

国民皆保険制度を次世代に引き継ぐために

～給付と負担の再構築に向けた一考察～



一般社団法人 日本パブリックアフェアーズ協会

2021年4月1日

監修：一橋大学大学院経済学研究科 教授 佐藤 主光



一般社団法人
日本パブリックアフェアーズ協会
JAPAN PUBLIC AFFAIRS ASSOCIATION

本提言の帰属と狙い

本提言は、一橋大学大学院経済学研究科佐藤主光教授の監修¹のもと、一般社団法人日本パブリックアフェアーズ協会が公正・公平な視点を心がけ、社会保障の支え手である現役世代の視点をもって中長期的な観点から我が国の持続的な社会保障制度の再構築に貢献したいという考えから、意見をとりまとめ提示するものである。

我々は、制度の持続可能性確保の観点から、必要とされる医療の給付と、それに見合った負担のあり方について合意形成がなされること、そしてその上で、2040年の社会保障制度を念頭に置き、将来世代につけを先送りしない、誰もが応能負担する具体的な財源確保策が決定されることを望んでおり、政府、経済界・産業界、保険者、医療関係者などと活発な意見交換を行っていく。

¹ 本提言に対する無償での監督を意味する。

目次

第1章	はじめに	1
第2章	我が国における社会保障制度と課題	3
1.	日本における社会保障制度	3
2.	日本における社会保障制度の課題	4
3.	日本におけるあるべき社会保障制度像	7
第3章		10
1.	「投資」としての医療・介護	10
2.	医療への投資による社会経済的インパクト	11
ア	肝炎（C型肝炎の介入による生涯費用の削減効果推計）	13
イ	認知症（アルツハイマー型認知症にともなう介護費用・インフォーマルケアの推計）	15
ウ	がん（がん患者の受療にともなう生産性損失と、ふだんの生産性低下による損失の推計）	16
3.	医療・介護への「投資」が日本社会に生み出す価値	18
第4章	我が国が構築すべき医療提供体制	20
1.	効果的・効率的な医療提供体制構築の必要性	20
2.	医療機関の機能分化と連携の強化	23
3.	医療のデジタル化の推進・環境整備	23
4.	効果的・効率的な医療提供体制の前提となる過剰や無駄の是正	24
第5章	持続可能な医療保険制度へ向けた政策的示唆	26
1.	政策的議論の現状と検討に当たっての留意点	26
2.	2040年度における社会保障の規模と財源	27
3.	負担を先送りしない財源確保の必要性	33
4.	財源確保に向けた具体策と確実な制度強化	36
ア	社会保険料	36
イ	所得税	39
ウ	消費税	40
エ	法人事業税のさらなる外形標準課税化	42
オ	内部留保課税	43
カ	社会保障目的税	43
キ	医療費の自己負担	44
5.	2040年における日本の社会保障のあるべき姿	47
第6章	終わりに	49

第1章 はじめに

社会保障制度は、全ての国民に対して生涯にわたる「安心」と生活の「安定」を保障する経済社会基盤である。我が国においては、社会保険（年金・医療・介護）、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生から構成される。国民が主に各々の負担能力に応じて租税、社会保険料等を支払い、保障を必要とする者に対してはそれらを財源として給付がなされることにより、所得の再分配を通じて国民同士が支え合いながら、国民全体の福祉の向上を図るものである。

また、社会保障制度は経済面での役割も有する。まず、将来の疾病・障害・長寿・失業・貧困等の個人のリスクへの不安を軽減することにより、過剰な貯蓄を抑制し、消費を促進するという側面がある。さらに、給付を提供する者（医療従事者等）の雇用などを通じ税収の安定・増加や経済成長へ貢献するといった、社会的・経済的効果をもたらす「投資」としての性質も有する。とりわけ医療・介護は、全産業の中でも高い雇用創出効果を持ち、それに伴う消費活性化や税収の増加、また医療・介護サービス享受者やその家族などの就労復帰による雇用や消費に対するプラスの影響、さらには社会コミュニティ参加促進等、経済への幅広い波及効果が得られる可能性もある。その上、医療・介護の需要は景気動向に左右されにくい性質を有し、かつ都市部であっても地方であっても人が存在する限り必要とされるサービスであるため、医療・介護に関連する産業からの税収は安定しており、国や地方の歳入の下支えとなる重要な役割を有している。

このような社会保障制度の役割は、近年の経済の先行き不透明感の増大や所得格差の拡大、さらには新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行といった不測の事態の中で一層重要性を増している。誰もが安心して暮らすことができる社会を作るためには、社会保障制度が持続的に機能することが不可欠である。

しかし我が国の社会保障制度は、その持続可能性を左右する重大な課題に直面している。

給付面では、少子化・高齢化の進展に伴う人口動態や疾病構造の変化、医療の高度化・複雑化に対し、現在の社会保障制度が適切に対応できていない。特に医療については、新型コロナウイルス感染症への対応において、一部で見られた病床不足に加え、検査体制や情報把握・管理システム構築の遅れ、緊急時の医療現場における人材・物資の逼迫などが次々と表れたが、これまで進められてきた医療提供体制の改革では見落とされていた感染症対策や公衆衛生上の危機対応に関する課題が露呈したとも言える。また、感染をおそれて受診抑制が起きたことにより、今まで当たり前とされてきた医療の中には不要・不急・過剰な受診や検査などの無駄も存在していたのではないかと指摘もなされている。

負担面については、かつて経済成長の持続を前提に給付を拡充・拡大してきたものの、人口減少・少子化・高齢化・安定成長の時代に移行してからも負担のあり方が抜本的に見直されなかった結果、給付と負担のバランスが大きく崩れ、不足する財源を国の借金（「特例国債」。いわゆる「赤字国債」）、すなわち子や孫の世代への「借金のつけ回し」で穴埋めすることが常態化している。こうした状態は制度の持続可能性という観点からは危機的と言

わざるを得ず、さらに、今後一層の少子化・高齢化の進展や生活習慣病・終末期医療の増加、もしくは新たな感染症の蔓延のような不測の事態が生じた場合に一気に機能不全を起し、国民福祉と経済成長に大きな影を落とすことが懸念される。

さらに、新型コロナウイルス感染症の拡大は、その対応策やコロナ禍によって疲弊する日本経済の下支え策を講じるための、政府による巨額の財政出動を招いた。経済の落ち込みによる税収減も重なって、2020年度の新規国債発行額は112兆円（第3次補正予算後）と、過去最大だった2009年度の2倍以上という未曾有の規模に達する。現下の緊急事態に対処するために医療への支援や経済対策が必要であることは当然だが、一方で膨れ上がった国債の償還はいずれ必ず国民への負担としてのしかかるという認識を今一度新たにしたい。

新型コロナウイルス感染症の拡大は予断を許さない状況が続いているが、欧米でワクチンの接種が始まるなど、少しずつではあるが収束に向けた取り組みも進みつつある。しかし、新型コロナウイルス感染症が制圧されるのを待って、それが残した課題に向き合うような猶予が、日本に残されているだろうか。新型コロナウイルス感染症収束に向けた取り組みが進みつつある今こそ、平時においても緊急時においても対応できる効果的・効率的な医療提供体制を実現するための医療費の規模と、そのために求められる負担について、国民的な議論を経て合意を得ることが、日本の社会保障制度を将来世代に引き継いでいくために強く求められるのではないかと。

これまででも社会保障制度、特にその財源を巡る議論が先送りされてきた結果、国民同士で支え合うという社会保障制度の基本的な仕組みや意義、そして克服すべき課題が、国民の間で十分に認識されているとは言い難い。しかし、社会保障制度は国民一人一人が生涯を通して給付と負担ともに関わり続けるものであるため、正しい理解とそれに基づく制度自体への信頼性がなければその持続は立ち行かない。また、制度が財政的に持続可能でなければ、制度に対する信頼性も維持され難い。

当協会は、社会保障制度自体の危機が差し迫る中で時宜を得て、制度のあるべき姿を見据えた包括的な政策議論がなされるよう、この機に本提言を発表する。関係する諸制度の改正、施行に要する期間を考慮すれば、今すぐ議論に着手したとしても必要な改革が実行されるのは、いわゆる「団塊の世代」の大部分が後期高齢者となり医療・介護の需要の急激な増加が見込まれる2024年度頃となることも考えられるため、速やかに議論が開始されることを求めたい。本稿では、社会保障、その中でも経済波及効果が特に大きい医療・介護がサービス享受者やその家族にもたらす社会的・経済的效果を多面的に評価・検討した上で、今後の日本社会において求められる医療の在り方と日本の高齢者人口がピークに達するとされる2040年における社会保障費の給付と負担の乖離、そしてそれを解消するための財源の確保についての示唆と選択肢を提示する。無条件で医療費の増大や高齢者への給付拡大を主張するものではなく、次世代に制度を引き継いでいく観点から、2040年の社会保障制度の姿を念頭に置いた給付・負担の両面からの再構築についての議論を喚起するものである。

第2章 我が国における社会保障制度と課題

1. 日本における社会保障制度

議論の前提として我が国の社会保障制度がどのような機能を果たしているのかについて述べると、以下のとおり生活安定・向上機能、所得再分配機能、経済安定機能の3つを指摘できる²。

第一に、生活の安定を図るとともに日々の暮らしに安心をもたらす生活安定・向上機能がある。具体的には、病気や負傷の場合、国民は医療保障制度によって一定割合の自己負担のみで医療を受けることができる。また、高齢者、障害者や失業者はそれぞれ老齢年金、障害年金や雇用保険といった所得保障によって生活の安定が図られている。このような疾病・高齢・障害・失業・貧困などのリスクは誰もが有するものであり、それらに対する共助・公助の仕組みによって我々国民は将来のリスクに対する備えを確保することが可能となっている。このような社会保障の機能により、人生のリスクを恐れず、いきいきとした生活を送ることができるとともに、人生において前向きに挑戦していくことが可能となり、それがひいては社会全体の活力につながっていく³。

第二に、所得を個人間や世帯間で移転させることにより、国民の生活の安定を図る所得再分配機能がある。高所得層や稼働能力の高い人から税・社会保険料として原資を徴収し、生活保護費のような現金給付や医療や介護、子育て支援などの現物給付として再分配することで、国民は所得の多寡や稼働能力の高低に関わらず必要な社会サービスに等しくアクセスできるようになっている。

第三に、不況時には給付が増加し、好況時には負担が増加するという「自動安定化」効果による経済安定機能がある。例えば、不況期においては失業者や生活困窮者への社会保障給付が増加することに加え、所得減少に伴い所得に応じ徴収される税や社会保険料の額が減少し、貨幣供給量が増えることで景気を下支えする。それに対して好況期においては失業者数減少に伴い、失業者や生活困窮者への社会保障給付が減少するとともに、所得の増加に伴い税収や社会保険料収入が増加することで貨幣供給量が減り景気の過熱を抑制する。つまり、主に不況時において個人の消費活動の大きな落ち込みを避けるだけでなく、景気を安定化し経済を活性化させる役割をも担う。

このように、社会保障は誰の身にも起こり得る人生のリスクに対する備えとして国民全員で支え合い、所得格差を緩和するとともに現在や将来に対する個人の不安を軽減することで社会経済を活性化することから、我が国の根幹を支える社会基盤であるといえる。

その中でも本稿では、社会保障が直接的・間接的に経済の支え手を増やし、税収の安定・増加や経済成長に寄与する点、言うなれば「投資」としての側面を有していることを、医療・介護を例にとり特に強調したい。医療費の多くは医療・介護サービス提供者の人件費に充てられることから、医療・介護への資源投入は医療・介護サービス提供者の雇用創出という、

² 厚生労働省、『平成 29 年度厚生労働白書』

³ 厚生労働省、『平成 20 年版厚生労働白書』



経済の支え手の増加に直結するものであり、その雇用誘発効果はサービス産業全体の中でも高い水準である。また、医療への需要が生み出す生産・消費への波及効果は、公共事業のそれよりも大きい⁴。医療・介護は都市部のみならず地方においても必ずニーズが存在するため、特に地方における雇用創出や消費活動への波及、ひいては税収の安定・増加、経済成長への貢献は見落とされるべきではない。

また、医療・介護サービス享受者本人が病気になったり障害を負ったりした場合に医療・介護サービスを受けて回復し社会復帰することは、労働生産力の増大や消費活動の促進を通じて社会保障の支え手（負担者）の増加にも間接的に貢献する。その家族についても、これまで私的領域で提供してきた医療・介護サービスが公的サービスに置き換えられることで負担が軽減されれば、労働市場への参加意欲が高まり、実際に参加する余地も生じて、労働生産力の増大につながる。あるいは病気や障害が回復に至らなくとも、医療・介護サービスによって一定程度社会参加が可能となれば、本人の生活の質（QOL: Quality of Life）向上、社会への帰属意識や生きがいの増進にもつながる。さらに医療・介護サービスにより広く国民の健康が維持・増進されれば、生産年齢人口の労働生産力維持・増大や、高齢者の健康寿命延伸による社会活動への参加や消費活動の促進にも寄与する。

このように、社会保障が有する価値は極めて多面的であり、単に生活に安心・安定をもたらす、あるいは減収・不況時の支えとなることに留まらず、現在や将来における社会全体の活性化に繋がるものである。したがって本稿では社会保障、特に医療・介護を「社会から社会への投資」「国民から国民への投資」と捉えてその意義やあり方を評価・検討していきたい。

2. 日本における社会保障制度の課題

かつて我が国では親・子・孫という複数世代の同居が主流であり、医療・介護サービスは家族内、すなわち私的領域で主に担われてきた。患者や高齢者へのこまめなケア、日々の食事や排泄サポートなどは、かつて同居家族が一義的に責任を負うものとみなされていたためである。

しかしながら近年は少子化・高齢化の進行、単身世帯の増加や未婚率上昇、女性活躍の機会が増えたことによる価値観や環境の変化によって従来のように医療・介護サービスの提供を家族が中心となっていくことが難しくなっているため、医療・介護は家族が主に担うことを前提としたあり方から、国民が国民を支えるという公的な制度により依拠した姿に移行していくことが強く求められている。また提供される医療・介護サービスも、遺伝子治療やロボットによる介護サポートなど、技術革新によって大きく様変わりしている。

このような社会の潮流に医療・介護を含む社会保障の仕組みが対応しておらず、給付と負担のバランスが年々悪化していった結果大きなひずみが生じているのが現状である。より

⁴ 医療の雇用誘発効果及び生産波及効果については第3章1.で詳述する。



細分化すると、マクロの観点では徴収した税と社会保険料によって社会保障給付費が賄いきれずその不足分を特例国債で補填するという形で将来世代に負担を先送りしている。また、ミクロの観点では個々人の職業や就業形態、居住地によって決まる社会保険料と給付との間に大きな格差が存在する。それにも関わらず、我が国は社会保障改革において、あるべき姿の検討やその姿の実現に必要な財源を恒久的に確保していくための議論、それらに対する国民の理解獲得と合意形成を先送りし、給付と負担がアンバランスである状況に対して抜本的な対策を講じてこなかった。今後我が国において労働力人口の減少が予想されていることに鑑みれば⁵社会保障財源の支え手が不足することは明白であり、これ以上議論を先送りすることはできない。

また支え手の不足に関連し、我が国の社会保障の受益と負担において世代間格差が制度の性質に照らして許容される程度を超えて拡大しつつあることも見過ごしてはならない。

「医療保険に関する基礎資料」（厚生労働省）では、年齢階級別1人当たりの医療費、自己負担額及び健康保険料の比較において、高齢者は年齢階級が上がるほど医療費が多くなっているが、現役世代の自己負担額及び健康保険料に対する給付は高齢者に比べて少なくなっており⁶、現役世代では給付と負担の乖離が広がっていることが明らかである。他方、高齢者では自己負担額及び健康保険料に対する医療費が圧倒的に大きく、その差は現役世代の負担と財政赤字という形で将来世代に先送りされている負担によって埋め合わせがなされている。同資料で1人当たりの健康保険料と医療費が2009年から2017年にかけていくらか増加したか見ると、15～64歳では医療費が1.9万円、健康保険料が7.4万円の増加であるのに対して、75歳以上は0.7万円の健康保険料増加に対し医療費が7.0万円増加しており、膨れ上がった高齢者医療費分の大きな負担が現役世代と将来世代にのしかかっている⁷。

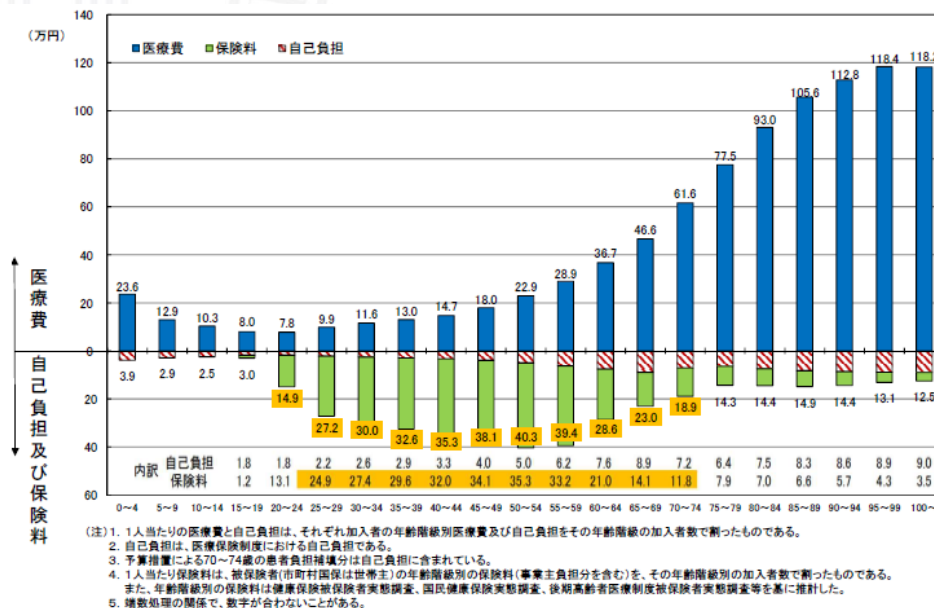
⁵ 厚生労働省、『平成 29 年度厚生労働省白書』

⁶ 厚生労働省、『平成 29 年度医療保険に関する基礎資料』

⁷ 財務省、財政制度等審議会財政制度分科会資料『社会保障について①』、2020 年 10 月 8 日



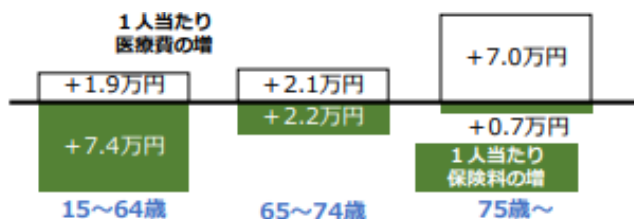
図 1 年齢階級別 1 人当たり医療費、自己負担額及び健康保険料の比較（年額）



(平成29年度実績に基づく推計値)

