

少子高齢化社会の基本問題に関する研究

- 出生率低下および国民健康保険運営 -

総合政策学部 3 年 山本 巧

総合政策学部 3 年 黒須隆寿

岡部光明研究会研究報告書

2006 年度秋学期 (2007 年 2 月改定)

本稿作成にあたっては丁寧で親切なご指導をしてくださった岡部光明教授(慶應義塾大学総合政策学部)に深く感謝したい。また、研究報告会議(2007年1月20日、21日)において有益な議論を交わすことのできた岡部研究会のメンバーにも感謝したい。本論文はインターネット上においても全文アクセスおよびダウンロード可能である。
(<http://web.sfc.keio.ac.jp/~okabe/paper/>)

電子メールアドレス：山本 s04928ty@sfc.keio.ac.jp、黒須 s04276tk@sfc.keio.ac.jp

概要

少子高齢化は、社会の様相を大きく変えつつある一方、既存の各種制度に抜本的な変革を迫っている。少子化の原因を深く理解するとともに、各種制度を少子高齢化社会に適合させてゆくことは喫緊の課題といえる。関連する問題は多岐にわたるが、本稿では日本における出生率の低下の原因、および国民健康保険の運営のあり方、の二つの問題に焦点を絞り、その基本的性格を明らかにするとともに望ましい政策提言を行なった。

第 1 部「出生率低下の原因について」では、日本において出生率が低下している原因についての分析・考察を行った。日本を人口学的に見た場合、2005 年は二つの意味で画期的であった。二つとは、合計特殊出生率（以下出生率という）が過去最低を更新して 1.25 にまで低下したこと、そして日本全体の総人口も初の減少に転じたことである。政府はいくつかの対策を講じてきたが、出生率は一向に下げ止まらないでいる。それらの現状をふまえ、今一度少子化について考察する必要があると考えた。まず、日本における少子化の現状・歴史・問題点をまとめた。次に少子化の原因とされているものについての考察をした。具体的には、未婚率の上昇、晩婚化・晩産化、正味婚姻数の減少についての考察である。完結出生児数（子供を生み終えたと考えられる夫婦の間にいる平均の子供の数）は最近まであまり変化がなく、非嫡出子の数が他の先進諸国に比べ極端に少ない日本においては結婚の有無や時期が少子化の大きな要因であることがわかった。分析では女性の社会進出・人工妊娠中絶がそれぞれ出生率低下の原因になっているかを検討した。女性の社会進出が出生率低下の原因であるという主張は必ずしも間違いとはいえないが、海外主要国の経験に照らせば、女性の働く環境を整えることで女性の社会進出がむしろ出生率向上につながるということがわかった。また、避妊が普及していなかった時期は中絶が出生率低下に影響を与えていたものの、現在では中絶数と出生率の間には関係が見られないことがわかった。以上の結果から結論として 若者の雇用対策、国民の意識・企業風土の改革、非嫡出子の関係の法整備、女性が働きやすい環境の整備、という 4 つの政策を提言した。

第2部「国民健康保険運営の効率化 - 保険者規模の広域化を中心に - 」では、増加し続ける国民医療費に焦点を合わせ、医療保険の1つである国民健康保険（以下、国保）の仕組み、その財政状況、制度改革を論じる。国保とは、サラリーマン・公務員及びその扶養家族以外の者が加入している医療保険で、保険運営主体である保険者は市区町村である。今のままではさらなる保険財政の悪化が予想されるため、運営上の改革が求められている。その改革の1つとして、保険者規模の再検討がある。実際、厚生労働省は保険者規模について広域化を推進している。しかし、広域化は本当に効果があるのか、仮に効果があるとすればどのような効果があるのかはあまり論じられていない。そこで、本稿では、現状と問題点を明らかにしたうえで、国保の事務に注目し経済学的視点から広域化の可能性を探った。その結果、現状は赤字保険者の割合が高く1人当たり保険料に格差がある。そしてこれらの問題は保険者の規模に起因することがわかった。そこで、保険者規模の広域化の効果を経済学的にみたところ被保険者数が増えると、国保の事務費に規模の経済が働く。また国保の事務は保険者の規模にかかわらず国や県の負担、場合によっては一般会計からの繰入れを必要とするが、その負担の程度は大規模保険者であれば中小規模保険者より小さくて済み、広域化の効果はあらわれやすい（本文47ページの図8を参照）。以上のことから考えると、保険者規模が大規模に設定されたうえで広域化を行えば、少なくとも事務の面からは、国保運営の効率化に寄与すると結論づけた。

【キーワード】

合計特殊出生率 完結出生児数 女性の社会進出 国民健康保険 広域化 規模の経済

目次

はじめに	1
第 1 部 出生率低下の原因について	2
はじめに	3
第 1 章 少子化とは何か	4
1.1 日本の少子化の歴史と現状	4
1.2 少子化によるさまざまな影響	6
1.2.1 少子化による経済面への影響	6
1.2.2 少子化による社会面への影響	7
1.2.3 少子化によりプラスの効果が期待される事柄	8
第 2 章 少子化の原因についての考察	9
2.1 未婚率の上昇	12
2.2 晩婚化・晩産化	13
2.3 正味婚姻数の減少	15
第 3 章 少子化の原因といわれている二つの説の検証	16
3.1 働く女性が増えたことが原因であるという主張	16
3.1.1 女性労働力率と合計特殊出生率の分析	16
3.1.2 女性の働きやすさ指数と合計特殊出生率の分析	19
3.2 人工妊娠中絶が少子化の原因であるという主張	21
第 4 章 政策提言	24
参考文献	26

第2部 国民健康保険運営の効率化

- 保険者規模の広域化を中心に -

	27
はじめに	28
第1章 国民健康保険の概要	29
1.1 日本の医療保険制度	29
1.2 国民健康保険の定義と機能	33
1.3 国民健康保険のミクロ経済学的解釈	35
第2章 国民健康保険の現状と問題点	38
2.1 保険財政	38
2.2 保険料（税）	41
2.3 保険者規模	42
第3章 保険者規模の広域化に関する経済分析	44
3.1 広域化の定義	44
3.2 東京都のパネルデータを用いた規模の経済	44
3.3 広域化の理論的アプローチ	48
第4章 結論	55
補論 岸田（2002）の先行研究	57
参考文献	59

はじめに

少子高齢化は、社会の様相を大きく変えつつある一方、既存の各種制度に抜本的な変革を迫っている。少子化の原因を深く理解するとともに、各種制度を少子高齢化社会に適合させてゆくことは喫緊の課題といえる。関連する問題は多岐にわたるが、本稿では日本における出生率の低下の原因、および国民健康保険の運営のあり方、の二つの問題に焦点を絞り、その基本的性格を明らかにするとともに望ましい政策提言を行なった。

なお、第1部は山本巧が執筆し、第2部は黒須隆寿が執筆した。

第1部

出生率低下の原因について

山本 巧

はじめに

日本の人口問題において 2005 年は 2 つ重要な出来事が起こった。合計特殊出生率が過去最低を更新し 1.25 であったと発表されたこと、日本全体の人口が初の減少に転じたことである。いわゆる少子化という問題に関して政府は育児休業法の制定を初め、エンゼルプラン、新エンゼルプラン、次世代育成支援法などさまざまな対策を講じてきたが現状は一向に下げ止まらない。そこで、合計特殊出生率低下の原因について今一度考察する。

少子化の原因についてはさまざまな議論がなされている。景気低迷による若者の失業・雇用の不安定、高学歴化による就業・結婚の高齢化、育児費の増加、育児と仕事を両立する環境の未整備など多岐に渡る。また、「女性が社会進出したことで日本の伝統的な家庭環境が崩れ、少子化につながった」という意見に対し、「女性が働くことで世帯の収入が安定し子供が生まれやすくなる」というような同じ事象から異なる意見が出てくるという状況である。このような現状では根本的な対策案がまとまらないだろう。原因をはっきりさせることで、少子化に対しての政策を作成しやすくするべきである。本論文では特に人口学的要因、女性の社会進出が出生率に与える影響、人工妊娠中絶が出生率に与える影響について検証をおこなった。

第 1 章では、日本における少子化の現状・歴史・問題点について述べる。第 2 章では、少子化の直接的な原因とされているもの、特に人口学的な観点から少子化の原因とされているものについての考察をする。第 3 章では女性の社会進出・人工妊娠中絶がそれぞれ出生率低下の原因となっているかを検討する。第 4 章では以上をふまえ、政策提言をする。

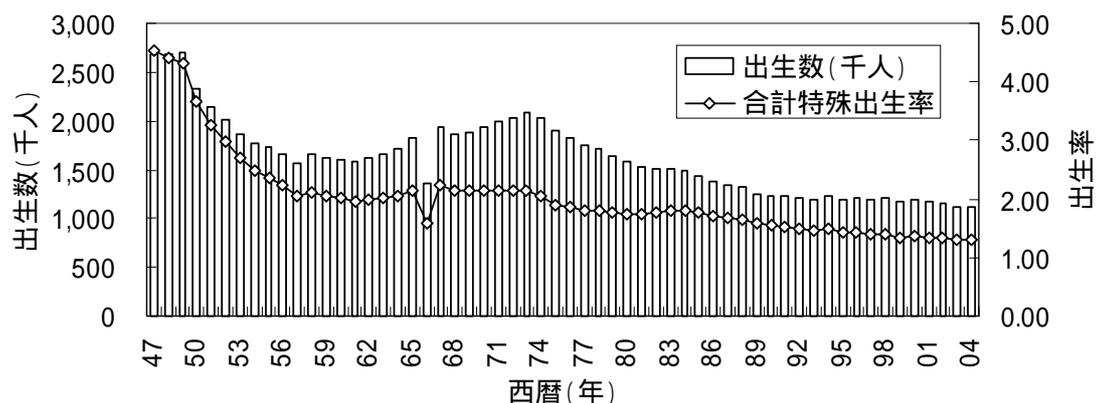
第1章 少子化とは何か

本章では、日本における少子化の歴史、少子化の問題点とは何か述べる。

1.1 日本の少子化の歴史と現状

まず、少子化の定義であるが、この論文では人口学における「少子化」の定義と同じものを使う。すなわち、「合計特殊出生率が人口置換水準を持続的に下回っている状態」である。合計特殊出生率（以下、本論文において出生率とは特に断りのない限り合計特殊出生率のことを指す）とは一人の女性が一生の間に生む子供の数を示す指標のことであり、15歳～49歳の女性の出生率を足し合わせることで求めることができる。出生率の人口置換水準とは今現在の人口が長期的に保てる、または再生できる水準の出生率のことである。出生率の定義からすると、男女の比率が完全に一対一であり、すべての女性が49歳まで生きると仮定すれば人口置換水準は2となる。しかし、実際には男性の比率が若干高いこと、49歳までに死亡する女性がいることを考慮すれば、日本の人口置換水準は2.07～2.08である¹。以上より少子化とは、出生率が2.08以下の状態が持続的に続いている状態といえる。

図1-1 日本の出生数と合計特殊出生率



「社人研データ・アーカイブス 少子化統計情報 少子化の現状と将来の見通し」

<http://qr1.jp/?248796> のデータをもとに著者作成

¹ 平成18年版少子化社会白書による

図 1-1 を見ると、日本の出生率は第二次世界大戦直後の 1947 年に 4.54 を記録して以来ほぼ一貫して下がり続けている。しかし、下がり続けたといっても、1957 年あたりから 1973 年あたりまでは 2.00 をやや上回る程度の水準で推移していた。1966 年にこの年だけ急激に出生率が 1.58 を記録したのはひのえうま²によるものであり、また持続的に低い水準で続くものでもなかったため、少子化の始まりとはいえないだろう。

日本で少子化が始まったといえるのは 1974 年からである。1974 年に出生率が 2.05 を記録するとその後は 2.08 以上になることはなく下がり続けて 2005 年は 1.25 となった。また、1989 年には出生率が 1.57 となり、前述のひのえうまの年の水準を下回ったことで「1.57 ショック」として少子化が現実味をもち社会的関心を寄せた。「1.57 ショック」の後、政府はさまざまな少子化対策を行ってきた。以下がまとめた表である。

表 1-1 政府が行った少子化対策とその内容

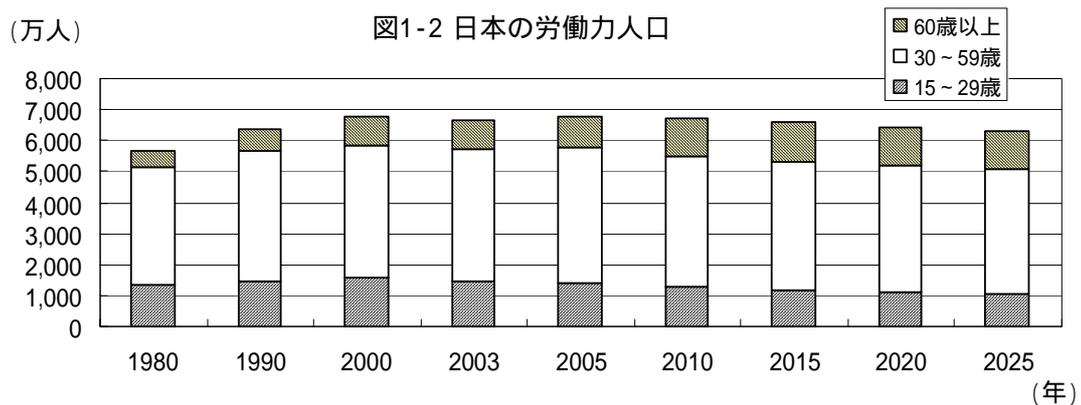
西暦	対策	内容
1992 年	育児休業法施行	満 1 歳以下の子供を有する親（男女問わず）に一定期間育児休業をする権利を与えた
1994 年	エンゼルプラン策定	雇用環境の整備、保育サービスの充実、子育て費用軽減など今後の少子化対策方針が示された
1995 年	育児休業給付制度施行	雇用保険加入者の中で育児休業を取得するものに対し給付金を支給する制度
1999 年	新エンゼルプラン策定	重点的に推進すべき少子化対策の実施計画について保育サービスや雇用環境などの具体的政策を数値目標を含めて示した
2001 年	少子化対策プランスワン策定	「男性を含めた働き方の見直し」という与えらしい方針が加えられた
2003 年	次世代育成支援対策推進法	雇用者が 301 人以上の事業主に少子化対策の一般事業行動計画の提出を求めた
2003 年	少子化社会対策基本法成立	雇用環境の整備、保育サービスの充実などが法律として明文化された
2004 年	子供子育て応援プラン策定	市町村が策定中の次世代育成支援に関する行動計画も踏まえて数値目標を設定した

² ひのえうま（丙午）とは、この年に生まれた女性は気性が荒い・火災が多いと日本で信じられていた迷信のことである。この迷信のためにこの年に子供を生むことを避けた夫婦が多かった。

1.2 少子化による問題点

1.2.1、1.2.2 では少子化により影響が考えられる主にマイナス面についての事柄について記述する。1.2.3 は少子化によりプラスの効果が期待される事柄について記す。

1.2.1 少子化による経済面への影響



平成 16 年版 少子化社会白書（全体版）

<http://www8.cao.go.jp/shoushi/whitepaper/w-2004/html-h/html/g1331020.html>

の第 1 - 3 - 22 図を一部簡略化

少子化においてまず問題が出てくるのは、労働力人口³の減少である。少子化が進むと生産年齢人口⁴が減り、ひいては労働力人口の減少に繋がる。平成 16 年度少子化社会白書の中では、2005 年の 6770 万人をピークに減り始め、2025 年には 6300 万人になると予想されている。また、労働力人口の中でも、年齢構成が高齢化していくことも予想されている。平成 16 年度少子化社会白書の中で、2003 年度に労働力人口の中で 60 歳以上の高齢者の割合が 14.1%、15 歳～29 歳の若年層の割合が 21.6%だったのに対して、2025 年度では高齢者が 19.7%、若年層が 17.1%と推計されている。

