

基礎研 レポート

全世代社会保障法の成立で何が 変わるのか(上)

高齢者も含めた応能負担の強化、制度の複雑化は進行

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 上席研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～全世代で応能負担の強化が明確化、制度の複雑化は進行～

今年の通常国会に提出されていた「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（以下、全世代社会保障法）は2023年5月の参院本会議で、与党などの賛成多数で可決、成立した。

今回の法律では、出産時に支払われる「出産育児一時金」の引き上げに加えて、75歳以上の後期高齢者に課される保険料の上限引き上げ、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医機能」の強化、国と都道府県が6年周期で策定している「医療費適正化計画」の見直しなど数多くの内容が盛り込まれた。

そこで、本稿では2回シリーズで、医療保険制度改革や医療費適正化計画の見直しなどを中心に、制度改正の内容を概観するとともに、その目的や意味合い、今後の展望などを論じる。

このうち、今回の（上）では主に医療保険制度改革に関する部分に着目し、全体として全世代で応能負担を強化する流れが強まっている点を論じる。その一方、関係団体の利害調整が優先された結果、制度の複雑化が一層、進行している点を考察し、負担と給付の関係が紐付くことを特徴とする社会保険方式のメリットが失われている点を指摘する。

さらに、次回の（下）では、医療費適正化計画の強化や国民健康保険運営方針の見直しなど、主に都道府県が絡む制度改正を取り上げることで、都道府県の役割と権限を大きくする「医療行政の都道府県化」の傾向が一層、顕著になっている点を指摘し、今後の論点などを考察する。

なお、かかりつけ医機能の強化や出産育児一時金の引き上げ、介護保険改革については、別稿を取り上げたので、これらの言及は最低限に止める。

2—改正法の概要と本稿の構成

1 | 厚生労働省が公表している概要資料

まず、全世代社会保障法の全体像を概観する。下記に示した資料は今年の通常国会に法案が提出された際、厚生労働省がウェブサイト公開した概要である。

これを見ると、医療保険制度に関わる健康保険法や国民健康保険法、高齢者医療安定確保法（高確

法) だけでなく、医療提供体制改革に関する医療法、さらに3年に一度の見直し時期を迎えていた介護保険法の項目も盛り込まれており、改正内容が広範にまたがっている様子を見て取れる。施行は原則として2024年4月。

資料：通常国会で成立した改正法の概要

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる(※)とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
(※) 42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ(政令)、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料(税)を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健康連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を配置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化(6年)し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

施行期日

令和6年4月1日(ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日)

出典：厚生労働省資料から抜粋

このように様々な法律を一体的に提出する方法は一般的であり、例えば新興感染症対策を強化するため、2022年臨時国会に成立した改正法では「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律などの一部を改正する法律案」というタイトルで、感染症法や地域保健法、医療法、予防接種法などが一体的に組み込まれていた¹。

2 | 本稿の内容

上記で挙げた全世代社会保障法のうち、「1. こども・子育て支援の拡充」では、出産した妊婦に現金を給付する「出産育児一時金」の引き上げが専ら想定されている。さらに、「4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化」のうち、①で書かれている部分では、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医機能」の強化に関する内容が盛り込まれた。

このほか、全世代社会保障法には、3年に一度の頻度で見直されている介護保険法の改正も含まれ

¹ 臨時国会で成立した改正感染症法に関しては、2022年12月27日拙稿「[コロナ禍を受けた改正感染症法はどこまで機能するか](#)」を参照。

ているが、2割負担の対象者拡大が先送りされるなど、「超小粒」の見直しに終わった。その結果、介護保険に関する内容は僅かとなっており、上記で挙げた資料では「4. 医療・介護の連携機能強化及び提供体制等の基盤強化」のうち、②③に挙げられている介護データの情報収集とか、経営情報の報告義務化にとどまった。これら3つの内容は別稿で取り上げたので、今回は詳しく触れない²。

本稿では2回シリーズで、残る論点のうち、医療保険制度改革や医療費適正化計画の見直しなどを考えることとし、今回の（上）では医療保険に関する部分として、資料の「2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し」を主に取り上げる。以下、（1）後期高齢者医療制度の見直し、（2）前期高齢者財政調整の見直し——の順で、詳しく改正内容を考察する。

3——後期高齢者医療制度の見直し

1 | 後期高齢者医療制度の概要

後期高齢者医療制度とは、2008年度に発足した仕組みである³。それまでに存在していた「老人保健制度」では、高齢者を多く受け入れている国民健康保険の高齢者医療費を賄うため、相対的に裕福な健康保険組合の保険料を回す仕組みだったため、健康保険組合連合会が負担増に反発した。さらに、経済界も「現役世代は世代間扶助のために上乘せされた保険料を意図せずに負担している」などと批判した。このほか、自民党や日本医師会（日医）、連合、自治体なども、それぞれの立場で制度改正を提案し、これらを調整する形で、現在の仕組みが生まれた。

被保険者は主に75歳以上高齢者⁴であり、都道府県単位で市町村が参加した広域連合が保険者（保険制度の運営者）を担っている。財源については、市町村が徴収する75歳以上高齢者の保険料で約1割の医療費が賄われている一方、約5割は国、都道府県、市町村からの公費（税金）で支援を受けている。さらに、約4割については、健康保険組合や国民健康保険など他の保険者が支払う「後期高齢者医療制度支援金」（以下、支援金）で賄われている。

2 | 出産育児一時金に対する後期高齢者医療制度からの拠出

今回の制度改正では、出産育児一金を42万円から50万円に引き上げる際の財源について、後期高齢者医療制度が最終的に7%分を負担することになった。この判断について、制度改正を議論した社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）医療保険部会が2022年12月に公表した「議論の整理」では「（筆者注：少子化は）今や、全ての世代にとって、正面から向き合い、その克服に向けた取組が必要な事態」といった問題意識が披歴されている。

これに伴って給付費は約630億円の増加となり、協会けんぽで220億円（加入者1人当たり600円）、健康保険組合で160億円（同600円）、共済組合等で80億円（同800円）、国民健康保険で60億円（同

