

協会けんぽ財政の将来推計

福 井 唯 嗣

要 旨

2008年10月、政府管掌健康保険の運営主体は、全国健康保険協会に移管され、政管健保の下では全国一律であった保険料率が都道府県単位で定められることとなった。

今後全国レベルで高齢化が進展し、医療給付費が増大していくことが見込まれる中、つぎはぎの形で整備されてきたわが国の医療保険制度は、高齢者医療を各保険者がどのように分担して支えていくかという点について様々な改革案が検討、時には実施されつつ、根本的な解決には至らないまま迷走を続けている。

本稿では、福井（2013、2014）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を拡張し、協会けんぽの都道府県支部別保険料率の将来動向と、それを左右する要因についての定性的分析を行った。今回の分析で得られた知見は以下のとおりである。

市町村国保と比べ、協会けんぽの将来の財政見通しはさほど深刻なものではなく、それには所得調整の仕組みによる応能負担が寄与している。

協会けんぽ創設時に導入された都道府県支部別の保険料率設定は、主として加入者に対する医療費の地域差を反映する形となっている。それが都道府県レベルでの医療費適正化の動きと連動すれば大きな成果を生む可能性を秘めている。

ただし、現在とられている保険料率の激変緩和措置は、長期的視野に立てば各支部に対する医療費適正化のインセンティブを弱めることに繋がりがかねない。単に保険料率の支部別格差を緩和するためだけの措置は予定通り撤廃されることが望まれる。

キーワード：協会けんぽ、将来推計、医療給付費、財政調整、地域格差

1. 序論

2008年10月、健康保険組合を持たない中小事業所の従業員（一般被保険者）とその家族を主たる加入者として運営されてきた政府管掌健康保険（政管健保）の運営主体は、公法人である全国健康保険協会に移管され、政管健保は全国健康保険協会管掌保険（協会けんぽ）へと衣替えした。それに伴い、政管健保の下では全国一律であった保険料率が2009年10月から都道府県単位で定められることとなるなどの制度改正が行われた。

「都道府県単位」というキーワードは、近年の医療保険制度改革を見る上で重要なもののひとつである。2008年度に創設された後期高齢者医療制度では、75歳以上である被保険者が負担する保険料は都道府県を単位とする広域連合別で定められることになった。また、「社会保障と税の一体改革」においても、市町村国保財政の都道府県単位化による財政基盤強化が予定されており、「社会保障制度改革推進本部」の下におかれた「医療・介護情報の活用による改

革の推進に関する専門調査会」の中での議論においても、都道府県単位での医療提供状況の目標値を定めることなどが検討されている。

今後全国レベルで高齢化が進展し、医療給付費が増大していくことが見込まれる中、健保組合、政管健保、共済組合、市町村国保、国保組合、船員保険とつぎはぎの形で整備されてきたわが国の医療保険制度は、高齢者医療を各保険者がどのように分担して支えていくかという点について様々な改革案が検討、時には実施されつつ、根本的な解決には至らないまま迷走を続けている。

本稿では、福井（2013、2014）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を拡張し、協会けんぽについても2040年までの都道府県別支出額と、それを賄うための保険料率について推計し、協会けんぽの創設と都道府県支部単位別の保険料率設定が持つ意味について、市町村国保と比較する形で定性的に検証する。

本稿の構成は以下の通りである。第2節は、協会けんぽをとりまく今後の環境変化の見通しについて概観する。第3節は、今回の拡張版モデルにおける協会けんぽ財政の将来推計方法について説明する。第4節は、拡張された推計モデルをもとにした将来見通しにより、協会けんぽ財政の長期的見通しの結果をまとめた上で、それを左右する要因やその政策的含意について考察する。第5節は、本稿の分析で得られた帰結がまとめられる。

2. 協会けんぽ財政が置かれた環境

協会けんぽも他の保険者と同様、高齢化の進展によって高齢者医療を支えるための負担増大が見込まれる。表1は、各支部単位の協会けんぽの加入者に占める前期高齢者の割合の見通しを示したものである。比較のため、都道府県単位の市町村国保の同割合および、都道府県単位の高齢化率の見通しも合わせて示している。

表1がまず示すのは、今後数十年にわたる高齢化率の着実な進展である。都道府県別高齢化率の平均値が上昇していくのに対して標準偏差がさほど高まらないことは、高齢化の進展はさほど発散的でないことを示唆している。また、将来にわたって市町村国保の65-74歳被保険者割合は全国の65歳以上人口割合よりも高い。わが国の制度上、退職被用者とその家族の多くが市町村国保に加入することになるため、高齢化進展の影響は主に市町村国保に働くことも表は示している。

本稿が考察の対象とする協会けんぽについては、65-74歳加入者割合は市町村国保に比べ高くないものの、将来高齢化の進展によって高まることは変わらない。また、標準偏差の高まりも見られ、65-74歳加入者割合の最小値が2010年度から2040年度にかけて1.4ポイント上昇するだけであるのに対して、最大値は2.8ポイント高まっている。協会けんぽにとっての高齢化の進展とそれに伴う保険給付費の増大は、むしろ市町村国保よりも深刻なものとなるのでは

表1 協会けんぽの前期高齢者割合の見通し

	単位 %			
	平均値	標準偏差	最大値	最小値
協会けんぽ				
2010	4.8	0.5	5.9	3.5
2020	6.1	0.6	8.3	5.1
2030	5.6	0.6	7.7	4.6
2040	7.0	0.9	8.7	4.9
市町村国保				
2010	32.5	3.7	40.4	17.7
2020	39.8	4.5	49.1	23.5
2030	36.3	3.7	43.7	23.8
2040	41.5	3.6	50.3	26.8
高齢化率				
2010	24.6	2.6	29.6	17.4
2020	31.0	2.9	37.2	22.9
2030	33.6	3.0	41.0	26.5
2040	37.3	2.5	43.8	30.3

