

医療費自己負担増は高齢者の生活水準に どのような影響を与えるか？

—先行研究からの示唆と今後の課題—

安藤 道人

立教大学経済学部教授

古市 将人

帝京大学経済学部准教授

はじめに

2023年の年末、高齢者の医療保険の自己負担についての話題がメディアやSNSで取り上げられた。きっかけは、2023年12月頭に一部メディアが「75歳以上の後期高齢者の医療費の窓口負担を原則1割から2割に引き上げる案が検討されている」と報じたことだった¹。結局、2023年末の経済財政諮問会議および全世代型社会保障構築会議の「改革工程」ではこの2割負担の議論は記載されなかったが、医療費の窓口負担が3割となる高齢者の「現役並み所得」の基準見直しが記載された。

より長期的な視点でみると、高齢者の医療費自己負担は、1973年からの「老人医療費無料化」時代の後、1983年から40年に渡って徐々に引き上げられてきた（図1）。近年の改革を見ると、

2008年に70歳から74歳の自己負担が原則2割になり（ただし特例措置あり）、2022年には75歳以上において「一定所得以上の者」は1割負担から2割負担に引き上げられた。

このような趨勢を踏まえると、近い将来、高齢者の医療費自己負担を原則2割あるいは3割に引き上げるという政策案が具体的な検討対象となる可能性は十分にある。上述したように、2023年末の改革工程でも、「原則2割負担」こそ含まれなかったものの、自己負担3割となる高齢者の「現役並み所得」の基準見直しという内容が盛り込まれた。

それでは、高齢者の自己負担率が引き上げられると、高齢者の生活水準はどうなるだろうか？医療費の自己負担率が1割から2割・3割になることは、患者が直面する医療価格が2倍・3倍になることである。とくに高齢者は日常的な治療に加えて集中的ながん治療や終末期医療を経験する確率も高いため、自己負担増の生活への影響は大きい可能性がある。

本稿では、この問いに対する日本の実証研究の成果を検証し、その政策的含意を検討する。先行研究の検証結果は以下の3点にまとめられる。第一に、多くの先行研究は高齢者の自己負担率の変化の医療利用と健康への影響を検証しているが、生活水準への影響を直接は検証していない。第二に、しかし、これらの研究結果から、自己負担率増が高医療ニーズや低所得の高齢者の生活水準の低下に繋がる可能性が推察できる。第三に、医療

あんど う みちひと

ウブサラ大学経済学部博士課程修了。Ph.D. in Economics. 専門分野は公共経済学・社会保障論。（株）三菱総合研究所、国立社会保障・人口問題研究所等を経て、現職。著書に『母の壁 子育てを追いつめる重荷の正体』（岩波書店、2023年、前田正子と共著）など。

ふるいち まさと

横浜国立大学大学院国際社会科学研究所博士課程後期修了。博士（経済学）。専門分野は財政学・地方財政論。現在、帝京大学経済学部准教授。著書に『財政社会学とは何か ―危機の学から分析の学へ』（有斐閣、2022年、共著）など。

図1 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～		令和4年10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 高額医療費制度創設	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)		1割負担 (現役並み所得者3割、 現役並み所得者以外の 一定所得以上の者2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	3割	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。

出典：第154回社会保障審議会医療保険部会(2022年9月29日)『資料1-2 基礎資料』p.23

費自己負担を含む家計の状況を検証した研究では、後期高齢者や低所得高齢者が医療費負担により生活困窮に陥るリスクがあることが示されている。これらの知見を踏まえて、最後の節では生活水準を含む幅広いアウトカムに着目したエビデンス構築と政策論議の必要性について議論する。