² かかりつけ医に関しては、2023年2月13日拙稿「[かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか](#)」（上下2回、リンク先は第1回）を参照。出産育児一時金の引き上げについては、2023年6月27日拙稿「[出産育児一時金の制度改正で何が変わるのか？](#)」を参照。介護保険制度改正に向けた議論については、拙稿2013年1月12日拙稿「[次期介護保険制度改正に向けた審議会意見を読み解く](#)」を参照。

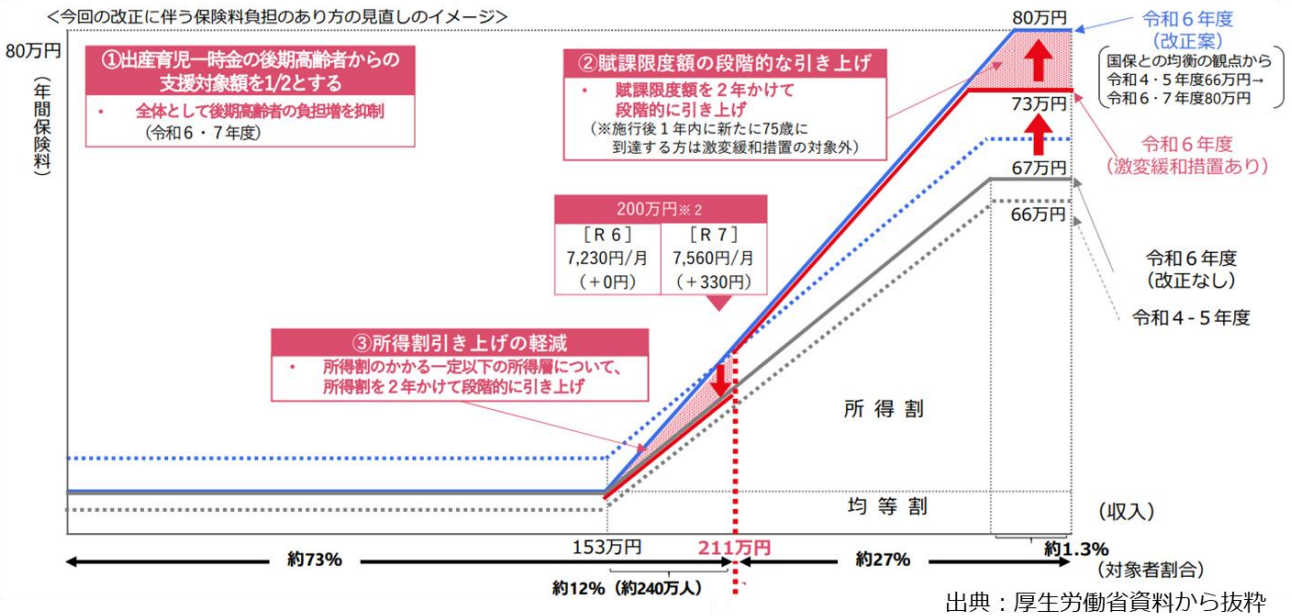
³ 後期高齢者医療制度の歴史や構造などについては、2018年7月31日「[10年が過ぎた後期高齢者医療制度はどうなっているのか（上）](#)」（上下2回、リンク先は第1回）を参照。

⁴ このほか、65歳以上の寝たきり高齢者も対象になっている。

200 円)、後期高齢者で 130 億円 (同 600 円) の保険料負担が増加する⁵。

ただ、出産育児一時金の支払いが発生した保険者に対し、後期高齢者医療制度が費用を支出するのではなく、各保険者から後期高齢者医療制度に支出されている支援金から所要額を相殺する形になる。

図1：後期高齢者医療制度の保険料上限引き上げのイメージ



3 | 後期高齢者医療制度の保険料上限引き上げ

さらに、図1の通り、保険料の上限額を意味する賦課限度額が引き上げられる。後期高齢者の保険料は「均等割」(被保険者が均等に支払う部分)と、所得に応じた「所得割」に分かれており、年金収入が概ね1,000万円以上の高所得者については、所得割の保険料の上限が66万円から80万円に段階的に引き上げられる(2024年度は73万円、2025年度に80万円)。

さらに年収が153万円超の人についても、保険料負担を段階的に引き上げる。その結果、「議論の整理」では現在、1対1に設定されている均等割と所得割の比率について、所得割の比率を引き上げることで、48対52程度とする考えが示されている。

なお、図1で用いた厚生労働省の資料では、「出産育児一時金の後期高齢者からの支援対象を2分の1とする」「賦課限度額の段階的な引き上げ」「所得割引き上げの軽減」の3つが「激変緩和措置」として示されている。

これらは検討過程で、与党や医療保険部会の一部委員から「高齢者の負担が一気に増えることになり、激変緩和策が必要」といった意見が出た⁶ため、2年間の経過措置として導入された。

4 | 後期高齢者と現役世代の負担割合見直し

第3に、現役世代と75歳以上高齢者の保険料負担率が見直された。これまでの仕組みでは、人口減

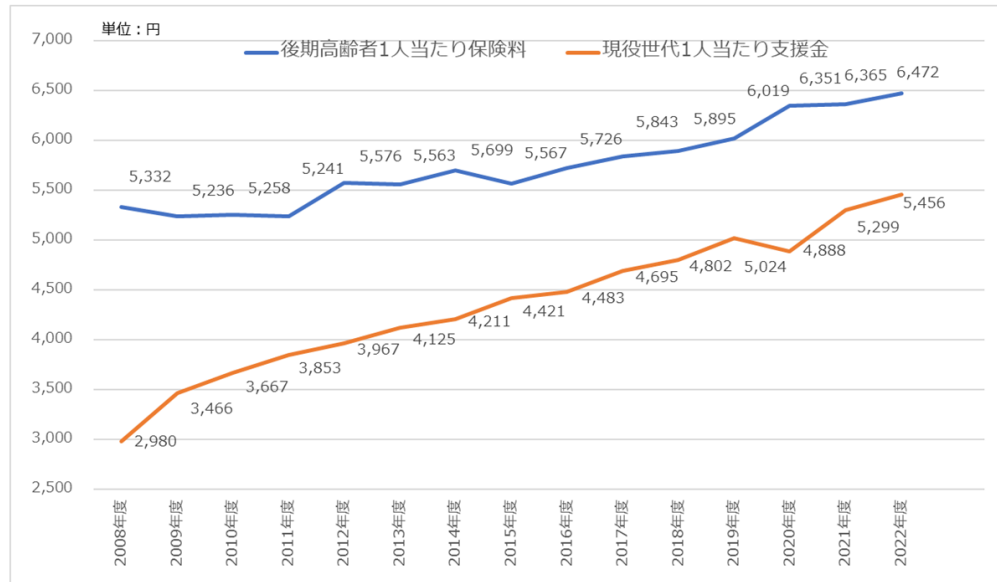
⁵ 厚生労働省の資料では、共済組合等は船員保険と健康保険に統合された日雇保険の特例を、国民健康保険は医師など特定の職業を対象とした「国民健康保険組合」も含んでいる。以下、制度改正に伴う保険料負担の試算は同じ表記にする。

