

基礎研 レポート

高齢者医療費の自己負担引き上げは是か非か

「骨太方針 2018」を通じて背景と論点を考える

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 准主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～自己負担を引き上げるべきか否か～

中長期的な経済財政運営や2019年度予算編成の方向性を定める「骨太方針 2018」（経済財政運営と改革の基本方針 2018）が6月15日、閣議決定された。財政再建目標を設定し直した一方、歳出改革の目安を示さないなど、財政再建に向けて消極的な内容となったが、医療・介護分野では75歳以上の後期高齢者が医療機関にかかった場合の自己負担引き上げを検討する方針などが盛り込まれた。

では、高齢者の自己負担引き上げは必要なのだろうか。引き上げる場合、どういった点に考慮すべきなのだろうか。本レポートでは骨太方針 2018 の記述を見つつ、高齢者医療費に関する自己負担の現状、自己負担引き上げが浮上した背景や論点などを論じ、年齢に着目して負担割合を区切っている現在の仕組みを見直すことが一つの選択肢であることを指摘する。その上で、単なる財源論にとどまらない観点に立ち、引き上げの是非を巡る論点などを提示する。

2—骨太方針 2018 の記述

1 | 財政再建計画に向けたコミットメント

まず、骨太方針 2018 の記述から考える。策定に際しては、自民党の財政再建に関する特命委員会や政府の経済財政諮問会議（議長：安倍晋三首相）などの議論が反映されており、2019～2021年度を「基盤強化期間（仮称）」に位置付けつつ、2025年度時点で国・地方のプライマリー・バランス（以下はPB、基礎的財政収支対象経費）¹を黒字化させる方針を掲げた。従来は2020年度のPB黒字化を掲げており、目標を再設定したことになる。

しかし、歳出削減・抑制の目標を示さないなど財政再建に消極的な内容となった。規模が大きい社会保障分野²についても健康づくりや予防対策なども含めて、網羅的に政策を列挙しているが、踏み込んだ文言は見られなかった。

¹ その年の政策的経費をその年の税収で賄っているかを図る。PBが赤字だと、債務残高が拡大する可能性が高まる。

² 2018年度政府予算ベースで社会保障費は32兆9,732億円であり、全歳出の3分の1を占める。これは公共事業費や防衛費の約6倍に匹敵する規模である。

例えば、現役世代の人口減少に応じて患者負担の割合を自動的に高める「医療版マクロ経済スライド」の是非が一つの争点となっていたが、骨太方針 2018 では「改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する」という極めて曖昧な文言で決着した³。

2 | 消えた「引上げ」の文言

さらに、本レポートで取り上げる高齢者の自己負担引き上げについても、曖昧な文章となっている。具体的な文言は以下の通りである。

高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。団塊の世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。

前段の文章は年齢で区切るのではなく、所得や資産など能力に応じた負担への転換をうたっている点で、75 歳以上高齢者の自己負担引き上げを示唆している⁴。しかし、官僚が関係者との調整の際に用いる難解な文章、いわゆる「霞が関文学」に沿うと、「検討する」という文言は「講じる」「行う」よりも弱い表現となっている点に留意する必要がある。

後段の文章については、人口的にボリュームの大きい団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年に向けて、医療・介護需要が増大すると見られているため、それまでに 75 歳以上高齢者の自己負担を引き上げる考えを示している。ここでも「引き上げを行う」「見直しを講じる」などと明確な方向性を示さず、曖昧な「在り方について検討する」と書いており、「霞が関文学」的には弱い表現となっている。

さらに、経済財政諮問会議と並行して進んだ自民党の議論と比較すると、表現があいまいになった背景を理解できる。2018 年 3 月に公表された自民党の「財政再建に関する特命委員会財政構造のあり方検討小委員会」中間報告書を見ると、「団塊の世代がいよいよ後期高齢者に移行する中で、2 割への引上げについて早急に結論を得る」としていた。

これに対し、上部組織に当たる財政再建に関する特命委員会が 5 月にまとめた報告書を見ると、「団塊の世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度持続可能性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担のあり方について検討する」として「早急に」「2 割」「引上げ」の文字が消え、この表現が骨太方針 2018 に受け継がれた。このように表現のトーンが弱められた背景には、来年の統一地方選や参院選への配慮があったと思われる。

