

# 保険・年金 フォーカス

## 後期高齢者の医療費負担はどう変わるのか

難航した政府・与党の議論、曲折の末に決着

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1—はじめに

75歳以上の後期高齢者が医療機関で支払う自己負担の見直し論議が決着した。この問題では昨年来、原則1割の自己負担を2割に引き上げる際の所得基準などを巡り、関係団体や政府・与党の調整が難航。最終的に単身で年金収入200万円以上の75歳以上高齢者については、2022年度後半以降、2割負担に引き上げることで決着した。

しかし、実質的には月単位で一定額以下に医療費を抑えられる高額療養費制度で負担は軽減されるため、実質的な意味は乏しい面もある。本稿は制度改革の内容や経緯を見た上で、高齢者医療費の自己負担問題が政治的なシンボルとしての側面を持っている点を指摘し、長く見積もって40年以上に渡る長年の議論に終止符を打つ必要性を強調する。

### 2—制度改革の内容

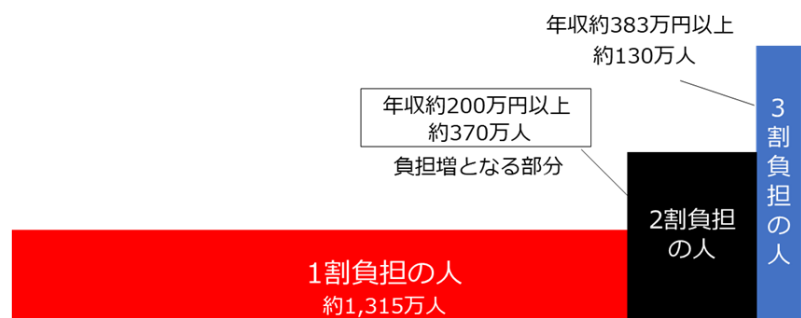
#### 1 | 現行制度との変更点

まず、現行制度と対比させつつ、変更点を見る。まず、75歳以上の後期高齢者が医療機関の窓口で支払う自己負担は原則1割であり、年収383万円以上の現役世代並みの人は3割となっている。こうした仕組みが2022年度後半に変更され、年収200万円以上の人については、窓口で支払う負担が1割から2割に引き上げられる。

人口のボリュームが大きい団塊世代が2022年以降、後期高齢者になるため、現役世代の負担を軽減する観点に立ち、負担能力を有する高齢者の自己負担を引き上げる必要があると判断された。

制度改革のイメージは図1の通りであり、負担増となる人は約370万人と目されている。一方、厚生労働省の試算によると、現役世代の負担は880億円程度、軽減されるという。こうした内容を盛り

図1：後期高齢者の医療費に関する制度改革のイメージ



出典：厚生労働省資料などを基に作成  
注：単身世帯の年金収入ベース。

込んだ関連法案が 2021 年の通常国会に提出される予定だ。

## 2 | 後期高齢者医療制度の仕組み

では、高齢者の自己負担が増えると、なぜ現役世代の負担が減るのだろうか。この構造を理解する上では、後期高齢者医療制度の仕組みを踏まえる必要がある。2008 年度にスタートした後期高齢者医療制度の財源構成（自己負担を除く）については、国・自治体の税金が 50%、保険料が 50%という割合となっている。このうち、保険料の部分に関しては、75 歳以上の高齢者が支払う保険料が約 10%、残りの約 40%が「後期高齢者医療制度支援金」として 74 歳以下の国民に課せられており、74 歳以下の国民は加入する公的医療保険の保険者（保険制度を運営する主体）を通じて、医療保険料に上乗せする形で支援金を支払っている。

しかし、後期高齢者の自己負担割合が低く、その代わりに負担が現役世代、ひいては赤字国債の発行を通じて将来世代に回っている。例えば、実効給付率、つまり公的医療保険でカバーされる実質的な負担割合を見ると、2017 年度時点で全国民ベースは 85.0%、実質的な自己負担は 15.0%である。これに対し、後期高齢者の実効給付率は 92.0%、実質的な自己負担は 8.0%に過ぎず、事実上の世代間での所得再分配となっている。

