

社会保障制度改革

— 一体改革における検討項目と当面する課題 —

厚生労働委員会調査室 よしおか せいこ
吉岡 成子

1. はじめに

社会保障と税一体改革(以下「一体改革」という。)関連法の1つとして、民主・自民・公明の3党合意を踏まえ、平成24年8月10日に成立した社会保障制度改革推進法(以下「推進法」という。)は、社会保障制度改革国民会議(以下「国民会議」という。)の設置を定め、施行(平成24年8月22日)後1年以内に、国民会議における審議の結果等を踏まえ、社会保障制度改革のために必要な法制上の措置を講ずるものとしている。

国民会議は、平成24年11月27日にメンバーが閣議決定され、同30日から議論が開始された。一体改革関連で成立した社会保障の改正事項は、子ども・子育て関連¹を除くと年金の一部に限定され、多くの課題が残されている。制度改革はこれからが正念場となる。

本稿では、「社会保障・税一体改革大綱」(以下「一体改革大綱」という。)(平成24年2月17日閣議決定)における検討項目や当面する問題など、年金、医療、介護、生活保護の各分野における社会保障制度改革の課題について、概観することとしたい²。

2. 年金

(1) 公的年金制度の財政方式

民主党は、平成21年の衆議院議員総選挙で、保険料を財源に全ての人を対象とする「所得比例年金」と消費税を財源とする月額7万円の「最低保障年金」の創設を掲げた。しかし、推進法は、今後の公的年金制度については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、国民会議において議論し、結論を得るものと規定し、3党合意では、あらかじめその内容等について3党間で合意に向けて協議するとしている。

民主党は、平成24年の総選挙において、公的年金制度の一元化、最低保障年金の創設を中心とする民主党の年金制度改革案を、3党合意に沿って、国民会議の議論を経て実現をめざすと公約した。しかし、自民党の政権公約は、自民党が与党時代に断行した改革に基づく現行制度を基本に、必要な見直しを行うとしており、実現の目処は立っていない。

一方、日本維新の会は、政策実例で公的年金制度について賦課方式から積立方式への移行を掲げ、みんなの党もアジェンダ2012で積立方式への移行を検討するとしている³。

¹ 主な内容は、認定こども園や保育制度の改善、認定こども園・幼稚園・保育所を通じた共通の給付の創設等。

² 本稿は平成24年12月26日時点の状況を取りまとめたものである。

³ 我が国の公的年金は、事実上その時の現役世代の保険料でその時の高齢世代の年金を賄う賦課方式(世代間扶養)となっている。一方、積立方式は、あらかじめ自分が払った保険料とその運用収益を自分の年金の財源とし、負担と給付の関係が明確である。しかし、積立方式に移行する場合、将来の自分の年金のための保険料

(2) 現行制度の改善

ア 平成 24 年改正と残された課題

一体改革大綱においては、①新しい年金制度の創設と②現行制度の改善の 2 段階の改革方針を示し、①の実現までは②の現行制度の改善を図るとされた。

この方針のもと平成 24 年 8 月には、3 党合意を踏まえた衆議院修正を経て、「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律」(以下「年金機能強化法」という。)及び「被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律」が成立し、①基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 の恒久化、②年金受給資格期間の短縮 (25 年→10 年)、③短時間労働者に対する厚生年金・健康保険の適用拡大、④産休期間中の厚生年金・健康保険の保険料等の免除、⑤遺族基礎年金の父子家庭への支給、⑥被用者年金一元化等の改正が行われた。

次いで、平成 24 年 11 月には、年金特例公債により 24・25 年度において基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 を維持するとともに、過去 (平成 11 年～13 年) の物価下落時に年金額等を据え置いたこと等により生じた特例水準を段階的に解消し、本来水準 (年金－2.5%、諸手当－1.7%) まで引き下げる「国民年金法等の一部を改正する法律等の一部を改正する法律」⁴と、年金機能強化法の衆議院修正に則って、低所得高齢者・障害者等に福祉的な給付を行う「年金生活者支援給付金の支給に関する法律」⁵が成立した。

年金機能強化法では、衆議院修正において、短時間労働者に対する厚生年金・健康保険の更なる適用拡大については施行後 3 年以内に検討し、必要な措置を講ずることとされた⁶ほか、高額所得による老齢基礎年金の支給停止⁷、国民年金第 1 号被保険者に対する産休該当期間中の保険料免除について検討する旨の規定が盛り込まれた。

このほか、一体改革大綱では、①デフレ下におけるマクロ経済スライドの在り方、②在職老齢年金、③標準報酬上限、④第 3 号被保険者制度についての見直しや、将来的な課題として⑤支給開始年齢引上げの検討が盛り込まれている。国民会議の議論を経た翌平成 26 年は次期財政検証が予定されており、現行制度の見直しは引き続き課題となる。

イ デフレ下でのマクロ経済スライドの在り方

マクロ経済スライドは、調整期間⁸において少子化による現役被保険者の減少や平均余

負担とこれまで納められた保険料に応じた年金支給のための負担という二重の負担を担う世代が生じる。なお、維新の政策実例はこのほか世代別勘定区分の創設、年金の支給開始年齢の段階的引上げについて記載している。

⁴ 3 党合意を踏まえ、基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 を維持する財源を政府原案の「交付国債」から将来の消費税の増税分を償還財源とする「年金特例国債」に改める内閣修正が行われた。また、年金等の特例水準の段階的解消の開始時期を 1 年繰り下げ、27 年度 (政府原案は 26 年度) に解消する衆議院修正が行われた。

⁵ 年金機能強化法の政府原案にあった低所得高齢者、障害者等に対する年金額加算 (衆議院修正で削除) に代わり、福祉的な給付として低所得高齢者、障害者等に「年金生活者支援給付金」を支給することを内容とする。

⁶ 政府原案は、施行後 3 年以内に対象を「更に拡大するための法制上の措置を講ずる」とされていた。また、適用拡大の対象となる短時間労働者の月額賃金も 8.8 万円 (政府原案は 7.8 万円) 以上に修正された (適用拡大対象者は約 25 万人 (政府原案は約 45 万人)、財政影響 (公費) は約 200 億円 (政府原案は約 400 億円))。

⁷ 政府原案では低所得高齢者等への年金額加算とセットで高所得者の年金額の調整が規定されていたが、3 党合意で、この部分については削除し、引き続き検討することとされ、この規定は衆議院修正により削除された。

⁸ 最終的な保険料水準による負担の範囲内で年金が安定する見通しが立つまでの一定期間。注 12、14 参照。

命の伸びに応じて、自動的に年金の改定率を抑制する仕組み⁹で、平成 16 年改正で導入された。しかし、年金額の特例水準解消後に発動することとされたため、今日まで発動されていない。しかも、マクロ経済スライドは、物価・賃金の上昇がスライド調整率以上でなければ完全には機能しない仕組みとなっている¹⁰ため、現下の経済下¹¹では特例水準解消後も十分に機能せず、年金財政に与える影響や世代間格差の拡大が懸念される¹²。

このため、デフレ下でもマクロ経済スライドを行えるよう見直すべきとの意見¹³の一方で、消費税率上げや特例水準解消に加え更に年金額を引き下げるとは年金受給者の生活への影響が大きいとの声や、老後の基礎的な消費支出を支える基礎年金への適用はより慎重に検討すべき等の意見¹⁴がある。こうした状況を踏まえ、一体改革大綱では、「物価スライド特例分の解消の状況も踏まえながら、引き続き検討する」とされた。

ウ 在職老齢年金と標準報酬上限の見直し

在職老齢年金制度は、在職中の老齢厚生年金について、賃金と年金額の合計額が一定額以上の場合に一部又は全額を支給停止する仕組みである。高齢者の勤労意欲を阻害するとして、これまでも数次にわたり見直しが行われてきたが、平成 23 年 7 月 1 日に閣議報告された社会保障・税一体改革成案（以下「一体改革成案」という。）では 60 歳代前半の在職老齢年金の調整限度額を 60 歳代後半と同じにする試算が示された¹⁵。

しかし、老齢厚生年金については現在支給開始年齢が段階的に 65 歳に引き上げられている途上であり¹⁶、60 歳代前半に老齢年金を受給できる世代は現在 50 歳以上の特定世代に限られること等から、一体改革大綱においては「就労抑制効果についてより慎重に分析を進めながら、引き続き検討する」とされた。一方、自民党は、J-ファイル 2012 において「給与に応じて年金受給額が減少する現行の在職老齢年金制度をはじめ制度の見直しを行う」として、見直しにより積極的な姿勢を示している。

