

医療介護負担による家計影響と負担公平性

—2014年全国消費実態調査個票の分析結果—

橋本 英樹¹⁾ 徳永 睦¹⁾

高齢・人口減少社会の持続可能性を議論する際、費用抑制の議論が優先される中、公的皆保険制度の最大の目的である家計破綻の回避と、負担公平性をいかに図るかにについての議論を科学的に行う必要が強まっている。しかし近年の状況に関するエビデンスが不足している。本稿では先行研究などに倣い全国消費実態調査2014個票データを用いて、公的医療保険と介護保険の自己負担、より広い保健医療消費支出による家計破綻的影響（catastrophic payment）の状況と、医療費・介護費の負担が世帯の貢献能力を鑑みて公平性が担保されているかどうかを検証することを目的とした。その結果、狭義の医療保険の自己負担が及ぼす家計破綻的影響は限定的ではあるが、より広い保健医療消費支出や介護自己負担を含めた場合、特に支払能力の低い高齢者・要介護世帯では家計破綻的支払は17%程度の世帯に見られることを確認した。また公的医療保険・介護保険の負担公平性は直接税による貢献の累進性が近年回復したことを受けて、公平性は比較的担保されていることを確認した。しかし、自己負担・社会保険料負担の逆進性が強まっている可能性が示唆されたことから、今後高齢世帯などでの自己負担率引き上げや、コロナ禍における消費低迷による間接税貢献の逆進性の増加が及ぼす影響を慎重に考慮する必要があると思われる。

キーワード 負担公平性、逆進性、家計破綻的自己負担、医療介護サービス

1. はじめに

高齢・人口減少社会の持続可能性を議論する際に、医療介護需要の増加と費用抑制をいかに図るかが近年議論の中心問題となっている。2008年施行の「医療制度改革関連法」、2012年の「社会保障制度改革推進法」と翌年の「社会保障制度改革プログラム法」、2014年の「医療介護総合確保推進法」など、いわゆる「社会保障と税の一体改革」のもと一連の「改革」から今日に至るまで、財政再建の道筋を探るうえで医療・介護費の負担をいかに抑制するかが通底したテーマとなってきた。

ただし、厚生労働省始め医療介護費の将来推計

の多くは、実際の需要の将来推計に基づいているわけではなく、自然増率や技術革新・人件費高騰などによる価格インフレーション率に一定の仮定を置いた給付額のプロジェクトンに過ぎない。高齢者の増加がそのまま医療需要の増加に結び付くかは、将来の高齢者の健康状態や疾病罹患状況の変化を踏まえた推計に基づくことが必要である。自然増につながるような疾病負担の増加は、将来の高齢者の健康状態の全般的改善に伴い一般的に思われているような規模では発生せず、いくつかの疾患ではむしろ有病率が低下するであろうという推計を最近発表した¹⁾が、本稿では深く立ち入らないこととする（Kasajima *et al.*, 2020）。本稿では、十分な疫学的情報に基づかず財政影響だけが議論されている中で見逃されてきた、医療

¹⁾ 東京大学大学院医学系研究科保健社会行動学分野

介護の負担の公平性の問題について注目することとする。

そもそも皆保険制度により医療や介護サービスが提供されるのは、医療・介護へのアクセスが公平に保たれるべきであるという、社会連帯に基づく理念に依拠していることは言うまでもない。わが国において1961年に皆保険制度として公的医療保険制度が成立した際も、高齢者医療制度・後期高齢者医療制度の導入の際も、財政的困難にある保険者を、税の投入や保険者間での支援により支えることで、すべての国民が所得などの条件によらず必要な医療・介護サービスにアクセスできることを担保することを目指してきた (Ikegami *et al.*, 2011a)。また高齢者など所得が限られた世代での所得格差を、現物給付的再分配を通じて縮小する効果があったという指摘もある (Oshio *et al.*, 2014; 遠藤・駒村, 1999)。医療や介護サービスへのアクセスの水平的公平性については、低所得者での問題を抱えつつも、国際的に見ればわが国では高度に保たれていると言ってよいだろう (遠藤・篠崎, 2003; 遠藤・山田, 2007; Watanabe and Hashimoto, 2012; Ikegami *et al.*, 2011b)。

