

自治体の国民健康保険財政

林 宜 嗣

I はじめに

1970 年度に 2 兆 4962 億円であった国民医療費は、92 年度には 23 兆 4784 億円と、じつに 9.41 倍に膨れ上がり、対国民所得比率は 4.09% から 6.52% に上昇した。こうした医療費の増大は医療保険の枠組みのなかで処理されてきたが、なかでも市町村が保険者となり、農業者、自営業者、退職者など国民の 3 分の 1 に相当する約 4300 万人をカバーする国民健康保険（以下、国保と略す）は、国民皆保険を支える柱として国民の安心向上に大きな役割を果たしてきた¹⁾。

だが、医療費の増大とともに国保財政の基盤は大きく揺らぎ、国家財政のみならず地方財政に対しても大きな圧迫要因となっている。こうした状況に対応して、政府は老人保健制度や退職者医療制度を創設するなど、さまざまな制度改革を行ってきた。また保険者である市町村も国保財政を補填するために、一般会計からの繰り入れ措置を講じるなどで対応している。しかしながら急速な高齢化のなかであって、国保財政が抱える課題は多い。

医療保険についてはこれまでも長期的に安定した制度を実現するための議論がなされてきたところではあるが、職域保険に比べて加入者の年齢構成が高く、所得水準も低いために財政上不利な構造になっている国保については、とくにその財政基盤を安定化させるための方策を講じることが緊急の課題となっている。

本稿は国保財政の現状と課題を概観し、しかる

べき改革の方向を探ろうとするものである。もちろん、改革案については医療保険全体に共通していえる部分が多いことを断っておく。

II 脆弱な財政基盤

1. 国保財政の構造変化

国保の歴史は保険財政悪化との戦いの歴史でもあった。1948 年に従来の任意加入の組合に代わって市町村公営の原則が確立されるとともに被保険者の強制加入が実施された。51 年には国民健康保険税制度が創設、53 年には療養給付費に対する助成金制度が予算化され、55 年には療養給付費に対する 2 割国庫補助制度が導入された。58 年には国民健康保険法の全面改正によって、市町村による実施が義務づけられたが、これによって国民皆保険体制が法制的に裏付けられるとともに、療養給付費 2 割国庫補助が国庫負担に改められた。63 年には低所得被保険者に対する保険料の軽減が行われるとともに、世帯主の 7 割給付が実現した。

このように国民健康保険制度は着実に整備されていったが、その結果、保険財政は急速に悪化することになる。決算において赤字を計上した市町村は、1962 年度には 194 にすぎなかったが、63 年度には 425、64 年度には 1361 に増大したのである。そこで政府は保険財政の悪化を緩和するために、療養給付費に対する国庫負担率を 62 年度には 25% に引き上げた。続いて、世帯員の給付率が 5 割から 7 割へ引き上げられた（68 年 1 月完全実施）のを機に、引き上げ相当分の 4 分の 3 を国庫補助し、66 年度には引き上げ分を含めて療養給付費の

国庫負担を25%から40%に引き上げたのである。また、市町村の一般被保険者の所得状況を考慮し、財政力の弱い市町村に補助を傾斜配分する財政調整交付金も創設された²⁾。

このように、加入者に保険料の負担能力が弱い低所得者層が多く、また、被用者保険のように保険料の事業主負担分がないことから、保険料収入だけで保険給付を賄うことが困難な国保に対しては、被用者保険に比べて厚い国庫負担(補助)が行われてきたのである。図1は国保事業勘定の主要項目の伸びを示したものであるが、保険給付費とほぼ同じスピードで国庫支出金(給付費関係分のみ)も伸びている。そして、保険給付費に占める国庫支出金の比率も60%を超え、保険料の35%前後を大きく上回っている。つまり、国保は保険であり、その経営主体は市町村等であるにもかかわらず、財源面での国費の役割は極めて大きかったのである。

このように財政基盤の脆弱な国保に対しては国費が手厚く配分されてきたのであるが、制度の分立を原因として国保とその他の被用者保険との間に存在した給付と負担の格差は解消されないままであった。そこでこの制度間に存在する不公平を縮小することを目的として、高齢者にかかる医療負担を各保険者で公平に負担する老人保健制度が

