

# 第5章 医療貯蓄勘定についての考察

宮里尚三

## I. はじめに

本稿の目的は社会保障制度への個人勘定の導入、とりわけ医療貯蓄勘定の導入について考察することである。わが国の公的年金制度については、幾度かの改革が行われ、わが国の社会経済状況に応じた年金財政の調整がある程度実行される枠組みは整備されつつある。一方、公的医療制度においては年金制度に比べて抜本的な改革は依然として進んでいない状況といえよう。個人の医療サービスの受診行動や医療費全体に影響を与えると考えられる政策の1つに、医療貯蓄勘定がある。実例としては、シンガポールにおける入院医療保険の医療貯蓄(Medisave)や、アメリカにおける高免責額医療保険への支出に備えるためのMedical Savings Account(MSA)やHealth Savings Account (HAS)などといった非課税貯蓄勘定制度が知られている。

海外の研究を参照すると、Pauly(1994)やPauly and Goodman(1995)ではMedical Savings Accountに加え高額医療費への保険に対する税制改正が議論されている。また、Eichner, McClellan, and Wise(1997)は個票データによる分析から恒常的に医療費がかかる人々においてもMedical Savings Accountは実行可能であると述べている。また、シンガポールの医療貯蓄勘定の制度に関する評価も行われるようになってきている(Hsiao(1995)、Massaro and Wong(1995)など)。一方、日本では、鈴木(2000)、小黒(2006)、岩本・福井(2007)などで、世代会計の概念を用いた積立型医療保険制度の議論が行われているものの、個票データに基づいた医療貯蓄勘定に関する研究はあまり進んでいない。本稿では、個票データに基づいたデータを利用し個人の退職までの医療支出に関するシミュレーションを行う。また、個人が退職までに支払う保険料の総額と比較することによって医療貯蓄勘定導入の可能性についての検討を行う。

## II. 分析手法とデータ

本稿では厚生労働省の国立社会保障・人口問題研究所(2004)が調査を行った千葉県の政府管掌健康保健(政管)レセプトデータをベースに分析を行う。その調査の対象は1997年から2001年の間の千葉県のある地域の政管レセプトデータである。そのデータは1997年から2001年ではあるが、個人の医療費を追えるデータセットとなっている。そのデータセットをもと

に、個人単位で医療費をエピソード化(パネル化)することによって、個人の前の年にかかった医療費とその年にかかった医療費のクロス表が作成できる。表1は縦軸に1997年にかかった医療費(1点10円)、横軸に1998年にかかった医療費を配置したクロス表を示している。このクロス表をもとに、個人の異時点間にわたる医療費の条件付き確率を知ることができる。表2は表1をもとにした個人の異時点間にわたる医療費の条件付き確率、すなわち医療費の遷移確率を示している。このような個人の異時点間にわたる医療費の条件付き確率はEichner, McClellan and Wise(1997)による生涯の医療費の推計でも用いられている。表2の医療費の遷移確率からは、医療費が低かった人は次の年も低く、医療費が高かった人は次の年も高い傾向にあることが分かる。

表1 前年度と今年度の総点数のクロス表

点数		1998年					Total
		1-3000	3001-6000	6001-12000	12001-36000	36001-	
1997年	1-3000	22,015	13,909	10,857	5,514	1,037	53,332
	3001-6000	11,973	12,511	11,751	6,063	941	43,239
	6001-12000	7,982	10,814	16,914	11,951	1,571	49,232
	12001-36000	3,162	4,487	10,842	28,398	4,758	51,647
	36001-	497	617	1,127	4,891	6,496	13,628
	Total	45,629	42,338	51,491	56,817	14,803	211,078

単位：人

表2 異時点間にわたる医療費の条件付き確率

点数		1998年					Total
		1-3000	3001-6000	6001-12000	12001-36000	36001-	
1997年	1-3000	0.413	0.261	0.204	0.103	0.019	1.000
	3001-6000	0.277	0.289	0.272	0.140	0.022	1.000
	6001-12000	0.162	0.220	0.344	0.243	0.032	1.000
	12001-36000	0.061	0.087	0.210	0.550	0.092	1.000
	36001-	0.036	0.045	0.083	0.359	0.477	1.000
	Total	0.216	0.201	0.244	0.269	0.070	1.000

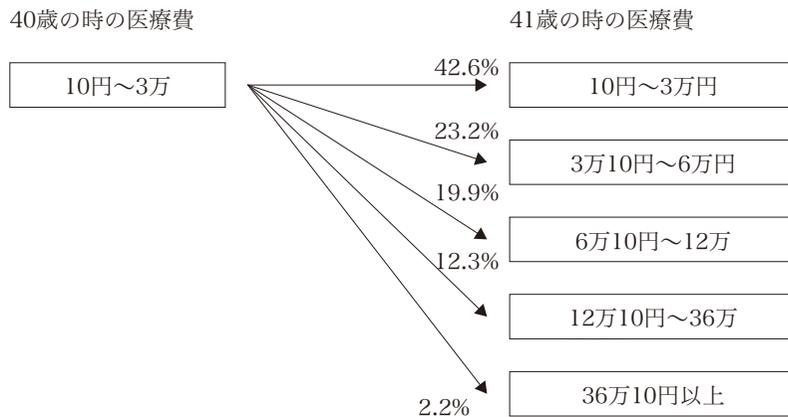
次に退職までの個人の医療支出をシミュレーションする。シミュレーションでは先ほどの個人の異時点間にわたる医療費の条件付き確率を用いる。表3には一例として40歳から41歳にかけての医療費の条件付き確率が示されている。40歳で医療費が10円～3万円の人は次の期に医療費が10円～3万円である確率は42.6%、3万10円～6万円である確率は23.2%、6万10円～12万円である確率は19.9%、12万10円～36万円である確率は12.3%、36万10円以上である確率は2.2%である。シミュレーションでは各期ごとの医療費の条件付き確率にしたがって次の期の医療費が決まるようにしている。また、シミュレーションでは22歳で働き始めて65歳で退職する個人を仮定し、確率的に決まる医療費を22歳から退職するまでの間、每期、每期シミュレーションし、退職するまでの個人の医療費を求める。個人の医療費の決まり方を簡単な図で示すと図1のようになる。

