

公平な医療保険制度の設計と評価

稲舘史子*1
勝本大二郎*2
渡邊智之*3

Executive Summary

高齢化が進展する我が国において、国民医療費の増大が続いている。このような状況下で国民が公的医療保険の負担増を受け入れるためには、公平な保険料負担が課されるとともに、負担の水準が明確に示される必要がある。

本稿では、まず保険料の水平的不公平の実態を、組合管掌健康保険と国民健康保険について、一次統計を用いて明らかにする。さらに国民健康保険については、資産割・均等割・平等割や賦課限度額が存在することによって生じる垂直的不公平も指摘する。

続いてそれらの格差を説明する要因を、回帰分析を用いて考察する。そこでは、①医療費が高い、②加入する集団の所得が低いと保険料が高くなる傾向があることが分かった。医療費の格差は主に年齢構成の違いによって説明できることを確認した上で、これらの格差を調整するような制度に設計し直す必要があることを指摘する。加えて国民健康保険では、裁量的な公費負担の存在によって、保険者努力にディスインセンティブ効果が生じていることが確認される。

これらの現状分析を踏まえ、より公平で負担水準が明確な新制度を提案する。まず全制度一律の保険料率の設定と、年齢構成の保険者間格差を調整する仕組みを提示した上で、その導入上の諸論点について検討を行う。そこでは保険料の賦課ベースを被保険者の収入に統一すること、保険者を地域保険に統合すること、公費負担を削減していくことが提案される。

次に新制度を導入した場合の保険料率を一次統計・標本調査等を用いて推計

*1 東京大学公共政策大学院経済政策コース 088087

*2 東京大学公共政策大学院経済政策コース 078014

*3 東京大学公共政策大学院公共管理コース 088028

する。また推計保険料率を現行制度に適用することで、各医療保険制度・保険者における負担水準の変化を分析し、新制度の実現可能性を検討した。その結果、保険者レベルで見た場合、①国保・健保いずれも負担の増減があること、医療保険制度レベルで見た場合、②国保の負担が増加すること、③政管健保の負担が大幅に減少することが分かった。

本稿の成果は、次の三点に要約される。第一に、現行制度の定量的な分析からその不公平性を指摘し、公平な制度の提案を行った点である。第二に、制度を導入した場合の保険料率や、各アクターの負担関係を具体的に示した点である。第三に、それらが従来 of 利害関係についての認識とは異なっているということ を指摘した点である。以上の議論をふまえて、今後公平な制度のあり方についてより実質的な議論が望まれる。

公平な医療保険制度の設計と評価

目次

1. 序論	1
1-1. 問題背景	1
1-2. 研究目的	1
2. 保険料格差分析	2
2-1. 健保	2
2-1-1. 保険料格差の現状	2
2-1-2. 格差の要因分析	3
2-2. 国保	5
2-2-1. 保険料格差の現状	5
2-2-2. 格差の要因分析	12
2-3. 医療費格差の要因	16
2-4. 小括	18
3. 新制度案の設計と評価	19
3-1. 制度設計	19
3-2. 保険料率の推計	24
3-3. 医療保険制度・保険者に与える影響	29
4. 結論	36
4-1. 総括	36
4-2. 今後の課題	37
付表	38
参考文献	41

1. 序論

1-1. 問題背景

我が国の医療保険制度は、まさに過渡期にある。2009年の衆議院議員総選挙において民主党による政権交代が実現し、新政権は後期高齢者医療制度の廃止と、それに代わる新しい高齢者医療制度の設計を模索し始めた¹。厚生労働省では新たな制度のあり方を検討する場として「高齢者医療制度改革会議」が開催され、関係団体・研究者等による議論が重ねられている²。医療保険制度改革の議論において度々争点となるのは、利害関係者間の相対的な負担の増減や、その調整についてである。特に被保険者の所得水準や年齢構成等が大きく異なる被用者保険と国民健康保険の利害対立は深刻であり、過去の制度改正時においても激しい議論が交わされてきた³。

少子高齢化が進展し、国民医療費の増大が避けられない我が国においては、負担を公平に分担し、またそれが国民にとって分かりやすい形で示されていく必要がある。被用者保険や国民健康保険といった中間団体には、被保険者たる国民の視点で、負担をあるべき水準に調整していくという機能が求められるだろう。しかし実際には、国民皆保険という形式は尊重されながらも、公的医療保険制度全体としての理念的整合性を重視した制度設計はほとんどなされていないという状況が生じている。確かに、実現可能性を無視した制度理念は空虚である。しかし一方で、社会状況や国民生活の変化を見逃し、現行制度を根拠に抵抗を行うことは怠慢につながる。こうした状況をふまえると、議論の土台として制度理念と利害関係者への影響を結びつけるような定量的な分析が求められていると言える。

1-2. 研究目的

本稿の目的は、現在の医療保険制度に内在する格差の実態を定量的に把握した上で（格差分析）、被保険者の負担の公平性という観点から新制度案を設計し（制度設計）、その影響を具体的に推計することである（影響分析）。以下で、構成と内容を簡潔に述べる。格差分析(2.)では、組合管掌健康保険（以下、健保）と国民健康保険（以下、国保）の事業年報等から保険者別統計を用いて回帰分析を行う。それぞれ1500以上の保険者を分析対象とすることで、現実にも即した問題点を指摘する。制度設計(3-1.)では、分析から得られた結果やその他の制度的な問題点を水平的公平性と垂直的公平性という形で整理した上で、あるべ

¹ 民主党のマニフェストでは、後期高齢者医療制度の廃止の他、制度の将来的な目標として地域保険単位での一元的運用が掲げられていた。詳細は民主党「民主党の政権政策 Manifesto2009」

http://www.dpj.or.jp/special/manifesto2009/pdf/manifesto_2009.pdf を参照。

² 厚生労働省保険局「高齢者医療制度改革会議」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#hoken>

³ 典型的な例として、財政調整の議論があげられる。1960年代以降度々争点となってきたが、その都度大きく負担増が見込まれる被用者保険側からの猛反発を招いてきた。詳細は島崎[2005], p.23 を参照。

き制度の全体像を明らかにする。影響分析では、まず新制度導入時の保険料率の推計を行う(3-2)。次に格差分析で用いた保険者別統計を再び使用して、導入前後における保険者の負担関係と、医療保険制度の負担関係がどのように変化しているかを検討する(3-3)。このような分析の意図は、単に新制度案の妥当性・実現可能性を説得的な形で示すということにとどまらない。公平な制度と現状の制度を見比べる中で、通常考慮されることの少ない保険者単位における利害関係にまで踏み込んで整理することを主眼においている。

2. 保険料格差分析

2-1. 健保

2-1-1. 保険料格差の現状

本節では、健保の保険料格差の現状分析を行う。以下では『健康保険組合事業年報（平成 18 年度）』から、平成 18 年度のデータを使用した。ただし、本分析で用いるデータは、記述内容の不足している保険者を含めていないため、全保険者数とは一致しない。

図 1. 健保保険料率ヒストグラム

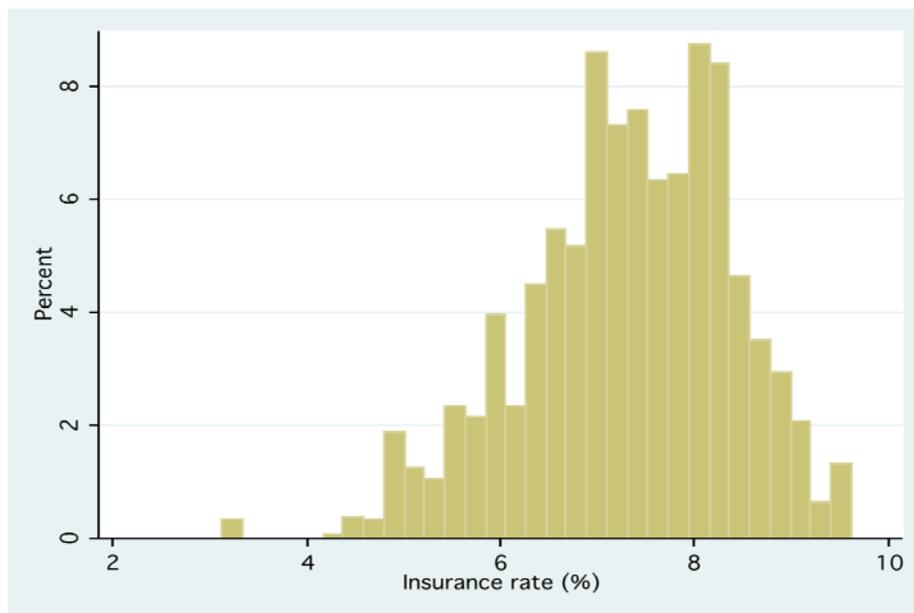


表 1：健保保険料記述統計量

	保険料率 (%)	保険料額換算 (万円)
最大値 (A)	9.620	83.547
最小値 (B)	3.120	8.861
A/B	3.08	9.43
平均値	7.312	41.313
標準偏差	1.065	7.879
変動係数	0.146	0.191

標本数：1529

まず、健保の保険料率のヒストグラムを見る（図 1）と、健保の保険料率について、保険者間でばらつきがあることが分かる。また、健保の保険料（保険料率、保険料額換算⁴）の記述統計量については、以下の表 1 のようになっている。保険料率は最大で 9.62%、最小で 3.12%とおおよそ 3 倍の開きがある。保険料率の格差は、すなわち同じ収入でもどの保険に属するかによって保険料負担額に格差が生じていることを意味する。

また、各保険者の平均年収を乗じた保険料額を見ると、最大で 83.5 万円、最小で 8.9 万円とさらに大きな格差が生じていることが分かる。

2-1-2. 格差の要因分析

(1) 定量分析の目的・方法

健保の保険料率について、保険者間の格差が存在していることを確認した。次に、その要因について定量分析を行う。本分析では、以下のような推定式を用いて回帰分析を行う。

$$rate = \alpha_0 + \alpha_1 wage + \alpha_2 med\ cost + \alpha_3 old + \alpha_4 retired + \alpha_5 service + u$$

rate：保険料率

wage：年収

medcost：被保険者一人当たり法定給付費

old：被保険者一人当たり老人保健拠出金

⁴ 保険料額換算は、各保険者の保険料率に、その保険者の(平均標準報酬月額×12+平均標準賞与額) をかけたものである。よって、表 1 における保険料率が最大/最小の保険者と保険料額換算が最大/最小の保険者は同じではない。

retired: 被保険者一人当たり退職者給付拠出金

service: 被保険者一人当たり保健事業費

u: 誤差項

変数は、『健康保険組合事業年報（平成 19 年度）』より、平成 18 年度のデータを使用している。被説明変数を「保険料率」とする⁵。説明変数は以下の通りである。各保険者の所得水準、つまり、収入の大きさを示す指標として「年収⁶」を選択した。他方、各保険者の負担の重さ、つまり、支出の大きさを示す指標として「被保険者一人当たり法定給付費⁷」、「被保険者一人当たり老人保健拠出金⁸」、「被保険者一人当たり退職者給付拠出金⁹」、「被保険者一人当たり保健事業費¹⁰」を選択した。

また、本帰式に含まれる変数の記述統計量は以下の表 2 の通りである。

表 2. 記述統計量（被保険者一人当たり）

	平均	標準偏差	最小値	最大値
保険料率 (%)	7.31	0.027	3.12	9.62
年収 (万円)	575.14	3.46	251.52	1,888.66
法定給付費 (万円)	20.57	0.093	4.83	39.83
老人保健拠出金 (円)	75,284	4,194.68	0.5	2,244,178
退職者給付拠出金 (円)	61,080	3,298.93	9.9	2,016,127
保健事業費 (円)	19,728	1,270.73	0	887,525

標本数 1529

(2)推計結果・解釈

以下に、本帰式分析によって得られた推計結果をまとめた表 3 を載せる。

⁵ 「第 1 表 適用状況」の、「保険料率」の値を使用。そのうち、事業主の保険料率と被保険者の保険料率の合計である「計」の値を使用。

⁶ 「第 1 表 適用状況」の、「標準報酬月額」の平均に 12 を乗じて年額換算したものに、「平均標準賞与額」を足したものを、「年収」として計算。

⁷ 「第 2 表 収入支出状況」の、「法定給付費 総額」を、「第 1 表 適用状況」の、「被保険者数 計」で割った値を、「被保険者一人当たり法定給付費」として計算。

