

日本における医療費の自己負担に関する考察

The co-payments for Medical Insurance System in Japan

笹 川 陽 子
Yoko SASAGAWA

高齢化と生活習慣の変化によって疾病構造は慢性疾患へと変化した。と同時に医療技術の進歩によって生命に直結する高度な医療は、高額な医療費をもたらした。患者は公的医療保険により経済的負担は軽減されたため、コストを意識せず低侵襲の医療を受けられる。これを維持するには社会保障の安定財源の確保が求められるが、支える現役世代の保険料や税の負担増には限界があり、高齢者にも「応能原則」による自己負担の引上げは必要であると考えられる。

キーワード：疾病構造の変化、医療の高度化、医療費、公的医療保険、自己負担

1 はじめに

日本の社会保障制度は、戦後の高度経済成長を背景に人口増加社会を前提として整備・拡充されてきた。1970年代以降、低経済成長や急速な少子高齢化、雇用形態や家族形態の多様化など、様々な社会経済の変化によって社会保障制度の見直し・再編が行われたが、従来の高齢者優遇の基本姿勢のまま抜本的な改革がなされてこなかった。

2012年（平成24年）に「社会保障制度改革推進法」が制定され¹、社会保障と税の一体改革の流れのなかで「1970年代型」から「全世代型」への転換といった社会保障制度改革の方向性が示された。

消費税率の引上げによる税収増を全額社会保障に充当し、年金・医療・介護・子ども支援の4分野を中心に社会保障機能を強化し、安定財源の確保と財政健全化を図ることが基本的考え方として示された。また世代間対立の争点となっている給付と負担においては、公平性の観点から応能負担を世代間だけでなく世代内にも取り入れて現役世代の負担増を抑制する方向への転換を明確にしている。

2019年12月の全世代型社会保障検討会議の中間報告では、医療改革においては「後期高齢者の医療費の自己負担割合のありかた」と「医療の機能分化の強化」が盛り込まれた。後期高齢者の自己負担については、すでに現役世代並みの所得者は3割負担となっており、新たに一定以上の所得者を2割負担とし、所得基準については今後の検討としている。また、医療の機能分化については、以前から大病院への患者集中を抑制策として、紹介状のない大病院（400床以上）外来の初診・再診時の定額負担を設定していたが、これを

200床以上の病院（一般病床）に対象拡大し、さらに定額負担を引上げ、一向に進まない「かかりつけ医」機能の強化の推進を図るというものである。

本稿では、WHOからも高い評価を受けている日本の公的医療保険制度を概観しながら、増大し続ける医療費の一部負担について考察する。

2 日本の医療保険制度

日本は、1961年の国民皆保険制度実施を契機に、食生活やの改善、公衆衛生の改善、生活水準の向上などさまざまな要因と相まって、平均寿命の伸長などの健康水準は飛躍的に向上し、トップクラスの長寿国となった。

国民皆保険制度は、国民全員が公的医療保険に加入（強制加入）し、社会保険方式による共助システムである。しかも医療機関を自由に選択できるフリーアクセスで、低い費用負担で良質の医療サービスを受けられることが特徴的である。

日本の医療保険制度は職域保険（被用者保険）と地域保険（住民保険）に大別され、75歳以上の高齢者には後期高齢者医療制度がある（図表1）。

被用者保険は適用事業所である国、地方公共団体、法人事業所、5人以上の個人事業所の被保険者とその被扶養者を対象とし、事業所規模によって3つの運営組織に分けられる。中小・零細企業の被保険者とその被扶養者が加入する全国健康保険協会（以下、協会けんぽ）があり、都道府県ごとに保険料率が設定される（平成30年度平均保険料：10.0%）。大企業の被保険者とその被扶養者が加入する健康保険組合（以下、健保組合）には、1企業による単一組合と同種同業の事業主による総合組合があり、それぞれの組合によって保険料率は異なる（平成30年3月末1,394組合）。公務員（国及び地方）および私立学校教職員の被保険者とその被扶養者が加入する共済組合がある（平成30年3月末85組合）。これらの被用者保険の保険料は労使折半で、標準報酬月額・標準賞与額に保険料率を乗じたものである。

一方、地域住民を対象とした国民健康保険（以下、国保）には、自営業者、無職、被用者保険に加入していない非正規雇用者、農業従事者などが加入する市町村国保と特定の職能者が加入する国保組合がある。国保の保険料もしくは保険税は応能分（所得割、資産割）と応益分（均等割、平等割）がある。ただし、世帯の所得が一定の所得以下の場合は、世帯の所得に応じて軽減（7割、5割、2割）されている。財政基盤の安定化のため、2018年度から国保の財政運営の責任主体は市町村から都道府県に移譲され、市町村は保険料徴収とサービスの実施主体となっている。

医療保険制度の給付内容は医療給付と現金給付に大別される（図表2）。医療給付は、実際に医療機関で提供される検査・治療・投薬などの現物給付で、年齢と所得によって給付と負担も水準が決定される。費用負担については保険料と窓口での一部負担があるが、一部負担にも上限が設定された高額療養費制度がある。そのため、この制度を利用す

れば低負担で高額な医療サービスを受けられる。そのため、公的医療保険によって人々の医療サービスに対するコスト意識が低く、費用対効果の高い医療サービスを受療するのは当然のこととして受け入れられている。

ところで厚生労働省の2017年度の一人当たり医療費をみると、「65歳以上」で73万8,000円、「75歳以上」で92万2,000円となっている。これは健康リスクの高くなる「44～64歳」の約3倍であることを考慮すると、団塊の世代全員が75歳以上となる2022年までに後期高齢者にも負担能力に応じた費用負担を課する必要性が高くなる。

図表1 医療保険制度の体系



出所：厚生労働省『平成29年版厚生労働白書』

図表2 公的医療保険の給付内容

(平成30年8月現在)

