

| | |
|------------------|--|
| Title | 公的健康保険における保険料差・安定化・再分配 |
| Sub Title | Disparities in premium rates, stabilization and redistribution : a case of Japanese public health insurance |
| Author | 別所, 俊一郎(Bessho, Shunichiro) 高久, 玲音(Takaku, Reo) |
| Publisher | 慶應義塾経済学会 |
| Publication year | 2015 |
| Jtitle | 三田学会雑誌 (Mita journal of economics). Vol.107, No.4 (2015. 1) ,p.673(129)- 689(145) |
| JaLC DOI | 10.14991/001.20150101-0129 |
| Abstract | 日本の公的健康保険制度では, 3,000を超える保険者が分立しており, 各保険者が直面しているリスク構造や被保険者の所得状況は, 保険者間でかなりの差異がある。他方, 全ての保険者は, 国の法律によって定められた基準に合致するように給付を行わなければならない。このため保険者の財政状況には差異があり, 財政的に脆弱な保険者に対しては保険者間の財政移転が行われている。本稿の目的は, とくに組合健保に焦点を当てて, 保険者間の保険料率の差を示すとともに, 財政移転の規模と影響の長期的推移を明らかにすることにある。 |
| Notes | 論説 挿図 |
| Genre | Journal Article |
| URL | https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234610-20150101-0129 |

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

公的健康保険における保険料差・安定化・再分配

Disparities in Premium Rates, Stabilization and Redistribution:A Case of Japanese Public Health Insurance

別所 俊一郎(Shun-ichiro Bessho)

高久 玲音(Reo Takaku)

日本の公的健康保険制度では、3,000 を超える保険者が分立しており、各保険者が直面しているリスク構造や被保険者の所得状況は、保険者間でかなりの差異がある。他方、全ての保険者は、国の法律によって定められた基準に合致するように給付を行わなければならない。このため保険者の財政状況には差異があり、財政的に脆弱な保険者に対しては保険者間の財政移転が行われている。本稿の目的は、とくに組合健保に焦点を当てて、保険者間の保険料率の差を示すとともに、財政移転の規模と影響の長期的推移を明らかにすることにある。

Abstract

In Japan's public health insurance system, over 3,000 insurers are operating autonomously, displaying significant differences amongst each other regarding risk structures faced by each insurer and income conditions of the insured. On the other hand, all insurers must pay benefits to conform to the standards established by the national laws. This creates differences in the fiscal situation of insurers, leading to financial transfers among insurers to respond to those insurers that are financially vulnerable. This study specifically focuses on health insurance associations and examines the long-term trends in the size and influence of financial transfers, while indicating the difference in insurance premium rates among insurers.

公的健康保険における 保険料差・安定化・再分配*

別 所 俊一郎**
高 久 玲 音***

要 旨

日本の公的健康保険制度では、3,000 を超える保険者が分立しており、各保険者が直面しているリスク構造や被保険者の所得状況は、保険者間でかなりの差異がある。他方、全ての保険者は、国の法律によって定められた基準に合致するように給付を行わなければならない。このため保険者の財政状況には差異があり、財政的に脆弱な保険者に対しては保険者間の財政移転が行われている。本稿の目的は、とくに組合健保に焦点を当てて、保険者間の保険料率の差を示すとともに、財政移転の規模と影響の長期的推移を明らかにすることにある。

キーワード

公的健康保険、保険料、安定化、再分配

I はじめに

日本の公的健康保険制度では、3,000 を超える保険者が分立している。各保険者が直面しているリスク構造や被保険者の所得状況は、保険者間でかなりの差異がある。保険者は大きく 4 つのグループに分けることができる。第 1 は、おもに大企業の従業員を加入者とする健康保険組合（健保組合）である。給付額に比べれば、健保組合はほとんど補助金を受け取っていない。第 2 は、おもに中小企業の従業員を加入者とする協会けんぽ（旧・政府管掌健康保険、政管健保）である。協会けんぽは給付額の 16.4 % の補助金を受け取っている。第 3 は、市町村やその一部事務組合によって運営され

* この論文は、一般会計プロジェクト「人口構造・世帯構造の変化に伴う新たなニーズに対する社会保障政策の効果測定に関する理論的・実証的研究」の成果物である。本稿で使用したデータの作成にあたっては、国立社会保障・人口問題研究所と世界銀行から資金的に援助を受けた。また、西村周三・見明奈央子の両氏および本誌の匿名査読者からは貴重なコメントと示唆をいただいた。通常の留意を持って感謝したい。

** 慶應義塾大学経済学部，108-8345 東京都港区三田 2-15-45，〈E-mail: bessho@econ.keio.ac.jp〉

*** 医療経済研究機構。

ている国民健康保険（国保）である。加入者には非正規雇用労働者、自営業者、非労働者や75歳以下の年金生活者が含まれ、給付額の41～75%に相当する補助金が投入されている。第4は75歳以上の高齢者が加入する後期高齢者医療制度であり、都道府県単位の市町村の広域連合によって運営されている。この制度は2008年改正で創設され、給付額の50%が公費、40%が上記の3つの健康保険のグループからの支援金で賄われている。

全ての保険者は、国の法律によって定められた基準に合致するように給付を行わなければならない。すなわち、ほぼ同等の受給資格、医療機関へのフリーアクセス、共通の自己負担率設定などである。他方で、各保険の加入者の年齢や所得分布には大きな違いがある。国保には自営業者や引退者が多く加入している一方で、健保組合や政管健保⁽¹⁾は基本的には正規労働者をカバーしている。若い世代は相対的に医療資源をそれほど消費せず、所得が多く、保険料を多く支払う傾向が強いから、人口構造の高齢化が進行する中では、国保は健保組合や政管健保に比べて財政的に脆弱となる。財政的に脆弱な保険者に対しては保険者間の財政移転が行われており、保険料率には上限が定められてはいるものの、保険者間には保険料率の差が発生している。

本稿の目的は、とくに組合健保に焦点を当てて、保険者間の保険料率の差を示すとともに、財政移転の規模と影響の長期的推移を明らかにすることにある。すでにいくつかの研究は国保の保険料率の差異に着目している（e.g., 福井 2013）し、組合健保間の保険料率の違いを利用した分析も行われている（e.g., 酒井 2006, 小林ほか 2012）。本稿の貢献は、より長期のデータを用いることにより保険料率の差の推移を明らかにするとともに、過去の制度変更がこの差や、各保険者の財政状況に与えた効果を示す点にある。

本稿の構成は以下のとおりである。続く第II節では、組合健保・政管健保・国保ごとに集計された時系列データを用い、寄与度分解によって保険料の変動要因を検討する。第IIIでは、1960年度から2005年度までの長期にわたる健保組合の個別データを用い、保険料率の推移、保険料の安定化や均等化の要因を明らかにする。最終第IV節はまとめて充てられる。

