

高齢者医療費自己負担への資産勘案に関する主要論点の整理

金融調査部 吉村 聡浩／是枝 俊悟

要 約

本稿では、政府の医療保険制度における応能負担の強化策として検討項目の一つに掲げられている「医療費自己負担への資産勘案」について、具体的検討を進める際の主要論点を整理する。医療費自己負担への資産勘案とは、70歳以上の高齢者につき、所得だけでなく資産も勘案して医療費自己負担割合を判定し、最大で70歳未満と同様の3割の負担とすることである。

先行研究を踏まえると、負担能力のある高齢者に限って自己負担割合を引き上げても、健康状態への影響は限定的と見込まれる。ただし、医療費自己負担への資産勘案は「負担は能力に応じて、給付は必要に応じて」という社会保険の原理原則に大きく抵触する。また、仮に医療費自己負担に関して資産を勘案する場合は、70歳以上の高齢者に対する3割を下回る自己負担（7割を上回る給付）につき財源構成も含めた理論的整理も必要である。

医療費自己負担への資産勘案の導入は、国民の資産形成や資産選択に歪みをもたらす懸念もある。英・米の社会扶助的な制度における資産捕捉においても、自己申告と福祉事務所等の調査に依存し、国民の金融資産情報の当局への定期報告は行われていない。医療費自己負担への資産勘案を検討する際は、非常に多くの難しい論点に照らした政策判断が求められる。

目 次

- 1章 医療費自己負担への資産勘案とは
- 2章 健康への影響
- 3章 制度理念に関する論点整理
- 4章 資産形成に及ぼす影響と資産捕捉に関する論点整理
- 5章 総括

1章 医療費自己負担への資産勘案とは

2023年12月22日に閣議決定された「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」では、「能力に応じた全世代の支え合い」を強化するための施策が掲げられ、検討が進められている。

現在、医療保険における自己負担割合は、小学校就学後から70歳未満が所得によらず3割であるのに対し、70～74歳は所得により2割または3割、75歳以上は所得により1割・2割・3割のいずれかとなっている。

2022年度の国民医療費47兆円のうち、70歳以上の高齢者の医療費は24兆円（対国民医療費で52%）を占める。70歳以上の高齢者に係る医療給付費は22兆円であり、実効給付率（医療費総額に対する給付費総額の割合）は91%に上る。自己負担割合の軽減などがあるため、全体の実効給付率（85%）よりも高い水準となっている（図表1）。

70歳以上の高齢者のうち、所得や資産により

負担能力のある被保険者を特定し自己負担を3割負担相当に引き上げる改革を実施した場合、70歳以上の高齢者の実効給付率を引き下げ、給付費を抑制する効果がある。仮に70歳以上の高齢者の人口10%を対象に引上げが実施されれば、給付費削減額は約0.29兆円（対国民医療費で0.62%）に相当すると試算される。

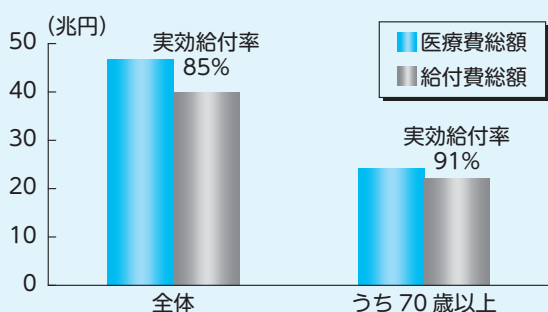
「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（図表2①）では、「能力に応じた全世代の支え合い」として「『加速化プラン』の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組」のうち、医療・介護保険における2割負担・3割負担の対象となる所得基準の見直し（基準額の見直しや、所得の範囲に金融所得を含める見直しなど）などと並び、「医療・介護保険における金融資産等の取扱い」が検討項目に掲げられている。

その後、2025年10月20日の「自由民主党・日本維新の会 連立政権合意書」（図表2②）や2025年11月21日に閣議決定された「『強い経済』を実現する総合経済対策」（図表2③）においても、「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」につき具体的な制度設計を行い順次実施すると記載された。