そこで、後期高齢者の自己負担を増やす（つまり実行給付率を引き下げる）と、その分だけ支援金の拠出が減り、現役世代の負担を軽減できるわけだ。実際、政府の全世代型社会保障検討会議（以下、全世代型会議）は 2019 年末の中間報告で、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「現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する」とし、所得の高い人に関しては、自己負担割合の引き上げを求めている。

ただ、全世代型会議の中間報告は所得基準などを定めておらず、詳細は社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）などの議論に委ねられていた。以下、決着までの調整プロセスを考察する。

## 3——決着までのプロセス<sup>1</sup>

### 1 | 結論を先送りしていた昨年末の議論

75 歳以上の高齢者であっても、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、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる制度を構築する——。当時の安倍首相は 2019 年 12 月 19 日の全世代型会議で、このように述べた。

ただ、この時点で調整の難しさは予想されていた。例えば、上記の発言に先立って公表された自民党の「人生 100 年時代戦略本部」（以下、戦略本部）の報告書では、負担引き上げの方針を示したが、「2 割」の文字を明記していなかった。さらに、ほぼ同じ時期に公明党も負担引き上げに慎重であるべきとする要望書を公表していた。つまり、安倍氏の意向で引き上げの方針が決まったが、2 割負担の対象者数や所得基準の線引きが決まっておらず、与党内でも温度差が見られた。

<sup>1</sup> 煩雑さを避けるため、発言や調整のプロセスに関する引用は最小限にとどめるが、首相官邸や財務省、厚生労働省、自民党、公明党のホームページ、全世代型社会保障検討会議と医療保険部会の議事録を参照。メディアは『朝日新聞』『産経新聞』『日本経済新聞』『毎日新聞』『読売新聞』『共同通信』『週刊社会保障』『m3.com』の掲載・配信記事を参照。大意が変わらない範囲で、一部の発言を修正・省略した。

その後、制度設計を詰める議論が委ねられた社会保障審議会医療保険部会でも、意見対立が見られた。例えば、負担の軽減を図りたい健康保険組合連合会（以下、健保連）は2020年1月31日の会合で、「2割負担の対象範囲については、現役世代の負担軽減が目に見える形で設定すべきだ」と主張したが、受診抑制などを警戒する日本医師会（以下、日医）は「原則2割となると、（筆者注：高齢者は）貯蓄とか、費用を節約しなければならない。このような話になると、政治問題になる」と反対した。

さらに、2月27日の会合でも、健保連が「高額療養費制度には自己負担限度額があるため、必ずしも（筆者注：全員の）負担額が2倍になるわけではない」と述べたところ、日医は「受診抑制が起き、寝たきりの期間が長引くだけで大きな費用が掛かる」と反論した。

その後、新型コロナウイルスの感染拡大を受けて、議論が中断。2019年12月の中間報告で見込んでいた「2020年夏に結論→2020年秋の臨時国会に法案提出」というスケジュールは変更を余儀なくされ、年末までに結論を出す運びとなった。

この間、日医会長が交代したほか、8月の安倍氏退陣、9月の菅義偉内閣発足という政治変動が起きたが、菅首相は10月26日の所信表明演説で、「これまでの方針に基づいて、高齢者医療の見直しを進める」と言明。田村憲久厚生労働相も就任直後の9月17日、「少子化で人口構成が変わっており、一定の負担能力のある人には高齢者も含めて（筆者注：負担を）お願いしていかなければならない」と語るなど、2割負担導入の既定路線に変更は見られなかった。

## 2 | 厚生労働省が5つの選択肢を提示

攻防は11月頃から再び激しさを増した。まず、厚生労働省が11月12日の医療保険部会で、負担割合を1割から2割に引き上げた場合の試算を公表した。その際、厚生労働省は1割負担となっている後期高齢者のうち、高額療養費の「一般区分」に該当する年収383万円未満の後期高齢者の自己負担を2割に引き上げた場合、機械的な試算として後期高齢者の1人当たり平均負担額が8万1,000円から11万5,000円に増える可能性があるとした。

だが、日医は「75歳以上の安心を妨げる」と反論した。日医の考え方は前日の記者会見で示されており、中川俊男会長は介護保険制度で3割負担となっている年収340万円程度を着地点とするよう求めていたが、2割負担の対象者を広く設定するよう求める健保連との隔たりは依然として大きかった。

