

医療保障総合政策調査・研究基金事業

公的医療保険の持続可能性に対応した公費のあり方に関する調査研究

報告書

令和3年10月

健康保険組合連合会

調 査 研 究 体 制

(◎：座長、順不同、敬称略。役職は令和2年度末時点)

【委員】

- ◎田中 耕太郎 放送大学 客員教授
- 島崎 謙治 国際医療福祉大学大学院 教授
- 土居 丈朗 慶應義塾大学経済学部 教授
- 西沢 和彦 株式会社日本総合研究所調査部 主席研究員
- 宮前 暢明 北海道農業団体健康保険組合 専務理事（令和2年度）
- 宮脇 一郎 日本通運健康保険組合 理事長（令和2年度）
- 長尾 健男 日本製鉄健康保険組合 常務理事（令和2年度）
- 内田 好宣 日立健康保険組合 常務理事（令和元年度）
- 木村 文裕 東芝健康保険組合 理事長付（令和元年度・2年度）
- 高橋 恭弘 トヨタ自動車健康保険組合 常務理事
(令和元年度、役職は当時)
- 笹山 秀彦 トヨタ自動車健康保険組合 常務理事（令和2年度）
- 森脇 紳二 パナソニック健康保険組合 顧問(令和元年度・2年度)

【事務局】

- 健康保険組合連合会 社会保障研究グループ
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

※本事業は令和元年度・2年度の2年度にわたる事業である。有識者委員は令和元年度・2年度の両年度の参加。健保組合委員については記載の通り。

◆◆目 次◆◆

第1章 調査研究の概要.....	1
第2章 わが国の公的医療保険における財源構造の実態.....	6
1. 各医療保険制度における公費投入の状況.....	6
2. 高齢者医療給付費の負担の仕組み.....	9
3. 公的医療保険の財源構造の全体像.....	14
4. 将来的な医療費と公費負担の見通し.....	20
第3章 公的医療保険における公費投入の歴史的経緯.....	23
1. 多元的な制度体系と管理運営体制.....	23
2. 公的医療保険制度草創期・発展期における公費投入の歴史的経緯.....	24
(1) 制度黎明期における公費の議論（大正11年～昭和20年頃まで）.....	24
(2) 国保への公費投入に関する議論（昭和20年～昭和31年まで）.....	25
(3) 国保の給付費に対する公費投入後の議論～政管健保への公費（昭和28年～昭和31年まで）.....	30
(4) 国民皆保険構想（昭和31年頃）.....	32
(5) 国民皆保険の達成（昭和32年～昭和36年まで）.....	35
(6) 皆保険達成から昭和48年改正まで（昭和36年から昭和48年まで）.....	36
3. 公費抑制と制度間財政調整論の始まり.....	48
(1) 昭和43（1968）年の財政制度審議会報告.....	49
(2) 昭和45（1970）年の経済審議会とりまとめ.....	50
(3) 昭和48（1973）年以降の政管健保への国庫負担と財政調整論.....	51
(4) 老人医療見直しにおける公費投入と財政調整論（昭和48年～昭和59年）.....	66
(5) 国民負担率と国庫負担（昭和59年健康保険法等改正）.....	69
4. 公的医療保険における公費の意義.....	72
(1) 医療保険制度に対する制度別にみた公費投入の論拠.....	72
(2) 公費投入の意義.....	74
5. 公的医療保険における近年の財源政策.....	75
(1) 小泉政権下における医療保険制度改革.....	75
(2) 社会保障と税の一体改革.....	80
(3) 社会保障制度改革国民会議報告書.....	89
(4) 全世代型社会保障検討会議.....	92
第4章 公的医療保険における財源政策に関する諸問題.....	97
1. 保険料と公費の役割の未整理による問題.....	97

2. 負担の不公平の問題.....	98
3. 法学的視点からみた財源政策に関する問題.....	100
4. 経済学的視点からみた財源政策に関する問題.....	101
5. 高齢者医療制度における財源構成の問題.....	102
第5章 今後の医療保険財政のあり方.....	105
1. 保険料と公費の役割の明確化.....	105
2. 負担の不公平問題の解消.....	106
3. 社会保険と税制における歪みの是正.....	107
4. 年齢によらない負担へ.....	108
5. 税財源確保の必要性和望ましい税財源.....	109
第6章 まとめ.....	114

第1章 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

医療保障制度の形は国によって大きく異なる。イギリスのように公費（税）を財源とする国民保健サービス（NHS）により全国民に対して医療保障を行っている国もあれば、ドイツのように保険料を財源とする社会保険方式により医療保障を行っている国もある¹。また、フランスはドイツと同様に社会保険方式を採用しながらも保険料以外に CSG（一般社会拠出金）など多様な財源を投入し全国民に対する医療保障を行っている。

わが国では、ドイツの社会保険（疾病保険法）に大きな影響を受けた健康保険法が大正 11（1922）年に制定され、以降、社会保険方式による医療保障が行われている。当初は工場労働者のみを対象とした制度であったが、同法の下、その対象を被用者全般に拡大し、昭和 13（1938）年には被用者以外の国民を対象とする国民健康保険法が制定された。その後、昭和 36（1961）年には多面的な制度体系を維持したまま、国民皆保険を達成した。さらに、平成 20（2008）年には 75 歳以上を対象にした後期高齢者医療制度が創設された。

こうした歴史的経緯や多面的な制度体系、保険集団の多様性等の結果、わが国の医療保障制度は社会保険方式を採用しながらも、その財源として、保険料の他に、多額の公費が投入されている。平成 30（2018）年度の国民医療費（43.4 兆円）の財源構成は、保険料が 49%（事業主 21%、被保険者 28%、21.4 兆円）、公費が 38%（16.5 兆円）、患者負担等が 12%（5.1 兆円）となっている。

高齢化の進展により医療ニーズはますます高まり、それに伴い医療費も増加していくことが予想される一方で、それを支える財源は、長期にわたる経済の低迷等を背景に賃金や税収は伸び悩み、いずれも厳しい状況である。少子化に伴う生産年齢人口の減少を踏まえると、今後、ますます財源確保が厳しくなることが予想される。また、わが国では、令和元（2019）年度末時点で税収約 14 年分に相当する 897 兆円の普通国債残高となる見込みであり、財政健全化が強く要請されている。令和元（2019）年 10 月に消費税率 10%への引上げが行われたが、公的医療保険をはじめ、わが国の社会保障において不足する財源を将来にわたり賄える水準とは言いがたい。

なお、本調査研究は、令和元（2019）年より 2 か年事業として開始したものであるが、この間、令和元（2019）年 9 月に「全世代型社会保障検討会議」が設置され、令和 2（2020）年 12 月 15 日には『全世代型社会保障改革の方針』がとりまとめられた。この方針では、「現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う『全世代型社会保障』への改革を更に前に進めていく」という方

¹ ただし、一定額以上の高所得者等は公的医療保険制度への加入義務はないため、わが国のような公的医療保険による国民皆保険とはなっていない。

向性を示しており、この点については評価できるものの、具体的な方針は示されておらず、十分に踏み込まれた内容とはなっていない。

また、令和2（2020）年2月以降の新型コロナウイルス感染症の世界的な拡大は社会経済に甚大な影響を及ぼした。経済財政に限ってみても、緊急事態宣言発令等による事業活動の制限や経済活動の低下、感染蔓延防止や経済対策等の財政出動により、国や地方の財政状況は急激に悪化した。

我々は、こうした厳しい財政状況であることを認識しつつ、今後、どのように公的医療保険の持続可能性を高めていくことができるかという難しい命題に取り組むことが求められている。このためにも、適切な公費の投入など高齢者医療制度の財源のあり方についてしっかりとした議論を早期に着手する必要がある。

本調査研究では、上記の問題意識にのっとり、公費をはじめ高齢者医療制度の財源の適格性や望ましい財源政策を検討し、今後の政策議論の基礎資料とすることを目的としている。

2. 調査研究の内容とテーマ

本調査研究は、令和元年度、令和2年度の2年度にわたる事業である。

【令和元年度事業】

令和元年度事業では、平成28年度事業の「医療保険制度における『負担の公平』に関する調査研究報告書」より、医療保険の財政調整における保険料・公費負担の適格性に関する学識者の見解を整理するとともに、高齢者医療制度の財源政策に関する論点を整理した。

また、①経済学、②財政学・税理論、③法学の各観点から、有識者を検討委員会に招へいし講演を依頼、講演後には有識者と委員・事務局との間で意見交換を行った。

【令和2年度事業】

令和2年度事業では、引き続き、有識者（④社会保険論）による講演・意見交換を行った。また、令和元年度・令和2年度に実施した計4回にわたる有識者の講演及び意見交換の内容をとりまとめた。さらに、文献調査を行い、検討委員会における議論を踏まえ、本報告書を取りまとめた。

【令和元年度・2年度事業でご講演いただいた有識者とテーマ】

※ご講演順、敬称略

- | |
|--|
| <p>○佐藤主光 一橋大学経済学研究科・IPP 教授／医療政策・経済研究センター長
「公的医療保険における公費のあり方調査『社会保険料改革』」</p> <p>○土居丈朗 慶應義塾大学 経済学部 教授
「公的医療保険における公費負担のあり方」</p> <p>○菊池馨実 早稲田大学 法学学術院 副学術院長／法学研究科長
「社会保障の持続可能性 ―公的医療保険に着目して―」</p> <p>○堤 修三 元厚生労働省老健局長、社会保険庁長官
「社会保険における公費負担の諸問題」</p> |
|--|

3. 調査研究の方法

本調査研究では、わが国の医療保険制度における財源構造や公費投入に関する歴史的経緯等について文献調査を実施し、整理した。

また、前述の通り、有識者による講演・意見交換を通じて、現行制度における財源構成の問題点を法学的・経済学的視点から整理した。

有識者・健保組合関係者を委員とする検討委員会を設置・開催し、現行制度における問題点や、今後の財源政策、特に高齢者医療制度における財源政策のあり方について検討を行った。

4. 検討委員会の開催

下記の通り、令和元年度に4回、令和2年度に3回、計7回の検討委員会を開催した。
<令和元年度>

【第1回】

日時： 令和元年7月19日（金）10：00～12：00

- 議題： 1. 挨拶、委員紹介
2. 事業趣旨について
3. 調査研究の概要について
4. 調査研究の論点について
5. その他

【第2回】

日時： 令和元年9月24日（火）10：00～12：00

- 議題： 1. 有識者による講演①
2. 意見交換
3. その他

【第3回】

日時： 令和元年11月29日（火）10：00～12：00

- 議題： 1. 有識者による講演②
2. 意見交換
3. その他

【第4回】

日時： 令和2年2月26日（水）10：00～12：00

- 議題： 1. 有識者による講演③
2. 意見交換
3. その他

<令和2年度>

※令和2年2月以降の新型コロナウイルス感染症拡大により、令和2年度第1回の検討委員会の開始が令和2年10月となった。

【第1回】

日時： 令和2年10月8日（木）13：30～15：30

- 議題： 1. 挨拶、委員紹介
2. 有識者による講演④
3. 意見交換
4. その他

【第2回】

日時： 令和3年2月9日（火）13：30～15：30

- 議題： 1. 調査研究の概要について
2. 今後のとりまとめに向けた意見交換
3. その他

【第3回】

日時： 令和3年3月26日（金）14：00～16：00

- 議題： 1. 報告書骨子（案）について
2. その他

第2章 わが国の公的医療保険における財源構造の実態

1. 各医療保険制度における公費投入の状況

(1) 市町村国保

市町村国保²では、①被用者保険と異なり、自営業者や無職者等、他の制度の適用となっていない者を広くカバーしていること、②被保険者の多くが65歳以上の高齢者であり、年金受給者や低所得者等が被保険者の半数近くを占めていること、③その結果、医療ニーズの高い高齢者が比較的多いにもかかわらず、収入面では無職者や低所得者が比較的多いため、財政基盤も脆弱となっていること、④被用者保険における事業主負担に相当するものがないこと等の理由により、特に低所得者に対する保険料軽減や、市町村間の財政力格差を是正することを目的として、様々な名目で公費が投入されている。医療給付費等総額約11.1兆円（令和2（2020）年度予算）のうち、約3.6兆円の前期高齢者交付金を除く約7.5兆円分を公費50%、保険料50%で負担することが原則であるが、実際には、低所得者に対する保険料軽減分の補填や低所得者が多い保険者への財政支援等としても、公費が投入されている。

①定率公費負担

国からは、給付費等の32%相当額の「定率国庫負担」が存在する。また、日本全体で「調整交付金」（9%）として、都道府県間の財政力の不均衡を調整するための「普通調整交付金」（7%）と特別の事情（災害や流行病の発生など）に対応するための「特別調整交付金」（2%）がある（都道府県により交付額の割合は異なる）。また、都道府県からも、給付費等の9%相当額の都道府県負担がある。

このほかの公費負担としては、以下のようなものがある。

②保険者支援制度

保険料軽減の対象となる低所得者数に応じ、平均保険料額の一定割合を保険者に対して公費で補填するものである。国が費用の2分の1、都道府県が4分の1、市町村が4分の1をそれぞれ負担する。

③保険料軽減制度

保険料軽減の対象となった低所得者の保険料のうち、軽減相当額を公費で補填する仕組みであり、都道府県が費用の4分の3、市町村が4分の1をそれぞれ負担する。

² 平成30（2018）年度からは、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等を行うこととなったため、正確には都道府県が市町村とともに「都道府県・市町村国保」。ただし、以下では便宜上、従来どおりの名称である「市町村国保」という。

④高額医療費負担金

80万円以上の高額医療費について、都道府県内の全市町村が拠出し、各市町村の単年度の負担の変動を緩和するための事業である。財源は市町村からの拠出金（保険料）であるが、国と都道府県が事業対象の4分の1ずつ（合計2分の1）公費負担する仕組みとなっている。

なお、特に高額な医療費（1件420万円超）については、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整する「特別高額医療費共同事業」があり、国庫補助による負担がある。

⑤財政安定化基金

財政安定化基金は、平成30（2018）年度から都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となることから、国保法第81条の2第1項の規定に基づき、国民健康保険の財政の安定化を図るため、国の補助を受け、都道府県が義務として設置する基金である。この基金は、保険料の収納が不足する市町村に対する貸付・交付や、県の国民健康保険に関する特別会計において見込みを上回る給付増により財源不足が生じた場合の特別会計への繰入れ等に活用する。

拠出金の負担割合は、市町村が4分の1、都道府県が2分の1、国が4分の1である。

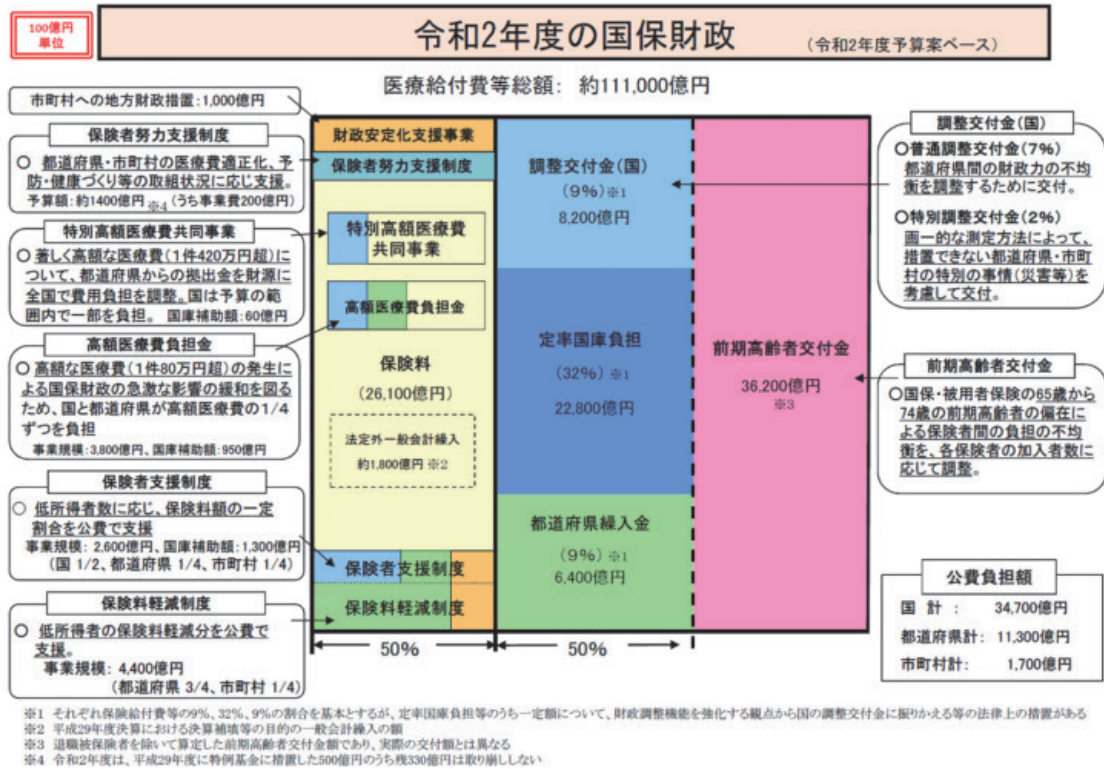
⑥財政安定化支援事業

市町村国保財政の安定化、保険料（税）負担の平準化等に資するため、市町村一般会計から市町村国保特別会計への繰入れについて地方財政措置する公費である。具体的には、保険料負担能力（低所得者の割合）、過剰病床、年齢構成差（高齢者の割合）を勘案して算定された対象経費に相当する額を基準財政需要額に算入する。全額市町村の負担で、特別会計の歳入において「一般会計繰入金」として受入れ処理されるが、地方交付税により所要の措置が講じられる。

⑦保険者努力支援制度

都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じて国が負担する制度である。

図表 2-1 市町村国保の財政構造



(資料) 社会保障審議会 (2020) 第 125 回医療保険部会「基礎資料」

(2) 協会けんぽ

給付費等の 16.4%に対して、全額国庫補助による公費負担がある (1 兆 2,010 億円、令和元 (2019) 年度予算)。

(3) 組合健保

後期高齢者支援金等の負担が重い保険者に対して、全額国庫による補助がある (739 億円、令和元 (2019) 年度予算)。

2. 高齢者医療給付費の負担の仕組み

(1) 後期高齢者医療制度の制度概要

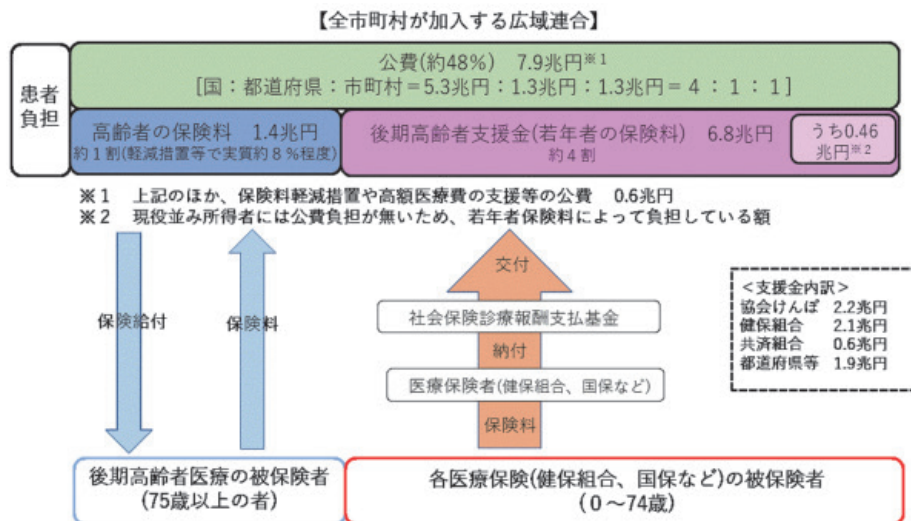
①75歳以上（後期高齢者医療制度）

75歳以上の高齢者を被保険者とする後期高齢者医療制度については、後期高齢者医療費（18.1兆円：令和2（2020）年度予算；以下同様）のうち、患者負担（1.5兆円）を除いたものが後期高齢者医療給付費（16.6兆円）となり、それを、公費約5割、高齢者の保険料約1割、若年者の保険料を財源とする後期高齢者支援金約4割により負担することになっている。

後期高齢者医療給付費の負担の概要は、下の図表の通りである。

現役並み所得者に該当する後期高齢者の医療費については、公費負担がないため、組合健保や協会けんぽ、国保等の各医療保険制度の若年者の保険料による負担となっている。

図表 2-2 後期高齢者医療財政の概要（令和2（2020）年度予算）



(資料) 社会保障審議会(2020)第125回医療保険部会「基礎資料」、健康保険組合連合会(2020)「医療保険制度改革に向けた重点要望」より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

【参考】現役並み所得者・現役並み所得者以外別、後期高齢者医療の財源構成（令和2年度予算ベース推計値）

<対象者数>	<後期高齢者医療費>
75歳以上の高齢者 約1,800万人	18.1兆円(給付費 16.6兆円、患者負担 1.5兆円)

【現役並み所得者以外の財源構成】=約15.7兆円

自己負担 1割	後期高齢者の 保険料	現役世代の負担 (後期高齢者支援金) 約40%	公費 50%
------------	---------------	----------------------------	-----------

【現役並み所得者の財源構成】=約0.92兆円

自己負担 3割	後期高齢者の 保険料	現役世代の負担(後期 高齢者支援金) 0.46兆円
		本来公費が入るべき部分

(資料) 健康保険組合連合会(2020)「医療保険制度改革に向けた重点要望」より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

②後期高齢者支援金（拠出金）の仕組み

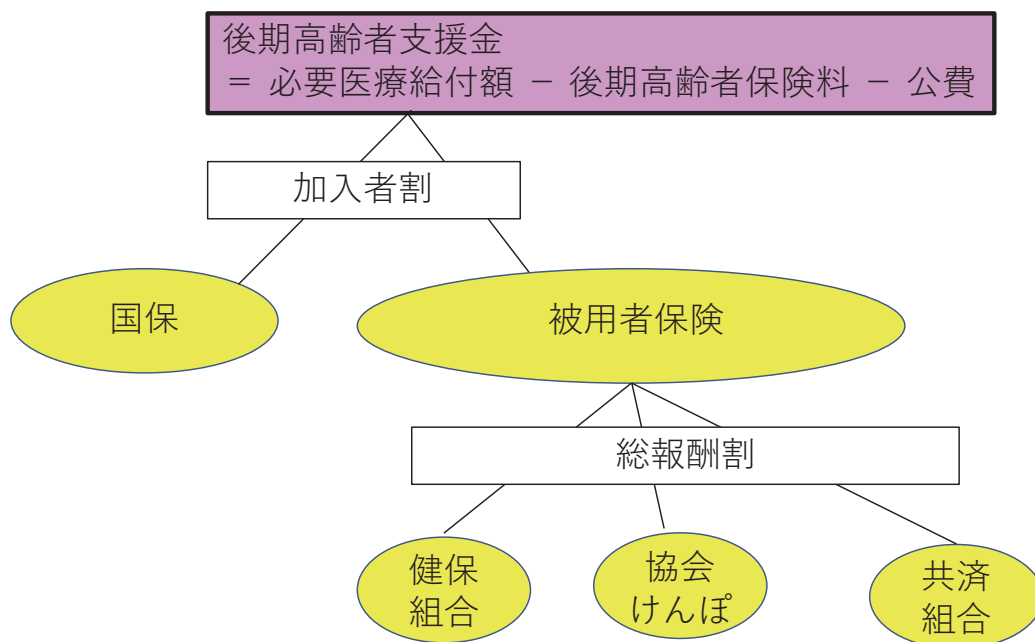
後期高齢者支援金は、

- 1) 国保と被用者保険間の負担分担は0～74歳までの加入者割、
- 2) 被用者保険間（協会けんぽ、健保組合、共済組合）での負担分担は、総報酬割が平成29（2017）年度から導入されている。

その結果、後期高齢者支援金は、以下のとおり計算される。

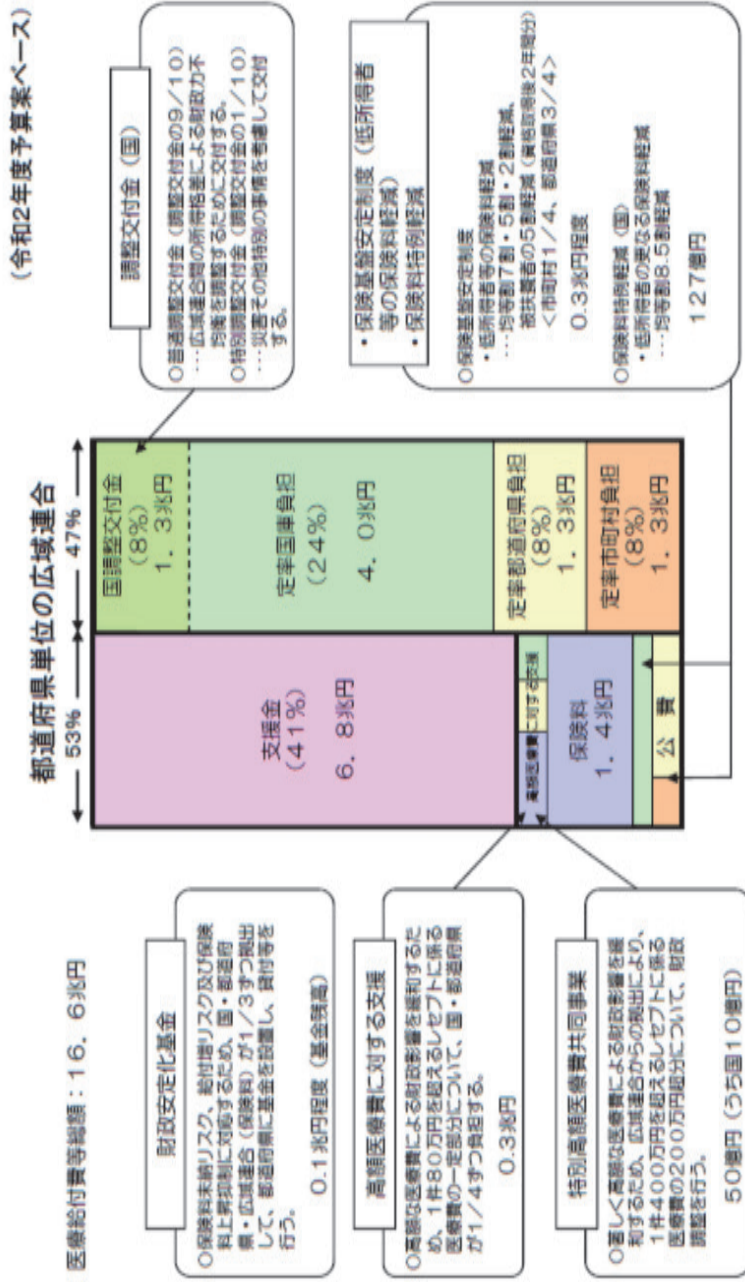
- ・国保が拠出する後期高齢者支援金
= 加入者1人あたり単価 × 国保の加入者数
- ・各被用者保険が拠出する後期高齢者支援金
= 総報酬割負担率 × 当該保険者の標準報酬総額

図表 2-3 後期高齢者支援金の拠出方法



< 参考 >

図表 2-4 後期高齢者医療制度の財政構造の詳細



※ 拠出済み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の広域連合による負担となっていることから、公費負担割合は47%となっている。

(資料) 社会保障審議会（2020）第125回医療保険部会「基礎資料」より

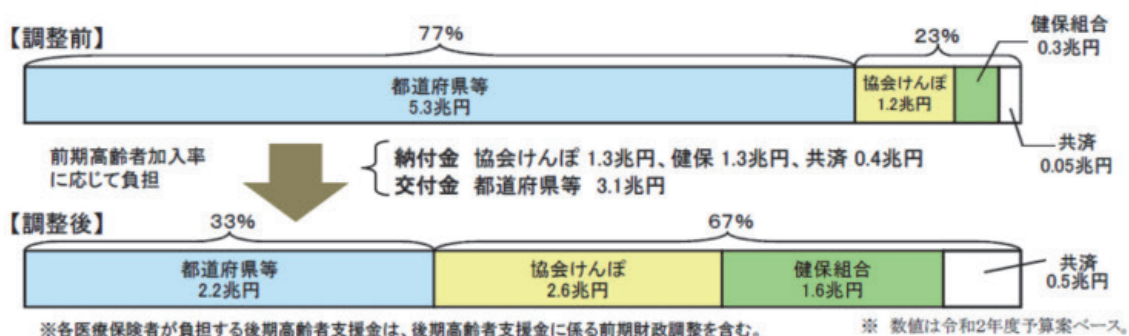
(2) 前期高齢者の医療費用

①65歳から74歳まで（前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整）

前期高齢者（65～74歳）医療費のうち患者負担を除いた給付費6.9兆円について、各保険者は、加入者の前期高齢者1人当たりの保険給付費及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金に、全国平均並みの前期高齢者が加入しているとした場合（平均15.5%、令和2（2020）年度の場合）の前期高齢者の加入者人数を乗じた金額を負担することになる。

こうした費用負担の調整によって、前期高齢者の多くが加入している国保の負担軽減を図っている。前期高齢者医療費の負担構成は下図のように試算され、保険者間の費用負担の調整がない場合、被用者保険による保険給付費の負担割合は23%であるが、上記の費用負担の調整を行うことで負担割合は67%となる。

図表 2-5 前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整（令和2（2020）年度予算）



(資料) 社会保障審議会（2020）第125回医療保険部会「基礎資料」より

②前期高齢者納付金（拠出金）の仕組み

前期高齢者納付金は、大別して以下の2つの要素に分かれる³。被保険者では、いずれも全国平均並みに前期高齢者が存在するものとして納付金の計算が行われる。

a) 前期高齢者に係る医療給費部分 + b) 前期高齢者に係る後期高齢者支援金部分

a) 前期高齢者に係る医療費給付費部分

= 当該保険者の前期高齢者医療給付費

× (全国平均前期高齢者加入率 / 当該保険者の前期高齢者加入率 × 補正係数)⁴

− 当該保険者の前期高齢者医療給付費

b) 前期高齢者に係る後期高齢者支援金部分

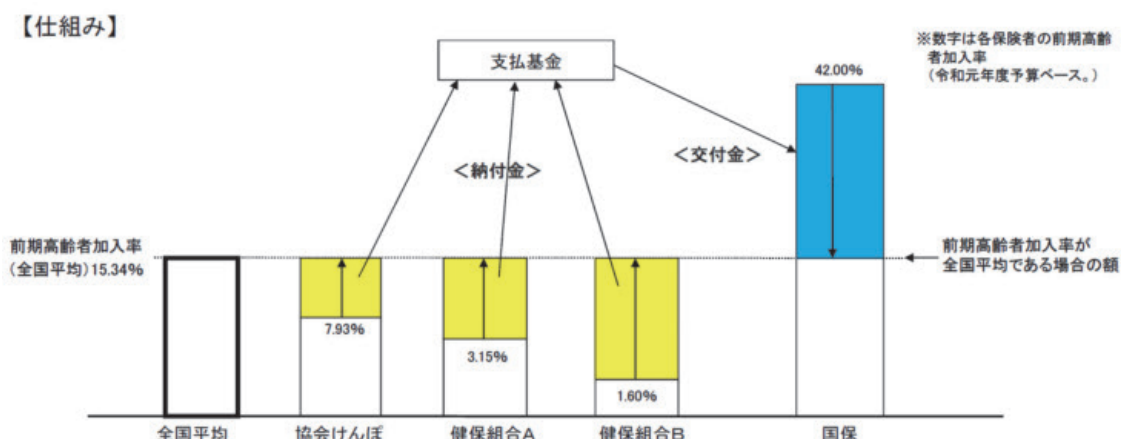
= 当該保険者の総報酬割後期高齢者支援金 × 当該保険者の前期高齢者加入率

× 補正率⁵

× (全国平均前期高齢者加入率 / 当該保険者の前期高齢者加入率 × 補正係数)⁶

− 当該保険者の総報酬割後期高齢者支援金 × 当該保険者の前期高齢者加入率

図表 2-6 前期高齢者納付金の仕組み



(資料) 社会保障審議会 (2020) 第 125 回医療保険部会「基礎資料」より

³ ここでは、負担調整額・特別負担調整額部分を除いている。負担調整・特別負担調整は、前期高齢者納付金と後期高齢者支援金の負担が重い保険者に対する制度化された負担軽減であり、特別負担調整につき約 100 億円の国庫負担がある。

⁴ この部分を「加入者調整率」という。なお、式に乗じられている「補正係数」とは、国保の前期高齢者 1 人当たり医療給付費が被用者保険より高いことにより必要な交付金に見合うよう納付金を増額させたり、前期高齢者加入率の下限の設定による前期高齢者交付金と納付金との過不足額を、全保険者で再按分したりする役割を担う係数である。平成 31 (令和元 (2019)) 年度概算補正係数は、1.08802 であった。

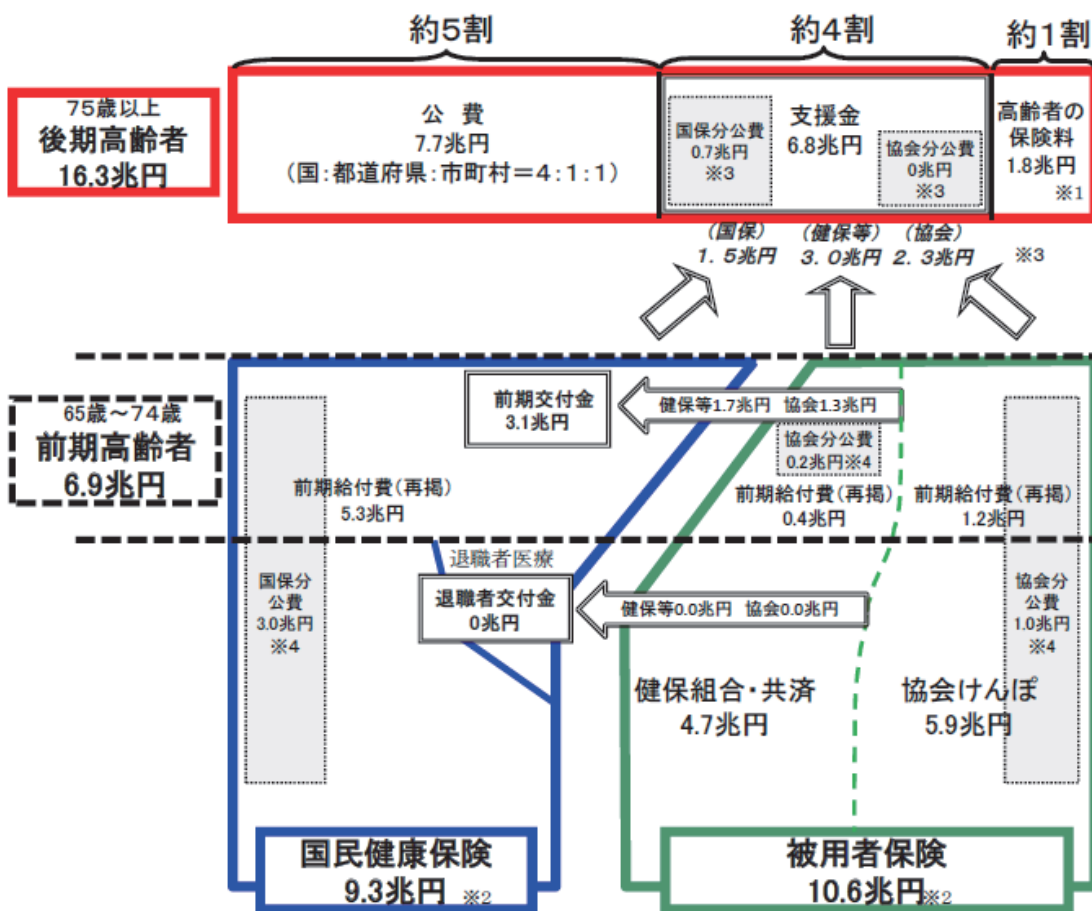
⁵ 補正率とは、総報酬割により被用者保険全体の納付金額（前期高齢者に係る後期高齢者支援金部分）が変わらないように補正するための係数である。平成 31 (令和元 (2019)) 年度の概算額補正率は 0.982122813379 であった。

⁶ この部分を「加入者調整率」という。上記注に同じ。

3. 公的医療保険の財源構造の全体像

以上の各制度における公費投入の状況や、高齢者医療制度における費用負担の構造をもとに、医療給付費の大きさと、それを賄う保険料や保険者間の費用負担の調整に伴う納付金（拠出金）等の大きさ等、公的医療保険財政の全体的な構造を示したものが、以下の図表である。

図表 2-7 公的医療保険の財源構成
(医療給付費・令和元(2019)年度予算ベース)



- ※1 後期高齢者の保険料は、低所得者等に係る軽減分を考慮していない（保険料軽減措置や高額医療費の支援等の公費 0.5兆円を含む）。
- ※2 国民健康保険（9.3兆円）及び被用者保険（10.6兆円）は、各制度の給付費を示しており、他制度への納付金や支援金を含まない。
- ※3 各医療保険者が負担する後期支援金及び当該支援金に係る公費は、後期支援金に係る前期高齢者の費用負担の調整分を含む。
- ※4 国保分公費は、保険料軽減措置等に係る公費を除き、協会けんぽ分公費は減額特例措置（△394億円）を除く。

(資料) 厚生労働省ホームページ「我が国の医療保険について」より健康保険組合連合会作成

この全体像の図から以下のことがわかる。

- ✓ 前期高齢者の医療給付費については、若年者の医療給付費分と合わせ、国保や協会けんぽには公費負担が入り込んでいること（国保では 3.0 兆円、協会けんぽでは 1.0 兆円）
- ✓ 協会けんぽからの前期高齢者納付金の拠出については、1.3 兆円のうち 0.2 兆円分は公費負担であること
- ✓ 国保からの後期高齢者支援金 1.5 兆円のうち 0.7 兆円分は公費負担となっていること
- ✓ 後期高齢者医療給付費 16.3 兆円のうち、47%の 7.7 兆円は公費負担となっていること

次頁では、保険給付費の大きさと、それを賄う保険料や、これまでに見た公費負担や制度間での費用負担調整に伴う納付金等（拠出金）の流れから、各制度の財政構造を分析する。上段に平成 21（2009）年度、下段に平成 30（2018）年度における制度間財政構造を示している。

図表 2-8 医療保険の制度間財政負担構造の試算（平成 21（2009）年度と平成 30（2018）年度の比較）（単位：億円）

【平成21年度】

1. 支出						2. 収入						
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
保険給付費	後期高齢者支 援金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	その他支出	支出合計	保険料	公費負担	療養給付費 等交付金	前期高齢者交 付金	後期高齢者交 付金	その他収入	収入合計
1.組合健保	34,385	12,685	11,094	2,851	66,952	59,671	39		1		2,007	61,718
2.協会けんぽ	44,513	15,069	10,961	2,742	74,628	59,555	9,678				501	69,739
3.船員保険	251	64	47	12	374	348	30				10	388
4.共済組合	11,152	3,978	4,084	962	21,206	19,808	44,515	6,167	26,690		1,048	20,856
5(1).市町村国保	85,550	15,776	45	4,402	105,774	27,955	3,080		64		524	105,850
5(2).国保組合	4,988	1,561	434	40	7,822	4,321	55,569			47,235	270	7,794
6.後期高齢者医療	110,403			571	110,974	8,565	112,911	6,167	26,755	47,235	110	111,480
合計	291,222	49,133	26,665	6,607	387,730	180,223				47,235	4,470	377,761

【平成30年度】

1. 支出						2. 収入						
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
保険給付費	後期高齢者支 援金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	その他支出	支出合計	保険料	公費負担	療養給付費 等交付金	前期高齢者交 付金	後期高齢者交 付金	その他収入	収入合計
1.組合健保	40,825	18,928	15,396	2,111	80,854	82,730	27		2		1,147	83,905
2.協会けんぽ	60,016	19,516	15,268	2,088	97,513	91,429	11,850				164	103,443
3.船員保険	200	69	31	7	307	310	29				1	340
4.共済組合	12,581	6,029	5,039	943	24,648	24,515	47,333	599	36,403		965	25,482
5(1).市町村国保	87,966	15,954	68	5,623	109,611	24,526	2,647		47		2,425	111,288
5(2).国保組合	4,502	1,592	562	804	7,463	4,866	77,260			62,473	216	7,775
6.後期高齢者医療	151,466		151,466	925	152,391	12,365	139,146	599	36,452	62,473	281	152,381
合計	357,556	62,088	36,364	478	472,787	240,741				62,473	5,199	484,614

注）平成 21（2009）年度の老人保健拠出金は「その他支出」に含まれている。

・各制度における病床転換支援金は、支出の「後期高齢者支援金」に含まれている。

・平成 21（2009）年度の市町村国保における支出・収入とも、「その他」や「合計」からは、「共同事業拠出金」を差し引き、市町村国保全体として二重計上とならずに調整している。

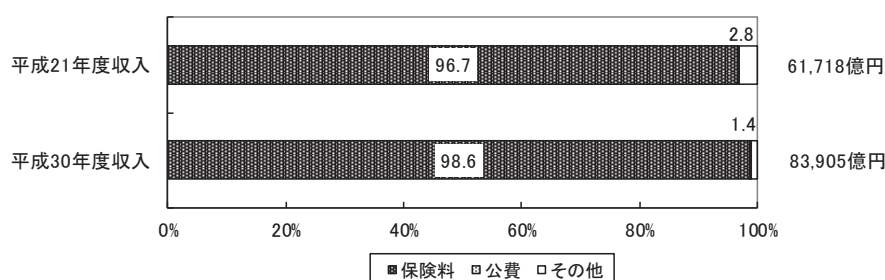
・平成 30（2018）年度の市町村国保は、市町村の国保特別会計と都道府県の国保特別会計の合算値である。ただし、支出・収入とも、「その他」や「合計」からは、市町村の「事業費納付金」と都道府県の「保険給付費等交付金」を差し引き、市町村国保全体として二重計上とならずに調整している。

（資料）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」の平成 21 年度版、平成 30 年度版、および厚生労働省（2020）「平成 30 年度国民健康保険事業年報」より、三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

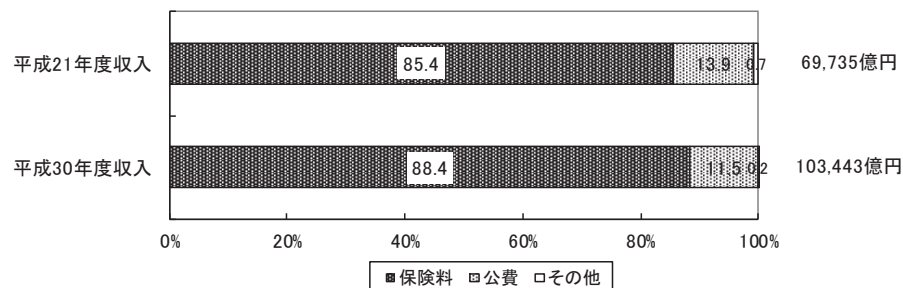
平成 21（2009）年度から平成 30（2018）年度にかけて、制度別に保険財政の収入構成比を見ると、組合健保、協会けんぽとも大きな変化はないが、保険料収入の占める割合が 2～3%ポイント増加している。協会けんぽでは公費負担の割合が 1 割強を占めているが、その比率はやや低下（△2.4%ポイント）している。市町村国保では制度間での費用負担調整の割合が 2.2%ポイント増加し、公費の割合もわずかに増加している半面、保険料収入の割合は 4.4%ポイント低下している⁷。

図表 2-9 制度別の収入構成比の変化（平成 21 年度と平成 30 年度）

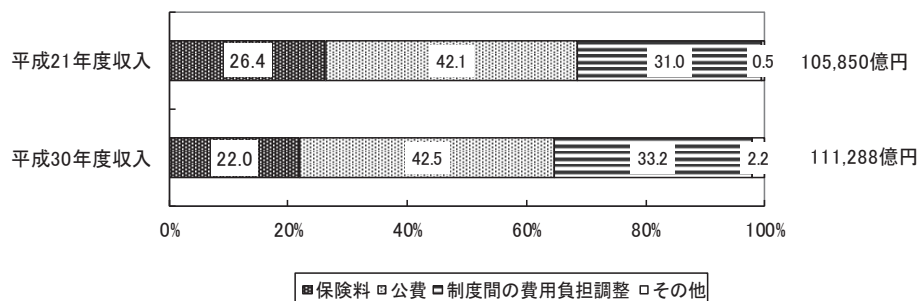
組合健保



協会けんぽ



市町村国保

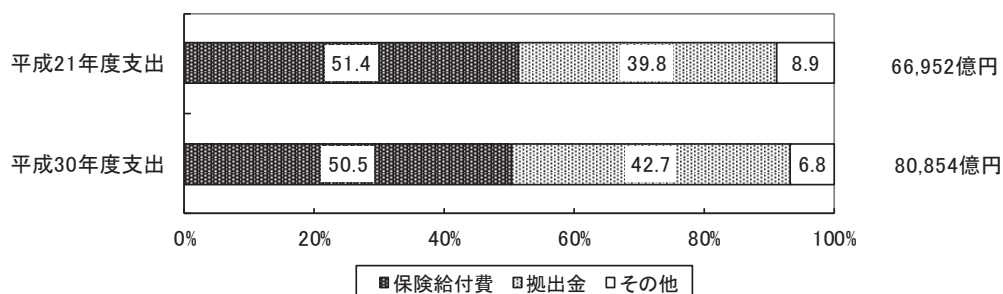


⁷ 市町村国保における保険料収入の低下は、保険者支援制度や保険料軽減制度などの公費負担の拡充による。また、制度間の費用負担調整の増加は、国保の前期高齢者加入率の上昇に係る前期高齢者交付金の増加による。

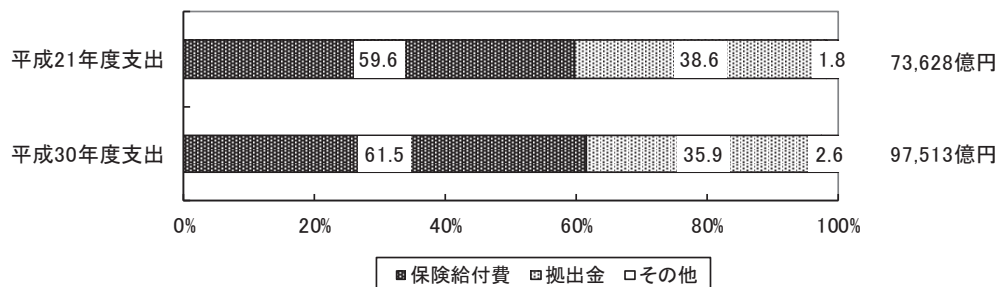
同様に、平成 21（2009）年度から平成 30（2018）年度にかけて、制度別に保険財政の支出構成比を見ると、組合健保では保険給付費が 0.9%ポイント低下する一方、拠出金割合が 2.9%ポイント増加している。一方、協会けんぽでは保険給付費が 1.9%ポイント増加する一方、拠出金割合が 2.7%ポイント低下している。市町村国保ではほとんど構成比に変化はないが、保険給付費や拠出金の割合がわずかに減少している。

図表 2-10 制度別の支出構成比の変化（平成 21（2009）年度と平成 30（2018）年度）

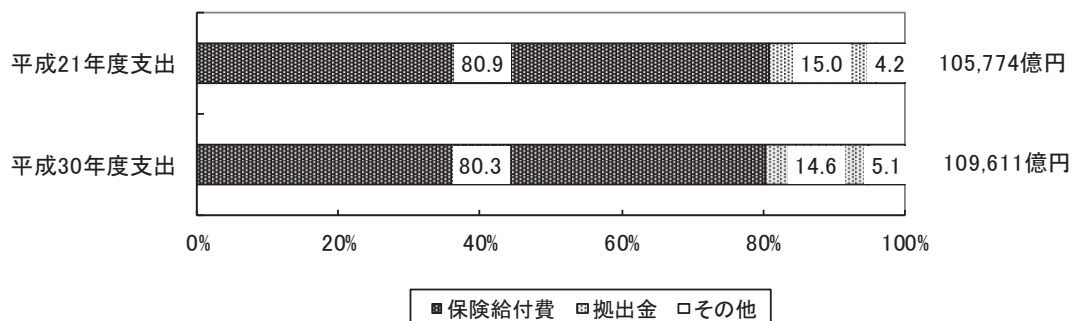
組合健保



協会けんぽ



市町村国保



図表 2-11 制度別、収入・支出に占める保険給付費・拠出金・公費等の割合

【平成21年度】

	経常支出に占める 保険給付費	経常支出に占める 拠出金	保険料収入に対す る保険給付費	保険料収入に占め る拠出金	経常収入に占める 保険料収入	経常収入に占める 公費
1.組合健保	51.4%	39.8%	57.6%	44.6%	96.7%	0.06%
2.協会けんぽ	59.6%	38.6%	74.7%	48.3%	85.4%	13.9%
3.船員保険	67.1%	32.9%	72.1%	35.3%	89.7%	7.7%
4.共済組合	52.6%	42.6%	56.3%	45.6%	95.0%	0.0%
5(1).市町村国保	80.9%	15.0%	306.0%	56.6%	26.4%	42.1%
5(2).国保組合	63.5%	26.0%	115.0%	47.1%	55.9%	39.8%
6.後期高齢者医療	99.5%		1289.0%			49.8%

【平成30年度】

	経常支出に占める 保険給付費	経常支出に占める 拠出金	保険料収入に対す る保険給付費	保険料収入に占め る拠出金	経常収入に占める 保険料収入	経常収入に占める 公費
1.組合健保	50.5%	42.7%	49.3%	41.7%	98.6%	0.03%
2.協会けんぽ	61.5%	35.9%	65.6%	38.3%	88.4%	11.5%
3.船員保険	65.1%	32.9%	64.5%	32.6%	91.2%	8.5%
4.共済組合	51.0%	45.1%	51.3%	45.4%	96.2%	0.0%
5(1).市町村国保	80.3%	14.6%	358.7%	65.3%	22.0%	42.5%
5(2).国保組合	60.3%	28.9%	92.5%	44.3%	62.6%	34.0%
6.後期高齢者医療	99.4%		1225.0%		8.1%	50.7%

4. 将来的な医療費と公費負担の見通し

平成 30（2018）年 5 月 21 日に公表された、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）⁸」では、2018（平成 30）年度の医療費および、そのうちの公費の規模とともに、少子高齢化がさらに進む 2025 年度、2040 年度の値が推計されている。

これに基づけば、経済成長がベースラインケースの場合、2018 年度の医療給付費 39.2 兆円（対 GDP 比 7.0%）、うち公費負担 17.1 兆円（対 GDP 比 3.0%）が、2025 年度には医療給付費 47～48 兆円（対 GDP 比 7.3～7.5%）、うち公費負担は 22 兆円前後（対 GDP 比 3.3～3.4%）に増大する。さらに 2040 年度には、医療給付費 68～70 兆円（対 GDP 比 8.4～8.9%）、うち公費負担 31～33 兆円（対 GDP 比 4.0～4.2%）に増大する。

経済成長が実現するケースの場合、2025 年度には医療給付費 50～52 兆円（対 GDP 比 7.0～7.3%）、うち公費負担は 22～24 兆円前後（対 GDP 比 3.2～3.3%）に増大する。さらに 2040 年度には、医療給付費 70～77 兆円（対 GDP 比 7.6～8.1%）、うち公費負担 33～36 兆円（対 GDP 比 3.6～3.9%）となり、医療費・負担額とも増加するが、対 GDP 比はベースラインに比べ小さくなる。

図表 2-12 将来的な医療費と公費負担の見通し（単位：兆円）

経済	年度	2018	2025	2040
ベースラインケース	医療給付額	39.2	①48.7 ②48.3 ①47.8 ②47.4	①68.3 ②70.1 ①66.7 ②68.5
	うち保険料負担	22.1	①26.6 ②26.3 ①26.0 ②25.8	①36.2 ②37.2 ①35.4 ②36.3
	うち公費負担	17.1	①22.2 ②22.0 ①21.8 ②21.6	①32.1 ②32.9 ①31.3 ②32.2
成長実現ケース	医療給付額	39.2	①50.2 ②51.8 ①49.3 ②50.8	①72.1 ②77.2 ①70.5 ②75.4
	うち保険料負担	22.1	①27.4 ②28.2 ①26.8 ②27.7	①38.2 ②40.9 ①37.3 ②40.0
	うち公費負担	17.1	①22.9 ②23.6 ①22.4 ②23.1	①33.9 ②36.3 ①33.1 ②35.4

注 1) 上段：現状投影、下段：計画ベース

注 2) 医療費の単価の伸び率の前提に応じて、①と②の 2 ケースを表示している。

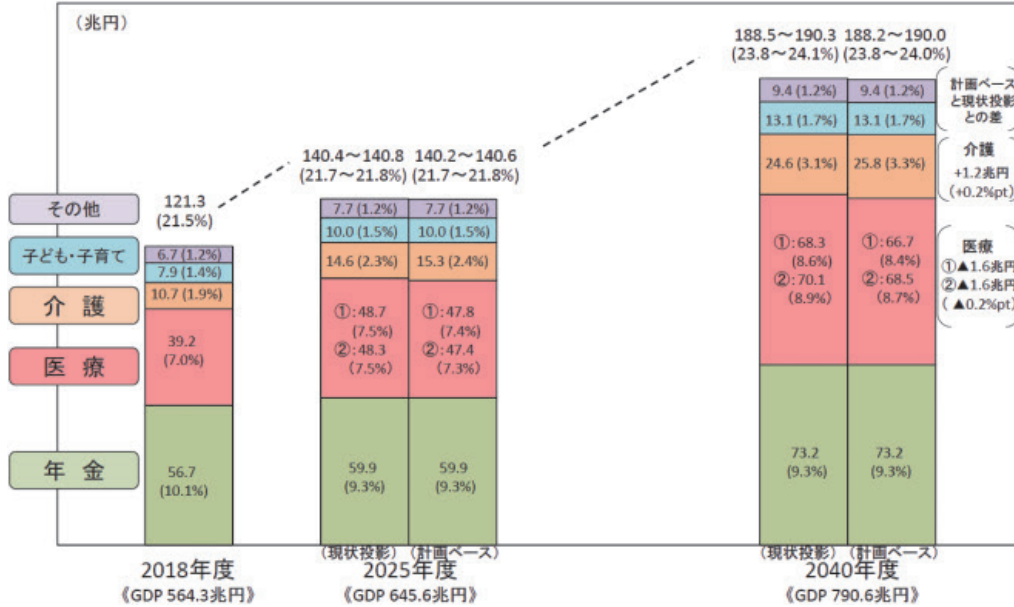
⁸ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000207382.html>

