

# 前期高齢者医療費の財政調整の現状と課題

## —透明化と現役世代の負担抑制を—

調査部 主席研究員 西沢 和彦

### 目 次

1. はじめに
2. 前期高齢者を対象とした財政調整の現状
  - (1) 医療保険財政の全体像
  - (2) 後期高齢者を対象とした財政支援
  - (3) 前期高齢者を対象とした財政調整
3. 財政調整における問題点
  - (1) 保険者の収入の不問と国保への過剰な納付金
  - (2) 〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉の調整対象への算入
  - (3) 後期高齢者支援金の総報酬割導入における被用者保険内の再分配
  - (4) 加入者調整率への補正係数とその拡大
4. 改善に向けたポイント
  - (1) 現行の枠組みを所与とした改善のポイントを考える
  - (2) 前期高齢者と非前期高齢者の区分経理
  - (3) 前期高齢者の負担適正化
  - (4) 前期高齢者の定義再考
5. おわりに

## 要 約

1. 国民医療費43.3兆円（2018年度）の約6割はいまや高齢者医療費である。高齢者は、平均的には現役世代に比べ医療費を多く要し、他方、負担能力は低いという前提のもと、給付費の多くは、公費および現役世代が加入する健康保険からの財政支援によって賄われている。給付費の適正化および負担の在り方は、医療保険制度における核心的課題の一つであり、健保連、経団連、連合などからは、負担構造改革の速やかな断行を求める声が上がっている。本稿は、高齢者のうち前期高齢者（65～74歳）に焦点を当て、財政支援の技術的な面にも踏み込んで現状および問題点を整理し、加えて、改善に向けたポイントを考察した。
2. 1,683万人の前期高齢者は、就業状況に応じ組合健保、協会けんぽ、共済組合（これら三つを被用者保険と総称）、国民健康保険（国保）それぞれの制度に加入している（各制度は、協会けんぽを除き、複数の保険者で構成される）。そのうえで、前期高齢者加入率をベンチマークとし、加入率の高い保険者の費用負担を軽減するべく、保険者間で財政調整が行われている。もっとも、国保に前期高齢者の約4分の3が加入し、前期高齢者加入率が突出して高いことから、財政調整という建前でありつつも、実際には、被用者保険から国保への財政支援として機能している。この財政支援を前期高齢者納付金といい、約3.6兆円ある。
3. 財政調整の仕組みは、保険者の費用抑制インセンティブが組み込まれている利点があるものの、他方、次のような問題点を指摘できる。一つは、前期高齢者の加入率のみをベンチマークとし、保険者の収入の多寡を問うていないことである。これは、被用者保険から国保への過剰な前期高齢者納付金という形で表れている。本稿では、推計も交え、国保について前期高齢者と非前期高齢者（0～64歳）とに収支を分けてみた。すると、前期高齢者の収入は保険料・公費・前期高齢者交付金の合計で約6.5兆円、支出は約6兆円、差し引き0.5兆円の余剰が発生している（2018年度）。これは、その分、被用者保険の前期高齢者納付金を抑制する余地があることを示唆している。
4. 二つ目は、財政調整の対象費用に〈前期高齢者の医療給付費〉のみならず、〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉まで含まれていることである。前期高齢者は、医療保険制度において、より若い世代と同様に後期高齢者を支える側と位置付けられ、後期高齢者支援金6.2兆円への応分負担を求められている。こうした〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉の国保における金額は約0.7兆円であり、うち約0.5兆円は被用者保険からの前期高齢者納付金に依存している。〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉まで対象費用に含める根拠は自明といえず、しかも、こうした複雑に入り組んだ構造は、社会保険が本旨とする負担と受益の対応関係を著しく損ねている。
5. 三つ目は、二つ目と関連するが、〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉の算出方法の妥当性である。2017年に算出方法が改められ、被用者保険内での垂直的再分配が導入された。相対的に財政力の弱い協会けんぽ支援と評価できる一方、社会保険料の本来的な姿から逸脱している疑念が残る。

- 
6. 四つ目は、政府からの保険者に対するアカウンタビリティー（説明責任）において改善余地があることである。前期高齢者納付金の額は保険者自らが計算する。その際、自保険の加入率や医療給付費など保険者固有の係数に加え、厚生労働省から毎年度通知される全保険者共通の係数が用いられる。その一つに「補正係数」がある。その値は、年々拡大、2018年度は納付金を1割増にするレベルに達しており、「補正係数」の本来的守備範囲と考えられる微調整の域をもはや超えている。現行の計算方法のもとでは、何らかの補正は必要であるものの、政府から保険者に補正係数を単に通知するだけでなく、変動理由が付されるべきであろう。補正理由を制度の改善に活かすことも可能なはずである。
7. こうした問題点の多くは1981年度以前の医療保険財政であればそもそも存在しない。前期高齢者の財政調整を含む高齢者医療費への財政支援は、1982年度の老人保健制度（後期高齢者医療制度の前身）導入が起点であり、1981年度とはその前年度にあたる。もっとも、現行制度を40年前の姿に戻すのも現実的ではなく、本稿では現行の前期高齢者の財政調整を所与としたまま、問題点のうちいくつかを是正していくためのポイントを考えた。その際の指針は、社会保険の本旨である負担と受益の対応関係重視（よって制度をより複雑にはしない）、および、現役世代の財政支援負担の抑制である。
8. ポイントの一つは、各保険者において前期高齢者と非前期高齢者それぞれの収支を区分経理することである。それによっではじめて財政調整の実態が正確に共有され、議論の出発点に立つことができる。二つ目は、現役世代に比べ総じて軽課されている前期高齢者の保険料負担および窓口負担それぞれの適正化である。保険料については、前期高齢者はほぼ全員が公的年金を受給していることから、年金収入により負担を求めていく方向での見直しが鍵となる。三つ目は、前期高齢者という定義の再考である。2021年4月、改正高齢者雇用安定法が施行され70歳までの雇用確保が努力義務ながら事業主に課されることとなった。その進捗なども見極めつつ、医療保険制度においても65～74歳を前期高齢者と一括りにするのではなく、例えば69歳までは支える側に位置付けるなど、定義を見直していく必要がある。

## 1. はじめに

現在、高齢者医療費は26.3兆円におよび、国民医療費43.3兆円の約6割を占めている（2018年度）。26.3兆円の年齢階層別内訳は、前期高齢者（65～74歳）9.8兆円、後期高齢者（75歳以上）16.5兆円である。給付費すなわち医療費から窓口負担を引いた額のうち多くは、公費および現役世代が加入する健康保険からの財政支援によって賄われており、高齢者医療費の適正化および負担の在り方は、一段と高齢化が進むなかで医療保険財政を維持していくための核心的課題の一つである。

例えば、2020年11月、被用者保険関係5団体は、高齢者医療費の負担構造改革を次のように強く求めている。「今後、急激に増加する拠出金の負担に耐え切れず、解散を検討する健保組合がさらに増加する可能性があるなど、現役世代の負担に過度に依存する現在の制度では、持続可能性は確保できない。そのため、安定財源を確保したうえでの公費負担の拡充など、現役世代の負担を軽減し、保険者の健全な運営に資する負担構造改革を早急に断行すべきである」（注1）。

本稿は、高齢者医療費のうち、重要でありつつも仕組みの複雑さのためか論じられる場面の少ない前期高齢者を対象とした財政調整に焦点を当てる。1,683万人（注2）の前期高齢者は、就業状況に応じ組合健保、協会けんぽ、共済組合（これら三つは被用者保険と総称される）、国民健康保険（国保）それぞれの制度に加入している。そのうえで、前期高齢者加入率（以下、単に加入率）をベンチマークとし、加入率の高い保険者の財政負担を軽減するため、保険者間で財政調整が行われている。

