

# 高齢者医療制度と市町村国保財政\*

福井唯嗣

## 要 旨

2013年8月にまとめられた社会保障制度改革国民会議報告書には、後期高齢者医療制度存続という、医療保険制度に関して一つの大きな方針転換があった。現在示されている政府方針には、市町村国保の都道府県単位化による財政基盤強化、被用者保険の後期高齢者支援金について全面総報酬割の導入により節約される国庫負担を財源とする市町村国保支援などがある。本稿では、これらが今後の市町村国保財政に及ぼす影響を、長期推計モデルによって定量的に考察した。

また、後期高齢者医療制度廃止を前提とすれば、現行の保険者間財政調整に代わるさまざまな財政調整が可能となる。本稿では、長期推計モデルを用いた政策シミュレーションにより、それぞれの財政調整が将来における市町村国保の所要保険料に及ぼす影響を推計し、望ましい財政調整のあり方について検討した。

現行制度、とくに前期高齢者納付金（交付金）の下では、高齢化率の低い自治体の保険料を高める一方、地域の医療費の多寡は保険料には反映されない。一方、制度平均の1人当たり保険料と1人当たり給付費によるリスク構造調整を導入した場合には、地域の医療費の多寡は保険料に強く反映されるため、医療費適正化を自治体に促す場合には有効な選択肢であるといえる。

キーワード：市町村国保、将来推計、医療給付費、財政調整、地域格差

## 1. 序論

2012年、社会保障・税一体改革をめぐる国会審議の中で生まれた与野党3党の合意に基づき、社会保障制度改革国民会議が設置された。同会議は2013年8月に報告書をまとめ、それにより、年金・医療・介護に関する今後の制度改革の方向性が改めて示された。

その中で、医療保険制度に関して一つの大きな方針転換があった。後期高齢者医療制度の存続である。2008年度に創設された後期高齢者医療制度は世論の大きな批判を招き、旧自由民主党政権下でも制度見直しに向けた議論が進められていた。民主党への政権交代後も、制度廃止を前提として新たな

制度設計に向けた議論が進められ、民主党政権がまとめた2012年の「社会保障・税一体改革大綱」もその路線を踏襲していた。

後期高齢者医療制度廃止の議論は、制度創設前と同様に75歳以上が市町村国保や各被用者保険に分かれて加入することを基本的な考え方としていた。もしそうなれば、構造的財政赤字が続いている市町村国保財政にとっても大きな制度改革となるはずであった。現在進められている市町村国保の都道府県単位化による財政基盤強化だけでは構造的財政赤字を打開する決定打にはならず、高齢者医療給付費の負担構造の見直しについて新たな議論が必要となっていたであろう。

今回、後期高齢者医療制度の存続という方針転換が示されたものの、現行制度における高齢者医療にかかる保険者間財政調整のあり方が今後とも望ましいものであるかどうかについての検証は必要である。そこで本稿では、福井(2013)で構築された市町村国保財政の都道府県別長期推計モデルの改定版に基づき、2040年までの医療給付費と、それを賄うための公費負担および所要保険料について推計し、今回の方針転換が市町村国保財政にとって意味するものについて明らかにする。また、後期高齢者医療制度を廃止して、新たな保険者間財政調整を行う場合の政策シミュレーションも行うことで、現行制度における財政調整について定量的評価を行う。

本稿の構成は以下の通りである。第2節は、本稿執筆時に至るまでの高齢者医療制度改革の経緯について概観する。第3節は、さまざまな制度間財政調整方式が1人当たり保険料にもたらす影響について理論的に考察する。第4節は、改定された推計モデルをもとにした将来見通しにより、現行制度、さらには現在の政府方針で示されている、被用者保険への全面総報酬割導入による市町村国保財政支援が市町村国保財政に与える長期的影響について検証する。第5節は、後期高齢者医療制度廃止を前提として、さまざまな保険者間財政調整方式の導入を想定し、それらが将来における市町村国保の所要保険料に与える影響を見ることで、保険者間財政調整のあり方について考察する。第6節では、保険者間財政調整方式の一つであるリスク構造調整の有効性と実現可能性について検討する。第7章は、本稿の分析で得られた帰結がまとめられる。

## 2. 高齢者医療制度改革の経緯

2012年2月に「社会保障・税一体改革大綱(以下、一体改革大綱)」が閣議決定された。同大綱は年金・医療介護・子ども子育て支援・雇用政策・貧困対策など多岐にわたる社会保障制度改革と、その財源確保の意味合いも含めた税制改革が合わせて盛り込まれた。その後、消費税法改革法案と社会保障制度改革の一部についての関連法案が国会に提出され、同年8月に可決成立した。

それと同時に、国会審議の過程で生まれた自由民主党、公明党、民主党の三党合意を受けた社会保障制度改革推進法も成立した。同法は「一体改革大綱」等で既に示された方針も含め、より幅広い観点から社会保障制度改革の方向性を定めることを目的としていた。同法に基づいて設置された社会保

障制度改革国民会議において、同年11月から議論が始まり、2013年8月6日には報告書（以下、「国民会議報告書」）が取りまとめられた。

「国民会議報告書」で示された方針のうち医療保険に関するものとしては、財政基盤安定化のために都道府県が国民健康保険の保険者となることや70 - 74歳の医療費自己負担についての特例措置の取りやめなど、「一体改革大綱」と同様の方針が示されている。それとともに、「かかりつけ医」の普及・定着、国保保険料の賦課限度額と被用者保険の標準報酬月額上限の引き上げなど、「一体改革大綱」よりも踏み込んだ方針も示されている。一方で、「国民会議報告書」において「一体改革大綱」で示された方向性が転換されたものもある。その一つが、高齢者医療制度に関する提言である。

2008年度に創設された後期高齢者医療制度は、75歳という年齢で区分することなど、制度自体への反発が非常に強く、制度創設後半年を待たずして高齢者医療制度に関する検討会が発足し、制度見直しの議論が始まった。2010年12月の高齢者医療制度改革会議の最終取りまとめでは、後期高齢者医療制度を廃止し75歳以上も現役世代と同様に国保か被用者保険に加入するという従来の形に戻すという具体的な制度設計が示された<sup>1)</sup>。このように、民主党政権下で「一体改革大綱」が取りまとめられる段階では後期高齢者医療制度の廃止が前提とされていたが、自民政権下で示された「国民会議報告書」では、後期高齢者医療制度はすでに十分定着しているとして廃止の方針が撤回された。

後期高齢者医療制度が創設されるまでの高齢者医療は、老人保健制度の下で運営されていた。老人保健制度自体は独自の財源を持たず、老人保健制度にかかる医療給付費は高齢者が加入する各保険者からの拠出金（老人保健拠出金）と公費負担によって賄われていた。しかしながら、拠出金負担の公平性の観点から見て、老人保健拠出金の算定方式には問題があることが指摘され（一圓 [1995]）、負担の公平化を図るための新たな高齢者医療制度に向けてのおよそ10年にわたる議論の末に選ばれたのが後期高齢者医療制度であった。

後期高齢者医療制度の創設当初は、後期高齢者にかかる医療給付費の約4割にあたる額を、各保険者が0 - 74歳の加入者割合に応じて按分し、後期高齢者支援金として負担するという仕組みがとられていた（加入者割）。これにより、加入者1人当たりの支援金は制度にかかわらず均等となり、高齢者医療への各保険者の拠出は従来の老人保健制度に比べればより透明かつ公平な負担となった。しかしながら、被用者保険においては加入者の平均的負担能力が保険者間で異なっているため、支援金の対総報酬比で負担を測った場合には協会けんぽの負担が相対的に重く、健保組合や共済組合の負担が軽くなること新たな問題とされた。それを受け、平成22年度からは、拠出金の被用者保険負担分の3分の1を総報酬総額によって按分する方式（総報酬割）がとられた<sup>2)</sup>。それと同時に協会けんぽに対する補助として、それまで13%であった給付費等に対する公費負担を当面16.4%とする措置も取られた。

さらに、高齢者医療制度改革会議の最終とりまとめ（2010年12月）では、被用者保険間の拠出金

の按分方式をすべて総報酬割（全面総報酬割）とすることが提言された。全面総報酬割の導入は「国民会議報告書」でも取り上げられ、導入に伴い生ずる財源を市町村国保の構造的財政赤字の解消のために用いるべきとの考え方も合わせて示されている<sup>3)</sup>。

後期高齢者医療制度廃止は、高齢者医療給付費の負担のあり方を抜本的に見直す大きな機会であった。廃止した場合には、従前の老人保健制度に戻すことも考えられなくはないが、より可能性が高いのは次の2つであろう。一つは、現在前期高齢者を対象に行われている財政調整のしくみを75歳以上にも拡大することである。すでに行われていることから導入への障害は低いと考えられる。もう一つは、老人保健制度に代わる新たな高齢者医療制度の制度設計に関する議論の中で示され、最終的には採用されなかった案が導入されることである。