ただし、公的保険制度が医療・介護負担による家計破綻 (catastrophic payment) を防ぐ効果をどれほど発揮していたかを見ておく必要は残されている。財政問題を中心に医療介護制度の改革議論とほぼ時期を同じくして、2008年の世界的経済ショック以降、実質賃金・所得の停滞、消費支出の低迷、さらに高齢者世帯での生活保護受給世帯数の増加傾向など、家計の状況の厳しさを示す統計の動きが見られた時期と重なっていた。いずれも2014年以降概ね回復傾向が見られているが、その一方で2008年以降70歳以上高齢者の自己負担率の一部引き上げ、2014年4月の消費税率の8%への引き上げなども見られており、これらの動きが総じて、医療介護の家計負担にどのように作用したかを明らかにしておく必要がある。

1994～2009年度実施の全国消費実態調査個票を用いて、田中・四方・駒村 (2013) は、医療介護自己負担の支出前後の貧困率 (等価可処分所得の中央値の50%でライン) の違いを見ることで、医療介護負担による貧困化 (impoverishment) の影響を議論している。それによれば65歳未満では貧困化影響が年々上昇傾向にあるが、65歳以上では改善傾向が見られている。しかし依然として医療介護負担による貧困化の影響は、65歳以上高齢者では1.2～1.6ポイントと現役世代の0.6～0.8ポイントの2倍近く見られることから、自己負担による貧困化の問題は高齢者で無視できない可能性を示唆している。

貧困化影響と並び注視が必要なのが、医療・介護費負担の累進性・逆進性の問題である。田中・四方・駒村 (2013) でも、所得格差を本人収入・家族収入・年金収入・税保険料支出・医療介護自己負担支出に寄与度分解し、1999～2009年の所得格差変動に及ぼす影響を検討している。それによれば医療介護自己負担支出そのものは所得格差に大きく寄与しないが、前期高齢者では税・社会保険料により格差拡大、後期高齢者では縮小に寄与していることを明らかにしている。そのうえで、田中らは税・保険料負担が低所得層・高齢者層に与える影響を鑑みつつ、保険料や自己負担の逆進性対策が求められると結論している。

著者も2004年度の全国消費実態調査個票を用いて、O'Donnell *et al.* (2008) に倣い、消費支出 (自己負担含む)・保険料支出・直接税支払額の合計を支払能力とみなして、直接税・間接税・保険料・自己負担のそれぞれについてKakwani指数を求めたうえで、国民医療費の財源別負担額により案配することで、国民医療費全体としての負担の累進性・逆進性について報告している (Ikegami *et al.*, 2011b)。間接税・保険料・窓口自己負担による負担はいずれも逆進的であるが、直接税の累進性と相殺することで、国民医療費全体としての負担は若干の逆進性を持つ程度に収められている

ことを確認している。しかし、2009年のデータを用いた検討では、2008年のリーマンショック後に税収入がバブル経済以降最低水準に落ちたときの状況を反映し、直接税による医療費負担の累進性が弱まり、医療費負担全体として逆進性が強まったと報告している (Sakamoto *et al.*, 2018)。

本稿では、2014年の全国消費実態調査個票を用いて、景気の低迷・回復期と家計負担状況が厳しい状況にあった時期における、医療介護負担による貧困化の影響と、医療費負担の累進性・逆進性の状況を評価することで、現行医療介護保険制度の「家計保護機能」と負担公平性に果たす役割について検証することを目的とする。

2. データと方法

1) 使用データ

全国消費実態調査2014年度実施分個票を、統計法33条規定に従い利用申請を行った。2014年個票では2人以上世帯51,768世帯と単身世帯4,654世帯がサンプルとして提供されている。“用途分類(3ヵ月平均)_個別世帯”票を用いた。全国消費実態調査は世帯調査であり、世帯構成員の属性(年齢・性別・学歴・就労状況に加えて、要支援・要介護認定の有無など)は個別に測定されているが、消費・支出は世帯あたりのものを計上しているため、本稿での議論はあくまで世帯を単位とした家計破綻・支出公平性を議論することとなる。また医療・介護サービスをどの構成員が利用したかは特定できない。したがって、年齢構成によって異なる自己負担率が医療介護自己負担支出に影響しているかも検討はできない。以後の世帯属性別検討の際にも、65歳以上世帯員が一人でもいる場合、65歳以上世帯(N=27,588)、一人もいない場合65歳未満世帯(N=28,864)として分類している。また介護費支出については、要介護・要支援者が一人でもいる世帯(N=3,535)について議論するようにした。

