

医療保障総合政策調査・研究基金事業

**シンポジウム「2025年の高齢者医療制度を考える
～公的医療保険制度の負担のあり方～」**

開催報告書

平成30年4月

健康保険組合連合会

◆目次◆

開催の記録・プログラム	1
パネリスト・コーディネーター紹介	3
開会挨拶	5
健康保険組合連合会 副会長兼専務理事 白川 修二	

<第1部 医療保険の原理・制度について>

「医療保険制度における『負担の公平』に関する調査研究」概要	9
健康保険組合連合会 企画部長 松本 展哉	
パネリストによるプレゼンテーション①	27
政策研究大学院大学 教授 島崎 謙治 氏	
パネリストによるプレゼンテーション②	43
北海道大学大学院法学研究科 教授 加藤 智章 氏	
パネルディスカッション①	53
コーディネーター：株式会社日本総合研究所調査部 主席研究員 西沢 和彦 氏	

<第2部 具体的な財源・政策について>

「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」概要	69
健康保険組合連合会 理事 棟重 卓三	
パネリストによるプレゼンテーション③	89
株式会社日本経済新聞社 上級論説委員 大林 尚 氏	
パネリストによるプレゼンテーション④	99
慶應義塾大学経済学部 教授 土居 丈朗 氏	
パネルディスカッション②	113
コーディネーター：西沢 和彦 氏	
閉会挨拶	123
健康保険組合連合会 医療保障総合政策調査会委員長 河本 滋史	

※所属・役職等はシンポジウム開催当時

開催の記録・プログラム

日時：平成 30 年 2 月 27 日（火）13:30～17:05

会場：イイノホール&カンファレンスセンター 4 階 Room A

プログラム：

13:30～13:35（5 分）

○開会挨拶

健康保険組合連合会 副会長兼専務理事
白川 修二

<第 1 部 医療保険の原理・制度について>

13:35～13:50（15 分）

○健康保険組合連合会 平成 28 年度調査研究事業

「医療保険制度における『負担の公平』に関する調査研究」概要

健康保険組合連合会 企画部長
松本 展哉

13:50～14:05（15 分）

○パネリストによるプレゼンテーション①

政策研究大学院大学 教授
島崎 謙治 氏

14:05～14:20（15 分）

○パネリストによるプレゼンテーション②

北海道大学大学院法学研究科 教授
加藤 智章 氏

14:20～15:05（45 分）

○パネルディスカッション①

コーディネーター： 株式会社日本総合研究所調査部 主席研究員
西沢 和彦 氏

パネリスト（五十音順）： 株式会社日本経済新聞社 上級論説委員
大林 尚 氏

北海道大学大学院法学研究科 教授
加藤 智章 氏

政策研究大学院大学 教授
島崎 謙治 氏

慶應義塾大学経済学部 教授
土居 丈朗 氏

15:05～15:25 (20分)

～ 休 憩 ～

<第2部 具体的な政策・財源について>

15:25～15:40 (15分)

○健康保険組合連合会「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」概要

健康保険組合連合会 理事

棟重 卓三

15:40～15:55 (15分)

○パネリストによるプレゼンテーション③

株式会社日本経済新聞社 上級論説委員

大林 尚 氏

15:55～16:10 (15分)

○パネリストによるプレゼンテーション④

慶應義塾大学経済学部 教授

土居 丈朗 氏

16:10～17:00 (50分)

○パネルディスカッション②

コーディネーター： 株式会社日本総合研究所調査部 主席研究員

西沢 和彦 氏

パネリスト（五十音順）： 株式会社日本経済新聞社 上級論説委員

大林 尚 氏

北海道大学大学院法学研究科 教授

加藤 智章 氏

政策研究大学院大学 教授

島崎 謙治 氏

慶應義塾大学経済学部 教授

土居 丈朗 氏

17:00～17:05 (5分)

○閉会挨拶

健康保険組合連合会 医療保障総合政策調査会委員長

河本 滋史

パネリスト・コーディネーター紹介

<パネリスト（五十音順）>

大林 尚（おおばやし つかさ）氏

株式会社日本経済新聞社 上級論説委員

日本経済新聞社に入り、千葉支局などを経て東京本社経済部で通産省、日本銀行、経済企画庁、厚生省など経済官庁の記者クラブを担当。経済部次長を経て編集委員、論説委員として税制・財政、社会保障、規制改革などに関する社説とコラムを執筆。欧州総局編集委員としてロンドンに駐在し BREXIT など欧州の構造問題を取材。欧州総局長を経て上級論説委員。編著書に『人口減少～新しい日本をつくる』（日本経済新聞社、分担執筆）など。

加藤 智章（かとう ともゆき）氏

北海道大学大学院法学研究科 教授

1979年小樽商科大学卒業。1985年北海道大学大学院法学研究科博士課程単位取得退学（法学博士、北海道大学）。山形大学人文学部助教授、新潟大学法学部教授を経て、2009年より現職。社会保障法を中心に研究。主な著作として『社会保険核論』（旬報社、2016年）、『世界の診療報酬』（編著、法律文化社、2016年）、『世界の医療保障』（共編、法律文化社、2013年）等がある。北海道地方社会保険医療協議会会長。

島崎 謙治（しまざき けんじ）氏

政策研究大学院大学 教授

1978年東京大学教養学部卒業、厚生省（当時）入省。2001年厚生労働省保険局保険課長、2003年国立社会保障・人口問題研究所副所長、2005年東京大学大学院法学政治学研究科客員教授等を経て、2007年より現職。博士（商学、早稲田大学）。長野県立病院機構理事、社会保障審議会医療部会委員等も務める。主な著作として『日本の医療』（東京大学出版会、2011年）、『医療政策を問いなおす』（ちくま新書、2015年）等がある。

土居 丈朗（どい たけろう）氏

慶應義塾大学経済学部 教授

1993年大阪大学経済学部卒、1999年東京大学大学院経済学研究科博士課程修了（経済学博士）。1999年慶應義塾大学経済学部専任講師、2002年同准教授などを経て、2009年から現職。政府税制調査会委員、社会保障制度改革推進会議委員、財政制度等審議会委員なども務める。主著に『地方債改革の経済学』（日本経済新聞出版社：日経・経済図書文化賞とサントリー学芸賞受賞）、『入門公共経済学』（日本評論社）等がある。

<コーディネーター>

西沢 和彦（にしざわ かずひこ）氏

株式会社日本総合研究所調査部 主席研究員

1989年一橋大学社会学部卒業。同年三井銀行（現三井住友銀行）入行。2001年株式会社日本総合研究所、現在に至る。この間、法政大学大学院社会科学研究科修士（経済学）。社会保障制度改革国民会議委員（2012～2013年）。現在、社会保障審議会年金事業管理部会委員。主な著書『年金制度は誰のものか』（日本経済新聞出版社、第51回日経・経済図書文化賞）、『税と社会保障の抜本改革』（日本経済新聞出版社、第40回日本公認会計士協会学術賞）。

開会挨拶

健康保険組合連合会 副会長兼専務理事
白川 修二



ご紹介いただきました、健康保険組合連合会の白川でございます。本日はご多忙のところ、大勢の方にこのシンポジウムにご参加いただきまして、まず厚く御礼申し上げます。

開会のご挨拶の代わりに、このシンポジウムの趣旨、開催の狙いについて、簡単にご説明したいと思います。ご案内の通り、わが国の国民皆保険制度というのは、われわれもいろいろな国の制度を調査しておりますが、世界で最も優れた医療保険制度であると信じております。

ところがこの制度も、高齢化・少子化といった人口構造の変化や、あるいは医療の高度化等の社会環境の変化から、皆保険制度の持続性は岐路に立たされていると認識しております。また、こうしたことから、さまざまな改革が進められており、検討が行われている状況です。

具体的に申し上げますと、医療提供体制においては、病床機能の分化・連携、あるいは在宅医療の充実、主治医機能の拡充といった動きがある一方、医療保険財政の方では、国保財政の都道府県一本化という動きもございます。

被用者保険では、表面的には財政収支は黒字となっており、外見だけは安定しているように見えるところですが、われわれが推計した2025年時点を見ると、現在の国民医療費42兆円が1.4倍くらいに膨らむ。そうなると公費負担が45%くらい増える、あるいは保険料負担は33%くらい増える、患者負担も25%増える。こういう数字が出てまいります。

国民医療費の約60%は、65歳以上の高齢者の医療費ということですから、この高齢者の医療費の負担を国民でどのように分かち合うかという観点から解決を導かないと、医療保険制度の維持は難しいというのが私どもの問題意識です。

高齢者医療費の負担構造をどう変えるかということを考える上では、さまざまなアイデア・視点があると考えております。ただ、最大のキーワードは「公平性」で、国民の納得感をいかに担保するかということに尽きると考えております。

われわれはこうした問題意識で平成 28 年度に「負担の公平」に関する研究班を立ち上げました。経済学だけでなく、法学的な面も含めて、有識者の先生方をお招きして検討し、報告書に取りまとめさせていただきました。それが今日、受付でお配りした報告書でございます。

一口に「公平」と申し上げても、さまざまな切り口がございます。高齢者と現役世代との公平とは何か、税負担と社会保障負担のバランスという観点からの公平、報酬水準に応じた応能負担と受けるサービスに応じた応益負担のバランスをどうするかというような問題もあるかと思えます。この研究成果、それに基づく健保連の主張は、この後で一部紹介させていただきます。

本日のシンポジウムでは、経済学、法学、報道機関、シンクタンクの 5 人の先生方に参加いただいて開催することとしました。われわれがまとめた報告書、あるいはわれわれの主張はありますけれども、今日のシンポジウムではそれに囚われず、幅広い視点で、皆保険制度の持続性を維持するにはどういったことが必要か、という幅広い議論をしていただきたいと思いますと考えております。

皆様方の考え方を整理する上でお役立ていただければ、ということで本日のシンポジウムを開催いたしました。本日は長時間のシンポジウムになりますが、最後までお付き合いいただきますようお願い申し上げます、主催者としての挨拶といたします。

本日はどうぞよろしくようお願い申し上げます。

第 1 部

医療保険の原理・制度について

「医療保険制度における『負担の公平』に関する調査研究」概要

健康保険組合連合会 企画部長
松本 展哉



(スライド 1～3 ※本報告書 15 ページ～)

健保連の企画部長をしております、松本展哉と申します。本日はよろしくお願いたします。平成 28 年度調査研究事業として実施いたしました「医療保険制度における『負担の公平』に関する調査研究」の概要について説明させていただきます。

この事業ではご覧の有識者の先生方と、健保組合の皆様方に検討委員会に加わっていただき、多大なご協力を賜ったところでございます。改めて感謝申し上げます。

報告書は第 1 章から第 6 章の構成となっております。まず第 1 章は調査研究の背景等についてまとめております。

なぜ今「負担の公平」か

(スライド 4)

ここでは、なぜ今「負担の公平」を取り上げるのか、という点についてまとめております。平成 25 年の社会保障制度改革国民会議の報告書に見られますように、近年は「公平な負担＝負担能力に応じた負担」ということが強調されています。

その結果、後期高齢者支援金や介護納付金に総報酬割という仕組みが導入され、拡大されてきました。これは国費削減の一方で、健保組合等に負担増を求めるという方法でもありました。

私たちは、応能負担が常に公平であるとは考えておりません。医療保険制度では、負担と給付の関係性が重要視されるべきであり、「取れるところから取る」というようなことでは、社会保険方式の意義や国民皆保険への支持・信頼が損なわれてしまうと考えています。

そのような問題意識から、「公平な負担」の真の意味を求めて検討し、超高齢社会における財源政策を考えるための示唆を得ようとしてきました。

負担のあり方を巡る歴史的経緯

(スライド5～8)

第3章では、医療保険制度における財源政策の歴史的経緯を整理しました。

昭和36年に遡りますが、国民皆保険が達成された頃から、被用者保険と国保それぞれに、保険者が分立することによる財政力格差を踏まえた議論がありましたが、当時から分立することの意義、あるいは組合方式の意義が強調され、公費投入という方法で財政力格差の是正、給付の改善が図られてきました。

その後、老人医療費の無料化が医療費の増大をもたらし、国保の財政対策、公費負担の抑制策として、老人保健制度・退職者医療制度が創設され、被用者保険が拠出金を負担する方法が取り入れられました。

当時、「老健制度は財政調整ではない」といった説明も聞かれましたが、実質的な財政調整がこの時から始まったと言えます。以後、老人保健拠出金の加入者按分率が拡大され、財政調整の強化、負担と給付の関係の希薄化が進んでいきました。

続いて、バブル崩壊後の経済の低迷、高齢化等による医療費の増大に伴い、医療保険制度における負担と給付の見直しが行われてきました。平成9年に被用者保険の本人2割負担、薬剤一部負担、平成13年に高齢者の定率1割負担、そして平成14年には現役世代の3割負担、現役並み所得の高齢者の2割負担。これと同時に老人医療の対象年齢の引き上げと公費負担割合の拡充といったことが行われてきました。

この頃、健保組合の義務的経費に対する拠出金の割合は40%に到達していました。ここで、公費拡充によってその改善が図られたということでございます。その拠出金の割合が、2025年には50%に到達しようとしています。これについては、後ろの方に参考資料を付けておりますので、後ほどご覧いただきたいと思います。

平成20年には現行の後期高齢者医療制度、前期高齢者の財政調整が創設されました。後期高齢者は原則1割負担で、給付費に対して公費が原則5割、現役世代の負担が4割、保険料1割という財源構成になっています。前期高齢者の財政調整は、老人保健制度と同じように、前期高齢者の加入率の違いに着目して、被用者保険から国保へ財政移転する仕組みになっています。

後期高齢者医療制度については、その導入直後から国民的な反発が広がりました。平成21年の政権交代後、1年ほどの議論を経て改革案が取りまとめられましたが、実現はしませんでした。その後は抜本的な改革は行われず、負担の付け替えと言えるような財政対策が繰り返されています。

後期高齢者支援金は平成22年の3分の1総報酬割に始まり平成27年に全面総報酬割への拡大が決まりました。この総報酬割によってねん出された財源は、協会けんぽ、あるいは国保の財政支援策等に充てられています。

平成24年には、消費税率の引き上げと社会保障財源化が決まりましたが、その財源の活用まで視野に入れた、高齢者医療制度の抜本的な改革のための議論には、未だに

至っていない状況でございます。さらに昨年には、介護納付金の総報酬割も決まり、すでに実施されています。

このように社会保障費の抑制方針の下で、応能負担と総報酬割の拡大という手法により、国費を削減する一方で、保険料の負担増の圧力が高まるということが繰り返されています。

負担のあり方に関する有識者の議論

(スライド9～10)

次に第4章ですが、ここでは広く、負担のあり方に関する有識者の議論の整理をしました。今日は概略のみ紹介いたしますが、非常に重要な部分ですので、報告書をぜひご覧いただきたいと思えます。

第4章は4つの柱で構成されております。このうち特に重要なのは、保険料は税とは異なり、負担と給付に「けん連性」が求められているという点です。

拠出金負担はけん連性に乏しく、租税的性格が強いということで、有識者の議論のなかには、税として徴収すべきだというご指摘もありますが、その拠出金を保険料として強制的に徴収するのですから、賦課方法については、税と同じように民主的統制の下で決定されるべきであること、しかし、年々自動的に増加するような拠出金の現状は民主的統制の面で不十分であるのではないかと、といったことが指摘されております。

また、保険料は賦課ベースが狭いので、保険料による所得再分配は公平性・効率性に問題があるということ、企業活動にも影響を与えるということ等が指摘されています。

「負担の公平」に関する定量分析

(スライド11～12)

次に第5章では、定量分析、シミュレーションの結果を掲載しています。

まず、世代ごとの医療と介護について、生涯の負担と給付の関係を分析いたしました。制度ごとに分析していますが、健保組合の被保険者の場合、ちょうど私の世代の後の方がたについては、生涯の給付よりも負担の方が大きくなるという結果になっております。

この他、後期高齢者支援金の総報酬割拡大の影響も分析しています。

社会保険の原理と負担のあり方

(スライド13～14)

最後の第6章、ここで報告書のまとめをさせていただきます。

まず、社会保険の原理についてです。社会保険は民間保険と異なり、強制加入であ

り、その保険料はリスクに見合ったものではありません。応能負担というのも、民間保険と異なる要素ではありますが、これは低所得者に対する政策的な配慮であって、「社会保険だから応能負担が当然」ということではありません。

現に保険料の賦課は所得税のような累進的な負担ではありませんし、応益負担あるいは定額負担という形もあります。賦課上限も設けられています。過去の判例におきましても、応益負担の原則が指摘されて、受益とかけ離れた負担には一定の限界を設ける必要性が強調されています。

一元化論と保険者分立の意義

(スライド 15)

次に、制度・保険者が分立する意義についてです。これまで、分立することの意義が強調されてきましたが、一方で、それによって生じる負担の格差が不合理な水準とならないように配慮すべきである、という点については理解できる点であります。

しかし、その方法がいわゆる「一元化」の議論に向かうことは不相当である、ということを強調しています。被用者保険と国保の一元化という議論については、所得捕捉の違いの問題もありますが、被保険者の適用や保険料の賦課・徴収等に見られる、被用者保険の強固な基盤をわざわざ壊すようなことを選択すべきではありません。

また、被用者保険の一元化の議論については、職域の連帯に基づく保険集団における自律的・効率的運営を阻害することや、保険者間の格差を完全に無くしてしまうような調整は、一元化と全く同じことになってしまい、負担と給付の関係が希薄になり、保険者機能が弱められ、財政責任が曖昧になってしまいます。

制度間・保険者間の公平性の確保

(スライド 16)

次に、これからの財源政策についてです。まず、制度間・保険者間の公平性の確保を考えます。制度・保険者を超えた応能負担の拡大は、保険者が自律的にコントロールできない負担増となり、分立や組合方式の意義を損なうこと、賦課ベースの狭い保険料による所得再分配は経済学的にも不公平・非効率であること等を指摘しています。

また、財政調整を安易に拡大しても制度の持続可能性を確保することはできません。必要な財源については、税と保険料の役割分担を十分に議論して、選択すべきであると考えます。

その上で、過去の判例を踏まえれば、拠出金のための保険料は、保険料であっても租税法主義の趣旨が及びます。あたかも自動的に負担増が繰り返される現状からしますと、民主的統制の確保・強化が必要であると考えます。

同時に、多額の公費、被用者保険が負担する交付金の投入先である国保については、見直すべき課題が少なくないと考えます。

世代間の公平性の確保

(スライド 17～22)

次に、世代間の公平の問題ですが、世代間扶養のためとは言え、保険料負担の過半を他制度のために拠出するような状況は限度を超えるということ、また、後期高齢者医療制度や国保に対する公費負担のための必要な税収が確保できておらず、公債を通じて将来世代に負担を回している状況にあること、公費財源の不足が結果として保険料負担増の圧力となっていることが考えられます。

そこで、世代間の公平性を確保し、制度の持続可能性を高めていくためには、何が必要なかをまとめました。

まず、年齢によって自己負担割合に違いを設ける現状は見直すことが必要です。具体的には後期高齢者の1割負担を引き上げることが考えられます。高額療養費制度の見直しも必要です。

後期高齢者医療制度の財源構成として、保険料1割の部分を見直すこと。また、「現役並み所得」の高齢者であっても、公費負担5割の対象とすることも重要です。

また、世代間の不公平の大きな要因となっている公的年金等控除の見直しも重要です。この問題は医療保険制度にも大きく影響しています。

さらに、公費財源の確保も必要であり、特に社会保障財源としての消費税の重要性を強調しています。同時に、所得税等の幅広い税制改革も必要です。

最後に参考資料を付けております。いずれも厚生労働省の資料をお借りしております。後期高齢者医療制度、前期高齢者の財政調整、国保の財政構造、負担と給付の年齢別比較、拠出金負担の推移等をご理解いただけると幸いです。

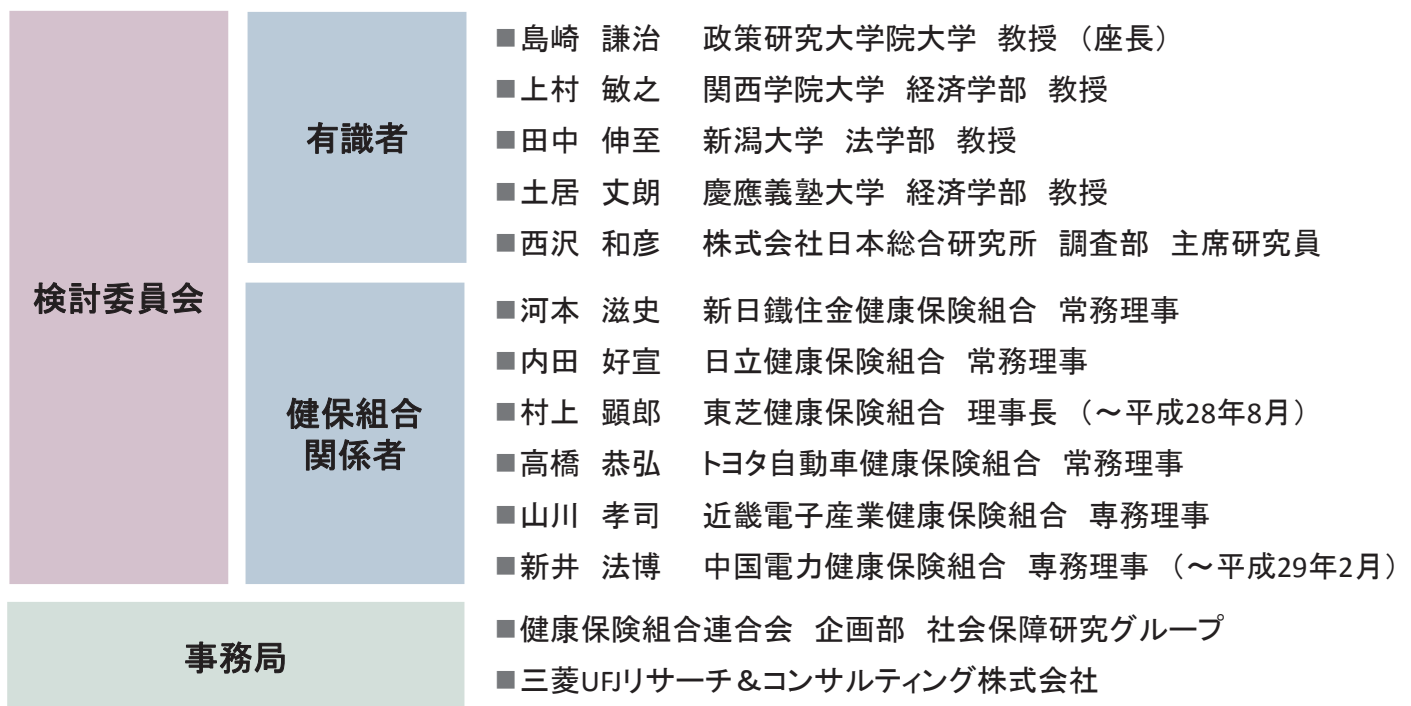
私からのご説明は以上でございます。ご議論をお願いいたします。

平成28年度 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**
 ～ 概要 ～

平成30年2月27日
 健康保険組合連合会

1

調査研究体制



（敬称略、所属・役職は平成28年度当時）

2

報告書の構成

第1章 調査研究の背景・対象・方法・構成

第2章 負担のあり方に関する最近の議論

第3章 医療保険制度における財源政策の歴史的経緯

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

第5章 負担の公平に関する定量分析

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

3

なぜ今、「負担の公平」を取り上げるのか

背景

- 社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月)
 - 医療保険制度に対する公費の投入を極力限定
 - 医療保険制度内における「負担の公平化」の促進
 - ⇒ 「公平な負担」=「負担能力に応じた負担」を強調
- 社会保障改革プログラム法(平成25年12月)及びこれに続く各種の法改正
 - ◎後期高齢者支援金の総報酬割拡大 ◎介護納付金の総報酬割導入 /等
 - ⇒ 公費負担の抑制(財源捻出)と現役世代(健保組合等)の負担増

問題意識

- 医療保険制度における「負担能力に応じた負担」
 - 給付のあり方と切り離れた負担の議論は、社会保険方式の特性・理念を軽視
 - 公費抑制が重視され、法学・経済学的観点からの財源政策の検討も不十分
 - ⇒ 「取れるところから取る」という発想では、
社会保険方式の意義・特長だけでなく、国民皆保険への支持・納得感も毀損

目的

- 社会保険方式における「公平な負担」の意味・論点の整理
 - ◎負担のあり方を巡る議論の史的検証 ◎法学・経済学等の学説の概観 /等
 - ⇒ 超高齢社会における財源政策への示唆

4

報告書の構成

第1章 調査研究の背景・対象・方法・構成

第2章 負担のあり方に関する最近の議論

第3章 医療保険制度における財源政策の歴史的経緯

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

第5章 負担の公平に関する定量分析

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

5

負担のあり方を巡る歴史的経緯①

国民皆保険の達成
(昭和36年)
～
「福祉元年」
(昭和48年)

- 被用者保険・国保の二本建ての体系による皆保険の実現(昭和36年)
 - 当初より、制度・保険者の分立に伴う財政力格差を踏まえた議論
 - 被用者保険・国保の制度一元化(昭和37年「総合調整に関する勧告」等)
 - 被用者保険内の「2分の1財政調整」(昭和44年「医療保険制度改革要綱試案」等) / 等
 - 一方、社会保障制度審議会・社会保険審議会は制度分立や組合方式の意義を強調(昭和46～47年)
 - ⇒ 高度成長を背景に、公費投入を軸とした財政力格差是正と給付改善
 - 国保への国庫負担率の引き上げ(新国保法:2割→昭和37年:25%→昭和41年:4割)
 - 政管健保への定率国庫補助(昭和48年:1割+保険料率0.1%ごとに国庫補助率0.8%引き上げ)
 - 政管健保の保険料率引き上げ(昭和42年、昭和48年等) / 等

高度成長の終焉
(昭和48年)
～
老人保健制度・
退職者医療制度の成立
(昭和50年代末)

- 第一次オイルショック後の経済成長の鈍化と財政の悪化
 - 「福祉元年」(昭和48年)の無料化により増大した老人医療費への対策の要請
 - ⇒ 老人保健制度(昭和58年)・退職者医療制度(昭和59年)の創設による国保への国庫負担抑制
 - 被用者保険が拠出金を負担。制度を跨いだ財政調整の本格的な導入
 - 立法担当者は老健制度を「財政調整ではない」「共同事業」と説明
 - 当初、老健拠出金は医療費按分率5割+加入者按分率5割で算定
 - その後、加入者按分率の段階的引き上げ(平成2年以降は加入者按分率10割)
 - ⇒ 財政調整の強化、負担と給付の関係性の希薄化が進行

6

負担のあり方を巡る歴史的経緯②

バブル崩壊
(平成初期)
～
新たな高齢者医療制度
の創設
(平成20年)

- 高齢化(拠出金負担の増大)、医療の高度化、経済の停滞に伴う保険財政の再悪化
 - 平成9年健康保険法等改正
 - 被用者保険の自己負担割合(本人2割)、政管健保の保険料率引き上げ(8.5%)、薬剤一部負担／等
 - 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」との批判
 - 平成13年健康保険法等改正
 - 高齢者の定率1割負担の導入(月額上限あり)、薬剤一部負担の廃止 / 等
 - 平成14年健康保険法等改正
 - 原則3割負担(7割給付)での統一(高齢者・未就学児除く)、総報酬制(賞与保険料)の導入
 - 現役並み所得高齢者の2割負担、高齢者の月額上限の廃止
 - 老人医療の対象年齢の引き上げ(70歳→75歳)および公費負担割合の引き上げ(3割→5割)
 - 退職被保険者に係る老健拠出金の全額を退職者給付拠出金で負担 / 等
 - 平成20年健康保険法等改正
 - 「独立型」の後期高齢者医療制度および前期高齢者に係る財政調整の創設
 - 後期高齢者は原則1割負担。公費負担約5割、現役世代の支援金約4割、保険料約1割
 - 前期高齢者の加入率の低い被用者保険から加入率の高い国保への財政調整
 - 老人保健制度、退職者医療制度の廃止(経過措置あり)
 - 後期高齢者の保険料は国費で特例軽減
 - 70～74歳の自己負担割合の引き上げ(2割)も国費で特例軽減(1割)
 - 協会けんぽの設立(平成20年10月、政管健保から移行。保険料率8.2%)

7

負担のあり方を巡る歴史的経緯③

近年の議論と改革

高齢者医療制度の導入
(平成20年～)

社会保障・税一体改革
(平成24年～)

改革工程表
(平成28年～)

- 年齢により「区切る」後期高齢者医療制度への国民的反発
 - 民主党(当時)が制度廃止等を主張(平成21年に政権交代)
 - 高齢者医療制度改革会議の改革案は法案化に至らず
 - 平成22年国民健康保険法等改正
 - 協会けんぽの財政支援策として、国庫補助率引き上げ(13%→16.4%)
 - その財源の半分を、後期高齢者支援金の3分の1総報酬割導入で捻出
 - 平成24年社会保障・税一体改革関連法
 - 消費税率の段階的引き上げ(5%→8%→10%)と社会保障財源化
 - 社会保障制度改革国民会議の設置。その直後に自公政権へ交代
 - 平成25年社会保障改革プログラム法
 - 社会保障制度改革国民会議報告書を受け、制度改革の全体像・進め方を法定
 - 平成27年国民健康保険法等改正
 - 後期高齢者支援金の全面総報酬割の段階実施
 - 特別負担調整の導入(拠出金割合が大きい保険者の負担軽減に国費100億円を制度化)
 - 国保の都道府県単位化と財政支援策(財源は消費増税と総報酬割から捻出) / 等
 - 平成29年介護保険制度改革関連法
 - 介護納付金の総報酬割導入、一定以上所得者の利用者負担割合引き上げ(1割→2割) / 等
 - その他 70～74歳2割負担の特例軽減廃止(26年～)、後期高齢者保険料特例軽減見直し(29年～)、高齢者の高額療養費の見直し(29年～) / 等
- ◎ 社会保障費の削減圧力を受け、応能負担・総報酬割の拡大により財源を捻出

⇒ 国費の削減、保険料負担増の圧力

8

報告書の構成

第1章 調査研究の背景・対象・方法・構成

第2章 負担のあり方に関する最近の議論

第3章 医療保険制度における財源政策の歴史的経緯

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

第5章 負担の公平に関する定量分析

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

9

負担のあり方に関する有識者の議論の整理

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
- (2) 社会保険における応能負担（負担能力に応じた負担）
- (3) 給付と負担の不均衡の限界
- (4) 制度・保険者間の格差と保険料による調整の要件
- (5) 保険料による調整の許容範囲

2. 財政調整に関する各制度の論点

- (1) 後期高齢者支援金について
- (2) 前期高齢者納付金について
- (3) 国民健康保険の所得捕捉率等について
 - 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

3. 財政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
 - ② 支援金・納付金に対する不十分な民主的統制
- (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
 - ② 保険料による所得再分配の不公平性・非効率性
 - ③ 税目ごとの性質・問題点の比較
 - ④ 年金税制の問題点
 - ⑤ 経済学的視点の要約

4. 議論のまとめ

- (1) 社会保険の原理と「負担の公平」
- (2) 財源政策に対する法学的・経済学的示唆

たとえば・・・

- ❑ 保険料における負担と給付（を受ける地位）との「けん連性」
- ❑ 租税的性格が強い拠出金負担（特定保険料）
- ❑ 保険料負担増が企業活動に与える影響
- ❑ 消費税財源の適格性、公的年金等控除の問題・・・

10

報告書の構成

第1章 調査研究の背景・対象・方法・構成

第2章 負担のあり方に関する最近の議論

第3章 医療保険制度における財源政策の歴史的経緯

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

第5章 負担の公平に関する定量分析

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

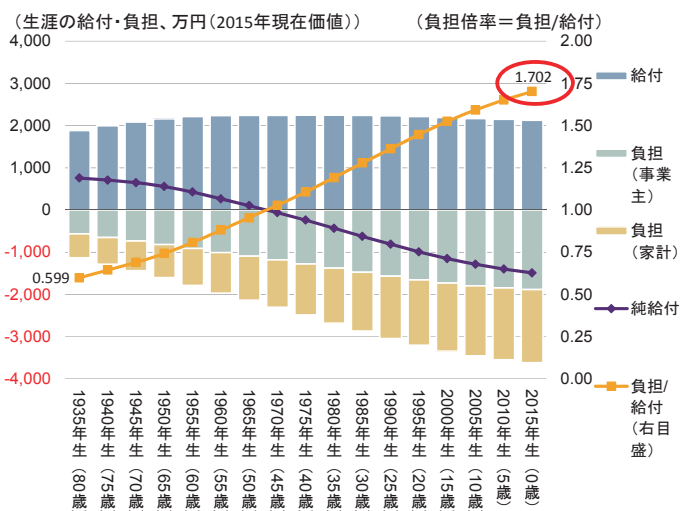
本調査研究で実施したシミュレーション

■ 高齢化に伴う世代間の負担のあり方の変化を定量的に捉えるため、以下のシミュレーションを実施

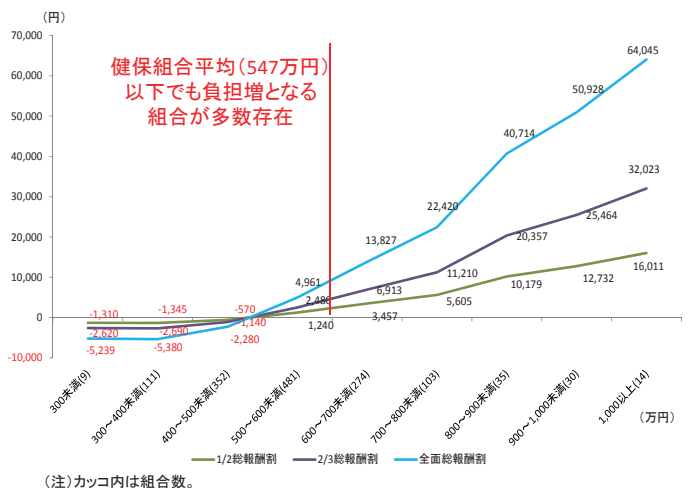
- 世代間の給付と負担の不均衡を定量的に把握する世代会計
(協会けんぽ、健保組合、共済組合、国保の医療・介護)
- 健保組合における医療の負担倍率(負担/給付)は、
1935年生まれ:約0.6倍→2015年生まれ:約1.7倍(図表1)

