

医療ニーズを満たす公正な負担を検討する

佐藤 一光 東京経済大学経済学部教授

2024年度の予算編成の最中に「後期高齢者医療制度の自己負担を増やすということが政府の歳出改革論議の中心となっている」というニュースを目にしてこの特集を組むことを思い立った。

超高齢社会で超少子化が進行している中で、子ども・子育て政策をどう充実していくのか、そして医療・介護のニーズをどのように満たしていくのかが以前にも増して重要な課題になってきている。超高齢社会であっても、われわれの社会は十分な生産力を持っている。情報通信産業やAIの発達でまだまだ生産性は改善されるだろう。そうであれば生産性の向上によって節約された労働力を社会的に無意味なブルシットジョブに振り向けたり、失業者を生み出したりするのは本末転倒である。

厚生労働省の「需要面から見た2040年までの医療・介護従事者数の推計」によれば、2040年には2018年と比較して医療従事者で1.08倍、介護従事者で1.5倍程度増加すると見込まれているが、この推計はかなり抑制的であると考えられる。2022年には介護分野での就業者が前年より1.6%減少したことが「雇用動向調査」から分かっている。経済全体がインフレと賃上げの基調となる中で、低賃金で厳しい労働環境から移動する労働者が増えているようだ。

さとう かずあき

慶應義塾大学経済学研究科修了、博士（経済学）。専門は財政学、環境経済学。慶應義塾大学経済学部助教、内閣府計量分析室、岩手大学人文社会科学部准教授、東京経済大学経済学部准教授を経て、2024年4月より現職。

主著に『環境税の日独比較：財政学から見た租税構造と導入過程』（慶應義塾大学出版会）、「現代貨幣理論の構造と租税論・予算論からの検討」『財政研究』第16巻など。

令和6年度の介護報酬は1.59%のプラス改定となったが、介護職員の処遇改善分は+0.98%にとどまり、それぞれの事業所で実現するかどうかは別として令和6年度ベア+2.5%、令和7年度ベア+2%を見込むとしている。しかし、2022年には3%、2023年には3.7%の物価上昇があったことを考えると、実質的にはマイナスの改定となっており、2023年春闘のベア・定期昇給は平均で3.8%、2024年春闘では5.8%となっていることを鑑みても他産業と比べて処遇が改善するとはいえない状況である。医療の診療報酬においても+0.88%のプラス改定となったが、それぞれの医療機関で実現するかどうかは別として令和6年度ベア+2.5%、令和7年度ベア+2%を見込むというがこれもまた実質的にはマイナスの改定となる。薬価については▲0.97%と相変わらずマイナス改定を続けている。

*

診療報酬のマイナス改定を初めて行ったのはオイルショックの影響で財政状況が悪化していた1981年のことである。このマイナス改定によって医療機関の経営が悪化して医療サービスの質の低下が懸念されたため、それ以降はプラスの改定が行われてきた。しかし介護保険が成立した後の2002年に経済停滞と医療費抑制のためにマイナス改定が行われて以来、医療・介護のニーズを満たしつつ医療・介護費を

抑制するために診療報酬と介護報酬をマイナス改定が行われてきた。マイナス改定を通じて医療・介護従事者の賃金水準を引き下げるとことは、医療・介護ニーズを満たすための財源を医療・介護従事者にのみ課税することで賄っていることと同義である。歳出の増加に対してその単価を引き下げるとことは経済のデフレ化の要因となってきた。

*

現在の高齢化のピークとなる政府の自己負担引き上げの方針についても、価格メカニズムを利用して医療費の抑制を図ろうというよりは、自己負担分によって財源調達を行うという意図の方が強いようである。このことは医療サービスの利用者にのみ課税することと同義で、やはり分配の悪化が懸念される。自己負担の比率に差を設けること自体は不公平な負担の設定であるとしても、財政政策の方向としては受益者負担による市場メカニズムから離れてなるべく無償に近い形で対人社会サービスを提供するべきであろう。すなわち、診療報酬・介護報酬を他の産業のベアを超えることができる水準で改定しつつ、自己負担を引き下げるという方針である。そのような方針を実現するためには社会保険料の引き上げか、公的負担を引き上げて増税するか、公債発行によって賄うという決断をするかである。いずれの場合も利用する経済的資源である医療・介護労働者を対人社会サービスの

生産に投入することになるため、経済的な差異は所得分配の違いのみである。

繰り返しになるが、生産力の観点からすれば医療・介護ニーズを十分に満たすだけの生産力はある。実際の政策においてこれらのニーズを満たせないように医療・介護支出を抑制するのであれば、それは日本における民主主義の作用である。筆者には苦い思い出がある。大学院生の頃に駒村康平先生の研究室で、生活保護の補足率が低いという問題について財政学ではどのようにアプローチするのかを尋ねられたことがある。筆者は自治と民主主義のプロセスによって解決可能であると回答したところ、駒村先生はそれでは現在貧困に苦しんでいる人たちが救われない、と諭された。長期的に見ても、民主主義によって生活保護の補足率が上がっていることは確認されないだろう。残念なことに筆者は一人前の研究者となっても、結局のところ医療・介護のニーズを満たすための公正な負担のあり方を提示し、それを民主主義における議論の俎上に載せることしかできないでいる。

＊

本特集はこのような社会的背景と、やや個人的な背景をもとに企画されている。医療・介護ニーズを満たすためには自己負担による財源調達しか選択肢がないのであろうか。

本特集の高原論文では日本の後期高齢者医療制度をめぐる負担の現状について整理を行い、後期高齢者の資力を公正に把握した負担構造となっていないことを指摘する。高原論文では金融所得を含めて所得を細くした上で、窓口負担の引き上げ、保険料率の引き上げ、後期高齢者医療制度を支えるための目的税の創設、後期高齢者の就業の促進といった組み合わせ可能な負担案を提示している。

続く佐藤論文では、日本の社会保険料控除に着目して所得控除と超過累進税率の組み合わせが所得税の累進性を損なっていると批判する。医療・介護費の増大に対して社会保険料率が引き上げられるのであればその公正な負担のためには所得税の累進度を高めることが必要で、給付付税額控除や課税対象一律給付による再分配の強化が必要であるという議論を展開している。

松本論文では日本と同様に医療サービスの供給に際して社会保険方式が採用されているドイツとフランスに着目して、比較検討を行なっている。ドイツでは社会保険料を中心として医療支出財源の確保が行われており公費負担は限定的で自己負担についてもほとんど求められないという。他方で、フランスにおいては事業主が負担する社会保険料を基礎としながらも多くが被雇用者で占められるフランス居住者によって負担される一般社会拠出金と公費の負担も

大きな比率を占めており、日本と同様に30%という高い窓口負担が設定されており、場合によってはより高い自己負担が求められているという。もっとも、フランスではこの高い窓口負担を軽減するために補足的な民間医療保険が準公的に整備されており、人口の95%がカバーされているため実質的な自己負担はほとんどないという。両国では保険料負担にも「連帯原則」によって応能負担を適用していることが特徴的で、低所得への対応、慢性疾患への対応、年齢をどのように考慮するのかという日本における医療負担を考える上での示唆があるとしている。

最後の島村論文ではオランダを事例として社会保険の保険者を民間の保険会社に任せつつ、規制と補助を組み合わせることで無駄な医療支出を防ぐ「効率性」と公正な負担を実現する「連帯」の両立を図っているという。この「規制された競争」という仕組みによって約6%という低い自己負担と、約5%という低

い公的資金を実現している。もっとも社会保険料を中心として財源保障がなされているオランダにおいては、資産を広範囲に細くした所得税と給付付税額控除によって負担の調整もなされており、医療財源の検討に当たって総合的な見地が必要であることを教えてくれる内容となっている。

繰り返しになるが日本の生産力からすれば医療サービスを提供できないということはない。問題はその負担のあり方であり、それを国民が合意できるかどうかである。この巻頭言で「公正」な負担を強調したのは、単に公平であるだけでは充実した医療サービスとエッセンシャルワーカーの低賃金からの転換とを実現するには不足しており、国民の合意が鍵となるからである。駒村先生からの批判には十分に応えられないが、自己負担だけではない財源調達の選択肢を検討する一助となる特集となれば幸いである。■



資力のある高齢者の医療費の負担

高原 正之

前・大正大学社会共生学部教授

はじめに

社会保障の受益が高齢者に集中し、負担がいわゆる現役世代に偏っており、是正が必要であるという議論がある中で、75歳以上の者を主たる被保険者とする後期高齢者医療制度には、強い批判がある。特に、患者の一部負担（窓口負担）を3割とすべきだという意見が多い。その反面、2022年10月から実施された患者の一部負担の割合の引き上げには、後期高齢者からの反発があり、不安の声が上がった。後期高齢者の医療政策については、三つの課題がある。一つは、どの程度の資源を投入すべきかという資源配分の問題である。この多寡は、後期高齢者の健康状態に影響を与える可能性がある。二つ目は、現役世代から後期高齢者世代への所得の再分配をどの程度とすべきかという世

代間の所得再分配の問題である。最後は、後期高齢者内で所得をどのように再分配すべきかという世代内での所得再分配の問題である。これらは、ある意味では分かちがたく結びついている。例えば、現役世代から後期高齢者世代への再分配を減らすために一部負担を一律3割とすれば、患者の行動を変え、資源の投入も減る可能性があり、同時に、後期高齢者内部での分配も変わる可能性がある。

この論文では、現役世代の負担割合を引き下げる必要があること、そのためには資力（負担能力）のある高齢者にこれまで以上の負担を求める必要があることを示し、その際にはどのような方法をとるのが望ましいのか、その方法を議論する。

まず、後期高齢者の受療行動の実態、医療費の実態と人口予測を示し、後期高齢者により大きな負担を求める必要があることを示す。次に、後期高齢者の世帯の状況、後期高齢者の資力の実態を示し、資力のある後期高齢者に負担を求めることができることを明らかにする。そして、後期高齢者医療制度の必要性、概要と財政負担の仕組み、後期高齢者による負担の現状を示す。その上で、負担の方法を選択するにあたっての留意点を示し、最後に、いくつかの選択肢を示す。

後期高齢者の受診行動

医療費は、主に患者が何らかの傷病によって医療機関の診療を受けることによって発生する。後期

たかはら まさゆき

1977年神戸大学経済学部を卒業し、労働省に入省。労働大臣官房政策調査部統計調査第二課長、厚生労働省大臣官房統計情報部企画課長、労働研修所主幹、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構企画啓発部長、大臣官房統計情報部長等を歴任。2012年獨協大学大学院経済学研究科修了（経済学修士）。専門は労働経済学。独立行政法人労働政策研究・研修機構客員研究員等を経て、2024年3月末まで大正大学社会共生学部教授を務める。

著書に『労働経済1,2』障害者職業カウンセラー 厚生労働大臣指定講習テキストⅣ-1（独立行政法人）高齢・障害者雇用支援機構職業リハビリテーション部 2005年）など。

表 国民医療費の推移

	2000 年度	2021 年度	増加率・差
国民医療費（億円）	301,418	450,359	49.4%
一人当たり医療費（円）	237,500	358,800	51.1%
75 歳以上の医療費（億円）	75,531	172,435	128.3%
75 歳以上の一人当たり医療費（円）	838,100	923,400	10.2%
75 歳以上の医療費が全体に占める割合（%）	25.1	38.3	13.2
全人口（千人）	126,926	125,502	-1.1%
75 歳以上人口（千人）	9,013	18,674	107.2%
75 歳以上が全人口に占める割合（%）	7.1	14.8	7.7

