

2015年3月13日 全8頁

長寿社会と健康増進 第1回

健康を支える公的医療保険制度

環境調査部 研究員
亀井 亜希子

[要約]

- 医療機関で保険診療を受けた際には、公的医療保険制度から給付（医療給付費）が受けられる。医療給付費は、65歳以上の高齢者の加入率が高い市町村国保と後期高齢者医療制度において多く発生している。医療給付費の財源は、主に保険料と公費からなるが、高齢者医療に対しては、現役世代の保険料が使われており、世代間連帯の強い制度設計になっている。
- 今後は、運営主体の連携や広域化による財政効率化に加えて、疾病予防による健康寿命の延伸など、国民医療費の発生要因に着目した取組みによって、医療給付額を抑制していくことが重要だろう。

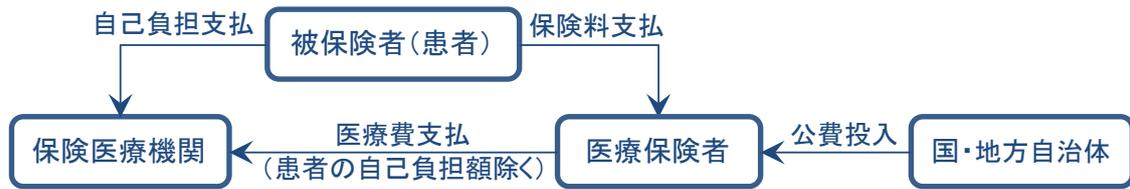
1. 日本では公的医療保険制度の下で医療を提供

医療保険とは、被保険者から毎月支払われる保険料を医療保険者（医療保険の提供者）がプールし、加入者（被保険者＋被扶養者）が医療機関で保険診療を受けた都度、そのプール金の中から、患者の自己負担分を除く医療費を支払う（給付する）ことで、加入者間で経済的負担を支え合う共助の仕組みである。このため、加入者は、医療機関で診療を受けた際には、かかった医療費の総額を負担する必要はなく、各医療保険制度における自己負担額で済む。

日本では、社会保障制度¹の下で、公的な医療保険制度として提供されているため、国と地方自治体からの公費投入による社会連帯も加味された制度設計となっている。生活保護を受けている人を除き、全ての国民に公的医療保険制度への加入が義務づけられており（国民皆保険）、保険診療を受けた者に対し給付を行うことで、国民が誰しも平等に医療機関を受診できるといふ、最低限の医療保障を提供する仕組みである（図表1）。

¹ 社会保障制度は、日本国憲法第25条の規定に基づき、主として、「生活安定・向上機能」「所得再分配機能」「経済安定機能」という3つの機能を備えている。（出所：厚生労働省「平成24年版 厚生労働白書」）