財政制度等審議会の財政制度分科会は、高齢者世帯の金融資産保有額が現役世代に比して平均的に高い水準にあることを踏まえ、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、預貯金等の金融資産の保有状況も勘案した上で負担能力を判定するための具体的な制度設計を検討する必要性を指摘している（図表2④）。

社会保障審議会介護保険部会においては、結論を得るまでには至らなかったものの、2割の利用者自己負担を求める所得基準の引下げが議論され

図表1 医療費総額と給付費総額（2022年度）



（注）公費負担医療分の給付費を含む。

（出所）厚生労働省「令和4年度国民医療費」、「医療保険に関する基礎資料～令和4年度の医療費等の状況～」より大和総研作成

図表2 医療保険への資産勘案に関する議論の経過

	日付	文書名	記載内容
①	2023年 12月22日	閣議決定「全世代型 社会保障構築を目指 す改革の道筋（改革 工程）」	「2028年度までに実施について検討する取組」（p.7）において、「医療・介護 保険における金融資産等の取扱い」（p.13）として、「預貯金口座へのマイナ ンバー付番の状況等を踏まえつつ、資産運用立国に向けた取組や国民の安 定的な金融資産形成の促進などにも配慮しながら、医療・介護保険におけ る負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について検討を行う。介 護保険の補足給付の仕組みがあるところ、医療保険では、保険給付と補足 給付の仕組みの差異や、加入者数が多く保険者等の事務負担をどう考える かといった指摘があることも踏まえ、検討を行う」（p.13）と記載。
②	2025年 10月20日	「自由民主党・日本維 新の会 連立政権合 意書」	「令和七年度中に、以下を含む社会保障改革項目に関する具体的な骨子につ いて合意し、令和八年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する」（p.3） ものとして、「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担 の実現」（p.3）と記載。
③	2025年 11月21日	閣議決定「『強い経済』 を実現する総合経済 対策」	②で掲げた社会保障改革につき「令和七年度中に具体的な骨子について合 意し、令和八年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」（p.49）と 記載。
④	2025年 12月2日	財政制度等審議会「令 和八年度予算の編成 等に関する建議」	「まずは、現行制度の下での取組として、医療保険における入院時生活療養 費等の負担能力の判定に関し、介護保険制度の補足給付との違いや保険者 の事務負担等も踏まえつつ、金融資産等を勘案する方策について検討する べきである」（p.48）としつつ、「さらに、医療保険・介護保険における負担 の在り方全般について、マイナンバーを活用して、預貯金等の金融資産等 の保有状況も勘案した上で負担能力を判定するための具体的な制度設計を 検討していく必要がある」（pp.48～49）と記載。
⑤	2025年 12月25日	社会保障審議会介護 保険部会「介護保険 制度の見直しに関す る意見」	2割の利用者負担を求める所得基準を引き下げにあたっての配慮措置 の一つとして「預貯金等が一定額以下の者は申請により1割負担に戻す」 （p.45）ことにつき検討し、「正確性の担保と事務負担の観点が必要」（p.47） であり、「厚生労働省において、事務の実態を把握するとともに、保険者との 実務的な検討の場を設けるべき」（p.47）と記載。
⑥	2025年 12月25日	社会保障審議会医療 保険部会「議論の整 理」	資産勘案については具体的記述なし。

（出所）各種資料より大和総研作成

た。その際、仮に引下げが実施された場合の配慮
措置として、預貯金等が一定額以下の者は申請に
より1割負担に戻すことが検討された（図表2
⑤）。すなわち、所得だけでなく資産も勘案して
利用者負担割合を決定する枠組みの検討が始めら
れている¹。

一方、社会保障審議会医療保険部会では資産勘
案について具体的検討は行われていない（図表2⑥）。

そこで本稿では、仮に、70歳以上の高齢者に
ついて、所得だけでなく資産も勘案して医療費自
己負担割合を判定し、最大で70歳未満と同様の
3割の負担を求めるとした場合（医療費自己負担
への資産勘案）について、踏まえるべき論点の整
理を行う。

1) なお、介護保険制度においては利用者負担一般に関して資産は勘案されていないが、後述するように、補足給付という制度の給付額においては既に資産が勘案されている。

2章 健康への影響

医療費自己負担割合の引上げを検討する際には、まず、それにより患者が受診を控え、健康状態が悪化するリスクについて、実証的なエビデンスに基づく慎重な議論が求められる。

