指標

指標のポイント

我が国の医療保険制度は、高い水準の医療を少ない自己負担で誰もが平等に享受できるという世界的にも優れた制度である。しかし、高齢化・財政逼迫・現役世代の減少により持続性が大きく揺らいでいる。これまでは診療報酬の抑制によって医療費を抑制することで何とか維持してきたがそれも限界に達している。世代間や制度間の不公平性の解消と、新たな財源確保を含め抜本的改革が求められる。

日本の医療保険制度

副会長
佐古（さこ）　和廣（かずひろ）

1．はじめに

我が国の医療保険制度は、高い水準の医療を少ない自己負担で誰でも平等に享受できるという世界でも優れた制度である。しかし、高齢者の増加に伴う医療費の増大と生産年齢人口の減少による現役世代の保険料負担の上昇が大きな課題となっている。

保険料の上昇は医療費の増加によりもたらされているが、この10年余りの医療費抑制政策は医療機関の経営悪化を招き、救急や地域医療の維持が困難になりつつある。本稿では、日本の医療保険制度の実態の把握と制度の持続可能性を確保するためには何が必要かを考察する。

2．日本の医療保険の歴史

明治維新後、西欧諸国の社会制度を取り入れる過程で、医療制度の整備も進められ、1874年「医制」公布により近代的医療制度の基礎が確立された。しかし、この時代は公的医療保険制度が未整備で、医療費は原則自己負担であった。大正時代になりドイツの社会保険制度をモデルとした「健康保険法」が制定され、1927年（昭和２年）施行された。対象は工場や鉱山などの労働者およびその被扶養者で、給付内容は療養給付、傷病手当金、出産手当金などで、保険者は事業主で被保険者（労働者）と事業主の折半負担と国庫補助により運営された。

昭和期前半の1938年（昭和13年)、「国民健康保険法」が制定され、健康保険法によって対象から外されていた農民・自営業者の救済を目的とした制度である。ただし任意加入であり、実際の普及は戦後まで遅れた。

戦後（1947年～)、占領下で医療・社会保障の再建が始まり、医療機関の民営化が進み、診療報酬制度（点数制）も確立した。私的医療機関が増えたのは主として財政上の理由による。1947年医療制度審議会は、厚生労働大臣からの諮問を受けて翌年に「公的医療機関を中心とした医療の拡充整備の必要性」が答申されたが、公的医療機関の整備は進まず、1950年に医療法人制度ができ、私立病床の設置へと舵が切られた。ちなみに、医療施設調査によると、1945年の病床数は国公立が61％、私立が39％で、2025年には国公立29％、私立71％である[1)]。

1961年（昭和36年)：「国民皆保険」体制ができ、全ての国民が何らかの公的医療保険に加入することになった。勤労者は健康保険（組合健保・政管健保など)、自営業者・農業者は国民健康保険。この時点で、日本は先進国の中でも早期に全国民医療保険制度を実現した。

平成に入ると人口の高齢化を見据え、1984年「老人保健法施行（70歳以上の医療費を公費で一部負担)」、1997年「介護保険法制定（2000年施行)」、2006年「医療制度構造改革法」が成立し、医療提供体制の再編（医療計画・病床区分など)、2008年には75歳以上を対象に独立した医療制度「後期高齢者医療制度」を導入など、次々と対策が取られてきた。しかし、高齢化率が30％近くに達し、保険財政の逼迫が深刻化している。