⁸ 「第 2 表 収入支出状況」の「老人保健拠出金 総額」の値を使用。

⁹ 「第 2 表 収入支出状況」の「退職者給付拠出金 総額」の値を使用。

¹⁰ 「第 2 表 収入支出状況」の「保健事業費 総額」の値を使用。

表 3：推計結果（被保険者一人当たり）

	係数	標準誤差	t 値	P-値
切片	7.529*	0.118	63.88	0.000
年収	-0.00681*	0.00025	-27.20	0.000
法定給付費	0.145*	0.00647	22.47	0.000
老人保健拠出金	0.0454*	0.00604	7.51	0.001
退職者給付拠出金	0.0569*	0.0171	3.32	0.000
保健事業費	-0.0085*	0.00156	-5.44	0.000

標本数 1529、Adjusted R-squared=0.493、F=0.0000 *:10%水準で有意な結果

以上より、すべての説明変数について、10%水準で有意な結果を得ることができた。このうち、係数の値が比較的大きかった、「年収」と「被保険者一人当たり法定給付費」の結果について、解釈を加える。

一人当たり医療費(法定給付費)が1万円上がると、保険料率は約0.15%上がる。2-1-2.(1)表2より、健保の平均年収が約575万円であることから、保険料額に換算すると、約8600円増加することになる。医療費が大きい、つまり、支出が大きい保険者ほど、保険料率が高いことが明らかとなった。またこれは、医療給付費の伸びと保険料の伸びがほぼ対応していることから、保険者努力の効果が現れやすいといえる。一方、年収が1万円上がると、保険料率は約0.007%下がる、保険料額に換算すると約400円減少する。年収が高い、つまり、収入が大きい保険者ほど、保険料率が低いといえる。以上より、健保の保険料率の決定においては、医療費、年収が影響を与えていることが明らかになった。

2-2. 国保

2-2-1. 保険料格差の現状

国民健康保険は各市町村が保険者となって運営がなされている。そこでは、被保険者が負担する保険料額の設定は、自治体に裁量が委ねられている。そのため、同じ収入・所得であっても、どこに住んでいるかによって保険料額に格差が生じることとなる。この節では、このような国民健康保険内での水平的不公平の現状について考察する。

国保保険料の保険者間格差に関する先行研究としては、北浦[2007]が存在する。北浦は、それまでの先行研究では、①一部地域に分析対象が限定されていること、②結果としての一人当たり国民健康保険料負担額を比較しただけで各家計の所得状況などを考慮していないことの2点を指摘したうえで、分析対象を全国の市町村国保に拡大して、いくつかの家

計のプロトタイプを作成してそれぞれの保険料額を計算するという方法で分析を行っている。それにより、「ある国民が居住地を選択するときに発生するであろう、各自治体の制度の違いによる保険料の（潜在的な）格差を計測することが出来る」¹¹。なお北浦は、『平成16年国民健康保険の実態』のデータを用いた分析を行っており、平成18年までの一連の市町村合併（つまり国保保険者統合）が終了した現在においては、格差状況に変化が生じている可能性がある。そこで以下では、北浦の研究と同じようにプロトタイプを設計する手法を用いながら、データや税制などをアップ・デートさせた上で、国保保険料格差の現状を確認する。

本分析では、『平成19年度国民健康保険事業年報』¹²の電子データを用いる。なお、分析対象となる保険者は自治体が運営する市町村国保のみに限定し、医師組合や建設業組合などといった各国保組合は、その集団の特殊性から比較には不適切として分析を行わなかった。また、全1804の市町村国保のうち、市町村合併を行ったために地域内で不均一の所得割を課している所得割割合が不明の市町村と、所得割の賦課ベース方式が「その他」に分類され詳細がわからなかった奥多摩町は分析対象外とした。その結果、1680の市町村国保を対象に分析を行った。

(1)自治体を選ぶ賦課方式・賦課ベース

各市町村国保は保険料の徴収方式を選ぶことが出来る。それによって、同一所得でも保険料額に格差が生じてくる。選択するのは次の2点についてである。

① 賦課方式

国保の保険料は、以下4つの方式の組み合わせによって賦課される。

表4. 国保の4賦課ベース

所得割	所得に応じて決定	応能負担
資産割	固定資産税納付額などに応じて決定	
均等割	世帯の被保険者数に応じて決定	応益負担
平等割	一世帯当たり定額	

国保においては、世帯内の一人ひとりが被保険者となるが、保険料の徴収は世帯ごとに行われる。所得割は、世帯の所得に応じて保険料負担が決定される。資産割は、世帯の固

¹¹ 北浦[2007]、p.3

¹² 厚生労働省『平成19年度国民健康保険事業年報』B表(2)
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001032237>

定資産税の納税額などに応じた保険料負担である。これら 2 つは応能原則に基づいた保険料賦課方式と見なされている。他方で、均等割は被保険者一人当たり定額の保険料で、世帯内の被保険者数によって負担が決まる。また、平等割は一世帯当たり定額の保険料である。これら 2 つは、その家計状況に拘わらない、応益原則に基づいた保険料賦課方式である。つまり、国保の保険料賦課は、応能負担と応益負担が混在となった形で行われている。

各保険者は、これら 4 つの賦課ベースの組み合わせ方を選ぶことができる。組み合わせ方は以下の 3 つの方式に分かれる。

表 5. 国保の賦課方式

	賦課ベースの組み合わせ	市町村数	被保険者数	被保険者数 /市町村数	軽減世帯 割合平均
4 方式	所得割：資産割：均等割：平等割 = 40:10:35:15	1340	18,023,608	13,450	47.6%
3 方式	所得割：均等割：平等割 = 50:35:15	295	16,825,462	57,035	48.8%
2 方式	所得割：均等割 = 50:50	45	6,889,541	153,101	31.5%

全体のおよそ 8 割となる 1340 の市町村が、4 つの賦課ベースを全て用いる「4 方式」を採用している。他方で市町村当たりの被保険者数を見ると、「2 方式」、「3 方式」、「4 方式」の順に人口規模が大きくなる傾向が見られる。また、各市町村における所得割の軽減措置が施される世帯の割合を見ると、2 方式を採る市町村は他の方式を採っている団体より低くなっており、比較的被保険者の所得が高いことが窺える。

このように、賦課ベースは所得割だけでなく資産割や均等割、平等割が存在し、またそれらの構成も市町村ごとに異なっている。そのために、単純に所得に賦課される保険料率を比較するだけでは、保険料額の負担状況を比較することができない。そこでプロトタイプの家計を設定し、その家計が各保険者において負担する保険料額を算出して比較する作業が必要となる。つまり、賦課方式の違いは、

(i)所得 (ii)固定資産 (iii)世帯人数

の 3 点についてのプロトタイプの設定を要させる¹³。

¹³ 被用者、自営業者、年金受給者の収入はそれぞれ控除方式が異なるため、同額の収入でも所得控除後の額が異なる。しかし、これら業種による差異は税制の水平的不公平の問題からの派生であるため、今回の分析では割愛した。

② 所得割の賦課ベース

上記の所得割についても、その賦課ベースは市町村が決定できる。賦課ベースの算定方式は、2007年度現在、以下5つの方式に分類される。

表 6. 国保の所得割賦課ベース

1. ただし書き方式	総所得-基礎控除
2. 本文方式	総所得-基礎控除-各種控除
3. 所得割方式	(総所得-基礎控除-各種控除) × 市町村民税率
4. 市町村民税額	(総所得-基礎控除-各種控除) × 市町村民税率 + 市町村民税均等割
5. 市町村民税額 + 都道府県民税	(総所得-基礎控除-各種控除) × (市町村民税率 + 都道府県民税率) + 市町村民税均等割 + 都道府県民税均等割

1 は家族の形態に中立的であるのに対し、2～5 は配偶者／扶養控除を含むため、賦課ベースが家族形態に左右される。そのため、これについても世帯人数別のプロトタイプを用いた分析が有効になる。

(2)プロトタイプの設定

上述のように、所得、固定資産、世帯人数の3点の影響をそれぞれ考慮した上で比較ができるよう、次のようなプロトタイプを設定した。まず、所得と固定資産について、以下のように全部で6ケースの場合を設定した。なお、これらについては、『平成19年度 国民健康保険実態調査』¹⁴「表14」より、世帯人数の全体平均が1.89人であることから、2人の夫婦世帯を設定した。

表 7. プロトタイプ設計

		所得		
		平均所得	無所得	高所得
固定 資産	持ち家 あり	所得：229.9万円 固定資産税：11.2万円	所得：0円 固定資産税 11.2万円	所得：429.9万円 固定資産税：11.2万円
	持ち家 なし	所得：229.9万円 固定資産税：0円	所得：0円 固定資産税：0円	所得：429.9万円 固定資産税：0円

¹⁴ 厚生労働省『平成19年度国民健康保険実態調査報告』p.25
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/Pdfdl.do?sinfid=000002943809>

『平成 19 年度国民健康保険実態調査』¹⁵「表 12」の国保被保険者の所得階級別世帯表によると、無所得の世帯が 27.4%と、多数を占めている。無所得世帯を国保における標準的な世帯である¹⁶と考え、まず所得 0 円のプロトタイプを用いた。また、無所得世帯と所得のある世帯を分けた上で、後者の平均所得を計算した値が 229.9 万円であった。よって平均所得のプロトタイプとして所得 229.9 万円を設定した。そしてさらに 200 万円を所得に加えた高所得のプロトタイプを設定した。

ちなみに各所得について、全て給与所得と仮定して給与控除を逆算し、賃金収入を推計できる。よって平均所得ケースは 354.1 万円、無所得ケースは 32.5 万円（全額控除となる 0 円と 65 万円の中央値）、高所得ケースは 604.9 万円の収入と推定される。

持ち家ありケースの固定資産税額は、北浦の先行研究に倣い『平成 19 年度地方財政統計年報』¹⁷より

$$\text{（「土地にかかる税額」} * 1/2 + \text{「家屋にかかる税額」）} / \text{総世帯数} = 11.2 \text{ 万円}$$

とした。持ち家なしケースは固定資産税額を 0 とした。

さらに世帯人数の影響を分析するため、上記の 2 人夫婦世帯に加え、1 人世帯、4 人（夫婦＋子供 2 人）のケースを、平均所得かつ持ち家有りの設定の元で用いた。

(3) 保険料額格差の分析

以上の 9 ケースについて、『平成 19 年度国民健康保険事業年報』「B 表 (2)」を使って、1680 の市町村ごとに賦課方式と賦課ベースの違いを考慮しながら、それぞれ保険料額を計算した。その際、無所得ケースについては均等割と平等割に 7 割軽減措置を施している。高所得ケースについては賦課限度額に達した場合にそれを保険料額とした。そしてその結果の記述統計量が次頁の表 8 である。

表 8 中①の平均所得・持ち家有りのケースを見ると、最大で 45.8 万円、最小で 12.8 万円となり、3.59 倍の格差が生じている。図 2 によると、平均保険料額の 26.2 万円より低い値で分布のピークがあり、高い方へ裾野が広がっている分布となっている。

この格差は、所得がなくなるとさらに大きくなり、13.84 倍となる。これは、資産割を課す市町村と課さない市町村との間の不公平が、所得割がない場合により大きく影響を受け

¹⁵ 厚生労働省、同上、p.23

¹⁶ ここでの所得とは、収入から給与控除および年金控除を差し引いた金額であり、無所得でも無収入とは限らない。

¹⁷ 総務省『平成 19 年度地方財政統計年報』2-6-2 表 団体別・税目別地方税徴収実績
<http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/xls19/ch262a.xls>

るためだと考えられる。他方で高所得世帯を見ると、賦課限度額がある事によって、2.95倍と格差は縮まる。まとめると、保険料額の水平的不公平は、所得が低いほど格差が広がっていると言える。また、無所得・持ち家有りケースにおいて、平均保険料を収入で除した値・平均保険料率を見ると、16.68%と比較的高い保険料率負担となる。つまり、持ち家世帯が失業等により一時的に所得が下がったような場合に、高負担を課している事になる。そして所得が高くなるほど平均保険料率が下がっており、垂直的不公平も見られる。

これらは、持ち家がない場合には若干異なってくる。表 8 中の②を見ると、変動係数の値は無所得、高所得、平均所得の順に大きいが、①と比較すると、無所得ケースは格差が縮小し、平均所得と高所得のケースは格差が拡大しており、変動係数で見た格差の度合いが 3 ケースとも近くなっている。ただしいずれのケースにおいても、やはり保険者間格差は残存している。さらに平均保険料率を見ると、3 ケースの値が近似している。資産割分の負担がなくなった事で、収入と保険料負担がよりリンクするようになったためだと考えられる。しかし、わずかではあるが逆進性はある、垂直的不公平性は残っている。

表 8 の③は世帯人数別で比較している。それぞれのケースで、保険者間格差は似た倍率であるが、同じ所得であっても世帯の人数が多くなるほど保険料額が高くなる傾向がある。これは、国保の保険料設定が世帯人数あたり定額の均等割を含んでいるためである。

