

三位一体改革と国民健康保険財政

只友景士*

【1】はじめに－問題の所在－

市町村が保険者である国民健康保険は、国民皆保険制度の基盤となる制度であるが、国保財政は構造的な財政問題を抱えており、危機的状況にある。2002年度の決算を例にとると市町村の一般会計から3,680億円の法定外繰入金を行っても4,188億円の赤字である。こうしたなか2005年度、国は三位一体の地方財政改革の中で、国保定率国庫負担率を引き下げ、国庫負担引き下げ分に替わって都道府県調整交付金制度を導入した。都道府県が市町村単位の国保運営に財政面からも関与する仕組みを準備したのである。

本報告の第一の課題は、国保が直面している医療・保健需要の構造並びに国保財政の財政問題の構造を解明することとである。第二の課題は、三位一体改革に「巻き込まれた」国保財政改革の意義と問題点を明らかにすることである。2005年に行われた三位一体改革の税源移譲財源として国保定率国庫負担を引き下げ、都道府県に税源移譲を行いながら調整交付金制度によって市町村国保に関与させる一連の制度改革体系のもつ意義と問題点を国保財源問題と財政調整問題を中心に検討する。制度改革により市町村国保財政はどのような影響を受けるのか、保険者の地域における医療・保健政策はどのような影響を受けるのかを実態調査を踏まえて検証したい。そして、第三の課題として、国保財政改革の検討を踏まえて、三位一体の地方財政改革に検討を加えることである。

【2】国民健康保険の現状

表1 医療保険制度間の比較

	市町村国保	政管健保	組合健保
1世帯当たり年間所得（2002年度推計）	153万円	237万円	381万円
1世帯当たり保険料調定額（2002年度）	15.6万円	15.9万円	17.6万円
一人当たり診療費（2002年度）	16.4万円	12.1万円	10.3万円
年間所得をもとに算定した保険料率	10.2%	6.7%	4.6%

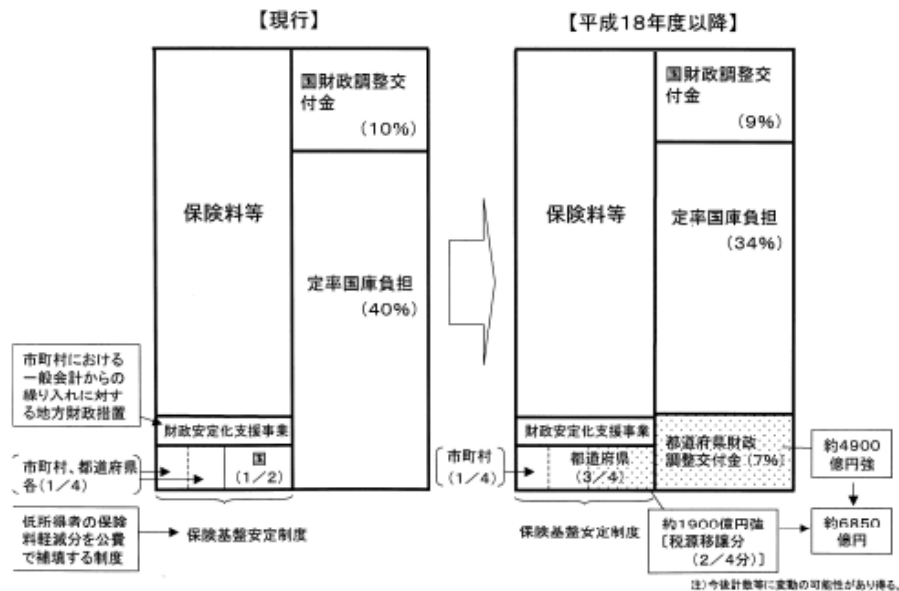
国民健康保険制度は、農林水産業者及び自営業者を中心とする制度として創設されたが、他の医療保健制度に属さない全ての者を被保険者として

（出所）国民健康保険中央会「国民健康保険の安定を求めて」（平成16年12月）おり、国民皆保険制度の「最後の砦」の役割を果たしている。国保の被保険者の構成は、産業構造の変化、人口の高齢化などの影響を受け、農林水産業者の比率が、1975年と1998年で比べると42.1%から6.8%と大きく減少し、自営業者も25.4%から22.8%と比重を落としている。それに対し、無職者が6.6%から46.7%に激増している。こうした状況を反映して、表1で国保と主要な医療保健制度と比較すると国保は1世帯当たりの平均年間所得が低いにもかかわらず、年間所得を基に算定した保険料率が相対的に高いという状況を生み出している。また、国保財政にとって、国保税（保険料）の滞納問題は、他の医療保健制度にはない独自の課題として存在し、滞納者の医療の受診抑制も発生している。

