

高齢化と国民健康保険・介護保険

——財政の視点から——

田 近 栄 治
油 井 雄 二

I はじめに

2000年4月から、国民健康保険と同様に市町村を保険者とする介護保険制度が導入される。また、それに並行して医療保険制度・老人保健制度の抜本改革が唱えられている。本稿の目的は、介護保険・医療保険改革のあり方を考える手がかりとして、財政の視点から国民健康保険の実態と問題点を分析することである。

人口高齢化により増大する老人医療費は、わが国の医療保険制度を根幹から揺るがしている。1997年度の国民医療費は29兆円を上回り、30兆円の台に乗るのも目前になったが、被用者本人の自己負担割合の引き上げなどにより、全体の伸び率は1.7%と前年度の5.8%から大幅に抑制された。しかし老人医療費は、老人医療対象者の一部負担額の引き上げが実施されたにもかかわらず、受給対象者の増加によって前年度よりも4.2%増加し、国民医療費全体の3分の1を占めるまでになっている。

その結果、国民健康保険財政は、財源補填的な繰入などを除いた再差引収支でみて1994年度より赤字が続き、1997年度には20%近くが赤字団体となっている。さらに、老人保健制度へ多額の拠出を行っている健康保険組合の財政は、より深刻である。健保組合連合会の1999年度の収支見通しでは、老人保健制度への拠出金が保険料収入の4割を占め、収支も赤字額が3,900億円あまりと前年度に比べ3倍に増加すると予想されている¹⁾。

老人医療費の増大に対しては、出来高払い制から定額制への移行、自己負担割合の引き上げ、薬価制度の改革など医療費そのものの増加を圧縮する仕組みの検討・改革が必要なことはいうまでもない。また、患者と医師との間の情報の非対称性による医師誘発需要や医療の過剰供給に対しては、医療情報の開示などを積極的に進める必要がある。しかし、高齢化により老人医療費が今後とも増加することが避けられないとすれば、その費用をどのように負担するか、医療保険財政の枠組みを根本から検討する必要がある。

そのためには、まず現行制度における費用負担がどのようになっているのか、またどのような問題が存在するのか、その実態を明らかにすることが必要である。しかし、とくに国民健康保険に対しては国庫補助制度や財政調整制度など幾重にも重なる財政援助が設けられ、その実態を不透明にしている。そこで本稿では、北海道、東京、神奈川県、長野、広島県の5都道県495市町村の平成9年度決算データを用いて、国民健康保険単独および国民健康保険と老人保健制度との連結収支における費用負担の実態を分析する。

得られた結論を要約すれば次の通りである。国民健康保険は、3,000を超える市町村を保険者として運営される以上、その財政力に格差が生じるのは避けがたい。そのため、財政危機が訪れる度に、制度維持のために新たな財政支援措置が追加されることが繰り返されることになった。その結果、国民健康保険を老人保健制度と統合してみれば、総費用に占める保険料の割合は3分の1程度にまで下がり、また保険者である市町村自身が国

民健康保険の財源不足のために投入している自前の財源も、ごくわずかである。しかも、こうした費用構造は、都市部よりも町から村へ行くにしたがって、顕著になる。

また市町村においても、度重なる財政支援措置の導入は、たとえ財政危機が生じてもまた新たな支援措置が追加されるという期待を生むことになる。このように国民健康保険を財政の視点から見れば、もっと大きな問題は、手厚い財政支援措置が、保険者に保険料収入の確保や医療サービスの効率化に対して積極的に取り組む努力を阻害し、保険者の責任を曖昧にするおそれがあるということである。この問題を解決するためには、被用者とは区別して、自営業者を対象とする保険制度を設けるという国民健康保険の原点から再検討する必要がある。

以下Ⅱでは、国民健康保険に対する財政支援制度の概要をまとめた後、Ⅲで、そうした幾重にも張り巡らされた支援制度により、国民健康保険の費用負担がどのようになっているか、その実態を探る。Ⅳでは、国民健康保険財政の分析が介護保険や医療保険制度の改革に対してどのような意味を持つかを考える。

Ⅱ 国民健康保険財政の概要

国民健康保険財政を支援するため、さまざまな国の補助制度や医療保険間の財政調整制度が導入されてきた。こうした支援措置の多くは、80年代以降、国民健康保険の財政危機が叫ばれるたびに、いわば継ぎ接ぎ的に導入されてきた。また、補助制度の中には、国民健康保険財政への直接的な補助ばかりでなく、市町村の一般会計を通じての補助も多くある。こうしたことにより、財政支援措置が国民健康保険財政をどれだけ救済したのか、その実態はわかりにくくなっている。以下では、国庫補助制度と財政調整制度に分けて、それぞれの特徴を述べる。

1. 国庫補助制度

一般に国からの補助は、国庫支出金によるもの

と地方交付税によるものに分けられる。前者は使途が特定されているものであり、後者は地方の一般財源として提供される。国民健康保険に対する補助にも、この2つのタイプの補助がある。以下では、それぞれ代表的な補助を取り上げるが、わが国の補助制度の特徴として、きわめてきめ細かく制度設計がなされていることがあげられる。これは財政破綻に対しては国によるセイフティネットが常に張られているという安心感を市町村に与えるが、その反面において、医療保険の効率化に対する市町村の自主的な取り組みを阻害する危険も持っている。

(A) 国庫補助

国民健康保険では給付費の50%が国から補助されるといわれるが、療養給付費等の国庫負担と財政調整交付金がこれにあたる²⁾。また、1988年には低所得者の増加による国保財政の悪化に対応して、財政安定化のために市町村が行う一般会計から国民健康保険特別会計への繰入を補助するため保険基盤安定化制度が創設されている。以下では、これら主要な国庫補助制度を取り上げ、その特徴をみることにする。

