

医療保険のあり方を考える

適正規模の医療保険

1 超高齢社会と多様な生き方

国立社会保障・人口問題研究所は、1997年1月に新しい将来人口推計を発表した。それによると来世紀初頭の高齢化の率は前回推計からさらに上方に修正され、65歳以上の人口の比率は、95年の14・6%から2000年の17・2%を経て、10年22・0%、20年26・9%、30年28・0%と上昇し、50年ごろには人口の3分の1が65歳以上になるものと予想される。

このような高齢社会は、これまでの社会のあり方を根本から変えることになると考えられるが、そうした変化のなかには、世帯の形態や働き



関西大学 経済学部

教授 一 圓 光 彌

方の多様化も含まれる。これまでの社会保障は、一家の大黒柱となる男性が外に働きに出て家計を支え、それで妻を養い子どもを育てるといった社会を前提に制度がつくられていた。子育てが終わると間もなく人生が終わるので、退職後の生活が大きな社会問題になることはなかったし、少しばかり長生きしたとしてもその生活は子ども達の仕送りでもやりくりできた。

ところが最近では、壮年期の男性が一人で妻も子どもも親も養うという世帯の維持の仕方は大きく崩れるようになった。まず、親は自分の年金で生活し、医療保険も独立して国民健康保険に加入することになった。若い人々の生き方も一定の年齢にな

ると就職してその後結婚し、何人かの子どもを育てるといふ生き方は、数ある選択肢の一つでしかなくなっている。いつまでも定職をもたずの様子を見る若者も多くなつたし、女性の労働力率が高くなり夫婦共働きも多くなつた。さまざまな形でのパートタイム就労も多くなり、世帯主の所得を見るだけでは世帯全体の生活の様子を把握することは不可能になっている。高齢化とともに無業の高齢者が増えることは言うをまたない。働き盛りの時期に、一家を支えるような仕事が残ることは間違いないであろうが、その他の就業形態が増え、働いたり学習したり、あるいは子育てや介護と仕事を両立させることも増えるに違いない。これから

の社会保険はこうした多様化する就業形態に柔軟に対応できる仕組みを必要としている。その意味では、今の国民健康保険は、高齢社会の社会保険のモデルなのかもしれない。市町村国民健康保険の制度を今後の社会保険の普遍的なモデルと考えた場合、保険者ごとに異なる今の制度をどのように改革したらよいか検討してみたい。

2 政管健保と組合健保

さまざまな就業形態、さまざまな世帯形態に柔軟に対応できる社会保険としては、社会保険方式よりも税方式が適しているとよくいわれる。所得の把握と保険料の徴収が困難な社会保険よりも、強制力のある税方式で必要な財源を確保し、社会保険を必要としている人に必要に応じた給付を行うことができるからである。しかしながら、医療や介護のサービスを保障する制度については、自分たちの負担で制度を維持し、職場や地域といった生活の場で助け合い機能を働かせる社会保険の意義は捨てがたいし、特にこれから社会保障の費用が増加し、効率的な運営が求め

られるようになると、適正規模による保険経営はますます重要になる。そこでまず、同じような被用者の医療保険である政府管掌健康保険と組合管掌健康保険についてどちらがどの程度効率よく保険を運営しているかを調べてみよう。