- 後期高齢者支援金の総報酬割拡大による
現役世代の負担の変化
- 総報酬割の拡大により、被保険者1人当たり総報酬額が
500万円以上の組合では支援金額が増大(図表2)

図表1 医療に関する生涯給付・負担(健保組合)



図表2 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
(3分の1総報酬割との比較)



報告書の構成

第1章 調査研究の背景・対象・方法・構成

第2章 負担のあり方に関する最近の議論

第3章 医療保険制度における財源政策の歴史的経緯

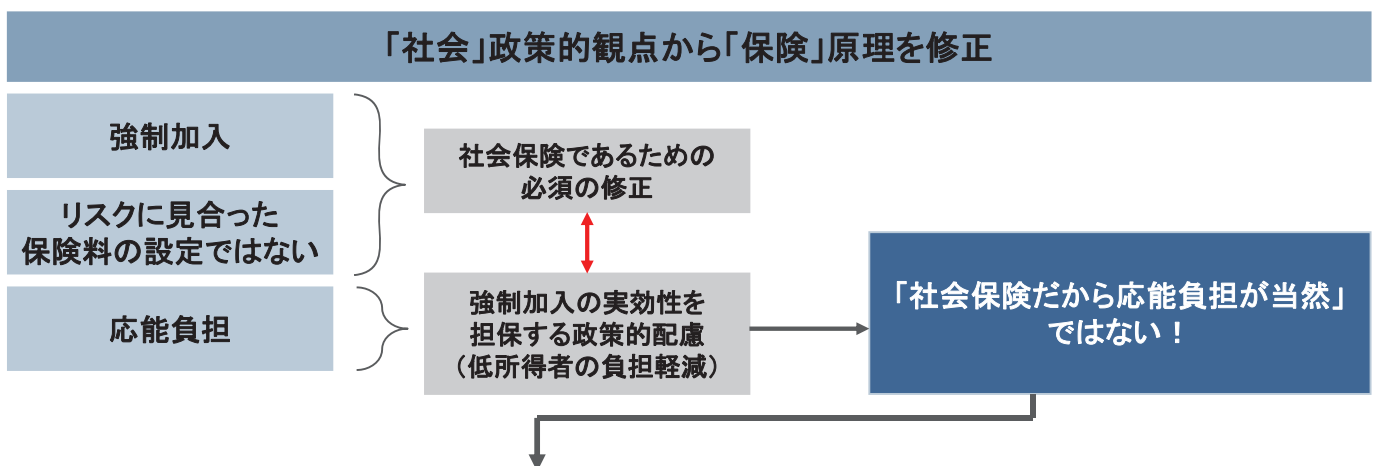
第4章 医療保険制度における負担のあり方に関する有識者の議論の整理

第5章 負担の公平に関する定量分析

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

13

社会保険の原理（民間保険との違い）



- 医療保険制度においても応能負担が貫徹されているわけではない（応益負担もある）
 - ◎非累進的負担構造（≠所得税）
 - ◎応能割と応益割を組み合わせた国保の保険料、国保組合の定額保険料
 - ◎保険料賦課限度額（国保）や標準報酬月額・標準賞与額の上限等（被用者保険）の設定
- 国保の保険料賦課上限の是非が争われた裁判例（横浜地判平2・11・2）

「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」

14

制度・保険者分立の意義

分立によって生じる制度・保険者間の財政力格差

- 所属する制度・保険者は個人の意思と無関係に決定
- ⇒ 制度・保険者間の負担の格差が不合理な水準とならないよう配慮が必要

制度一元化(被用者保険と国保)の議論

- 低所得者、退職者、高齢者が多く加入する国保の財政対策
 - 被用者と自営業者等の**所得捕捉率の違い**
 - ⇒ **公平性の確保が困難**
 - **被用者保険の強固な基盤**を崩す意味はない
 - 確実な被保険者の適用、保険料の賦課・徴収が可能
 - 制度一元化は被用者保険の長所を放棄するもの

被用者保険一元化の議論

- 所得捕捉率の差異は生じないが、**保険者分立の意義を毀損**
 - 「連帯」範囲＝保険集団における
 - 自律的・効率的運営の弱体化
 - 中間団体による自治から国家による管理の強化へ
- なお、制度・保険者間格差の完全調整は一元化と同様の帰結
 - ◎ **負担と給付の関係性の希薄化** ◎ **保険者機能の弱体化**
 - ◎ **財政責任の不明確化** / 等

財政対策のみを念頭に一元化を議論することは不適當

15

超高齢社会における財源政策① 制度・保険者間の公平性の確保

制度・保険者を超えた「負担能力に応じた負担」の拡大

- 費用負担者の連帯感・納得感が得られなければ、国民皆保険への内在的支援を喪失
 - **保険者が自律的にコントロールできない負担増は、制度・保険者分立や組合方式の意義を毀損**
 - **賦課ベースの狭い保険料による再分配は経済学的にも不公平・非効率**
 - 健保組合への集中的な負担増は、財政悪化による解散や協会けんぽ・国保への移行を招来
 - 被用者保険・国保間の「負担能力に応じた負担」も実現困難

財政調整の安易な拡大では制度の持続可能性の確保は困難

- **税と保険料の役割分担を十分に議論した上で、財源を選択する必要あり**
- 旭川訴訟の趣旨を敷衍すれば、**高齢者医療の拠出金のための保険料にも租税法律主義の趣旨は及ぶ**
- 拠出金算定のための諸係数の決定は政省令事項であり、租税法律主義が要請する民主的統制が不十分
 - ⇒ 拠出金負担については国民や保険者代表の参加する社会保障審議会での議論を要件とするなど、**民主的統制の確保、強化が必要**
- 多額の公費・交付金の受取主体である国保にも見直すべき課題
 - ◎ 保険料の収納率 ◎ 所得捕捉率
 - ◎ 医療費の水準、地域差
 - ◎ 財政規律(一般会計法定外繰入や繰上充用) / 等
- ⇒ **課題を放置したままでは、交付金を負担する被用者保険側の納得感は得られない**

16

超高齢社会における財源政策② 世代間の公平性の確保

高齢化により強まる 世代間扶養の性格

- 健保組合は保険料の5割近くを
支援金・納付金として拠出
- 世代間の所得移転が医療保険制度の
本来的な目的ではない
- 将来、この傾向はより強まる

⇒ 保険料負担の過半を他制度へ拠出するのは
限度を超える

公債残高の累増による 将来世代への「ツケ回し」

- 医療保険制度には多額の公費投入
 - 後期高齢者医療制度の給付費の50%
(現役並み所得者は公費対象外。実際には47%)
 - 国保の給付費等の前期高齢者交付金を除く約半分
／等
- 公費財源は税収で賄えず、

将来世代へ「ツケ」を回している状況
⇒ その間、保険料に負担増の圧力



17

世代間の公平性の確保による 制度の持続可能性の確保のために

自己負担割合・ 高額療養費制度 の見直し

- 69歳以下:3割、70~74歳:2割(移行中)、75歳以上:1割としたのは旧制度の残滓
- 年齢によって自己負担のあり方を区切る仕組みは合理性を欠き、見直しが必要
- 高齢者のみを対象とする高額療養費の「外来特例」、自己負担限度額の見直しも必要

後期高齢者保険料 の引き上げ等

- 保険料の財源構成割合=約1割(11.18%)は過少
(現在見直し中の軽減措置を除けばさらに低下)
- 現役並み所得の後期高齢者にも公費5割を確保すべき(現在は公費負担の対象外)

年金税制の見直し

- 公的年金等控除(65歳以上の最低保障額120万円)は、
給与所得控除(最低保障額65万円)より手厚く、給与所得控除との併用も可能
- 老齢遺族年金は全額非課税のため、税額・保険料額の計算上所得に含まれない
- 現行制度は負担能力の評価を歪め、世代間・高齢世代内の税・保険料負担を不公平化
- 公的年金等控除の給与所得控除と同水準への縮小^注など、年金税制の見直しが必要

公費財源の確保

- 財源調達力、税収の安定性、世代間の公平性、経済効率性などの観点から、
社会保障の財源として、消費税に高い適格性
- 消費税を中心に幅広い税目を検討。とくに、所得税の再分配効果を高める改革が必要

(注)平成32年1月から見直しが予定されているが、控除額の一律10万円引き下げ(基礎控除への振り替え)等、極めて限定的な見直しにとどまる。 18

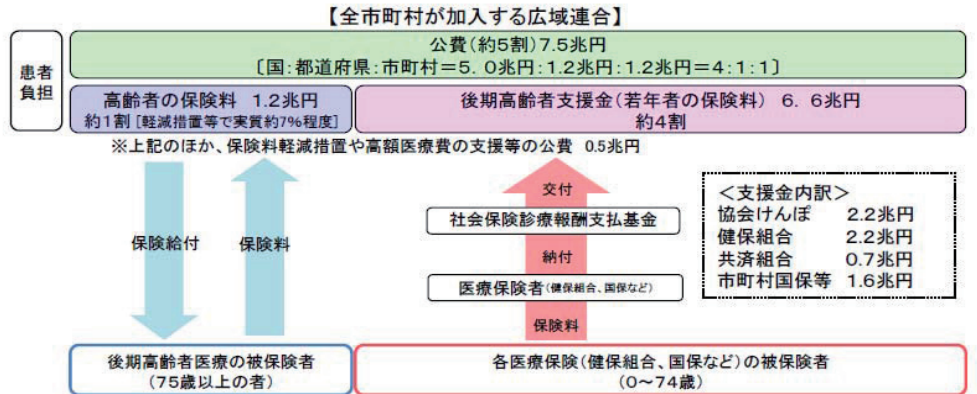
<参考>

高齢者医療制度

- ・ 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立つて、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- ・ 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

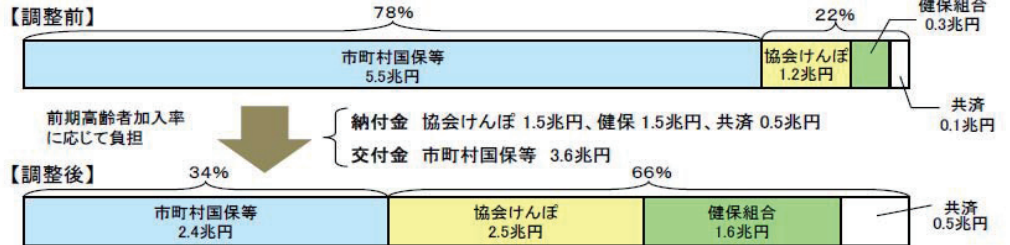
後期高齢者医療制度

- <対象者数>
75歳以上の高齢者 約1,750万人
- <後期高齢者医療費>
17.2兆円(平成30年度予算ベース)
給付費 15.8兆円
患者負担 1.4兆円
- <保険料額(平成28・29年度見込)>
※平成30・31年度見込みについては現在試算中。



前期高齢者に係る財政調整

- <対象者数>
65～74歳の高齢者
約1,700万人
- <前期高齢者給付費>
7.0兆円
(平成30年度予算ベース)



(厚生労働省資料より)

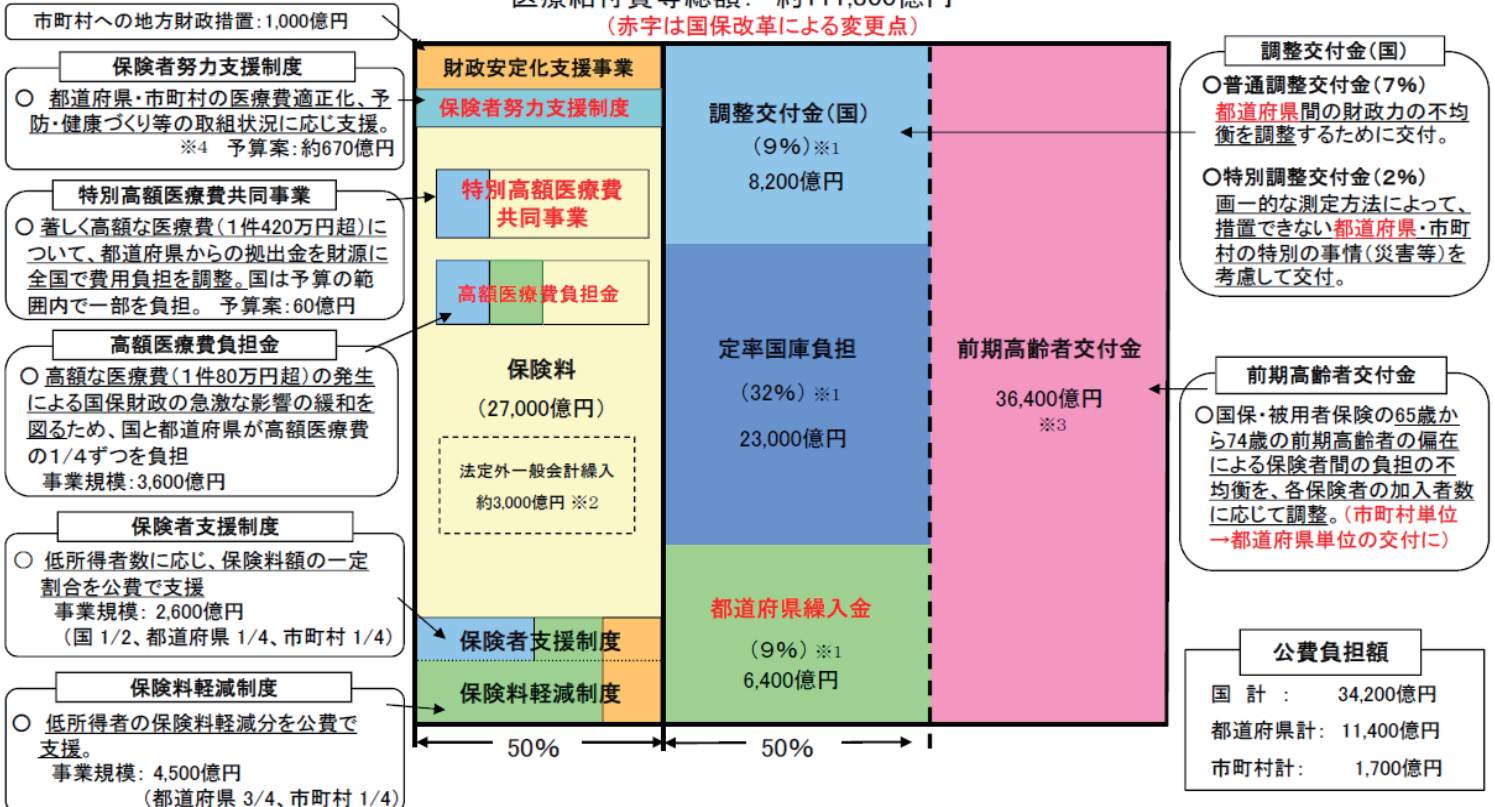
19

<参考>

平成30年度の国保財政

(平成30年度予算案ベース)

医療給付費等総額: 約111,800億円
(赤字は国保改革による変更点)



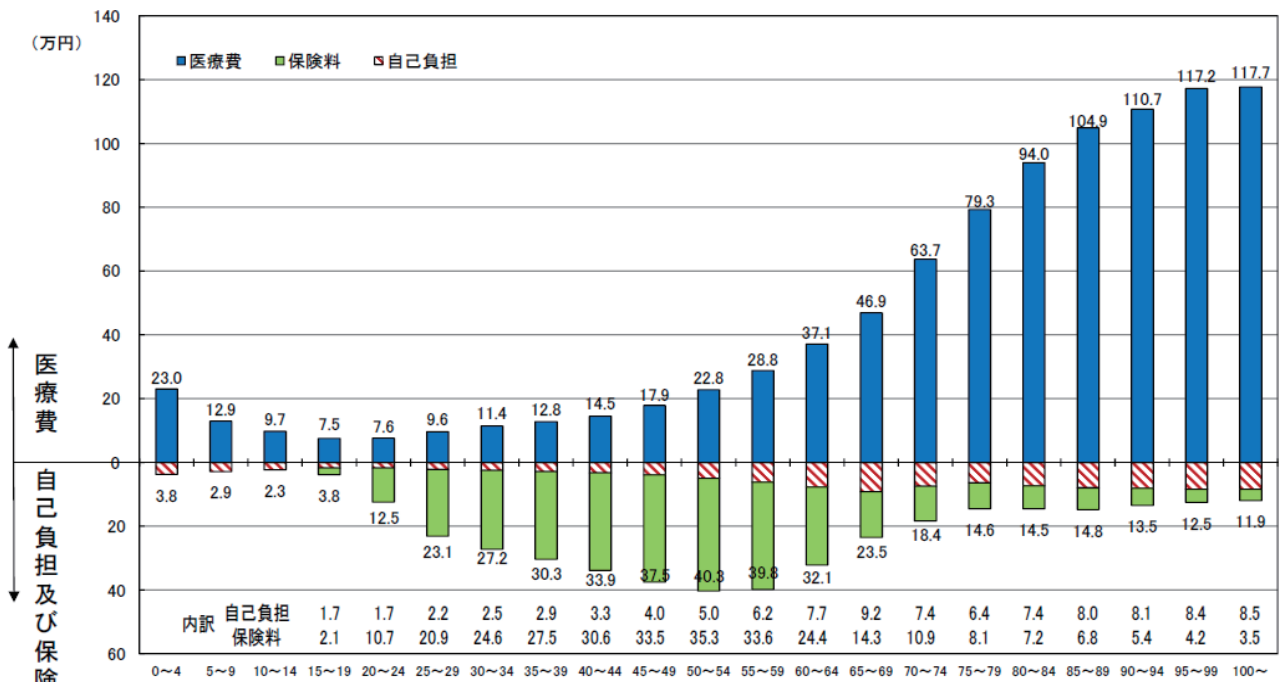
※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある
 ※2 平成27年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額
 ※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる
 ※4 別途、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち170億円を活用

(厚生労働省資料より)

20

<参考>

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額)
(平成27年度実績に基づく推計値)



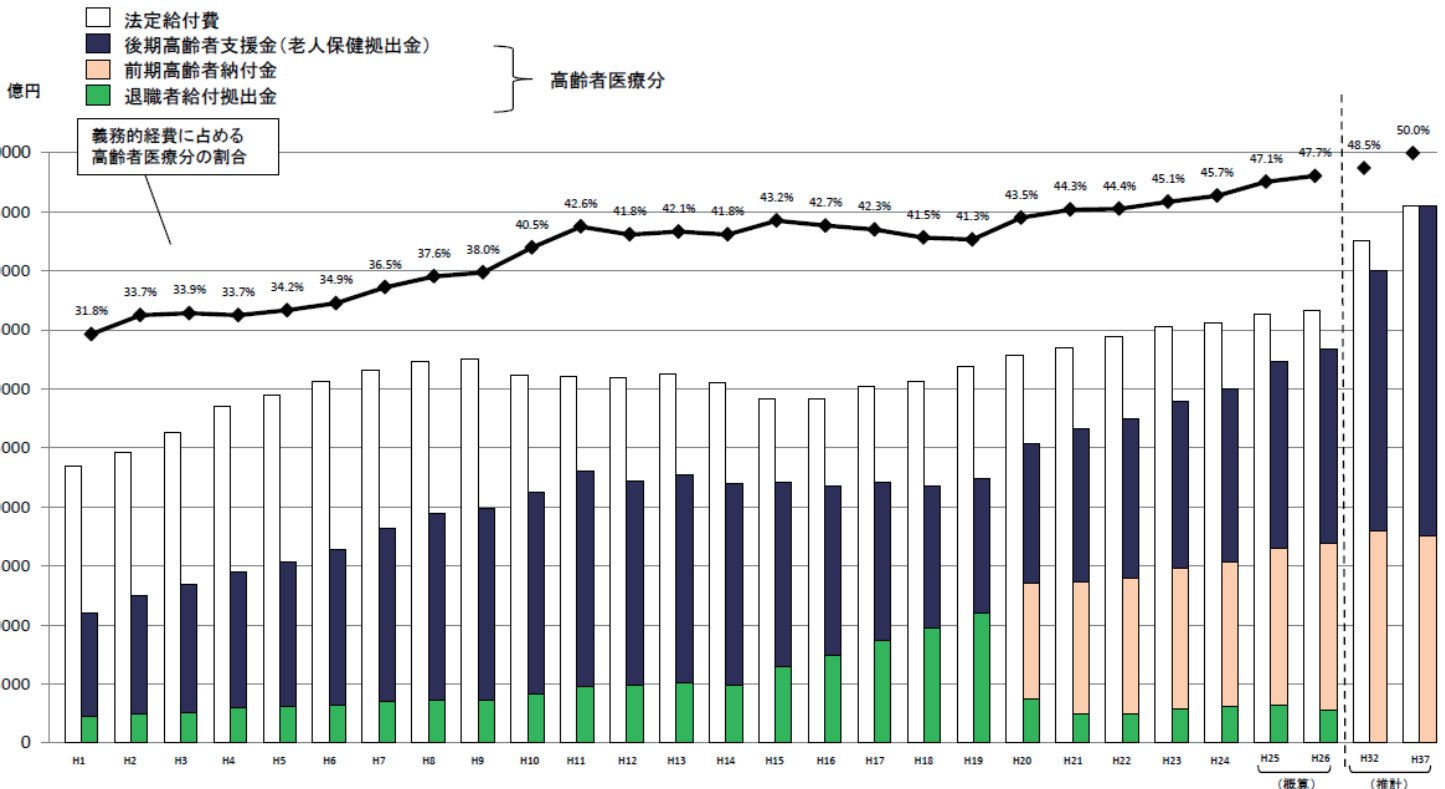
- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

資料:厚生労働省保険局「医療保険に関する基礎資料～平成27年度の医療費等の状況～」

<参考>

高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)

○ 健保組合の高齢者医療への拠出負担は増加しており、義務的経費に占める割合は平成26年度47.7%となっている。



※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賦課額。平成25年度及び平成26年度は概算賦課額。

※後期支援金については、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。(平成26年5月19日医療保険部会資料より)

パネリストによるプレゼンテーション①

政策研究大学院大学 教授
島崎 謙治 氏



(スライド 1～2 ※本報告書 33 ページ～)

ご紹介いただきました、政策研究大学院大学の島崎です。時間が 15 分と限られておりますので、早速中身に入らせていただきます。

お手元に、今日使うスライドを全部落としてあります。最初に、「結論から先に」と書いてあります通り、今からこういう話をいたします。後ほど、私のプレゼンの趣旨はこういうことだったのか、と振り返っていただければと思います。

社会保険だから応能負担は必然か

(スライド 3)

5 つばかり問いを立てております。まず最初に「社会保険だから応能負担は必然か」という問いです。先ほど、松本さんからお話があった通り、結論から先に申し上げれば、応能負担というのは必ずしも絶対的なものではありません。

社会保険はその名の通り、「社会」という要素、これは連帯や平等といったことと親和的ですが、もう 1 つ「保険」という要素、これは交換や自由といったことと比較的親和的ですが、「社会」と「保険」という 2 つの極があります。比喩的に言うと、引力の非常に強い 2 つの恒星の間に星があって、2 つの恒星の引力に引っ張られるというイメージで考えていただければよろしいと思います。

社会保険のあり方を考えるときに、民間保険だったらどう考えるか、ということにまず軸足を置いた上で、「社会」的な要素の観点からどの程度修正すべきか検討する、というアプローチが妥当だと考えます。

例えば、現在はボーナス（賞与）も保険料の賦課の対象となっているわけですが、ご案内の通り、2002 年度までは対象となっていませんでした。なぜかと言いますと、皆さんが民間の医療保険に入るときに、ボーナスのことを考えて保険料の額を決めるかということ、通常はそうではなく、毎月決まった給与をベースにして、どの程度まで支払えるかということを考えるのが普通だと思います。

もっとも、そのうちにできるだけ月給を減らしてボーナスを膨らませることで、「社会保険料逃れ」をする企業が出てきたものですから、現在はボーナスも賦課対象としましたが、元来はこういう考え方でした。

民間保険と異なる社会保険の特徴としては、ここに書いてあるような3つの要素がありますが、3つは同じ価値で並んでいるわけではありません。①と②は社会保険であるための必須の修正であるのに対して、③は強制加入の実効性を確保するための政策的配慮に基づくと考えるべきだと私は思います。

もちろん、だからと言って応能負担を一切否定するわけではありません。しかし、応能負担を導入するにしても、例えば国民健康保険は応能負担と応益負担の2つから成り立っているわけですが、受益との関係で応益負担の要素を加味するのもしないのか、それから、保険料負担の上下限をどの程度に設定するかというようなことは、文字通り熟慮を要することです。

率直に申し上げれば、これらの点を全部すっぽかして、「社会保険だから応能負担は当然である」という論法は乱暴ですし、いわんや「社会保険だから所得再分配を利かせるべきだ」というのは、応能負担を導入すれば結果として所得再分配機能を発揮するのは事実ですが、本末転倒した議論だと思います。

負担能力は何で判断するのが適当か

(スライド4)

2つ目の問いとして、仮に負担能力に応じた負担ということを考えるにしても、「負担能力は何で判断するのが適当か」という問いです。

1つには、保険料の賦課ベースに資産を加えるべきだという議論があります。ただ、ここに書いてあるような問題があり、結構デリケートな議論を要します。私の意見を率直に申し上げれば、税制上で資産課税をきちんと行えば良いのであって、社会保険で資産の要素を加味するという点についてはネガティブに考えています。

もう1つ、それ以上にここで強調したいことは、負担能力を収入で測るのか税法上の所得で測るのかという問題です。これは後ほど土居さんの方から詳しくご説明があるかと思いますが、簡単に申し上げますが、特に問題なのは年金税制です。すなわち、公的年金等控除が手厚いために、153万円の年金（最低保障額120万円＋基礎控除額33万円）をもらっていても「所得なし」ということになり、例えば国民健康保険であれば、応益割も7割軽減されることになります。

それから、老齢遺族年金については全額非課税という問題があり、これも一定額以上は課税すべきだと思います。

医療保険制度の一元化は行うべきか

(スライド5~6)

次に「医療保険制度の一元化は行うべきか」。先ほど、松本さんからもお話がありました。ここで1つ申し上げておきたいことは、これは単なる財源の話ではなくて、国家と私人との間に中間団体を挟ませるかどうかという問題だということです。

つまり、国家と私人が直接向き合うのか、健保組合や保険者、あるいは結社の自由という概念がありますが、そういった団体を国家との間に挟み込んで、国家が私人への介入を極力控える、できる限り中間団体が自律的な意思決定をしていく、こういった社会にするのかどうかという問題です。一元化ということをや安易に言われる方がいますが、国家管理は強まり、社会保険のメリットが減退することになります。

それから、仮に被用者保険と国保を一元化するとすると、被用者保険が国保に合わせる、逆に言えば、国保が被用者保険を吸収するような形しかあり得ませんけれども、そうすると所得捕捉率の相違、事業主負担の処理という2つの難問に直面します。

ご案内かと思いますが、韓国は保険者を1つにしております。「国民健康保険公団」がシングルペイヤーとしてつくられていますが、私は、韓国は一元化していないと思います。なぜかと言うと、被用者とそれ以外で保険料の徴収の仕方が全く別だからです。韓国の被用者以外の方の保険料の取り方は、日本の国民健康保険以上に複雑です。

それからもう1つ申し上げたいことは、原則と例外との関係でして、素直に考えれば、被用者保険は雇用関係を通じて被保険者の管理や保険料徴収を行っているわけですので、リジッドな仕組みと言えます。これに比べて国民健康保険の場合、そもそも何で保険関係が成り立っているかと言えば、そこに生活の本拠地（住所）があるということしかありません。また、稼得形態や所得捕捉率が違うさまざまなグループがそこに入っているのです。さまざまな原理の修正をしなければなりません。

最後に、完全なリスク構造調整を行って競争原理を働かせるべきだという議論がありますけれども、結論だけ申し上げますと、疾病罹患率も含めて完全なリスク構造調整を行うと、実態的には保険者の一元化と変わりなくなります。

実は、ドイツの経験はまさにそれを表しています。ドイツはここに書いてあるような、被保険者が保険者を選択できるようにし、保険者と医療機関の間でマーケットメカニズムが働く競争政策を導入しました。

しかし、その前提条件として完全なリスク構造調整をしなければならなくなった結果、今日ではドイツの保険料は統一されてしまっています。それでは、何をもって競争しているかと言うと、一種の付加給付のところで競争しているという非常に変な形になっています。

後期高齢者医療制度はどのように評価すべきか

(スライド7~10)

それから、「後期高齢者医療制度はどのように評価すべきか」という問いです。そもそも保険制度の建て方としては、次のような組み合わせしかありません。

「縦の線を入れる」、つまり被用者保険と地域保険（国民健康保険）の間に線を入れるか、一定の年齢のところで「横の線を入れる」かしかありません。「縦の線」も「横の線」も入れないものが一本化方式です。後期高齢者医療制度は75歳のところで切っているわけですから、独立方式になります。

年齢で切ると、その前後のところで給付と負担が変わるので、さまざまな問題が生じることは避けられません。端的に申し上げますと、このようなことが起こり得るということは当時の厚生労働省も分かっていました。にもかかわらず、独立型の制度を設けた大義名分は、政治的な理由を別にすれば、世代間の負担の公平に関する議論の喚起です。

人口ピラミッドをご覧いただければお分かりになる通り、2051年には100歳以上の人が53.4万人、現在の鳥取県の総人口並みになる時代がやってまいります。

人口要因のみを考慮すれば、例えば2025年度には2割弱の75歳以上の人が、国民医療費の50%近くを消費することになります。

こうしたなかで、世代間の負担の公平をどのように考えれば良いのか、という議論を喚起することが、大きな目的だったわけです。その意味では、「制度は定着した」として議論が停滞していること自体が大きな問題だと思えます。

そもそも、この75歳以上の窓口負担原則1割や、全体の1割弱の保険料負担、実際は7%くらいだと思いますが、これは当時の水準を仮置きして、横にスライドしただけに過ぎませんので、この点はもう1回議論する必要があると思っています。

ただし、論点はこれ以外にも非常に多岐にわたるので、今からさまざまな理論武装をしておく必要があると思えます。

公的医療保険の負担をどうすべきか

(スライド11)

最後に、「公的医療保険の負担をどうすべきか」ということです。率直に言えば、健保組合は苦しいながらも保険料を引き上げてきたわけですが、租税見合いの分はファイナンスできておりません。

GDPを総人口で割り戻すと、1人当たりの経済的豊かさをこのように分解できます。要するに、労働参加率の引き上げと合わせて、労働生産性をいかに高めていくかが重要で、日本は社会保険方式を維持すべきだと思いますが、保険料の引き上げ幅を少しでも小さくするためにも、このことは絶対に必要です。

保険料と税の相違

(スライド 12~13)

保険料と税の相違については、加藤さんから後ほどご説明があるかと思います。税と保険料はいずれも強制徴収されるという点では変わらないという議論がありますが、法律的・政治的プロセスという意味では明らかな差があります。

それは何かと言うと、社会保険料には租税法律主義が直接は及びません。端的に言えば、保険料は法律を改正しなくとも引き上げることができます。ただし、旭川訴訟では、その前提として、最高裁は民主的統制が及んでいるかということ非常に重視しています。

あまり意識されていませんが、わが国の保険者のなかで最も民主的な統制が法制的に貫かれているのは健保組合です。なぜかと言うと、健保組合は事業主と被用者の双方から成り立っているわけですが、被保険者の代表を選挙の形で選出することが健保法上明記され、制度的に担保されているからです。

このことは保険者機能との関係でも非常に重要な意味を持ちますが、それについては、後ほどのディスカッションのなかでお話申し上げたいと思います。ちょうど時間となりましたので、私のプレゼンテーションは、ひとまず以上とさせていただきます。

どうもご清聴ありがとうございました。

2025年の高齢者医療制度を考える — 公的医療保険制度の負担のあり方 —

政策研究大学院大学 島崎謙治

1

結論から先に

1. 国は、とくに近年、「負担能力に応じた公平な負担」を強調。しかし、「社会」保険だから応能負担が必然だとは言えない。
(ただし、社会「保険」だから応益負担が必然だとも言えない。また、保険者間の著しい格差を容認しているわけではないので、念のため)
2. 「公平な負担」の議論の際、「収入」と「所得」の峻別が必要。
3. 医療保険制度の一元化の是非は国家像・社会像に関わる問題。また、医療保険の保険者は大きいほどよいとは言えない。さらに、所得捕捉率の相違、事業主負担の処理は難題。
4. 「年齢で切る」設計のキズは小さくない。大義名分は超高齢社会における世代間の負担の公平。議論の停滞こそ問題。
5. 「経済成長vs財政再建」ではなく「経済成長and財政再建」。社会保障の財源確保は急務。消費税率の引上げは必須。医療提供体制本体の改革が不可避。保険者の役割も増大。

