

《税・社会保障改革シリーズ No.33》

2018年1月4日

No.2017-030

## 医療・介護に係る高齢者の負担引き上げの 評価と課題

調査部 主任研究員 飛田英子

### 《要 点》

- ◆ 医療・介護に係る高齢者の負担の引き上げが進行中。この背景には、保険財政の悪化と負担の世代間格差が深刻化するもとの、制度に対する将来不安が高まっていることが指摘。
- ◆ 2018年に予定されている負担引き上げは、①70歳以上現役並み所得者（年収約370万円以上）の医療自己負担の上限額の引き上げ（8月）、②後期高齢者保険料の一部を公費が肩代わりする特例措置の一部廃止（4月）、③現役並み所得者の介護自己負担の2割から3割への引き上げ、等。これにより、現役並み所得者の自己負担の上限額が現役世代と足並みを揃えたとともに、後期高齢者の保険料負担の適正化が進むことに。
- ◆ もっとも、今回の内容では、保険財政の悪化に歯止めをかけることも、世代間格差を是正することも期待薄。これは、負担引き上げによる給付費抑制効果が医療で950億円程度、介護で最大450億円と、給付費全体（医療約40兆円、介護約10兆円）の0.2～0.5%に過ぎないことに加えて、高齢者を主な利用者とする医療と介護の財源の大半を負担するのは現役世代という構図に何ら変わりがないため。
- ◆ 医療・介護保険制度の持続可能性を確保するには、給付費の大胆な抑制と世代間公平の視点が不可欠。そのためには、必要性や費用対効果の観点から給付内容を真に必要なサービスに絞り込むとともに、保険料や自己負担、サービス利用において高齢者と現役世代を共通のルールで扱うという、エイジレスな制度に医療・介護制度を再構築する必要。さらに、今後、自助への依存を強めざるを得ないことを踏まえると、自助精神の育成・定着に向けた環境整備も重要に。

**本件に関するご照会は、調査部・研究員・飛田英子宛にお願いいたします。**

**Tel: 03-6833-1620**

**Mail: [tobita.eiko@jri.co.jp](mailto:tobita.eiko@jri.co.jp)**

本資料は、情報提供を目的に作成されたものであり、何らかの取引を誘引することを目的としたものではありません。本資料は、作成日時点で弊社が一般に信頼出来ると思われる資料に基づいて作成されたものですが、情報の正確性・完全性を保証するものではありません。また、情報の内容は、経済情勢等の変化により変更されることがありますので、ご了承ください。

## 1. はじめに

医療・介護に係る高齢者の負担の引き上げが進んでいる。2014年度から医療で70～74歳の自己負担が1割から2割に段階的に引き上げられたのに続き<sup>1</sup>、2015年8月には介護で一定以上所得者の自己負担が1割から2割に引き上げられた。今後も自己負担や保険料負担の引き上げが予定されている。

この背景には、社会保障財政の悪化と負担の世代間格差が深刻化するもとの、制度に対する将来不安が高まっていることがある。特に、医療・介護保険制度は、支出の伸びに歯止めをかけるマクロ経済スライドがビルトインされている年金と違い、今後も給付費の増加は不可避である。その主な受給者は高齢者であり、彼らの自己負担と保険料負担は現役世代からの支援のもとで低く抑えられている。高齢者にも応分の負担を求めることで、給付の抑制を図ると同時に、負担の世代間格差を是正し、医療・介護保険制度の持続可能性を高める狙いがあるといえよう。

そこで、本稿では、医療と介護の分野で今後予定されている負担引き上げの内容を整理し、評価するとともに、今後の課題を検討する。

## 2. 今後予定されている負担引き上げ案

今後予定されている負担引き上げ案を医療と介護に分けてみると、以下の通りである。

### (1) 医療

医療では、70歳以上の自己負担と75歳以上の保険料が引き上げられる予定である。

#### イ) 70歳以上の自己負担

70歳以上の自己負担では、一定以上所得者を対象に高額療養費制度と高額介護合算療養費制度の上限が引き上げられる。ここで、高額療養費制度とは、医療に係る自己負担が一定額を超えた場合、超過分が還付される制度である。また、高額介護合算療養費制度とは、医療と介護の両方から給付を受ける世帯を対象に、両者の自己負担の合計が高額な場合、高額療養費制度に加えてさらに負担を軽減する制度である。これらの制度はすべての保険加入者に適用されるが、70歳以上については69歳以下より低い上限が設定されており、自己負担が軽くなる配慮がなされている