図表 1 公的医療保険制度の仕組み

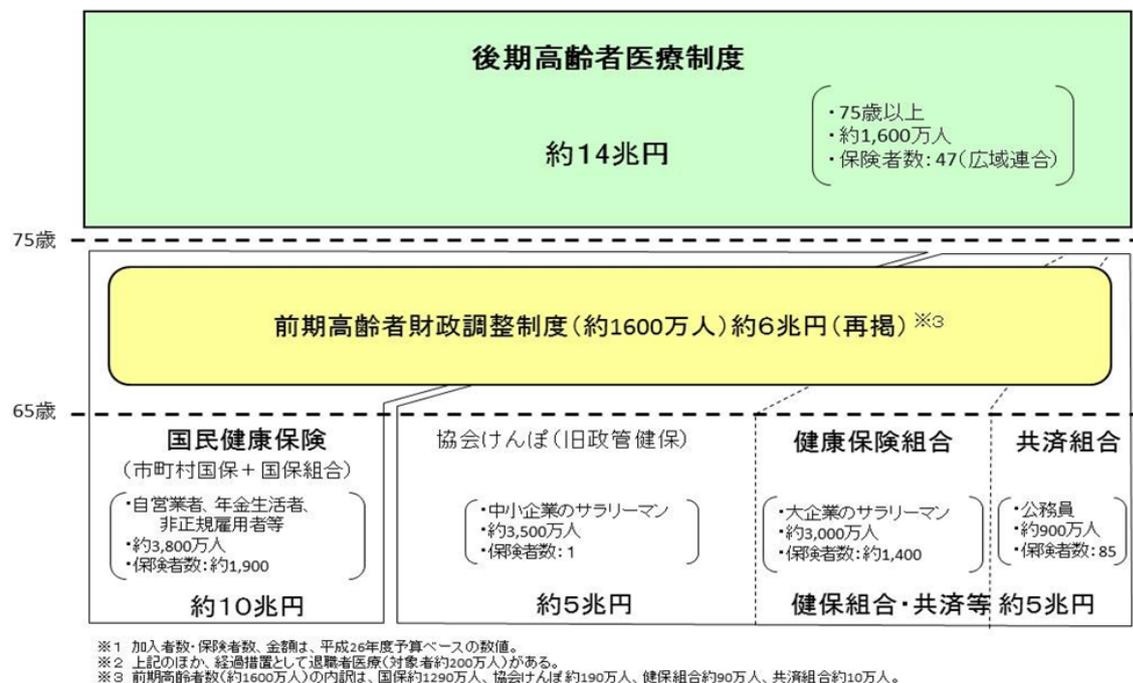


(注) 医療保険者とは、医療保険制度を構成する各運営主体をさす。

(出所) 厚生労働省ウェブサイト「我が国の医療保険について」より大和総研作成

公的医療保険制度は、大企業の職員（被保険者）とその扶養家族（被扶養者）が企業別に参加する「健康保険組合（組合健保）」、中小企業の職員とその扶養家族が都道府県別に参加する「全国健康保険協会（協会けんぽ）」、船員とその扶養家族が加入する「船員保険」、公務員および私立学校教職員とその扶養家族が加入する「国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合、私立学校職員共済制度（総称して共済組合）」、医師・弁護士・理美容師・土木建築業等が職種別に加入する「国民健康保険組合（国保組合）」、非正規雇用者や無職者・退職者など職域保険に参加していない住民が市町村別に参加する「国民健康保険（市町村国保）」、という6つの医療保険制度と、65～74歳の者（前期高齢者）のうち障がいのある者と75歳以上の者が加入する「後期高齢者医療制度²」によって運営されている³（図表2）。国保組合と市町村国保は、あわせて国保と称される。

図表 2 公的医療保険制度の体系（主なもののみ）



(出所) 厚生労働省ウェブサイト「我が国の医療保険について」

² 後期高齢者医療制度は、都道府県ごとに全ての市町村が加入する後期高齢者医療広域連合によって運営される。

³ この他、短期労働者を対象にした「日雇特例健康保険」制度（健康保険法第3条第2項）がある。

2. 保険診療とはどういうものか

医療機関で提供される診療は、医師・患者間の情報の非対称性⁴が考慮され、医療の安全性や有効性の観点から、厚生労働大臣が保険収載してもよいと承認した医療技術や薬剤を用いた保険診療が原則⁵とされている。保険診療により発生する医療費は、全国一律の診療報酬に基づいて算定される。保険診療であれば、患者の自己負担（窓口負担）は、未就学者の場合はかかった医療費の2割⁶、70歳未満は3割、70～74歳は2割⁷、後期高齢者は1割（但し、70歳以上高齢者のうち現役並み所得者は3割）で済み、あとは公的医療保険が負担するため、患者は医療機関への受診に際し、経済的な心配をする必要は少ない。

保険診療の医療費合計が高額となり、患者の自己負担額が暦月で一定額を超えた場合には、その超過額を国や地方自治体が負担するという「高額療養費制度」の適用がある。また、特定疾患治療費や、障害者自立支援法や生活保護法等の法令に基づく治療⁸等に対しては、国や地方自治体が患者の所得水準に応じ医療費助成を行う「公的負担医療制度」の適用がなされ、疾病の種類や所得水準によって、患者の自己負担が過大とならないような配慮も組み込まれている。

自由診療（保険診療と認められていない診療）は、公的医療保険が適用されず、医療費の全額が患者の自己負担となる。また、混合診療（保険診療と自由診療の併用）は原則として禁止されており、全体として自由診療として整理される⁹。