医療費自己負担と生活水準

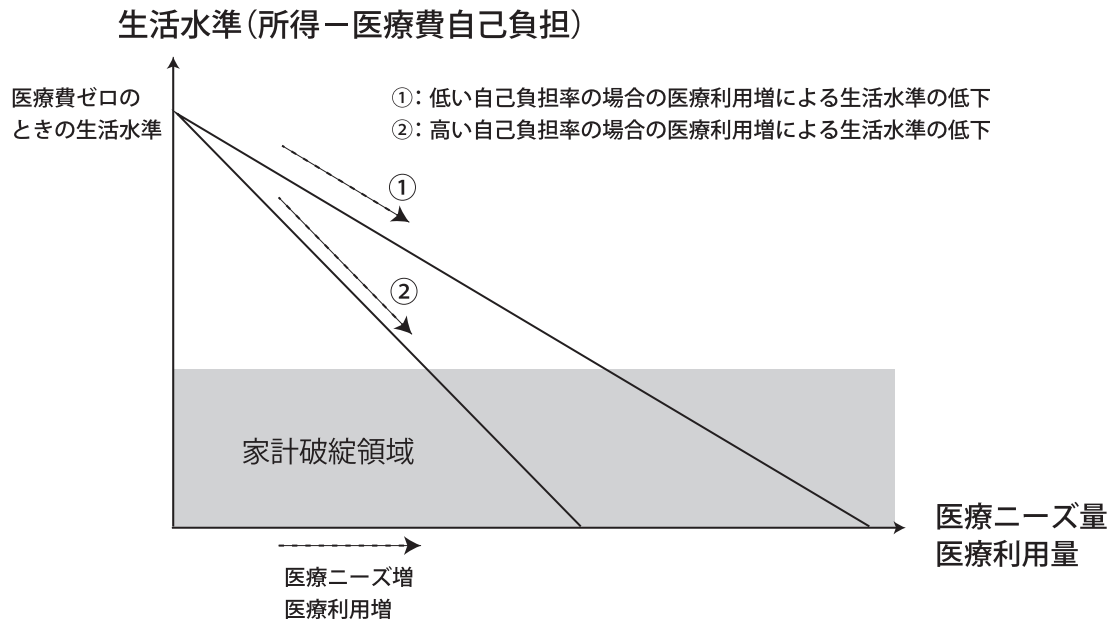
公的医療保険の主たる役割として、家計リスクの軽減と健康リスクの軽減の2つがある。ここで家計リスクの軽減とは医療ニーズが発生したときに高額な医療費負担が発生するリスクを軽減することであり、健康リスクの軽減とは医療アクセスを容易にして病気やケガによる健康悪化リスクを軽減することである。

本稿では、この2つのリスクのうち、家計リスクの軽減に着目する。その理由は、日本における高齢者の医療費自己負担に関する議論において、健康への影響に注目が集まる傾向があり、家計への影響

についての言及が少ないからである²。高齢期は加齢による健康リスク増と退職や医療・介護による家計リスク増が重なる時期であり、高齢者の医療保険の家計リスクの軽減効果に着目することは重要である。

図2は、本稿の問題意識を踏まえて、医療費自己負担率の変化が生活水準に与える影響のあり方を概念的に図示したものだ。この図の2つの直線は、医療ニーズ量・医療利用量(横軸)の増加に伴って生活水準(縦軸)が低下する様子を示している。ここでの生活水準とは、所得から医療費自己負担を差し引いたものであり、医療費以外に充てられる可処分所得の水準である。日本の制度のように医療費の総額の一定割合を自己負担とする場合、医療利用増は比例的に医療費自己負担増に繋がるため、生活水準は右下がりの直線となる。またこの図における家計破綻領域とは、生活水準が最低限の生活を維持できないレベル以下となる領域である³。

ここで矢印①と矢印②は、それぞれ、自己負担率



出典: 著者作成

が低い場合(例えば1割)と高い場合(例えば3割や5割)の、医療利用増に伴う生活水準の低下を示している。例えば、加齢や病気による医療利用増は自己負担増を通じて生活水準を低下させる。しかし、自己負担率が低い場合は生活水準の低下は緩やかになり、また家計破綻領域に達する可能性も低くなる(矢印①)。一方、自己負担率が高い場合は生活水準の低下はより急激になり、家計破綻領域に達する可能性も高くなる(矢印②)。