約10年にわたる議論の中では、一定年齢以上を別制度に加入させる方式（独立方式）、被用者が退職後も被用者保険に加入する方式（突き抜け方式）、国保と被用者保険を統合する方式（一元化）、現状の加入状況のまま、保険者間で財政調整を行う方式（リスク構造調整）の4方式が提案された。これらの案のうち、最終的に採用された独立方式以外で有力なのがリスク構造調整の採用である。リスク構造調整は、岩本（1996）などで提唱され、経済学者からの支持が高い方式であった。利点として、加入者の年齢構成によらず公正な負担となること、医療費の高低が保険料の高低に反映されるため医療費抑制に向けたインセンティブを保険者に与えやすいことなどがある<sup>4)</sup>。

次節では、さまざまな保険者間財政調整の仕組みを大まかに表現した上で比較することで、財政調整の仕方が給付費の負担構造に及ぼす影響について検討する。

### 3. 保険者間財政調整の比較

本節では、既存の保険者間財政調整と、後期高齢者医療制度が廃止された場合に導入される可能性のあるいくつかの財政調整方式について、比較を行う。

老人保健制度の下での保険者  $i$  の所要保険料 ( $P(i)$ ) は、

$$P(i) = B(i) + T(i) \frac{\sum_i M(i)}{\sum_i N(i)} \bigg/ \frac{M(i)}{N(i)} \quad (1)$$

のように表される<sup>5)</sup>。ただし、 $B(i)$  は老人医療受給対象者以外にかかる給付費（公費負担分除く）、 $T(i)$  は保険者  $i$  の老人保健給付費（公費負担分除く）、 $N(i)$  は保険者  $i$  の加入者数、そのうち  $M(i)$  は保険者  $i$  の老人医療受給対象者数である。(1)式の右辺第二項が老人保健拠出金にあたる。さらに、 $p(i)$  を加入者1人当たり所要保険料、 $b(i)$  を加入者1人当たり給付費（老人保険給付費以外）、 $t(i)$  を対象者1人当たり老人保健給付費とすると、(1)式は次のように書き換えることができる。

$$p(i) = b(i) + t(i) \frac{\sum_i M(i)}{\sum_i N(i)} \quad (2)$$

すなわち加入者1人当たり所要保険料は、加入者1人当たり給付費と、対象者1人当たり老人保健給付費と全国平均老人医療受給対象者割合を乗じたものとの和となる。対象者1人当たり老人保健給付費が等しければ、加入者1人当たりの老人保健拠出金も等しくなる。

しかしながら、ここで注意しなければならないのは、対象者1人当たり老人保健給付費の保険者間格差の発生原因である。いま仮に、対象者1人当たり老人保健給付費は年齢により異なるが保険者間では差がないものとし、年齢別対象者1人当たり老人保健給付費を $t(a)$ 、保険者 $i$ の年齢別老人医療受給対象者数を $M(a, i)$ と表す。このとき(2)式は、

$$p(i) = b(i) + \frac{\sum_a t(a)M(a, i) \sum_i M(i)}{\sum_a M(a, i) \sum_i N(i)} \tag{3}$$

と書き直せる。このように、年齢別対象者1人当たり老人保健給付費が仮に等しくとも、当該保険に加入する老人医療受給対象者の年齢構成が異なれば対象者1人当たり老人保健給付費、さらには加入者1人当たり老人保健拠出金が異なりうる。その上、年齢別対象者1人当たり給付費も保険者によって異なっていれば、加入者1人当たり拠出金の決まり方はさらに複雑となり、負担の公平性の観点から見て問題の多い仕組みであったことが分かる。

それに対して、後期高齢者医療制度（全面加入者割）の下での保険者 $i$ の加入者1人当たり所要保険料は、

$$P(i) = B(i) + T_L \frac{N(i)}{\sum_i N(i)} \tag{4}$$

と表せる。ただし $T_L$ は、後期高齢者にかかる医療給付費総額のうち若人負担分（後期高齢者支援金）である。加入者1人当たりにすれば、

$$p(i) = b(i) + \frac{T_L}{\sum_i N(i)} \tag{5}$$

となり、(5)式の右辺第二項にあたる加入者1人当たりの後期高齢者支援金は保険者に関わらず均一である。

なお、後期高齢者医療制度の創設に合わせ、前期高齢者にかかる財政調整も合わせて導入されたので、それを加味するともう少し複雑になる。 $T_E(i)$ を保険者 $i$ の前期高齢者給付費、 $M_E(i)$ を保険者 $i$ の加入者数のうち前期高齢者数とすれば、所要保険料は

$$P(i) = B(i) + T_L \frac{N(i)}{\sum_i N(i)} + T_E(i) \left( \frac{\sum_i M_E(i)}{\sum_i N(i)} \bigg/ \frac{M_E(i)}{N(i)} - 1 \right) \tag{6}$$

と表される<sup>6)</sup>。(6)式の右辺第3項が前期高齢者納付金（マイナスの場合は交付金）であり、当該保険の前期高齢者割合と全国平均の前期高齢者割合の差によって財政調整する仕組みとなっている。加入者1人当たり所要保険料は、 $t_E(i)$ を1人当たり前期高齢者給付費とすれば、

$$p(i) = b(i) + \frac{T_L}{\sum_i N(i)} + t_E(i) \left( \frac{\sum_i M_E(i)}{\sum_i N(i)} - \frac{M_E(i)}{N(i)} \right) \quad (7)$$

となる。

前期高齢者納付金（交付金）の仕組みと老人保健拠出金の仕組みは基本的には共通のものである。いま仮に、1人当たり前期高齢者給付費は年齢により異なるが保険者間では差がないものとし、年齢別1人当たり前期高齢者給付費を $t_E(a)$ 、保険者 $i$ の年齢別前期高齢者数を $M_E(a, i)$ と表す。このとき(7)式は、

$$p(i) = b(i) + \frac{T_L}{\sum_i N(i)} + \frac{\sum_a t_E(a) M_E(a, i)}{\sum_a M_E(a, i)} \left( \frac{\sum_i M_E(i)}{\sum_i N(i)} - \frac{M_E(i)}{N(i)} \right) \quad (8)$$

となる。(3)式と同様に、当該保険に加入する前期高齢者の年齢構成が異なれば、1人当たり前期高齢者給付費および前期高齢者納付金（交付金）も異なることになる。現行制度では、財政調整の範囲が65-74歳と比較的狭いため、大きな問題が生ずる懸念は小さい。しかしながら、後期高齢者医療制度が廃止されたとして、その際に財政調整の範囲を75歳以上にも拡大した場合には、老人保健拠出金と同様の問題が発生することになる。

老人保健拠出金等に比べれば、後期高齢者支援金は極めて簡便でかつ公平な仕組みであるが、その簡便さがもたらす欠点も存在する。後期高齢者に係る医療給付費のうち5割は公費負担で約4割は支援金でそれぞれ賄われ、後期高齢者本人による保険料負担となるのは残りの約1割でしかない。医療費の地域差は保険料に反映されるものの、給付費全体からみればごく一部に過ぎず、給付費の大部分は自動的に公費と75歳未満の拠出金で負担してもらえる。すなわち、後期高齢者医療制度にとってみれば、医療給付費を適正化して保険料を抑えようというインセンティブがほとんど働かない仕組みになっている。

以上のように、従来の財政調整の仕組みはそれぞれに欠点を抱えている。とくに、老人保健拠出金と、それに似た仕組みである前期高齢者納付金（交付金）は、負担の公平化を図ることが非常に困難な仕組みとなっている。

後期高齢者医療制度が廃止されたとして、その際の新たな財政調整方式の一つの候補がリスク構造調整である。リスク構造調整の下での保険者 $i$ の所要保険料は

$$P(i) = B(i) + \frac{\sum_i B(i)}{\sum_i N(i)} N(i) - \sum_a \bar{b}(a) N(a, i) \quad (9)$$

と表される。ただし、 $\bar{b}(a)$ は全国平均の年齢別1人当たり給付費である。さらに、年齢別1人当たり給付費を $b(a, i)$ として、 $B(i) = \sum_a b(a, i) N(a, i)$ を用いて(9)式を整理しなおすと、

$$P(i) = \sum_a (b(a, i) - \bar{b}(a)) N(a, i) + \frac{\sum_i B(i)}{\sum_i N(i)} N(i) \quad (10)$$

となり、1人当たり所要保険料は

$$p(i) = \frac{\sum_a (b(a, i) - \bar{b}(a)) N(a, i)}{\sum_a N(a, i)} + \frac{\sum_i B(i)}{\sum_i N(i)} \quad (11)$$