但し、例外的措置として、保険診療での治療法では改善が見られないため先進医療を受けたい場合などに、患者が申し出て医療リスクも納得し同意した場合にのみ、保険診療との併用が認められるという「保険外併用療養費制度」がある。国の承認を受けた一部の医療機関においてのみ、「評価療養¹⁰」と「選定療養¹¹」に限り保険診療との併用が認められるというものである。この要件に該当しなかった疾患や早期の治療を急ぐ場合にも、新たに併用を認めるという「患者申出療養（仮称）」制度¹²も一部の医療機関において今後開始される方向となっており、

⁴ 医療情報に関しては医師の方が圧倒的に多くの情報を持っており、患者は医療の良し悪しを判断できない。

⁵ 厚生労働省ウェブサイト「[保険診療と保険外診療の併用について](#)」

⁶ 未就学児と高齢者は、その他の年代に比べ、受診回数が多い傾向があるため、年間の自己負担額総額に差が大きくなるよう、制度上の配慮がなされている。

⁷ 平成26年4月以降新たに70歳に達する人（69歳まで3割負担だった人）から2割とし、既に70歳になっている人は1割に据え置かれる。（出所：厚生労働省ウェブサイト「[70歳から74歳の方の医療費の窓口負担についてのお知らせ](#)」）

⁸ 社会保険診療報酬支払基金ウェブサイト「[医療保険制度](#)」

⁹ 厚生労働省ウェブサイト「[保険診療と保険外診療の併用について](#)」

¹⁰ 評価療養は、厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養（先進医療、医薬品・医療機器の治験に係る診療、薬事法承認後で保険収載前の医薬品・医療機器の使用、適応外の医薬品・医療機器の使用）である。（出所：厚生労働省ウェブサイト「[先進医療の概要について](#)」）

¹¹ 選定療養は、特別の療養環境（差額ベッド）、歯科の金合金等、金属床総義歯、予約診療、時間外診療、大病院の初再診、小児う蝕の指導管理、180日以上入院、制限回数を超える医療行為である。（出所：厚生労働省ウェブサイト「[先進医療の概要について](#)」）

¹² 「患者申出療養（仮称）」制度は、困難な病気と闘う患者からの申出を起点として、安全性・有効性を確認しつつ、国内未承認医薬品等の使用や国内承認済みの医薬品等の適応外使用等を迅速に保険外併用療養として使用できるよう、保険外併用療養費制度の中に創設され、評価療養を拡大する新たな仕組みである。（出所：『日本再興戦略』改訂2014』平成26年6月24日）

保険外診療の範囲は広がりも見せているが、あくまで既存の枠組み内での限定的な措置である。

3. 医療給付費のどこに費用がかかっているのか

国民医療費は、生涯を通じて、国民1人当たり2,522万円¹³（平成24年度）かかると推計されるが、特に、60歳から80歳にかけて急激に増加していくという傾向がある（図表3）。

