

# 市町村国民健康保険の保険料(税)と 財政移転の決定要因\*1

財務総合政策研究所研究員

尾山 明子

## 1. はじめに

わが国の健康保険制度は1961年4月に国民皆保険が達成されて以来、主に、正規雇用を前提とした組合管掌健康保険、全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)、共済組合と、それ以外の被保険者をカバーする国民健康保険から成っている。国民健康保険はさらに2種類に分けられ、医師や薬剤師など特定の職業に就き比較的安定した高所得者が加入する国民健康保険組合と、それ以外の自営業者や退職者、無業者等が加入する市町村国民健康保険(以下、市町村国保)がある。最近では被保険者の高齢化にともなう医療支出の増加(図1参照)により各保険者の保険財政は逼迫している。とりわけ健康保険制度の最後の砦である市町村国保は、少子高齢化に加え、2008年以降の世界的な景気停滞に伴う無業者や生活保護受給者の増加により被保険者所得は減少し、保険料の未納や滞納が増加傾向にある\*2(図2参照)。こうした収支の悪化が起こっても制度が維持できるよう、市町村国保会計には国庫補助金や都道府県補助金、市町

村一般会計からの繰入金のみならず、組合管掌健康保険や共済組合からの支援金を通して財政移転が行われる仕組みが備わっている。

図1 国民医療費総額および対名目GDP比の推移

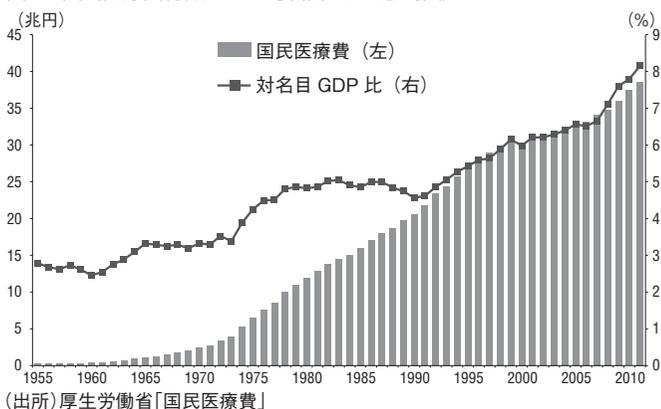
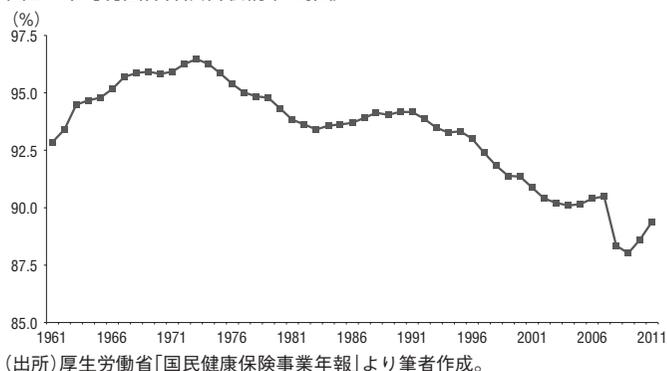


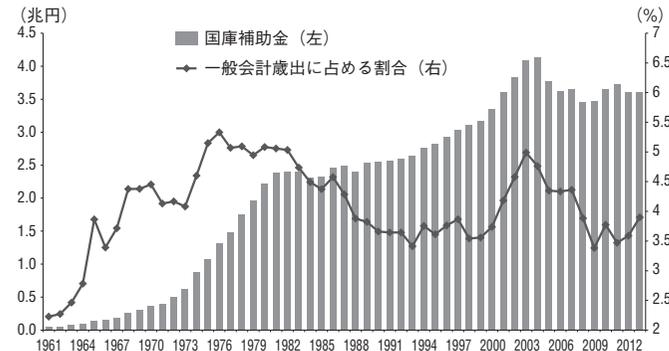
図2 市町村国保保険料収納率の推移



\*1) 本稿の作成にあたり、東京大学大学院経済学研究科准教授の林正義氏、財務総合政策研究所財政経済計量分析室長の大関由美子氏より多くの貴重なご意見を賜った。ここに記して深く感謝の意を表したい。本論文の内容や意見はすべて筆者の個人的な見解であり、財務省あるいは財務総合政策研究所の公式見解を示すものではない。また、本論文の誤りはすべて筆者に帰するものである。

\*2) ここ数年の納付率の上昇は、保険料免除の取扱範囲が拡大したことが主な要因といわれている。

図3 国民健康保険に対する国庫補助金と国の一般会計歳出総額に占める割合の推移



(注)各年度の予算ベース額。  
 (出所)全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議(国民健康保険関係資料)および財務省「財政統計」より筆者作成。

その中でも国からの財政移転は地方への財源移譲が進んでいることから減少傾向にあるものの、依然として3.5兆円にのぼる規模であり(図3参照)、その種類と目的が多様であるためか実態がわかりにくい。また、国民皆保険制度を謳い、市町村国保が健康保険制度のラストリゾートとしての役割を果たす以上、たとえ国保財政に危機が生じたとしても財政移転によって暗黙のうちに国が助けてくれることが想定され、その財政移転が保険者の財政健全化へのインセンティブを阻害する一因になっているのではないかと考えられる。