⁶ 2023年12月12日『共同通信』配信記事などを参照。

少と高齢化に伴って現役世代1人当たりの負担が増える分について、高齢者と現役世代で折半して設定する仕組みが採用されており、その結果として、現役世代に負担増のシワ寄せが行きやすい構造となっていた。

具体的には、図2の通り、2008年度の制度創設当時、現役世代の1人当たり支援金は2,980円だったが、2022年度見込みで5,456円にまで伸びた。一方、後期高齢者の1人当たり保険料は制度スタート時に5,332円だったが、2022年度見込みで6,472円にとどまった。両者の伸び率を2008年度比で比較しても、現役世代の伸び率は約1.8倍だが、後期高齢者1.2倍となっている。

図2：後期高齢者と現役世代の1人当たり保険料/支援金の推移比較



出典：厚生労働省資料を基に作成

そこで、医療保険部会の「議論の整理」では「高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できる持続可能な仕組みとするとともに、当面の現役世代の負担上昇を抑制する」必要があると指摘し、現役世代からの支援金と、75歳以上高齢者の保険料の伸び率を同じレベルにすることにした。

この制度改正が保険料に及ぼす影響の概算として、後期高齢者医療制度は820億円（加入者1人当たり4,000円）の負担増となる。一方、協会けんぽで300億円（同800円）、健康保険組合で290億円（同1,000円）、共済組合等で100億円（同1,100円）、国民健康保険で80億円（同300円）の減少になる。

なお、同様の仕組みは2000年度創設の介護保険制度に導入済みであり、これが参考にされた。介護保険制度の場合、65歳以上の被保険者（第1号）と、40歳以上65歳未満の被保険者（第2号）が保険料を支払う仕組みとなっており、その比率は現在、65歳以上の高齢者が23%、40歳以上65歳未満が27%となっている。

しかし、この比率は3年に一度、人口比の変化に応じて、65歳以上の高齢者と40歳以上65歳未満の1人当たり保険料額が概ね同じになるように調整されている。実際、制度がスタートした際、高齢者は17%、40歳以上65歳未満は33%だったが、高齢化の進展に伴って少しずつ高齢者の負担割合を増やす一方、40歳以上65歳未満の割合を減らして来た経緯がある。

4 前期高齢者財政調整の見直し

1 | 前期高齢者財政調整の仕組み

前期高齢者財政調整とは、65歳以上75歳未満の医療費について、高齢化率の高い国民健康保険に

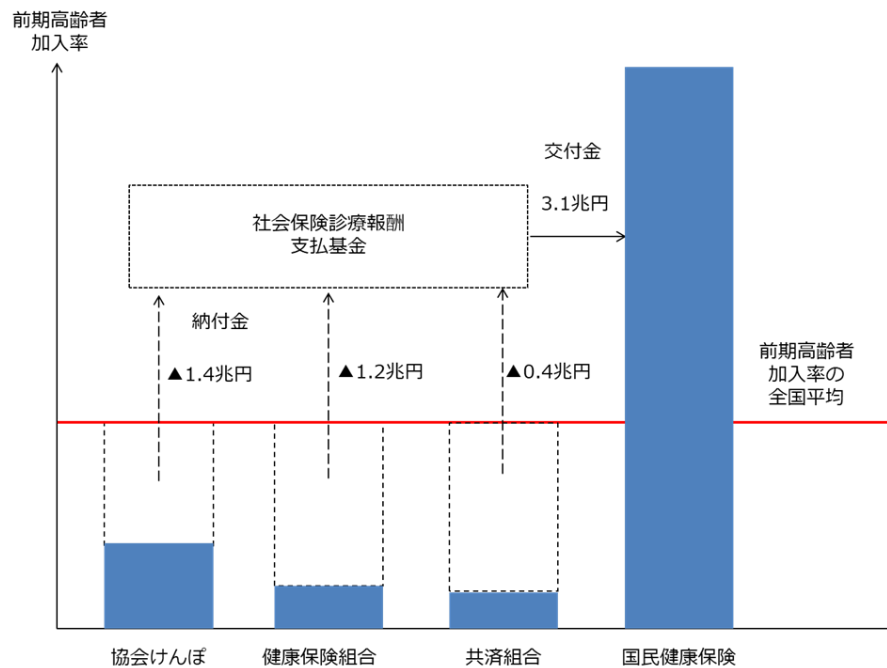
対し、高齢化率の低い健康保険組合、協会けんぽ、共済組合が保険料を納付する仕組みである。

制度の趣旨を説明すると、以下のように整理できる。通常、健康保険組合や協会けんぽ、共済組合に加入している勤め人は退職すると、原則として国民健康保険に移行する。一方、一般的に加齢に伴って医療ニーズは高くなるため、制度間で比較すると、国民健康保険が多くの医療費を負担する構造となっている。

そこで、高齢化率の違いに着目し、高齢化率の高い国民健康保険に対し、高齢化率の低い健康保険組合などが費用を拠出する仕組みが採用されている。その際、拠出される保険料は「納付金」、拠出を受ける保険料は「交付金」と呼ばれており、納付金の規模は 2022 年度概算で約 3 兆円。

分かりやすく言うと、若い年齢層の保険者が納付金を国（社会保険診療報酬支払基金）に支払う一方、高齢者を多く受け入れている国民健康保険が国から交付金を受け取る仕組みであり、イメージは図 3 の通りである。