³ これは年金で用いられている「マクロ経済スライド」を医療に持ち込む発想である。ここでは詳しく触れないが、筆者の意見としては、①現金を給付する年金保険と違い、医療保険はサービス提供を伴うため、金銭だけの解決が困難、②年金は長生きリスクのヘッジだが、医療保険は疾病リスクの再分配であり、病気の発生確率と無関係な経済成長や人口動向と連動させることは難しい、③医療行政では本人や保険者の責任で解決できない要素として年齢の影響を真っ先に取り除く（いわゆる年齢調整）ことが多く、年齢構成の変化だけで給付率を自動調節する発想は医療行政の選択肢として取り得ない——という理由で反対である。

⁴ ここでは詳しく触れないが、一律 1 割負担でスタートした介護保険は能力に応じた負担を強化しており、所得が高い人を対象に 2015 年 8 月以降、2 割負担を導入した。今年 8 月からは一部の人を対象に 3 割負担を課す。

しかし、曖昧な表現になったとはいえ、骨太方針 2018 で「世代間の公平性と制度の持続可能性確保の観点」と記述しているのがポイントと思われる。以下、「世代間の公平性」「持続可能性確保」の 2 点を順に考察していく。

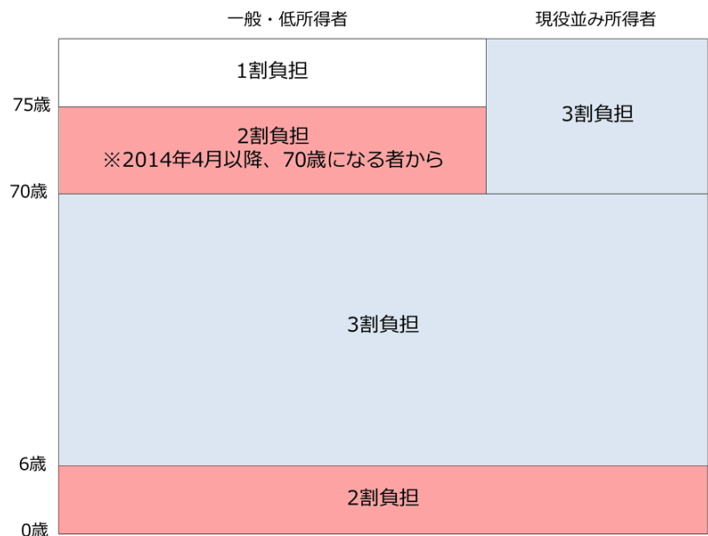
3——引き上げ論浮上の背景

1 | 自己負担を巡る世代間格差

最初に「世代間の公平性」という表現に関わる部分である。医療費の自己負担は図 1 の通り、年齢に応じて区分されており、70～74 歳以上は 2 割、75 歳以上は 1 割となっている。このうち 70～74 歳については、法律上は 2 割負担だが、後述する政治的な経緯を経て、予算措置で 1 割負担に引き下げた後、2014 年 4 月から 2 割に引き上げている。

一方、69 歳以下の方は 3 割負担であり、高齢者の自己負担が低く抑えられていることが分かる。「世代間の公平性」とは「現役世代に比べると高齢者の自己負担が低いので、これを引き上げるべきだ」という意味が込められている⁵。