具体的には、まず、高額療養費制度では、年収約156万円以上の者の上限が2017年8月に引き上げられたのに続き、

(図表1)高額療養費制度の見直し

区分(年収)	～2017年7月		2017年8月～2018年7月		2018年8月～		＜参考＞69歳以下	
	外来(個人)	限度額 (世帯、注1)	外来(個人)	限度額 (世帯)	外来(個人)	限度額 (世帯)	限度額(世帯)	
約370万円 現役並み 5)	約1160万円～	44,400円	80,100円	57,600円	252,600円+1% <140,100円>	252,600円+1% <140,100円>	252,600円+1% <140,100円>	
	約770 ～1160万円		+1% <44,400円>		+1% <44,400円>		167,400円+1% <93,000円>	167,400円+1% <93,000円>
	約370 ～770万円						80,100円+1% <44,400円>	80,100円+1% <44,400円>
一般 (約156万円～)	12,000円	44,400円	14,000円 (注)	57,600円 <44,400円>	18,000円 (注)	57,600円 <44,400円>	57,600円 <44,400円>	
住民税非課税	8,000円	24,600円	8,000円	24,600円	8,000円	24,600円	35,400円	
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円		15,000円		15,000円	<24,600円>	

(資料)厚生労働省ホームページ「高額療養費制度の見直しについて(見直し概要)」

(注1)年間上限14.4万円。

(注2) >内は過去12ヵ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額。

2018年8月にはさらに引き上げられる(図表1)。これにより、現役並み所得者とされる年収約370万円以上については69歳以上と同じ水準ま

<sup>1</sup> 具体的には、2014年4月2日以降に70歳に達する者の自己負担が2割に引き上げられた。

で引き上げられることになる。

次に、高額介護合算療養費制度では2018年8月以降、年収約770万円以上の者の上限が69歳以下と同レベルに引き上げられる（図表2）。

現役並み所得者の自己負担はすでに現役世代と同じ3割であることを踏まえると、以上により、現役並み所得者については医療に係る自己負担は現役世代と足並みがそろうことになる。

#### ロ) 75歳以上の保険料

後期高齢者医療制度では、75歳に達して一般制度から後期高齢者医療制度に転入する際に保険料が急増しないよう、所得に応じた軽減措置が法律で定められている。加えて、特例的な措置として、低所得者と、それまで一般制度の被扶養者として保険料負担がなかった人（元被扶養者）を対象に、保険料の一部が公費によって肩代わりされている。今回見直されるのは後者の特例措置であり、2017年度から段階的に廃止されることになった。この分、後期高齢者の保険料は引き上げられることになる。

(図表2)高額介護合算療養費制度の見直し

区分(年収)		～2018年7月	2018年8月～	<参考> 69歳以下
約370万円 現役並み 所得	約1160万円～	67万円	212万円	212万円
	約770～1160万円		141万円	141万円
	約370～770万円		67万円	67万円
一般(約156万円～)		56万円	56万円	60万円
住民税非課税		31万円	31万円	34万円
住民税非課税(所得が一定以下)		19万円(注)	19万円(注)	

(資料)厚生労働省ホームページ「高額療養費制度の見直しについて」

(注)介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

後期高齢者の保険料は、①1人当たり定額の均等割、②所得に応じて課される所得割、の2つで構成され、その算定方法は元被扶養者であるか否かによって異なる。そこで、元被扶養者、それ以外の者の各々について保険料の算定方法と保険料引き上げの具体的内容を整理すると、次の通りである（図表3）。