消費支出、各種社会保障保険料支出(年金含む

保険料合算値、公的健康保険料、公的介護保険料)、直接税支出は票上の集計値をそのまま用いた。医療費支出については保険診療の自己負担に相当する「医科診療代」を狭義の自己負担とし、健康医療用品・医薬品・サプリメント・眼鏡・衛生用品など広く含むものとして「保健医療」を広義の自己負担として検討した。介護費支出については「訪問介護・通所サービスなど費用」「介護施設費用」「介護機器などレンタル料」を合算した「介護サービス」を用いた。

調査期間3ヵ月の平均(単身世帯は2ヵ月)値が計上されているため、高額療養費・高額医療介護合算療養費の対象については、当該調査期間に支給されていたとしても、サービス利用月と支給月が整合的に計上されているわけではない。支給されていた場合は「その他社会保障給付」に含まれているはずだが、児童手当ほかとも合算されており、その支給有無は確認ができない。田中・四方・駒村(2013)では一定の仮定を置いて高額療養費・合算療養費を反映して自己負担額を推計しているが、介護自己負担では要介護5の療養費支払基準を全員に当てはめるなど、療養費支給の貧困化防止効果を過剰推計気味にするように設定している。しかし、高額療養費については該当世帯のすべてが申請していない可能性が指摘されていること(全国健康保険協会埼玉支部, 2019; 神奈川県保険医協会政策部, 2005)、世帯合算についても月額21,000円以上のものだけが合算対象となり外来診療費については年間上限額14万円ほどに設定されていること、医療介護合算療養費は支給条件が極めて厳しいことなどから、本稿では高額療養費の影響をあえて考慮していない数値で表示している。なお、話を単純化するため、仮に高額療養費・合算療養費が全ケースに即月に支給されたとして、69歳以下で適用されている住民税課税世帯での最低基準(月額上限自己負担額57,600円)と住民税非課税世帯での基準(月額上限自己負担額35,400円)を全世帯に機械的に当てはめて貧困

化影響を再検討してみたところ、支払能力が低い世帯における貧困化率の推計値にほとんど違いがないことを確認している（支払能力が第2～4分位の世帯ではわずかに貧困リスクの軽減が見られたものの、貧困率ならびに貧困化率〔後述〕にはまったく影響が見られなかった）。

2) 医療・介護自己負担による貧困化率の検討^{注1)}

貧困化率を検討するにあたっては、Cylus, Thomson and Evetovits (2018) が用いた normative spending on food, housing, and utilities method に従って「基本的ニーズを満たす支出額 (basic needs expenditure)」を算出した。具体的には、「消費支出」に加えて、「食料」から「酒類」を差し引いた「食費」、「光熱・水道費」、そして「家賃・地代」を用いている。なお持ち家の場合、「持ち家（現住居）の帰属家賃」推計値が既に「用途分類（3ヵ月平均）_個別世帯」票には収載されているが、今回は、「家賃・地代」と「光熱・水道費」の有無により「常識的な最低消費支出」の推計値を分けるCylus, Thomson and Evetovits

(2018) の方法を採用している。

具体的には消費支出をAdult Equivalentで調整した等価消費支出を算出したのち、その25～35パーセンタイルにあたる世帯を抽出し、それらの世帯における「食費」、「光熱・水道費」、「家賃・地代」の等価値の平均を求め、それぞれの項目の basic needs line とした。なおAdult EquivalentはOECD方式（(成人数+13歳以下子ども数×0.5)^{0.75}）を採用した。そのうえで、「光熱・水道費」や「家賃・地代」の支払が見られるか否かによりこれら3要素を選択的に足し合わせたものを計算し、各世帯のAdult Equivalentでかけ戻したものを世帯の「基本的ニーズを満たす支出額」とした。これを「消費支出」から差し引いたものを「支払可能能力」(capacity to pay) とした。

世帯の貧困状況を判定するうえで、推計された支払可能能力が既に負の場合を「貧困世帯」、支払可能能力が0円で自己負担があるか、支払可能能力が1円以上あるが自己負担額が支払可能能力を上回っているものを「(自己負担による) 貧困化世帯」、自己負担額が支払可能能力の範囲ではあるがその20%以上を占める場合を「貧困リスク世帯」、それ以外で自己負担が見られる世帯を「貧困リスクなし世帯」、自己負担が見られていない世帯を「自己負担なし世帯」と5つにカテゴリー分けした。

