

# 後期高齢者の医療費窓口負担の応能性強化について

## － 一定所得以上を2割負担に引き上げる改正案の定量評価 －

河本 淳孝

### アブストラクト

全世代型社会保障検討会議（議長：安倍晋三）は、2020年6月に2度目の中間報告を行った。医療分野については、応能負担を強化する方向性とその具体策として一定所得以上の後期高齢者の医療費窓口負担を2割に引き上げる制度改正案等が打ち出された。本稿は、当該改正案を実施した場合の影響（政策効果）を定量的に評価した。その結果、改正案を実施した場合の量的な影響は、一定所得を幾らにするかに関わらず限定的であり追加の抜本的な制度改革が待たれること、また改正案の一定所得を幾らにするかの検討にあたっては政策目的（厚生改善、公平性配慮、所得再分配等）の組み合わせや優先順位について定量的な評価に基づく検討を行いその結果を国民に広く共有する必要のあること等を確認した。新型コロナウイルス対応の混乱の中で検討が行われる制度改正の参考となれば幸いである。

### キーワード

後期高齢者医療制度 医療費窓口負担 応能負担

## 1 はじめに

医療保険の制度改正については、近年、検討プロセスに変化が生じている。従来は厚生労働大臣の諮問に応じる社会保障審議会や中央社会保険医療協議会等を中心に検討が行われてきたが、近年は内閣総理大臣の諮問に応じる経済財政諮問会議や規制改革会議あるいは財務省の財政制度等審議会等が踏み込んだ検

討・議論を行って制度改正を先導するようになった。前述の全世代型社会保障検討会議も内閣総理大臣の諮問に応じる会議体である。本稿は、こうした制度改正の検討プロセスの変化を踏まえて、参照する会議体についても従来の慣習を改めて範囲の拡張を行っている。

本稿の構成は概ね次のとおりである。まずは、考察対象である一定所得以上の後期高齢者の医療費窓口負担を2割に引き上げる制度改正案（以下、改正案）の内容と背景を概説する。そのうえで、筆者独自の計量モデルを用いて改正案を実施した場合の影響（政策効果）を定量的に評価する。その後、こうした被保険者負担の応能性を強化する政策を評価する際の留意点等について考察する。

言葉の定義について前置きする。本稿では、保険料等の拠出に応じて給付が行われる方式を社会保険方式、保険料等の拠出にかかわらず居住等の要件のみで給付が行われる方式を税方式として、この区別を財政方式の問題と呼ぶ。また、保険料収入による財源を社会保険財源、税収入による財源を税財源とし、この区別を財源調達の問題と呼ぶ<sup>1</sup>。これらの定義に従えば、わが国の公的医療（後期高齢者医療制度を含む）は社会保険方式であるが、その財源は社会保険財源ばかりではなく税財源にも少なからず依存していることになる。なお、厚生改善は厚生損失の対義として用いる。公平性の問題については、パレート効率性では捕捉し得ないものとして、厚生経済学とは距離を置いて考察する（社会厚生関数等による考察は行わない）。さいごに、本稿では、保険料と医療費窓口負担の合計を被保険者の負担と定義して、給付に対する負担の対価性や応能性について総合的に評価する。

## 2 改正案の概要と背景

### (1)概要

改正案の内容については、前述の全世代型社会保障検討会議の中間報告に次のように記されている。「後期高齢者（現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする」。「遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年までに改革を実施できるように、審議会の審議を経て速やかに必要な法制上の措置を講ずる」。

この改正案が実施されると、図表1の網掛け部分が新設されることになる。

---

<sup>1</sup> 厚生労働省「社会保障負担等の在り方に関する研究会」報告書の定義を引用。当該報告書の冊子が入手できなかったためページは不詳。厚生労働省に問い合わせたところ、同省にも在庫は存在せず。<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/07/h0725-2.html> 参照

(図表 1) 後期高齢者の医療費窓口負担 (現在と改正案)

区分		判定基準	現在	改正案
(1,149,693人) 現役並み所得 (注1)		課税所得145万円以上 (注3)(注4)	3割	3割
(15,813,636人) 一般 (注2)	一定所得以上	課税所得145万円未満一定金額以上	1割	2割
	一定所得未満	課税所得一定金額未満		1割

※表中のカッコ内人数は被保険者数(「後期高齢者医療事業状況報告」平成29年度より)

(注1)現役並み所得区分は「Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」の3区分に細分化されている。

(注2)一般は低所得者Ⅰ・Ⅱを含む。

(注3)控除前所得が夫婦2人世帯520万円以上(単身世帯383万円以上)を同時に満たす場合

(注4)旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合を含む。

出典：筆者作成

応能負担を今後強化していく方向性については、同中間報告に次の記述があり、今回の改正案が公的医療保険の傾斜割り勘を年齢基準から所得基準に変えていく流れの一部であることが分かる。「従来の社会保障は年齢による画一的な取扱いがなされることが多かったが、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実には合わなくなっている。現在の高齢者を過去の高齢者と比較すると、肉体的にも精神的にも元気な方が増加している」。「医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、すべての世代が安心できる社会保障制度を構築する」。

## (2)背景

### ①支え手の減少

後期高齢者の増加は2022年から2025年にかけて加速する。一方、その支え手となる現役世代は2022年以降減少が続く(図表2)。この基調は、団塊世代の後期高齢者入りが完了した後も変わらず2040年辺りまで続く見通しである。