表3 異時点間にわたる医療費の条件付き確率（40歳）

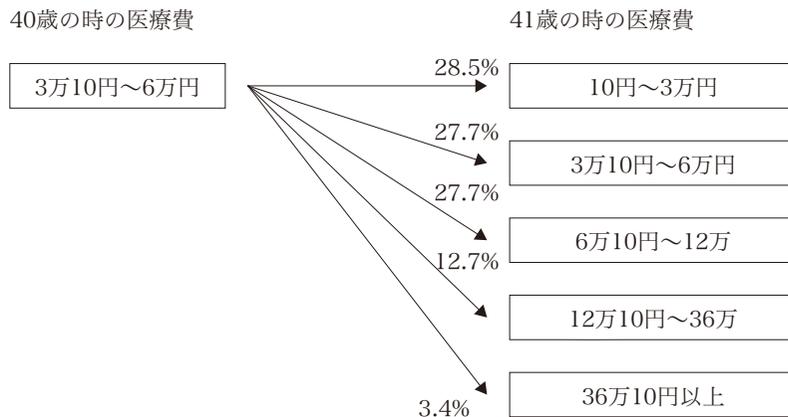
1997年	点数	1998年					Total
		1-3000	3001-6000	6001-12000	12001-36000	36001-	
	1-3000	0.426	0.232	0.199	0.123	0.022	1.000
	3001-6000	0.285	0.277	0.277	0.127	0.034	1.000
	6001-12000	0.200	0.237	0.314	0.226	0.023	1.000
	12001-36000	0.099	0.102	0.223	0.494	0.082	1.000
	36001-	0.069	0.040	0.059	0.406	0.426	1.000
	Total	0.262	0.219	0.259	0.220	0.040	1.000

図1 異時点間の医療費の推移

(40歳の時の医療費が10円～3万円のケース)



(40歳の時の医療費が3万10円～6万円のケース)



保険料総額の試算は、公表されている集計データをもとに算出する。具体的には「賃金構造基本統計調査」の産業計・企業規模計・全労働者の年齢階級別の平均年齢、きまって支給する現金給与額、年間賞与その他特別給与額の各データを用いて平均的な賃金プロファイルを求め

る。その賃金プロフィールに保険料率をかけることで保険料額を求め、退職までの保険料総額を求める。

以上のようにして求められた個人の医療支出が、個人が退職までに支払う保険料総額を上回るか下回るかどうかを調べることで医療貯蓄勘定導入の可能性を検討する。異時点間の条件付き確率を利用して、確率的に退職までの医療費を試算する方法には以下のメリットがある。確率的に医療費が決まるためシミュレーションごとに退職までの医療費が高かったり低かったりする。シミュレーションによって求める退職までの医療費に分散が生じることにより、平均的に支払う保険料総額を下回る確率、または割合を求めることができることになる。医療貯蓄勘定の赤字、黒字の確率を求めるのは年齢別の平均医療費を積み上げていく方法では難しい。

### Ⅲ．シミュレーション結果

まず、医療貯蓄勘定に関するシミュレーションでは10,000人の個人を発生させ、それぞれ22歳から64歳までの医療支出を計測する。シミュレーションの結果を示したのが表4である。表4の値は10,000人の個人の退職までの医療費をシミュレーションした値の平均値であり、退職までの医療費は平均的にみると約3,142万円かかるという結果になった。また、各期の医療費を見てみると年齢が高くなるにつれて各期にかかる医療費は高くなる結果になった。これは年齢が高くなるにつれて高い医療費のカテゴリーに入る確率が高まるからである。また、表4には自己負担の3割を医療費から除いた結果も示されている。