図 1：医療費の自己負担の現状

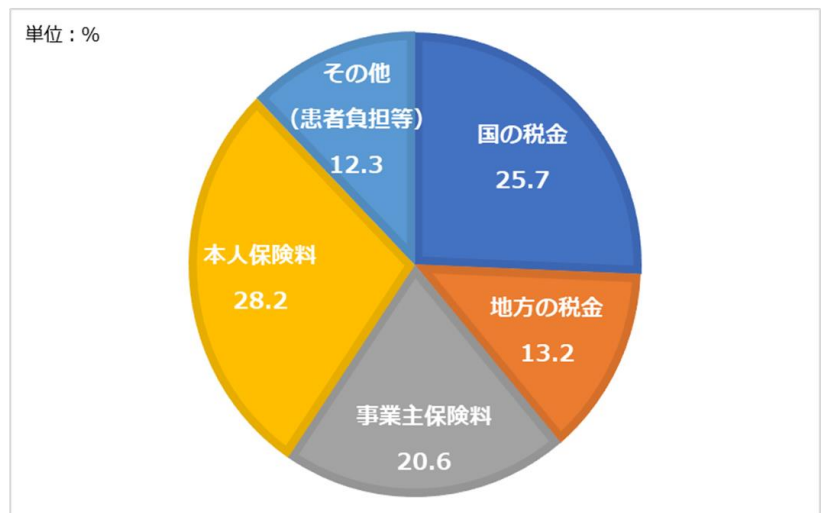


出典：厚生労働省資料を基に作成
注：自治体の判断で自己負担が異なるケースがある。

2 | 持続可能性の観点から見た現状

次に「持続可能性」の点である。これを論じる上では、高齢化の影響で増大する医療費をどう国民の間で負担しているのか、分かりやすい言葉で言えば、どうやって「割り勘」しているのかを踏まえる必要がある。厚生労働省が毎年公表している「国民医療費」に沿うと、図 2 の通りになる。つまり、国の税金が 25.7%、地方の税金が 13.2%、事業主の保険料負担が 20.6%、本人の保険料負担が 28.2% になっており、自己負担が大半を占める「その他」は 12.3% にとどまっている。

図 2：国民医療費の負担内訳



出典：厚生労働省「国民医療費」を基に作成

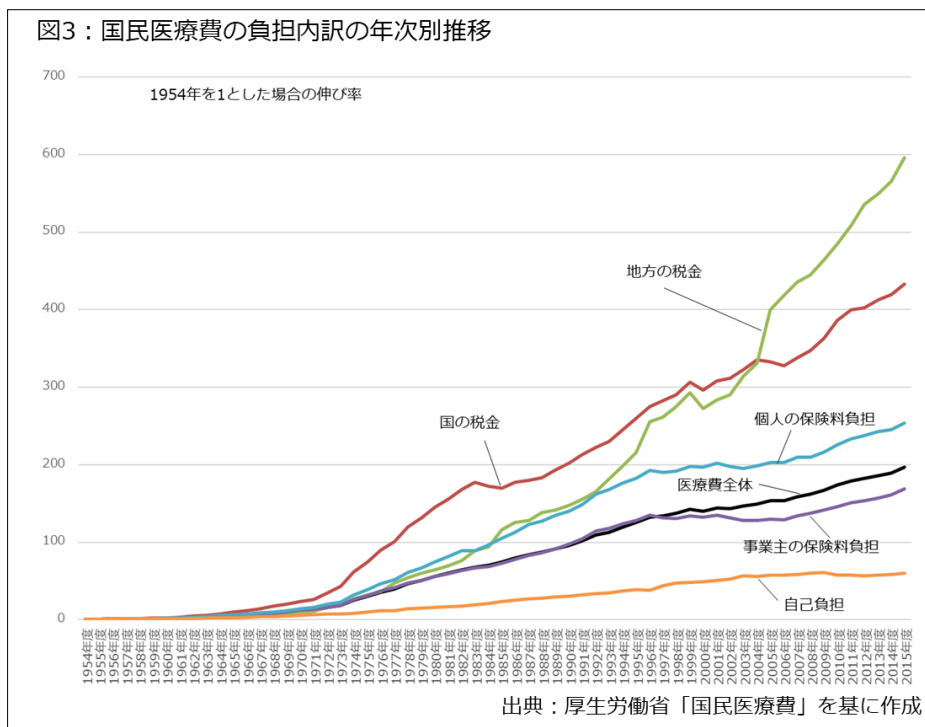
⁵ 70～74 歳の医療費自己負担を 1 割に抑える特例を見直す際も「世代間の公平性」を理由に掲げた経緯がある。

