。

も所得の種類や加入している制度によって負担水準が異なるという不公平も生じうる。こうしたことを踏まえれば、消費水準からおおよその負担能力を計測し、消費額に応じて比例的に課税する消費税は、所得捕捉率格差の問題を回避していると言える。

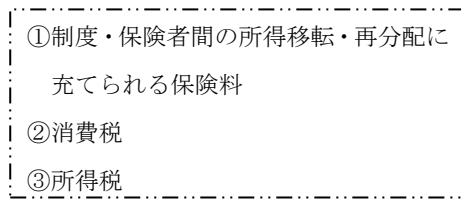
また、世代間の公平性からみると、保険料は現役賃金課税とも言うべきものであり、世代間の公平性に逆行する。一方で、年齢を問わず全国民が消費水準に応じて負担する消費税は、世代間の公平性の観点からも適していると言える¹³⁰。

効率性の観点からも、消費税の優位性が主張される。所得税や保険料は賃金水準に連動したコストとなり、雇用や賃金、企業活動や労働者の労働供給を抑制し、経済成長を阻害すると指摘される。他方で、消費税の経済活動に対する中立性の高さは、古くから理論的に説明がなされてきたが、近年では実証研究に基づき、所得税や法人税よりも経済成長を阻害しないことが主張されている。

最後に、徴収の容易性から検討すれば、間接税である消費税の徴収費用が最も低い。所得税と保険料では、拠出と給付がリンクしている後者の方が負担増に対する同意を得やすいとも言われるが、現実には保険料の未納は深刻であり、必ずしも保険料の徴収が容易であるとは言えない。

ここまでの議論をまとめると、以下のようになる。

- ・ 垂直的公平性…③>②>①
- ・ 水平的公平性…②>③>①
- ・ 世代間の公平性…②>③>①
- ・ 効率性…②>③、①
- ・ 徴収の容易性…②>③、①



このように、公平性の観点からも効率性の観点からも、保険料による制度・保険者間の所得移転・再分配は、消費税または所得税を原資とした公費投入に劣後する。税率の引上げは政治的ハードルが高いが、それを乗り越え、SNA上の「一般政府（中央政府＋地方政府＋社会保障基金政府）」全体の財政健全化という観点から、税と保険料を同じテーブルに載せて議論を行う必要がある。

¹³⁰ 世代間の公平性について2点補足する。まず第1に、所得税制では公的年金等控除や老齢遺族年金の非課税といった世代間の不公平を助長する仕組みが存在しており、高齢者にも負担を求めるという観点では、これらの是正は消費税よりも直接的な効果を持つと言える。第2に、そもそも「負担能力に応じた負担」を求めようえでは、高齢者の負担能力はフローの所得だけでなく預貯金等の金融ストックに依存するところが大きいため、所得だけでなく資産も含めて総合的に負担能力を捉える必要があるという議論があるが、その捕捉や徴収の困難さを踏まえれば、負担能力の近似的指標として消費水準に応じて課税する消費税が優れているという結論になろう。ただし、「負担能力に応じた負担」という考え方については、縷々述べたように様々な議論があるほか、資産を含めた負担能力の捕捉についても、捕捉や徴収の方法論の前に、資産も勘案して負担を求めると自体の是非について様々な議論があるということに留意する必要がある。

4. 議論のまとめ

(1) 社会保険の原理と「負担の公平」

社会保険では強制加入を担保するための政策的配慮として応能負担（負担能力に応じた負担）が取り入れられている。けれども、応能負担には盤石な論理的根拠があるわけではない。給付に見合わない負担を強いられる者を説得するには「連帯」の理念を強調するほかなく、「連帯」を意識できる単位として経済的・社会的実体にあわせて保険者が形成されてきた。昨今、制度・保険者間の財政調整が強調されているが、「連帯」の枠を超えたところに「負担能力に応じた負担」を求めるのであれば、その合理的根拠が求められる。しかし、後期高齢者支援金や前期高齢者納付金には、費用負担者を十分納得させるだけの根拠は見出せない。また、国保には所得捕捉やソフトバジェット問題等の課題があり、安易な財政調整はかえって被用者保険との公平を損ないかねない。

(2) 財源政策に対する法学的・経済学的示唆

法学的には、保険料と税の異同について租税法律主義の適用の有無が重要である。旭川訴訟最高裁判決が判示するように、拠出と給付を受けうる地位との対応（けん連性）が保険料の本質的要素である。保険料のうち保険者外への拠出に充てられる、けん連性の希薄な負担（特定保険料）は租税的性格を帯びる。最高裁が保険料の決定を租税法律主義の直接適用外とした理由としては、保険料の使途が保険事業に限定されていることのほか、保険料の決定に十分な民主的統制が及んでいることが挙げられるが、特定保険料は租税的性格を帯びているため、より厳格な民主的統制が求められる。しかし、支援金や納付金の係数は政省令で決められ、保険者はこれらの係数の決定に関与できないため、民主的統制が及んでいない。

経済学的観点からは、租税原則に照らして、制度・保険者の枠組みを超えた再分配の原資としての保険料（特に特定保険料）と税を比較すると、公平性・効率性ともに保険料は税に劣後する。また、税のなかでは、垂直的公平性は所得税が優れているが、水平的公平性や世代間の公平性、効率性や徴収の容易性からは消費税が優れている。所得税については、手厚い所得控除等による再分配効果の低下に対する批判が多い。特に年金税制の歪みは、税法上の「所得」を歪めることを通じて、医療保険制度内においても、保険料・自己負担の世代間・世代内不公平を助長しているため、早急な見直しが必要である。

第5章 負担の公平に関する定量分析

急速に少子高齢化が進むなか、人口バランスの変化が世代間の不公平を拡大している。本章ではその世代間格差の拡大を定量的に示すため、シミュレーションを行う。第1節では、世代間の負担と給付の不均衡を定量的に把握する世代会計を医療保険について行っている。第2節では、後期高齢者支援金の総報酬割が現役世代の負担についてどのような変化をもたらすかを試算している。

1. 医療保険に関する世代別の給付・負担の現状把握・シミュレーション分析

(1) 分析の概要

①基本的な考え方と分析の対象範囲

Auerbach et al. (1991) で提案された世代会計モデルの考え方を援用して、医療保険・介護保険に関する簡易世代会計モデルを構築し、世代別の受益・負担構造の現状把握とシミュレーション分析を行う（介護保険については補論に掲載）。世代会計モデルとは、税・社会保険料といった負担と、社会保障等の給付の構造を世代別に生涯を通じて推計を行い、世代別の受益・負担構造と世代間格差を示す分析ツールである。

分析の対象範囲を示したものが下表である。個人が受益する給付としては、医療給付や介護給付が分析対象に含まれる。負担については、まず社会保険料負担が分析対象に含まれる。協会けんぽや国保等には公費が投入されているが、公費によって保険料負担が軽減される形になるため、分析対象に事実上含まれている。一方、所得税や消費税といった税収が、国保や後期高齢者医療制度等に投入される公費の原資となっており、こうした税収も最終的には個人の負担となる。しかし、本章の分析では税負担については、分析対象から除外している。また、医療や介護の自己負担分についても分析対象外となっている。

なお、事業主負担分については、前章（第3節（2）②参照）における検討結果を踏まえたうえで、全額が被保険者に帰着すると仮定して計算を行った。

図表 27 分析の対象範囲

項目		具体例	対象範囲
給付	社会保障給付	医療給付、介護給付	分析対象
負担	社会保険料負担	医療保険料、介護保険料	分析対象
	公費負担	協会けんぽや国保等に対する公費	分析対象※
	税負担	所得税、消費税等	分析対象外
	自己負担	医療や介護の自己負担	分析対象外

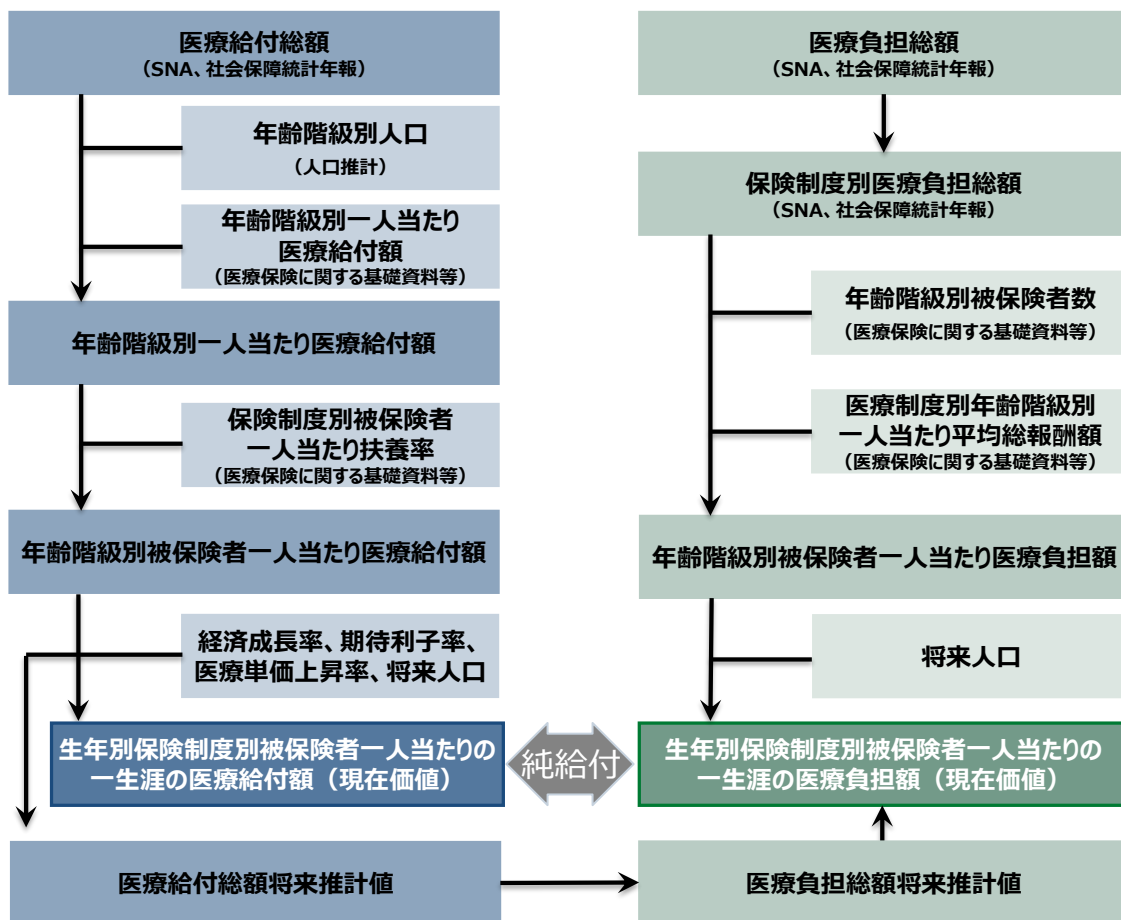
(※) 公費によって保険料負担が軽減されるため、分析対象に事実上含まれている。

②推計フロー

医療の給付と負担に関するフローチャートを示したものが次の図表である。給付の過去の値については、まずマクロの医療給付総額から年齢階級別の1人当たり給付額を算出している。社会保障給付は被保険者本人だけではなく、被扶養者も受給することができる（例えば、被用者保険に保険料を納めている被保険者本人だけではなく、被扶養者である家族も医療給付を受けることができる）が、今回の推計では、被扶養者の給付分はすべて被保険者が受給していると仮定して帰属計算を行っている。保険制度別の被保険者1人当たりの扶養率を算出することで、年齢階級別被保険者1人当たり医療給付額（被扶養者の医療給付分の帰属計算後）を計算することができる。将来の医療給付については、経済成長率、期待利子率、医療単価（1人当たり医療費）上昇率、将来人口を用いて推計している。推計された被保険者1人当たりの医療給付額を2015年現在価値に換算したうえで一生涯分を足しあげることによって、生年別被保険者1人当たりの一生涯の医療給付額を算出することができる。

医療の負担（高齢者医療制度への拠出金等を含む保険料負担を指し、以下、「保険料」という）の過去の値については、マクロの医療負担総額から保険制度別医療負担総額を得、年齢階級別被保険者数と1人当たり平均総報酬額を用いて、年齢階級別被保険者1人当たり医療負担額を算出する。将来の医療負担額については、推計された将来の医療給付総額から保険料で負担する分を算出し、将来人口・被保険者数で除することで1人当たりの負担額を算出している。推計された被保険者1人当たりの医療負担額を2015年現在価値に変換したうえで一生涯分を足しあげることによって、生年別被保険者1人当たりの一生涯の医療負担額を算出することができる。

図表 28 医療の給付・負担に関する推計のフローチャート



(2) 推計方法

①給付

1) 医療給付総額

医療の給付については、まず国民経済計算と社会保障統計年報から 1955～2015 年度の給付総額を捉えた。この間、68SNA、93SNA、08SNA と 3 つの基準に基づく数値が公表されているが、1970～1979 年度については 68SNA、1980～1993 年度までは 93SNA、1994～2015 年度までは 08SNA の数値をそれぞれ用いた。基準ごとに医療給付額には若干の差異があるものの無視できる大きさであるため、各基準の数値をそのまま用いている。国民経済計算で公表されていない 1955～1969 年度の数値については、社会保障統計年報の医療給付額の数値を用いた。

2) 1 人当たり医療給付

1 人当たりの医療給付は以下のように算出した。

$$\begin{aligned} & \text{1 人当たり医療給付 } jt \\ & = \text{SNA 医療給付総額 } t \\ & \times (\text{1 人当たり医療給付 (厚生労働省) } jt \times \text{人口 } jt) \\ & \div (\sum (\text{1 人当たり医療給付 (厚生労働省) } jt \times \text{人口 } jt)) \\ & \div \text{人口 } jt \end{aligned}$$

この式で j は年齢階級、 t は年度を表している。「1 人当たり医療給付 (厚生労働省)」は厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」に掲載されている年齢階級別の 1 人当たり医療給付額である (次図参照)。「人口」は総務省「人口推計」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成 24 年 1 月推計)」を用いている。

つまり上記の計算式は、「SNA 医療給付総額」を各年度の年齢階級別の数値に割り振ったうえで、1 人当たりの値に換算していることを意味している。医療給付額については、保険制度による違いはないものと仮定した。

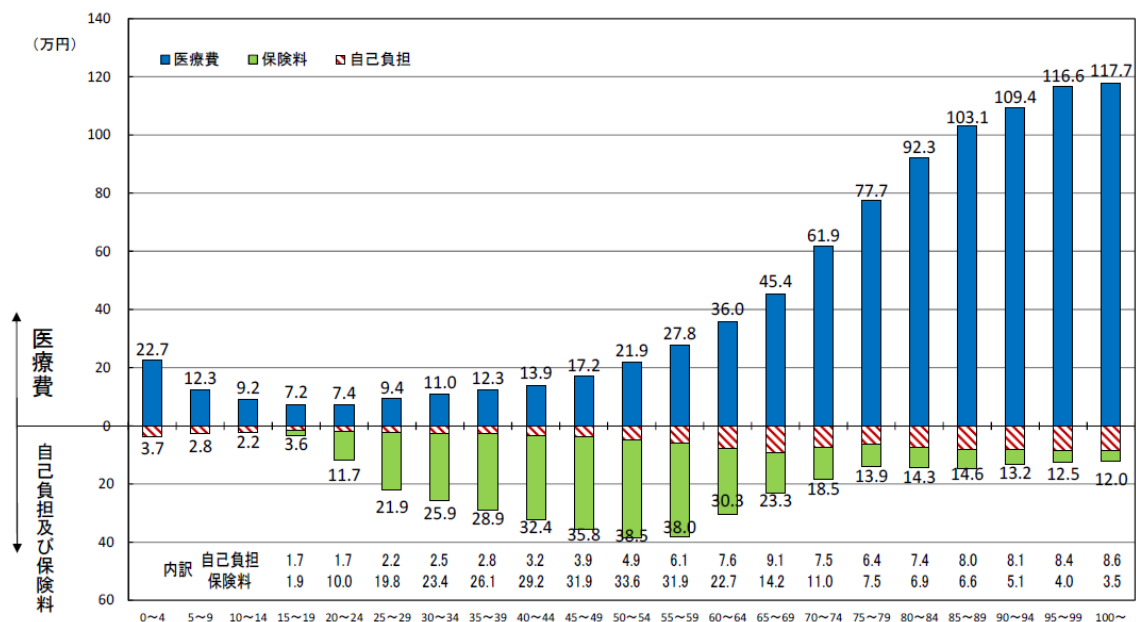
「医療保険に関する基礎資料」には平成 20 年度 (2008 年度) 以降の年齢階級別 1 人当たり医療給付額が掲載されているが、平成 19 年度 (2007 年度) 以前の数値は分からない。そこで 1997～2007 年度については、年齢階級別の 1 人当たり国民医療費の伸び率を用いて遡及計算を行った。1996 年度以前については、年齢階級別の 1 人当たり医療給付額は 1997 年度と同じであると仮定した¹³¹。

将来の年齢階級別の 1 人当たり医療給付額については、社会保障国民会議 (2008 年) の想定に従って、賃金上昇率 2.5% と物価上昇率 1.0% の平均値である 1.75% に、医療の

¹³¹ 年齢階級別 1 人当たり医療給付 (厚生労働省) が一定だと仮定したとしても、SNA 医療給付総額や人口は毎年変動しているため、上記計算式における 1 人当たり医療給付は変動することになる。

高度化による追加的な伸び 1.0%を上乗せした 2.75%で毎年上昇していくものと仮定した。

図表 29 年齢階級別 1 人当たり医療費、自己負担額、保険料（年額）



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料 ～平成 26 年度の医療費等の状況～」

なお、先に述べたとおり、社会保障給付は被保険者本人だけではなく、被扶養者も受給することができる。本推計では、被扶養者の医療給付はすべて被保険者本人が受給していると仮定して帰属計算を行った。具体的には、医療保険制度ごとの年齢階級別被扶養者数を被保険者数合計で除すことによって被保険者 1 人当たりの年齢階級別被扶養率を計算し、年齢階級別被扶養率を年齢階級別 1 人当たり医療費に乗じることによって、帰属計算する被扶養者の医療給付額を算出した。そのため、年齢階級別の 1 人当たり医療給付額は保険制度によらないが、被扶養率が保険制度ごとに異なっているため、結果として 1 人当たりの医療給付額にも若干の差が生じてくる。なお、医療保険制度は、協会けんぽ・船員保険、健保組合、共済組合、国保の 4 制度を考慮した。国保については、被扶養者に関する帰属計算は行っていない。被用者保険（協会けんぽ・船員保険、健保組合、共済組合）については、20 歳から 64 歳まで加入し、65 歳から 74 歳までは国保へ移り、75 歳以降は後期高齢者医療制度へ移る（2007 年度以前については、引き続き国保に留まる）と仮定した。

②負担

1) 医療費負担総額

医療の負担（保険料）については、国民経済計算から 1970～2015 年度の負担総額を

捉えた。医療給付と同様に、68SNA、93SNA、08SNA と 3 つの基準に基づく数値が公表されており、基準ごとに医療負担額には若干の差異があるが、無視できる大きさであるため、各基準の数値をそのまま用いた。国民経済計算で公表されていない 1955～1969 年度の数値については、社会保障給付の合計額の伸び率を用いて遡及推計を行った。

2) 1 人当たり医療負担

被用者保険の 1 人当たりの医療負担は以下のように算出した。

1 人当たり医療負担 ijt

= SNA 医療負担総額 it

× (1 人当たり平均総報酬額 ijt × 被保険者数 ijt)

／ (Σ (1 人当たり平均総報酬額 ijt × 被保険者数 ijt))

／ 被保険者数 ijt

この式で i は保険制度（協会けんぽ・船員保険、健保組合、共済組合）、 j は年齢階級、 t は年度を表している。国保及び後期高齢者医療制度については、SNA 医療負担総額を被保険者総数で割ることで 1 人当たりの負担額を算出している。「1 人当たり平均総報酬額 ijt 」は、厚生労働省「健康保険・船員保険被保険者実態調査」より 2015 年度値を得た。過去の数値については、保険制度別の 1 人当たり平均総報酬額の伸び率で遡及計算を行った。2003 年より総報酬制の導入がなされているが、標準報酬月額の前平均値の推移と平行であると仮定して簡便計算を行った。「被保険者数 ijt 」については、厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」に掲載されている保険制度別年齢階級別の被保険者数を用いた。「医療保険に関する基礎資料」に掲載されている保険制度別年齢階級別の被保険者数の数値は 2006 年度以降のみであるため、2005 年度以前については、全人口に占める各保険制度被保険者数の割合を算出して計算を行った。

給付の計算と同様に、被用者保険については、20 歳から 64 歳まで加入し、65 歳から 74 歳までは国保へ移り、75 歳以降は後期高齢者医療制度へ移る（2007 年度以前については、引き続き国保に留まる）と仮定した¹³²。なお、1 人当たり医療負担については、事業主負担と家計負担を分けて計算している。

将来の年齢階級別の 1 人当たり医療負担額については、将来の医療給付総額の上昇と将来人口を加味して、1 人当たり負担額が変化していくと仮定して推計した。医療負担額の配分は 2015 年度現在の制度に基づいており、後期高齢者支援金については、

¹³² 平成 26 年度では、65～74 歳の前期高齢者のうち、被用者保険被保険者数は 186.4 万人、国保被保険者数は 1273.9 万人（国保組合を含む）となっている。今回の推計では、前期高齢者はすべて国保に移ると仮定しているが、それによって事業主負担を含めた医療負担額が小さくなるため、全体としては負担額が過少推計されていることには留意が必要である。

1/2 総報酬割を前提としている¹³³。

③現在価値換算

医療の給付と負担については、以下の方法によって、すべて2015年度の現在価値に換算している。現在価値化の方法は以下のとおりである。

はじめに、各年度の医療の給付と負担を2015年度を100としたGDPデフレーターで実質化した。次に、各年の1年物預金金利（銀行定期預金、1千万円以上）から消費者物価指数（中分類・総合）上昇率を差し引くことで実質金利を算出し、過去の給付と負担を割増計算して、2015年度現在価値を計算している。

将来の給付と負担については、1人当たりの経済成長率を2.0%、期待利子率を4.0%と仮定し、割引現在価値評価を行っている。

④一生涯における給付と負担の総額

以上で計算された医療の給付と負担の金額を、各世代について一生涯分足しあげることによって、一生涯における給付と負担の総額を算出した。給付と負担は、保険制度別（協会けんぽ・船員保険、健保組合、共済組合、国保）に集計を行った。