理論的には、相対的に財政力が豊かな組合健保であっても加入率が平均値（2018年度は15.2%）より高ければ財政調整の受け手となり、相対的に財政力が劣る国保であっても加入率が低ければ財政調整の出し手となり得る。もっとも、国保に前期高齢者のおよそ4分の3の1,212万人が加入し、加入率が43.0%と他制度比突出していることから、保険者間の財政調整という建前ではあるものの、実際には被用者保険から国保に向けての一方向の財政支援として機能している。

財政支援のための拠出金を前期高齢者納付金といい（受け取る際は前期高齢者交付金という）、前掲の声明にあるように、後期高齢者を対象とした後期高齢者支援金（受け取る際は後期高齢者交付金という）とともに被用者保険財政の圧迫要因となっている。組合健保を例にとれば、支出8.1兆円のうち自らの加入者向けの給付費4.1兆円に対し、高齢者医療費向けの財政支援は3.4兆円におよび（注3）、2022年度には給付費と財政支援がほぼ同規模になると推計されている。

前期高齢者の財政調整にはどのような問題点があり、いかなる対応が必要であろうか。本稿はそれを考える。構成は次の通りである。続く第2章で、前期高齢者を対象とした財政調整の仕組みを改めて整理する。第3章では、技術的な面に踏み込み問題点を指摘する。第4章では、改善策について考察を加える。現行制度は複雑化しており、ゼロベースでの見直しができればよいが、現実的とはいえない。そこで、あるべき姿を念頭に置きつつも現行制度を所与とし、改善に向けたポイントを提示することとする。

（注1）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「医療保険制度改革に向けた被用者保険関係5団体の意見」2020年11月4日。

（注2）2018年度平均。出所は、厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況～」。1,683万人は、医療保険制度（後期高齢者医療制度を除く）への加入者であり、65～74歳人口1,760万人とは異なる。前期高齢者であっても寝たき

り等の場合、後期高齢者医療制度の加入者となり、また、生活保護受給者は国民健康保険の被保険者から除外される。  
 (注3) 後期高齢者支援金2.0兆円、前期高齢者納付金1.5兆円。2019年度決算見込み。1,391組合の集計。

## 2. 前期高齢者を対象とした財政調整の現状

### (1) 医療保険財政の全体像

わが国の医療保険制度は、組合健保、協会けんぽ、共済組合、国民健康保険、および、後期高齢者医療制度の大きく五つに分かれている(図表1)。被用者保険のうち、組合健保、共済組合はそれぞれ1,391、85の保険者によって構成されている。国保はさらに、1,716の市町村国保と162の国保組合とに分かれている。国保組合とは、医師や弁護士などの士業や建設業など業種ごとに組成された健康保険組合である。原則として74歳までは、就業状況に応じいずれかの被用者保険あるいは国保に加入し、75歳に到達すると就業状況にかかわらず47都道府県ごとの広域連合が運営する後期高齢者医療制度に加入する。

高齢者は、平均的には現役世代に比べ医療費を多く要し、他方、負担能力は低いという前提のもと、医療保険制度には高齢者を対象とした手厚い財政支援の仕組みがあり、被用者保険にとって財政圧迫要因になっている。組合健保は、給付4.1兆円に対し高齢者向け財政支援3.5兆円(図表1、支援金等と表記)、協会けんぽは、給付6兆円に対し支援金等3.5兆円、共済組合は、給付1.3兆円に対し支援金等1.1兆円である。今後一段の高齢化進行とともに支援金等の増大は必至であるが、抑制のめどはほとんど立っていない。財政支援の仕組みは、前期高齢者と後期高齢者とで大きく異なっている。

(図表1) 医療保険財政の全体像

(兆円)

制度	収入	保険料	公費	国		前期高齢者交付金	退職者交付金	その他	支出	給付	支援金等	後期高齢者医療制度			その他
				国	地方							後期高齢者支援金	前期高齢者納付金	退職者拠出金	
組合健保	8.4	8.3	0.0	0.0	-	0.0	-	0.1	8.1	4.1	3.5	1.9	1.5	0.0	0.5
協会けんぽ	10.3	9.1	1.2	1.2	-	-	-	0.0	9.8	6.0	3.5	2.0	1.5	0.0	0.3
共済組合	2.5	2.5	-	-	-	-	-	0.1	2.5	1.3	1.1	0.6	0.5	0.0	0.1
国民健康保険 市町村	10.8	2.5	4.7	3.1	1.7	3.6	0.1	0.0	10.9	8.8	1.6	1.6	0.0	-	0.5
国保組合	0.8	0.5	0.3	0.3	0.0	0.0	-	0.0	0.7	0.5	0.2	0.2	0.1	0.0	0.0
計	32.9	22.8	6.2	4.5	1.7	3.6	0.1	0.2	32.0	20.6	9.9	6.2	3.6	0.0	1.5

制度	収入	保険料	公費	国		後期高齢者交付金	支出	給付
				国	地方			
後期高齢者医療制度	15.2	1.2	7.7	4.9	2.8	6.2	15.2	15.1

(資料) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況～」平成30年度医療保険制度別決算状況(P16)、同「国民健康保険事業事業年報～平成30年度～」より日本総合研究所作成。2018年度実績

(注1) 数値は、小数点2桁を四捨五入。内訳と合計は必ずしも一致しない。

(注2) 生活保護など公費負担の医療給付分は含んでいない。

(注3) 国民健康保険のうち市町村について、「医療保険に関する基礎資料」(P16)では、共同保険者である都道府県と市町村との間で資金の受け払いがあるにもかかわらず、それぞれの収入と支出が単純に合算され収入23.5兆円、支出23.3兆円となっている。本図表では、都道府県と市町村との間の資金の受け払いを「国民健康保険事業年報」を用いて相殺して表している。

(2) 後期高齢者を対象とした財政支援

後期高齢者に対する財政支援の仕組みは、妥当性はさておき（注4）、相対的にシンプルである。この仕組みは、次節で述べるように前期高齢者の財政調整とリンクしており、本稿の主題を議論するうえで押さえておく必要がある。

後期高齢者医療給付費のうち、後期高齢者自らの保険料、公費、および、後期高齢者交付金で賄われる割合は、それぞれ1割、5割、4割とあらかじめ定められている。よって、2018年度であれば、医療給付費15.1兆円から後期高齢者交付金の所要額6.2兆円は自動的に決まる（注5）。なお、以下本章では、厚生労働省の「医療保険に関する基礎資料」掲載の「財政構造表」の数値を用いる（注6）。

6.25兆円（6兆2,474億円）を、まず、被用者保険グループと国保グループとの間で、加入者数で按分する（図表2）。この方法は加入者割と呼ばれる。言い換えれば頭割りである。被用者保険グループの加入者は7,744万人、国保グループの加入者は3,096万人であるから、それぞれの後期高齢者支援金は4.46兆円、1.78兆円となる。ここでの加入者数には0歳から74歳まで全員が含まれる。すなわち、前期高齢者も後期高齢者を支える側と位置付けられている。この点は前期高齢者の財政調整を理解するうえで重要なポイントの1つであり、政府の用語法に倣い〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉と表現する。以下においても視覚的に認識しやすいよう〈 〉をつけて表記する。

次に、被用者保険グループのなかで、4.46兆円を各保険者の総賃金で按分する。社会保険では賃金ではなく報酬という用語が使われ、この方法は「総報酬割」と呼ばれる。いわば傾斜配分である。組合健保、協会けんぽ、共済組合の総報酬は、それぞれ92.7兆円、92.1兆円、29.3兆円であるから、後期高齢者支援金は1.93兆円、1.92兆円、0.61兆円となる。加入者一人当たりでは、組合健保、協会けんぽ、共済組合それぞれ6.5万円、4.9万円、7.1万円となる。

なお、すべての国民がいずれかの公的年金制度に加入する国民皆年金を標榜するわが国においては、65歳以上であればほぼ全員が公的年金を受給しており、標準的な厚生年金受給者であればその額は年186万円程度になる。もっとも、年金を受け取りながら就労していても、その年金はここでの総報酬には算入されない。総報酬は飽くまで賃金のみである。この点は、年金受給者と非年金受給者との間における負担の公平性の観点から検証が必要であり、次章以降改めて論じることとする。

