

後期高齢者の医療費窓口負担の応能負担強化について

－ 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、この一定所得を幾らとするのが望ましいかの検討に資する情報を提供するために、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。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しても限定的であり追加の抜本的な制度改革が待たれることを確認した。また、定量評価を踏まえて、応能負担を強化する改正案を適切に評価するためには、厚生改善、公平性、所得再分配等の政策目的の組み合わせや優先順位、政策効果の量的目標等について開かれた議論を行い国民に広く共有する必要が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で踏み込んだ検討・議論が行われて制度改革を先導する形が目立つようになった。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。本稿では、こうした制度改革の検討プロセスの変化を踏まえて、参照すべき会議体やデータ・情報の洗い替えを行った。

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革案（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¹。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）。

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述されている。「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。

¹ 厚生労働省「社会保障負担等の在り方に関する研究会」の定義を引用。

(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

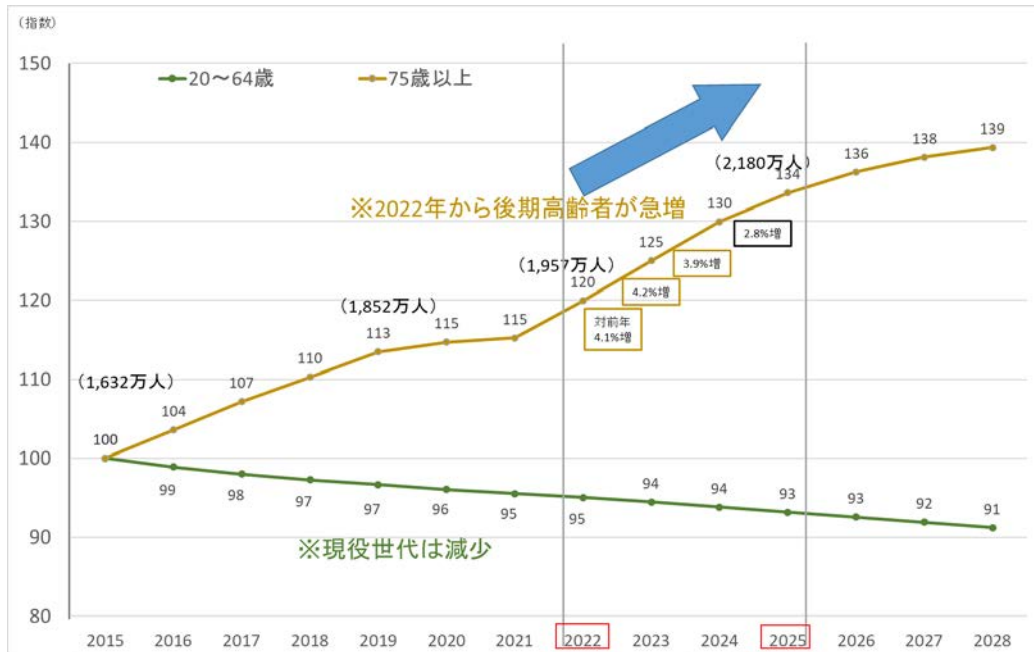
応能負担を今後強化していく方向性については、同中間報告に次のような記述がある。「従来の社会保障は年齢による画一的な取扱いがなされることが多かったが、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっている。現在の高齢者を過去の高齢者と比較すると、肉体的にも精神的にも元気な方が増加している」。「医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、すべて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。