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000207399.pdf>

【参考】

1) ベースラインケース

図表 2-13 医療費の将来見通し



(注1) () 内は対 GDP 比。医療費は伸び率について 2 通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足元の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

図表 2-14 保険料負担額と公費負担額

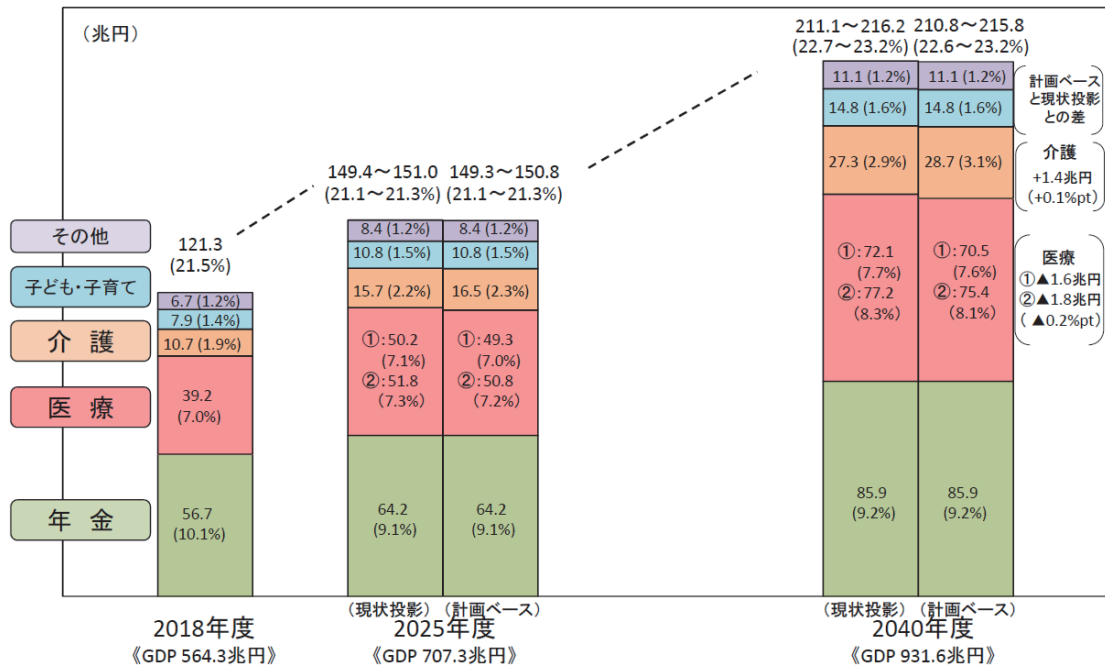
	2018年度		2025年度		2040年度	
	兆円	(対GDP比)	兆円	(対GDP比)	兆円	(対GDP比)
給付額	121.3	21.5	140.4~140.8 140.2~140.6	21.7~21.8 21.7~21.8	188.5~190.3 188.2~190.0	23.8~24.1 23.8~24.0
負担額	117.2	20.8	139.2~139.6 139.0~139.4	21.6~21.6 21.5~21.6	185.9~187.7 185.5~187.3	23.5~23.7 23.5~23.7
保険料負担	70.2	12.4	81.3~81.6 81.2~81.4	12.6~12.6 12.6~12.6	106.3~107.3 106.1~107.0	13.4~13.6 13.4~13.5
年金	39.5	7.0	44.1	6.8	53.4	6.8
医療	22.1	3.9	①:26.6 ②:26.3 ①:26.0 ②:25.8	①:4.1 ②:4.1 ①:4.0 ②:4.0	①:36.2 ②:37.2 ①:35.4 ②:36.3	①:4.6 ②:4.7 ①:4.5 ②:4.6
介護	4.8	0.8	6.5 6.9	1.0 1.1	11.1 11.6	1.4 1.5
子ども・子育て	1.8	0.3	2.2	0.3	3.0	0.4
その他	2.0	0.3	2.2	0.3	2.6	0.3
公費負担	46.9	8.3	57.8~58.0 57.8~58.0	9.0~9.0 9.0~9.0	79.6~80.4 79.5~80.3	10.1~10.2 10.1~10.2
年金	13.2	2.3	14.6	2.3	17.2	2.2
医療	17.1	3.0	①:22.2 ②:22.0 ①:21.8 ②:21.6	①:3.4 ②:3.4 ①:3.4 ②:3.3	①:32.1 ②:32.9 ①:31.3 ②:32.2	①:4.1 ②:4.2 ①:4.0 ②:4.1
介護	5.9	1.0	8.0 8.5	1.2 1.3	13.5 14.2	1.7 1.8
子ども・子育て	6.1	1.1	7.7	1.2	10.1	1.3
その他	4.7	0.8	5.5	0.9	6.7	0.9
(参考) GDP	564.3		645.6		790.6	

注) 医療は、単価の伸び率の前提に応じて、①および②と表示している。

(資料) 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 (2018) 「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し (議論の素材)」

2) 成長実現ケース

図表 2-15 医療費の将来見通し



(注1) ()内は対GDP比。医療費は伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足元の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

図表 2-16 保険料負担額と公費負担額

項目	2018年度		2025年度		2040年度	
	兆円	(対GDP比)	兆円	(対GDP比)	兆円	(対GDP比)
給付額	121.3	21.5	149.4~151.0 149.3~150.8	21.1~21.3 21.1~21.3	211.1~216.2 210.8~215.8	22.7~23.2 22.6~23.2
負担額	117.2	20.8	148.8~150.4 148.7~150.2	21.0~21.3 21.0~21.2	207.4~212.5 207.1~212.1	22.3~22.8 22.2~22.8
保険料負担	70.2	12.4	87.5~88.4 87.4~88.2	12.4~12.5 12.4~12.5	119.9~122.6 119.6~122.2	12.9~13.2 12.8~13.1
年金	39.5	7.0	48.3	6.8	62.8	6.7
医療	22.1	3.9	①:27.4 ②:28.2 ①:26.8 ②:27.7	①:3.9 ②:4.0 ①:3.8 ②:3.9	①:38.2 ②:40.9 ①:37.3 ②:40.0	①:4.1 ②:4.4 ①:4.0 ②:4.3
介護	4.8	0.8	7.0	1.0	12.3	1.3
子ども・子育て	1.8	0.3	2.5	0.3	3.4	0.4
その他	2.0	0.3	2.4	0.3	3.1	0.3
公費負担	46.9	8.3	61.3~62.0 61.3~62.0	8.7~8.8 8.7~8.8	87.6~90.0 87.5~89.9	9.4~9.7 9.4~9.6
年金	13.2	2.3	15.3	2.2	19.4	2.1
医療	17.1	3.0	①:22.9 ②:23.6 ①:22.4 ②:23.1	①:3.2 ②:3.3 ①:3.2 ②:3.3	①:33.9 ②:36.3 ①:33.1 ②:35.4	①:3.6 ②:3.9 ①:3.6 ②:3.8
介護	5.9	1.0	8.7	1.2	15.0	1.6
子ども・子育て	6.1	1.1	8.4	1.2	11.4	1.2
その他	4.7	0.8	6.0	0.9	7.9	0.9
(参考)GDP	564.3		707.3		931.6	

(注) 医療は、単価の伸び率の前提に応じて、①および②と表示している。

(資料) 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 (2018) 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し (議論の素材)」

第3章 公的医療保険における公費投入の歴史的経緯

本章では、どのような経緯で公費が投入されてきたのか、主に昭和40年代までの歴史的経緯を整理した。

1. 多元的な制度体系と管理運営体制

わが国の公的医療保険制度は、①被用者保険（健康保険、船員保険、各種共済組合）と②地域保険（国民健康保険）の二本建ての制度体系を基盤とし発展してきた。保険者は、被用者保険では政府（政府管掌健康保険、船員保険は社会保険庁）、健康保険組合、共済組合であり、地域保険では市町村、国民健康保険組合であった。

平成20（2008）年に後期高齢者医療制度が創設されたため、被用者保険と地域保険の二本建てから三本建ての制度体系となった。また、保険者も、政府管掌健康保険・船員保険（社会保険庁）が全国健康保険協会という公法人に改められ、政府（国）による保険運営ではなくなった。さらに、後期高齢者医療制度の創設により、これまで被用者保険または地域保険に加入していた75歳以上の後期高齢者はすべて後期高齢者医療制度の加入者となった。後期高齢者医療制度については「保険者」ではなく「運営主体」とされているが、保険運営組織は都道府県単位の後期高齢者医療広域連合である。

わが国の公的医療保険は、長年、多元的な制度体系の下、多くの保険者（保険運営組織）による運営が行われてきたという特徴がある。また、ドイツとは異なり国民は保険者を選択することはできず、公的医療保険制度の対象者となっている。

被用者保険と地域保険の二本建ての制度設計をめぐることは、制度論・財源論の両面から、制度間の財政格差等の是正を目的とする一本化の考え方が長年ある。しかし、一本化論には、被用者保険、地域保険、両制度の加入者の生活様式や就業形態、所得形態の差異から生じる、管理運営面、技術面での現実的な問題点が存在するため、被用者と自営業者等を同一制度の対象とした制度統合は、保険者組織のあり方や保険料賦課体系、保険料徴収の面にかえって弊害のほうが大きく、二本建ての制度体系を維持することのほうが望ましいとの結論が付されてきた⁹。

⁹ 例えば、社会保障制度審議会答申『医療保険制度改革についての答申』（昭和46（1971）年9月13日）では、地域医療保険一本にした場合の弊害として、①事業主負担が今までのような仕組みで保険料として納められることが期待できなくなること、また、特別の目的税として国が徴収することも理論的に極めて難しいことから被用者保険の保険者の負担が増える可能性があること、②保険料の徴収率が国保程度に低下し、総じて保険経済上の不経済が増大すること、③下方平準化の可能性を含んでいること、④被用者と自営業者の所得に対する課税の実態が不公平である現状がそのまま保険料の面にも反映すること、⑤一制度一保険者とした場合、医療提供体制も地域別・専門別等の一種の定員制に従う必要があること等を挙げ、二大制度体系をとることが「最も適当」と結論付けている。

2. 公的医療保険制度草創期・発展期における公費投入の歴史的経緯

前述の通り、わが国では多元的な制度体系の下、多様な保険者が保険運営を行ってきた。この間、様々な論拠により、公的医療保険に対して公費が投入されるようになった。ここでは、その歴史的経緯について概観する。これは、健康保険組合連合会『医療保険制度における財政調整と財政負担に関する調査研究報告書』（平成20年3月、委託先：三菱UFJリサーチ&コンサルティング）をもとに加筆を行ったものである。

（1）制度黎明期における公費の議論（大正11年～昭和20年頃まで）

わが国では、大正時代の資本主義の急速な発達過程で、社会政策的な要請からドイツの疾病保険制度を参考に、大正11（1922）年4月22日に「健康保険法」を制定公布し、昭和2（1927）年1月に全面施行した。

同法は労働者保護立法の一環として整備されたものであり、対象者は工場法又は鉱業法適用事業の常用労働者及び年収1,200円以下の職員を強制被保険者とし、一定範囲の事業の労働者を任意包括被保険者とした。保険者は「政府」の他、「健康保険組合」による自主的な運営が認められ、「政府管掌健康保険」と「組管管掌健康保険」制度が成立した。制度発足時の被保険者数は、昭和元（1926）年末で政管健保が約100万人、組管健保が約80万人であった。

財源について大正11（1922）年当時の政府資料をみると、「保険の利益を享受する労働者と事業主に共同で負担させるのが条理である」とされ、保険料は被保険者と事業主の拠出によることが明記された。また、「この重要な産業施設¹⁰に対しては、国家もその費用の一部を補助するのが妥当である」とされ、健康保険事業費の一部として保険給付に要する費用の10分の1（被保険者1人につき年平均2円以下）の国庫負担（公費）が投入されることとなった¹¹。

吉原・和田（1999）¹²によると、国が健康保険事業の一部を負担することとした理由として、①健康保険事業は国の事業として行うものであること、②健康保険の実施によって、国の衛生費および救貧費の負担が減少し、産業上多くの利益が得られるというメリットがあることなどが指摘されている。また、国庫負担額について被保険者1人あたり同一額（年平均2円以下）としたことについては、「国家の救済につき公平を期するため」であり、健康保険の実施には経常費用として1人あたり年額20円が必要と見込

¹⁰ 原文のまま。「施策」を「施設」と表記していた。

¹¹ 健康保険法第70条では「国庫は勅令の定むる所に依り各健康保険組合の保険給付に要する費用の十分の一を負担す。前項の規定に依る国庫負担金の総額が被保険者1人につき1年平均2円の割合を超ゆる場合に於ては各健康保険組合に対する国庫負担金は勅令の定むる所に依り其の限度に至る迄之を減額するものとす」とされている。

¹² 吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史』（1999年、東洋経済新報社）

まれ、その10分の1相当額の2円を限度としたことなどが説明されている¹³。なお、昭和4（1929）年度からは、国庫負担については「予算の定めるところにより事務費充当額として負担。ただし、被保険者1人あたり年平均2円以下」とされた。当初は「保険給付に要する費用の10分の1」（ただし、上限あり）とされたものが、「予算による事務費充当額」として費用に連動しない定額として示された。当時は皆保険ではなかったものの、健康保険制度という重要な制度・政策に対する国家の責任という観点から、また、被保険者に対する公平性の観点から、1人あたり同額の公費投入がなされた。

昭和9（1934）年には健康保険法が改正され¹⁴、適用事業所が従業員5人以上に拡大された。また、昭和13（1938）年1月には厚生省が発足し、戦時体制下で良質な労働力と兵力を確保することを目的として、「国民健康保険法案」を帝国議会に提出し、同年7月から国民健康保険制度が開始された。これをもって、医療保険制度の対象者は被用者以外の一般国民にまで拡大することとなった。当初は、市町村の区域を単位とする任意設立の国民健康保険組合を保険者とし、被保険者を任意加入させるという形でスタートした。第二次世界大戦下の昭和17（1942）年に制度改正が行われ、制度の普及を図るための組合設立強化や組合加入義務の強化のほか、保険医の強制指定等が行われた。その後、政府の普及奨励策のもとで国民皆保険運動が展開され、制度の普及が進み、被保険者数が急激に拡大していったが、国保制度については不十分なまま戦時下に突入した。

（2）国保への公費投入に関する議論（昭和20年～昭和31年まで）

昭和20（1945）年8月15日に太平洋戦争が終結したが、その後の社会経済の大混乱の中で、医療保険制度も大きな打撃を受けた。被保険者の保険料の納付意欲・能力の低下や、診療側の保険診療の忌避、保険診療の不信の蔓延、医薬品の不足、急激なインフレによる医療費の高騰等を背景に、国民健康保険の大半の組合が事業不振に陥った¹⁵。このような事態を受けて、昭和21（1946）年5月に、愛知県と佐賀県で、国民健康保険制度の危機対策のための「全国国民健康保険団体連合会事務打合会」が開催された。この会議の結果、国保の危機を克服する対策のひとつとして、国庫補助金の増額を図ることが挙げられ、国会・政府に対して陳情運動が展開されることとなった¹⁶。

また、同年9月3日の第90回帝国議会貴族院予算委員会では、河合吉成厚生大臣が、医療の民主化という立場から、「費用の足りないものについては、国民健康保険組合等

¹³ 健康保険法では健康保険組合に対する国庫負担についてのみ規定している。政管健保については大正15（1926）年に制定された健康保険特別会計法で定められた。

¹⁴ 健康保険法が施行されて間もない昭和4（1929）年にも健康保険法改正が行われている。

¹⁵ 昭和22（1947）年12月現在、10,224組合のうち「事業を活発に行っているもの」は15.7%、「事業が普通のもの」が41.0%、「事業が不振状態にあるもの」が27.1%、「事業を休止したもの」が16.2%であった（厚生省保険局国民健康保険課・社団法人国民健康保険中央会『国民健康保険四十年史』より）。

¹⁶ 厚生省保険局国民健康保険課・社団法人国民健康保険中央会『国民健康保険四十年史』（昭和54年3月）

に国庫の補助を増加するなり、その他の方法で医療を受けることを容易にしていく、また最後には生活保護の医療面において、国庫の補助をしていくという風にして、両方から詰めて、相当の医療あるいは適当な医療を受けるような方法を講じていく」といった発言を行っている。

昭和 21 (1946) 年度の国民健康保険国庫補助金は、当初予算では 7,000 万円であったが、1 億 5,000 万円に増額された。この国庫補助金は、「事務費」(50%相当額)や「保健婦¹⁷設置費」、「直営診療施設整備費」に充当された。

昭和 21 (1946) 年 3 月に設置された「社会保険制度調査会」は今後の事態に対応する社会保険制度の方策について、同年 12 月 13 日に厚生大臣に答申を行っている。その中で、「医療保険について、政府管掌健康保険と国民健康保険を統合して地域組合によって運営し、組管掌健康保険は存続させてその扶養家族給付を地域組合に移す」とことといったほか、「事業運営に関する事務費の全部及び事業費の一定額を国庫負担する」とこと等が示された。

昭和 22 (1947) 年 6 月 14 日に、GHQ (連合軍最高軍司令部) は国民健康保険に関する声明を発表した。この中では、(日本の国民健康保険制度が) 緊急な救助施策と基本的かつ将来を見通しての改革を行わない限り、現在の組織の恐るべき破壊の重大なる危険があり、究極において全制度の崩壊をみるに至るであろうということ、その場合、現在、高価な医療に対して保護されていない人たちは、自己の力で購い得る程度の医療を受けるか、生活保護のサービスを受けるかのいずれになること、それは、結局、日本国民の経済生活安定に不利益の結果をもたらす以外の何物でもないので、GHQ としては国民健康保険が再生しかつ強力になることを望むこと、といった内容が表明された。そのために、国庫補助金を大幅に増額することを始め、いくつかの取組が勧奨された。

国会でも国保再建がしばしば採り上げられた。昭和 23 (1948) 年 6 月 29 日、第 2 回国会衆議院予算委員会での質問に対し、三木行治政府委員が、国保の運営状況が悪い理由として、①大部分の組合が昭和 17 (1942) 年から昭和 19 (1944) 年にかけて、政府等の奨励により、町村民が国保の必要性を十分理解しないうちに設立されたこと(思想の普及が足りないこと)、②敗戦後のインフレの進行に、保険料の徴収・値上げが伴わなかったこと、③国保はその社会事業的色彩により、政府の助成があって初めて動いていたが、助成が創立当初ほど出なくなったこと、④創立当初の組合幹部と戦後の幹部の意欲が違ふこと、⑤国保が社会事業的色彩を帯びて進んだため、医療費が普通の慣行料金よりも低く、結果として差別待遇を生んでいること等を問題として指摘した。

一方、政府管掌健康保険、組管掌健康保険に対する国庫負担については、昭和 22 (1947) 年 4 月 1 日に行われた健康保険法の改正で、「健康保険事業に要する費用の一部」という表現を「健康保険事業の事務の執行に要する費用」に改め、国庫による事務費負担を明確にした。また、翌年には、毎年度予算の範囲内で事務費を負担することが

¹⁷ 現在は「保健師」であるが、当時の用語に従い、ここでは「保健婦」としている。

定められた。

昭和 23 (1948) 年 7 月には、アメリカ社会保障制度調査団の報告書『社会保障制度への勧告 (ワンデル勧告)』が発表された。この中では、医療保険制度について、従来の制度を活用して被用者とそうでない者に対する二方式とすること、5 人未満の事業所の被用者も強制適用とすること等が勧告された。その後、同勧告に基づき、「社会保障制度審議会」が設置された¹⁸。

昭和 25 (1950) 年 10 月 16 日に、社会保障制度審議会は『社会保障制度に関する勧告』を公表した。これに先立ち、昭和 22 (1947) 年 6 月 25 日に新憲法案が衆議院に上程され、約 2 か月にわたって審議が行われ、国民の生存権と国の生存権に対する保障義務に関する条文が追加された。すなわち、日本国憲法第 25 条では「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」こと、「国は、すべての生活部分について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」こととされた。社会保障制度審議会の勧告でもこの点を強調しており、その責任は国家にあるとした。その一環として、医療保険制度については、保険運営のための事務費全額及び予防給付及び療養給付に要する費用の 10 分の 2 (結核性疾病については 10 分の 5) を国庫が負担することが勧告された。

¹⁸ 社会保障制度審議会は「社会保障制度審議会設置法」に基づく、内閣総理大臣の所轄に属する諮問機関で、旧総理府に置かれていた。国会議員が委員に入るなど通常の審議会と違う特色を持っていた。平成 13 (2001) 年の中央省庁再編に伴い廃止され、「社会保障審議会」にその役割の一部が継承された。

図表 3- 1 社会保障制度審議会『社会保障制度に関する勧告』
(昭和 25 (1950) . 10. 16) における費用の負担

○被用者の保険

1. 国は、この保険を運営するために必要な事務費の全額を負担するとともに、予防給付及び療養給付に要する費用の 10 分の 2 (結核性疾病については 10 分の 5) を負担する。この負担は、標準事務費または標準給付費によるものとする。
2. 国の負担するものを除いた給付に必要な費用については、被用者と使用者がこれを折半負担する。ただし、組合の場合には、使用者の負担割合を増加することができる。費用の一部 (例えば予防給付及び療養給付に要する費用の 10 分の 2 程度) は定額負担とし、残部は賃金総額を基準として報酬に比例して負担するものとする。

○一般国民の保険

1. 国は、この保険を運営するために必要な事務費の全額を負担するとともに、予防給付及び療養給付に要する費用の 10 分の 2 (結核性疾病については 10 分の 5) を負担する。この負担は、標準事務費または標準給付費によるものとする。
2. 市町村及び都道府県も予防給付及び療養給付に必要な費用のそれぞれ 10 分の 1 を負担する。
3. 前 2 項による負担を除いた費用は被保険者の負担とし、所得割、世帯割及び被保険者数割により負担するものとする。

なお、社会保障制度審議会の勧告が公表される前年の昭和 24 (1949) 年 10 月 31 日第 6 回国会衆議院本会議では、「(国民の医療の) 利用率の増加というものが、結局無謀なる戦争と放漫なるインフレ政策に基づくものであるならば、当然それによって来されたところの保険財政というものの赤字は政府の責任において補償すべき」との発言がなされ¹⁹、戦後対策としての国の責任という観点からも、健康保険制度及び国民健康保険制度への国庫負担の投入を要請された。また、「われわれが医療報酬の一部国庫負担の実現を要求するのは、決して赤字財政の克服だけではなく、憲法に保障されましたところの国民の健康を政府がその責任において保証するというところの大原則を制度の上実現することを期待」して要請するものと、日本国憲法における国民の生存権と国

¹⁹ 昭和 24 (1949) 年 10 月 31 日第 6 回国会衆議院本会議 岡良一氏発言 (「現行社会保険制度の危機突破に関する緊急質問」より。同質問の中で、岡氏は、分立している医療保険制度を統合した上で、均一の料率による「社会保障税」を導入することについても言及しており、「単一化されたる国民保健省を作り、そのもとに医療と予防と公衆衛生の吻合をはかり、あるいは公的医療機関の充実と適正化をはかり、あるいは医療担当者に対する再教育の徹底をはかり、また医薬材料の価格の適正化をはかり、また医療担当者の生活の保障を前提とする登録人头制の採用、かくのごとき原則に貫かれたるところの一元的な国民医療体系の確立を希望する」と述べている。

の生存権に対する保障義務の観点からも国庫負担の投入が言及された²⁰。

昭和 25 (1950) 年度は、政管健保・組合健保については 30 億円を国庫余裕金から繰替使用すること、国保については事務費の 70%を、翌年には事務費全額を国庫が負担することとなった。しかしながら、国の財政上の困窮から給付費の 2 割相当についての国庫負担の導入は見送られた。これについて、国会では、「政府は市町村公営を原則としたが、その裏付けである国庫補助が伴わないために、(戦後国保の) 再建の実が上がない」と懸念を表明する意見もあった²¹。

このような国保再建の機運を背景に、昭和 28 (1953) 年 7 月 31 日に成立した予算案では国保の療養給付費の 20%相当額が計上され、療養給付費に対する助成交付金としての国庫補助が投入されることとなった。これについて「このような療養給付費に対する国庫補助制度が確立したことは、わが国の医療保険史上画期的なことで、以後、国民健康保険の療養給付費に対する国庫負担の先駆となった」と評する意見もみられた²²。

この国保に対する助成交付金は、昭和 29 (1954) 年度には約 47 億円、昭和 30 (1955) 年度には約 50 億円が計上された。その後、昭和 30 (1955) 年 6 月 29 日に「国民健康保険法の一部を改正する法律案」が第 22 回国会に提出され、7 月 22 日に可決成立し、8 月 1 日に公布・施行された。同改正法では、従来補助規定を改め、国の補助義務を明らかにし、かつ、補助率を新たに加えることを狙いとする内容となっている。具体的には、①国庫は、療養の給付及び療養費の支給に要する費用については、その一部を、保健婦²³に要する費用については、その全額を補助するものとする、②療養の給付及び療養費の支給に要する費用に関する補助の総額は、当該年度における各保険者の療養の給付及び療養費の支給に要する費用の総額の 10 分の 2 に相当する額を下らないものとする、③国庫は、予算の範囲内で、国民健康保険に要する費用に補助金を交付し、また、その費用にあてさせるため、貸付金の貸付をすることができる、④都道府県及び市町村は、国民健康保険に要する費用に補助金を交付し、また、その費用にあてさせるため貸付をすることができる、といった内容が盛り込まれた。

同法施行により、昭和 30 (1955) 年度の補助金は改正法の規定によって交付されたものとみなされることとなった。翌年 31 (1956) 年度からは「療養給付補助金」として計

²⁰ 同上。

²¹ 「戦前の国庫補助は被保険者 1 人あたりを基準とし、事務費等の全額のみならず、給付費の平均 2 割を支弁していた。戦後は国庫補助が事務費のみに限定され、また戦後の社会混乱と経済界の窮乏に直面して、本事業は暫次休止または廃止にいたるものが続出した。政府は市町村公営を原則としたが、その裏付けである国庫補助が伴わないために、再建の実があがらない。国家の施策の不均衡を是正するとともに、社会保険のうちで最も恵まれていない国民健康保険の給付補助をなすことの急なることを痛感する」(昭和 27 (1952) 年 12 月 25 日第 15 回国会衆議院本会議 永山忠則氏「国民健康保険危機突破に関する決議案」における決議案の趣旨を説明より抜粋・要約)

²² 厚生省保険局国民健康保険課・社団法人国民健康保険中央会『国民健康保険四十年史』(昭和 54 年 3 月)

²³ 原文の通り。

上されることとなった。

(3) 国保の給付費に対する公費投入後の議論～政管健保への公費（昭和28年～昭和31年まで）

厚生省は昭和28（1953）年度予算要求にあたり、政府管掌健康保険の給付費に対する国庫負担を要求したものの、国家財政の都合上、承認を得ることはできなかった。

昭和30（1955）年6月3日に、第22回国会衆議院社会労働委員会では、提出された「健康保険法等の一部を改正する法律案」についての趣旨説明の中で、「健康保険、国民健康保険等の制度は社会保障制度の根幹である。しかも現行健康保険の保険料率は世界的に極めて高率で、これ以上引き上げる余地がない。この際、保険給付費について相当程度の国庫負担をすべき旨を明らかにし、また国民健康保険に対してもその補助率について引き上げる必要がある」とし、具体的には「健康保険については保険給付の100分の20以内を国庫負担とし、国民健康保険については100分の30以内を国庫補助する」と述べられている²⁴。

しかし、国の財政状況から政管健保に定額10億円の国庫負担投入の予算措置を講じたが、これについて同年の6月13日同委員会で、川崎秀二厚生大臣は、「根本的な問題の結論を得るまでには時間を要するので、昭和30（1955）年度の予算編成は当面収支の均衡のとれる財政措置を講ずることとした」と説明している。また、政管健保にのみ国庫負担を投入したことについては、「デフレ対策の影響が中小企業に及び、政管健保は困難な状態にあるが、組合健保は余裕のある運営をしている点は考慮の対象になる。ただし、理論的には、政管健保と組合健保の間で大きな差別をつけるのは間違いであり、政管健保に対して（給付費の）1割の国庫負担を行うのであれば片手落ちというそしりを招いてはいけない」と、政管健保のみへの国庫負担投入について慎重な姿勢も表明している²⁵。

このように、昭和28（1953）年の国保の給付費に対する一定割合の国庫負担投入後は、政管健保への国庫投入の要請が盛んになり、それと同時に組合健保への国庫投入の議論も浮上してきた。このような国庫負担投入への要請の高まりの中で、昭和29（1954）年に、政府は「7人委員会」を発足させ、財政対策の基本的、根本的な検討を行い、翌年10月に報告書を取りまとめた。同報告書によると、「保険給付費に対する国庫負担の導入は、まだ医療保険にカバーされていない国民が多数いる現状では妥当ではない」と結論づけている。

この「7人委員会」の報告に基づき、昭和31（1956）年2月には健康保険法改正案が国会に提出された。この法案は一部負担金の増額のほか、標準報酬等級の改訂、保険医

²⁴ 岡良一氏（社会労働委員会の委員外の出席者議員）発言より抜粋・要約。

²⁵ 昭和30（1955）年7月28日第22回国会衆議院社会労働委員会 川崎秀二厚生大臣の発言より抜粋・要約。

の機関指定制及び保険医登録制等を内容とするものであった。この法案が提出されると、国会では、政管健保のほか、組合健保、国保への国庫負担の投入を巡って様々な議論が展開された。

まず政管健保については、「強制加入の建前のもとに国が管理する制度である以上、国が社会保障に対する責任を分担する意味で、給付費に国庫負担を行うことは当然である。特に制度が崩壊しようとしている今日では、特段の財政的配慮が必要である」といった発言がなされている²⁶。また、「国保は給付費の2割の補助があるが、健保には医療費の補助がない。保険財源を一部雇い主が負担するからという理由で補助率の相違が放置されている」といった問題も指摘された²⁷。しかしながら、政管健保への給付費に対する一定率の国庫負担投入は拒否された。このため、「厚生省の定率1割の国庫負担要求について、大蔵省は赤字というだけで、国民一般の税金を注ぎ込むことは理屈に合わないので拒否してきた。政管健保が非常に零細で負担力のない企業を対象としている特殊性から、30億円の国庫補助を出すこととした」とし、昭和31（1956）年度の予算措置として定額30億円の国庫負担が投入された。

次に、組合健保についての国庫負担を巡る議論であるが、「(国保、政管健保に)国庫負担をするのであれば、当然健康保険組合に対しても同じ措置をとらなければ筋が合わない」といった問題指摘が出た²⁸ものの、昭和31（1956）年度については特に措置がとられなかった。

最後に国保についてであるが、「組合健保、政管健保の被保険者が保険料の半額を負担すれば足りるのに対し、国保の被保険者は保険料全額を自分で負担しなければならない。医者にかかる場合、組合健保、政管健保の被保険者本人は軽微な一部負担で足りるが、国保の被保険者は、ほぼすべての場合に半額負担を余儀なくされる。給付内容も国保被保険者は、組合健保、政管健保に比べはるかに劣る」といった発言がなされたように、被用者保険には事業主負担があるが国保にはないこと、国保の給付率が低いことが問題として指摘された。また、「国保に対する国庫負担が不十分なため、国保の普及率は今日なお組織対象の50%に足らず、多数の国民が医療保障における医療扶助の対象として放置されている」といった問題も指摘された²⁹。

²⁶ 昭和31（1956）年2月15日第24回国会衆議院社会労働委員会 八田貞義氏（委員）発言より抜粋・要約。

²⁷ 昭和31（1956）年3月30日第24回国会衆議院本会議 有馬輝武氏発言より抜粋・要約。

²⁸ 昭和31（1956）年3月7日第24回国会参議院予算委員会公聴会 近藤文二氏（公述人）発言より抜粋・要約。近藤氏は5人未満の事業所の従業員に対する健康保険の適用推進や、健康保険組合の低所得被保険者への国庫負担の投入の必要性を訴えており、国民皆保険でない状況下での定率国庫負担については賛成しないと述べている。

²⁹ 昭和31（1956）年3月5日第24回国会参議院本会議 寺本広作氏発言より抜粋・要約。

(4) 国民皆保険構想（昭和31年頃）

昭和31（1956）年11月8日に、社会保障制度審議会が『医療保障制度に関する勧告』を公表し、医療における機会の不均等を解消するべく、国民皆保険体制の確立の必要性を訴えた。この中で、①被用者5人未満の零細事業所に対しても健康保険を実現すること、②年次計画をたてて、速やかに国民健康保険の設立を強制化する方途を講ずること、③国民健康保険の被保険者、健康保険の被保険者の家族についてもその給付率を7割に引き上げること、④結核対策を確立すること、が勧告された。

同審議会勧告では、その前文において、これらを推進する上で「国の財政負担についても相当の増額は当然に覚悟されなければならない。同時にまた、これらの負担は、今後の財政計画の中に具体的に織り込む必要がある」とし、「いずれにしても、この際とくに明らかにしておきたいのはこれらの支出は、結局は国民生活の基本に直結するものであり、既に具体的に顕著な効果をあげているのであって、財政が受け持つ所得再分配の役割からいっても、他の経費を差し繰っても、もっとも優先的に繰り上げられなければならないものであるということである。この点については、政府は根本的に頭の切り替えを要するであろう」と述べ、国民皆保険を実現するべく、所得再分配の観点からも、相当の国庫負担を投入する必要性があると強く勧告した。

同勧告の内容構成は次のとおりである。

図表3-2 社会保障制度審議会『医療保障制度に関する勧告』
（昭和31（1956）.11.8）の目次構成

- | |
|----------------------|
| ○前文 |
| ○第1章 医療保障の体系 |
| ○第2章 零細企業に対する健康保険の適用 |
| ○第3章 健康保険の運営 |
| ○第4章 国民健康保険 |
| ○第5章 医療給付水準 |
| ○第6章 診療報酬支払制度 |
| ○第7章 保険医制度 |
| ○第8章 医療機関の整備と医薬品 |
| ○第9章 国庫負担と本人負担 |
| ○第10章 結核医療制度の確立 |

このうち、第9章の「国庫負担と本人負担」の中から、「国庫負担」に関する議論を抜粋したものが次の内容である。この中で、国庫負担によって国民皆保険が促進され、医療の公平化が確保されるような方法が選ばれるべきであり、①被用者保険における低所得者のための国庫負担、②国民健康保険における給付率の引上げのための国庫負担、③結核医療費に対する国庫負担が考えられるとしている。また、それは、健康保険の給付費に対する定率の国庫負担という形になると考えられている。

図表 3- 3 社会保障制度審議会『医療保障制度に関する勧告』（昭和 31（1956）. 11. 8）
「第 9 章 国庫負担と本人負担」（抄）

1 国庫負担の理論的根拠

本来、社会保障制度は、保険主義をとる場合といえども、その責任は国家にあるものである。しかし、国家財政の現状及びここ数箇年間の見透しより考えれば、医療保障制度に対する国庫負担は、少なくとも当分の間は、その対象をもっとも緊急度が高くもっとも有効と考えられるものに重点を置かなくてはならないであろう。しかも、この負担によって、国民皆保険が促進され、医療の公平化が確保されるような方法が選ばれるべきである。この点よりすれば、被用者保険について、さしあたり考えられる国庫負担は低額所得者のための国庫負担である。つぎに国民健康保険については給付率の引上げのための国庫負担である。いま一つは結核医療費に対する国庫負担であろう。そして、かの健康保険の給付費に対する定率の国庫負担論はかかるものを前提として、その主な理論的根拠を見出すことができるのである。

もちろん、国庫負担をこの 3 つのものに限るとしても、わが国の経済が今後数年間に於いていかなる成長を果たすか、すなわち、国民所得の伸びや財政の中はどこまで進展するか、よくこれを考えた上で、その国庫負担額を論議すべきである。

2 低額所得者に対する国庫負担

教育を受ける権利の場合と同様に、医療保障制度はすべての国民に、被用者であると一般国民であるとを問わず、また、その事業の規模や賃金、所得の高低に関係なく一定水準の医療給付を行うのが目的である。ところで、この目的を達成するため、保険の方法が採用される場合最大の障害となるのは、標準医療費に見合うだけの賃金または所得のない、いわゆる低額所得者層の存在である。すなわち、これに見合う保険料は到底これらの低額所得者にあっては負担できない。そこで高額所得者に累進的な保険料を課して、これをカバーさせるか、国が不足する部分を負担してこれをカバーするほか方法はない。しかも、ここに保険に加入せしめようという未適用者、とくにそのなかの約 1 千万人の被用者およびその家族は、まさにこうした低額所得者から成り立っているのである。

いうまでもなく、医療保障の建前としては、これら健康保険の未適用者については、かり

にそれが零細企業の従業員であるとしても、労働者としてはひとしく健康保険と同じ給付水準の保険に加入せしむべきである。しかし、かくては膨大な国庫負担をもって、その低賃金による保険料収入の不足を補うことが必要である。これは、少なくとも現実的ではないと思われるので、われわれは前述のごとく、現在の政府管掌健康保険よりも多少低いところの第 2 種健康保険の創設を提唱するのやむなきに立至ったのである。かりにかかる零細企業の従業員 300 万人がこれに加入するとし、これに対して第 1 種健康保険の 80% 程度の給付水準のものを給付する。そして保険料率も 5% 程度に引き下げるとすれば、昭和 30 年度の数字で国庫は年約 75 億円を負担すれば足りることとなる。

いまもし、かかる国庫負担が行われるとすれば、第 1 種健康保険の被保険者についても、ある程度これに準じた考え方ができよう。もちろん、零細企業については、低い給付水準を引き上げるための国庫負担であるから、同じ方法を第 1 種に及ぼすことには疑義がある。しかし、第 2 種と均衡のとれた低額所得者層に対し、1 人あたりにしてこれを若干下回る国庫負担であるならば十分筋はとおる、そして、この場合には約 50 億円を必要とするわけである。またこのことは低額所得者をもつ組合の場合においても準用されてしかるべきである。今後総合組合その他の激増が予想されるので、これら組合に要する国庫負担額を推定することは至難であるが、その額はおよそ 10 億円程度となるであろう。

なお、この種の措置はこのほか、船員保険についても、また、国家公務員共済組合についても、それぞれの実情に応じた方法により考えられるところである。

3 国民健康保険に対する国庫負担

つぎに、国民健康保険の国庫負担であるが、これについてはすでに、国としては給付費の 2 割の国庫負担をしている。しかし、それにもかかわらず、その給付水準は依然として低い。このことを端的に示しているのは、各種の給付制度である。また、1 人あたり医療給付費が年額 1,300 円であるという事実もこのことを明らかに物語っている。

なるほど国民健康保険は、被用者保険の場合と異なり、転帰までの給付を行う場合が多い。しかし、5 割という本人の負担のあることはこのことをして有名無実にとらしめている。したがって、われわれとしては、まず各種の給付制限を緩和し、とくに給付率の引上げを要請する。そのためには、どうしても国庫負担の引上げが必要となってくる。もともと国民健康保険では病弱者もすべて被保険者となるのが建前である。その上に被用者保険における事業主負担分に見合う保険料収入を欠いている。また、市町村の財政力や住民の貧富にも大いなるへだたりがある。したがって、この調整などの理由から国庫負担が必要であるが、前に述べたごとく給付率の引上げのためその負担率を引上げることについても、恐らく国民はこれを納得するであろう。

ところで、国庫負担がかりに引上げられたとした場合、問題となるのは配分方法である。たとえば、現在行われている 2 割の国庫負担は、ややもすれば優等生にほう美をやるような方法で配分されている。また、昭和 26 年の当審議会の勧告の趣旨に反し、給付水準の引

上げにそれが少しも振り向けられていないことは問題である。その他、現在の国民健康保険に対する国庫負担の配分については、検討を要すべき点が少なくはない。例えば、現行の四方式を給付内容と財政力に対する国庫負担にのみ限定するという措置がとられるべきであるまいか。そこでわれわれは現状では、まず国民健康保険の普及のためとその給付率を 7 割程度に引上げる措置に必要なものとして、国庫負担を少なくとも 3 割まで引上げることを提唱したい。これには年平均およそ 80 億円（3 年計画の場合）ないし 60 億円（5 年計画の場合）の国庫負担の増額が必要となってくる。

なお、農村地帯における国民健康保険については、時期的な資金枯渇を緩和し、その支払を円滑ならしめるために、都道府県ごとに貸付金庫を設置することが望ましい。またこれを助成するため、国として事務費の補助、所要資金の貸付、あるいはその利子補給などを行う必要があるから、これらの費用も考えておかねばならぬ。

最後に国庫負担の問題は結核についても考えねばならぬわけであるが、これについては項を新たに述べることにしたい。

4 いわゆる一部負担制

(略)

このように、昭和 31（1956）年 11 月 8 日に公表された、社会保障制度審議会の議論は、社会福祉的な観点から、国民の医療における機会の不均等を解消するために、国民皆保険の確立に向けて国家が責任を果たしていくこと、そのためには、国庫負担（公費）の相当額の増額が必要であり、それは、優先的に、被用者保険における低所得者のための国庫負担（公費）や国民健康保険の給付率引上げのための国庫負担（公費）、結核医療費に対する国庫負担（公費）に投入されるべきである、といった主張を行っている。

（5）国民皆保険の達成（昭和 32 年～昭和 36 年まで）

昭和 32（1957）年に健康保険法が改正された。これにより、政管健保については「予算の範囲内で給付費等の一部を国庫で補助すること」が明示された。組合健保については、「組合健保にも国庫負担を考慮すべき」との付帯決議がなされた。

これを受けて、「政管健保と同様に組合健保にも補助を出したいという希望を持っている。しかし、やはりものには順序があり、政管健保と組合健保では標準報酬の高さも違うので、まず政管健保に国庫補助を出し、将来組合健保に対して取り組んでいきたい³⁰」「中小企業は低賃金で、労働条件が比較的悪いため、結核患者が多くなる。このため、政管健保は昭和 28（1953）年以来今日まで収支の不均衡が出ており、保険経済は極めて

³⁰ 昭和 32（1957）年 3 月 1 日第 26 回国会衆議院社会労働委員会 高田正巳政府委員（厚生省保険局長）発言より要約・抜粋。

困難になっている³¹」「現在国民健康保険に対して国庫で2割の補助をしているので、政管健保にも2割の国庫負担を実現してほしい³²」といった意見が国会で出された。

昭和32(1957)年に厚生省は、昭和32(1957)年度を初年度とする4か年計画により、国民皆保険の確立を図るため、昭和33(1958)年、国民健康保険法の全面改正を行った。この改正の主な内容は、①昭和35(1960)年度中に全市町村が国民健康保険を実施するものとしたこと、②国民健康保険制度の確立のため国の責任を明確にし、国庫負担制度を確立し、調整交付金制度を創設したこと、③事務費について負担金制度に改めたこと、④給付内容の充実強化を図り、給付割合を5割と法定したこと、であった。②については、昭和33(1958)年12月16日第31回国会参議院社会労働委員会で橋本龍伍厚生大臣が「療養給付費補助金は総額で療養給付費の2割とし、そのうち20%を財政調整に充てて交付していたため、療養給付費の最低1割2分程度から2割5分程度まで、その交付割合が市町村によって相違し、概して地方財政の良好な市部に不利となっていた。今後の普及の重点は、大都市を含む市部にあるので、普及の障害を除去し、国保に対する国の責任の明確化を図るため、従来の補助金を負担金に改め、療養給付の2割は、どの保険者に対しても負担することとし、事務費についても負担金とするほか、新たに療養給付費の5分に相当する調整交付金制度を設けて、国保財政を調整し、負担の公平及び内容の充実を図ることとした」と説明している。また、改正後も事務費については全額が国庫負担となった。

昭和33(1958)年には、組合健保についても、診療報酬改定その他に伴い、収支の悪化の見込まれる財政窮乏組合に対して、その健全化を図るため、新たに2億円の給付費臨時補助金が計上された。

このように、国民健康保険制度をはじめ各制度に対して、その時代の背景や論拠をもとに公費(国庫負担)の投入を徐々に拡大しながら、国民皆保険の下地を整えていった。そして昭和36(1961)年、国民皆保険が達成された。

(6) 皆保険達成から昭和48年改正まで(昭和36年から昭和48年まで)

①給付拡大の実施

昭和36(1961)年に皆保険が達成すると、政策課題は給付の充実化に焦点が移された。

昭和36(1961)年には、被用者保険における分娩費の引上げや日雇労働者健康保険における特別療養費の創設、国民健康保険における世帯主の結核性疾病と精神障害についての給付率の引上げが行われた。昭和38(1963)年には健康保険、国民健康保険

³¹ 昭和32(1957)年3月25日第26回国会参議院社会労働委員会公聴会 平田富太郎氏(早稲田大学教授) 公述人発言より要約・抜粋。

³² 昭和32(1957)年3月6日第26回国会衆議院社会労働委員会 大岩勇氏(中沢建設株式会社社長) 参考人発言より要約・抜粋。

ともに療養の給付期間の制限が撤廃された。また、国民健康保険においては、低所得者に対する保険料の軽減、世帯主の疾病に対する7割給付を実施した。さらに昭和39（1964）年度を初年度とする4か年計画によって昭和43（1968）年1月から全被保険者の7割給付が実現した。

このような給付の充実化を図るためには、財源確保が必要不可欠である。昭和37（1962）年1月24日第40回国会参議院本会議では、「今後の問題として、給付内容の改善を図り、給付率の引上げも行っていきたいが、とりあえずの問題として国保の財政状態が薄弱である。この国保の財政基盤を強化するために、明年度（37年度）は療養給付に対する国庫負担率を5分引き上げる」と灘尾弘吉厚生大臣の発言もあるように、昭和37（1962）年度から国民健康保険の給付費に対する国庫負担率が25%に引き上げられた。

このように給付拡大と国庫負担（公費）の引上げが行われる中、昭和37（1962）年8月22日に、社会保障制度審議会は『社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申及び社会保障制度の推進に関する勧告』を公表した。この中で、社会保険については「プール制の導入」と「国庫負担（公費）のあり方」について触れている。

この時期、負担の公平化を図る観点から一元化の議論もあったが、現実的ではないとの見方が主流であり、制度分立を前提にした場合の負担の公平化策として、プール制の議論が出てきた。プール制の導入については、「制度の分立を前提とし、これら制度の不合理的を是正するとすれば、財政不均衡を解消するために国庫負担の増大が必要となる。しかし国庫負担の増大にはおのずから限度がある。したがって保険者間においてプール制による財政の調整をはかることもどうしても必要になってくる」としており、負担の公平化を図るためには国庫負担だけでは限界があるので、プール制の導入が必要と訴えている。このプール制の導入に際しては、「すべての制度についてのプール制を行うことは困難であるから、まず制度間において負担能力に著しい差があり、給付に甚だしい不均衡のある医療保険の分野から着手すべく、まず組合相互間においてプールを行い、さらに被用者すべてについて、また国民健康保険の保険者相互間においてもプールを行うべきである」とし、まずは制度内におけるプール制の導入を提唱している。

次に、社会保険に対する国庫負担についてであるが、「各制度における国庫負担に対する既得権的な考えを一掃」することが必要であり、「国庫負担は、最低生活水準を確保するために絶対的に必要とされる給付に対して一定水準の保険料が受益者の負担能力を超えるような場合、あるいはインフレーションによる積立金の不足のように国以外に責任をもつものがない場合に行われるべきである。この原則によれば、負担能力の低い層に対しては国庫負担を厚くすべきである。また、事業主の負担のある被用者よりもこれがない自営業者に、個人的責任の度の濃い事故よりも薄い事故に対

して、それぞれ国庫負担を厚くすべきである」といった原則を立てるべきであるとしている。

プール制と国庫負担との関係については、「(プール制導入の主張は)、社会保障に対する国の負担を軽減しようという意味ではない。もしこれによって余裕が生じた場合は、これを社会保険その他の社会保障制度の改善にふり向けるべきである」とした上で、「プール制ができるまでの間、プールが行われない制度間の財政の不均衡を調整するための国庫負担は依然として必要であるし、事務費を全額国庫が負担すべきことはいうまでもない。また、財政的な余裕に応じて、奨励的な補助金を厚くすることも当然考慮すべきである」としている。

国会でも、「被用者保険あるいは国保を、一本にすることを直ちに考えるわけにはいかない。それぞれの発達の歴史を見直さなければならない。被用者保険については、その被用者保険の中でバランスをとっていききたい。組織を一本にしてということよりも、被用者保険の中の共通な事業をまとめ、そのために全体の保険から調整金をとることも一つの方法ではないかと思う」といった発言もなされている³³。

昭和 38 (1963) 年度には、国保の世帯主の 7 割給付の実施や給付期間制限の撤廃に対応し、調整交付金が 5%から 10%に引き上げられた。また、昭和 40 (1965) 年 1 月には、世帯員の給付率 2 割引上げ相当分の 4 分の 3 が国庫で補助されることとなった。昭和 41 (1966) 年 4 月からは、療養給付費に対する国庫負担制度の整理強化として、定率国庫負担 25%が 40%に引き上げられるとともに、調整交付金の割合は 10%から 5%に引き下げられた。これについては、国会では、「国民皆保険は国の責任の明確な、行政が宣伝をした保険であるから、その点を明確に行政上活かしてもらわなければならない」といった意見も述べられている³⁴。

②政管健保の財政危機

医療保険の給付の充実化に伴い、特に政府管掌健康保険の財政が急速に悪化していった。昭和 37 (1962) 年度には 16 億円の赤字であったのが、昭和 38 (1963) 年度には 131 億円、昭和 39 (1964) 年度には 363 億円と急増した。この赤字解消策として「総報酬制の導入」の議論もあがったが、むしろ「国庫負担を増額すべき」との意見が主流であった。

国会では、「高度成長政策で一番ひずみを受けている人から莫大な金を取り上げるのはおかしい³⁵」「659 億円 (昭和 40 年度) の赤字見込みに対して、国の負担は 30 億

³³ 昭和 38 (1963) 年 1 月 31 日第 43 回国会衆議院社会労働委員会 西村英一厚生大臣発言より要約・抜粋。

³⁴ 昭和 41 (1966) 年 5 月 31 日第 51 回国会参議院社会労働委員会 藤田藤太郎氏発言より要約・抜粋。

³⁵ 昭和 40 (1965) 年 1 月 20 日第 48 回国会衆議院社会労働委員会 滝井義高氏 (委員) 発言より要約・抜粋。

円だけであり、残りを全部被保険者が背負わされるのはおかしい³⁶」といった意見が噴出した。

昭和 40（1965）年 9 月 15 日の社会保障制度審議会答申『医療費問題に関する意見並びに保険三法改正案に対する答申』では、「総報酬制の採用は、応能原則を貫徹させるものとして理論的には正しいが、あまりにも急激な変化をもたらす点等に難点がある。むしろ標準報酬について国保などとの均衡を考慮しつつ手直しする程度にとどめるべきであろう」「政府管掌健康保険などの累積赤字はしばらく棚上げ」し、大幅な国庫負担を行うべきであるとした。

また、同年の社会保険審議会の答申『三法改正に関する答申及び意見』でも「総報酬制と薬剤一部負担制については、制度の根本に触れる問題であるから、この際は見送ることが適当である」とし、「当面の赤字対策」として、「単年度 200 億円に相当する国庫負担額を追加計上し残余は借入金で賄うべきである」と述べている。また、国会でも「総報酬制を採用すべきではなく、保険財政の赤字に対しては 2 割の国庫負担を実施すべきである」といった発言もあった³⁷。

こういった意見が続出する中、昭和 41（1966）年度は政管健保に対して 150 億円の国庫負担が投入されることとなった。これについては、国会において「政管健保等の財政が急速に悪化しており、制度崩壊をなんとしても防ぎ、国民医療の確保を図っていかねばならないという差し迫った事態であるため、応急、当面の対応として、保険三法の改正案のお願いしている³⁸」「国保は千何百億の国庫負担が出ていることと比べて（政管健保の国庫負担は）非常に小さい³⁹」とさらなる改革の必要性が訴えられた。

実際に、政管健保の赤字はその後も続き、昭和 41（1966）年度末の単年度赤字は 226 億円、累積赤字は 978 億円となり、昭和 42（1967）年度末における累積赤字は年間保険給付費の 2 分の 1 に達する 1,800 億円を上回ることが予想された。この「赤字の最大の原因は、医療給付が質量ともに向上してきたことである」という見解も示された⁴⁰。

このため、政府は「健康保険法等の臨時特例に関する法律（健保特例法）」を制定し、政管健保の保険料率を 1000 分の 65 から 70 へ引き上げると同時に、国庫負担を 225 億円（従前の 150 億円の 5 割増し）に増額することとなった。なお、この法律は

³⁶ 昭和 40（1965）年 3 月 31 日第 48 回国会参議院予算委員会 鈴木一弘氏（理事）発言より要約・抜粋。

³⁷ 昭和 40（1965）年 3 月 3 日第 48 回国会衆議院本会議 辻原弘市氏発言等より要約・抜粋。

³⁸ 昭和 41（1966）年 3 月 30 日第 51 回国会衆議院社会労働委員会 鈴木善幸厚生大臣発言より要約・抜粋。

³⁹ 昭和 41（1966）年 3 月 23 日第 51 回国会衆議院社会労働委員会 長谷川保氏（委員）発言より要約・抜粋。

⁴⁰ 昭和 42（1967）年 8 月 18 日第 56 回国会参議院本会議 坊秀男氏（厚生大臣）発言より要約・抜粋。

2年間の時限立法であった。政管健保に国庫負担を投入したことについては、「組合健保は一切の責任を組合がとる。政管健保は政府が管掌する保険であるから、経理の赤字も政府が責任をとらなければならない」といった意見が出ている⁴¹。

③財政調整論の浮上

厚生省では、健保特例法が2年間の時限立法とされたことを受けて、医療保険制度の抜本的な改正が必要であると考え、昭和42（1967）年11月には事務当局試案をとりまとめ、自民党医療基本問題調査会に提出した。ここでは、①制度間の給付率の格差、②保険料負担の制度間、保険者間の格差、③財政悪化と制度崩壊のおそれ、④診療報酬支払方式の問題、⑤関連諸制度の問題が指摘された。これら諸問題への抜本対策の基本方針の一つとして、「被用者保険における医療費の2分の1財政調整」や「国保における標準保険料制度を基準とした国庫負担による財政調整」といった財政調整論が提案された。しかし、時限立法の期限までに着手できないまま、2年間の期限が終了し、健保特例法は廃止された。昭和46（1971）年から、様々な改正案が提出されたが、いずれも審議未了・廃案となった。

