

日本の医療保険

—— 保険者財政と医療債務の将来推計 ——

田 近 栄 治*
菊 池 潤**

1 はじめに

医療保険制度の抜本的な改革が進まないなかで、わが国の医療保険財政は、経済成長の低迷のもとで保険料収入が伸び悩むと同時に、支出が拡大することにより急速に悪化している。支出面で最大の増加要因となっているのは、老人保健制度に対する各医療保険からの拠出金である。1998年度の国民医療費29.8兆円のうち、10.9兆円が高齢者に向けられた老人医療費であり、その結果、各医療保険の支出総額に対する老人保健拠出金の割合は、政府管掌健康保険が29.8%、組合管掌健康保険が28.9%、そして、市町村の運営する国民健康保険においては32.9%という高い比率となっている。今後、この比率はますます上昇し、同時に、被保険者数の減少により保険料収入が減少するため、各医療保険制度の財政状況はより厳しいものになっていくと予想される。

こうしたなかで、現在、厚生労働省からわが国の医療財政の改善を図って、医療の需要者サイドでは、老人保健制度の適用年齢の70歳から75歳への引上げ、75歳以上の高齢者に対する給付の所得要件の適用などが提案され、一方、供給サイドでは、診療報酬の引下げ案などが出されている。しかし、そのいずれも、現在の各医療保険からの拠出金に支えられた老人保健制度の抜本的な改革を視野にいたれたものではない。また、今後の医療財政に関しては、これまで、『社会保障の給付と負担の見通し（平成12年10月）』（旧厚生省）で示された保険給付額の推計が公表されたほとんど唯一の推計であり、各医療保険の財政と連結したわが国の医療財政の推計は、今後の医療改革の基礎資料として不可欠となっている。また、

推計に当たっては、医療費や国内総生産額 (GDP) の伸び率などに関して、何通りか想定を行うことによって、たんに一つの推計結果だけではなく、今後の医療費を一定の幅で示すことが重要である。

この論文の目的は、今後の医療改革を見据えつつ、各医療保険とわが国の医療財政全体の将来推計を行うことである。先行研究には、小椋・入船 (1990) および鈴木 (2000) がある。本論文は、この二つの論文と同様に、各医療保険の負担と給付をコーホート (5 歳階級) に分解し、医療費に影響を及ぼすと思われるさまざまなパラメータに関して異なった仮定をおきつつ、1998 年度を初期時点として、2050 年度までの医療財政の将来推計を行う。

各医療保険では、単年度収支を推計すると同時に、各年度の支出と収入を均等させる保険料率を (保険数理的に) フェアな保険料率と呼び、その推計を行った。これにより、公費負担などで不透明になっている医療費負担を保険の観点から明らかにすることを図った。また、わが国全体の医療財政の推計をもとに、今後、2050 年度までに発生する医療債務額、すなわち、各年度の医療費から保険料などの負担を控除した債務額の合計額の現在価値を求めた。

論文の構成は次のとおりである。第 2 節では、推計の基礎となるコーホート・データの作成方法の概要について述べる。第 3 節は、医療費総額の将来推計を行う。第 4 節では、政府管掌健康保険、組管掌健康保険、国民健康保険、それぞれの財政状況の将来予測を行い、第 5 節では上に述べた医療債務額の推計を行う。最終節は、この医療財政の推計をもとにした今後の課題について述べる。

2 医療保険財政の推計方法

本論文ではわが国の医療保険制度を政府管掌健康保険 (以下、政管健保)、組管掌健康保険 (以下、組管健保)、退職者医療制度対象者を除く国民健康保険 (以下、国保 (一般))、退職者医療制度 (以下、国保 (退職))、共済の五つに分類し、各保険制度の 70 歳以上の加入者を老人保健制度対象者として扱う。以上の分類のうえで、各保険制度の加入者、医療負担額と給付額を推計する。そして、各保険制度の推計値を合算することによって、国全体としての医療財政の実態を

検討する。

この推計にあたって、まずわれわれの行ったことは、1998年度のデータに基づき、各保険制度の収入（保険料や自己負担額）と支出（保険給付額）を5歳階級のコーホート・データに分解することである。そのうえで、医療費や所得の伸び率などに関してさまざまな想定を行い、コーホート・データを集計することを通じて各医療保険財政を調べる。ここでは、医療保険財政に関するわれわれの推計の根幹となる、各保険制度の加入者、医療費、および加入者所得の推計方法について述べる。将来推計は、各保険のこの1998年度推計値をもとに行った。