（図表2）後期高齢者支援金の負担方法

	6.25兆円を被用者保険と国保の間で加入者数で按分		被用者保険のなかで総報酬で按分		
	加入者数 (万人)	後期高齢者支援金 (兆円)		総報酬 (兆円)	後期高齢者支援金 (兆円)
被用者保険	7,744	4.46	組合健保	92.7	1.93
			協会けんぽ	92.1	1.92
			共済組合	29.3	0.61
国保	3,096	1.78	-		

（資料）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況～」の医療保険制度の財政構造表（P89）より日本総合研究所作成

（注1）協会けんぽには、法第3条2項被保険者と船員保険を含む。

（注2）本図表の後期高齢者支援金の額は、2018年度の実績とは異なる。本図表の額は、2018年度に要した後期高齢者医療給付費を賄うために必要な額であるのに対し、2018年度の実績は、2018年度に要するであろう見込み額と過年度の精算額の合計であるため。

### (3) 前期高齢者を対象とした財政調整

このように、後期高齢者支援金が、被用者保険および国保から後期高齢者医療制度への一方向の財政支援であるのに対し、前期高齢者を対象とした仕組みは保険者ごとの加入率に着目した保険者間の財政調整となっている。そのため、理論的には相対的に財政力が豊かな組合健保であっても加入率が高ければ支援の受け手となり得るし、国保であっても加入率が低ければ出し手となり得る。もっとも、すでに述べたように国保に前期高齢者が偏在していることから（図表3）、実態としては被用者保険から国保への一方向の財政支援として機能している。

（図表3）医療保険制度の加入者数と前期高齢者加入率

医療保険制度	加入者 (万人)	前期高齢者加入率	
		うち前期 高齢者	(%)
組合健保	2,952	97	3.3
協会けんぽ	3,937	296	7.5
共済組合	855	12	1.4
国保 市町村	2,821	1,212	43.0
国保 国保組合	275	34	12.4
計	10,841	1,651	15.2

（資料）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況～」より日本総合研究所作成

具体的な前期高齢者納付金・交付金の計算方法は例を用いた方が分かりやすい。わが国の医療保険制度がA、B、Cの三つの保険者で構成されているとする（図表4）。例を簡単にするため、いずれの保険者も前期高齢者一人当たり〈前期高齢者の医療給付費〉は45万円、同様に〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉は5万円、合計50万円（単価）の同額とする。加入者数についてもいずれの保険者も同数の1,000人とする。ただし、その内数である前期高齢者数については、保険者A、B、Cそれぞれ30人、80人、400人とし、したがって、加入率は3%、8%、40%となる。Aは組合健保、Bは協会けんぽ、Cは国保といったイメージである。なお、以下本稿では断りのない限り「一人当たり」とは「前期高齢者一人当たり」を意味することとする。

前期高齢者納付金・交付金の計算プロセスは、まず、全保険者の加入率17%（図表4でいえば⑤、以下同様）を各保険者の加入率④で割ることにより加入者調整率⑥を求める。例えば、加入率3%の保険者Aの加入者調整率は5.7倍（ $=17 \div 3$ ）となる。なお、加入率が1%より低い保険者については、加入者調整率が極端に高くないよう、加入率1%として計算されるルールとなっている。

次いで、各保険者の〈前期高齢者の医療給付費〉と〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉③に加入者調整率⑥を掛け合わせ、調整対象基準額⑦を求める。③に⑥を掛け合わせることで、いずれの保険者も加入率17%、人数ベースでいえば170人の前期高齢者が加入していると仮定し費用負担していることになる。この例では、3保険者とも調整対象基準額は同額の8,500万円となる。これは3保険者とも単価を同額の50万円、加入者数を同数の1,000人と仮定しているためであり（注7）、単価については次章において保険者ごとに異なるという現実の姿に戻し議論する。

最後に、調整対象基準額⑦から各保険者の〈前期高齢者の医療給付費〉と〈前期高齢者に係る後期高

齢者支援金) ③を差し引く。その額 (⑧=⑦-③) がプラスであれば、前期高齢者納付金として拠出し、マイナスであれば前期高齢者交付金として受け取る。保険者A、B、Cのうち、前期高齢者加入率が突出して高いCが1億1,500万円の前期高齢者交付金を受け取り、加入率が相対的に低いA、Bがそれぞれ7,000万円、4,500万円の納付金を拠出する。以上が計算方法の骨格である。

(図表4) 前期高齢者納付金・交付金の計算例

保険者	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
	加入者 (人)	うち前期 高齢者 (人)	前期高齢者 医療給付費 と〈前期高 齢者に係る 後期高齢者 支援金〉 (万円)	各保険者の 前期高齢者 加入率 (%)	全保険者の 前期高齢者 加入率 (%)	加入者 調整率 (倍)	調整対象 基準額 (万円)	前期高齢者 納付金・ 交付金 (万円)
				②/①	②計/①計	⑤/④	③×⑥	⑦-③
A	1,000	30	1,500	3	-	5.7	8,500	7,000
B	1,000	80	4,000	8	-	2.1	8,500	4,500
C	1,000	400	20,000	40	-	0.4	8,500	▲11,500
計	3,000	510	25,500	-	17	-	25,500	0

(資料) 日本総合研究所作成

(注) 一人当たり前期高齢者医療給付費と〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉は、保険者A～Cとも同額の50万円と仮定。

こうした計算方法から明らかなように、保険者A、Bは自らの保険に加入している前期高齢者数の何倍もの費用負担をしなければならないが、単価引き下げを図ることによって、前期高齢者納付金を抑制することが可能である。それは自らの保険に加入する前期高齢者への健康指導の充実、先発薬から相対的に安価な後発医薬品への切り替え促進、および、レセプト(診療報酬請求書)チェック強化など費用抑制のインセンティブとなる。まさに保険者機能発揮を促す仕組みとなっている。

この点は、後期高齢者支援金が高齢者への財政支援であり、後期高齢者の医療給付費に対し支援金の出し手側のガバナンスが全く及ばないのとは根本的に異なっており、前期高齢者の財政調整における利点と評価できる。

(注4) 問題点については、西沢 [2020] を参照。

(注5) 実際には、後期高齢者自ら負担する保険料、公費、後期高齢者交付金の割合は、次の①～③の理由より、1割、5割、4割とは若干異なる。①高齢化の進行にあわせ後期高齢者交付金のウエートを引き下げ保険料のウエートを引き上げる仕組みがあること、②保険料負担軽減措置があること、③後期高齢者のうち相対的な高所得層(現役並み所得者と呼ばれる)には公費負担がなされないこと。③の影響が①の効果を上回り、後期高齢者交付金の規模は15.1兆円のちょうど4割ではなく4割強の6.25兆円になっている。

(注6) それは、次の理由による。図表1で用いているような「決算」における後期高齢者支援金をはじめとする支援金等の金額は、2018年度に要した後期高齢者の医療給付費や前期高齢者の医療給付費(高齢者医療給付費)と対応していない。各保険制度から2018年度中に支出されている支援金等は、高齢者医療給付費の2018年度分の見込み額と過年度分の精算額の合計である。それに対し、「財政構造表」における支援金等の金額は2018年度の高齢者医療給付費に対応したものとなっている。

(注7) ⑦=③×⑥。③=単価×②、⑥=⑤/④なので、⑦=単価×②×(⑤/④)。整理すると、⑦=単価×⑤×①。

### 3. 財政調整における問題点

前期高齢者の財政調整の仕組みには、費用抑制のインセンティブが組み込まれているという利点がありつつ、他方、以下の問題点を指摘できる。

#### (1) 保険者の収入の不問と国保への過剰な納付金

一つ目は、前章の設例から分かるように、財政調整において保険者の収入の多寡が問われていない点である（注8）。例えば、やはり地方自治体間の財政の不均衡を調整するための地方交付税であれば、各地方自治体の人口から算出される標準的な歳出見込額と地方税収見込額との差から導かれる。単に歳出見込額が多いからといって地方交付税が交付されるわけではない。

