

【所員論考】

高齢化と地方財政*

アジア成長研究所所長・主席研究員 八田 達夫

要旨

日本の現在の制度の下では、高齢住民は、自治体に、大きな税収をもたらさないが、医療や介護など的高齢化対策費に多くの財政支出を余儀なくさせる。このことは、高齢者の多い自治体の財政負担を圧迫し、自治体サービスを低下させ、ますますの人口流出を促している。それだけでなく、受け入れ地方自治体が十分な施設を老人福祉計画で用意したくなるインセンティブを作り出すことによって、高齢者の地方移住を抑制することにつながっている。本稿では、その問題を解消するために、高齢者への社会保険のための財政支出に関して、国と地方自治体の間で、どのような役割分担を行うべきかを分析する。本稿の目的は、自治体ごとに支給されるべき「モデル給付額」を算定することである。最終的な目的としての、年齢層ごとの「モデル給付額」だけでなく、移行過程において採りうる「過渡的モデル給付額」も算出する。

1. はじめに

本稿では、日本における高齢者への社会保険のための財政支出に関して、国と地方自治体の間で、どのような役割分担を行う制度改革をすべきかを分析する。

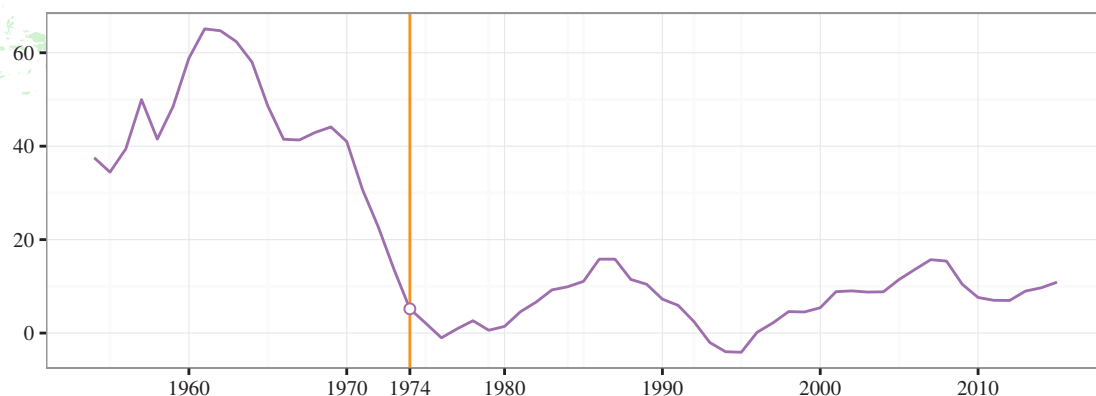
日本の現在の制度の下では、高齢住民は、住んでいる自治体に医療や介護など的高齢化対策費に関して多くの財政支出を余儀なくさせるが、税収はあまりもたらさない。高齢住民は、平均すれば、自治体財政にとって差し引き赤字をもたらす存在である。このことは、2つの問題を引き起こしている。

第1は、高齢者が多くなると自治体の財政負担を圧迫し、自治体サービスを低下させて、ますますの人口流出を促す。

第2は、地方自治体が、十分な高齢者施設を老人福祉計画で用意するインセンティブを削いでいることである。これは高齢者が、故郷であるとか気候が温暖であるといった理由で大都市から地方へ移住することを、難しくしている^(注1)。

* 本稿は、八田(2016)を発展させたものである。したがって本稿では、問題意識の部分で前稿と共通した部分がある。本稿の作成過程では、北九州市役所の末若明氏・谷聡之氏・松尾知幸氏から、それぞれ有益なご教示を頂いた。またアジア成長研究所リサーチアシスタント保科寛樹君による計算や図表作成等に於ける協力を得た。御礼を申し上げたい。残る誤りは全て著者のものである。

図1 三大都市圏の転入超過数（1954～2015年，単位：万円）



（出所）総務省『住民基本台帳人口移動報告』

（注）三大都市圏とは、東京圏（東京都，神奈川県，埼玉県，千葉県），大阪圏（大阪府，兵庫県，京都府，奈良県），名古屋圏（愛知県，岐阜県，三重県）である。

高齢者医療に関する国と自治体との役割分担に関しては、これまで多くの研究者が研究を行ってきた。岩本（1996），Hayashi（2012），岩本（2015），林（2015），鈴木（2015），八田（2016）などである。その中で、八田（2016）と鈴木（2015）は、高齢者医療に関して、「モデル給付額」を国が自治体に対して財源負担することによって、現在の制度が抱えている「自治体が高齢者流入を抑制するインセンティブ」を除去できることを示した。

