

# APIR Trend Watch No.69

## 後期高齢者医療費の自己負担割合のあり方

- 今年末に取りまとめられる所得基準の線引きに向けて -

APIR 主席研究員 藤原 幸則

### 要旨

1. 我々が病院や診療所で受診した場合、医療費の窓口負担(自己負担)が必要になる。現行制度では、現役世代は所得に関係なく3割負担、70~74歳の高齢者は原則2割負担であるが、75歳以上の後期高齢者<sup>1</sup>は原則1割負担となっている。高齢者でも現役並み所得がある場合は3割負担となる。
2. 2022年から団塊の世代が75歳以上の後期高齢者に入り始め、医療費が急増していく一方で、支え手の現役世代の人口は急減が見込まれると想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、医療保険制度の持続性を維持する観点から、後期高齢者医療費の自己負担割合を負担能力に応じて2割に引き上げる議論が進んでいる。政府の全世代型社会保障検討会議などでは、一定以上の所得がある人には自己負担割合を2割に引上げる方針であり、焦点となる所得基準の線引きの議論を今年末までに行うとし、大詰めの段階に来ている。
3. 今後も現役世代が高齢者医療を支えていく必要があるが、医療保険制度を維持し、増大する高齢者医療費を現役と高齢の両世代でなるべく公平に負担を分かち合うためには、「能力に応じて」という意味で、一定以上の所得がある高齢者については、自己負担割合を引上げることはやむを得ない。一方、高齢者側の事情も十分に踏まえる必要がある。1人当たり医療費は年齢階級が上がるほど増えていく。高齢者は平均年収も一般的に下がるので、年間所得に対する患者の窓口負担額の割合は現役世代より高い。所得が低いほど負担が逆進的になる。
4. そもそも、所得基準の線引きについては、明確な根拠を求めることは難しいが、筆者の考えとしては、所得額に応じて利用者負担割合が1割、2割、3割とすでに分けて設定されている介護保険サービスを参考にしてはどうかと考える。後期高齢者医療費の自己負担割合引上げについては、まずは、合計所得160万円以上(年金収入等約280万円以上)の一般所得者を対象に2割負担を導入するのが適当と考える。その導入タイミングは、急な制度変更で混乱が生じないように、2022年4月以降に75歳になる高齢者から順次適用していくのがよいだろう。
5. また、将来的な検討課題となるが、「能力に応じて」の負担という中には金融資産や不動産の保有状況も反映させることが考えられる。例えば、フローの年間収入は少なくとも多額の金融資産や不動産を保有する高齢者には3割負担を求めることは検討に値するだろう。

—#

<sup>1</sup> 高齢者医療制度改革の中で、75歳以上を「後期高齢者」という呼称にはかねて批判がある。政府の公式文書をはじめ、被用者保険団体や医師会などの意見書なども「後期高齢者医療制度」と記しているため、本稿でも政府の用語にならない「後期高齢者」という呼称を使用することにした。

## 1. 後期高齢者医療費の自己負担割合の引上げ論議

我々が病院や診療所で受診した場合、医療費の窓口負担(自己負担)が必要になる。現行制度では、現役世代は所得に関係なく3割負担、70~74歳の高齢者は原則2割負担であるが、75歳以上の後期高齢者は原則1割負担となっている。高齢者でも現役並み所得がある場合は3割負担となる。