先行研究では鈴木(2000)および鈴木(2001)が大阪府の市町村国保データを使用し、国庫補助金の目的整合性とインセンティブに関する実証分析を行っている。この研究では、補助金本来の目的と整合的に支出されている補助金はあるものの、本来であれば保険料で調整されるべき部分をも補助金が調整していると結論づけている。本稿の問題意識は鈴木(2000)、鈴木(2001)とほぼ類似しており、国庫支出金、とくに国保財政において一般財源の役割を果たす普通調整交付金が本来調整すべきである「保険者の責めに帰することのできない原因による格差」を調整しているか、そして「保険者の責めに帰する」支出をも調整しすぎていないかについて検証を行う。国からの補助金が「保険者の責めに帰する」支出をも調整している場合、保険者による財政健全化のインセンティブは阻害されてしまうことになる。本稿では

このような問題意識に基づいて鈴木(2000)、鈴木(2001)を元に分析を行うが、鈴木(2000)および鈴木(2001)において行われていない次のような分析を行っている。第一に、直近で入手可能な2008-2011年度の全国の保険者のパネルデータを使用する。第二に、各保険者および各年度に固有のマクロ要因を考慮し、固定効果モデルにより分析を行う。第三に、市町村国保支出のうち、補助金で調整されない部分、つまり「保険者の責めに帰することのできない原因による

格差」を除いた部分は各保険者が定める保険料(税)(以下、保険料)により賄われるべきだという補助金制度の本来の趣旨に合致しているかについても分析する。最後に、普通調整交付金の変化が各保険者の収入の不平等度に与える影響についてジニ係数の分解モデルを用いて分析する。

以下、2章では市町村国保に対する国庫補助金の概要を、3章では今回の分析で使用するデータとモデルを説明し、4章では国保保険料と普通調整交付金の決定要因について仮説を検定するための実証分析を行う。そして5章では国保収入の各収入源が保険者間の格差は正にどれくらい寄しているかについてジニ係数の分解モデルを用いて分析し、6章では結論を述べる。

## 2. 市町村国保に対する国庫補助金

市町村国保への財政移転は、国や都道府県、組合管掌健康保険や共済組合からおこなわれているが、本章では、国からの財政移転である国庫補助金を概観する。

### (1) 国庫補助金

市町村国保に対する国庫補助金には複数の種類が存在するが、その内容を以下に示す。

#### ①療養給付費等負担金

国保財政の基盤の確立と事業の健全な運営に資

するため、市町村国保及び国保組合の療養の給付等の支給に要する費用、前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金並びに介護納付金の納付に要する費用の一部を負担する定率の補助金であり、2013年度は32%<sup>\*3</sup>を支給することとなっている。

## ②高額医療費共同事業負担金

1件80万円を超える医療費を都道府県単位で負担調整することで高額医療費が多く生じた保険者の負担を軽減する事業に対し、保険者が拠出する額の4分の1を国が補助する（都道府県からも4分の1の補助あり）。

## ③保険基盤安定繰入金（保険者支援分）<sup>\*4</sup>

保険料軽減の対象となった被保険者数に応じて保険料の一定割合を地方財政の一般会計から国保特別会計へ繰り入れることで被保険者層の負担軽減を図るもので、国が2分の1を補助する（都道府県からも4分の1の補助あり）。

## ④特定健康診査等負担金

特定健康診査等に要する費用のうち政令で定める額の3分の1を国が補助する（都道府県からも3分の1の補助あり）。

## ⑤出産育児一時金補助金

出産育児一時金の支給に要する費用の一部を国が補助する。

以上の①から⑤の国庫補助金は、主に、ある特定の支出に対し支出額の一定割合を補助する仕組みとなっており、実際の支出以上の補助は行われない。しかしそれぞれの用途指定の補助金だけでは市町村国保運営に必要とされる収入額に満たない保険者が発生し、市町村国保運営が成り立たなくなることが想定される。保険者が国保特別会計の収支改善に向けて努力してもなお、①から⑤の

補助金では調整しきれない財政上の不均衡に対して補助を行うために、国保財政における一般財源として支給されるのが次の2つの調整交付金である。

## ⑥普通調整交付金

市町村国保の財政力の不均衡を調整するために交付される交付金であり、一般被保険者に係る所得等を考慮して算定する額が療養給付費等の保険者負担額に満たない市町村に対して衡平にその満たない額を補てんすることを目的として支給される。

## ⑦特別調整交付金

普通調整交付金の基準では補足できない事情や災害等によって財政収入の確保が厳しい等、特別な事情により交付される。

⑥⑦の調整交付金については、本来であれば各保険者が努力して収支改善を行うべき部分にまで調整交付金で手当てしてしまっている可能性があるのではないか、ということが考えられる。たとえば収支改善のために可能な範囲で保険料を引き上げたり、被保険者に対し過剰に医療を受けないように促すといった努力が各保険者によりなされるべきであるにもかかわらず、国保が健康保険制度のラストリゾートの役割を担うことから、財政危機に陥っても最終的には国が救ってくれるといった予算のソフト化が生じている可能性が考えられる。