本稿の目的は、国が自治体ごとに財源負担すべき「モデル給付額」を算定することである。

そのため、まず最終的な目的として、年齢層ごとのモデル給付額を算出する。しかし実際には、この理想的モデル給付をいきなり実行するのは難しい。このため当初は、たとえば都道府県ごとの病床数を考慮したモデル給付額にせざるを得ないだろう。このような、移行過程において採りうるモデル給付額も、本稿では算出する。

2. 地方の人口減

1960年代から、大規模な人口移動が、三大都市圏に向かってそれ以外の地域から起きた。図1が示すとおりである。1974年以降、この移動は激減しているものの、子供を作る年齢層が大都市に1970年代前半までに移動した。この事実が、その後の地方の相対的衰退をもたらした。図2が示すとおりである。

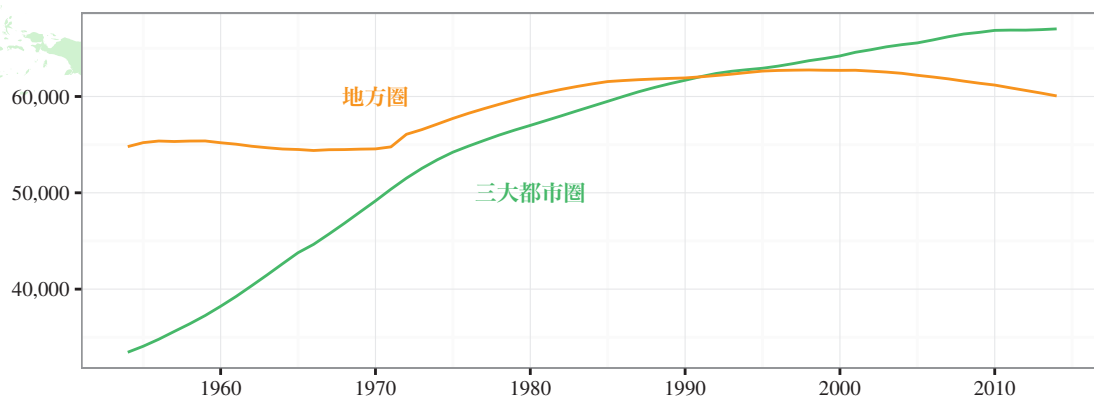
3. 地方の比較優位

地方経済はどの分野で成長できるのだろうか。

まず、第1次産業に比較優位をもっている。したがって、株式会社による農地所有を拡大するなど、参入制限を除去していくことによって成長できる。

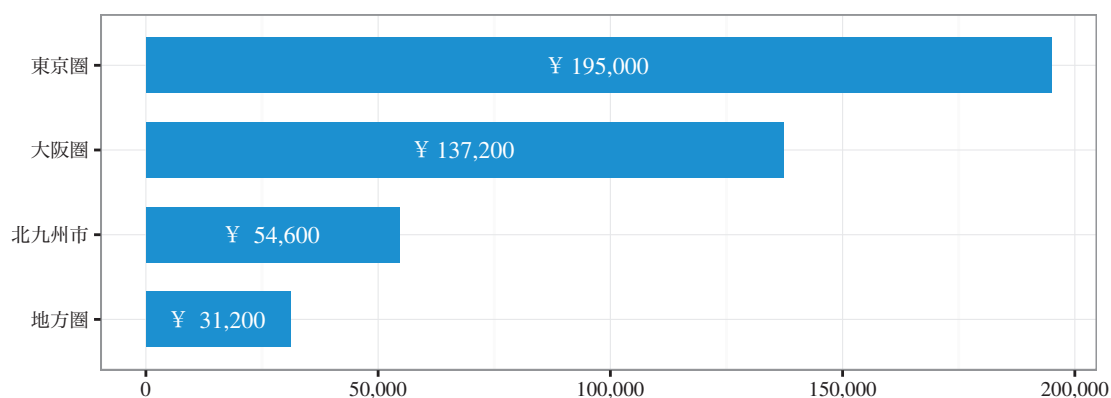
次に、地方は、第1次産業と並んで、高齢者産業（高齢者医療や介護サービス産業）にも比較優位をもっている。したがって、この分野でも成長できる。

図2 三大都市圏と地方圏の人口推移（1954～2014年，単位：千人）



（出所）総務省『人口推計』

（注）三大都市圏とは、東京圏（東京都，神奈川県，埼玉県，千葉県），大阪圏（大阪府，兵庫県，京都府，奈良県），名古屋圏（愛知県，岐阜県，三重県）の合計である。また地方圏とは，三大都市圏以外の全ての道県の合計である。

