

## 格差・貧困と公的医療保険： 新しい保険料設定のマイクロ・シミュレーション

阿 部 彩

### I はじめに

公的医療保険における「国民皆保険」が、現在、危機的な状況にある。国民健康保険の保険料を滞納している世帯は、全国で約382万世帯、滞納率は18.4%に達する〔厚生労働省2008〕。つまり、約5世帯に1世帯の国民健康保険の被保険世帯（以下、国保世帯）が保険料を払っていない。国民健康保険料の滞納が続くと、保険証を返還させられ、「短期被保険者証」または「被保険者資格証明書」が交付される。「短期被保険者証」は、短期間に更新手続き（保険料納付）をしなければならず、「被保険者資格証明書」は、医療機関での支払いは全額自己負担となるので、事実上の「無保険状態」であることを意味する（全額から自己負担分3割を除いた額は市区町村に返還を求めることができるが、実際に、返還を受けるためには、滞納している保険料を払わなければならない）。滞納世帯の中には、子どもがいる世帯も含まれ、全国で「無保険」状態である（＝資格証明書が発行された）世帯は33万世帯あり、これらに属する中学生以下の子どもは3万2,776人（1万8,302世帯）に上る〔厚生労働省2008〕<sup>1)</sup>。

無保険となる要因について実証分析を行った先行文献によると、世帯の所得状況や本人の就業状態が無保険者となる確率に有意に影響するという一貫した結果となっており〔鈴木・大日2000, 湯田2006〕、低所得層に対する公的医療保険の保

険料の設定のあり方を再考する必要があることは明らかである。

本稿は、公的医療保険における保険料の設定について「国民生活基礎調査」（厚生労働省）の個票レベルのデータを用いて考察するものである。そもそも、公的医療保険の保険料設計には、いくつかの不公平が内在する。第一に、世帯が負担する保険料は、同じ所得であっても、どの公的医療保険制度に加入するかによって大きく異なる。これは、国民健康保険と被用者保険の間に最も顕著であるが、被用者保険の間においても、政府管掌健康保険（現協会けんぽ）、組合健康保険、共済会など、雇用主の規模やタイプによって保険料率は異なる<sup>2)</sup>。そのため、低所得であっても比較的高い率の保険料を支払っている世帯もあれば、逆に、高所得であっても低い率の保険料を支払っている世帯がある。また、同じ国民健康保険でも、保険料設定は各自治体によって行われているので画一的ではない。第二に、公的医療保険の保険料の設定は、家族構成と密接な関係がある。被用者保険においては、扶養家族の人数にかかわらず保険料の設定がなされているので、同じ所得であっても、扶養家族が多い世帯のほうが「得」である。一方、国民健康保険では、被保険者（保険でカバーされる人、以下同）数に応じて課せられる均等割の部分があるので、扶養家族が多いと、保険料も上昇する。

このような「不公平」は、被用者健康保険と国民健康保険が異なる概念によって保険料設定を行っていることから生じている。被用者健康保険

は、勤労所得に対して定率の保険料を課しており、世帯の支払い能力に応じた負担を求める「応能負担」の考え方に基づいている。つまり、低所得者は低い保険料、高所得者は高い保険料を支払う設定となっている。同じ社会保険であっても、厚生年金においては、負担（支払った保険料）と便益（給付される年金額）が関連づけられているので、「応能負担」の理念がそれほど強いとは言えないものの、医療保険においては、低所得者と高所得者の間には、便益（給付される医療費）の差がないと考えられる<sup>3)</sup>ので、「応能負担」の考え方が色濃いと言えよう。しかしながら、被用者健康保険には、標準報酬月額の下限と上限が定められており（平成20年度は5万8,000円から121万円）、上限以上の高所得者の負担率はほかの被保険者よりも低くなる。つまり、「応能負担」といっても、高所得者には「応能」よりも低い負担しか求めている<sup>4)5)</sup>。

一方で、国民健康保険の保険料には、所得割（収入に応じて徴収）部分、資産割（固定資産税に応じて徴収）部分、平等割（世帯ごとに徴収）部分、均等割（世帯内の被保険者数に応じて徴収）部分があり、「応能」部分と「応益」部分が混在している。国民健康保険の保険料の滞納問題から明らかのように、この「応能」と「応益」が混在した保険料設定は、所得格差が拡大する今日において機能しなくなってきた。

このような問題意識を背景に、本稿は、新しい公的医療保険の保険料設計を想定し、それらが導入された時に、世帯単位の保険料負担がどのように変化するのかをマイクロ・シミュレーション（micro-simulation）という手法を用いて推計する。想定される保険料設定は、保険料収入中立の仮定のもとに、①国民健康保険、被用者健康保険を通じて、被保険者1人あたり保険料を同額とした場合、②国民健康保険、被用者健康保険を通じて、世帯あたり保険料率（対世帯可処分所得）を同率とした場合、③子どもがある世帯について国民健康保険料を半額免除とした場合、の3つである。①は、「応益負担」の考え方をすべての公的医療保険の被保険者に均一に適用した設定、②は

「応能負担」の考え方をすべての被保険者に均一に適用した設定、③は特に子どもの無保険状態を解消するために配慮された設定である。シミュレーションの結果を受けて、どのような保険料設計が望ましいかを保険料の公平性という観点から議論する。

## II データと手法

### 1 データ

本稿で用いるデータは、平成16（2004）年の「国民生活基礎調査」において、世帯票と所得票が揃った標本である<sup>6)</sup>。本調査では、世帯内のすべての世帯員について、「公的医療保険の加入状況」（国民健康保険、被用者保険（本人・家族）、その他）、社会保険料（医療）（前年に支払った公的医療保険料）、可処分所得（前年、収入源別）などの情報<sup>7)</sup>を調べており、公的医療保険の分析を行うのに適している。2004年は「国民生活基礎調査」の中でも3年に1回行われる大調査年にあたり、標本数は25,091世帯（72,487人）である。

保険料負担の分析およびシミュレーションに用いられたデータは、この標本の中から、可処分所得および公的医療保険納付額がわかっており、かつ、最多所得者が65歳以下の世帯（以下、現役世帯<sup>8)</sup>）13,113世帯である。分析の対象を現役世帯に絞ったのは、高齢世帯と現役世帯では所得の源泉や消費行動（高齢世帯は所得が低くとも貯蓄を取り崩して生活をしていると考えられる等）が異なるため、保険料率の解釈などが複雑となるからである。

### 2 手法

本稿の前半においては、1989年、92年、95年、98年、01年、04年の「国民生活基礎調査」の大調査年6回分の公表データと、2004年の個票を用いて、公的医療保険の加入と負担の状況を記述する。記述される内容は、1989年から2004年の年齢層別、制度別の加入状況の変化および2004年における所得階級別、制度別の加入状

況、負担（世帯あたり保険料、対可処分所得保険料率、被保険者1人あたり保険料）の状況である。これを行うことにより、どのような世帯とどのような世帯の間に保険料の負担の格差が生じているのかを検証する。