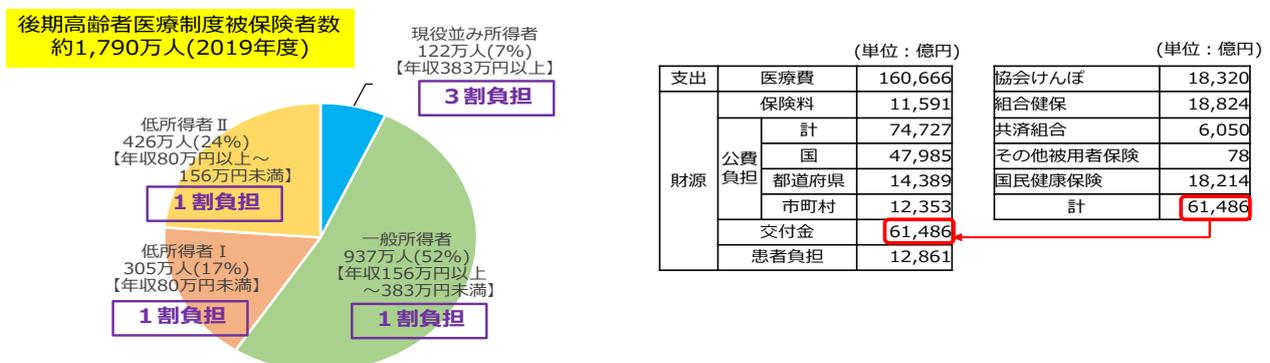
2022年から団塊の世代が75歳以上の後期高齢者に入り始め、医療費が急増していく一方で、支え手の現役世代の人口は急減が見込まれると想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、医療保険制度の持続性を維持する観点から、後期高齢者医療費の自己負担割合を2割に引き上げる議論が進んでいる。政府の全世代型社会保障検討会議(議長：内閣総理大臣)が2019年12月19日に取りまとめた中間報告では、「後期高齢者(現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担を2割とし、それ以外の方については1割とする」という方針が示された。これを受けて、厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会でも本年初めより議論をスタートしている。しかし、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、審議の一時中断などもあって、全世代型社会保障検討会議は、今年6月25日、最終報告取りまとめを当初予定の本年夏から本年末に延期した。社会保障審議会医療保険部会での議論の取りまとめ時期も、本年7月9日、同様に本年末に延期された。今、自己負担割合引上げ論議は、本年末に向けて大詰め段階に来ている。

## 2. 後期高齢者医療制度と医療費自己負担の現状と課題

75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態などを踏まえて、2008年度に独立した制度として、都道府県単位の広域連合を保険者とする後期高齢者医療制度が創設されている。この制度では、後期高齢者の医療費は、自己負担が原則1割で、自己負担以外は現役世代からの支援金(4割)、公費(5割)、後期高齢者保険料(1割)で賄っている。3割負担の現役世代、原則2割負担の70~74歳の前期高齢者よりも自己負担割合は低く設定されている。ただし、現役並み所得者(年収ベースで約383万円以上)の自己負担割合は3割となっている。

現役世代からの支援金は、被用者保険と国民健康保険からの交付金である。後期高齢者医療制度の財源は多額の支援金と公費に依存している。本人の保険料や患者負担は少ない。図表1に後期高齢者医療制度の被保険者の分布と財政状況を示している。

図表1 後期高齢者医療制度の被保険者の分布と財政状況



(注1) 被保険者数は2019年度の数字、財政状況は2017年度の数値。低所得者Ⅱは世帯全員が住民税非課税。  
(注2) 被保険者数には、65歳以上75歳未満で一定の障害がある高齢者も含まれていることに留意が必要。  
(出所)厚生労働省「後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告」、「医療保険に関する基礎資料」より作成。

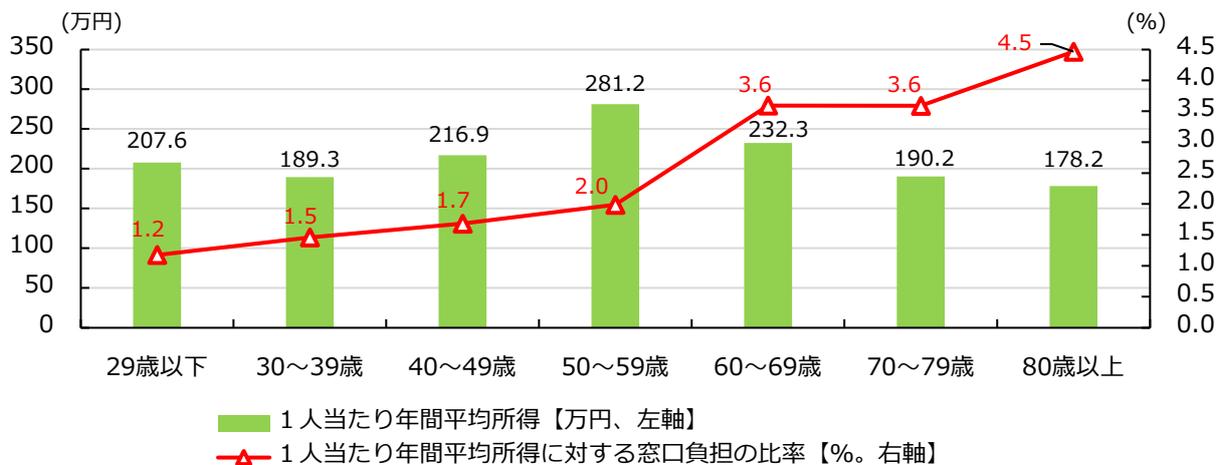
後期高齢者医療制度を現役世代からの支援金と公費で支えるという仕組みのもとでは、団塊の世代が後期高齢者入りする 2022 年以降、現役世代の保険料負担がますます重くなると見込まれる。赤字国債(特例公債)発行で社会保障支出を賄っている現状では、公費負担の増大は財政悪化や将来世代への負担先送りが一段と進むことになる。