¹³³ ただし、後期高齢者支援金は2016年度に2/3総報酬割、2017年度に全面総報酬割に移行することから、特に若年世代の生涯負担に影響を及ぼすことが想定される。

(3) 推計結果

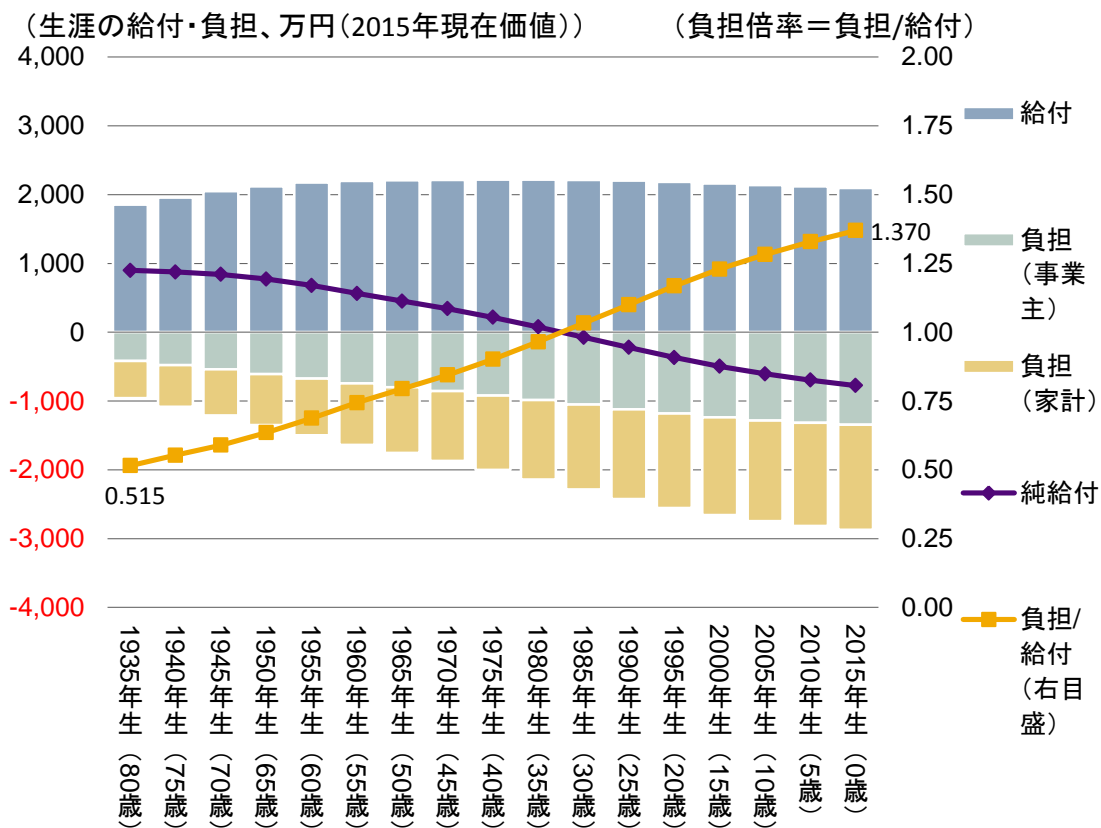
①協会けんぽ・船員保険

協会けんぽ・船員保険の推計結果を示したものが図表 30 である。1935 年生まれ（2015 年現在で 80 歳）の世代から 2015 年生まれ（同 0 歳）の世代までの給付と負担を算出している。

推計結果をみると高齢世代ほど給付が大きい反面、負担は小さく、純給付（＝給付－負担（事業主）－負担（家計））が大きくなっていることが分かる。概ね 1985 年生まれにおいて給付と負担が均衡している。2015 年生まれについては、純給付が約－780 万円ほどであり、全体として負担超過となっている。負担を給付で除すことで負担倍率を求めると、1935 年生まれで 0.515 倍である（給付総額の半分ほどしか負担していない）のに対して、2015 年生まれでは 1.370 倍（給付の 40% 近く余計に負担している）となる。

こうした給付と負担の世代間格差が生じる大きな理由は、高齢者医療費の増加に伴う財政移転の増加である。世代別の給付については、世代間の格差はあまり大きくないが、負担は若年世代ほど大きくなっている。高齢化の進展に伴って、前期高齢者納付金や後期高齢者支援金が増加しており、それが若年世代の保険料負担の増加に影響を与えている。ただし、後期高齢者支援金については、総報酬割の導入が負担の抑制に働いていると考えられる。

図表 30 医療に関する生涯給付・負担（協会けんぽ・船員保険）



②健保組合

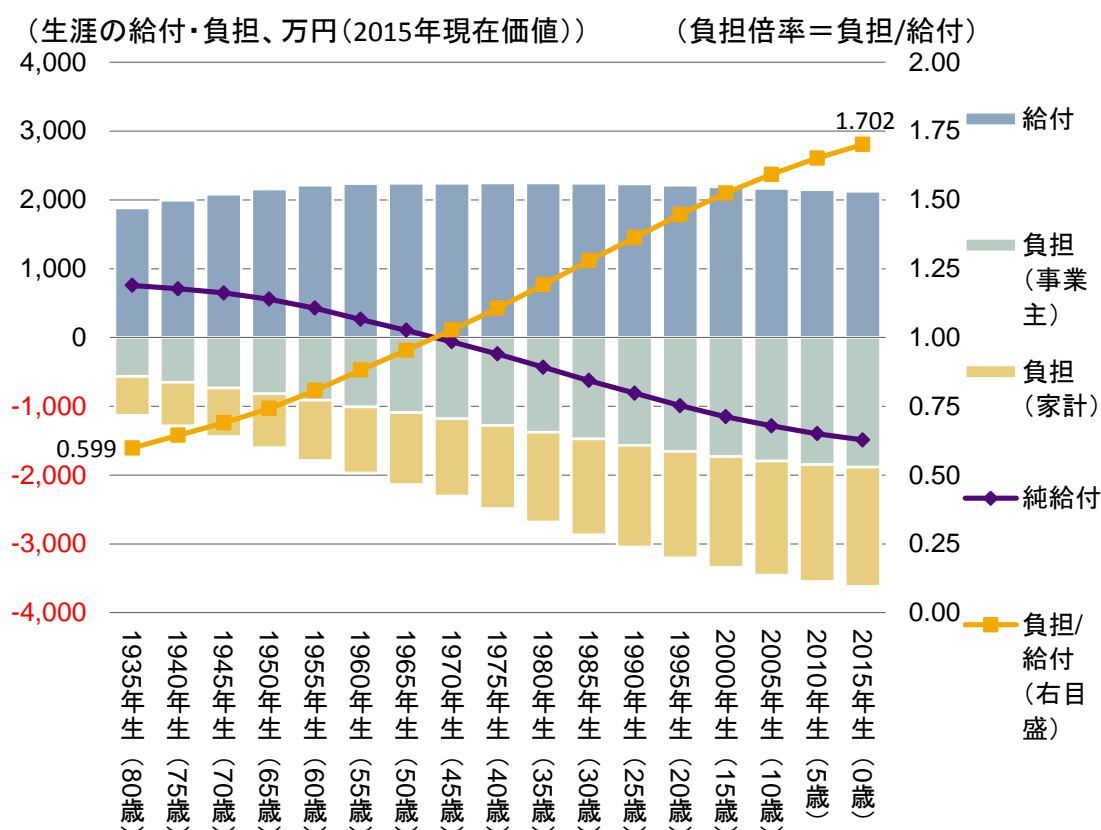
健保組合の推計結果を示したものが図表 31 である。

推計結果をみると、協会けんぽ・船員保険と比較して全体として負担水準が高いことが分かる。この原因は、協会けんぽ・船員保険への国庫補助によって、協会けんぽ・船員保険の保険料負担が事実上軽減されているためである。給付と負担が均衡するのは概ね 1970 年生まれであり、それ以降の世代は負担超過となっている。2015 年生まれについては、純給付が約 -1,500 万円ほどであり、協会けんぽ・船員保険と比べると倍近い負担水準となっている。

負担倍率をみると、1935 年生まれで 0.599 倍であり、2015 年生まれでは 1.702 倍となる。いずれの世代でも協会けんぽ・船員保険と比較して負担が重くなっている。

こうした給付と負担の世代間格差が生じる大きな理由は、前述のとおり、高齢者医療費の増加に伴う前期高齢者納付金・後期高齢者支援金の増加である。さらに、後期支援金については、総報酬割の導入が負担増に働いていると考えられる。

図表 31 医療に関する生涯給付・負担（健保組合）



③共済組合

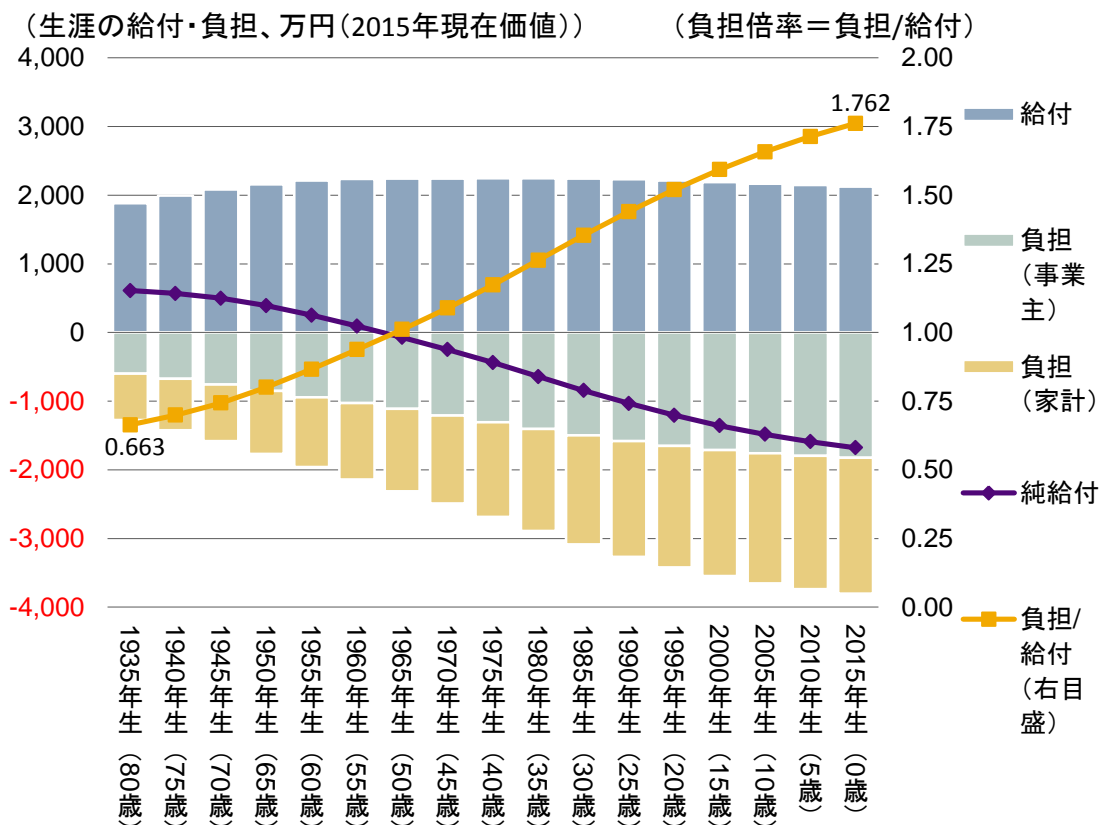
共済組合の推計結果を示したものが図表 32 である。

推計結果をみると、世代別の影響及び水準は健保組合とほぼ同水準である。給付と負担が均衡するのは概ね 1965 年生まれであり、それ以降の世代は負担超過となっている。1935 年生まれでは純給付が約 +600 万円、2015 年生まれについては、純給付が約 -1,700 万円ほどである。

負担倍率をみると、1935 年生まれで 0.663 倍であり、2015 年生まれでは 1.762 倍となる。

こうした給付と負担の世代間格差が生じる大きな理由は、前述のとおり、高齢者医療費の増加に伴う前期高齢者納付金・後期高齢者支援金の増加である。さらに、後期支援金については、総報酬割の導入が負担増に働いていると考えられる。

図表 32 医療に関する生涯給付・負担（共済組合）



④国保

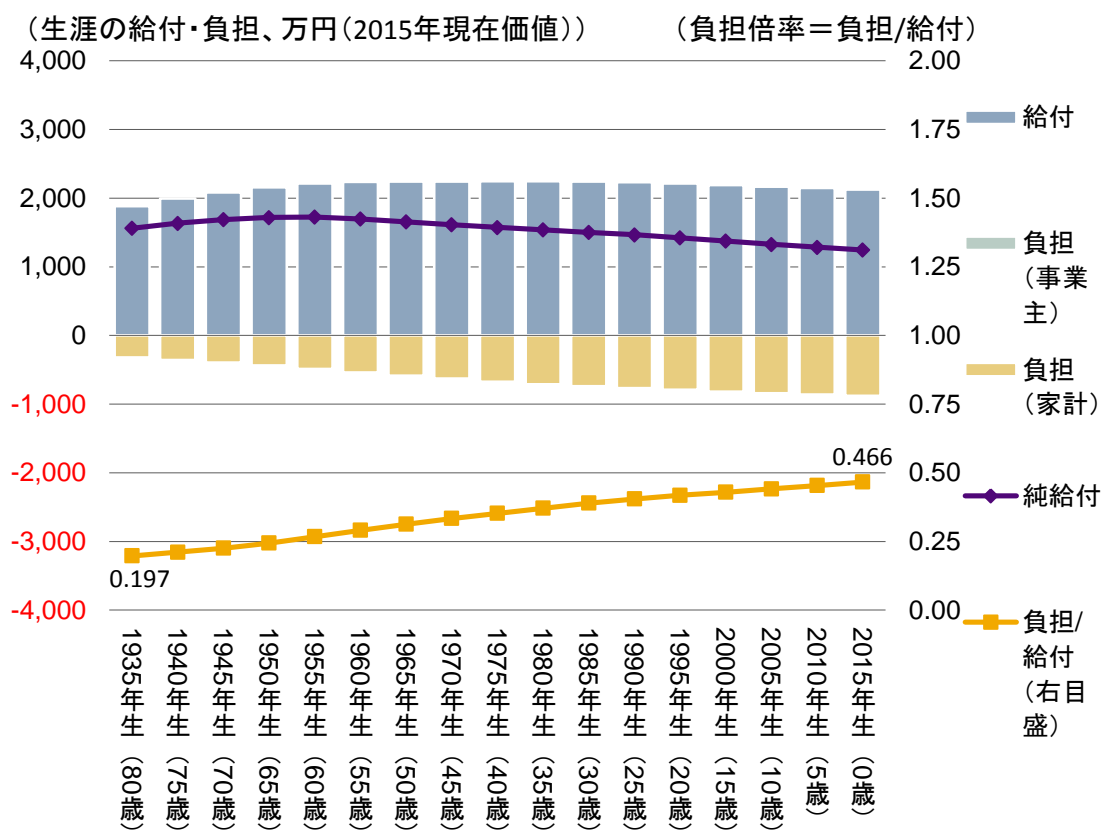
国保の推計結果を示したものが図表 33 である。

推計結果をみると、すべての世代で純給付がプラスになっている。1935 年生まれでは純給付が約+1,500 万円、2015 年生まれについては、純給付が約+1,200 万円となっている。

負担倍率をみると、1935 年生まれで 0.197 倍であり、2015 年生まれでは 0.466 倍となる。

国保の場合、公費負担や被用者保険からの財政移転（前期高齢者交付金）があるため、負担に比して給付が多く、被用者保険に比べ負担倍率が低くなっている。

図表 33 医療に関する生涯給付・負担（国保）



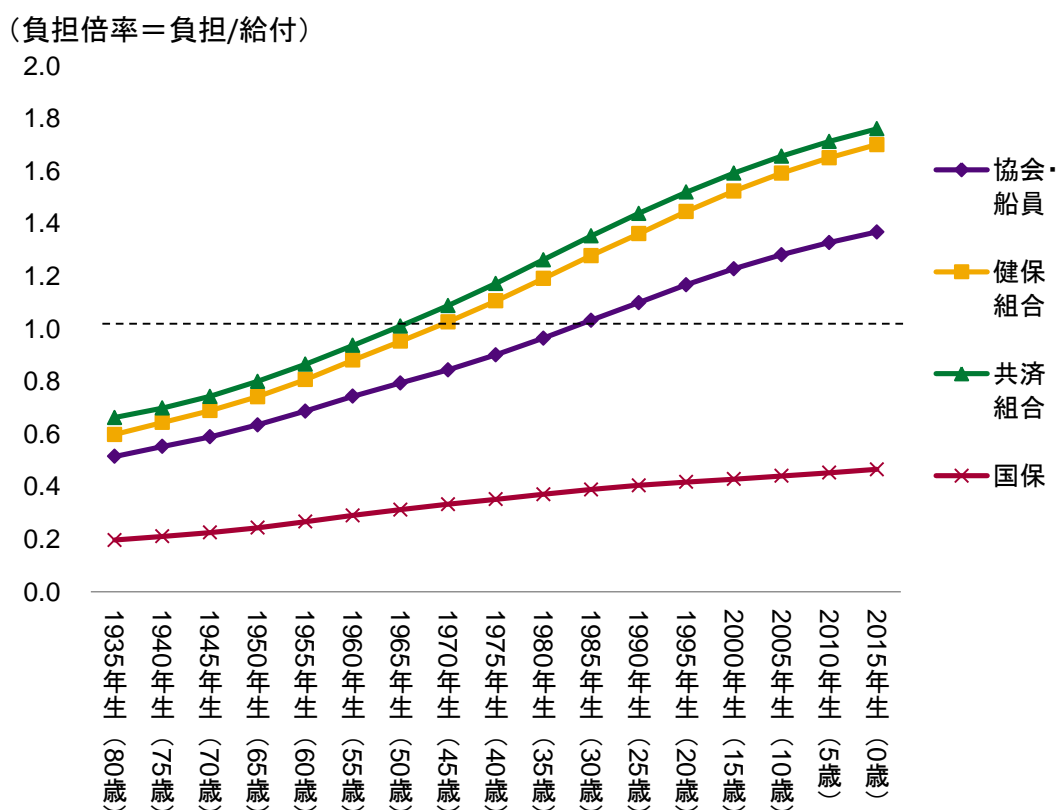
⑤保険制度別比較

医療保険制度別の負担倍率を比較したものが図表 34 である。1.0 倍を超えている制度・世代は、給付よりも負担が大きいことを示している。

全体として、健保組合と共済組合は負担倍率が高いことが分かる。次いで、協会けんぽ・船員保険の負担倍率が高く、最も負担倍率が低いのが国保となっている。

被用者保険の負担倍率が高く国保の負担倍率が低いのは、前述のとおり、国保の場合、公費負担や被用者保険からの財政移転（前期高齢者交付金）があるため、負担に比して給付が多いからである。高齢化の進展に伴って、今後は被用者保険からの財政移転が一層増加することが予想されるが、負担倍率でみると、被用者保険と国保の格差は若年世代になるほどますます拡大していくことになる。さらに、後期高齢者支援金の総報酬割の進展により、健保組合・共済組合と協会けんぽの間でも格差が拡大することが想定される。

図表 34 医療保険制度別の負担/給付倍率



(4) 分析結果のまとめ

医療の世代別・保険制度別の給付と負担を把握するためのモデルを構築し、給付と負担の世代間・制度間格差について分析を行った。分析結果をまとめると以下のとおりである。

第1に、医療の給付と負担の世代間格差は非常に巨額になっている。例えば、健保組合の医療給付・負担の場合、1935年生まれ（2015年現在で80歳）と2015年生まれ（同0歳）を比較すると、一生涯で1,600万円以上の世代間格差が生じている。負担／給付による負担倍率でも、1935年生まれは受給分の半分程度しか負担をしていないのに対して、2015年生まれは受給分の1.7倍程度の負担をしている。今回の分析では税負担分を加味していないが、税負担分を加味すると世代間格差はさらに大きくなると考えられる。こうした給付と負担の世代間格差が生じる大きな理由は、高齢者医療費の増加に伴う財政移転の増加である。高齢化の進展に伴って、前期高齢者納付金や後期高齢者支援金が増加しており、それが若年世代の保険料負担の増加に大きな影響を与えている。

第2に、医療の給付と負担の格差は保険制度間でみても大きい。2015年生まれ世代でみると、健保組合や共済組合の負担倍率が1.7倍程度であるのに対して、協会けんぽ・船員保険は約1.4倍、国保は約0.5倍に留まっている。原因は投入されている公費の規模の差と財政移転である。協会けんぽの場合、国庫補助があることによって保険料負担が軽減されている。国保の場合も、公費負担や被用者保険からの財政移転（前期高齢者交付金）があるため、負担に比して給付が多い。こうした制度間格差は、高齢化の進展による財政移転の増大によって、若年世代ほど拡大していくことになる。

2. 後期高齢者支援金の総報酬割に関するシミュレーション分析

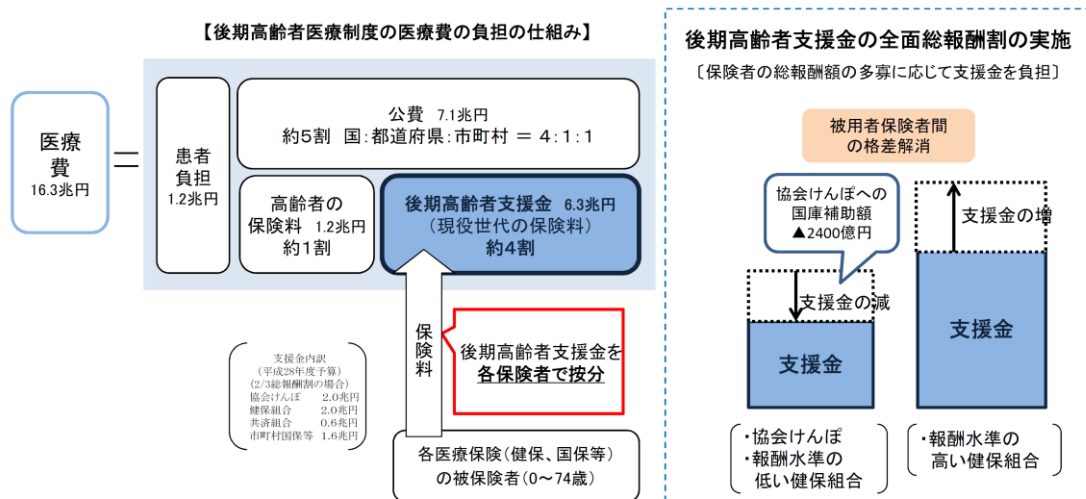
(1) 後期高齢者支援金の概要

後期高齢者医療制度の給付費のうち約4割は現役世代が加入する各保険者からの拠出（後期高齢者支援金）によって賄われることとされている。支援金額について制度創設当初は、国保と被用者保険の所得捕捉率の違い等の問題から、各保険者に加入している0～74歳の人数で按分することとされたが（加入者割）、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなるため、「負担能力に応じた負担」として平成22年度より、被用者保険制度内においては各保険者の総報酬額で按分する総報酬割が導入された（当初は1/3、平成27年度1/2、平成28年度2/3、平成29年度から全面総報酬割）。これに伴い、財政力の弱い協会けんぽへの支援として投入されていた国庫補助は召し上げられることになる。