表4 医療費のシミュレーション結果

年齢	3割自己負担を医療費に 含むケース		3割自己負担を医療費に 含まないケース	
	各期の医療費	累積医療費	各期の医療費	累積医療費
22	64.9	64.9	45.5	45.5
23	305.7	370.7	214.0	259.5
24	328.5	699.2	229.9	489.4
25	349.8	1,048.9	244.8	734.3
26	331.7	1,380.6	232.2	966.4
27	357.3	1,737.9	250.1	1,216.5
28	352.5	2,090.4	246.7	1,463.3
29	451.4	2,541.8	316.0	1,779.2
30	423.7	2,965.4	296.6	2,075.8
31	448.8	3,414.3	314.2	2,390.0
32	471.2	3,885.4	329.8	2,719.8
33	442.0	4,327.5	309.4	3,029.2
34	414.0	4,741.4	289.8	3,319.0
35	443.0	5,184.5	310.1	3,629.1
36	544.3	5,728.8	381.0	4,010.1
37	530.9	6,259.7	371.6	4,381.8
38	511.9	6,771.6	358.3	4,740.1
39	499.3	7,270.9	349.5	5,089.6
40	648.3	7,919.2	453.8	5,543.4
41	668.8	8,588.0	468.1	6,011.6
42	680.1	9,268.1	476.1	6,487.6
43	747.6	10,015.7	523.3	7,011.0
44	595.6	10,611.3	416.9	7,427.9
45	600.1	11,211.4	420.1	7,848.0
46	654.6	11,866.1	458.2	8,306.2
47	697.7	12,563.8	488.4	8,794.7
48	721.1	13,284.9	504.8	9,299.4
49	789.3	14,074.1	552.5	9,851.9
50	817.1	14,891.2	572.0	10,423.9
51	854.6	15,745.8	598.2	11,022.1
52	830.7	16,576.6	581.5	11,603.6
53	876.1	17,452.7	613.3	12,216.9
54	947.6	18,400.3	663.3	12,880.2
55	933.3	19,333.6	653.3	13,533.5
56	983.4	20,317.0	688.4	14,221.9
57	1,126.7	21,443.7	788.7	15,010.6
58	1,169.3	22,613.0	818.5	15,829.1
59	1,227.5	23,840.4	859.3	16,688.4
60	1,331.8	25,172.3	932.2	17,620.6
61	1,436.6	26,608.8	1,005.6	18,626.1
62	1,422.9	28,031.7	996.0	19,622.1
63	1,558.4	29,590.1	1,090.9	20,713.0
64	1,832.7	31,422.7	1,282.9	21,995.9

単位：千円

次に、退職までの個人の保険料額を算出し、退職までの医療費と比較することで医療貯蓄勘定について検討する。個人の保険料額は先ほど述べたように推計した賃金プロフィールに保険

料率をかけることによって求める。保険料率はまずベンチマークとして現時点の保険料率である8.2%を用いる。図2には毎期かかる医療費と保険料額を示している。保険料率を8.2%に設定すると、ほとどの期でも保険料額を医療費が平均的には上回る結果となっている。一方、保険料率を12%に設定すると49歳頃から保険料額を医療費が平均的に上回る結果となっている。保険料率を15%に設定した場合は、54歳頃から保険料額を医療費が平均的に上回る結果となっている。また、毎期の保険料額と医療費を積み上げて累積保険料額と累積医療費を比較したのが図3である。保険料率が8.2%の場合、25歳の時点で累積保険料額より累積医療費が平均的に上回る結果となっている。言い換えると保険料率が8.2%の場合、平均的に見ると25歳の時点で個人の医療貯蓄勘定が赤字になることになる。一方、保険料率を12%に設定すると、59歳の時点で個人の医療貯蓄勘定が赤字になるという結果になる。保険料率を15%に設定すると、退職時まで個人の医療貯蓄勘定は赤字にならない結果となった。

これまでは平均的な値を見てきたが、次に何割の人が個人の医療貯蓄勘定が赤字にならないで退職できるかを見ることにする。結果は表5に示されている。まず8.2%の保険料率で保険料額を退職時まで積み上げていくと約1,801.7万円となる。医療貯蓄勘定が黒字のまま退職するということは累積医療費が1,801.7万円以下ということになる。その割合は34.4%という結果になった。次に保険料率を12%に設定すると保険料総額は2,636.6万円となるが、医療貯蓄勘定が黒字のまま退職する割合は50%となった。保険料率を15%に設定すると保険料総額は3,295.8万円で、黒字のまま退職する割合は60.5%という結果になった。

ところで厚生労働省(2014)の「医療保険に関する基礎資料」において生涯医療費が示されているが、その値は2,609万円となっている。その値に比べると今回のシミュレーションの値はかなり大きな値になっている。今回のシミュレーション結果が大きくなった理由は次のようなことが考えられる。まず、今回使用したデータは5年間、毎年医療機関に行った人のみのデータである。医療機関に行かなかった人の医療費はゼロであり、医療機関に行かなかった人も含めて医療費の異時点間の条件付き確率を求めると、医療費のシミュレーション結果は低くなることが予想される。また、今回は異時点間の条件付き確率を求める際にカテゴリーを便宜的に5階級に分けて分析した。階級を例えば10階級や20階級に増やした場合には医療費のシミュレーション結果は低くなることが予想される。なぜなら、退職までの医療費の高低に大きく影響を及ぼすのは最も医療費の高いカテゴリーの値である。階級を10階級や20階級に増やした場合には最も医療費の高いカテゴリーに入る確率は低くなる。そのため、階級を増やすと退職までの医療費のシミュレーション結果は低くなることが予想される。さらに医療費の最も高い階級の上限值の設定や仮定する分布(今回は最も高い階級にも一様分布を仮定した)によってもシミュレーション結果は左右される。

今回のシミュレーションでは、自己負担分は医療貯蓄勘定の医療費に含まないケースもシミュレーションした。自己負担は3割としてシミュレーションを行った結果が図4、図5である。