図表3-4 昭和46（1961）年から47（1962）年にかけて国会に提案され
審議未了または廃案となった法案

○政府による抜本改正案（第65回国会提出）

- ・退職者継続医療給付制度の創設
- ・70歳以上の被扶養者の給付率の7割への引上げ
- ・埋葬料の改善
- ・再診時100円、入院時1日150円の一部負担（6か月を限度とする）
- ・標準報酬の上限を20万円に引上げ
- ・政管健保の料率について、1,000分の80を限度とした社会保険庁長官の調整権限の復活（47年度以降）
- ・定率5%の国庫補助の導入

○財政対策法案（自民党議員提案、政府提案）

- ・標準報酬の上限を20万円に引上げ、下限を1万2,000円に引下げ
- ・保険料率を1,000分の73に引下げ
- ・当分の間、賞与の1,000分の10を特別保険料として徴収（事業主と被保険者が折半負担）。なお、健保組合でも規約の定めるところにより、特別保険料徴収ができることとする。

⁴¹ 昭和42（1967）年8月18日第56回国会参議院本会議 小柳勇氏発言より要約・抜粋。

- 政管健保の医療給付費の 100 分の 5 を国庫補助
- 政管健保の保険料率について、社会保険庁長官は社会保険審議会の意見を聞き、1,000 分の 80 を限度として変更できることとする。なお、これによって料率が上げられた場合は、1,000 分の 73 を超える料率 1,000 分の 1 につき、上記の国庫補助を 1,000 分の 4 増加する。
- 昭和 47 年度末の政管健保の累積赤字を棚上げし、これを一般会計からの繰入れによって補填する方法を講ずるとともに、新規の借入れを限定

○抜本改正法案

- 家族給付の 7 割への引上げ
- 高額療養費の療養費払い
- 現金給付の改善
- 一部負担金の引上げ
- 60 歳以上の高齢者の医療給付費の健保保険者間の共同負担制の導入

○医療基本法案

- 医療制度についての国の責任における施策
- 地方公共団体の責任における施策
- 政府の法政・財政・金融上の措置
- 国および都道府県のレベルにおける医療計画の作成

このような法案が提出される中、昭和 46（1971）年 9 月 13 日には、社会保障制度審議会が『医療保険制度の改革についての答申』を公表した。この中では、被用者保険・国民健康保険といった医療保険の体系や給付水準の格差是正、老人医療のあり方のほか、財政調整や国庫負担のあり方について提言がなされている。

まず、医療保険の体系については、地域医療保険一般化推進者の論拠として、①国民に対する受診・給付・負担の公平を実現できること、②生涯の間に起こる職業や身分の変動に伴う隙間がなくなりライフサイクルへの対応が円滑になること、③財源が分断されないこと、④医療担当者側からみて診療報酬請求事務が簡素化されること、が挙げられている。これについて、答申では、その欠点として、①被用者保険に投入されていた事業主負担が保険料として納められることが期待できなくなること、②保険料の徴収率が国民健康保険程度に低下し、保険経済上の不経済が増大すること、③多額の国庫負担を予定せざるを得ない状況となり、体質上低い水準での公平化の実現となる必然性を含んでいること、結果的に、④付加給付が広まりこの面での不公平が強くなる公算が強いこと、⑤被用者と自営業者の所得に対する課税の実態が不公平である現状がそのまま保険料の面にも反映すること、等を指摘している。

こうした論拠等を踏まえ、答申では、「一本の制度としての被用者保険と、一本の制度としての国民健康保険という二大制度の体系をとることがもっとも適当であると判断する」とし、制度の一元化の議論を退けている。

次に、財政調整については、「二大制度の体系が適当であるとする以上、それぞれの制度ごとにその所属する保険者間で社会連帯の見地に立つ財政調整を実施することは当然である」としながらも、「拠出される資金は、組合健保などの経営努力を妨げるようなことのないものに限られる。具体的にいえば、被保険者の所得が高いことによる財政的余裕といったものに限定すべきである。したがって、保険者の健康管理が行き届いているために生じている財政的余裕からの拠出は、これを認めるべきではない」「今回の財政調整は政管健保の赤字対策であるが、医療制度面に手をつけずに実施すれば、政管健保の赤字はかえって増大する」と述べている。つまり、政管健保の赤字対策として財政調整の導入が提案されているが、組合健保などの経営努力を妨げるようなことがないように配慮する必要性が述べられている。

国庫負担のあり方については、「強制的社会保険である限り、事務費の国庫負担は当然」とされ、「事業主負担のない国保で国庫負担の割合が制度化されていることも是認される」としている。しかしながら、医療保険の赤字の後始末としての国庫負担は「やむを得ない場合を除いて認めるべきではない」としている。

図表 3- 5 社会保障制度審議会『医療保険制度改革についての答申』

(昭和 46 (1971) 年 9 月 13 日) (抜粋)

7.財政調整

(1) プール制

広い意味で財政調整という場合には、公費支出を財源として行なうものも含まれる。国民健康保険において、調整交付金の配分の場合、いろいろの要素の組み合わせに従って行なうのがその通例である。しかし、今いわれている財政調整はむしろ各保険間のプール制のことである。

その代表的な例の一つは、組合健保などの保険給付費の一定% (今次政府試案によれば二分の一) を、政管健保と全くのガラガラ計算にする方法である。

これは、結局は、組合健保等の規模を残りの%に実質的に縮小することであって、定められた%の部分はもはや政管健保に変質してしまうことになる。ほかに、たとえば、組合健保等の平均標準報酬が政管健保の総平均標準報酬を超える額を基礎とし、これにある一定の率を乗じるとか、政管健保の保険料率との開きに重点をおいて算出するとか、前年度の余剰金や積立金から引き出すとか、各種の案が考えられようが、いずれにしても、こうして拠出された金は、一応積み立てられ、まず組合健保等同種のものに財政調整に充て、次いで余裕があれば政管健保への組み入れを行なうのが筋である。

本審議会が昭和 37 年の社会保障制度の総合調整に関する答申・勧告の中で主張したのもこの方式であった。なお、この場合、拠出される資金は、組合健保などの経営努力を妨げるようなことのないものに限られる。具体的にいえば、被保険者の所得が高いことによる財政的余裕といったものに限定すべきである。したがって、保険者の健康管理が行き届いているために生じている財政的余裕からの拠出は、これを認めるべきではない。

さらに、上述の考え方を各種医療保険に及ぼし、国庫も相当の金額を拠出して一定の基金制度に発展させることも検討に価しよう。

(2) 組合健保

ところが、極端な主張をするものは、賃金の高い大企業の労働者の負担が低く、給付が高いというのは、社会保障としては倒立であってすべからず組合健保は廃止し、一本の被用者保険を目指すべきであると主張する。

なるほど、負担と給付とについては、一般的に指摘されているような傾向のあることは事実である。しかし、企業が従業員の労務管理、健康管理に力を注ぎ、より高い健康関係の各種の給付を与え、あるいは福祉面のいろいろの利便を供与し、その大部分の経費を事実上企業側の負担で行なうことは、全くその企業の自由であって、法をもって禁止するわけにはゆかない。組合健保は一般的に余裕のある財源状態にあり、多くの積立金を持ち、これが各種の福祉施設に化体しているのはそのためである。健康保険法によると、組合健保が破産すれば、その債務は政管健保に肩代わりされる規定となっている。そのせいであろうか、組合健保財政に対する現実の監督はきわめてきびしい。

最小限度一年度分の給付費に相当する積立金は、最短期間で持つことを要求されるし、料率の引き下げはなかなか許されない。そこで、いやでも財政上の余裕は大きくなる。収支面における管理の差以外に、このような面からくる政管健保との開きも見落とすことはできない。

(3) 政管健保

いうまでもなく、今回の財政調整は、政管健保の赤字対策がねらいである。とって医療制度面に手をつけずに、これを実施に移せば、むしろ政管健保の赤字はかえって増大することは明らかである。ここ十年間の政管健保の医療費の増高ぶりは、あらゆる意味で異常である。政管健保だけが近年これほど異常な医療費の上昇を示しているのは、一つには、そうした事実の追究も解明もされないままになっていたことに基づく。

もちろん、政管健保がより所得の低い中小企業従事者層を多くかかえ、年齢の高い層がいるため、財政的に問題があることを認めないわけにはゆかない。しかし、組合健保の場合には、その実効のほどについて異論がないではないがレセプトが事業主に手もとまで届けられ、そこにいろいろの点検も行なわれるが、政管健保では、保険料を納め、保険証を配ってしまえば、それで万事が終わり、事業主として事後の点検はしようがない。

もともと、この面に関心の薄い事業主層の関心を深めるため、赤字がはなはだしく出た事業主に対しては、制度の利用を正しくさせるような方策を工夫する余地は残されているだろう。

8. 国庫負担のあり方

(1) 保険以外の医療給付に対する国庫負担（政府消費）

これについては、医療扶助を今後どう取り扱うかの問題もあるが、特に今日では公害、老人、健康管理等についての国庫負担の問題がある。

英国やスウェーデンなどでは、普通の医療のある部分が公費によるサービスとして提供され、この医療サービスは医療保険よりも多い。その点保険型であり、フランスや西独に近い日本では、今後の問題として、公費による医療サービスの増大が要求されるであろうが、英国型に移行するには抵抗がある。そこで、問題は今後国庫負担をどれだけふやすかであり、これは結局、今日のいわゆる混合経済体制の下で国の役割をどこまで許し、個人のセルフ・ヘルプをどこまで認めるかに依存する。

(2) 医療施設整備等に対する国庫負担（政府投資）

本審議会としては、すでに述べたように医療供給面の改革整備を重視するものである。公費による医療担当者や医療従事者の養成確保はもちろんのこと、医療機関の新設、改善や医療設備や器具の充実についても公費投入が必要である。

この点について、医療金融公庫は、現行の融資によるのほか対象によっては賃貸制度も担当する機関に改める必要がある。いずれにしても、今日こそ国民の福祉に対する公共投資を大幅に拡大させるべき時であるという事実を忘れてはならぬ。

(3) 医療保険の中で制度化された国庫負担（振替支出）

医療保険が強制的社会保険である限り、事務費の国庫負担は当然である。また、事業主負担のない国民健康保険で国庫負担の割合が制度化されていることも是認される。しかし、保険方式を採用する根拠は、混合経済体制におけるセルフ・ヘルプの原則の面をできるだけ尊重し、かつ、保険料拠出によって国税依存の場合よりも給付水準を高めようという意図に基づくことを忘れてはならぬ。もちろん、保険方式をとるとしても、この場合に保険料拠出以外の受益者負担をどの程度認めるか、重い病気や低所得階層に対する国庫負担をどうするか、被用者保険に対する定率国庫負担をどうするか、などの問題を真剣に考慮しなければならず、これらの問題は単に保険財政の見地からだけで解決されるのではない。

(4) 医療保険の赤字の後始末としての国庫負担

国民健康保険では、市町村の七分の一が赤字であり、これについては、地方負担で補てんされている。また、周知のごとく、政管健保では昭和 45 年度末で累積赤字が 1,800 億円

であり、これについては、国庫負担による棚上げが提言された。しかし、赤字の後始末を国庫負担で行なうことは、きわめて安易なやり方であって、やむを得ない場合を除いて認むべきではない。

われわれの努むべきことは、上記の(1)、(2)、(3)の場合の国庫負担を強化整備することによって、(4)の場合の国庫負担を経常化しないことである。

昭和46(1971)年10月8日には、社会保険審議会が『医療保険制度の根本的改正についての答申』を公表した。この中で、「医療保険の危機の大きな原因の一つ」として、「今日までの医療保険に対する国の積極的姿勢ならびに財政援助が充分でなく、当面の危機打開のためにも国の強力な介入が不可欠である」とし、「当面の措置として、特に負担能力の低い政管健保、日雇健保等については、国民健康保険における国庫負担率を十分配慮のうえ、適正な定率国庫負担がなされるべきである」と、政管健保への定率国庫負担の導入の必要性が述べられている。また、財政調整については、「今後の医療保険制度のあるべき姿から考えて、その管理運営形態としては組合方式を推進していくべきであるが、反面、この方式の推進をはかればはかるほど保険者間の財政力格差を生ずることも明らかである。この間の調和をはかるため、何らかの形式において財政調整を併せて行う必要がある。なお、財政調整を具体的に実施するにあたっては、国庫負担も考慮し、関係者の納得が得られるよう、その工夫がなされるべきである」と慎重な財政調整導入の必要性を述べている。

図表 3- 6 社会保険審議会『医療保険制度の根本的改正についての答申』

(昭和46(1971)年10月8日)(抜粋)

1. 抜本改正の基本的方向

わが国医療保障諸施策の進路としては、公費負担医療と社会保険医療とのそれぞれの守備範囲を明確にし、公費に移行すべきものは速やかに移行せしめ、両者の総合の上において、国民医療水準の向上を期することとすべきである。(略)

- (1) 健康管理体制(略)
- (2) 医療供給体制(略)
- (3) 医薬制度(略)
- (4) 公費負担医療(略)

2. 保険制度

(1) 制度の建て方

医療保険制度が国民の健康管理体制に密着すべきことは、本審議会の前提問題についての意見書においても明らかである。しかし、健康管理体制のあり方については、未

だ一定のシステムとして確立されておらず、今日においては、地域的にも職域的にも実験段階に止まっている。また、人口、疾病、社会経済機構の変化は、健康管理の多様化を要求しつつある。すなわち、従来の公衆衛生行政がめざしていた結核、伝染病対策等は一応その成果を収めつつあるが、かわって生活水準の向上と社会環境の変化に伴い医療の欲求が多様化している。このような状況のもとでの健康管理は、先に述べた公費による健康管理体制の強化のほか、地域において行うのが適当なものもあれば、職域をとおして行うべきものもある。すなわち、健康管理への要請は、職域特性、地域特性、年齢特性等各種の複雑な諸要因によって個別化しつつある。これらの事情を勘案すれば、今日要求されている健康管理体制は、多元的、多面的なものでなければならない。この点からすれば、「健康管理を地域において一元的に行うべきであり、したがって、これと密着する医療保険制度は一元化されなければならない。」とする考え方は、国民生活の実態に即するものではない。

さらに、被用者と自営業者等との所得把握上での差は、税制上も問題のあるところであり、これを無視して一元化をはかれば負担の不均衡はかえって増大するであろう。また、被用者の場合は、雇用に結びつかない限り所得稼働能力を一挙に失なう特性がある。

これらの点を考慮すれば、被用者と自営業者等との質的差を無視して単一の医療保険制度を構想するのは無理としなければならない。われわれは当面の現状を改革の出発点とするものであり、その限りにおいて被用者保険と地域保険との二本建てという制度のしくみを現状においては変更すべき理由は見当らない。

(2) 家族移管論の否定（略）

(3) 被用者保険における経営管理の単位

被用者保険は、組合方式を原点として発展してきたが、この過程において、組合方式は保険の管理運営形態として多くのすぐれた面を発揮してきた。すなわち、被保険者の運営参加による健康保持に対する自覚の高揚、保険集団に適合した健康管理の徹底等、効率的、かつ、民主的なその管理運営がはかられてきたといえよう。しかし、その反面、保険者間に財政力格差を生じてきたことも否めない事実である。

今日求められる経営管理の単位は、今後の医療保険制度のあるべき姿に適應したものでなければならないと同時に、皆保険下においては給付と負担は公平でなければならないという要請に規律されるものと考えられる。

これまでの医療を反省し、今後、効果的な医療を行うためには、とくに、健康管理面を重視する必要があるが、保険の管理運営形態として、これに多面的、多元的に対応していくためには、すでに経験と実績をもつ組合方式を積極的に活用していくことが妥当と考える。この場合、組合方式によりもたらされる財政力格差という弊害は何らかの調整手段により修正する方が講じられなければならない。さらにまた、組合方式の将来のあり方としては、労使間の理解と合意により、産業別、地域別に共同化、一体化がはかられていくべきであり、政府もこの線に沿って協力すべきである。

しかしながら、ただちに政管健保のすべてを組合化しうるとするのは実態に即しない。とくに後に述べるごとく、適用範囲の拡大によって、政管健保は零細企業等健康水準および所得水準の低い層をより多く抱えるようになるであろう。この点に着目して、政管健保の管理運営に当たっては、政府は業務の実態に即した人員ならびに施設等を整備して、当面する財政対策のみに目を奪われることなく、被保険者の健康と福祉の向上のために年次計画をたて、思い切った具体的対策を講じていく必要がある。

3. 保険給付（略）

4. 費用負担

(1) 費用負担のあり方

費用負担のあり方については、事業主、被保険者、国の負担割合について、先進諸国の動向等を参考としつつ、漸次改善すべきである。

(2) 保険料

保険料の算定の基礎としては、現行の標準報酬制を維持していくべきものと考えますが、負担の公平をできるだけ期すうえにおいても、その上下限は賃金実態に即応できる形でのものでなければならない。この場合、低所得者層に対する保険料率等については、特別の考慮を加えるべきである。

(3) 国庫負担

今日医療保険制度が大きな財政危機に陥った原因の一つは、国の必要な財政援助の不足にあったことは、前文においても指摘したところであるが、当面の措置として、とくに負担能力の低い政管健保、日雇健保等については、国民健康保険における国庫負担率を充分配慮の上、適正な定率国庫負担がなされるべきである。

(4) 財政調整

今後の医療保険制度のあるべき姿から考えて、その管理運営形態としては組合方式を推進していくべきであるが、反面、この方式の推進をはかればはかるほど保険者間の財政力格差を生ずることも明らかである。この間の調和をはかるため、何らかの形式において財政調整を併せて行う必要がある。

なお、財政調整を具体的に実施するにあたっては、国庫負担も考慮し、関係者の納得が得られるよう、その工夫がなされるべきである。

5. 診療報酬体系（略）

6. 医療費支払制度（略）

7. 医療保険と行政（略）

8. 高齢者医療制度

人口構造の急速な高齢化、社会経済条件の変動のもとで高齢者福祉の充実は緊急な要請とされており、その医療確保についても早急な対策が必要であるので、老人医療については公費負担により、医療の無料化を実施すべきである。なお、高齢者医療の確立のためには、必要病床ならびに施設の整備拡充が必要であることはいうまでもない。

④政管健保への定率国庫負担の導入

昭和 47 (1972) 年 10 月 17 日に、社会保険審議会に「健康保険問題懇談会」が設置され、同年 12 月 26 日に『健康保険法改正に関する意見書』が厚生大臣に提出された。意見書では、「財政対策、大幅な給付改善と関連問題を切り離すことなく総合的、計画的、段階的に実施する方途を見出さなければならない」とし、昭和 48 (1973) 年度に実施すべき事項として、①家族の給付率を国保の給付水準 (7 割) に引き上げること、②標準報酬の上下限を引き上げること、③少なくとも定率 10%以上の定率国庫負担を導入すること、④累積赤字を棚上げすること等を掲げた。

これを受けて、政府は、健康保険法の改善と政管健保の赤字解消とを同時に目指す健康保険法の一部改正案を作成、昭和 48 (1973) 年 1 月に社会保険審議会と社会保障制度審議会に諮問した。厚生省では、この法案を抜本改正に向けての第一歩を踏み出すものとし、この改正が実現して政管健保の財政が安定したあとに第二弾として財政調整、退職者医療、医療制度の整備等の問題を長期計画で解決していきたいとした。昭和 48 (1973) 年 2 月に両審議会は答申をとりまとめた。政府は答申内容を考慮して、標準報酬の上限の政令による改訂事項を削除したうえで、昭和 48 (1973) 年 2 月 17 日に改正法案を第 71 回国会に提出した。この法案は、衆議院社会労働委員会等で修正された後、9 月 14 日に可決成立し、同年 10 月 1 日から施行された。これにより、政管健保の保険給付費について定率 10%の国庫補助が新設された。また、政管健保の保険料率が 7.2%を超えて引き上げられる場合には、料率 0.1%の引上げについて国庫補助率が 0.8% (対保険給付費) 増加されることとなった。

昭和 39 (1964) 年以降の政管健保の大幅な赤字対策として、被用者保険における財政調整についての議論も盛んに行われてきたが、安易な財政調整はかえって制度運営に怠惰が生じるとの慎重論が示され、結果的には、公費 (国庫負担) の投入を軸にした解決策がとられた。しかし、この間、財政調整についての議論が盛んになった。

3. 公費抑制と制度間財政調整論の始まり

これまで述べてきたように、わが国の公的医療保険制度草創期・発展期において、国民皆保険の達成や、給付率の改善・向上を図る中で、公費が果たしてきた役割・意義は大きかった。逆を言えば、公費投入がなければ国民皆保険達成、給付率の改善・向上を図ることが難しかった。しかし、国民皆保険達成以降、特に昭和 40 年代に入ると、公費投入に対する慎重な意見も挙げられるようになり、医療保険財政の問題を解消するための方策として財政調整論も浮上した。2. で述べた内容と一部重複する時期もあるが、ここでは、昭和 40 年代以降の財政調整論の内容とその頓挫の経緯についてまとめた。

(1) 昭和 43 (1968) 年の財政制度審議会報告

財政制度審議会は、食管制度、国鉄財政等の問題⁴²とともに、特に政管健保の問題について抜本的対策が必要と考え、社会保障の費用負担のあり方について度重なる検討を行い、昭和 43 (1968) 年 11 月 28 日に『社会保障についての費用負担ならびに政府管掌健康保険及び日雇労働者健康保険の財政再建についての報告』をとりまとめた。

① 社会保障における費用負担についての報告

昭和 43 (1968) 年 11 月 28 日に財政制度審議会がとりまとめた『社会保障についての費用負担についての報告』は、社会保障制度全般の国庫負担のあり方を中心に、現状と問題点、改善の方向について検討を行ったものである。

同報告の「第一総論」の「1. 現状と問題点」の中で、昭和 30 年代後半における社会保障給付の拡大が医療保険に対する国庫負担の増加に起因すること、社会保険の草創期においては国庫負担により制度の助長を図ることにはそれなりに意味があったが、医療保険に巨額の租税財源を投じている現状のままでは年金制度等、今後充実が必要な他制度への財源投入が困難であること、等が指摘された。続く「2. 改善の方向」では、「(1) 基本的な考え方」、「(2) 費用負担のあり方」、「(3) 制度運営の効率化」について述べられている。このうち、「(2) 費用負担のあり方」の中で、「社会保障は給付と負担についての明確な認識に基づくものでなければ、健全な発展を望めるものではない。社会保障は国民の負担の上に成り立っている制度であるから、その負担が可能な限度においてのみ給付の拡大が可能である。給付の拡大は、減税の見送りか、増税か、保険料の引上げか等々に直接つながる国民的選択の問題であることを十分認識しなければならない」と給付との関係で費用負担のあり方について述べている。また、「社会保障制度として国が関与することが、ただちに『国庫の負担』——『一般税負担』を意味するものでない」「社会保険は本来保険料によって給付を行うべき制度である」「社会保険自体についてみても、租税財源に依存することは必ずしもその給付の充実を期しうる所以ではない。租税財源は年々の経済状況によりかなりの変動があると同時に、他の政策目的との競合を避けることはできず、個別の制度にとっても財源を安定しうるとは限らないからである」と述べており、国の責任として公費投入を求めることを牽制するとともに、公費依存の問題点も指摘する意見となっている。

「第二各論」では「医療保険」の項で現状と問題点を述べており、この問題点のうち費用面の問題については「国庫負担」と「保険料」とに分けて述べている。

政管健保に対する国庫負担については、「現在暫定的な財政対策として定額の国庫補助が行われているが、被用者に対する一般制度たる同保険に租税財源を投入する理

⁴² 米、国鉄、健保（政管健保）の赤字財政問題は「3K」といわれた。

由は極めて希薄である。今後医療保険の再建を考えるに当たっては、制度間の財源調整を含めて、保険料財源をもって単年度の収支を均衡せしめることが最少限必要である」としている。また、国保に対する国庫負担については、「この保険は、被保険者に比較的所得階層が多く、かつ事業主負担もないので、ある程度の国庫負担はやむを得ないとしても、現在のように療養費の45%従って保険給付費に対しては70分の45の国庫負担を行っていることはその理由に乏しい。このような高率の国庫負担が行われるに至ったのは、主として助長的な観点から給付改善の税源を租税に依存して来たためであるが、給付費の半ば以上を国庫負担によりまかなっている現状は、保険としての本質を半ば失っているものといつてよい。この負担率は漸次合理的に引き下げていくことを検討すべきである。」「また、国民健康保険に対する負担は国庫のみが行っているが、市町村を単位とし、市町村民を被保険者とする制度であるから、適度の地方負担の導入を考慮するのが地域保険としての本質である」と述べている。

②政府管掌健康保険及び日雇労働者健康保険の財政再建についての報告

財政制度審議会は、昭和43(1968)年11月28日に『政府管掌健康保険及び日雇労働者健康保険の財政再建についての報告』も合わせて取りまとめている。この中では、政管健保の慢性的な赤字運営を問題視しており、「医療保険の如き短期の保険は、単年度の収支を均衡せしめるよう運営することが基本である」「従って、給付面の変動には、保険料収入において弾力的に対応しうることが保険としての基本的条件である」「また、短期的な資金繰りのための借入金は認められるとしても、長期にわたる固定的借入は許容されるべき筋合いのものではない」と述べている。

このため、「対策」として、「政府管掌健康保険及び日雇労働者健康保険の単年度収支を保険料収入の増加、各制度を通ずる財源調整等の措置によって均衡せしめること。特にこれまで何等の対策も講じられていない日雇労働者健康保険については、保険料を適正な水準に引き上げる必要がある。なお、両保険の保険料は一定の限度内で給付費の変動に弾力的に対応しうよう改めるべきである」「両保険の借入金は、短期の摩擦的資金不足をまかなう場合に限定するよう制度を改正すること」「前記の対策により、両保険の財政収支が将来にわたり均衡することとし、両保険に対しなされている定額の国庫補助をその財源に充当すること」としている。

(2) 昭和45(1970)年の経済審議会とりまとめ

昭和45(1970)年1月に経済審議会生活分科会社会保障小委員会は『社会保障の充実とその体系的整備について』をとりまとめた。ここでは「第一 社会保障充実の基本課題」「第二 社会保障の発展方向」「第三 振替所得、社会保険負担および国庫負担の規模」をまとめている。

まず、「第一 社会保障充実の基本課題」では「社会保険制度による給付拡充の財源は

主として社会保険料に求めるべき」と述べている。

図表 3- 7 経済審議会生活分科会社会保障小委員会『社会保障の充実とその体系的整備について』（昭和 45（1970）年 1 月）（抜粋）

第一 社会保障充実の基本課題

（前略）

4 社会保障の財源

今後社会保障の水準を引き上げていく際の最大の問題は、これに必要な財源をいかにして確保するかということである。

わが国の社会保障が今後指向する社会保険中心型の社会保障においては、社会保険制度による給付拡充の財源は主として社会保険料に求められるべきであり、租税負担の増大は主として公的扶助、社会福祉、公費負担医療等公衆衛生の施策の充実に振り向けられるべきであるといえよう。いずれにしても今後社会保険の水準を増大することともに財政負担の増加も必要とするものであるから、これまでともすればみられたように社会保障の推進を主張する者は給付面だけ目を向け財源の調達はおまかせ財政当局の責任とする傾向から脱皮し、関係者のすべてが「給付とともに財源を考え、その提案が健全なものである限り財政当局もそれを尊重する」という新しい慣行を確立することが、これからの社会保障前進のための前提条件となる。そのためには、保険料負担によることが妥当な部分と租税負担によることが妥当な部分とを区分する基準の具体化と雇用者事業主間の財源負担における責任区分の明確化に努めつつ、財源問題について関係者を納得させるに足る事の運びに配慮することが特に重要となる。

（後略）

（3）昭和 48（1973）年以降の政管健保への国庫負担と財政調整論

前述のように昭和 40 年代になると、医療保険に対する国庫負担という公費が投入されることに慎重な意見もみられるようになった。こうしたなか、昭和 48（1973）年の健康保険法改正により、政管健保に対しても給付費について定率の国庫補助が投入されることとなり、政管健保の財政は昭和 49（1974）年以降は健全化する見込みであった。実際、昭和 48（1973）年度の単年度収支は、改正法成立直後は約 868 億円の赤字が見込まれていたが予想を上回る賃金収入の伸びの影響もあり、赤字額は 64 億円にとどまった。この結果、累積赤字は 2,945 億円となり、これについては国の負担で棚上げされた。

昭和 49（1974）年度は黒字となる見込みであったものの、老人医療費の無料化や昭和

49（1974）年秋のオイルショックによる影響等⁴³により、政管健保の財政は再び悪化した。昭和 49（1974）年度の政管健保の財政は、保険料率 0.4%（7.2%から 7.6%へ）引上げにもかかわらず 456 億円の赤字となり、昭和 50（1975）年度も赤字が増大することが見込まれる事態となった。

政管健保への国庫負担の割合は、昭和 48（1973）年 10 月には給付費の 10%であったが、昭和 49（1974）年 11 月には 13.2%（保険料率 7.6%）となっており、昭和 51（1976）年 10 月には 14.8%（保険料率 7.6%から 7.8%）に引き上げられた。また、昭和 51（1976）年には経済変動等に応じてスライド的措置を講じることを内容とした健康保険法等一部改正案が国会に提出され、5 月に成立し、7 月に実施された。

しかしながら、この間も政管健保は厳しい財政運営を続け、昭和 52（1977）年度までに昭和 51（1976）年度末までの赤字 984 億円を解消する予定であったが、昭和 51（1976）年 9 月時点では昭和 51（1976）年度単年度で 603 億円の赤字になることが予想された。こうした事態を受け、厚生省は昭和 52（1977）年 1 月 12 日に、政管健保について定率国庫負担とは別に臨時的措置 200 億円の特別国庫補助を上乗せするといった内容を含む健康保険法改正法案の骨子をまとめて大蔵省に対して予算要求を行った。

大蔵省との折衝を経て、政管健保に対する特別国庫補助 130 億円が新設された。これについて、「（政管健保の被保険者から）特別保険料を徴収する以上、国としても応分の負担をすべきであるということから強力に大蔵省と折衝した結果、今回の予算案に 130 億円の国庫補助が計上された」といった説明がなされている。なお、この法案は、継続審査、廃案、再提出という経過を辿り、昭和 52（1977）年 12 月に成立し、翌 53（1978）年 1 月 1 日から実施されたという経緯をもつ。その後、昭和 53（1978）年 2 月には、政管健保への国庫負担の割合は 16.4%（保険料率は 7.8%から 8.0%）に引き上げられた。

このように、結果的には国庫負担の増額という形で政管健保の救済策が採られたが、この時期、政管健保の赤字問題を解消するため、被用者保険制度内における財政調整をめぐる議論が活発となった。将来的に被用者保険制度内での財政調整を行うことを前提に当面の措置として組合間の財政調整を行うという案が出されたが、関係団体による強い反対を受け、結果的に「組合間での財政調整を行う」という規定に止まり、財政調整に関する議論はまず決着を見せた。

以下はその詳細を述べたものである。

⁴³ 昭和 49（1974）年度は家族給付率の引上げや高額療養費支給制度の創設、老人医療費の無料化による影響もあり医療費が急増した。また、オイルショックにより物価や人件費高騰で医療機関の経営が急激に悪化し、医療費が年間 2 回にわたって、計 36.3%引き上げられるという異常事態が発生した（健康保険組合連合会『健康保険の歩み その二』）。

①社会保険審議会『医療保険制度の改善方策についての意見』（昭和52（1977）年11月5日）

昭和50（1975）年度の予算編成では国の歳入不足が生じ、福祉予算の見直しが行われた。大蔵省は、医療分野での費用増加を抑制するため『医療保険の改善合理化案』を内示した。ここでは、①標準報酬月額の上上げ、②高額療養費の自己負担限度額の上上げ、③退職者医療保険制度の導入、④5人未満事業所の健保への適用拡大の4点が盛り込まれた。これに対して、厚生省は大蔵省と折衝した結果、昭和50（1975）年度の実施は見送られたものの、昭和51（1976）年度に法改正が必要な状況となった。

昭和50（1975）年12月に、社会保険審議会の健保問題等懇談会がとりまとめた『51年度における健康保険制度改正に関する意見』では、「社会保障の面にも財政難が迫ろうとしているが国民福祉は経済の変動によって後退すべきではない」と述べ、大蔵省の姿勢を牽制した。また、退職者医療保険制度については「制度の仕組み方、費用負担のあり方等について、なお検討を要する問題があり、早期に実現を図るよう引き続き検討を行うべきである」とした。

厚生省はこの意見書を受けて、標準報酬等級の上下限の上上げや一部負担金上上げの見送り、任意継続被保険者制度の改善等を内容とする健康保険法の改正法案骨子をまとめ、大蔵省に提出した。これに対して大蔵省は、財政制度審議会の建議に沿って、「受益者負担の原則」を主張し、賃金上昇を考慮に入れた負担増を求める考えを示した。なお、大蔵省の主張する「受益者負担の原則」は個人レベルでの受益者負担とはなっていないことに留意する必要がある。厚生省は大蔵省に復活折衝したものの、結果的には負担増となる改正案に修正された。この改正案について社会保険審議会と社会保障制度審議会は批判的な答申内容をまとめた。その後、改正案は一部修正されたものの、昭和51（1976）年2月16日、第77回国会に提出された。国会でも議論は紛糾したが、修正などを経て、同年5月21日に可決成立した。

しかし、この改正法案では抜本的な改革ができず財政の建て直しが図れなかったことから、政府は昭和53（1978）年度から制度の抜本的改革に取り組まざるを得なくなった。昭和51（1976）年11月に、社会保険審議会の健保問題等懇談会は、政府の要請を受けて医療保険制度全般にわたる基本的見直しのための検討に着手していた。そして翌年の昭和52（1977）年11月5日に、意見書『医療保険制度の改善方策について』をとりまとめた。

ここでは、昭和46（1971）年に社会保険審議会が医療保険制度の根本的改正について答申を行った時と比べて、①経済が低成長へ基調変化し、それに伴い国家財政も窮乏していること、②急激な高齢化を迎えつつあること、③国民所得の伸びを上回る医療費の増嵩が続いていることなどの社会経済環境の変化があったことに触れながら、医療保険制度のあり方について提言を行っている。この意見書では、「被用者保険の地域保険への統合、被用者保険の一元化など医療保険制度の抜本的再編成を求める意

見もあるが、それぞれの制度には今日までの沿革があり、また急激な改革からは摩擦が生じる恐れもある」「現段階では、被用者保険及び地域保険の二本建てを前提とした上で、被用者保険制度のあり方を検討するとともに、さしあたり被用者保険制度内での給付および費用負担の漸進的合理的改善を図るべきである」と述べ、被用者保険と地域保険の二本建てを前提とする、これまでの姿勢を維持する考えを示した。その上で、「医療保険制度改革の重要な課題として制度間の格差を是正すべきであり、その方法の一つとして被用者保険制度内での財政調整の議論がある。当面は、健康保険組合間での財政調整の具体策を検討すべきである」とした。また、ここでは、「医療保険の保険料は、赤字対策の手段として考えるべきものではなく、本来給付との見合において決められるものである」と述べており、この点は注目される。

図表 3- 8 社会保険審議会『医療保険制度の改善方策についての意見』

(昭和 52 (1977) 年 11 月 5 日)

(1) 医療保険の体系

(1) 被用者保険と地域保険

被用者保険の地域保険への統合、被用者保険の一元化など医療保険制度の抜本的再編成を求める意見もあるが、それぞれの制度には今日までの沿革があり、また急激な改革からは摩擦が生じる恐れもある。

現段階では、被用者保険及び地域保険の二本建てを前提とした上で、被用者保険制度のあり方を検討するとともに、さしあたり被用者保険各制度内での給付及び費用負担の漸進的合理的な改善を図るべきである。また、今後予測される人口高齢化の現実に即し、別途老人医療対策を講ずるべきである。

(略)

(2) 保険給付 (略)

(3) 費用負担

(1) 費用負担のあり方

費用負担のあり方については、事業主、被保険者、国の負担割合について、先進諸国の動向等を参考としつつ、漸次改善すべきである。

(2) 保険料

医療保険の保険料は、赤字対策の手段として考えるべきものではなく、本来給付との見合において決められるものである。

また、標準報酬は、保険給付及び保険料負担の基礎となるものであり、常に被保険者の賃金実態に即したものでなくてはならないものである。その意味で標準報酬の上下限の改定は可能な限り迅速に行われるべきである。

(3) 財政調整

医療保険制度改革の重要な課題として制度間の格差を是正すべきであり、その方法の一つとして被用者保険制度内での財政調整の議論がある。当面は、健康保険組合間での財政調整の具体策を検討すべきである。

(4) 国庫補助

いうまでもなく医療保険の主要財源は保険料であるが今や国庫補助も重要な役割を担っている。

保険料の引上げあるいは一部負担の増を求める場合には、これらの者の負担能力及び財政力基盤を十分考慮し、国庫も応分の負担を考えるべきである。

国会では、昭和 52（1977）年の健康保険法改正案の採決に際し、昭和 52（1977）年 11 月 1 日第 82 回国会衆議院社会労働委員会決議、昭和 52（1977）年 12 月 8 日第 83 回国会参議院社会労働委員会附帯決議において、「給付及び負担の公平化を図るため、保険者間の財政調整を行うものとするが、当面、健康保険組合間の財政調整を行うこと」を盛り込み、被用者保険全体での財政調整論は当面の問題としては退けられた。

②厚生省『医療保険制度改革要綱案（将来のビジョン）』（昭和 53（1978）年 3 月 3 日）

昭和 52（1977）年 12 月 20 日、財政制度審議会は昭和 53（1978）年度予算編成に関する決議と歳出の合理化に関する報告をまとめ、村山大蔵大臣に提出した。この中には、医療費に係る国庫負担の限界と政管健保の赤字解消が盛り込まれた。

厚生省は改革案をとりまとめ、昭和 53（1978）年 3 月 3 日の自民党医療基本問題調査会と社会部会との正副会長会議に『今回の健康保険法案の改正案の内容』と『医療保険制度改革要綱案（将来のビジョン）』を提出した。

このうち、『今回の健康保険法案の改正案の内容』では、政管健保に対する国庫補助の弾力的調整を廃止し総医療費の 15%を補助すること、総合的な財政調整を段階的に行うことを前提にして当面健康保険組合において財政調整を行うこと、財政調整は政府が行うこととするが、厚生大臣が指定する法人に代行させることができるものとする、等が示された。

また、『医療保険制度改革要綱案（将来のビジョン）』では、制度体系については職域保険制度、地域保険制度、老人保健医療制度の三本建てとすること、職域保険制度内において医療給付費を対象に財政調整を行うこと、が示された。ここでは、各事業主体は一定料率に相当する金額を拠出する、拠出金は事業主体毎の財政状況等に応じ傾斜的に配分する、財政調整事業は政府の監督の下に調整基金（仮称）に代行させるものとする、という案が示された。

図表 3- 9 厚生省『医療保険制度改革要綱案（将来のビジョン）』（抜粋）

1. 制度の体系

医療保険制度の体系は、職域保険制度、地域保険制度及び老人保健医療制度の三本建てとする。

(1) 職域保険制度

イ 7つに分立している法体系の一元化を図る。

ロ 職域保険は政府が統括し、事業は企業別、産業別、地域別に組織される職域保険組合および社会保険庁が行う。

(2) 地域保険制度

現行国民健康保険制度を踏まえ、職域保険制度と同様の医療給付を行う。

(3) 老人保健医療制度

老人に対する総合的な保健医療サービスを確立するため老人保健医療制度を創設する。

2. 保険給付（略）

3. 費用負担と保険財政

(1) 職域保険の保険料について負担の公平を図るとともに、算定基礎を統一する。

(2) 職域保険の保険料率は全体を通じた上下限の範囲内において、事業主体別に定めるものとする。

(3) 職域保険制度内において、医療給付費を対象に財政調整を行う。

1. 各事業主体は一定料率に相当する金額を拠出する。

2. 拠出金は、事業主体毎の財政状況等に応じ、傾斜的に配分する。

3. 財政調整事業は政府の監督の下に調整基金（仮称）に代行させるものとする。

(4) 医療保険に対する国庫負担の合理化を図る。

4. 保険医療（略）

③昭和 55 年改正までの経緯

『医療保険制度改革要綱案（将来のビジョン）』と同時に出された『今回の健康保険法の改正案の内容』について、日本医師会や健康保険組合連合会等の関係団体が強い反対を表明した。

厚生大臣は、日本医師会の了解を取り付けるため、医師会長との数回にわたる会談の結果、①給付の平等化、②負担の公平、③物と技術の分離、④会計の高額負担を解消する方途を別途考慮する、⑤審査機構の改善を早急に検討する、といった 5 原則について合意を得た。この合意内容を原則に、本人・家族とも入院・外来を十割給付とし、薬剤費の足切り償還制を導入する内容の改正案をまとめ、昭和 53（1978）年 4 月 7 日に社会保険審議会に、4 月 8 日に社会保障制度審議会に諮問を行った。諮問案で

は、財政調整については、「政府は別に法律で定めるところによる被用者医療保険の保険者間の財政調整が行われるまでの間、各健康保険組合間の財政調整を行うための所要の措置を講ずることとすること」とされた。

図表 3- 10 社会保険審議会に提出された厚生省『健保組合財政調整の実施についての考え方（案）』

1. 基本的考え方

- (1) 健康保険の各保険者間の保険料率の平準化を図り、もって被保険者間の負担の公平に資する。
- (2) 医療給付に必要な保険料率が健康保険全体の平均保険料率を考慮して定める基準料率を超える健保組合について、その料率を政管健保の保険料率の程度にとどめるため、当該組合に対し、各健康保険組合の拠出を財源とする調整交付金を交付する。

2. 実施方法

(1) 調整交付金の交付

医療給付費に必要な保険料率が一定率を超える健保組合に対し、その超える料率に相当する医療給付費の額に、必要料率の段階別に定めた交付率を乗じて得た額を調整交付金として交付する。

（例）設例を次のとおりとする。

- ・健康保険全体の医療給付費に必要な平均保険料率 1000 分の 50
- ・A 組合の医療給付費に必要な保険料率 1000 分の 75
- ・A 組合の 1000 分の 1 あたりの保険料額（年額）2400 万円
- ・交付率 1000 分の 50～1000 分の 55 未満の所要給付費につき＝2 分の 1、1000 分の 55 以上～1000 分の 60 未満の所要給付費につき 3 分の 2、1000 分の 60 以上の所要給付費につき＝10 分の 10
- ・この設例の場合、A 組合に対する交付金額、調整後の所要料率は次のようになる。
- ・A 組合に対する交付金額
 $2400 \text{ 万円} \times 5\% \times 1/2 + 2400 \text{ 万円} \times 5\% \times 2/3 + 2400 \text{ 万円} \times 5\% \times 10/10 = 5 \text{ 億円}$
- ・調整後の医療給付費に必要な保険料率 54.17%（拠出に要する料率は含まない）

(2) 調整財源の拠出

- ①各健保組合は、調整交付金に充てるため、保険料算定の基礎となる報酬の総額に一定の拠出率（例えば 1000 分の 1～1000 分の 5 の範囲内で厚生大臣が定める率）を乗じて得た額を拠出するものとする。

（注）各年（度）の拠出率は、調整交付金の見込額をその年（度）の保険料算定の基礎

となる報酬の総合計見込額で除して得た率を基準として定める。

②各健保組合は、前項の拠出金に充てるための財源を、保険料の例により、保険料の徴収に合わせて徴収することができる。

諮問案について、社会保険審議会と社会保障制度審議会は5月13日に答申をとりまとめた。

社会保険審議会は、①改正案要綱は社会保険審議会が改正案の作成に備えて前年秋に提言したものとは考え方、具体策の面で相当かけ離れたものとなっていること、②薬剤費の償還制については基本となる検討が不十分で直ちに実施することはできないこと、③医療制度、医薬制度等の関連諸制度の改善策が明示されていないばかりか緊急かつ切実な課題である保険外負担問題についても解決への具体的道筋が明らかにされていないこと、等批判的な意見を示した。また、財政調整に関する事項については、諮問案が被用者保険全体での財政調整を示していることについて、「将来の制度の体系との関係、被用者保険全体での財政調整についての理念と具体的方法を明らかにすべきである」と述べ、「健康保険組合間での財政調整を実施するにあたっては、健康保険組合の自主性を失わしめないようにすべきである」としている。

図表 3- 11 社会保険審議会答申『健康保険制度改正案に関する答申』

(昭和 53 (1978) 年 5 月 13 日)

財政調整に関しては、被用者保険全体での財政調整の考え方を打ち出している。このような方向を採るためには、将来の制度の体系との関係、被用者保険全体での財政調整についての理念と具体的方法を明らかにするべきである。

特に、健康保険組合間での財政調整を実施するにあたっては、健康保険組合の自主性を失わしめないようにすべきである。

一方、社会保険審議会と同日に提出された社会保障制度審議会の答申『健康保険制度等の改正について (答申)』では、①事前の検討の不十分さが目立ち納得しかねる点が少なくないこと、②薬剤費の償還制よりも薬剤費の一部負担制を採用する方が現実的であること、等を表明している。また、財政調整に関する事項については、「今回の狙いの一つは保険者間の財政調整にあるとされているが、それによって経営努力がゆがめられたり、自己責任がおろそかにされるようなものであってはならない」「財政調整の方向としては、政府管掌健康保険と組合管掌健康保険、さらには共済組合、国民健康保険等を含めて医療保険全体に拡げることが本筋である。この場合、被保険

者間の負担の公平感が前提とされるべきであり、さらに国庫負担の適正なあり方もあわせ考えなくてはならない。なお、財政調整を政府管掌健康保険に及ぼすに当たっては、まずその赤字の原因を徹底的に究明する必要がある」としている。

図表 3- 12 社会保障制度審議会答申『健康保険制度等の改正について（答申）』

（昭和 53（1978）年 5 月 13 日）

今回の狙いの一つは保険者間の財政調整にあるとされているが、それによって経営努力がゆがめられたり、自己責任がおろそかにされるようなものであってはならない。財政調整の方向としては、政府管掌健康保険と組管掌健康保険、さらには共済組合、国民健康保険等を含めて医療保険全体に広げることが本筋である。この場合、被保険者間の負担の公平感が前提とされるべきであり、さらに国庫負担の適正なあり方もあわせ考えなくてはならない。なお、財政調整を政府管掌健康保険に及ぼすに当たっては、まずその赤字の原因を徹底的に究明する必要がある。

両審議会から厳しい内容の答申を受けて、政府は、薬剤費の償還制の導入の代わりに薬剤費の一部負担制を採用するなど、改正案の一部修正を行った後、昭和 53（1978）年 5 月 26 日、第 84 回国会に提出した。なお、財政調整については、次のような修正を行った。

図表 3- 13 昭和 53（1978）年 5 月 26 日、第 84 回国会に提出された政府案

【健保組合間の財政調整】

（諮問案）

政府は別に法律で定めるところにより、被用者医療保険の保険者間の財政調整が行われるまでの間、医療に関する給付に要する費用に充てるための所要保険料率が政令で定める率を超える組合に対し、政令の定めるところにより、財政調整交付金を交付する。

↓

（政府修正案）

全被用者医療保険における医療に関する給付に要する費用の財源について必要な調整措置が講じられるまでの間、健康保険組合の健康保険事業に要する費用の財源の不均衡を調整するため健康保険組合連合会は、政令で定めるところにより会員たる健康保険組合に対し、交付金の交付事業を行うこととする。

国会審議は難航し、四度の継続審査と二度の廃案を経て、第 93 回国会で大幅に修正されてようやく成立した。この間、日本医師会からは政管健保と組合健保の財政調整を求める意見が出たが、これに対し、健康保険組合連合会や政策推進労組会議、民社党等をはじめ、財界や労働団体等が強く反対するなど議論が紛糾した。

図表 3- 14 昭和 53 (1978) 年健康保険制度の改正案と厚生省の説明

1. 保険給付に関する事項

2. 費用に関する事項

(1) 保険料

(2) 国庫補助

(3) 健康保険組合間の財政調整

政府は、別に法律で定めるところによる被用者医療保険の保険者間の財政調整が行われるまでの間、各健康保険組合間の財政調整を行うための所要の措置を講ずることとすること。

3. 保険医療機関等の登録指定に関する事項

【上記案に対する厚生省の説明】

全制度の財政調整は厚相の所管外事項も含まれ、条件整備が必要で健保法の改正のほか、別に財政調整を行う法律が必要となることから時間がかかる、そこで当面は健保組合間で財政調整を行うこととした。

図表 3- 15 自民党斉藤幹事長と武見日医会長対談における合意事項

(昭和 53 (1978) 年 11 月 25 日)

(1) 高齢化社会に備えて、今後の政策ではプライマリー・ケアを重視する。

(2) 当面、政管健保と組合健保との財政調整を行う。

健保組合が医療保障制度を歪める最大のネックとなっており、そのあり方を検討すべきだ。考え方としては、保険料の徴収機関とし、その配分は国が行うこととすれば、財政調整は可能となる。そして最終的には地域保険に一本化すべきだと武見日医会長は強調した。これに対し斉藤幹事長は、武見日医会長のいう地域保険への一本化を速やかに行うことは難しい。当面、政管健保と組合健保との間の不公平を是正するため、財政調整を行うことが望ましいとした。

図表 3- 16 健康保険組合連合会『政管健保と組合健保との財政調整に対する見解』

(昭和 54 (1979) 年 1 月 31 日)

- 1.医療費の無駄を排除することが、医療保険制度改革の基本である。(略)
- 2.不公平是正のためには、医療の受給機会の均等化をはかることが先決である。(略)
- 3.医療保険の管理運営はすべて運営効率の高い組合方式に改めるべきである。

医療保険の運営は、適正規模による自主責任体制のもとに経営努力を行いうる組合方式によることが最適であり、経営責任体制が確立されていない全国一本の政管健保は、すべからず組合方式に改編し、自主管理のもとに十分な経営努力を行いうるようすべきである。

これを実現しないままに、不公正是正の名目のもとに制度間の財政調整が実施されるならば、健保組合の経営努力への意欲は失われ医療費はさらに増大の一途をたどることとなり、ひいては医療保険全体の水準の低下を招く結果となる。

このような財政調整の考え方には絶対反対である。

われわれは、組合方式の推進をはかるとともに、健保組合間において、すでに高額医療給付費共同負担事業や財政窮迫組合に対する助成事業を実施しているが、このような方向を発展させて今後すべて、組合方式に一元化することによって真の意味の負担と給付の公平が実現されるものと考える。

- 4.日医ニュース(昭和 53 (1978) 年 1 月 20 日)に掲載された健保組合に関する日医会長メモは健保組合の実態を知らない暴論である。(略)

図表 3- 17 衆議院予算委員会 橋本国务大臣発言(要旨)(昭和 54 (1979) 年 2 月 6 日)

政管健保と組合管掌健康保険間の不公正の是正というものもきわめて重要な問題点を含んでおることは御指摘のとおりであり、私どもとしては、自由民主党の結論が出た時点で慎重にこれは考えたいと考えている。

なお、少し追加をすると、政府管掌健康保険と組合管掌健康保険の格差の是正というものについては、現在継続審査の取り扱いになっており、御審議のお願いをいたしておる健康保険法等の一部改正案の中においても、健康保険組合の付加給付の規制とか、あるいは健康保険組合における賞与等からの保険料の強制徴収を行うこと、さらに政府管掌健康保険、組合管掌健康保険間の財政調整が行われるまでの間、健康保険組合間で財政調整を行うことというものを改正事項として加えているところである。

図表 3- 18 政策推進労組会議と国会における「政管健保と組合健保との財政調整」
についての議論（昭和 54（1979）年 2 月 13 日）

- 「医師優遇税制の是正に何の関係もない医療保険の基本問題を医師会との取引材料にすることは容認できない、として政管健保との財政調整には強く反対する。」（政策推進労組会議）
- 「政府が健保法改正法案を国会に提出し、成立させてほしいという一方で、自民党が医師会との密約で修正案の作成作業を進めているのは筋が通らない。特に、財政調整問題は制度の根幹にふれる問題だ。」（野党）
- 「財政調整は党レベルの問題だ。政府としては健保法改正法案を成立させてもらいたい」（橋本厚生大臣）
- 「健康保険法についても、将来において、政府管掌健康保険と組管掌健康保険のみならず、共済まで含めた財政調整というものを想定し、そこに至るまでの過程において、累積赤字の解消の問題その他解決しておくべき問題があるので、それまでの期間、組管掌健康保険問内部における財政調整を進めるという考え方でまとめている。」（橋本厚生大臣）
- 「政管と組合とをガラガラにすることは妥当でなく賛成できない。」（石野保険局長）

図表 3- 19 第 87 回衆議院予算委員会 橋本厚生大臣発言
（昭和 54（1979）年 2 月 20 日）

政府は現在国会に健康保険法の改正案を提出し、審議のお願いをしているところであるが、その中でも、将来別の立法措置をもって政府管掌健康保険、組管掌健康保険のみならず、共済をも含めた全被用者保険問の財政調整というものを実施することを予定している。しかし、これを実施するためには、各制度ともに給付また負担及び管理運営面等における条件の違いを同じような形にしていくことが必要であり、また累積赤字をどう処理していくかといったような問題もあるので、制度間の財政調整はこれらの条件整備が段階的に図られていったその結論としての問題と受けとめ、当面は健康保険組合問の内部における財政調整を考えておる次第である。

昭和 54（1979）年 2 月 27 日に、自民党の医療基本問題調査会（会長：根本竜太郎）は正副会長会議を開催し、政管健保と組合健保間の財政調整について協議した結果、小沢前厚生大臣を中心に、同調査会の正副会長会議でとりまとめていく方針を決めた。ここでは、政管健保と組合健保間だけの財政調整は法制上の問題が残るとの内閣法制局の見解などから各種共済組合を含め全被用者保険間で行うこととした。

5 月 11 日、自民党医療基本問題調査会は、現在 8 制度に分立している被用者保険

全制度間で財政調整を行うことを内容とする「財政調整法案要綱」と「同法律案」をまとめ、翌日、第 88 回国会に提出した。ここでは、①国は翌年度における医療給付費総額を推計し、厚生大臣がこれに見合う一定の賦課料率を設定するとともに各保険者から拠出金を徴収する、②各保険者が拠出した法定医療給付費相当財源は国の責任で管理・プールする、③この財源の中から、国は各保険者の申請に基づき、必要と認められる法定医療給付費の費用を再分配する、等の内容が盛り込まれた。

これに対し、経済 4 団体（経済団体連合会、日本経営者団体連盟、日本商工会議所、経済同友会）は、健康保険の制度間財政調整に反対する声明を発表した。また、健康保険組合連合会、社会党、総評などが次々と反対意見を表明した。国会では航空機輸入にからむ疑惑事件が発生し、与野党の対立が激化する中で、この法案は一度も審議されることのないまま廃案となった。