図3 1 m²当たりの住宅地平均価格（2016年，単位：円）

（出所）国土交通省『平成28年都道府県地価調査』，北九州市『地価調査情報』

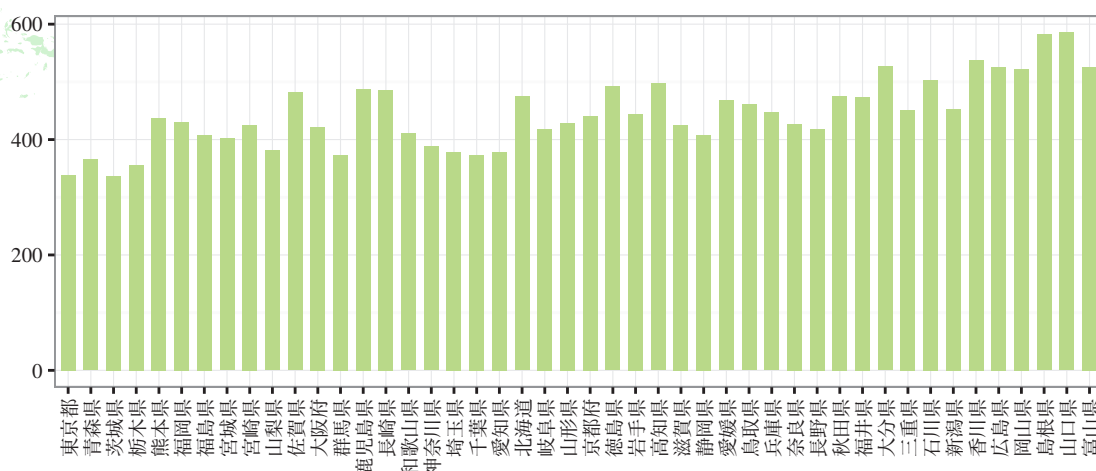
巨大都市と比べて，地方都市は地価が安いいため，住宅・介護施設・医療施設などの高齢者施設を圧倒的な価で建設できる。住宅地の平均地価は，東京圏では1 m²当たり約19.5万円なのに対して，地方圏は約3.1万円（国土交通省，2016）である。

このため，日本で高齢者が地方に移住すれば，よりゆとりのある生活ができる。高齢者の流入は，地元の商店街にとってもプラスだ。年金を全部もって来てくれるのだから，老人が来てくれたら地元の経済は潤う。しかも，高齢者の地方移住は，日本の医療財政，介護財政で大きな節約を可能にする。したがって，国の観点からみても，地方は東京に比べて，高齢者の施設建設に関して明確な比較優位をもっている。

4. 高齢者の地方への流入を自治体が歓迎しない理由

高齢者の多くが，住み慣れた大都会に住み続けたいと考えるのは自然である。しかし高齢者の中には，郷里に戻りたい人もいるし，サラリーマン生活ではできなかった田舎暮らしをしてみた

図4 65歳未満の国保加入者1人当たりの国保給付額（高齢化率昇順，単位：千円）



(出所) 筆者作成

い人もいる。それなのに日本では、高齢者の地方還流は起きていない。

日本で高齢者の地方還流が起きていない根本的な理由は、地方自治体が高齢者の受入施設を作るのに消極的であることだ。たとえば介護施設は、それぞれの都道府県・政令指定都市・中核市等の高齢者施設整備計画に合わなければ新設を許可されないが、都道府県の施設計画は、域内市町村の計画の積み上げを基に決まる。

高齢者が増えると、介護施設の費用だけでなく、後年に医療費の自治体負担がかかる。地方の市町村は、そのことを危惧して消極的な施設整備計画案しか作らないのだ。

具体的にいうと、高齢者が移住してきても税収はあまり増えない。ところが高齢者が地方に移住すると、地方自治体にとっては、社会保険—特に国民健康保険—の地元負担が増える。国民健康保険の負担額のうち、前期高齢者については、市町村が保険加入者が給付総額の約3分の1を負担しなければいけない（厚生労働省，2015）。このために、地元の市町村財政にとって、高齢者の流入は差し引きマイナスなのだ。

図4の横軸は、都道府県を高齢化率（65歳以上人口／65歳未満人口）の順番に（即ち右に行くほど高くなるように）並べており、縦軸は、65歳未満の国保加入者1人当たりの国民健康保険の給付額を示している。棒グラフからは、右に行くほど1人当たり給付額が高くなっている傾向が読み取れる。

