

医療保険のあり方を考える

国保保険料のあり方

1 保険者の年齢構成と医療費

これまでみてきたように、一人当たりの医療費は年齢がかさむにつれて上昇する。したがって、人口の高齢化は当然医療費を引き上げる要因になる。一方、高齢化が進むとともに、安心して老後を迎えられる確固たるシステムを築くことは、これまでに以上に必要となる。医療費が増加するなか、安心できるシステムを維持するためには、効率的な保健医療福祉のあり方を追求し、医療費を適正化することが不可欠となる。

保健サービスやプライマリケアに力を入れ、効率的な保険経営に努めることは、被保険者や患者に対す



関西大学 経済学部
教授 一圓光彌

る保険者の責務であるが、高齢化とともにこの保険者の責務はますます重要になる。そして、保険者がそうした努力に取り組むことができるためには、地域や職域をベースとした、適正規模の組織が必要不可欠である。今ある医療保険を例にとれば、健保組合や市町村国保のような組織形態が望ましいことになる。(注1)

適正規模の保険を職場や地域で多数組織するということは、結果的に異なる年齢構成の組織を認めるということにほかならない。若者中心の組織であれば、医療給付費は安くなるし、高齢者中心の組織はその反対に過大な給付費を抱えることになる。前者の場合、組織上のメリットが大きいので保健事業などで努力するイ

ンセンティブは影をひそめるであろうし、後者についても、医療サービスの効率化を通して保険財政を改善しようという意欲を失い、安易に国や自治体の援助に頼ることになりかねない。したがって、多数の保険者による自主運営を認める以上、個々の保険者の経営努力で解決できないような財政力格差は、これを徹底して排除することが不可欠となる。

年齢構成による財政力格差という点では、国民健康保険は他の制度と比べて不利となっている。図1では、国民健康保険とその他の制度との加入者の年齢構成の違いを示している。このままでは、国民健康保険に加入している者は、平均以上に重い負担を強いられることになる。この問題

を解決する方法として採用されているのが、老人保健制度のもとでの老人医療費拠出金の仕組みであり、また退職者医療制度のもとで被用者保険の保険者が支払う療養給付費の拠出金の仕組みである。

今仮に、退職者医療制度と老人保健制度により、60歳以上の人口については、国保とそれ以外で完全に財政調整がなされているとすると、支出面での不公平はかなり解消されることになる。しかし60歳までの人口に限ってみても、図2でみられるように、国保では平均して45〜59歳人口の比率が高いため、94年の年齢別一人当たり医療費をもとに計算すると、国保の医療費はその他の制度の医療費よりも10%強高くなる結果となる。実際の個々の国保の保険者の年齢構成は、もっと大きな違いがあるから、年齢構成の違いによる財政力格差はさらに大きくなる。個々の保険者の努力が報われるためには、そうした格差を十分に平準化できる財政調整が不可欠である。言い換えれば、年齢別・性別の全国平均給付費に基づいて、それぞれの保険者に基礎的な給付費の予算が配分できる

図1 国保とそれ以外の年齢構成(1996年)

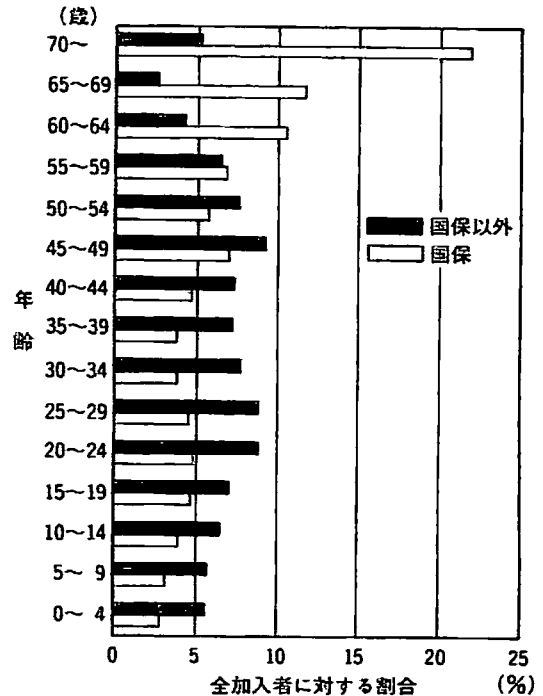
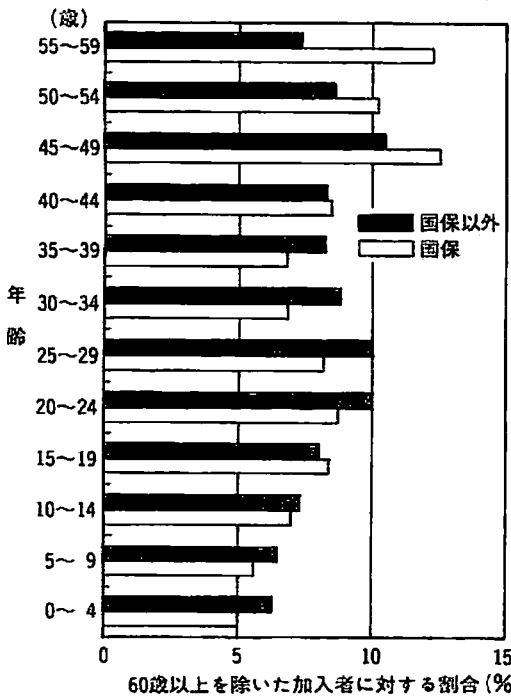