II 安定化効果：集計時系列データを用いて

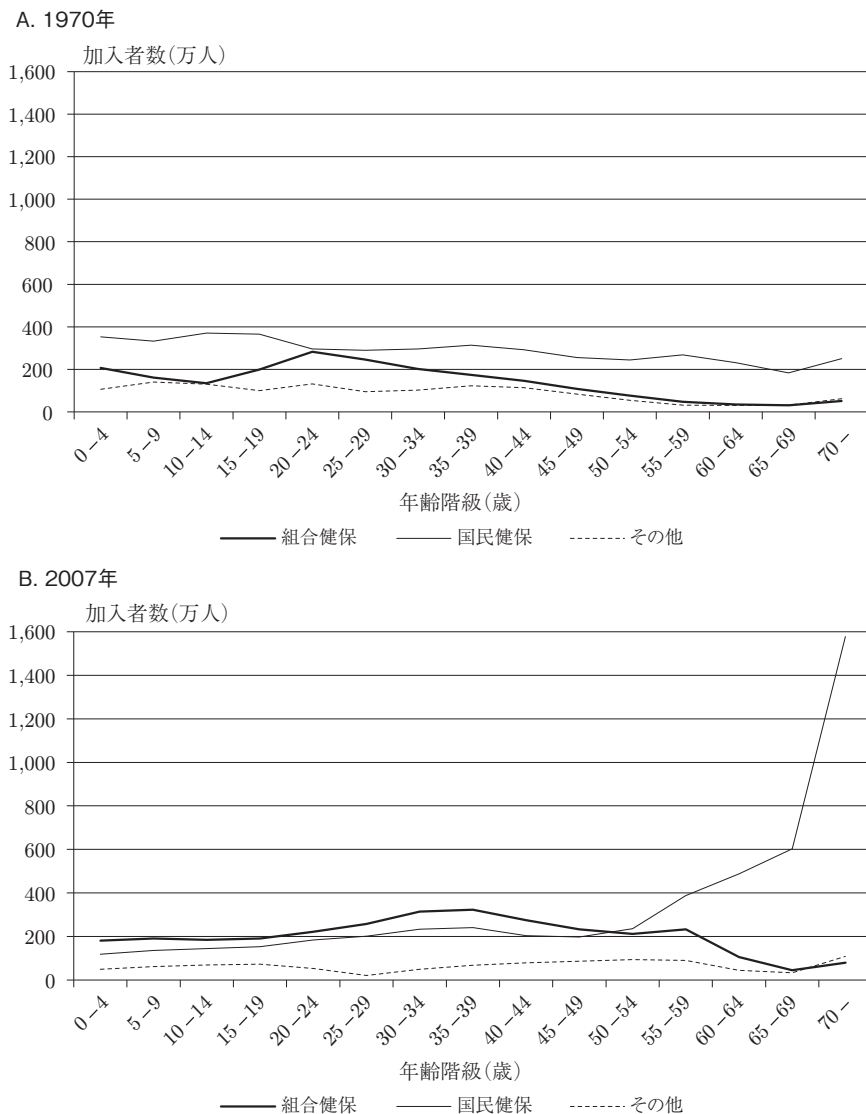
本節では、組合健保・政管健保・国保ごとに集計された時系列データを用いて、保険料の変動を安定化させる要因を検討する。

1 財政移転の規模

日本の公的健康保険制度では、歴史的経緯もあって保険者が分立しており、国民がどの保険に加

(1) 本稿では2000年代半ばまでを対象とした分析をおもに行うため、「協会けんぽ」ではなく「政管健保」の名称を用いる。

図1 年齢階級別加入者数

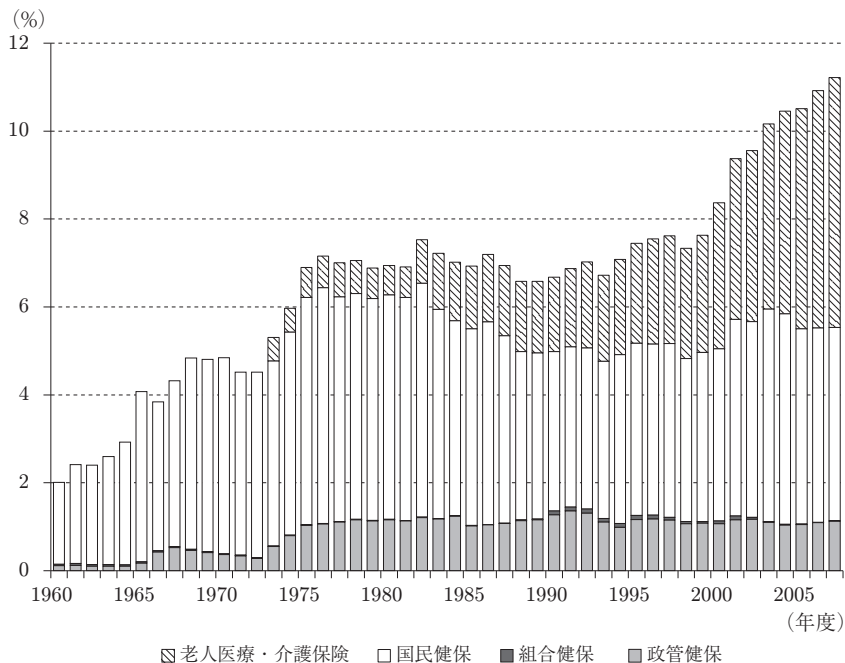


(資料)『社会保障統計年報』各年版。

入するかは職域と地域によってほぼ規定されている。健保組合はおもに大企業の被雇用者を、政管健保はおもに中小企業の被雇用者を、国保がそれ以外の自営業者・非正規雇用者・失業者・引退者等をカバーしてきた。2008年改正によって後期高齢者医療制度が創設されるまでは、引退した高齢者の多くは国保に加入していた。

加入者のこのような属性の違いは、加入者の年齢構造の違いをももたらした。図1は1970年と、後期高齢者医療制度が創設される前年の2007年時点での、組合健保・国保およびその他の公的健康

図2 公的医療保険への補助金の一般会計歳出に対する比率



(資料)『社会保障統計年報』『財政金融統計月報』各年版。

(注) 国民健保・組合健保・政管健保については、各健康保険の収支状況から、「国庫補助」または「国庫支出金」として計上された額を用いた。老人医療・介護保険については、国の一般会計予算から「老人医療費」「老人医療給付費等」「臨時老人薬剤費特別給付金等」「介護保険助成費」「老人医療・介護保険給付諸費」として計上された額の合計値を用いた。

保険の年齢階級別加入者数を示したものである。その他の健保には政管健保のほかに船員保険等が含まれるものの、大部分は政管健保とみなすことができる。図1からは、1970年（パネルA）から2007年（パネルB）にかけて、国保加入者に占める高齢者の比率が急増していることが看取できよう。一般に高齢者はより若い世代に比べて多くの医療費を必要とするから、国保は組合健保や政管健保に比べて多くの医療給付を行う必要があった。医療給付の増加は、保険者の独立採算を前提とすれば、保険料の増額を必要とした。