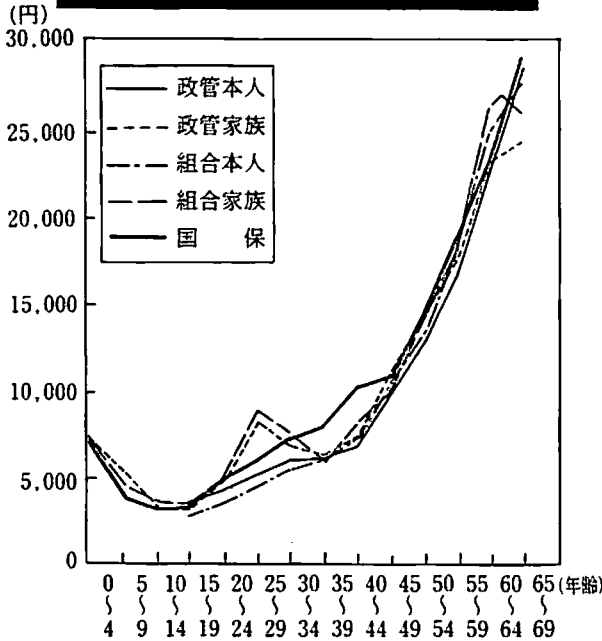
△制度別年齢別医療費▽

図1は、歯科を除く年齢別の一人当たり一般診療費を政管、組合、国保について比較したものである。年齢によって医療費に違いがあること

や制度によって年齢別医療費に微妙な違いがあることがわかる。その違いは、20歳代後半から30歳代の終わりにかけて、政管や組合の本人と家族の間で顕著で、本人と家族という区別のない国保の実線はその中間をたどっている。30歳代後半から40歳代を通して、国保が政管や組合を上回っていることも注目される。また、60歳代で政管と組合の家族でかなりの違いが生まれている。

こうした年齢別の一人当たりの医療

図1 制度別年齢別診療費月額（1994年）



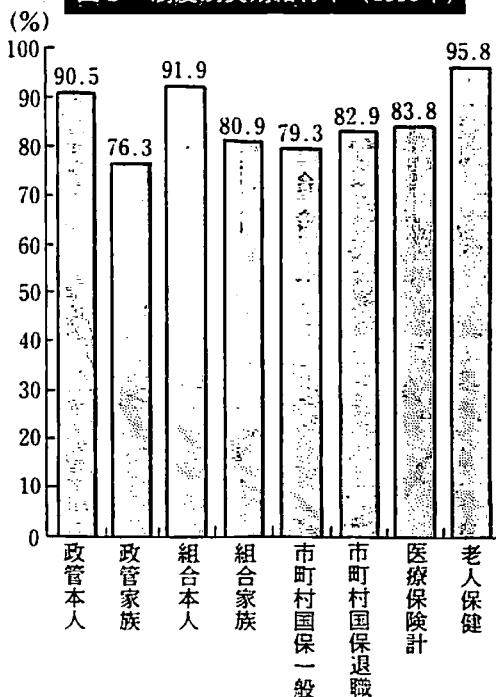
(注) 歯科を除いた医療費である。政管は4月、国保は6月、組合は10月。
資料 社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」(平成6年度)
健康保険組合連合会「医療給付実態調査報告」(平成6年度)
厚生省保険局「国民健康保険医療給付実態調査報告」(平成6年度)

療費の違いには、さまざまな要因が原因している。被用者保険と国保の間では、被保険者の性格にかなりの違いがあると考えられるので、ここでは民間の被用者保険である政管と組合に着目して両者を比較することにする。全国的な大規模な保険者と比較的小さな職場ベースの保険者とで医療費にどのような違いがあるかを見てみたいからである。ちなみに中小企業の被用者を主な対象とする政府管掌の健康保険は、被保険者本人とその家族を合わせて約3800万人が単一の保険者に加入しており、組合管掌の健康保険の場合は、大企業など職場ごとに組織された1820程度の健康保険組合があつて、これに本人、家族合わせて約3200万人の者が加入している。

△制度別実効給付率▽

医療費に影響を与えると考えられる要因の一つに給付率がある。一般には給付率が高いほど医療サービスを受けやすく、したがって一人当たり医療費は高くなる傾向がある。医療費のうち実際に保険が負担した割合を実効給付率とよぶが、実効給付率は図2のとおりである。特に政管