出典：厚生労働省『平成29年度医療保険に関する基礎資料』

図 2 1 人当たり医療費と健康保険料の増加（2009 年→2017 年）



出典：財務省、財政制度等審議会財政制度分科会資料「社会保障について①」

一般的に加齢に伴って健康に問題を抱える人は増加するため、必要な医療・介護サービスを高齢者に対して提供しサポートすることが求められる。しかしながら、医療をはじめとする社会保障の仕組み自体を支える極めて重要な存在である現役世代にとって、その負担を納得するに足る便益を享受できている実感が薄い現状は否めず、制度の持続性を担保するためには現役世代に焦点を当てた社会保障制度像を示していくことが強く求められる。そのためには、高齢者による医療・介護サービスの消費が適切かどうかを併せて見直すことが必要である。2019年に日本総研が発表した「後期高齢者受診行動の適正化に向けて—都道府県データ分析を踏まえて—」では、受療率（100人当たりレセプト件数）において入院、入院外、薬局調剤ともに世代間格差が大きく、後期高齢者は74歳以下と比較して入院で6倍、入院外と薬局調剤で2倍を超える受療率であることが指摘されている⁸。高齢者ほど慢性疾

⁸ 飛田英子、『後期高齢者受診行動の適正化に向けて—都道府県データ分析を踏まえて—』JRI レビュー



患、かつ複数の疾病を抱える傾向が強いことから受診や入院の必要性が高いのは当然である一方、昨今のコロナ禍で生じた受診抑制が示唆するように、高齢者に限らずこれまでの受療行動の中には不要不急のものも少なからず存在した可能性がある。現役世代の負担を必要以上に増やさないためにも、高齢者を含め医療・介護サービスの利用のあり方が適正であるかを議論する必要性を強調したい。

3. 日本におけるあるべき社会保障制度像

日本におけるあるべき社会保障制度像を議論する前に、他の先進国における社会保障制度を概観したい。例えばアメリカ合衆国やイギリスは、それぞれ日本とは異なった社会保障の思想に基づき独自の仕組みを有している。

医療に着目すると、アメリカでは公的医療制度として高齢者及び障害者を対象とする「メディケア」と、一定の条件を満たす低所得者を対象とする「メディケイド」の2制度（連邦政府の保健福祉省メディケア・メディケイドサービスセンターの他、メディケアでは民間保険者、メディケイドでは州政府が運営に関与している。⁹⁾）が併存する一方、現役世代においては民間医療保険が中心的な役割を果たしていることから、アメリカ国民に深く根付く自己責任・個人主義の思想が色濃く反映されていると言える。アメリカ国民の約6割が雇用先を通じて提供される民間医療保険に加入しているが¹⁰⁾、雇用先が医療保険を提供していない場合、職を失った場合、個人で事業を営んでいるような場合においては自ら個人契約の民間保険を手当しなければならないことから、2018年時点で人口の8.5%にあたる2750万人の医療保険未加入者が発生しており¹¹⁾、個人間の医療格差とそれに伴う医療の階層化が問題となっている。

イギリスの社会保障は友愛的な精神を起点として発達し、税を財源に原則無料で国営の医療サービスを提供する制度（NHS: National Health Service）を敷いているが、国民が受診医療機関を自由に選ぶことのできる日本と異なり、各国民が事前に登録している一次医療を担う家庭医（General Practitioner）の診察を経た上で、初めて病院など専門的な医療を提供する医療機関での受診が可能となる点が特色である。かつてイギリス政府が医療費抑制政策を採ったところ医師の過重労働や医療の質の低下が問題となったため、イギリス政府は医療費拡大に方針転換し、国民の医療への満足度を高めるべくNHS改革と予算確保を進めてきたが、現在では拡大された医療費の下で達成された医療の質の維持という課題に直面している¹²⁾。

Vol. 7, No. 68, P. 43-60, 2019年6月

⁹⁾ 厚生労働省、『2019年海外情勢報告』

¹⁰⁾ 松岡博司、『ますます巨大化する米国の大手医療保険会社—国民に医療保障を届ける唯一無二の存在—オバマケアの帰趨に左右されない強さ』ニッセイ基礎研究所報 vol. 61, P. 63-83, 2017年7月5日

¹¹⁾ The Wall Street Journal “Number of Uninsured Americans Rises for First Time in Decade” (2019年9月11日掲載)

¹²⁾ 田畑雄紀、『イギリスにおける医療費適正化政策と医療サービス提供体制』健保連海外医療保障

No. 118, P. 15-21, 2018年6月



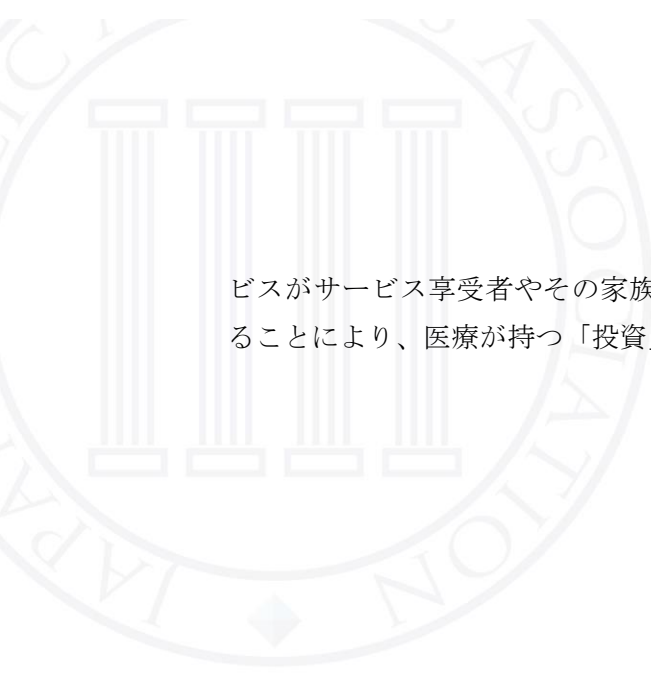
このように、アメリカやイギリスにおける医療保障のあり方は我が国の基本的なそれとは異なるものであり、それぞれの制度の根底にある考え方に起因する問題が顕在化した結果、対応を迫られていることがわかる。

翻ってわが国の医療保障制度は、国民全員が公的医療保険に加入する「国民皆保険制度」であり、個人とその勤務先の企業等が支払う健康保険料を主な財源として運営されている。国民は月々の健康保険料を支払うことによって、病気やケガに見舞われたとしても一定割合の自己負担で適切な医療を享受することができるほか、医療機関を自由に選ぶことが可能である。しかしこの国民皆保険制度の持続可能性が、少子化・支え手の減少による財源不足、高齢化の進展や医療の高度化・複雑化による医療費の増大や社会の変化に対応してこなかったことで危機にさらされていることは前述のとおりである。

アメリカのように公的負担はほぼないが個人の経済事情が享受できる医療サービスの程度に直結するあり方や、イギリスのように公的給付が手厚い一方で個人の選択肢が著しく限られるあり方は、「自立した個人を、連帯して支える」という理念の下、自助・共助・公助により形作られる日本の社会保障と異なり、多くの日本国民にとっては受け入れがたいものであろう。自らの力だけではどうしても自分を支えることができない場合の支えとなる共助・公助としての社会保障が存在することへの信頼が、「個人の自立」を実現、促進するために重要であることを踏まえ、日本にとってあるべき社会保障の姿を構想し、早急に改革を推し進めることが求められる。

ただし、社会保障制度の再構築は近視眼的な財源確保案の模索に陥ることなく、現役世代にとって納得感のある改革とすることが重要であり、そのためにこそ、社会保障制度の意義についての理解促進が欠かせない。本章1. で述べたように、社会保障制度には、誰もが経験しうるリスクに備えるという個人にとってのメリットと、また年齢に関係なく負担能力に応じ国民同士が賦課方式によって支え合うという社会全体にとってのメリットの、両方の側面がある。特に個人にとってのメリットは、自分自身のリスクだけでなく、自身の親・子にリスクが生じた場合にも私的領域での過度な負担なく医療・介護サービスを受けられる点で、世代に関係なく裨益するものである。したがって、社会保障制度が持続可能であることはいつ誰の身にも降りかかる可能性のあるリスクに対し備えが維持されることを意味し、一人ひとりが今後も受益する上で必須となる。「制度の持続が不可欠であること」、またそれが「自身の受益、さらには生活の安定や自己実現、社会全体の活性化につながっていくこと」について理解を醸成することそのものが、必要な負担を受け入れることへの納得感、そして制度の持続につながっていく。したがって、社会保障制度の意義についての国民の理解促進と制度への信頼性確保は、持続可能性と不可分である。

以上本章では、社会保障制度が個人だけでなく社会全体に大きな利益を生み出す我が国の根幹と言える仕組みであることを述べるとともに、政府には、社会保障の役割や国が目指す社会保障の方向性に加え、負担を分かち合うことに対する理解を促進し、財源確保策の議論を進めることが求められる旨を述べてきた。次章では、いくつかの疾患において医療サー



ビスがサービス享受者やその家族にもたらす社会経済的なインパクトを定性/定量評価することにより、医療が持つ「投資」の側面への理解に資することを試みたい。

第3章

1. 「投資」としての医療・介護

既に述べたとおり、社会保障、中でも医療・介護は、国民の生活に安心・安定をもたらし、また減収・不況時の支えとなるだけでなく、現在や将来における社会全体の活性化にも寄与するという点で「社会から社会への投資」「国民から国民への投資」と評価されるべきものである。ここで「投資」とは、単に資源を投入することではなく、資源の投入により得られる、直接的な雇用創出や医療・介護サービスの利用による社会の支え手の増加、人生におけるリスクへの不安軽減による消費促進等、社会に対する効果に着目するものであることを、改めて強調しておきたい。そうであるからこそ、医療・介護への適切な投資は、少子化・高齢化が進展し、経済成長率が鈍化していく我が国にとって、必要不可欠なのである。もちろん、投入する財源が効率的に使われるべきであることは言うまでもなく、そのために求められる医療提供体制の改革については次章で詳述する。本章では、医療・介護への投資により得られる社会経済的なインパクトを評価し、「社会から社会への投資」「国民から国民への投資」であることをより具体的に示す。

まずは医療を例に、雇用を生み出す効果を取り上げる。医療が持つ雇用誘発効果については、2009年度平厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業「医療と介護・福祉の産業連関に関する分析研究」によって推計されたデータを基に、以下の分析がなされている。なお、この分析では「医師または歯科医師等が患者に対して行う医業行為およびそれに直接関連するサービスを提供する業務」を医療サービス活動と定義しており、その生産額には国民医療費に加え、その他医療費（正常分娩費、歯科差額等）と医療関連サービス（助産所、あんまマッサージ指圧師・はり師・きゅう師などの療術業、歯科技工士、アイバンク、衛生検査所等の業務収入）も含まれる。

まず、医療サービス活動が直接的に雇用を誘発する効果を、1単位（100万円）の生産を行うのに必要となる雇用者数を表す雇用係数で見ると、国公立の医療サービス活動部門で0.0855、公益法人等で0.0820、医療法人等で0.0897となっている。全産業部門の平均は0.0613、サービス産業部門の平均は0.0751であることから、医療サービス活動は全ての産業の中でも直接的に雇用を誘発する効果が比較的高いと言える。

また、ある産業への1単位の需要が、当該産業全体で最終的にどれほどの雇用者数を生み出すかを示す雇用誘発係数は、国公立の医療サービス活動部門が0.1257、公益法人等が0.1164、医療法人等が0.1259である。これらはいずれもサービス産業部門の平均（0.1262）より小さいが、全産業部門の平均（0.1114）や公共事業（0.1142）よりも大きい値である。つまり、医療サービス活動は全産業部門の平均や公共事業よりも高い雇用誘発効果を持つのである¹³。

以上の分析から、医療の雇用創出の効果は産業の中でも高く、したがって経済の支え手を

¹³ 塚原康博、『医療サービス活動における産業・雇用連関分析の展開』、季刊社会保障研究 Vol. 47, No. 2, P. 104-118、2011年9月



直接に増やす重要な機能を持つものと言えるだろう。また、医療へのニーズは都市部であっても地方であっても変わらず存在することから、主要な産業のない地域においては特に、医療は地域の雇用を担う不可欠な産業という位置づけを占めるものであり、地域経済にプラスの効果を与える可能性が示唆されている¹⁴。

さらに、この分析によると、中間投入を通じた生産波及効果を示す1次波及効果と、生産が所得を生み、所得が消費を生み、消費が生産を生むという追加波及効果を含む生産波及効果は、医療サービス活動については全産業部門の平均及び公共事業のそれよりも大きい¹⁵。すなわち、医療は雇用だけでなく生産や消費を生み出す観点からも、経済に与える影響が他の産業よりも総じて大きいのである。

2. 医療への投資による社会経済的インパクト

次に、医療がもたらす社会経済的インパクトを、3つの疾患を例にとり評価する。ここでは、医療サービスを享受することで患者本人が得られる便益を、医薬品の投与により得られる生涯費用の削減効果として推計する。なおここでの「便益」は、費用対効果評価における便益 (benefit, 健康アウトカムを金銭換算して算出した数値)ではなく、一般的な経済学における便益を指すものである。

生涯費用の削減効果を見る際には、医療費以外の評価もまた重要になる。ここでは、医療費以外である程度定量評価が可能なものとして患者家族らの介護によるインフォーマルケアの費用や、患者本人の生産性損失を試算し、医療サービスが生み出しうる潜在的な効果の可視化を図る。なお、本稿では金銭価値に絞って医療費・生産性損失・インフォーマルケアの費用の検討を行うが、医療の本来の価値を計るためには、介入による健康アウトカムの改善そのものの評価が必要である。すなわち、医療費 (+生産性損失・インフォーマルケア)の総額が仮に増大したとしても、それに見合った健康アウトカムの改善があれば、プログラムとしては妥当と評価される。本項アで示すC型肝炎の評価を例に取れば、単に「介入コスト」と「肝疾患にともなう医療費・生産性損失」とを比較するのではなく、肝炎治療に伴う肝がん死亡の削減や、肝疾患悪化によるQOLの低下などの健康アウトカム改善も含めて介入の価値を評価すべきである。この項では金銭価値のより広い観点での評価を試みているが、「金銭価値の増減」だけでなく、「金銭価値の変動と、健康アウトカムの改善」の双方を評価して初めて、プログラムの適正な評価が達成されることは、予め強調しておきたい。

医療サービスの価値とはどのように評価するべきものであろうか。医薬品については、「費用対効果=価値」、「費用/質調整生存年 (QALY: Quality-Adjusted Life Year)¹⁶=価

¹⁴ 伊藤弘人、山崎清、佐原あきは、川室優、『二次医療圏における地域経済循環分析からみた医療を含む公共サービスの役割-非大都市部の公共サービスに求められる域内消費の強化策 (第1報)-』、社会保険旬報、No. 2733、P. 6-11、2018年12月21日

¹⁵ 塚原康博、『医療サービス活動における産業・雇用連関分析の展開』、季刊社会保障研究 Vol. 47, No. 2、P. 104-118、2011年9月

¹⁶ 質調整生存年 (QALY) は、生存年数 (Life Year, LY)を生活の質 QOLで重み付けして得られる指標であ



値」のように錯覚された時期もあるが、費用対効果（費用/QALY）は価値の構成要素であり、その他にどのような要素があるかを広く考えていくのが昨今の潮流である。国際医薬経済・アウトカム研究学会（ISPOR: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research）が提唱する「価値」は、「基本的な要素・やや拡張的な要素・潜在的な要素」の3区分と、「保険者の立場から組み入れ可能・社会の立場ならば組み込み可能」の2区分で分類される12の構成要素からなる。生産性損失（productivity loss）や、患者本人が積極的に治療方針の決定に参加しその決定に従って治療を受ける「アドヒアランス」の向上だけでなく、遺伝子診断などによる不確実性（uncertainty）の低下や感染症への恐怖（Fear of contagion）など、多面的な要素が提案されている。もっとも、価値の要素は決して一意に定まるものではない。端的な例として「医療機関の受診」における価値の要素が挙げられる。コロナ禍以前には、少なくとも患者側の視点では、「念のために受診を増やすこと」で得られる安心が、「受診しないことで通院の手間や交通費が省ける」という価値や「待合室でインフルエンザウイルスをもらうかもしれない」という院内感染のリスクを上回る価値として認識されていたであろう。それが今般のコロナ禍で一変し、院内感染を防止することや、受診しないことによって社会全体の医療資源を節約することが、価値の要素として強く認識されるようになった。時間とともに新たな「価値」の要素が生まれることや、要素間の重要性が入れ替わることは自然である。

英国の国立医療技術評価機構（NICE: National Institute for Health and Care Excellence）は、例えば抗菌薬の評価について、多様な抗菌薬を整備すること・本人以外の感染リスクを下げることなど、費用対効果の軸では捉えきれない価値を評価し、なおかつ価格に反映させることを明示している。費用対効果のデータを価格調整または給付・保険償還の可否の判断どちらの用途で用いる場合であっても、費用対効果以外の価値の評価が不可欠であることを、改めて示した事例である。

このように、医療サービスの価値は多面的であるが、すべての価値を網羅して定量化することは、現実的には困難であることが多い。データがある程度整備されており、評価実績もある医療費・QALY以外の要素としては、疾患に伴って本人ならびに介助者が仕事に従事できなくなる生産性損失がある。また日本では医療費の定義からは外れるが、介護費に関しては、英国を含む諸外国でも分析に含めることが許容されている。