組合健保を例にとれば、支出(4.6 兆円)の半分近くは高齢者医療費への支援金(前期高齢者医療財政調整を含めて 2.1 兆円)である。今でも新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、賃金水準の回復がなかなか見込めないため、組合財政は悪化を余儀なくされている。そのうえ、2022 年度から高齢者医療支援金の急増も控えており、さらに組合財政を危機に追い込む懸念がある。被用者保険の財政が危機に陥ると、国民皆保険制度の根幹が揺らぎかねないだろう。

今後も現役世代が高齢者医療を支えていく必要があるが、医療保険制度を維持し、増大する高齢者医療費<sup>2</sup>を現役と高齢の両世代でなるべく公平に負担を分かち合うためには、「能力に応じて」<sup>3</sup>という意味で、一定以上の所得がある高齢者については、自己負担割合を引上げることはやむを得ない方策といえよう。

一方で、高齢者側の事情も十分に踏まえる必要があると思われる。1 人当たり医療費は年齢階級が上がるほど増えていく。後期高齢者は 1 人当たり医療費が高く、平均年収も一般的に下がるので、図表 2 に示すとおり、年間所得に対する患者の窓口負担額の割合は現役年代よりも高い。

図表 2 1 人当たり年間平均所得に対する患者の窓口負担(自己負担)の比率



(注) 平均所得は世帯人員 1 人当たりの金額。窓口負担は 1 人当たりの平均額。いずれも 2017 年度の値。  
(出所)総務省「国民生活基礎調査」、厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」より作成。

1 人当たり窓口負担額の平均は、70~79 歳で年間 6.8 万円、80 歳以上で年間 8.0 万円である。後期高齢者では、持病や基礎疾患などで長期にわたる継続的受診者が少なくないことから、高額療養費制度があっても、自己負担 1 割でもかなりの負担となっているとみられる。所得が低いほど、

—————#

<sup>2</sup> 厚生労働省「令和元年度医療費の動向」によると、2019 年度、国民医療費は 43.6 兆円、うち後期高齢者医療費は 17.0 兆円(国民医療費全体の 39.1%)であり、大きな重荷になっている。

<sup>3</sup> 全世代型社会保障検討会議の中間報告では、高齢者を一括りにせず、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としている。負担能力の視点からの改革には原則的に賛同できる。

負担が逆進的になることにも留意が必要だろう。また、日本医師会が指摘するように、窓口負担割合の引上げによって、受診控えや受診しても負担を嫌い必要な医療を遠慮する懸念もあるだろう<sup>4</sup>。

### 3. 後期高齢者医療費の自己負担割合の2割への引上げをどう考えるか

後期高齢者医療費の自己負担割合の2割への引上げについて、年末までの大詰め議論の焦点は所得基準の線引きである。今年11月に入り、関係者から相次いで考え方が表明されている。被用者保険関係5団体<sup>5</sup>からは、11月4日付けの意見書で、「低所得者に配慮しつつ早急に原則2割とする方向で見直すべき」としている(具体的には一般所得者すべてに2割負担を導入ということ)。日本医師会からは、11月11日の会長記者会見で「(本当は現状のまま維持したいが、最大限譲歩したとして)負担を2割に引き上げる対象を年収が340万円以上の人限定すべき」という考えを示した。2割負担の対象範囲について、両者の考えの隔たりは大きい。

そもそも、所得基準の線引きについて、明確な根拠を求めることは難しいが、筆者の考えとしては、所得額に応じて利用者負担割合が1割、2割、3割とすでに分けて設定されている介護保険サービスを参考にしている。介護保険サービスの利用者負担については、単身世帯でみると、2割負担は合計所得160万円以上の者(かつ単身で年金収入+その他の合計所得額280万円以上)となっている。介護保険サービスの所得基準を参考に、後期高齢者医療制度の被保険者の所得分布をもとに、線引きをあてはめてみたのが図表3である。自己負担割合について、単身世帯で、合計所得160万円以上263万円未満(年金収入等280万円以上383万円未満)を2割負担とする提案である。合計所得160万円未満(低所得者を含む)の1割負担、合計所得263万円以上の3割負担については現行のままである。