国保には、健保組合や政管健保に加入していない自営業者や引退者が加入していたことから、保険料を抑制するために一般会計から公費が投入された。図2は、公的医療保険への国からの財政移転⁽²⁾の、国の一般会計歳出に対する比率の推移を示したものである。組合健保への移転は無視できるほど小さく、政管健保への財政移転は一般会計歳出の1%前後で安定的に推移してきた。国保への

(2) 組合健保・政管健保・国保については、『社会保障統計年報』から各保険が受け取った「国庫補助」または「国庫支出金」の値を用いた。老人医療・介護保険については、『財政金融統計月報』から、国の一般会計予算に「老人医療費」「老人医療給付費等」「臨時老人薬剤費特別給付金等」「介護保険助成費」「老人医療・介護保険給付諸費」として計上された額の合計値を用いた。したがって、健康保険については決算ベース、老人医療・介護保険については予算ベースとなっている。

移転の規模は、1970年代半ばに一般会計歳出の5%以上を占めたのちは3~4%台である。ただし、国保のうち高齢者部分を切り離したともいえる老人保健制度への移転を加えると、おおむね一般会計歳出の6%程度を占めている。なお、図2において2000年代に入ってから伸びが著しいのは、⁽³⁾介護保険への補助金の増加にともなうものである。

2 財政移転の効果：保険料変化の寄与度分解

もし保険者が独立採算であれば、医療給付の増加は保険料の増加につながる。公的健康保険への財政移転は、このような保険料の増加を防ぎ、保険料を保険者間で均等化させるためであった。ここでは、財政移転がもたらす保険料率の安定化効果について、組合健保・政管健保・国保の集計時系列データを用いて分析する。

データは『社会保障統計年報』の各保険の収支状況を用いる。組合健保・政管健保・国保のいずれについても、収入は大きく3つに分解される。第1は保険料収入、第2は国庫補助、第3がその他である。組合健保と政管健保では、その他の収入はほぼ前年度からの繰越金と積立金からの繰入金である。国保では、その他の収入には繰越金・繰入金のほか、都道府県と市町村からのさまざまな財政移転が含まれる。

保険者の支出もまた大きく3つに分類される。第1は保険給付費、第2は財政移転のための拠出金、第3がその他である。組合健保と政管健保では、財政移転のための拠出金は、2007年度までは老人保健拠出金と退職者給付拠出金、2008年度からは前期高齢者納付金と後期高齢者支援金である。国保には退職者給付拠出金はなく、これ以外は他の2つと同じである。その他の支出は積立金と繰出金、事務費や総務費のほか、保健事業費・保健施設費が含まれる。

積立金や繰越金を考慮すれば収支は一致するから、保険料収入は、保険給付費・財政移転のための拠出金・その他純支出（その他支出とその他収入の和）の和から国庫補助を引いたものに等しい。この恒等式を用いて、標準的な寄与度分解を行った。なお、規模とインフレの影響を除去するため、それぞれの値は被保険者一人当たりで換算し、消費者物価指数によって実質化した。また、組合健保と政管健保については、扶養親族を含む適用者数と被保険者数の比率の変化を考慮したうえで、一人当たり保険給付費を用いた。

結果は図3に示されている。実線が被保険者一人当たり保険料の伸び率を示しており、白い棒グラフが適用者一人当たり保険給付の、黒い棒グラフが財政移転のための拠出金の、斜線の棒グラフが国庫支出金の寄与度を示している。国保（パネルC）については国庫補助以外の財政移転の寄与度を灰色の棒グラフで示している。図3は寄与度分解の結果を示しているから、例えば、上方のプラス方向に伸びた白い棒グラフは適用者一人当たり保険給付の伸びが被保険者一人当たり保険料の

(3) 公的介護保険は2000年度から開始されている。図2の「老人医療・介護保険」のうち、2000年度予算では老人医療給付費等が約1.9兆円、介護保険助成費が約1.0兆円である。

図3 一人当たり保険料の寄与度分解

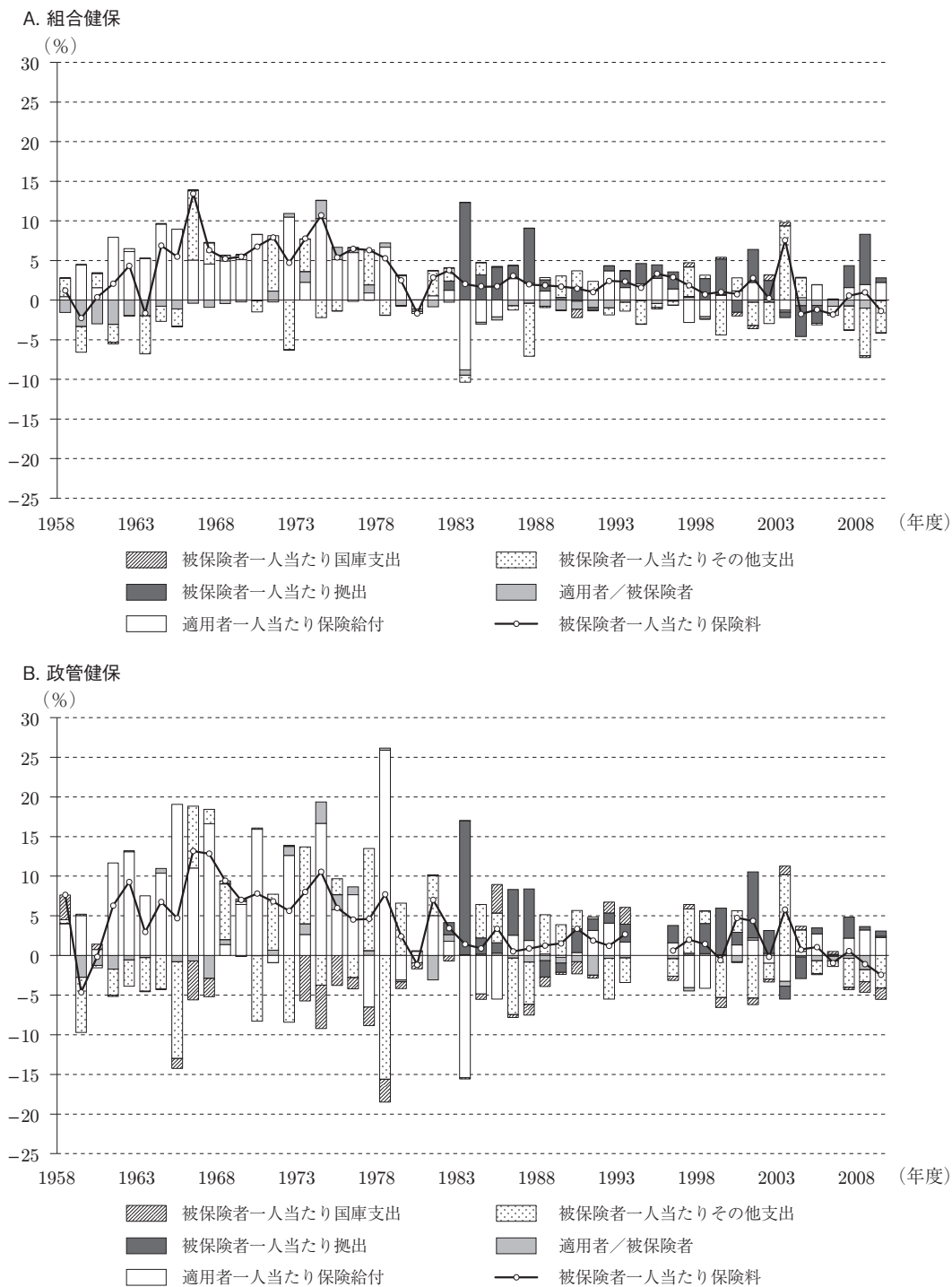
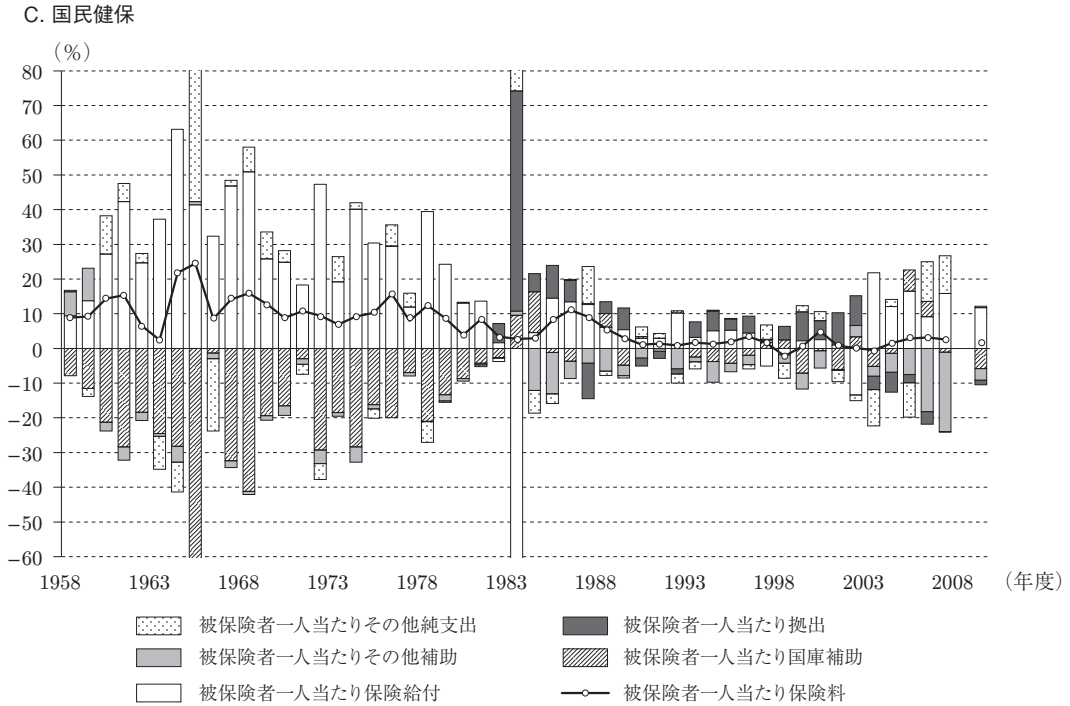