表1：後期高齢者の自己負担引き上げに向けて厚生労働省が示した5つの選択肢

選択肢の考え方	本人収入の目安	後期高齢者に占める割合 (現役並みを除く割合)	対象者数	現役世代の負担軽減 上：2022年 下：2025年	政策決定過程での議論
①介護保険2割負担の対象者の割合と同等	240万円以上	上位20% (13%)	約200万人	▲470億円 ▲600億円	公明党が主張
②現行2割負担である70～74歳の平均収入額（約218万円）を上回る水準	220万円以上	上位25% (18%)	約285万人	▲670億円 ▲840億円	
③平均的な収入で算定した年金額（単身約187万円）を上回る水準	200万円以上	上位30% (23%)	約370万人	▲880億円 ▲1,100億円	最終決着案
④本人に課税の対象となる所得がある水準	170万円以上	上位38% (31%)	約520万人	▲1,220億円 ▲1,540億円	菅首相が主張
⑤本人に住民税の負担能力があると判断される水準	155万円以上	上位44% (37%)	約605万人	▲1,430億円 ▲1,800億円	

出典：厚生労働省資料などを基に作成  
注：本人収入の目安は単身、年金収入ベース。

こうした中、厚生労働省は11月19日の医療保険部会で、表1の選択肢を示した。具体的には、①上位20%、収入240万円以上の約200万人、②上位25%、収入220万円以上の約285万人、③上位30%、収入200万円以上の約370万人、④上位38%、収入170万円以上の約520万人、⑤上位44%、収入155万円以上の約605万人——という5つの選択肢であり、①は介護保険の2割負担対象者と同等、③は平均的な収入と説明され、健保連は2割負担を基本とする考えを重ねて強調。これに対し、日医が改めて慎重な姿勢を示し、意見対立が続いた。

11月24日に開催された全世代型会議では、ヒアリングに参加した日医の中川会長が「感染症で受診控えが懸念される中、さらなる受診控えを生じさせかねない」「対象は限定的にするべきだ」と主張したが、委員の間では最も対象者の多い⑤の選択肢を支持する声相次いだ。このほか、財政制度等審議会（財務相の諮問機関）は11月25日の建議（意見書）で、2割負担の範囲を広く設定するよう求めるとともに、施行時期を2022年度の早い時期に設定するよう求めた。

### 3 | 政府・与党での調整

政府・与党レベルの調整も本格化した。11月9日に開催された自民党の戦略本部では「原則2割負担は言い過ぎ」「コロナ禍で一度、立ち止まって議論すべき」などと負担増について慎重な意見が相次いだ。自民党の社会保障制度調査会医療委員会が11月26日に取りまとめた提言でも、最も対象者が少ない①の線で所得基準を設定するよう求めた。衆議院議員の任期満了が2021年10月に迫る中、1年以内に実施される次期衆院選、あるいは来夏に控える東京都議選への配慮があったと思われる。

一方、自民党有志議員で作る「国民皆保険を守る国会議員連盟」が同日、低所得者を除く2割への引き上げを促したほか、11月24日の財政再建推進本部報告書は「能力に応じた負担」への転換を促すなど、同党内にも負担増を是認する動きも見られた。こうした中、戦略本部は12月1日、自己負担引き上げを促す提言をまとめたが、議員の間で意見が割れたことで、所得基準を示すに至らなかった。

自民党よりも慎重な姿勢を示したのは公明党だった。山口那津男代表は1日の記者会見で、「新型コロナウイルスの感染拡大で状況の変化は極めて大きい」として結論の先送りを求めた。その後、政府が④の選択肢、つまり対象者が2番目に多い170万円以上の線で調整していることを知らされると、公明党の竹内譲政調会長は3日、最も対象者の少ない①の案を示すとともに、負担増のタイミングを2022年度の早い時期ではなく、同年10月とする考えを示した。