論文の後半においては、2004年のデータを用いて、異なる保険料設定のマイクロ・シミュレーションを行う。マイクロ・シミュレーションとは、世帯・個人レベルで集計されたデータをもとに、ある仮定の制度下において、どのような世帯が便益を受け、どのような世帯が負担を被るのかを、模擬的に推計（シミュレート）する方法である。マイクロ・シミュレーションは、税制や社会保障制度の改革が及ぼす影響を世帯レベルで簡単に推計することができるため、多くの国で改革の是非を検討する際に用いられている〔Harding and Gupta 2007〕。日本では、本稿でシミュレートするような改革の前後比較は、ある仮定をおいた「モデル世帯」（典型的な例は、4人世帯、夫、専業主婦、子ども2人）で論じられることが多い。しかしながら、日本の社会には、三世帯世帯や延長型世帯<sup>9)</sup>も多く、世帯の形も多様であることから、このような「モデル世帯」の型にあてはまらない世帯も多く存在する。マイクロ・シミュレーションは、実際に社会に存在する世帯形態

をすべて含めたデータセットを基に、新しい保険料設計を課すので、改革の影響をより正確に把握することができる。

なお、本稿で行うシミュレーションでは、改革前と改革後において、世帯構造や人口構成、人々の行動（およびそれに伴う所得の変化）が変わらないと仮定する。このような方法は、Static Micro-simulationと言われ、最も簡単に、改革前後の変化を検討する方法である〔Harding & Gupta 2007〕。

### III 「国民生活基礎調査」からみた公的医療保険加入状況と保険料負担

#### 1 年齢別、加入状況

まず、「国民生活基礎調査」からみた公的医療保険の加入状況を概観する。表1は、1989年から2004年の6回分の大調査年の報告書（厚生労働省大臣官房統計情報部編 各年）から得たデータに基づいて、年齢階層別に公的医療保険の制度別の加入者割合の推移を示したものである。これによると、全個人でみると国民健康保険（以下、国保）の加入者の割合が約4割、被用者保険（組合健康保険、政府管掌健康保険、共済組合、船員保険、以下、被用者保険または健保）の加入者が

表1 公的医療保険の加入状況：年齢、性別

	全個人						子ども（20歳未満）					
	1989	1992	1995	1998	2001	2004	1989	1992	1995	1998	2001	2004
国民健康保険	36.6%	35.8%	36.3%	39.0%	40.6%	39.7%	28.8%	27.7%	26.5%	27.6%	27.0%	20.0%
被用者保険	61.5%	63.1%	62.7%	59.6%	58.6%	58.0%	69.6%	71.4%	72.7%	71.1%	72.5%	78.1%
本人	27.9%	29.7%	29.9%	28.6%	29.0%	28.5%	3.0%	3.3%	2.2%	1.8%	1.5%	1.3%
家族	33.4%	33.4%	32.9%	31.0%	29.7%	29.5%	66.6%	68.1%	70.5%	69.3%	71.0%	76.8%
その他	1.9%	1.2%	0.9%	1.4%	1.6%	2.3%	1.6%	0.9%	0.7%	1.3%	1.4%	1.9%
	勤労世代（20-59歳）						高齢者（60歳以上）					
	1989	1992	1995	1998	2001	2004	1989	1992	1995	1998	2001	2004
国民健康保険	30.4%	28.2%	27.9%	29.5%	30.1%	28.0%	69.1%	69.0%	70.0%	72.7%	75.0%	76.6%
被用者保険	67.7%	70.6%	71.2%	69.1%	69.0%	69.5%	28.6%	29.6%	28.8%	25.9%	24.3%	21.3%
本人	45.9%	48.5%	48.9%	47.4%	47.8%	48.8%	9.5%	9.6%	9.8%	0.1	0.1	9.4%
家族	21.8%	22.1%	22.3%	21.7%	21.2%	20.7%	19.2%	20.0%	19.0%	0.2	0.1	11.9%
その他	1.9%	1.2%	0.9%	1.4%	1.6%	2.5%	2.3%	1.5%	1.2%	1.4%	1.6%	2.0%

出所）厚生労働省大臣官房統計情報部編「国民生活基礎調査」平成元年、4年、7年、10年、13年、16年。

約6割であり、1989年から2004年にかけて前者の割合が若干上昇しているものの、大きな変化はない。健保加入者の中では、「家族」の割合が若干減っており扶養家族数の減少を確認することができる。

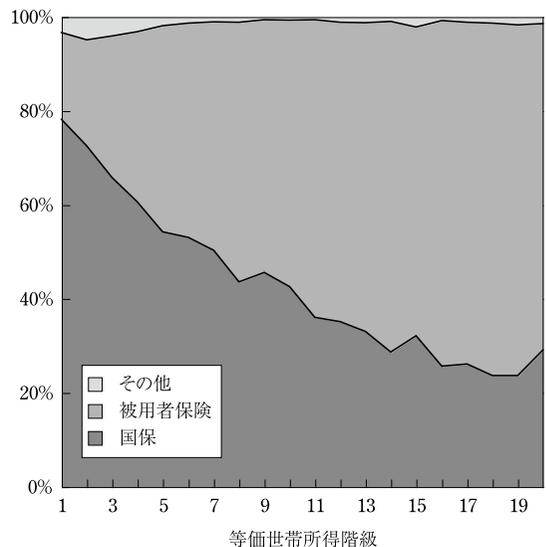
勤労世代（20歳～59歳）に限ってみても、加入状況の割合の大きな変化はみることができない。雇用の非正規化によって、職場から提供される社会保険に加入できず、国保に加入する人が増加していることが推測されたが、1989年から2004年の15年間にわたって、国保は3割弱、被用者保険（健保）は約7割で推移している。

子ども（20歳未満、未婚、職業が「主に仕事」「主に家事」であるものを除く）に着目すると、国民健康保険への加入割合はむしろ減少傾向にある。特に、2004年は2001年に比べて27.0%から20.0%と、7ポイントの減少が見られる。小規模年であるため、サンプル数が少ない2006年の「国民生活基礎調査」においても（表外）、この率は21.0%なので、この減少が2004年データのglitchのみによるものであるとは考えにくい。このことは、国民健康保険の保険料未納世帯の増加によって、無保険状態の子どもが増加することが懸念されるものの、そもそも国民健康保険に加入している子どもの割合は減少していることを示している。

国民健康保険にも被用者保険にも加入しない人は「その他」に含まれる。本データにおいては、「公的医療保険の加入状況」に、「無加入」または国民健康保険において「短期被保険者証」または「被保険者資格証明書」が発行されているかどうかの選択肢が含まれていないため、この「その他」にどのような人が含まれるのかは厳密には定義できない。しかしながら、どの年齢層、性別においても、「その他」の割合は、小さいものの増加しており、この数値が「無保険者」の増加を示唆しているものと考えられる。