給付		国民健康保険・後期高齢者医療制度	健康保険・共済制度
医療給付	療養の給付 訪問看護療養費	義務教育就学前: 8割、義務教育就学後から70歳未満: 7割 70歳以上75歳未満: 8割(現役並み所得者(現役世代の平均的な課税所得(年145万円)以上の課税所得を有する者): 7割) 75歳以上: 9割(現役並み所得者: 7割)	
	入院時食事療養費	食事療養標準負担額: 一食につき460円	低所得者: 一食につき210円 (低所得者で90日を超える入院: 一食につき150円) 特に所得の低い低所得者(70歳以上): 一食につき100円
	入院時生活療養費 (65歳～)	生活療養標準負担額: 一食につき450円(※) + 370円(居住費) (※)入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関では420円	低所得者: 一食につき210円(食費) + 370円(居住費) 特に所得の低い低所得者: 一食につき130円(食費) + 370円(居住費) 高齢福祉年金受給者: 一食につき100円(食費) + 0円(居住費) 注: 難病等の患者の負担は食事療養標準負担額と同額
	高額療養費 (自己負担限度額)	70歳未満の者(括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当) <年収約1,160万円～> 252,800円 + (医療費 - 842,000) × 1% (140,100円) <年収約770～約1,160万円> 187,400円 + (医療費 - 558,000) × 1% (93,000円) <年収約370～約770万円> 80,100円 + (医療費 - 287,000) × 1% (44,400円) <～年収約370万円> 57,600円 (44,400円) <住民税非課税> 35,400円 (24,600円)	70歳以上の者(括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当) 入院 外来【個人ごと】 <年収約1,160万円～> 252,800円 + (医療費 - 842,000) × 1% (140,100円) <年収約770～約1,160万円> 187,400円 + (医療費 - 558,000) × 1% (93,000円) <年収約370～約770万円> 80,100円 + (医療費 - 287,000) × 1% (44,400円) <～年収約370万円> 57,600円 (44,400円) <一般> 57,600円 (44,400円) 18,000円 <低所得者> 24,600円 [年間上限144,000円] <低所得者のうち特に所得の低い者> 8,000円
現金給付	出産育児一時金 (※1)	被保険者又はその被扶養者が出産した場合、原則42万円を支給。国民健康保険では、支給額は、条例又は規約の定めるところによる(多くの保険者で原則42万円)。	
	埋葬料(※2)	被保険者又はその被扶養者が死亡した場合、健康保険・共済組合において埋葬料を定額5万円を支給。また、国民健康保険、後期高齢者医療制度において、条例又は規約の定める額を支給(ほとんどの市町村、後期高齢者医療広域連合で実施。1～5万円程度を支給)。	
	傷病手当金	任意給付 (実施している市町村、後期高齢者医療広域連合(ない))	被保険者が業務外の事由による療養のため労務不能となった場合、その期間中、最長で1年6ヶ月、1日に付き直近12か月の標準報酬月額を平均した額の3分の1に相当する額の3分の2に相当する金額を支給
	出産手当金		被保険者本人の産休中(出産日以前42日から出産日後56日まで)の間、1日に付き直近12か月の標準報酬月額を平均した額の3分の1に相当する額の3分の2に相当する金額

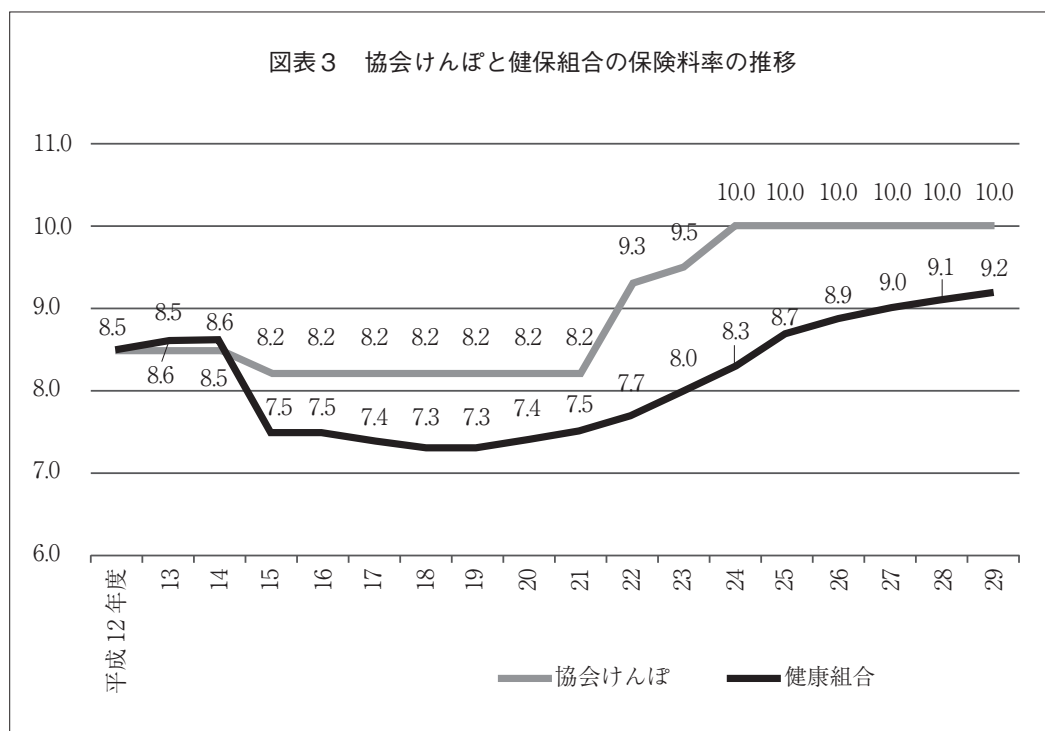
出所：図表1と同じ

医療保険制度の財源は、本来保険料で賄われるものであるが、国保や協会けんぽ（旧政府管掌健康保険）は健保組合に比べ所得階層の低い人々や高齢者が比較的多いため、以前から財政的基盤が脆弱であり、これらの財政赤字には公費（国、地方）が投入されてきた。

被用者保険のうち健保組合や共済組合は事業所規模が大きく現役世代が多いために安定した財政基盤をもっており、これらの保険料は協会けんぽの平均保険料よりも低く設定されている。また、協会けんぽを除く被用者保険は運営主体ごとに高額療養費の付加給付として上乗せされる独自の給付があり、協会けんぽの加入者に比べて優遇されている。

しかし、急速な少子高齢化によって増加し続ける高齢者の医療費を賄うために社会保険方式を維持し、平成15年（2003年）に社会保険への総報酬制（健康保険・厚生年金保険）を導入、平成21年までは7～8%台と抑えられていた。それ以降保険料率は引き上げられ現役世代が保険財政の4割強を高齢者医療への支援金として拠出している。とりわけ、平成24年度（2012年）から協会けんぽの平均保険料率は10.0%で推移し、これに追随するように健保組合の平均保険料率が引き上げられている（図表3）。保険料負担は労使折半であるため、保険料率の引き上げは健保組合の保険財政を圧迫し、解散する組合数は増加の一途を辿っており、健保組合数は平成19年（2007年）1,518から平成30年（2018年）1,394へと減少している。なお、解散した健保組合の被保険者は協会けんぽに加入する。

健保組合の保険料率が協会けんぽの保険料10.0%を超えると自主運営する必要性が薄



出所：健康保険組合連合会「今、必要な保険の重点施策—2022年危機に向けた健保連の提案」

れ、これを超える健保組合は2019年度で302組合がある。

2022年には、「団塊の世代」といわれる人口の多い世代が75歳以上の後期高齢者となり、その後も増加の一途を辿るが、65～74歳の「前期高齢者」は減少し続ける。そのため、医療、年金、介護に費やされる高齢者のための社会保障給付が増大する。高齢者への支援分は増加し、現状のままでは被用者保険の負担は増え続ける。

健康保険組合連合会（以下、健保連）の保険料率の試算によると²、医療・介護の保険料率は上昇し、2019年度の医療・介護・年金の保険料率は29.01%だが、団塊の世代が全員75歳以上になる2025年度には31.0%となり、平均保険料率10.0%以上の組合は909まで増加する（図表4）。したがって、2022年以降、現役世代や前期高齢者の人口が減少し、後期高齢者世代が増加することにより、現役世代への負担がさらに大きくなるといえる。