図表 35 後期高齢者支援金の総報酬割の概要

高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、**総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施**
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す



(出所) 社会保障審議会介護保険部会資料(平成28年8月19日)

（２）試算の前提条件

厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」（以下、「基礎資料」という）及び健保組合の平成 26 年度決算見込みデータ（以下、「決算見込みデータ」という）を用い、平成 26 年度の後期高齢者支援金の総報酬割の割合を変化させた場合、変更前（1/3 総報酬割）と比較して、健保組合の負担がどのように変化するのか試算した¹³⁴。計算に用いた数値（平成 26 年度）は次の表のとおりである。

図表 36 計算に用いた数値

	健保組合	協会けんぽ	共済組合	船員保険	国保
後期高齢者支援金額	15,419 億円	17,199 億円	4,816 億円	62 億円	18,490 億円
加入者数	2,920 万人	3,608 万人	881 万人	13 万人	3,658 万人
総報酬額	855,685 億円	775,522 億円	283,882 億円	3,100 億円	11,619 億円*

（注 1）国保の総報酬額は、国保組合分のみの数値である（国保組合の加入者数は 293 万人）。

（注 2）後期高齢者支援金額は、前期高齢者に係る後期高齢者支援金についての財政調整分を含まない。

（注 3）全国土木建築国保組合は後期高齢者支援金の「被用者保険等保険者」に含まれる。

（出所）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成 26 年度の医療費等の状況～」（平成 28 年 12 月）

なお、本試算で対象としているのは、当該年度の後期高齢者の医療給付費を賄うために必要となる支援金額である。実際の支援金額には、事務費に充てるための費用や前年度の精算分等も含まれることから、本試算における支援金額とは多少異なる。

以下では、「基礎資料」で与えられる後期高齢者支援金額や制度別加入者数、総報酬額等の数値から、まず健保組合全体での支援金額を推計し、これを、「決算見込みデータ」で示される各健保組合の総報酬額や加入者数を用いて、1/3 総報酬割時における各健保組合の支援金額にブレイクダウンした。次に、総報酬割の割合を、1/2 総報酬割、2/3 総報酬割、全面総報酬割へと増加させた場合に、各ケースでの被用者保険及び各健保組合の負担の変化について試算した。

¹³⁴ 各制度の決算（または決算見込み）の最新値は平成 26 年度であるため、本試算では、平成 26 年度決算（または決算見込み）値をもとに、総報酬割の割合を変化させた場合の負担の変化を試算した。なお、本試算では計算の簡便化のため、「総報酬割を進め負担が増大しても、その分労働分配率が上昇する」ことを前提としている（政府も同様の前提に立って試算を行っている）が、実際には企業は、事業主負担の増大を雇用や賃金に何らかの形で転嫁する可能性が指摘されている（第 4 章第 3 節（2）②参照）。

(3) 被用者保険間の負担の変化

試算の結果、被用者保険間の負担（後期高齢者支援金及び後期高齢者支援金に係る所要保険料率）の変化は次の表のとおりとなった。

各ケースとも、協会けんぽの所要保険料率は低下するが、健保組合と共済組合は所要保険料率が増加する。健保組合では、全面総報酬割の場合、1/3 総報酬割に比べ、1.80%から 1.96%へと 0.16 ポイント増加する。所要保険料率が最も増加するのは共済組合であり、1.70%から 1.96%へと 0.26 ポイント増加する。

図表 37 被用者保険間の負担の変化

		健保組合	協会けんぽ	(うち国庫補助)	共済組合
1/3 総報酬割	後期支援金額	15,419 億円	17,199 億円	1,993 億円	4,816 億円
	所要保険料率	1.80%	2.22%	0.26%	1.70%
1/2 総報酬割	後期支援金額	15,742 億円	16,696 億円	1,495 億円	5,001 億円
	1/3 総報酬割との差	+323 億円	-503 億円	-498 億円	+185 億円
	所要保険料率	1.84%	2.15%	0.19%	1.76%
	1/3 総報酬割との差	+0.04pp	-0.06pp	-0.06pp	+0.07pp
2/3 総報酬割	後期支援金額	16,071 億円	16,185 億円	997 億円	5,184 億円
	1/3 総報酬割との差	+652 億円	-1,014 億円	-1,014 億円	+368 億円
	所要保険料率	1.88%	2.09%	0.13%	1.83%
	1/3 総報酬割との差	+0.08pp	-0.13pp	-0.13pp	+0.13pp
全面総報酬割	後期支援金額	16,730 億円	15,163 億円	0 円	5,550 億円
	1/3 総報酬割との差	+1,311 億円	-2,036 億円	-1,993 億円	+734 億円
	所要保険料率	1.96%	1.96%	0.00%	1.96%
	1/3 総報酬割との差	+0.16pp	-0.26pp	-0.26pp	+0.26pp

(注 1) 所要保険料率は後期高齢者支援金額を総報酬額で割った率である。

(注 2) 協会けんぽの後期高齢者支援金のうち加入者割部分には 16.4%の国庫補助が入る。

(注 3) 支援金額の増減額の和がゼロにならないのは、船員保険や全国土木建築国保組合の増減額分が存在するためである。

(4) 健保組合の負担の変化

1/3 総報酬割での所要保険料率との比較でみると、1/2 総報酬割、2/3 総報酬割、全面総報酬割の全ケースとも、7 割弱の 976 組合で負担増となり、3 割強の 433 組合で負担減となる。

なお、1/3 総報酬割から 1/2 総報酬割への変更で負担が減少する組合は、2/3 総報酬割、全面総報酬割へと総報酬割の割合が高まるにつれ、負担減少幅が大きくなる。逆に負担増となった組合は、さらに負担が増加する結果となった。

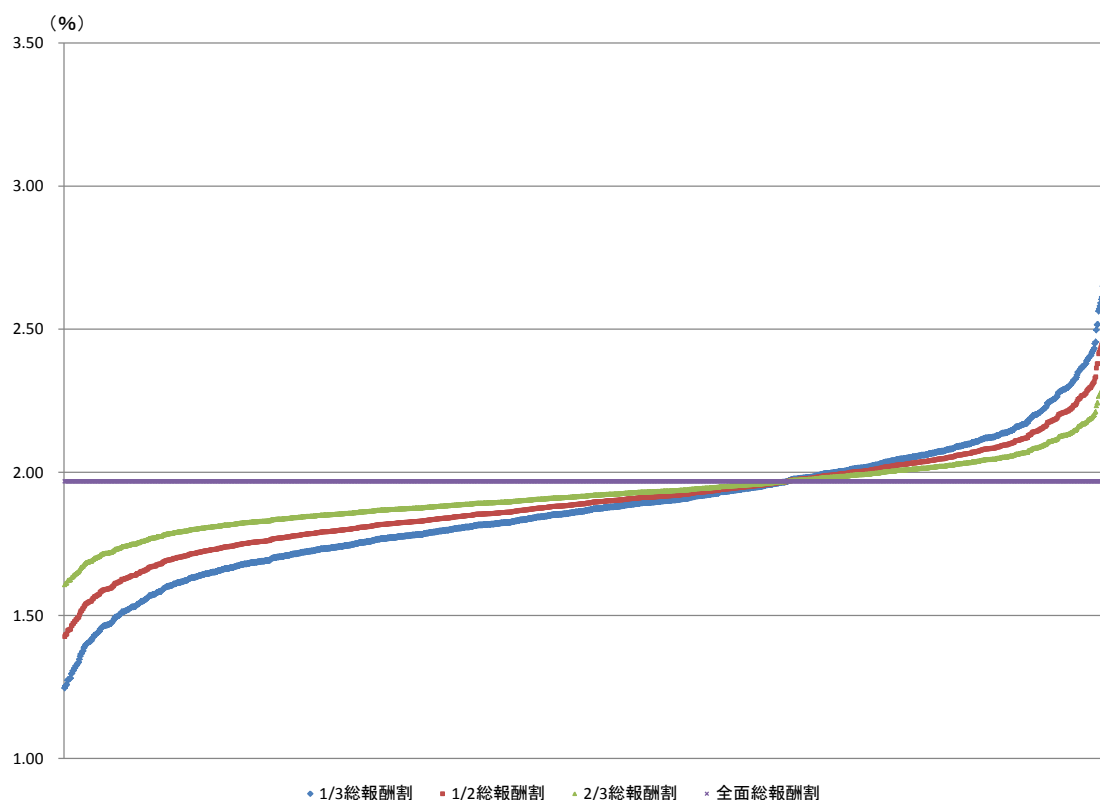
図表 38 総報酬割各ケース別健保組合の負担の変化

【1/3 総報酬割との比較】

	1/2総報酬割		2/3総報酬割		全面総報酬割	
	組合数	割合	組合数	割合	組合数	割合
負担増	976	69.3%	976	69.3%	976	69.3%
負担減	433	30.7%	433	30.7%	433	30.7%

図表 39 後期高齢者支援金に係る所要保険料率の分布の変化

(1,409 組合の保険料率を左から低い順にプロット)



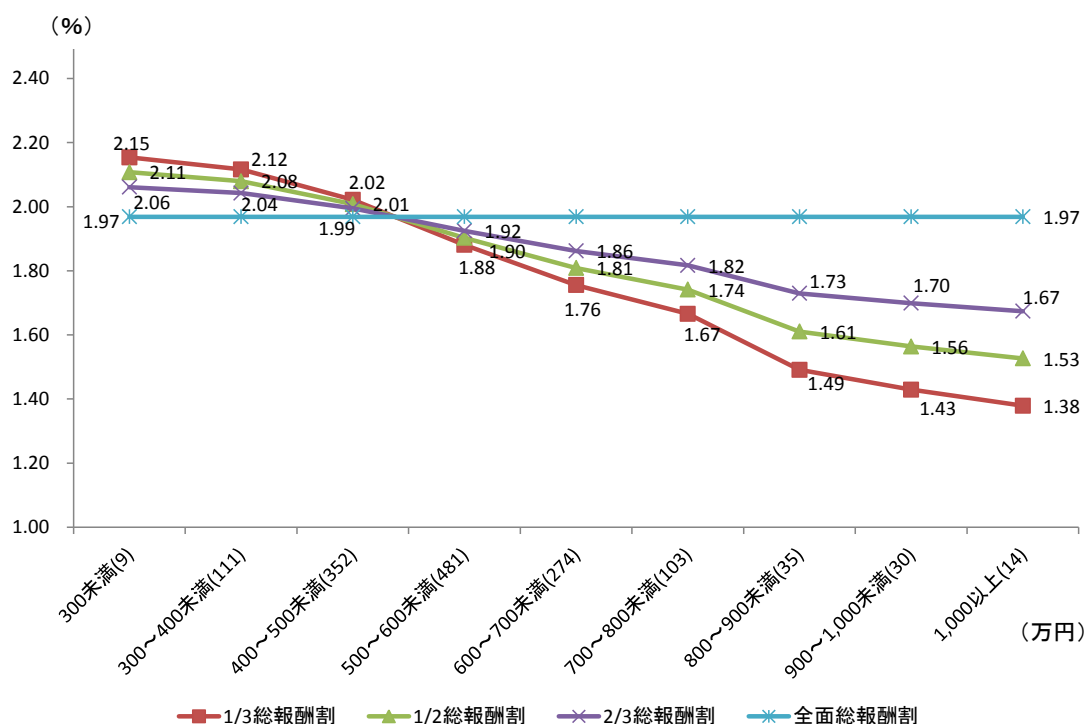
(5) 健保組合の属性別負担の変化¹³⁵

①被保険者1人当たり総報酬額別所要保険料率の変化

1/3総報酬割から全面総報酬割への移行により、被保険者1人当たり総報酬額約500万円を境に、負担増減が分かれる結果となった。1人当たり総報酬額500万円未満の組合では負担は減少するが、500万円以上では負担が増加する。

1人当たり総報酬額が300万円未満の組合では、1/3総報酬割時に比べ、全面総報酬割時の所要保険料率は0.18ポイント低下する。一方、被保険者1人当たり総報酬額が600万円～700万円未満の組合では0.21ポイントの増加となる。さらに、700万円～800万円未満の組合では0.30ポイント、800万円～900万円未満の組合では0.48ポイント、900万円～1,000万円未満の組合では0.54ポイント、1,000万円以上の組合では0.59ポイントの負担増となる。

図表40 被保険者1人当たり総報酬額別所要保険料率の変化



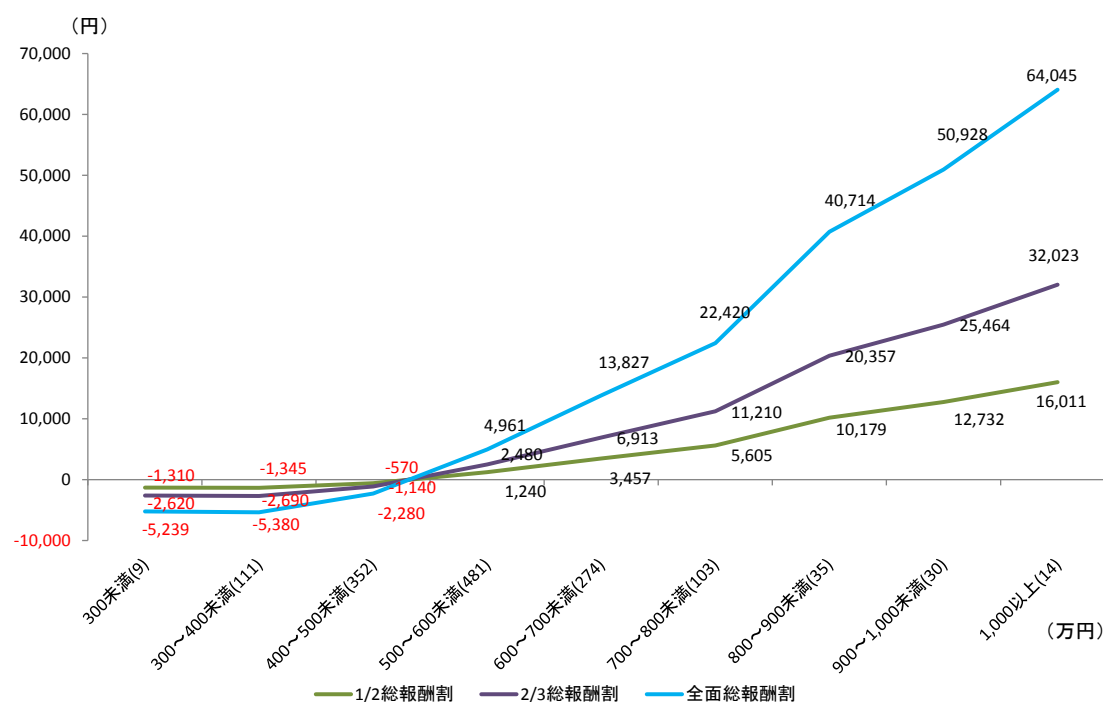
(注) かつこ内は組合数。

¹³⁵ 本項では、総報酬額については、各健保組合の平成26年度決算見込みデータを用いている。これを利用すると、全面総報酬割を導入した場合の所要保険料率は1.97%と試算される。これに対して、前項までの試算は厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成26年度の医療費等の状況～」で与えられる総報酬額を用いている。この場合、全面総報酬割を導入した場合の所要保険料率は1.96%と試算される。両者の試算結果での0.01ポイントの差は、双方の資料から得られる健保組合の総報酬額の値に若干の差異があるためである。

総報酬割の拡大による被保険者 1 人当たりの後期高齢者支援金額の増減をみると、全面総報酬割時は、1/3 総報酬割時と比べ、被保険者 1 人当たりの総報酬額が 300 万円未満の組合では、1 人当たり 5 千円程度の減額となるのに対して、600 万円～700 万円未満の組合では約 1 万 4 千円、700 万円～800 万円未満の組合では約 2 万 2 千円、800 万円～900 万円未満の組合では約 4 万 1 千円、900 万円～1,000 万円未満の組合では約 5 万 1 千円、1,000 万円以上の組合では約 6 万 4 千円の負担増となる。

なお、全面総報酬割への移行に伴う後期高齢者支援金額の増減を被保険者数ベース（平成 26 年度決算見込みを使用）でみると、1/3 総報酬割時に比べ、増額となるのが 1,084 万人（68.9%）、減額となるのが 490 万人（31.1%）となった。

図表 41 被保険者 1 人当たり総報酬額別後期高齢者支援金増減額
（1/3 総報酬割との比較）




(注) カッコ内は組合数。

全面総報酬割は、総報酬額が大きい組合での負担の増加がとりわけ大きい。負担増が大きい 10 組合では、負担減が大きい 10 組合の減少額の約 2 倍規模の負担増額となる。

このように、健保組合全体で見れば、全面総報酬割によって負担増となる組合は、負担減となる組合の倍以上あり（図表 38）、なおかつ、後者の負担軽減額に対して前者の負担増加額が非常に大きいと言える。

図表 42 後期高齢者支援金に関する負担の変化（上位 10 組合・下位 10 組合¹³⁶）

1/3総報酬割			
所要保険料率(%)	被保険者1人当たり後期高齢者支援金額(円)	被保険者1人当たり1/3総報酬割からの増減額(円)	
・上位10組合平均値(上段)	・上位10組合平均値(上段)	・上位10組合平均値(上段)	
・下位10組合平均値(下段)	・下位10組合平均値(下段)	・下位10組合平均値(下段)	
上位10組合	2.79	159,281	—
下位10組合	1.27	54,488	—



1/2総報酬割			
所要保険料率(%)	被保険者1人当たり後期高齢者支援金額(円)	被保険者1人当たり1/2総報酬割からの増減額(円)	
・上位10組合平均値(上段)	・上位10組合平均値(上段)	・上位10組合平均値(上段)	
・下位10組合平均値(下段)	・下位10組合平均値(下段)	・下位10組合平均値(下段)	
上位10組合	2.58	169,724	18,572
下位10組合	1.44	55,729	-8,796

2/3総報酬割			
所要保険料率(%)	被保険者1人当たり後期高齢者支援金額(円)	被保険者1人当たり2/3総報酬割からの増減額(円)	
・上位10組合平均値(上段)	・上位10組合平均値(上段)	・上位10組合平均値(上段)	
・下位10組合平均値(下段)	・下位10組合平均値(下段)	・下位10組合平均値(下段)	
上位10組合	2.38	183,608	37,145
下位10組合	1.62	56,611	-17,591

全面総報酬割			
所要保険料率(%)	被保険者1人当たり後期高齢者支援金額(円)	被保険者1人当たり全面総報酬割からの増減額(円)	
・上位10組合平均値(上段)	・上位10組合平均値(上段)	・上位10組合平均値(上段)	
・下位10組合平均値(下段)	・下位10組合平均値(下段)	・下位10組合平均値(下段)	
上位10組合	1.97	217,110	74,290
下位10組合	1.97	56,711	-35,183

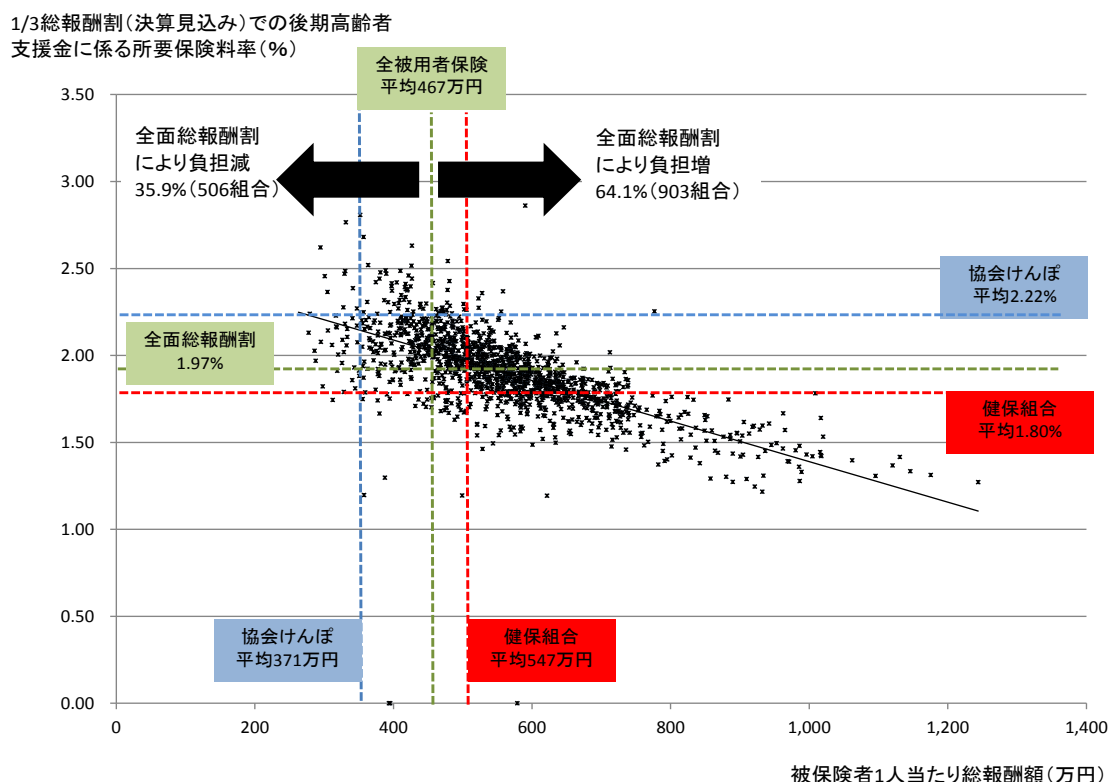
¹³⁶ この図表での「上位 10 組合」、「下位 10 組合」とは、所要保険料率（左列）、被保険者 1 人当たり後期高齢者支援金額（中列）、被保険者 1 人当たり後期高齢者支援金額の 1/3 総報酬割からの増減額（右列）の各項目における上位・下位 10 組合を指しており、構成する組合はそれぞれの項目で異なる。