確かに、高齢者比率の高い自治体には、国民健康保険給付財源に関するそれなりの補助措置が講じられている（注2）。しかし図4は、その措置が不十分であることを示している。

高齢者の地方への流入は、国全体の観点からは土地の使い方としては有効だ。しかも高齢者は年金を持参して移住してきてくれるのだから、地元の経済は潤う。にもかかわらず、それが実現されていないのは、図4が示すように、高齢者の流入が自治体の財政に大きな負荷をかける制度となっているために、高齢者用施設を充実させるインセンティブが自治体がないからだ。地元の自治体が高齢者の流入を嫌がるように国民健康保険（国保）の制度が仕組みられているわけだ。

5. 高齢者を歓迎するインセンティブを自治体を与える国保改革

この国保の制度を改革して、自治体が高齢者を積極的に受け入れるインセンティブを与えると、高齢者の環流と、それに成功した地方への若者流入の良循環が始まる。

これは、フロリダやアリゾナをみれば明らかだ。「米国には公的医療保険がない」といわれるが、高齢者に関しては「メディケア」と呼ばれる公的医療保険制度が昔からある。メディケアは国の制度だから、フロリダやアリゾナは費用を負担しなくて済む。だからこれらの州は、ありとあらゆる手段を講じて老人を誘致する。その結果、お金持ちの老人が移住してくる。

実際、フロリダには、ニューヨークなどから毎年多くの高齢者が移住してくる。やってきた高齢者たちは、フロリダへ行くと昔からの友達が数多くいるから、そこで付き合うことができる。そして年に何回かはニューヨークに旅行に行き、子供たちにも会う。優雅に地方に引退するわけだ。アリゾナにも同様に高齢者が移住してくる。米国人が地方に引退する最大の理由は、地方の住居費が安いことだ。全ての退職者が地方に移住する必要はないが、広々としたところで暮らしたいという人がそうできる社会は、良い社会だといえるだろう。

日本でも、国保の財源を基本的に国が引き受ける制度に改革すれば、地方自治体は、高齢者施設充実のインセンティブをもつようになり、高齢者を積極的に歓迎するようになる。

6. 自治体に負担させる理由があるのか

日本が米国のような制度にしておらず、費用の一部を自治体に負担させているのには理由がある。「国が給付を全額負担すると、自治体が給付の節制を怠るようになる」という危惧があるためだ。自治体にも負担を求める現在の日本の制度では、自治体が予防活動をしたり国保制度乱費を慎んだりする強いインセンティブを与える。

確かに、給付された金額の全てを国が事後的に負担するとなると、自治体は給付削減をするインセンティブを失う。しかし制度を工夫して設計すれば、このインセンティブをさらに強めることができる。

即ち、給付された金額の全てを国が事後的に負担するのではなく、その自治体に住む国民健康保険加入者の特性に応じた、国保の「モデル給付額」（たとえば、一人ひとりの年齢に応じた全国平均給付額）を、各自治体に対して国が財源負担するという仕組みにするのである。その際、患者に対して給付された実績総額が、国による財源負担総額を超えたら、超過分は地元が負担しなければいけないが、反対に、予防活動をして給付実績総額が国による財源負担額を下回れば、節約分は市の一般財政に組み込むことができる。こうすれば、予防活動による給付節約のインセンティブは結果的に強化される。

7. 「国保のモデル給付額国庫負担制度」とその効果

この国保改革案は次のとおりである。

第1に、現状の自治体ベースの制度は維持する。それによって、自治体が予防措置を取るインセンティブを与え続ける（注3）。

第2に、その自治体に住む国民健康保険加入者の特性に応じた国保の「モデル給付額」を、国が各自治体に財源負担する。即ち、高齢者の国保財源は、基本的に国によってまかなう。

第3に、地元の負担は、国からの財源負担額（これはモデル給付総額と等しい）と給付実績額との差とする。これはプラスの場合もあるし、マイナスの場合もある。

この改革案を、「国保のモデル給付額国庫負担制度」と呼ぼう。この改革を行うと、給付の財源の負担者が自治体から国に変わるため、これまで高齢者が多い都市に相対的に重い財政負担をかけてきたことは是正される。しかし日本全体での給付の総額は増えない。つまり、国保に関する全国民の負担の合計は増えない。

このように国保の地元市町村負担を除去すると、次のような効果がある。

- ① 高齢者が多い地方自治体の財政状況を直ちに改善する。
- ② 高齢者が地方に移住してくると、それぞれの属性に応じた額の「モデル給付額」を、いわば持参してくる。したがって、高齢者の流入を自治体は歓迎する。このため自治体は新たな介護施設を公募するなどして、大都市からの退職者の地方誘致を始める。
- ③ 高齢者が定期的に地方へ環流する。
- ④ 結果的に、これは若者の地方への移住を促す。