1983年に創設され、翌84年には、退職によって被用者保険から国保に移った人々とその家族の医療費に、被用者保険からの拠出金を充てるという退職者医療制度が創設されたのである。そしてこのことを踏まえて、国保国庫補助の水準の見直しが行われ、従来の医療費ベースでの45%国庫補助(療養給付費等交付40%+調整交付金5%)は給付費ベースで50%(医療費ベースでは39%)に抑えられることとなった。

老人保健制度と退職者医療制度の創設による制度間財政調整と国庫支出金の整理によって、国保の財政構造は大きく変化する。再び図1に戻ると、老人保健分を含んだ保険給付費の伸びが鈍化したことが見て取れる。収入面では国庫支出金額がほぼ横ばいになり、保険料に退職者医療制度の被用者保険制度からの拠出である療養給付費交付金を加えた収入が大きく伸びている。この結果、保険給付費に対する保険料収入(療養給付費交付金を含む)の比率が上昇し、大きく比率を低下させた国庫支出金を上回るのである。そして国の補助は、後述するように、国保各保険者における低所得者の加入状況等、保険者の責任の範囲外にある要因によって発生する財政悪化を援助する財政調整的なものに移っていく。

このように国保財政をマクロで見た場合には、

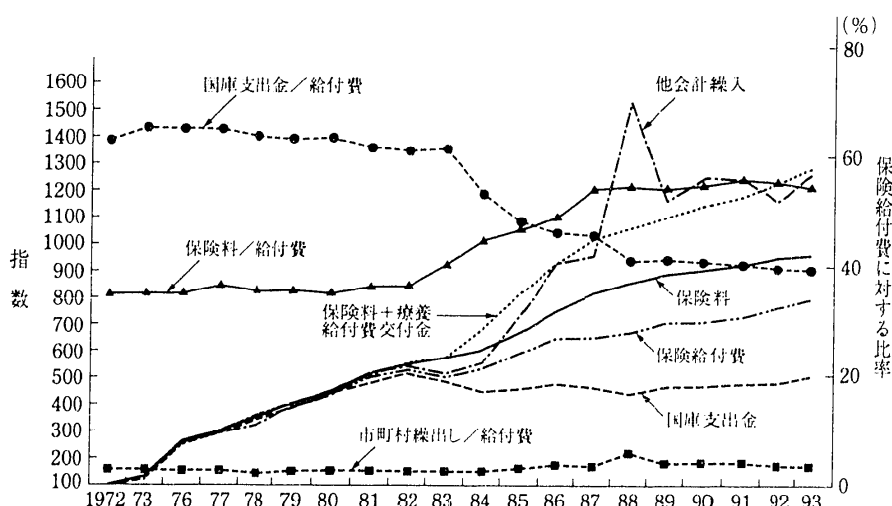


図1 国民健康保険決算主要項目の動向

その脆弱さは制度間財政調整によってかなり軽減されたといえる。だが、高年齢加入者が多く（70歳以上の加入者を除く平均年齢は、国保 40.2 歳，政府管掌健康保険 32.7 歳，組合管掌健康保険 30.3 歳。いずれも 1990 年度），被保険者の所得水準が低いという国保の構造そのものが改善されたわけではない。しかも，高齢化がさらに進展すると，老人保健への国保の抛出の膨張が財政を圧迫するであろうことは容易に想像できる。

2. 保険者間のばらつきが大きい国保財政

地方財政問題の解決が困難なのは，3000 を超える地方自治体の財政事情がそれぞれの地域特性によって大きく異なることである。国保の財政状況についても地域によってかなりのばらつきがある。1993 年度の国保事業の決算状況（事業勘定）を見ると，国保事業を運営する 3252 市町村（特別区，一部事務組合を含む）のうち黒字団体は 2717，赤字団体は 535 であった³⁾。これだけではない。保険事業の財政を左右する給付と保険料にも地域間格差が存在する。

府県別に集計した被保険者 1 人当たりの保険料（税）は，最高の富山県で 8 万 2924 円，最低の沖縄県で 3 万 6566 円であり，両者の格差は 2.27 倍に達している（1990 年度）。一方，被保険者 1 人当たり診療費（老人保健分を除く）は，最高の北海道が 17 万 4275 円であるのに対して，最低の沖縄県が 10 万 8588 円と，両者の格差は 1.61 倍になる（92 年度）。これが市町村ベースになると，保険料の格差はじつに 7 倍にも拡大する。