一方、厚生年金の標準報酬月額¹⁷の上限は、健康保険の第 47 級 121 万円¹⁸に対し、高

⁹ 平成 16 年改正時に厚生労働省が 2025 年度までの平均として試算したスライド調整率は 0.9%。年金改定率は賃金や物価の変動率からスライド調整率を減じた率となる。

¹⁰ 賃金・物価が下落したときはスライド調整率は適用されず（年金額の改定率は賃金・物価の下落率と同じ）、賃金・物価が上昇してもその伸び率から調整率を差し引いた率がマイナスになる場合には改定率は 0%となる。

¹¹ 平成 16 年以降、物価・賃金のいずれも上昇したのは 21 年（物価 1.4%、名目手取り賃金 0.9%）のみ。

¹² 平成 16 年財政再計算では平成 35（2023）年度までとされていたマクロ経済スライドの調整期間は、21 年財政検証では平成 50（2038）年度までと終了が 15 年延びた。なお、経済低位推計（物価上昇率 1.0%、賃金上昇率 2.1%、運用利回り 3.9%）での調整終了年度は平成 55（2043）年度と予測されている。また、21 年度の所得代替率は 62.3%と、16 年改正時の 59.3%（特例水準。本来水準は 58.8%）よりかえって高くなっている。

¹³ 平成 23 年 11 月 23 日の行政刷新会議「提言型政策仕分け」、同年 12 月 16 日の社会保障審議会年金部会「社会保障審議会年金部会におけるこれまでの議論の整理」、24 年 10 月 22 日の財政制度等審議会における意見等。

¹⁴ なお、平成 21 年財政検証では、マクロ経済スライドによる調整期間は厚生年金の報酬比例部分が平成 31（2019）年度までなのに対し、基礎年金部分については平成 50（2038）年度までとされている。

¹⁵ 現在 60 歳代前半の在職老齢年金は、賃金と年金の合計月額が 26 万円を超えると賃金の増加 2 に対して年金 1 が支給停止され、賃金が 46 万円を超えると賃金増加分だけ年金が支給停止される。一方、65 歳以上の在職老齢年金は、賃金と年金の合計月額が 46 万円を超えた場合に賃金の増加 2 に対し年金 1 が支給停止される。

¹⁶ 注 28 参照。

¹⁷ 事務の簡素化・能率化のため被保険者が労働の対価として受ける報酬を一定の幅の等級で区分したもの。

¹⁸ 健康保険では、上限該当者が 3 月 31 日現在で全被保険者の 1.5%を超え、その状態が継続すると認められる

所得層の年金額が余り高くないよう低く設定され、現在第30級62万円となっている¹⁹。このため、高所得者の負担割合が低く、所得再分配の観点から上限を引き上げるべきとの指摘がある一方、引上げに伴う事業主負担の増加を懸念する声もある。一体改革大綱では「平均標準報酬の動向等を踏まえながら、引き続き検討する」とされた²⁰。

エ 第3号被保険者制度見直しと記録不整合問題

昭和61年4月に設けられた第3号被保険者制度により、被用者年金の被保険者（第2号被保険者）の被扶養配偶者は、独自の保険料を負担することなく、老齢基礎年金を受給できることとなった。しかし、これについては、第3号被保険者の老齢基礎年金の費用を共同負担する共働き・単身世帯や、夫婦で個別の保険料を負担する自営業者等の第1号被保険者からの不公平感があり、女性の就労意欲を抑制しているとの指摘もある。このため、10年余にわたり繰り返し検討がなされたが、未だ結論は出ず、厚生労働省の社会保障審議会年金部会では、考え方の整理として、第2号被保険者が納めた保険料の半分はその被扶養配偶者（第3号被保険者）が負担したものと取り扱い、年金分割する夫婦共同負担（二分二乗）方式が検討された。しかし、実質的な世帯の負担と給付は変わらないこと等から慎重な意見も多く、一体改革大綱では「短時間労働者への厚生年金の適用拡大、配偶者控除の見直しとともに、引き続き総合的な検討を行う」とされた。

このほか、第3号被保険者に係る問題として記録不整合問題がある。第3号被保険者は、配偶者（第2号被保険者）が退職した場合等には第1号被保険者となり、保険料を納める義務が生じる。しかし、種別変更の届出を行わず、本来は第1号被保険者であるのに年金記録上は第3号被保険者のままという不整合期間を有する者が多数存在する²¹。

これに対応するため、平成22年3月、長妻厚生労働大臣（当時）の下でいわゆる「運用3号」の取扱いの方針²²が決定され、同年12月の課長通知により23年1月からこの取扱いが実施された。しかし、運用3号をめぐっては、翌2月の総務省年金業務監視委員会において公平性の観点から疑問視する指摘がなされ²³、国会審議においても批判が相次いだ。このため、細川厚生労働大臣（当時）は、3月8日、「抜本改善策案の方向性と論点」を公表し、運用3号通知を廃止するとともに、法律により抜本改善策を講じることを表明した。これを受け、民主党厚生労働部門会議年金第3号被保険者問題ワーキングチーム及び社会保障審議会第3号被保険者不整合記録問題対策特別部会は法改

場合はその9月1日から政令により上限該当者が1%にならない限度で改定することができる。

¹⁹ 厚生年金では、3月31日現在の全被保険者の標準報酬月額平均額の2倍が上限を上回り、その状態が継続すると認められる場合に、健康保険の等級区分を参考にその9月1日から政令で上限を改定できる。

²⁰ なお、みんなの党のアジェンダ2012は、年金保険料の月収上限（月額62万円）の撤廃を掲げている。

²¹ 厚生労働省の粗い推計によると、不整合期間を有し年金額に影響があると考えられる者は年金受給者は5.3万人、被保険者は42.2万人。過去に不整合期間を訂正し、正しい年金額となっている年金受給者は50.3万人。

²² ①年金の受給者については既に行われた裁定をそのままにする（不整合期間があっても年金額は減額しない）、②現役の被保険者については、将来に向けては速やかに第1号被保険者に種別変更し、保険料の納付を求めるが、過去の期間については保険料の時効が到来していない2年間を除き、そのまま第3号被保険者の期間として扱うこととし、運用により3号を適用した期間を「運用3号」期間として納付済期間として取り扱う。

²³ 同委員会は平成23年3月8日、運用3号の廃止と不整合期間に対応するための立法措置等を求める意見書を提出し、これを受けて総務大臣から厚生労働大臣に意見表明がなされた。

正に向けた検討を進め、それぞれ 23 年 5 月に報告書を取りまとめた²⁴。

その後、共済関係省庁との協議、与党との調整を経て、政府は、平成 23 年 11 月、不整合期間の受給資格期間への参入、不整合期間に係る保険料の特例追納（3 年間の時限措置）、不整合期間に基づく老齢基礎年金を受給している者への配慮措置²⁵等を盛り込んだ「国民年金法の一部を改正する法律案」（主婦年金追納法案）を第 179 回国会に提出した。しかし、法案提出に当たり、当初の厚生労働省案に盛り込まれていた年金受給者に対する過払い分の返還については、民主党内で低所得者への配慮を求める意見、更には所得にかかわらず一切返還を求めるべきではないとの意見が続出し、最終的に削除された²⁶。このため、きちんと保険料を払った人との公平性を疑問視する声もある²⁷。同法案は継続審議の後、第 181 回国会において衆議院解散により審議未了、廃案となった。

オ 支給開始年齢引上げ

現在我が国は、特別支給の老齢厚生年金²⁸について支給開始年齢を 65 歳に引き上げている最中であり、平成 25 年度からは報酬比例部分の引上げが開始される。

一方、我が国は世界的に見ても最長寿国であり、平均寿命は支給開始年齢の本則 65 歳を定めた昭和 60 年当時と比較して 5 歳前後伸びている。また、既に複数の国で 65 歳以上への引上げが決定されており²⁹、政府の社会保障改革に関する集中検討会議においても支給開始年齢の引上げに関する意見が示された。これを受け、一体改革成案では支給開始年齢について、先進諸国（欧米）の平均寿命・受給開始年齢を十分に参考にし、高齢者雇用の確保を図りつつ、68 歳～70 歳への更なる引上げを視野に検討することや、現在進行中の支給開始年齢引上げスケジュールの前倒しを検討することが提案された。

しかし、平均余命の伸びについては平成 16 年改正で導入したマクロ経済スライドで既に折り込まれ、高齢者雇用との関連や老後の生活設計に与える影響を懸念する声もある。また、16 年改正が 100 年先の収支を見通し、21 年財政検証でも大幅な財政悪化はないとされる中で、その蓋然性に疑問が呈される一方、引上げの対象世代とそれ以前の世代との格差が拡大するとの指摘もある。このため、一体改革大綱では「将来的な課題とし