前期高齢者の財政調整が保険者の収入の多寡を問うていないことは、具体的には、被用者保険から国保への「過剰」な前期高齢者納付金という形で表れている。被用者保険が納付金をいわば払い過ぎているのである。この点は、かねて野々下 [2013]、健康保険組合連合会 [2014] から指摘され、2014年5月28日の社会保障審議会医療保険部会においても議題とされつつ、今日まで議論が深まっているようには見られない。

「過剰」とは、次のような状況である。各保険者の収支は、前期高齢者と非前期高齢者（64歳以下）とに区分経理されていない。このこと自体、財政調整の実態を不透明にしておき問題であるが、「財政構造表」の数値に推計を加え、国保の収支を前期高齢者と非前期高齢者とに分けてみる（図表5）。すると、前期高齢者については収入6兆4,727億円、支出5兆9,706億円、差し引き5,021億円の余剰が発生している（2018年度）。収入の内訳は、保険料が約2割の1兆2,717億円、公費が2割強の1兆5,723億円、前期高齢者交付金が6割弱の3兆6,288億円である。

他方、非前期高齢者については、収入3兆7,666億円、支出4兆3,198億円、差し引き5,532億円の不足が生じていることになる。すなわち、国保内において前期高齢者から非前期高齢者へ約5,000億円の財政移転が行われている。本来であれば、その分、被用者保険が拠出している前期高齢者納付金を削減す

（図表5）国保における前期高齢者と非前期高齢者（0～64歳）の収支

(億円、%)

	前期高齢者		非前期高齢者 (0～64歳)		計	
	金額	ウェート	金額	ウェート	金額	ウェート
保険料 (注)	12,717	19.6	11,810	31.4	24,526	24.0
公費	15,723	24.3	25,280	67.1	41,003	40.0
前期高齢者交付金	36,288	56.1			36,288	35.4
退職者交付金			576	1.5	576	0.6
収入計	64,727	100.0	37,666	100.0	102,393	100.0
給付費	52,723	88.3	33,924	78.5	86,647	84.2
後期高齢者支援金	6,983	11.7	9,274	21.5	16,257	15.8
支出計	59,706	100.0	43,198	100.0	102,904	100.0
収支	5,021		▲5,532		▲511	

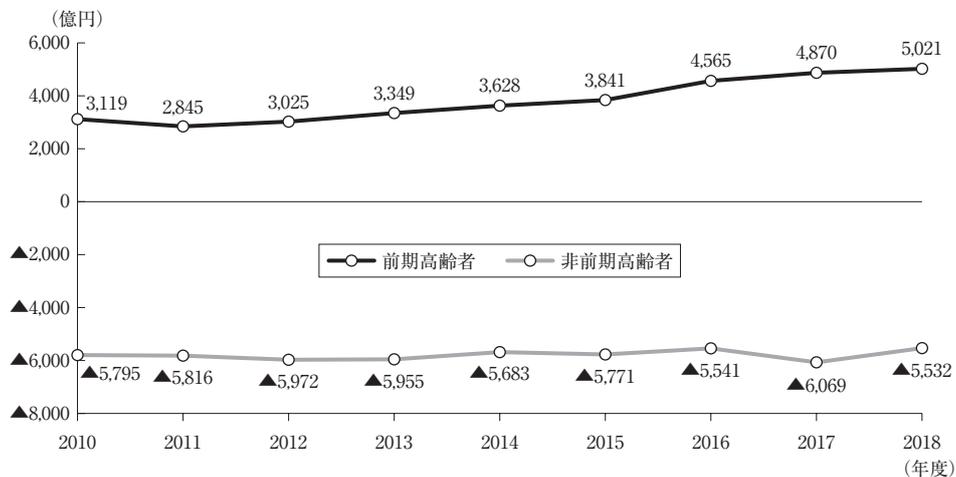
（資料）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況～」財政構造表の数値（保険料を除く）より日本総合研究所作成

（注）保険料の合計金額は、厚生労働省「国民健康保険事業事業年報～平成30年度～」の数値。それを「国民健康保険実態調査～平成30年度～」を用いて、前期高齢者と非前期高齢者に按分。

る余地がある。実際、2014年5月28日の社会保障審議会医療保険部会においても、過剰な分は被用者保険に返却すべきであるとの意見が組合健保を代表する委員から出されている。

こうした「払い過ぎ」は2018年度に限ったものではない。試算可能な2010年度からほぼ一貫して前期高齢者の収支における余剰幅は拡大傾向にあるとみられる（図表6）。その背景として、この間、国保に加入する前期高齢者数が1,102万人（2008年度）から1,212万人（2018年度）に増加していること、および、年金給付水準が高止まりしていることの2点が指摘できる。年金給付水準を示す代表的指標である所得代替率は2004年度の59.3%から2019年度には61.7%へ上昇しており、前期高齢者の保険料を押し上げていると見られる（注9）。

（図表6）国保における前期高齢者と非前期高齢者の収支の推移



（資料）図表5と同じ

## （2）〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉の調整対象への算入

二つ目は、財政調整の対象費用に〈前期高齢者の医療給付費〉のみならず〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉までもが含まれていることである。2018年度は、調整対象基準額7.8兆円のうち〈前期高齢者の医療給付費〉6.9兆円、〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉0.9兆円である。この点については、そもそも〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉までも含める根拠が自明ではないことに加え、次のような問題が指摘できる。

第1に、国保に加入する前期高齢者は後期高齢者支援金を拠出しつつ、その費用の多くを被用者保険からの前期高齢者納付金および公費に依存している——という複雑に入り組んだ構造は、社会保険が本旨とする負担と受益の対応関係を著しく損ねている。本来、負担と受益が対応することによって、費用抑制インセンティブが働き、負担に対する納得感が伴いやすくなる。

国保に加入する前期高齢者は、6,983億円（2018年度）の後期高齢者支援金を拠出していると計算され、うち4,866億円を被用者保険からの前期高齢者交付金、1,059億円を公費に依存し、残り1,059億円が前期高齢者自らの保険料で賄われているにすぎない（図表7）。なお、4,866億円のうち協会けんぽ分1,733億円については推計で282億円の公費が充てられている。この282億円は、国の一般会計→協会けんぽ→国

(図表7) 国保の〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉の財源

(億円)

6,983	{	前期高齢者自らの保険料	1,059	{	組合健保	2,406
		公費	1,059		協会けんぽ	1,733 (うち公費 282)
		前期高齢者交付金	4,866		共済組合	727

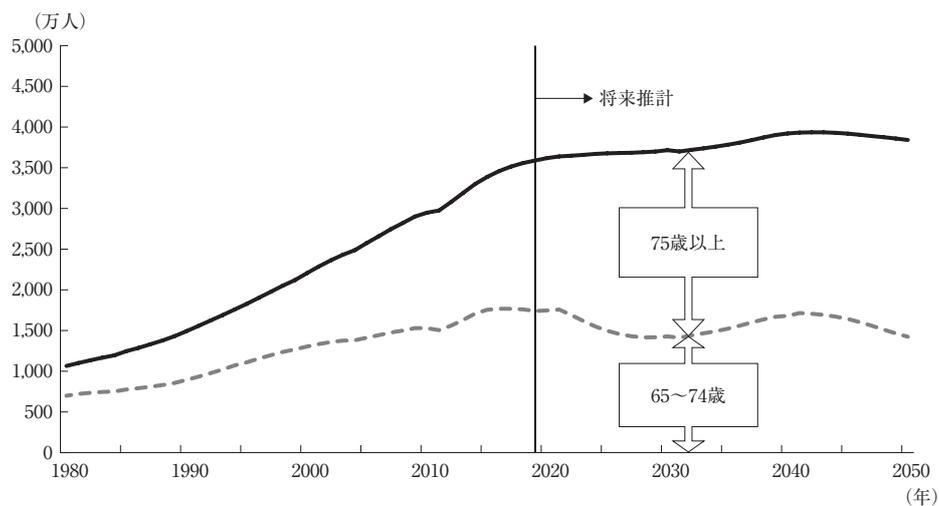
(資料) 日本総合研究所作成

保→後期高齢者医療制度と、例えば悪いがマネーロンダリングさながらのルートを通っている(注10)。

第2に、公平性および中立性に反することである。〈前期高齢者の医療給付費〉と異なり、〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉については、保険者の抑制努力が及ばない。被用者保険は、もっぱら保険料を原資にこの費用を負担しているが、使われ方は目的税そのものである。すると、租税原則における公平性および中立性の観点からのチェックが必要となる。被用者保険の保険料は賃金のみで賦課されているから、賦課対象が狭いという点で公平性に欠けるし、保険料の約半分は事業主負担、すなわち雇用コストの一部であるから、雇用抑制的であり、中立性に難がある。