受診控えが広範に生じることにより、国民の健康状態が悪化することは望ましくない。また、医療費の観点でも、健康状態の悪化に伴う救急搬送や入院の増加を通じて、短期的な医療費の抑制が中長期的な医療費の増加につながる可能性がある（Chandra et al. (2010) , Gaynor et al. (2007)）。

しかし、日本でこれまでに実施された、比較的所得が高く医療費の負担能力があると考えられる高齢者を対象とした、医療費自己負担割合の引上げに関する医療経済学の分析では、健康への顕著

な悪影響はほとんど確認されていない（図表3）。

ただし、清水（2022）は、70歳到達時において医療費自己負担割合が下がった際、主観的健康感が低い低所得者層では医療費と一部の医療サービス利用の増加が有意に観測されたことを示している。資産の多寡までは明らかではないものの、同研究は、3割負担の下ではこれらの者において重要度の高い医療サービスの利用が控えられていた可能性を指摘している。

以上の知見を踏まえると、単純に資産があるという理由で低所得者層も含めて70歳以上の高齢者の医療費自己負担割合を引き上げた場合には、必要な受診が抑制される懸念が残る。

例えば、時価ベースで一定額の資産を有している者であっても、その資産の換金性が低ければ支払いのための現金を用意できないかもしれない。この場合、医療サービスの利用が多く主観的健康

図表3 高齢者の自己負担割合の変化に関する日本の先行研究

自己負担割合の変化内容	研究の例	主要な結果	示唆
(対象) 70歳到達者 (変化) 3割から1、2割	Shigeoka (2014)、 Fukushima et al. (2016)、 Mahlich & Sruamsiri (2019)、 Kato et al.(2022)、清水(2022)	自己負担割合の低下は医療サービスの利用を増加させる。しかし、健康状態にはほとんど影響しない。	低い自己負担割合によって健康が改善される程度は、限定的かほぼゼロに等しい。
[2014年] (対象) 70歳到達者 (変化) 1割から2割へ	Mahlich & Sruamsiri (2019)、 Nishi et al. (2021)、Komura & Bessho (2022)、西田・別所 (2025)、Komura & Bessho (2025)	自己負担割合の上昇は医療サービスの利用を減少させる。しかし、健康状態にはほとんど影響しない。	医療需要の減少は必ずしも必要な医療まで削減させず、自己負担割合の引上げが健康状態を悪化させるとは限らない。
[2022年] (対象) 一定以上所得の 75歳到達者 (変化) 1割から2割へ	及川ほか (2024)	自己負担割合の上昇は医療サービスの利用を減少させる。しかし、その規模は一つ上の行の研究群よりも限定的。	75歳以上の後期高齢者においても、医療需要の減少はごくわずかにとどまる。健康への悪影響も限定的だと予想される。

(注) 清水（2022）は、自己負担割合の引下げにより、不健康かつ低所得の高齢者が重要度の高い医療サービスの利用を増加させたことを報告している。自己負担割合を引き上げた場合、重要度の高い医療サービスの利用が減少し、健康状態に悪影響を受ける層が存在する可能性が示唆される。

(出所) 各種資料より大和総研作成

感も低い高齢者では、医療費自己負担割合を引き上げると当面の医療費の支払いが困難となり、必要な受診が抑制される可能性が考えられる。

資産勘案を導入する際に必要な受診が抑制されないようにするためには、真に負担能力のある高齢者に限った自己負担割合の引上げとなるよう、制度設計を工夫する必要があるだろう。

3章 制度理念に関する論点整理

1. 給付における応能負担の妥当性

拠出制の社会保険の原理は、「負担は能力に応じて、給付は必要に応じて」²実施されることを要請する。能力に応じた負担（以下、応能負担）は、

拠出段階の保険料において実現されており、給付との乖離が大きくなりすぎないように一定の上限額は設けられているものの、基本的には所得に比例して保険料負担が大きくなる仕組みである。

一方、医療費の自己負担割合は、その裏返しとして保険給付割合を決定するため、実質的に給付水準そのものを規定するものである。したがって、「給付は必要に応じて」という社会保険の原理に則れば、自己負担は保険料のように所得（能力）に応じて設定するのではなく、純粋な医療の必要性に応じて設定されることが妥当である。