3．日本の医療保険制度について

日本の医療保険は、国民皆保険制度を基盤としており、全ての国民が何らかの公的医療保険に加入している。

１）公的医療保険制度の種類

Ａ）被用者保険（職場で加入）

雇用されている人とその家族が加入するもので、

・協会けんぽ（中小企業など）
・健康保険組合（大企業・業界別）
・共済組合（公務員・教職員）

の３つがある。保険料は労使折半（企業と従業員が半分ずつ負担）となっている。

Ｂ）国民健康保険（市町村国保）

自営業者・農業者・非正規労働者・無職などが加入し、保険料は、所得割・均等割・平等割など複数で構成されている。

Ｃ）後期高齢者医療制度（75歳以上）

2008年に創設され、財源は本人負担（１割・３割)、現役世代の医療保険からの支援金と公費

（税金）で賄われる。

２）医療保険制度の財政構造

医療保険制度の財政構造を**図１**に示した[2)]。

日本の医療保険制度は、次の３つの財源で成り立っている。

① 保険料（本人負担＋事業主負担）：制度の中心で、被用者保険では 企業と本人の折半が原則。国民健康保険では 世帯単位で自治体が賦課。

② 公費（国・都道府県・市町村の税金）：高齢者医療や国保を中心に税金投入の割合が大きい。特に後期高齢者医療制度は約５割が公費。

③ 現役世代からの支援金（仕送り方式）：後期高齢者医療制度を支えるために協会けんぽ・健保組合・国保から拠出される財源。

制度別の財政構造

① 被用者保険（協会けんぽ・健保組合・共済組合）

▷ 財源構成（標準的）：保険料：約85～90％で、企業と従業員で折半。給料に比例して保険料が決まる（標準報酬月額）。協会けんぽは国庫補助（医療給付費に対して定率16.4％）を受けているが、賃金の上昇による保険料収入の増加で医療給付など支払いに備え積み立てる準備金が法令で定める水準の6.6倍に達していて、2026年４月から保険料率を10.0％から9.9％に引き下げる予定である。健康保険組合は国庫補助がないので、協会けんぽの保険料率が組合保険を下回るようなら解散を選択して協会けんぽに移る可能性がある。後期高齢者支援金は、2022年は協会けんぽが22％、組合保険は27％、共済組合は28％である。特徴は、現役世代が中心のため、公費の割合は小さい。

② 国民健康保険（市町村国保）

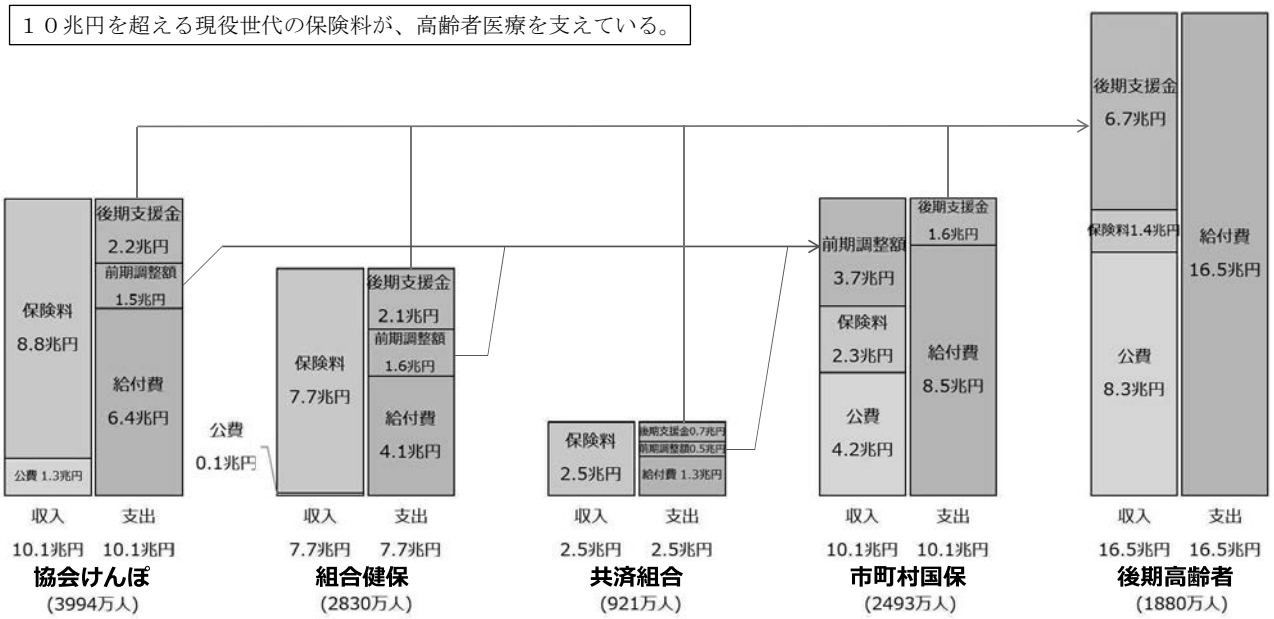
▷ 財源構成：保険料：50％前後。公費（国・都道府県・市町村）は約40～45％。