第3に、後期高齢者の人口増に伴い、〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉の増大も予想される。前期高齢者人口自体は、足許の1,740万人(2019年)から2031年に1,412万人と当面の底をつけるまで減少し続けると見通されている(図表8)。もっとも、後期高齢者人口はこの間も一貫して増加する。それに伴い、〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉の増加が予想され、前期高齢者納付金の増加要因となる。被用者保険の支援金等の負担を見通す際、この点への留意が必要である。

(図表8) 高齢者の人口実績と将来推計



(資料) 次の統計より日本総合研究所作成。2019年まで総務省統計局「人口推計(各年10月1日現在人口)」、2019年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」の出生中位・死亡中位

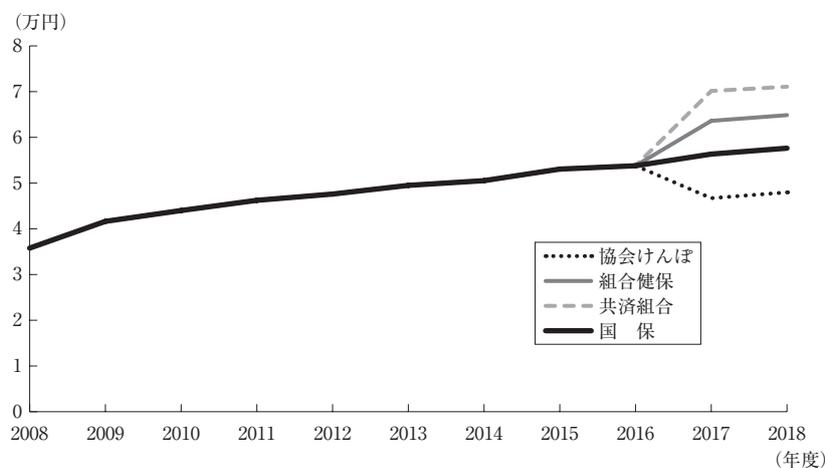
(3) 後期高齢者支援金の総報酬割導入における被用者保険内の再分配

三つ目は、二つ目と関連するが、一人当たり〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉の算出方法の妥当性である。図表4の設例では、説明を簡単にするため、一人当たり〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉の額は、各保険者とも同一の5万円と仮定しており、実際の制度においても2016年度までは同一であった(図表9)。2016年度の一人当たり〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉はいずれの被用者保険および国保とも5.4万円である。

ところが、2017年度以降、後期高齢者支援金の算出方法がそれまでの加入者割と総報酬割の併用から総報酬割のみに変更されたのを機に、総報酬で按分された後期高齢者支援金を保険者ごとの加入者数で除し一人当たり〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉とすることとされた。そのため、保険者間で差が生じるようになった。2018年度の一人当たり〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉は、組合健保6.5万円、協会けんぽ4.8万円、共済組合7.1万円、市町村国保5.8万円である。

すなわち、協会けんぽの負担が軽くなり、その分、共済組合と組合健保の負担が重くなった。このことは、相対的に財政力に劣る協会けんぽへの財政支援という肯定的な意味づけも可能である。もっとも、〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉までも財政調整の対象に含めることへの疑義を不問に付したまま、さらに制度改正が重ねられたことについては正当性を認めにくい(注11)。

(図表9) 一人当たり〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉



(資料) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」各年度版の医療保険制度別前期高齢者交付金等の状況より日本総合研究所作成

(4) 加入者調整率への補正係数とその拡大

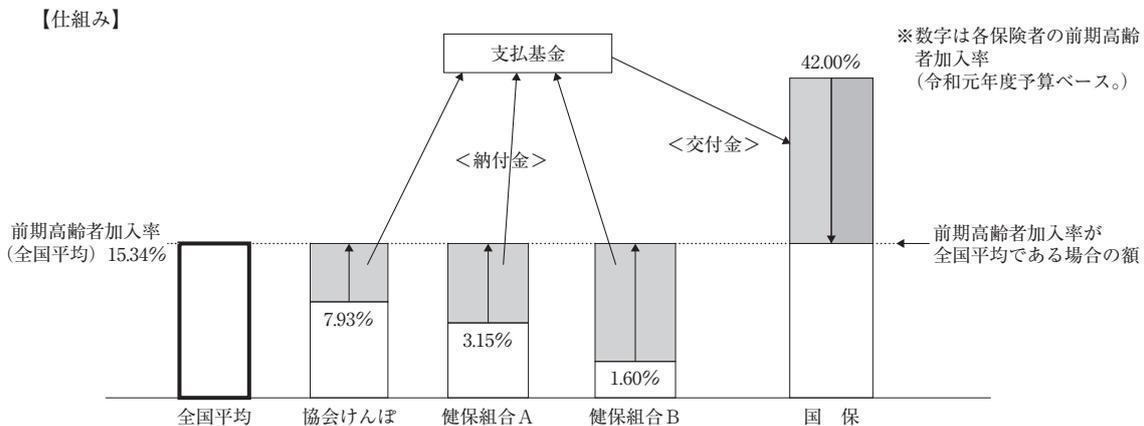
四つ目は、それぞれの保険者が前期高齢者納付金の額を計算するプロセスにおいて、厚生労働省から示される「補正係数」が用いられ、しかも、その値が年々拡大していることである(注12)。毎年度、保険者が納めるべき前期高齢者納付金の額は保険者自らが計算することとされている。その際、自保険の加入率や医療給付費など保険者固有の係数に加え、厚生労働省から示される係数も用いられる。厚生労働省から示されるのは、「全保険者の加入率」などいずれの保険者にとっても共通のものであり、そ

の一つに「補正係数」がある。そもそも補正係数が用いられる背景、および、機能は概略次のように整理できる。

前期高齢者に係る財政調整の仕組みは、図表10のような解説図によってしばしば説明される。そこでは、協会けんぽ、健保組合A、健保組合B、国保それぞれの加入率が7.93%、3.15%、1.60%、42.00%と設定され、全国平均の加入率15.34%に揃うよう負担調整されている（図表10）。例えば、健保組合Aの場合、3.15%の加入率を4.87倍（ $=15.34/3.15$ ）し全国平均の15.34%に揃えられている。

（図表10）前期高齢者に係る財政調整の仕組みについての解説図

- 各保険者の①前期高齢者給付費と②前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率が全国平均であるとみなして調整。
- 保険者ごとの前期高齢者加入率に応じて負担調整している。



（資料）第125回社会保障審議会医療保険部会（2019年2月27日）参考資料

しかし、実際にはこのような綺麗な姿にはならず、加入者調整率は、補正係数によって補正される。保険者ごと一人当たり〈前期高齢者の医療給付費〉と〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉（単価）は当然のことながら異なる。図表4の例のように同額ということは偶然を除きあり得ない。この現実のもと、保険者ごとの〈前期高齢者の医療給付費〉と〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉（図表4でいえば③）に加入者調整率⑥を掛けて調整対象基準額⑦を求め、足し合わせると、〈前期高齢者の医療給付費〉と〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉③に必ず不足する。そこで、何らかの補正が必要となるのである。

