

医療保険制度見直しの方向性

—組合と協会けんぽにおける世代会計の試算結果を踏まえて—

調査部 主任研究員 飛田 英子

目 次

1. はじめに
2. 世代会計の試算方法
 - (1) 加入者数
 - (2) 保険給付（受益）
 - (3) 必要保険料（負担）
3. 試算結果
 - (1) 基本ケース
 - A. 自己負担を含まないベース
 - B. 自己負担を含むベース
 - (2) 自己負担3割ケース
 - A. 自己負担を含まないベース
 - B. 自己負担を含むベース
 - (3) 負担軽減ケース
 - (4) 保険料
 - (5) 小 括
4. 提 言
 - (1) 保険給付の内容と条件の見直し
 - (2) 高齢者の自己負担の引き上げ
 - (3) エイジレス化の視点
 - (4) 実効ある少子化対策

要 約

1. 世代間の不公平感が高まるなか、社会保障制度の持続可能性に黄信号が点っている。年金については、生涯にわたる受益と負担の額を世代別に試算した結果が、厚生労働省によって度々公表されている。そこで本稿では、医療において、組合管掌健康保険（組合）と全国健康保険協会（協会けんぽ）に加入する世帯について、受益（本人と家族が受ける医療給付）と負担（本人が支払う保険料）を世代別に試算・比較し、それを踏まえ医療保険制度見直しの方向性を考察した。

2. 試算は、(1) 現行制度がそのまま続く「基本ケース」、(2) 70歳以上の窓口自己負担を2020年度に3割に引き上げる「自己負担3割ケース」、(3) 後期高齢者医療給付財源に占める後期高齢者自身の保険料負担割合の拡大ペースを半分に抑えた「負担軽減ケース」、について行った（この負担割合は1割でスタートしたが、若年人口の減少を勘案し、徐々に拡大していく仕組みになっている）。対象とする世代は、加入者本人の生年が1910年度から2015年度までである。各ケースにつき、受益の負担に対する倍率をみると、以下の通りである。

(1) 基本ケース

基本ケースは、自己負担を含むベースと含まないベースで試算した。

A. 自己負担を含まないベース

負担に対する受益の倍率（1を上回ると受益超）は、組合、協会けんぽともに後世になるほど縮小し、組合では生年1980年度の世代以降で1を下回るものの、協会けんぽではいずれの生年でも1を下回らない結果になった。協会けんぽではどの世代でも負担より多くの受益を得ていることになるが、倍率が縮小しているということは、将来世代に負担を転嫁することで制度が成り立っていることを意味しており、決して好ましいことではない。

B. 自己負担を含むベース

自己負担を含むトータルの負担で倍率をみると、組合で生年1965年度、協会けんぽで生年1985年度に1を下回る。年金については1960年以後の世代で負担超となる研究結果があることを踏まえ、ピラミッド型の人口構成と右肩上がり経済を前提に構築されたわが国の社会保障制度のツケが、これらの世代以降に回っていると見ることができる。

(2) 自己負担3割ケース

自己負担を含まないベースで基本ケースと比べると、協会けんぽが生年2015年度で0.99とわずかに1を下回るのを除き、組合、協会けんぽとも水準に大きな違いはない。これは、70歳以上で自己負担アップ、すなわち保険からの給付（受益）が減る一方で、後期高齢者支援金等の減少に伴って現役世代の保険料（負担）も減少するためである。当然ながら、この現役世代の負担軽減は、高齢者の自己負担アップとの引き換えである。高齢者の医療給付を現役世代と高齢者の間でどう負担し合うのか、受益と負担の関係だけでなく、世代間の公平性や経済の持続可能性等、様々な観点から再検討が求められるといえよう。

(3) 負担軽減ケース

後期高齢者に係る医療給付の財源は、5割が公費、残りは高齢者自身の保険料と一般制度からの支援金で賄われることになっており、保険料と支援金の割合は、人口が減少する若年の負担が過重

にならないよう、2年ごとに見直されることになっている。保険料の割合は段階的に引き上げられるわけであるが、これまでの対応を見る限り、高齢者の負担増となる対応を政府が遂行できるのか甚だ疑問である。そこで、高齢者の負担増のペースを半分に抑制するケースを試算した。

基本ケース（自己負担を含まないケース）と比較すると、一見高齢者に甘い政策なので、受益・負担倍率は悪化するようと思われるが、実際には組合、協会けんぽともにほぼ変わらない結果となった。これは、75歳以上になった時の保険料負担は減るものの、74歳まで負担する組合や協会けんぽの保険料が増加するため、生涯に負担する保険料の総額はあまり変わらないためである。

3. 以上を踏まえて、わが国の医療保険制度の見直しの方向性を考察する。

第1は、保険給付の内容と条件の見直しである。現在の給付水準を維持した場合、負担の先送りを前提にした現行制度のままでは持続可能性が極めて危うく、給付そのものを抑制する必要がある。わが国は給付範囲やアクセスなどの面で諸外国に比べて給付が充実していることを踏まえると、給付のあり方を根底から見直すことが求められる。具体的には、保険適用範囲の見直し、かかりつけ医の普及・定着、費用対効果に基づく保険適用などを通じて、質を維持しつつコストの抑制が可能な制度に再構築していく必要がある。

第2は、高齢者の自己負担の引き上げである。試算結果より、高齢者の自己負担の引き上げは、保険財政における世代会計の観点からはほとんど影響ない。しかし、将来世代に負担を先送りする現行の負担構造は、世代間公平の観点から望ましくない。平均的にみて高齢者はもはや経済的弱者ではなく、また、医療費の負担については高額療養費制度が存在することを踏まえると、高齢者の自己負担を軽減する根拠は乏しい。

第3は、第2の点と重複する部分も多いが、エイジレス化の視点である。そもそもわが国の社会保障制度は、リスク・シェアを本分とする社会保険方式で運営されており、リスクとは、医療では疾病に罹るリスク、介護では要介護状態になるリスクである。これらは必ずしも加齢を要因としないが、わが国では、医療では75歳、介護では65歳を境に待遇が大きく異なる。少なくとも医療と介護については「年齢」要件とする意義はなく、高齢者も現役世代と同じルールのもとで扱われる制度にしていく必要がある。

第4は、制度の支え手である将来世代を確保するために、実効ある少子化対策の展開である。少子化対策については、現在でも保育所の整備や保育士の育成等が行われているが、仮にこれらの対策が進められても、出生率が改善するとは限らない。子供の医療費の無料化や義務教育の無償化、育児休暇から職場に復帰する際の不利益の解消等を通じて、機会費用を含めた出産・子育てに係るトータル・コストの解消を目指すことが求められる。

1. はじめに

国民の安心・安全を守るはずの社会保障制度の持続可能性に黄信号が点っている。その背景の一つに、世代間の不公平感の高まりがある。

医療や年金をはじめとするわが国の社会保障制度は、その年に必要な給付財源をその年の保険料や税で賄うという賦課方式で基本的に運営されているため、少子高齢化と成熟化経済のもとでは、後年世代の負担がより大きくなるのは当然である。しかし、わが国では、年金におけるマクロ経済スライドの先延ばし、現役の窓口自己負担3割に対して75歳以上を1割とする医療、原則65歳以上が給付対象となる介護など、受益、負担の両面において高齢者に手厚く、現役世代の負担感が一層強くなる構造になっている。自分たちが高齢になったときに現在の高齢者と同じ給付を受けられるのか、あるいは制度そのものが破綻するのではないかという将来不安が、制度の主な支え手である現役世代に蔓延していることは否定できない。

こうしたなか、社会保障制度の最大の支出項目である年金については、生涯にわたる受益と負担の額を世代別に試算した結果が厚生労働省によって度々公表されている。年金制度に対する国民の理解を深め、いわゆる「年金不信」ともいえる状況を払拭する試みといえよう。医療についても、鈴木 [2000] や鈴木他 [2012] で受益と負担の関係が分析されているが、その後実施された制度改正の影響は反映されていない（注1）。そこで、本稿では、現時点の制度が今後も続く想定し、各世代の生涯にわたる受益と負担を試算した。

ここで、留意しておきたい点が二つある。

一つは、対象となる医療保険制度であり、本稿では被用者の制度である組合管掌健康保険（組合）と全国健康保険協会（協会けんぽ）に限定した。これは、これら被用者制度は原則として自身の保険料収入で保険給付を賄う自律的な財政運営が課されているのに対して（注2）、自営業者やフリーター、無職者などを対象とする市町村国民健康保険（市町村国保）では、自律的な財政運営が行われているとは言いがたいためである。国民皆保険のラスト・リゾートゆえに蔑ろにできないという事情もあるが、毎年度3,000億～4,000億円の赤字が一般会計からの繰り入れでカバーされているのが最たる例である。本稿は受益と負担の関係の検証が主な目的であることを鑑み、両者の関係がより明確な組合と協会けんぽを対象にした。