となる。(11) 式の第2項は、全国平均の1人当たり給付費にあたる。これは加入先に関わらず、加入者は全国平均水準の給付費を賄う程度の保険料を負担することを意味しており、後期高齢者支援金の仕組みと似通っている。一方、(11) 式の第1項は当該保険の1人当たり給付費が全国平均の1人当たり給付費を上回れば（下回れば）1人当たり保険料が増加（減少）することを意味する。保険者に固有の1人当たり給付費の多寡が当該保険の保険料に反映される仕組みとなっており、リスク構造調整の大きな特性である。

このように、どのような財政調整を行うかによって、医療給付費の負担の配分は大きく異なる。とくに市町村国保では、1人当たり医療費において大きな地域差が見られるとともに将来の高齢化の進展度合いも地域によって異なる見通しとなっており、高齢者医療制度のありようと、それに伴う財政調整の仕方によって将来の費用負担の見通しも大きく左右されると考えられる。次節からは、後期高齢者医療制度存続と総報酬割導入という、「国民会議報告書」に示された制度運営がされた場合と、後期高齢者医療制度が廃止された場合について、都道府県単位の市町村国保財政の長期推計を行うことで、高齢者医療制度のあり方が市町村国保財政にどのような影響を及ぼすのかについて検証する。

#### 4. 総報酬割導入が市町村国保財政に与える影響

本稿の分析と関わりが深い先行研究には、公的医療保険制度全体の将来推計を行ったものとして、岩本他（1997）、岩本・福井（2007）、上田他（2010）などがある。また、市町村国保財政の将来推計を行った先行研究として小椋・入船（1990）がある。いずれも、高齢化の進展を受けて、将来長期にわたって医療給付費とそれを賄うための保険料負担及び公費負担が増大しつづけるという結果を示している。

中田（2013）は、都道府県単位で市町村国保、協会けんぽ、後期高齢者医療制度の財政見直しを行っており、本稿の分析と特に関わりが深い。中田（2013）の推計方法と本稿の分析のベースである福井（2013）で構築された推計モデルは多くの点で同様の手法がとられているが、以下のようにいくつかの点で違いがある。

中田（2013）は年齢階級別医療費の構成要素を「一日当たり単価×延べ日数×患者数」と細かく設定して推計を行っているのに対して、福井（2013）では都道府県別年齢階級別の人口1人当たり年間医療費を用いている。中田（2013）は全国均一の医療費単価を用いているが、福井（2013）では単価の地域差を加味している。単価の伸び率について、中田（2013）は福井（2013）が用いている『医療・介護に係る長期推計』（内閣官房）で設定された単価の伸び率ケース①を参考にしているが、在院日数

の短縮等による効果（マイナス0.1%ポイント）は省いて推計している。2025年以降の伸び率について、福井（2013）は賃金成長率と同率と設定しているのに対して、中田（2013）は2025年以降もそれ以前と同様の伸び率で単価が上昇していくと想定している。福井（2013）は市町村国保の都道府県別所得の推計も合わせて行うことで、所得捕捉の正確性の問題もあるものの、保険料率（保険料の対所得比）の推計も行っている。このように、いくつかの違いはあるものの、高齢化の進展度合いの地域差と地域別医療保険財政の関係を考察しているという点で2つの研究の目的は共通している。

本節における推計は、福井（2013）で使用されている市町村国保財政の都道府県別長期推計モデルの改定版である。

今回の主な改定ポイントは次の3つである。第一に、使用する都道府県別将来推計人口データが最新のもの（国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）』）となり、2040年までの推計が可能となった。第二に、主な被用者保険（協会けんぽ、組合健保、共済組合）の加入者および総報酬の全国レベルの将来推計を加えたことで、全面総報酬割導入により生ずる財源を市町村国保に投入した場合の影響を考察できるようになった。第三に、過去の加入者割合に基づき75歳以上が従来のように市町村国保に加入する状況を仮想的に生み出すことで、後期高齢者医療制度が廃止され、さらにその下でさまざまな財政調整が行われた場合の将来の市町村国保財政への影響について考察できるようにした。

市町村国保財政の長期推定モデルについての説明は福井（2013）に、今回の主なモデル改定について

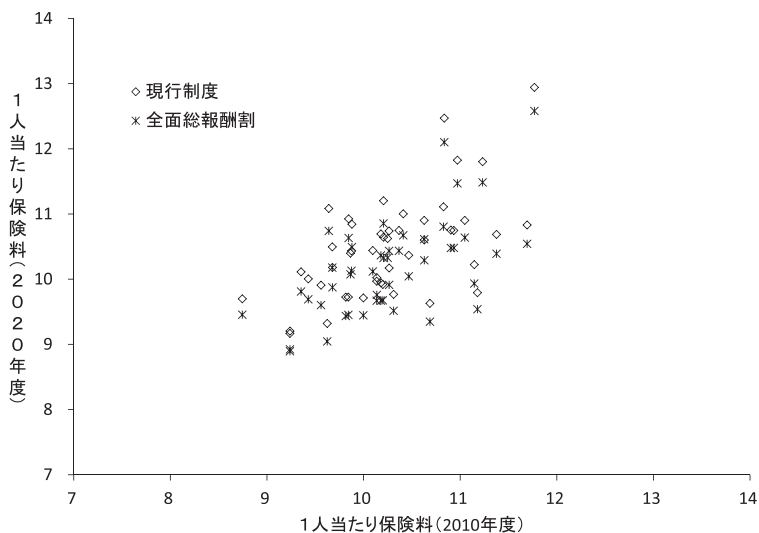


図1 全面総報酬割導入と国保保険料（2020年度）

（注）2010年度は『国民健康保険事業年報』の保険料調定額より筆者推計。2020年度は筆者推計。単位は万円（2010年度価格）。1人当たり保険料は所要保険料であり、市町村一般会計からの法定外繰入による減免前の保険料に相当する。



ては本稿の補論に譲り、本節では主に推計結果の考察を行う。なお、各図表の注にも記すように、本稿で示す1人当たり保険料は、各年度の給付費を賄うために必要となる1人当たり所要保険料であり、法定外繰入による減免前の保険料である。また、各年度の値は賃金成長率によって2010年度価格で表示している。名目額で見れば保険料は将来ほど高くなる。

図1は、現行制度の維持を前提とした場合と、全面総報酬割が実現し、発生する財源を市町村国保の財源に充てた場合のそれぞれについて、2020年度における市町村国保の都道府県別1人当たり所要保険料の推計値と、2010年度の1人当たり所要保険料との相関を見たものである。推計においては財源が各都道府県に均等に配分されると仮定しているため、当然ながらいずれの都道府県でも同様の比率で1人当たり保険料は減少する。減少率は平均3.0%、最大3.4%、最小2.5%となっている。現行の1/3総報酬割を全面総報酬割に拡大することで生じる財源はたかだか数千億円規模であるため、定量的効果は非常に限定的である。

図2は図1と同様の相関図を2040年度における所要保険料の推計値について示したものである。高齢化の進展により、ほとんどの地域で1人当たり保険料が増加するとともに、主に高齢化の進展度合いに格差があることから、2020年度に比べ2040年度の1人当たり所要保険料の散らばりは大きくなる。現行制度と全面総報酬割導入時を比べると、後者の方が保険料水準は低くなるのは当然であるが、最大と最小の差が現行制度では4.6万円、全面総報酬割導入時では4.4万円と散らばりもごく若干ではあるが抑えられる。しかしながら、医療給付費に対する政策規模が非常に小さいため、市町村国保財

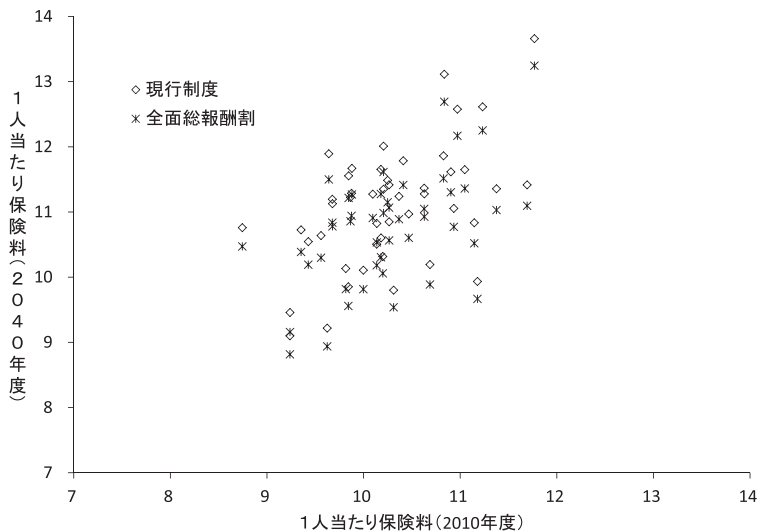


図2 全面総報酬割導入と国保保険料 (2040年度)