診療費は気候，生活環境といった，罹病率に影響を与える要因のほか，年齢構成の違いによっても地域間に差が生じると考えられるが，医療サービスの利用可能性も診療費に影響を及ぼすであろう。いま，府県単位で集計した国保被保険者 1 人当たり診療費（老人保健分を除く）を，①有訴者率（入院者を除く人口のうち，自覚症状を訴える人の比率），②人口 1 万人当たり病床数，③国保被保険者の人口に占める比率で説明する回帰式を求めると，

$$\begin{aligned} \text{診療費} = & 81.112 + 1.979 \times \text{有訴者率} + 0.230 \times \\ & (3.02) \qquad (7.70) \\ & \text{病床数} - 1.120 \times \text{被保険者比率} \\ & (-3.32) \end{aligned}$$

$$\bar{R}^2 = 0.733, S = 8.43$$

となる⁴⁾。有訴者率は医療需要に影響を与える要因であり，比率が高い地域ほど 1 人当たり診療費は高くなる。人口 1 万人当たり病床数も 1 人当たり診療費と正の相関関係をもっているが，これは次の可能性を示唆している。

第一は，医療の供給が需要を作り出す可能性である。もちろん，この分析からは医療需要が供給を生み出しているという可能性を排除することはできないのだが，医療資源が充足されることによって医療サービスの利用可能性が高まり，潜在的な医療需要が顕在化するという可能性も捨てきれない。医療過疎が問題になっているように，わが国には医療資源の地域的アンバランスが存在する。将来，このアンバランスが医療資源の充足という形で解消されるなら，急速な医療費の増加に直面する市町村が出てくることが十分に予想される。

第二は過剰診療の可能性である。医師密度の高い地域では，1 人の医師が相手にする患者数が少なく，一定の収益を確保するためには患者 1 人に投入する医療サービスの量を多くせざるを得ない。受診率に変化がなくても，これによって医療費が増大する市町村が出てくるかもしれない。そして，被保険者 1 人当たり医療費が高い市町村は保険収支を均衡させるために保険料を引き上げざるを得ないのである⁵⁾。

高い医療費以外に国保財政に影響を及ぼす要因は保険者の規模である。とくに地方圏においては，人口の流出によって被保険者数が大きく減少した保険者が多く見られる。1965 年度に被保険者数が 3000 人未満であった市町村は全体の 10% であったが，91 年度には 34.5% に達しているのである。保険者規模の小型化は保険事業にどのような影響を及ぼすのだろうか。

一般に，集団が大きいほど，発生する保険対象事故に見られる秩序性や傾向性は大きくなるという「大数の法則」が働く。つまり，集団の規模が

大きいほど保険事故の発生を予測する確さは増加し、それに見合った保険料を設定することによって、保険事業は円滑に運営されるのである。したがって、保険者の小規模化は保険事業の安定化を損なうことになる。

近年、国保財政を安定させるために、国はさまざまな対策を講じてきた。第一は1988年の国保法の改正によって導入された「保険基盤安定制度」である。国保においては低所得加入者の保険料には軽減措置がとられているが、このために一般被保険者の保険料がその分高くなるという問題を抱えていた。そこで、低所得者に対する軽減分を一般会計から国保特別会計に繰り入れるとともに、国がその繰入金金の2分の1を、都道府県が4分の1を負担しようというのである。第二は1992年度に創設された「国保財政安定化支援事業」である。低所得加入者が多かったり、ベッド数が過剰であるため医療給付費が嵩むといった、保険者の責任によらない特別の事情で国保財政の負担が増加している市町村には、一般会計で国保会計を支援することを認め、そのために必要な財源を地方交付税で面倒を見ることになった。

このほかにも、小規模保険者対策として都道府県の国民健康保険連合会が実施する「高額医療費の再保険事業」(1983年度より実施)、「国保特別対策基金」の創設、老人加入率が20%を超える保険者への財政支援措置等がある。このように、財政基盤の脆弱な保険者に対して国費を傾斜配分する財政支援メニューは多い。しかし、依然として市町村によっては苦しい保険事業の運営を強いられている。

Ⅲ 国保財政の将来予測

1. 高齢化と医療費の増加

それでは、高齢化の進展は国保財政にどのように影響するのであろうか。簡単な予測を行ってみよう。1990年度の全国民の一般診療医療費総額は17兆9764億円、うち老人医療対象者分は5兆9269億円であった。1人当たり一般診療医療費は0歳～14歳が5万1400円、15歳～44歳が6万

7100円、45歳～64歳が18万200円、65歳以上が49万9600円、老人医療対象者1人当たり医療費は60万900円である。このように年齢が上がるにつれて1人当たり医療費は増加する。