普通調整交付金は算定方法が非常に複雑であることから、次節で普通調整交付金の算定方法について概要を説明する<sup>\*5</sup>。

\*3) 今回の分析で使用するデータの2008-2011年度においては34%の給付率であったが、2012年4月の国民健康保険法改正により、都道府県調整交付金が7%→9%、療養給付費等負担金が34→32%となった。

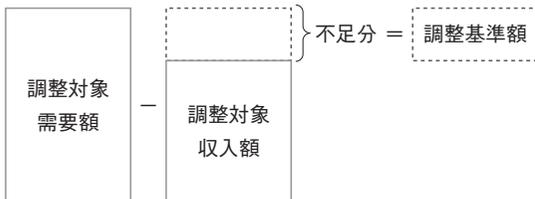
\*4) 2005年度に行われた三位一体改革のうち、国庫補助負担金改革として予算の廃止・縮減が行われ、あわせて市町村国保財政安定化における都道府県の役割・権限の強化を図る観点から都道府県調整交付金が創設されたほか、保険基盤安定繰入金のうち、恒久化されていた保険料軽減分における国庫補助（2分の1）を廃止し、都道府県の補助割合を4分の1から4分の3に変更することとなった。したがって現在は保険基盤安定繰入金の保険料軽減分に対する国庫補助はなく、保険者支援分に対してのみ補助される。

\*5) 特別調整交付金は、感染症や災害等が生じた地域の自治体にのみ別途支給されるものであることから、ここでは普通調整交付金のみを分析の対象とする。

## (2) 普通調整交付金

普通調整交付金は前述のとおり、市町村間における財政力の不均衡を調整するために交付されるものであり、市町村国保による全医療支出の7%相当額を普通調整交付金として、2%相当額を特別調整交付金として計9%相当分を支給することが法令により定められている。普通調整交付金は、各保険者に分配するにあたり、画一的測定基準を用いて財政需要（調整対象需要額）及び財政収入（調整対象収入額）を算定し、調整対象需要額が調整対象収入額を超える市町村に対して、その超過額（調整基準額）を基準として交付される（図4参照）。ただし、被保険者からの保険料徴収に努力した保険者とそうでない保険者に同率で交付することは衡平を失するという考え方から、保険料の収納割合に応じて5%から最大20%の割合

図4 普通調整交付金の算定方法



(出所)筆者作成。

で、支給される交付金が減額される仕組みとなっている\*6。

### ① 調整対象需要額の算定

調整対象需要額は保険者の支出の大部分を占める医療費実績を、全市町村で同一の給付率に置きかえ、定率の国庫負担金と都道府県調整交付金を除いた、すなわち保険料で賄うべき医療費の額を対象とする。調整対象需要額には、医療分、後期高齢者支援分、介護分とあるがここでは医療分を例に取り上げる。具体的には以下のとおりである。

調整対象需要額\*7＝

$$\begin{aligned}
 & (\text{医療給付費} - \text{一部負担金}) * 8 \\
 & - \text{保険財政共同安定化事業}^9 \text{基準拠出対象額の1/2} \\
 & + \text{保険財政共同安定化事業拠出金} \\
 & + \text{前期高齢者納付金} - \text{前期高齢者交付金} * 10 \\
 & - \text{定率国庫負担金} * 11 \text{および都道府県調整交付金} * 12 \text{相当額} \\
 & - \text{特別調整交付金} \\
 & - \text{保険基盤安定繰入金} \\
 & - \text{標準高額医療費拠出金} * 13 \text{の1/2} \\
 & - \text{基準超過費用額} * 14
 \end{aligned}$$

- \*6) 調整基準額からの減額率は保険料の収納率に応じて右表の通りである。保険料収納率は当該年度の1月末現在、もしくは昨年度のいずれか高い方を採用することとされている。
- \*7) 特定健康診査等負担金および出産育児一時金補助金は調整対象需要額の算定には使われない。
- \*8) 法定給付割合以上の給付割合をとっている市町村は、全て給付割合を法定通りとして算定される。
- \*9) 保険財政共同安定化事業とは、都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化をはかるため、レセプト1件30万円を超える医療費のうち、8～80万円の部分について、都道府県内で共同拠出するもの。
- \*10) 前期高齢者（65歳以上75歳未満）にかかる保険者間の費用負担の調整は、保険者間において生じている前期高齢者にかかる医療費の不均衡を調整する仕組みで、前期高齢者加入率の全国平均を基準として、前期高齢者加入率が全保険者平均を下回る保険者は前期高齢者納付金を納付し、上回る保険者には前期高齢者交付金が交付される。
- \*11) ここでは、療養給付費等負担金をさす。
- \*12) 都道府県調整交付金とは都道府県から交付される調整交付金で、全医療支出の7%相当分が都道府県調整交付金として交付される。配分は各都道府県により異なる。
- \*13) 標準高額医療費拠出金とは、高額医療費共同事業の下、高額医療費基準拠出対象額（対象医療費のうち80万円を超える部分の合算額の100分の59に相当する額として算定した額）の総額を前々年度及びその直前の2箇年度の高額医療費基準拠出対象額で按分して算出したもの。
- \*14) 基準超過費用額とは、その保険者の医療費実績が国の定める基準給付費の1.17倍を超えた場合に、医療費実績の100分の3を上限にその2分の1相当額を一般会計から国保特別会計に繰り入れる金額のこと。