以上の分類を、狭義の医療費自己負担、広義の医療費自己負担について全世帯、65歳以上世帯員のいる世帯、いない世帯に分けてカテゴリーごとの世帯比率と、各カテゴリーにおける自己負担が支払能力に占める割合を算出した。また要介護・要支援認定者がいる世帯に限定し、狭義の医療費+介護費自己負担、広義の医療費+介護費自己負担の影響を同様に算出した。またそれぞれについて、支払可能能力を5分位に分けて検証した。

次に医療費・医療介護費の負担公平性を検討するにあたっては、基本的にO'Donnell *et al.* (2008) に再度倣い、負担を直接税・間接税・保険料負担・

注1) 破綻的自己負担による貧困化の検討については、いくつかの手法論が存在する。Cylus, Thomson and Evetovits (2018) によれば、貧困率を計算する分母となる家計の「支払能力; capacity to pay」を何で表現するかと、「破綻的負担」の閾値設定をいかにするか論点となる。支払能力としては、消費支出を使うもの、消費支出からベーシックニーズとなる支出を除いたものに大別できる。ベーシックニーズとしては最も単純なものは酒類や外食費などを除いた食費を差し引いたものであるが、食費・被服費・光熱費・居住費について「最低必要支出; normative spending」を計算したうえで、これを消費支出から差し引く方法も提案されている。本稿ではIkegami *et al.* (2011b) など先の計算値との比較可能性を高めるため、Cylusらのnormative spending on food, housing, and utilities methodに準拠することとした。また閾値の設定では、これまで5, 10, 25, 40%などが用いられ、国際連合のSustainable Development GoalsのUniversal Health Coverageに関する議論では10, 25%などが採用されている。本稿では20%を仮に用いることとした。

自己負担の4つのソースごとにKakwani指数を計算し検討した。その際負担のベースとなる世帯の支払能力を「消費支出」に限定すると、税負担や保険料負担を通じた貢献がカウントできないので、「消費支出」に加えて、非消費支出のうち「社会保険料」（年金保険料他含む）と「直接税」支払を足し合わせたものを用いた。これを以後「貢献可能能力」（capacity to contribute）とする。集中化指数（concentration index）を「直接税」、「社会保険料」、自己負担額について求めて、これから「貢献可能能力」のGini係数を差し引いたものを、それぞれの貢献によるKakwani指数の推計値とした。なお「間接税」については、細かく見れば酒類・たばこ・燃料など間接税率が異なるものが含まれているが、本稿では簡略的に消費税率を一律8%とみなし、「消費支出」そのものを用いて「間接税」を通じた貢献を検討している。その結果、燃料消費やたばこ・酒類などの消費が著しく多い世帯においては間接税による貢献を過小評価している可能性がある。

各項目について求められたKakwani指数について、総務省発表資料などから、2014年段階で国税・地方税合わせて直間税収比率がおおよそ67.6%対32.4%であること（総務省、2020）、国民医療費財源別統計によれば公費負担が39.6%、保険料負担が48.7%、自己負担が11.7%であったこと（厚生労働省、2016）から、これらの数値を参考に各Kakwani指数推計値の重みづけ平均を取って、国民医療費負担全体としてのKakwani指数を算出した。

以上の結果はすべて全国消費実態調査個票データに提供されている一般集計用乗率により重みづけした結果を示した。

3. 結果

狭義の医療費自己負担（医科診療代支出）について支払可能能力に占める割合（%）を支払可能能力の5分位ごとに推計した結果を表1-1に示した。支払可能能力が最も低い第1分位では、キャ

パシティの3.32%となっている。これを世帯構成員に65歳以上を含む世帯とそうでない世帯に分けて検討すると、65歳以上世帯員のいる世帯では、第1分位では4.54%を占めていた。

表1-2に、狭義の医療費自己負担（医科診療代支出）による貧困化影響を示す。全世帯では貧困世帯（支払可能能力が既に破綻している世帯）は0.69%、さらに自己負担支出後に破綻している貧困化世帯が0.11%見られた。自己負担支出が支払可能能力の20%以上を占める貧困化リスク世帯は1.11%見られた。これを支払可能能力の5分位ごとに分けると、貧困化の影響は第1分位でのみ見られることが明らかである。一方、第1分位に属する世帯では自己負担がないものが43.58%見られており、より高い支払能力を有する世帯に比べて著しく多い。自己負担免除によるものか、それとも医科診療サービスの使い控えによるものかは、健康状態に関する情報がないことから検討できない。