(注) 都道府県別高齢化率は国立社会保障・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)』、その他は筆者推計。

ないかとも推察される。

もう一つ、協会けんぽ各支部の財政を左右するのは、医療費の地域差である。図1は、「医療費分析」(全国健康保険協会)と「医療費の地域差分析」(厚生労働省保険局)により公表されている2010年度における都道府県別医療費の地域差指数(年齢構成の違いを加味してもなお残る医療費の格差)の相関図である。

図1から、次の2つの示唆を得ることができる。第一の示唆は、制度に関わらない医療費の地域差が存在することである。市町村国保の被保険者であるか協会けんぽの加入者であるかに関わらず、都道府県ごとの地域差指数には一定程度の相関がみられ、線形近似では決定係数が0.73と高い説明力を示している。医療機関の受診に際してはわが国ではフリーアクセスであり、医療保険の加入先が診療内容等を左右することはあまり考えられない。高齢化の進展や医療保険制度のあり方以外のところ、すなわち、地域の医療需要動向や医療提供体制といったあたりに医療費の地域間格差を生む源泉があるということを図は示していると言える。

図1が示す第二の示唆は、市町村国保に比べ協会けんぽの方が地域差指数の散らばりが小さいことである。線形近似では、市町村国保の地域差指数が1だけ高まっても、協会けんぽの地域差は0.43高まる程度である。本稿が考察の対象とする協会けんぽの側から見れば、医療費の地域間格差は市町村国保ほど深刻でないことを意味している。ただし、それはあくまで相対的な見方であり、医療費の地域差を是正するための保険者としての取り組みは、市町村国保に対してだけでなく協会けんぽにも求められるべきである。そのような取り組みを促す一つの方

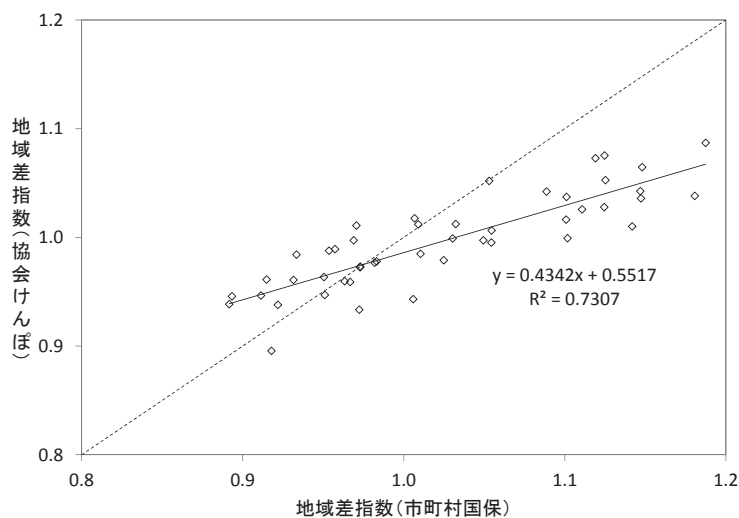


図1 市町村国保と協会けんぽの医療費の地域差指数の相関図

(注) 縦軸の地域差指数(協会けんぽ)は「年齢階級別診療別地域差指数等」(全国健康保険協会)で報告されている年齢計の指数(地域差指数-1)を全国平均=1で再基準化したものである。

法は、年齢構成の違いによる影響を除いた上で医療費の地域差が保険料に直結するような仕組みをとることで、保険者および加入者に対して医療費抑制に向けた取り組みを行うインセンティブを与えることである。

協会けんぽの前身は政府管掌健康保険(政管健保)であり、健康保険組合(組合健保)を持たない民間事業所の被保険者及びその家族に対して公的医療保険サービスを提供する制度である。旧社会保険庁によって運営されていた政管健保の財政状況は健保組合や公務員等およびその家族を加入者とする各種共済組合に比べて脆弱であるため、国庫負担による財政補助が行われてきており、そのことが他の被用者保険からの批判の対象にもなっていた。

政管健保にとって大きな転換点となったのが2008年10月における協会けんぽへの制度移管である。それに伴う従業員の身分変更等は脇に置くとして、加入者にとって大きな変化となったのは、それまで全国一律であった保険料率が都道府県単位で差別化されることになったことである。それにより、協会けんぽにおいても市町村国保と同様の地域差が生じる土台が生まれた。このことは、上述のような医療費抑制への誘因づけとして機能することも期待される。本稿はその長期的な影響について考察することを最大の目的としている。

高齢化と医療給付費の増大の関連性に関する先行研究には、小椋・入船(1990)、岩本他(1997)、岩本・福井(2007)、上田他(2010)など多くある。そうした中で、本稿の分析と特に関わりの深いものが中田(2013)である。

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いる。本稿の分析のベースとなっている都道府県別制度別医療保険財政推計モデル

と、中田（2013）の推計方法とにはいくつかの共通点と相違点とがある¹⁾。それらを大まかに分類すると、第一に、将来推計の出発点となる1人当たり医療費をどのように設定するか、第二に将来の医療費の伸びをどのように設定するか、第三に加入者の年齢構成の推移がどのようなものになるか、にある。これらの想定の違いは将来の保険料水準の推計結果を大きく左右することになるが、本稿が考察の対象としたいのは水準そのものではなくその地域差にある。そのうち、本稿の分析ではとくに第三の高齢化の進展度合いの地域間格差に焦点を当てる形でモデル設定を行っている。

本節における推計に用いた推計モデルは福井（2013）で使用した市町村国保財政の都道府県別長期推計モデルの拡張版にあたり、協会けんぽ財政の都道府県別推計も可能となっている。