図3：前期高齢者財政調整のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

注：数字は概数、図は概略であり、納付金と交付金の合計が一致してない。

2 | 制度改正の内容

今回の制度改正では、前期高齢者財政調整の配分ルールを段階的に変更する。具体的には、現在は加入者の数に応じて、交付金の割当額が決まっているが、健康保険組合や協会けんぽ、共済組合など被用者保険に課される納付金のうち、3分の1については、「報酬水準に応じた調整」（報酬調整）が2024年度から導入されることになった。

その結果、相対的に高所得の健康保険組合の負担が増える一方、主に中小企業の従業員と家族で構成する協会けんぽの負担が減るため、協会けんぽの国庫負担が浮く。つまり、健康保険組合に負担を付け替える代わりに、国の社会保障費を減らす意図である。

厚生労働省の試算によると、健康保険組合で約 600 億円、共済組合等で約 350 億円、国民健康保険で約 20 億円、それぞれ保険料負担が増える一方、協会けんぽは 970 億円程度のマイナスとなる。これに伴って、国費は 1,290 億円程度、減少する。さらに、この制度改正に伴って著しく財政負担が増える健康保険組合に対し、国庫補助金が支出されることになった。

以上、今年の通常国会で成立した全世代社会保障法の改正内容のうち、後期高齢者医療制度の見直

しと前期高齢者財政調整の見直しについて、主な内容を考察した。これらの制度改革を総括すると、(1) 高齢者を含めて全世代で能力に応じて負担する流れが顕著になった、(2) 帳尻合わせが続き、制度全体の複雑化が進行した——という2つの点を指摘できると考えており、以下で2つの点を順に述べる。

5——今回の改正に対する評価(1)～全世代で応能負担を強化する流れが顕著に～

第1に、全世代で応能負担を強化する流れが顕著になった点である。今回の法改正では、出産育児一時金に関する財源を後期高齢者医療制度にも求めるだけでなく、所得の高い75歳以上高齢者に課される保険料の上限も引き上げられており、世代間の格差を是正する視点が目立った。その際には所得の高い人に多くの負担を求める「応能負担」の要素が一層、強まった。

しかも、2022年10月から所得の高い75歳以上高齢者の一部については、患者負担が2割（従来は1割）に引き上げられている点⁷を考えると、高齢者を含めた全世代で応能負担を強化する流れは顕著になっていると言える。

そもそもの整理で言うと、所得再分配は税制の役割であり、患者負担や社会保険料で応能負担を強化する方向性については、税金と社会保険料の役割分担を不明確にする危険性がある。

しかし、国・自治体の厳しい財政状況にもかかわらず、増税に対する国民のアレルギーが強いため、消費税を含めた税財政改革を進めるのは困難な情勢である。このため、患者負担や社会保険料の制度改革を通じて、全世代で応能負担を強化する流れは避けられないと思われる。

6——今回の改正に対する評価(2)～制度全体の極端な複雑化～

1 | 会計操作、帳尻合わせ

第2に、制度全体の複雑化が極端に進んだ点である。その一例として、前期高齢者財政調整に関する負担ルールの見直しに着目すると、2022年12月に示された医療保険部会の「議論の整理」では、「被用者保険者間における負担能力に応じて公平に負担する仕組みの強化」という文言で整理されている。厚生労働省幹部も「負担能力に応じた負担という意味において、公平だと言えます」「保険者間の格差が余りに大きすぎるのは、被用者保険として持続可能ではありません」と説明している⁸。

しかし、実際には国の予算編成上の都合という事情も見逃せない。つまり、「報酬調整の導入→健康保険組合の保険料負担引き上げ→協会けんぽの負担軽減→協会けんぽに対する国庫負担の削減」という経路を通じて、国の社会保障費の抑制が目指されている。

もう少し背景を説明すると、政府は毎年の予算編成に際して、社会保障費の自然増を5,000億円程度に抑制する方針を掲げており、歳出抑制額を捻出するための制度改革が求められている。その際、財務省など関係者は抑制に繋がる制度改革を「弾」と呼びつつ、できるだけ抑制できる金額が大きく、国民や国会、メディア、関係団体の反対が小さい「弾」を探している。こうした中、前期高齢者の医療費に関する報酬調整の導入は最大1,000億円を超える国費を抑制できるため、予算編成上は非常に重要な存在と言える。

⁷ 高齢者医療費の患者負担に関しては、2022年1月12日拙稿「[10月に予定されている高齢者の患者負担増を考える](#)」を参照。

⁸ 2023年8月1日『社会保険旬報』No. 2899における伊原和人保険局長インタビュー。

しかし、この対応でも医療費全体の抑制に繋がるわけではない。むしろ、租税財源から保険料への負担の付け替えであり、分かりやすく言うと「割り勘」ルールの変更、誤解を恐れずに言えば「帳尻合わせ」「会計操作」に過ぎない。

2 | 3回目の会計操作？

さらに、こうした対応は今回に限らない。実は、後期高齢者医療制度や介護保険制度でも同様の改革が実施された経緯があり、今回が3回目になる。このうち、後期高齢者医療制度では、前期高齢者財政調整と同様に、加入者の数に応じた案分ルールとなっていたが、健康保険組合など被用者保険については、所得に応じた負担ルール（総報酬割）が2010年度から段階的に実施され、2017年度から全面移行した。

介護保険についても、40歳以上65歳未満の保険料で加入者の数に応じた負担ルールとなっていたが、所得に応じた負担ルール（総報酬割）が2017年度にスタートし、2020年度までに段階的に全面移行した経緯がある⁹。つまり、今回の対応は3度目の「会計操作」「帳尻合わせ」になる。

このように「会計操作」「帳尻合わせ」が望まれる背景には、増税や歳出抑制に対するアレルギーがある。例えば、診療報酬の引き下げや患者負担の引き上げに踏み込んだ場合、その分だけ税金や保険料の負担を減らせるが、国民やメディア、日医など関係団体、野党の非難も予想される。

一方、増税には国民の不満が強く、社会保険料を引き上げるシナリオに対しては財界や労働組合の反発が出やすい。そこで、国民や関係者の反発や非難を回避しつつ、国の社会保障費を抑制するため、「会計操作」「帳尻合わせ」が好まれていると言える。