そこで、本稿ではC型肝炎・認知症・がんの3つの領域について、医療費「以外」の可視化・定量化が可能な要素として介護費と生産性損失を測定することを試みた。なお肝疾患・認知症・がんの医療費は、それぞれ1,900億円・1兆9,000億円・3兆8,000億円と推計されている^{17,18}。医科診療報酬30.8兆円のうち、3疾患の占める割合は22%となる。

る。具体的には、生存年数に効用値・QOL値（完全な健康を1.0、死亡をゼロ）を乗じて算出する。疾患横断的な評価を行う際に共通の効果指標としてよく用いられる。

¹⁷ 厚生労働省、『平成30年度国民医療費』、2020年

¹⁸ Sado M, Ninomiya A, Shikimoto R, Ikeda B, Baba T, Yoshimura K, Mimura M. “The estimated cost of dementia in Japan, the most aged society in the world.” PLoS One. 2018 Nov 12;13(11):

なお、測定については、その領域全体でどれだけの負担が発生しているか（いわゆる疾病負担（Disease Burden）もしくは疾病費用分析（Cost of Illness））の評価と、介入の導入によってどれだけ損失が減少するかの評価を区別する必要がある。肝炎については、治療のインパクトを定量評価できるモデルを使って、後者の「介入による生産性損失の減少効果」を推計した。認知症やがんについては、既存のデータを使って、医療費以外の費用負担を推計した。認知症では公的介護費とインフォーマルケアによる介助者の生産性損失を、がんでは罹患による生産性損失の総額の推計を行った。以下に領域ごとの推計方法と結果を示す。

ア 肝炎（C型肝炎の介入による生涯費用の削減効果推計）

● 方法

C型肝炎のインターフェロンフリー治療薬（直接作用型抗ウイルス薬、DAA: Direct Acting Antivirals）を題材とした。五十嵐らの過去の研究で、C型肝炎の自然史（慢性肝炎から代償性肝硬変・非代償性肝硬変・肝細胞がんに至る経過）についての状態推移モデル（cure model）を利用し、日本のデータを組み込んだ上で肝炎治療の費用および健康アウトカムを評価している^{19, 20, 21, 22}。

このモデルでは、健康状態ごとに年間の労働不可能日数を設定し、それに1日あたり賃金を乗ずることで生産性損失を算出している。労働不能日数は過去の研究のデータ²²を組み込んだ上で、1日あたり賃金は2020年のデータに置き換え、新規DAAによる生産性損失の削減効果を試算した。分析期間は生涯とし、年率2%で割引を実施した。

対象人数については、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を用いた伊藤らの患者推計²³に基づき、C型肝炎の推計患者全員（48万人）を対象とした場合と、DAA治療薬の使用実態を考慮して10万人と設定した場合の二通りの推計を実施した。

日本におけるC型肝炎患者は、遺伝子型（ジェノタイプ）1型（70%）と2型（30%）がほとんどを占める。それぞれのジェノタイプについて推計を行い、按分して削減効果を推計した。ジェノタイプ1型は既治療・未治療、ジェノタイプ2型は既治療・未治療とインターフェロン（IFN）使用の可否で区分して推計を行い、患者割合で按分した結果を求めた。

e0206508.

¹⁹ Igarashi A, Furusyo N, Ogawa E, et al. “Cost-effectiveness analysis of sofosbuvir plus ribavirin in patients with genotype 2 chronic hepatitis C: an analysis with real world outcomes from a multicentre cohort in Japan.” *BMJ Open*. 2019; 9(6):e023405.

²⁰ Igarashi A, Tang W, Guerra I, et al. “Cost-utility analysis of ledipasvir/sofosbuvir for the treatment of genotype 1 chronic hepatitis C in Japan.” *Curr Med Res Opin*. 2017; 33(1):11-21.

²¹ Igarashi A, Tang W, Cure S, et al. “Cost-utility analysis of sofosbuvir for the treatment of genotype 2 chronic hepatitis C in Japan.” *Curr Med Res Opin*. 2017; 33(1):1-10.

²² 佐藤敏彦、『ウイルス性肝炎による生産性損失の推定。我が国のウイルス性肝炎対策に資する医療経済評価に関する研究 総合研究報告書』、平成28年度厚生労働省科学研究費補助金 我が国のウイルス性肝炎対策に資する医療経済評価に関する研究（研究代表者：平尾智広）総合研究報告書

²³ 平成26年度厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 肝炎等克服政策研究。B型・C型肝炎による肝硬変、肝がん患者における医療費等の実態調査（研究代表者：伊藤澄信）。総括研究報告書

- 結果

1人あたりの結果を表1に示す。患者数で按分した医療費は75万円増大するが、生産性損失は279万円減少し、全体としては204万円の費用削減となる。

表1 C型肝炎の1人あたり生涯医療費と生産性損失

(円)

	新薬	既存治療または無治療	差額
1人あたり按分医療費	5,210,504	4,464,768	745,735
1人あたり按分生産性損失	955,924	3,742,988	-2,787,063
1人あたり按分総費用	6,166,428	8,207,756	-2,041,328

表2に、患者集団全体の結果を示した。10万人あたりで見た場合には、生涯医療費は746億円増加するが、生産性損失は2,787億円削減され、総額では2,041億円の削減となった。47.2万人で見た場合は、医療費が3,520億円増大、生産性損失が1兆3,155億円の削減で、総額では9,635億円の削減となる。

表2 C型肝炎の医療費・生産性損失の総額

(億円)

	新薬	既存治療薬または無治療	差額
(患者数47.2万人)			
合計医療費	24,594	21,074	3,520
合計生産性損失	4,512	17,667	-13,155
合計総費用	29,106	38,741	-9,635
(患者数10万人)			
合計医療費	5,211	4,465	746
合計生産性損失	956	3,743	-2,787
合計総費用	6,166	8,208	-2,041

イ 認知症（アルツハイマー型認知症にともなう介護費用・インフォーマルケアの推計）

● 方法

五十嵐らは過去の研究で、認知症治療中の患者コホート 553 名の調査により、重症度別に医療費・介護費（介護保険でまかなわれる公的介護費）に加え、家族らによるインフォーマルケアの費用を重症度別に算出している²⁴。重症度は認知症の重症度評価として一般的に用いられる MMSE スコア（30 点満点）を用い、軽症（Mild, 21-26 点）・中等度（Moderate, 15-20 点）・重症（Severe, 14 点以下）の 3 グループに分けて月間の費用を算出した。インフォーマルケアのコストは、就業している介助者の場合は賃金をそのまま乗じて算出し、非就業の介助者では「余暇時間（Leisure time）」が失われたと考え、賃金に 0.35 を乗じた費用を組み込んでいる。この値に、Ikeda らの疾病負担推計²⁵で用いられた重症度別のアルツハイマー型認知症の患者分布（軽度 115 万人・中等度 66 万人・重症 84 万人）を乗じて、総費用を求めた。

● 結果

結果を表 3 に示す。認知症は現時点では抗認知症薬以外の治療選択肢が乏しいため、医療費は重症度を問わず 2.6 万～2.7 万円程度で、大きな変化はない。一方で介護費（軽症 4.3 万円・中等度 6.9 万円・重症 9.2 万円）やインフォーマルケアの費用（軽症 8.8 万円・中等度 11.7 万円・重症 17.6 万円）は、重症化とともに増大しているのがわかる。

表 3 アルツハイマー型認知症の重症度別 1 人あたり疾病費用（月額）

（円）

	軽症	中等度	重症
医療費	27,441	26,309	26,649
公的介護費	42,906	68,503	91,731
インフォーマルケア費	88,107	116,488	175,845

総費用の推計結果を表 4 に示す。医療費負担約 8,600 億円に対して、介護費は約 2.1 兆円、インフォーマルケアの費用は約 3.9 兆円と、医療費を大きく上回る負担が介護およびインフォーマルケアで発生していた。前述のとおり医療費は重症化による増大要因が小さい分、重症化するほど介護・インフォーマルケアの占める割合が相対的に大きくなる。全体の損失に対する「医療費以外の要素」の割合は、全患者で 87.5%、重症度別に見ると軽度で 82.7%、中等度で 87.5%、重症で 90.9%となった。

²⁴ Nakanishi M, Igarashi A, Ueda K, et al. “Costs and Resource Use Associated with Community-Dwelling Patients with Alzheimer’s Disease in Japan: Baseline Results from the Prospective Observational GERAS-J Study.” J Alzheimers Dis. 2020; 74(1): 127-138.

²⁵ Ikeda S, Mimura M, Ikeda M, et al. “Economic burden of alzheimer’s disease dementia in JAPAN.” ISPOR Europe 2019 (poster presentation). Copenhagen, Denmark.

この費用 3.9 兆円は、あくまで「現在発生している疾病費用」であり、C 型肝炎の推計と次の点で異なることに留意が必要である。まず、C 型肝炎と異なり、現状では特に重症の認知症に関して、医療費・介護費を削減できるような介入は存在しない。また、仮にそのような介入（すなわち、3.9 兆円の負担をある程度減らせる介入）が今後実現した場合、純削減額を求める際にはその介入のコストを算入する必要が当然に生ずる。したがって「現状で発生している疾病費用」と「介入によって削減しうる費用」とは異なり、ここでは医療費以外の負担の大きさを可視化する目的で推計を実施したものである。

表 4 認知症の重症度別疾病費用（総額）

	軽度 AD	中等度 AD	重症 AD	(合計)
推計患者数 (人)	1, 151, 000	660, 000	841, 000	2, 652, 000
構成割合	43. 4%	24. 9%	31. 7%	
年間医療費 1 人 (円)	329, 292	315, 708	319, 788	322, 897
年間介護費 1 人 (円)	514, 872	822, 036	1, 100, 772	777, 116
年間インフォーマルケア費 1 人 (円)	1, 057, 284	1, 397, 856	2, 110, 140	1, 475, 923
				(合計)
総医療費 (億円)	3, 790	2, 084	2, 689	8, 563
総介護費 (億円)	5, 926	5, 425	9, 257	20, 609
総インフォーマルケア (億円)	12, 169	9, 226	17, 746	39, 141
(医療費以外が全体に占める割合)	82. 7%	87. 5%	90. 9%	87. 5%

ウ がん（がん患者の受療にともなう生産性損失と、ふだんの生産性低下による損失の推計）

● 方法

福田ら²⁶は、公表データを用いて「がん患者の受療そのものに伴う生産性損失（通院や入院のために労働できず生じる損失）」と「受療日以外のがんの影響による生産性損失」の双方を推計している。具体的には、

- 1) 患者調査のデータから各種がんについて「のべ受療日数」を計算し、1 日あたり賃金と就業率を乗じて「受療の生産性損失」を算出
- 2) 患者調査の総患者数推計データから、「受療の有無を問わないのべ有病日数」を計算

²⁶ 福田敬、『がんの罹患による労働損失の推計』、平成 24～25 年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）分担研究報告書、2014 年



し、1)で求めた「のべ受療日数」を差し引いて、受療日以外の総日数を算出。
3) 2)で計算した「受療日以外の総のべ日数」に、1日あたり賃金と就業率、さらに補正係数(0%-100%)を乗じて、「受療日以外の生産性損失」を算出の流れをとる。なお3)の補正係数は、がんの罹患によって、通常の実業者と比較して「受療日以外の生産性」がどれだけ低下するかの係数である。0%であれば「がんによって生産性が完全に失われた」、100%ならば「がんによる生産性の影響は全くない」との仮定になる。

今回の推計は、福田らの方法論に基づき、データソースを最新のものに更新して再計算をおこなった。受療者数および総患者数は2017年患者調査²⁷を、年齢階級別の実業者率は2020年の労働力調査²⁸を、年齢階級別の賃金は2019年の賃金構造基本統計調査²⁹のデータを用いた。

なお生産性損失の組み入れは、福田らの推計と同様に、20-69歳までの患者に限定して行った。

「受療日以外の損失」は、補正係数の設定によって大きく変化する。福田らの分析でも、数値についての仮定はおかず、100%から0%まで数値を変化させた結果を提示している。今回も、90%・50%・10%の3つの数値を設定して計算した。

● 結果

結果を表5に示す。受療そのものに伴う損失は、新生物全体で男性2,844億円、女性2,409億円、合計で5,353億円であった。なお「悪性新生物」に絞った場合は、男性2,118億円、女性1,395億円、合計で3,513億円となる。

受療日以外の損失は、調整係数(がんによって、受療日以外の生産性がどの程度低下するか)に大きく依存する。

仮に50%低下を仮定した場合、受療日以外の損失は男性7,055億円、女性7,886億円、合計14,941億円となり、悪性新生物に絞ると、男性5,290億円、女性4,091億円、合計9,380億円となった。生産性が10%低下するごとに、生産性損失は男性で1,411億円、女性1,577億円、総額で2,988億円(悪性新生物に絞ると、男性1,058億円、女性818億円、合計1,876億円)低下することになる³⁰。

双方を合計すると、中位推計(調整係数50%)をとった場合には、がん罹患による生産性損失は新生物全体で2兆294億円、悪性新生物のみで1兆2,893億円となった。傷病別の国民医療費の金額は、新生物全体で4兆3,761億円、悪性新生物で3兆8,187億円である。医療費と生産性損失の総額の比は、新生物全体では46%、悪性新生物では29%となる。

²⁷ 厚生労働省、『平成29年患者調査』、2019年3月1日

²⁸ 総務省、『労働力調査(基本集計)2020年(令和2年)平均結果の要約』、2021年1月29日

²⁹ 厚生労働省、『令和元年度賃金構造基本統計調査の概況』、2020年3月31日

³⁰ なお、「令和元年度賃金構造基本統計調査」を基に、20~69歳までの男女の「給与額及び年間賞与その他特別給与額」の合計を算出すると、約8兆820億円(年間)である。

この推計も認知症と同様に、現在発生している疾病費用を推計したもので、介入の存在可能性の問題・介入コストそのものの費用増加の問題は同様に存在する。

がんは日本人の二人に一人が罹患すると言われる疾患であるが、そのような身近な疾患において、受療そのものに伴うものだけで約3,500億円、加えて受療日以外においても数千億円に相当する生産性損失が生じているのである。

表 5 がんの生産性損失推計

(億円)

受療日の損失			
	男性	女性	合計
新生物<腫瘍>	2,844.2	2,509.1	5,353.4
(悪性新生物全体)	2,117.6	1,395.0	3,512.5
受療日以外の損失			
	(労働力係数 0.9)		
	男性	女性	合計
新生物<腫瘍>	1,411.0	1,577.2	2,988.2
(悪性新生物全体)	1,058.1	818.1	1,876.2
	(労働力係数 0.5)		
	男性	女性	合計
新生物<腫瘍>	7,055.0	7,885.8	14,940.8
(悪性新生物全体)	5,290.3	4,090.5	9,380.8
	(労働力係数 0.1)		
	男性	女性	合計
新生物<腫瘍>	12,699.1	14,194.4	26,893.5
(悪性新生物全体)	9,522.5	7,362.9	16,885.4

3. 医療・介護への「投資」が日本社会に生み出す価値

1. では医療サービス活動が高い雇用誘発効果を有することを述べたが、雇用が生まれれば、雇用された人々の所得が消費活動に使われ、さらなる経済的効果につながると考えられる。この点でも、都市であっても地方であっても変わらず需要が存在するという医療の特性は、特に地方において経済を下支えするものとして意義深い。

また、前項アの試算では、医薬品の投与という医療サービスの給付により生じる医療費と生産性損失の削減効果を比較すると、医療費よりも生産性損失の削減効果の方が大きいことが明らかになった。つまり、生産性の観点からは、投入する医療費以上の便益が得られる

ということである。また、前項イ、ウの試算では、患者家族らのインフォーマルケアコストや患者本人の生産性損失の規模が医療費と比較しても大きいことが示された。これらは公的な医療サービスや介護サービスの給付により軽減される余地のあるコストや、回避できる可能性のある生産性損失である。これらのコストや生産性損失の削減を実現しうるのは、疾患を治療することのできる、いわばC型肝炎におけるDAAのような革新的な介入によるのである。そしてそのような介入により患者本人や家族らの就業が可能となれば、労働市場に労働力が供給されるだけでなく彼らが得た所得が新たな消費を生み、一層の経済効果をもたらすことにつながるだろう。つまり、イ、ウの試算結果は、個人のコストや生産性損失を表していると同時に、革新的な治療法への投資が終局的に生み出しうる社会経済的インパクトの一端を表しているとも言えるのである。

医療費・介護費は国家財政の面からは「支出」と見なされ、また一般的にも費用負担というマイナスの側面に目が向きがちである。しかし、現在の医療保険制度では、医療サービスを享受することによる、患者本人や家族らにとっての生産性損失の回避や軽減といった効果が費用対効果として評価されておらず、したがって医療費の多寡のみに目を奪われていては、医療が持つ多様な価値を適切に捉えきれない恐れがあることに留意しなければならない。本章でこれまで示してきたように、医療・介護に資源を投入することは、多様な社会経済的インパクトを生み出す「投資」という重要な側面を持っている。

医療・介護は、人が存在する限りサービスへのニーズが存在する。だからこそ、医療・介護が有する、社会の支え手を直接・間接に増やす効果は、少子化・高齢化が進展する中にあってますます重要性が増していくであろう。

同時に、単に医療・介護への財源投下の量的拡大を是とするのではなく、医療のデジタル化の推進や地域単位での病院の連携・機能分化などの改善を進め、投下する財源が有効に使われる新たな「成長産業」とする必要があることは言うまでもない。求められる医療提供体制のあり方については、コロナ禍で浮き彫りになった課題も踏まえながら、次章で検討していく。

第4章 我が国が構築すべき医療提供体制

1. 効果的・効率的な医療提供体制構築の必要性³¹

第2章において詳述したとおり、医療・介護は、財源の適切な配分によって最適な医療・介護サービスが提供された結果、支え手増加をはじめとした様々な社会的・経済的効果を見込むことができ、また、魅力がありかつ雇用創出力の大きい産業としてさらに我が国の経済を牽引していくことが期待される。このことから、医療・介護は極めて有効な「投資」先と見なすことができる。一方で、我が国の医療・介護は主に公的保険制度によって支えられていることから、投入された財源が過剰や無駄が省かれた環境下で効率よく使われることが医療・介護へ「投資」する前提となる。本章の1. では、介護費に比べ規模の大きい医療費に着目し、効果的・効率的な医療提供体制を早急に構築することの必要性について現状と課題とともに論じる。

