

医療と税制

—国民皆保険制度下の自己負担—

五 嶋 陽 子

目 次

はじめに

1. 医療費の財源負担構造
 - 1.1. 国民医療費の負担構造と患者負担
 - 1.2. 国民医療費の定義と範囲
 - 1.3. OECD 基準の保健医療支出から見る家計負担
2. 医療関連の租税減免措置と相互関係
 - 2.1. 所得税の仕組みと医療関連の租税減免措置
 - 2.2. 社会保険の普及と社会保険料控除
 - 2.3. 国民皆保険体制と医療費控除
 - 2.4. 生命保険（料）控除
3. 医療費控除制度の実証分析
 - 3.1. 高額療養費制度とその制約
 - 3.2. 医療費控除の申告者
 - 3.3. 地方税における医療費控除
 - 3.4. 医療費控除の便益と再分配効果
 - 3.5. 医療費控除制度による公的支援の意義

結びに代えて

はじめに

わが国においても社会保障政策は租税制度と二重に関わっている。一つは社会保障関連の政府支出の財源確保に対して租税収入をもたらすという面であり、もう一つは社会保障の政策目標そのものの実現を補強・補完する面である¹⁾。前者についてみると、社会保険料収入の不足を公費投入で補填する必要性と福祉原理に基づく生活保障ならびに所得保障を行うという財政需要に対して、歳出予算の配分上の制約を回避するには、用途を限定する目的税を選択するのが望ましい。だが、弾力的な予算配分を前提にする場合には普通税による税収で対応することになり、社会保障関連の財政需要を充足することができるか否かは税収の拡張性に依存する。医療財政の国庫負担に限ると、予算制度上、常に一般会計歳出予算の中で他の主要経費との軋轢に晒される。そのため、現行消費税については、国税としての消費税収と地方消費税収の総和を100とすると、56.4%が国へ、43.6%が地方に配分される中で、国に配分される部分は基礎年金、老人医療、介護といった福祉予算へ充当されることで、財源の不安定性を緩和する。一方、後者は課

税に際して稼得者の個人的属性の配慮で体现される。その意味で、公的医療保険への公費投入ならびに医療扶助に不可欠な財源調達への寄与と、医療保障という目標に併行する税制上の人的配慮との双方に示されるように、租税制度の設計は一国の社会保障制度のかたちを決定する。

本稿の課題は後者の脈絡に照準を絞り、主に所得税制上の取り扱いが医療保障の実現ないしその補強や補完にどのように貢献するのかという点について考察することにある。わが国では、1961年まで国民皆保険体制が整備されていなかったために、医療扶助の対象とはならない無保険者は医療サービスを消費すると全額自費となった。医療費の負担を理由とする経済力の低下を支えるものが医療費控除である。戦後のインフレ期には、医療サービスの供給主体は被保険者や保険加入者の被扶養者を診察して得られる、インフレに見合わない医療報酬を受け取るよりも、無保険者や社会保険の適用を取って選択しない患者の診察を歓迎した事実もあった。シャウブ勧告が医療費控除の制度化を提唱した意味は、当時の各所得階層に応じた消費水準を維持することであった。

それでは国民皆保険体制が確立した後の医療費控除の機能はそのままの姿で継承されているのか、あるいは変容したのだろうか。変容したのであれば、どのように変容したのかという疑問が生ずる。医療財政への公費投入の制約と社会保険料引き上げの限界から、近年ますます患者の一部負担の増加傾向が顕著になりつつある。医療をめぐる社会保障制度の整備と所得税制の各種所得控除がどのように国民の健康と傷病という不確実性に向き合うのかを、ここでは個人の懐を痛める「自己負担」と直接結び付く医療費控除制度という視角から精査する。

具体的にはシャウブ勧告後の生命保険(料)控除の復活、社会保険料控除の創設、国民皆保険体制の確立、さらに国民健康保険の適用除外と生活保護法に基づく医療扶助、健康保険給付率と患者の一部負担率の制度間の統一、高額療養費制度の導入と関連づけて、医療費控除制度の現代的機能を考察する。第1節では「国民医療費」の概念を、OECDの保健勘定における保健医療支出の範囲と対比させながら明確にし、国民医療費の定義が社会保険の保障範囲を基礎として導かれたことに端を発する不十分性を検討する。また国民医療費の脱漏領域を踏まえて、政策上、仕切られた国民医療費の財源負担構造を概観し、国民が自ら負う医療費負担の発生とその規模が決して僅少ではないことを確認する。第2節では日本の所得税の仕組みと医療関連の租税減免措置の諸種類を知り、それらが租税制度に創設された背景および改正の経緯を衆参両院の大蔵委員会ならびに予算委員会の会議録に基づき検討する。第3節では医療費控除が医療費の自己負担に対する救済にどのように機能するのか、医療費控除の現代的機能について分析する。最後に「医療費控除」とは何かについて給付反対給付の関係、国民医療費における公費の捉え方、医療費抑制策の方向性から考察する。

1. 医療費の財源負担構造

1.1. 国民医療費の負担構造と患者負担

国民医療費とは、厚生労働省が推計する「当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用」を指し、その範囲は診療費、調剤費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費、健康保険等で支給される移送費等である。2007（平成19）年度における国民医療費の規模は34兆1,360億円に上る。表1は国民医療費の給付に関して医療保険制度別に捉えているが、それを見ると、医療保険給付は50%弱を占めるに留まることがわかる。医療保険の中では被用者保険が約23%、国民健康保険が25%強となっており、国民健康保険の給付は被用者保険のそれを若干上回る。また労働者災害補償保険などその他が0.8%を占める。こうした医療保険給付に対して、老人保健給付分が30%強、公費負担医療給付分が約7%²⁾、患者負担分が14%強を占める。

表1 制度区分別国民医療費

(単位 金額 億円, %)

	総数	構成割合
総数	341,360	100.0%
公費負担医療給付分	23,002	6.7%
医療保険等給付分	167,576	49.1%
医療保険	164,782	48.3%
被用者保険	78,163	22.9%
国民健康保険	86,619	25.4%
高齢者以外	61,908	18.1%
高齢者	24,711	7.2%
退職者医療制度	27,888	8.2%
その他	2,793	0.8%
労働者災害補償保険	2,242	0.7%
その他	551	0.2%
老人保健給付分	102,996	30.2%
患者負担分	47,996	14.1%

(出所) 厚生労働省「平成19年度国民医療費」

表2 財源別国民医療費

(単位 金額 億円, %)

財源	推計額	構成割合
国民医療費	341,360	100.0%
公費	125,271	36.7%
国庫	84,300	24.7%
地方	40,971	12.0%
保険料	167,898	49.2%
事業主	69,241	20.3%
被保険者	98,657	28.9%
その他	48,190	14.1%
患者負担	47,996	14.1%

(注) その他の中には患者負担のほか原因者負担（公害健康被害の補償などに関する法律による補償給付および健康被害救済制度による救済給付がある。

(出所) 表1に同じ。

表 3 診療種類別国民医療費の患者負担分

(単位 金額 億円, %)

	総数	構成割合
総数	47,996	14.1%
一般診療医療費	31,187	9.1%
入院	9,382	2.7%
入院外	21,805	6.4%
歯科診療医療費	5,577	1.6%
薬局調剤医療費	8,650	2.5%
入院時食事・生活医療費	2,535	0.7%
訪問看護医療費	47	0.0%

これを財源別に見てみると(表2)、保険料が50%弱、公費で36%強、そして患者負担が14%となっていることから、日本では保険料方式による国民皆保険制度が整備されているにも関わらず、その財源は社会保険料収入のみで展開されているわけではなく、公費が投入され、そして患者負担もあることは喚起に値する。公共部門と民間部門との間での国民医療費の負担割合について取り上げられることがある。医療費が増大すると、公共部門の負担も増え、租税収入の増加が見込まれない状況では一般歳出における財政運営の硬直化がさらに進展することが予想されるからである。また民間部門、とりわけ家計の負担という視点から捉えると、そもそも公共部門の主たる財源は租税収入と公債金収入であるので、最終的に国民医療費のかなりの部分が家計の負担となることの方が実は重要である。患者負担と保険料の被保険者拠出分だけでも国民医療費の家計の負担は43%にもなるのである。家計の側から見ると、傷病に際しての医療保険給付は全額給付ではない。医療保険に付きもののモラル・ハザードを抑制する意味合いもあるが、医療費の一部は患者負担として強要される。

患者負担分は、公害健康被害の補償等に関する法律による補償給付と健康被害救済制度による救済給付といった原因者負担とは区別され、表3が示すとおり、診療種類別では一般診療医療費が約9%、薬局調剤医療費が2.5%、歯科診療医療費が1.6%、入院時食事・生活医療費が0.7%となっている。

しかし国民医療費の中で把握される患者負担分は実際の自己負担よりも少ない。それは国民医療費の範囲が国民の健康維持・傷病の治癒に関わる支出をすべて網羅していないことに起因する。次に国民医療費の定義とそこに内在する問題について検討しよう。

1.2. 国民医療費の定義と範囲

前述したように国民医療費とは「当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用」であることから、逆に国民医療費に含まれないものを選別することが可能となる。正常な妊娠・分娩産褥の費用、室料差額、歯科材料差額、美容整形費、集団検診費、個別的検診費・人間ドック、短期入所療養介護等介護保険法における居宅サービス、介護療養型医療施設における施設サービス、介護保険法における施設サービスや訪問看護費、医師の指示以外によるあん摩・マッ

サージ等、間接治療費（交通費・物品費、補装具、眼鏡等）が国民医療費から除外される。このような国民医療費を巡る範囲の限定性に関して、次のような疑問が生じる。

第一に「医療機関等における」とあるが、「医療機関等」とは何を意味するのかということである。医療提供機関とは医療の供給主体である。そこで保健や介護とは別なものとして医療を捉えると、医療提供機関には病院（一般病院、精神および薬物治療病院、精神・薬物以外の専門病院）、長期医療系施設および居住施設、外来医療提供者（医科診療所、歯科診療所、救急車サービス）、訪問看護事業所、助産所、接骨院、あん摩・鍼・灸の施術業、医療財の小売・供給者（調剤薬剤師、眼鏡と矯正器具、補聴器、その他の販売・供給）となる。したがって、医療提供機関には介護老人保健施設や保健所が含まれない。医療提供機関の明確化によって予防（非感染症予防）と介護が国民医療費の範囲から外される。国民医療費の定義付けから、傷病の治療を中心にして、治療の事前と事後の領域を確定するための境界線を明確にし、治療という段階を区別しようとする方向性が看取される。こうした区別こそが、保健と介護を医療から隔絶するのである。本質的には保健や介護は医療と密接に関わる。国民経済における保健医療支出を推計するのであれば、保健と介護を含まない国民医療費は狭義の医療支出となる。

第二に「傷病」という限定から不可避免的に生じる国民医療費の範囲の矮小化である。正常な妊娠・分娩・産褥は「傷病」ではないと判断される。医療提供機関で医療サービスが提供されるにもかかわらず、国民医療費に含まれない。加えて「正常」という文言の意味するところが明確ではない。「正常」の範囲の捉え方によって「病気」の範疇に幅が生じることは歪めないであろう。そうであるとすれば、「傷病」という範囲は医学的判断に基づくものであると共に、社会的判断にも依拠するものであるといえる。

第三として国民医療費が「治療に要する費用」に限っていることから、固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用は含まれない。義眼や義肢は治療に必要なものではないからである。それらは病気や怪我を負った状態から健康な状態、つまり諸器官の機能が回復を遂げた状態へ移行するのを助けるためのものではない。治療に要する費用の範疇に入るか否か、すなわち治療のための補装具か否かは、義眼や義肢等が回復に役立つか否かによって識別がなされる。諸器官の機能の回復のためであるならば、治療となる。