図2 毎期の保険料額と医療費の比較

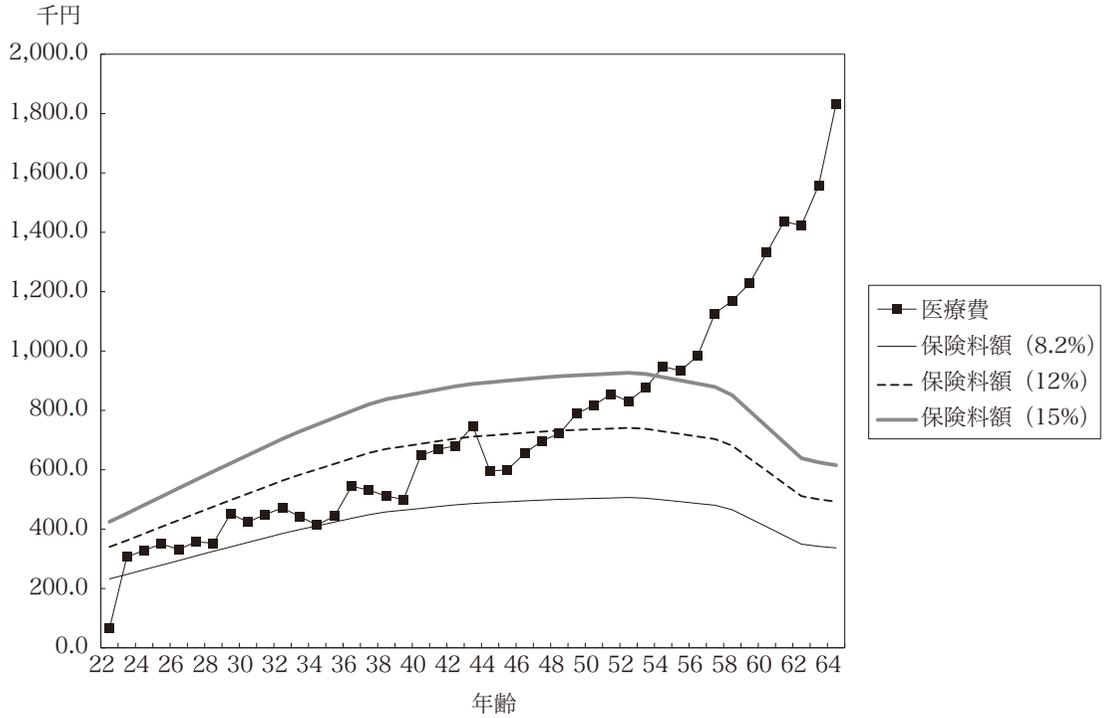


図3 累積保険料額と累積医療費の比較

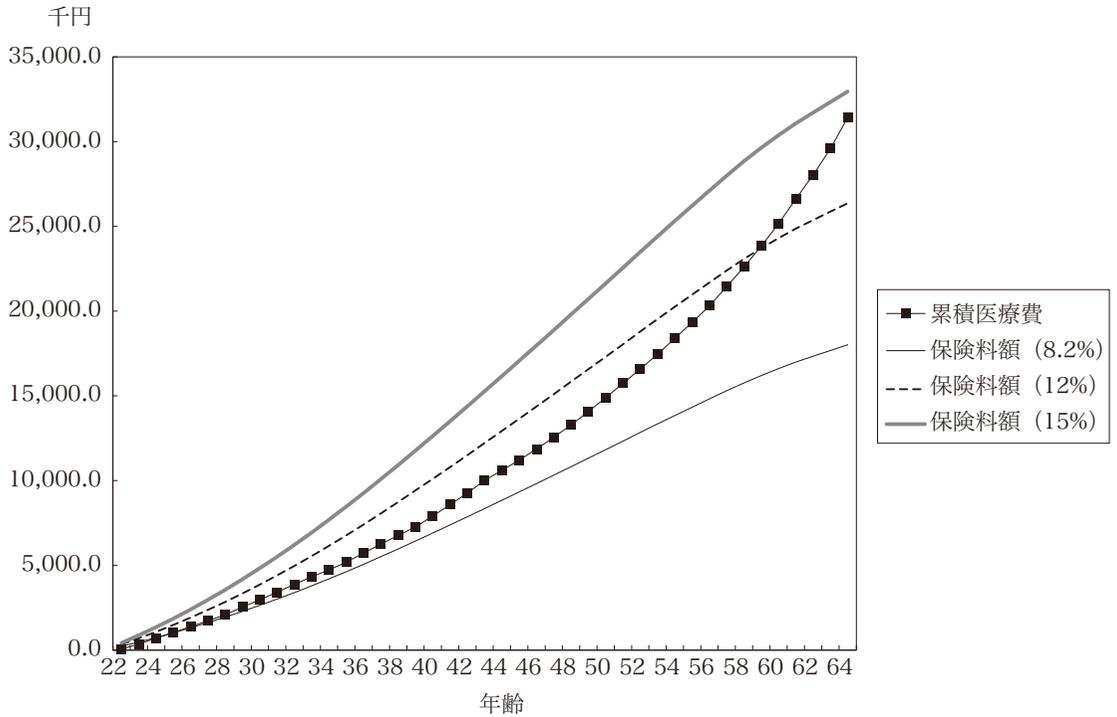


図4 毎期の保険料額と医療費の比較 (3割自己負担)

