

## 組合健保と医療保険制度改革について\*

澤野 孝一朗\*\*

### 1. はじめに

2008(平成20)年4月,新しい医療保険制度として後期高齢者医療制度と前期高齢者医療費の財政調整制度がスタートした。その後,この高齢者医療制度に関する拠出金の増加による財政逼迫を理由として,西濃運輸(岐阜県大垣市)や京樽の健保組合が解散した。このように高齢者医療を含む医療保険制度改革は,組合健保のあり方,ひいては労働者の健康保険負担に大きな影響を与えている。本稿では,これまでに行われてきた医療保険制度改革の経過をまとめ,研究議論の特徴づけを行い,その政策効果を評価検討することが目的となっている。

日本とアメリカでは,医療制度および医療保険のあり方が全く異なるため,厳密な比較議論は行えないが,近年のアメリカの製造業ではレガシー・コストと呼ばれる医療費負担が大きな社会問題になっている。これはアメリカでは,退職者の医療費(医療保険)をかつて勤めていた企業が負担する仕組みがあるため,その退職者の増加によって,企業は大きな負担を抱えることになっている。特にこの問題が深刻化しているのが,GM・フォード・クライスラーといったアメリカ自動車メーカーである。日本でも,企業が運営する健保組合と高齢者や退職者が関係する医療制度には,財政調整関係がある。このため退職者の増加や高齢化の進展は,健保組合の収支と密接に関係している。本稿では,日本の自動車メーカーであるトヨタ自動車グルー

---

\* 本稿は,日本経済学会・2007年度春季大会(大阪学院大学),「医療システムと医療専門家組織,保険者,民間保険機関の役割」研究集会(京都府京都市),名古屋市立大学大学院経済学研究科附属経済研究所プロジェクト報告会(名古屋市立大学),セミナー「地域と社会保障」(神田一橋学術総合センター)での報告論文を加筆訂正したものである。本稿の作成にあたり,安部由起子(北海道大学),泉田信行(国立社会保障・人口問題研究所),吉田あつし(筑波大学)の各氏,学会・セミナー参加者より有益なコメントを頂いた。本稿の作成にあたり,データの収集および検索に関して,経済学部資料室の岩崎啓子(名古屋市立大学),倉地弘美(名古屋市立大学)の両氏からは多大なご協力を頂きました。ここに記して感謝いたします。本研究は,文部科学省科学研究費補助金(課題番号18730169)の助成を受けている。なお本稿中の誤りについては,すべて筆者の責にあります。

\*\* 名古屋市立大学大学院 経済学研究科

〒467-8501 愛知県名古屋市瑞穂区瑞穂町字山の畑1

Tel: 052-872-5754, Fax: 052-871-9429, Email: sawano@econ.nagoya-cu.ac.jp

ブの健保組合を事例にして、日本の医療保険制度改革と組合健保の関係について明らかにしようと考えている。

本稿の分析から得られた結論を要約すると、次のとおりである。(1)健保組合の収支において、老人保健や退職者医療といった他制度への拠出金は急速に増大してきており、赤字化させる大きな要因であった。しかし健保組合の努力によってその拠出金を抑制することは難しく、多くは老人保健適用者の対象年齢上げや公費負担の引上げという政策的措置によって対処されてきた。(2)保険給付費の抑制は、自己負担率の引上げによって実施されてきた。この抑制効果は、被保険者に負担を移転するコスト・シフティング効果と受診抑制に伴う医療費抑制効果の2つから形成されている。(3)増大する拠出金について、トヨタ自動車グループの健保組合では、保健事業や附加給付といった独自事業を縮小する方法で対処せず、保険料の引上げという増収策によって対処してきている。

本稿の構成は、次のとおりである。以下2節では、組合健保の収支構造について説明する。3節は、老人保健や退職者医療に関する拠出金制度について、4節では保険給付について分析する。5節では、健保組合の独自事業と呼ばれる保健事業について検討し、最後6節では本稿の結論を要約し、今後の課題について述べている。

## 2. 組合健保の収支構造

ここでは組合健保の収支とその制度改革についてまとめ、その論点を整理する。以下、はじめにその収支状況を報告し、健康保険料率の推移を観察する。その後には健保組合に関する3つの収支改善策を説明している。

### 2.1 組合健保の収支状況

表1は、組合健保の収支状況(2003年度)をまとめたものである。パネルAは、全国状況を示したものであり、左側の欄は収入とその項目、右側の欄は支出とその項目を示している。組合健保・全国は、収入総額の91.3%は保険料収入、支出総額の48.7%は法定給付費、28.1%は老人保健拠出金、11.2%は退職者給付拠出金から構成されている。法定給付費は、健保組合の加入者(被保険者・被扶養者)の医療保険給付として支払われた金額を示すが、老人保健拠出金および退職者給付拠出金は老人保健制度や退職者医療制度の運営に充てられるために拠出された金額を示している。老人保健拠出金と退職者給付拠出金の合計は、支出総額の39.3%を占めており、組合健保の収入の約4割は加入者(被保険者・被扶養者)以外の医療保険給付に充当されている。

パネルBは、トヨタ自動車健保組合の収支状況を示したものである。若干の比率の違いはあ

表1 組合健保の収支状況（2003年度）

A. 全国（単位：億円）

収入			支出		
項目	億円	%	項目	億円	%
保険料	58,661	91.33	法定給付費	29,164	48.71
その他収入	5,569	8.67	付加給付費	831	1.39
			老人保健拠出金	16,846	28.14
			退職者給付拠出金	6,727	11.24
			保健事業費	2,849	4.76
			その他支出	3,453	5.77
計	64,230	100	計	59,871	100