図2 制度別実効給付率（1993年）



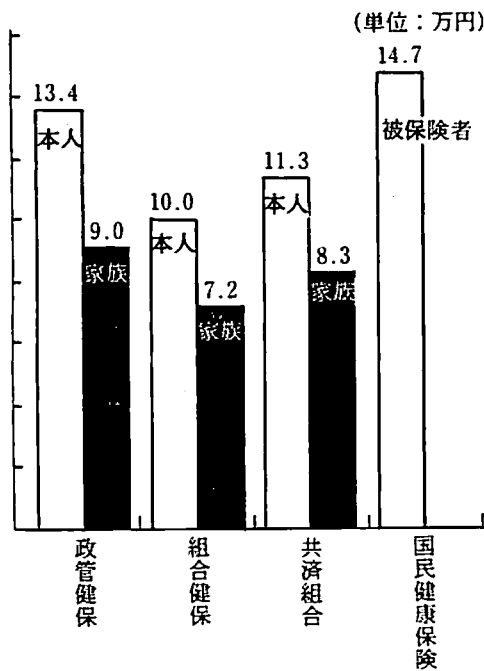
資料 医療経済研究機構「医療白書1996年版」
日本医療企画、1996年

と組合について実効給付率を比べると、政管本人では高額療養費の影響で9割をこくわずか上回るが、組合本人の場合は付加給付があるのでさらにわずかばかりこれを上回っている。家族の場合は、政管では入院8割、入院外7割に高額療養費の影響が加わり全体で76・3%の実効給付率になるが、組合家族では付加給付の効果が大きく、80・9%となっている。こうした給付率の差は、組合の医療費を政管より高くする方向で影響を与えるはずで、その影響は特に家族の場合に大きいと考えられる。

△制度別一人当たり医療費と制度別期間医療費▽

図3は制度ごとの一人当たり医療費を示したものであるが、これを見ると政管よりも組合の方が医療費が低く、前記の実効給付率の違いとは矛盾する結果になっている。もともと一人当たり医療費の違いは、制度ごとの年齢構成の違いによるところが大であるので、どの制度も同じ年齢構成であったとした場合の一人当たり医療費を比較することが大切である。ここでは、単純に被保険者本人については15歳から69歳まで、家族

図3 制度別一人当たり医療給付費(1994年)



資料 厚生省監修『医療保険統計便覧』
健康保険組合連合会、1996年

については0歳から69歳までの年齢階級別の医療費を加算し、この55年間ないし70年間の期間医療費を比較する。

年齢階級別の医療費データは、政管は各年とも4月の明細書に基づくのに対して組合は9月(1994年は10月)のそれによるので、毎年約半年の開きがある。この半年の差は、組合の医療費を政管より引き上げる要素になるし、途中で診療報酬改定や給付率に関する制度改正があると、その影響が直前や直後の医療費に影響を与えるので、これらの影響が捨

棄できるような医療費の比較をすることが必要となる。

図4は、1984年から94年までの政管本人(政本)、政管家族(政家)、組合本人(組本)、組合家族(組家)それぞれの15~64歳または0~64歳の入院医療費(入)と入院外医療費(外)の推移を示したものである。その間の給付に関する主な制度改正としては、84年10月から実施された被保険者本人の10割給付から9割給付への変更、94年10月に実施された入院時の標準的な食事代の患者負担導入がある。また、84年10月