(注) 2010年度は『国民健康保険事業年報』の保険料調定額より筆者推計。2020年度は筆者推計。単位は万円(2010年度価格)。1人当たり保険料は所要保険料であり、市町村一般会計からの法定外繰入による減免前の保険料に相当する。

政へのプラスの影響は極めて小さい。

図3は、現行制度を維持した場合と全面総報酬割を実施した場合の2040年度における1人当たり所要保険料と高齢化率の相関図である。高齢者医療に関する財政調整の仕組みは同一であるため、1人当たり所要保険料と高齢化率の負の相関はどちらの場合でも観察される。図には示していないが、1%ポイントの高齢化率の上昇により、1人当たり所要保険料はおおむね0.26万円減少するという関係にあり、線形近似した場合の決定係数も約0.5と高い。

(5)式に見たように、後期高齢者支援金は1人当たり保険料に地域差をもたらさない。このような関係が見られるのは、(7)式で示した前期高齢者納付金(交付金)によるものと言える。高齢化率が高く、全国平均に比べ前期高齢者加入割合が高い地域ほど前期高齢者交付金が多く交付されるため、1人当たり所要保険料はより少なくて済むことになる<sup>7)</sup>。

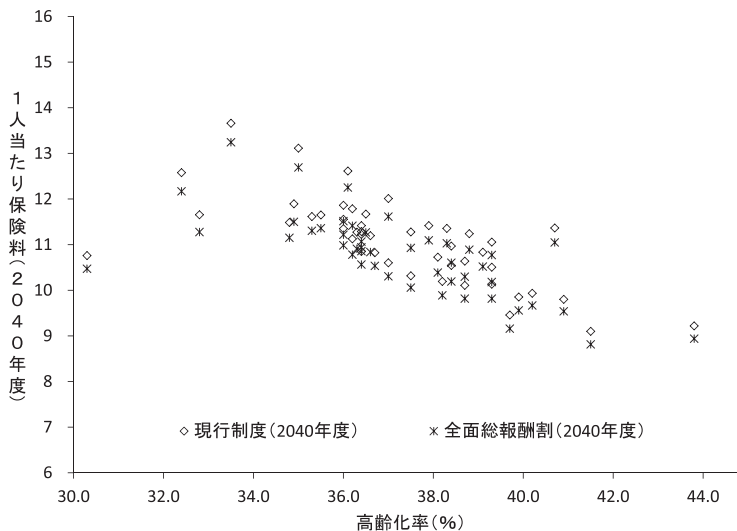


図3 国保保険料と高齢化率との相関

(注) 高齢化率は国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成25年3月推計)』の都道府県別年齢階層別人口より作成。1人当たり保険料は筆者推計。単位は万円(2010年度価格)。1人当たり保険料は所要保険料であり、市町村一般会計からの法定外繰入による減免前の保険料に相当する。

同じく2040年度の1人当たり所要保険料と1人当たり医療費(地域差指数)との相関を見たものが図4である。いずれの場合でも、1人当たり所要保険料と1人当たり医療費の間には相関はほぼ見られない。別の言い方をすれば、現行の財政調整の下では1人当たり医療費の多寡はその地域の保険料にはほとんど反映されていないことになる。

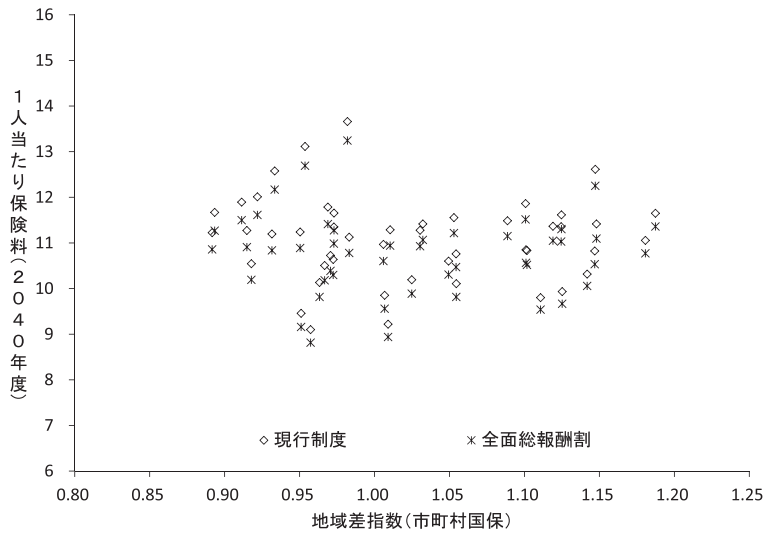


図4 国保保険料と地域差指数との相関

(注) 地域差指数の出所は平成22年度厚生労働省保険局調査課「医療の地域差分析(医療費マップ)」の市町村国保分。1人当たり保険料は筆者推計。単位は万円(2010年度価格)。1人当たり保険料は所要保険料であり、市町村一般会計からの法定外繰入による減免前の保険料に相当する。

ここまで見たように、高齢者医療にかかる現行の財政調整の下では、市町村国保の1人当たり保険料はその地域の相対的な高齢化率の高低に大きく左右され、地域の医療費の大小にはほとんど関係しない。近年、保険者に対して医療費適正化の役割を求めていく流れにあるが、医療費適正化の努力が保険料削減につながらない仕組みの下では保険者に医療費適正化のインセンティブを持たせるのはなかなか難しいのではなかろうか。

また、総報酬割導入によって浮いた財源を市町村国保支援に充てるという制度改革は、市町村国保にとっては公費負担の拡大でしかなく、1人当たり保険料は軽減されても負担の構図は変わらない。高齢者医療にかかる財政調整の仕組みを抜本的に変えない限り、図3や図4で見たような負担の構造は残り続けることになる。

このような問題意識から、次節では後期高齢者医療制度廃止という大きな制度改革に踏み切った場合の政策シミュレーションを行い、その定量的効果について考察する。

## 5. 後期高齢者医療制度廃止が市町村国保財政に与える影響

本節では、市町村国保財政の都道府県別長期推計モデルを用いて、以前の政府方針であった後期高齢者医療制度廃止が実現した場合の影響について考察する。推計方法の詳細については補論に譲り、本節では推計結果のみを紹介する。

後期高齢者医療制度廃止後の新たな財政調整としてはいくつかの選択肢がある。本稿では、①前期高齢者納付金（交付金）の仕組みを75歳以上に拡大した場合（一括財政調整）、②75歳以上に対しては別途、前期高齢者納付金（交付金）と同等の仕組みを導入した場合（個別財政調整）、③全年齢を対象としたリスク構造調整（平均給付費調整）を順に取り上げる。さらに、リスク構造調整の仕組みについて定量的に明らかにするために、④制度全体の平均給付費ではなく個別保険者の実績給付費でリスク構造調整した場合（実績給付費調整）も合わせて考察する。

図5は、後期高齢者医療制度廃止後に①一括財政調整と②個別財政調整を行った場合の2020年度における1人当たり所要保険料と現行制度の下での1人当たり保険料との相関を示している。

現行制度に比べ、一括財政調整では1人当たり保険料が低くなる地域が若干多いが、個別財政調整ではほぼ半々である。一括財政調整と個別財政調整では、後者の方が若干保険料は高くなる傾向が見られるが、さほど大きな差ではなく、プラスマイナス1万円の範囲内に収まっている。

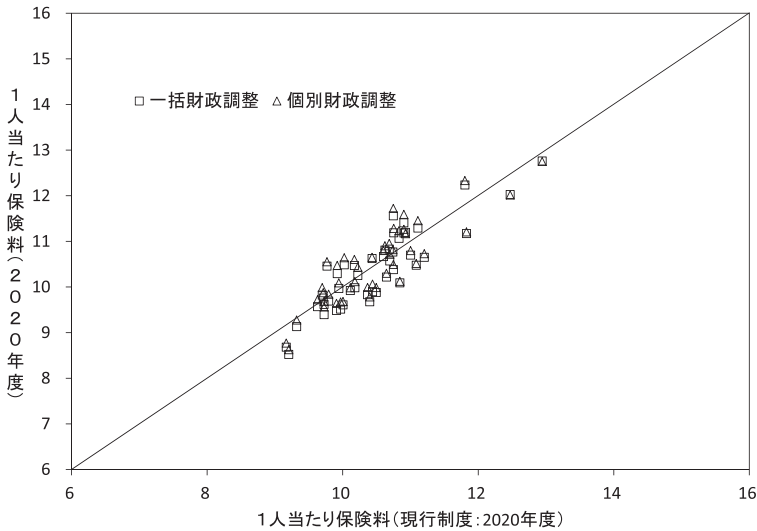


図5 制度改革後の国保保険料（既存の財政調整）

(注) 筆者推計。単位は万円（2010年度価格）。1人当たり保険料は所要保険料であり、市町村一般会計からの法定外繰入による減免前の保険料に相当する。

図6は、2040年度における1人当たり所要保険料と高齢化率の相関図である。図3と同様に1人当たり所要保険料と高齢化率の間には負の相関がみられ、高齢化率1%ポイント上昇当たり約0.26万円の保険料減少と、定量的にも図3と似通っている。しかしながら、分布の散らばりは図3にくらべて大きくなっており、線形近似の決定係数も0.3程度と小さくなっている。