まず、元被扶養者については、現在、保険料は均等割のみで所得割は賦課されない。また、後期高齢者医療制度に転入する前は、一般制度の被扶養者として保険料を免除されてきたことを考慮し、転入後2年間は保険料の5割軽減が法律で定められている。さらに、特例措置として、加入年数に関係なく一律9割が軽減され、実際の負担は均等割部分の1割に抑えられていた。

2017年度から、このうち特例措置の段階的な廃止が始まっている。具体的には、2017年度には軽減割合が一律9割から7割に引き下げられ、元被扶養者は均等割部分の3割を保険料として負担することになった。続いて2018年度には軽減割合が一律5割に、さらに2019年度には転入後3年目以降の者への軽減措置が撤廃される。これにより、2019年度以降、転入後2年間は均等割部分の5割、3年目以降は均等割り部分全額を保険料として負担することになる。

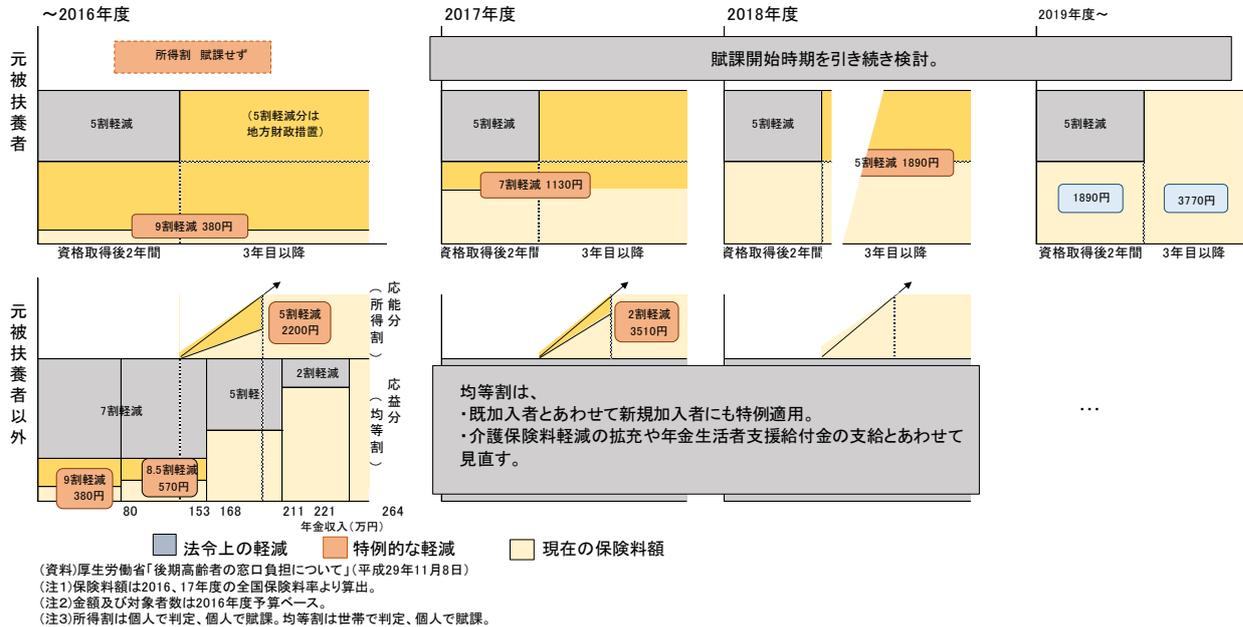
次に、元被扶養者以外の者については、現在、保険料は年金収入153万円以下で均等割のみ、153万円超で均等割と所得割が賦課される<sup>2</sup>。このうち法令上の軽減措置は均等割部分であり、収入に応じて7割から2割が免除される。加えて、特例措置として、7割軽減の者について均等割部分をさらに2割から1.5割（したがって、実際の軽減割合は均等割部分の9割から8.5割）、収入が一定額以下の者について所得割部分の5割を公費が負担していた。