その後、健康保険法改正に絡む関係団体や政党の動きはますます活発化した。

図表 3- 20 全国保険・年金課長会議 石野保険局長挨拶要旨
(昭和 55 (1980) 年 1 月 25 日)

(前略)

現在、健康保険全体のあり方を含めて改正法案を国会に提案し、その審議を願っていることと、それから健保法の改正によって政管健保の財政安定がはかられる前に、健保組合の新設を認めることになること、政管健保の財政をますます悪化させることになることから、私どもは健保組合の新設認可を見合わせているところである。しかしながら、これも健保法等の一部改正案が成立した場合においては、政管健保の財政安定の見通しが得られるし、また同時に、将来被用者保険間において財政調整を実施するという方向が明らかにされるので、法律の規定にしたがって従来通り条件の整っているものから健保組合新設を認めていきたいと考えているので、しばらくお待ちを願いたい。(以下省略)

図表 3- 21 健康保険組合連合会「健康保険法等改正案に対する意見」
(昭和 55 (1980) 年 2 月)

I 健康保険法等改正案について

1. 財政調整について

改正法案は、将来被用者医療保険の保険者間の財政調整を実施することを前提として、財源の不均衡調整の名目の下に画一的機械的な健保組合間の財政調整を行うこととしているが、これは健保組合の自主責任の本質を否定するものであり、組合の経営努力を喪失させ、制度全体としても医療費の一層の増大をもたらす結果となることは明らかである。したがって、財政調整に関する改正法案の規定は削除し、健保連で現在実施しているような健保組合の自主性と経営努力の尊重を基本とする組合間の相互扶助の事業（財政窮迫

組合助成事業及び高額医療給付費共同負担事業)を円滑に行い得るよう規定を整備すべきである。

2.一部負担について(略)

3.賞与に係る保険料について(略)

4.標準報酬の上限の改正について(略)

5.附加給与の承認制について(略)

6.保健医療機関等の指定拒否事由の法定について(略)

7.海外にある被保険者の扱いについて(略)

8.社会保険診療報酬支払基金(略)

II その他の基本問題について(略)

図表 3- 22 民社党「医療保険制度の抜本改正に関する党の方針」

(昭和 55 (1980) 年 3 月 26 日)

1. 保険給付の改善(略)

2. 保険財政の安定(略)

(1) 保険料(略)

(2) 国庫補助(略)

(3) 財政調整

①政管健保と組合健保との財政調整は、第一に政管健保には財政調整的な役割をはたす国庫補助が行われていること、第二に両制度における管理運営方法に顕著な相違があり、財政調整は自主管理の努力をつみとること、第三に構造上の問題である年齢一高齢者比率については、現在新たな高齢者医療構想が練られつつあることなどから、とくにそれを実施する必要はない。

②健保組合間における財政調整は、健保組合においても構造上の問題が明らかにあるので、内部問題として実施すべきである。

3. 健保制度の一元化

(1) 健保制度の構造上の不均衡と管理運営上の効率化の問題。(略)

(2) 健保組合方式の実現について。(略)

(3) 新たな健保組合方式によって構造上の不均衡からくる欠点を解決するため、現行の政管健保に対して行われている国庫補助を、構造的に脆弱とみられる健保組合に適正に配付することとあわせて、健保組合全体を通じ、一定の基準のもとに財政調整を実施する。

4. 退職者継続医療と高齢者医療(略)

健康保険法改正案の修正を巡る与野党間の折衝は難航を重ね、昭和 55（1980）年 4 月 25 日に自民、社会、公明、民社の 4 党間の国対委員長間で大枠の合意がとれた。その後、4 党の衆議院社会労働委員会理事長を中心に修正合意事項の細部のつめが行われ、5 月 13 日までに一部を除いて 4 党間の合意が成立した。この 4 党間の協議確認事項として、「全被用者保険制度間での財政調整に関する規定は削除し、健保組合間の財政調整は行う」ことが明示された。

この結果、昭和 55（1980）年 11 月 28 日に成立した改正法では、「健保組合間で財政調整を実施する」となり、全被用者保険制度間での財政調整構想は消えた。

また、衆議院社会労働委員会での附帯決議事項として、「健康保険組合間における財政調整の実施に当たっては、健康保険組合の自主性が失われることのないよう配慮すること」が入れられた。こうして、昭和 50 年代の被用者保険内での財政調整論は消え、政管健保の国庫補助率を保険給付費の 10%から「当分の間 16.4%」とすることと、国庫補助率を引き上げることで政管健保の赤字対策を行うことが決まった。

図表 3- 23 四党間（自民、社会、公明、民社）協議確認事項
（昭和 55（1980）年 5 月 13 日）

- 1.本人・入院一部負担（略）
 - 2.高額療養費に係る低所得者の範囲（略）
 - 3.標準報酬額の上限（略）
 - 4.保険料率の弾力条項発動の条件（略）
 - 5.国庫負担（略）
 - 6.借入（略）
 - 7.累積赤字の処理（略）
 - 8.健保組合の保険料率（略）
 - 9.財政調整
- 全被用者保険制度間での財政調整に関する規定は削除し、健保組合間の財政調整は行う。（以下略）

図表 3- 24 第 93 回参議院社会労働委員会における確認質問 発言要旨
（昭和 55（1980）年 11 月 27 日）

- ・「健保組合間の財政調整について、財源を拠出する被保険者、事業主が中心になって健保連が所要の調整をして行うべきであると思う。政令で定めるからといって政府が一方向的に指示したり強制したりすべきではない。」（高杉氏）
- ・「健保組合間の財政調整については、被保険者及び事業主が拠出する財源を原資とするものであることに留意をし、健保組合の自主性を損なうことのないように十分配慮す

るとともに、政令を定めるに当たっては実施主体である健保連などと十分協議を行うこととする。」(厚生大臣)

図表 3- 25 厚生省『医療保険制度改革の基本的考え方とその処理状況』
(昭和 56 (1981) 年 1 月 8 日)

【事項】

1.制度間格差の是正、当面、健康保険組合間財政調整の実施。(以下略)

【処理状況】

1.制度間格差の是正、今回の改正により健康保険組合間で財政調整を実施することとされた。(以下略)

(4) 老人医療見直しにおける公費投入と財政調整論 (昭和 48 年～昭和 59 年)

昭和 48 (1973) 年の老人福祉法改正により創設された老人医療費支給制度 (老人医療費無料化) は、老人医療費の伸びを助長するものとして問題となり、老人医療の見直しについて、各団体等から提言や意見が多く出された。

大蔵省は昭和 50 (1975) 年 12 月 24 日の予算内示で、所得が年 760 万円以上の老人の医療費無料化を打ち切る方針を示した。これに対し、厚生労働省では老人医療の来年度有料化には同意できないが、昭和 51 (1976) 年度以降、老人医療対策の打開に積極的に取り組む意向を示した。結果的には、三木首相により一部有料化は見送られたものの現在の無料化には問題が多いとして再検討が行われることとなった。『昭和 50 年度版厚生白書』には、「老人に係る医療費の負担が一部のグループに偏ることのないよう公平化を図ることが必要である。保険制度別にみると国民健康保険では老人の数が多くその医療費の割合も著しく高い。今後の人口の老齢化を考えると現行制度のままでは、この格差は拡大する公算が大きく、保険集団間の負担面の不均衡は是正されないままとなる。老人に対する医療も社会連帯の見地から、国民全体が公平に負担することが望ましく、このため国民健康保険制度や老人医療費支給制度のあり方を含めて検討していく必要がある」と記載されている。

昭和 51 (1976) 年 2 月に、厚生省は、老人保健医療対策のあり方について見直しを行うため、厚生大臣の私的諮問機関として「老人保健医療問題懇談会」を設置した。同懇談会は、昭和 52 (1977) 年 10 月に『今後の老人の保健医療対策のあり方』をとりまとめた。ここでは、新しい制度を創設するとともに、その財源については、「費用の一部を公費で負担したうえ、残りを住民や事業主の拠出で賄う方式が具体的に検討に値する。新しい制度を創設し、その費用を全額公費で賄う方式は財政的に不可能であり、現行のまま財政調整で対処する方式や、新しい制度の費用の一部を、公費で

負担した上、残りを医療保険各制度からの拠出で賄うのは、関係者の合意が得にくい」とした。

これを受けて、厚生省では昭和 52（1977）年 12 月に「老人保健医療制度準備室」を設置し、新制度の創設案として、いわゆる“小沢私案”を発表した。ここでは、① 65 歳以上から予防給付を、70 歳以上から療養給付を行う、②財源としては、国が 45%、都道府県が 5%、市町村が 5%、事業主が 15%、住民が 30%とする、③70 歳以上の療養の給付は無料を原則とするが、負担能力に応じ、外来、入院とも多少の一部負担を取り入れる、という内容であった。この私案については、日本医師会が「国保からカネのかかる老人をはじき出そうとする『うば捨て』構想だ」と反発した。

その後、後任の橋本厚生大臣による“橋本私案”が昭和 54（1979）年 10 月に公表された。これによると、①現行の医療保険制度内で、70 歳以上の老人の医療費の一部（例えば 3 割程度）について制度間で財政調整を行うこと、②その方法は、各保険者の加入者（本人と家族）数に応じた負担割合で拠出すること、③財政調整の結果、各制度が負担する老人医療費に対して各制度ごとの現行の負担率で国庫負担を行うこと、④市町村は 40 歳以上の中高年の住民を対象に公費で各種の保健事業を行うこと、⑤予防給付の実施主体は市町村とし、その費用負担は原則として公費とするということ、が示された。橋本私案は、財政調整が全面に出たものであり、これによると国保財政の負担が軽減され、結果として国庫負担が減り、その分、被用者保険の保険料が増えるというものであり、これについては世論の反対を受け、頓挫した。

昭和 53（1978）年 4 月 4 日には、社会経済国民会議が『高齢化社会の人的医療保障』を発表した。ここでは、「国庫補助は費用負担の増大とあいまって増大させるべきである。配分は必要度の強いもの（財政基盤が弱い、または保険給付の公正化を実現するもの）から行うべきである。老人医療、国保、日雇健保、政管健保、船員保険の順位で配分し、その他の保険は事務費補助率を策定すればよい。高齢受給者の比重が高い場合には、高齢化係数に基づいて給付の特性を維持するための国庫補助を配慮すべきである」「一律的な財政調整を安易に行えば、かえって制度運営に怠惰が生じ全体の効率化に悪影響を及ぼすおそれがある。財政調整は客観的基準（高齢化係数、平均所得等）に準拠して行うべきである。当初は制度間の連帯性を持ち得るところ、国庫補助を給付面で受け入れない健保組合相互間の調整をまず実験に行うべきである」とし、国庫負担を増大させ、老人医療など優先順位の高いものから投入すること、財政調整を行うことは限定的にすべきといった意見がまとめられている。

昭和 54（1979）年 12 月、財政制度審議会特別部会は、『歳出の節減合理化に関する報告』をまとめ、その中で、老人医療無料化制度の見直しが必要であると強調し、①適切な受益者負担の導入と②老人医療費部分についての制度間での財政調整、③受益者負担を主体とした保険事業を基本に、国民の理解を得られるような成案を得ることが緊急の課題である、とした。

橋本厚生大臣の後任の野呂厚生大臣は、退任直前の昭和 55（1980）年 7 月 10 日、竹下大蔵大臣と昭和 56（1981）年度の予算編成問題を話し合う中で、「目的税」を財源とする老人保健医療制度を私見として発表した。この目的税構想の背景には、①急速に進む高齢化の中で、現行の老人福祉対策の水準を低下させることはできないこと、②しかし、そのためには将来にわたって膨大な財源が必要で、医療保険と国庫補助金だけでは財源をカバーするのは難しいこと、③老人は全国民が等しく扶養するのが筋であるということ、④老人を多く抱える国保制度を中心に窮迫した医療保険の財政状況を打開することが急務になっていること、などがあった。翌日には、全国町村会からも目的税による老人保健医療構想が発表された。

日本医師会は 8 月 11 日、『老人医療に関する日医の考え方』を公表し、老人を別建て制度にすることへ反対を唱えるとともに、その財源については、「高齢化対策について負担の公平や給付の平等の問題が議せられるけれども、これを放置した政府の責任において問題の解決を図るのが政治の良心だと考える。老人医療費を老人だけに負担させ、あるいは若人に負担させる考え方は社会保障制度の考え方ではない」と批判した。

厚生省は、昭和 55（1980）年 6 月 17 日、老人保健医療問題の処理を急ぐため、老人保健医療制度準備室を改組して、大臣官房に事務次官を本部長とする「老人保健医療対策本部」を設置し、全省を挙げて取り組む体制を整備し、同年 9 月 4 日に『老人保健制度第一次試案』を発表した。ここでは、「国民の自助と連帯の精神に基づき、国民の老後の健康の保持と、老人医療費の公平な負担を目的とする新制度を創設する」とし、その財源として、「国、地方公共団体および医療保険制度からの拠出金で共同で負担する。医療保険制度からの拠出金は、各制度の加入者数および所得に応じて各保険者に按分する」とした。その後、社会保険審議会への説明等を経た後、『老人保健法案』として国会に提出した。この法案では、医療に要する費用については、国が 2 割、都道府県及び市町村がそれぞれ 5%を負担するほか、医療保険各法の保険者が 7 割を拠出すること、保険者の拠出金の額は、当該保険者の 70 歳以上の加入者に係る医療費の額と、当該保険者の加入者の総数を基準として按分し、保険者間の負担の均衡を図ることとした。また、療養給付費についての国庫補助については、拠出金の一部についてその補助率を基準として国庫補助を行うことが示された。

これについて、国会審議中では野党が「被用者保険の負担が増え、国保の負担が減っており、財政調整である。国庫負担も大幅に減っている」と非難した。一方、厚生省は、「老人医療費は、国、地方公共団体、保険者の三者が共同で負担するが、これまでに比べてあまり大きな増減、変化が生じないよう配慮した。三者の負担割合は、無料化制度発足時の負担割合である、国 2 割、地方公共団体 1 割、保険者 7 割とした」「加入者による按分は老人加入率の違いの調整・平均化であり、保険者の財政力や財政状態の違いの調整ではないから、厳密な意味での財政調整ではない」「国庫負担の

減少は、国保の負担の減少の結果であり、国庫負担を減少させることを目的に費用負担を決めたわけではない」と反論した。

同法案は、関係団体からの強い反対を受け、継続審査・法案修正等を経て、昭和 57（1982）年 8 月 10 日ようやく成立に至ったが、法案が国会に提出されてから 1 年 3 か月が費やされた。昭和 58（1983）年 2 月に同法が施行された。

このように、老人保健制度創設にあたり、国民の老後の問題として掲げ、「国民の自助と連帯の精神に基づく」制度であることが基本理念として掲げられ、国、地方公共団体、保険者の拠出、すなわち国民すべてによる共同負担という形式がとられた。また、老人医療無料化の見直しからスタートしたため、公費の投入が前提での議論であったが、公費が減り、被用者保険の負担が増える結果となった。

（5）国民負担率と国庫負担（昭和 59 年健康保険法等改正）

昭和 50 年代後半になると、大量の赤字国債発行による国家財政と行政のあり方が問題となり、「第 2 次臨時行政調査会」（第 2 次臨調）が設置された。昭和 56（1981）年 7 月 10 日に公表された、第 2 次臨調の第 1 次答申では、医療費適正化対策の強力な推進を提言するとともに、「医療保険の国庫負担については、定額国庫補助の廃止等によりその削減を図る」こと、「医療保険に対する事務費国庫負担の保険料財源への切り替えを図る」ことが提言された。

こうした流れを受けて、厚生省では、昭和 57（1982）年 3 月に「国保問題懇談会」を設置した。同年 12 月 20 日に第 2 次報告をとりまとめたが、その内容は①医療費適正化対策の推進、②退職者医療制度の創設、③国庫補助の機能と配分方法等の見直し、④保険料確保対策の検討と、当面の方策として高額医療費の共同事業の実施が提言された。このうち③については、「国保制度は保険料と国庫補助をその財源とし、運営が行われているので、それぞれのあり方について検討を加える必要がある。国庫補助については、給付と負担の両面における医療保険制度全体としての均衡を念頭に置くと同時に、公平性を確保し、効率性を高める見地から国庫補助に占める財政調整枠の拡大、調整方法の見直し等について検討すべきである」と提言している。

第 2 次臨調の第 3 次答申により、国民負担率がヨーロッパ諸国の水準（50%前後）よりはかなり低い水準にとどめるべきといった指標についての考え方が示された。昭和 58（1983）年 3 月 14 日に公表された最終答申では「補助金等の整理合理化」が示された。

図表 3- 26 第 2 次臨時行政調査会最終答申（抜粋）

○補助金等の整理合理化

(2) 個別補助金等の整理合理化方策

ア 社会保障

自助努力と社会連帯を基礎としつつ、社会保障制度が国の政策として安定的に機能しえるよう、国民の負担水準との関連に配慮しながら、運用を含め制度の合理化、効率化及び体系化を図る必要がある。

このような基本的考え方に沿って、既往答申に示した給付水準の適正化等公的年金制度の合理化と給付率の見直し等医療保険制度の合理化、児童手当制度抜本的見直し等の着実な実施を図るとともに、次のような整理合理化方策をとる。

(ア) 国民健康保険（療養給付費補助金（市町村分）、財政調整交付金及び臨時財政調整交付金）

i) 国民健康保険をはじめ医療保険制度の運営の安定化を図るためには、基本的には、年々増加する医療費総額を抑制することが重要である。このため、既往答申を通じ、医療費支払い方式の改革を始めとする医療費適正化対策の推進を強調してきたところである。国民健康保険においても、レセプト審査の改善強化、医療費通知の充実、医療機関に対する指導監査の強化等の医療費適正化対策を徹底するとともに、疾病の予防及び健康の保持・増進のための保健施設活動を一層推進する。

ii) 国民健康保険制度は、現在、保険者が市町村単位で小規模な地域保険となっており、高額医療の発生により保険者の負担が急増し、経営の安定が損なわれやすい状況にある。

この問題を解消するため、都道府県の主導の下、保険者による高額医療費の再保険等の共同負担事業を実施する。

iii) 国民健康保険の国庫補助について、保険者の経営努力を促すとともに、医療費総額の抑制、保険料水準の不均衡の是正等に資するよう、次のような改善を行う。

①財政調整交付金の国庫補助に占める割合の引き上げ等により、保険者間の財政調整機能を強化する。

②医療費節減の効果を挙げた保険者に対しては保健施設活動への助成を強化する等メリットシステムを導入する。

iv) 被用者保険の高齢の加入者が退職した場合国民健康保険に移行することが多いことにかんがみ、医療保険制度相互の給付と負担の均衡に配慮し、退職者医療制度の創設を図る。

v) 上記のような国民健康保険制度の経営の安定化措置及び医療費支払い方式の改革（例えば、償還方式への移行の検討等）、軽微な医療の受益者負担の強化等の医療費適正化対策を講ずるとともに、中長期的には、経営単位の広域化及び保険者機能の強化

と合わせて基準的医療費に基づく定額補助方式の導入、補助率の引下げ等の改革を図る。

- vi) 他の医療保険についても、医療費適正化対策を推進するとともに、国の補助はあくまでも補完的役割にとどまるべきであるという観点から、保険財政を考慮しつつ、補助率の引下げ、定額化等を図る。

このような状況の下、厚生省では、老人保健法成立後の昭和 57（1982）年 10 月 25 日に、次期改革を念頭に「健康保険法等被用者保険の被保険者が退職した場合に係る退職者医療制度の創設」と「日雇労働者の健康保険制度の在り方」について、それぞれ社会保険審議会に諮問した。また、昭和 59（1984）年 1 月 25 日には、社会保険審議会、社会保障制度審議会の両審議会に改正案を諮問し、集中的に審議を重ね、2 月 22 日に社会保険審議会答申、2 月 23 日に社会保障制度審議会答申を得た。両審議会から答申のあった「健康保険法等の一部を改正する法律案」については、自民党の了承を経て、2 月 25 日に国会に提出され、修正等を経て、同法案は、8 月 7 日に成立した。

これにより、退職者医療制度が創設された。また、国保に対する国庫負担の割合は、退職者医療制度の創設によって国保の財政負担が軽減されるため、従来の医療費ベースの 45% プラス臨時財政調整交付金という水準から、給付費に対する 50%（医療費ベースで 38.5%）へ引き下げられた。さらに、国庫負担の投入のあり方についても財政調整機能の強化を図る観点から、国庫負担全体の財政調整枠は、従来の医療費ベースの 5% から給付費ベースの 10% へと拡大された。

このように、この時代は、国民負担率という考え方が示されたこと、国家財政の悪化等を受けて、医療保険に対する国庫補助の増額を図ることが次第に厳しくなっていたことが指摘できる。

社会保障制度審議会では、「財政対策にとられるあまり、保険財政における収支のバランスのみにこだわった感があり、医療保険本来の趣旨に照らした検討が十分なされたとはいえない、内容がかつてないもので、国民生活に大きな影響を及ぼすと思われるだけに、改革案を進めるためには慎重でなければならない」とまとめた。また、社会保険審議会でも、「今回の改正は医療保険制度の根幹に関わり、慎重かつ広範な検討を要するにもかかわらず、限られた時間で結論を求められたため、意見の一本化ができなかったことを遺憾」としている。

4. 公的医療保険における公費の意義

(1) 医療保険制度に対する制度別にみた公費投入の論拠

ここまで、医療保険制度の創設・発展期における、公費のあり方を中心に歴史的な制度の変遷とその背景にある理念や議論を見てきた。ここでは、こうした様々な議論の中から確認された公費負担の論拠を各制度に着目しつつ、再整理しておく。

①国策としての制度普及のための公費（国庫負担）

歴史を遡れば、大正時代に国策である産業振興策の一つとして、健康保険制度が成立したという経緯があり、「国家がその費用の一部を補助するのが妥当」とされた。

社会保障制度の確立を国家の責任と捉え、昭和 13（1938）年には被用者以外の国民を対象とした国民健康保険法を制定した。この国保制度は、社会事業的色彩が強く、政府の支援が必要不可欠な制度であったため、早期から公費が投入された。戦後、国民生活の早期安定化を図り、経済活動を再開するという戦後復興策の一つとして、国民健康保険制度の再建・強化を推進することが要請され、政府誘導による国民皆保険政策の下、公費が投入されていった。

このように、近代国家に向けた社会基盤づくりとして医療保険制度が位置づけられており、そのための政策手段の一つとして、公費（国庫負担）が健康保険事業の「事務費」や「給付費」、「保健婦設置費」、「国保直営診療所施設整備費」等、様々な形で投入されていった。

国家主導型で整備されていった医療保険制度、特に国保や政管健保では、強制加入保険である限り、国家も責任を負うべきであること、したがって少なくとも事務費は国庫で全額が充当されるべきであることといった論拠が示された。

②国保における公費（国庫負担）

戦後、国民の医療における機会の不均等を解消するうえで、国民皆保険を達成することが必要であった。しかし、国保は被用者保険に比べて、財政基盤が弱く、給付率も低かった。国保の財政基盤を強化するとともに、給付率を改善することが必要であったが、そのための財源としては保険料拠出には限界があり、国庫負担が不可欠であった。

また、被用者保険の事業主負担に相当する分として、国保に国庫負担があることは是認されるといった説明がなされた。

さらに、昭和 63（1988）年の国保法改正により、低所得者の保険料軽減に対する補助という観点から国、都道府県、市町村共同による公費負担が行われるようになった。

③政管健保における公費（国庫負担）

政管健保では危機的な赤字財政が続いた。これに対して、給付費に対する定率国庫負担の導入必要性が長年にわたって訴えられてきた。その論拠としては、①強制加入の建前の下に国が管理する制度である以上、国が社会保障に対する責任を分担する意味で、給付費に国庫負担を行うことは当然であること、②国保は給付費の2割の補助があるが、健保には医療費の補助がなく、補助率の相違が放置されているのは問題であるということ、③組合健保と比較して、財政基盤が弱いこと（非常に零細で負担能力のない企業を対象にしていること、低賃金で労働条件が比較的悪いこと、標準報酬が異なること、等）等である。

また、組合健保の場合は組合が一切の責任を負っているように、政管健保の赤字については、その管理運営責任者である国家も責任を負うべきであるといった意見も示されている。

ただし、赤字解消策という理由のみで国庫負担が安易に投入されることがないようにすべき、赤字運営の後始末としての国庫負担投入は適切でない、といった意見もあった。

④低所得者に対する公費（国庫負担）

この他には、制度にかかわらず低所得者に対する国庫負担という考え方がある。標準医療費を賄う保険料の負担能力を持たない低所得者の給付に国庫負担を投じるという考え方である。

国保については、低所得者に対する軽減保険料に対する補助制度として、国、都道府県、市町村が共同で負担する保険基盤安定制度の創設等も行われた。しかしながら、組合健保の低所得者対策等への国庫補助がないなど、制度単位での国庫補助となっている。

⑤老人保健制度に対する公費（国庫負担）

老人医療費無料化の見直しからスタートしており公費投入が前提であった。これに対し、今後、増大する老人医療費を全額公費で賄うことが不可能であることから、この財源をどう確保していくかが焦点であった。この結果、医療に要する費用については、国が2割、都道府県及び市町村がそれぞれ5%を負担するほか、医療保険各法の保険者が7割を拠出すること、保険者の拠出金の額は、当該保険者の70歳以上の加入者に係る医療費の額と当該保険者の加入者の総数を基準として按分し、保険者間の負担の均衡を図ること、となった。

老人保健制度創設にあたり、国民の老後の問題として掲げ、「国民の自助と連帯の精神に基づく」制度であることが基本理念として掲げられ、国、地方公共団体、保険者の拠出、すなわち国民すべてによる共同負担という形式がとられた。

(2) 公費投入の意義

ここまで、過去の歴史の中で、公費（国庫負担）がどのような論拠により投入されてきたのかをみてきた。この中で、①保険料水準に着目した公費投入、②給付水準に着目した公費投入も含め、様々な背景・論拠⁴⁴により、公費投入が行われてきた。

公費投入について、次の点が明らかとなった。

- ・医療保険制度の黎明期にあつては、当時の国策であつた産業振興策や戦後復興策として、国が医療保険制度の創設・整備を重要と捉えて国費を投入してきたこと、
- ・皆保険構想実現に向けた姿勢として、医療保険制度への国庫負担は、「国民生活の基本に直結するものであり、所得再分配の観点からも優先的に投入されてしかるべき」といった理念があつたこと、
- ・わが国の国民皆保険を達成する上では、財政基盤の最も脆弱な国保に対する公費（国庫負担）の投入が必要不可欠であつたこと、
- ・公費（国庫負担）の投入により、保険論理だけではなし得なかつた、皆保険と高い給付率を実現でき、医療の機会の平等が保障され、国民生活の向上に大きく貢献してきたということ、
- ・制度分立を前提にしたうえで制度間の負担の公平性を確保しようとする場合に、財政調整よりも公費投入のほうが合意を得られやすかつたということ、
- ・政管健保の赤字解消は、保険料拠出の増額だけでは不可能であり、保険を管理運営する国の責任として定率の国庫負担導入が要請されてきたこと、
- ・政管健保の赤字解消策として、被用者保険内での制度間調整の議論もあつたが、組合健保などの経営努力を妨げることに限定し、安易な財政調整はかえつて制度運営に怠惰が生じるといったような慎重論が多く実現に至らなかつたこと、
- ・このほか、国庫負担の投入の論拠としては、①強制的社会保険である限り国も制度運営に責任を負うべきであるということ、②事業主負担のない国保に国庫負担を投入することは是認されるということ、③政管健保は組合健保と比較してより所得が低く年齢の高い従事者層を抱えているため財政基盤が弱いということ、といったものがあるということ、
- ・しかしながら、国保や政管健保の赤字の後始末を国庫負担で行うことは、きわめて安易なやり方であつて、やむを得ない場合を除いては認めるべきではないといった見解があつたということ、
- ・昭和 50 年代後半の国家財政と行政のあり方が問題となる中で、国民負担率という考え方と国庫負担の削減要請が発生し、これ以降、財政問題から医療保険制度における国庫負担を補完的な位置づけとする議論が多く出てきたということ、
- ・老人保健制度の創設をはじめ、高齢者医療に対しては公費投入が当然のものとして

⁴⁴ 医療保険の事業運営に対する事務費、結核医療などに対する公費、保健師の配置や国保直営診療所設置に係る費用などに対する公費投入がある。

考えられてきたこと、
・医療保険制度における公費のあり方を再考する間もないまま、近年、制度改革が頻繁に行われていること、
等である。

5. 公的医療保険における近年の財源政策

4. で述べたように公的医療保険における公費投入の意義が認められ制度化されてきたという経緯がある。国民皆保険達成以降、政管健保の赤字財政の解消策として財政調整論が浮上したものの健康保険組合の自立的な経営努力を損なうものとして財政調整論は退けられ、政管健保への国庫負担の投入という形で決着した。しかし、平成に入ってからには厳しい国家財政と急速な高齢化を背景にどのように給付費増加を抑えられるか、どのように財源を確保できるか等を巡って、厳しい議論が行われるようになった。国の歳出を抑えることが優先課題となり、公的医療保険制度への公費投入の意義や社会保険の本質が軽視され、公費を抑えるために給付費抑制や患者負担増、保険料の応能負担の強化等の議論が盛んとなり、こうした方向に舵がとられることとなった。この一連の改革は、現役世代、特に健康保険組合にとって負担が重くなるものであり、給付に見合った負担増ではなく、他保険者・制度への拠出金の増加による負担増の歴史ともいえる。医療保険制度を堅持することを目的とした改革でありながら、健康保険組合においては自らの給付等に使用できる保険料収入の割合が低下するなど、自律的な財政運営が厳しくなり、数多くの健康保険組合が解散し、結果的に公費が投入されている協会けんぽ（旧政管健保）に移行した。給付と負担の牽連性⁴⁵が軽視され、負担能力に応じた負担が公平であるといった議論が安易に行われ、現在の様々な問題に至っている。こうした現状を踏まえ、全世代型社会保障検討会議では年齢による負担格差を踏まえ、高齢者にも適切な負担を求める提言を行っている。

(1) 小泉政権下における医療保険制度改革

①平成 14（2002）年健康保険法等改正

いわゆるバブル経済の崩壊を機にわが国は長期にわたる経済不振に陥り、医療保険財政もひっ迫した。平成 9（1997）年の医療保険制度改革では、被用者本人の窓口負担を 1 割から 2 割に引き上げたものの、これによる財政効果は数年であり、さらなる改革の必要性が見込まれた。こうした状況の中、平成 13（2001）年 1 月に中央省庁の再編が行われ、厚生省と労働省が統合し厚生労働省が発足した。また、同年 4 月の自

⁴⁵ 社会保険における「牽連性」とは、給付を受ける権利と保険料の支払い義務といった関係が繋がっていることを意味する用語であり、社会保険の本質的な要素として法学上よく用いられる。

民党総裁選挙で小泉純一郎氏が圧勝し、小泉内閣が発足した。

平成 13 (2001) 年 9 月 25 日に厚生労働省は『医療制度改革試案』を公表した。この試案には、①老人医療制度の対象年齢を 5 年間かけて 70 歳から 75 歳に引き上げること、②老人医療の公費負担は 5 年かけて 3 割から 5 割に引き上げること、③老人医療費が経済の伸びと大きく乖離しないよう伸び率管理制度を導入すること、④患者負担を 75 歳以上は 1 割 (一定以上の所得のある者は 2 割)、70 歳から 74 歳は 2 割、69 歳以下は 3 割 (3 歳未満の乳幼児は 2 割負担) とすること、⑤政管健保について賞与からも保険料を徴収すること等が盛り込まれた。この試案を受け、11 月 29 日には「政府・与党社会保障改革協議会」(与党：自民党、公明党、保守党)が『医療制度改革大綱』をとりまとめた。この大綱では、患者負担の引上げによる給付率の統一 (3 割負担)、70 歳以上における定率 1 割負担 (現役並み所得の人は 2 割負担)、被用者保険における総報酬制の導入、政管健保の保険料率 82%への引上げ、老人医療費拠出金の見直し⁴⁶、国保の財政基盤の強化等の他、将来の方向として、国保・被用者保険それぞれについての保険者の統合・再編や新しい高齢者医療制度の創設等が掲げられた。この大綱のとりまとめや、健康保険法等改正法案を提出するまでの間、官邸と与党との間で調整が難航したという経緯がある。小泉首相は「三方一両損」を訴え、患者、負担者、診療側それぞれが負担増や報酬減といった形で“痛みの分かち合い”を行うことで給付費を抑制し皆保険を維持しようと考えた⁴⁷。法案の改正法附則では医療保険制度の体系のあり方の見直しや新しい高齢者医療制度の創設、診療報酬の体系の見直しについては平成 14 (2002) 年度中に具体的内容、手順及び年次計画を明らかにした基本方針を策定し、できるだけ速やかに所要の措置を講ずる等の規定を設けたうえで閣議決定された。同法案は、平成 14 (2002) 年 3 月に国会に提出され、7 月に原案通り可決・成立した。また、平成 14 (2002) 年度診療報酬改定では診療報酬本体までもマイナスとする改定が初めて行われた。このように、小泉政権下では、政治主導による医療保険制度改革が進められた。

②医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針

平成 14 年健康保険法等改正法案附則に規定された医療制度改革の課題を検討するため、厚生労働省は厚生労働大臣を本部長とする医療制度改革推進本部を設置した。平成 14 (2002) 年 12 月に、厚生労働省は基本方針の試案を示し、関係団体の意見も踏まえた上で、平成 15 (2003) 年 3 月に『医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針』が閣議決定された。

⁴⁶ 老人医療の対象年齢を 70 歳以上から 75 歳以上に 5 年間で段階的に引き上げ、公費負担の割合を 3 割から 5 割に 5 年間で段階的に引き上げること、ただし、現役並み所得の人については公費負担の対象から除外することとした。

⁴⁷ 詳細は中村秀一『2001—2017 年ドキュメント社会保障改革』(2017、年友企画)。

この基本方針では、①安定的で持続可能な制度の構築、②給付の平等・負担の公平、③良質かつ効率的な医療の確保、を基本的な考え方として示すとともに、保険者の再編・統合に関しては都道府県単位を軸とした保険運営について検討し、高齢者医療制度の関しては個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を前提とし、75歳以上の後期高齢者と、65～74歳の前期高齢者の、それぞれの特性に応じた新たな制度とする、とした。

この基本方針の閣議決定後、厚生労働省では、平成15（2003）年7月に社会保障審議会医療保険部会を立ち上げ、医療保険制度体系に関する改革について具体的な検討を行った。平成16（2004）年7月に「これまでの議論の整理（論点整理メモ）」をとりまとめ、その後も引き続き、検討が行われた。同年の秋頃から次年度予算編成に向けて、いわゆる「国・地方の三位一体改革」が議論となっている中、市町村国保において都道府県に財政調整権限を移譲するとともに都道府県負担を導入し、その分、国庫負担を引き下げる事となった。

医療保険制度改革の検討が行われている間、経済財政諮問会議の民間議員⁴⁸から医療給付費の伸び率管理を強く要請する意見が出された。これに対し、厚生労働省では、マクロ指標による給付費の伸びの管理は高齢化や技術進歩等による増大が見込まれる医療費にはなじまないこと、必要な医療サービスが提供されなくなる恐れがあること、過度の患者負担を求めることになる恐れがあること等の理由とともに反論し、生活習慣病対策の推進や、医療機能の分化・連携の推進や平均在院日数の短縮等を特に重視して都道府県ごとに取組の目標を設定し検証することなどを提案した。

平成17（2005）年6月には『経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005』（いわゆる『骨太の方針2005』）が閣議決定され、医療費の伸びの抑制として、医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、その達成のための必要な措置を講ずることとし、平成17年中に結論を得、平成18年度医療制度改革を断行する旨が盛り込まれた。

図表 3- 27 経済財政諮問会議『経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005』

（平成17（2005）年6月21日）（抜粋）

（持続可能性を確保するための過大な伸びの抑制策）

超高齢社会にあっては、社会保障制度が持続可能であることは国民生活にとって不可欠なことであり、社会保障給付費を今後考える上で「国民の安心」、「持続可能性」という観点は最重要である。そのためには、日本の経済規模とその動向に留意しなければならないと同時に、過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制しなければならない。

この観点から、以下の取組を行う。

⁴⁸ 牛尾治朗、奥田碩、本間正明、吉川洋の4氏。

①社会保障給付費の伸びについて、特に伸びの著しい医療を念頭に、医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、達成のための必要な措置を講ずることとする。

上記目標については、国民が受容しうる負担水準、人口高齢化、地域での取組、医療の特性等を踏まえ、具体的な措置の内容とあわせて平成 17 年中に結論を得る。その上で、平成 18 年度医療制度改革を断行する。

②上記目標を達成するために、これまでの施策の効果を検証しつつ、総合的に直ちに取り組む。

③平成 18 年度の医療制度改革においては、保険給付の内容について、相当性・妥当性などの観点から幅広く検討を行う。また、診療報酬・薬価改定は、近年の賃金・物価の動向や経済・財政とのバランス等を踏まえ検討する。

③平成 18（2006）年医療保険制度改革

政治主導の下、経済財政諮問会議を受け、平成 18（2006）年の医療保険制度改革は、高齢者医療制度の創設をはじめとする医療保険制度体系の改革と、医療費適正化対策の推進を大きな柱とするものとなった。厚生労働省は平成 17（2005）年 10 月 19 日に「医療保険制度構造改革試案」をとりまとめた。この厚生労働省試案では、①国民皆保険制度を堅持すること、②予防を重視して医療サービスそのものの質の向上と効率化を基本として医療費適正化を実現し医療費を国民の負担可能な範囲に抑えること、③医療費負担についての国民の理解と納得が得られるよう給付と負担の関係を老若を通して公平かつ透明でわかりやすいものとするのが改革の基本方針として示された。

この厚生労働省試案をもとに同年 12 月 1 日には『医療制度改革大綱』がとりまとめられ、平成 18 年度医療保険制度改革の内容が固まった。この改革は「医療保険構造改革」とも呼ばれるように、内容は多岐にわたっている⁴⁹。後述する高齢者医療制度の創設⁵⁰（平成 20（2008）年 4 月施行）の他、政管健保の公法人化（平成 20（2008）年 10 月施行）、医療費適正化計画（平成 20（2008）年 4 月施行）、保険者に対する一定の予防健診等の義務付け（平成 20（2008）年 4 月施行）、国保財政基盤強化策の継続（平成 18（2006）年 4 月適用）、保険財政共同安定化事業の創設（平成 18（2006）年 10 月施行）など、内容も施行時期も多様となっている。

⁴⁹ 経緯や改革の詳細は、栄畑潤『医療保険の構造改革—平成 18 年改革の軌跡とポイント』（2007 年、法研）に詳述されている。

⁵⁰ 高齢者医療制度のあり方については関係者の意見も多様であった。日本医師会は 75 歳以上のすべての高齢者を加入者とする独立型の高齢者医療制度の創設、その財源としては、90%を公費、10%を高齢者の保険料と自己負担とすることを提言していた。この他、被用者 OB はそのまま被用者保険の加入者とする「突き抜け方式」なども提言された。

④新しい高齢者医療制度の創設

前述のような経緯を経て、平成 18（2006）年に「高齢者医療の確保に関する法律」が成立し、平成 20（2008）年 4 月に高齢者医療制度が開始となった。65 歳以上 75 歳未満を対象とする「前期高齢者医療制度」と 75 歳以上を対象とする「後期高齢者医療制度」からなるが、両者は全く異なる仕組みである。

厚生労働省「新たな高齢者医療制度の仕組み」では、①後期高齢者については「加入者の保険料、国保及び被用者保険からの支援並びに公費により賄う新たな制度に加入」、②前期高齢者については「現役で働く人も多い前期高齢者は国保、被用者保険に加入」「前期高齢者の偏在による医療費負担の不均衡を制度間で調整し、制度の安定性と公平性を確保」と説明している。また、③世代間の負担の公平等として、「現役世代との均衡を考慮した高齢者の適切な保険料負担」「後期高齢者の各制度からの支援は、社会連帯的な保険料で賄う」「後期高齢者に公費を重点化するという平成 14 年改正法の考え方を維持」、④その他として、「高齢者の医療給付と介護給付の適切かつ効率的な提供とともに、自己負担の合算額が著しく高額になる場合の負担の軽減を図る仕組み」「保健、医療、介護等の連携による各サービスの効率化等を進め、医療費を適正化」と説明している。

つまり、前期高齢者医療制度は保険者間の前期高齢者数の偏在に着目し保険者間でその費用負担を調整する仕組みであり、後期高齢者医療制度は独立した保険制度である。国民は 75 歳になると、就労の有無にかかわらず、それまで加入していた国保や被用者保険から離れ、すべて後期高齢者医療制度の加入者となる。

後期高齢者の窓口負担は原則 1 割であり、現役並み以上の所得者は 3 割負担となっている。また、高額療養費については、70 歳以上の場合、70 歳未満と比較して自己負担限度額も低額に抑えられている。

後期高齢者医療制度の財源構成は、後期高齢者の保険料 1 割、後期高齢者支援金（若年者の保険料）約 4 割、公費約 5 割となっている。ただし、現役並み所得の後期高齢者の給付費については「老人保健法と同様に」公費の負担の対象とはならないため、制度開始の平成 20（2008）年度で実質的な公費負担率は 46%、後期高齢者支援金（現役世代からの拠出）の負担率は 44%となっている。また、国保及び政管健保（当時、現在協会けんぽ）の後期高齢者支援金について、各々 50%、16.4%の公費負担があり、また、低所得者等の保険料軽減について公費負担があり、これらを含めた公費負担率は 58%となる。

なお、後期高齢者の保険料割合は 10%で固定されているわけではなく、75 歳未満の人口の減少率の 2 分の 1 の割合で引き上げられ、これに見合う形で支援金の割合は引き下げられるといったように、人口構成の変化に応じた調整機能が付されている。

後期高齢者支援金については、制度開始時点は、各医療保険の 0～74 歳の被保険者

数に応じて負担する「加入者割」であった⁵¹が、現在は被用者保険については総報酬割となっている。

後期高齢者医療制度の保険運営組織については「保険者」ではなく「運営主体」と表現されるが、都道府県ごとに全市町村が加入する広域連合が設けられ、この広域連合が保険料の決定等の運営責任を負うこととなっている。しかし、保険料の徴収等の事務については市町村が行っている。

この後期高齢者医療制度について、堤（2020）は「被用者 OB も市町村国保 OB も基礎年金受給者であるという稼得形態の部分的共通性のみ着目して一元化した制度」と標している。

島崎（2020）によると、①都道府県が広域連合に参加しておらず都道府県の関与が弱いこと、②国保とは異なり運営協議会が設けられていないこと、③広域連合の職員は市町村のほか都道府県や国保連合会の職員の“寄り合い所帯”であること等、ガバナンス上の問題を指摘している。

こうした後期高齢者医療制度のガバナンス上の問題の他、長期的な視点から世代融和的な仕組みとすべきといった意見もある⁵²。また、後期高齢者医療制度の財源構成からみても社会保険と言えるのかと疑問を呈する意見もある。堤（2020）は、現行の後期高齢者医療制度は、“保険の擬制”であって、本来的に社会保険と捉えることができるのか疑問である、と述べている。

この後期高齢者医療制度については、保険の運営組織を「保険者」ではなく「運営主体」とし、財政面でも公費と現役世代からの支援金が主な財源となっていること等を鑑みると、このような指摘も理解できる。今後、後期高齢者医療制度を社会保険として発展させていくのか、福祉制度として発展させていくのかという問題として捉えることも可能であろう。

（２）社会保障と税の一体改革

①社会保障国民会議

平成 19（2007）年 11 月 21 日、自民党の「財政改革研究会」（会長：与謝野馨議員）

⁵¹ 社会保障審議会医療保険部会『医療保険制度改革について（意見書）』（平成 17（2005）年 11 月 30 日）には、「国保及び被用者保険からの支援については、加入者数に応じた負担とすべきとの意見が多かったが、所得にも着目した負担とすべきとの意見、稼得年齢を考慮して例えば 20 歳以上とすべきとの意見や世代間扶養という趣旨を勘案すれば 40 歳以上とすべきとの意見、調整された加入者数ではなく、介護保険同様、実加入者数に応じた負担とすべきとの意見があった」と明記されている。

⁵² 菊池馨実氏（2020 年有識者ヒアリング）は、「後期高齢者医療制度を今後も維持し続けていくことには疑問がある。社会保障をこれから支え続けようとしている市民意識をマイナス方向に掘り崩す危険性があるからである。その前提として、世代間の不公平感がある。世代間で制度を分けるのではなく世代融和的な仕組みを通じて市民的基盤を涵養していく方向性を考えてもよいのではないか」と指摘している。

は『中間とりまとめ』を公表した。この中では、抜本的な税財政改革の基本方針として、現世代が広く負担し景気変動に対し安定的とされる消費税に着目し、「消費税を国民に対する社会保障給付のための財源と位置づけ、その趣旨を明確にすべく、現行の消費税を社会保障税（仮称）に改組する」ことが提言された。また、平成 20（2008）年 6 月 11 日に『当面の財政運営について－税制の抜本的な改革に向けて－』がとりまとめられたが、ここでも改めて「現行の消費税を全額社会保障給付に充当する社会保障税（仮称）に改組した上で、税率を少なくとも 10%程度にまで引き上げることが必要」とされた。

平成 20（2008）年 1 月、内閣総理大臣のもとに「社会保障国民会議」（座長：吉川洋 東京大学大学院経済学研究科教授）が設置された。同会議は、社会保障のあるべき姿と改革の方向性について、国民目線で議論することを目的に設置されたものである。平成 20（2008）年 11 月 4 日に『社会保障国民会議最終報告』をとりまとめた。ここでは、「私たちの社会は、個人の自助・自律を基本とし、一人一人の安全と安心は、相互の助け合い・連帯によって支えられている。社会的な連帯・助け合いの仕組みである社会保障制度は、『所得再分配の機能』を通じて、給付の平等・負担の公平という『社会的公正』を実現するものである」「私たちの社会保障を守り、将来世代に負担を付け回しすることなく、信頼できる制度として次の世代に引き継いでいくためには、現代の社会に生きている我々国民がみな、年齢にかかわらず能力に応じた応分の負担に応じなければならない」として、「速やかに社会保障に対する国・地方を通じた安定的財源確保のための改革の道筋を示し、国民の理解を得ながら具体的な取組に着手すべき」と提言している。

②社会保障改革に関する有識者検討会

民主党政権下の平成 22（2010）年 11 月、内閣総理大臣の下に「社会保障改革に関する有識者検討会」（座長：宮本太郎 北海道大学大学院法学研究科教授）が設置・開催され、同年 12 月 10 日に『社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～』が公表された。ここでは、「現役世代が数の上で減少し、雇用の劣化でその経済力が衰退しているにもかかわらず、現行社会保障制度の給付構造は、現役世代の生活リスクに十分に対応しない。したがって、現役世代の一部では、見返り感が乏しいまま負担感が増し、社会保障制度への不信が高まることになっている。新しい状況に沿って、負担と給付の関係を調整していく必要がある」としている。なお、各財源のうち、公費については「公費依存を通して将来世代に先送りされるかたちになっている。高齢世代を含めて、現代の世代は、ここにも給付と負担をめぐる歪みがあることを自覚する必要がある」とし、社会保険については「逆進性緩和の視点から低所得者対策や標準報酬月額の高限度額の引き上げを行うなど、社会保険料負担のあり方そのものを再点検し、さらには必要な税財源を確保した上で、社会保障

の維持と機能強化のために投入していくことも必要になっている。税負担のあり方については、消費課税によって広く負担を求めるという視点と併せて、世代を問わず所得や資産に応じた負担を求める視点も必要となる」としている。“社会保険の揺らぎ”を税負担で補完すること、税財源については消費税と併せて世代を問わず“所得や資産に応じた負担”という視点も含まれており、社会保障と税の一体的改革が提起された。

③社会保障改革に関する集中検討会議と「社会保障改革案」

平成 22（2010）年 10 月 28 日、内閣総理大臣の下に「政府・与党社会保障改革検討本部」（本部長：菅直人内閣総理大臣）が設置された。政府・与党が一体となって、必要とされるサービスの水準・内容を含め、国民に分かりやすい選択肢を提示するとともに、その財源の確保について一体的に議論の必要があるとの認識の下、設置されたものであり、内閣官房に「社会保障改革担当室」が設置された。社会保障改革に関する有識者検討会の議論等を踏まえ、『社会保障改革の推進について』が 12 月 10 日本部決定、12 月 14 日閣議決定された。ここでは、『社会保障の機能強化』とそれを支える『財政の健全化』を同時に達成することが不可欠」とし、「必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、（平成）23 年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る」との方針が示された。

これを受けて、平成 23（2011）年 2 月、政府・与党社会保障改革検討本部の下に「社会保障改革に関する集中検討会議」が設置され、東日本大震災後の同年 6 月 2 日に『社会保障改革案』がとりまとめられた。

ここでは、社会保障改革の基本的な考え方として、「①自助・共助・公助の最適バランスに留意し、個人の尊厳の保持、自立・自助を国民相互の共助・連帯の仕組みを通じて支援していくことを基本に、格差・貧困の拡大や社会的排除を回避し、国民一人一人がその能力を最大限発揮し、積極的に社会に参加して『居場所と出番』を持ち、社会経済を支えていくことのできる制度を構築する」、「②必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する」、「③給付・負担両面で、世代間のみならず世代内での公平を重視した改革を行う」、「④社会保障・財政・経済の相互関係に留意し、社会保障改革と財政健全化の同時達成、社会保障改革と経済成長との好循環を実現する」と 4 点を示した。「自助・共助・公助」という表現が用いられ、「個人の尊厳の保持、自立・自助を国民相互の共助・連帯の仕組みを通じて支援していくことを基本」と「共助・連帯」を強調したが特徴である。個別分野における具体的改革案でも「負担と給付の関係が明確な社会保険（＝共助・連帯）の枠組みの強化による機能強化を基本とする」としており、

「社会保険＝共助・連帯」と明記した点も注目される。

なお、「Ⅲ 社会保障・税一体改革の基本的姿」の中で、社会保障財源のあり方としては「国民が広く受益する社会保障の費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点などから、社会保障給付に要する公費負担の費用は、消費税込（国・地方）を主要財源として確保する」こと、「まずは、2015年度までに段階的に消費税率（国・地方）を10%まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」と明記している。

そして、「Ⅳ税制全体の抜本改革」として、「社会保障・税一体改革においては、所得、消費、資産にわたる税制全般の改革を実施していく」とし、注書きで「今後、社会保障・税一体改革の成案に向け、税制調査会において、平成22年度・平成23年度税制大綱等に示された方針を踏まえ、残された税制抜本改革の課題等の審議を行い、包括的な税制抜本改革の姿を示す」と付記している。また、社会保障改革の具体策、工程を含め、社会保障・税一体改革のスケジュールが示された。

④社会保障・税一体改革成案

政府・与党社会保障改革検討本部では、社会保障改革に関する集中検討会議のとりまとめ『社会保障改革案』を受けて、平成23（2011）年6月に成案決定会合を設置し、短期間に集中的な検討を行った。6回にわたる会合により、同年6月30日に『社会保障・税一体改革成案』が本部決定された。この成案は『社会保障改革案』に沿うものであり、「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指しながら、負担を将来世代に先送りしないという方針の下、「負担と給付の関係が明確な社会保険（＝共助・連帯）の枠組みの強化による機能強化を基本とする」、「世代間のみならず、世代内（特に高齢世代内）での公平の確保、所得再分配機能の強化を図る観点から、給付・負担両面での見直しを行う」ことなどが示された。財源としては、「国民が広く受益する社会保障の費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点などから、社会保障給付に要する公費負担の費用は消費税込（国・地方）を主要な財源として確保する」こと、「消費税込（国・地方、現行分の地方消費税を除く）については、全て国民に還元し、官の肥大化に使わないこととし、消費税を原則として社会保障の目的税とすることを法律上、会計上も明確にすることを含め、区分経理を徹底する等、その用途を明確化する（消費税込の社会保障財源化）。さらに、将来的には、社会保障給付にかかる公費全体について、消費税込（国・地方）を主たる財源として安定財源を確保することによって、社会保障制度の一層の安定・強化につなげていく」ことを明記した。また、個人所得課税、法人課税、消費課税（エネルギー課税含む）、資産課税、地方税制など、「税制全体の抜本改革についても、社会保障改革の進め方との整合性にも配慮しつつ」改革を進めるとした。

⑤ 社会保障・税一体改革大綱

政府・与党社会保障改革検討本部では「社会保障・税一体改革成案」を受けて、同成案の具体化に向けた作業に入り、平成 24（2012）年 2 月 17 日に『社会保障・税一体改革大綱』が閣議決定された。

社会保障改革が必要な背景として、「社会保障制度は、現在でも全体として給付に見合う負担を確保できておらず、その機能を維持し制度の持続可能性を確保するための改革が求められている」「今後、人口構成の変化が一層進んでいく社会にあっても、年金、医療、介護などの社会保障を持続可能なものとするためには、給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心という現在の社会保障制度を見直し、給付・負担両面で、人口構成の変化に対応した世代間・世代内の公平が確保された制度へと改革していくことが必要」と述べている。また、「給付面で、子ども・子育て支援などを中心に来世への投資という性格を強め、全世代対応型の制度としていくとともに、負担面で、年齢を問わず負担能力に応じた負担を求めていくなど制度を支える基盤を強化していくことが必要である」と改革の方向性を示した。

医療分野における負担に関する主な改革項目案は以下のとおりである。

図表 3- 28 社会保障・税一体改革大綱（平成 24（2012）年 2 月 17 日閣議決定）

はじめに～安心で希望と誇りが持てる社会の実現を目指して～

（国民の共有財産である日本の社会保障制度）（略）

（社会保障改革の必要性）（略）

（社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成）（略）

（経済成長との好循環）（略）

（大綱に基づく改革への取組）（略）

第 1 部 社会保障改革

第 1 章 社会保障改革の基本的考え方

（社会保障の課題）（略）

（目指すべき社会・社会保障制度）（略）

（社会保障の機能強化への取組）（略）

第 2 章 社会保障改革の方向性

第 1 章の基本的考え方に基づき、以下に示す方向性に沿って各分野の改革を進める。

I 未来への投資（子ども・子育て支援）の強化（略）

II 医療・介護サービス保障の強化、社会保険制度のセーフティネット機能の強化（略）

III 貧困・格差対策の強化（重層的セーフティネットの構築）（略）

Ⅳ 多様な働き方を支える社会保障制度（年金・医療）へ（略）

Ⅴ 全員参加型社会、ディーセント・ワークの実現（略）

Ⅵ 社会保障制度の安定財源確保（略）

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

1. 子ども・子育て新システム（略）

2. 医療・介護等①（略）

3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得対策）

○働き方にかかわらない保障の提供、長期高額医療を受ける患者の負担軽減、所得格差を踏まえた財政基盤の強化・保険者機能の強化、世代間・世代内の負担の公平化、といった観点から、医療保険・介護保険制度のセーフティネット機能を強化する。