(図表 2) 現役人口と後期高齢者人口



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）」の年齢区分別人口（中位推計）に基づいて筆者作成

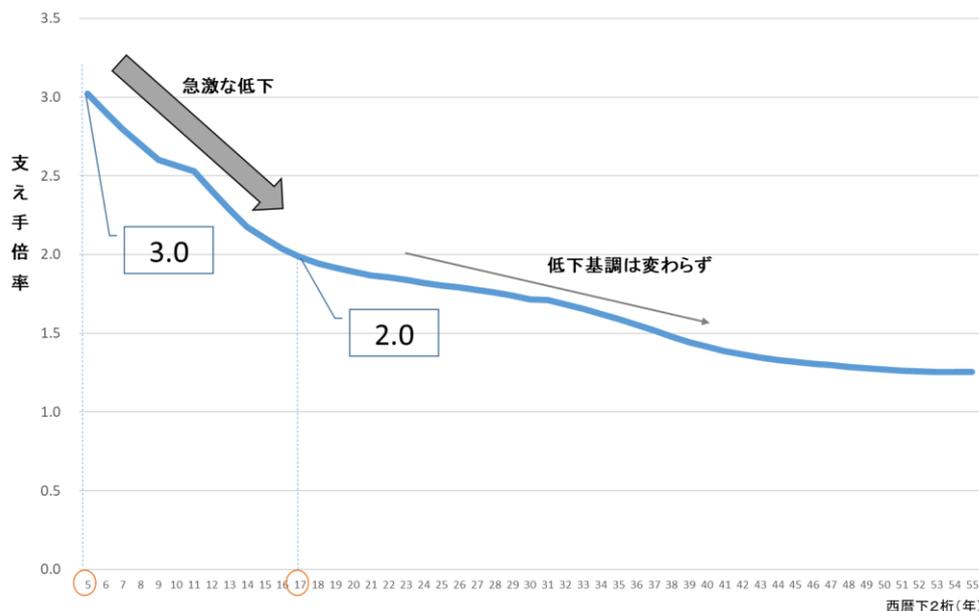
支え手である現役世代が高齢者の何倍いるかを示した倍率（以下、支え手倍率<sup>2)</sup>）を図表 3 に示した。2005 年は 3.0 倍（現役世代 3 人で高齢者 1 人を支える状態）であったが、12 年後の 2017 年には 2.0 倍まで低下した。将来予測を見ると、2050 年辺りで 1.25 倍になるまで支え手倍率は低下が続く。

こうした環境下で賦課方式の社会保険を堅持するためには相応に踏み込んだ改革が必要である。そもそも、賦課方式は支え手倍率の望ましい水準での安定的推移が見込める場合に有効な徴収方式である。安定的推移が見込めない場合は、相応に踏み込んだ改革によって、支え手倍率の下げ止まり或いは反転を図る必要がある。全世代型社会保障検討会議が、医療費の適正化や窓口負担の引き上げに加えて、支え手の増加（働き方改革）を重視する背景にはこうした課題認識がある。同会議の中間報告は、支え手を増やす具体策として、高齢者の更なる就業機会確保等<sup>3)</sup>を提案している。自然体では支え手が増えないので、高齢者の一部には受け手から支え手に回っていただいて、支え手倍率の改善を図ろうという方策である。

<sup>2)</sup> 「高齢社会白書」の「現役人口比率」とは定義が異なる。「現役人口比率」は現役世代を 15 歳～64 歳（生産年齢人口）と定義しているのに対して、筆者が提唱する支え手倍率は現役世代を 20 歳～64 歳と定義している。わが国の 15 歳～19 歳の就業率および標準報酬は低く社会保障の主な支え手の一部とみなすのは妥当とは言えない。

<sup>3)</sup> 高齢者の更なる就業機会確保のほかに、兼業・副業の拡大やフリーランスの所得捕捉の在り方等を提案している。

(図表3) 支え手倍率



出典：総務省統計局「国勢調査」(2015)、総務省統計局「推計人口」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」の中位推計を用いて筆者作成。2017年度までは実績値、それ以降は推計値

## ②高齢者医療拠出金の著しい増加

支え手が減少すると、健康保険組合の保険料率は上昇する。健康保険組合連合会<sup>4</sup>(以下、「健保連」)の推計<sup>5</sup>によると、2025年には全体の3分の2に相当する909組合において保険料率が解散検討の閾値と言われる10.0%を超える。保険料率上昇の主因は、高齢者医療拠出金<sup>6</sup>の著しい増加である。健康保険組合の被保険者が給与から徴収されている保険料の4～5割は、この高齢者医療拠出金を支払うためのお金であり、その金額は年々増加している。図表4に示したとおり、健康保険組合が支払った高齢者医療拠出金は2018年までの10年間で1.5倍に増えている。

健康保険組合が大量に解散する事態に至れば、保険者自治が一層希薄化して、財政規律に負の影響を及ぼすことになる。

<sup>4</sup> 健康保険法にもとづき1943年4月29日に設立された法人。全国の健康保険組合の連合組織として活動。2020年4月1日現在、加盟健康保険組合数は1,389(ピーク時は1,800超)。加入者数は約3000万人で、その多くが現役世代の勤労者から構成される。

<sup>5</sup> 健保連『2019年度健康保険組合予算早期集計結果と「2022年危機」に向けた見通し等について』(データベースにつきページ表記なし)