まず、療養給付費負担金は定率国庫負担分と呼ばれるものであり、本人の一部負担金を除いた療養給付費と老人保健医療拠出金の合計額の40%を補助するものである³⁾。国民健康保険の老人保健制度拠出金に対しては国庫補助がなされるのに対し、健保組合のそれに対してはいつさいの補助がないことに注意する必要がある。

この定率国庫負担はどの市町村にも一律に支払われる。これに対して、財政調整交付金は市町村間の財政調整に充てるもので、財政力の弱い市町村に配分される。交付総額は、療養給付費から基準超過費用額を差し引いた額の10%と保険基盤安定繰入金金の4分の1の合計額であり、療養給付費等の定率国庫負担、後述の保険基盤安定繰入金金の補助と合わせると、療養給付費の50%が補助されることになる。

財政調整交付金は、交付金総額の80%を占める普通調整交付金と総額の残りの20%が充てられる特別調整交付金の2つに大別される。前者は

地方交付税の算定式と同様の、調整対象需要額と調整対象収入額(理論上の保険料)の差に応じて交付するものである。交付金の決定に当たっては、「保険料収入割合による減額」という補正がなされ、一般被保険者の保険料収納割合が低いと交付金が減額される仕組みとなっている。たとえば、被保険者数が5万人を超える場合、保険料収納割合が、92%を下回ると、この罰則規定が適用されることになっている。

一方、特別調整交付金の規定はさらに細かく、災害等による保険料の減免がある場合、流行病、結核・精神病、原爆被災者など特別の医療費や、医療費がとくに大きくなった場合、直営診療施設の運営費が多額になった場合など市町村の特殊事情に応じて支給される。このように特別調整交付金は、いかにも補助金らしく、その細かな使途まで国によって決められている。

保険基盤安定化制度は、市町村が低所得世帯の保険料を軽減し、それを一般会計から補填する場合に、一般会計から国民健康保険特別会計への繰入額の2分の1を国庫が、4分の1を県が、4分の1を市町村が負担するものである。低所得者の保険料軽減の補填は、1963年以降、上述の財政調整交付金で行ってきたが、1988年に2年間の暫定措置として新たな制度が設けられ、1990年度からは恒久化された。

なおこの補助は、市町村一般会計に対する補助であるため、国民健康保険の収入項目では国からの補助金としては表れないことに注意が必要である。また、国の財政難から1993~1998年度までは本則の定率補助を停止し、国庫補助総額が定額で抑えられた。その結果、市町村の負担が増加したが、この増加分については、後述する地財措置がとられ、市町村負担増加分を地方交付税の基準財政需要に算入し、交付税の交付団体にとっては実質的な影響がないようにされている。

(B) 地方財政措置

地方交付税の基準財政需要に算入することを通して、補助金を交付することを地方財政措置と呼ぶ。前述の国庫補助金等と比較すれば、地財措置の場合、交付税という一般財源として交付され、

使途は指定されていない。また、東京都はじめ地方交付税の不交付団体には、一切の補助が与えられないという点も大きく異なる。現在、こうした措置として、国民健康保険財政安定化支援事業(1997年度地財措置額2,150億円)、高額医療共同事業(400億円)、国民健康保険事務負担金(100億円)、出産育児一時金の一部補助(377億円)と前述の保険基盤安定制度の市町村負担増加分に係わる措置(381億円)等の措置がとられている。これら国民健康保険補助事業に対する地財措置(基準財政需要算定額)は、1996年度の総額4,500億円とされている⁴⁾。

以下では、規模のもっとも大きな国民健康保険財政安定化支援事業を取り上げる。この制度は1992年度にはじめて導入され、翌1993年度から制度化されたもので、市町村が国民健康保険財政を安定化し、また保険料を平準化するために、一般会計から国民健康保険特別会計に繰入れを行うとき、それを地方交付税の基準財政需要に加えるというものである。ただし、繰入額は(イ)被保険者の保険料負担能力が低いこと、(ロ)医療費の増加要因として病床が過剰なこと、(ハ)年齢構成が高齢化していることを考慮して、一定の算式に基づいて計算されることになっている。またその算式も一律ではなく、貧しい地域、高齢化の進んだ地域にはより手厚く計上できるよう制度設計がなされている。このように、財政調整交付金と同様、きわめてきめ細かく制度ができており、その反面、市町村の裁量の範囲を狭めているということもできる。

2. 財政調整制度

医療保険の財政調整制度には、老人保健制度、退職者医療制度、高額医療費共同事業などがあるが、以下では最も重要な老人保健制度と退職者医療制度を取り上げる。

(A) 老人保健制度

老人保健制度(医療事業)は、高齢化による老人医療費の増大の影響が国民健康保険に集中する制度的な仕組みを是正し、老人医療費を国民が公平に負担することを目的として、1983年に設け

られたものである。この制度の実施主体は市町村であり、その対象者は医療保険の加入者で、70歳以上の者および60歳以上70歳未満で寝たきり等の障害状態にあると認定された者である。ただし、この制度の対象者となっても、依然として各医療保険の加入者であることに変わりはなく、被用者・世帯主であればそれぞれの保険者に保険料を支払う。

老人保健の財政は、被保険者の一部負担金、公費(国と地方)、そして各医療保険からの拠出金でまかなわれる。公費と拠出金の分担比率は、一部負担金を除いた老人医療費の30%を公費により、また残りの70%を医療保険の各保険者が負担するとされ、また公費負担の内訳は、国が20%、都道府県、市町村が各5%である。ただし、1991年より老人保健施設療養費や介護の要素の強いものについては、公費の負担割合が50%(国が2分の1、都道府県、市町村が各4分の1)に引き上げられた。介護保険は、従来、老人保健事業の中で医療として提供されている介護サービスを医療から独立させ、引き受けるものであるが、その費用負担方式も引き継いでいる。

