

◆ 投稿論文 ◆

生涯ベースの家計の受益と負担にもとづく税・社会保険料改革のあり方
——『全国消費実態調査』個票データを用いたマイクロシミュレーション——

小 玉 高 大 (元財務省財務総合政策研究所)

小 嶋 大 造 (京都大学経済研究所)

1. はじめに

我が国において、持続可能な社会保障制度に向けた改革は、いよいよ重要な政策課題となっている。とりわけ、マクロ経済スライドによって給付水準が調整される公的年金と比べて、高齢化の進展や高度医療の発展により給付が大幅に増大すると見込まれる医療保険・介護保険については、保険料負担の公平性の確保や低所得層の負担増の抑制などに対処することが必要とされている¹⁾。我が国の社会保険制度は、原則賦課方式を採用するため、高齢者の割合が高くなるほど現役層の負担が高まることになる。また、社会保険料の定額部分の人頭割要素(平等割・均等割)が税・社会保険料の負担全体の累進性を弱め、これが低所得層への重い負担となる(阿部(2008))。

このため、税・社会保険料のあり方をめぐっては、これまでも、家計関連統計の個票データを用いたマイクロシミュレーションによって、様々な実証分析が行われてきた。『国民生活基礎調査』(厚生労働省)の個票データを用いたマイクロシミュレーションとして、田近・古谷(2003)は、公的年金等控除の廃止と老年者控除の拡充により世代間の所得税負担をほぼ等しくできること、小塩(2010)は、社会保障において所得比例的な負担と定額の給付の組み合わせにより高所得層に大きな負担増を求めずとも低所得層への支援を強化できることを指摘している。また、稲垣(2012)(2013)は、ダイナミック・マイクロシミュレーションモデルを用いて、年

金制度改革の貧困リスク改善効果や家族モデルの変容がもたらす高齢者の貧困率の将来見通しを示している。『慶應義塾家計パネル調査(KHPS)』の個票データを用いた川出(2016)は、複数の改革シナリオ(給与所得控除の上限引下げ、公的年金等控除の上限引下げ、社会保険料控除の上限導入、配偶者控除の所得に応じた段階的縮減)のもとでシミュレーションを行い、所得控除全般に再検討の余地があると指摘している。『全国消費実態調査』(総務省)の個票データを用いた研究では、田中他(2013)が高齢層における社会保険料(医療・介護)や医療費・介護費の自己負担について低所得層で負担率が高くなっていることを指摘し、Ohno and Kodama(2017)が税・社会保険料の家計負担の理論値推計を通じて一時点の所得階層でみたときに健康・介護保険料が逆進的な性格をもつことを指摘している。

このように、税・社会保険料の改革に関し、様々な観点から、個票データを用いたマイクロシミュレーションが行われている。しかし、税・社会保険料のあり方を検討する上では、これら家計の負担面だけでなく、年金・医療・介護など給付面も対象に入れる必要があるが、家計の受益と負担の両面を取り上げた研究は少ない。また、受益と負担の構成は、若年期と高齢期で異なるため、受益と負担の計測は、生涯における一時点でなされるべきものではなく、若年期から高齢期を通じた生涯にわたってなされるべきものであるが、このような生涯ベースにまで視野を広げて、家計の受益と負担を計測し、そこからライフサイクルを踏まえた今後の税・社会保険料のあり

方を検討した研究は見当たらない²⁾。

そこで本稿では、『全国消費実態調査』（総務省）の個票データを用いて、家計の受益と負担の理論値を計測し、生涯ベースでの家計の受益・負担の構造を明らかにする。さらに、逆進性が指摘される医療・介護保険料に着目し、その累進度合を変化させた場合のライフサイクルにおける全体または各年代での負担率がどのように変化するかを分析することにより、今後の税・社会保険料のあり方について検討する。

本稿の構成は以下のとおりである。第2節で、議論の前提として、日本の医療保険制度の特徴を国際比較や歴史の変遷から確認し、今後の社会保険料のあり方に関する論点を示す。その上で、第3節でデータや分析手法を説明し、第4節において生涯ベースの家計の受益・負担の計測、第5節において健康・介護保険料改革のシミュレーションを行う。最後に第6節で分析結果から引き出される示唆をまとめる。

2. 日本の社会保障制度の特徴と論点

2.1. 社会保障制度の国際比較

社会保障制度は、その国の歴史・文化や社会・経済状況等に影響を受けながら設計される。日本における国民皆保険のように、全国民を対象とするとき、その財源として税方式をとるか、社会保険方式をとるか議論が分かれるが、とりわけ医療については、受益と負担の一致という保険原理を貫徹すれば、低所得者の医療アクセスが排除されるなど限界があることなどから、税方式をとる国もある。日本の場合は、社会保険方式をとるが、公費負担も多く（国民医療費（自己負担を含む）のうち約38%が国・地方の公費負担（2011年度））、実態的には社会保険方式と税方式の混合形態と言える。

主要各国の医療制度を概観すると、民間保険中心のアメリカのような例外はあるものの、ほとんどの国で公的部門を中心に運用されている³⁾。税方式を採用している国として

は、イギリスや北欧諸国などが挙げられる。共通するのは職域等に関わらず全国民を一つの包括的な医療制度に吸収していることで、中央政府または地域（県）レベルでの課税が財源の大部分を占めている。他方、社会保険方式を採用している国は、日本の他に、ドイツ、フランスがある。いずれも職域を基本とする何種類かのグループによって構成されているが、職域によってカバーされない部分の扱いは異なる。ドイツの場合は民間保険によって、フランスの場合は一般制度という職域保険を別に創設することによって、カバーしている。日本の場合は、地域保険として、各市町村を運営主体とする国民健康保険でカバーしている⁴⁾。

この国民健康保険の特徴の一つは、保険料負担が必ずしも所得比例ではないということである。ドイツやフランスの公的医療の保険料が基本的に所得比例をとるのに対して、国民健康保険の保険料では、所得・資産等に比例して課される応能割と、被保険者・世帯毎に課される均等割とが原則50%ずつ課されることとなっている⁵⁾。後者の均等割は、所得に依存せずに一定額が課されるため、これが前述した低所得層の保険料負担率を高める一因となっている⁶⁾。他方、所得比例部分について高所得層には上限が設定されている⁷⁾。