8. 病床と医療費削減

「国保のモデル給付額国庫負担制度」は、上記の4つに加えて、次の効果も発揮する。

- ⑤ 現在病床数が過剰に配分されている地域で起きている、過大な医療費給付を適正化する。

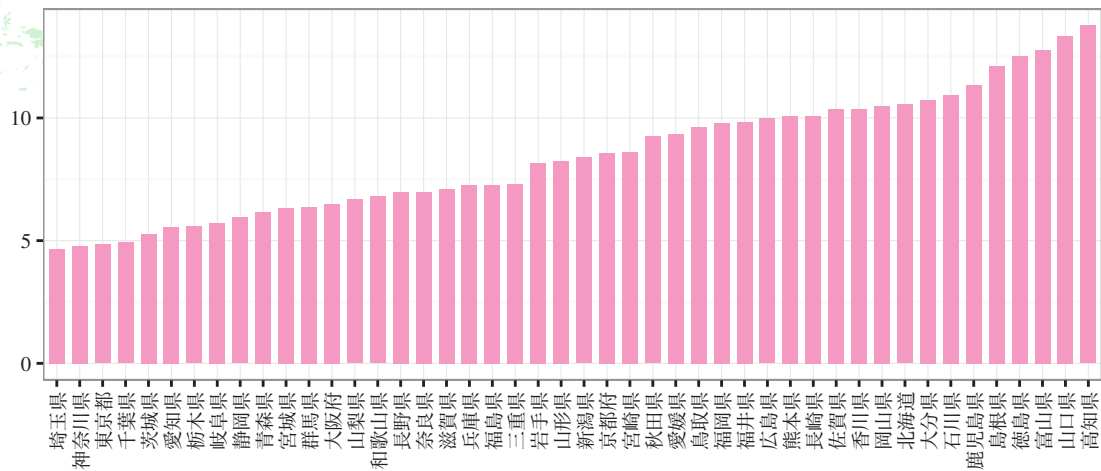
日本では現在、病床数が都道府県ごとに割り当てられている。1人当たりでみた病床の配分率は都道府県ごとに大きく異なり、65歳未満の国保加入者1人当たりの病床数の順に都道府県を並べてみると、図5のようになる。最少の埼玉県と最多の高知県とでは、およそ3倍の差がある。

一方、図6が示すように、住民1人当たり病床数の割り当てが多い地方では国保給付額が高い（注4）。いわば供給が需要を作り出している傾向がある。

しかし、本稿で提案した改革が行われると、この傾向に対抗する財政圧力が発生する。その理由は次のとおりである。

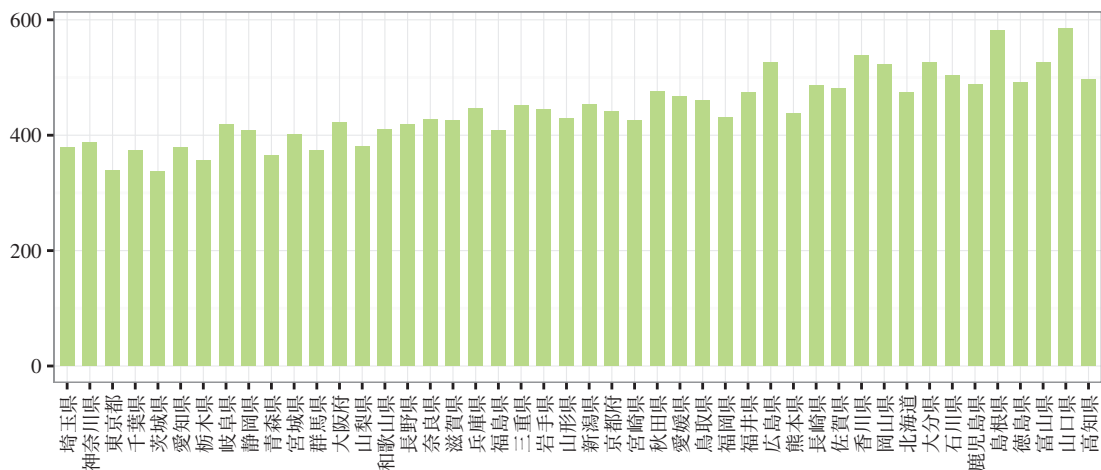
まず、この改革の下では、各自治体に現在割り当てられている住民1人当たり病床数が多いか少ないかに全く関係なく、各自治体における国保の給付財源の全てを、国が負担することになる。この結果、現在は住民1人当たり病床数割り当てが多く、そのため医療費も高いところには、それを賄うだけの国民健康保険給付の原資が入ってこなくなる。したがって、そのような自治体では1人当たりの過大な給付を削減するため、病床数や医師数を削減する圧力が生まれる。