第四に「治療に要する費用」とは医療サービスの供給者の費用であるのか、それとも需要者側の費用なのか、必ずしも明示的ではない。社会保険で保障される範囲という意味を重視するならば、医療サービスの需要者にとっての費用と理解される。保険者に請求される医療サービスの需要者側の「治療に要する費用」は供給者側の費用と一致しない。その理由は前者に含まれない減価償却費が、後者には当然のことながら含まれる。松田晋哉（2007）によれば、民間診断群分類別の退院患者の一日当たりの病院側のコストは医師給、看護師給、医療技術員給、医薬品費、診断材料費、給食材料費、経費、委託費、減価償却費、研究研修費、法人経費の総和となる。ところが、国民医療費には病院、一般診療所、歯科診療所等が抱える減価償却費は包摂されない。実

際のところ、減価償却費の一定額を入院基本料や外来基本料に含めることが検討されたことはある³⁾。しかし、投資的経費は国や地方自治体の公的資金で賄われている病院もあるため、すべての病院が減価償却費を患者に請求する必要性はないと判断され実現していない。

こうして見るように、国民医療費は医療設備投資、予防および保健医療を含めず、医療器具その他の耐久性医療財にも限定性を設けている。さらに家計が購入する市販の風邪薬などの常備薬への支出も含まれていない。

1.3. OECD 基準の保健医療支出から見る家計負担

OECD は各国の医療政策の国際比較を可能にする目的から、2000(平成12)年に保健医療支出の推計手法の国際基準として保健勘定(A System of Health Accounts:以下SHAとする)を提唱した。このSHAには機能別分類、供給主体別分類、財源別分類がある。保健医療支出の内容を理解するために、機能別分類に則して見てみよう。一国の保健医療支出は大別すると、診療サービス、リハビリテーションサービス、長期医療系サービス、医療の補助的サービス、外来患者への医療財の提供、予防および公衆衛生サービス、保健医療管理業務、保健医療関連機能から構成される。

具体的な細目を確認すると、診療サービスには入院診療、日帰り診療、外来診療、基本的な医療および診断サービス、外来歯科診療、その他の専門的サービス、その他の外来診療、在宅診療サービスが該当する。リハビリテーションサービスは入院リハビリテーション、日帰りリハビリテーション、外来リハビリテーション、在宅でのリハビリテーションサービスのすべてを含む。長期医療系サービスには長期医療系施設サービス、長期医療系通所サービス、在宅での長期医療系サービスまでを含むものとなっている。また医療の補助的サービスには臨床検査、画像診断、患者搬送および救急、その他の様々な補助的サービスが含まれる。次に外来患者への医療財の提供とはどのようなものかという点、処方薬、一般薬⁴⁾、その他の非耐久性医療財、眼鏡と視力矯正器具、矯正器具とその他の人工器具、補聴器、車椅子を含む医療機器、その他の様々な耐久性医療財までを含む。続いて予防および公衆衛生サービスには母子保健、学校保健サービス、感染症予防、非感染症予防、産業保健、その他の様々な公衆衛生サービスが含まれる。さらに保健医療管理業務および医療保険であるが、これは政府による一般保険管理業務、社会保障基金の管理・運営・支援活動、保健医療管理業務および医療保険(民間、社会保険、その他の民間保険)を意味する。

OECD 基準の保健医療支出と国民医療費との大きな違いに保健医療関連機能があるが、この中には保健医療提供機関の資本形成、保健医療従事者の教育および訓練、保健医療における研究開発、食品・衛生および飲料水の管理、環境衛生、疾患や障害を伴う生活を支援するための社会サービスの現物支給および管理業務、保健関連の現金給付および管理業務が含まれている。

保健医療支出がリハビリテーションサービス、予防および公衆衛生サービス、保健医療管理業

務、さらに保健医療関連機能を含むという点は重要である。保健医療支出の網羅性は、第一に医療施術のみならず、身体機能の回復に関わるリハビリテーションサービスを含むこと、第二に眼鏡と視力矯正器具、矯正装具とその他の人工装具、補聴器、車椅子を含む医療機器、その他の様々な耐久性医療財といった外来患者への医療財の提供を包摂すること、第三に発症後の治療のみならず、また感染症および非感染症までを範囲として集団を対象とする予防と、公衆衛生サービスを含むこと、第四として消費の局面に加えて、保健医療提供機関の資本形成や保健医療従事者の教育や訓練という人的資本形成という投資の局面を内包することで示される。

保健医療支出はこのように「国民医療費」よりも広い射程を有する。とはいえ、国民医療費に含まれるすべての内容が保健医療支出に包摂されるとは限らない。保健医療支出の第一の範疇には入院時食事や生活医療費が含まれていない。家計が購入する市販薬の類も除かれている。そのため、保健医療支出にも欠如となる項目があることに注意しなければならない。そのあたりを踏まえつつ、表4を見ておこう。同表はSHAに基づき、保健医療支出を巡る一人当りの家計負担の2005年時点における国際比較を表す。日本、アメリカ、フランス、ドイツ、スウェーデンの5カ国のうち、家計負担額の最も高い国はアメリカである。1970年代からマネジド・ケアが推進されているものの、自由競争が中心であり、高度医療も相俟って家計負担を重くしている。しかしながら保健医療支出における家計負担の割合は13.4%と日本のそれより低い水準にある。その理由は二つ考えられる。第一に高齢者向けの公的医療保険と医療扶助以外は民間医療保険に委ねられるシステムを採るアメリカで、高額な医療費の支払いリスクを敬遠する家計が雇用主提供団体医療保険や民間医療保険に加入しているために、民間保険給付が37.3%を占めるからである。第二に一般政府が45.5%を占めることに加えて、非営利組織が3.4%を構成するからである。アメリカに比較して家計負担額は少ないが、家計負担の比率が5カ国の中で最も高いのがスウェーデンである。同国の保健医療支出は一般政府と家計の負担のみからなり、民間保険給付や非営利組織による負担がないことに起因する。

同じく表4に沿って、機能別に保健医療支出を捉えると各機能における家計負担の割合はどの程度かを確認しておきたい。アメリカとドイツが長期医療系サービスと外来患者への医療財の提

表4 保健医療支出勘定の一人当たり家計負担の国際比較 2005年

(単位 金額 USドル)

機能	日本		アメリカ		フランス		ドイツ		スウェーデン	
	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比	金額	構成比
診療・リハビリテーションサービス	166.51	12.1%	406.803	9.4%	111.60	6.2%	133.41	8.0%	256.64	13.8%
長期医療系サービス	28.49	7.0%	108.922	26.5%	1.72	0.5%	96.65	24.8%	9.42	4.3%
医療の補助的サービス(患者搬送・救急)	-	-	-	-	5.35	3.1%	8.61	5.9%	0.46	0.3%
外来患者への医療財の提供	158.00	30.8%	325.828	37.3%	109.32	15.4%	145.12	23.0%	219.30	43.4%
予防・公衆衛生サービス	-	-	-	-	-	-	0.64	0.6%	2.82	3.9%
管理業務と医療保険	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
計	353.00	14.6%	841.553	13.4%	221.37	6.9%	384.44	12.3%	488.63	16.9%

(注1) ドル換算での購買力平価を表す。

(注2) 構成比は各勘定項目支出総額に対する家計負担の占める割合を表す。

(資料) OECD, *A System of Health Accounts: Implementation in OECD Countries*, 2007より作成。

供の家計負担の構成比が相対的に高いのに対して、日本とスウェーデンは診療・リハビリテーションと外来患者への医療財の提供の割合が高く、逆に長期医療系サービスの家計負担の構成比は低い水準にある。日本では長期医療系サービスは社会保障基金と一般政府で9割弱を支えている。5カ国に共通しているのは外来患者への医療財提供が家計負担の中で構成比が大きいことである。保健医療支出における一人当りの家計負担額は購買力平価の影響を受けるので、日本の金額を適切に評価することは容易でない。しかし国民医療費より範囲の広い保健医療支出を取って見たときに、日本の一人当り家計負担の割合がスウェーデンに次いで高いことは意外ではないだろうか。

2. 医療関連の租税減免措置と相互関係

2.1. 所得税の仕組みと医療関連の租税減免措置

所得税は所得を稼得したという事実に基づき所得稼得者に賦課され、収入金額から経費を差し引いた所得から人的控除を差し引いた課税所得を課税標準とし、日本では国税であり、課税主体が中央政府である。所得税制上、公的ならびに民間の医療保険の保険料と、医療費の自己負担に対して、所得税の軽減が図られている。これらは租税特別措置法の規定に根拠を置くものばかりではないが、所得税の軽減という趣旨から広義の租税減免措置と解釈することができる。公的医療保険料に対しては社会保険料控除が、民間医療保険・生命保険には生命保険(料)控除が、医療費の自己負担には医療費控除がある。

具体的には課税所得金額を算定するに当たり、基礎控除・配偶者控除・扶養控除等の人的控除と社会保険料控除を所得金額から差し引くことが可能である⁵⁾。後述するように社会保険料は租税と同様に政府による強制的な貨幣の移転であることを配慮し、その強制的な貨幣の移転に対して、さらに租税という強制的かつ一方的な貨幣の移転を行わせる、すなわち、強制的支払いに対する強制的支払いは理に合わない解釈され、1953(昭和28)年度に社会保険料控除が導入された。民間医療保険については所得税制上、生命保険と未分離のまま、1951(昭和26)年度から生命保険控除が復活された。生命保険料は投資の資金として活用し、貯蓄促進政策の一翼を担うことを目的とすることから、所得控除の扱いとなったのである。また医療費の自己負担については、シャープ勧告を受けて、1950(昭和25)年度のシャープ税制改革以降医療費控除として制度化されている。

これらの所得控除は人的控除に加えて所得金額から差し引くことが可能であり、課税所得を算定する上で反映される。課税所得には超過累進限界税率が適用され、所得税額が計算され、さらに税額控除がある場合にはそれを差し引き、最終的に租税債務額が確定することになる。超過累進限界税率が一定の下で諸控除が増えると、課税所得が縮減し、結果的に租税債務額は減少する。以下ではまず国民皆保険体制が整備されていく中で、社会保険料控除がどのように位置付けられ、制度の中に埋め込まれたのかについて考察しよう。

2.2. 社会保険の普及と社会保険料控除

わが国の公的医療保険制度は、職域ごとに発達した経緯から、現在でも組合管掌健康保険、全国健康保険協会健康保険（旧政府管掌健康保険）、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、私立学校教職員共済、国民健康保険の諸制度が分立する。制度ごとに医療財源の負担構造や拠出保険料に差異がある。保険料の負担について見てみると、公的医療保険の加入者（組合員）は、事業主負担と被用者負担とに区分されている場合には被用者負担分を、そうでない場合には全額負担の下で社会保険料を支払うことになる。

わが国の一人当たり GDP は長期的に上昇してきた事実を踏まえると、基礎控除や扶養控除等の人的控除の上昇率が所得のそれを上回らない限り、また、社会保険料の算定式が変更されない限り、社会保険料控除の適用者は減少しないであろう。所得の上昇率に対して人的控除が低位に据え置かれるならば、むしろ社会保険料控除の適用者は増加することさえ想定される。もっとも、すべての社会保険料拠出者が社会保険料控除の適用を受けるわけではない。所得の水準が低位の者の場合には、課税標準が基礎控除等の人的控除のみでゼロないしはマイナスとなり、社会保険料控除に耐えられない、つまり、社会保険料を 100% 所得控除することのできないケースが生じる。