次に、事務費や過年度精算分が含まれる「決算見込みデータ」を用いて、被保険者 1 人当たり総報酬額と後期高齢者支援金に係る所要保険料率の関係をみることで、各健保組合が実際に直面する負担の変化を把握する。

これによると、「1 人当たり総報酬額が被用者保険全体の平均（467 万円）以上であり健保組合の平均（547 万円）以下」、かつ「所要保険料率が健保組合の平均（1.80%）以上」といった、相対的に負担が重いと考えられる健保組合は、全面総報酬割の導入により、さらなる負担の増加が想定される。

特に、全面総報酬割導入時の所要保険料率（1.97%）以下の組合（下図のうち緑と赤の点線で囲まれたエリアで示される）は 135 組合（被保険者ベースで 152 万人）で、全 1,409 組合（被保険者 1,574 万人）の 9.6%（同 9.7%）、全面総報酬割で負担増となる 903 組合（同 1,084 万人）の 15.0%（同 14.0%）を占めている¹³⁷。

図表 43 健保組合の被保険者 1 人当たり総報酬額と所要保険料率の関係
(1/3 総報酬割から全面総報酬割へ)

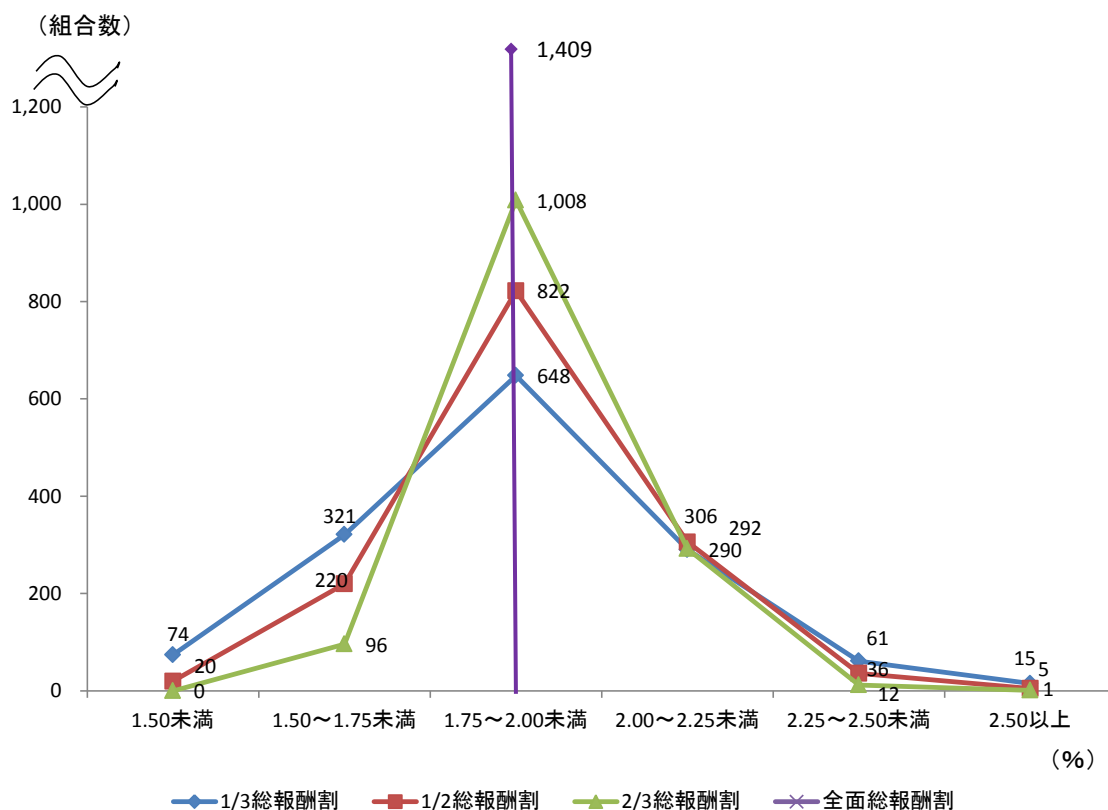


¹³⁷ ここでプロットしているのは、「基礎資料」からブレイクダウンした各健保組合の 1/3 総報酬割時の所要保険料率ではなく、「決算見込みデータ」で示される各健保組合の後期高齢者支援金額（事務費や過年度精算分が含まれている）と総報酬額から算出される所要保険料率である。図表 38 で比較対象としている 1/3 総報酬割時の所要保険料率とは異なる（図表 38 で比較対象としているのは、「基礎資料」からブレイクダウンした各健保組合の 1/3 総報酬割時の所要保険料率である）。

②所要保険料率別組合数の変化

総報酬割が進むにつれ、所要保険料率が1.75%未満の組合及び2.25%以上の組合が減少し、全面総報酬割になると、すべての組合の所要保険料率が1.75～2.00%未満(1.97%)に収斂する。

図表 44 後期高齢者支援金に係る所要保険料率別組合数の変化



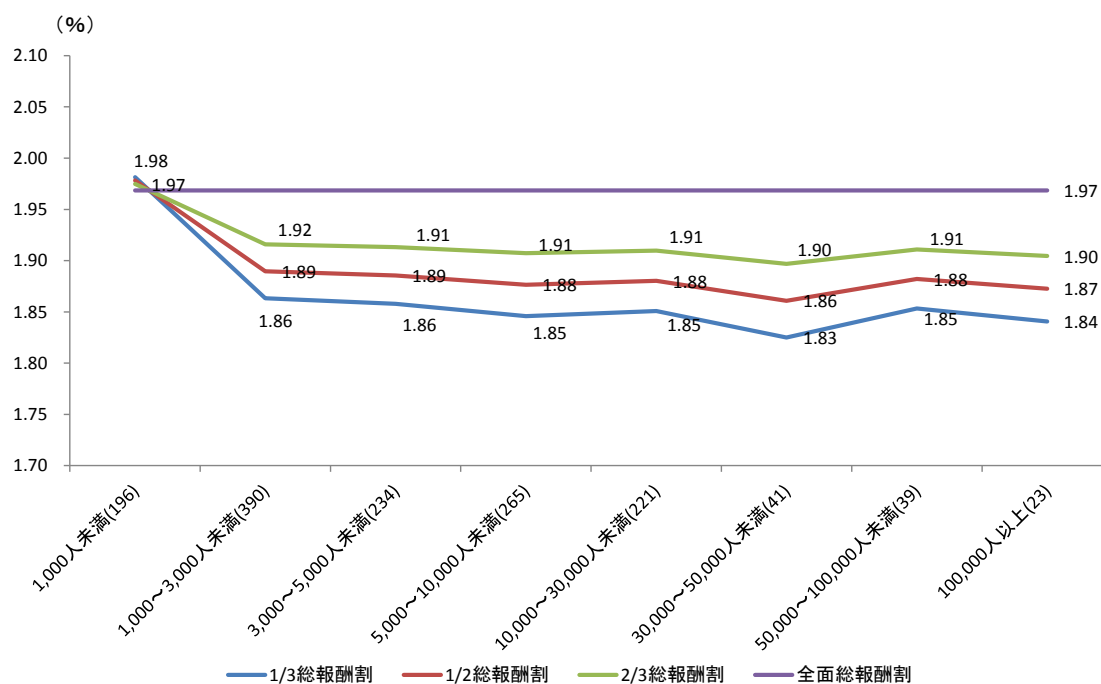
ケース	保険料率 (%)					
	1.50 未満	1.50～1.75 未満	1.75～2.00 未満	2.00～2.25 未満	2.25～2.50 未満	2.50 以上
1/3 総報酬割	74	321	648	290	61	15
1/2 総報酬割	20	220	822	306	36	5
2/3 総報酬割	0	96	1,008	292	12	1
全面総報酬割	0	0	1,409	0	0	0

③組合規模別所要保険料率の変化

いずれのケースでも、被保険者数 1,000 人未満の小規模組合では、他の規模の組合に比べて、後期高齢者支援金に係る所要保険料率がやや高くなっている。それ以外の規模では、組合規模（被保険者数）の相違による所要保険料率には、特に差はみられない。

なお、総報酬割が進むにつれ、いずれの規模の組合でも所要保険料率は上昇する。

図表 45 組合規模別・後期高齢者支援金に係る所要保険料率の変化

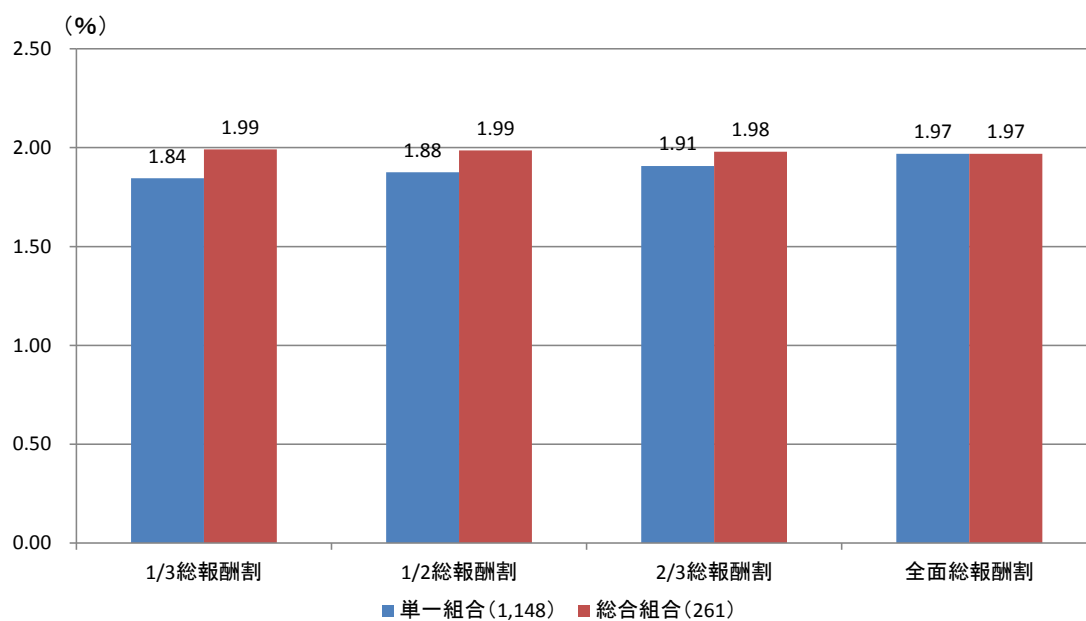


(注) カッコ内は組合数。

④単一・総合組合別所要保険料率の変化

全面総報酬割を除き、いずれのケースにおいても、単一組合よりも総合組合の方が所要保険料率の負担が0.1ポイント程度大きい。1/3総報酬割から全面総報酬割へ移行すると、総合組合の所要保険料率は0.02ポイント低下し、単一組合では0.13ポイントの上昇となる。

図表 46 単一・総合組合別所要保険料率の変化



(注) カッコ内は組合数。

(6) 健保組合の後期高齢者支援金増減の要因分解（平成 23～26 年度）

1/3 総報酬割が継続していた平成 23～26 年度のデータ¹³⁸を用いて、健保組合全体での後期高齢者支援金の対前年増加率を、

- 1) 高齢者 1 人当たり医療給付費要因
- 2) 後期高齢者数要因
- 3) 健保組合の加入者数割合要因
- 4) 被用者保険に占める健保組合の総報酬割合要因
- 5) その他要因

の 5 つの要因に分解し、それぞれの寄与度を求めた。健保組合全体の支援金額は

$$\begin{aligned} & \text{健保組合全体の後期高齢者支援金}^{139} \\ & = \text{後期高齢者 1 人当たり医療給付費} \times \text{後期高齢者数} \times \text{若年者負担割合}^{140} \\ & \quad \times \text{被用者保険加入者数} / \text{医療保険全体加入者数} \\ & \quad \times (2/3 \times \text{健保組合加入者数} / \text{被用者保険加入者数} \\ & \quad \quad + 1/3 \times \text{健保組合総報酬額} / \text{被用者保険総報酬額}) \\ & \quad + \text{その他要因} \end{aligned}$$

として表される。

それぞれの要因の寄与度は、上記式において特定の要因のみを変化させた場合、後期高齢者支援金が何%増加するかを、各要因について計測することによって求めた。

例えば、平成 23 年度の後期高齢者支援金を算出する式のなかで、「後期高齢者 1 人当たり医療給付費」のみを平成 24 年度値に置き換えた場合、どの程度支援金額が増加するかを計測し、平成 23 年度から平成 24 年度にかけての後期高齢者支援金の増加率を何%押し上げ（押し下げ）しているかを示した¹⁴¹。

平成 23 年度から平成 24 年度にかけては、健保組合が納める後期高齢者支援金は 2.75%増加したが、その押し上げには、被用者保険に占める健保組合の総報酬割合の増加が 0.04%、後期高齢者数の増加が 2.87%、後期高齢者 1 人当たり医療給付費の増加が

¹³⁸ 各年度の厚生労働省「医療保険制度の財政構造表」

¹³⁹ ここで示す後期高齢者支援金額は、前期高齢者に係る後期高齢者支援金についての財政調整分を含まない、当該年度の後期高齢者の医療給付費を賄うために必要となる支援金額である（実際に健保組合が納付する後期高齢者支援金には、前期高齢者に係る後期高齢者支援金額分や、事務費、過年度精算額が含まれる）。

¹⁴⁰ 実績ベース。平成 23 年度は 42.5%、平成 24 年度は 42.2%、平成 25 年度は 42.1%、平成 26 年度は 41.8%である。

¹⁴¹ 各要因の寄与度の合計が、後期高齢者支援金全体の伸び率と一致する。

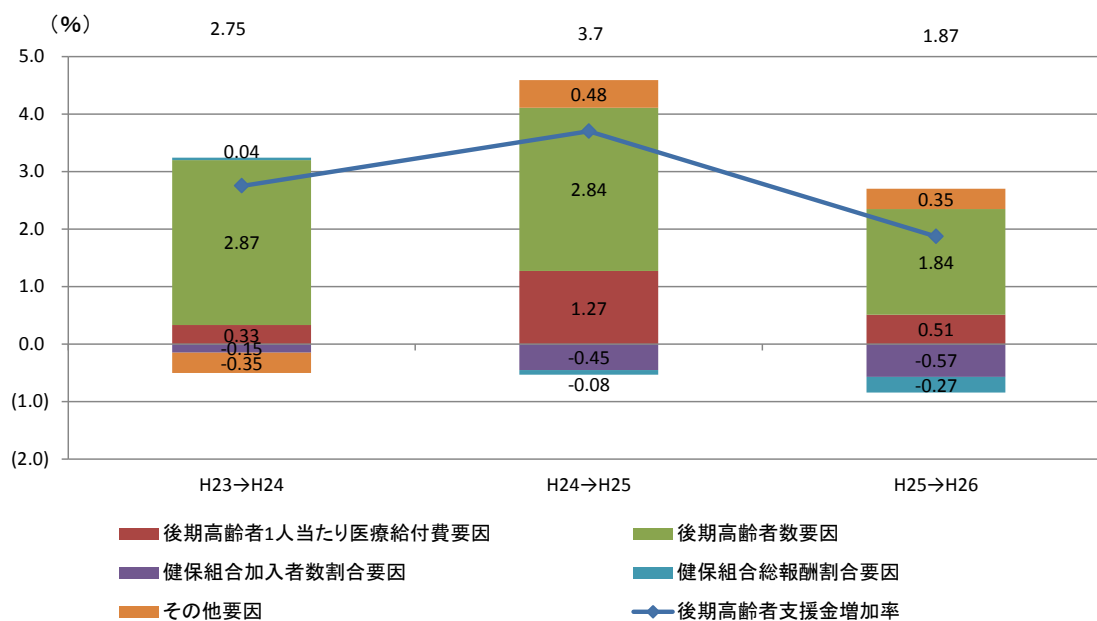
0.33%寄与していたことになる。逆に、健保組合加入者数割合やその他の要因は、マイナスに寄与している。

同様に、平成24年度から平成25年度にかけては、後期高齢者支援金は3.7%増加したが、その押し上げには、後期高齢者数の増加が2.84%、後期高齢者1人当たり医療給付費の増加が1.27%、その他要因が0.48%寄与した。その半面、健保組合の加入者数割合は-0.45%、被用者保険に占める健保組合の総報酬割合は-0.08%の寄与となっている。

このように、各年度における後期高齢者支援金の増加のほとんどは後期高齢者数と後期高齢者1人当たり医療給付費の増加で説明できることが分かる。

逆に、近年健保組合は加入者数が減少していることもあり、健保組合の加入者数割合や被用者保険に占める健保組合の総報酬割合は、健保組合の後期高齢者支援金を減少させる方向に効いている。

図表 47 後期高齢者支援金増加の要因分解



第6章 医療保険制度における負担の公平と望ましい財源政策

わが国の国民皆保険の大きな特徴は、被用者保険と地域保険（国保）の二本建てによって実現されたことにある。また、国保の保険者は基礎的自治体である市町村であり、被用者保険も健保組合、協会けんぽ、共済組合等と分かれているため、保険者の数は3,000以上にのぼる。こうしたなかで、制度間あるいは保険者間の財政力の格差をいかに調整するかが重要な論点とされてきた。また、国民皆保険を達成した頃から高齢化が急速に進んだことに加え、昭和48年度から実施された老人医療費無料化の影響もあり高齢者医療費が急増した。このため、各制度・保険者間の「負担の公平」が大きな争点となり、さまざまな改革が行われ今日に至っている。

本章では、医療保険制度における財源政策の変遷と社会保険の原理に照らした負担のあり方を改めて整理し、あるべき「公平な負担」の姿と望ましい財源政策について検討する。

1. 医療保険制度における財源政策の歴史的変遷と近年の議論

(1) 医療保険制度における財源政策の歴史的変遷

第3章において、わが国の医療保険制度における財源政策の歴史的変遷を整理した。図表48は、国民皆保険達成後の要点を表の形でまとめたものである。

国民皆保険の実現前も国保に対する国庫負担や政管健保に対する国庫補助（昭和32年健保法改正により明文化）は行われてきたが、皆保険達成後、高度成長を背景に国保や被用者保険の被扶養者の給付率の引上げ等の給付改善が行われたことに伴い、財政的に脆弱な制度に対する国庫負担・国庫補助の拡充・制度化が進められた。例えば、昭和37年、昭和41年の国保に対する国庫負担割合の引上げ、昭和48年の政管健保の国庫補助1割規定の導入及び保険料との連動規定（保険料率が7.2%を超えて0.1%上がるごとに国庫補助率を0.8%上乘せする規定）の創設はその典型例である。しかし、昭和48年のオイルショックを機に財政基調が変わり、特に、昭和55年以降「増税なき財政再建」が至上命題となるなかで様相は大きく変化した。例えば、昭和55年の健保法改正（施行は翌年）により、政管健保の連動規定は廃止され国庫補助率は当分の間16.4%とすることとなった。また、被用者保険と国保の財政力の格差についても、国庫により調整するのではなく保険者間で調整すべきであるとの議論が生じ、昭和58年に老人保健制度、昭和59年に退職者医療制度が施行された。

もっともその当時は、「財政調整」という言葉は慎重に使われていたことに留意すべきである。すなわち、被用者保険と国保の負担の調整も、両者の所得水準の差異等に基づく保険者間の財政力格差そのものを調整するのではなく、高齢化の急速な進展と高齢者・退職者が国保に集中するという構造的課題にいかに対応するかという観点から議論が行われていた。また、老人保健制度の制定当時は、老人保健拠出金は加入者按分率と医療費按分率の2つで構成されており、保険者間の高齢者の加入率の偏在を

完全に調整することが意図されていたわけではない。

しかし、退職者医療費のいわゆる「見込み違い」による国保の負担を軽減・緩和する意味合いもあって、平成 2 年に加入者按分率が 100%とされた。さらに、高齢化の進展等に伴い、被用者保険の拠出金の負担が増加する一方、国保の財政基盤の脆弱化も進むなかで、双方から抜本改革を求める声が高まった。そして、言わば「同床異夢」の下で高齢者医療制度のあり方に決着をつけることが医療保険制度改革の焦点となり、紆余曲折を経て、平成 18 年の法改正によって、平成 20 年度から新しい高齢者医療制度が創設された。これは、独立型の後期高齢者医療制度の創設と高齢者の偏在に着目する前期高齢者に係る財政調整の 2 つから成るが、ともに被用者保険が国保を救済するという性格を持つ改正である。この改正とりわけ後期高齢者医療制度の創設については、年齢により「区切る」ことに対する批判が強くみられたが、この後期高齢者医療制度が創設された趣旨は、わが国の超高齢化が加速するなかで、現役世代と高齢世代の負担構造を明確化することにより「公平な負担」の議論を促すことにあった。

けれども、現在に至るまでそうした本質的な議論は十分行われていないばかりか、昨今では被用者保険制度内における財政調整を求める議論が強まっており、後期高齢者支援金には平成 22 年度から「負担能力に応じた負担」として総報酬割が導入された（平成 29 年度から全面総報酬割化）。これは、所得水準に起因する財政力格差をも保険料によって調整し、それによって協会けんぽへ投入されている国庫を「浮かせる」ことを狙いとしたものと捉えられる。前述したとおり、老人保健制度創設当時は「財政調整」という表現は慎重に扱われていたとともに、老人保健拠出金は「共同事業」の分担金という論理構成とする等の配慮がみられたが、昨今の議論では「負担能力に応じた負担」を強調することによって正面から財政調整が進められている。また、従来の財源政策をめぐる議論では、税と保険料の役割分担について一定の考慮が払われてきたが、現在ではこうした点もないがしろにしたまま議論が進められている。

図表 48 医療保険制度における国民皆保険達成後の財源政策の変遷（再掲）

国民皆保険達成後（S36～）		
皆保険達成初期 （～S50 年代半ば）	老人保健制度・退職者 医療制度成立期（S57～）	新しい高齢者医療制度 成立期（H18～）
<ul style="list-style-type: none"> ・国民皆保険の達成（S36） ・国保への定率国庫負担の引上げ（S37：25%、S41：40%） ・政管健保への定率国庫補助（保険料引上げ連動制）の導入（S48） 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人保健制度の施行（S58） ・退職者医療制度の施行（S59） ・老人保健拠出金の加入者按分率 100%化（H2） 	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療制度、前期高齢者に係る財政調整の創設（H18） ・後期高齢者支援金の 1/3 総報酬割の導入（H22） ・後期高齢者支援金の全面総報酬割化（H29）