このように、主要各国の医療制度をみると、財源として税方式と社会保険方式があり、日本のように実態的には社会保険方式・税方式の混合形態もある。また、社会保険方式をとる国であっても、保険料については、独仏は基本的に所得比例（応能負担）だが、日本は応能負担と応益負担の混合形態となっている。このような日本の医療制度は、制度制定当時の風土的環境や社会・経済状況等に影響を受け、今日まで引き継がれてきている部分もある。そこで以下では、医療保険制度を中心に、医療保険制度創設から国民皆保険達成に至るまでの歴史の変遷について、当時の風土的環境や社会・経済状況を踏まえて概観し、その上で、今後の医療保険料のあり方について論点を示し、次節以下でシミュレーション

を行う複数の改革ケースについて整理する。

2.2. 医療保険制度の歴史的変遷⁸⁾

我が国で初めて社会保障制度が生まれたのは、1922年に施行された健康保険法による。これは第一次大戦後の産業不況から中小企業の倒産や労働争議が多発したことを背景に、労使関係改善と労働者保護を目的とし、工場等で働く肉體労働者に対して強制的な健康保険加入を要請した職域保険であった。1930年頃からは、大恐慌の余波により当時の主力輸出財であった生糸の相場下落や大量の失業者の帰農が発生し、農家の窮乏化は重大な社会問題となっていた。この状況を背景に、被用者以外の農民や自営業者等を対象とした国民健康保険制度が1938年の国民健康保険法によって創設され、ここに地域保険としての国民健康保険(以下、「国保」と略す)が成立した。当初は任意とされた国保組合の設立も、1940年以降の戦争準備段階における人口増加・健兵健民政策の一環として、地方長官の裁量で強制設立が可能となり、国策の強力な推進を受けながら広く普及していった。

前述したように、戦前日本の社会保障制度は諸外国のそれと比較すれば、健康保険法に端を発した職域保険に社会保険方式が適用された点ではドイツ・フランスと同様であるが、他方で地域保険たる国保にも社会保険方式が適用された点は独特のものであった。職域保険と違い、一般に、ただ住所のみをもって保険集団を組成することは被保険者間の相互扶助意識を定着させる面で困難を伴うからである。鳥崎(2012)は、日本で社会保険方式による地域保険が成功したのは、既に社会保険方式の職域保険が存在していたことと、また、村落単位で強固な共同体意識や相互扶助意識が存在し、社会保険による健康な者から病気がちな者への所得移転に対する不満が顕在化しない土壌があったことによると指摘している。ただし、このような保険原理に忠実な運用が可能であった背景としては、戦前の国保は制定時には組合の設立と世帯の参加は双方とも任意であり、保険に加入する意思のない人々や、保険料が負担できない低所得層は、

保険適用対象外であったということに留意する必要がある⁹⁾。

第二次大戦直後における日本の社会保障制度の基本的理念は、1947年に社会保険制度調査会により答申された「社会保障制度要綱」に見て取れる。戦時中における産業・経済資源の破壊や、戦死者遺族への補償、復員兵の帰国等により、国家財政や家計ともに極度の窮乏状態に陥っており、経済復興策とともに、社会秩序を維持するための福祉制度の充実は喫緊の国民的課題であった。このような状況下で、当要綱では「国民の健康で文化的な最低限度の生活を保障する」ための社会保障制度が必要であると、この確立を経済再建の前提とした。この社会保障制度要綱は、イギリスの戦後社会保障制度の基礎的方向性を提案した「ベヴァリッジ報告」に多分に影響を受けたものであったが、ベヴァリッジ報告が定額保険料・定額給付を原則としたのに対し、当要綱では「拠出は大体所得に比例する」とし、所得比例という応能的な保険料を採用することを提案した。しかし、当要綱に対する反応は、財政的な実現可能性などから冷やかなものであり、1950年代の半ばまでは、主に生活保護法の制定、改正による公的扶助の拡充が図られた。

1950年代後半になって、国民の生活水準の回復を背景に社会保険制度改革に関する全般的な議論がようやく高まりをみせた。国保事業は1948年法改正によって既に市町村公営となっていたが、1951年時点でなお約2,900万人に及ぶとされていた保険未加入者への対応が求められた。この状況を受けて1958年法改正により市町村の国保事業運営が義務化され、国民皆保険は一応の達成をみることとなった。ここで注意すべきは、国保への加入を強制としながらも、なお社会保険方式が貫かれていたことである。つまり、低所得層であっても応益部分は負担すべきとされていた。1963年になって保険料の各種軽減措置が導入され、低所得層への配慮がなされるようになったが、他方、高所得層には標準報酬月額の上限は維持された。また、国民皆保険の実現の際、戦前から続く被用者保険

と国保の二本立て体制が維持された。これは、被用者とそれ以外（自営業者や農民等）では稼得形態が異なる上に所得捕捉率が異なるため、被用者保険と国保を統合・一元化すると、かえって実質的な負担の不公平を招くことなどが理由として指摘されるが¹⁰⁾、このことが被用者保険と国保とで保険料設定方法が異なることの要因ともなっている。

2.3. 社会保険料のあり方に関する論点の提示

ここまでみてきたように、日本の社会保障制度が原則とする社会保険方式は、制定当初の戦前の社会・経済・風土的環境を前提に形成された制度を、その後の社会・経済的環境の変化に対して、例外措置を施しながら対応してきたものと言える。また、国保における応能負担と応益負担の按分という形は、必ずしも戦後当初の段階で目指された仕組みではなく、保険料徴収の執行面からの要請を受けた面があると言える。