* 滋賀大学 e-mail:tadatomo@biwako.shiga-u.ac.jp

【3】三位一体改革における国民健康保険国庫負担

2005年度の三位一体の地方財政改革は、総額1兆1,239億円の税源移譲に結びつく国庫負担金改革を実施したが、その48.4%の5,449億円を国保国庫負担であり、最大の項目である。この国保国庫負担は、全国知事会から求めたものではなく、「地方の意に反し、盛り込まれたもの」であった。下記の図1は、国庫負担構造の変化を示したものである。



制度変更の要点としては、療養給付費等負担金に関わる定率国庫負担40%を34%に、財政調整機能を有している国調整交付金10%を9%に削減し、合計7%の国負担を削減し、それに見合う都道府県財政調整交付金を新設するというものである。この改革により、定率分が減少し、財政調整交付金部分が10%から16%に高まり、市町村国保にとって不安定要因を拡大することになる。

今回の制度改正で、財政調整交付金制度は、国と都道府県の二重構造となった。財政調整制度の在り方をめぐっては、全国知事会で「国民健康保険制度改革における都道府県負担導入に向けた基本的考え方について（浅野試案）」が検討されるなどした。現在、厚生労働省、総務省、全国知事会など地方3団体で構成する検討会から「都道府県調整交付金配分ガイドライン」が示されたところであるが、今後、政令を受けて各都道府県が条例を制定し、自主的に配分方法を決める段階を迎えている。配分方法が市町村国保に与える影響を

【4】三位一体改革時代の国保財政問題の検討課題

三位一体の地方財政改革は、分権改革の一環として税源移譲を行うことにより、地方の自己決定権を拡充することに意義がある。しかし、「国保国庫負担」の一部廃止は、都道府県への税源移譲予定財源として廃止されたのであるが、国保財政の実態からすると地方の裁量の拡大と言う意味では限定的とならざるを得ない。税源移譲対象財源とされる国庫支出金が、どのような財政需要面での特性を持っているのか検討する必要がある。

○詳細な資料を学会当日に配布致します。

制度間の財政調整と退職者医療制度

佐藤雅代*（北海道大学公共政策大学院）

要旨

職域・地域ごとに個別の保険制度が分立してきたという歴史的経緯から、現在の健康保険制度は複数の制度に分かれている。（たとえそれぞれの制度の中で健康管理がなされていたとしても、ライフサイクルの各期に個人と関わる健康保険制度間の連携は取れていない。） 大多数の被用者は、定年等で退職してから、国民健康保険に退職被保険者として加入するが、退職後も被用者保険から支給が行なわれる場合もある（特定健康保険組合）。

本稿では、医療保険制度改革が予定通りに進めば存在意義を失う退職者医療制度を評価すると同時に、長期間にわたり健康管理が継続されていると考えられる人たちとそれ以外の人たちの健康状態を医療費ベースで比較することで疾病予防や疾病管理の成果を評価したいと考えている。具体的には、退職者医療制度について概観し、社会保障給付費の「制度間移転」のデータより退職者給付拠出金の推移を明らかにした上で、事業年報データにより、国保（退職）分と特定健保の財政状況を比較分析する。

1. 退職者医療制度について

1-1. 創設までの経緯

退職者医療制度については、財政当局が、国民健康保険への国庫負担を減らすねらいで、繰り返し制度の創設を提案していた。なぜなら、退職サラリーマンの多くが医療の必要性が高まる定年退職などの後の時期に国民健康保険に移行するため、国民健康保険の負担が過重となり、これを国庫負担と国民健康保険の他の被保険者の保険料とによってカバーするという構造的な負担の不均衡があったからである。

厚生年金等の加入記録を使えばサラリーマン集団を把握できるというアイディアが浮上したことが、昭和 59 年度改正における退職者医療制度創設につながった。しかし、当初の政府案がスムーズに可決されたわけではなく、健保連は財政調整に断固反対した。そこで、健康保険組合が希望すれば、特定健康保険組合を設立し、その被保険者については、退職後も特例退職被保険者として当該特定健康保険組合が退職者医療を実施できるという制度を設けることで合意がはかられた。