各保険者の拠出金の算定方法は、当初は、全保険制度の老人医療費を老人加入者による按分と老人医療費による按分の併用方式がとられたが1990年より加入者による按分方式に一本化された。現行の方式は、各保険者の老人医療給付費に調整係数を乗じて求められる。調整係数は、老人加入率の全国平均を各保険者の老人加入率で割ったものである。簡単に確かめられるように、この方式では、各医療保険の拠出額は、各保険者の老人加入率が全国平均に等しいと仮定したときの理論的な老人数を各保険者の1人当たり医療給付費に乗じたものに等しくなる。

したがって、高齢化の進む市町村の国民健康保険の老人拠出金は、相対的に軽減される一方、組合健保のように老人加入率が全国平均よりも低い場合には、その保険者は自分自身の老人医療費を上回って拠出することになる。これが現在の医療保険のもっとも大きな問題となっていることははじめに述べた。拠出額の計算の際に1人当たり給

付額を全国平均ではなく各保険者ごとの金額を用いることにより、保険者に医療費節約インセンティブを残しているが、加入者按分の影響はそれをはるかに凌駕している。

(B) 退職者医療制度

老人保健制度発足の翌1984年には、退職者医療制度が創設された。この制度のねらいは、退職によって被用者保険から国民健康保険に移った高齢者の医療費を、老人保健制度の対象になるまでの間、現役時代に在籍していた被用者保険が負うと同時に、給付水準は被用者保険加入時の水準を維持するというものである。

被保険者は、国民健康保険一般保険者と同様に保険料を市町村に支払うが、給付は被用者保険並みである。退職者の医療給付の費用は、退職被保険者の一部負担金および保険料と被用者保険拠出金でまかなわれる⁹⁾。国民健康保険の退職者医療の療養給付費に対する国庫補助はない。また、被用者保険が社会保険診療報酬支払基金へ拠出する退職者給付拠出金に対する補助もない。

この制度の拠出金額は標準報酬総額に比例させ、より応能的な色彩が濃い。これは対象者が現役時代に被用者保険に加入していた者に限定されているので、退職後の医療費を実質的には元の被用者保険が面倒をみるということの意味している。つまり、退職者の保険給付が現役被用者の負担する保険料でまかなわれており、医療保険にライフサイクル的な要素が導入されている。国民健康保険の被保険者というのは形式的な所属を示しているにすぎない。

III 国民健康保険財政の実態

前節では、国民健康保険の財政支援の仕組みを国庫負担、地方財政措置および制度間財政移転の観点から検討した。ここでは、そうしたさまざまな支援の結果、国民健康保険財政が保険料によってどれだけまかなわれ、また財政援助にどの程度依存しているのか、いわば国民健康保険がどれほど保険として機能しているかをみる。まず、国民健康保険全体を対象に費用負担の実態をみたのち、

5 都道県の市町村データを用いて、市町村別の差異を検討する。

1. 国民健康保険の費用負担

国民健康保険の医療費は、その加入者が医療サービスを受けたときに支払う自己負担、保険料、国庫負担、都道府県と（保険者である）市町村によってまかなわれる。国民健康保険財政には、さまざまな支援がなされているが、ここでは、国民健康保険がどれほど保険の機能を発揮しているのかを示す尺度として、国民健康保険の費用に対する一部自己負担と保険料の割合をとることにする。国民健康保険を保険としてみれば、国民健康保険の加入者にとっての負担とは、一部自己負担と保険料にほかならないから、その合計額の総費用に占める割合だけ国民健康保険が保険として機能し

たことになる。

国民健康保険の加入者は、一般の被保険者、上述した退職者医療保険の適用者、老人保健制度の適用者からなる。表1は、国民健康保険の各被保険者別の、また全体を統合したときの費用負担の状況を示している。まずIIの一般被保険者についてみると、4.79兆円の医療費に対して、自己負担と保険料は2.68兆円である。したがって、一般被保険者にとって国民健康保険の保険機能は55.9% (=2.68÷4.79)であったということになる。

同様に（被用者保険からの）退職被保険者について保険機能を求めれば、39.1%になる。退職被保険者については、国や地方からの財政支援はなく、一部自己負担と保険料とで不足する部分は、被用者保険からの拠出によってまかなっている。

表1 国民健康保険の費用負担(1997年度予算ベース)

I 市町村計：129,186 億円							
一部負担金 (14.0%)	保険料 (22.6%)	国庫負担 40,220 億円 (31.1%)		地方負担 9,423 億円 (7.3%)		被用者保険拠出金等 32,208 億円 (24.9%)	
18,144 億円	29,192 億円	国保助成費 27,122 億円 (21.0%)	公費 20% 13,098 億円 (10.1%)	市町村 5,327 億円 (4.1%)	都道府県 4,096 億円 (3.2%)	老健拠出金 22,382 億円 (17.3%)	退職者分 9,826 億円 (7.6%)
II 一般被保険者：47,928 億円							
一部負担金 (21.5%)	保険料 (34.4%)	国庫負担 18,271 億円 (38.1%)			地方負担 2,873 億円 (6.0%)		
10,285 億円	16,499 億円	定率 40% 13,904 億円 (29.0%)	調交 10% 3,892 億円 (8.1%)	基盤等 455 億円	高額 20 億円	市町村 2,052 億円 (4.3%)	都道府県 821 億円 (1.7%)
III 退職被保険者：16,141 億円							
一部負担金 (15.3%)	保険料 (23.8%)	被用者保険拠出金 9,348 億円 (57.9%)			特定健保組合分 478 億円 (3.0%)		
2,473 億円	3,842 億円						
IV 老人：65,117 億円							
一部負担金 (8.3%)	保険料 (13.6%)	国庫負担 21,950 億円 (33.7%)			被用者保険 拠出金 (34.4%)	地方負担 6,549 億円 (10.1%)	
5,386 億円	8,851 億円	定率 40% 7,081 億円 (10.9%)	調交 10% 1,770 億円 (2.7%)	公費 20% 13,098 億円 (20.1%)	22,382 億円	市町村 3,275 億円 (5.0%)	都道府県 3,275 億円 (5.0%)