3 推計の枠組み

協会けんぽ財政についての将来推計の方法について述べる前に、協会けんぽを含めた公的医療保険制度の財政構造について概観しておく。

図2は公的医療保険制度のうち主な保険者についてその財政状況をまとめたものである。被用者保険である協会けんぽと組合健保からは、給付費以外にも高齢者医療制度に係る財政調整分（後期高齢者支援金および前期高齢者納付金）が支出されている。協会けんぽに対しては、

後期高齢者医療制度		後期高齢者に係る財政調整		前期高齢者に係る財政調整	
(支出)	(収入)				
給付費 12.2	保険料 0.9				
	公費 6.1				
	後期高齢者支援金 5.2				
		公費による財政支援			

組合健保		市町村国保(一般)		協会けんぽ	
(支出)	(支出)	(支出)	(支出)	(支出)	(支出)
給付費(0-64歳) 3.0	給付費(0-64歳) 3.7	給付費(0-64歳) 3.6	給付費(0-64歳) 3.6	給付費(0-64歳) 3.6	給付費(0-64歳) 3.6
給付費(65-74歳) 0.3	給付費(65-74歳) 4.5	給付費(65-74歳) 0.6	給付費(65-74歳) 0.6	給付費(65-74歳) 0.6	給付費(65-74歳) 0.6
前期高齢者納付金 1.1		前期高齢者納付金 1.1	前期高齢者納付金 1.1	前期高齢者納付金 1.1	前期高齢者納付金 1.1
後期高齢者支援金 1.5	後期高齢者支援金 1.2	後期高齢者支援金 1.6	後期高齢者支援金 1.6	後期高齢者支援金 1.6	後期高齢者支援金 1.6
(収入)	(収入)	(収入)	(収入)	(収入)	(収入)
保険料(0-64歳) 2.9	保険料(0-64歳) 1.6	保険料(0-64歳) 3.1	保険料(0-64歳) 3.1	保険料(0-64歳) 3.1	保険料(0-64歳) 3.1
保険料(65-74歳) 1.3	保険料(65-74歳) 0.8	保険料(65-74歳) 1.4	保険料(65-74歳) 1.4	保険料(65-74歳) 1.4	保険料(65-74歳) 1.4
保険料(支援金) 1.6	保険料(支援金) 0.5	保険料(支援金) 1.5	保険料(支援金) 1.5	保険料(支援金) 1.5	保険料(支援金) 1.5
	前期高齢者交付金 2.7				
	公費(0-64歳) 2.2	公費(0-64歳) 0.6	公費(0-64歳) 0.6	公費(0-64歳) 0.6	公費(0-64歳) 0.6
	公費(65-74歳) 1.0	公費(65-74歳) 0.3	公費(65-74歳) 0.3	公費(65-74歳) 0.3	公費(65-74歳) 0.3
	公費(支援金) 0.7	公費(支援金) 0.2	公費(支援金) 0.2	公費(支援金) 0.2	公費(支援金) 0.2

図2 主要な公的医療保険制度の財政構造

(注)「医療保険に関する基礎資料(平成23年度)」(厚生労働省保険局調査課)より作成。単位は兆円。

給付費および財政調整分等に対して16.4%の国庫負担があり、平成23年度には65歳未満の給付費について0.6兆円、前期高齢者の給付費及び前期高齢者納付金について0.3兆円、後期高齢者支援金について0.2兆円が公費により負担されている。推計の際には、給付費だけでなく制度間財政調整についても考慮する必要がある。

さらに、協会けんぽでは、都道府県支部間でも財政調整が行われ、その上で都道府県支部別の保険料率が設定されている。図3はその模式図を示している。給付費のうち、第2号経費（現金給付費・前期高齢者納付金・後期高齢者支援金等）と第3号経費（業務経費・一般管理費・収支差）については、制度全体の総報酬により按分されている（共通料率）。さらに、医療給付費（第1号経費）に対しては、3-4節で詳述するような年齢調整と所得調整が行われている。さらに、調整後の医療給付費を当該支部の総報酬額で除した保険料率に対して、都道府県間の格差を縮小するための激変緩和率が適用され、最終的な都道府県支部別の保険料率が算定されている。

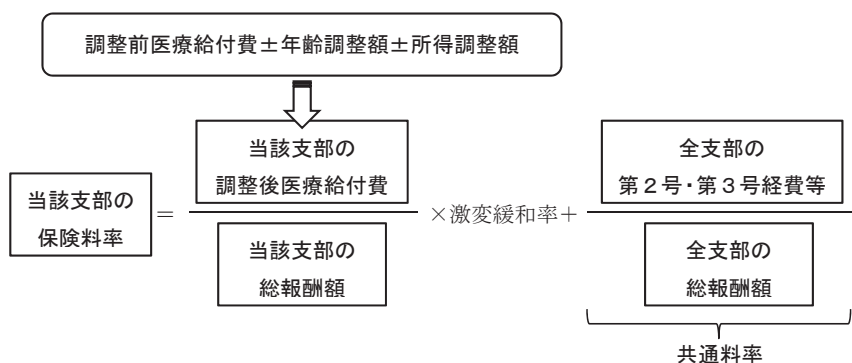


図3 支部別保険料率算定の模式図

以上のような制度間財政調整を考慮した上で、本稿では、都道府県単位での協会けんぽ保険料率を2015年度から2040年度までの期間について5年おきに推計した。

3-1 被保険者数および被扶養者数の推計

推計の基本となる人口見通しとして、2010年度については『平成22年国勢調査』（総務省統計局）の都道府県別×年齢階級別人口を、2015年度から2040年度までについては国立社会保障・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）』の都道府県別×年齢階級別人口を用いた。

将来の協会けんぽ（一般）の被保険者数（および被扶養者数）は、2010年度における都道府県別×年齢階級別の割合（対人口比）が将来も一定であると仮定して、それを各年度の人口に乗じることで推計した。推計に用いた都道府県別×年齢階級別被保険者および被扶養者数