いま、この金額を固定したままで、年齢構成だけが変化したと仮定すると、2000年では医療費総額は21兆5524億円に、2025年では25兆4977億円となる。また、老人医療対象者の医療費総額はそれぞれ8兆6921億円(1990年の1.47倍)、14兆8645億円(同2.51倍)に膨れ上がる。そして老人医療対象者の医療費のうち、国保負担分となるのは90年度には1兆4264億円であったが、この国保負担比率が将来においても維持されると仮定すると、2000年の国保負担は2兆948億円、2025年には3兆5823億円に増加するのである。

2. 国保財政の予測

しかし、以上の推計は年齢構成の変化だけを考慮したものであり、将来において1人当たり老人医療費が経済成長率を上回って伸びるなら、高齢化の進展が国保財政に及ぼす影響はさらに厳しくなる。そこで過去のトレンドを用いて推計した被保険者1人当たり保険給付費(老人保健分を除く)と老人医療対象者1人当たり老人医療費を用いて、国保財政の将来予測を行ってみよう。結果は表1に示されている。なお、推計式は付表に示した。

将来の名目経済成長率は4%と仮定したが、老人保健分を除く保険給付費の年平均増加率の予測は4.02%と、GNPとほぼ同じ値であることから、国保財政を大きく圧迫することはないと考えられる。ところが、老人医療費の国保負担分の予測期間中の年平均増加率は6.90%と経済成長率を大きく上回っている。その結果、両者を合わせた給付費は年率で5.06%の増加が見込まれる。

一方、収入に関しては、保険料の年平均増加率は4.47%であり、経済成長率を上回っている。この推計は過去の保険料の改定を含んだデータを用いて行ったために、保険料の将来予測は過去と同程度の改定がこれからも行われるとした場合の数値ということになる。退職者医療制度への被用者

表1 国民健康保険事業勘定の将来予測結果

	1992 年	2000 年	2010 年	2020 年	2025 年	年平均増加率(%) (1992~2025 年)
保険給付費 (億円)	44,464	58,213	81,582	129,014	163,254	4.02
老人医療負担分 (億円)	16,068	31,593	62,331	115,915	145,294	6.90
小 計 (A)	60,532	89,806	143,913	244,929	308,548	5.06
保険料 (億円)	24,673	36,785	56,268	85,109	104,369	4.47
療養給付費交付金 (億円)	7,377	11,576	19,159	30,382	37,877	5.08
小 計 (B)	32,050	48,361	75,427	115,491	142,246	4.62
(A)÷(B) (億円)	28,482	41,445	68,486	129,438	166,302	5.49
(B)÷(A) (%)	52.95	53.85	52.41	47.15	46.10	
対 GNP 比率 (%)						
保険給付費	0.95	0.90	0.86	0.92	0.95	
老人医療負担分	0.34	0.49	0.65	0.82	0.85	
保険料	0.52	0.57	0.59	0.60	0.61	
療養給付費交付金	0.16	0.18	0.20	0.22	0.22	
GNP (10 億円)	470,117	643,387	952,370	1,409,740	1,715,165	4.00
老人医療費総額 (億円)	69,372	136,175	268,670	499,632	626,267	6.90
対 GNP 比率 (%)	1.48	2.12	2.82	3.54	3.65	

注：1992 年度のみ実績。

保険からの拠出である療養給付費交付金の期間中の年平均増加率は 5.08%であり、両者を合計すると 4.62%の伸びとなる。以上のように、過去のトレンドを将来に引き伸ばした予測によると、国保の給付額（保険給付費＋老人医療負担分）は保険料等収入（保険料＋療養給付費交付金）を上回る率で増加すると予測されるのである。その結果、保険料等収入の給付費に対する不足分は年率 5.49%で増加することになり、保険料収入等の給付額に対する比率は、1992 年度の 52.95%から、2025 年度には 46.10%にまで低下する。以上の将来予測からわかるように、高齢化の進展によって国保財政は悪化するであろう。こうした財政状況の悪化は、小手先だけの財源補填で解決できるものではなく、抜本的な改革の必要性を訴えている。

