

## 医療保険財政と公費負担<sup>\*1</sup>

岩本 康志<sup>\*2</sup>

竹下 智<sup>\*3</sup>

別所 正<sup>\*4</sup>

### 要 約

わが国の公的医療保険は、複数の制度が縦割りで国民をカバーする多元的制度となっている。この制度の間で財政状態の大きな格差があり、給付と負担の制度間格差と財政状態の悪い制度への財政補助（公費負担）が存在している。社会保障構造改革・財政構造改革のなかで医療保険制度をどのように改革するべきかを考えるにあたって、なぜ制度によって財政格差が発生しているか、公費負担はどのような役割を果たしているのか、を理解することが必要である。

本稿の目的は、現行の医療保険制度の機能を財政面からとらえ、制度間の医療費格差、保険料負担格差の実態と原因、公費負担と財政調整の機能を分析することにある。そのために、1992年度の財政資料をもとに、制度別に加入者1人当たりの医療費保険料、公費負担額、財政調整額を推計する作業をおこなう。

本稿で得られる結論は以下のように要約される。

- (1) 医療費の制度間格差のほとんどは、各保険制度の加入者の年齢構成の違いによって生じている。全国平均の年齢階層別1人当たり医療費を用いて、組合健保と国保（一般）の医療費を年齢要因で説明すると、格差の93.3%を説明できる。
- (2) 加入者1人当たり保険料の負担格差は被保険者の所得格差によって生じている。国保には高齢者の加入者が多いが、このことが負担率を低下させている部分は、制度間の不公平とは考えられない。そこで高齢者を除外した国保加入者の負担率（保険料/所得）を推計したところ、6.2~6.4%の範囲にあると考えられる。一方、政管健保の負担率は6.6%、組合健保のそれは6%となった。捕捉された所得を前提にすると、国保・健保間の負担率格差はわずかであるといえる。
- (3) 医療費と保険料の制度間格差を相殺しているのが、制度間財政調整と公費負担である。公的負担の性格は2つある。第1は、老人保健に代表される年齢構成の違いによる医療費格差に対処する目的である。第2は、保険料の負担能力格差に対処するため、国保と政管健保への補助がこれにあたる。これらの点から、公的負担は、「弱者保護」の性格をもつものといえるが、保険制度別に適用されていることから、適切に弱者に照準を合わせた補助とはなっていない可能性もありえる。

\*1 本稿の内容は全て執筆者の個人的見解であり、大蔵省あるいは財政金融研究所の公式見解を示すものではない。

\*2 大蔵省財政金融研究所特別研究官(京都大学経済研究所助教授)

\*3 前大蔵省財政金融研究所研究員

\*4 前大蔵省財政金融研究所研究員

## . 序 論

平成不況以降の経済成長率が伸び悩む一方、医療費は毎年4%前後の水準で伸び続けてきた。このため、国民所得に対する医療費の比率は、図1が示すように、90年の5.96%から、95年には7.16%まで上昇を続けた。1979年にはじめて6%に達して以来、80年代はほぼ安定した数値にあったのが、90年代は、国民医療費の成長期であったといえる。

増大する医療費は、その最大の支払者である公的医療保険制度の財政を圧迫している。97年9月より、保険料、患者負担の引上げがおこなわれることになったが、それでも保険財政の赤字化が見込まれており、医療保険制度の抜本的改革が今後の政策的課題となっている。

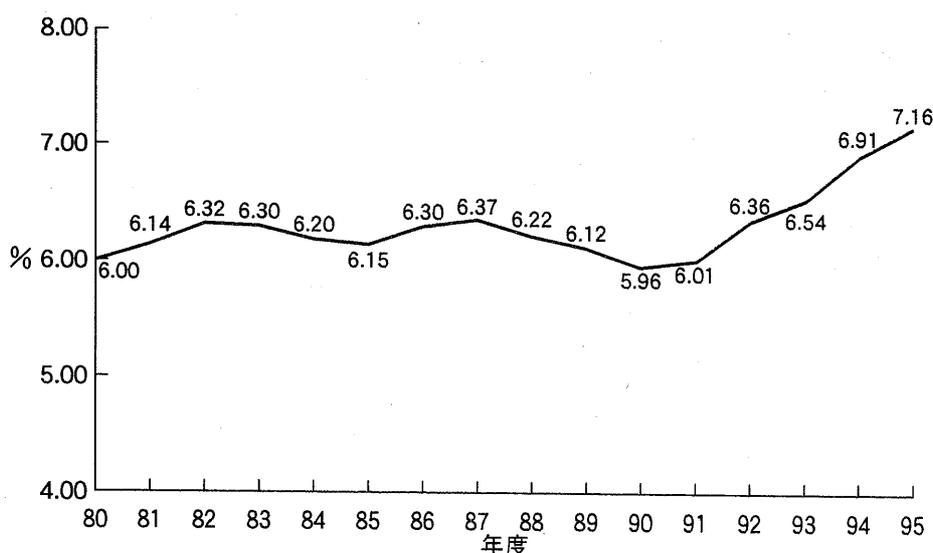
医療保険のなかでも財政状態の悪い政府管掌健康保険、国民健康保険、老人保健制度には国庫からの財政補助が、老人保健にはそれに加えて、地方自治体からの財政補助がある。これらの公費負担のあり方は、現在進められている財

政構造改革のなかでも重要な位置を占めるであろう。社会保障構造改革と財政構造改革のなかで、医療保険制度をどのように改革すべきかを考えるにあたって、なぜ制度によって財政格差が発生しているか、公費負担はどのような役割を果たしているのか、を理解しておくことは重要である。本稿では、現行の医療保険制度の機能を財政面からとらえ、制度間格差と公費負担に関する問題を検討する。

本稿の構成は、以下の通りである。

節では、わが国の公的医療保険制度における医療費の流れ、多元的制度によって国民皆保険が実現されている仕組み、財政格差を是正するための公費負担と制度間財政調整の仕組みを解説する。Ⅲ節では、医療保険の大きな問題である制度間の財政格差の問題を分析する。そのために、1992年度の財政資料をもとに、制度別に加入者1人当たりの医療費、保険料、公費負担額、財政調整額を推計する。制度間格差の原

図1 国民医療費（対国民所得比）の推移



(注) 95年度は見込み。

(出所) 厚生省大臣官房統計情報部「国民医療費」

因を分析し、医療費格差のほとんどは各制度の加入者の年齢構成によって生じていること、負担格差は所得水準の違いでほとんど説明できることを見る。節では、90年代の医療費の増加

要因の分析と、人口構成が高齢化した将来の医療費水準の予測について議論される。最後に、節で、本稿の結論が要約される。

## わが国の公的医療保険制度

### 1 医療サービスと医療費の流れ

図2は、わが国の医療保険制度のもとでの、医療サービスとその対価（医療費）の流れを示したものである。医療サービスの需要者は、医療保険、保険加入者、審査支払機関からなる。医療サービスの供給者である医療機関は、申請のうえ、都道府県知事から保険医療機関の指定を受けて、保険の適用される医療サービスをおこなう。保険加入者は、保険医療機関から医療サービスの提供を受けるが、その対価は保険を通して支払われる部分と（保険給付）と患者が直接医療機関に支払う部分（患者負担）とからなる。

保険給付には、2つの経路がある。第1の経路は審査支払機関を経由するものである。医療機関は診療報酬明細書（レセプト）を審査支払機関に提出する。審査支払機関はレセプトの内容に不正がないかどうかを審査し、正当な請求書に対して、医療保険から審査支払機関を通して、支払がおこなわれる。審査支払機関には、

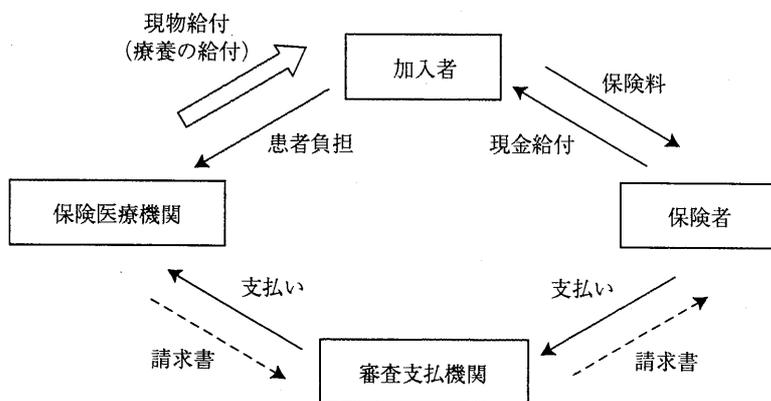
国保の事務をおこなう国民健康保険連合会（各都道府県に設置）と、それ以外の保険制度の事務をおこなう社会保険診療報酬支払基金がある。保険加入者から見た場合、享受した医療サービスは、保険者が代行して支払うので、現物給付と呼ばれる。

第2の経路は、医療保険から患者に支払われるもので、現金給付と呼ばれる。代表的なものである高額療養費は、1か月の患者負担がある上限（法定の上限は1996年3月より63,600円、低所得者は35,400円となっているが、被用者保険では、独自に低い上限を設けていることが多い）を超えた場合、その超過額を医療保険から支払うものである。

### 2 多元的制度

現在の医療保険制度は、表1に見られるように8つの制度が存在し、国民は職業、居住地などの条件により、どの保険に属するかが決定される。制度は、まず大きく「職域保険」と「地域保険」に二分される。職域保険は、被用者保

図2 医療保険の仕組み



医療保険財政と公費負担

表1 医療保険制度の概要

(平成8年3月末現在)