表2には広義の医療自己負担（「保健医療」支出）で同様の検討をした結果を示す。広義のものは公的保険の対象外のものを含んでおり、より嗜好性の強いものも含まれているが、価格弾力性の高い「ぜいたく品」であれば、購買能力の高い層でより強い影響が見られるはずである。しかし表2-1を見ると実際には、購買能力が最も低いはずの支払可能能力の最低分位（第1分位）で支出の占める割合は10.81%と最も高く、支払可能能力の分位が上がるにしたがって割合は下がっていく。さらに65歳以上世帯員のいる世帯では最低分位で13.18%と最も高い値が見られる一方、最も購買能力が高い第5分位の世帯であっても6.01%に及んでいた。

表2-2では広義の医療費自己負担であっても、貧困化影響は最低第1分位でのみ観察される状況に変わりがないことを確認できる。65歳以上世帯員のいる世帯のうち第1分位に属する世帯では、実に7.92%が自己負担以前に家計破綻してお

表 1-1 狭義の自己負担（医科診療代）が支払可能能力に占める割合（%）

支払可能能力	全世帯	65歳未満世帯	65歳以上世帯
第1分位	3.32	2.19	4.54
第2分位	2.16	1.51	3.02
第3分位	1.91	1.40	2.58
第4分位	1.65	1.31	2.07
第5分位	1.07	0.91	1.29

筆者作成

表 1-2 狭義の自己負担（医科診療代）による貧困世帯の分布（%）

支払可能能力	貧困世帯	貧困化世帯	貧困化リスク世帯	非リスク世帯	自己負担無	総計
全世帯	0.69	0.11	1.11	68.65	29.44	100
第1分位	3.44	0.58	3.86	48.54	43.58	100
第2分位	0.00	0.00	0.65	69.42	29.93	100
第3分位	0.00	0.00	0.43	73.98	25.59	100
第4分位	0.00	0.00	0.35	76.92	22.73	100
第5分位	0.00	0.00	0.26	74.37	25.37	100
65歳未満世帯	0.43	0.06	0.66	60.28	38.57	100
第1分位	2.42	0.35	1.99	41.92	53.32	100
第2分位	0.00	0.00	0.34	60.26	39.40	100
第3分位	0.00	0.00	0.45	64.73	34.82	100
第4分位	0.00	0.00	0.31	67.12	32.57	100
第5分位	0.00	0.00	0.39	64.76	34.85	100
65歳以上世帯	0.99	0.18	1.63	78.32	18.88	100
第1分位	4.37	0.79	5.55	54.53	34.76	100
第2分位	0.00	0.00	1.02	80.21	18.77	100
第3分位	0.00	0.00	0.40	84.98	14.62	100
第4分位	0.00	0.00	0.38	88.76	10.86	100
第5分位	0.00	0.00	0.08	87.42	12.50	100

筆者作成

り、さらに2.24%が自己負担支払による貧困化の影響を受けていることが示された。さらに公的保険でカバーされないサービスを含んでいることから、自己負担が見られない世帯の割合は狭義の医療費自己負担の場合より著しく低いものの、依然として購買力が最も低い第1分位で最もその割合が高い。このことから、自己負担免除によるだけでなく、経済的制約によるサービス・購買の使い控えがあることが強く示唆されていた。

表3-1には、要介護・要支援認定者が見られた世帯に限定して、医療・介護自己負担の影響を検討した結果を示す。最低分位では、支払可能能力の12.65%、広義の保健医療支出の場合には実に23.44%に負担割合は達しており、平均値のレベルで既に家計破綻リスクが高い状況となっている。一方、第5分位であっても広義の医療・介護自己負担支出は支払可能能力の9.18%に達してお

り、介護サービスを必要とする世帯において、医療・介護関連支出が極めて大きな支出項目となっていることを示唆している。表3-2では特に第1分位に属する世帯において、貧困・貧困化の影響は9~17%に見られており、貧困化リスク世帯まで含めれば、実に介護を必要とする購買力の低い世帯の約30~50%の世帯が自己負担による家計影響を強く受けていることが明らかとなった。