IV 国民健康保険の改革

1. 公的医療保険の宿命

効率的な保険の第一の条件は、保険者が保険の対象となる事象の発生を監視できることである。この条件が満たされないなら、最適な保険の提供

はできない。医療保険に関していえば、傷病の状態の監視が可能なら、保険者は被保険者が必要とするだけの保険を、傷病の発生確率に応じた保険料で購入できるような制度を設計することができる。ところが医療保険は実際にはこのように運営されることはない。傷病の状態を保険者が直接に監視することはできないのであり、実際に行われた医療費から間接的に、しかも不完全に傷病の状態を推測するしかないのである。この場合、実際に使われた医療費は傷病の状態と直接に関連しているという前提が置かれるわけだが、実際には、どのような状態の傷病でも、医療費は被保険者の行動に影響されるものなのである。

民間医療保険であれば、加入者の健康状態、保険事象発生リスクの大きさなどについての十分な情報が得られないときには、年齢や職業などのカテゴリーによって加入者を区分し、保険料率に差を設けて保険を売り出すことが可能である。つまり、保険料と保険給付とを個別に対応させることによって、保険財政の悪化を未然に防止することができるのである。

しかしこうした民間保険システムでは、高齢者

をはじめとして大きなリスクを抱えながら所得水準が低い者は加入を断念するほかはない。誰もが加入できるようにするためには、給付と負担との対応関係にある程度切り離し、負担能力を加味した保険料を設定するという仕組みが必要であり、ここに公的医療保険の必要性が生まれるのである。したがって、公的医療保険は、そもそも財政構造が弱くなるという宿命をもっている。

また、医療保険としての宿命もある。「大数の法則」があてはまり、統計数値に基づいた確率計算が可能なりリスクを対象とするのが本来の保険である。言い換えれば、被保険者の行動次第によって保険の対象となる事象の発生が左右されるようなものについては保険の対象となりにくいのである。ところが医療保険の点数出来高払い方式の下では、医療を受ける側と提供する側の双方が保険事象の発生に影響を及ぼすことができる余地は大きい。

医療保険財政上はたしかに自己負担率と保険料率とは関連している。しかし、被保険者にとっては、保険料は受診とは無関係に決まるものであり、とくに応能保険料の場合には、負担と給付との関係が断ち切られてしまう。結局、受診するかどうかの判断に直接影響するのは自己負担ということになる。したがって、実際にかかる医療コストが保険給付によって一部でも賄われると、コスト意識が低下し、過剰受診の原因となる。

図2によってこの点を検討してみよう⁶⁾。図の縦軸には医療の価格とコストが、横軸には医療の消費量がとられている。医療に対する需要曲線は、通常の商品と同じように右下がりになる。いま、医療を供給するために必要な限界費用を、単純化のために MC というように一定であるとする。医療保険がない場合には人々は E_0 の医療を $MC \cdot E_0$ の費用で購入するだろう。医療保険に加入しないなら、人々は病気にかかったときに $MC \cdot E_0$ に等しい費用を負担するという危険を抱えることになる。ここで病気にかかる確率を π とするなら、人々の期待医療支出は $\pi \cdot MC \cdot E_0$ となる。医療保険が病気にかかったときには $MC \cdot E_0$ を給付するという契約になっていれば、人々の危険は解消され、医療の消費も最適量が確保される。そし

て保険が保険数理上適正な条件で提供されるとすれば、保険料は $\pi \cdot MC \cdot E_0$ となる。

しかしながら保険者が最適な医療消費量を知ることが不可能であり、実際の保険はかかった医療費全体をカバーするような仕組みにならざるを得ない。もし、すべての医療が保険の対象となるなら、人々は医療を E_1 まで消費するだろう。このときに要する医療費は $MC \cdot E_1$ である。このような医療費に保険数理上適正な保険料は $\pi \cdot MC \cdot E_1$ となる。

医療に対する需要の価格弾力性が大きいほど、全額をカバーする保険によって誘発される医療費の増加は大きくなり、これを賄う保険料 $\pi \cdot MC \cdot E_1$ は、人々にとって保険に加入する価値がなくなるほどに高くなる可能性がある。言い換えるなら、高い保険料が危険の回避による利益を上回ってしまうのである。つまり、需要の価格弾力性が大きい軽微な疾病や傷害をカバーする医療保険の場合、保険財政を健全なものに維持するためには保険料を高い水準に設定するしかないのであるが、保険のメリットを感じない人の脱退を認めない公的強制保険であるかぎり、保険料を高水準に設定することは困難であり、保険料は低水準に抑えられる傾向がある。したがって保険収支のバランスは崩れ、財政補填が必要になるわけだ。このように公的医療保険は、制度として極めて困難