は、『健康保険・船員保険実態調査』（厚生労働省保険局）によった。

3-2 医療給付費と現金給付費の推計

将来の医療給付費を推計するために必要となる1人当たり医療給付費の推計手順は以下の通りである。

推計の足許となる2010年度については、『医療費基本情報』（全国健康保険協会）にある2010年度における被保険者（被扶養者）の都道府県別×10歳年齢階級別レセプト点数（調剤を含んだ点数）を年度集計し、『健康保険・船員保険実態調査』（厚生労働省保険局）から推計される全国ベースの5歳年齢階級別1人当たり点数と組み合わせることで都道府県別×5歳年齢階級別レセプト点数を生成した。最後にそれを金額化して都道府県別×5歳年齢階級別被保険者数（被扶養者数）で除すことで、2010年度の1人当たり医療給付費とした。

1人当たり医療給付費の将来の伸びについて、本稿では「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」（厚生労働省保険局 平成22年10月25日）参考試算に基づき、伸び率を年2.5%（医療高度化等分1.5%＋診療報酬改定分1%）とした²⁾。

将来の名目賃金上昇率は2025年度までは「医療・介護に係る長期推計」の改定版にあたる「社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）」（厚生労働省）の想定を用いた。2025年度以降は2025年度の名目賃金上昇率（年2.4%）で一定とした。

以上の準備の上で、2010年度の1人当たり医療給付費、単価の伸びの累積値（2010年度＝1）、被保険者数の3つを乗じるという計算をそれぞれの年度について都道府県別×年齢階級別に行い、都道府県ごとに集計することで、それぞれの年度の都道府県別医療給付費が推計される。

現金給付費のうち、被保険者に対する傷病手当金と出産手当金についての都道府県別×年齢階級別給付費は、『現金給付受給者状況調査』（全国健康保険協会）から得られる。このうち傷病手当金については2010年度における『健康保険・船員保険実態調査』（厚生労働省保険局）の傷病手当金の給付額に総額が合うように比例調整した。出産手当金については、これ以外の同様の給付として出産育児一時金および家族出産育児一時金がある。そこで、これら3つの給付額に対する出産手当金の比率を都道府県ごとに求め、それを都道府県別×年齢階級別被保険者1人当たり出産手当金に乗じたものを1人当たりの総給付額とした。将来における給付費の伸びは賃金上昇率と等しいとした。

3-3 総報酬額と財政調整額の推計

ここでは各年度の保険料負担を推計する手順について述べる。

まず、保険料が賦課される各年度の総報酬額の推計についてである。『健康保険・船員保険実態調査』（厚生労働省保険局）にある被保険者の年齢階級別平均総報酬額に都道府県別×年

年齢階級別被保険者数を乗じたものを都道府県別×年齢階級別総報酬額（調整前）とし、その按分比で『健康保険・船員保険事業年報 平成22年度』（厚生労働省保険局）の都道府県別所得総額を按分したものを都道府県別×年齢階級別所得総額（調整後）とした。さらにそれを都道府県別×年齢階級別被保険者数で改めて除すことで、2010年度の被保険者1人当たり総報酬額とした。

次に、保険者間の財政調整に関する推計についてまとめる。

医療給付費のうち65-74歳分は前期高齢者医療制度による財政調整を考慮する必要がある。協会けんぽの前期高齢者納付金は全国レベルで拠出され、総報酬額に応じて各都道府県支部で分担される。したがって、前期高齢者納付金（交付金）の大まかな算定式、

$$\begin{aligned} & \text{当該保険者の納付金（マイナスの場合交付金）} \\ & = \text{当該保険者の1人当たり前期高齢者給付費} \times \text{当該保険者の0~74歳加入者数} \\ & \quad \times (\text{全国平均の前期高齢者加入率} - \text{当該保険者の前期高齢者加入率}) \end{aligned}$$

に従い、全国ベースの前期高齢者納付金を推計した³⁾。

後期高齢者支援金を推計するためには、後期高齢者に係る医療給付費を推計する必要があるが、それについては福井（2013）と同様の手順をとった。まず、被保険者を一般被保険者と現役並み所得者に区分した上で、『医療給付実態調査』（厚生労働省保険局）にある2010年度における後期高齢者制度被保険者の都道府県別×年齢階級別診療費を年齢階級別給付割合（一般被保険者は0.9、現役並み所得者は0.7）と乗じてから都道府県別に集計したものを都道府県別給付費（調整前）とする。次に、2010年度の『後期高齢者医療事業状況報告』にある都道府県別保険給付費を都道府県別給付費（調整前）で除したものを調整係数とする⁴⁾。最後に、都道府県別×年齢階級別診療費に調整係数を乗じたものを被保険者数で除し、2010年度の1人当たり医療給付費とする。

1人当たり医療給付費に単価の伸びの累積値、被保険者数を乗じるという計算をそれぞれの年度について都道府県別×年齢階級別に行い、都道府県ごとに集計することで、それぞれの年度の都道府県別医療給付費が推計される。一般被保険者分と現役並み所得者分の和が、財政調整の対象である後期高齢者の医療給付費となる。

医療給付費のうち後期高齢者が負担する割合は、現行制度に合わせ、

$$\begin{aligned} \text{後期高齢者負担割合} & = \text{2010年度の負担割合 (10.26\%)} \\ & \quad + \text{2010年度の若人負担割合 (39.74\%)} \times \text{若人減少率} / 2 \end{aligned}$$

ただし、

$$\text{若人減少率} = \frac{2010 \text{ 年度の若人人口} - \text{当該年度の若人人口}}{2010 \text{ 年度の若人人口}}$$