## 2 所得別

次に、各個人の所得階級別（等価世帯所得＝世帯員全員の所得を合算し世帯人数で調整したも

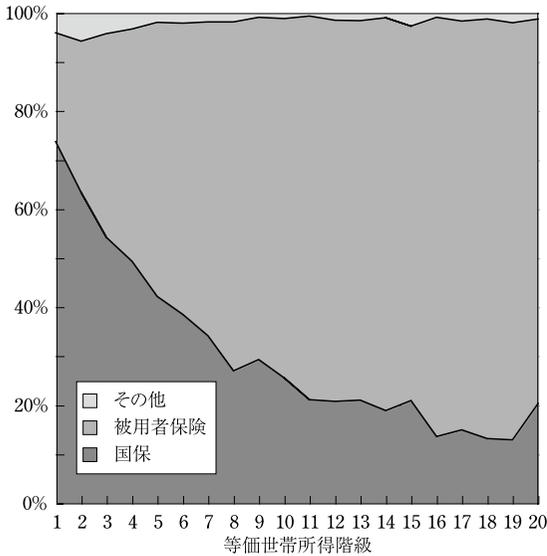


出所) 平成16年「国民生活基礎調査」より筆者計算。

図1 公的医療保険加入状況：等価世帯所得20分位別I（全個人）

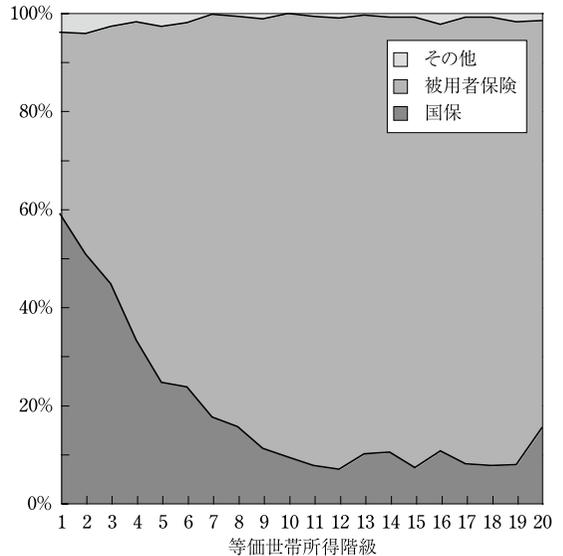
の)に、公的医療保険の加入状況をみることにする。全個人でみると（図1）、低所得層に国民健康保険加入者が偏っていることがわかる。しかし、所得の比較的に少ない高齢者が国民健康保険に加入していると考えられるため、対象を勤労世代（20歳から59歳）のみにしたものが図2である。すると、同様の傾向は、勤労世代のみに対象を絞った場合にもみることができる（図2）。第1・20分位においては、勤労世代でも72%が国保の加入者であり、健保に加入しているのは24%に過ぎない。また、無保険者と考えられる「その他」のものも約4%存在する。逆に、第20・20分位においては、国民健康保険加入者は22%、被用者保険は77%、「その他」は1%となる。つまり、国保加入者は健保加入者よりも比較的に所得が低いことが確認される。しかし、高所得層においても、2割程度の国保加入者が存在し、国保加入者のすべてが低所得層であるわけではない。

同様に、子どもの所得階級別の加入状況（図3）においても、低所得層の国民健康保険への偏りがみることができるが、全体として、子どもは



注) 等価世帯所得階級は、現役世代間の20分位。  
出所) 平成16年「国民生活基礎調査」より筆者計算。

図2 公的医療保険加入状況：等価世帯所得20分位別（現役世代）



注) 等価世帯所得階級は、子ども間の20分位。  
出所) 平成16年「国民生活基礎調査」より筆者計算。

図3 公的医療保険の加入状況：等価世帯所得20分位別（子ども）

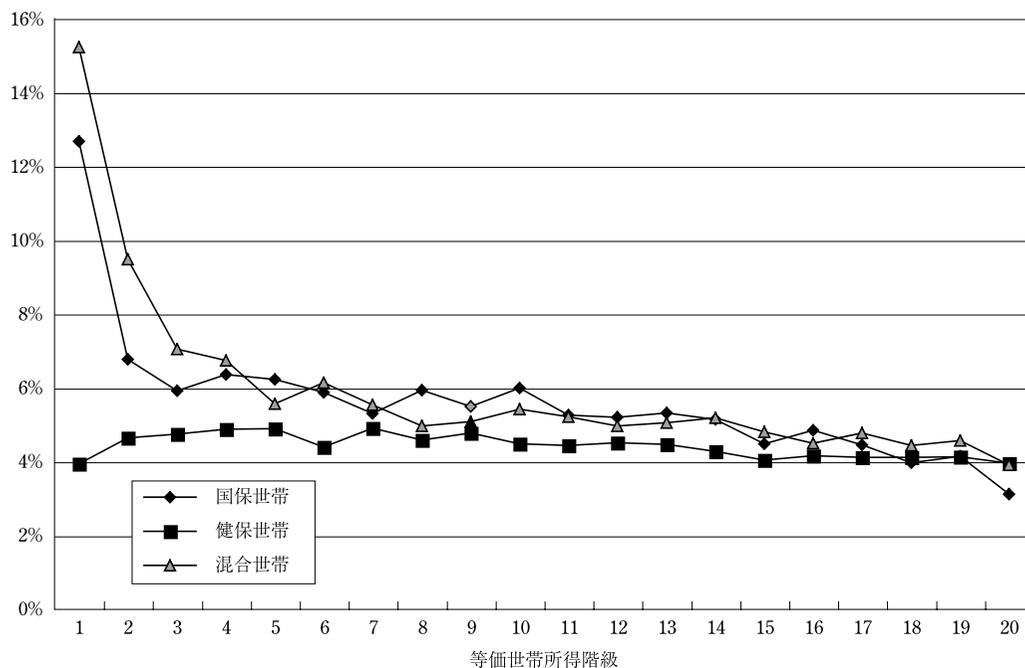
健保の割合が多く、中所得から高所得層にかけて国保の割合は1割前後となっている。

### 3 所得階級別にみた保険料の負担

次に、公的医療保険制度の保険料の負担の実態を平成16(2004)年「国民生活基礎調査」の個票の再集計から概観していこう。図4、5は、現役世帯を対象に、等価世帯所得階級20分位別の保険料負担の状況を示したものである。応能負担という観点から公平性を計る材料として、世帯の可処分所得に対する保険料の割合（保険料率、図4）、応益負担という観点から公平性を計る材料として、被保険者1人あたり保険料額（図5）という2つの指標を用いる。また、国保世帯（世帯員のすべてが国民健康保険）、健保世帯（世帯員のすべてが被用者保険）、混合世帯（世帯員の一部が国民健康保険、ほかが被用者保険）を分けて表示することにより、制度間の公平性を検証する。