²⁴ 社会保障審議会特別部会報告書（平成 23 年 5 月 20 日）の主な内容は、①不整合期間をカラ期間とする、②不整合期間への特例追納を可能とする（過去 10 年、3 年間の時限措置）、③特例追納がない期間については過去 5 年間に支払われた過払い額の返還を求め、将来支給する年金については配慮措置を講じた上で減額する、④いわゆる「運用 3 号」の裁定を受けた受給者についても遡って再裁定を行い、同様の取扱いとする等。一方、民主党ワーキングチームの「第 3 号被保険者の記録不整合問題に対する今後の対応方針」（同年 5 月 10 日）は、③の配慮措置について、年金額の減額は受給していた額の 10%を超えない範囲とし、住民税非課税の低所得者については、既裁定の年金額を維持し、過払い額についても減額措置の対象としないこと等を求めた。

²⁵ 現に老齢年金を受給している者については、特例追納の納付期限日（公布日からおおむね 5 年後）以降、将来の年金額を追納状況に応じた年金額まで減額するが、減額は現に受給していた年金額の 10%を上限とする。

²⁶ 『読売新聞』（平 23. 10. 29）ほか

²⁷ 『朝日新聞』（平 23. 11. 1）ほか

²⁸ 昭和 61 年 4 月以降、年金の支給開始年齢は本則 65 歳に統一されたが、附則で当分の間、60 歳代前半について特別支給の老齢厚生年金が支給されることとされた。特別支給の老齢厚生年金のうち定額部分の支給開始年齢については平成 6 年改正により平成 13 年度から 12 年かけて、報酬比例部分については平成 12 年改正により平成 25 年度から 12 年かけて、それぞれ 65 歳まで引き上げられる（女子については男子より 5 年遅れで引上げ）。

²⁹ アメリカは 67 歳に、イギリスは 68 歳に、ドイツは 67 歳に引き上げる予定。

て、中長期的に検討する（平成 24 年通常国会への法案提出は行わない）」とされた。

他方、足下の経済情勢は平成 21 年財政検証の経済前提³⁰より低い水準で推移し、マクロ経済スライドも発動されない状況で年金財政の悪化を懸念する声も少なくない。支給開始年齢の引上げは、老後の生活設計の大きな変更になるため、従来長い時間をかけ段階的に行っており、検討開始から実現までには時間を要する。国民会議の清家会長は、社会保障改革集中検討会議の幹事委員として年金の支給開始年齢の引上げに積極的な発言を行っているが³¹、将来的な課題であればなおさら、議論はタブー視することなく、できるだけ早い時期から総合的な検討を行うことが求められよう。

（３）厚生年金基金制度の代行部分の見直し

企業年金は、企業が従業員により手厚い老後保障を行うため、公的年金である 1 階部分の国民年金（基礎年金）、2 階部分の厚生年金に上乗せした独自の 3 階部分の給付を行う制度である。

昭和 41 年に発足した厚生年金基金は、公的年金である厚生老齢年金の一部も代行して行うことに特徴がある。しかし、バブル崩壊後の経済・金融情勢の悪化に伴い、運用実績が予定利率を下回る利差損や積立金不足が生じた。さらに、退職給付会計基準の導入により代行部分も含めた年金債務が母体企業の会計上明確になることから、経済界からは厚生年金基金の代行返上を求める声が強まった。こうした中、平成 13 年 10 月に確定拠出年金法が、また翌 14 年 4 月には確定給付企業年金法が施行され、15 年 9 月以降、厚生年金基金について過去分の代行部分を返上して確定給付型企業年金に移行することが認められた。

厚生年金基金は、平成 8 年の 1,883 基金をピークに減少に転じたが、過去分の代行返上が認められた 15 年以降急激に減少し、23 年度末には 577 基金、加入者数は約 440 万人となった。特に、大企業を母体とする基金の多くが早期に代行返上した結果、現在残る基金の約 8 割は主に中小企業が共同で設立する総合型基金である。現時点で解散するとき最低限用意しておかなければならない最低責任準備金（代行部分の給付に必要な額）を保有していない基金は 23 年度末で約 5 割、代行割れ総額は約 1 兆 1,000 億円に上る。厚生労働省も過去 2 度にわたり³²、代行割れした基金について返還額の分割納付や返還額の特例を認める解散特例措置を講じたが、代行割れ基金の母体企業の多くは不況業種で、経営悪化により特例措置によってもなお解散できず、財政状況が更に悪化している基金もある。

平成 24 年 2 月の A I J 投資顧問事件によって、多くの厚生年金基金等が A I J に資産運用を委託し、年金資産を消失させていた事案が明らかになる中で、こうした厚生年金基金の厳しい財政状況が改めて認識され、制度そのものの在り方が問われるようになった。

厚生労働省は平成 24 年 3 月、厚生年金基金等の資産運用・財政運営に関する特別対策本部（以下「特別対策本部」という。）を設置するとともに、4 月には厚生年金基金等の資産運用・財政運営に関する有識者会議を立ち上げた。同有識者会議は同年 7 月 6 日に報告

³⁰ 経済中位ケースで物価上昇率 1.0%、賃金上昇率名目 2.5%（実質 1.5%）、運用利回り名目 4.1%（実質 3.1%）

³¹ 第 6 回 社会保障改革に関する集中検討会議（平 23.5.12）議事要旨

³² 平成 17 度～19 年度及び 23 年度～27 年度

を取りまとめたが、代行制度については、代行制度が厚生年金保険の財政に与える影響の観点から、一定期間後に廃止すべきとの意見と、代行制度が中小企業の企業年金の維持・普及に果たしてきた役割の観点から、制度を維持すべきとの意見の両論併記となった³³。

これを踏まえ、特別対策本部は、平成24年9月28日、①厚生年金の代行制度については、他の企業年金制度への移行を促進しつつ、一定の経過期間を置いて廃止する方針で対応する、②今後、持続可能で、中小企業などが加入しやすい企業年金を構築するための施策を積極的に推進する、③「代行割れ問題」への対応として、「連帯債務問題」や「債務額の計算方法」など特例解散制度の見直しを図る等の方針を決定した。さらに、同年11月、社会保障審議会年金部会の下に設置した厚生年金基金制度に関する専門委員会に「厚生年金基金制度改革試案³⁴」を提示した。厚生労働省は、同専門委員会及び年金部会で成案が得られれば、平成25年通常国会に法案を提出するとしている。

3. 医療

(1) 医療提供体制の見直し

平成22年度の国民医療費は前年より1兆4,135億円増の37兆4,202億円となった。このうち後期高齢者医療制度の医療費は12兆7,213億円で、全体の3分の1を占める。国民医療費はここ数年毎年1兆円超増加し、患者の窓口負担等を除いた医療給付費は、平成24(2012)年の35.1兆円から平成37(2025)年には54.0兆円に達すると見込まれる³⁵。

我が国の医療提供体制は、自由開業制とフリーアクセスに特色があるが、諸外国と比較して平均在院日数が長く、病床数が多い。また、人口当たり医師数等は少ない³⁶。

一体改革大綱は、地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図るため、医療サービス提供体制について、①病院・病床機能の分化・強化、②在宅医療の推進、③医師確保対策、④チーム医療の推進について制度改革に取り組むとし、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討するとしている。具体的には、①について、急性期病床の位置付けの明確化、医療資源の集中投入による機能強化など病院・病床の機能分化・強化の推進、一般病棟における長期入院の適正化を図るとともに、②については、在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化し、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載す

³³ そのほか、①資産運用規制の在り方として分散投資の徹底、基金における資産管理運用体制の強化、事後チェックの強化、②積立不足への対応として予定利率を引き下げやすくする方策や解散基準の緩和・厚生労働大臣による解散命令の機動的発動等の検討、③最低責任準備金の計算方法の見直し等を求めている。

³⁴ 主な内容は、①現行の解散特例措置を見直し、分割納付の最長納付期間の更なる延長や返還額の更なる特例を認める新特例を設ける、②キャッシュバランスプランの給付設計の弾力化や集団運用型確定拠出年金の創設等により企業年金の選択肢を増やすとともに、厚生年金基金から他の企業年金への移行を支援する特例措置を設ける、③最低責任準備金の計算方法を見直し、10年の移行期間中に代行制度を段階的に縮小・廃止する。