2

社会保険だから応能負担は必然か？

- 社会保険は、「社会」(連帯・平等)＋「保険」(交換・自由)。
- 「社会」と「保険」は2つの極だが、「保険」に軸足を置き「社会」の観点からどの程度修正するか、というアプローチが妥当。
(例) 民間保険に入るとき、毎月決まった収入を基準に保険料を考えるはず。
- 民間保険と異なる社会保険の特徴として、通常、①強制加入、②リスク見合いでない、③応能負担、の3つが挙げられる。
しかし、①・②は必須の修正であるのに対し、③は①の実効性を確保するための政策的配慮に基づく修正と考えるべき。
- 応能負担を導入するにしても、応益負担の要素を加味するか、保険料賦課の上下限をどうするか等は熟慮を要する事項。
- いわんや、「社会保険だから所得再配分を利かせるべきだ」というのは本末転倒した議論。

3

負担能力は何で判断するのが適当か？

- 保険料の賦課ベースに「資産」を加えるべきという議論がある。
しかし、保険料は決まったフロー収入から支払うのが自然。また、「資産」の正確な捕捉、課税負担との重複、(金融資産の場合は)引出し操作性、(不動産の場合は)可処分性の問題等が存在。
- 「(税法上の)所得」は、政策的な所得控除等の影響を受ける。
「公平な負担」の議論に当たり、「収入」と「所得」の峻別が必要。
- 特に問題なのは年金税制。例えば、現行制度では、公的年金を153万円(公的年金等控除の最低保障額＋基礎控除額)受給していても、国保や後期高齢者医療制度では「所得なし」扱い。
老齢遺族年金は全額非課税であるため「所得なし」扱いとなる。
→ 公的年金等控除はせめて給与所得控除まで縮小するとともに老齢遺族年金も一定額以上は課税とすべきである。

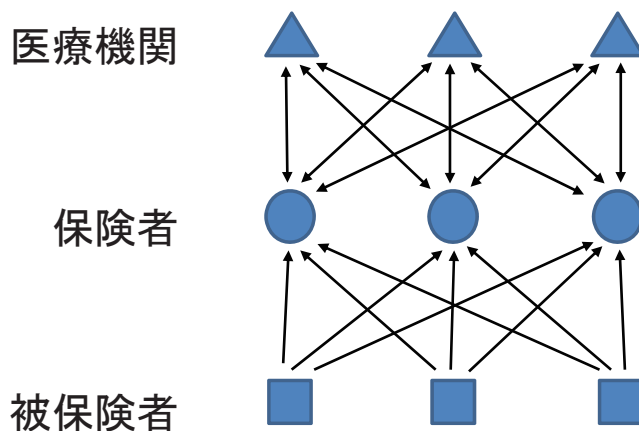
4

医療保険制度の一元化は行うべきか？

- この問題は、国家と私人の間に中間団体を挟ませ、中間団体の自律的解決に委ねるか否かという国家像・社会像に関わる。
→ 一元化は国家管理が強まり社会保険のメリットが減退する。
- 仮に一元化するならば、被用者保険を国保に合わせる(国保が吸収する)よりほかないが、①所得捕捉率の相違、②事業主負担の処理、は難問。韓国の「一元化」はこれをクリアできず。
※ 所得捕捉の問題は、1)収入自体の捕捉、2)必要経費の捕捉、に大別。
- 被用者保険は、雇用(使用)関係を通じ、被保険者管理や保険料徴収を的確に行える“堅牢”な仕組み。これに比べ、国保の保険関係の成立の根拠は「住所」しかない。また、稼得形態や所得捕捉率が異なるため、様々な修正を施さざるをえない。
- なお、疾病罹患率を含め完全なリスク構造調整を行うと、実態的には保険者の一元化と変わらなくなることに留意。

5

図1:「管理された競争」モデル(概念図)



(出典) 島崎作成

(説明)

1. 被保険者が保険者を選択。
2. 保険者は医療機関と個別に診療契約を締結。
3. 医療機関には質が高く低廉な診療を提供するインセンティブが生じる。また、保険者もそういう医療機関を見出すインセンティブが発生。
4. ただし、競争条件を対等にするためには、完全なリスク構造調整が必要となる。

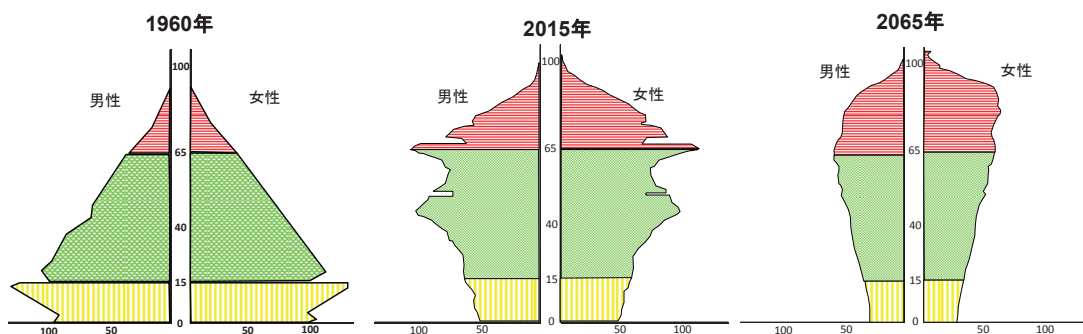
6

後期高齢者制度はどのように評価すべきか？

- 「年齢で切れば」、給付・負担が変わり様々な問題が生じる。にもかかわらず「独立型」の制度を設けた大義名分は、政治的理由を別にすれば、世代間の負担の公平に関する議論の喚起。→「制度は定着した」として議論が停滞していること自体が問題。
- そもそも窓口負担原則1割や保険料負担(全体の1割弱)は、制度創設当時の水準の「仮置き」にすぎない。現行では、後世代に「つけ回し」。高齢者世代の負担の引上げはやはり必要。
- 国保の改革(都道府県が財政責任を負う)が一段落すれば、後期高齢者医療制度の議論も俎上に載ろう。ただし、論点は、現行の保険者の是非、個人単位vs世帯単位、高齢被扶養者の取扱い、保険料の賦課ベースなど広範多岐に及ぶ。
→ 基礎的なデータ収集を含め議論の準備を進めることが肝要。

7

図2:人口ピラミッドの変化(1960年, 2015年, 2065年)



(留意すべき点)

- ① 「第一次ベビーブーム」(および「第二次ベビーブーム」)の影響が、“波のように”長期にわたり及ぶ。
- ② 今後、出生数が減少するのは合計特殊出生率が低下するからではない。母数となる出産年齢人口が減少するからである。(参考) 出生率中位の場合の仮定値は、2015年が1.45、2040年が1.44、2065年は1.44。
- ③ 100歳以上は、1963年が153人、2015年は6.2万人、2051年には53.4万人と推計される。

(注)縦軸は年齢、横軸は人口(単位:万人)。

(出典)1960年・2015年は「国勢調査」。2065年は「日本の将来推計人口(2017年推計)」の出生中位・死亡中位推計。

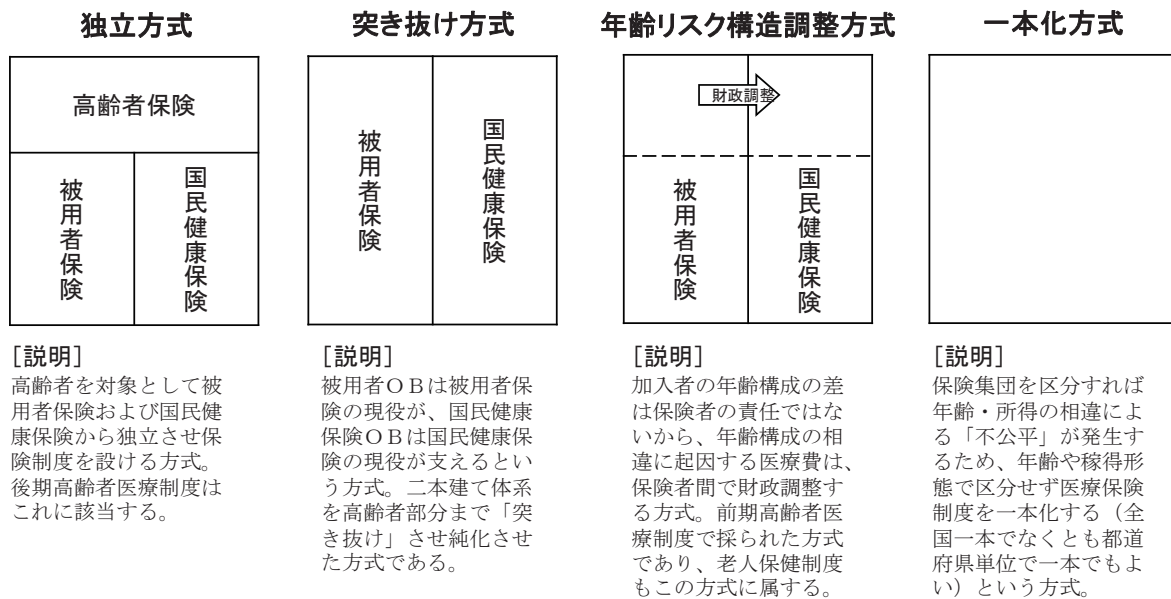
8

表1: 人口要因のみを考慮した国民医療費の推計

	2015年度		2025年度	
	人口	国民医療費	人口	国民医療費
0～64歳	9,323万人 (73%)	17.2兆円 (41%)	8,577万人 (70%)	16.3兆円 (36%)
65～74歳	1,755万人 (13%)	10.0兆円 (24%)	1,497万人 (12%)	8.7兆円 (19%)
75歳以上	1,632万人 (13%)	15.2兆円 (36%)	2,180万人 (18%)	20.3兆円 (45%)
計	12,710万人	42.4兆円	12,254万人	45.3兆円

(注)この推計は人口要因のみを考慮した機械的試算であり、医療技術の進歩や受療行動の変化等は考慮していないことに留意されたい。
 (推計方法) 2015年度の国民医療費の年齢階級別1人当たり医療費(基本的に5歳刻み)に、2025年の年齢階級別人口を乗じて算出。
 (出典) 厚生労働省統計情報部「2015年度国民医療費」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2017年推計)」「(出生中位・死亡中位の場合)」を基に筆者作成。

図3: 高齢者医療に関する制度設計(概念図)



(出典) 島崎謙治『日本の医療—制度と政策』(東京大学出版会)297頁の図を一部改変。

公的医療保険の負担をどうすべきか？

- 基本的な問題の所在は次のとおり。
 - A: 国民医療費は、高齢化と医療の進歩で毎年3%程度増加。
 - B: 仮に経済の潜在成長率が1%程度だとすると2%のギャップ。
 - C: 医療費のうち「保険料見合い」の分は苦しいながらも引上げ。一方、「税見合い」の分はファイナンスできていない。
- $GDP / 総人口 = (GDP / 労働人口) \times (労働人口 / 総人口)$
→ 労働生産性を上げる。医療提供体制本体の改革は不可避。労働参加率を高める。健康寿命を延伸し高齢者も働く。
- 日本の社会政治環境を考えると社会保険方式を維持すべき。同時に、消費税率の引上げ等による税財源の確保が必要。
(参考) 宮島洋教授の“慧眼” 「わが国の政治環境では、消費税率の低さは増税の余地の十分さではなく、逆に狭隘さと解するのが現実的である。」
[出典] 宮島洋(2008)「社会保障と租税」年金と経済,27巻1号, 19頁。

11

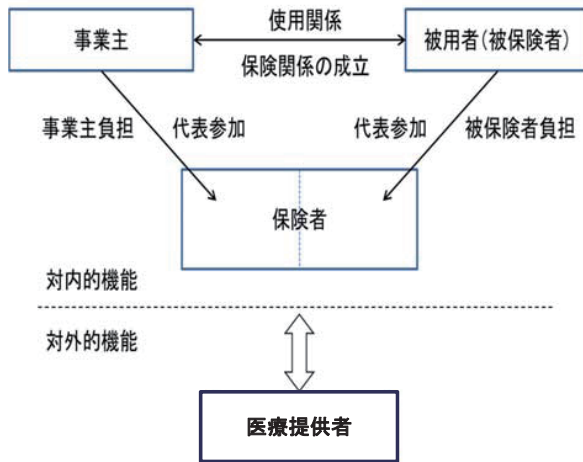
(参考) 保険料と税の相違

⇒ 加藤教授の資料も参照されたい

- 保険料の租税法律主義の適用に関する最高裁の判旨
※ 旭川訴訟(最大判平18・3・1民集60巻2号587号)
 - ① 保険料は保険給付の反対給付として徴収されるものであり、租税法律主義は直接適用されない。
 - ② ただし、保険料は強制徴収されるので租税法律主義の趣旨は及ぶ。
 - ③ しかし、保険料の用途は限定されており、賦課要件の規律の程度は、国保の目的、特質等を考慮し判断すべきものである。
 - ④ 本件条例は賦課総額の算定基準を明確にした上で、収入・支出の見込額や専門技術的な細目を市長に委ねたものであり、見込額等の推計は予算・決算の審議を通じて民主的統制が及ぶ。
 - ⑤ したがって憲法84条の趣旨に反しない。
- 最高裁は民主的統制が及んでいるかどうかを重視。あまり意識されていないが、実は、わが国の保険者の中で最も民主主義的統制が法制的に貫かれているのは健保組合である。

12

図4：健保組合の構造と保険者機能



保険者機能

【対内的機能】

- ①被保険者の適用・管理
- ②給付の見積りと保険料設定
- ③保険料の賦課・徴収
- ④療養(費)の給付・支給
- ⑤保健事業の実施

【対外的機能】

- ⑥レセプトの審査・支払
- ⑦医療提供側への働きかけ

(出典) 島崎謙治『日本の医療—制度と政策』258頁を一部改変。

(参考図)

以下の図は、ディスカッションの際、必要に応じ使用します。

参考図1： 将来人口の基本指標

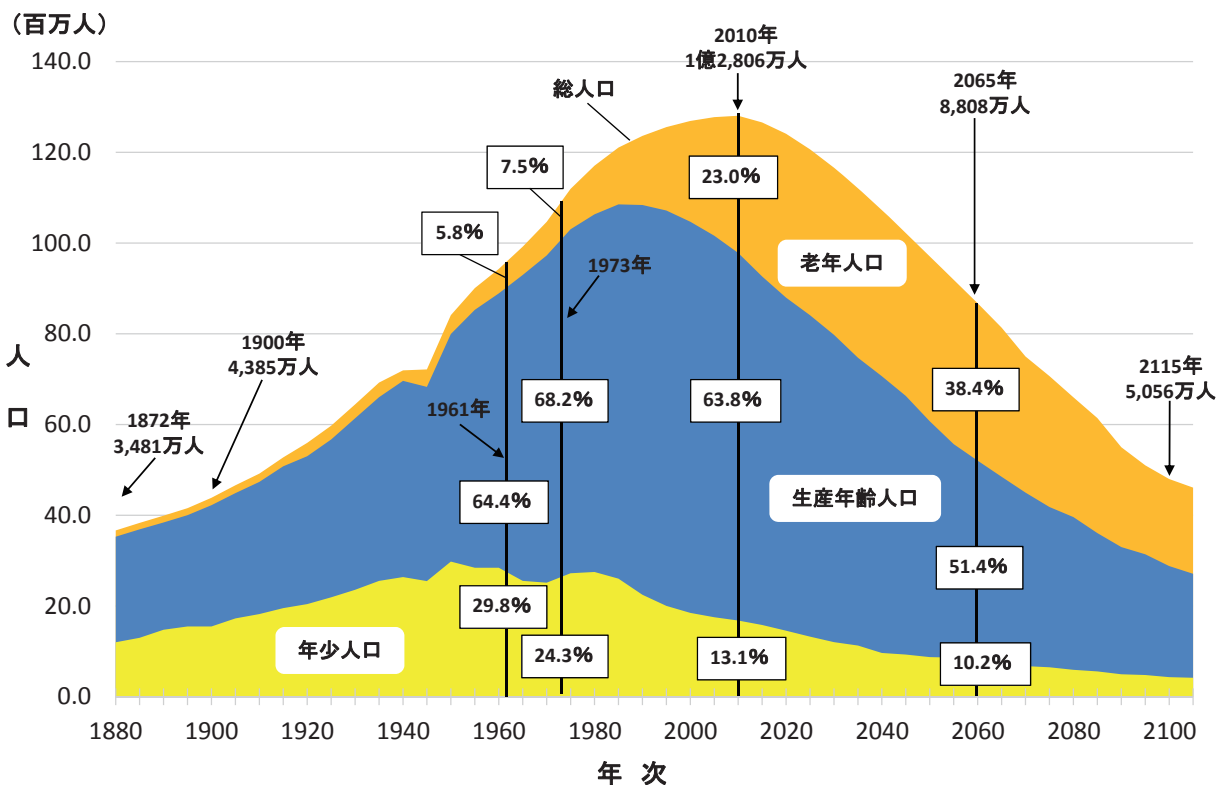
年	総人口(A) (万人)	人口3区分				高齢化率 (D/A)	老年人口の 生産年齢人 口に対する 割合(D/C)	(参考) 生産年齢人口 を20~69歳、 老年人口を70 歳以上とした 場合の老年人口 の生産年齢 人口の割合
		年少 人口(B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15~64歳) (万人)	老年 人口(D) (65歳以上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以上) (万人)			
2015	12,709 (100)	1,595 (100)	7,728 (100)	3,387 (100)	1,632 (100)	26.6 %	2.3人で 1人を 支える	3.4人で 1人を 支える
2040	11,092 (87)	1,194 (75)	5,978 (77)	3,921 (116)	2,239 (137)	35.3 %	1.5人で 1人を 支える	2.1人で 1人を 支える
2065	8,808 (69)	898 (56)	4,529 (59)	3,381 (100)	2,248 (138)	38.4 %	1.3人で 1人を 支える	1.7人で 1人を 支える

(注) 括弧書は2015年を100とした場合の割合。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2017年推計)」(出生中位・死亡中位の場合)。

15

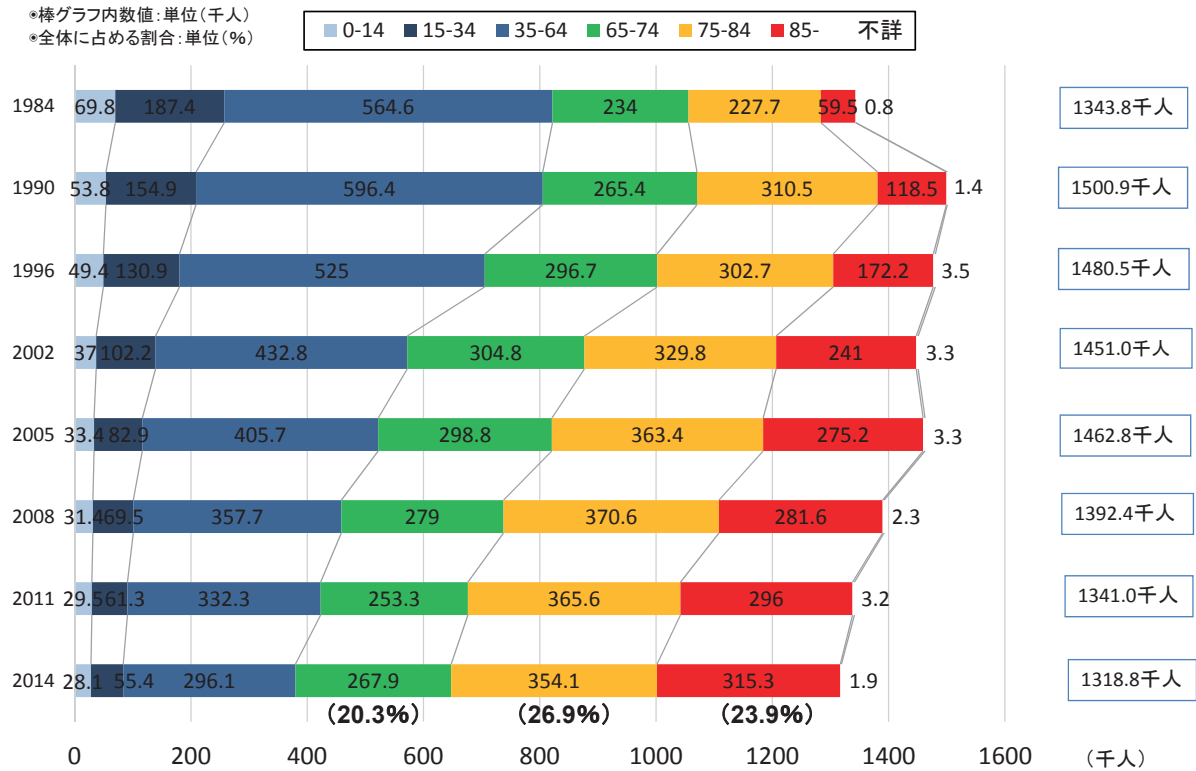
参考図2： 日本の人口の推移(年齢3区分) 1880-2115年



(出典) 「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計(2017年推計)」

16

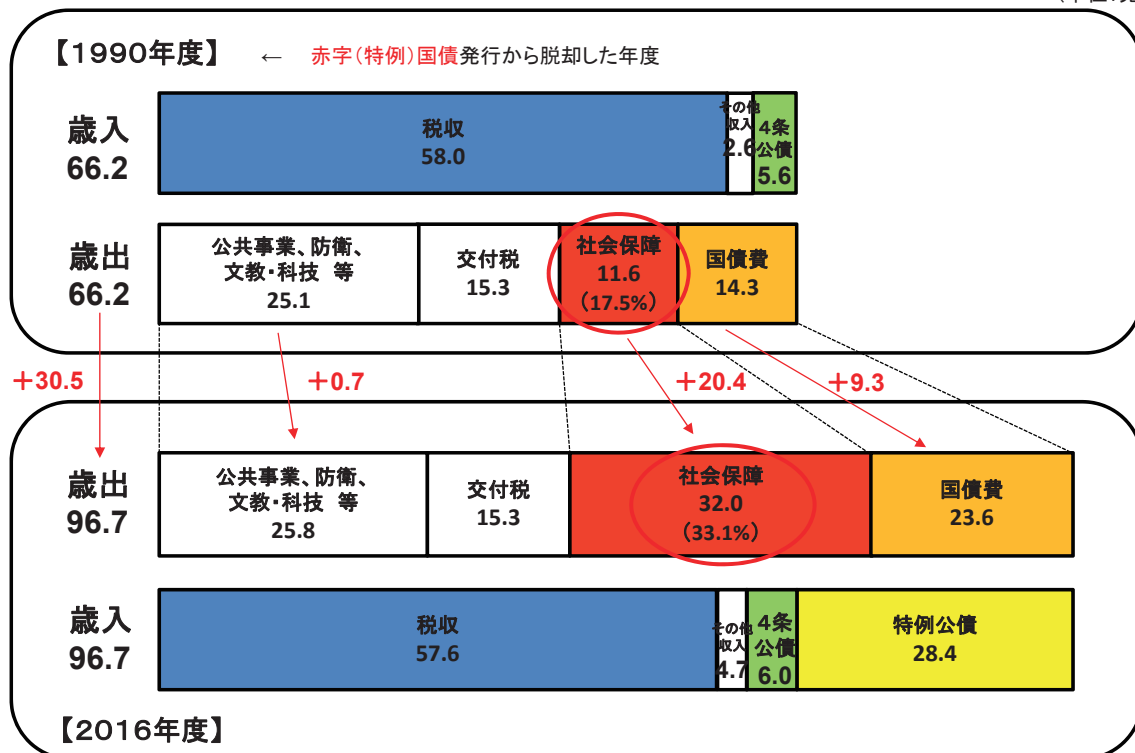
参考図3: 高齢化の影響(入院患者の高齢化)



17

参考図4: 社会保障関係費の増加と税収の減少

(単位: 兆円)



18

パネリストによるプレゼンテーション②

北海道大学大学院法学研究科 教授
加藤 智章 氏



(スライド1 ※本報告書 47 ページ～)

ただ今ご紹介にあずかりました、北海道大学の加藤でございます。時間が限られておりますので、早速始めさせていただきたいと思っております。

法学的に見た保険料と税の相違

(スライド2)

私に与えられた使命は、社会保障法学の立場からこの問題をどう考えるかということです。島崎さんが最後の方で言及しましたが、ここではまず、旭川市の国民健康保険料の減免措置を巡り、最高裁まで争われた事案を出発点にして、話を進めていきたいと思っております。

この平成18年の最高裁判決は、まず租税について次のように定義をしています。「国又は地方公共団体が、課税権に基づき、その経費に充てるための資金を調達する目的をもって、特別の給付に対する反対給付としてでなく、一定の要件に該当するすべての者に対して課する金銭給付は、その形式のいかんにかかわらず、憲法84条に規定する租税に当たるといふべきである」。

これに対して、「市町村が行う国民健康保険の保険料は、これと異なり、被保険者において保険給付を受け得ることに対する反対給付として徴収されるものである」。しかも、「国民健康保険事業に要する経費の約3分の2を公的資金によって賄っているが、これによって、保険料と保険給付を受け得る地位とのけん連性が断ち切られるものではない」と述べています。

医療保険と年金保険で異なる負担と給付の関係

(スライド3)

この、保険料と保険給付を受け得る地位の関係を、やや耳慣れない言葉ですが、「けん連性」と言っています。このけん連性という問題を考えるときに、年金と医療を比

較してみると、極めて面白い違いが出てくると思います。

ここでは年金については厚生年金、医療については健康保険を考えますが、いずれも応能負担原則というものを採用していて、賃金（報酬）に一定の保険料率を掛けることによって、保険料を徴収するようになっています。

ところが、給付のありよう、簡単に言うと、負担と給付の関係が、医療と年金では全く異なります。年金の方で考えると、給付額は平均報酬額に被保険者期間月数を掛けたもので決まってくるので、保険料の大きさが給付額に反映される仕組みになっているのに対して、医療保険の代表的な給付である「療養の給付」は、「診察」「処置、手術その他の治療」というような規定しかありません。

これはどういうことを意味するかというと、生命・健康に直結する給付を提供する以上、保険料の負担額に応じて給付額や給付内容に差をつけることは許されない、という考え方に立っているということです。

「けん連性」と保険者自治

（スライド4）

ここで、例えば1つの健康保険組合や市町村国保を「保険集団」という言い方で考えると、このけん連性が保険者自治の成立根拠になると思います。

保険料の収入がどういう状況にあるか、というのは給付水準に密接に影響しますし、逆に保険給付の増減というのは、保険料に反映されるということになります。これらのことを考えると、保険料や給付水準をどのように設定するか、あるいは保健事業を行うか行わないか、その具体的な内容、それが効率的に実施されているのかいないのか、というようなことは保険集団内部での決定ということになります。

島崎さんがおっしゃっていた、「健康保険組合が最も民主的統制が利いている」という話とも関係しますが、中間団体としての存在というものが、保険者自治を存立させる大きな根拠になるということです。

ただ、ここで注目しておくべきことは、法律に基づいて、条例・規約により民主的統制を働かせるというシステムになっていますので、歴史的な流れから言うと、保険者独自で決定される領域というのは、徐々に縮減される方向にあるということです。

民主的統制の階層性

（スライド5）

ここでは、民主的統制の階層性ということで、やや抽象的な文言を使っていますが、医療保障体制の法的枠組みをイメージして、図をつくっています。大きく言うと、被用者保険と地域保険、それに高齢者医療ということで現在の日本の医療保障は形づくられているわけですが、これらの制度間のありようというのは、さまざまな法律で定まっています。

さらに、被用者保険のなかで協会けんぽがあり健康保険組合があるというようなことも、同じく健康保険法で定めているわけですが、一番ボトムにある、健康保険組合や市町村国保のありようについて言えば、法律に基づいて組織されてはいるものの、具体的な制度運用は条例や規約に基づいて運営されています。

ただ、ここでは赤字で強調していますが、保険者自治への侵害を規制する規定は存在しないというのが、実は日本の問題ではないかと考えています。要するに、法律レベルで保険料率を（実質的に）決定できる、保険者の意向を付度せずに、比較的メタ制度の観点からどんどん自治が侵害されるということになると思います。

社会保障法学の観点から言うと、憲法 25 条の生存権が重要な規定として存在するわけですが、残念ながら社会保障法学は、これまで給付レベルの議論に専ら終始していて、財源や財政についての議論は等閑視されてきたと言わざるを得ません。こういった議論の蓄積がなされていないことが問題であろうと考えています。

一元化は必要か

（スライド 6）

次に、話は大きく変わりますが、一元化の必要性ということについても言及しておきたいと思います。

医療アクセス、給付の内容、さらに一部負担割合等について、加入する制度により格差は存在するかという問いを立てれば、その答えは「それぞれの制度間の財政力格差は存在するものの、アクセスや給付内容等に影響は及んでいない」と言わざるを得ないと思います。このことから、先ほどの島崎さんのスライドでは制度の一元化、あるいは保険者の一元化というようなものがあつたかと思いますが、いずれもその必要性は疑問であると言わざるを得ません。

最近の政策動向との関係で言っても、医療費の適正化という観点から一元化が主張されることもあります。デリバリー（医療提供体制）との関係もあるので、簡単に一元化が医療費適正化に結びつくとは考えられないと思います。

公費投入の意義と持続可能性

（スライド 7～8）

制度間の財政力格差に触れましたが、財政力格差を顕在化させないために格差を解消することが望まれるとしても、その方策や財源をどこに求めるべきかという議論が次に重要になってきます。旭川市国保事件の最高裁の言葉じりを使うと、「公的資金」のあり方ということになるかと思っています。

ここで、公費とは何かということが、実は問題になります。公費というのは税なのか保険料なのか、あるいは税でもなく保険料でもないのか、これらは保険料の租税化と表現する論者もいますが、いずれにしる現在は、保険料なのか税なのか分からない

曖昧な状況のまま進行しているということが問題だと思います。

それはさておき、公費投入の意義というのはどういうものなのか、ということを見てください。国民健康保険が成立した当初は、事業主負担に代わるものとして租税財源を投入するのだという議論、あるいは非正規労働者の取り扱いを考えてみると、最近少し法改正が進みましたが、健康保険に加入するのではなくて、国保で対応するという状況があるので、同じく被用者なのに加入する制度が異なる場合の手当てということも、公費投入の意義になるのだらうと思います。

それと高齢者医療を考えると、いわゆる「仕送り論」、現役世代の年金世代に対する仕送りとしての公費負担というものが有り得るという議論になるかと思っています。

しかし、公費負担の持続可能性ということを考えて、私は非常に否定的に考えています。ただ、ここで法学的な面から言うと、保険料と公費をどのように調和させるかということは政策決定の問題です。

このスライドでは触れませんでした。堀木訴訟という最高裁の判例がありまして、立法府の裁量を尊重するという立場（立法裁量論）を採っていますので、なかなかこれに太刀打ちするのは難しいということがあります。

財源構造は現状のままで良いか

（スライド9～10）

ただ、加入する制度により医療アクセス等の制度間格差がないということは、そのまま各制度の財源構造が今のままで良い、ということにはならないだらうと思います。負担する保険料の半額が支援金や納付金等に振り向けられるということは、果たして制度設計として許されることなのか、ということが非常に問題であらうと思います。

高齢者に対する医療の保障が、これからも問題になるわけですが、給付の必要性であるとか人的対象の広がりを前提に、高齢者に対して十分な医療サービスを提供することが国家的課題であるということが合意されるのであれば、それはまさに租税で対応すべきではないか、ということが私の結論になります。

もっと言うと、基本的に保険料と租税の区分けが非常に重要だと思いますが、少なくとも、必要なものは負担するという覚悟で、税金と保険料の振り分けを議論していくべきだと思います。簡単な結論ではありますが、これを私の締め言葉とさせていただきます。

ご清聴ありがとうございました。

2025年の高齢者医療制度を考える ～公的医療保険制度の負担のあり方

北海道大学 加藤智章

旭川市国保事件：最判平18.3.1民集60/2/587

2

- ★税 → 特別の給付に対する反対給付としてでなく、一定の要件に該当するすべての者に対して課す
- ★保険料 → 保険給付を受け得ることに対する反対給付
- ★市町村国保における経費の約3分の2＝公的資金
→保険料と保険給付を受け得る地位とのけん連性
断ち切られるものではない