B. トヨタ自動車（単位：千円）

収入			支出		
項目	千円	%	項目	千円	%
保険料	39,681,927	94.28	法定給付費	17,658,764	42.77
その他収入	2,408,919	5.72	付加給付費	1,065,023	2.58
			老人保健拠出金	11,967,999	28.99
			退職者給付拠出金	5,750,246	13.93
			保健事業費	2,443,384	5.92
			その他支出	2,398,533	5.81
計	42,090,846	100	計	41,283,949	100

注1) データ出所は、健康保険組合連合会『健康保険組合 事業年報（平成15年度版）』である。

注2) 単位は「A. 全国」が億円、それ以外の「B. トヨタ自動車」は千円である。

注3) 収入および支出の各欄における比率（%）は、各項目額が収入計に占める割合、もしくは支出計に占める割合（構成比）を示している。

出所) 筆者作成

るが、構成比の分布は、組合健保・全国の状況と大差ない。このように組合健保の収支は、収入の約9割は保険料収入から構成される一方、支出の約4割近い部分が加入者以外の医療保険給付（老人保健・退職者医療）に充当されている。

## 2.2 健康保険料率の推移

健保組合が賦課する健康保険料率は、その上限が定められている。健康保険料は、従前、毎月の給与に対して賦課される保険料と、賞与に対して賦課される特別保険料の2本立てであった。しかし2003年4月には制度改正が実施され、月収と賞与を合わせた総報酬に対して賦課される制度に変更された（総報酬制）。

法定される保険料率は、1990（平成2）年に84/1000、1992（平成4）年に82/1000、1997（平成9）年に85/1000、2003（平成15）年に総報酬制の導入により82/1000となった。特別保険料率は、1978（昭和53）年に10/1000となった後、改定は行われず、2003（平成15）年に総報

表2 組合健保・健康保険料率の推移

A. 全国平均

年	保険料率			標準報酬月額	特別保険料率	介護保険料率
	計	事業主	被保険者		(平均標準賞与額)	
1990	82.23	46.53	35.70	308,384	8.79	-
2000	85.03	47.76	37.28	370,366	9.03	11.11
2005	73.58	40.72	32.87	370,370	1,160,420	10.63

B. トヨタ自動車

年	保険料率			標準報酬月額	特別保険料率	介護保険料率
	計	事業主	被保険者		(平均標準賞与額)	
1990	79.00	55.00	24.00	363,677	-	-
2000	84.00	57.50	26.50	447,648	-	7.80
2005	62.00	42.50	19.50	429,631	1,968,735	8.20

注1) データ出所は、健康保険組合連合会『健康保険組合 事業年報(各度版)』である。

注2) 「標準報酬月額」、「平均標準賞与額」の単位は円である。

注3) 表中の「特別保険料率」において、2005年度のみ「平均標準賞与額」となっている。

出所) 筆者作成

酬制の導入により廃止された。その他に介護保険制度の導入により介護保険料が徴収されるようになっており、その料率は2000(平成12)年に91.0/1000とされた後、数度の改定が実施され、2004(平成16)年には93.1/10000となっている。

表2は、組合健保の健康保険料率に関して、全国平均とトヨタ自動車健保組合の推移をまとめたものである。この表からは、トヨタ自動車健保組合の保険料率は常に全国平均を下回っているが、逆に標準報酬月額は全国平均を常に上回っていることがわかる。ただし2003年4月の総報酬制の導入による料率設定の変化は、水準自体は異なるものの、その変化の方向は同じものとなっている<sup>1)</sup>。

### 2.3 収支改善策

多くの健保組合では、増大する支出を賄うために、保険料率を引き上げて収入を確保し、収支をバランスさせようとしてきた。しかし賃金の伸び悩みや雇用の非正規化に伴い、保険料収入自体が伸び悩んでいる。このため各健保組合(および政府)は、被保険者に一定の保険料負担を求めた上で、支出を削減する努力を行っている。この支出抑制策で代表的なものは、

1) この総報酬制の導入による健康保険料の変化を分析した安部(2006)では、正規雇用者の健康保険料と厚生年金保険料の合計額は、男女・学歴・年齢層の多くの組み合わせについて上昇するが、パート労働者の保険料負担(厚生年金と健康保険の合計)は約9%低下することを報告している。

次の3つである。第1は、老人保健や退職者医療にかかる拠出金を節減しようとするものである。第2は、保険給付の抑制と呼ばれる自己負担率の政策的な引上げである。第3は、独自支出と呼ばれる保健事業の廃止・縮小である。本稿では、この3つの支出抑制策を評価検討することとする。

### 3. 拠出金制度

組合健保に関係する主な拠出金制度として、老人保健拠出金と退職者給付拠出金の2つがある。老人保健拠出金とは、老人保健制度の運営に対して拠出される資金のことである。老人保健制度は、原則として70歳以上の高齢者について、その制度の適用を行い、低い自己負担にて医療サービスを受けることができる制度であった。このサービス給付にかかる費用（老人医療費）は、患者自身が負担する一部自己負担と公的に担われる給付費にわけることができる。そして後者の給付費は、様々な健康保険組合が拠出する資金（老人保健拠出金）と公費によって賄われる。当初、この負担割合は、老人保健拠出金が70%、公費が30%であった。

退職者給付拠出金とは、退職者（被用者の期間が20年以上にわたる者）が受ける医療サービス給付の一部について、様々な健康保険組合が拠出する資金で賄おうとする財政調整制度である。この拠出金は、健康保険組合の財政力に応じて按分され負担されている。これら2つの拠出金は、退職者や高齢者の増加に伴い、その金額が増大してきていた。本節では、これまでに行われてきた拠出金制度に関する議論を整理し、その現状を概観する。その後、2008年4月から実施された後期高齢者医療制度と、前期高齢者医療費の財政調整制度との関係を説明している。