³⁵ 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）

³⁶ OECD Health Data 2012による厚生労働省資料では平均在院日数はドイツ9.6日、フランス12.7日、アメリカ6.2日に対し、日本32.5日。人口千人当たり病床数はドイツ8.3床、フランス6.4床、アメリカ3.1床に対し日本13.6床。人口千人当たり医師数はドイツ3.7人、フランス3.3人、アメリカ2.4人に対し、日本2.2人。

る³⁷、③については、医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け都道府県が担う役割の強化、医師のキャリア形成支援を図る、④については、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などを行っている。厚生労働省は医療法等の改正案を25年の通常国会に提出すべく検討を進めている。

社会保障審議会医療部会は、平成23年12月22日、「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめていたが、①の急性期医療を担う病床の位置付け、④の看護師の能力を公的に認証する仕組みの法制化については、医療関係者と更なる意見調整が必要であるとした。前者については、急性期医療に関する作業グループが、24年6月15日に「一般病床の機能分化についての整理」を行った³⁸。さらにこれを踏まえ、同年11月以降、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」が、医療機関に報告を求める病院機能の考え方や具体的内容について検討を行っている。また、後者については、チーム医療推進会議及びチーム医療推進のための看護業務検討ワーキングチームが検討を進めている。

一体改革成案は、病院・病床機能の分化、在宅医療の充実等により平成27年で8,700億程度円の公費増、平均在院日数の減少、外来診療の適正化等であわせて5,500億円程度の公費減を見込む。医療提供体制でどれだけ実効性ある改革が実現できるのか注目される。

このほか、消費税に係る医療機関の損税問題³⁹については、中央社会保険医療協議会に医療機関等における消費税負担に関する分科会が設けられ、検討が行われている⁴⁰。

(2) 医療保険制度を取り巻く状況と対応策

ア 医療保険制度の全体像

我が国は、昭和36年の国民健康保険法の全面施行以降、半世紀余りにわたり、「国民皆保険」制度を維持してきた。沿革等から職域、地域等に応じて複数の医療保険制度が並立しており、75歳未満の者についてはサラリーマンが加入する「被用者保険」と被用者以外の自営業者等が加入する「国民健康保険（以下「国保」という。）」に大別される。また、75歳以上の高齢者は独立した制度である「後期高齢者医療制度」に加入している。

被用者保険には、主として中小企業の被用者とその家族が加入する「全国健康保険協会管掌健康保険（以下「協会けんぽ」という。）」、主に大企業の被用者とその家族が加入する「組合管掌健康保険（以下「組合健保」という。）」、公務員等とその家族が加入

³⁷ 医療計画への記載については平成25年度から始まる新たな医療計画作成指針（24年3月）に盛り込まれた。

³⁸ 主な内容は、①各医療機関が自ら選択した医療機能（急性期、亜急性期、回復期等）の内容や病床機能（提供している医療の特性、人的体制等）を都道府県に報告する仕組みを設け、②都道府県は、各医療機関からの報告内容を患者・住民にわかりやすい形で公表し、地域の医療機能の状況を把握し、新たに医療計画において、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携の姿（ビジョン）を地域ごとに策定する等。

³⁹ 社会保険診療は非課税とされ、医療機関等が薬剤等の仕入れの際に消費税を支払っても、非課税売上に対する消費税は控除されないため、医療機関に控除対象外消費税負担が生じる。政府は消費税導入時、税率引上げ時に診療報酬で手当を行ったと説明するが、補填が十分でない等の指摘があり、原則課税化を求める声もある。

⁴⁰ 一体改革大綱では、①社会保険診療は非課税とする、②医療機関等の高額な投資に係る一定の消費税負担を新たに区分して手当することを検討し、医療機関等の仕入れに係る消費税については診療報酬等で手当する、③医療機関等の消費税負担について定期的に検証する場を厚生労働省に設ける、④医療に係る消費税の課税の在り方については引き続き検討することとされた。消費税法改正法の附則にもその旨が規定され、3党合意では消費税率8%への引上げ時までには高額な投資に係る手当の手法について結論を得ることとされた。

する「共済組合」がある。一方、国保は、市町村等を保険者とする「市町村国民健康保険（以下「市町村国保」という。）」と、医師、弁護士など同種の事業又は業務に従事する者から組織された「国民健康保険組合（以下「国保組合」という。）」から成る。

イ 市町村国保の財政基盤強化

国民皆年金の受け皿である市町村国保は、被用者保険と比べ年齢構成が高く⁴¹、無職者や低所得者を多く抱え⁴²、医療費・保険料の格差も大きい⁴³。医療費が高い一方で所得水準が低い⁴⁴など財政基盤が構造的に脆弱で、平成 22 年度（単年度収支）の赤字保険者は全体の 52.4%、決算補填等のための一般会計繰入金（法定外）も 3,583 億円に達する。

市町村国保は、事業主負担がないこと、また財政基盤が脆弱であることから、医療給付費等の 5 割は公費が負担する。また、65 歳～74 歳の前期高齢者の医療費については財政調整が行われ、他の医療保険の拠出により負担が軽減されている。昭和 63 年度以降、低所得者が多く保険料収入が少ない保険者への支援や医療費の都道府県単位の共同事業などの財政基盤強化策を実施・拡充してきたが、平成 24 年第 180 回国会において、これまで数年ごとの暫定措置とされてきた財政基盤強化策を 27 年度から恒久化するとともに、1 件 30 万円超の医療費を対象としていた都道府県単位の共同事業の事業対象を全ての医療費に拡大するなど財政運営の都道府県単位化を進める法改正が行われた⁴⁵。

さらに、一体改革大綱では、「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」とし、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において、具体的内容について検討し、税制抜本改革とともに実施する」としている⁴⁶。一体改革成案ではこの財源として最大 2,200 億円程度を見込んでいるが、被用者保険の適用拡大による 1,600 億円⁴⁷の公費削減とセットで試算され、財政影響は適用拡大、国保対策の規模により変動するとしている。民主党は平成 24 年衆議院議員総選挙のマニフェストにおいて国保保険料の 5 割軽減、2 割軽減の対象者の拡大を掲げているが、この問題に関する国と地方の協議は進んでいない。他方、年金機能強化法の衆議院修正で短時間労働者への適用拡大の範囲が縮小されたこと等による影響も懸念される。

しかし、一体改革大綱で示された国保の財政基盤強化が実現しても、国保が抱える構造的問題が解決されるかについては疑問がある。全国知事会は 2,200 億円の財政基盤強

⁴¹ 平成 22 年度の市町村国保の被保険者の 31.5%が 65～74 歳であり、加入者平均年齢（21 年度）も協会けんぽ 36.2 歳、組合健保 33.9 歳に対し、市町村国保は 49.5 歳である。

⁴² 昭和 40 年当時 6 割を超えていた農林水産業その他の自営業者は平成 22 年には 18.6%まで減少し、無職が 40.8%、被用者が 35.3%を占める。また、世帯の所得では所得なしが 27.6%、100 万円未満が 53.8%を占める。

⁴³ 保険者別の一人当たり医療費では、和歌山県北山村（541,616 円）と東京都小笠原村（160,031 円）で 3.4 倍、保険料調定額では北海道猿払村（141,650 円）と沖縄県粟国村（31,242 円）で 4.5 倍の格差（平成 22 年度）。

⁴⁴ 平成 21 年度の加入者一人当たり医療費は協会けんぽ 15.2 万円、組合健保 13.3 万円に対し市町村国保は 29.0 万円。加入者一人当たり平均所得は協会けんぽ 139 万円、組合健保 195 万円に対し市町村国保は 91 万円。

⁴⁵ 国民健康保険法の一部を改正する法律（平成 24 年法律第 28 号）。あわせて市町村国保に対する都道府県調整交付金が給付費等の 7%から 9%に引き上げられ、定率国庫負担が 34%から 32%に引き下げられた。

⁴⁶ 平成 24 年 1 月 24 日の「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議の場」（第 2 回）での対応（案）（厚生労働省）では、保険基盤安定制度の拡充（応益割保険料の 2 割・5 割軽減世帯の拡大）、保険者への財政支援の拡充（現在は対象とならない 2 割軽減対象者への財政支援の拡充、補助率の引上げ等）が示されている。

⁴⁷ 短時間労働者の適用を雇用保険並びの 400 万人まで拡大し完全実施した場合。24 年の改正内容は注 6 参照。

化策の確実な実現とともに、国の定率負担の引上げや地域の実情に応じた国保の運営の在り方など、引き続き国保の構造的問題の抜本的な解決に向けた検討を求めている⁴⁸。

これまでの一連の国保の財政基盤強化策は財政運営の都道府県単位化の推進であり、後述する高齢者医療制度見直し案も国保の都道府県単位化と一体で提案された。平成24年衆議院議員総選挙における民主党マニフェストも自民党のJ-ファイル2012も国保の都道府県単位化を打ち出しており、方向性は一致する。しかし、都道府県側は、国保の構造的問題が抜本的に解決されない段階での都道府県単位化には強く反対している。