出所) 厚生省資料。

したがって、退職者自身にとっての保険機能は40%を下回るものの、被用者保険全体の保険の一部となっていると考えることができる。

老人保健制度対象者については、保険比率は21.9%にすぎない。国と地方の負担(43.8%)とともに、加入者按分率を通じた被用者保険の肩代わり(34.4%)が制度を支えている。国庫負担のうち「定率40%」と「調整交付金10%」は老人保健制度への拠出金に対する国民健康保険への国庫補助であり、老人保健制度自体に対する国庫補助は「公費20%」で示されていることに注意が必要である。また、老人保健制度対象者のなかには被用者保険からの退職者も含まれているが、現役の被用者から自営業者・農民等のOBへの財政調整が行われていることは確かである。

表1の上段は国民健康保険加入者全体について、国民健康保険と老人保健制度を連結した収支を示している。連結収支でみると、医療費総費用12.9兆円のうち一部負担と保険料の合計は4.7兆円、保険比率は36.6%でしかない。残りの8.2兆円が国・地方からの補助と被用者保険からの拠出でまかなっている。

このような費用構造の問題のひとつは、様々な財政支援によって保険者の責任が大きく軽減されていることである。退職被保険者の医療費総費用は被用者保険全体でまかなっているから、これにかかわる部分を除いて考えると、医療費総費用は11.3兆円になる。これに対して、被保険者の支払った一部負担(1.6兆円)と保険料(2.5兆円)でまかなえなかった額を保険不足額と呼べば、これは7.2兆円となる。この保険不足額のうち、保険者である市町村自身が埋めたのは5,327億円、率にして7.4%にすぎない。しかも、前節で述べたように、そのうちのほぼ2,000億円は国からの地方交付税の裏付けがあった⁶⁾。この分を差し引いて市町村が自前の税金から負担した額は3,300億円あまり、保険不足額の4.6%に過ぎない。

このように、様々な財政援助を通じて、国民健康保険の保険者である市町村の責任は大きく軽減されている。危惧されることは、その結果、市町村が保険料の徴収を徹底させたり、保険料を増大

させる努力を十分払ってこなかったのではないかとということである。また、国民健康保険財政が厳しくなるたびに国、地方の補助金、被用者からの財政支援が積み重ねられてきたという経験から、国民健康保険の保険者である市町村が、さらに保険財政がきびしくなれば財政支援として追加的な地方財政措置があるのではないかとといった期待をもつということも、十分考えられるのではないだろうか。もし、こうした保険者のモラルハザードによって医療保険に非効率性が生じているならば、財政負担のあり方を再検討しなければならない。

国民健康保険の保険者は全国3,000を超え、その規模、所得水準、あるいは高齢化率等さまざまであり、その財政負担の状況も大きく異なることが考えられる。そこで次に、個別市町村のデータを用いて、財政負担のあり方と保険者の責任との問題を検討する。

2. 市町村データによる分析

以下では北海道、東京都、神奈川県、長野県、広島県の5都道県495市町村の平成9年度決算データを対象に分析を行った⁷⁾。対象地域は、われわれが国保財政の現状についてヒアリングを行った地域を中心に選んだものだが、このうち北海道は1人当たりの医療費の高い地域として、また長野県は反対に低い地域として知られている。両者の中間的な地域として広島県を、また地方と都会との比較という観点から東京都(23区をのぞく)と神奈川県を取り上げた。したがってサンプルは無作為な抽出によるものではないことに注意しなければならないが、試行的に大まかな傾向を把握するための分析としては、十分であろう。

まずはじめに、国民健康保険の中の一般被保険者にかかわる部分を取り出し、その財源構成比を求めた。表2は表1のIIに対応するが、データ上、被保険者の一部負担額が不明であったため、費用負担全体の比率を求めることができなかった。

この表からは、保険料収入は全収入のおよそ3分の1であり、国費(国庫補助)は40~45%を占める。先の表1で一部負担金を除いて各構成比を計算し比較すると、全国の市町村の平均では保険

表2 国民健康保険の財源構成比

(単位：%)

	保険料	公費	公費			サンプル数
			国庫支出金	都道府県費	一般会計繰入	
市町村計	36.5	58.5	41.5	0.8	16.1	495
市	36.9	58.9	40.6	1.0	17.4	110
町	35.2	56.8	45.6	0.3	10.9	278
村	32.7	56.2	44.4	0.5	11.4	107

出所) 筆者推計。

料は43.8%、国庫支出金は48.5%、地方負担は7.6%となる。これに比べると、表2では保険料と国庫補助の比率が低く、一般会計繰入の比率がかなり高い。被保険者の自己負担が不明なので、先の保険比率を求めることはできないが、保険料のシェアの低さから、サンプルとして取り上げた市町村の保険機能が低いことは明らかである。ここで取り上げたサンプルの特性として注意する必要がある。

また、市町村別の平均値を見ると、保険料は市から町、村に行くにしたがって明瞭に低下している。一方、補助を見ると国庫支出金では都市よりも町村が高く、一般会計繰入は都市が高い。ただ、繰り返すように一般会計繰入のかなりの部分は地方交付税により地財措置されている。

表2は、市町村それぞれの財源構成比の平均値をあらわしたものであるが、多数の市町村では規模、高齢化率、あるいは所得水準等が異なり、それによって財源構成比も異なることが予想される。そこで図1によって、保険料収入について市町村それぞれの中での散らばりを見てみよう。図1は、まず、各市町村ごとに保険料収入の全収入に占めるシェアを求め、それを0~10%から60%以上までの10%刻みの6つの階層に分け、その分布(構成比)を示したものである。

これを見ると、市と町では保険料のシェアが30~40%のものが過半数もしくは半数近くを占めている。これに対し村では、保険料シェアがそれよりも低い20~30%のものがもっとも多いばかりでなく、シェアが20%以下の村が全体の20%近くも存在することがわかる。市および町ではこ