けん連性 vs 応能負担

3

★保険料と保険給付を受け得る地位 = **けん連性**

厚生年金保険・健康保険の保険料

→ **応能負担** = 報酬(賃金) × 保険料率

★応能負担・給付のありよう

老齢厚生年金 = 平均報酬額 × 被保険者期間月数

療養の給付 = 診察・処置手術その他の治療

・・・医療と年金とでは、負担と給付の関係異なる



北海道大学

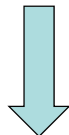
けん連性と保険者自治

4

★保険料vs保険給付・・・けん連性

保険料収入の増減・・・給付水準に影響

保険給付の増減・・・保険料に影響



保険料・給付水準をどのように設定するか

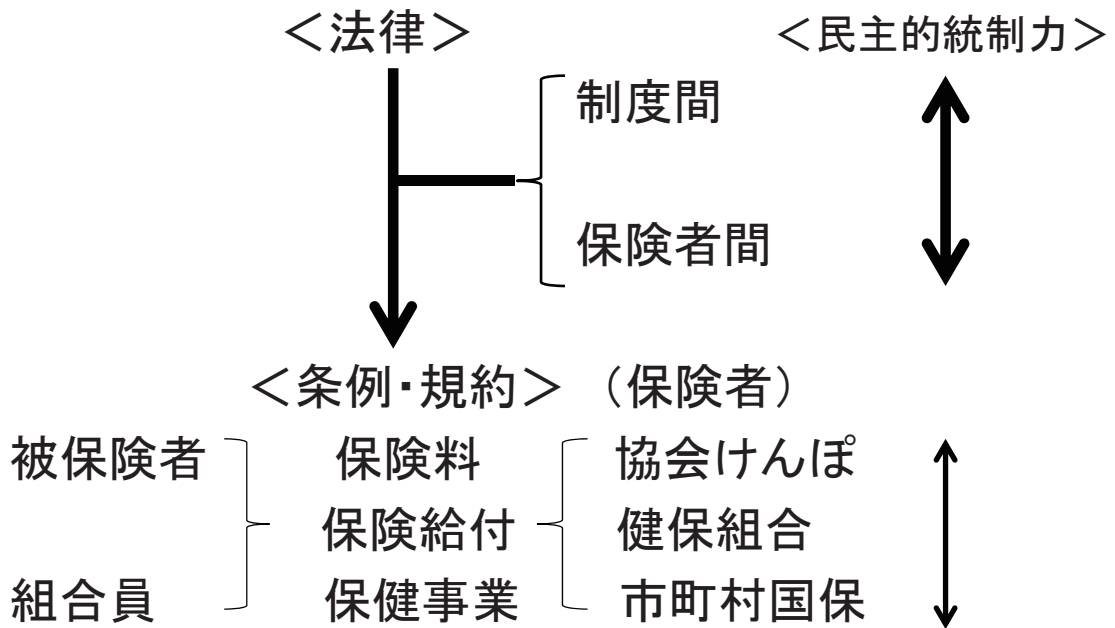
保健事業の有無・効率性等

= 保険者自治

法律に基づき条例・規約により決定



北海道大学



保険者自治への侵害を規制する規定は存在しない

一元化の必要性

★一元化すべきか

加入制度により、

- ・医療アクセス
- ・給付内容
- ・一部負担割合 等につき制度間格差は存在するか



制度間の財政力格差は、アクセスや給付内容等に影
響していない…………一元化の必要性:疑問

⇔ 医療費適正化？

医療保険に公費を投入する意義

7

★公費とは何か

税か保険料か

税でもなく保険料でもない

★公費投入の意義

- ・財政基盤の格差
- ・選別・排除(ex.非正規労働者)
- ・仕送り論＝公費負担



北海道大学

公費負担の持続可能性

8

★保険料と公費のバランス

政策決定＝立法裁量

★制度間格差がない→財源構造はいまのままでいいのか

公費負担⇒保険料としての説明可能か

給付に結びつかない負担は保険料か

高齢者に対する国民連帯に基づく負担＝税であるべき
学生に説得力ある説明できるのか

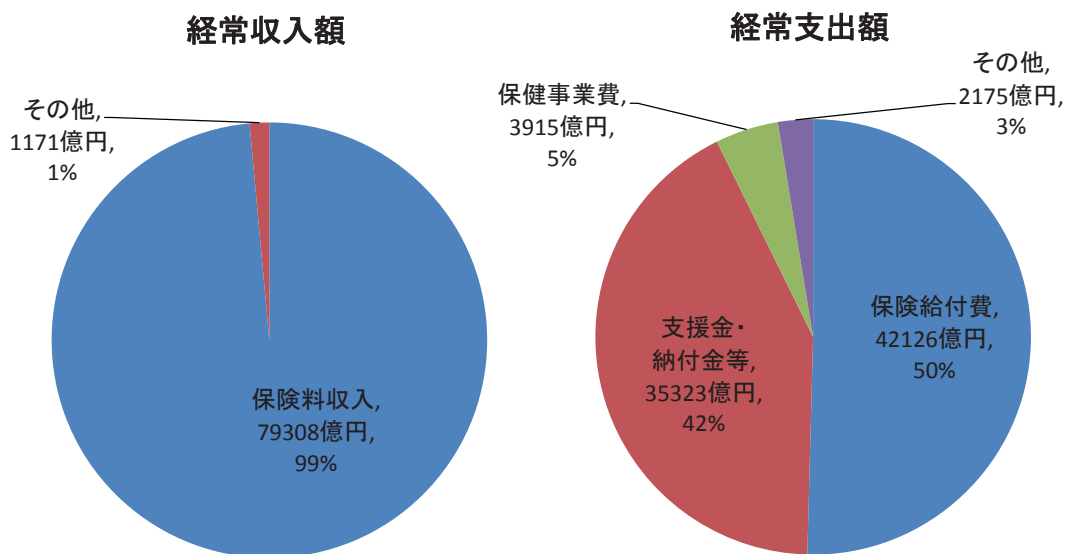


北海道大学

2017年度健康保険組合予算

『2016年度の活動と今後の課題』

http://www.kenporen.com/thinking/annual_report/pdf/kenporen2016.pdf

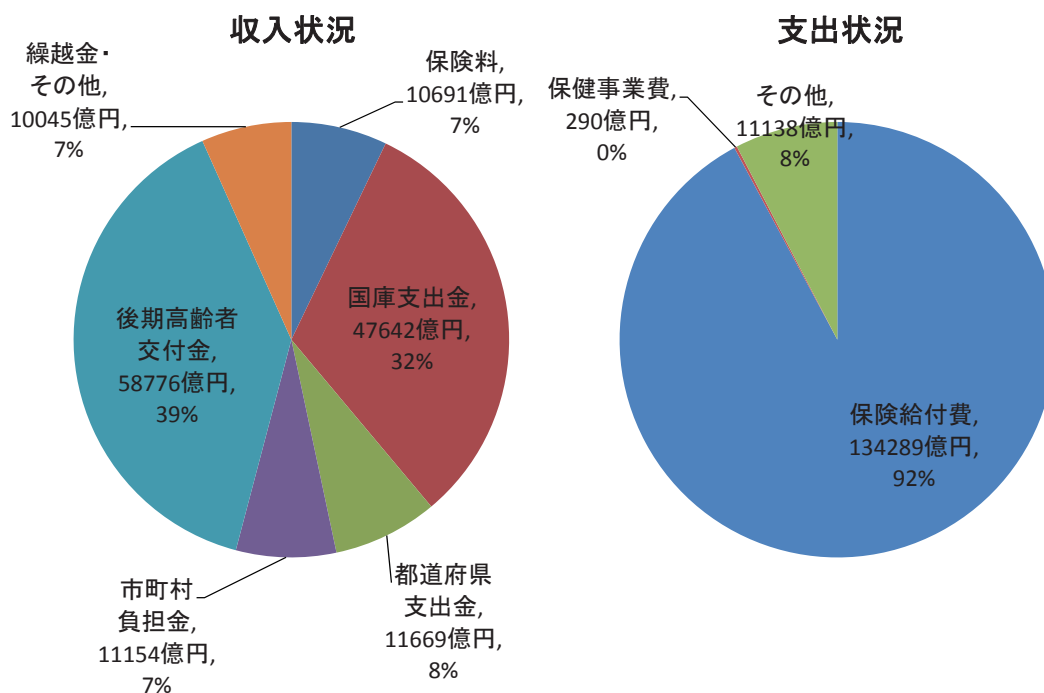


9

2015年度後期高齢者医療状況報告

事業概況

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout>



10

パネルディスカッション①

コーディネーター
株式会社日本総合研究所調査部 主席研究員
西沢 和彦 氏



パネリスト（五十音順）
株式会社日本経済新聞社 上級論説委員
大林 尚 氏
北海道大学大学院法学研究科 教授
加藤 智章 氏
政策研究大学院大学 教授
島崎 謙治 氏
慶應義塾大学経済学部 教授
土居 丈朗 氏

なぜ「取れるところから取る」風潮が強まっているのか

（西沢氏）

日本総研の西沢です。本日はよろしくお願ひいたします。第1部で、白川さん以下4名のお話を聞きまして、かなり理論的でした。ただ、私はすっきりした気持ちです。と申しますのも、こういう議論が政府に欠けているからです。

健康保険に関連して言いますと、後期高齢者支援金や介護納付金の総報酬割に名を借りた、協会けんぽからの国庫負担の召し上げとその穴埋め財源の組合健保への付け替えなどは、理屈になっていないと思いますし、あるいは昨年末の税制改正大綱にしても、地方消費税の清算基準の見直しで東京都の税収を地方に持っていく話ですとか、森林環境税、出国税、給与所得控除の見直しなどを見ても、「取れるところから取る」という風潮が非常に強まっていると思います。

自民党の若手議員から出ている「こども保険」も、島崎さん、加藤さんのプレゼンの趣旨を踏まえると、保険者自治を始めとした原理に全く反していると思います。

各論に入る前に、なぜこうした「取れるところから取る」政策になってしまったの

か、まず大林さんに解説していただきたいと思います。

(大林氏)

日本経済新聞の大林です。どうぞよろしくお願ひいたします。今、問題提起があつた「取りやすいところから取る」という話について、ジャーナリストとしてこの1年、医療政策や診療報酬改定をウオッチしてきた立場から、コメントしたいと思います。

「取りやすいところから取る」、「取れるところから取る」という言い方が、まだ他人事のような気がしています。「取られる」のは私自身であり皆さんである、皆さん自身が本当に「取られている」という自覚を強く持っているのかということについて少し疑問があります。

西沢さんが例に挙げられた、去年の12月に決まった来年度の税制改正では、年収が850万円くらいの人から増税をするということを決めたわけです。一般には、比較的所得の高い人から増税をする、というように伝えられたわけですが、敢えて申し上げると、年収850万円の人があるに所得の高い人かと言えば、私は決してそうは思いません。中所得程度のアッパークラスの人だと思ふのですが、子どもの教育費や住宅ローンで非常に支出が嵩む世帯を狙い撃ちにした増税であると思います。

もう1つは国際観光旅客税ですが、これは2019年の1月以降、成田空港や羽田空港から飛び立つ人から1人1,000円を取るといふものです。あるいは森林環境税、これは日本国民6,200万人から、毎年1,000円くらいを徴収するといふもので、環境保全に充てるといふ名目になってはいますが、非常に安易な増税だと思ひます。

例えばアベノミクスの下で、インバウンド振興が非常に隆盛を誇っていますが、それに必要な財源はこうした目的税として取るのではなく、必要であれば一般会計から予算要求をするのが本来の姿だと思ひます。

今お話しした内容は、健康保険とは直接は関係ないですが、第1部で4人の方がそれぞれ説明されたように、高齢者医療制度への拠出金についても、ほとんどルールを無視したような形で一方的に召し上げられているといふことと、根は同じではないかと思ひています。

(西沢氏)

土居さんも、財政制度等審議会や政府税制調査会に出られていて、税調でも理論的な議論はここ10年くらい、あまり見当たりませんが、引き続きご解説いただけますか。

税と社会保障の一体改革の停滞による「思考停止」

(土居氏)

西沢さんの問題意識は非常に重要だと思ひます。どういふ背景でこういう帰結になつたのか、といふことを私なりに解釈すると、消費税率が10%に上がっていないため

に、社会保障の議論も税の議論も思考停止的になっているということだと思います。

今日のシンポジウムもそうですが、本来は消費税率を10%以上に上げることも選択肢の1つとして含めたときに、どういう財源構成が良いのかということのを柔軟に、幅広く議論しなければならないのですが、いかんせん8%で止まっていて、10%に上げることですら総理大臣の顔色をうかがわないと何も物が言えない、という状況になっているわけです。

ただ、そうは言っても厚生労働省も財務省も、やらなければならない改革は目の前にたくさんあるので、政権の許しが得られるようなものからやっていくしかない、という漸進主義があるのだと思います。シンポジウムを面白くするために、敢えて過激な言葉を使うと、官邸が目くじらを立てないようなものから、それすらやらないとちょっとひどいことになると思いますので、コツコツやっていくしかないのだと思います。

本来は官邸が目くじらを立てようが立てまいが、1つ1つ正論として解決していかなければならないのですが、それではなかなか立ち行かなくなって、思考停止的になっている。その一番の引き金は、消費税率を10%に上げられていないということで、10%にすら上げられないのに10%以上のことを考えることなどできないという状況、官邸がOKしてくれるなら仕方ないという雰囲気になっていて、そのしわ寄せが波及しているのではないかと感じています。

社会保障における「公平」とは

(西沢氏)

私も、消費税を10%に上げる前にそれ以上の話ができないという思考停止を強く感じます。取れるところから取らないと予算も組めないので、「鍋や釜でも良いから供出しろ」となっているのだと思います。

では、各論に入っていきたいと思います。1つ目は「公平」です。冒頭に申し上げたように、総報酬割が公平だからと正当化し、後期高齢者支援金や介護納付金で総報酬割が拡大されているわけですが、総報酬割を導入したと言っても、結局は協会けんぽへの国庫負担を減額して組合健保に付け替えているだけで、果たしてそれが公平なのかという疑問が、島崎さん、加藤さんのプレゼンからも呈されたのだと思います。

土居さんがご専門にされている財政論・租税論では、垂直的公平や水平的公平といった公平の尺度があり、近年では少子高齢化が進むなかで、世代間の公平が重要な尺度になってきていると思います。一方、社会保障法学のなかでは、財源論がやや手薄になってきたというお話が加藤さんからあったと思いますが、社会保障のなかでも、何が公平かということをよくよく考えていく必要があると思います。

そこで、「公平」について、法学の観点から加藤さん、財政学の観点から再び土居さん、そして、法学及び行政の経験もごございます島崎さんから、お1人ずつのコメントを短くして、やり取りをしていただくと面白いと思うので、まず加藤さんからお

願いたします。

世代間の「ツケ回し」の是正が必要

(加藤氏)

私は、垂直的公平や水平的公平よりは、世代間の公平の方が馴染みがありまして、ちょっと個人的な体験になりますが、学生に対して「半分は自分の保険給付に回されるけど、半分は高齢者医療に回っていく、そういう保険料だよ」と言っても、全く説得力がないのではないかと感じています。

そういう意味で、世代間の「ツケ回し」という点は、医療だけでなく年金も含めてトータルで考えていかなければならない問題だと考えています。

(土居氏)

加藤さんがおっしゃった通り、世代間の公平は非常に重要な問題で、医療保険は世代間の所得移転を主目的とした制度でないにもかかわらず、1人当たり医療費の高い高齢者が増えることで、医療制度を通じた世代間の所得再分配が、意図せざる形で起こってしまっているわけです。

しかも、「意図せざる」と思っていたら、今は露骨に、後期高齢者支援金と前期高齢者納付金を若い人たちから取るという形にできてしまっているのです。皮肉を言えば、負担構造を「見える化」して、問題が顕在化して良かったけれども、見えるだけでは何の問題の解決にもなっていない。見える化した上で、医療制度は世代間の所得移転が第一義的な目的ではないけれども、では誰がどういう形で負担すべきか、ということを見直すべきだろうと思います。

健保連がまとめた、2025年には保険料の半分以上を人生の先輩に貢いでいる、というような状況では、自分のために保険料を払っていると思っていたら、半分以上はそうではないということ、若い人たちにどう説明すれば良いのかとなるわけですが、そうは言っても、2020年代、2030年代の高齢者の医療を支える財源は確保しなければならないので、然るべき公平性を模索しながら、ということになるのだと思います。これは後半のテーマになるので、この辺りで止めておきたいと思います。

(西沢氏)

加藤さん、土居さんは、専ら世代間の公平のお話で、保険料の半分が高齢者医療に回ってしまうのは、若い人たちにとって公平なのか、どうにかしなければならないのではないかという問題提起です。このことは第2部で詳しく議論したいと思います。

他にもいくつか公平性の基準があって、例えば国民健康保険の「旧ただし書き方式」のように、収入から公的年金等控除と基礎控除を引く、あるいは給与所得控除と基礎控除を引く、ということが所得の基準として公平なのか、という議論も曖昧にしたま

ま今日に至っていると思いますし、国民健康保険のなかに、被用者・自営業者・年金受給者を全部ひっくるめて1つの制度にしていることも、曖昧なまま今日に至っていると思います。

島崎さんのプレゼンは、税制で言う水平的公平のことを特におっしゃっていたと思いますが、加藤さん、土居さんの世代間の公平に加えて、水平的公平についても、島崎さんからお願いいたします。

一義的に定まらない「公平」

(島崎氏)

西沢さんのご質問にお答えする前に、いくつか補足をさせていただきたいのですが、よろしいですか。

2002年にサラリーマンの3割負担への引き上げ法案を提出するに当たって、与党審査で大きな問題になり、3割負担の施行前までに抜本改革の道筋をつけるとなって、「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」をつくったわけです。その時に「給付の平等及び負担の公平」という言い方をしています。つまり、「平等」と「公平」を敢えて書き分けているのです。

これはなかなか意味深でして、給付の場合は「7割給付と6割給付のどちらが公平か」というような議論はないわけで、「給付の平等」の議論は「サラリーマンとサラリーマン以外で給付内容が違うのは平等か」というように、形式的に割り切れるのですけれども、負担に関しては、何が平等なのかということについていろいろな立論が可能です。

例えば後期高齢者支援金に関して、同じ金額を出し合うというのも1つの考え方でしょうし、負担能力に応じて出し合うというのも1つの考え方だと思います。歴史的に考えてみれば、退職者医療制度では負担能力に応じて出し合っていた一方、老人保健制度では、ざっくり言えば、頭割りで拠出していたわけです。

だからこそ、敢えて「負担の公平」という言葉を使って、何を「公平」と考えるのかは議論を詰めなければいけない、という含意があったわけです。

2つ目ですが、加藤さんが先ほど言われた、社会保障法学会では給付の話がメインで負担の話がなかなか出てこない、ということは私も感じます。ある厚生事務次官経験者の方が面白いことをおっしゃっていて、「保険局には6つくらい課があるけれども、給付をしているのは医療課だけで、他の課は全てお金をどうやって取ってくるかという仕事をしているのだ」と言われていました。

これは言い得て妙でして、医療保険制度で難しいのは、給付よりもどこからどうやってお金を取ってくるかということです。そして、かつてはそれなりにいろいろな理屈をこねくり回していたと思いますが、最近は「社会保険だから負担能力に応じた負担が当然である」という、比較的安直な議論が横行しているというのが私の印象です。

それからもう1つ、確かに社会保険では「公平」は重要な規範ですが、これが唯一絶対の価値規範かと言うとそうではありません。他にも例えば「効率性」のような重要な要素があって、公平もそれらの価値のなかの1つであるということは認識すべきだと思います。

ただ、今言ったことと矛盾するようですが、明らかな「不公平」があります。それは何かと言えば、ひたすら借金を重ねながら将来世代に「ツケ回し」を続けていることです。それで明るい未来が展望できるならともかく、そうではない状況で、現世代が今の時点でファイナンスをせずに、後世代の負担がますます増え続けていく、これは明らかに不公平なことだと思います。

そういう意味で、もっと税金を投入すべきだという議論がありますが、増税の見通しもつかないまま、そういう議論をするのは無責任だと思います。



一元化論の経緯と問題点

(西沢氏)

お話を伺うと、「公平」に関しては、世代間の問題が大きいと感じます。するとどうしても高齢者に厳しい政策を打ち出さなければいけませんし、安易に公費に頼るといふ議論も止めなければいけない。この点は第2部でしっかりとお話ししたいと思います。

いくつかまだ伺いたいテーマがありまして、2つ目が「一元化」です。皆さんのプレゼンを聞きながら思い出したのが、民主党が政権に就いた時に、年金一元化のアナ

ロジーで医療保険の一元化も語っていたように思いますし、一方で、自民党は「後期高齢者医療制度は安定しているから、改革の必要はない」という言い方もしています。

最近出た都道府県ごとの国民健康保険の「運営方針」を見ますと、例えば大阪府は「国による一元化のワンステップとして都道府県単位の国保をつくる」との趣旨を言っていますし、違う自治体では「医療提供水準が市町村ごとに違うのに一元化してしまうのは、かえって不公平である」と言っていて、見方がかなりバラバラだと思います。

一元化の議論は健康保険組合の否定にもつながってきますので、まず島崎さんに、一元化の議論の系譜をお話いただければと思います。

(島崎氏)

日本に限らず他の国でも同じだと思いますが、公的医療保険制度は被用者保険からスタートするのが普通です。日本の場合は戦前の1922年に健康保険法ができ、その後に国民健康保険制度ができたわけですが、当然ながら給付率や給付の中身は全く違ってました。

国民皆保険をつくる時にやったことは、国保の給付の中身について健康保険並みに揃えるということと、給付率について最低でも5割にする、ということでした。ちなみに、被用者保険の本人は10割給付、家族は5割給付だったわけで、その後の歴史は、被用者保険本人とそれ以外の給付率の差を縮めてきた歴史になります。それが2002年によく、年齢によって例外はあるとは言え、被用者保険と国保で給付の差はなくなったということです。

もともと国民皆保険の下で、給付にせよ負担にせよ、制度間で揃えていくべきだという流れは潜在的にあるわけです。そして、給付については一応決着がついたのだから、次に「負担の公平」を図るべきだ、というのが議論の流れだと思います。

一元化について私の考えを言うと、1つは年金保険と医療保険は違うということです。年金というのはしょせんお金の移転だけの話であって、サービスの提供という部分がありません。それに比べ、医療や介護の場合はそうではなく、保険者は大きければ大きいほど良いということにはならない、適正な規模があるはずだと思います。

2つ目は、被用者保険において企業との関係を見捨てることはできないということです。なぜ保険者が一所懸命に頑張るかと言えば、その見返りや効果が分かるからであり、この「効率性」という要素は無視できません。一元化の議論をする際には、こういう点を良く理解しておかなければならないと思います。

(西沢氏)

「大きければ大きいほど良いということではない」というお話はその通りだと思います。特に今、国に任せるということはリスクが大きいと思います。金融政策にして

も財政にしても、国が全然方向転換できずリスクを膨らませているなかで、国と私人の間に保険者という中間団体を挟んで、国が持っているリスクから遮断した方が良いのではないかと思います。

この点について、大林さんはどうお考えでしょうか。

保険者分立による経営規律の向上

(大林氏)

その前に一言だけよろしいですか。土居さんから、消費税率 10%以降を想定しないなかでの議論に限界があるという趣旨のご指摘がありましたが、私もその通りだと思います。ただ、今の状態のまま、来年の 10 月には税率が 10%に上がりますが、それ以降 12%や 15%に上げていくことについて、一抹の危惧を覚えています。

なぜかと言うと、社会保障給付の増大に歯止めを掛ける装置を何らかの形で入れておかないと、いくら消費税を上げて国家財政の好転にはつながらないからです。消費税率が 10%で済むとは思いませんが、まず歳出改革をやった上で消費税を上げないと、ただ大きな政府になってしまうだけだと思います。

一元化の話に戻しますと、島崎さん、加藤さんからお話があった通り、ただ大きければ良いとは思っていません。一元化の議論は 2 つに分けて考えた方が良く思っていて、1 つは被用者保険の一元化です。

現在は大手企業を中心に健康保険組合を組織していて、それ以外の企業の方は協会けんぽという、ある意味で被用者が一元化された世界にいるわけです。ただ、被用者全体で一元化するということについては、行き過ぎを危惧しています。

健康保険組合の分立について言えば、後期高齢者支援金の召し上げを例にとると、財務省の幹部と議論をした時に、所得水準が高い健保組合の保険料率を示して、「労使合わせて 4%や 5%のところがあるというのは、許されて良いのでしょうか」という投げかけを受けました。一見もっともではありますが、これは「額」の議論が抜けていて、所得水準が高いということは、保険料率が低くともかなりの額を払っているということになるわけで、健康保険組合が分立していることが、かえって拠出金の召し上げの議論を加速させている側面もあるのではないかと思います。

一方で、健康保険組合が分立していることのメリットは、経営感覚やガバナンスに行きつくと思います。時間があつたら目を通していただきたいのですが、私のプレゼンの参考資料として社説のコピーを付けています*。「健保の経営規律向上へ経済界は結束を」という社説を去年の 11 月に書きましたが、個々の健保組合が分立していることのメリットは、経営規律とガバナンスの向上に尽きると思います。

今はビッグデータの時代ですから、「どうもこの病院はわれわれの加入者にあまりメ

* 本報告書未収録 2017 年（平成 29 年）11 月 9 日 日本経済新聞朝刊「健保の経営規律向上へ経済界は結束を」

リットがないのではないか」という病院があれば、患者をあまり誘導しないというような運用があっても良いと思います。

もう1つの一元化は、全ての保険集団を一元化するというのですが、これを運営するのは誰かとなれば、極めて公的な性格が強いので、国や都道府県が運営することになるのかもしれませんが。そうしたときに、経営規律やガバナンスがきちんと働くのかということについては、疑問を持たざるを得ません。

他方で1つだけ付け加えると、島崎さんから韓国の一元化の話がありましたが、聞いた話なのでどの程度正確かは分かりませんが、韓国の保険が一元化して良かったことが1つあるのは、医療提供側に対するパワーが向上したことだと聞いたことがあります。そういうメリットもあるということをつけ加えたいと思います。

高齢者医療制度に対する評価

(西沢氏)

保険者が一元化することによって医療提供側への交渉力が高まったことですか、かなり第2部につながるお話が出てきたかと思います。

最後にもう1つ、第1部で伺いたいのが高齢者医療制度です。第2部ではより具体的な政策論や財源論に入っていきたいと思いますが、第2部につながる話として、簡単な問いかけで第1部を終わらせたいと思います。

高齢者医療制度ができてから10年が経ちましたが、本当に安定していて改革の必要がないのか、あるいは抜本的に見直さなければいけないのでしょうか。介護保険と統合したら良いのではないかと、前期高齢者が加入者の半分を占めるようになる国保はもはや前期高齢者医療制度とも言えるので、前期と後期を分ける必要があるのか、後期高齢者だけ特別の診療報酬体系にした方が良いのではないかなど、第1部で言い残したことも含めて結構ですので、土居さんから順番に、お話をいただければと思います。

(土居氏)

確かに現在の後期高齢者医療制度が理想的で、これより上はないということでは全くないのですが、以前の老人保健制度よりは随分マシということがあり、民主党政権の時には後期高齢者医療制度を廃止するという議論もあったなかで、現在のポジションまで持ってきたわけです。だからと言って改革を終わりにしてはならないのですが、もし、民主党政権で廃止すると言ったけれども廃止しなかった、という紆余曲折がなければ、もう少し肯定的に後期高齢者医療制度を受け止めた上で、次なる改革を目指すということがもっと早目にできていたのではないかと考えています。

それともう1つ、政治が高齢者に媚び過ぎていると言いますか、幻想に囚われているのだと思います。その象徴は介護保険の自己負担割合です。第7期から3割負担の人が出てくるわけですが、もともとアジェンダに載っていたのは、2割負担の対象者

を増やすかどうかという話でした。結局まとまった案は3割負担を導入するというもので、このやり方がベストだとは思いませんが、議論の定義の仕方によっては、高齢者の負担を増やすことへの賛意がそれなりに得られる、政治の反対を和らげることができるということです。

高齢者は、高所得の人も資産を多く持っている人も、誰も彼も負担増にならないようにしなければダメだ、と頑なに幻想を抱いている政治家はいるとは思いますが、若い人ばかりにしわ寄せをし続けるわけにはいかない、高齢者にも一定の負担をお願いしなければいけない、と分かっている政治家もいて、今後議論のウエイトがこちらに傾いてくるのではないかという期待を持っています。それを、どうやって高齢者により良い負担増をお願いするか、という力に変えていければ良いと思います。

「姥捨て山」批判が残した禍根

(大林氏)

高齢者医療制度は民主党政権を間に挟んでできてきた制度ですが、覚えておられる方も多いと思いますし、先ほどの松本さんのプレゼンにもあった通り、年齢で区切ることへの反発が強かったわけです。

当時の民主党は「姥捨て山」という非常にキャッチーな言い方をしました。当時の福田内閣はこれに「びびった」わけで、保険料の軽減を始めとしたいろいろなことをやって、反発を和らげようとしてしました。これは今に至る禍根を残していると思います。

余談になりますけれども、この法律を制定したのは小泉内閣の時に、小泉内閣が終わった後に小泉さんと話す機会がありましたが、彼は「後期高齢者医療制度という名称は良くなかった」と回想していました。

後期高齢者・前期高齢者というのは学術用語で、これをそのまま制度の名前に当てはめてしまったことについては、「役所的な処理をしたので民主党が批判するのも分からないではない」と振り返っていたのですが、彼は「後期高齢者医療制度であって末期高齢者医療制度ではない、こんなことくらいで批判を受けるのはおかしい」とも言っていて、私もこれは正論だと思います。ですから、福田内閣がびびったことについては、良くなかったと思っています。

もう1つは、加藤さんからプレゼンがあった旭川訴訟です。これは税と保険料の役割の違いについて、非常に示唆を与えていると思います。税と保険料は所得再分配のあり方に関して、厳然とした違いがあるというのが私の考え方です。第2部でお話したいと思うのですが、何でもかんでも税と保険料を混ぜて、まずいウイスキーの水割りのようにしてしまうのではなく、ウイスキーはストレートでちゃんと飲む、その代わり酔ったときは水を飲むとしないと、税と保険料の役割がごちゃ混ぜになってしまうと思っています。

そういう意味で、後期高齢者医療制度を独立させた経緯が出ましたが、75歳が相当

するかは分かりませんが、80歳、90歳、100歳の人たちの医療は、保険原理がほとんど働かない状態になっているのだと思います。そういう人たちの医療給付は税を中心としてファイナンスし、それほど病気になるまで減多に怪我もしない現役世代は保険料を中心に運営する、というのが理論上は良いのではないかと思います。

(加藤氏)

少し話がずれるかもしれませんが、後期高齢者医療制度を創設した遠因は国民健康保険だろうと思います。地域に着目した社会保険をここまで定着させて伸ばしているのは日本だけです。島崎さんがおっしゃいましたが、被用者保険をベースにしている国で、地域保険も一緒にやっている国は、恐らく日本だけだろうと思います。これによって皆保険を非常に早い時期に実現したというメリットと、その後の所得捕捉等を上手くできなかったデメリットとをどう考えるか、ということが1つの問題だと思います。

10年後の後期高齢者医療制度がどうなっているか、ということですが、私も今の状況は非常に否定的に考えています。一部負担金を3割負担で横並びにするということ、もし後期高齢者医療制度が受け入れてくれるのであれば、現役世代も納得してそれなりの負担をするのかもしれませんが、しかし、一部負担割合を高齢者2割、それ以外は3割という現状を維持することは、今の学生は医療でも年金でも明るい未来が描けないなかで、彼らにどうやって明るい社会保障像を見せるのかということからも、非常に難しい問題だと思っています。雑ばくな意見ですが、以上です。

(西沢氏)

島崎さんには、土居さんがおっしゃった、老健制度と後期高齢者医療制度の比較等も含めて、ご説明をお願いいたします。

山積する課題に対し議論の蓄積を

(島崎氏)

日本の国民皆保険の最大の特徴は、被用者保険に属さない人は国民健康保険でカバーするという形になっていることです。これが世界的なスタンダードかと言えば、そうではありません。

例えばドイツは被用者保険をベースにしていて、被用者ではない人で一定の要件を満たさない場合は、公的保険に任意加入もできず民間保険に任せるといった考え方です。フランスは加藤さんご専門ですが、日本で言えば国民健康保険に入っているような人でも、同業同士の自営業者の組合のような、非常に細かい保険集団をつくるという形でやってきています。そして、それでもいずれの保険にも加入できない人は、日本の協会けんぽに相当する保険に入ります。また、タイでは、被用者保険に属さな

い人については税方式でカバーしています。

ところが日本の場合、被用者保険に属さない人を国民健康保険という保険をつくって受け止めているわけです。そうすると、社会構造が変わって高齢化が進む、産業構造が変わって農業から商工業へ移るとなれば、いろいろなしわ寄せが国民健康保険に行くのは当然のことです。しかし、だからと言って、国民健康保険が崩れたら国民皆保険は成り立たなくなります。

健保連サイドからしてみると、老人保健制度ができて1敗、老人保健拠出金が加入者按分率100%になって2敗、退職者医療制度ができて3敗となるのかもしれませんが、いずれも国民健康保険を救うために、被用者保険からお金が回っていくという構造だったわけです。

そうしたなかで、老人保健拠出金がどんどん増えていき、なおかつ、市町村は事業を実施しているだけで、保険者でもなく財政責任も負っていないという批判が被用者保険サイドから高まり、抜本的な見直しを迫ってきたというのが大きな流れです。

ところが、抜本的な改革は簡単ではありません。医療保険制度の体系というのは、縦に線を入れるか横に線を入れるかの組み合わせしかないわけです。一切線を入れない一元化にフィージビリティがあるかと言えばそれはないし、年齢リスク構造調整は老人保健制度の仕組みだったわけですから、それについてダメだと言われた以上、後は突き抜け方式か独立方式か、どちらかしかないということになります。

後期高齢者医療制度にせよ前期高齢者の財政調整にせよ、山のように批判の余地はあるわけですが、これを止めたら代わりにどういう案があるのかということを考えると、いずれも一長一短がある。今さら元の方が良かったから老人保健制度に戻ると言っても、双六のように戻ることはできません。

けれども、後期高齢者医療制度に多くの問題があるのは事実です。したがって、オランダに似たような仕組みがありますが、医療と介護を一体的に提供できるような仕組みも検討の対象に入れなければならないかもしれない。さらに言えば、「高齢被扶養者」という概念がありますが、年金制度がここまで充実してきたなかで、たまたま子どもがいて養われているという形態を存続すべきかということもあります。また、後期高齢者医療制度は、保険料は個人単位なのに、給付になると急に世帯という概念が出てくるわけです。これも考え直さなければいけないかもしれません。

つまり、見直すにしても論点は山のようにあるわけで、それぞれの論点について議論の蓄積を今のうちからしていくことが必要だろうというのが結論です。

(西沢氏)

今お話いただいたように、原理・原則から始めても、かなり具体的な政策まで辿りつけるということが分かったと思います。論点もかなりたくさんありましたけれども、2つだけ触れて第1部を終わりにしたいと思います。

