

介護・福祉における給付と家族の関係に関する分析

分担研究者 暮石 渉
(国立社会保障・人口問題研究所基礎理論研究部第三室長)

1. 研究目的および研究方法

本研究は、社会保障給付の人的側面に関する重要な課題の一つである介護・福祉におけるサービスの確保について検討するため、介護や福祉のインフォーマルなサービス供給と家族の関係を理論的に明らかにすることを目的としている。上記の研究目的のため、本年度は家族の経済学とその周辺分野の文献調査をおこなった。

2. 研究結果

1. 家族の経済学

介護や福祉のインフォーマルなサービスの供給主体は多くの場合、女性である。女性によるこれらサービスの供給を分析する際には、世帯内の意思決定問題を考察しなければならない。これまでの経済モデルでは、次の 2 つの方法で分析されてきている。一つ目は、家族は、単一の効用を最大化する単一の行為者であるとするもので、もう一つは、夫と妻は異なる選好を持つが、協力して決定するものとするものである。本研究では、加えて、夫と妻は非協力的に行動しそれぞれの行動はクールノーナッシュ均衡で記述されるとするモデルについてもサーベイする。最後に、これらアプローチに基づいた実証論文のサーベイも行う。

(a) 家族が単一の効用を最大化するアプローチ (unitary models)

このアプローチには 2 つの定式化がある。一つは Samuelson (1956) による consensus model で、もう一つは Becker (1974, 1981) の altruist model である。Samuelson (1956) による consensus model では、単一の効用関数を最大化するアウトカムとして家族の行動が正当化される条件が示されている。夫と妻からなる二人家族を考えた場合、夫と妻はそれぞれ自身の私的な財の消費に依存する効用関数を持つ。しかし、コンセンサスのもと、夫と妻は、それぞれが受け取る所得がプールされた予算制約のもと、それぞれ個人の効用関数を組み込んだ社会的厚生関数を最大化することに合意する。そうすることで、家計総支出の観察されるパターンを、あたかも、家族が効用を最大化する単一の主体であるかのように扱って分析することができる。つまり、家計は $U(c^h, c^w)$ を最大化する。ここで、 c^h と c^w はそれぞれ夫と妻の私的な消費を表す。制約は予算式 $p(c^h + c^w) = y = y^h + y^w$ であり、ここで夫と妻のそれぞれの所得はプールされている。この効用最大化問題から需要関数 $c^i = f^i(p, y)$ を得る。この需要関数は価格と家族の総所得のみに依存し、効用関数に関する通常の仮定の下で得られる標準的な特性をもつので、標準的な消費者需要理論の比較静学を、consensus model のもとでの家族の行動に直接に適用することができる。なお、Samuelson (1956) では、どのようにして家族がこの社会的厚生関数に関するコンセンサスを得、また、維持するのかについて議論がなされていない、ということに注意が必要である。

Becker (1974, 1981) の altruist model では、家族の中で資源がどのように配分されるのかへの説明を試みている。このモデルでは、家族は、純粋に利己的であるが合理的な「子」と家族の他のメンバーの厚生が組み込まれた効用関数を持つ利他的な親から構成される。

このモデルによると、家族の他のメンバーへ正の移転を行う利他的な親がいることで利己的な子が一見すると非利己的に行動する。つまり、利他的な親は、家族の総所得が最大になる行動を「放蕩な子 (rotten kid)」が選択するのが最適になるように、子への移転を調節するので、結果として現れる配分は家族の資源制約のもとで利他的な親の効用を最大化するものとなる。なお、この *altruist model* からの家族の需要に対するインプリケーションは *consensus model* からのそれと一致する。

(b) cooperative bargaining approach

Unitary models への代替として、二人かそれ以上の主体が家族の消費の決定に関わるモデルが必要だと認識のもと、協力ゲーム理論からのバーゲニングモデルが開発された。

Manser and Brown (1980) や McElroy and Horney (1981) によって結婚に適用されたモデルでは、典型的には、結婚の協力バーゲニングモデルでは、夫と妻の二人のメンバーから成る家族を考える。夫と妻はそれぞれ自身の私的な財の消費に依存する効用関数を持つと仮定される ($U^h(c^h)$ で夫の効用関数を、 $U^w(c^w)$ で妻の効用関数を表す)。もし、合意に達することができなかつたら、それぞれが受け取る利得は「威嚇点」($T^h(Z), T^w(Z)$) で表される。つまり、離婚した時のアウトカムからの効用である。ナッシュのバーゲニングモデルの解概念を結婚のバーゲニングモデルに応用する。ナッシュのバーゲニングモデルでは、夫婦は、プールされた予算制約のもと、Nash product function $N = [U^h(c^h) - T^h(Z)][U^w(c^w) - T^w(Z)]$ を最大化する。その結果得られる需要関数、 $c^i = f^i(p, y, Z)$ は、distribution factors Z に依存する。distribution factors に含まれるものとしては、夫と妻のそれぞれの所得 y^h, y^w が考えられる¹。ナッシュの交渉解において夫と妻が得る効用の水準は威嚇点に依存する。つまり、威嚇点における夫(妻)の効用が上昇すると、ナッシュの交渉解における夫(妻)の効用も上昇する。ここからナッシュ交渉解からの実証分析に対するインプリケーションが得られる。つまり、家族の需要は価格や家族の総所得のみならず、威嚇点を規定する要因に依存するということである。

Lundberg and Pollak (1993) の *separate sphere model* では、威嚇点を、上記のモデルのように離婚という脅しという外生的ではなく、結婚に関して内生的に扱った。つまり、夫と妻はナッシュバーゲニングによって妥結するのだが、合意できない場合は結婚内の非効率的な非協力均衡でいくということになる。この非協力均衡では、夫(妻)は、妻(夫)の行動を所与のものとして、自身の効用を最大化するように家庭内公共財を供給することになる。離婚は、夫婦にとって交渉が決裂した時の究極の脅しではあるが、家庭内公共財の結合消費からなにがしかの便益を得ることのできる非協力的な結婚のほうが、夫婦の日々の交渉においては、もっともらしいと言える。内生的に決定される威嚇点を導入することによるインプリケーションとしては、*separate sphere model* における家族の需要は、離婚後に誰がどれだけ所得を受け取るのかにではなく、結婚において誰がどれだけ所得を受け取り、管理できるのかに依存するということである。

Cooperative bargaining model の一般化として、Chiappori (1988, 1992) による家族の *collective models* がある。Collective models では、(a) それぞれの家計のメンバーは異なる選好を持ち、(b) 決定プロセスはパレート効率なアウトカムをもたらす、と仮定する。夫と妻の二人からなる家計を考える。両者とも通常の効用関数 $u^i(x^A, x^B, X)$ を持つとする。ここで、 x^i はメンバー i の私的な財の消費のベクトルを表し、 X は公共財のベクトルを表す²。私的財の価格のベクトルを p で、公共財の価格のベクトルを P で、家計の総支出を y で表す。また、 s によって distribution factors のベクトルを表す。Distribution factors と

¹ Nash (1950) から、パレート効率性を含む4つの公理によってこの解が特徴づけられることがわかっている。

² この選好の特定化は一般的なものであり、利他性や外部性、また選好の相互依存を排除しない。

は、選好や予算制約に影響を与えることなく資源の家計内での配分に影響を与える外生的な変数である。例えば、それぞれのメンバーへの外生的な所得の給付であったり、結婚市場の状況や離婚法制があたる。

単純化のため、 $\pi^i = (\mathbf{p}^i, \mathbf{P}^i)$ で価格のベクトルを表す。効率性の仮定 (b) から、家計行動は次の功利主義的な社会的厚生関数の最大化で記述できることがわかる：

$$\max_{\mu, x^A, x^B, X} \mu(\pi, y, s) u^A(x^A, x^B, X) + (1 - \mu(\pi, y, s)) u^B(x^A, x^B, X)$$

