

## 医療財源への消費税等の投入に関する理論構築 報告書（概要版）

### 1. 調査研究の背景

平成 19 年度「国民医療費の概況」によると、同年度の国民医療費は 34 兆 1,360 億円になると推計されている。数年来の社会保障費抑制策を受け、国民医療費の増加率はほぼ横ばいの低水準が続いている。しかし、医療技術の高度化や高齢化の進展を考えると、高齢者医療費を中心に今後いっそうの増大は避けられない。医療保険制度の持続性の点からも、安定した財源確保が重要な課題となっている。

健保連は平成 17 年 7 月に「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」を公表している。同提言において 65 歳以上の高齢者を対象とした医療制度の創設を提唱し、財源面に関しては▽少子・高齢社会においては、高齢者医療費に対する若年者の保険料による支援は、公平な負担の観点からも、消費税等による公費の適切な導入が前提、▽（高齢者医療制度に対する）公費負担の重点投入は、高齢者、若年者の負担可能な保険料水準、制度の持続性確保の観点から不可欠であり、税制・財政改革の下で消費税等による公費財源の安定的な確保を図る、▽公費負担割合は、医療給付費の 5 割を目途とする一と述べ、持続可能な制度を構築するためには、65 歳以上の高齢者医療費に対する公費負担は欠かせないとの考えを示している。

現在、公費は国民健康保険や協会けんぽ、後期高齢者医療制度に対する定率国庫負担などに投入され、保険料とならぶ医療保険の主要財源となっている。平成 19 年度の国民医療費推計額 34 兆 1,360 億円の財源構成は、公費が 12 兆 5,271 億円（36.7%）、保険料負担が 16 兆 7,898 億円（49.2%）、その他が 4 兆 8,190 億円（14%）となっている。公費負担は財源の 4 割近くを占め、その割合は増加を続けている。

多元的制度体系を取る日本の医療保険制度において、公費は各制度の財政基盤や医療費の格差を是正し、皆保険維持、制度全体の財政的な安定に大きな役割を果たしてきた。また、過度な社会保険料の引上げを抑制し、給付面の向上・公平性を支えてきた。社会保険料が財源の中心であることには変わらないが、収入のみを賦課対象とする社会保険料のウエイトが大きくなりすぎると、国民の負担能力に応じたバランスのとれた負担（拠出）とは言い難くなることから、現行の医療保険制度において、公費は不可欠な存在となっている。

現在の税体系においては社会保障に対する目的税はなく、社会保障の公費負担分は一般税収により賄われている。しかし平成 11 年度予算より、消費税収入

を基礎年金・高齢者医療・介護に使用することが予算総則に明記され、消費税に関して「社会保障目的化」が行われている。現在、消費税収入の56.4%が上記の3経費に充当されている。ただし、上記の通り、税法上で規定されているわけではなく、「目的税化」されているわけでない。しかし、今後の安定した社会保障財源確保のために、あらゆる世代に広く公平な負担を求めることができることから、消費税の「社会保障目的税化」も選択肢のひとつとして、審議会等において議論の俎上に上がっている。

健保連でも、医療保険制度の体系や財源政策のあり方を検討するため、平成18～19年度に「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」を行い、今後の望ましい財源政策として、社会保険料とのバランスを図る必要性から、たばこ税や消費税等を目的税化し医療保険財源とすることが望ましいとの結論を得ている。

日本は多元的制度体系の下で、保険者が健康増進や医療費削減などに機能を発揮しながら医療保険を運営してきた。それらの機能を維持し、強化しつつ、医療保険制度を維持するためには、後期高齢者医療制度や前期高齢者医療に関する財政調整には、ある程度の公費の投入が不可欠と考えられる。そこで、本調査研究では、制度の持続性・機能強化の観点から、たばこ税や消費税等の「目的税化」による公費投入の方策、あり方について検討を行うため、新たな財源としての公費投入のあり方について、関西大学の一圓教授および林教授に研究論文をご執筆いただいた。