労働力人口が減るということはそれだけ経済活動が縮小していくことに直結してい

³ 労働力人口とは 15 歳以上の就職者及び休職中の失業者の総数のことである。

⁴ 生産年齢人口とは 15 歳以上 65 歳未満の人口のことである。

く。また、労働者が減り、高齢者・退職者が増えていくことに伴い、貯蓄率が低下しさらにそれが投資の抑制につながり労働生産性を下げてしまうということも予想される。そうすることで、経済成長率が伸び悩むまたはマイナスに陥ってしまう可能性もあり、また日本は現在国民総所得（GNI）が4兆9,882億ドル⁵で世界第2位を記録しているが、このような指標もいずれ低下していくことが考えられる。そういったことが続けば、経済大国としての日本の国際社会の中での立場が変わってくることも予想される。

また、上記のようなマクロ的な影響を受け、国民個々人の生活水準に影響が出てしまうことが考えられる。少子化が進行していくと、平均寿命が伸びていることとも重なり、人口構成の中での高齢者の割合を高め、年金・医療の社会福祉の分野で現役世代に大きな負担を強いることになる。つまり、現役世代から引退した高齢者へという世代間の所得移転を拡大させる大きな要因となる。

以上のように、人口一人当たりの所得の伸びの低下と国民負担率の増加によって、現役世代の税・社会保険料を差し引いた手取り所得は減少に転じるという予測もある。働くことが生活水準の向上に結びつかないという状況では生産消費のインセンティブが失われ、経済が縮小へ向かってしまうということにもなりかねない。

1.2.2 少子化による社会面への影響

・「家族」という概念の問題

少子化が進んでいくと、単身者や子供のいない世帯が増加していく。それは社会の基礎的単位である「家族」の形態を変化・多様化していくことになる。そのため「家族」という概念そのものが変化していく可能性がある。子供のいない世帯は、家系の断絶などを招いてしまい、先祖・子孫に対する考え方も大きく変わっていくことが予想される。

・子供の教育に関する問題

子供の数の減少により、子供同士特に異年齢の子供同士の交流の場が少なくなったり、

⁵ 外務省 HP http://www.mofa.go.jp/mofaj/world/ranking/gnp_1.html を参照

親が過保護な育て方をするようになったりすることで子供の社会性がはぐくまれにくくなるだろうといわれている。

・住民サービス提供の困難化

人口の減少により、現行の地方行政の体制のままでは住民サービスを提供し続けることがこんなになる恐れがある。例えば、福祉サービスや医療保険の制度運営にも支障をきたすそれを負担する世代の減少で現行の水準のままの制度運営がむずかしくなる可能性がある。

1.2.3 少子化によりプラスの効果が期待される事柄

少子化はマイナスの効果が大きくクローズアップされる一方、生活にプラスの効果が現れるという意見もある。例を挙げると、環境負荷の低減、大都市周辺での住宅・交通の過密状態の緩和、一人当たりの社会資本の増加、などの生活面での効果、密度の濃い教育、受験競争の緩和など教育面での効果などである。

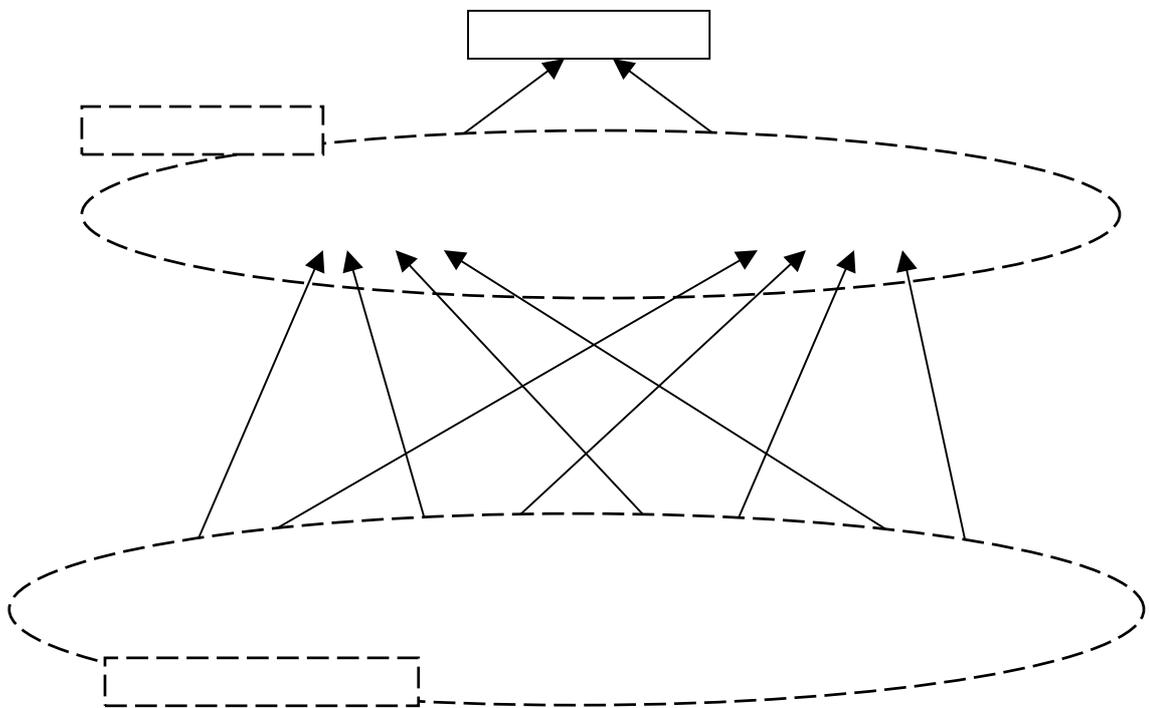
しかし、これらはいくまで短期的な影響であるということがいえる。・などは、道路や電車などの過密状態は緩和されるかもしれないが、緩和された状態を維持するコストは少なくなった人口から捻出しなければならないだろうから、長期的にはマイナスになってしまうだろう。は人口減少により教育サービスの供給も制限されてしまうだろうし、は、少子化により定員を確保することが出来ず経営が成り立たなくなってしまう学校も増えるだろうから、あまり説得力のある主張とはいえない。

第2章 少子化の原因についての考察

本章では、少子化の原因といわれているものについて、それぞれの状況、及びどのような因果関係で少子化に影響を与えているのか論じる。

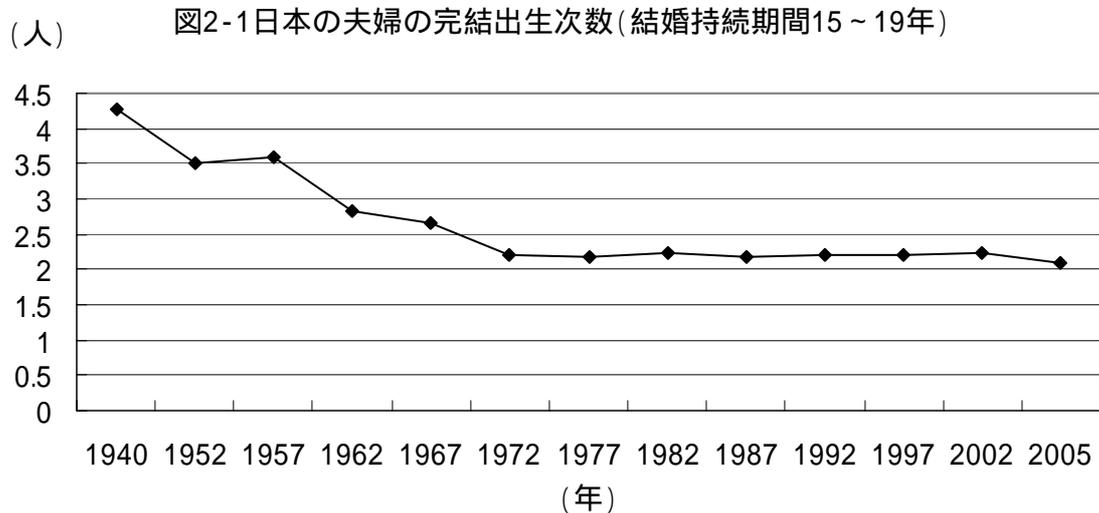
出生率に影響を与える要因は樋口美雄 [2006] によると、直接的要因と間接的要因に大別することが出来るとされている。直接要因は 結婚や出産の時期・頻度など人口学的要因、 生殖能力・生殖技術・人工妊娠中絶・避妊などの医学・公衆衛生学的要因に分けられる。間接要因とは直接要因を経由して出生率に影響を与える外部要因のことである。具体的には 教育水準向上による育児や出産の機会費用の上昇などの出生力転換要因、 年金・医療・税制・育児休業など政策・制度要因、 ジェンダー役割・性行動・婚外子など社会の価値規範的要因、 戦争・政治体制崩壊などの政治的要因などがある。

出生率決定要因のイメージ



著者作成

本章では、特に直接要因の 人口学的な要因についての考察をする。



「第13回出生動向基本調査」<http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou13/doukou13.asp>

に記載されているデータをもとに著者作成

まず、出生率の低下の原因を考察する中で重要なことは、1組の夫婦の間で生まれる子供の数はそれほど大きく減っていないということである。国立社会保障・人口問題研究所「第13回出生動向基本調査」によると、結婚から15~19年経ちほぼ子供を産み終えたと考えられる夫婦の平均出生子供数(完結出生児数)は戦後3.5人付近を記録していたが、その後減少し1972年頃から2005年までは2人を少し上回る水準で推移していることがわかった。ただし、この調査では、最新の2005年の調査でも、1980年代後半に結婚した夫婦の完結出生児数を表しているため、今後下がる可能性があることに注意する必要がある。現に2005年の調査では2.09人と2000年の2.23人を下回る結果になっている。

表 2-1 各国の出生数に占める非嫡出子の割合

国名	年	非嫡出子の割合 (%)	国名	年	非嫡出子の割合 (%)
日本	2003	1.93	フランス	2002	44.3
	1980	0.8	イギリス	2003	43.1p
アメリカ	2002	33.96	フィンランド	2003	40
アイスランド	2003	63.6p	オランダ	2003	31.3p
スウェーデン	2003	56	ドイツ	2003	26.2p
ノルウェー	2003	50	スペイン	2003	23.2e
デンマーク	2003	44.9	イタリア	2002	10.8e

資料：日本は厚生労働省「人口動態統計」、米国は疾病管制局（CDC）資料、

その他の国は Euro-Stat による。注：e は推計値、p は速報値

平成 16 年版 少子化社会白書（全体版）より引用

日本ではすべての出生児にしめる非嫡出子⁶の割合が諸外国に比べ、極端に少ない。これは、社会通念的な理由が大きい。結婚をしていない男女の間で子供を生んでいいはずがないという伝統的な価値観があるからである。表 2-1 のように、2003 年の時点で日本の非嫡出子は 1.93% でほぼすべての子どもが婚姻関係のある男女から生まれていることがわかる。それに比べ外国、特に北欧諸国では 4 割を超える子供が非嫡出子である。これは、日本のような価値観がないことに加え、嫡出子と非嫡出子を区別しない法律や法律婚カップルと事実婚カップルを同様に保護する法律などの法制度を整えていることも大きいだろう。

非嫡出子が少ないことと、1980 年代後半までに結婚した一組の夫婦の完結出生児数があまり変化していないにもかかわらず出生率が低下していることから、少子化の原因は未婚率の上昇、晩婚化・晩産化、夫婦の数の減少などが考えられる。

⁶ 嫡出子とは婚姻関係にある男女の間で生まれた子供のことであり、非嫡出子とはそれ以外の子供のことを指す

2.1 未婚率の上昇

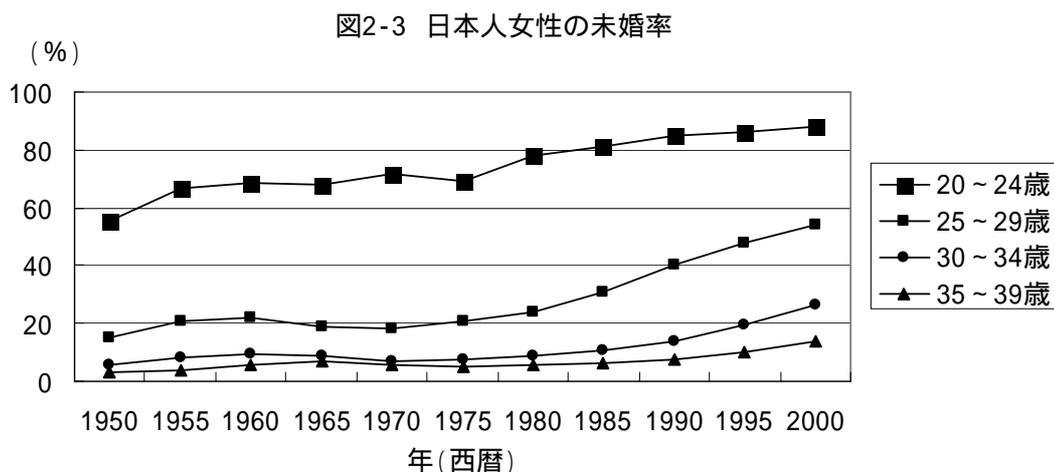
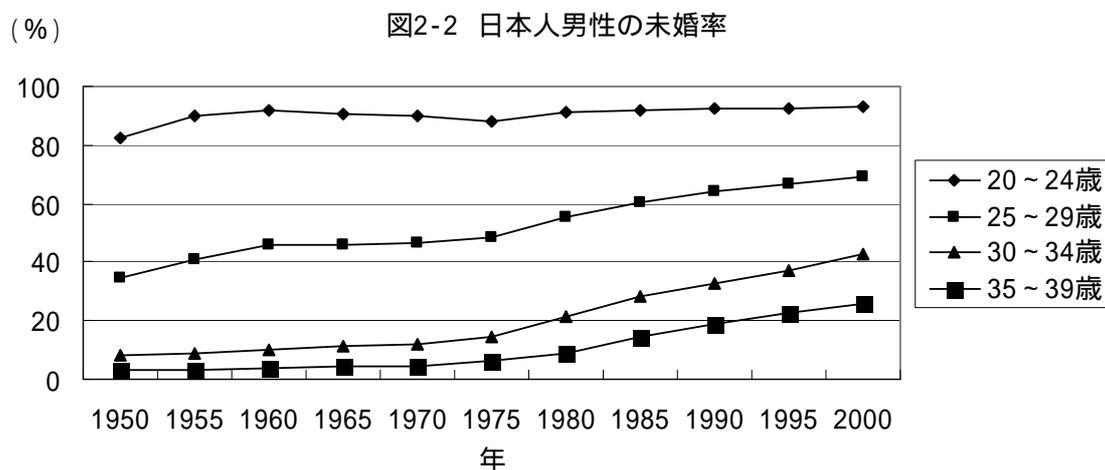