上述の通り、1人当たり所要保険料と高齢化率の間の負の相関は前期高齢者納付金（交付金）が全

国平均の高齢者割合と当該保険の高齢者割合の差によって算定されることによるものであるから、75歳以上に同様の調整を行った場合も相関関係が保たれるのは当然の結果と言える。ただし、後期高齢者医療制度廃止により、調整対象となる年齢層が拡大するため、調整機能が若干低下することが、分布の散らばりがやや大きくなった原因であると考えられる。

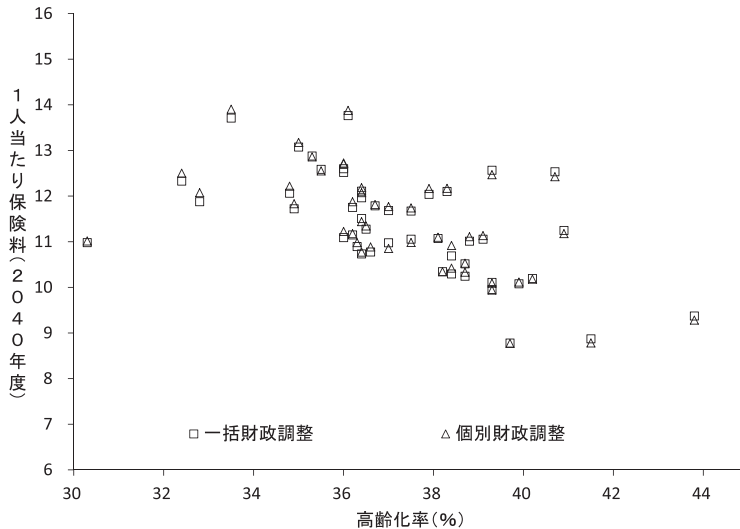


図6 制度改革後（既存の財政調整）の国保保険料と高齢化率との相関

(注) 高齢化率は国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口（平成25年3月推計）』の都道府県別年齢階層別人口より作成。1人当たり保険料は筆者推計。単位は万円（2010年度価格）。1人当たり保険料は所要保険料であり、市町村一般会計からの法定外繰入による減免前の保険料に相当する。

1人当たり医療費と1人当たり所要保険料の相関について見たものが図7である。こちらは図4とは違い、わずかながら両者の間に正の相関が観察される。地域差指数0.1の上昇当たり約0.6万円の1人当たり所要保険料の増加がもたらされ、線形近似の決定係数は0.2～0.3ほどである。後期高齢者医療制度の下では支援金が加入者1人ひとりに均等に負担されるため、後期高齢者分の医療費の地域差は保険料には反映されない。それに対して、後期高齢者を廃止した場合には、65歳以上の医療費全てが加入者割合による調整対象となるため、とくに金額の大きい後期高齢者分の医療費の地域差が保険料に反映されることになると考えられる。

地域差指数は加入者の年齢構成の違いを調整した1人当たり医療費の対全国平均比であり、高齢化率と地域差指数との間の相関はない。現行制度に比べ、高齢化率と保険料の相関がやや弱まった分だけ、医療費と地域差指数との相関が生まれている、という解釈もできる。

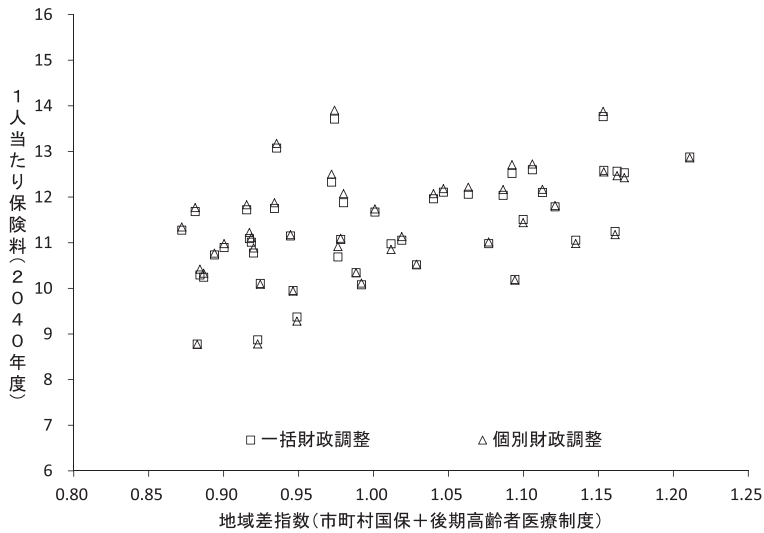


図7 制度改革後（既存の財政調整）の国保保険料と地域差指数との相関

(注) 地域差指数の出所は平成22年度厚生労働省保険局調査課「医療の地域差分析（医療費マップ）」の市町村国保+後期高齢者医療制度分。1人当たり保険料は筆者推計。単位は万円（2010年度価格）。1人当たり保険料は所要保険料であり、市町村一般会計からの法定外繰入による減免前の保険料に相当する。

以上、後期高齢者医療制度を廃止して、既存の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合には、1人当たり医療費との正の相関が新たに生まれることで、保険者にとっては医療費適正化へのインセンティブが若干もたらされる。しかしながら、1人当たり所要保険料と高齢化率との負の相関は保たれるため、高齢化率の高い自治体の負担は依然として軽減されるという負担の不公平の問題が残ることになる。

ここからは、後期高齢者医療制度を廃止した場合の財政調整のもう一つの候補であるリスク構造調整を行った場合の影響について考察する。図8は2020年度における1人当たり所要保険料を現行制度の場合とリスク構造調整の場合とで相関図により比較したものである。図5と比べると、リスク構造調整をすることによる1人当たり所要保険料への影響は大きいことが分かる。通常の方式である③平均給付費調整では、一人当たり保険料が増加する地域の方が多く、最大で3.7万円の増加となる一方、反対にマイナス1.7万円と大きく減少する地域もある。④実績給付費調整でも1人当たり所要保険料が増加する自治体が多いが、増減幅は③平均給付費調整に比べ小さく、最大1.7万円増、1.6万円減である。

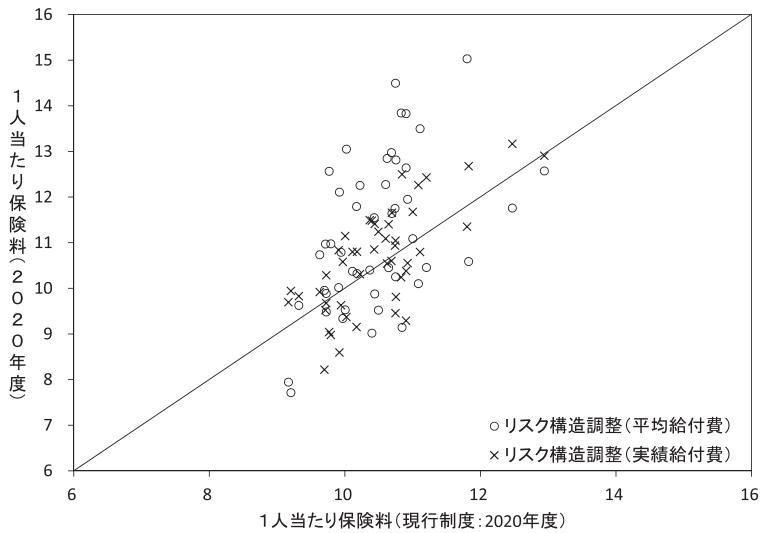


図8 制度改革後の国保保険料（リスク構造調整：2020年度）

(注) 筆者推計。単位は万円（2010年度価格）。1人当たり保険料は所要保険料であり、市町村一般会計からの法定外繰入による減免前の保険料に相当する。

実績給付費によってリスク構造調整をした場合、保険者  $i$  の所要保険料は

$$P(i) = B(i) + \frac{\sum_i B(i)}{\sum_i N(i)} N(i) - B(i) = \frac{\sum_i B(i)}{\sum_i N(i)} N(i) \tag{12}$$

と表される。1人当たり所要保険料は

$$p(i) = \frac{\sum_i B(i)}{\sum_i N(i)} \tag{13}$$

となり、保険者に関わらず1人当たり保険料は均一となる。図8で1人当たり保険料の差が生じているのは、財政力に応じて交付される調整交付金が自治体により異なるためである。