図表3 後期高齢者医療費の自己負担割合2割導入にあたっての所得水準の線引き提案(赤字)



(注1)所得分布は、厚生労働省「令和元年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告」の2019年度のもの。  
 (注2)上記実態調査報告では、所得は収入から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除などを差し引くなどして得られた所得であり、これを合計所得金額と同じとみなした。  
 (注3)年金収入の所得金額は、年金収入額から公的年金等控除(120万円)を差し引いたものとした。  
 (注4)被保険者総数に占める割合の累計値計算の分母の被保険者総数(1,786万人)は、75歳以上のすべての被保険者数から所得不詳の人数を差し引いたもの。  
 (出所)厚生労働省「令和元年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告」を参考に筆者作成。

<sup>4</sup> 第133回社会保障審議会医療保険部会(2020年11月12日)での日本医師会からの提出資料による。

<sup>5</sup> 健康保険組合連合会、全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会である。

後期高齢者医療費の自己負担割合の引上げについては、まずは、単身世帯で、合計所得 160 万円以上(年金収入等約 280 万円以上)の一般所得者を対象に 2 割負担を導入するのが適当と考える。粗い機械的な試算となるが、図表 4 に自己負担割合見直しに係る保険財政への影響額を示す。一定の仮定もとで計算したものであり、数字は相当な幅をもってみる必要がある。本稿の提案では、2 割負担導入対象は 150 万人で、負担軽減額は、平年度ベースで、公費が年 716 億円、後期高齢者支援金が年 573 億円、後期高齢者保険料が年 143 億円となる。

図表 4 後期高齢者医療の自己負担割合見直しに係る保険財政への影響額試算(平年度ベース)

	対象被保険者数	保険給付費	公費 (財政収支改善)	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者保険料 (高齢者の負担軽減)
一般所得者すべてに 2 割負担導入 (被用者保険関係団体の意見に相当)	611万人	▲5,817億円	▲2,909億円	▲2,327億円	▲582億円
合計所得160万円以上263万円未満 の一般所得者に 2 割負担導入 (筆者の提案するもの)	150万人	▲1,432億円	▲716 億円	▲573億円	▲143億円
合計所得220万円以上263万円未満 の一般所得者に 2 割負担導入 (日本医師会会長の発言に相当)	33万人	▲313億円	▲156 億円	▲125億円	▲31億円

- (注 1) 厚生労働省「令和元年度医療費の動向」によると、後期高齢者 1 人当たり医療費(2019 年度)は 95 万 2 千円であり、これに対象者数を乗じると、保険給付費(保険給付対象の医療費)が計算できる。
- (注 2) 後期高齢者医療での保険給付費について、公費負担 50%、現役世代からの後期高齢者支援金負担 40%、後期高齢者保険料 10%という財源構成は変わらないとする。
- (注 3) 四捨五入の関係で保険給付費と構成項目の計が一致しないものがある。
- (注 4) 制度的な給付率の変更に伴い、医療費が変動することが経験的に知られている(いわゆる「長瀬効果」)。給付率引下げ=患者負担増となると、受診行動が変化し、医療費の水準が落ちることがある。受診行動が元に戻ることもあり、ここでの試算では長瀬効果を織り込んでいない。
- (注 5) 後期高齢者支援金のうち、国民健康保険からの支援金には公費が含まれており、列項目の「公費」に示されている金額以外にも財政収支改善効果がある。機械的な試算につき、そこまでは分けていない。
- (出所)筆者作成。

2 割負担導入のタイミングについては、急な制度変更で混乱が生じないように、2022 年 4 月以降に 75 歳になる高齢者から順次適用していくのがよいだろう。社会保障審議会医療保険部会では、急激な負担を抑制する配慮策を経過措置として設けることを検討<sup>6</sup>しており、妥当な方策と評価できる。

なお、2019 年 12 月 19 日経済財政諮問会議決定を受けて、3 割負担となる現役並み所得基準の見直しについても、社会保障審議会医療保険部会での検討事項とされているが、今回は先送りとなる模様である。これについても、介護保険サービスの所得基準を参考にするのも一案と考える。介護保険サービスと同じく、合計所得 220 万円以上(年金収入等 340 万円以上)までを現役並み所得者として 3 割負担にしていくことが考えられる。現役並み所得基準の見直しについては、その影響度合いの考慮はもとより、医療費への公費充当<sup>7</sup>もあわせて実現する必要があり、引き続き検討すべき課題とするのが適当と考える。