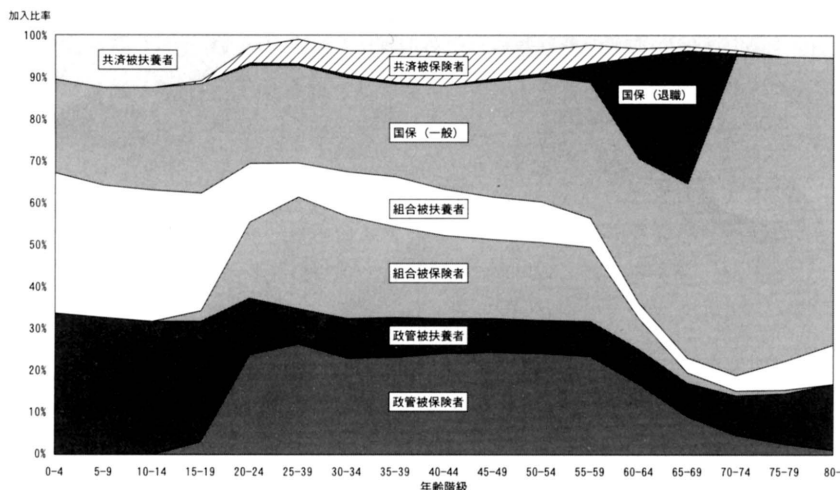
2.1 加入者

各保険制度の加入者数は、別に与えられている推計人口に各保険の被保険者・被扶養者の加入比率をかけることによって求める。以下では各保険の被保険者・被扶養者の加入比率の作成方法について述べる。

まず、政管健保、組合健保の加入者数に関しては「健康保険被保険者実態調査報告」より被保険者・被扶養者別の年齢階級別加入者数（抽出）が得られる。これを用いて各保険制度の被保険者・被扶養者の年齢構成を求め、「事業年報」、「健康保険組合事業年報」の被保険者総数、被扶養者総数に乗じることによって、被保険者・被扶養者別、年齢階級別加入者数が求められる。さらに被保険者・被扶養者別、年齢階級別加入者数を「人口推計」の各年齢階級別総人口で割ることによって、被保険者・被扶養者別、年齢階級別加入比率が得られる。

国保（一般）、国保（退職）に関しても「国民健康保険被保険者実態調査報告」より年齢階級別被保険者数が得られるので、同様の作業をすることによって年齢階級別加入比率が得られる。共済に関しては年齢階級別加入者数のデータが得られないため、被保険者、被扶養者に関して以下のような作業を行った。まず、共済被保険者の年齢構成として、「労働力調査」の年齢階級別公務員数を用いた。このようにして得られた年齢構成を共済の被保険者総数に乗じることによって、共済被保険者の年齢階級別被保険者数とした。さらに総人口で割ることによって共済被保険者の年齢階級別加入比率とした。共済被扶養者の年齢階級別加入比率

図1 制度別・年齢階級別加入比率



は上で求めた各保険者の加入比率の残差として求めた¹⁾。

将来のそれぞれの加入者数は年齢階級別将来人口に1998年の年齢階級別加入比率を乗じることによって求めた。なお、将来人口は国立・社会保障人口問題研究所の「日本の将来推計人口」(平成9年1月推計)の中位推計を用いている。こうして得られた制度別・年齢階級別加入比率は、図1に示した。

本来、各保険制度への加入比率は、各コーホートの生涯にわたるものであり、就業環境や労働参加の形態が異なることによってコーホート別に違ったものとなる。しかし、ここでは、図1の各保険制度への年齢階級別加入比率を将来も変わらないものとして、医療費の将来推計を行っている。

2.2 医療費推計

各保険制度の医療費は年齢階級別の一人当たり点数(入院, 入院外, 歯科)に年齢階級別加入者数を乗じることによって求める。以下では年齢階級別一人当たり点数の作成方法について述べる。

政管健保に関しては「医療給付実態調査報告」より被保険者・被扶養者別、年齢階級別の入院点数、入院外点数、歯科点数（抽出）が得られる。これに抽出率をかけて、さらに年単位に直すために12をかけることによって被保険者・被扶養者別、年齢階級別点数を計算する。これを仮の点数を呼ぶと、この仮の被保険者・被扶養者別、年齢階級別点数を全ての年齢階層、入院・入院外・歯科について集計し被保険者・被扶養者別総点数を作る。「事業年報」の総点数をここで求める仮の被保険者・被扶養者別総点数で割ることによって、現実の医療費に戻すための調整係数をつくる。調整係数を先の仮の被保険者・被扶養者別、年齢階級別点数にかけ、被保険者・被扶養者別、年齢階級別加入者数で割ることによって、被保険者・被扶養者別、年齢階級別一人当たり点数（入院・入院外・歯科）とした。

組合健保に関しては「健康保険医療給付実態調査報告」より被保険者・被扶養者別、年齢階級別の入院点数、入院外点数、歯科点数が、「事業年報」より被保険者・被扶養者別総点数が得られるので、政管健保と同様の作業を行うことによって被保険者・被扶養者別、年齢階級別一人当たり点数とした。国保（一般）、国保（退職）に関しても「国民健康保険医療給付実態調査報告」から年齢階級別の入院点数、入院外点数、歯科点数が、「国民健康保険事業年報」より総点数が得られるので、同様の作業を行い年齢階級別一人あたり点数（入院・入院外・歯科）を求める。