出所：厚生労働省『国民医療費』各年版

高齢者はどのような傷病で医療機関を受診しているのだろうか？厚生労働省の「令和2年患者調査」により、外来、入院別に確認しておこう。ここでの傷病の分類は、「疾病、障害及び死因の統計分類」の中間分類項目によっており（ただし、神経系の疾患は大分類）、受療率（10万人当たりの推計受療者数）を示す。なお、複数の傷病がある場合には、主傷病を示している。

外来の受療率は、全体では5,658であるが、75歳以上では11,166と倍に近い。外来で最も受療率が高いのは、「高血圧性疾患」で、受療率は1,555、次が、「脊柱障害」で、1,038である。以下、3位、「歯肉炎及び歯周疾患」の649、4位、「関節症」の528、5位、「歯の補てつ」の496と続く。入院の受療率（歯科診療所を含まない。）は、全体の960に対し、75歳以上は3,568であり、3倍以上である。入院の上位5つは、「脳血管疾患」の446、「神経系の疾患」の418、「骨折」の392、「悪性新生物（腫瘍）」の287、「心疾患（高血圧性のものを除く）」の233となっている。

これらの傷病は加齢と関係が強く、加齢に伴い若年期に比べて医療へのニーズが高まるのは必然といえる。

後期高齢者の医療費の実態と人口予測

厚生労働省の「令和3年度国民医療費」によると、2021年度の国民医療費は45兆359億円で、人口一人当たりでは35万8,800円となっている。どちらも増加傾向をたどっており、2000年度に比べて、約1.5倍である。

この2021年度の国民医療費のうち後期高齢者である75歳以上の者の医療費は17兆2,435億円で、一人当たりでは92万3,400円である。なお、2000年度には7兆5,531億円、一人当たりでは83万8,100円であった。この間に医療費は2.3倍、一人当たり医療費は1.1倍に増加した。国民医療費全体に占める割合は、2000年度は25.1%であったが、2021年度は38.3%を占めている。

75歳以上一人当たり医療費の伸び率が全体のものより低いにもかかわらず、医療費の伸び率が全体の伸び率を上回り、全体に占める割合が高まったのは、人口の増加率が高く、総人口に占める割合が高まったからである。2021年度の75歳以上人口は、1,867万4千人で、総人口に占める割合は14.8%であった。2000年度の75歳以上人口は、901万3千人で、総人口に占める割合は7.1%であったのと比べると、どちらも著しく増加した。（表）

2021年度の75歳以上の医療費の構成は、男

が43.4%、女が56.6%と女の割合が高い。これに対して一人当たり医療費には逆方向の大きな男女差があり、2021年度では、男では101万9,300円、女では86万1,400円であった。この逆転は、女の方が長生きする傾向があるので、人口構成は、男が39.3%、女が60.7%であったためである。高齢者に負担を求める方策を考えるときには、このような状況を考慮する必要がある。

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（令和5年推計）」の「出生中位（死亡中位）」の仮定の下での推計によれば、75歳以上人口は今後も増加していき、2055年に24,791千人のピークに達し、以後減少していく。総人口に占める割合も高まり続ける。2061年から2064年までが25.4%のピークとなり、その後は低下する。

以上のような、高齢者の受療行動、医療費の実態、人口の予測を踏まえると、今後、かなり長期にわたって、後期高齢者の医療費そのものが増加し、国民医療費に占める割合も高まっていくのは確実だと思われる。何もしなければ後期高齢者以外のものの負担は著しく大きくなるので、後期高齢者の負担を増やす必要があると考えられる。

後期高齢者の世帯の状況

後期高齢者がどのような世帯の構成員であるかは、医療、医療費の問題を考えるとき重要である。ここでは、厚生労働省の「2022年国民生活基礎調査」により75歳以上の者がどのような世帯に属しているかを示す。ただし、高齢者のうち社会福祉施設に入居中のものは含まれていない。

最も割合が高いのは、「夫婦のみの世帯」で、28%である。なお、これには夫婦の一方が75歳未満であるものも含まれている。次が、「女の単独世帯」で23%である。「男の単独世帯」、「夫婦と未婚の子のみの世帯」、「三世帯世帯」が9%で並んでいる。なお、「その他の世帯」が12%ある。

これらの世帯全体では、有業者のいないものの割合が47%とほぼ半数である。有業者のいない世帯では、就業による収入によって医療費を支払うこ

とは期待できない。特に、「女の単独世帯」ではこの割合は74%と高い。また、「男の単独世帯」は65%、「夫婦のみの世帯」でも64%と、3分の2に近い高い割合になっている。後期高齢者に負担を求めるときには、このような実態を踏まえる必要がある。

後期高齢者の資力の実態

高齢者世帯の所得と資産を考えてみたい。2022年国民生活基礎調査によると、世帯の平均所得金額は545.7万円だが、世帯主の年齢が75歳以上のものに限ると364.8万円である。世帯主の年齢が29歳以下のものは377.5万円なので、これよりも低いことになる。後期高齢者の世帯の平均年収は低い。また、すべての世帯を年間収入で5分位に分け、5つの階級に、世帯主の年齢が75歳以上である世帯がどのように分布しているかを試算すると、33%は最も所得の低い第1分位に、次に低い第2分位に31%、中央の第3分位に18%が属する。第4分位には10%が、最も高い第5分位には10%が属する。

後期高齢者の世帯は、平均的には所得が少なく、相対的に所得が低い世帯の割合も高いが、所得の高い世帯も存在している。すべての後期高齢者の世帯が低所得であるというわけではない。

貯蓄額には、所得とはかなり違った傾向がある。全世帯の平均では1,368.3万円であるのに対し、世帯主が75歳以上のものの平均は1,508.1万円であり、全世帯のものを上回っている。分布をみると、全世帯では、「貯蓄がない」とするものが11%、3000万円以上のものが12%であるが、世帯主が75歳以上のものでは、貯蓄がない者の割合は12%、3000万円以上が13%と分布では両者に大きな差がない。しかし、75歳以上の世帯の中では、大きな格差がある。金融資産については、平均をとれば現役世代を上回っており、後期高齢者世帯間の格差も大きい。

これを踏まえると、高齢者医療制度を維持するために資力のある後期高齢者、特に大きな資産を持つものにこれまで以上の負担を求めることは可能

であり、より公平な再分配につながると考えられる。

後期高齢者医療制度の必要性、概要と財政負担の仕組み

さて、ここで現在の後期高齢者医療制度の概要を確認しておこう。

後期高齢者医療制度は、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)に基づくものである。

この制度はなぜ必要なのだろうか？日本の医療保険は被用者とその被扶養者をカバーする被用者保険とそれ以外のものをカバーする国民健康保険で構成されている。後期高齢者医療制度がなければ、被用者であった者も多くは高齢になれば退職し、国民健康保険によりカバーされることになる。一般的には、退職した高齢者は所得が低く、医療のニーズは高い。保険料収入は少なく、医療給付は多くなる。被用者保険と比べて国民健康保険の財政は厳しい状況が続くことになる。そこで、75歳以上の者すべてを被保険者とする制度を作り、患者の一部負担を除く医療費を後期高齢者の保険料、公費と被用者保険、国民健康保険の現役世代からの支援金で賄うこととした。これが後期高齢者医療制度である。

後期高齢者医療制度の保険者は、都道府県ごとに置かれている後期高齢者医療広域連合である。これは、都道府県内のすべての市町村が加入する特別地方公共団体である。保険料の決定や医療給付は広域連合が、保険料の徴収は市町村が行う。被保険者は75歳以上の者と65歳から74歳で一定以上の障害の状態にあり、広域連合の認定を受けた者である。

後期高齢者医療制度の保険料は個人単位で賦課される。保険料は所得に応じて負担する所得割と被保険者全員が負担する均等割りからなっている。所得割には上限が設けられている。

受診したときの一部負担割合は、世帯の所得に応じて決定される。原則1割、一部は2割、現役並み所得者は3割である。

一部負担(窓口負担)以外の財源は、後期高齢者が納付する保険料(約1割)、公費(約5割)、現役世代の医療保険料からの支援金(約4割)である。公費は、国4(定率3、調整給付金1)、都道府県1、市町村1の割合で負担する。

後期高齢者による負担の現状

後期高齢者は、一部負担、保険料の納付により、直接、給付費を負担している。これに加えて、間接的には、国、都道府県、市町村に納める税などを通じて給付費を負担していることになる。

資力のある高齢者により大きな負担を求める方法を考えるとき留意しなければならない現行制度の特徴が三つある。

まず、負担の基礎になる所得の範囲が狭いことである。一部負担(窓口負担)割合の決定と保険料の額の算定の基礎は所得とされている。一般論としては、所得を基礎とすることには納得性があるだろう。しかし、この所得は基本的には住民税の課税標準となっている所得であり、源泉徴収で完結する金融所得が含まれていない。具体的には、上場株式を所有していると、その配当を受け取ったり、それを売却したりして利益(譲渡益)を得たりすることがあるが、これらの所得があっても源泉徴収で済ませたときは、住民税算定の基礎には含まれない。また、銀行などの預貯金の利子も同様である。このような金融資産を持ち、そこから所得を得ても、一部負担(窓口負担)割合や保険料の額には反映されないのである。

なお、このように所得の範囲が限定されているのには、実務上の理由がある。個々の世帯の自己負担の割合の判定、個人の保険料の徴収を市町村が行う際には、市町村が持っている情報を基礎にしなければならない。これらの金融資産からの所得のデータを市町村は持っていないので、このようにせざるを得ないのである。

次に、金融資産そのものや土地、家屋、償却資産などの実物資産そのものもこれらの基礎にはなっていない。これらの資産の多寡は、後期高齢者の負

担に反映されないのである。

最後に、国、都道府県、市町村が負担を行う際に、後期高齢者医療の財源となる目的税が存在していないことである。

選択に当たっての留意点

現在の制度を基礎として資力のある高齢者により大きな負担を求めるとすれば、彼らの一部負担（窓口負担）を増やすこと、保険料を引き上げるような方策を考える必要がある。また、現在の制度にはない後期高齢者医療制度のための目的税を新設することも一つの方策である。資力のある後期高齢者に負担を求める趣旨からは、この税の納税義務者は彼らが中心でなければならない。

様々な方策が考えられるが、その際には次のような点に留意しなければならない。

（ア）資力のある高齢者の中にも健康状態がよく医療をあまり必要としない者と、健康状態が悪く医療を多く必要とする者がいて、健康状態の悪いものに過度に負担をかけることには問題があること

（イ）実際に受療したときに負担が増える仕組みをとると、被保険者の受療行動が変わる可能性があり、場合によっては、後期高齢者の健康状態の悪化を招く可能性があること

（ウ）十分な額の財源を確保できることが望ましいが、方策により調達できる財源に差があること

（エ）その財源が地域的に偏在している恐れがあること

（オ）財源が年により大きく変動することもあり得ること

（カ）以上のものとは性質を異にするが、市町村などの行政機関の持つ情報、作業に当たる組織、人員、予算からみて実行可能なものでなければならないという制約があること

具体的な選択肢

ここでは、考え得るいくつかの案とその利点、問題点を検討する。なお、これらの案は排他的ではなく、いくつかを組み合わせることで実施することが可能である。

（ア）一部負担の引き上げ

一部負担の割合を引き上げたり、より高い負担割合を適用する世帯の範囲を広げたりすることにより、一部負担を増やすという案である。また、高額療養費制度の負担の上限額の引き上げという方法もある。さらに、一部負担割合の決定の基礎となる所得に、資力のある高齢者が保有する割合の高い上場株式の配当、譲渡益を加えるという間接的な方策も含まれる。なお、分離課税・源泉徴収の預貯金の利子を加えることも考えられる。