制約条件は、 $\mathbf{p}^i(x^A + x^B) + \mathbf{P}^i X = y$ である。ここで μ はパレートフロンティアにおける家計の均衡の位置を決定する関数である。もし $\mu = 1$ ならば、家計メンバー A が決定を行うことになるし、もし $\mu = 0$ ならば、メンバー B が決定を行うことになる。上記の問題の解を $x^A(\pi, y, s)$, $x^B(\pi, y, s)$, $X(\pi, y, s)$ で示すことにする。Collective models の研究の最初の貢献は、この家計の需要を示す解がどのような性質を持つのかを明らかにしたことである。

Browning and Chiappori (1998) や Chiappori and Ekeland (2006) が示したところによると、家計需要 $z = (x, X)$ は次の性質を持つ。つまり、(a) 予算制約によりパレートフロンティアを p と y の関数として決定し、(b) p の値が、家計の均衡がパレートフロンティアの上でどこに位置するのかを決定する。つまり、 p の変化はパレートフロンティアをシフトさせることになる。また、 p の変化は μ の値をも変化させるので均衡をパレートフロンティアに沿って動かすことになる。

Bourguignon et al (1993) は、distribution factors が二次元、つまり、 $s = (s_1, s_2)$ の場合を考え、distribution factors の変化は、均衡をパレートフロンティアの上で位置を変化させることを示した。

Bourguignon et al (1995) は、次の効用関数を分析した。つまり、 $u^i(x^i, X)$ であり、これは、各主体は、効用が配偶者の消費に依存しないという意味で「エゴイスティック」であると言うことを意味する。この効用関数に関する仮定のもと、第一段階で、家計の各メンバーは公共財の水準と残りの支出の夫婦間での配分に関して合意する。続く第二段階で、公共財の水準と自身の予算制約を考慮に入れて、それぞれが効用関数の最大化を行うことになる。

(c) non-cooperative bargaining models

このモデルでは、Konrad and Lommerud (2000) や Lundberg and Pollak (2001) が、一方の配偶者が将来の夫婦間の交渉力を高めるために、いくつかの行動における過剰な投資が行われることを明らかにしている。

Konrad and Lommerud (2000) では、結婚に先立って個人が教育に対して過剰な投資を行なうことで結婚における交渉力を高めることを示している。また、Lundberg and Pollak (2001) では、共稼ぎの夫婦による立地の問題を二段階のゲームで考えている。夫婦は、どこに住むのか、および、一緒に住むのかを決定するが、その決定に関して位置段階目で高速的なコミットメントを行うことができないという設定を行なっている。Lundberg and Pollak (2001) はこの二段階ゲームにおける均衡はかならずしも効率的ではないということを示している。

2. 社会保障と公共財

政府は政策的に、非協力均衡における不十分な家族公共財の供給を緩和する事ができる。Laitner (1988) は、双方向の利他性を仮定しており、親と子はお互いのことを気にかけているものの、他方のことを自分ほどには気にかけてはいないと設定している。このようなケースにおいて、所得の低い親は、意図的に若年期のライフサイクル貯蓄を低く抑え、退職期に子どもからより多く金銭の移転を引き出そうとすることを示した。この論文は、人は、老後に困窮したならば、子どもや隣人が助けてくれると期待するという良きサマリア人のジレンマを応用しており、子どもや隣人の援助を予想するならば、人は自分で将来に備え

た「自助」の誘因を持たないことになる。また、将来援助を期待される側は、公的にファイナンスされる再配分制度を支持することになるとの結果が得られている。

3. 実証分析

Unitary Model の検証に関して

Thomas (1990) は、もし家計の所得がプールされ、厚生が最大化されるように配分されるのであれば、母親と父親のコントロールのもとにある所得は需要に対して同等のインパクトを与えるはずであるとした。ブラジルの家族の健康と栄養状態の調査データを用い、親の所得の影響が等しいということは棄却された。母親が手にする不労所得は、父親のそれよりも、家族の健康に大きな影響を与えている。とくに、子どもの生存率は約 20 倍大きかった。家計の common preference モデルは否定された。つまり、もし、所得がプールされるのであれば、母親と父親の所得の比率の影響は同じであるはずである。しかしながら、比率の影響が等しいということは棄却された。また、母親は娘の栄養状態を改善する資源への投入を好むのに対し、父親は息子のそれを好むことがわかった。

Haddad and Hoddinott (1994) は、所得の家計内での配分が、コートジボワールの子どもの人体計測上の状況に与える影響を分析している。彼らは、女性の所得の比率の上昇は、男の子の女の子に対する対年齢身長比の統計的に有意な上昇に結びついていることを明らかにしている。

これら 2 つの結果は unitary モデルの枠組みとは非整合的である。

Unitary model の検証において、夫と妻の相対的な資源へのコントロールを測定することが必要になる。相対的な収入が候補として考えられるが、このアプローチの問題点として、収入が家計の時間配分の決定に関して内生的であるということである。この問題を回避するため、収入ではなく不労所得 (unearned income) を用いることが考えられる。不労所得であれば、価格からは影響を受けていないが、過去や現在の家計の行動に関して完全に外生的であるわけではない。McElroy-Horney 型の家族の需要行動に関するナッシュバーゲニングモデルは、夫と妻の不労所得は家族の労働供給と財の消費に同一の影響を与えると制約をゆるめたが、Schultz (1990) は、1981 年の Socioeconomic Survey of Thailand をもちい、夫と妻の労働供給と出生の決定要因を検証した。この制約は女性の労働供給と出生に関して棄却された。

とは言え、例えば、財産所得は貯蓄のこれまでの蓄積やつまりは過去や現在の労働供給を反映するし、公的や私的な移転は、失業や病気によって家計が被る経済的困窮と関連している。また、宝くじのような予期しない移転や予期しない贈与や遺産は、個人がコントロールする資産に対して価格を変化させずに影響を与えるが、頻度も多くなく、家計にとっての重要度も低い。夫と妻の相対的な交渉力の代理変数として、相対的な年齢、教育、夫と妻の家族のバックグラウンドの尺度が考えられるが、観察されない特質による選択結婚 (assortative mating) の可能性を捨て去ることはできない。

したがって、理想的には、夫と妻がランダムに所得移転を受けるよう選ばれる様な実験が望ましい。Lunberg, Pollak and Wales (1997) は、1970 年代にイギリスで行われた子ども手当を妻に対して行うとした政策変更を「自然実験」としている。Family Expenditure Survey をもちい、彼らは、所得の再分配に応じて、男性の衣服に比べてより多い女性や子供の衣服への支出を発見している。

Duflo (2003) は、見ないアフリカにおける大規模な金銭の移転が子どもの栄養状態に与える影響の評価を行ない、受給者の性別がその大きさに影響を与えるかを見た。1990 年代の始めに、南アフリカの社会年金プログラムの受給と適用範囲が黒人に拡大されたことを利用し、女性の年金の受け取りは女兒の身長体重比と対年齢身長比に大きな影響を与えたが、男児のそれらには影響は殆ど無かった。男性の年金受給に関しては同様の影響は見られなかった。

3. 考察及び結論

本年度の文献調査を通じて、介護や福祉のインフォーマルなサービス供給と家族の関係を理論的にモデル化するためには、家族内の対立関係や協力関係や非協力ゲームにおける公共財供給のインセンティブを組み込むことが不可欠である事がわかった。