我が国の医療制度では国民皆保険の下、受診する医療機関を自由に選び必要な医療サービスを楽しむことができる（フリーアクセス）。また、地方自治体が運営する自治体病院や独立行政法人国立病院機構が運営する国立病院などの公的な医療機関もあるものの、個人及び民間医療機関が病院数の7割以上、病床数の5割以上を占めており、民間が所有・運営する医療機関を中心とした医療提供体制となっていることが特徴である³²。これまで日本は世界有数の平均寿命を達成するなど高水準の医療を実現してきたが、その一方で少子化・高齢化による人口減少、人口構成や疾病構造の変化などの環境変化に伴い、必要とされる医療や医療提供体制のあり方も変容している。

医療提供体制の改革については、政府内でも継続的な議論がなされてきた。2020年12月に閣議決定された「全世代型社会保障改革の方針」においては、新型コロナウイルス感染症の拡大を踏まえた、有事に必要な対策を機動的に講じるための改革³³とともに、かかりつけ医機能の強化、外来機能の明確化・連携、オンライン診療の推進、医師の働き方改革、医療関係職種専門性を生かした医療提供体制の推進、医師偏在に関する実効的な対策等を医療提供体制の改革に向けて取り組むこととされた³⁴。さらに2014年に改正された「医療介護総合確保推進法」によって「地域医療構想」が制度化されたことで、政府はこれまでの「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換を図ることを地方自治体に求めており、法整備の面からも医療提供体制の改革を強力に推進しようとしていることが見て取れる。

しかしながら、海外諸国と比較すると我が国の医療提供体制の効率化はいまだ道半ばであり、課題も多いのが現状である。例えば、OECDによると日本の人口1,000人当たりの病床

³¹ 本稿では、社会保障制度全体の中で現在医療が担っている役割を前提として、あるべき医療提供体制を検討した上で必要な政策的示唆を行うが、医療が果たすべき役割については、社会保障制度全体の中での介護や公衆衛生、社会福祉等との役割分担・連携のあり方も踏まえた議論が必要である。

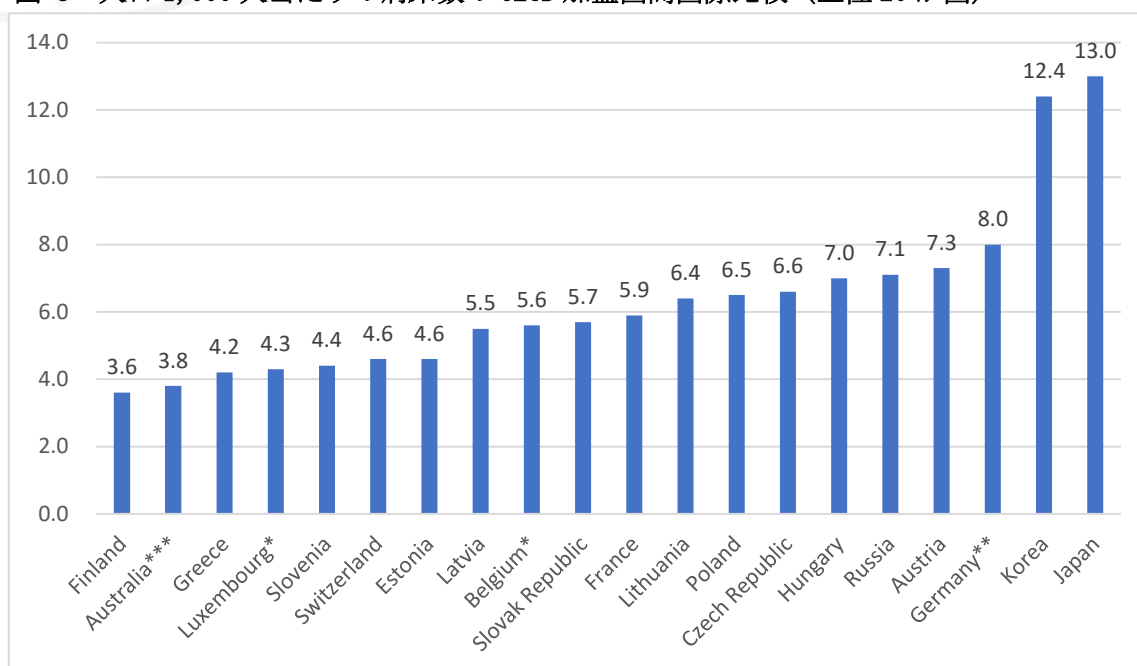
³² 厚生労働省医政局、第55回社会保障審議会医療部会資料1『医療提供体制に関する現状と課題』、2017年11月10日

³³ 詳細は後述する。

³⁴ 『全世代型社会保障改革の方針』（2020年12月15日閣議決定）

数は13.0床³⁵であるのに対しOECD平均は4.7床³⁶であり、諸外国に比べ圧倒的に病床数が多い。また病床の平均専有率は75.5%に留まっており、国際的に見ても明らかに過剰な病床が存在している。さらに入院医療費と病床数の間に高い相関関係がみられることが知られており³⁷、医療資源の余剰が医療費増大の一因となっている可能性が考えられる。

図 3 人口 1,000 人当たりの病床数の OECD 加盟国間国際比較（上位 20 か国）



出典：OECD Stat2018 データを基に作成。「*」は2019年、「**」は2017年、「***」は2016年のデータ。

改革が進まない原因の一つとして、前述したように我が国の医療提供体制が民間中心であり、政府主導による改革を実行するのは容易でないことが考えられる³⁸。そのため、変革を促す実効性をもった改革をいまだ実現するに至っていない。また昨今のコロナ禍では、患者の減少による経営への悪影響を懸念した医療機関の新型コロナウイルス感染者の受け入れ拒否、感染者を受け入れた病院における経営の著しい悪化といった状況も見られた。また、公的な医療機関にも、国が運営するもの、自治体が運営するもの、さらには法人が運営するが法律に基づき公的医療機関と位置づけられるもの（赤十字病院等）など複数種類があり、所管省庁が異なることも一体的な改革を難しくしていると考えられる。

加えて、今般の新型コロナウイルス感染症の拡大によっても、医療機関の機能分化・連携の不足が顕在化した。我が国においては、新型コロナウイルス感染症の拡大初期に感染者数

³⁵ OECD Health Statics 2018

³⁶ OECD Health at a Glance 2019

³⁷ 財政制度審議会財政制度等分科会資料2『地方財政』、2018年10月30日

³⁸ 社会保障制度改革国民会議、『社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』、2013年8月6日

が急激に増加し、一部の地域では感染症病床の不足が見られ一般病床での対応も余儀なくされた。また、2020年秋頃からのいわゆる「第3波」で患者数が急増した結果、東京都などでは再び病床が不足している。

日本国内における感染症病床の数は153万を超える病院病床の総数に対し1,888と約0.1%に留まっており³⁹、今回のような感染症の拡大が起きれば感染症病床のみでは足りず一般病床を転用する以外の選択肢がないことは自明であった。病床逼迫は地域医療構想に起因するとする意見も聞かれたが、そうではなく、そもそも都道府県が策定し地域医療構想を規定する医療計画そのものに公衆衛生や感染症対策に関する要件が十分記載されておらず、したがって病床区分や機能分化といった医療提供体制の議論において感染症対策が十分に検討されてこなかったことが理由である。コロナ禍によって顕在化した課題を踏まえ、2020年10月28日に開催された厚生科学審議会感染症部会では、感染症指定医療機関・感染症病床の整備目標や、感染拡大時に感染患者を受け入れる一般病院の設定などを医療計画にも盛り込み、感染症法に基づく予防計画との整合性を確保していく方向で議論がなされた⁴⁰。また、「全世代型社会保障改革の方針」においても、新型コロナウイルス感染症の対応を踏まえ、有事に必要な対策が機動的に講じられるよう、都道府県の医療計画に新興感染症への対応を位置づけるとともに、医療計画に基づいて策定される地域医療構想については、中長期の医療需要の変化を見据え、各医療機関の役割分担を継続的に協議する基本的枠組みを維持し、その財政支援等を行うとの方向性が明示された⁴¹。この方針を踏まえて医療法等の関連法を改正する法案が2021年通常国会に提出されており、今後は改正法に基づき着実に取組が実施されることが必要である。

そして、病床不足の他にも、検査体制や情報把握・管理システム構築の遅れ、医療現場における人材・物資の逼迫、救急医療の機能不全、データに基づく診療行為の優先順位付けに時間を要したことなど、緊急時の医療提供体制について様々な課題が顕在化した。これらの背後には、医療機関同士の連携不足、ひいては上記で述べた縦割り行政による運営の硬直化があると考えられる。

更に、昨今のコロナ禍では、我が国の医療のデジタル化は主要国と比べて大きく遅れていることが浮き彫りにされた。政府は新型コロナウイルス感染症対策のため、病院の病床やスタッフの状況、医療物資（マスクや防護服等）などの確保の情報を把握する「新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム（G-MIS: Gathering Medical Information System on COVID-19）」や新型コロナウイルス感染症患者等の情報共有・一元管理を行うための「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS: Health Center Real-time Information-sharing System on COVID-19）」を開発したものの、自治体や医療機関において情報共有のデジタル化が十分進んでいなかった中、緊急時に新たなシステム

³⁹ 厚生労働省、『令和元（2019）年医療施設（動態）調査・病院報告の概況』、2020年9月29日

⁴⁰ 第49回厚生科学審議会感染症部会（2020年10月28日開催、厚生労働省結核感染症課）

⁴¹ 『全世代型社会保障改革の方針』（2020年12月15日閣議決定）



利用に対応する余裕がなく、導入がスムーズに進まなかった⁴²。医療のデジタル化は平時の医療サービス提供のみならず、緊急時にはなおのこと医療リソース管理や感染拡大を抑止する点で重要な切り札となるが、我が国においては医療現場の実情に即した効率的・効果的なシステムの検討が十分になされておらず、現場において十分に活用できるようなシステムが稼働・運用されていない。

このような課題に対応し、効果的・効率的な医療提供体制を構築するため「医療機関の機能分化と連携の強化」及び「医療のデジタル化の推進・環境整備」を進めることが必要と考えられるところ、以下2. 及び3. において詳述する。

2. 医療機関の機能分化と連携の強化

我が国において平時あるいは緊急時に関わらず質の高い医療を効果的・効率的に国民へ提供するためには、元々政策医療を担う公的医療機関のみならず民間医療機関の協力が欠かせない。特に新興感染症や災害など未曾有の緊急事態においては、医療圏内の医療機関同士で医療従事者や病床を調整し、あらかじめ明確化された医療機関ごとの役割分担や指揮系統のもと、効果的・効率的に医療を提供することが求められる。

そのためには、公的医療機関は民間医療機関では担い難い政策医療を主に分担し、逆に民間医療機関が提供できる医療は原則として提供しないなど、機能の重複を省きつつ緊急時にも柔軟に対応可能な平時の医療提供体制を、地域ごとの実情に合わせて検討・整備していくことが肝要である⁴³。医療需要の変化に伴う医療提供体制の効率化を進めながら、公衆衛生や感染症対策の視点を医療計画の中に十分に盛り込むことで、今回のコロナ禍のような我が国にとって前例のない事態への備えを担保していくべきである。こうした官民一体となった改革を進める観点から、1. で指摘した公的医療機関の設置主体・所管省庁を巡る課題についてもここに改めて強調したい。また、民間医療機関がこうした新興感染症等の患者の受け入れを行う場合には、医療スタッフが業務に従事することに対する財政支援等の政策的な誘導も肝要であろう。

3. 医療のデジタル化の推進・環境整備

いわゆる「団塊の世代」の全員が後期高齢者となる2025年にかけて⁴⁴、医療・介護の需要は急激な増加が見込まれる。人口動態や家族形態が大きく変化する中で、医療財源がより効果的かつ効率的に使われる医療提供体制を構築していくためには医療のデジタル化の推進も不可欠である。特に通院に時間を割き難い現役世代に、ウェアラブルデバイスを用いた

⁴² 「東京は今でもファクスと手入力 コロナ情報共有システム2カ月たっても導入進まず」、東京新聞、2020年7月27日

⁴³ 全国自治体病院協議会会長の小熊豊氏は、「むやみに余裕が必要とするのは問題」とした上で「平時の医療と感染症への医療を見直すべきではないか」と指摘している。(m3.com、『地域医療構想「感染症の再検討を」全自病・小熊会長』(2020年10月16日))

⁴⁴ 厚生労働省、『平成28年版厚生労働白書』

日々の健康管理の可視化や、医療スタッフのオンライン指導による疾病の一次・二次予防が普及すれば、社会保障によってもたらされる便益を実感する機会が増えるとともに、自ら健康管理をすることの意欲向上に結び付く。予防に限らず診療プロセスにおいても、診療情報の一元管理やその活用、オンラインでの診療予約から受診、服薬指導、フォローアップまでをシームレスに繋ぐことによって現在提供されている医療サービスの質のさらなる向上を図り、一人ひとりが医療サービスから享受する価値を高めていくことが可能となる。

医療のデジタル化を推進するに当たっては、汎用性の高いプラットフォームやネットワークの整備・運営、データの標準化、個人情報保護の徹底といったセキュリティ面などの環境整備が不可欠である。こうしたインフラの公共財的な性格を踏まえれば、デジタル化がもたらす恩恵を最大化するためには、民間の知見や資金を最大限活用しつつ、政府が積極的に関与・支援することが適切である。現在進められている「デジタル庁」設置の動きとも連動し、政府によって強力に医療のデジタル化に向けての環境整備が行われることを期待したい。

以上、2. 及び3. において効果的・効率的な医療提供体制を構築する上で「医療機関の機能分化と連携の強化」と「医療のデジタル化の推進・環境整備」が求められることを述べたが、続く4. ではその前提条件となる「過剰や無駄の是正」の必要性について論じる。

4. 効果的・効率的な医療提供体制の前提となる過剰や無駄の是正

我々は日常から国民皆保険の下、自ら医療機関を選び必要な医療サービスを受診してきたが、今回のコロナ禍によって、この当たり前の前提であった医療へのフリーアクセスは大きく揺らぐこととなった。例えば、かかりつけのクリニックにPCR検査を求める患者が多く来院したため定期通院ができなかった、新型コロナウイルスの院内感染発生によって手術の日程が延期になったなど、これまで誰もが何気なく利用していた医療サービスが突然利用できなくなり、国民一人ひとりがその重要性を再認識することに繋がっている。

他方、必要以上の受診・検査、軽度な疾患に対する医療用医薬品の処方など、「当たり前の医療」の中に不要・不急、即ち無駄や過剰といえる部分が存在しているとも指摘されるようになった⁴⁵。先述した効果的・効率的な医療提供体制を構築する上では、過剰な通院や検査の是正を行うとともに医療機関側にとって患者数や診療行為数が増えるほど収入が増える診療報酬の構造を見直し、割り振られた医療財源が適正に使用されるようにすることが前提として不可欠である。

また、患者の受診抑制による医療機関の経営状況悪化に伴い、社会的影響に鑑み減収分を政府が補填すべきという主張がなされる一方で、疑問を抱かぬままに過剰な医療を提供し

⁴⁵ 法政大学の黒一正教授は、診療所の小児科や小児の受診が多い耳鼻咽喉科における今年7月の患者数、医療費が前年同月比で大きく減少していることに関し、「過剰な診療が減ったと見ることもできる」と指摘する。（「コロナで医療費1兆円減 4~7月7%減、受診控え続く」、日本経済新聞、2020年10月19日）

てきた医療機関についても補償をすべきなのかという疑義も呈された。このようにコロナ禍は、我が国にとって適切な医療とは何か、またその適正な規模はどれくらいかについて再検討する糸口になると考えられる。不測の事態に備え確保すべき「ゆとり」と、是正すべき「無駄」について議論を深め、両者を適切に切り分けていくことが重要であり、そのためには「無駄」か否かを評価する上でのコンセンサスを形成することが求められる。

さらに、医療サービスの提供主体だけでなく、誰もが医療財源配分の適正化に貢献しうることを国民全体の理解として醸成することも必要である。例えば、今回のコロナ禍は医療機関の人手や医療資源の不足が深刻化したが、個人や企業がセルフ・メディケーションや従業員の健康管理などにより積極的に取り組めば、医療提供側の業務を軽減できる可能性がある。我が国において個人が医療費を全額負担する必要がない背景には、社会保険料等による国民相互の支え合いがある。このような仕組みに対する理解をなお一層深めるとともに、各々が健康に関する情報を探索し、理解し、活用して適切な行動につなげる力、即ちヘルスリテラシーの向上にも取り組むことで、個人や企業が健康づくりに積極的に寄与する土台を形成する必要がある。

第5章 持続可能な医療保険制度へ向けた政策的示唆

1. 政策的議論の現状と検討に当たっての留意点

本章では、前章までで述べてきたあるべき社会保障制度像を実現するために必要な医療費の規模と、その実現に必要な財源の確保に関する具体策を提示することにより、社会保障制度を次世代に引き継いでいくために必要な改革に向けた国民的な議論の喚起に資することを旨とする。

日本の社会保障給付費は増加を続けており、その内訳の多くを占める年金及び医療への給付もまた増加が続いている。

このうち年金については、給付水準を決められた財源（保険料収入、国庫負担等）の範囲内で自動的に調整する仕組みである「マクロ経済スライド」が2004年に導入された。これによって一定期間、賃金や物価の上昇に比べて年金給付額の伸びを抑制し、給付を財源の範囲内に収めることで、年金制度の長期的な給付と負担の均衡を保ち、将来の年金受給者の年金水準を確保することが可能となった。