(2) 医療保険制度の負担のあり方に関する直近の議論

第2章では、医療保険制度の負担のあり方に関する直近の議論について、財政制度等審議会、経済財政諮問会議、社会保障審議会における建議・方針等をもとに整理した。直近の議論の特徴として挙げられることは次の2点である。

第1は、世代間の公平を確保する観点からの提言がなされていることである。第5章における世代別の受益と負担のシミュレーション分析でも、高齢化の進展による世代間格差の拡大が医療保険制度の持続可能性を脅かしていることを明らかにしたが、政府の審議会等でも高額療養費制度や自己負担割合、後期高齢者の保険料等において、現役世代と比較して高齢者に対して手厚くなっている配慮を見直すことによって、世代間の公平性を高めることが要請されている。

第2は、「負担能力に応じた負担」の適用範囲が拡大されていることである。既述したとおり、わが国では「連帯」の単位としての制度・保険者の分立を尊重し、政府や立法者も、その枠組みを超えた財政調整については、慎重に取り扱ってきたが、昨今の議論では、「報酬水準に応じた負担の公平を図る」という観点から、後期高齢者支援金の総報酬割導入に続き、介護納付金や前期高齢者納付金についても総報酬割の導入が提言されている（実際、今国会（第193回通常国会）に提出されている介護保険法等の改正案には介護納付金の総報酬割導入が盛り込まれている¹⁴²）。

2. 社会保険の原理と負担のあり方

以上、医療保険制度における財源政策の歴史的変遷について述べたが、医療保険制度における「負担の公平」を考えるに当たっては、わが国の国民皆保険が社会保険方式によって成り立っているという基本に立ち返った検討が必要である¹⁴³。

(1) 社会保険の原理と民間保険との相違点

社会保険は、「保険」という手法を採りつつ「社会」政策的な観点から一定の修正を加えた財政方式である。「保険」とは、共通の偶発的な事故のリスクに晒されている者が1つの保険集団を設け、各自があらかじめ保険料を出し合っただけで、事故が起きた場合は保険金を支払うことにより、保険事故に遭った人の損害を補填する仕組みである。社会保険も保険料を拠出しリスクの分散を図る仕組みであり、保険の一形態であるが、社会保険と民間保険には重要な相違点が3つある。

第1に、民間保険では加入するか否かは本人の自由であるのに対し、社会保険では

¹⁴² 介護納付金については、医療保険者が介護保険の第2号被保険者の保険料の徴収を「代行」しているに過ぎない点で、後期高齢者支援金の徴収・拠出とは性格が大きく異なるが、総報酬割導入の議論では、そうした性格の違いや介護保険制度創設時の議論の経緯も考慮されず、「負担能力に応じた負担」のみが強調されている（第2章第2節（7）参照）。

¹⁴³ 本節は個々の引用はしないが、島崎（2011、2015）、堤（2015）をもとに記述している。

加入が強制される。すなわち、社会保険では法が定める客観的事実があれば本人の意思にかかわらず保険関係が成立する。「法が定める客観的事実」とは、被用者保険では適用事業所で使用されること（健保法 35 条等）、市町村国保では市町村に住所（生活の本拠）を有すること（国保法 5 条）を指す。いずれにせよ、社会保険では加入が強制され、保険料が強制的に賦課・徴収される（健保法 155 条以下、国保法 76 条以下）。

第 2 に、社会保険ではリスクに見合った保険料が設定されるわけではない。民間保険では、「保険料＝保険金額×事故発生確率」という等式が成り立つ。したがって、民間保険では保険金額が同じであれば保険料は事故発生確率に比例する。しかし、社会保険では、病気がちの人の保険料は健康な人に比べ高く設定されるわけではない。また、現にリスクが発生している場合でも保険加入は拒否されない。これは、リスクの大小にかかわらず救済するという社会政策目的を達成するためである。

第 3 に、社会保険では一般に保険料の設定に当たって応能負担が導入される。均一の保険料（定額保険料）では低所得者は支払うことができず、強制加入が形骸化するからである。わが国の医療保険に即して言えば、被用者保険では賃金に比例した保険料が設定される。国保の場合は、応能割（所得割等）と応益割（被保険者均等割・世帯別平等割）の合算により賦課され、低所得者には応益割についても一定の軽減措置が講じられている。

（2）社会保険における応能負担の限界

以上、社会保険と民間保険の相違点を 3 つ挙げたが、第 1 及び第 2 は社会保険であるための必須の修正である。これに対し、第 3 の応能負担は、強制加入の実効性を確保するための政策的配慮であり、社会保険だから賃金・所得比例の保険料設定が必然であるというわけではない。例えば、（その当否はともかく）保険料は定額とし低所得者に限り公費で補助するという設計もありうる。また、わが国の医療保険で応能負担が導入されているといっても、①所得税のように累進的にはなっていないこと、②保険料の賦課限度額の上限あるいは賦課算定対象報酬額の上下限が設定されていること、③国保の保険料は応能割と応益割が組み合わされていること、に留意すべきである。

第 4 章で紹介したように、国保の保険料に賦課限度額を設けていることの是非が争われた裁判例がある（横浜地判平 2・11・26 判例時報 1395 号 57 頁）。原告は、保険料の平等な負担とは社会的・経済的能力に応じた負担とすべきであり、賦課限度額の設定は社会的・経済的強者を保護するものであるから、憲法 25 条（生存権）及び 14 条（法の下での平等）に違反すると主張した。裁判所は、「国民健康保険における保険料の負担については、それが強制加入の社会保険であることや、相扶共済の理念から、応能負担の原則は無視することはできないが、他方、それが保険理論に基づく医療保険であることから、保険料と保険給付の対応関係にも配慮した応益負担の原則によるべきことも、また当然であり、この関係で、受益（保険給付）の程度からかけ離れた応

能負担に一定の限界を設けるため、保険料に最高限度額を定めることには、合理的な理由がある」として原告の請求を棄却した。

この裁判例は、国保の保険料の賦課限度額に関するものであるが、わが国の医療保険制度が社会保険方式を採っている以上、保険料の設定に当たり保険給付との対応関係にも配慮する必要性・合理性を認めた裁判例として重要な意味を持つ。いずれにせよ、最近の政府審議会等では「負担能力に応じた負担」が強調されているが、社会保険は「社会」と「保険」の2つの要素から成る。したがって、「社会」の側面のみに着目し応能負担（負担能力に応じた負担）を当然視する論法は適当ではなく、「保険」の側面（応益負担の視点や保険者努力の評価等）にも十分配慮し議論することが求められる¹⁴⁴。

（3）制度・保険者間の財政力格差と制度・保険者分立の意義

①制度・保険者間の格差

以上の主張は社会保険において負担能力の差異や保険者間の財政力の差異を一切無視してよいということではない。わが国の医療保険制度は、個人の意思とは無関係に所属する制度・保険者が決められる以上、制度間あるいは保険者間の負担の格差が社会的通念に照らして不合理な水準にならないよう配慮することは必要である。被用者保険に比べ国保の財政基盤は脆弱である以上、その財政力格差の是正は行わざるをえない。また、被用者保険のなかでも協会けんぽと健保組合・共済組合とでは所得水準に差があり一定の調整は必要である。

第3章でみたように、こうした格差を是正する手段として、国保サイドからは制度・保険者間の財政調整や制度一元化といった提案がなされてきたが、まず第1に活用されてきたのは国庫の投入であった。これは、多元的な制度・管理運営体系の下で、保険料を基本としながら可能な限り保険者の自主的な財政運営・財政規律を損なわないようにしつつ、一方で財政基盤の脆弱な制度においても被保険者の負担が過重にならないよう政策的配慮を行ってきたものと考えられる。

②医療保険制度の一元化論と制度・保険者分立の意義

わが国の国民皆保険制度の際立った特徴は、被用者保険と地域保険（国保）の二本建ての社会保険方式によりこれを実現したことにある。法律的に言えば、すべての者を国保の適用対象とした（言わば国保の「投網をかけた」）うえで、被用者保険に属する者や医療扶助の適用者は国保の適用除外とすることにより国民皆保険を

¹⁴⁴ しかしながら、例えば、別建ての後期高齢者医療制度に対する支援金は、拠出する保険者にとって医療費適正化努力を発揮する余地がなくなったとの指摘がみられ（第4章第2節（1）参照）、被用者保険側にもこうした不満・批判があるなかで、被用者保険制度内では支援金につき総報酬割が導入されるなど、応能負担が一方的に拡大している。

達成した（国保法5条・6条参照）。

このような制度設計上、低所得者や無所得者、高齢者や退職者の多くは国保が引き受けることになるが、高齢化の進展に伴い国保の側からは医療保険制度を一元化すべきであるという主張が強く唱えられてきた。

これについては、被用者と自営業者等の所得捕捉率が異なるという問題があり現実的な選択肢にはなっていないが、そもそもこの問題は次のように考えるべきである。

わが国の医療保険制度は被用者保険を基礎としている。これは、前述した、わが国の国民皆保険が国保の「投網をかける」ことにより加入の漏れを防ぐということと矛盾しているようにみえるが、そうではない。被用者保険の場合は雇用（厳密には「使用」）関係をもとに保険関係が成り立っており、被保険者の正確な捕捉及び保険料の徴収が確実にできる。被用者以外はこうした仕組みがとれないからこそ、「住所」（生活の本拠）に保険関係の成立の根拠を見出し、被保険者の特定及び保険料の徴収を行わざるをえないのである。簡単に言えば、堤（2015）が指摘するように、国保に比べ被用者保険の方がはるかに「強靱」な制度である¹⁴⁵。仮に被用者保険と国保を一元化する場合、国保の側に揃えざるをえないが、このことは被用者保険の「強靱」な仕組みをわざわざ放棄し国民皆保険を脆弱化させることを意味する。したがって、所得捕捉率が異なるという問題を別にしても、被用者保険と国保を一元化することは適当ではない。

では、被用者保険を一元化することはどうか。被用者保険の保険料は賃金（報酬・賞与）という共通の「物差し」により賦課されるため、被用者保険の間では所得捕捉率の差異という問題は生じない。また、「年金については平成27年10月から被用者年金制度の一元化が行われたではないか」という意見もあると思われる。しかし、所得移転だけの仕組みである年金制度と、医療サービス給付のファイナンスの仕組みである医療保険制度は同一には論じられない。わが国の医療保険制度が保険者の分立を認めている理由は、「連帯」を意識できる集団を単位とすることにより、自律的・効率的な保険運営が図られる（換言すれば保険者機能を発揮できる）という大きな利点があるためである。さらに言えば、一元化を是とするか否かは、国家と個人の間で中間団体が挟まり、できる限りその自治を認めるのか、それとも国家と個人が直接的に向き合い一元的管理を強化する方向を志向するのかという、社会保険の本質、ひいては社会のありように関わる問題である。こうした基本論を疎かにしたまま、「負担の公平」を理由に医療保険制度を一元化すべきであると主張することは適切ではない。

なお、既述したとおり、わが国の医療保険制度は本人の意思にかかわらず、強制的に帰属する保険者が決められるため、制度・保険者間の著しい格差は是正する必要があるが、「制度・保険者間の格差はすべて調整すべきである」という議論は、「医療保険制度を一元化すべきである」という議論と実質的に同じである。財政調整により

¹⁴⁵ 堤（2015） pp.12-13

保険者の外でリスクファクターを調整するか、保険者を一元化し保険者内でリスクファクターを調整するかの違いはあれ、その本質は同じだからである¹⁴⁶。

また、何をもって「公平」と考えるかも一義的に決まるわけではない。例えば、後期高齢者支援金のように保険者を超えて資金を拠出する場合、各保険者の加入者1人当たりの拠出額が同額であればそれが「公平」と考えるか、それとも総報酬額に占める拠出額の割合が同一でなければ「公平」でないと考えるかは議論が分かれるであろう。いずれにせよ強調したいことは、「負担の公平」を「負担能力に応じた負担」と同一視することは適当ではなく、わが国が社会保険方式を採っていることや制度・保険者が分立していることの意義、給付と負担との関係に由来する限界等について、十分吟味することの重要性である。こうした基本論を疎かにして「取れるところから取る」という発想で臨むと、保険者機能を弱体化させるだけでなく、費用負担者側の納得が得られず国民皆保険に対する内発的な支持を失いかねない。

3. 超高齢社会における望ましい財源政策の方向性

(1) 世代間公平の確保

① 世代間格差是正の必要性

高齢化の進展に伴い医療保険制度は世代間扶養の性格を強めている。健保組合では、徴収した保険料のうち半分近くが、後期高齢者支援金あるいは前期高齢者納付金の形で世代間扶養に用いられている。この結果、第5章で試算したように、健保組合における負担倍率（負担／給付）で見ると、1935年生まれは受給分の半分程度しか負担をしていないのに対して、2015年生まれは受給分の1.7倍程度の負担をすることになる。高齢化が進展するなかで、世代間扶養の性格が強くなるのはやむをえない面があるが、公的年金と異なり医療保険は現役世代から高齢世代への所得移転を目的とする制度ではない。将来的に保険料負担の過半が他の制度・保険者に流出するようになれば、医療保険制度の目的・理念に照らしても、限度を超えているのではないかという疑問が

¹⁴⁶ 実際、ドイツの1990年代半ば以降の歩みはその例証となる。ドイツでは1993年の改革で保険者選択権（被保険者が保険者を選択できる）の拡大という市場競争的な政策が採られたが、公正な競争を行うために保険者（疾病金庫）の競争条件をイコールフットィングにする必要があり、そのための方策としてリスク構造調整が導入された。リスク構造調整により、被保険者の年齢、性別、家族被保険者数、所得、障害年金受給者数による財政格差が調整され、あわせて保険者の統合・合併も進められた。その結果、保険者間の保険料率の格差は縮小し、保険者数も急速に減少していった。その後、リスク構造調整は罹患率を加味したものに改められ、2009年からは、保険者が独自に定めていた保険料率が法定料率に統一された。そして各保険者には新たに創設された医療基金から、保険料や連邦補助金を財源とし、リスク要因からもたらされる保険者間の財政上の格差を是正した交付金が配分されることとなった。ドイツの医療保険制度は職域連帯を基礎とし多元的・分権的な特徴を有していたが、リスク構造調整の導入をはじめとする改革により、職域連帯は弱体化し、医療保険の実質的な一元化と国家による統制管理が強まる結果となった。詳しくは、土田（2009）、医療経済研究機構（2015）等を参照。

強く生じる。また、世代間扶養が必要だとしても、その前提として高齢者も応分の負担を行うべきである。これは、世代間対立を防ぐという意味合いだけでなく、高齢者も自立した者として社会を支え合うという理念上も重要なことである。

そのためには、第1に、前期高齢者を含め高齢者の自己負担割合（高額療養費制度を含む）について、年齢によって負担割合を区切る仕組みは、垂直的・水平的・世代間のいずれの公平性にも適合しないことから、その見直しを検討すべきである。これに対しては、高齢者は加齢に伴い受診率が高いうえ、概して所得水準が低いという反論がありうるが、高齢者以外はそうした病気がちで低所得の者でも自己負担率が3割であることとの均衡を失っている。ちなみに、そもそも後期高齢者の自己負担率を原則1割としたのも、後期高齢者医療制度が導入された当時の高齢者の自己負担率をそのまま移行したものに過ぎない。

第2に、後期高齢者の保険料の水準についても見直しが必要である。前述のとおり、後期高齢者医療制度を創設した眼目は、高齢世代と現役世代の負担構造を明確化・透明化することにあった。人口構成の変化に伴って両者の負担割合を調整する仕組みが設けられているのはその証左である。この調整規定に基づき、74歳以下の人口減少率の1/2の割合で後期高齢者の負担割合が引き上げられているが、平成28・29年度時点で10.99%に過ぎず、この調整率の妥当性について検討するとともに、ベースとなる高齢者の保険料水準自体についても見直す必要がある。給付費のうち後期高齢者の保険料で賄っているのは約1割（実際には軽減措置等により7%程度）であるが、第1で指摘したことと同様に、この割合も当時の保険料水準をそのまま移行したものに過ぎないからである。また、後期高齢者医療制度において公費は5割投入されることになっているものの、現役並み所得者への給付には公費が充てられないため、実際には公費の割合は5割を下回る水準となっているが、現役並み所得者への給付分も公費の対象とすべきである¹⁴⁷。

第3に、後期高齢者医療制度や国保の賦課ベースは「収入」ではなく控除適用後の「所得」であるため、税制上の控除が医療保険においても負担の歪みをもたらしているという問題がある。例えば、公的年金等控除はその性格が不明瞭な政策的控除に過ぎないにもかかわらず、給与所得控除よりも手厚く、さらに双方を併用することまでできる。そのため、制度内において世代間・高齢世代内の負担の不公平を招くばかりか、前期高齢者納付金の増大を通じて被用者保険にもそのしわ寄せが及んでいる。公的年金等控除の最低保障額（120万円）は少なくとも給与所得控除の最低保障額（65万円）まで引き下げるべきである。また、現状では全額非課税となっている老齢遺族年金についても一定額以上は課税対象とする必要があろう。

¹⁴⁷ 現役並み所得者への給付に公費が充てられない仕組みは、老人保健制度の仕組みをそのまま引き継いでいる。老人保健制度では現役並み所得者の保険料は各保険者の収入となっていたが、現行制度ではそのような仕組みとなっていない。

以上、3点だけ指摘したが、こうした見直しは、高齢化が加速するなかで早急に手を打たなければ手遅れになりかねない。

②公費財源の確保と将来世代への「ツケ回し」の是正

医療費が急増するなかで、保険料見合いの分は保険料率が引き上げられてきているものの、税見合いの分は国債発行により将来世代へ「ツケ」を回し続けている状況にあり、ファイナンスできていない。また、現行の後期高齢者医療制度は給付費の約半分、国保は給付費のうち被用者保険からの前期高齢者交付金を除く約半分が公費で賄われていることから、この公費の「穴」は高齢化が加速するにつれ、さらに拡大することになる。したがって、医療保険制度の持続可能性を確保するためには、公費投入のあり方を見直す¹⁴⁸のはもちろんのこと、国債発行への安直な依存を改め、公費の財源確保を図ることが喫緊の課題である。

公費財源の確保に当たっては、第4章でさまざまな検討を行ったとおり、各税目にメリット・デメリットがあり慎重な検討を要するが、そのなかでも、①財源調達力（税率1%当たり約2.7兆円）、②税収の安定性（法人税や所得税に比べ景気に左右されにくい）、③世代間の負担の公平性（全世代が負担する）、④労働に対する中立性、⑤輸出にマイナスの影響を与えない（消費地課税原則により輸出取引は免税）、等の理由から、やはり消費税率の引上げが第1候補となる。消費税率の10%への引上げは2度にわたって延期されているが、医療をはじめ社会保障の持続可能性を高めるためには消費税率の引上げは避けて通れない。なお、言うまでもないが、消費税以外にも、所得税、法人税、相続税、贈与税のほかたばこ課税など、幅広い税目を検討することが必要である。特に、消費税の逆進性に着目すれば、所得税の再分配効果を高める改革等と組み合わせることも必要である。

（2）保険者間の財政調整

既述したとおり、わが国が制度分立型の医療保険制度を採用していることには相応の理由がある。「取りやすいところから取る」という発想で、保険者が自律的にコントロールしえない負担を増やしていくことは保険者機能を弱体化させ、制度・保険者分立の意義を損なうばかりか、費用負担者の納得感や国民皆保険に対する内在的支持を失う危険性がある。また、経済学的にみても、税ではなく保険料を原資として制度・保険者間の財政調整を行うことは、公平性・効率性双方の観点から望ましくない。したがって、「負担能力に応じた負担」を旗印に掲げ、制度・保険者を跨る財政調整を安易に拡大することは適当ではなく、税と保険料の役割の相違、社会的に許容できる（逆

¹⁴⁸ 現行のように給付費の一定率に公費を投入するという方法では、給付が増えるほど公費投入も拡大し、高所得者への給付にも公費が投入されるケースが生じうる。低所得者にターゲットを絞った公費投入のあり方等を検討する必要がある。

に言えば是正すべき) 格差の範囲等について、議論を十分尽くす必要がある。また、制度・保険者をまたがる財政調整については、租税法律主義との関係、制度間の公平という意味でも問題が生じうる。

第1に、旭川訴訟最高裁判決の趣旨を敷衍すれば、租税的性格を帯びる支援金・納付金の決定には、一般保険料の決定よりも厳格に民主的統制の確保が求められる。それにもかかわらず、その係数の決定を政省令に委ねていることは、民主的統制が及んでいないと言いがたい。少なくとも、これらの係数の決定に当たっては、保険者が委員として参加する社会保障審議会での審議を必要条件とするなど、民主的統制を確保するための方策を講じる必要がある¹⁴⁹。

第2に、支援金・納付金について「負担能力に応じた負担」を強調するのであれば、被用者保険だけでなく、国保についても保険者間の財政力に応じて調整しなければ首尾一貫しない¹⁵⁰。また、財政調整の結果、被用者保険から国保への所得移転が行われているが、国保は、保険料の収納率が低いことに加え、所得捕捉率が低いこと、保険料の設定に当たって財政収支よりも政治的配慮が優先しやすい傾向があること(法定外繰入や繰上充用)等の問題がある。こうした問題を放置したまま財政調整を進めれば、かえって被用者保険との不公平が生じかねないため、国保サイドとしてもこれらの改善に真剣に取り組むべきである。

¹⁴⁹ ただし、本来は、拠出金等に関する財政責任を保険者が負うべきなのか、保険者が負うべきではないとすれば責任を負う主体は何か、といった点を詰める必要がある。

¹⁵⁰ 例えば、土田(2013)は、国保においても後期高齢者支援金の半分(所得割分)は総所得割にしなければ被用者保険とのバランスが取れない、との堤修三の指摘について、妥当な批判であると評価している(同 p.52)。