社会保険制度の発展について見てみると、表 5 に示されるように、1950（昭和 25）年度には公的医療保険適用者は 5 千万人に達しておらず、社会保険の普及率は 58% に留まった。10 年後の 1960（昭和 35）年度には政府管掌健康保険ならびに国民健康保険の適用者の倍増に近い伸びと、組合管掌健康保険の適用者の増加によって保険普及率は 90% 弱に達した。1961（昭和 36）年の国民皆保険制度の確立を経て、1970（昭和 45）年度には社会保険の浸透はその普及率が 95% を超え、1990（平成 2）年度以降は 99% 以上を保ちつつ推移している。

さて、このような社会保険の普及過程において、社会保険料は所得税制上どのような状況を背景に導入されたのか。国会の審議を概括しておこう。社会保険料の所得税制上の取り扱いについては、1952（昭和 27）年 11 月 25 日の衆議院大蔵委員会 toward 向井忠晴委員が社会保険料控除の制度を設けることに言及し、また同年 12 月 3 日の参議院大蔵委員会では大蔵省の泉美之松氏より米価の値上がりに対し、臨時特例によって基礎控除、扶養控除、勤労控除の限度上げと共に、社会

表 5 制度別医療保険適用者

（単位 千人，%）

年度	総人口	公的医療保険 適用者	保険普及率	政府管掌 健康保険	組合管掌 健康保険	船員保険	国家公務員 共済組合	地方公務員 共済組合	私立学校 教職員共済	国民健康保険
昭和25 1950	84,115	48,800	58.0%	9,675	8,732	327	6,783			23,283
35 1960	94,302	84,243	89.3%	18,579	12,736	597	6,002		158	46,171
45 1970	104,665	100,554	96.1%	26,020	21,236	741	2,960	5,883	351	43,363
55 1980	117,060	114,847	98.1%	31,289	27,502	672	3,043	7,198	607	44,536
平成 2 1990	123,611	123,034	99.5%	36,666	32,009	409	2,809	7,298	774	43,069
12 2000	126,926	126,699	99.8%	36,758	31,677	229	2,652	6,926	829	47,628
18 2006	127,694	127,251	99.7%	35,938	30,474	161	2,458	6,133	851	51,236

（注）法第 3 条第 2 項被保険者（有効手帳所有者とその被扶養者）を除く。

（資料）「社会保障統計年報」

表 6 業態別社会保険料控除金額 1957 年 (昭和 32 年)

(単位 金額 千円)

	源泉徴収	申告納税	小計①	構成比
政府機関	9,114,400	205,352	9,319,752	7%
政府関係機関	8,094,691	119,048	8,213,739	7%
地方公共団体	17,980,699	476,487	18,457,186	15%
その他	79,437,376	1,087,968	80,525,344	65%
小計②	114,627,166	1,888,855	116,516,021	94%
営業所得者		2,416,834	2,416,834	2%
農業所得者		2,373,111	2,373,111	2%
その他事業所得者		251,179	251,179	0%
その他所得者		3,040,991	3,040,991	2%
小計③		8,082,115	8,082,115	6%
合計			124,598,136	100%

(注) 源泉徴収後に申告納税を行った者は「その他」に掲げ、「その他所得者」から外す。

(資料) 『国税庁統計年報書』昭和 32 年分より作成。

保険料控除の制度を設けることで所得税負担額の軽減を実現することが説明された⁶⁾。そして 1955 (昭和 30) 年 6 月 18 日の衆議院大蔵委員会では、社会保険料控除の理由について、社会保険料が強制的に所得から引かれるので、課税所得にすることに無理があるという見解が示される一方、前尾繁三郎委員より社会保険料控除は組織労働者に恩典を与えるものである旨の指摘がなされた。なぜ社会保険料控除は組織労働者を利すると批判されるのか。この「組織労働者」という表現には、どのような意味合いが含まれているのか。前尾委員の指摘の事実関係を検証しておきたい。というのは、同委員の社会保険料控除の便益の帰着に関する業態間の偏在に言及するものであるのか否かを確認することで、この発言の真意を究明することができるからである。

表 6 は業態別の社会保険料控除金額を表す。源泉徴収方式と申告納税方式を合わせた社会保険料控除金額のベースで捉えてみると、政府機関、政府関係機関、地方公共団体という公共部門の公務員で社会保険料控除金額全体の 30% 弱、民間部門の被用者で 65% と、いわゆる組織労働者によって社会保険料控除金額の 94% が占められる。これに対して営業所得者、農業所得者、その他事業所得者、その他所得者 (表 6 では給与所得者で申告納税した者を除く) は僅かに 6% を占めるのみである。一国全体で把握すると、いわゆる被用者に社会保険料控除が偏在する。これは所得税の軽減という便益の多くが、一定の規模の事業所の被用者に帰着することを示す。もっとも業態間で人員数のバラつきがあると、社会保険料控除金額の規模も人員数の多い業態で増大することが想定される。

そこで、表 7 で表わされるように、社会保険料控除金額を人員数で除して、一人当りの社会保険料控除金額を業態ごとに算出してみることにする。営業所得者で 6,365 円、農業所得者で 5,658 円、その他事業所得者が 7,727 円、その他所得者 (表 7 では給与所得者で申告納税を行った者を含む) では 14,677 円となる。一人当りの社会保険料控除金額そのものが業態間で差異があり、被用者抛出の保険料は標準報酬に保険料率が適用されるために、所得の多い人は社会保険料も多

表7 業態別一人当り社会保険料控除金額（申告分）1957年（昭和32年）

(単位 金額 円)

業態	社会保険料控除
営業所得者	6,365
農業所得者	5,658
その他事業所得者	7,727
その他所得者	14,677

(注) その他所得者は営業所得者、農業所得者、その他事業所得者以外の者をさす。

(資料)『国税庁統計年報書』昭和32年分より作成。

くなり、社会保険料控除金額も膨らむ。

しかし、こうしたことから前尾委員が指摘するように、社会保険料控除は「組織労働者」にのみ恩典を与えると理解してよいのかというと、そのような解釈は依然として早計と言わなければならない。もちろん、国民皆保険制度の成立に向けて制度改革が進められる一方で、事業所の被用者数が少ないために政府管掌健康保険に加入しない労働者が存在した。彼らは、自分自身で国民健康保険に加入しなければならず、しかも政府管掌健康保険と異なり、事業主負担分がない。部分負担か全額負担かという観点に立つと、社会保険制度の便益と自己支払いとなる負担との差である純便益が業態間で異なる。これに加えて、一人当り社会保険料控除額の差異から明らかのように、仮に適用される所得税率が同一である場合にも、所得税の軽減という便益が大中企業で働く給与所得者により多く帰着することは否定できない。今少し考察を進めてみよう。

前尾委員の発言は、前者の事業主負担分が入るか否かに関してではなく、後者の社会保険料控除額の多寡に照準を当てた場合における組織労働者の恩典に言及するものである。しかし、社会保険制度を精査し検討するならば、国民健康保険の加入者であれ、国民健康保険料を支払っている限りにおいて、社会保険料控除は年末調整や確定申告の際に適用されることに変わりないことがわかる。すなわち、社会保険料控除は本質的に業態や加入する社会保険制度の違いに左右されず、適用条件を充足する人たちすべてに対して開かれる所得税制上の取り扱いである点を評価しなければならない。したがって社会保険料控除は組織労働者のみならず、そうでない労働者にも恩典を与えるものであったと理解するべきであろう。社会保険料控除は特定の労働者を利することを目的としたのではなく、社会保険に加入する被用者全体および営業・農業・その他事業所得者を対象とするものであった。

日本の社会保険料控除の特異性は前尾議員が指摘するように組織労働者に恩典を与える点にあるのではなく、むしろ別な側面に見出される。他の国では医療保険料の類が税制上優遇措置の対象となるときに租税誘因が与えられることがある。たとえば、アメリカでは民間医療保険への加入を促進するために、租税誘因として民間医療保険料の被用者拠出分を個人所得税制上、非課税としている。これに対して、社会保険料を所得控除とする日本の経験は異なる。わが国では国民皆保険制度を整備していく過程において、社会保険料控除には租税誘因という機能は具備されな

い。日本の公的医療保険は強制加入であるからである。したがって、公的医療保険に加入するべき人々に所得税の軽減という公的保険加入の租税誘因を与えるのではなく、あくまでも社会保険料の支払いの事後に、公的医療保険に加入する人々の社会保険料を所得税の課税標準から控除することで、所得税の軽減を図る。社会保険料控除の役割はその点にこそあったと理解される。

2.3. 国民皆保険体制と医療費控除

2.3.1. 医療費控除制度の改変

次に、シャープ税制改革で導入された医療費控除が、国民皆保険体制の中で、どのような調整の下に今日まで維持されるに至ったのか、衆議院と参議院の両院の大蔵委員会および予算委員会会議録に沿って見ておくことにしよう。

1950 (昭和25)年に導入された際の医療費控除の適用下限、すなわち足切り基準は総所得金額の10%であり、控除限度額は10万円であった。1952 (昭和27)年12月15日の参議院大蔵委員会において小林政夫議員 (緑風会) は医療費控除と雑損失控除について全額控除を要望した⁷⁾。これに呼応して、続く1953 (昭和28)年2月4日の衆議院予算委員会では、大蔵事務次官 (主税局長) の渡辺喜久造氏が「昭和二十八年度租税及び印紙収入予算の説明」と「昭和二十八年度税制改正の要綱」に付随して、現行の医療費控除は実際の効果に乏しいことから適用下限を総所得の5%に引き下げ、控除限度額を15万円に引き上げるという政府案を示した⁸⁾。さらに同年2月10日の衆議院大蔵委員会において大蔵政務次官の愛知揆一議員 (自由党) は国民生活の安定と資本蓄積の促進に資することを目的として所得税については臨時特例法によって実施した控除 (含む医療費控除) および税率の改正を平常化するという内容の発言を行ったのである⁹⁾。そして1953 (昭和28)年には医療費控除の適用下限が総所得金額の5%となり、控除限度額は15万円に改正された。

その後、1965 (昭和40)年1月30日の参議院予算委員会では大蔵省主税局長の泉美之松氏が中小所得者の所得税負担の軽減に重点を置き、各種控除の引き上げを図ったとの政府側の趣旨を説明した。医療費控除についてはその限度額が30万円に引き上げられるという内容であったが¹⁰⁾、医療費控除を巡る争点は限度額ではなく、むしろ適用下限である定額基準の方であった。同年3月12日の衆議院大蔵委員会において平林剛議員 (日本社会党) が税制改正によって課税最低限が上がると医療費控除が制度上適用されにくくなる点を指摘し、また武藤山治議員 (日本社会党) も適用下限の5%は所得階層によっては実情に合わないとして、所得階層に応じて3%から5%ぐらいの幅を設ける必要があるという見解を示し、政府案に反論したのである¹¹⁾。結果的には控除限度額のみが改正されるが、適用下限に関しては後年再び議論されることとなる。

1970 (昭和45)年2月20日の衆議院予算委員会に至っては、大蔵省主税局長の細見卓氏が、まず日本経済の拡大傾向の予測の下に国民の税負担の状況を顧みて、大規模な所得税減税と法人税負担の引き上げを行い、既存の租税特別措置等の整理合理化を図るという政府案を説明した。