減額率 (%)	保険料収納率 (%)			
	一般被保険者数 <10,000人	10,000人 ≤ 一般被保険者数 <50,000人	50,000人 ≤ 一般被保険者数 <100,000人	100,000人 ≤ 一般被保険者数
5	90以上92未満	89以上91未満	88以上90未満	87以上89未満
7	87以上90未満	86以上89未満	85以上88未満	84以上87未満
9	84以上87未満	83以上86未満	82以上85未満	81以上84未満
11	81以上84未満	80以上83未満	79以上82未満	78以上81未満
13	78以上81未満	77以上80未満	76以上79未満	76以上78未満
15	75以上78未満	75以上77未満	75以上76未満	75以上76未満
20	75未満	75未満	75未満	75未満

## ② 調整対象収入額の算定

調整対象収入額は保険者が医療費に対応して確保すべき保険料額であり、前節で算定された調整対象需要額を利用して、①応益保険料と②応能保険料を算定し、合計したものである。①②はそれぞれ、医療分、後期高齢者支援分、介護分とあるがここでは医療分を例に取り上げる。具体的な算式は以下に示すが、算式に用いられる係数は年度ごとに厚生労働省令にて定められる。下記の例では2013年度の数値を示す。

### ① 応益保険料額の算式（医療分）

基準応益割額 =  $0.4120 \times \text{1人当たり調整対象需要額} + 15.46\text{円}$ （上限：49,329.39円）

応益保険料額 =  $\text{基準応益割額} \times \text{1-12月の平均被保険者数}$

### ② 応能保険料額の算式（医療分）

基準応能割額 =  $0.000000745 \times \text{1人当たり調整対象需要額} + 0.008140\text{円}$ （上限：0.097312）

応能保険料額 =  $\text{基準応能割額} \times \text{被保険者に係る基準総所得金額（=旧ただし書所得*15）}$

本来、被保険者が負担する保険料は同一所得であれば、同一保険料であることが望ましいとの指摘もある\*16。しかし、現実には医療機関の数や分布の差に起因する不均衡が存在しており、被保険者の受益面での不均衡を考慮すると必ずしも同一所得、同一保険料が公平であるとはいえないという考え方を前提に制度設計がなされていると考えられる。次章以降では保険料および普通調整交付金がどのような決定要因によって説明されているかを、実際にデータを用いて検証する。

## 3. データと推定モデル

### (1) データ

本稿で用いる国保財政の統計データは厚生労働

省「国民健康保険事業年報」と「国民健康保険実態調査」である。前者には補助金額、収入額、支出額といった収支に関するデータや保険料算出方法など、各保険者（市町村）国保特別会計の詳細な項目別のデータが収録されている。また、後者には保険者ごとの年齢階層別被保険者数や旧ただし書所得などのデータが含まれる。2008年度に老人保険制度が後期高齢者医療制度へ移行され、一般被保険者の保険料算定方法に変更があったため、分析では2008年度から現時点で利用可能な最新の2011年度までの4年分のパネルデータを使用する。市町村国保は各市町村が保険者となり国保事業を運営しており、その数は2011年度末時点で1785にのぼるが、2008年度以降に市町村合併を行っている保険者のデータも含まれているため、合併後消滅した保険者や新たに誕生した保険者のデータは年度により欠損している。

### (2) 推定モデル

本稿では保険料または普通調整交付金を被説明変数として、それぞれがどのような要因に基づいているのか、その決定要因の推定を行う。鈴木（2000）、鈴木（2001）はともにクロスセクションデータを用いて分析しており、大阪府内の市町村に限定しつつも保険者によっては観測されない変数によりバイアスが生じている可能性が考えられる。財政力や地理的条件、市町村独自の政策など観測できない地域特性があれば、医療費支出や保険料収入は変化しうる。こうした問題に対しパネルデータを用いた固定効果モデルで推定することで時間の経過によっても変化しない市町村固有の要因をコントロールし、一貫性のある推定が可能となる。また、市町村だけでなくマクロ環境の与える影響もコントロールするために年度の固定効果も考慮したうえで分析を行う。標準誤差はWhite（1980）により分散不均一を調整している。推定に用いる説明変数のうち、「基準医療費」

\* 15) 旧ただし書き所得とは、所得から住民税の基礎控除額33万円を差し引いたもの。平成25年度からは国保の全ての保険者で、旧ただし書き所得を基に保険料が算定される。