分布(%)

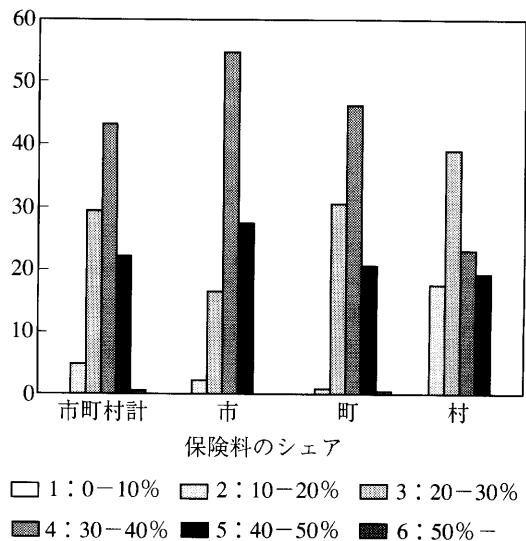


図1 財源に占める保険料のシェア：国民健康保険

の階層に属するものが非常に少ないのと対照的である。平均値をみただけでは、このような保険料収入のシェアが2割に満たない村が多く存在することはわからない。しかもこれらの村では、1村を除き国保財政は再差引収支、実質収支のいずれでも黒字である。このように保険料収入が低いにも拘わらず「健全な」保険財政を運営できるのは、前述の様々な財政支援措置がビルトインされているからである。

国保の加入者に対する財政援助の実態を見るためには、国民健康保険と老人保健制度を連結して分析しなければならない。すなわち、先の表1のIに対応する表を作成する必要がある。作成方法

表3 国保・老健連結収支の財源構成比

(単位：%)

	保険料	公費	被用者			サンプル 数	
			国庫支出金	都道府県費	一般会計繰入		
市町村計	22.0	47.5	32.8	3.3	11.3	27.7	495
市	22.3	47.5	32.2	3.4	11.9	27.8	110
町	20.7	47.1	35.2	3.1	8.8	27.6	278
村	19.7	47.5	35.2	3.1	9.3	26.2	107

出所) 筆者推計。

表4 一般会計繰入の内訳

(単位：%)

	一般会計繰入計	財源補填の ためのもの	財源補填以外の 目的のもの	老人保健制度に 対するもの
全市町村	11.3	4.8	3.4	3.1
市	11.9	5.5	3.3	3.1
町	8.8	2.0	3.6	3.2
村	9.3	1.7	4.5	3.2

出所) 筆者推計。

の詳細は別稿に譲り⁸⁾、以下では表3によって結果を検討する。

先に行ったのと同様に、表1で一部負担金を除いてみると、全国の市町村平均では、保険料のシェアは26.2%、国庫負担は36.2%、地方負担は8.5%、被用者保険拠出は29.0%となる。これに比べると、保険料と国庫負担が低く、地方負担とくに一般会計繰入が高いことが指摘される。これは、保険機能が低い分、市町村の自前の財源の投入が多いことを意味するのであろうか。さき手厚い財政支援による保険者のモラルハザードの危険を指摘したが、その可能性は否定されるのであろうか。

上の表4は、一般会計からの繰入を国保の財源補填のためのもの、法定による繰入など財源補填以外のためのもの、そして老人保健制度に対する繰入に分類したものである。市町村間で大きく異なるのは、国民健康保険の財源補填のための一般会計からの繰入である。これら2つの表からは、都市部では相対的に保険料収入のシェアが高いけれども、国民健康保険の赤字を抱え、それを補うために多くの繰入を行っている。それに対し、保

険料収入のシェアの低い町あるいは村では、赤字の比率ははるかに小さく、財源補填のための繰入はほとんど行われていない、ということが示されている。補填以外の繰入は、地方単独の事業を除けば、基本的に法律で定められていることもあって、市町村間の差異は大きくない。全国平均値に比べ高いのは、高齢化や過疎化の影響が大きいと思われるが、ただし、こうした補填目的以外の繰入の多くは地財措置がなされており、自前の財源が投入されているのではないことが思い出される。

表3から、村の保険料収入のシェアは、平均して20%にも満たないことがわかるが、その分布はどのようになっているのであろうか。図1と同様にして、図2で国民健康保険と老人保健制度を統合した場合について、保険料のシェアの分布を示した。図1に比べ、全体にシェアが低下しているので、階層の刻みも小さくなっている。まず第1に注目されるのは、村については保険料シェアが10%未満のものが全体の5%以上あることである。さらに、シェアが15%以下のものは、市部では6.4%であるのに対し、町では23.9%、村に