参考文献

- Becker, G. S. 1974. A Theory of Social Interaction. *Journal of Political Economy* 82, 1063-93
- Becker, G.S. 1981. Altruism in the Family and Selfishness in the Market Place. *Economica* 48, 1-15
- Bourguignon, F. & Browning, M. & Chiappori, P. A., 1995. "The Collective Approach to Household Behaviour," DELTA Working Papers 95-04, DELTA (Ecole normale supérieure).
- Bourguignon, F. and Browning, M. and Chiappori, P.A. and Lechene, V. 1993. Intra household allocation of consumption: a model and some evidence from French data. *Annales d'Economie et de Statistique*. 137-156
- Browning, M. and Chiappori, P.A. 1998. Efficient intra-household allocations: A general characterization and empirical tests. *Econometrica* 1241-1278
- Chiappori, P.A. 1988. Rational household labor supply. *Econometrica*, 63-90
- Chiappori, P.A. 1992. Collective labor supply and welfare. *Journal of Political Economy*. 437-467
- Chiappori, P.A. and Ekeland, I. 2006. The micro economics of group behavior: general characterization. *Journal of Economic Theory*. 130(1)
- Duflo, E. 2003. Grandmothers and Granddaughters: Old-Age Pensions and Intrahousehold Allocation in South Africa. *The World Bank Economic Review*. 17(1) 1-25
- Haddad, L. and Hoddinott, J. 1994 Women's income and boy-girl anthropometric status in the Cote d'Ivoire. *World Development*, 22(4) 543-553
- Konrad, K.A. and Lommerud, K.E. 2000. The bargaining family revisited. *Canadian Journal of Economics* 33(2) 471-487
- Laitner, John, 1988. "Bequests, Gifts, and Social Security," *Review of Economic Studies*, Wiley Blackwell, vol. 55(2), pages 275-99, April.
- Lundberg and Pollak (1993). Separate spheres bargaining and the marriage market. *Journal of Political Economy* 101 988-1010
- Lundberg, S. and Pollak, RA 2003. Efficiency in Marriage. *Review of Economics of the Household*. 1(3) 153-167
- Lundberg, S.J. and Pollak, R.A. and Wales, T.J. 1997. Do husbands and wives pool their

resources? Evidence from the United Kingdom child benefit, *Journal of Human Resources*, 463-480

Manser, M. and Brown, M. 1980. Marriage and household decision-making: A bargaining analysis. *International Economic Review* 21 31-44

McElroy, M.B. and Horney, M.J. 1981. Nash-bargained household decisions: Toward a generalization of the theory of demand. *International Economic Review*. 22(2) 333-349

Nash, J.F. 1950. The Bargaining Problem. *Econometrica* 18(2) 155-162

Samuelson, P.A. 1956. Social indifference curves. *The Quarterly Journal of Economics* 70(1) 1-22

Schultz, T.P. 1990. Testing the neoclassical model of family labor supply and fertility. *Journal of Human Resources*. 599-634

Thomas, D.1990. Intra-household resource allocation: An inferential approach. *Journal of human resources*. 635-664

医療保険財政の動向と後期高齢者支援金の加算・減算等に関する制度的考察
研究分担者 東 修司 国立社会保障・人口問題研究所企画部長

研究要旨

本研究では、2013 年度からスタートする第 2 期医療費適正化計画の対象期間に、特定健康診査等の実施目標に係る達成度合等を踏まえた「後期高齢者支援金の加算・減算」が実施される予定であることを踏まえ、当該仕組に係る制度的な考察等を行うことを目的としている。

制度創設時における関係者の説明によれば、この加算・減算は、特定健康診査等の実施主体である医療保険者に対してインセンティブを付与するための仕組と位置付けられているが、その後の先行研究や関係者からの指摘には厳しい評価もみられるところである。

他方、現下の医療保険財政に目を移せば、わが国経済が低迷する中、被用者保険については、保険料収入の低下や被保険者数の減少など厳しい状況が続く一方、地域保険についても高齢者や失業者、非正規労働者の増加など構造的な問題が引き続き存在している。

さらに、実際の加算・減算幅を決める際の勘案要素とされる特定健康診査等の実施状況については、現在公表されている 2008 年度から 2010 年度のデータを見る限り、緩やかな進捗にある。実施目標の達成度合には、制度間或いは個々の保険者間で格差がみられるため、加算・減算の在り方次第ではその実態をストレートに反映し、更に格差を増幅するとの指摘もみられる。

加算・減算の具体的な実施方法については、現在も関係者間の議論が続けられているところであるが、加算幅と減算幅のいずれに着目して全体を設計するのか、加算幅をどの程度に設定するのか、医療保険者毎の状況を如何に調整するのか、いわゆる「参酌標準」近傍で加算の対象外となる領域を設けるのかなど幾つかの論点が想定される。ただし、各医療保険者の現場における今後の対応の前提となる問題であるため、速やかに一定の合意が形成されていく必要がある。

さらに将来に向けては、高齢者医療制度の見直し議論も踏まえつつ、特定健康診査等の保険者努力に対するインセンティブ付与の在り方と高齢者医療を支える支援金負担との関係や、現下の医療保険財政の状況と被用者保険における保険者機能の在り方の問題など、より広い視点から、医療保険制度全体としての検討が深められることが重要である。

A. 研究目的

本研究では、2013 年度からスタートする第 2 期医療費適正化計画の対象期間において、後期高齢者支援金の加算・減算が実施される予定であることを踏まえ、高齢者医療制度や後期高齢者支援金の在り方そのものに対する様々な議論の動向も認識しつつ、加算・減算

の仕組に焦点を当てた制度的考察を行うことを目的としている。

この仕組は、2008 年 4 月から各医療保険者が実施してきた特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）の実施率や内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率に係る実施目標の達成度合を踏まえて、後期高齢者支援金を±10%の範囲内で加算・減算するもの（ただし、最近における議論の中

では、内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率については勘案要素としないという方向性も出ている)であり、その実施の在り方如何では、各医療保険者の財政にも少なからず影響を与えるものと考えられる。

そのため「高齢者の医療の確保に関する法律」においてこの仕組が創設された際に、加算・減算というメカニズムが如何なる政策判断や位置付けで導入されたかを、当時の説明振りを含めてあらためて検証する。さらに、その後の関連する先行研究や関係者の指摘において、この仕組がどのように評価されてきたかを確認する。勿論、この加算・減算だけではなく、後期高齢者医療制度や後期高齢者支援金、さらには特定健康診査等の在り方をめぐるそもそもの指摘も多くみられるところであり、その全体動向を踏まえなければ制度的な考察は完結しないが、本稿では加算・減算が実施された場合の影響や留意点を明確化させるという観点から、敢えて当該仕組に係る部分のみに焦点を当てて、以下論ずることとしている。

次に、加算・減算の仕組が実施された場合に直接の影響を受けることとなる医療保険者について、最近の財政状況を検証する。その際には、特に、高齢者の医療を支える費用負担の在り方をめぐるこれまでの関連制度の変遷を、被用者保険の財政状況の変化との関係に着目しつつ一定の整理を行う。また、実際の加算・減算幅を決める勘案要素となる特定健康診査等の実施状況について、厚生労働省から公表されている2008年度及び2009年度の確定値データ並びに2010年度の速報値データを制度別に確認することにより、各医療保険制度間のもとより、個々の保険者間においても一定の格差が生じている実態を確認するとともに、加算・減算の仕組が実施された場合の留意点などを明らかにする。

さらに、この加算・減算の具体的な実施方

法をめぐる最近の議論の動向等を踏まえつつ、現段階で想定される主立った論点を幾つか具体的に提示して検証する。その際には、加算幅に傾斜(段階)を持たせるのか、いわゆる「参酌標準」近傍で加算の対象外となる領域を設けるのかなど、インセンティブの在り方を含めた幾つかの論点に着目しつつ、それぞれの対応パターンが有する留意点や検討課題を全体整理する。

最後に、この加算・減算については、必要な財源が医療保険者の支援金負担の中で調整され、公費が充当されない仕組とされていることから、その点に着目しつつ、公費負担との制度的な関係を整理する。その際には、社会保障改革に関する集中検討会議に提示された改革シナリオに基づく将来試算も踏まえつつ、医療分野に係る公費負担の当面の見通しを確認した上で、当面の第2期医療費適正化計画の対象期間に向けた対応と、さらにその後の将来に向けた対応の双方に区分けして、政策議論に資する基本的な視点を提示する。

B. 研究方法

文献調査等による。

(倫理面への配慮) 該当しない。

C. 研究結果

後期高齢者支援金の加算・減算が創設された考え方については、政策立案に携わった関係者の説明によれば、特定健康診査等の実施主体である医療保険者に対して、取組のインセンティブを付与する仕組であると位置付けられている。さらに、旧老人保健制度の拠出金の算定式が、医療保険者の適正化努力を反映するメカニズムであったのに対して、独立保険としての後期高齢者医療制度の支援金については別途、こうした加算・減算の仕組が必要であったという説明もなされている。なお、当時の医療制度改革に先駆けて行われた