\* 16) 『国保担当者ハンドブック2012』（社会保険出版社）による。

とは鈴木(2000)にならって定義した変数であり、以下のように計算される。

$$\text{基準医療費} = \sum_i N_{ij} NE_i$$

ここで*i*は5歳ごとに区切った年齢階級(1 ≤ *i* ≤ 15) \*17を表しており、*N<sub>ij</sub>*は保険者*j*における年齢階級*i*の一般被保険者数、*NE<sub>i</sub>*は年齢階級*i*の一人当たり国民医療費である。「基準医療費」は年齢構成だけを反映させた医療費、つまりその年齢構成の下でのあるべき(平均的な)医療費支出とみなすことができる。次に、本稿では「実績医療費」と「基準医療費」の差を新たな変数として導入する。*AE<sub>ij</sub>*を保険者*j*における年齢階級*i*の一般被保険者一人当たりの実際に支給した医療費支出とすると以下のように分解される。

$$\begin{aligned} \text{実績医療費} - \text{基準医療費} &= \sum_i N_{ij} AE_{ij} - \sum_i N_{ij} NE_i \\ &= \sum_i N_{ij} (AE_{ij} - NE_i) \end{aligned}$$

これはそれぞれの保険者が抱える被保険者の年齢構成の下で、保険者が実際に支出した医療費がどれくらい平均的な医療費から乖離しているかをあらわしており、質の高い医療サービスの提供や過剰医療により医療漬けが生じている場合は*AE<sub>ij</sub>*が膨らみ、「実績医療費－基準医療費」は大きくなる。一方、医療費支出が抑制されている保険者においては*AE<sub>ij</sub>*が小さくなり、「実績医療費－基準医療費」も小さくなる。このように、「実績医療費－基準医療費」には、医療サービス水準向上や医療費支出抑制努力など、保険者の医療費支出に対するスタンスが反映されていると考えられる。したがって本稿の分析では「基準医療費」を「保険者の責めに帰することのできない原因により生じる格差」をあらわす代理変数、「実績医療費－

基準医療費」を「保険者の責めに帰する」医療費を示す代理変数として用いることとする。

ここで、普通調整交付金の本来の目的が「保険者の責めに帰することのできない原因による格差」を調整することであると考慮すると、普通調整交付金は「基準医療費」と正の相関を持ち、「実績医療費－基準医療費」にはできるだけ反応しないように算定されるような制度であることが望ましいと考えられる。また、保険者が独自に定める保険料については、補助金では補てんされない部分を多くカバーするよう設定されている、つまり医療サービスの水準が高くなるにつれて高く設定(本稿の分析においては「実績医療費－基準医療費」に比例して設定)されているようであれば、制度の趣旨と整合的であると考えられる。

その他の説明変数については、前節で説明した基準医療費、実績医療費の他に、鈴木(2000)では補助金の増加要因を、所得要因、年齢要因、ベッド数要因(病床数要因)の3つに分解している。本稿ではこれを若干変更して所得要因、年齢要因、医療サービス要因に分解する。所得要因には保険料の所得割算定の基礎となる旧ただし書所得を、年齢要因には65歳以上比率を、そして医療サービス要因には、病院と一般診療所を合わせた施設数と病床数を使用する。診療所間で患者の取り合いが起こることで医療費が膨らんでいる可能性を想定したため、本稿では、病床数に加えて施設数も説明変数に加えている。また、一般被保険者数、保険料算定方法\*18と算定割合のダミー変数をコントロール変数として用いる。説明変数として用いた変数の定義と出典は表1に示す。

表1に示す変数のうち、病床数および病院・一般診療所数はその年度の12月末時点における各保

\*17) *i*=1は0歳以上5歳未満、*i*=15は70歳以上75歳未満を示す。75歳以上については後期高齢者医療制度に加入するため、本稿では分析対象としていない。

\*18) 国民健康保険の保険料は以下のうち、保険者が選択した方式により算定される。一般的には都市部では2方式、中都市部では3方式、町村部では4方式が多く採用されている。

	4方式(町村型)	3方式(中都市型)	2方式(都市型)
所得割	40%	50%	50%
資産割	10%	—	—
均等割(1被保険者)	35%	35%	50%
平等割(1世帯)	15%	15%	—

表1 変数の定義と出典

変数	定義	出典
保険料収入	各年度の保険料（税）一般被保険者分計÷各年度平均の一般被保険者数	[1]B表（1）
所得	各年度の所得（旧ただし書き方式による課税標準額）の状況（千円） ÷各年度平均の一般被保険者数	[2]保険者票
基準医療費	各年度の年齢階級別被保険者等数の一般被保険者数×各年度の年齢階級別 一人あたり国民医療費÷各年度平均の一般被保険者数	[2]保険者票、[3]
実績医療費	各年度の保険給付費一般被保険者分計÷各年度平均の一般被保険者数	[1]B表（1）
病床数	（各年末の病院病床数＋一般診療所病床数）÷各年末の人口（千人）	[4]、[5]
病院・一般診療所数	（各年末病院数＋一般診療所数）÷各年末の人口（千人）	[4]、[5]
65歳以上比率	各年度の年齢階級別被保険者等数の一般被保険者数65歳以上 ÷各年度の一般被保険者数	[2]保険者票
一般被保険者数	各年度平均の一般被保険者数	[1]A表

(注) 出典：

- [1] 厚生労働省「国民健康保険事業年報」
- [2] 同「国民健康保険実態調査」
- [3] 同「国民医療費」
- [4] 同「地域医療基礎統計」
- [5] 総務省「住民基本台帳に基づく全国人口・世帯数表」