それでは、今日の社会・経済情勢は、どのような社会保障制度のあり方を求めるだろうか。国民皆保険達成当初と現状の社会・経済情勢を比較すると、高齢化の進展による社会保障給付の増大と保険料収入の停滞という構造的なミスマッチや、高成長から低成長への経済環境の変化による恒常的な家計所得の伸び悩みなど、社会保障制度の持続可能性に疑義が生じている。さらに、国保加入者が、自営業や農林水産業だけでなく、多くの非正規労働者を含むなど、その属性の変化により、戦前に国保を社会保険方式の地域保険として成功せしめた共同体意識や相互扶助意識が希薄化するとともに、社会保障・税番号制度等により徴収面での所得形態別の不公平性の解消が図られていく中で被用者保険加入者と国保加入者と異なる扱いをする根拠も薄れてきている。前述のように、低所得層の多い国保加入者にとって、応益負担部分が重い負担としてきている。このような帰結は、保険料納付水準の下落と給付への税財源投入の段階的拡大として現れており、現在の制度は社会保険方式と税方式の折衷状態となっていると言える。これに対して、「医療保障制度を

社会保険方式から租税移転方式に転換することが、その長期的安定のための不可欠な課題」（里見（1990））とか、「税による財源調達は、福祉サービスの提供を普遍的に行うに際して好都合である」（橘木（2010））といった税方式への転換の主張がなされるのも自然な流れである。他方、社会保険方式のもつ「当事者自治に基づく自律的なガバナンス機能」（島崎（2015））は、給付の無秩序な拡大を避けるためにも、否定されるべきものではない。

以上からすると、今後の社会保険料のあり方として、現行の応能・応益混合負担は、戦後の徴収上の問題を引きずっている面があり、その技術的な問題が解消しつつある今日においては、応益負担部分が重い負担となっていることに鑑み、戦後に提示された所得比例の応能負担について、いま一度検討することは意義のあることであろう。また、社会保険方式についても、すでに実質的には税方式との折衷状態となっており、諸外国でも採用されている税方式に転換すればどのような影響がでるのかを検討する意義はあるだろう。したがって、今後の社会保険料のあり方をめぐる論点として、①社会保険方式を原則としつつも、現行の応能負担と応益負担の混合形態をとり続けるか、それとも応能負担に移行するか、②中長期的にみて、社会保険方式についても、これをとり続けるか、それとも税方式に転換するか、ということが挙げられる。換言すれば、①社会保険を原則としつつ、応能・応益混合負担から応能負担へと移行することで、負担を逆進的な構造から比例的な構造へと転換するべきかどうか、②中長期的に、社会保険方式から税方式へと移行することで、負担を累進的な構造へと転換するべきかどうか、ということである。これについて検討するためには、現行制度から新しい制度に変更した場合に、所得階層や年齢階層に応じてどのように負担構造が変化することになるのか、その姿を明らかにする必要がある。具体的には、所得階層別の負担について、生涯ベースや年代別に、(1)現行制度における応能・応益混合負担の負担構造（現状ケース）を把握した上で、制度変更のケースとして、(2)応

益負担部分を取りやめて完全に応能負担とした場合(完全所得割ケース)、(3)税方式への転換を想定した所得税並みの累進的な負担とした場合(所得税並み累進ケース)、(4)これら(2)(3)とは逆に完全に応益負担とした場合(完全人头割ケース)について、それぞれの負担構造の変化を明らかにするということである。

そこで、次節以下では、まずデータや分析手法を明示した上で(第3節)、医療・介護保険の保険料負担について、生涯ベースでの構造を確認し(第4節)、上記4つのケース(現状ケース、完全所得割ケース、完全人头割ケース、所得税並み累進ケース)について、ライフサイクルにおいてどのように負担構造が変化するかをマイクロシミュレーションによって定量的に測定することとする(第5節)。

3. データと分析手法

『平成21年全国消費実態調査』(総務省)の個票(「世帯票」「年収・貯蓄等調査票」「家計簿A・B」)データを用いて、生涯ベースの家計の受益と負担を推計する。

受益については、年金受給、医療現物給付、介護現物給付を合計したものとする。負担については、所得税、住民税、消費税、年金保険料、健康保険料、介護保険料、雇用保険料を合計したものとする¹¹⁾。後者の負担は、Ohno and Kodama (2017)にならい¹²⁾、世帯属性や収入、消費の情報に現行制度を適用して推計する。受益の推計方法や、生涯ベースの受益・負担の推計方法は以下のとおりである。なお、世帯人数を調整するため、いずれも等価ベースを用いる。

3.1. 受益の理論値推計

『全国消費実態調査』では、公的年金の受給額は「年収・貯蓄等調査票」の「公的年金・恩給」記入値により把握可能であるが、医療・介護の現物給付については調査されておらず、「家計簿」において自己負担分の支出額

が把握できるのみである。このため、医療・介護の現物給付については、各世帯員の年齢や家族構成等の世帯属性と年収の情報より、現行制度に基づく自己負担割合¹³⁾を算出し、「家計簿」の医療費・介護費支出額を割り戻すことで総費用を算出した後、総費用に「1 - 自己負担割合」を乗ずることで現物給付額を推計することとする。具体的な推計方法は以下のとおりである。

3.1.1. 医療現物給付の推計方法

「家計簿」に記入された医療費は、世帯全体の自己負担額であるため、医療費の総費用を推計するためには、世帯全体の自己負担割合を算出する必要がある。例えば、世帯員AとBの二人世帯のケースであれば、世帯全体の自己負担割合Xは以下の式により算出される。なお、個票データから各世帯員の総医療費比率を把握することはできないため、『国民医療費』(厚生労働省)の年齢階層別国民医療費データより、世帯員の年齢を基準に比率を算出する。また、70歳以上の世帯員については、現役並み所得者に対する自己負担割合の上昇¹⁴⁾も考慮する。

各世帯員の総医療費比率 $A : B = a : \beta$

各世帯員の自己負担分の医療費比率

$$A : B = a \times \gamma : \beta \times \delta$$

世帯全体の自己負担割合

$$X = (a \times \gamma + \beta \times \delta) / (a + \beta)$$

(γ : 世帯員Aの自己負担割合, δ : 世帯員Bの自己負担割合)

次に、以下の算式により、世帯全体の自己負担割合Xで「家計簿」に記入された医療費支出額を割り戻した後、 $1 - X$ を乗じて世帯全体の現物給付額を算出する。なお、ここで医療費支出額は、「家計簿」上の「医薬品」「医科診療代」「歯科診療代」「出産入院料」「他の入院料」「接骨」「鍼灸院治療代」の各支出額を合計し、12倍して年換算したものとする¹⁵⁾。