本稿の関心は、医療保険の自己負担増によって高齢者が直面する現実が矢印①から矢印②へとシフトした場合に、高齢者の生活水準はどうなるかということである。先行研究は、この問いに対してどのような示唆を有するだろうか。

高齢者の自己負担率の変化の影響

年齢によって自己負担率が異なるという日本の医療保険のあり方(図1参照)は、自己負担率の変化の影響に関する実証研究の蓄積を促した。とくに自己負担率が70歳になると3割から1割(時期や所得によっては2割)に下がるという制度的な不連続性は、この不連続性を利用した自然実験的手法に

よる多くの計量経済学的研究に繋がった(Nishi et al. 2012, Shigeoka 2014, Fukushima et al. 2016, Ando and Takaku 2016, Mahlich and Srumsiri 2019, Cooray et al. 2020, Nishi et al. 2021, Kato et al. 2022, Komura and Bessho 2022, Yuda and Lee 2022, 湯田 2023, 野口 2024)。なかでもShigeoka (2014)の影響力は大きく、一連の後続研究を生み出すきっかけとなっただけでなく、「高齢者の自己負担を3割から1割に引き下げた結果、医療利用は増えたが健康状態に大きな変化はなかった」という主要結果は多くの著書やメディアで紹介された。

しかし、これらの研究において、「医療費自己負担増は高齢者の生活水準にどう影響を与えるか?」という問いを直接検証したものはない。上述した研究の主な検証対象は医療利用と健康であり、生活水準や消費水準がどう影響を受けたかは検証していないのだ。

ただし、これらの研究では自己負担率の変化による高齢者の医療利用の変化が検証されているため、高齢者の生活水準の変化についても間接的に分かることがある。それは、湯田(2023)が指摘するように、高齢者の自己負担率の不連続的な変化を

利用した研究群では、医療需要の価格弾力性は総じて高くないということだ。つまり、自己負担率の変化に応じて医療利用は変化するものの、その影響は限定的なようだ。

このような先行研究の知見を踏まえると、高齢者の医療費の自己負担率を引き上げると、医療利用や健康水準には大きな影響はない一方、自己負担額は増加して生活水準は下がると予想される(図2の矢印①から矢印②へのシフト)。これは医療保険の健康リスク軽減機能が維持されても、家計リスク軽減機能が弱まることを意味している。

家計リスクが高い高齢者における自己負担率引き上げの影響はどうだろうか。図2の家計破綻領域に達するリスクが高い高齢者は、大まかに2つのグループに分けられる。第一に、医療利用量が多くて自己負担増による生活水準の低下が大きい高齢者(以下、高医療ニーズ高齢者)であり、第二に、所得が低くて自己負担増による生活水準の家計破綻領域への到達が早い高齢者(以下、低所得高齢者)である。

第一の高医療ニーズ高齢者については、Shigeoka (2014)において重要な分析結果が提示されている。Shigeoka (2014)は、「自己負担率の減少は高齢者の健康改善をもたらさない」というよく知られた分析結果以外にも「(公的保険分以外を含む)医療費自己負担額が高い高齢者ほど、自己負担率の減少による医療費自己負担額の減少が大きい」という分析結果も示している。とくに、医療費自己負担額の上位5-10%層における自己負担減少幅が大きい。これは高医療ニーズの高齢者層において、自己負担率の減少が家計リスクの軽減に大きな役割を果たしていることを示唆している。逆にいうと、高齢者の自己負担率を引き上げた場合、高医療ニーズ高齢者層の家計リスクがとくに高くなる可能性がある。

第二の低所得高齢者に関しては、Kato et al. (2022)が所得階層別に高齢者の自己負担率と医療利用の関係を検証している。そこでは、低所得高齢者は中・高所得高齢者と比べて医療費がもと