1つは政治的なここ10年のタイムロスであり、「姥捨て山」批判が真っ当な政策議論を妨げてきたということです。もう1つは、前段で特に出てきましたが、世代間の公平です。若い人たちに負担を押しつけている、持続可能性が保てていないなかで、第2部ではこのことを中心に考えていきたいと思います。

第1部はこれで終了とさせていただきたいと思います。

第 2 部

具体的な政策・財源について

「2025 年度に向けた医療・医療保険制度改革について」概要

健康保険組合連合会 理事
棟重 卓三



(スライド 1 ※本報告書 75 ページ～)

健保連の棟重でございます。早速、昨年9月に健保連が公表いたしました、「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」を説明させていただきます。

2025 年の医療保険制度の姿

(スライド 2～6)

最初に、2025年というのは何かと言うと、ここにお集まりの皆さんは良くご存知だと思いますが、いわゆる「団塊の世代」の方がた全員が、医療費が非常に高くなる後期高齢者に入る年だということです。ただ、そこまでは分かっているけれども、実際にどうなるのかということ、なかなかイメージが湧かないし国民的な議論にもなっていません。

実は国の推計でも、平成24年3月に公表されて以来、新しいものが出ておりません。私どもは最新のデータをもとに国民医療費の推計を出し、2025年の姿を少しでも明らかにした上で、それを踏まえた健保連としての主張を整理し、これを公開することで、さまざまな場で2025年に向けてどうしていくべきかという議論をしていただきたいと思いますと考えておまして、本日もその一環として内容を説明させていただきます。

まず、こちらが国民医療費の推計です。一番左が2015年でして、上から後期高齢者、前期高齢者、それから0歳～64歳の現役世代ということです。これを2025年まで伸ばしたときにどうなるかと言いますと、2015年は全体で42.3兆円であったものが、2025年には1.4倍の57.8兆円に膨れ上がるということになります。

なかでも、後期高齢者は2015年に対して1.7倍、前期高齢者と合わせると構成比で6割の部分が高齢者の医療費ということになるという推計です。

ではそうしたときに、われわれ健保組合への影響はどうなるかということについて、法定給付費と拠出金の比較、いわゆる「丈比べ」をしてみました。第1部でも出ましたけれども、すでに2015年時点で、法定給付費に対して拠出金がこれほど近づいてお

り、いわゆる「義務的経費」に占める拠出金の割合はすでに46.4%となっております。

これが2025年になるとどうなるか。ご覧の通り、法定給付費よりも拠出金が多くなっています。そもそもわれわれ健保組合というのは、加入者同士の助け合いの仕組みです。にもかかわらず、加入者に対する法定給付費よりも高齢者に対する拠出金の方が多いというのは、やはり仕組みとしておかしいのではないかと、まず皆さんに理解していただきたいと思えます。

その結果として、個別の健保組合で見ても、拠出金が法定給付費より多いという組合は、現在390組合ですけれども、2025年には870組合になります。今1,400組合ありますので、その半数以上で拠出金が法定給付費よりも多くなるという、とんでもない事態になるという予測です。

われわれが気になるのは、協会けんぽの保険料率ですが、2025年になりますと、4分の1の380組合が、協会けんぽと同じ料率またはそれ以上になるということです。財政的に健保組合を続けていくメリットがあるのかという議論が必ず出てきます。

そうすると、解散が視野に入ってくるわけですけれども、解散して協会けんぽに移行すれば、16.4%は国の負担になりますので、国の財政負担が増えるということにもつながりかねません。

そうした状況で、これからの医療保険制度をどう考えていくか、ということをもとめたのが次からの資料です。

2025年に向けて取り組むべき課題

(スライド7~10)

まず、基本的な考え方を2つのスライドにまとめております。

最初が、「2025年度に向けて、医療費増嵩の抑制と高齢者医療費の負担構造改革を中心とした医療保険制度の抜本的な改革を、断行すべき」というところですが、これだけ医療費が増えるとなると、国、国民、保険者、医療提供者とありますが、誰かだけが我慢をするだとか、負担を増やすということでは到底対応し切れません。

それぞれのステークホルダーが、この皆保険制度を維持するために少しずつ努力をしていくことが必要ではないかと思えます。国においてはビジョンの提示、保険者においては適切な受診への働きかけやデータヘルス、あるいは国民に対しても、医療法第6条の2第3項が平成26年にできましたけれども、適切な医療機関の選択と適切な受診の努力を求めていくことが必要です。もちろん医療提供側にも、協力をしていただく必要があるかと思えます。

そして、その制度改革に向けた基本的な考え方ですが、ちょっと項目が多いので赤い文字を中心にご説明します。

わが国の医療保険制度は社会保険方式です。イギリスは税方式ですし、アメリカは民間保険が中心となっています。わが国はドイツ、フランス、オランダと同じように

社会保険方式ということで、保険料を中心に税と自己負担で賄っているわけです。こういったことは、それぞれの国の歴史を踏まえて考える必要がありますが、この3つの負担をどう見ていくか、あるいは給付と負担のバランスがとれた適切な組み合わせは何か、というようなことを考えていく必要があるかと思えます。

また、先ほども一元化等の話が出ていましたけれども、きめ細やかな保健事業という点で言えば、加入者の身近な存在として、職域は被用者保険、地域は国保が担うという現行の体制を維持することがベストだと考えています。特に健保組合は国の税投入もほとんどありませんので、役割としては非常に重要ではないかと考えております。

また、後期高齢者医療制度、これも先ほどの議論で出ていましたけれども、われわれとして問題にしたいのは、後期高齢者の給付と負担のアンバランスで、あまりにも負担が少な過ぎるという状況は是正する必要があるのではないかとということです。

あるいは前期高齢者の財政調整、われわれも完全に否定しませんが、負担する側の納得性が重要であるということは、お考えいただきたいところです。

もちろん、消費税を上げて財政が膨れ上がってはしようがないというご指摘がありました。負担の話だけをしていても、医療費がどんどん増えていくなかなか追いつかないということがございますので、医療費全体の適正化対策の徹底も必要ではないかと考えます。

こういったことを踏まえまして、私ども健保連としては、主張として3つの柱を提示させていただきました。1つは「高齢者医療費の負担構造の改革」、それから「医療費の伸びの抑制」、そして「健康な高齢者＝『支える側』を増やす」、というものです。

高齢者医療制度の負担構造の改革

(スライド11～15)

それでは、個別の主張に関して説明いたします。私どもが最初につくりましたのは、全20項目ありまして、今日はその7項目だけを資料として準備しています。全体をご覧になりたい方は、健保連のホームページに昨年9月25日のニュースリリースがございますので、そちらをご覧くださいと思います。

まずは、負担構造改革のところ、拠出金の負担割合に5割の上限を設定するということです。

先ほども「丈比べ」と言いましたけれども、加入者への給付よりも拠出金が多いのはおかしいということを考えますと、それを超える部分については、何とか国で対応していただきたいという主張です。

これもただいたずらに言うのではなくて、現行の負担調整、あるいは特別負担調整という仕組みを見直すべきだと考えております。これについては、スライドにございますので後ほどご覧くださいと思います。

それから、後期高齢者の患者負担割合を段階的に2割にすべきです。先ほども言い

ましたが、あまりにも後期高齢者の方がたの負担が少ないのではないかという問題意識です。

医療費の伸びの抑制

(スライド 16~23)

それから、医療費の伸びの抑制です。過剰な急性期病床の見直し等で、現在、地域医療構想というものが進められております。国の方で計算をすると、全体で 6.6 万床減少ということで、この考え方をわれわれとしても支持しているところです。

次に、医療の地域間格差です。こちらは良く出てくる図ですけれども、1 人当たりの医療費が少ない地域と多い地域の差が 1.5 倍あり、病床が多い地域は医療費が高いという非常に強い相関関係がありますので、先ほどの地域医療構想と合わせながら、改善を図っていくべきだと思っております。

また、終末期医療のあり方も重要です。柱となるのは 3 点目、生前のリビングウィルを明確に書面で示すということを指摘しています。7 割の方が書面作成に賛成しているにもかかわらず、実際に作成した人は 3%というデータもありますので、こういった取り組みをきちんと進めていくことで、病院で死亡されている方が 76.6%ということですが、自宅での看取りをこれから増やしていくべきではないかということです。

さらに、保険給付範囲の見直しです。現在の保険給付範囲は非常に広がっておりますが、いつまでも全てをカバーするというのは皆保険制度の持続可能性を危うくすると思われま。例えば軽症疾患用の医薬品は保険の給付範囲から除外するとか、フランスのように内容によっては償還率を見直すというのも 1 つの考え方かと思いますが、まずは市販品類似薬から除外を進めていくべきではないかという主張です。

「支える側」を増やす取り組み

(スライド 24~26)

3 点目の柱です。「人生 100 年時代」と言われておりますが、60 歳や 65 歳の定年で引退するのではなく、健康で意欲のある高齢者については、従来の「支えられる側」から「支える側」に回っていただいて、しっかりと税金なり保険料を払っていただくことが必要ではないかと思えます。

それに対して、健保組合は保険者機能を発揮して、その人に応じた保健事業を提供することによって、いつまでも元気で働いていけるようサポートしていく必要があると考えております。「働きたいが働いていない」という高齢者が増えておりますので、国全体での働き方改革のなかでも支援していく必要があります。

特に大事なことは、日本は世界でも有数の平均寿命が長い国ですけれども、問題は健康寿命との差でして、10 年間も不健康な状態で生きていくという状況がございますので、これを短くする必要があります。

こちらに書いてありますけれども、われわれ健保組合としてもこれに対処するために、疾病予防、あるいはそのための特定健診・特定保健指導、あるいはデータヘルス計画に基づいた保健事業、といったことに取り組んでいく覚悟です。

以上、駆け足になりましたけれども、説明を終わります。ありがとうございました。

2025年度に向けた 医療保険制度改革について

2017年9月
健康保険組合連合会

1

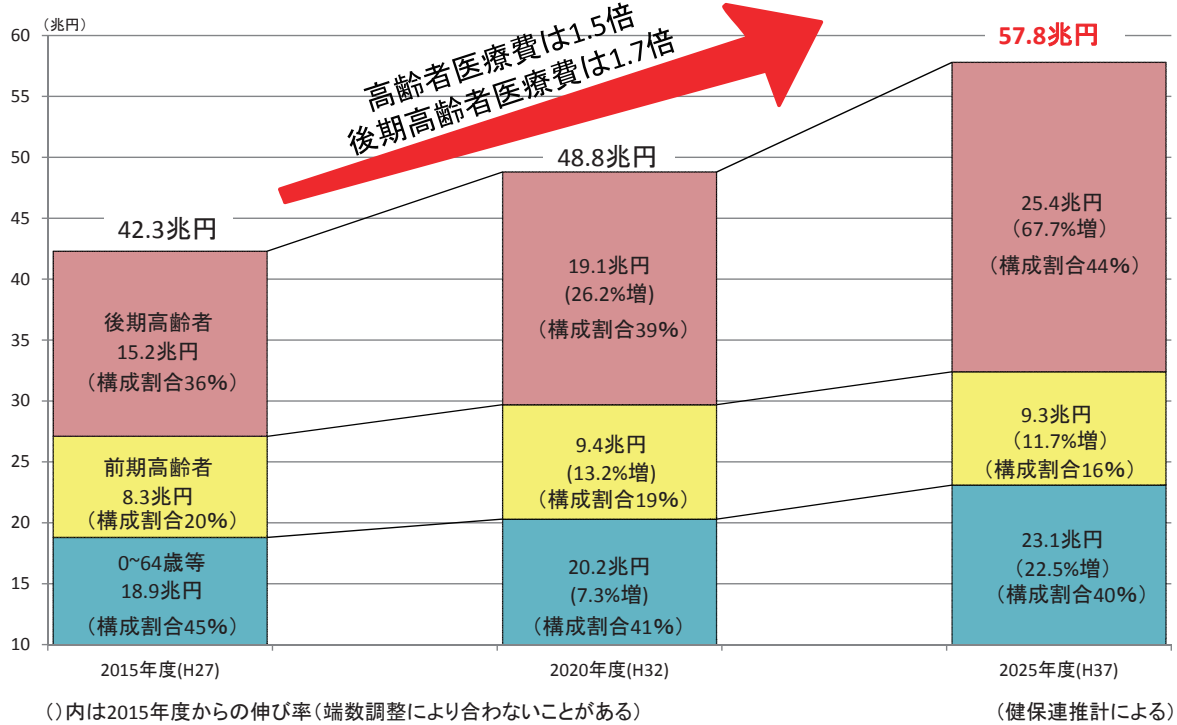
2025年度に向けた国民医療費等の推計

2017年9月

2

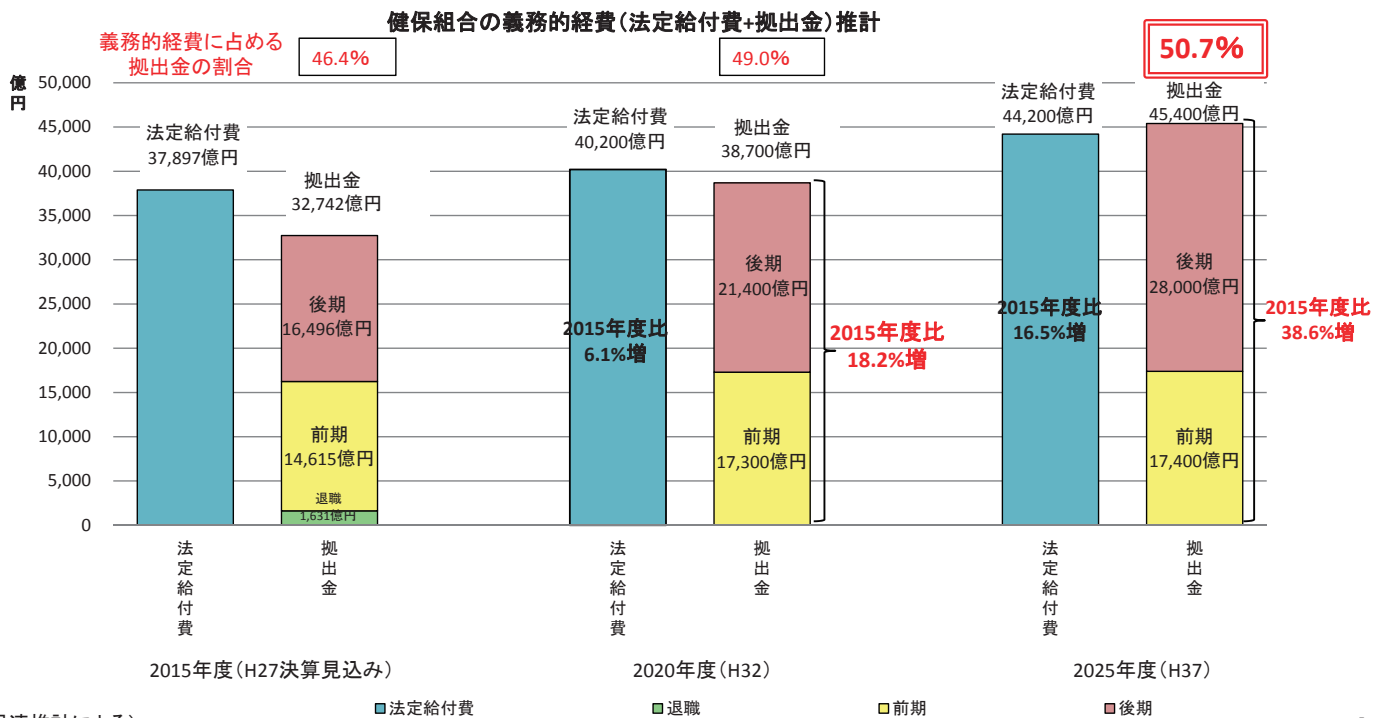
国民医療費の推計

国民医療費は2015年度の42.3兆円から2025年度には1.4倍の57.8兆円に増加。
 このうち、65歳以上の高齢者の医療費は、23.5兆円から34.7兆円に1.5倍に増加。
 医療費全体に占める割合も55%から60%に高まる。
 特に後期高齢者医療費は15.2兆円から25.4兆円に1.7倍に急増。



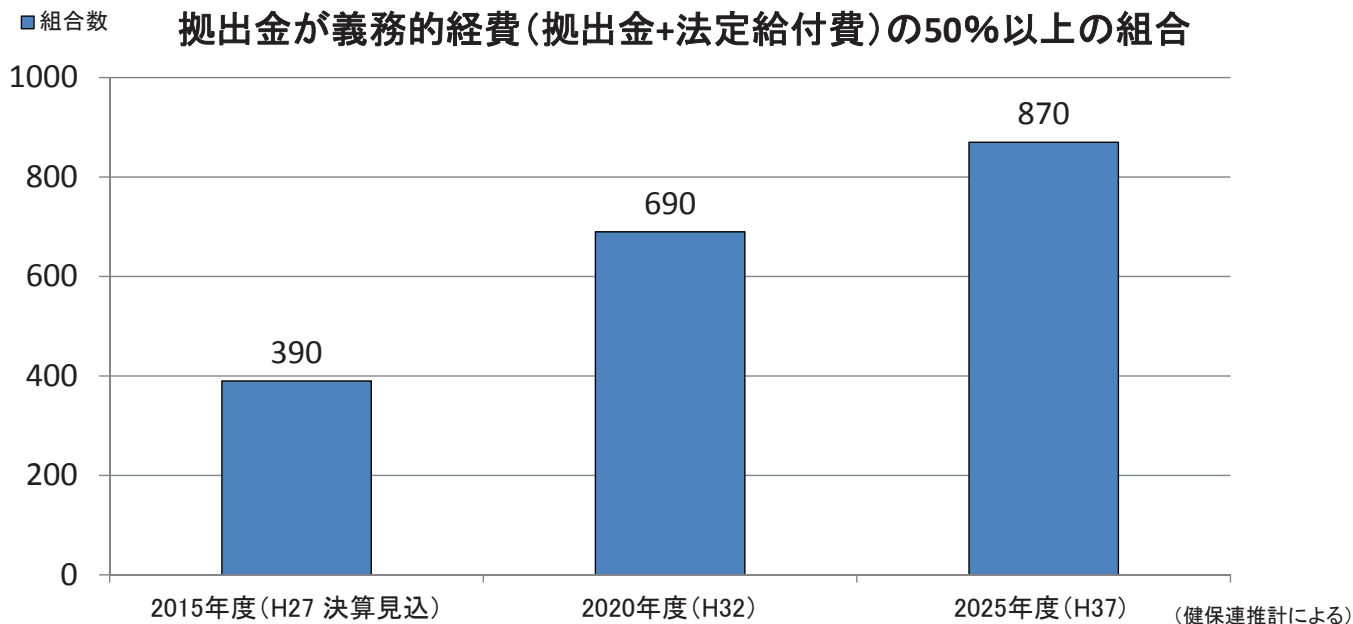
健保組合の法定給付費と拠出金の推計

2025年度(平成37年度)には、高齢者医療のための拠出金の額が法定給付費を上回る。
 2015年度から2025年度にかけて、**法定給付費は16.5%増、拠出金は38.6%増。**



拠出金が法定給付費を上回る健保組合数

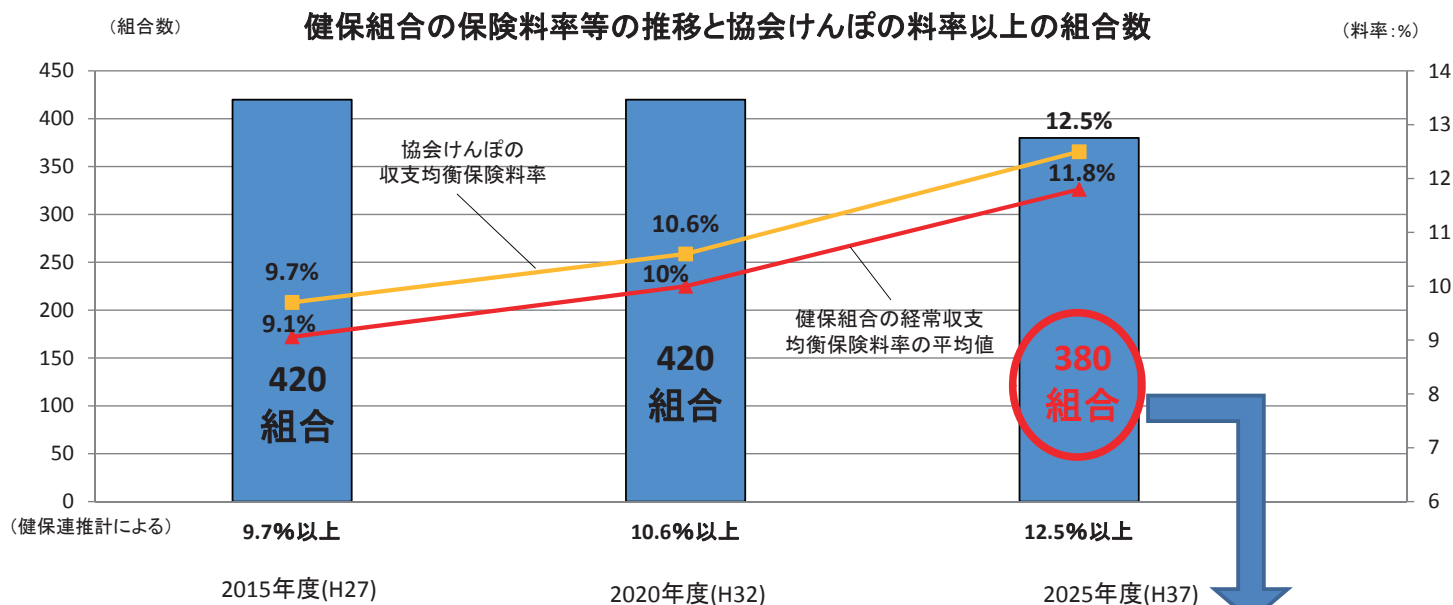
2025年度(平成37年度)には、拠出金が法定給付費を上回る組合は870組合にも上り、全組合の62%を占める。



5

健保組合の保険料率等の推計

2025年度(平成37年度)には、健保組合の経常収支均衡保険料率(平均)は11.8%にまで上昇。
協会けんぽの収支均衡保険料率以上の健保組合は380組合(全体の27%)。
4分の1の健保組合が解散を検討せざるを得なくなる。



4分の1の健保組合が解散の危機。解散すれば、協会けんぽに移行し、国の財政負担が生じる。

6

2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について (基本的な考え方)

7

国民皆保険制度を守るために必要なこと

2025年度に向けて、**医療費増嵩の抑制と高齢者医療費の負担構造改革を中心とした医療保険制度の抜本的改革を、断行すべき。**また、関係者には意識改革と従来にない努力が求められる。

《国の責務》

- 人口構造変化に対応した医療提供体制の整備
- 各種の医療費適正化対策の取り組み
- 将来にわたって国民が安心でき、公平性、納得性の高い医療保険制度のビジョンの提示と改革の実行等

《国民の心構え》

- 国民皆保険制度の大切さと課題を正しく認識する
- 医療費に関するコスト意識、貴重な保険料を大切に使う意識をもつ
- 自らの健康維持とセルフメディケーションの努力
- 適切な医療機関選択と適切な受診の努力等

《保険者の務め》

- 保健事業や医療費適正化への積極的な取り組み
- 加入者に対する適切な受診等の働きかけ
- 特定健診、特定保健指導、レセプト等のデータを活用したデータヘルスの推進
- がん検診など各種健診等の推進
- 地域医療構想など効率的な医療提供体制の構築に向けた取り組みへの積極的な参画等

《医療提供者の役割》

- 患者本位の良質な医療の提供
- 人口構造変化に対応した医療提供体制への変革
- 医療保険制度の財政状況や国民負担等を意識した効率的な医療の提供・地域間格差の是正等

8

制度改革に向けた基本的な考え方

1. 医療保険制度は、将来にわたり社会保険方式を維持。
税・保険料・自己負担、給付と負担のバランスのとれた適切な組み合わせとする。
2. 現役世代の制度は、職域は被用者保険、地域は国保が担う現行の体系を維持。
なかでも、きめ細かな保健事業を展開する健保組合の役割はとくに重要。
3. 後期高齢者医療制度は、後期高齢者の給付と負担のアンバランスを是正。
4. 前期高齢者の財政調整は、負担する側の納得性を十分担保し、必要最小限の調整にとどめる。さらに、2025年度に向けて、そのあり方を改めて検討。
5. 制度の持続性を高めるため、医療費全体の適正化対策を徹底。
6. 国保は、都道府県単位への移行を機に、財政運営の適正化と被用者保険側の納得性を高める改革を推進。

9

健保連の主張の3本柱

1. 高齢者医療費の負担構造の改革
2. 医療費の伸びの抑制
3. 健康な高齢者＝「支える側」を増やす

10

2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について (個別項目に関する主張)

11

主張1－①－(1)

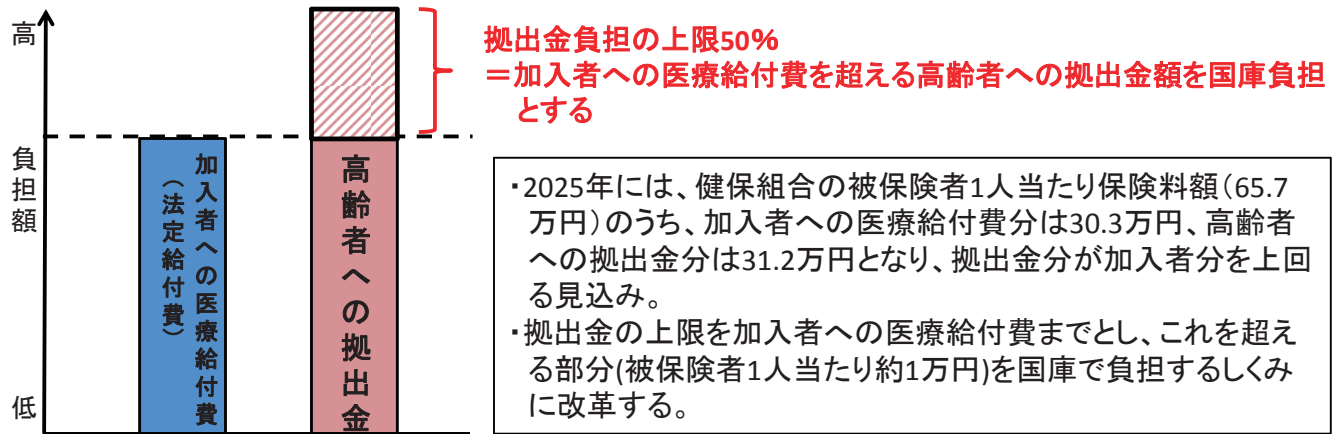
拠出金負担割合に50%の上限を設定し、 上限を超える部分は全額国庫負担とすべき

- 加入者に使う医療給付費よりも高齢者医療への拠出金が上回る状況は、保険原理からみて納得が得られない。加入者、事業主の納得、理解を得るためにも、各保険者の拠出金負担に50%の上限を設定し、上限を超える部分は全国民で公平に負担することが必要。(拠出金が加入者への医療給付費を超えないようにする)
- 特に報酬水準が平均以下の保険者に関しては拠出金負担割合の上限を48%とし、上限超過部分は全額国庫負担とすべき。
- 現行の「負担調整」と「特別負担調整」のしくみを拡充することで、拠出金の上限設定をスムーズに実現すべき。

12

拠出金負担の上限を50%に設定し、上限を超える分は 国庫負担とすべき

2025年度には、健保組合の高齢者医療への拠出金割合は平均50.7%に達し、加入者への医療給付費を上回る。拠出金割合が50%以上の健保組合も870組合にのぼり、全組合の62%を占める。



現行制度には、拠出金の負担割合に着目した「負担調整」のしくみがあるが、2017年度は拠出金割合52%が上限(上限を超えた分は全保険者で再按分)となっている。このしくみを拡大し、**拠出金の上限を50%(報酬水準の低い保険者は48%)**に引き下げ、**上限を超えた分は国庫負担とすべき。**

13

[参考] 「負担調整」、「特別負担調整」見直し案(健保連案)の財政影響

現行の「負担調整」と「特別負担調整」の制度を次のとおり見直す。

【負担調整】

	現行	健保連案
対象保険者	拠出金割合上位3% 報酬水準要件なし	上位3%要件なし 報酬水準要件なし
上限率	52%	50%
上限超過部分	全保険者で再按分	国庫負担

【特別負担調整】

	現行	健保連案
対象保険者	拠出金割合上位10% 報酬水準平均以下	上位10%要件なし 報酬水準平均以下
上限率	48.3%	48%
上限超過部分	国庫負担100億円 残りを全保険者で再按分	すべて国庫負担

【健保連案による国庫負担額】(健保連推計/健保組合分のみ)

	2020年度(平成32年度)	2025年度(平成37年度)	現行(2017年度)
「負担調整」	1070億円(該当680組合)	1920億円(該当870組合)	上限率52%超過部分97億円を再按分(国庫負担なし)
「特別負担調整」	600億円(該当520組合)	850億円(該当650組合)	上限率48.3%超過部分に対して 国庫負担100億円+再按分118億円
計	約1700億円	約2800億円	

14

主張1－②－(1)

後期高齢者の患者負担を 段階的に2割とすべき

- 高齢者は給付に比べて負担が極端に軽い。高齢者への医療給付費が増加の一途を辿るなか、高齢者にも応分の負担を求める改革が必要。
- 2018年度には70～74歳の患者負担がすべて2割になる。75歳到達以降も引き続き2割負担を継続すべき。

15

主張2－(1)

医療機能の分化・連携を推進すべき

- 人口構造の変化を踏まえ、過剰な急性期病床の削減等を促進し、在宅医療・介護体制を拡充すべき。その上で、住み慣れた地域で医療・介護・生活支援サービスが包括的に提供される地域包括ケアシステムを早期に構築すべき。
- また、病院と診療所の役割を整理し、機能分化・連携することで、効率化を図ることが患者にとっても重要となる。初期に診療科横断的な診断をし、ゲートキーパー機能を担う総合診療専門医の育成を積極的に進めるべき。
- 保険者としては、加入者に適切な受診行動を啓発し、重複受診、軽症ですぐに大病院・救急病院を受診する等は是正を求めていくことが必要。
- 医療側は、限られた医療資源を活用し、最も効率的・効果的な医療を実施するとの意識に変革すべき。そのため、例えば医学部教育に保険制度(財政)の状況を組み入れるべき。

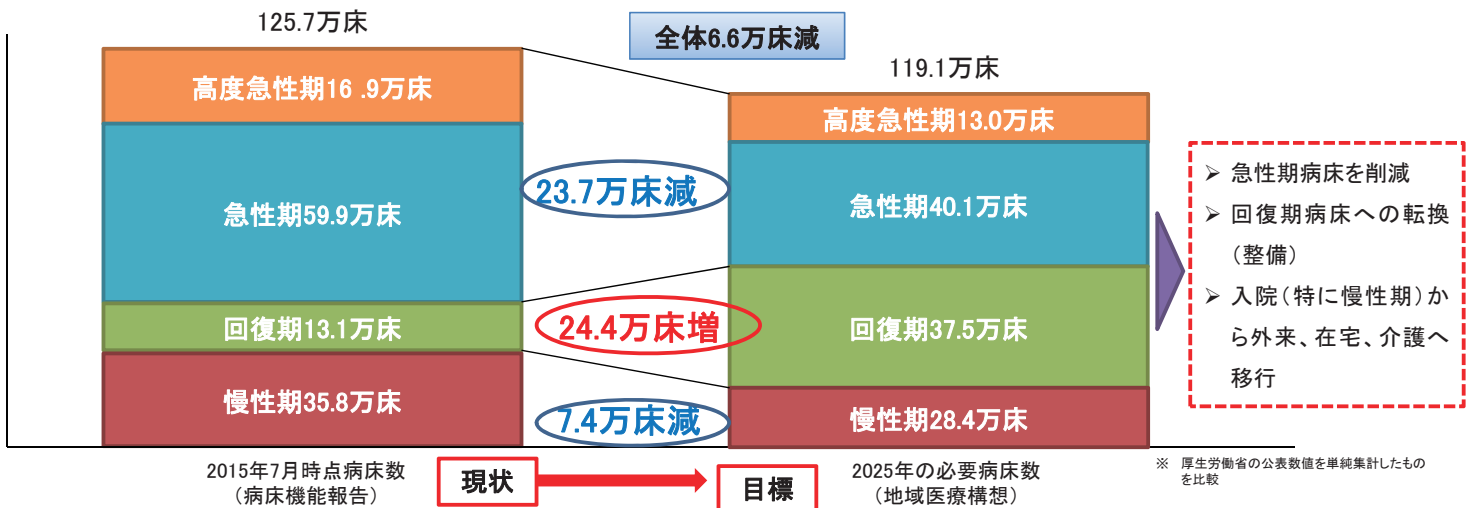
16

人口構造の変化に対応した病床機能を整備すべき

地域医療構想に基づき、過剰な急性期病床の削減や在宅医療、介護体制の拡充が必要。

地域医療構想

高齢化等を踏まえ、都道府県が2025年の必要病床数を目標として定めたもの



主張2-(2)