図3 一人当たり保険料の寄与度分解 (つづき)



(資料)『社会保障統計年報』各年版。

上昇に寄与したことを表し、下方のマイナス方向に伸びた斜線の棒グラフは国庫支出金が一人当たり保険料の上昇を抑制したことを表現している。

寄与度分解の結果は、老人保健制度が導入された1983年度を境に変化している。1983年度以前の組合健保(パネルA)と政管健保(パネルB)の結果では、保険給付の伸びを示す白い棒グラフが上方に伸びており、これが一人当たり保険料の上昇に対応していることが示唆される。組合健保についてはその他の要因はそれほど大きくないが、斜線で示された其他支出が、いくつかの年度においては保険料の変動と逆方向に寄与しており、保険給付の変動を積立金の変動で一部吸収し、保険料の伸びを安定化させていることがわかる。ただし、その他の要因については、積立金以外にも組合健保の運営する病院経営収入や前年度からの繰越金など、性格の異なる要因が含まれているため、一貫した傾向を読み取ることは難しい。政管健保も組合健保とほぼ同様の傾向にあるが、保険料の伸びが組合健保よりも高く、また、国庫支出金がいくつかの年度で一人当たり保険料の伸びを抑制するのに寄与している。1983年度以前の国保は様相が異なる。第1に、保険給付の伸びが組合・政管健保に比べて著しく大きく、増加率が50%を超える年度もある。第2に、保険給付の伸びを相殺するように国庫補助が保険料の伸びに対してマイナスに大きく寄与している。その結果、保険料の伸び率は保険給付の伸び率に比べてかなり抑制されているものの、それでも組合・政管健保

に比べると大きい。

老人保健制度が導入された 1983 年度は他の年度とは異なる動きを示している。老人保健制度では、70 歳以上の高齢者は国保から財政的には切り離され、費用は健康保険からの拠出金と公費で賄われた。したがって 1983 年度からは組合健保・政管健保・国保には高齢者への給付が計上されず、その代わりに老人保健制度への拠出金が計上されることになった。そのため、1983 年度には一人当たり保険給付が減少し、財政移転への拠出金が増加した。

1984 年度以降は一人当たり保険料の伸びはそれ以前に比べて抑制された。要因別にみると、いずれの健保においても財政移転への拠出はおおむねプラスの寄与を示していること、その他支出が正負の両方向に寄与して保険料の伸びを安定化させていることが看取される。

III 組合健保における保険料差・安定化・再分配

本節では、組合健保に焦点を当て、健保間の保険料の差異および他の変数との相関を示すとともに、健保が支払う財政移転への拠出金が保険料に与えた安定化効果・再分配効果の大きさについて定量的に検討する。用いるデータは、1960 年度から 2005 年度までの 5 年おきの『健康保険組合事業年報』から得た、各健保組合の財務状況データである。

1 保険料の差

組合健保は被保険者及びその被扶養者である適用者に法定された給付を行わなければならないが、これに上乗せして追加的な給付（付加給付）を行ったり、保健事業を行ったりすることができる。保険料率には法定上限がある。保険料の労使の支払い比率は折半でなくてもよく、多くのケースでは企業負担が 50 % を超えている。健保組合の運営は独立採算が基本であるから、保険料率の設定は各組合によって異なり、したがって差異が存在する。

図 4 は、1960 年度から 2005 年度までの健保組合の保険料率の分布の推移を示したものである。パネル A は被保険者一人当たり保険料額、パネル B は保険料率の分布を示している。図中の箱の上辺・中の横線・下辺がそれぞれ各年度の第 1・2・3 四分位点を表し、上下に伸びた棒の先端が最大値と最小値を表している。保険料額については消費者物価指数を用いて実質化している。