もう一つの留意点は、本稿では、受益と負担を計算する単位を世帯にしていることである。ただし、ここでの世帯とは、夫と妻、子供二人といったモデル世帯ではなく、組合と協会けんぽに本人と、扶養される家族として加入している者で構成される世帯である。このため、共働き夫婦が各々異なる保険に加入する場合、それぞれ一つの世帯としてカウントされる。

一般に、世代会計というと個人単位で計算されることが多いが、世帯単位にしたのは、保険料を負担するのは本人のみであっても、医療給付は本人のみならず、扶養される家族も受けるためである。

本稿の構成は、次の通りである。まず、第2章では、世代会計の受益と負担の試算の方法について記述する。続く第3章では、現行制度が続く基本ケース、高齢者の自己負担を3割に引き上げたケース、後期高齢者保険料の負担割合の引き上げを抑制したケース、の三つについて試算結果を示す。最後に、試算結果を踏まえて、わが国の医療保険制度を見直す際に必要な視点を考察する。

(注1) 加えて、これらの先行研究とは、後述の通り受益と負担の計測単位が異なるうえ、推計の前提条件などが異なる、このため、本稿との単純な比較は危険であることを留意願いたい。

(注2) 協会けんぽには定率の国庫負担があるが、それ以外の分は保険料収入で賄う必要があり、仮に不足する場合には、保険料率を引き上げなくてはならない。

2. 世代会計の試算方法

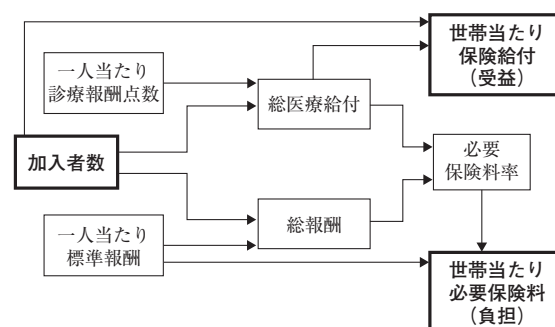
試算のモデルは、組合と協会けんぽに加入する本人と家族で構成される世帯である。この世帯の生涯にわたる受益と負担を求め、その関係を比較する。単純化のため、本人は15歳から死亡時まで組合や協会けんぽに加入し、2008年度以降は75歳で後期高齢者医療制度に移るとする(注3)。本人と配偶者は生年が同じで、本人は84歳、配偶者は89歳まで生存する。

対象となる世代は、加入者本人の生年が1910年度から2015年度までである。各世代につき、15歳から89歳までの家族分を含む医療給付(受益)と、企業負担分を含む保険料(負担)を5歳階級で集計する。本人が0~14歳の時の受益を考慮すべきとの指摘もあろうが、その間の受益は親世代の受益にカウントされているので、15歳以上の受益を対象とする。生涯の受益と負担の計算に必要な期間は1925年度から2014年度までであるが、データの制約から1925年度のデータは計算できなかった。このため、生年1910年度に限り、15歳ではなく16歳以上で医療保険に加入するとした。

将来推計の前提は、人口については国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」、名目経済成長率と賃金上昇率は内閣府「経済財政の中長期試算(平成24年1月)」慎重シナリオに従った。生涯の受益と負担の額は2015年度価格で集計し、その際の割引率は、増島他[2009]に従って名目経済成長率に1.5%ポイント加えた値を採用した(注4)。また、一人当たり医療費(診療報酬点数)は年2.6%で増えると仮定した(注5)。

図表1は、大まかな試算のプロセスである。加入者数、世帯当たりの保険給付(受益)と必要保険料(負担)についてみると、以下の通りである。

(図表1) 試算プロセスの概要



(資料) 日本総合研究所作成

(1) 加入者数

加入者数は、本人・家族別、男女別、5歳年齢階級別に求めた。

まず、厚生労働省保険局「健康保険・船員保険事業年報」(1961~2007年度は社会保険庁「事業年報」)

では、組合、協会けんぽとも本人・家族別、本人については男女別に年度末時点の加入者数が掲載されている。ただし、年齢階級別、家族については性別のデータはない。

一方、厚生労働省「健康保険被保険者実態調査」では、性別、年齢階級別の加入者数が本人・家族別に掲載されているが、組合は抽出調査であり、データが1966年度以降である等の制約がある。

そこで、「健康保険・船員保険事業年報」の加入者数を「健康保険被保険者実態調査」の分布に従って配分することで、本人・家族別、性別、年齢階級別の加入者数を求めた。

なお、2008年度以降、75歳以上の者（および65～74歳で一定の障害状態にある者）は、組合や協会けんぽなど74歳未満を対象とする一般制度から、後期高齢者医療制度という独立した制度に移ることになった。このため、2008年度以降は、加入者の年齢対象は0～74歳となる。

次に、データを入手できなかった過去と将来の加入者数については、まず、1965年度以前については、本人と家族の総数が分かる場合には、直近の年齢分布をベースに年齢階級別に按分した。また、総数のデータが得られない場合は、各年齢階級別の加入率（加入者数÷人口）を基に過去にさかのぼって人数を求めた。

一方、2015年度以降の将来については、最新時点（2014年度）の加入率が今後も変わらないとの前提のもと、加入者数を計算した。

(2) 保険給付（受益）

保険給付は、本人・家族別、性別、年齢階級別に求めた。

実際の保険給付は、組合、協会けんぽとも厚生労働省「健康保険・船員保険事業年報」に本人・家族別のデータがあるが、年齢階級別には掲載されていない。そこで、入院と入院外の診療報酬点数を足掛かりに保険給付の総額を年齢階級別に振り分けた（注6）。

診療報酬点数については、組合については健康保険組合連合会「健康保険組合医療給付実態調査」、協会けんぽについては「医療給付受給者状況調査」に、本人・家族別、入院・入院外別、性別、年齢階級別の一人当たり点数が掲載されている。これらはサンプル調査である。そこで、まず、①一人当たり点数に該当する人数を掛け合わせ、さらに抽出率を調整して入院と入院外の総点数を求め、両者の合計を仮の総点数とし、②実際の保険給付を除いて調整係数を求めた。次に、③本人・家族別、性別、年齢階級別の総点数に調整係数を乗じて各クラスの保険給付を求めた。

なお、一人当たり点数については、調査年によって男女計、入院・入院外計のデータのみ、あるいは一人当たりではなく総点数のみが掲載されている。その場合は、合計ベースのデータを利用して計算した。

次に、家族の保険給付を本人に帰属させる。具体的には、まず、「健康保険被保険者実態調査」に掲載されている本人の年齢階級別・家族の年齢階級別加入者数より、特定の年齢階級の本人が各年齢階級の家族を何人扶養しているかという扶養率を求めた。次に、この扶養率を基に家族の医療給付を各年齢階級の本人に割り当てた。

最後に、本人の年齢階級別に本人と家族の保険給付を合算し、これを本人の加入者数で除すことにより、年齢階級別の世帯当たり医療給付（受益）を計算した。

過去については、組合は1967年度、協会けんぽは1964年度以前のデータを入手できない。そこで、直近の20年間の平均伸び率を基に、過去にさかのぼって一人当たり点数を計算した。20年間としたのは、これらがサンプル調査であり、年々の変動が大きいためである。

一方、将来については、本章の冒頭で触れた通り、一人当たり診療報酬点数の伸び率を年2.6%として計算した。具体的には、各クラスの一人当たり点数に各々該当する人数を掛け合わせ、調整係数を乗じて保険給付としている。

なお、高齢者については、1983年2月に老人保健制度が創設されたことを受け、1983年度以降、70歳以上が「健康保険組合医療給付実態調査」と「医療給付受給者状況調査」の調査対象から外れた。さらに、2008年度以降は、75歳以上が一般制度から独立した後期高齢者医療制度に移ることになった。そこで、1983～2007年度については70歳以上（注7）、2008年度以降は75歳以上を別勘定で計算した。

具体的には、1983～2007年度については、厚生労働省「老人医療事業報告」の制度別の医療給付費と加入者数より、組合と協会けんぽの一人当たり医療給付を求めた。一方、2008年度以降については、厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」より一人当たり給付を求めた。加入者については、当然ながら制度別のデータが存在しないため、74歳以前にどの制度に加入していたかに関係なく、一人当たりの単純平均値を採用した。