#### 3.1 老人保健拠出金制度をめぐる議論

老人保健拠出金制度については、次なる議論が行われた。馬場園ほか（1991）、Babazono et al.（1998）は、扶養率や被保険者の平均報酬月額が健保組合財政（老健拠出金額）に影響を与えることを明らかにした。安部（2000a, b）は、老健拠出金額の算定方法の問題に注目して、その拠出金額を規定する健保組合ごとの1人あたり老人医療費のばらつきが、健保組合の財政に多大な影響を与え、財政不安定化要因となっていることを示した。またAbe（2006）は、老人保健拠出金の算定方法が健保組合に与えるインセンティブ機能に注目した分析を行い、制度から期待される老人医療費抑制に関する健保組合の努力機能が、不十分にしか働いていないことを明らかにしている。このように老人保健拠出金は、健保組合の努力だけではその支出額を抑制することは難しいと考えられている。

### 3.2 健保組合の解散と拠出金制度

この老人保健拠出金制度で大きな問題となったのは、その負担の大きさと健保組合の解散であった。表3には、組合数および拠出金（老人保健・退職者給付）の推移がまとめてある。この表から、健保組合は解散が相次ぎ、組合数が減少していることがわかる。その一方、老人保健拠出金や退職者給付拠出金は増加してきたことがわかる。特に退職者給付拠出金については、最近にかけて非常に金額規模が大きくなってきている。

老人保健拠出金の増大は、健保組合の主要な解散要因となってきたため、政策的には老人保健制度にかかる給付費を抑制することと、その給付費の負担割合（拠出金・公費）を変更することによって、その解決を図ってきた<sup>2)</sup>。2002年10月からは、老人保健制度の適用年齢を70歳から75歳に、公費負担の割合を30%から50%に5年間をかけて段階的に引き上げることとされた。また2000年に導入された介護保険制度により、老人保健制度から介護的要素が切り離されたことも老人保健拠出金の抑制に寄与している。

### 3.3 新制度と拠出金制度

2008（平成20）年4月からは、新しい医療制度として後期高齢者医療制度と前期高齢者医療費の財政調整制度が用意された。後期高齢者医療制度では、老人保健制度と同様に、その費用（老人医療費）は患者自身が負担する一部自己負担と公的に担われる給付費で担われる。特にこの給付費の負担割合が変更され、老人保健拠出金に相当する後期高齢者支援金が40%、公費

表3 組合数および拠出金（老人保健・退職者給付）の推移

年	組合数	拠出金			
		全国（単位：億円）		トヨタ自動車（単位：万円）	
		老人保健	退職者給付	老人保健	退職者給付
1990	1,822	10,247	2,341	584,141	-
2000	1,756	17,059	4,548	943,004	305,913
2005	1,561	12,355	7,995	920,404	753,107

注1）データ出所は、健康保険組合連合会『健康保険組合 事業年報（各度版）』である。

注2）表中の「-」は、統計書に未掲載であることを示している。

出所）筆者作成

2) 健保組合が解散を選択する理由は、次のとおりである。老人保健拠出金の増大は、増収を目的とした保険の引上げとなる。しかし健康保険制度には、政管健保（政府管掌健康保険組合）という別の健康保険組合があり、独自の健保組合を解散した場合には、すべての被保険者・被扶養者は政管健保に加入することができる。このため政管健保が設定する保険料が、独自の健保組合が設定する保険料より安くなった場合、被保険者（労働者）負担を考えると、解散を選択する健保組合が登場する。

が50%、そして高齢者から徴収する保険料が10%となっている。このように後期高齢者医療制度は、健康保険組合に加入する若年者の保険料負担を抑え、高齢者に保険料負担を求める形の世代間調整がなされている。

前期高齢者医療費の財政調整制度とは、退職者医療制度を廃止し、新たな制度として用意されたものである。この制度では対象年齢を65～74歳の高齢者（前期高齢者）とし、その医療費を患者自身の一部自己負担と給付費で担おうとする。そしてこの給付費を国保と健保で負担しようとする財政調整制度である。従前（退職者医療）、国保はその84%、健保は16%を負担していたが、新制度では国保は42%、健保は58%を負担することとされた。特に組合健保は、従前には0.2兆円の負担であったものが、新制度では1.1兆円の負担となっており、この負担増を理由とした健保組合の解散が発生し、収支赤字化が懸念されている。このため健保連では、前期高齢者医療制度への税の投入を求めている<sup>3)</sup>。

#### 4. 保険給付

本節では、法定給付と呼ばれる保険給付と給付率（自己負担率）の関係について分析を行う。日本では給付率が法定されているので、政府は健保組合の収支改善を目的として、給付制限（給付率の引下げ）を行うことができる。この政策は被保険者から見ると、窓口負担の増加を意味することから、自己負担率引上げ政策とも呼ばれている。ここでは、はじめに自己負担率引上げ政策をめぐる議論を説明する。その後、その効果判断のために重要な変数となる医療サービス需要の価格弾力性を計測し、その議論を行っている。

##### 4.1 自己負担率引上げ政策をめぐる議論

健康保険・被保険者の自己負担率は、1984（昭和59）年に10%で設定された後、1997（平成9）年に20%、2003（平成15）年に30%に改定された。西村（1996）、井伊・別所（2006）では、その改定が持つ効果について説明し、佐々木・郡司（2003）ではマクロの医療費データを利用した改定効果分析を行っている。

一般に自己負担率の引上げの実施は、次なる2つの効果を持つと考えられている。ひとつは保険者と被保険者間で医療費の負担割合を変更する効果で、保険者負担（医療保険財政）の一部が被保険者負担（家計負担）に転嫁される効果である（コスト・シフティング）。もうひとつは、自己負担率引上げ政策が受診抑制効果を持つ場合についてであり、この場合には医療サービス需要の減少を通じた医療費節約が生じ、それに伴う収支（保険財政）改善が発生する効果

---

3) 健保連「健保連からの提案」([http://www.kenporen.com/m\\_reform/index.html](http://www.kenporen.com/m_reform/index.html), 2008年12月22日アクセス)