世帯の総医療費 = 「家計簿」の医療費支出

額 / X

現物給付額 = 世帯の総医療費 × (1 - X)

3.1.2. 介護現物給付の推計方法

平成 21 年の介護サービス利用の自己負担割合は一律 1 割であるため、「家計簿」上の「介護サービス」支出額を 12 倍して年換算したものを 0.9/0.1 倍することで、介護現物給付額を算出する。

3.2. 生涯ベースの受益・負担の計測方法

生涯ベースで受益と負担を正確に計測するには、世帯毎の所得を生涯にわたってトレースできる生涯パネルデータが必要であるが、統計の制約上、日本ではそのようなデータは入手困難である。そこで、先行研究においては、大野他（2013）のように、ライフサイクル仮説に基づき、一時点の消費水準を生涯所得の代理変数として用いたり、小塩（2010）のように、一時点の所得データを年齢階層別に分けて所得階層毎に結合した擬似パネルデータを用いたりされている。ここでは後者の方法を参考にして、データを 20～29 歳、30～39 歳、40～49 歳、50～59 歳、60～69 歳、70～79 歳、80～89 歳の年齢階層に分けた後、年齢階層毎に所得を四階層に分けてとり、全年齢階層の同一所得階層の世帯総所得・受益・負担を合算したものを、生涯ベースの世帯総所得・受益・負担として計測する¹⁶⁾。このさい、各年齢階層について死亡率¹⁷⁾によるウェイトづけをする。なお、ここでは経年による所得階層間の移動は考慮しないものとする¹⁸⁾。

4. 生涯ベースの家計の受益と負担

図 1 は、年齢階層別の受益と負担について、対世帯総所得比で計測した結果である。基本的には 20 代から 50 代の現役期においてはほぼ全所得階層で負担が受益を上回る負担超であるのに対し、60 代以降の高齢期になると年金受給の開始を主な要因として全所得階層で受益が負担を上回る受益超となる。現役層

から高齢層への世代間所得移転が示唆される。

図 2 は、図 1 の年齢階層別の受益と負担を、所得階層間の移動をさせずに合算した、生涯ベースの受益と負担を計測した結果である。生涯ベースの負担構造をみると、Ohno and Kodama（2017）の一時点ベースでの計測結果と同様に、所得税・住民税は、所得階層が高いほど負担率の大きい累進的な構造になっているのに対し、健康・介護保険料については比例もしくは逆進的な構造になっている。また、すべての世帯を合算した生涯ベースの受益と負担のバランスを計測すると、世帯あたり生涯ベースで約 1,000 万円の受益超となる。この受益超過部分は、現状の賦課方式における財政負担とも解釈することができ、将来世帯への保険料や自己負担割合の上昇圧力がかかっていることが示唆される。それでは、低所得層への高負担を緩和する健康・介護保険料のあり方とはどのようなものであろうか。