ただ、政府と公明党の隔たりは大きかったため、4日の全世代型会議は開催が見送られたほか、8日の閣議決定も後ろ倒しとなり、両党の政調会長、幹事長も交えた調整が連日のように続いた<sup>2</sup>。その間、山口代表が「必ずしもかたくなにこだわっているわけではない」と述べた一方、現役世代の負担軽減を重視する菅首相の「譲歩しない」という発言が伝わるなど、両党の間で軋みが見られた。

結局、9日に菅首相、山口代表のトップ会談が開かれ、菅首相が「200万円以上」とする妥協案を示し、山口代表が了承。実施時期は公明党の主張に配慮し、参院選後の2022年10月以降で決着した。さらに、急激な変動を抑える外来負担の経過措置として、厚生労働省は2割負担の上限を2年間、4,500円に抑える案を示していたが、こちらも公明党の意見を受け入れる形で、「施行後3年間、負担

<sup>2</sup> このほか、待機児童対策の財源対策として高所得者向け児童手当の減額も論点となった。

増を最大でも 3,000 円に収まるような措置」とすることが決まった。こうした方針が 14 日の全世代会議で最終報告として盛り込まれ、15 日に閣議決定された。

では、今回の決着について、どのような意義付けが可能だろうか。以下、「現役世代の負担軽減」「年齢だけに着目した不合理なシステムの部分修正」という点で考察する。

## 4——今回の意義付け

### 1 | 現役世代の負担軽減

今回の決着は言わば痛み分けである。現役世代の負担軽減にこだわる菅首相が④の 170 万円以上にこだわったのに対し、①の 240 万円以上を掲げる公明党との意見の隔たりが大きかったため、調整が難航した。最終的に、③の「200 万円以上」の案で決着したことで、政府としては、現役世代の負担権限という「実」を得た一方、公明党も「平均的な収入で 40 年間働いた社員が受け取る年金額（単身 187 万円）を上回る水準」に設定できたため、メンツを保てたと言える。

ただ、現役世代から見ると、妥協の末に負担軽減額が小さくなったのも事実である。1 年以内に迫る次期衆院選、来夏に控えた東京都議選に向けた配慮、さらにコロナ禍の影響を受けている医療機関への経営に対する配慮があったことは間違いない。

### 2 | 年齢だけに着目した不合理なシステムの部分修正

一方、年齢だけに着目した不合理なシステムの部分修正というプラス面も指摘できる。人間は加齢に伴って医療サービスを多く使うことは避けられないが、全世代型会議の中間報告で述べていた通り、高齢者と言っても生活や所得は様々であり、年齢で一律に区切る意味を感じない<sup>3</sup>。

しかも、既に引用した健保連の発言に見られる通り、高額療養費で自己負担を抑えられる分、医療ニーズが高い人に対する配慮は一定程度、担保できることを考えると、年齢で区切るシステムは合理性を持たない。このため、今回の制度改正は不合理なシステムの部分的な修正と位置付けられる。

しかし、あくまでも「部分修正」である。むしろ、自己負担引き上げは政治問題になりやすく、「政治的なシンボル」としての側面が強い。実際、高齢者医療費の自己負担は選挙戦などで争点になりやすく、過去には政治的な思惑に左右されて来た。

元々、年齢に着目した自己負担の軽減は 1973 年の老人医療無料化に遡る。この時、政府は 70 歳以上の医療費をゼロとしたが、無料化を決断した佐藤栄作内閣としては、福祉の充実を迫る野党や革新自治体の攻勢、世論に配慮する意味合いがあった。例えば、当時の国会会議録では 37 都道府県、6 政令市で同種の施策が実施されているとして、「飛躍的拡充どころか、これまでの施策の立ちおくれを追認したに過ぎない」という政府批判の発言が残されている<sup>4</sup>。

実際、当時は年金制度が成熟しておらず、給付額も十分とは言えない事情があり、医療費の負担軽減を求める声が強かったのも事実である。例えば、内田常雄厚相の発案で、1970 年 9 月に開催された

<sup>3</sup> ここでは詳しく触れないが、環境や所得が健康状態を左右するという健康の社会的決定要因（(Social Determinants of Health)）という考え方に立てば、逆に不健康になるリスクが高い低所得者に対しては、年齢とは無関係に医療サービスへのアクセス改善を図る必要がある。健康の社会的決定要因については、近藤克則（2017）『健康格差社会への処方箋』医学書院などを参照。