ここでの「保険料収入」は、一般被保険者が支払う保険料全額（医療給付費分、介護納付金分、後期高齢者支援金分）である。

険者の人口1000人あたりの数値を使用し、65歳以上比率と一般被保険者数を除くその他の変数はすべて一般被保険者一人当たりの年度平均の数値に基準化して使用する。

## 4. 結果

本章においては前章で紹介したモデルおよびデータを用いて普通調整交付金が「保険者の責めに帰することのできない原因による格差」を調整するという本来の目的を果たしているか、そして普通調整交付金で本来調整すべきでない部分は保険料で調整されているか、を検証する。

### (1) 保険料の決定要因

まず保険料の決定要因についての推計結果を表2に示す。なお、表2で示される回帰に使用した被説明変数は一般被保険者が支払う保険料全額であり、医療給付費分だけでなく介護納付金分と後期高齢者支援金分も含む。

推定結果をみると、まず保険料は一般被保険者の所得が高いところで有意に高くなっている。保険料は算定方法にどの方式を採用したとしても、

保険料収入の少なくとも40%が所得に比例して算定される\*19ため妥当な結果といえる。一方、前章で述べたように制度上は補助金により調整されるべきではなく、保険料でまかなわれるべきだと考えられる「実績医療費－基準医療費」が高いほど保険料は有意に下がるように算定されているという、想定とは逆の結果が示された。また本来であれば補助金で調整されるべき「基準医療費」が増えると保険料収入は減少し、さらにその減少度合いは保険料で調整されるべき「実績医療費－基準医療費」よりも大きかった。すなわち、実際の保険料は「保険者の責めに帰する」医療費支出よりも「保険者の責めに帰することのできない原因による格差」を反映するように設定されていることが示唆される。

### (2) 普通調整交付金の決定要因

次に、国庫支出金である普通調整交付金を被説明変数として回帰した。普通調整交付金は医療分、介護分、そして後期高齢者分のそれぞれを算定し合算して交付されるが、総額データしか入手できないため普通調整交付金全額を被説明変数として

\*19) 注18参照。

表2 推定結果（被説明変数：保険料収入）

	保険料		
	(1)	(2)	(3)
所得	15.535*** [2.719]	15.559*** [2.742]	5.278*** [0.878]
基準医療費	-0.210* [0.110]	-0.212* [0.111]	-0.208** [0.098]
実績医療費－基準医療費	-0.082** [0.038]	-0.082** [0.038]	-0.080** [0.036]
病床数	852.869*** [190.166]	854.164*** [188.931]	853.652*** [158.991]
病因・診療所数	12350.655*** [3778.280]	12322.07*** [3809.769]	12636.482*** [3833.306]
65歳以上比率	1269.876* [648.615]	1281.281** [652.701]	1375.685** [580.871]
一般被保険者数	-0.375** [0.163]	-0.372** [0.162]	-0.366** [0.157]
4方式ダミー		1682.127*** [446.451]	
3方式ダミー		148.672 [275.272]	
所得割ダミー			1120.074*** [71.545]
資産割ダミー			993.274*** [111.562]
均等割ダミー			445.811*** [110.328]
標本数	6883	6883	6883
R-squared:	0.908	0.908	0.917

(注) [ ]内は標準誤差で、White (1980) により分散不均一を調整した推定値。

\*\*\*は1%、\*\*は5%、\*は10%の水準で有意であることを示す。

推計を行う。推定結果は表3に示す。

まず、所得要因である「所得」とは有意に負の相関を、年齢要因である「65歳以上比率」、そして「基準医療費」とは有意に正の相関を示し、補助金本来の目的として整合的であるといえよう。一方、医療サービス要因では「病床数」が増加すると普通調整交付金も増加するが、「病院・診療所数」は統計的に有意な結果ではない。

しかし、ここでの結果で注目すべき点は、普通調整交付金が「保険者の責めに帰することのできない原因による格差」をあらわす「基準医療費」だけではなく、「保険者の責めに帰する」医療費支出（すなわち、「実績医療費－基準医療費」）についても調整しており、その調整度合いは本来で

表3 推定結果（被説明変数：普通調整交付金）

	保険料		
	(1)	(2)	(3)
所得	-13.239*** [1.116]	-13.219*** [1.122]	-9.163*** [1.093]
基準医療費	0.091*** [0.010]	0.093*** [0.009]	0.093*** [0.013]
実績医療費－基準医療費	0.113*** [0.007]	0.113*** [0.007]	0.115*** [0.007]
病床数	147.601*** [26.278]	147.839*** [26.227]	123.401*** [22.278]
病因・診療所数	-1117.47 [2220.398]	-1133.055 [2218.143]	-1406.161 [2322.514]
65歳以上比率	526.302*** [117.308]	522.264*** [122.856]	476.793*** [98.554]
一般被保険者数	-0.12 [0.089]	-0.121 [0.091]	-0.129 [0.090]
4方式ダミー		-1020.868 [805.754]	
3方式ダミー		-1098.168* [600.278]	
所得割ダミー			-226.258** [87.892]
資産割ダミー			105.114 [63.889]
均等割ダミー			80.858 [68.773]
標本数	6883	6883	6883
R-squared:	0.928	0.928	0.930