制度名	保険者	加入者数 (平成8年 3月末) 〔本人〕 〔家族〕 千人	保 険 給 付					財 源		老人保 健医療 対象者 の割合 (%)	
			医 療 給 付					現金給付	保険料率		国庫負担 ・補助 (平成8 年度予算)
			療養の給付	家族療 養費	高額療養費	入院時食事 療養費	訪問看護 療養費				
健康 保 険	一般 政 管 国	37,911 〔19,730〕 〔18,181〕	9割 ※ 国会の承認 を受けて厚生 大臣が告示 する日の翌 日から8割	・入院 8割 ・外来 7割	自己負担 63,600円 (低所得者 35,400円) 超過分 (8.6~)	平均的な家 計における 食費を勘案 した定額の 一部負担 (標準負担 額)	(被保険 者) 平均的な 費用とし て定めら れた額の 9割 ※ 国会の承 認を受け て厚生大 臣が告示 する日の 翌日から 8割	・傷病手 当金 ・出産育 児一時金 等	8.2% (4.4~)	給付費の 13.0% (老健拠 出金分 16.4%)	5.3
	組合 健康保 険組合 1,819	32,093 〔15,393〕 〔16,700〕	※ 希望する医 療機関にお ける医療費 3,500円以 下の場合の 一部負担金 は、医療費 に応じて、 100円 200円 300円 となる	同 上 (附加 給付あり)	※ 世帯合算 (同一月に 3万円(低 所得者2万 1千円)以 上の負担が 複数の場合 はこれを合 算して支給)	・一般 1日 760円	同 上 (附加給 付あり)	8.393% (8.3末) (全組合 平均)	補助 128億円	2.9	
	健康保険法 第69条の7 被保険者	81 〔53〕 〔28〕	・入院 8割 ・外来 7割	・市町村民 税非課税世 帯で3か月 目までの入 院 1日 650円	・市町村民 税非課税世 帯で4か月 目以降の入 院 1日 500円	※平成8年 10月~	・傷病手 当金 ・出産育 児一時金 等	1級日額 130円 13級 2,640円 (4.10~)	給付費の 13.0% (老健拠 出金分 16.4%)	6.7	
	船員保険	312 〔109〕 〔202〕	同 上	多数回数該 当世帯の負 担軽減 (12月間に 3回以上該 当の場合は 4回目から の自己負担 は3万7千 2百円 (低所得者 24,600円))	同 上 (附加 給付あり)	同 上	8.8% (3.3~)	補助 30億円	7.2		
各種 共 済	国家公務員 等	27共済 組合	11,669 〔5,061〕 〔6,608〕	同 上 (附加 給付あり)	同 上	同 上	8.205% (8.3末) (全共済 平均)	なし	4.1		
	地方公務員 等	54共済 組合									
	私学教職員	1共済 組合									
国民 健 康 保 険	農業者 等 自営業者	市町村 3,249 国保組 合 166	43,240 市町村 38,590 国保組合 4,650	7 割	長期高額疾 病患者の負 担軽減 (血友病, 人工透析を 行う慢性腎 不全の患者 等の自己負 担額は月1 万円)	7 割	・出産育 児一時金 ・葬祭費 等 (ただし 任意給 付)	世帯毎に 応益割 (定額) と応能割 (負担能 力に応じて) を賦課 保険者によ って賦課 算定方式 は多少異 なる	給付費等 の50% 給付費等 の32%~ 52% なし	20.1	
	被用者保 険の退職者	市町村 3,249									
老人保健	[実施 主体] 市町村 長	12,177 被用者保 険 3,459 国民健康保 険 8,717	一部負担 (平成8年4月~) 〔 ・外来 1月 1,020円 ・入院 1日 710円 (低所得者1日300円は2か 月を限度以降無料) 〕	同上。ただ し、市町村民 税非課税 世帯で老齡 福祉年金の 受給権者は 1日 300円	老人訪問 看護療養 費の支給 〔 利用 料 1日 200円 〕	各医療保 険保険者 からの支 給	[費用負担] ・国 12/60 ・都道府 県 3/60 ・市町村 3/60 ・各制度 の保険 者 42/60 ただし、20/60 老人 保健 5/60 施設 療養 5/60 費等 につ 30/60 いて は、	平均 9.7			

(注) 老人保健制度の対象者は、各医療保険制度加入(国民健康保険法の適用除外たる生活保護世帯に属する者を除く。)の70歳以上の者および65歳以上70歳未満のねたきり等の状態にある者。なお、老人保健の加入者数および老人保健医療対象者の割合は速報値である。  
(出所) 厚生省編「厚生白書(平成9年版)」

険である健康保険，船員保険，共済組合と，自営業者保険である国民健康保険組合に分かれる。被保険者に扶養される家族は，被保険者の加入する医療保険でカバーされる。職域保険が適用されない国民が地域保険によりカバーされるといってよく，地域保険である国民健康保険は，市町村が保険者となっている。

国民健康保険のなかには，退職者医療制度（84年創設）がある。これは，被用者年金である老齢厚生（退職）年金の受給資格をもち，退職して国民健康保険に加入しており，老人保健制度が適用される前の者を対象にした制度で，国民健康保険でも別会計となっており，その保険給付費は，被用者保険からの移転（退職者給付拠出金）でまかなわれる。これによって，国保に加入する退職者は実質的に被用者保険に加入する形態となっている。

これらの制度により，縦割りの形で国民皆保険が実現されているが，これに加えて，やや複雑な形で老人保健制度（82年成立，83年実施）が存在する。老人保健制度の適用者は，70歳以上の高齢者（65歳以上で障害認定を受けた者も対象となる）である。適用者は上記の各制度の加入者であり，それぞれの制度に対して保険料を負担しているが，給付については老人保健制度としての適用を受ける。老人保健制度は保険給付の支払者として機能するが，その費用は各保険制度と国・地方自治体から拠出されている。保険制度から拠出される部分は，老人保健拠出金と呼ばれる。

わが国の医療保険がこうした多元的制度となったのは，保険成立の歴史的な推移によるものである。社会保険としての医療保険の整備は，1922年に制定され1927年から施行された健康保険法にはじまる。この健康保険の対象者となったのは，鉱業法（1905年制定）と工場法（1911年制定）の適用される労働者であった。1938年には，農村住民をカバーするために，国民健康保険法が制定された。国保は当時は，市町村を単位とした任意設立の保険組合へ任意加入する仕組みであった。1939年に，職員健康保険

と船員保険が創設され，健康保険でカバーされない一般俸給生活者と船員が対象とされた。また，1943年には，健康保険への家族給付が開始された。

すべての国民を医療保険でカバーする「国民皆保険」の構想は，1950年の社会保障制度審議会の「社会保障制度に関する勧告」で提唱された。その後，56年の同会の「医療保障制度に関する勧告」では，国民皆保険体制の確立が訴えられ，(1)年次計画による国民健康保険の強制実施，(2)5人未満事業所を対象とする第2種健康保険創設，を勧告した。これを受け，政府は57年度から国民健康保険全国普及4か年計画を実施し，61年4月に国民皆保険が実現された。

### 3 公費負担と制度間財政調整

国民皆保険成立までの歴史的推移を見ると，保険の成立しやすい人たち（健康上のリスクの小さい人たちや所得水準が高い人たち）の保険から順に整備されていったことがわかる。このことを裏返すと，後発の保険（政管健保，国保）には保険の成立しにくい人びとが多く加入することになり，財政状態は悪くなる。こうした問題に対処するためにとられている方策が，公費負担と制度間財政調整である。

#### (1) 公費負担

公費負担は，財政状況の悪い制度への財政補助の意味をもっているが，導入当初の目的は，国保救済にあった。国民皆保険実現当時，国保の療養給付費の20%には国庫負担がなされていた。財政状況の制度間格差はその後さらに拡大し，国庫負担の比重が高まっていった。藤田（1979）によれば，国保への国庫負担の保険給付に占める比率は，61年の55%から76年には65%へと上昇した。また，政管健保の財政状況も悪化しはじめ，政管健保における上の比率は，61年の2.2%から77年には17.3%へと大きく上昇した。この間に，政管健保は赤字を計上し続け，累積損失が返済不可能な水準まで拡大し，73年には2,945億円を一般会計が肩代わりすることになった。しかし，この債務は一般会計に

移し替えられたわけではなく、現在でも、その額を増やして政管健保の貸借対照表に存在している。

(2) 制度間財政調整

老人保健制度の成立前は、高齢者の多くは国保に加入しており、現役労働者を中心とする職域保険と比較して、国保では多くの医療費がかかっていた。また、高齢者の多くは低所得者であることから、高齢者比率が高いほど1人当たり保険料収入は低くなっていた。

被保険者の年齢構成の違いは保険財政にきわめて深刻な影響を与えるものであり、80年代にはいるまでに国保の赤字は深刻な問題となっていた。この問題に対処するために創設されたのが、老人保健制度と退職者医療制度である<sup>1)</sup>。

老人保健制度は、老人にかかる医療費を制度全体で横断的に負担することを目的としている。このことによって、国保にかかわる医療費負担の問題は解消した。しかし、被用者として所得の高い高齢者は職域年金に加入し、退職し所得の低い高齢者は国保に加入しているため、保険料収入の面で国保は不利である。さらに老人保健拠出金はほぼ被保険者当たり定額であるため、どちらの制度の高齢者も同額を老人保健制度に拠出しなければならない。この点で職域保険は恵まれているといえるが、職域保険は自らの被保険者集団以外の者のために移転をさせられているという意識をもっており、しかも老人医療費の伸びが近年高まっており、職域保険の財政圧迫要因となっていることから、職域保険の老人保健拠出金に対する不満が強い<sup>2)</sup>。

老人保健制度は、高齢者問題のうちの医療費の問題は解決したが、保険料の問題はそのままであり、結果として国保財政の問題は依然とし

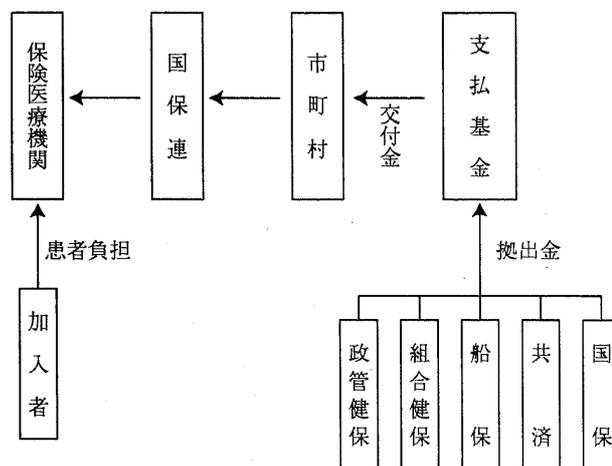
て残存している。さらに老人保健拠出金についての職域保険の不満というあらたな問題を生み出したことを考えると、老人保険制度は万全の解決策とはならなかった。

老人保健拠出金の仕組みは、図3のようになる。老人保健制度は医療サービスとともに福祉サービスも提供するものであるが、ここでは説明の簡単化のため、福祉サービスの部分を除外して、医療サービスのみを対象をしぼることにする。老人医療費の7割は拠出金で、3割は公費（内訳は、国20%、都道府県5%、市町村5%）で負担される<sup>3)</sup>。国保を含む各保険者は、支払基金に老人保健拠出金を拠出し、支払基金は各市町村に交付金を給付する。

各保険者の拠出金額は

$$\text{各保険者の老人医療費} \times \text{全保険者の平均老人加入率} \times 7 \times \text{各保険者の老人加入率} \times 10$$

図3 老人保健拠出金の仕組み



(注) 医療サービスにかかわる現金の流れを示す。

1) 財政調整は医療保険だけではなく、公的年金においてもおこなわれている。社会保険における財政調整の解説として、藤井(1994)、牛丸(1994)がある。とくに国民健康保険の財政調整の解説としては、金井(1994)がある。  
 2) 漆(1994)は、国民健康保険と老人保健制度の財源問題に議論している。岡崎(1989)は、国民健康保険の保険料についてくわしい議論をおこなっている。  
 3) 介護サービスの部分は、拠出金と公費がそれぞれ5割の負担となる。