後期高齢者支援金は2022年で16％。特徴は、自営業・無職・低所得者・高齢者が多いため課税能力が低く、そのため公費比率が高い。また、国保は、保険料の徴収率が低いことと所得捕捉率が低いこと等の問題もある。

③ 後期高齢者医療制度（75歳以上）

▷ 財源構成（法律で固定）：公費：50％。現役世代支援金：40％。高齢者の保険料：10％。特徴は、高齢者医療は医療費が高く、本人負担だけでは制度が成り立たないため、仕送り方式（支援金）が維持されている。

図１　医療保険制度の財政構造（2022年）



注１　前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（国保組合など）があるため。
注２　「前期調整額」には、退職拠出金も含む。また、市町村国保の後期高齢者支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に含めており、「支出」の「後期支援金」には調整前の金額を記載している。
注３　括弧内の人数は、当該制度の加入者数（年度平均）を示している。

出典：第197回社会保障審議会医療保険部会[2)]

3）医療費の自己負担割合

表１に医療費の自己負担割合を示した。下記の自己負担に加え、１か月の医療費が一定額を超えると、所得に応じて「自己負担上限額」があるが、それ以上は支払いが免除される高額療養費制度も整えられている。

しかし、全ての世代の被保険者の保険料負担の軽減を図る目的で、現在負担能力に応じたきめ細かい制度設計を行う観点から、低所得高齢者への影響を極力抑制しつつ、70歳以上固有の制度である外来特例の見直しが検討されている。