3 | 制度複雑化が進行

その反動として、制度の複雑化が極端に進行している実態を指摘できる。例えば、上記の説明が複雑かつ分かりにくいのは筆者の筆力の問題だけでなく、制度改正の内容が複雑な点を指摘せざるを得ない。実際、こうした制度改正の詳細を理解している人は極端に少ないだろうし、機会費用（手間暇）を支払ってまで冗長な筆者の説明を読もうと思う人も、もっと減るに違いない。

誤解を恐れずに言えば、今回の法改正の採決に加わった約700人の国会議員のうち、「何人が制度改正の細部まで理解しているか」と問われると、かなり心許ないと言わざるを得ない。つまり、複雑な制度が一種の参入障壁となり、幅広い制度の理解を妨げていると言える。

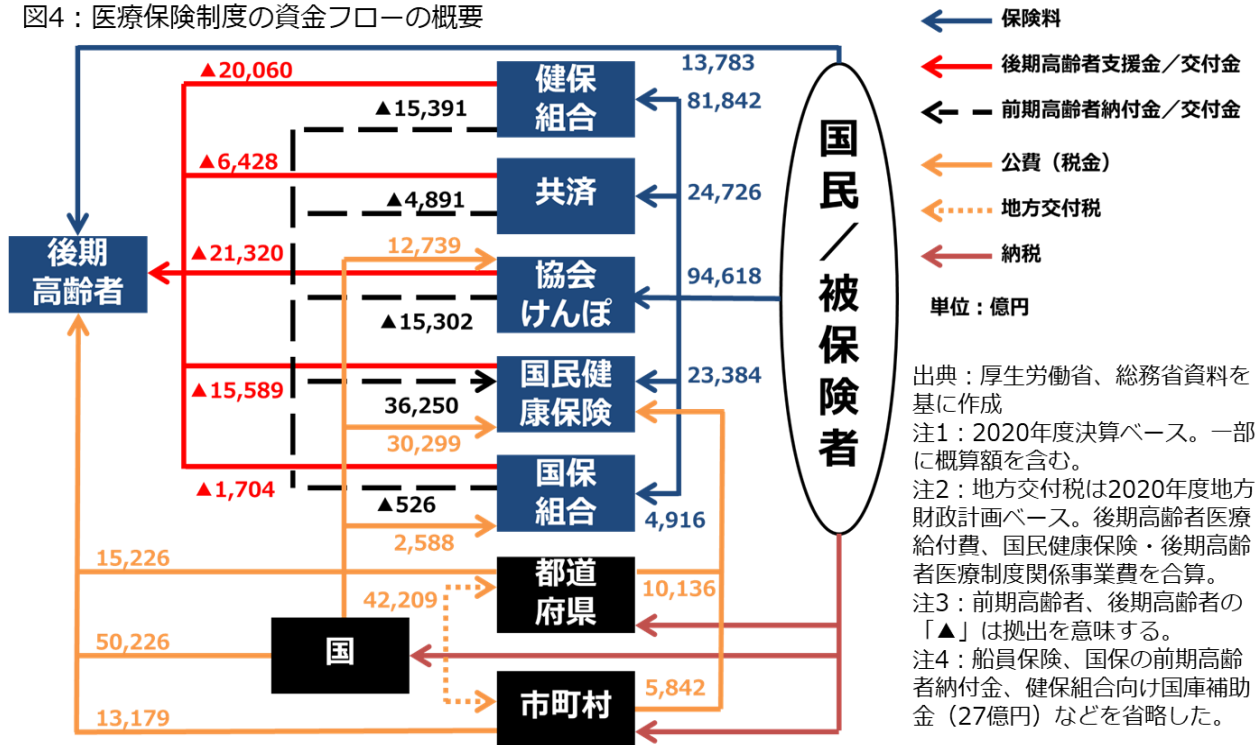
その一例として、医療保険に絡む保険料や税金（公費）のフローを図4で示す。ここでは全てを取り上げない（一つ一つの矢印を説明し始めると、最低でも半日は要するかもしれない）が、国、都道府県、市町村、それぞれの保険者同士で複雑に保険料や公費（税金）が複雑に入り組んでいる様子を見て取れる。

しかも、図4は一層、複雑化することが見込まれる。例えば、図4では簡略化するため、健康保険組合に対する国庫補助を記入していないが、今回の制度改正を通じて増強される予定になっている。このほか、岸田文雄政権が掲げる「次元の異なる少子化対策」でも、児童手当の拡充などの財源確保

⁹ 介護保険の総報酬割移行に関しては、2018年1月11日拙稿「[介護保険料引き上げの背景を考える](#)」を参照。

策として、医療保険料を上乗せする案も浮上している¹⁰。

図4：医療保険制度の資金フローの概要



4 | 社会保険方式の利点を失わせる？

このような極端な制度複雑化はマイナス面が大きいと考えられる。その一例として、社会保険料を主な財源とする社会保険方式の利点を失わせる危険性がある。

そもそも社会保険方式のメリットを支持する意見として、「給付と負担水準の合意を当事者自治に委ねることによって自律的なガバナンス機能を発揮することが期待できる」という考え方が多く聞かれる¹¹。つまり、負担と給付の関係性が紐付いている分、被保険者は「これだけ医療費を使ったら保険料が上がった」とか、「保険料を抑えるために節約する必要がある」といった形で、被保険者が負担と給付の水準を理解しつつ、その合意形成プロセスに参加しやすくなるメリットがあるという指摘である。

しかし、図4のように保険料と税金が複雑に絡み合っている現状で、どこまで上記のような教科書的な説明が実効的なのか、疑問を持たざるを得ない。具体的には、図4のように極端に複雑な仕組みの下では、被保険者が負担と給付の関係を理解することが難しくなり、被保険者による自治や自律的

¹⁰ 2023年5月26日『朝日新聞デジタル』などを参照。なお、2023年6月13日に閣議決定された「こども未来戦略方針」では、「企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組み」として、医療保険料を念頭に置きつつ、新たな支援金制度を作る旨が盛り込まれたが、結論は年末に先送りされている。児童手当の拡充など少子化対策の主な財源として、社会保険料を充当する問題点については、2023年5月24日拙稿「[少子化対策の主な財源として社会保険料は是か非か](#)」などを参照。

