

**新財政再建計画・考②**

発表日：2015年4月15日（水）

～社会保障制度改革でどこまでPB黒字に近づけるか～

第一生命経済研究所 経済調査部  
担当 エコノミスト 星野 卓也  
TEL:03-5221-4547**(要旨)**

- 医療・介護・年金をはじめとした日本の社会保障は、保険料、自己負担、そして公費投入の大きく3つの財源によって運営されており、制度に応じてそれぞれ負担の割合や構造が異なる。「財政への影響度」を低下させるという意味では、このうち公費の額を減らす必要がある。
- 医療における窓口自己負担割合の引き上げや、年金の受給開始年齢引き上げにより一定の財政効果を見込むことができる。しかし、社会保障改革のみで「経済再生ケース」の要対応額“9.4兆円”を埋めるためには、相当急進的な負担増を受け容れる必要があり、そのハードルは高い。
- 社会保障制度改革の真の目的は、2020年度のプライマリーバランス黒字化ではない。改革を通じて社会保障の収支バランスを少しずつでも整えていき、制度の持続可能性を高めることが重要である。
- 社会保障費の増加に対して、その費用を税で賄うか、保険料で賄うかという点も議論の余地がある。国や地方の財政を経由した所得再分配は、社会保障の制度間、世代間の格差を抑制できるというメリットがある。各制度の保険料で賄えば会計上は資金フローが明確化するほか、保険者（制度運営者）に費用効率化のインセンティブを与える効果が期待できる。

**○医療・介護・年金制度の財源構造**

拙稿「[新財政再建計画・考①～高齢者の更なる高齢化が進む～](#)」（2015年4月9日発行）に続き、今夏公表の新・財政再建計画について考える。本稿ではまず、医療・年金・介護の3つの社会保険制度の財源構成や収支バランスについて整理したうえで、各種の社会保障制度改革による財政効果の試算を示している。

**(a) 医療**

現行の医療保険（健康保険制度）は大きく5つに分類される。企業運営の組合健保、中小企業の加入する協会けんぽ、公務員の加入する共済組合、自営業者や前期高齢者が多くを占める国民健康保険、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度である。制度は複数存在するが、いずれの保険制度に加入しても年齢に応じて同様の医療給付を受けることができる（自己負担割合→70歳まで：3割、70～75歳：2割（移行中）、75歳～：1割）。なお、各制度の財政基盤によって、保険料率には差異が存在する。低所得者などを多く抱える国民健康保険では保険料率を高く設定される傾向がある。

それぞれの資金フローをみると、比較的財政基盤の安定している「組合健保」や「協会けんぽ」から、「国民健康保険」や「後期高齢者医療制度」におよそ4兆円ずつの資金移転が行われている。また、「国民健康保険」、「後期高齢者医療制度」については、それに加えて国・地方からの公費補填が行われており、それが収入の4～5割を占めている状態だ。複数の保険制度が存立してはいるものの、実際には財政基盤が