<sup>6</sup> 後期高齢者支援金および前期高齢者納付金の合計を指す。高齢者医療拠出金は、高齢者医療確保法第20条および健康保険法第150条によって健康保険組合の義務とされる。

(図表 4) 健康保険組合が負担する高齢者医療拠出金

(単位:億円)

年度	高齢者医療拠出金		後期高齢者支援金		前期高齢者納付金	
	金額	指数	金額	指数	金額	指数
2008	23,012	100	12,220	100	10,792	100
2009	23,769	103	12,675	104	11,094	103
2010	24,204	105	13,014	107	11,190	104
2011	25,858	112	14,079	115	11,779	109
2012	28,061	122	15,079	123	12,982	120
2013	29,382	128	15,767	129	13,615	126
2014	29,887	130	15,977	131	13,910	129
2015	31,111	135	16,496	135	14,615	135
2016	31,761	138	16,748	137	15,013	139
2017	34,267	149	18,227	149	16,040	149
2018	34,505	150	19,043	156	15,462	143
2022予測	39,343	171	22,294	171	17,049	152

(注1) 2008年度～2015年度は決算、2016年度は決算見込、2017年度は予算、2018年度は予算早期集計の数値である。

(注2) 高齢者医療制度が創設された2008年度を「100」とした伸び率の推移である。なお、2008年度は後期支援金・前期納付金が11ヵ月分のため、12ヵ月換算している。

(注3) 後期高齢者支援金は2010年度8月から段階的に総報酬割に移行(2010年8月1/3移行、2015年4月1/2移行、2016年4月2/3移行、2017年4月全面移行)。

出典：健保連「平成30年度健保組合予算早期集計結果の概要」及び健保連『2019年度健康保険組合予算早期集計結果と「2022年危機」に向けた見通し等について』に基づいて筆者作成

### ③ 少子高齢化と民主主義のジレンマ

シルバー民主主義という言葉がある。少子高齢化と若者の政治離れが同時に進むと投票人口に占めるシルバー世代の割合が増加して政治的影響力が強まる。結果として、シルバー世代にとって好ましくない政策は先送りされがちとなり、その分子育て世代を支援する予算は抑制されて出生率低迷の一因となることが懸念される。事例を挙げる。高齢受給者(70歳～74歳)の医療費窓口負担の引き上げ<sup>7</sup>は2008年4月からの施行が決まっていたが、その後6年間に亘り先送り<sup>8</sup>されて2014年4月に部分的修正を伴って実行された。本稿が扱う後期高齢者の窓口負担引き上げについても、2014年の骨太方針で実施が決まってから既に6年が経過している。全世代型社会保障検討会議が本件を仕切り直す形で大きく取り上げた背景には、これ以上の先送りはしないという官邸の意思を明らかにして連立与党内部の足並みの乱れを正す意図がある。

<sup>7</sup> 1割から2割への引上げ。ただし、現役並み所得者は3割

<sup>8</sup> 1年毎に特例措置が施されて実質的に先送りされた。

### 3. 改正案の影響の定量的評価

#### (1) 所得階級別の被保険者数の推計

平成 29 年度の後期高齢者医療制度の被保険者数は、現役並み所得者が約 115 万人、一般が約 1,581 万人、合計 1,696 万人である。医療費窓口負担は前者が 3 割、後者が 1 割である（図表 1）。

今回の改正案において医療費窓口負担引き上げの対象となるのは、一般の約 1,581 万人のうちの一定所得以上である。一定所得とは、所謂年収から諸控除を差し引いた後の金額である。一定所得を変数として改正案の政策効果を推計するためには、所得階級別の被保険者数が必要となる。所得の算定基準は課税所得額（課税所得要件）<sup>9</sup>でなければならない。しかしながら、これらの条件を満たす公開データは存在しない。そこで、本稿は、「平成 29 年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査」（以下、「実態調査」）の所得額階級別の被保険者数に一定の補正を施して代用することとした。ただし、課税所得額（課税所得要件）の算定基準と「実態調査」の所得額の算定基準には 2 つの相違点がある。1 つは、控除項目の差異である（図表 5）。もう 1 つ、課税所得額は世帯単位で判定するのに対して、「実態調査」の所得額は個人単位の把握であるという違いである。これらの相違点を調整して所得階級別の被保険者数を推計する方法及び高額療養費の影響を推計する方法については、ジャパン・アクチュアリアル・コンサルタンツ株式会社に妥当性の評価を依頼した<sup>10</sup>。

（図表 5）課税所得額と所得額

	課税所得額(注1)		「実態調査」の所得額 (注2)
	課税所得要件	基準収入要件	
給与所得控除	○	—	○
公的年金等控除	○	—	○
必要経費	○	—	○
損益通算等(注3)	○	—	—
基礎控除	○	—	—
配偶者控除	○	—	—
社会保険料控除	○	—	—

(注1) 後期高齢者の現役並み所得／一般を判定する際に用いる所得の算出基準

(注2) 「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」の所得額の定義は、後期高齢者医療制度の保険料賦課の対象となる所得額。「総所得金額及び山林所得金額」に「他の所得と区分して計算される所得の金額」を加えた所得総額(基礎控除前)である。

(注3) 損益通算及び損失の繰り越し控除。後期高齢者の所得は、雑所得、不動産所得、給与所得、事業所得、利子・配当所得等に分散しており、損益通算等による控除についても無視のできない大きさである。