一方で、医療については年金のような時々の経済情勢に応じて給付水準を調整する仕組みはない。過去には、2001年に厚生労働省が老人医療費の伸び率管理制度の導入を明記した医療制度改革案を公表し、2005年に財政制度等審議会や経済財政諮問会議が医療費の伸びを抑制する枠組みの必要性を議論した。さらに2014年には、麻生財務大臣が経済財政諮問会議において、レセプトデータを活用して医療需要を算定し、地域ごとに医療需要に基づく支出目標を達成させるといった構想を提案した。しかし、これらの議論はいずれも、医療費の伸びの抑制のために検討されたのみで、適切な医療費の規模を提示したり、財源・負担と連動して給付・受益の規模を調整したりといった具体的な議論には結びつかなかった。

ここで注意すべきは、必要な医療費の規模を純粋に科学的に判断することは困難だということである。なぜなら、個人が受ける医療サービスの量・質がどの程度であれば適切と捉えるかについては、個人の考え方の差が大きく一律に定めることができないからである。そのため、目指すべき適切な医療費の規模は、国民のコンセンサスとしての政治判断に最終的には委ねられることを前提とし、その判断に資するよう、予測される人口動態を踏まえた複数のパターン別の試算を各々のリスクとともに広く国民に提示する必要がある。

また、これらの試算に基づき議論を進める上では、個々人自らに対する治療等への備えだけでなく、自らの家族が公的領域で提供される医療サービスを一定割合の自己負担で受けられることによる自らへのメリットも含めて総合的に「受益」と捉えた上で、これと「負担」が表裏一体であるという点を念頭に置く必要がある。「受益」と「負担」が表裏一体であるとは、例えば今提供されているレベルと同等の医療を今後も期待するならば、これ以上将来世代につけを回さないためには今の世代が相応の負担を受け入れる必要があることを意味する。逆に今以上の個々人としての負担を避けたいのであれば、今後の人口動態を踏まえれば、医療費の規模が縮小されることをやむを得ないとしなければならないことを意味する。前述のとおり、適切な医療費の規模は科学的に判断されるものではないため、いずれかのシ

ナリオが絶対的な解を示すものではなく、社会保障制度に対する国民の理解のあり方が、社会保障制度の将来像と密接に連動する。なお、適切な医療費の規模を科学的に判断することは困難であるにせよ、同じ健康水準が達成されるならば医療費は少ないほうが望ましいという観点は見落とされるべきではなく、データを活用しエビデンスに基づいて医療資源を効率的・効果的に配分することが必要である。

2. 2040年度における社会保障給付費の規模と財源

日本の高齢者人口がピークの4000万人に達するとされる2040年に、医療費を始めとする社会保障給付費はどうなるか見通されるのであろうか。また、それを賄うためにはどの程度の負担増が必要になるのであろうか。

ここでは、政府が2018年に発表した「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」⁴⁶を用いて、

- 1) 政府の将来見通しで示された医療給付費の増加分を全て消費税で賄う場合、消費税率に占める医療給付費の割合がどの程度上昇するか
- 2) 政府の見通しで示された社会保障給付費の増加分を保険料で賄い消費税率を10%に据え置く場合、対GDP比に占める社会保険料がどの程度上昇するか
- 3) 公費負担率（対GDP比）を2018年度の水準で維持する場合、医療・介護給付費をどの程度引き下げる必要があるか

の3つのパターンに分け、試算を示したい⁴⁷。概説すると、パターン1は医療費の増加分を主に消費増税で賄うこと、パターン2は社会保障給付費の増加分を主に社会保険料で賄うこと、パターン3は公費負担率を現状維持して給付の伸びを抑制することを想定し、それぞれについてどの程度の負担の増加または給付の伸びの抑制が必要であることを明らかにするものである⁴⁸。

本稿で提示するのはあくまで簡易的な試算に基づく数値であるが、現在の国民皆保険制度を将来に渡って維持するためには負担増が避けられず、逆に負担増を避けるなら給付を今よりも減少させざるを得ないことを具体的に想起させ、客観的な数値を伴う政策論議を喚起することを期する。

まず、パターン別試算の基となる数値を整理する。政府の将来見通しにおいて基準となっ

⁴⁶ 給付面については2018年度を基準に機械的に計算した「現状投影」と、医療・介護サービスの提供体制の改革や適正化政策の効果を考慮した「計画ベース」の2つのシナリオがある。また、2040年度にかけての公費負担や社会保険料負担の増加については、予想される経済成長に伴う税収増やこれまでの社会保険料の伸びから算出されている。

⁴⁷ 以下の試算では、四捨五入のため合計が合わない場合がある。

⁴⁸ より厳密には、パターン1は医療費に焦点を当て、その増加分を社会保険料の自然増と消費増税で賄うと仮定した場合に増加する消費税負担の増分、パターン2は社会保障給付費全体の増加に着目し、その増加分をパターン1とは逆に公費負担の自然増（消費税率据え置き）と社会保険料の増額で賄うと仮定した場合の社会保険料負担の増分、パターン3は、公費負担率を現状維持すると仮定した場合に必要な給付規模の縮小について、将来世代への投資である子ども・子育てを除いた医療・介護給付費の抑制分についての試算である。

ている2018年度の社会保障給付費と負担額の規模は、下表のとおりである。

表 6 社会保障給付費と負担額（2018年度）

(兆円)

	社会保障					
	全体	年金	医療	介護	子ども・子育て	その他
給付費	121.3	56.7	39.2	10.7	7.9	6.7
負担額	117.2	52.6	39.2	10.7	7.9	6.7
社会保険料負担	70.2	39.5	22.1	4.8	1.8	2.0
公費負担	46.9	13.2	17.1	5.9	6.1	4.7

また、2018年度の消費税の税収は22.5兆円（国税分17.7兆円、地方税分4.8兆円）であることから、消費税率1%当たりの税収を2.8兆円と仮定した上で、政府の将来見通しにおける名目GDPの積み上げに基づき2040年度の消費税1%当たりの税収を試算した（下表7）。なお、政府の将来見通しにおいては経済成長の前提をベースラインケースと成長実現ケースの二通り置いているため、以下でもベースラインケースと成長実現ケースの2つの試算を示す。

表 7 名目GDPの積み上げと消費税率1%当たりの税収

	名目GDP積み上げ (2018年度を1とした場合 の比)		消費税率1%当たりの税収 (兆円)	
	ベースライン	成長実現	ベースライン	成長実現
2018年度	1		2.8	
2040年度	1.40	1.65	3.9	4.6

これらの数値を基に3つのパターン別試算を示す。

パターン1：政府の将来見通しで示された医療給付費の増加分を全て消費税で賄う場合

ここでは、医療費への公費負担額が消費税率に占める割合を2018年度と2040年度で比較する。試算は以下のとおり行った。

- 現在の消費税率10%がどの程度増加するかを算出するため、2018年度時点の公費負担額を消費税率10%に占める割合として提示する。表6に示した2018年度の公費負担額から、医療基金等「その他の医療」、介護扶助及び「その他」を除くと計41.8兆円であり、うち医療費は16.8兆円、割合にして40.2%を占める。そこか

ら消費税率10%に占める公費充当分を求めると、消費税率4.02%分に相当する。

- 政府の将来見通しに示された、2040年度のケース別公費負担額（下表8）を、それぞれ2040年度の消費税率1%当たりの税収（表7）で除した結果が表9である。

表 8 政府の将来見通しにおける 2040 年度の公費負担額

(兆円)

		ベースライン ケース	成長実現 ケース
現状投影	伸び①	31.7	33.5
	伸び②	32.6	35.9
計画ベース	伸び①	31.0	32.7
	伸び②	31.8	35.0

表 9 医療費の公費分に充当される消費税率 (%)

経済成長：ベースラインケース

	現状投影		計画ベース	
	伸び①	伸び②	伸び①	伸び②
2018 年度	4.02			
2040 年度	8.04	8.26	7.86	8.07

経済成長：成長実現ケース

	現状投影		計画ベース	
	伸び①	伸び②	伸び①	伸び②
2018 年度	4.02			
2040 年度	7.22	7.73	7.05	7.55

この試算は、医療給付費の増加分を全て消費税で賄う場合、2040年度には2018年度と比べて最小でも約1.8倍、最大で約2.1倍の規模で消費税収を医療給付費に充てる必要があることを示している。この試算ではあくまでも医療給付費のみを対象に試算しているが、実際には年金、介護などの医療以外の社会保障給付費も増加すると見込まれており、これらに充てられる公費負担も膨らむと考えられる。したがって、消費税率10%のうち7割から8割を医療費に充てることは現実的ではなく、2040年度に向けて増税が避けられないことを示唆するものである。

パターン 2：政府の将来見通しで示された社会保障給付費の増加分を社会保険料で賄い、消費税率は 10%に据え置く場合

ここでは、2018年度と比較して、2040年度に対GDP比でどの程度社会保険料を増やす必要があるかの比率を示す。試算の考え方は以下のとおりである。

- ・ 政府の将来見通しに沿って試算すると、2040年度の社会保障全体にかかる公費負担額は72.2兆円となる。ここから、表7に示した2040年度における消費税率1%当たりの税収を基に求めた2040年度の消費税収(税率10%の場合)である39.4兆円を引くと、32.8兆円が不足する。
- ・ 政府の将来見通しで示されたケース毎の2040年度における社会保険料負担額に上述の32.8兆円を加えた額が、ケースごとの2040年度におけるGDP比で何パーセントとなるかを求める。(下表10)

表 10 2040年度における社会保険料負担額と対GDP比

	保険料負担 (兆円)	GDP (兆円)	対GDP比 (%)	消費税収を上回る公費負担額を加えた場合の対GDP比 (%)
2018年度	22.1	564.3	3.9	—

2040年度(現状投影・伸び①)

ベースラインケース	36.1	790.6	4.6	8.7
成長実現ケース	38.2	931.6	4.1	7.6

2040年度(現状投影・伸び②)

ベースラインケース	37.1	790.6	4.7	8.9
成長実現ケース	40.9	931.6	4.4	8.1

2040年度(計画ベース・伸び①)

ベースラインケース	35.3	790.6	4.5	8.6
成長実現ケース	37.3	931.6	4.0	7.5

2040年度(計画ベース・伸び②)

ベースラインケース	36.3	790.6	4.6	8.8
成長実現ケース	39.9	931.6	4.3	8.0

それぞれのケースについて、消費税収を上回る公費負担額を加えた場合の対GDP比から2040年度の社会保険料負担額の対GDP比を引いた、2018年度比の引き上げ幅を表11に示す。

表 11 GDP に占める社会保険料の対 GDP 比引き上げ幅（ポイント）（2018 年度比）

経済成長：ベースラインケース

	現状投影		計画ベース	
	伸び①	伸び②	伸び①	伸び②
2018 年度	0			
2040 年度	4.15	4.25	4.14	4.24

経済成長：成長実現ケース

	現状投影		計画ベース	
	伸び①	伸び②	伸び①	伸び②
2018 年度	0			
2040 年度	3.50	3.75	3.49	3.74

いずれのケースにおいても、社会保険料負担額の対GDP比を2018年度時点の2倍程度に引き上げなければならないことが読み取れる。つまり、消費税率を10%に維持するためには、政府の将来見通しが前提とする経済成長により見込まれる社会保険料収入の増加分に加えて、なお一層の社会保険料の増加が必要であり、保険料率の引き上げや徴収対象の拡大など、何らかの制度改正が避けられないことを意味する。

パターン3：公費負担率（対GDP比）を2018年度の水準で維持する場合

ここでは、公費負担率を現状維持とした場合、2040年度の医療・介護給付費を政府の将来見通しに比べてどの程度引き下げる必要があるかの比率を示す。以下のとおり試算を行った。

- ・ 2018年度における公費負担の対GDP比7.5%を維持するものとして、この比率に2040年度のGDPの政府見通し（表10）をそれぞれ掛け、2040年度における公費負担額を求める。
- ・ 上で求めた2040年度の公費負担額を、政府の将来見通しにおける2040年度の公費負担額から引き、不足額を求める。
- ・ 不足額を、政府の将来見通しにおける2040年度の医療・介護給付費の和から引く。（表12）

表 12 2040 年度の公費負担額、医療介護給付費の見通しと不足額

	政府の将来見通し（2040 年度）			負担率を 2018 年 度水準で維持する 場合の公費負担額	不足額
	公費 負担額	医療 給付費	介護 給付費		
現状投影・伸び①					
ベースラインケース	72.2	67.9	24.4	59.1	13.1
成長実現ケース	79.0	71.6	27.1	69.7	9.3
現状投影・伸び②					
ベースラインケース	73.1	69.7	24.4	59.1	14.0
成長実現ケース	81.3	76.7	27.1	69.7	11.7
計画ベース・伸び①					
ベースラインケース	72.2	66.3	25.6	59.1	13.0
成長実現ケース	78.9	70.0	28.4	69.7	9.3
計画ベース・伸び②					
ベースラインケース	73.0	68.1	25.6	59.1	13.9
成長実現ケース	81.2	74.9	28.4	69.7	11.6

この差を、政府の将来見通しにおける2040年度の医療・介護給付費の和で除した結果が以下の表13である。

表 13 医療・介護給付費の抑制率（%）（政府の将来見通し比）

経済成長：ベースラインケース

	現状投影		計画ベース	
	伸び①	伸び②	伸び①	伸び②
2018 年度	0			
2040 年度	14.22	14.85	14.20	14.81

経済成長：成長実現ケース

	現状投影		計画ベース	
	伸び①	伸び②	伸び①	伸び②
2018 年度	0			
2040 年度	9.43	11.25	9.42	11.21

この試算より、仮に公費負担水準を2018年度の水準で維持しようとするならば、経済成長を考慮に入れても、依然として医療・介護給付費を政府の将来見通しより約10～15%、金額に

して約9兆円～14兆円抑えなければならないことがわかる⁴⁹。公費負担率の増加を抑制するためには、政府による医療費・介護費の適正化に向けた取組の一層の推進が必要であるとともに、一人ひとりが今享受している医療・介護サービスを見直し、日々の行動を変えていくといった努力も不可欠であると考えられる。

3. 負担を先送りしない財源確保の必要性

前項では、社会保障給付費の増加分に充てる財源をすべて消費税または社会保険料とすると仮定して試算し、このまま給付が増加すると何らかの形での負担増は不可避であり、逆に負担増を抑制するためには給付の伸びの抑制に向け今以上の取組が必須であるという見通しが試算パターン1～3から得られた。給付と負担の乖離は将来に限った課題ではなく現在まで長期にわたって既に発生しており、これまで多額の特例国債がその穴埋めのために注ぎ込まれてきている。

日本の財政が「借金」に依存していることは広く知られている。2020年度当初予算ベースでは、一般会計歳入約102.6兆円のほぼ4分の1に当たる、およそ25.4兆円が特例国債によるものとなっている⁵⁰。1991年度から1993年度にかけて特例国債は新規に発行されなかったが、1994年度に再び発行されてからは概ね増加傾向が続いている。近年、当初予算ベースでは前年より少しずつ発行額が縮減されているが、年度当初の楽観的な税収見通しに基づき当初予算での発行額が抑えられているに過ぎないとの指摘もあり⁵¹、必ずしも財政状況の好転を示唆するものではない⁵²。この特例国債発行額の変化に大きく影響していると考えられるのが、社会保障費の増加である。1990年度当初予算⁵³と2020年度当初予算で歳出・歳入をそれぞれ比較したものが以下の図である。

⁴⁹ なお、政府の将来見通し「計画ベース」において見込まれる医療費の圧縮額は2040年度で1.6兆円にとどまる。

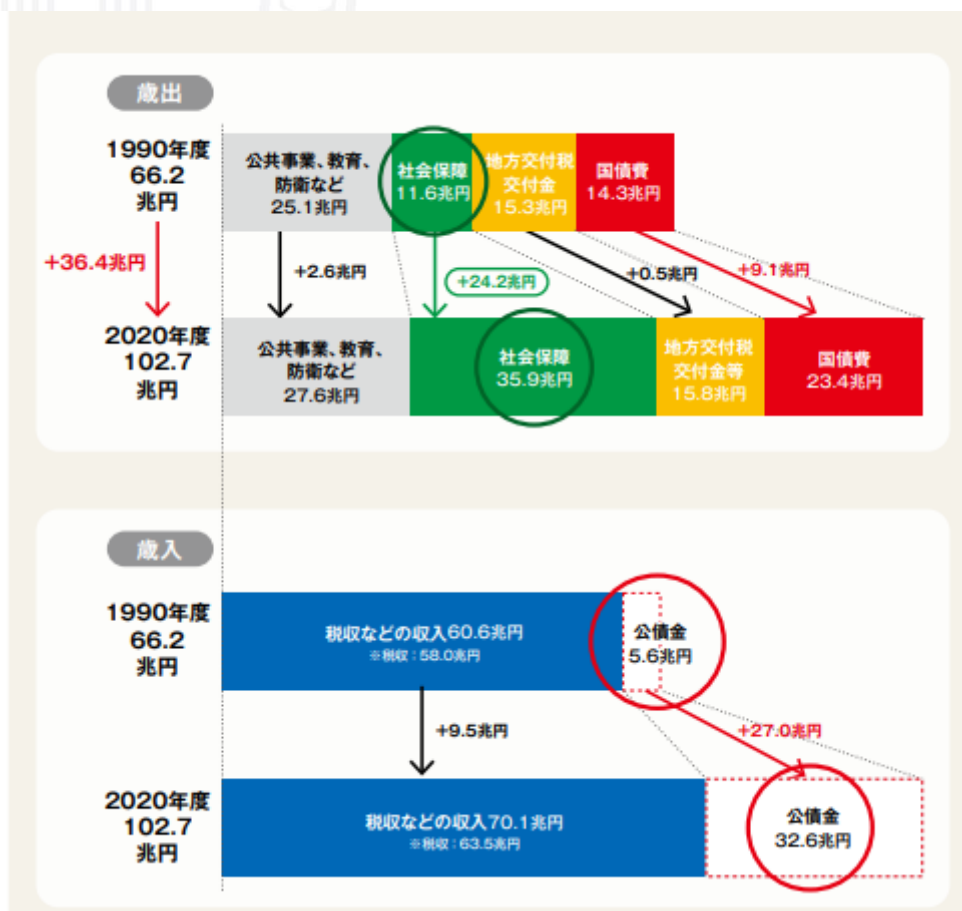
⁵⁰ 財務省、『令和2年度予算のポイント』、2020年

⁵¹ 木内登英、『数字を作っても実態は変わらない国債発行』、2019年12月19日

⁵² 特に2020年度においては、新型コロナウイルス感染症対策などのため累次の補正予算を編成したため、特例国債の発行額は前年から急激に増加している。

⁵³ 1990年度当初予算では特例国債が発行されず、経済企画庁（当時）は特例公債依存体質からの脱却が実現したと評している（経済企画庁、『年次経済報告 持続的拡大への道』、1990年8月7日）。なお、1990年度補正予算では湾岸戦争を受けて臨時特例公債が発行された。