と平均的に高い上に、70歳になって自己負担率が3割から1割に引き下げられても外来医療費に変化がなかったとの分析結果が示されている。この結果は、低所得高齢者は、自己負担率が引き上げられても健康維持のための医療支出を優先させ、生活水準を悪化させる可能性が高いことを示唆している。

以上のように、医療費自己負担増が高齢者の生活水準に与える影響については、日本では限定的・間接的なエビデンスしか存在しない。一方、これまでの研究を踏まえると、自己負担率の引き上げは、とくに高医療ニーズ高齢者や低所得高齢者において、健康よりも家計への影響という形で明瞭に現れる可能性がある。

高齢者の自己負担と家計リスク

次に、高齢者層における医療費自己負担がどの程度家計リスクに繋がるかを検証した研究を取り上げる。ここで取り上げるのは田中他 (2013)、橋本・徳永(2021)、Okamoto et al. (2024)の3つの研究である。これらの論文では「医療費による貧困化」や「家計破綻的な医療費負担 (catastrophic payment)」という指標を用いた検証がなされている。前者は医療費負担によって生活水準が貧困線以下の状況に陥ることを指し、後者は世帯の消費支出に占める医療関連支出が一定の(家計破綻とみなし得る)閾値を超えた状況と定義される。

田中他 (2013) は2009年の『全国消費実態調査』(以下、『全消』)を用いて、自己負担が高齢層の貧困化リスクを高めることを報告している。まず、高齢層の貧困率は2009年まで低下傾向にあったが、医療と介護の自己負担によって貧困率が約1%ポイント程度上昇することが明らかにされている。また自己負担による貧困化リスクは、他の世帯に比べて高齢者層や後期高齢者層で大きいことも明らかにされている。医療ニーズが大きくなる高齢者層において、自己負担による貧困化リスクも高くなるのである。

支払能力の低い層や高齢者層における医療費による貧困化リスクを明らかにしたのが、2014年

の『全消』を分析した橋本・徳永(2021)である。この論文では、世帯の消費支出から「基本的ニーズを満たす支出額」を指し引いた「支払能力」に占める医療費自己負担額の割合が、支払能力の5分位別に比較されている。また、医療費自己負担額としては、公的保険分のみ「狭義」と公的保険外も含む「広義」の両方が検討されている。論文内では、支払能力がすでに破綻している世帯を「貧困世帯」(推計された支払能力が負の場合)、自己負担が支払能力を上回る世帯を「貧困化世帯」、自己負担が支払能力の20%を超える世帯を「貧困化リスク世帯」と分類している。分析の結果、支払能力の低い層や高齢者層において、狭義・広義の自己負担による家計破綻リスクがあることが確認されている。また、貧困化リスク世帯は全世帯では7.8%であるが、これを第1分位でみると、全世帯15.7%、65歳未満10.54%、65歳以上20.37%であった(広義の自己負担の結果、以下同様)。支払能力の低い高齢者層ほど、貧困化リスクが高くなっている。さらに、貧困化リスク世帯は中高所得層でもゼロではない。高齢世帯において、第1分位以外の貧困化リスク世帯は、11.98%(2分位)、9.64%(3分位)、6.57%(4分位)、5.55%(5分位)である。

医療ニーズ未充足の報告⁴と家計破綻的医療費との関係を分析しているのが、日本家計パネル調査を分析したOkamoto et al. (2024)である。この論文では、高齢者の家計破綻的医療費の割合は2007年をピークに減少傾向にあるものの、他の世帯に比べて、高齢者のいる世帯は家計破綻的医療支出を経験する可能性が高いことが明らかにされている。さらに、高額医療負担を経験した翌年に、高齢者のいる世帯では食費や社会活動への消費が削減される傾向にあった点が明らかにされている。

以上の研究は、医療ニーズが高い高齢者層においては、医療費自己負担による家計リスクが高くなることを明らかにしている。特に田中他(2013)と橋本・徳永(2021)では一定の仮定で高額療養費による自己負担減免も考慮に入れられており、高額療養費制度が存在していても一部の高齢者層に深