で計算される。加入者1人当たりの拠出金を  $Z_i$ 、1人当たり医療費を  $M_i$ 、全保険者の老人加入者数を  $O$ 、総加入者数を  $N$ とすると、加入者1人当たりの拠出金は、

$$Z_i = M_i \left( \frac{O}{N} \right) \times \frac{7}{10} \quad (1)$$

となる。もし各保険者の老人医療費をその保険組合内で負担するとすれば、加入者1人当たり老人医療費は、各保険の老人加入者数を  $O_i$ 、総加入者数を  $N_i$ として、

$$R_i = \left( \frac{O_i}{N_i} \right)$$

となるので、老人保健拠出金制度は、あたかも各保険者の老人加入割合が全国割合に等しいとしたときの老人医療費を負担するものとなっている。また、1人当たり老人医療費が各保険者で共通であれば、各保険者の加入者1人当たり拠出金は等しくなる。(1)式より、制度に加入する老人の医療費が低ければ、老人保健拠出金も低くなり、各保険者には老人医療費節約のインセンティブが与えられている。

## ・給付と負担の制度間格差

節では、1992年度<sup>4)</sup>の資料をもとに、各保険制度別に医療費、保険料、財政状態を分析し、制度間格差の実態と原因について考慮する。

### 1 医療費の制度間格差

表2は、各保険制度の加入者1人当たり医療費（医療給付費+患者負担）を示したものである。医療給付費は各保険制度の財政資料（資料の出所は付録1に示してある）から得られるが、患者負担分は共済組合の資料では報告されていない。そこで、高額療養費をのぞく保険給付費に、各保険制度の法定の患者負担と保険給付の比率を乗じたものから、高額療養費を控除して、患者負担金額を推定した。また、老人保健適用者は加入する組合ではなく老人保健に集計することを原則としたが、共済組合関係の資料では老人適用者数が得られなかったため、やむなく老人保健適用者を除いた医療費を老人保健適用者を含む加入者数で除いた数値を用いた。このため、共済組合では、1人当たり医療費は若干の過小推定になっている。

本稿は医療保険財政に着目しているので、ここで定義した医療費は、厚生省が推計

する「国民医療費」とはその対象範囲にずれがある。表3は、厚生省推計の国民医療費と本稿の推計の違いを示したものである。両者の乖離の理由としては、カバーしている対象の違いによるずれ、カバーした各項目内のずれ、の2つがある。については、国民医療費では、生活保護法・結核予防法・精神保健法・老人福祉法等による公費負担医療給付分、労災保険による給付、交通事故等による損害保険からの給付等が含まれているが、本稿では医療保険からの給付のみに焦点をあてることと、患者の加入する保険制度別の資料がとれないため、これらが含まれていない、という違いがある。については、表3に示されているように、医療給付費は誤差率0.2%でほぼ完全に一致するが、患者負担については、本稿の推定が11.5%過大になっている。

表2によれば、加入者1人当たり医療費は、職域保険が全般的に低いことがわかる。過小推定の可能性がある共済組合以外では、組合健保の8万5,276円から船員保険の13万5,959円の間分布し、国保（一般）が14万7,260円、政管健保（69条の7被保険者）が18万3,654円で続き、

<sup>4)</sup> 本稿の分析がおこなわれた時点で、資料が利用可能である最新の年度であった。

表2 制度別の加入者1人当たり医療費

(単位・円)

	医療給付費	患者負担	合計
政府管掌健康保険	102,350	18,576	120,926
政府管掌健康保険(法69条の7)	161,746	21,908	183,654
組管掌健康保険	85,276	15,632	100,907
国民健康保険(一般)	120,892	26,368	147,260
国民健康保険(退職者医療)	267,888	44,886	312,773
船員保険	112,983	22,975	135,959
国家公務員等共済組合(各省各庁組合)	80,092	17,003	97,095
国家公務員等共済組合(適用法人組合)	82,796	17,708	100,504
地方公務員等共済組合	92,583	17,165	109,747
私立学校教職員共済組合	99,578	17,518	117,095
老人保健	635,820	25,617	661,437
全体	150,337	21,004	171,341

(注) 1992年度の加入者1人当たりの年額。

医療費は、医療給付費と患者負担にわかれる。

老人保健適用者は、加入する保険制度ではなく、老人保健に計上。

共済組合では資料の制約から、老人保健適用者が加入者数に含まれたため、過小推定になっている。

(出所) 付録1を参照。

表3 「国民医療費」と本稿推計値の乖離

(単位・億円)

	厚生省 推計値	本稿 推計値
保険給付	192,169	191,778
公費負担	11,519	
労災保険	3,380	
全額自費	3,658	
一部負担	24,058	26,793

(注) 1992年度。

(出所) 厚生省推計値は、厚生省大臣官房統計情報部『国民医療費』。本稿推計値は、付録1を参照。

国保(退職者医療)が31万2,733円、老人保健制度が63万5,820円と抜きんで高くなっている。

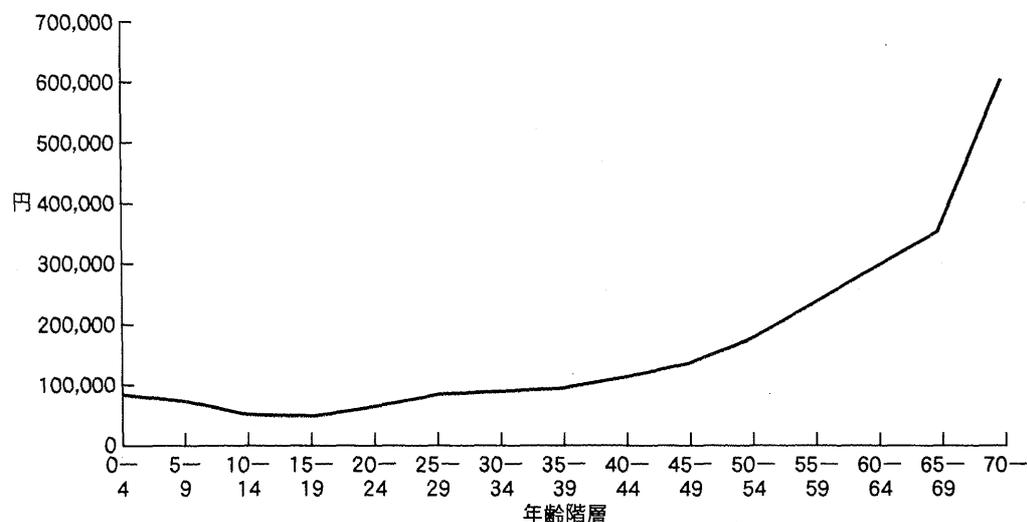
保険財政の格差に影響を与える、この制度間の医療費格差はどのような原因によって生じているのか。もっとも大きな原因は、各保険制度

の加入者の年齢構成の違いにある。図4は、『医療費ハンドブック 平成8年版』(厚生省保険局調査課監修,法研)に掲載された年齢階層別1人当たり診療費を示したものである<sup>5)</sup>。

1人が平均的に使うと予想される医療費は年齢の上昇とともに急速に増加していく。70歳以上の老人は、1人当たり平均で60万円以上の医療費を使っており、これは60~64歳の約2倍、35~39歳の約6倍にあたる<sup>6)</sup>。図4で見られるように、年齢階層別に医療費に違いがあれば、各制度の加入者の年齢構成の違いにより、加入者1人当たり医療費に違いがでてくることは当然である。実際、制度別の加入者年齢構成を示した図5のように、組合健保、政管健保、国保(一般)の順で若年者比率が高い。そこで、以下のような手順で、年齢要因以外で医療費の制度間格差が生じているのかどうかを検証してみた。

<sup>5)</sup> 診療費とは医療費のうちで診療に要した費用額であり、食事療養、調剤報酬訪問看護、移送に要する費用等が含まれないが、乖離幅はわずかである。ここでは、資料の制約からこれを医療費と同等に扱う。

図4 年齢階層別1人当たり診療費



(注) 1992年度の年額

(資料) 厚生省保険局調査課監修『医療費ハンドブック (平成7年版)』法研

政管健保，組合健保，国保（一般退職者医療）の年齢階層別加入者割合と図4に示された年齢階層別1人当たり診療費を乗じ，それぞれの制度の1人当たり医療費の指数（これを，「基準医療費」と呼ぶことにする）を作成する<sup>7)</sup>。基準医療費は，各年齢階層の保険加入者が全国平均の医療費をつかったとした場合の医療費である。

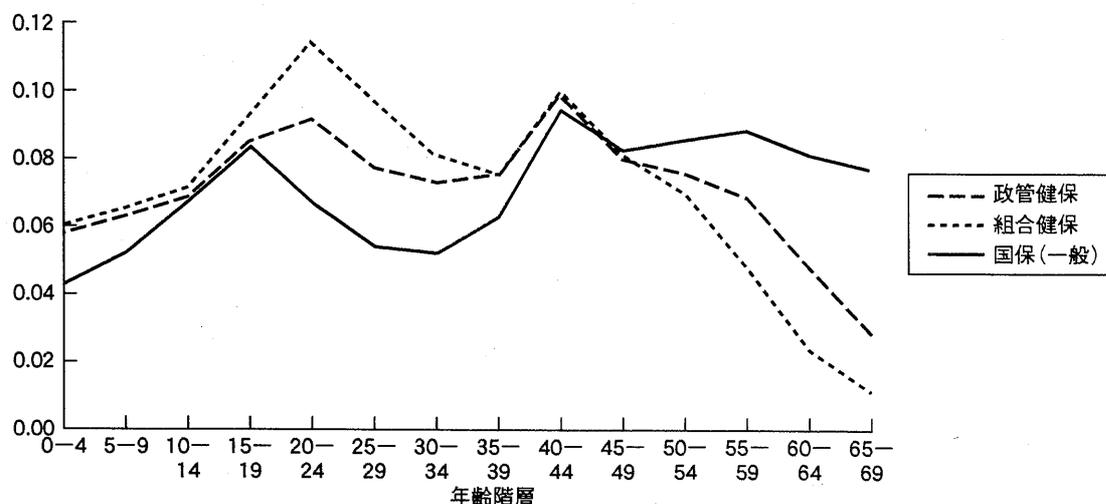
基準医療費と実際の医療費とが近ければ，各制度の医療費と平均的な医療費水準にそれほど

の差異がないことになる。表4には，こうして計算された1人当たり医療費と，表2で計算された1人当たり医療費との比較がなされている。もし，ある制度の加入者の使う医療費が全国平均から乖離していると，この2つの数値が大きく乖離するはずである。しかし，両者の数値は接近しており，誤差は，政管健保で0.6%，組合健保で-4.9%，国保（一般）で1.9%，国保（退職者医療）で3.2%となっている。いいかえると，国保の一般加入者の1人当たり医療費は組