図5 65歳未満の国保加入者100人当たりの病床数(単位:床)



(出所) 筆者作成

図6 65歳未満の国保加入者1人当たりの国保給付額(1人当たり病床数昇順, 単位:千円)



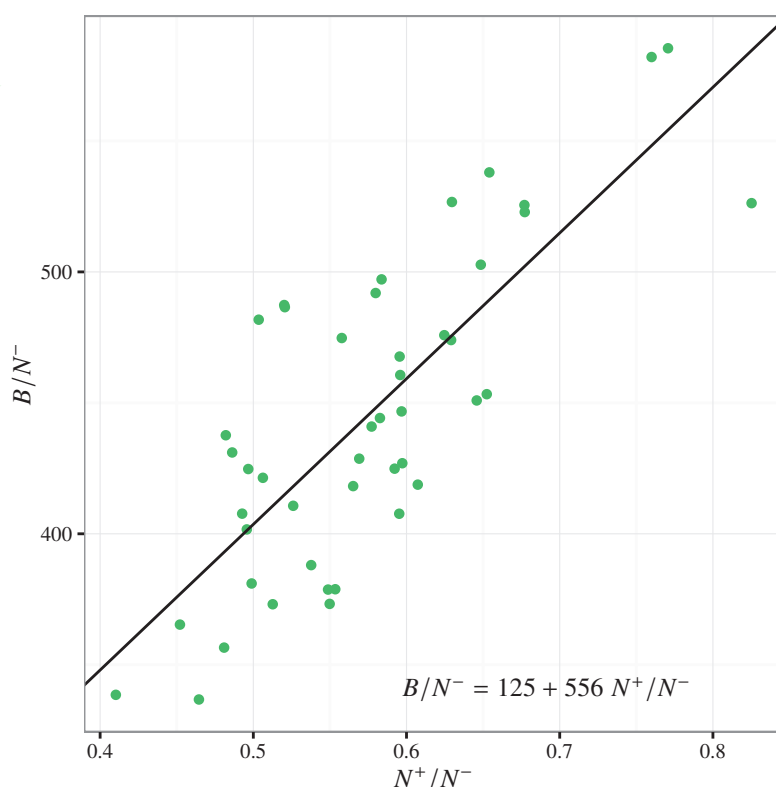
(出所) 筆者作成

9. 「モデル給付額」の算定

いよいよモデル給付額の算定をしよう。ミクロレベルの数字を積み上げれば、国保被保険者の各都道府県における給付額を求めることができる。

しかしここでは集計データを用いるため、国保被保険者を、65歳以上の「高齢者」と65歳未満の「若者^(注5)」にわけて、それぞれの給付額を推定する。

ここで各都道府県の国保給付額を B 、若者数を N^- 、高齢者数を N^+ で表そう。この記号を用いると、 N^+/N^- と B/N^- の散布図である図7は、高齢者の加入者数の相対比 (N^+/N^-) が高まるにつれて、若者1人当たりの給付額 (B/N^-) が高まる傾向にあることを示している(ところで、図7は、図4の横軸を N^+/N^- によって描き直した散布図である)。実際、 B/N^- を N^+/N^- で回

図7 B/N^- と N^+/N^- の散布図

(出所) 筆者作成

帰分析した結果は次のとおりである。

$$B/N^- = 125 + 556 N^+/N^- \quad \text{Adjusted } R^2 = 0.602$$

(8.309)