さらに、この内訳を時系列に見ると、図3の通りになる。具体的には、調査を開始した1954年度を1とし、2015年度までの伸び率を見たところ、国民医療費全体の伸び率が196.9倍に対し、国の税金部分は433.0倍、地方の税金部分は595.9倍、本人の保険料負担は254.1倍、事業主の保険料負担は169.2倍、患者の自己負担は59.8倍となっている。

つまり、増大する医療費は国・自治体の税金や個人の保険料で賄われてきた一方、自己負担の伸びを低く抑えてきたことが分かる⁶。言い換えると、医療のアクセスが悪化しないように制度改正を積み重ねてきたと言える。

しかし、国の税金部分は現在、3割程度を借金で賄っており、ツケは将来世代に回されている現状を考えると、こうした状況を見直さないまま、制度を持続させることも難しい。

骨太方針2018で「制度の持続可能性」という言葉を用いているのは、こうした状況を踏まえていると言える。



4—自己負担を巡る歴史的な視点

1 | 15年前に漸く統一した自己負担割合

高齢者の自己負担を考える上では、医療制度を巡る歴史の視点も欠かせない。図4の通り、医療費の自己負担は加入する保険組合ごとに異なる状況が長く続き、その統一までに時間を要した。具体的には、被用者保険（健康保険組合、協会けんぽの前身に当たる政府管掌健康保険）が1927年にスタートした時点で本人の負担はゼロだったが、市町村単位に設置された国民健康保険の自己負担はバラバラであり、1961年の国民皆保険発足に際して5割に統一された。

その後、国民健康保険は段階的に3割に引き下げた一方、被用者保険の自己負担を段階的に引き上げることで、2003年度に漸く統一した。こうした経緯を見ると、3割を目指して負担割合の統一が図られた面があり、現役世代の「3割」は象徴的な意味を持っている。実際、2002年に制定された健康保険法附則第2条第1項は「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持する」と定めている⁷。言い換えると、現役世代よりも低

⁶ 特に、自治体の財政負担が増えているのは2000年代半ば以降、国民健康保険に関する都道府県の財政負担を増やしていることが一因と思われる。

⁷ ここで言う「100分の70」とは医療保険から給付する医療費の負担割合を指しており、残る100分の30が自己負担を意味する。なお、参院厚生労働委員会も2006年6月、この条文を引き合いに出しつつ、「安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に努めること」という付帯決議を採択している。

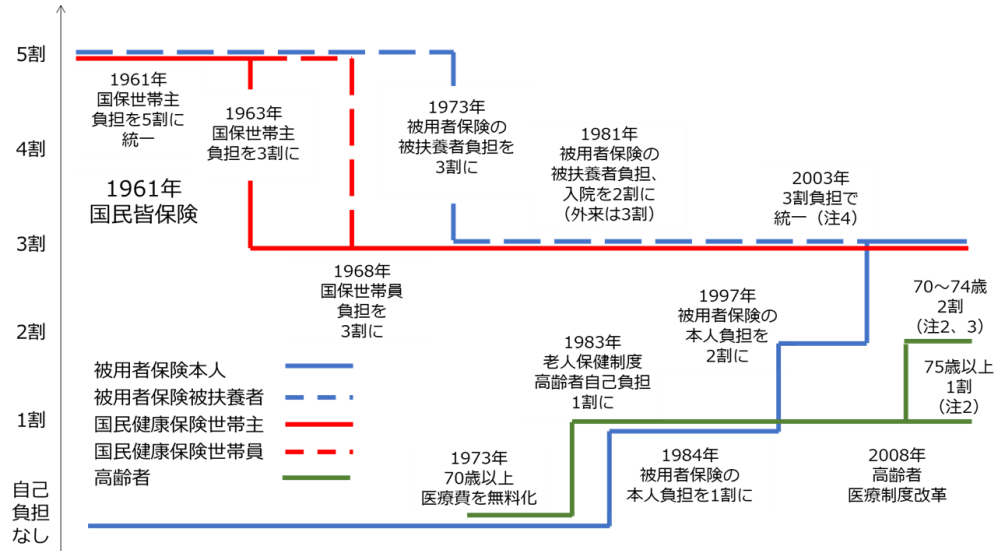
い高齢者の自己負担を引き上げる前に、現役世代の自己負担を引き上げるのは難しいと言える。