島崎（2025）や権丈（2025）に基づくくと、無拠出制の社会扶助（生活保護など）では全体の予算の中から困窮度などの必要性を斟酌して対象者



2) 堤（2018）pp.256-257

が選別される。しかし、拠出制の社会保険では保険料の拠出と保険給付が対価的な関係にあり、当然に給付を受け取れるという権利性が強い。そのため、医療ニーズの有無をもって普遍的（一律）に給付を実施することが妥当と考えられる。

したがって、原理的には給付段階における応能負担の強化、すなわち、所得等に応じて自己負担を増やすことは例外的な取扱いとなるため、その例外を認めるか否かは、資産勘案を検討する上で重要な論点の一つとなるだろう。

もっとも、現行の医療保険には例外的に給付段階で所得を勘案している仕組みとして、主に高額療養費制度³と、70歳以上の医療費自己負担割合が存在する。

高額療養費制度については、必要な医療が高額に及んだ際に、普遍的な7割給付（3割負担）では不足する給付費につき、家計破綻を防ぐために加算する制度と整理できる。この整理に基づけば、所得が低い者ほど低い自己負担上限額という形で多くの給付を受けることは、必要に応じた給付の実施と解釈することも可能である。したがって、例外的に所得に基づいた給付の選別が容認される余地はある。

一方、70歳以上の医療費自己負担割合は、年齢区分に加えて所得を基礎に、普遍的な7割給付（3割負担）を上回る給付水準を規定している。必ずしも家計破綻のリスクが意識されないような金額に医療費が留まる場合、所得は必要な給付水

準の指標であるよりも、単に負担能力の指標であると考えられる。この点で、医療ニーズの有無をもって普遍的に給付を実施するという拠出制の社会保険の原理から外れ、所得等に基づく選別的な給付となることが問題となる。

また、後期高齢者医療制度については、多額の公費が投入されていることから、無拠出制の社会扶助の要素を多分に含む制度と捉える見方もあり得る⁴。しかし、この場合であっても、対象者の十分な選別が行われていないことが問題となる。

よって、資産勘案を検討する以前に、そもそも年齢や所得を基礎として医療費自己負担割合が異なる現行制度自体にも、社会保険原理や社会扶助原理との整合性に一定の課題があるといえるだろう。

2. 給付における資産制限の妥当性

拠出制の社会保険において、給付時に所得を勘案することは例外的な扱いだが、資産を勘案するのは、さらにその例外と位置付けられる。

無拠出制の社会扶助においては、限られた財源の中でより必要性の高い給付対象者を選別するために資産調査（ミーンズテスト）が行われているが、資産調査にはスティグマを招く⁵というデメリットが指摘されている。

このため、社会保険給付の中に資産調査を導入することは、権利としての給付でありスティグマを伴わないという社会保険制度が本来有してきた

3) 高額療養費制度とは、1か月で支払う自己負担額が年齢や所得に応じて決まる上限額を超えた場合に、その超えた額を支給する制度である。

4) 75歳以上の高齢者がすべて加入する後期高齢者医療制度では、自己負担分を除く医療給付費の財源構成はおよそ「保険料1：支援金4：公費5」となっている。

5) この場合、スティグマは給付を受けることに対する世間の否定的な評価を意味する。スティグマによる申請控えの実態は、後述する介護保険の補足給付における資産勘案の場合においても明らかではない。医療費自己負担に資産勘案を導入する際には、補足給付の対象者を含むより多くの被保険者が申請制度の対象者となろう。したがって、少なくとも補足給付の場合に実施された以上に、周知徹底などスティグマを防止する対策が必要だと考えられる。

利点を損なう可能性を意味する。この点は、過去の議論でも問題点として指摘されてきた⁶。

日本の社会保険制度においては、介護保険制度における「補足給付⁷」において資産の勘案が行われている。これは介護保険の原則的な給付ではなく経過的かつ低所得者対策としての性格を持つ⁸ためと説明されているが、「フローの所得を基礎とする社会保険の受給要件にストックを持込む」⁹ことに対する批判もある。