公的医療保険制度は、それぞれ制度によって、加入者の年齢構成が大きく異なる（図表4）。

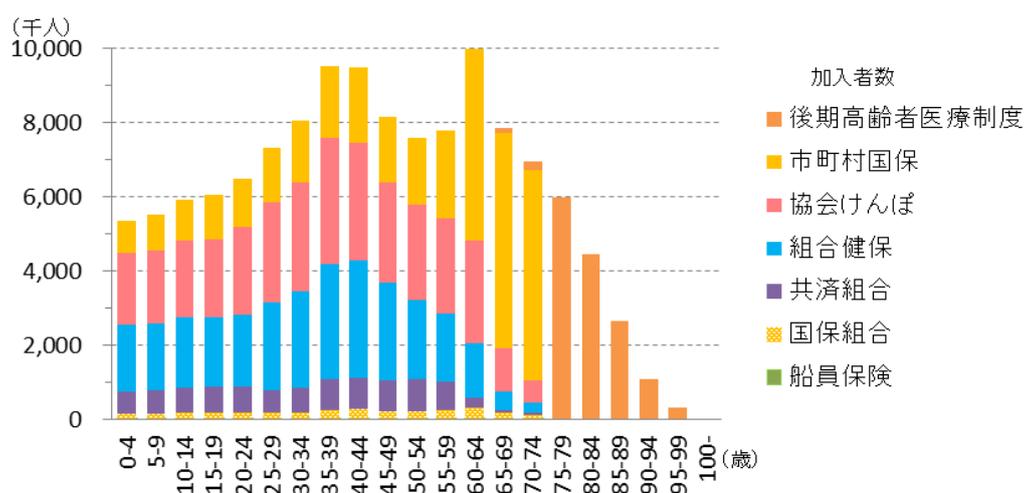
図表3 年齢階級別の1人当たり国民医療費の推移（平成24年度）



(注) 厚生労働省にて、平成24年度の年齢階級別1人当たり国民医療費をもとに、平成24年簡易生命表による定常人口を適用して推計されたものである。

(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成24年度の医療費等の状況～」(平成26年12月)より大和総研作成

図表4 公的医療保険制度における制度別の年齢階級別の加入者数（平成24年度平均）



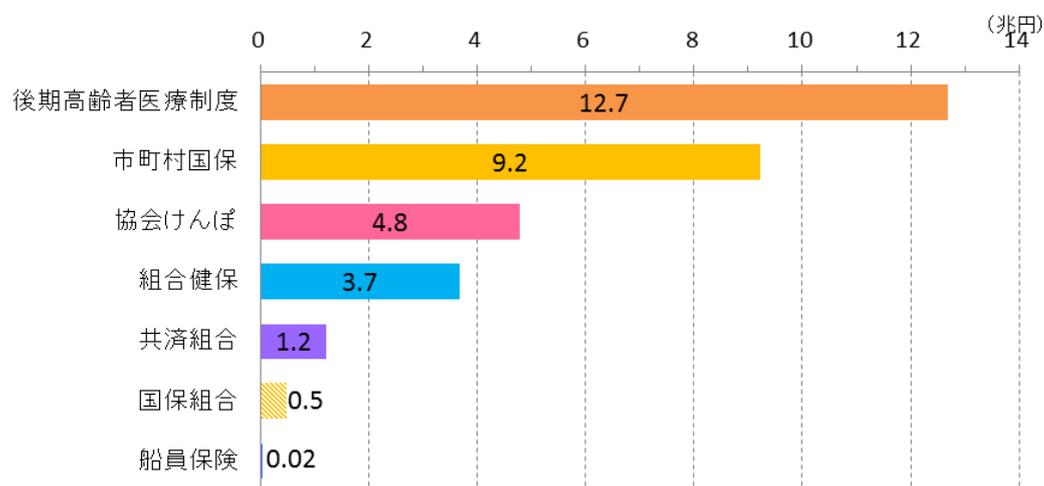
(注) 「日雇特例健康保険」制度（健康保険法第3条第2項）の加入者数を除く。

(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成24年度の医療費等の状況～」(平成26年12月)より大和総研作成

¹³ 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成24年度の医療費等の状況～」(平成26年12月)

このため、医療給付費（国民医療費¹⁴のうち医療保険制度が負担する金額）は、退職後の60～74歳加入者が多い市町村国保と、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度において、大きくなる傾向にある（図表5）。なお、市町村国保と後期高齢者医療制度における医療給付費は、特に、入院による診療費が多額であるという特徴がある（図表6）。