## 2. 論文の概要

### (1) 「医療保険の財源政策と健康保険組合」(関西大学 一圓光彌教授)

第I章「医療保険と健康保険組合」では、まず医療保険制度において公費負担の制度間格差が生じた理由や、国庫による制度間の財政格差調整や医療保険者間の財政調整導入の経緯を説明するとともに、現在の公費投入方法の問題点として、“加入者に対する補助”と“制度に対する補助”の2つの異なる原理が併用されていることを挙げ、これが国庫負担増大にもつながったと述べる。さらに、医療保険の性格、医療保険各制度の年齢構成、財政構造などの推移を概観し、制度間の財政格差の主な要因が加入者の年齢構造となり、医療保険における長期保険的要素が強まる現在、突き抜け方式や一本化などを行わない限りは、被用者保険と国民健康保険との間での財政調整は避けられないと指摘する。

また、健保組合の財政危機と解散増加についてふれ、かつての医療保険制度の牽引役であった健保組合の存在理由の再確認を試みる。一圓教授は、近藤文二「どうなる健保組合」(1969年)を引用しつつ、健保組合のメリットを▽管理上のメリット、▽モラルハザードの防止、無駄な医療費の削減、▽被用者の参加

とそれによる低保険料率、▽円満な労使関係の維持一に分類し、これらはより良い被保険者を獲得できることによるクリームスキミングによるものではないと指摘する。特に組合方式が給付費を節約できること、単に医療費削減だけでなく健康増進にも貢献している点に注目し、健保組合の解散は大きな社会的損失であると述べている。

では具体的に健保組合にはどれほどの医療費節約効果があるのだろうか。第Ⅱ章「医療費と年齢・地域・保険者」では2005年の医療費データを用いて、健保組合、政管健保、国民健康保険の医療費比較を試みている。仮にどの制度も年齢構成が全国並みであったとした場合の一人当たり医療費（全体としての医科医療費）を比較すると、健保組合の医療費を1とすると、政管健保は1.303、国保は1.655という結果となっている。健保組合と政管健保の医療費格差については、被扶養者において若干差が大きく、健保組合の医療費を1とすると政管健保のそれは1.384であることが示されている（被保険者の医療費に関しては健保組合1に対して、政管健保は1.353）。

一圓教授はこの結果について、特に被扶養者において健保組合の医療費が政管健保の医療費を大幅に下回っていることから、健康な従業員を採用しやすいというクリームスキミングの要因は影響していないと考察し、健保組合は被扶養者の保健事業に積極的に取り組むところも多いので、その効果が結果として現れているのではないかと推測している。

また、被保険者にして35%、被扶養者にして38%という健保組合と政管健保の医療費の違いのすべてを組合方式のメリットに帰すことができないにしても、これは決して無視できない規模であるとし、「進行する高齢化と医療費高騰の中で、医療費適正化策の鍵となるのが組合方式の推進であることは間違いなく、組合をなくして全制度を一元化するか、納付金等の負担に耐えかねて組合の解散に歯止めがかからないような財源政策は、問題を大きくすることはあっても解決策となるものではない」（P.23）と健保組合の存在の重要性に言及する。

また、第Ⅲ章「自立的な医療保険者のための財源政策」では、1990年代の不況による被用者保険加入者の減少が被用者制度の弱体化を招き、さらには医療保険制度全体の財政構造に影響を及ぼすことになったとの見解を示している。さらに、被用者保険加入者の減少とあわせて、受け皿となっている国保加入者が急増していることにふれ、被用者保険の衰退が医療保険制度財政を弱めるだけでなく、国保の財政構造の弱体化にもつながっていると考察する。また、その上で、国保世帯の所得状況を概観し、その問題点と解決方法案を提示するとともに、現在、国保に加入している被用者については被用者保険で吸収することが望ましいとの考え方を展開している。