図 2. 平均所得、持ち家有りケースの保険料額

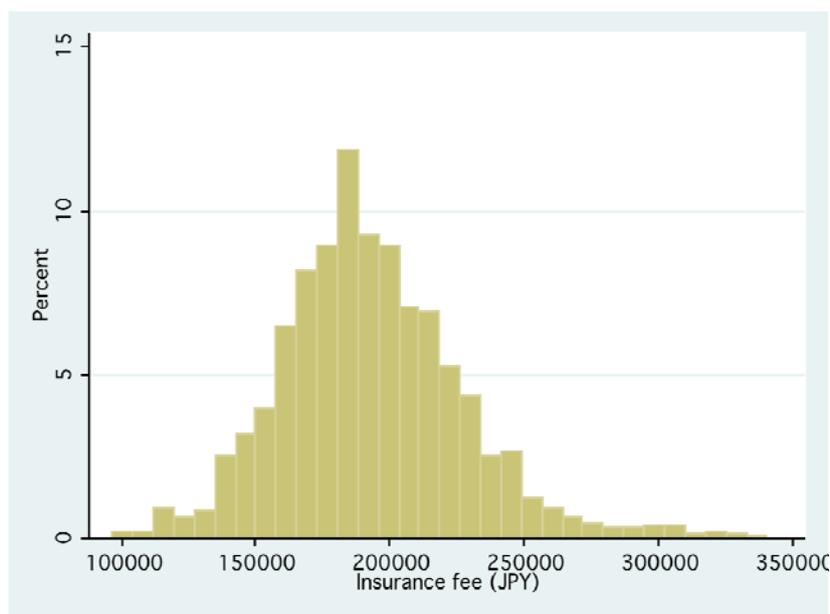


表 8. 国保保険料額の記述統計量

①持ち家有り

	平均 (所得 229.9 万円)	無所得	高所得 (所得 429.9 万円)
最大値(A) (万円)	45.77	15.78	56.00
最小値(B) (万円)	12.75	1.14	18.99
A/B	3.59	13.84	2.95
平均値 (万円)	26.16	5.42	41.80
平均値/推定収入	7.387%	16.682%	6.910%
変動係数	0.171	0.407	0.169

②持ち家なし

	平均 (所得 229.9 万円)	無所得	高所得 (所得 429.9 万円)
最大値(A) (万円)	37.85	4.28	56.00
最小値(B) (万円)	7.50	0.42	13.70
A/B	5.04	10.19	4.09
平均値 (万円)	22.93	2.20	38.75
平均値/推定収入	6.476%	6.755%	6.406%
変動係数	0.185	0.200	0.194

③平均所得・持ち家有り

	2 人 (夫婦) (再掲)	1 人	4 人 (夫婦+子ども 2 人)
最大値(A) (万円)	45.77	43.77	52.41
最小値(B) (万円)	12.75	11.15	14.15
A/B	3.59	3.93	3.70
平均値 (万円)	26.16	23.84	30.94
平均値/推定収入	7.387%	6.732%	8.738%
変動係数	0.171	0.182	0.164

以上の分析をまとめると、第一にいかなる世帯のケースにおいても、保険料額に保険者間格差が存在している。とりわけ無所得の場合にその格差は大きくなっている。第二に、資産割があることによって、持ち家世帯に、収入で見た負担能力よりも過大の保険料負担を課している。第三に、持ち家があってもなくても、所得が高くなるにつれて保険料率が下がる傾向があり、垂直的不公平が存在している。第四に、同じ所得であっても家族人数が多いと保険料負担が高くなる傾向がある。

2-2-2. 格差の要因分析

(1) 定量分析の目的・方法

2-2-1. でみたように、国保の保険料額について、保険者間の格差が存在している。本節では、国保の保険者間に保険料格差が生じている要因について分析を行う。

本分析では、以下のような2つの回帰式を定式化した回帰分析を行う。

$$\textcircled{1} \quad \begin{aligned} fee = & \alpha_0 + \alpha_1 medcost + \alpha_2 over70 + \alpha_3 poorrates + \alpha_4 population \\ & + \alpha_5 nationalsubs + \alpha_6 exnationalsubs + \alpha_7 localsubs + u \end{aligned}$$

$$\textcircled{2} \quad \begin{aligned} fee2 = & \alpha_0 + \alpha_1 medcost + \alpha_2 over70 + \alpha_3 poorrates + \alpha_4 population \\ & + \alpha_5 nationalsubs + \alpha_6 exnationalsubs + \alpha_7 localsubs + u \end{aligned}$$

<被説明変数>

fee : 一人当たり保険料 (平均給与、持ち家有りケース)

fee2 : 一人当たり保険料 (平均給与、持ち家なしケース)

<説明変数>

medcost : 被保険者一人当たり保険給付費

over70 : 70才以上加入者割合

poorrates : 保険料軽減世帯割合

population : 被保険者数

nationalsubs : 一人当たり国庫支出金・普通調整交付金 (円)

exnationalsubs : 一人当たり国庫支出金・特別調整交付金 (円)

localsubs : 一人当たり一般会計市町村補助金総額 (円)

u : 誤差項

①の被説明変数は「持ち家有りケースの保険料」(*fee*)、②の被説明変数は「持ち家なしケースの保険料」(*fee2*)になっている。

各保険者の所得水準、つまり、収入の大きさを示す指標として「保険料軽減世帯割合」を選択した。他方、各保険者の負担の重さ、つまり、支出の大きさを示す指標として「被保険者一人当たり保険給付費」、「70才以上加入者割合」を選択した。公費投入を示す指標として「普通調整交付金」、「特別調整交付金」、「市町村補助金」を選択した。また、大数の法則により集団の規模が大きいほど適切な保険料額を設定できる¹⁸ことから、「被保険者数」を選択した。なお、今回帰分析においては、『平成19年度 国民健康保険事業年報』のデータを使用した。

また、今回帰式に含まれる変数の記述統計量は表9と表10の通りである。

表9. 回帰式①記述統計量

	平均	標準偏差	最小値	最大値
保険料額 (円)	261,566	44,665	127,548	457,660
一人当たり保険給付費 (円)	175,007	21,455	90,003	269,912
70才以上加入者割合 (%)	10.69	2.04	3.93	21.33
保険料軽減世帯割合 (%)	47.35	13.19	17.20	82.59
一人当たり国庫支出金・ 普通調整交付金 (円)	17,673	9,516	0	64,708
一人当たり国庫支出金・ 特別調整交付金 (円)	3,892	5,748	0	91,589
一人当たり一般会計 市町村補助金総額 (円)	22,012	9,507	5,660	91,086
被保険者数 (人)	49,604	856,788	107	1,174,768

標本数 1680

¹⁸ 林[1995]、p. 245

表 10. 回帰式②記述統計量

	平均	標準偏差	最小値	最大値
保険料額（持ち家なし ケース）（円）	229,303	42,403	75,039	378,505

標本数 1680

(2)推計結果・解釈

以下に、本回帰分析によって得られた推計結果の表 11 と表 12 を載せる。

表 11. 回帰式①推計結果（持ち家ありケース）

	係数	標準誤差	t 値	P-値
切片	118,838.97*	7,731.469	15.37	0.000
一人当たり保険給付費	0.748 *	0.0488	15.51	0.000
70 才以上加入者割合	-3,234.089*	576.19	-5.61	0.000
保険料軽減世帯割合	617.988*	130.108	4.75	0.000
被保険者数	0.041*	0.0146	2.83	0.005
一人当たり国庫支出金 ・普通調整交付金（円）	1.700*	0.159	10.70	0.000
一人当たり国庫支出金 ・特別調整交付金（円）	-1.135*	0.161	-7.07	0.000
一人当たり一般会計 市町村補助金総額（円）	-0.431*	0.105	-4.11	0.000

標本数 1680、Adjusted R-squared=0.370、F=0.0000

*:10%水準で有意な結果

表 12. 回帰式②推計結果（持ち家なしケース）

	係数	標準誤差	t 値	P-値
切片	78,397.96*	7,362.969	10.65	0.000
一人当たり保険給付費	0.895*	0.0459	19.50	0.000
70 才以上加入者割合	-4,349.32*	548.73	-7.93	0.000
保険料軽減世帯割合	762.708*	123.907	6.16	0.000
被保険者数	0.130*	0.0139	9.34	0.000
一人当たり国庫支出金・ 普通調整交付金（円）	0.995*	0.151	6.58	0.000
一人当たり国庫支出金・ 特別調整交付金（円）	-1.350*	0.15	-8.83	0.000
一人当たり一般会計 市町村補助金総額（円）	-0.50*	0.0998	-4.99	0.000

標本数 1680、Adjusted R-squared=0.366、F=0.0000

*:10%水準で有意な結果

以上より、①、②ともすべての説明変数において 10%水準で有意な結果を得ることができた。2-2-2.(1)で述べた本分析の目的と照合せながら解釈を行う。まず、一人当たり医療費（保険給付費）が 1 万円上がると、保険料額は、①については約 7500 円、②については約 9000 円上がる。医療費が大きい、つまり支出が大きい保険者ほど、保険料額が高いといえる。一方、軽減世帯割合が 10%増えると、保険料額は、①については約 6000 円、②については約 8000 円上がる。軽減世帯割合が高い、つまり収入の少ない加入者が多い保険者ほど、保険者の収入が低いため、保険料額が高いといえる。70 才以上加入者割合が 10%増えると、保険料額は①については約 30000 円、②については約 40000 円下がる。これは老人が、保険料は国保に払うが、医療費支出は老人保健制度でまかなわれ、また老人が増えれば平均老人加入率が高くなるため、受け取る老人保健拠出金が増えることから、老人が増えると保険料が低下すると考えられる。加入被保険者数が 100 人増えると、保険料額は、①については約 4 円、②については約 10 円上がる。

普通調整交付金については、保険料との間に正の相関関係があることがわかる。これは、普通調整交付金は客観的な基準によって交付が決定されている¹⁹ため、財政状況の厳しい保

¹⁹ 普通調整交付金の対象となるのは各保険者の、①「調整対象需要額（医療費のうちの保険料部分）－調整対象収入額（各保険者が賄わなければならない金額を医療費の大きさによって決定）」の差額分である。

険者は、普通調整交付金と保険料額が両方とも高くなる²⁰といえる。他方、特別調整交付金と市町村一般会計繰入金については、保険料に対して負の影響を与えている。これは、この2つの公費負担については、特別な事情や赤字財政を補填する目的で、事後的に交付・繰り入れが行われている²¹ため、両公費負担があることが保険料額上昇へのディスインセンティブとなっていることが考えられる²²。

以上より、国保の保険料額の決定においては、医療費、軽減世帯割合（所得能力）が特に大きな影響を与えていることが明らかになった。

2-3. 医療費格差の要因

以上の分析で、健保・国保ともに、医療費の格差が保険料負担の格差を生じさせていることを見てきた。

では、医療費の格差はなぜ生じているのだろうか。それは、主に年齢構成の差によって説明できると考えられる。

保険者間の医療費格差の要因としては、①年齢構成、②職業の特性、③地域の特性、④保険者の医療費抑制努力、における差異が考えられる。岩本・竹下・別所[1997]は、国保、健保、政府管掌健康保険（以下、政管健保）の3制度の間の医療費格差は、そのほとんどが年齢構成の違いによって説明できるとしている。ただしこれは、各保険制度を全国ベースで一つの集団として制度間比較をしており、上記要因の中の③地域の特性による医療費格差は分析していない。

医療費の地域間格差は、厚生労働省によると平成17年度時点、一人当たり医療費が最大の高知県で34.4万円、最低の埼玉県で21.4万円と、1.61倍の差が生じている²³。そこで、これらの格差がどれくらい年齢構成の差によって説明できるかを、岩本・竹下・別所[1997]

調整対象収入額のうち、応能保険料分については、②「 $\text{応能保険料} = \text{医療費段階別応能保険料率} \times \text{被保険者にかかる総所得金額（基礎控除後）}$ 」となっている（応益の場合は $\text{医療費段階別応益保険料額} \times \text{被保険者数}$ ）。

²⁰ 脚注19の②式より、軽減割合世帯が多い（つまり、所得が少ない世帯が多い）と、総所得金額自体が小さいため保険者が払うべき金額が小さくなる、つまり、普通調整交付金が大きくなることがわかる。「災害等の特別の事情に応じて配分される」ほか、それ以外には、実質的には保険者努力に対して交付されている状況がうかがえる。

²¹ 特別調整交付金については、

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/NR/rdonlyres/B5A40E23-696A-4D07-B3D1-F933088FDF40/0/243gou.pdf>等で記載されている「特別調整交付金の内訳」欄に記述されている基準に対して拠出されている。