それは、簡単な設例で確認出来る（図表11）。保険者1と保険者2の2保険者を想定し、記号を次のように定義する。保険者1が被用者保険、保険者2が国保のイメージである。

m 1、m 2：保険者1と保険者2それぞれの一人当たり〈前期高齢者の医療給付費〉と〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉（単価）。 $m 1 < m 2$ と仮定

p 1、p 2：保険者1と2それぞれの前期高齢者数。 $p 1 < p 2$ と仮定

q：加入者数。簡単化のため、保険者1と2とも同数と仮定

このような定義のもと、保険者1、保険者2の調整対象基準額を求め、それぞれ⑦、⑧とする。実際の〈前期高齢者の医療給付費〉と〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉を⑨とすると、⑨から(⑦+⑧)を差し引いた値は $0.5 \times (m_2 - m_1) \times (p_2 - p_1)$ と計算され、 $m_1 < m_2$ 、 $p_1 < p_2$ の仮定を置いていることから、必ず正となる。すなわち、(⑦+⑧)は⑨に必ず不足する。(⑦+⑧)と⑨の差は、計算結果から明らかなように、保険者1と2の一人当たり〈前期高齢者の医療給付費〉と〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉の差である $(m_2 - m_1)$ が大きいほど、そして、 $(m_2 \neq m_1)$ のとき前期高齢者数の差 $(p_2 - p_1)$ が大きいほど大きくなる。

(図表11) 保険者ごとおよび保険者計の調整対象基準額

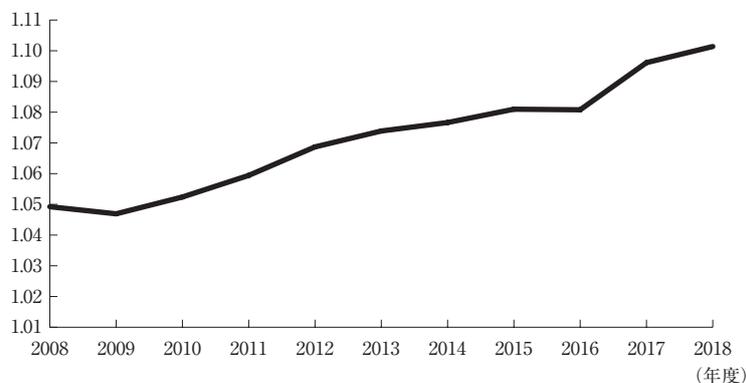
	保険者1	保険者2	保険者計
前期高齢者一人当たり医療給付費と前期高齢者に係る後期高齢者支援金 ( $m_1 < m_2$ )	$m_1$	$m_2$	-
前期高齢者数 ( $p_1 < p_2$ )	$p_1$	$p_2$	$p_1 + p_2$
加入者数 (保険者1と2は同数と仮定)	$q$	$q$	$2q$
前期高齢者加入率	$p_1/q$	$p_2/q$	$(p_1 + p_2)/2q$
加入者調整率	$0.5 \times (p_1 + p_2)/p_1$	$0.5 \times (p_1 + p_2)/p_2$	-
調整対象基準額	$(m_1 \times p_1) \times 0.5 \times (p_1 + p_2)/p_1$ ⑦	$(m_2 \times p_2) \times 0.5 \times (p_1 + p_2)/p_2$ ⑧	$m_1 \times p_1 + m_2 \times p_2$ ⑨

(資料) 日本総合研究所作成

(注) 保険者1の加入者調整率は、 $((p_1 + p_2)/2q)/(p_1/q) = 0.5 \times (p_1 + p_2)/p_1$ 。保険者2の加入者調整率も同様。

そのため、実際の制度運営においても、加入者調整率に補正係数 $((⑦+⑧)/⑨)$ を掛け合わせることで、各保険者の調整対象基準額の合計が⑨に等しくなるよう調整が図られている。補正係数は、年々上昇しており、2018年度は1.10138となっている(図表12)。野々下[2014]は、「1.05を超えており、疑問に思う保険者が多くなっている」と当時の様子を紹介しているが今や1.1を超えている。

(図表12) 補正係数の推移



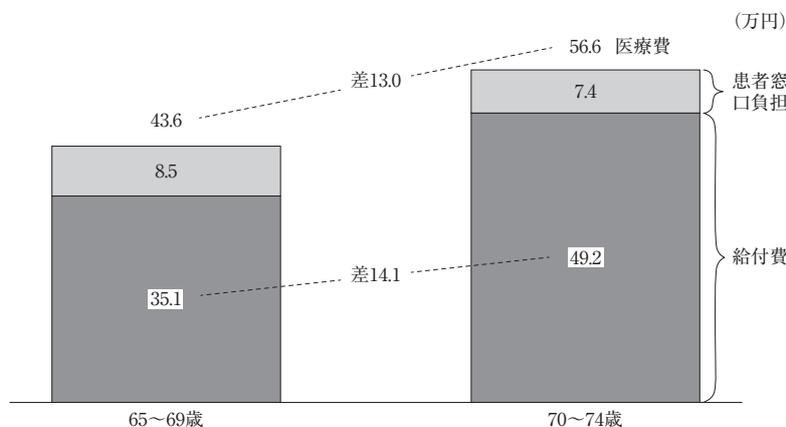
(資料) 厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」各年度版における 保険者の交付金・納付金等及び支援金等の額の算定に関する諸係数より日本総合研究所作成

よって、例えば、図表10の健保組合Aについていえば、加入者調整率4.87倍（＝15.34/3.15）という数値がいったん算出されたとしても、そこに補正係数を掛けた値を用いなければならない。2018年度の補正係数1.10138を仮に援用すれば、補正係数を掛けた加入者調整率は5.36倍となる。

こうした補正係数をどのように受け止めるべきであろうか。計算された（㊦＋㊧）が所要額㊨に不足する以上、（㊦＋㊧）に何らかの補正を施して㊨に一致させる必要はある。そうしなければ勘定が合わない。もっとも、補正係数が1.10138にもなり、「補正係数」の本来の守備範囲と考えられる微調整の域を超えてくると、厚生労働省から保険者に対し一方的に補正係数を通知するだけでなく、アカウントビリティー（説明責任）が必要になってくるだろう。理由も分からず、補正係数一つで調整対象基準額が1割増になってしまっただけでは、保険者の側も納得感に欠けると思われる。

例えば、m1とm2の差が拡大している要因は、保険者1と保険者2の医療費抑制努力の差なのか、あるいは、保険者の努力ではいかんともしがたい年齢構成の差によるものなのかは明らかにされなければならない。仮に、保険者2における前期高齢者の年齢構成が保険者1に比べて高ければ、前期高齢者一人当たりの医療費が高くなることは半ば必然であり、しかも、保険給付割合が69歳以下では7割であるのに対し70歳以上は8割であるため、一人当たり医療給付費となると差は一段と大きくなる。65～69歳と70歳～74歳とでは、医療費に13万円、給付費に14.1万円の差がある（図表13）。

（図表13）年齢階級別一人当たり医療費と給付費



（資料）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況～」より日本総合研究所作成

アカウントビリティーの確保にとどまらず、制度設計の見直しも視野に入る。努力による差・努力ではいかんともしがたい差を一緒に補正係数で補正してしまう現行の仕組みには改善の余地がある。国保に目を転じれば、近年、より緻密な制度へ改められており、前期高齢者の財政調整の在り方を見直すうえでヒントになる。国保では、2018年度から年齢リスク構造調整を導入し（唐澤 [2015]）、市町村ごと加入者一人当たり医療費の差を保険者の努力による部分と努力ではいかんともしがたい部分に分け、財政運営に活かしている。努力による部分は、保険料に反映させ、努力ではいかんともしがたい部分は反映させていない。

(注8) ただし、被用者保険グループ内における〈前期高齢者に係る後期高齢者支援金〉においては、保険者の収入の多寡が関係している。後期高齢者支援金が総報酬割となっているためである。もっとも、その妥当性については疑問があり、本章3節で論じる。