出典：筆者作成

<sup>9</sup> 後期高齢者の現役並み所得／一般を判定する際に用いる所得額の算出基準

<sup>10</sup> 問題点は見当たらないとの評価結果であったが、外部機関には見つけづらい課題点等が潜在する可能性は否定できない。万一、課題点等が発覚した場合は別の論文で周知する。

## (2)改正案の影響

一定所得を変数として推計した結果を図表6に示した<sup>11</sup>。一定所得の刻みは0～70万円は10万円刻み、それ以上は5万円刻みとした。改正案実施の影響は、複数の推計結果の中から、影響の値が最も大きく出るものを選んだ<sup>12</sup>。

(図表6) 改正案実施の影響 (政策効果)

一定所得 (課税所得要件)	2割負担 に上がる 被保険者	改正案実施の影響 (政策効果) (後期高齢者医療制度の支出減少額) (被保険者の窓口負担増加額)		公費負担の減少額	
		減少額 (百万円)	減少率 (%)	減少額 (百万円)	減少率 (%)
(万円)	(%)	減少額 (百万円)	減少率 (%)	減少額 (百万円)	減少率 (%)
145	0	0	0	0	0
140	0.34%	3,617	0.02%	1,808	0.03%
135	0.78%	8,232	0.06%	4,116	0.06%
130	1.42%	15,088	0.10%	7,544	0.11%
125	2.36%	25,042	0.17%	12,521	0.18%
120	4.21%	44,637	0.30%	22,318	0.32%
115	6.14%	65,155	0.44%	32,578	0.47%
110	7.93%	84,187	0.57%	42,094	0.60%
105	9.68%	102,746	0.70%	51,373	0.73%
100	11.37%	120,641	0.82%	60,320	0.86%
95	13.02%	138,145	0.93%	69,072	0.99%
90	14.62%	155,177	1.05%	77,588	1.11%
85	16.12%	171,012	1.16%	85,506	1.22%
80	17.60%	186,817	1.26%	93,408	1.34%
75	19.09%	202,601	1.37%	101,300	1.45%
70	20.69%	219,529	1.49%	109,764	1.57%
60	23.79%	252,418	1.71%	126,209	1.81%
50	26.76%	283,924	1.92%	141,962	2.03%
40	29.57%	313,804	2.12%	156,902	2.24%
30	32.28%	342,568	2.32%	171,284	2.45%
20	34.95%	370,836	2.51%	185,418	2.65%
10	37.60%	398,955	2.70%	199,477	2.85%
住民税非課税	41.98%	445,434	3.01%	222,717	3.19%
一般区分全員	100.00%	1,061,183	7.18%	530,592	7.59%

出典：「医療保険に関する基礎調査～平成29年度の医療費等の状況～」 「平成29年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査 統計表 第1表 所得額階級別、保険料負担状況」 「平成29年度後期高齢者支援金徴収額等決定状況」 「後期高齢者医療事業状況報告 (年報：確報) 平成29年度 統計表第2表 都道府県別医療費の状況」等のデータを用いて、またジャパン・アクチュアリアル・コンサルティング株式会社の協力を得て筆者が作成

<sup>11</sup> 推計に用いる外部統計・データは基本的に平成29年度の実績値で統一した。高額療養費の影響を反映させるために使用した統計についても平成29年度の実績値で統一した。

<sup>12</sup> 所得階級別の被保険者数を推計する際に設けた仮説が複数あるため、複数の推計結果が存在する。参考までに、影響の値が最も小さく出るものを選ぶと、図表6対比で一定所得の所得階級に応じて影響の値は1～4割程度減少する。

一定所得をゼロとした場合、窓口負担引き上げの免除を受けることができる低所得者は住民税非課税者<sup>13</sup>に限定されることになる。限定したにもかかわらず、免除対象者は全体の半数を超えている（2割に上がる被保険者は一般区分の41.98%にとどまる）。改正案を実施すれば、後期高齢者医療制度の医療給付費支出は約4,454億円減少する。ただし、この4,454億円は後期高齢者医療制度の年間の医療給付費支出<sup>14</sup>の3.01%程度に過ぎない。また、これに伴って減少する後期高齢者医療制度の公費負担は約2,227億であり、こちらも年間の公費負担<sup>15</sup>の3.19%程度にとどまる。実現可能性は考慮せず、改正案の影響が最も大きく出るように一定所得をゼロとした場合の計算結果である。

つぎに、一定所得を50万円とした場合を見る。免除対象者は全体の4分の3程度（医療費窓口負担が2割に上がる被保険者は一般区分の26.76%）、改正案の影響（政策効果）は約2,839億円である。後期高齢者医療制度の年間の医療給付費支出の1.92%程度に相当する。また、これに伴って減少する後期高齢者医療制度の公費負担はその半分の約1,420億円（年間公費負担の2.03%）に過ぎない。実現可能性に配慮して一定所得を50万円とした場合の政策効果は一層限定される。

このように政策効果が限定されるのは、所得ゼロ（住民税非課税）の被保険者が多数存在するためである。一般区分に占める住民税非課税者の割合は「後期高齢者医療事業状況報告（年報：確報）平成29年度\_統計表第2表\_都道府県別医療費の状況」で43.28%、本稿の推計では41.98%である。また、住民税非課税者以外の所得分布を見ると、課税所得額の低い階級に厚めに分布している。定期収入は基礎年金のみという後期高齢者世帯も一定割合で存在している。