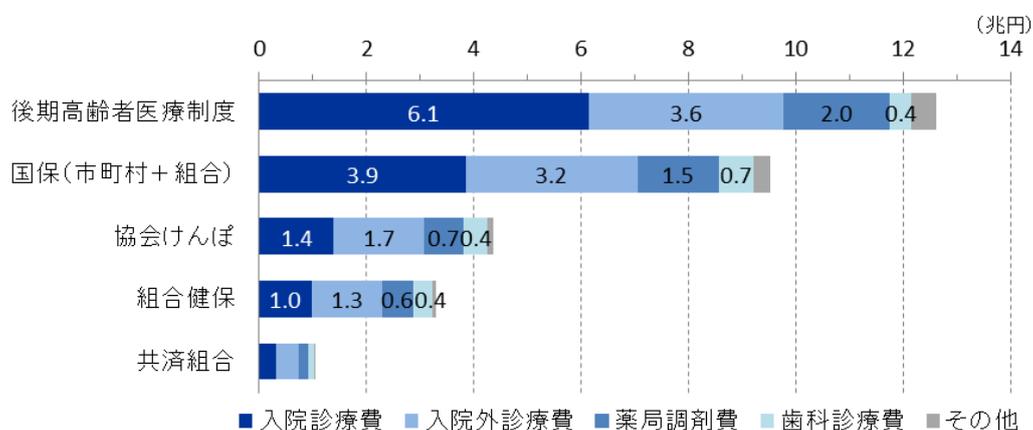
図表5 公的医療保険制度における制度別の医療給付費（平成24年度）



(注)「平成24年度医療保険制度別決算状況」における保険給付費である。

(出所)厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成24年度の医療費等の状況～」(平成26年12月)より大和総研作成

図表6 公的医療保険制度における制度別の医療給付費の発生要因（平成24年度）



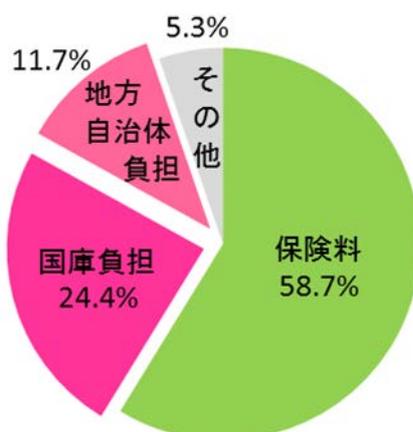
(出所)厚生労働省「平成24年度 国民医療費」より大和総研作成

¹⁴ 国民医療費は、医療機関等において傷病の治療に要した全ての費用ではなく、保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものである。(出所：厚生労働省「平成24年度 国民医療費の概況」)

4. 医療給付費の財源は誰が負担しているのか

医療給付費には、公的医療保険制度の財源の約 90.9%¹⁵（平成 24 年度）が使われている。公的医療保険制度の財源は、それぞれの医療保険制度において被保険者と事業主が支払う保険料¹⁶（約 58.7%）と、国や都道府県の公費（約 36.0%）等からなる（図表 7）。このように、日本の制度は、保険料収入により運営する「社会保険方式」を基本としつつも、公費が投入されているため「社会保険+税方式」となっている。

図表 7 公的保険医療制度の財源構成（平成 24 年度）



（注 1）医療保険制度間の交付金を除いた構成比である。

（注 2）その他は、共同事業拠出金等である。

（出所）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成 24 年度の医療費等の状況～」（平成 26 年 12 月）より大和総研作成

それぞれの医療保険制度によって財源構造は大きく異なっている。市町村国保¹⁷と後期高齢者医療制度は、公費と、医療保険制度間の財政調整により配分される現役世代の保険料（後期高齢者と前期高齢者のそれぞれ医療給付費に使用される「後期高齢者交付金」と「前期高齢者交付金」）を財源の基礎としているのに対し、その他の制度では各自の保険料を基礎としている、という違いがある（図表 8）。

保険料による加入者間連帯だけでなく、公費による社会連帯と、後期高齢者交付金と前期高齢者交付金による世代間連帯、の機能を持つことが制度の特徴である。65 歳以上の高齢者は、前期高齢者（65～74 歳）と後期高齢者（75 歳以上）でそれぞれ加入する制度は異なるが、いず