そして各種の負担軽減措置に先立ち、医療費控除については控除可能範囲の拡大を掲げた¹²⁾。さらに同年4月23日の参議院大蔵委員会では細見氏が当時の医療支出の実態を勘案して、所得の5%相当額と10万円のいずれか低い金額を超える金額につき控除を認め、控除限度額を100万円に引き上げるという具体案の説明を行った¹³⁾。これに対して翌日の4月24日の参議院大蔵委員会では野党側から、10万円の定額基準は所得が200万円以上の人に利得をもたらすが、所得が200万円以下の人に対しては適用下限の5%を3%に下げの方が効果はあるのではないかという内容の指摘があった¹⁴⁾。これは、非常な、異常な支出があって困るのはむしろ低所得層であるという見解に依拠するものであった。一方、細見氏は風邪とか腹痛は人間が生きている限り誰でも経験するので、それに必要な医療費は所得控除の適用外とし、生活に異常な負担が掛かるような突出した医療費にこそ医療費控除が適用されるべきであるとしてシャープ勧告の医療費控除に込めた理念に立脚した反論を展開したのである。また控除上限額についても、上限額を100万円に引き上げることで、難病の人の抱える医療費は賄えるようになるのではないかという政府側の見通しを示した。控除限度額を設定するのは、青天井にすると贅沢な医療施設や豪華な病院の療養費や入院費なども医療費控除の対象に付加するに違いないという判断からであった。質疑・応答を経て適用下限に選択肢が設定され、控除限度額も大幅に引き上げられ100万円となったのである。

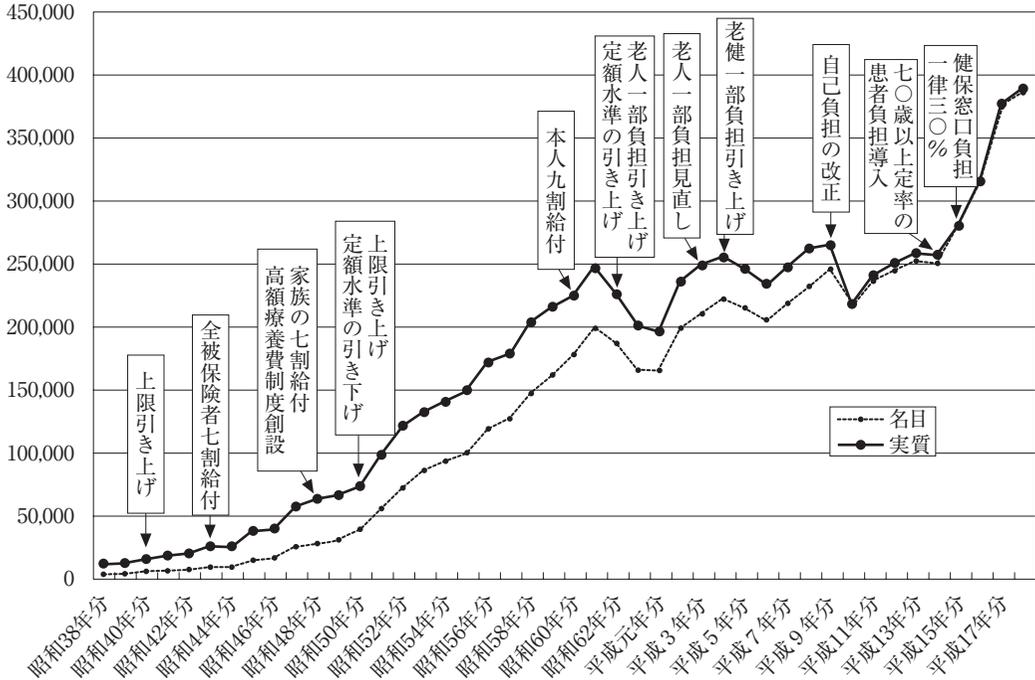
1974(昭和49)年から1975(昭和50)年にかけては医療費負担の拡大と課税最低限との兼ね合いから、医療費控除の拡充が取り上げられる¹⁵⁾。1975(昭和50)年2月26日の衆議院大蔵委員会において大平正芳大蔵大臣(自由民主党)は、近年の国民負担の状況から各種所得控除の引き上げによって所得税負担の軽減を図るという考えを表明した¹⁶⁾。この路線に沿って医療費控除についても、医療支出の実情に合うように、最高控除限度額を現行の100万円から200万円に引き上げ、足切り限度のうちの定額基準を現行の10万円から5万円に引き下げて、拡充を図る姿勢を示したのである。こうして5年前の定額基準と控除限度額の両方が改正された。

1975(昭和50)年代の医療費控除に関する国会での審議は控除の適用を確定する基準や限度額に関わる従来の内容¹⁷⁾から、税務行政に関するものを含む、より現実的な個別ケースに準じる内容に変化する。具体的には差額ベッド、歯科治療(義歯・矯正)、眼鏡、コンタクトレンズ、紙おむつなどが控除対象となるか否か、さらには医療費控除の申告に必須な領収書を医師が出したがない場合にどうするのか、などが問題提起された。

1987(昭和62)年5月13日の参議院予算委員会において大蔵省主税局長の水野勝氏は税制調査会の答申に盛られた医療費控除の定額基準の5万円から10万円への引き上げを提案したのであるが¹⁸⁾、これを受けて、同年8月18日の衆議院本会議では矢島恒夫議員(日本共産党・革新共同)が、定額基準の引き上げによって、大部分の国民の医療支出が医療費控除の対象から外れるとして反論した。しかし、中曽根康弘内閣総理大臣(自由民主党)は、家計の平均的な医療費負担の水準と所得の増大を鑑みると、1975(昭和50)年以来据え置かれてきた定額基準は低すぎる

図1 医療費控除額の趨勢 昭和38年～平成18年

(単位:百万円)



(注) 実質値は平成17年の保健医療の消費者物価指数を100として算出した。

(資料) 「国税庁統計年報書」各年版、総務省統計研修所『日本統計年鑑 第五十七回』平成20年、中里透・参議院予算委員会調査室『図説経済財政データブック』2007年、323頁より作成。

ため引き上げることにした旨を説明したのである¹⁹⁾。これにより適用下限は所得金額の5%と10万円とのいずれか低い金額とされた。控除上限額は1975(昭和50)年の改正以来200万円とされたまま維持され、適用下限はこれ以降改正されず、今日に至っている。

2.3.2. 国民皆保険体制下の医療費控除額の趨勢

次に医療費控除額の趨勢を名目ベースと実質ベースで見ておこう。図1は1961(昭和36)年に国民皆保険制度が整ってから後の、1963(昭和38)年から2006(平成18)年までの医療費控除額の推移を捉えたものである。1963(昭和38)～1975(昭和50)年の時期は、1965(昭和40)年の医療費控除限度額の引き上げ、1968(昭和43)年の国民健康保険7割給付の完全実施、1973(昭和48)年の家族給付等7割への引き上げ、高額療養費制度の創設などによって医療支出、自己負担、ならびに医療費控除の対象となる医療費に影響を与えたことが考えられる。しかし、医療費控除制度は納税者間で未だ熟知されていないことも重なり、緩やかな漸増に留まる。1975(昭和50)～1987(昭和62)年の時期は医療費控除額が急速に増大する。1975(昭和50)年の医療費控除の定額水準の引き下げと控除限度額の引き上げといった制度改正で医療費控除の適用を受け易い土壌が作られ、医療費の高騰と相俟って、医療費控除額に反映したと見られる。しかし1987

(昭和62)年には定額水準が引き上げられ、この年を境に医療費控除額の上昇は減少局面へ反転する。1988(昭和63)～2003(平成15)年の時期は減少局面と上昇局面が交互する。1987(昭和62)年の定額水準の引き上げの際と同じく、1992(平成4)年の老人健康保険の一部負担の引き上げ、1997(平成9)年の健康保険の本人1割、家族3割負担、国民健康保険の本人と家族の3割負担、退職者国民健康保険の本人2割、家族3割(通院)・2割(入院)負担という状況を境に医療費控除は一時減少するが、長く続くことはなく再び上昇過程に戻る。2003(平成15)年における健康保険の自己負担の一律30%への変更後には、それまでのように医療費控除額が下降する時期を通過せず、急増局面にそのまま移行し2006(平成18)年に至ることが看取される。

2.3.3. 業態別にみる医療費控除の要因

前項では社会保険制度の改変を背景にして医療費控除の推移を捉えてみた。ここでは、医療費控除を業態別に把握して社会保険の普及との関係性の有無を検討したい。具体的には医療費控除の変化率を被説明変数とする場合に、社会保険料控除の変化率を説明変数とできるのか、すなわち医療費控除の変化率は社会保険料控除の変化率に起因するののかについて計量分析から確認する。医療費控除と社会保険料控除のそれぞれの申告人員と控除額の双方について対数をとる。所得、人的控除の水準および社会保険料率を一定とすれば、公的医療保険の普及は社会保険料控除の申告人員や同控除額の増加に反映することが想定される。公的医療保険が普及し、保険給付によって医療費の自己支払いが減少するならば、医療費控除も減少するであろう。つまり、社会保険料控除の申告人員の増加や同控除額の増加は医療費控除申告人員の減少や医療費控除額の低減に結実することが考えられる。これとは逆に公的医療保険加入によって診察が受け易くなり、外来診察回数が増加し患者の一部負担が増えるならば、社会保険料控除の申告人員の増加や同控除額の増加は医療費控除の適用を求める申告人員の増加や医療費控除額の膨張に繋がることが想定される。

使用するデータは国税庁の税務統計データとする。国税庁の統計年報書のデータを使用することの長所は、所得稼得者全般に関する考察から営業所得者・農業所得者・その他事業所得者・その他所得者という業態の異なる所得者に分析対象を細分化した考察を可能にするところにある。

表8は1957(昭和32)年から2008(昭和19)年までの社会保険料控除と医療費控除の関係を、業態別に表してあるが、これを見ても、その他事業所得者を除き、医療費控除の申告人員の変化率は社会保険料控除の申告人員の変化率に起因するとはいえない。その他事業所得者については決定係数が0.8442であり、t値が絶対値で2を超えていることから、社会保険料控除の申告人員の変化率は効果のある説明変数と考えるのが自然である。次に医療費控除額の変化率についてはどうかというと、農業所得者を別にすると、社会保険料控除額の変化率は効果のある説明変数と考えて構わないであろう。農業所得者の決定係数は0.8977と比較的高いのであるが、t値の絶対値が2を下回っているため、社会保険料控除額の変化率は効果のない説明変数かもしれ

表 8 社会保険料控除と医療費控除 昭和 32 年～平成 19 年

	営業所得者	農業所得者	その他事業所得者	その他所得者
<申告人員>				
決定係数	0.5522	0.0307	0.8442	0.9311
回帰係数	1.1614	-0.2431	1.4102	1.7750
t値	1.1666	6.2581	5.0512	1.2965
<控除額>				
決定係数	0.9452	0.8977	0.9620	0.9893
回帰係数	0.6681	0.747	0.8240	1.0268
t値	6.6671	1.2505	2.4344	2.6923

(注 1) 医療費控除の変化率が被説明変数, 社会保険料控除の変化率が説明変数とする。

(注 2) その他事業所得者は昭和 32 年～平成 12 年までのデータによる。

ない。いずれにせよ, 申告人員の変化率における関係性は見出しにくいのに対して, 社会保険料控除額の変化率が医療費控除額の変化率の説明変数であるとするれば, 社会保険料控除額が増えたと, 医療費控除額が増加するのである。