図 4 財政構造の変化

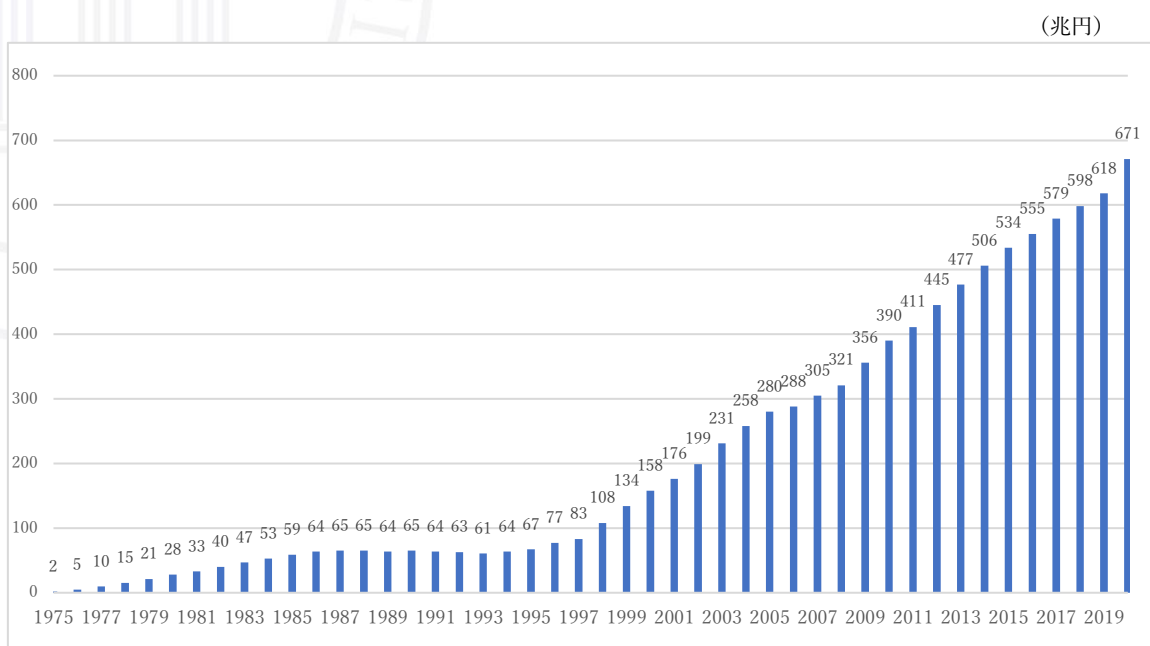


出典：財務省、『これからの日本のために 財政を考える』

歳出は、1990年度の66.2兆円から2020年度の102.7兆円と30年で36兆円以上増加している。社会保障費はこの30年で約24.2兆円増加し、1990年度の3倍以上の規模となっている。公共事業、教育、防衛や地方交付税交付金などと比較して、増加幅が最も大きいのは一目瞭然である。一方、歳入を見ると、2020年度の税金などの収入は1990年度と比較して10兆円弱の伸びであるのに対し、特例国債を含む公債金は27兆円増加し、32.6兆円となっている。このように、歳出では社会保障費が大幅に増えた一方で税金などの収入がその伸びをカバーできるほど増えておらず、足りない分は主に特例国債で賄われてきたと考えられる。

その結果、日本の公債残高は膨れ上がり、2020年度末には特例公債残高だけで671兆円と、一般会計税金の10年分に匹敵する額に達すると見込まれている。

図 5 特例公債残高の推移



出典：財務省、『令和2年度補正予算（第2号）後の財政事情』より作成

社会保障制度の持続可能性を確保するためには、これ以上将来世代に負担を先送りするのではなく、今の世代が社会保障制度の意義を正しく理解した上で、自らや社会全体への投資として、租税や社会保険料といった今の世代の負担により財源を投入していくことが必要である。

租税や社会保険料などの国民負担の考え方には、同じ財やサービスを楽しむのであれば形式的に誰でも同じ負担をするという水平的公平と、負担能力に応じてそれぞれの個人が異なる負担をする垂直的公平がある。水平的公平は応益負担に、垂直的公平は応能負担にそれぞれ結びつくものである。社会保障の主な財源のうち社会保険料を見てみると、所得の高い者にはより高い保険料率が適用されるという応能負担の性格と、社会保険料を支払うことで社会保障を受けることができるという応益負担の性格の両面がある。

第2章で述べたとおり、日本の社会保障には、自分や自分の家族が疾病、傷害などにより医療が必要となった場合、それが公的サービスとして受けられるという側面と、誰にでも起こりうるリスクに対する備えを、負担能力に応じて皆が負担することで、社会全体で分かち合うという側面がある。そのため、財源についても、それぞれの水平的公平と垂直的公平の度合いを考慮して適切に組み合わせることが必要となるが、特に垂直的公平の考えに基づく財源確保が必要となる根拠として、経済格差の拡大がある。経済格差を表す指標の1つであるジニ係数は0から1までの値を取り、1に近づけば近づくほど格差が広がっていることを表すが、OECDの調査によると、日本のジニ係数（所得再

分配後)は2015年で0.339となっており、2015年から2018年までの各国の最新の値の中では比較的大きな値となっている⁵⁴。また、等価可処分所得の中央値の半分に所得が満たない世帯員の割合を表す相対的貧困率は、20年以上15%前後でほぼ横ばいとなっている⁵⁵。このような国民の間での経済格差を踏まえ、社会保障の財源確保を考えるに当たっては、応能負担により所得の再分配を進めることが重要である。

4. 財源確保に向けた具体策と確実な制度強化

ここでは、財源の候補と考えられるものについて、メリット・デメリットや財源確保に向けた議論の方向性を示す。財源を検討する上では、各財源のメリットを活かしつつデメリットを軽減する制度設計や、デメリットを補完する他の財源との組み合わせを併せて議論することが重要である。

ア 社会保険料

社会保険料のメリット・デメリットは、それぞれ以下の点が挙げられる。ただし、我が国の社会保険料は、被保険者が属する社会保険に係る給付だけでなく、後期高齢者医療制度への拠出など制度間での再分配にも充てられており、その点で租税の性質も併せ持つのが実態である⁵⁶。

● メリット

- ・ 前述のとおり、負担することによって社会保障の給付を受ける権利が得られる。そのため、税と異なり負担の責任と給付の権利との関係が比較的明確である。
- ・ 負担の見返りに給付を受けられることから権利性が強く、給付を受けることに対して後ろめたさを伴わない⁵⁷。
- ・ 自ら負担することで給付を受けることができるという自助の面と、応能負担によって支え合うという共助の面を兼ね備えた仕組みであると言ったことができ、社会保障の「自立した個人を、連帯して支える」という理念にふさわしい負担のあり方であると言える。

● デメリット

- ・ 未納や徴収漏れが避けられない。特に未納は本人が直接保険料を払う制度で生じやすいが、保険料を払わなければ給付が受けられないため、所得が少なく保険料を払うことができない人はさらに困窮が進むことも考えられる。
- ・ 実際に保険料を負担する者と、保険料により賄われる社会保障給付を受ける者が必ずしも一致するとは限らない。
- ・ 特定の税収と特定の支出が紐付いているため、支出が固定されて予算配分の硬

⁵⁴ OECD, "Income inequality" (indicator), <https://doi.org/10.1787/459aa7f1-en> (2020年10月26日)。

⁵⁵ 厚生労働省、『2019年国民生活基礎調査の概況』、2020年7月17日、

⁵⁶ そのため、カで述べるように、混在する性質を分化して一部を租税化するという改革も考えられる。

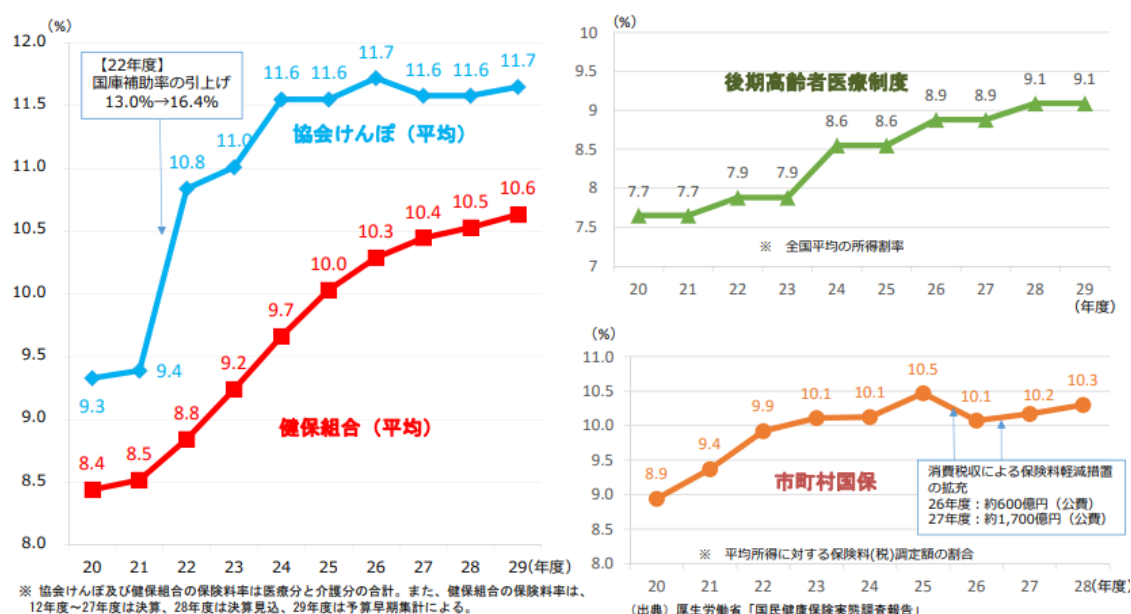
⁵⁷ 厚生労働省、『平成24年版厚生労働白書』、2012年

直化や財源の既得権益化を招きやすい。

- ・ 給与所得に応じて保険料が徴収される制度の場合、負担が現役世代に偏りやすい。
- ・ 保険料徴収の基準となる標準報酬月額や算定基礎額に上限があり、さらに職業により所得捕捉率に大きな差があるため、応能負担の原則が徹底されておらず、公平感にも欠ける。
- ・ 保険料が組合単位で集計されるため、組合の枠を超えた医療保険制度全体の改善を目指す財源として活用しにくい。

社会保険には医療保険、介護保険、年金保険、雇用保険、労災保険が含まれるが、ここでは前章までの議論も踏まえ、医療保険を取り上げて財源確保策を整理する。公的医療保険は、会社員や公務員等が加入する被用者保険（職域保険）と、自営業者等が加入する地域保険に大別される。被用者保険には健康保険と共済組合、船員組合が、地域保険には国民健康保険（市町村国保）と国民健康保険組合（国保組合）があり、合わせて3,000以上の保険者が存在するが、主要な公的医療保険における保険料の決定方法を概括すると、被用者保険では毎月の給与の額に各保険組合が定める料率を、国民健康保険では原則として前年の所得に市区町村が定める料率をかけて決定される。

図 6 各医療制度の健康保険料率の推移



出典：財務省、経済財政諮問会議経済・財政一体改革推進委員会社会保障ワーキング・グループ

資料1 『社会保障（財務省提出資料）』



各医療制度⁵⁸の健康保険料率は、医療費増加等を受け近年上昇傾向にある。さらに、経済が成長し、かつ地域医療構想などの各種計画に基づき医療費の適正化が図られた場合でも、2040年度にかけてさらに上昇する見通しが示されている⁵⁹。また、健保組合の6割以上が赤字となっている⁶⁰が、これらの組合が解散すれば協会けんぽへの加入者が増加し協会けんぽの保険給付費に応じて行われる国庫補助が増加する。一方、市町村国保についても、一般的に加入者の年齢構成・医療費水準が高い、加入者の所得水準が低い、小規模保険者が多いなど、その性格に起因する脆弱な財政基盤を支えるために他の公的医療保険制度からの資金移転や国庫及び市区町村からの資金投入が行われている。こうしたことから、公的医療保険制度そのものの存続が危うい状況となっている。そのため、社会保険料を財源とする場合には、料率の引き上げと併せて以下のような制度の見直しが必須である。

① 公的医療保険制度全体の強化

財政基盤を強化するために保険組合を統合することや、保険組合が共同出資して財政状況が悪化した時に備える基金を設けたり、組合間で再保険を適用したりして組合同士が支え合う仕組みを導入することなど、制度全体を強化する方策を検討することが必要である。ただし、異なる保険組合間では加入者の所得捕捉率が異なることや、効率的な運営が行われている保険者がそうでない保険者を支えることに対する不満、加入者への説明責任の問題等をどう解消するかについても併せて議論される必要がある。

② 非正規雇用労働者についての事業者負担の強化

2017年、社会保険制度が改正され、今まで対象ではなかった非正規雇用の従業員についても、一定の条件を満たせば社会保険に加入することができるようになった。一方で、社会保険は本来、雇用形態により給付の内容に相違があるものではない。したがって社会保険への加入の道も雇用形態に関わらず開かれるべきであり、また、使用者はその社会的責任として、雇用形態によらず従業員の社会保険料の事業者負担分を払うべきである。さらに、社会保険料を負担する支え手は少子・高齢化により減少する一方、多様な働き方が認められるようになる中、必ずしも正規雇用の労働者だけが社会保険を支えることは制度の持続可能性の観点からも適当とは言えない。そのため、正規雇用の労働者と同じように非正規雇用の労働者の社会保険への加入を義務化したり、正規雇用と比べ賃金が安い非正規

⁵⁸ 厚生労働省の調査によると、2017年度末現在で最も適用人口が多い制度は中小企業等で働く従業員等が加入する全国健康保険協会（協会けんぽ）であり、全体の約30%を占める。次いで、自営業者などが加入する国民健康保険が約25%、企業が設立する健康保険組合による組合健保が約23%などとなっている。また、75歳以上の人が入会する後期高齢者医療制度は約14%で、全体の約7人に1人を占める。

⁵⁹ 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省、『2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）』、2018年5月21日

⁶⁰ 健康保険組合連合会、『平成31年度（2019年度）健保組合予算早期集計結果の概要等について』、2019年4月22日

雇用の労働者の社会保険料負担を軽減するため事業者負担の割合を見直したりするなど、非正規雇用の社会保険加入を促す方策の検討が必要である。

③ 標準月額報酬の上限引き上げ

被用者保険の社会保険料は、被保険者が事業主から受ける毎月の給料などの報酬の月額を一定の幅で区切った標準報酬月額と税引き前の賞与総額から千円未満を切り捨てた標準賞与額を設定し、それらを基に算定される。

健康保険制度の標準報酬月額は、第1級の5万8千円から第50級の139万円までの全50等級に区分されている。標準報酬月額が139万円の場合、機械的に計算すると年収は1,668万円となるが、一方で給与階級別分布では1,500万円を超える給与所得がある者が全体の1.4%おり、うち2,000万円を超える者も0.6%いることから、標準報酬月額上限の引き上げや等級の細分化によって、より応能負担を求めることが可能となると考えられる。

④ 所得捕捉率の向上や資産保有状況の把握による応能負担の徹底・強化⁶¹

一般的に、被用者保険の加入者に比べて市町村国保などの地域保険の加入者の所得捕捉率は低い⁶²。しかし、所得は保険料算定の基となるため、所得が適切に捕捉されなければ応能負担を徹底することはできない⁶³。マイナンバー制度の導入により、税務署に提出される法定調書の名寄せや確定申告書との突合せが容易になり、個人の所得の全体像がとらえやすくなったことから、こうして把握できた所得状況を社会保険料の算定に活用するための制度の在り方を議論することが必要である⁶⁴。

また、政府は「経済財政運営と改革の基本方針2018」において、「高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、『能力』に応じた負担を求めることを検討する。」としており、現在厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会において、マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえて医療保険制度における負担への反映方法についての検討がなされている⁶⁵ことから、所得だけでなく資産保有状況を加味した社会保険料の賦課についても議論するべきである。

イ 所得税

● メリット

⁶¹ イで後述する所得税についても、所得捕捉率の向上は重要な課題である。

⁶² 営業所得と農業所得を合算した事業所得の捕捉率を69%と推計した上で、給与所得の捕捉率はこれを大幅に上回ると考えられることから、給与所得と事業所得との間の公平性が著しく損なわれている可能性を指摘する意見がある。(立岡健二郎、『事業所得の捕捉率を推計するー給与所得と事業所得の間の捕捉率格差は残存』、JRI レビュー Vol. 5, No. 35, P. 50-67, 2016年5月17日)

⁶³ 所得を適切に捕捉し、所得水準の高い国保組合においてより公正な応能負担を求めることも重要である。

⁶⁴ ただし、法定調書のない所得については、マイナンバーを導入しても把握が困難との指摘もある。(「税の不公平、マイナンバーでも 所得把握に抜け穴」、日本経済新聞、2013年7月3日)

⁶⁵ 厚生労働省、『改革工程表 2019における検討項目について』、2020年3月26日

- ・ 勤労所得だけでなく公的年金や金融所得等も課税対象に含まれ、課税ベースが広く、労働者のみに負担が偏らない。
- ・ 所得に応じた徴収という点は健康保険料も同様だが、税であるため健康保険料と比較して徴収漏れが少ない。また、健康保険料と異なり低所得者は非課税の対象となる。

- デメリット

- ・ 今後ますます生産年齢人口が減少することが予想されるため、それに伴って所得税の税収も減少すると考えられる。
- ・ 所得税は個人の所得に課せられる租税であるため、景気変動の影響を受けやすい。つまり、好況時には労働者全体の所得が増えるため、累進性の効果により税収も経済成長率を上回って増加するが、逆に不況となって労働者の所得が減少すれば、それに伴って税収も経済成長率を上回って減少することが避けられない。