2 | 年齢に着目した自己負担は45年前に開始

現在のように年齢に着目した負担割合がスタートしたのは1973年だった。福祉政策を重視した田中角栄首相が70歳以上の医療費をゼロとする政策を決定⁸し、病院が高齢者のサロンと化したり、高齢者医療費の増加で国民健康保険の財政が悪化したりするなどの弊害が生まれた。

そこで、1983年にスタートした老人保健制度で70歳以上高齢者の自己負担を1割に引き上げた後、後期高齢者医療制度の導入を柱とした2008年度の医療制度改革を通じて、75歳以上の後期高齢者については1割負担、現役並み所得の人は3割負担とした。

図4：医療費の自己負担推移



出典：厚生労働省資料、吉原健二・和田勝（2008）『日本医療保険制度史』東洋経済新報社を基に作成
 注1：薬剤費の自己負担、1984年度の退職者医療制度創設時の負担割合など一部を簡略化。
 注2：2008年度以降、現役並み所得の高齢者は3割。
 注3：2008年度以降、70～74歳は法律上、2割だったが、2014年度まで1割に軽減。
 注4：2002年10月から3歳未満児は2割負担、2008年4月から義務教育就学前は2割に。

一方、70～74歳の自己負担については議論が錯綜した。2007年夏の参院選で衆参の多数党が異なる「ねじれ国会」が生まれ、解散総選挙が意識される緊迫した政局の中、発足直後の福田康夫政権は2割と定めた法律上の規定を維持したまま、負担割合を1割に軽減することを決めた⁹。これに必要な財源（約2,000億円）は2007年度補正予算で手当てされた¹⁰後、政権交代を挟んでも続いたが、2014年4月以降から段階的に引き上げることとなった。具体的には、高齢者への生活に大きな影響が生じないように、2014年4月以降に70歳に達する高齢者から2割とし、既に70歳以上に達している高齢者は1割に据え置いた。

3 | 歴史的な経緯から見えること

こうして見ると、医療費の自己負担割合は医療費の伸び率よりも抑えられてきたが、1980年代以降、一部の例外を除いて引き上げられてきたことが分かる。この背景には高齢化に伴う医療費の増大があ

⁸ 岩手県沢内村（現西和賀町）、東京都が先行的に実施した施策を政府として取り込んだ側面があった。
⁹ 『朝日新聞』2007年10月10日、『日本経済新聞』2007年10月31日、10月3日を参照。
¹⁰ 当時、2011年度までにPBを黒字化する財政再建計画が定められており、当初予算ベースの社会保障費の伸びを毎年2,200億円抑制する必要があった。しかし、政治的な判断で自己負担の軽減を決めたため、それとの整合性を確保するため、補正予算で対応した。

り、持続可能性を確保する観点で引き上げが図られてきたと言える。

しかし、現役世代の3割負担を一層引き上げることは難しく、世代間の公平性を図る議論の一つとして、75歳以上高齢者の自己負担引き上げが浮上していることも理解できる。中でも高齢者医療費の自己負担については、老人医療費無料化の影響が今も続いていること、その引き上げが政治的に難しいと見なされていること、そうした中でも自己負担引き上げが段階的に進められている様子を読み取れる。

5——自己負担引き上げの可能性と留意点

1 | 自己負担引き上げは不可避？

では、今後どのような制度改正が求められるだろうか。そして、どんな論点や課題が想定されるだろうか。まず、厚生労働省の「後期高齢者医療事業報告」を見ると、75歳以上高齢者に関する医療費は2016年度現在で約15.4兆円に及ぶのに対し、自己負担は約1.2兆円であり、それほど大きなシェアを占めているわけではない。このため、75歳以上高齢者の自己負担を引き上げたとしても、財政再建に大きく貢献するとは考えにくく、保険料や税金の引き上げなど別の選択肢も想定する必要がある。

しかし、医療費の増加は人口の高齢化だけでなく、医療技術の発展や医療の高度化、患者と接する医師の行動・判断が絡む分、その抑制は簡単ではなく、様々な制度改正を組み合わせる必要がある。こうした中で、75歳以上高齢者の自己負担だけを聖域視することは難しい。