²² 脚注21で指摘したように、保険者努力で足の出た分や災害で減免した分は、交付金で精算されているため保険料に影響を与えていないはずであるが、本分析結果で明らかになった、保険料に対して負の影響を与えている理由として、①基準が曖昧なため過大に受け取っている可能性がある、②保険者努力が大きいことで保険料が減っている、という2点が推測される。吉田[2009]も、国保の保険者努力の弱さを指摘している。（吉田[2009]、pp.244-246）

²³ 『平成17年度国民医療費』の第15表「都道府県別国民医療費」（厚生労働省）

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/Csvdl.do?sinfid=000002384290>

表 13. 都道府県別医療費格差の年齢要因

	(A)	(B)	B/A (%)		(A)	(B)	B/A (%)
	基準医療費 (千円)	実績値 (千円)			基準医療費 (千円)	実績値 (千円)	
北海道	267	315	118.0%	滋賀県	247	228	92.4%
青森県	273	269	98.5%	京都府	258	266	103.2%
岩手県	284	262	92.3%	大阪府	247	276	111.7%
宮城県	255	242	94.7%	兵庫県	257	260	101.1%
秋田県	299	295	98.5%	奈良県	259	251	96.9%
山形県	291	261	89.6%	和歌山県	285	293	102.9%
福島県	274	263	95.9%	鳥取県	285	281	98.6%
茨城県	256	235	91.7%	島根県	304	297	97.7%
栃木県	256	234	91.4%	岡山県	274	290	105.8%
群馬県	264	242	91.6%	広島県	266	296	111.4%
埼玉県	236	214	90.6%	山口県	292	309	106.0%
千葉県	243	217	89.2%	徳島県	286	310	108.3%
東京都	243	244	100.3%	香川県	281	304	108.1%
神奈川県	237	222	93.6%	愛媛県	285	293	103.0%
新潟県	283	253	89.5%	高知県	298	344	115.4%
富山県	282	269	95.4%	福岡県	256	301	117.6%
石川県	267	277	103.7%	佐賀県	275	307	111.7%
福井県	276	267	96.9%	長崎県	281	322	114.8%
山梨県	271	255	94.2%	熊本県	281	302	107.4%
長野県	283	241	85.0%	大分県	285	316	110.9%
岐阜県	265	251	94.9%	宮崎県	280	283	101.2%
静岡県	263	234	89.1%	鹿児島県	287	318	110.8%
愛知県	239	236	98.6%	沖縄県	230	242	105.3%
三重県	267	248	92.8%				

が各保険制度について行った分析と同じ手法を用いて計算した。すると、各年齢階層の人々
がその階層の全国平均の医療費を使ったとした場合の「基準医療費」²⁴は、最大で 30.4 万

²⁴ 各都道府県のそれぞれの年齢階層に全国平均の年齢階層別国民医療費を乗じ、それらの値を各都道府県

円（島根県）、最小で 23.0 万円（沖縄県）となり、依然 1.32 倍の格差があることがわかった。また、各都道府県の基準医療費は、多くの都道府県において実際の国民医療費に近接している（表 13 参照）。よって、医療費の地域間格差も年齢構成によってほとんど説明できると考えられる。

2-4. 小括

ここまでで、まず健保と国保で保険料負担に水平的不公平が生じていることを確認した。また保険料格差の要因として、①被保険者の年齢構成の違いによる医療費格差、②被保険者集団の所得能力の格差、の 2 つがあることを分析した。そしてこのような格差は、保険者の努力によって解消出来るものではない。公的医療保険制度全体として是正できるように、制度設計をし直す必要がある。

そもそも現在の公的医療保険制度の多元性は、当初からそうデザインされて作られたものではなく、それぞれの制度が個別段階的に成立したために生じている²⁵。まず、労働者保護の目的から、被用者保険として 1922 年に健康保険法が制定された。そこでは政府（政府管掌保険）と健康保険組合の 2 種類の保険者を設けた。政府も保険者となったのは、全ての組合が保険を運営するほどに自治組織を発達させていなかったためである。その後、昭和恐慌・戦争の渦中において、窮乏する農村の医療を救うために国民全員を対象とした医療保険制度が検討され始め、1938 年に国民健康保険法成立によって国保が誕生した。国保では市町村が保険者となったが、これは当時の農村では村落単位で共同体意識が強く存在していたことを反映したものである。このような個々の状況に応じて設計された各々の保険を束ねて形成されている医療保険制度を、制度として持続させるためには、社会全体で調整する仕組みが必要であろう。

医療保険料の水平的不公平の解消は、不公平から生じる国民間の不満を解消するだけではない。雇用が流動化する中で、どの職業・企業に就いていても同じだけの負担をすることとなるため、個人の異時点間の負担を平準化する事が可能になる。

の総人口で割った。「基準医療費」の名称は岩本・竹下・別所[1997]に従った。
各都道府県の年齢構成：『平成 17 年度国勢調査』「都道府県・市区町村別統計表（男女別人口、年齢（3 区分）・割合、就業者数、昼間人口など）」（総務省）
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001007609&cycode=0>
年齢階層ごとの国民医療費：『平成 17 年度国民医療費』第 12 表「年齢階級、診療種類別国民医療費及び一人当たり国民医療費」（厚生労働省）

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/Csvdl.do?sinfid=000002384285>

²⁵ 以下の公的医療保険制度設立の経緯は、井伊[2009]の説明に依る。

3. 新制度案の設計と評価

3-1. 制度設計

これまでの分析から、以下のような問題点が指摘できる。

1. 保険料負担に水平的不公平が生じている。
2. 国保での保険料負担に垂直的不公平が生じている。
3. 国保への公費投入が裁量的に行われている。

そして、これらの問題点を解消するための新しい医療保険制度として、

- ① 全国一律の保険料率を設定する
- ② 賦課ベースを「総収入」に揃える
- ③ 保険者間の財政調整を行う

ことを提案する。この節では、このような新しい制度における諸論点について、考察を行う。

(1) 定率負担か定額負担か

水平的公平な保険料としては、定率保険料と定額保険料の 2 つが選択肢として考えられる。この違いは、保険を「応能負担」と「応益負担」のどちらで捉えるかの議論から導かれ、前者は定率保険料に、後者は定額保険料に結びつく。

民間保険においては負担と給付を結びつけた応益負担が採られるのに対し、公的医療保険では逆選択を防ぐために強制加入を課す必要があり、そこでは低所得者の負担能力を考慮できる応能負担が採られるべきである。加えて応能負担は、「生命に関わる医療は、どのような所得の人にも等しくアクセスが確保されるべき」といったトービンの「特殊平等主義 (specific egalitarianism)」²⁶の観点からも支持される。

現状では、定額の均等割と平等割が存在する国保で、2008 年度の保険料未納率が 1 割を超していることが問題となっている²⁷。上述の国保保険料格差の分析で見たように、国保では軽減措置がありながらもその逆進性が指摘できる状況になっており、それが未納に繋がっている可能性が考えられる。よって、新制度においては定額部分をなくし、全て定率の保険料でまかなうことを提案する。

ただしこれは、低所得者に対しさらなる軽減措置を設け、累進的な保険料賦課を設計することを否定するものではない。実際に保険料率を設定した場合に、その値が低所得者に対して高負担であり、また中・高所得者から低所得者支援への合意が得られるならば、累進的な保険料率も可能であろう。同様に、高所得者に対する賦課限度額を設けることも可

²⁶ スティグリッツ[2003]、p.408

²⁷ 「健康保険料 国保、未納率 1 割超す」『日本経済新聞』2009 年 5 月 23 日付、東京朝刊、1 面

能である。

(2) 賦課ベースの統一

保険料率が一律でも賦課ベースがばらばらでは、保険料額は揃わず公平性が達成できない。したがって賦課ベースを統一する必要がある。

現在被用者保険では控除前の賃金収入額が、国保では控除後の所得が賦課ベースとなっている。同時に、被用者保険では副収入を得ていたり、複数の企業から給与を得ていたりしても、賦課ベースとなるのはその被用者保険を運営している企業からの賃金だけである。逆に国保では、主たる職業以外からの所得も賦課ベースとなっている。このように制度ごとに異なる賦課ベースを、総収入および総所得のどちらかに統一させるべきであろう。

収入と所得のどちらを賦課ベースにするかは、控除を設けるか設けないかの選択である。この選択は、所得控除が果たしている「各人の個人的事情の考慮」を、医療保険についても行うかどうかの選択と言える。これについては、先述の累進的な保険料率の議論と同様に、実際の保険料率賦課がそれらの人々に重負担になっているかどうかを見ながら検討していく必要がある。ひとまず以下では、個別事情から中立的な総収入を賦課ベースにするとして議論を進める²⁸。

総収入に賦課する際に、職業によって所得捕捉率が異なる「クロヨン問題」は当然解消されるべきである。現在国保において部分的に定額保険料が用いられているのは、所得捕捉の不完全性に起因すると、岩本[2007b]は指摘する。新制度案のように全保険において定率保険料を課すには、所得捕捉をより正確に行う必要がある。そのために、社会保障番号・納税者番号の導入などにより、国民一人一人がどれくらい収入を得ているかの情報を正確に把握・管理することが要求される。

さらに、現在被用者保険において被扶養者となっている年収 130 万円までの人にも、等しく保険料率を課すべきである。だれもが収入能力に応じて公平に負担をすることが望まれるだけでなく、そのような「働くことへのペナルティ」を廃すことで、労働供給が促されることが期待される²⁹。もちろんそれらの収入も正確に捕捉されなければならない。

(3) 資産割の廃止

既に 2-2 の分析でも見たように、国保では資産割によって収入に見合わない高い保険料が課される場合があり、そのようなケースでは資産の処分を余儀なくされる。一般的な租税

²⁸ ただし、現在の所得控除について、逆進性や複雑さなどの問題点が指摘されている（森信[2000]）。所得税制と併せて控除のあり方が議論される必要性がある。

²⁹ 八代・鈴木[2009]などで論じられている、年金での第 3 号被保険者の問題と同じ問題構造である。

の議論においても、資産課税は応益負担と解釈され、負担能力の尺度とはされない³⁰。よって、国保の資産割は廃止し、新制度での賦課ベースは収入のみとなる。

(4)地域保険への統合

以上のように総収入を把握する必要があるが、被用者保険では自企業以外からの収入が把握できない。よって、自治体やその広域連合など公的機関が保険者となる事が必要となる。また、ある程度の規模があった方が「大数の法則」が働き、保険運営が安定するとされるため、市町村単位の保険者よりは、現状の協会けんぽのような都道府県単位で運営される方が良いであろう。他方、全国で一つの保険で運営する完全な一元化は、保険者が医療費の適正化や保険料収納率を高めるなどの保険者機能が失われるため望ましくない。したがって複数の保険者を残し、適正化や収納率の向上に応じて拠出金の増減額を行う仕組み等を設けるべきである。全国単位の政管健保が2008年に都道府県ごとの協会けんぽに移行した際も同じ根拠で保険者機能の強化が期待された³¹。

現在の被用者保険は廃止されることとなる。吉田[2009]は、国保よりも健保の方が医療費抑制のインセンティブを有しており、レセプト審査などの保険者機能が強く働いていることを指摘している。地域保険に移行する場合には、健保が行っていたような保険者機能を新しい保険者も有することが強く求められ、同時に「政府の失敗」を防ぐためには被保険者であり有権者である国民のモニタリングも強化されるべきである。

(5)財政調整の仕組み

上記のように、完全一元化を行わずに保険者を複数残したままで、一律の保険料を課すと、各保険者において財政の不均衡が生じる。そこで保険者間の財政調整によって収支を均衡させる必要がある。

財政調整の仕組みについては、岩本[1998]の議論に従う。具体的には、まず前年度実績から全国の医療費総額および必要な保険料総額を算出する。そこでは、

$$\text{医療費総額} = \text{保険料総額} + \text{自己負担分総額} + \text{公費負担総額}$$

が成り立つ。同時に保険料の賦課ベースとなる全国民の収入総額を算出し、前述の必要保険料総額に除して、全国一律の保険料率を設定する。各保険者はその保険料率で保険料を徴収する。

³⁰ 岩本[2007b]、p.177

³¹ 田近[2009]、p.29

他方で、各保険者の保険給付総額を次のように計算する。まず全国における年齢別の一人当たり医療費を算出し、それを各保険者の年齢別加入者人数にかけて、各保険者がどれだけ医療費が必要かを設定する。そこから各保険者の要する医療給付総額を導く。

その必要医療給付総額と、先に設定した保険料率に基づく保険料収入との差額を財政調整として加減する。つまり、集めた保険料が必要医療給付総額より多い場合は余剰分を拠出金として支払い、逆に足りない場合は不足分を受領する。これによって、年齢構成の差による医療費格差は是正される。