（イ）保険料率の引き上げ

同じ所得に対する保険料率を引き上げることや保険料の限度額の引き上げという直接的方法が考えられる。また、（ア）と同様に、保険料の決定の基礎となる所得の範囲を広げるという間接的な方法もあり得る。

（ウ）後期高齢者医療制度を支えるための目的税の創設

預貯金の利子所得に課税する、所有する土地・家屋に課税するといった案が考えられる。なお、目的税ではないが、公的年金控除の圧縮により、年金収入の多い後期高齢者の税負担を増やすことも考えられる。

（エ）後期高齢者の就業の促進

総務省統計局の労働力調査によると、75歳から79歳の者の就業率は、2013年には13.3%であったが、18年には16.6%に上昇し、23年には20.0%に達している。80歳以上の者でも水準は低いものの上昇傾向にある。厚生労働省の「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」によると、令和4年度において所得のない被保険者

の平均保険料調定額が2万3千円であるのに対して、主な所得が事業収入（農業所得を除く）である者は19万円、給与所得である者は18万円であり、就業による所得の向上は保険料収入の増加につながる。後期高齢者が就業を通じて所得を得れば、制度変更がなくても一部負担割合、保険料、納税額が増えることが期待できる。

終わりに

後期高齢者に公的保険制度を通じて適正な医療を給付することは、国民の厚生にとって不可欠である。後期高齢者が人口の4分の1を超える時代にどのようにしてこれを実現するかを考えるのは、大きなチャレンジである。いたずらに世代間、世代内の対立を招くことなく、広い視野を持って議論することが望まれる。この論文が、そのために役立てば幸いである。■

《文献》

厚生労働省「令和2年患者調査の概況」 厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/kanja.pdf> (2024年3月24日閲覧)

厚生労働省「令和3年度後期高齢者医療制度（後期高齢者医療広域連合）の財政状況について」 厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/content/12403500/001113015.pdf> (2024年2月17日閲覧)

厚生労働省「後期高齢者医療の保険料について」 厚

生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/000882711.pdf> (2024年2月17日閲覧)

厚生労働省「平成12年度国民医療費の概況」 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/00/index.html> (2024年2月17日閲覧)

厚生労働省「後期高齢者医療の窓口負担割合の見直しについて（お知らせ）」 厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000977090.pdf> (2024年2月17日閲覧)

厚生労働省「令和3年度(2021年度)国民医療費の概況」 厚生労働省ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/21/index.html> (2024年2月17日閲覧)

厚生労働省「2022年国民生活基礎調査」 e-Stat

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450061&tstat=000001206248&cycle=7&tclass1=000001206251&tclass2val=0&metadata=1&data=1> (2024年3月25日閲覧)

厚生労働省「我が国の医療保険について」 厚生労働省ホームページ

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryohi/iryohuhoken/iryohuhoken01/index.html (2024年2月17日閲覧)

厚生労働省「令和4年度 後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告」 e-Stat

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450388&tstat=000001044907&cycle=0&tclass1=000001044908&tclass2=000001206541&tclass3val=0> (2024年3月24日閲覧)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」 同研究所ホームページ

https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp (2024年2月21日閲覧)



医療費の公正な負担を所得税から考える

佐藤 一光

東京経済大学経済学部教授

はじめに

超高齢社会に向けて医療費の公正な負担が議論になっている。日本の医療・介護制度は社会保険を基本に成り立っており、特に後期高齢者医療制度の自己負担引き上げが議論の焦点となっている。日本では医療費の増大によって「日本社会の活力が失われるのではないか」という医療費亡国論が唱えられてきた（吉村1983、鈴木亘2014）。確かにCovid-19が流行する前の2019年時点で日本の医療支出はGDPの11%に達しており、OECD諸国の中でもアメリカの16.7%、ドイツの11.7%、フランスとスイスの11.1%に次ぐ高い水準となっている。

医療のニーズはそれぞれの国の状況によって異なるため、単純に比較することはできないが2020年の高齢化率が日本28.6%、ドイツ21.7%、フランス20.8%であることを鑑みると、日本の医療支出の水準が高齢化に比して高いということとはできないこ

とが分かる。もちろん、個々の事例で見れば医療の無駄が存在している場合もあるが、医療供給体制全体で見れば効率的な医療供給ができているという可能性が示唆される。しかも、例えば2019年の名目経済成長率はアメリカ2.3%、フランス1.8%、ドイツ1.1%、日本△0.4%となっていて、医療支出対GDP比の大小が単純に経済成長を促進したり阻害したりしているわけではないと考えられよう。

むしろ、例えばスイス、デンマーク、アイルランドといった諸国ではバイオテクノロジーや医療機器産業が経済成長の原動力となっている。スイスではロシュ社やノバルティス社といった世界的製薬企業が本拠地を置き、デンマークはノボノルディクス社やレオファーマ社、アイルランドではファイザー社やジョンソン・エンド・ジョンソン社が研究開発の拠点としている。2019年の経済成長率で見ればスイス1.2%、デンマーク2.1%、アイルランド5.6%と日本より高く、それぞれ医薬品・医療機器の輸出額は総輸出に対してデンマーク12.9%、スイス40.3%、アイルランド38.1%と大きな割合を占めている。医療が対人社会サービスであって地域の雇用を産んでいる側面を鑑みれば（佐藤2023）、医療費を抑制するために結果として医療従事者の賃金を引き下げることが経済停滞の原因である可能性さえ示唆される（佐藤2018）。

日本では医療・介護サービスを公共のニーズとして認識するのではなく、高齢者の無駄遣いとして認識される傾向がある。医療・介護を「共同必要¹」

さとう かずあき

慶應義塾大学経済学研究科修了、博士（経済学）。専門は財政学、環境経済学。慶應義塾大学経済学部助教、内閣府計量分析室、岩手大学人文社会科学部准教授、東京経済大学経済学部准教授を経て、2024年4月より現職。

主著に『環境税の日独比較：財政学から見た租税構造と導入過程』（慶應義塾大学出版会）、「現代貨幣理論の構造と租税論・予算論からの検討」『財政研究』第16巻など。

として認識せずに亡国の淵源として扱う日本においてむしろ、医薬品・医療機器の国際競争力が低下し、地域における雇用の質を低下させる結果になっていると考えられる。もともと、医療費負担について不満が高まる状況が理解できないわけではない。日本の医療支出対GDP比は1990年の5.8%から30年間で倍増しており、2000年の介護保険制度成立も含めて医療・介護保険料率は1990年の約8%から約12%まで上昇している。増税ができないが故に社会保障の充実ができないとされる日本社会において、これほどまでに社会保険料負担が増加してきていることが医療・介護への厳しい眼差しの背景にあると容易に想像できる。しかし、本稿が問題にするのは社会保険料中心の医療・介護財源の調達が所得税の累進性を骨抜きにしてきた、という側面である。公正な負担なくして医療・介護支出増への同意は得られないし、逆進的な負担はマクロの個人消費を抑制して経済的な悪影響も大きい。

社会保険料と社会保険料控除

医療・介護支出を実現する公的負担を検討するために、まず日本の社会保険料と所得税の構造について確認しておこう。日本の社会保険制度は、主に年金保険、医療保険、介護保険、雇用保険の4つの分野から構成される。

公的年金保険は、国民年金と厚生年金に分けられる。国民年金は、20歳以上60歳未満の厚生年金に加入していないすべての国民が加入し、定額の保険料を納める。2024年度の保険料は月額16,980円となっている。一方、厚生年金は、民間企業の従業員とその事業主が加入し、標準報酬月額に保険料率を乗じた額を保険料として納める。厚生年金の保険料は2017年9月から18.3%となっており、これを労使で折半することになっている。

医療保険は、職域による健康保険と地域による国民健康保険に分けられる。健康保険には、全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)、組合管掌健康保険(健保組合)、共済組合などがある。協会

けんぽの保険料率は都道府県ごとに異なるが、全国平均で10%を超えない水準となることとされている。健保組合や共済組合の保険料率は組合ごとに異なるが、多くの場合は10%を上回らない。これらの保険料は公的年金と同様に労使折半である。一方、国民健康保険は、自営業者や無職者等が加入し、都道府県及び市町村等が保険者となる。保険料は、所得割、均等割、平等割の合計額であり、保険者ごとに算定方式や保険料率が異なる。

75歳以上の高齢者は、後期高齢者医療制度に移行する。後期高齢者医療制度の保険料は所得割と均等割の合計額であり、都道府県ごとに算定方式や保険料率が異なる。後期高齢者医療制度を支えるためにそれぞれの医療保険では支援金分として保険料が上乘せされている。

介護保険は40歳以上の国民が加入し、実際にサービスを受給できる65歳以上の第1号被保険者と、40～64歳の第2号被保険者に分けられている。第1号被保険者の保険料は、市町村ごとに所得段階に応じて設定され、原則として年金から天引きされる。第2号被保険者の保険料率は加入している医療保険ごとに異なり、医療保険料と一体で設定される。介護保険の保険料率は例えば2024年度の協会けんぽの見込みでは1.6%となっている。

これらの社会保険料には負担の上限があるという特徴がある。社会保険は租税とは異なり給付反対給付の原則に基づいて保険料の納付によって給付の権利が発生すると考えられる。医療、介護のニーズや老後の所得保障のニーズには限りがあることを考えれば、社会保険料の負担もおのずから上限があることになる。それゆえ社会保険料の負担は極めて逆進性の高いものとなっており、厳しい批判にさらされることもある(池上2017)。

次に検討する所得税は、個人の所得に対して課される税金であり、所得の額に応じて税率が高くなる累進税率が適用される。日本の所得税は、所得の種類によって、10種類の所得(利子所得、配当所得、不動産所得、事業所得、給与所得、退職所得、山林所得、譲渡所得、一時所得、雑所得)に分類される。

これらの所得のうち、利子所得、配当所得、譲渡所得、一時所得、雑所得については、他の所得と分離して課税されるものがある（申告分離課税）。例えば、上場株式等の配当は20%（所得税15%、住民税5%）の税率で分離課税される。

一方、不動産所得、事業所得、給与所得、退職所得、山林所得は、原則として総合課税の対象となる。これらの所得金額の合計額から所得控除を差し引いた後の金額（課税所得金額）に対して、超過累進税率が適用される。2024年現在の所得税の税率表は以下の通りである。

課税所得金額	税 率
195万円以下	5%
195万円超 330万円以下	10%
330万円超 695万円以下	20%
695万円超 900万円以下	23%
900万円超 1,800万円以下	33%
1,800万円超 4,000万円以下	40%
4,000万円超	45%

超過累進税率のもとでは、この税率表が示すように課税所得金額が増加するにつれて、適用される限界税率が段階的に高くなっていく。例えば、課税所得金額が500万円の場合、195万円までは5%、195万円から330万円までは10%、330万円から500万円までは20%の税率が適用される。所得税の累進構造は、垂直的公平性（担税力に応じた税負担）を実現するための仕組みである。所得の増加に応じて限界税率が高くなることで、高所得者により重い税負担を求めるのである。

所得税の税額は、課税所得金額に税率を乗じて計算されるが、所得税額から各種の税額控除が差し引かれ、確定申告や年末調整を通じて最終的に算出された所得税額が納付される。所得税の計算では、収入金額から必要経費を差し引いた金額を所得金額とし、そこから各種控除を差し引いて課税所得金額を算出する。このような控除の方式を所得控除と呼ぶ。主な所得控除として、誰にでも適用される基礎控除、配偶者を不要している場合に適

用される配偶者控除、親族等を扶養している場合の扶養控除、給与所得を得ている場合の給与所得控除、社会保険を納付している場合の社会保険料控除、年金所得に適用される公的年金等控除、民間の生命保険等に加入している場合に適用される生命保険控除などである。