という算定式に基づき、各年度の75歳未満人口をもとに設定した⁵⁾。医療給付費から公費負担分(50%)と後期高齢者負担分とを除いたものを若人負担分とした。

若人負担分は、各保険者の75歳未満の加入者数に応じて分担され、後期高齢者支援金として拠出が求められる。さらに、被用者保険においては後期高齢者支援金の3分の1については被保険者の総報酬額に応じて拠出金の調整が行われる(総報酬割)。協会けんぽの支援金の推計にあたっては、全国の75歳未満人口で除したものを若人1人当たり支援金とし、それに協会けんぽ、組合健保、共済組合の被保険者数を乗じることで被用者保険負担分の支援金総額を推計したうえで、別途3保険者の総報酬額を推計し、その按分比で協会けんぽ負担分の支援金を求めた。

3-4 保険料率の推計

以上の準備の上で、各年度の保険料負担を推計する手順について述べる。

協会けんぽの支出のうち、医療給付費、現金給付費、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金、業務経費、一般管理費には、現行16.4%の国庫補助がある。そのため保険料率算定に際してはその分を差し引く必要がある。前の4つについては、上述の支出額のうち国庫負担にあたる部分を保険料率算定に用いた。

協会けんぽの保険料率算定は、都道府県単位の保険料率(第1号保険料率)と全国一律の共通料率の2つからなる。前者は国庫負担を除く医療給付費(法第160条第3項第1号経費)によって決まり、後者は主に現金給付費、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金(同第2号経費)と業務経費・一般管理費等(同第3号経費)によって決まる(いずれも国庫補助を除く)。

第3号経費については、毎年度公表されている「都道府県支部ごとの収支決算」(全国健康保険協会)の中からその値を得ることができる。本稿では、2010年度における第3号経費の対医療給付費が今後も一定であるとして将来の推計額とした。

第2号経費と第3号経費については、各支部の総報酬額に応じて按分されることになっている。したがって、上述のように推計した将来の総報酬額に応じて、各年度のこれら経費が各支部で均等に分担されるとして、共通保険料率を推計した。

一方、第1号経費はそのまま賦課されるのではなく、支部別・年齢階級別加入者数、支部別医療給付費、年齢階級別加入者1人当たり医療給付費、支部別総報酬額の翌年度見通しに基づき、全国健康保険協会運営委員会により財政調整が行われる。その第一が、支部ごとの加入者の年齢構成に応じた調整(年齢調整)である。

支部*i*の年齢調整額($M_A(i)$)は、支部*i*の国庫負担を除く年齢階級別医療給付費($B(a, i)$)

と年齢階級別加入者数 ($N(a,i)$) により、

$$M_A(i) = \sum_a \left(\frac{\sum_i B(a,i)}{\sum_i N(a,i)} \right) \frac{\sum_i N(a,i)}{\sum_i \sum_a N(a,i)} N(a,i) - \sum_a \left(\frac{\sum_i B(a,i)}{\sum_i N(a,i)} \right) N(a,i) \quad (1)$$

と算定される。右辺第1項は、加入者の年齢構成が全国平均であるとしたときの給付費（平均給付費）であり、右辺第2項は年齢階級別1人当たり給付費が全国平均であるとした場合の給付費（標準給付費）である。加入者の年齢構成が全国平均より高い支部では前者が大きく算定され、加入者の1人当たり給付費が全国平均より高い支部では後者が大きく算定される。結果として、高齢者割合が相対的に高く、1人当たり給付費が相対的に低い支部に対する年齢調整額は多くなり、保険料率は高くなる。

財政調整の第二は、支部ごとの総報酬額に応じた調整（所得調整）である。支部*i*の所得調整額 ($M_Y(i)$) は、支部*i*の年齢階級別1人当たり総報酬を $y(a,i)$ とすると、

$$M_Y(i) = \frac{\sum_i \sum_a B(a,i)}{\sum_a y(a,i) N(a,i)} - \sum_a \left(\frac{\sum_i B(a,i)}{\sum_i N(a,i)} \right) \frac{\sum_i N(a,i)}{\sum_i \sum_a N(a,i)} N(a,i) \quad (2)$$

と表される。右辺第1項は全国の給付費を各支部の総報酬によって按分した値である。右辺第2項は(1)式の右辺第1項と同じ平均給付費である。平均的に負担すべき給付費を上回って報酬を得ている被保険者の多い支部ほど、所得調整額は多くなり、保険料率は高くなる。

第1号経費に対するこれら財政調整を加味するため、推計にあたっては、2010年度の財政調整の算定に用いられた基礎データを足許として、それを賃金上昇率および都道府県別×年齢階級別加入者数の推移を踏まえて現状投影し、将来の各支部の年齢調整と所得調整を推計している。これらをもとに各支部の将来の調整額を推計し、それを将来の支部別総報酬額で除すことで、第1号経費に関する将来の保険料率を推計した。

本来、共通保険料率と第1号保険料率の和が各支部の被保険者が負担する保険料率となるが、現時点ではもう一つの財政調整が行われている。政管健保が2008年に協会けんぽに衣替えしたことに伴い、それまで全国一律であった保険料率も2009年10月からは都道府県単位で定められることになった。ただし、急激な保険料率の変動を抑えるための一時的措置として、激変緩和措置による保険料率の乖離幅の抑制が導入された。

2009年には激変緩和調整後の保険料率は調整前の10分の1に、その後徐々に抑制は緩和され、2012年度からは調整後の保険料率は調整前の10分の2.5までとされている。なお激変緩和措置は一時的措置であり、2020年度には措置は撤廃されることとなっている。したがって、次節以降で紹介する将来推計結果においては激変緩和措置が撤廃されることを現状投影として推計している。ただし、激変緩和措置の政策効果を見るため、2020年度以降も激変緩和措置を継続した場合の保険料率も合わせて推計している。