医療の地域間格差を是正すべき

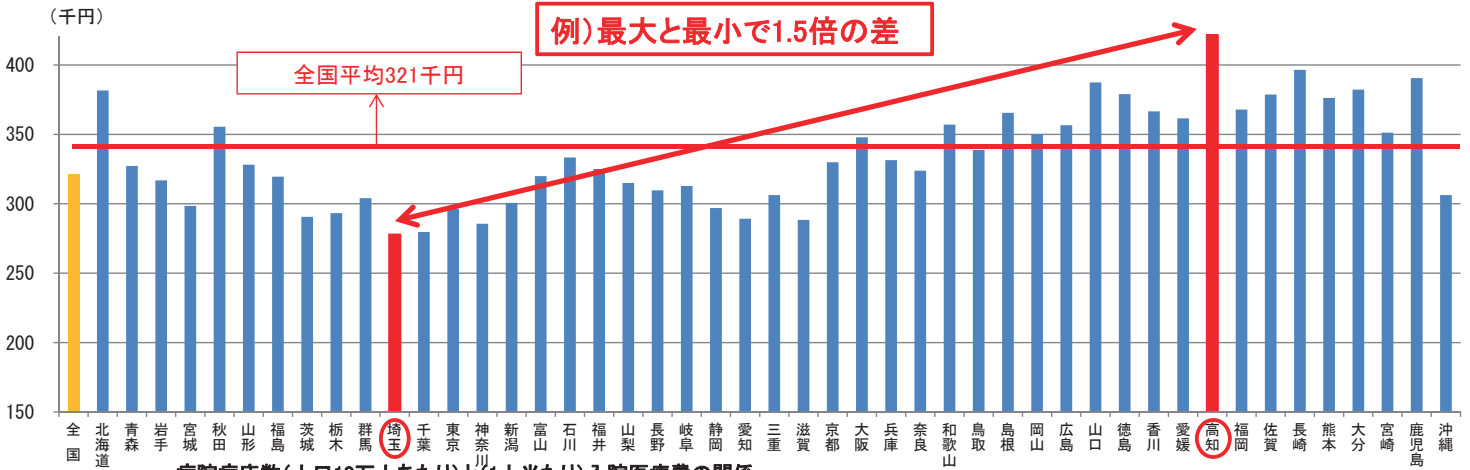
- 入院や外来医療費における地域間格差が存在している。(1人当たり)医療費の高い地域は是正すべきで、少なくとも地域間格差を半減する施策が必要。
- 地域ごとの病床数、入院日数、医療費等の適正化に向けて、情報公開やデータ分析による見える化を進め、患者にとって最適な医療を受けられるためにも、都道府県の地域医療構想(医療計画)等において格差是正の施策を設定、実行すべき。

地域医療構想等で地域間格差を半減させる施策を実行すべき

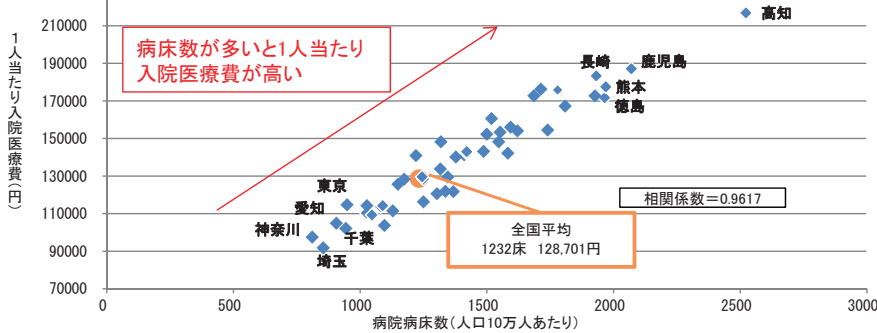
医療費の地域間格差が最大で1.5倍ある。病床数が多いほど入院医療費が高い傾向がある。

都道府県別人口1人当たり国民医療費

例) 最大と最小で1.5倍の差



病院病床数(人口10万人あたり)と(1人当たり)入院医療費の関係



病床数、入院日数、医療費等の地域間格差の分析・見える化をさらに進める

主張2-(3)

終末期医療のあり方を見直すべき

- 厚生労働省が公表した「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」について、国民や医療機関に浸透していないことから、積極的に周知すべき。
- 人生の最終段階における医療のあり方については、患者の意思決定を基本とし、家族、医療側と事前に十分に合意形成できる体制を構築すべき。
- 受ける医療について、患者が「生前の意思表示(リビング・ウィル)」を明確に書面に示す仕組みを推進すべき。
- 患者の多くが自宅での看取りを希望しており、在宅や介護施設で看取りができる体制を構築すべき。

患者の事前の意思表示や在宅、介護施設で看取りができる体制を構築すべき

人生の最終段階における医療に対する事前の意思表示がほとんど行われていない。
在宅で看取りを行う体制が整備されていない。

国民の約70%が意思表示の書面作成に賛成しているのに対し、実際に作成したのは約3%。

【人生の最終段階における医療に関する意識調査(平成25年) 厚生労働省】

図1-1-2 意思表示の書面を作成しておくことについて



図1-1-3 意思表示の書面の作成状況



リビング・ウィルを推進すべき

【リビング・ウィル: 生前の意思表示】
生命維持装置の使用拒否等、自分の終末期医療に関して、判断力のあるうちに書面で意思表示しておく指示書

在宅での「看取り」を行う病院・診療所は全体の約5%。
また、自宅での死亡割合は13%。

【第1回中医協・医療と介護の連携に関する意見交換 資料】

在宅での看取りを行う病院・診療所は、増加傾向にはあるものの、依然として全体の約5%にとどまっている。(平成26年時点)

病院	診療所
476	4,312

【死亡の場所別にみた死亡構成割合(%)】

医療機関	介護施設	自宅	その他
76.6	8.6	12.7	2.1

※人口動態統計(平成27年) 厚生労働省

主張2-(5)

保険給付範囲を見直すべき

- 皆保険制度の維持のため、保険の給付範囲について、除外することも含めて、改めて見直しを検討することが必要。
- 軽症疾患用の医薬品について、保険の給付範囲から除外や償還率を変更すべきで、まずは市販品類似薬から除外を進めていくべき。

軽症疾患用の医薬品について、保険給付範囲からの除外や償還率を変更すべき

政府が改革工程表の中で市販品類似薬に係る保険給付を検討項目に挙げている。
海外では医薬品の保険償還率に段階を設定している例がある。

【経済・財政再生計画 改革工程表 2016改定版】

- 市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討(2018年度(平成30年度)までに検討・措置)
- セルフメディケーションの推進(～2020年度(平成32年度)まで)

【フランスにおける医薬品の保険償還の状況(例)】

SMR評価	保険償還率	対象医薬品の主な例
Important(重要)	100%	抗腫瘍薬、免疫抑制剤、HIV用抗ウイルス薬等
	65%	精神神経用剤、抗てんかん剤、高脂血症治療薬、不整脈治療薬、血圧降下剤等
Modéré(中程度)	30%	抗ヒスタミン剤、その他アレルギー用薬等
Faible(軽度)	15%	胃潰瘍治療薬、催眠鎮静剤、耳鼻科用薬等
Insuffisant(不十分)	0%(保険償還対象外)	去たん剤、外用消炎鎮痛剤等

※[1] Haute Autorité de Santé (2014) Pricing & Reimbursement of drugs and HTA policies in France, March 2014.[2] フランス公的医薬品データベース参照。



海外の制度も参考に、まず市販品類似薬から除外を進めていくべき。

23

主張3-(1)、(2)

健康で働く意欲のある高齢者は
「支えられる側」から「支える側」へ

医療保険者は保険者機能を発揮して
「生涯現役社会」の後押しを

- 医療保険者は、加入者の健康を維持・増進し、健康寿命の延伸に努め、高齢になっても健康で働き続けることができるよう、前期高齢者を含む加入者への保健事業等に積極的に取り組むべき。

24

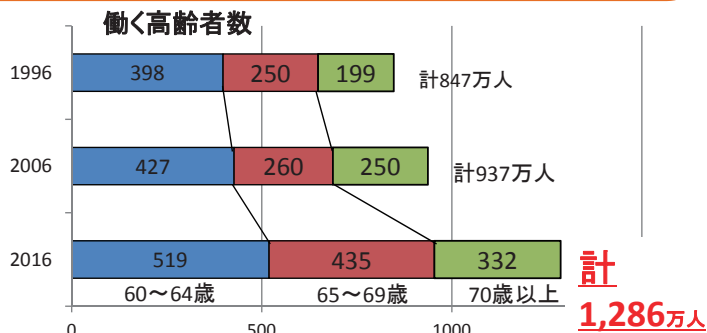
健康で働く意欲のある高齢者は「支えられる側」から「支える側」へ

1970年には、9.8人で65歳以上の高齢世代1人を支えていたが、2035年に1.7人で1人を支える社会に。
 支え手の年齢を引き上げれば将来も現役世代2~3人で高齢世代1人を支える構造が維持できる。
 近年、働く高齢者数は増加傾向にあり、働いていない高齢者の2~3割が働く意向を持っている。働く意欲のある高齢者には、年齢にかかわらず元気に働き、「支えられる側」から「支える側」に加わっていただくことが必要。

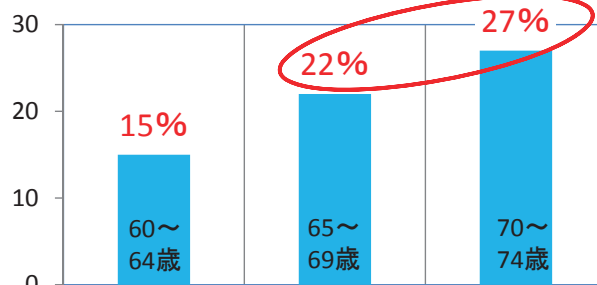
高齢世代を支える現役世代の人数

	1970	2015	2035
65歳以上 / 15~64歳	9.8人	2.7人 (現状)	1.7人 (現状で推移)
70歳以上 / 15~69歳	—	3.6人	2.4人 (支え手拡大)
75歳以上 / 15~74歳	—	5.7人	3.5人

(経済産業省「次官・若手未来戦略プロジェクト」ディスカッションペーパー(2016年5月)をもとに健保連作成)



(%) 働きたいが働いていない高齢者の割合



第7回 働き方改革実現会議配布資料(高齢者の就業促進について)より(出典は総務省就業構造基本調査)

医療保険者は保険者機能を発揮して「生涯現役社会」の後押しを

日本の健康寿命は約75歳で世界一で、定年後10年間も健康に生活している。
 働きたい高齢者が年齢に関わらず働けるように、政府も高齢者の就業支援に取り組む方針。
 医療保険者は健康で働ける高齢者が増えていくよう保険者機能を発揮して「生涯現役社会」の実現を後押しすることが求められる。

先進国の定年と健康寿命

国	定年	健康寿命	元気に過ごせる老後の期間	平均寿命
日本	65歳 → 74.9歳	74.9歳	9.9年間	83.7歳
米国	66歳 → 69.1歳	69.1歳	3.1年間	79.3歳
英国	65歳 → 71.4歳	71.4歳	6.4年間	81.2歳
ドイツ	65歳 → 71.3歳	71.3歳	6.3年間	81.0歳

(経済産業省 次官・若手プロジェクト「不安な個人、立ちすくむ国家」(2017年5月)をもとに健保連作成)

生涯現役社会に向けた健保組合の取り組み

健保組合は、保健事業に毎年、約4000億円を支出(2017年度予算)。

厳しい財政状況のなかでも、加入者の健康維持・増進、疾病予防等に積極的に取り組んでいる。

【きめ細かな保健事業の展開】

- ・特定健診・特定保健指導の拡大
- 特定健診実施率の上昇

(2008年度:59.5%→2015年度:73.9%)

- 被扶養者の特定健診実施率の改善

(2013年度:44.5%→2015年度:47.3%)

- ・全健保組合がデータヘルス計画を策定・推進
- ・事業主とのコラボヘルス、健康経営を推進
- ・約9割の健保組合が人間ドック健診を実施
- ・生活習慣病等の重症化予防の積極的な取り組み

パネリストによるプレゼンテーション③

株式会社日本経済新聞社 上級論説委員
大林 尚 氏



(スライド1 ※本報告書 93 ページ～)

私は敢えて、こういうタイトルを付けました。少し今日のテーマから逸脱するものもありますけれども、今の私の、ジャーナリストとしての、医療制度に対する考え方をお話したいと思います。「健保組合に未来はあるか」。なかなか今の状況では、「未来はあまり明るくない」という結論になるかもしれません。

「2025 年に向けて」では遅い

(スライド2～3)

今日の議論は 2025 年に向けて、ということになっています。私は「2025 年問題」という言い方が必ずしも適切かどうか、ということについて少し疑問を持っています。つまり、戦後のベビーブーマー、「団塊の世代」の方のはしりは 1947 年の生まれですから、2022 年に最初の世代の人が後期高齢者になるということで、2025 年を待っていると手遅れになると思っています。

ちょっと感覚的な議論になりますけれども、私が当時の厚生省の記者クラブを担当していたのは 1997 年でした。当時の厚生大臣は小泉純一郎さんでしたが、当時から「2025 年」と言っていたわけです。取材をしていた私にとっても、2025 年というのは相当先の話だという、のんびりした気分でそれを聞いていた覚えがありますけれども、もう間近に迫っているわけです。

もう 1 つ言うと、「2055 年問題」があると思います。これは言わずと知れた「団塊ジュニア世代」の高齢化及び長寿化の問題です。この人口ピラミッドを見ると、絶望的な感じになり、世代間の公平などと言っていられないと思います。現役世代の人がこれしかないわけで、こういう人口ピラミッドにならないようにすることを考えないと、健康保険組合に限らず、将来の日本の医療制度は相当厳しいのではないかと考えています。

社会保障関係費のシーリングは適正か

(スライド4～5)

(平成30年度の)診療報酬改定、結果は本体改定率0.55%のプラス、介護報酬も0.54%、障害福祉サービス報酬も0.47%と全部プラス改定に終わっています。

財務省は予算編成の基本的な考え方として、来年度までの3年間は社会保障費を5,000億円増までに抑えることを前提に編成に臨んだわけですが、もともと6千数百億円増えるところを5,000億円に抑えると聞くと、「良くやった」という感じがしますが、逆に言うと、薬価改定率を市場実勢に合わせて引き下げ、これをやると5,000億円までに抑えることが割と簡単にできたということです。

そう考えると、5,000億円増やすという前提でそもそも良かったのかという解釈もできると思います。そういう意味で、2019年度からの予算編成については、増やすという前提を続けるのかどうかということに注目したいと思っています。

こちらは敢えて説明は要しないと思いますが、本体改定率はずっとプラスが続いているということです。

今、春闘の真っ最中ですが、安倍総理が経団連や経済界に対して、今春闘の賃上げ率3%ということを要請しています。いわゆる「官製春闘」というもので、本当に3%になるかどうかは分かりませんが、バブル崩壊以降の物価・賃金の情勢と、医療界の人件費に充てられることが多い診療報酬の本体の改定率との間に歴然たる差がある、いつの間にかこれだけの開きができていたということです。

2000年代前半から半ばにかけて、少し横ばいがあったのですが、これは小泉政権の時のマイナス改定です。そのことを思い起こす必要があるのではないかと思います。

変容する「社会保障と税の一体改革」

(スライド6)

それと消費税の話です。もともとは「社会保障と税の一体改革」ということで始まったわけですが、改めて振り返ると、2009年の通常国会で所得税法の改正案が成立して、その附則に「消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、2011年度までに必要な法制上の措置を講じる」と盛り込まれたわけです。

思い起こしてほしいのですが、この法改正に当時の野党であった民主党は反対しました。反対したのですが、結局2009年に民主党に政権が代わって、鳩山総理、菅総理、野田総理の3代の間に、この反対をチャラにしたということがありました。野田政権の時に3党合意が成立して、消費税率の8%あるいは10%への引き上げが決まったということです。

この時に「増税の使い道は社会保障に限る」ということも決めたわけですが、なかなか示唆に富む内容だと思います。もう1つ、所得税・法人税改革の方向性も示したということがありました。全てこの陣頭指揮を執ったのが、咽頭がんで亡くなった与謝

野馨経済財政担当大臣でしたが、与謝野さんは敢えて自民党を離党して、菅内閣で経済財政担当大臣としてこれを実行したということがありました。

去年の衆議院の総選挙の後に安倍総理が語ったことは、2019年10月の消費税率10%への引き上げは予定通りきちんとやる、その代わり「社会保障に限る」ということについては微妙な修正をしたということです。例えば、教育の無償化に使うということです。教育も、広い意味では社会保障に無理矢理入れれば入るのかもしれませんが、消費税の引き上げについての3党合意や一体改革の趣旨が、安倍政権によって少し変わってきていることについては、注意しておく必要があるかと思います。

税と保険料の未分化

(スライド7)

第1部でも議論になった保険料と税に関して、第2部でもさらに議論があるかもしれませんが、この図は実は、ある厚生労働省のOBが講演で使った資料を、私がそのまま貼りつけてきたものです。

日本の社会保障財源の全体像ということで、保険料が約65兆円、国庫負担が約32兆円、それから年金の積立金の運用収入などがあるわけです。

健保組合は保険料だけで運営していますが、いろいろな制度を見ると、国や地方自治体が負担する公費が入っています。先ほども申し上げた通り、税と保険料の役割の違いを考えると、あまりルールなく保険制度のなかに税金が入ってくることは望ましくないと思っています。

ただ、この講演をされた厚生労働省のOBの方が何とおっしゃったかと言うと、「今までの積み重ねでこういう姿になってきたので、今さらこれを税と保険料に区分するのは政治的に難しい」という説明で、この図を示されたということです。「政治的に難しい」という面は、私も分からないではないですけども、だからと言ってこういう姿で良いのかどうかということについては、議論を相当深めていかなければいけないと思います。

終末期医療のあり方

(スライド8)

先ほど、終末期医療の話が出ました。これは昨年11月の日本経済新聞に載った広告です。コマツの社長や会長を務められた安崎さんがこの広告を出されました。彼自身の言葉を借りると「非常に元気でいたけれども、ある時に検査を受けて、もうほとんど末期のがんで余命が幾ばくもないということをいきなり宣告された」とのことです。

安崎さんが何をやったかと言うと、昨年12月11日に東京のホテルで、いわゆる「生前葬」と言いますか、自分のオーガナイズで、お世話になった人に集まってもらって御礼を言う会を開きました。

安崎さんご自身は、大企業の役員を何年も務められて経済的に恵まれているということで、こういうことができたという面はあると思いますけれども、ここまで大規模ではなくとも、いろいろなやり方が考えられると思います。こういう動きが少しずつ広がってくれば、リビングウィルの問題も進んでいくのではないかと考えています。

「シルバー民主主義」の問題点

(スライド9~10)

それともう1つは、「シルバー民主主義」をどう考えるかということです。世代間の負担と給付の不公平問題が議論になっていますが、これは医療に限らず年金についても、あるいはそもそも赤字国債を発行して社会保障費を賄っているということは、60年後に国債を償還する時の、今生まれていない人たちを含めて、見えざる負担を求めるということになるわけで、この問題についてわれわれは正面から向き合わなければいけないと思います。

ただ、これは平成26年の衆議院選挙のデータまでしかありませんけれども、若い人の投票率が非常に低いという問題があります。一般的に言うと、高齢者は高齢化や長寿化で人数も増えているし投票率も高いので、ダブルの面で政治的なパワーを持っているということです。こういう絶対的な矛盾をどう考えるかということについて、日本経済新聞は非常に問題意識を持っているということをお伝えしたいと思います。

最後のスライドですが、1973年(昭和48年)は「福祉元年」と言われています。当時の総理大臣は田中角栄氏でしたが、何をやったかと言うと、70歳以上の医療費の自己負担を無料にしたわけです。これを是正するのに、後期高齢者医療制度ができるまで、35年も要したということがありました。

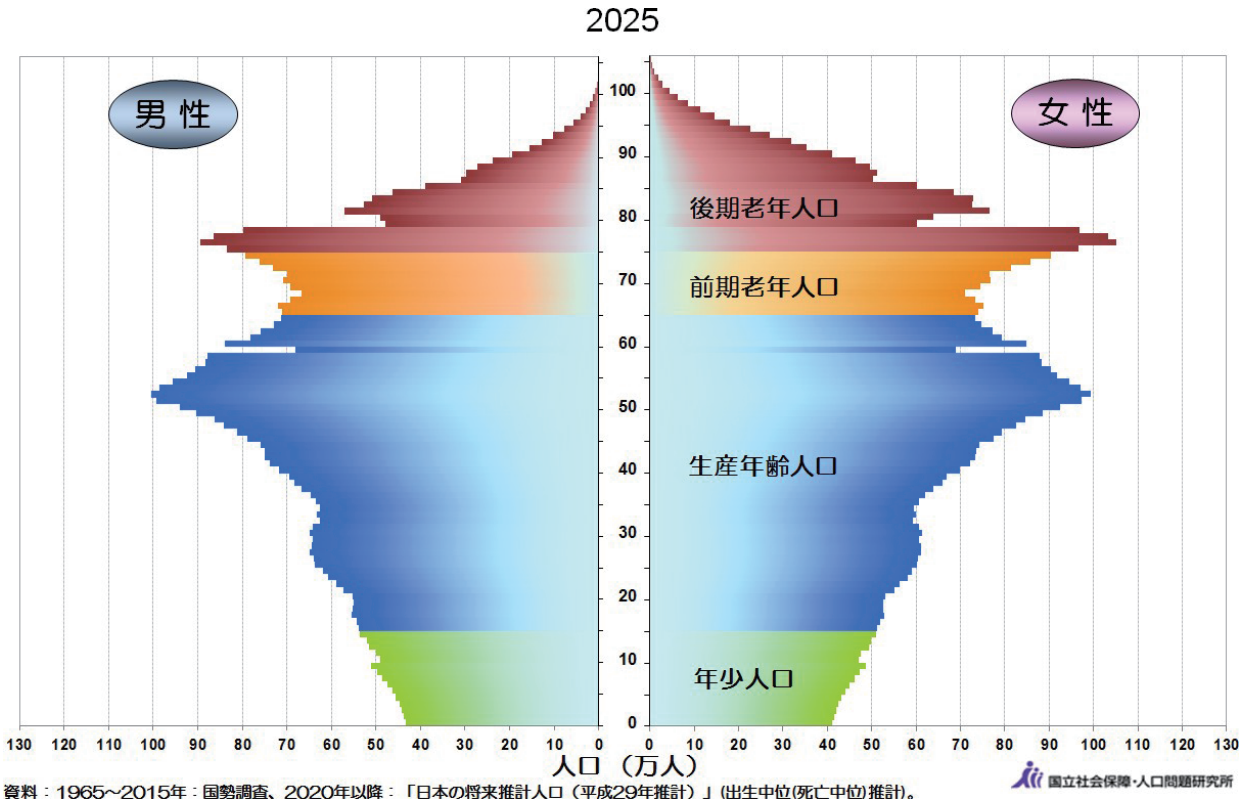
これはディスカッションで機会があれば、もう少し詳しくお話したいと思いますけれども、結論は「タダより高いものはない」という当たり前のことです。無料は良くないということです。

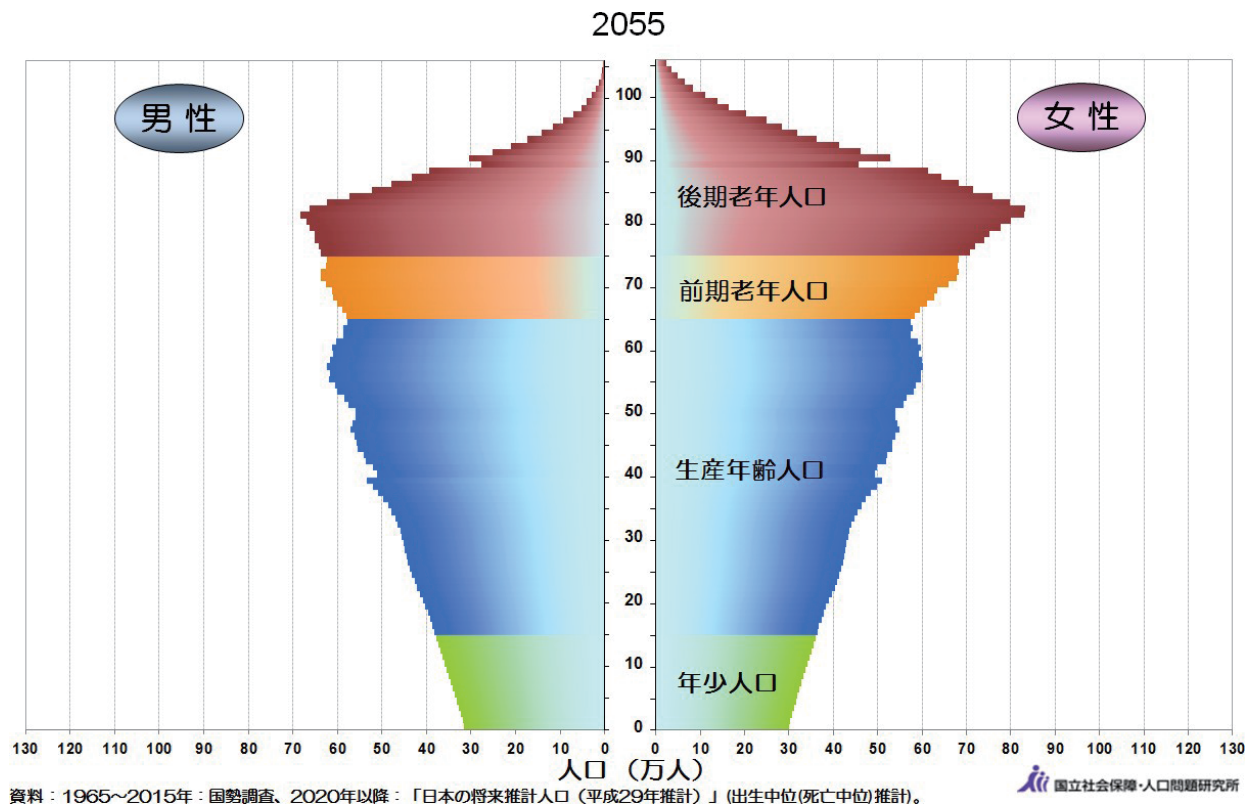
そういう意味で、子どもの医療費の自己負担を、地方自治体の負担で無料にしているところはかなりあります。私は、地方自治体はそれぞれ独自性を発揮すれば良いと思いますが、だからと言って、無料を続けると将来に禍根を残すのではないかと考えています。

取りあえず、私のプレゼンはここまでにしたいと思います。どうもありがとうございました。

安倍政権のもとで漂流する医療保険改革 ～健保組合に未来はあるか～

2018年2月27日
大林 尚





2018/02/27

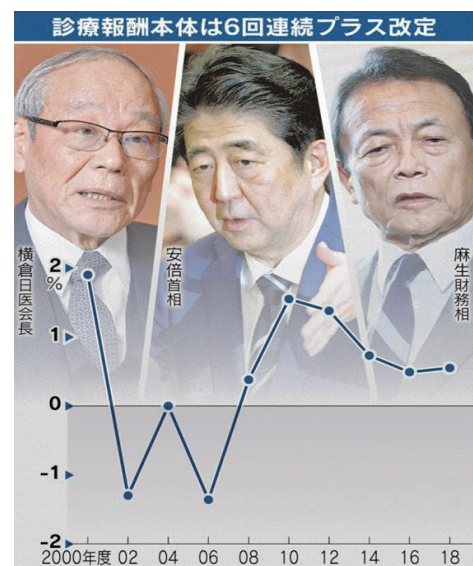
© 2018 T. Ohbayashi All rights reserved.

3

18年度は鳴物入のトリプル改定だったが

【厚労・財務相の閣僚折衝】

- 診療報酬改定率 ▲0.9%
 - 本体改定率 0.55%
 - 医科 0.63%
 - 歯科 0.69%
 - 調剤 0.19%
 - 薬価改定率 ▲1.45%
- 介護報酬改定率 0.54%
- 障害福祉サービス改定率 0.47%
- 大山鳴動、終ってみればすべてプラス改定
- 5,000億円増の前提でよかったのか

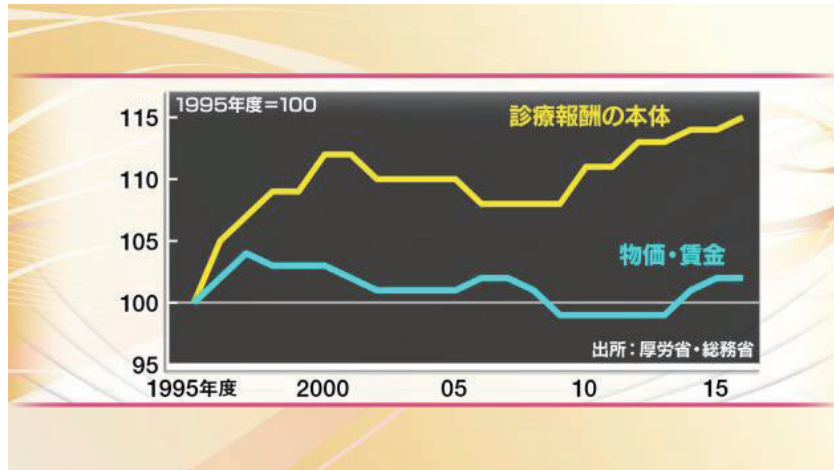


2018/02/27

© 2018 T. Ohbayashi All rights reserved.

4

医療界はデフレと無縁



2018/02/27

© 2018 T. Ohbayashi All rights reserved.

5

社会保障・税一体改革とは 何だったのか？

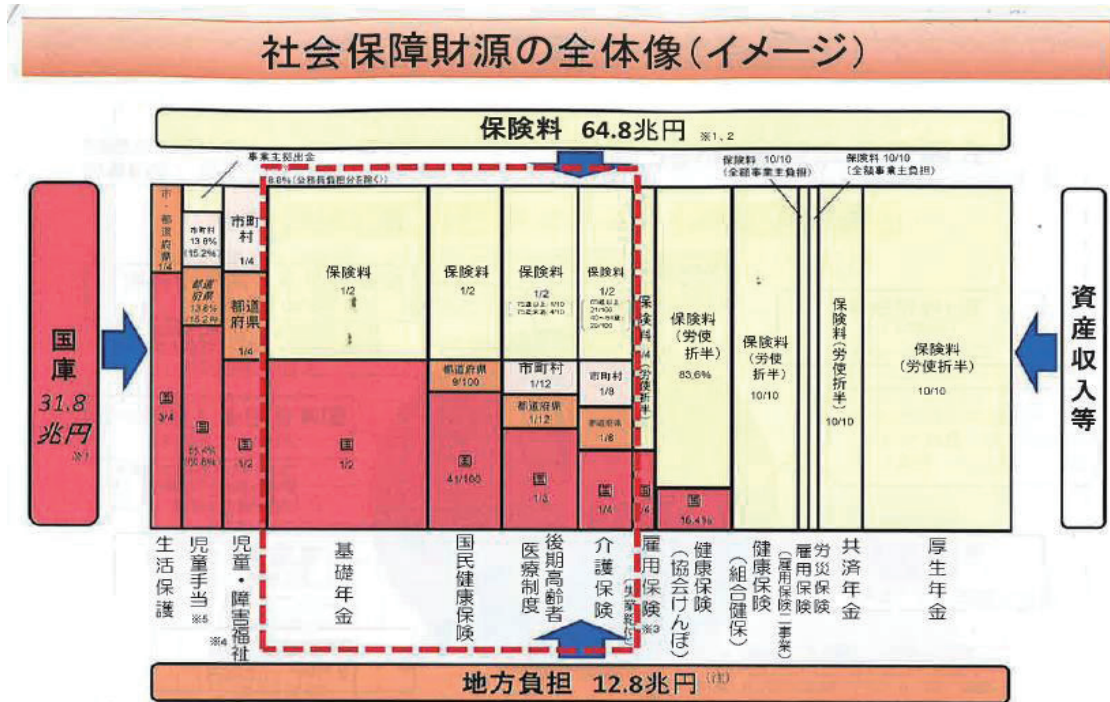
- 麻生政権末期、2009年の通常国会で改正所得税法が成立。条文に消費税増税の必要性が盛りこまれた
- 「消費税を含む税制の抜本的な改革を行うため、2011年度までに必要な法制上の措置を講じる」と明記
- 増税分の使い道を年金の国庫負担、医療、介護の社会保障にかぎるとした
- 格差是正や企業の国際競争力の観点から、所得税・法人税改革の方向性も
- 故与謝野馨経済財政担当相（当時）が主導
- 17年の総選挙後に安倍首相が語ったこととは？

2018/02/27

© 2018 T. Ohbayashi All rights reserved.

6

厚労省の説明に納得できるか

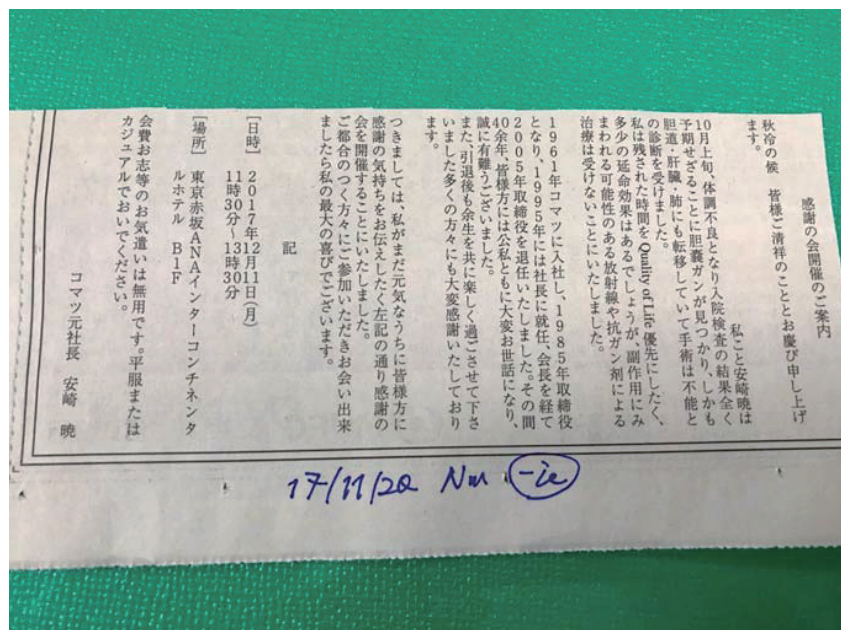


2018/02/27

© 2018 T. Ohbayashi All rights reserved.