図9は、図8と同じ相関図を2040年度で見たものである。図8に比べ、分布の散らばりが大きくなっている。③平均給付費調整では現行制度に比べ1人当たり保険料が低くなる自治体が多く、最大で2.3万円増、マイナス3.2万円減である。これはむしろ、現行制度が将来の所要保険料をより高止まりさせることによるものと考えられる。④実績給付費調整では2020年度と同様、現行制度に比べ1人当たり所要保険料が高くなる自治体が多く、最大1.6万円増、マイナス2.0万円減である。

図9から観察される③平均給付費調整のもう一つの特徴は、現行制度下で1人当たり所要保険料が高い自治体は、平均給付費調整の下ではより1人当たり所要保険料が高くなるという点である。現行制度で1人当たり保険料が1万円高くなると、平均給付費調整下では1.3万円保険料が高くなる。平均給付費調整により医療費の地域差がより保険料に反映されやすくなることによると考えられる。

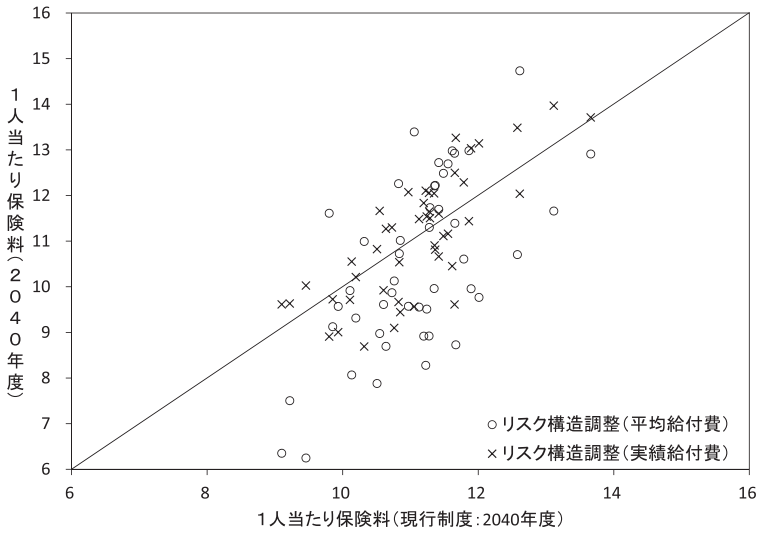


図9 制度改革後の国保保険料（リスク構造調整：2040年度）

(注) 筆者推計。単位は万円（2010年度価格）。1人当たり保険料は所要保険料であり、市町村一般会計からの法定外繰入による減免前の保険料に相当する。

図10はリスク構造調整の下での2040年度における1人当たり所要保険料と高齢化率の相関図である。図3、図6と同様に負の相関が観察されるがその程度は小さく、線形近似の決定係数は③平均給付費調整で0.16、④実績給付費調整で0.22となっている。リスク構造調整の下では、既存の財政調整

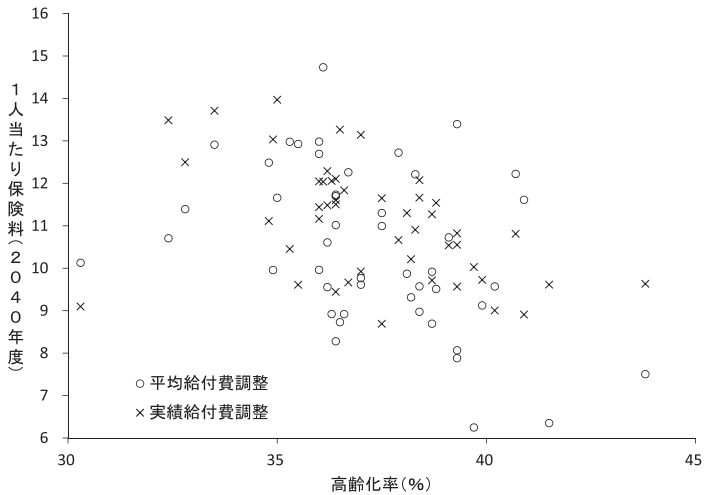


図10 制度改革後（リスク構造調整）の国保保険料と高齢化率との相関

(注) 高齢化率は国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口（平成25年3月推計）』の都道府県別年齢階層別人口より作成。1人当たり保険料は筆者推計。単位は万円（2010年度価格）。1人当たり保険料は所要保険料であり、市町村一般会計からの法定外繰入による減免前の保険料に相当する。





体の加入者に対して、より高い負担を求める仕組みとなっている。その反面、1人当たり医療費と1人当たり所要保険料の相関は弱く、医療費適正化の努力を自治体に求める際には、動機づけが困難な制度であると言える。また、現行制度がそのような特徴を持つ原因は、後期高齢者医療制度ではなくむしろ前期高齢者医療制度の財政調整によるものであることは上述のとおりである。

したがって、仮に後期高齢者医療制度を廃止しても、既存の財政調整を75歳以上にも拡大するだけでは、負担構造は現行制度とあまり変わらない。市町村国保財政を都道府県単位化し、都道府県に医療費適正化の努力を求めるのであれば、制度間でリスク構造調整を行うことで1人当たり医療費と1人当たり所要保険料の間の相関を高めることで、強いインセンティブを与えることができる。

しかしながら、リスク構造調整の有効性は今回の長期推計で定量的にも確認されたものの、その実現には障害も存在する。表1は、前節までで検討したさまざまな財政調整の下での1人当たり所要保険料と、所要保険料率の2040年度まで基本統計量をまとめたものである<sup>8)</sup>。

現行制度の下では、1人当たり所要保険料は平均で2010年度の10.3万円から2040年度の11.1万円へと増加し、標準偏差、最大最小の差ともに高まる。保険料率は、2010年度と2020年度、2030年度と2040年度がそれぞれ平均値で見ると似たような水準になり、標準偏差は将来は低下する一方、最大最小の差はやや拡大する傾向にある。全面総報酬割が導入された場合、1人当たり所要保険料でも保険料率でも全体的な水準が現行制度の場合よりも低下するが、値の散らばりについては現行制度下とほぼ同様である。全面総報酬割の導入は財政格差に対してはほとんど影響を及ぼさないとと言える。

後期高齢者医療制度を廃止して、既存の財政調整を75歳以上に拡大する場合、1人当たり所要保険料は拡大の仕方によらず2020年度と2030年度には平均値が現行制度よりも若干減少するが、2040年度には反対に若干増加する。値の散らばりは現行制度よりもやや広がる傾向が見られる。保険料率で見ると、平均値と標準偏差の推移は1人当たり所要保険料の場合とほぼ同様であるが、最大最小の差は現行制度よりも縮小する見通しとなっている。

リスク構造調整（平均給付費調整）では、1人当たり所要保険料は2020年度には平均で見て現行制度の場合よりも高まるが、2030年度、2040年度では反対に現行制度よりも低くなっている。しかしながら、標準偏差、最大最小の差は現行制度よりも明らかに大きく、値の散らばりが広がることが見て取れる。所要保険料率で見てもその傾向は同様であり、リスク構造調整導入の実現可能性について考える上での課題が垣間見える。

本稿の推計では、医療費の地域間格差は現状のままと想定しており、将来地域間格差の是正が図られるなら将来の保険料格差も本稿の推計より縮小するものと思われる。リスク構造調整の導入は、保険者にとって医療費の地域間格差縮小に向けた強い動機づけとなる。それが実際に功を奏して地域間格差が縮小するのであれば、より公平かつ効率的な医療保険制度の提供につながるが、さまざまな手立てをとっても医療費の地域間格差が縮小しないならば、市町村国保財政の財政力格差はますます拡

大することになる。医療費適正化に向けた取り組みは長らく続けられているが、目立った効果をもたらしていない。そのような状況において、かえって財政力格差を強めてしまう可能性もあるような制度改革に踏み切れるかどうか、というところに、リスク構造調整導入には高い障害があると言える。

なお、実績給付費に基づくリスク構造調整は、1人当たり保険料で見ると保険料率で見るとその影響の評価は異なってくる。1人当たり保険料では、現行制度よりも標準偏差と最大最小の差は拡大するが、保険料率では標準偏差と最大最小の差は縮小する。実績給付費に基づくリスク構造調整は1人当たり保険料を全制度で均一にするものであり、1人当たり保険料の差が出ているのは調整交付金制度によるものである。調整交付金制度が保険料負担に与える影響が、1人当たり保険料で見ると、保険料率で見ると異なってくると言うことができる。