2017年度以降、所得割への特例措置が段階的に廃止される。具体的には、2017年度には軽減割合が5割から2割に、2018年度にはゼロに引き下げられる。なお、均等割への特例については、低所

<sup>2</sup> 均等割は、年金収入は世帯で判定され、個人に対して賦課される。ここでの年金収入額は、夫婦世帯における夫の年金収入の例（妻の年金収入80万円以下の場合）。

得者に配慮して据え置かれ、介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給と併せて見直されることになっている。

(図表 3)後期高齢者保険料の見直し



## (2) 介護

介護では、2018年8月以降、現役世帯並み所得者を対象に、自己負担が2割から3割に引き上げられる予定である。

## 3. 評価

以上みてきた高齢者の負担引き上げは、負担能力がある場合には高齢であっても応分の負担を求めるという意味で、これまで高齢者を一律に経済的・社会的弱者とみなして特別扱いしてきたわが国の医療・介護保険制度が大きく変わりつつあるという点で評価されよう。

しかし、今回の見直しによって医療と介護の給付費が抑えられるとともに、世代間不公平感が緩和され、保険制度の持続可能性が確保されるかといえ、答えは「否」である。この理由は、以下の2点である。

### (1) 自己負担引き上げによる給付費抑制は一時的・限界的

ひとつは、自己負担引き上げによる給付費抑制効果は一時的・限界的なことである。

自己負担は、サービス利用者が給付の対価として実際に支払ういわば価格であると考え、その引き上げは、コスト意識の強化を通じて必要以上の利用を抑制する効果が期待される。また、仮に利用が減少しない場合でも、費用の一部が保険給付から自己負担に置き換えられるので、給付費抑制につながる。

しかし、過去の経験をみると、自己負担引き上げによるサービス利用抑制の効果は一時的である。今回の自己負担引き上げの対象が相対的に経済的余裕のある一定所得者に限定されることを勘案すると、抑制効果はさらに小さいと判断される。

また、給付費の抑制についても、その効果は極めて限定的である。自己負担引き上げによる 2018 年度の給付抑制額は、高額療養費と高額介護合算療養費で 950 億円程度、介護の 3 割負担で最大 450 億円<sup>3</sup>と試算される（日本総合研究所による）。医療と介護の給付費が各々 40 兆円と 10 兆円に迫っていることを考えると、その効果はかなり限定的であると判断せざるを得ない。

## （２）世代間不公平の解消には程遠い

もうひとつは、今回の内容では世代間不公平感の解消に程遠いことである。

今回の見直しにより、現役並み所得を有する高齢者の自己負担は現役世代と同じになる。しかし、その対象は高齢者全体の 1 割にも満たない。

また、75 歳以上の元被扶養者の保険料が引き上げられても、これはその分公費が減るだけであり、保険財政には何ら影響がなく、現役世代の負担軽減にはつながりにくい（公費の財源である税が節約されるという間接的な意味の軽減にとどまる）。

さらに、1 人当たり医療費は 70 歳以上の年 85 万円に対して 69 歳以下は年 21 万円と約 4 倍の開きがあり、介護サービスの利用者は原則 65 歳以上である等、医療・介護サービスの主な利用者は高齢者である。一方、負担面については、主な支え手は現役世代であり、その負担は年々膨らんでいく<sup>4</sup>。高齢者の自己負担を多少引き上げたところで、高齢者を中心に膨らむ給付の財源を現役世代が拠出する姿には何ら変わりはなく、世代間不公平感は緩和されるどころか、将来的にはむしろさらに強まる可能性は否定できない。

## 4. 今後の課題

では、医療・介護保険制度の持続可能性を高めるために必要な視点や取り組みは何か。具体的には、以下の 3 点が指摘される。

### （１）給付内容の厳格化

第 1 は、給付内容の厳格化である。

これまで、わが国では自己負担の引き上げを中心に医療と介護の給付費の抑制が図られてきたが、この効果には限界がある（2020 年度に医療と介護に係る高齢者の自己負担を 3 割に引き上げ、同時に高額療養費制度や高額介護サービス費制度等を廃止した場合の保険料負担については、補論を参照されたい）。給付費を大胆に削減し、保険料負担の持続可能性を確保するためには、現在のサービスの内容や利用実態を必要性や費用対効果等の観点から徹底的に精査し、真に必要なものに給付対象を絞ることで、費用そのものが膨らみにくい体質に構造変革する必要がある。