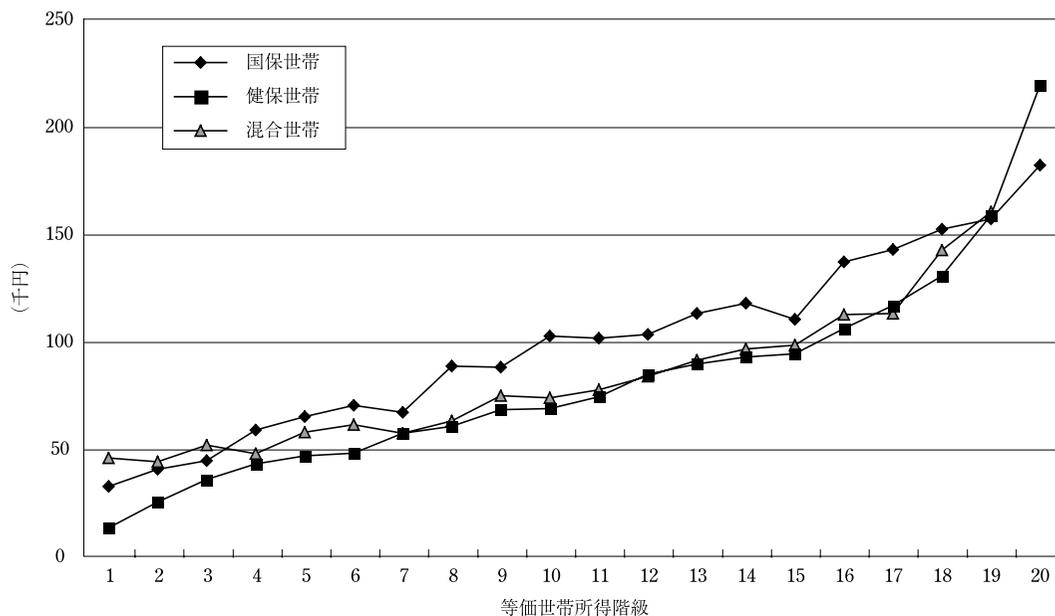
図4からは、国保世帯、混合世帯において、所得階級が低い層において保険料率が高いことがわかる。第1・20分位において顕著に高い率は、国

民健康保険料の算定が前年の所得に基づいており、前年に所得が高くとも当該年で低い場合など、極端に高い保険料率が課せられている場合があると考えられるが<sup>10)</sup>、それを勘案したとしても保険料率は低所得層（第2・20分位）の7%から高所得層（第20・20分位）の3%にかけて減少している。一方、健保世帯においては、保険料率がほぼ4%と一定となっている。被用者保険において、標準報酬月額の上限が設定されていることによって、高所得層における保険料率が低くなっていることが想像されていたが、第20・20分位で若干の減少が見られる以外は観察されない。また、政管健保、組合健保、共済会など制度ごとに異なる保険料率が所得階層による格差として現れると懸念されたが、それも確認されない。しかし、制度間の公平という観点から、国保世帯と健保世帯の保険料率を比べると、同じ所得階級においても、国保世帯の方が健保世帯よりも高い保険料率を課せられており、「国保—健保」間の格差は確認することができた。混合世帯は、国保世帯と被用者世帯の中間的な位置となっている。



出所) 図1と同様。

図4 平均保険料率：国保，健保，混合世帯別



出所) 図1と同様。

図5 平均1人あたり保険料額：国保，健保，混合世帯別

このような、応能負担の観点からみる保険料の負担の実態は、応益負担という観点からみると異なった局面をみせる(図5)。何故なら、1つの世帯に何人の被保険者(本人+扶養家族)が存在するかは、所得階層によって異なる可能性があるからである。図5は、保険にカバーされる被保険者1人あたりの保険料を制度、所得階級別にみたものである。これによると、1人あたり保険料は、国保世帯においても、健保世帯においても、所得とともに増加し、その増加の度合いはほぼ同じである。しかし、国保世帯と健保世帯を比べると、ほとんどの所得階級において、国保世帯の方が健保世帯よりも高い保険料となっている。これは、国民健康保険の保険料には、少なからず、「均等割」の部分があるためと考えられる。しかし、「所得割」の部分も大きいため、被用者保険と同様に、所得が高いほど、保険料が高いという基本的構造は守られている。

#### 4 特定世帯の保険料負担

それでは、現行の保険料設定は、母子世帯、多子世帯、多人数世帯、低所得世帯など特定の世帯においてどのような負担を課しているのであろうか(表2)。まず、世帯人数別にみると、国保世帯の世帯人数が多い世帯(3人以上)の保険料率が高くなっている。この傾向は健保世帯にはみられないため、多人数世帯においては、国保-健保間の格差が大きくなっている。同様に、子どもの数別でも、国保世帯では子ども数が多いほど負担が大きくなっている。母子世帯では、約半数が健保世帯、残りが国保世帯であり、保険料率の負担は4.6%、4.2%とほかに比べて特に大きいことはない。これは、母子世帯の所得が低いことが要因と考えられる。最後に、低所得の有子世帯をみると、保険料率は、やはり国保世帯において高くなっており、特に所得階級が第1、第2・20分位の世帯の負担率が高い。

#### IV シミュレーションの設定

前節で行った現行(2003年)の各世帯・個人

の公的医療保険の加入状況および保険料負担の分析をもとに、以下の3つのシミュレーションを行う。どれも、保険料収入(被用者保険の場合は雇用主負担分も含む)を現行と同じという仮定のもと、新しい設計を行っている。

シミュレーション1(Sim 1): 国民健康保険と被用者保険の全被保険者について、被保険者1人あたりの保険料を定額とした場合

シミュレーション1においては、被用者保険、国民健康保険の両方を通じて、被保険者1人あたり保険料を定額とした場合を想定する。この保険料設定とすると、現行の制度と同額の保険料収入を得るためには(保険料収入中立)、被保険者1人あたりの保険料は13.193万円と計算される。被用者保険の場合は、保険料の労使折半を前提として、被用者が65,950円、雇用者が65,950円を負担する。被保険者1人あたりなので、世帯内の被保険者数(配偶者、子どもなどの扶養家族)に応じて、世帯の合計保険料は上記に被保険者数を乗じた額となる。言葉を代えると、この制度は、国保・健保を通じて、保険料設定をすべて「均等割」とする設計である。全被保険者に同額に負担が課せられるという意味で、この設定は「応益負担」の原理に基づく<sup>11)</sup>。

シミュレーション2(Sim 2): 国民健康保険と被用者保険の全加入世帯において、保険料を各世帯の可処分所得に対して定率とした場合

シミュレーション2は、被用者保険、国民健康保険の両方を通じて、各世帯の可処分所得に対する保険料率が一律であるとした場合である。Sim1と同様に現行制度と同じ額の保険料収入を保つと、各世帯の保険料率(対可処分所得)は4.45%(被用者の場合は、これと同率の保険料を雇用者が拠出するため労使合算で8.9%)と計算された<sup>12)</sup>。保険料率は均一なので、被用者保険の現行制度にある標準報酬月額の上限や、低所得世帯のための保険料減免も廃止することとなる。また、保険料は世帯の可処分所得のみと連動しているため、国民健康保険であっても、被用者



保険であっても、世帯内の被保険者数に関係しない。全世帯に同率に負担が課せられるという意味で、この設定は「応能負担」の原理に基づく。

シミュレーション3 (Sim 3) : 子どもがある世帯の国民健康保険料を半額免除とした場合

公的医療保険の危機の中でも、特に懸念されるのが子どもの無保険者の増加である。健保世帯においては、世帯に対する新たな負担増を伴わずに子どもがカバーされるので、子どもの医療保険料のための家計の圧迫や子どもが無保険状態に陥るなどの問題は生じていない。問題は、国保世帯の子どもである。そのため、国民健康保険の保険料未納による子どもの無保険者の増加を防ぐために、国民健康保険に加入しており、かつ、子どもがある世帯の保険料に半額免除制度を導入する。これによる保険料収入の減少は、その他の世帯(健保世帯、および、子どもがない国保世帯)の可処分所得に同率に加算される。国保世帯で、かつ、子どもがある世帯は全世帯の中では少数(全世帯の7.4%)であるため、加算される率は比較的小さく、約0.086%となる。健保世帯の場合は、被用者分0.086%、雇用者分0.086%の計0.172%が現行の保険料率に加算される。国保世帯の場合は、国民健康保険料の所得割部分の保険料率が0.086%増加することとなる。