3. 制度理念に関する論点のまとめ

制度理念に関する以上の議論を踏まえると、仮に医療費自己負担に資産勘案を導入する場合には、少なくとも70歳以上の高齢者に対する原則7割を上回る部分の給付費につき、理論的整理が必要となる。

また、75歳以上の後期高齢者については、3割負担者に係る給付費には公費が投入されていないため、資産勘案の導入によって3割負担者が拡大すれば、その分の給付費は保険料や支援金から拠出されることとなり、結果として保険料負担の増加を招く可能性がある。こうした点からも、後期高齢者医療制度については、財政構造も含めた包括的な再検討が必要であると考えられる。

4章 資産形成に及ぼす影響と資産捕捉に関する論点整理

1. 資産形成への影響

仮に、資産勘案の導入につき制度理念の整理が可能だとしても、それが家計の資産形成に与える影響にも留意しなければならない。

資産の形成および選択に関わる影響を検討するにあたり、その影響は次の三つに分解して考えられる（図表4）。

①自己負担の引上げを受ける家計における、将来的な給付の減少に対する予備的な貯蓄の増加

②基準値近辺の資産を保有する家計における、給付減の回避に向けた貯蓄の減少（意図的な取り崩し等）

③基準値を下回る選択肢が残る家計における、捕捉されにくい資産への保有配分の増加（資産のシフト）

日本とは制度前提が異なるものの、米国メ

図表4 資産勘案が資産の形成／選択に及ぼす影響

- ① 自己負担の引上げを受ける家計における、将来的な給付の減少に対する予備的な貯蓄の増加
- ② 基準値近辺の資産を保有する家計における、給付減の回避に向けた貯蓄の減少（意図的な取り崩し等）
- ③ 基準値を下回る選択肢が残る家計における、捕捉されにくい資産への保有配分の増加（資産のシフト）

（出所）各種資料より大和総研作成

6) 堤 (2018) pp.451-452。内閣官房「第16回 全世代型社会保障構築会議 議事録」(2023年11月30日) p.9

7) 介護保険制度において、施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については「補足給付」として負担軽減が行われている。2015年8月以後は、補足給付は、福祉的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、住民税非課税世帯（所得が一定以下）であるだけでなく、資産も一定額以下であることも要件となった。

8) 厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(2013年12月20日) p.29

9) 堤 (2018) p.63

ディケイドを対象とした先行研究では、影響①、②が実証分析から示唆され (Maynard & Qiu (2009))、影響③に関しては理論的な分析から存在が指摘されている (Hubbard et al. (1995))。

影響②への対策としては、介護保険における検討において、負担引上げの対象を高額資産層に限定するための高い閾値の設定や、急な段差を排した段階的な制度設計が挙げられている¹⁰⁾。

本稿では、主要国における資産捕捉の枠組みを参考に、日本の医療保険に資産勘案を導入した場合に影響③を回避することができるかについて検討を深める。

2. 主要国の資産の捕捉状況

現時点の日本および米・英・仏における各資産情報の捕捉状況について、図表5に示した。

日本を含む主要な4か国のいずれにおいても、金融機関が資産残高を税務当局に定期的に報告する仕組みはない。日本においては、毎年の資産残

高を資産保有者本人が税務当局に報告する「財産債務調書」があるが、その提出件数は2023年分で78,801件にとどまり¹¹⁾、大多数の者は対象になっていない。

米国ではメディケイド、英国ではユニバーサルクレジットという家計資産を給付の要件の一つとした社会扶助制度を実施しているが、両国とも資産は定期報告の形で捕捉されてはいない。

メディケイドとは、米国連邦政府と州が共同で運営する、主に低所得者を対象とした医療扶助事業である。給付にはいくつかの要件が課され、その一つである資産要件は、現金や預貯金、および換金が容易な資産 (countable assets) の合計評価額が閾値を下回ることを求める。資産調査の基本的なフローは日本の補足給付と同様であり、申請者が自身の資産保有状況を記入した申請書を提出し、必要と判断された場合には個別に詳細な審査を受けるというものである。

大多数の州では、A V S (Asset Verification System) と呼ばれるネットワークを構築・運営することで、当局から金融機関に対する制度利用者の資産情報の照会が効率的に実施されているが、あくまで金融機関が資産情報を提供するのには当局からの照会があった場合に限定されている¹²⁾。