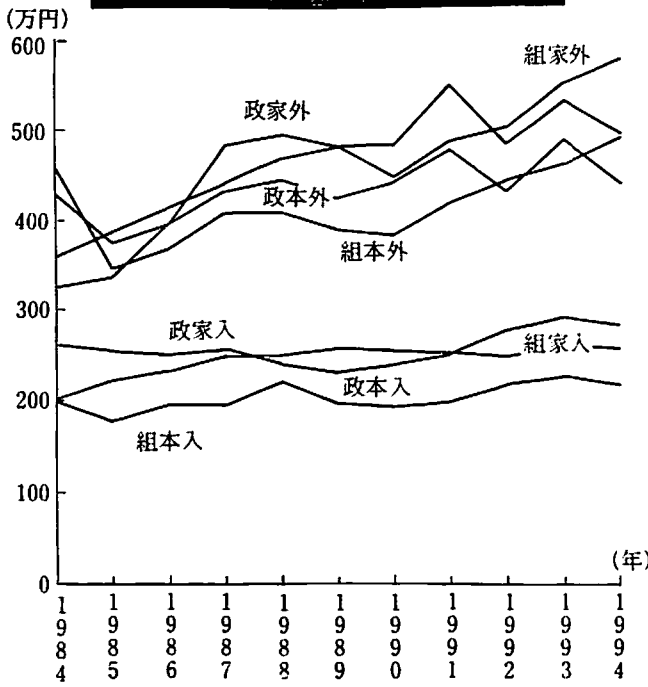
象できるような医療費の比較をすることが必要となる。

図4は、1984年から94年までの政管本人(政本)、政管家族(政家)、組合本人(組本)、組合家族(組家)それぞれの15~64歳または0~64歳の入院医療費(入)と入院外医療費(外)の推移を示したものである。その間の給付に関する主な制度改正としては、84年10月から実施された被保険者本人の10割給付から9割給付への変更、94年10月に実施された入院時の標準的な食事代の患者負担導入がある。また、84年10月には高額療養費制度に関し、世帯単位や複数月で調整する制度が導入され、86年5月、89年6月、91年5月には高額療養費の自己負担限度額の引き上げがある。

診療報酬は、84、85、86、88、89、90、92、94年と、より頻繁に引き上げが実施されており、その時期は4月が多い。これらの点を考慮に入れて図4を見ると、84年から85年にかけての政管や組合の本人の外来の医療費の低下は、84年10月の本人負担の引き上げの影響ではないかと考えられるし、91年や93年の政管健保における入院外医療費の上昇は、前年の診療報酬改定の影響がタイムラグをおいて翌年に影響を与えたものと見ることができ。

以上から、84年10月の本人患者負担の引き上げの影響が大きいと考えられるその前の84年4月と9月のデータと94年10月の入院時食事代の負担の影響が考えられる94年の組合のデータをはずし、政管の85年4月から94年4月までの10年の期間医療費の平均と組合の85年9月から93年9月までの9年の平均とを比較し、調査月の違いを平準化することにした。

図4 制度別70歳未満期間医療費推移



(注) 本人は15~69歳、家族は0~69歳の医療費合計
 資料 社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」(各年版)
 健康保険組合連合会「医療給付実態調査報告」(各年版)

△政管健保に対する組合健保の優位▽
 その結果、15~69歳の被保険者本人の一般診療医療費の組合健保に対する政管健保の医療費の比率は1・13倍、0~69歳の被扶養者家族のそれは1・05倍であった。組合健保が政管健保に対して持つ13%とか5%の節約の意味は非常に重大である。組合健保の対象となるような大手企業の被用者は、採用時点でもともと健康な者が多く、公平な比較にならない

いとの批判もあるが、就職時点の違いだけでこれだけの医療費格差を説明することはできない。就職後の職場での健康管理や健保組合の保健教育や予防活動による効果を認めざるを得ない。
 また、家族の場合は実効給付率の差がかなり大きいにもかかわらず、医療費で5%の差が生まれている。被保険者のように採用時点での健康の差や職場での健康管理は直接影響

しないが、保健教育一般や経営努力の効果も家族の医療費にも及んでいると考えられる。現在は、保険者に対して本来の保険者機能を十分に発揮するだけの権限が与えられているとはいえないが、それでもこのような効果があると評価すべきであろう。

国民健康保険が、保険者の組織形態から見て政管健保よりも組合健保に近いことは明らかであろう。今後、保険者機能をもっと高めることができれば、さらに高い効果を期待することもできる。これからの医療保険改革は、組合健保や国民健康保険のような組織形態を育て、政管健保や一部の共済組合のような大規模な組織での分権化を進めることが重要に思われる。

(注) 市町村の保健事業が医療費にどのような影響を与えているかは『市町村保健活動と医療費の関係に関する報告書』(市町村保健活動と医療費の関係に関する研究会、国民健康保険中央会刊、平成8年3月)を参照。