表4には直接税・間接税・社会保険料・自己負担の4つの貢献項目ごとに負担公平性をKakwani指数で表現した結果を示す。直接税による貢献の累進性が示された以外、間接税・社会保険料・自己負担による貢献はいずれも逆進性を示している。推計手法や項目が必ずしも同一ではないため単純な比較はできないが、過去に発表されている値と比較すると、直接税による貢献の累進性が回復してきた一方、間接税や自己負担などによる貢

表2-1 広義の自己負担（保健医療支出）が支払可能能力に占める割合（%）

支払可能能力	全世帯	65歳未満世帯	65歳以上世帯
第1分位	10.81	8.62	13.18
第2分位	7.56	6.20	9.35
第3分位	6.98	5.63	8.76
第4分位	6.37	5.31	7.71
第5分位	4.93	4.13	6.01

筆者作成

表2-2 広義の自己負担（保健医療支出）による貧困世帯の分布（%）

支払可能能力	貧困世帯	貧困化世帯	貧困化 リスク世帯	非リスク世帯	自己負担無	総計
全世帯	1.50	0.37	7.80	85.90	4.43	100
第1分位	7.50	1.77	15.70	67.47	7.56	100
第2分位	0.00	0.03	7.96	87.94	4.07	100
第3分位	0.00	0.01	6.18	89.68	4.13	100
第4分位	0.00	0.00	4.90	91.69	3.41	100
第5分位	0.00	0.04	4.25	92.75	2.96	100
65歳未満世帯	1.25	0.24	4.87	88.13	5.51	100
第1分位	7.03	1.25	10.54	73.67	7.51	100
第2分位	0.00	0.02	4.55	90.39	5.04	100
第3分位	0.00	0.02	3.26	90.99	5.73	100
第4分位	0.00	0.00	3.51	90.88	5.61	100
第5分位	0.00	0.06	3.30	92.63	4.01	100
65歳以上世帯	1.80	0.51	11.19	83.33	3.17	100
第1分位	7.92	2.24	20.37	61.86	7.61	100
第2分位	0.00	0.03	11.98	85.06	2.93	100
第3分位	0.00	0.00	9.64	88.14	2.22	100
第4分位	0.00	0.00	6.57	92.66	0.77	100
第5分位	0.00	0.00	5.55	92.92	1.53	100

筆者作成

表3-1 要介護・要支援認定者が見られた世帯における医療・介護費自己負担が支払可能能力に占める割合（%）

支払可能能力	狭義の医療（医科診療）と介護自己負担	広義の医療（保健診療）と介護自己負担
第1分位	12.65	23.44
第2分位	9.34	17.12
第3分位	7.67	15.53
第4分位	6.99	13.99
第5分位	4.19	9.18

筆者作成

表3-2 要介護・要支援認定者が見られた世帯における医療・介護費自己負担による貧困世帯の分布（%）

自己負担範囲	支払可能能力	貧困世帯	貧困化世帯	貧困化 リスク世帯	非リスク世帯	自己負担無	総計
狭義の 医療と介護	全世帯	2.10	0.76	12.38	72.36	12.40	100
	第1分位	7.07	2.52	17.81	46.79	25.81	100
	第2分位	0.00	0.00	15.48	75.01	9.51	100
	第3分位	0.00	0.04	10.52	82.05	7.39	100
	第4分位	0.00	0.00	7.50	88.74	3.76	100
	第5分位	0.00	0.00	3.29	91.67	5.04	100
広義の 医療と介護	全世帯	3.22	1.96	29.06	65.76	0.00	100
	第1分位	11.15	6.26	34.40	48.19	0.00	100
	第2分位	0.00	0.65	34.47	64.88	0.00	100
	第3分位	0.00	0.04	29.66	70.30	0.00	100
	第4分位	0.00	0.00	22.52	77.48	0.00	100
	第5分位	0.00	0.00	14.90	85.10	0.00	100

筆者作成

表4 医療費負担の貢献種別 負担公平性 (Kakwani指数)

	直接税	間接税	社会保険料	自己負担	重みづけ平均
医科診療代分	0.133	- 0.052	- 0.037	- 0.153	- 0.009
医科診療+介護給付分	0.133	- 0.052	- 0.055	- 0.168	- 0.019