図 2-2 図 2-3 とともに、「平成 16 年版 少子化社会白書」に記載されている csv ファイルから著者作成

<http://www8.cao.go.jp/shoushi/whitepaper/w-2004/html-h/csv/01020040.csv>

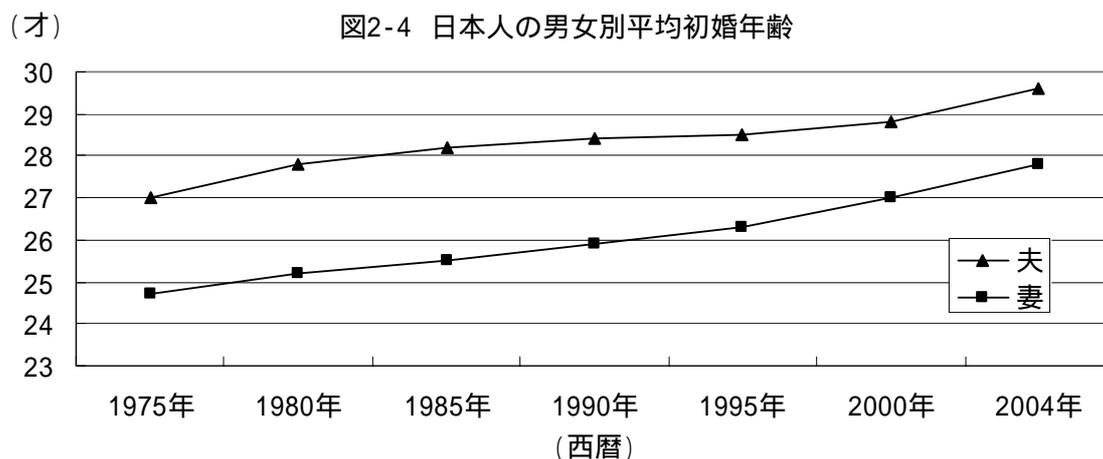
現在日本ではそもそも結婚をしないという男女が増えつつある。日本では伝統的な倫理観からか、生まれる子供のほとんどが嫡出子であり、非嫡出子の数が非常に少ない。つまり、結婚する男女が少ないことがすなわち出産機会がないこととほぼ同義であると言える。図を見ると、日本の男性・女性ともに未婚の人が増えていることがわかる。特に男女とも 1975 年あたりを境にして未婚率が上昇していることが見て取れ

る。女性にとって子供を生める時期は限られているので、出産に適している 20 代での未婚率が上昇してしまうことは少子化に繋がるといえるだろう。

未婚率が上昇している原因⁷は、男性・女性とも結婚するのが当たり前・結婚して一人前・家や親のために結婚といった価値観が変化していること、女性の経済力が向上しているため生活のために結婚する必要がなくなっていること、女性は結婚のために仕事を失うという実態がまだあり、失うことになる利益(結婚にかかる機会費用)が大きいこと、フリーターや派遣社員として生活する若者が増えたこと、さまざまなサービスの普及により利便性の向上や若者文化の隆盛により独身であり自由であることの魅力・欲求が高まったことなどが考えられる。

2.2 日本人の晩婚化・晩産化

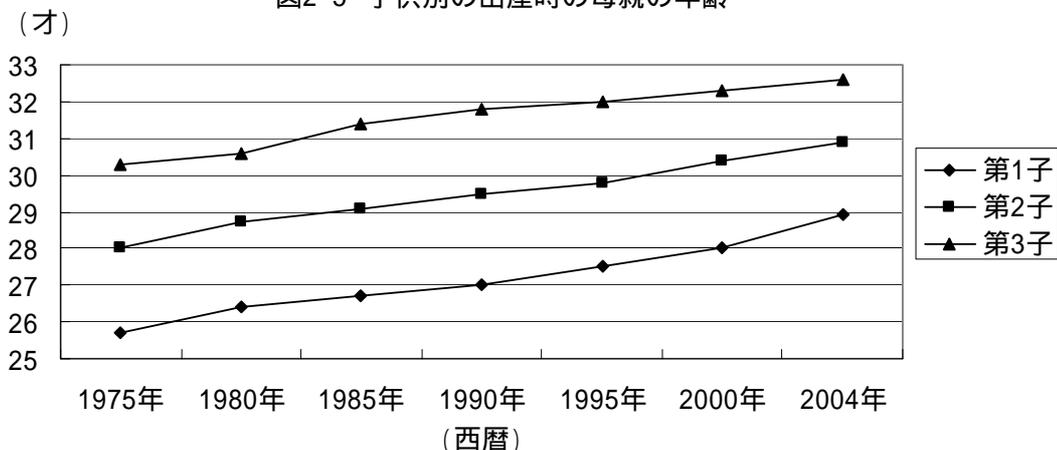
2.1 で結婚をしない男女について述べたが、結婚する段階となっても結婚をする年齢が上がってきているという実態がある。



内閣府 「平成 17 年版 少子化社会白書」に記載されている csv ファイルから著者作成
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/whitepaper/w-2005/17WebHonpen/csv/h0101040.csv>

⁷ 人口問題審議会 [1999] を参考にした。

図2-5 子供別の出産時の母親の年齢



内閣府 「平成 17 年版 少子化社会白書」に記載されている csv ファイルから作成

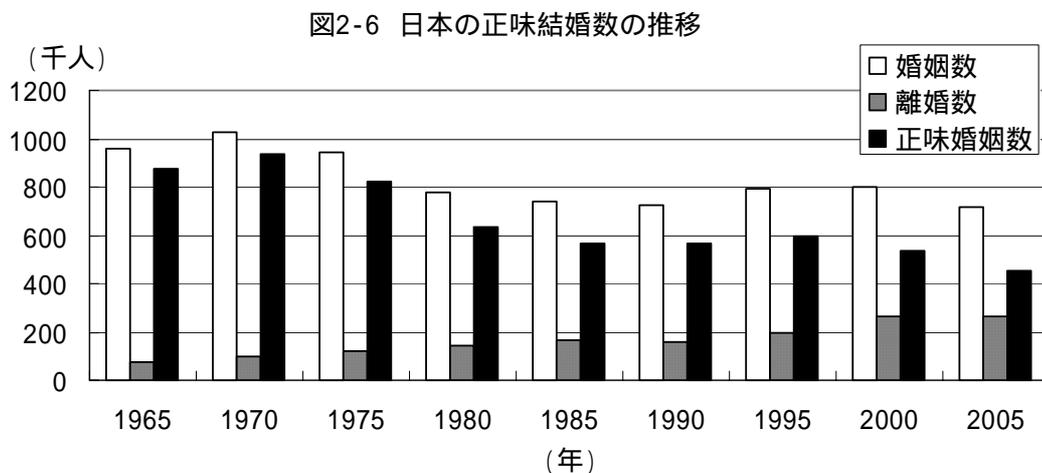
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/whitepaper/w-2005/17WebHonpen/csv/h0101040.csv>

図 2-4 のように、1975 年以降、日本人の男女の初婚年齢はほぼ右肩上がりに上昇してきている。それにともない、図 2-5 に示されるように、出産時の母親の年齢が上昇している。初婚年齢が上昇することは、すなわち出産機会の減少に直結する。女性はいつまでも子供を生める体というわけではなく、出産の適齢期は 20 歳代といわれている。また、日本産科婦人科学会では 35 歳以上の初産婦を医学的に妊娠中や分娩中のトラブルが増える傾向にあるとして「高年初産婦」と定義している。このようなことから、初婚年齢の上昇は「生みたくても生むのを戸惑う」という結果になりやすい。

厚生省「人口動態統計」によると、1947 年の女性の初婚年齢が 22.9 歳だったのに対し、2004 年の女性の初婚年齢は 27.4 歳である。58 年の間に、4.5 歳初婚年齢が上昇した。これは、高校・大学へ進学する女性が増えたこと、社会へ進出して働く女性が増えたことなどの原因が挙げられる。また、ごく最近では企業が雇用をする際、能力・実績を求めるようになったため、学歴の要求が高まり、進学率が上昇したのではないかとされている。

また、女性の就業が増えたにもかかわらず、出産・育児に対する民間企業の制度面での未整備が出産イコール会社を辞めるという状況を作りだしている⁸。これがいわゆるM字問題⁹である。出産と育児の二者択一の中で女性の中には仕事を選ぶ人も少なくなると、両方を選べられるような制度作りが望まれる。

2.3 正味婚姻数¹⁰の減少



厚生省「人口動態統計」より著者作成

結婚をしている数が、多ければそれだけ子供が生まれる数が多いのは自明である。少子化の原因には、正味婚姻数の減少が関係している。最近では、婚姻の数自体も70万件を少し超えているあたりで一進一退の状況が続いている。それに対して近年、女性の社会進出に伴って、女性の権利意識がたかまったり、一人でも生活できる経済力を持つ女性が増えたりといった理由から離婚件数が顕著に増えている。図のように1965年から、一貫して増加傾向にあり、2005年には26万件に登った。

婚姻数が伸びない中で、離婚数が増えていくということは、正味婚姻数が減少してい

⁸ 産経新聞「人口問題」取材班 [2006] 日本経済新聞社・編 [2005] などに実例が示されている。

⁹ M字問題とは、女性の年齢別に就業率を示した折れ線グラフを書くと25～30歳の頃で凹型のグラフになることから名づけられた女性の離職問題のことである。

¹⁰ 正味婚姻数とは(婚姻数 - 離婚数)で表されるもので、年度別の実質の婚姻増加数の値である。未来予測研究所 [1997] で使われている概念である。

くということである。夫婦の数が減っていることも少子化の原因の一因といえるだろう。

第3章 少子化の原因である二つの説の検証

3.1 働く女性が増えた女性が増えたことが原因であるという主張

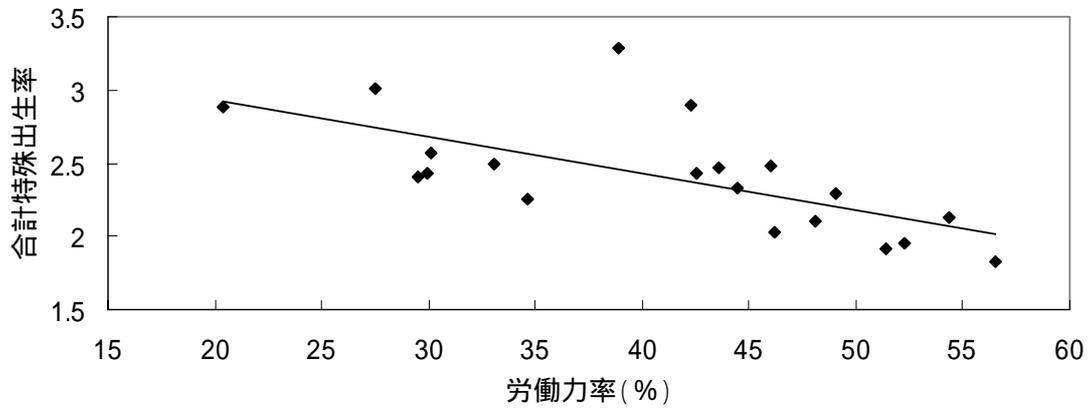
3.1.1 女性労働力率と出生率

女性が働くことで、出産・育児をする時間がなくなり必然的に子供を生む数が少なくなり少子化になるという主張がある。しかしそれは先進国に限れば必ずしもそうとはいえないという説が主流である。それは女性労働力率と出生率の国際比較を行うことで明らかとなる。この分析は樋口美雄 [2006] を参考にした。樋口美雄 [2006] で労働力率と出生率については1980年と2000年時点での比較を行っている。1980年代においては先進諸国の女性労働力率と出生率をプロットすると弱い負の相関がみられ、2000年時点では女性労働力率と出生率の間には正の相関があるとしている。

本稿では1970年と2000年の時点での結果を考察した。そうすることで、1980年と2000年を比べた場合よりも、よりはっきりと負の相関から正の相関に変わる様子が観察でき、樋口 [2006] を強く支持することが出来ると考えたためである。

以下に1970年と2000年における先進諸国の出生率と女性労働力率の関係を検証した図を示す。

図3-1 先進20ヶ国の女性労働力率と合計特殊出生率(その1):1970年



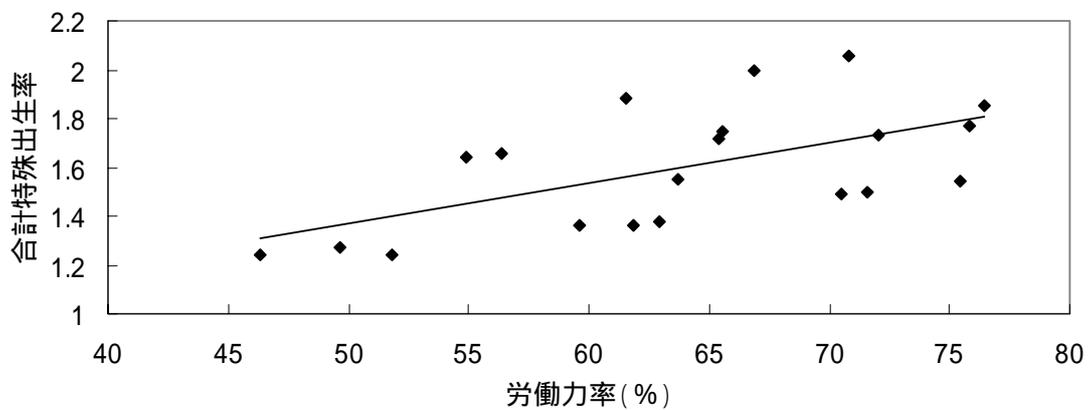
近似曲線の式: $y = -0.025x + 3.4366$ 相関係数: -0.66262

内閣府男女共同参画局 HP の「OECD24 カ国における女性労働力率と合計特殊出生率」

http://www.gender.go.jp/whitepaper/h18/web/danjyo/html/zuhyo/fig01_03_08.html

のデータを元に著者作成

図3-2 先進20ヶ国の女性労働力率と合計特殊出生率(その2):2000年



近似曲線の式: $y = 0.0164x + 0.5477$ 相関係数: 0.589198

内閣府男女共同参画局 HP の「OECD24 カ国における女性労働力率と合計特殊出生率」

http://www.gender.go.jp/whitepaper/h18/web/danjyo/html/zuhyo/fig01_03_08.html

のデータを元に著者作成

表 3 - 1

図 3-1 図 3-2 に使用した各国の 1970 年と 2000 年における女性労働力率と合計特殊出生率

	1970 年		2000 年	
	女性労働力率 (%)	合計特殊出生率	女性労働力率 (%)	合計特殊出生率
日本	54.38	2.13	59.58	1.36
オーストラリア	42.31	2.89	65.56	1.75
オーストリア	49.07	2.29	61.82	1.36
ベルギー	34.61	2.25	56.36	1.66
カナダ	44.47	2.33	70.5	1.49
デンマーク	52.27	1.95	75.85	1.77
フィンランド	56.52	1.83	72.04	1.73
フランス	43.6	2.47	61.58	1.88
ドイツ	46.19	2.03	62.95	1.38
ギリシャ	29.51	2.4	49.69	1.27
イタリア	29.93	2.43	46.3	1.24
オランダ	30.11	2.57	65.37	1.72
ニュージーランド	38.87	3.28	66.84	2
ノルウェー	33.08	2.5	76.45	1.85
ポルトガル	27.54	3.01	63.7	1.55
スウェーデン	51.4	1.92	75.46	1.54
スイス	48.12	2.1	71.59	1.5
イギリス	42.57	2.43	54.91	1.64
アメリカ	46	2.48	70.8	2.06
スペイン	20.35	2.88	51.79	1.24
平均	41.045	2.4085	63.957	1.5995

図 3-1 の 1970 年時点では労働力率と出生率には中程度の負の相関関係が認められる。当時は働く女性が少なかったことが主な原因であると推測できる。当時、女性が最も多く働いていたフィンランドにおいても女性労働力率は 56.5%であった。最もその数値が低いスペインにおいては 20.3%であり、女性は約 5 人に 1 人しか労働に参加していなかったことがわかる。当時は育児休暇などの制度が整っていなかったり、男性と比べた場合の待遇差別あったり、周囲の理解が得られなかったりなどの女性の働く環境が現