である。前者のみの効果の場合、自己負担率の政策的な引上げは、医療費総額は一定のなかで保険者と被保険者間で按分負担率が変更される効果に過ぎないが、後者の効果が発生する場合には、医療費総額自体が減少し、その金額で保険者と被保険者間の按分負担が行われる。このため後者の効果の有無が、自己負担率引上げ政策の評価において要点となっている。

自己負担率引上げ政策の実施に伴う受診抑制効果とは、消費者（被保険者）が直面する医療サービス価格が上昇し、その価格反応として医療サービス需要が減少する効果として理解されている。すなわちこの効果の有無および規模は、医療サービス需要の価格弾力性の規模によって判定することができる。一般に医療サービスは、外来診療・入院診療・歯科診療の3つに区分することができるが、消費者（被保険者）の選択の余地を考えた場合、入院診療は0に近い価格非弾力的であり、代替財の候補を考えることができる外来診療と歯科診療が価格弾力性研究では研究対象となっている。

表4は、1997（平成9）年9月に実施された被保険者・自己負担率引上げ政策の効果に関する分析結果をまとめたものである。分析対象は、吉田・川村（2004）が歯科診療、それ以外はすべて外来診療である。表にまとめられる結果から、データ・セットや分析手法は様々であるが、全体的には(1)1997年改定は受診抑制効果を持ったが、(2)その規模は相対的に大きなものではなかったという結果になっている<sup>4)</sup>。

## 4.2 計量分析

ここではトヨタ自動車グループ・被保険者データを利用して、外来医療サービス需要の価格弾力性を測定する。いま外来医療サービス量  $q$ 、医療サービス価格は1日あたり外来医療費  $p$  に自己負担率  $\alpha$  をかけた  $\alpha p$ 、所得を  $y$ 、その他に影響する要因を  $z$  とすると、外来医療サービス需要関数は以下のとおりである。

$$q = q(\alpha p, y; z) \quad (1)$$

いま(1)式の外来医療サービス需要関数を単純な2次の線形関数で近似すると、需要関数は以下のとおりである。

---

4) このように自己負担率引上げ政策の実施は、収支（保険財政）の改善を実現するものであるが、大きくわけて2つの政策的なコストの存在が指摘されている。ひとつは医療費自己負担の分布の変化に伴う公平性の問題であり、遠藤・篠崎（2003）では1997年改定は入院診療の逆進性を高める方向に作用したことを明らかにしている。もうひとつは、被保険者の受診抑制に伴う疾病の重症化の問題であり（平石、1985、日台、2001.）、馬場園（2005）では1997年改定が重症化をもたらした可能性を指摘している。泉田（2004）では、消費者（被保険者）の診療形態の選択を明示的に考えた実証分析を行い、1997年改定では医療機関受診を諦めた結果、入院が必要になるほど重症になって医療機関を受診するという可能性は統計的にはないことを明らかにした。このように自己負担率引上げ政策の実施には、政策的なコストが伴うことが議論されているが、この点は十分に明らかにされていないテーマである。



表4 健康保険・被保険者の自己負担率改定の効果 (1997年9月改定)

研究名	データ			分析方法			1997年9月改定	
	出所	期間	対象	被説明変数	推定方法	受診抑制効果	備考	
吉田・伊藤 (2000)	レセプト	1996年9月～ 1997年8月, 1997年8月～ 1998年7月	特定の4健保組合 (2製造業・2金融保険業)	外来・レセプト枚数 外来・受診日数	Hurdle Negative Binomial	レセプト：なし 日数：あり	主な効果は、被扶養者	
澤野 (2001)	家計調査年報 (総務省)	1980～1999年	勤労者世帯	保健医療支出額	エンゲル曲線推定	あり	支出シェア分析	
鶴田ほか (2002)	レセプト	1997年1月～12月	特定の1健保組合	1件あたり外来医療費	OLS	あり	外来・価格弾力性： -0.13	
Yoshida and Takagi (2002)	レセプト	1996年9月～ 1998年8月	特定の健保組合 (製造業)	外来・レセプト枚数 外来・受診日数	Hurdle Negative Binomial	?	主な効果は、被扶養者 外来・価格弾力性： -0.26～-.08	
鈴木 (2004)	レセプト	1996年4月～ 1999年3月	特定の111健保組合	外来・受診日数 外来・1日あたり点数	Negative Binomial, GLS	あり	外来・日数・価格弾力性：-0.07 外来・点数・価格弾力性：-0.003	
吉田・川村 (2004)	レセプト	1996年4月～ 1999年3月	特定の6健保組合 (4製造業・2金融保険業)	歯科・受診日数	Hurdle Negative Binomial	あり	1日あたり医療費は変化なし	
熊谷・泉田 (2007)	事業年報 (社会保険庁) 事業年報 (健康保険組合連合会)	1993年1月～ 2003年3月	月次データ (被保険者)	外来：1件あたり医療費 外来：受診率 外来：利用者価格	VAR (Vector Auto Regressive model)	あり	改定の影響の大半が出尽くす期間の長さ は、患者に対して1年程度	

出所) 筆者作成

$$\begin{aligned}\log(q) &= a_0 + a_1 \log(\alpha p) + a_2 \log(y) \\ &+ a_3 [\log(\alpha p)]^2 + a_4 [\log(y)]^2 + a_5 \log(\alpha p) \times \log(y) \\ &+ a_6 z + a_7 \log(\alpha p) \times z + \varepsilon\end{aligned}\quad (2)$$