英国のユニバーサルクレジットとは、政府が各自治体に導入した社会保障給付制度であり、従来の所得補助や失業給付等を統合した制度である。受給の要件の一つとして、世帯の保有資産額が参照される。2025年には“Eligibility Verification Notices”を利用した金融機関によるスクリーニング制度が法制化され、2026年以降には段階的な導

図表5 主要国における資産にかかる法定調書の状況 (2025年1月時点)

	日本	米国	英国	フランス
預貯金	△	×	×	×
株式	△	×	×	×
不動産	△	×	×	△
貴金属	△	×	×	×

(注) ○：原則全ての人につき税務当局への報告義務があるもの
△：一定の富裕層に限り税務当局への報告義務があるもの
×：税務当局への報告義務がないもの

(出所) 財務省ウェブサイト「主要国における法定資料制度の概要 (個人)」および各国政府ウェブサイトより大和総研作成

10) 厚生労働省 社会保障審議会「第129回介護保険部会 議事録」(2025年11月20日) p.42

11) 国税庁「国税庁レポート2025」(2025年6月)

12) Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (MACPAC), “State Compliance with Electronic Asset Verification Requirements”, October 2020

入が見込まれる¹³。しかし、金融機関が対象者の資産状況を税務当局等に定期的に報告する仕組みの構築については、確認できる情報は見当たらない。

3. 日本の資産の捕捉状況を踏まえた検討

医療費自己負担に資産勘案を導入する際、ステイグマによる申請控えを防ぐ観点からは、当局が資産情報を網羅的に取得した上で申請によらずプッシュ型で判定を行う方式が望ましい。しかしながら、前述の通り、当局に資産情報が定期的に集まる仕組みは、日本だけでなく主要国にも見られず、当面、そのような仕組みを導入することは現実的ではない。

現実的な可能性として考えられるのは、介護保険の補足給付と同様に制度利用者の申告と、必要に応じた当局による資産照会に基づく方法である。

日本の介護保険の補足給付における、資産捕捉のフローは図表6の通りである。介護保険の補足給付には、資産要件として預貯金等の残高が500万

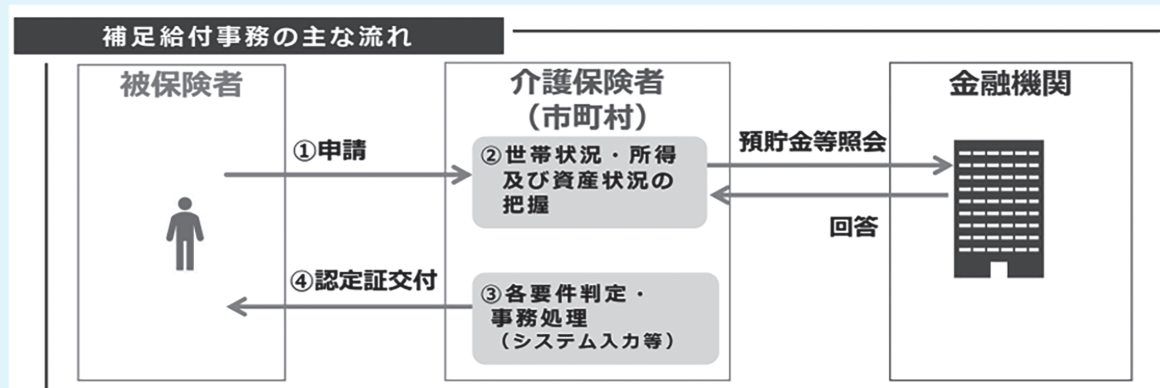
～2,000万円以下であることが定められている。ここでいう預貯金等には、預貯金、合同運用信託、有価証券、投資信託は含まれるが、生命保険、自動車、貴金属、不動産は含まれない。

補足給付の受給を希望する被保険者は、預金通帳の写し等の証明資料を添えて、保険者に申請書類を提出する。市区町村は、必要に応じて金融機関への照会により審査を実施し、要件を満たす場合に補足給付を支給する。不正が判明した場合には、不正受給額の返還に加えて、不正受給額の最大2倍の加算金を課すことで、制度の実効性を担保することとしている。