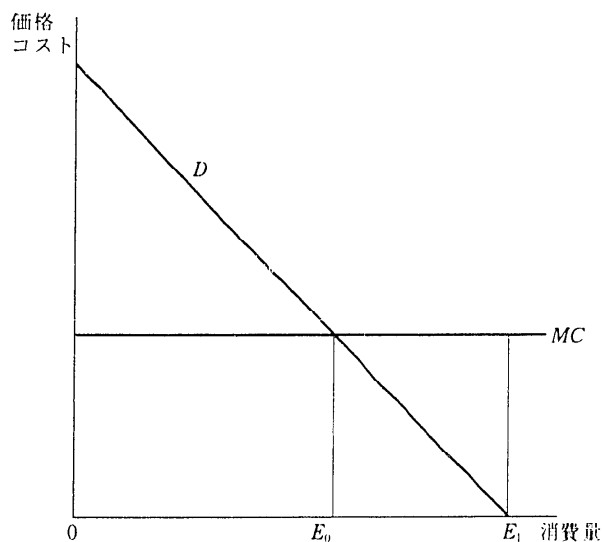


図2 医療保険と効率性

な立場に置かれているといえる。

2. 自己負担の拡大

現在の医療保険が陥っているジレンマを取り除く方法として考えられるのが自己負担の増加であるが、それには次のような方式が考えられよう⁷⁾。第一は給付率の引き下げである。しかし給付率を低く設定しすぎると、重病患者や慢性疾患を抱える患者の負担が大きくなるし、発病した際の医療費の不確実性が高まるといった問題が発生する。第二は保険のカバーする医療費に上限を設け、これを超える医療費は保険の対象にしないという方式である。しかし、危険回避の傾向が強いほど、人々は生活に甚大な影響を及ぼす高額医療費に対して保険が適用されることを望むはずであり、この上限設定方式は保険理論上からも合理的な方法とはいえない。

第三は保険医療の一定量または一定額までは保険がカバーせず、自己負担の対象とする方式である。自動車保険の免責を想像すればよい。そもそも保険は重リスクの補填にあるのだから、軽微な傷病は一定金額までは自己負担することによって、保険につきもののモラル・リスクを取り除くことを考えることも必要だろう。

被保険者にとって自己負担率はできるだけ低いにこしたことはない。また、自己負担の強化は医療を受ける機会を不平等にするという反論も強い。しかし、家計の負担を見るかぎり、現在の負担水準は決して高いとはいえないのである。国民が医療保障システムを通じて医療サービスを購入する際に負担する額が家計においてどの程度の重みをもっているかを『家計調査年報』(総務庁)によって見たものが表2である。「保健医療サービス」の内訳は診療代、入院費、他の保健医療サービスであり、おおむね、医療受診の際の患者負担に相当している。所得階層は勤労者世帯を所得水準の低いものから順に並べ、20%ごとに世帯を区分したものである。所得水準が最低の第Ⅰ階層でも保健医療サービスは消費支出の1.63%、最高の第Ⅴ階層では1.05%にすぎない(1990年)⁸⁾。

患者自己負担の消費支出総額に占める比率は、

表2 勤労者家計における月間の医療費負担

(単位:円,%)

所得階層	実収入	消費支出 A	保健医療		B/A
			総数	うち保健医療サービス B	
I	272,065	263,732	7,749	4,319	1.63
II	438,253	288,934	8,504	4,902	1.70
III	549,498	341,472	9,316	5,054	1.48
IV	663,393	389,612	9,789	5,401	1.39
V	896,067	480,348	10,266	5,044	1.05
平均	563,855	352,820	9,125	4,944	1.40

最近では1.3%から1.7%台で推移している(全世帯平均)。しかし、動きを詳しく見てみると、1984年に患者負担の引き上げが行われたにもかかわらず、この比率は逆に低下しているのである。これは、家計が値上げされた医療サービスを買ひ控えることによって、保健医療サービス支出を削減するという消費者選択を行ったからだと考えられている⁹⁾。このように、軽い傷病に関する受診は、患者の判断で調整が可能であり、患者負担を引き上げることによって医療費の削減が可能となろう。