共済被保険者、共済被扶養者に関しては年齢階級別の医療費データが得られないため、組合健保のデータで代替した。また、各保険制度の70歳以上の加入者に関しては国保（一般）の70歳以上のデータで代替した。

将来医療費に関しては、上で求めた1998年の年齢階級別一人当たり点数をもとに、一定の医療費上昇率を用いることによって将来の年齢階級別一人当たり点数とし、先に求めた年齢階級別加入者数を乗じることによって年齢階級別点数とした。

2.3 被保険者所得の推計

被用者保険(政管健保、組合健保、共済)の被保険者に関しては年齢階級別の所得を求める。政管健保、組合健保に関しては先の「健康保険被保険者実態調査報告」より得られる年齢階級別平均標準報酬月額を用いた。

共済被保険者に関しては年齢階級別の所得データが得られないため「賃金構造基本統計調査」の年齢階級別の「決まって支給する現金給与額(企業規模計、産業計)」を共済被保険者の所得分布とみなし、先の共済被保険者数を乗じることによって仮の共済被保険者所得総額を求めた。一方で、「保険と年金の動向」より得られる共済被保険者の平均標準報酬月額に共済被保険者数をかけることによって共済被保険者所得総額が得られる。このようにして得られた共済被保険者所得総額を仮の共済被保険者所得総額で割ることによって調整係数を作り、先の年齢階級別決まって支給する現金給与額に調整係数を乗じることによって共済被保険者の年齢階級別所得とした。

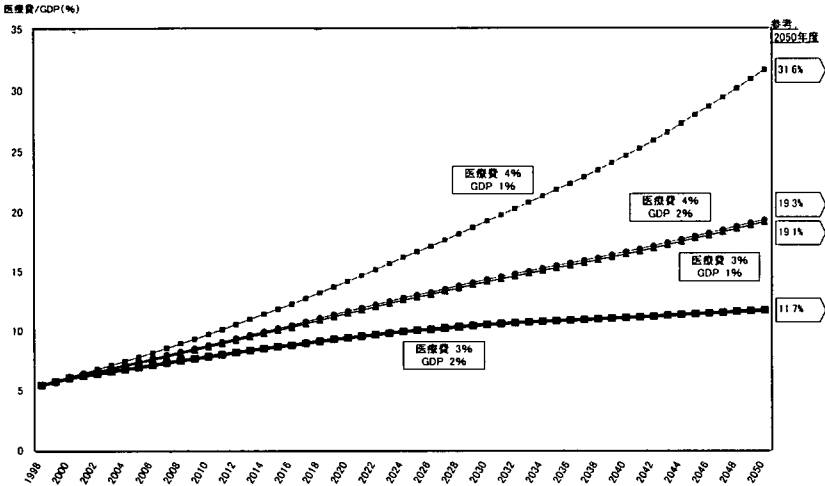
3 医療費の将来推計

前節で述べた方法を用いて、2050年度までの総医療費の対GDP比を見たものが図2である。推計の基礎となるパラメーターとして、ここではまず一人当たりの医療費上昇率を3%、名目賃金上昇率を2.5%、名目GDPの成長率を2%であると仮定して検討を進める²⁾。

医療費の将来推計に関して指摘すべきことは、人口の高齢化に大きく影響を受けるということである。本推計で利用している推計人口によれば、総人口は1998年以降緩やかに上昇していき、2007年以降は減少に転じる。一方、70歳未満の人口は今後減り続けるのに対して、70歳以上人口は2025年まで増加しつづけるため、2000年代の前半は急速に高齢化が進展することになる。

こうした人口の高齢化を反映して、2000年代前半の総医療費は4%台前半から4%台後半の高い伸び率で伸びていくことになり、1998年度現在で5.5%である対GDP比は2025年度には2倍弱の水準の10%にまで達する。その後は団塊の世代がしだいに減っていくために70歳以上人口は減少し、高齢化率も安定期に入るため総医療費の伸び率は2%から3%の範囲で増加していき2050年度のGDP比

図2 医療費の対 GDP 比率



は11.7%となる。

次にパラメーターが変化した場合について考える。GDP 成長率が2%のまま、一人当たり医療費の上昇率が4%になったとすると、2000年代前半の総医療費の上昇率は5%以上となり、2025年度以降においても3%以上の水準で総医療費が伸びていくことになる。このため、2025年度以降において先ほど見られたように、対 GDP 比が比較的安定して推移することはなく、2025年度には13%、さらには、2050年度には19.3%までと、現在の4倍弱の水準まで上昇することになる。

このことは、逆に GDP 成長率が落ち込んだ場合にもあてはまる。一人当たり医療費の伸び率が3%のままで、GDP 成長率が1%まで落ち込んだとしよう。このときの対 GDP 比の推移は先ほどのケースとほぼ同じ動きを示し、2025年度に12.8%、2050年度には19.1%まで上昇する。さらに、医療費の伸び率が4%に上昇したとすると、2025年度ですでに16.7%まで達し、2050年度には31.6%まで上昇することになる。