ここでトヨタ自動車健保組合（以下からトヨタ自動車という）を基準として、グループ各社の健保組合であることを示す健保組合ダミー変数  $D_j$  ( $j=1\sim 13$ ) を作成する。係数  $a_{ij}$  ( $i=6, 7 \quad j=1\sim 13$ ) を新たに定義して、(2) 式の需要関数を以下の形で定式化する。

$$\begin{aligned}\ln(q) &= a_0 + a_1 \ln(\alpha p) + a_2 \ln(y) \\ &+ a_3 [\ln(\alpha p)]^2 + a_4 [\ln(y)]^2 + a_5 \ln(\alpha p) \times \ln(y) \\ &+ \sum a_{6j} D_j + \sum a_{7j} \ln(\alpha p) \times D_j + \varepsilon\end{aligned}\quad (3)$$

上式では、その他の要因  $z$  を健保組合ダミー変数  $D_j$  ( $j=1\sim 13$ ) に置き換えている。

次に自己負担額の変数平均  $\alpha p^A$  を、所得の変数平均  $y^A$  を、(3) 式の推定から求められた係数を  $\hat{a}_{ij}$  と表現する。このときある  $j$  健保組合の外来医療サービス需要の価格弾力性は、以下のとおりである。

$$\hat{E} \equiv \frac{\partial \ln(q)}{\partial \ln(\alpha p)} = \hat{a}_1 + 2 [\hat{a}_3 \ln(\alpha p^A)] + \hat{a}_5 \ln(y^A) + \hat{a}_{7j}\quad (4)$$

本稿では、この(4)式で示される需要の価格弾力性を求める。

### 4.3 結果

分析で利用する健保組合は、トヨタ自動車グループの主要な企業で、主たる事務所の所在地が愛知県として届出された14組合である。組合名は、トヨタ自動車・豊田自動織機・愛知製鋼・豊田工機・トヨタ車体・豊田通商・アイシン・デンソー・豊田紡織・豊田合成・トヨタ関連部品・フタバ産業・愛三工業・中央発條である。データ出所は、健康保険組合連合会『健康保険組合 事業年報（各年度版）』である。分析データは、統計の集計方法が統一されている1990～2003年度までの14年間分を利用する。主に利用するデータは、標準報酬月額と外来の診療費等諸率（1件あたり日数・1日あたり診療費）である。1件あたり外来日数は年間レセプト枚数あたりの外来日数、外来1日あたり診療費は外来1日あたり保険給付額である。

被説明変数である外来医療サービス需要  $q$  は、先行研究が受診日数を利用していることを考慮して、1件あたり外来日数を利用する。説明変数である自己負担額  $\alpha p$  は1日あたり外来医療費に法定自己負担率をかけた金額、所得  $y$  は標準報酬月額（平均）である。サンプル数は、各14組合の14年間分の196サンプルである。

表5のパネルAでは、変数名の定義とデータの加工方法についてまとめている。本稿では、価格変動の要因として被保険者・自己負担率  $\alpha$  の政策的な引上げによるインパクトを利用する。本サンプル期間には、1割負担（1990年～）・2割負担（1997年～）・3割負担（2003年～）

の時期が含まれている。また金額データである自己負担額と所得は、消費者物価指数を利用して、2000年基準で実質化している。表5のパネルBでは、変数の平均・標準偏差・最小値・最大値をまとめている。

表6は、(3)式の外来医療サービス需要関数の推定結果である。主要な結果は、次のとおりである。消費者価格を示す自己負担額は、1次項の係数は統計的に有意でないが、2次項および他変数とのクロス項の係数は統計的に有意なものとなった。所得は、1次項・2次項・クロス項の係数すべてが統計的に有意である。健保組合ダミー変数については、比較基準の健保組合であるトヨタ自動車と統計的な差が、1次項および自己負担額とのクロス項の両方で観察されないのが、デンソー・豊田自動織機・豊田工機の3組合であり、クロス項のみで観察されないのがトヨタ車体である。

表5 記述統計量

A. 変数名の定義

変数名	定義	単位
1件あたり外来日数	レセプト1件あたりの外来受診日数	日
自己負担額	1日あたり医療費に法定自己負担率をかけて求めた金額	円(実質額)
所得	標準報酬月額(平均)	万円(実質額)
デンソーダミー	デンソー健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
豊田自動織機ダミー	豊田自動織機健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
愛知製鋼ダミー	愛知製鋼健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
豊田工機ダミー	豊田工機健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
トヨタ車体ダミー	トヨタ車体健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
豊田紡織ダミー	豊田紡織健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
アイシンダミー	アイシン健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
豊田合成ダミー	豊田合成健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
中央発條ダミー	中央発條健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
豊田通商ダミー	豊田通商健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
フタバ産業ダミー	フタバ産業健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
愛三工業ダミー	愛三工業健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-
トヨタ関連部品ダミー	トヨタ関連部品健保組合の場合1, それ以外の場合には0を取るダミー変数	-

注1) 自己負担額と所得は、消費者物価指数を利用して実質化(2000年基準)している。消費者物価指数データの出所は、総務省統計局『消費者物価指数年報』である。

注2) 自己負担額は、次の方法によって計算した。健康保険組合連合会『健康保険組合 事業年報』に記載される保険給付額(1日あたり)から医療費(1日あたり)を求め、それに各年に適用される自己負担率をかけて算出した。自己負担率は、1990~96年度は0.1、1997年度(9月に1割から2割負担へ移行)は $0.1 \times (5/12) + 0.2 \times (7/12)$ 、1998~2002年度は0.2、2003年度(4月に2割から3割負担へ移行)は0.3である。

B. 変数平均・標準偏差・最小値・最大値

変数	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum
1件あたり外来日数	1.871	0.158	1.550	2.300
自己負担額	1021.369	444.939	561.177	2461.337
所得	36.615	4.127	26.393	47.273