—————#

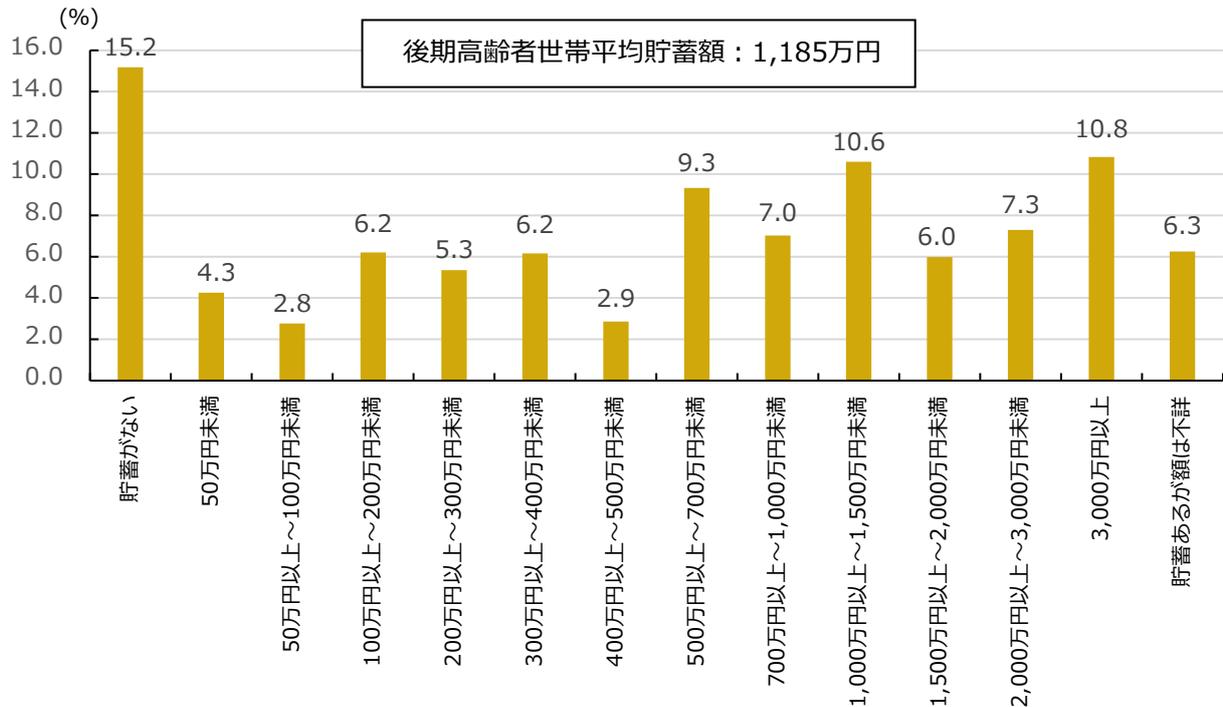
<sup>6</sup> 第 134 回社会保障審議会医療保険部会(2020 年 11 月 19 日)では、一般所得の後期高齢者に対して、外来自己負担増加額について、最大の場合(月 9,000 円)は半分の月 4,500 円にする経過措置(2 年間限定)の案が厚生労働省より提案されている。

<sup>7</sup> 後期高齢者医療制度の財源構成は、本来、公費 50%だが、現役並み所得者の医療費には公費が入らないため、公費は全体で 47%にとどまる。現行制度のまま、現役並み所得者の高齢者の範囲を拡大すれば、公費の割合はさらに低下し、現役世代の負担が増えることになる。現役並み所得者の対象拡大については、公費の充当とあわせて行う必要がある。

#### 4. 金融資産や不動産の保有状況を医療費の負担能力評価へ反映させること(将来課題)

将来的な検討課題となるが、「能力に応じて」の負担という中には金融資産や不動産の保有状況も反映させることが考えられる<sup>8</sup>。図表5は75歳以上の後期高齢者世帯の貯蓄額の分布状況を示している。高額貯蓄者と貯蓄がない者の割合が高く、資産格差が目立つ。