1-2. 制度間の財政調整

医療保険制度の再編合理化による負担の公平化を期する名目で、退職者医療制度が創設されたことにより、国民健康保険の退職被保険者およびその家族の医療費は、退職者本人が支払う保険料に被用者保険各制度の拠出を加えて賄うこととなった。つまり、現役のサラリーマンと事業主の保険料を主な財源として、国民健康保険の他の加入者が高齢退職者の医療費の一部を賄う不合理を解消しようとしたのである。

* E-mail : msato@hops.hokudai.ac.jp

制度間移転の推移 ー退職者給付拠出金ー

単位: 億円

		平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度
退職者給付拠出金		973	1,206	1,552	111	-1,084
入	国民健康保険	10,392	11,726	12,969	13,253	13,651
	療養給付費交付金					
	政府管掌健康保険	4,215	4,754	5,086	5,816	6,539
	組合管掌健康保険	3,822	4,206	4,548	5,251	5,887
	船員保険	26	29	30	31	33
出	日本私立学校振興・共済事業団	116	132	150	176	201
	国家公務員共済組合	321	361	414	488	559
	地方公務員等共済組合	919	1,038	1,188	1,379	1,516
	退職者給付拠出金					

注) 網掛け部分は、制度間移転収支(＝他制度からの移転－他制度への移転)を示す。
出典)「平成14年度 社会保障費 ー解説と分析ー」、季刊社会保障研究 Vol.40 No.3、pp.290

1－3. 被用者保険の退職者の、老健適用までの健康保険の選択肢

サラリーマンが高齢で退職すると、退職して収入は減るのに医療費負担が増えると考えられている。そこで、老人保健適用までの間をつなぐのが、退職者医療制度である。

特例退職被保険者制度は、退職者に対する医療給付と健康保険組合の保健事業の利用を目的とした制度である。医療給付割合が国民健康保険と同じである他、在職中の現役被保険者と同程度の保険給付並びに健康診査等の保健事業を受けることができる。特定健康保険組合の退職者でない限りこの選択肢は無いが、特定健保被保険者であった人は、主として、国保退職被保険者と特定健康保険組合の特例退職被保険者の両制度を比較して選択することになる。その個人の所属する共同体に応じて加入する健保がほぼ自動的に決定される日本の公的医療保険制度の中で、稀有な期間と言えよう。

2. 特定健康保険組合の状況

2－1. 設立の状況

平成 14 年度末の健康保険組合数は 1,674 組合で、そのうち特定健康保険組合数は 71 組合であった。バブル崩壊後から近年にかけての新設はほとんどなく、制度創設当初あるいはバブル期の新設がほとんどである。

2－2. 加入者の状況

平成 13 年度適用状況 (年度平均)

	加入者総数	うち 任意継続被保険者	うち 特例退職被保険者	うち 老人保健制度
健康保険組合 (年度末 1,722 組合) 全体				
合 計	31,392,971 人	802,769 人	309,719 人	863,783 人
被保険者	15,183,020 人	412,098 人	160,132 人	71,645 人
被扶養者	16,209,951 人	390,671 人	149,587 人	792,138 人
特定健康保険組合 (71 組合) のみ				
合 計	5,289,891 人	87,127 人	310,405 人	
被保険者	2,554,983 人	45,145 人	160,465 人	
被扶養者	2,734,908 人	41,982 人	149,940 人	

(注) ・健康保険組合全体については「平成 14 年度版健康保険組合事業年報」I-4 表より作成。
・特定健康保険組合のみについては「平成 13 年度版健康保険組合事業年報」第 1 表より作成。
・特例退職被保険者数については、数値の齟齬がある。

国保 (退職) 分と特定健保の財政状況を比較分析結果及び
考察については、報告時に提示する。

医療保険政策の時系列的評価^{*}
熊谷 成将^a 泉田 信行^b 山田 武^c

1. 研究の目的

日本における患者自己負担の引き上げに対する経済学的評価はこれまで、レセプトの集計データ・個票データを用いて行われてきた。しかしながら、それらの手法では「自己負担を引き上げた後、短期で受診率が元の水準に回復するのはなぜか」という疑問に答えることができていない。この研究の目的は、自己負担引き上げという医療保険政策が、受診率に対してどの程度の効果を与え続けるかを明らかにすることである。

2. 研究の方法

医療の需要と供給の両側からのショックが患者の受診行動に与える影響を考慮したモデルを比較静学によって導出し、そのモデルの未知パラメーターをベクトル値自己回帰モデル (Vector Auto Regressive model) で求めた。医療経済変数のデータ生成過程を考慮した Recursive VAR を推定し、同関数に基づく衝撃反応関数 (Impulse Response Function) によって自己負担引き上げの影響の長さを計測した。Recursive VAR に加えて Structural VAR も推定し、医療保険政策の時系列的評価を試みた。