在よりも悪かったと思われる。そのため、働くことが出生率低下に繋がってしまう状況であった。

しかし、図 3-2 を見てみると 2000 年の時点では女性の労働力率が高いほど出生率が高くなる傾向が見られる。このグラフで使用したデータに含まれる 20 ヶ国の 1970 年時点での平均女性労働力率は 41% だったのに対し、2000 年時点での平均女性労働力率は 64% であった。30 年の間に働く女性が 23% 増えたことになる。2000 年においては働く女性が増えると、出生率は高くなる傾向にあるといえる。これはおそらく、1970 年から 2000 年にかけて女性の働く環境が改善されていったことが原因であるだろう。次項で女性の働きやすさが出生率に良い影響を与えるかどうかを検証する。

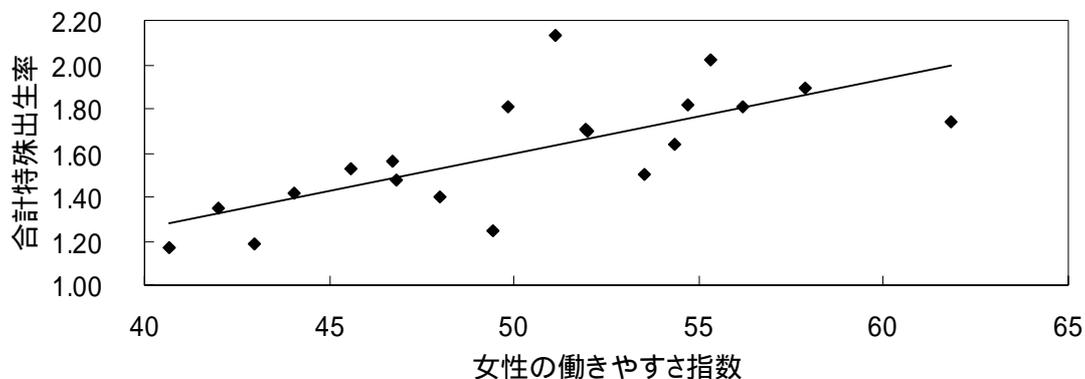
3.1.2 女性の働きやすさ指標と出生率

3.1.1 では 1970 年時点では女性が働くことが出生率と負の相関がみられるが 2000 年時点では正の相関が見られることについて女性の働く環境が整っていったことが要因ではないかと推測したが、3.1.2 では女性が働きやすい環境があると出生率が高くなるのかということを検討する。

「平成 10 年度版新国民生活指標」経済企画庁国民生活局編 [1999] により、先進諸国の 1995 年時の「女性の働きやすさ指標」が公表されている。「女性の働きやすさ指標」とは、男性に対する管理職従事者数、専門的・技術的職業従事者数、男女賃金格差、労働力人口に占める女性の割合、女性の M 字カーブ、男女間失業率格差、女性失業率、男女間高等教育就学率格差の 8 項目より単純平均で総合化したものである。50 を平均として、数値が高ければその国の女性は他の国に比べ相対的に働きやすいことが示される。

3.1.1 で分析に使用した 20 ヶ国を対象として、女性の働きやすさ指数と出生率に関して相関が見られるかを検証する。

図3-3 先進20ヶ国の女性の働きやすさ指数と
合計特殊出生率(1995年)



近似曲線の式 : $y=0.0339x-0.0966$ 相関係数 : 0.717342

「平成10年度版新国民生活指標」と「社人研データ・アーカイブス 少子化統計情報 少子化統計情報 主要先進国の合計特殊出生率：1950～2004年」<http://qr1.jp/?245857> から著者作成

表3-2 図3-3に使用した各国の女性の働きやすさ指標(1995年)と合計特殊出生率(1995年)

国名	女性の働きやすさ指数(%)	合計特殊出生率	国名	女性の働きやすさ指数(%)	合計特殊出生率
スウェーデン	61.81	1.74	オーストリア	47.97	1.41
ノルウェー	57.89	1.89	スイス	46.79	1.48
フィンランド	56.19	1.76	ベルギー	46.69	1.56
アメリカ	55.3	2.02	アイルランド	46.32	1.85
オーストラリア	54.72	1.82	オランダ	45.6	1.53
カナダ	54.34	1.64	日本	44.05	1.42
ポルトガル	53.5	1.41	韓国	43.43	1.69
フランス	51.99	1.70	イタリア	42.99	1.19
イギリス	51.92	1.71	ギリシャ	42.19	1.32
デンマーク	49.84	1.81	スペイン	40.65	1.17

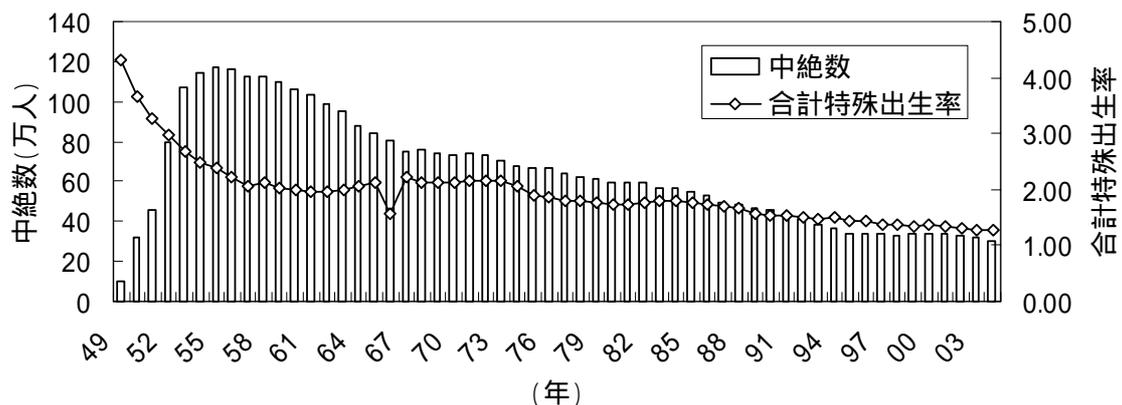
1995年時においては、女性が働きやすさ指標と出生率の間にはやや強い正の相関が見られた。すなわち、女性が働きやすい環境づくりをすることが出生率向上に寄与することがデータから支持された。女性の社会進出が進むにつれ女性が働くための環境が整

備されていき、結婚や出産が仕事上で差し支えることが少なくなり、ダブルインカムの状況で世帯収入が上昇し、子供をつくる余裕が出来たのではないだろうか。また、「女性の働きやすさ指数」に考慮されていないが、働きやすさに関係のあるもの（例えば保育サービスの充実度など）を考慮に入れるとより強く働きやすさが出生率にいい影響を与えることが支持されるかもしれない。

3.2 人工妊娠中絶が少子化の原因であるという主張

日本の人口妊娠中絶は1948年に「優生保護法」が成立し、それまでは墮胎罪として刑事罰の対象となっていた中絶が優生学上の見地から不良な子孫の誕生を防止する・母親の健康を保護するなどの理由から合法化された。その後1996年に母体保護法として改正され、出産が経済的に母体の健康を阻害する可能性がある場合も中絶が可能になった。反フェミニズム派の一部では、中絶の合法化により出生率が低下したという意見があるが、それが本当に正しいのかを考察する。

図3-4 日本の中絶数と合計特殊出生率

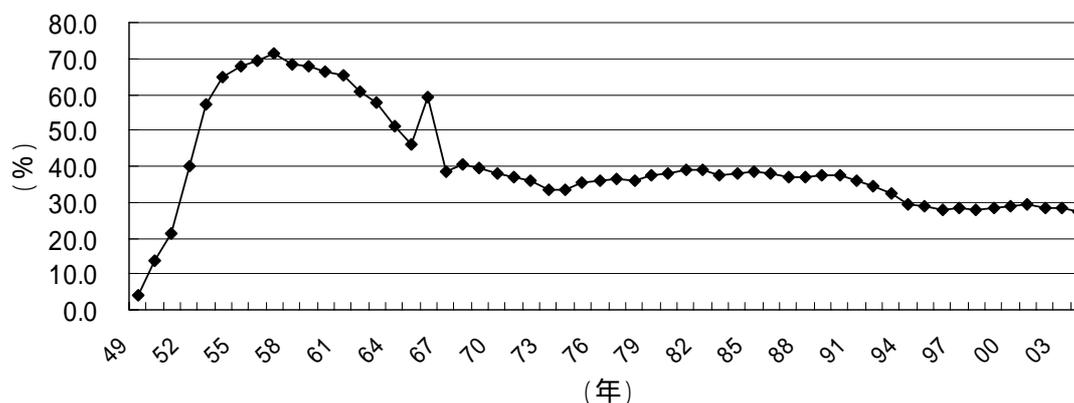


「社人研データ・アーカイブス 少子化統計情報 少子化統計情報人工妊娠中絶数および不妊手術数：1949～2004年」 <http://qrl.jp/?240863>

「社人研データ・アーカイブス 少子化統計情報 少子化の現状と将来の見通し」 <http://qrl.jp/?248796>
より著者作成

上の図が人工妊娠中絶と出生率の推移を表したものである。中絶が合法化された1948年以降1955年をピークに非常に多くの人工妊娠中絶を行っている。しかし、出生率は1958年あたりから1973年あたりはほぼ横ばいで推移しているし、1968年あたりから2005年まで人工妊娠中絶件数・出生率とも減少の一途をたどっている。優生保護法で中絶が合法化された直後の十数年は中絶が出生率低下に大きな役割を果たしたが、1967年より後の時代においては人工妊娠中絶が増えると出生率が下がるとはいえないのではないだろうか。

図3-5 人工妊娠中絶対出生比



「社人研データ・アーカイブス 少子化統計情報 少子化統計情報人工妊娠中絶数および不妊手術数：1949～2004年」<http://qrl.jp/?240863> より著者作成

表 3-3 避妊の実行割合

避妊実行状況	(1950)	(1959)	(1967)	(1971)	(1977)	(1984)	(1990)	(1994)	(2000)
現在実行している	19.5	42.5	53.0	52.6	60.4	57.3	57.9	58.6	55.9
前に実行したことがある	9.6	20.2	19.2	20.2	19.4	23.4	20.4	19.8	20.3
一度も実行したことがない	63.6	33.1	23.1	16.8	13.3	16.5	16.5	15.4	19.3
その他・無回答	7.3	4.2	4.7	10.4	6.9	2.8	5.1	6.2	4.5

国立社会保障人口問題研究所が毎日新聞社人口問題調査会『日本の人口 - 戦後50年の軌跡 - : 毎日新聞社 全国家族計画世論調査・第1回～第25回調査結果』より作成し、HPに掲載 (<http://qrl.jp/?250364>) したものを引用

図 3-5 は人工妊娠中絶数と出生児数とを比べた値の推移を示したグラフであるが、その値は戦後から 1966 年のひのえうまの年あたりまで非常に高い数字を記録していたが、その後は 4 割を下回る水準で推移し、最近では 3 割を割っている。戦後から 1966 年あたりまでは中絶が増えたから出生率が減っているといえたかも知れないが、最近では中絶数は減っているし、出生率も減っている。それには避妊の普及が関係している。

表 3-3 より、1950 年には避妊が一般的ではなかったことがわかる。その後、59 年、67 年と年を追うに連れて「一度も実行したことがない」の割合が減っている。図 3-4 とあわせて考察すると避妊を実行している割合が増えるにつれ、中絶数が減っていることがわかる。このことから、避妊が普及していくにつれて望まない妊娠は減っていることがわかる。

以上から、中絶の合法化直後は出生率の低下が起こったことは事実だが、現在においては中絶数が直接出生率に関係しているとはいえないといえる。また、避妊の普及に伴って中絶数は減っていることがわかった。出生率を向上させたければ、避妊・中絶両方を禁止しなければならないが、それは倫理面からみて適当とはいえないだろう。

第4章 政策提言

第2章で得られた結論は 未婚率が上昇している、晩婚化・晩産化が進行している、婚姻数は近年あまり変化がない一方離婚数は年々増加傾向にある、という3点である。これらに結婚している夫婦の間で生まれる子供の人数(完結出生児数)はいまだに2人以上を保っている、全出生児に占める非嫡出子の割合が極端に少ないという事実をあわせて考えると、若者が結婚をしやすい環境をつくること、または結婚をしなくても出産をしやすい環境をつくること少子化の対策になることがわかる。

具体的な対策として、若者の雇用対策、企業風土・国民の意識の改革、非嫡出子の関係の法整備が考えられる。若者の雇用対策という点であるが、近年企業は正規雇用を減らし契約社員・パート・アルバイトを増やすことで人件費の削減をし、収益を向上させてきた実態がある。それによりフリーターとして生活する若者が増えた。正規雇用に比べ、安定が望めない契約社員やフリーターは結婚に踏み切ることが難しいだろうということは容易に推測できる。フリーターや契約社員の地位向上を政府・企業一丸となって取り組む必要があると思われる。企業風土・国民の意識の改革は結婚退職・出産退職などの慣行、出産休暇や育児休暇が人事に響くような社員の採点の方法、新卒中心の採用・中年女性の中途採用の少なさなど女性が出産・結婚しにくい状況を変えていく必要があるということである。それには企業自身が見直すだけでなく、国民一人ひとりが意識を変えていく必要がある。非嫡出子関係の法整備は日本で行われている非嫡出子と嫡出子の法的な差別をなくすということである。具体的には民法第900条¹¹などの改正である。

また、第3章で得られた結論より、女性の働きやすさを改善していく必要があることが分かる。男女賃金格差の解消・採用や昇進での男女差別の解消・寿退社などの慣行の

¹¹ 子、直系尊属又は兄弟姉妹が数人あるときは、各自の相続分は、相等しいものとする。ただし、嫡出でない子の相続分は、嫡出である子の相続分の2分の1とし、父母の一方のみを同じくする兄弟姉妹の相続分は、父母の双方を同じくする兄弟姉妹の相続分の2分の1とする。

撤廃など日本の女性働きやすい環境づくりをしていくことが重要である。そうすることで、世帯あたりの所得が増え、子供を作る余裕が生まれ、出生率にいい影響を与えると考えられる。政府はそのための法整備・優遇税制などの対策を進めるべきである。また、企業の自主的な努力も必要である。特に重要なのは、個人の意識を変えていくことであり、女性が働くことの差別意識や女性は家庭にいるべきという価値観を変えていくことが働く環境を改善してく上で欠かせないだろう。

最後に付け加えると、子供を持つ意志のない人や子供を生みたくても産めない人を心理的に追い詰めることなどがないように配慮することが重要である。少子化対策とは、「個人が子供を持つことを望んでいるにもかかわらず理想の子供の人数を持ってない要因がある場合、それを除去すること」であるということを十分認識して政策を行わなければならない。

参考文献

- [1] 厚生省大臣官房政策課・監修（1999） 人口問題審議会・編集 「人口減少社会、未来への責任選択 少子化をめぐる議論と人口問題審議会報告書 」株式会社ぎょうせい
- [2]産経新聞「人口減少問題」取材班（2006）「人口減少時代の読み方 その時、企業は、家族は、社会はどうなる？」 産経新聞社
- [3] 日本経済新聞社・編（2005）「少子に挑む」日本経済新聞社
- [4] 樋口美雄+財務省財務総合政策研究所（編著）（2006）「少子化と日本の経済社会 2つの神話と1つの真実」日本評論者社
- [5]平成 16 年版 少子化社会白書（2004）
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/whitepaper/w-2004/html-h/index.html>
- [6]平成 17 年版 少子化社会白書（2005）
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/whitepaper/w-2005/17WebHonpen/index.html>
- [7]平成 18 年版 少子化社会白書（2006）
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/whitepaper/w-2006/18webhonpen/index.html>