<sup>6)</sup> ここでは，医療需要の価格弾力性の考慮はされていない。高齢者の高い医療費のすべてが健康上の条件から導かれたものではなく，価格要因が影響を与えている可能性が考えられる。高齢者の直面する医療サービスの価格が他の年齢層にくらべて低い理由が2つある。第1に，老人保健制度では，患者負担は小額の定額負担である。西村（1977）は，老人医療費が無料化された73年に，他の年齢階層に大きな変化がないなかで70歳以上の外来受療率が急増したこと，1人当たり医療費も，この年齢階層で大きく増加していることを，国保被保険者，政管健保被扶養者について確認している。また，漆（1997）は，外来受療率に比較すると，この時期の入院受療率には短期的な顕著な増加はないことを指摘している。第2に，需要を左右する医療の価格には，金銭費用だけでなく，時間費用も含まれ，高齢者はこの時間費用が小さいと考えられる。わが国の年齢・性・制度別の時期費用の推定を試みた研究としては，小椋（1990）がある。

<sup>7)</sup> ここで用いられる手法は，年齢構成の影響を除外して，国保医療費の地域差を見るための「地域差指数」（『医療費ハンドブック』に掲載）の計算手法と同等であり，陸軍医療費の名称はそこで使用されている。また，岩本（1996）の制度一元化試案において，財政調整方式の基礎項目となる「標準医療費」は，これと同等の概念である。

図5 制度別の加入者年齢構成



(注) 1992年度末。政管健保は法69条の7被保険者と被扶養者を含まない。

(資料) 厚生省「国民健康保険実態調査(平成4年度)」, 厚生統計協会「保険と年金の動向(1994年)」

表4 医療費格差の年齢要因

	(A) 基準医療費 (円)	(B) 実績値 (円)	(C) (B)/(A) (%)
政管健保	120,205	120,926	100.6
組合健保	106,101	100,907	95.1
国保(一般)	144,524	147,260	101.9
国保(退職者医療)	303,181	312,773	103.2

(注) 1992年度の加入者一人当たりの年額。

「基準医療費は、各保険制度の年齢階層別加入者割合に年齢階層別一人当たり診療費を乗じて計算。

「実績値」は、表2の加入者一人当たり医療費。

政管健保には、法69条の7被保険者と被扶養者は含まれない。

合健保加入者のその1.46倍であるが、年齢要因を考慮に入れた基準医療費も1.36倍であることから、格差のうちの93.3%は年齢構成の違いによって説明できることになる。

## 2 保険料負担の制度間格差

つぎに、保険料負担の制度間格差を見てみよう。表5は、各制度ごとの被保険者1人当たりと被扶養者を含めた加入者1人当たりの保険料

を示したものである。加入者1人当たり保険料は、職域保険のなかでは、船員保険が18万2,366円と最も高く、私学共済が16万9,324円でこれに次ぎ、政管健保が13万8,551円でもっとも低くなっている。これらから離れて、国保の保険料が、8万円台と低水準にあることが注目される。こうした格差が所得格差によるものか、それとも国保加入者の負担率が軽いことによるかは、より注意深く検討していくことが必

表5 制度別の一人当たり保険料

(単位・円)

	被保険者 1人当たり	加入者 1人当たり
政府管掌健康保険	272,362	138,551
政府管掌健康保険(法67条の7)	226,537	151,606
組管掌健康保険	320,076	151,623
国民健康保険(一般)	81,634	81,634
国民健康保険(退職者医療)	83,312	83,312
船員保険	529,592	182,366
国家公務員等共済組合(各省各庁組合)	310,939	129,981
国家公務員等共済組合(適用法入組合)	387,688	134,476
地方公務員等共済組合	337,924	147,170
私立学校教職員共済組合	320,910	169,324

(注) 1992年度の年額。

老人保健適用者の支払う保険料は、加入する保険制度に計上。

共済組合では、老人保健適用者を除く被保険者数・加入者数で、過大推定になっている。

国保は、被保険者と加入者が一致する。

要である<sup>8)</sup>。

保険料格差の原因のひとつには、国保の高齢者比率が高いことも考えられる。年齢要因の違いは各制度にとってほぼ与件と考えられ、その影響による負担水準の違いは負担ルールの不公平とは別次元の問題であろう。この要因を除去するために、高齢者以外をのぞいた国保の被保険者の負担率(保険料/所得)を推計し、職域保険のそれと比較することにする。

理想的には、国保加入世帯全体の所得と保険料から高齢者の所得と高齢者の支払う保険料を控除し、負担率を計算するべきである。しかし、保険料負担を算定する基準は世帯なので、個人としての高齢者を除外することは困難である。また、ここで使用する『国民健康保険実態調査』(厚生省)からは、世帯構成員ごとの所得も得られない。このため、直接、この方法により負担率を計算することはできない。そこで、以下の3種類の近似計算を試みた。

「高齢者のいる世帯」を除外する<sup>9)</sup>。この方法では、高齢者と同居する若年層も除外されるという問題がある。

高齢者割合に比例して、所得と保険料を縮小させる。すなわち、高齢者とそれ以外の世帯構成員の1人当たりの所得と保険料が所得階層ごとに同一であることを仮定する。

「高齢者のみの世帯」を除外する。この方法では、若年層と同居する高齢者が含まれるという問題がある。

付録2で説明されるような手順で、以上の3つの方法で国保の保険料負担率を推定したところ、 $\bar{R}$ では6.4%、 $\bar{R}'$ では6.2%、 $\bar{R}''$ では6%という結果を得た。高齢者が除外された $\bar{R}'$ の推定値が、高齢者の一部を含む $\bar{R}$ よりも高いことから、高齢者の負担率は若年者の負担率よりも若干低いものと考えられる。したがって、正しく高齢者をのぞいた負担率は $\bar{R}''$ よりも高く、 $\bar{R}'$ よりも低い範囲(6.2~6.4%)にあると考えられ

<sup>8)</sup> なお、国民健康保険内の負担格差として、地域間の保険料格差が存在するが、ここではこの問題はとりあげない。

<sup>9)</sup> 『国民健康保険実態調査』では、高齢者とは70歳以上を指す。

る。

一方、健保については、『健康保険被保険者実態調査』（厚生省）から、所得を推定した。保険料の基準となる標準報酬月額に賞与等を含まない。そこで、『賃金構造基本調査』（労働省）の情報をを用いて、賞与分を推計し、国保と比較可能な所得を推計した。こうして推定された政管健保の負担率は6.6%、組合健保のそれは6%となった（推計手順については、付録2を参照）。

以上のことから高齢者の国保加入者をのぞいた場合には、所得に対する保険料の負担比率の違いは大きくないことがわかる。

保険料負担の実態を推計した研究としては、86年度の資料に基づいた小椋・千葉（1991）がある。彼らは、『国民生活基礎調査』（厚生省）により、所得を推定している。ただし、『国民経済計算』（経済企画庁）との照合により、資産所得の捕捉率が悪い（13%）ため、これを除いた労働・事業・年金所得をとっている。保険料負担については、被用者保険の給付格差が保険料負担の15%に相当すると推計しており、これを差し引いたものを被用者保険の負担としている。推計結果は、国保世帯のそれ（5.2%）の約8割となった。小椋・千葉推計と本稿での推計の主要な相違点は、彼らの推計で、国保世帯について、捕捉された所得ではなく『国民生活基礎調査』から推計された所得を用いたこと、被用者世帯の給付格差分を控除したものを保険料負担としたこと、高齢者世帯を含む、の3つである。彼らによれば、『国民健康保険実態調査報告』で捕捉をされた所得は『国民生活基礎調査』の66%である。また、本稿の負担率の推計は、高齢者を含んだものとも解釈できるから、高齢者世帯の調整の影響は微小であると推測される。以上のことから、本稿の推計値に比較して、小椋・千葉推計値が、被用者世帯で85%で、国保世帯で66%とすると、国保と健保の負担率に差がないとする本稿の結論と、国保の負担率は被用者保険のその約8割であるとする小椋・千葉（1991）の結論は、整合的に解釈

することができる。

### 3 公費負担と財政調整

表2と表5で見た医療費と保険料の制度間格差を相殺しているのが、退職者医療制度と老人保健制度による財政調整と、各保険制度への国庫負担と老人保健制度への地方自治体負担である。

財政調整と公費負担を含んだ医療保険制度の収入と支出項目をまとめてみると、

保険給付費 + 制度間調整の拠出 + その他の支出 = 公費負担 + 制度間調整の受入 + その他の収入となる。

保険給付費は医療給付費とその他給付費にわかれる。その他給付費は、各制度が独自におこなう給付であり、埋葬料、分娩費、出産手当金、育児手当金等がある。また、医療給付費は国民医療費に含まれるが、その他給付費は含まれないという違いがある。患者負担は医療保険を経由しないが、被保険者の実質的な負担であり、患者負担の程度は制度間の違いがあるので、これも考慮に入れるために、収入と支出の双方に患者負担項目を加えることにする。こうして、保険の支出項目として、医療給付費その他給付費、患者負担、老人保健拠出金、退職者給付拠出金を、収入項目として公的負担、保険料、患者負担、制度間調整による受入、を考え、各制度ごとにまとめたのが、表6である。その他の支出・収入項目は収支をバランスさせる残差として、支出側に示してある。表6では、加入者1人当たりの数値を報告しており、その作成手順については、付録1で説明している。

表6は、制度別の財政状況を示すものであり、おおむね各制度の加入者の給付と負担の状況を示しているが、老人保健制度の構造により、完全に加入者別の状況を反映しているとはいえない。これは、老人保健適用者の受ける医療サービスは老人保健制度の欄にまとめられているが、適用者が負担する保険料は、加入している各制度の保険料の欄に示されているからで

表6 制度別の医療保険財政

(単位・円)

	給付				負担				合計	
	医療給付費	その他給費	自己負担	老人保健拠出金	退職者給付拠出金	差額	公費負担	保険料		患者負担
政府管掌健康保険	102,350	8,733	18,576	36,769	7,685	5,650	22,635	138,551	18,576	179,763
政府管掌健康保険(法69条の7)	161,746	15,787	21,908	29,351	0	398,404	453,682	151,606	21,908	627,196
組合管掌健康保険	85,276	7,223	15,632	34,684	8,490	17,935	1,984	151,623	15,632	169,239
国民健康保険(一般)	120,892	2,996	26,368	49,260	0	8,180	99,694	81,634	26,368	207,696
国民健康保険(退職者医療)	267,888	0	44,886	0	0	-14,763	0	83,312	44,886	298,010
船員保険	112,983	27,851	22,975	37,355	6,804	5,636	8,264	182,366	22,975	213,606
国家公務員等共済組合(各省各庁組合)	80,092	5,246	17,003	38,086	8,237	795	2,475	129,981	17,003	149,459
国家公務員等共済組合(適用法人組合)	82,796	4,593	17,708	34,996	7,816	4,722	447	134,476	17,708	152,631
地方公務員等共済組合	92,583	5,450	17,165	34,774	9,026	5,338	0	147,170	17,165	164,335
私立学校教職員共済組合	99,578	7,903	17,518	36,675	9,279	16,168	279	169,324	17,518	187,121
老人保健	635,820	0	25,617	0	0	-10,702	199,190	0	25,617	650,735