所得控除は課税対象となる所得を減じることで租税負担を軽減する制度であり、それゆえ所得税は個別の事情に即した負担調整を行えることからオーダーメイドの服に準えて^{あつら}誂え税と呼ばれることがある（神野 2021）。しかし、財政学では一般的に、所得控除と累進税率は相性が悪いことが知られている。課税所得が増加するにつれて、一定の水準を超えた所得にのみ新しい税率が適用される超過累進税率のもとでは、直面している限界税率によって所得控除の減税効果が異なってくるからである。例えば所得税の基礎控除48万円は10%の限界税率に直面している個人にとっては4.8万円の減税効果があり、20%であれば9.6万円、40%であれば19.2万円に減税効果は増加する。もちろん、高い限界税率に直面している個人はそれだけ多くの税額を納めているわけだが、超過累進所得税における所得控除は所得税の累進度を弱めて、再分配効果を低める効果があるのである。

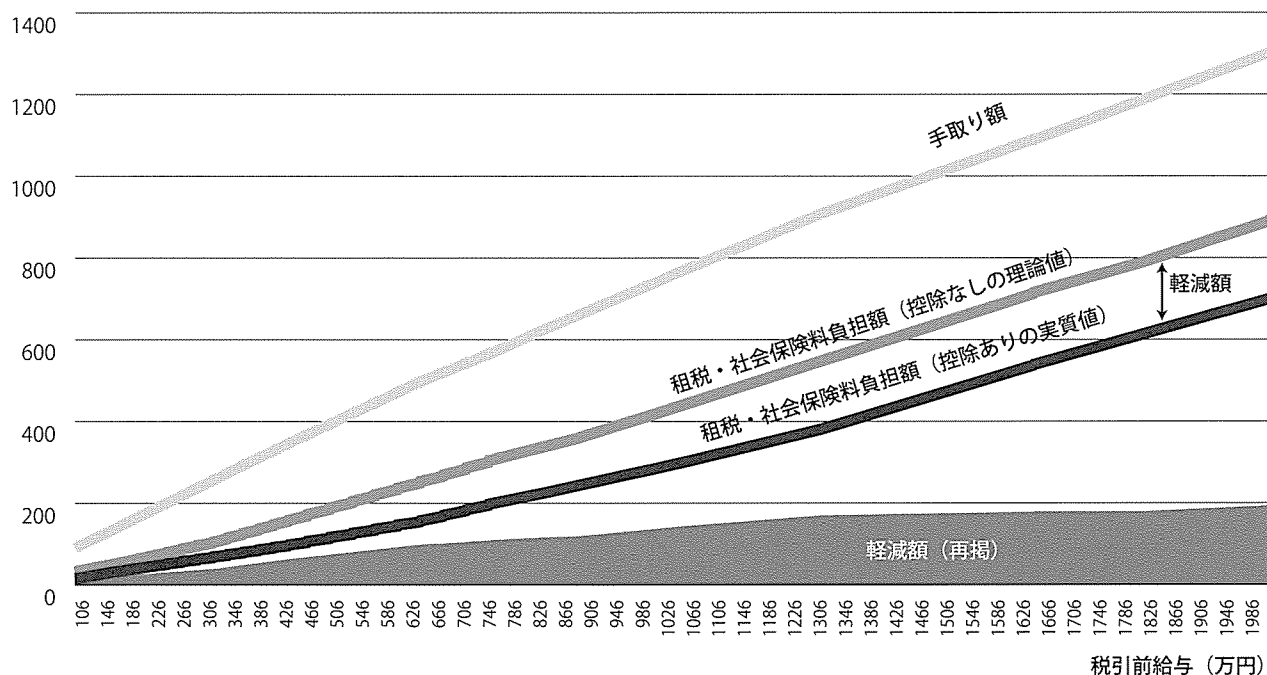
所得税の累進性が壊れている

高齢化の進展とともに社会保険料負担は増加している。厚生年金の保険料率については上限が定められているため2017年以降引き上げられていないものの、医療保険と介護保険、後期高齢者医療制度の支援金についてはじわじわと引き上げられてきた。本稿ではこのことを通じて所得税の累進性が壊れていることについて指摘する。

図1は基礎控除、給与所得控除、社会保険料控除を考慮した租税・社会保険料の負担と控除を通じた軽減額を推計して図示したものである。租税には国税である所得税と地方税である個人住民税の均等割と所得割を含めている。家族構成や所得の源泉等によって所得税の負担額は変わりうるが、単

図1 租税・社会保険料の負担と控除を通じた軽減額

手取り額・負担額（万円）



出所：国税庁資料、日本年金機構「厚生年金保険料率 一般・坑内員・船員の被保険者の方（令和6年度版）」、協会けんぽ「令和6年3月分（4月納付分）からの健康保険・厚生年金保険の保険料額表」から筆者作成。

身世帯で給与所得のみがある場合について推計している。国民年金と国民健康保険ではなく厚生年金と労使折半の健康保険に加入している多くの被雇用者を念頭に所得水準は106万円以上に設定してある。

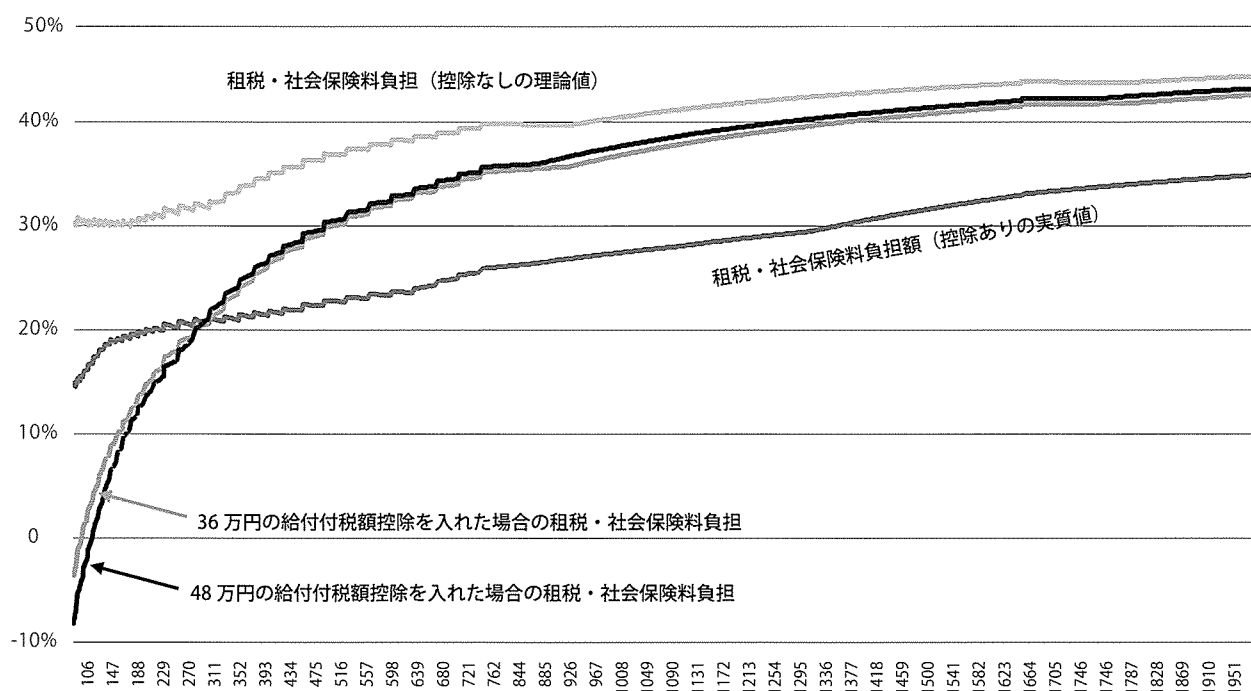
厚生年金の負担は年間所得が762万円に到達すると年額約72万円となりそれ以上は増えず、医療・介護保険は年間所得が1627万円に到達すると年額約97万円で頭打ちとなるが、超過累進所得税と社会保険料控除を通じた所得税の軽減が行われているため、租税・社会保険料負担額の控除ありの実質値は所得に応じて緩やかに上昇し、負担を控除した手取り額も緩やかに上昇している。ここで注目するのは、基礎控除・給与所得控除・社会保険料控除を考慮しない場合の控除なし理論値との乖離額である。この乖離額は所得税・住民税の軽減額を意味しているが所得水準に応じて軽減額が緩やかに上昇していることが分かる。

このような租税負担の軽減を事実上の給付とみなして租税支出と呼ぶことがある。軽減額は、給与

所得控除においては給与所得の増加と共に増額され、社会保険料控除においては社会保険料納付額に応じて増額されるという効果と、個人が直面する限界税率に応じて自動的に増額されるという二つの効果が併せられて増加することになる。例えば給与所得が200万円の場合の軽減額は約22万円、500万円の場合は軽減額が約70万円、1,000万円の場合は127万円、2,000万円の場合は190万円となる。

このような租税支出・軽減額は所得税の累進性を弱める効果がある。しかも、もちろんその分の税収減にもつながる。さらに、労使折半の社会保険料では給与に付帯する費用として使用者が支払った社会保険料とそのことによる法人税の減少もあるため、税収の減少はさらに大きいものとなる。社会保険料である賃金付帯費用は、厚生年金においては老後の年金の高さに直結するため、賃金に類似した付加価値として認識することは妥当だろう。日高（2011）の推計によると、平成20年度の時点で社会保険料控除を通じて所得税では3.1兆円の

図2 所得税の累進性を強化する給付付税額控除・課税対象一律給付



出所: 図1に同じ。

租税支出があったという。個人住民税と法人課税を通じた租税支出を含めれば倍ちかい租税支出があったことになる。そして問題なのはこのような租税支出の分配方法が所得に応じて増加しているということである。

医療・介護費の負担を考えるとときに、もちろん第一義的には社会保険料を考えるべきであり、自己負担や税・公債による負担も考える必要がある。しかし、社会保険料は所得税・住民税において社会保険料控除を通じて負担の調整が行われていること、すなわち租税支出による事実上の給付が行われていることを鑑みるに、所得税・住民税との負担と合わせて公正な負担が行われているかどうかの検討が必要になってくる。もちろん、望ましい累進的な負担というものがアприオリに決定されるわけではなく、そこには社会的な合意が必要となってくる。しかし、社会保険料控除を通じて所得税の累進構造が弱められていることについて正しく認識する必要があるだろう。

医療費の公正な負担を実現するために

最後に今後医療費が増大し、医療・介護保険料

率が増加することと所得税の累進性を担保することの両立を図る方策について考えたい。方針は社会保険料控除を廃止すること、給与所得控除を廃止すること、基礎控除を含めて給付付税額控除か課税対象一律給付とすることの3点である²。

第一に社会保険料控除の廃止である。例えば、フランスやオランダ³といった社会保険を社会保障の中心に据える国では実際に社会保険料控除は存在しない。ドイツでは社会保険料控除は存在するが上限額が設定されており、租税支出の金額に制限がある。社会保険料控除の廃止によって、所得税の累進性を回復するとともに、租税・社会保険料の負担の公正さを追い求めることができる。第二に本稿の主旨からはずれるが社会保険料控除と同様に所得税の累進性を弱めている給与所得控除についても廃止するべきだろう。

しかし、これらの控除を廃止することは一種の増税であり特に低所得では負担の増加が激しい。そこで第三に、低所得の負担を軽減し、増税にはならないように税収中立的にするために基礎控除を給付付税額控除にすることが考えられる。図2は租税・社会保険料負担について控除ありの実質値、控除なしの理論値、及び36万円の給付付税額控