参考データ

- [8] 経済企画庁国民生活局（1999）「平成 10 年度版新国民生活指標」大蔵省印刷局
- [9] 国立社会保障人口問題研究所 少子化統計情報
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/site-ad/index-tj.htm>
- [10]第 13 回出生動向基本調査
<http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou13/point13.asp>

第2部

国民健康保険運営の効率化 - 保険者規模の広域化を中心に -

黒須 隆寿

はじめに

近年、高齢化を背景に社会保障費が増加し続けている。政府による積極的な緊縮財政により、会計予算の一般歳出において公共事業費を中心に多くの費用が削減される一方で、社会保障費は年々増加している。社会保障のひとつである医療保険によって支えられている医療費も増加の一途をたどっている。国民所得に対する国民医療費の割合は平成元年に6.1%であったが、その後、徐々に増加し、平成16年度には8.9%という高い水準になった。今後、医療費のさらなる増加が予想されるなか、医療保険を安定的に維持する必要性がますます強くなっている。そのため、近年においては医療保険制度改革が目覚ましい速度で起こっている。本稿では、医療保険のうち市区町村が保険者となって運営している国民健康保険（以下、国保）に注目したい。その中でも特に、国保の保険者規模についてみていきたい。国保の保険者規模について、厚生労働省（以下、厚労省）が広域化の推進を掲げており、今後重要となってくる課題の1つである。現在の制度では、国保を運営している保険者は市区町村であるため、保険者の規模によって保険財政が大きく左右されるといった問題が起こっている。そこで、広域化をすることで国保の運営を効率化することが求められている。ところが、実際広域化は本当に効果があるのか、仮に効果があるとすればどのような効果があるのかはあまり論じられていない。本稿では、国保のなかでも、広域化により削減が最も見込まれる事務費に着目する。これを、経済学的にアプローチすることで広域化の可能性を探るのが、主な目的である。

本稿の流れは以下の通りである。第1章では国保の概要を述べ医療保険における国保の位置づけを確認し、国保の機能をみていく。第2章では保険財政、保険料、保険者規模の3つの視点から現状および問題点をみていく。第3章では、東京都の実際のデータを用いて規模の経済が働くかをみるとともに、広域化がもたらす効果の理論的アプローチを試みたい。最後に、第4章で結論を述べる。

第1章 国民健康保険の概要

日本の医療保険システムは非常に複雑であるため、全てを理解するのは難しい。そこで本章では、本稿を書く上で必要な知識を述べていきたい。1.1節では、日本の医療保険制度を説明し、国保が日本の医療保険制度においてどのような位置づけなのか述べる。1.2節では、国保について詳しく述べる。そして、1.3節では国保のミクロ経済学的解釈を行いたい。

1.1 日本の医療保険制度¹²

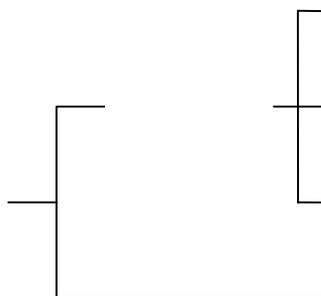
まず、医療保険を論じるうえで保険者と被保険者という用語について確認しておく必要がある。保険者とは、保険を請け負う団体のことである。それに対し、被保険者とは病気や怪我をしたときに、保険者から必要な給付を受けることの出来る者をいう。以上を前提としたうえで、医療保険の説明をしていきたい。

日本の医療保険は大きく分けて4つに分類できる(図1)。第1は共済組合、第2は組管健康保険(以下、組管健保)、第3は政府管掌健康保険(以下、政管健保)、第4が国保である。このうち、共済組合、組管健保、および政管健保の3つを特に、被用者保険という。被用者保険は、会社員やその扶養家族が職場単位で加入するものである。そして、被用者保険に該当しない者は基本的に全て国保に加入することになる。国民は、このうちいずれかの保険に強制的に入るようになっており、一部の例外¹³を除き、基本的にどの医療保険に加入するかを選択する余地はない。これが、いわゆる「国民皆保険制度」といわれるものである。

¹² 主に、池上(2002)および池上・J.C.キャンベル(1996)を参考にした。

¹³ 一部の例外、つまり、医療保険の選択の余地が認められているものは以下のものがある。例えば、建設業、理髪業等の一部の自営業種の場合である。これらの業種の場合は、独自の国保組合を組織しているために、その保険に入るか、それとも国保に入るかを選択できる。

図 1 医療保険制度の概観



(注) 著者作成。

それでは、これらの保険についてより詳しくみていきたい。

第 1 に共済組合をみていきたい。共済組合は、公務員が職域ごとに加入する医療保険である。医療保険全体の 10% を占める。保険者数は約 80 ある。この保険に加入している者の所得は国民の平均水準と比べると、比較的高いといわれている。さらに、加入者している者の平均年齢は他の医療保険と比べて低い。

第 2 に組合健保をみていきたい。組合健保は、大企業で働く者が、それぞれの職場、あるいは、職種別にわかれて加入するものである。医療保険全体の 26% を占める。保険者数は約 1600 である。この保険に加入している者の所得は国民の平均水準と比べると、比較的高い。さらに、加入者している者の年齢は他の医療保険と比べて低い(平成 16 年度は 34.0 歳)。この点、共済組合の特徴と共通している。

第 3 に、政管健保である。政管健保は、中小企業で働く者が、全国規模の 1 つの保険に加入している医療保険である。保険者は社会保険庁である。医療保険全体の 30% を占め、被用者保険の中ではもっとも割合が高い。この保険に加入している者の所得は国民の平均水準と比べると、比較的低いといわれている。さらに、加入者している者の年齢は、共済組合や組合健保と比較すると若くはない(平成 16 年度は 37.1 歳)。

第 4 に、国保である。国保は、自営業者、年金生活者、50 人未満の零細企業の従事

者等が加入している医療保険である。これを運営する保険者は市区町村で、約 3000 団体ある。医療保険全体の 34% を占める。相対的にみてこの保険に加入している者の所得は、4 つの保険のうちでもっとも低い。また、加入している者の平均年齢が高く（平成 16 年度は 52.8 歳）、高齢者が多いという特徴がある（平成 16 年度の老人加入割合は 25% である）。これは、被用者保険は働いている者が対象なので 60 歳以下の者がほとんどである（被用者保険の老人加入割合は、いずれも 3% 前後である）のに対し、国民医療保険は働いていない者も広く含まれることによる。高齢者の割合が高いということは、病気に対するリスクの高い者がもっとも多い保険であるということができる。

以上、4 つの医療保険についてみてきた。上述の特徴を比較してもわかるとおり、共済組合や組合健保は、組織の大きさ、平均年齢、安定性の上で、保険の運営において他の保険より優位に立っていることがわかるだろう。そこで、日本の医療保険制度ではこれらの医療保険間のアンバランスを是正するために、以下のような措置が取られている。

まず、共済組合と組合健保をみていきたい。この 2 つの保険財政は裕福である。したがって、それらの従事者からの保険料と使用者の保険料負担だけで医療費を賄うことが可能となっている。そのため、基本的に国からの補助金はなく、保険者が完全に独立して保険を運営していくことが可能となっている。

次に、政管健保¹⁴についてみていきたい。政管健保の加入者は中小企業で働く者であるが、彼達・彼女達は大企業従事者や公務員と比べて、病気にかかりやすい傾向にある。そのため、従事者からの保険料と使用者の保険料負担だけで医療費を賄うことが出来なくなっている。そこで、政管健保には国庫負担として、国の一般財源から不足分が補助されることになっている。全体の約 14% がこの補助金によって賄われている。

最後に、国保をみていきたい。国保は使用者の保険料負担がないため、保険料の収入としては、加入者が納める保険料しかない。加入者の平均年齢が高く、病気にかかるリ

¹⁴ 政管健保は大幅な制度改革が行われようとしている。詳細は、厚労省ホームページを参照されたい。

スクが高いうえに、集められる保険料が限られている。そのため、加入者から集めるだけでは、当然保険の運営ができない。そこで、国や県が多くの補助金を出している。平均すると、全体の約半分を負担している。財政状況が比較的裕福な大都市では国の補助が約 4 割というところもあるが、一方で、財政的に苦しい過疎地域では最高 8 割もの補助を受けている地域もある。しかし、それでも医療費を賄いきれない地域もある。その場合は、市区町村の一般会計の中から繰入れなければならない。

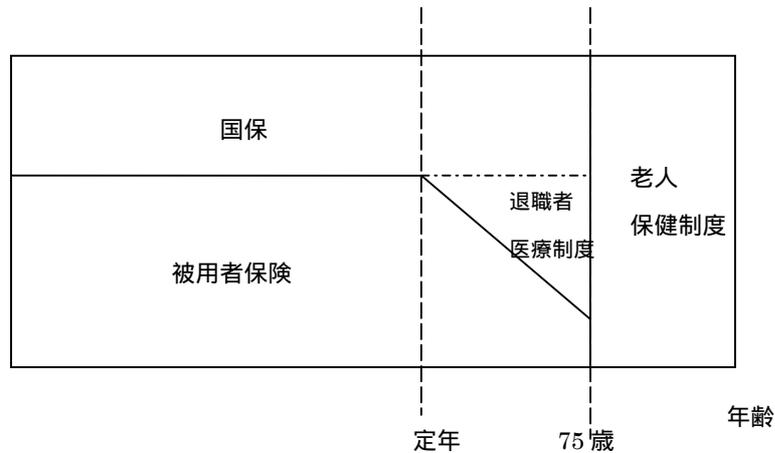
その他に、日本の医療保険制度を論じるうえで、老人保健制度および退職者医療制度に触れておきたい。直接的には本稿と結びつかないが、本節では医療保険制度の概観を理解するために、簡潔に述べておきたい。上述のように、退職後に全ての者が国保に加入するとなると市区町村の負担が大きすぎ、それを助ける国や県の負担も大きい。それを是正するための制度として設けられているのが、老人保健制度および退職者医療制度である。老人保健制度¹⁵とは、75歳以上¹⁶の高齢者の医療費は、被用者保険や国保の各保険制度からの「拠出金」によって賄うという制度である¹⁷。退職者医療制度とは、定年退職後の被用者保険から国保への移行者については、老人保健制度適用年齢（75歳）までの間、被用者保険の保険者が費用を負担するという制度である。退職者医療制度は被用者保険の保険者が負担するが、国保のなかに含まれるという点に注意が必要である。これらの制度があるからこそ国保は維持できるようになっている。

¹⁵ この制度は保険ではなく保健と表現する。

¹⁶ 平成 14 年度の改正により、老人保険制度の適用年齢が 70 歳から段階的に 75 歳まで引き上げることとなった。

¹⁷ 老人保健制度については平成 20 年を目途に、現行制度をベースに改正されることになっている。詳細は <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/taikou05.pdf> を参照されたい。

図 2 定年退職後の医療保険制度適用の概観図



(注) 厚労省ホームページ「医療保険制度体系の見直し」を参考に著者作成。

1.2 国民健康保険の定義と機能¹⁸

1.1 節では日本の医療保険制度の概観について説明し、国保の位置づけを述べた。国保のみを再度簡潔にまとめると次のようになる。国保は、自営業者、年金生活者、50人未満の零細企業の従事者等が加入している医療保険である。この保険を運営する保険者は市区町村である。相対的にみてこの保険に加入している者の所得は、4つの保険のうちでもっとも低く、加入者は高齢者も含むため平均年齢がもっとも高いという特徴がある。これを言い換えれば、病気に対するリスクの高い者がもっとも多い医療保険といえる。また、加入者の保険料だけでは国保を運営することは不可能であるため、その多くを国や県からの補助金に頼っている。

国保のその他の重要な点について述べていきたい。会計上の問題、収支の科目、近年の国保の方向性の順にみていきたい。

まず、会計上の問題である。市区町村の国保は、市区町村の特別会計で運営されている。しかし、国や県からの補助金でも賄えない場合には、市区町村の一般会計から国保へ繰入れしなければならない。したがって、国保財政の悪化は市区町村の一般会計を圧

¹⁸ 主に、『平成 18 年度版地方財政白書』を参考にした。

迫することを意味するので地方財政への影響も懸念されることがある。また、国保事業というのは、基本的に支出にあわせて予算を組み、それに見合った収入を得られるようにしなければならない(ちなみに、以下でもふれるが保険料の設定にはある程度の裁量が認められている)。

次に、国保の収入・支出について主な科目を確認したい。ここで留意すべき点は、一般的に国保における収支は、介護保険分、退職者医療制度対象者分も含めているが、本稿ではそれらは直接的に関係がない。したがって、これらを除外した被保険者を一般被保険者と表現し、これについてみていきたい。なお、国保財政の収支状況の現状をみている 2.1 節においてもこれらは除外してある。国保の主な収入科目は 4 つある。第 1 に、保険料(税)である。これは被保険者から徴収するものである。第 2 に国庫支出金である。これは、国からの補助金であり、国保の収入において最も大きなものである。第 3 に都道府県支出金である。これは、各都道府県からの補助金である。第 4 に共同事業交付金である。これは、70 万円以上¹⁹の高額医療費が発生した場合に、県内の市区町村が持ち出した拠出金(後述の共同事業拠出金のこと)によって相互に補完しあうための交付金である。これら 4 つの他、繰入金や繰越金による収入がある。一方、支出をみていきたい。主な支出科目は 5 つある。第 1 に総務費である。これは、職員人件費および事務的経費の合計である。本稿ではここに注目していくことになる。第 2 に保険給付費である。これは、国保の被保険者がかかった医療費の総額から被保険者の自己負担額を差し引いたものである。第 3 に老人保健拠出金である。これは、1.1 節で述べた老人保健制度を維持する目的で作られたものである。この拠出金は、高齢者にかかる医療費の市区町村間の格差を調整するために、国保および被用者保険を含めた全国の全ての保険者が決められた拠出金を出し合うというものである。第 4 に保健事業費である。これは被保険者が将来病気等にかかることを予防するために使われる費用である。健診、保健指

¹⁹ 今後の方向性としては、80 万以上を高額医療費の対象とすることになっている。

導支援システムの開発経費負担金等に当てられている。第 5 に共同事業拠出金である。これは、高額医療費の発生による財政運営の不安定を緩和するために、これに係る負担を県内の市区町村が共同で行うことにより、その負担を平準化しようというものである。これら、5 つの他に、積立金、充用金等がある。実際の収支状況については 2.1 節を参照されたい。

最後に、近年の国保の方向性についてみていきたい。厚労省によれば、医療保険制度体系に関する改革は平成 20 年度に向けて実現を目指している。基本的な方針は保険財政の安定化、保険料の平準化、医療の地域特性を踏まえた医療費の適正化である。具体的には、国保の保険者の規模について、都道府県単位で広域化を推進していくこととしている。近年、市区町村合併が大幅に進んだが、小規模保険者は依然として数多く残っている（詳細は 2.3 節参照）。これらの保険者は概して保険財政が厳しい状況にある。したがって、小規模保険者の保険者規模の広域化を図るため、都道府県が積極的な役割を果たすこととしている。また、都道府県単位での保険運営を推進するため、各市区町村における高額医療費の発生リスクを都道府県単位で分散させ、保険財政運営の安定と保険料平準化を促進する観点から共同事業の拡充を図ることとしている。それと同時に、保険者に支援している公費負担の在り方を含め総合的に見直すこととしている。

1.3 国民健康保険のミクロ経済学的解釈²⁰

本節では、国保を経済学的な視点からみていきたい。ミクロ経済学的に見たときに、最も大きなものは情報の非対称性の問題である。これをもとに、2 つのミクロ経済学的解釈をしたい。第 1 が逆選択の防止機能、第 2 がモラル・ハザードである。