刻な家計リスクが生じうることが示唆される。

政策的含意の検討

本稿では、医療費自己負担増が高齢者の生活水準に与える影響について、日本の研究を中心に検討した。その結果、自己負担率の増加が高医療ニーズ・低所得の高齢者の生活水準の低下を招く可能性があることや、これら的高齢者層は現状においても医療費負担による生活困窮リスクがあることが示唆された。

最後に、高齢者の医療費自己負担率の段階的引き上げという現在の政策的趨勢に関するいくつかの政策的提案について検討しよう。

まず、これまでの研究結果を踏まえた最も一般的な提言は、高齢者の自己負担率引き上げを原則的に受け入れつつ、低所得高齢者の自己負担を選別的に減免するというものである。これは現行制度と同様の対処法であり、現在の高齢者の2割・3割負担の分岐基準となっている「現役並み所得者」や「一定の所得以上の者」の閾値をどう変更するかという議論に近い。低所得者ほど家計リスクが高いことを踏まえると、このような低所得者をターゲットにした自己負担軽減には一定の効果はあると考えられる。

しかし、この方向性にはいくつかの課題が残る。例えば、所得の閾値を超えると不連続的に自己負担率が増加するという不公平性や複雑さにどう対処するかという問題や、低所得者のカテゴリに入らない高医療ニーズ高齢者の家計リスクの悪化に対応できないという問題がある。このような問題に関しては、近年、自己負担の非効率性や煩雑さを指摘して一律無料化を提言する議論もある(Einav and Finkelstein 2023, 2024)。また自己負担の健康コストについて通説と異なるエビデンスを提示して自己負担制度そのものが“highly wasteful”であるとする実証研究もある(Chandra et al. forthcoming)。複雑な自己負担制度や自己負担減免制度のデメリットにも目を向ける必要がある。

また自己負担のあり方については、自己負担率だ

けでなく高額療養費のような自己負担上限も含めた議論が重要である。例えば安藤(2019)は、医療保険を含む日本の社会保障・教育の自己負担の複雑さや見通し難さを改善するために、所得や年齢に依存しない形で制度横断的に自己負担上限を設定する総合合算制度を提案している。

高齢社会が定着する中で、所得水準にかかわらず、高齢者の健康リスクと家計リスクの両方を軽減する社会保障・医療保障の再構築が求められる。そのためには、医療利用と健康という限定的なアウトカムだけではなく、生活水準を含む幅広いアウトカムにも着目したエビデンスの構築と政策論議が必要である。■

《注》

- 1 12月2日の日本経済新聞の記事「後期高齢者の医療費、窓口負担2割に引き上げ案 政府」など。
- 2 このような傾向は日本だけでない。Baicker and Finkelstein (2011) は、米オレゴン州での有名な医療保険実験に関する論文において、家計リスク軽減と健康リスク軽減という医療保険の2つの役割のうち、家計リスク軽減の役割がアカデミアや公共政策での議論では見過ごされがちであると指摘している。また Sommers et al. (2017) も医療保険の役割としての家計リスク軽減の重要性に言及している。
- 3 実際の日本の医療保険制度では、月単位の自己負担額が一定水準以上になった場合には、高額療養費制度によってそれ以上の自己負担はほぼゼロとなる。この制度は、高い医療ニーズや医療利用が発生した場合でも生活水準が家計破綻領域に達してしまうことを防止する制度と言える。
- 4 これは、一定期間(12ヶ月)に病気の兆候があるが、医療を受けなかったという個人の自己報告の有無で定義されている。