4. 推計結果とその政策的含意

本節では、上述の推計により得られた2040年度までの協会けんぽの保険料率の将来見通しに基づき、その含意について考察する。

表2は、協会けんぽ各支部の保険料率の足許値および将来推計値の記述統計量である。現状投影ケースは保険料率の激変緩和措置を予定通り撤廃した場合の推計値を、激変緩和措置継続ケースは2020年度以降も激変緩和措置を継続した場合の推計値を示している。なお、比較対象として、本稿で用いた推計モデルにより算出される市町村国保の都道府県別1人当たり保険料の記述統計量も合わせて示している。

表2 保険料の将来推計値に関する記述統計量

	平均値	標準偏差	最大値	最小値	変動係数
協会けんぽ（現状投影）					
2010	9.3	0.04	9.4	9.2	0.004
2020	11.4	0.30	12.1	10.8	0.027
2030	11.7	0.29	12.4	11.1	0.025
2040	12.1	0.28	12.7	11.5	0.023
協会けんぽ（激変緩和措置継続）					
2020	11.7	0.08	11.9	11.5	0.006
2030	12.0	0.07	12.1	11.8	0.006
2040	12.3	0.07	12.5	12.2	0.006
市町村国保					
2010	7.5	0.62	8.4	5.1	0.082
2020	9.8	0.79	11.7	7.9	0.081
2030	10.2	0.93	12.3	8.5	0.091
2040	10.3	0.94	12.3	8.4	0.091

(注) 筆者推計。協会けんぽについては保険料率(%)、市町村国保については2010年度価格での被保険者1人当たり保険料(万円)。1人当たり保険料は市町村一般会計からの法定外繰入による減免後の保険料に相当する。

協会けんぽの保険料率は今後数十年かけて徐々に上昇していく。平均値で伸び幅を見ると現状投影ケースで2020年度までの十年間に2.1ポイント、2030年度までの十年間に0.3ポイント、2040年度までの十年間で0.3ポイントであり、近い将来の伸びが相対的に大きいことが分かる。保険料率の散らばりを標準偏差や変動係数で見ると現状投影ケースでは将来の値が高くなっているが、これは激変緩和措置撤廃の影響である。同措置の継続を想定したケースでは保険料率の散らばりは2010年度と大差ない。変動係数によって市町村国保と比べると、協会けんぽの保険料率の地域差は相対的に小さく、また国保と違い将来地域差が拡大していくということもないようである。

図4は各支部の2010年度における保険料率を横軸に、推計された2040年度の保険料率を縦軸にとった散布図である。

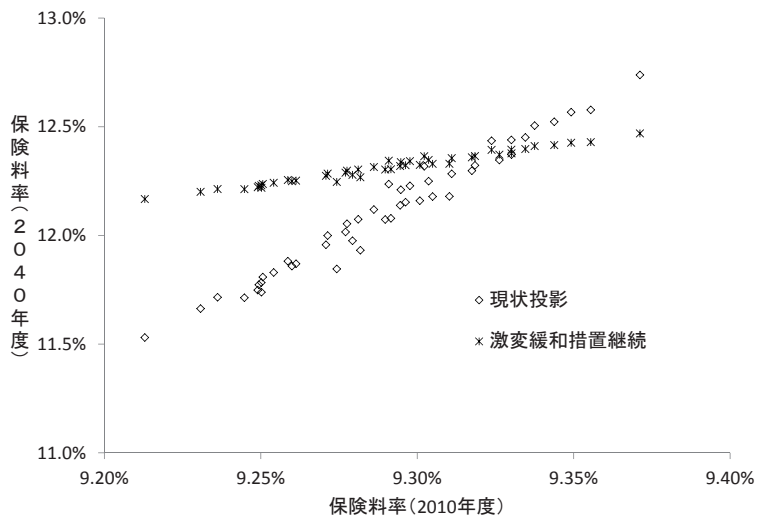


図4 保険料率の現状と見通し

図からは、2010年度における保険料率の高低は基本的に将来も持続することが分かる。図には示していないが、2010年度の保険料率と2040年度の保険料率の相関を線形近似でみると、現状投影ケースでは初期時点で1ポイント保険料率が高い支部では、2040年度の保険料率は平均で7.8ポイント高くなる。決定係数は0.97と非常に高い。もっとも、これは多分に激変緩和措置の撤廃による影響であるが、激変緩和措置継続ケースでも、初期時点で1ポイント保険料率が高い支部では、2040年度の保険料率は平均2.0ポイントほど高くなる。表2の標準偏差や変動係数の推移からは観察できなかったが、保険料率がもともと高い支部ほど、将来の保険料率上昇はより深刻なものとなることが分かる。

また、保険料率上昇の進捗には支部間で若干の地域差があることも図から読み取れる。本稿の推計では、2010年度時点の都道府県別×年齢階級別1人当たり医療費および1人当たり総報酬は全国一律の伸び率で増大していくという単純な想定をおいているので、初期時点の医療費の地域差や所得格差はそのまま維持される。したがって、若干見られる保険料率の伸び率の地域差を生むのは加入者の年齢構成の違いであり、それにより保険料率の順位が入れ替わっている支部も存在する。ただしその影響はさほど大きいものではない。

また、激変緩和措置を継続した場合、同措置を撤廃した場合よりも保険料率が上昇する支部の方が多数であることも図から読み取れる。一部の支部の保険料率の上昇を抑えるための措置は、その他の多くの支部にとっては保険料率の上昇をもたらす、ということである。

以下では、将来の保険料率の地域差を生み出している原因について、より詳しく考察する。図5は、政府が高齢化の一つの区切りとしている2025年度時点の支部別保険料率と、都道府県の高齢化率との相関図である。