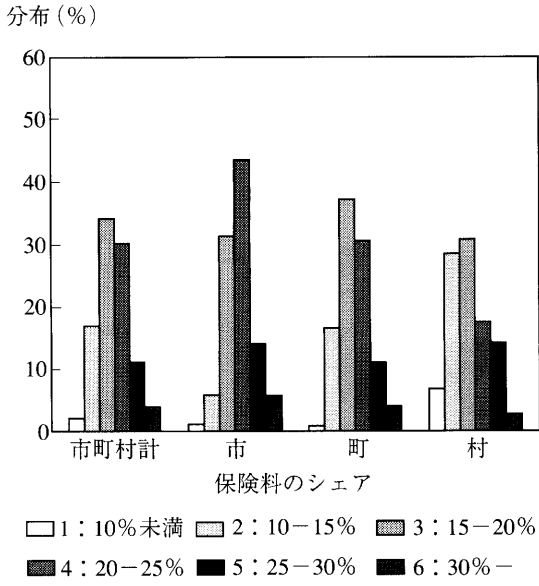


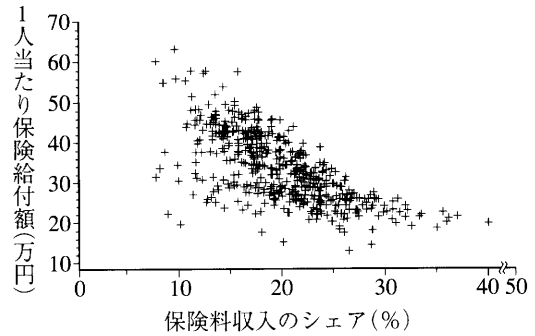
図2 財源に占める保険料シェア：国保・老健連結収支

至っては35.5%と3分の1を上回っている。町、村での保険料シェアの低さは驚くべき水準である⁹⁾。

以上、5都道県の市町村データを用いて、国民健康保険および国民健康保険と老人保健制度を統合した収支の財政構造を見てきた。市から、町、村へ行くほど保険料収入のシェアが低下し、国や被用者保険からの財政援助の割合が高まっている。一般会計からの繰入も、都市部では赤字補填のための繰入が多いが、町村部では地財措置される法定の繰入が多かった。保険料収入のシェアが（そしておそらく保険比率も）低いところほど、むしろ財政的には余裕があることが示唆される。

3. 財政支援と国民健康保険の効率化

こうした結果は、本節の始めに述べたように、さまざまな財政措置により国民健康保険の保険者である市町村の責任が大きく軽減されており、しかもそれが規模の小さい村あるいは町に行くほど顕著であることを示している。こうした財政援助が保険者の責に帰せない財政力の格差を是正する範囲にとどまっているのか、あるいは保険料の徴



出所) 筆者推計。

図3 国保・老健1人当たり保険給付額と保険料のシェア

収努力や医療費の削減の努力などを阻害し、医療保険の効率性を損なっているのかが大きな問題となる。この問題に答えるには、医師や病院などの医療の供給サイド、そして医療保険の保険者と被保険者の需要サイドの行動を定式化したモデル分析が必要となる。

しかし、それは本稿の範囲を超えるので、最後に、直感的な方法によって、財政支援の手厚さが医療費水準に及ぼしている効果を検討してみよう。まず図3は1人当たりの医療保険給付額と保険料収入のシェアとの関係をプロットしている。

図3からは、明らかに、保険料収入の低い市町村ほど1人当たりの保険給付額が高いという関係を読みとることができる。もちろんこのことから短絡的に、過疎化、高齢化によって保険料収入の低い市町村でも、手厚い財政援助により、とくに医療費削減努力を行わなくても高い医療費を維持できる、と解釈することはできないであろう。高齢化が進んだ市町村では当然、医療費水準が高くなるざるをえないし、また医療費の決定については、医師誘発需要など供給面での要因の重要性も指摘されている。

そこで、以下では、市町村の属性をコントロールした上で、1人当たり医療費保険給付額と保険料収入との関係を見てみよう。具体的には、市町村別に被説明変数を1人当たりの保険給付額、説明変数には保険料シェアの他に、1人当たりの保険料、また高齢化率、さらに保険の規模を考慮し

表5 国保・老健1人当たりの保険給付と保険料シェア

回帰式	対象	切片	保険料シェア (%)	1人当たり保険料(円)	高齢化率(%)	国保被保険者総数	R ² /DW	サンプル数
(1)	市	347786	-14946	3.9297	2244.6	0.0275	0.8758	110
		10.070**	-17.109**	13.172**	2.453*		1.569	
(2)	市	402516	-16273	4.0156	-288.396	0.762	0.8694	110
		14.431**	-21.568**	13.229**			1.635	
(3)	町	4000484	-14934	3.5044	-0.679	3.1282	0.6892	278
		18.425**	-29.716**	18.374**			1.356	
(4)	町	388826	-15651	3.6182	1619.95	3.557**	0.8437	278
		30.976**	-33.525**	19.433**			1.501	
(5)	村	242719	-13794	4.5790	1.772	8.0389	0.7286	107
		5.824**	-12.456**	11.249**			1.797	
(6)	村	309186	-15834	4.5938	1.242	1.242	0.7245	107
		14.855**	-13.303**	11.140**			1.731	

注) 被説明変数は、国保被保険者1人当たりの国保(一般及び退職者)および老人保健の給付額である。回帰係数の下段はt値である。**は1%水準、*は5%水準で有意であることを示す。

出所) 筆者推計。

て被保険者数を加えて回帰分析を行った。1人当たりの保険料は地域の平均所得水準を反映していると考え、その代理変数として加えたものである。

結果は表5に示されている。いずれの場合でも、保険料シェアの係数はマイナスで有意である。また1人当たり保険料の係数はプラスで有意であり、所得水準の高い地域ほど医療費が高いことをうかがわせる。高齢化率や保険の規模(被保険者数)は有意でないケースが多い。また、ここには示していないが、各県の地域的特性をダミー変数で表し、それを加えて回帰を行った。この場合でも、保険料シェアの係数はマイナスで有意であった。

保険財政の負担の構造と医療費の水準、より広くいえば医療保険の効率性との関係は、医療保険のあり方を考えるとき、もっとも重要な問題の一つである。ここでの分析は、直感の範囲を出ないものであるが、先に述べた国民健康保険などに対する財政支援制度を踏まえると、手厚い財政支援が保険者の責任を軽減し、医療費削減努力を阻害している可能性は否定できないように思われる。

この問題を解決するには、国民健康保険に対する手厚い財政支援がなぜ必要とされるのかに戻って考える必要がある。IIで見たように、国民健康保険への財政支援は、高齢化、過疎化により財政破綻の危機が訪れる度に、パッチワークのように

追加を重ねてきた。それは、全国で3,000を越える市町村を保険者とする限り、やむを得ないことでもある。過疎化により被保険者が減少するとともに高齢化が進行し、市町村が保険者として機能することがもはや困難となっているにもかかわらず、国民健康保険を運営していくためには、幾重にも重なる財政支援が必要になる。その結果、みたように、保険者としての市町村の責任が曖昧になり、医療サービスの効率化の努力がおろそかになる。