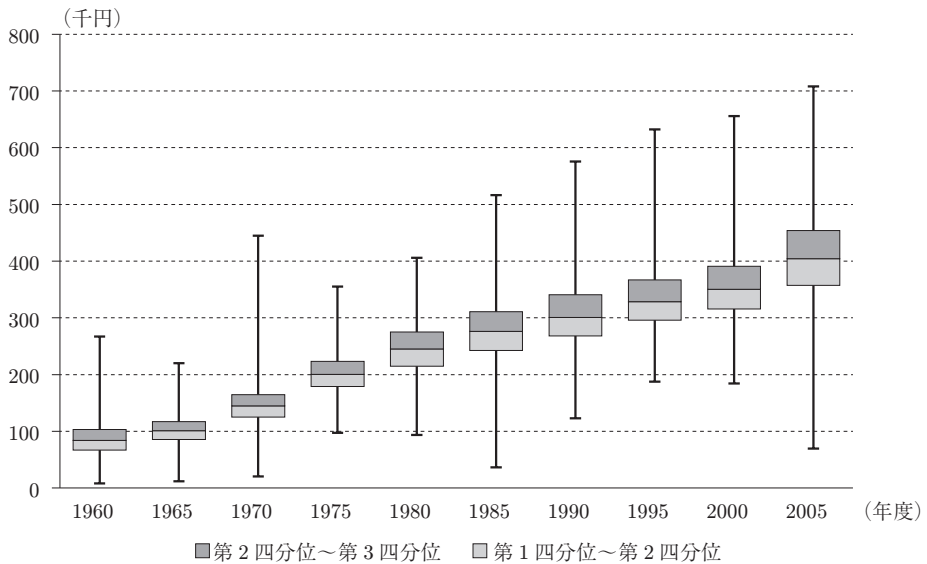
パネル A で示された被保険者一人当たり保険料額の各四分位点は 1960 年度から 2005 年度にかけて単調に増加しており、中位値でみると 1960 年度の 8.3 万円から 2005 年の 40.4 万円へ上昇している。これは技術進歩や高齢化などによる医療費の増加を受けたものであろう。⁽⁴⁾

パネル B に示された保険料率もおおむね単調な増加傾向を示している。2005 年度に保険料率の

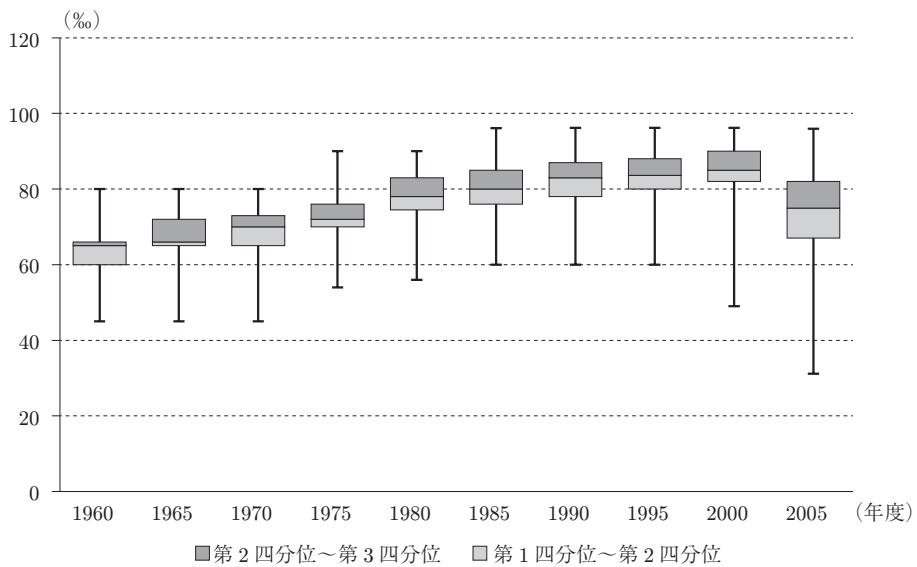
(4) 退職者は一般に健康保険組合を脱退するので、社会全体の人口構造の高齢化が直接に影響しているわけではない。

図4 健保組合の一人当たり保険料／保険料率の推移

A. 一人当たり保険料



B. 保険料率



(資料)『健康保険組合事業年報』各年版。

分布が下がっているのは、2003年度から保険料率の設定に総報酬制が導入され、保険料設定のベースが報酬（給与）のみから報酬（給与）と賞与の和へと拡大されたためである。総報酬制導入前の2000年度では保険料率の最小値は4.9%，最大値は9.62%，2005年度では最小値3.12%，最大値9.596%である。第1四分位と第3四分位の差は1960年度から2000年度にかけて、6%ポイント

から9%ポイントのあいだで推移してきた。

このような保険料の差は、健保組合の運営方針、人口構成や職種構成によるリスク構造の違いを反映したものであろう。この点を確認するため、他の変数との相関係数の推移を示したのが図5である。ここでは、『健康保険組合事業年報』から入手可能な、一人当たり法定給付額、一人当たり付加給付額、平均賃金との相関を計算している。パネルAに掲げた一人当たり保険料額との相関をみると、法定給付額・平均賃金との強い相関が看取できる。付加給付額とも、法定給付ほどではないものの、正の相関がみられる。健保組合は財政的にはほぼ独立しているから、給付が多いほど保険料が多いということは保険原理に整合的であるといえよう。

パネルBには保険料率と一人当たり法定給付額、付加給付額、平均賃金との相関を示している。法定給付額とは正の相関を示しているが、平均賃金とは負の相関を示している。組合健保は公的健康保険制度の一部であるから、この負の相関は健康保険料が累進的にも比例的にも課されていないことを示している。⁽⁵⁾ 法定給付額と平均賃金は正の相関を示しているが、その傾きはそれほど大きくないために料率と平均賃金のあいだには負の相関が観測されるものと思われる。

パネルAに示された一人当たり保険料額も、パネルBに示された保険料率も、法定給付の相関が1985年以降は低下傾向にある。これは、1983年度に導入された老人保健制度では組合健保は拠出金を支払わなければならない、この拠出金が給付と保険料のつながりを弱くしたためと考えられる。

2 安定化・再分配

組合健保は公的医療保険制度の一部として国庫支出金を受け取り、財政移転のための拠出を行っている。本小節では、これら財政移転が組合健保の保険料率の安定化効果について、次小節では組合健保間の所得再分配に与えている影響を検討する。