(注9) 2004年の年金改正で導入されたマクロ経済スライドが当時の想定通り機能していれば、2019年度の所得代替率は51.6%まで低下しているはずであった。ところが、マクロ経済スライドは想定通り機能せず、年金給付水準は本文に記載の通り高止まりしている。それは、年金財政にとって想定外の支出増であり、持続可能性を脅かしている。他方、国保財政においては、年金給付水準の高止まりは前期高齢者の保険料負担能力の底上げにつながり、国保の前期高齢者の収支における余剰発生に寄与、その余剰が非前期高齢者を助ける結果になっていると見ることができる。

(注10) 公費が効率的に用いられているのか否か、もはや検証困難である。

(注11) 本件が議題となった第81回社会保障審議会医療保険部会（2014年10月6日）では、事務局である厚生労働省から別案も提示されている。もっとも、十分に議論が尽くされたようには見受けられない。

(注12) 補正係数について論じているものは野々下 [2014] 以外見当たらない。本節も野々下 [2014] に大きく依拠している。

#### 4. 改善に向けたポイント

##### (1) 現行の枠組みを所与とした改善のポイントを考える

わが国の医療保険制度の複雑化は、1981年からの「増税なき財政再建」路線のもと、公費抑制の強い要請を受けた1983年2月の老人保健制度の導入が起点とされる。老人保健制度は現在の後期高齢者医療制度の前身であり、その後、1983年10月の退職者医療制度の導入、2008年4月の前期高齢者の財政調整の導入——と医療保険制度の複雑化の度合いは増し、今日に至っている。東京財団（2012）が端的に言い表しているように「漸増主義的（インクレメンタル）な制度改定を繰り返すことによって、ますますわかりづらい制度となって」きたのである。

老人保健制度導入前の1981年度の医療保険財政は相対的にシンプルで分かりやすいものであった（図表14）。保険料は、加入者の医療保険給付と保健事業（図表13の支出の「その他」に含まれる）のためだけに使われ、保険者間の財政力格差は、現在のようなそれぞれの役割分担があいまいな公費と財政調整の併用ではなく、公費のみで是正が図られていた。

仮に、医療保険制度を40年前の姿に戻すことができるのであれば、前章で掲げた問題点の多くがそもそも存在しない。もっとも、ここまで作り込まれてきたものを元に戻すのも現実味に欠け、大きな改革を成し遂げようとする機運も乏しい。そこで、社会保険の本旨である負担と受益の対応関係重視（よって制度をより複雑にはしない）、および、現役世代の負担抑制の二つを大きな指針として掲げ、現行の

(図表14) 1981年度の医療保険財政

(兆円)

制 度	取 入	保 険 料	公 費			そ の 他	支 出	給 付	そ の 他
			国	地 方					
組合健保	2.6	2.4	0.0	0.0	-	0.2	2.4	2.0	0.3
政府管掌健康保険	4.1	2.8	0.6	0.6	-	0.7	4.0	3.2	0.8
共済組合	1.1	1.1	-	-	-	0.0	1.0	1.0	0.0
国 保	3.9	1.3	2.4	2.2	0.2	0.1	3.7	3.5	0.2
日雇健康保険	0.6	0.0	0.0	0.0	-	0.6	0.6	0.1	0.5
計	12.2	7.6	3.0	2.8	0.2	1.6	11.8	9.9	1.8

(資料) 健康保険組合連合会『社会保障統計年鑑1983年版』、厚生省「国民健康保険事業年報昭和56年度」より日本総合研究所作成

(注) 政府管掌健康保険は協会けんぽの前身。

前期高齢者の財政調整の枠組みを所与としたまま、第3章で指摘した問題点のいくつかを是正していくためのポイントを考察する。

(2) 前期高齢者と非前期高齢者の区分経理

ポイントの一つは、何よりもまず各保険者において前期高齢者と非前期高齢者それぞれの収支を区分経理することであろう。実際、後期高齢者医療制度は47の広域連合ごとに独立した会計があり、国保も退職被保険者とそれ以外の一般被保険者との間では区分経理がなされている（図表15、注13）。退職被保険者とは、国保に加入する64歳以下の被用者OBとその配偶者であり、給付財源は退職被保険者自ら

(図表15) 国民健康保険の経理状況（2008年度の例示）

(億円)

保険料（税）	一般被保険者分	医療給付費分	20,585	総務費			2,002
		後期高齢者支援金分	5,316	保険給付費	一般被保険者分	療養給付費	66,559
		介護納付金分	2,180			療養費	1,088
		一般被保険者分計	28,081			小計	67,647
	退職被保険者等分	医療給付費分	1,670			高額療養費	6,991
		後期高齢者支援金分	439			高額介護合算療養費	-
		介護納付金分	430			移送費	0
		退職被保険者等分計	2,540			出産育児諸費	634
	計		30,621			葬祭諸費	107
国庫支出金	事務費負担金		-			育児諸費	-
	療養給付費等負担金		23,202			その他	21
	高額医療費共同事業負担金		562			計	75,401
	特定健康診査等負担金		101		退職被保険者等分	療養給付費療養費	6,826
	普通調整交付金		5,728			高額療養費	881
	特別調整交付金		1,010			高額介護合算療養費	-
	出産育児一時金補助金		-			移送費	0
	特別対策費補助金		-			小計	7,707
	計		30,603			審査支払手数料	274
療養給付費等交付金			8,810			計	83,382
前期高齢者交付金			24,365	後期高齢者支援金等	後期高齢者支援金		14,254
都道府県支出金	高額医療費共同事業負担金		562		事務費拠出金		2
	特定健康診査等負担金		101		計		14,256
	第一号都道府県調整交付金		4,210	前期高齢者納付金等	前期高齢者納付金		17
	第二号都道府県調整交付金		548		事務費拠出金		2
	広域化等支援基金支出金		16		計		19
	その他		87	老人保健拠出金	医療費拠出金		3,301
連合会支出金			0		事務費拠出金		30
共同事業交付金	高額医療費共同事業交付金		2,253		計		3,331
	保険財政共同安定化事業交付金		11,605	介護納付金			6,114
繰入金	一般会計	保険基盤安定（保険税軽減分）	3,052	共同事業拠出金	高額医療費共同事業拠出金		2,239
	（市町村補助）	保険基盤安定（保険者支援分）	674		保険財政共同安定化事業拠出金		11,603
		基準超過費用	10		その他		1
		職員給与費等	1,780	保健事業費	特定健康診査等事業費		579
		出産育児一時金等	441		保健事業費		251
		財政安定化支援事業	838		健康管理センター事業費		10
		その他	3,671	直診勘定繰出金			42
	直診勘定		2	その他の支出			667
その他の収入			339	小計（単年度支出）			124,496
小計（単年度収入）			124,589	単年度収支差引額			93

(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業状況報告書（事業年報）（平成20年度）」B表集計表より抜粋  
(注) 療養給付費等交付金は退職者拠出金の交付金を受ける際の名称。

の保険料と被用者保険からの財政支援（退職者拠出金）のみで賄われている（図表1も参照）。国保の経理状況をみると、一般被保険者と退職被保険者それぞれの保険料、給付などが把握できる。

前期高齢者と非前期高齢者の収支を区分することによってはじめて前期高齢者の財政調整における過剰な納付金などの実態がつまびらかになり、例えば、前期高齢者納付金に上限を設けるなど、議論の展開の道が開ける。

### (3) 前期高齢者の負担適正化

ポイントの二つ目は、前期高齢者の保険料負担および窓口負担それぞれの適正化である。

まず、保険料負担については、被用者保険と国保とに分けて検討する必要がある。国民皆年金制度のもと、被用者保険に加入している前期高齢者のほぼ全員が給与のほかに公的年金を受給しているはずである。平均的な厚生年金受給者の場合、公的年金給付額は年間186万円程度になる。