(注) [ ]内は標準誤差で、White (1980) により分散不均一を調整した推定値。

\*\*\*は1%、\*\*は5%、\*は10%の水準で有意であることを示す。

あれば保険料で調整すべき「実績医療費－基準医療費」の方が大きくなっていることである。この結果は、過剰医療など保険者の責めに帰すべき事情による医療費支出が増加した場合にも、普通調整交付金も増加することを意味しており、保険者の財政健全化へのインセンティブが阻害されている可能性があることが示唆される。2章で紹介したように、普通調整交付金算定の元となる調整対象需要額が、実際の医療費支出をベースに算定されているため、医療費支出が増加すると普通調整交付金も増加するようになっていることが、その一因となっているかもしれない。

## 5. ジニ係数を用いた不平等度の測定

不平等度をはかる指標として代表的なものにジニ係数がある。世帯数と所得の累積相対度数をそれぞれ横軸、縦軸にとると、原点と各点を結んだローレンツ曲線が描ける。このローレンツ曲線と傾き1の45度線で囲まれる面積を2倍にしたものがジニ係数である。ジニ係数は0から1までの値をとり、分布が平等であれば0に、完全に不平等であれば1となる。

ここではLerman and Yitzhaki (1985) および Stark et al. (1986) によるジニ係数の分解モデルを用いて、国保財政収入の各要素の限界的な変化がジニ係数に及ぼす影響を測定する。

### (1) モデル

ジニ係数についてLerman and Yitzhaki (1985) によると、全収入のジニ係数 $G$ は以下のように各収入要素 $k$ により分解されるとしている。

$$G = \sum_{k=1}^K S_k G_k R_k$$

ここで $S_k$ は収入要素 $k$ の全収入に占める割合、 $G_k$ は収入要素 $k$ のジニ係数、 $R_k$ は収入要素 $k$ のジニ係

数と全収入のジニ係数の相関係数をあらわす。それぞれを個別に解釈すると順に、収入要素 $k$ の全収入に対する重要性 ( $S_k$ )、収入要素 $k$ がどれくらい平等に配分されているか ( $G_k$ )、そして全収入と収入要素 $k$ がどれくらい相関しているか ( $R_k$ ) を示している。さらに、Stark et al. (1986) では Lerman and Yitzhaki (1985) によるジニ係数の分解から、他の収入源を全て一定とした場合の、収入要素 $k$ の1%の変化が全収入の不平等度に及ぼす影響、つまりジニ係数の弾力性は次の式により算出されるとしている。

$$\frac{\partial G / \partial e_k}{G} = \frac{S_k G_k R_k}{G} - S_k$$

### (2) 結果

前章で紹介したモデルを用いて、一人当たりの保険者総収入を、一般被保険者保険料収入、退職被保険者保険料収入、普通調整交付金、普通調整交付金を除く国庫支出金、都道府県支出金、共同事業拠出金、法定内繰入\*20、法定外繰入、地方債、その他収入の計10の収入要素に分解し、それぞれが保険者間の一般被保険者一人当たり総収入の不平等度に与える影響を年度ごとに算出した。その

表4 ジニ係数を用いた各収入要素の不平等度の測定

収入要素	2008年度				2009年度				2010年度				2011年度			
	$S_k$	$G_k$	$R_k$	弾力性												
一般被保険者保険料	0.2028	0.0872	-0.2022	-0.2434	0.1980	0.0892	-0.2467	-0.2492	0.1900	0.0911	-0.2156	-0.2343	0.1832	0.0999	-0.2783	-0.2451
退職被保険者保険料	0.0186	0.2372	0.2013	-0.0085	0.0180	0.2266	0.1932	-0.0087	0.0182	0.2205	0.2749	0.0051	0.0190	0.2325	0.3032	-0.0027
普通調整交付金	0.0574	0.2984	0.5713	0.0539	0.0561	0.2918	0.4928	0.0387	0.0523	0.3061	0.4947	0.0417	0.0513	0.3057	0.4976	0.0436
普通調整交付金を除く国庫支出金	0.1920	0.0087	0.5248	-0.0922	0.1921	0.0757	0.5795	-0.0931	0.1991	0.0933	0.5631	-0.0750	0.2025	0.1154	0.5863	-0.0358
都道府県支出金	0.0454	0.1194	0.5595	0.0109	0.0466	0.1318	0.4870	-0.0115	0.0474	0.1282	0.5745	-0.0062	0.0466	0.1284	0.5169	-0.0090
共同事業交付金	0.1097	0.1412	0.7090	0.0152	0.1095	0.1399	0.6666	0.0105	0.1125	0.1510	0.6807	0.0247	0.1100	0.1507	0.6705	0.0252
法定内繰入	0.0533	0.2216	0.5748	0.0239	0.0539	0.2162	0.5740	0.0247	0.0575	0.2038	0.5660	0.0212	0.0556	0.1995	0.5481	0.0183
法定外繰入	0.0138	0.7334	-0.2745	-0.0455	0.0160	0.7297	-0.2189	-0.0459	0.0179	0.7056	-0.2264	-0.0518	0.0173	0.6855	-0.2306	-0.0504
地方債発行	0.0000	0.9994	-0.7605	-0.0001	0.0001	0.9968	-0.2651	0.0004	0.0001	0.9966	0.1873	0.0001	0.0010	0.9977	-0.2895	-0.0004
その他収入	0.3070	0.2088	0.8433	0.3077	0.3097	0.2079	0.8515	0.3349	0.3052	0.2058	0.7915	0.2846	0.3145	0.1948	0.7655	0.2562
収入計		0.0879				0.0851				0.0843				0.0822		