7

2017年11月20日 日本経済新聞 社会面

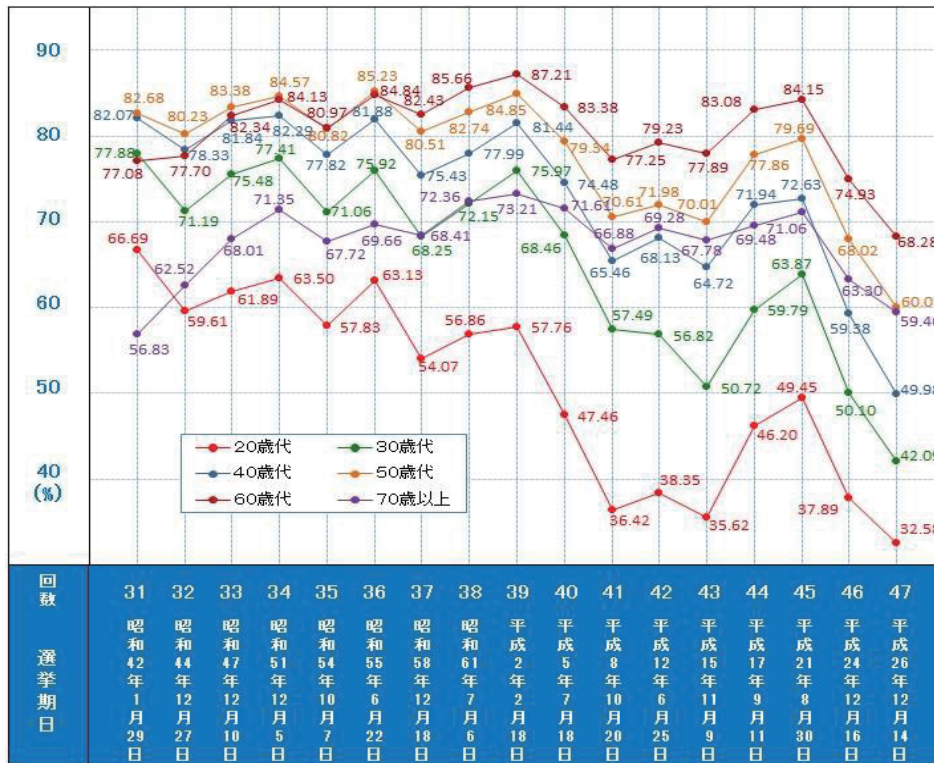


2018/02/27

© 2018 T. Ohbayashi All rights reserved.

8

総選挙の年齢別投票率



2018/02/27

© 2018 T. Ohbayashi All rights reserved.

9

タダより高いものはない 老人医療無料化の蹉跌

福祉元年から後期医療制度までに35年を要した		
1973年 (福祉元年)	田中政権、70歳以上の医療を無料に	 田中角栄
83	老人保健法施行	
97	政府・与党、新制度の検討始める	
99	企業健保が老健拠出金不払い運動	 小泉純一郎
2002	新制度とりまとめ断念、坂口厚労相が改革私案	
05	政府・与党が医療制度改革大綱	
06	75歳以上に1割負担を求める改正法成立	
08	後期高齢者医療制度を施行	 野田佳彦
12	民自公3党、社会保障・税一体改革に合意	
14	消費税率8%に上げ	

(敬称略)

2018/02/27

© 2018 T. Ohbayashi All rights reserved.

10

パネリストによるプレゼンテーション④

慶應義塾大学経済学部 教授
土居 丈朗 氏



(スライド1～2 ※本報告書105ページ～)

皆様、こんにちは。ただ今ご紹介いただきました、慶應義塾大学の土居でございます。このような形で、皆様の前でお話させていただく機会をいただきまして、誠にありがとうございます。私からは「経済学的見地から見た医療保険制度における負担の公平」ということでお話をさせていただきます。

まさに先ほど来、議論になっている世代間の公平ということは、長く議論されてまいりましたけれども、なかなか抜本的な改革は進んでいないという状況があります。

医療保険制度を通じた世代間の所得移転

(スライド3)

社会保障における世代間の問題では、もちろん一番大きいテーマは年金でありまして、年金だけで是正が済めば、後は医療と介護の必要なサービスを賄うために必要な財源の負担を皆で分かち合う、ということになるのかもしれませんが、第1部でも発言させていただいた通り、若い人たちから取り高齢者のために使う、という年金がおもだって果たすべき役割が、あいにく医療制度でも暗黙のうちに行われているという状況があります。

老人保健制度の時は、あまり表立って見えないような形で、大林さんが指摘された老人医療費無料化の時代はもっと見えない形で、行っていた。幸いと言うべきか、70年代はまだ高齢者の数が少なく、しかも「団塊の世代」の方がたが働き手としてその財源を負担できる時期でしたし、少子化がここまで進むという予測もまだなかった頃だったので、そういった無料化もできるという時代が確かにあったのかもしれませんが、今は全く様相が違うということはお察しの通りです。

保険原理と扶助原理

(スライド4～5)

健康保険の話に関連したところで、何ゆえの保険料なのかという議論が先ほど来るなかで、私なりに概念的な整理をさせていただきます。

病気になる確率が高い方と低い方がいるなかで、もし保険の財源をリスクに応じて保険料を取るという形で賄うならば、その方が高所得か低所得かは問わず、病気になりにくい方からはあまり保険料を取らないけれども、病気になりがちの方からはそれなりの高い保険料を取るということになります。

最近ではテレビのCM等でも、「持病があっても入れます」とか「持病があっても保険料はあまり高くありません」という話がありますが、そうは言っても、ご承知のようにきちんと保険数理の計算をした上で、その保険料を民間の保険会社が設定しているわけですから、「持病があっても入れる」というのは良いのだけれども、当然ながらある一定の条件はあるわけです。

仮に、完全に民間の保険会社が、被保険者・加入者の方がたの健康状態を見た上で保険料を決めるということになると、保険財政ないし保険数理が成り立つためには、こういった形で財源を賄うしかないということです。

しかし、わが国の公的医療保険は社会保険方式ですから、当然のことながら、民間の保険会社が営んでいるように保険原理のみで保険料の水準を決めているわけではないというのはご承知の通りです。

特に問題となるのが、病気になる確率が高く低所得の方がたにとっては、負担に耐えられないという話が、医療には出てくるということです。この方がたに対して、「あなたはそんなに保険料を払えないと言うならば、医療の給付は多くは出せません」とか「診療の回数は上限があって、それ以上は医療機関にかかってはけません」というようには、わが国はしておりませんから、当然この負担に耐えられないという方がた、端的に申しますと、低所得の高齢者の方がたの負担をどういう形で賄うかという課題が出てきます。

そのなかで、扶助原理とかいろいろな言い方がありますけれども、「給付は必要に応じて、負担は能力に応じて」という、高所得の方には多くの負担をお願いし、低所得の方の負担を軽くするという応能負担の形を採ることで、トータルとして財源がきちんと収支が合うよう工面できれば、確かに全体としては良いのかもしれませんが。

しかし、よくよく見てみると、結局それほど病気にならず医療費が掛からない方に多い負担をお願いすれば、その分、低所得で病気になりがちの方がたに関する部分の収支差を埋めるということではできませんが、これは有り体な言い方をすれば、若い高所得の人から病気がちな低所得の高齢者へ、医療保険制度を通じて所得再分配が行われてしまうということになります。

これが特に保険で行われるという度合いが、年を追うごとに高まっていくのではな

いかというのが先ほど、棟重さんからあったプレゼンテーションの概念的な部分になってくるのだらうと思います。

これも全くやってはいけないとは思いませんけれども、度が過ぎると、もともとの保険原理という保険料の算定の概念、つまり皆で病気にかかるリスクをシェアするという発想が希薄になってしまうという問題があります。さらにもう1つは、そうは言っても、負担をあまり負わせないようにするという度合いが強過ぎると、全体としての収支が合わなくなって保険財政を圧迫することにもなりかねないという懸念があります。

保険料負担が助長する世代間格差

(スライド6~7)

さらに、社会保険料が所得に比例しているということが、もう1つの悩ましい問題、世代間格差の問題も生み出します。

つまり、所得はおもだっては若い世代の方がたが稼ぎ、高齢者の所得は相対的に低いですから、もちろん高所得の高齢者もいるとは言え、所得比例の保険料や所得税が財源に占める割合が多いと、おのずと若い世代の人たちに負担を多く求め、高齢者の方がたの負担を和らげてその分給付をするということになり、世代間格差を助長してしまうということです。

もしこの世界で、社会保険料を消費の額に比例した形で課すということができれば、高齢の方でも貯金を取り崩して消費をする時に消費比例の社会保険料を払う、というようなことができるかもしれませんが、これからIT技術が発達すればどうなるのか分かりませんが、消費比例で保険料を課すというのは今までの常識からすると考えられない仕組みです。

そうすると消費税という間接税の形になって、拠出した人が誰かが直接は分からないような方法で負担を求めることになってしまう、ということが悩ましいところではありますが、消費比例の社会保険料というものが頭の体操でできたとしても、現実の社会に適用するのが難しいとなると、当然のことながら、所得比例で社会保険料を課すとか所得税を課すということになって、これがわが国の現状では、あいにくにも世代間格差を助長する方向に働いてしまうという悩ましい問題を抱えているわけですから、そういう意味でも、消費税に財源のウェイトをシフトさせていくということが、世代間格差を和らげることにつながるのだと思います。

世代間の不公平を招く公的年金等控除

(スライド8~13)

最後に、公的年金等控除と遺族年金の話をして終わりたいと思います。公的年金等控除は、医療保険とは直接は関係ない話ですが、なぜこの話をするかと申しますと、

所得比例の負担をお願いするとしても、現状の公的年金等控除が手厚いことで、その負担の求め方が世代間格差を助長する方向に作用しているからです。

この課税前の収入を横軸、控除額を縦軸に取った図ですが、公的年金等控除の金額はこの黒い太線で、点線で示しているのは給与所得控除です。これまで公的年金等控除をなかなか改革できなかった一因は、現役世代の方がたが使う給与所得控除よりも手厚いと言っているものの、実際に多くの差は330万円以下のところで生じていて、65歳以上の方の公的年金等控除と給与所得控除とを比べると、120万円と65万円の差、55万円というところが最もその差が大きく、これが「手厚い」という言葉で表現されていることがあります。

ところが、この手厚い控除をなくす、基本的には給与所得控除並みにするということですが、この人たちの控除の額を減らすということは、低所得高齢者に狙い撃ちをするかのように増税するということを、公的年金等控除の手厚さをなくすという表現で実は間接的に語ってしまっていたために、なかなか見直しが進まなかったわけです。

もともとと言いたかったことは、年金を貰っている高齢者でも、それなりの所得を得ている方がたの控除が手厚くて、もう少し現役並みに負担を求められないのかという話だったのですが、この図では説明ができません。

この図だけを率直に見ると、例えば収入が500万円くらいのところではほとんど差がないわけですが、「500万円くらいのところの年金所得だけを受け取っている方も、給与所得だけを受け取っている方も、控除の額は一緒ではないか」、「ここは何も手厚いということはないではないか」という話になってしまうということです。

しかし、この両控除は併用できるというところに本質的な問題があります。併用できる姿を図らずも如実に示したのが、スライド13です。このスライドは控除の併用を図示したものではなくて、医療保険にある「現役並み所得」という定義を示すために用意された図です。

この青い部分は私が書き加えたので、これは厚労省の責任ではないのですが、その上の部分はまさに現状の医療保険で現役並み所得の定義として示されている金額です。

定義は「課税所得が145万円以上」という方、平均的な現役世代の夫婦2人世帯の課税所得が145万円、それと同じ課税所得の高齢者から現役並み所得という定義にしたのですが、図らずもここに給与所得控除と公的年金等控除の2つが併用されています。同じ課税所得でありながら控除をより多く使えるために、課税前の収入は若い世代の夫婦2人世帯では386万円なのに対して520万円となり、あたかも現役並みと言っておきながら、現役の収入よりも高い方からしか3割自己負担を取っていないという状況になっていて、この仕組みは改めるべきだと思っています。

高齢者間にも存在する不公平

(スライド 14~15)

それからもう1つ、「老齢」という言い方は敢えて、若い世代の方の遺族年金ではないという意味で付けさせていただいていますけれども、老齢遺族年金です。遺族年金は(1)と(2)の方法のどちらかで計算されるのですけれども、このケースでは左側の(1)が採用されることとなります。

この場合、青い部分が遺族年金で非課税という扱いになります。夫婦で暮らしているときには、両者の受取分は全て課税対象となって税金を払い、さらには国民健康保険や後期高齢者医療の保険料と介護保険の第1号保険料を払うということになりますが、夫が亡くなった後は、自分の年金受給分から来る収入しかカウントされないのに、167万円の所得がありながらも、実際は125万円しか所得とみなされず、120万円の公的年金等控除もカウントするとほとんど所得税も住民税も払わず、おまけに社会保険料も払わなくて良いことになってしまうという問題が生じていて、高齢者の間でも不公平があるわけです。

遺族年金という形で貰えれば課税されず、社会保険料も払わなくて良いというのに対して、自分の受給権で収入を得ている方は、課税前収入が同じであっても税金と保険料を払うという、高齢者間の不公平が起こっているという意味では、遺族年金の課税化が必要だと考えられます。

最後に一言だけ付け加えさせていただきますと、この問題は誰に訴えれば解決に着手していただけるかということで、例えば私が委員をしている政府税制調査会でこの議論をすると、「それは年金の問題なので厚労省の年金局に行ってください」というような扱いをされ、年金局に行くと、「所得税法に遺族年金は非課税とすると書いてあるので、財務省の主税局に行ってください」と言われてしまいます。

確かに法律の所管ということから言うと、所得税法の規定の問題ですから、財務省主税局になります。若い世代の方がたの遺族年金にまで課税すべきだとは、私は申しませんが、せめて65歳以上の遺族年金については、課税しても良いのではないかと思います。

私からは以上です。ご清聴ありがとうございました。

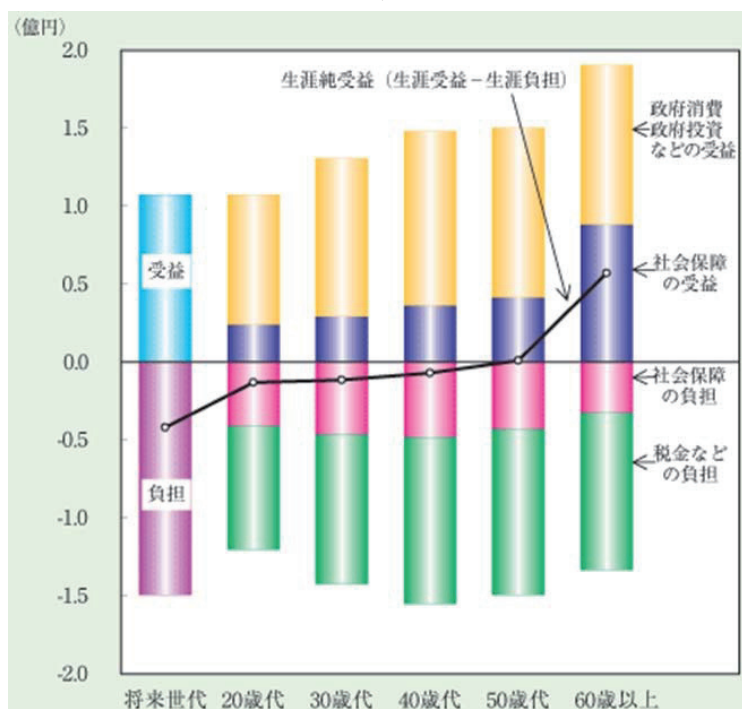
経済学的見地から見た 医療保険制度における負担の公平

土居 丈朗

(慶應義塾大学経済学部)

<http://web.econ.keio.ac.jp/staff/tdoi/>

受益と負担の世代間格差



世代会計

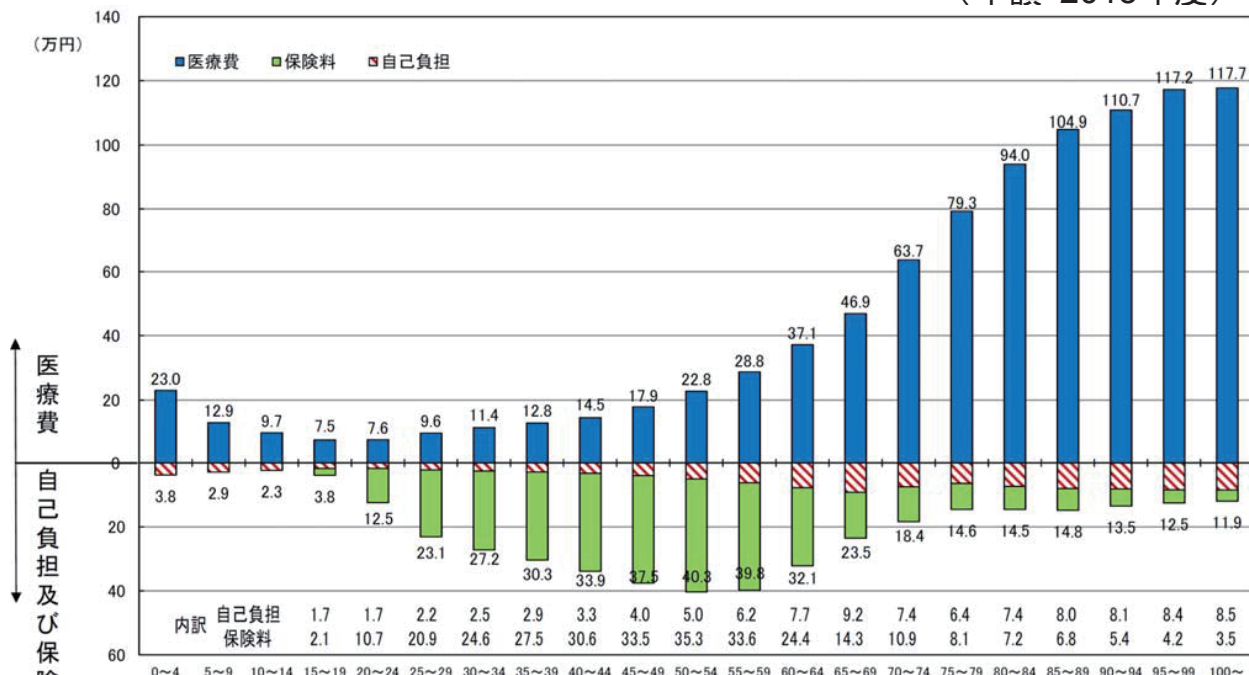
出典: 内閣府『経済財政白書2005』

(備考) 1. 内閣府「国民経済計算」、総務省「家計調査」「全国消費実態調査」「国勢調査」、厚生労働省「社会保障統計年報」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」により作成。
2. 将来世代は、最近時点(99年)の受益水準が今後も維持される前提により算出。

医療の給付と負担（年齢階級別）

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較

（年額・2015年度）



出典：厚生労働省『医療保険に関する基礎資料』

（歳） 3

保険料財源か税財源か(1)

● 保険原理

給付と負担はリスクに応じて

	低所得	高所得
低リスク	少ない負担 少ない給付	少ない負担 少ない給付
高リスク	多い負担 多い給付	多い負担 多い給付

負担に耐えられない

保険料財源か税財源か(2)

□ 扶助原理

給付は必要に応じて、負担は能力に応じて

	低所得	高所得
低リスク	少ない負担 少ない給付	多い負担 少ない給付
高リスク	少ない負担 多い給付	多い負担 多い給付

世代間格差を助長

保険料を財源に所得再分配機能

保険財政を圧迫

© Takero Doi.

5

所得税・社会保険料と消費税の性質

- 若年世代は、所得税、社会保険料負担が多い
 - 高齢世代は、所得税をあまり支払わない
 - 消費税は、若年世代と高齢世代の間で、支払額の分布の差異が小さい
 - 他方、社会保障の負担と給付について、世代間格差が顕在
- 世代間格差是正の観点では、消費税を用いるのが適している

© Takero Doi.

6

所得課税と消費課税の役割分担

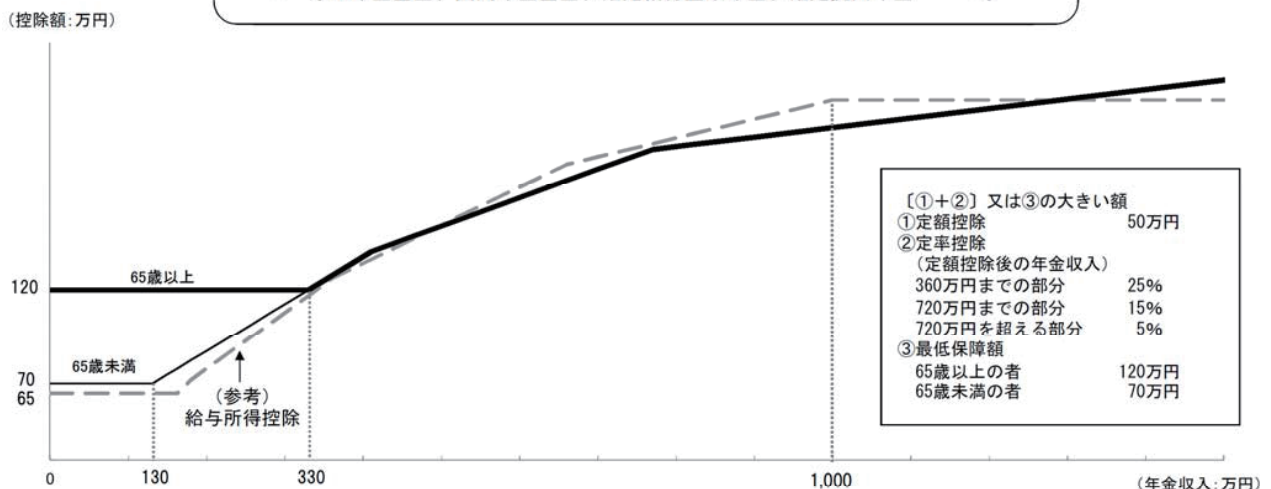
- 消費課税は効率性をより実現できるが、垂直的公平性は実現しにくい税
- 所得課税(社会保険料を含む)は垂直的公平性を實現できるが、効率性を阻害する恐れのある税
- これらのバランスを考えれば、効率性を實現すべく消費課税、垂直的公平性を實現すべく所得課税を行うという役割分担が必要
- 消費課税で累進課税の實現を期待することは、そもそも無理な話
- 所得課税と消費課税のどちらをどれだけ課税するかは、必要な税収を確保するために、効率性と公平性のどちらをどれだけ重視するかで判断する

© Takeru Doi.

7

公的年金等控除の概要

- 対象とされる公的年金等の範囲(次の制度に基づく年金)
 - ・ 国民年金
 - ・ 厚生年金
 - ・ 厚生年金基金、国民年金基金、確定給付企業年金、確定拠出年金 等



[モデル年金額] 187.8万円
(平成28年度)

[課税最低限] ○年金受給者(夫婦世帯):208.0万円
(現行) (参考)給与所得者(夫婦世帯):168.8万円

(注1)モデル年金額は、平均的な賃金で40年加入の場合のサラリーマンの受け取る年金額(26年度物価スライド実施後)である。
(注2)年金受給者の課税最低限は、本人は65歳以上の者、配偶者は70歳未満の者が構成する夫婦世帯のものである。

出典:政府税制調査会配付資料

8

公的年金等控除に関する言及(1)

- 社会保障制度改革国民会議『報告書』2013年8月
「一体改革関連法には年金課税の在り方についての検討規定も設けられており、公的年金等控除を始めとした年金課税の在り方について見直しを行っていくべきである。
また、これに併せて、公的年金等控除や遺族年金等に対する非課税措置の存在により、世帯としての収入の多寡と低所得者対策の適用が逆転してしまうようなケースが生じていることが指摘されており、世代内の再分配機能を強化するとともに、給付と負担の公平を確保する観点から検討が求められる。」

9

公的年金等控除に関する言及(2)

- 政府税制調査会『経済社会の構造変化を踏まえた税制のあり方に関する中間報告』2016年10月
「給与所得控除や公的年金等控除のような『所得計算上の控除』と、基礎控除のような『人的控除』のあり方を全体として見直すことを検討すべきである。」

10

公的年金等控除に関する言及(3)

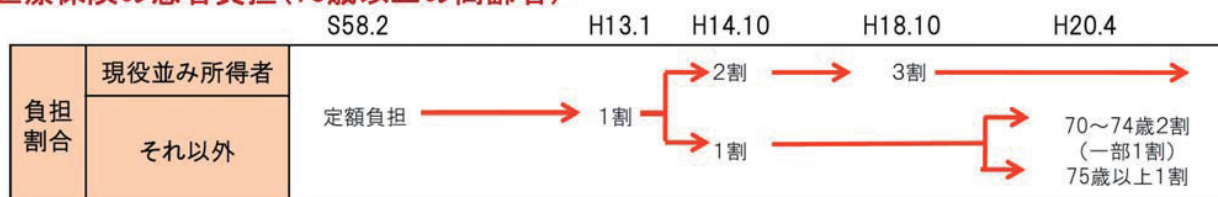
- 会計検査院「租税特別措置(所得税関係)の適用状況等についての報告書」2016年12月

「総所得金額に占める雑所得の金額の割合(以下「公的年金等の割合」という。)をみると、課税総所得金額が195万円以下の階層区分の納税者は、雑所得の金額の平均値が78万余円、公的年金等の割合は54.2%となっていた。一方、課税総所得金額が1800万円を超える階層区分の納税者は、雑所得の金額の平均値が154万余円、公的年金等の割合は2.0%となっていた。このように高額な階層区分の納税者になるほど給与所得、不動産所得等の金額が多額に上っていることから公的年金等の割合が低くなる傾向となっているが、他の階層区分の納税者と同様に年金控除特例を適用している状況となっていた。」

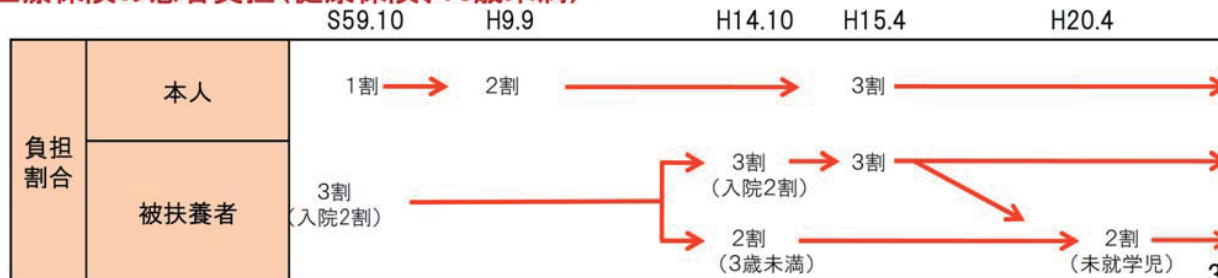
11

医療保険制度の「現役並み所得者」

医療保険の患者負担(70歳以上の高齢者)



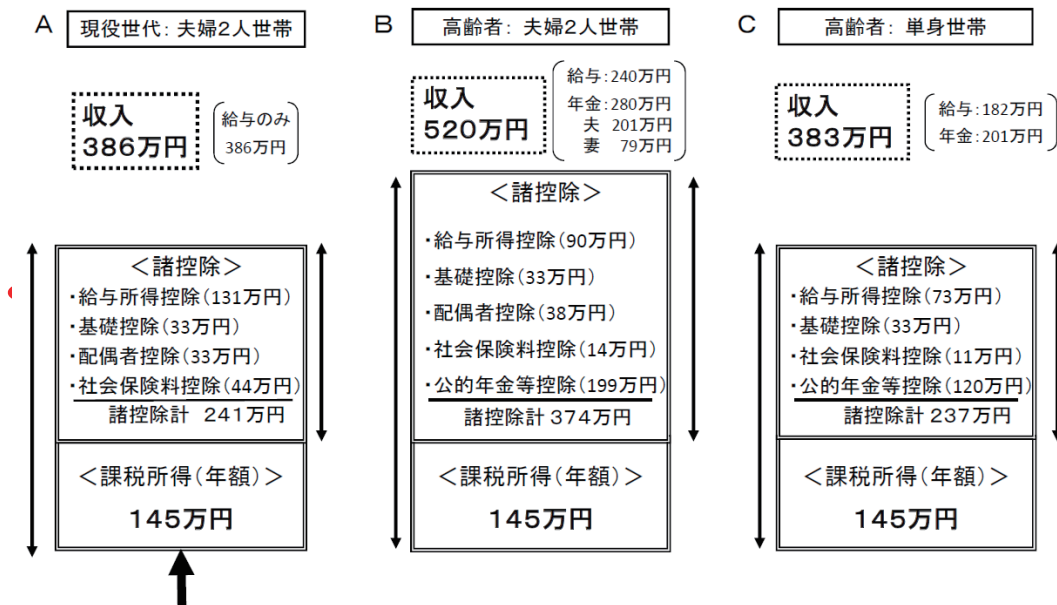
医療保険の患者負担(健康保険、70歳未満)



- 70歳以上でも、「現役並み所得」のある高齢者は、医療費の患者負担は現役と同じ3割負担

12

医療保険の「現役並み所得」 課税所得が145万円となる収入例



※平成16年度の政管健保の平均標準報酬月額
 ※283,624円(平均標準報酬月額)×12ヶ月+453,798円(賞与の平均) = 386万円

出典: 社会保障審議会介護保険部会第49回会合配付資料(2013年9月25日)

高齢者の「現役並み所得者」の定義も公的年金等控除と給与所得控除を併用することを前提とした制度設計になっており不公平

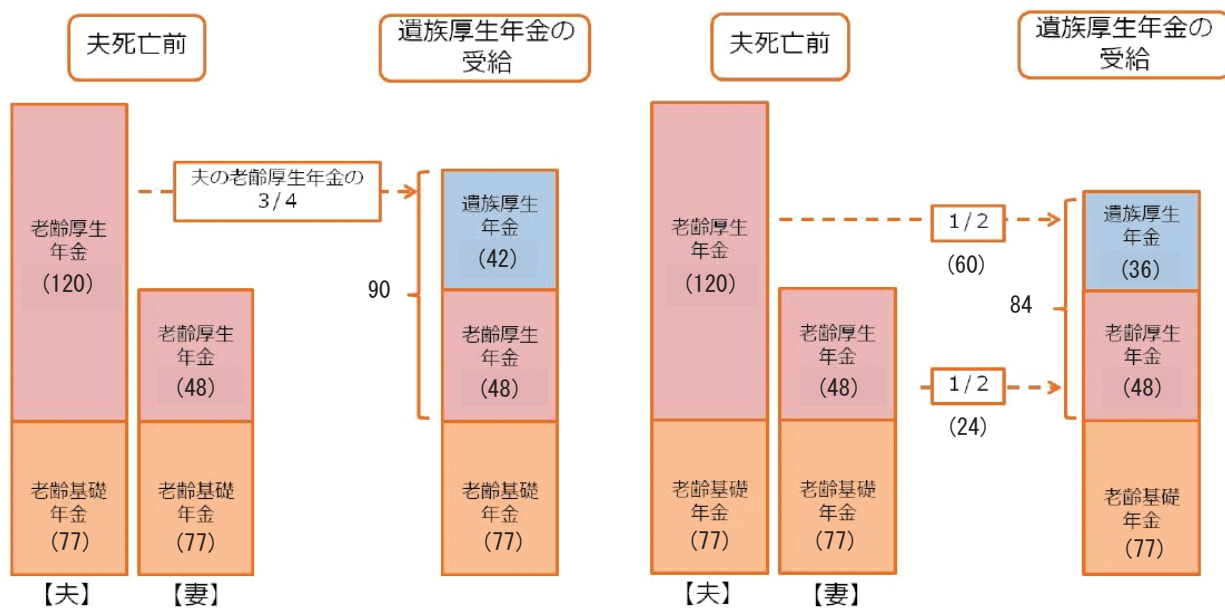
13

老齢遺族年金の受給額

(1)か(2)のどちらか多い方 単位: 万円(年額)

(1) の計算方法

(2) の計算方法



1人当たり161万円 < 167万円

「非課税」部分以外はすべて所得税課税

出典: 厚生労働省年金局「平成25年度年金制度のポイント」を基に改編して作成

14

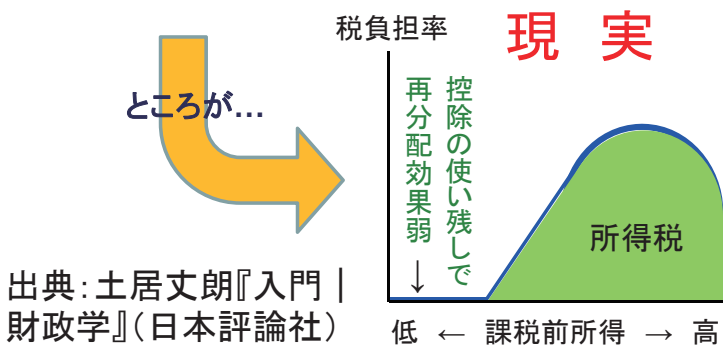
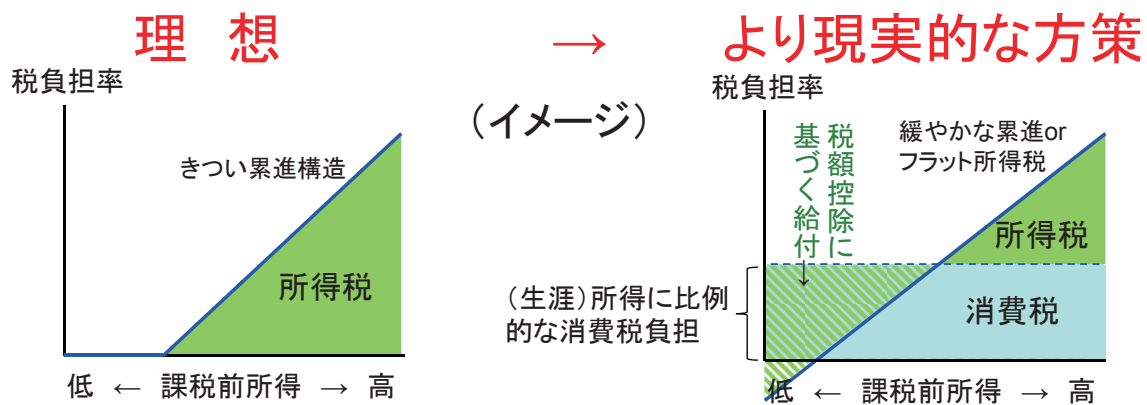
高齢者の遺族年金が非課税であること による弊害

- 若年者への遺族年金、障害年金とは区別して議論
 - 同じ課税前収入でも、自らの受給権による年金受給では所得税・住民税を払うが、遺族年金だと所得税・住民税を払わなくてよい
 - 住民税納税者は、より高い保険料を負担するが、住民税非課税者は医療と介護で保険料負担が軽減
- 高齢者の間で年金の扱いが不公平
- まず課税対象とし、その後所得税制で低所得者には負担軽減(課税ゼロ)とすることも可能

© Takero Doi.