表1 各制度下での保険料の分布

	1人当たり所要保険料(万円)				所要保険料率(%)			
	2010	2020	2030	2040	2010	2020	2030	2040
<b>現行制度</b>								
平均	10.3	10.5	11.1	11.1	15.3	15.2	16.0	15.9
標準偏差	0.7	0.8	0.9	0.9	2.6	2.1	2.0	2.1
最大値	11.8	12.9	13.6	13.7	21.7	21.7	22.8	23.6
最小値	8.7	9.2	9.3	9.1	10.5	11.7	12.2	12.1
<b>全面総報酬割</b>								
平均		10.2	10.7	10.7		14.8	15.4	15.4
標準偏差		0.7	0.9	0.9		2.0	2.0	2.1
最大値		12.6	13.2	13.2		21.1	22.1	22.9
最小値		8.9	9.0	8.8		11.3	11.7	11.7
<b>一括財政調整</b>								
平均		10.4	10.8	11.4		15.3	15.9	16.9
標準偏差		0.9	1.1	1.1		2.4	2.2	2.6
最大値		12.8	13.5	13.8		20.3	20.3	22.1
最小値		8.5	8.5	8.8		10.8	11.4	11.6
<b>個別財政調整</b>								
平均		10.4	10.8	11.4		15.5	16.0	17.0
標準偏差		0.9	1.1	1.1		2.4	2.2	2.5
最大値		12.8	13.5	13.8		20.6	20.6	22.0
最小値		8.5	8.5	8.8		10.8	11.5	11.7
<b>リスク構造調整(平均給付費)</b>								
平均		11.2	10.0	10.5		16.6	14.9	15.6
標準偏差		1.6	1.7	1.9		3.7	3.5	3.5
最大値		15.0	13.6	14.7		25.1	23.2	23.4
最小値		7.7	6.6	6.2		10.1	8.7	9.8
<b>リスク構造調整(実績給付費)</b>								
平均		10.6	10.9	11.1		15.5	15.8	16.3
標準偏差		1.1	1.2	1.3		1.5	1.5	1.5
最大値		13.2	13.6	14.0		18.0	18.3	18.8
最小値		8.2	8.6	8.7		11.0	11.2	11.6

## 7. 結論

本稿では、市町村国保の都道府県別長期推計モデルの改定版を用いて、高齢者医療にかかる財政調整と、将来の市町村国保財政の関係について定量的分析を行った。今回の分析で得られた知見は以下のとおりである。

「国民会議報告書」で示された、後期高齢者医療制度存続という方針転換は、高齢者医療にかかる財政調整を抜本的に見直す機会を失わせるものであり、大きなターニング・ポイントとなる。後期高齢者医療制度の下では、将来仮に市町村国保財政がさらなる悪化を見せた場合の救済策は公費負担の追加投入しかない。今回示された、全面総報酬割導入に伴う節約される国庫負担を市町村国保支援に充てるという考え方もその一つに過ぎず、高齢者医療給付費に関する負担構造を大きく変えるものとはならない。

本稿で示したように、現行制度は高齢化率の低い自治体の保険料負担を大きくするものとなっており、今後高齢化率の地域差が拡大していけば保険料負担の格差も拡大することになる。また、地域の医療費の多寡は所要保険料に反映されない仕組みとなっており、医療費適正化への努力を保険者に求める際、その実効性に課題が残る。

後期高齢者医療制度を廃止することで、財政調整方式にさまざまな選択肢が生じる。そのうち、現行の前期高齢者交付金（納付金）を援用する方式はあまり抜本的な負担構造の見直しとはならない。一方、全制度平均の1人当たり給付費と1人当たり所要保険料をもとにリスク構造調整を行うのであれば、自治体の保険料負担と高齢化率の負の相関はなくなり、地域の1人当たり医療費が保険料に強く反映される仕組みとなる。ただし、リスク構造調整は、保険者に医療費適正化へのインセンティブを与える点で有効性の高い制度改革ではあるが、医療費適正化が進展しない場合には自動的に保険料格差が高まることになる点为实现の際の障害となる。

今回、後期高齢者医療制度存続へと方針転換されたことで、高齢者医療制度の抜本的見直しの可能性は遠のいた。今後高齢化が進展していく中で、再び見直しへの機運が高まるとすれば、本稿で得られた知見が見直しに向けた議論の際の一助となるであろう。

### 〔補論〕 推計モデルの改定について

本稿で使用した市町村国保の都道府県別長期推計モデルの前回版からの改定部分は主に次の通りである。

#### (1) 全面総報酬割導入による公費負担の削減額

全面総報酬割導入について考えるためには、被用者保険の保険者別総報酬を推計する必要がある。

本稿のモデルでは、主な被用者保険であり資料入手が容易である協会けんぽ（一般）、組合健保、共済組合の3保険者間で総報酬割が行われるものとして推計を行った。

そのためにまず保険者別年齢階級別被保険者数の推計が必要になる。協会けんぽ（一般）と組合健保については、『健康保険・船員保険事業状況報告（平成22年度）』（厚生労働省）の年度平均被保険者数を『健康保険・船員保険被保険者実態調査（平成22年10月）』（厚生労働省）から得られる年齢階級別被保険者数の割合で按分したものを年齢階級別被保険者数とし、共済組合については、「医療保険制度に関する基礎資料（平成24年12月）」（厚生労働省保険局調査課）から得られる年齢階級別被保険者数（平成22年度平均）をそのまま用いた。これらを『平成22年国勢調査』より得られる年齢階級別人口で除し、3保険者の年齢階級別被保険者割合を求めた。被保険者割合は将来も一定であるとして、『日本の将来推計人口（平成24年1月推計）』（国立社会保障・人口問題研究所）の年齢階級別人口から2040年までの5年おきの保険者別被保険者数を推計した。

同時に、保険者別年齢階級別被扶養者数の推計も必要となる。協会けんぽ（一般）と組合健保については、『健康保険・船員保険被保険者実態調査（平成22年10月）』（厚生労働省）から得られる被保険者の年齢階級別×被扶養者の年齢階級別被扶養者数を加工して、被保険者1人当たり被扶養者数を被保険者の年齢階級別×被扶養者の年齢階級別に求め、それが将来も一定であるとしてそれぞれの年の年齢階級別被保険者数に乘じることで、それぞれの年齢階級別被扶養者数を推計した。共済組合については同様の資料がないため、組合健保の計数を代理として用いた。組合健保の被保険者の年齢階級別×被扶養者の年齢階級別・被保険者1人当たり被扶養者数と年齢階級別被保険者数（平成22年度平均）から計算される被扶養者年齢階級別被扶養者数が、「医療保険制度に関する基礎資料（平成24年12月）」（厚生労働省保険局調査課）から得られる年齢階級別被扶養者数（平成22年度平均）と等しくなるよう、被保険者の年齢階級別×被扶養者の年齢階級別・被保険者1人当たり被扶養者数を比例調整し、それを加工して被保険者の年齢階級別×被扶養者の年齢階級別・被保険者1人当たり被扶養者数とした。将来の被扶養者数の推計方法はその他と同様である。

これを踏まえ、保険者別総報酬額の推計は次の手順で行った。まず、協会けんぽ（一般）と組合健保について、『健康保険・船員保険被保険者実態調査（平成22年10月）』（厚生労働省）から得られる年齢階級別平均総報酬額が、福井（2013）で想定されている賃金上昇率で増加していくものとして将来の年齢階級別平均総報酬額を推計し、年齢階級別被保険者数に乘じてそれぞれの総報酬額を推計した。共済組合については、「医療保険制度に関する基礎資料（平成24年12月）」（厚生労働省保険局調査課）から得られる総報酬額28.8兆円に合うように組合健保の年齢階級別1人当たり平均総報酬額を比例的に調整したものを足元の年齢階級別1人当たり平均総報酬額とし、他と同様の手順で将来の総報酬額を推計した。

以上の準備の下、福井（2013）で示された手順により推計される加入者1人当たり後期高齢者支援

金と3保険者の合計加入者数とから、3保険者が負担する後期高齢者支援金総額を求め、現行制度においてはその2/3が加入者数に応じて、1/3が3保険者の総報酬額割合に応じて負担されるとして各保険者の後期高齢者支援金を求めた。全面総報酬割においてはすべてが総報酬額割合に応じて負担されるとして各保険者の後期高齢者支援金を求め、全面総報酬割導入による協会けんぽの後期高齢者支援金の削減額を2040年度までの5年おきに求めた（2015年度で2,606億円）。その分の公費負担だけが市町村国保の後期高齢者支援金の削減に用いられるとして、加入者1人当たり後期高齢者支援金を推計し、それと市町村国保の都道府県別被保険者数に基づいて2040年度までの都道府県別後期高齢者支援金を推計した。その後、1人当たり所要保険料の推計までは福井（2013）に示した手順の通りである。