経済財政諮問会議における議論の模様をみれば、全体として医療費コントロールや適正化という視点が強く出されている。そして、この経済財政諮問会議における議論を受けたその後の医療制度改革においても、医療費適正化の実施責任を各医療保険者が担うという考え方が組み込まれているという指摘もみられるところである。

さらに、後期高齢者支援金の加算・減算に関連するその後の先行研究や関係者の指摘をみれば、例えば、医療保険者に対するサンクションの是非や後期高齢者支援金の租税的性格との関連、個人のライフスタイルや生き方に対するパターンリスティックな介入という側面と国家施策との関連、被用者保険の被扶養者に対する特定健康診査等の実施方法を踏まえた保険者間調整の在り方との関連など、幾つかの視点から厳しい評価もみられる。

他方、最近の医療保険財政の状況に目を移せば、わが国の経済が低迷する中、被用者保険においては保険料収入の低下や被保険者数の減少など厳しい状況が続き、地域保険においても高齢者や失業者、非正規労働者の増加など構造的な問題が存在している。特定健康診査等の実施に要する費用そのものは、各医療保険制度の支出規模に照らして必ずしも大きなウエイト占めるものではないが、最大幅で後期高齢者支援金の±10%とされる加算・減算については、その実施の在り方如何では医療保険財政にも看過できない影響を及ぼすことが見込まれる。

高齢者の医療を支える費用負担の在り方については、1984年度に旧老人保健制度が創設されて以降、30年近くの長きにわたる関係者の議論や、制度的な対応が重ねられてきている。健康保険組合を例に取れば、保険料収入に占める義務的経費（拠出金・納付金等と法定給付費の合計）の割合は、旧老人保健制度の創設時から着実に上昇しており、近年では

4割を超える水準で推移している。赤字組合が占める割合も2005年を底に上昇反転し、8割前後で推移している。一部には、医療保険者間での費用調整が限界にきているという指摘や、保険者機能を発揮しつつ創意工夫に取り組むという被用者保険の存在意義にも関わるといふ指摘までみられる中、後期高齢者支援金の算定に別途の加算・減算のメカニズムを組み込むことの重みを再認識して、その具体的な在り方を議論する必要がある。

さらに、実際の加算・減算幅を決める勘案要素となる特定健康診査等の実施状況については、現段階で公表されている2008年度及び2009年度の確定値データ並びに2010年度の速報値データをみる限り、緩やかな進捗にある。2011年4月に公表された全国医療費適正化計画の中間評価によれば、特定健康診査実施率については、健康保険組合と共済組合で相対的に高く、市町村国民健康保険、国民健康保険組合、全国健康保険協会、船員保険において低いという二重構造がある。また、特定保健指導実施率については市町村国民健康保険が相対的に高いという評価がされている。

他方、同じ医療保険制度に該当する個々の保険者間でも、その実施率に一定の格差が生じていることにも留意が必要である。厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」（以下、単に「厚生労働省検討会」という。）に提示された資料によれば、2009年度の実績として、既に参酌標準に定められた実施目標を特定健康診査と特定保健指導の「双方について達成した」と報告する保険者が存在する一方で、特に、特定保健指導については「実施率ゼロ」と報告する保険者が存在するなど、保険者間での格差の存在が浮き彫りとなっている。

このため、加算・減算の具体的な仕組の在り方次第では、こうした格差の実態をストレートに反映する結果となることにも留意が必

要であり、一部には当該仕組を通じて保険者間での格差を増幅させる可能性もあるとの指摘がみられるところである。

D. 考察及びE. 結論

本稿で取り上げた後期高齢者支援金の加算・減算の在り方については、第2期医療費適正化計画のスタートに向けて、前出の厚生労働省検討会でも関係者による議論が鋭意続けられているところである。その中では、特定健康診査等に係る実施目標の達成度合だけで加算・減算するには、その正当性を裏付ける十分なエビデンスや合意が無いこと、特定健康診査等以外のものも含めて保険者努力の全体を評価する必要があることなどから、引き続き加算・減算は±0%で運用すべきとの主張がみられる。また一方では、旧老人保健制度と同様に保険者に対するインセンティブを持たせる仕組が必要であること、既に制度の存在を前提に鋭意取組を進めてきた保険者も存在することなどから、予定通り加算・減算を実施すべきとの主張もみられる。

その他の主張も含めて様々な議論が展開される中で、①加算幅と減算幅のいずれに着目して全体を設計するのか、②加算幅をどの程度に設定するのか、③医療保険者毎の状況を如何に調整するのか、④いわゆる「参酌標準」近傍で加算の対象外となる領域を設けるのかなど、幾つかの具体的な論点と対応パターンも示されているところである。ただし、各医療保険者における今後の対応を左右する問題であるため、いずれにしても速やかに関係者による合意が形成され、一定の方向性が定められていくことが求められる。なお、厚生労働省検討会における議論の過程では、こうした加算・減算の実施を、2013年度分の後期高齢者支援金の「確定額」から適用するとの考え方が提示されている。この方法によれば実際の適用は更に2年先となり得るが、各医療

保険者の現場における取組みに混乱を生じさせないためにも、具体的な仕組の方向性については、速やかな合意形成が求められることに変わりはないと考えられる。

最後に、本稿で考察した考え方はいずれも、特定健康診査等の取組へのインセンティブの付与に公費は充当されないという前提であり、現行制度もそのような仕組で定められている。先行研究の中でも、医療保険者による調整は限界に来ており、公費の追加的な投入が必要であるとの指摘もみられるところであるが、この点については今後の公費の見通しや国民負担との関係からも慎重な検証が必要である。今回の社会保障・税一体改革の議論の過程で提起された改革シナリオに基づく将来試算を見ても、医療分野に対する公費負担の見通しは今後最も大きな伸びを示すと見込まれている。いわゆる「全世代対応型」社会保障制度を構築するための施策メニューが提示され、その公費財源も示される中、今後、医療保険制度に充当される公費財源の範囲も明確に形作られてきている。したがって、現在よりも公費の追加投入が見込めない領域については、やはり医療保険者間で支え合うしか途は無いのではないかと考えられる。

ただし、特定健康診査等の保険者努力に対するインセンティブ付与が今後とも必要であるという政策判断に立つ場合、本来、当該仕組に要する費用が如何なる財源で賄われるべきかについては、限られた公費財源の配分という視点だけではなく、それぞれの財源の特性や効果を踏まえた政策議論や調査研究がさらに深められても良いのではないかと考えられる。言い換えれば、当該費用が極めて厳しい財政状況にある他の医療保険者の財政から捻出されるメカニズムとなることについては、そのことが結果として有するペナルティとしての側面の是非を含めて、本来、非常に難しい問題であろう。

なお、上記のような、第2期医療費適正化計画の対象期間に向けた当面の対応だけに留まらず、さらにその先の将来に向けては、高齢者医療制度の見直し議論も踏まえつつ、特定健康診査等の保険者努力に対するインセンティブ付与の在り方と高齢者医療を支える支援金負担との関係、現下の医療保険財政の状況と被用者保険における保険者機能の在り方の問題などを含めて、より広い視点から、医療保険制度全体としての検討が深められていくことが重要である。

以上、本稿の内容は、2012年3月脱稿時における事実関係等に基づいて整理されているが、その後の高齢者医療制度や後期高齢者支援金の加算・減算をめぐる政策議論の動向によって、前提としている事実関係にも自ずと変化が生じると考えられることから、今後、さらに別途の考察が適切に加えられていくべきものである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

医療保険財政の動向と後期高齢者支援金の加算・減算等に関する制度的考察

東 修司

国立社会保障・人口問題研究所企画部長

1. はじめに

2008年4月から導入された特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）は、40歳から74歳までの被保険者及び被扶養者を対象に、医療保険者がその実施義務を負う取組であるが、スタートした当初段階においては、制度理解の浸透に時間を要するとともに、施行準備の遅れや技術的な問題等が指摘されてきたことも事実である。また、医師や保健師、管理栄養士をはじめとする多くの専門職種が携わることとなるため、必要な人材の養成確保が各方面で展開されるとともに、その事業実施に際しては医療保険財源や公費から多額の経費が振り向けられてきたところである。