参考までに、後期高齢者の医療費窓口負担金を一気に3割まで引き上げた場合、一定所得ゼロの政策効果は約8,909億円（年間後期高齢者医療給付費支出の6.03%）である。実現可能性は無視して一気に3割負担とした場合であっても、その量的な効果はこの水準にとどまる。

### (3)後期高齢者支援金を減少させる効果

改正案を実施すると、健康保険組合等が負担する後期高齢者支援金も減少する（図表7）。実現可能性は考慮せず一定所得をゼロとした（免除者は住民税非課税世帯に限定した）場合の減少額は約1,937億円である。この金額は平成29

<sup>13</sup> 現役並み所得・一般の判定基準における低所得者ⅠおよびⅡに相当する。

<sup>14</sup> 平成29年度の後期高齢者医療制度の医療給付費支出（実績）は14兆7804億円強

<sup>15</sup> 平成29年度の後期高齢者医療制度の公費負担（実績）は6兆9914億円強

年度の後期高齢者支援金総額約 6.4 兆円<sup>16</sup>の 3.01%に相当する。また、一定所得を 50 万円とした場合の政策効果は約 1,235 億円である。同 1.92%に相当する。後期高齢者支援金の減少は健康保険組合等にとって望ましい政策効果であるが十分な政策効果とは言い難い。

(図表 7) 後期高齢者支援金を減少させる効果

一定所得 (課税所得要件)	2割負担 に上がる 被保険者	改正案実施の影響 (政策効果) (後期高齢者医療制度の支出減少額) (被保険者の窓口負担増加額)		後期高齢者支援金の減少額	
		減少額 (百万円)	減少率 (%)	減少額 (百万円)	減少率 (%)
(万円)	(%)	減少額 (百万円)	減少率 (%)	減少額 (百万円)	減少率 (%)
145	0	0	0	0	0
140	0.34%	3,617	0.02%	1,573	0.02%
135	0.78%	8,232	0.06%	3,580	0.06%
130	1.42%	15,088	0.10%	6,562	0.10%
125	2.36%	25,042	0.17%	10,891	0.17%
120	4.21%	44,637	0.30%	19,413	0.30%
115	6.14%	65,155	0.44%	28,336	0.44%
110	7.93%	84,187	0.57%	36,613	0.57%
105	9.68%	102,746	0.70%	44,685	0.70%
100	11.37%	120,641	0.82%	52,467	0.82%
95	13.02%	138,145	0.93%	60,080	0.93%
90	14.62%	155,177	1.05%	67,487	1.05%
85	16.12%	171,012	1.16%	74,374	1.16%
80	17.60%	186,817	1.26%	81,247	1.26%
75	19.09%	202,601	1.37%	88,112	1.37%
70	20.69%	219,529	1.49%	95,474	1.49%
60	23.79%	252,418	1.71%	109,778	1.71%
50	26.76%	283,924	1.92%	123,480	1.92%
40	29.57%	313,804	2.12%	136,475	2.12%
30	32.28%	342,568	2.32%	148,985	2.32%
20	34.95%	370,836	2.51%	161,279	2.51%
10	37.60%	398,955	2.70%	173,508	2.70%
住民税非課税	41.98%	445,434	3.01%	193,721	3.01%
一般区分全員	100.00%	1,061,183	7.18%	461,514	7.18%

出典：図表 6 に同じ。

#### (4)一定所得を幾らとするか

一定所得を幾らとするかは、政策目的に応じて検討する必要がある。

まずは、政策目的が厚生改善である場合を考える<sup>17</sup>。前述のとおり、改正案の一定所得をゼロとすれば政策効果は最大となる。たとえば、健康保険組合が支払

<sup>16</sup> 「平成 29 年度後期高齢者支援金徴収額等決定状況」より（データベースにつきページ表記なし）

<sup>17</sup> 医療は公共財と混同されやすいが私的財である。公共性を有する私的財である。したがって、ここでは私的財として厚生改善（パレート効率性の改善）を考える。

う後期高齢者支援金の減少を起点として、健康保険料の引き下げ→可処分所得の増加→需要曲線のシフト→消費者余剰の増加→厚生改善という過程が生じ得る。また、改正案の実施によって公費負担が減少した分を子育て支援に振り向けた場合、長期には支え手倍率（図表3）の改善を通じた厚生改善が生じ得る。一般に、政府の介入すなわち厚生損失と解されがちであるが、政府の介入の中身が改善して厚生損失が減少（厚生が改善）することもある。もちろん、医療価格への介入が非競合性・非排除性を強化する方向に作用すれば、消費者余剰の減少→厚生損失という過程が生じる。大事なことは、政策効果の量的目標を予め明らかにしたうえで、厚生改善の生成過程や波及過程にも関心と関与を怠らないことであろう。法改正はそれだけで骨の折れる仕事であるが、その後のフォローにも手間をかける必要がある。

（図表8）年齢層別の医療費負担（保険料＋窓口負担）

年齢（負担割合）		① 平均年収 （注2）	② 保険料＋窓口負担 （注3）	②／①
後期高齢者（1割、現役並み3割）		174万円	14.1万円	8.1%
高齢受給者 （注1）	2割 （現役並み3割）	202万円	17.8万円	8.8%
	1割 （現役並み3割）		15.0万円	7.4%
65～69歳（3割）		236万円	22.0万円 （19.6万円）	9.3%
20～64歳（3割）		274万円	28.0万円 （16.8万円）	10.2%