（1）市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充など財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化

○低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援分の拡充等により、財政基盤を強化する。併せて、都道府県単位の共同事業について、事業対象を全ての医療費に拡大する。

（2）短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

○4.Ⅱ（6）の短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大に併せ、被用者保険の適用拡大を実施する。

（3）長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

○高額療養費については、制度の持続可能性の観点から、高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。

○他方、こうした抜本的な見直しまでの間も、高額な医療費の負担を少しでも改善することが必要である。このため、平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間での負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。その際、年収300万円以下程度の所得が低い方に配慮する。

（4）高齢者医療制度の見直し

○高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度見直しを行う。

○高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。

（注）現在は、平成24年度までの特例として、支援金の3分の1を総報酬に応じた負担とする措置が講じられるとともに、併せて、協会けんぽに対する国庫補助率

を 13%から 16.4%とする措置が講じられている。

○70 歳以上 75 歳未満の方の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する。

(注) 患者負担は、69 歳までは 3 割、70 歳以上 75 歳未満は 2 割、75 歳以上は 1 割と、年齢に応じた負担割合を設定しているが、70 歳以上 75 歳未満については、毎年度、約 2 千億円の予算措置により 1 割負担に凍結されている。

(5) 国保組合の国庫補助の見直し

○保険者間の公平を確保する観点から、所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助を見直す。

(6) 介護 1 号保険料の低所得者保険料軽減強化

○今後の高齢化の進行に伴う保険料水準の上昇や消費税引上げに伴う低所得者対策強化の観点を踏まえ、公費を投入することにより、65 歳以上の加入者の保険料(1 号保険料)の低所得者軽減を強化する。

(7) 介護納付金の総報酬割導入等

○今後の急速な高齢化の進行に伴って増加する介護費用を公平に負担する観点から、介護納付金の負担を医療保険者の総報酬に応じた按分方法とすること(総報酬割の導入)を検討する。また、現役世代に負担を求める場合には、負担の公平性などの観点到立ち、一定以上の所得者の利用者負担の在り方など給付の重点化についても検討する。

(注) 現行は、介護納付金は各医療保険の 40~64 歳の加入者数に応じて按分されている。

(8) その他の介護保険の対応

○軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化の観点から、平成 24 年度介護報酬改定において対応する。

○第 6 期の介護保険事業計画(平成 27 年度~平成 29 年度)の施行も念頭に、介護保険制度の給付の重点化・効率化とともに、予防給付の内容・方法の見直し、自立支援型のケアマネジメントの実現に向けた制度的対応を検討する。

(9) 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

○後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。

○医薬品の患者負担の見直しについては、「社会保障・税一体改革成案」に「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す」とあることを踏まえ、検討する。

(10) その他効率的で高機能な医療提供の推進

○少子高齢化の進行、経済状況の変化、厳しい保険財政・国家財政という状況の下で、サービス給付の充実のみならず、効率化できるものは効率化し、負担の最適化を図り、国民の信頼に答え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。

・予防医療、チーム医療、本人・家族の意思を尊重した適切な医療の提供を推進する。

(11) 総合合算制度

○税・社会保障の負担が増加する中で、低所得者の負担軽減により所得再分配機能を強化する。そのため、制度単位ではなく家計全体をトータルに捉えて、医療・介護・保育等に関する自己負担の合計額に上限を設定する「総合合算制度」を創設する。

(12) 難病対策

○(3)の長期高額医療の高額療養費の見直しのほか、難病患者の長期かつ重度の精神的・身体的・経済的負担を社会全体で支えるため、医療費助成について、法制化も視野に入れ、助成対象の希少・難治性疾患の範囲の拡大を含め、より公平・安定的な支援の仕組みの構築を目指す。また、治療研究、医療体制、福祉サービス、就労支援等の総合的な施策の実施や支援の仕組みの構築を目指す。

4. 年金 (略)

5. 就労促進、ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現 (略)

6. 貧困・格差対策の強化(重層的セーフティネットの構築)(一部再掲) (略)

7. 医療イノベーション (略)

8. 障害者施策 (略)

9. 次世代を担う子ども・若者の育成 (略)

10. 地方単独事業を含めた社会保障給付の全体像及び費用水系の総合的な整理 (略)

第2部 税制抜本改革

第1章 税制抜本改革の基本的な考え方

1. 税制抜本改革の必要性

(1)「支え合う社会」の回復(略)

(2)社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成への第一歩(略)

(3)税制抜本改革に基本的方向性

(i)消費税の社会保障財源化

(ii)税制全体を通じた改革

2. 税制抜本改革の実施と経済への配慮

(1)税制抜本改革のスケジュール(略)

(2)経済への配慮(略)

(3)今後の改革の検討(略)

第2章 政治改革・行政改革への取組（略）

第3章 各分野の基本的な方向性

1. 消費課税

- (1) 消費税（略）
- (2) 消費税率の引上げを踏まえ検討すべき事項（略）
- (3) 消費税以外の消費課税等（略）

2. 個人所得課税

- (1) 基本的考え方（略）
- (2) 税率構造（略）
- (3) 金融所得課税（略）
- (4) 諸控除（略）
- (5) 高齢者・年金に関する税制（略）
- (6) 個人住民税（略）

3. 法人課税（略）

4. 資産課税（略）

5. 地方税制（略）

6. その他（略）

第4章 税制抜本改革における各税目の改正内容等

1. 消費課税

- (1) 消費税（略）
- (2) 地方消費税（略）

2. 個人所得課税（略）

3. 資産課税（略）

4. 地方税制（略）

5. その他（略）

⑥ 社会保障・税一体改革関連法案の成立

社会保障・税一体改革大綱の閣議決定後、関連法案は国会に提出された。衆議院における審議と並行して、民主、自民、公明の3党間で修正協議が行われ、平成24(2012)年6月15日に三党合意に至り、6月20日には新たに議員立法として「社会保障制度改革推進法案」が国会に提出された。社会保障制度改革推進法案は、「社会保障給付とこれに要する費用の負担の在り方については、受益と負担の適切な関係の確保、社会保障給付における均衡の確保及び国民の負担の適正化と負担の公平を図り、全体と

して均衡と整合性がとれたものとする」という付帯決議が付され、8月10日に可決成立した。

(3) 社会保障制度改革国民会議報告書

① 社会保障制度改革国民会議

社会保障制度改革推進法成立により、制度改革を行うために必要な事項を審議する組織として「社会保障制度改革国民会議」（会長：清家篤 慶応義塾長）が設置された。会議の構成員は、民主・自民・公明の3党により人選された有識者15名であり、平成24（2012）年11月30日に第1回の会議が開催され、20回にわたる会議開催を経て、自民・公明党の連立政権下の平成25（2013）年8月6日に『社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』がとりまとめられた。

② 社会保障制度改革国民会議報告書の「基本的な考え方」

この『社会保障制度改革国民会議報告書』では、「社会保障制度改革推進法の基本的な考え方」として、①自助・共助・公助の最適な組合せ、②社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制、③社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担、④給付と負担の両面にわたる世代間の公平、について説明がなされている。

まず、①「自助・共助・公助の最適な組合せ」では、「日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべきとされている。これは、国民の生活は、自らが働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという『自助』を基本としながら、高齢や疾病・介護を始めとする生活上のリスクに対しては、社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える仕組みである『共助』が自助を支え、自助や共助では対応できない困窮などの状況については、支給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などの『公助』が補完する仕組みとするものである」「この『共助』の仕組みは、国民の参加意識や権利意識を確保し、負担の見返りとしての支給権を保障する仕組みである社会保険方式を基本とするが、これは、いわば自助を共同化した仕組みであるといえる」「日本の社会保障制度においては、国民皆保険・皆年金に代表される『自助の共同化』としての社会保険制度が基本であり、国の責務としての最低限度の生活保障を行う公的扶助等の『公助』は自助・共助を補完するという位置づけとなる」と述べている。ここでは、社会保険方式の意義・本質を簡潔ながら説明している点を評価することができる。

次に②「社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制」では、これまでの議論と同様、「社会保障が、現在、巨額の後代負担を生みながら、財政運

営を行っていることは、制度の持続可能性や世代間の公平という観点からも大きな問題であり、現在の世代の給付に必要な財源は、後代に付け回しすることなく、現在の世代で確保できるようにすることが不可欠である」と述べている。また、「このため、『自助努力を支えることにより、公的制度への依存を減らす』ことや、『負担可能な者は応分の負担を行う』ことによって社会保障の財源を積極的に生み出し、将来の社会を支える世代の負担が過大にならないようにすべきである」としている。

また、③「社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担」では、社会保険方式のメリットとして「保険料の見返りとして給付を受けられることから、権利性が強く、給付と負担の関係が税と比較して明確であることから、必要な給付水準に対する負担について理解を得られやすく、また、保険というリスク分散の考えに立つことで、社会保障の対象を一定の困窮者から国民全体に拡大した普遍的な制度となっている」こと、デメリットとしては「保険料を納付しない者、制度への加入手続きをとらない者は、保証を受けられないこと」であるが、わが国では「皆保険・皆年金制度を実質的に確保する観点から、所得水準を勘案した負担しやすい保険料とすることや、免除制度を設けることにより、できる限りすべての者を保険の加入者とするための仕組みを組み込んでいる」と説明している。

なお、社会保険制度へ公費投入がなされている理由は、「無職者や低所得者も保険に加入できるよう、保険料の負担水準を引き下げること」、「保険制度が分立していることによる給付と負担の不均衡を是正すること」と明記しており、公費投入の意義を説明している点も評価できる。

そして、④「給付と負担の両面にわたる世代間の公平」では、すべての世代を対象とした社会保障制度とすること、将来の社会を支える世代への負担の先送りを解消すること、「世代間の損得論」は不適切であり高齢者向け給付の持つ「現役世代のメリット」を考慮すべきであること、などが述べられている。

③社会保障制度改革国民会議報告書における医療保険制度における負担

『社会保障制度改革国民会議報告書』の各論では、医療保険制度について、『財政基盤の安定化』と『保険料に係る国民の負担に関する公平の確保』を図ることも必要」としている。

このうち、「財政基盤の安定化」では、「国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題である」とし、国保の都道府県単位化や財政基盤の強化のために必要な公費の投入と、被用者保険の適用拡大などが提言されている。

また、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」として、「国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げること」が示されている。税制面では、「社会保障・税一体改革の一環として、所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている」

が、「医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである」としている。この一環として、国保の保険料賦課限度額及び被用者保険における標準報酬月額上限の引上げを検討すべきとしている。さらに、後期高齢者支援金に対する負担方法について、被用者保険において支援金の3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割としていたもの⁵³を全面的に総報酬割とすることが提案された。そして、全面報酬割により協会けんぽの支援金負担への国庫補助が不要となった税財源については「限られた財政資金をいかに効率的・効果的に用いるかという観点から、将来世代の負担の抑制に充てるのでなければ、他の重点化・効率化策と同様に今般の社会保障・税一体改革における社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用し、国民に広く還元すべきである。こうした税財源での貢献は、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上での保険者の都道府県への円滑な移行を実現するために不可欠である」とした。この他、所得の高い国保組合に対する定率補助についても「保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要がある」としている。

高齢者の負担については、暫定的に1割負担となっている70～74歳の医療費の自己負担について、「世代間の公平を図る観点から止めるべき」としながらも、「低所得者の負担に配慮しつつ、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わることがないように、新たに70歳になった者から段階的に進めることが適当」とした。

この他、高額療養費制度については、現行の仕組みでは一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっていることから、所得区分をより細分化し、「負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要」とした。

④社会保障制度改革国民会議報告書に対する評価・見解

同報告書は、医療提供体制の改革について、「病床機能報告制度」や「地域医療ビジョン（地域医療構想）」を打ち出した点では高く評価できるが、一方で医療保険における保険料財源と公費負担のあり方に関する提言については、国民皆保険下の公的医療保険の財政のあり方としては疑問なしとしない。

同報告書では、社会保障における自助・共助・公助の最適の組み合わせとして、国民の権利意識を確保し、負担の見返りとしての受給権を保障する社会保険について、自助を共同化する仕組みとしてこれを基本とし、公的扶助等の公助は自助・共助を補完するという位置づけを再確認している。この点は、生活保護法第4条に規定する補

⁵³ 支援金については各保険者の0～74歳の加入者数に応じて負担する仕組みであるが、臨時措置として被用者保険者が負担する支援金の3分の1について各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする「総報酬割」が行われた。これが健康保険法一部改正により平成25（2013）年度から2年間延長する措置が講じられていた。

足性の原理に言及するまでもなく、今日では大方が共有する理念とあってよいであろう。しかしながら、一方で、自助の共同化としての社会保険について、保険料負担と給付との牽連性や負担への理解を得られやすい利点を強調しつつ、他方で、社会保険における公費負担のあり方については、あたかも社会保険と公的扶助の優先順位をなぞるかのよう、さしたる根拠を示すことなく、保険集団間の財政力格差の是正に果たしてきた公費の傾斜配分の機能を軽視し、「基本的には保険制度内での調整が求められ、原則としては公費投入に頼るべきではなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情のある場合に限るべきである」とし、その役割を大幅に後退させている。

その上で、具体的には後期高齢者支援金における被用者保険者間の総報酬割による分担を打ち出し、これによる協会けんぽの国庫補助の削減により生み出される公費を国保の支援に充填するという、税負担の保険料への付け換えをさらに進める提案を行っている。後期高齢者支援金の法学的・経済学的性質や後期高齢者自身における給付と負担の牽連性、負担の在り方については触れないまま、結果的に現役世代の負担を増やす提案を行っている。

こうした公費の位置づけは、戦後営々と蓄積されてきた、国の責任で制度化した国民皆保険下における医療保険内の公費の役割を矮小化するものである。こうした保険集団の枠を超えた保険料財源の歯止めのない流出は、報告書自らが評価している社会保険の中核を成す給付と負担との牽連性と効率的な運営、保険者機能の発揮というその最大の長所を毀損することになる。

現に、こうした路線の上に立った歯止めのない費用負担に係る調整は、その後、介護納付金の総報酬割にまで拡大され、本来はもっとも堅牢な構造を持つ公的医療保険の基本形である健康保険組合の存立をも危うくする事態にまで立ち至っており、早急に歯止めのための是正措置が求められている。

(4) 全世代型社会保障検討会議

①経緯と改革方針

少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、誰もが安心できる社会保障制度に関わる検討を行うため、令和元（2019）年9月18日に内閣総理大臣を議長とする「全世代型社会保障検討会議」が設置された。同年12月19日に『全世代型社会保障検討会議中間報告』を、翌年の令和2（2020）年6月25日に『全世代型社会保障検討会議第2次中間報告』を公表した。同会議での12回の開催・検討を経て、令和2（2020）年12月15日に『全世代型社会保障改革の方針』が閣議決定された。

この中で、「現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う『全世代型社会保障』への改革を更に前に進めて

いく」とし、この一環として、一定額以上の所得がある後期高齢者の窓口負担割合を2割とすることが提案された。

図表 3- 29 『全世代型社会保障改革の方針』（令和 2（2020）年 12 月 15 日）

第1章 はじめに

1. これまでの検討経緯

政府は、昨年 9 月に全世代型社会保障検討会議（以下「検討会議」という。）を設置し、人生 100 年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護、少子化対策など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

検討会議は昨年 12 月に第 1 回目の中間報告（以下「第 1 次中間報告」という。）を行った。当該中間報告に基づき、第 201 回国会では労働や年金分野等で所要の改革が実現した。本年 6 月には第 2 回目の中間報告を行い、医療について、第 1 次中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめることとした。

本年 9 月の菅内閣の発足後、検討会議の検討を再開し、10 月 15 日に少子化対策、11 月 24 日に医療改革について議論を行った。

これまでの検討会議の検討や与党の意見を踏まえ、全世代型社会保障改革の方針を定める。

2. 全世代型社会保障改革の基本的考え方

菅内閣が目指す社会像は、「自助・共助・公助」そして「絆」である。まずは自分でやってみる。そうした国民の創意工夫を大事にしながら、家族や地域で互いに支え合う。そして、最後は国が守ってくれる、セーフティネットがしっかりとある、そのような社会を目指している。

社会保障制度についても、まずは、国民 1 人 1 人が、仕事でも、地域でも、その個性を発揮して活躍できる社会を創っていく。その上で、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割を踏まえて、社会保障各制度の見直しを行うことを通じて、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいく。

まず、我が国の未来を担うのは子供たちである。長年の課題である少子化対策を大きく前に進めるため、本方針において、不妊治療への保険適用の早急な実現、待機児童の解消に向けた新たな計画の策定、男性の育児休業の取得促進といった少子化対策をトータルな形で示す。

一方、令和 4 年（2022 年）には、団塊の世代が 75 歳以上の高齢者となり始める中で、現役世代の負担上昇を抑えることは待ったなしの課題である。そのためにも、少

しでも多くの方に「支える側」として活躍いただき、能力に応じた負担をいただくことが必要である。このため、本方針において高齢者医療の見直しの方針を示す。

このような改革に取り組むことで、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」への改革を更に前に進めていく。

第2章 少子化対策

(略)

第3章 医療

少子高齢化が急速に進む中、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくことは、我々の世代の責任である。こうした観点から、以下の取組を進める。

1. 医療提供体制の改革

第1次中間報告では医療提供体制の改革の方向性が示されたところであるが、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、有事に必要な対策が機動的に講じられるよう、都道府県の医療計画に新興感染症等への対応を位置づけるとともに、地域医療構想については、中長期の医療需要の変化を見据え、各医療機関の役割分担を継続的に協議する基本的枠組みは維持し、その財政支援等を行う。

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る。このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化する。

あわせて、安全性・信頼性の担保を前提としたオンライン診療を推進するとともに、医師の健康を確保し医療の質・安全の向上を図るための医師の働き方改革、医療関係職種専門性を生かした医療提供体制の推進、医師偏在に関する実効的な対策を進める。

2. 後期高齢者の自己負担割合の在り方

第1次中間報告では、「医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。」とされた上で、「後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その

医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。」とされたところである。

少子高齢化が進み、令和4年度（2022年度）以降、団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、若い世代は貯蓄も少なく住居費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題である。

その場合にあっても、何よりも優先すべきは、有病率の高い高齢者に必要な医療が確保されることであり、他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、窓口負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠である。

今回の改革においては、これらを総合的に勘案し、後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても課税所得が28万円以上（所得上位30%）及び年収200万円以上（単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上）の方に限って、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方は1割とする。

今回の改革の施行時期については、施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年度（2022年度）後半で、政令で定めることとする。

また、施行に当たっては、長期頻回受診患者等への配慮措置として、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後3年間、1月分の負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入する。

「1.」及び「2.」について、令和3年（2021年）の通常国会に必要な法案の提出を図る。

3. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とされたところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求める

よう仕組みを拡充する。

第4章 終わりに

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」の考え方は、今後とも社会保障改革の基本であるべきである。本方針を速やかに実施するとともに、今後そのフォローアップを行いつつ、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、総合的な検討を進め、更なる改革を推進する。

②全世代型社会保障改革の方針の評価・見解

この全世代型社会保障改革の方針は、医療保険に関する限り、まず、医療関係団体の強い反対を押し切って、高齢者の一部負担における現役世代との格差の解消に向けて踏み出した点は、高く評価できる。高齢者医療における一部負担の引上げは、世代間の公平という視点からはもちろん、高齢者医療給付費の増大に伴う現役世代の支援金負担の増加の抑制という意味でも、緊急に是正の必要があり、避けて通れない課題である。今回の見直しは、そのあるべき方向に向けての第一歩とはいえ、なお例外規定も多いことから、さらなる現役世代との完全な格差解消に向けて、引き続き、強力な改革を推進していくことが求められる。

他方で、今回の改革方針では直接に触れてはいないが、現役世代に偏った負担の是正という今後のあるべき社会保障の負担と給付のあり方という観点からは、国民健康保険における保険料負担のあり方の是正と合わせて、被用者保険における、とりわけ中間所得層の保険料負担の増加に対する厳格な歯止めが求められるところであり、こうした改革に向けて、引き続き具体的な検討を進めていくことが強く求められる。

第4章 公的医療保険における財源政策に関する諸問題

これまで、公的医療保険における公費投入の経緯と意義について歴史的経緯から整理してきた。本章では、主に「公費」という切り口から、現行制度における財源政策に関する諸問題について整理する。

1. 保険料と公費の役割の未整理による問題

わが国の医療保障は社会保険方式を採用しながらも、その財源として、保険料の他、多額の公費が投入されている。医療保険制度への公費投入については、その妥当性・正当性等がこれまで慎重に議論されてきた結果、制度化されてきたことは前章で述べたとおりである。しかし、多額の公費がそれぞれの論拠があるにせよ様々な形で制度・保険者に投入されているが故に、現行制度では保険料と公費の役割が渾然一体となっており、国民にもわかりにくい複雑な制度・財源構成となっている上、社会保険の本質・意義に対する理解が十分でないまま、不足する財源の穴埋めに保険料を充てようとする安易な財源論を生み出す要因ともなっている。特に、近年、政治的に公費投入や増税に関する議論が封印されている感があり、その便法として、既に問題点を指摘した『社会保障制度改革国民会議報告書』を拠り所として、保険料を、他保険者・他制度への所得再分配の財源にしようという安易な流れとなっている。これは、社会保険の本質、保険料と公費が果たすべき役割の違いを理解していない主張であり、社会保険の持つ保険原理の側面－給付との牽連性－を軽視することによる問題を引き起こしている。給付への歯止めがかかりにくいこと、給付の割に負担が重い現役世代からの社会保険に対する納得・支持が得られにくいこと等であり、結果的に、公的医療保険制度の持続可能性を揺るがしかねない問題となっている。

一般的に、社会保険の特徴⁵⁴は、強制加入による逆選択の排除と、画一的な給付⁵⁵にある。医療保障制度において民間保険と同様に「保険原理」に基づくのであれば、個人レベルで「給付・反対給付均等の原則」が要請され、加入者はリスクに応じた保険料を支払うことになる。この仕組みを適用した場合、特に、低所得で高リスクの者は、高負担に耐えることができないため、強制加入が形骸化してしまう。一方、「扶助原理」に基づくのであれば、給付との対価性は考慮されず、理論的には高所得で低リスクの人の負担で、低所得で高リスクの人の負担を補わざるを得ないため、高所得で低リスクの人の負担は多いが給付は少ないことになる。

島崎（2020）によると、「社会保険方式は、『保険』という手法を採りつつ『社会』政

⁵⁴ 社会保険の特徴については、島崎（2011、2020）、堤（2018）等に詳述されている。

⁵⁵ 厳密に言えば、年齢や所得により患者窓口負担割合や高額療養費支給額が異なるなど給付率に違いはあるものの、給付対象となる医療サービスはある意味、画一といえる。

策的な観点から一定の修正を施すことによりファイナンスする財政方式である」とされるように、社会保険として、加入者における「保険料の拠出（負担）」と「給付」の地位を結び付けながら、保険料の設定についてはリスク見合いではなく応能負担的とすることで低所得者や高リスク者であっても加入できるようにし、強制加入の実効性を確保してきたといえる。また、応能負担的な保険料賦課とすることで、結果的に、保険料は同一保険集団内での所得再分配の機能も果たしてきたといえる。

一方、戦後の国民健康保険制度の再建や、国民皆保険の実現、各制度間での給付水準の拡充・統一化を目指す過程において、低所得者や、国保など保険財政基盤が弱い保険者に対しては加入者の保険料だけでは給付費を賄いきれないため、公費が投入されてきた。これにより、給付に見合う保険料を負担できない低所得の人であっても保険に加入することができ、また、財政基盤の弱い保険者の加入者であっても加入する保険にかかわらず同じ給付を受けられる仕組みとなっている。こうした公費として、国民健康保険や後期高齢者医療制度に加入する低所得者への保険料軽減措置に対する公費、国民健康保険や後期高齢者医療制度、協会けんぽの給付費に対する定率の公費投入等がある。

特に多額の公費が投入されている制度・保険者では給付と負担がどんぶり勘定となりやすく、保険原理と扶助原理が渾然一体となっており、給付との牽連性が希薄なため給付に歯止めがかからない状態となっている。近年、医療保険において“負担能力に応じた負担を”として所得再分配機能の財源を保険料に求めていこうとする風潮があるが、これは給付との牽連性をこれまで以上に希薄化するものであり、給付に対する歯止めがますます効かなくなる恐れがある。保険料は給付との牽連性を尊重した保険原理に基づく財源とすべきであり、扶助原理（制度・保険者間を越えた所得再分配を含む）に基づく財源は公費とするなど、その財源ごとの役割を整理する必要がある。

2. 負担の不公平の問題

これまで、社会保障の中心は高齢者への支援であり、その負担を医療保険では拠出金という形で現役世代に求めてきたところであり、その面から現役世代と高齢者世代の負担の公平性が課題となっていたが、高齢者人口の急増と現役世代の人口減少という中で、財政状況も厳しく、保険料と税の役割の違いや給付と保険料の牽連性を軽視した場当たりの制度改正が行われてきており、現役世代と高齢者世代の負担の不公平がより顕在化してきている。

高齢者医療制度発足後の変化の状況を見ても、後期高齢者の医療費は増加しているが、後期高齢者の保険料負担や自己負担はあまり増加していない。一方で現役世代の保険料は大きく増加し、その大きな要因は前期高齢者納付金・後期高齢者支援金といった高齢者医療への拠出金である。

特に、後期高齢者支援金・介護納付金における総報酬割制の導入によって現役世代の

健保組合の負担が高まっており、保険料収入の 50%近くが外部への拠出金となっている。保険料という名目で徴収されているが、外部に強制的に徴収されるものであり、この拠出金の受入先である後期高齢者医療広域連合等に対する payer としての介入・関与は限られたものとなっており、その負担に対する納得感が低いものとなっている。

次に、現在の制度の状況を見てみると、わが国では公的医療保険制度の中で一部負担や高額療養費制度を設けており、給付面においても福祉的仕組み（扶助原理）が加味され、高齢者が優遇されている。

若い者でも病気がちであったり、高齢者でも健康であったりなど、個人による受診状況は異なるが、現在の制度では同じ年収であっても年齢により医療保険における自己負担率は異なる。さらに、高額療養費についても、同じ年収の人に同じ自己負担額が生じても高齢者ということで限度額は低く抑えられており、これらの点は扶助原理として本来に必要なことか議論すべきである。

保険料設定に際しても、保険給付費の額に対する現役世代の保険料や後期高齢者医療の保険料の額を比較してみると、現役世代と高齢者世代では、状況が大きく異なる。また同じ高齢者を対象にしている介護保険と比較しても、介護保険の場合の高齢者の保険料負担は給付費の 2 割を超えるが、後期高齢者の保険料負担は給付費の 1 割以下にとどまっている。

これまでの幾多の制度改正では、厳しい財政の中で高齢者医療の負担増に対応するため、応能負担の考え方にに基づき、現役世代に負担を求めてきたところである。しかし、医療保険制度について負担能力だけを重視することは適当ではない。給付と負担の牽連性を担保する応益負担の観点も忘れてはならない。例えば、保険料負担については応能負担が導入されているが、国保の保険料賦課限度額や被用者保険の標準報酬月額等級上限を設けるなど、応能負担としながらも応益的観点から上限が設けられている。

保険者集団の中でもそのような応益性が考慮されており、まして異なる保険集団への支援に際しては、慎重な配慮が必要である。保険料負担額と給付内容が大きく見合わない場合は、保険料負担者は公的医療保険に対する納得やメリットを感じる事ができなくなる。実際、わが国が健康保険制度を創設する際に参考としてきたドイツでは社会保険方式を採用しているが、一定額以上の高所得者については民間保険に加入すればよく公的医療保険制度の強制適用者となっていない。制度草創期においては、社会保険の本質を理解し、被保険者が納得して保険料を拠出するという点を十分考慮しながら制度設計がなされた。

しかし、いまや社会保険においても所得再分配機能を過度に求めるあまり、現役世代、特に中間層の中で社会保険に対する広範な支持が失われるのではないかと危惧される状況となっている。公的な医療保険であっても応能負担だけが必然ではなく応益負担の要素とのバランスを考慮する考え方が必要である。保険料拠出と給付両面で高齢世代に対する配慮を行うあまり、同じ所得水準であっても現役世代のほうが負担が大きくなる

仕組みとなっており、改善が望まれる。

3. 法学的視点からみた財源政策に関する問題

保険料と税の違いについては、①給付と負担の対価性といっても金額的には給付と負担が釣り合っていないのではないか、②税も保険料も強制徴収される以上、両者は同じではないか、③保険料の決定を保険者の自治に委ねることは財政に関する一元的な統制から外れるのではないか、といった疑問、批判がある⁵⁶。

これらの点を議論するうえで参考になるのが、旭川訴訟判決（最大判平 18・3・1 民集 60 卷 2 号 587 頁）である。事案は、算出基準を定めようとして保険料率の決定を市長に委ねた旭川市国保条例が、憲法 84 条の租税法律主義に違反するか否かが争われた。最高裁は、①保険料は給付を受けうることに對する反対給付として徴収され、租税とは異なるため租税法律主義は直接適用されない、②ただし、強制徴収される以上租税法律主義の趣旨は及ぶ、③他方で保険料の用途は国保事業に限定されており、賦課要件の規律の程度は国保の目的や特質等を考慮して判断すべき、④本件条例は賦課総額の算定基準を定めようとして、収支見込みの推計や専門技術的な細目の決定を市長に委ねたもので、予算・決算の審議を通じて民主的統制も及んでおり、租税法律主義の趣旨に反しない、と判示した。

この判決では、金額的に釣り合わないとしても、拠出と給付を受けうる地位との「牽連性」があることが租税と異なる保険料の本質的要素であるとしている。この点については、岩村（2001）、西村（2003）、菊池（2014）など、社会保障法学者の間では異論はみられない。

次に、拠出と給付を受けうる地位との牽連性が希薄な保険料、換言すれば保険料のうち同一保険集団外への拠出に用いられる支援金や納付金の部分については、どのように考えるべきか、という疑問がある。

後期高齢者支援金について、新田（2013）は、医療保険と後期高齢者医療制度が全く別の制度・保険者・被保険者であるため、制度上の対価性を支援金に見出すことができず、「租税的性格が極めて強い」としている。同様に、碓井（2009a）「各保険者を媒介にした租税」、江口（2009）「租税的な負担金」、加藤（2016）「保険給付との牽連性が曖昧である点では、現役世代の被保険者にとって、保険料の名を借りた租税負担である」など、租税的性格であると捉える見解は広くみられる。

また、前期高齢者納付金について、新田（2013）は、納付金を拠出する主体と交付金を受け取る主体が完全に分離された一方的な資金移転であり、「制度上の対価性はなく「租税的性格が強い」としているほか、加藤（2016）らも同様の見解を示している。

⁵⁶ 島崎（2020）pp.271-276 では、このような疑問・批判があることを紹介したうえで旭川訴訟判決の意義および政策的示唆が詳述されている。

このように、法学的視点からは、「牽連性の希薄な支援金」や「納付金は租税的性格を帯びる」との見解が数多くみられる。

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

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

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

このように法学的視点からすると、高齢者医療制度への支援金・納付金については租税的性格を帯びているという見方が有力と言える。

4. 経済学的視点からみた財源政策に関する問題

経済学的視点からみた現状の公的医療保険制度の問題として、「保険機能」と「所得再分配機能」とが混然としていることにあり、保険料は保険原理に使うべきであり、所得再分配については税（公費負担）で負担すべき、と明確に役割を分けることが必要であるという指摘がある⁵⁷。

小塩（2014）も、現行制度については、保険料を基本的な財源とする「保険原理」と税を基本的な財源とする「福祉原理」が未分化のまま混在しており、この結果、社会保険方式を採りながら負担と給付が連動しなくなっていると指摘している。

⁵⁷ 土居丈朗氏への有識者ヒアリング（2020）

土居（2020）⁵⁸は、公費負担は所得再分配機能に用いるべきであり、保険料は給付・反対給付均等の原則で行うべきであるが、現行制度では、保険に公費が複雑に入り込み、負担関係がわかりにくくなってしまっている。この背景には、「増税なき財政再建」という方針が提示されて以降、伸びていく社会保障に対する一般財源からの投入を抑え込むために、本来的には税でカバーすべきものを保険料に付け替えることが実質的に行われてきたということがあるのではないかと指摘している。少子高齢化が進む日本では、簡略化すると、高所得で低リスクの人が現役世代、低所得で高リスクの人が高齢世代に相当し、このことは、現役世代の負担で高齢者世代の負担を補うことを意味する。実際、社会保険料の多くは世代間移転に用いられており、受益と負担の関係は希薄化しており、社会保険料は事実上租税代替化している。

佐藤（2019）⁵⁹は、後期高齢者支援金や前期高齢者納付金が実態として租税化しているのであれば、その財源は公費で賄うべきではないかと提言している。保険原理と租税代替化により、保険者の自律性を高めるべきではないかとも指摘している。

一方、所得再分配機能を現行制度において明確に切り出すことができるのかという意見もある。同じ保険集団内の所得再分配について保険料で行うことについては容認されるが、一方、連帯のない保険集団外との所得再分配については被保険者の納得が得られにくいものとする。こうした観点からすると、現役世代からの前期高齢者納付金・後期高齢者支援金に対する拠出については、経済学的には保険料ではなく租税代替化の対象となりうるのではないかという考え方ができる。

5. 高齢者医療制度における財源構成の問題

現行の後期高齢者医療制度における財源構成の論拠が曖昧であるが、この背景には、制度創設自体が自己目的化していたという指摘もある⁶⁰。

第一に、被保険者からの保険料であるが、その賄うべき割合に根拠はない。本来、社会保険では支出に見合った保険料を設定することが必要である。しかし、後期高齢者医療制度については約 1 割を後期高齢者医療制度の被保険者の保険料で賄うこととなっている。島崎（2020）は、後期高齢者医療制度の保険料は国保の保険料と比較しても負担が軽いこと、特に低所得者の保険料が過度に低いことに対して国保並みの保険料負担の水準に引き上げるべきと指摘している。

なお、後期高齢者の保険料割合は 10%で固定されているわけではなく、75 歳未満の人口の減少率の 2 分の 1 の割合で引き上げられ、これに見合う形で支援金の割合は引き下げられるといったように、人口構成の変化に応じた調整機能が一部付されているが、

⁵⁸ 同上

⁵⁹ 佐藤主光氏への有識者ヒアリング（2019）

⁶⁰ 堤修三氏への有識者ヒアリング（2020）

給付に見合った保険料負担となっているかという点については検証が必要である。後期高齢者医療制度の創設後の平均保険料は平成 20（2008）年度を 100 とした場合、平成 30（2018）年度に 110 に増加しているが、現役世代の支援金は平成 30（2018）年度に 166 と大きく増加している。また、介護保険の場合、保険料は給付費の 2 割以上となっているが、後期高齢者の場合は保険料軽減措置等により給付費の 1 割以下であり、給付費に対する保険料の割合が低くなっている。

第二に、公費である。後期高齢者医療制度の財源構成は給付費の 50%を公費で負担するのが原則であるが、現役並み所得者の給付費に対しては公費の対象外となっており、その分、現役世代の肩代わりが増えてしまう構造となっている。この公費の割合とその対象について根拠はなく、平成 14（2002）年に老人保健法の給付費の公費負担割合を 5 割に引き上げる際、引き換えに、その対象を「75 歳以上の現役並み所得のない者の給付費」としたという径路依存的な説明をする他はない。実際、厚生労働者による高齢者医療制度の説明資料でも「現役並み所得者については、老人保健法と同様に公費負担（50%）はない」と記載されており、老人保健法を踏襲したことが明示されている。

このように後期高齢者医療への公費は「現役並み所得のない高齢者の給付費」が対象とされているが、それらの者の給付率に上乗せが行われているとしても、この公費がその上乗せ分に充てられる関係にはなっていない。また、それが現役並み所得のない者の保険料負担の軽減に充てられているわけでもない。どのような根拠でどのように使用されているのか説明しにくい公費負担となっている。なお、老人保健法下においては、現役並み所得者の保険料は高く、それが加入する保険者の拠出金の財源になるという説明が行われた。

前期高齢者のうち 70 歳以上の者については給付率が上乗せされているが、これに対する公費負担は行われておらず、保険料の負担が大きくなりすぎないようにという趣旨で公費負担が入っているのみである。このこととの整合性もとれていないといえる。

第三に、医療保険者からの支援金であるが、“法的根拠のあやふやな財源”といえる。被用者保険にとっても「籍のある人たちだからお金を出す」という根拠を後期高齢者医療制度には見出せない。それにもかかわらず、先の公費の点とも関係するが、現役並みの所得の者の給付費に対する公費が投入されない分、現役世代からの支援金が肩代わりする構造となっている。

また、前期高齢者医療制度における費用負担調整の対象となる医療給付費等には、前期高齢者の医療費だけではなく、後期高齢者支援金も含まれる。後期高齢者支援金は前期高齢者の人数によらず 75 歳未満の加入者数に応じた負担であって前期高齢者の偏在による負担の不均衡は生じていない。したがって前期高齢者医療制度における費用負担調整の対象とする根拠はない。しかし、結果として、国保に加入している前期高齢者に係る後期高齢者支援金までも被用者保険が負担する形となっており、現役世代、特に被用者保険に過大な負担がかかっている。その結果、健保組合においては、保険給付と拠

出金を合算した義務的経費に占める拠出金の割合が5割に近づいている状況にある。こうした現状は、給付に見合った保険料負担とは言えず、保険原理が十分機能しないことになる。現役世代の給付が変わらないにもかかわらず拠出金の財源をねん出するために保険料率を引き上げることについては加入者・事業主からの納得も得られにくい。少なくとも自らの保険集団に対する保険給付費の割合よりも支援金の占める割合が大きくなる事態は避けなければならない。

このように、現行の後期高齢者医療制度の財源構成は、保険料水準の限界、公費負担依存の大きさ、被用者の重い負担という問題を引き起こしている。ただし、後期高齢者医療制度における保険料と対象リスクの関係は、現役世代のそれと違いはなく、政治的に後期高齢者の保険料水準を抑えるというねらいのみで、公費、支援金が投入されているという指摘もある。

全世代型社会保障を医療保険で実現しようとするれば、国民全員を7割給付で統一するのが国民皆保険の精神に照らしても正しいといえるのではないか。ただし、配慮が必要な低所得者については年齢に関係なく扶助原理に基づき公費を投入するというのが適切であろう。

社会保険の本質を考えると、保険料は日々の生活を支えるフローの収入（所得）からの拠出を前提とすべきであり、本来、医療保険に資産調査を入れるのは適切ではない。しかし、現行の後期高齢者医療制度は、“保険の擬制”であって、本来的に社会保険と捉えることができるのか疑問とする見方もある。この見方に従えば、現行の後期高齢者医療制度では、例えば公費投入による応能的給付と合わせて「資産に着目した負担」という議論が出てきた時に拒否することができない可能性もある。低所得者に対する配慮として公費投入は必要であるが、75歳以上の後期高齢者といっても、健康面、経済面、生活実態も多様であり、一律に社会的保護が必要な福祉制度の対象として捉えることは適切ではない。こういった点からも、社会保険的要素を強化していくことが必要と思われる。

第5章 今後の医療保険財政のあり方

1. 保険料と公費の役割の明確化

現状の公的医療保険制度の問題として、前述の通り、保険機能と所得再分配機能が混然としている点について指摘がある。ここで明確にしておく必要があると思われるが、応能負担による保険料とすることで強制加入の実効性を持たせ、結果的に、同じ保険集団内で所得再分配機能が働くことは制度創設時から容認されてきた。ただし、医療保険においては給付との牽連性も考慮され、応益的な観点からも保険料については賦課上限額が設定されている。

財政学・経済学の観点から現行制度をマクロ的に捉えると、保険者間・制度間における費用負担調整を巡る問題として保険機能と所得再分配機能が混在しており、本来の形、すなわち、保険料は保険機能で、公費は所得再分配機能で、と明確に役割を分ける必要性が指摘されている。この考え方では、保険料は「リスクに見合った保険料」とすべきであり、まずは「リスクに見合った保険料とはいくらなのか」を“見える化”する必要があるということになる。所得再分配にあたる部分を保険料ではなく公費（税財源）を投入することで、結果的に、高所得者の負担総額（保険料＋税）が高く、低所得者の負担総額（保険料＋税）が低くなってもよいが、公費投入の恩恵・効果が具体的に明らかになることが重要という考えである。

数値例				
<ul style="list-style-type: none"> 医療費（保険給付）が600必要な病気に罹患する確率25% 高所得者（1万人）と低所得者（1万人）が存在 保険料以外に税負担（高所得者は200、低所得者は100） 保険料だけを用いた場合医療保険財政の収支 $x_H \times 1 + x_L \times 1 = 600 \times 2 \times 0.25$ ※ プランAは保険原理を追求。プランBは現行制度を擬したもの。プランCは理想形（役割分担） 	プランA	保険料	税	計
	高所得者	$x_H=150$	200	350
	低所得者	$x_L=150$	100	250
	↓ 低所得者の負担軽減を保険料で			
	プランB	保険料	税	計
	高所得者	$x_H=200$	200	400
	低所得者	$x_L=100$	100	200
	↓ 低所得者の負担軽減を税で			
	プランC	保険料	税	計
	高所得者	$x_H=150$	250	400
	低所得者	$x_L=150$	50	200

（資料）令和元年度医療保障総合調査・研究基金事業「公的医療保険の持続可能性に対応した公費のあり方に関する調査研究」第3回検討委員会 土居丈朗氏講演資料

また、制度を実態に合わせ、医療保険の中に再分配機能が含まれているのであればそれを抽出、租税化し、課税ベースの広い所得税で賄うという考え方もある⁶¹。オランダでは、個人が加入している保険者に対して定額の保険料（応益部分にあたる）を払う。

⁶¹ オランダ方式についての紹介も含め、佐藤主光氏講演資料（2019）による。

また、個人は政府に対して所得比例の社会保険税を払う。これが制度間の財政調整に使われており、このオランダ方式をイメージした案である。

しかしながら、医療保険から所得再分配機能を抽出することは容易ではない。また、所得再分配機能に該当する部分を抽出でき、それをオランダのように社会保険税とした場合、保険料による保険機能部分は限られたものとなり、事業主の医療保険への責任・関与が薄れてしまう懸念がある。現在、事業主と保険者によるコラボヘルスが積極的に行われているが、こうした取組とも逆行する。仮に個人による社会保険税とした場合、現行の事業主負担分の財源をどう確保するのかという問題も残る。また、既に後期高齢者医療制度や国民健康保険、協会けんぽに投入されている公費（低所得者への保険料軽減措置に対する公費、給付費に対する定率の公費等）との関係をどう整理するのかという問題もある。

そもそも医療保険において所得再分配機能を同一保険集団外にまで求めることが妥当かどうかを考える必要があるが、現状をみれば、既に保険料で他制度への財政移転が行われており、結果として、保険者の自律的な財政運営に大きな影響を与えている。公的医療保険の持続可能性を高めるためには、渾然一体となってしまう保険料と公費のそれぞれの役割を明確にし、扶助原理に基づき、本来、公費で賄うべきところに適切に公費が投入されるよう明確な根拠をもって求めていくことが必要である。なお、給付費に対する定率の公費投入など、その投入方法や投入額等についても妥当かどうか検証していくことが必要である。

2. 負担の不公平問題の解消

世代間における自己負担や保険料負担の不公平問題はそれ自体解消すべき課題であるが、高齢者の自己負担や保険料負担を軽減するための、現役世代からの拠出金と関係しており、公費のあり方を考えるうえで前提となるものである。拠出金により、現役世代の保険料負担は大きくなっている。なお、4. で後述するように高齢者に適切な負担を求めることで、問題の多い拠出金の現役世代の負担も軽減される。

ところで、公的医療保険を含む「社会保険」について、社会保険の本質が理解されていないのか、あるいは意図的なものかは不明であるが、近年、「社会保険＝共助」と単純に捉え、共助の範囲を拡大しようとする動きがみられる。しかし、社会保険は、加入者が疾病等のリスクに備え保険料を保険者に納め、保険事故が発生した場合に保険者から保険給付を受けるという、本来、「自助」を目的とした仕組みである。しかしながら、それが期せずして、同じ保険集団内、つまり「連帯」の範囲内で共助となる仕組みとなっており、そのことを正確にとらえる必要がある。

こうした社会保険の本質をとらえると、リスクに応じた保険料、あるいは応益的な保険料負担といった考え方もありうる。実際、医療保険においては、応能負担による保険

料としながらも、保険料に上限額が設けられており、給付との見合いが考慮されている。応能負担の保険料も、同じ保険集団内、「連帯」の範囲内であれば自然と受け入れられ、結果的に保険集団内での所得再分配機能も果たしてきた。

現下の状況を見ると、健保組合の保険料収入の半分近くを前期高齢者納付金、後期高齢者支援金といった形で、保険集団外に拠出しているという実態がある。つまり、保険料が、現役世代から高齢者世代への一方的な財政移転の原資となっている。例え同じ所得であっても、現役世代から高齢者世代に対して支援がなされるという構造になっている。少なくとも後期高齢者医療制度は完全に独立した制度であり、現役世代との間に同一保険集団に属するといった「連帯」的な要素はない。この点、制度創設の経緯は別として、経済学的観点からは保険料で財政支援を行うことは適切ではないといえる。

今後も着々と、現役世代が減少し高齢者世代が増加するという人口構造の変化が進行していく中、現役世代の負担には自ずと限界がある。加入者が保険料を支払うのは制度に対する信頼、保険料についての納得があるからである。公的医療保険の持続可能性を高めるためには、加入者、国民、事業主等からの信頼を確保することが必要である。現行制度のままでは、世代間の不公平感が増すばかりであり、制度に対する現役世代からの支持が得られなくなる可能性が高い。中長期的には保険料と税のあり方の検討が必要であるが、少なくとも当面は、保険集団内の保険給付費より保険集団外である高齢者医療への拠出金が多くなることのないよう、制度的な歯止めをかける必要がある。

こうした世代間における負担の不公平問題を解消し、公的医療保険制度の持続可能性を高めることが喫緊の課題といえる。

3. 社会保険と税制における歪みの是正

一定所得以上（課税所得 28 万円以上かつ年収 200 万円以上（単身世帯））の後期高齢者の窓口一部負担金を 2 割に引き上げる法案が 2021 年 6 月に可決され、世代間の負担のアンバランスが解消される一歩となったが、その対象基準となる年金収入の捉え方に問題があり、これは医療保険制度全体にも関係している。

年金税制においては、①遺族年金は非課税となっている、②現役世代の被用者に適用される基礎控除額と年金受給者における年金所得控除額が大きく異なっており、収入が同じであっても課税ベースの「所得額」が異なっている、③在職高齢年金受給者の場合、基礎控除と年金所得控除の両方が適用される等、所得税・住民税における課税ベースが年金受給者（高齢者世代）と現役世代とでは大きく異なっている。しかし、こうした年金税制上のゆがみが考慮されることなく、現状、医療保険における各種の判定基準（保険料賦課限度額、窓口負担、高額療養費）に使用する年収に用いられている。負担の公平化を図る観点からも、年金税制のゆがみや医療保険における年収の基準を早急に見直すことが強く求められる。

4. 年齢によらない負担へ

現行制度では、年齢によって患者窓口負担（給付率）が異なる。後期高齢者の窓口一部負担金を2割に引き上げる法案が提出・可決されたが、そもそも、年齢により給付率を変えることに保険（給付）としての合理性は見いだせない上に世代間の不公平さを生む原因にもなっている。老人医療費無料時代からの軌道修正は政治的に困難な課題となっているのは承知しているが、高齢者を一律に「保護すべき対象者」と捉えることは高齢者の尊厳をも無視していることになり、適切ではない。

なお、現行の後期高齢者医療制度は社会保険とは言いがたく、“保険の擬制”であり、福祉的要素が大きい。財源についても加入者本人の負担割合が極めて低く、公費と現役世代からの支援金に大きく依存している。このことは結果的に給付水準に対する圧力となり、加入者である後期高齢者自身が必要な医療を受けられなくなるリスクをはらんでいる。こうしたリスクを高齢者自身がまずは認識する必要がある。現行のままでは、給付に対する効率化や医療費適正化のインセンティブも働かず、世代間対立を助長しかねない仕組みとなっている。こうしたことは高齢者自身も含め、現役世代、将来世代にとって不幸な制度と言わざるを得ない。将来的には、福祉的な対応は別途考慮するとしても、年齢による給付率の格差を見直し、一律3割負担を原則とし高額な自己負担については高額療養費で対応すべきではないか。なお、この高額療養費制度も年齢によって異なるが、原則、同じとすべきではないか。

後期高齢者医療制度における保険料負担についても、高齢者の増加と現役世代の減少の中で、高齢者の給付費に対する保険料負担割合を見直していくことも検討すべきである。また、様々な軽減措置がとられているが、後期高齢者の保険料軽減措置は国保と比較しても過剰となっている。こうした年齢による過剰な保護措置を地道に見直し、後期高齢者自身にも現役世代と同様に応分の負担を行うよう、制度の見直しが必要である。

その上で、前述の年金税制の歪みを是正し、年齢に限らず、低所得者に対しては扶助原理に基づき公費による支援が必要である。保険料の負担能力がない低所得者への公費投入はその正当性も認められており、既に公費が投入されている。なお、公費投入に際しては制度単位・給付費に対する一律のものではなく、保険料負担時での個人に対する公費負担という考え方である。また、給付段階においても低所得者への配慮は必要であるが、保険料負担と窓口負担との関係で、過剰な配慮による弊害が生じないようにする必要はある。

後期高齢者自身の保険料・窓口負担の現行の仕組みを改め、高齢者自身の負担の適正化を図るとともに、医療費適正化のインセンティブや保険運営組織の機能が発揮できるようにすることが求められる。

後期高齢者の現役並み所得の者に対する給付費に対しては、制度的経緯から公費が投入されず、現役世代からの後期高齢者支援金とその分を負担している。前期高齢者の後期高齢者支援金についても現役世代からの納付金で二重に負担しており、このことが現

役世代である被用者保険に過度な負担となっており、健全な保険運営を困難にしている。また、後期高齢者支援金は国保では加入者数によるが、被用者保険では総報酬割となっており、特に健康保険組合の負担は重くなる仕組みとなっている。制度設計上、なぜ、現役並み所得の者について公費を投入しないのか根拠が曖昧なまま、現役世代からの支援金で補っている現行制度については見直しを行い、まずは高齢者自身の保険料で賄い、それでも賄えない場合は公費を適切に投入すべきである。

こうした前期高齢者納付金、後期高齢者支援金については法学的・経済学的視点からみても保険料ではなく税としての性格を持っていることは先に述べたとおりである。これについて、保険者としては、一定の範囲内であればこのまま保険料の中から拠出することについて是とするのか、あるいは社会連帯税のように租税代替化を図るべきとするのか慎重に検討しておく必要がある。

5. 税財源確保の必要性和望ましい税財源

前述のように給付との牽連性を確保し後期高齢者の負担を見直してもなお、後期高齢者は増加することから、医療財源が不足することが予想される。特に、本来であれば公費を投入すべきところまで現役世代からの支援金で賄うというのは限界がある。いずれにしても人口バランスを考慮すると、現役世代からの“支援”には限界がある。

後期高齢者医療制度を存続させていくうえで、今後も公費投入は避けられない。国として制度に対する責任もあることから、国民が安心して生活できるよう、しっかりと財源を確保していくことが必要であるが、そのためには「第2章4. 将来的な医療費と公費負担の見通し」で見てきたように、2040年度までに2018年度と比べGDP比約1%規模（14－16兆円相当）での増税をせざるを得ない。加えて新型コロナウイルス感染症対応により多額の公費が投入されている中で、その財源をどのように確保すべきかは大きな課題である。

以下では経済学的視点から、高齢者医療制度の財源としての税財源の適格性を検討する。

（1）消費税

社会保険料は労働コストの増加要因であり雇用を阻害するという問題がある。社会保障費の企業負担は経営に大きな影響を与える。社会保険料は生産コストの増加につながるため、製品価格に転嫁されることになり、国際競争力に悪影響を与える。グローバル経済に対応するためには、法人税と合わせて社会保険料を考える必要がある。世界的な潮流は、法人税や社会保険料を抑えて消費税に転換している。消費税は生産活動を阻害せず、国際競争力に影響しないため望ましい税である。

公費負担の財源として相続税を用いるべきという議論もあるが、相続税で何兆円も税

収を確保するのは困難であるため、量的なことを踏まえると、どうしても消費税に依存する必要がある。

消費税の特徴として、他の税に比べて経済活動に対する中立性が高いことが古くから理論的に指摘されてきた。小塩（2014）は、消費税は雇用抑制効果を生みにくく、年齢とは関係なく負担能力に応じた負担を求めることができる（消費支出から負担能力を事後的に観測し、消費水準に比例した負担を求めることができる）ことをメリットとして挙げている。また、Arnold et al.（2011）は経済成長に与える悪影響は、消費税の方が所得税や法人税よりも小さいことを実証的に示している。

宮島（2008）は消費税のメリットについて批判的な検討を加えているが、島崎（2012）はそれを踏まえたうえで、財源調達力・安定性のほか、消費税は内国税であり国境調整が行われるため、輸出に負の影響を与えないことを理由に消費税の適格性を支持している。

なお、消費税については、しばしばその逆進性が指摘される。上村・足立（2015）では、税率の引上げ幅が大きいほど逆進性が高まることを確認している。

他方、土居（2010）は、生涯消費が生涯所得に比例的であることから、消費税負担も生涯所得に対して比例的であるとしている。また、大野ほか（2014）においては、ライフサイクルでみると消費税は累進的であるとしている。

これらの主張に対し、島崎（2012）は、消費税の逆進性を無視することはできないとした上で、消費税以外にも所得税等の税目や社会保障給付を組み合わせることの必要性を強調している⁶²。

（2）所得税

鈴木（2014）は逆進性や景気への悪影響に加えて、安定財源でないこと、世代間格差是正効果が小さいことなど、そして、「一般消費税と賃金所得税の等価性命題⁶³」を理由に消費税の社会保障財源としての適格性を批判し、相続税を安定財源として主張した。同様の主張としては岩田・八田（2003）等がある。