## （2）後期高齢者医療制度廃止の場合の長期推計

まず、後期高齢者医療制度が廃止された場合の65歳以上の市町村国保被保険者数の推計が必要となる。ベースとしたのは『国民健康保険実態調査（平成19年度）』（厚生労働省）統計表（市町村票）から得られる都道府県別×年齢階級別被保険者数であり、これが『国民健康保険事業年報（平成19年度）』（厚生労働省）の保険者別データから集計される市町村国保被保険者数（年度末）総数と一致するように比例調整した。これを「人口推計」（総務省）から得られる2007年10月時点の人口で除したものを都道府県別×年齢階級別被保険者割合とした。このうち、75歳以上の5歳刻みの被保険者割合と将来推計人口を用いて、後期高齢者医療制度が廃止された場合の75歳以上市町村国保被保険者数を推計した。また、65-74歳の後期高齢者医療制度対象者は一般の市町村国保被保険者割合と同率で市町村国保に移行するものと想定した。

保険料率の推計を行うには75歳以上被保険者の都道府県別×年齢階級別所得の推計も必要となる。『後期高齢者医療制度被保険者実態調査（平成22年度）』から得られる所得階級別×年齢階級別被保険者数を用いて、平均所得を中位値と仮定して全国平均の年齢階級別平均所得を推計した。一方で、同調査から得られる都道府県別×所得階級別被保険者数から、同様にして都道府県別平均所得を推計した。次に、全国平均の平均所得と後期高齢者制度被保険者数から都道府県別×年齢階級別1人当たり所得を計算したものを、先ほど計算した都道府県別平均所得が総額で再現されるように比例調整した。こうして求めた75歳以上の都道府県別×年齢階級別1人当たり所得と将来推計人口より2040年までの所得を推計した。65-74歳の後期高齢者医療制度対象者の1人当たり所得は、一般被保険者と同と仮定した。

4通りの新たな財政調整の推計方法は以下の通りである。①一括財政調整の場合の納付金（交付金）は、

一括財政調整における納付金（マイナスの場合交付金）

$$= \text{当該保険者の1人当たり高齢者給付費} \times \text{当該保険者の加入者数} \\ \times (\text{全国平均の高齢者加入率} - \text{当該保険の高齢者加入率})$$

として算定される。②個別財政調整の場合、前期高齢者納付金（交付金）は現行制度のまま存続し、それに加え

一括財政調整における75歳以上給付費にかかる納付金（マイナスの場合交付金）

$$= \text{当該保険者の1人当たり75歳以上給付費} \times \text{当該保険者の加入者数} \\ \times (\text{全国平均の75歳以上加入率} - \text{当該保険の75歳以上加入率})$$

が加わる。

③リスク構造調整（平均給付費調整）の場合、全制度平均の1人当たり給付費から全制度共通の1人当たり保険料を算定する必要がある。まず、「医療保険制度に関する基礎資料（平成24年12月）」（厚生労働省保険局調査課）から得られる年齢階級別給付費と年齢階級別加入者数（医療保険制度計）から2010年度の年齢階級別1人当たり給付費を推計し、これを福井（2013）のケース1の伸び率を用いて2040年度までの年齢階級別1人当たり給付費（全国平均）とした。一方で、2010年度の年齢階級別加入者数（医療保険制度計）を『平成22年国勢調査』（総務省）の年齢階級別人口で除した加入者割合が将来も一定として、将来推計人口との積より将来の加入者数を求め、これと先ほど計算した1人当たり給付費とより、将来の1人当たり所要保険料（全制度平均）を推計した。財政調整額は、

リスク構造調整（平均給付費調整）における納付金（マイナスの場合交付金）

$$= \text{1人当たり所要保険料（全制度平均）} \times \text{当該保険加入者数} \\ - \sum (\text{年齢階級別1人当たり給付費（全制度平均）} \times \text{年齢階級別加入者数})$$

と算定される。④リスク構造調整（実績給付費調整）はより単純であり、

リスク構造調整（平均給付費調整）における納付金（マイナスの場合交付金）

$$= \text{1人当たり所要保険料（全制度平均）} \times \text{当該保険加入者数} - \text{当該保険給付費}$$

と算定される。

## 注

\*本稿の研究の一部は科学研究費補助金・基盤研究（C）12008193からの助成を受けている。本誌の2名の匿名の査読者からは貴重かつ有益なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。

- 1) 具体的には、新制度で75歳以上の大半が加入することになる市町村国保については、2013年度からは75歳以上の給付費については都道府県単位の財政運営とし、75歳未満の財政運営については都道府県単位化の準備を進め、2018年からは全年齢を対象に都道府県単位の財政運営を行うという改革案となっている。
- 2) 厚生労働省の試算によれば、平成23年度に、全面加入者割の下では、加入者1人当たり総報酬が573万円の保険者では拠出を賄うための所要保険料率は0.8%、加入者1人当たり総報酬が146万円の保険者では同じく3.2%と2.4%ポイントの差が生じるところ、総報酬割の一部導入により、前者は1.2%と0.4%ポイントの負担増、後者は2.7%とマイナス5.0%ポイントの負担減となり、所要保険料率の格差は若干縮小した（出所：第58回社会保障審議会医療保険部会（平成24年11月16日）資料2）。
- 3) 全面総報酬割により生ずる財源とは、加入者割がなくなることにより協会けんぽの後期高齢者支援金が軽減され、支援金に対する公費負担16.4%分が不要となるものであり、平成27年度時点で2,300億円とされる（第14回社会保障制度改革国民会議参考資料2-2）。
- 4) 広義のリスク構造調整は、年齢構成の違いだけでなく負担能力の違いなども調整する場合も含む。年齢構成の違いのみを調整する場合は年齢リスク構造調整とも呼ばれる。日本においては所得形態の違いや所得捕捉の問題から、加入者の負担能力の違いに対処した財政調整を容易には行えないという欠点もあるものの、これはリスク構造調整特有の課題ではなく、医療保険制度そのもの、あるいは税制の課題でもある。
- 5) 本稿は市町村国保（都道府県単位化あるいは国保保険者が都道府県となることを前提とした都道府県単位の保険者を想定）を考察の対象としているが、本節に限っては被用者保険または現行の市町村国保も含む一般的な保険者についての議論となっている。
- 6) 厳密には、前期高齢者加入率が全国平均よりも著しく低い保険者の前期高齢者納付金が過大とならないようにする措置、1人当たりの前期高齢者給付費が著しく高い保険者について財政調整外とする措置、前期高齢者納付金と後期高齢者支援金の合計が著しく高くなる保険者について、前期高齢者納付金を全保険者で公平に再按分する措置などがある。
- 7) 前期高齢者医療制度を通じて、高齢化率の低い保険者から高齢化率の高い保険者へと負担が転嫁されているととらえることもできる。
- 8) 後期高齢者医療制度廃止の場合の保険料率の推計方法についても補論で述べる。

## 〔参考文献〕

- 一圓光彌（1995）、「医療保障における世代間移転」、『季刊社会保障研究』第31巻第2号142-150頁。
- 岩本康志（1996）、「試案・医療保険制度一元化」、『日本経済研究』第33号、119-144頁。
- ・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』第43号、174-201頁。
- ・福井唯嗣（2007）、「医療・介護保険への積立方式の導入」、『フィナンシャル・レビュー』、第87号、



2007年9月、44-73頁。

上田淳二・堀内義裕・森田健作（2010）、「医療費および医療財政の将来推計」、KIER Discussion Paper Series No.0907。

小椋正立・入船剛（1990）、「わが国の人口の高齢化と各公的医療保険の収支について」、『フィナンシャル・レビュー』第17号、51-77頁。

中田大悟（2013）、「都道府県別医療費の長期推計」、『季刊社会保障研究』第48巻第4号、423-435頁。

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』第30号、215-238。

# Healthcare System for the Elderly and Municipal NHIs' Finance

Tadashi FUKUI

## Abstract

The final report submitted by the National Council on Social Security System Reform included a newly revised proposal for reforms to the healthcare system. The report proposed the continuing of the Healthcare System for the Later-Stage Elderly (HSLE), of which the abolition had been planned before. Additionally, the report advocated all contribution of the insurers for the employees to the HSLE to be allocated in proportion to total rewards of employees in each insurer. The governmental subsidy saved by the reallocation is to be used as an additional financial support for municipally managed National Health Insurances (NHIs).

In this paper, we used a revised long-term projection model of municipal NHIs' finance to estimate the effect of such new policies on the future insurance premium of municipal NHIs. The abolition of the HSLE enables various financial adjustments between insurers that take the place of the present system. We examined what kind of financial adjustment is preferable for the future municipal NHIs' finance.

We found that NHIs' insurance premium and the rate of aging have negative correlation under the present system and that insurance premium does not clearly reflect to the medical expenditure in each area. In an aging society, we need a new financial adjustment system under which the insurance premium correlates to the regional medical expenditure more substantially.

**Keywords :** Municipal National Health Insurance, Future Projection, Healthcare Benefits, Financial Adjustment between Insurers, Regional Difference