(3) 必要保険料（負担）

保険料負担は、標準報酬月額から計算される年収に保険料率を乗じることで計算した。男女別、年齢階級別の標準報酬月額は、「健康保険被保険者実態調査」に掲載されている。また、保険料負担の計算で用いた保険料率は、組合平均や協会けんぽの実際の保険料率ではなく、必要支出額、すなわち、医療給付と各種支援金（2007年度以前は老人保健拠出金と退職者拠出金、2008年度以降は後期高齢者支援金と前期高齢者納付金）の合計額を賄うのに必要な各制度の保険料収入を、標準報酬月額から計算した仮の総報酬（標準報酬月額×本人加入者数を男女別、年齢階級別に計算し、総和した金額）で除すことで求めた数値（必要保険料率）である（注8）。

なお、75歳以上については、2008年度以降、保険料を自身の居住する市町村（正確には、後期高齢者医療制度の実施主体である広域連合）に各自で支払うことになった。この保険料は、総額が後期高齢者に係る医療給付の約1割（注9）になるよう算定される。このため、75歳以上の将来の保険料については、後期高齢者医療制度の給付総額と対象者数より計算した。

次に、組合と協会けんぽにおける必要負担額の算出方法は、三つの期間で異なる。具体的には、以下の通りである。

A. 1982年度以前

老人保健制度が始まる1982年度以前は、本人と家族の医療給付の合計である。

B. 1983～2007年度

老人保健制度が適用されていた1983～2007年度については、70歳以上の老人保健対象者は、協会けん

ぼの前身である政府管掌健康保険組合（政管、2008年10月に協会けんぽに再編）や組合などに加入し、これら制度のルールに従って保険料を支払う一方で、給付については公費と一般制度からの拠出金を財源とする老人保健制度から支給されていた。各制度の負担する老人保健拠出金は、各制度の70歳以上一人当たり医療費の水準と、各制度の老人加入率（老人保健対象者数÷加入者数）によって計算される。

また、1984年10月以降は退職者医療制度が開始され、退職によって組合や政管から国保に移った元被用者の医療給付の費用は、以前加入していた政管や組合が退職者拠出金として負担することになった。

このため、各制度の必要負担額は、70歳未満加入者の医療給付、老人保健拠出金および退職者拠出金の合計額になる。これらについては実績値を利用して、本人一人当たりの保険料負担を計算した。

C. 2008年度以降

最後に、2008年度以降は、65～74歳の前期高齢者と75歳以上の後期高齢者に係る医療給付の負担構造が変更になっている。

まず、75歳以上については、前述の通り自身が居住する市町村に保険料を支払う一方で、給付は公費と一般制度からの支援金（後期高齢者支援金）、自分たちの支払った保険料を財源とする後期高齢者医療制度から支給される。各々の負担割合は、保険料が約1割、公費5割、残りが後期高齢者支援金である。なお、保険料の割合は、若年人口の減少を勘案して2年ごとに拡大されることになっている。

組合、協会けんぽ等の各一般制度の後期高齢者支援金の負担は、基本的には加入者数をベースに人頭割で計算されるが、組合や協会けんぽなどの被用者制度については、段階的に各制度の総報酬をベースにする総報酬割に移行することになった。すなわち、2010年度には3分の1、2015年度には2分の1、2016年度には3分の2、2017年度以降は100%に総報酬割が適用されることになった。このため、将来各制度が負担することになる支援金は、後期高齢者への医療給付、各制度の加入者数と総報酬を基に計算した。

次に、65～74歳の前期高齢者については、組合や協会けんぽなどの一般制度に加入し、これらの制度に保険料を支払う一方で、給付については、その全額を各制度が支払うのではなく、保険者間の前期高齢者の加入割合の格差を是正するための財政調整が導入されている。具体的には、前期高齢者の加入割合が相対的に低い組合や協会けんぽなどの被用者制度から、高い市町村国保に対して、前期高齢者納付金という形で資金移転がなされる。

将来、この負担額がいくらになるかについては、まず、前期高齢者に係る総医療給付から求められる全国平均の一人当たり医療給付に、組合と協会けんぽの前期高齢者数を掛けて、加入率が全国平均レベルの場合の医療給付費を計算した。次に、この金額から組合と協会けんぽの前期高齢者医療給付を差し引くことで、前期高齢者納付金を求めた。

以上で計算された後期高齢者支援金と前期高齢者納付金に、74歳以下の医療給付を加えることにより、各制度の必要負担額を求めた。

（注3）一般に、被用者は60歳前後で退職し、75歳になるまで市町村国保に加入するので、本試算でもそのようなモデルを想定すべきとの指摘もあろう。しかし、①被用者制度と市町村国保では一人当たり医療費や所得の水準に差があり、退職者が市町村国

保に加入している期間の医療費や保険料を正確に把握することができない、②退職の年齢も1900年代初めの40歳代半ばから現在の65歳まで大きく上がっている、等を考慮して、74歳まで被用者制度に加入している者を対象にした。

(注4) 増島 [2009] では、割引率として利子率が用いられており、その利子率は金利成長率格差一定と想定されている。わが国では、名目長期金利が名目成長率を1990年代において1.5%上回っていたことから、成長率+1.5%で利子率が決定されるとしている。

(注5) 厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」によると、医療と介護について充実と重点化・効率化を行わず、現状を投影した場合の医療給付費は、2025年度の53.3兆円まで年平均3.1%のペースで増加する。うち、人口の変化と高齢化の影響を計算すると、0.5%ポイントであった。そこで、その差に当たる2.6%ポイントが医療技術の向上等による部分とみなし、将来の一人当たり医療費の伸び率とした。

(注6) 保険給付の総額には、入院・入院外のみならず、歯科や食事療養等も含まれる。

(注7) 2002年10月から2007年10月にかけて、段階的に75歳に引き上げられた。

(注8) 加えて、ここでの総報酬は月収ベースであり賞与は含まない。この意味でも実際の保険料率とは異なる。

(注9) 正確には、後述の通り、若年人口の減少を勘案して2年ごとに見直される。

3. 試算結果

試算結果は、①現行制度がそのまま続く「基本ケース」、②高齢者の自己負担を3割に引き上げた「自己負担3割ケース」、③後期高齢者保険料の負担割合の拡大ペースを抑えた「負担軽減ケース」、について求めた。各ケースの具体的な内容と試算結果は、以下の通りである。

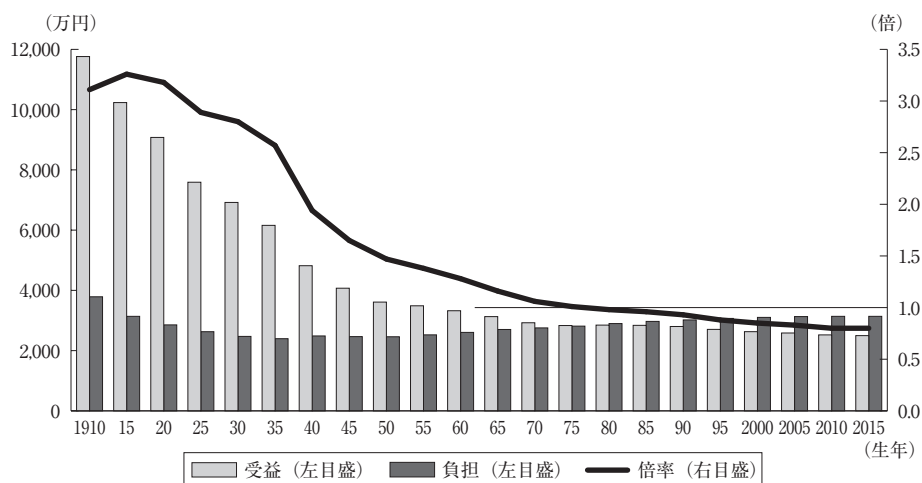
(1) 基本ケース

基本ケースは、現行制度がそのまま続く場合である。ここでは、負担に窓口自己負担を含まない医療保険に関する受益・負担関係と、自己負担を含む医療サービス全般に関する受益・負担関係をみることにする。

A. 自己負担を含まないベース

まず、組合では、1910年度生まれ世代の受益は11,760万円、負担は3,790万円(労使込み)で、負担に対する受益の倍率は3.11倍である(図表2)。倍率は生年1915年度でいったん上昇するものの、基本的

(図表2) 組合の受益・負担関係(世帯当たり)