（注1）70歳～74歳。平成26年4月以降70歳に達した者から、窓口負担は2割

（注2）平均年収は、平成25年国民生活基礎調査（抽出調査）による平成24年の数値

（注3）保険料と窓口負担は平成24年度（「医療保険に関する基礎資料」厚生労働省保険局より）

出典：第91回社会保障審議会医療保険部会 資料2-2（一部筆者修正）

次に、政策目的が公平性への配慮である場合を考える。たとえば、図表8の「②／①」を見ると、後期高齢者の8.1%と20～64歳（現役世代）の10.2%の間には2.1%の開きがある。この開きを不公平として改善を図る政策目的を掲げたとしよう。具体的には、8.1%を10.2%に近づけるために、後期高齢者の「保険料＋窓口負担」を14.1万円から最大17.8万円まで引き上げることになる（平均年収は変動しないと仮定）。この引き上げを今回の改正案で実現するためには、後期高齢者の医療費窓口負担を年間約2.4兆円増やす必要がある。しかしながら、前述のとおり、今回の改正案で増やせる医療費窓口負担の総額は限定的であ

る。世代間の不公平緩和に配慮して、改正案の一定所得をゼロとした場合であっても、増やせる医療費窓口負担の総額は年間4,454億円が事実上の上限である。

さいごに、政策目的が低所得者の救済である場合を考える。低所得者救済と厚生改善は基本的にトレードオフの関係にある。低所得者の救済の規模を優先すると厚生改善は小さくなる。反対に、厚生改善の大きさを優先すると低所得者の救済の規模は小さくなる。世代間の不公平緩和に配慮して、改正案の一定所得をゼロとした場合、厚生改善の規模は大きくなる一方で低所得者の救済には目をつむることになりかねない。

今回の改正案の政策効果は総じて限定的である。分ける果実は決して多くない。改正案の一定所得を幾らにするかの検討にあたっては、政策目的（厚生改善、公平性配慮、所得再分配等）の組み合わせや優先順位について、定量的な評価を踏まえた議論を十分に行いその結果を広く国民に共有することが望まれる。

## 4 応能性強化策を評価する視点

### (1) 応能性強化の条件

保険は応益負担が原則である。給付と負担の関係は保険数理に基づく対価性を有している。公的医療給付であっても保険方式で行うのだから応益負担が原点である。ところが、ここに皆保険という社会目的が加わると、低所得者等を包摂する目的で、本来は税の役割である所得再分配を保険内部でも行うために応能負担が行われることになる。こうした経緯で社会保険が所得再分配機能を持つことになると、保険でありながら給付と負担の関係は保険数理に基づかないという事態が生じる。これを許容するためには、当該所得再分配が社会全体の厚生改善に資する等の政策効果があることを明らかにする必要がある。この政策効果の妥当性の評価では、保険内部で行う所得再分配が低所得者等の包摂という目的を逸脱して過大となっていないか等の確認が求められる。問題は、対価性に配慮しつつ、どの範囲で応能負担を認めるかである。

今回の改正案の政策効果は、適用除外の閾値となる「一定所得」を幾らとするかで変動する。本稿が定量評価した結果、政策効果が最も大きく出るケースにおいても削減できる公費は僅か3%程度であり、妥当性の評価（対価性への配慮）について大きな問題にはなり難い規模であることを確認した。

社会保険における応能負担の適用にはもう1つ条件がある。被保険者の所得が正しく捕捉できるという条件である。所得が正しく捕捉できない環境で応能負担を導入すると不公平の潜在を黙認することになる。そもそも、所得が正しく捕捉できなければ、再分配の対象となる低所得者を正しく判別することができな

い。被用者保険と比べて国民健康保険や後期高齢者医療は、被保険者の所得の正しい捕捉が難しいと考えられてきた<sup>18</sup>。そのため、応能負担は一定部分にとどめて定額負担との組み合わせでバランスをとる方法が選択されてきた<sup>19</sup>。もっとも、こうした所得捕捉格差は近年改善しているとの指摘も存在する<sup>20</sup>。今回の改正案の上程にあたっては、後期高齢者にかかる所得捕捉について直近の実態を把握して必要に応じて所得捕捉格差の緩和措置を講じる等が望まれる。

## (2)社会保険方式における対価性と応能性

社会保障の財政方式は2種類に大別される。社会保険方式と税方式である(図表9)。原則として、前者は生活リスクの共同準備を主たる目的とするのに対して、後者はナショナル・ミニマムの提供を主たる目的とする。わが国の医療制度(後期高齢者医療制度を含む。医療扶助は除く)は社会保険方式である<sup>21</sup>。

(図表9) 財政方式・財源方式と徴収手段

		財政方式	
		社会保険	税
財源方式	社会保険	保険料 医療費窓口負担	
	税	所得税 消費税(注) 資産税 など	所得税 消費税 資産税 など

(注)平成24年8月に成立した消費税の増収分を社会保障に充てる法改正(「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律」)により消費税収入の用途として社会保障が明記された。