しかし近年、このような理解に対して行動経済学の観点から批判が加えられている。Blumkin et al.（2012）は、実労働実験によって、理論上同値となる所得税と消費税であっても、所得税の方が労働意欲を減退させ、労働供給を減少させる可能性を指摘している。

上村・足立（2015）は、所得税の所得再分配効果が逡減していることを示し、現行の所得控除には負の再分配効果があることを指摘している。したがって、所得控除を縮小し、税額控除へ移行することが望ましいとしている。同様に、土居（2015）も、高所得

⁶² 島崎（2012） pp.108-109

⁶³ 理論上は定率所得税も定率消費税も同じ予算制約式になるため、労働者や消費者の行動に同一の影響を与える、ということ。

者ほど税負担軽減効果が大きくなる所得控除から税額控除への移行を主張している。

また、佐藤（2014）は広範な所得控除による賦課ベースの空洞化を批判し、広く薄い課税ベースの所得税の導入を主張している。森信（2015）は、金融所得が分離定率課税（国税 15%、地方税 5%）となっているために高額所得者の所得税負担率が低下すること等も挙げつつ、所得税による再分配効果の低さを指摘している。

（3）目的税（一般社会税）

消費税を現行の公費部分に充当し、一般社会税（課税ベースの広い所得税）を制度間の財政調整に用いることが良いのではないかという意見がある。この考えでは、個人が政府に対して所得比例の社会保険税を払い、これを制度間の財政調整に充てる。再分配に用いる財源として、「社会保障目的の所得課税（社会連帯税）」を創設するというものである。課税対象は正規雇用の所得に限定せず、金融所得や公的年金等所得も課税対象とすることによって、能力に応じた負担にできるというメリットがある。

このような制度としてフランスの社会連帯税がある。社会連帯税は幅広い所得が課税ベースとなっており、フラット税的性格が強いため、経済活動を阻害しにくいというメリットがある。ただしフランスでは、所得税に対する歴史的な反感があり源泉徴収できない、課税ベースが限定されている等の状況の中で、第二の所得税として社会連帯税が出てきたという日本と異なる事情がある。

現実問題として公費については穴が空いているが、消費税を 10%に引き上げることさえ苦勞したわが国で、社会保険料を租税化して租税法律主義の対象にしてしまうと、政治的に引き上げられるのかという問題がある。このため、社会保険料の租税代替化はわが国では難しいと思われる。

なお、後期高齢者医療費の増加のために特定財源的な税「医療特定財源」を創設する提案もある（例；砂糖税、肥満税など）。「骨太の方針 2018」では、「真に必要な財政需要の増加に対応するため、制度改革により恒久的な歳入増を確保する場合、歳出改革の取組に当たって考慮する」と明記されており、財務省が特定財源的な税を承認しているとも考えられる。こうした特定財源的な税についても検討の余地があるだろう。

（4）税財源の比較

以上の議論を踏まえて、①消費税、②所得税、③目的税（一般社会税）について租税原則に照らし整理を行う（図表参照）。

まず、垂直的公平性の観点からは、所得税もしくは目的税（一般社会税）が優れている。累進性があるという意味では所得税の方が垂直的公平性は高いが、目的税（一般社会税）は課税ベースの広いフラット税という強みがある。

水平的公平性という面においては消費税が最も優れている。次いで課税ベースの広い

目的税（一般社会税）が優れている。

世代間の公平性についても消費税が最も優れており、次いで課税ベースの広い目的税（一般社会税）が優れている。所得税には数多くの控除があり、資産の捕捉も不十分であるため、世代間公平性の低い税制となっている。

経済活動への影響においては、所得税や一般社会税は経済成長を阻害すると指摘されており、消費税はこれらよりも経済成長を阻害しないため、最も適していると考えられる。

徴収費用についても、消費税が最も低い。

このように、さまざまな観点から税財源としての適格性を検討すると、多くの面で消費税の優位性を指摘できる。その次に優位性のある税が目的税（一般社会税）である。現実には様々な税財源を組み合わせることも考えられる。

図表 5-1 税財源の適格性

	垂直的公平性	水平的公平性	世代間公平性	経済活動への影響	徴収の容易さ
① 消費税	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 逆進性あり ✓ 生涯消費は生涯所得と比例的ゆえ、消費税負担も生涯所得に比例的、との主張もあり 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 消費水準に応じて負担 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 全国民が消費水準に応じて負担 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 経済活動に対して中立的 ✓ 仕入れ税額控除によって経済活動が損なわれない ✓ 仕向け地主義課税であるため国際競争力への影響を遮断できる 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 間接税であるため徴収コストは低い
② 所得税	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 累進性あり ✓ 各種控除により課税ベースが浸食され、所得再分配効果遮減 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 所得捕捉率に格差あり 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 公的年金控除や老齢遺族年金等により世代間不公平を助長 ✓ 高齢者に多い資産も含めて負担能力を捉える必要があるが、捕捉困難 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 賃金水準に連動したコストとなるため、雇用、賃金、企業活動、労働供給を阻害 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 申告であれ、源泉徴収であれ、徴収コストは大きい
③ 目的税（一般社会税）	<ul style="list-style-type: none"> ✓ フラット税であるため所得比例的 ✓ 既存の所得税と比較すると課税ベースが広いため、所得再分配効果が期待できる 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 所得水準の応じた負担 ✓ 課税ベースが広く、所得捕捉率の格差が小さい 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 全国民が所得水準に応じて負担 ✓ 控除等は少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 所得水準に連動したコストとなるため、雇用、賃金、企業活動、労働供給を阻害 ✓ ただし就業形態等による歪みは少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 申告であれ、源泉徴収であれ、徴収コストは大きい
好ましさ	②・③ > ①	① > ③ > ②	① > ③ > ②	① > ③ > ②	① > ②・③

第6章 まとめ

わかりにくい財源構造

わが国の公的医療保険制度は、保険原理に扶助原理が加味されていることで、保険料、公費、他保険者からの拠出金等と財源構造が複雑となり、国民にとっては負担と給付の関係が見えにくく、わかりにくい制度となっている。この財源構造により国民皆保険が実現し、国民だれもが比較的低い自己負担で医療を受けられるという公的医療保険制度の恩恵を享受してきたが、一方で、この財源構造であるが故に、高齢者人口が今後ますます増える中、引き続き、公的医療保険制度の持続可能性を確保していくためにどのように財源を確保することができるのかといった難しい課題を抱えている。

財源の問題としては特に公費と拠出金であり、喫緊の課題としては高齢者医療制度の財源問題がある。高齢者医療制度に対する現役世代からの支援金・納付金といった拠出金が増え続け、被用者保険、特に健保組合では保険支出の5割近くが高齢者世代に拠出されているという実態となっており、現役世代である被用者保険の保険運営も厳しい状況となっている。一方、後期高齢者においては、現役世代からの支援金と公費の投入があるからこそ、自らの保険料や患者窓口負担額が極めて低く抑えられているといった認識を持ちにくく、医療費適正化に向けたインセンティブも機能しにくくなっている。

保険原理と保険者機能

このことは、近年の制度改革における社会保険の本質である保険原理の軽視が引き起こしている問題と言える。健全な保険運営とは給付費等の支出を見込み、それを賄う保険料の設定・(加入者や事業主等負担者の同意獲得・)徴収を確実に行うことであり、保険者機能の中核ともいえる。自分たちの貴重な保険料財源だからこそ無駄がないか、適正な給付となっているか等、保険者はしっかりと給付内容をチェックし保険財政を健全に管理運営していこうとする。健康保険制度が創設されてまもなく100年となるが、この間、「自分たちの保険」としてきめ細かな管理運営を行ってきた健康保険組合は他制度・保険者と比較して、民主的な運営の下、財政的にも安定した運営を行っていると同様に評価されてきた⁶⁴。また、個人レベルで見れば、保険料負担において給付との牽連性があるからこそ、保険料を負担し、医療費の適正化に努めようというインセンティブが働く。わが国では、応能負担による保険料ではあるが、保険料賦課の上限額設定や窓口負担など応益負担となる要素も組み込み、給付費が大きく増大することのないよう、きめ細かい制度設計を行ってきたといえる。しかしながら、そうした仕組みが近年は軽視されているように見える。

⁶⁴ 詳細は健康保険組合連合会(2009)「健康保険組合論(医療政策と健康保険組合の役割)の構築に関する調査研究報告書」を参照。

保険原理の軽視に起因する後期高齢者医療制度の問題

(少ない後期高齢者の負担)

公費や拠出金が多く投入されている後期高齢者医療制度では、後期高齢者自身の保険料負担は低く抑えられており、特に低所得者に対しては国保の低所得者と比較しても保険料軽減措置が大きく、支出に対する後期高齢者の保険料の割合は1割に満たない。また、窓口負担については現行の1割負担を2割負担に引き上げる法案が提出・可決されたが、現役世代が3割負担であることと比較すれば依然として配慮されている。高額療養費についても、現役世代と高齢者世代では自己負担上限額が大きく異なっており、高齢者の自己負担限度額は現役世代と比較して低く抑えられている。こうした負担と給付の両面における高齢者への手厚い配慮による制度設計の結果、負担と給付との牽連性は極めて希薄になり、必要な給付という名目により給付費の増大に歯止めがかからない状態となっている。この結果、公費や現役世代からの拠出金に対する要請がますます強くなり、その伸び率は高齢者自身の保険料を大きく上回っている。

(社会保険としての性格の強化)

こうした問題を解消するためには、後期高齢者医療制度における保険原理が機能する方向で制度の見直しを行っていくべきであり、年齢によらない負担に向けて保険料負担や自己負担の在り方を見直していく必要がある。

後期高齢者医療制度は“保険の擬制”であるという指摘があるように、管理運営組織も含め、社会保険としての要素が具備されているとはいいがたい状態である。後期高齢者と一言と言っても、健康面、経済面、生活実態等も多様であり、一律に社会的保護が必要な者として扶助原理の対象とすることは適当ではない。後期高齢者を自律的な個人と捉え、保険原理の下、後期高齢者自身が納得できる給付を今後も受けられるようしっかりと自らも適切に負担し、将来世代に負担の付け回しをしないという、社会保険本来の姿に少しでも近づけていくことが必要である。つまり、給付との牽連性を強化することによって給付費増大に歯止めをかけ、現行の公費と拠出金への依存度を抑えるようにしていくことが必要である。

一方、現実問題として、後期高齢者では医療・介護ニーズが高く、経済的に保険料負担に耐えられない低所得者が多いのも事実である。こうした低所得者に対しては、扶助原理に基づき、公費を投入することが必要である。この低所得者の保険料負担に対する公費投入については国民的合意が得られると思われる。なお、「低所得者」の定義については、年金税制の歪みを引きずられることなく現役世代と同じ尺度で定義すべきことは言うまでもない。

(公費投入を前提とした制度の課題)

次に、後期高齢者医療給付費に対する公費投入の問題がある。後期高齢者医療制度は医療保険上、ハイリスク集団である。ハイリスク集団ではリスクに応じた保険料は必然高くなり、高齢者の負担能力を考慮すると保険として成立することは難しく、保険料水

準を負担可能な範囲に引き下げるために公費投入は不可欠である。後期高齢者医療制度の創設に至る経緯でも相当の公費投入が前提となっている。この公費投入についても国民的合意はある程度得られやすいものと思われる。しかし、公費投入により、医療費適正化に向けたインセンティブが働かない仕組みは望ましくない。実現可能かどうか議論はあるかもしれないが、本来、負担すべき（保険原理によって給付に見合ったリスク相応の）保険料と、（扶助原理によって）公費が投入されることでどのくらい保険料負担が軽減されたか、後期高齢者にもわかりやすく示すことが望まれる。

（論拠の乏しい現役世代からの拠出）

財源構成の問題として現役世代からの拠出金がある。後期高齢者医療制度の財源は高齢者自身の保険料が1割、公費が5割、現役世代からの支援が4割とされているが、現役並み所得の後期高齢者の給付費に対する公費は投入されず、現役世代からの拠出金で賄う仕組みとなっている。そもそも拠出金自体の論拠が曖昧であるが、公費が投入されない部分を拠出金で補うことの論拠はますます乏しい。結果的に、現役世代からの拠出金は4割を超えている。なお、この後期高齢者支援金に加え前期高齢者納付金といった拠出金については、本来、費用負担調整の対象とすべきでない後期高齢者支援金相当分を含んでいるほか、経済学的視点からは租税的性格が指摘されており、今後、その負担のあり方については議論の余地がある。

保険原理を尊重した持続可能な制度構築

健康保険制度創設時より、国の責務として、国民皆保険の実現・維持、給付内容の充実等に向けて、国は必要な公費を確保し医療保険制度に投入してきた。しかし、近年、社会保障と税の一体改革などを進めるとしながらも、税制改正の政治的な困難さのつけを保険料に回している。少なくとも、後期高齢者医療制度の現役並み所得の高齢者の給付費など、公費で負担すべきところを正当な論拠もないまま、現役世代の保険料に負担をさせている仕組みを早急に見直すことが強く求められる。

費用負担調整の拡大に伴う保険料の保険集団外への流出は、給付と負担の牽連性による効率的な医療保険の運営や保険者機能を脅かす懸念がある。

現行の医療保険制度は保険機能と所得再分配機能が混在しており、中長期的には、保険料はリスクに見合った保険料とし、所得再分配に当たる部分を公費（税財源）で賄うように、保険料と公費の役割を明確化するよう制度を見直すことも考えられるが、そのためには検討すべき課題も多い。

現行制度のままでは現役世代からの支持が得られなくなる可能性が高く、各種の支援金・納付金を通じた保険集団外への財政移転に対しては、立法措置により明確な歯止めをかける必要がある。少なくとも当面、保険集団内の給付よりも保険集団外への支援金・納付金が大きいようにならないようにすべきである。その際には、あくまでも労使による自律的・効率的な運営を堅持するため、この限度を超えた個別の健康保険組合に対す

る国庫補助で補填するという形によるのではなく、拠出自体に歯止めをかけるべきである。その上で、これによる受入側の後期高齢者医療や介護保険の財源に不足が生じるようであれば、高齢者の保険料の引上げや、公費の各制度への直接投入による支援を行う仕組みを検討すべきである。

税財源の確保

冒頭にも述べたが、新型コロナウイルス感染症拡大により、国や地方の財政も厳しい状況にある。今後、医療費は増加し、現行制度の枠組みを前提にすると公費も 2040 年度までに 2018 年度に比べて GDP 比約 1%(14 兆～16 兆円相当)の増加が予想され、医療財政への公費投入についても厳しい要請がなされることが想定される。この時、社会保険の考え方を軽視し「とれるところからとる」という安易な所得再分配論や、同じ土台になっていないにもかかわらず国民連帯の名のもとでの保険料への付け回しの議論が生じないよう、適切な公費の投入の必要性を訴える必要がある。またその財源としては、高齢者も含め広く現在の国民が負担する消費税などを目的税化する、特定財源を確保するといったことを具体化させていくことが重要である。

なお、公費と言っても自然と生み出される財源ではなく、その財源は我々個人や法人等から徴収されるものであり、貴重な財源を適切に使用する、将来世代につけを回さないという当たり前のことを、また、公費への依存度を高めれば経済状況次第によって給付抑制への圧力が高まるという事も含め、国民に啓発していくことが、保険者をはじめ医療関係者、行政に求められる。

国民の理解にむけて一健保組合をはじめとした関係者の役割

皆保険が実現してから 60 年となった今、公的医療保険制度はいわば国民にとっては“空気のような存在”であり、その意義を感じることは少なかつただろう。しかし、新型コロナウイルス感染症拡大により、医療提供体制の整備とともに国民皆保険の重要性を国民が感じている今こそ、公的医療保険制度の意義、医療財政の状況を国民に広く訴えていくことが重要である。その際、公的医療保険制度を堅持していくためには、給付を支える医療提供体制の見直しとともに、今まで以上に負担を増やすか負担を抑えるために給付を抑制するか等の財政上の選択の議論も必要であることをきちんと伝えていかなければならない。

参考文献

- ・岩村正彦（2001）『社会保障法Ⅰ』弘文堂
- ・上村敏之・足立泰美（2015）『税と社会保障負担の経済分析』日本経済評論社
- ・碓井光明（2009a）『社会保障財政法精義』信山社
- ・碓井光明（2009b）「社会保障財政における社会保険料と租税」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の効果分析』東京大学出版会
- ・江口隆裕（2009）「社会保障における給付と負担の関連性」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の効果分析』東京大学出版会
- ・栄畑潤（2007）『医療保険の構造改革－平成18年改革の軌跡とポイント－』法研
- ・大野太郎・中澤正彦・松田和也・菊田和晃・増田知子（2014）「家計の税・保険料負担『全国消費実態調査』を用いた計測」『フィナンシャル・レビュー』第118号
- ・小塩隆士（2014）「社会保障費用のバランスのあり方」『健康保険』2014年9月号
- ・加藤智章（2016）『社会保険各論』旬報社
- ・菊池馨実（2012）『社会保険の法原理』法律文化社
- ・菊池馨実（2014）『社会保障法』有斐閣
- ・菊池馨実（2019）『社会保障再考＜地域＞で支える』岩波新書
- ・健康保険組合連合会『健康保険法の歩み』
- ・健康保険組合連合会『健康保険法の歩み その二』
- ・健康保険組合連合会（2008）『医療保険制度における財政調整と財源負担に関する調査研究報告書』
- ・健康保険組合連合会（2009）『健康保険組合論（医療政策と健康保険組合の役割）の構築に関する調査研究報告書』
- ・健康保険組合連合会（2017）『医療保険制度における『負担の公平』に関する調査研究報告書』
- ・厚生省保険局国民健康保険課・社団法人国民健康保険中央会『国民健康保険四十年史』
- ・佐藤主光（2014）「国民皆保険を守るための改革 社会保険料の租税化と機能分離」『健康保険』2014年11月号
- ・島崎謙治（2011）『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会
- ・島崎謙治（2012）「税制改革と社会保障」日本社会保障法学会編『新・講座 社会保障法第3巻 ナショナルミニマムの再構築』法律文化社
- ・島崎謙治（2015）『医療政策を問いなおす：国民皆保険の将来』ちくま新書
- ・島崎謙治（2020）『日本の医療 制度と政策 [増補改訂版]』東京大学出版会
- ・白川泰之（2012）「後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金とその財源としての保険料の法的性格に係る考察」『法政理論』第44巻第2・3号
- ・鈴木亘（2014）『社会保障亡国論』講談社現代新書

- ・ 土田武史 (2014) 「自助・共助・公助のあり方を考える」『健康保険』2014年2月号
- ・ 堤修三 (2000) 『社会保障 その既在・現在・将来』社会保険研究所
- ・ 堤修三 (2004) 『社会保障の構造改革 国家社会保障から自律社会保障へ』社会保険研究所
- ・ 堤修三 (2018) 『社会保険の政策原理』国際商業出版
- ・ 土居丈朗 (2015) 「所得税改革の必要性 社会保障制度改革と統合的な改革」NIRA 研究報告書『社会保障改革しか道はない』
- ・ 中村秀一 (2016) 『社会保障制度改革が目指しているもの』年友企画
- ・ 中村秀一 (2017) 『2001－2017年ドキュメント社会保障改革』年友企画
- ・ 西沢和彦 (2011) 『税と社会保障の抜本改革』日本経済新聞出版社
- ・ 西沢和彦 (2020) 『医療保険制度の再構築：失われつつある「社会保険としての機能」を取り戻す』慶応義塾大学出版会
- ・ 西村健一郎 (2003) 『社会保障法』有斐閣
- ・ 新田秀樹 (2013) 「財政調整の根拠と法的性格」『社会保障法研究』第2号
- ・ 宮島俊彦 (2018) 『社会保障と税の一体改革－改革推進の軌跡と要点－』第一法規
- ・ 宮島洋 (2008) 「社会保障と租税」『年金と経済』第27巻第1号
- ・ 椋野美智子・田中耕太郎 (2021) 『はじめての社会保障第18版』有斐閣
- ・ 吉原健二・和田勝 (1999) 『日本医療保険制度史』東洋経済新報社
- ・ 和田勝 (2016) 「医療保険制度における負担の公平」『健康保険』2016年3月号
- ・ Arnold, J., Brys, B., Heady, C., Johansson, A., Schwellnus, C. and Vartia, L. (2011), “Tax Policy for Economic Recovery and Growth,” *Economic Journal*, Vol.121.
- ・ Blumkin, T., Ruffle, B. J., and Ganun, Y. (2012), “Are Income and Consumption Taxes Ever Really Equivalent? Evidence from a Real-effort Experiment with Real Goods,” *European Economic Review*, Vol.56, No.6

< 参考資料編 >

令和元年度医療保障総合政策調査・研究基金事業
「公的医療保険の持続可能性に対応した公費のあり方に関する調査研究」
—第2回検討委員会 佐藤主光先生ご講演要旨—

日 時：令和元年9月24日（火）10:00～12:00

場 所：健康保険組合連合会4階大会議室

佐藤主光 一橋大学経済学研究科教授ご講演

○社会保険料の課題と解決の方向性

- ・ 社会保障を賄う財源調達手段としては保険料もしくは税金がある。しかし社会保険料の多くは世代間移転に用いられており、受益と負担の関係は希薄化しており、社会保険料は事実上租税化している。実態として税金化しているのであれば、税金で賄うべきだというのが私の主張である。
- ・ 保険料がゆがんだ形で租税化されているのであれば、正しく租税化すべきというのが私のメッセージである。
- ・ 社会保険料の再分配部分を租税化することができれば、課税対象に年金や資産性所得を含めることが可能となり、課税対象を広げることが可能となる。

○社会保険料の2つの幻想と雇用への影響

- ・ 社会保険料には2つの幻想がある。
- ・ 幻想その1は事業主負担である。「労働者は事業主負担分を負担していない」と思われているが、事業主負担は「天引きの天引き」であるため労働者に負担がないわけではない。
- ・ 幻想その2は、自分の払った保険料が自分のために使われていると思うかもしれないが、実際は他の制度への支援に充てられている。つまり極めて再分配化している。保険料を払えば給付の資格を得られることにはなるが、給付額が保険料に見合っているとは言えない。
- ・ 社会保険料の建前はリスクへの備え・世代間の連携だが、現実には逆進的な負担構造・世代間格差を生み出しており、勤労世代に負担が偏重している。
- ・ 社会保険料は労働コストの増加要因であり雇用を阻害している。経済産業研究所の森川正之副所長の企業に対するアンケートでも、社会保障費の企業負担は経営に大きな影響を与えると回答している。
- ・ 社会保険料は生産コストの増加につながるため、製品価格に転嫁されることになり、国際競争力に悪影響を与える。グローバル経済に対応するためには、法人税とあわせて社会保険料を考える必要がある。

○雇用的自営（フリーランス）増加の影響

- ・ 雇用的自営（フリーランス）が増えていった場合、現行の税制・社会保険料制度でよいのか。雇用的自営は事業所得だが、正規雇用は給与所得控除を受けられる一方で、雇用的自営は実額控除になる。社会保険も同様であり、正規雇用であれば厚生年金や健康保険組合・協会けんぽに加入できるが、雇用的自営だと国民年金や国民健康保険に加入する。
- ・ 税・保険料の平均税率を計算すると、所得がかなり低い場合は雇用的自営の平均税率が正規雇用よりも低くなるが、それ以外の場合は雇用的自営のほうが正規雇用のよりも一貫して税率（税+保険料の負担率）が高くなる。同じ仕事をして同じ収入を得ているのに負担率が異なるのは、水平的公平に反する。

○望ましい税

- ・ 世界的な潮流は、法人税や社会保険料を抑えて消費税に転換している。
- ・ 消費税は、生産活動を阻害せず、国際競争力に影響をしないため望ましい税である。

○社会保険料改革

- ・ 第一に、制度を実態に合わせるべきである。保険料と税（再分配）の部分を分離すべきである。オランダやドイツは類似のことに取り組んでいる。オランダでは、個人が加入している保険者に対して定額の保険料を払う。これが応益部分にあたる。加えて個人は政府に対して所得比例の社会保険税を払う。これが制度間の財政調整に使われる。
- ・ 第二に、再分配に用いる財源として、社会保障目的の所得課税（社会連帯税・一般社会税）を創設する。課税対象は正規雇用の所得に限定せず、金融所得や公的年金等所得も課税対象にすることによって、能力に応じた負担にできる。
- ・ 第三に、所得税や住民税を改革すべきである。現在はそれぞれの課税ベースが異なっているが、所得課税の課税ベースを共通化すべきである。
- ・ 改革のステップは、第一に事業主負担を労働者負担に付け替えたうえで、第二に賃金を同額引き上げさせ、第三に租税化していくというのが良いだろう。
- ・ 国民経済計算を使って計算すると、8%程度の一般社会税を導入すれば、社会保険の多制度への移転の金額を賄うことができる。
- ・ 消費税を現行の公費部分に充当し、一般社会税を制度間の財政調整に用いることが良いのではないか。

○所得の定義の統一

- ・ 所得には3種類ある。所得税の所得、住民税の所得、旧ただし書き所得や合計所得といった保険料の減免・支給の対象となる所得である。社会保険料の所得も異なっている。
- ・ これを統一してはどうか。人的控除は税額控除化し、制度の目的にあわせて税額控除や

累進構造を変えてはどうか。

- これから個人で確定申告をする人が増えていくと、簡素な仕組みを作っていくことが望ましい。
- 日本の雇用はこれから多様化していくと考えると、複数の事業所で働く人からどのように保険料を徴収し、制度間の再分配をどのように賄うのが重要になってくる。その場合、制度の簡素化が重要になる。

○まとめ

- 社会保険のなかに再分配が含まれているのであれば、それを抽出し租税化し、課税ベースの広い所得税で賄ってはどうか。そうすれば、雇用形態に中立的になり、現役世代に負担が偏らなくなる。
- その際、社会保険料は応益負担に特化させるべきである。

以 上

健保連 公的医療保険における公費のあり方調査
社会保険料改革

佐藤主光(もとひろ)

一橋大学経済学研究科・IPP
医療政策・経済研究センター長

社会保険料の課題

- その1:美しい建前とそうでない現実
 - 建前=リスクへの備え・世代間の連携
 - 現実=逆進的な負担構造・世代間格差(勤労世代への負担の偏重)
 - ⇒ 制度の**理念と実態の**かい離
- その2;実態として再分配化=**租税化**する社会保険料
 - 社会保険料の多くは制度間移転に充当⇒受益と負担の関係は希薄化
 - ✓ 例:高齢者医療への拠出金・支援金
- その3:(正規)**雇用税**としての社会保険料
 - 事業主=労働コストの増加要因⇒雇用に障害
 - 労働者=手取り賃金の低下⇒就労意欲を阻害(例:130万円の壁)

社会保障費の構造

- 社会保障給付費は公費(=税金)と保険料が混在

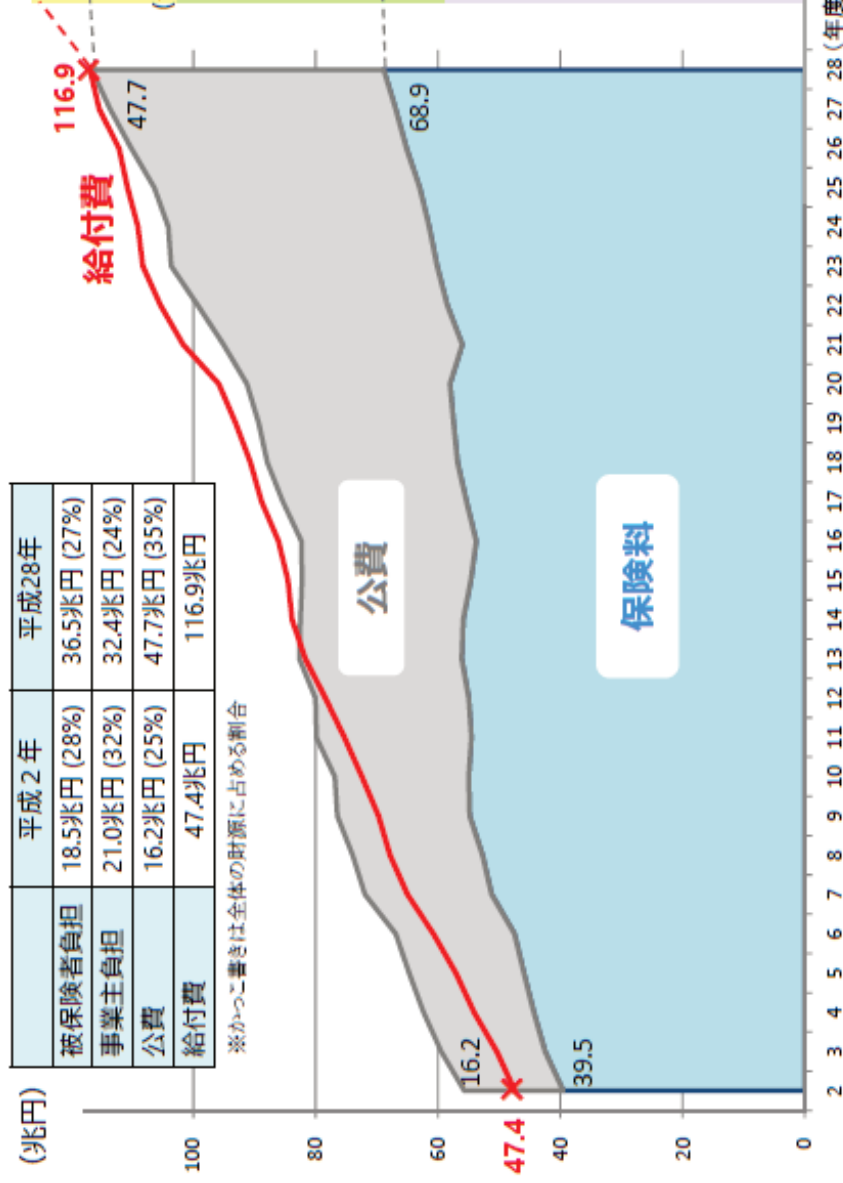
⇒

➤ どのように給付費を賄うのか？

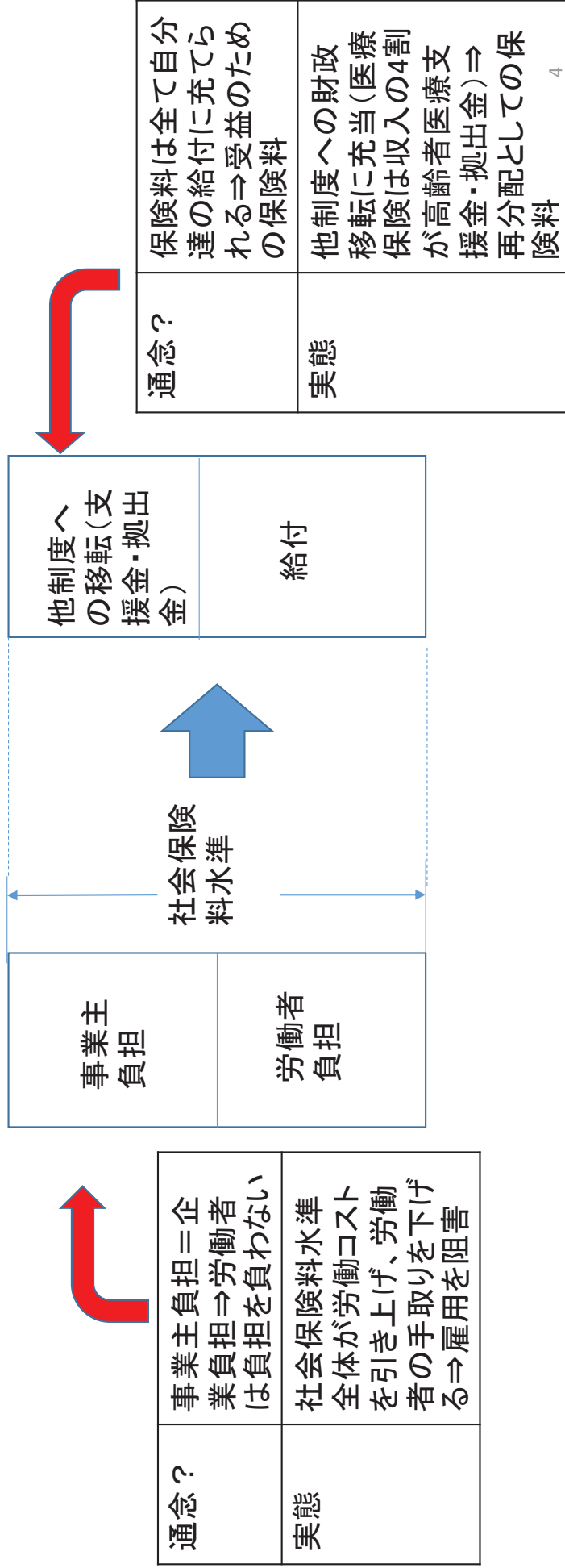
□ 税金 = 消費税か社会保険料か？

⇒

どちらがより公平で効率的か？

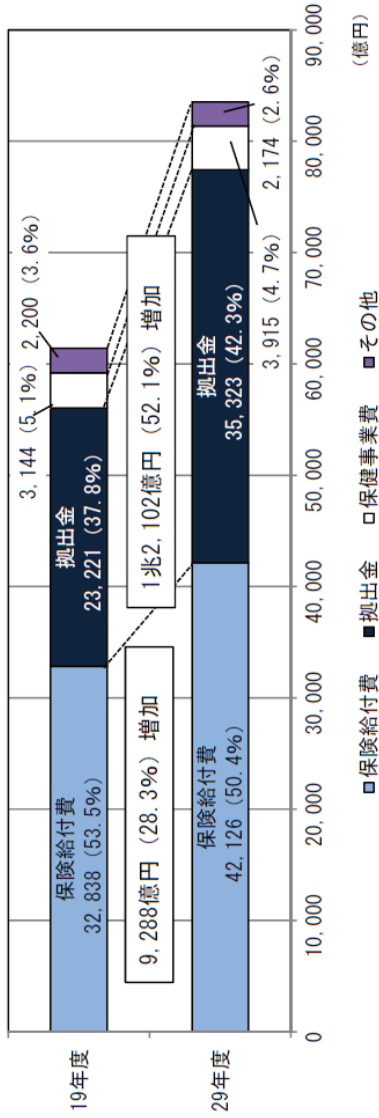


社会保険料の幻想(通念)と実態

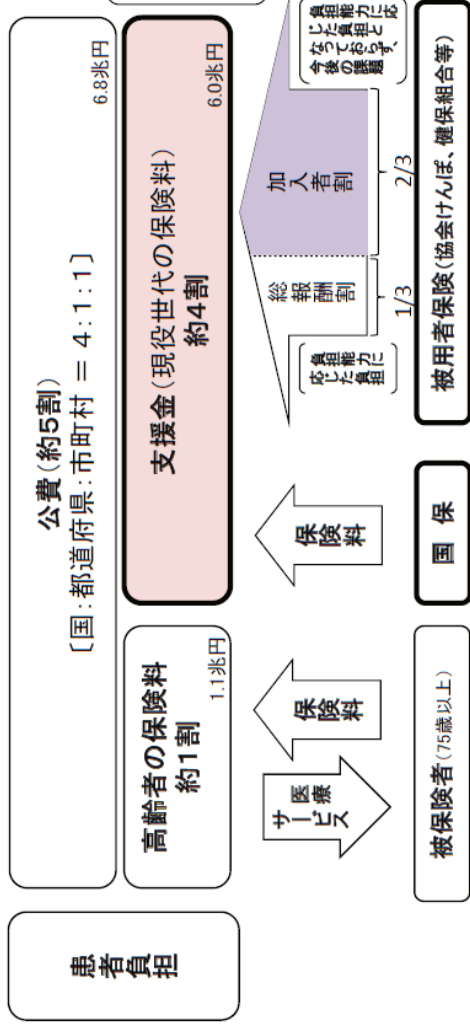


制度間移転

経常支出内訳の19年度と29年度比較



出所:健康保険組合連合会「平成29年度健保組合 予算早期集計結果の概要」



被用者保険者からの支援金内訳 (平成26年度予算ベース) 【1/3総報酬割の場合】

- ・協会けんぽ2.0兆円 (うち国庫負担0.2兆円)
- ・健保組合1.8兆円

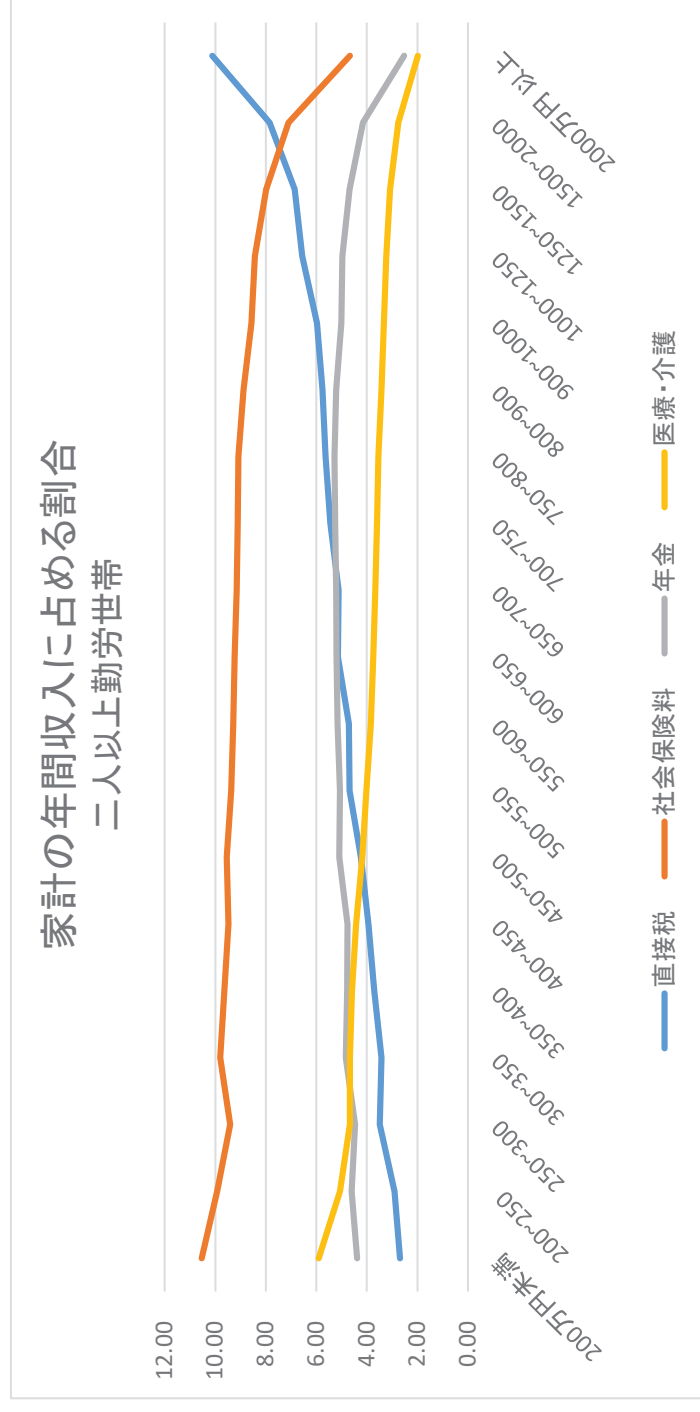
全面総報酬割の導入により、総数約1,400の健保組合の3~4割程度の健保組合の負担が軽減されることになる。

社会保険料は逆進的

▶ 社会保険料は総じて**逆進的**

□ 理由＝ワーキング・プア(非正規労働)が(保険料が定額・均等割を含む)国民年金・市町村国保に加入

二人以上の世帯(勤労者世帯)



出所：全国消費実態調査(2014年度)

「働き方の選択に対して中立的な税制の構築をはじめとする個人所得課税改革に関する論点整理」

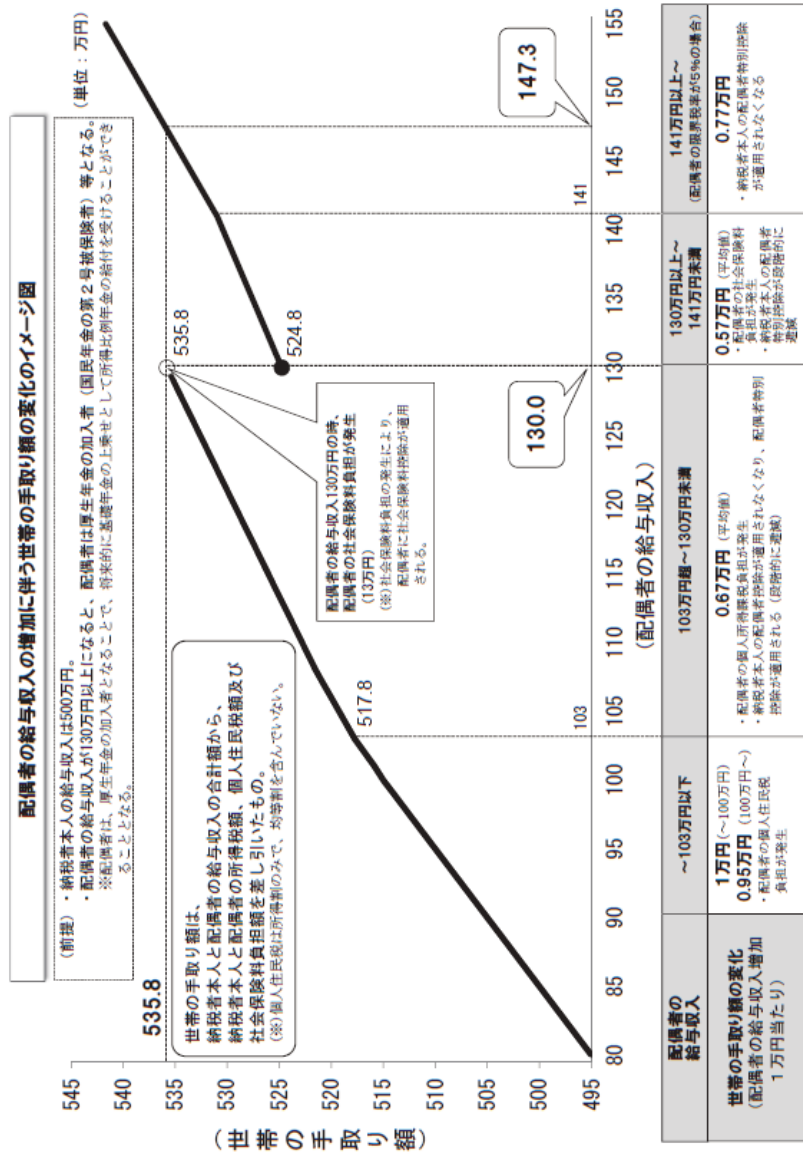
- 1990年代以降、…経済停滞の長期化の下で非正規雇用の拡大が労働の二極化や生産性の低迷をもたらす中で、より多様な働き方を可能とし、**女性、若者、高齢者を含む多くの人々が、意欲、個性や能力に応じ、希望を持って働くことができるシステムの構築**が求められている。
- **働き方の選択に対して中立的な税制を構築するに際しては、所得税・個人住民税において従来講じられてきた税制上の配慮のあり方を見直し、今後どのような世帯に税制上の配慮の重点をシフトしていくべきかについて検討を行う必要がある**

平成26年11月7日 政府税制調査会



社会保険料も働き方への中立性を阻害

参考：日本の実効税率？



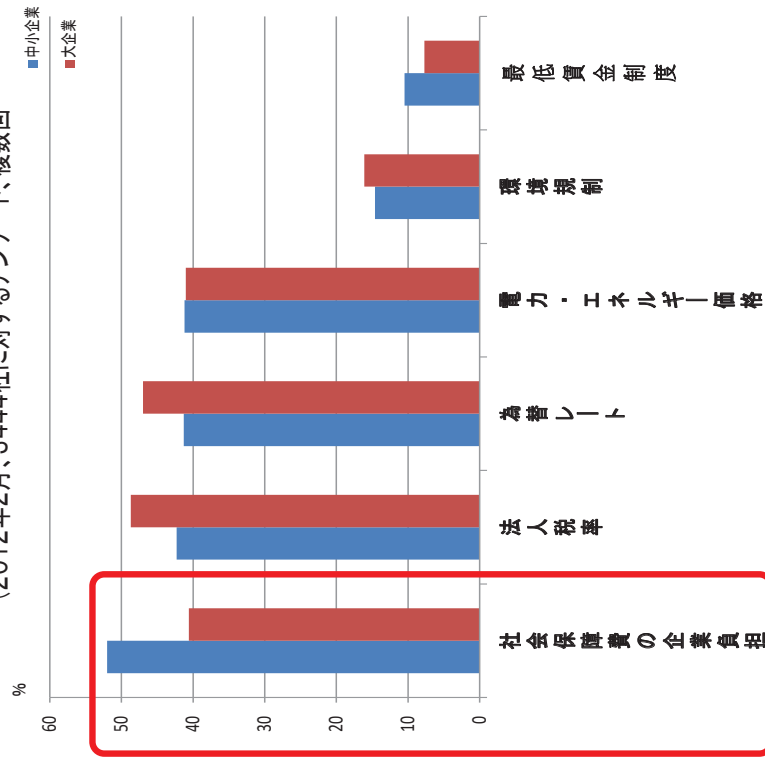
出所：政府税制調査会資料

社会保険料の経済的帰結

出所：経済産業省

	社会保険料	法人税	消費税
課税対象	勤労世代の正規雇用の賃金	黒字企業の利益	全ての世代の消費費
雇用への影響	雇用減少 非正規雇用の増大	企業が空洞化 →雇用減少	少ない
企業の国際競争力	輸出	生産コスト増 →製品価格に転嫁	仕向地課税主義 →製品価格に転嫁せず
	輸入	対象外	課税対象

企業アンケート：経営に重要な影響を与えるもの
(2012年2月、3444社に対するアンケート、複数回)

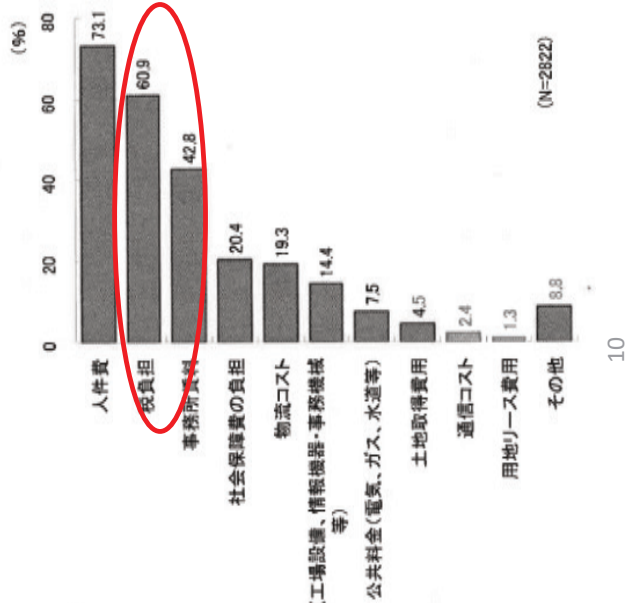


(出所) 森川正之「東日本大震災の影響と経済成長政策：企業アンケート調査から(2012年5月)」

課税と国際競争力

外資系企業が日本で事業を行う上での阻害要因

12-1 図 ビジネスコストにおける阻害要因（複数回答：上位3つまで）



経済産業省：外資系企業動向調査(2012年調査)

課税地	法人税・社会保険料＝源泉地主義課税	消費税＝仕向け地主義課税
輸出品	日本 税負担が製品価格を引き上げ	日本 税負担は還付
輸入品	非課税	課税



国内立地企業の国際競争力を阻害

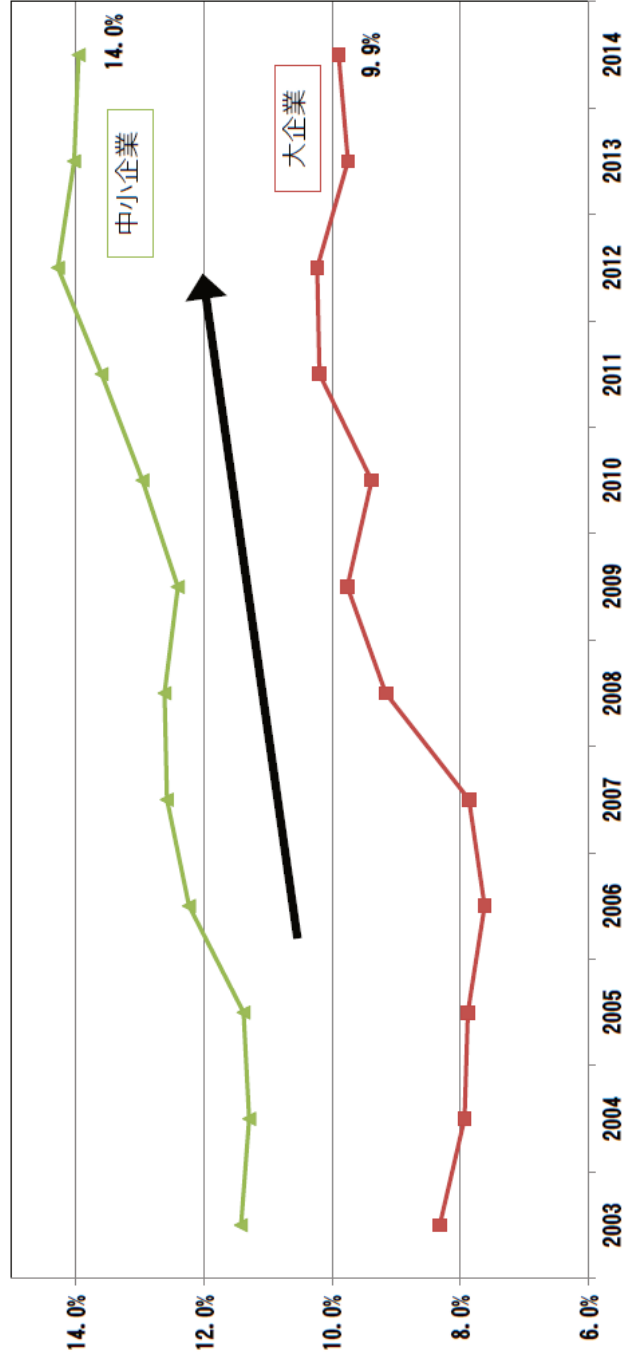


税負担は国内で完結・国際競争力に影響せず

社会保険料負担の大企業・中小企業に与える影響

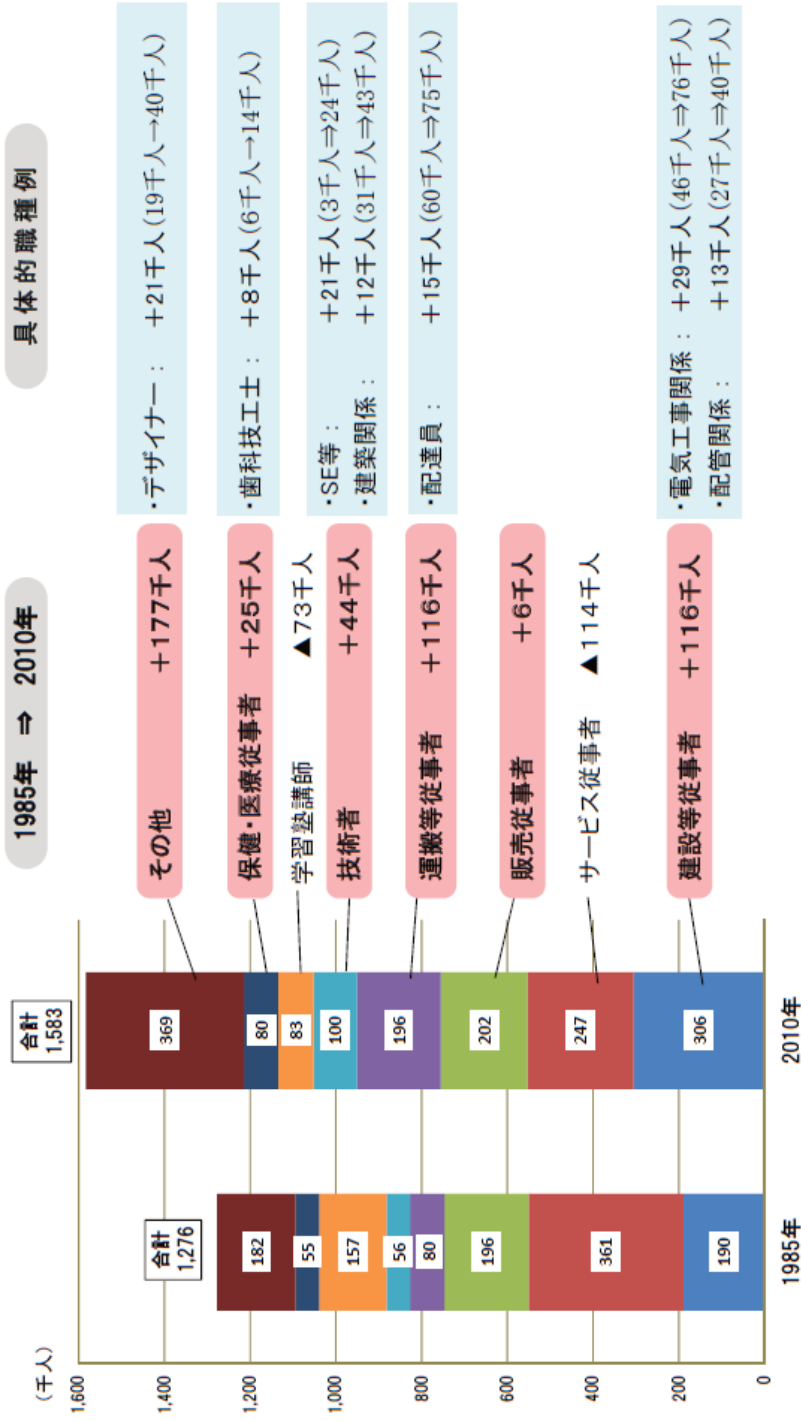
- 社会保険料負担は、赤字企業も含め、正規雇用等を雇用した場合に支払う義務が発生。
- 近年負担は増大しており、特に中小企業の売上総利益に対する負担割合は高い(14%程度)

(社会保険料/売上総利益、%) 売上総利益に対する社会保険料負担の割合



出典：財務省「法人企業統計」、内閣府「国民経済計算年報」より作成
 (注) 国民経済計算年報より、実効社会保険料率を簡便に計算した上で、それを法人企業統計の人員費(福利厚生費を含む)に乗じることで、社会保険料負担を算出した。
 中小企業は資本金1億円未満、大企業は10億円以上。