脆弱なところに公費投入や制度間移転が行われており、各制度間で給付や保険料率の格差が発生することを抑える仕組みになっている。

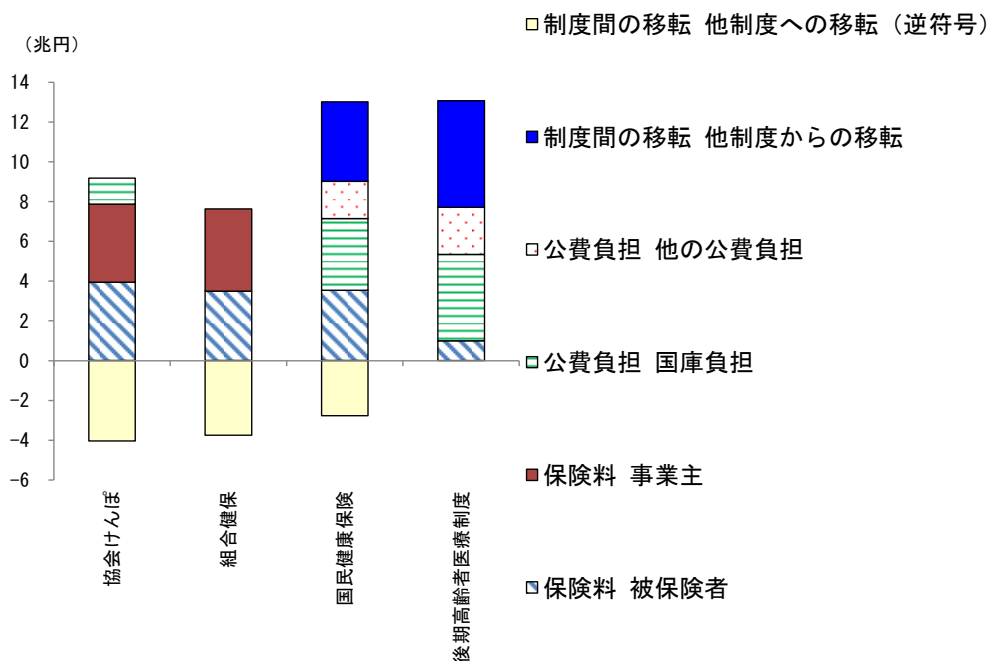
資料 1. 健康保険制度の概要

	組合健保	共済組合	国民健康保険	協会けんぽ	後期高齢者医療制度
運営主体	各企業の健康保険組合	各地方自治体の共済組合	市区町村 (※1)	全国健康保険協会 (厚生労働省)	都道府県ごとに設けられる後期高齢者医療広域連合
主な加入対象	企業の会社員とその扶養家族	公務員・教員	65歳未満の自営業者や65～74歳の前期高齢者	中小企業の会社員・その扶養家族	75歳以上、ないしは65歳～74歳で一定の障害状態にある人
加入者数	約 2,935 万人	約 900 万人	約 3,466 万人	約 3,510 万人	約 1,517 万人
給付総額	4.5 兆円		10.1 兆円	4.7 兆円	14.4 兆円
公費投入額	ほぼ無 (※2)	無	3兆5,006億円	1兆2,405億円	6兆8,229億円

(出所) 厚生労働省資料などを基に第一生命経済研究所が作成。

(※1) 2018年度に都道府県へ移管する方針が固まっている。(※2) 後期高齢者医療への拠出負担が重い一部の保険者には、国庫補助がある。

資料 2. 健保 4 制度の収入源



(出所) 国立社会保障人口問題研究所「社会保障費用統計」を基に第一生命経済研究所が作成。

本資料は情報提供を目的として作成されたものであり、投資勧誘を目的としたものではありません。作成時点で、第一生命経済研究所経済調査部が信ずるに足ると判断した情報に基づき作成していますが、その正確性、完全性に対する責任は負いません。見直しは予告なく変更されることがあります。また、記載された内容は、第一生命ないしはその関連会社の投資方針と常に整合的であるとは限りません。

## (b) 介護

介護保険の財源は、公費 50%・保険料 50%と半々の割合だ。介護サービスの費用のうち、9割が保険から補填され、自己負担割合は1割である。「要支援1～2」「要介護1～5」の介護レベルが定められており、レベルに応じて給付の上限額が異なっている。保険料の徴収は40歳から行われ、65歳以上とそれ以外とで第1号被保険者、第2号被保険者に区分されている（資料3）。

資料3. 介護保険の財源割合

公費			保険料	
市町村	都道府県	国	第1号被保険者 (65歳以上)	第2号被保険者 (40～64歳)
12.5%	12.5%	25%	21%	29%

介護保険からの給付額 8.2兆円(2012年度)  
(介護費用の9割を補填、1割は自己負担)