表6 外来医療サービス需要関数の推定結果（対数変換）

変数	係数	t-statistic	P-value
定数項	- 10.1549	- 4.4222	*** [ .000 ]
ln（自己負担額）	0.2008	0.6204	[ .535 ]
ln（所得）	5.9879	4.7946	*** [ .000 ]
ln（自己負担額）* ln（自己負担額）	0.0652	3.2081	*** [ .001 ]
ln（所得）* ln（所得）	- 0.5632	- 2.4206	** [ .015 ]
ln（自己負担額）* ln（所得）	- 0.3202	- 2.3859	** [ .017 ]
デンソーダミー	- 0.1202	- 0.7057	[ .480 ]
豊田自動織機ダミー	0.1571	0.9440	[ .345 ]
愛知製鋼ダミー	0.4800	2.9656	*** [ .003 ]
豊田工機ダミー	- 0.1523	- 0.9228	[ .356 ]
トヨタ車体ダミー	0.2661	1.7990	* [ .072 ]
豊田紡織ダミー	0.8290	3.1654	*** [ .002 ]
アイシングダミー	0.6677	3.7644	*** [ .000 ]
豊田合成ダミー	0.6426	3.3855	*** [ .001 ]
中央発條ダミー	0.7438	3.4857	*** [ .000 ]
豊田通商ダミー	0.3136	1.9782	** [ .048 ]
フタバ産業ダミー	1.1205	6.5185	*** [ .000 ]
愛三工業ダミー	0.7791	4.1496	*** [ .000 ]
トヨタ関連部品ダミー	0.8748	4.3244	*** [ .000 ]
ln（自己負担額）* デンソーダミー	0.0157	0.6423	[ .521 ]
ln（自己負担額）* 豊田自動織機ダミー	- 0.0370	- 1.5292	[ .126 ]
ln（自己負担額）* 愛知製鋼ダミー	- 0.0724	- 3.0520	*** [ .002 ]
ln（自己負担額）* 豊田工機ダミー	0.0067	0.2790	[ .780 ]
ln（自己負担額）* トヨタ車体ダミー	- 0.0338	- 1.5806	[ .114 ]
ln（自己負担額）* 豊田紡織ダミー	- 0.1305	- 3.3590	*** [ .001 ]
ln（自己負担額）* アイシングダミー	- 0.1026	- 3.9427	*** [ .000 ]
ln（自己負担額）* 豊田合成ダミー	- 0.0951	- 3.4291	*** [ .001 ]
ln（自己負担額）* 中央発條ダミー	- 0.1076	- 3.4481	*** [ .001 ]
ln（自己負担額）* 豊田通商ダミー	- 0.0515	- 2.2451	** [ .025 ]
ln（自己負担額）* フタバ産業ダミー	- 0.1560	- 6.1676	*** [ .000 ]
ln（自己負担額）* 愛三工業ダミー	- 0.1117	- 4.1111	*** [ .000 ]
ln（自己負担額）* トヨタ関連部品ダミー	- 0.1248	- 4.2279	*** [ .000 ]
サンプル数		196	
被説明変数平均（対数）		0.6227	
標準誤差		0.0228	
決定係数（自由度修正済み）		0.9270	
対数尤度		480.475	

注1) \*\*\* は1%水準, \*\* は5%水準, \* は10%水準で, 係数が有意であることを示している。

表6の推定結果を利用して、(4)式で示される外来医療サービス需要の価格弾力性を求めた結果は、次のとおりである。比較基準であるトヨタ自動車は-0.249、同じ価格弾力性（健保組合間で統計的な差がない）のがデンソー・豊田自動織機・豊田工機・トヨタ車体の4組合であ

る。比較基準と異なる価格弾力性を持つ健保組合（価格弾力性の規模）は、愛知製鋼（-0.321）、豊田紡織（-0.379）、アイシン（-0.351）、豊田合成（-0.344）、中央発條（-0.357）、豊田通商（-0.300）、フタバ産業（-0.405）、愛三工業（-0.361）、トヨタ関連部品（-0.374）の9組合である。トヨタ自動車グループの健保組合において、価格弾力性の最も大きい規模はフタバ産業（-0.405）、最も小さい規模はトヨタ自動車（-0.249）である。

以上の結果から、2003（平成15）年改定を含む長期間のデータを利用して価格弾力性を計測したとしても、外来医療サービス需要は価格非弾力的である。しかしこの結果は、外来医療サービス需要が価格に反応する部分があることを示していることから、自己負担率の政策的な引上げは、コスト・シフティングのみによって収支改善が実現されるのではなく、受診抑制効果に伴う医療費節約によっても収支が改善されることがわかる。そしてその改善程度は、各健保組合において価格弾力性が異なることから、健保組合間で異なるものとなっている。

## 5. 保健事業

本節では、健保組合が独自に実施する保健事業に注目する。特にここでは、トヨタ自動車グループの健保組合において、老人保健や退職者医療に関係する拠出金の増大が、その保健事業費に与えた影響を中心に分析を行っている。

### 5.1 健保組合の保健事業

健保組合は、その経営判断で、加入者に対する保健・予防活動、健康づくり活動を実施することができる。この各健保組合が独自の判断で実施する事業を保健事業と呼び、健保組合の収支では保健事業費として計上される。同じく独自の判断で実施することができる上乗せ給付を附加給付と呼び、これらの仕組みは独自事業（独自給付）と呼ばれている。

さらに健保組合が実施する独自事業のなかで、特徴的なものに直診事業というものがある。これは健保組合がその判断で医療機関を設立・運営する事業のことであり、いくつかの健保組合は病院を運営している。トヨタ自動車グループについては、トヨタ自動車が事業主であるトヨタ記念病院と、刈谷市並びにトヨタグループ8社によって設立された医療法人（豊田会）が運営する刈谷豊田総合病院の2院がある<sup>5)</sup>。この2院とも、直接的にトヨタ自動車グループの健保組合と関係を持つものではないが、その立地場所はトヨタ自動車グループ会社の工場集積