ウ 協会けんぽの財政悪化への対応

中小企業の被用者が多く加入する協会けんぽは、国を保険者とする政府管掌健康保険（以下「政管健保」という。）として運営されてきたが、平成18年の健康保険法等改正により20年10月から全国健康保険協会に引き継がれ、都道府県単位で保険料率が設定されることになった。協会けんぽは、4分の3以上が従業員9人以下の事業所で占められるなど、組合健保と比べて財政基盤が弱く⁴⁹、かつては米、国鉄と並んで財政赤字の3Kと呼ばれた。昭和48年、55年の抜本改正⁵⁰により一時期好転した財政は、平成19年度以降赤字に転じ、その後のリーマン・ショック後の賃金の大幅下落などにより急速に悪化した。21年度末には、単年度で約-4,900億円の大幅赤字を計上し、18年度に約5,000億円あった準備金も約-3,200億円まで減少した。このため、22年度には保険料率を平均で8.2%から一気に9.9%まで引き上げなければならない状況が見込まれた。

こうした協会けんぽの財政窮迫に対し、保険料の大幅な引上げを抑制するため、平成22年には、22年度から24年度までの3年間の特例措置として、①協会けんぽに対する国庫補助割合を13.0%から16.4%に引き上げる（代わりに、協会けんぽへの後期高齢者支援金に係る国庫補助のうち総報酬割の部分の国庫補助を廃止する）、②単年度収支均衡の特例として21年度末以降の赤字額について24年度までの償還を可能とする、③後期高齢者の医療費に対する現役世代からの支援金である後期高齢者支援金について、被用者保険グループでの負担能力に応じた分担方法を導入し、これまでの加入者数に応じた負担（加入者割）から3分の1（22年度は9分の2）は保険者の財政力に応じた負担（総報酬割）とする健康保険法等の改正⁵¹が行われた。

この改正により平成22年度の協会けんぽの保険料の引上げ幅は約0.6%縮小され、平均保険料率は9.3%となったが、23年度には9.5%、24年度には10.0%となった。

特例措置は平成24年度末で切れるため、このままでは平成25年度の協会けんぽに対

⁴⁸ 全国知事会「社会保障・税一体改革素案における国保制度の見直しについて」（平成24年1月24日）

⁴⁹ 注44参照。保険料率（平成24年度平均）は協会けんぽの10.0%に対し、組合健保8.31%、国共済7.7%。

⁵⁰ 昭和48年改正では保険料率を7.2%に引き上げ（6%から8%の範囲内で変更可）、10%の定率国庫補助を導入した。55年改正では保険料率の上限を9.1%に引き上げ、国庫補助率を本則で16.4%から20%の範囲内で政令で定める割合とし、附則で当分の間16.4%とした。その後、平成4年改正で附則の当面の国庫補助率を13.0%（高齢者医療費に対する拠出金は16.4%）に引き下げ、18年改正で保険料率の上限を10%に引き上げた。

⁵¹ 医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成22年法律第35号）。総報酬割の導入により財政力の弱い協会けんぽの負担は減り、その分組合健保や共済の負担が増えた。総報酬割部分に係る協会けんぽへの国庫補助を廃止したことから、健保組合は国費削減の肩代わりであると反対した。

する国庫補助率は13%に、後期高齢者支援金も全て加入者割に戻る。その場合、協会けんぽの均衡保険料率は、25年度に10.4%、29年度には11.5%に上昇すると見込まれる。

協会けんぽは、平均保険料率10.0%は負担の限界であり、制度改革が行われないうまま保険料率を10.0%に据え置いた場合、29年度には2兆3,700億円の累積赤字が見込まれるとして、国庫補助率の20%への引上げと高齢者医療制度の見直し（公費負担拡充、総報酬制割への変更、70歳～74歳の窓口負担の2割への引上げ）を要望している。

しかし、一体改革大綱では協会けんぽの財政対策は盛り込まれていない。このため、現行の特例措置を継続するだけでも財源確保が課題である。なお、自民党はJ-ファイル2012において共済組合と協会けんぽの統合を記載しており、今後の対応が注目される。

エ 組合健保の財政状況

健保組合も財政状況には厳しいものがある。平成24年度末の組合数は1,443組合で、7年度以降減少傾向にある。特に高齢者医療制度が導入された20年度以降は、前期高齢者納付金の負担の急増により、組合健保の経常収支は毎年3,000億円超の赤字が続き、24年度予算では-5,782億円が見込まれる。4割の組合が保険料を引き上げているにもかかわらず、24年度の赤字組合数は89.9%に増加する。高齢者医療の支援金、納付金等が保険料収入に占める割合も20年度以降45%前後で推移し、24年度は46.2%と見込まれる。保険料収入の半分以上を支援金・納付金等に充てる組合も4割近くに達する。

こうした中で、健康保険組合連合会は、高齢者医療制度に対する公費拡充の早期実現、後期高齢者支援金の負担方法の変更による負担転嫁策への断固反対、医療費適正化対策の推進と組合方式の維持・発展、健保組合への適切かつ十分な財政支援を求めている。

オ 国保組合に対する国庫補助の見直し

国保組合は、同種の事業又は業務に従事する従業員を組合員として組織された国民健康保険法上の公法人で、現在164組合（うち医師・歯科医師・薬剤師92組合、建設32組合、一般業種40組合）ある。国保は市町村国保が原則とされ、昭和34年の国民健康保険法施行以降は、原則新たな国保組合の設立は認めないこととされている。

国保組合に対する国庫補助としては、原則医療給付費の32%の定率補助と、国保組合の財政力に応じて医療給付費の15%以内の範囲内で増額される調整補助金等がある。

国保組合については、国庫補助を受けながら自己負担を無料化・軽減している組合の存在や全国建設工事業国保組合における無資格者加入事案等が明らかになり、国庫補助見直しが浮上した。平成22年5月の厚生労働省行政事業レビューにおいては、「事業は継続するが更なる見直しが必要」とされ、財政基盤に不安のない組合に対する国庫補助を長期的には廃止すべき等のコメントが付された。さらに、22年11月の行政刷新会議「事業仕分け」では、「見直しを行う（所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止）」との評価結果が示された。これを踏まえ、同年12月の23年度予算大臣折衝では、所得水準の高い国保組合への補助金について、24年4月からの実施を念頭に23年通常国会に法案を提出し、事業仕分けの結論に沿って見直しを行う旨合意されたが、同時に提出予定であった高齢者医療制度の見直しが頓挫したことに伴い、提出は見送られた。一体改革大綱においても、所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直しが明記さ

れ、「平成 24 年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する」とされたが、状況は変わらず、未提出のまま今日に到っている。

カ 療養の範囲の適正化等

推進法は、医療保険制度について「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化を図る」と定めている。この趣旨について、民主党の発議者は、医療費の増大が見込まれる中で国民皆保険を維持するため、そして国民負担の面から、保険給付の対象範囲について必要な見直しを行う趣旨を規定したもので、特に具体的な内容を念頭に置いたものではないと答弁したが⁵²、自民党 J-ファイル 2012 においては、給食給付（医療上必要なものは除く）の原則自己負担化など保険給付の対象となる療養の範囲の適正化を図るとしている。一方、維新やみんなの党は、混合診療の解禁⁵³を主張している⁵⁴。

このほか、一体改革大綱では、後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し⁵⁵の検討を掲げており、これらについても今後論点となる可能性がある⁵⁶。

(3) 高齢者医療制度の見直し

ア 高齢者医療制度の経緯

後期高齢者医療制度は、75 歳以上の高齢者を対象とする独立した医療制度として平成 20 年 4 月に発足した。その前身の老人保健制度では、高齢者は国保等の医療保険と老人保健制度の両方に加入していたが、①保険料徴収主体（各保険者）と実施主体（市町村）が分離し、財政・運営責任が不明確、②若年世代と高齢者の負担ルールが不明確等の問題点が指摘され、増大する高齢者医療費の負担をめぐる関係者間の利害が対立していた。