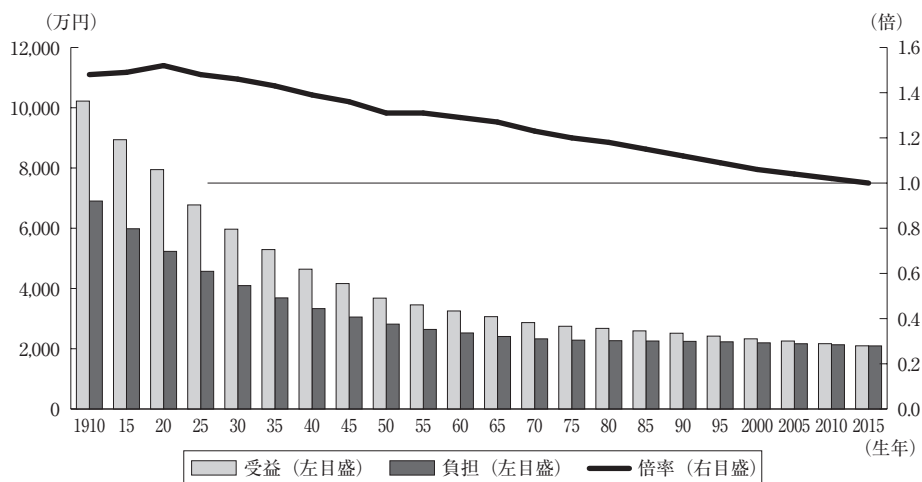


(資料) 日本総合研究所作成

には世代を追うごとに縮小し、生年1980年度で1を下回る。生年2015年度では受益2,500万円、負担3,140万円で0.80倍になる。

一方、協会けんぽでは、世帯主が1910年度生まれの受益は10,220万円、負担は6,900万円で、負担に対する受益の倍率は1.48倍である（図表3）。生年1920年度にかけてわずかに上昇した後、縮小に転じ、生年2015年度の1.00倍（受益、負担とも2,100万円）まで緩やかに低下する。

（図表3）協会けんぽの受益・負担関係（世帯当たり）



（資料）日本総合研究所作成

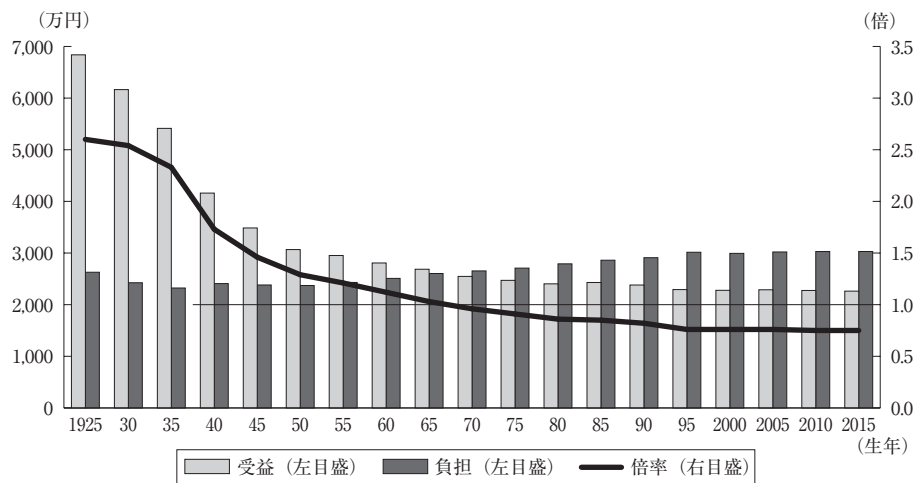
組合と協会けんぽの結果を比較すると、まず、共通点としては、両者とも受益・負担倍率が年々縮小していることが指摘される。わが国の医療保険制度は賦課方式で運営されており、少子高齢化が進むもとで倍率が縮小するのはある意味当然であるが、もう一つの要因として、試算の対象を世帯としていることから、1世帯当たりの人数が減少していることが影響している可能性がある。ちなみに、生涯の医療の受益と負担を個人単位で推計した鈴木 [2000] によると、組合では生年1965年、政管では生年1995年で受益超から負担超に逆転する。後期高齢者医療制度創設前の時点での推計であるなど、本試算とは前提条件が異なるものの、損得勘定で言えば、将来世代は損をする結果となっている。

そこで、本試算の結果に、0～14歳の一人当たり受益を加え、75歳以上の受益を夫婦ではなく本人一人にして個人単位での受益と負担を計算すると、組合では世帯単位より10年早い生年1970年度、協会けんぽでは1995年度で負担超に転じる結果になった（図表4、図表5）。つまり、配偶者の75～89歳で受ける医療給付が世帯単位での受益超の主因であることが分かる。本試算では、将来、婚姻率や結婚年齢、子供数などが変わらないとの前提を置いているが、未婚化や少子化が今後も進む場合、協会けんぽについても世帯単位で生年2015年度以前の世帯で負担超となる可能性があるといえよう。

一方、相違点としては次の2点が指摘される。

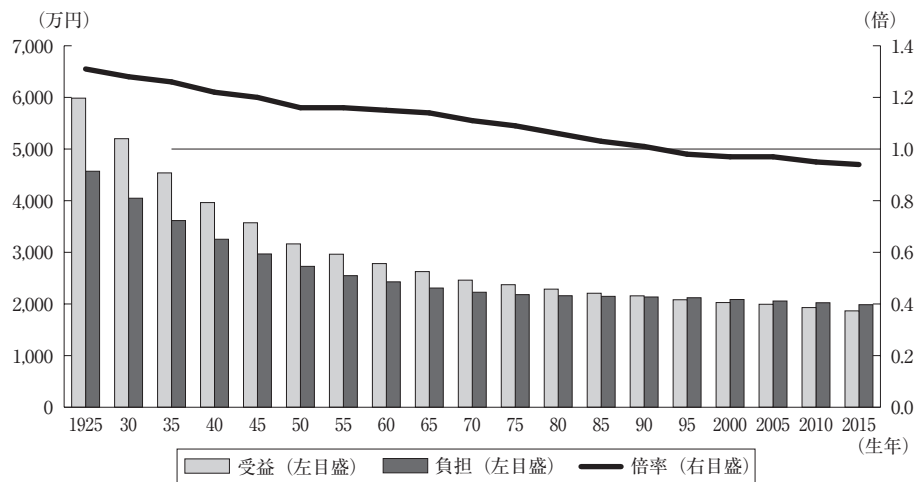
一つは、協会けんぽはいずれの世代も受益・負担倍率が1を下回らない一方、組合は生年1980年度以降の世代で1を下回ることである。この要因として、協会けんぽには財源に国庫補助があるのに対して、組合は基本的に保険料収入のみで運営されていることが挙げられる。また、後期高齢者支援金に総報酬

(図表4) 組合の受益・負担関係(個人当たり)



(資料) 日本総合研究所作成

(図表5) 協会けんぽの受益・負担関係(個人当たり)



(資料) 日本総合研究所作成

割が導入されたことにより、相対的に所得水準の高い組合に負担が躰寄せされていることも要因の一つに考えられる。

ところで、協会けんぽでは倍率が1を下回らないということは、世帯単位で見れば、世代に関係なく支払った保険料を上回る医療給付を受けていることになる。この結果は歓迎されるべきであろうか。結論を先取りすると、「否」である。

どの世代でも受益が負担を上回っているということは、将来世代に負担を転嫁することで制度が成り立っていることを示唆している。少子高齢化と経済の成熟が今後も続く場合、この負担構造が持続可能であるとは判断しづらい。生年が5年遅くなるごとに生涯の受益と負担がどう変わるかを見ると、いずれも低下しているが、受益のマイナスは負担のマイナスを絶対値で上回っている。このことは、試算の対象としている生年2020年度以降のいずれかの時点で負担超に転じることを意味する。先代の負担のツ

ケを負わされ、かつその負担が支払い能力を超える水準に膨らんだ場合、将来世代が現在の医療制度を支持しなくなる可能性は小さくない。

もう一つの相違点は、協会けんぽでは試算期間を通じて受益・負担倍率が世代とともに徐々に縮小しているのに対して、組合では生年1910年度から1960年度にかけて急速に縮まっていることである。生年1910年度の世代では組合が協会けんぽを倍近く上回っていたが、生年1960年度以降ではほぼ同水準である。

この組合の倍率の急速な縮小には、受益と負担の両面で要因が考えられる。

まず、受益については、1950年代初めまで、組合の保険給付は協会けんぽとほぼ同水準か、上回っていた。当時、組合の加入者数は協会けんぽの6～7割であったことを考えると、一人当たりで見ると組合の方が高い給付を受けていたことになり、このことが組合の受益を押し上げていたとみることができる。ちなみに、現在の組合の一人当たり医療給付は、協会けんぽよりむしろ低く約9割の水準である。