2 | 社会保障費の負担を巡る2つの考え方に基づく整理

もちろん、医療（及び介護）制度は単なる財源論だけで完結しない難しさがある。特に人々の生命や健康、暮らしに関わる分、自己負担引き上げの影響は軽視できない。例えば、75歳以上高齢者の自己負担を増やした場合、高齢者が受診を控える結果、高齢者の健康が損われる「副作用」には留意しなければならない。

ここで議論を整理するため、社会保障費の負担を巡る2つの考え方をを用いる。すなわち能力に着目した「応能性」と、受ける利益に沿った「応益性」である。まず、応能性では「所得の高い高齢者に多くの負担を求める」という考え方であり、図1の通りに現在も「現役並み所得」を持つ75歳以上高齢者については現役並みの3割負担を求めている。その意味では、既に応能性を重視した制度設計となっており、この延長線で自己負担割合を見直すのであれば、現役並み所得の基準を引き下げること、対象者を増やす選択肢が想定される。

その一つとして、介護保険の自己負担と絡める議論を想定できる。介護保険は2000年度の制度創設以降、1割負担を続けていたが、2012年8月から年収280万円以上を2割、さらに今年8月から340万円以上を3割に引き上げる¹¹。一方、医療保険の場合、75歳以上高齢者（及び70～74歳の高齢者）の場合、370万円以上を「現役並み所得」と見なしており、両者の間でずれが生じているため、介護保険に合わせる形で基準を引き下げること一つの選択肢になり得る¹²。

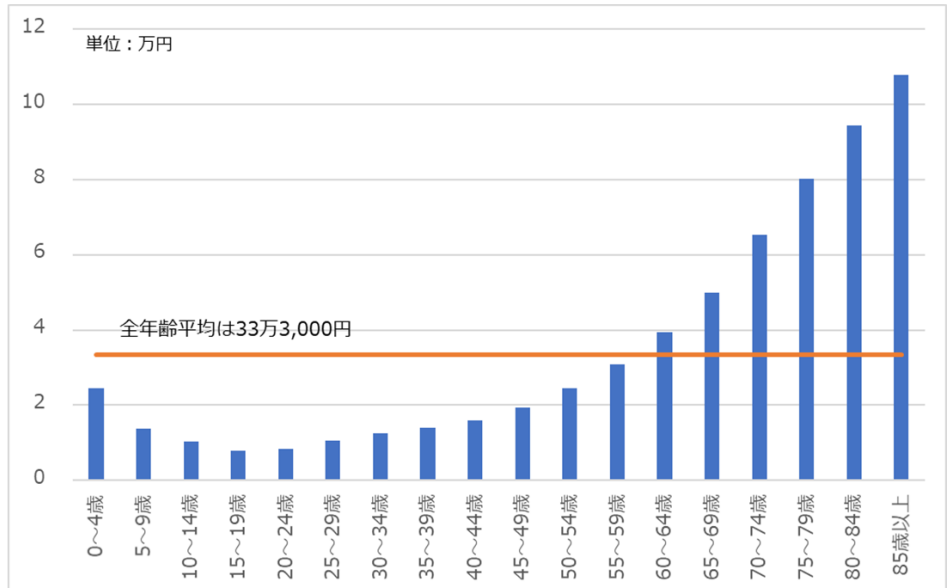
¹¹ この基準は政令で変更できる。

¹² 2018年5月30日『日本経済新聞』では、自己負担割合の引き上げが法改正を要する一方、収入要件の見直しによる対象者の拡大は政令改正で対応できるため、実現しやすいと論じている。

一方、応益性に着目すると、「高齢者は多く医療サービスを使うのだから多く負担するべきだ」という論理になるが、年齢階層別に1人当たり医療費を整理した図5の通り、現役世代に比べて心身に不具合を持つ高齢者が医療サービスを多く使うのは止むを得ない。この状況で75歳以上高齢者に応益負担を一律に求めるのは難しい。