図2 国保とそれ以外の年齢構成(60歳以上を除く)(1996年)



(注)国保データは1996年、全人口は1997年をとっている。
資料 厚生省「平成8年度国民健康保険実態調査報告」

ような財政システムが必要である。
(注2)

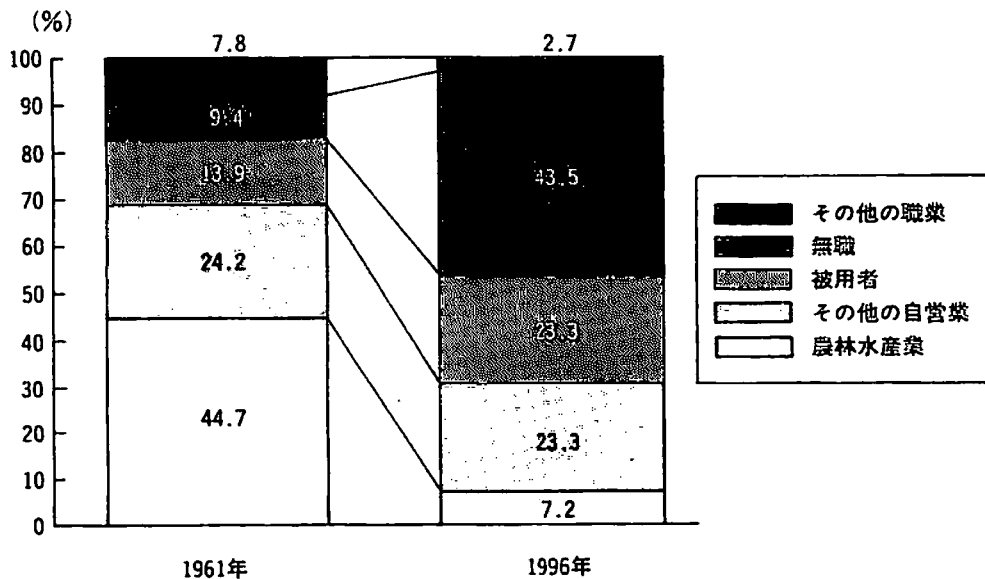
2 国保の保険料

適正規模の保険を維持するためには、個別保険者の責任に帰すことができないような財政力格差を調整することが必要であるが、それは先に述べたような給付面に限られるわけではない。平均所得の低い保険者は、それが高い保険者よりも、より高い保険料率が必要となる。だから平均所得の高い保険者は、熱心に医療費の適正化に努める必要性をあまり感じないであろうし、所得の低い保険者の場合も、少々の努力では保険財政の改善が見込まれないので、安易に公費の補助を求める結果になるかもしれない。

図3は、国保の世帯主の職業の構成とその変化を示したものである。皆保険制度創設当時とそれ以降の35年間で国保の性格は大きく変化し、主として農林水産業や自営業の人々の保険から、主として無職の人や畜細事業所の被用者のための保険へと変わってきていることがわかるであろう。