---

5) この2院に関する記録は、次のとおりである。トヨタ自動車工業株式会社（1958）は、1957（昭和32）年当時、トヨタ病院で受診する者の90%までは、従業員とその家族によって占められていること（p. 502）が、株式会社豊田自動織機（1967）では「12. 健康保険組合」の項で医療法人刈谷豊田病院（1961（昭和36）年）が開設されたこと（p. 679）が記録されている。

地帯に隣接している。またトヨタ記念病院については、社員の健康支援について、病院医師とトヨタ自動車健保組合が密接な連携を取って、様々な事業を実施していることが報告されている（日本経済新聞、2007年12月20日、朝刊（中部面））。

## 5.2 保健事業とその効果に関する議論

健保組合が実施する保健事業に関する分析とその議論は、次のとおりである。鈴木（2001）は、健保組合が持つ経営効率化インセンティブに注目し、大阪府下における232組合データを利用した分析を行った。分析期間は1994～1996年の3年間であり、ここでは各健保組合における1人あたり経常収支赤字額が保健事業費変化率や付加給付費変化率にマイナスの影響を与えていることを明らかにしている。

河野（2005）は、保健事業費と医療費の関係を分析している。分析期間は2000年の1年間、分析対象は全国の1748組合である。ここでは、1人あたり保健事業費が1人あたり医療給付額にマイナスの影響を与えていることが明らかにされている。ただしその影響規模は極めて小さく、その金銭的な効果は大きいものとは言えないとしている。

## 5.3 議 論

このように健保組合が実施する保健事業は、その効果とあわせ、関心が持たれてきたテーマであった。しかし健保組合の支出項目で大きな割合を占める老人保健や退職者医療に関する拠出金の増大が、その保健事業費や独自事業にどのような影響を与えてきたのかは明らかにされていない。ここでは、トヨタ自動車グループのデータを利用して、その影響を観察する。

図1-1は、縦軸に保健事業費（億円）、横軸に拠出金（億円）を取って、1990、1995、2000、2005年の4年分のデータを利用して作成した散布図である。拠出金の額は、経年ごとに増加しているため、健保組合が収支バランスを保つために、増大する拠出金に対応して、同じ支出項目である保健事業費を削減してきたのならば、右下がりの関係が観察されるはずである。しかしグラフが示す傾向は、保健事業費は経年的に不変もしくは若干の増加傾向を示している。図1-2は、保健事業費（億円）に代えて、附加給付費（億円）を利用して作成した散布図であるが、そこから観察される傾向は保健事業費の場合とほぼ同じである。ここからトヨタ自動車グループの健保組合は、増大する拠出金への対処として、保健事業や附加給付といった独自事業を縮小しなかったことがわかる。

この場合、増大する拠出金を賄うには、増収策、すなわち保険料の引上げしか手段として残されていない。図1-3は、縦軸に収入項目である保険料（億円）を取って作成した散布図である。このグラフからは、極めて直線的な関係を観察することができ、かつそれは右上がりの特

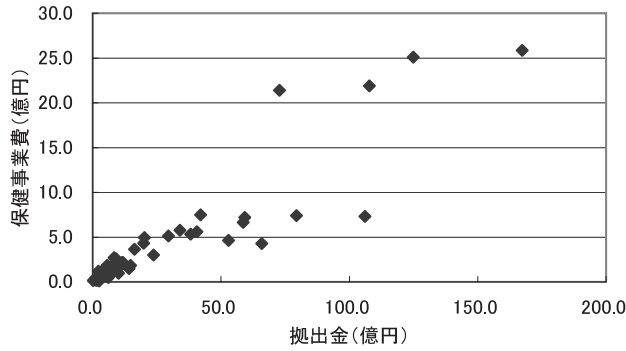


図 1-1 散布図 (拠出金・保健事業費)

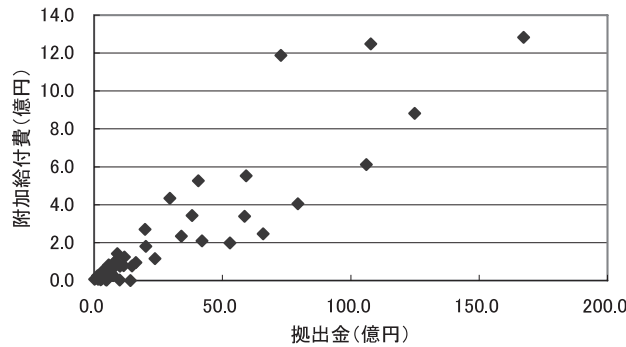


図 1-2 散布図 (拠出金・附加給付費)

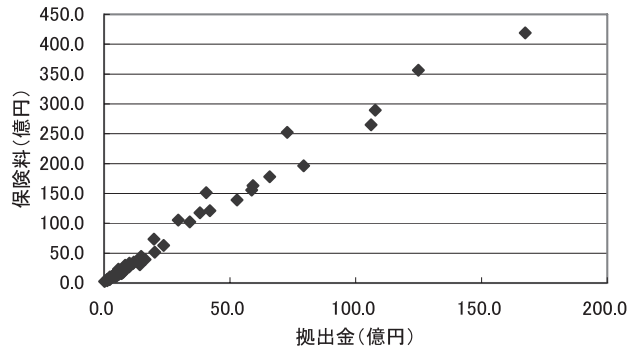


図 1-3 散布図 (拠出金・保険料)

- 注 1) データ出所は、健康保険組合連合会『健康保険組合 事業年報 (各度版)』である。
- 注 2) データは、1990、1995、2000、2005 年度の 4 年分のトヨタ自動車グループの 14 健保組合であり、2005 年に企業合併を行ったため、『事業年報』に収支データの記載がない豊田工場 (2005 年分) を含まない 55 サンプルである。
- 注 3) グラフの横軸「拠出金」は、老人保健拠出金・退職者給付拠出金・日雇拠出金の合計額である。ただし 2005 年度については、『事業年報』の報告形式が変更されているため、老人保健拠出金・退職者給付拠出金の合計額で求めている。
- 出所) 筆者作成