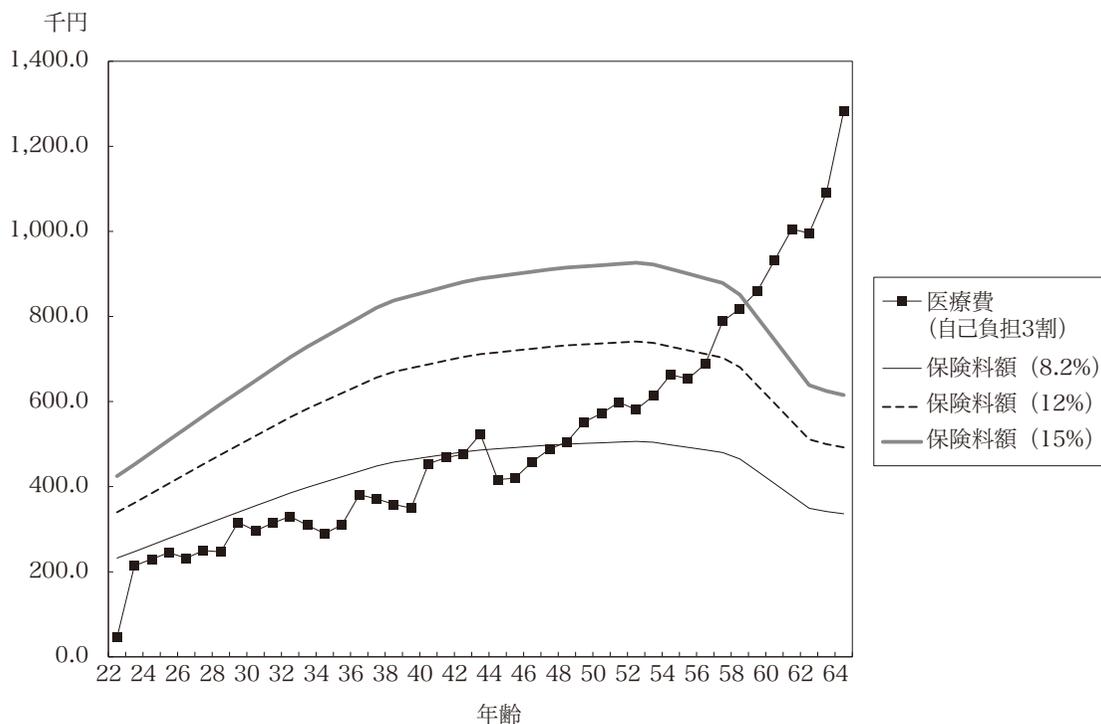
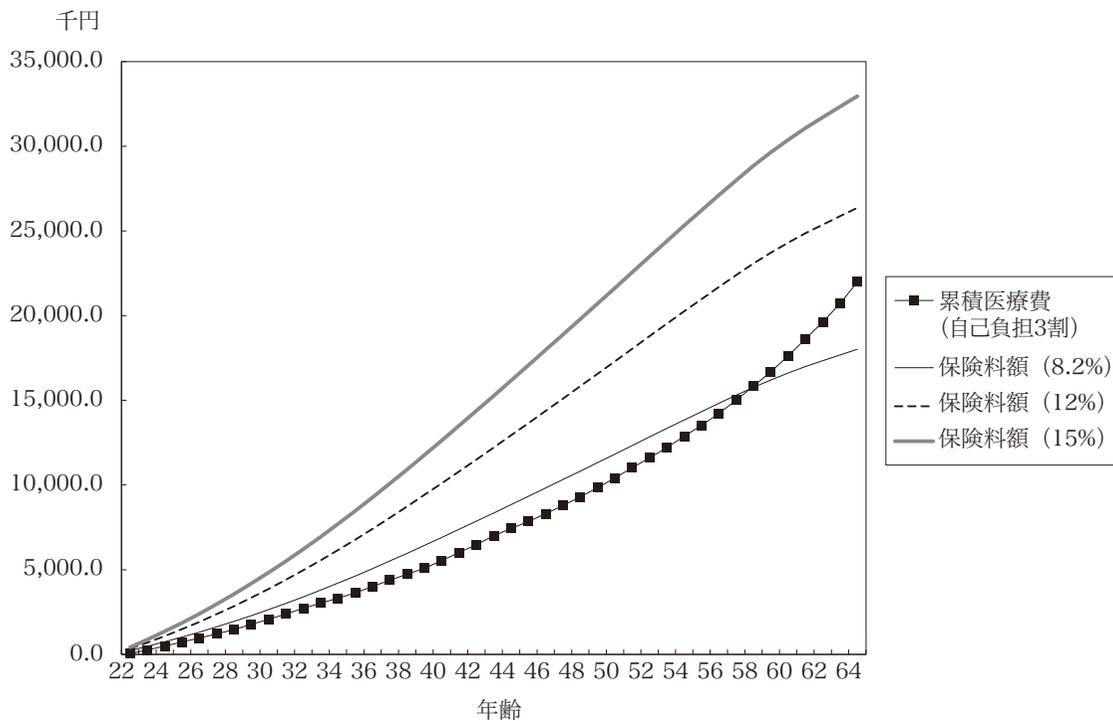


図5 累積保険料額と累積医療費の比較 (3割自己負担)



その場合、保険料率を8.2%に設定すると58歳時点で個人の医療貯蓄勘定が平均的に赤字になる結果となっている。保険料率を12%、または15%に設定すると退職まで赤字にならないという結果になっている。また、先ほどと同じように医療貯蓄勘定が黒字のまま退職する割合を求めた(表5)。保険料率を8.2%に設定すると49.2%の割合で黒字のまま退職する結果となった。保険料率が12%の場合は67.3%、保険料率が15%の場合は77.7%の割合で医療貯蓄勘定が黒字のまま退職するという結果になった。