こうしたことから農業所得者を除いて, 社会保険の普及は, 医療費控除の適用対象となるほどの突出した医療支出の発生を回避することに必ずしも成功していない, すなわち国民皆保険制度が確立し, かなりの部分の医療費が保険でカバーされるようになった後も, 依然として医療費控除が果たす役割を認めざるを得ないことがわかる。次項では民間生命保険・医療保険と医療費控除との関係について検討しよう。

2.4. 生命保険(料)控除

生命保険(料)控除は 1951 (昭和 26) 年度に復活し, 1952 (昭和 27) 年 1 月 29 日の衆議院予算委員会で国務大臣池田勇人氏が所得税の軽減を維持平年度化し, 所得税と相続税の一層の負担合理化, 課税の簡素化と資本蓄積に資するために生命保険控除の限度額を引き上げることを説明した。同氏はまた, 1957 (昭和 32) 年 2 月 6 日の参議院本会議では, 生命保険(料)控除が貯蓄奨励の意味を有し, 生命保険協会が住宅公団の債券を購入することで 1000 億円程度の住宅資金需要に充てるという見解を明らかにした²⁰⁾。折しも 1955 (昭和 30) 年に選択による概算控除が採用され, 社会保険料控除, 医療費控除, 雑損控除等に対して選択的に所得の 5% を控除できるようにし, 主として低額所得者の負担の軽減均衡化が図られていた。選択的概算控除の導入は社会保険料を支払わない人の不利な状態をある程度改善することを目的とした。こうした税制改革を経て, 概算控除は未組織の労働者を, 社会保険料控除は組織労働者を, そして生命保険控除は中小企業の従事者を課税上優遇するとされた。前述したように社会保険料控除が組織労働者に恩典を与えるものであるという当時の批判に充てるものとしての一面が概算控除にある。しかしながら, この概算控除も 1957 (昭和 32) 年に僅か 2 年足らずで廃止されてしまった。1966 (昭和 41) 年 3 月 18 日の衆議院大蔵委員会において, 塩崎潤氏は社会保障制度が不備な時代には生命保険控除が生命の減耗に備える, 社会保険料的な意味合いで理解されていたことに言及している。生命保険(料)控除は租税特別措置法の下で貯蓄促進を政策目標として維持され, 表 9 が示すように

表9 生命保険料控除に関する制度改革

年	所得控除の適用上限		備考
昭和 26	1951	2,000円	
28	1953	8,000円	
29	1954	11,000円 (平年12,000円)	
30	1955	13,500円 (平年15,000円)	概算控除の対象外
31	1956	15,000円	概算控除の対象外
32	1957	21,000円 $15,000 + (15,000\text{円を越える金額}) \times 1/2$	
33	1958	22,500円 $15,000 + (15,000\text{円を越える金額}) \times 1/2$	
37	1962	30,000円 $15,000 + (15,000\text{円を越える金額}) \times 1/2$	
38	1963	32,500円 $15,000 + (15,000\text{円を越える金額}) \times 1/2$	
39	1964	34,400円 (平年35,000円) $18,800 + (18,800\text{円を越える金額}) \times 1/2$ $\text{平年}20,000 + (\text{平年}20,000\text{円を越える金額}) \times 1/2$	
40	1965	35,000円 $20,000 + (20,000\text{円を越える金額}) \times 1/2$	
41	1966	36,800円 $23,600 + (23,600\text{円を越える金額}) \times 1/2$ $\text{平年}25,000 + (\text{平年}25,000\text{円を越える金額}) \times 1/2$	
42	1967	37,500円 $25,000 + (25,000\text{円を越える金額}) \times 1/2$	
49	1974	50,000円 $25,000 + (25,000\text{円を越える金額}) \times 1/2$	

(出所) 国税庁総務課『申告所得税標本調査 30 回記念号』昭和 57 年, 3 月。

1974 (昭和 49) 年までの度重なる制度改革の中で所得控除の適用上限が引き上げられ、最高額 5 万円という水準が引き継がれていくのである。

生命保険の中には老後の所得保障としての年金タイプがあるが、死亡保障や入院・医療保障を目的とするものがある。後者に該当する生命保険 (税務統計上は「生命保険 (一般)」とされる) は公的医療保険の補足的な役割を有する。そのような生命保険料控除の申告人員ならびに控除額の増加は医療費の自己負担を削減し、ひいては医療費控除の申告人員ならびに同控除額の減少に繋がることが想定される。

表 10 は 1957 (昭和 32) 年から 2008 (昭和 19) 年までの生命保険料控除と医療費控除の関係を、業態別に表してある。同表を見る限り、営業所得者の決定係数は 0.6011 とやや低い水準にあるとはいえ、医療費控除の申告人員の変化率を被説明変数とすると、営業所得者とその他所得者に関して、生命保険料控除の申告人員の変化率は効果のある説明変数と考えることができるであろう。同様に、医療費控除額の変化率を被説明変数とする場合にも、営業所得者とその他所得者については、生命保険料控除額の変化率が統計上有意な説明変数と見ることが自然である。自営業、個人事業主、被用者にとって民間医療保険や入院保険に加入することで高価な医療サービスを消費しやすくしていることがわかる。

表 10 生命保険料控除と医療費控除 昭和 32 年～平成 19 年

	営業所得者	農業所得者	その他事業所得者	その他所得者
<申告人員>				
決定係数	0.6011	0.0130	0.9141	0.9294
回帰係数	1.6685	-0.1507	1.6837	1.8551
t値	8.6466	9.3076	1.6865	3.4566
<控除額>				
決定係数	0.8079	0.1455	0.9356	0.9494
回帰係数	1.7784	1.1212	1.7241	1.8435
t値	9.2389	1.5568	1.9181	5.6686

(注 1) 医療費控除の変化率を被説明変数、生命保険料控除の変化率を説明変数とする。

(注 2) その他事業所得者は昭和 32 年～平成 12 年までのデータによる。

3. 医療費控除制度の実証分析

3.1. 高額療養費制度とその制約

国民皆保険制度の下で国民は被保険者あるいは保険加入者の被扶養者となるが、医療給付は 10 割ではない。近年では年齢による差別化がなされ、窓口負担は 1～3 割となっている。しかし、この負担配分は総医療費に評価療養や選定療養がない場合である。評価療養と選定療養は 2006 (平成 18) 年の健康保険法の一部を改正する法律の制定によって従前の特定療養費制度が再編成されたものである。評価療養には高度医療を含む先進医療、医薬品の治験に係る診療、医療機器の治験に係る診療、薬事法承認後の保険収載前の医療機器の使用、適応外の医薬品の使用、適応外の医療機器の使用が挙げられている。一方、選定療養には被保険者の選定に係るものとして、特別の療養環境 (差額ベッド)、歯科の金合金、金属床総義歯、予約診療、時間外診療、大病院の初診・再診、180 日以上入院、制限回数を超える医療行為などが列挙されている。評価療養と選定療養の費用については基礎的部分が保険給付とされるが、特別料金部分は全額自己負担となっている。先進医療に係る費用は医療の種類や病院によって違いが生じ、かつ全額自己負担となる。

表 11 は先進医療を受け、高額療養費制度も活用した場合の自己負担を表している。総医療費が 100 万円掛かり、そのうち、先進医療分が 20 万円ほど要したとすると、まずこの先進医療分が全額自己負担となる。社会保険給付は先進医療以外の分 (80 万円) の 7 割であるので、56 万円は保険でカバーされ、先進医療以外の分の 3 割に相当する 24 万円は患者負担となる。この患者

表 11 先進医療と高額療養費制度の自己負担への影響

項目	金額(円)
総医療費 ①	1,000,000
先進医療分 ②	200,000
保険給付分 ③ = (① - ②) × 0.7	560,000
一部負担 ④ = (① - ②) × 0.3	240,000
自己負担限度額 ⑤ = 80,100 + (④ - 267,000) × 0.01	87,430
高額療養費償還金 ⑥ = ④ - ⑤	152,570
自己負担 ⑦ = ② + ⑤	287,430

(注) 高額療養費制度の自己負担限度額は 70 歳未満の一般の 1 か月あたりを基準とする。

表 12 年齢別・所得別自己負担限度額

(単位 金額 円)

年齢別・所得別	自己負担限度額
70歳未満	
上位所得者	155,000
一般	87,430
低所得者（住民税非課税世帯）	35,400
70～74歳	
現役並み所得者	87,430
一般	62,100
低所得者I（住民税非課税世帯）	24,600
低所得者II（年収80万円以下）	15,000

(注1) 総医療費が100万円の場合の1か月あたり自己負担限度額を表す。

(注2) 上位所得者とは標準報酬月額53万円以上を指す。

(注3) 現役並み所得者とは標準報酬月額が28万円以上であって、かつ年収が夫婦世帯で520万円以上、単身世帯で383万円以上の世帯の被保険者およびその被扶養者を意味する。

(出所) 社会保険庁「社会保険制度の概要」

負担分が高額療養費制度の対象になるか否かについては、年齢と所得の双方によって異なる自己負担限度枠が設定され、この限度枠を超える患者負担分が高額療養費制度による償還金となる。仮に70歳未満であり、かつ標準報酬月額が53万円未満の「一般」という所得階級であるとする、1か月あたりの自己負担限度額は所定の算定式より87,430円となる。したがって、87,430円を超える患者負担である152,570円が保険者から償還払いされる。これらを踏まえると、償還金を反映していない段階における「一部負担」は暫定的な患者負担に過ぎない。結果的に被保険者の自己負担は先進医療分と高額療養費自己負担限度額となる。高額な先進医療を受ければ受けるほど、全額負担となる先進医療分が増え、総医療費が多額になるほど自己負担限度額が上昇する。このようにして、国民皆保険制度の下にありながらも、医療サービスを消費する個人の自己負担は重くなる。

表12は総医療費が100万円のときの1か月あたりの自己負担限度額が年齢と所得によってどの程度の差異が設定されているのかを表している。生活保護法に基づき生活扶助を受けている人、障害者・未成年者・老年人・寡婦（夫）で合計所得金額が125万円以下の人、あるいは前年の合計所得金額が条例で定められた金額を下回る人は住民税が非課税となる。住民税非課税世帯とは世帯員すべてが住民税の所得割がなく、均等割が非課税となっている世帯である。この住民税非課税世帯でさえも、患者の3割負担の軽減に際して高額療養費制度に付随する自己負担限度額の支払いをしなければならない。ただし、住民税非課税世帯に属する人は、申請により標準負担額減額認定証を発行してもらうことができ、その認定証によって、高額療養費の自己負担を減らすことができる。また、一部負担を支払うだけの経済力のない人は、最初から自己負担限度額のみを支払うことも認容されている。一般ならびに上位所得者は健康保険料の支払いの段階で所得に応じた金額を負う上、さらに健康保険の患者負担の軽減措置の適用に際しても、所得に対応

してその軽減の程度が低下する。総医療費が同一である場合には、公的医療保険制度の仕組みを通して再分配機能が働く。実際には異なる所得の患者間では治療方法も異なるであろうし、また治癒率への影響も考慮するならば、健康保険料と保険給付率からのみ描かれる再分配機能をクローズアップすることで過大評価に陥らないとも限らない。年齢や所得ごとに格差はあるものの、高額療養費の償還は4回目からは自己負担限度額が低下する。しかしながら入院が長期化する場合には自己負担限度額に相当する部分、先進医療分、保険適用外部分、入院時食事自己負担分などの医療支出が嵩むことは避けられない。それを救済することができるのは他でもなく医療費控除制度なのである。