現状、介護保険の補足給付において、制度が不正受給や資産選択の歪みをもたらすといった問題が指摘されることはあまりない。だが、ほとんどの高齢者が直面する医療費自己負担割合の判定に同様の仕組みを用いる場合は、より慎重な対応が必要と考えられる。

前述の通り、日本にも金融資産について当局が定期的に報告を受ける制度は存在しないが、金融

図表6 補足給付の判定の仕組み



(出所) 厚生労働省 社会保障審議会 「第129回介護保険部会 資料2 持続可能性の確保」(2025年11月20日)

13) Department for Work and Pensions (UK), “DWP’s Eligibility Verification powers in the Public Authorities (Fraud, Error and Recovery) Bill: Factsheet”, 19 June 2025, Hogan Lovells, “Banks and EMIs face detailed new information and account direct deduction obligations as UK Public Authorities (Fraud, Error and Recovery) Act 2025 receives Royal Assent”, 11 December 2025

所得については定期的に報告を受ける制度が一部存在する。金融所得の情報は、金融資産の所在を明らかにするものであり、当局による資産捕捉の際に活用することができるが、金融資産の種類により、その精度には差がある。

金融資産のうち証券口座については、口座開設の際にマイナンバーの届出が必須であり、証券会社等はマイナンバーに紐づけて顧客口座を管理し、所得情報につきマイナンバー付きで税務当局に毎年報告している。保険契約については、所得情報のマイナンバー付きの税務当局への報告は行われるが、所得発生機会は保険金や満期金、解約返戻金等の受取時に限られる。預貯金口座については、マイナンバーの届出は任意であり、所得情報の税務当局への定期的な報告は行われていない。

現状の資産捕捉の枠組みの下では、金融資産の種類によって当局が捕捉できる可能性に差が生じていると考えられる。また、不動産については、保有の実態が明らかでないだけでなく、その目的まで考慮した適当な評価基準を新たに作成する必要があるため、より一層勘案が難しい。したがって、当面の資産捕捉の枠組みの下では、前掲図表4の影響③「基準値を下回る選択肢が残る家計における、捕捉されにくい資産の保有配分の増加」の懸念を払拭することは相当に難しい。

4. 資産捕捉に関する論点のまとめ

現状の日本の資産捕捉の枠組みに基づけば、資産勘案を導入した際に、前掲図表4影響③「基準値を下回る選択肢が残る家計における、捕捉されにくい資産の保有配分の増加」の懸念を払拭することはかなり難しい。

また、仮に主要な資産間の制度上同一の扱い（イコールフットイング）が実現し、資産選択の歪み

が問題にならないとしても、資産形成それ自体にも影響を及ぼしかねないことには変わらない。あるべき自助・共助・公助のバランスや、これまでの政権が提唱してきた「資産運用立国」の実現を阻害する制度とならないよう、制度設計のあらゆる段階において慎重な検討が望まれる。

5章 総括

高齢者医療費自己負担への資産勘案は、負担の公平性の確保、および増大を続ける社会保障給付費の抑制策の一つとして今後具体的な検討が予定されている。ただし、導入する場合は少なくとも図表7に示す四つの要件をクリアする必要があると整理できる。このうち、要件1については過去の実証研究からある程度の確度を持って示せる可能性があるが、要件2～4については本稿で述べた通り、乗り越えることは容易ではない。

今後の政府等での検討にあたっては、これらの対応に要する社会的コストと、実施した場合に見込まれる給付抑制額が見合うかを踏まえる必要がある。非常に難しい多くの論点に照らした、政策としての優先順位を判断することが求められるだろう。

図表7 医療費自己負担割合に資産勘案を導入する際に必要となる四つの要件

1. 国民の健康を悪化させるおそれが十分に小さいことが確認できること
2. 社会保険または社会扶助としての給付理念を財源構成も含めて整理すること
3. 資産形成や資産選択の中立性を確保し、納得性の高い資産捕捉の枠組みを構築すること
4. 必要な者への給付が滞らないよう申請フロー等を整備すること