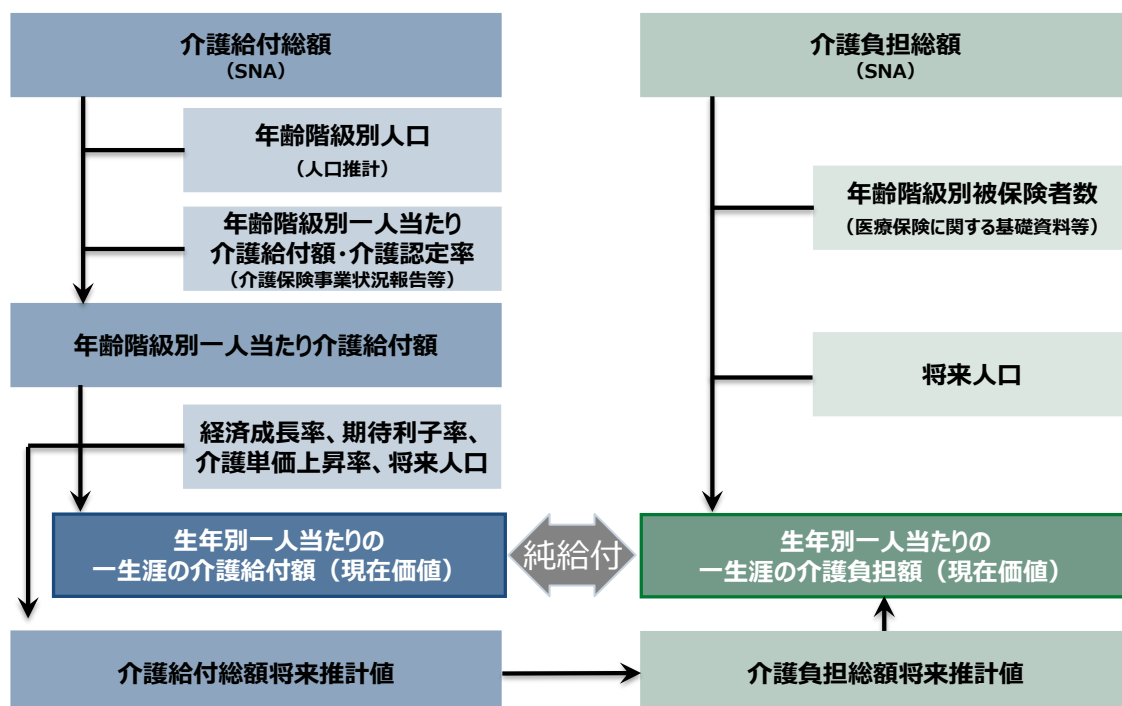
補論 1 介護保険に関する世代別の給付・負担のシミュレーション分析

1. 推計フロー

介護の給付と負担に関するフローチャートを示したものが下図である。

介護についても、推計の基本的な考え方は医療と同じであり、介護給付・負担（保険料）総額を1人当たりの金額に割り振ったうえで、現在価値換算をして一生涯分の値を算出している。

図表 49 介護の給付・負担に関する推計のフローチャート



2. 推計方法

①給付

1)介護給付総額

介護の給付については、国民経済計算（08SNA 基準）から 2000～2015 年度の給付総額を捉えた。介護保険制度の創設は 2000 年度であるため、1999 年度以前の給付はゼロとなる。

2)1人当たり介護給付

人口1人当たり介護給付額については、以下の式を用いて算出した。

人口1人当たり介護給付 jt

=SNA 介護給付総額 t

× (認定者1人当たり介護給付額 jt × 介護保険認定者出現率 jt × 人口 jt)

／ (∑ (認定者1人当たり介護給付額 jt × 介護保険認定者出現率 jt × 人口 jt))

／人口 jt

この式で j は年齢階級、 t は年度を表している。「1人当たり介護給付額」は、厚生労働省「介護保険事業状況報告」から居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスの各受給者数を得たうえで、それをウェイトとしてサービスごとの1人当たり介護給付額を加重平均することによって算出した。

「介護保険認定者出現率」は、年齢階級別の介護認定者数を年齢階級別人口で割ることによって算出した。

将来の年齢階級別の1人当たり介護給付額については、社会保障国民会議(2008年)の想定に従って、賃金上昇率 2.5%の 65%と物価上昇率 1.0%の 35%の加重平均値である 2.0%で毎年上昇していくものと仮定した。

②負担

1)介護負担総額

介護の負担（保険料）についても、国民経済計算（08SNA 基準）から 2000～2015 年度の負担総額を捉えた。介護保険制度の創設は 2000 年度であるため、給付と同様、1999 年度以前の負担はゼロとなる。なお、介護負担額の配分は 2015 年度現在の制度に基づいており、加入者割を前提としている。

2)1人当たり介護負担

第1号被保険者負担割合（2015年度は介護給付費の22%）と第2号被保険者負担割合（2015年度は介護給付費の28%）を用いることで、SNAの介護負担総額を第1号被保険者分と第2号被保険者分に分割した。そのうえで、第1号被保険者分については、

65歳以上人口で除することによって1人当たりの負担額を算出した。第2号被保険者分についても、各保険制度別の被保険者数で除することによって1人当たりの負担額を算出した。被用者保険については、事業主と家計が半分ずつ負担すると仮定した。第2号被保険者1人当たり負担額の算出にあたっては、協会けんぽ及び国保に投入されている公費を加味しており、その分だけ協会けんぽ及び国保加入被保険者の負担が軽減される形となる。具体的には、協会けんぽについては、「社会保障統計年報」に記載されている介護保険第2号保険料の国庫補助分を軽減している。また、国保については、「国民健康保険事業年報」の療養給付費等負担金（介護分）を軽減している。

将来の1人当たり介護負担額は、将来の介護給付総額の上昇と将来人口を加味して、1人当たり負担額が変化していくと仮定して推計した。また、介護納付金の総報酬割の導入は加味していない。

③一生涯における給付と負担の総額

以上で計算された医療の給付と負担の金額を、各世代について一生涯分足しあげることによって、一生涯における給付と負担の総額を算出した。給付と負担は、保険制度別（協会けんぽ・船員保険、健保組合、共済組合、国保）に集計を行った。

3. 介護の推計結果

(1) 協会けんぽ・船員保険

協会けんぽ・船員保険の推計結果を示したものが図表 50 である。なお、1 人当たりの生涯介護給付が若年世代になるほど減少しているが、これは 1 人当たり介護給付額の伸び率よりも現在価値換算する際の割引率の方が高いことが理由であり、1 人当たり介護給付の名目値は将来にわたって増加していくことに留意されたい。

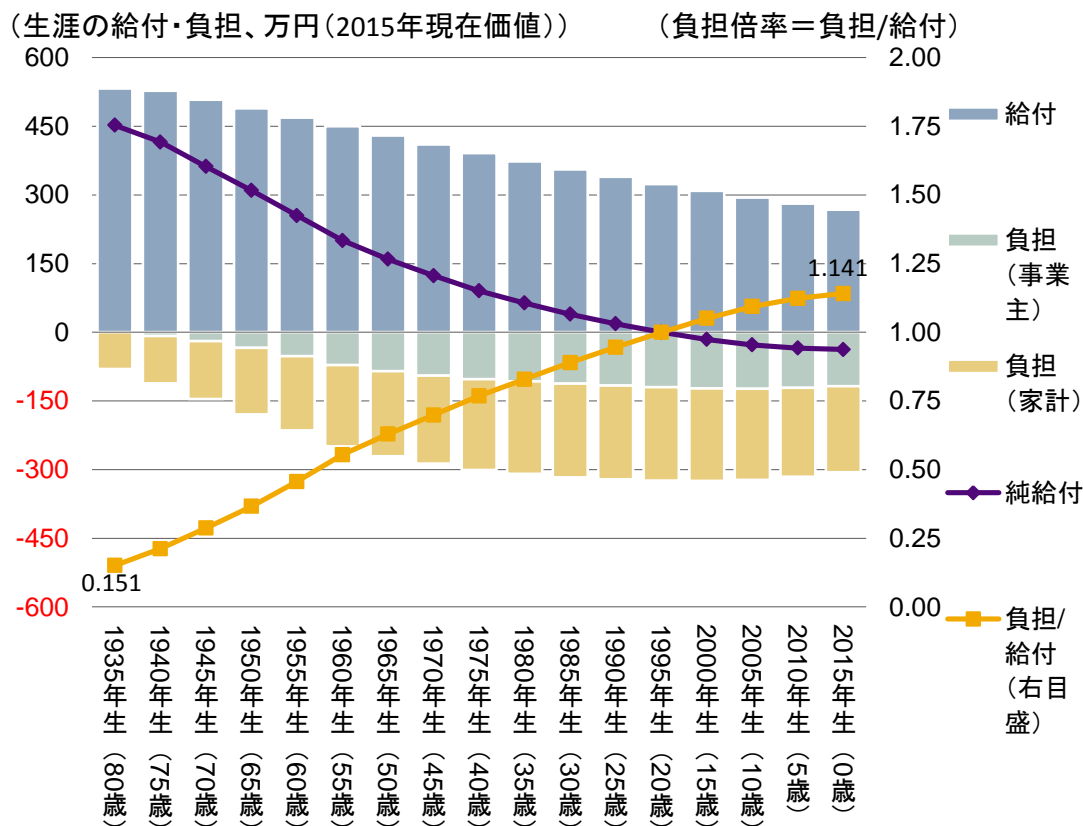
推計結果をみると、1985 年以前生まれの世代まで純給付がプラスになっている。介護給付費の半分が公費によって賄われていることに加えて、介護保険制度が比較的新しい制度（現在の高齢層は現役時代に負担がなかった・少なかった）であることが主たる要因である。介護保険は 2000 年度から始まった制度だが、被保険者は 65 歳以上の第 1 号被保険者と 40～64 歳の第 2 号被保険者に分かれている。第 2 号被保険者は保険料負担に比して給付は少ないため負担超過となっているが、第 1 号被保険者については、給付超過となっている。そのため、介護保険制度創設時に既に 65 歳を超えていた世代については、現役時代に保険料を負担せずに給付を受ける形となっており、高齢世代が大幅に給付超過となっている。

一方で、1990 年以降生まれの世代では純給付がマイナスとなっている。1935 年生まれでは純給付が約 +450 万円、2015 年生まれについては、純給付が約 -40 万円となっている。

負担倍率をみると、1935 年生まれで 0.151 倍であり、2015 年生まれでは 1.141 倍となる。

高齢層では大幅な給付超過となっているが、若年層では給付と負担がほぼ均衡していると言える。

図表 50 介護に関する生涯給付・負担（協会けんぽ・船員保険）

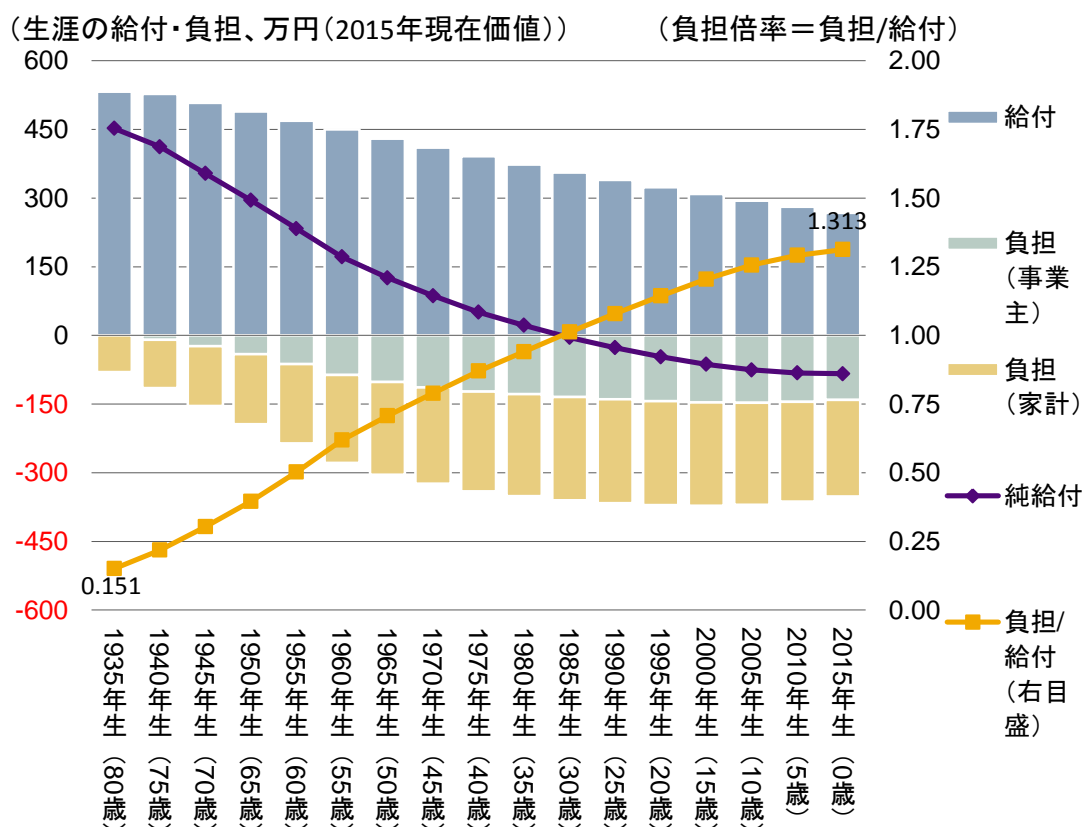


(2) 健保組合・共済組合

健保組合と共済組合の推計結果を示したものが図表 51 である。健保組合及び共済組合の保険料には公費が投入されていないため、推計結果は同額になる。

推計結果の大きな傾向は協会けんぽ・船員保険と変わらない。しかしながら、国庫補助がないため全体として負担が大きくなっており、例えば、2015 年生まれの純給付は約-85 万円となり、協会けんぽ・船員保険よりも大きくなる。

図表 51 介護に関する生涯給付・負担（健保組合・共済組合）

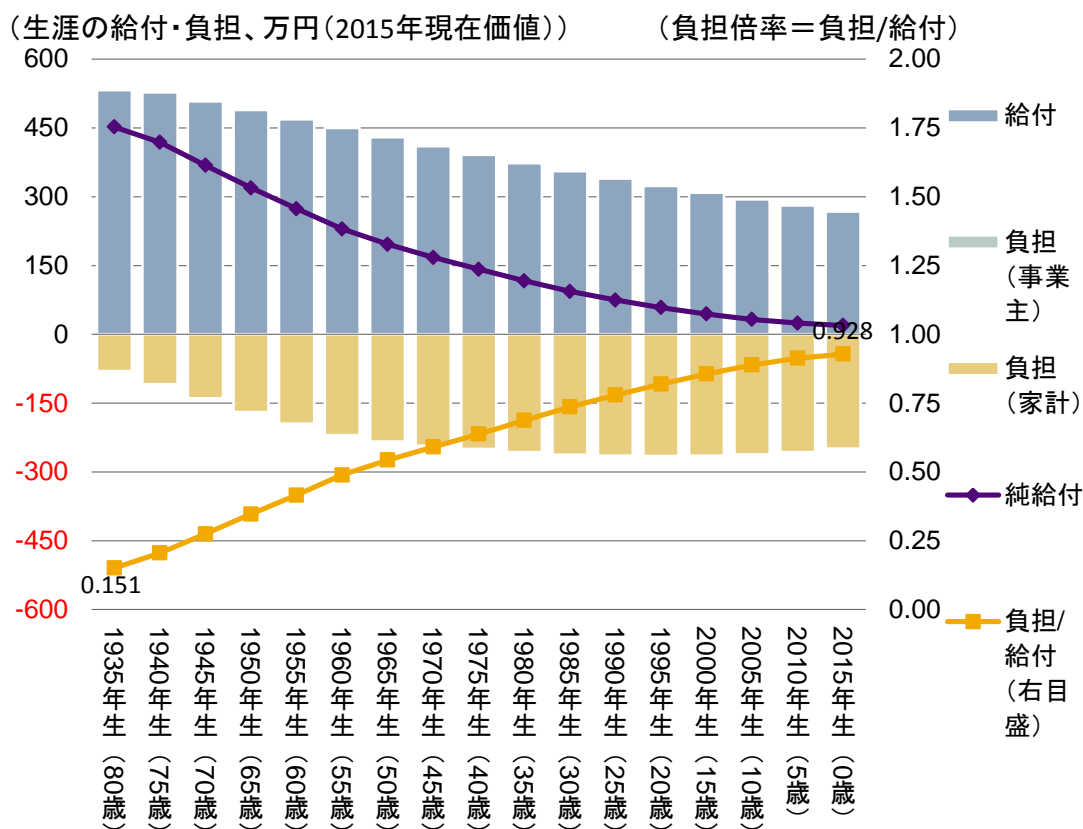


(3) 国保

国保の推計結果を示したものが図表 52 である。

推計結果の大きな傾向は被用者保険と変わらないが、公費負担が大きいいため、全体としての負担が抑制されている。例えば、2015 年生まれでも純給付はプラスであり、協会けんぽ・船員保険と比較しても負担は小さい。

図表 52 介護に関する生涯給付・負担（国保）



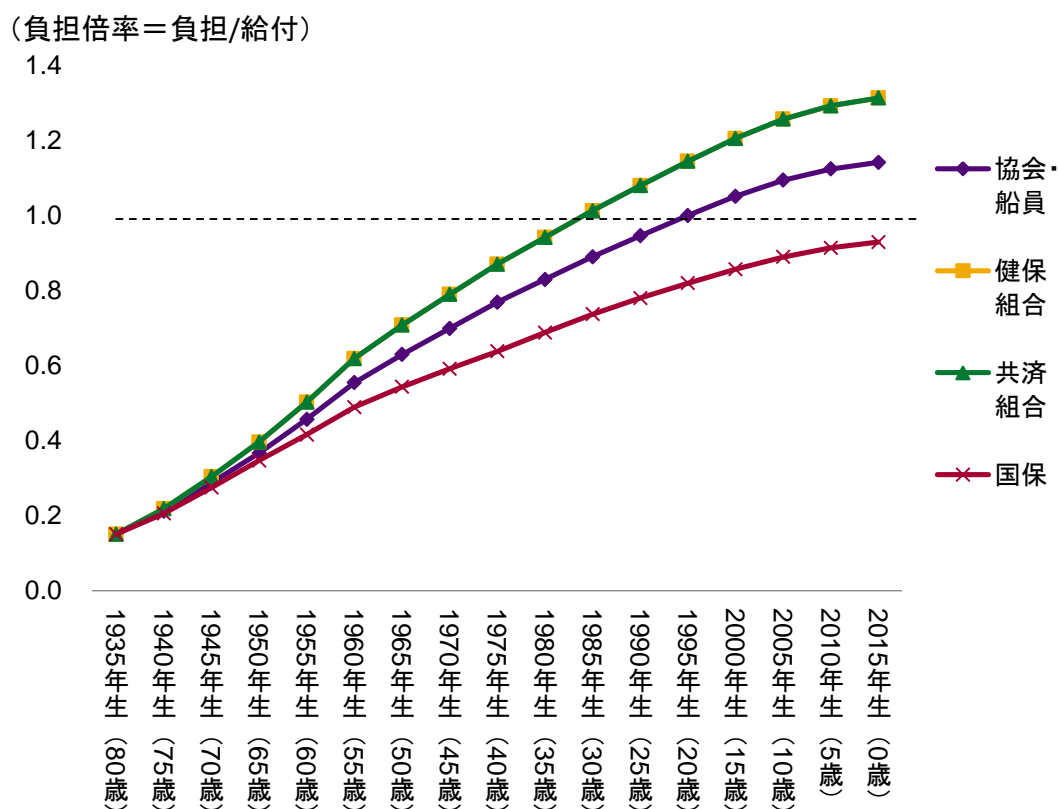
(4) 保険制度別比較

医療と同様に、介護についても保険制度別の負担倍率を比較したものが図表 53 である。1.0 倍を超えている制度・世代は、給付よりも負担が大きいことを示している。

全体としては、医療と同様に、介護についても健保組合と共済組合は負担倍率が高いことが分かる。次いで、協会けんぽ・船員保険の負担倍率が高く、最も負担倍率が低いのが国保となっている。

健保組合・共済組合の負担倍率が最も高く国保の負担倍率が最も低いのは、前述のとおり、第 2 号被保険者に投入されている公費の有無である。国保の場合、公費負担が大きいいため負担倍率が抑制される結果となっている。

図表 53 医療保険制度別の負担/給付倍率



補論 2 介護納付金の総報酬割に関するシミュレーション分析

1. 総報酬割シミュレーションの前提条件

健保組合の平成 26 年度決算見込みデータ等を用い、平成 26 年度の介護納付金に総報酬割が導入されたと仮定した場合、現行の加入者割と比較して、どのように負担が変化するのか試算した¹⁵¹。計算に用いた数値(平成 26 年度)は次の表のとおりである。

図表 54 計算に用いた数値

	健保組合	協会けんぽ	共済組合	船員保険	全国土建 国保組合
第 2 号被保険者数 ...①	1,136 万人	1,441 万人	347 万人	5 万人	19 万人
1 人当たり納付金 負担額(年額) ...②	61,497 円	61,497 円	61,497 円	61,497 円	61,497 円
介護納付金額 (加入者割) ...①×②	約 6,986 億円	約 8,862 億円	約 2,134 億円	約 31 億円	約 117 億円
1 人当たり総報酬 額...③	456 万円	315 万円	553 万円	360 万円	448 万円
総報酬額...①×③	約 52 兆円	約 45 兆円	約 19 兆円	約 1,800 億円	約 8,512 億円

(注) 全国土木建築国保組合は後期高齢者支援金の「被用者保険等保険者」に含まれるため、本試算でも被用者保険として算入した。

(出所) 厚生労働省「第 2 号被保険者にかかる介護保険料について」(平成 28 年 6 月 13 日)及び社会保障審議会介護保険部会資料(平成 28 年 8 月 19 日)、「船員保険事業年報」(平成 26 年度)、「国民健康保険事業年報」(平成 26 年度)等より作成

これらの数値をもとに、被用者保険及び各健保組合の介護納付金の負担の変化について、1/3 総報酬割、1/2 総報酬割、2/3 総報酬割、全面総報酬割の 4 つのケースを試算した。なお、計算の簡略化のため、以下の条件を前提としている。

- ・被扶養者の報酬はないものとする。
- ・特に断りのない限り、健保組合の特定被保険者(第 2 号被保険者に該当しない被保険者であって、第 2 号被保険者である被扶養者がある者)は捨象する。

¹⁵¹ 第 5 章第 2 節の後期高齢者支援金に関するシミュレーションと同様に、本試算では計算の簡便化のため、総報酬割の導入に伴う事業主負担の増大が雇用や賃金に転嫁されないことを前提としているが、第 4 章第 3 節(2)②でみたように、実際には転嫁が行われる可能性が指摘されている。

2. 被用者保険間の負担の変化

試算の結果、被用者保険間の負担（介護納付金に係る所要保険料率）の変化は次の表のとおりとなった。

各ケースとも、協会けんぽの所要保険料率は低下するが、健保組合と共済組合は所要保険料率が増加する。健保組合では、全面総報酬割の場合、現行の加入者割に比べ、1.35%から1.54%へと0.19ポイント増加する。所要保険料率が最も増加するのは共済組合であり、1.11%から1.54%へと0.43ポイント増加する。