都道府県単位で保険者を作る場合、年齢構成の差を考慮した各保険者の医療費は、ちょうど 2-3. で見た基準医療費となる³²。つまり表 13 における基準医療費での格差は、この財政調整によって是正される。ただし、年齢構成以外要因の医療費の格差は調整されずに残ることになり、その分は保険料率の差に反映される³³。年齢構成以外の格差要因としては、保険者機能の差と地域の特性が考えられる。

前者は調整されずに残すべきであり、また残すことによって各保険者の医療費抑制努力のインセンティブとなる。他方で後者は、格差として残すべきか、全国で調整すべきか、議論の分かれるところである。この議論は価値観にも依る。もし国民の間で「住むところによって健康状態に差が生じているのは不公平だ」という合意があり、そして地理的要因が医療費の格差に繋がっているという科学的証明が得られるなら、それを是正するような調整が行われるべきである。ただし医療費の地域間格差は、医療供給体制要因によっても説明されるとの見方もあり³⁴、そしてこれは保険者努力によって調整できるものである³⁵。よって、本稿では年齢構成要因による格差の調整だけを提案する。

現行でも、保険制度間の財政調整は行われている。2008 年度には、健保と共済組合が政管健保への財政支援を行った³⁶。このような財政調整が財政状況の苦しい保険者救済として事後的に行われるのと違って、新制度案は事前に予測される年齢構成と所得水準の差を計算して財政調整を行うものである。そのため透明度が高く、国民の納得を得やすいであろう。

³² ただし、今回の基準医療費の計算はデータ入手の制約上、5 歳ごとの年齢階層別医療費を用いている。各年齢の医療費データおよび人口データに基づいて計算を行えば、より正確に年齢構成要因を調整できる。

³³ 協会けんぽは、現在全国一律の保険料率（8.2%）を設けた上で、都道府県ごとに保険料率を加減している。平成 21 年 9 月時点で、最高の北海道が 8.26%、最低の長野県で 8.15%の保険料率となっている。

³⁴ 林[1995]、p.245

³⁵ 岩本[1998]は、医師によって医療需要が誘発されるのは、保険者のレセプト審査体制に問題があるためだと説明している。

³⁶ 田近[2009]、p.32

(6)公費負担の意義

以上のような保険制度では、財政状況の苦しい保険者については、保険者間で行われる財政調整によって支援がなされる。つまりここでは、公費負担が現在のように弱者救済に使われる必要がなく、もしなされるならばその意義は公的医療保険制度全体への支援ということになる。

なお、現在の国保に対する公費負担の意義として、被用者保険における事業主負担分を、国保においては代わりに税金でまかなうという説明がしばしばなされる。ただし、保険料の事業主負担は経済学的には賃金に転嫁されていると見なすことができ、被用者保険においても保険料を実質負担しているのは労働者だと考えられる。よってこの説明によって公費負担を存在させることは正当化できない。しかも、この新制度案では被用者保険はなくし全て地域保険になるので、労使折半はなくなり、被保険者全員が保険料を負担するようになる。

もし保険料収入によって十分な財源を得られるのであれば、公費を公的医療保険制度に投入する必要はない。また、現在公債に大きく依存している公費を用いる事は、将来世代に負担を転嫁し世代間の不公平をもたらすものである。さらに、先ほど 2-2 の分析で見たように、公費による財政支援が保険者努力のディスインセンティブとなっていることが指摘される。これらの理由から、公費は今後段階的に減らしていくのが望ましいであろう。

(7)高齢化への対応として

このような全年齢構成の差を調整する仕組みを採る場合、現在のように、一定の年齢以上に限定して財政調整を行う必要がなくなる。よって高齢者医療制度は廃止となる。

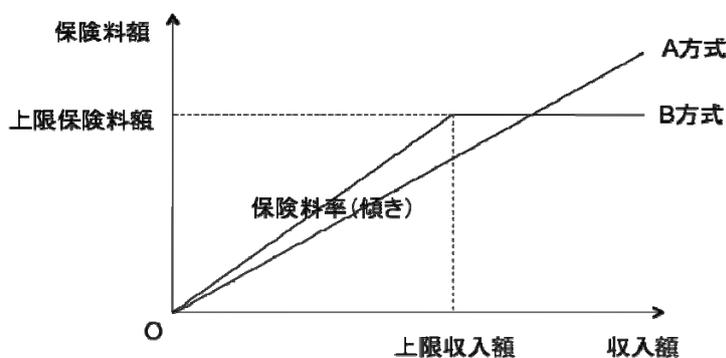
今後高齢化がさらに進展し、国民医療費および高齢者医療費が高まる傾向は続くと予想される。その中でも、全国一律の保険料率を設定する事によって、特定の保険者・保険制度や高齢者医療保険制度に負担を偏らせることなく、全保険者に等しく緩やかに負担増を課す事ができる。

さらに、西村[1997]や鈴木[2000]などでは、高齢化により負担と給付の世代間不公平が生じることが指摘されており、積立方式によってそれを是正するべきだとしている。そして岩本[2007a]は、そのような積立方式への移行の前段階として、現在世代内での保険者間リスク構造調整を達成する必要があるとしている。したがって、この新制度案の先には積立方式の導入も検討されるべきである。

3-2. 保険料率の推計

新制度案の核心は、各医療保険制度の財政を一元化した上で保険料の賦課ベースを拡大し、各被保険者にとってより公平な負担を実現することにある。しかし2-4.で述べた通り、現実の医療保険制度は歴史的帰結として多元的に、かつ複雑な利害関係の下に存在している。そのため理念としては公平であっても、それが受け入れられるかどうかは別問題である。財政一元化案については、しばしば意見として提出されてきたものの、実現には至らなかったという経緯がある³⁷。特に被用者保険側からの反発が大きく、一元化によって健保の負担が更に重くなってしまうという懸念が度々あげられている³⁸。健保は、所得水準の高い被用者が加入している。そのため所得水準の低い、もしくは無所得の被保険者を多く含む国保との統合は、一方的な負担増として捉えられてきた。したがって新制度案の実現可能性は、導入に際し各保険制度における負担関係がどのように変化するかに大きく左右されることになる。そこで本節では、既存の統計資料を用いて、新制度案を施行した場合の保険料率を推計する。保険料率が具体的にどの程度の水準に収まるのかを確認した上で、次節では、現行制度と比べて各保険者の負担関係がどのように変化したのかを明らかにしていく。

図3. 新制度案における保険料と収入の関係



新制度案では全国一律の保険料率を、被保険者の収入に課す。その方法としては、全ての被保険者に一律の保険料率を課すA方式、上限収入額を基準に保険料額の上限を設定し、上限収入以下の収入がある被保険者について一律の保険料率を課すB方式が考えられる。図3は、横軸に被保険者一人当たりの収入額を、縦軸に収入に応じてかかる保険料額をとっている。A方式、B方式はそれぞれ図と対応しており、それぞれの傾きが保険料率を表し

³⁷ 最近では平成20年度の高齢者医療制度改革時に議論がなされている。厚生労働省保険局「高齢者医療制度に関する検討会」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#hoken>の議事録・資料等を参照。

³⁸ 健保による反対声明として、例えば健康保険組合連合会[2008]があげられる。

ている。図からも明らかなように、A方式は所得に応じて保険料が際限なく高騰してしまう。そのため保険料の賦課方法としてはB方式の方が現実的であるが³⁹、本稿ではより精度の高い推計を期待できるA方式を用いて推計を行う。A方式の保険料率は、以下の式によって求められる。

$$(A方式) : \frac{r}{100} = \frac{PR}{TR} \quad (1)$$

PR(Premium Revenue)は、医療給付費から公費負担額を除いた、各保険制度の保険料賦課総額の合計である。ここで新制度に投入される公費負担額は、現行制度における公費負担の合計と同額であるものと仮定している⁴⁰。TR(Total Revenue)は各保険制度に加入する被保険者の収入総額の合計を表している。保険料率rは、PRをTRで除し、百分率で表すことによって求められる。PRは各医療保険制度の事業年報等より得られるが、TRは、該当する一次統計が存在しない。そのため各制度の現行賦課ベースと、所得税の課税対象所得データを用いて推計を行う必要がある。これら2つの統計の関係をまとめたものが、図4である。外側の四角が被保険者の収入を、内側の四角が所得を表している。また所得は、申告所得税の課税対象所得と源泉所得税の課税対象所得に分けられる。被用者保険と国保の賦課ベースは、それらを横断する形で存在する。新制度案では、外側の収入の枠が保険料の新しい賦課ベースとなる。

現行制度の賦課ベースを見てみると、まず被用者保険は給与収入がそのまま保険料賦課対象になっている。年収が2000万円未満の給与所得者は源泉所得税の対象に、年収が2000万円以上の給与所得者は確定申告を行い申告所得税の対象になる。いずれの場合も被用者保険の賦課ベースとして計上されているため、各被用者保険の業務統計を用いて総額が求められる。一方で、現行制度では被用者の収入のうち次の二つのケースが保険料賦課ベースとなっていないため、これらを加える必要がある。第一に、2カ所以上から給与の支払いを受けている給与所得者である。これは確定申告の対象となる⁴¹。主たる給与の支払いを受

³⁹ A方式を採用した場合、一部の高所得者は自身が病気にかかるリスクや平均的な生涯医療費からみて到底許容できないほど高額な保険料を支払うことになる。その結果、高所得者が医療保険制度に加入せずに、医療費の全額自己負担を選択するということが起こりうる。このような状況は、所得の再分配という観点からみても、国民皆保険の理念に照らしてみても望ましくない。現行制度においても、B方式が採用されている。例えば被用者保険において、保険料算定の際に用いる標準報酬月額には上限が設けられている。

⁴⁰ 公費負担の投入の仕方は様々な方法が考えられる上、投入額を変化させることによって推計保険料率も大きく変化してしまう。したがって現状の保険料率との比較を鮮明にするためには、公費負担現状維持ケースで推計を行うことが妥当である。

⁴¹ 厳密には2カ所以上から給与の支払を受けている人で、主たる給与以外の給与の収入金額と給与所得及び退職所得以外の所得の金額の合計額が20万円を超える人が対象である。

けている企業以外からの給与所得は、労働時間や日数が基準以下である場合、保険料の対象となっていない⁴²。統計上、これらは申告所得税の乙欄所得として計上されている⁴³。第二に、給与所得以外の副収入を得ている給与所得者である。こちらも確定申告の対象となるが、給与所得のみを賦課ベースとしている現行制度の賦課対象からはもれてしまっている⁴⁴。しかし申告所得税統計のうち、被用者の副収入のみを正確に把握することは非常に難しい⁴⁵。したがって本推計では除外してある。

一方国保について見てみると、収入から給与所得控除額や公的年金等控除額などを差し引いた所得が現行制度の賦課ベースとなっている⁴⁶。したがって収入ベースで見ると、これらの控除額を加える必要がある。控除が給与所得控除のみであったと仮定して控除総額を試算したところ、約 20.6 兆円であった⁴⁷。

以上得られた数値を表 14 に示した。横軸は各保険者の現行賦課ベース額、賦課ベース拡大分として国保の給与所得控除推計と乙欄所得額を、縦軸はそれに対応する保険料の総額と、収入の総額を表している。先述の定義に従うと、PR は制度ごとの保険料総額を足しあわせることによって得られる⁴⁸。船員保険の賦課対象所得は公表されていないため、ここで

⁴² 通常の労働者と比較して、1 日又は 1 週の所定労働時間が概ね 4 分の 3 以上であること、および、1 ヶ月の所定労働日数が概ね 4 分の 3 以上あることが社会保険の加入要件となっている。

⁴³ 国税庁は、1 人の給与所得者が 2 か所以上の支払先から給与の支払を受けている場合に、主たる給与以外の給与分に関して独立した給与所得者とみなして乙欄適用者と定義している。したがって統計に記載されている乙欄所得とは、主たる企業以外から支払われた給与所得の合計である。以上より乙欄所得の合計を被用者保険の賦課ベースに加えることで、2 か所以上から給与を支払われている被保険者の適切な収入を計算することが可能である。用語の定義や数値については、国税庁「平成 18 年度民間給与実態統計調査」<http://www.nta.go.jp/kohyo/tokei/kokuzeicho/minkan2006/minkan.htm> を参照。

⁴⁴ 厳密には 1 か所から給与の支払を受けている人で、給与所得及び退職所得以外の所得の金額の合計額が 20 万円を超える人が対象である。

⁴⁵ 被用者の副収入は、申告所得のうち配当所得、不動産所得、雑所得、事業所得等に被用者以外の申告所得とともに計上されており、現在公表されている統計を使用して被用者分のみを推計することは困難である。