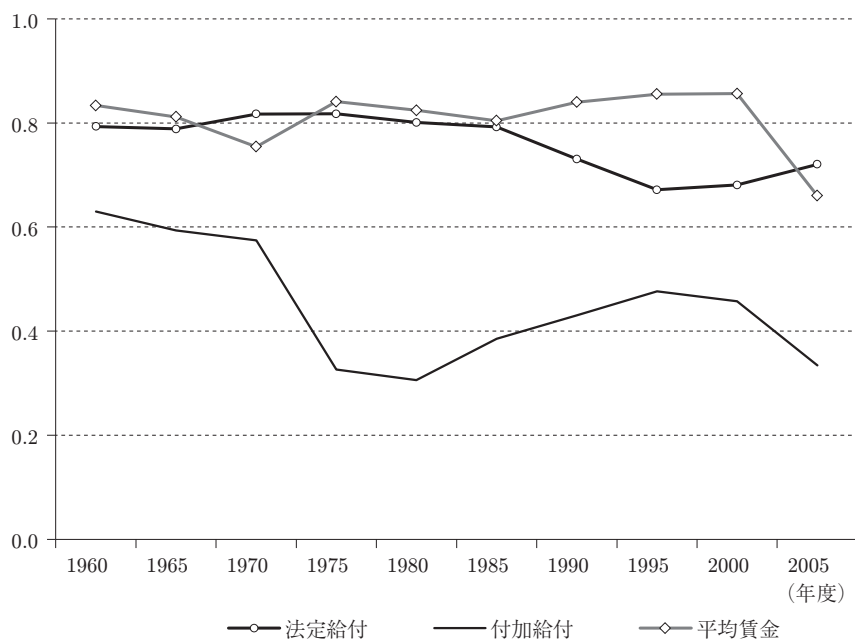
前節に述べたように健保組合の収入と支出はそれぞれ3つに分解される。すなわち、収入は保険料・国庫支出金・その他収入、支出は保険給付・財政移転拠出・その他支出である。まず、保険給付を法定給付と付加給付に分解し、その他支出から保健事業関連支出を分解したうえで、その他収入とは純その他支出として統合する。次に、老人保健対象者の診療費を法定給付に加算し、財政移転拠出から差し引く。これは、老人保健制度のもとでは、健保組合に加入する高齢者の診療費は老人保健制度から支払われているから、老人保健対象者の診療費を財政移転拠出から差し引くと、ネットの財政移転が得られるからである。この変形により、保険者*i*の*t*年度の老人保健対象者の診療費を含む法定給付は

(5) パネルAでみたように、平均賃金と保険料額は正の相関を示しているため、「逆進的」と呼ぶのは適切でないかもしれない。

(6) 一般に所得と健康状態は正の相関を持つとされるから、法定給付と賃金の正の相関は健康状態の違いを反映したのではなく、所得効果によるものかもしれない。

図5 財政状況との相関の推移

A. 被保険者一人当たり保険料との相関



B. 保険料率との相関



(資料) 『健康保険組合事業年報』各年版。

$$\begin{aligned} \text{法定給付 } (B_{i,t}^s) &= \text{保険料 } (P_{i,t}) + \text{国庫支出金 } (G_{i,t}) - \text{付加給付 } (B_{i,t}^A) \\ &\quad - \text{拠出 } (C_{i,t}) - \text{保健事業 } (H_{i,t}) - \text{純その他支出 } (X_{i,t}) \end{aligned}$$

と表現される。ここで、拠出額からは老人保健対象者の診療費を差し引いてある。老人保健対象者の診療費と法定給付は保険適用者の健康状態の変化によって変動するものであるのに対して、保険料は変動しないように、あるいは差異が小さくなるように制御されるものであると考えれば、上式を用いてリスク分解の分析を行うことができる。ここでは Hayashi (2013) の手法を用いる。

いま、保険適用者の疾病リスクの顕現である法定給付 ($B_{i,t}^s$) の伸びが保険料 ($P_{i,t}$) の伸びに全て反映されるとしよう。このときこの2つの変数の伸びの分散は等しくなるから、差分演算子を Δ として、 $\text{var}(\Delta B_{i,t}^s) = \text{var}(\Delta P_{i,t})$ が成り立ち、 $\text{cov}(\Delta B_{i,t}^s, \Delta P_{i,t}) = 1$ となる。逆に、法定給付の伸びが国庫支出金等によって相殺され、保険料にまったく反映されないとき、 $\text{cov}(\Delta B_{i,t}^s, \Delta P_{i,t}) = 0$ が成り立つ。このとき、保険料は完全に安定化されているといえよう。したがって、以下のように安定化指標を定義することができる。⁽⁷⁾

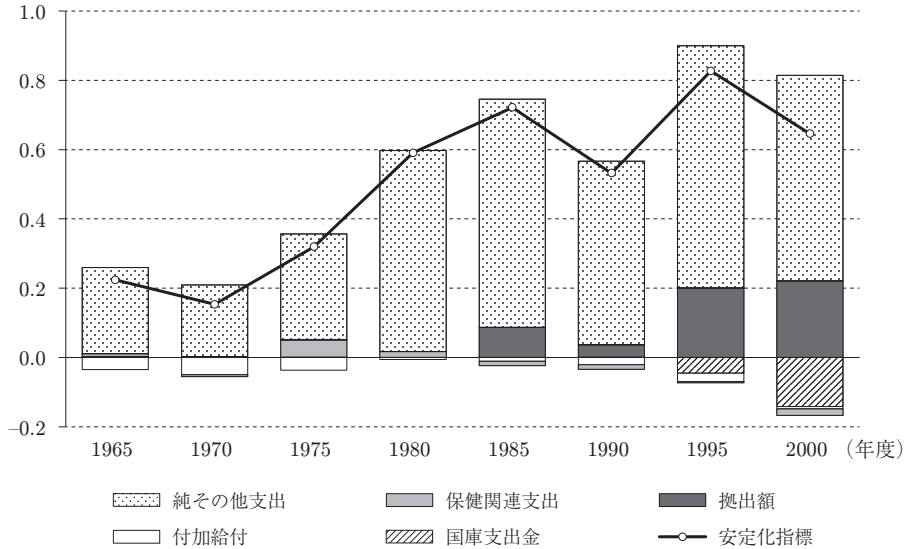
$$\begin{aligned} \text{安定化指標} &= 1 - \frac{\text{cov}(\Delta B_{i,t}^s, \Delta P_{i,t})}{\text{var}(\Delta B_{i,t}^s)} \\ &= \frac{\text{cov}(\Delta B_{i,t}^s, \Delta G_{i,t})}{\text{var}(\Delta B_{i,t}^s)} + \frac{\text{cov}(\Delta B_{i,t}^s, \Delta(-B_{i,t}^A))}{\text{var}(\Delta B_{i,t}^s)} + \frac{\text{cov}(\Delta B_{i,t}^s, \Delta(-C_{i,t}))}{\text{var}(\Delta B_{i,t}^s)} \\ &\quad + \frac{\text{cov}(\Delta B_{i,t}^s, \Delta(-H_{i,t}))}{\text{var}(\Delta B_{i,t}^s)} + \frac{\text{cov}(\Delta B_{i,t}^s, \Delta(-X_{i,t}))}{\text{var}(\Delta B_{i,t}^s)} \end{aligned}$$

各健保組合の収入と支出の内訳の差分データがあれば、上式に従って安定化指標を計算することができる。ここでは5年おきの『健康保険組合事業年報』のデータを用いているから、5年度間の差分を用いる。老人保健の対象となる加入者の診療費データが2005年度について利用できないことから、分析機関は1965年度から2000年度までである。健保組合は結成や解散があるため、それぞれの期間で用いられた健保組合は異なる。また、給付や保険料は被保険者一人当たりで換算したうえで分解している。安定化指標は標本分散と標本共分散から求めることもできるが、ここでは Hayashi (2013) に従い、OLSの係数推定値を用いる。