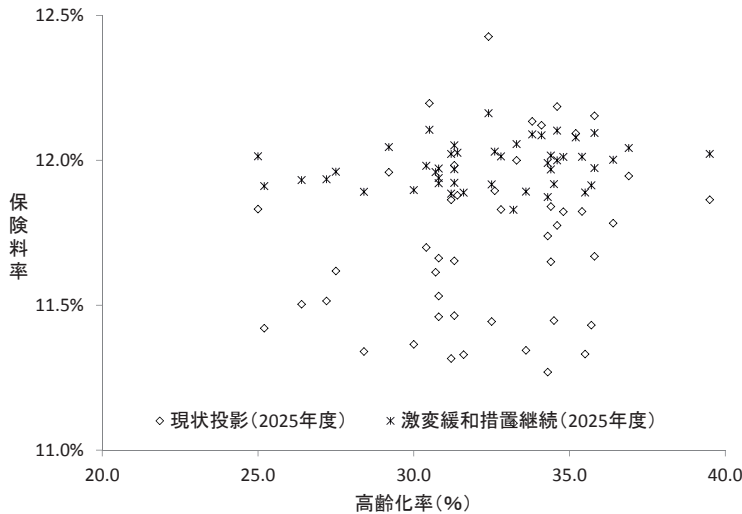


図5 地域の高齢化と支部別保険料率の相関図（2025年）

現状投影ケースでは、都道府県の高齢化率と支部別保険料率の間には明確な関係は見られない。線形近似をすると1ポイント高齢化率が高い都道府県の保険料率は0.0002ポイント高くなるというごくわずかな正の相関がみられるものの、決定係数は0.055と非常に低く、説明力はほとんどない。なお、激変緩和措置継続ケースでは、保険料率の地域差が機械的に縮小されるため、相関がさらに見られなくなるのは当然の結果である。

図6はさらに高齢化が進展していると考えられる2040年度時点において、前図と同じく高齢化率と保険料率の相関を見たものである。

これを見れば、地域の高齢化率はその支部の保険料率にほとんど影響を及ぼしていないことが明らかである。福井（2014）は市町村国保の都道府県別高齢化率と都道府県別保険料との間にははっきりした負の相関を観察しており、図5および図6の結果はそれとは対照的な結果となっている。後期高齢者医療制度が創設されたため市町村国保の高齢加入者割合は低下したものの、65-74歳の前期高齢者の加入者割合は表1で見たように協会けんぽ等被用者保険に比べればまだまだ高い。したがって、地域の高齢化の影響は主として市町村国保に向かい、協会けんぽを含めた被用者保険への影響はさほど強くないことが示唆される。

さらに、高齢者割合がそもそも低いこと以外にも、高齢化の進展が協会けんぽの保険料率に影響しない原因があると推察される。それは、支部別の総報酬額の割合に応じた全国レベルで

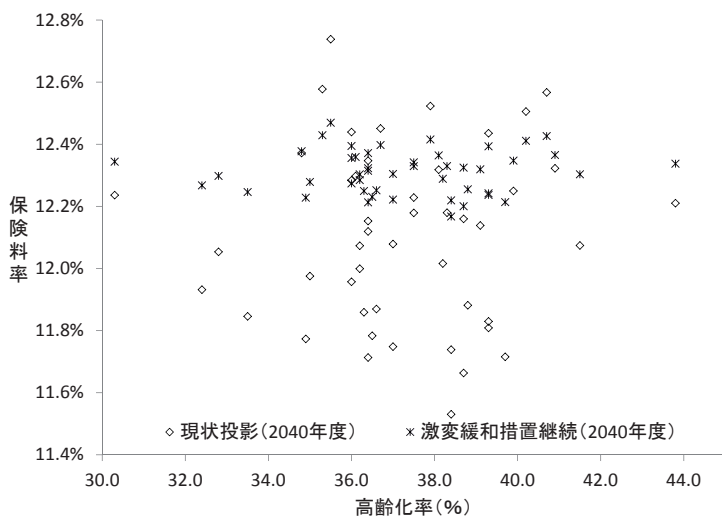


図6 地域の高齢化と支部別保険料率の相関図（2025年）

の財政調整の仕組みである。上述のように、協会けんぽの支出のうち医療給付費以外の経費（2号経費、3号経費）については全国ベースでプールされ、総報酬額を按分比として各支部に分担される。特に第2号経費に分類される前期高齢者納付金や後期高齢者支援金の金額規模は大きく、これらを含めて経費の大半が全国ベースで応能負担されていることも図5や図6のような結果が観察された原因であると考えられる⁶⁾。

市町村国保にはそのような全国レベルでの所得調整の仕組みはないので、前期高齢者納付金や後期高齢者支援金の割り当ては直接保険者の財政状況を左右することになる。そのため、福井（2014）が示すように市町村国保では高齢化率の低い地域の1人当たり保険料が高くなる傾向が生じる。

最後に、保険料率と医療費の地域差の違いについて考察する。図7は2010年度における協会けんぽの医療費ベースの地域差指数を横軸に、2040年度における支部別保険料率の推計値を縦軸にとった相関図である⁷⁾。

高齢化率と違い、医療費の地域差指数は保険料率に対して高い説明力を持っている。現状投影ケースでは、地域差指数が0.1ポイント高くなると、保険料率は0.65%ポイント高くなっており、決定係数は0.957である。協会けんぽの保険料率決定においては加入者の年齢構成の違いによる医療費の多寡は年齢調整によって調整済みであるので、支部別保険料率に反映されているのは「年齢構成以外」の原因による医療費の地域差である。各支部にとっては、加入者の受診状況や受診先の医療提供内容が保険料率に直結する形となっており、保険者として地域の医療費適正化の働きかけに対して強く動機づけをしやすい仕組みになっていると言える。