具体的には、まず、医療ではいわゆる「**かかりつけ医**」制度の導入が挙げられる。初診を特定の医師（かかりつけ医）に制限すると同時に、必要に応じて専門医や病院に橋渡しすることで、過剰受診や重複検査を抑えることが期待される。

また、風邪薬や湿布をはじめ **OTC 医薬品**（医師の処方なしに薬局で購入できる薬剤）で代替可能

<sup>3</sup> 単純に自己負担が 2 割から 3 割に増えた場合。ただし、自己負担に上限を設ける「高額介護サービス費制度」があるので、実際の給付費抑制額はこれより小さいと判断される。

<sup>4</sup> 大企業サラリーマンの健康保険である組合管掌健康保険でみると、医療の保険料率は、後期高齢者医療制度創設時の 2008 年度の 7.38%から 2017 年度には 9.168%、介護納付金に係る保険料率は 1.061%から 1.465%に上昇する見込みであり、医療保険料の約半分は 65 歳以上高齢者への支援である。



な薬剤の自己負担を引き上げる等、治療の重要性や必要性に応じて自己負担を複数段階設定することも考えられる。

さらに、介護では、軽度者に対するサービスのあり方が指摘される。炊事や掃除等の生活支援が介護保険の趣旨からして適切か、介護予防サービスは市町村が実施する保健事業で代替可能ではないか等、ゼロベースで見直すことが求められる。

## (2) エイジレス化

第2は、制度のエイジレス化である。

受益や負担に世代間不公平感が生じる最大の要因は、制度に「年齢」という要素が織り込まれていることにある。医療では75歳を対象とする独立した制度が存在し、自己負担は現役世代の3割に対して70～74歳は原則2割、75歳以上が原則1割である。また、介護では、被保険者が40歳以上でありつつ、給付対象は原則65歳以上である。

そもそも「保険」とは、加入者間でリスクをシェアする仕組みであり、医療保険は病気に罹るリスク、介護保険は要介護状態になるリスクを加入者で分かち合う制度である。一般に高齢になるほど罹患率や要介護発生率は高くなるが、そうした年齢によって発生確率が異なるリスクを加入者で共有する仕組みがまさしく「保険」ではなかろうか。

このようにみると、年齢によって制度を分けることの意義は、少なくとも保険制度のもとでは見出しにくいといえよう。仮にわが国が医療と介護を保険制度として続けていくのであれば、年齢ではなく職域や地域によって加入する制度が決められるべきであり、したがって保険料負担と給付内容も年齢に関係なく共通の基準で設定されるべきと考える<sup>5</sup>。

## (3) 自助精神の育成・定着に向けた環境整備

第3は、自助精神の育成・定着に向けた環境整備である。

これまでわが国の社会保障制度は、税を財源とする「公助」、保険制度を通じた「共助」を中心に展開されてきたが、少子高齢化や経済の成熟化のもとで公助、共助ともにその役割は縮小せざるを得ず、自身のことは自身で守る「自助」の重要性が高まっている。給付内容の厳格化と制度のエイジレス化が進められる場合、個人の負担、特に高齢者の負担は確実に増えることになり、自助の位置づけはより重くなるであろう。早い段階から自助の精神が国民に定着するような環境を整備する必要がある。

具体的には、政府に対しては、学校教育の段階から自助の必要性を啓蒙する、制度の簡素化・透明化を通じて制度に対する国民の理解を深める、将来の医療や介護に備えた貯蓄に対して税制面で優遇する、等が考えられる。また、国民においても、医療や介護の負担引き上げに反対するだけでなく、建設的な議論ができるように自ら学ぶと同時に、政府に頼るのではなく自身で解決するといった独立心を育成することが求められる。