(出所) 各種資料より大和総研作成

【参考文献】

- Chandra, A., Gruber, J., & McKnight, R. (2010) . Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly. *American Economic Review*, 100 (1) , pp. 193-213.
- Fukushima, K., Mizuoka, S., Yamamoto, S., & Iizuka, T. (2016) . Patient cost sharing and medical expenditures for the Elderly. *Journal of Health Economics*, 45, pp. 115-130.
- Gaynor, M., Li, J., & Vogt, W.B. (2007) . Substitution, spending offsets, and prescription drug benefit design. *Forum for Health Economics & Policy*, 10 (2) .
- Hubbard, R. G., Skinner, J., & Zeldes, S. P. (1995) . Precautionary Saving and Social Insurance. *Journal of Political Economy*, 103(2), pp. 360-399.
- Kato, H., Goto, R., Tsuji, T., & Kondo, K. (2022). The effects of patient cost-sharing on health expenditure and health among older people: Heterogeneity across income groups. *The European Journal of Health Economics*, 23 (5) , pp. 847-861.
- Komura, N., & Bessho, S. (2022) . The Longer-term Impact of Coinsurance for the Elderly -Evidence from High-access Case. *KIER Discussion Paper*, 1074, pp. 1-34.
- Komura, N., & Bessho, S. (2025) . Dynamics of Consumer Responses to Medical Price Changes. *American Economic Review: Insights*, 7 (4) , pp. 534-549.
- Mahlich, J., & Sruamsiri, R. (2019) . Co-insurance and health care utilization in Japanese patients with rheumatoid arthritis: a discontinuity regression approach. *International Journal for Equity in Health*, 18 (1) , 22.
- Maynard, A., & Qiu, J. (2009) . Public Insurance and Private Savings: Who Is Affected and by How Much? *Journal of Applied Econometrics*, 24 (2) , pp. 282-308.
- Nishi, T., Maeda, T., Katsuki, S., & Babazono, A. (2021) . Impact of the 2014 coinsurance rate revision for the elderly on healthcare resource utilization in Japan. *Health Economics Review*, 11 (1) , 24.



- ・ Shigeoka, H. (2014) . The Effect of Patient Cost Sharing on Utilization, Health, and Risk Protection. American Economic Review, 104(7), pp. 2152-2184.
- ・ 及川 雅斗・富 蓉・川村 顕・野口 晴子 (2024) 「窓口負担割合の変更が後期高齢者の受診・受療行動に与えた影響の評価－2022年10月の制度変更によるエビデンス－」, 野口 晴子 (研究代表者) 『厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業) レセプトデータ等を用いた、長寿化を踏まえた医療費の構造の変化に影響を及ぼす要因分析等のための研究 (政策変更を「自然実験」とする弾力性の推計に係る実証研究) 令和5年度 総括研究報告書』, pp. 55-70.
- ・ 権丈 善一 (2025) 『ちょっと気になる社会保障 V4』 勁草書房.
- ・ 島崎 謙治 (2025) 『日本の国民皆保険』 筑摩書房.
- ・ 清水 峻太 (2022) 「医療保険のモラルハザードの度合いは所得によってどのように異なるか」, 財務省財務総合政策研究所 『財政経済理論論文集 2022年度』, pp. 153-187.
- ・ 津川 友介・加藤 弘陸・五十嵐 中・宮脇 敦士・玉田 雄大・後藤 励 (2025) 『医療費適正化の実現に必要なエビデンスに関するレポート』 JHPRA Working Paper, 2025-1, 一般社団法人日本医療政策学会.
- ・ 堤 修三 (2018) 『社会保険の政策原理』 国際商業出版.
- ・ 西田 安紗・別所 俊一郎 (2025) 「医療保険の自己負担の動学的効果：年齢 DID アプローチ」, PRI Discussion Paper Series, 25A-6, 財務総合政策研究所
- ・ 森信 茂樹・吉識 宗佳 (2015) 「マイナンバーを活用した社会保障適正化の方向性」, 日立コンサルティングレポート, 004, 株式会社日立コンサルティング
- ・ 湯田 道生 (2023) 「公的医療制度における自己負担率と医療利用および健康」, 財務総合政策研究所 『フィナンシャル・レビュー』, 151, pp. 154-180.

[著者]

吉村 聡浩 (よしむら あきひろ)



金融調査部
研究員
社会保障制度、医療

是枝 俊悟 (これえだ しゅんご)



金融調査部
主任研究員
担当は、税制、社会保障制度、
金融制度