さらに、この問題の解決を図るには、単に国民健康保険の財政規模を拡大するだけでなく、より根本から、果たして自営業者を対象として、被用者保険とは別個の国民健康保険を設けることが適切であるかを問う必要がある。国民皆保険成立当時には、一方には、農業従事者をはじめ自営業者が多く、都市化の進展していない状況があった。また他方では、終身雇用・年功序列の企業経営があり、企業を単位とする被用者保険を成立させる状況があった。しかし、産業構造は大きく転換し、自営業者のなかで農業従事者の比重は低下し、雇用の流動性も格段に高まっている。今や自営業者を被用者と独立させる必要性は、なくなったといわれてよいであろう。医療を公的保険によってまかなっていくのであれば、現在のように、国民健康

保険という特定の保険にのみ、国、地方および被用者から資金支援を続けることはやめ、所得・報酬の低い人々には保険料の免除や軽減を行い、一方、一定以上の所得・報酬をもつ人々には定率の負担を求め、業種ではなく、所得・報酬について分配上の配慮を払うべきである。

IV 介護保険・医療保険改革への含意

以上、国民健康保険財政の実態と問題点を明らかにしてきた。こうした財政の視点からの分析は、2000年4月から導入される介護保険や、それとともに実施されるはずであった医療保険制度の改革に対して、どのような含意をもつのであろうか。

介護保険制度は、国民健康保険と多くの共通点を持ち、それゆえ国民健康保険の抱える問題もまた引き継いでいると考えられる。介護保険は国民健康保険と同様、市町村が保険者となる。その財政は、介護保険給付額の半分を保険料でまかない、残りの半分かまり全体の4分の1を国が負担する。そして残りの4分の1を都道府県と市町村が均等に負担する。老人保健で介護的要素の強いものについては保険料2分の1、補助2分の1の仕組みが取られているが、介護保険はこれを踏襲している。地方の負担分については、地方交付税の基準財政需要に含まれ、全額、地財措置がなされる。

また、被保険者は、国民健康保険と異なり、65歳以上の第1号被保険者と40歳ないし65歳の第2号被保険者からなる。第1号被保険者の保険料は、その地域で提供されるサービスに合わせて市町村単位で徴収されるのに対し、第2号被保険者の保険料は各自が加入する医療保険の保険料に付加して徴収される。したがって市町村が徴収義務を負うのは、その地域に居住する第1号被保険者と国民健康保険に加入する第2号被保険者からの保険料である。被用者保険に加入する第2号被保険者の保険料は、全国でプールされた後、各市町村に配分されることになる。この配分は、老人保健制度の加入者按分率による按分を置き換えたものと考えられる。

このように介護保険では、地方の負担部分の全

額が地方財政措置されているため、要介護出現率が保険設定時の仮定を上回ったり、介護コストが急増したりといった保険リスクを、保険者である市町村が被らない仕組みが当初から作られているのである。このように介護保険の仕組みは国民健康保険と同一であり、むしろ地財措置の部分だけ保険者の負担が軽くなっている。

前節までの議論を踏まえてこのような介護保険を考えれば、その第一の問題は、市町村を保険者として運営することにある。介護保険を市町村単位として運営する理由として、介護サービスの地域性や従来の老人福祉・老人保健はじめ高齢者サービスが市町村に一元化されていることなどがあげられている。しかし、市町村単位の公的保険を運営することがいかに困難であるかは、国民健康保険で十分経験してきたところである。厚生省では介護保険の運営に当たって広域化を促進しているが、市町村間において提供する介護サービスの水準、高齢化率あるいは地域の経済力などに格差があるときには、要介護認定などの業務はともかく、介護サービスの提供や費用負担の広域化は利害の対立を生み出す。当初から、保険者は県単位あるいはそれをさらにいくつか統合した単位とし、運営主体を市町村とすべきであったと考えられる。

市町村単位の保険では、財政力の格差が当然問題になる。これに対しては、介護保険で国費の25%のうちの5%分を調整交付金として財政力格差の調整に充てるという国民健康保険に類似した仕組みを設けている。また都道府県単位で財政安定化基金を置き、給付費の増加や保険料の未納などによる保険財政の赤字を一時的に補填することになっている。

ところが、介護保険の導入が1年後に迫るにつれ、準備不足による延期凍結論や保険者である市町村の懸念を抑え、ともかくも制度を導入させるため、さまざまな国費の投入、財政援助策が打ち出されている。その一つの例として、65歳以上の第1号被保険者が負担する介護保険料が一定額(3,000円程度とされている)を上回る市町村に対して、保険料を軽減し、国が地方交付税でその財源を措置するという構想をあげることができる。

介護保険料の地域間格差については、もともと調整交付金を格差是正のために用いる予定であった。ところが保険料格差が、厚生省の当初の予想である3.3倍を大きく上回って4倍になるとの試算を受け、追加的に国費の投入を行うという構想が出されてきたものである。

介護保険の導入に当たっては、このほかにも種々の財政援助策が検討されている。家族介護への現金給付など、介護保険の理念に反するものまで、なりふり構わぬといった状況である。どれが実現するかは現段階では不明だが、こうした状況が進めば、介護保険も、保険者たる市町村への手厚い財政援助によって、財源に占める保険料が著しく低下し、保険としての機能を低下させ、効率的なサービス供給に対する保険者のインセンティブを阻害することになる。介護保険が国民健康保険と同じ轍を踏む危険は高い。

また介護保険の導入にあわせて改革される予定であった高齢者医療保険については、政治的状況もあって、現在、迷走状態にあるといえる。しかし選択肢は、被用者保険と国民健康保険の枠を残し、それぞれで高齢者と現役世代を一括して保険集団とする突き抜け方式と高齢者を現役世代の保険から切り離し独立した保険集団とする別建て方式の2つに集約されつつある。医療保険改革についてのわれわれの立場は、すでに前節で述べたように、自営業者を対象にした国民健康保険自体を見直すべきだというものである。こうした視点に立てば突き抜け方式には問題がある。ここでは、具体的な改革案を提示する用意はないが、突き抜け方式にせよ、別建て方式にせよ、高齢者医療保険の改革は、国民健康保険をはじめ現役世代の医療保険制度を含めた改革でなければならない。