最後に、医療や介護をはじめとする社会保障制度は、安心・安全な国民生活を営む上での大前提である。政策担当者にとっての至上命題は、政権の維持や奪還、保身のために国民に受けの良い政

<sup>5</sup> 後期高齢者医療制度と介護保険制度の給付財源の大半が公費と現役世代からの支援に依存することを考えると、両制度は「保険」ではなく、むしろ「措置」と捉えることも可能である。仮に措置制度として維持するのであれば、保険制度のもとで保障される「サービスを受ける権利」に何らかの制約を課さざるを得ないであろう。

策を提示し合うのではなく、真に持続可能な社会保障制度を整備することと考える。海外では、年金や医療等の抜本改革は超党派で議論されると聞く。わが国の政策立案プロセスもこれに学ぶべきではなかろうか。

(2018年1月4日)

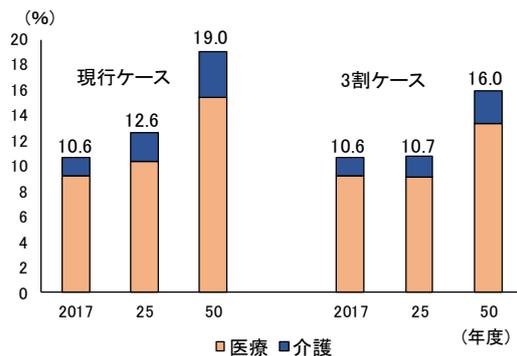
### 補論：医療と介護に係る高齢者の負担を3割に引き上げた場合の保険料負担

2020年度に高齢者の自己負担を3割に引き上げ、同時に高額療養費制度や高額介護サービス費制度等を廃止した場合の医療・介護に係る保険料を、現役世代と75歳以上について試算してみた<sup>6</sup>。

まず、現役世代（大企業サラリーマンを対象とする組合管掌健康保険の場合。企業負担分を含む）では、医療・介護計の保険料率は、2017年度の10.6%から2025年度には10.7%とほとんど変わらないものの、2050年度には16.0%と大きく上昇する（図表4）。自己負担を引き上げない場合の19.0%に比べれば低いものの、その効果はわずか▲3%ポイントである。

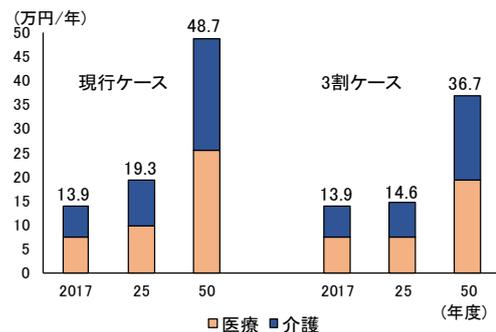
一方、75歳以上では、1人当たり保険料（年額。名目値）は、医療と介護計で2017年度の13.9万円から2025年度には14.6万円と微増にとどまるものの、2050年度には36.7万円に増加する（図表5）。保険料は引き上げ前の48.7万円に比べると大きく減るものの、自己負担が医療と介護で各々42.3万円、30.0万円増えるので、トータルの負担はかえって増えることになる。

(図表4) 現役世代の保険料率の将来推計



(資料)日本総合研究所作成  
 (注1)企業負担分を含む。  
 (注2)3割ケースは、自己負担を3割に引き上げるとともに、高額療養費等の負担上限を廃止した場合。

(図表5) 75歳以上の保険料の将来推計



(資料)日本総合研究所作成  
 (注)3割ケースは、自己負担を3割に引き上げるとともに、高額療養費等の負担上限を廃止した場合。

<sup>6</sup> 前提は、人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の出生中位・死亡中位ケース、賃金上昇率は内閣府「中長期の経済財政に関する試算（平成29年1月25日）」のベースラインケースの1人当たり名目GNIを採用した。また、1人当たり費用の伸び率は、厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）」の2025年度までの医療と介護の伸び率から高齢化要因を除き、医療で年2.6%、介護で年1.9%とした。