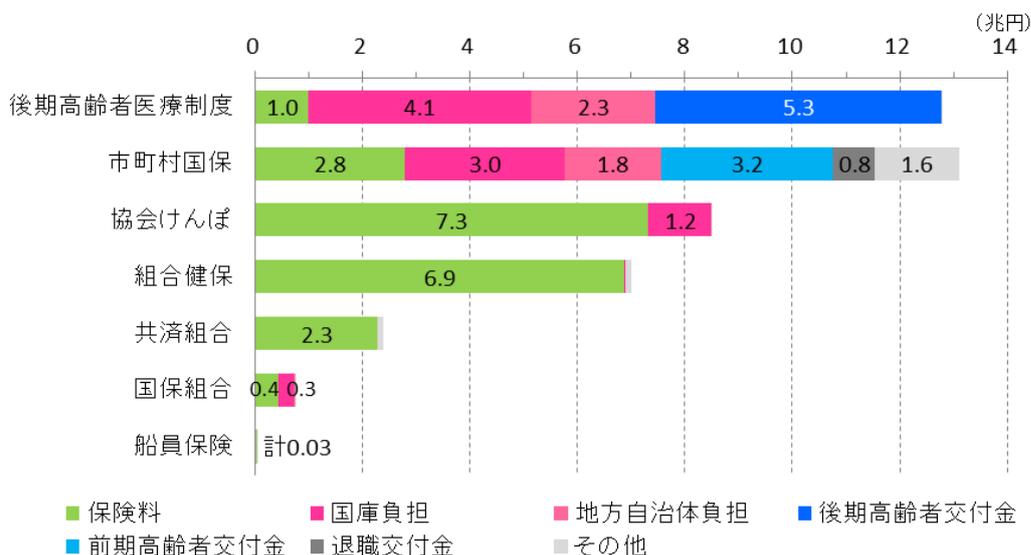
¹⁵ 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成 24 年度の医療費等の状況～」（平成 26 年 12 月）

¹⁶ 保険料は、協会けんぽ、組合健保、共済組合、船員保険では、被保険者と事業主が負担するのに対し、国保（市町村国保と国保組合）と後期高齢者医療制度では、被保険者のみが負担する。各制度の保険料から、後期高齢者交付金と前期高齢者交付金も拠出される。

¹⁷ 市町村国保は、平成 30 年度に財政運営は都道府県に移管されることが閣議決定されており、市町村国保の財源が県単位で集約・効率化されることにより、個々の市町村国保の財源不足が解消されることが期待される。（出所：第 3 回 社会保障制度改革推進本部 資料 2-1「医療保険制度改革骨子（案）」平成 27 年 1 月 13 日 社会保障制度改革推進本部決定）

れも、64歳以下の現役世代による財源負担割合が大きく、高齢者医療に対し、現役世代による世代間連帯の強い制度設計になっている。

図表8 公的医療保険制度における制度別の財源構成（平成24年度）



(注1) 退職交付金は、退職後に国民健康保険に移った被保険者と被扶養者の給付費に対し、元他の制度が財源を拠出する金額である。

(注2) その他は、共同事業拠出金等である。

(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成24年度の医療費等の状況～」(平成26年12月)より大和総研作成

前期高齢者の医療給付費は、前期高齢者交付金と公費を財源とする。前期高齢者交付金は、それぞれの制度の前期高齢者加入率に応じて配分されるが、その財源となる前期高齢者納付金は、前期高齢者加入率が全国平均より低い制度が拠出する仕組みとなっている。このため、前期高齢者加入率が高い団体が多い市町村国保では、前期高齢者納付金の拠出額は少額となり、市町村国保の前期高齢者交付金のほぼ全額を、他の医療保険制度が分担して負担する形となっている(図表9左)。現役世代加入者が多い組合健保を中心に、高齢者医療の財源構造に対して「現役世代の負担は過重¹⁸⁾」との指摘も出ている。

後期高齢者の医療給付費の財源は、後期高齢者の保険料(10%、但し軽減措置等で実質約7%程度)と公費(約50%¹⁹⁾、現役世代の保険料からなる後期高齢者交付金(約40%)という配分により賄われる²⁰⁾。後期高齢者支援金は、現行は加入者割をベース²¹⁾として算定されるため、組合健保よりも市町村国保と協会けんぽの拠出額が多くなっている(図表9右)。しかし、市町村

¹⁸⁾ 健康保険組合連合会「財政調整の問題点」(2014年2月1日)