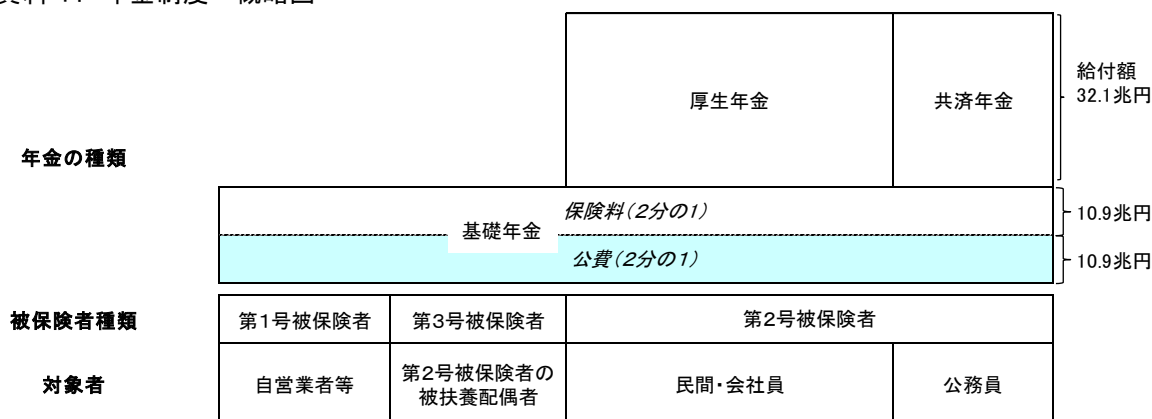
(出所) 厚生労働省資料等より第一生命経済研究所作成。

(注) 2015年8月から、一定以上所得者の負担が2割に引き上げられることが決定している。

## (c) 年金

年金制度は、国民全てが加入する基礎年金部分と、報酬比例の厚生年金・共済年金部分に分かれる。このうち、厚生・共済年金はすべて保険料（ないしはその積立金の取り崩し）で給付が行われている。基礎年金の部分に公費の補填が行われており、国庫からその給付の2分の1が補填されている（資料4）。

資料4. 年金制度・概略図



(出所) 厚生労働省を基に第一生命経済研究所が作成。(注) 給付額は平成26年度予算ベース。

年金制度は、医療介護と比べると制度のバランスが相対的に良好である。これは、①2004年度の改革で厚生保険料率の引き上げとマクロ経済スライドによる給付抑制の実施が決定され、負担・給付のバランスを整える仕組みがあること、②医療・介護と異なり137兆円に上る多額の積立金が存在し、負担・給付のバランスが崩れても、積立金の取り崩しで対応可能なので直ぐに保険料率の上昇や給付の削減に至らずに済む、という2点が背景だ。

本資料は情報提供を目的として作成されたものであり、投資勧誘を目的としたものではありません。作成時点で、第一生命経済研究所経済調査部が信ずるに足ると判断した情報に基づき作成していますが、その正確性、完全性に対する責任は負いません。見直しは予告なく変更されることがあります。また、記載された内容は、第一生命ないしはその関連会社の投資方針と常に整合的であるとは限りません。

## ○社会保障制度改革だけで 20 年度 P B 黒字化は困難

このように、保険料、自己負担、そして公費投入の大きく 3 つの財源によって社会保障制度は運営されており、制度に応じてそれぞれ費用の割合・構造が異なる。「財政への影響度」を低下させるという意味では、このうち公費の額を減らす必要がある。

以下では、各種の社会保障制度の変更等によって、どれほどの費用抑制効果（公費の抑制効果）が見込めるかを試算している。急進的な改革例も挙げているが、効果のメドとして理解されたい。新・財政再建計画を考えるうえで、国・地方 P B への影響を見る際には費用に公費負担割合を乗じて計算した「公費の削減額」を参照いただきたい（資料 5）。

資料 5. 各施策による社会保障費抑制効果の試算

	施策	総給付費の削減額 (兆円)	うち、 公費の削減額 (兆円)	2020 年度までの 実現可能性
医療	75 歳以上の健康保険料を 1 割引き上げ	0.1 兆円	0.03 兆円	A
	一律・定額窓口負担制度の創設 (100 円)	0.1 兆円	0.05 兆円	B
	代替可能な先発薬をジェネリック医薬品へ完全代替	1.5 兆円	0.6 兆円	B
	70～75 歳患者の自己負担割合を 2 割から 3 割に (現行：1 割→2 割に移行中) (※ 1)	0.5 兆円	0.2 兆円	C
	75 歳以上患者の自己負担割合を一律 3 割に引き上げ (現行：1 割) (※ 1)	2.8 兆円	1.1 兆円	C
	医療供給の効率化：全都道府県の一人当たり医療費を、最も低い都道府県の値まで低下させた場合の削減額 (全年齢)	8.5 兆円	3.3 兆円	C
	医療供給の効率化：全都道府県の一人当たり医療費を、最も低い都道府県の値まで低下させた場合の削減額 (75 歳以上)	2.8 兆円	1.1 兆円	C
介護	介護保険料の支払開始年齢を 35 歳 (現行：40 歳) に早期化	0.5 兆円	0.2 兆円	B
	介護保険の自己負担割合を 1 割→2 割に引き上げ	1.0 兆円 (※ 2)	0.5 兆円 (※ 2)	B
年金	マクロ経済スライドを 2016～2020 年度までの間、フル発動 (全く行わなかった場合との差)	1.2 兆円	0.6 兆円	A
	老齢基礎年金の支給開始年齢を 70 歳に引き上げ	5.4 兆円	2.7 兆円	C