後期高齢者医療制度は、こうした老人保健制度に対する批判から、①都道府県単位の広域連合を運営主体とし、財政・運営責任の一体化・明確化を図る、②1 割を後期高齢者自身の保険料、約 5 割を公費、残りの約 4 割を若年世代からの支援金で賄うことにより若年世代と高齢者の負担ルールを明確化するとともに、③65 歳から 74 歳の前期高齢者の医療費についても各保険者の加入者数に応じて財政調整を行うものであった。しかし、「後期高齢者」を別建てにする制度は高齢者への差別であるとの批判が高まり、国民への周知不足や手続きミス等により制度発足当初に大きな混乱を招いた。また、「消えた年金」を契機に国民の年金不信が高まっている最中に、保険料の年金天引きが開始

⁵² 第 180 回国会参議院社会保障と税の一体改革に関する特別委員会会議録第 6 号 38 頁（平 24. 7. 23）

⁵³ 我が国においては原則混合診療が禁止され、保険外診療は、保険給付に該当するものも含め全額自己負担となる。その例外は保険外併用療養費で、先進医療など将来的な保険導入について評価が必要な療養（評価療養）や特別の病室への入院など被保険者等の選定による療養（選定療養）については基礎部分が保険給付される。

⁵⁴ 混合診療の解禁は、主に規制緩和の立場から、患者の選択肢を増やし、保険外サービスの患者負担を軽減するものと主張されてきた。これに対しては、本来安全性、有効性が確認されれば速やかに保険適用されるべき先進医療等の保険適用を妨げ、保険給付の適用範囲の際限ない縮小につながるなどの強い反対意見がある。なお、維新はこのほか、診療報酬点数の決定を市場に委ねることを政策実例として掲げている。

⁵⁵ 一体改革成案では「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」とされた。なお、平成 21 年 11 月の行政刷新会議「事業仕分け」では市販類似医薬品を保険外とする方向性が示されている。

⁵⁶ これらのほか、日本経済団体連合会の「社会保障制度改革のあり方に関する提言」（平成 24 年 11 月 20 日）では、一部の高度医療の適用除外や保険免責制の検討等、医療保険の給付範囲についての検討や、医療給付費の総額管理制度の導入についての検討を求めている。

されたことは、制度改正に伴い保険料負担が増えた高齢者の不満に拍車をかけた。

政府・与党は、制度発足に先立ち、それまで保険料負担のなかった被用者保険の被扶養者であった者の保険料について、制度発足半年（平成20年4月～9月）までは無料、その後は均等割を9割軽減する措置や70歳から74歳までの患者の負担割合引上げ（1割→2割）の凍結を行うとともに、その後も低所得層に対する保険料の軽減措置などを矢継ぎ早に講じた⁵⁷が、高齢者医療制度は平成21年衆議院議員総選挙における争点の1つとなり、民主党マニフェストでは後期高齢者医療制度・関連法の廃止が明記された。

イ 高齢者医療制度見直しをめぐる動き

政権交代を経て平成21年11月、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度について検討を行うため、高齢者医療制度改革会議が設置された。同会議は、長妻厚生労働大臣（当時）が示した6原則⁵⁸に則り議論を進め、22年12月20日に最終とりまとめを行った⁵⁹。

しかし、最終とりまとめの国保を都道府県単位化することに対しては都道府県が反対姿勢を示した一方で、70歳代前半の患者負担引上げについては民主党内で異論が続出したことから⁶⁰、当初予定の平成23年度常会への法案提出は見送られた。さらに、一体改革大綱では「高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う」、「平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する」と明記された。しかし、法案は提出されないまま、推進法において、「今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、国民会議において議論し、結論を得ることとする。」旨規定され、3党合意で、あらかじめその内容等について3党間で合意に向けて協議することとされた。平成24年衆議院議員総選挙において、民主党は、「後期高齢者医療は年齢で差別しない制度に見直」すとして、国民会議の議論を経て民主党案の実現をめざす姿勢を示したが、一方の自民党は、「現行制度を基本としつつ」公費負担の増大等を図るとしている⁶¹。

ウ 70歳代前半の窓口負担と総報酬制の取扱い

高齢者医療制度の存廃は別にして、高齢者医療に係る当面の課題として、70歳代前半の患者負担と高齢者支援金に対する総報酬制の取扱いをめぐる問題がある。

⁵⁷ 70歳代前半の窓口負担の引上げ凍結、被用者保険の被扶養者であった者に対する保険料軽減、低所得者に対する保険料軽減措置は、その後も補正予算で毎年度延長され今日に到っている。

⁵⁸ ①後期高齢者医療制度は廃止する、②民主党マニフェストが掲げる「地域保険としての一元的運用」の第1段階として、高齢者のための新たな制度を構築する、③後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする、④市町村国保などの負担増に十分配慮する、⑤高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする、⑥市町村国保の広域化につながる見直しを行う。

⁵⁹ 最終とりまとめによる新制度のポイントは、高齢者医療制度の基本的枠組みは利点として維持した上で、①後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上も現役世代と同様国保か被用者保険に加入する、②国保について第1段階で75歳以上について都道府県単位の財政運営とし、第2段階（5年後）で全年齢について都道府県単位化する（運営主体は都道府県）、③現役並み所得の医療給付費にも公費負担を行い、公費負担を実質47%から50%に引き上げる、④国保の75歳以上の保険料を都道府県単位とする、⑤現役世代の保険料の増加分は高齢者と現役世代の保険料規模に応じて負担する、⑥現役世代の支援金を総報酬に応じた負担とする、⑦低所得者の保険料軽減特例措置を段階的に縮小する、⑧70歳から74歳までの患者負担を段階的に本来の2割に引き上げる等。

⁶⁰ 平成21年の民主党医療政策（詳細版）では「70歳以上の自己負担を1割」としていた。

⁶¹ なお、維新は、医療費自己負担については、年齢で負担割合に差を設けるのではなく、所得に応じて差を設けることを政策実例で主張している。

70歳代前半の患者負担については、本則2割とされながら、予算措置で引上げを凍結してきた経緯がある。その結果、70歳代前半の患者負担は前後の年代と比較して低くなっている⁶²。一体改革大綱では、「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。」とされ、実施時期について「平成24年度は予算措置を継続するが、平成25年度以降の取扱いは平成25年度の予算編成過程で検討する。」とされた。23年度第4次補正予算においては24年度の70歳代前半層の患者負担の軽減分として1,865億円が計上されており、財政影響も少なくない。その一方で、日本医師会等からは、患者負担の増大は受診抑制につながるとの慎重意見も根強い。

高齢者支援金に対する総報酬制の取扱いは、当面する協会けんぽの財政対策と密接からむ。同時に、高齢者支援金の負担の公平化や被用者保険内での格差是正の観点から、総報酬制を実現すべきとの意見もあり、一体改革大綱では「高齢者医療の支援金を各被用者被保険者の総報酬に応じた負担する措置について検討する」とされた。健保組合に与える財政影響を勘案しつつ、現在3分の1が総報酬割となっている後期高齢者支援金の在り方や、前期高齢者納付金についての負担方法等についても検討する必要がある。

(4) 高額療養費・総合合算制度

ア 高額療養費の見直し

医療費の自己負担が過重にならないよう、高額療養費によって月額自己負担額の上限が設けられているが、①年収が約200万円以上⁶³(70歳未満)で月額の自己負担上限額が80,100円+ α ⁶⁴となり中低所得層の負担が重い、②自己負担額が月単位で設定されており、月額が自己負担上限額を超えない程度の医療費を長期に負担している人はかえって負担が重くなる等の指摘がある。民主党は、平成21年の衆議院議員総選挙におけるマニフェストで、「高額療養費制度に関し、治療が長期にわたる患者の負担軽減を図る」と記載し、政権交代後も菅内閣総理大臣(当時)が高額療養費の見直しに前向きな答弁を行った⁶⁵。

しかし、これに見合う財源⁶⁶の捻出ができず、平成23年度の見直しは見送られ、一体改革成案では、受診時定額負担⁶⁷の導入を財源に高額療養費を見直すことが提案されたが、受診時定額負担には日本医師会等から強い反対意見が示され、民主党内でも異論が相次いだ。このため、受診時定額負担は断念を余儀なくされ、一体改革大綱では「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」との表現にとどまった。そして、抜本的な見直しまでの間

⁶² 70～74歳の患者負担額が医療費に対する患者負担割合は8.5%、一人当たり平均収入に占める割合は2.4%、一方65～69歳、75歳以上の患者負担割合はそれぞれ22.2%、13.8%。平均収入に占める割合は3.8%、3.9%。

⁶³ 3人世帯(夫婦、子1人)でおおむね給与年収200万円以上約800万円未満の者が一般所得者と区分される。

⁶⁴ 一般所得者の負担限度額は月額80,100円+(医療費-267,000円)×1%、4か月目以降は44,400円

⁶⁵ 第174回国会衆議院本会議録第36号29頁(平22.6.14)