図表4 健康保険組合の保険料率（健保連試算）

	2019 年度	2022 年度	2025 年度
医療平均保険料率	9.218%	9.8%	10.4%
保険料率 10%以上	302 組合	601 組合	909
拠出金割合	45.4%	49.6% (協会けんぽ:10.3%)	50.5% (協会けんぽ:10.9%)
介護保険料率	1.573%	2.0%	2.3%
年金保険料率(固定)	18.3%	18.3%	18.3%
合 計	29.091%	30.1%	31.0%

出所：図表3と同じ

そのため、健保連は「今、必要な医療の保険の重点施策—2022年危機に向けた提案—」（2019年9月）として、①後期高齢者の原則2割負担（ただし、低所得者に配慮しつつ、75歳以上に到達した人から順次2割負担とする）②後期高齢者の現役並み所得者への公費投入（現役並み所得の高齢者には公費が投入されていないために、前期高齢者財政調整制度として現役世代が負担している）④保険給付範囲の見直し（市販品類似薬の保険給付範囲からの除外や償還率の変更）を掲げている。

3 疾病構造の変化と医療費の増大

（1）疾病構造

日本は1950年代まで結核や肺炎などの感染症といった急性疾患が中心であったが、現在は糖尿病や脳卒中、心疾患、高脂血症などのいわゆる生活習慣病といわれる慢性疾患が増加している。

日本人の死因をみると、2018年（平成30年）では第1位悪性新生物（がん）、第2位心疾患、第3位老衰、第4位脳血管疾患、第5位肺炎となっている（図表5）。がんは1985年（昭

和60年）年以降、死因の第一位となつてから一貫して増加傾向にある。心疾患は1985年（昭和60年）に第2位になつてから増加傾向となっている。脳血管疾患は1960年（昭和60年）をピークに減少し続け、がん、心疾患、脳血管疾患は生活習慣（食生活、喫煙、飲酒、運動）に起因しており、人口の高齢化にも大きく左右されている。とくに、がんの患者数は増加しており、生涯になんらかのがんにかかる可能性は、男性の2人に1人、女性の3人に1人であり、2人に1人ががんになるといわれている。

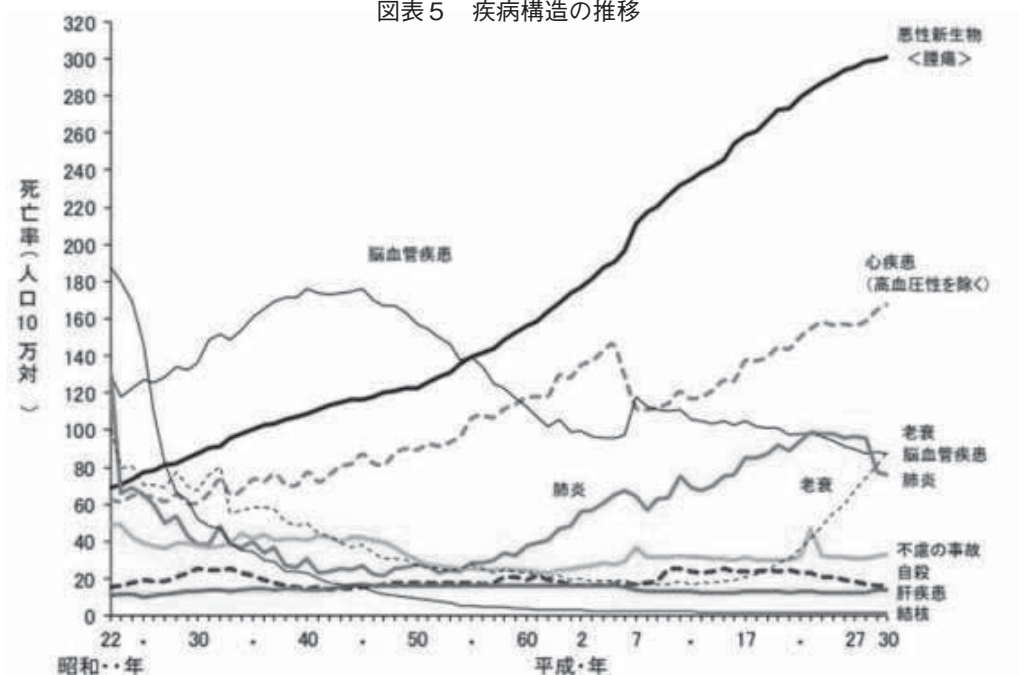
日本では、急速な高齢化の進行と生活習慣の変化によって生活習慣病の発症リスクの割合は増加傾向にあり、死因の原因となっている。そのため、中高年の疾病の早期発見、健康教育などの保健事業を強化すべく、従来の40歳以上を対象とした老人保健法に基づく老人保健事業は「高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）」に全面改正された。

この法律によって保健事業は各医療保険者が実施する「特定健康診査（通称：メタボ健診）及び特定保健指導」と市町村が実施する「健康増進事業」と、生活習慣病の予防に重点が置かれた。メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に起因する生活習慣病の発症および予備軍に対する保健指導によって重症化や合併症への発症リスクを下げることから、2009年4月に被用者保険者の40～74歳の加入者への実施を義務化し、生活習慣病発症のリスク管理によって医療費削減に有効となっている。

例えば、家庭用・業務用計量器メーカーのタニタは全社員を対象に「タニタ健康プログラム」を導入し、成功事例の企業として取り上げられただけでなく、社員食堂でのヘルシーメニューが「タニタ食堂」としてレピシ本出版や店舗運営まで、「タニタ食堂」というブランドで新しい事業を展開している。

（2）医療費

図表5 疾病構造の推移



出所：図表1と同じ

国立社会保障・人口問題研究所によると、2017年度の社会保障給付費は120兆2,443億円で、対前年度の1.6%の増加である。内訳では医療は39兆4,195億円（全体の32.8%）、年金は54兆8,349億円（45.6%）、福祉・その他は25兆9,898億円（21.6%）である。

公的医療保険の運営者別に比較すると、各保険制度の加入者平均年齢による医療費格差が大きい。前期高齢者の割合が41.9%を占める市町村国保の平成29年度の加入者一人当たり医療費は36.3万円で被用者保険（組合健保、共済組合、協会けんぽ）の約2倍となっている（図表6）。後期高齢者医療制度は加入平均年齢が82.4歳で、一人当たり医療費は94.5万円で国保の2.6倍となっている。

医療費の増加要因として、人口の高齢化による医療需要の増加、高度の医療技術の進歩による増加、そしてこれらの新しい医療技術の普及による増加があげられる³。また、高度な診断法や工学技術の進歩の医療の応用は、それまで治療困難な疾病に関する確で有効な検査・診断・治療を行うことで、生存率の向上をもたらした。