V おわりに

本稿では、財政の視点から国民健康保険の実態とその問題点について検討した。国民健康保険には、国や被用者保険から手厚い財政支援措置が幾重にも用意されている。その結果、総費用に占める保険料の割合は3分の1程度しかなく、また保

険者である市町村も自前の財源はごくわずかししか投入していない。しかもこうした費用構造は、市町村別にみると都市部よりも町、村へ行くにしたがって、より顕著に現れる。

こうした財政構造の背景には、3,000を超える市町村を保険者として運営される以上、各国民健康保険の財政力に格差が生じるのは避けがたく、財政破綻の危機が迫ると、制度維持のため新たな財政支援措置が追加されてきたという事情がある。市町村においても、こうした経験を繰り返すことにより、たとえ財政危機が生じても新たな支援措置が追加されることを期待して、効率的な保険財政の運営への取り組みがおろそかになる危険がある。その結果、国民健康保険では保険者の責任が軽減され、保険者の保険料収入を確保する努力や医療サービスの供給面で効率性を阻害している可能性がある。

この問題を解決するためには、国民健康保険の役割を根本から見直す必要がある。国民皆保険が成立した当時とは、わが国の産業構造、労働市場の状況は大きく変わっている。自営業者を対象に市町村を保険者とする地域保険としての国民健康保険の枠を見直すことによって、高齢者医療保険のさまざまな改革が可能となると思われる。

注

- 1) 日本経済新聞 1999年5月13日。
- 2) この補助の根拠として、社会保険の中に含まれている「社会性」すなわち能力説的な判断に基づくものと考えられる。たとえば漆(1997)は「低所得者が多く加入する健康保険は、保険給付に比べ保険料収入が少ないために、保険財政は赤字とならざるを得ない。この赤字を国庫補助によって補填しているのである」と述べ、国民健康保険への国庫補助は国民健康保険加入者への所得再分配に他ならないとしている。国庫補助が再分配目的で行われているとしても、その水準が妥当であるか否かは、実態を見て判断する必要がある。
- 3) ただし、療養給付費から、後述の市町村一般会計から国民健康保険特別会計へ繰り入れられる保険基盤安定繰入金のうち、国が補助している部分(繰入金の2分の1)が差し引かれる。
- 4) 出所) 自治省資料。
- 5) 各被用者保険の拠出は、市町村の療養給付費

のうち一部負担金及び保険料を除いた拠出対象額を各保険者の標準報酬総額のシェアで按分して求められる。

- 6) 1997年度の市町村に対する国民健康保険関連の地方財政措置は、保険基盤安定制度分が381億円、国保財政安定化支援分が1,250億円、その他出産育児補助などが377億円であり、合計2,008億円となっている。
- 7) 利用した基本データは、各市町村の国民健康保険特別会計と老人保健特別会計の平成9年度決算データである。ただし、各国保の退職被保険者と老人医療の保険給付費はこのデータベースに含まれていなかったため、『国民健康保険の実態』(国民健康保険中央会)の1人当たり給付額、被保険者数等を用いた。この部分については、計算作業を行った時点では平成8年度データまでしか利用できなかったため、1年のずれが生じており、老人医療費の国保分が、多少、過少推計になっている可能性がある。したがって、後述の補助金や被用者保険からの老人医療費交付金も過少になっている可能性があるが、それほど大きな差ではないと予想される。
- 8) 国保・老人保健制度の連結収支作成のために、まず、老人保健(医療事業)の収支の各項目から国保加入老人にかかわる分だけ抽出しなければならない。支出面では『国民健康保険の実態』から国保加入老人の医療費が得られるので、老人保健制度の医療費総額に占める国保老人医療費の比率を求め、支出の各項目をこの比率で按分する。収入面では、各補助金もこの比率によって按分し、国保老人に対応する分を求める。詳細は、油井・田近(1999)を参照されたい。
- 9) 広井(1997)は、こうした状況を「保健と福祉の混在」と呼んでいるが、市から町、村へ行くほどに福祉のウエイトが高まることを示している。

参考文献

- 岩本康志、竹下 智、別所 正(1997)「医療保険財政と公費負担」、大蔵省財政金融研究所『フィナンシャル・レビュー』第43号、1997年11月。
- 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(1994)所収。
- 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(1994)所収。
- 厚生省保険局調査課編(1998)『国民健康保険事業年報』平成8年版。
- 厚生省保険局国民健康保険課・国民健康保険中央会(1997)「平成9年度市町村国保担当新任課長特別講座」資料。
- 厚生統計協会(1997)『厚生指標：国民衛生の動向』。
- (1997)『厚生指標：保険と年金の動向』。
- 国民健康保険連合会(1998)『国民健康保険の実態』平成9年度版。
- 自治省『地方財政白書』各年版。
- 地主重美(1994)「社会保障の財源政策」、社会保障研究所(1994)所収。
- 社会保障研究所(1994)『社会保障の財源政策』、東京大学出版会。
- 広井良典(1997)『医療保険改革の構想』、日本経済新聞社。
- 藤井良治(1994)「社会保険と財政調整」、社会保障研究所(1994)所収。
- 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、1979年夏季号。
- 務台俊介(1997)「国民健康保険制度の課題」、湯浅利夫編『高齢化社会と地方財政』、ぎょうせい。
- 油井雄二・田近栄治(1999)「医療保険と市町村財政：国民健康保険と老人保健制度の連結収支表による実態の把握」、『成城大学経済学部 Working Paper』No. 8。

(たぢか・えいじ 一橋大学教授)

(ゆい・ゆうじ 成城大学教授)