(出所) 国立社会保障人口問題研究所「社会保障費用統計」、厚生労働省資料等を基に第一生命経済研究所が試算。

(注 1) 2012 年度実質価格。公費削減額は、現行の公費負担割合を基に計算。各試算値は諸々の前提をおいて作成したものであり、改革効果の目安として理解されたい。(注 2) 「2020 年度までの実現可能性」については、現在の政治情勢等を踏まえての筆者見解である。A：実現可能性が十分にある、B：実現可能性はある、C：2020 年度までの実現は困難。

(※ 1) 自己負担額が一定額を超過した場合にその超過分を健康保険から補填する「高額療養費制度」の影響を織り込んでいない (統計上の制約のため)。そのため、現行の高額療養費制度が維持された場合、自己負担割合引き上げによる実際の軽減額は、この試算よりも小さくなる点には留意。直近で確認可能な 2010 年度の高額療養費給付実績は 2.0 兆円 (厚生労働省・医療保険部会資料)。(※ 2) 2015 年 8 月から、一定以上所得者の負担が 2 割に引き上げられることは決定済。試算値は、「一律 1 割」→「一律 2 割」に引き上げた場合の値。

本資料は情報提供を目的として作成されたものであり、投資勧誘を目的としたものではありません。作成時点で、第一生命経済研究所経済調査部が信ずるに足ると判断した情報に基づき作成していますが、その正確性、完全性に対する責任は負いません。見直しは予告なく変更されることがあります。また、記載された内容は、第一生命ないしはその関連会社の投資方針と常に整合的であるとは限りません。

資料5で示した改革は一例であるが、ここからわかるように健康保険の自己負担割合の引き上げや年金の支給開始年齢の引き上げによって、一定規模の公費支出削減を実現することが可能である。しかしながら、「経済再生ケース」の要対応額“9.4兆円”削減のハードルは相当に高い。実現のためには、こうした改革を複合的に行う必要があるが、今後5年間というスパンを考えると、どうしても急進的な負担増にならざるを得ない。経済への悪影響は避けられないほか、政治的な反発も不可避だろう。

### ○2020年度以降のための社会保障改革である

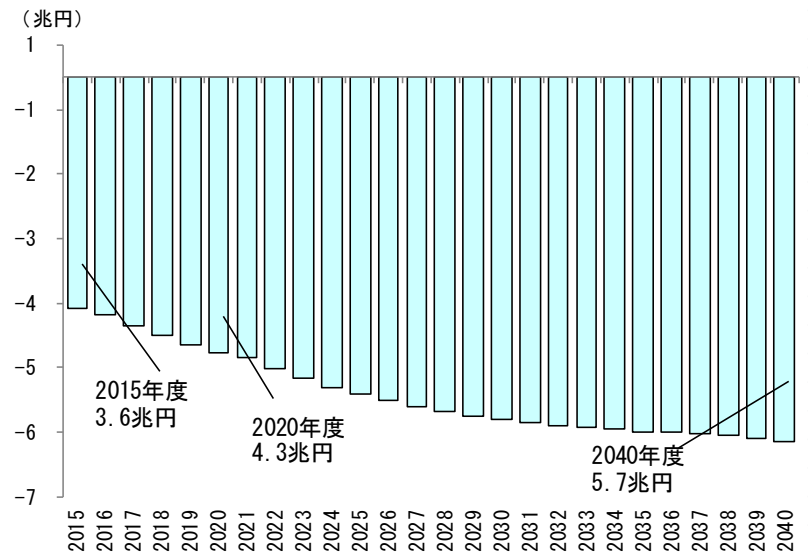
このように、社会保障における“痛みを伴う改革”は公費の削減に一定規模の寄与が期待できるが、様々な制度改定を組み合わせても、2020年度までの要対応額の最低ラインである「9.4兆円」はかなり高い壁だと評価せざるを得ない。

但し、重要なことは“社会保障改革の目的は2020年度のプライマリーバランス黒字化だけでは無い”ということである。日本の少子高齢化は2020年度以降も続き、高齢人口の割合の上昇は趨勢的に続く。社会保障費も構造的な増加が避けられず、公費増を通じた更なる財政の圧迫も避けられない情勢である。

そして、資料5で示したような改革は、少子高齢化が進むにつれて、その効果を増していくことになる。資料6では、医療費の自己負担3割化に伴う将来の費用節減効果を試算したものである。70歳以上人口が増加していく将来時点の方が、財政の改善効果も大きくなる。重要なことは、少しずつであっても社会保障改革を着実に一歩ずつ進めておくことである。