まず、逆選択の防止機能とモラル・ハザードを述べる前に情報の非対称性について説明する必要がある。なぜなら、どちらも情報の非対称性がもととなって発生する現象だ

²⁰ 主に、池上・J.C.キャンベル（1996）および真野（2006）を参考にした。

からである。

情報の非対称性とはある財の需要側と供給側との間に、持っている情報の質や量に差異がある状態のことである。例えば、医療保険についていえば、年齢別、職業別にかかりやすい病気が統計的には分かるかもしれないが、各個人が病気にかかるリスクを正確には知りえないということである。統計によって出されたデータでは、あくまでも予測でしか出来ないため、年によって大きく左右される可能性が高い。また、平年はそれほど発生しないはずのウイルスが蔓延することすらある。そのウイルスに対して被保険者がどの程度抵抗力があるのかといったことは前例がなければわからないということである。それでは、これをもとに逆選択の防止機能とモラル・ハザードについてみていきたい。

第1に逆選択(adverse selection)の防止機能が働いているということである。逆選択とは、品質や能力等の経済主体自らが変えられないものに関する情報の非対称性により、よいものの取引がなくなるということである。これでは抽象的なので、医療保険に即してみていきたい。1.1節において、医療保険は基本的に選択の余地はなく、強制加入であると述べた。実はこれが、逆選択の防止機能となっているのである。最も低い保険料で、最もよい給付が保証されるということが保険加入者にとって一番望ましい。しかし、それを実現しようとする、病気になるリスクの高い人を極力排除しなければならなくなる。これが逆選択である。したがって、仮に自由に医療保険を選択できるとすると、健康な者は保険料の安い医療保険へうつることになり、反対に健康でない者は残ってしまうので保険料は高く給付は低い医療保険になってしまう。その結果、医療保険制度間の格差が出てきてしまう。こうした危険を防ぐために、基本的に日本の医療保険は選択が出来なくなっているのである。このようにすることで、国保においても逆選択が起こることはなく、国保だから有利あるいは不利といったことは起こらなくなっている。参考までに述べれば、医療保険の縛りがなく、比較的自由に競争させているアメリカ

力は、最も裕福な人が加入する保険の保証するサービスが医療サービス全体の標準となっている。そのため、それ以外の保険の給付水準もこのレベルに追いつこうとし、国の医療費が高騰することに対して歯止めが利かなくなるといった事態も起きている。そのほ、医療保険に未加入の者が4000万人を超えているという実態がある。そのため、救急で病院に運ばれ、治療を受けたにもかかわらず医療費を払えないということが続出している。以前には、アメリカも日本のように国民皆保険化を提案する議員もいたが、反対勢力が強く実現することはなかった。以上、医療保険の強制加入の点から逆選択の防止機能を見てきたが、非常に重要な機能といえる。

第2にモラル・ハザード (moral hazard) である。モラル・ハザードとは、経済主体自らが変えられる行動に関する情報の非対称性により、望ましくない行動が選択されることである。これでは、抽象的なので、医療保険に即してみていきたい。一般的には、モラル・ハザードは事前モラル・ハザードと事後モラル・ハザードに分けられる。医療保険における事前モラル・ハザードとは医療保険があるために保険加入者の行動が変化してしまうということである。そして、場合によっては、保険事故発生の確率に影響を与える場合をいう。例えば、病気に対する予防について考えてみたい。仮に、医療保険に加入していない場合を考えよう。その場合、病気になると全額自己負担となってしまう。そうすると、家計に与える影響も極めて大きい。したがって、病気にならないように日頃から予防に心がけるというインセンティブが働く。反対に、医療保険に加入している場合を考えよう。保険に入っているために、病気になったとしても自己負担を軽減することが出来る。この場合、家計に与える影響は医療保険に加入しない場合と比較し、小さくなる。したがって、保険に加入していないときには日頃から予防を心がけていたが、保険があるために予防に対する意識が薄れるという結果をもたらす。これが事前モラル・ハザードである。そして、医療保険があるために、医療サービスを必要とする確率が高くなってしまいう望ましくない結果を招くことになる。それに対し、

医療保険における事後的モラル・ハザードとは必要以上に医療サービスを消費することである。例えば、すでに病気になった場合を考えてみたい。仮に、保険に加入していない場合を考えよう。この場合、全額自己負担となってしまうため、少々の病気では医療サービスを必要しようとは考えないだろう。自分で出来る限りの処置をし、それでも治りそうにない場合にのみ、医療サービスを受けるだろう。反対に、医療保険に加入している場合を考えよう。加入者はたとえ、医療サービスを受けても自己負担は軽く済む。それをいいことに、少々の病気であっても医療サービスを受けようとするインセンティブが働く。あるいは、必要以上の薬をもらうということである。これが事後的に発生するモラル・ハザードである。

第2章 国民健康保険の現状と問題点

本章では、国保の現状を把握するとともに、問題点を指摘する。2.1節では保険財政、2.2節では保険料について述べる。2.3節では、本稿の最も重要な部分である保険者規模について述べる。

2.1 保険財政²¹

まず、保険財政収支状況のデータをみていく。本稿では、退職者医療制度、介護保険は直接的には関係ないので、医療給付分のうち一般被保険者についてみていきたい。平成15年度において一般被保険者分の収支状況は、収入合計7兆8,047億円、支出合計が7兆6,587億円となっており、収支差引額は1,457億円の黒字である。しかし、単年度収支差引²²に注目すると942億円の赤字、精算後単年度収支差引額は1,138億円の赤

²¹ 主に、厚労省ホームページを参考にした。

²² 単年度収支差引額とは、「収入」、「支出」から「基金繰入（取崩）金」、「（前年度からの）繰越金」、「基金積立金」および「前年度繰上げ充用（欠損補填）金」を除いたものである。

字となっている。全体として、前年度に比べ、収入が 5.9%の増加、支出は 7.0%の増加である。収入が伸びた主な原因は、共同事業交付金が 73.0%増加したことによる。一方、支出が伸びた主な原因は、保険給付費が 17.0%増加したことによる。

次に、単年度収支差引額の黒字・赤字保険者の状況について述べたい。平成 15 年度においては赤字保険者が 2,289 団体であり、保険者の約 7 割を占める。平成 16 年度においては、やや赤字保険者が減少傾向にあるものの保険者の約 6 割が赤字という状況である。

いずれのデータをみてもわかるとおり、国保の財政状況は極めて厳しい。国庫支出金や都道府県による支出金で全体の約半分を占めるにもかかわらず、単年度収支差引額で見ると厳しい状況にある。また、今後、高齢化にともない、ますます保険給付費の増加が予想され、保険財政の圧迫が懸念される。保険者による運営をいま以上に効率的にしなければ保険財政が破綻する危険も大いにある。住民の負担を伴う改善策としては、保険料の引き上げや市区町村の一般会計からの繰入れがありうる。しかし、いずれをとるにしても住民の理解を得るのが容易ではない。

図 3 国保の収支状況(平成 15 年度)

(出所)厚労省ホームページ

科 目		平成 15 年度				
		医療給付分			介護分	合計
		一般被保険者分	退職被保険者等分	合計		
		億円	億円	億円	億円	億円
収 入	保 険 料 (税)	26,647	5,457	32,104	2,164	34,268
	国庫支出金	35,955	-	35,955	2,666	38,621
	療養給付費等交付金	-	16,096	16,096	-	16,096
	都道府県支出金	1,625	-	1,625	53	1,678
	一般会計繰入金(法定分)	4,050	-	4,050	53	4,103
	一般会計繰入金(法定外)	3,831	-	3,831	-	3,831
	共同事業交付金	1,932	-	1,932	-	1,932
	直診勘定繰入	2	-	2	-	2
	基金繰入金	958	-	958	-	958
	繰越金	2,641	161	2,801	-	2,801
	その他	404	34	437	-	437
	合計	78,043	21,748	99,791	4,936	104,727
支 出	総務費	1,847	-	1,847	100	1,947
	保険給付費	45,507	17,681	63,188	-	63,188
	老人保健拠出金	25,263	3,650	28,912	-	28,912
	介護納付金	-	-	-	5,159	5,159
	保健事業費	445	-	445	-	445
	共同事業拠出金	1,911	-	1,911	-	1,911
	直診勘定繰出	62	-	62	-	62
	基金積立金	240	-	240	-	240
	前年度繰上充用金	966	22	987	-	987
	その他	346	62	409	11	419
	合計	76,587	21,415	98,001	5,270	103,271
収 支 差 引 残		1,457	333	1,790	▲334	1,455
単年度収支差引額		▲942	194	▲748	▲334	▲1,082
国庫支出金精算額等		▲196	▲194	▲390	-	▲390
精算後単年度収支差引額		▲1,138	-	▲1,138	▲334	▲1,472
一般会計繰入金(赤字補填を目的とするもの)を除いた場合の精算後単年度収支差引額		▲3,521				▲3,855

図 4 単年度収支差引額黒字・赤字保険者の状況

(単位 億円)

	黒字保険者数	赤字保険者数	新規赤字保険者数	継続赤字保険者数
平成 14 年度	1,173	2,051		
平成 15 年度	855	2,289	743	1,546
平成 16 年度	1,042	1,489	343	1,146

(注)平成 14 年度については、単年度収支算出方法の見直しを行ったことに伴い、前年度との比較はない
(出所)厚労省ホームページ

2.2 保険料(税)²³

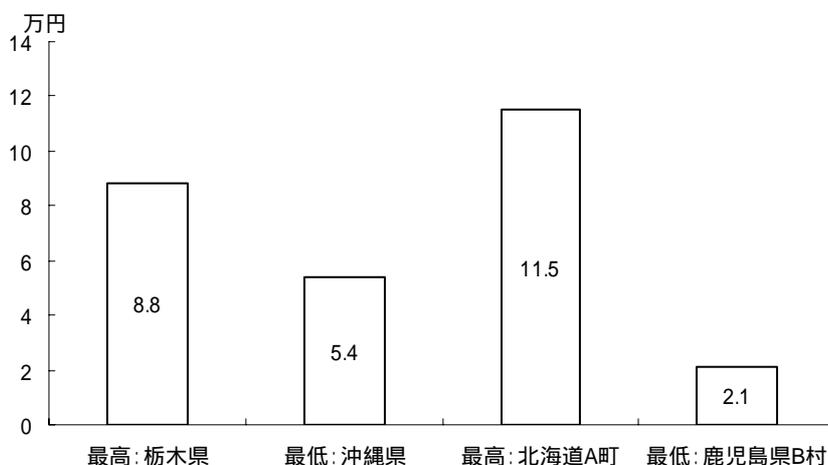
近年、保険料(税)の地域格差が問題となっている。この原因は、構造問題(たとえば、ある地域においては高齢者や低所得者が多いために保険財政が悪いという問題)や賦課方式政策²⁴である。保険料に関してはもちろん無制限に決めることはできないが、一定の範囲で市区町村の裁量が認められている事項である。したがって、市区町村はその地域の実態にある程度合わせてもっとも適切な方法で賦課することが可能である。ただし、賦課限界額が設定されており、2002 年度においては年額 53 万円であった。

図 5 は、平成 14 年度の 1 人当たり保険料の平均額である。都道府県での差をみた場合、最も高いのは栃木県で 8.8 万円である。それに対して、最も低いのは沖縄県で 5.4 万円である。沖縄県に対する栃木県の保険料は 1.6 倍という実態である。さらに、市区町村単位での差をみた場合は差が大幅に広がる。北海道のある町では 11.5 万円であるのに対し、鹿児島県のある村では 2.1 万円と非常に低い保険料である。これは 5.4 倍の差がある。

²³ 主に、『目で見る医療保険白書』を参考にした。

²⁴ 賦課方式政策についての詳細は、小松(2005)を参照されたい。

図 5 保険料（税）額の最高と最低（平成 14 年度）



（出所）『目で見る医療保険白書』

さらに、近年では、被用者保険適用者以外は、一部例外を除き、強制加入であるにもかかわらず国保の保険料を納付しない者が増加しているのが問題となっている。1990年代には保険料収納率は90%以上が当たり前であったが、平成15年度は86.98%まで低下している。被保険者数が増加する一方で収納率が低くなるのでは保険財政がますます不安定になってしまう点で非常に大きな問題である。

2.3 保険者規模²⁵

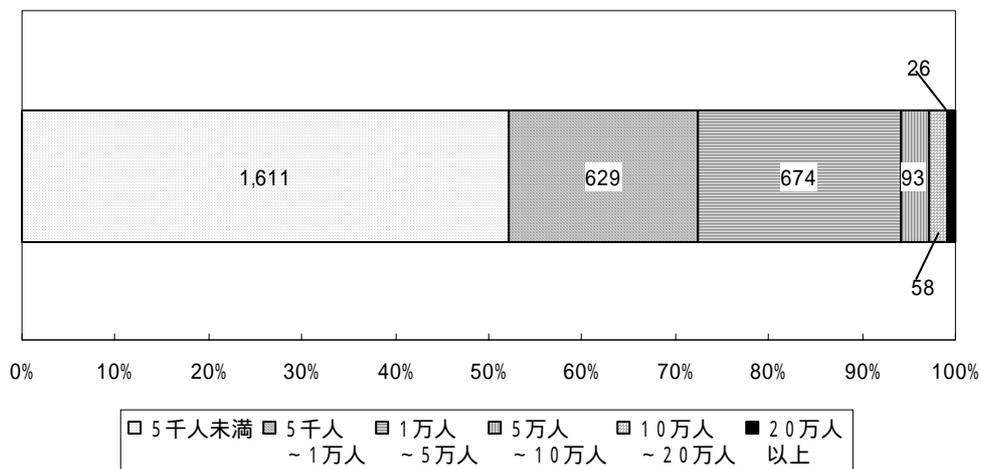
保険者規模は最も重要な問題である。なぜなら2.1節と2.2節は保険者規模が起こしている問題と考えられているからである。実際どのようになっているのかをみていきたい。平成16年度時点において、国保の保険者数は3,091団体である。被保険者数別に分ければ、被保険者数が5千人未満の保険者が1,611団体、5千人から1万人が629団体、1万人から5万人が674団体、5万人から10万人が93団体、10万人から20万人が58団体、20万人以上が26団体である。5千人未満の団体は全体の約半分であり、1万人未満もあわせると全体の75%が含まれることになる。

²⁵ 主に田中（2005）を参考にした。

一般的に、保険は出来る限り規模の大きい方が望ましい。なぜなら、保険者には、不慮の事態、つまり、リスクに対して耐えられるという体質が求められるからである。また、規模の大きい方がリスクの発生確率が安定するため、保険者にとっても保険を運営しやすくなるというメリットがある。しかしながら、図6をみてもわかるとおり、小規模保険者の割合が極めて高いことがわかる。これは、保険財政においても、リスクの面においても、安定させることが難しい団体が数多く存在することを意味する。小規模保険者の多くは、高齢者の多い、過疎の町村であるため、医療費支出に対する高いリスクを負っているうえに安定した国保財政を実現しにくくなっているといえる。そのため、国や県からの補助金に頼らなければならなくなる。三位一体の改革の一環として、平成17年度から県からの財政調整交付金が当てられるようになった。しかし、保険者規模の再考によって、県や国の負担を減らすことも可能であると考える。

以上のように、規模に関する問題については、十分に再考の余地があるといえよう。

図6 規模別の保険者数



(注) 厚生労働省ホームページ「平成16年国民健康保険実態調査」のデータをもとに著者作成。

第3章 保険者規模の広域化に関する経済分析

本章では、漠然としている広域化の定義について 3.1 節で確認し、3.2 節で東京都のデータを用いて規模の経済が働いているかをみていく。そして、広域化の効果について 3.3 節では理論的にアプローチをしていくことにする。