わが国の今日の経済状況を考えると、このことは非常に重要な意味を持つと考

えられる。需要サイドのコントロールというのは医療制度改革の議論において常に言われていることではあるが、仮に一人当たり医療費の伸び率を現在の水準に抑制できたとしても、GDP 成長率が落ち込んでしまえば、医療費の対 GDP 比はかなりの高水準になってしまう。もちろんここで考えているのは医療支出だけであり、社会保障分野に限っても年金、介護と今後の支出の拡大が見込まれている。これらのことを含めて考えると、現在の医療保険制度を今後も維持していくことはきわめて難しい状況になっていることが言える。

4 医療保険財政の将来推計

前節ではわが国全体での今後の医療費の推移についてみてきたが、本節では前節で用いたコーホート・データを用いて、各医療保険財政の将来推計について考える。なお、ここで考える医療保険制度は政管健保、組合健保、そして、国保（一般）の 3 制度とする。退職者医療制度や老人保健制度の財政は、この 3 つの保険制度や公費によって支えられているので、ここでは独立した財政単位としては取上げないこととする³⁾。

4.1 推計にあたっての仮定

各医療保険の主要な収入項目としては保険料収入、公費負担、主要な支出項目としては保険給付費、および退職者医療制度、老人保健制度への拠出金がある。まず以上の 5 つの主要項目に関する仮定について述べる。

<保険料収入>

政管健保、組合健保の保険料収入の推計に関しては、1998 年度決算における「平均標準報酬総額と保険料収入との比率」（実効保険料率）を用いる。1999 年度以降の実効保険料率は一定であるものとし、コーホート・データの推計所得に実効保険料率をかけ合わせたものの総和を保険料収入とする。国保（一般）、国保（退職）に関しては有効な所得データが得られないため、1998 年度の一人当たり保険料をベースに将来保険料を推計する。1998 年度の一人当たり保険料は、1998

年度決算における保険料収入額を加入者数で割ったものとし、1999年度以降の保険料収入に関しては、1998年度の一人当たり保険料が一定率で増加していくものと仮定する⁴⁾。これに加入者数を乗じて保険料収入とする。

<公費負担>

本モデルでは公費負担として、以下の三つを考える。第1は政管健保に対する公費負担であり、その額は保険給付費の13%と政管健保の負担する老人保健拠出金額の16.4%とする。第2は国保（一般）に対するもので、その額は保険給付費、国保の負担する老人保健拠出金のそれぞれ50%とする。第3は老人保健制度に対する公費負担であり、老人保健制度のもとでの医療費の30%とする。実際にはこの他にも様々な形で公費の投入が行われているが、ここでは取上げない。

<保険給付費>

政管健保の保険給付費に関しては「事業年報」に掲載されている1998年度の被保険者・被扶養者別の保険給付費を1998年度の被保険者・被扶養者別の医療費で割ることによって被保険者・被扶養者別の「実効保険給付率」を求める。1999年度以降も実効保険給付率が一定であるものとし、コーホート・データの被保険者・被扶養者別の推計点数にそれぞれの実効保険給付率を乗じ、両者の和をとることによって、将来の保険給付費とする。

組合健保に関しても政管健保と全く同様の作業を行う。また、国保（一般）、国保（退職）に関しては「国民健康保険事業年報」の、老人保健対象者に関しては「老人医療事業年報」の保険給付費、医療費のデータを用いて同様の作業を行った⁵⁾。

<老人保健制度への拠出金>

原則70歳以上の人を対象とした老人保健制度においては、先に見たとおり、医療費の3割を公費負担とした⁶⁾。この公費負担と自己負担額を医療費から控除した額が、各保険制度から老人保健制度へ支払われる老人保健拠出金総額であり、各保険制度の老人保健拠出金の負担割合は各保険制度の加入者数で按分したものとする。

<退職者医療制度への拠出金>

被用者保険の退職者を対象とした退職者医療制度の財源は、退職被保険者等の保険料、自己負担、および被用者保険からの拠出金で賄われる。したがって、退職者医療制度への拠出金総額は、退職被保険者等の医療費から退職被保険者等の保険料、および自己負担額を控除した額として求められる。各保険者の負担割合は各保険の被保険者の所得総額で按分したものとする。

4.2 推計結果

以上の前提のもとで、政管健保、組合健保、国保（一般）の財政状況の推移を示したものがそれぞれ、図 3、図 4、図 5 である⁷⁾。各年度の収入額、支出額を 1998 年度の割引現在価値で評価したうえで、保険給付額などの支出額を正の値、保険料などの収入額を負の値で表している（図中左軸を使用）。なお、名目利子率は 4 % と仮定している。

まず、政管健保、組合健保の収支状況の推移についてみる。どちらの制度もほぼ同様の特徴を持ち、支出面では 2025 年前後までにかけて老人保健拠出金が急増する。一方で、どちらの制度も若年人口の減少とともに保険料収入が減るため、2025 年前後までに単年度収支は急速に悪化することになる。政管健保においては 1999 年度から、組合健保に関しては 2001 年度からこの収支は、赤字へと転換する。その後、老人保健拠出金は緩やかに減少していくことになるが、単年度収支を黒字に転化させるには至らず、赤字状態が続くことになる。