(注) 1992年度の加入者1人当たり年額。

加入者数については、共済組合以外では、老人保健適用者は加入する保険制度ではなく、老人保健に計上。

老人保健の加入者数は、総数であり、共済組合に加入する老人保健適用者も含む。

老人保健適用者の医療費は、老人保健に計上されるが、支払った保険料は加入する保険制度に計上されている。

(出所) 付録1を参照。

ある。本来は、各制度の保険料を老人保健制度適用者とそれ以外に分割するべきであるが、老人保険適用の条件は、被保険者が被扶養者かの状態を問わないため、この作業はほぼ不可能である。

医療費、保険料についてはすでに議論されたので、ここでは公費負担と財政調整について見てみよう。退職者給付拠出金は、報酬比例による拠出になるので、政管健保がやや低くなるなど、各職域保険の平均報酬の格差を反映している<sup>10)</sup>。老人保健拠出金は、政管健保（法69条の7）を除く職域保険では3万4,684円から3万8,086円の間で近接しており、節の説明が当てはまる。

この2つの制度間調整の受入側では、国保（退職者医療）が、加入者1人足り約16万9,812円を受取っている。これらは職域保険の現役世代から退職世代への移転と見なすことができる。老人保健制度適用者1人当たりの受取額は、42万5,928円となる。ただし、このなかには老人保健適用者が支払った保険料が含まれるので、すべてが非老人から老人への移転ではない。

公的負担に転じると、加入者1人当たりの全額では、老人保健が19万9,190円と最も高く、国保（一般）が9万9,694円、政管健保は2万2,635円となっている。組合健保、共済組合に対する公的負担はごくわずかである。

以上のことから、公的負担の性格は2つあることがわかる。第1は、老人保健に代表される年齢構成の違いによる医療費格差に対処する目的であり、支出の大半はこれに向けられている。

第2は、保険料の負担能力格差に対処するため、国保と政管健保がこの観点からなされている。

この点から医療保険に対する公的負担は、「弱者保護」の性格をもつものといえる。しかし、制度別に適用されていることが、本当に弱者保護になっているのかどうかはわからない。たとえば、政管健保には給付費に対する国庫負担があるが組合健保には事務費への国庫補助のみである。両者の区分は従業員数であるが、労働者の所得格差がこの区分できれいにわかれているとは考えにくい。国保の給付費に対する国庫負担は、市町村を保険者とする集団だけではなく、地域の職業者集団で組織された国民健康保険組合にも与えられる。国保組合のなかには、医者、弁護士といった高所得者で組織されるものもある。

これら支出・収入項目の差額は、事務費、その他の事業の出費や収入によるものであるが、それらの額は各制度とも小さくなっており、上にのべた項目を見ることにより、各制度の財政状況を判断することができると考えられる<sup>11)</sup>。

<sup>10)</sup> 正確には、このことは加入者1人当たりではなく、被保険者1人当たりの金額で見なければいけない。

<sup>11)</sup> ただ、政管健保については、すでにのべた棚上げ債務が貸借対照表に存在するため、その利払費を一般会計から国債整理基金特別会計を通して受け入れて、利子をまた国債整理基金特別会計を通して支払っている。本稿で使用している会計項目では、前者が公費負担、後者がその他支出に含まれることになるが、これは、棚上げ債務が一般会計に移転されず、政管健保にのこっているために生じている現象であり、保険財政には直接の関係はなく、取り除く方が望ましい。一般被保険者分の会計については、借入金残高の伸びを、この利子と推計して、公費負担とその他支出から控除した。しかし、法69条の7被保険者については、利子の推計が正確にできないため、やむなくこの調整をおこなっていない。このため、加入者1人当たりのその他支出が39万8,404円、公費負担が45万3,682円と巨額になっているが、その他支出の大半は棚上げ債務の利払費であると考えられる。

## ・高齡化社会と医療費

## 1 国民医療費増加の原因

90年代は、国民医療費が国民所得を上回る成長を続けた。また、今後の高齡者人口比率の上昇は、老人医療費を上昇させ、国民医療費を増加させることになると予想される。このことは、老人保健拠出金を通して全制度の被保険者の負担増につながると同時に、医療費格差の是正を大きな目的としている国庫負担にも大きな影響を与えるであろう。節では、医療費増加の原因は何なのか。また今後の人口構成の変化により、医療費をどの程度上昇するかを議論したい。

厚生省が推計する「国民医療費増加率の要因別内訳」では、増加要因を、人口増 人口構成の高齡化、医療費改定（診療報酬改定及び薬価基準の改正）、その他（医学医術の進歩等）の4つに分類している。表7には、1980年から93年までのその内訳を示している。この期間の1人当たり国民医療費の平均的増加率は5.4%であったが、その内訳は、人口構成の高齡化が1.3%、価格変化が0.4%、技術進歩が3.7%であった<sup>12)</sup>。

## 2 国民医療費の将来予測

厚生省はまた、この要因分解の方法に基礎を置き、将来予測もおこなっている。表8は、「21世紀福祉ビジョン」（94年3月）に基づいた推計であり、人口要因以外の医療費の伸び率を、

表7 国民医療費増加の要因分解

年度	国民医療費 の伸び率	増加要因				(単位・%)
		人口増	人口の 高齡化	価格変化	技術進歩	
80	9.4	0.8	1.0	0.0	7.5	
81	7.4	0.7	1.0	1.7	3.8	
82	7.7	0.7	1.2	0.0	5.7	
83	4.9	0.7	1.2	-1.3	4.3	
84	3.8	0.6	1.2	-2.0	4.0	
85	6.1	0.7	1.2	1.2	3.0	
86	6.6	0.5	1.2	0.7	4.1	
87	5.9	0.5	1.2	0.0	4.1	
88	3.8	0.4	1.3	0.5	1.6	
89	5.2	0.4	1.3	0.8	2.7	
90	4.5	0.3	1.6	1.0	1.5	
91	5.9	0.3	1.5	0.0	4.0	
92	7.6	0.3	1.6	2.5	3.0	
93	3.8	0.3	1.5	0.0	2.0	
80-93	5.9	0.5	1.3	0.4	3.7	
80-89	6.1	0.6	1.2	0.2	4.1	
90-92	6.0	0.3	1.6	1.2	2.8	

(出所) 厚生省大臣官房統計情報部「国民医療費」

90年から92年度までの3年間の実績をもとに4.5%と置いている。これに人口構成の変化を考慮にいれて、国民医療費の伸び率は、2000年度までは6.5%、2000～2010年度は6%、2010～2025年度は5%と予測されている。この結果、2025年には、国民医療費は93年度水準の5.8倍、老人医療費は9.7倍になる。

名目の伸び率を予測していることから、対国民所得比は所得の伸び率に依存して変化する。厚生省推計では、高成長ケースと低成長

<sup>12)</sup> 医療の場合には、高度な医療技術が広く浸透していくことによって、技術進歩が費用増加要因となるのが一般的である。技術進歩による医療費増加要因に関する最近の実証分析には以下のようなものがある。二木(1996)は、1970年から92年の『社会医療診療行為別調査』(厚生省)を用いて、技術進歩の影響を調べた。80年代以降は技術進歩は医療費を引き上げていないことが観察されたが、この背景には厚生省による薬価、検査、画像分析の価格・診療報酬の繰り返しの引き下げ政策があったと指摘している。池上(1996)は、1988年と1991年の『社会医療診療行為別調査』の個票データを用いて、検査、画像診断、虫垂切除術、薬剤について技術浸透が生じていることを確認した。

表8 国民医療費の将来予測（厚生省推計）

年度	1993	2000	2010	2025
国民医療費（兆円）	24.3	38	68	141
伸び率の内訳				
人口増		0.3%	0.2%	-0.2%
人口の高齢化		1.6%	1.2%	0.7%
その他		4.5% <sup>(注)</sup>	4.5%	4.5%
国民所得（伸び率）				
ケース①		5%	4%	3%
ケース②		3%	2%	2%
国民医療費／国民所得				
ケース①	6.8%	7.6%	9%	11%
ケース②	6.8%	8.5%	13%	19%

（注）90年度から92年度までの実績の傾向を基に算定。  
ケース①と②では、名目GDPの伸び率の想定に違いがある。

（出所）厚生省編「厚生白書（平成9年版）」

ケースの2通りの国民所得の伸び率を想定している。このため、対国民所得比の予測値は幅をもち、2025年には11～19%となっている。これは、足元の1993年の6.8%の1.6～2.8倍の値である。分母と分子の伸び率を別々に予測することから、約30年後の比率の予測値の幅は大きい。

他の予測としては、小椋・入船（1990）が、加入者推計モデルと収支推計モデルの2つからなるシュミレーション・モデルにより、国民医療費と各医療保険の将来予測をおこなっている。人口推計は85年の『人口動態統計』（厚生省）をもとにしている。医療費の将来推計では、高齢化のピークとなる2021年には、国民医療費は実質で86年度の1.5倍、老人医療費は2.5倍に達するとされる。国民医療費の増加分は、その半分が公費負担によって、あと半分が保険料負担によって吸収され、自己負担はほとんど変化しない。また、被用者保険の保険料率は1.5倍、国保保険料は2倍の水準になることが予測されている。

厚生省推計では、直近の技術進歩による医療費増加要因が今後も継続するという想定に立つが、将来の技術進歩の要因はきわめて不確実である。このことから、西村（1997）は経済成長率に依存せず、人口構成の変化のみで生じる国民医療費を議論の出発点にすることを提唱している<sup>13)</sup>。本稿では、西村（1997）の提言にしたがい、年齢別の医療費水準は現在と変化せず、人口構成のみが変化した場合にどれだけ医療費が増加するのかを、表9のようにして計測した。

図4で示された、年齢階層別1人当たり診療費が変化しないものとして、2010年、2025年の『将来推計人口』（1992年9月推計）による年齢階層別人口（中位推計）を乗じて、医療費総額を計算した。これを総人口で除いて、1人当たり医療費にすると、2010年で21万1,968円で90年水準の約1.3倍、2025年で23万4,623円と90年水準の約1.4倍となる。

<sup>13)</sup> 西村（1997）は、厚生省の推計手法の問題点として、①過去の医療費の伸び率は、政策に大きな影響を受けており、将来の政策を議論する際に、ある政策のもとで実現した値をベースにすることは適当ではない、②遠い将来の名目値がどの程度の負担や給付を意味するのかを把握することは容易ではない、ことを挙げている。

表9 1人当たり診療費の将来予測

年齢階層	年齢階層別1人 当たり診療費 (円)	人口割合		
		1992年度	2010年度	2025年度
0-4	84,006	5.0%	6.0%	4.5%
5-9	73,632	5.8%	6.1%	4.7%
10-14	52,210	6.5%	5.6%	5.3%
15-19	48,635	7.8%	5.1%	5.7%
20-24	63,882	7.8%	5.4%	5.8%
25-29	84,502	6.7%	6.2%	5.3%
30-34	89,668	6.3%	7.1%	4.8%
35-39	94,945	6.7%	8.3%	5.1%
40-44	113,046	8.8%	7.3%	5.9%
45-49	135,751	7.3%	6.6%	6.7%
50-54	176,800	6.9%	6.3%	7.7%
55-59	234,924	6.4%	7.2%	6.7%
60-64	294,345	5.7%	8.2%	6.0%
65-69	354,812	4.6%	6.7%	5.5%
70-	602,540	8.5%	16.4%	20.3%
1人当たりの診療費(円)		169,826	211,968	234,623