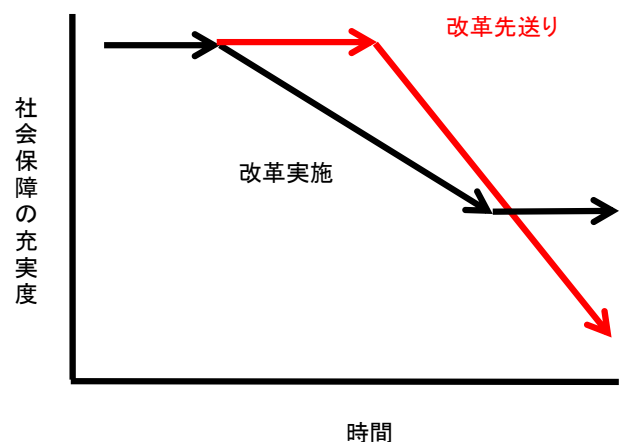
社会保障改革の先送りは、ツケの先送りに過ぎない。痛みを伴う改革を避けるほどに、将来世代はより急進的な改革に踏み切らざるを得なくなる。最悪の場合、それは将来における財政破綻という形で訪れる。国債金利の安定しているうちに、社会保障制度の収支バランスの見直しを徐々に進めること、それにより制度の持続可能性を担保しておくことが肝要である。

資料6. 【医療費】全年齢で自己負担割合3割化した場合の給付費節減効果



(出所) 厚生労働省「国民医療費」、国立社会保障人口問題研究所資料等。  
 (注) この試算には、自己負担額が一定額を超過した場合にその超過分を健康保険から補填する「高額療養費制度」の影響を織り込んでいない(統計上の制約のため)。そのため、現行の高額療養費制度が維持された場合、自己負担割合引き上げによる実際の軽減額は、この試算よりも小さくなると考えられる点には留意。また、70歳以上でも現役並み所得者は3割の窓口負担が求められるが、その点も捨象。国民医療費は、拙稿「新財政再建計画・考①」(2015年4月9日)の「現状維持シナリオ」を用いた。

資料7. 社会保障改革の先送り(イメージ図)



(出所) 第一生命経済研究所作成。

本資料は情報提供を目的として作成されたものであり、投資勧誘を目的としたものではありません。作成時点で、第一生命経済研究所経済調査部が信ずるに足ると判断した情報に基づき作成していますが、その正確性、完全性に対する責任は負いません。見直しは予告なく変更されることがあります。また、記載された内容は、第一生命ないしはその関連会社の投資方針と常に整合的であるとは限りません。

## 補論：財源を税で賄うか、保険料で賄うか

社会保障費の増加に対して、その費用を税で賄うか、保険料で賄うかという点も議論の余地がある。国や地方の財政を経由した公費による所得再分配は、社会保障の制度間、世代間の格差を抑制できるというメリットがある。一方で、保険料収入を中心にすれば、一度国・地方の財政を経由する公費負担よりも会計上の資金フローが明確化する。また、「いざというときの公費頼み」の構図が解消されることで、保険者（制度運営者）に費用効率化のインセンティブを与える効果も期待できる（資料8）。

実際には、これらのミックスも選択肢だ。例えば、運営主体の裁量が働く余地の小さい基礎年金については、全額公費拠出とする。これによって、国民年金の保険料未納やそれに伴う無年金の問題を解決することもできる。一方で、費用効率化が課題である医療費については、公費負担を段階的に縮小していき、保険者である都道府県や健保組合の裁量を大きくする。税・保険料それぞれ一長一短があるが、今回の新・財政再建計画の立案を機に、社会保障の財源構造のあり方を見直すことも一考に値するだろう。

資料8. 公費投入か保険料引き上げか

	税（公費）で賄う	保険料で賄う
<b>世代間の格差</b>	消費税など全世代に亘る税で確保すれば、世代間格差を抑えられる	基本的には保険料徴収のベースが所得 →現役世代に負担が偏る
<b>保険制度間の格差 （健康保険）</b>	被保険者基盤が脆弱なところに多くの公費投入を行うことで、制度間の不平等を緩和できる	高齢者、低所得者の多い国民健康保険などでは、保険料が上昇し制度間の保険料率格差が大きくなる
<b>会計上の透明性</b>	一旦、国地方の会計を経由するため資金の流れが見え難くなる	使途が明瞭に
<b>保険者の費用効率化 インセンティブ</b>	保険者側が「困ったら公費が補填してくれる」といった発想に至ることによるモラル・ハザード（費用効率化インセンティブが働かない）	各運営主体（都道府県や市区町村、健保組合）に費用効率化のインセンティブ

（出所）第一生命経済研究所作成。