出典：筆者作成

<sup>18</sup> 所得の正しい捕捉が難しいと考えられる要因としては、所得の分散(不動産所得、事業所得、給与所得、農業所得、山林所得、譲渡所得など)、各所得の必要経費、各所得間の損益通算や損失の繰越控除の存在などが挙げられる。

<sup>19</sup> 国民健康保険は、所得割、資産割、均等割、世帯割の4方式を組み合わせた保険料体系(自治体によって組み合わせは異なる)を採用しており、報酬比例の被用者保険に比べて応能性が弱い。ただし、被用者保険にも標準報酬の上限・下限が存在するため完全な応能負担とは言えない。

<sup>20</sup> 太田弘子、坪内浩、辻健彦(2003) p. 23

<sup>21</sup> 先進国の公的医療給付は多くの場合、社会保険方式が採用されており、イギリスの税方式は例外的である。

後期高齢者医療制度は、社会保険方式でありながらナショナル・ミニマムの提供を主たる目的とするという特殊な制度である。前述のとおり、保険方式は応益負担が原則であるが、後期高齢者医療制度の主な目的はナショナル・ミニマムの提供であるため、所得再分配を保険内部で行う手段として応能負担が行われることになる。ただし、制度全体に応能負担を認める訳ではなく、保険制度としての対価性への配慮を維持しつつ応能負担を行っている。

応能性の強化は増収には役立つものの、医療費の適正化には基本的に役立たない。一方、対価性の強化は医療費の適正化に役立つ可能性がある。たとえば、費用対効果に問題のある診療等を保険診療から外して選定療養（自由価格）とすることで、対価性は強化しつつ公的医療支出の適正化を図ることが可能である。あるいは、医療用医薬品から一般用医薬品への移行（スイッチ OTC）を促進することで、同様に対価性を強化しつつ公的医療支出の適正化を図ることが可能である。

税方式論<sup>22</sup>は、後期高齢者医療制度などは税方式で運営すべきであると主張する。後期高齢者医療制度はナショナル・ミニマムの提供が主な目的であるので、それが素直な選択のようにも思える。筆者の考えは次のとおりである。わが国の後期高齢者医療の給付が全てナショナル・ミニマムの範囲に収まっているのであれば税方式で運営しても問題はない。ただし、当該給付がナショナル・ミニマムの範囲に収まっていない部分を持つのであれば全体を社会保険方式で運営するのが望ましい。

高齢者医療の給付には、半ば交友目的の通院や医師のモラルに問題がある場合の過剰診療など、凡そナショナル・ミニマムには収まっていない部分が混在する。こうした部分の適正化を図るためには、税方式ではなく保険方式が良い。保険には、モラル・リスクやモラル・リスクへの対処など、給付の適正化を図る手立てがある。また、個人属性の異なる医療給付の一つひとつについて、ナショナル・ミニマムに収まる部分とそうでない部分を医療機関等が区別して境界線を引くのは難しい。したがって、全体を社会保険方式で運営するのが現実的な対応である。

### (3)社会保険方式における税財源併用の在り方

社会保障の財源方式は2つに大別される。社会保険財源と税財源である（図表9）。前述のとおり、社会保険方式は対価性を求める。それにもかかわらず、わが国の基礎年金や医療（後期高齢者医療制度を含む）は財源の半分が税で賄われ

<sup>22</sup> 社会保障制度審議会「基本年金構想」（1977年）、小渕首相諮問機関「経済戦略会議」報告書（1999年）等参照。

ている。対価性を求める社会保険方式において税財源が使われる主な理由は次の2点である。

1つ目は、保険制度間の財政力の格差調整に税財源が使われる場合である。保険制度が分立する状態で皆保険制度を維持するためには、相対的に財政力の弱い制度に対する財源支援が欠かせない。わが国では、保険者間の財政調整と税財源による財政調整の両方が恒常的に行われている。すべてを保険者間の財政調整で済ませれば税財源による財政調整は必要なくなるのであるが、すべてを保険者間の事後的な財政調整で行うと保険者自治が一層機能しにくくなるという弊害が生じる。

税財源を併用するもう1つの理由は、財源の多様化である。社会保険財源のみに依存するのではなく、累進性のある所得税、広く薄い消費税、課税ベースの異なる資産税などを組み合わせることで、財源の安定化と分散を図ることができる。これ自体に問題はない。ただし、財源の分散の在り方を議論する際には、どの程度の所得再分配を目的とした社会保障制度であるか等を予め明らかにして、目的に応じた税財源の選択を志向すべきである。税財源には種類がある。所得税は累進性を持つため応能負担より強い所得分配機能がある。一方、消費税は軽減税率を設けることは可能であるが所得分配機能はなく運営によっては逆進性が懸念される。ちなみに、わが国では、平成24年8月に消費税の増収分を社会保障に充てる法改正を行った。ただし、消費税を社会保障の目的税とした訳ではなく、税財源の一定部分を社会保障の財源と位置付けて財源の安定化を図ったものである。

今回の改正案の検討においては、財源の安定化と分散の在り方についても開かれた議論を行うことが望まれる。

#### (4)医療費窓口負担の応能性

従来より医療費窓口負担は応益負担であると整理されてきた<sup>23</sup>。公的医療保険の個人負担は医療費窓口負担と保険料の合計であるが、応能性を論じる対象はこれまでのところ保険料にほぼ限定されており医療費窓口負担は論じる対象とされてこなかった。