3. 公費負担拡大の問題

保険料の負担構造が逆進的であることを理由に、現行の保険拠出方式をイギリス型の租税移転方式に改めるべきだと主張されることがある。たしかに、医療保険の保険料はおおむね所得比例的であるが、所得に上限が設けられていること、とくに国民健康保険の場合は、加入者に多い非被用者の所得捕捉率が低いために、定率(所得割、資産割)と定額(被保険者均等割、世帯別平等割)の混合保険料が採用されていることによって、負担構造は逆進的になっている¹⁰⁾。

だが、保険料の負担と給付の関係をライフ・ステージ別に見れば、勤労期には負担超過、退職期には給付超過となっており、医療保険は負担・給付の両面を考慮すれば明確に勤労世代から退職世代への、つまり世代間再分配の機能を発揮している。しかも、世界で最も所得の平等化が進んだわが国においては、所得格差がライフ・ステージの

相違による部分が大きいことを考えると、勤労世代から退職世代への再分配は、同時に中高所得層から低所得層への再分配であると読み取ることができ、再分配効果は発揮されていると見るべきであろう。

重要なことは、単年度で収支をバランスさせるという方式を採用しているかぎり、人口の高齢化が進むと、現在と同じ水準の医療保障を維持しようとするれば、将来時点の勤労世代の負担は大きくならざるを得ない。あるいは負担増を抑えるのであれば、将来時点の退職者の給付抑制につながるものである。いずれにせよ、年金と同様、世代間の公平性は大きく損なわれることになる。この点を考慮するなら、再分配効果を強化するのではなく、むしろ負担と給付との関連をもたせるために応益保険料拠出方式の性格を強めるか、患者負担を増やすべきである。公費負担や応能保険料の拡大は、一部の国民（被保険者）に負担が集中することになり、公平性の観点からも望ましくない。

V ま と め

老人保健制度の導入、退職者医療制度の創設、低所得者にかかる保険料の軽減分についての公費補填、高医療費市町村における運営安定化対策の導入。こうした一連の措置によって、加入者の高年齢・低所得を原因とした構造的な財政悪化という国保固有の問題は一応の解決をみた。しかし、21世紀の本格的な高齢化を迎えるにあたって、真のニーズに合った医療の機会を国民に均等に、かつ安定的に提供していくためには、医療供給体制の整備とともに、給付と負担のあり方などに関して、長期的に安定した医療保険制度を確立する必要がある。

そのためには、改革はどこまでも増え続ける医療費を賄うための単なる財源探しであってはならず、医療費そのものの抑制を進めることでなければならない。たしかに医療費の増嵩が国民の健康の維持・向上に貢献してきたことは否定できない。だが、かぎられた資源をさまざまな目的に最も効果的に配分することが国民福祉を向上させるため

には必要であり、医療に振り向けられる資源が多ければ多いほど望ましいというわけではない。自己負担、税、保険料のいずれの形をとるにしろ、医療費の負担は最終的には国民に帰着し、他の目的に利用できる資源を減らすからである。もちろん医療費の抑制は患者自己負担の増加といった医療保険の改革のみで行えるものではなく、医療・保健・福祉の総合化を進めるなど、社会保障システム全体の改革が必要であることはいうまでもない。

医療保険制度が社会保障の一環であることを根拠に、制度改革に経済計算を持ち込むことは望ましくないとする主張もある。しかし、一定の効果を最小のコストで、あるいは一定のコストで最大の効果をあげることは、およそあらゆる経済政策に適用されるべき基準であり、医療保険制度として例外ではない。むしろ、公共性を有し、必要な医療の機会を広く社会全体の負担によって保障しようとするからこそ、効率的な医療保険制度という面をより強く意識することが求められているのである。

注

- 1) 国保の経営主体としては市町村のほか国民健康保険組合(166)があり、456万人を対象としている。なお、国保を経営する市町村は3253(市町村、一部事務組合、特別区)であり、対象人員は一般被保険者3979万人、退職者398万人である。
- 2) これは、とるべき保険料収入が療養給付費の額を下回る場合、その不足分を補填するというものである。
- 3) 黒字団体、赤字団体の区分は、次の再差引収支によっている。
再差引収支＝実質収支－財政援助額(都道府県からの財源補填)－繰入額(市町村の他会計からの財源補填的繰り入れ)
＋繰出金(うち財源補填的なもの)
なお、実質収支とは歳入決算額から歳出決算額を引き、翌年度に繰り越すべき財源を引いたものであるが、国保の場合、ほぼ歳入決算額－歳出決算額に等しい。
- 4) 齊藤 慎「国民健康保険と地方財政」大阪府『大都市圏諸都市の行財政運営に関する調査報告書』1991年では、1人当たり件数、1件当たり日数、1日当たり医療費別に分析が行われている。
- 5) 府県別集計データを用いて、1人当たり診療費