(注) 1人当たり診療費は年額。

(資料) 厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成4年9月推計)」

## 3 社会的入院の是正

ここで考察とされている老人医療費のなかには、現行の福祉制度による介護サービスの供給が不足していることにより、満たされない需要が医療機関に向けられているという「社会的入院」現象によるものが含まれており、社会的な問題ともなっている。公的介護保険が導入されて、福祉サービスの財源の問題が緩和されれば、医療サービスから安価な介護サービスへ需要がシフトし、医療費が節約されることが期待されている。

96年11月に厚生省が発表した「社会保障の給付と負担の見直し」の中では、社会的入院が是正された場合の医療費の節約効果が試算されている。表9は、2025年度の現行制度が維持された場合の医療費と、介護保険が創設され、社会的入院が是正された場合の医療費を比較したも

表10 社会的入院の是正による医療費の減少額

ケース	(単位・兆円)		
	(1) 現行制度の ままの場合	(2) 社会的入院が 是正された場合	(3) (2)-(1)
医療			
A	108	96	-12
B	107	96	-11
C	107	96	-11
福祉等			
A	30	43	13
B	23	33	10
C	20	29	9

(注) ケースA, B, Cは、名目所得の伸び率の想定に違いがある。

(出所) 厚生省資料「社会保障の給付と負担の見直し」1996年11月

のである。各自国民所得の伸び率の異なるケースが想定されているが、各自医療費総額にはほとんど影響がなく、2025年度において約12兆円の減少、10%の減少率と見込まれている。

ただし、介護サービスに転換することにより減少した医療費分すべてが節約されるのではなく、国民負担の観点からは、転換したあとの介護サービス費用との差額が節約分とみなされるべきである。

八代他（1996）の介護費用推計に用いられた1

か月当たりの単価では、寝たきり老人について、病院では、33万2,917円、老人保健施設で29万8,907円、特別養護老人ホームで24万294円、在宅で24万8,146円となっている<sup>14)</sup>。したがって、病院から特養ホームへの転換による費用節約分は28%、老人保健施設への転換では10%となる。上にのべた2025年度における各日医療費の減少率10%を前提にすると、介護費用の増加と相殺した医療費の節約分は、医療費総額の1%~3%程度となると推計される。

## 結 論

本稿では、1992年度の医療保険の財政資料を用いて、制度間の医療費格差、保険料負担格差の実態と原因、公費負担と財政調整の機能を分析した。本稿で得られた結論は、以下のようにまとめられる。

- (1) 加入者1人当たり医療費は、職域保険が一般的に低く、国保（一般）、政管健保（69条の7）がそれより高く、国保（退職者医療）、老人保健制度が抜きんでて高くなっている。この制度間格差のほとんどは、各保険制度の加入者の年齢構成の違いによって生じている。全国平均の年齢階層別1人当たり医療費を用いて、組合健保と国保（一般）の医療費を年齢要因で説明すると、格差の93.3%を説明できる。
- (2) 加入者1人当たり保険料は、職域保険のなかでは、船員保険が最も高く、政管健保が最も低くなっている。これから離れて、国保保険料が低水準にある。この格差が所得格差によるものか、負担率格差によるものかを検討した。国保には高齢者の加入者が多いが、こ

のことが負担率を低下させている部分は、制度間の不公平とは考えられない。そこで高齢者を除外した国保加入者の負担率（保険料/所得）を推計したところ、6.2~6.4%の範囲にあると考えられる。一方、政管健保の負担率は6.6%、組合健保のそれは6%となった。したがって、捕捉された所得を前提にすると、国保・健保間の負担率格差はわずかであるといえる。

- (3) 医療費と保険料の制度間格差を相殺しているのが、制度間財政調整と公費負担である。公的負担の性格は2つある。第1は、老人保健に代表される年齢構成の違いによる医療費格差に対処する目的である。第2は、保険料の負担能力格差に対処するため、国保と政管健保への補助がこれにあたる。これらの点から、公的負担は、「弱者保護」の性格をもつものといえるが、保険制度別に適用されていることから、適切に弱者に照準を合わせた補助とはなっていない可能性もありえる。
- (4) 厚生省による将来予測では、国民所得に占

<sup>14)</sup> 八代他（1996）の文献展望でもわかるように、これまでの研究では、在宅介護について、家族による介護の費用を含める推計と含めない推計が併存している。ここで用いた単価では、この費用をホームヘルパー単価を用いて推計し、介護費用のなかに含めている。八代他（1996）では、他に女子のパートタイマー賃金を用いた推計値も報告されている。

める国民医療費の比率は、2025年度には11～19%（1993年度水準の1.6～2.8倍）になるとされている。厚生省推計では、技術進歩による国民医療費の伸び率と国民所得の伸び率は独立に想定され、前者の伸び率が高くなっている。本稿で、両者の伸び率が等しいと置いた推定を齡こなったところ、2025年の1人当たり医療費は、90年水準の約1.4倍となることがわかった。

この将来予測には、公的介護保険が創設され、「社会的入院」が減少する医療費の減少分は考慮にいれられていない。介護サービスが福祉へシフトすることにより医療費は減少するが、増加する介護費用と相殺した効果を見る必要がある。2025年において、介護費用の増加と相殺した医療費の節約分は、総医療費の1～3%程度となると推計される。

### 付録1 医療保険財政項目の出所

付録1では、医療保険財政に関する諸数値の出所と計算方法を説明する。

本文の表2、5、6では、政管健保（一般、法69条の7）、組合健保、国保（一般、退職者医療）、船員保険国家公務員等共済組合（各省各庁組合、適用法人組合）、地方公務員等共済組合、私立学校教職員共済組合、老人保険について、医療給付費その他給付費、患者負担、老人保険拠出金、退職者給付拠出金、公費負担、

加入者数、老人加入者数を計算あるいは推計したものを示している。それぞれの項目の出所は、付表1のようになる。各制度ごとにB欄の先頭には、各制度の財政を示す基礎資料を示し、A欄の項目に対応して、使用した表の名前と頁数を記した。基礎資料以外の資料を使用した場合には、資料名と表名、頁数を記している。C欄には、出所資料の該当する項目、推計方法、あるいは注意書きを示してある。

付表1 保険収支項目の出所

A	B	C
政府管掌健康保険	「事業年報」	
医療給付費	保険給付決定状況（64頁）	医療給付費
その他給付費	保険給付決定状況（64頁）	その他の現金給付
患者負担	保険給付決定状況（64頁）	医療費 - 給付費
老人保健拠出金	年度別収支状況（71頁）	
退職者給付拠出金	年度別収支状況（71頁）	
公費負担	年度別収支状況（71頁）	921,177百万円から借入金利子77,170百万円を控除
保険料	年度別収支状況（71頁）	
被保者数・被扶養者数	年度別適用状況（62頁）	（平成5年3月現在）
老人加入者数	老人保健加入者数（159頁）	（平成5年3月現在）
政府管掌健康保険（法第69条の7）	「事業年報」	
医療給付費	保険給付状況（74頁）	給付費
その他給付費	保険給付状況（74頁）	その他現金給付
患者負担	保険給付状況（74頁）	医療費 - 給付費
老人保健拠出金	年度別収支状況（77頁）	
退職者給付拠出金	年度別収支状況（77頁）	
公費負担	年度別収支状況（77頁）	
保険料	年度別収支状況（77頁）	（郵政事業特別会計より受入分含む）

医療保険財政と公費負担

付表1 保険収支項目の出所

A	B	C
被保険者数・被扶養者数	年度別収支状況(72頁)	(平成5年3月末現在)
老人加入者数	老人保健加入者数(160頁)	(平成5年3月末現在)
組管掌健康保険 医療給付費	「健康保険組合事業年報」 保険給付決定状況(34頁)	法定給付のうちの医療給付+附加給付のうちの一部負担金還元金および家族療養附加金
その他給付費	保険給付決定状況(34頁)	法定給付のうちのその他の現金給付+附加給付のうち (延長)傷病手当附加金,(家族)埋葬附加金,(配偶者)分娩附加金,出産手当附加金,(配偶者)育児手当附加金+合算高額療養附加金
患者負担 老人保健拠出金	「事業年報」保険給付決定状況(158頁) 組管掌健康保険収入支出決算状況(総額),(42頁)	医療費-給付費
退職者給付拠出金	組管掌健康保険収入支出決算状況(総額),(42頁)	
公費負担	組管掌健康保険収入支出決算状況(総額),(42頁)	国庫負担金+国庫補助金収入
保険料	組管掌健康保険収入支出決算状況(総額),(42頁)	保険料+特別保険料+調整保険料収入
被保険者数・被扶養者数	「事業年報」適用状況(158頁)	(平成5年3月末現在)
老人加入者数	「事業年報」老人保健加入者数(162頁)	(平成5年3月末現在)
国民健康保険(一般・退職者医療)	「国民健康保険事業年報」	
医療給付費	平成4年度収支状況(62頁)	保険給付費
その他給付費	平成4年度収支状況(62頁)	その他の保険給付費
患者負担	年度別,月別保険者給付状況(その1)(82頁)	一部負担金-高額療養費
老人保健拠出金	平成4年度収支状況(62頁)	
退職者給付拠出金	平成4年度収支状況(62頁)	
公費負担	平成4年度収支状況(62頁)	国庫支出金(事務費負担金,療養給付費等負担金,普通調整負担金,特別調整負担金,助産費補助金,特別対策費補助金),都道府県支出金,連合会支出金,共同事業支出金,保険基盤安定化繰入金,基準超過費用,財政安定化支援事業,一般会計繰入金
保険料	平成4年度収支状況(62頁)	
被保険者数・被扶養者数	A表集計表(211頁)	(平成5年3月末現在)
老人加入者数	A表集計表(211頁)	(平成5年3月末現在)
船員保険	「事業年報」	
医療給付費	保険給付決定状況(80頁)	医療給付費
その他給付費	保険給付決定状況(80頁)	その他の現金給付
患者負担	保険給付決定状況(80頁)	医療費-給付費
老人保健拠出金	年度別収支状況(84頁)	
退職者給付拠出金	年度別収支状況(84頁)	
公的負担	年度別収支状況(84頁)	疾病給付分のみ(他に年金給付分,失業給付分,事務費あり),事務費は他の給付分と分けられないので含まない
保険料	年度別収支状況(84頁)	疾病分のみ(他に年金分,失業分,その他あり)
被保険者数・被扶養者数	年度別収支状況(72頁)	(平成5年3月末現在)
老人加入者数	老人保健加入者数(161頁)	(平成5年3月末現在)