おりしも、2008年秋のいわゆるリーマンショックにより、それまで緩やかに景気後退していたわが国の経済は急速な悪化を示すこととなった。被用者保険については、保険料収入の減少など厳しい財政局面が続く中、新たに導入された前期高齢者納付金や後期高齢者支援金等の負担が、いわば義務的経費として大きな影響を与えていることが指摘されている。他方、市町村国民健康保険についても、無所得者・失業者・非正規労働者等や高齢者が多く加入する構造的な問題や保険料収納の低迷などの状況が、引き続き存在している。

こうした中で、2010年度末に取り纏められた第1期医療費適正化計画の中間評価においては、特定健康診査等の実施状況が必ずしも予定通り進捗しておらず、医療保険者の間でも実施率等に差が生じている姿が示されている。特に、今後、2013年から新たにスタートする第2期医療費適正化計画に際しては、この特定健康診査等の実施状況などを踏まえて、後期高齢者支援金の加算・減算を実施することが予定されており、厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」をはじめ各方面で、その具体的な方法をめぐる関係者の議論が続けられているところである。

本稿においては、この後期高齢者支援金の加算・減算の実施の在り方次第では、医療保険財政に大きな影響を与え得ると考えられることに着目して、かねてより議論されてきた後期高齢者医療制度や特定健康診査等そのものをめぐる様々な論点の存在は意識しつつも、敢えて加算・減算の仕組に焦点を当てた制度的考察を加えることとしている。以下、本稿の構成としては、第2節において後期高齢者支援金の加算・減算をめぐるこれまでの指摘や先行研究をサーベイした上で、第3節では医療保険財政の状況や特定健康診査等の進捗

を確認する。さらに、第4節では最近の検討状況を踏まえた制度的な考察を行うとともに、最後に公費負担との関係を含めて今後の政策議論に向けた基本的視点を提示する。

2. 後期高齢者支援金の加算・減算をめぐるこれまでの議論等

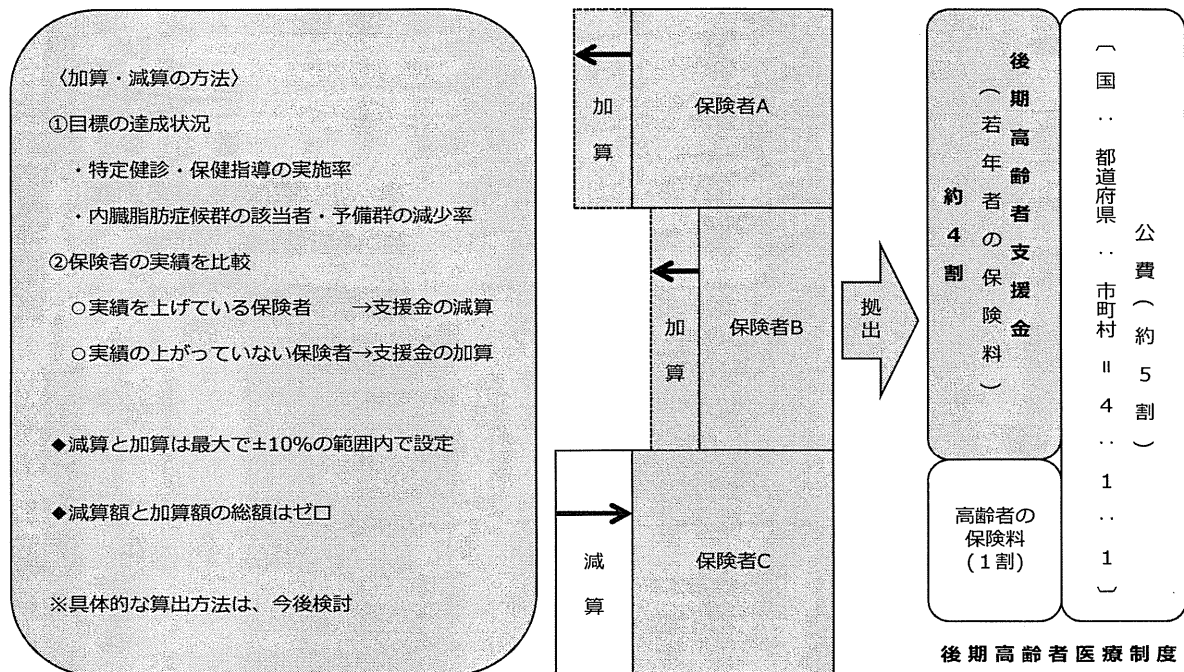
(1) 後期高齢者支援金の加算・減算の制度創設時における議論と施行前の検討

はじめに、後期高齢者支援金の加算・減算に係る制度創設時の考え方を把握するため、関係者によるこれまでの説明を確認する。まず、辻(2008, p. 38)では、国民皆保険のシステムの中で医療費が増え続け、保険料、税金というものをどう調達するのかということでみんな大変苦しんでいるとした上で、保険者が、みんなが健康になってお互いの制度を守っていこうというのは保険制度の基本的な機能であるとしている。また、榮畑(2007, p. 82)では、生活習慣病対策はQOL向上にととまらず、健康寿命の延伸や医療費の伸びの抑制にも繋がっていくとした上で、事業主・市町村・医療保険者の3者バラバラの体系を改め、医療費抑制にインセンティブを持つ者を実施責任者としたと位置付けた上で、医療費の支払いに責任を持つ医療保険者が前面に出て健診・保健指導を徹底して行うことにより、政策目標を達成していかなければならないとし、その目標の達成状況により後期高齢者支援金が加算・減算されると説明している。他方、2006年4月21日の衆議院厚生労働委員会議事録によれば、厚生労働省保険局長は、後期高齢者支援金は国民皆保険のもとで、特に1人当たり医療費が高くて今後増大が見込まれる後期高齢者の医療費を国民全体で支え合う、社会連帯の精神に基づいて保険者に負担して頂くものであり、保健事業等の実施状況で支援金に±10%の範囲で増減を付けることにより、各保険者の努力が反映される仕組みになっていると説明している。さらに、国民の健康づくりという観点から、今井(2008, p. 1)では、これまでの健康づくりの国民運動で欠けていたのは、何らかのインセンティブがなかったからではないかと指摘した上で、今回の施策の画期的な点は、経済的なインセンティブが付いた目標値が明示された点であり、参酌標準が具体的な数字で示され、それを達成しなければ後期高齢者支援金の負担加算になることが定められたと評価している。なお、これらの説明には医療費の適正化という視点が前面に出ており、その実施責任を医療保険者が担うとの考え方が共通しているが、そこには、当時の経済財政諮問会議などにおける社会保障費用の伸びの適正化や上限管理をめぐる議論が影響していると推察される。この点について、例えば、池上(2006, p. 115)では、経済財政諮問会議の民間委員はGDPの伸び率に高齢化の進展を加味した「高齢化修正 GDP」を指標として採用するよう求めたと指摘するとともに、(厚生労働省が反論する中)結果的には、厚生労働省として施策ごとの医療費抑制効果を提示しなければならず、それが改革の骨子を定めたといえると指摘している。また、堤(2007, p. 55)では、このような仕組みを制度化したのは、経済財政諮問会議等の医療費総額管理論を退け、従来のいわゆる”腰だめ”的な医療費適正化対策で対応せざるを得ないことをカムフラージュする必要があったからであると指摘している。

次に、後期高齢者支援金の加算・減算の具体的な仕組みを、あらためて確認しておく。次頁の図1は、昨年10月26日第47回医療保険部会提出資料から引用したものであるが、