⁴⁶ 国保の所得は、給与所得（給与収入－給与所得控除）、年金所得（年金収入－公的年金等控除）、事業所得（事業収入－必要経費）等の合計で、社会保険料控除や扶養控除などの各種所得控除前の金額を指す。これには土地・建物等の譲渡所得（特別控除後）、確定申告または住民税申告をした株式譲渡所得等も含まれるが、障害年金、遺族年金、雇用保険、退職所得などは含まれない。これら各種控除の総額等は、一次統計からは明らかではない。

⁴⁷ 国保加入世帯における「所得階級別の所得総額」は一次統計から得ることができる。所得税の給与所得控除表から所得階級ごとの控除額が推計できるため、これを所得総額に加えることで収入を逆算している。数値については厚生労働省「平成 19 年度国民健康保険実態調査」統計表（世帯表）第 1 表－1 http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001055310&requestSender=estat を参照。

⁴⁸ 国保は厚生労働省『国民健康保険事業年報』、組合健保は健康保険組合連合会『健康保険組合事業年報』、政管健保は社会保険庁『事業年報』、公務員共済組合は財務省主計局『国家公務員共済組合事業統計年報』、総務省自治行政局公務員部福利課『地方公務員共済組合等事業年報』、私立学校教職員共済組合は国立社会保障・人口問題研究所『社会保障統計年報』のデータを用いた。国保以外は平成 18 年度の数値を用いている。本推計で使用している国保の数値は、全て平成 19 年度のものである。国保の市町村別統計は平成 18 年度より公表されており、2・2.における国保の格差分析との整合性を重視した。なお、平成 18 年度の国保保険料総額は 3,123,352（百万）であったのに対し、平成 19 年度は 3,121,235（百万）と、約 20 億円の差があることを付記しておく。

図 4. 賦課ベースと所得税課税対象の関係

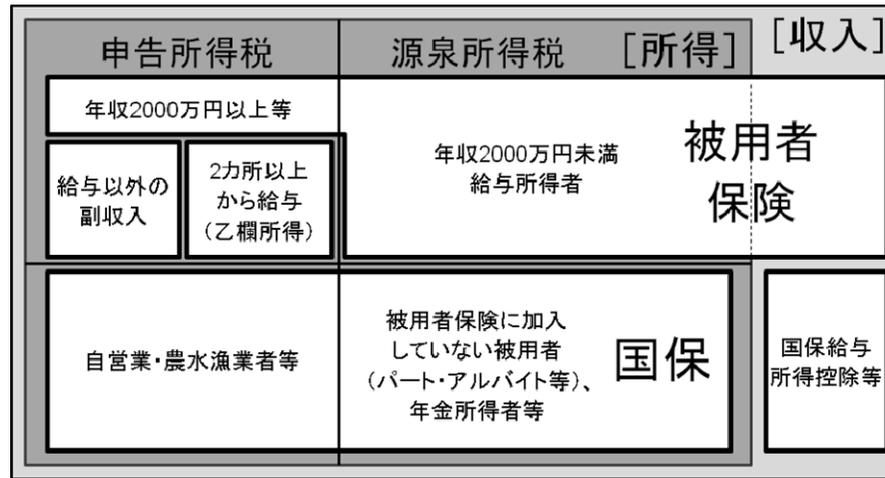


表 14. 保険料総額と収入総額

	現行制度賦課ベース					賦課ベース拡大分		合計
	国保	組合 健保	政管 健保	公務員 共済	私立 共済	国保給与 所得控除	乙欄 所得	
保険料 総額	3,121,235	5,967,288	6,148,310	1,825,725	188,807			17,251,365
収入 総額	39,974,055	85,550,013	73,847,602	29,434,482	3,005,805	20,579,395	5,926,024	258,317,376

※平成 18 年度の数值（国保のみ平成 19 年度）を使用。船員保険は除外

（単位:百万）

は除外している。一方、TR は各保険者の収入総額と、新制度導入による賦課ベースの増加分として国保の給与所得控除額および乙欄所得額の和として表される⁴⁹。PR の値は約 17 兆、TR の値は約 258 兆であることが分かる。

こうして得られた 2 つの値と(1)式から、保険料率 r を推計することができる。本稿では比較のために、①賦課ベースを拡大し、公費負担を現行制度のまま維持したケース（新制度案ケース）、②賦課ベースを現行制度のまま維持し、公費負担も維持したケース、③賦課ベースを拡大し、公費負担を全額廃止したケース、の 3 ケースについて推計を行った。表 15 は、横軸にケース番号を、縦軸にそれぞれのケースでの賦課ベースと公費負担の状況、PR、TR、保険料率 r を示したものである⁵⁰。①の新制度案ケースでは、推計保険料率は 6.68% と試算された。賦課ベースを拡大しているため単純比較はできないが、現行制度において政管健保の保険料率は一律 8.2%、健保の平均保険料率は 7.3%である⁵¹。保険料率だけに着目すれば、新制度案の保険料率は現行の被用者保険よりも低くなっており、新制度導入に批判的な被用者側にとっても許容可能な範囲であると考えられる。また②ケースでは、保険料率は 7.44%となる。したがって賦課ベースが拡大することで、保険料率は約 0.76%下がっていることが確認できる。一方、公費負担を廃止した③ケースでは、保険料率は 11.01%となっている。一元化の議論では被用者保険の側から、公費負担を減らすことによって被用者の負担が重くなるといった批判が想定される⁵²。①ケースと③ケースを比べてみると、

⁴⁹ 現行制度の賦課ベースについて、健保は 2-1.で分析に用いた保険者について、年収の値を合計している。国保は厚生労働省「平成 19 年度国民健康保険実態調査」統計表（世帯表）第 1 表-1 より「所得総額」を合計している。政管健保は厚生労働省「健康保険被保険者実態調査」第 4 表 <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02020101.do?method=xlsDownload&fileId=000002931060&releaseCount=1> より、「平均総報酬額」、「被保険者数の総数」、「被保険者数に対する調査客体数の割合」を乗じて推計している。公務員共済は国税庁「平成 19 年度国税庁事業年報書」3 源泉所得税(7)給与所得、退職所得の課税状況 <http://www.nta.go.jp/kohyo/tokei/kokuzeicho/h18/h18.pdf> より「官公庁支払金額」を使用している。私立共済は「平成 21 年度私学共済制度統計要覧」IV 標準給与・標準賞与 1. 加入者種別・学種別・標準給与平均月額（年度末）、11. 加入者種別・学種別・標準賞与平均年額（年度末者の当年度内分） http://www.shigakukyosai.jp/toukei/h21_yoran.pdf より一人当たり標準給与平均月額を 12 倍し、一人当たり標準賞与平均年額を加えて加入者数の合計を乗じて計算している。また賦課ベース増加分について、国保給与所得控除額は前述の通り推計によって求めている。乙欄所得額は、国税庁「民間給与実態調査」統計表全国統計第 19 表その 1、その 2 <http://www.nta.go.jp/kohyo/tokei/kokuzeicho/minkan2006/menu/pdf/00.pdf> より「乙欄適用」の値を使用している。

⁵⁰ 公費負担を廃止した場合、保険料対象額としてそれまで公費負担で賄っていた額を加える必要がある。したがって③ケースにおける PR は、全制度の保険料総額と、全制度に投入された公費負担の総額を加えることによって求められる。全制度に投入された公費負担の総額（老人保健制度含む、船員除く）は、11,181,623（百万）である。

⁵¹ 政管健保は現在協会けんぽに移行しており、協会けんぽは平成 21 年 9 月から都道府県ごとの保険料率へ移行している。ここで取り上げたのは移行直前の一律な保険料率である。また組合健保の平均保険料率は、2-2-2. で分析したデータを用いて算出している。

⁵² 組合健保は、平成 20 年度予算編成に際して厚生労働省が提案した政管健保に対する財政調整案について、国庫補助による負担を「肩代わり」するものであると批判している。詳細な議論については健康保険組合連合会[2008], p3 を参照。

公費負担を廃止した場合の保険料率は、維持した場合の 2 倍未満にとどまることを示している。財政一元化における公費負担投入の有無やその方式などは様々な論点があると考えられるが、その時これら 2 ケースが議論の下地となるであろう⁵³。

表 15. 保険料率の推計結果 (3 ケース)

	① (新制度案)	②	③
賦課ベース	拡大	維持	拡大
公費負担	維持	維持	廃止
PR	17,251,365	17,251,365	28,432,988
TR	258,317,376	231,811,957	258,317,376
保険料率 r	6.68%	7.44%	11.01%

(PR, TR の単位:百万)

3-3. 医療保険制度・保険者に与える影響

本節では、①新制度案ケースの推計保険料率 6.68%を用いて、新制度の導入が、各保険者の負担関係にどのような影響を与えるのかについて分析する。仮に保険料率を一元化せずに、現行制度の賦課ベースで保険者ごとに財政一元化を行った場合を試算すると、保険料率は国保が 12.81%、健保が 6.00%となる⁵⁴。したがって表面的な保険料率で比べれば、全制度での財政一元化は国保にとって大きな負担減となり、健保にとっては負担増となることがうかがえる。しかし、新制度の導入が、必ずしも全ての国保にとって負担減となり、全ての健保にとって負担増となるわけではない。各制度の表面的な保険料率の変化にとらわれず、保険者単位でどのような変化が起こっているかを詳細にみていく必要がある。以下では具体的に(1)国保と(2)健保の各保険者が、現行賦課ベースの下でどのような影響を受けているかを分析し、その上で(3)賦課ベースの拡大前と後で、各制度の負担関係がどのように変化したかを明らかにする⁵⁵。

(1)健保への影響

健保は全ての保険者で保険料率に標準報酬月額と標準賞与額を乗じることによって保険料を算定している。そのため、各保険者の負担の大小やその変化は保険料率を比べること

⁵³ 例えば、低収入の被保険者について収入の水準に応じた公費負担による保険料軽減が考えられる。その場合、低収入の被用者にとってもメリットを享受することができ、公平な公費負担の投入が可能になる。

⁵⁴ 付表 1 参照。

⁵⁵ 保険者別データは、健保については 2-1.の分析で、国保については 2-2.の分析で用いた数値を使用している。

で明らかになる。新制度を導入したことによって保険料率が上昇した保険者と、減少した保険者それぞれについて、保険者数、被保険者数（万人）、平均年収（万円）、平均保険料額の変化額（円）をまとめたものが表 16 である。

保険者数で比べてみると、約 26%の保険者で保険料率が上昇し、約 76%の保険者では保険料率が減少していることが分かる。被保険者数でも約 488 万人の保険料負担が増加するのに対して、1045 万人の保険料負担はむしろ減少する。保険料率が上昇した組合と減少した組合を比較してみると、上昇した組合の平均年収は、減少した組合の平均年収よりも約 124 万円高くなっている。また一人当たり保険料額は、保険料率が上昇した保険者で一人当たり 5.2 万円の上昇、保険料率が減少した保険者で 5.3 万円減少している。高所得者が多く加入している保険者では負担増となり、相対的に低所得者が加入している保険者では負担減となる傾向があることから、新制度案が 2-1.で明らかにした健保の保険料格差を公平化しているということが分かる。

被用者保険側が一元化に反対する場合、制度全体でみた負担の増加が懸念事項であることは 3-2.で述べた。所得水準の違いから、健保から国保への所得の再分配が進むものと想定されていたためである。しかし推計結果から、健保内では負担増となる保険者よりも負担減となる保険者の方がむしろ多いということが明らかになった。仮に一元化による負担の増減について論じるのであれば、従来の医療保険制度単位の議論だけでは不十分であり、保険者単位の負担の変化についても目を向ける必要があるということが指摘できるだろう。

表 16. 新制度導入による健保の変化

保険料率上昇				保険料率減少			
保険者数	被保険者数 (万人)	平均年収 (万円)	平均保険料額 (円)	保険者数	被保険者数 (万人)	平均年収 (万円)	平均保険料額 (円)
400 (26.2%)	488 (31.8%)	666	51,465	1,129 (73.8%)	1,045 (68.2%)	542	△58,289

※平均年収、保険料額はともに一人当たり金額。

(2)国保への影響

国保は保険者によってまちまちの保険料算定方式をとっており、保険者の保険料率のみによる単純な比較はできない⁵⁶。そのため、2-2-1.で用いたプロトタイプで比較を行う。「持ち家あり」、「持ち家なし」それぞれの場合について「無所得」「平均所得」「高所得」の計 6

⁵⁶ 2-2-1. 自治体が選ぶ賦課方式・賦課ベース参照。

ケースの保険料額を計算し、導入後の被保険者の負担の変化を調べた⁵⁷。表 17、表 18 は、ともに縦軸に 6 つのケースを、横軸に保険料額が上昇・減少した保険者それぞれについて保険者数、軽減割合世帯の平均を表し、更に導入前と導入後の保険料負担率の変化を示している⁵⁸。2 つの表の違いは、表 17 は新制度における保険料額を所得ベースで算出しているのに対し、表 18 では収入ベースで算出しているという点である。