各シミュレーションでは、全体の保険料収入の負担の割合が、国保世帯と健保世帯の間で変るため、雇用者が負担する総保険料も変化する。Sim 1では、雇用者負担分が減少、Sim 2と3では増加となる。

3つのシミュレーションの評価をするために、保険料率(対可処分所得)、被保険者1人あたり保険料額の2つの指標を用いる。これを、世帯タイプ(国保世帯、健保世帯、混合世帯)別、等価世帯所得20分位別に平均を計算した結果表を作成する。また、世帯人数(1人、2人、3人、4人、5人以上)、世帯類型(高齢者世帯、母子世帯、一般世帯)、子ども人数(0人、1人、2人、3人以上)、有子の低所得世帯(等価世帯所得20

分位の第1~3分位)、低所得世帯(同上)別の平均を示して、特定世帯への改革の影響を推計する<sup>13)</sup>。

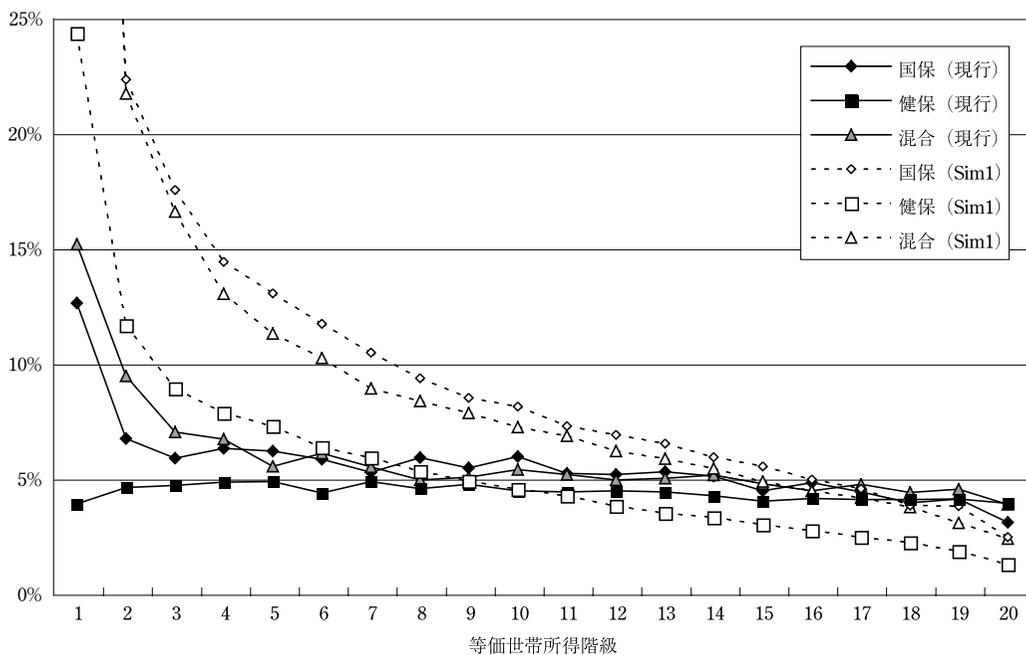
## V 結果

### 1 シミュレーション1

図6、図7は、シミュレーション1の設定による新しい保険料体系を各世帯に課し、等価世帯所得階級別に現行制度とシミュレーション下の保険料率、1人あたり保険料額の平均をみたものである。まず、全体の傾向として、国保・健保両方の制度において低所得層から中所得層にかけての負担が多くなっており、保険料の逆進性が強まっている。これは、保険料が「均等割」となったことにより、保険料の負担が高所得者から低所得者へ、また、健保世帯から国保世帯へ移行したことによる。もともと存在していた国保世帯—健保世帯間の保険料率の格差はますます拡大し、特に低所得層における格差が大きくなっている。図7をみると、1人あたり保険料が定額となったものの、被用者保険の場合はその半額を雇用者が負担するという設計は変えていないため、国保世帯—健保世帯間の保険料の差は固定される。結果として、健保世帯では、所得階級第9・20分位以下、国保世帯では第16・20分位以下の世帯で「1人あたり保険料」が増加していることがわかる。さらに、健保世帯が担う負担分が少なくなったことにより、保険料収入全体における雇用者負担分が減少し、その分、被保険者の負担分が増加している。

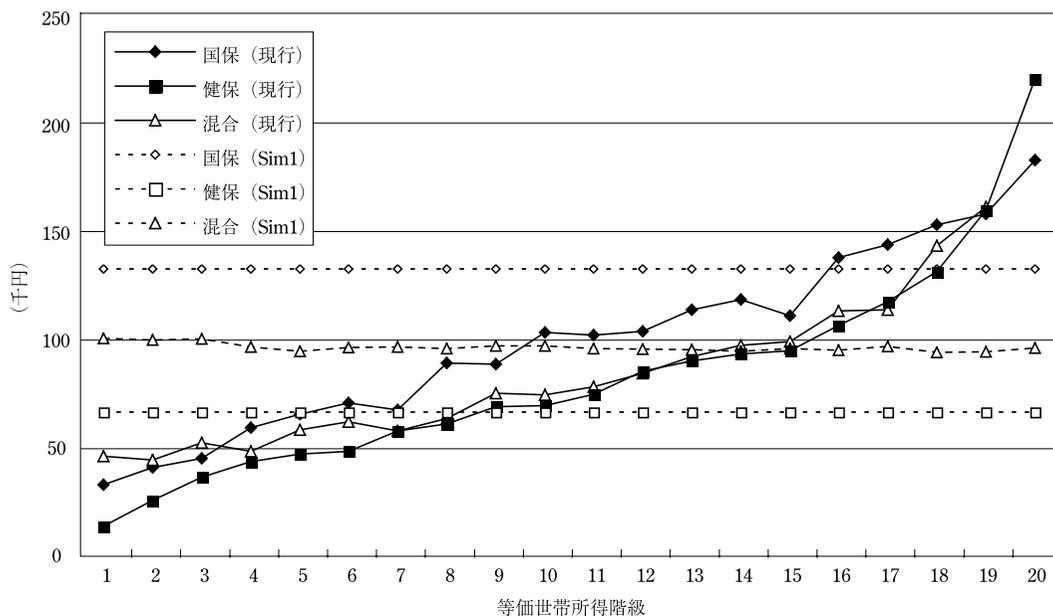
### 2 シミュレーション2

図8、図9は、シミュレーション2による推計結果である。シミュレーション2では、すべての世帯の保険料率を均一に設計しているので、図8における、国保、健保、混合世帯の新しい負担率は均一となり、点線で示す横線となる。このため、特に低所得層でみられた高い保険料率が大幅に減少する。図9は、現行制度とSim 2の1人あたり保険料額である。国保世帯においては、所得