(図表 2) 世代別人口の推移と将来予測



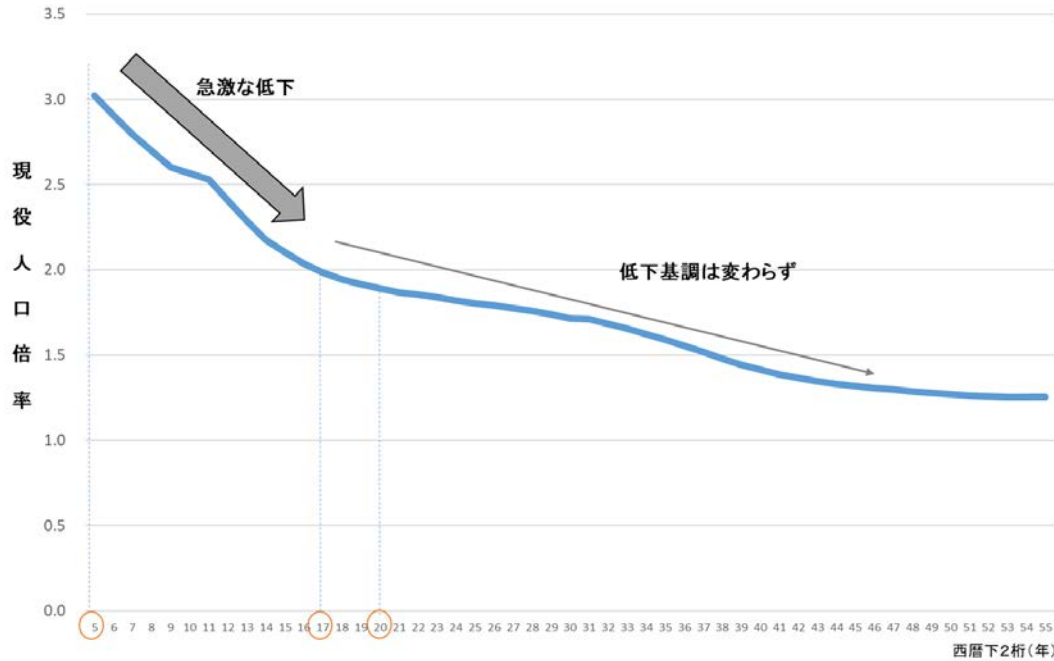
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）」の年齢区分別人口（中位推計）に基づいて筆者作成

主な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、現役人口倍率²⁾）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 倍になるまで現役人口倍率は低下が続く。

賦課方式の公的医療保険を持続させるためには、現役人口倍率を一定水準以上に保つ必要がある。そもそも、賦課方式とは現役人口倍率の一定水準維持が見込める場合に有効な徴収の方式である。残念ながら、わが国は、現役人口倍率の一定水準維持が見込めない状態にある。こうした状態で賦課方式を続けるためには、現役世代の定義を拡張して、支え手を増やす必要がある。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増額に加えて、支え手の増加を重視する背景にはこうした課題認識がある。同会議は中間報告の中で、支え手を増やす具体策として、高齢者雇用の更なる促進、兼業・副業の開放やフリーランスの所得捕捉等を提案している。

²⁾ 「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、筆者が提唱する現役人口倍率は現役世代を 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。

(図表 3) 現役人口倍率



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³(以下、「健保連」)の推計⁴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⁵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。

³ 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3,000万人で、その多くが現役世代の勤労者から構成される。

⁴ 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』

⁵ 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⁶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⁷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連立

⁶ 1割から2割への引き上げ。ただし、現役並み所得者は3割

⁷ 1年毎に特例措置が施されて実質的に先送りされた。

与野内部に示して足並みの乱れを正す意図がある。

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

図表 1 に示したとおり、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。

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は、一般の約 1,581 万人のうちの一定所得以上である。この一定所得を幾らとするのが望ましいかの検討に資する情報を得るためには、所得額階級別の被保険者数が必要となる。その推計にあたっては、「平成 29 年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査」の所得額階級別（10 万円刻み）の被保険者数が基礎となる。ただし、この統計の所得額は、現役並み所得・一般の判定基準の課税所得額と異なる点がある。両者の異なる点は、図表 5 に示したとおり、控除項目についての差異である。後期高齢者は現役と比べて給与所得が少なく事業所得や不動産所得等が多いため、損益通算による課税所得の控除は無視のできない大きさである。また、「平成 29 年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査」の所得額が個人単位であるのに対して、現役並み所得・一般の判定基準の課税所得額は世帯単位であるという違いが存在する。これら差異を調整するために、仮定を設けて統計的な処理を施して所得額階級別（10 万円刻み）の被保険者数を算定した。

(図表 5) 課税所得額と所得額

	現役並み所得・一般の判定基準の課税所得額		所得額 (注1)
	課税所得要件	基準収入要件	
給与所得控除	○	○	○
基礎控除	○	○	—
配偶者控除	○	○	○
社会保険料控除	○	○	○
公的年金等控除	—	○	○
損益通算等(注2)	○	○	—