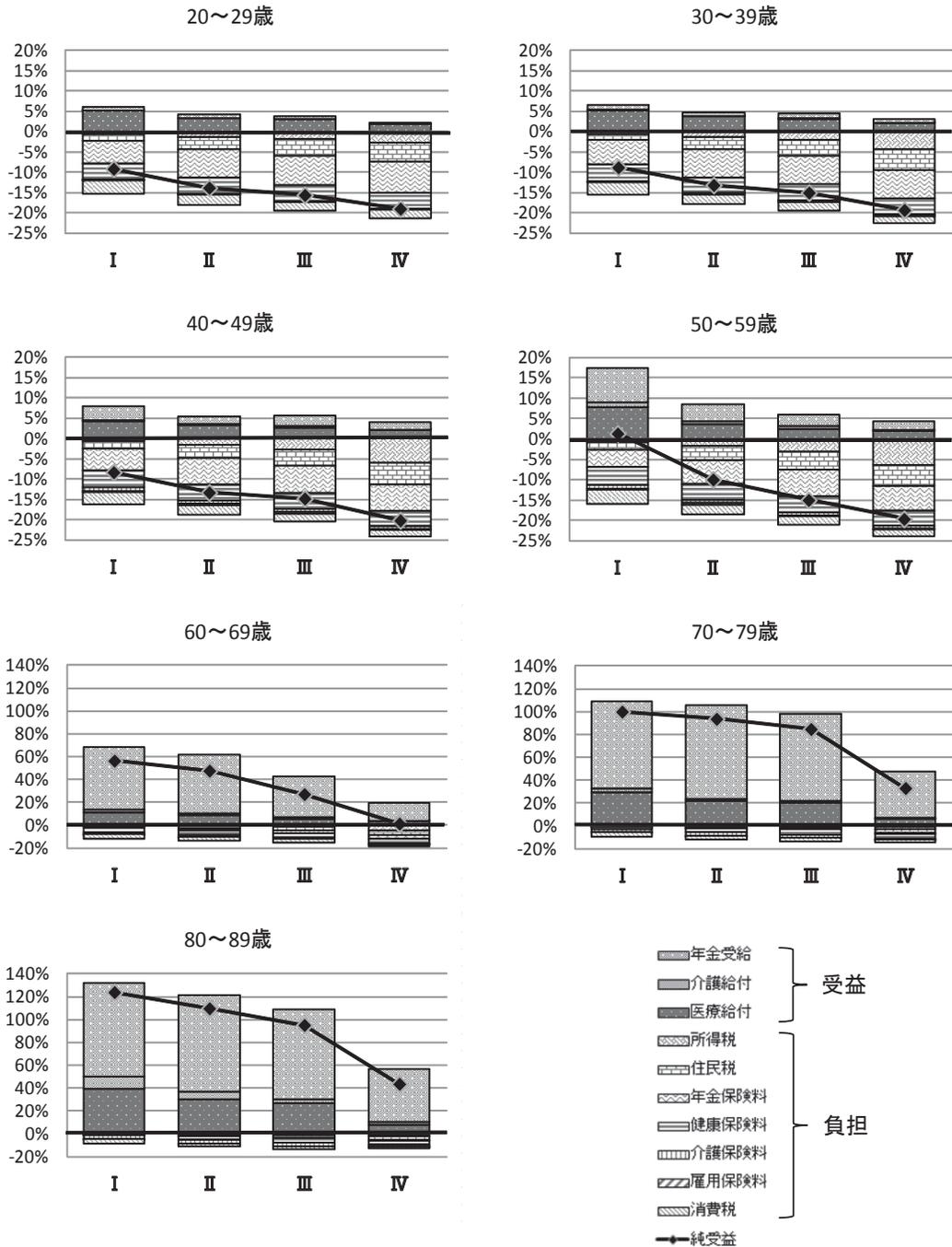
5. 健康・介護保険料改革シミュレーション

前節において、生涯ベースでも、健康・介護保険料は逆進的な性格をもつことが示された。一般に、健康・介護保険料の逆進性の要因は、国保における応益割の要素と、国保と被用者保険の間の料率格差とされる。本節では、これら健康・介護保険料の負担構造について、第 2 節で示した以下の 4 ケースのシミュレーションを行い、生涯を通じた負担構造の比較分析を行う¹⁹⁾。

1. 現状ケース
2. 完全所得割ケース
3. 完全人头割ケース
4. 所得税並み累進ケース

「現状ケース」では現行制度での負担構造について、「完全所得割ケース」では年齢階層毎に保険料を完全所得比例にした場合²⁰⁾の負担構造について、「完全人头割ケース」

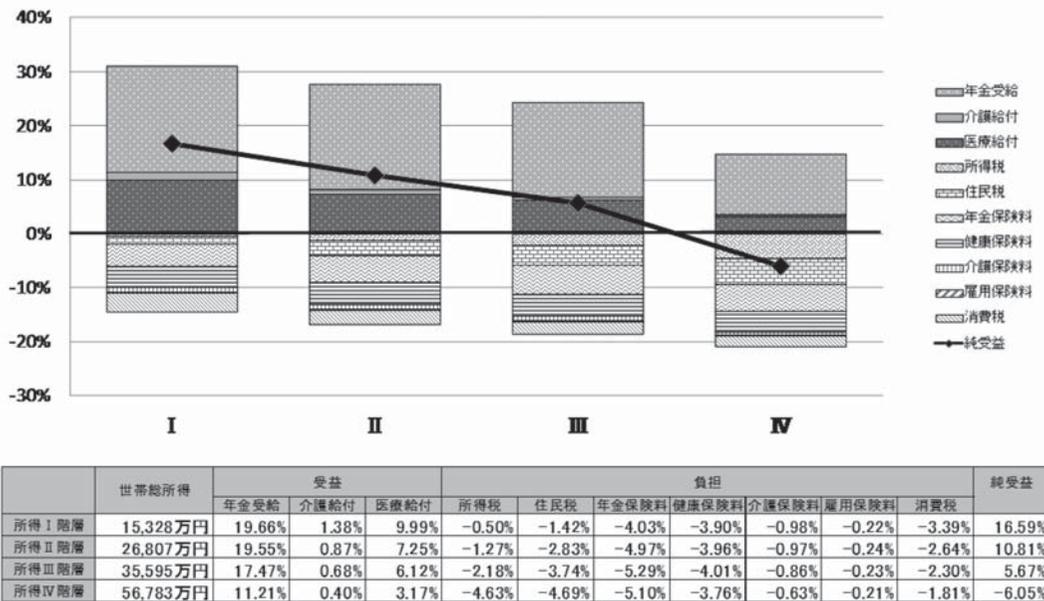
図1 年齢階層別の受益と負担



(注) 縦軸は対世帯総所得比, 横軸は等価世帯総所得階層。

(出所) 『平成21年全国消費実態調査』の個票データより筆者推計。

図2 生涯ベースの受益と負担



(注) 図の縦軸は対世帯総所得比，横軸は等価世帯総所得階層。

(出所) 『平成21年全国消費実態調査』の個票データより筆者推計。

では年齢階層毎に保険料を一律定額にした場合²¹⁾の負担構造について、「所得税並み累進ケース」では年齢階層毎に所得税の累進カーブと同等の傾斜を保険料にかけた場合²²⁾の負担構造について、それぞれ計測する。累進の度合いで言えば、3→1→2→4という順で、逆進的な性格から累進的な性格を強めることになる。換言すれば、3→1→2→4に従って、保険料の応益負担から応能負担への転換、さらに社会保険方式から累進的な税方式への転換をたどることを意味する。なお、すべてのケースにおいて、年齢階層毎の保険料収入の合計は中立とする。

5.1. 各ケースの生涯負担率の比較

図3は、各ケースにおける健康・介護保険料の所得階層別生涯負担率の構造を示している。「現状ケース」では、第Ⅰ～第Ⅲ階層でおおよそ比例的である一方、第Ⅳ階層で負担が軽くなる。第Ⅳ階層に約0.3～0.4%の追加負担を課すことで、第Ⅰ～第Ⅲ階層の負担をそれぞれ0.2～0.3%減少させることが可