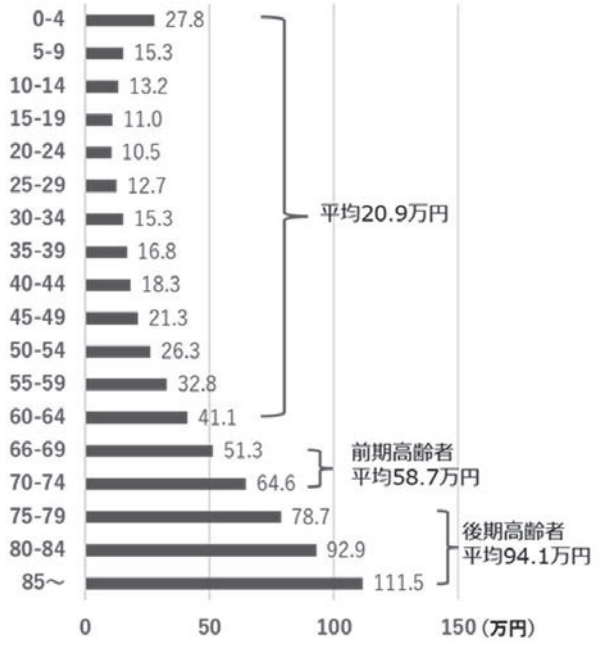
表１　年齢階級別医療費の自己負担割合

年齢	自己負担
０～69歳	原則３割（義務教育就学前は２割）
70～74歳	２割（現役並所得は３割）
75歳以上	１割（現役並所得は３割）

4）　給付と負担のバランス

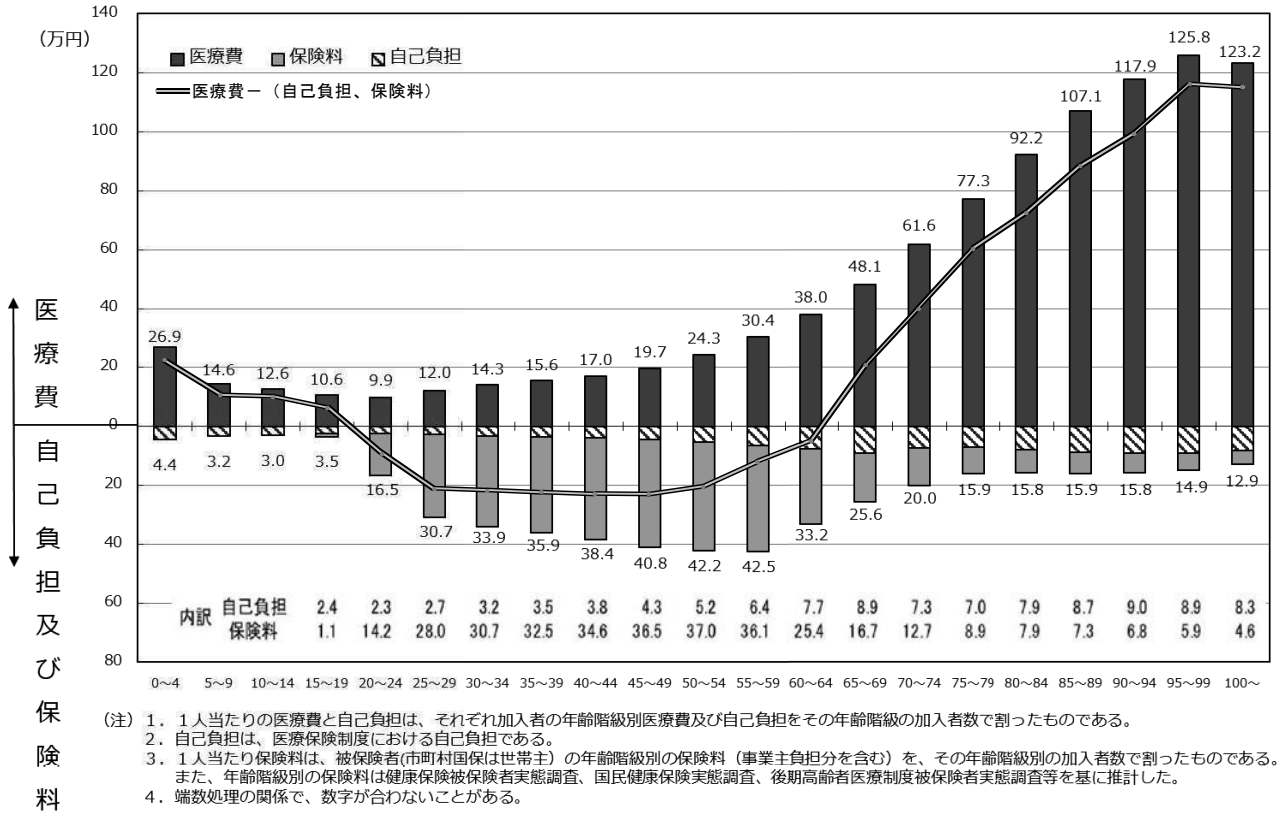
高齢者の急増と生産年齢人口減少により、現役世代から高齢者への支援は限界に達している。現在、社会保障審議会医療保険部会で給付と負担のアンバランスの解消が協議されている。**図２**に年齢階級別１人当たり医療費、**図３**に年齢による医療費と負担額の違いを示した。20歳から64歳は給付が負担を下回っており、65歳以上は受益が大きく上回っている。

図２　年齢階級別１人当たり医療費（2022年）



出典：吉野維一郎、医療経済フォーラム・ジャパン主催、第23回公開シンポジウム講演集[3]

図３　年齢による医療費と負担額の違い（2022年）



（注）１．１人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
２．自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
３．１人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主）の年齢階級別の保険料（事業主負担分を含む）を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
４．端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