しかし、年齢で区切る方法ではなく、「医療サービスを多く使う75歳以上高齢者の自己負担を減らす」という制度設計は可能かもしれない。具体的には、一定額以上の医療費を還付する高額療養費と絡めることで、健康上の理由で医療サービスを多く使う高齢者については、自己負担が一定額以上に達した場合、還付を受けられるようにする方法である¹³。

図5：5歳刻み年齢階級別1人当たり平均医療費（2015年度現在）



出典：厚生労働省「国民医療費」を基に作成

3 | 患者が医師を指名する制度と連動させる観点

高齢者の健康に留意しつつ、自己負担の引き上げを模索する方策も想定できる。これは一定年齢以上の高齢者については、最初に受診する医師を指名する制度を採用するとともに、指名した医師で受診した場合と、指名していない医師にかかった場合で自己負担を変える方法である。例えば指名した医師で受診すれば1割負担だが、救急などの時を除いて指名しない医師にかかった場合、原則として2割あるいは3割に引き上げる案である。

これは患者にとっての「医療の入口」を1カ所に絞った方が良いという判断がある。こうした必要性を指摘した意見として、日本の医療制度に関する2014年11月に公表されたOECD（経済協力開発機構）のレポートを挙げることができる¹⁴。ここでは、高齢者は複雑で慢性の疾患を複数抱えることが多いとしつつ、継続的かつ予防的で個々に合わせたサービスが必要となると指摘し、患者が指名する登録制度の導入を提案した。

つまり、患者が医療機関を自由に選べる「フリーアクセス」の下、臓器・疾病別の専門医療機関で個別に受診するよりも、介護の相談や在宅医療の提供などを含めて、かかりつけとなる医師に生活全体を継続的に診てもらい、必要に応じて専門医療機関を紹介してもらった方が効果的という提案であ

¹³ この場合、所得別に上限額を変えることで、応益性を重視している現在の高額療養費を見直すことが考えられる。

¹⁴ OECD (2014) “OECD Reviews of Health Care Quality JAPAN RAISING STANDARDS ASSESSMENT AND RECOMMENDATIONS” 『OECD 医療の質レビュー 日本 スタンドアードの引き上げ 評価と提言』を参照。

り、高齢者の生活を支える提供体制改革として検討すべき課題である¹⁵。

もちろん、これは一面において、患者が自由に医療機関を選べる選択権を奪う側面があるが、患者—医師の継続的な関係を担保する観点に立ち、患者の指名を通じて「医療の入口」を1カ所に絞る制度改革は一つの選択肢である¹⁶。今後、こうした改革とセットとしつつ、高齢者医療費の自己負担割合を調整することが考えられるのではないだろうか。

6—おわりに

以上、「世代間の公平性」「制度の持続可能性」という言葉に込められた骨太方針 2018 の記述から筆を起し、75 歳以上高齢者の自己負担引き上げの是非を考察した。骨太方針 2018 の記述は「検討」というトーンが弱い文言であり、今すぐに争点化するとは思えないし、ここで指摘した通り、自己負担を引き上げる際には「副作用」に留意する必要がある。

しかし、今後の75歳以上高齢者の増加を視野に入れば、現行制度の見直しが避けられない課題であることは間違いない。高齢者の状況とは無関係に年齢で区切るのではなく、所得やニーズに応じて負担割合を調整する方が公平な仕組みと言えるのではないだろうか。

¹⁵ 同様の仕組みとして「高齢者担当医制度」が2008年度に創設された。この制度では、糖尿病などの慢性疾患を持つ患者が全人的・継続的に診察してくれる医師を高齢者担当医に選び、その医師が治療計画を立ててケアすると、月6,000円の報酬を付ける仕組みだったが、年齢による差別という後期高齢者医療制度への批判を踏まえて2010年度改定で廃止された。

¹⁶ 日本医師会は登録制度について、「明確に反対」と言明している。『m3 ニュース』2018年6月25日配信。登録制度の論点については、拙稿2018年5月2日レポート「2018年度診療報酬改定を読み解く（下）—外来機能の分化、かかりつけ医機能の充実を巡る論点と課題」を参照。<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=58583>