図表5 後期高齢者世帯の貯蓄額の分布状況



(出所) 総務省「令和元年国民生活基礎調査」より作成。

高齢者の中には、フローの年間収入は少なくても、多額の金融資産や不動産を保有している場合がある。こうした資産額の大きい後期高齢者に3割負担を求めることは検討に値するだろう。まずは、金融資産の保有状況の把握は急ぐべきことと考える。

金融資産の保有状況を医療費の負担能力として評価するためには、後期高齢者の被保険者すべての預貯金口座等の金融資産を保険者等(市町村も含め)が把握できる情報システムが必要であり、口座とマイナンバーを紐づけることが課題となる。医療費の負担でそれを行うことの理屈の整理や口座情報の照会方法、情報漏洩対策など、検討すべき論点は多いが、今後、社会インフラとしてのマイナンバーのさらなる活用という視点から検討を積極的に進めていくべきものとする。

不動産の保有状況の把握については、市町村の固定資産課税台帳、その他の土地に関する各種台帳などの情報連携などが必要であり、これまた検討すべき点は少なくないが、金融資産に引き続き取り組むべき重要課題と考える。

<sup>8</sup> #

介護保険で一部事例がある。低所得者向けに食費・居住費を福祉的に給付する「補足給付」に資産要件を設けており、各保険者(市町村)が、自己申告ベースで通帳の写しを確認するか、同意を得て金融機関へ照会することにより、請求者等の預貯金状況を把握している。預貯金等の資産が、単身1,000万円超、夫婦2,000万円超であれば保険給付の対象外となる。資産把握について、請求者の任意の協力に依存しており実効性に弱く、保険者側に一定の事務負担も要する。マイナンバーと預貯金口座との紐づけの方が効果的かつ事務負担軽減となる。

## 5. 医療保険制度のさらなる改革の推進を

高齢者医療費の増加による医療保険財政の悪化の問題は、かねて指摘されて久しいことである。団塊の世代がいよいよ 2022 年から後期高齢者に順次移行する中で、適切な自己負担割合引上げの結論を得ることはもはや先送りできない待ったなしの段階に来ている。政府ならびに関係者には、医療保険の持続性を確保するという大局的な視点に立って、今年末にぜひ決着させてもらいたい。

医療保険制度改革は、後期高齢者医療の自己負担割合問題だけでは終わらない。新型コロナウイルス感染症への対応の経験も踏まえた地域医療構想<sup>9</sup>の推進などの医療提供体制の改革、外来受診時定額負担の導入範囲の拡大、薬剤の保険給付範囲の見直し、医療分野でのデジタル化の推進なども課題となる<sup>10</sup>。さらには、安定的な公費負担の財源として、長期的には消費税率は 10%を超えて引上げていくことも正面から議論すべき課題である。国民の安全・安心の基盤となっている国民皆保険制度が将来にわたり持続するよう、制度改革が着実に進められていくことを期待したい。

<contact@apir.or.jp、06-6485-7690>

- ・本レポートは、執筆者の見解に基づき作成されたものであり、当研究所の見解を示すものではありません。
- ・本レポートは信頼できるとされる各種データに基づいて作成されていますが、その正確性、完全性を保証するものではありません。また、記載された内容は、今後予告なしに変更されることがあります。

—#

<sup>9</sup> 現行の地域医療構想では、突発的な感染症対策への対応という視点が十分に含まれていない。将来需要に応じて病床の機能分化・再編などを進めることが、新型コロナウイルス感染症のような突発的な有事のときにあわなくなるといった問題がある。新型コロナウイルス感染症への対応では、大都市ですら病床の余裕に乏しいことが明らかになった。突発的な有事対応には、災害時と同じく病床のリダンダンシー(冗長性)も一定必要になる。突発的な有事と中長期の平時の対応をどうバランスをとっていくかは、地域医療構想推進の今後の留意点になろう。

<sup>10</sup> 外来受診時定額負担は、すでに、大病院などの一定規模以上の医療機関に紹介状なしで受診する場合に導入されている。この対象範囲をさらに拡大するという議論がある。薬剤の保険給付範囲の見直しは、例えば、市販品類似薬などの保険給付範囲からの除外がある。医療分野でのデジタル化推進は、オンライン診療のほか、診断カルテなどの医療情報の中・大規模の病院とかかりつけ医で共有するネットワークなどが必要なことである。これら課題については、APIR Trend Watch No.58「社会保障の給付と負担の一体改革を」(2020年1月28日、筆者執筆)を参照いただきたい。