能であり、これによって「完全所得割ケース」の所得比例構造が実現される。

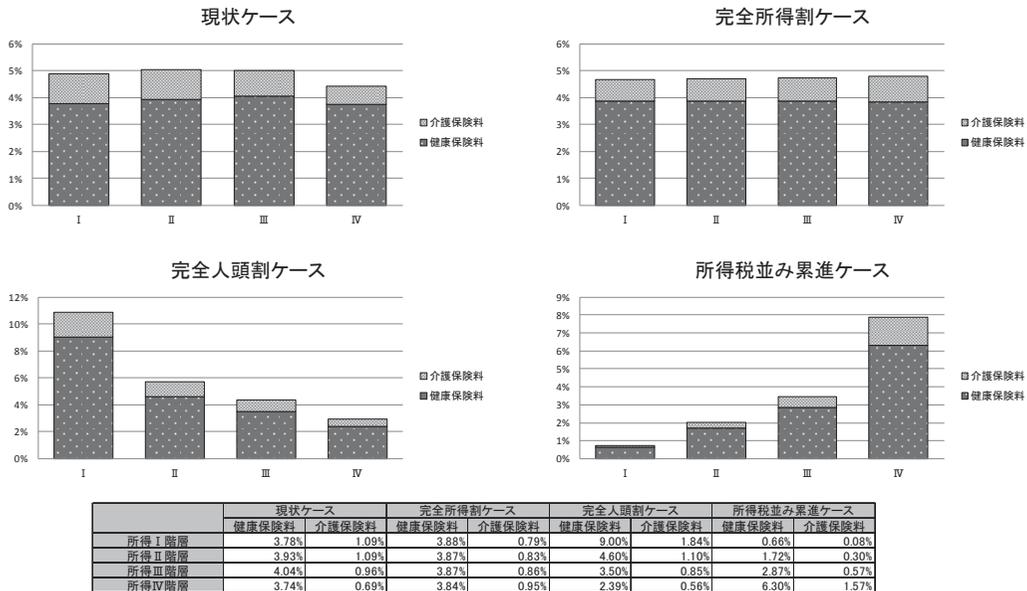
他方、「完全人頭割ケース」では著しく逆進的な負担構造となり、逆に「所得税並み累進ケース」では著しく累進的な負担構造となる。

5.2. 各ケースのライフサイクルの負担率推移の比較

図4は、ライフサイクルでみた所得階層別負担率の推移を示している。

「現状ケース」をみると、第Ⅰ階層の負担率が現役期において他の階層に比べて高いことが分かる。これは国保と被用者保険の間に料率の格差が存在することを考えると、第Ⅰ階層における国保加入者の割合が高いことに起因すると考えられる。表1は、所得階層・各年齢階層における世帯主が国保加入者である世帯の割合を示したものである。50代までの現役期において、第Ⅰ階層で割合が顕著に高いことがみてとれる。逆に60代に入ると第Ⅰ階層と第Ⅱ・第Ⅲ階層の負担率の差が

図3 各ケースの生涯負担率（健康・介護保険料）



(注) 図の縦軸は対世帯総所得比、横軸は等価世帯総所得階層。

(出所) 『平成21年全国消費実態調査』の個票データより筆者推計。

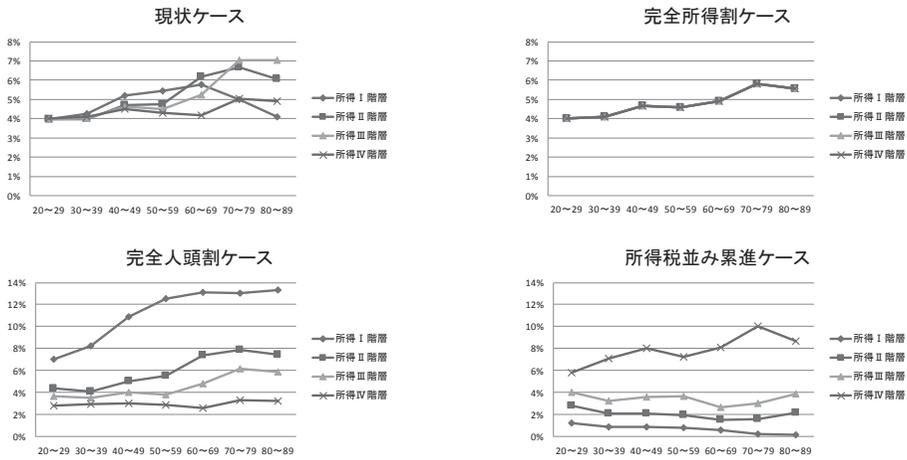
なくなるのは、第Ⅱ・第Ⅲ階層でも引退により被用者保険を外れ、国保世帯へと移動する世帯の割合が高まるからであると推測される。また、75歳以降は一律に後期高齢者医療保険制度へと移行し、第Ⅱ・第Ⅲ階層は負担率が上昇するが、第Ⅰ階層世帯はかなりの割合が減免を受ける所得水準であるため、負担率が低下しているものと推測される。他方、第Ⅳ階層の負担率は生涯を通じて低いままとなっている。これは第Ⅳ階層世帯では現役期にはほとんどの世帯が被用者保険加入世帯であることに加え、60代以降もなお会社勤めを続ける等で被用者保険に入り続ける世帯が多いことと、さらに後期高齢者医療保険に入っても保険料に上限が存在するため、一定程度以上の所得がある世帯では、逆に負担率が低下する構造となっていることによると推測される。

「完全所得割ケース」では、当然ながら全所得階層で一律の負担率となり、「現状ケース」のような現役期における逆進的構造はなくなる事が分かる。他方、「完全人头割ケース」では、20代から一貫して逆進的であり、

とりわけ低所得層において年齢階層が上がるにつれてその傾向が顕著となる一方、「所得税並み累進ケース」では、とりわけ高所得層において年齢階層が上がるにつれて累進的となる。

以上のシミュレーションの結果からインプリケーションを引き出すとすれば、現役期に低所得層で高負担となる現状の保険料負担構造の問題点は、所得税並み累進ケースのような極端な改革を行わなくとも、完全所得割ケースによってある程度の是正が可能であること、生涯負担率で見ると第Ⅳ階層に多少の負担増を求めることで完全所得割ケースは実現できることである²³⁾。特に前者については、現状の高負担が低所得者の現役期における人的資本蓄積を阻害し、格差を固定化する要因となる恐れがあることから、早急に検討が求められる課題と言えよう。