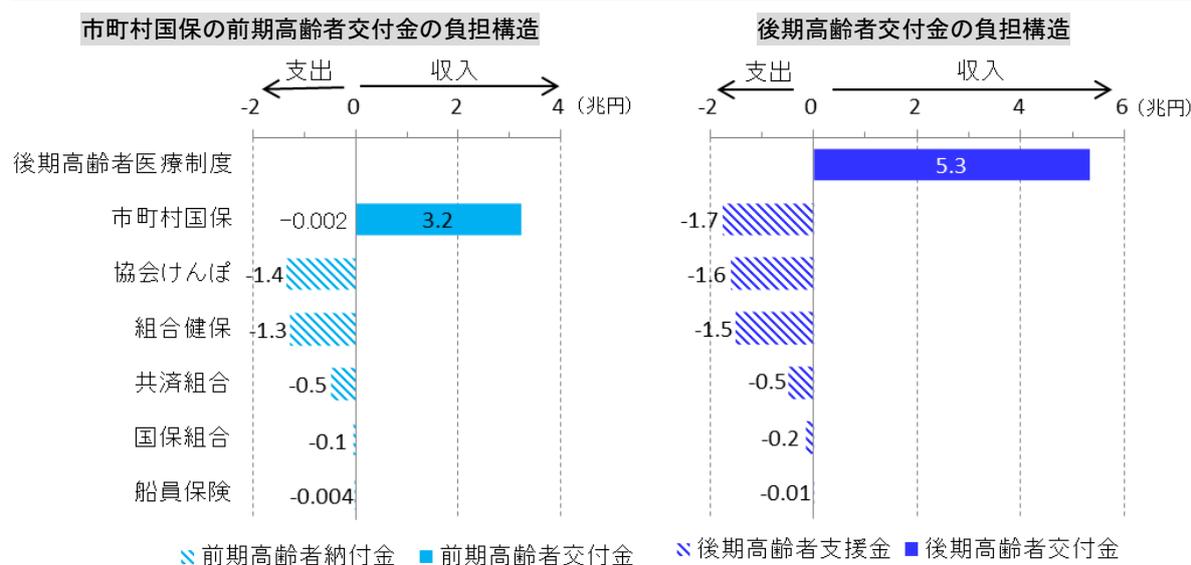
¹⁹⁾ 後期高齢者のうち現役並みの所得者の医療給付費については公費を投入しない。

²⁰⁾ 厚生労働省ウェブサイト「[後期高齢者医療制度等の仕組み](#)」

²¹⁾ 後期高齢者支援金の負担は、平成26年度までは、2/3を加入者割、1/3が総報酬割により算定される。平成27年度に1/2、平成28年度に2/3、平成29年度から全面総報酬割が実施される方向である。(出所:第3回 社会保障制度改革推進本部 資料2-1「医療保険制度改革骨子(案)」平成27年1月13日 社会保障制度改革推進本部決定)

国保が拠出する後期高齢者支援金には、約 50%は公費が含まれ²²、さらに市町村国保に加入している前期高齢者が負担すべき金額については他の制度から受け取る前期高齢者交付金が使われることから、市町村国保の負担は実質的には少ない。また、協会けんぽが拠出する後期高齢者支援金にも 16.4%は公費が含まれる²³。このため、後期高齢者支援金に公費や他制度からの交付金等が含まれない組合健保が最も重い負担となっている。

図表 9 市町村国保の前期高齢者交付金と、後期高齢者交付金の負担構造（平成 24 年度）



(注 1) 前期高齢者納付金は、市町村国保に対する金額を表す。

(注 2) 後期高齢者支援金には、後期高齢者交付金のほか、後期高齢者医療制度の事務に関わる事務費拠出金が含まれている。

(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料～平成 24 年度の医療費等の状況～」(平成 26 年 12 月)より大和総研作成

人口高齢化の進展により、後期高齢者医療制度と市町村国保における医療給付費は、増大傾向にある。運営主体の広域化や連携による財政効率化に加え、今後は、疾病予防の取組みによる健康寿命の延伸など、国民医療費の発生要因に着目した取組みによって、医療給付額を抑制していくことが重要だろう。

以上

²² 厚生労働省「後期高齢者医療制度の財政の概要 (26 年度予算 (案))」

²³ 厚生労働省「後期高齢者医療制度の財政の概要 (26 年度予算 (案))」