つぎに、国保の財政状況についてみると、支出面に関しては政管健保、組合健保と同様の特徴を持つ。すなわち、老人保健拠出金が急増していく。しかしながら、国保の場合には以下の二つの点で異なる。一つは加入者数であり、一つは莫大な公費の投入である。人口が高齢化するとともに、被用者保険の加入者数は減少するのに対し、国保の加入者数は増加することになる。実際、国保加入者は 2021 年度まで増加することになる。加入者数の増加は支出面では給付費の増加とともに、老人保健拠出金の負担割合が増加することになる。また、収入面では保険料収入にプラスの影響を持つ。

しかしながら支出面への効果は、国保に対する公費の 5 割負担によって半減さ

図3 単年度収支とフェアな保険料率の推移（政管健保）

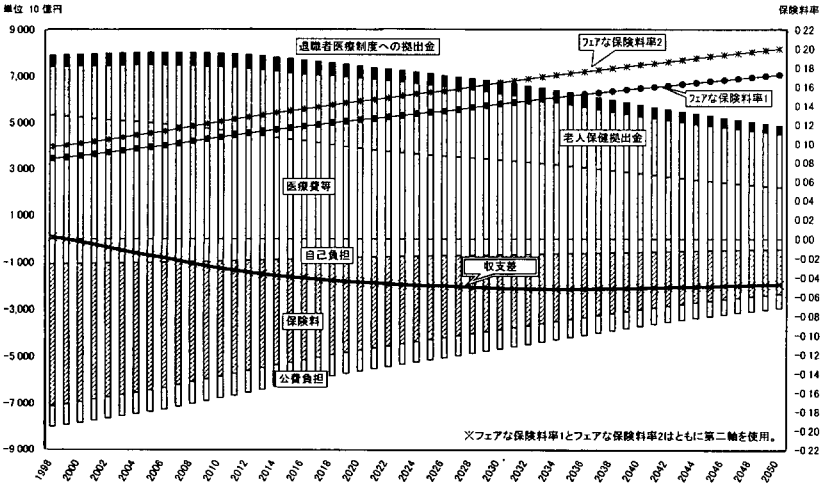


図4 単年度収支とフェアな保険料率の推移（組合健保）

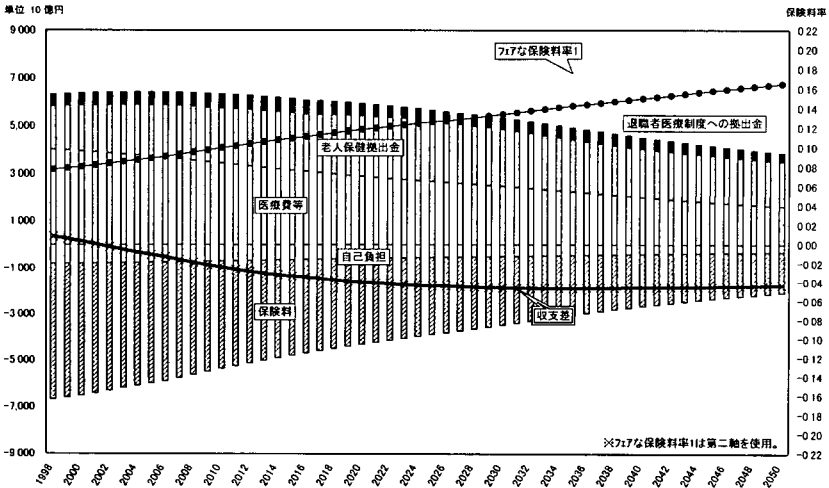
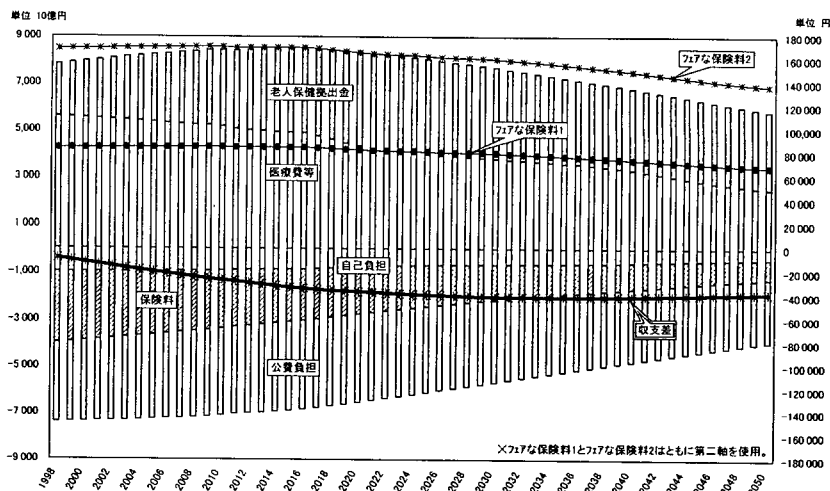