3.2. 医療費控除の申告者

2009 (平成 21) 年時点において、差額ベッド料²¹⁾、入院患者の食事代、シーツ等のクリーニング代、妊婦の定期検診²²⁾、妊娠中絶費用²³⁾、不妊症の治療費・人工授精費用²⁴⁾、B型肝炎ワクチンの接種費用、市販の風邪薬の購入費用、医師が必要と認めるおむつ代などが医療費控除の対象となる。国民医療費の範囲に含まれていない医療費でも医療費控除の適用の客体となる。SHAにも国民医療費にも包摂されない医療費の中には、市販の風邪薬の購入費用のように、医療費控除の適用が可能とされるものがある。

さて、2007 (平成 19) 年の時点において申告所得人員 777 万人弱のうち、医療費控除を申告した者は約 206 万人に上る。表 13 を見ると、合計所得階級 300 万円以下が所得税制上の医療費控除の申告人員の 45% を占める。もっとも医療費控除金額の方は 28% を占有するに留まる。上位の合計所得階級ほど人員の構成比に比較して、医療費控除金額の構成比が大きいことが反映する。同表から医療費控除の申告人員の構成比が所得階級間で異なることがわかる。もともとの申告納税者の構成比の偏在が関係していないとすれば、これは当該所得階級における医療費控除の適用の要請に対する強度を表していると見てよいだろう。

2002 (平成 14) 年に 70 歳以上の高齢者へ定率の患者負担が導入され、2003 (平成 15) 年には健康保険の窓口負担が一律 30% に統一されたことはすでに言及した。図 1 では医療費控除額の上昇の時期とこれらの制度改正が重なっていることを見た。ここでは 1998 (平成 10) 年から 2007 (平成 19) 年までの 10 年間における医療制度改革が、異なる所得階級の医療費控除の要請にはたして影響を及ぼしたのか否かについて考察しよう。

まず合計所得の申告人員の推移を確認してから医療費控除の申告人員の変化を見ることにする。表 14 は合計所得の申告人員の推移を表す。過去 10 年間で合計所得 300 万円以下の所得階級で申告納税者が増加し、その増加率は合計所得 250 万円以下の所得階級で高く、とりわけ 70 万円以下の所得階級では申告人員が激増したことがわかる。一方、300 万超 400 万円以下の所得階級を含み、2000 万円以下の所得階級までの上中位層では申告人員が減少し、3000 万円以下の所得階級を含むより上位の階級では再び申告人員が増加に転じた。ミドル・クラスが崩壊し、所得

表 13 所得階級別医療費控除 2007年(平成19年)

合計所得階級	人員 (人)	金額 (百万円)		構成比	累積構成比
		構成比	累積構成比		
70万円以下	19,881	1.0%	1.0%	1,191	0.3%
100万円 "	57,689	2.8%	3.8%	5,061	1.2%
150万円 "	198,263	9.6%	13.4%	19,596	4.7%
200万円 "	252,153	12.2%	25.6%	30,797	7.4%
250万円 "	226,656	11.0%	36.6%	31,023	7.5%
300万円 "	171,490	8.3%	45.0%	29,446	7.1%
400万円 "	265,073	12.9%	57.8%	49,902	12.0%
500万円 "	168,384	8.2%	66.0%	41,307	9.9%
600万円 "	118,185	5.7%	71.8%	24,729	5.9%
700万円 "	97,705	4.7%	76.5%	27,100	6.5%
800万円 "	72,128	3.5%	80.0%	19,475	4.7%
1,000万円 "	100,762	4.9%	84.9%	28,686	6.9%
1,200万円 "	63,101	3.1%	88.0%	17,711	4.3%
1,500万円 "	67,411	3.3%	91.2%	20,311	4.9%
2,000万円 "	64,849	3.1%	94.4%	22,573	5.4%
3,000万円 "	57,563	2.8%	97.2%	21,518	5.2%
5,000万円 "	33,062	1.6%	98.8%	13,087	3.1%
5,000万円超	25,152	1.2%	100.0%	12,713	3.1%
計	2,059,507	100.0%		416,226	100.0%

表 14 所得階級別合計所得の申告人員の推移(申告納税者全体)

合計所得階級	1998年 平成10年		2003年 平成15年		2007年 平成19年		増減率 1998-2007年
	人員	構成比	人員	構成比	人員	構成比	
70万円以下	14,496	0.2%	156,863	2.3%	242,742	3.1%	1575%
100万円 "	73,352	1.2%	238,839	3.4%	390,499	5.0%	432%
150万円 "	359,157	5.8%	671,121	9.7%	951,198	12.2%	165%
200万円 "	541,739	8.7%	786,399	11.3%	1,104,562	14.2%	104%
250万円 "	565,835	9.1%	799,457	11.5%	952,249	12.3%	68%
300万円 "	584,989	9.4%	649,894	9.4%	639,243	8.2%	9%
400万円 "	954,901	15.3%	926,356	13.4%	850,498	10.9%	-11%
500万円 "	687,057	11.0%	604,451	8.7%	561,957	7.2%	-18%
600万円 "	497,438	8.0%	422,944	6.1%	395,575	5.1%	-20%
700万円 "	375,485	6.0%	322,111	4.6%	299,988	3.9%	-20%
800万円 "	288,141	4.6%	246,333	3.6%	225,141	2.9%	-22%
1,000万円 "	379,716	6.1%	321,854	4.6%	302,305	3.9%	-20%
1,200万円 "	229,205	3.7%	194,658	2.8%	193,365	2.5%	-16%
1,500万円 "	215,712	3.5%	186,443	2.7%	188,951	2.4%	-12%
2,000万円 "	190,524	3.1%	166,720	2.4%	178,269	2.3%	-6%
3,000万円 "	140,533	2.3%	124,763	1.8%	143,173	1.8%	2%
5,000万円 "	82,519	1.3%	73,690	1.1%	88,651	1.1%	7%
5,000万円超	43,455	0.7%	40,463	0.6%	60,318	0.8%	39%
計	6,224,254	100.0%	6,933,359	100.0%	7,768,684	100.0%	25%

(資料)『国税庁統計年報書』各年版より作成。

の二極化が進展した模様が申告納税実態からも看取される。

続いて表 15 に示される医療費控除の申告人員を見ると、過去 10 年間に医療費控除の人員はいずれの所得階級においても増加したことが確認される。そして所得階級が低いほど医療費控除の申告人員の増加率が高い。これは医療費控除の適用に向けての要請が低所得層ほど高まったことの証左である。1998(平成10)年から2003(平成15)年の増加率はどうかというと、低位の所得

表 15 所得階級別医療費控除申告人員の推移 (申告納税者全体)

合計所得階級	1998年		2003年		2007年		増減率 1998-2007年	増減率 1998-2003年
	平成10年	構成比	平成15年	構成比	平成19年	構成比		
70万円以下	5	0.0%	6,254	0.5%	19,881	1.0%	397520%	982%
100万円 "	2,374	0.3%	17,391	1.3%	57,689	2.8%	2330%	226%
150万円 "	17,432	1.9%	64,163	4.8%	198,263	9.6%	1037%	87%
200万円 "	43,553	4.6%	100,525	7.6%	252,153	12.2%	479%	45%
250万円 "	55,045	5.9%	130,090	9.8%	226,656	11.0%	312%	41%
300万円 "	68,340	7.3%	127,416	9.6%	171,490	8.3%	151%	11%
400万円 "	146,468	15.6%	190,915	14.4%	265,073	12.9%	81%	-3%
500万円 "	112,679	12.0%	142,707	10.8%	168,384	8.2%	49%	-12%
600万円 "	84,342	9.0%	99,544	7.5%	118,185	5.7%	40%	-15%
700万円 "	73,058	7.8%	75,881	5.7%	97,705	4.7%	34%	-14%
800万円 "	52,606	5.6%	61,438	4.6%	72,128	3.5%	37%	-15%
1,000万円 "	72,323	7.7%	80,400	6.1%	100,762	4.9%	39%	-15%
1,200万円 "	45,405	4.8%	55,587	4.2%	63,101	3.1%	39%	-15%
1,500万円 "	47,116	5.0%	50,958	3.8%	67,411	3.3%	43%	-14%
2,000万円 "	41,825	4.5%	48,897	3.7%	64,849	3.1%	55%	-12%
3,000万円 "	37,833	4.0%	37,116	2.8%	57,563	2.8%	52%	-11%
5,000万円 "	24,462	2.6%	22,310	1.7%	33,062	1.6%	35%	-11%
5,000万円超	12,691	1.4%	13,854	1.0%	25,152	1.2%	98%	-7%
計	937,557	100.0%	1,325,446	100.0%	2,059,507	100.0%	120%	11%

(資料)『国税庁統計年報書』各年版より作成。

表 16 所得階級別医療費控除の申告率

合計所得階級	1998年 平成10年	2003年 平成15年	2007年 平成19年
70万円以下	0.0%	4.0%	8.2%
100万円 "	3.2%	7.3%	14.8%
150万円 "	4.9%	9.6%	20.8%
200万円 "	8.0%	12.8%	22.8%
250万円 "	9.7%	16.3%	23.8%
300万円 "	11.7%	19.6%	26.8%
400万円 "	15.3%	20.6%	31.2%
500万円 "	16.4%	23.6%	30.0%
600万円 "	17.0%	23.5%	29.9%
700万円 "	19.5%	23.6%	32.6%
800万円 "	18.3%	24.9%	32.0%
1,000万円 "	19.0%	25.0%	33.3%
1,200万円 "	19.8%	28.6%	32.6%
1,500万円 "	21.8%	27.3%	35.7%
2,000万円 "	22.0%	29.3%	36.4%
3,000万円 "	26.9%	29.7%	40.2%
5,000万円 "	29.6%	30.3%	37.3%
5,000万円超	29.2%	34.2%	41.7%
全体	15.1%	19.1%	26.5%

(注) 合計所得の申告人員数に対する医療費控除の申告人員数の比率を医療費控除の申告率として算出した。

(資料)『国税庁統計年報書』各年版より作成。

階級ほど高いが、300万超400万円以下の所得階級を含み、それよりも上位の所得階級で申告人員が減少している。これらの点を踏まえると、2002(平成14)年以降の高齢者の定率患者負担、医療給付の7割統一、つまり窓口負担の一律30%が、低位の所得階級をも巻き込む形で、医療費控除の申告動機を創出したと理解して構わないと考える。

合計所得の申告人員数に対する医療費控除の申告人員数の比率を医療費控除の申告率と捉えらるとすれば、表 16 よりまず全体の申告率が 1998（平成 10）年に 15.1%，2003（平成 15）年に 19.1%であったが、2007（平成 19）年に 26.5%へと飛躍的に上昇していることが明らかである。合計所得が 70 万円以下の所得階級から 400 万円以下の所得階級では 10 年間に申告比率が倍増する。所得の低い納税者は適用下限が低いので、医療支出を抱えると、医療費控除の適用は高所得者に比較して容易である。低位の所得階級の医療費控除の申告比率の急上昇は、医療支出に直面する人々が増えたことを示す。他方、高位の所得階級における同比率の上昇は、医療費の総額が増大していることを表す。高所得者の適用下限は相対的に高いにも係わらず、足切り水準を超える医療費の自己負担が生じていると見られるからである。

3.3. 地方税における医療費控除

所得税の医療費控除制度に即して、地方税においても市町村民税ならびに道府県民税に医療費控除制度が設けられている。市町村民税と道府県民税の課税標準は所得税のそれよりも広いことによる影響が医療控除の申告人員数と医療費控除額に表出する。表 17 によると、国税である所得税の医療費控除の申告人員数は前述したように約 206 万人であるのに対して、市町村民税のそれは 575 万人に上り、申告人員の規模は所得税の 2 倍以上である。医療費控除金額についてはどうかというと、所得税においては約 4,163 億円である一方、市町村民税の場合には 1 兆 2,019 億円、道府県民税では 1 兆 2,020 億円に達する。表 18 で示されるように、所得税の納税義務のない人で市町村民税の納税義務者となった人は 280 万人、道府県民税では 279 万人が存在する。所得税において課税所得が人的控除や社会保険料控除を下回り、医療費の所得控除が叶わなかった