上記の結果だけからみれば、積立型の医療貯蓄勘定の導入が可能かもしれない。しかし、今回のシミュレーションは、データの関係上22歳から64歳までのものであり、医療貯蓄勘定のシミュレーションも64歳までとなっている。このため、退職後に医療支出が増加する傾向が高いことを考慮すると、仮に75歳以上の後期高齢者医療制度を別勘定で考えても、74歳までの医療貯蓄勘定が赤字になる人の割合はさらに多くなることが予想できる。それらを考慮すると、医療貯蓄勘定の導入はやはり容易ではないかもしれない。とはいえ、今後は医療費の支出圧力はますます増加することが予想されるため、医療貯蓄勘定といった急進的な改革ではないにせよ、高齢者層全体に対する自己負担率の引き上げや、高額医療費の償還に対するある程度の制限など、医療費抑制への施策は必要であろう。特に高額医療は医療財政への影響が非常に大きく、高額医療費抑制の何らかの対策は避けては通れない。

表5 医療貯蓄勘定が黒字で退職する割合

	保険料率		
	8.2%	12%	15%
自己負担を医療貯蓄勘定 に含むケース	34.3%	50.0%	60.5%
自己負担を医療貯蓄勘定 に含まないケース	49.2%	67.3%	77.7%

## IV. 世界の医療貯蓄勘定制度

医療貯蓄勘定を導入している国には、シンガポール、中国、アメリカ、南アフリカがある。このうちシンガポールと中国では国が医療貯蓄勘定の運営主体となっている。一方、アメリカと南アフリカは医療貯蓄勘定の提供主体は民間となっている。表6にはそれぞれの国の医療貯蓄勘定の特徴をまとめている。シンガポール、中国は医療貯蓄勘定への参加は強制であり、保険料は強制徴収となっている。ただし、中国に関しては都市部の勤労者のみ強制加入となっている。一方、アメリカ、南アフリカは医療貯蓄勘定への加入は任意となっている。保険料の拠出に関しては、いずれの国も勤労者の拠出だけでなく事業主分の拠出もある。また、制度加入への税制上の優遇であるが、シンガポールでは保険料拠出分が非課税となっている。中国は、保険料拠出、医療貯蓄勘定の利子、引き出しについて非課税となっている。アメリカ、南ア

リカも同様に、保険料抛出、医療貯蓄勘定の利子、引き出しに関して非課税となっている。なお、シンガポールの医療貯蓄勘定では、積み立てた資産は相続が可能となっている。

表6 各国の医療貯蓄勘定

	シンガポール	中国	アメリカ	南アフリカ
保険提供主体	国 Medisave Medishield Medifund	国	民間	民間
保険料抛出	強制 従業員、雇用主とも に抛出 政府の補助あり	強制(都市部の従業員) 従業員、雇用主ともに 抛出 政府の補助あり	任意 従業員、雇用主とも に抛出	任意 従業員、雇用主とも に抛出
加入への インセンティブ	非課税 抛出  相続可	非課税 抛出 利子 引き出し	非課税 抛出 利子 引き出し 持ち運び可	非課税 抛出 利子 引き出し

出典：Woulters et al. (2016)

ここで、国が運営主体となって全国民対象の強制加入制度となっているシンガポールの医療貯蓄勘定についてより詳細に見ていく。シンガポールの医療貯蓄勘定には大きく分けて3つの制度がある。1つ目は積立型のMedisaveと呼ばれる制度、2つ目は高額医療に対する保険であるMedishield (Medishield Life)、3つ目は貧困層に対する制度のMedifundである。

まず、シンガポールの医療貯蓄勘定の本体と言えるMedisaveの概要を述べる。Medisaveに対する保険料率は年齢とともに上昇する。2016年では、35歳以下は賃金の8%、35歳超45歳以下は賃金の9%、45歳超50歳以下は賃金の10%、50歳超は賃金の10.5%となっている(表7参照)。年齢が上がるごとに疾病リスクは上昇するので、それに応じて保険料を高める設定となっている。ここで、Medisaveには積立の最低金額はないが、上限が設定されている。この上限はBasic Healthcare Sum(BHS)と呼ばれており、1951年以前に生まれた人は49,800ドルと設定されている。また、1952年以降に生まれた人はBHSが52,000ドルと設定されている。Medisaveへの積立上限が定められているのは、過度な積立による不必要な医療需要を抑制するためとも言われている。なお、積立の上限であるBHSは65歳以下のコーホートに対し年ごとに調整されるとしている。また、Medisaveでは治療ごとに引き出し限度額が設けられている。表8にはその引き出し限度額がまとめられているが、急性疾患、リハビリ、終末期医療、外来治療などのカテゴリーに分けられ、引き出し限度額がそれぞれ細かく決められている。これらの引き出し限度額の設定は、過度な引き出しによる積立不足を防ぐものとして設定されていると考えられる。その他、Medisave加入者本人が死亡した場合、勘定の残金は加入者本人が指名した人に相続されることになる。なお、その際の相続税は免除されることになっている。Medisaveは家族からの残額の相続という例外はあるものの、自身の抛出が医療費の給付に充てられるため、医療費に関する給付と負担の関係が明確な制度である。