(注1)「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の所得額

(注2)損益通算できるのは、不動産所得、事業所得、譲渡所得、山林所得の4つの赤字

出典：筆者作成

(2)改正案の影響

改正案を実施した場合の影響の推計結果を図表6に示した。一定所得は変数とした。影響（政策効果）は「後期高齢者医療制度の支出減少額（＝一定所得以上の被保険者の窓口負担増加額）」で計測した。また、図表6の脚注に示したとおり、計測に用いる外部統計は基本的に平成29年度の実績値を用いた。高額療養費の給付費全体に対する割合も平成29年度の実績値に基づく。

(図表6) 改正案実施の影響（政策効果）

一定所得 (所得額)	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（%）
256	0	0	0	0	0
250	0.29%	3,105	0.02%	1,553	0.02%
240	0.85%	9,070	0.06%	4,535	0.06%
230	1.56%	16,548	0.11%	8,274	0.12%
220	2.38%	25,253	0.17%	12,627	0.18%
210	3.45%	36,575	0.25%	18,288	0.26%
200	4.58%	48,621	0.33%	24,311	0.35%
190	6.03%	63,981	0.43%	31,990	0.46%
180	7.75%	82,268	0.56%	41,134	0.59%
170	9.74%	103,313	0.70%	51,656	0.74%
160	11.94%	126,747	0.86%	63,373	0.91%
150	14.34%	152,168	1.03%	76,084	1.09%
140	16.72%	177,409	1.20%	88,705	1.27%
130	19.22%	204,009	1.38%	102,004	1.46%
120	21.81%	231,401	1.57%	115,700	1.65%
110	24.51%	260,134	1.76%	130,067	1.86%
100	27.17%	288,305	1.95%	144,153	2.06%
90	29.70%	315,164	2.13%	157,582	2.25%
80	32.16%	341,261	2.31%	170,630	2.44%
70	34.59%	367,033	2.48%	183,517	2.62%
60	36.96%	392,224	2.65%	196,112	2.81%
50	39.49%	419,058	2.84%	209,529	3.00%
40	41.98%	445,434	3.01%	222,717	3.19%
30	45.38%	481,586	3.26%	240,793	3.44%
20	48.62%	515,928	3.49%	257,964	3.69%
10	52.26%	554,562	3.75%	277,281	3.97%
住民税非課税	56.72%	601,939	4.07%	300,969	4.30%
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、ジャパン・アクチュアリアル・コンサルタンツ株式会社と筆者が共同で作成

一定所得の所得階級は0～256万円の10万円刻みとした。これは現役並み所得・一般の判定基準の課税所得0～145万円に相当する。両者の差異を調整するため統計処理は前述のとおり、図表6の脚注に記したジャパン・アクチュアリアル・コンサルタンツ株式会社の協力を得て共同で行った。図表6は、両者の差異調整のための複数の仮説の中から、改正案の影響が最も大きく出る仮説を選んで計算した結果である。参考までに、改正案の影響が最も小さくなる仮説を選んで計算すると、改正案の影響の計算結果は、一定所得の所得階級に応じて1～4割程度減少する。

一定所得をゼロとした場合の計算結果を見る。図表6の下方の行に計算結果が記されている。一定所得をゼロとすると、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⁸に限定される。計算結果は、医療費窓口負担が2割に上がる被保険者は一般区分の56.72%、改正案の影響（政策効果）は約6,019億円であった。改正案を実施した場合、後期高齢者医療制度の医療給付費支出は約6,019億円減少することになる。ただし、この6,019億円は後期高齢者医療制度の年間の医療給付費支出⁹の4.07%程度にとどまる。また、これに伴って後期高齢者医療制度の公費負担は3,010億円減少するものの、こちらも年間の公費負担¹⁰の4.30%程度にとどまる。実現可能性は無視して、改正案の影響が最も大きくなるように一定所得をゼロにして計算した結果である。