表 17 各政府レベルの医療費控除額 2007 年度（平成 19 年度）

	金額 (百万円)	人員 (人)
国税		
所得税	416,226	2,059,207
地方税		
市町村民税	1,201,863	5,752,431
道府県民税	1,201,976	-

（出所）総務省自治税務局『市町村税課税状況等の調』平成 19 年度版。

表 18 市町村民税と道府県民税の納税義務者

（単位 人）

	納税義務者数		計
	所得税の納税義務		
	あり	なし	
市町村民税	52,815,932	2,811,696	55,627,628
道府県民税	52,821,992	2,789,118	55,611,110

（出所）表 17 に同じ。

人々が、市町村民税と道府県民税では課税標準が課税最低限を超えるほどに十分であったことから納税義務者になりえて、医療費控除の適用が活かされたのである。市町村民税や道府県民税においても、医療費控除の申告をしながら、納税義務なしとなったために、医療費控除による所得税の軽減という便益を享受することができずに終わった人ももちろん存在するであろう。しかし総務省の統計データから彼らの規模を把握することができない。

3.4. 医療費控除の便益と再分配効果

再び所得税の医療費控除制度に戻り、課税所得と所得税にどの程度の影響を及ぼすのか考察することにする。表19は医療費控除の課税所得と所得税に対する効果を所得階級別に表したものである。それぞれの所得階級における金額の規模は申告人員の規模に左右されるので、一人当たりの金額を用いている。具体的には表中の[1][2][3][4]列は国税庁の「申告所得税標本調査結果」平成19年の附表を使用し、[5]列の医療費控除金額については医療費控除金額を同控除申告人員数で除した。医療費控除がない場合の所得税額は[7]列に示すとおり超過累進限界税率表に基づいて算定してある。表19を見るとわかるように、課税所得の縮減率ならびに所得税の軽減率は低位の所得階級ほど高くなる。これは低位の所得階級ほど分母の課税所得や算出税額が少額であることに起因する。[9]列の所得税の軽減額を見てみると、合計所得70万円以下の最低所得階級で11,000円であるのに対して、3,000万円超5,000万円以下の所得階級では1,301,000円に上る。医療費控除の便益とは所得税の軽減額にほかならない。医療費控除の便益は概して上位の所得階級ほど享受することがわかる。

続いて医療費控除の再分配効果を明らかにするために医療費控除がある場合のジニ係数と医療費控除を廃止した場合のジニ係数とを比較しよう。表20が示すように、申告所得税に準じる所得金額のジニ係数は0.5382である。課税所得金額は所得金額から各種の所得控除を行った後の

表19 所得階級別医療費控除の影響 2007年(平成19年)

(単位 金額 千円)

合計所得階級	合計所得金額 [1]	所得控除額 [2]	課税所得 I 金額 [3]	算出税額 I [4]	医療費控除 金額 [5]	課税所得 II 金額 [6]=[3]-[5]	算出税額 II [7]	課税所得の 縮減率 [8]=[5]/[6]	所得税の 軽減額 [9]=[7]-[4]	所得税の 軽減率 [10]=[9]/[7]
70万円以下	561	468	92	5	60	152	15	39.3%	11	69.3%
100万円 "	858	593	265	15	88	353	35	24.9%	21	58.7%
150万円 "	1,262	796	466	25	99	565	56	17.5%	32	56.4%
200万円 "	1,750	977	773	40	122	895	90	13.6%	49	55.1%
250万円 "	2,233	1,139	1,094	60	137	1,231	123	11.1%	63	51.1%
300万円 "	2,735	1,260	1,475	82	172	1,646	165	10.4%	83	50.5%
400万円 "	3,457	1,393	2,064	121	188	2,252	225	8.4%	104	46.3%
500万円 "	4,466	1,558	2,907	209	245	3,153	315	7.8%	106	33.6%
600万円 "	5,471	1,618	3,854	340	209	4,063	483	5.2%	142	29.5%
700万円 "	6,473	1,787	4,686	490	277	4,963	663	5.6%	172	26.0%
800万円 "	7,470	1,839	5,631	654	270	5,901	850	4.6%	196	23.1%
1,000万円 "	8,913	1,913	7,000	927	285	7,285	1,127	3.9%	200	17.7%
1,200万円 "	10,924	1,968	8,956	1,354	281	9,237	1,541	3.0%	187	12.1%
1,500万円 "	13,366	2,066	11,300	2,015	301	11,601	2,250	2.6%	235	10.5%
2,000万円 "	17,204	2,124	15,080	3,125	348	15,428	3,398	2.3%	273	8.0%
3,000万円 "	24,145	2,102	22,044	5,191	374	22,417	5,804	1.7%	613	10.6%
5,000万円 "	37,779	2,111	35,667	9,552	396	36,063	10,853	1.1%	1,301	12.0%

(注1) [5] は医療費控除金額を医療費控除申告人員数で除して求めた。

(注2) [7] は [6] に平成19年の超過累進限界税率を適用して算出した。

(資料) 国税庁「申告所得税標本調査結果(税務統計から見た申告所得税の実態)」平成19年より作成。

表 20 医療費控除のジニ係数への影響 2007年(平成19年)

	医療費控除	
	あり	なし
所得金額	0.5382	
課税所得金額	0.6412	0.6372
税引後所得金額	0.6154	0.6117

(注) 医療費控除がない場合の所得税額を算定する際に課税所得に対する所得税額の比率を限界税率に代えて使用してある。

金額である。低位の所得階級は所得金額が僅少である。さらに中低位所得階級に広く所得控除が施されると、所得控除によって所得金額が縮減されるため、課税所得金額はさらに削られる。したがって課税所得金額のジニ係数は所得金額のそれよりも上昇する。所得税額は課税所得に超過累進限界税率が適用される。しかし所得税の累進性が緩いため、税引き後所得金額のジニ係数は課税所得金額のそれを下回るものの、課税所得金額の分布を若干修正するに留まる。医療費控除がある場合には課税所得の分布は所得金額の分布に比べてより一層不均等な方向に導き、ジニ係数は0.6412に上昇する。医療費控除がない場合には、低位の所得階級の縮減がより抑制されることから、課税所得金額のジニ係数は0.6372となり、医療費控除がある場合に比べて所得分配はわずかに均等化する。そのため、現行所得税制の累進性を反映した税引後所得金額は、医療費控除がある場合には0.6154であるのに対して、医療費控除制度が廃止される場合には0.6117となる。別言すれば、先に見たとおり、医療費控除制度に基づく所得税の軽減額が上位の所得階級ほど大きくなることから、医療費控除は所得税の再分配効果を後退させてしまうのである。

3.5. 医療費控除制度による公的支援の意義

医療費控除の創設を勧告したシャウプ使節団の構想では、基礎控除と扶養親族控除で最低生活費を支え、突出した金額の医療費については、所得階級に見合った消費水準の維持に支障をきたすことが危惧されることから、一定の水準を超える医療費を所得控除するというものであった。そして莫大な医療費の貨幣的評価は経済力によって差異があることが認められ、総所得(所得)を基準として定率とされ、定率を下回る部分の医療費はその所得階級に属する納税者にとっての消費支出の範疇であると判断された。基本的に医療費は消費支出であると考えられ、所得税の軽減という配慮が加えられるのは通常の消費支出を超える金額の医療費であった。低位の所得階級にとって医療費控除の適用下限は総所得を基準にする以上、絶対的に低いラインとなり、所得制約に収まらない医療費はすぐにこのラインを超え、医療費控除の対象となりうる。それによって、いわゆる税務行政が煩雑となり、徴税費用が掛かることが懸念される。しかし、医療費控除が創設された1950(昭和25)年当時は基礎控除に加え、扶養親族控除の税制改正によって課税最低限が比較的高く設定されたために、医療費控除の適用を受ける申告人員は少なかったのである²⁵⁾。

ここ10年間の医療費控除の申告人員の推移から明らかのように、医療費控除の申告比率が最低所得階級を含めて一様に上昇した。これは扶養親族のいる納税者が減り、かつてのように扶養親族控除によって課税最低限が底上げされるケースが減少し、医療費控除の適用を受けられるようになった側面と、医療費そのものが高つくようになり医療費控除の適用に耐えうようになった側面の両方に起因する。しかし、その経緯を見ると、シャープ勧告の理念の一つである所得税制の簡素化に逆行する状況にあると言える。今後医療費控除の申告人員が増加し続けるならば、簡素化の観点から基礎控除の引き上げがなされるかもしれない。その場合、基礎控除の引き上げは、従前には突出した医療費と判断されていたものを消費支出の中に引き戻すことを意味する。

貧困に陥り、国民健康保険料を払うことができず、適用除外とされた場合にも、生活保護を受けている限り、生活保護法の下で医療扶助を給付される。医療扶助は公費で賄われる。一方、無保険者であり、かつ医療扶助を受けない人は、医療費の全額自己負担に直面せざるを得ない。納税義務者でない限り、医療費控除が適用されない。歳出予算による移転支出を享受することができないばかりか、税制を通じた公的支援を受けることもできないのである。国民皆保険制度の下に横たわる、経済力の乏しい無保険者の救済を、所得税における医療費控除、ならびに市町村民税と道府県民税における医療費控除を中軸にして、租税負担の軽減によって行うとすれば、自ずとそこには限界がある。低所得階級であれ、被保険者(被扶養者)が医療費控除に加えて高額療養費制度での償還金によって最終的に自己負担限度額と窓口負担の軽減を享受するのは対照的である。

確かに医療費控除制度では救済することのできない人々がいる。しかし、それを理由にして医療費控除制度が無意味であるということにならない。納税者に対してのみ所得税の軽減を図るということは、租税国家である以上、国家は納税者によって支えられており、その意味で納税者の国家であるという見方が社会の構成員に受容されているならば、国家が国庫充足に貢献した納税者に対して強制移転となった貨幣を戻すことは妥当であるという理解も成り立ちえる。

結びに代えて

医療保障は保険原理と福祉原理に基づき、前者については国民皆保険制度の確立によって、後者については生活保護法の下での医療扶助により体现される。とはいえ、前者は保険料収入のみを財源とするわけではなく、公費も投入され、加えて患者の自己負担もある。この患者の自己負担は医療費を抑制する上で信号となり、モラル・ハザードへの対応策として理解されるが、それがすべてではない。インフォームド・コンセントが定着しつつある今日において、医療サービスの供給主体のみの判断で医療サービスが消費させられている状態ではないとすれば、医療サービスの選択肢の中から患者が選んだ結果を表すものでもある。すなわち管理主義的な医療提供の下で、消費者主権がないわけではないことの証左でもある。国民皆保険制度の下で市場的要素を残

すのが、医療費の自己負担なのである。先進医療等を選択する消費者、ならびに公的医療保険が適用されず医療扶助の給付を受けていない消費者は、医療サービス市場に直に晒され、全額自己負担となる。