「雇用的自営等」の推移等



(備考) 総務省「国勢調査」より作成。「雇用的自営等」の区分は、山田久「働き方の変化と税制・社会保障制度への含意」(平成27年9月3日 政府税制調査会資料)による。

出所：政府税制調査会

正規対非正規(フリーランス)

	正規	雇用的自営(フリーランス)
経費控除	給与所得控除(概算控除)	実額控除
社会保険	厚生年金 健康保険組合・協会けんぽ	国民年金 国民健康保険



実効税率
(限界・平均)



実効税率(限界・平均)の差異

試算の前提

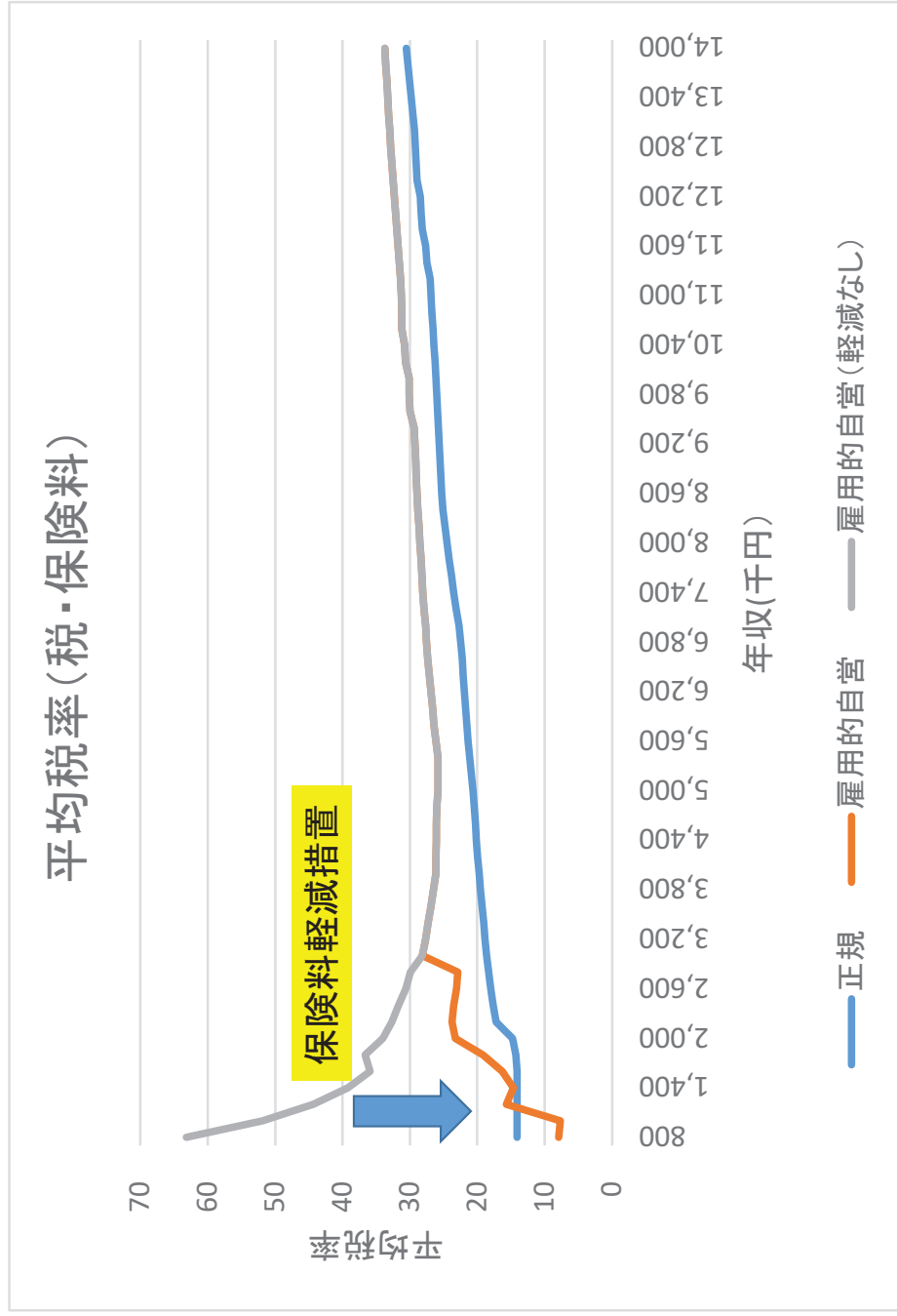
- 家族構成＝配偶者・子ども一人
- ✓ 配偶者の収入は100万円未満(住民税非課税)
- ✓ 子どもは4歳(児童手当の適用あり)
- 雇用的自営
- ✓ 経費は実額控除(給与所得控除は適用されない)
- ✓ 国民年金・国民健康保険に加入

- 実効税率
- $\text{限界実効税率} = \text{所得税率} + \text{住民税} - \text{控除率} + \text{社会保険料率} - \text{保険料減免率} + \text{給付削減率}$
- $\text{平均実効税率} = (\text{所得税} + \text{住民税} + \text{社会保険料} - \text{給付}) \div \text{収入}$
- ✓ $\text{給付(補助)} = \text{市場価格} - \text{利用者負担}$
- ✓ $\text{社会保険料} = \text{労働者負担分}$

正規雇用に比べて高い平均
実効税率

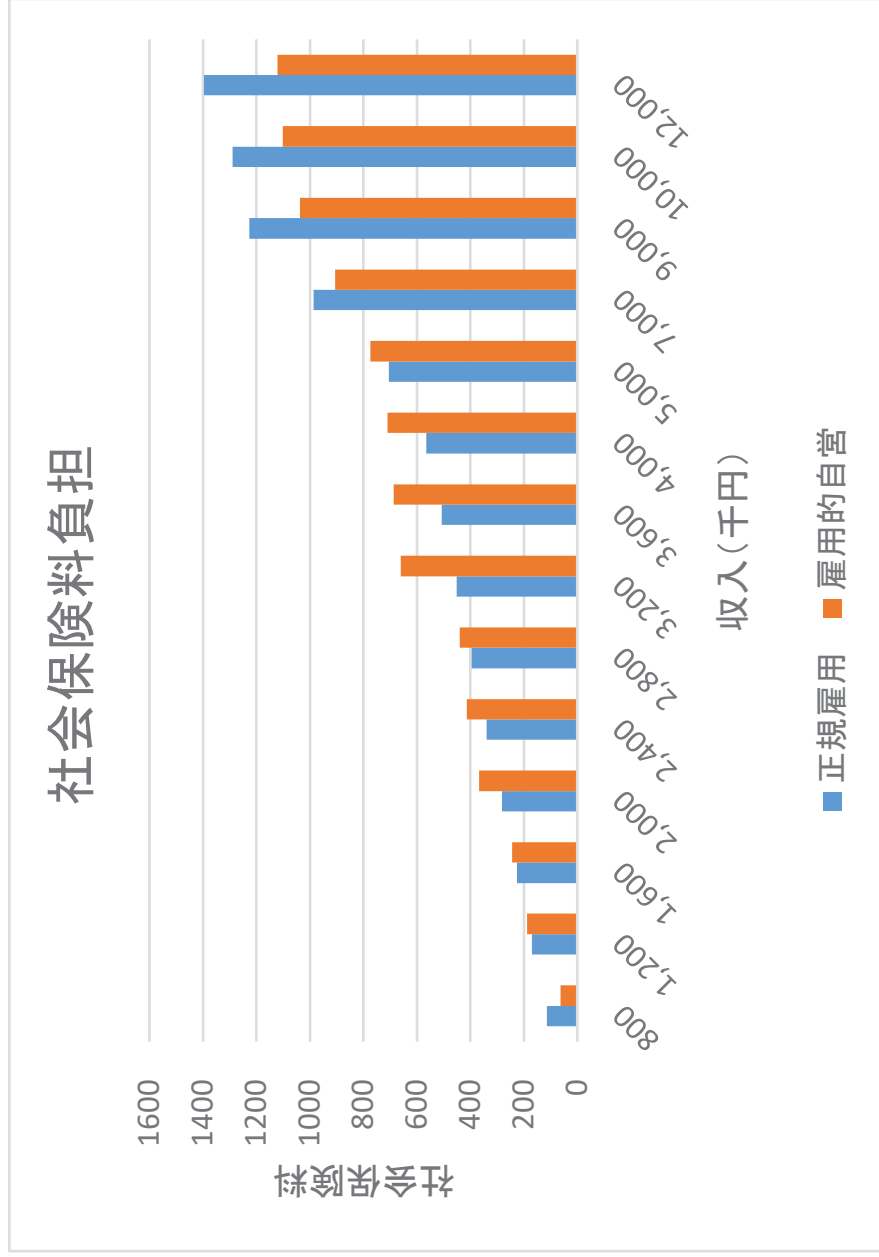
⇒

- 水平的不公平
- 労働参加の意欲を阻害



家族構成：
本人・専業主婦・子ども一人(4歳)

- 雇用的自営(フリーランス)の社会保険料負担は軽減措置の切れる収入層(320万～500万円)で正規雇用よりも高くなる



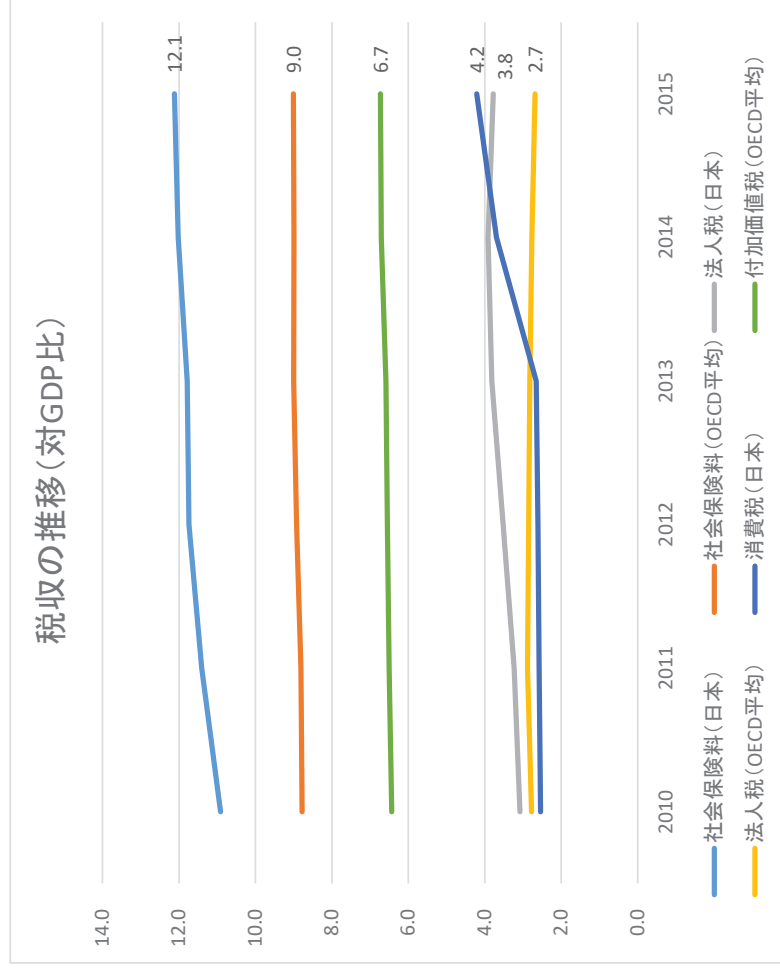
家族構成：
本人・専業主婦・子ども一人(4歳)

税制改革の国際的潮流

- 消費税を引き上げているのは日本だけではない！
- 国際的潮流＝法人税・社会保険料の比重を抑えて消費課税へ転換
- ✓ 例：英国、ドイツの税制改革

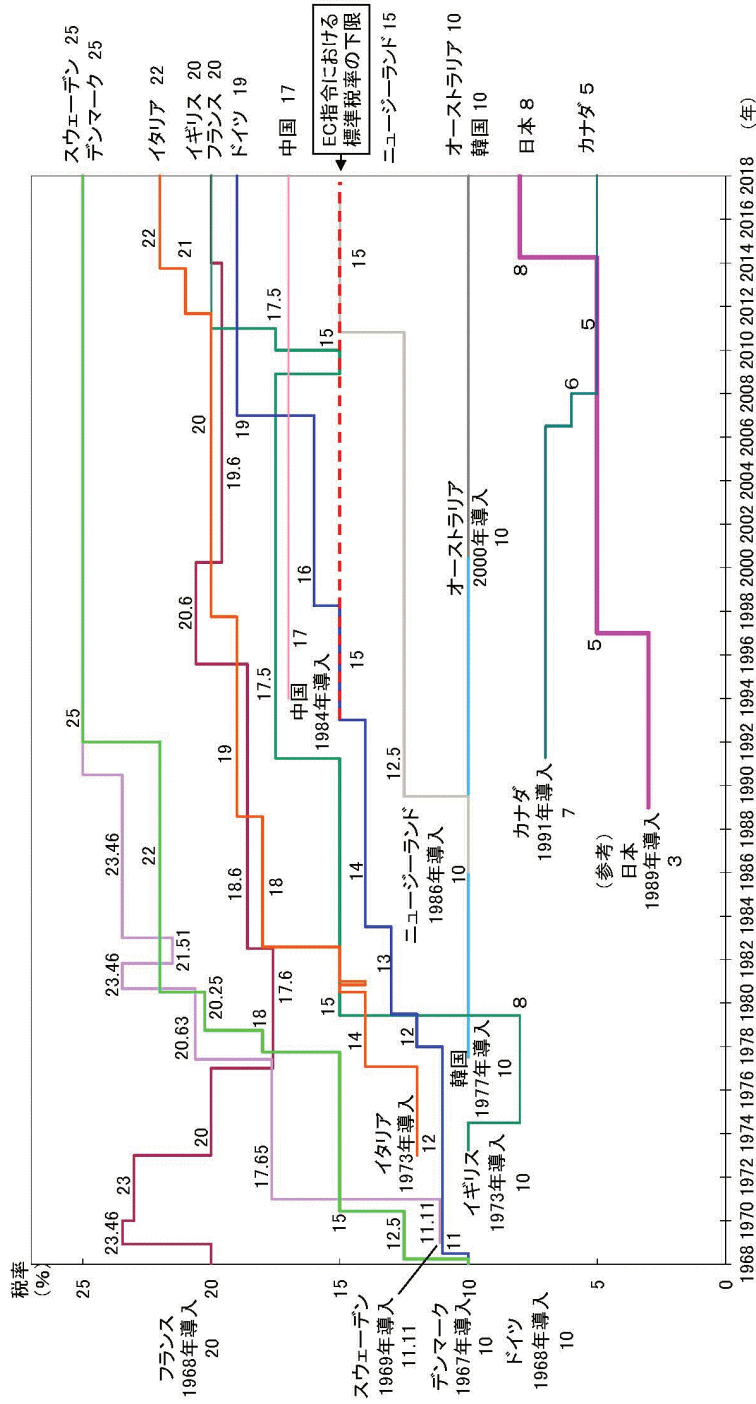
□ドイツ(2007～2009年)

- ✓ 法人税率の引き下げと付加価値税の増税
- ✓ 「付加価値税は輸出品が免税(ゼロ税率)であることからドイツ製品の国際競争力に影響を及ぼさない」
- ✓ 「薄く広く負担するものであり特定のグループに負担を負わせる税よりも理解が得やすい」(政府税制調査会海外調査報告)



出所：OECD

付加価値税率(標準税率)の国際比較

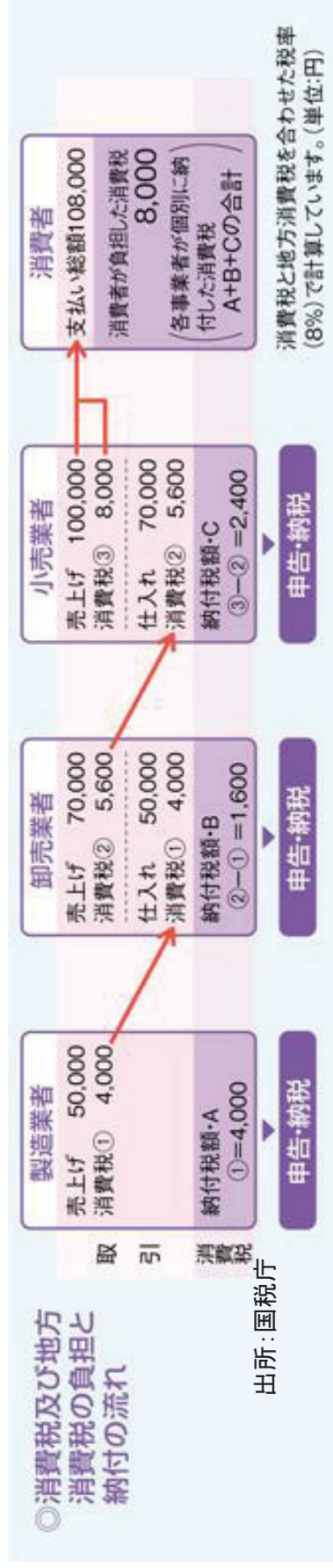


参考: EUにおいては、1992年のEC指令の改正により、1993年以降付加価値税の標準税率を15%以上とする事が決められている

出所: 財務省HP

消費税とは何か？

- 消費税とは消費に対する課税である⇒名前がそうだから……
- 欧州諸国での名称は「付加価値税」
- 消費税は消費者が負担(だから逆進的)
- 制度上、消費税は「中間生産者」からも取られている(生産・流通の各段階で課税)⇒みかけ(執行)は企業課税に近い
- ✓ 課税ベース＝売上－仕入れ



何故消費税か？

- ▶ 「消費税は、高い財源調達力を有し、**税収が経済の動向や人口構成の変化に左右されにくく安定している**ことに加え、**勤労世代など特定の者へ負担が集中せず、経済活動に与える歪みが小さい**という特徴を持っている」社会保障・税一体改革大綱(2012年2月17日閣議決定)

消費税の性格	経済的帰結
仕入れ税額控除	税負担が生産過程に堆積しない ⇒ 経済活動を(直接的に)損なわない
仕向地主義課税	輸入品課税・輸出品ゼロ税率 ⇒ 税負担と国際競争力の遮断 ⇒ 国内の財政需要の充足と国際競争力の確保の分離

社会保険料改革

- その1:制度を実態に合わせる
 - 社会保険料を保険料＝応益負担と租税＝再分配に機能分離
- その2:新たな社会保障目的の所得課税の創設＝社会連帯税
 - ✓ 例:一般社会税(フランス)
 - 課税対象は正規雇用に限定しない⇒雇用・就労意欲を阻害しない
 - 金融所得・公的年金等所得も課税対象⇒能力に応じた負担の徹底
 - フラット税(一律税率)としての社会連帯税
- その3:新たな所得課税体系の構築
 - 所得税(国税)、個人住民税(地方税)、社会連帯税(保険料の租税化)の課税ベースの統一
 - 課税ベースの拡大と税額控除化
 - 広く薄い課税の徹底＝再分配と成長(雇用促進)の両立

一般社会税(フランス)

	稼得所得	代替所得	資産所得	投資益	くじ・カジノ
1991年		1.1			
1993年		2.4			
1997年			3.4		
1998年	7.5	6.2(3.8)		7.5	
2005年	7.5	6.2/6.6*(3.8/3.8)		8.2	9.5
2010年	7.5	6.2/6.6*(3.8/3.8)		8.2	6.9/9.5**
注:()内は、所得税非課税者かつ住民税課税者に対する軽減税率である。					
*一時的な就労不能に基づく代替所得(失業手当、休業補償手当等)は6.2%、職業生活からの引退に基づく代替所得(老齢年金、拠出制障害年金等)は6.6%。					
**くじでの獲得金は6.9%、カジノでの獲得金は9.5%					
出所: 柴田洋二郎「フランス社会保障財源の「租税化」」					
海外社会保障研究Summer2012 No.179					

改革のポイント

その1:社会連帯税の用途は？

- 社会保険料の**他制度への移転**(高齢者医療支援金等)に充当

その2:事業主負担は？

- 社会連帯税は**個人課税**であり、事業主負担はない

□改革では改革対象の保険料率について、

(ステップ1) 事業主負担を労働者負担に付け替え

(ステップ2) 同額賃金を引き上げさせた上で

(ステップ3) 租税化

その3:高齢者にとって負担増？

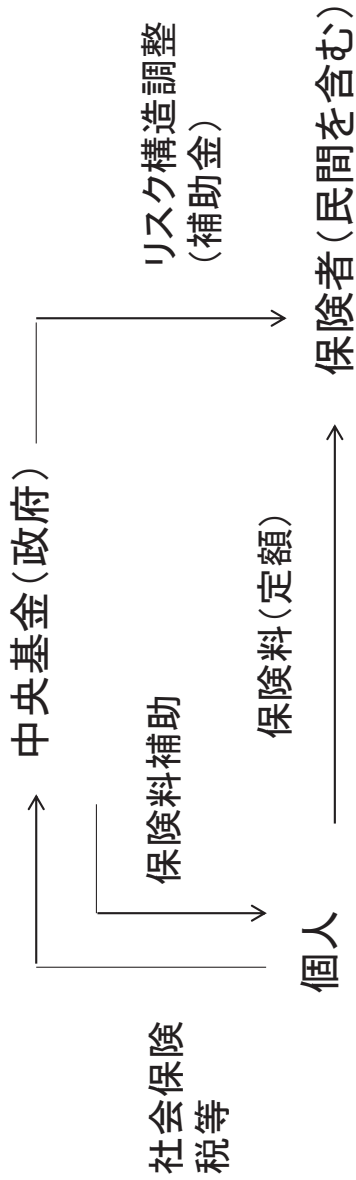
- **手厚い公的年金等控除**で高齢者の所得税負担は低い

その4:消費税との棲み分けは？

- **課税の経済効果**(成長・雇用、逆進性)を勘案して、社会保障の公費負担=消費税+社会連帯税の項構成を決定

参考：管理競争

- 個人による保険者選択⇒雇用と保険の分離
- 再分配と保険の分離⇒再分配の財源は(実質的に)租税化



	機能	狙い
社会保険税	再分配	社会連帯(再分配)
リスク構造調整		
保険料(定額)	保険給付費(受益)とリンク	競争の喚起 応益性の確保
保険料補助	再分配	低所得者支援(再分配)

試算：社会保険料の租税化

- 課税ベース
＝「家計部門の受取」
＝第1次所得配分「営業余剰・混合所得」「雇用者報酬」「財産所得（受取）」＋第2次所得分配「現物社会移
転以外の社会給付（受取）」「その他の経常移転（受取）」－第2次所得分配で「その他の社会保険非年金給
付（雇主の帰属社会負担）」－「帰属家賃」
 - 税率1%＝4兆8千億円
 - 所要税収＝社会保険及び国家・地方公務員等共済「他制度への移転」＝37兆円
- 参考：保険料収入＝67兆円（労働者負担＝35.4兆円、事業主負担＝31.5兆円）
⇒税率＝8%

データ：国民経済計算、2015年度社会保障給付費収支表

図表11:

(単位：10億円)		平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
項	目	2012	2013	2014	2015
1.3	営業余剰・混合所得(純)	38,280.0	39,145.2	37,760.8	37,750.4
	除く(1)営業余剰(持ち家)(帰属所得)	26,062.8	26,048.8	25,855.7	25,996.8
1.4	雇用人報酬(受取)	253,102.5	254,872.7	259,505.2	263,420.4
1.5	財産所得(受取)	24,999.7	24,557.3	27,237.2	27,862.7
2.9	現物社会移転以外の社会給付(受取)(2.3)	77,294.0	77,590.6	76,923.5	77,974.8
除く	その他の社会保険非年金給付(無基金雇用人者社会給付)	4,235.6	3,989.5	3,714.8	3,677.3
2.10	その他の経常移転(受取)	95,974.3	96,499.4	97,463.2	100,871.8
合計		459,352.1	462,626.9	469,319.4	478,206.0
出所：国民経済計算 (単位：百万円)					
		支			
		出			
		他制度への 移転			
社会保険					
1.健康保険					
	(A)全国健康保険協会管掌健康保険	4,314,366			
	(B)組合管掌健康保険	3,973,491			
2.国民健康保険					
	6.厚生年金保険	2,751,356			
	7.厚生年金基金	19,498,936			
	7.厚生年金基金	3,449			
9.国民年金					
	908,460				
12.船員保険					
	13,954				
14.日本私立学校振興・共済事業団					
	541,097				
16.労働者災害補償保険 公務員					
	14,888				
18.国家公務員共済組合					
	1,528,199				
19.存続組合等					
	119,253				
20.地方公務員等共済組合					
	3,986,982				
総計		37,604,431			
出所：2015年度社会保険給付費収支表					

参考：タックス・ミックス？

	消費税	一般社会税
年金(基礎年金)	財源確保の効率性 ▶ 広く薄い課税 ▶ 仕向地主義	▶ 広く薄い課税 ▶ 再分配の強化
医療 保険者支援(リスク調整)		
低所得者支援		
棲み分け＝役割分担？	対人給付(低所得者等)	保険者(制度)間財政調整

所得の定義の統一

- ◆ **課税対象の所得の統一**＝同じ所得情報・所得定義に基づく個人住民税(所得割)の課税、社会保険料の設定も視野に
 - ✓ 税額控除等は個人住民税、社会保険料が独自に設定
 - 税額(保険料)＝税率関数(所得)－税額控除等
- 個人が確定申告することを前提にした税制の簡素化＝「働き方の多様化に伴い、今後、申告手続に不慣れな給与所得者も副業・兼業に係る申告を行うこととなるなど、**税務手続を行う者の増加・多様化が見込まれる**。このため、ICTの更なる活用等を通じて、誰もか簡便・正確に申告等を行うことができ、利便性の高い納税環境の実現を目指すことが必要と考えられる。」(政府税制調査会(2017))
- 所得情報は課税だけではなく、給付・社会保険料等、他の制度でも活用される「**公共財**」
 - **経済価値としての所得**(＝控除前の所得)を共有
 - きめ細く、かつ適正な給付を実施するためにも、**低所得者の正しい所得情報**が不可欠
 - 現行＝前年所得に拠る保険料減免・給付⇒所得の最新情報の反映(英国：リアル情報システム)

図表8 税・社会保険の課税ベースのまとめ

	所得税(住民税所得割)	健康保険 (介護保険)	厚生年金保険	雇用保険
現物給与	通勤費	原則課税ベースとならない	課税ベースとなる	
	住宅・食費			
概算経費控除	控除あり	課税ベースとならないことが多い		
人的控除	控除あり	控除なし		
徴収対象となる 収入の上限	上限なし	報酬:月121万円 賞与:年540万円	報酬:月62万円 賞与:1回150万円	上限なし
徴収対象となる 年齢の上限	上限なし	(75歳まで)	70歳まで	65歳まで

(出所)法令等をもとに大和総研制度調査課作成

出所:大和総研(2010年3月)

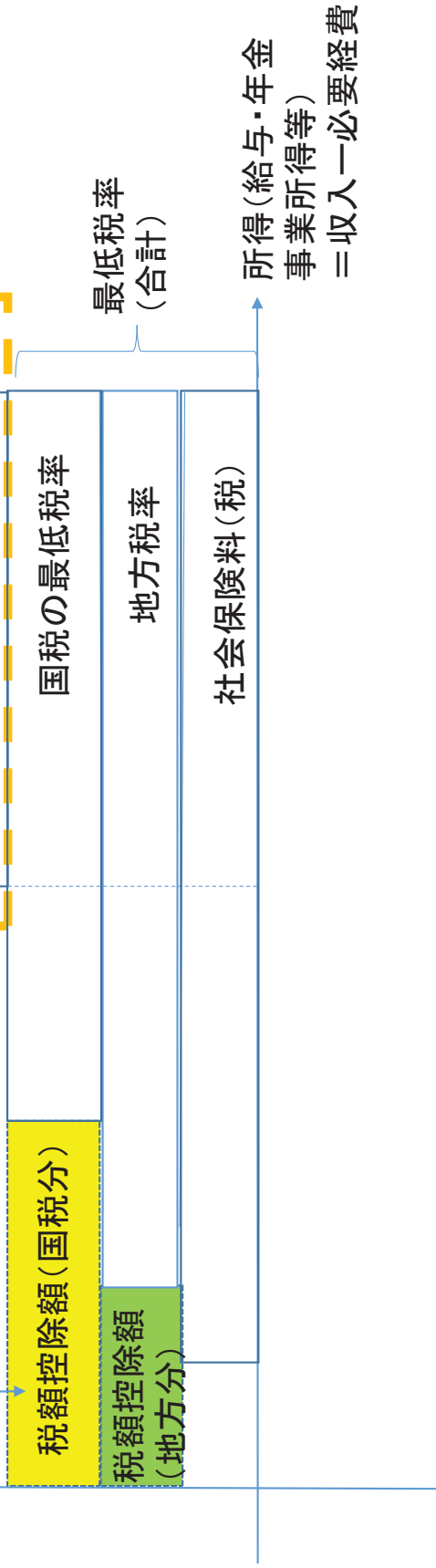
改革：新しい所得課税体系

限界税率(合計)

累進課税(国税)

r

マイナスの課税 =
は給付もしくは社会
保険料から控除



これからの日本？

	現状
雇用	一社(一雇用主)で働く
所得税	源泉徴収と年末調整
経済取引	B(事業者)to C(消費者)
消費税	課税事業者は納税



	2035年
雇用	雇用的自営・フリーランス
所得税	個人が確定申告(マイナンバーと記入済み申告書)
経済取引	C(消費者)to C(消費者)
消費税	消費者のリバース・チャージ

雇用の流動化・多様化
経済のデジタル化

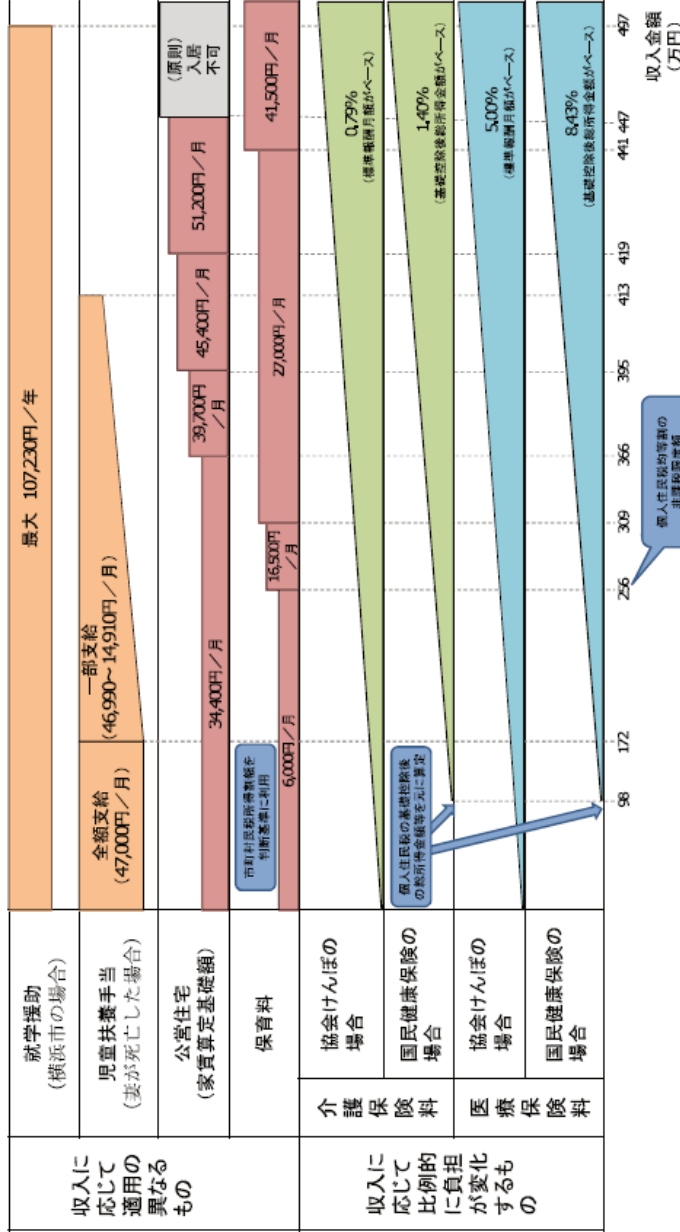


公共財としての所得情報（捕捉）

- ◆ 提言＝所得捕捉の**パラダイムシフト**が必要
 - 課税のための捕捉に加えて適正な**給付のための所得捕捉**
 - 課題＝従前、課税最低限以下の所得については十分に捕捉されていない
 - ✓ 例：簡素な給付措置＝非課税世帯への一律給付になる
 - きめ細く、かつ適正な給付を実施するためにも、**低所得者の正しい所得情報**が不可欠
 - ✓ ユニバーサルクレジットへの支援＝英国リアル情報システム構築の狙いの一つ
- 所得情報は課税だけでなく、給付・社会保険料等、他の制度でも活用される「**公共財**」
 - **経済価値としての所得**（＝控除前の所得）を共有
 - **課税対象の所得の統一**＝同じ所得情報・所得定義に基づく個人住民税（所得割）の課税、社会保険料の設定も視野に
 - ✓ 税額控除等は個人住民税、社会保険料が独自に設定
 - 税額（保険料）＝税率関数（所得）－税額控除等

所得情報(税情報)を活用している社会保障制度等(1/2)

給与所得者のケースのイメージ

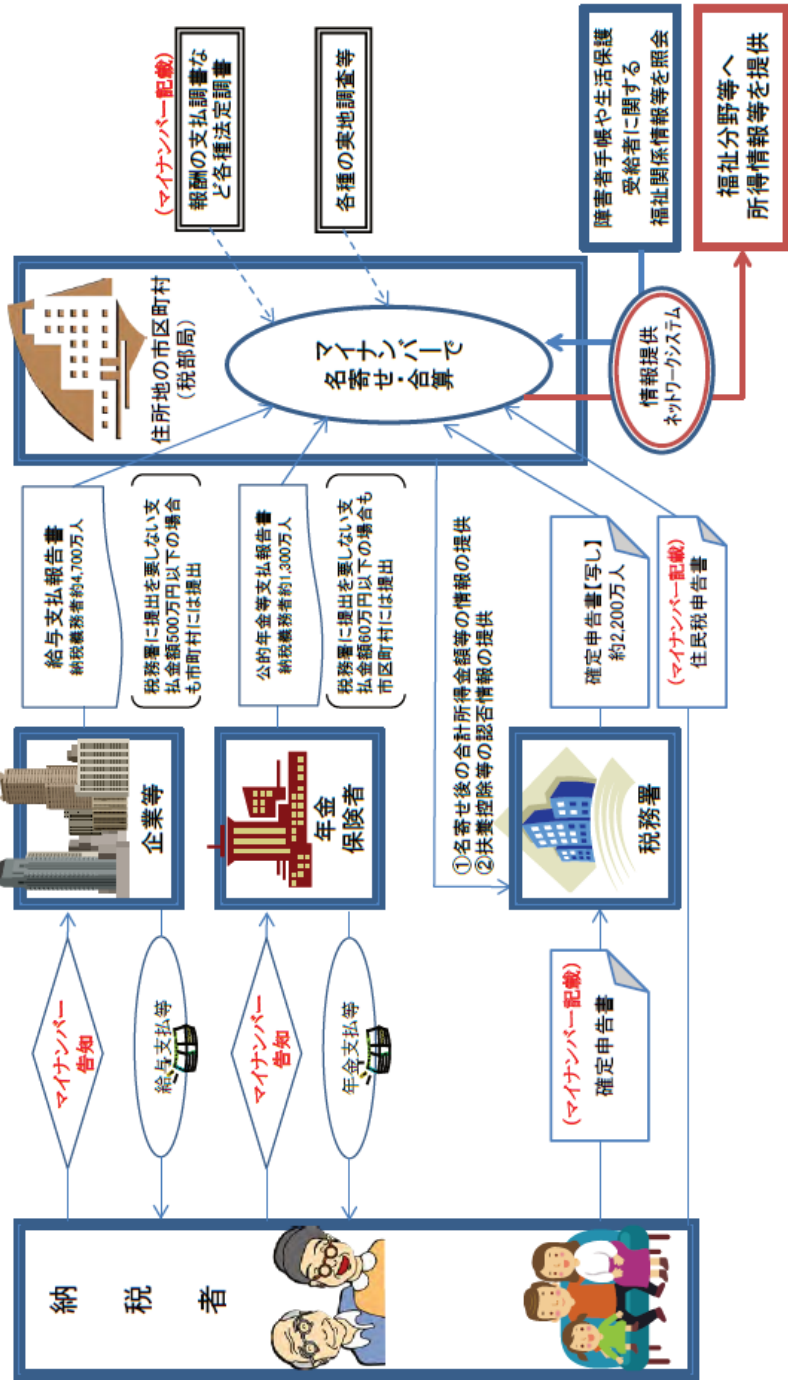


(注1) 給与所得者 夫45歳(給与所得のみ)、妻45歳(収入なし)、子6歳(小学校1年生)、子4歳(保育所)のケース。
 (注2) 平成27年4月時点ベースで作成。
 (注3) 保育料については、妻が専業主婦としており、年収103万円以下の場合。また、生活保護世帯の場合は0円となる。
 (注4) 国民健康保険は特別区の平均。「介護保険料」には介護分、「医療保険料」には医療分及び後期高齢者支援金分の保険料(所得割)を計上。このほか保険料(均等割)(介護分:14,700円/年、医療分:44,700円/年、介護分:7/10、5/10、2/10の3段階の軽減措置がある。

出所: 政府税制調査会

マイナンバー制度で個人住民税に係る税情報を活用するイメージ

- 地方税分野では、確定申告書や住民税申告書の情報、給与支払報告書の資料情報や、市区町村の有する住民情報等を、マイナンバーをキーとして名寄せ・突合でき、納税者の所得情報をより的確かつ効率的に把握することが可能となる。
- さらに、当該所得情報等について、情報提供ネットワークシステムを通じて福祉分野等へ提供することが可能となる。



令和元年度医療保障総合政策調査・研究基金事業
「公的医療保険の持続可能性に対応した公費のあり方に関する調査研究」
—第3回検討委員会 土居丈朗先生ご講演要旨—

日 時：令和元年 11 月 29 日（金）10:00～12:00

場 所：健康保険組合連合会 4 階大会議室

土居丈朗 慶應義塾大学経済学部教授ご講演

○税財源か社会保険料財源か

- ・ 公費負担は所得再分配機能に用いるべきであり、保険は給付・反対給付均等の原則で行うべきである。ところが、保険に公費が複雑に入り込み、負担が分かりにくい。
- ・ 社会保険の負担は、定額負担か所得比例負担が通常であり、消費に比例して負担する社会保険は制度設計が難しい。それ故、負担のあり方は所得比例になりがちであるが、単年度所得ではなく将来所得も含めて負担すると、消費比例負担に近くなる。世界に類を見ないスピードで少子高齢化が進む日本では、高齢者にも負担を求めるという意味で、将来的には消費比例の保険料負担も検討が必要であろう。
- ・ 公的社会保険の財源は、税と所得比例の社会保険料が基本である。公的社会保険の特徴は、強制加入による逆選択の排除と、画一的な給付にある。
- ・ 他方、保険原理に基づくなら、給付・反対給付均等の原則で行うことになる。（この仕組みにすると、）強制加入の社会保険では、特に、低所得で高リスクの人は、高負担に耐えられないだろう。
- ・ 一方、扶助原理に基づくならば、4 ページ目のスライドで示す通り、高所得低リスクの人（右上のセル）の負担で、低所得高リスクの人（左下のセル）の負担を補わざるを得ない。その結果、右上のセルの人たちは、負担は多いが給付は少ないことになる。
- ・ 右上のセルの人が減る、または左下のセルの人が増えると、保険財政を圧迫することになる。少子高齢化が進む日本では、右上が現役世代、左下が高齢世代に相当し、これは、右上のセル（現役世代）の負担で左下のセル（高齢者世代）の負担を補うことを意味する。保険料の徴収を媒介にして、世代間格差を助長することになる。
- ・ 現状の公的医療保険の問題は、保険機能と所得再分配機能が混然としていることにある。保険料は保険原理で、所得再分配は公費負担で、明確に役割を分けることが必要である。

○保険料財源と税財源の投げ方

- ・ 6 ページ目のスライドは、リスクが同じ人同士を比較した場合の数値例である。プラン A は、高所得者も低所得者も全員保険料が同じ ($X_L = X_H = 150$ の負担) で、税は累進性を採用する場合（低所得者の税負担 = 100、高所得者の税負担 = 200）である。

- ・ プラン B は、保険料に報酬比例の考え方を取り入れ、低所得者には低い保険料、高所得者には高い保険料 ($X_L=100$ 、 $X_H=200$ の負担)、税は累進性のまま (低所得者の税負担 = 100、高所得者の税負担 = 200)、という組み合わせである。現行制度はこれに近い。高所得者はリスクが低所得者と同じであるにもかかわらず、なぜ保険料 $X_H=200$ なのかが分からないままに高い保険料を取られている。他方、低所得者は、本来はリスクに応じて払わなければならない保険料について、理由が分からないまま 150 から 100 へと軽減されているがゆえに、そのありがたみを感じていない。
- ・ プラン C は、リスクの負担に応じた上で保険料を高所得者も低所得者も等しく負担してもらい ($X_L=X_H=150$ の負担)、税負担については低所得者に配慮し、政策的に累進性を効かせる (低所得者の税負担 = 50、高所得者の税負担 = 150) である。
- ・ プラン C は、保険料と税を合わせた負担額はプラン B と同じだが、プラン C は保険原理にも、所得再分配原理にも合致した理想形と言える。

○税財源の投げ方による保険料負担の相違

- ・ 7 ページ目のスライドは、税財源の入れ方による保険料負担の相違を見た図である。現行の制度は左の図で示されている通り、税財源の投入により、低所得者だけでなく、高所得者も保険料負担が軽減されていることを表している。
- ・ 真ん中の図は税財源による支援がなく、必要な財源を全額保険料の負担で表した場合であり、低所得者も高所得者も保険料負担が同じになっている。
- ・ 右の図は、税財源をすべて低所得者対策に投入すれば、高所得者の負担が大きく、低所得者の負担が低くなることを表している。
- ・ リスクに応じた保険料を取るべきだと言っても、高所得の人も低所得の人も同じ保険料にすべきと言っているわけではない。結果として、高所得の人の保険料が高く、低所得の人の保険料が低くても構わないが、その前提として、リスクに見合った保険料とはいくらなのかを見える化する必要がある。その上で、税財源によって所得再分配機能を発揮させるべきである。こうすれば、低所得者は、税財源により保険料負担を低減してもらっていることが意識できるであろう。
- ・ 具体的に数値で見たものは、13 ページ目のスライドで表されている。2009 年度の実態をベースとした試算であるが、考え方は変わらない。まず、保険原理を貫徹し、すべての医療財源を保険料で賄った場合に必要となる一人当たり保険料を求める。これは 10 ページ目のスライドで示されている医療費の財源構成の合計額 (33 兆円) を、単純に被保険者の数 (国保・協会けんぽ・組合健保・船員健保・共済組合・後期高齢者医療の合計人数である 9277.3 万人) で割ることにより、36.1 万円と算出される。しかし、実際の一人当たり保険料は、保険料合計 (18 兆円) を被保険者数 (9277.3 万人) で割った 19.4 万円である。つまり、その差分 (36.1 万円 - 19.4 万円 = 16.7 万円) を、低所得者も高所得者も、税財源の投入により軽減してもらっていることになる。実際に税財源が投じられ

ているのは国保や後期高齢者に限られており、全被保険者が税財源による負担軽減の恩恵に浴しているわけではないが、平均で見て被保険者一人当たり 16.7 万円の軽減をしてもらっているにもかかわらず、それが意識されないまま今日に至っている。

○医療特定財源の可能性

- ・ 今後、後期高齢者が増加していくので、公費投入の財源となる税財源が必要となることが想像できる。後期高齢者の医療給付が増加すると連動して公費投入の必要額が増える。トータルで税財源がどれだけ必要になるのかを算出する必要があるが、公費に充当すべき税財源が十分に確保できないのであれば、給付抑制、診療報酬の抑制や患者負担の増加等の方策もある。税財源で賄えないので保険料を上げるという筋の悪い提案もあり得るが、ここでは、「医療特定財源」の可能性を考えたい（スライド 14 ページ目）。
- ・ 消費税、炭素税に加えて、肥満税や砂糖税の新設が考えられる。肥満税は、医療との因果関係が難しいと言われているが、砂糖税は WHO も導入を提言している。
- ・ 財政学者としては、「税は一般財源としてとるべき」というのが至上命題であるが、敢えて医療と財源の関係から、特定財源的な税についても考えてみたい。その理由は、「骨太の方針 2018」において、財務省が特定財源的な税を承認している節があるためである。「骨太の方針 2018」では、「真に必要な財政需要の増加に対応するため、制度改革により恒久的な歳入増を確保する場合、歳出改革の取組に当たって考慮する」と述べられている（スライド 16 ページ目）。具体的に列挙されているのは、国際観光旅客税と森林環境税（仮称）の創設であるが、ロジックから言えば、後期高齢者医療費の増加のために特定財源的な税を創設することも考えられるのではないか。炭素税の用途拡大も考えられる。諸外国を見ても、用途を社会的課題の解決に広げている（スライド 20 ページ目）。

○自己負担率の調整

- ・ 最後に自己負担率の調整を提案したい。現在、後期高齢者の自己負担率を 2 割に引き上げることが有力だが、75 歳以上の住民税非課税世帯（低所得者世帯）を最も広義にとらえると、約 4 割もいることが分かった。しかし、この世帯の自己負担率を 1~2 割負担に留めてしまうと、実効的な自己負担率は上がらない。
- ・ 医療財政の持続可能性を考えるなら、自己負担率が 1 割負担の人の数、2 割負担の人の数、3 割負担の人の数をルール化していく必要があるのではないか。後期高齢者での 3 割負担の人の数を増やし、1~2 割負担の人の数を減らす方向性である（スライド 23 ページ目）。現役世代の自己負担率は、既に 3 割なので、これ以上の負担率増加は難しい。
- ・ 後期高齢者の増加により医療給付費が増えても、保険料増加を抑えるために、診療報酬点数を付け直すことを主張する人もいる。しかし、保険給付の抑制を自己負担率で調整する方がスムーズに実行できるのではないか（スライド 21 ページ、22 ページ）。

以上

公的医療保険における 公費負担のあり方

土居 文朗
(慶應義塾大学経済学部)
http://j.mp/TakeroDoiJ

社会保障制度の機能

- 保険機能
 - 生活上のリスクに備える
- 所得再分配機能(福祉)
 - 貧富の格差を是正する
- 財源調達方法
 - 租税
 - 社会保険料(所得比例)
- ◆ 公的保険の特徴
 - 強制加入 → アドバース・セレクションを排除
 - 給付がより画一的に

© Takero Doi

保険料財源か税財源か(1)

- 保険原理(給付反対給付均等の原則)
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

© Takero Doi

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

世代間格差を助長

	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

保険財政を圧迫

保険料を財源に所得再分配機能

© Takero Doi

保険料財源か税財源か(3)

◆ 保険原理の軽視が生む問題

扶助原理と社会保険方式(≠保険原理)を重視
しかし、給付と負担がどんぶり勘定
保険機能と所得再分配機能が渾然一体
「必要に応じて給付」では、給付に歯止めがかからない

- リスクに応じた保険料を認識させた(保険機能の徹底)上で、税財源で所得再分配
社会保障における保険機能と所得再分配機能を、できるだけ分化(特に、財源との対応で)

© Takero Doi

数値例

- 医療費(保険給付)が600必要な病気に罹患する確率25%
- 高所得者(1万人)と低所得者(1万人)が存在
- 保険料以外に税負担(高所得者は200、低所得者は100)
- 保険料だけを用いた場合医療保険財政の収支
 $x_H \times 1 + x_L \times 1 = 800 \times 2 \times 0.25$

プラン	保険料	税	計
高所得者	$x_H=150$	200	350
低所得者	$x_L=150$	100	250

↓ 低所得者の負担軽減を保険料で

プラン	保険料	税	計
高所得者	$x_H=200$	200	400
低所得者	$x_L=100$	100	200

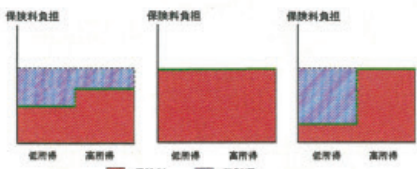
↓ 低所得者の負担軽減を税で

プラン	保険料	税	計
高所得者	$x_H=150$	250	400
低所得者	$x_L=150$	50	200

※ プランAは保険原理を追求、プランBは現行制度を顧したもの、プランCは理想形(役割分担)
© Takero Doi

保険料財源と税財源の投げ方(イメージ)

現行制度 全額保険料で負担 機能分化して財源投入



注: 図中の税財源は、即示されている所得層の個人が負担するわけではない、保険財政とは別の制度で徴収され、保険料の減免に充てられている。
出典: 土居文朗(2012)「国民皆保険制度の財政的課題」、『医療ジャーナル』48巻9号、101-108頁。
© Takero Doi

保険料財源か税財源か(4)

- 保険原理を徹底しつつどう再分配するか

	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

© Takero Doi

保険料財源か税財源か(5)

- ◎ リスクに応じた保険料と、税財源による所得再分配とに役割分担を意識するメリット
- ◆ 誰がどれだけ負担し、給付を受けているかを明確にできる。これにより、社会保障制度の信頼性を高められる
- ◆ 社会保険として、(リスク増大に伴い)給付が増大すれば保険料を引上げる形にするで、被保険者にコスト意識を認識。他方、税財源の所得再分配はそれと独立して格差を正に応じて決定。

© Takero Doi

社会保障の各制度の財源構成 (2009年度、単位:10億円)

制度別	国庫負担	地方負担等	実収収入-その他	計	
医療	17,977.1	8,418.0	3,730.2	3,273.0	33,498.7
介護	2,941.9	1,768.6	2,209.8	299.8	7,220.1
年金	31,490.9	10,433.7	524.9	22,330.7	64,779.2
雇用保険・労災保険	2,693.6	1,354.0	0.0	1,204.0	5,111.7
児童手当	230.9	241.6	558.4	88.6	1,120.4
社会福祉	0.0	1,099.6	112.6	0.0	1,212.2
生活保護	0.0	2,294.7	780.9	0.0	3,045.5
社会福祉	0.0	2,975.9	1,962.5	0.0	4,938.4
高齢者	58.1	439.3	0.0	0.0	497.4
計	55,412.5	29,314.6	8,859.3	27,296.1	121,832.6

資料:厚生労働省「社会保障給付費」
出典:土屋文朗(2012)「国民皆保険制度の財政的課題」、『医療ジャーナル』48巻9号、pp.101-108。 © Takano Del. 10

2009年度の社会保障給付費(医療分)

- 2009年度の社会保障給付費の医療分
…計約33兆円の収入(財源合計)
保険料財源が約18兆円、税財源(国庫負担・地方負担等)が約12兆円、その他が約3兆円
- 2009年度末の被保険者数…計9277.3万人
国民健康保険が3910.3万人、協会けんぽ(法第3条第2項被保険者分を含む)が1952.8万人、組合健保が1572.2万人、船員保険が6.1万人、共済組合が446.5万人、後期高齢者医療が1389.4万人

2019/11/28 © Takano Del. 11

2009年度の社会保障給付費(医療分)

- 社会保障給付費の医療分…計約33兆円
うち、保険料財源が約18兆円
- 2009年度末の被保険者数…計9277.3万人
- したがって、被保険者1人当たりでみて
財源合計の収入は年間36.1万円
保険料は年間19.4万円

2019/11/28 © Takano Del. 12

給付財源としての保険料と税

被保険者1人当たり年額保険料(2009年、単位:万円)

	現行制度	もし財源をすべて 保険料で賄い、 現行被保険者で 分ちあつたなら 保険原価責重	もし財源をすべて 保険料で賄い、 第1号被保険者 (65歳以上)で分 ちあつたなら
医療	19.4	36.1	—
介護	4.1	10.1	17.1

この表の分だけ、税財源で負担を軽減してもらっている。しかし、その効果は、**現行被保険者のみならず高齢者層にも及んでいる。**
この表の分だけ、第2号被保険者(40~64歳)の保険料で負担を軽減してもらっている
出典:土屋文朗(2013)「医療保険・介護保険における税と保険料の役割分担」、『三田学舎雑誌』108巻1号、pp.95-107 <http://j.mp/mila1304> © Takano Del. 13

「医療特定財源」の可能性

- 最初の対象として、
- 後期高齢者医療制度への公費部分の財源を、**給付の増加と運動**して特定財源化
- 75歳以上人口と1人当たり医療費の動向を踏まえて、数年先まで確度高く予見可能
- 対象税目
- 消費税、炭素税、**肥満税**、**砂糖税**
斜字は、税の新設が必要
- ※世代間格差は正の観点から、高齢者も負担する税であることが重要

© Takano Del. 14

肥満税・砂糖税・たばこ税

- 砂糖税
- WHOが導入提言(2016年)
"Fiscal policies for diet and the prevention of noncommunicable diseases"
- フランス、メキシコ、コロンビア、ポルトガル、イギリス、タイ、フィリピン、米パークレー市、米ワシントン州シアトル市等で導入。
- 肥満税
- ルーマニア、ハンガリーで導入。デンマークは2011~2012年の1年間で廃止。

© Takano Del. 15

「骨太方針2018」

(財政健全化目標と毎年度の予算編成を結び付けるための仕組み)

- 全ての個別歳出項目について聖域なく見直しを行い、経済再生と財政健全化の両立を図る。財政健全化目標と毎年度の予算編成を結び付けるため、基盤強化期間内に編成される予算については、以下の目安に沿った予算編成を行う。ただし、社会保障は高齢化による増加分が年によって異なることなどを考慮し、各年度の歳出については一律ではなく柔軟に対応する。
(中略)
- なお、真に必要な財政需要の増加に対応するため、制度改革により恒久的な歳入増¹⁷⁷を確保する場合、歳出改革の取組に当たって考慮する。

177. 例としては、国際観光客税・森林環境税(仮称)の創設。

16

「平成30年度税制改正大綱」

- 国際観光客税(仮称)の創設
-2019年1月7日以降
-3歳以上の者が出国1回につき1000円
-2018年度税込60億円
- 森林環境税(仮称)の創設
-2024年度から課税
-個人住民税(均等割)で1人1000円
-現行の復興特別住民税の期限終了後、事実上継続