安定化指標と分解を行った結果は図6に示されている。安定化指標は1985年度まで上昇傾向を示したのち、上下動している。安定化に最も寄与しているのは純その他支出である。純その他支出は積立金への積立や取崩がその多くを占めているから、この結果は、法定給付の時間的な変動のリスクに対して、健保組合が積立金を調整することによって一人当たり保険料の異時点間の安定化を図っていることを反映していると考えられよう。また、この結果は、不況などによる急激な所得水準の低下によって一人当たり保険料が落ち込む際に、積立金を取り崩して歳入欠損を埋めるとい

(7) リスク分解の文脈では対数変換した変数の分散や共分散も利用されるが、その場合には結果が分解の順序に依存する。Hayashi (2013) を参照のこと。

図6 安定化指標



(資料)『健康保険組合事業年報』各年版より作成。

保険者の行動によってももたらされているだろう。⁽⁸⁾ 付加給付や保健関連支出はそれほど大きな効果を示していない。すなわち、法定給付が変動することに対して、付加給付や保健関連支出を増減させることによって保険料を調整するような効果はそれほど大きくはないということであろう。国庫支出金についても、そのシェアが大きくないこともあって、一人当たり保険料の安定化に大きな効果は示していない。

財政移転への拠出は、1985年度以降、安定化に寄与している。この期間の拠出の過半は老人保健拠出金が占めており、安定化効果も老人保健拠出金の制度設計によると考えられる。すなわち、老人保健拠出金はどの保険者も老人加入割合が同じであると仮定して算定され、おおまかには健保組合の老人保健対象者の診療費総額に、全体の平均老人加入率と各組合の老人加入率の比を乗じて求められた(岩本ほか1997, 安部2000a, b)。したがって、老人加入率が他の組合に比べて増加し、そのために老人保健対象者の診療費が増加しても、拠出額はそれほど増加しない仕組みとなっていた。拠出が安定化に寄与していたのはこのような算定式によるものであろう。ただし安定化の効果の大きさは純その他支出ほどではなく、大きくても20%程度であった。

(8) 本稿の分析の枠組みでは、保険給付をリスク、保険料をターゲットとしているため、保険料「率」に対するリスク要因となる所得変動のリスクは明示的には考慮できていないことに注意する必要がある。保険者は、財政移転のための拠出金の上昇を含めた恒常的な医療費の上昇に対しては保険料率の引き上げによって、一時的な所得変動にともなう歳入欠損に対しては積立金の取崩によって、通常は対処していると思われる。

3 再分配

安定化指標の算出においては収入と支出の項目の差分を用いたが、差分ではなくレベルの変数を用いることによって再分配指標を考えることができる。法定給付 ($B_{i,t}^s$) が保険料 ($P_{i,t}$) に全て反映されるとしよう。このときこの2つの変数の分散は等しくなるから、 $\text{var}(B_{i,t}^s) = \text{var}(P_{i,t})$ が成り立ち、 $\text{cov}(B_{i,t}^s, P_{i,t}) = 1$ となる。逆に、法定給付の変動が財政移転等によって相殺され、保険料が完全に均等化されているとき、 $\text{cov}(B_{i,t}^s, P_{i,t}) = 0$ が成り立つ。このとき、完全な所得再分配が行われているといえよう。したがって、以下のように再分配指標を定義することができる。

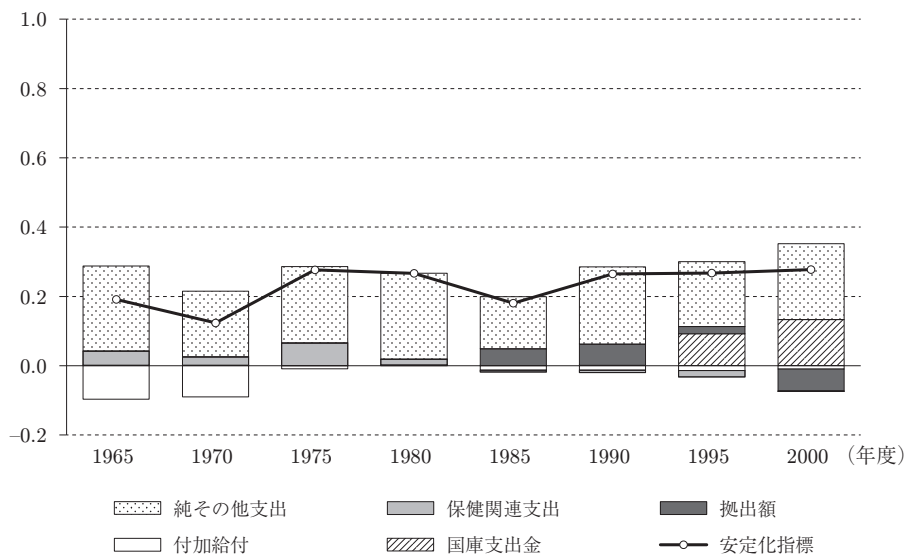
$$\begin{aligned} \text{再分配指標} &= 1 - \frac{\text{cov}(B_{i,t}^s, P_{i,t})}{\text{var}(B_{i,t}^s)} \\ &= \frac{\text{cov}(B_{i,t}^s, G_{i,t})}{\text{var}(B_{i,t}^s)} + \frac{\text{cov}(B_{i,t}^s, (-B_{i,t}^A))}{\text{var}(B_{i,t}^s)} + \frac{\text{cov}(B_{i,t}^s, (-C_{i,t}))}{\text{var}(B_{i,t}^s)} \\ &\quad + \frac{\text{cov}(B_{i,t}^s, (-H_{i,t}))}{\text{var}(B_{i,t}^s)} + \frac{\text{cov}(B_{i,t}^s, (-X_{i,t}))}{\text{var}(B_{i,t}^s)} \end{aligned}$$

安定化指標のケースと同じく、各項目については被保険者一人当たりで換算し、上式の各項はOLS推定を行って算出した。老人保健対象者の診療費は拠出額から控除して法定給付に加算している。結果は図7に示されている。安定化指標のケースと同じく、純その他支出が一人当たり保険料の均等化にプラスの効果を示している。もっとも、純その他支出は健保組合間で直接に移転されていない。法定給付の支出が多かった健保組合が積立金を取り崩し、少なかった健保組合が積立金を積み立てた結果、法定給付の変動に比べて保険料の変動が小さくなったことを示しており、自己再保険が機能していると考えられる。付加給付・保健関連支出についても、安定化指標のケースと同じく、保険料の均等化に大きな効果は示していない。国庫支出金は1995年度と2000年度に保険料の均等化にプラスの効果を表しているが、その他の年度ではこの効果はごく小さい。

財政移転への拠出は、1985年度から1995年度までは保険料率の均等化にプラスに寄与しているが、2000年度にはマイナスに寄与している。前述したように、この期間の拠出の過半は老人保健拠出金であり、その拠出額は老人加入率が低いほど大きい。老人加入率が低いほうが加入者の年齢分布が若く、老人保健対象者の診療費や法定給付が少ないと考えられるから、老人保健拠出金は再分配効果を発揮するであろう。図7では組合健保間の再分配効果が1985年度から1995年度にかけて検出されているが、老人保健拠出金はむしろ老人加入率が低い健保組合や政管健保から、老人加入率の高い国保への制度間の所得再分配の仕組みであった。