図表6 各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成28年3月末)	1,716	164	1	1,405	85	47
加入者数 (平成28年3月末)	3,182万人 (1,941万世帯)	286万人	3,716万人 (被保険者2,158万人 被扶養者1,559万人)	2,914万人 (被保険者1,581万人 被扶養者1,332万人)	877万人 (被保険者450万人 被扶養者427万人)	1,624万人
加入者平均年齢 (平成27年度)	51.9歳	39.7歳	36.9歳	34.6歳	33.1歳	82.3歳
加入者一人当たり 医療費(平成27年度)	35.0万円	19.7万円	17.4万円	15.4万円	15.7万円	94.9万円
加入者一人当たり 平均所得(※1) (平成27年度)	84万円 (一世帯当たり 140万円)	371万円 (一世帯当たり(※2) 769万円 (平成25年))	145万円 (一世帯当たり(※3) 249万円)	211万円 (一世帯当たり(※3) 387万円)	235万円 (一世帯当たり(※3) 456万円)	80万円
加入者一人当たりの 保険料の賦課対象 となる額(平成27年度)	68万円(※4) (一世帯当たり 112万円)	—(※5)	220万円(※6) (一世帯当たり(※3) 379万円)	300万円(※6) (一世帯当たり(※3) 552万円)	328万円(※6) (一世帯当たり(※3) 637万円)	67万円(※4)
加入者一人当たり 平均保険料 (平成27年度)(※7) ＜事業主負担＞	8.4万円 (一世帯当たり 13.9万円)	15.7万円	10.9万円<21.9万円> (被保険者一人当たり 18.8万円<37.7万円> 健康保険料率10.00%)	12.2万円<26.7万円> (被保険者一人当たり 22.4万円<49.2万円> 健康保険料率9.03%)	14.0万円<27.9万円> (被保険者一人当たり 27.1万円<54.3万円> 健康保険料率9.24%)	6.7万円
公費負担	給付費等の50% ＋保険料軽減等	給付費等の40% (※8)	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助(※10)	なし	給付費等の約50% ＋保険料軽減等
公費負担額(※9) (平成30年度予算ベース)	4兆3,784億円 (国3兆1,581億円)	2,521億円 (全額国費)	1兆1,745億円 (全額国費)	737億円 (全額国費)		8兆374億円 (国5兆1,449億円)

(※1) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公約年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたものの年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

(※2) 国保組合については、「市町村民税課税標準額(総所得金額等から基礎控除のほかに所得控除(扶養控除、配偶者控除等)を控除した金額)」に、「基礎控除」と「基礎控除を除く所得控除(扶養控除、配偶者控除等)」(総所得)平成26年度市町村税課税標準額(※1)による「給与所得及び企業等所得を支給する納税者の課税標準額」の段階別の所得控除額(基礎控除を除く)を納税義務者数で除したものを使用して試算した額)を足した参考値である。

(※3) 協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

(※4) 一世帯当たりの額は加入者一人当たりの額に平均世帯人数を乗じたものである。(※5) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※6) 旧ただしき方式による課税標準額(保険料の算定基礎)、旧ただしき方式は、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎を計算する際に用いられている方式で、(※2)から基礎控除等を差し引いたものである。

(※7) 国保組合ごとに所得の算出方法や保険料の計算方法が異なるため、記載しない。平成28年度所収結果における業種別の市町村民税課税標準額は、医師国保717万円、歯科医師国保225万円、薬剤師国保242万円、一般業種国保126万円、建設関係国保79万円、全体の平均額は、各組合の被保険者数を勘案して算出した額であり、242万円となっている。

(※8) 標準報酬総額を加入者数で割ったものである。

(※9) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計、保険料額に介護分は含まない。

(※10) 平成30年度予算ベースにおける平均値。(※9) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。(※10) 共済組合も補助対象となる。

出所：図表1と同じ

高額な医療が必要となるのは、悪性新生物や心筋梗塞、脳卒中など生命に直接に関わるため、安全性や有効性が承認されると保険給付の適用となる。保険給付の適用となっても高額なため経済的負担は大きい、CT（コンピュータ断層診断装置）、MRI（磁気共鳴画像装置）、PET（陽電子放出断層装置）等の画像診断技術や内視鏡術支援ロボット「ダヴィンチ」を利用する腹腔鏡手術などの高度な医療機器をはじめ⁴、がん治療薬オプジーボなど、高額な医療機器や医薬品、手術法は医療費を増大させるが、その一方で平均在

院日数の短縮化や日帰り入院など、医療費削減にも効果があることから次々と保険適用となっている。

このような低侵襲性の検査・治療法は、患者の体への負担の軽減や治療の選択肢の拡大、体の機能の温存、体の回復の速さなど、高度な新しい診断技術や新しい治療技術によって患者の致死率の低下とQOL（生活の質）をもたらしている。

救命を重視する医療は、年齢に関係なく行われるため、高齢者に多くの医療資源を投入するが費用負担能力の低い人が多い。一方、平均年齢が30歳代と若い現役世代は国保や後期高齢者よりも平均所得や保険料は高い。このような偏った現在の保険制度を維持するためには現役世代が高齢者世代への支援は欠かせない。しかし、現役世代は保険料だけでなく税の負担を負わなければならないため、給付と負担に関しては世代間格差が生じるのは当然であり、政府がいうように年齢一律で語るには無理があるといえよう。

4 患者の自己負担増の経緯

日本では、公的医療保険の加入者が何らかの健康上の問題で医療機関を受診し、検査や治療などの医療サービスを受けた場合には公的医療保険が適用され、窓口で医療費の一部を自己負担する仕組みになっている。ただし、予防接種や人間ドッグなどの将来的な発症に対する予防的なものは保険給付の適用となっていないために全額自己負担となる。

戦後の高度経済成長を背景に、国民の福祉の向上を目指した福祉国家を目標に日本の社会保障制度は整備・拡充されてきた。1973年（昭和48年）は「福祉元年」と呼ばれるようにさまざまな施策が行われた。

医療保険においては被用者家族の保険給付の引き上げ（5割→3割）や老人医療費支給（無料化）が実施された⁵。また、被用者本人（定額負担）と被用者家族・国保（3割負担）との給付水準の格差を解消するため、被用者家族と国保加入者に対しては高額療養費制度が創設された（図表7）。

しかし、この年のオイルショックにより一転、低経済成長の状況の下で膨張する社会保障費をいかに抑制するかが大きな課題となった。医療に関しては老人医療費無料化以降、人口の高齢化を背景とした社会的入院や平均在院日数の長期化、病床数の増加、医療機能の未分化、出来高払い制による過剰検査・過剰投薬、さらには医療に対する人々の価格意識の低さなどが、需要と供給の両面で医療費増大をもたらした。

景気変動による財政問題を機に、医療計画策定の義務化や病院病床数の規制、医薬分業化などの様々な医療費適正化策が実施されることになった。その一つが患者の医療費の一部負担の引き上げである。老人医療費支給制度を廃止し、1983年から老人保健制度を実施し、定額の一部負担を導入した。同時に被用者本人の一部負担も定額から定率（1割）に変えて、高額療養費制度を創設した⁶。

この後も社会保障制度の再編・見直しは続き、患者の一部負担は定額制から定率制へと完全移行し、段階的に現在の負担割合となった。「70歳未満」は3割（義務教育就学前2割）、「70～74歳」は2割（平成26年4月以降に70歳になる人が対象で、それ以前は1割）、「70～74歳」で現役並み所得者は3割、「75歳以上」は1割、「75歳以上」で現役並み所得者は3割となっている。ただし、子どもの医療費については、各自治体が少子化対策として子ども医療費助成制度を設けており、対象年齢は自治体によって異なるが、申請手続きをすれば子どもの医療費は無料となる。