筆者作成

献の逆進性が強まっており、両者が相殺して、重みづけ平均としてはわずかに負に振れる程度に収まっていた。

4. 考察

2008年の経済ショック以降、実質賃金の低迷による税収低迷、物価の低下、消費支出の落ち込みが2012年付近まで見られていたが、その後持ち直し基調に乗ったのが2014年であった。一方、年金支給額の引き下げ、高所得層の高齢者を対象とした自己負担率の引き上げが2011年ころより始まり、2014年度初めに消費税率の引き上げなどが見られた。このように家計を取り巻く環境が大きく変動してきた時期に、医療・介護の自己負担の及ぼす家計に対する影響を検討した結果、1) 狭義の医科保険診療による自己負担の家計破綻への影響は全体的に見れば比較的限定的であるものの、支払可能能力の最も低い層、ならびに65歳以上世帯員のいる世帯などでは、決して無視できるものではないことを再確認した。また2) より広義の保険診療に対する家計支出まで含めれば、65歳以上世帯に限らず、65歳未満世帯員のみで世帯であっても支払可能能力の低い家計には7~8%程度の規模で家計破綻ならびに貧困化影響が確認された。これらは、機械的に高額療養費該当の処理を行っても大きな変化が見られなかったことから、家計状況が厳しい世帯に対して、現行の公的保険制度ならびに補助制度は十分な機能を果たしていない可能性が示唆され、これは田中・四方・駒村(2013)ほか先行研究が2009年個票で確認したことを、2014年個票でも概ね再確認したと言っただろう。手法が異なることから単純な経年比較はできないが、その影響は2009年当時と比べ

て改善したとは到底見られない。

特に介護サービスを利用している世帯においては、購買能力の高い世帯においてすら、医療・介護サービス支出は家計の支出能力の中で大きな項目となっていることが確認されたことから、現在議論されている後期高齢者の負担引き上げなどが高齢者世帯の家計に与える影響については、慎重なシミュレーションと素早い評価が求められる。

負担公平性については、税収回復による直接税を通じた累進的貢献が見られた一方で、保険料・自己負担による逆進的貢献の度合いが強まってきている可能性が示唆された。全体として負担公平性は比較的保たれているが、今後実施が決定されている後期高齢者自己負担率の引き上げや、消費低迷により贅沢品消費が手控えられれば間接税貢献がさらに逆進化しうることなどによる影響で、負担公平性がバランスを崩す可能性は否定できない。今後、年齢層によらず、支払可能能力を見定めたりリスク分散を行う必要があると考えられる。

残念ながら2019年度個票の利用申請受付は2021年4月以降となっており、本稿の期限に間に合わなかった。さらに2020年のコロナ禍による影響を考慮する必要があるが、次回全国家計構造調査の実施は予定通りだと2024年となってしまう、まったくタイミングを逸したものとなってしまう。今般の状況を考慮して、規模を縮小したものでよいので中間的全国調査が実施される必要があるのではないだろうか。特にコロナ禍の影響による介護・医療リスクの増大が、医療介護の供給に与える影響のみならず、就労・所得の変動を伴って世帯家計に与えた影響の評価が喫緊の課題となっている。

謝辞

本稿作成にあたって利用した個票は基盤研究 (A) 「高齢社会の社会保障と税の将来インパクト推計; ミクロシミュレーションによる検討」(2018~2021) (研究代表者 橋本英樹) (18H04070) の実施にあたり統計法33条に基づき利用申請・許可を受けたものである。分析にあたり, Jonathan Cylus 博士 (European Observatory on Health Systems and Policies, London School of Economics and Political Science) には catastrophic payment のアセスメントをするうえで, Normative spending on food, housing, and utilities の計算アルゴリズムを STATA の do file として提供いただいた。ここに記して感謝する。また藤崎照代氏には, 個票分析のデータ作成にあたり初期作業を担当してくれたことを謝する。本稿で示した結果は筆頭筆者の分析によるもので, 分析結果に誤謬などあればすべて筆頭筆者の責任に帰するものである。