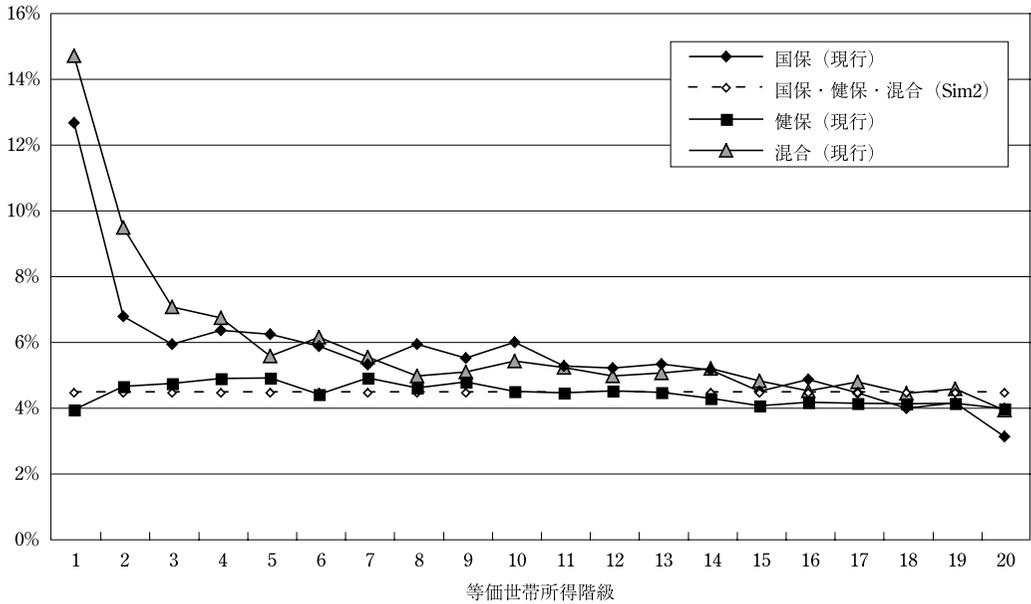
出所) 図1と同様。

図6 平均保険料率：国保、健保、混合世帯別



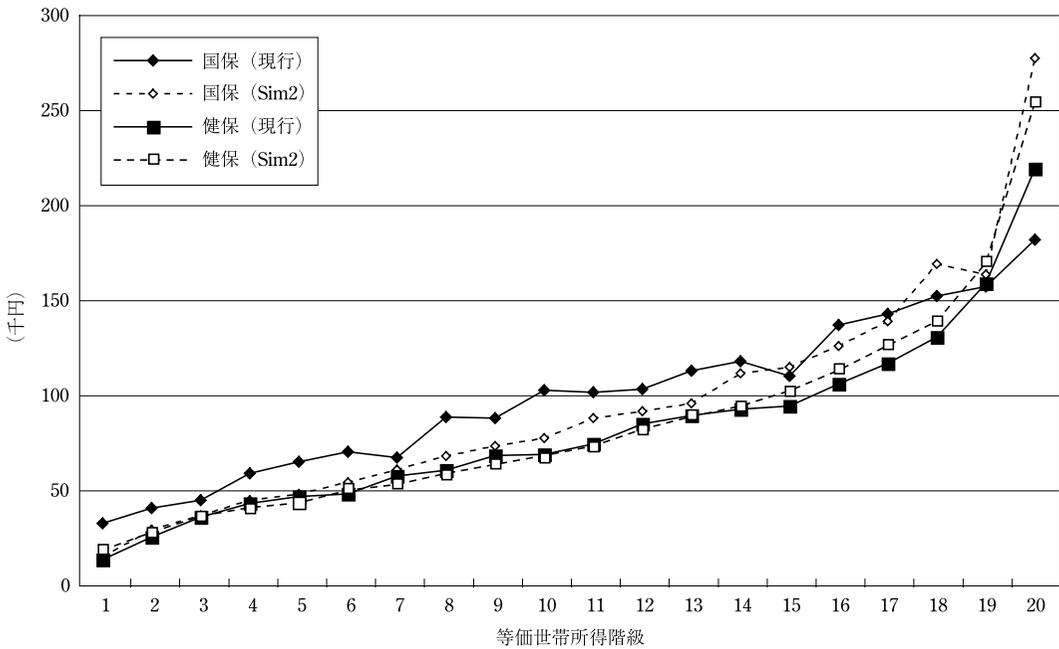
出所) 図1と同様。

図7 平均1人あたり保険料額：国保、健保、混合世帯別



出所) 図1と同様。

図8 平均保険料率：国保，健保，混合世帯別



注) 混合世帯は図が複雑になるため略。

出所) 図1と同様。

図9 平均1人あたり保険料額：国保，健保，混合世帯別

階級が第15・20分位より下の世帯においては、1人あたり保険料の減少が見られる。健保世帯においては、ほとんどの所得階級で大きな変化は見られない。結果として、国保世帯－健保世帯間の1人あたり保険料額の差は縮小し、殆ど同じ負担額となる。

現行制度と比べ、負担の増加がみられるのは、所得が極端に高い世帯である。保険料率でみると、国保世帯・健保世帯・混合世帯において、最高20分位の所得階級において若干の増加が見られる。1人あたり保険料では、国保世帯で所得階級が第18・20分位より上の世帯、健保世帯では第14・20分位より上の世帯で上昇がみられる。これは、標準報酬月額の上限を廃止したことによる。