表7 Medisaveの保険料

	保険料率 (%)
Medisave Account	
35歳以下	8
35歳超45歳以下	9
45歳超50歳以下	10
50歳超	10.5

出典：Central Provident Fund Board

表8 Medisaveからの引き出し限度額

	Medisave からの引き出し限度額
<b>急性疾患</b>	
入院治療	1日あたり450ドル+手術費用
認められている日帰り手術	1日あたり350ドル+手術費用
精神疾患での入院治療	1日あたり150ドル、年間5,000ドルまで
<b>リハビリ</b>	
認められている地域病院	1日あたり250ドル、年間5,000ドルまで
リハビリセンター	1日あたり25ドル、年間1,500ドルまで
認められている療養施設	1日あたり50ドル、年間3,000ドルまで
<b>終末期医療</b>	
認められているホスピス施設	1日あたり200ドル
一時的在宅またはホスピスデイケア	生涯で2,500ドル 2,500ドルは一時的在宅とホスピスデイケアでシェアできる 末期ガン、臓器不全の患者は、自身のMedisave Accountの残高を超えなければ引き出し限度額はない
<b>外来治療</b>	
認められている慢性症状	年間400ドル
糖尿病	
高血圧	
高コレステロール	
脳梗塞	
喘息	
など	

出典：Central Provident Fund Board

次に、高額医療費に対する保険としてMedishield(またはMedishield Life)がある。この制度はMedisaveのような個々人での積立型ではなく、加入者間で高額医療費のリスクを分散する保険型となっている。Medishieldへの保険料は年齢によって異なる。年間保険料は1歳から

20歳まで130ドル、21歳から30歳まで195ドル、31歳から40歳まで310ドル、41歳から50歳まで435ドル、51歳から60歳まで630ドルとなっている。61歳以上からは年齢別保険料がさらに細かく設定されており、61歳から65歳まで755ドル、66歳から70歳まで815ドルとなっている。71歳以上からはさらに年齢別保険料が細かく設定されているが、年齢が上昇するにつれ保険料が上昇することは変わらない(表9参照)。最も年齢別保険料が高く設定されているのは91歳以上で1,530ドルとなっている。また、既往歴のある人がMedishieldに加入する場合、通常の保険料に30%上乗せた保険料を10年間払う必要がある。これらの保険料設定は疾病リスクが高まるにつれ保険料を高く設定する保険原理に基づいている。Medishieldは高額医療費に対する保険であるが、保険原理に基づいた運用となっており、今後のわが国における高額医療費に関する医療政策として示唆に富む制度となっている。

なお、Medishieldでは保険料を支払えばすべての高額医療費が償還される訳ではなく、保険でカバーできる治療をある程度制限している。表10にはMedishieldの請求限度額がまとめられている。表10からは手術といえども難易度に応じて、1日あたり200ドルから2,000ドルと7段階に償還限度額が分けられていることが分かる。また、Medishieldでは自己負担率も設けられている(表11参照)。入院時の医療費が5,000ドル以下であれば10%、5,000ドル超10,000ドル以下であれば5%、10,000ドル超であれば3%と設定されている。また、外来に関しては一律に10%となっている。これらのことから、Medishieldが無制限に高額医療費をカバーしている訳ではないことが分かる。

とはいえ、Medishieldのような高額医療費に対する保険は、大病を患った時の経済的負担を軽減する役割は大きい。ガンなどの高額な医療費を要する疾患はいったん罹患すると複数年で高額な医療費を必要とすることも多い。そのため、Medishieldへ保険料を支払うことが困難な人にとっては、高額医療のリスクは大きくなる。それらに対処するために、Medishieldは所得や年齢に応じて保険料の補助を行っている。表12には補助率が示されているが、低所得層(月所得1,100ドル以下)では、年齢に応じて25%から50%の補助、低中所得層(月所得1,100ドル超1,800ドル以下)では年齢に応じて20%から45%の補助、高中所得層(月所得1,800ドル超2,600ドル以下)では年齢に応じて15%から40%の補助となっている。ただし、それ以上の所得では補助はなしとなる。また、補助の対象の所得層であっても、不動産を1つ以上保有している場合は、補助の対象外となっている。

表9 Medishieldの保険料額

年齢	年間保険料額	年齢	年間保険料額
1-20	130ドル	74-75	975ドル
21-30	195ドル	76-78	1,130ドル
31-40	310ドル	79-80	1,175ドル
41-50	435ドル	81-83	1,250ドル
51-60	630ドル	84-85	1,430ドル
61-65	755ドル	86-88	1,500ドル
66-70	815ドル	89-90	1,500ドル
71-73	885ドル	91以上	1,530ドル

出典：Central Provident Fund Board

注) 既往歴のある人がこのプランに加入する場合、通常の保険料に30%上乗せした保険料を10年間払う必要がある。

表10 Medishieldの請求限度額

	請求限度額
<b>入院、日帰り手術</b>	
処置費	
一般病室	1日あたり700ドル
集中治療室	1日あたり1,200ドル
地域病院	1日あたり350ドル
精神病棟	1日あたり100ドル
手術	
Table1 (低難易度)	1日あたり200ドル
Table2	1日あたり480ドル
Table3	1日あたり900ドル
Table4	1日あたり1,150ドル
Table5	1日あたり1,400ドル
Table6	1日あたり1,850ドル
Table7 (高難易度)	1日あたり2,000ドル
インプラント	1治療あたり7,000ドル
放射線外科	1治療あたり4,800ドル
<b>外来</b>	
ガンに対する化学療法	1月あたり3,000ドル
ガンに対する放射線治療	
表層	1治療あたり140ドル
近接照射療法	1治療あたり500ドル
定位放射線治療	1治療あたり1,800ドル
腎臓透析	1月あたり1,000ドル
臓器移植に対する免疫抑制	1月あたり200ドル
慢性腎不全に対する赤血球生成促進	1月あたり200ドル
<b>最大請求限度額</b>	
年間の1疾患	100,000ドル
生涯	限度なし