参考文献

- Cylus J, Thomson S and Evetovits T (2018) "Catastrophic Health Spending in Europe: Equity and Policy Implications of Different Calculation Methods," *Bulletin of the World Health Organization*. 96 (9) : 599-609. doi: 10.2471/BLT.18.209031
- Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto H *et al.* (2011a) "Japanese Universal Health Coverage: Evolution, Achievements, and Challenges," *Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736 (11) 60828-3.
- Ikegami N, Yoo B-k, Hashimoto H *et al.* (2011b) *Lancet*. Supplementary web-appendix. <https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736(11)60828-3/attachment/290cb4e4-ed00-451e-becf-d14cef15a698/mmc1.pdf>2021年3月1日アクセス
- Kasajima M, Hashimoto H *et al.* (2020) "Future Projection of the Health and Functional Status of Older People in Japan: A Multistate Transition Microsimulation Model with Repeated Cross-sectional Data," *Health Economics*. doi: 10.1002/hec.3986.
- O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP *et al.* (2008) "Who Pays for Health Care in Asia?" *Journal of Health Economics*. 27 : 460-475.
- Oshio T, Miake N and Ikegami M (2014) "Macroeconomic Context and Challenges for Maintaining Universal Health Coverage in Japan." In Ikegami N (ed.) *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Lessons from Japan*. (pp.27-40), Washington: World Bank Group.
- Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S *et al.* (2018) *Japan Health System Review*. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia.
- Watanabe R and Hashimoto H (2012) "Horizontal Inequity in Healthcare Access under the Universal Coverage in Japan: 1986-2007," *Social Science & Medicine*. 75 (8) : 1372-1378. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.06.006.
- 遠藤久夫, 篠崎竹久 (2003) 「患者自己負担と医療アクセスの公平性—支出比率とカクワニ指数から見た患者自己負担の実態—」『季刊社会保障研究』39 (2) : 144-154
- 遠藤久夫, 駒村康平 (1999) 「公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』39 (2) : 141-148
- 遠藤久夫, 山田篤裕 (2007) 「介護保険の利用実態と介護サービスの公平性に関する研究」『医療経済研究』19 (2) : 147-167
- 神奈川県保険医協会政策部 (2005) 「高額療養費制度拡充への提言」2005年9月22日 <http://www.hoken-i.co.jp/outline/%E9%AB%98%E9%A1%8D%E7%99%82%E9%A4%8A%E8%B2%BB%E5%88%B6%E5%BA%A6%E6%8B%A1%E5%85%85%E3%81%B8%E3%81%AE%E6%8F%90%E8%A8%80.pdf>2021年3月1日アクセス
- 厚生労働省 (2016) 「平成26年度国民医療費の概況」2016年9月28日 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/14/>2021年3月1日アクセス
- 全国健康保険協会埼玉支部 (2019) 「加入者の医療保険制度等の認知率に関する調査報告書について」(2019年5月埼玉支部評議会資料) <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/saitama/Hyougikai/20190510/2019051008.pdf>2021年3月1日アクセス
- 総務省 (2020) 「直間比率の推移 (地方税, 国税, および租税総額)」<https://www.soumu.go.jp/main_content/000601525.pdf>2021年3月1日アクセス
- 田中聡一郎, 四方理人, 駒村浩平 (2013) 「高齢者の税・社会保障負担の分析—「全国消費実態調査の個票データを用いて」『フィナンシャル・レビュー』2013年4号 : 117-133
- 山田篤裕 (2004) 「居宅介護サービスの公平性」『季刊社会保障研究』40 (3) : 224-235
- 連絡先: 橋本英樹
hidehashim@m.u-tokyo.ac.jp

Catastrophic Payment and Fairness in the Contribution to Medical and Long-term Care Cost; Microdata Analysis Using 2014 National Survey of Family Income and Expenditure

Hideki Hashimoto¹⁾, Mutsumi Tokunaga¹⁾

Abstract

Cost containment policy is regarded as pivotal in the face of threatened financial sustainability due to aging and low fertility, while the discussion on contribution fairness and protection against household's catastrophic payment to healthcare service has been left behind. Using the microdata derived from the most recently available microdata of the National Survey of Family Income and Expenditure, we assessed the prevalence of catastrophic payment due to healthcare services expenditure, and contribution fairness according to the household's ability to pay. Our estimation indicated that the current system effectively protect against catastrophic payment due to medical services covered by the public medical insurance scheme, though the non-ignorable portion of households, especially with low capacity pay and higher long-term care demands faced the catastrophic impact of wider healthcare service expenditures. Fairness in financial contribution was well reserved thanks to the recently improved progressivity in direct tax contribution, though the regressivity in out-of-pocket copayment and social insurance premium payment was strong. The results indicated that the policy discussion on the healthcare financing should consider the potential impact of selective copayment rate rising in older households and stagnated economy due to COVID-19.

Keywords : Contribution fairness, Progressivity, Catastrophic copayment, Medical and long-term care

¹⁾ Department of Health and Social Behavior, The University of Tokyo, School of Public Health