除を導入した場合の給与所得に対する負担比率を図示したものである。給付付税額控除とは所得控除とは異なり所得税額を計算した上で負担の減免を行い、所得税納付額から控除しきれなかった場合には給付を行う仕組みのことで、最も再分配効果の高い控除方式であることが知られている。36万円という水準は仮おきの数字であるが毎月3万円の非課税給付に相当する。

給付付税額控除の場合、所得116万円までは給付が行われ、323万円までは現行の実質値よりも負担の軽減が図られていることがわかる。通常の議論では給付付税額控除を検討すれば十分であるが、本稿はさらに一步踏み込んで、課税対象とする一律給付を検討する。例えばデンマークでは生活保障の給付に課税される場合があるが（倉地2014）、超過累進税のもとでは給付に課税を行うと実質的な給付額が所得水準に応じて減退することになり、より強い再分配効果を発揮することが可能となる。税収中立的な制度設計を考える場合には、給付付税額控除よりも給付水準を引き上げることができるため、低所得者への効果も高い。ここでは仮に48万円の課税対象一律給付を導入することを考えると、所得132万円までは給付が納税を上回り、307万円で先の給付付税額控除の負担水準と同等となり、316万円で現行の実質値を上回ることが分かる。課税対象一律給付は、現在考える累進性を担保して、再分配効果を最も高められる負担軽減のあり方であるといえよう。

社会保険料控除・給与所得控除・基礎控除の廃止に対して給付付税額控除や課税対象一律給付を導入するというの是一案に過ぎない。しかし、増大する医療・介護ニーズを今後も十分に担保するのであれば、負担の公平性を追い求める必要がある。そこで社会保険料の負担は逆進的なので消費税を中心とした租税化を推し進めるべきだというのはひとつの方策であるが、そもそも所得税の累進性を回復させるということも検討に値するだろう。所得税を通じた再分配の強化こそが、公正な医療負担には必要であり、ひいては格差の縮小や個人消費の増加といった経済的な改善にも必要なのである。■

《注》

- 1 財政社会学ではさまざまなアクターの欲望が反映されたものとして現実の財政の状況を把握する。医療・介護の支出が抑制されているのは、日本社会にその支出を抑制しようという意見が多いからだと考えられよう（佐藤・古市2014、井手他2022）。
- 2 なお森信・中村（2012）によれば公的年金等控除が所得税の課税ベースを侵食する大きな所得控除となっているので、本来であれば公的年金等控除の廃止も検討すべきであるが本稿の焦点は社会保険料控除にあるためここでは検討しない。
- 2 本来であればオランダのように社会保険料率の頭打ちに合わせて所得税の累進度を高めるという方策も検討すべきである。同様に社会保険財政への公費の投入や、社会保険料の負担が所得税のように厳密に比率で課されていないことについても検討すべきだろう。これらについては簡素化のために本稿では検討しない。

《参考文献》

- 池上岳彦（2017）「社会保障の財源問題—租税と社会保険料をめぐる論点—」『社会政策』第9巻第1号、63-76頁。
- 井手英策、倉地真太郎、佐藤滋、古市将人、村松怜、茂住政一郎（2022）『財政社会学とは何か—危機の学から分析の学へ』有斐閣。
- 倉地真太郎（2014）「デンマークの社会扶助—現金援助金の給付水準決定方式と給付基準の変遷」山田篤裕、布川日佐史、『貧困研究』編集委員会編『最低生活保障と社会扶助基準 先進8ヶ国における決定方式と参照目標』明石書店、171-194頁。
- 佐藤一光（2018）「デフレーションの再検討—公的固定資本形成と政府最終消費支出を分離したVARモデルによる分析」四方理人、宮崎雅人、田中聡一郎編著『収縮経済下の公共政策』慶應義塾大学出版会、81-102頁。
- 佐藤一光（2023）「〈雇用する国家〉の制度的基盤」『季刊経済理論』第60巻第3号、37-49頁。
- 佐藤滋、古市将人（2014）『租税抵抗の財政学—信頼と合意に基づく社会へ』岩波書店。
- 神野直彦（2021）『財政学 第3版』有斐閣。
- 鈴木亘（2014）『社会保障亡国論』講談社。
- 橋本恭之、呉善充（2008）「税収の将来推計」RIETI Discussion Paper Series 08-J-033。
- 日高政浩（2011）「日本の租税支出の推計」『大阪学院大学 経済論集』第25巻第1号、17-66頁。
- 森信茂樹、中村淳（2012）「わが国所得税課税ベースの新推計」『フィナンシャル・レビュー』通巻第112号、1-16頁。
- 吉村仁（1983）「医療費をめぐる情勢と対応に対する私の考え方」『社会保険旬報』No.1424、12-14頁。
- OECD（2023）*Health Statistics 2023*, OECD.

ドイツ・フランスの医療保険における負担

松本 由美

大分大学福祉健康科学部教授

はじめに

ドイツとフランスでは、日本と同様に公的医療保険を中心に据えた医療保障システムが構築されている。これらの国々では、高齢化等の人口構造および社会経済の変化のなかで、医療保険制度の持続可能性や公平性・効率性を高めることが政策課題となっており、「負担(保険料負担および患者の自己負担)」をめぐる議論が活発に行われている。両国では、どのような考え方に基づいて医療保険をめぐる負担の仕組みがつくられているのだろうか。

このような問題意識に基づき、本稿は、ドイツとフランスの医療保険における保険料負担と患者の自己負担のあり方を比較考察し、それを通じて、日本の医療保険の負担のあり方を検討するための論点を明らかにすることを目的とする。なお、両国では、公的医療保険と民間医療保険を通じて国民の医療保障が実現されていることから、検討にあたっては公・民の医療保険を対象にする。

まつもと ゆみ

早稲田大学大学院商学研究科博士後期課程単位取得満期退学。博士(商学)。専門分野は社会保障論。

熊本大学教育学部専任講師等を経て、2022年4月から大分大学福祉健康科学部教授。

著書に『世界の病院・介護施設』(法律文化社、2020年、共著)、『社会保障論』(成文堂、2015年、共著)、『医療制度改革』(旬報社、2015年、共著)など。

医療保険の概要

1. ドイツ医療保険の制度体系

ドイツの公的医療保険は社会法第5編に定められた単一の制度であり、多数の保険者(2024年現在、95疾病金庫)により実施されている。2024年現在、公的医療保険の加入者は7,430万人(このうち、家族被保険者は1,590万人)であり、人口の約9割が公的医療保険に加入している¹。

公的医療保険に強制加入となるのは、一定限度(2024年現在、月538ユーロ)を超える労働報酬がある民間の労働者であり、かつ年間労働報酬が限度額(2024年現在、69,300ユーロ)を超えない場合である。被保険者の配偶者や子²は、一定の条件を満たせば追加的な保険料を負担することなく家族被保険者となる。労働者以外にも、年金受給者、失業手当や市民手当(Bürgergeld)³の受給者、職業見習い・実習生、大学生、障害者、芸術家・ジャーナリスト等も一定の条件のもとで公的医療保険に強制加入となる。また、疾病時の保障が得られない状況にあり、最後に公的医療保険に加入していた(あるいは加入すべきであった)者も強制加入となる。

年間の労働報酬が限度額を超える者や自営業者(強制加入の対象とならない業種)、公務員等は、公的医療保険への加入義務がない。公的医療保険に加入していない者は、2009年1月から民間医療保険への加入が義務づけられている。これによ

り、すべての人が公的医療保険、あるいはそれを代替する民間医療保険のいずれかに加入する状態が実現しているといえるが、後に見るように保険料負担をめぐる考え方は両者で大きく異なる。

2. フランス医療保険の制度体系

フランスの公的医療保険は複数の制度からなるが、全人口がいずれかの公的医療保険にカバーされる皆保険体制となっている。公的医療保険は、強制加入の社会保障制度（幅広い社会的リスクに対応する総合的な社会保険制度）のなかで実施されている。社会保障制度は職域により分立しているが、最も代表的なのは一般制度（régime général）であり⁴、人口の約9割がこれによりカバーされている。ここでは一般制度で実施される公的医療保険について検討していく⁵。

一般制度は単一の保険者によって運営されており、四つの部門（疾病・労災・年金・家族）からなる。このうち疾病部門において、疾病・出産、障害、死亡に関する給付が行われる。一般制度における強制加入の被保険者については、社会保障法典において、賃金を得る、あるいは使用者のために働くすべての者（年齢・年金受給の有無・国籍・性別は問わない）は、報酬の額・性格、契約の形態・性格・効果とはかかわりなく、一般制度の社会保険に強制的に加入すると定められており、従属労働を行う者はすべて強制加入となる。また、職業活動を行っていない者であっても、職業訓練中の者や所得補償を受ける失業者等は労働者と同様の扱いとなる。公的医療保険における高齢者の位置づけは日本と異なっており、フランスでは年金受給者であることによって医療給付の受給権が生じ、年金受給開始前に加入していた社会保障制度から医療給付を受ける⁶。

また、職域ごとに分立した制度の狭間に取り残された人々への医療保障を確保するため、2000年に普遍的医療給付（couverture maladie universelle : CMU）が導入された。CMUは、法定制度から医療給付が受けられない人々に、一般制度から給付を行う仕組みであった。2016年

からは、これを発展的に引き継ぐ普遍的医療保護（protection universelle maladie : PUMA）が実施されている。今日、職業活動を行っている場合はそれに基づいて定められた公的医療保険に加入し、職業活動を行っていない場合は3カ月以上の安定的・合法的な居住に基づいて一般制度等から医療給付を受けるという普遍的な医療保険制度が実現している。

公的医療保険においては、従来、日本と同様に世帯単位で受給資格が与えられてきた（つまり、配偶者や子は被扶養者として給付を受ける）。しかしながら、PUMAの導入後は個人単位で受給資格が付与されることとなったため、現在の公的医療保険には成人の「被扶養者」という資格は存在しない⁷。

また、フランスでは、後述のように公的医療保険の利用にともなう自己負担がやや大きく、これに対応するための民間医療保険（フランスでは補足的医療保険（assurance maladie complémentaire）と呼ばれる）が広く普及しており、人口の95%以上がこれに加入している（DREES 2019 : 8）。民間医療保険は、共済組合（mutuelles）、労使共済制度（institutions de prévoyance）および保険会社（sociétés d'assurance）によって提供されている。公的医療保険とそれを補足する民間医療保険により医療保障が確保されている点がフランスの特徴である。

保険料の負担

1. ドイツ

（1）公的医療保険

公的医療保険の中心的な財源は被保険者と事業主が負担する保険料である。これに法定の連邦補助（定額、2017年以降145億ユーロ）が加わるが、公的医療保険の総収入に占める法定の連邦補助の割合は5～6%程度に過ぎない⁸。公的医療保険は「連帯原則（Solidarprinzip）」に基づいて運営されており、被保険者は負担能力に応じて保険料を支払い、医療上必要な給付を等しく受け取る。これによって、健康な者と病気の者、高所得者と低所

得者、若者と高齢者、さらに単身者と家族がいる者の間で連帯的な調整が行われる⁹。

公的医療保険の保険料率は法律により全国的に定められている。2024年現在の一般保険料率は14.6%であり、労働報酬、公的年金、企業年金等が賦課対象となる。保険料は、労働者の場合は事業主が、年金受給者の場合には年金保険者がその半分以上を負担する。また、失業者（失業手当あるいは市民手当の受給者）の保険料は連邦雇用エージェンシーあるいは連邦が負担する。先に見た強制加入の対象者のなかには、低年金の高齢者（条件を満たせば、基礎保障（Grundsicherung）を受給することが可能な者）や一時的に生活困窮に陥った者（条件を満たせば社会扶助の対象となる者）なども含まれるが、このようなケースではそれぞれの給付の担当部局が保険料を負担する。