つぎは実現可能性に配慮して、一定所得を100万円とした場合の影響を見る。前述のとおり、一定所得100万円は諸控除後の所得額である（図表5）。この場合の計算結果は、医療費窓口負担が2割に上がる被保険者は一般区分の27.17%（窓口負担引き上げの免除者は一般区分の被保険者全体の3/4弱）、改正案の影響（政策効果）は約2,883億円であった。この金額は後期高齢者医療制度の年間の医療給付費支出の1.95%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その半額の1,441億円（年間の同公費負担の2.06%）に過ぎない。実現可能性に配慮して一定所得を100万円とした場合の政策効果はさらに限定される。

政策効果が限定されるのは、所得ゼロ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%、「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」では5割を超える。さらに、被保険者全体の所得分布を見ると、所得額の低い階級に多くが分布している。後期高齢者には、定期収入は基

⁸ 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。

⁹ 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

¹⁰ 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

礎年金のみという世帯も少なくない。

(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は減少する（図表7）。改正案の政策効果が大きく出るように実現可能性は無視して一定所得をゼロ（免除者は住民税非課税世帯に限定）とした場合の減少額は約2,618億円であった。この金額は平成29年度の後期高齢者支援金総額約6.4兆円¹¹の4.07%に相当する。また、一定所得を100万円とした場合の政策効果は約1,254億円であった。同1.95%に相当する。後期高齢者支援金のさらなる増加を懸念する健康保険組合等にとって望ましい効果であるが、十分な効果とは言い難い。

（図表7）後期高齢者支援金を減少させる効果

一定所得 (所得額)	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)	(%)				
256	0	0	0	0	0
250	0.29%	3,105	0.02%	1,350	0.02%
240	0.85%	9,070	0.06%	3,945	0.06%
230	1.56%	16,548	0.11%	7,197	0.11%
220	2.38%	25,253	0.17%	10,983	0.17%
210	3.45%	36,575	0.25%	15,907	0.25%
200	4.58%	48,621	0.33%	21,146	0.33%
190	6.03%	63,981	0.43%	27,826	0.43%
180	7.75%	82,268	0.56%	35,779	0.56%
170	9.74%	103,313	0.70%	44,931	0.70%
160	11.94%	126,747	0.86%	55,123	0.86%
150	14.34%	152,168	1.03%	66,179	1.03%
140	16.72%	177,409	1.20%	77,156	1.20%
130	19.22%	204,009	1.38%	88,725	1.38%
120	21.81%	231,401	1.57%	100,637	1.57%
110	24.51%	260,134	1.76%	113,134	1.76%
100	27.17%	288,305	1.95%	125,386	1.95%
90	29.70%	315,164	2.13%	137,067	2.13%
80	32.16%	341,261	2.31%	148,416	2.31%
70	34.59%	367,033	2.48%	159,625	2.48%
60	36.96%	392,224	2.65%	170,580	2.65%
50	39.49%	419,058	2.84%	182,250	2.84%
40	41.98%	445,434	3.01%	193,721	3.01%
30	45.38%	481,586	3.26%	209,444	3.26%
20	48.62%	515,928	3.49%	224,380	3.49%
10	52.26%	554,562	3.75%	241,182	3.75%
0	56.72%	601,939	4.07%	261,786	4.07%
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。