現在検討されている社会保障改革より、今後、75歳以上で一定の所得者は2割に引き上げられる予定である。

図表7 医療保険制度の患者一部負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度										後期高齢者 医療制度			
国保	3割	高齢者	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) ※診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所得者3割)	75歳以上	1割負担 (現役並み所得者3割)							
被用者本人	定額負担									2割負担 (現役並み所得者3割)							
										※平成26年3月末までに70歳に達している者は1割 (平成26年4月以降70歳になる者から2割)							
被用者家族	5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)		入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))		3割 薬剤一部負担の廃止	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)							
			被用者本人	定額 →1割(S59～) 高額療養費創設		入院2割 外来2割+薬剤一部負担											
			被用者家族	3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)		入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))											

(注)・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。
・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

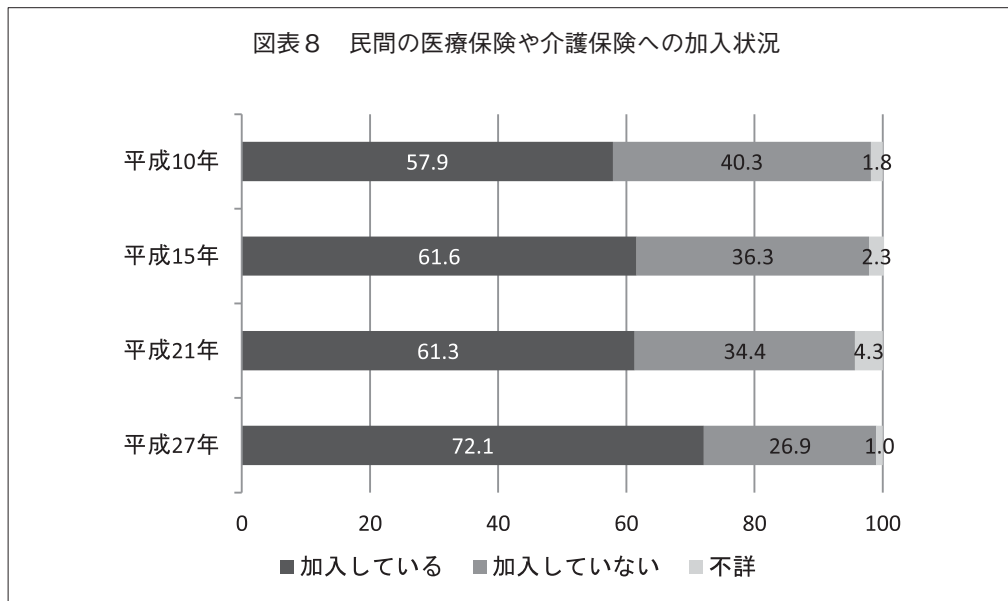
出所：内閣府：「社会保障の給付と負担について」

5 自助、共助、公助の役割

日本は国民皆保険体制によって負担能力のある人には相互扶助機能の社会保険方式、低所得者には公的扶助（公費）で網羅されており、医療費の大半は公的医療保険で保障されている。

しかし、日本人は、健康上の問題への不安や病気やけがによる経済的な不安が強く、公的医療保険では賄いきれない医療費に備えるために事前に自ら民間の保険に加入する傾向が強い。

厚生労働省の「平成27年社会保障における公的・私的サービスに関する意識調査」によると⁷⁾、平成27年（2015年）の民間の医療保険や介護保険への加入状況は72.1%であり、前回調査に比べて10ポイント以上の増加がみられる（図表8）。