¹¹ 島崎謙治（2020）『日本の医療（増補改訂版）』東京大学出版会 p231。

なガバナンス機能が失われ、その結果として社会保険方式のメリットを損なうことになりかねない¹²。

5 | 複雑化には必然性も

一方、厄介なことに、制度複雑化は一定程度、必然性を持っている。医療制度改革の議論では、患者の暮らしや政治・経済情勢、医療機関の経営に配慮する必要があり、急な方向転換は困難である。その結果、制度改革の議論では、与党や関係各省、関係団体など関係者の合意形成が重視される。さらに、選挙対策の観点で暫定措置が導入されるなど、制度改革の歩みも遅くなりがちである。このように少しずつ制度改革を積み重ねる手法は一般的に「漸増主義」(incrementalism)と呼ばれる¹³。

しかし、漸増主義的な意思決定過程では「足して2で割る」ような妥協策が好まれやすいため、制度複雑化が進行する¹⁴。今回の制度改革でも、出産育児一時金について、後期高齢者に負担を求める方針が固まったものの、与党などの意見を踏まえて2年間の経過措置が導入された。

さらに前期高齢者の医療費に関する報酬調整についても、国の予算編成上の要請で必要とされたものの、負担が著しく増える健康保険組合に対しては国庫補助を強化する方針が固まった。つまり、健康保険組合の保険料負担を増やすことで、国庫負担を浮かせる半面、その一部を使い、言わばキャッシュバックのような形で、一部の健康保険組合に国費を回すことが想定されている。こうした対応を取ったのは、健康保険組合の反発を和らげる目的があると思われる。

以上のように考えると、別に厚生労働省は制度を意図的に複雑化させようとしているのではなく、少しずつ合意可能な部分から制度改革を積み上げる漸増主義的な方法を採用した結果、制度が複雑化していると言える。

つまり、制度複雑化は一定程度の必然性を有していることになり、関係各省や業界団体、自治体などが合理的に判断、行動した結果、制度複雑化が進行している。このため、もう少し立法府や審議会などの場で、制度複雑化の弊害を意識した議論を展開しなければ、一定程度の必然性を有している制度複雑化は一層、進行しかねない。

最後に、今回の制度改革を踏まえて、中長期的なスパンで想定し得る論点を展望したい。以下、(1)

¹² 付言すると、「当事者自治」に対する期待も、あくまでも教科書的な説明であり、実際の制度運用では再検討の余地がある。例えば、健康保険組合に関しては、事業主、労働者の代表で構成する理事会で意思決定することになっており、確かに労使代表が保険料の水準を決定する仕組みになっているが、前期高齢者財政調整や後期高齢者医療制度支援金については、意思決定が及ばない。さらに、「自治」の仕組みが整っていたとしても、自律的なガバナンス機能の発揮には、代表選定や意思決定に関する民主的プロセスが必要だが、実際に自治的に運用されているのか、管見の限りでは調査研究などを見た記憶がない。協会けんぽでは、事業主、被保険者、有識者の9人で構成する運営委員会が組織されているが、厚生労働相の任命であり、対象事業所や被保険者が関与しにくい仕組みである。国民健康保険については、市町村議会が保険料を最終決定しているが、市町村議員は国民健康保険の被保険者だけでなく、被用者保険や後期高齢者医療制度の加入者からも選ばれており、市町村議会は純粋な意味で、「被保険者代表」とは言えない。後期高齢者医療制度についても、本文で後述する通り、広域連合のトップや議員は市町村長、市町村議員の互選であり、75歳以上高齢者が意思決定に関われる余地は非常に小さい。

¹³ 漸増主義については、Charles E. Lindblom, Edward J. Woodhouse (1993) "The Policy-Making Process" [藪野祐三、案浦明子訳 (2004) 『政策形成の過程』東京大学出版会]などを参照。

¹⁴ 社会学の「コンフリクト・モデル」(Conflict Model)によると、(1) 社会には様々な摩擦があり、摩擦ごとに解決するシステムが存在する、(2) システムに様々な目的(goal)や力(power)が入力されると、関係者(actor)が動員され、最終的に新しい規則(rule)が出力される、(3) そのプロセスは社会に対して「開かれたシステム」(open system)であり、様々な環境要因の影響を受けやすい、(4) システムが動き出すと関係者間で一定の規則が形成され、システムが作り出した規則が環境を再び形成し、不満が強いほどシステムは動き、次々と新たな規則を作り出していく——とされており、制度複雑化の必然性を説明するのに適している。コンフリクト・モデルに関しては、Alton W. J. Craig (1975) "A Framework for the Analysis of Industrial Relations Systems" Industrial Relations and the Wider Society "8-20を参照。

相対的に所得が高い高齢者の負担増加、(2) 前期高齢者医療費の報酬調整が拡大する可能性、(3) 後期高齢者医療制度見直しの可能性——の2つを挙げる。

7——今後の展望(1)～相対的に所得が高い高齢者の負担増加～

まず、相対的に所得が高い高齢者の負担が増える可能性である。既に触れた通り、2022年10月に75歳以上高齢者の患者負担について、一部で2割負担が導入されたほか、今回の制度改正で保険料負担の上限が引き上げられた。

しかし、今後も社会保障費の増加が見込まれており、所得基準の見直しなどを通じて、後期高齢者医療制度の2～3割負担対象者を広げる選択肢は不可避と思われる。さらに、70～74歳の高齢者医療費は原則2割となっており、こちらの負担引き上げも視野に入ってくる可能性がある。応能負担を強化するため、後期高齢者医療制度に関する保険料上限を一層、引き上げる方法も考えられる。

介護保険に関しても、2022年末までの制度改正で、2割負担の対象者拡大が取り沙汰された。結局、昨年末の時点では今夏に先送りされた後、現在は2023年末までに決着が図られる予定となっており、ここでも高齢者の応能負担を強化する動きが模索されている。

もちろん、患者・利用者負担や保険料引き上げの選択肢は往々にして与党や日医などの反対を招くため、一気呵成の見直しは難しい面があるが、相対的に負担能力を持っている高齢者に負担を求める流れは今後も続くと考えられる。