出典：医療費の見える化について―厚生労働省[4]に医療費－負担曲線を筆者加筆

給付と負担の不公平には、世代間の不公平性以外に国民健康保険の逆進性がある。これは給付と負担の不公平性というよりは制度上の構造的欠陥と言った方が適切である。正規雇用の社員や公務員が加入している被用者保険の場合、保険料は賃金に比例して決まり、扶養家族が何人であっても同額である。このため、逆進性は原則として生じないとされている（厳密には、標準報酬月額に上限が存在するため高所得者の保険料負担が軽くなっている）。しかし、非正規雇用者や無職者が加入する国民健康保険は、所得に比例する所得割だけでなく、１世帯当たりいくらと計算される平等割、家族の人数に応じて計算される均等割を組み合わせて保険料を決めている。この平等割と均等割が、低所得であるほど負担が相対的に重くなる要因である。

低所得者層には保険料の軽減措置が適用されるが、適用後でも逆進性は存在する。国保保険料が所得に占める比率は年収450万円以上500万円未満の層では10.9％であるのに対して150万円以上200万円未満では14％。1,500万円以上の所得がある世帯では、国保の保険料負担はわずか４％にすぎない[5)]。

４．医療保険制度を持続させるためにはどうすべきか

現役世代から高齢者への支援は限界に達している。給付と負担のアンバランスが顕著な現行制度のままでは、国民皆保険を維持することができない。

対策として、2025年10月に開催された医療経済フォーラム・ジャパン主催の「第23回公開シンポジウム」で学習院大学遠藤久夫教授の「医療保険制度を持続させるためにはどうすべきか」の講演資料の一部を抜粋して紹介する[6)]。

１．医療費増加の抑制
- ・医療保険制度による医療費増加の抑制（診療報酬の抑制）
- ・足下の医療機関の収益悪化対策をどう考えるか
- ・今後、高齢者医療費の増加は抑制される（高齢者数の減少）

２．高齢者の負担増（世代間の負担の公平化）
- ・自己負担の引き上げ／保険料の引き上げ
- ・高齢者の保有が多い金融資産をベースにした自己負担／保険料の算定（金融資産の正確な補足が難しいという課題はある）。

３．保険給付の縮小
- ・給付から外すのはプライマリーケア（OTC類似薬など）か先端医療か（高額医薬品）
- ・有効性の低い医療の見直し

４．フリーアクセスへの制限
- ・紹介状なしの大病院受診を選定療養化
- ・かかりつけ医の登録制

診療報酬抑制による医療費増加の抑制は医療機関の収益悪化を招いており、これ以上の抑制は医療提供体制の崩壊を招く。

高齢者の負担増（世代間の負担の公平化）については、医療保険財政が逼迫している現在、高齢者の負担増へ矛先が向かう。しかし、**表２**に示したように高齢者の所得に対する医療費の負担率（①／②）は現役世代に比べ高い。しかし、これはあくまで賃金や年金のいわゆるフロー所得に対するものであり、株式の配当など金融所得（ストック所得）は分離課税制度を利用している場合は保険料算定に反映されていない。政府は2025年11月21日の閣議で、「年齢にかかわらず公平な応能負担を実現するための第一歩として、高齢者の窓口負担割合等に金融所得を反映する」と明記し、75歳以上の人が加入する後期高齢者医療制度から始める方向で検討を進めている。

表２　年齢階級別１人当たり医療費、自己負担／収入

年齢区分	１人当たり医療費（万円）	②１人当たり自己負担（万円）	法定自己負担率	①収入（万円）	①／②（%）
85～	108.8	8.4	１割負担（現役並み所得３割負担）	148.7	5.6
80-84	93.0	7.5		168.1	4.5
75-79	77.5	6.4		176.1	3.6
70-74	61.6	7.2	２割負担	218.4	3.3
65-69	46.6	8.9	３割負担	256.9	3.5
60-64	36.7	7.6		292.2	2.6
55-59	28.9	6.2		349.2	1.8
50-54	22.9	5.0		381.6	1.3
45-49	18.0	4.0		348.0	1.1
40-44	14.7	3.3		330.1	1.0