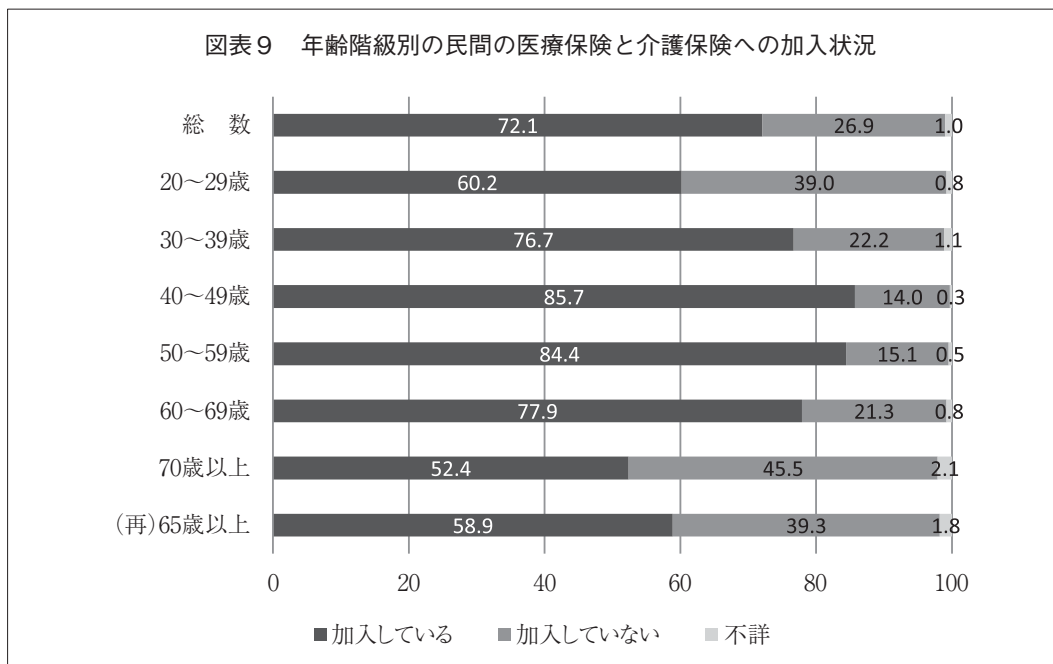


出所：厚生労働省「平成27年社会保障における公的・私的サービスに関する意識調査」

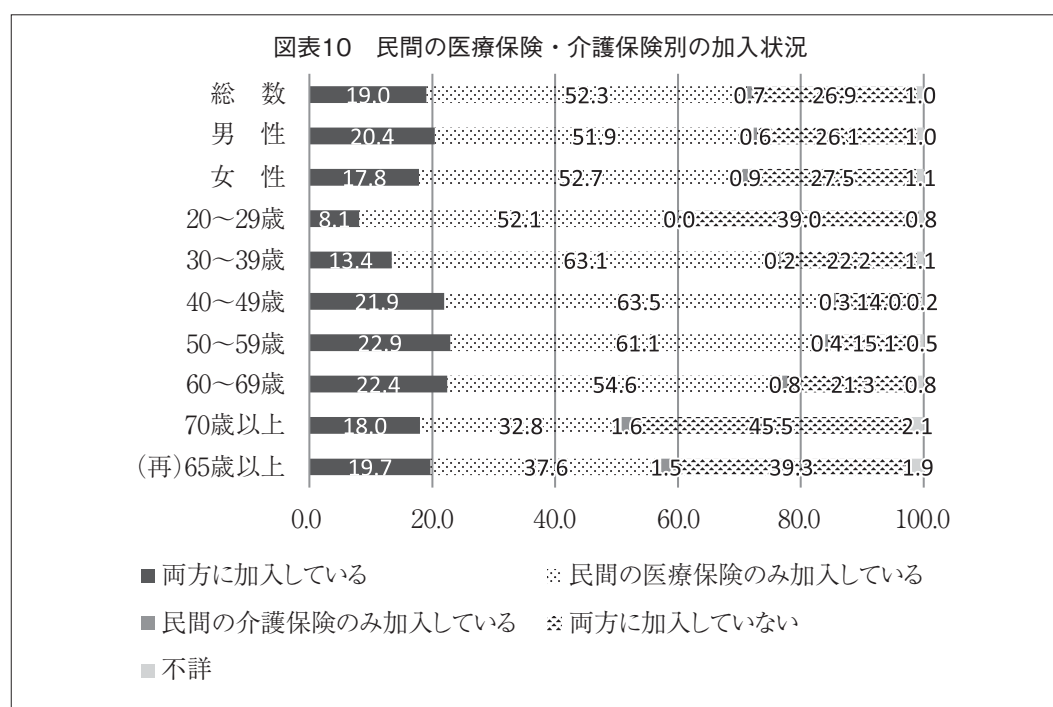
つぎに年齢階級別にみると、結婚・出産で家族が増える「30～39歳」では民間保険への加入状況は76.7%で、「20～29歳」よりも16ポイント上昇している（図表9）。さらに働き盛りである一方で生活習慣病などの健康リスクが高まる世代、しかも子供の教育費がかかり家計支出が大きい世代である「40～49歳」「50～59歳」はそれぞれ85.7%、84.4%と高い加入率となっている。「70歳以上」になると、保険の加入年齢が制限されたり、再度加入したくても保険料が高く支払えないことから、他の年代に比べて「加入していない」割合が45.5%と上昇する。

さらに民間の医療保険と介護保険のどれに加入しているかをみると、圧倒的に「医療保険のみに加入している」割合が高い。「40～49歳」では63.5%と最も多く、「30～39歳」では63.1%、「50～59歳」では61.1%となっており、健康リスクの低い「20～29歳」でも52.6%を占める（図表10）。

40～60歳代で医療保険・介護保険の「両方に加入している」と回答した割合は2割を超える。これは近年、軽度認知症や認知症（若年認知症を含む）の増加や生活習慣病から要介護状態になるリスクなどが考えられ、また介護保険の給付条件のハードルが下がることで中高年以上で2割の加入となっていると推測される。



出所：図表8と同じ



出所：図表8と同じ

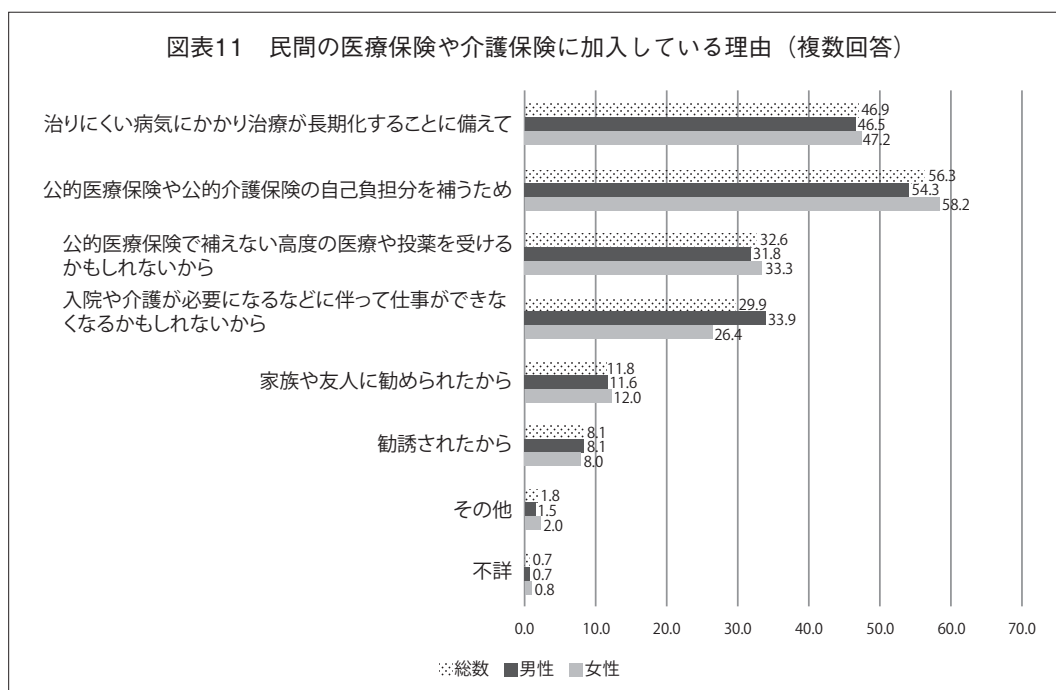
加入理由についてみると、「公的医療保険や公的介護保険の自己負担を補うため」56.3%、「治りにくい病気にかかり治療が長期化することに備えて」46.9%、「公的医療保険で賄えない高度の医療や投薬を受けるかもしれないから」32.6%、「入院や介護が必要になるなどに伴って仕事ができなくなるかもしれないから」29.9%となっている（図表11）。