徴を持っている。すなわち健保組合は、増大する拠出金を賄うために、比例的な保険料の引上げを実施してきたことが示されている。

## 6. 結 論

この論文の目的は、近年、解散や保険料の引上げが相次ぐ組合健保に注目して、これまで行われてきた医療保険制度改革の経過をまとめ、研究議論の特徴づけを行い、その政策効果を評価検討することであった。本稿の分析から得られた結果は、次のとおりである。(1)健保組合の収支において、老人保健や退職者医療といった他制度への拠出金は急速に増大してきており、赤字化させる大きな要因であった。しかし健保組合の努力によってその拠出金を抑制することは難しく、多くは老人保健適用者の対象年齢引上げや公費負担の引上げという政策的措置によって対処されてきた。(2)保険給付費の抑制は、自己負担率の引上げによって実施してきた。この抑制効果は、被保険者に負担を移転するコスト・シフティング効果と受診抑制に伴う医療費抑制効果の2つから形成されている。(3)増大する拠出金について、トヨタ自動車グループの健保組合では、保健事業や附加給付といった独自事業を縮小する方法で対処せず、保険料の引上げという増収策によって対処してきている。

このように退職者の増加や高齢化の進展は、健保組合の収支と密接に関係している。そしてこれに関係する老人保健や退職者医療の拠出金の増大は、医療保険制度改革を必要とさせる大きな要因となっていた。そしてこれらの改革は、保険料や一部自己負担といった労働者（被保険者）の健康保険負担に大きな影響を与えてきた。今後は、どのような健康保険負担が望ましいのか、企業が主体となって設立する健保組合をどう再設計していくのか、これら組合健保のあり方に関する政策議論が必要であると考えられる。

## 参考文献

- Abe, Y., (2006) The Effectiveness of Financial Incentives in Controlling the Health Care Expenditures of Seniors, *Discussion Paper, Series A, No. 2006-161*, Graduate School of Economics and Business Administration, Hokkaido University.
- Babazono, A. et al., (1998) The Effect of a Redistribution System for Health Care for the Elderly on the Financial Performance of Health Insurance Societies in Japan, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, Vol. 14, No. 3, pp. 458-466.
- Yoshida, A. and S. Takagi., (2002) Effect of the Reform of the Social Medical Insurance System in Japan, *The Japanese Economic Review*, Vol. 53, No. 4, pp. 444-465.
- 安部由起子 (2000a) 「健康保険組合における老人保健拠出金の現状」『医療経済研究』第7号, pp. 5-36.
- 安部由起子 (2000b) 「組合管掌保険のリスク分散機能について」『季刊社会保障研究』第36巻第3号, pp. 300-320.
- 安部由起子 (2006) 「総報酬制と年金・健康保険料負担—雇用形態別の分析—」『日本経済研究』第54



- 号, pp. 126-136.
- 井伊雅子・別所俊一郎 (2006) 「医療の基礎的実証分析と政策:サーベイ」『フィナンシャル・レビュー』3月号, pp. 117-156.
- 泉田信行 (2004) 「患者の受診パターンの変化に関する分析」『医療と社会』第14巻第3号, pp. 1-20.
- 遠藤久夫・篠崎武久 (2003) 「患者自己負担と医療アクセスの公平性—支出比率とカクワニ指数から見た患者自己負担の実態—」『季刊社会保障研究』第39巻第2号, pp. 144-154.
- 河野敏鑑 (2005) 「保健事業と医療支出の関係に関する分析」『医療経済研究』第16号, pp. 37-48.
- 熊谷成将・泉田信行 (2007) 「患者自己負担率引き上げの時系列的評価」『医療と社会』第17巻第1号, pp. 125-140.
- 佐々木修・郡司康幸 (2003) 「医療保険制度における外来受診適正化方策の効果分析」ESRI 調査研究レポート No. 2, 内閣府経済社会総合研究所.
- 澤野孝一郎 (2001) 「家計消費における医療費自己負担—エンゲル曲線アプローチ—」『日本経済研究』第42号, pp. 61-84.
- 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.
- 鈴木亘 (2004) 「レセプトデータを用いたわが国の医療需要の分析と医療制度改革の効果に関する再検証」日医総研ワーキングペーパー No. 97, 日医総研.
- トヨタ自動車工業株式会社 (1958) 『トヨタ自動車 20年史』トヨタ自動車工業株式会社.
- 株式会社豊田自動織機 (1967) 『四十年史』株式会社豊田自動織機.
- 鶴田忠彦ほか (2002) 「レセプトデータによる医療費改定の分析」『経済研究』第53巻第3号, pp. 226-235.
- 西村周三 (1997) 『医療と福祉の経済システム』ちくま新書.
- 馬場園明 (2005) 「受診保障の医療経済学—患者自己負担をめぐって—」『科学』第75巻第5号, pp. 592-597.
- 馬場園明ほか (1991) 「老人医療費拠出金の健康保険組合の財政に与える影響」『日本衛生学雑誌』第46巻第4号, pp. 890-897.
- 日台英雄 (2001) 「第8章 報告:患者自己負担増をどう考えるか」瀬岡吉彦・宮本守編著『医療サービス市場化の論点』, 東洋経済新報社, pp. 133-150.
- 平石長久 (1985) 「第7章 社会保険による医療給付の限界と一部負担」社会保障研究所編『医療システム論』, 東京大学出版会, pp. 149-164.
- 吉田あつし・伊藤正一 (2000) 「健康保険制度の改正が受診行動に与えた影響」『医療経済研究』第7号, pp. 101-121.
- 吉田あつし・川村顕 (2004) 「1997年自己改定と歯科サービスの需要及び供給の変化」『医療と社会』第13巻第4号, pp. 95-113.

(2009年8月10日受領)