図5 単年度収支とフェアな保険料の推移(国保(一般))



れることになる。この結果、もっとも老人保健拠出金の増加する制度であるにもかかわらず、もっともその影響を受けにくい制度となっているのが国保なのである。このため、国保は他制度と同様に保険財政は悪化するが、その度合いは小さいものとなる。もちろん、これは国保の保険財政が良いということを示しているのではなく、国保を支えていくためには、公費負担の財源として莫大な国民負担の増加が前提となっているということを示している。

このように、いずれの制度においても現状の医療保険制度を維持していくのがいかに難しいかが分かるが、以下においては「フェアな保険料率」⁸⁾という概念を用いて同じ問題を別の角度から見てみることにする。ここでいう「フェアな保険料率」とは「各保険制度における単年度の収支を均衡させるために必要とされる保険料率」と定義される。また、ここでは二つのフェアな保険料率を考えている。第1に現行制度を所与としたうえでのフェアな保険料率を考える。先にも見たとおり政管健保、国保に関しては保険給付費、老人保健拠出金の一部が公費で賄われている。現行制度の下で単年度の収支を均衡させるためには、残りの部分

を保険料で賄う必要があり、その条件を満たす保険料率を、以下においてはフェアな保険料率1と呼ぶ。

この保険料率の推移は、政管健保と組合健保の将来財政を示した図3、図4に重ねて描かれている（図中右側の軸を使用）。政管健保と組合健保は収支状況の推移の仕方が良く似ていたことから分かるとおり、どちらの制度においてもフェアな保険料率1は似たような動きを示し、一貫して上昇し続ける。政管健保のフェアな保険料率1は1998年度の8.4%から2050年度の17.3%へとほぼ2倍の水準まで上昇し、組合健保の場合は7.8%から16.5%へと、こちらもほぼ倍増することが分かる。

このようにフェアな保険料率という角度からも各保険制度の財政状況がいかに厳しいかを見てとることができる。しかしながら、先に定義したフェアな保険料率1は政管健保に関しては必ずしも「フェア」とは言えない。なぜなら政管健保には公費負担が存在しているためである。保険というものは加入者が加入者のリスクをプールするものであって、本来、一つの保険制度としてリスクを負担するものでなくてはならない。そこで、フェアな保険料率を「公費負担が無い場合に単年度収支を均衡させる保険料率」と定義し直し、これをフェアな保険料率2と呼ぶ。

図3に示されている政管健保のフェアな保険料率2を見てみると、1998年度において9.7%というのが本来求められる保険料率である。これをフェアな保険料率1と比較すると1.3%ポイント上昇していることになる。つまり、政管健保の財政状況はより深刻であり、フェアな保険料率1で得られる保険料収入に加えて、所得比率で1.3%相当の公費負担が必要とされているということである。同様に、2050年度には20.0%となり所得比率で2.7%相当の公費負担が必要とされることになる。なお、組合健保に対しては公費の投入は行われていないため、先に見たフェアな保険料率1とフェアな保険料率2は定義上、同じものとなる。

同じことを国保についても見てみよう。国保の場合には有効な所得データが得られないこともあり、「単年度収支を均衡させるために必要な加入者一人当たり保険料」をフェアな保険料と呼び、被用者保険の場合と同様に公費負担を見込ん

だときのフェアな保険料を1, 公費負担を除いたときを2と定義している。

まずフェアな保険料1から見てみると、1998年度に84,672円であり、しばらくのあいだ、横ばいの状況が続く。これは先に述べたとおり、国保加入者がある時期まで増加していくためである⁹⁾。その後、2020年度位から下落していき、2050年度には68,807円となる。次にフェアな保険料2についてみてみると、フェアな保険料1のほぼ2倍の保険料が必要となっており、国保財政の深刻さをものごとになっているといえる。これはもはや保険制度の姿とは言いがたい状態である。このように、「収支」という側面で見ても「フェアな保険料」という側面から見ても各医療保険制度が厳しい状況にあることは明確である。