病気やケガによる医療費や介護費あるいは休業中の生活保障に対する不安が高く、公

的医療保険では賄えない保険適用外の費用の支払いに備えている。

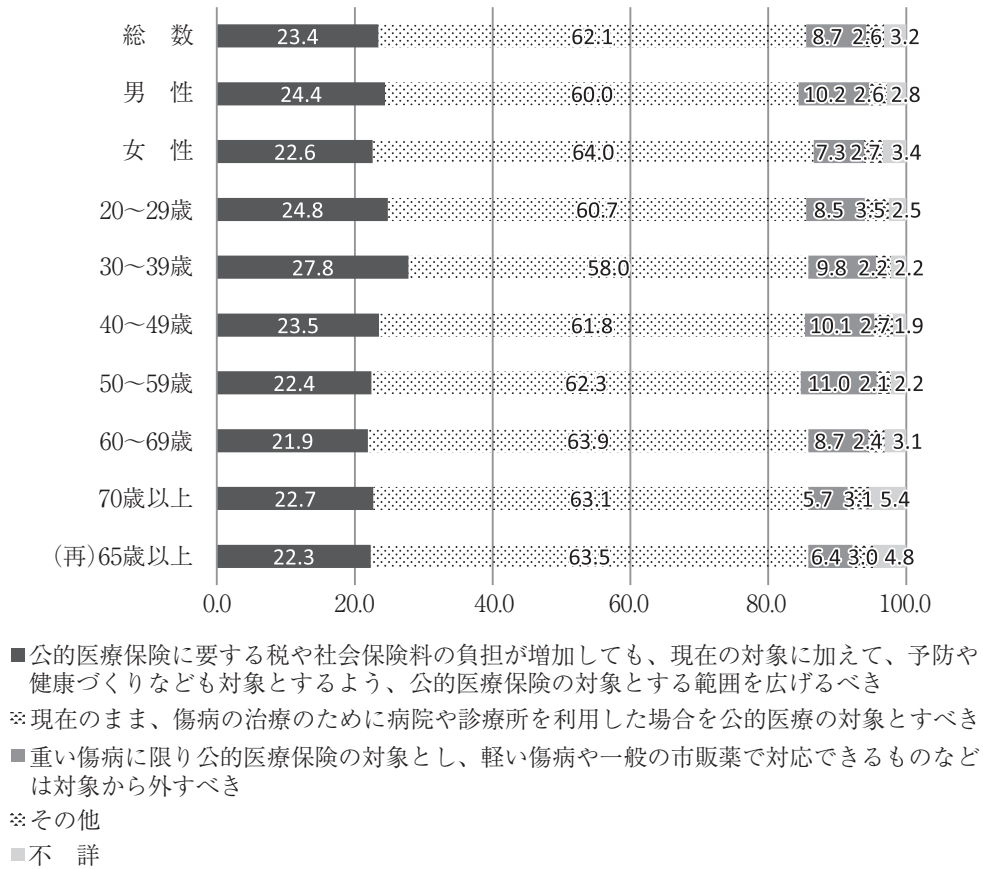
さらに、今後の公的医療保険の給付範囲についての考え方をみると、各年代とも「現在のまま、傷病の治療のために病院や診療所を利用した場合を公的医療の対象とすべき」と回答する人の割合が約6割を占めている（図表12）。それに対して「公的医療保険に要する税や社会保険料の負担が増加しても、現在の対象に加えて予防や健康づくりも対象とするよう、公的医療保険の対象とする範囲を広げるべき」と回答した人は2割超である。

このことから、日本は北欧のような「高福祉高負担」よりも従来通りの「中福祉中負担」志向が強いことがわかる。そして、これを補完するのが自助努力である民間保険であると考えられる。



出所：図表8と同じ

図表12 今後の公的医療保険の対象とする範囲についての考え方



出所：図表8と同じ

日本の公的医療保険制度は、保険給付の範囲内で認められた通常の医療についてのみ定率給付で経済的負担を軽減する。一方、民間の医療保険は、定額の入院給付金や手術給付金だけでなく、先進医療を保障するものである。

厚生労働大臣の定める先進医療は、公的医療保険適用外であるため、全額自己負担となっている。ただし、通常の治療に伴う診察、検査、投薬、入院などの費用は公的医療保険適用となり、保険外併用療養費として給付されるため、実際には「技術料」が自己負担となる。しかし、先進医療の技術料には数千円のものから陽子線治療・重粒子線治療などの数百万円といった高額なものがある。このほか、差額ベッド代や入院時食事療養費入院時生活療養費、交通費なども高額療養費制度の対象外である。とりわけ差額ベッド代は1日数千円から数万円、なかには10万円を超える場合がある。もし長期の入院あるいは先進医療が続くとなれば、自己負担は重く、これを賄うために事前に民間保険に加入すると考えられる。

そのため、医療保険・介護保険それぞれの単独商品に加入するだけでなく、保険料負

担が抑えられて医療保障や介護保障が得られるように、生命保険の主契約（死亡保障・終身保障）に必要な特約を付加すると推測される⁸。

生命保険文化センターの調査によると⁹、「疾病入院給付金で支払われる生命保険に加入している」との回答率は、令和元年では73.1%で、過去の調査と比較しても横ばい傾向にある（図表13）。

図表13 疾病入院保険給付金で支払われる生命保険に加入している状況

	令和元年	平成 28 年	平成 25 年	平成 22 年	平成 19 年
疾病入院給付金で支払われる生命保険に加入している	73.1	72.1	74.0	72.3	(%) 71.3

出所：生命保険文化センター「令和元年度 生活保障に関する調査〈速報版〉」

3大疾病（がん、急性心筋梗塞、脳卒中）や認知症の発症リスクが高まっている昨今、高度な医療技術を駆使した医療サービスを受ける場合、窓口で支払う医療費の一部負担や高額療養費によって経済的負担は軽減されるが、保険適用外の費用も長期化するほど重くのしかかる可能性があるため、事前に自助努力で準備する必要がある。

そこで医療保障に対する私的準備の状況をみると、令和元年では「生命保険」73.1%、ついで「預貯金」41.8%、「損害保険」20.6%となっている（図表14）。すでにみてきたように、これは3大疾病や成人病などのリスクが高まる30～50歳代の人々が、死亡時の所得保障をを考慮し、それを主契約とし、特約で医療保障や介護保障を補完していることがわかる。

図表14 医療保障に対する私的準備状況（複数回答） (%)

	生命保険	損害保険	預貯金	有価証券	その他
令和元年	73.1	20.6	41.8	5.8	0.4
平成28年	72.9	20.9	42.0	5.6	0.5
平成25年	70.5	19.5	38.3	5.1	0.6
平成22年	71.0	19.8	38.1	5.4	0.5
平成19年	70.3	24.8	37.7	5.5	0.5

出所：図表13と同じ

さらに、「自分の医療費を公的医療保険だけでまかなえるか」という質問に対して、平成19・22年の調査結果では、「まったくそう思わない」＋「あまりそう思わない」と回答した人の割合はそれぞれ65.5%、60.4%と、「まったくそう思う」＋「まあそう思う」の回答率（それぞれ30.0%、35.6%）を大きく上回り、多くの人が「公的医療保険だけでは医療費を賄えない」と考えている（図表15）。しかし、平成25年以降の調査では「公的医療保険だけで医療費が賄える」と考えている人が増え、「まったくそう思う」＋「まあそ

う思う」と回答している割合が4割を超えている。

公的医療保険には高額療養費制度があり、この制度を利用すれば医療費の自己負担の大半が保障されるが、保険外医療費の自己負担への不安が大きいのであろう。

図表15 公的医療保険に対する考え方

「自分の医療費を公的医療保険だけでまかなえるか」 (単位：%)

	まったく そう思う	まあそう 思う	わからない	あまりそう は思わない	まったくそ うは思わない
令和元年	7.3	37.2	3.9	36.8	14.7
平成28年	7.9	36.9	3.8	34.4	17.0
平成25年	7.3	37.1	3.7	36.2	15.7
平成22年	5.6	30.0	4.1	39.5	20.9
平成19年	4.4	25.6	4.4	40.7	24.8

出所：図表13と同じ

図表16 医療保障は公的保障充実志向か自助努力志向か

A：自助努力で準備していくよりは、
今より高い保険料や税金を払って
でも公的医療保険を充実してもら
いたい

B：公的医療保険の充実のために
今よりも高い保険料や税金を
払うよりは、自助努力で準備
していきたい

単位：%

	Aに近い	どちらかとい えばAに近い	わからない	どちらかとい えばBに近い	Bに近い
令和元年	18.6	24.1	7.0	23.9	26.4
平成28年	21.3	23.3	6.0	21.4	28.1
平成25年	19.8	23.0	6.2	22.6	28.4
平成22年	19.7	26.9	7.0	20.9	25.6
平成19年	17.0	22.0	9.2	24.6	27.2