$S_k$ ：収入要素 $k$ の全収入に占める割合

$G_k$ ：収入要素 $k$ のジニ係数

$R_k$ ：収入要素 $k$ のジニ係数と全収入のジニ係数の相関係数 弾力性：収入要素 $k$ の1%の変化が全収入の不平等度（ジニ係数）に与える影響

(注) 共同事業交付金について、負担が小さかった保険者が支払う共同事業拠出金は考慮していない。

\*20) 法定内繰入とは、各市町村の一般会計から国保特別会計に繰り入れることが法定で定められているもの。具体的には、出産一時給付金の3分の2、保険基盤安定繰入金（保険料軽減分）の市町村負担分などがある。

結果を表4に示す。

この結果をみると、2008-2011年度において、「保険者の責めに帰することのできない原因による格差」を縮小させることを目的として交付されている普通調整交付金は、他の収入要素が全く変化せず一定であるとする、その1%の増加によって保険者間の被保険者一人当たり総収入のジニ係数、つまり不平等度を2008年度は5.39%、2009年度は3.87%、2010年度は4.17%、2011年度は4.36%増加させていることが示された。このジニ係数を使用した不平等度の計測は一指標にすぎないが、普通調整交付金は本来調整すべき格差をむしろ拡大させてしまっている可能性を示唆する結果であった。

## 6. 結論

本稿では、市町村国保に対する国や地方からの財政移転、その中でも特に国保財政において一般財源の役割を果たす普通調整交付金を整理し、当該交付金が本来調整すべき「保険者の責めに帰することのできない原因による格差」を実際に調整しているのかについて、定量的に分析した。また、財政移転によって調整すべきでない部分は各保険者の保険料収入によって賄われるべきであると考えられることから、保険料についてもその決定要因を分析した。

その結果、保険料は被保険者の年齢構成の相違よりも医療サービスの水準や過剰医療等を反映して決定されるべきであるにもかかわらず、実際には、医療サービス等の水準が高まると保険料が低下するという逆の結果となった。また、保険料は、医療サービス等の水準など「保険者の責めに帰する」医療費支出よりも、本来であれば普通調整交付金が調整すべき「保険者の責めに帰することができない原因による格差」を反映するように算定されているという結果となった。他方、普通調整交付金は「保険者の責めに帰することができない格差」を調整するという本来の目的を果たしている一方で、保険料で調整すべき「保険者の責めに帰する」医療費支出を「保険者の責めに帰するこ

とのできない原因による格差」以上に調整していることが示され、市町村国保に対する国からの財政移転により、各保険者による市町村国保財政健全化のインセンティブが阻害されている可能性があることが示唆された。

今後少なくとも10年は高齢者数の増加による医療費増加が見込まれていることに鑑みると、市町村国保が健康保険制度のラストリゾートとしての役割を果たすためにも、国保財政の安定化が重要であり、市町村国保に対する財政移転が市町村による国保財政の健全化に対する意欲を削がないような制度設計が重要であると考えられる。

## 参考文献

- 鈴木亘 (2001) . 「国民健康保険補助金制度の目的整合性とインセンティブに関する実証分析」 . 『生活経済学研究』 , 第16号, pp. 91-103, 2001年3月.
- 鈴木亘 (2000) . 「国民健康保険に対する補助金制度の実証分析」 . 大阪大学社会経済研究所, Discussion Paper No. 509.
- 社会保険出版社 (2012) . 『国保担当者ハンドブック 2012』
- 田近栄治・油井雄二, (1999) . 「高齢化と国民健康保険・介護保険一財政の視点から」 . 『季刊社会保障研究』 , Vol. 35, No. 2.
- 林正義・半間清崇 (2012) . 「市町村国民健康保険における保険料の平準化要因」 . 『フィナンシャル・レビュー』 , 第108号, pp. 112-125, 2012年3月.
- Lerman, R. I., and S. Yitzhaki (1985) . "Income inequality effects by income source: A new approach and applications to the United States." , *Review of Economics and Statistics*, Vol. 67, No. 1, pp. 151-156, February 1985.
- Masayoshi Hayashi (2013) . "Regional Equalization and Stabilization in the Japanese System of National Health Insurance." *Public Policy Review*, Vol. 9, No. 1, pp.33-49.
- Masayoshi Hayashi (2012) . "Channels of Stabilization in a System of Local Public Health Insurance: The Case of the National Health Insurance in Japan" CIRJE Discussion Papers, CIRJE-F-847.
- Stark, O., J. E. Taylor, and S. Yitzhaki (1986) . "Remittances and inequality." *Economic Journal*, Vol. 96, pp. 722-740.