⁶⁶ 70歳未満の年収300万円未満の自己負担限度額を44,400円+ α とした場合、給付費ベースで約2,600億円(保険料約1,700億円、公費約900億円)

⁶⁷ 一体改革成案では初診時・再診時に100円を負担する場合として、公費の財政影響額は1,300億円と試算された。これに見合う高額療養費の財政影響額は給付費で約3,600億円と見込まれている。

の改善策として、24年4月からの外来現物給付化に引き続き、「まずは年間の上限額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」とされた。

これを踏まえ、平成24年11月16日の社会保障審議会医療保険部会では、厚生労働省から70歳未満について①全ての所得層に高額療養費の年間上限(一般所得者は約64万円)を設ける、②年間上限額には年収300万円以下の区分を新たに設定する(約53万円)、③70歳以上についても70歳未満と同様の考え方で年間上限を設定する案が提示された⁶⁸。

なお、高額療養費に関しては、平成24年衆議院議員総選挙における民主党マニフェストにおいて治療が長期にわたる患者の負担軽減、自民党J-ファイル2012において限度額の引下げが盛り込まれ、公明党衆院選重点政策においては70歳未満年間所得300万円以下世帯の負担上限額の月額4万円への引下げ、年間上限額の新設、世帯合算における21,000円超条件の改善⁶⁹が記載されている。

イ 総合合算制度の導入等

このほか、一体改革大綱では、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」を創設するとされているが、制度実現には、番号制度等の情報連携基盤の導入が前提であるため、平成27年度以降の導入に向け、引き続き検討することとされた。社会保障・税共通番号(マイナンバー)については、関係法案が24年2月、第180回国会に提出され、修正協議の動きもあったものの、結局は継続審議の後、衆議院解散に伴い廃案となった。民主党は24年衆議院議員選挙におけるマニフェストにおいて、マイナンバー(社会保障・税番号制度)の利用を2016年度に開始すると記載しているが、一方の自民党はJ-ファイル2012において社会保障番号制度の導入を掲げ、これとあわせて医療と介護の総合合算制度を創設するとしている。

また、一体改革大綱では、難病患者の医療費助成について、高額療養費の見直しのほか、「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」方向で引き続き検討するとしている。現在厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会において検討が行われているほか、社会保障審議会児童部会の下に小児慢性特定疾患児への支援の在り方に関する専門委員会が設置され、小児慢性特定疾患について検討が進められている。

4. 介護

(1) 地域包括ケアの構築

今後の高齢化に伴い、介護費用の増大も避けられない。厚生労働省の推計⁷⁰によれば、平成24年に8.4兆円の介護給付費は37年には19.8兆円まで増大する。これに伴い、65歳以上の第1号被保険者の保険料は、平均月額約5,000円から6,800円程度に増大する。

一体改革大綱は、地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービ

⁶⁸ 財政影響は約100億円(うち公費約20億円)と見込まれている。

⁶⁹ 同一世帯で同一月に21,000円以上の窓口負担が2つ以上ある場合は世帯ごとに合算される。

⁷⁰ 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)

スが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築に向け、①在宅サービス・居住系サービスの強化(介護施設の重点化・在宅への移行)、②介護予防・重度化予防、③医療と介護の連携の強化、④認知症対応の推進を掲げた。平成23年6月に成立した改正介護保険法(24年4月施行)⁷¹により24時間対応の定期巡回・随時対応型サービス等が新設され、厚生労働省は、居住系サービスや在宅医療・介護サービスの充実を折り込んだ改革シナリオにおいて、24時間定期巡回・随時対応型サービスの利用者(1日当たり)を平成27(2015)年度1万人、平成37(2025)年度15万人と見込んでいる⁷²。しかし、実施状況は24年10月末で68保険者、117事業所にとどまっており⁷³、その普及が課題である。

一体改革成案は、介護サービス提供体制について、在宅介護・居住系サービスの充実、ケアマネジメントの機能強化、施設のユニット化等により2,500億円、マンパワーの増強により2,400億円程度の公費拡充を見込むとともに、介護予防・重度化予防、介護施設の重点化(在宅への移行)により1,800億円程度の公費削減を見込む。介護予防・重度化予防は重要な視点だが、目に見える効果は現れにくく、施策の具体化が鍵となる⁷⁴。

(2) 介護保険の給付の見直し

平成23年の介護保険法改正に当たっては、介護保険制度の持続可能性を高めるための給付の重点化・効率化や利用者負担増なども論点となった。主な論点は、①高所得者の利用者負担の引上げ(1割→2割)、②ケアプラン作成に対する自己負担の導入、③要支援者・軽度の要介護者に対するサービス提供の在り方(保険給付の縮小や利用者負担の引上げ)、④被用者保険における40歳～64歳の第2号被保険者の保険料に対する総報酬割の導入⁷⁵等である。しかし、社会保障審議会介護保険部会では結論は出ず、22年11月の「介護保険制度の見直しに関する意見」ではいずれも両論併記となった。さらに、翌12月の民主党厚生労働部門会議及び同部門会議介護保険制度改革ワーキングチームの「介護保険制度の見直しに関する提言」は、「負担増では国民に支持されない」として、「今回は最低限必要な改正にとどめ」、利用者負担の引上げ等は行わないこととした。このため、平成23年度の法改正は小幅なものとなり、課題の多くが一体改革に持ち越された。

一体改革大綱では、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、低所得対策として、①介護1号保険料の低所得者保険料軽減強化、②介護納付金の総報酬割の導入の検討、③一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の検討等が掲げられた。このうち①については、現在保険料が軽減されている市町村民税非課税世帯(65歳以上全体の約3割)について給付費の5割とは別枠で公費を投入し、低所得高齢者の保険料を更に軽減することが検討されている。

⁷¹ 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成23年法律第72号)

⁷² 厚生労働省「医療・介護の長期推計(主にサービス提供体制に係る改革について)」(平成23年6月)

⁷³ 厚生労働省「定期巡回・随時対応サービスの実施状況」

⁷⁴ これに関連して自民党J-ファイル2012は、運動器リハビリテーションの充実とロコモティブシンドローム(運動器症候群)の早期発見、運動器健診事業の導入を掲げている。また、公明党衆院選重点政策は、元気な高齢者に介護予防などの取組を評価して介護保険料を軽減するお元気ポイントの導入を掲げている。

⁷⁵ 現在は各医療保険の40～64歳の加入者数に応じて按分されている。

また、②が導入されれば、医療保険と同様、財政力の強い健保組合等の負担が増大する一方で、協会けんぽの負担が軽減される⁷⁶。さらに、これに伴い協会けんぽの介護保険納付金に対する国庫補助をなくすることで国費の削減も見込まれる。しかし、医療保険に加え、介護納付金にも総報酬割を導入することは健保組合にとっては二重の負担増であり、国庫補助の肩代わりであると健保組合の反発を招くおそれがある。一体改革成案は、第1号保険料の低所得者保険料軽減強化で1,300億円までの公費投入、介護納付金の総報酬割導入で1,600億円（完全実施）の公費削減を見込んでいる。

一方、③に関して一体改革大綱は、第6期の介護保険事業計画（平成27～29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、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について検討するとしている。推進法は、保険給付の対象となる介護サービスの範囲の適正化等による効率化・重点化を図ると規定しており、自民党J-ファイル2012にも同様の記述がある⁷⁷。選択肢はすでに複数示されているが、その中で何をどう選択していくかが問われることになる。

5. 生活保護制度見直しと生活困窮者対策

生活保護受給者数の増加が著しい。生活保護受給者数は平成7年以降一貫して増えていくが、特にリーマン・ショックによる金融・経済危機後の平成21年以降に急増し、24年9月には過去最高の213万3,905人に達した。生活保護受給者が増大する構造的要因として高齢化、特に単身高齢者の増大があるが、近年増加が著しいのは、高齢者、母子、障害者・傷病者のいずれの世帯にも属さない「その他世帯」であり、特にリーマン・ショック後に大きく伸びている。

生活保護費の急増は、地方自治体の財政を圧迫し、その約半分を占める医療扶助等を始めとする生活保護の適正化や就労支援の強化、生活保護制度の見直し等が強く意識されるようになった。平成23年12月の「生活保護制度に関する国と地方の協議に係る中間とりまとめ」では、自立・就労支援や求職者支援制度との関係整理、医療扶助・住宅扶助等の適正化、生活保護費の適正支給の確保、実施機関の事務負担軽減等について当面の対応策や検討課題が整理され、一体改革大綱においては、生活困窮者対策と生活保護制度の見直しについて総合的に取り組むための生活支援戦略の策定（24年秋目途）が盛り込まれた⁷⁸。