図4 各ケースのライフサイクルでみた負担率の推移（健康・介護保険料）



ケース	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80~89	完全所得割ケース	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80~89
現状ケース								完全所得割ケース							
所得Ⅰ階層	3.99%	4.26%	5.22%	5.45%	5.78%	4.98%	4.08%	所得Ⅰ階層	4.00%	4.08%	4.68%	4.56%	4.92%	5.80%	5.56%
所得Ⅱ階層	3.99%	3.98%	4.72%	4.75%	6.17%	6.67%	6.06%	所得Ⅱ階層	4.00%	4.08%	4.68%	4.56%	4.92%	5.80%	5.56%
所得Ⅲ階層	3.97%	4.02%	4.64%	4.52%	5.24%	7.03%	7.02%	所得Ⅲ階層	4.00%	4.08%	4.68%	4.56%	4.92%	5.80%	5.56%
所得Ⅳ階層	4.03%	4.11%	4.51%	4.31%	4.16%	5.03%	4.90%	所得Ⅳ階層	4.00%	4.08%	4.68%	4.56%	4.92%	5.80%	5.56%
完全人頭割ケース								所得税並み累進ケース							
所得Ⅰ階層	7.02%	8.21%	10.86%	12.52%	13.07%	13.01%	13.29%	所得Ⅰ階層	1.25%	0.84%	0.87%	0.82%	0.56%	0.19%	0.12%
所得Ⅱ階層	4.35%	4.10%	5.04%	5.49%	7.40%	7.89%	7.46%	所得Ⅱ階層	2.83%	2.10%	2.05%	1.93%	1.53%	1.58%	2.18%
所得Ⅲ階層	3.66%	3.49%	4.04%	3.78%	4.81%	6.15%	5.87%	所得Ⅲ階層	4.02%	3.26%	3.55%	3.69%	2.62%	3.01%	3.90%
所得Ⅳ階層	2.81%	2.92%	3.03%	2.86%	2.57%	3.30%	3.24%	所得Ⅳ階層	5.80%	7.06%	8.01%	7.22%	8.09%	10.00%	8.70%

(注) 図の縦軸は対世帯総所得比，横軸は世帯主年齢階層。所得階層は等価世帯総所得階層。
 (出所) 『平成21年全国消費実態調査』の個票データより筆者推計。

表1 所得階層別・年齢階層別の国保加入世帯割合

(単位: %)

	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳	70~79歳
所得Ⅰ階層	36.49	24.91	30.89	50.59	92.00	66.46
所得Ⅱ階層	4.11	2.95	5.24	13.86	77.30	68.86
所得Ⅲ階層	0.43	1.93	3.73	5.75	57.97	61.86
所得Ⅳ階層	0.00	5.00	3.10	6.54	38.58	57.58

(注) 所得階層は等価世帯総所得階層。
 (出所) 『平成21年全国消費実態調査』の個票データより筆者推計。

6. まとめ

本稿では、『平成21年全国消費実態調査』の個票データから、家計の受益と負担に関する理論値を推計し、生涯ベースの受益・負担の構造を計測するとともに、健康・介護保険料について、現状ケース、完全所得割ケース、完全人頭割ケース、所得税並み累進ケースの4パターンを設定して負担構造を変化させるシミュレーションを行った。その結果、現状においては、全世帯レベルで生涯の受益と負

担をみると受益超であり、将来世代の保険料に上昇圧力がかかっていること、現状の健康・介護保険料は、生涯ベースでも逆進的な構造をもち、特に現役期に低所得層で負担が重い構造となっていることが示された。また、各ケースのシミュレーションの結果から、高所得層に対して多少の負担増を図ることで完全所得比例の負担構造が達成され、現役低所得層の高負担も是正されることが示された。

以上のように、今後の健康・介護保険料改革のあり方として、応能・応益混合負担から所得比例の応能負担への移行は当面の有力な

選択肢の一つと言える。そして、中長期的には、医療・介護費用のさらなる増大に対応した負担のあり方として、累進を加味した構造について、社会保険方式から税方式への転換も含めて議論されるべきであろう。

今後の課題としては、教育の受益・負担を考慮すること、所得階層間移動を考慮すること、『所得再分配調査』(厚生労働省)のデータとの整合性を図ることなどが挙げられる。

【付記】

本稿は、日本地方財政学会(2017年5月21日)、日本経済政策学会(同年5月28日)などでの報告にもとづくものである。本稿の執筆にあたっては、宇南山卓准教授(一橋大学経済研究所)、大野太郎准教授(信州大学経済法学部)、小塩隆士教授(一橋大学経済研究所)、諸富徹教授(京都大学大学院経済学研究科)をはじめ、多くの方々から貴重なコメントをいただいたことに感謝申し上げる。なお、本稿の内容は、筆者らの個人的見解であり、財務省ないし財務総合政策研究所の公式見解を示すものではない。本稿のデータの一部は、『全国消費実態調査』(総務省)の調査票情報を利用して独自集計したものである。

注

- 1) 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(2013年12月13日)では、その目的として、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図ることが掲げられている。この中で、医療保険制度については、必要事項として「医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」が、介護保険制度については「低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制」などが挙げられている。
- 2) 小塩(2010)においても生涯ベースの計測を行っているが、ライフサイクルに応じた各年代の負担の変化までは検討されていない。
- 3) アメリカにも「メディケア」や「メディケイド」といった公的医療保障制度が存在するが、対

象は高齢者、障害者、低所得者等に限定されている。なお、医療制度の国際比較は、財務省財務総合政策研究所(2010)等を参照。

- 4) その他、2008年度より後期高齢者医療制度が施行され、原則75歳以上の高齢者を対象に各都道府県の広域連合が運営している。
- 5) 国民健康保険法施行令では、応能割と応益割の標準按分割合は50%ずつとされるが、実際の按分割合は市町村毎に決定され、応能割と応益割の按分比率は全国平均でそれぞれ58.5%と41.5%となっている(平成26年度)。
- 6) ただし、所得が一定額以下の者に対しては、国民健康保険料の軽減・免除が適用される。
- 7) なお、ドイツでは、日本と同様に労働報酬の保険料算定限度額を超える部分に保険料は課されないが(松本(2012))、フランスでは算定限度額は撤廃されている(柴田(2012))。
- 8) ここでの記述は、主に厚生省保険局国民健康保険課・社団法人国民健康保険中央会(1979)、島崎(2012)(2015)を参考している。
- 9) なお、1942年法改正により組合設立に強制性が備わり、制度上低所得層への適用拡大が図られたが、戦争激化に伴う行政の混乱や医療資源不足により、保険給付よりは保健事業が中心であった。
- 10) 島崎(2015)、54頁。島崎(2015)は、この他の理由として、短期間で国民皆保険を達成するためには既存の枠組みを大きく崩さない方が適当であること、被保険者に対するきめ細やかな健康管理・医療サービスの給付と負担の自律的な決定を尊重するという観点からは、年金保険と異なり医療保険の場合には保険者は大きければ大きいほどよいとはいえないことを挙げている。
- 11) 家計の受益と負担の構成要素は、これら以外にも存在するが(例えば教育など)、データの制約のため対象を限定している。
- 12) Ohno and Kodama(2017)の社会保険料推計では、現行の各種減免制度は考慮されている一方、データの制約から保険料率の地域差については考慮されておらず、所得割率や均等割額等の値は全国平均の数値が用いられている。推計値の妥当性は、季節性バイアスがわからない住民税の記入値と推計値の比較を通