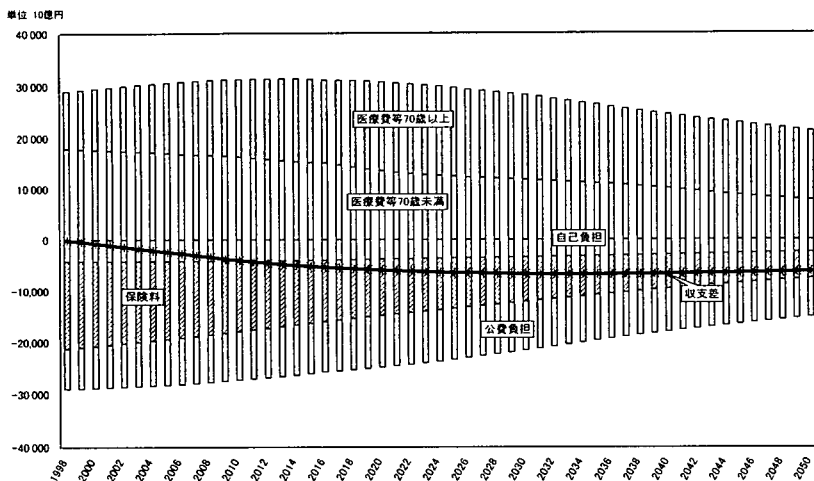
5 日本の医療債務

前節では各医療保険制度ごとの財政状況を検討し、制度の維持がいかに困難であるかについて示した。本節では上で検討した三つの医療保険制度、および、老人保健制度、退職者医療制度、共済を統合して、日本全体で必要とされる医療支出（以下、国民医療費と呼ぶ）がどのように賄われていくか、またその仮定でどれだけ財源が不足しているかをみることにする。

前節と同様の方法で日本全体の医療支出とその負担状況の推移を見たものが図6である。ここでもまた、一人当たり医療費の伸び率と名目賃金成長率に関して、それぞれ3%および、2.5%であるという仮定をおいている。日本全体でみても、第3節で見てきたことと同様のことがうかがえる。すなわち、2000年代初めにかけては、総人口の増加と高齢化が同時に進行するため、割引現在価値でみて国民医療費は増加していき、2013年度以降、緩やかに減少に転じることになる。一方、収入面では第4節で見たとおり、若年人口の減少にともない保険料収入は減少していくことになる。その結果、日本全体の収支は1998年度以降数年で急速に悪化し、2000年度以降は赤字を出しつづけることになる。

また、日本全体でみた場合の財政状況は収入総額に占める公費負担割合が非常に高い国保財政に類似したものとなっている。この原因の一つはもちろん国保そのものであるが、もう一つは老人保健制度である。すでに述べたように、現行の

図 6 医療費等の負担



老人保健制度の下では老人医療費の3割が公費で賄われている。1998年度で見ると、公費負担総額の約40%に相当する3.3兆円の公費が老人保健制度に投入されており、その規模がいかに大きいものであるかが分かる。また将来に目を見てみると年々収入に占める公費負担の割合が高くなっていくことが分かる。これは人口の高齢化の進展が老人医療費の増加、国保加入者の増加へとつながり、結果として、公費負担割合が高い制度が大きくなっていくことを反映している。その結果2050年度には収入総額の約5割が公費負担という状況になる。

そこで、2025年度、2050年度までに必要とされる公費負担額の割引現在価値合計を見てみると、現在の制度を続けるには、2025年までに261兆円、2050年までには478兆円の公費の投入が必要となる。これを1998年度の対GDP比で見ると2025年で50.4%、2050年度では92.1%に達することになる。これは現在の制度に組み込まれた医療支出に対する債務と考えられる。

しかしながら債務はこれだけではない。図6で見たとおり、これだけ大量の公費を投入しても財源不足は発生し、「真の債務」というべきは今見た公費負担に

表1 公費負担と医療債務

単位:10億円(下段,対GDP比,%)

	1998年度-2025年度	1998年度-2050年度
公費負担	261,268	477,648
	(50.39)	(92.13)
医療債務	371,792	753,160
	(71.71)	(145.27)

今後見込まれる財源不足を足したものである。なぜならば、何らかの原因で国民医療費の減少が生じない限り、財源不足分の徴収が必要とされるためである。本論文ではこの「真の債務」を「医療債務」と呼ぶ。

2025年度までの医療債務を見てみると、公費負担が261兆円であり、さらに財源不足分が111兆円であるため、合計372兆円ということになる。これを1998年度の対GDP比で見ると71.7%ということになる。同様に2050年度までの医療債務は753兆円であり、対GDP比で145.3%ということになる(表1参照)。もちろんここで考えているのは医療費だけであり、社会保障関連だけでも年金や介護は今後の支出が拡大していく。このことも考慮すると、日本の医療保険制度の維持はもはや不可能であり、早急な見直しが必要とされる。

最後に各パラメータの変化の影響について述べる。まず、一人当たり医療費上昇率を4%と仮定すると、2025年度までの医療債務は対GDP比で92.5%へ上昇する。また、名目利率を3%とすると同比率は83.2%、名目賃金上昇率を2%とすると同比率は75%へそれぞれ上昇し、名目賃金上昇率の医療債務に与える影響は比較的小さい。これは、被保険者数自体が減少しつつけているためである。

6 今後の課題

本論文では各医療保険制度ごとに給付と負担に関してコーホート・データを作成し、それをもとにした医療費の将来推計を行った。さらに、コーホート・データを集計することにより、各保険制度と日本全体の医療財政の推移を示した。わが国の医療保険がどれほど保険として機能しているかを示す指標として、給付を

保険料でまかなった場合に各保険制度において必要となるフェアな保険料率と、医療保険全体で2050年度までに生じる債務額を推計した。そのいずれも、現在の医療保険制度が保険からは程遠く、膨大なつけが先送りされていることを示している。