3.1 広域化の定義

厚労省は国保の広域化を推進しているが、広域化の定義が漠然としているように思える。確かなのは、現在市区町村で運営している国保を、各都道府県内でもっと大きな規模で運営していくということである。ここでは、あらためて広域化の定義をすることに²⁶。

広域化は大きく 4 つに分けられる。第 1 に、市区町村の合併である。近年合併が急増したが依然として小さな町村は残っている。第 2 に、事務の一部を共同処理するための一部事務組合である。第 3 に、事務を広域にわたり処理するための広域連合である。第 4 に、都道府県に移すことである。

以上 4 つの広域化を考慮すると、国保の事務について広域化をみていくことは意義のあることであると考ええる。特に、第 2 の一部事務組合や、第 3 の広域連合は、事務のみの広域化であることを考えれば、事務に注目するのは妥当である。よって、以下では国保の事務の広域化の効果を経済学的にみていくことにする。

3.2. 東京都のパネルデータを用いた規模の経済²⁷

本節では、国保の事務に規模の経済が働くか否かをみていきたい。なお、小規模保険者、中規模保険者、大規模保険者という表現をするが、本稿では以下のように定義する。小規模保険者が被保険者数 1 万人未満、中規模保険者が 1 万人以上 10 万人未満、大規

²⁶ 東京都議会 HP「厚生委員会の記録」(平成 15 年 2 月 17 日)をもとに、著者の解釈を加えた。

²⁷ 岸田(2002)を参考にした。その概要については補論を参照されたい。

模保険者が 10 万人以上である。また、国保の事務に関する費用を事務費と表現する。

1.2 で会計上の主な科目をみてきたが、このうち広域化によりもっとも削減が見込めるのが総務費である（総務費は事務費とほぼ同義であるが注意点がある²⁸）。逆に、例えば、人々の身体にかかわる保険給付費を広域化によって減らすのは不可能である。なぜなら、身体にかかわることは不確実なので、効率化によって費用を減少させることは出来ないからである。そこで、以下では事務についてみていきたい。事務費に該当する事務内容はさまざまなものがある。ここでは、代表的なものを 3 つ挙げておきたい。第 1 に、予算の編成である。支出の予想をたて医療費の見積もりを行う。第 2 に、保険料（税）の徴収である。保険料（税）の徴収が低いと国からの補助金が減額されるため事務職員にとって非常に重要な役割である。第 3 に、保険事業である。これは 1.2 節の保健事業費で述べた通りである。保険を運営する上でこれらの事務費を減らすことが出来れば、保険運営がより効率的に進むだろう。しかし、保険者の規模は当然のことながら、保険を運営するための事務費の点から適切な規模になっているわけではない。ここでは、広域化で被保険者数が増えることによって事務費に規模の経済がみられるのかを確かめたい。もし、規模の経済が働けば、少なくとも事務費の観点からは広域化が望ましいということができる。

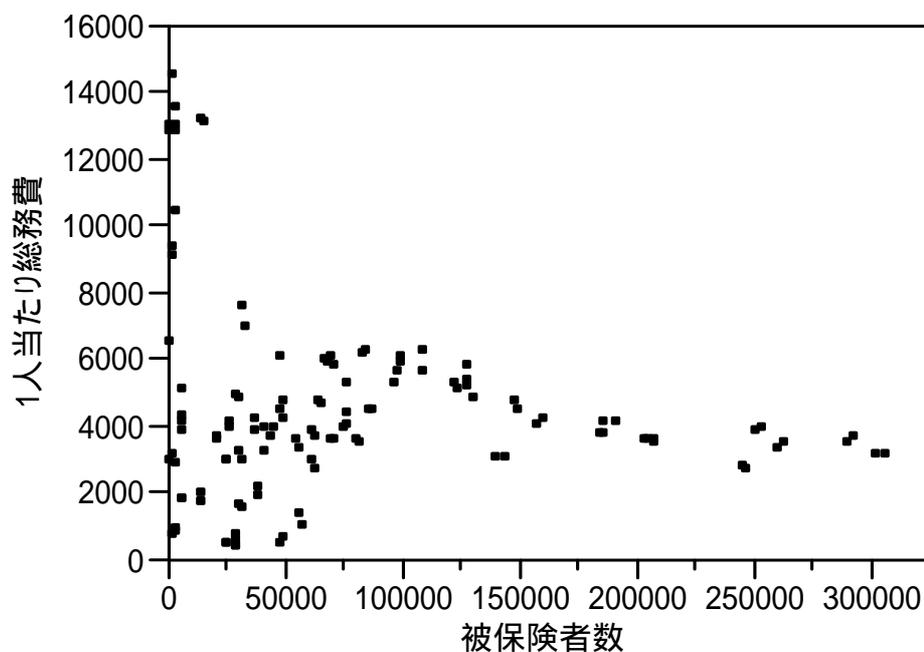
そこで、岸田（2002）を参考に散布図を抽出したい。データは、平成 15 年度および 16 年度の東京都における『国民健康保険事業状況²⁹』を用いた。まず、1 人当たり事務費の指標として、岸田（2002）をもとに、被保険者 1 人当たり総務費（以下、1 人当たり総務費）、被保険者 1000 人あたり事務職員数（以下、1000 人あたり事務職員数）を用いた。1 人当たり総務費、1000 人あたり事務職員数は平均費用（Average Cost）に相当する。被保険者数は、国保の規模を表すとともに、事務量を表す指標である。いずれのデータも、平成 15 年度および 16 年度の東京都の 62 市区町村を対象とした。

²⁸ 詳細は補論を参照されたい。

²⁹ 『国民健康保険事業状況』は各都道府県で作成されている。

以下が散布図の作成結果である。まず、図 7 は 1 人当たり総務費と被保険者数の関係を表す散布図である。散布図を作成するにあたって、被保険者数があまりにも少ない利島村と御蔵島村は除外した³⁰。図 7 をみると若干右下がりではあるものの、やや偏りの見られるグラフである。よって、これをもって規模の経済を示すのはあまり説得力がない。そこで、この点に関して、関西 7 府県を対象とした岸田（2002）によれば、事務費の指標として、1000 人当たり事務職員数の方がより有効である。したがって、後述の図 8 と比較してほしい。

図 7 1 人当たり総務費と被保険者数の規模の経済



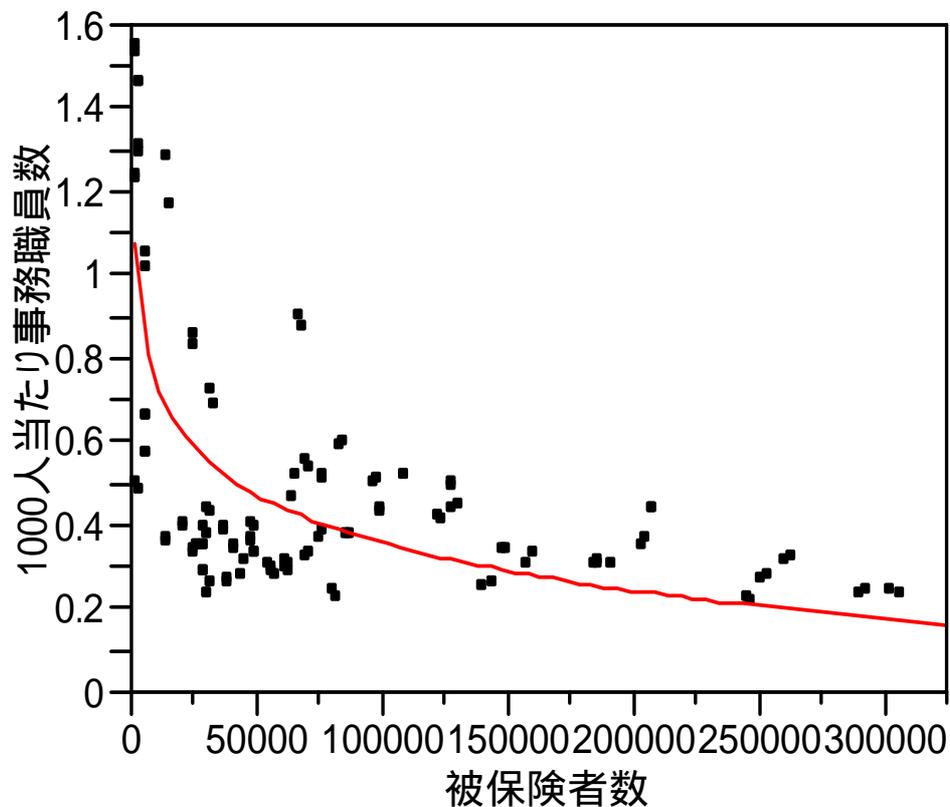
（注）著者作成。

次に、1000 人あたり事務職員数と被保険者数との関係を示す散布図である（図 8）。散布図を作成するにあたって、利島村、御蔵島村、檜原村、青ヶ島村は除外した。図 8 は、被保険者数が増加すると 1000 人あたり事務職員数が減少することを示しており、

³⁰ 具体的には、平成 16 年度において利島村と御蔵島村の被保険者数はそれぞれ 200 人、101 人と極端に少ない。

規模の経済が働くことがわかる。図 7 との比較で言えば、右下がりの曲線が明白に描かれており規模の経済が働いていることが一目で分かる。特に、5 万人以下の小規模および中規模保険者では広域化効果が大きいといえる。中規模保険者にも規模の経済が働く点において、5000 人未満の小規模保険者によりよく規模の経済が働いている岸田（2002）とは異なる結果が得られた。

図 8 1000 人当たり事務職員数と被保険者数の規模



$$1000 \text{人当たり事務職員数} = 2.2571439 - 0.1650066 \text{ Log(被保険者数)}$$

$$(13.82) \quad (-10.91)$$

$$\text{自由度調整済み} R^2 = 0.51$$

（注）著者作成。

以上のように、東京都のパネルデータにおいて被保険者数が多くなると 1000 人当たり事務職員数は減少することが確認できる。つまり、ミクロ経済学的には、事務量が増

えると平均費用が減少することを示している。特に、小規模保険者では、広域化の効果が大きいと考えられる。さらに、中規模保険者においても広域化の効果はある。規模の経済が働く理由としては2点考えられる。第1に規模の大きい保険者は効率的な運営に役立つもの、例えば、コンピュータなどを柔軟に導入できる点にあるだろう。コンピュータ1台を導入するとき、大規模保険者は小規模・中規模保険者より事務費に占めるコンピュータ代金の割合が小さくて済む。そのため、効率性に寄与するものがあれば大規模保険者は柔軟に導入できることになる。第2に、事務職員が効率的に動けるという点にある。東京都の場合、保険者規模の小さいところでは、職員数が1人というところがあった。この場合、基本的にはたくさんある国保事務のすべてを1人でこなすわけである。これに対しては、田中（2005）によれば、小規模保険者において事務職員数が少なく、保険者としての業務を十分にこなすのは困難だという指摘がある。それと比較し、事務職員数がある程度いれば、役割をわけて効率的に動くことができる。事務職員にとっては負担が軽減される。国保は事務内容が広いと、運営する上での事務職員の効率性は重要である。

このように、少なくとも事務費の観点からは、小規模・中規模保険者を広域化することにより規模の経済が働き、国保運営の観点からは、効率化に寄与する可能性が大いにある。したがって、本節では、事務費の視点から広域化は望ましいと結論づけることができる。

3.3 広域化の理論的アプローチ

3.2節では、事務費には規模の経済が働くという結果が得られた。ここで、注意しなければならない点がある。それは、事務費の全てを国や県の補助により賄っているわけではないという点である。つまり、理論上、一部には被保険者の保険料の一部をあて、残りを国や県による補助で賄っているのである。被保険者が支払うのは、たとえ医療給

付を受けていなくとも事務による便益を受けているからである。国保の事務が一般的な行政サービスと違う点として、国保の被保険者しかサービスを受けられない点がある。したがって、極端に言えば、仮に事務に関する費用の全てを国や県が負担するとなれば、すべてを税金の投入により賄うことになる。これは、すなわち、国保以外の医療保険に加入している者にも、国保の被保険者と同じ額の事務費を負担させていることを意味し、事務において受益者負担の原則を完全に無視していることになる。しかし、そのようなことは起こっていない。つまり、税金の投入はあるものの、国保の被保険者の方が、他保険の者よりも多く支払っている。

そこで、本節では理論的にアプローチしたい。まず、モデルとしてハロルド・ホテリング (Harold Hotelling) の限界費用価格形成原理 (marginal cost pricing principle) を説明し、それを現実に応用する。

3.3.1 モデルの説明³¹

ここでは、限界費用価格形成原理について詳しく説明していく。限界費用価格形成の目的は費用逡減産業³²における社会厚生³³の最大化である。これをファースト・ベスト³³という。ファースト・ベストが達成される場合、限界費用曲線 (以下、MC) と限界便益曲線 (以下、MB) の交点で P (価格) と Q (生産量) が決定される (このメカニズムは以下で数学的に説明する)。下図では、 P_1 と Q_1 にあたる。このとき、資源の最適配分がなされている点で望ましい。しかし、その一方で、欠点がある。それは図に示すように費用逡減産業のように AC が右下がり³²のとき、MC が AC よりも下方にくるため、必然的に赤字が発生してしまう点である。赤字額は P_1EHAC_1 である。仮に運営を続けるとするなら赤字を財政的に補わなければならない。したがって、費用逡減産業であっ

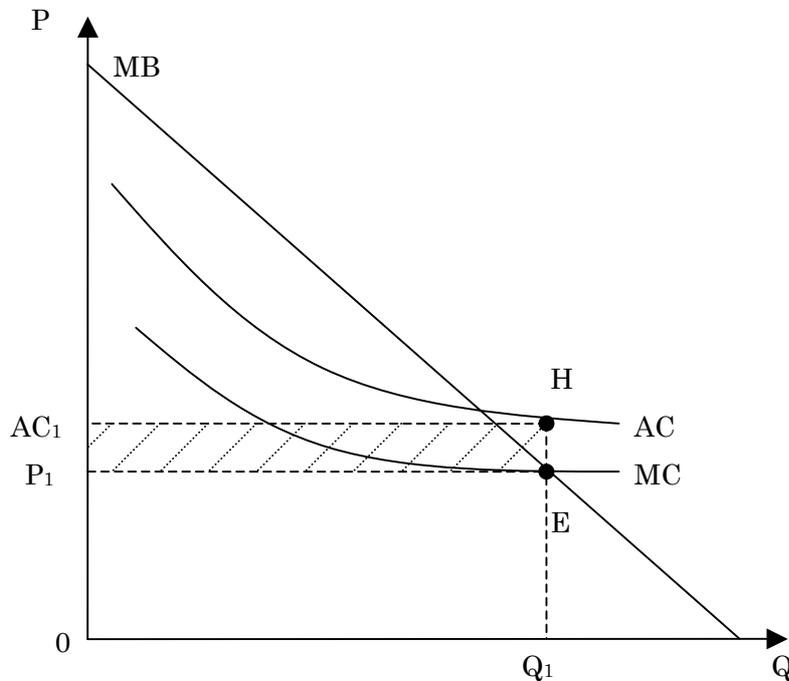
³¹ 主に玉田研究会 (2003)、土居 (2002) を参考にした。

³² 費用逡減産業とは、生産量を増加させると平均費用が低下するような範囲で生産を行う産業のことである。鉄道のように公共性の高いものが多い。

³³ ちなみにセカンド・ベストは企業が赤字にならない制約の下で、社会厚生を最大にすることである。

ても限界費用価格形成原理を採用するのは容易なことではない。実際、鉄道は費用逓減産業であるが、限界費用価格形成原理を採用していない。

図 9 限界費用価格形成原理



(注) 土居 (2000) を参考に著者作成。

ここからは、限界費用価格形成を数学的に証明していく。限界費用価格形成原理の目的は社会厚生 W を最大にすることであるのでそれを抽出したい。

まず、モデルの前提条件は費用逓減産業であることである。生産量を Q 、私的費用曲線を $C(Q)$ 、 $(1 < \lambda \leq \varepsilon$ 、 ε は需要の価格弾力性を表し $\varepsilon = -\frac{dQ}{dP} \cdot \frac{P}{Q}$) とすると以下のような式で表せる。

$$C(\lambda Q) < \lambda C(Q)$$

ここで、両辺を Q で除すると以下の式になる。

$$\frac{C(\lambda Q)}{\lambda Q} < \frac{C(Q)}{Q}$$

これは、 Q に規模の経済性があるとき、 AC が減少することを意味する。

以上の前提をもとに限界費用価格形成原理において W を最大化する条件を導く。まず、パレート効率的な資源配分が実現しているとき、社会的限界便益 (SMB) は社会的限界費用 (SMC) に一致する。また、外部便益および外部費用がないとき、私的限界便益 (MB) は社会的限界便益 (SMB) に一致し、私的限界費用 (MC) は社会的限界費用 (SMC) に一致する。これらをまとめると、パレート効率的な資源配分が行われ、かつ、外部便益および外部費用がなければ

$$SMB = SMC = MB = MC$$

となっており、さらに、

$$SB = SC = B = C$$

(SB: 社会的総便益、SC: 社会的総費用、B: 私的便益、C: 私的費用)