出典：Central Provident Fund Board

表11 Medishieldの自己負担率

自己負担率	
0ドル-5,000ドル	10%
5,001ドル-10,000ドル	5%
10,001ドル以上	3%
外来	10%

出典：Central Provident Fund Board

表12 Medishieldの保険料の補助率

年齢	月所得に基づいた補助率		
	低所得 0ドル-1,100ドル	低中所得 1,101ドル-1,800ドル	高中所得 1,801ドル-2,600ドル
1-40	25%	20%	15%
41-60	30%	25%	20%
61-75	35%	30%	25%
76-85	40%	35%	30%
86-90	45%	40%	35%
91以上	50%	45%	40%

出典：Central Provident Fund Board

注) 不動産を1つ以上所有している個人は補助の対象外

最後に、シンガポールでは、貧困層に対する制度としてMedifundが整備されている。医療貯蓄勘定の本体であるMedisaveや高額医療保険であるMedishieldには所得などに応じた保険料の補助があるが、補助分を控除しても十分に保険料を支払えない貧困層も存在する。それらの層に対し、シンガポールでは公費で医療費を賄うMedifundを用意している。Medifundは1993年に当初資金2億ドルで設立され、その当初資金は政府予算が黒字の時に資本を提供したものである。なお、Medifundの持続性を維持するために、資金からの利子所得のみを医療費給付に用いることになっている。また、給付にはミーンズテストが必要である。

## V. まとめ

本稿では、医療費の遷移確率をもとに個々人の医療費支出のシミュレーションを行った。そのシミュレーションを通じて、わが国における医療貯蓄勘定導入の可能性について考察を行った。シミュレーションの結果は、かかった医療費すべてを個人の医療貯蓄勘定の医療費に含めた場合、保険料率が8.2%の場合は黒字のまま退職する人の割合は34.4%、保険料率が12%の場合は50%の割合、保険料率が15%の場合は60.5%の割合という結果になった。それらの結果は、退職前の年齢に限定した場合でも、大多数の人が医療支出の総額が保険料総額を下回り黒字のまま退職するという結果には必ずしもならない。特に、高額な医療費が必要になった場合、積立型の医療貯蓄勘定だけでは医療費を賄えないことが予想される。高額医療に関しては加入者間でリスクをシェアする保険の枠組みで対処するのが望ましいと考えられるが、その保

険の提供主体が国である必要は必ずしもない。今後の社会保障関連の支出増は公的医療の比重がより高まるであろう。公的医療費の増大は年金のケースと同じように結局のところ若年世代や将来世代の負担増となる。そのため、公的医療保険における高額療養費制度の自己負担限度額を引き上げることで、高額医療費に対する公費支出をある程度抑えることが必要になるだろう。それとともに、高額医療費に対する保険として、民間の提供するガン保険などの高額医療に対応する保険への加入を後押しする税制上の優遇策も必要になってくるかもしれない。

第IV節では世界の医療貯蓄勘定の一つとしてシンガポールを取り上げた。シンガポールでは積立型の医療貯蓄勘定(Medisave)と高額医療に対しての保険(Medishield)が分離している。第II節、第III節で行った日本のデータに基づいた医療貯蓄勘定のシミュレーションで勘定が赤字となる大きな要因は高額医療費の部分である。仮に高額医療費の部分は医療貯蓄勘定の支出とは別勘定とするならば、多くの人が医療貯蓄勘定が黒字のまま退職することも予想される。そのため、高額医療費を別の制度として分離できるのであれば、日本においても積立型の医療貯蓄勘定の導入は実現可能かもしれない。

## 参考文献

- Eichner, M., M. McClellan and D. Wise (1997) “Health expenditure persistence and the feasibility of medical savings accounts,” in J.M. Poterba(ed.) *Tax policy and the Economy*, Vol.11. Cambridge, MA:MIT Press.
- Grossman, M. (1972) “On the Concept for Health Capital and the Demand for Health,” *Journal of Political Economy*, 80(2) pp.223-255.
- Hsiao, W. (1995) “Medical savings accounts: lessons from Singapore,” *Health Affairs*, 7(4), pp.260-266.
- Massaro, T.A. and Y-N. Wong (1995) “Positive experience with medical savings accounts in Singapore,” *Health Affairs*, 14(2), pp.267-272.
- Pauly, M.V. (1994) “An Analysis of Medical Savings Accounts : Do Two Wrongs Make a Rights?” The American Enterprise Institute.
- Pauly, M.V. and J. C. Goodman (1995) “Tax credits for health insurance and medical savings accounts,” *Health Affairs*, 14(1), pp.126-139.
- Wouters, O.J., J. Cylus, W. Yang, S. Thomson and M. Mckee (2016) “Medical savings accounts: assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care,” *Health Economics, Policy and Law*, 11, pp.321-335.
- 岩本康志・福井唯嗣(2007)「医療・介護保険への積立方式の導入」『フィナンシャル・レビュー』Vol.87、pp.44-73。

- 小黒一正(2006)「世代間格差改善のための医療保険制度モデル私案とその可能性－賦課方式と積立方式の補完的導入」『フィナンシャル・レビュー』Vol.85、pp.151-176。
- 厚生労働省(2014)「医療保険に関する基礎資料」。
- 鈴木亘(2000)「医療保険における世代間不公平と積立金を持つフェアな財政方式への移行」『日本経済研究』No.40、pp.88-104。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2004)「個票データを用いた医療・介護サービスの需給に関する研究」、厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書。