徴収された一般保険料は健康基金（Gesundheitsfonds）に集められ、各疾病金庫のリスク構造（被保険者の年齢・疾病状況等）に応じて財源が配分される。各疾病金庫は、この配分金で必要な医療費が賄えない場合には一般保険料に加えて追加保険料（Zusatzbeitrag）を加入被保険者から徴収しなければならない。追加保険料率は疾病金庫ごとに異なるが、2024年の平均追加保険料率は1.7%である¹⁰。この追加保険料についても、一般保険料の場合と同様に事業主や年金保険者がその半分以上を負担する。

（2）民間医療保険

公的医療保険に加入していない高収入の労働者、自営業者、公務員等は民間医療保険に加入しなければならない。民間医療保険の保険料は、加入者のリスク（年齢、健康状態）と給付範囲に応じて定められる（「等価原則（Äquivalenzprinzip）」と呼ばれる）。民間の保険者は、既往症や持病、年齢を理由に加入申請を拒むことができる。また、リスクに応じた保険料の加算や持病への給付を除外することを条件とした保険契約を締結する場合がある¹¹。

高齢期には多くの医療費が必要となるが、ドイツの民間医療保険では、若い時期の保険料の一部

を高齡化引当金として積み立てておき、高齢期には保険料にこの引当金を加えて費用を賄うという方法がとられている。保険契約あるいは保険会社を変更する場合、一定の条件のもとで高齡化引当金を持ち運ぶことができる。

民間医療保険の保険料の決定においては所得の多寡は考慮されないため、個々の経済状態によっては加入あるいは保険契約の継続が困難な場合がある。また、既往症等により加入を拒まれる場合もある。2009年1月に民間医療保険への加入義務が導入された際には、高額な保険料負担が困難な零細自営業者等への対応が求められ、新たに「基本タリフ（Basistarif）」が導入された。これ以降、民間医療保険会社は基本タリフを提供しなければならず、また、条件を満たした者の加入申請を拒んではならないこととなった。基本タリフは法律により定められた基礎的な民間医療保険であり、給付内容は、公的医療保険の法定給付に匹敵する。ただし、基本タリフを選択して契約できるのは一定の条件を満たす者に限られている。具体的には、ドイツに住所を有するが医療保険によって保護されていない者（公的医療保険の加入義務はないが、民間医療保険に加入していない者（とくに自営業者）等）、民間医療保険の被保険者で基本タリフへの変更を望む者（2009年1月1日以前の契約の場合は、年齢や年金受給等の条件あり）等である。

基本タリフの保険料は、他の民間医療保険の場合と同じく、加入時の年齢と給付範囲に応じて定められるが、加入者の健康状態は考慮されない。被保険者の既往症・持病（Vorerkrankungen）によって生じる超過費用は、基本タリフのすべての被保険者で等しく分担される。これにより、重度の疾患を有する者も民間医療保険（基本タリフ）に加入できるが、一方で若くて健康な被保険者であっても保険料が法定上限（後述）に達してしまうことがある（PKV 2023：15）。また、基本タリフでは、一般の民間医療保険で行われているリスクに応じた保険料の加算や特定の給付の除外は行われない。基本タリフの保険料には上限が設けられており、2024年現在、月額843.52ユーロである¹²。

基本タリフでは経済的な困窮への対応も行われる。社会扶助の対象となるような要保護状態(Hilfebedürftigkeit)にある場合、あるいは保険料の支払いによってそのような状態になる場合には、保険料上限の半額まで保険料が引き下げられる。これによる不足額は民間医療保険の全被保険者(基本タリフの対象者を除く)により分担して負担される(PKV 2023 : 16) ¹³。

このように、基本タリフには一般的な民間医療保険には見られない性質がある。とくに、保険会社は基本タリフへの加入条件を満たした者を拒んではならないこと、保険料の算定において健康状態(疾病の有無、重症度)が問われないことは注目される。公的医療保険の対象とならず、かつ多様な状況にある人々の医療保障を民間医療保険が引き受けていることは、ドイツの医療保険制度体系の重要な特徴である。

2. フランス

(1) 公的医療保険

フランスの公的医療保険は多様な財源によって支えられている。2022年の公的医療保険の収入構造をみると、事業主が負担する保険料が37.1%と最も大きな割合を占めているが、フランス居住者が負担する一般社会拠出金(contribution sociale généralisée : CSG)が23.4%、その他の多様な社会的拠出金・税金が32.1%となっている(Gouvernement 2023 : 9)。CGSは1991年に導入された新たな社会保障財源であり、幅広い所得に賦課される社会保障目的税のようなものである。CSGによる収入は、2022年現在、1,416億ユーロの規模となっている(Commission des comptes de la Sécurité sociale 2023 : 44-45)。

公的医療保険の保険料は、歴史的には被保険者と事業主により負担されてきたが、1997年からCSGの財源の一部が公的医療保険に投入されるようになると、それに応じて被保険者の保険料が引き下げられていった。このような経緯で被保険者の保険料がCSGに置き換えられていったため、現在では、公的医療保険に関しては被保険者の保

険料負担はない。一方で、事業主による保険料負担は維持されており、2024年現在、保険料率は7.3%である。なお、PUMAの受給者のうち、一定基準以上の資産・資本所得がある者(老齢あるいは障害年金等の受給者は対象外)は付加医療保険料(cotisation subsidiaire maladie)を支払わなければならない¹⁴。

被保険者のCSG拠出と医療給付との間に直接的な結びつきはないが、公的医療保険の財源への寄与という観点からは保険料に匹敵する被保険者の負担と捉えることができる。CSGは、フランス居住者の稼働所得、代替所得、資産所得、投資所得、賭博益に賦課される。賦課率は所得の種類によって異なるが、稼働所得には9.2%、老齢年金や失業手当等の代替所得には8.3%のCSGが賦課される。CSGによる収入は社会保障の多様な分野に配分されるが、公的医療保険への投入が最も大きく、2023年の配分額は541億ユーロである(Commission des comptes de la Sécurité sociale 2023 : 47)。

(2) 民間医療保険

フランスでは、公的医療保険において生じる患者の自己負担によって医療アクセスが妨げられることがないよう、民間医療保険への加入が政策的に強く促されている。民間医療保険の保険料は、基本的には加入者の疾病リスクと給付範囲に応じて定められるため、既往症のある者等が加入しにくい状況がある。フランスでは、被保険者の健康状態に基づく保険料の設定を行わないなどの条件を満たす民間医療保険の契約は、責任・連帯契約(contrats responsables et solidaires) ¹⁵として、税制上あるいは社会保障制度上の優遇措置の対象となる。公的医療保険を補足する民間医療保険の大部分は責任・連帯契約に基づくものであり、既往症や持病がある場合でも民間医療保険に加入しやすい状況となっている。また、共済組合や労使共済制度の保険契約では、保険料設定において所得の多寡を考慮し、また子どものいる家族の負担を抑える等の社会的な配慮がなされている場合もある¹⁶。このよう

表1 連帯補足的医療保険の所得上限(2024年4月1日適用・フランス本国)

世帯人数	無拋出の連帯補足的医療保険の年間所得上限	拋出制の連帯補足的医療保険の年間所得上限
1人	10,166 ユーロ	13,724 ユーロ
2人	15,249 ユーロ	20,586 ユーロ
3人	18,298 ユーロ	24,703 ユーロ
4人	21,348 ユーロ	28,820 ユーロ
5人以上	一人追加ごとに+ 4,066 ユーロ	一人追加ごとに+ 5,490 ユーロ

出所：l'Assurance Maladieのウェブサイト「Qui peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire et comment ?」(<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire-qui-peut-en-beneficier-et-comment> 2024年4月13日閲覧)より(一部改変)。

に、民間医療保険のなかで一定の連帯的な調整が行われていることは注目に値する。

さらに、所得が低く、民間医療保険の保険料負担が困難な状況に対応するため、2000年に補足的CMU (couverture maladie universelle complémentaire) が創設され、所得が一定未満の者は保険料負担なしで補足的な医療保障が受けられるようになった。さらに2019年には従来の仕組みを改良した連帯補足的医療保険 (complémentaire santé solidaire) が導入された¹⁷。対象となるのは所得が一定水準未満の者である。所得が低い場合は無拋出で給付が受けられるが、所得が一定額を超える場合は拋出が求められる(表1)。この場合の拋出額は年齢に応じて定められている¹⁸。

このようにフランスの民間医療保険では、保険料について一定の連帯的な調整が行われている場合があること、保険料負担が困難な低所得者の補足的医療保険が制度的に確保されていることが重要である。

患者の自己負担

1. ドイツ

民間医療保険の加入者が医療を受けた場合の自己負担は個々の契約内容によって異なるため、ここでは公的医療保険に限定し、患者の自己負担について見ていく。まず、代表的な給付の自己負担を

確認しておきたい。日本と異なりドイツでは、医師による外来診療においては患者の自己負担は求められない。入院診療においては1日当たり10ユーロ(28日が上限)の負担は求められるが、これは宿泊費に相当するものである。薬剤については費用の10%、理学療法等の費用はその10%と処方ごとに10ユーロを負担する。このように、ドイツの公的医療保険では、患者の自己負担が比較的小さく、とくに医師(保険医)による診療に関してはほとんど自己負担が発生しない点に特徴がある¹⁹。

さらに、医療の必要性が高い者に過大な負担を求めないよう、自己負担には上限が設けられている²⁰。自己負担上限は年間の総収入の2%となっており、上限に達すれば、当該暦年の残りの期間の自己負担は免除される仕組みとなっている。また、要件を満たす重症の慢性疾患²¹の場合は、より低い自己負担上限(総収入の1%)が適用される。2018年現在、2%の上限を超えた者は被保険者全体の0.4%、慢性疾患の1%の上限を超えた者は同7.9%である(Blümel et al. 2020 : 91)。

2. フランス

まず、公的医療保険の主要な給付の自己負担を確認しておきたい。医師の外来診療については、協約料金の30%が患者の自己負担となる。フランスでは「かかりつけ医」を経由した受診が制度的に推進されており、かかりつけ医を経ない診療の場合は自己負担の割合が70%に引き上げられる。また、フ

ランスには協約料金を上回る超過料金を請求できる医師が存在しており、該当する医師から診療を受けた場合には協約料金の30%に加えて超過料金を負担しなければならない。入院診療の場合は、入院費の20%と一日当たり20ユーロの定額負担が求められる。薬剤については、重要度に応じて費用の0%・35%・70%・85%が、看護師や理学療法士等の医療補助職の費用はその40%が自己負担となる。

ドイツと比較すると、フランスでは医療を受けた場合の自己負担(超過料金を含む)が大きくなりやすいため、先に見たように人口の大部分が補足的な民間医療保険に加入している。責任・連帯契約に基づく民間医療保険は、医療給付の最低保障(公的医療保険の給付(一定の薬剤等を除く)の自己負担の全額をカバーすること)を確保する必要があるため、このような基準を満たす民間医療保険への加入を通じて自己負担は大きく軽減されている。

また、長期にわたって費用がかかる治療が必要な場合は、長期疾病(*affection longue durée*)を対象とした自己負担免除の仕組みを利用することができる²²。長期疾病として30疾病が法定されているが、対象患者数が多い長期疾病は、糖尿病、悪性腫瘍、精神疾患、冠動脈疾患等である(*Cour des comptes* 2016 : 214)。2017年現在、医療保険の被保険者の18%(1,200万人)が長期疾病の患者であり、関連の医療費は公的医療保険の給付費のおよそ60%に達する規模となっている(*Adjerad et Courtejoie* 2021 : 1-2)。