しかしながら、医療費窓口負担にも応能性は備わっていると私は考える。現役は3割、高齢者は2割又は1割としたのは、両者の負担能力の差を考慮した故であろう。明示的とは言えないものの、応能性は潜在している。この私見を所与とすれば、現役並み所得<sup>24</sup>や一定所得以上の高齢者を対象とした医療費窓口負担の

<sup>23</sup> 「社会保障国民会議 所得確保・保障（雇用・年金）分科会」第7回資料2-1 p.4

<sup>24</sup> 2006年10月施行の現役並み所得者（高齢者世帯の現役並み所得の判定基準は、課税所得145万円以上かつ諸控除前の基準収入額が383万円（単身者世帯の場合、夫婦2人世帯

引き上げは、応益負担から応能負担への変更ではなく、元々備わっていた応能負担的な性格（応能性）の強化と見ることができる。今回の改正案の評価にあたっては、保険料と医療費窓口負担の双方あるいはその合計について、被保険者負担の対価性と応能性のバランスの在り方という視点で総合的な評価を行うことが望まれる。

## 5. おわりに

近年の医療制度の改革案では、「負担の公平性」すなわち「応能負担」という論調が目立つようになった。高齢者については、定年を延長して受け手から支え手に回っていただき、なかでも所得の多い高齢者には応能負担を受け入れていただく。少子高齢化を背景に医療財政の逼迫は深刻化して、高齢者の負担を聖域視する余裕がなくなったのである。

保険は応益負担が原則である。社会保険であっても給付と負担の対価性を無視することはできない。ところが、皆保険は保険内部で所得再分配を行って低所得者等を包摂する必要があり、これが応能負担の根拠となる。問題は、対価性に配慮しつつ、どの範囲で応能負担を認めるかである。

今回の改正案が医療財政に及ぼす効果を定量評価したところ、当該効果は多く見ても公費支出を3%程度節約できる程度にとどまる可能性が高い。この程度の応能性の強化であれば、保険制度が持つべき対価性を著しく阻害するとは言えないであろう。ただし、医療財政の健全化という視点から十分な政策効果があるとは言えず、追加の抜本的な改革が必要との議論が早々に出てくるであろう。次なる改革案についても、保険制度としてあるべき応能負担の範囲を確認する必要がある。

新型コロナウイルスの流行に伴い、医療制度の在り方を論じる前提条件は揺らいでいる。おそらく、新型コロナウイルスの流行が収束した後も、医療財政の逼迫状況には大きな変化はないであろう。また、逼迫の主因が高齢者医療であることについても大きな変化はないものと思われる。本稿が新型コロナウイルス対応の混乱の中で検討が行われる制度改革の参考となれば幸いである。

## 参考文献

跡田直澄（1998）『高齢化の社会保障改革 豊かな高齢社会の負担の在り方』全国勤労者福

---

520万円以上))を対象とする医療費窓口負担の引き上げ(70歳以上は2割から3割へ)  
および2018年8月施行の現役並み所得者を対象とする高額療養費の改正(70歳以上は自己負担限度額を引き上げ)

社振興協会。

岩本康志（2016）『健康政策の経済分析』東京大学出版会。

太田弘子、坪内浩、辻健彦（2003）『所得税における水平公平性について』内閣府。

河本淳孝（2019）「公的医療給付の補完について」『生命保険経営』第87巻第1号

木下武徳・吉田健三・加藤美恵子（2017）『日本の社会保障システム』東京大学出版会。

小西砂千夫（2019）『改訂版 社会保障の財政学』日本経済評論社。

小西秀樹（2009）『公共選択の経済分析』東京大学出版会。

神野直彦（2007）『財政学 改訂版』有斐閣。

山崎泰彦・尾形裕也（2003）『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社。

規制改革推進会議（医療・介護ワーキング・グループ）（2020）「保険外医薬品選択肢の拡大」内閣府。

健康保険組合連合会（2016）「医療費適正化に向けた給付と負担のあり方に関する調査研究報告」健康保険組合連合会。

健康保険組合連合会（2019）「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」健康保険組合連合会。

厚生労働省（2018）「後期高齢者医療事業状況報告（年報：確報）平成29年度」厚生労働省。

厚生労働省（2018）「医療保険に関する基礎調査～平成29年度の医療費等の状況～」厚生労働省。

厚生労働省（2018）「後期高齢者医療制度被保険者実態調査平成29年度」厚生労働省。

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）（2019）「社会保障分野における改革工程表」内閣府。

社会保険診療報酬支払基金（2018）「平成29年度 後期高齢者支援金徴収額等決定状況」社会保険診療報酬支払基金。

社会保障国民会議（2008）「社会保障国民会議 所得確保・保障（雇用・年金）分科会（第7回）資料2-1」内閣府 p. 4。

社会保障審議会（医療保険部会）「第125回資料 後期高齢者の自己負担割合の在り方等について」厚生労働省。

社会保障審議会（医療保険部会）「第91回資料 患者負担について」厚生労働省。

社会保障負担等の在り方に関する研究会（2002）「社会保障負担等の在り方に関する研究会報告書」1(1)厚生労働省。

財政制度等審議会（財政制度分科会）（2019）「社会保障について（医療・介護）」内閣府。

全世代型社会保障検討会議（2020）「全世代型社会保障検討会議中間報告」内閣府。

全世代型社会保障検討会議（2020）「全世代型社会保障検討会議第2次中間報告」内閣府。