図4は、国保世帯主の職業別所得

図3 市町村国保世帯主の職業構成

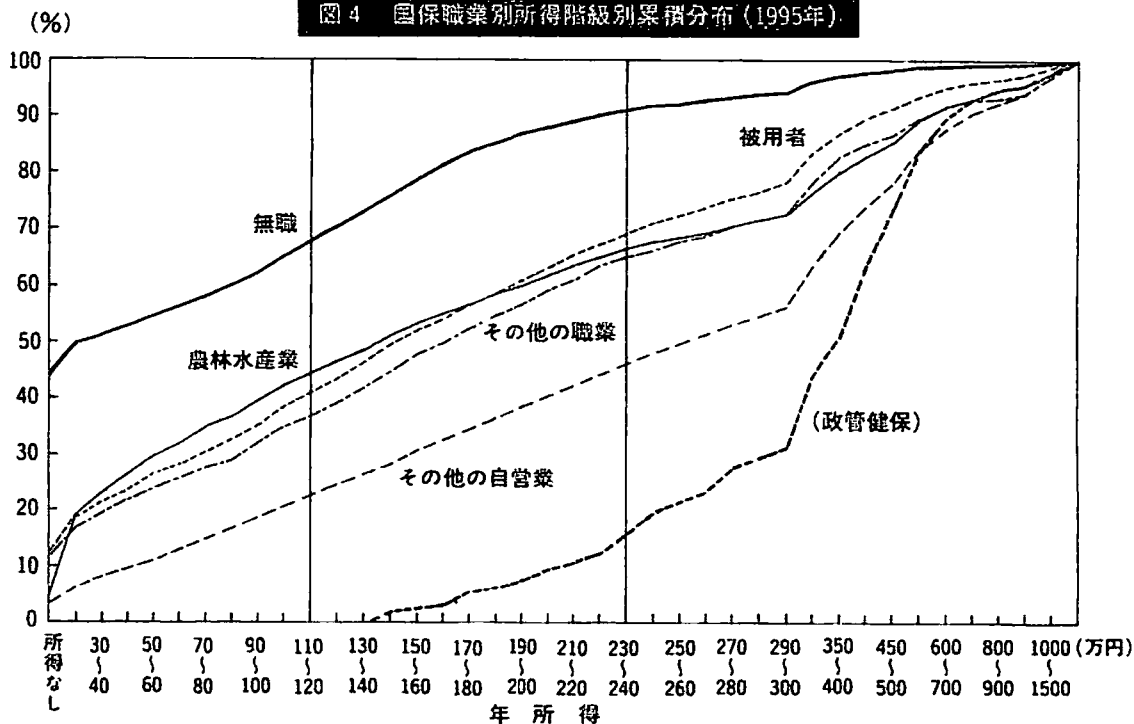


資料 厚生省「平成8年度国民健康保険実態調査報告」

階級別の累積分布を示したものである。1995年の1年間の所得が、120万円までの世帯は、無職で68%、農林水産業で44%、被用者で41%、その他の職業が37%、その他の自営業は22%であり、国保の中心を占める無職はもとより、被用者でもその所得分布は低いところに集まっていることがわかる。同じく240万円までの世帯をみると、無職91%、被用者69%、農林水産業66%、その他の職業65%、その他の自営業は46%となっている。この図には、政管健保の被保険者の累積分布も示している。同じ被用者でも、国保とでは所得水準に大きな差があることがわかるであろう。

ところで、現在の仕事のあり方は、子供が親の仕事を引き継いで、農業の一家は代々農業に携わるといいう形でないばかりか、一人の人間についても、生涯一つの会社に働き続けるということが少なくなっている。フリーターのような不確定な時期や比較的安定した会社勤めの時期、転職とそのつなぎの失業の時期、退職後の低賃金就労時、自営業の時期など、さまざまな就労を経て完全な引退に

図4 国保職業別所得階級別累積分布(1995年)



資料 厚生省「平成8年度国民健康保険実態調査報告」
社会保険庁「事業年報(平成7年度)」

至っている。女性については、その変化はさらに顕著である。また大学での勉強の時期やボランティア活動の時期なども入り込み、仕事と学習と余暇の時期は一層流動化するようになってきている。そして、こうした傾向は、高齢社会ではさらに強まるに違いない。そうした社会では、サラリーマンや公務員の時期といえども、ライフサイクルのなかで重要ではあるが一部に過ぎないことになる。言い換えれば、医療保険全体としては、無職の時期も零細被用者の時期も自営業者の時期も、ならして財政を調整することが不可欠となる。そうしたさまざまな時期を通して、誰もが公平に老後のための医療財源を確保できるシステムを確立しなくてはならないからである。