日本は、給与所得控除が他の主要国と比較して高い水準となっている⁶⁶。2020年から適用される2018年度の税制改正では、基礎控除額引き下げと給与所得控除引き下げの組み合わせにより、年収850万円を超える会社員にとっては増税となったが、依然として国際的には高い給与所得控除の水準となっている。所得税による再分配機能を強化するためには、所得控除の水準の一層の見直しや税率の改定が重要である。また、所得から一定額を控除したあとに税率をかけて税額が決定されるため、所得控除による減税効果は高所得者であるほど大きくなることから、低所得者にとってより負担軽減の効果が高い給付付き税額控除を採用している国もある。更に、生産年齢人口のさらなる減少を見越して、公的年金等控除の縮小や資産保有状況を踏まえた資産課税の強化⁶⁷も検討されるべきである。公的年金については、主要国では年金の拠出段階または給付段階で課税されるのが一般的であるのに対し、日本では拠出段階では全額控除され、給付段階でも公的年金等控除の適用により課税されるのは一部となっている。現在の高齢者が拠出段階で控除を受けたことを考慮すれば、公的年金等控除を縮小し給付時の課税を強化することが適当と考えられる。

また、所得税のうち総合課税については税率⁶⁸が最大で45%であるのに対し、分離課税される金融所得は税率が20%に留まることから、応能負担をより求めるためには金融所得の総合課税や分離課税の税率引き上げも検討の余地がある。

ウ 消費税

- メリット

- ・ 社会保障負担に関する世代間の不公平感が緩和されやすい。高齢者人口の増加

⁶⁶ 財務省、『給与所得者を対象とした概算控除の国際比較』、2020年

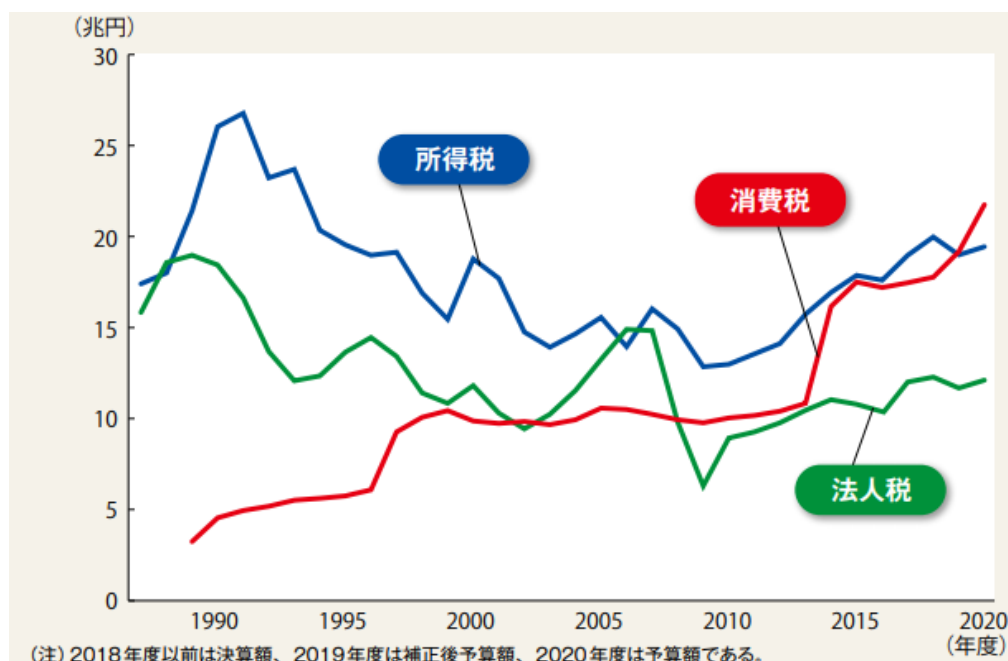
⁶⁷ 資産保有状況を踏まえた資産課税の強化についてはキで詳述する。

⁶⁸ 復興特別所得税分を除く。

により今後も若年層の社会保障負担が増すことが予想される中、消費税は全世代の個人の消費活動に課される租税であるため、特定の年齢階層だけに負担が偏ることがない。

- ・ 付加価値に課税するため、収益は赤字であっても付加価値を生み出している法人の企業活動に適切に課税できる。
- ・ 主に日用品の購入など日々繰り返して行われる種類の経済活動に課税されるものであり、他の租税に比べれば景気の変動の影響を受けにくい（下図7参照）。

図 7 消費税・所得税・法人税の税収の推移



出典：財務省、『これからの日本のために 財政を考える』

- デメリット
 - ・ 消費税単独で見ると、所得に占める消費税負担の割合の逆進性の問題を避けることができない。需要の価格弾力性の相違により、生活必需品は贅沢品に比べ、増税した際の買い手の負担割合が大きくなる。そのため、一律に消費財に対し増税を行ったとしても、低所得者層の消費支出は大部分が生活必需品への支出で占められているため、より増税の影響を受けやすい。したがって、消費税が増税されると低所得者層の生活がより困窮し、社会保障給付が一層必要となる可能性がある⁶⁹。

⁶⁹ 高額療養費制度を始めとする医療費助成制度では所得水準が低くなるほど自己負担額がより抑えられ、逆に年金では所得水準が高ければ給付が抑えられる制度となっている。そのため、医療費や年金の財源に消費税を充てる場合、負担面での逆進性はこれらの制度により一部緩和される。

少子化・高齢化により現役世代が減少すると見込まれる日本にとって、安定した税収を得られる消費税は重要な財源であり、社会保障制度の維持のためにはさらなる増税も避けられないと考えられる。一方で、低所得者層がより大きな影響を受けやすいことに鑑み、負担軽減策も併せて検討されなければならない。既に食品などへの軽減税率は導入されているが、軽減税率は逆進性緩和の効果が低いとの指摘もあり、海外のように低所得者層に対する給付付き税額控除や、社会保障制度全体を通じたさらなる再分配の促進とを併せて議論することで、消費増税がもたらす負担感を抑え、負担増への理解を得られるようにする必要がある。

エ 法人事業税のさらなる外形標準課税化⁷⁰

● メリット

- ・ 事業所の規模等、外形的な基準によって課税標準が決定されるため、客観性がある。
- ・ 所得に課されるものではないため、景気変動の影響を受けにくい。

● デメリット

- ・ 所得に課されるものではないため、法人の経営状況が悪化した場合にも課税され、法人の経済活動を停滞させることにつながる。
- ・ 制度上消費者が税負担を行うことが担保されている消費税に比べ、税負担を製品価格に転嫁しづらいとされており、その分人件費等にしわ寄せが向かいやすい⁷¹。

日本では、資本金1億円以上の法人が外形標準課税の課税対象とされているが、対象を大企業に限ることについては、外形標準課税の根拠が応益負担であることに照らすと適当とは言えない。つまり、法人が行政サービスから受益しているという事実は法人の規模によらず当てはまるため、課税対象を法人の規模で区切ることは公平性を欠く。また、課税対象が広い分税率が低く抑えられるという外形標準課税のメリットが、対象を大企業に限ることで活かしきれないという指摘もある⁷²。したがって、外形標準課税に財源を求める場合には、課税対象の如何も含めた議論が必要である。

なお、日本では近年の税制改正で外形標準課税が拡大しているが、これは国際的な動向とは異なり、海外では外形標準課税は廃止、縮小されているという指摘があ

⁷⁰ 法人事業税は地方税であるため、地域医療の充実など地域の実情に応じた使途とすることが考えられる。

⁷¹ 現行の外形標準課税における付加価値は企業の利益に人件費等を加え、投資については減価償却費を控除する加算法所得型で算出されるが、これを、売上高から仕入額を控除し投資支出も即時控除する控除法消費型に改めた上で、さらに人件費を差し引いたものを課税ベースとするキャッシュフロー税への制度改正が、対応策として考えられる。

⁷² 立岡健二郎、『外形標準課税拡大をどう評価するか—応益性の定量的把握と分析の試み』、JRI レビュー Vol. 7, No. 26, P. 49-72、2015年6月24日

る⁷³。

オ 内部留保課税

内部留保とは、企業の経済活動の結果得られた税引き後利益のうち、株主に配当されずに企業に留保された分のことである。2020年現在、日本における企業が所有する内部留保額は約460兆円に上っており、近年の国の一般会計予算の規模が約100兆円であることを考えれば、いかに大規模であるかは明らかである。現在の日本では内部留保への課税は原則的に認められていない⁷⁴。

- メリット
 - ・ 潜在的な課税対象が約460兆円と巨額である。
- デメリット
 - ・ 利益を海外に移転するなど、企業による租税回避行動を誘発する。
 - ・ 企業の利益は、内部留保として蓄積される前に法人税を課税されている。ここで再び課税すれば二重に課税することになり、徴税権の乱用につながるとの指摘がある⁷⁵。
 - ・ 企業の経営マインドを停滞させる。現在の日本は、高度経済成長期の頃のように企業に旺盛な投資意欲がある状況ではない。企業への追加的な課税は、経済活動をより慎重にさせ、結果的に経済全体の収縮を招く可能性もある⁷⁶。

カ 社会保障目的税⁷⁷

- メリット
 - ・ 使途が明確になるため、負担に対する理解を得やすい。
- デメリット
 - ・ 実際に目的税を負担する者と、目的税により賄われる社会保障給付を受ける者が必ずしも一致するとは限らない。
 - ・ 特定の税収と特定の支出が紐付いているため、支出が固定されて予算配分の硬直化や財源の既得権益化を招きやすい。

フランスでは、従来社会保険料を主たる財源とした社会保障制度であったが、保険料収入の停滞と保険給付の増加を背景に、所得を課税対象とする目的税を導入し

⁷³ 三菱UFJ リサーチ&コンサルティング、『諸外国の法人税改革と日本への示唆』、2015年2月6日

⁷⁴ 例外的に、特定同族会社における留保金課税が認められている。会計検査院は「令和元年度検査結果報告」において、課税対象となる特定同族会社と同じ程度の財務基盤があるにもかかわらず留保金課税の対象にならない会社が一定程度あることを指摘し、制度の有効性及び公平性を高めるための検討を財務省に求めている。

⁷⁵ 他方、配当も同様に株主に配分される前に法人税を課されているが、配当された後で更に所得税・住民税や法人税が課税されており、徴税権の乱用とまでは言えないとの考え方もある。

⁷⁶ 他方で、適切な投資対象がないため利益を内部留保に回している企業もあると考えられ、内部留保課税をされたとしても経済活動をより慎重にさせることにはならない可能性もある。

⁷⁷ 1999年度以降、消費税収（国分）については、年金、高齢者医療、介護という「高齢者三経費」に充てることとされてきたが、2014年度からは、「社会保障四経費」として、従来の高齢者三経費に加えて子育てや現役世代の医療にも充てられることが、消費税法などに明記された。

た。保険料の引き上げではなく目的税とされた理由として、保険料引き上げによる人件費の高騰を避けること、資産所得が保険料の賦課対象でないなど高所得者層における負担のあり方について公正性の点から問題があると考えられたこと、そして給付対象が拡大した社会保障の負担を広く求めることが適当と考えられたことが挙げられている⁷⁸。

日本でも、年齢等を問わずあらゆる国民が給付対象である社会保障の財源に消費税の一部が排他的に充てられることには理解が得られると考えられるが、消費税には前述のとおり低所得者の方が増税の影響を受けやすいというデメリットもある。フランスの社会保障目的税は、資産所得などを課税対象に含むなど、所得税より広範な課税対象を設定することで、高所得者層からの所得の再分配が図られる税制となっている⁷⁹が、日本でも他の税制や社会保険料との補完関係を踏まえた目的税のあり方を検討することが求められる。例えば、アの社会保険料には保険給付の財源という本来の保険料の性質に加え、後期高齢者医療財源への拠出といった再分配の性質もあることから、再分配の部分を社会保障目的税として切り出すことが考えられる。フランスと同様、所得に加えて金融資産なども対象とするより広範な課税ベースを持ち、かつ公的年金等控除を最低限に抑える所得税とすることで、年齢に依らず所得・資産保有状況に応じた負担に基づく再分配機能の強化につながる⁸⁰。

キ 医療費の自己負担⁸¹

● メリット

- ・ 自らが受けた医療サービスに対して一定の割合で支払うものであるため給付と負担の関係が明確であり、負担に対する納得感が得られやすい。
- ・ 一定の自己負担があることで、患者の過剰受診を抑制させ、医療費の増加圧力を軽減する効果も期待される。

● デメリット

- ・ 自己負担が重くなると、真に必要としている人が医療サービスの利用を忌避せざるを得なくなり、健康が悪化する状況が生じることが懸念される。

負担割合の低い高齢者数の増加や高額療養費制度などの影響により、患者の実効負担率は低下を続けている。この傾向は、いわゆる「団塊の世代」が後期高齢者に達し始める2022年度以降ますます加速することが想定されるが、それはすなわち社

⁷⁸ 柴田洋二郎、『フランス社会保障財源の「租税化」(fiscalisation) —議論・帰結・展開—』、海外社会保障研究 No. 179、2012年6月24日

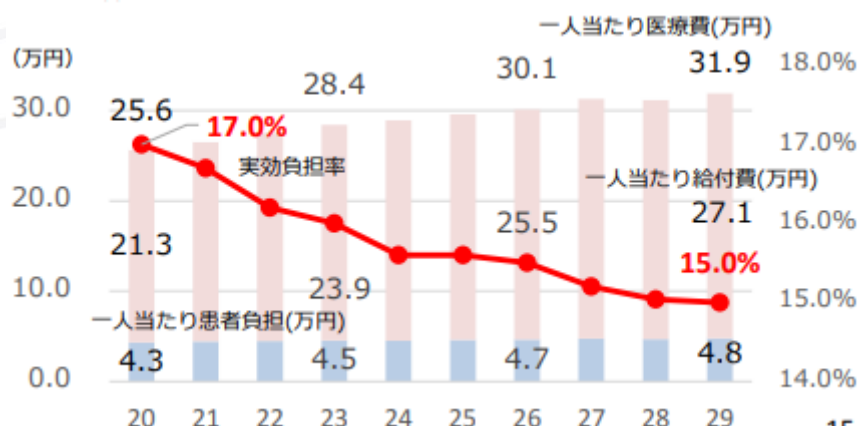
⁷⁹ 柴田洋二郎、『フランスの医療保険財源の租税化』、JRI レビュー Vol. 9, No. 48、P. 4-25、2017年6月21日

⁸⁰ 佐藤主光、『個人の資産形成の阻害要因：世代格差と社会保険料の見直し』、平成29年度金融調査研究会第2研究グループ報告書、P. 47-67、2018年7月31日

⁸¹ 医療費の自己負担割合は、6歳から70歳未満であれば所得によらず3割である。また、70歳以上は、現役世代並の所得がある者を除いて、70歳から74歳までは2割、75歳以上は1割である。70歳から74歳までの者についてはかつて1割負担であったが、世代間の公平を図る観点などから、2014年度に2割に引き上げられた。

会保険料や公費の負担がますます重くなることにつながるものであり、制度の持続可能性の観点からは自己負担の見直しが必要である。

図 8 実効負担率と一人当たり医療費、患者負担の推移



出典：財務省、経済財政諮問会議経済・財政一体改革推進委員会社会保障ワーキング・グループ
資料2「社会保障について（財務省提出資料）」

高齢者の自己負担については、世代間格差をこれ以上広げないために見直すことが必要である。特に、後期高齢者1人当たりの医療費は約92万円となっており、74歳以下の世代の4倍近いが、その財源の8割以上を占めるのが公費と、現役世代が納める健康保険料に含まれる後期高齢者支援金であり、患者負担と健康保険料は約15%である⁸²ことから、原則1割となっている負担割合を見直し、この先さらなる増加が見込まれる後期高齢者医療費が公費や現役世代の健康保険料にさらなる負担となることを避ける必要がある。2020年12月には政府の「全世代型社会保障検討会議」において、後期高齢者のうち課税所得が28万円以上かつ年収200万円以上（単身世帯の場合）の層に対して2割の自己負担を求める方針が決定された。これを受け、政府において2022年度後半の実施に向けて所要の制度改正が行われるが、改正後も依然として後期高齢者の70%は1割負担のままとなる見込みである。このため、後期高齢者の自己負担については今後も改革を続けていくことが求められる。

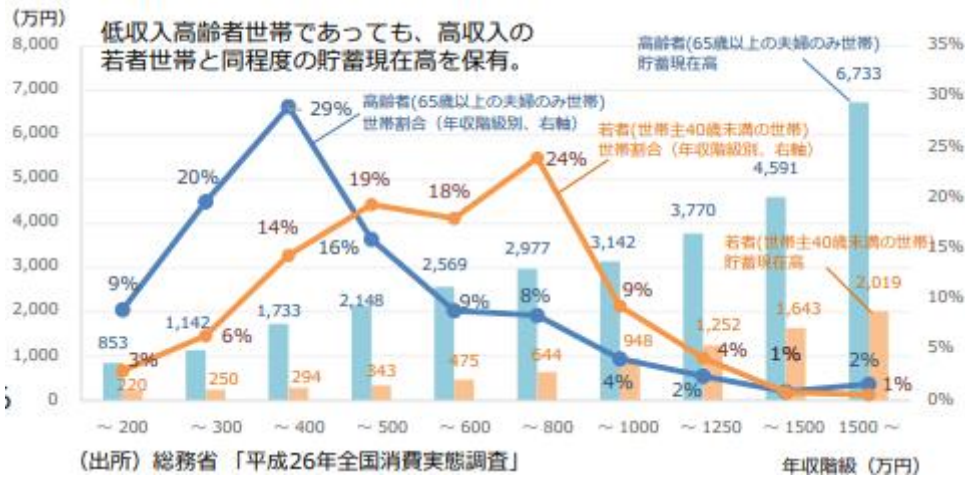
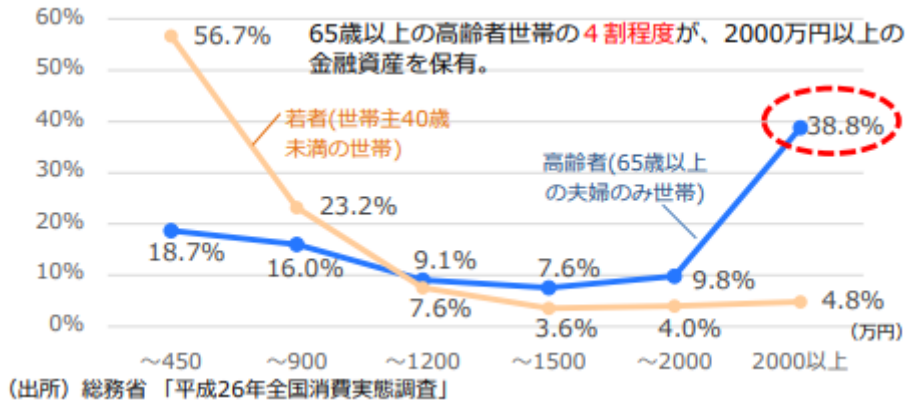
また、高齢者の負担能力については、若者世帯（世帯主40歳未満の世帯）の6割近くが貯蓄額450万円以下であるのに対し、高齢者世帯（65歳以上の夫婦のみの世帯）の約4割が2,000万円以上の貯蓄を保有していることや、年収階級別の貯蓄額では、比較的低い年収階級の高齢者世帯であっても貯蓄額は高収入の若者世帯と同水準となっていることから、所得だけでなく資産保有状況も加味して応能負担を求めるこ