厚生労働省が加算・減算の全体的な枠組みを説明する際に良く用いている内容である。すなわち、特定健康診査や特定保健指導の実施率や、内臓脂肪症候群の該当者及び予備群の

図1 「高齢者の医療の確保に関する法律」で定められた後期高齢者支援金の加算・減算のイメージ



(注1) 本イメージ図については、2011年10月26日第47回医療保険部会提出資料から引用して筆者作成。
 (注2) 2011年度予算ベースでは、後期高齢者医療制度の医療給付費等総額は12.3兆円程度とされている。

減少率に係る実施目標の達成状況に着目して、その実績を上げている保険者(図中では保険者C)の後期高齢者支援金を減算し、その実績の上がっていない保険者(図中では保険者A及びB)の後期高齢者支援金を加算するというのが基本的な枠組みとされている。

なお、この加算と減算の幅については、最大で後期高齢者支援金の±10%の範囲で設定し、減算額と加算額の総額はゼロ(すなわち公費などの他の財源は介在しない)とする仕組みとされており、具体的な算出方法は今後検討する(具体的には追って制定される関係政令の中で規定する)という位置付けとなっている。

そして、この具体的な算出方法がどのように定められるかによって、個々の医療保険者に対する実質的な財政影響が左右されることとなるため、2008年4月に後期高齢者医療制度が施行される前の段階から、関係者間で様々な検討が続けられてきた。例えば、厚生労働省「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」においても、特定健康診査等の実施目標に係る参酌標準の在り方をはじめ、加算・減算に係る「年齢補正」¹の問題をなど様々な角度から議論が進められていたが、最終的なルールの設定については、

¹ かつて「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」では、内臓脂肪症候群の減少に向けた努力が加入者の年齢構成の変化(高齢化効果)で打ち消されないようにする観点から「各保険者における年齢階級別(5歳階級)・性別での該当者・予備群の割合を、全国平均的な年齢・性別構成のモデルに当てはめ、補正後の該当者及び予備群の推計数で減少率を評価する」方向性が議論されていた。

2010年度の具体的検討に委ねる位置付けとなった。なお、この具体的検討については、現在の厚生労働省「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」における議論に引き継がれることとなるが、詳細の様子は第4節であらためて確認することとする。

(2) 後期高齢者支援金の加算・減算をめぐる先行研究や関係者の指摘

次に、この後期高齢者支援金の加算・減算をめぐる先行研究を確認する。なお、あらためて言及するまでもなく、この加算・減算だけではなく、後期高齢者医療制度や後期高齢者支援金、さらには特定健康診査等の在り方をめぐるそもそもの議論も数多く展開されてきたところであり、その全体動向を踏まえなければ、加算・減算だけを論じても制度的な考察が完結しないところではある。しかしながら、本稿では、この仕組が実施された場合の影響や制度面における論点を明確化させる観点から、敢えて、加算・減算に関わる部分に焦点を当てて以下に整理していくこととする。

まず、島崎（2010, pp. 294-295）では、2013年度からの後期高齢者支援金の加算・減算は行うべきではない（或いは行うにしても小幅な加減算にとどめるべきである）と考えることを主張している。そして、その理由として、被用者保険の被扶養者はそれぞれの住所地で特定健診等を受けられよう「集合契約」が必要であり、国保も自営業者等の受診率を高めるには人も金も必要となる中、被用者保険サイドから被扶養者分の受託要請があっても、自らの対応で精一杯であり、なぜ「敵に塩を送る」（他の保険者の実施率を上げ支援金を減算させる）のかということになろうと指摘している。さらに、医療費適正化が前面に出過ぎている感も否めないとした上で、各人の生活習慣改善の必要性の自覚と行動変容を支援するという基本に立ち返り、事業の見直しを行う必要があるとしている。

次に、江口（2007, p. 45）では、加算・減算が行われる結果、目標を達成できない保険者の被保険者や被扶養者は、生活習慣病対策として日常生活における自由が制限され、ないしは制限すべくプレッシャーを受けることになる蓋然性が高いとした上で、不真面目な被保険者等が健診等を受けなかったことによる目標不達成という結果責任を、真面目な被保険者が負担するのは何故かという問題が在ると主張している。そして、実施義務を前提とする保険者に対するサンクションと考えるならば、保険料というよりも租税的な性格の負担金である後期高齢者支援金に、このような加算・減算が馴染むのかという問題があると指摘している。さらに江口（2010, pp. 201-202）でも、社会連帯に基づく負担金という概念に加算・減算措置が馴染むのかと重ねて疑問視した上で、特定健康診査等の結果が直ちに75歳以上の後期高齢者の医療費の多寡に影響するわけではなく、一般的には20～30年後にその影響が現れると考えられるため、因果関係を明らかにすることは不可能としている。

また、菊池（2010, pp. 138-144）では、現行法上、被保険者等の特定健診受診義務は法定されておらず、受診しないからといって保険料や一部負担金の増額などの直接的なペナルティを科されるわけではないとした上で、後期高齢者支援金が±10%の範囲内で政令で定める基準に従って加算又は減算されているのは、個人のライフスタイルや生き方そのものに対するパターンリスティックな介入との側面があることからすれば、理念的には望ま

しい仕組みとは思われないと指摘している。そして、(疾病予防、健康管理等の) 国等による施策は、基本的には勧奨や啓発といった手段による個人の主体的取り組みへの支援にと

表1 医療保険財政の動向(市町村国民健康保険、全国健康保険協会、健康保険組合)

(単位: 億円)

		2008年度	2009年度	2010年度
市町村国民健康保険	①経常収入	127,797	125,993	127,971
	②経常支出	124,496	125,927	127,677
	うち後期高齢者支援金	14,256	15,776	14,513
	【参考】後期高齢者支援金10%相当	1,426	1,578	1,451
	収支差(上記①-②)	93	66	294
※一般会計繰入金を除く実質収支差 (決算補填等の一般会計繰入金)		▲2,383 (2,585)	▲2,628 (2,532)	- -
全国健康保険協会	①収入	71,357	69,735	78,172
	②支出	73,647	74,628	75,632
	うち後期高齢者支援金	13,131	15,057	14,214
	【参考】後期高齢者支援金10%相当	1,313	1,506	1,421
	収支差(上記①-②)	▲2,290	▲4,893	2,540
健康保険組合	①経常収入	63,658	61,718	62,854
	②経常支出	66,847	66,952	67,008
	うち後期高齢者支援金	11,202	12,675	13,014
	【参考】後期高齢者支援金10%相当	1,120	1,268	1,301
	収支差(上記①-②)	▲3,189	▲5,243	▲4,154

(注1) 各医療保険者の収支状況は、2011年10月12日第46回医療保険部会提出資料に基づき筆者作成。

(注2) 2010年度の市町村国民健康保険については同資料にデータが入っていないため、別途、厚生労働省の速報値から把握できる範囲内でデータ追加している。

どめ、給付制限や保険料の増額などのサンクションに結び付けるべきでないとしている。

このほかにも、堤(2010, p. 45)では、特定健診・保健指導の対象となる医療保険加入者を直接的な権利義務関係の中に入れておいて、医療保険者に対しては保険料引上げにつながるペナルティ付きで実施を義務付けるというのは、巧妙な方法と言えるかもしれないと指摘した上で、そこには憲法上の問題は存在しないのだろうかと問題提起している。さらに、中根(2011a, p. 16)では、加算・減算による誘導措置は、国家権力の制約規範である比例原則、平等原則に合う措置とはいえないため廃止すべきであると主張している。

このように、たとえ後期高齢者医療制度や後期高齢者支援金、さらには特定健康診査等の在り方そのものをめぐる議論とは別に、加算・減算に係る先行研究だけに着目しても、厳しい指摘がみられる。本稿においては、これらの指摘を踏まえつつ、さらに次節以降で医療保険財政の状況と特定健康診査等の進捗を確認した上で、実際に加算・減算を実施する場合の具体的な方法をめぐる関係者の議論を検証することを通じて、制度実施に向けた問題の所在や留意点を一層明確化させていくこととしたい。