出所：図表13と同じ

最後に「医療保障は公的保障充実志向か自助努力志向か」の質問については、「A：今より高い保険料や税金を払ってでも公的医療保険を充実してもらいたい」あるいは「B：今より高い保険料や税金を払うよりも自助努力で準備したい」の選択肢に対して、「Bに近い」+「どちらかといえばBに近い」という自助努力志向の回答率は、「Aに近い」+「どちらかといえばAに近い」という公的保障充実志向よりも数ポイント高いだけで、両者は拮抗している（図表16）。上述の厚労省の調査とは質問の仕方が異なるので比較できないが、医療保障については保険料や税金の負担を増やしてまで公的保障は望まないというのは明らかである。

6 結びにかえて

最近、団塊の世代の方や後期高齢者から、「日本の経済成長を支え、今の日本を作ってきたのはわれわれ世代であるのに、医療・介護に関して後期高齢者の自己負担を増やすのはいかがなものか」という趣旨の意見をいただいたが、どうみても経済的に余裕があり、自己負担の引上げが生活に影響を及ぼすとは思えない。これまでも高齢者優遇という既得権を侵害する年金の引下げや一部負担の引上げに高齢者から反対意見があった。

患者の自己負担の増減は、医療に対するコスト意識を刺激するため、受診率に影響を及ぼす。自己負担割合の引上げは受診率を抑制するが、過去の経験上、この影響は一時的なもので、長期間的な受診率の低下にはつながらない。むしろ、健康への関心や検診・予防接種等の予防的行動が、早期発見あるいは重症化回避をもたらし、医療費を削減する。

一般的に高齢者の所得は現役世代に比べて低いため、世代間の公平の観点から現役世代からの支援や公費の投入は必要であるが、増え続ける社会保障費を現役世代だけに担わせていいのだろうかという意見もある。

高齢者といっても一概に低所得者とは限らない。年金生活者のなかには悠々自適な老後生活を送る経済的余裕のある人もいれば所得が少なくても資産を有する人もいるが、高齢者にとって所得の多寡に関係なく医療は生活上不可欠なものである。

ところが、医療機関の窓口で受取る領収書の診療明細書を詳細に確認する人はどれだけいるだろうか。日本の公的医療保険制度では、医療費が高額となった場合には高額療養制度や高額医療介護合算療養制度で保障されるため、実際の自己負担額は低く、自己負担が過重にならないような仕組みになっている。低いコストで良質な医療を受けられることが医療に対するコスト意識を低下させ、必要以上に受診率を上昇させる。しかし、この共助システムは保険料や自己負担の引上げについては増税に比べて国民の合意が得られやすく、現在の公的医療保険制度を維持するためには人々の医療に対するコスト意識を喚起し、能力に応じた費用負担も必要であると考ええる。

注

- 1) 2008年社会保障国民会議において社会保障制度の改革が検討され、2012年（平成24年）に「社会保障制度改革推進法」が成立した。この法律に基づいて社会保障制度改革国民会議を設置し、①自助・共助・公助の最適な組み合わせ②社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制③社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担④給付と負担の両面にわたる世代間の公平の4つの「基本的考え方」と年金・医療・介護・子ども支援の4分野の「基本方針」を明記した。そしてこれらに関連する消費税率引き上げのための税制抜本改革法、基礎年金国庫負担割合2分の1の恒久化などの年金関連4法、こども・子供支援関連3法の8法が成立した。

- 2) 健康保険組合連合会「今、必要な保険の重点施策－ 2022年危機に向けた健保連の提案」
<https://www.kenporen.com/include/press/2019/201909093.pdf> (2020年1月22日)
- 3) 川上武は医療技術改革と医療費の関係を明らかにしている。戦後の第1次医療技術改革は、抗生物質や抗結核剤、全身麻酔、輸血・補液、外科技術の飛躍的な向上により治療効果をもたらし、伝染病や感染症による患者数や死亡率が劇的に減少し、医療費が削減した。第2次医療技術改革は、1960年代以降、血液自動分析装置や超音波、X線CT（コンピュータ断層撮影）などのME（Medical Electronics）機器の普及で、医療の高度化によって医療費の高額化傾向となった。第3次医療技術改革は、体外受精や臓器移植などのバイオテクノロジーの導入には、高度な医療技術が必要であり、さらに安全性や倫理性の問題が存在し、普及には多くの時間がかかるため医療費高騰となる。詳しくは、川上武著『技術進歩と医療費』勁草書房、1986年、pp124－207を参照のこと。
- 4) 手術支援ロボットダヴィンチは2017年前立腺がんの前立腺全摘除術において保険適用となり、その後他のがん（直腸がん、胃がん、肺がん、食道がん、子宮体がん等）や心臓弁膜症などにも適用が認められている。
- 5) 内閣府「社会保障の給付と負担等について」
<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/reform/wg1/280915/shiryou3-1.pdf>
(2019年11月8日)
- 6) 高額療養制度とは、公的医療保険の加入者が医療機関を受診した場合に窓口で支払1か月の医療費が年齢や所得に応じた自己負担限度額を超えた部分を公的医療保険から償還する仕組みである。また、12か月のうち4回以上の高額療養費支給を受ける場合（多数回該当）や高額な医療を長期間必要とする場合（高額長期疾病）は、自己負担限度額は引下げられる。さらに同一の公的医療保険に加入する家族の医療費も世帯合算として高額療養制度の対象となり、この制度によって医療費の自己負担が大きく軽減される。さらに、1年間（8月～翌年7月）にかかった医療保険と介護保険の自己負担が高額の場合は、負担限度額の超過部分を償還する高額医療介護合算療養費制度がある。
<https://www.hokennavi.jp/cont/column-knowhow-035/>(2020年3月5日)
- 7) 厚生労働省「平成27年社会保障における公的・私的保険サービスに関する意識調査」
https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12605000-Seisakutoukatsukanshitsu-Seisakuhyokakanshitsu/h27houkokusho_2.pdf#searc (2020年2月3日)
- 8) 生命保険の主契約に付加する医療保障に備える特約には、保険会社の商品によって異なるが、一般的に災害入院特約、疾病入院特約、成人病（生活習慣病）入院特約、女性疾病入院特約、がん入院特約、先進医療特約などがある。
- 9) 公益財団法人 生命保険文化センター「令和元年度 生活保障に関する調査《速報版》」

<https://www.jili.or.jp/research/report/pdf/r1hosho.pdf> (2020年3月11日)

参考文献

印南一路編著『再考・医療費適正化』有斐閣、2016年

川上武著『技術進歩と医療費』勁草書房、1986年

厚生労働省編『平成29年版厚生労働白書』

真野俊樹著『医療危機－高齢社会とイノベーション－』中公新書、2017年

武内和久、山本雄士著『投資型医療 医療費で国が潰れる前に』ディスカバー携書、
2017年