医療保険財政と公費負担

付表 1 保険収支項目の出所

A	B	C
国家公務員等共済組合（各 省各庁組合）	「国家公務員等共済組合事業統計年報」	
医療給付費	短期給付種目別の対前年度比較(160頁)、 附加給付種目別の対前年度比較(162頁)	短期給付のうちの医療費計+附加給付のうちの家族療 養費および直営家族療養費+一部負担金払戻金
その他給付費	短期給付種目別の対前年度比較(160頁)、 附加給付種目別の対前年度比較(162頁)	傷病手当金、(家族)埋葬料、(配偶者)出産費、出 産手当金、(配偶者)育児手当金
患者負担	短期給付組合別給付状況(166頁)	本人・家族、入院・外来による保険給付率から 推計(高額療養費と一部負担金払戻金は控除)
老人保健拠出金	短期経理損益計算書(74頁)	
退職者給付拠出金	短期経理損益計算書(74頁)	
公的負担	短期経理損益計算書(74頁)	国庫負担金収入
保険料	短期経理損益計算書(74頁)	掛金(組合員)+負担金
被保険者数・被扶養者数	組合別組合員数(18頁)、組合別扶養者 数(26頁)	
国家公務員等共済組合(適 用法人組合)	「国家公務員等共済組合事業統計年報」	
医療給付費	短期給付組合別給付状況(166頁)	短期給付のうちの医療費計+附加給付のうちの家族療 養費+一部負担金払戻金
その他給付費	短期給付組合別給付状況(166頁)	傷病手当金、(家族)埋葬料、(配偶者)出産費、出 産手当金、(配偶者)育児手当金
患者負担	短期給付組合別給付状況(166頁)	本人・家族、入院・外来による保険給付率から推計(高 額療養費と一部負担金払戻金は控除)
老人保健拠出金	短期給付組合別給付状況(166頁)	
退職者給付拠出金	短期給付組合別給付状況(166頁)	
公的負担	「社会保障統計年報」短期経理状況(224 頁)	国庫補助金収入
保険料	「社会保障統計年報」短期経理状況(224 頁)	掛金収入+負担金収入
被保険者数・被扶養者数	組合別組合員数(130頁)、組合別被扶養 者数(132頁)	(平成5年3月末現在)
地方公務員等共済組合	「地方公務員共済組合等事業年報」	
医療給付費	短期法定給付支給状況調(64頁)、短期附 加給付状況調(72頁)	
その他給付費	短期法定給付支給状況調(64頁)、短期附 加給付状況調(72頁)	傷病手当金、(家族)埋葬料、(配偶者)出産費、出 産手当金、(配偶者)育児手当金
患者負担	短期法定給付支給状況調(64頁)、短期附 加給付状況調(72頁)	本人・家族、入院・外来による保険給付率から推計 (高額療養費と一部負担金払戻金は控除)
老人保健拠出金	短期経理の収支状況(26頁)	
退職者給付拠出金	短期経理の収支状況(26頁)	
公費負担	短期経理の収支状況(26頁)	
保険料	短期経理の収支状況(26頁)	掛金(組合員)および任意継続掛金+負担金
被保険者数・被扶養者数	組合員数の状況(20頁)、被扶養者の状況 (23頁)	
私立学校教職員共済組合	「社会保障統計年報」	
医療給付費	短期部門給付決定状況(243頁)	保険給付のうちの診療費、調剤、療養費、調剤費、 看護料、移送費、高額療養費、支払基金審査費
その他給付費	短期部門給付決定状況(243頁)	保険給付のうちの(家族)埋葬料、(配偶者)出産費、 育児手当金、および休業給付のうちの傷病手当金、 出産手当金

医療保険財政と公費負担

付表 1 保険収支項目の出所

A	B	C
患者負担	短期部門療養の給付及び家族療養費決定状況 (245頁)	本人・家族, 入院・外来による保険給付率から推計 (高額療養費は控除)
老人保健拠出金	短期経理状況 (251頁)	
退職者給付拠出金	短期経理状況 (251頁)	
公費負担	短期経理状況 (251頁)	助成金
保険料	短期経理状況 (251頁)	掛金
被保険者数・被扶養者数	「保険と年金の動向」短期組合員適用状況及び収支状況 (160頁)	(平成 5 年 3 月末現在)
老人保健	「老人医療事業年報」	
医療給付費	制度別老人医療費の状況 (172頁)	老人医療費一部負担金
その他医療費		
患者負担	制度別老人医療費の状況 (172頁)	
老人保健拠出金		
退職者給付拠出金		
公費負担	老人医療費の負担の状況 (25頁)	
保険料		
被保険者数	年度別制度別老人医療受給対象者数 (2 頁)	(平成 5 年 3 月末現在)

(資料)

社会保険庁	「事業年報 (平成 4 年度)」
厚生省保険局	「国民健康保険事業年報 (平成 4 年度)」
大蔵省主計局	「国家公務員等共済組合事業統計年報 (平成 4 年度)」
自治省行政局公務員部福利課	「地方公務員共済組合等事業年報 (平成 4 年度)」
健康保険組合連合会	「健康保険組合事業年報 (平成 4 年度)」
厚生省老人保険福祉局	「老人医療事業年報 (平成 4 年度)」
総理府社会保障制度審議会事務局	「社会保障統計年報 (平成 6 年版)」
厚生省大臣官房統計情報部	「平成 4 年度 国民医療費 (平成 4 年度)」
(財) 厚生統計協会	「保険と年金の動向 (1995年)」
(すべて平成 4 年度のデータを用いた)	

付表 2 には、制度別の各項目の総額、付表 3 には、加入者数が示されている。加入者については、老人保健適用者とそれ以外の被保険者、被扶養者を区別したが、共済組合の資料では、老人保健適用者数を得ることはできず、非老人の欄に含まれてしまっている。老人保健の加入者数は総数であり、健保、国保、船員保険との差額から共済組合全体の老人保険適用者数は求められる。総額を加入者数で除したものが、表 6 に示された 1 人当たり数値となる。

医療保険財政と公費負担

付表2 制度別の医療保険財政(総額)

	給付				負担				計		
	医療給付費	その他給付費	患者負担	老人保健拠出金	退職者給付拠出金	差額	公費負担	保険料		患者負担	制度間調整
政府管掌健康保険	3,816,309	325,630	692,653	1,371,015	286,554	210,661	844,007	5,166,161	692,653	0	6,702,821
政府管掌健康保険(法69条の7)	21,027	2,052	2,848	3,816	0	51,793	58,979	19,709	2,848	0	81,535
組合管掌健康保険	2,774,787	235,016	508,638	1,128,594	276,249	583,584	64,573	4,933,657	508,638	0	5,506,868
国民健康保険(一般)	3,756,833	93,102	819,411	1,530,806	0	254,213	3,098,102	2,536,852	819,411	0	6,454,365
国民健康保険(退職者医療)	1,053,335	0	176,490	0	0	-58,050	0	327,583	176,490	667,702	1,171,775
船員保険	41,013	10,110	8,340	13,560	2,470	2,046	3,000	66,199	8,340	0	77,539
国家公務員等共済組合(各省各庁組合)	215,927	14,143	45,841	102,680	22,207	2,144	6,673	350,428	45,841	0	402,942
国家公務員等共済組合(適用法人組合)	116,246	6,449	24,862	49,134	10,973	6,630	628	188,804	24,862	0	214,294
地方公務員等共済組合	634,562	37,351	117,647	238,340	61,863	36,586	0	1,008,702	117,647	0	1,126,349
私立学校教職員共済組合	79,264	6,291	13,944	29,193	7,386	12,870	222	134,782	13,944	0	148,948
老人保健	6,668,480	0	286,672	0	0	-112,242	2,089,100	0	268,672	4,467,138	6,824,910

(注) 1992年度の年額

老人保健適用者の医療費は、老人保健に計上されるが、支払った保険料は加入する保健制度に計上されている。

(出所) 付表1を参照

付表3 各制度の加入者

(単位・千人)

	非老人			老人
	被保険者	被扶養者	加入者	
政府管掌健康保険	18,968	18,319	37,287	1,842
政府管掌健康保険(法69条の7被保険者)	87	43	130	7
組管掌健康保険	15,414	17,125	32,539	954
国民健康保険(退職者医療分を除く)			31,076	7,421
国民健康保険(退職者医療分)			3,932	
船員保険	125	238	363	24
国家公務員等共済組合(各省各庁組合)	1,127	1,569	2,696	
国家公務員等共済組合(適用法人組合)	487	917	1,404	
地方公務員等共済組合	2,985	3,869	6,854	
私立学校教職員共済組合	420	376	796	
老人保険				10,488

(注) 1992年度末。国保では、被保険者と加入者が一致する。

資料の制約から、共済組合以外の老人保健適用者は非老人の欄に含まれる。

老人保健の加入者は、総数であり、共済組合に加入する老人保健適用者も含む。

(出所) 付表1を参照。

## 付録2 保険料負担率の推計方法

### (1) 国保の保険料負担率の推計

『国民健康保険実態調査』では、一般被保険者の世帯の所得階級別の世帯数、世帯の被保険者数、所得総額、保険料調定額が得られる。

「高齢者のいる世帯」について世帯数が得られるので、総世帯からこれを控除して、「高齢者のいる世帯」以外の所得階級別の世帯数を算出する。各所得階級内での所得と保険料は、高齢者のいる世帯とそれ以外の世帯で変わらないと仮定して、所得総額と保険料調定額を推定した。この結果、「高齢者のいる世帯」以外は、全世帯の世帯数の62.6%、所得総額の62.4%、保険料調定額の66.5%となった。

所得階級別の世帯に属する被保険者数と70歳以上の被保険者数が得られる。各所得階級内での所得と保険料は高齢者と非高齢者で変わらないと仮定して、非高齢者の所

得総額、保険料調定額を推定した。70歳未満の被保険者は、全世帯の被保険者数の79%、所得総額の80.7%、保険料調定額の84%となった。

「高齢者のみの世帯」について、世帯数が得られるので、総世帯からこれを控除して「高齢者のみの世帯」以外の所得階級別の世帯数を算出する。各所得階級内での所得と保険料は、高齢者のみの世帯とそれ以外の世帯で変わらないと仮定して、所得総額と保険料調定額を推定した。この結果、「高齢者のみの世帯」以外の世帯は、全世帯の世帯数の81.2%、所得総額の89.9%、保険料調定額の90.2%となった。