### 3 シミュレーション3

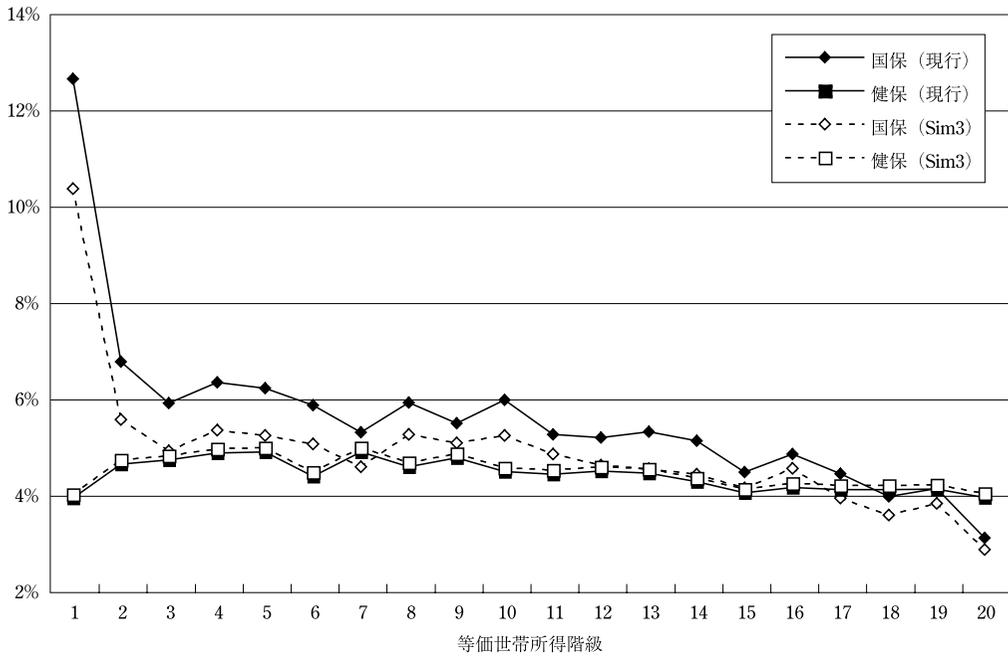
図10、図11は、シミュレーション3による推計結果である（混合世帯においては、ほとんど変化がみられないため、図からは省略）。シミュレーション3は、1や2に比べると、小さい改革であるため、大きな変化がみられないものの、興味深い結果となっている。保険料率でみると、子どものある世帯のみに半額免除とした場合においても、国保世帯のすべての所得階級において保険料率の減少がみられる。特に減少の幅が大きいのは所得階級が第2・20分位から第7・20分位であり、低所得の国保世帯の負担の軽減が認められる。国保世帯においては、子どもがない世帯においては負担増となっているが、それを上回る便益が子どものある世帯に再分配されることとなる。健保世帯においては、全世帯に新たな負担が課せられるが、この上昇は比較的小さく、また、どの所得階層にとっても均等である。1人あたり保険料でみると、国保世帯のそれは若干減少し、健保世帯のそれに近づくこととなる。

### 4 特定世帯への影響

最後に特定の世帯について、Sim 1から3の影響をみる。表3は、現行制度およびSim 1から3の特定世帯における平均保険料率である。これを

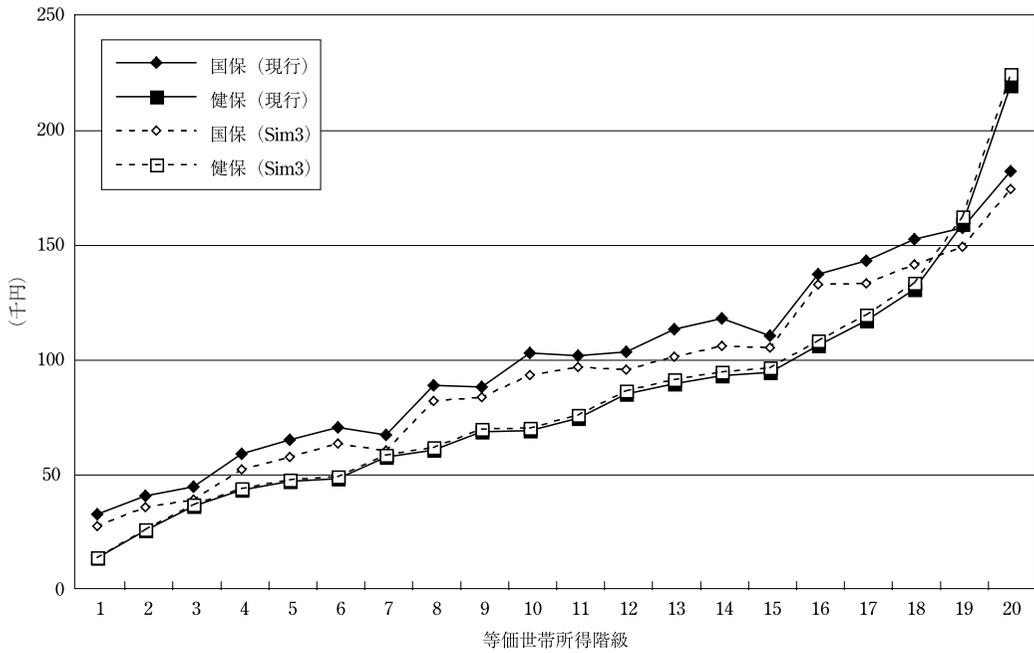
みると、Sim 1では、全世帯の平均保険料率が5.0%から8.9%に上昇するのみならず、ここに挙げられている特定世帯（多人数世帯、母子世帯、有子世帯、低所得世帯）において特に大きい上昇がみられる。特に、国保世帯における上昇は著しい。弱者保護という観点からは、Sim 1は得策とは言えない。対して、Sim 2においては、全世帯の平均保険料率が5.0%から4.5%に減少するだけでなく、特定世帯において、減少の幅が大きい。一番大きい減少が見られるのは現行制度において高い保険料率が課せられていた低所得層であり、国保の第1・20分位では12.7%から4.5%へ、混合世帯では15.2%から4.5%となる。国保世帯においては、ほぼすべての世帯で保険料率の減少が推計される。しかし、健保世帯においては、現行制度に減免制度などがあることもあり、第1・20分位の保険料率が3.9%と低く抑えられていたものが、それらが廃止されたことによってほかの世帯と同率の4.5%まで上昇している。

興味深いのは、Sim 2とSim 3の比較である。Sim 3は、国民健康保険の有子世帯の負担軽減を目的として設計しており、推計によっても、子どもがある国保世帯の保険料率が6.5%から3.2%（子ども1人）、7.3%から3.6%（子ども2人）、7.0%から3.5%（子ども3人以上）と減少している。しかしながら、低所得の有子世帯に限ってみると、第1・20分位では12.8%から6.4%に減少するものの、Sim 2の設計（4.5%）を超える負担となっている。これは、Sim 3は、現行制度に存在する第1・20分位の突出して高い保険料率という状況を基本的に修正していないからである。第2、第3・20分位においては、国保の有子世帯の保険料率が大きく下がり、Sim 2と比べても、低い数値となっている。また、母子世帯をみると、Sim 3は、国保世帯に限れば2.1%と一番低い負担となる。しかしながら、低所得の国保世帯全体では、Sim 3は、Sim 2よりも高い保険料率となっており、子どものない低所得層はむしろ負担増となる。



注) 混合世帯は図が繁雑になるため略。  
出所) 図1と同様。

図10 平均保険料率：国保，健保，混合世帯別 (Sim3)



注) 混合世帯は図が繁雑になるため略。  
出所) 図1と同様。

図11 平均1人あたり保険料額：国保，健保，混合世帯別 (Sim3)



## VI 考察

本稿は、マイクロ・シミュレーションという手法を用いて、公的医療保険制度の保険料の負担のあり方を考察したものである。本稿によって明らかになった知見の多くは、制度設計や基本統計を熟知しているものにとっては明らかなることであった。しかし、これらを実際の負担のデータをもって確認したことは意義深い。本稿で確認された公的医療保険制度の保険料負担の実態の主な知見をまとめると以下となる。

第一に、雇用の非正規化によって被用者保険から国民健康保険へ加入者が移行していることが懸念されたが、1989年から2004年にかけて国民健康保険の加入割合の大きな変化は確認できない。高齢者においては、国民健康保険の割合が上昇しているものの、現役世代ではほぼ横ばい、子どもにおいては減少している。第二に、現役世代においては、低所得層に国民健康保険加入者が偏っている。第三に、国保世帯と健保世帯の間には、同じ所得階層であっても保険料負担の格差が生じている。これは世帯の可処分所得に対する保険料率においても、被保険者1人あたり保険料額においてもみることができる。格差は、特に低所得層に大きく、国保の低所得層の負担が高いことが改めて確認される。第四に、国保世帯の多人数世帯、多子世帯は、特に保険料率が高い。第五に、異なる被用者保険（政管健保、組合健保、共済会など）間において保険料率が異なることから生じる所得階層による保険料率の格差はデータからは確認することができなかった。