所得ベースでは全ケースで、ほぼ全ての保険者で保険料額は減少することになる。収入ケースでは、保険料額が上昇する保険者が増加する。現制度では所得控除後の所得に対して保険料が課せられていたため、控除分を加えることによって保険料額が大きく変化していることが分かる。以下では、収入ベースに着目して国保への詳しい影響を分析していく⁵⁹。

まず保険料額が上昇する保険者について見てみると、「持ち家あり」「持ち家なし」ケースに共通する傾向として、所得が低いほど保険料額が上昇する保険者数が少ないことが分かる。これは現行の国保が所得割の他に応益負担として均等割や平等割を採用しており、所得が低くても一定の負担を課せられているためであると考えられる。また「持ち家あり」「持ち家なし」で比べてみると、「持ち家なし」ケースの方が全ての所得階層で保険料額が上昇した保険者数が多くなっている。「持ち家なし」ケースでは資産割が課されないため導入前の保険料額が総じて低く、新制度導入によって上昇した割合が高くなったためである。「持ち家あり・無所得」ケースでは 90%以上の保険者で保険料負担が減少しているが、「持ち家なし・高所得」ケースでは保険者の半数以上で保険料負担が増加している。このように、新制度案は保険者間を横断して、様々な保険料決定方式の差を埋めるような形で作用している。次に保険料額が上昇する保険者と減少する保険者について見てみると、軽減世帯割合の平均が低い、つまり所得水準が相対的に高い保険者で保険料額が上昇していることが分かる。このように所得格差を平準化していることが端的に示されているのは、導入前と導入後の保険料負担率の変化である。導入前の保険料負担率は、特に「持ち家あり」ケースで目立って定収入の被保険者が相対的に重い負担を強いられており、逆心的であった。程度に差はあるが、これは「持ち家なし」ケースでも同様である。導入後の保険料率は、保険者の状況に拘わらず一律に保険料率を設定しているため、保険料率の逆進性が解消されていることが確認できる。低収入の被保険者を多く抱える国保にとって、新制度導入のメリットが端的に示されていると言える。

⁵⁷ プロトタイプの詳細については、2-2-1. プロトタイプの設定を参照。

⁵⁸ 新制度導入前の保険料負担率は、各ケースの平均保険料額を推定収入で除すことで推計している。また導入後の保険料負担率は、一律 6.68%である。

⁵⁹ 新制度案は被保険者の収入を賦課ベースに設定しているため、収入ベースで保険料額を算出した表 18 が新制度の影響を正確に表しているためである。あえて所得ベースで計算した表 17 を付しているのは、賦課ベースが拡大した場合としない場合でどのような違いがあるかを検討するためである。

表 17. 新制度導入による国保の変化（所得ベース）

		保険料額上昇		保険料額減少		導入前	導入後
		保険者数	軽減世帯割合平均 (%)	保険者数	軽減世帯割合平均 (%)	平均保険量額/所得 (%)	新保険料率 (%)
持ち家あり	平均所得	5	39.1	1675	47.4	11.38	6.68
	無所得	0	-	1680	47.4	-	
	高所得	56	37.8	1624	47.7	9.72	
持ち家なし	平均所得	52	41.4	1628	47.5	9.97	
	無所得	0	-	1680	47.4	-	
	高所得	143	40.6	1537	48.0	9.01	

表 18. 新制度導入による国保の変化（収入ベース）

		保険料額上昇		保険料額減少		導入前	導入後
		保険者数	軽減世帯割合平均 (%)	保険者数	軽減世帯割合平均 (%)	平均保険量額/所得 (%)	新保険料率 (%)
持ち家あり	平均所得	132	55.4	1,548	47.6	16.68	6.68
	無所得	475	41.4	1,205	49.7	7.39	
	高所得	718	42.7	962	50.8	6.91	
持ち家なし	平均所得	777	46.3	903	48.3	6.76	
	無所得	993	44.4	687	51.6	6.48	
	高所得	1,025	44.6	655	51.7	6.41	

(3)制度別にみた保険料負担の変化

健保、国保の保険者単位での影響を確認した上で、続いて各制度単位でみた賦課ベースの拡大分が、各制度の保険料負担にどのような影響を与えているのかを検討する。表 19、表 20 は横軸に各医療保健制度を、縦軸に現行制度における賦課ベース（旧賦課ベース）の総額、現行制度における保険料の総額、新制度保険料率を適用した保険料の総額⁶⁰、旧賦課ベースでみた保険料負担の増減、賦課ベース拡大分とそれにかかる保険料額、賦課ベース拡大後の新制度における最終的な保険料の増減を示したものである。表 19 は総額で、表 20

⁶⁰ 旧賦課ベースに新制度保険料率を乗じることで求める。

は被保険者一人当たりで計算している。

国保の賦課ベース拡大分は、給与所得控除推計額である。一方被用者保険については、賦課ベースの拡大分は乙欄所得の合計として表される。しかし、乙欄所得が各制度にどの程度割り当てられるかについて、一次統計資料から明らかにすることはできない。そのため労働政策研修・研究機構「副業者の就労に関する調査」⁶¹、厚生労働省「平成 18 年度健康保険被保険者実態調査」を使用して推計を行った。ただし、公務員共済、私立共済の乙欄所得は非常に少額であることが予想されるため、ゼロと仮定している⁶²。乙欄所得は副業から得られた所得と言い換えることができる。乙欄所得の総額は把握できているため、健保と政管健保の副業収入の比を求めれば良い⁶³。「副業者の就労に関する調査」からは「本業の従業員規模別にみた副業者の割合」⁶⁴を推計し、「1 カ所で副業をしている者の平均月収」、「2 カ所以上で副業をしている者の平均月収」⁶⁵を得た。「平成 18 年度健康保険被保険者実態調査」からは健保、政管健保それぞれの「従業員規模別にみた被保険者数」を推計した⁶⁶。これらを従業員規模別に配置しそれぞれ乗じた結果、副業収入の比は約 51:49 である⁶⁷。したがって乙欄所得の総額に副業収入の割合をそれぞれ乗じて、健保の乙欄所得額は約 3.0 兆円、政管健保の乙欄所得額は約 2.9 兆円と推計される（表 19）。以上の推計結果をふまえて、賦課ベース拡大前後の負担の変化を分析していく。

⁶¹ 公表は平成 21 年度であるが、調査自体は平成 19 年度に行われたものである。

⁶² 国家公務員、地方公務員は副業を行うことが原則として禁止されている（国家公務員法第 103 条、地方公務員法第 38 条）ため、公務員の乙欄所得は原稿料や講演料などに限定される。したがって乙欄所得の総額に占める公務員が得た所得の割合は、他の被用者と比べて非常に少額であると考えられる。私立共済については、そもそも所得総額自体が小さいため、副業額も無視できるほど少額であると考えられる。

⁶³ 単純に所得比例にすることはできない。その理由として、①中小企業の方が副業への規制が緩く所得が少ないため副業を行う被用者が多い一方で、大企業は副業を禁止しているケースが多く所得も高いため副業を行にくい。②組合健保は大企業・高所得者中心であり、政管健保は中小企業・中低所得者中心であるため単純な所得比例ではばらつきが大きくなる可能性がある。したがってここでは従業員規模別の推計を試みた。

⁶⁴ 付表 2「副業 1 つの者の割合」、「副業 2 つ以上の者の割合」参照。副業数の分類の仕方は、労働政策研修・研究機構「副業者の就労に関する調査」に従っている。

⁶⁵ 労働政策研修・研究機構「副業者の就労に関する調査」、第 I 部第 1 章、図表 2-4-29 参照。「1 カ所で副業をしている者の平均月収」は 77,232 円、「2 カ所以上で副業をしている者の平均月収」は 93,419 円（副業 A の値と副業 B の値を平均して算出）である。

⁶⁶ 付表 3, 4 の各「被保険者数」参照。計算式にしたがって調査数から実数を推計している。

⁶⁷ 付表 5, 6 参照。組合健保の被保険者のうち副業をしている者の月収は 67,335 円、政管健保の被保険者のうち副業をしている者の月収は 64,227 円と計算される。2 つの比をとると約 51:49 となる。

表 19. 新制度導入による保険料負担の増減（総額）

	国保	組合健保	政管健保	公務員共済	私立共済	合計
旧賦課ベース所得総額	39,974,055	85,550,013	73,847,602	29,434,482	3,005,805	231,811,957
旧賦課ベース保険料総額	3,121,235	5,967,288	6,148,310	1,825,725	188,807	17,251,365
旧賦課ベース新保険料総額	2,669,611	5,713,338	4,931,809	1,965,741	200,739	15,481,238
旧賦課ベース増減	△451,624	△253,950	△1,216,501	140,016	11,932	△1,770,127
賦課ベース拡大分	20,579,395	3,033,005	2,893,019	0	0	26,505,419
賦課ベース拡大分保険料	1,374,366	202,555	193,206	0	0	1,770,127
新制度増減	922,742	△51,395	△1,023,295	140,016	11,932	0

（単位：百万）

表 20. 新制度導入による保険料負担の増減（被保険者一人当たり）

	国保	組合健保	政管健保	公務員共済	私立共済	合計
旧賦課ベース所得総額	957,724	5,582,390	7,510,712	7,510,712	6,210,341	2,877,023
旧賦課ベース保険料総額	74,781	389,383	465,865	465,865	390,097	214,107
旧賦課ベース新保険料総額	63,960	372,812	258,116	501,592	414,750	192,138
旧賦課ベース増減	△10,820	△16,571	△63,668	35,727	24,653	△21,969
賦課ベース拡大分	493,054	197,912	151,412	0	0	328,959
賦課ベース拡大分保険料	32,928	13,217	10,112	0	0	21,969
新制度増減	22,108	△3,354	△53,556	35,727	24,653	0

※総額を対応する被保険者数で除しているため、横軸の和は必ずしも合計値と一致しない。

（単位円）

第一に、旧賦課ベースにおける影響を検討する。各医療保険制度における減少額は、総額で約 1.8 兆円にのぼることがわかる。もともと保険料率の低かった共済組合だけ保険料額が増加しており、国保と被用者保険では減少している⁶⁸。大きな負担減が予想された国保の減少分が 4500 億円にとどまっている一方で、政管健保は総額で約 1.2 兆円、一人当たりで約 6 万 4000 円の負担減と、顕著である。両者のこのような違いは、現行制度における保険料賦課方式が異なっていたという点に起因する。国保は新制度案導入後、定額部分がなくなったため低収入者の保険料額が減少し、高収入者の保険料額が上昇したこと(2)で確認した。そのため保険料収入の合計はある程度相殺され、結果的に減少分が若干上回ったことになる。一方政管健保は、一律 8.2%の保険料率が課せられていた。したがって新制度によって保険料率が 6.68%に変化すると、全保険者で保険料総額が減少することになるため、減少額が大きくなるのである。

第二に、賦課ベース拡大分の影響を検討する。賦課ベース拡大分は総額で 27 兆円にのぼり、これにかかる保険料収入の増加分約 1.8 兆円が、旧賦課ベースにおける保険料収入の減少分を補っていることが分かる。まず国保に着目すると、旧賦課ベースでは総額で約 4500 億円の負担減だったものが、賦課ベースを拡大することで約 9200 億円の負担増となっている。被保険者一人当たりで見れば、約 2 万 2000 円の増額である。元々、国保の旧制度における平均所得は一人当たり約 96 万円と、他の保険制度に比べて著しく低かった。これは無職者や低所得者が多く加入していることに加えて、国保が各種控除を行った後の所得を保険料賦課ベースとなっていたからである。計算上は、この賦課ベース拡大分にかかる保険料の上昇分が、旧賦課ベースにおける減少分を上回ったことになる。このような表面的な賦課ベースの拡大に加えて、ここでは国保にかかる公費負担額の実施的な減少を指摘しておきたい。新制度に投入される公費負担額は、現行制度における公費負担の合計と同額であるものと仮定している。そのため新制度における国保に実質的に投入されている公費負担額は、現行制度における公費負担の合計額に、新制度全体の収入総額にしめる国保の収入総額の割合を乗じたものとして求められる。計算結果は約 2.6 兆円であり、旧制度における国保の公費負担額約 5.8 兆円と比べて 55%も減少していることが分かる。したがって国保の賦課ベースは、減少した国庫負担分だけ実質的に増加していると言えるのである。