2000年度に拠出額がマイナスの再分配効果を示していることは以下のように解釈できよう。老人の中でも若いほうが平均的な医療費は少ないから、老人加入率の低い健保組合のほうが加入している老人一人当たり医療費が少ないことはありうる。老人保健拠出金は加入している老人一人当たり医療費が少なければ少なくなるから、一人当たり老人医療費の効果が、老人加入率を用いた調整の効果よりも大きく、一人当たり法定給付が多い健保組合ほど老人保健拠出金が多いという現象を反

図7 再分配指標



(資料)『健康保険組合事業年報』各年版より作成。

映している可能性がある。このことは、老人保健拠出金制度が、組合健保・政管健保・国保といった制度間での所得再分配に資していたが、組合健保間では必ずしも所得再分配効果を発揮できなかった可能性を示唆している。

IV おわりに

本稿は、組合健保に焦点を当てて、保険者間の保険料率の差を示すとともに、保険料の安定化と均等化の要因について、1960年度から2005年度までの長期にわたる個別の健保組合のデータを用いて分析した。その結果、一人当たり保険料の時系列的な安定化には、とくに1980年代半ば以降、積立金の積立と取崩が大きな役割を果たしており、財政移転への拠出金も一定の役割を果たしたことが示された。また、積立金の積立と取崩は一人当たり保険料の同時点での差を減少させる効果も持っており、国庫支出金も1990年代後半以降、同様の効果を発揮したことも示された。他方、一人当たり保険料の同時点での差に対して財政移転への拠出金はその差を減少させる効果を必ずしも持っていなかったことも示唆された。

本稿の分析は、組合健保のみを対象とした保険料の安定化や再分配効果について検討したものであり、1960年度から2005年度までの公的健康保険制度全体の財政状況や、あるいは財政移転のかなりの部分を占めた老人保健拠出金制度全体を対象としたものではない。とはいえ、本稿の分析から公的健康保険制度における財政移転のあり方について政策的含意を引き出すことは可能であろう。

老人保健拠出金制度は、国民健保の救済という意味合いを持った制度ではあったものの、組合健保間の財政調整を政策目的とはしていなかった。その観点からは、財政移転が組合健保間の再分配効果を持たなかったことは、制度の趣旨からみてなんら問題とはならない。ただし、公的健康保険制度が社会保険として運用されていることを考慮すれば、組合健保間の財政的な違いをどの程度少なくさせるか、あるいは許容するかについても検討されてよいはずである。とすれば、現在、後期高齢者支援金の負担方法の一部に取り入れられている総報酬割が老人保健拠出金制度においても導入されていてもよかったと思われる。

高齢者医療制度の改正により老人保健制度は姿を消し、財政調整制度として前期高齢者納付金、後期高齢者支援金等の制度が導入された。前期高齢者納付金は国民健保・協会けんぽ・組合健保のあいだでの制度間財政調整を目的としており、個別の組合健保間での財政調整を目的としていない。この納付金の負担の仕組みは、おおまかにいって老人保健拠出金と同じである。したがって、組合健保間での安定化・再分配については本稿で分析した老人保健拠出金と同様の効果が期待されよう。

後期高齢者支援金の負担の仕組みは、おおむね加入者割と総報酬割の組合せである。加入者割は被扶養者も含めた加入者人数のみに応じて支援金総額を割り振る仕組みだから、人頭税的な性格を持つ。すなわち所得が高いほど所要保険料率が低くなり、この意味で逆進的な性格を帯びている。他方、総報酬割は健保組合の総報酬に応じて支援金総額を割り振る仕組みだから、おおまかにいって、健保組合の加入者の平均所得にかかわらず所要保険料率は一定となり、比例税的な性格を持つ。したがって、組合健保間での安定化効果や所得再分配効果は小さいと期待される。

2005年までのデータをみる限り、保険料率と平均賃金は負の相関を示しており、保険料負担には「逆進性」がある。しかし、上述のように、前期高齢者納付金も後期高齢者支援金の加入者割・総報酬割もこの逆進性を減殺する効果を持つとは期待できない。後期高齢者支援金の加入者割についてはむしろ、逆進性を強める効果すら持つと思われる。

上述したように、健保組合は公的医療保険制度の一翼を担っている公法人である。とはいえ、健保組合は企業や企業グループを単位として設立され、その組合会に運営の裁量の余地が多い組織でもあり、保険料率の逆進性は矯正されるべきものであるかどうかは必ずしも自明ではない。後期高齢者の保険料に資産割を導入する等、現役世代にとっても説得的な負担構造を検討する必要があるかもしれない。また、本稿の分析期間では保険料の安定化・再分配には「純その他支出」が大きな役割を果たしていたが、「純その他支出」の多くは積立金の積立と取崩であり、積立金の保有状況が影響していると思われる。したがって、フローである納付金・支援金を用いた財政調整の保険料への効果は即座には表出しないかもしれない。これらの課題は、公的医療保険制度全体の制度設計として長期的観点から検討すべきであろう。

(経済学部准教授)

(医療経済研究機構主任研究員)

参 考 文 献

- Hayashi, Masayoshi. 2013. On the decomposition of regional stabilization and redistribution. *CIRJE Discussion Papers* CIRJE-F-910, The University of Tokyo.
- 安部由起子, 2000a「組合管掌保険のリスク分散機能について」季刊社会保障研究 36 (3), 300-320。
- 安部由起子, 2000b「健康保険組合における老人保健拠出金の現状」医療経済研究 7, 5-36。
- 岩本康志・竹下智・別所正, 1997「医療保険財政と公費負担」フィナンシャルレビュー 43, 174-201。
- 小椋正立・千葉友太郎, 1991「公平性から見たわが国の社会保険料負担について」フィナンシャルレビュー 19, 27-53。
- 勝又幸子, 1994「社会保障における制度間財政調整の現状と問題点——老人保健拠出金を中心として——」季刊社会保障研究 30 (2), 195-206。
- 小林庸平・久米功一・及川景太・曾根哲郎, 2012「公的負担と企業行動——企業アンケートに基づく実証分析——」RIETI Discussion Paper Series 12-J-010。
- 酒井正, 2006「社会保険の事業主負担が企業の雇用戦略に及ぼす様々な影響」季刊社会保障研究 42 (3), 235-248。
- 澤野孝一郎, 2006「愛知県における労働者と健康保険制度——トヨタ自動車グループ組合健保と政管健保——」オイコノミカ 43 (2), 43-67。
- 馬場園明・山本英二・津田敏秀・三野善央, 2001「健康保険組合における老人医療費の負担指標に関する研究」医療経済研究 9, 5-22。
- 福井唯嗣, 2013「市町村国保財政の都道府県別将来推計」京都産業大学論集, 社会科学系列 30, 215-238。