一方、負担については、後期高齢者支援金の負担配分に総報酬割が導入されたことが指摘される。すなわち、組合の生涯負担額をみると、生年1935年度以前の世代では1,000万円以上協会けんぽに比べて軽いが、1965年度以降の世代では逆に組合が協会けんぽを上回っている。総報酬割が導入された2010年度は、生年1965年度の世代にとって、所得が上昇する40代後半に相当する。つまり、総報酬割の導入によって、生年1960年度以前の世代が経験してきた所得増に伴う保険料の増加以上に負担が増えることになったわけである。

B. 自己負担を含むベース

医療給付に関する受益と負担の関係は以上の通りであるが、実際に医療サービスを受けるために必要な費用は、保険給付を受けるために支払う保険料と、受診時に医療機関や薬局の窓口で負担する自己負担の合計である。

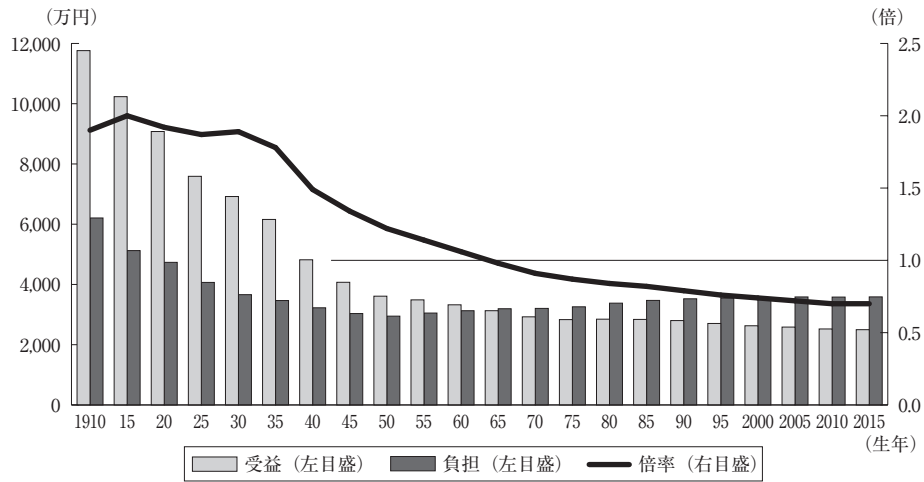
そこで、自己負担を含むベースについても試算した。なお、次節では高齢者の自己負担を現役と同じ3割に引き上げた場合の受益負担関係を取り上げており、そこでも自己負担を含むベースを試算している。

まず、組合については、負担が生年1910年度の世代で自己負担を含まないベースの3,790億円から含むケースでは6,210億円へ1.6倍、同様に生年2015年度で3,140億円から3,590億円へ1.1倍に増加する結果、受益・負担倍率は生年1910年度で3.11倍から1.90倍へ、生年2015年度で0.80倍から0.70倍に低下する（図表6）。倍率が1を下回るのは生年1965年度である。2015年度の方が負担増の影響が小さいのは、1972年まで組合と協会けんぽの本人は自己負担がほぼ無料（初診時の定額負担のみで、再診は無料）であったものの、家族については5割と高かったためと考えられる。

一方、協会けんぽについては、負担が生年1910年度の世代で6,900億円から8,190億円へ、2015年度で2,100億円から2,330億円に増加する結果、倍率は1910年度で1.48倍から1.25倍へ、2015年度で1.00倍から0.90倍に低下する（図表7）。負担超に転じるのは、生年1985年度である。

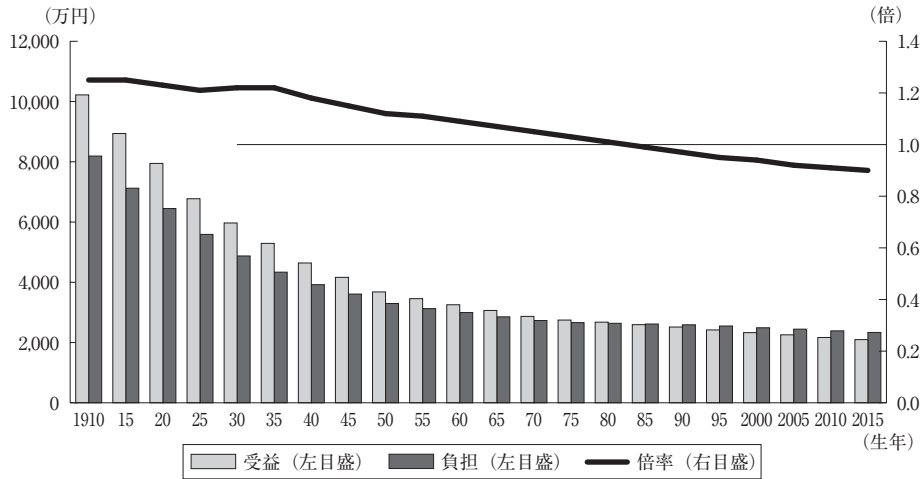
組合では現在50歳、協会けんぽでは現在30歳の世代で、自己負担を含めたトータルの負担が受益を上回ることになる。年金については1960年以後の世代で負担超となる研究結果（鈴木他 [2012]）がある

(図表6) 組合の世帯当たり受益・負担関係 (自己負担を含むベース)



(資料) 日本総合研究所作成

(図表7) 協会けんぽの世帯当たり受益・負担関係 (自己負担を含むベース)



(資料) 日本総合研究所作成

ことを踏まえると、ピラミッド型の人口構成と右肩上がり経済を前提に構築されたわが国の社会保障制度のツケが、これらの世代以降に回っていると見る事ができよう。

(2) 自己負担3割ケース

高齢者の高額療養費の上限引き上げが決まる等、高齢者の自己負担のあり方に注目が集まっている。わが国では、医療サービスを受けた際に患者が窓口で支払う自己負担の割合が、69歳以下の3割（義務教育就業前は2割）に対して、70～74歳は2割（1944年3月以前に生まれた者は1割）、75歳以上は1割と軽くなる構造になっている（一定以上所得者の70歳以上は3割）。

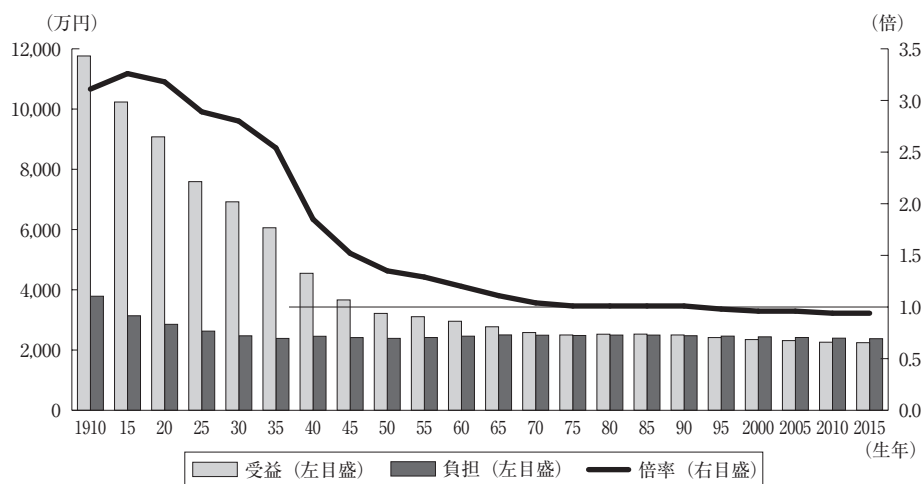
そこで、世代間公平の観点から、70歳以上の自己負担を所得に関係なく現役世代と同じ3割に引き上げたケースで試算してみた。引き上げの時期は2020年度である。

A. 自己負担を含まないベース

まず、組合について基本ケースと比べると、生年2015年度で受益が2,500万円から2,240万円に、負担が3,140万円から3,070万円に減り、受益・負担倍率は0.80から0.73に縮小する（図表8）。1を下回るのは生年1970年度の世代である。