図表 55 被用者保険間の負担の変化

		健保組合	協会けんぽ	(うち国庫補助)	共済組合
加入者割 (現行)	介護納付金額	約 6,986 億円	約 8,862 億円	約 1,453 億円	約 2,134 億円
	所要保険料率	1.35%	1.95%	0.32%	1.11%
1/3 総報酬割	介護納付金額	約 7,324 億円	約 8,244 億円	約 969 億円	約 2,410 億円
	現行との差	+338 億円	-618 億円	-484 億円	+276 億円
	所要保険料率	1.41%	1.82%	0.21%	1.26%
	現行との差	+0.06pp	-0.13pp	-0.11pp	+0.15pp
1/2 総報酬割	介護納付金額	約 7,492 億円	約 7,935 億円	約 727 億円	約 2,548 億円
	現行との差	+506 億円	-927 億円	-726 億円	+414 億円
	所要保険料率	1.45%	1.75%	0.16%	1.33%
	現行との差	+0.10pp	-0.20pp	-0.16pp	+0.22pp
2/3 総報酬割	介護納付金額	約 7,661 億円	約 7,626 億円	約 484 億円	約 2,687 億円
	現行との差	+675 億円	-1,236 億円	-969 億円	+553 億円
	所要保険料率	1.48%	1.68%	0.11%	1.40%
	現行との差	+0.13pp	-0.27pp	-0.21pp	+0.29pp
全面総報酬割	介護納付金額	約 7,998 億円	約 7,009 億円	0 円	約 2,963 億円
	現行との差	+1,012 億円	-1,853 億円	-1,453 億円	+829 億円
	所要保険料率	1.54%	1.54%	0.00%	1.54%
	現行との差	+0.19pp	-0.41pp	-0.32pp	+0.43pp

(注 1) 所要保険料率は介護納付金額を総報酬額で割った率である。

(注 2) 協会けんぽの介護納付金のうち加入者割部分には 16.4%の国庫補助が入る。

(注 3) 納付金額の増減額の和がゼロにならないのは、船員保険や全国土木建築国保組合の増減額分が存在するためである。

3. 健保組合の負担の変化

試算の結果、各ケースにおける健保組合の負担の変化は次の図表のとおりとなった。

対所要保険料率でみると、各ケースとも、概ね7割超の健保組合で負担増となる。

対設定料率では、1/3総報酬割及び1/2総報酬割では、負担増の健保組合数は6割台に留まるが、2/3総報酬割と全面総報酬割のケースでは7割超が負担増となる。

図表 56 総報酬割各ケース別健保組合の負担の変化

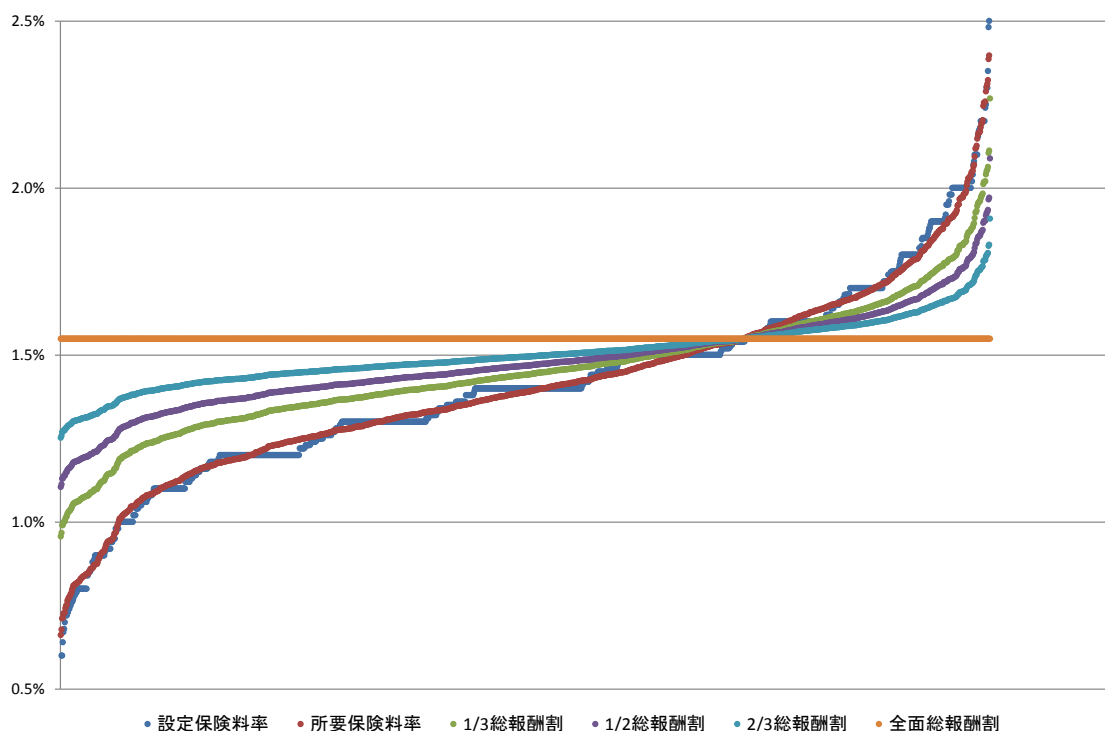
【対所要保険料率】

	1/3総報酬割		1/2総報酬割		2/3総報酬割		全面総報酬割	
	組合数	割合	組合数	割合	組合数	割合	組合数	割合
負担増	1,027	72.9%	1,038	73.7%	1,047	74.3%	1,047	74.3%
負担減	382	27.1%	371	26.3%	362	25.7%	362	25.7%

【対設定料率】

	1/3総報酬割		1/2総報酬割		2/3総報酬割		全面総報酬割	
	組合数	割合	組合数	割合	組合数	割合	組合数	割合
負担増	915	64.9%	964	68.4%	1,005	71.3%	1,037	73.6%
負担減	494	35.1%	445	31.6%	404	28.7%	372	26.4%

図表 57 保険料率の分布の変化（1,409組合の保険料率を左から低い順にプロット）



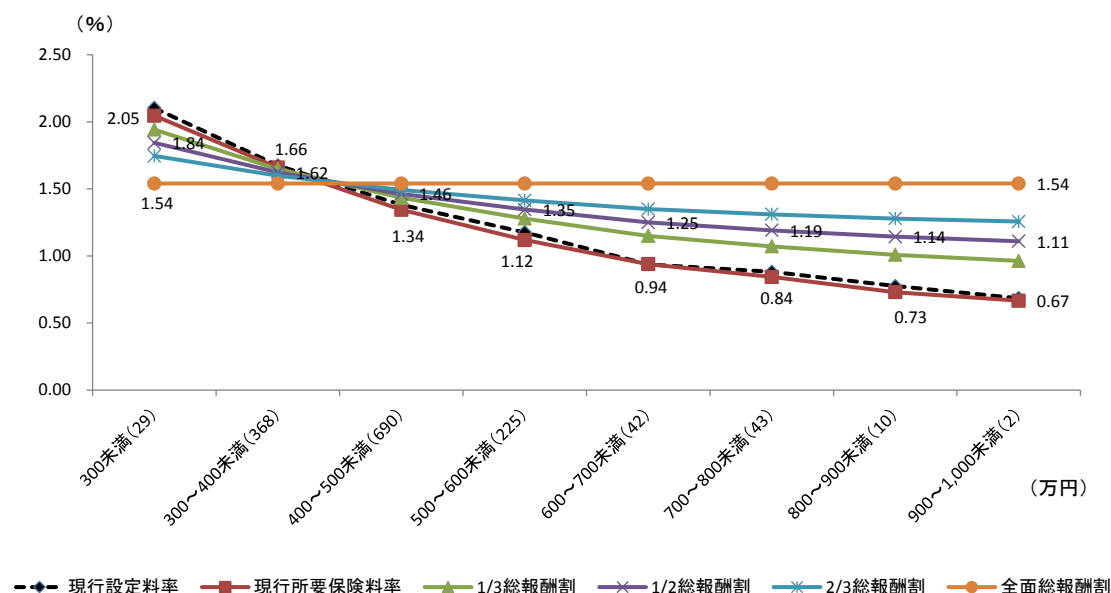
4. 健保組合の属性別負担の変化

(1) 第2号被保険者1人当たり総報酬額別所要保険料率の変化

総報酬割の導入により、第2号被保険者1人当たり総報酬額約400万円（全被用者保険の平均総報酬額）を境に負担増減が分かれる結果となった。400万円未満の組合では負担は減少するが、400万円以上では負担が増加する。

また、総報酬額が300万円未満の組合では、現行の加入者割に比べ、全面総報酬割時の所要保険料率は0.51ポイント低下する。一方、総報酬額が600万円以上の組合では0.60ポイントの増加となる。さらに、700万円～800万円未満の組合では0.70ポイント、800万円～900万円未満の組合では0.81ポイント、900万円～1,000万円未満の組合では0.87ポイントの負担増となる。

図表 58 第2号被保険者1人当たり総報酬額別所要保険料率の変化
(数値は現行所要保険料率、1/2総報酬割、全面総報酬割の3ケースを表示)

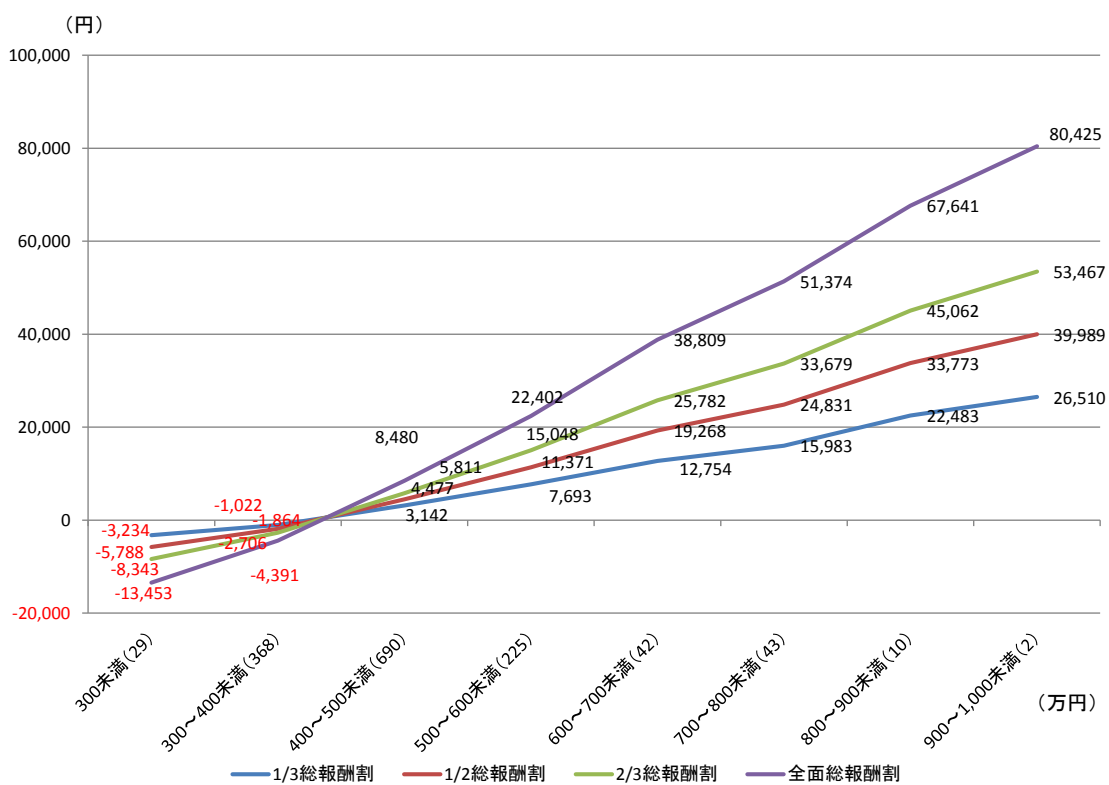


(注) かつこ内は組合数。

これを年間の負担額（事業主負担を含む）で見ると、第2号被保険者1人当たりの総報酬額が300万円未満の組合では、現行の加入者割に比べ、全面総報酬割時には、第2号被保険者1人当たり1万3千円程度の減額となるのに対して、600万円～700万円未満の組合では約3万9千円、700万円～800万円未満の組合では約5万1千円、800万円～900万円未満の組合では約6万8千円、900万円～1,000万円未満の組合では約8万円もの負担増となる。

なお、総報酬割の導入により、健保組合の第2号被保険者約1,136万人のうち、負担増となるのは約897万人（約79%）、負担減となるのは約239万人（約21%）である。

図表 59 第2号被保険者1人当たり総報酬額別負担額（年額）の変化



(注) カッコ内は組合数。

総報酬額が大きい組合では、加入者割の場合に比べて、総報酬割の導入に伴う負担額の増加がとりわけ大きい。負担増が大きい10組合では、負担減が大きい10組合の減少額の3~4倍規模の負担増額となる。

このように、健保組合全体でみれば、総報酬割導入によって負担増となる組合は、負担減となる組合の3倍程度あり(図表56)、なおかつ、後者の負担軽減額に対して前者の負担増加額が非常に大きいと言える。

図表 60 介護納付金に関する負担の変化(上位10組合・下位10組合¹⁵²)

現行制度			
	第2号被保険者1人当たり負担額(労使含めた月額、円)	第2号被保険者1人当たり総報酬額(年額、万円)	所要保険料率(%)
		・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)
上位10組合	5,125	856.8	0.68
下位10組合		255.3	2.42

1/3総報酬割			
	所要保険料率(%)	第2号被保険者1人当たり負担額(労使含めた月額、円)	現行制度からの増減額(労使含めた月額、円)
	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)
上位10組合	2.08	7,100	1,975
下位10組合	1.00	4,545	-580

1/2総報酬割			
	所要保険料率(%)	第2号被保険者1人当たり負担額(労使含めた月額、円)	現行制度からの増減額(労使含めた月額、円)
	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)
上位10組合	1.94	8,090	2,965
下位10組合	1.13	4,259	-866

2/3総報酬割			
	所要保険料率(%)	第2号被保険者1人当たり負担額(労使含めた月額、円)	現行制度からの増減額(労使含めた月額、円)
	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)
上位10組合	1.81	9,081	3,956
下位10組合	1.27	3,972	-1,153

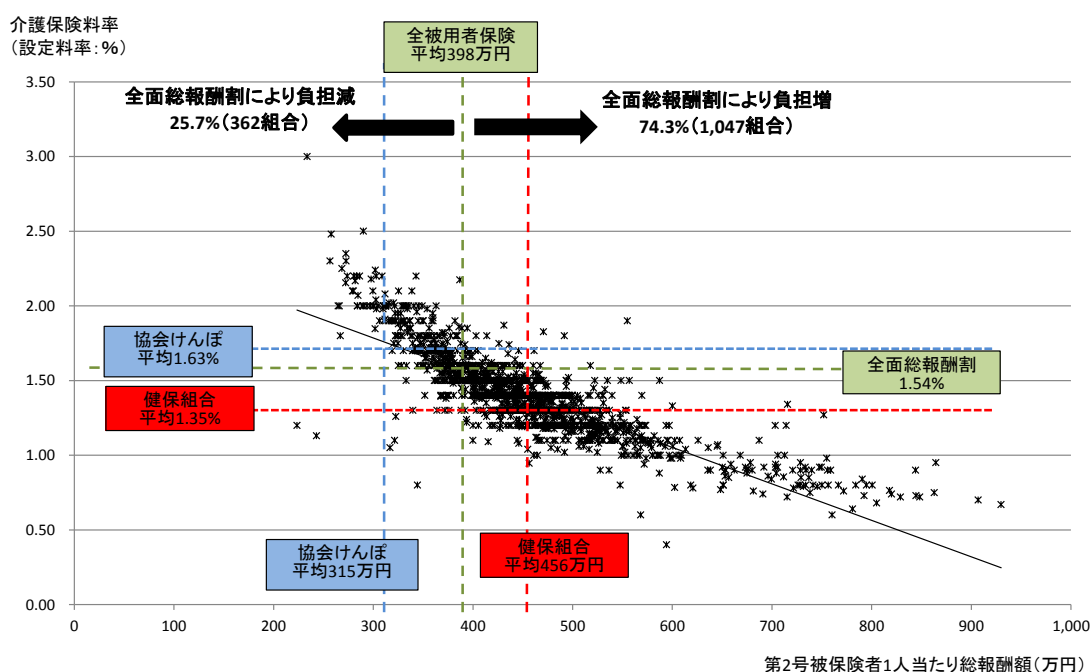
全面総報酬割			
	所要保険料率(%)	第2号被保険者1人当たり負担額(労使含めた月額、円)	現行制度からの増減額(労使含めた月額、円)
	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)	・上位10組合平均値(上段) ・下位10組合平均値(下段)
上位10組合	1.54	11,062	5,937
下位10組合	1.54	3,398	-1,727

¹⁵² この図表での「上位10組合」、「下位10組合」とは、所要保険料率(左列)、第2号被保険者1人当たり介護納付金額(中列)、第2号被保険者1人当たり介護納付金額の現行制度からの増減額(右列)の各項目における上位・下位10組合を指しており、構成する組合はそれぞれの項目で異なる。

第2号被保険者1人当たり総報酬額と介護保険料率（設定料率）の関係をみると、「1人当たり総報酬額が被用者保険全体の平均（398万円）以上であり健保組合の平均（456万円）以下」、かつ「設定料率が健保組合の平均（1.35%）以上」といった、相対的に負担が重いと考えられる組合は、全面総報酬割の導入により、さらなる負担の増加が想定される。

特に、全面総報酬割導入時の所要保険料率（1.54%）以下の組合（下図のうち緑と赤の点線で囲まれたエリアで示される）は306組合（第2号被保険数261万人）で、全1,409組合（第2号被保険者1,136万人）の約22%（同23%）、全面総報酬割で負担増となる1,047組合（同897万人）の29%（同29%）を占めている。

図表 61 1人当たり総報酬額と介護保険料率（設定料率）の関係（全面総報酬割の場合）

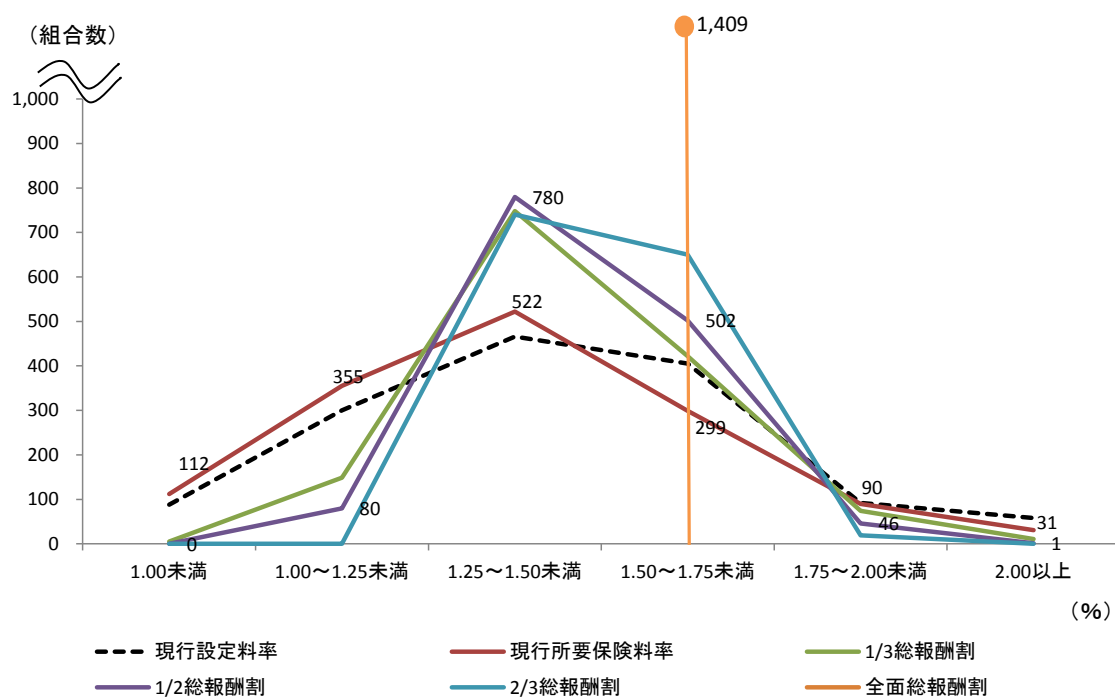


(2) 所要保険料率別組合数の変化

総報酬割が進むにつれ、所要保険料率が1.25%未満の組合及び1.75%以上の組合が減少し、全面総報酬割になると、すべての組合の所要保険料率が1.50～1.75%未満(1.54%)に収斂する。

図表 62 保険料率別組合数の変化

(数値は現行所要保険料率、1/2 総報酬割、全面総報酬割の3ケースのみ表示)

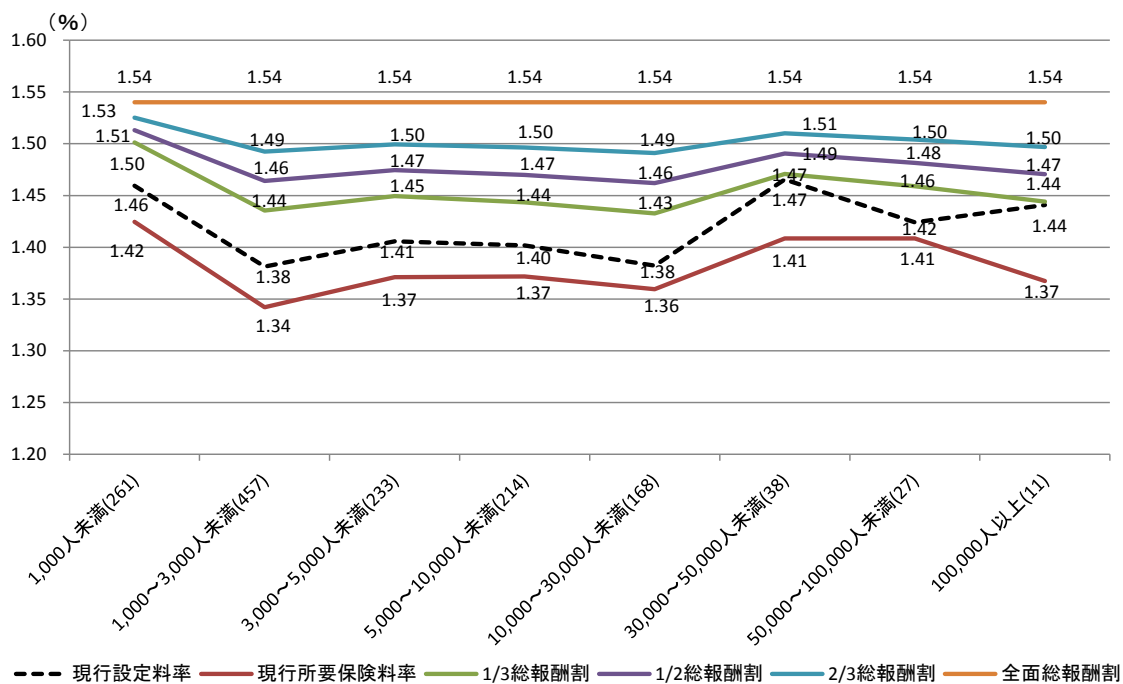


ケース \ 保険料率 (%)	保険料率 (%)					
	1.00 未満	1.00～1.25 未満	1.25～1.50 未満	1.50～1.75 未満	1.75～2.00 未満	2.00 以上
現行設定料率	88	300	466	40	92	58
現行所要保険料率	112	355	522	299	90	31
1/3 総報酬割	5	149	748	422	74	11
1/2 総報酬割	0	80	780	502	46	1
2/3 総報酬割	0	0	740	650	19	0
全面総報酬割	0	0	0	1,409	0	0