平成24年春、高所得者の親が生活保護を受給していた事実が報道され、生活保護に対する社会の関心は更に高まった。推進法は、附則で生活保護制度の見直しとして、①不正受給者等への厳格な対処、生活扶助、医療扶助等の給付水準の適正化、就労の促進その他の必要な見直しを早急に行う、②生活困窮者対策及び生活保護制度の見直しに総合的に取り組み、貧困の連鎖を防止するための支援を拡充するとともに、就労が困難でない者と困

⁷⁶ 総報酬割を完全に導入した場合の第2号被保険者1人当たり保険料負担額（労使折半、第5期平均（平成24～26年度））は、組合健保は+900円（4,900円→5,800円）、協会けんぽは-100円（4,100円→4,000円）。

⁷⁷ ただし、J-ファイル2012では、ケアプラン作成については介護保険制度で全額を賄う現行制度の維持を明記している。また、J-ファイル2012は、「多床室特養」の整備を明記しており、ユニット化を進めてきた従来の厚生労働省とは異なる方向性を示している。

⁷⁸ 生活支援戦略の策定は、日本再生戦略（平成24年7月31日閣議決定）にも盛り込まれている。

難な者と異なる支援策の構築、正当な理由なく就労しない場合の厳格な対処措置等について検討すると定めた。

さらに、「平成 25 年度予算の概算要求組替え基準について」（平成 24 年 8 月 17 日閣議決定）では、社会保障分野を聖域視することなく、生活保護の見直しを始め最大限効率化することとされ、生活保護基準の検証・見直しは予算編成過程で検討されることとなった。

平成 24 年 10 月 22 日、財務省は財政制度等審議会財政制度分科会において、生活保護の論点として、生活扶助基準の改定方式の検証、医療扶助への一部負担の導入・後発医薬品の原則化、住宅扶助基準の改定方式の見直しや各種加算・扶助の在り方についての根本的検討等を打ち出した。次いで、11 月 17 日に行われた行政刷新会議「新仕分け」では、平成 23 年 11 月の「提言型政策仕分け」⁷⁹に続いて生活保護が取り上げられた⁸⁰。

生活保護基準の検証については社会保障審議会生活保護基準部会で、生活困窮者対策、生活保護制度の見直しについては同生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会で検討が進められてきた。平成 24 年秋を目途に策定するとされた生活支援戦略については、24 年 7 月に厚生労働省から中間まとめが示されたが⁸¹、現時点で未策定である。

平成 24 年衆議院議員総選挙における民主党マニフェストは、生活支援戦略による生活困窮者への生活支援の充実や貧困ビジネス規制のための法整備等を掲げるとともに、真に支援が必要な人に適切に生活保護の認定を行うとして、国・地方自治体の調査権限の強化、電子レセプト点検の強化や後発医薬品使用の促進、受給要件の一定期間後の再確認、不正受給への罰則強化等を記載している。一方、自民党の J-ファイル 2012 は、①不正受給への厳格な対処、②生活保護水準や医療費扶助の適正化、生活保護水準の 10% 引下げ、後発医薬品の使用義務化やレセプト電子化によるチェック機能強化、③自治体における現金給付と現物給付の選択的実施、④就労可能者に対する就職斡旋を断った場合の給付の減額・停止の仕組みや有期制導入などの検討等を掲げ、受給抑制の姿勢を強く打ち出している。

さらに、自民、公明両党の連立政権合意は、生活保護について不正受給対策を徹底する

⁷⁹ 評価結果は、①生活保護基準は、自立の助長の観点、基礎年金や最低賃金とのバランスを考慮し、就労インセンティブを削がない水準とすべき、②医療扶助について、(i) 指定医療機関に対する指導強化、(ii) 後発医薬品の利用促進または義務づけの検討、(iii) 翌月償還制の一部自己負担の検討を含む適正化に取り組むべき等。

⁸⁰ 評価結果は、①生活扶助基準について就労インセンティブを削がない水準とし、一般低所得者の消費実態などとの均衡を図り、改定方法の見直し、各種加算・扶助の在り方等についての早急な検討を行う、②就労収入積立制度などの実現に向けた対応、正当な理由なく就労に向けた行動を怠る生活保護受給者に対するペナルティ強化を含めた検討を行う、③住宅扶助の一般低所得者の家賃との均衡を図り、基準の在り方や改定方式について早急に検討する、④医療扶助について後発医薬品の原則化、医療供給側の受診抑制のための取組について今年の見直しの中で直ちに取り組む。なお、医療扶助における自己負担の導入に関しては、大きな制度改革であり、政府内で更に検討を深めるべきとされた。

⁸¹ 主な改革の方向性は、生活困窮者支援体系の確立と生活保護制度の見直し。生活保護制度については、当面、①電子レセプトの活用やセカンド・オピニオン（検診命令）の活用、後発医薬品の使用促進等による医療扶助の適正化、②資産調査の強化（金融機関の「本店等一括照会方式」の導入）や制度運用の適正化、③「早期の集中的な」就労・自立支援を行うための方針を国が策定、④就労・自立支援プログラム等の拡充等による生活保護給付の適正化、就労・自立支援の強化を図るとともに、今後、①生活保護基準の検証・見直し、②指導等の強化（調査・指導権限の強化、医療機関の指定等の見直し、罰則の強化）、③「脱却インセンティブ」の強化（生活保護基準体系の見直し、就労収入積立制度の導入、家計・生活指導の強化、生活保護脱却後のフォローアップ強化）、④ハローワークと一体となった就労支援の抜本強化等、⑤高齢者などに対する社会的な自立の促進について検討を進めるとした。

とともに、自立・就労などの支援施策とあわせ、適正化に向けた見直しを行うとしている。

6. おわりに

平成24年12月16日に行われた第46回衆議院議員総選挙の結果、自民党は単独過半数、公明党とあわせて衆議院議員定数の3分の2の議席を獲得し、自公連立政権が発足した。

社会保障制度改革に関しては、3党合意に基づく枠組みは基本的には維持されることとなろうが、自助・共助・公助のどこに比重を置くか等、政党によって立ち位置が異なり、年金制度の在り方や高齢者医療など主張が大きく隔たる問題もある。協会けんぽの財政対策など対応が急がれる課題もあるが、個別の政策については新たな問題提起や方針転換も予想される。いずれにせよ、社会保障制度改革の検討については平成25年8月までの期限が付されており、残された時間は長くない。

平成24年に一体改革関連で成立した社会保障の改正内容は、年金受給資格期間の短縮や低所得の老齢年金受給者等に対する福祉的給付措置など給付の充実に関するものが多く、重点化・効率化に関する事項は、年金等の特例水準の解消を除いて先送りされた。さらに、医療・介護については施策の具体化も含めて今後の課題である。

社会保障に係る給付の重点化・効率化に関しては、消費税増税に加え国民に更なる負担を強いることになることから、国民生活に与える影響を懸念する声もある。しかし、財源の裏付けのない社会保障制度改革はありえない。消費税の増税分は全額社会保障財源に充てられることとされるが、そのうち社会保障の拡充に割けるのは2.7兆円、1%であり、残り4%は高齢化に伴う社会保障費の自然増や基礎年金国庫負担割合2分の1など現行制度の維持に充てられる。消費税率の引上げなしには現行制度の維持も困難な状況にある。

社会保障は助け合いの制度であり、共助にせよ公助にせよ、社会保険料若しくは税財源で賄われる。世代間の不公平の拡大を防ぎ、後代世代につけを回さないためにも、また、安定した持続可能な社会保障制度を構築していくためにも、負担増を先送りするのではなく、これを直視した改革を提案し、実行に移していくことが求められているのではなかろうか。

【参考文献】

藤井亮二「年金制度の見直し論議～社会保障・税の一体改革の一環として～」『立法と調査』(2012.1) No. 324

根岸隆史「社会保障・税一体改革における年金制度改正－国民年金法改正案・年金機能強化法案－」『立法と調査』(2012.5) No. 328

内藤俊介「生活保護の現状と課題－より公正、公平な生活保護制度の構築に向けて－」『立法と調査』(2012.8) No. 331

根岸隆史・杉山綾子・藤田雄大「年金二法案・社会保障制度改革推進法案の審議－年金機能強化・被用者年金一元化・社会保障改革推進－」『立法と調査』(2012.10) No. 333