考察—負担のあり方を考えるために

最後に、ドイツとフランスの医療保険における負担の検討を通じて明らかになった点を整理し、政策的な検討を行うための論点を提示したい。

1. 低所得への対応

医療保険における負担のあり方を考える場合には、低所得や困窮状態をどのように考慮するかが問題となる。この問題を検討するためには、まず、経

済的に困難な状況にある人々を医療保険でカバーするのか、しないのかという点についての政策的な判断が求められる。周知のとおり、日本では、生活保護制度の対象となる場合には公的医療保険は適用されない。これに対して、ドイツとフランスでは、基本的にはすべての人を医療保険でカバーするという前提に立っている。保険料は応能負担であり、所得が低い場合は、それに応じて負担する。しかしながら、ドイツでは、制度設計上、経済的に困難な状況であっても民間医療保険に加入せざる得ない場合があるため、基本タリフを整備し、その保険料の減額や第三者による引受けといった対応が行われている。フランスでは、すべての人が公的医療保険によってカバーされるが、医療を受けた場合の自己負担は小さくない。このため、連帯補足的医療保険が整備され、低所得者の自己負担への対応が行われている。

両国のように全人口を医療保険でカバーする仕組みは、医療の平等性や社会連帯の観点からは望ましいと考えられる。日本でもそのような理念を重視し、制度体系を見直すのであれば、低所得者の保険料および自己負担のあり方について、両国の対応を参考にしながら検討する必要がある。

2. 慢性疾患への対応

医療の必要性が高く、治療が長期にわたって続く場合には、患者の自己負担が過大となることが懸念される。日本の公的医療保険では、高額療養費制度によって自己負担には一定の上限が設けられているが、所得によっては上限が高く設定されており、長期にわたる治療により過大な負担を強いられる可能性がある。ドイツとフランスでは、「疾病の特性」(長期にわたり費用がかかる治療が必要なこと)を考慮した負担軽減の仕組みが整備されている。この仕組みは年齢を問わず、該当するすべての慢性疾患患者に適用されている。日本においても患者の自己負担のあり方を検討する場合には、疾病の特性を考慮した仕組みとすることが望ましいのではないだろうか。このような仕組みは、高齢世代のみならず、費用のかかる治療を続けながら働く現役世代

のためにも必要であると考える。

3. 年齢をどのように考慮するか

ドイツとフランスの公的医療保険では、保険料の負担においても、受療時の自己負担においても、年齢（とくに高齢であること）は特別な意味を持たない。基本的には高齢者も若年世代と同じルールで保険料（フランスの場合はCSG）を負担し、医療を受けた場合には定められた自己負担を行う。なお、高齢者に関しては、両国では年齢が高いことではなく、所得が「年金」であることに意味がある。ドイツでは年金受給者は年金保険者と保険料を折半負担し、フランスでは年金に適用されるCSGを負担する。また、患者の自己負担のルールも統一的であるが、先に見たように、両国では特定の慢性疾患の場合には自己負担が軽減される。加齢にともない慢性疾患のリスクや罹患率が高まることから、この仕組みによって自己負担が軽減される者の多くは高齢者であると考えられるが、考慮されるのは、慢性疾患で長期にわたり治療のための費用がかかるという「疾病の特性」であり、年齢ではない。

両国における負担のあり方に照らしつつ、日本の医療保障において「年齢」をどのように考慮するのか（しないのか）、改めて検討する必要がある。■

《注》

- 1 連邦保健省のウェブサイト「Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung」(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesetzlich-versicherte.html> 2024年4月6日閲覧) および「Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)」(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv.html> 2024年4月6日閲覧) による。
- 2 被保険者の子が家族被保険者となることができるのは基本的には18歳までであるが、稼得活動を行っていない場合は23歳までである。さらに就学中、職業訓練中、あるいは自由意志奉仕活動中の場合は25歳までとなる。
- 3 失業保険の失業手当の支給が終了しても仕事が見つからない場合、一定の条件を満たした者に支給される求職者の基礎保障である。市民手当は、従来の失業手当IIを引き継ぐ形で2023年1月に新たに導入された。

- 4 一般制度のほか、農業従事者（経営者、被用者）を対象とした諸制度（農業制度と呼ばれる）、特定の企業や職域に設けられた比較的小規模な多数の制度（特別制度と呼ばれる）がある。
- 5 公的医療保険は、総合的な社会保険制度の一部門として実施されている場合と、特定の職域の固有の制度として実施されている場合がある。また、職域によっては固有の社会保障制度を持ちながら、疾病・出産の現物給付については一般制度が適用されている場合もある。
- 6 複数の社会保障制度に加入していた場合は、最後の職業活動に基づいて加入していた社会保障制度が医療給付を行う。
- 7 なお、未成年の子は、引き続き「被扶養者」という資格で給付を受ける。
- 8 連邦保健省の公表データ「Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2011 bis 2023」(https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2023Bund_August_2023.pdf 2024年4月6日閲覧) における2017年から2021年の収入内訳に基づく。
- 9 連邦保健省のウェブサイト「Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)」(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv.html> 2024年4月6日閲覧) による。
- 10 連邦保健省のウェブサイト「Beiträge」(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege.html> 2024年4月6日閲覧) による。
- 11 連邦保健省のウェブサイト「Private Krankenversicherung (PKV)」(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html> 2024年4月6日閲覧) による。
- 12 PKV-Serviceportalのウェブサイト「Was Sie über den Basistarif wissen sollten」(<https://www.privat-patienten.de/beitraege/was-sie-ueber-den-basistarif-wissen-sollten/> 2024年4月6日閲覧) による。基本タリフの保険料上限は、公的医療保険の保険料上限と平均追加保険料の合計額である。
- 13 このような対応でも要保護状態が続く場合は、困窮者の給付にかかわる連邦雇用エージェンシーあるいは社会扶助の管轄組織（地方自治体の役所、州の福祉事務所等）が、要保護状態が回避される水準まで保険料の補助を行う（PKV 2023：16）。
- 14 PUMA 受給者に賦課される付加医療保険料については、社会保障・家族手当保険料徴収組合（URSSAF）のウェブサイト (<https://www.urssaf.fr/portail/home/espaces-dedies/beneficiaire-de-la-puma.html> 2024年4月13日)を参照のこと。
- 15 責任・連帯契約とされるのは、2001年補正財政法に基づく「連帯契約」と2004年医療保険改正法に基づく「責任契約」の両方の条件を満たす保

険契約である。詳細については、松本（勝）・松本（2020：139-142）を参照されたい。

- 16 民間医療保険における連帯的な取組みについては、松本（2020）を参照されたい。
- 17 連帯補足的医療保険のための財源は、民間医療保険の保険者が負担する付加連帯税（taxe de solidarité additionnelle）によって賄われている。
- 18 一月当たりの拠出額は被保険者の年齢に応じて、29歳以下は8ユーロ、30～49歳は14ユーロ、50～59歳は21ユーロ、60～69歳は25ユーロ、70歳以上は30ユーロと定められている。
- 19 2018年現在、公的医療保険における自己負担の総額は41億ユーロである。自己負担の内訳は、薬剤処方と医療補助具が54%、医療補助職による治療が23%、入院診療が17%である（Blümel et al. 2020：89-90）。
- 20 自己負担上限の算定方法等については、松本（2023）を参照されたい。
- 21 重症の慢性疾患としての要件は、①要介護度3以上の介護の必要性があること、②60%以上の障害あるいは稼働能力の減退があること、③継続的な医療提供が必要であり、それがなければ致命的な疾患の増悪、寿命の短縮あるいは永続的な生活の質の低下があることのいずれかに該当することである。
- 22 長期疾病の場合の自己負担免除の仕組みや現状については、松本（2023）を参照されたい。

《参考文献》

Adjerad, Raphaële et Noémie Courtejoie (2021) 'Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des

dépenses de santé 3 fois supérieures', DREES, *Études et Résultats*, 1180.

AOK (2024) *Beiträge zur Sozialversicherung, Fachinformationen für Arbeitgeber 2024*.

Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. (2020) *Germany: Health system review. Health Systems inTransition*, Vol.22, No.6.

Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Litvinova Y, Busse R (2022) *Germany: Health system summary, 2022*.

Commission des comptes de la Sécurité sociale (2023) *Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2022, prévisions 2023*, Rapport mai 2023.

Cour des comptes (2016) *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*.

DREES (2019) *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019*.

Gouvernement (2023) *Les chiffres clés de la sécurité sociale 2022*, Édition 2023.

松本勝明・松本由美（2020）「医療保障における共済・民間保険の可能性—独仏の比較研究による日本への提言—」『全労済協会公募研究シリーズ 81 公募委託調査研究報告書』, 101-164.

松本由美（2020）「フランスの補足的医療保険における連帯的要素」『週刊社会保障』No.3100, 42-47.

松本由美（2023）「医療保険における自己負担のあり方—ドイツ・フランスの慢性疾患への対応—」『週刊社会保障』No.3221, 34-39.

PKV (2023) *Alternativen in jeder Lebenslage-Optionen für PKV-Versicherte*.



オランダの医療保険制度

—規制された競争と連帯—

島村 玲雄

熊本大学大学院人文社会科学部准教授

公的枠組みと民間保険会社の組合せ

日本の医療保険を顧みたときに、オランダの医療保険制度は、2000年代の改革によって「規制された競争」として注目され、今日でも高く評価されている。その一方で、オランダは移民の流入により現在も人口増加のフェーズでありながら、高齢化による医療財政の持続可能性は課題となっている。そこで本稿では、オランダの医療保険制度の医療費負担がどのように負担されているのか、隣接する制度がどのように連関しているかについて検討する。

今日のオランダの医療・介護保険制度は、要介護や障害などのリスクに対する一年以上の長期療養および介護等をカバーする長期介護法(Wlz)と、

一般的なケガや病気などのリスクに対する短期の医療をカバーする健康保険(Zvw)の2つに大別することができる。この他に、包括ケアを可能とする枠組みとして注目される社会支援法(WMO 2015)と青少年法が、一部の長期ケアを請け負っている。長期療養と介護のWlzの財政支出は、2023年で320.4億ユーロ(被保険者1人当たり1,840.83ユーロ)、短期医療Zvwの財政支出は、同547.3億ユーロ(同3,098.80ユーロ)となっており、2015年のWlzの189億ユーロ、同Zvw395.6億ユーロと比べると、医療・介護への財政負担の増加傾向は続いている¹⁾。

WlzとZvwの保険は、オランダに居住するものすべてに対して加入を義務付けており、強制加入の国民皆保険である。このうち健康保険Zvwは、公的な強制加入の医療保険でありながら、その保険者は民間の保険会社が担っている。すなわち、公的な枠組みの中で、民間の各保険会社が効率化と利潤獲得をしながら、国民全体の疾病リスクをカバーしている。これこそが「規制された競争」というオランダ国民健康保険の特徴である。

短期の医療保険(Zvw)の財政収入は、①所得比例保険料(inkomensafhankelijke bijdrage; IAB)²⁾、②定額(名目)保険料(norminal premie)、③政府補助金、④自己負担(eigen risico)の4つの財源からなり、収入に占める額は表1のとおりである。最大項目である①所得比例保険料は18歳以上の被保険者に課され、支払われる給与所得や年

しまむら れお

慶應義塾大学大学院経済学研究科博士課程単位取得退学。修士(経済学)。専門は財政学、地方財政論(オランダ)。2017年より熊本大学大学院人分社会科学部専任講師、2020年より同准教授。