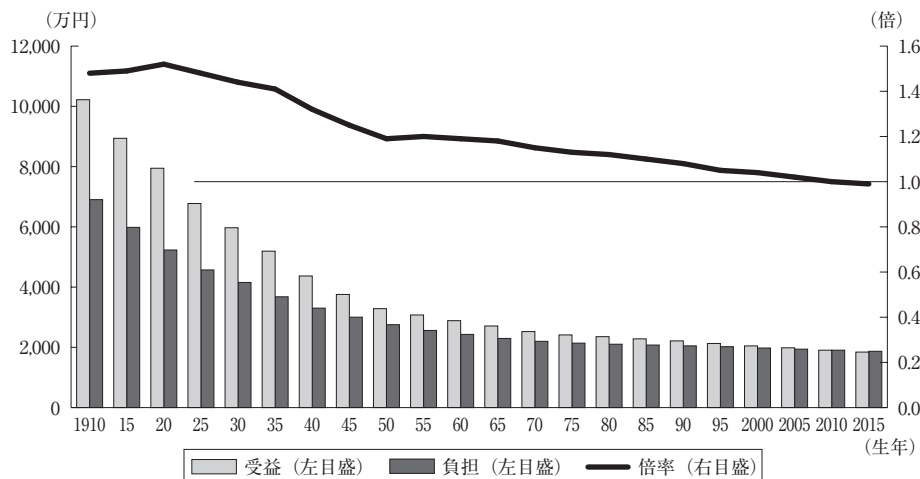
また、同様に協会けんぽについては、生年2015年度で受益が2,100万円から1,840万円に、負担が2,100万円から1,870万円に減り、受益・負担倍率は1.00から0.99に低下する（図表9）。倍率が1を下回るのは生年2015年度である。

(図表8) 組合の世帯当たり受益・負担関係（高齢者自己負担3割ケース）



(資料) 日本総合研究所作成

(図表9) 協会けんぽの世帯当たり受益・負担関係（高齢者自己負担3割ケース）



(資料) 日本総合研究所作成

組合、協会けんぽとも、受益・負担倍率が1を下回る世代が早くなるものの、その水準や経年ごとの動きは、基本ケースと大きく変わらない。これは、生年1935年度以降の世代で、受益と負担がともに基

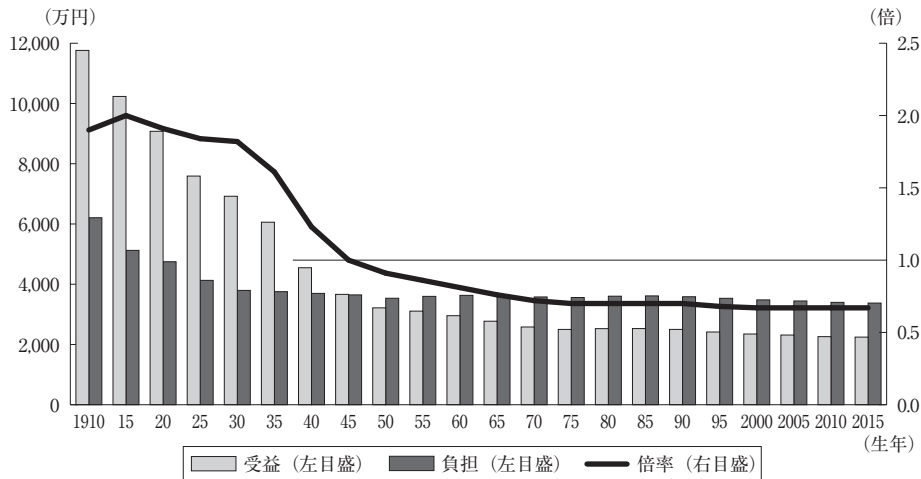
本ケースに比べて減少するためである。ちなみに、受益の減少は高齢時の自己負担の増加のためであり、負担の減少は高齢者医療給付の減少に伴って、75歳以上の保険料負担と、74歳未満の後期高齢者と前期高齢者に係る支援金の負担が減るためである。

B. 自己負担を含むベース

自己負担を含まないケースと比較すると、まず、組合については、生年2015年度で負担が3,070万円から4,070万円に増加し、受益・負担倍率が0.73から0.55にさらに下がる（図表10）。1を下回るのは生年1950年度の世代である。

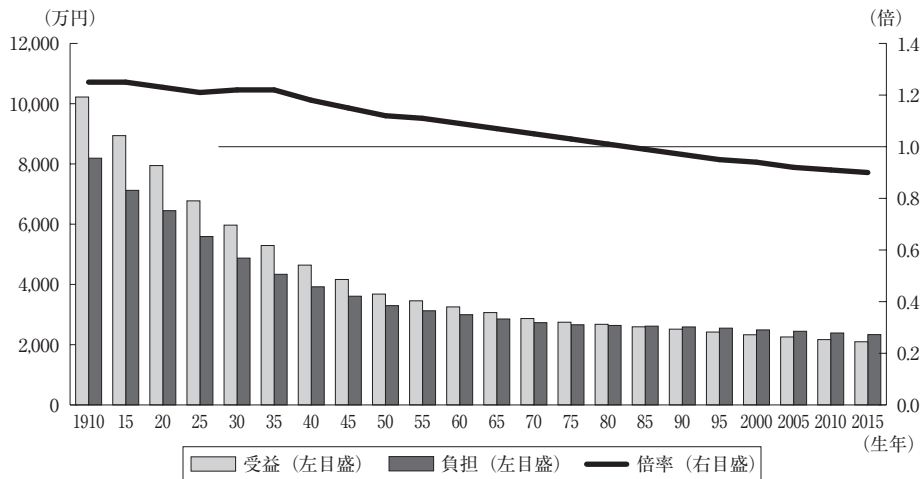
また、協会けんぽについては、生年2015年度で負担が1,870万円から2,660万円に増加し、倍率は0.99から0.69に低下する（図表11）。1を下回るのは生年1940年度である。

（図表10）組合の世帯当たり受益・負担関係（高齢者3割+自己負担を含むベース）



（資料）日本総合研究所作成

（図表11）協会けんぽの世帯当たり受益・負担関係（高齢者3割+自己負担を含むベース）



（資料）日本総合研究所作成

組合、協会けんぽとも、自己負担を含まないベースに比べて、より前の世代で受益と負担の関係が逆転する結果となった。

(3) 負担軽減ケース

繰り返し述べてきた通り、後期高齢者に係る医療給付の財源は、高齢者自身の保険料、公費および一般制度からの支援金で賄われる。このうち、高齢者保険料と支援金の負担割合は、人口が減少する若年の負担が過重にならないよう、2年ごとに見直されることになっている。具体的には、後期高齢者保険料の負担割合は $10\% + |\text{若人減少率（対2008年度対比）}|$ （ $|\cdot|$ は絶対値）の2分の1として、後期高齢者支援金の負担割合は $40\% - |\text{若人減少率}|$ の2分の1（同）として計算される。これにより、若年人口の減少による若人一人当たりの負担増を、後期高齢者と若人とで半分ずつ負担することになる。

これにより、医療給付に占める高齢者保険料の割合をみると、2008年度の10%から2050年度には14.8%、2100年度には21.4%に拡大する。また、75歳以上の一人当たり保険（2015年度価格）は、2008年度の6.9万円から2050年度には10.1万円、2100年度には10.7万円に上昇することになる。

若年人口の減少による負担増を若人のみならず高齢者もともに負うということは、負担の公平性の観点から当然である。しかし、今後、年金の支給水準の改善が期待薄なうえ、介護についても将来の保険料の上昇が必至であることを考えると、このように倍近くまで増え続ける保険料を高齢者が負担し続けることができるのか、あるいは、それ以前に国民に不人気の保険料の引き上げを政府が断行できるのか、はなはだ疑問と思われる。

そこで、高齢者保険料の負担割合の拡大ペースが半分に抑制されるケースについて、すなわち、若年人口の減少による若人一人当たりの負担増を、後期高齢者が4分の1、若人は4分の3負担するケースにおいて、受益と負担の関係がどう変わるのか試算してみた。

基本ケース（自己負担を含まないベース）と比較すると、まず、組合は、生年2015年度で負担が3,140万円から3,170万円に増加し、受益・負担倍率は0.80から0.79にわずかに低下する。また、協会けんぽは、生年2015年度で負担が2,100万円から2,090万円に減少し、倍率は1.00と変わらない結果になった。

このように基本ケースとほとんど変わらない結果になったのは、高齢時の保険料負担は減るものの、15歳から74歳まで負担する組合や協会けんぽの保険料がこれを上回って増加するため、生涯に負担する保険料の総額はあまり変わらないためと考えられる。

(4) 保険料

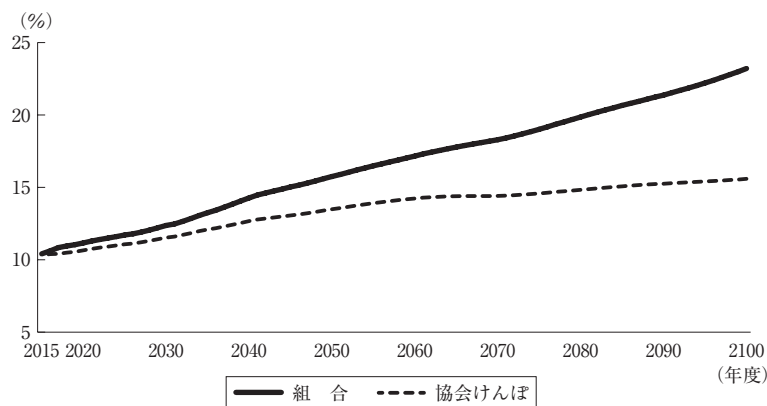
最後に、各ケースについて、組合と協会けんぽの保険料率（必要保険料率）と高齢者の保険料がどうなるかを見ると、以下の通りである。