付表 国保事業勘定の収支推計式

老人保健拠出分

$$\text{老人医療費受給者} = -839.3 + 0.6336 \times (65\text{歳以上人口}) + 1256.4 \times D_{8392} \\ (-3.85) \quad (29.76) \quad (13.96)$$

$$\bar{R}^2 = 0.997 \quad D.W. = 2.26$$

$$\text{老人医療費/受給者} = -132.7 + 0.236 \times (\text{GNP/人}) - 28.3 D_{8792} - 69.4 \times D_{9092} \\ (-8.80) \quad (33.78) \quad (-2.87) \quad (7.10)$$

$$\bar{R}^2 = 0.994 \quad D.W. = 2.09$$

$$\text{老人医療費} = (\text{老人医療費/受給者}) \times (\text{老人医療費受給者})$$

$$\text{国保の老人保健拠出分} = \text{老人医療費} \times \text{国保負担率}(92\text{年度数値 } 23.2\%)$$

保険給付

$$\text{被保険者数} = 200,686 - 1.273 \times (\text{人口}) \\ (15.27) \quad (-11.93)$$

$$\bar{R}^2 = 0.959 \quad D.W. = 1.67$$

$$\text{保険給付/被保険者} = -30.90 + 0.0373 \times (\text{GNP/人}) - 6.459 \times D_{8992} \\ (-3.15) \quad (10.47) \quad (-2.02)$$

$$\bar{R}^2 = 0.976 \quad D.W. = 2.00$$

$$\text{保険給付額} = (\text{保険給付/被保険者}) \times (\text{被保険者数})$$

保険料収入

$$\text{保険料収入} = -378,603 + 0.00631 \times (\text{GNP}) + 205,466 \times D_{8588} \\ (-5.70) \quad (30.32) \quad (4.61)$$

$$\bar{R}^2 = 0.985 \quad D.W. = 1.18$$

療養給付費交付金

$$\text{療養給付費交付金} = -421,168 + 0.00245 \times (\text{GNP}) - 49,126 \times D_{8991} \\ (-5.14) \quad (11.32) \quad (-2.14)$$

$$\bar{R}^2 = 0.956 \quad D.W. = 2.35$$

※ D_{ab} は a から b を 1, その他を 0 とするダミー変数。

と保険料の相関度を求めると、診療費の地域別格差で保険料の格差の約 3 割強を説明できる。

- 6) Pauly, M. V., "The Economics of Moral Hazard," *American Economic Review*, Vol. 58, 1968, pp. 531-537.
- 7) 地主重美「国民医療費と医療保険」社会保障研究所編『医療』（リーディングス日本の社会保障 2）有斐閣，1992 年，14-18 頁参照。
- 8) 林 宜嗣「国民健康保険制度の展望」『税』第 48 巻第 9 号，1993 年，42 頁。
- 9) 厚生統計協会『保険と年金の動向』第 41 巻第 14 号，1994 年，68 頁。
- 10) 現在の保険料は，所得割，資産割，被保険者均等割，世帯別平等割の 4 つの組み合わせによって算出されるが，市町村によって組み合わせ方は異なっている。

参考文献

- Boadway Robin W. and Wildasin David E., 1984, *Public Sector Economics*, Little Brown & Company Limited.
- 地主重美 1992 「国民医療費と医療保険」社会保障研究所編『医療』（リーディングス日本の社会保障

- 障 2）有斐閣
- 林 宜嗣 1993 「国民健康保険制度の展望」『税』Vol. 48, No. 9
- 厚生統計協会 1994 『保険と年金の動向』Vol. 41, No. 14
- Pauly, M. V., 1968, "The Economics of Moral Hazard," *American Economic Review*, Vol. 58.
- 齊藤 慎 1991 「国民健康保険と地方財政」大阪府『大都市圏諸都市の行財政運営に関する調査報告書』
- 田中 滋 1993 『医療政策とヘルスエコノミクス』日本評論社

資料

- 地方財務協会『地方財政統計年報』
- 自治省『地方財政白書』
- 経済企画庁『国民経済計算年報』
- 総務庁統計局『社会生活統計指標』
- 『家計調査年報』
- 東洋経済新報社『地域経済総覧』

(はやし・よしつぐ 関西学院大学教授)