著作に『『オランダモデル』形成期の財政・社会保障改革—ルベルス政権とコック政権の政策連続性に着目して』四方理人、宮崎雅人、田中聡一郎編著『収縮経済下の公共政策』(慶應義塾大学出版会、2018年)、「第10章 オランダ—自由市場化と社会住宅のターゲット化」田辺国昭・岡田 徹太郎・泉田 信行監修、国立社会保障・人口問題研究所編『日本の居住保障—定量分析と国際比較から考える』(慶應義塾大学出版会、2021年)、「オランダ住宅政策における住宅協会の変容と地方分権改革—1988年ヘルマメモを中心に」日本地方財政学会編『観光政策と地方財政 日本地方財政学会研究叢書第30号』(五紘舎、2023年)など。

表1 短期医療保険Zvwの財政状況(単位:10億ユーロ)

支出(マクロ保険料の充当分)	2021年	2022年	2023年	'22-'23年の増加額
医療費上限への支出	52.3	53.9	59.1	5.3
—医療支出 医療保険者分	49.7	51.1	55.9	4.8
—健康保険基金からの直接支払い	2.6	2.8	3.2	0.4
医療保険者の管理コスト・積立金	2.4	0.4	0.9	0.5
その他の給付金	0.0	0.0	0.0	0.0
健康保険基金残高	-0.8	1.0	-0.4	-1.3
計(保険料・自己負担を財源)	53.8	55.2	59.6	4.4
収入				
所得比例保険料(IAB)	27.1	27.6	29.5	1.8
定額(名目)保険料	20.8	21.6	23.8	2.2
18歳未満児童への政府補助	2.8	2.8	3.1	0.2
自己負担分	3.1	3.2	3.3	0.2
合計	53.8	55.2	59.6	4.4

注:四捨五入のため、合計額が合わない分がある。

出所:オランダ国税庁(Belastingdienst)。

金所得、事業所得などに対して、定率で課される医療保険料である。18歳未満の子どもは、親や保護者の保険に加入していれば、支払う必要はない。2024年は、被用者の給与所得および雇用保険給付、遺族年金給付等には6.57%(同6.68%)、これら以外は5.32%(2023年5.43%)となっている³。保険料が課される賃金上限額は年間71,628ユーロ(同66,956ユーロ)となっており、保険料額の上限は約4,706ユーロとなっている。所得比例であるため、高所得者ほど高い保険料額となるが、上限もあり累進制があるわけではない。この所得比例保険料拠出額は、拠出金収入に対する割合は50%となるように定められており、18歳未満の保険料補填と保険者の財政支援のための③政府補助金とともに、医療保険基金(Zvf)に集められる。この資金はマクロ医療予算と呼び、各保険者に医療費予算として過去の実績と加入者のリスク(被保険者の年齢、性別、居住地域、投薬や通院の健康特性などの指標)に応じて精緻に配分され、保険者間の財政リスク調整の役割を果たしている。

このマクロ医療費予算だけでは実際の医療費を下回るため、各保険者は被保険者に対して②定

額保険料を課し、賄っている。各保険者は基本の医療保険とその給付方式によって定める定額保険料を提示し、加入者は拒否されることなく自分にあつたものを選ぶことができる。具体的には、費用償還方式の保険商品にするか、現物給付方式の保険商品にするかによって月額保険料は異なり、加えて追加的なオプションも購入することもできる。2024年の各社平均の定額保険料は年間1,792ユーロ(平均月額147ユーロ)で、2014年1,157€から一貫して増加傾向にある(2023年から月額9.04ユーロ上昇している)⁴。

加入者は1年ごとに、加入する保険会社を選択することができ、保険会社を変えることも多く見られる。2024年時点で10ある保険会社グループのうち(2024年時点)、Achmea、CZ、VGZ、Menzisは4大保険会社グループと呼ばれ、これらが保険市場の84%を占めており、2006年の制度導入時の91%に比べ縮小しているものの、依然として大きな割合をしめているのが実情である⁵。保険の種類で見ると、現物給付方式の保険商品は2023年で76.8%と高く、費用償還方式は2018年の19.2%から4.7%と減少し、その代わり両方を

組み合わせた商品が2018年の5.1%から2023年は18.6%まで増加している⁶。

次に④自己負担分については、2008年から導入された免責控除制度 (eigen risico) がある。被保険者は原則自己負担なしで医療サービスを享受できるが、現物給付方式の保険契約をしながら保険対象外の医療サービスを受けた場合、また自己負担が必要な医療サービスを受けた場合に自己負担が発生するが、その上限額が免責控除制度で定められている。免責控除制度は強制免責控除 (verplicht eigen risico) と、18歳以上の被保険者が自ら控除金額を設定する任意免責控除 (vrijwillig eigen risico) に分かれる。強制免責控除額は2024年が385ユーロまでは自己負担となる。ただし、GPによる治療、産科サービス、出産サービス、臓器移植関連のケア、訪問看護などのサービスは対象外となる。免責控除額は2008年時点では150ユーロだったが、2012年に220ユーロ、2013年に350ユーロに最大の引き上げが行われ、2016年から現在までは変わっていない。任意免責控除も選択する場合、500ユーロまで100ユーロ単位で強制免責控除額に上乗せでき、医療費が発生した場合は自己負担額が増えるものの、その分だけ月々の定額保険料が割り引かれる。そのため任意免責控除を選択する被保険者は2023年で13.3%おり、これも選択肢の一つとして選択されていることがうかがえる。

他方で、オランダの加入対象者1,730万人のうち、無保険となっている者は2022年で2万5,024人おり、ここ数年は2万人程度で推移している。また健康保険料を半年以上滞納している者は2014年の32万5,810人から2022年の15万8,980人と半減している⁷。

「規制された競争」の健康保険と財政

こうしたオランダの医療保険制度は、1987年のデッカー・プランを源流とする2006年・2008年の抜本的な改革により、「規制された競争」を導入した公的医療保険制度となった。これによりオランダは“連帯

(Solidariteit) ”の旗の下に公的な枠組みを維持しながら、部分的に競争する領域を入れ、医療保険制度において公平性と効率化の両立を図った。

しかし、オランダも高齢化による医療支出の増大傾向は変わらず、定額保険料部分は増加傾向にあり、所得比例保険料の負担も低所得者にとって小さくない⁸。また自己負担分となる免責控除額も引き上げられており、低所得者の負担に対して公的な財政支援は不可欠である。18歳未満の保険料負担を政府補助で賄っているのに加え、低所得者が健康保険に手頃な価格で加入できるよう、社会手当として医療手当 (Zorgtoeslag) がある。給付要件は、①オランダの健康保険に加入し、②所得・資産要件を満たしていることである。所得要件は、個人の年間所得 (2024年) が37,496ユーロ以下、パートナーと合算で47,368ユーロ以下であること、資産要件は個人で140,213ユーロ以下、パートナー合算で177,301ユーロ以下であること。給付額は所得や資産状況に応じて変わるが、上限月額で単身123ユーロ、夫婦／パートナー 236ユーロ (2023年は同154ユーロ、265ユーロ) となっており、低所得世帯にとっては小さくない負担軽減措置となっている。

財政構造全体に目を向けてみると、オランダは早くから税と社会保障の一体改革を1990年と2001年の税制改革によって行なっている。1990年税制改革では、所得比例の国民保険料 (老齢年金 Aow・遺族年金 Anw・長期介護法 Wlz) を、所得税の課税ベースと統合し、第1のブラケットの「付加税率」のような形で徴収するようになった。その後の2001年税制改革では所得控除から税額控除方式に移行することによって課税ベースを拡大しつつ、低所得層の負担軽減を目的に「社会保険料減免型の給付付き税額控除」を導入した。国民保険料は年間課税所得37,149ユーロまでは国民保険料37.65%が上乗せされるが (2024年)、給付付き税額控除額未満の負担であった場合は、負担することなく受給資格も失わないようになっているのである。健康保険料はやや上記とは課税ベースが異なり、給付付き税額控除の減免対象ではなく、低所得者も同じ比例保険料率で負担するため、よりすべての人々が支え合う構造となっていると言える。

連帯と効率化の両輪

オランダの医療保険制度を概観してみると、長きに渡る改革をつうじて、国民健康保険としての公平性と、民間の医療保険会社の参入による医療保険の効率化が両立する制度構築、それに伴って生じる負担を税や手当、税額控除といった財政の面で負担調整が試みられてきたことがわかる。その点では「規制された競争」に基づく試みが、安定した医療保険制度につながっているという国際的な評価は、日本でも注目に値する。ただし、医療制度については供給面との一体的な評価が必要であり、オランダは医療へのアクセス、予防医療などでも高く評価される一方、在院日数が極端に短いなどのサービスの特徴も考慮する必要があるだろう（大森 2014、OECD 2023）。さらに、医療の利用者の応分の負担という利用者負担だけでなく、低所得者を排除しないような保険制度および財政面での再分配と一体で考える必要があろう。

オランダにあっても、高齢社会に耐えうる医療保険制度を模索していることに変わりなく、そこで効率化だけを追求し、国民の生活を支える福祉国家および財政の役割を忘れてしまつては、本末転倒であることを忘れてはならない。■

《注》

- 1 Zorginstituut Nederland（オランダ医療研究所）Zorgcijfersdatabank.nl
- 2 所得比例保険料は、被用者の賃金から差し引かれる Zvw 拠出金（de bijdrage Zvw）と、雇用主負担分である Zvw 雇用者賦課金（de werkgeversheffing Zvw）の総称。
- 3 オランダ国税庁（Belastingdienst）より参照。軍人は保険料の支払い義務はなく、船員は保険料率 0% である。思想・宗教的な理由により加入を拒む

良心的保険加入拒否者も保険料の支払い義務はないが、同額の所得税ないし給与税を支払う必要がある。

- 4 Zorginstituut Nederland（オランダ医療研究所）Zorgcijfersdatabank.nl
- 5 これら 4 大保険会社グループは、それぞれ複数の医療保険ブランドを有しており、最大手の Achmea は Zilveren Kruis や DeFriesland を持ち、加入者は 490 万人にのぼる（Zorgwijzer 2024。）
- 6 同上。
- 7 同上。
- 8 所得比例保険料は総拠出額の 50% と定められているため、課税ベースとなる所得が上昇する場合、医療支出の増大傾向に反して所得比例保険料率は低下することがあり、近年は IAB の料率は低下している。

《参考文献》

- 大森正博（2010）「オランダの医療保険者の役割」『健保連海外医療保障』（85）14-21 頁。
- （2012）「オランダにおける公的医療保険制度の適用範囲をめぐる政策動向」『健保連海外医療保障』（95）17-28 頁。
- （2014）「オランダにおける医療制度と保険事業の動向」『健保連海外医療保障』（102）9-17 頁。
- （2015）「オランダの長期療養・介護制度改革」『健保連海外医療保障』（107）20-27 頁。
- 小林篤（2013）「オランダの民間健康保険市場と民間健康保険事業 — 公的健康保険制度の担い手としての民間保険の役割と実態 —」『損保ジャパン総研レポート』（63）
- 佐藤主光（2007）「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」『会計検査研究』（36）41-60 頁。
- 松田晋也（2012）「オランダの医療制度改革について」『健保連海外医療保障』（95）29-35 頁。
- 松村祥子、田中耕太郎、大森正博（2019）『新 世界の社会福祉 2 フランス／ドイツ／オランダ』旬報社。
- Centraal Bureau voor de Statiek（中央統計局）
- OECD（2023）*Health at a Glance 2023*, OECD.
- Zorginstituut Nederland（オランダ医療研究所）（<https://www.zorgcijfersdatabank.nl/>、最終閲覧日：2024 年 4 月 13 日）
- Zorgwijzer（2024）“Cijfers zorgverzekering”，（<https://www.zorgwijzer.nl/faq/cijfers-zorgverzekering>、最終閲覧日：2024 年 4 月 13 日）