《参考文献》

- Ando, M., & Takaku, R. (2016). Affordable false teeth: the effects of patient cost sharing on denture utilization and subjective chewing ability. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 16(3), 1387-1438.
- Baicker, K., & Finkelstein, A. (2011). The effects of Medicaid coverage—learning from the Oregon experiment. *The New England Journal of Medicine*, 365(8), 683.
- Chandra, A., Flack, E., & Obermeyer, Z. (forthcoming). The health costs of cost-sharing. *The Quarterly Journal of Economics*.
- Cooray, U., Aida, J., Watt, R. G., Tsakos, G., Heilmann, A., Kato, H., ... & Osaka, K. (2020). Effect of copayment on dental visits: A regression discontinuity analysis. *Journal of Dental Research*, 99(12), 1356-1362.
- Einav, L., & Finkelstein, A. (2023). *We've Got You Covered: Rebooting American Health Care*. Penguin.
- Einav, L., & Finkelstein, A. (2024). A blueprint for US health insurance policy. *Journal of Policy Analysis and Management*.
- Fukushima, K., Mizuoka, S., Yamamoto, S., & Iizuka, T. (2016). Patient cost sharing and medical expenditures for the elderly. *Journal of Health Economics*, 45, 115-130.
- Kato, H., Goto, R., Tsuji, T., & Kondo, K. (2022). The effects of patient cost-sharing on health expenditure and health among older people: Heterogeneity across income groups. *The European Journal of Health Economics*, 23(5), 847-861.
- Komura, N., & Bessho, S. (2022). The longer-term Impact of coinsurance for the elderly: Evidence from high-access Case. *KIER Discussion Paper*, 1074, 1-34.
- Nishi, T., Maeda, T., Katsuki, S., & Babazono, A. (2021). Impact of the 2014 coinsurance rate revision for the elderly on healthcare resource utilization in Japan. *Health Economics Review*, 11, 1-11.
- Nishi, A., McWilliams, J. M., Noguchi, H., Hashimoto, H., Tamiya, N., & Kawachi, I. (2012). Health benefits of reduced patient cost sharing in Japan. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 426-435a.
- Mahlich, J., & Srumsiri, R. (2019). Co-insurance and health care utilization in Japanese patients with rheumatoid arthritis: a discontinuity regression approach. *International Journal for Equity in Health*, 18, 1-11.
- Okamoto, S., Sata, M., Rosenberg, M., Nakagoshi, N., Kamimura, K., Komamura, K., Kobayashi, E., Sano, J., Hirazawa, Y., Okamura, T., & Iso, H. (2024). Universal health coverage in the context of population ageing: catastrophic health expenditure and unmet need for healthcare. *Health Economics Review*, 14(1), 8.
- Shigeoka, H. (2014). The effect of patient cost sharing on utilization, health, and risk protection. *American Economic Review*, 104(7), 2152-2184.
- Sommers, B. D., Gawande, A. A., & Baicker, K. (2017). Health insurance coverage and health—what the recent evidence tells us. *New England Journal of Medicine*, 377(6), 586-593.
- Yuda, M., & Lee, J. (2022). Protective effects of

health insurance against disasters: an insight from the Great East Japan Earthquake. *Journal of Pension Economics & Finance*, 21(4), 502-518.

安藤道人 (2019)「社会保障と教育における自己負担改革:「必要原則に基づく総合算制度」案の検討」,『弱者を生まない社会へーベーシック・サービスの実現をめざして』公益財団法人 連合総合生活開発研究所、第3章、pp.53-75.

田中聡一郎・四方理人・駒村康平 (2013)「高齢者の税・社会保障負担の分析ー『全国消費実態調査』の個票データを用いてー」『フィナンシャル・レビュー』通巻第

115号、pp.117-133.

野口晴子 (2024)「後期高齢者に対する窓口負担引き上げの影響」『週刊社会保障』第78巻3256号、pp.28-29.

橋本英樹・徳永睦 (2021)「医療介護負担による家計影響と負担公平性ー2014年全国消費実態調査個票の分析結果ー」『医療と社会』第31巻第1号、pp.61-70.

湯田道生 (2023)「公的医療制度における自己負担率と医療利用および健康」『フィナンシャル・レビュー』通巻第151号、pp.154-180.