¹¹ 「平成29年度後期高齢者支援金徴収額等決定状況」より

(4)医療費窓口負担金を3割に引き上げた場合の影響

改正案には盛り込まれていないものの、医療費窓口負担金を2割でなく3割に引き上げた場合の影響を参考までに計算して図表8に示した。

(図表8) 医療費窓口負担金を3割に引き上げた場合の影響

一定所得 (所得額)	3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(%)
256	0	0	0	0	0
250	0.29%	6,210	0.04%	3,105	0.04%
240	0.85%	18,140	0.12%	9,070	0.13%
230	1.56%	33,097	0.22%	16,548	0.24%
220	2.38%	50,507	0.34%	25,253	0.36%
210	3.45%	73,150	0.49%	36,575	0.52%
200	4.58%	97,242	0.66%	48,621	0.70%
190	6.03%	127,961	0.87%	63,981	0.92%
180	7.75%	164,536	1.11%	82,268	1.18%
170	9.74%	206,626	1.40%	103,313	1.48%
160	11.94%	253,494	1.72%	126,747	1.81%
150	14.34%	304,336	2.06%	152,168	2.18%
140	16.72%	354,819	2.40%	177,409	2.54%
130	19.22%	408,018	2.76%	204,009	2.92%
120	21.81%	462,802	3.13%	231,401	3.31%
110	24.51%	520,268	3.52%	260,134	3.72%
100	27.17%	576,611	3.90%	288,305	4.12%
90	29.70%	630,329	4.26%	315,164	4.51%
80	32.16%	682,521	4.62%	341,261	4.88%
70	34.59%	734,067	4.97%	367,033	5.25%
60	36.96%	784,449	5.31%	392,224	5.61%
50	39.49%	838,116	5.67%	419,058	5.99%
40	41.98%	890,867	6.03%	445,434	6.37%
30	45.38%	963,171	6.52%	481,586	6.89%
20	48.62%	1,031,857	6.98%	515,928	7.38%
10	52.26%	1,109,125	7.50%	554,562	7.93%
0	56.72%	1,203,877	8.15%	601,939	8.61%
一般区分全員	100.00%	2,122,367	14.36%	1,061,183	15.18%

出典：図表6に同じ。

一定所得をゼロとした場合、改正案の影響(政策効果)は約1.2兆円で、後期高齢者医療制度の年間の医療給付費支出の8.15%に相当する。また、これに伴い後期高齢者医療制度の公費負担約0.6兆円減少し、後期高齢者支援金は約0.5兆円減少する。3割負担の実現可能性は不明であるが、たとえ実現した場合であっても、その効果はこの水準である。

(5)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¹²。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。健康保険組合が支払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予算に振り向ければ、長期には現役人口倍率の回復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正されて厚生損失が減少（厚生改善）することもあり得る。もちろん、今回の改正案のような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。厚生損失を最小限に抑制しつつ厚生改善を実現するためには、改正法を施行しただけでは十分とは言えない。政策効果の量的目標値を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姿勢が求められる。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9の「②／①」について、75歳以上（後期高齢者）の8.1%が20～64歳（現役世代）の10.2%に近づくように改正案の一定所得を決めることで、公平性に配慮すること等が考えられる。図表9の8.1%を10.2%に近づけた

(図表9) 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
75歳以上(1割、現役並み3割)		174万円	14.1万円	8.1%
70～74歳 (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)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

¹² 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。

めには、75歳以上の保険料+窓口負担を14.1万円から17.8万円まで引き上げる必要がある（平均年収は増えないと仮定した場合）。これを後期高齢者の医療費窓口負担増加で実現するためには、約2.4兆円の負担増加が必要となる。もっとも、先述のとおり、今回の改正案で増やせる後期高齢者の負担増加は6,019億円が事実上の上限である。なお、公平性への配慮は厚生改善（パレート効率性の改善）に負の影響を及ぼす可能性がある点に留意する必要がある。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。

改正案の一定所得を決める際には、厚生改善、公平性配慮、所得再分配等の政策目的の組み合わせや優先順位、政策目的間の干渉等について、定量的な評価を踏まえた検討を行うことが望まれる。

4 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

(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を持つことを明らかにする必要がある。

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。国民健康保険の被保険者は、被用者保険の被保険者と比べて所得の捕捉が難しい。そのため、応能負担の強化には抵抗を感じる国民も多く、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いる¹³。

¹³ 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

今回の改正案は応能性を強化する施策である。したがって、その妥当性の評価にあたっては、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、当該所得再分配の政策効果は示されているか、所得が正しく捕捉できる環境は整っているか等の確認が求められる。

(2)税方式との異同

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10)。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。わが国の医療保険制度(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¹⁴。

(図表10) 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使途として社会保障が明記された。

出典：筆者作成

社会保険方式は生活リスクの共同準備を主たる目的とするものの、ナショナル・ミニマムの提供を目的とする部分を併せ持つ。後期高齢者医療制度は後者の目的を一部に持っている。後者には所得再分配機能があるため、この点において応能負担に違和感はない。ただし、社会保険方式は個人拠出を強制する財政方式でありその給付には対価性が求められるという側面もあるため、この点におい