まず、基本ケースでは、組合の保険料率は2015年度の10.4%から2050年度には15.8%、2100年度には23.2%に上昇する（図表12）。また、協会けんぽは、2015年度の10.3%から2050年度には13.5%、2100年度には15.6%に上昇する。なお、これらの料率は実際の料率と単純に比較できない。例えば、2015年度における組合の10.4%、協会けんぽの10.3%は、実際の足元の料率よりそれぞれ約1%ポイント、0.3%ポイント高い。これは、実際の保険料率は賞与にもかかっているのに対し、本稿では月収のみにかかる

ものとして試算しているためである。とくに組合加入者は協会けんぽ加入者に比べ年取に占める賞与の割合が高い（組合の賞与は月取の約3カ月分、協会けんぽは1.5カ月分）ことから、月取のみにかかる保険料率は実績に比べ高く算出される。

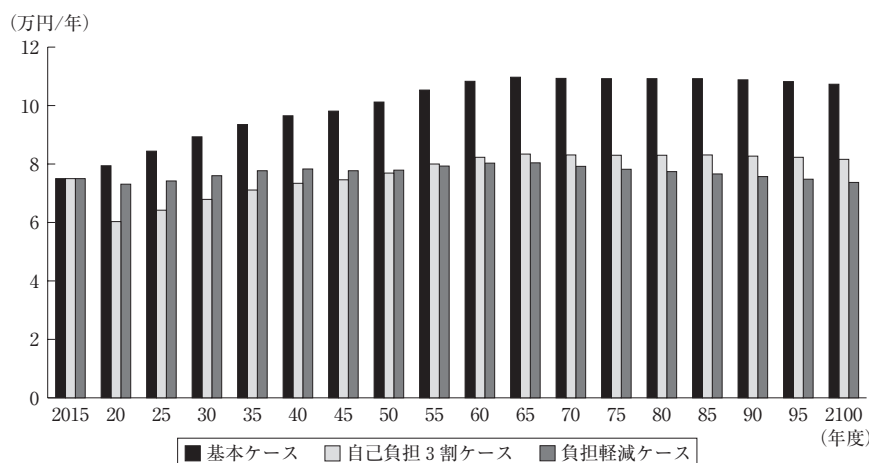
また、組合の上昇ペースの方が協会けんぽに比べて速いのは、定率国庫負担がないことに加えて、年齢構成が若いことから前期高齢者納付金の負担増のインパクトが相対的に大きくなるためと考えられる。後期高齢者の保険料は、2015年度の7.5万円から、前述の通り2050年度には10.1万円、2100年度には10.7万円に増加する（図表13）。

（図表12） 組合と協会けんぽの保険料率の将来推計



（資料）日本総合研究所作成

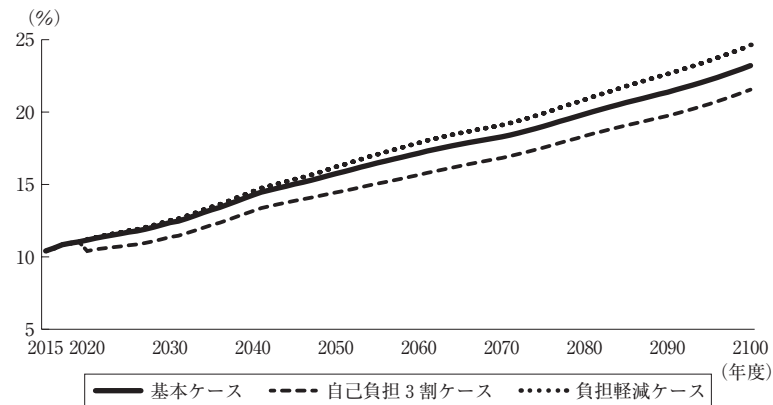
（図表13） 各ケースにおける後期高齢者の保険料の将来推計（2015年度価格）



（資料）日本総合研究所作成

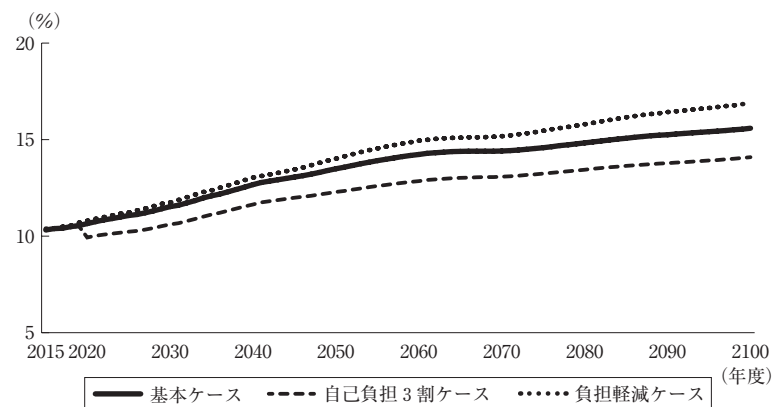
次に、70歳以上の自己負担を3割に引き上げたケースでは、組合の保険料率は、2050年度には14.5%、2100年度には21.6%になる（図表14）。また、協会けんぽは、2050年度には12.3%、2100年度には14.1%になる（図表15）。このように組合と協会けんぽの保険料率の引き上げがマイルドになることに加えて、後期高齢者の保険料負担も減る。具体的には、2050年度は7.8万円、2100年度は8.2万円である。当然な

(図表14) 各ケースにおける組合の保険料率の将来推計



(資料) 日本総合研究所作成

(図表15) 各ケースにおける協会けんぽの保険料率の将来推計



(資料) 日本総合研究所作成

がら、これらの保険料負担の軽減は、高齢者の自己負担の引き上げとの引き換えである。高齢者の医療給付を現役世代と高齢者の間でどう負担し合うのか、受益と負担の関係だけでなく、世代間の公平性や経済の持続可能性をはじめ、様々な観点から再検討が求められるといえよう。

最後に、高齢者保険料の負担割合の拡大ペースを抑えたケースでは、組合と協会けんぽの保険料率は、2050年度には各々16.2%、13.9%、2100年度には各々24.7%、16.8%になり、基本ケースに比べて上昇する。一方、後期高齢者の保険料は、2050年度で7.8万円、2100年度で7.4万円と減ることになる。

(5) 小 括

試算結果をまとめると、以下の通りである。

第1に、受益・負担倍率は、世帯単位（自己負担を含まないベース）では組合が生年1980年度で1を下回る一方、協会けんぽでは世代に関係なく受益が負担を上回る結果となった。しかし、協会けんぽの結果をもってしても、現行制度が将来も持続可能であると見るのは早計である。受益・負担倍率が1を超えるということは、その超過部分が将来世代に先送りされていることを意味する。今後も少子高齢化

と経済の成熟化が続く場合、制度の持続可能性は極めて危ういと判断される。

第2に、個人単位や自己負担を含めたケースでみると、組合、協会けんぽともに、すでに壮年世代で負担超に転じている。未婚化や少子化が今後も続く場合、1世帯当たりの家族数が減り、これに伴って家族の分の受益も減ることになるので、世帯単位で見ても受益・負担関係が一段と悪化する可能性は否定できない。

第3に、高齢者の自己負担の引き上げは、世帯単位では受益・負担関係に大きな影響を与えない。ただし、高齢者の自己負担が増える分、すべての年齢で保険料の水準は低下する。世代間の公平性、経済成長の観点からも高齢者医療給付の負担構造を再検討する必要があるといえよう。

さらに、後期高齢者医療給付に占める高齢者保険料の負担割合の拡大ペースをマイルドにした場合、基本ケースに比べて受益・負担関係はほとんど変わらないが、保険料の負担に影響が生じる。すなわち、高齢者の負担の一部を現役世代に転嫁することになるので、高齢者の保険料は軽減する一方、現役世代の保険料率は上昇する。