<sup>4</sup> 第 68 回国会会議録 1972 年 2 月 2 日参議院本会議における二宮文造参院議員の発言。

「豊かな老後のための国民会議」の報告書では「老人医療費は全額公費で負担すべきだ」といった意見が取りまとめられている<sup>5</sup>。しかも、会議にはメディア関係者、経済界、労働界、日医、有識者などが数多く参加しており、特定の偏った意見を拾った形跡は見受けられない。つまり、今でこそ老人医療費無料化は「田中角栄内閣で実施された『バラマキの象徴』」と見られているが、当時は一定の合理性を有すると見られていた。

しかし、この時の判断は現在も尾を引いている。その後、年金給付額の引き上げが図られた半面、病院が高齢者のサロンと化すなど老人医療費無料化の弊害も浮き彫りとなったにもかかわらず、制度の見直しは遅々として進まなかったためである。具体的には、自民党や日医、健保連との厳しい調整を経て、1983年にスタートした老人保健制度で70歳以上高齢者の自己負担が漸く導入されたが、僅かな定額負担にとどまった。さらに、同じように関係者の利害調整を経て、後期高齢者医療制度の導入を柱とした2008年度の医療制度改革が実施され、現行制度がスタートしたが、導入時点では国民の不評を招き、2007年7月の参院選、2009年8月の総選挙で自民党が敗北する一因となった<sup>6</sup>。つまり、高齢者医療費の負担引き上げは選挙戦などで争点化しやすく、政治家の関心も高い。

言い換えると、高額療養費で自己負担を抑制できる点を考えれば、実質的な意味合いが少ないにもかかわらず、政治的なシンボル性が強いいため、半世紀前の政策の軌道修正が今もなお続いている形だ。

## 5—おわりに

全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」の考え方は、今後とも社会保障改革の基本であるべきである。(略) 持続可能な社会保障制度の確立を図るため、総合的な検討を進め、更なる改革を推進する——。12月15日に閣議決定された全世代型会議の最終報告は末尾で、今後の方針を示した。

ただ、報告書は僅かに7ページ(本文は5ページ)に過ぎず、理念や哲学、今後の工程表が示されたとは言い難い。しかも、赤字国債で社会保障費を賄っている現状、あるいは新型コロナウイルスによる財政赤字の一層の拡大、コロナ禍が浮き彫りにした経済格差の問題などを踏まえると、社会保障改革の必要性は増している。

例えば、安定的な税財源の確保に加えて、地域医療構想など医療提供体制改革<sup>7</sup>、介護保険制度の改革<sup>8</sup>、非正規雇用者への配慮<sup>9</sup>などへの対応が求められている。むしろ、過去の経緯を踏まえると、自己負担の引き上げは遅きに失した印象もあり、一刻も早く自己負担論議の問題に終止符を打ち、これらの多くの懸案について、解決の道筋を模索する必要がある。

<sup>5</sup> 豊かな老後のための国民会議委員会が1971年1月に編集・発行した「豊かな老後のために 国民会議報告書」。

<sup>6</sup> ここでは詳しく触れないが、70～74歳の自己負担を巡る議論も錯綜した。2007年7月の参院選で自民党が大敗を喫し、福田康夫政権は2割と定めた法律上の規定を維持したまま、負担割合を1割に軽減することを決めた。これは民主党への政権交代、自民党の政権復帰を挟んでも続いたが、2014年4月以降に70歳に達する高齢者から2割に引き上げられた。

<sup>7</sup> 地域医療構想については、過去の拙稿を参照。2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」(全4回、リンク先は第1回)、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」(全2回、リンク先は第1回)、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2020年5月15日「[新型コロナがもたらす2つの『回帰』現象](#)」。

<sup>8</sup> 介護保険については、2019年7月に全2回で連載した拙稿「[介護保険制度が直面する『2つの不足』](#)」(リンク先は第1回)を参照。

<sup>9</sup> コロナ対策の特例で部分的に認められた非正規雇用者の傷病手当金については、2020年5月13日拙稿「[新型コロナ対策で傷病手当金が国保に広げられた意味を考える](#)」を参照。