8——今後の展望(2)～前期高齢者医療費の報酬調整が拡大する可能性～

次に、前期高齢者医療費に関する財政調整は今後、所得に応じた負担ルール(報酬調整)の割合が拡大するか、報酬調整に全面移行する可能性が高いと思われる。

今回の制度改正では、前期高齢者の医療費のうち、報酬調整の対象になったのは3分の1であり、負担が増える健康保険組合サイドは「これ以上の報酬調整の拡大が断じてあってはならない」として、3分の1の規模を拡大させないようにクギを刺している¹⁵。

さらに、既に触れた通り、報酬調整を拡大しても、医療費全体が影響を受けるのではなく、所詮は「割り勘ルール」の変更であり、「会計操作」「帳尻合わせ」の印象は拭えない。このため、本来で言うと、給付抑制の選択肢も含めて、負担と給付の関係を考える必要がある。

しかし、これまで後期高齢者医療制度や介護保険制度でも同様の展開になった経緯とか、増税や歳出抑制に対する国民の強いアレルギー反応を意識すると、客観的な情勢として、国の社会保障費を抑制できる報酬調整は予算編成上、非常に重要な存在である。このため、報酬調整の割合を拡大する制度改正は今後も取り沙汰されると思われる。

9——今後の展望(3)～後期高齢者医療制度の見直し論議～

1 | 負担割合の見直しで「上限」が見える可能性

後期高齢者医療制度について、筆者は早晩、制度の統廃合も含めた大幅な見直しが必要になるので

¹⁵ 2023年5月12日、健康保険組合連合会の宮永俊一会長によるコメントを参照。

はないか、と見ている。これには今回の制度改正のうち、後期高齢者医療制度の負担割合見直しに関わる部分に関係する。先に触れた通り、これまでは人口減少のシワ寄せが現役世代に向かっていて、今後は75歳以上高齢者にも負担を求めることとなった。筆者の意見として、こうした対応は欠かせないと認識している半面、75歳以上高齢者に負担を求める際の「上限」も意識する必要があると考えている。

具体的には、75歳以上の高齢者に課される保険料は原則として基礎年金からの天引きであり、基礎年金の平均支給額が概ね5万円であることを踏まえると、それほど大幅に引き上げられるわけではない。さらに、介護保険の保険料（全国平均の基準額は6,014円）も基礎年金から天引きされている点を意識すれば、後期高齢者の保険料引き上げが困難になる局面が到来する可能性がある。

2 | 過去の議論から見える制度改正の選択肢

そうすると、患者負担の増加など医療費を抑制する選択肢に加えて、例えば後期高齢者医療制度と国民健康保険の統合などの制度改正を意識する場面が来るかもしれない。これは後期高齢者医療制度の発足や見直しの議論から言えることである。

そもそも若い人と比べて、病気のリスクが大きいにもかかわらず、75歳以上高齢者に限定した独立型制度を作った判断として、厚生労働省の解説書では、(1) 75歳以上の高齢者の心身の特性に応じた新たな医療サービスを提供する、(2) 老人医療費に関する給付と負担の財政責任の主体を明確にする——などの点が説明されていた¹⁶。

しかし、実際の利害調整の過程を振り返ると、上記では説明し切れない事情も透けて見える。元々、独立型を提唱したのは日医だった。当時の日医会長の書籍では、独立型が必要と考えた理由について、「今の医療費高騰の大出血というのは高齢者医療のところにある」として、高齢者医療の分離と税財源の集中投入が必要と説明していた¹⁷。

この案を自民党、経団連が支持したことで、独立型制度の創設が選択肢の一つになったが、日医の提案は消費税引き上げを含めた財源確保を前提としており、医療改革だけにとどまらない難しさがあった。75歳に区切った理由についても、当時の日医会長は「(筆者注：当時、与党が検討していた70歳以上だと) 財源が出てこない」と直截的に説明していた¹⁸。つまり、75歳に区切った理由はカネの問題だったと言える¹⁹。

一方、制度の運営主体を巡る議論も二転三転した。厚生労働省は当初、都道府県による財政運営を期待したが、負担増を避けたい全国知事会が拒否した²⁰ことで、議論は頓挫した。その後、厚生労働省が2005年10月に示した「医療制度構造改革試案」では、市町村が保険者とされたが、「一番硬直化した75歳以上の後期高齢者という者の保険を担えというのは、市町村単位ではとてもではないけれど

¹⁶ 土佐和男編著（2008）『高齢者の医療の確保に関する法律の解説』法研 p34 を参照。

¹⁷ 坪井栄孝（2001）『我が医療革命論』東洋経済新報社 p35 を参照。

¹⁸ 同上 149 ページを参照。

¹⁹ しかも、消費増税を含めた歳入改革の議論は先送りされたため、税財源の集中的な投入は難しくなり、現役世代が加入する保険者から保険料の収入を移転させる支援金が導入された。

²⁰ 2003年3月12日『日本経済新聞』を参照。

も無理」という意見が総務省や市町村から示された²¹ことで、ギリギリまで調整が難航した。

結局、利害調整の過程では、都道府県も、市町村も保険者を引き受けなかったため、国民に縁遠い広域連合が運営者になったと言える。実際、妥協の産物として広域連合というアイデアが浮上したのは最終決着の1週間前ぐらいだったという²²。

この結果、厚生労働省の表向きの説明とは裏腹に、「財政責任の主体が明確になった」とは言い難い。例えば、運営主体となった広域連合で自前の職員を採用しているケースは少なく、その多くは市町村の意向に過ぎないし、国民と接する窓口も持っているわけでもない（保険料徴収は市町村の事務）。こうした組織が給付管理の責任を果たすことは事実上、困難と言わざるを得ない。

実際、お住まいの地域の知事や市町村長、地方議員の顔や名前を思い浮かぶかもしれないが、広域連合のトップ（広域連合長）や議員（広域連合議員）はどうだろうか。広域連合長は構成市町村長、議員は構成市町村議員の互選でそれぞれ決まっているが、「広域連合の事務局がどこにあるのか？」「広域連合長は誰か？」と聞かれても、ピンと来ないであろう（ちなみに、弊社が立地している東京都の場合、広域連合の事務局は新宿区飯田橋に置かれており、広域連合長は吉住健一新宿区長が務めている）。