次に被用者保険について見てみると、政管健保にとっては約 1 兆円の負担減、健保も若

⁶⁸ 共済組合は保険者によって掛金率が異なる。公務員共済組合は、短期給付の掛金率を各組合の定款によって定めている（国家公務員共済組合法第 100 条の 3、地方公務員等共済組合法第 114 条の 3）。また私立学校教職員共済組合は、政令で定める範囲内において、共済規程で定めている（私立学校教職員共済法第 27 条の 3）。例えば国家公務員共済組合の短期給付における平均掛金率を計算すると約 3.18%であり、新制度案の半分以下の保険料率であることが分かる（平均掛金率は、財務省「国家公務員共済組合事業統計年報（平成 18 年度）」より「短期掛金収入」を「標準報酬年額＋標準期末手当等の額の総額」で除し、百分率で表したものである）。

干の負担減となっていることが分かる。健保については、被用者の副収入を除いていることや、乙欄所得の推計の誤差等の理由によって負担増に転じることはありうる。しかし政管健保は前述の通り全保険者で保険料率が減少している分が大きいいため、推計の精度を高めても大幅な負担減になるものと考えられる。被用者保険の中で一人当たり旧賦課対象所得額を比べてみると、政管健保は最も低い。また国保と異なり定額の応益負担を設けていないため、保険料率を公平な状態よりも高くせざるをえないという現状が明らかになった。

本節の分析結果をまとめたい。現行制度において、国保の財政状況が厳しいことに疑いはない⁶⁹。それ故に、国保と被用者保険の一元化を論じる際、健保は一方的な負担増を理由に抵抗を示してきた⁷⁰。しかし新制度導入によってむしろ国保の負担が増加し、被用者保険の負担が減少するという結果が示されたことで、このような論調は退けることが可能である。国保にとっても健保にとっても、負担の増減は起こりうる。また財政難に陥っているのは国保ばかりではない。新制度導入の結果から、被用者保険の一員である政管健保にとっても、現状の負担が苦しいものであることを示すことができた。したがって新制度案は、政管健保にとっては新制度導入の明確なインセンティブがあり、国保と健保に対しては公平な制度案について、冷静に議論を行うための土台としての役割を期待することができる結論づけられる。

4. 結論

4-1. 総括

本稿の意義は、以下の三点に要約される。第一に、現行制度の保険料格差の実態を明らかにし、これを調整する新制度案を提示した点である。第二に、新制度導入後の推計保険料率が、実現可能な範囲に収まり各アクターの負担関係を明確にしたという点である。第三に、新制度導入後の実態と従来の一元化に対する利害関係者の認識との乖離を明らかにしたという点である。

被用者保険と国保の賦課ベースを共に収入にまで拡大することができれば、釣り合いのとれた負担関係の実現が期待できる。新制度案は、公平な制度設計による説得性にとどまらず、妥当な保険料率の下で被用者保険と国保の双方が「痛み分け」という形で実現に向

⁶⁹ 平成 19 年度における国保一般被保険者分の収支状況をみると、精算後単年度収支差引額は 755 億円の赤字である。また赤字補填を目的とする一般会計繰入金（法定外）を収入から除いた場合、3,311 億円の赤字となる。保険者別にみると、赤字保険者数は、全体の 71.1%（1,283 保険者）で、対前年度 18.9%（333 保険者）増加している。詳細については厚生労働省「平成 19 年度 国民健康保険(市町村)の財政状況について」<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/01/dl/h0116-1a.pdf> 参照。

⁷⁰ 健康保険組合連合会[2008], p8

けた譲歩を行う可能性があることを示すことができたと言える。また政管健保は現行制度では国保以上に負担が重くなっているため、新制度導入のインセンティブは充分にあると考えられる。したがって、一元的な制度は実現可能性を無視した理想論に過ぎないという表面的な批判や、被用者保険に過度な負担を課すことになるという批判は退けられる。本稿の成果をふまえて、今後は医療保険制度・保険者・被保険者の負担関係の変化を考慮した上で、公平な制度のあり方についてのより実質的な議論が望まれる。

4-2. 今後の課題

最後に、残された課題について述べる。第一に、推計の精度についてである。①本稿では保険料の上限額を設けた推計を行っていない。推計保険料率は、保険料の上限額を設けた現実的なケースと比べて過小推計となっている(3-2. 参照)。②賦課ベースの拡大分として国保加入世帯の控除額や、被用者の副収入を完全には捉えられていない。収入総額は過小推計となっている(3-2. 参照)。③被用者保険加入者の副業収入の推計において、副業者の主たる勤め先の従業員数における差異のみを考慮している。職種による差異なども考慮される必要がある(3-3. 参照)。これら三点は統計資料・調査の拡充と、それに対応した推計方法の改善によって、一層の精緻化を図る必要がある。

第二に、新制度実現のための実務的な困難についてである。全被保険者についての収入を賦課ベースとするためには、被用者・自営業者間の所得捕捉の問題を筆頭に、申告所得税・源泉所得税制度の横断的な登録体制の整備など税制実務面における諸問題が解決されなければならない(3-1. 参照)。これらについては、現在民主党政権の下で納税者番号制度の導入が検討されつつある⁷¹。他政策分野やプライバシーの問題など、医療保険制度の論理のみで語るができない論点であるため多くは触れないが、個人の所得・収入を正確に把握することは公平な制度を実現する上での前提条件であるといつてよい。社会保障制度と租税制度が、今後足並みを揃えて制度改革を行っていくことが期待される。

本稿執筆にあたり、指導教官である岩本康志教授（東京大学大学院経済学研究科）から熱心かつ有益なコメントを頂戴した。一年を通して着実に研究を進めることができたのは、ひとえに岩本教授の丁寧なご指導の賜物である。ここに感謝の意を表し、結びとしたい。

⁷¹ 平成 22 年 1 月 28 日実施の第 27 回税制調査会において、社会保障・税に関わる番号制度の導入などについて、専門的・実務的な見地から検討を行う納税環境整備小委員会が設置された。詳細は内閣府「平成 21 年度第 27 回税制調査会（平成 22 年 1 月 28 日実施）」
<http://www.cao.go.jp/zei-cho/gijiroku/pdf/21zen27kai3.pdf> を参照。

附表

附表 1. 保険制度ごとに一元化を行った場合の保険料率（推計）

		国保	健保
医療給付費	(百万)	7,410,032	3,042,847
拠出金総額	(百万)	2,202,791	2,085,898
年収総額	(百万)	39,974,055	85,550,013
公費	(百万)	4,493,729	0
保険料率(拠出金除く)	(%)	7.30	3.56
保険料率(拠出金含む)	(%)	12.81	6.00

※健保の公費は無視できるものとしている。

附表 2. 本業の従業員規模別にみた副業者の割合（推計）

	本業 のみの者	本業のみ 実数推計 (a)	副業 1つの者 (b)	副業 2つ以上 の者 (c)	副業1つの 者の割合 (100×b/a)	副業2つ 以上の者 の割合 (100×c/a)
1～29人	462	35,325	1,836	345	5.20	0.98
30～99人	294	22,479	901	151	4.01	0.67
100～299人	221	16,898	696	140	4.12	0.83
300～499人	113	8,640	295	55	3.41	0.64
500～999人	108	8,258	265	69	3.21	0.84
1000人以上	351	26,838	855	208	3.19	0.78
不明	56	4,282	300	76	7.01	1.77
合計	1,605	122,719	5,148	1,044	30.14	6.50

※「副業者の就労に関する調査」の母集団を使用。

(人)

(%)

付表 3. 従業員規模別の被保険者数推計（組合健保）

	1～ 29 人	30～ 99 人	100～ 299 人	300～ 499 人	500～ 999 人	1000 人 以上
調査 結果	1,306	2,598	4,628	2,652	3,700	14,522
被保険 者数	868,233	1,727,158	3,076,708	1,763,058	2,459,771	9,654,269

※被保険者数=19,549,197（組合健保の被保険者数の実数値）（人）

× 調査結果各数値 ÷ 29,406（調査結果欄の合計）

付表 4. 従業員規模別の被保険者数推計（政管健保）

	1～ 29 人	30～ 99 人	100～ 299 人	300～ 499 人	500～ 999 人	1000 人 以上
調査 結果	789,057	445,426	332,934	114,709	103,082	102,577
被保険 者数	6,418,473	3,623,255	2,708,205	933,084	838,506	834,398

※被保険者数=15,355,920（政管健保の被保険者数の実数値）（人）

× 調査結果各数値 ÷ 1,887,785（調査結果欄の合計）

付表 5. 従業員規模別の副業者数・副業月収推計（組合健保）

	推計被保険者数(再掲) (人)	副業 1つの者 (人)	副業1つ 月収総額 (百万)	副業2つ 以上の者 (人)	副業2つ以 上月収総額 (百万)	副業 月収計 (百万)
1～29人	868,233	45,126	3,485	8,480	792	4,277
30～99人	1,727,158	69,227	5,347	11,602	1,084	6,430
100～299人	3,076,708	126,726	9,787	25,491	2,381	12,169
300～499人	1,763,058	60,197	4,649	11,223	1,048	5,698
500～999人	2,459,771	78,937	6,096	20,553	1,920	8,017
1000人以上	9,654,269	307,568	23,754	74,824	6,990	30,744
合計	19,549,197	687,781	53,119	152,172	14,216	67,335

※推計被保険者数は付表3の数値を再掲した。また、各行の計算式は以下の通り。

副業1つの者 = 推計被保険者数 × 副業1つの者の割合（付表2）

副業1つ月収総額 = 77,232（注1） × 副業1つの者

副業2つ以上の者 = 推計被保険者数 × 副業2以上の者の割合（付表2）

副業2つ以上月収総額 = 93,419（注2） × 副業1つの者

注：労働政策研修・研究機構「副業者の就労に関する調査」，第I部第1章，図表2-4-29より

注1：「副業1つの人」の「平均月収」

注2：「副業2つ以上の人」欄「副業A」および「副業B」の「平均月収」の平均

付表 6. 従業員規模別の副業者数・副業月収推計（政管健保）

	推計被保険者数(再掲) (人)	副業 1つの者 (人)	副業1つ 月収総額 (百万)	副業2つ 以上の者 (人)	副業2つ以 上月収総額 (百万)	副業 月収計 (百万)
1～29人	6,418,473	333,600	25,765	62,686	5,856	31,621
30～99人	3,623,255	145,224	11,216	24,338	2,274	13,490
100～299人	2,708,205	111,548	8,615	22,438	2,096	10,711
300～499人	933,084	31,859	2,461	5,940	555	3,015
500～999人	838,506	26,909	2,078	7,006	655	2,733
1000人以上	834,398	26,582	2,053	6,467	604	2,657
合計	15,355,920	675,722	52,187	128,875	12,039	64,227

※推計被保険者数は付表4の数値を再掲した。また、各行の計算式は付表5と同じ。

参考文献

- 井伊雅子[2009]「日本の医療保険制度 医療統計の充実で効果的な制度設計を」『経済セミナー』No.647、日本評論社
- 岩本康志[1998]「試案・医療保険制度一元化」八田達夫・八代尚宏編『社会保険改革』日本経済新聞社
- 岩本康志[2007a]「社会保障財政の制度設計」林文夫編『経済制度設計 経済制度の実証分析と設計 第3巻』勁草書房
- 岩本康志[2007b]「社会保障負担の制度設計」林文夫編『経済制度設計 経済制度の実証分析と設計 第3巻』勁草書房
- 北浦義朗[2007]「国民健康保険料（税）の水平的不平等性」『関西社会経済研究所ディスカッションペーパーシリーズ』No.8
- 健康保険組合連合会[2008]「財政調整・一元化阻止特別委員会最終報告」,
<http://www.kenporen.com/press/pdf/20081205173410-0.pdf>
- 鈴木亘[2000]「医療保険における世代間不公平と積立金を持つフェアな財政方式への移行」『日本経済研究』No.40
- 島崎謙治[2005]「わが国の医療保険制度の歴史と展開」遠藤久夫、池上直己編著『講座医療経済・政策学第2巻 医療保険制度・診療報酬制度』勁草書房
- ジョセフ・E・スティグリッツ[2003]『スティグリッツ 公共経済学（第2版）（上）』藪下史郎訳、東洋経済新報社
- 田近栄治[2009]「医療保険制度の改革」田近栄治・尾形裕也編『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ出版
- 西村周三[1997]「長期積立型医療保険制度の可能性について」『医療経済研究』Vol.4
- 林宜嗣[1995]「自治体の国民健康保険財政」『季刊・社会保障研究』Vol.31 No.3
- 森信茂樹[2000]「補論 「租税歳出」の観点から見た所得控除制度の問題点 ―日米の課税ベース比較を通じて―」『「21世紀初頭の財政政策のあり方に関する研究会」報告書』大蔵省財政金融研究所
- 八代尚宏・鈴木亘[2009]「社会保障財源としての目的消費税の活用」伊藤隆敏・八代尚宏編『日本経済の活性化 市場の役割・政府の役割』日本経済新聞出版社
- 吉田あつし[2009]『日本の医療の何が問題か』NTT出版