3. 医療保険財政の現状と特定健康診査等の実施状況

(1) 医療保険財政の現状、拠出金等を通じた保険者間調整の在り方

昨年10月12日に開催された第46回医療保険部会提出資料等に基づき、2008年度から3年間にわたる医療保険財政の動向を、特に市町村国民健康保険、全国健康保険協会、健康保険組合という3つの保険者に着目して整理すれば、表1の通りである。

まず、市町村国民健康保険では、無所得者・失業者・非正規労働者等や高齢者が多く加入する構造的な問題が存在する中、収支差が僅かに黒字となっているが、決算補填等の一般会計繰入金を除いた実質収支差では赤字が継続している。また、健康保険組合においては、2008年秋のいわゆるリーマンショックにより、それまで緩やかに景気後退していたわが国の経済が急速な悪化を示す中、保険料収入の減少等により、赤字基調が継続している。なお、全国健康保険協会については、国庫補助率を13%から16.4%に引き上げることや、被用者保険による後期高齢者支援金の3分の1を総報酬割とすることなど、2010年度から2012年度にわたる3か年の財政再建の特例措置²が採られたことにより、2010年度は黒字に転換しているものの、2013年度以降の取扱いは未だ今後の検討に委ねられている。

他方、これら厳しい財政状況にある医療保険者が、その実施義務を有する特定健康診査等に要する費用の状況をみれば、例えば、2009年度における特定健康診査等事業費は市町村国民健康保険、全国健康保険協会、健康保険組合でそれぞれ約684億円、約557億円、約619億円程度が計上される一方、当該事業に対する国及び都道府県からの負担金や補助金はそれぞれ約265億円、約23億円、約28億円程度となっている³。各保険者における事業費から負担金や補助金を控除した部分については、それぞれの保険料財源で賄う形となるが、当該金額を各保険者の収支規模全体と比較した場合、(従来から保健福祉事業に取り組んできた経過も踏まえれば)必ずしも大きなウエイトを占めるものでないと推察される。

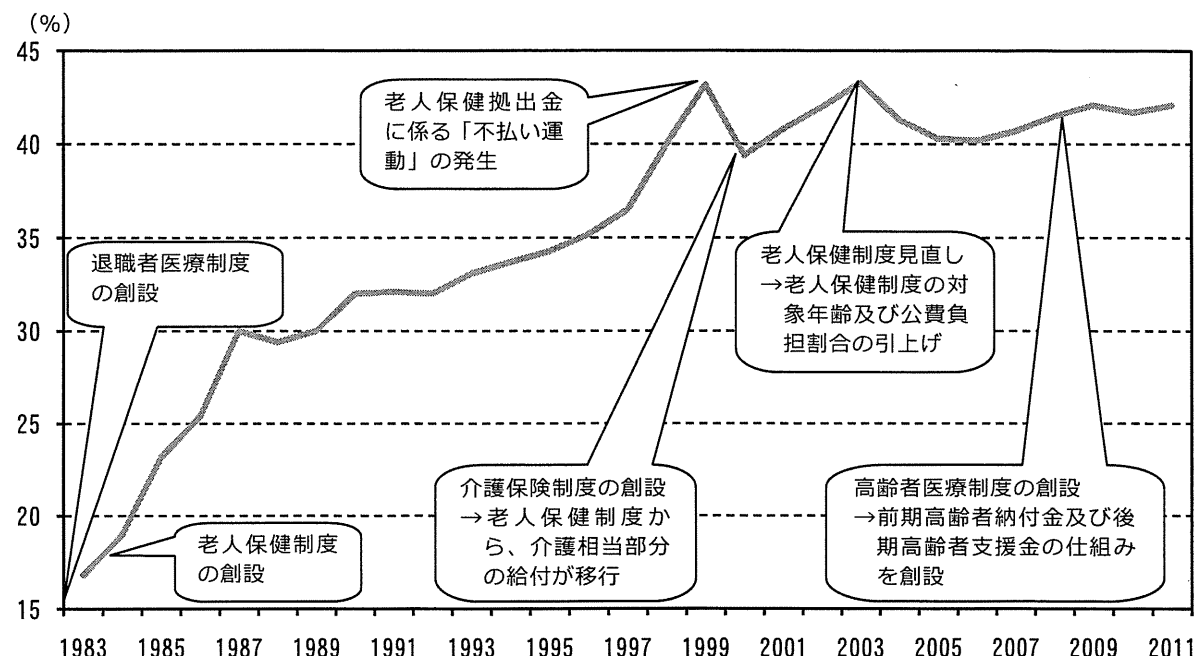
しかしながら、より注目すべきは、表1の中で【参考】として記載した「後期高齢者支援金10%相当」の規模であり、例えば、2009年度で見れば市町村国民健康保険、全国健康保険協会、健康保険組合でそれぞれ約1,578億円、約1,506億円、約1,268億円程度となっている。既に、前出図1で見た通り、本稿で論じている後期高齢者支援金の加算・減算は「最大で±10%の範囲内」で設定される仕組みであり、10%という設定の効果は、場合によってはこれだけの規模に達するものである。ただし、制度趣旨はあくまでも「±10%の範囲内」での設定ということであり、特定健康診査等の事業費規模と後期高齢者支援金の全体規模とを比較しつつ、当該事業のインセンティブを付与するという観点から、保険者毎の状況も踏まえながら、適正な範囲での加算・減算幅を設定していくという考え方もできるところである。第4節で後述するように、最近における加算・減算の具体的な仕組みに関する検討に際しても、むしろ、このような方向性から具体的な調整幅の在り方が議論されているところである。

次に、上記のような財政影響を持ち得る後期高齢者支援金の加算・減算の具体的な在り

² 財政再建の特例措置の中には、このほかにも、2009年度末の累積債務4,500億円を3か年で解消する「単年度収支均衡原則の緩和」が含まれており、全体として、特例措置が無ければ2009年度平均保険料率8.2%が9.9%に引き上げられるところを9.34%に抑制している。

³ 市町村国民健康保険については「国民健康保険事業年報」における特定健康診査等事業費及び特定健康診査等負担金(国及び都道府県分の合計)を、全国健康保険協会については「財務諸表」における健診費用及び特定健康診査・保健指導国庫補助金を、健康保険組合については「健康保険組合決算見込の概要」における特定健康診査事業費、特定保健指導事業費及び保健指導宣伝費の合計並びに特定健康診査・保健指導補助金(1人当たり金額から筆者が換算)を、それぞれデータとして用いている。

方を検討するに際しては、医療保険者が現在直面している財政状況を十分踏まえる必要もあろう。このような観点から、例えば、土田（2011, pp. 56-57）では、各医療保険者ともに



(注1) 被用者保険の支援金等が支出に占める割合の推移については、2011年11月24日第49回医療保険部会提出資料に基づき筆者作成。

(注2) 支出は法定給付費、前期高齢者支援金（2008年度以前は退職者給付拠出金）、後期高齢者支援金（2008年度以前は老人保健拠出金）の合計であり、2008年度以降は経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金を含む。

構造的な財政赤字に陥っていることを踏まえるならば、健保組合と共済組合に対する負担を軽減し、財政赤字から抜け出すための自主的な財政対応を拡大するとともに、国保と協会けんぽに対しては公費の負担割合を増やすことを真剣に検討すべき時期に来ているとした上で、健保組合と協会けんぽの財政状況をみると、後期高齢者支援金・前期高齢者納付金等への拠出金の重さを改めて注目する必要があると指摘している。そして、組合の解散が続いているのは、経営努力による成果が拠出金によって無くなり、組合方式のメリットが見出せなくなっている状況によるものと思われるなど、過大な負担を課している現在の制度間財政調整がほぼ限界にきていることを示しているといえよう主張している。また、石田（2011, p. 43）では、納付金、支援金のために、健保組合や共済組合など財政窮迫に陥っているところがあると指摘した上で、将来、特定健康診査・特定保健指導の実施率が低くて後期高齢者支援金が割増されるようなことになれば、健保組合などは悲鳴を上げようと懸念している。そして、医療保険において余裕のある保険者が多いのであれば、財政調整・財政支援も意味があるが、多くの保険者が財政苦境にある中で、一方通行的な半ば強制的な財政調整では、社会保険としての医療保険の健全性が損なわれてしまうと主張している。