さらに、現在の後期高齢者医療制度における財政調整の問題点を指摘し、こ

れらを解決するために「現在支払われている国庫負担と制度間財政調整の財源を、加入者個人の属性に基づく補助制度に組み替え、健保組合のような小集団の保険者が自主的な保険運営を達成できる仕組みを目指すことが必要である」(P.30)と提案する。

それでは具体的にどのような方法があるであろうか。一圓教授は現在の財政調整システムは保険者の経営努力が反映されにくく、保険者の医療費節減効果が明確な形で捉えられないことが問題であり、この仕組みを変えるために、「すべての保険者が一定の保険料率などわかりやすい基準で、公平に財政調整のための拠出金を支払い、これと国庫負担をあわせて財政調整基金を設け、ここより支援を必要とする人に必要な額だけ公平に補助金を支払う仕組みが望ましい」(P.30)と財政調整基金の創設を提唱する。

2006年度の医療費を用いた試算によると、同年度の健保組合保険料収入のうち他制度への移転を保険料率に換算すると、組合は2.93%、政管は2.86%となる。そこで仮に全被保険者が保険料率にして2.9%を財政調整基金に払い込むとすると、被用者制度の保険料収入からあわせて5.5兆円が拠出されることになる。ここに同年度の医療保険制度と老人保健制度の給付に対する公費負担9.7兆円を加えることで、約15.2兆円規模の財政調整基金が成り立つことになる。この基金を制度ではなく加入者の属性に応じて分配し、特に国保の年金受給世帯、農林水産業世帯、一定所得以下の世帯に対する基金からの補助を合理化することで、あらゆる保険者にとって公平な財政基盤が整備できると一圓教授は考察する。

最終章において、一圓教授は「健保組合が解散することは自動的に国庫負担の増大につながるだけでなく、給付費の3割を上回る経営努力主体が失われ、これは医療費の増加とそれに続く国庫負担の増加に跳ね返ってくる」(P.35)と指摘する。さらに「健保組合が今負担している納付金や支援金を減らして健保組合が解散することを防ぐことの方が、組合を解散させるよりも、政管健保に対する国庫負担を減らすことにつながる場合も十分に考えられる」(P.35)と述べ、健保組合の自立的な経営努力が医療保険財政を好転させることにつながりうる、という見解を示している。同時に、年金受給世帯への支援の合理化と低所世帯への補助制度による国民健康保険への支援、国保に加入する被保険者等の被用者保険への吸収が必要であることを指摘している。

## (2)「医療と公的負担—少子高齢化社会に対応した財源政策—」(関西大学 林宏昭教授)

同論文では医療保険財源のうち公費に焦点を当て、その根拠と現状が検証され、今後のあり方が考察される。まず第I章「公共財と所得再分配」で、医療

制度は財政の持つ三つの役割のうち、公共財の供給と所得再分、配政策という二つの側面で財政と関わりを持つことが説明され、あわせて日本の国民負担（税負担と社会保障負担の合計）の特徴が示される。続く第Ⅱ章「医療費と公費負担の動向」では、日本の医療費と公費負担の推移と現状が、国際比較を交えて概観される。

2006年度の患者負担も含めた国民医療費は約33兆円であり、そのうち約37%の12兆1,300億円が公費で賄われている。また老人医療費においては、財源の約4割が公費負担となっている。2000年代以降、国民医療費の公費負担比率は上昇を続けている。このように多額の公費が医療に投入されているが、その根拠は何であろうか。