さらに、保険料の年金天引きなどについて、国民の批判と不満が高まったことで、後期高齢者医療制度は波乱の船出を強いられた。そこで、当時の舛添要一厚生労働相は制度見直しの一環として、(1) 後期高齢者医療制度の廃止、(2) 国民健康保険の都道府県化、(3) 両者を統合し、都道府県に制度運営を委ねる——という考えを示した。その後、「後期高齢者医療制度の廃止」を掲げた民主党が2009年、政権を取ったが、自民政権時代の見直し案の骨格はほぼ踏襲された。

しかし、負担増を恐れる全国知事会との調整が付かず、この時の案は結局、お蔵入りとなった。つまり、高齢者医療制度の運営が難しくなった場合の手立てとして、国民健康保険との統合は十分に考えられるシナリオである。

3 | 都道府県への移行はどこまで可能か？

その後、2018年度制度改正を経て、国民健康保険の財政運営は都道府県に移譲されているため、当時と比べると、国民健康保険と統合するシナリオのハードルは低くなっている。こうした点を意識しつつ、財政制度等審議会（財務相の諮問機関）が2022年5月に示した建議では、「医療費適正化計画の策定や地域医療構想の推進をはじめとする医療提供体制の整備の主体と財政運営の責任主体が切り離され、ガバナンスが相対的に曖昧となっている。都道府県を給付と負担の相互牽制関係のもとで両者の総合マネジメントを行う主体としていくため、後期高齢者医療制度においても、財政運営の主体を都道府県とすることを検討すべきである」と指摘した。この文言は医療行政における都道府県の権限強化も意識していると思われる、詳細は（下）で述べることにしたい。

ただ、既存の仕組みを短期間で引っ繰り返すことは困難である。一例を挙げると、市町村と後期高齢者広域連合が一体的に高齢者の健康づくりに取り組む事業（いわゆる「一体化事業」）が2020年度からスタートし、2024年度までに全ての市町村で実施される予定になっており、言わば後期高齢者医

²¹ 2005年10月27日、経済財政諮問会議事録の麻生太郎総務相（後に首相）の発言を参照。

²² 2021年10月『医療と社会』Vol. 31 No. 2の厚生労働省官僚OBによる座談会での発言を参照。

療制度の存続が前提となっている。さらに、都道府県の役割拡大については、負担を強いられる全国知事会の反対も予想される。

実際、医療保険部会の「議論の整理」では、「拙速な議論は社会保障制度への信頼を損なう。慎重な検討が必要」「広域連合と市町村が相互に連携しながら一体的実施や医療費適正化に向け、効率的・効果的に業務を行っており、保険者の変更は被保険者にも大きな混乱をもたらす」「国民健康保険では、都道府県はまだ運営経験も浅く、市町村の意見を聞きながら制度運営を進めている状況。安定した制度運営のためにも、実態をよく理解して対応が必要」といった委員の意見を紹介しつつ、「地方公共団体の意見を十分に踏まえながら、議論・検討を深めるべき」とクギを刺している。

このため、後期高齢者医療制度の見直し論議に発展するかどうか、今回の制度改正による影響や自治体の反応などを見極める必要がある。

10—おわりに

本稿では、通常国会で成立した全世代社会保障法のうち、後期高齢者医療制度の見直しや前期高齢者の財政調整に関わる部分を概観した。ここで触れた制度改正に共通して言える共通点は「全世代による応能負担の強化」と整理できる。

そもそも、所得再分配は税制の役割だが、増税論議が忌避される中、こうした傾向は今後も続くと思われる。分かりやすく言うと、前期高齢者の医療費に関する報酬調整の拡大（今回の制度改正では3分の1）とか、相対的に所得が高い高齢者の負担増などは今後も想定され得る。

さらに、一連の制度改正を通じて、制度が極端に複雑化していることも見逃せない。本稿で触れた通り、これは漸増主義的な制度改正が採用されている結果であり、この手法自体は止むを得ない面があるが、だからこそ制度複雑化の弊害も強く意識する必要がある。具体的には、負担と給付の関係が分かりにくくなり、社会保険方式の利点を失わせるだけでなく、オープンな制度改正論議を妨げる危険性である。制度複雑化の弊害に関して、自由主義経済学者のハイエクが下記のように指摘している²³。

社会保障制度が極度に複雑であって、わかりにくいことは民主主義に深刻な問題を生んでいる。社会保障の複雑さは神秘的なものである。ほとんどの人が複雑でたえず変化しつづける制度の詳細について無知である。結果として専門家が支配するようになっている。専門家は臆することなく、専門とする制度を擁護する。現行制度の原則を承認する気持ちのないもの見解は大切に受けとめられない傾向があり、当面の政策決定の論議で重視されることがない。その発展を望む者だけが制度的な意味の専門家であり、しがらみに拘束されず反対を唱える経済学者や法律家は専門家とみなされない。ひとたび機構が設立されると、その発展はそれに奉仕しようと選ばれた人たちが必要とみなすものによって形成されてゆくだらう。

つまり、社会保障制度が余りにも複雑であり、複雑な制度を理解している人だけが「専門家」と見做されるようになる。その結果、制度改正の議論は専門家だけで展開されるようになるため、民主主義に深刻な影響を与えているのである。別にハイエクの指摘は日本を意識しているわけでは

²³ Friedrich August von Hayek (1960) “The Constitution of Liberty” [西山千明・矢島釣次訳 (1987) 『自由の条件Ⅲ』春秋社 pp51-53)] を参照。

ないが、制度複雑化の弊害が分かりやすく論じられている。

実際、厚生労働省の調査²⁴によると、社会保障制度に関する行政機関からの情報の内容について、国民が不満に思っていることとして、「専門用語や文字数が多くて内容が理解できない（説明がわかりづらい）」という回答が49.0%でトップとなっている（複数回答可）。

こうした不満は制度の複雑さと無縁ではないだろう。確かに一気呵成の抜本改革が難しいのは事実だが、今後の制度改正では制度複雑化の警告を常に意識しつつ、少しでも制度を簡素にする重要性を今まで以上に意識する必要がある。

²⁴ 厚生労働省が2021年11月10日に公表した「2019年社会保障に関する意識調査報告書」を参照。回答者数は8,219人。