本稿が行ったシミュレーションは、3つである。その結果をまとめると、以下となる。「応益負担」の原理に基づく保険料設計（シミュレーション1）は、社会的弱者といわれる特定世帯の負担を高めるだけでなく、被保険者間の格差を拡大し、雇用者負担を減少させるため、被保険者全体の負担も増加させる。一方で、「応能負担」の原理に基づいて、どのような制度に加入していても可処分所得の一定比率を課せられる制度（シミュレーション2）であると、特定世帯の負担を軽減させ、被保険者全体の負担も少なくなる。一方で、標準報酬月額上限の撤廃や低所得層の減免措置の廃止によって、健保世帯高所得層と低所得層（第1・20分位）の負担が増えることとなる。しかし、国保世帯の低所得層の負担が軽減されるため、全体としては低所得層に優しい制度となる。最後に、国民健康保険の有子世帯に限った減免制度の導入は、国保世帯の有子世帯の負担を軽減するものの、現行の制度を根本的に改革するものではないので、シミュレーション2に比べ、どちらが有効であるかは不明である。

これらは、あくまでも机上のシミュレーションであり、実際に想定される改革を導入するために必要な諸条件や運用上の制約などを考慮していない空想の産物である。しかしながら、このようなシミュレーションを行うことによって、実際の改革の影響を「モデル世帯」による議論よりもより正確に把握することができるのである。本稿では考慮しなかったが、後期高齢者医療制度の設計などにも、マイクロ・シミュレーションの手法は有効である。本稿が、公的医療保険の保険料設定の理想の形に近づくための議論の出発点となることを願う。

### 注

- 1) 無保険状態の者の多くは、低所得世帯であり、無保険者の受診率は、一般被保険者世帯の32分の1から113分の1であり〔全国保険医団体連合会2007〕、比較的的健康に問題がないから無保険者になる（なれる）というバイアスを考えたとしても、無保険者が医療受診を抑制している様子がうかがえる。また、鈴木・大日〔2000〕によるConjoint Analysisを用いた分析によると、通常風邪を想定した場合、無保険者は国民健康保険加入者に比べた受診率が36.2%ポイント低いとされている。
- 2) 平成20年度の、保険料率は政府管掌健康保険では4.1%（雇用者負担4.1%）に対し、組合健康保険の平均は3.282%（雇用者負担4.060%）、共済会は2.363%から4.638%（雇用者負担2.363%から4.638%）であり、制度によって、世帯が負担する保険料率、雇用者－被保険者の負担割合も異なる。
- 3) 実際には、低所得層と高所得層の間に健康格

- 差が存在することが知られているが〔近藤2005〕、医療受診行動の違いも考慮すれば、低所得層と高所得層の公的医療保険の便益の差があるかどうかは不明である。
- 4) 例えば、アメリカにおいては1990年において社会保障税の課税対象所得の上限が引き上げられ、1993年には撤廃されている〔阿部2006〕。
  - 5) 逆に、極端に所得が低い世帯に対しては、保険料の減免制度が設けられている。これは、ある一定の所得以下の世帯においては、定率であっても保険料の負担が不可能であるという判断によるものなので、「応能負担」の範囲であるといえよう。
  - 6) 本稿で用いられたデータは、平成16年「国民生活基礎調査」（世帯票、所得票）の個票を、厚生労働省より許可を得て使用したものである（平成19年12月11日統発第1211006号）。
  - 7) 「国民生活基礎調査」においては、公的医療保険の加入状況は調査時点の情報、公的医療保険料、所得情報は前年のものであるため、前年から調査時点にかけて医療保険の加入状況が変化した場合に、若干の齟齬が生じることに留意しなければならない。
  - 8) 現役世帯とその他世帯の区分は、世帯主の年齢によって行われていることが多いが、「国民生活基礎調査」においては、世帯主が最多稼得者とは限らないので、世帯主年齢で現役世代か否かを判定することはできない（例：三世帯世帯においては、世帯主は高齢者、息子が最多稼得者である場合が多い）。本稿で用いられた定義においては、世帯内に世帯主以外の働いている世帯員（世帯主の父母、子、配偶者など）、および、高齢者（息子夫婦と同居している高齢者など）が含まれることに留意されたい。
  - 9) 例えば、三世帯世帯（親—子—孫）に未婚の子が同居したり、成人した兄弟姉妹などが同居することも一般的に行われている。
  - 10) 所得階層が第1・20分位の層において、保険料率が突出して高いことが、保険料の算定が前年の所得に基づくものだとすれば、例え一時的に保険料率が高くとも、それは一過性のものであると考えることができる。また、所得が極端に低い世帯においては、調査時点の所得の申告漏れなどデータの信頼性についても懸念される。
  - 11) 国民健康保険の被保険者は自営業者を想定しているため、労使で保険料を折半する被用者保険の被保険者に比べ保険料を2倍にするべきとの意見もある。しかし、近年では国民健康保険でも被保険者の多くが被用者であるため、被用者保険の被用者との公平性を確保するためにも雇用者負担分を上乗せしないこととする。
  - 12) 被用者世帯の場合、可処分所得の全額が勤労所得でない可能性があるものの、ここでは保険料率が可処分所得全体に課せられると仮定している。
  - 13) なお、国民健康保険には支出の段階で国から5割の補助金が入っているものの、ここでは国以外のセクター（被保険者および雇用主）の保険料のやりくりのみを考慮しているので国からの補助額は変わらないという設定となる。

#### 参考文献

- 阿部彩（2006）「アメリカの社会保障改革と財政」『ファイナンシャル・レビュー』第86号，pp. 3-30。
- 厚生労働省（2008）『「資格証明書の発行に関する調査」の結果等について』（2008. 10. 30. 発表資料）。
- 厚生労働省大臣官房統計情報部編『国民生活基礎調査』平成元年，4年，7年，10年，13年，16年。
- 近藤克則（2005）『健康格差社会』医学書院。
- 鈴木亘（2008）「医療と生活保護」阿部彩・國枝繁樹・鈴木亘・林正義『生活保護の経済分析』東京大学出版会，pp. 147-171。
- 鈴木亘・大日康史（2000）「医療需要行動のConjoint Analysis」『医療と社会』10（1），pp. 125-144。
- 全国保険医団体連合会（2007）『資格証明書の交付を受けた被保険者の受診率（推計）一覽』。
- 湯田道生（2006）「国民年金・国民健康保険未加入者の計量分析」『経済研究』57（4），pp. 344-356。
- Harding, Ann & Gupta, Anil eds. (2007) *Modelling Our Future: Population, Ageing, Social Security and Taxation*, Elsevier.

（あべ・あや 国立社会保障・人口問題研究所  
国際関係部第2室長）