本稿で考察した医療費の自己負担は、国民医療費の定義と範囲内において公的医療保険給付が10割でないところからもたらされる患者負担、および国民医療費の定義と範囲から除外される領域に属する患者の自己支払いから把握している。医療費控除は医療サービス市場に乗れないほど経済力の乏しい患者やその家族を救済する制度ではない。納税義務者となるための所得要件を充足した個人を支援する。医療費控除は税制を通じた政府の支援であり、その特徴はこの公的支援を受けることと租税の支払いが実同一主体の中で完結する一連の繋がりに見出されることである。本来、租税とは給付反対給付が成立しないとされる。しかし所得税と医療費控除の場合には給付と反対給付の順番が前後するが、給付反対給付の関係が成立するものである。それゆえ、医療費控除制度は、納税者であること自体が報われる制度であり、納税者奨励還付金という特徴を有する。

日本では租税特別措置法に則しない、税制改正に因るものでもない、両院議員からの調査要請もないところでの所得控除による減収額に関する情報は国民に開示されない。医療費控除による減収額は、租税経費論（租税支出論）の観点からすると本質的には公費である。医療費控除の適用を要請するような事態が発生しなければ、課税標準から所得控除として差し引かれず、超過累進限界税率に基づいて所得税額が算定される。それを本来納付すべき租税債務額と見れば、適用下限を上回る医療支出を事後的に救済するために、租税債務額から医療費の自己負担の一部を公的支援として納税義務者本人に給付するという解釈がなされうる。医療保障という観点からは、医療関連の公費はこの部分も統合して理解されるべきである。

国民医療費の抑制策が、総医療費と公費分のうちいずれを対象にするのかによって、波及効果は異なるであろう。公的医療保険の保険料を維持したままで国民医療費の財源構造における公費の抑制を図るならば、患者負担が増え、それが現行所得税制における医療費控除の拡大に結実するならば、租税経費の増大に繋がる。総医療費を抑制するのであれば、社会保険給付と患者の一部負担が減り、高額療養費制度の自己負担限度額も縮減し、租税経費をも含む公費は削減されるであろう。ここで肝心なことは患者負担の増えることが「悪」で、逆にそれが減ることが「善」であるというような一義的評価はできないということである。

年齢別医療サービスの消費者に照準を合わせた分析ならびに医療サービスの生産者に関する考察は本稿では取り上げていない。その意味で「医療と税制」について将来へ研究課題を残すものである。

注

- 1) 各国の社会保障制度を巡る発展経路は一様ではない。加藤（2003）によれば、1970年代までに付加価

- 値税の導入に成功したヨーロッパの国々では社会保障を充実させることができ、一方、日本のように付加価値税の導入が1980年代後半と遅れた国や、あるいは連邦政府に付加価値税の課税権を認めないアメリカ合衆国ではヨーロッパ諸国のような社会保障の拡張的發展は見られなかった。アメリカを福祉国家と見ることに對する懐疑論に對して、Howard (1997) は、「隠れた福祉国家 (Hidden Welfare State)」が實際には連邦個人所得税制を通じて形成されていることを明らかにしている。社会保障制度の充実度の様相はそれを支える租税や租税体系と深く関連し、租税制度は福祉国家の形成や成熟過程に對しても制約を与える。本稿の研究課題である「医療と税制」は「社会保障と税制」に關する分析の一部分を成すものであり、福祉国家の國家観と財政基盤を検討する上で基礎的な内容を含むものとなろう。
- 2) 生活保護法, 結核予防法, 精神保健および精神障害者福祉に關する法, 老人福祉法, その他によるものを含む。
 - 3) 診療報酬体系見直し作業委員会 (1999) 「診療報酬体系見直し作業委員会報告書」を参照されたい。
 - 4) 一般薬とは医療提供機関が患者に処方箋を出す代わりに直接出す薬である。
 - 5) 2009 (平成 21) 年時点の所得税制に依る。
 - 6) 税制改正によって年収 12 万円, 給与月額 1 万円で夫婦と子一人の場合の税負担額を 199 円からゼロにすることが設計されていた。参議院大蔵委員会会議録第 4 号, 昭和 27 年 12 月 3 日を参照のこと。
 - 7) 昭和 27 年 12 月 15 日参議院大蔵委員会会議録 9 号, 6 頁を参照。
 - 8) 昭和 28 年 2 月 4 日衆議院予算委員会会議録 16 号, 6 頁を参照。
 - 9) 昭和 28 年 2 月 10 日衆議院大蔵委員会会議録 24 号, 66 頁を参照。
 - 10) 昭和 40 年 1 月 30 日参議院予算委員会会議録 2 号, 6 頁を参照。
 - 11) 昭和 40 年 3 月 12 日衆議院大蔵委員会会議録 19 号, 3 頁を参照。
 - 12) 昭和 45 年 2 月 20 日衆議院予算委員会会議録 1 号, 6 頁を参照。
 - 13) 昭和 45 年 4 月 23 日参議院大蔵委員会会議録 19 号, 3 頁を参照。
 - 14) 昭和 45 年 4 月 24 日参議院大蔵委員会会議録 20 号, 21 頁を参照。
 - 15) 昭和 49 年 3 月 22 日衆議院大蔵委員会会議録 22 号, 24 頁, 昭和 49 年 3 月 28 日参議院大蔵委員会会議録 14 号, 20 頁ならびに昭和 50 年 1 月 29 日衆議院予算委員会 1 号, 5 頁を参照。
 - 16) 昭和 50 年 2 月 26 日衆議院大蔵委員会会議録 11 号, 27 頁を参照。
 - 17) 昭和 50 年 3 月 19 日衆議院大蔵委員会で小林政子議員 (日本共産党・革新共同) は貧者に対する医療費控除の足切りは理屈に合わないとして全額控除を要求し (同委員会会議録 19 号, 33 頁), 昭和 53 年 4 月 26 日の衆議院大蔵委員会において山田耻目議員 (日本社会党) は医療費高騰が家計に大きな影響を与えているとして適用下限を合計所得金額の 2% または 2 万円に引き下げることを提案する (同委員会会議録 27 号, 1 頁)。しかしこの提案は可決されなかった。定額基準や控除限度額の改正に結びつくものは昭和 50 年の改正以降はなかった。
 - 18) 昭和 62 年 5 月 13 日参議院予算委員会会議録 11 号, 21 頁を参照。
 - 19) 昭和 62 年 8 月 18 日衆議院本会議議事録 9 号, 20-21 頁を参照。
 - 20) 参議院本会議録 5 号, 4 頁を参照。
 - 21) 所得税基本通達 73-3。
 - 22) 所得税基本通達 73-7。
 - 23) 所得税法施行令第 207 条。
 - 24) 同上。
 - 25) 詳細は拙稿 (2009) を参照されたい。

参考文献

- アマルティア・セン／後藤玲子 (2008) 『福祉と正義』東京大学出版会。
 池上直己・J. C. キャンベル (1996) 『日本の医療』中央公論社。
 石 弘光 (2008) 『現代税制改革史—終戦からバブル崩壊まで』東洋経済新報社。

- 伊藤周平 (1996) 『福祉国家と市民権』法政大学出版会。
 伊藤周平 (2008) 『後期高齢者医療制度』平凡社。
 漆 博雄 (1998) 『医療経済学』東京大学出版会。
 岡本祐三 (1996) 『高齢者医療と福祉』岩波書店。
 国立社会保障・人口問題研究所編 (2009) 『社会保障財源の制度分析』東京大学出版会。
 五嶋陽子 (2009) 「シャープ勧告と医療費控除」『商経論叢』第45巻第1号, 神奈川大学経済学会。
 権丈善一 (2005) 『再分配政策の政治経済学—日本の社会保障と医療』慶応義塾大学出版会。
 社会保障研究所編 (1996) 『医療保障と医療費』東京大学出版会。
 里見清一 (2009) 『偽善の医療』新潮社。
 田中 滋・二木 立 (2006) 『保健・医療提供制度』勁草書房。
 鍋田忠彦編 (1996) 『日本の医療経済』東洋経済新報社。
 二木 立 (1995) 『日本の医療費—国際比較の視点から』医学書院。
 二木 立 (2009) 『医療改革と財源選択』勁草書房。
 西村周三『医療と福祉の経済システム』筑摩書房。
 西村周三・田中滋・遠藤久夫編著 (2006) 『医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房。
 松田晋也他 (2007) 「診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究」中医協 診—3。
 結城康博 (2006) 『医療の値段』岩波書店。

Getzen, Thomas E. (1992) "Population Aging and the Growth of Health Expenditures,"

Journal of Gerontology, Vol. 47, No. 3, pp. S98-104.

Howard, Christopher (1997) *Hidden Welfare State: Tax Expenditures and Social Policy in the United States*, Princeton University Press.

Hitiris, Theo and John Posnett (1992) "The determinants and effects of health expenditure in developed countries," *Journal of Health Economics*, 11, pp. 173-181, North-Holland.

Newhouse, Joseph P. (1977) "Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey,"

The Journal of Human Resources, XII, 1, pp. 115-125.

Kato, Junko (2003) *Path Dependence and Policy Diffusion: Regressive Taxation and the Welfare State*, Cambridge University Press.

Le Grand, Julian (2003) *Motivation, Agency, and Public Policy: Knights & Naves, Pawns & Queens*, Oxford University Press. [(邦訳) ジュリアン・ルグラン著/郡司篤見監訳 (2008) 『公共政策と人間』聖学院大学出版会]

資料

国税庁『国税庁統計年報書』各年版。

国税庁 (2006) 「申告所得税標本調査結果」(確報)

総務省統計研究所 (2008) 『日本統計年鑑 第五十七回』第17章。

昭和27年12月15日, 参議院大蔵委員会会議録9号。

昭和28年2月4日, 衆議院予算委員会会議録16号。

昭和28年2月10日, 衆議院大蔵委員会会議録24号。

昭和30年6月7日, 衆議院予算委員会会議録25号。

昭和30年6月8日, 参議院予算委員会会議録20号。

昭和30年6月11日, 衆議院大蔵委員会会議録18号。

昭和32年3月28日, 参議院大蔵委員会会議録19号。

昭和40年1月30日, 参議院予算委員会会議録2号。

昭和40年3月12日, 衆議院大蔵委員会会議録19号。

- 昭和 41 年 3 月 18 日, 衆議院大蔵委員会会議録 23 号.
- 昭和 45 年 2 月 20 日, 衆議院予算委員会会議録 1 号.
- 昭和 45 年 4 月 23 日, 参議院大蔵委員会会議録 19 号.
- 昭和 45 年 4 月 24 日, 参議院大蔵委員会会議録 20 号.
- 昭和 49 年 3 月 22 日, 衆議院大蔵委員会会議録 22 号.
- 昭和 49 年 3 月 28 日, 参議院大蔵委員会会議録 14 号.
- 昭和 50 年 1 月 29 日, 衆議院予算委員会会議録 1 号.
- 昭和 50 年 2 月 26 日, 衆議院大蔵委員会会議録 11 号.
- 昭和 50 年 2 月 28 日, 衆議院大蔵委員会会議録 12 号.
- 昭和 50 年 3 月 19 日, 衆議院大蔵委員会会議録 19 号.
- 昭和 52 年 3 月 16 日, 参議院決算委員会会議録 2 号.
- 昭和 52 年 11 月 16 日, 参議院決算委員会会議録 4 号.
- 昭和 53 年 2 月 9 日, 参議院大蔵委員会会議録 2 号.
- 昭和 53 年 4 月 26 日, 衆議院大蔵委員会会議録 27 号.
- 昭和 61 年 3 月 6 日, 衆議院予算委員会第二分科会会議録 1 号.
- 昭和 62 年 5 月 13 日, 参議院予算委員会会議録 11 号.
- 昭和 62 年 8 月 18 日, 衆議院本会議議事録 9 号.
- 昭和 62 年 8 月 21 日, 衆議院大蔵委員会会議録 5 号.