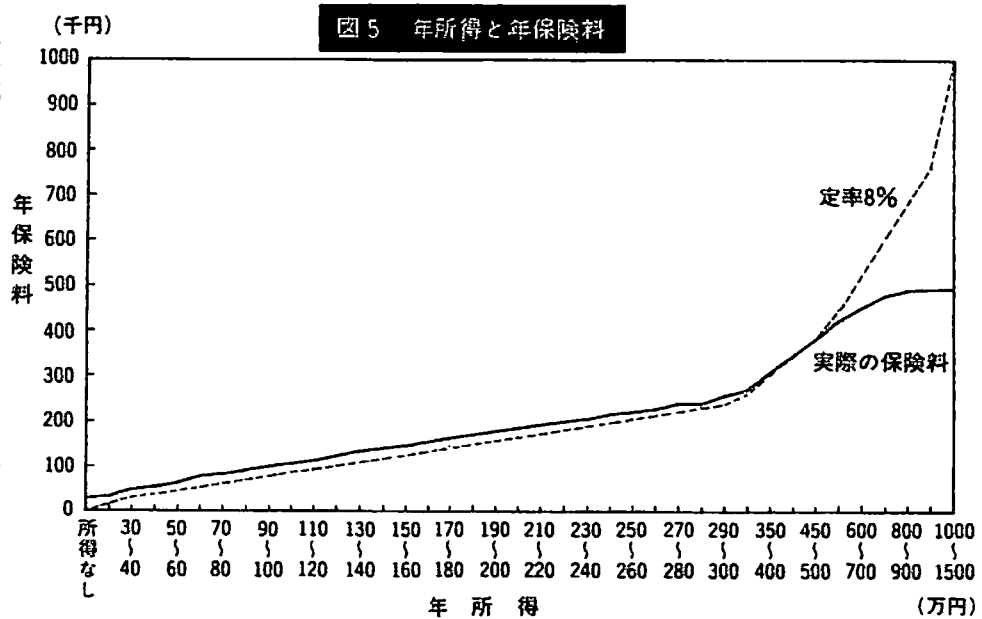
言い換えると、被用者保険が国民健康保険の財政を支援するという制度間の「財政調整」の考え方を捨て、誰もが働いて所得のある時は、その所得に応じて社会全体の医療保険のために拠出をして年齢とともに増加するであろう医療費に備え、誰もが必要な時に全体の保険財源から公平に給付を受けられるようにする必要

がある。特定グループの医療費の支払いをそのグループに属する人が責任を負うのではなく、社会全体の医療保障の責任を社会全体が負う基礎年金のような仕組みを確立することが重要となっている。

このような考えに立つと、基本的には国保も政管健保も同じ保険料の賦課方法を適用するべきだということになる。もちろん

人保険者ごとに給付内容が異なる場合、それに応じて保険料が変化するのは望ましいことであるが、基礎となる給付部分については、保険料も同率でなくてはならない。(注3)ましてや国保のなか

図5 年所得と年保険料



なるのは許されることではない。そこでここでは、国保の保険料を所得に関して全国的に標準化したらどのようなかを調べてみる。図

5は、全世帯の所得階級別の保険料分布を示している。実際の保険料は所得なしの世帯からも平均すれば2・6万円の保険料を徴収しており、最高の保険料額は50万円弱に抑えられている。

同じ図に示した定率8%の曲線は、仮に政管健保と同じような定率の保険料を課したらどうなるかを示したものである。(注4)所得割一本で、一律8%(ただし保険料の上限を100万円としている)の保険料で、ほぼ実際と同じ保険料収入が得られる計算になる。また、年間100万円の保険料は高すぎるかもしれないので、8%の保険料率のまま所得の高い世帯でも現在の保険料を超えないように抑えた場合、保険料収入は1割ほど減る計算となった。また図示していないが、世帯割2・6万円に所得割7%の保険料で上限を50万円にすると、現在の保険料収入を3%ほど下回る計算である。国保の保険料率を標準化し、全国的に財政調整するとともに、次のステップとしては被用者保険との統一化を図っていくことが必要である。

注

- 1 単独の健康保険組合の規模として、保険率の一定の計算をもとに、1985年に被保険者数で最低700人が必要とされ、それが実際にも健保組合の認可の条件の一つとされてきたが、その後医療費は大幅に増加し、同じ保険率で計算すると、当時の7000人は95年では約5000人に相当する。当時制度化されていなかった高額医療に対する再保険制度を考慮しても、被保険者数3000人が必要で、これは被扶養者も含めると、6000人規模の保険集団に当たる。(健康保険組合連合会、健康保険組合の適正規模に関する調査研究事業報告書、98年3月参照)医療費がそれほど高額でなかった時代に比べて、今日では、ある程度の規模が必要になっていくことが明らかである。
- 2 介護保険の仕組みは、費用の8割以上をニースに応じて配分する形になっており、今後は、こうした財政方式を医療保険にも取り入れていくべきである。
- 3 この点でも介護保険では、基礎的な給付に対応する保険料を一律に

定めたうえで、保険者ごとの事情に応じて、第1号被保険者のみ保険料を調整できるようにしている。ただし、第2号被保険者については、医療保険の賦課方式を介護保険にも適用する考えなので、医療保険の賦課方式の不公平が介護保険に引き継がれた形になる。

4 実際には1996年の政管健保の保険料率は8・2%であり、その他にもポータスに対する1%の特別保険料が徴収されていた。さらに秘密には、政管健保の保険料はその年の所得に対して賦課されるのに対して、国保の所得は前年のそれである。こうした点については、ここでの計算では無視している。

謝辞

本連載をまとめるに当たっては、国民健康保険中央会、大阪府国民健康保険団体連合会、健康保険組合連合会より、資料の提供を受け、アドバイスをいただいた。また、関西大学からは平成9年度重点領域研究の助成を得、その成果がこの連載にも役立った。記してお礼申しあげたい。