がいえる。いま、これらの一致を仮定し、MB を以下の式で表す。

$$P = P(Q) \cdots \cdots \cdots (1)$$

このとき、社会が支払ってよいと考えている金額 (SB に等しい) は

$$SB = B = \int P(Q)dQ \cdots \cdots \cdots (2)$$

で表せる。また、C はそのサービスに必要な費用であり、かつ SC に等しいので

$$SC = C = C(Q) \cdots \cdots \cdots (3)$$

と表せる。

社会厚生 W は社会的総便益 SB と社会的総費用 SC の差であるから、

(2)(3) を用いて表すと、以下のようなになる。

$$\begin{aligned} W &= SB - SC \\ &= \int P(Q)dQ - C(Q) \cdots \cdots \cdots (4) \end{aligned}$$

ここで (4) 式において W の最大化を行うと以下のようなになる。

$$\frac{dW}{dQ} = P(Q) - C'(Q) = 0 \cdots \cdots \cdots (5)$$

ここで、(5) 式に (1) 式を代入して

$$\frac{dW}{dQ} = P - C'(Q) = 0$$

$$\text{これより } P = C'(Q) \dots \dots \dots (6)$$

ここで $C'(Q) = MC$ と表せるので (6) 式は以下のように表せる。

$$P = MC \dots \dots \dots (7)$$

以上より、(7) 式が社会厚生 W の最大化条件である。

3.3.2 現実への応用

限界費用価格形成原理は、規模の経済が働くときの価格形成に関する理論であることがわかった。そして、この原理はファースト・ベスト、すなわち、社会厚生を最大化を目的としている。社会厚生が最大化されるとき、資源の最適配分が起こっているが、このとき赤字が発生するというデメリットがある。

このモデルは国保の事務にも応用できると考えられる。それは、以下の3つの理由からである。第1に、国保の事務費は3.1節において規模の経済が働き平均費用は減少し続けること(費用逓減)がわかった点である。これは、モデルにおいて最も重要な点である。第2に、国保の事務は国や県の補助を必要としているからである。つまり、このモデルによって必然的に発生する赤字を国や県が賄っている。第3に、公共性が高い点である。国保以外の加入者に対する排除性が働いているので非排除性³⁴はないが、非競争性³⁵がはたらいっているので、準公共財(クラブ財)といえる。

一方、注意点が2点ある。第1に、平均費用の減少は固定費用が大きいことによるものかは不明な点である。事務費は包括的に支払われるため、『国民健康保険事業状況』では事務費の内容を詳細に知ることはできなかった。もしかすると、数百万人規模で運

³⁴ 非排除性とは、財・サービスを消費するに当たり、対価を支払わない経済主体をその消費から排除することが出来ない状態のことである。

³⁵ 非競争性とは複数の経済主体が全く同一の財やサービスを同時に同じ量だけ消費できることである。

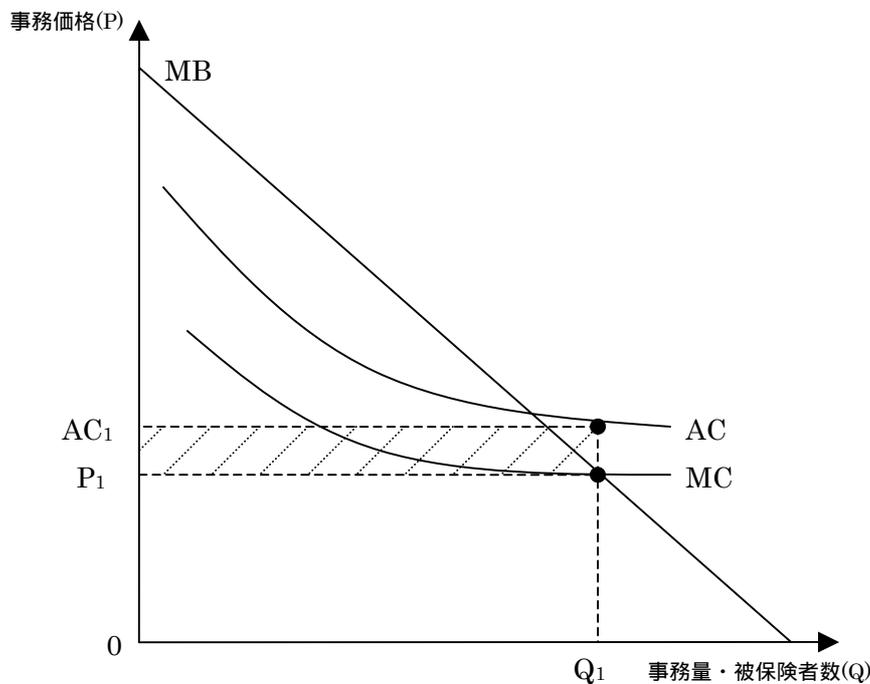
営すれば、平均費用は右上がりに転じる点があり、事務費の黒字が起こる可能性もありうる。しかし、現実的にはこのようなことが起こっていないので、この点からは限界費用価格形成原理を適用してよいと考えた。第 2 に、MC の形状が不明な点である。通常、限界費用価格形成原理を説明する場合 MC は右下がりであることが多い。しかし、本稿では、費用関数の方程式を抽出していないため、MC の形状が特定できない。このため、どの程度の赤字削減の効果があるのかは詳しくはわからない。しかし、大まかにみることは可能である。この 2 点については明白ではないため、応用に当たり若干の制約がでてくる。しかし、限界費用価格形成原理の応用は可能である。

1 人あたり事務費の指標である、「1 人あたり総事務費」または「1000 人あたり事務職員数」が AC に相当する。また、被保険者数は事務量と解釈することができ、これは Q に相当する。さらに、MB は被保険者が国保の事務サービスに対して払っても良いお金であると同時に、国保事務に対する需要曲線である。P は保険料のなかから被保険者が負担していると考えられる事務価格である。仮に、P が大きくなる場合には、事務価格が保険料に反映され保険料が上昇する可能性がある。なぜなら、2.2 節で示したように保険料賦課は保険者である市区町村に裁量の許される事項であるからである。

この結果、上述の注意点を考慮したうえで、確実にいえることは以下の 2 点である。第 1 に、AC が減少する限り、保険者の規模に関係なく赤字が発生する点である（斜線部分）。同時に、この斜線部分は、国や県の補助で賄うものであり、その補助額総額である。つまり、被保険者だけでは事務費全てを賄いきれない。このとき、国や県が補うことになる。それでも足りない場合、一般会計からの繰入れにより財政補填を行わなければならない（ただし、国の補助や一般会計からの繰入れは、国保以外の医療保険に加入している者にも負担させることを意味する）。第 2 は十分に大規模保険者であれば、収入に対する赤字の割合を小さく出来る点である。よって、国や県の負担部分を小さく出来るということである。十分に大規模保険者であるとは、MC と AC の交点（損益分

岐点³⁶、この点では赤字がゼロ)に近いことを意味する。損益分岐点付近では、規模の経済が働いている AC と MC が収斂するため AC と MC 間の幅が徐々に小さくなり、AC が最小となったとき交わる。AC と MC の幅は事務に関する被保険者 1 人当たりの赤字額に等しいため、この幅が狭くなれば 1 人あたり赤字額が小さくなると考えられる。これは、国や県による補助の負担が軽減することを意味する。したがって、国保運営が効率的になるということである。

図 10 限界費用価格形成原理の国保事務への適用



(注) 土居 (2000) を参考に著者作成。

³⁶ 損益分岐点では、理論上、事務に対する国や県の負担はゼロとなる。損益分岐点、すなわち AC の最小点は、岸田 (2002) の分析によれば、被保険者数が 13 万 201 人のとき 1 人あたり事務費 3261 円 (年額) としている。一方、本稿での損益分岐点は被保険者数 20 万人前後と予想される。

第4章 結論

本稿では、国保の保険者規模を中心に、第1章では国保の概要、第2章では国保の現状、第3章では国保事務に注目して保険者規模の広域化の可能性についてみてきた。本稿の重要な点をまとめると以下の通りである。

国保は、自営業者、年金生活者等が加入している医療保険である。この保険を運営する保険者は市区町村である。相対的にみてこの保険に加入している者の所得は低く、加入者の平均年齢が高いという特徴がある。これを言い換えれば、病気に対するリスクの高い者が多い医療保険といえる。また、その多くを国や県からの補助金に頼っている。さらに、ミクロ経済学的に解釈すると、国保には逆選択の防止機能が働いているため、他医療保険との大きな格差ができにくくなっている。また、モラル・ハザードの問題が起きているため、過剰に医療サービスを需要する可能性がある。

保険財政は極めて厳しい状況にある。単年度収支でみたときには、6割から7割の保険者が赤字である。保険料は、地域によって格差がある。また、近年、保険料の徴収率の低下が大きな社会問題となっている。保険者規模は、小規模なところが非常に多い。全国の約半数が5000人未満の保険者である。また、保険者規模の問題は不安定な保険財政や保険料問題の根本的な原因である。

国保の事務費について東京都のパネルデータを用いて散布図を作成したところ、被保険者数が増加すると1000人当たり事務職員数が減少することを示しており、規模の経済が働くことがわかった。すなわち、国保の事務費に規模の経済が働くといえる。これをもとにした理論的なアプローチでは、ACが減少する限り保険者の規模に関係なく国や県の負担が発生し、また、十分に大規模保険者であれば、国や県の負担額を軽減できることがわかった。よって、広域化は国保の効率的運営に寄与するといえる。

以上のことから考えると、小規模・中規模保険者にとって少なくとも事務の面からは広域化は望ましい。しかし、より大きな広域化の効果を求めるなら、被保険者数を

適切に設定する必要がある。すなわち、十分に大規模な保険者を設定する必要がある。

広域化の方法は4つあるが、本稿の結果を踏まえて提言するならば、合併や都道府県への移行よりも、行財政上のコストが小さい一部事務組合および広域連合が広域化の方法として望ましい。

補論 岸田（2002）の先行研究

国保の規模の経済を扱った先行研究として、岸田研作氏(岡山大学助教授)による「国民健康保険の事務費と規模の経済 - 近畿7府県の国保のパネルデータを用いた分析」がある。

これは、国保運営の際に発生する事務費（平均費用、average cost に相当）の指標に非常にユニークな点がある。すなわち、岸田氏は、分析するにあたり事務費の指標として2つ用いている。

第1に、被保険者1人あたり総務費（以下、1人あたり総務費）である。これは、国保の事務費の規模の経済を考えるのであれば一般的である。しかし、岸田氏はこの指標を用いてはいるものの積極的ではないようである。その理由は、1992年度より国庫補助金の中にある職員給与等の事務費負担金のいくつかの項目が相次いで廃止され一般財源化されているからである。これにより、国庫補助金の減額があった年には小さな町村を中心に総務費が大幅に減少する保険者が続出するといっている。したがって、規模の経済をみるうえではあまり適切ではないようである。

第2に被保険者1000人あたり事務職員数（以下、1000人あたり事務職員数）である。これがユニークな指標である。事務職員数は、その人件費が特別会計に計上されているかどうかに関係なく³⁷、国保の事務に携わる事務職員の数である。この指標を用いる際の注意点を2点あげている。第1に、この指標は明らかに物件費を含んでいないことである。しかし、この点について、事務費の大半は人件費であるという点では、事務職員数は事務費の指標としてかなり適切であるといっている。第2に、事務職員には専任と兼任がいる点である。兼任とは国保以外に年金などの事務も担当している者である。岸田氏は、兼任を0.5人とカウントして分析を行っている。ただ、データ上、全ての都道府県が専任と兼任の区別をしているわけではないという制約はある。

³⁷ 人件費を指標としないのは、職員給与費が一般財源化されており、特別会計で運営する国保とは、会計上別扱いとなったからである。

岸田氏の分析方法とその結果を端的にまとめると以下の通りである。被説明変数として上述の1人当たり総務費と1000人当たり事務職員数を、説明変数として被保険者数（年間平均）、一世帯あたり被保険者数³⁸（年間平均）、保険料（税）の徴収回数、被保険者1人当たり療養諸費件数、事務職員の給与、年度ダミーを採用した。推定結果は、1人当たり総務費と被保険者数、1000人当たり事務職員数と被保険者数は有意であり、規模の経済が働くことを示している。特に1000人当たり事務職員数と被保険者数は有意である。その他の説明変数では、一世帯あたり被保険者数が有意であるが、それ以外のものについては有意でないものが多いという結果である。

以上のことから、被保険者数が多くなるほど事務費削減の効果は大きく、小規模保険者は合併すべきと結論づけている。

³⁸ この指標は、国保の規模を表すとともに、事務量を表す指標である。

参考文献

- [1]池上直己 (2002)『医療問題』日本経済新聞社
- [2]池上直己・J.C.キャンベル『日本の医療—統制とバランス感覚—』中公新書
- [3]医療保険制度研究会[編] (2005)
『目で見える医療保険白書 - 医療保障の現状と課題』(平成 17 年度版)』ぎょうせい
- [4]岸田研作 (2002)「国民健康保険の事務費と規模の経済 - 近畿 7 府県の国保のパネルデータをを用いた分析」『日本経済研究第 45 号』 pp246-261
- [5]小松秀和 (2005)『日本の医療保険制度と費用負担』ミネルヴァ書房
- [6]島田晴雄 (2004)『「雇用を創る」構造改革』日本経済新聞社
- [7]総務省[編] (2006)『平成 18 年度版 地方財政白書』
- [8]常木淳 (2002)『公共経済学第 2 版』新世社
- [9]土居丈朗 (2000)『入門公共経済学』日本評論社
- [10]東京都福祉保健局生活福祉部国民健康保険課[編] (2005・2006)
平成 15 年度、平成 16 年度『国民健康保険事業状況』
- [11]真野俊樹 (2006)『入門医療経済学』中公新書

WEB

- [1]厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>
- [2]首相官邸 (2005)「医療保険制度改革の状況」
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syahotyoku/dai7/7siryou3.pdf>
- [3]田中敏 (2005)「国民健康保険制度の現状と課題」『調査と情報第 488 号』
<http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/issue/0488.pdf>
- [4]玉田康成研究会 (2003)「国鉄民営化の分析」三田祭論文
<http://www.clb.econ.mita.keio.ac.jp/tamada/research/mitasai/2003/regulaiton.pdf>
- [5]東京都議会 <http://www.gikai.metro.tokyo.jp/>