17

カーボンプライシングの検討

環境省

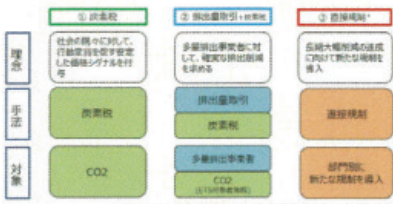
環境政策部 環境政策課

中央環境審議会地球環境部会カーボンプライシングの活用に関する小委員会の設置及び第1回の開催について

1. 背景
2. 検討内容
3. 今後の検討方針

18

カーボンプライシング導入の選択肢



* ②については、①と②の併用も、①と③の併用も、②と③の併用も、検討可能。

出典：環境省「カーボンプライシングのあり方に関する検討会」取りまとめ参考資料集(2018年6月) 19

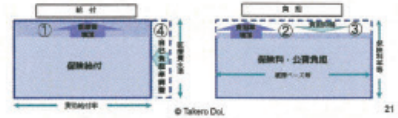
諸外国におけるカーボンプライシングの収入の使途の例

国(地域)	取組(概要)	使途
① 英国	2008年CO2税導入。2019年予算案に於いて120億ポンド(約1兆5000億円)の増収を計上。2020年以降は、1.2兆ポンド(約1兆5000億円)の増収を計上。	2008年CO2税導入。2019年予算案に於いて120億ポンド(約1兆5000億円)の増収を計上。2020年以降は、1.2兆ポンド(約1兆5000億円)の増収を計上。
② 中国	2017年7月に全国炭素市場を開設。2018年12月に全国炭素市場を開設。2019年12月に全国炭素市場を開設。2020年12月に全国炭素市場を開設。	2017年7月に全国炭素市場を開設。2018年12月に全国炭素市場を開設。2019年12月に全国炭素市場を開設。2020年12月に全国炭素市場を開設。
③ 韓国	2015年7月に全国炭素市場を開設。2016年12月に全国炭素市場を開設。2017年12月に全国炭素市場を開設。2018年12月に全国炭素市場を開設。	2015年7月に全国炭素市場を開設。2016年12月に全国炭素市場を開設。2017年12月に全国炭素市場を開設。2018年12月に全国炭素市場を開設。
④ 日本	2013年7月に全国炭素市場を開設。2014年12月に全国炭素市場を開設。2015年12月に全国炭素市場を開設。2016年12月に全国炭素市場を開設。	2013年7月に全国炭素市場を開設。2014年12月に全国炭素市場を開設。2015年12月に全国炭素市場を開設。2016年12月に全国炭素市場を開設。

環境省「カーボンプライシングのあり方に関する検討会」取りまとめ参考資料集(2018年6月) 20

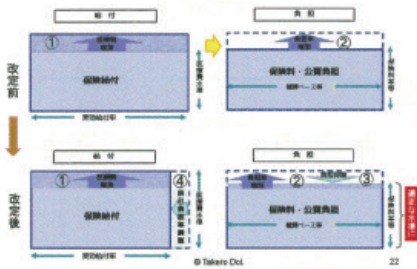
給付の自動調整により制度を持続可能に

- 高齢化・高度化により医療給付費が増大(①)する中、国民皆保険の維持が重要な課題
 - 「支え手」の数が大幅に減少する中、保険料の負担率(②)を高めることで支えていくには一定の限界
- ⇒ (i) まずは保険適用の対象範囲の見直しや診療報酬改定等により医療給付費を調整し、負担抑制を目指す(③)
- (ii) それだけで十分な給付抑制ができない場合は、ルールに基づき、定期的に自己負担率調整を実施する(④)



© Takero Dcl. 21

給付の自動調整の意図



© Takero Dcl. 22

年齢でなく負担能力に応じた負担

- 目指すべきは、まず高齢者の自己負担を「原則：3割負担」、「例外：低所得者1〜2割負担」と、「原則」と「例外」を逆転させ、高齢者・若者を通じ、負担能力に応じた負担とすること



© Takero Dcl. 23

令和元年度医療保障総合政策調査・研究基金事業
「公的医療保険の持続可能性に対応した公費のあり方に関する調査研究」
—第4回検討委員会 菊池馨実先生ご講演要旨—

日 時：令和2年2月26日（水）10:00～12:00

場 所：健康保険組合連合会4階大会議室

菊池馨実 早稲田大学 法学学術院 副学術院長/法学研究科長ご講演

○本日の講演について

- ・ 本日は「社会保障全体の中での医療保険」という位置づけで話したい。政策は理念や原理だけで決まるわけではないことは理解しているが、法学者のスタンスとして、法理念から考えることにしたい。必ずしも公費の在り方に限定していないが、医療保険も社会保障全体の改革の波の中にある、という見立てで話を進めたい。詳細については、岩波新書『社会保障再考“地域”で支える』（2019年9月）にも著している。

○社会保障を支える社会的基盤と市民的基盤の弱体化

- ・ 近年の社会保障制度の改革動向は、2013年の『社会保障制度改革国民会議報告書』がベースになっている。その中で、「高齢者中心型から全世代型社会保障へ」、「年齢別負担から負担能力別負担へ」という考え方が示されている。また、昨年12月に出された『全世代型社会保障検討会議中間報告』では、労働が社会保障との関係で取り上げられている。これらでは、少子高齢社会の中で社会保障の持続可能性をどのように保っていくかということを探っている。
- ・ 社会保障を支える「社会的基盤」や「市民的基盤」が弱体化していることが問題である。ある程度財政基盤が弱くならないとしても、社会保障は相互扶助のために財政負担が重くなったとしても残していかなければならない、という市民意識があれば良いのだが、そのような意識が弱くなっている。社会保障を支える理念的基盤も弱体化している。
- ・ 私の関心は、これらの「社会的基盤」と「市民的基盤」にある。一つ目の社会的基盤については、地縁、血縁、社縁に加え、社会保障の機能を代替する第4の縁の可能性を追求できないか、と考えている。法制化により地域を再生することにより社会保障を支えようという市民的基盤を再構築する道をとれないか、私はこれを第4の縁として捉えており、岩波新書の中でもその可能性を論じている。

○社会保障の変容

- ・ 今、社会保障が大きく変化している。これは2つの面から論じることができる。
- ・ 伝統的には、今日的社会保障の基礎は1942年の『ベヴァリッジ報告』以降に始まった。

日本では、1950年に社会保障制度審議会が勧告を行い、これが戦後の日本の社会保障制度の基礎を形づくった。これらに共通するのは、困窮に対する「経済保障」である。困窮の原因となるべき一定の社会的事故の発生—例えば、障害、失業、労働災害、病気など—に際してなされる「所得保障」である。その後、当初の「医療費保障」から「医療保障」へと変化してきた。

- ・ もう一面は、社会事業とも言われる困窮者に対する扶助から、所得如何に関わらず一定の社会生活上のハンディキャップに対する介護・福祉というサービス保障へと分離発展していったことである。
- ・ これらの変化にもかかわらず、社会保障については、困窮の原因となるべき社会的事故に対する所得保障という性格は維持されてきた。
- ・ しかし、従来の社会保障の捉え方では限界がある。困窮の原因となるべき社会的事故や要保障事由が発生した場合でも、貧困に陥らないようなセーフティネットだけではなく、「人の成長や発達を支援すること」も積極的な意味での社会保障である。
- ・ 20世紀型社会保障は、国家の所得再分配による貧困を軽減することが目的であり、それは一定程度成功した。しかし、そこからこぼれ落ちる個人の支援ができていないため、個別支援、すなわち寄り添い型、伴走型の支援が必要になってきた。

○自律支援のための社会保障の概念

- ・ 法的な根拠からも社会保障は変わりつつある。社会保障法学の通説によれば、社会保障の目的は、国の所得再分配による国民の生活保障である。ここからは個人的見解であるが、なぜ国が国民の生活を保障する必要があるかと言えば、突き詰めると個人の「自律 (autonomy)」、すなわち主体的かつ自由に自らの生き方を追求できることを支援するためである。何を目指すのかは個々人で決めればよく、国家が関与するものではない。これに対し、「自立 (independence) とは行為主体として独立できている状態をいい、公的サービスを利用しながら、例えば障害をもっている地域で生活を営んでいけることは「自立」した状態にあるといえる。
- ・ 「自立」した状態が社会保障などを通じて確保されれば良いのではなく、「自律」的個人へと向かって成長し、不完全ながらも自律性を保持しながら自らの人生の物語を紡いでいく上での条件整備のための制度こそが、社会保障である。結果平等ではなく、機会平等に近い考え方であり、ここでは、金銭や現物サービス等の実体的給付に留まらない「相談支援」も必要となる。
- ・ 従来の社会保障の法的根拠は、憲法 25 条の生存権に求められる。物質的・物理的な意味でのナショナルミニマムを確保するために、金銭・現物サービスの給付が根拠づけられてきた。しかし、衣食住を確保しただけでは、社会とのつながりが確保できるとは限らず、孤立した状態を捉えきれない。孤立した状況を何とかするのは社会保障であり、そのような状態を包摂するための議論が必要となってくる。

- ・個人の自律支援に着目したこのような議論は、憲法 13 条の幸福追求権に根拠づけられる。自己決定権・人格的自律権の根拠規定とも言われている。金銭・サービス・現物給付という実体的な給付に限定されず、「相談支援」とは、「手続き的給付」を含む概念になる。ただし、権利性や誰がどこまでやれば良いのか等、解明すべき点も多い。
- ・このような方向性として、最近の障害者基本法改正や地域包括ケアシステムの構築に向けた法改正、生活困窮者自立支援法改正も位置づけられる。

○医療保険をめぐる論点

(1) 前提条件と問題意識

- ・前段として、国民の間には、社会保障制度に対する不信感、特に社会保障財政に対する不信感・不安感があり、その結果、様々な制度改革が行われてきた。また、社会保障を支える理念・思想が欠如しており、場当たりの制度改革が繰り返されてきた。さらに、社会保障制度に対する不公平感がある。これには二種類あり、高齢者中心型社会保障に対する現役・若年世代の不公平感と、同世代内での正規雇用・非正規雇用間などでの格差に対する不公平感がある。
- ・特に、これまでの制度改革で必ず負担引上げの対象となる一方、給付面での恩恵を受けている実感を持たない中間層以上の現役世代が持つ不公平感は大きな問題である。この辺りが健保組合の加入者に重なってくるのではないか。

(2) 保険者のあり方

- ・あらゆる制度は、一面だけに着目して採用されているわけではないことは承知しているが、後期高齢者医療制度を今後数十年も維持していくことについては懸念を持っている。社会保障をこれから支え続けようとしている市民意識をマイナス方向に掘り崩す危険性があるからである。
- ・その前提として、世代間の不公平感がある。世代間で制度を分けるのではなく、世代融和的な仕組みを通じて、市民的基盤を涵養していく方向性を考えても良いのではないか。全世代型の仕組みにするためのセカンドベストとしては、突き抜け方式が考えられる。世代融和という意味では、私は介護保険と障害者福祉を部分的に統合し、介護保険の若年者への適用拡大の方向性を支持している。特定世代のカテゴリー化を行うのは望ましくない。
- ・健保組合は保険者としてのまとまり、連帯がある。しかし、国保＝「それ以外」であり、保険者としての積極的な像があるわけではなく、残余的である。被保険者には、労基法上の労働者も多数含まれている。その中で国保が固有性を守り続けることが適切なのかどうか。私は元々、一本化論者であったので、(協会けんぽと共通化した) 都道府県単位での事業運営はあり得る。

(3) 費用負担のあり方

- ・費用負担のあり方については、数字を詳細に把握しているわけではないが、総報酬割の導入によって健保組合の負担割合が高まり、解散する健保組合も出ていていると聞いている。
- ・公的年金については、少し前までは厚生年金基金が大きな役割を果たしていたが、運用の問題が引き金となり、21世紀に入って急速に減少し、現在では確定拠出年金が主流になっている。公的年金と比較するのは適切ではないかもしれないが、健保組合の解散が増えると、医療保険制度全体での健保組合の位置づけが危うくなるおそれがあるのではないか。そうすると、豊かな健保組合だけが残り、他は協会けんぽになってしまうのではないか。中間層以上に過度に負担がかかるような社会保険の在り方は望ましくない。
- ・保険料については、国保では事業所得の把握が難しいので資産割があるが、健保でも適用が検討されていくのかどうか気になる。社会保険という性格を考えると、資産調査を入れるのは難しい上、私自身、資産割の導入には消極的であるが、後期高齢者医療制度については、資産に着目した負担という方向性が無いとは言えない。なぜなら、後期高齢者医療制度は、保険の擬制であって、本来的に社会保険と捉えることができるのか疑問があるからである。対応する費用負担のあり方を考えると、後期高齢者医療制度については、「資産に着目した負担」という議論が出てきた時に、拒否することはできるだろうか。後期高齢者医療制度がなし崩しになっていくことが懸念される。
- ・一部負担金については、負担能力別負担が強化されている。元々、一部負担金には過剰な給付を抑制する意図があったが、最近では、所得再分配的効果を織り込むようになってきている。本来、それを一部負担金の中で行うのはおかしいと思うが、織り込まれてしまった以上、それを縮小するのは難しいであろう。

(4) 給付のあり方

- ・給付の在り方については、難病や特定疾患について個別に特例的に対応することは、それに当てはまらない人との間で格差を生み、差別的待遇にもなりかねないので、できるだけ平等に扱うことが望ましい。高額療養費制度という一般的制度による普遍的な扱いを行い、所得に応じた負担にしていくべきであろう。
- ・予防の扱いについては、社会保険と予防がどう繋がるのか、リスクが発生していないものへの給付をどう捉えるのかは、一つの論点である。しかし、私は社会保障制度を、個人が積極的に生きていくための条件整備と捉えているので、一定の予防的措置としての給付を医療保険制度の中で設けることには積極的である。
- ・その先にあるのが給付範囲の削減であるが、おそらくは手を付けざるを得ないだろう。ただし、医療保険の場合は、他の社会保険と比べても生命や健康と直結するので、平等という価値を重視せざるを得ず、どこから個人の選択に任せるのかは議論のあるところだとは思う。

以上

令和2年度医療保障総合政策調査・研究基金事業
「公的医療保険の持続可能性に対応した公費のあり方に関する調査研究」
—第1回検討委員会 堤修三先生ご講演要旨—

日 時：令和2年10月8日（木）13:30～15:30

場 所：健康保険組合連合会4階大会議室

堤 修 三 元・厚生労働省老健局長・社会保険庁長官ご講演

○基本的視座

- ・ 社会保険の財源は保険料がメインだが、日本では公費負担の割合も大きい。公費負担を考えることは、社会保険を裏から見ることになる。
- ・ 私は役人生活30年の間に、老人保健制度の策定や介護保険法の成立に携わってきた。実際の制度改正が難しいことを分かっているつもりだ。しかし、あえて、理論的にあるべき姿を明確にして、進むべき方向性（ポラリス＝北極星）を明確にしたいと考えている。
- ・ 自助・共助・公助と言うが、社会保険は、自助としての保険料負担が、期せずして保険給付という共助になるところに本質がある。そのような前提に立つと、本来であれば、社会保険に対する公費投入の必然性はないはずである。
- ・ しかし、社会保険への加入が義務付けられているにもかかわらず、保険料負担に対する被保険者の理解・納得が不十分であれば、社会の装置としての社会保険の機能は不十分になる。被保険者の理解・納得を得ることにより皆保険を護るという観点からも、社会保険に対する公費負担の必要性を理解する必要がある。
- ・ 本日は、社会保険における公費負担がどのように根拠づけられるのかを考えてみたい。なお、社会保険料と税を同じと考えている人もいるが、私は保険と税は異なるという立場に立っている。それぞれの意味付けが異なるからである。

○社会保険に対する公費負担の類型

（1）国保に対する公費負担

- ・ 制度、保険者の分立を前提にすると、健保と国保の間での財政力格差を考慮し、国保への公費負担によって制度間の負担の不均衡を是正することを目的としている。ただし、選挙での一票の格差の容認範囲と同様に、全保険者の負担が均衡する必要はない。また、全保険者に公費が投入されることも本来はあり得ない。例えば、医師国保組合などに公費投入する必然性はない。
- ・ 皆保険を維持する上では、健保と国保という制度の二元体系を維持し、制度の一元化は避けた方が良いと思う。
- ・ 制度を一元化する場合、国保のような地域型保険となる。一元化すると、事業者負担が

無くなるとか、保険料負担が不均衡になるのではないか、という指摘はあるが、それ以上に、脆弱な基盤の国保に堅固な健保を引き込むと、健保の基盤も泥沼化して脆弱となり、皆保険制度が維持できなくなるおそれがある。

- ・ 被用者保険には、給与・賃金という保険料の賦課対象が明確にあり、官営八幡製鉄所で、国の制度化前に自発的に共済組合を結成されたのも、腑に落ちる。しかし、市町村国保は地域住民を被保険者とし、所得があることも明確ではなく（生保受給者でない以上、何らかの所得があるものと推認？）、保険としては脆弱な基盤の上の制度である。これらの2つの制度を一元化すると、健保の基盤も脆弱となり、皆保険制度が維持できなくなるおそれがある。

（2）後期高齢者医療制度

- ・ 75歳以上が被保険者であり、保険料も負担するという一元化された制度であり、現役並み所得のない者に対する給付に公費負担が入っている。
- ・ 2002年に老人保健法の公費負担割合を5割に引き上げる際、その対象が75歳以上の現役並み所得のない者の給付費とされたことに引きずられたものであり、公的負担の根拠が十分に整理されないまま導入された。当時の健保連も5割負担を主張していたし、財務省もそれを飲んだ。当時は、高齢者医療制度創設自体が政治的に自己目的化していた。
- ・ 75歳以上が被保険者であり、保険料も負担するという独立型の後期高齢者医療制度は、2000年に日本医師会の坪井会長時代の青柳副会長がビジョンを提案したものである。その意図を本人に尋ねたところ、高齢者医療はお金がかかるので、その医療費を抑え、若者の診療報酬に回す、という国土的発想であった。これに乗ったのが、丹羽雄哉議員であり、74歳までは（職域と地域という）二元的な制度、75歳以上は一元的な制度という体系になってしまった。
- ・ 70歳以上の前期高齢者については給付率が上乘せされているが、これに対する公費負担は行われておらず、国保の保険料の負担が大きくなり過ぎないようにという趣旨で健保からの拠出金が入っているのみである。これに対して、後期高齢者医療制度には、給付に対して公費負担が入っており、首尾一貫していない。
- ・ 後期高齢者医療制度は、75歳以上の被保険者については、被用者OBも国保OBも基礎年金受給者であるという稼得形態の部分的共通性に着目して一元化されている。しかし、75歳以上の被保険者の保険料だけでは財源が不足するので、公費のほか、医療保険者からの後期高齢者支援金という法的根拠のあやふやな財源も投入されている。
- ・ 老人保健制度では、対象者は亡くなるまで、それまでに加入していた健保や国保の被保険者資格を有しており、75歳（当初は70歳）以上になっても、会社の健保組合等に保険料を納めていた。しかし、後期高齢者医療制度は独立型なので、75歳以上の被保険者は、加入していた健保や国保という「本籍」から抜かれてしまっている。健保組合側からすれば、「籍もあり、保険料も納めている人達だから拠出金を出す」という根拠を後期

高齢者医療制度に見出せなくなってしまった。当時の健保連副会長も支援金は「根拠レスである」と批判していた。しかし、結局、根拠の説明ができないままに導入された。

- ・ 後期高齢者からの保険料水準に限界があること、財政難の時代に公費負担をなかなか増やせないこと等の理由により、被用者には重い支援金負担がのしかかっている。

(3) 介護保険

- ・ 主要部分（被保険者・保険料徴収）が一元化された制度であり、後期高齢者医療制度とは異なり、一律の公費負担がある。医療保険と老人福祉のブリコラージュ（ありあわせのモノで作成したもの）であり、老人保健制度改正で介護的要素の強い給付費の公費5割負担が実現したことに源流がある。
- ・ 公費負担については、歴史的経緯だけではなく、介護リスクの特性として、不可逆的であることや、他人との交代可能性が無いため、保険料の負担感を軽減しようという配慮からも説明し得る。
- ・ 65歳～69歳の要介護認定率は3%程度、75歳以上は30%、85歳～90歳では50%近くと要介護認定率は加齢とともに加速度的に上がる。そうすると、70歳前に高い保険料を支払ったのに、歳をとって介護サービスが必要になったときに、制度改正で給付制限が行われれば、国に騙されたと思う被保険者も出てきかねない。
- ・ このような介護保険について、年金の長期積立方式のような仕組みにできないか、という質問を受けたことがあるが、多くの者は後期高齢者にならなければ介護給付の受給機会はないので、給付開始までに時間がかかり過ぎるから無理だろう、と回答したことがある。
- ・ 介護保険の当初原案は、市町村が20歳以上の全住民から保険料を徴収する完全な一元的制度案であった。65歳以上は、基礎年金が給付されるので、介護保険料を徴収できるアテはあった。しかし、それ以下の20～64歳の人からは市町村が徴収するのは無理であろうということから、医療保険者拠出方式に転換した。一元的に運営するなら、所得に応じて保険料を徴収することになるが、所得捕捉率の高い被用者からは保険料を徴収できても、国保加入者の所得捕捉率は低いので、一元的に運営することは困難と考えられた。そこで、制度として機能させるためには、医療保険者拠出方式を採用した。もし、一元的に行っていたら、被用者の負担が大きくなったであろう。
- ・ 介護保険は上半身と下半身が分かれたような制度となっているが、制度の実現可能性を考える限り、下半身まですべてが一元化された制度は、日本には無い。国保は被用者保険対象者以外の制度であり、国民年金でも、1号被保険者は定額保険料、厚生年金は報酬に応じた保険料を支払っている。国民全体が完全に一元化されて同じように保険料を納めている例はない。一元化を主張することはきれいに聞こえるが、実現できていない例がないので、安易に言うべきではない。

(4) 年金保険

- 一元的な制度において、一律の公費負担（基礎年金の 1/2）がある。以前は 1/3 であった。保険料を負担しづらい面を抑えるために公費負担を上げていった経緯がある。
- 医療保険においては、明日病気になったり事故にあったりするリスクがあるので、保険料を集めやすいが、年金保険（その大半は老齢年金）については、若い人から見ると、ずいぶん先の話になるので、給付について想像することが難しく、保険料負担に納得感が得られにくい。そのため、長期保険においては、リスク感覚（想像可能性）を養い難いため、保険料負担感の軽減につながる公費負担が 1/2 まで増加してきた。
- なお、元々、国民年金への国庫負担は、拠出時負担であった。その理由は、保険料納付を後押しするためであった。
- 一元的な制度における一律の公費負担の理論的根拠は存在しない。基礎年金改革前の公費負担は、国民年金が 1/3、厚生年金が 20%であった。制度が分立していた 1985 年改正までは制度間不均衡の是正の趣旨もあった。現在では一律 1/2 の公費負担となっている。
- なお、年金保険でさえ、1号被保険者は定額保険料、2号被保険者は報酬比例保険料なので、厳密な意味での一元化とは言い難い。

○社会保険に対する公費負担の正当化根拠

- 法律で加入を義務付けており、国民全員への加入を求めていることから、低所得者でも制度への参加を可能にするために、公費負担が正当化される。このケースは、主に健保と国保との間における制度間・保険者間調整に見出すことができる。
- 他方、年金保険・介護保険制度については、保険料負担への理解を得る、という点から公費負担が正当化される。（遠い将来のリスクを想像しがたいため、）保険料を納めることに納得のいかない人達がいるが、そのように保険料を負担しない人達には保障しなくても良い、という考え方も、確かにある。しかし、それを認めると、憲法 25 条 2 項に定める、国は社会保障の向上・増進に努めなければならない、という責務を放棄することにも繋がる。
- 以上は、保険料水準に着目した公費負担であるが、このほか給付に着目した公費負担もあり得る。例えば、政策的には、特定の疾病・障害のある者や低所得者に対して一般の加入者を超える給付を行う必要がある場合が考えられる。現在は、血友病患者・人工透析患者・高額療養費該当の低所得者などに上乗せ給付が行われているが、その分の財源は通常の給付費財源（保険料財源）である。保険料は能力に応じて支払うが、保険給付は一律であるべきという医療保険の原則に照らすならば、上乗せ分は、保険料財源ではなく、所得制限付きの公費負担で対応すべきであろう。
- 他方、義務教育就学前の乳幼児・児童にも上乗せ給付があるが、この上乗せ分を医療保険財源で行うとなると、上乗せ給付が少子化対策としての有効であることが保険料負担

者に示されなければならない。果たしてその効果は示されているのかどうか疑問がある。

○国保に対する公費負担の問題

- ・ 昭和 59 年改正により、国庫負担は医療費の 45%から療養給付費の 50%に変更となったが、従来、国保への公費投入の論拠は、低所得者が多いことや事業主負担がないことなどであったのが、この頃から、事業主負担に代わるもの、という説明が中心となった。自営業者や被用者の区別をせずに「国保では、事業主負担の代わりに公費負担を行う」という理屈には違和感を覚える。
- ・ また、給付費に対する公費負担のほか、保険基盤安定制度・高額医療費共同事業・市町村運営安定化事業など、よくこれほど考えつくものかと思えるほどに、様々な名目で公費が投入されている。給付費だけではなく保険料部分にも公費負担が導入されている。
- ・ さらに、国保へは様々な名目で都道府県負担も導入されているが、これについては、かつては厚生省も自治省も反対していた。市町村国保被保険者という特定の住民のために、都道府県民の全体財源である都道府県負担を導入することに本当に問題はないのか。また、最近では減少しているようだが、市町村の一般会計からの繰り入れも問題である。
- ・ 市町村国保に対する調整交付金は、保険料水準に応じても交付されるので、給付費－保険料＝調整交付金という形式になっている。本来、保険財政は保険料で帳尻を合わせるのが原則であるにもかかわらず、それに反している。なお、介護保険や後期高齢者医療では、給付費－調整交付金＝保険料とされており、保険財政は保険料で帳尻を合わせる形式となっている。保険料分が 5%や 10%程度であっても、帳尻合わせを保険料で行うのなら保険の仕組みの一つと言えるが、国保のように最後の帳尻合わせを調整交付金で行うものを保険と言ってよいのかどうか、疑問はある。
- ・ さらに、かつてはこれら以外にも特別な事情がある場合、政治家・首長からの要請により「特別調整交付金」という公費が投入されていた。今も多少は残っているかもしれない。なお、介護保険では、露骨な政治介入を排除するため、特別交付金は災害で被災した場合に限っている。
- ・ このような状況から、当時の健保連副会長は、「被用者保険で引き取れる者は被用者保険に引き取った上で、市町村国保は低所得者に対する公費負担医療制度にしてはどうか」という意見を述べられたことがあった。私は、皆保険制度を維持する上で公費負担だけの制度にすることには反対したが、気持ちとしては分かる。

○制度への公費負担が保険給付の性格に与える影響

- ・ 介護保険や年金保険のように一律の公費負担が行われている場合、例えば、介護保険の場合、給付費財源の半分は保険料で半分は公費負担である。そこで、給付費の半分は定率で利用者負担、残りの半分を応能的に利用者負担とすることは、理論的には無くはない。しかし、一律の公費負担があるからと云って、保険給付の応能的給付について保険

料負担者の納得を本当に得られるか疑問である。

- ・ 近年、大手新聞社の記者から、「応能保険料かつ応能給付を行うことはなぜ駄目なのか」との質問を受けたことがあり、また、財政制度等審議会や経済財政諮問会議で同じような議論がされることがあることを不思議に思っている。それは、強制加入でありながら給付が少ないとなると、高所得者はばかばかしくて高い保険料を納めなくなる可能性があるからだ。強制加入を成り立たせているのは、給付は同じだからという点であり、それで応能保険料を納得してもらっているに過ぎない。したがって、応能的給付を正当化しようとする議論は、この点について無頓着すぎる。
- ・ 私は、昭和 56 年に医療保険に関わり始めて以来、強制加入の根拠について考え続けてきたが、それを原的に正当化することは容易ではない。現実の制度には、被保険者が保険料負担について納得できる仕組みを持たせる必要がある。標準報酬による保険料負担にも上限を設けていることはその一例である。多額の報酬を得ている人であっても、受けられる給付量を考えた際に、それとバランスの取れる保険料負担とすることが必要となるからである。

○公費負担による制度間調整と拠出金制度による制度間調整

- ・ 拠出金制度が最初に作られたのは老人保健制度であり、その後、介護保険では介護納付金、前期高齢者に対しては納付金、後期高齢者に対しては支援金が創設された。老人保健制度では市町村を介して上納する仕組みであったが、その後の調整は、制度間でお金を横に流すだけになっている。
- ・ 老人保健制度の当初の政府原案（昭和 56 年）では、老人医療費の加入者按分率は 50～100%の間の範囲で、政令で定めることとしていたが、衆議院修正で 50%にフィックスされた経緯がある。老人医療費の半分を加入者調整で行うことにより、国保の財政負担は一定程度軽減されるだろうという想定であった。高齢化の進展により、老人医療費が増大すれば、加入者按分率を引き上げることにより、健保・国保全体の財政バランスを取ろうというものであった。
- ・ それが、(国保に対するその後の国庫補助率の変更等もあり、国保財政が深刻化したこと等の理由によって) その後の制度改正で加入者按分率が 100%が実現してしまった。これにより、老人医療費を含む医療保険財政全体の健全化を図ろうという趣旨から、高齢者医療費「だけ」を対象に、各医療保険者間でいかにして公平に負担すべきか、という思想的な転換が行われることになった。
- ・ 被用者保険と市町村国保の被保険者の実態や保険者の在り方の違いを考慮すれば、両制度間で加入者数といった財政力の反映が不十分な指標に基づいて、拠出金による負担調整を行うことには無理がある。
- ・ 他方、協会けんぽ・健保組合などの被用者保険間では、被保険者の稼得形態は同じであることから、総報酬額を指標とする拠出金による負担調整は馴染みやすい。連合でさえ

賛成したくらいである。つまり、「被用者連帯」は、国保を含めた「国民連帯」より受け入れられやすいと言える。後期高齢者支援金や介護納付金での被用者保険間での総報酬割による負担はその例である。その結果、協会けんぽの負担は減るので、国庫負担は削減する、ということになった。

- ・ 同じことを、市町村国保間ではなぜできないのか。例えば、東京都港区の国保と沖縄県の市町村の国保との間では、所得水準が異なるはずである。国保の保険料負担の半分は所得割で行われているのに、なぜ、拠出金での1/2総所得割が行われないのであろうか。
- ・ これについては、国保には調整交付金があるので、それによって国保保険者間では負担能力は調整済みである、という反論がある。しかし、被用者保険を見ると、協会けんぽに対しては保険給付の16.4%が国庫負担であるのに対して、健保組合には国庫負担は存在しない。つまり、「被用者保険での調整交付金」に相当するものが、協会けんぽへの16.4%の国庫負担なのである。国保での総所得割を議論しないのは、同じような「調整交付金」が存在していたにもかかわらず、総報酬割を導入し、その「調整交付金」が廃止された被用者保険との間で整合性が取れない。それにも関わらず、市町村国保では総所得割の議論さえ起こっていない。
- ・ 公費負担をこれ以上増やせない中で、そろそろ、公費負担と拠出金制度による連帯（被用者保険間での被用者連帯と、国保も含めた国民連帯の2種）との間で、優先順位と役割分担を議論しても良いのではないか。被用者の「自分たちによる保険」という観点を優先すれば、被用者保険制度の内部で2分の1程度の財政調整を行い、それで浮いた国庫負担分を国保に投入する。その場合、高齢者医療制度を被用者OBと国保OBに分割し、健保と国保の間での拠出金のやりとりを無くす、という論理的帰結になる。これを実行するには困難を伴うが、優先順位付けを考えるべきであろう。

○公費による福祉制度と保険料を基本財源とする保険制度を組み合わせる危険

- ・ この問題は、老人医療費の制度の問題である。老人医療費支給制度は、色々な自治体でも行われていたが、決め手になったのは、美濃部革新都政時代の老人医療費全額無料化、窓口負担ゼロの導入であった。
- ・ 老人医療費支給制度については、当時の社会保障制度審議会では、各医療保険制度に公費を投入するという別の仕組が提案されていた。結局、医療保険制度の中に閉じ込めるという制度審の提案を無視して、福祉制度として成立してしまった。
- ・ 医療保険の中に閉じ込めることは、老人医療費の公費財源の1/3である自治体負担分について、国保には入れ易いが、被用者保険にはどのように投入すれば良いのかという問題もあったし、当時、抜本改正で騒いでいた医療保険サイドでの対応の難しさもあり、制度審の案は採用されなかった。老人福祉法による医療費無料化制度に一部負担を導入することは、福祉の後退として政治的に困難とみなされ、老人保健制度のような大仰な制度を創設することとなったが、政策担当者、研究者その他の関係者は高齢者を特別扱

いするという発想から抜け出せなかった。美濃部都知事の老人医療費の完全無料化と、それを老人福祉の措置として取り入れた田中内閣の老人医療費支給制度は、戦後医療保障の最大の過ちである。各医療保険制度に公費を投入する形であれば、保険財政状況次第では一部負担を導入し、その引き上げも行われたはずである。

- ・ 老人医療費支給制度では、被用者本人は適用除外とされたが、扶養義務者については所得制限があった。なお、老人保健制度を作った時には、70歳以上の者を一律に扱うこととし、基本的に僅かではあるが例外なく一部負担を入れている。
- ・ 全世代型社会保障を医療保険の中で実現するならば、高齢者における自己負担を見直すことが核心となる。国民皆保険であれば、各医療保険制度を通じ、加入者全員の給付率を統一し、配慮が必要な低所得者には公費負担で上乘せするのが、国民皆保険の精神に照らしても正しいことになる。子どもだから、老人だから無料とするのはおかしい。

○社会保険に対する公費負担の及ぼす副作用

- ・ 市町村国保からの公費負担増加の要求を何とかしないといけない。国保の都道府県単位の運営広域化は、市町村および都道府県からの一般財源繰り入れを遮断できるかどうか問われる。
- ・ 介護保険では、保険料軽減に関する「堤3原則」をつくり、その中で一般会計からの繰り入れはダメだとした。また、保険料の減免を行った結果、財源に穴が開いた場合は、財政安定化基金の対象にすることを認め、そこから一般会計繰り入れに繋がる道を閉じた。
- ・ 自治省でも介護保険での一般会計からの繰り入れ禁止を議論していたが、できなかった。しかし気持ちは自治省も反対だった。市町村国保において、その都道府県営化によって、今回封じ込めができるかどうかである。
- ・ 最近の国の財政が厳しくなっていることから、シーリングを通じて国庫負担の縮減を実現するために、給付費全体を抑えるという議論がなされている。それが絶対に悪いとは言わないが、健保組合全体を見ても景気がだいぶ良くなってきても、国庫負担の問題があるため給付を増やせない。その結果、被保険者に対する医療の給付が貧しくなっていく。財務省が給付費を抑制しようとするが、そこにジレンマがある。

○暫定的な総括

- ・ 制度が分立している状況に照らせば、公費負担の必要性は否定できない。しかし、国の財政が厳しいことは事実なので、公費負担に依存することは難しい。市町村国保からの公費負担への間断なき拡大要求は止まらない。
- ・ 後期高齢者に対する公費負担は、説明できない中途半端な入れ方になっている。
- ・ 健保・国保間での拠出金制度による調整は無理があるので、①被用者保険内部での連帯

(保険者間拠出)、②公費負担、③健保・国保の制度間拠出という優先順位に基づくべきである。制度間拠出はもっとも説明力が弱いので、被用者保険内部での連帯と公費負担をどう組み合わせるかである。

- ・ 見直しは大変だが、いつまで今の制度を続けるのか。高齢者医療制度の見直しがいずれ求められよう。見直しの結果、各制度でどの程度負担のバラツキができるのか、それがどの程度なら許容されるのかを見定める必要があると思う。

以 上

社会保険における公費負担の諸問題

2020/10/08

報告 堤 修三

(2021/06/20 改)

1. 基本的視座

社会保険に対する公費負担の投入は必然的なものか。先進各国を眺めてみても、日本の社会保険における公費負担の割合は高い。社会保険を被保険者の自助をベースにした連帯・共助の企て（自助としての保険料負担が期せずして、共助としての保険給付となる）と捉えれば、それに対する公費負担の投入に理論的な必然性はない。しかし、社会の装置として機能し得るよう社会保険への加入が義務化されているとはいえ、現実の保険料負担に対する被保険者の理解・納得が不十分であれば、それが社会システムとして円滑に機能することは期待しがたい。我が国では社会的制度に高度の整合性・合理性を求めるが傾向が強いことも踏まえ、日本の社会保険における公費負担の必要性は、そのような（被保険者の理解・納得という）観点からも理解すべきではないかと考える（もちろん、公費負担が2次的財源である以上、保険集団の括り方等において公費負担を必要としない工夫は求められる）。

以上の観点から、本報告では日本の社会保険にさまざまな形で公費負担が投入されていることを一応の前提として、それぞれがどのように根拠づけられるかを考えてみたい（当然、全ての公費負担を正当化できるとは限らない）。

なお、報告者は保険料と税を峻別する立場であることを申し添える（“お金に色は付いていないが、意味は付いている”）。

2. 社会保険に対する公費負担の種類

① 健保・国保：

制度・保険者分立を前提に、それらの間の保険料負担の公平性の観点から、制度（健保・国保間）、保険者（協会けんぽ・健保組合間／国保保険者間）の財政力を勘案した公費負担が行われている。保険料負担の不均衡を一定程度まで是正。その場合、結果として残る制度・保険者の格差はどこまで許容されるか。制度・保険者間の不均衡是正である以上、全保険者への公費負担はあり得ない（国保組合は？）。ただし、（前期）高齢者の医療費については、国保への国庫負担だけでは足りず、加入者数によって割り当てられる被用者保険からの拠出金も投入されている。

被用者保険の基盤の堅固さに鑑み、制度の二元体系を維持し、制度一元化（その場合、必然的に国保型の地域保険となる）は避けるというのが究極のねらいか（一元化基本方針との関係は？）*。

*なぜ医療保険制度の一元化は避けるべきなのか。一元化した場合、事業主負担はどうするか、稼得形態の違い等から保険料負担の不均衡を招く、結果として被用者層の負担が増えるという現実的問題以前に、保険制度としての被用者保険の堅固さとそれと対照的な市町村国保の脆弱さの組合せという国民皆保険の構造をしっかりと認識すべき。被用者保険は定義上、給与・賃金という保険料の賦課対象が明確に存在し、それ故にその成立も一種自生的であるが、市町村国保は、所得があることを前提としない住民をもって被保険者とし、しかも生保受給者でない以上、何らかの所得があるはずだという一種虚構の上に構築された拵え物。一元化するということは、堅固な被用者保険の建物を液化化している市町村国保と同じ地盤に移築するようなもの。そうなれば強固なはずの被用者対象の保険も泥濘に傾き、国民皆保険は崩壊する恐れ。

② 後期高齢者医療：

制度の主要部分（被保険者・保険料徴収）が一元化された制度*に対する公費負担（ただし、現役並み所得のない者分を除く）。2002年に老人保健法の公費負担割合を5割に引き上げる際、それと引き換えに、その対象が75歳以上の現役並み所得のない者の給付費とされたという径路依存的説明をするほかない。制度の財源構成について整合的な説明は困難。当時は制度創設自体が政治的に自己目的化していたか。

*後期高齢者医療制度は、被保険者（75歳以上）については被用者OBも市町村国保OBも基礎年金受給者であるという稼得形態の部分的共通性に着目して一元化。被保険者の保険料（10%とされているが、その割合に根拠はない）では財源が不足するので、公費のほか、医療保険者からの支援金という法的根拠のあやふやな財源も投入されている。保険料水準の限界・公費負担への大きさ・被用者（OB）の重い負担という問題。

③ 介護保険：

制度の主要部分（被保険者・保険料徴収）が一元化された制度*に対する一律の公費負担（保険者間調整あり）。医療保険と老人福祉のブリコラージュである介護保険の径路依存性で説明される*。実質的にはリスクの特性（不可逆性・交代可能性の無さ）を考慮した保険料負担感の軽減の配慮。このような介護リスクの特性で短期保険を構成できるかについては疑義を呈する向きがある**（報告者は、医療リスクと介護リスクを一体的に捉えて保険料を賦課すべきとの立場）。

*1991年の老人保健制度改正で介護的要素の強い給付費の公費5割負担が実現したのが、画期。径路依存的説明を抜きにして現行制度の一律の公費負担を説明しようとするれば、年金制度と同様の感覚的な説明となるか。

**介護保険を年金のような長期保険にできないのか（報告者在職時の健保連副会長の直話）。制度による給付開始まで時間がかかり過ぎるので無理。現在でも、（多くは後期）高齢者にならなければ受給機会はないのに、制度開始後に続く給付制限の強化は介護保険の“逃げ水”化を招いている。

介護保険でも、後期高齢者医療と同様、制度の基盤部分は介護納付金という医療保険者の拠出に負っているが、それは何故か。介護保険の当初原案は、20歳以上の全住民から保険料を徴収する一元的制度案であった。一元的徴収の現実的困難から医療保険者拠出方式に転換。全てを一元的な制度にすることの難しさの傍証。

④ 年金保険：

一元的な制度*における一律の公費負担（基礎年金の1/2）。長期保険におけるリスク感覚（想像可能性）の違いに基づく保険料負担感の軽減か。S33の制度創設からS51の改正まで国民年金の国庫負担が拠出時負担であったことは、それが保険料納付を後押しする趣旨であったことの現れ。制度が分立していた1985年改正までは制度間不均衡の是正も含んでいた**。近年、基礎年金と厚生年金の間で生じている所得代替率の差にどう対応するか。

*1号被保険者は定額保険料・2号被保険者は報酬比例保険料なので、厳密な意味での一元化とは言い難いが、それぞれ給付される年金も異なるので不完全な一元化であることは目立たず。

**一元的な制度における一律の公費負担に理論的根拠はない。基礎年金改革前の国民年金（1/3）・厚生年金（20%）のいずれにも国庫負担があったという径路依存的説明のほかに、実際の保険料徴収の困難性を踏まえた上述のような感覚的な説明にならざるを得ない。なお、労働者（厚生）年金保険法立案時、国庫負担については少額所得労働者への支援という説明がされていたという（中尾友紀「戦前期日本の『長期保険』構想における労働者年金保険法成立の経過」2008）

3. 社会保険に対する公費負担の正当化根拠

- ・ 強制加入であること／国民全員に加入を求めていること。→ 平等取扱の要請（低所得者でも制度への参加を可能にする）。主に健保・国保における制度間・保険者間調整。年金保険・介護保険制度については保険料負担自体への理解を得るという配慮（次項）。
- ・ リスクの性格の違いによって保険料納付への国民の納得感が異なるため、保険料水準を抑制する必要があること。そこまでの根拠は、憲法25条2項による国の社会保

障の向上・増進（社会保険の創設・健全な運営）に努めるべき責務に求めるか。なお、後期高齢者医療においては、現役世代の保険料とリスクの性格に差はないので、政治的に保険料水準を抑えるというねらいのみ。

- ・ 政策的には、特定の疾病・障害のある者や低所得者に対して一般の加入者を超える給付を行う必要がある場合の公費負担が考えられる。現在は、血友病患者・人工透析患者・高額療養費該当の低所得者などに上乘せ給付が行われているが、その分の財源は通常の給付費財源。「応能保険料の対価としての一律の保険給付」という医療保険の原則に照らせば、これらは保険料財源ではなく、上乘せ分は所得制限付きの公費負担で対応すべき。また、義務教育就学前の乳幼児・児童にも上乘せ給付があるが、これも保険料の使途として疑問あり。少子化対策としての効果は実証されているのか。

4. 国保に対する公費負担の問題

- ・ S59 改正における国庫負担方法の変更（医療費の 45%→療養の給付費の 50%）。低所得者が多いこと、事業主負担がないことなどを挙げた総合的説明から、事業主負担に代わるものという説明が中心となった（？）ことの可否。
- ・ 給付費に対する公費負担が本来の 50%負担のほか、様々な名目（保険基盤安定制度・高額医療費共同事業・高医療費市町村運営安定化事業）の公費負担が導入され、加えて給付費ではなく保険料部分にも公費負担が導入（保険者努力支援制度？）されるなど、国保の公費割合はさらに増加していることをどう評価するか。
- ・ かつては厚生省も反対していた国保への都道府県負担導入が様々な名目により実現していること（1988 年の保険基盤安定制度等のほか、2005 年には給付費本体にも導入）の評価。特定の一部住民のための個別給付に本来、都道府県民の全体財源である都道府県負担を導入することに本当に問題はないのか。また、市町村保険者であれば、制度上市町村負担を求めても問題はないのか。
- ・ 市町村国保に対する調整交付金は給付費のほか（1/2 は）保険料水準に応じても交付されることから、給付費－保険料＝調整交付金とされており、保険財政の帳尻を保険料で合わせる仕組みとなっていない。保険財政の自律性という基本に反するのではないか。なお、この仕組みは介護保険や後期高齢者医療では採られておらず、給付費－調整交付金＝保険料とされている。
- ・ 調整交付金の傾斜配分により給付費の大半（8～9 割?）が公費で賄われる保険者があ

っても、そこで行われているのは保険であると言えるのか。それは、国保型の調整交付金と介護保険型の調整交付金によって違うか。

- ・ 特別調整交付金（特別の事情がある場合）の一部が政治的・恣意的に配分されていることをどう捉えるか（現在は知らず、かつてはそうであった）。介護保険の調整交付金では災害減免以外の特別交付金を作らなかった理由。
- ・ （このような）市町村国保は、被用者保険に引き取れる者は被用者保険に引き取ったうえで、低所得者に対する公費負担医療制度にしてはどうか（報告者在職時の健保連副会長の直話）

5. 制度への公費負担が保険給付の性格に与える影響

- ・ 公費負担は保険給付の性格に影響を与えるか。例えば、応能保険料を前提とした保険給付に公費負担が行われていることで、その保険給付の在り方は変わるのか。公費負担は、保険料財源であることに伴う保険給付の性格に影響を与えない（透明のガラス）。
- ・ 仮に、公費負担が一律に行われている場合、それを根拠として、給付を応能的にするとすれば、例えば介護保険において給付費の半分は定率利用者負担、残りの半分は応能利用者負担とすることも可能か。近年の応能的給付の議論の正当化根拠は何か。強制加入の保険制度が内包する危うさへの無頓着。ましてや資産に着目した応能的給付は、保険料納付とそれに応じる保険給付という保険契約の要素に含まれない資産を持ち出すというルール違反。

6. 公費負担による制度間調整と拠出金制度による制度間調整

- ・ 老人保健制度を嚆矢として、公費負担に代わる制度間調整の方法として採用されている拠出金制度（何らかの指標により特定の保険者から他の保険者への財政支援を求める仕組み）は、本当にすべての場合に適用可能な方法か。
- ・ 被用者保険と市町村国保の被保険者の実態や保険者の在り方の違いの大きさを考慮すれば、拠出金制度による負担調整をすることに合理的根拠はあるか。国民皆保険の維持という名目は拠出を求める根拠たり得るか。法律上掲げられている“国民連帯”^{*}は成り立つか。他方、協会けんぽ・健保組合などの被用者保険間では、被保険者の稼得形態が同じであることから、総報酬額を指標とする拠出金制度による負担

調整は馴染みやすい（“被用者連帯”は“国民連帯”*より受け入れられやすい）。後期高齢者支援金・介護納付金へ総報酬割が導入された一方、市町村国保の総所得割（保険料の1/2は応能割）が議論にならないのは何故か、“住民連帯”は成立しない？

*「国民の共同連帯」の語は、国民年金・介護保険という一元的な制度の法律で使用されている（高齢者医療確保法では国民の共同連帯等と曖昧化されている）。

- ・ 健保と市町村国保間の拠出金制度に無理がある一方、被用者連帯に基づく被用者保険者間の拠出金制度はあり得るとしたら、拠出金制度により被用者保険者が行う制度安定化の試みと国の責任に基づく公費負担による制度安定化の企てのどちらを優先させるべきか。被用者による保険という観点と国家が行う保険という観念の違い。
- ・ 被用者による保険という観念を優先すれば、高齢者医療制度を被用者OBと国保OBに分割し、被用者保険制度の内部で財政調整（1/2限度）を行い、それで浮いた国庫負担分は市町村国保に投入するという選択肢を考えてもよい（報告者）。

7. 公費による福祉制度と保険料を基本財源とする保険制度を組み合わせる危険

- ・ 医療保険への公費投入ではなく、医療保険と公費による福祉制度を組み合わせる方法が採られることもあるが、これをどう考えるか。老人医療費支給制度が制度横断的に医療保険と公費を組合せる制度とされた理由は何か。当時の制度審が推奨した医療保険の各制度に公費を投入する仕組みに何故できなかったのか。*1~3

*1 老人医療費の公費財源の1/3は地方自治体負担。これを被用者保険に投入することの無理も考慮されたか？

*2 制度審意見に従い、医療保険の各制度に公費を投入して高齢者の給付率を引き上げていたら、上乘せ分の公費負担が実現していたはず。その後、保険財政維持の観点から、有料化や対象者の低所得者限定も保険制度の枠内で（老人保健制度のような大仰な制度を創設しなくとも）早期に実現できた可能性あり。

*3 地方自治体による無料化は保険者に迷惑をかける（他者危害の原則）が、当時の風潮では（おそらく現在も）厚生（労働）省は強く主張できず。

- ・ 「高齢者医療」と「医療保険+障害者医療」とはどこが異なるのか。医療以外のニーズも対象とする障害者総合支援法を前提とする限り、保険+公費という組み合わせ

せを採らざるを得ないが、高齢者医療について保険＋公費から、公費部分を例外なく呑み込んだ老人保健制度になったのはなぜか。老人医療費支給制度では、被用者本人は適用除外とされ、扶養義務者については（相当高水準とはいえ）所得制限があったほか、老人保健制度立案時*にも、被用者本人の取扱いのほか、所得に応じた一部負担の議論もあったが、老人保健制度ではすべての高齢者に一律に公費を投入して一体的な医療給付を行う構造になった。高齢者をすべて一律に高水準の給付とする根拠はあったのか。本来、高齢者を医療給付の対象とする独立の制度を作る合理的根拠はなく、低所得者配慮も高齢者についてのみ行うべきではない。なお、その後、高齢者を独立の制度対象としたまま、現役並み所得者を突破口に、所得に応じた給付となりつつある。しかし、財源構成の整理は不十分。

地方自治体による乳幼児医療費無料化はどうか。地方自治体による老人医療費無料化の先行という苦い記憶（橋本元首相の強い拒否感。報告者目撃）。

*老人保健制度においては、すべての70歳以上に対する給付を一律に行うことになったが、これは高齢者に健康への自覚を持ってもらう（有料化）、高齢者の医療費を国民全員が平等に負担する（拠出金）という制度の大きなストーリーの下では、例外を作ることは抵抗があったからである。

- ・ 全世代型社会保障を医療保険で実現しようとするれば、高齢者を特別の制度対象とすることなく、各医療保険制度を通じて給付水準を統一し、配慮が必要な低所得者には各制度において公費負担で上乘せするのが国民皆保険の精神に照らしても正しい。

8. 保険料減免と公費負担

- ・ 市町村国保と介護保険における保険料の災害減免では減免対象者も保険給付の対象。年金保険における保険料免除者の取り扱いとは異なり、被保険者が“お互い様・明日は我が身”として、保険料財源の使用に同意しているとみなし、一般の場合と同様、公費負担も対象。保険料減免による他の被保険者の保険料負担への影響を緩和するため、特別調整交付金による補填もある。
- ・ 保険料と保険給付の1対1対応度が強い年金保険の場合は、保険料減免者の保険給付のために他の被保険者の保険料が充てられることはない。国民年金の1号被保険者の保険料減免者に対する国庫負担分の年金給付(S37の改正で制度創設時に遡って国庫負担の対象)は、免除手続きを通じて示された保険料納付(=制度参加)の意欲をもって説明可能か。保険料財源までは投入されないことは年金保険としての一線を守ったもの。しかし20歳前障害基礎年金の給付への保険料財源の投入までは説明

できない（制度上保険料の納付が求められなかった者を保険料納付の機会が与えられなかった者とするのは無理）。

9. 社会保険に対する公費負担の及ぼす副作用

- ・ 市町村国保にみられるような公的財政への依存傾向（国庫負担要求・市町村一般財源繰り入れ）を助長し、保険財政の規律保持に悪影響。介護保険では市町村一般会計繰り入れの封じ込めにほぼ成功（保険料軽減に関する「堤3原則」（報告者在職時に導入）、保険料軽減による減収分についてもあえて財政安定化基金の対象。立案時には、自治省では一般会計繰り入れの禁止も議論。
- ・ 国の財政制約の強まりに伴い、概算要求基準等を通じ、国庫負担の縮減を実現するために保険給付費自体の抑制まで求められる。国の財政状況は直ちには改善しないので、保険料収入が順調な好況期であっても、国庫負担のある保険者のみならず、健保組合のように原則的に国庫負担のない保険者までもその影響を受ける。給付費抑制は保険者には歓迎すべきものとして受け入れられるかもしれないが、このことは被保険者にとっても同様にあてはまるか（社会保障としての保険給付の維持すべき水準の限界の問題。健康保険法では7割給付維持）。

10. 暫定的総括

制度・保険者が分立している医療保険の置かれている歴史的・社会的条件に照らせば、そこに一定の公費負担を投入する必要性があることは否定できない。また、一元的な制度においては一律の公費負担の必要性は乏しいが、径路依存的に公費負担が投入されている制度（介護保険）もある。しかし、医療保険の本来財源が保険料であること、日本の財政が極めて厳しい状況にあることを考慮すると、安易な公費負担への依存を続けることは問題。現在の市町村国保への公費負担の間断なき拡大要求は、その現れの1つであり、それに終止符を打つことが必要。国保の都道府県単位運営化による国庫負担要求の歯止めを期待。また、後期高齢者医療に対する公費負担の在り方も見直しが必要。他方、被保険者や保険者の実態が全く異なる健保・国保間で、財政力を正確に反映しない指標を用いた拠出金制度による財政調整が行われていることは問題であり、公費負担と拠出金制度の役割分担を整理することも必要。とすれば、健保・国保制度に関して、被用者保険間の連帯（拠出金）>公費負担>制度間の拠出金という優先順位に基づき、現行の高齢者医療制度の廃止も含めた現行制度の見直しも考えられてよい。なお、これらの見直しの結果、どれほどの制度間・保険者間の格差が生じるか、その格差にどう対応するかについても見定める必要がある。 [了]

医療保障総合政策調査・研究基金事業

公的医療保険の持続可能性に対応した公費のあり方に関する調査研究

報告書

令和3年10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