⁸² 財務省、財政制度等審議会財政制度分科会資料『社会保障について①（総論、医療、子ども・子育て、雇用）』、2020年10月8日



とが適当と考えられる。

図 9 高齢者世帯・若者世帯の貯蓄現在高の割合（上）、年収階級別貯蓄現在高（下）



出典：財務省、財政制度等審議会財政制度分科会資料『社会保障について①（総論、医療、子ども・子育て、雇用）』

また、資産保有状況も加味した応能負担については、高齢者に限らず、現在所得に依らず負担割合が一定となっている70歳未満の世代についても検討対象に含めることも考えられる。アで述べたように、現在政府において金融資産保有状況を考慮に入れた負担のあり方が議論されているが、水平的公平の度合いが高く給付と負担の関係が明確な自己負担は、負担の反映方法として有力であると考えられる。

日本の経済格差や年齢階級別の医療費負担の現状を踏まえれば、国民全体で負担を分かち合いながら、年齢を問わず応能負担をさらに求めることが必要である。そのためには、上記の財源について、それぞれの増収規模だけでなく、メリット・デメリットも考慮した適切な組み合わせを検討する必要がある。異なる財源の組み合わせと分担としては、例えば以下の考え方が挙げられる。

- 給付の権利性が強く表れ、また保険組合や地域ごとに料率の異なる社会保険料と、

給付と負担の関係が明確でなく、負担が勤労世代に偏りにくい消費税とを組み合わせる場合、それぞれ以下の用途に充てる。その際、カで述べたとおり社会保険料の用途には保険給付の財源という保険料本来のものと、他の医療保険制度への再分配に使われる租税的なものがある実態を踏まえ、社会保険料の料率を保険料部分と税部分に概念的に切り分け、それぞれ独立した料率とする。

- ・ 現状の医療費のうち赤字国債で充当している部分の穴埋めには、特定の世代に負担が偏らないよう消費税を充てる。
 - ・ 診療報酬改定による医療費の増加など全国一律に生じる増減や、前期高齢者財政調整制度などの他制度への拠出の増減は、消費税率及び社会保険料の税相当部分の料率と連動させる。
 - ・ 地域差を含めた保険組合ごとの差異に相当する部分の財源については社会保険料の保険料部分を充て、保険者が医療費抑制に取り組んだ成果が料率に反映されるようにする。
- また、社会保険料の概念的な切り分けについて、被用者保険においては事業主負担・従業員負担分と紐付けることが考えられる。事業主負担分は従業員を雇用する社会的責任という性格から税に相当する料率分に対応するものとして、源泉徴収のように企業が全ての従業員分について納付し、従業員負担分は負担による給付の権利性を反映して保険料に相当する料率分に対応するものとし、所得に応じた応能負担を求めるといった紐付けである⁸³。

医療費の規模が拡大した場合に複数の財源のうち何を充てるのかを明らかにすることが、自らの負担がどのように給付に結びつくかわからないことに起因する負担への不信感、忌避感を和らげることに繋がると考えられるため、必要となる財源の規模だけでなく財源ごとの役割、分担も併せて議論する必要がある。

5. 2040年における日本の社会保障のあるべき姿

2040年、高齢者人口はピークを迎え、総人口の三分の一以上が高齢者となり、現役世代の約1.5人に1人の割合で高齢者を支えなければならないという、危機的な状況に陥ると見込まれている。これまで見てきたとおり、既に日本の社会保障制度は将来につけを回すことのでかろうじて維持されている状態であるため、今後制度の支え手が減少の一途をたどることを踏まえれば、今適切な財源確保策を講じることを怠ると、これまで当然のように

⁸³ さらに、これから兼業・副業といった働き方がますます広がると予想されることを踏まえれば、複数の企業から所得を得る場合には、所得の合計に応じた保険料（従業員負担分）を個人が自ら選んだ保険者に全額支払うという仕組みが望ましい。

ただし、雇用者にとって、従業員が他の雇用主から得ている所得を遺漏なく把握することは必ずしも容易ではなく、前述のように個人が保険者を自ら選び保険料を納付することとすると、所得の合計に応じた保険料納付が回避され公平性を欠く可能性がある。個人の働き方というプライバシーにも配慮しながら適切に応能負担を求めるといった抜本的な制度改正が必要である。

享受していた社会保障を受けることができなくなることは明白である。本章で検討した財源確保案を基に、国民や事業者全員がそれぞれの負担能力に応じて負担を分かち合うための方策について、国民的な議論が必要である。議論において重要な視点は、負担の先にある社会保障制度の維持と強化により、国民一人ひとりが今後も受益すること、そしてそのことが理解されることが制度の信頼感と負担の納得感に繋がり、制度の持続可能性をますます確固たるものにするることである。

2040年に待ち受ける危機的状況を、社会の構成員が負担する能力に応じて負担し、支援を必要としている構成員を社会全体で支えるという社会保障制度の理念により即した姿に転換するために、速やかな政策議論を求めたい。

第6章 終わりに

本稿では、我が国の社会保障制度を次世代に引き継ぐための方策についての国民的な議論に資するために、給付・負担の両面から検討を行った。すなわち、社会保障制度の機能と意義、その中でも特に医療・介護への投資がもたらす社会的・経済的効果を多面的に評価・検討した上で、今後の日本社会において求められる医療の在り方と日本の高齢者人口がピークに達するとされる2040年における社会保障費の給付と負担の乖離、そしてそれを解消するための財源の確保についての示唆と選択肢を提示した。

社会保障は、誰もが経験する可能性のある人生のリスクに対する備えとして、国民全員で支え合い、一人ひとりの生活の安定・向上と社会経済の活性化の役割を担う、我が国の根幹を支える社会経済基盤である。社会保障制度に投入される財源は、自身や自身の家族にとって給付が身近なものと感じられない限り「コスト」や「負担」と受け止められることが多いかもしれない。しかし、第3章の試算が示唆するように、医療サービスの給付は直接的にも間接的にも労働人口の増加や労働生産性の向上などに資するものであり、国民一人ひとり、そして社会全体にとって大きな便益をもたらすものである。「医療への財源投入は、このような社会全体の便益につながる『投資』である」との認識が社会で共有されることが、社会保障制度を次世代に引き継いでいくための鍵となるだろう。また、第4章で指摘した効率的・効果的な医療提供体制の構築は、医療への投資を国民的な合意として実現するために不可欠である。

第5章では、社会保障費の給付と負担の乖離を、2040年における「将来像」として複数のパターンで提示するとともに、その解消に必要な財源案について各財源のメリット・デメリットも踏まえて検討した。必要な財源とはつまるところ国民の負担だが、負担への納得感には社会保障制度の持続可能性、そして制度への信頼性と一体不可分の関係であることを踏まえ、中長期的な視点に立った財源確保策の議論がなされることが重要である。

今般の新型コロナウイルス感染症の拡大は、これまで当たり前享受してきた医療サービスに潜んでいた課題を顕在化させ、国民は「医療サービスの崩壊」の危機を目の当たりにした。中でも、医療機関相互の明確な役割分担と連携強化、医療資源の最適配分、感染症対策や公衆衛生上の備えがなされていなかったことが、政策的議論が不十分であった課題としてあぶり出されたと言える。加えて、コロナ禍への対応に要している莫大な財政出動により、医療制度そのもの、ひいては社会保障制度そのものの崩壊の危機が一層現実味を増している。このような時であるからこそ、社会保障制度が持続可能であることが国民一人ひとりにとっていかに重要であるか、改めて訴えたい。本稿を契機に、あるべき医療の姿と、社会の構成員が負担する能力に応じて負担し、国民全体で支え合うという社会保障の理念にふさわしい財源のあり方について、国民的な理解の上に政策論議が展開されることを期待する。

謝辞

本稿の作成に当たり、監修を賜った一橋大学政策大学院・経済学研究科佐藤主光教授に深謝申し上げます。また、助言を賜った慶應義塾大学総合政策学部印南一路教授及び第三章の試算へのご協力を賜った横浜市立大学医学群健康社会医学ユニット五十嵐中准教授にも感謝申し上げます。さらに、本提言の趣旨に賛同し、協賛いただいたギリアド・サイエンシズ株式会社にも感謝の意を表したい。なお本稿は執筆者の責任において発表するものである。

参考文献

第2章

- [1] 厚生労働省、「平成29年度厚生労働白書」、2017年
- [2] 厚生労働省、「平成20年版厚生労働白書」、2008年
- [3] 内閣府、経済財政諮問会議配布資料『税・社会保障等を通じた受益と負担について（配布資料）』、2015年6月1日
- [4] 厚生労働省、「平成29年度医療保険に関する基礎資料」、2017年
- [5] 財務省、財政制度等審議会財政制度分科会資料「社会保障について①」、2020年10月8日
- [6] 飛田英子、「後期高齢者受診行動の適正化に向けて一都道府県データ分析を踏まえて一」、JRI レビュー Vol.7, No.68、2019年6月6日
- [7] 厚生労働省、「2019年海外情勢報告」
- [8] 松岡 博司「ますます巨大化する米国の大手医療保険会社一国民に医療保障を届ける唯一無二の存在へーオバマケアの帰趨に左右されない強さ」、ニッセイ基礎研究所 所報、2017年7月5日
- [9] The Wall Street Journal、“Number of Uninsured Americans Rises for First Time in Decade”、2019年9月11日
- [10] 田畑雄紀「イギリスにおける医療費適正化政策と医療サービス提供体制」、健保連海外医療保障 No.118 2018年6月

第3章

- [11] 塚原康博「医療サービス活動における産業・雇用連関分析の展開」、季刊社会保障研究 Vol.47, No.2、2011年9月
- [12] 伊藤弘人、山崎 清、佐原あきほ、川室優「二次医療圏における地域経済循環分析からみた医療を含む公共サービスの役割-非大都市部の公共サービスに求められる域内消費の強化策（第1報）-」、社会保険旬報、No.2733、2018年12月21日
- [13] Sado M, Ninomiya A, Shikimoto R, Ikeda B, Baba T, Yoshimura K, Mimura M. “The estimated cost of dementia in Japan, the most aged society in the world.” PLoS One. 2018 Nov 12;13(11): e0206508.
- [14] Igarashi A, Furusyo N, Ogawa E, et al. “Cost-effectiveness analysis of sofosbuvir plus ribavirin in patients with genotype 2 chronic hepatitis C: an analysis with real world outcomes from a multicentre cohort in Japan.” BMJ Open. 2019; 9(6):e023405.
- [15] Igarashi A, Tang W, Guerra I, et al. “Cost-utility analysis of ledipasvir/sofosbuvir for the treatment of genotype 1 chronic hepatitis C in Japan.” Curr Med Res Opin. 2017; 33(1):11-21.

- [16] Igarashi A, Tang W, Cure S, et al. “Cost-utility analysis of sofosbuvir for the treatment of genotype 2 chronic hepatitis C in Japan.” *Curr Med Res Opin.* 2017; 33(1):1-10.
- [17] 佐藤敏彦「ウイルス性肝炎による生産性損失の推定. 我が国のウイルス性肝炎対策に資する医療経済評価に関する研究 総合研究報告書」、平成 28 年度厚生労働省科学研究費補助金 我が国のウイルス性肝炎対策に資する医療経済評価に関する研究（研究代表者：平尾智広）総合研究報告書
- [18] 平成 26 年度厚生労働省科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 肝炎等克服政策研究. B 型・C 型肝炎による肝硬変、肝がん患者における医療費等の実態調査（研究代表者：伊藤澄信）. 総括研究報告書
- [19] Nakanishi M, Igarashi A, Ueda K, et al. “Costs and Resource Use Associated with Community-Dwelling Patients with Alzheimer’s Disease in Japan: Baseline Results from the Prospective Observational GERAS-J Study.” *J Alzheimers Dis.* 2020; 74(1): 127-138.
- [20] 福田敬「がんの罹患による労働損失の推計」、平成 24～25 年度厚生労働省科学研究費補助金（がん臨床研究事業）分担研究報告書、2014 年
- [21] 厚生労働省、「平成 29 年患者調査」、2019 年 3 月 1 日
- [22] 総務省、「労働力調査（基本集計）2020 年（令和 2 年）平均結果の要約」、2021 年 1 月 29 日
- [23] 厚生労働省、「令和元年賃金構造基本統計調査の概況」、2020 年 3 月 31 日

第 4 章

- [24] 厚生労働省、第 55 回社会保障審議会医療部会資料 1 「医療提供体制に関する現状と課題」、2017 年 11 月 10 日
- [25] 内閣官房、「全世代型社会保障検討会議 中間報告」、2019 年 12 月 19 日
- [26] OECD Health Statics 2018
- [27] OECD Health at a Glance 2019
- [28] 財務省、財政制度等審議会財政制度分科会資料 2 「地方財政」、2018 年 10 月 30 日
- [29] 社会保障制度改革国民会議、「社会保障制度改革国民会議 報告書 ～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」、2013 年 8 月 6 日
- [30] 厚生労働省、政務統計「医療施設動態調査（令和元年 5 月末概数）」
- [31] 厚生労働省、第 49 回厚生科学審議会感染症部会、2020 年 10 月 28 日
- [32] 「全世代型社会保障改革の方針」、2020 年 12 月 15 日
- [33] 東京新聞社、「東京は今でもファクスと手入力 コロナ情報共有システム 2 カ月たっても導入進まず」、2020 年 7 月 27 日
- [34] m3.com、「地域医療構想『感染症の再検討を』全自病・小熊会長」、2020 年 10 月 16 日

- [35]厚生労働省、「平成 28 年厚生労働白書」、2016 年
- [36]日本経済新聞社、「コロナで医療費 1 兆円減 4~7 月 7%減、受診控え続く」、2020 年 10 月 19 日

第 5 章

- [37]内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省、「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」、2018 年 5 月 21 日
- [38]財務省、「令和 2 年度予算のポイント」、2020 年
- [39]木内登英、「数字を作っても実態は変わらない国債発行」、2019 年 12 月 19 日
- [40]経済企画庁、「年次経済報告 持続的拡大への道」、1990 年 8 月 7 日
- [41]財務省、「これからの日本のために 財政を考える」、2020 年 7 月
- [42]財務省、「令和 2 年度補正予算（第 2 号）後の財政事情」、2020 年 12 月 25 日
- [43]OECD、“Income Inequality (Indicator) ”、2020 年
- [44]厚生労働省、「2019 年 国民生活基礎調査の概況」、2020 年 7 月 17 日
- [45]厚生労働省、「平成 24 年版 厚生労働白書」、2012 年
- [46]財務省、経済財政諮問会議経済・財政一体改革推進委員会社会保障ワーキング・グループ資料 1「社会保障（財務省提出資料）」、2017 年 11 月 8 日
- [47]健康保険組合連合会、「平成 31 年度（2019 年度）健保組合予算早期集計結果の概要等について」、2019 年 4 月 22 日
- [48]立岡健二郎、「事業所得の捕捉率を推計する—給与所得と事業所得の間の捕捉率格差は残存」、JRI レビューVol. 5, No. 35、2016 年 5 月 17 日
- [49]日本経済新聞社、「税の不公平、マイナンバーでも 所得把握に抜け穴」、2013 年 7 月 3 日
- [50]厚生労働省、「改革工程表 2019 における検討項目について」、2020 年 3 月 26 日
- [51]財務省、「給与所得者を対象とした概算控除の国際比較」、2020 年
- [52]立岡健二郎、「外形標準課税拡大をどう評価するか—応益性の定量的把握と分析の試み」、JR I レビューVol. 7, No. 26、2015 年
- [53]三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング、「諸外国の法人税改革と日本への示唆」、2015 年 2 月 6 日
- [54]柴田洋二郎、「フランス社会保障財源の『租税化』(fiscalisation) —議論・帰結・展開—」、海外社会保障研究 No. 179、2012 年
- [55]柴田洋二郎、「フランスの医療保険財源の租税化」、JRI レビューVol. 9, No. 48、2017 年
- [56]佐藤主光、「個人の資産形成の阻害要因：世代格差と社会保険料の見直し」、平成 29 年度金融調査研究会第 2 研究グループ報告書、2018 年 7 月 31 日
- [57]財務省、経済財政諮問会議経済・財政一体改革推進委員会社会保障ワーキング・グループ資料 2「社会保障について（財務省提出資料）」、2018 年 4 月 19 日

[58]財務省、財政制度等審議会財政制度分科会資料「社会保障について①（総論、医療、子ども・子育て、雇用）」、2020年10月8日



国民皆保険制度を次世代に引き継ぐために～給付と負担の再構築に向けた一考察～

2021年4月1日 第1刷発行

著者 一般社団法人 日本パブリックアフェアーズ協会

発行者 増田 寛也

発行所 一般社団法人 日本パブリックアフェアーズ協会

(C) JAPAN PUBLIC AFFAIRS ASSOCIATION 2021 Printed in Japan