組合健保加入者一人当たり総報酬の平均は563万円、前期高齢者について5歳階級でみると65～69歳、70～74歳はそれぞれ平均比146万円少ない416万円、同じく168万円少ない395万円である（図表16）。このように、前期高齢者の総報酬は平均より低いものの、年金額を仮に186万円として足し合わせると、65～69歳、70～74歳それぞれ602万円、581万円となる。総報酬の平均を上回る。協会けんぽについては、加入者一人当たり総報酬の平均は392万円と組合健保の85%程度の水準であるが、前期高齢者の総報酬は平均とそれほど差はない。

現在、被用者保険に加入している前期高齢者は、総報酬のみに保険料がかかっているが、そうではなく、総報酬+公的年金に保険料をかけるように改めた方が合理的であると考え。租税三原則の言葉を借れば水平的公平に適う。その分、保険料率を引き下げることができ、恩恵は64歳以下の層にも及ぶ。とくに、被保険者のうち前期高齢者が8.2%を占める協会けんぽにおいては効果が見込める。併せて後期高齢者支援金を被用者保険グループ内で按分する際の総報酬割における報酬も、総報酬額だけでなく、公的年金額を合算するようにする。

(図表16) 組合けんぽと共済組合の一人当たり総報酬の平均

	組合健保		協会けんぽ	
	被保険者 (万人)	一人当たり 総報酬の平均 (万円)	被保険者 (万人)	一人当たり 総報酬の平均 (万円)
総数	1,677	563	2,366	392
うち65～69歳	43	394	134	338
うち70～74歳	17	387	59	329

(資料) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況～」  
「健康保険・船員保険事業年報 平成30年度」より日本総合研究所作成  
(注) 人数は被保険者であり、被保険者に被扶養者を加えた加入者とは異なる。

保険料負担のうち、国保については、公的年金等控除の見直しが不可欠である。国保保険料のうち所得割の計算に用いられる「旧ただし書き所得」における所得の定義は、給与収入、年金収入については、次のようになっている。

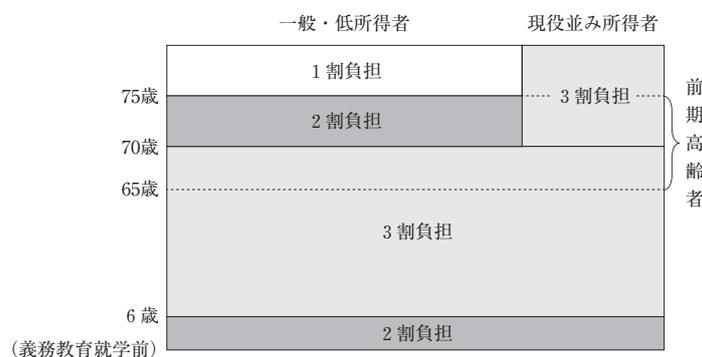
給与収入－給与所得控除－基礎控除

公的年金収入－公的年金等控除－基礎控除

こうした定義のもと、公的年金等控除が給与所得控除に比べ手厚いことから、給与収入と公的年金収入とでは、同じ額であっても、保険料負担に差が生じる。例えば、東京都のある自治体の場合、給与収入200万円の場合の保険料は11.6万円であるのに対し、同額の年金収入の場合の保険料はそれより3.5万円安い8.1万円である（注14）。こうした差は公平ではない。例えば、わが国においてたびたび論じられるように、公的年金等控除を給与所得控除並みとすることにより、給与収入と年金収入との間の保険料負担の差は解消する。

次に、窓口負担である。現在、前期高齢者の窓口負担は、69歳までと70～74歳とで異なっている（図表17）。69歳までは3割、70～74歳は2割（現役並み所得者は3割）となっている。2019年9月にスタートした政府の全世代型社会保障検討会議においては、窓口負担の見直しが中心議題となったが、見直し対象は、後期高齢者に絞られた。もっとも、世代間の公平を考えた際、そもそも年齢で負担割合に差を設けることには疑義があり、かつ、現役世代の負担軽減という観点からは、70～74歳の窓口負担も含め議論されるべきであったろう。

（図表17）医療費の窓口負担



（資料）厚生労働省HPより日本総合研究所作成

（注）6歳（義務教育就学前）は2割負担、それ以上の子どもは3割負担だが、すべての地方自治体において子どもを対象とした医療費助成が行われており（厚生労働省「平成29年度乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」）、実際の自己負担は原則より軽減されている。

#### （4）前期高齢者の定義再考

ポイントの三つ目は、65～74歳まで10歳の年齢層を一括りに前期高齢者とする現行定義の再考である。65～69歳と70～74歳とでは、一人当たり医療費に13万円の差があることはすでに述べた通りであり（図表13）、こうした差を捨象してしまう現行定義はラフな印象がある。実際、第3章4節で紹介した2018年度からの国保財政運営においては、5歳刻みの一人当たり医療費のデータが用いられている。

就労面においても、65～69歳、70～74歳の労働力率（男性）は、それぞれ59.5%、41.1%と18.4%の差がある（注15）。2021年4月、改正高齢者雇用安定法が施行され70歳までの雇用確保が努力義務ながら事業主に課されるようになったこともあり、65～69歳の労働力率についてはさらに上昇していくこと

も予想される。

このような実態を踏まえれば、医療保険制度においても65～74歳を前期高齢者と一括りにするのではなく、高齢者雇用の進捗なども見極めつつ、例えば69歳までは支える側に位置付けるなど、定義を見直していく必要があるだろう。

(注13) 2008年度に前期高齢者の財政調整制度が導入されたことに伴い、退職者医療制度は廃止されることとなったものの、対象年齢をそれまでの74歳以下から64歳以下に狭めたうえで、経過措置的に残されている。

(注14) 東京都練馬区の場合。いずれも単身世帯を想定。

(注15) 総務省「労働力調査2019年度」基本集計第I-2表

## 5. おわりに

2020年12月14日に公表された全世代型社会保障検討会議の報告書を受け、年収200万円以上の後期高齢者が医療機関で支払う窓口負担割合が1割から2割に引き上げられることとなった。このことは、政治が国民受けの悪い政策から目を背けることなく、向き合ったという点で評価される。もっとも、それによる後期高齢者支援金の抑制規模は830億円（2025年度）と試算されており、被用者保険の拠出する支援金等に照らせば、あまりにも小さな規模にとどまっている。

現在、コロナ禍の収束に向け政策資源を重点的に注ぎ込まなければならない状況にあり、それ以外の政策課題への関心が後退している感がある。もっとも、被用者保険関係5団体のいう「高齢者医療の負担構造改革」の必要性がなくなったわけではない。経済活動の長期停滞によって現役世代の負担能力の低下も見込まれるなか、むしろ必要性は増している。全世代型社会保障検討会議の報告書にとどまることなく、本格的な議論へ歩を進めることが強く期待されている。

(2021. 3. 23)

## 参考文献

- [1] 栄畑潤 [2007].『医療保険の構造改革』法研
- [2] 唐澤剛 [2015].「インタビュー 国保制度は50年ぶりの抜本的改革 リスク構造調整の導入は画期的」社会保険旬報 No.2612 2015.8.11 p.6-13
- [3] 健康保険組合連合会 [2014].「国民健康保険の財政構造と機能分析に関する調査研究」
- [4] 全世代型社会保障検討会議 [2020].「全世代型社会保障改革の方針」2020年12月14日
- [5] 東京財団 [2012].「医療・介護制度改革の基本的な考え方～真の国民的議論を実現するために～」
- [6] 西沢和彦 [2020].『医療保険制度の再構築 失われつつある〈社会保険としての機能〉を取り戻す』慶応義塾大学出版会
- [7] 野々下勝行 [2013].「加入率調整・保険料の保険者帰属の問題点」健康保険2013.4、p.68-72
- [8] 野々下勝行 [2014].「後期高齢者支援金・総報酬割導入に伴う補正係数の問題」健康保険2014.2 p.64-67