- じて検証されている。
- 13) 自己負担割合は、原則として、5歳以下が2割、6歳以上69歳以下が3割、70歳以上が1割である。
 - 14) 70歳以上の世帯員については、現役並み所得者（標準報酬月額28万円以上（被用者）、世帯年収383万円以上（被用者以外・単身）、世帯年収520万円以上（被用者以外・二人以上世帯））は自己負担割合を3割とする。
 - 15) 医療費支出額には保険対象外の支出額も混在するが、保険対象となるかどうかの識別を個票データから行うことは不可能なので、ここでは全ての支出が保険対象であるとみなして算出する。
 - 16) 生涯ベースの計測においては、小塩（2010）も指摘するように、割引率によって現在価値が変動する。他方、適切な割引率の水準については一般に合意がなされているわけではないため、現在の超低金利にも鑑み、ここでは考慮しないこととする。
 - 17) 『平成21年人口動態統計』（厚生労働省）による。
 - 18) 小塩（2010）では、所得階層間移動の固定性を示すパラメータを導入することで、所得階層間移動も考慮した再分配効果の計測を行っている。
 - 19) ここでは家計の負担構造の変化に着目するものであり、実際の制度変更においては、各保険財政の状況を踏まえ、事業主負担のあり方などについても検討する必要がある。
 - 20) ここでは、現行制度において、年齢階層によって加入する制度が異なる（40歳以上から介護保険、75歳以上から後期高齢者医療保険に加入）ことから、同一の年齢階層において所得比例の保険料（つまり同一の年齢階層では全所得階層で一律の保険料率）とすることとしている。このため、すべての年齢階層で保険料率が一律となるわけではない（後掲図4参照）。
 - 21) ここでは、現行制度に基づき保険料の支払い義務を負う世帯員を対象に、定額の保険料を課すこととしている。
 - 22) 具体的には、例えば30代の所得階層別所得税負担率は、第Ⅰ階層0.5%、第Ⅱ階層1.3%、

- 第Ⅲ階層2.1%、第Ⅳ階層4.4%であるため（前掲図1参照）、30代の保険料負担率についても、第Ⅰ階層：第Ⅱ階層：第Ⅲ階層：第Ⅳ階層＝0.5：1.3：2.1：4.4となるように、保険料収入中立のもとで傾斜をかけることとしている。
- 23) この完全所得割ケースにおいて、全世帯レベルでの生涯ベースの受益と負担をバランスさせようとすれば、つまり前節で計測した世帯あたり生涯ベースの受益超（約1,000万円）を負担増により解消させようとすれば、各階層の追加負担は0.7%程度となる。したがって、世代内と世代間双方の公平性を確保する観点からは、第Ⅰ～第Ⅲ階層で0.5%程度、第Ⅳ階層で1.0%程度の追加負担となる。

引用文献

- 阿部彩（2008）「格差・貧困と公的医療保険 — 新しい保険料設定のマイクロ・シミュレーション」『季刊社会保障研究』44（3）：332-347。
- 稲垣誠一（2012）「ダイナミック・マイクロシミュレーションモデルによる年金制度改革の貧困リスク改善効果分析 — 年金制度改革に関する政府案の評価と新しい改革案の提案」一橋大学経済研究所世代間問題研究機構ディスカッション・ペーパー No.550。
- 稲垣誠一（2013）「高齢者の同居家族の変容と貧困率の将来見通し — 結婚・離婚行動変化の影響評価」『季刊社会保障研究』48（4）：396-409。
- 大野太郎・中澤正彦・三好向洋・松尾浩平・松田和也・片岡拓也・高見澤有一・蜂須賀圭史・増田知子（2013）「家計の税・保険料負担 — 『全国消費実態調査』『家計調査』『国民生活基礎調査』の比較」PRI Discussion Paper Series No.13A-07。
- 小塩隆士（2010）『再分配の厚生分析 — 公平と公立を問う』日本評論社。
- 川出真清（2016）「経済格差と税・社会保障負担に関するマイクロ・シミュレーション」『フィナンシャル・レビュー』127：31-48。
- 厚生省保険局国民健康保険課・社団法人国民健康保険中央会（1979）『国民健康保険四十年史』ぎょうせい。
- 財務省財務総合政策研究所（2010）『医療制度の国

- 際比較].
- 里見賢治 (1990) 『日本の社会保障をどう読むか』
労働旬報社.
- 柴田洋二郎 (2012) 「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』179: 17-28.
- 島崎謙治 (2012) 「国民皆保険とその前史の成立過
程に関する覚書」『青山法学論集』53(4):
87-116.
- 島崎謙治 (2015) 『医療政策を問いなおす — 国民
皆保険の将来』ちくま新書.
- 橘木俊詔 (2010) 『安心の社会保障改革』東洋経済
新報社.
- 田近栄治・古谷泉生 (2003) 「税制改革のマイクロ・
シミュレーション分析」『現代経済学の潮流』
2003: 207-226.
- 田中聡一郎・四方理人・駒村康平 (2013) 「高齢者
の税・社会保障負担の分析 — 『全国消費実
態調査』の個票データを用いて」『フィナンシ
ヤル・レビュー』115: 117-133.
- 松本勝明 (2012) 「ドイツにおける社会保障財源の
見直し」『海外社会保障研究』179: 4-16.
- Ohno, T. and Kodama, T. (2017), "Estimation of
Tax and Social Insurance Burden on
Households: Verification of the Validity and
Assessment of Actual Status," PRI
Discussion Paper Series No.17A-02.