この式の両辺に N^- を掛けると、

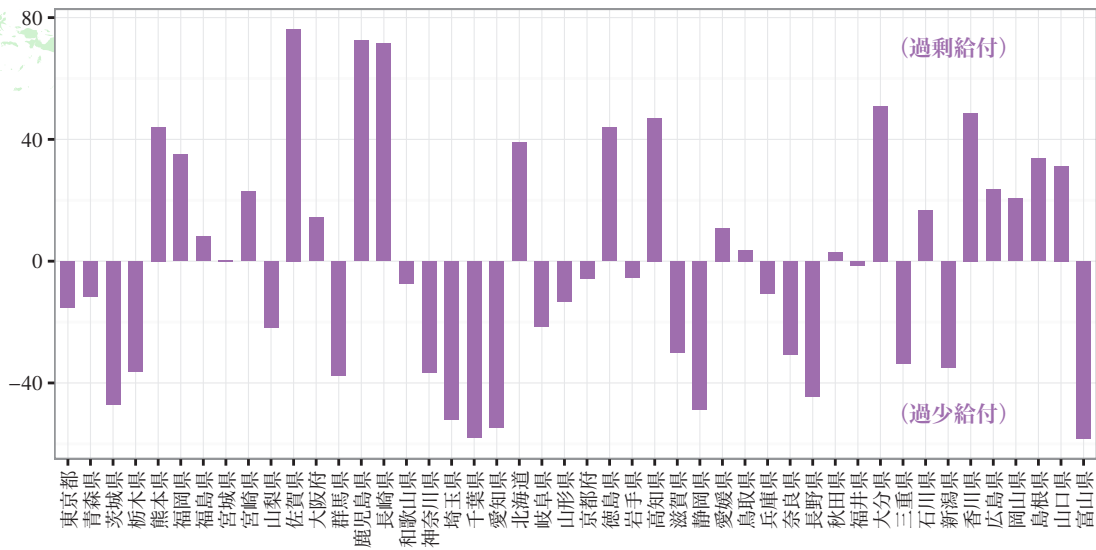
$$B = 125 N^- + 556 N^+ \quad (1)$$

という式が得られる。これは即ち、若者が1人増えたときには、給付額が年間に12万5,000円増え、高齢者が1人増えたときには、55万6,000円増えることを示している。したがってこの式は、高齢者の増加に伴って1人当たり給付が増え、ひいては国保に関するその都道府県の財政負担が増えることを示している。

さて、式(1)は、若者数および高齢者数に応じた国民健康保険給付額の増加の仕方を示している。したがって、これを各年齢層の「モデル給付額」として、国が各都道府県に財源負担することが考えられる。この財源負担額よりも多くの給付をしている都道府県は、差額を自助努力で埋め、この財源負担額よりも小さな費用負担でまかなっている都道府県は、差額を都道府県で自由に使えるようにするわけである。

しかしその場合、現行の給付額とモデル給付額との差は、図8に示されているとおり、かなり大きなものとなる。たとえば佐賀県や長崎県、鹿児島県にとっては、1人当たり年間7万円を超

図8 1人当たり実績値と理論値（基本モデル給付額）との差額（高齢化率昇順，単位：千円）



(出所) 筆者作成

える金額の補填を県自身がしなければならない。これは自治体にとってかなりの財政負担であるから、直ちに実行可能であるとは考えられない。

10. 「過渡的モデル給付額」の算定

したがって、経過措置としての「過渡的モデル給付額」を算定することが役に立つ。そのための1つの有効な方法は、病床数を考慮したモデル給付額を考えることである。

若者1人当たりの国民健康保険給付額は、加入者の年齢だけではなく、図6が示すとおり、各都道府県への病床数の割り当てが重要な決定要因になっている。

実際、若者1人当たりの給付を、高齢化率 (N^+/N^-) および1人当たり病床数 (F/N^-) で回帰すると、次の結果が得られる。

$$B/N^- = 146 + 285 N^+/N^- + 1602 F/N^- + u \quad \text{Adjusted } R^2 = 0.900$$

(6.946) (11.523)

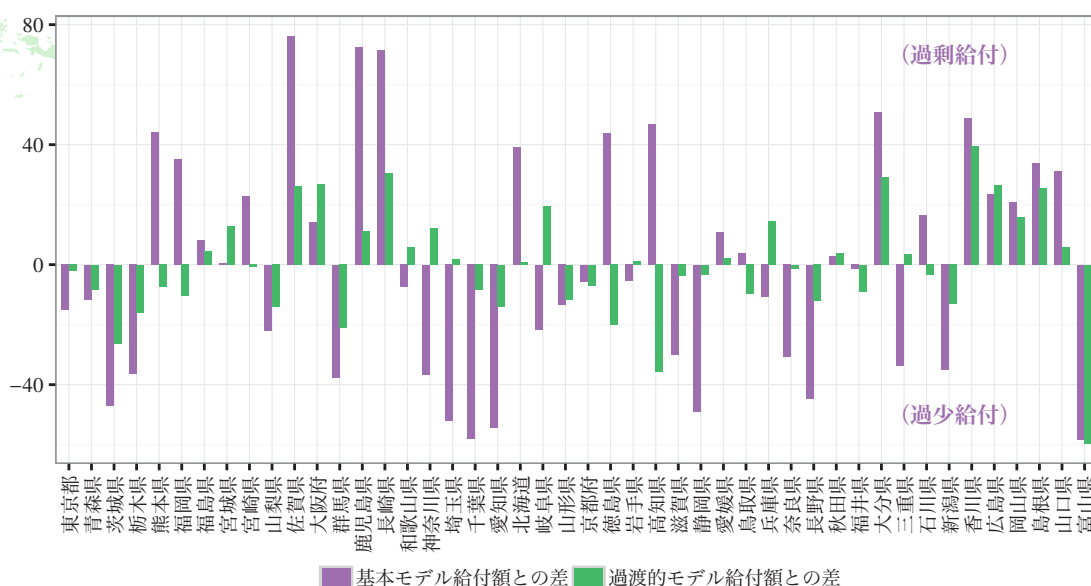
この式の決定係数はかなり良い。この式の両辺に N^- を乗ざると、次が得られる。