3. データ

政府管掌健康保険の月次データ (被保険者, 被扶養者) が用いられた。データの出所は「事業年報」と「事業月報」である。被保険者と被扶養者の各々に対する受診率と1件あたり医療費を算出し、それらの4系列を推定に用いた。季節要因を除去するために、原系列は移動平均法によって季節調整値に変換されている。推定期間は1993年1月から2003年3月であり、4系列はすべてこの期間において定常な系列である。

4. 推定モデルと推定結果 (紙幅の関係で関数形の導出過程を省略)

被保険者について推定すべき VAR の背後にある関数は

$$\Delta p_i^s = a_1 \Delta \eta_i + u^s, \Delta (q_i^d / n_i) = a_2 \Delta p_i^d + u^d (\theta_i, p_i^d) \quad \text{もしくは}$$

$$p_i^s = a_3 \eta_i + u^s, (q_i^d / n_i) = a_4 p_i^d + u^d (\theta_i, p_i^d) \quad \text{である。}$$

ここで、 q_i^d / n_i が被保険者の受診率 (= 受診件数 / 被保険者数)、 p_i が被保険者の1件あたり価格 (= 外来 + 薬剤)、 θ_i が患者の自己負担率である。 ε_i は需要側のショック、 η_i は医療

^{*} a 近畿大学 経済学部 b 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 c 千葉商科大学 商経学部
代表者の連絡先: 熊谷 成将 577-8502 東大阪市小若江 3-4-1
FAX: (06)6726-3213 E-mail address: narimasa@msa.kindai.ac.jp

機関に対するショックであり、 u^s は供給曲線の定数項の変化、 $u^d = p_i^d(t) \varepsilon_i / h_0$ が受診率の変化分のうち予測が困難な部分($1/h_0$ は需要の価格弾力性)である。

推定されるRecursive VARは、Sims(1980)が提案したrecursive systemの構造型VARモデルであり、その体系は(1)式に表される。(1)式に表されるVARを用いて分析できる点は、受診率(y)の下落によって1件あたり価格(z)が上昇したか、もしくは、その逆の関係があるかである。推定される(1)式の長所は、モデルの背後にある関数の構造系を完全に識別できることと、推定されたVARの残差から構造的攪乱項の分散共分散行列を復元でき、誤差項に含まれるinnovationを再生することによって、予期できないショックの被説明変数に対する影響を分析できることである。攪乱項の分散共分散行列の復元を可能にするため、上述の方程式体系の未知パラメーター1個に対して現時点制約が課されているが、2変数のVARにおいて現時点制約は任意である(Hoover 2001)。

$$\begin{aligned} y_t &= a_{10} + a_{11}y_{t-1} + a_{12}z_{t-1} + e_{yt} \\ z_t &= a_{20} + a_{21}y_{t-1} + a_{22}z_{t-1} + e_{zt} \end{aligned} \tag{1}$$

		推定結果の要約
Recursive VAR	被保険者	前期の1件あたり価格の下落は今期の受診率を押し上げる
	被扶養者	過去3期間の1件あたり価格は今期の価格のみに影響を与える
IRF	被保険者	1件あたり価格に対する受診率のショックは半年でゼロに収束
	被扶養者	1件あたり価格に対する受診率のショックは2年でゼロに収束

5. 政策的インプリケーション

[1] 自己負担引き上げ政策が今後も行われるとすれば、実施から1年程度でその政策への評価を与えることが可能かも知れない。短期の政策評価が可能になれば、政策評価で重視されるPDCAサイクル(Plan→Do→Check→Action)を現在想定されている周期よりも短縮できる。また、自己負担引き上げの効果を検証してきたこれまでの医療経済学的な研究に対しては、分析期間の選択が結果に深刻な影響を与える可能性があり、その方法論について深刻な再検討を要求する結果かもしれない。

[2] 制度改定が患者の受診行動と医療機関の供給行動に与える影響の持続期間(IRFの分析結果)を比較すると、医療機関の供給行動の方が早く影響が減衰しており、医療機関が価格調整行動を迅速に行うと患者の負担増と医療費増が両立する可能性があると考えられる。健康保険組合の個票データを用いた分析では価格弾力性が小さいことが明らかになっており、自己負担引き上げ政策が意味を持ち得ないことが明らかになっているが、その含意を別の側面から補強する結果である。患者自己負担引き上げは医療需要を抑制できず、やはり保険財政対策以上の意味を期待することはできないといえよう。