さらに、関係者の指摘の中で常に指摘されてきた高齢者の医療費を賄う仕組が、これま

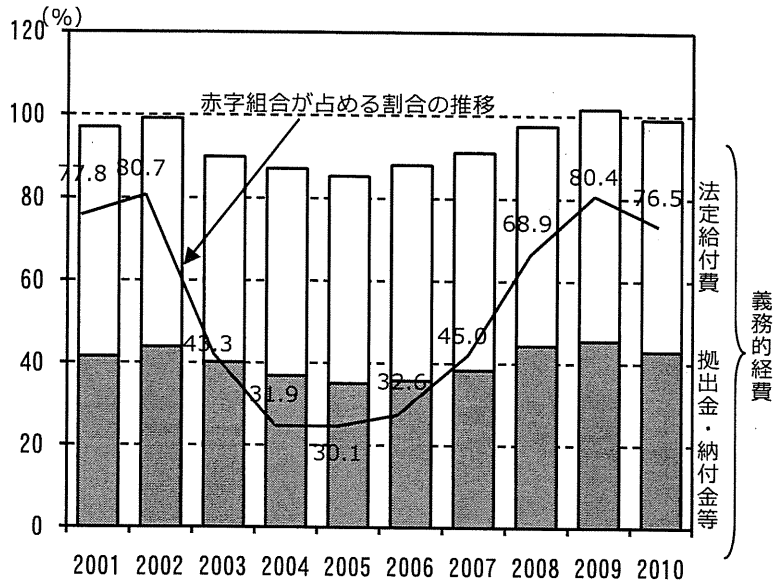
でどのように変遷してきたのか、中でも被用者保険にとってどのように影響してきたのかをあらためて確認しておきたい。特に 1983 年の老人保健制度創設、1984 年の退職者医療制度創設以降の時期に着目し

て、被用者保険からの支援金等がその支出に占める割合の推移を、関連する主な制度の変遷と合わせて整理すれば、概ね、図 2 のような関係にあるものと考えられる。この間の動向について、例えば、島崎 (2010, pp. 52-53) では、平成に入り老人医療費を含め医療費が毎年 1 兆円規模で増加する一方、経済はバブル崩壊以降低迷が続いたとした上で、このため医療保険財政は急激に悪化し、健康保険組合を中心に老人保健拠出金に対する

反発が拡がり、平成 11 年には「拠出金不払い運動」にまで発展したと分析している。また、その後の展開について、老人保健制度に代わる高齢者医療制度の在り方をめぐる議論が活発化していくが、平成 14 年の健康保険法改正では、高齢者医療制度の「型」の議論には決着を付けず、老人保健拠出金の負担の軽減を図り後期高齢者に施策を重点化する観点から、老人保健法の医療給付の対象年齢を 70 歳から 75 歳に、公費負担割合を 3 割から 5 割に、5 年間かけて段階的に引き上げることとされたとしている。さらにその上で、この老人保健法改正法案の附則において、新しい高齢者医療制度の創設を含め医療保険制度の改革等に関する「基本方針」を、平成 14 年度中に策定する旨の検討規定が設けられたことなど、今日の高齢者医療制度の創設に繋がる一連の経過を指摘している。

このような経過も念頭におきつつ、あらためて図 2 の中で、被用者保険の支援金等が支出全体に占める割合をみれば、関連制度が変遷する中で多少の増減を生じつつも、老人保健制度の創設時から着実に上昇を続けており、近年では 4 割を超える水準で推移している姿が確認できる。既に第 2 節でも確認したように、後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みを創設するに際しては、一定の政策判断や目的があったことも事実ではあるが、こうした長きにわたる関係者の議論の中で形創られてきた高齢者医療の負担の在り方について、全体の算定ルールとは別途に加算や減算を行うことの重みを、あらためて認識しておく必要がある。さらに、この間の経過を健康保険組合のみに着目して概観すれば、図 3 の通りである。過去 10 年間にわたり、①健康保険組合の保険料収入のうち 4 割前後が拠出金・

図 3 保険料収入に占める義務的経費及び赤字組合の推移 (健康保険組合)



(注) 健康保険組合連合会「平成 22 年度健保組合決算見込の概要」(2011 年 9 月 8 日) に基づき筆者作成。ここで義務的経費とは、拠出金・納付金等と法定給付費の合計を指す。

付金等に充てられてきており、そのウエイトも近年一層高まっていること、②赤字組合数の割合も、拠出金・納付金等が占める割合が低下した 2005 年を底に上昇反転し、近年は 8 割前後を推移していること、③法定給付費を含めた義務的負担が 100% 近くに達していることなどが判る。このような現状については「保険者機能を発揮しつつ個々の創意工夫の中で取り組んでいくという、いわば健康保険組合の存在意義にも関わる事態が生じている」との主張も見られるところである。例えば、土田（2011, p. 56）では、これまで健保組合が疾病予防活動や医療費対策で大きな成果を上げてきたことを思い起こすとき、そうした健保組合の活動を維持していくことが重要であるとした上で、そのためには、その成果の一部を組合自身が享受できる余地を確保しておくことが必要であろうと指摘しているところである。なお、後にも述べるように、筆者は本稿において後期高齢者支援金の加算・減算を実施すべきではないとの主張を展開する立場ではなく、むしろ、具体的な運用を定めるに際して、現下の医療保険財政やこれまでの制度的な変遷、さらにはその背景にある関係者間での議論の経過を今一度再認識した上で、合意の得られる制度設計を進めるべきことをあらためて指摘しておきたいという考え方である。

（2）医療保険者における特定健康診査等の実施状況

次に、後期高齢者支援金の加算・減算の勘案要素とされる特定健康診査実施率及び特定保健指導実施率、内臓脂肪症候群該当者及び予備群の状況について確認する（なお、最後の勘案要素については、最近における議論の中で「別途の取扱い」が提案されつつあるが、その内容については第 4 節（1）で詳しく言及する）。現段階では、厚生労働省から 2008 年度及び 2009 年度の確定値並びに 2010 年度の速報値が公表されており、医療保険者別に

表 2 保険者別にみた特定健康診査及び特定保健指導の実施率並びに内臓脂肪症候群該当者等の割合

(単位：%)

		市町村国民 健康保険	国民健康 保険組合	全国健康 保険協会	船員保険	健康保険 組合	共済組合	全 体
特定健康診査 実施率	2008	30.9	31.8	30.1	59.5	22.8	59.9	38.9
	2009	31.4	36.1	31.3	32.1	65.0	68.1	41.3
	2010	32.0	38.6	34.5	34.7	67.6	70.9	43.3
特定保健指導 実施率	2008	14.1	2.4	3.1	6.8	6.6	4.2	7.7
	2009	19.5	5.5	7.3	5.8	12.2	7.9	12.3
	2010	20.9	7.7	7.3	6.6	14.8	10.4	13.7
内臓脂肪症候 群該当者割合	2008	16.4	16.1	13.0	13.2	21.7	13.6	14.4
	2009	16.0	15.8	13.9	22.8	13.1	13.5	14.4
	2010	16.3	15.6	14.0	24.1	13.1	13.7	14.4
内臓脂肪症候 群予備群者割 合	2008	12.0	13.6	11.6	13.1	19.6	12.9	12.4
	2009	11.4	13.3	12.4	18.7	12.9	12.8	12.3
	2010	19.8	9.9	8.0	7.0	7.3	7.7	12.0
保険者別の参酌標準								
①特定健康診査実施率		65	70	70	70	単一・共済 80、総合 70		
②特定保健指導実施率		45	45	45	45	45		-
③内臓脂肪症候群該当者及び予備群者割合		10	10	10	10	10		

(注 1) 厚生労働省が公表した 2008 年度及び 2009 年度の「特定健康診査・特定保健指導の実施状況（確報値）」並びに 2010 年度の「特定健康診査・特定保健指導の実施状況（速報値）」に基づき筆者作成。

(注 2) 特定保健指導実施率とは、特定保健指導の対象者数に対する特定保健指導の終了者数の割合をいう。