第Ⅲ章「医療への公費負担の根拠」では、医療への公費負担の根拠が過去の研究事例の紹介を交えて考察される。まず、医療サービスが、政府が公費により提供しなければならない公共財としての特性を備えているかどうかという点について、林教授は「税を財源として広く国民（住民）に提供する必要のある公共財は、代価を支払わない人を受益から排除するという“排除原則”を適用することができないこと、そして消費の“競合性”が生じないことという二つの条件を満たすものである。誰かが治療のために受ける医療サービスは、この二つの基準に照らせば明らかに民間財である」（P.52）と分析し、医療サービスは公共財ではなく、また医療保険制度も民間での運営は可能であることを指摘する。

しかし、公共財でないにもかかわらず、日本をはじめ多くの国で医療に公費が投入されている。医療に対する公費投入の根拠について、林教授は、①基本的な医療サービス自体を公共財とみなすこと、②社会保険制度の維持を公共財とみなすこと、③低所得層に対する最低限の生活保障の一環として医療サービスの提供、④公的な病院設置や運営（公的医療機関の維持を公共財とみなす）の4点を挙げている。また、▽皆保険制度達成、▽制度間の公平性確保、▽制度運営に対する国の責任など、過去に示された根拠や研究論文における考察や分析を紹介する。

続く、第Ⅳ章「税（公費）の状況と負担配分」では、現在の税体系と税の負担状況や、社会保険料と税との関係が論ぜられている。林教授は、給与収入との関係において、所得税・住民税は累進的、保険料と消費税は逆進的負担構造であると述べ、給与収入階級別の所得者分布を勘案した上でも「所得税・住民税は所得分布に比べて高所得層の負担するウェイトが高くなる。逆に、社会保険料と消費税に関しては相対的に低所得者層での負担割合が高い」（P.60）と指摘する。さらに所得税において適用されている所得控除を社会保険料負担との関係から分析し、所得控除は高所得者ほど所得税負担の減少が大きくなることなどから、「社会保険料を全額所得控除の対象とする現行制度は見直す必要があ

る」(P.61)と提案する。また、社会保障財源を検討する際には「現在の給付財源に何を対応させるかということよりも、今後の支出増をどう賄うかということが重要である」(P.63)と指摘している。さらに、社会保険料による財源調達システムのかかえる問題点から、租税代替化が進んだフランスの事例を紹介している。

第V章「医療制度への公費投入における課題」では、林教授は現在、医療に投入されている公費の3分の2近くが高齢者医療に充当されていることに着目し、「医療費と公費負担の問題を検討するうえでは、75歳以上の後期高齢者医療をどのように資金調達するかが最大のテーマである」(P.65)と提示する。

高齢者医療への公費投入については、医療サービス自体には公共財としての特性がなくとも、「高齢者が、あるいは現役の人も高齢者となった時には、実際に要するコストに比べて相対的に低い負担（患者負担＋保険料）で医療サービスを受けることができるシステムの維持は政府の役割と位置づけることは可能である。高齢者の医療費軽減は、現役世代から高齢世代への再分配と見なすこともできる。現役世代の保険制度から高齢者医療制度への拠出は明らかに世代間の移転である」(P.67)と考察し、所得再分配および公共財として根拠づけることは可能であるとしている。

それでは、具体的にどのような税収が高齢者医療への公費負担の財源として考えられるだろうか。現状では高齢者医療費の公費負担は一般財源により賄われているが、林教授はさらに、特定の税目の一定割合を充当する“目的税”も考えられるとし、「高齢者医療は地域単位であるため、目的税化して公費負担に充てるためには、目的税を歳入に、そして、各地域の高齢者医療への支出を歳出項目とする特別会計を設ける方が対応関係は明確になる。この場合は、たとえば消費税の3%分は『高齢者医療のため』というように納税者の側からすれば負担した税の用途が明示されることになる」(P.68)との見解を示している。また、今後も高齢者医療費の増加が見込まれることから「(高齢者医療に対する公費(税)の)財源調達に目的を限定した増税や新たな税制の設置も検討課題とすべきである」(P.69)と提案し、消費税率の引上げと給与に限らない収入ベースに対する低税率での一律課税を新たな財源候補として挙げている。