ただし、時限的措置である激変緩和措置を継続した場合には、地域差指数が保険料率に持つ

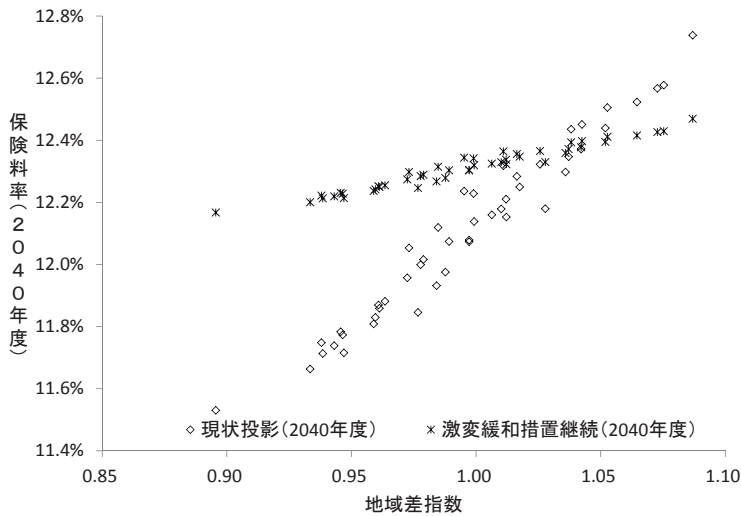


図7 医療費格差と支部別保険料率の相関図

(注) 縦軸の地域差指数(協会けんぽ)は「年齢階級別診療別地域差指数等」(全国健康保険協会)で報告されている年齢計の指数(地域差指数-1)を全国平均=1で再基準化したものである。

説明力は変わらない(決定係数0.957)ものの、影響の度合いは低下する(地域差指数が0.1ポイント高いと保険料率は0.16%ポイント高くなる)。協会けんぽ各支部に対して加入者に対する医療サービス提供内容の検証動機をより強く働かせるという意味では、激変緩和措置は予定通り撤廃されることが望ましい。

5. 結論

本稿では、都道府県別制度別医療保険長期推計モデルの拡張版を用いて、協会けんぽの都道府県支部別保険料率の将来動向と、それを左右する要因についての定性的分析を行った。今回の分析で得られた知見は以下のとおりである。

市町村国保と比べ、協会けんぽの将来の財政見通しはさほど深刻なものではない。もともと高齢加入者割合が相対的に低いため高齢化の影響を受けにくく、支出の少なからぬ割合を占める前期高齢者納付金や後期高齢者支援金も全国レベルでの所得調整の仕組みにより応能負担されており、高齢化の進展が高齢化の進展していない地域への負担を増すという、市町村国保に見られるような構図は生じない。

政管健保から協会けんぽへの衣替えに際して導入された都道府県支部別の保険料率設定において、支部ごとの負担能力への配慮(所得調整)と加入者の年齢構成の違いによる医療給付費負担への配慮(年齢調整)が制度化されており、支部別保険料率の差異は主として加入者に対する医療費の地域差を反映する形となっている。このことは、各支部が地域の医療サービス需

給の動向に目を向けさせ、場合によってはそこに介入していくインセンティブを与えていることを意味しており、それが都道府県レベルでの医療費適正化の動きと連動すれば大きな成果を生む可能性を秘めている。

ただし、現在とられている保険料率の激変緩和措置は、短期的に見れば加入者及び各支部にとって望ましい措置であることは理解できるが、長期的視野に立てば各支部に対する医療費適正化のインセンティブを弱めることに繋がりがかねない。今後、協会けんぽに対して保険者としてのチェック機能を求めていくのであれば、単に保険料率の支部別格差を緩和するだけの激変緩和措置は予定通り撤廃されることが望まれる。

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示唆に富む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) これらの詳細については福井（2014）でまとめられている。
- 2) 福井（2013）の推計の際に設定した2つの伸び率のうち、ケース1にあたる。
- 3) 全国平均の前期高齢者加入率は全国の65 - 74歳人口を0-74歳人口で除したものとした。実際には医療保険制度は全人口をカバーしていないので、本稿の推計では前期高齢者加入率を若干高めに想定することになる。
- 4) 調整係数は一般被保険者分と現役並み所得者分とを合計した給付費で算出している。
- 5) 厳密には、後期高齢者負担割合の改定は2年ごと（偶数年度）に改定される。本稿の推計対象年度のうち2015、2025、2035年度は改定年度にあたらないが、あたかもその年度に改定が行われるとして推計を行っている。
- 6) 同様に、医療給付費に対する所得調整の仕組みも、金額はさほど大きくないものの、同様の効果をもたらしているものと思われる。
- 7) 本稿の推計では初期時点の都道府県別×年齢階級別1人当たり医療費が全国一律の伸び率で増大するという想定となっているため、2010年度の医療費の地域差は2040年度の医療費の地域差と本質的に同等のものである。

〔参考文献〕

- 岩本康志・竹下智・別所正（1997）、「医療保険財政と公費負担」、『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頁。
- （2014）、「高齢者医療制度と市町村国保財政」、『京都産業大学論集 社会科学系列』第31号、75-100頁。

Future Projection of JHIA Managed Health Insurance System

Tadashi FUKUI

Abstract

In Japan, medical care benefits are expected to increase with the rising, ageing population. We have been unable to find a solution to financing the increasing medical care benefits for the elderly, because of the conflict of interest among insurers for the public medical care insurance system.

In this paper, we used the extended long-term projection model of the public medical care finance in order to forecast the prefecture-based premium rate of the health insurance managed by Japan Health Insurance Association (JHIA). We also investigated what factors generate the difference in the future prefecture-based JHIA premium rate.

We found that the nationwide income-based financial adjustment contributes to the sustainability of each branch's finance and that the prefecture-based JHIA premium rate reflects the local difference in the medical care costs. We can expect that the difference produces an incentive for branches to check and manage the medical care usage of their insured. However, the measure for easing the sudden change of premium rate may discourage such incentive.

Keywords: JHIA Managed Health Insurance, Future Projection, Healthcare Benefits, Financial Adjustments between Medical Care Insurers, Regional Difference