(3) 組合規模別所要保険料率の変化

組合規模（第2号被保険者数）の相違による所要保険料率の変化には、特に傾向はみられない。総報酬割が進むにつれ、いずれの規模の組合でも所要保険料率は上昇する。

図表 63 組合規模別所要保険料率の変化

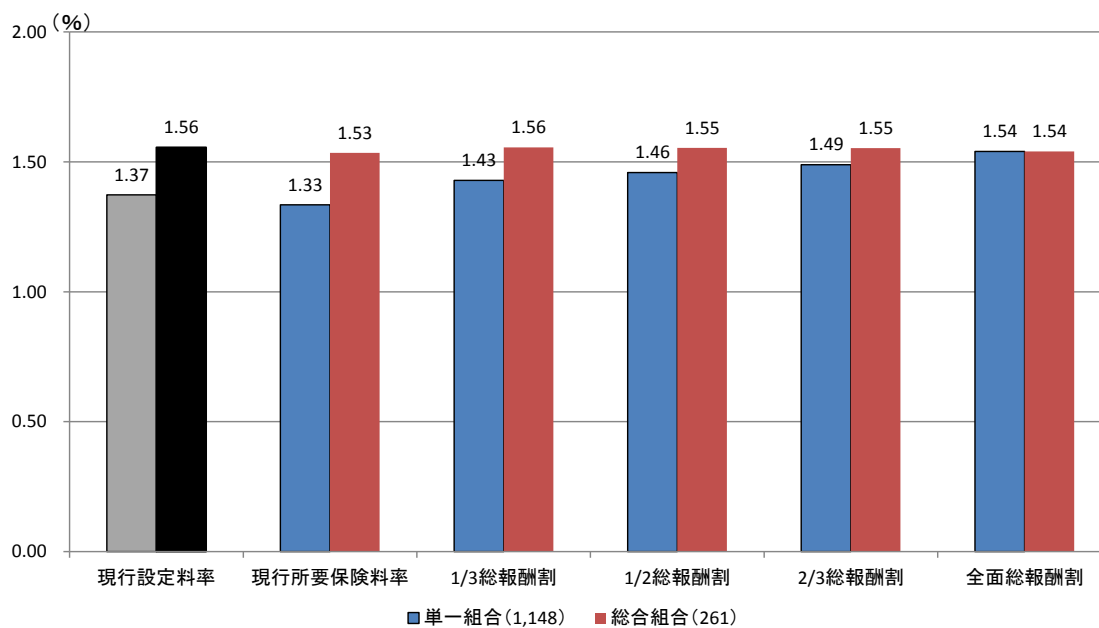


(注) カッコ内は組合数。

(4) 単一・総合組合別所要保険料率の変化

全面総報酬割を除き、いずれのケースにおいても、単一組合よりも総合組合の方が所要保険料率は高い。現行の加入者割から全面総報酬割へ移行した場合、総合組合の所要保険料率は0.01ポイント、単一組合では0.21ポイントの増加となる。

図表 64 単一・総合組合別所要保険料率の変化



(注) カッコ内は組合数。

【参考】試算の前提条件の詳細

(1) 現行制度下での第2号被保険者1人当たり負担額

平成26年度の介護給付費約9.3兆円のうち、50%は公費負担、残りの50%を保険料負担で賄うこととされている。保険料負担は、介護保険第1号被保険者（65歳以上の者）と、第2号被保険者（40～64歳の医療保険加入者）の人口比率に基づき、3年ごとに政令によって定められる。平成24～26年度の第2号被保険者の負担割合は、「介護保険法施行令及び介護保険の国庫負担金の算定等に関する政令の一部を改正する政令」により29%と定められている。

第2号被保険者の負担額（介護納付金額）は、各制度間の第2号被保険者数で按分される。平成26年度における第2号被保険者数は、厚生労働省「第2号被保険者にかかる介護保険料について」（平成28年6月13日）にて示される4,220万人である。

図表 65 各制度における第2号被保険者数（平成26年度）

	健保組合	協会けんぽ	共済組合	船員保険	全国土建 国保組合	国保(全国土建国 保組合を除く)	計
第2号被保険者数(万人)	1,136	1,441	347	5	19	1,273	4,220

この結果、第2号被保険者1人当たりの確定納付金は、年額で61,497円、月額で5,125円となっている。

よって、現行制度下では、

- ・第2号被保険者全体での介護納付金（労使計、年額）
＝61,497円×4,220万人
＝25,957億円
- ・うち、被用者保険の第2号被保険者による介護納付金（労使計、年額）
＝61,497円×（1,136万人＋1,441万人＋347万人＋5万人＋19万人）
＝18,129億円

と計算できる。

(2) 総報酬割が導入された場合の各被用者保険での負担額

各被用者保険の第2号被保険者1人当たり総報酬額(年額)は、厚生労働省資料により、次のように与えられている¹⁵³。

図表 66 各制度における第2号被保険者1人当たり総報酬額(年額)(平成26年度)

	健保組合	協会けんぽ	共済組合	船員保険	全国土建国保組合
第2号被保険者 1人当たり総報酬額	456万円	315万円	553万円	360万円 ¹⁵⁴	448万円 ¹⁵⁵

この値と、(1)における第2号被保険者数を用いて、各被用者保険での総報酬額(年額)を求めると、以下のとおりとなる。

- ・健保組合： 456万円×1,136万人=518,016億円
- ・協会けんぽ： 315万円×1,441万人=453,915億円
- ・共済組合： 553万円×347万人=191,891億円
- ・船員保険： 360万円×5万人=1,800億円
- ・全国土建国保組合：448万円×19万人=8,461億円

以上の前提の下、被用者保険の第2号被保険者の介護納付金、各健保組合での第2号被保険者の介護納付金について、以下の4ケースの試算を行った。

- ・全面総報酬割の場合
- ・2/3総報酬割の場合(1/3加入者割)
- ・1/2総報酬割の場合(1/2加入者割)
- ・1/3総報酬割の場合(2/3加入者割)

¹⁵³ 第61回社会保障審議会介護保険部会(平成28年8月19日)参考資料2のp.18

¹⁵⁴ 船員保険の総報酬額については、第61回社会保障審議会介護保険部会において総報酬額が明示されていないため、厚生労働省「船員保険事業年報」(平成26年度)により算出した。平成26年度における介護保険料率は1.71%であり、月額は5,125円であることから、第2号被保険者1人当たり総報酬額(年額)=5,125円×12カ月/1.71%=360万円。

¹⁵⁵ 全国土建国保組合の総報酬額は、厚生労働省「国民健康保険事業年報」(平成26年度)に示される介護納付金分の「保険料(税)算定額(第B(4)表Q9)」を、全国土建国保組合に示される保険料率1.30%で割り戻し、それを第2号被保険者数(第A表A114)で除して算出した。すなわち11,000,731千円/1.3%/188,860=448万円。

(3) 特定被保険者を含める場合と含めない場合の負担の相違

いずれの場合でも、保険料算出の際に「特定被保険者」を含めた総報酬額で按分する方が、負担増加を抑えられる結果となっている。

図表 67 負担が増加・減少した組合数

	1/3総報酬割				1/2総報酬割				2/3総報酬割				全面総報酬割				
	対所要保険料率		対設定料率		対所要保険料率		対設定料率		対所要保険料率		対設定料率		対所要保険料率		対設定料率		
	組合数	割合	組合数	割合	組合数	割合	組合数	割合	組合数	割合	組合数	割合	組合数	割合	組合数	割合	
(a) 特定被保険者を除く	負担増	1,027	72.9%	915	64.9%	1,038	73.7%	964	68.4%	1,047	74.3%	1,005	71.3%	1,047	74.3%	1,037	73.6%
	負担減	382	27.1%	494	35.1%	371	26.3%	445	31.6%	362	25.7%	404	28.7%	362	25.7%	372	26.4%
(b) 特定被保険者を含む	負担増	1,027	72.9%	841	59.7%	1,038	73.7%	905	64.2%	1,047	74.3%	947	67.2%	1,047	74.3%	999	70.9%
	負担減	382	27.1%	568	40.3%	371	26.3%	504	35.8%	362	25.7%	462	32.8%	362	25.7%	410	29.1%

特定被保険者制度の扱いについては、以下のとおり仮定した。

- 1) 加入者割分は「第2号被保険者数（特定被保険者数含まず）」で計算。
- 2) 総報酬割分の被用者保険別の負担額は「第2号被保険者たる被保険者の総報酬額」で按分。
- 3) 総報酬割分の健保組合別負担額も「第2号被保険者たる被保険者の総報酬額」で按分。

上記3)の健保組合別負担額の下で、各組合での被保険者の保険料として、

- (a) 「第2号被保険者たる被保険者の総報酬額」で按分するケース
- (b) 「特定被保険者を含む被保険者の総報酬額」で按分するケース

を算出した。

なお、試算の前提で特定被保険者を含めない理由は、同制度が個別の健保組合の判断に基づき、その組合内で介護納付金を広く薄く負担することを目的としており、総報酬割の試算の前提とする場合、当該健保組合（ひいては健保組合全体）の負担額を増加させることになるため、同制度の趣旨にあわないと考えられるためである。

参考文献

- 荒井晴仁（2007）「国民経済計算を用いた所得捕捉率推計の問題点 自営業所得の捕捉率を中心に」『レファレンス』平成 19 年 4 月号
- 池上直己（2017）『日本の医療と介護 歴史と構造、そして改革の方向性』日本経済新聞出版社
- 一圓光彌（2010）「医療保険の財源政策と健康保険組合」健康保険組合連合会『医療財源への消費税等の投入に関する理論構築』
- 一圓光彌（2012）「高齢者医療制度の変遷」『健康保険』2012 年 11 月号
- 一圓光彌（2014）「健康保障型医療保険の財源政策」『健康保険』2014 年 2 月号
- 医療経済研究機構（2015）『ドイツ医療関連データ集（2014 年版）』
- 岩田規久男・八田達夫（2003）『日本再生に「痛み」はいらない』東洋経済新報社
- 岩村正彦（2001）『社会保障法 I』弘文堂
- 岩本康志（2009）「社会保障財源としての税と保険料」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の効果分析』東京大学出版会
- 岩本康志・濱秋純哉（2006）「社会保険料の帰着分析 経済学的考察」『季刊社会保障研究』第 42 巻第 3 号
- 岩本康志・濱秋純哉（2009）「社会保険料の帰着分析」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の効果分析』東京大学出版会
- 上村敏之・足立泰美（2015）『税と社会保障負担の経済分析』日本経済評論社
- 碓井光明（2009a）『社会保障財政法精義』信山社
- 碓井光明（2009b）「社会保障財政における社会保険料と租税」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の効果分析』東京大学出版会
- 江口隆裕（2009）「社会保障における給付と負担の関連性」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の効果分析』東京大学出版会
- 栄畑潤（2007）『医療保険の構造改革 平成 18 年改革の軌跡とポイント』法研
- 遠藤久夫（2013）「第 18 回社会保障制度改革国民会議（平成 25 年 7 月 29 日）提出意見」http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai18/siryous3_1.pdf（2017 年 2 月 28 日最終確認）
- 大竹文雄・小原美紀（2005）「消費税は本当に逆進的か 負担の『公平性』を考える」『論座』127 号
- 大田弘子・坪内浩・辻武彦（2003）「所得税における水平的公平性について」景気判断・政策分析ディスカッション・ペーパー、DP/03-1
- 大野太郎・中澤正彦・松田和也・菊田和晃・増田知子（2014）「家計の税・保険料負担『全国消費実態調査』を用いた計測」『フィナンシャル・レビュー』第 118 号
- 小黒一正（2010）『2020 年、日本が破綻する日』日経プレミアシリーズ
- 小塩隆士（2011）「資源制約からみた社会保障改革」『健康保険』2011 年 9 月号

- 小塩隆士 (2012a) 『社会保障の経済学 (第4版)』 日本評論社
- 小塩隆士 (2012b) 『効率と公平を問う』 日本評論社
- 小塩隆士 (2014) 「社会保障費用のバランスのあり方」『健康保険』2014年9月号
- 加藤智章 (2016) 『社会保険核論』 旬報社
- 川出真清 (2014) 「課税ベースと経済格差に関する調査」東京財団政策提言『ポスト社会保障・税一体改革の税制とは』
- 川出真清 (2016) 「経済格差と税・社会保障負担に関するマイクロ・シミュレーション」『フィナンシャル・レビュー』第127号
- 菊池馨実 (2008) 「国民健康保険条例の合憲性」西村健一郎・岩村正彦編『社会保障判例百選 (第4版)』 有斐閣
- 菊池馨実 (2014) 『社会保障法』 有斐閣
- 熊谷憲一 (1926) 『健康保険法詳解』 巖松堂書店
- 厚生労働省保険局保険課 (2003) 『健康保険法の解釈と運用』 法研
- 小林庸平・中田大悟 (2016) 「社会保険料負担は企業の投資を抑制したのか? 個票データを用いた設備・研究開発・対外直接投資の実証分析」RIETI Discussion Paper Series, 16-J-007
- 駒村康平・島崎謙治・新田秀樹・一圓光彌 (2011) 「座談会 国民皆保険・皆年金 50年: その歴史、今日の課題と展望」『生活経済政策』No.179
- 小山光一 (2014) 「医療保険制度における現役世代と高齢者の負担構造」『健康保険』2014年8月号
- 酒井正 (2009) 「社会保険料の事業主負担と賃金・雇用の調整」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の効果分析』 東京大学出版会
- 酒井正・風神佐知子 (2007) 「介護保険制度の帰着分析」『医療と社会』Vol.16, No.3
- 佐藤主光 (2014) 「国民皆保険を守るための改革 社会保険料の租税化と機能分離」『健康保険』2014年11月号
- 島崎謙治 (2005) 「わが国の医療保険制度の歴史と展開」遠藤久夫・池上直己編著『医療保険・診療報酬制度』 勁草書房
- 島崎謙治 (2011) 『日本の医療 制度と政策』 東京大学出版会
- 島崎謙治 (2012) 「税制改革と社会保障」日本社会保障法学会編『新・講座 社会保障法第3巻 ナショナルミニマムの再構築』 法律文化社
- 島崎謙治 (2015) 『医療政策を問いなおす 国民皆保険の将来』 ちくま新書
- 白川修二・久保田政一・菅家功・小林剛・飯野奈津子 (2013) 「被用者保険関係4団体による座談会 医療保険制度改革の課題とその方向性」『健康保険』2013年11月号
- 白川修二・望月篤・藤井隆太・山口聡 (2014) 「緊急鼎談 どうなる医療保険制度見直しのゆくえ」『健康保険』2014年11月号

- 白川泰之 (2012) 「後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金とその財源としての保険料の法的性格に係る考察」『法政理論』第 44 巻第 2・3 号
- 鈴木亘 (2014) 『社会保障亡国論』講談社現代新書
- 鈴木亘・増島稔・白石浩介・森重彰浩 (2012) 「社会保障を通じた世代別の受益と負担」ESRI Discussion Paper Series、No.281
- 台豊 (2009) 「医療保険料（被保険者負担）と保険者による給付の間の『対価性』について」『青山法学論集』第 51 巻第 1・2 号合併号
- 田近栄治・菊池潤 (2012) 「医療保障における政府と民間保険の役割：理論フレームと各国の事例」『フィナンシャル・レビュー』第 111 号
- 土田武史 (2009) 「ドイツ医療保険における『連帯と自己責任の変容』」健康保険組合連合会『ドイツの医療保険制度改革追跡調査報告書』
- 土田武史 (2013) 「医療保険制度の課題と将来」『週刊社会保障 社会保障読本 2013 年版』法研
- 土田武史 (2014) 「自助・共助・公助のあり方を考える」『健康保険』2014 年 2 月号
- 土田武史・大林尚・白川修二 (2012) 「新春鼎談 健保組合の展望を語る」『健保組合』2012 年 1 月号
- 堤修三 (2000) 『社会保障 その既在・現在・将来』社会保険研究所
- 堤修三 (2002) 『文化の業としての社会保障 ひとりの厚生官僚が考えてきたこと』法研
- 堤修三 (2004) 『社会保障の構造改革 国家社会保障から自律社会保障へ』社会保険研究所
- 堤修三 (2007) 『社会保障改革の立法政策的批判 2005/2006 年介護・福祉・医療改革を巡って』社会保険研究所
- 堤修三 (2015) 「社会保険の政策原理 連帯と強制の間」
<https://www.tkfd.or.jp/files/doc/miharataidan02.pdf> (2017 年 2 月 28 日最終確認)
- 土居丈朗 (2010) 「経済活力を取り戻すための法人税負担軽減と消費税」土居丈朗編『日本の税をどう見直すか』日本経済新聞出版社
- 土居丈朗 (2015) 「所得税改革の必要性 社会保障制度改革と整合的な改革」NIRA 研究報告書『社会保障改革しか道はない』
- 土居丈朗 (2016) 「所得税の税額控除新設試案に関するマイクロシミュレーション」東京財団政策提言『税と社会保障のグランドデザインを』
- 土居丈朗 (2017) 「わが国の所得税の控除が所得格差是正に与える影響 マイクロ・シミュレーションによる分析」『経済研究』第 68 巻第 2 号
- 内閣府 (2004) 『経済財政白書 (平成 16 年度)』
- 西沢和彦 (2005) 「所得捕捉率推計の問題と今後の課題 90 年代以降格差大幅縮小との判断は早計」ビジネス環境レポート、No.10

- 西沢和彦 (2011) 『税と社会保障の抜本改革』 日本経済新聞出版社
- 西沢和彦 (2014) 「日本総研・西沢和彦氏が語る『社会保障・税一体改革』の深層①～④」 <http://special.nikkeibp.co.jp/as/201401/kenpo/> (2017年2月28日確認)
- 西沢和彦 (2015) 「国民健康保険財政『赤字』の分析」『JRI レビュー』2015 Vol.3, No.22
- 西村健一郎 (2003) 『社会保障法』 有斐閣
- 新田秀樹 (2013) 「財政調整の根拠と法的性格」『社会保障法研究』第2号
- 日本税理士連合会 (2014) 「給与所得と公的年金等所得に対する課税のあり方について」 http://www.nichizeiren.or.jp/wp-content/uploads/doc/nichizeiren/business/taxcouncil/toushin_H26.pdf (2017年2月28日最終確認)
- 藤田晴 (1997) 「税と保険料を考える (1)～(3)」『健康保険』1997年5～7月号
- 藤原裕行・小川泰堯 (2016) 「税務データを用いた分配側 GDP の試算」日本銀行ワーキングペーパーシリーズ、No.16-J-9
- 堀勝洋 (2009) 『社会保障・社会福祉の原理・法・政策』 ミネルヴァ書房
- 宮島洋 (2008) 「社会保障と租税」『年金と経済』第27巻第1号
- 宮島洋 (2009) 「社会保障と税制 論点整理と問題提起」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の制度分析』東京大学出版会
- 森川正之 (2012) 「東日本大震災の影響と経済成長政策: 企業アンケート調査から」RIETI Policy Discussion Paper Series、12-P-010
- 森信茂樹 (2015) 『税で日本はよみがえる 成長力を高める改革』日本経済新聞出版社
- 八代尚宏 (2013) 『社会保障を立て直す 借金依存からの脱却』日経プレミアシリーズ
- 吉原健二編著 (1983) 『老人保健法の解説』中央法規出版
- 吉原健二・和田勝 (2008) 『日本医療保険制度史 (増補改訂版)』東洋経済新報社
- 和田勝 (2013) 「医療保険制度改正 その背景と経緯」『健康保険』2013年11月号
- 和田勝 (2016) 「医療保険制度における負担の公平」『健康保険』2016年3月号
- Arnold, J., Brys, B., Heady, C., Johansson, A., Schweltnus, C. and Vartia, L. (2011), “Tax Policy for Economic Recovery and Growth,” *Economic Journal*, Vol.121.
- Auerbach, A. J., Gokhale, J. and Kotlikoff, L. J. (1991), “Generational Accounts: a Meaningful Alternative to Deficit Accounting,” *NBER Working Paper*, No.3589
- Blumkin, T., Ruffle, B. J., and Ganun, Y. (2012), “Are Income and Consumption Taxes Ever Really Equivalent? Evidence from a Real-effort Experiment with Real Goods,” *European Economic Review*, Vol.56, No.6
- Diamond, P. and Mirrlees, J. (1971), “Optimal Taxation and Public Production I: Production Efficiency,” *American Economic Review*, Vol.61, No.1
- Hamaaki, J. (2016), “The Incidence of Health Insurance Costs: Empirical Evidence from Japan,” *RIETI Discussion Paper Series*, 16-E-020

Komamura, K. and Yamada, A. (2004), “Who Bears the Burden of Social Insurance? Evidence from Japanese Health and Long-term Care Insurance Data,” *Journal of the Japanese and International Economies*, Vol.18, No.4

Kotlikoff, L. J. (1992), *Generational Accounting*, The Free Press (香西泰監訳『世代の経済学 誰が得をし、誰が損をするのか』日本経済新聞社、1993年)

Tachibanaki, T. and Yokoyama, Y. (2008), “The Estimation of Incidence of Employer Contributions to Social Security in Japan,” *Japanese Economic Review*, Vol.59, No.1

医療保障総合政策調査・研究基金事業
医療保険制度における「負担の公平」に関する調査研究
報告書

平成 29 年 6 月

健康保険組合連合会
〒107-8558 東京都港区南青山 1 丁目 24 番 4 号
TEL : 03-3403-0928

禁無断転載