このような医療保険財政の悪化に対する一つの解決策として、需要サイドをコントロールして、医療支出そのものを抑制するということが考えられ、実際、医療保険制度改革の議論においても主張されている。しかし、本文で指摘したように、近年の低い経済成長率のもとでは、支出の削減のみで現在の制度を維持していくのは難しく、これまでのわが国の医療保険のあり方自体の見直しは避けられない。その際、医療保険制度を検討するに当たっては、公費の投入や制度間の拠出金などで給付と負担の関係があいまいになっている現状を改め、フェアな保険料などの考え方にに基づき、医療保険が保険本来の機能をどれほど果たしているのかを明らかにすることが重要である。

現在、厚生労働省をはじめ、健保組合、日本医師会など医療関係機関から医療保険制度、とくに高齢者医療制度の改革案が提案されている。その他、レセプトの電算化や厳密な検査などを通じて、これまで発揮されてこなかった保険者機能をどのように強化するかという問題も残されている。これらの改革案のもとでの保険財政の変化を検証することは今後の一つの課題である。これはまた、たんなる保険者財政のシミュレーションで終わるのではなく、全国3000を超える市町村を保険者とする国保の改組など、わが国医療保険の根幹にかかわる検討の基礎となる。また、本論文では行えなかったが、医療保険制度と密接な関係を持つ介護保険制度の財政についても考える必要がある。介護保険が意図している、いわゆる社会的入院など高齢者医療が、どれほど介護サービスに代替され、その結果、医療費がどれほど削減されるかなど、検討が急がれている。こうした点についてもここで用いたコーホート・データを拡張する形で検討を行いたい。

* e-mail: tajika@econ.hit-u.ac.jp

** e-mail: ged0207@srv.cc.hit-u.ac.jp

本論文の執筆にあたり、文部科学省科学研究費特定領域(B)603「世代間利害調整プロジェクト」から研究支援を得た。記して謝意を表したい。

- 1) ここで求めた残差には本来、船員保険・法69条の7の被保険者も含まれる(1998年度末現在で0.3%)。
- 2) ここで用いた各種パラメターの値は旧厚生省「社会保障の給付と負担の見通し」(平成12年10月)で用いられた値を参考にしている。なお同推計のもとでは、社会保障給付費(医療)の対NI比を2000年度に6.5%、2005年度に7.5%、2010年度に8.0%と予測している。
- 3) ただし、拠出金等との関係より、共済制度、老人保健制度、退職者医療制度に関しても他の保険制度と同様の計算を行っている。
- 4) 国保保険料の上昇率としては物価上昇率を用いた。また、物価上昇率は1.5%と仮定した。これは先の旧厚生省の推計で用いられている値である。
- 5) 自己負担額に関しても
$$\text{実効自己負担率} = (\text{医療費} - \text{医療給付費} - \text{高額療養費}) / (\text{医療費})$$
を用いて、保険給付費と同様に計算した。また、共済に関しては医療費のデータが得られないため組合健保の被保険者・被扶養者別実効保険給付率、実効自己負担率を用いた。
- 6) 老人医療費の負担割合は1998年度において、公費30.8%、各保険者62.0%、一部負担7.2%である。
- 7) 図中の「医療費等」とは保険給付費と自己負担の和を指す。
- 8) 鈴木(2000)においても「フェアな保険料率」という言葉が使用されているが、鈴木(2000)においては、「各世代の生涯保険料総額と生涯保険給付総額を等しくするための保険料率」として定義している。
- 9) 政管健保、組合健保に関してフェアな保険料1を求めると、政管健保は2013年度、組合健保は2020年度までそれぞれフェアな保険料は上昇し、その後、下落することになる。

参考文献

- 小椋正立・入船 剛(1990)「わが国の人口の高齢化と各公的医療保険の収支について」『フィナンシャル・レビュー』第17号, pp.51-77
- 厚生労働省高齢者医療制度改革推進本部事務局(2001)『医療制度改革の課題と視点』

社会保障構造の在り方について考える有識者会議（2000）『21世紀に向けての社会保障』

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』第40号，pp.88-104

（統計資料）

健康保険組合連合会「健康保険組合医療給付実態調査報告」（平成10年度版）

健康保険組合連合会「健康保険被保険者実態調査報告」（平成10年度版）

厚生省保険局「健康保健組合事業年報」（平成10年度版）

厚生省保険局「国民健康保険医療給付実態調査報告」（平成10年度版）

厚生省保険局「国民健康保険実態調査報告」（平成10年度版）

厚生省保険局「国民健康保険事業年報」（平成10年度版）

厚生省保険局「老人保健事業年報」（平成10年度版）

厚生統計協会「保険と年金の動向」（2000年版）

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成9年1月推計）

社会保険庁「医療給付受給者状況報告」（平成10年度版）

社会保険庁「事業年報」（平成10年度版）

総務庁統計局「人口推計年報（平成10年度版）」

総務庁統計局「労働力調査年報」（平成10年度版）

労働省「賃金構造基本統計調査」（平成10年度版）

（一橋大学大学院経済学研究科教授）

（一橋大学大学院博士課程）