15

消費税を軸とした「累進課税」へ



出典: 土居文朗『入門 | 財政学』(日本評論社)

一定以上高所得者の税負担率が低下し、累進課税に失敗

グローバル化・金融高度化の中で、所得税の高率課税は、今後ますます困難に

© Takero Doi.

16

パネルディスカッション②

コーディネーター

株式会社日本総合研究所調査部 主席研究員

西沢 和彦 氏

パネリスト（五十音順）

株式会社日本経済新聞社 上級論説委員

大林 尚 氏

北海道大学大学院法学研究科 教授

加藤 智章 氏

政策研究大学院大学 教授

島崎 謙治 氏

慶應義塾大学経済学部 教授

土居 丈朗 氏

2025 年に向けて必要な財源・政策

（西沢氏）

第 2 部では大きく 2 つに分けて、1 つは具体的な財源・政策論、もう 1 つは健保連の提言に対するコメント、ということで進めたいと思います。このなかで、フロアからいただいたご意見やご質問についても、お答えしていきたいと思います。

まず 1 つ目のテーマですが、すでにいろいろとありましたけれども、世代間格差が問題である、高齢者の方にも負担をしてもらわなければいけない、ということです。

その 1 つとして、公的年金等控除の話もありましたし、健保連からは保険給付範囲の見直しの話がありました。オブジーボが登場した時も、全患者に用いるとトータルで 1 兆 7,500 億円掛かるという、財政審でも示された医師の試算が話題になりましたが、果たしてこういう薬がつつぎつつぎ出てきたら保険財政は持つのか、どこかで給付を見直さなければいけないのではないか、というのは当然出てくる話です。

高額医療費を給付範囲から外すのか、あるいは高額医療費こそ給付範囲に入れて軽微なものについては保険から外すのか、そうすると今度は「風邪は万病の元だ」と言っていて、軽微なものを外すと大病につながるというような反論も出てくると思います。

高齢者の負担を増やす、あるいは保険給付範囲を見直すという、とても嫌な話をしていかなければいけないなかで、皆さんに伺いたいのは、どこから手をつけて、誰に言えばこれをアジェンダセッティングして実現に結びつけてくれるのか、ということです。これは本当は研究者が考えることではないのかもしれませんが、仲間内で話し

ていても、ソリューションがいくつかあるのに、誰に言えば良いのか分からないという話ばかりしているように思います。

フロアの方からは、中医協を見ても医療提供側はすぐに「医療を知らない」と言って、支払側と話にならないのではないかと、というご意見がありましたが、どんな政策審議会で言えば良いのか、政策審議会に限界はないのかということも含めて、島崎さんから順番にお願いいたします。

困難な費用対効果評価と医療提供体制改革

(島崎氏)

どこから手をつければ良いのかという話で言えば、医療費が伸びていて、かつ、その財源が賄われていないわけですから、この両方をやらなければならないわけです。

医療費については大きな伸びの要素が2つあります。1つは医療の高度化、例えば、西沢さんがおっしゃったような高額薬剤の問題がある。これは薬の生産のストラクチャーがかつてとは違うわけですから、非常に高コストのものがどんどん出てきている。2つ目は高齢化、これは介護も含めて、提供体制に手をつけなければいけない話です。

医療の高度化に関しては、費用対効果の議論は避けられないと思います。ただ、これを具体的にどうやって政策に落とし込むかとなると、実際はかなり難しい。例えば、開発コストとしてどこまで含めれば良いのか、成功の裏に山のようにある失敗のコストまで全て含めて良いのか、それから、一般に広く流通していない段階で、その効果はどのように考えれば良いのか、といった問題があつて、費用対効果を厳密に測定できないという技術的な障壁があります。

また、もし費用対効果を測定できたとしても、どこまで給付するのかしないのかという閾値が大問題になります。ある程度乱暴に割り切って、後は混合診療を認めれば良いという議論もありますが、デメリットも大きい。いずれにせよ、具体的な論点を整理して、議論を詰めていくよりしようがないというのが基本的な考え方です。

高齢者が増えていくことに伴う問題は、医療提供体制とセットで考えざるを得ないと思いますが、医療提供体制の改革は「言うは易く行うは難し」の典型です。これまでは診療報酬でコントロールしようとしてきましたけれども、診療報酬はオールマイティではありませんので、地域医療構想だとか補助金的手法を導入しているわけですが、なかなか決定打を見出しかねているというのが実情です。さはさりながら、今ある課題を着々とこなしていくより他ないというのが取りあえずの結論です。

次に財源の話ですが、保険料は苦しいながらも引き上げてきた一方で、社会保障の財源は賄うことができず赤字国債を大量に発行し続けているわけで、ファイナンスできていません。医療や社会保障に限った話ではありませんけれども、この穴埋めをしなければいけないわけです。

その財源としては、消費税だけとは行きませんが、これが本命です。やはり安定的

な財源であることや、土居さんがおっしゃったようなメリット、それからやや技術的な話になりますが、消費税は国内消費に負担を求めるので、輸出取引には免税される、輸出にマイナスの効果を与えない、という大きなメリットがあるので、これらを考えると消費税を基軸にしていくという形になるだろうと思います。

問題は、必要性が分かっている、役人や研究者同士で議論すればある程度コンセンサスはあるのですが、それが政治のプロセスに載らないということです。これは根の深い話だと思いますが、敢えてこういう場なので申し上げれば、正論を言い続けて、少しでも支持者を多く得るような活動を展開していくより他ないのではないかと思います。大林さんもお越しになられていますけれども、マスコミの力も重要ですし、関係者が地道に愚直に問題を提起していくということが必要だと思います。

「見える化」による議論の喚起

(加藤氏)

島崎さんも土居さんも非常に細かい話をされていたのに対して、私の場合はざっくりとした話になるかと思っています。立法裁量論の話先ほどしましたが、これは簡単に言えば、政治プロセスで決定したことを尊重しようという判断ですから、どこから手をつけるかと言えば、まずは国民に情報を提供して国民がどういう判断をするか、ということになるのだと思います。

その点で、現状で十分なのかということを見ると、私はフランスを補助線にして考えるのですが、フランスの場合は 1997 年から毎年、医療保険の目標値というものを国会ベースで決めていて、上手く行ったか行かなかったかという議論を具体的な数値を示してやっています。最初の 10 年間くらいは実際の医療費の方が目標値よりも高く、かと言ってそれに対する是正もやらないままだったのですが、最近は数値を合わせるためにいろいろと努力をしています。

そういう意味で、具体的な「見える化」をした上で、どうやって対応するかを議論することが重要だと思います。医療にはデリバリー（医療提供体制）の問題もあって、これも非常に難しいのですが、例えばフランスはイギリスのシステムを採用したり、さまざまな努力を積み重ねた結果、目標値と実績値が揃ってくるようになってきました。揃うようになってきたこと自体をどう評価するかという点はあるのですが、まずはどういう問題があるかという情報や認識を共有することが重要だろうと思います。

コストに対する意識の強化

(大林氏)

3つ申し上げたいと思います。

1つ目は健保連の主張にあった、拠出金負担割合の上限を 50%に設定する、それを超える分は国庫負担を充てるという話で、これは一定の説得力があるとは思いますが、

保険料として徴収しているお金が税的に使われているというのは、根本的に原理としておかしいと思いますので、「50%までは良い」という非常に優しい主張にも聞こえません。敢えて言えば「物分かりが良過ぎる」と思います。

拠出金の制度を全面否定するわけではありませんが、50%までは良いと言うよりは、原理・原則を貫いた主張をした方が良いと思います。それが政治的に非常に困難な道であるというのは百も承知の上で、そう思います。

2 つ目は、自己負担の見直しを進めるべきだと思います。健保連は、薬局で売っている薬と同じような処方薬は保険の適用を除外しても良いのではないかと、という提案をしていますが、これは当然だと思います。

後は、非常に高額な薬をどのように扱っていくかという大問題があるかだと思います。イノベーションは止められませんし、医療技術がどんどん進歩していくというのは、われわれにとっても非常にポジティブなことだと思いますが、費用対効果を見極めて、そこから外れるような医薬品、医療技術、デバイス等も含めて、これを保険制度のなかでどう扱うかということ議論していくべきだと思います。

そのときに重要なのが民間の保険会社の役割だと思います。私はたまたまヨーロッパの医療制度を取材したことがあるのですが、イギリスの NHS は、税金でやっている以上無駄遣いは許さないという姿勢が徹底されていると思います。GP（家庭医）に登録するわけなので、医療機関へのアクセスが非常に制限されていることに伴う弊害はあるわけですが、そこは民間の保険で補っているということです。

もう 1 つは GP そのものが、医療費をどうやって節約するかということ常々考えているという特徴があります。基本的に、風邪やちょっとお腹が痛いという程度であれば「会社を休んで寝ていなさい」と電話で指示して終わりです。医者にかかる必要はないということです。これは極端な例ですが、どうやって医療費を節約するかということについて、医療提供側の意識が非常に強いということは、日本にとっても示唆になると思います。

3 つ目は誰に言えば良いかということですが、島崎さんからメディアの役割ということを言われたので、私自身ももう一度肝に銘じたいと思いますが、結局これは官邸になると思います。

今の安倍政権を見ていると、この問題について切り込むという姿勢があまり見えないのが実情だと思いますので、安倍政権に対して「やってくれ」、「やるべきだ」と言っても仕方がないような気がするわけですが、それでも言っていかなければいけないし、それがメディアの役割だと思います。あるいは与野党からも、どうやって医療保険制度の持続性を 2025 年以降も担保するかという大所高所からの意見を、どんどん官邸サイドにぶつけて制度改革を迫ってほしいと思います。

低金利が引き起こすモラルハザードの克服

(土居氏)

第1部で、消費税を引き上げられていないので思考停止的になっていると申しましたが、もう1つ追いうちを掛けているのが、金利がほとんどゼロで国債が発行できる状態になっているということです。

国債を増発するということに対して政治は相当コスト意識を失っていて、今のうちに借りておけば将来楽になるのではないかとすら思っている。ところが、日本の国債というのは60年で完済する仕組みでありながら、60年満期の国債はありませんので、われわれが30年固定金利で住宅ローンを借りるといような話とはわけが違います。

確かに30年固定金利で住宅ローンを借りていれば、将来それ以上金利が上がることはないですが、あいにくにも日本国債の償還期間は一番長くても40年で、大半は10年かそれ以下ですから、いずれは借り換えなければなりません。ごく普通の日本経済でありがちな3~4%という金利を、次に借り換える時に払わされるとなっただけでも、数兆円というオーダーでの利払い費が発生して、その分社会保障の国庫負担ができなくなるという可能性を持っているという意味ですので、赤字国債をほとんど金利ゼロで発行できるという状況にあぐらをかいている場合ではないと思います。

そういう意味でもできるだけ早く、負担を求めるべき方に負担をお願いする必要があります。もちろん「取れるところから取る」という安直なやり方は良くないとは思いますが、健保連の提言にもあったように、もう少し高齢者の方にも、ご負担をお願いできる方には早期にお願いすべきだと思います。

ただ、それを正直に言ったところで政治的に実現できるとは思いません。私のプレゼンの内容を繰り返させていただきますと、高齢者の間にも不公平があるということ、より多くの方にご理解いただけるように説得することで、高齢者のなかで賛同者を増やす必要があると思います。同じような状況にあるにもかかわらず負担の求められ方が違うとか、本来はもう少し負担できるはずの人なのに負担をお願いしていないような状況になっている、ということです。

社会保障に関わる説明では、高齢者は十把一絡げに「弱者」として扱われてきたわけですが、最近は大分そうではなくなってきていて、良い兆しはあります。介護保険の自己負担もそうですし、70歳以上の医療の自己負担を2割に引き上げていくという話もそうです。

西沢さんからは不十分だと言われましたが、昨年末の平成30年度税制改正大綱ではようやく公的年金等控除に「蟻の一穴」を開けることができ、平成31年度にはもう一段の改革をお願いしたいところです。高所得の高齢者には公的年金等控除の併用に制限を掛けて所得税を多く払っていただくとか、課税所得が増えることで医療保険の保険料もその分より多くお願いするといったことは、これだけで2025年を迎えられるわけではありませんが、遅くとも2020年までに着手できることだと思います。



健保連の主張に対するコメント

(西沢氏)

私なりに今伺った感想を申し上げますと、島崎さんからは費用対効果とその難しさ、後は医療提供体制を変えなければいけないという示唆があったかと思います。大林さんの GP の話にも関わっていて、慢性疾患を抱える高齢者が多くなっていくなかで、GP のような役割が重要になってくるわけですが、それが診療報酬の改定や医療法の改正で追いつくのかという懸念も含めたお話だったと思います。

加藤さんのお話で印象に残ったのが立法裁量論で、政治プロセスのなかで決めるということですが、健保組合に置き換えると、健保組合のなかにも代議制はあって、代議員が選ばれてそこで決まったことに従うというのが重要だと思います。

ところが今の政策決定は、決まったことに何となく皆が無関心で、「見える化」もされないまま、フロアの方からも「保険料の半分が拠出金だと知ると皆釈然としない」というご意見がありましたけれども、なかなか実態を知らないのだと思います。ですから、見える化を進めてわれわれが意思決定をしていく、そのツールが健保組合であるべきではないかと私なりに解釈しました。

もう1つ重要なテーマである健保連の提言について、大林さんからは先取りして「拠出金は50%まで」では優し過ぎるという指摘がありましたけれども、皆さんのコメントをいただきたいと思います。

フロアからもご意見をいただいている、健保組合の方も分かっていると思うのですが、やはり健保組合は大企業中心です。私も健保組合に入っていますし、大林さんも他の方もそうかもしれませんが、われわれ自身も考えなければいけないのが、非正規の人たちは協会けんぽにも入れずに国保になってしまうということで、そうしたことも踏まえて、健保連の提言に対して島崎さんから順番にお願いいたします。

社会保険方式のメリットを自覚すべき

(島崎氏)

健保連の提言についてはおおむね異論はありませんが、西沢さんが最後におっしゃったように、健保連が世のなかからどのように見られるのか、例えば医療保険部会では、総報酬割の問題にしても、健保連の主張が少数派になってしまうという問題があると思います。「応能負担の方が公平でどうしていけないのか」という話に対して、私が今日申し上げたような論理を積み重ねても、ストーンと落ちないということがあると思います。

それから、被保険者は保険者を選べないので、完全に同じにすべきだとは思いますが、保険料の格差はどの程度まで是認されるべきかという問題は、健保連としてももう少し意を用いるべき点かもしれません。それから、所得捕捉率の相違について、一番かわいそうなのは誰かと言えば、国保に入っている被用者であり、そういう人たちのことも目配りをしていかないと、「大企業エゴ」や「共済組合エゴ」と言われかねないと思います。

最後に面白い事実を1つ申し上げると、税方式の国と社会保険方式の国、どちらが多いかと言えば、正確に数えたわけではありませんが、恐らく半々くらいだと思います。例えば税方式の国はイギリス、北欧4か国、イタリアや、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、マレーシアのようなイギリスの影響を受けている国ぐにがあります。

では、今言った税方式の国が年金に関しても税方式かと言うと、純然たる税方式の国はニュージーランドくらいしかなく、イギリスにせよ北欧にせよ、年金は社会保険方式でやっています。なぜ医療は税方式の国が多いかと言えば、医療を均等に提供していくためには、国なり自治体が税財源をもとにして直接提供した方が適切だということ、それから、保険料を納めなければ年金は支給しないことができますが、生死に関わる医療は保険料を納めていなくとも救済するわけで、保険原理を貫徹できないくらいなら税方式でやった方が手っ取り早い、ということがあるからです。

にもかかわらず日本が、困難を伴う社会保険方式の道を歩んできたのは、社会保険のメリットがあるからだということをもう一度自覚しなければならないと思います。

それから、被用者保険について申し上げますと、健保組合にせよ協会けんぽにせよ、そのメリットは何かと言えば、使用者と被用者の結合体として成り立っており、経営

者側に対しても労働者側に対しても物が言えるということがあると思います。そういう立場を利用して「これが本当に公平だと思うか」、「こういう状態を放置して将来世代に責任を取れるのか」と具体的に言っていけないとなかなか変わりません。一見地味ですが、そういうことが必要だと思います。

就業形態と労働者連帯の将来を見通す

(加藤氏)

政治プロセスの話をしてきましたが、健保連の提言との関係で言うと、拠出金を50%まで引き受けるという話は、健保連が反対しないのであれば他に反対する人がいるのか、と思います。協会けんぽも市町村国保も反対しないでしょうし、学生にちゃんと説明してほしいと私は言いたい。拠出金を50%まで認めるというのは、健保連の取るべき態度ではないと思います。島崎さんもおっしゃったような、敢えて社会保険方式を採ったことのメリットを薄めてしまうことになるからです。

それから、北海道には中小企業で健保組合をつくっているところもありますから、健保組合が大企業中心だとは思いません。そういう意味では、労働者の連帯というものに対する見通しを示すオピニオンリーダーになるということも、これからの健保連に求められる非常に重要な位置付けになってくるのではないかと思います。

最後に3点目、島崎さんもおっしゃったように、労働者と使用者の関係が崩れかかっている、AI等が原因で就業形態が変わってくるというなかで、22世紀に社会保険や被用者保険があるのかという疑問があるのですが、この辺りのことが、これからの社会保険の見極めにとって重要になってくるのではないかと思います。

データを活用した保険者機能の発揮

(大林氏)

健保連の主張に対しては先ほど申し上げたので、敢えて取り上げていなかった点について、データをもっと活用して保健事業に活かすということを強く求めたいと思います。毎年1月にスイスでダボス会議をやっていて、世界の政治・経済のオピニオンリーダーが集まる場ですが、今年のテーマはデータ主義、データをどう活用するかという話一色だったと聞きました。

協会けんぽの安藤理事長に去年取材をした時に、非常に興味深いことをおっしゃっていて、協会けんぽのデータを使うと、ある特定の医学部を卒業した医師はジェネリックを使う傾向が低い、というようなことがたちどころに分かるそうです。

これは序の口だと思いますが、医療情報については非常にセンシティブな面もあるので、個人情報取り扱いに十分な注意が必要だというのは大前提とした上で、これからデジタル化の流れがますます強まっていくなか、保険者としてデータをどう活用していくかということの前めりになって考えてほしいと思います。

もう1点、西沢さんがおっしゃった、正社員と非正社員の問題は非常に悩ましいのですが、島崎さんがおっしゃったように、被用者保険から抜け落ちている被用者のために、被用者保険が寄り添っていくことが時代の要請だと思います。最近は変わってきたと思いますけれども、経営者も組合も正社員のことを第一に考えるような時代がありました。そうではなく労使一体となってこの問題に臨んでほしいと思います。

後期高齢者の負担割合など是正を

(土居氏)

拠出金負担割合50%上限という話がありましたが、これは消費税で国庫負担の財源を確保できれば、実現の確率は高まるのかもしれませんが、一本槍ではなくもう1つ、後期高齢者の保険料の財源割合が11.18%で低いということも積極的にアピールして、「自分と同じ世代の人たちの保険料をどうしても自分たちで賄わないのか」というプレッシャーを掛けていくことが必要ではないかと思います。

もう1点は、後期高齢者の患者負担を段階的に2割にすることも非常に重要ですが、補助線として考えられるのが、「現役並み所得」という定義が極めてナンセンスであるということです。つまり、給与所得控除と公的年金等控除を併用できるという、極めて恣意的な計算方法を前提にして定義しているということです。

社会保障審議会の介護保険部会で自己負担を2割に上げる時に、厚労省が医療保険の現役並み所得の定義を使ってはどうかと出してきたのですが、介護保険部会の委員として私がしきりに「ナンセンスだ」、「控除の併用というひどい話を介護保険に入れるのか」と言い続けたために、幸いはねのけられて、2割負担の定義は医療保険と全く違うものを採用することができました。

何を申し上げたいかと言うと、介護保険も2割になったのだから、医療保険の75歳以上にも同じ定義で2割負担を入れられるのではないかということです。全員一斉に2割にするというのが正攻法ですし、私もそうすべきだと思いますが、それが叶わなくともオールオアナッシングではなく、介護の2割負担の所得の定義を医療でも適用して2割負担、というセカンドベストもあるかと思います。

最後に、医療の地域間格差の是正という話です。これから地域医療構想や医療費適正化計画で、地域差半減ということが具体的に実行されていくと思いますが、被用者保険の被保険者に対しても賛同の輪を広げていくことが重要だと思います。

同じように保険料を払っているながら住んでいる地域によって使っている医療費が違うというのは何なのか、という素朴な疑問は、被保険者の方がたにもアピールしやすい話です。同じように保険料を払っているのだから同じように医療を受けられるようにする、もちろん医療費が高い方に合わせると自分の保険料も上がってしまうことは分かると思いますから、リーズナブルな方に合わせるということです。ベストプラクティスの方に合わせることで地域差をなくす。医療提供体制の話だからと言って、被

保険者から他人事のように思われるのではなく、わが事のように捉えていただくのも必要かと思います。

(西沢氏)

本当はもう1回マイクをお返ししたいところですが、時間が限られていますので、私の方から印象に残ったことをまとめさせていただきます。

島崎さんからあった、健保組合は経営者に物が言えるというのはそうだと思います。働き方改革の発端ともなった、広告代理店の方の過重勤務の問題がありましたけれども、健保組合から、人的資本や健康管理を大事にすべきだと言えると思います。

あるいは(事業所の)財務部に対しても、拠出金が増えているということについて物を言えると思いますし、医療提供者にも物が言える、そういう組織であってほしいという期待があったかと思います。

加藤さんからは、「拠出金は50%まで」で説明ができるのかという話がありまして、私もそうだと思います。ただ、ハードバジェット化は大いに検討に値すると思います。後期高齢者医療広域連合のなかで、一定の基準を超え、説明がきちんとできなかったところには支援金を止めても良いと思います。今は言われるがままに清算している状況ですので、そういった形で後期高齢者の行動にガバナンスを利かせていく方法はどんだん議論していくべきだと思います。

後は労働者連帯の話もありましたが、確かに働き方が変わって、被用者と雇用主という関係が崩れていくなかで、働き方改革のなかでも健保組合のあり方が問われてくると思います。私の働き方も、正社員でなくとも「研究1本いくら」で会社に売っても良いわけで、健保組合のあり方が今後どうなっていくのかということは、本当は何時間もお話を聞きたいテーマだと思います。

大林さんのデータの話ですが、レセプトが電子化されていくなかで、やはりデータを持っている人が一番強いと思うので、データを使ってどんどん医療提供者に物を言っていける時代になってくると思います。

土居さんからは所得税のお話がありましたけれども、本日のテーマ全体を通じて、社会保険料と税の性質の相違を比較しながら最適な負担のあり方を探っていくという議論が必要で、それがまだまだ足りていないのだと思います。

十分なまとめではないのですが、以上でパネルディスカッションを終了させていただきます。

閉会挨拶

健康保険組合連合会
医療保障総合政策調査会委員長
河本 滋史



ただ今ご紹介いただきました、健保連の医療保障総合政策調査会の委員長を拝命しております、新日鐵住金健保組合の河本と申します。

本日は長時間にわたり、本シンポジウムにご参加いただきまして、誠にありがとうございました。また、コーディネーター、パネリストの先生方におかれましては、大変分かりやすいプレゼンと、活発なご討議をいただきまして、誠にありがとうございました。

わが国の宝と言われる国民皆保険ですが、その負担構造は、本日もありました通り、現役世代にかなり偏ったものになっております。少子高齢化、すなわち増大する高齢者医療費とそれを支える側の減少という厳しい状況の下で、国民皆保険も極めて厳しい状況になっている、そして支える側が減っているということですから、そう簡単にカバーできるものではないということでございます。

その上で、この厳しい状況を乗り越えていくためには、さまざまな知恵を結集する必要があります。本日のシンポジウムでは、この重要な問題を考えていく上でさまざまなヒントを頂戴できたのではないかと感謝をいたしております。

私ども健保組合に携わる者として、わが国の皆保険制度の存続可能性を確保していくために、さまざまな分野の改革を提言し、それを実現させていかなければならないと考えております。関係諸団体のご協力も得ながら、これに力を尽くしてまいりたいと考えておりますので、本日ご参加いただきました皆様方には、今後ともご指導とご支援を賜りますようお願い申し上げます。簡単ではございますが、閉会のご挨拶とさせていただきます。

本日は大変ありがとうございました。

資料

2025年の高齢者医療制度を考える ～公的医療保険制度の負担のあり方～

いわゆる「団塊の世代」が2025年には後期高齢者に移行し、高齢者の医療費は現在より高騰することが予想されます。このようななか、保険料・税・自己負担で財源を構成するわが国の医療保険制度において、主に高齢者とそれを支える現役世代の間で給付と負担のアンバランスが広がりがつあります。

来る消費税率10%への再引き上げなどを目前に、近い将来、どのような負担構造をめざすべきか。本シンポジウムでは、健康保険組合連合会が28年度に実施した「医療保険における『負担の公平』に関する調査研究」で得た論点などをご紹介します。「医療保険の原理・制度」、「具体的な政策・財源」を主題として、パネリストの皆さまにさまざまな視点に立った意見をうかがうことで、その将来像を描く端緒としたいと考えています。

日時

平成30年 2月27日（火）
13:30～17:00

主催

 健康保険組合連合会

<http://www.kenporen.com/>
東京都港区南青山1-24-4

会場

イイノホール&カンファレンスセンター 4階 Room A
東京都千代田区内幸町2-1-1 飯野ビルディング

プログラム

(パネリスト・コーディネーターのご紹介は裏面をご覧ください)

13:30 開会挨拶

(健康保険組合連合会 副会長兼専務理事 白川修二)

<第一部 医療保険の原理・制度について>

13:35 健康保険組合連合会 平成28年度調査研究事業

「医療保険制度における『負担の公平』に関する調査研究」概要 (※)

(健康保険組合連合会 企画部長 松本展哉)

13:50 パネリストによるプレゼンテーション

島崎謙治氏 (政策研究大学院大学 教授)、加藤智章氏 (北海道大学大学院法学研究科 教授)

14:20 パネルディスカッション (全パネリスト登壇)

コーディネーター: 西沢和彦氏 (株)日本総合研究所調査部 主席研究員)

15:05 休憩

<第二部 具体的な政策・財源について>

15:25 健康保険組合連合会 「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」概要

(健康保険組合連合会 理事 棟重卓三)

15:40 パネリストによるプレゼンテーション

大林尚氏 (株)日本経済新聞社 上級論説委員)、土居丈朗氏 (慶應義塾大学経済学部 教授)

16:10 パネルディスカッション (全パネリスト登壇)

コーディネーター: 西沢和彦氏

17:00 閉会挨拶

(健康保険組合連合会 医療保障総合政策調査会委員長 河本滋史)

※ 平成28年度「医療保険制度における『負担の公平』に関する調査研究」の報告書は会場受付でお配りしております。また、健康保険組合連合会のHP(<http://www.kenporen.com/study/research/>)にも掲載しておりますので、ご高覧ください。

パネリスト（五十音順）



大林尚氏（株）日本経済新聞社 上級論説委員

日本経済新聞社に入り、千葉支局などを経て東京本社経済部で通産省、日本銀行、経済企画庁、厚生省など経済官庁の記者クラブを担当。経済部次長を経て編集委員、論説委員として税制・財政、社会保障、規制改革などに関する社説とコラムを執筆。欧州総局編集委員としてロンドンに駐在しBREXITなど欧州の構造問題を取材。欧州総局長を経て上級論説委員。編著書に『人口減少～新しい日本をつくる』（日本経済新聞社、分担執筆）など。



加藤智章氏 北海道大学大学院法学研究科教授

1979年小樽商科大学卒業。1985年北海道大学大学院法学研究科博士課程単位取得退学（法学博士、北海道大学）。山形大学人文学部助教授、新潟大学法学部教授を経て、2009年より現職。社会保障法を中心に研究。主な著作として『社会保険核論』（旬報社、2016年）、『世界の診療報酬』（編著、法律文化社、2016年）、『世界の医療保障』（共編、法律文化社、2013年）等がある。北海道地方社会保険医療協議会会長。



島崎謙治氏 政策研究大学院大学教授

1978年東京大学教養学部卒業、厚生省（当時）入省。2001年厚生労働省保険局保険課長、2003年国立社会保障・人口問題研究所副所長、2005年東京大学大学院法学政治学研究科客員教授等を経て、2007年より現職。博士（商学、早稲田大学）。長野県立病院機構理事、社会保障審議会医療部会委員等も務める。主な著作として『日本の医療』（東京大学出版会、2011年）、『医療政策を問いなおす』（ちくま新書、2015年）等がある。



土居丈朗氏 慶應義塾大学経済学部教授

1993年大阪大学経済学部卒、1999年東京大学大学院経済学研究科博士課程修了（経済学博士）。1999年慶應義塾大学経済学部専任講師、2002年同准教授などを経て、2009年から現職。政府税制調査会委員、社会保障制度改革推進会議委員、財政制度等審議会委員なども務める。主著に『地方債改革の経済学』（日本経済新聞出版社：日経・経済図書文化賞とサントリー学芸賞受賞）、『入門公共経済学』（日本評論社）等がある。

コーディネーター



西沢和彦氏（株）日本総合研究所調査部 主席研究員

1989年一橋大学社会学部卒業。同年三井銀行（現三井住友銀行）入行。2001年株式会社日本総合研究所、現在に至る。この間、法政大学大学院社会科学研究所修士（経済学）。社会保障制度改革国民会議委員（2012～2013年）。現在、社会保障審議会年金事業管理部会委員。主な著書『年金制度は誰のものか』（日本経済新聞出版社、第51回日経・経済図書文化賞）、『税と社会保障の抜本改革』（日本経済新聞出版社、第40回日本公認会計士協会学術賞）。

■お問い合わせ先

三菱UFJリサーチ&コンサルティング(株) 社会政策部内 シンポジウム事務局 担当:堀田、大西、古賀
東京都港区虎ノ門5-11-2オランダヒルズ森タワー TEL:03-6733-3766(平日10時～17時) MAIL:iryoud2025@murc.jp

アンケートへのご協力をお願い

本日はシンポジウム「2025 年の高齢者医療制度を考える～公的医療保険制度の負担のあり方～」にご参加いただき、誠にありがとうございました。

今後のシンポジウムをより充実した内容とするため、皆様からご意見・ご要望をお聞かせいただけますと幸いです。以下にご記入の上、受付の「**アンケート回収箱**」にお入れいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

①今回のシンポジウム開催をどのようにお知りになりましたか。

- | | | | |
|------------------------------|------------|--------------|-----------|
| 1. 健保連からのご案内
(イントラネットを含む) | 2. 健保連の HP | 3. 雑誌・新聞等の広告 | 4. その他() |
|------------------------------|------------|--------------|-----------|

②今回の企画内容について満足度はいかがでしたか。

- | | | | | |
|-------|---------|------------|---------|-------|
| 1. 満足 | 2. やや満足 | 3. どちらでもない | 4. やや不満 | 5. 不満 |
|-------|---------|------------|---------|-------|

③今回の企画内容の難易度はいかがでしたか。

- | | | | | |
|--------|----------|-----------|----------|--------|
| 1. 難しい | 2. やや難しい | 3. ちょうど良い | 4. やや易しい | 5. 易しい |
|--------|----------|-----------|----------|--------|

④今回の企画内容のうち、良かった点／悪かった点がございましたら、具体的にご記入ください。

--

⑤今後のシンポジウムの企画として、ご希望のテーマ・内容がございましたら、具体的にご記入ください。

--

★差し支えなければ、ご職業(退職されている場合は以前のご職業)をお教えてください。

- | | | | |
|------------|----------|----------|--------------|
| 1. 健保組合関係者 | 2. 会社員 | 3. 行政関係者 | 4. 立法関係者 |
| 5. 団体職員 | 6. 報道関係者 | 7. 研究職 | 8. その他(専門職等) |

アンケートにご協力いただき、誠にありがとうございました。

医療保障総合政策調査・研究基金事業

シンポジウム

「2025 年の高齢者医療制度を考える
～公的医療保険制度の負担のあり方～」

開催報告書

平成 30 年 4 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