出典：遠藤久夫、医療保険制度の持続可能性について、医療経済フォーラムジャパン主催「第23回公開シンポジウム」

保険給付の縮小については、OTC類似薬の保険給付からの除外が議論されている。国民の治療アクセスが経済的な理由で断たれるといった問題が生じることや、長期間の治療を要する難病患者や障害者、小児医療における子育て世代の親の負担の問題などから、医療界や患者団体からは反対の意見が出されている。2025年11月27日に開催された社会保障審議会・医療保険部会では、「保険給付の対象から除外する」ことは好ましくなく、「保険給付の対象としながら、患者に特別負担を課すような仕組みを検討していくべきではないか」という提案がなされた。政府は、2026年度からの保険適用除外を断念し、保険適用を維持した上で患者に追加負担を求める方向で検討が進められている。

有効性の低い医療の見直しについては、どの程度財政効果があるかは明らかではないが今後積極的に進められるべきであると考える。

フリーアクセスの制限と医療費の関係は、紹介状なしの大病院受診の選定療養化はすでに行われている。かかりつけ医の登録制は、かかりつけ医以外を受診した時に病院側は患者情報がないため、さまざまな検査を１から行い、その結果医療費が高額になるので、かかりつけ医を受診した方が医療費は節約されるという理屈かと思うが、遠藤教授は合意形成は可能かと疑問を呈している。

５．おわりに

１人当たり医療費が現役世代の約７～10倍の高齢者人口が2040年にピークを迎えるまで、当面、医療費を押し上げる。また、新薬（高額薬剤）による医療費の増大は今後も避けられないと考えられる。一方、支える側の生産年齢人口は今後20年で急減することから、このままでは世代間の負担バランスの歪みが増幅する。

被用者保険から国民健康保険・後期高齢者医療制度への支援金は、現役世代もいずれ退職後は国民健康保険・後期高齢者医療制度へ加入するので、保険料の前払いと考えられるが、「保険」の目的・理念に照らして限度を超えているのではないかという疑問もある。

医療費の約４割が公費（税金）で賄われ、さらに増加傾向にあることから医療保険制度の財政構造の脆弱性が大きな課題である。この課題を解決するには財源の確保に尽きる。金融所得を保険料算定・窓口負担に反映させることは一つの解決策である。政府は、高齢者の窓口負担割合等に金融所得を反映することを閣議決定したが、これは第一歩である。もう一つの解決策は、筆者の個人的見解であるが、薄く広く、現役世代など特定の者へ負担が偏らない消費税増税である。その際、低所得者の負担増が問題となるが、給付付き税額控除制度をセットで導入することにより解決されると考える。

社会保障制度への信頼が揺らいでいるいま、人口構造の変化を見据え、中長期的視点で抜本的な社会保障制度改革に政府が取り組むことを期待する。

参考文献

１．戦後から1970年代までの病床数から検討する国公立病床の担う役割の変容、酒井　美和、2022年３月『遡航』001号 pp. 48-75
２．第197回社会保障審議会医療保険部会資料 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_63640.html
３．吉野維一郎、医療経済フォーラム・ジャパン主催、第23回公開シンポジウム講演集
４．医療費の見える化について―厚生労働省 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/mieruka_2022.pdf
５．低所得者が直面する国保の逆進性と排除、東洋経済オンライン：https://toyokeizai.net/articles/-/560830
６．遠藤久夫、医療保険制度の持続可能性について、医療経済フォーラム・ジャパン主催「第23回公開シンポジウム」

感染症関連情報

感染症に関する情報につきましては、北海道医師会ホームページ「医師の皆様へ－感染症情報」に掲載しています。

ＵＲＬ：http://www.hokkaido.med.or.jp/doctor/infection.html