なお、所得不詳の世帯については、所得をゼロと置いた。

以上から付表4のように、それぞれの場合の負担率(保険料/所得)が推計される。

医療保険財政の公費負担

付表4 国保(一般)の保険料負担

世界の所得階級	全世界帯				「高齢者のいる世帯」以外				「高齢者のみの世帯」以外			
	世帯数	被保険者数	所得総額	保険料調定額	世帯数	被保険者数	所得総額	保険料調定額	世帯数	被保険者数	所得総額	保険料調定額
総計	30,301	67,120	74,041,643	4,422,837	18,955	46,173,905	2,940,752	53,045	59,732,216	3,713,845	66,528,923	3,990,311
所得なし	6,765	9,371	0	164,404	3,591	0	87,269	7,282	179,003	127,763	0	101,316
30	1,719	2,875	263,972	50,497	897	144,967	26,350	1,950	152,279	34,243	189,163	34,811
40	600	1,001	207,751	26,277	347	119,696	15,197	734	152,279	19,261	154,357	19,533
50	572	1,008	255,764	31,103	348	155,548	18,923	729	185,079	22,507	200,105	24,361
60	650	1,093	355,943	41,170	375	205,442	23,752	778	253,283	29,295	274,233	31,732
70	562	1,031	363,818	41,336	303	195,701	22,286	715	252,465	28,685	274,375	31,186
80	644	1,170	482,135	51,795	362	270,547	29,115	818	337,149	36,220	369,409	39,731
90	651	1,227	551,832	60,174	359	303,791	33,184	850	382,089	41,665	417,609	45,570
100	646	1,218	615,043	62,628	371	353,637	35,968	862	435,172	44,312	483,993	49,249
110	690	1,376	724,646	73,596	405	425,760	43,198	1,032	543,291	55,178	593,084	60,157
120	719	1,444	827,188	80,695	382	438,837	42,873	1,023	585,884	57,155	669,652	65,319
130	561	1,271	779,997	77,853	370	462,124	46,163	941	577,625	57,654	647,423	63,027
140	596	1,163	756,621	73,662	334	450,588	43,856	874	568,517	55,349	633,637	69,177
150	567	1,239	865,695	81,320	371	538,657	50,620	946	661,157	66,625	765,455	81,864
160	530	1,228	874,653	82,483	366	567,187	53,243	992	709,819	70,965	811,517	88,015
170	414	936	724,392	67,738	279	488,261	45,649	779	603,211	66,406	749,271	80,702
180	436	1,138	881,954	82,245	309	571,337	53,278	955	724,758	67,586	811,517	87,940
190	436	1,031	849,175	75,759	310	603,638	53,866	865	712,311	63,549	761,399	81,157
200	396	1,013	811,810	71,567	254	520,642	45,904	836	683,729	60,275	727,768	76,654
210	379	952	814,755	71,309	268	575,916	50,424	830	715,486	67,484	769,439	81,906
220	346	936	841,696	76,447	261	587,153	53,349	823	713,856	64,289	761,315	81,864
230	340	953	831,203	72,321	239	592,006	53,278	848	739,837	64,372	787,174	83,602
240	315	854	802,766	68,377	223	584,773	48,407	753	707,482	60,261	746,782	78,492
250	281	818	778,902	67,234	223	590,469	50,997	744	708,534	61,160	762,935	83,602
260	270	840	772,784	67,865	205	563,862	49,510	770	708,386	62,210	745,305	81,843
270	273	799	777,199	65,009	198	563,997	47,149	719	698,990	58,467	723,185	76,484
280	260	769	766,296	64,575	192	565,732	47,686	706	703,350	59,270	733,670	76,484
290	1,144	3,506	3,704,152	313,455	810	2,626,847	47,686	706	703,350	59,270	733,670	76,484
300	833	2,705	3,110,904	252,176	637	2,378,559	221,939	3,154	3,331,935	281,957	3,548,544	300,303
350	631	2,186	2,676,549	212,479	449	1,904,391	192,840	2,512	2,888,696	234,163	3,025,293	245,213
400	467	1,599	2,210,932	169,300	316	1,494,391	151,193	1,981	2,425,888	192,580	2,576,113	204,397
450	714	2,564	3,900,513	275,771	499	2,727,205	114,558	1,380	1,908,540	146,144	2,121,536	162,412
500	497	1,740	3,226,887	203,114	340	2,205,105	192,731	2,281	3,469,642	245,308	3,769,714	266,501
600	339	1,260	2,535,606	144,698	233	1,741,308	138,951	1,559	2,891,626	182,012	3,095,710	194,941
700	268	988	2,275,900	115,858	174	1,479,488	99,453	1,129	2,272,166	129,664	2,454,007	140,002
800	189	739	1,793,517	82,174	119	1,129,738	75,222	863	1,967,303	100,149	2,150,119	109,374
900	463	1,747	5,557,514	202,389	295	3,527,213	128,952	1,440	4,581,993	166,863	5,255,361	191,023
1000	557	1,889	23,780,158	241,646	300	12,373,026	130,151	1,332	16,771,269	170,424	19,921,293	211,278
1500	2,518	5,261	207,784	168,257	2,039	0	168,257	4,669	0	184,403	0	189,795
不詳												
負担率			5.97%		6.37%		6.22%		6.22%			6.00%

(注) 1992年度。高齢者は、70歳以上を指す。  
(資料) 厚生省「国民健康保険実施実態(平成4年度)」

## (2) 健保の保険料負担率の推計

政管健保（法69条の7被保険者を含まない）と組合健保の被保険者の所得については、『健康保険被保険者実態調査』から、事業所規模別の被保険者数と標準報酬月額が得られる。標準報酬月額を年間所得に変換するために、『賃金構造基本調査』の情報をを用いた。

1992年の『賃金構造基本調査』の「きまって支給する現金給与額」を標準報酬月額に対応するものとみなし、これの12倍と「年間賞与その他特別給与額」の和を年間所得と考える。賞与の比率は企業規模に依存するために、『賃金構造基本調査』の1,000人以上、100～999人、10～99人、5～9人の規模別ごとに上記の比率を推計した。推計結果を示した付表5からわかるように、年間所得は標準報酬月額の14.3～16.5倍

の範囲にあり、事業所規模が大きくなるほど高くなる。年間所得と「きまって支給する現金給与額」の比率を、『健康保険被保険者実態調査』の事業所規模別の標準報酬月額に乗じて、所得を推計した。ただし、4人以下については、5～9人の数値と企業規模不詳の分類には、5人以上の企業規模計の数値を当てはめた。このようにして推計された被保険者の1人当たり年間所得は、付表6に示すように、415万1,512円、組合健保について523万8,413円となる。

付表2に示された、保険料総額を被保険者数で除して、被保険者1人当たり保険料を求めると、政管健保で27万2,362円、組合健保で32万76円となる。したがって、保険料負担率は政管健保で6.6%、組合健保で6%と推計される。

付表5 年間所得と標準報酬月額の関係

事業所規模	5～9	10～99	100～999	1000～	総数
従業員数（人）	1,284,410	8,196,140	8,566,430	7,245,010	25,291,990
きまって支給する給与（千円）	253.8	266.8	289.6	351.7	298.2
年間賞与（千円）	579.4	732.9	1,025.3	1,570.1	1,064.0
年間所得	3,625.0	3,934.5	4,500.5	5,790.5	4,642.1
年間所得／標準報酬月額（月）	14.28	14.75	15.54	16.46	15.57

（資料）労働省「賃金構造基本調査（平成4年度）」

付表6 健康保険被保険者の年間所得

付表6 健康保険被保険者の年間所得

政管健保													
事業所規模	1～4	5～9	10～19	20～29	30～49	50～99	100～299	300～499	500～999	1000～	任意継続	総数	
被保険者数(人)	138,728	264,579	315,718	177,945	211,061	256,507	304,096	89,244	76,127	39,571	29,262	1,902,838	
標準報酬月額(円)	298,290	304,419	294,856	282,319	272,825	263,765	261,009	270,013	276,149	264,848	198,538		
年間所得/標準報酬月額(月)	14.28	14.28	14.75	14.75	14.75	14.75	15.54	15.54	15.54	16.46	15.57		
年間所得(円)	4,260,446	4,347,986	4,348,242	4,163,359	4,023,351	3,889,743	4,056,184	4,196,110	4,291,466	4,360,541	3,090,871	4,151,512	
組合健保													
事業所規模	1～4	5～9	10～19	20～29	30～49	50～99	100～299	300～499	500～999	1000～	任意継続	特別退職	総数
被保険者数(人)	107	339	677	675	1,154	2,142	5,531	3,182	4,563	12,234	396	77	31,077
標準報酬月額(円)	373,364	345,799	354,402	333,627	341,841	320,960	313,840	319,142	332,072	359,121	274,859	163,481	
年間所得/標準報酬月額(月)	14.28	14.28	14.75	14.75	14.75	14.75	15.54	15.54	15.54	16.46	15.57	15.57	
年間所得(円)	5,332,721	4,939,013	5,226,367	4,919,998	5,041,130	4,733,198	4,877,199	4,959,595	5,160,532	5,912,682	4,279,048	2,545,098	5,328,413

(注) 1992年度。

(資料) 厚生省「健康保険被保険者実態調査(平成4年度)」

参 考 文 献

- 藤田晴（1979）、「医療保険の制度間格差と財政調整」、『季刊現代経済』，第35号，Summer，72 - 87頁
- 藤井良治（1994）、「社会保険と財政調整」，社会保障研究所編『社会保障の財源改案』，東京大学出版会，63 - 82頁
- 池上直巳（1996）、「医療費の自然増の分析：検査と医療品使用を中心として」，社会保障研究所編『医療保障と医療費』，東京大学出版会，193 - 215頁
- 岩本康志（1996）、「試案・医療保険制度一元化」、『日本経済研究』，第33号，11月，119 - 142頁
- 金井利之（1994）、「地域福祉と財政調整」、『季刊社会保障研究』，第30巻第3号，Winter，239 - 248頁
- 二木立（1996）、「技術進歩と医療費抑制政策との関係の実証的検討」，社会保障研究所編『医療保障と医療費』，東京大学出版会，217 - 234頁
- 西村周三（1979）、『現代医療の経済学分析』，メヂカルフレンド社
- （1997）、「高齢社会の医療・介護制度と民間保障」，堀内昭義編『高齢社会の生命保険事業』，東洋経済新報社，113 - 145頁
- 小椋正立（1990）、「医療需要の価格弾力性に関する予備的考察」，金森久雄・伊部秀男編『高齢化社会の経済学』，東京大学出版会，189 - 220頁
- ・千葉友太郎（1991）、「公平性から見たわが国の社会保険料負担について」、『フィナンシャル・レビュー』，19号，3月，27 - 53頁
- ・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』，17号，8月，51 - 77頁
- 岡崎昭（1989）、「国民健康保険の保険料賦課方式」、『季刊社会保障研究』，第25巻第3号，Winter，272 - 282頁
- 漆博雄（1994）、「国民健康保険および老人保健制度の財源問題」，社会保障研究所編『社会保障の財源政策』，東京大学出版会，139 - 156頁
- （1997）、「老人医療の有料化と公的介護保険」，八代尚宏編『高齢化社会の生活保障システム』，東京大学出版会，137 - 157頁
- 牛丸聡（1994）、「社会保障の資金の流れと財源確保」，社会保障研究所編『社会保障の財源政策』，東京大学出版会，83 - 98頁
- 八代尚宏・小塩隆士・寺崎泰弘・宮本正幸（1996）、『介護保険の経済分析』（経済分析政策研究の視点シリーズ5）『経済企画庁経済研究所』