負担とは言えない。

¹⁴ 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。

て応能負担は一定の制約を受けることになる。社会保険方式における応能負担は連帯を持つ被保険者集団を前提に一定の範囲で認めるものであり、保険として運営している限り給付との対価性を無視することはできない。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。

税方式論¹⁵は、後期高齢者医療などのナショナル・ミニマム提供の趣旨が強い社会保障は基本的に税方式で運営すべきであると主張する。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ナショナル・ミニマムの水準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・ミニマムの水準に収まっていない部分を持つのであれば社会保険方式が望ましい。

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や社会的入院など、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。こうした部分の効率化を図るためには、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。

今回の改正案は、後期高齢者医療に関する制度改正案である。わが国の後期高齢者医療は社会保険方式で運営されており、その給付はナショナル・ミニマムの水準に収まる部分と収まらない部分を持つ。ナショナル・ミニマムの水準に収まる部分については所得再分配機能のある応能負担を認める一方で、収まらない部分については無制限に応能負担を認めるのではなく、対価性への配慮を原則とすることが望まれる。もっとも、疾患の程度や原因に個人差のある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明確に区別して境界線を引くのは骨の折れる作業である。

(3)税財源の併用

社会保障の財源方式は2種類に大別される。社会保険財源と税財源である(図表10)。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、

¹⁵ 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。

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機能しな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。今回の改正案についても、財源の安定化と分散の在り方あるいは対価性と応能性のバランスの在り方という視点でしっかりと議論を行うことが望まれる。

社会保障と税財源には相性のようなものがある。所得税は累進性があるため所得再分配を主な目的とする社会保障の財源に向いている。一方、消費税は広く薄く課税するため、ナショナル・ミニマムを主な目的とする社会保障の財源に向いている¹⁶。医療費窓口負担には所得税のような累進性はないものの一定の応能性が認められる。今回の改正案はその応能性を強化する内容である。したがって、所得再分配を主な目的とする社会保障の財源に向いていることになる。後期高齢者医療制度には、所得再分配を目的とする部分とナショナル・ミニマムを目的とする部分がある。対価性と応能性のバランスは、後期高齢者医療制度が持つ2つの目的のバランスと整合的であることが望まれる。

(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¹⁷。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¹⁸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つ

¹⁶ わが国は平成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ものの、消費税を社会保障の目的税とした訳ではない。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。

¹⁷ 「社会保障国民会議 所得確保・保障（雇用・年金）分科会」第7回の資料2-1「社会保障制度における利用者負担と低所得者対策の現状」4ページ参照。

¹⁸ 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）

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

近年は、「負担の公平性」すなわち「応能負担」という文脈で医療制度の改革案が説明されることが多くなってきた。少子高齢化が進み医療財政の逼迫は長期化して、高齢者を聖域視する余裕はなくなった。定年延長で支え手の数を増やして、副業・兼業を認めることで所得を増やす。そして、所得の増えた人には応能負担をお願いする。

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。一方、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る、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。後期高齢者医療の給付には、ナショナル・ミニマムの水準に収まる部分と収まらない部分がある。前者については所得再分配機能のある応能負担を認める一方で、後者については対価性への配慮を原則として、政策目的の組み合わせや優先順位に応じた検討を行うことが望まれる。

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。定量分析の結果、政策効果が最大となるように「一定所得」を決めた場合であっても、削減できる公費は僅か4%程度であり、追加の抜本的な改革の必要性が確認された。抜本的な改革のためには、高齢者医療においても保険者自治が十分に機能する制度が必要である。高齢者医療を聖域視する余裕はなくなったのである。

新型コロナウイルスの流行に伴い、医療資源の在り方を論じる前提条件は揺らいでいる。しかしながら、医療財政の逼迫状況に変化はない。その根本原因が高齢医療もあることにも変化はない。感染症対策に対して十分な医療資源を振り向けるためにも、現存の医療資源の更なる有効活用と医療費の適正化を進める制度改正は先送りできない。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正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』全国勤労者福祉振興協会

岩本康志（2016）『健康政策の経済分析』東京大学出版会。

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。

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」厚生労働省。

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。

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。

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。

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