4. 提 言

以上を踏まえて、わが国の医療保険制度の見直しの方向性を考察すると、以下の通りである。

(1) 保険給付の内容と条件の見直し

第1は、保険給付の内容と条件の見直しである。

現在の給付水準を維持した場合、負担の先送りを前提にした現行制度のままでは持続可能性が極めて危うく、医療給付抑制の必要性が改めて確認された。

医療給付の抑制については、現在でも第2期「医療費適正化」(2013~2017年度)計画のもとで平均入院日数の短縮や生活習慣病予防対策の実施などの取り組みが実施されている。実際、平均入院日数は医療費適正化計画が始まった2008年の35.6日から2014年には31.9日に短縮し(注10)、生活習慣病予防についても特定健康診査実施率が2008年の38.9%から2014年には48.6%に上昇している(注11)。医療機関の機能分化や健康寿命の伸長等の観点からもこれらの取り組みをさらに進めると同時に、保険給付の内容や条件を見直すことにより、医療サービスの質を維持しつつ医療給付を抑制する必要がある(注12)。

わが国の医療制度の特徴として、自己負担が3割と諸外国に比べて相対的に高い一方で、給付内容が充実している点が指摘される。例えば、フランスでは、非代替的かつ高価な薬に関する自己負担は0%であるが、一般的な疾病に対する薬は35~65%、効果が低いとされる薬剤は85%である。

また、ドイツでは、自分が登録した家庭医以外を紹介状なしで受診した場合、自身で登録した家庭医を受診した場合に比べて高い自己負担を支払う必要があり、わが国では当然とされるフリー・アクセスを制限する仕組みが定着している。

さらに、わが国では、安全性と有効性が認められれば、新しく開発された薬剤や医療技術は保険給付の対象になるが、イギリスでは、保険適用を検討する際、安全性、有効性に加えて、費用対効果の条件をクリアすることが求められる。価格に見合った効果が認められなければ保険適用の対象から外れ、高い価格設定が認められる薬剤や医療技術は、高い治療効果が認められたものに限定されるわけである。

このように、諸外国では医療サービスの質を維持しつつコストの抑制を目指す対策が展開されているのに対して、わが国では、必要性に関係なく一律の自己負担、フリー・アクセスの堅持をはじめ、コスト抑制に対する意識が弱いと言わざるを得ない。保険適用範囲の見直し、かかりつけ医の普及・定着、費用対効果に基づく保険適用などを進めることにより、質とコストのバランスのとれた医療制度に再構築していく必要があると思われる。

(2) 高齢者の自己負担の引き上げ

第2は、高齢者の自己負担の引き上げである。

試算結果より、高齢者の自己負担の引き上げは世代会計の観点からは影響がないと分かった。しかし、将来世代に負担を先送りすることで成立している現行の負担構造は、世代間公平の観点から必ずしも望ましくない。

現在、高齢者の自己負担を軽減している理由として、経済的・身体的理由が指摘される。しかし、義務的な支出である家賃と教育費を除いた世帯当たりの所得をみると、高齢者世帯は20～30歳代を上回る水準であり、平均的にはもはや経済的弱者ではない。また、複数疾病を抱えていて医療費がかかるとしても、すでに高齢者には自己負担の上限が現役世代の半分で済む高額療養費制度が存在している。

さらに、世界的にみても、高齢者を独立した制度で国全体で支えるという仕組みは、日本特有である。アメリカにも65歳以上を対象にした国の制度、メディケアがあるが、現役世代に最低でも10年間メディケアに対して保険料を払い続ける必要（当然、現在加入している医療保険に対して別途保険料を支払う）があり、10年に満たない場合には、毎月最高413ドル（2017年）の高額な保険料を支払わなければメディケアからの給付を受けることができない。

このようにみると、高齢者を独立した制度でカバーする根拠は乏しく、早急に自己負担を現役世代と同じ3割にすべきである。

(3) エイジレス化の視点

第3は、前節と重複する部分も多いが、エイジレス化の視点である。

わが国の社会保障制度の特徴として、「年齢」が給付要件の大きな要素であることが指摘される。

そもそもわが国の社会保障制度は、リスク・シェアを本分とする社会保険方式で運営されている。例えば、年金で想定されるリスクとは、高齢になって就労が困難になるというリスクであり、年金保険はその際の生活資金を確保するために整備されている。このため、年齢が給付要件の一つとなるのは当然といえる。

しかし、医療では、そのリスクは必ずしも加齢を要因としない。すなわち、医療保険は、病気になるリスクに備えて、治療費の負担を加入者で分かち合うものである。病気のリスクは、もちろん加齢とともに大きくなるが、75歳を境に内容や発生原因が大きく変わるという根拠はない。このため、アメリカを除いて、高齢者に独立した制度を整備する国はない。

介護保険も、要介護状態になるリスクに備えて、必要な介護サービスの負担を皆で支えあうものである。介護保険の給付対象は原則65歳以上であり、40～64歳が給付を受ける場合は、加齢を要因として要

介護状態になった場合に限られる。しかし、要介護状態になる原因としては、手術の後遺症や事故など、必ずしも加齢に限らない。事実、日本が介護保険制度を導入する際にお手本にしたドイツでは、若人でも要介護状態になったら介護保険の受給対象になる。

このようにみると、少なくとも医療と介護については、「年齢」を給付の要件とする根拠はない。高齢者も現役世代と同じルールのもとで負担を払い、給付を受けるという、エイジレスな制度に変えていく必要がある。

(4) 実効ある少子化対策

以上に併せて、制度の支え手である将来世代を確保するために実効ある少子化対策の展開も求められる。

少子化対策については、現在でも「1億総活躍社会」実現に向けた対策の一環として、保育所の整備や保育士の育成などが行われている。しかし、仮にこれらの対策が進められても、希望出生率1.8が実現するとは限らない。

出生数が2014年に過去最低を記録するなど、少子化に歯止めがかからない要因の一つとして、子育てに係る費用の大きさが指摘されている。この費用には、実際に支出される費用だけでなく、出産・子育てのために休業や退職をしなかった場合に得られたであろう就労所得（機会費用）も含まれる（注13）。

出生率の改善はわが国にとって死活問題でもある。その実現に向けてあらゆる対策を講じる必要があり、出産・子育てに係るトータル・コストの引き下げもその一つである。妊産婦健診に係る費用や子供の医療費の無料化、義務教育の無償化といった実際のコストを削減すると同時に、育児休暇から職場に復帰する際の不利益の解消等を通じて、出産・子育てに係る機会費用の解消を目指すことが求められよう。

最後に、わが国は未曾有の少子高齢化に直面している。右肩上がり経済を前提に構築された現行システムのままでは、医療のみならず社会保障制度そのものが破綻しかねない。この意味において、社会保障制度の抜本改革は焦眉の急である。

もちろん、改革には大きな痛みが伴う。しかし、政府においては、特定層からの批判を恐れて先送りすることなく、国として必要な改革を適時適切に断行することが求められる。また、我々国民においても、持続可能な社会保障制度は、生活の安心、安全を守るうえで必要不可欠である。目先の損得勘定に捉われることなく、中長期的な観点から改革を評価すると同時に、自助でカバーできる部分は自力で解決する等、政府依存の体質から脱却する姿勢が必要といえよう。

(注10) 厚生労働省「患者調査」。

(注11) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」。

(注12) 平均入院日数短縮と予防強化の医療費抑制効果については、否定的な見方もある（飛田 [2006]）。

(注13) 経済学的には、子供の教育費や医療費をはじめ出産・子育てに係る実際の支出と機会費用を合わせたトータルのコストが、出産・子育てにより得られる効用を上回っているために少子化が生じていると説明される。

(2017. 1. 26)

参考資料

- [1] 印南一路 [2016].「再考・医療費適正化—実証分析と理念に基づく政策案」有斐閣
- [2] 鈴木亘 [2000].「医療保険における世代間不公平と積立金を持つフェアな財政方式への移行」日本経済研究、No.40、pp.88-104.
- [3] 鈴木亘・増島稔・白石浩介・森重彰浩 [2012].「社会保障制度を通じた世代別の受益と負担」ESRI Discussion Paper Series, No.281.
- [4] 飛田英子 [2016].「希望出生率1.8の実現を考える—1億総活躍社会の盲点を突く(2)—」リサーチ・フォーカス、No.2015-046.
- [5] 飛田英子 [2006].「政府の医療給付費抑制に対する評価と取り組むべき課題—抑制策が有効に機能する環境整備の必要性」Business & Economic Review、2006年03月号、pp.16-28.
- [6] 増島稔・島澤諭・村上貴昭 [2009].「世代別の受益と負担～社会保障制度を反映した世代会計モデルによる分析～」ESRI Discussion Paper Series, No.217.
- [7] 吉原健二・和田勝 [1999].『日本医療保険制度史』東洋経済新報社