$$B = 146 N^- + 285 N^+ + 1602 F + u \cdot N^- \tag{2}$$

即ち、若者が1人増えたときには、当該都道府県の国保給付額は約15万円増え、高齢者が1人増えたときには、給付額が約29万円増える。一方で病床数が増えると、それだけで、給付額が1床当たり160万円増えることを示している。

このようにして得られた都道府県ごとの国保給付額の理論値は、現実の各都道府県における年齢構成と病床数の割り当てに対応した、給付の理論値を示している。これを「過渡的モデル給付額」と呼ぼう。この式を用いた理論値と実績値との乖離が、図9の緑線で示されている。佐賀県

図9 1人当たり実績値と理論値（過渡的モデル給付額）との差額（高齢化率昇順，単位：千円）



(出所) 筆者作成

や長崎県ではせいぜい3万円程度、鹿児島県では1万円程度の年間差額になっている。この場合は、理論値に対する実績値の超過分を都道府県に自己負担させることは、現実的であると考えられる。

したがって、改革の当初は、現状の病床の配分を前提にした上での各都道府県の給付額の理論値—即ち「過渡的モデル給付額」—を、国が各都道府県に財源負担するとしよう。

この場合、病床割り当てが多い都道府県は、その分人口に比して財源負担額が大きくなる。それでも実績値が財源負担額を超えているならば、各都道府県は、超過分を自助努力で埋めなければならない。この財源負担額が実績給付額を上回っていれば、差額は各都道府県が自由に用いることができる。ただし財源負担額の一部は、平均より多い病床数を反映しているのだから、これは過渡的な措置に過ぎない。

11. 移行過程

そもそも病床割り当ては恣意的だから、この過渡的モデル給付額の下では、国保加入者による効率的な居住地選択が達成されない。病床数が過度に割り当てられている都道府県では、その分国保給付額が多くなり、高齢者施設を潤沢に造ることができる。このため、高齢者の居住地選択が、恣意的な病床配置に依存してしまう。

したがって、地方ごとに異なる医療サービス需要への変化に対応できるように、地方の病床数の再配分をする必要がある。その様な再配分を政治的にスムーズに実現するためには、病床を多く配分されている自治体の既得権を補償することが役立つ。その1つの方法は、各自治体間で、それぞれに割り当てられている病床の権利の売買を許すことである^(注6)。その一方で、各自治体

に配分されている病床数を毎年均等に1割ずつ減らして、減らした分を入札で配分することが考えられる(注7)。そうすれば、10年で病床割り当てはなくなり、全てが入札で配分されることになる。このように、医師の過剰地域から過疎地域に医師を再配分することによって、現在過剰地域で起きている過大な医療費給付が正されることになる。

実は、総量規制された病床数を、効率的に各都道府県に割り当てる方法がいくつかある。その中で典型的なものは、次の2つである。

- ① [賃貸料スキーム] 現状の各病院への病床割り当てを既得権として認めた上で、病院間において、1年ごとのその権利の自由な賃貸を認める方法である。病院間では権利賃貸料が支払われる。この方法では、病床が多く割り当てられている都道府県の病院は、権利を貸し出すことによって賃貸料を取れるから、現在の不公平が残る。しかし、最も必要とされる都道府県に病床が使われ、必要とされない都道府県では病床が使われなくなる。その意味で、効率性は高まる。
- ② [権利料スキーム] 国が規制する総病床数を、公定権利料を取って各病院に配分する方法である。その際、公定権利料は需給が均衡するよう調整する。

①のスキームでは、病床権の取引が権利賃貸料(以下、単に「賃貸料」とも書く)の支払いを伴って病院間で行われるから、支出が増える病院もあれば、収入が増える病院もある。したがって、賃貸料は診療報酬には上乗せされない。また政府にとっては、純収入はゼロである。

一方、②のスキームをとると、政府には、病床公定権利料(以下、単に「権利料」とも書く)からの収入が入る。権利料は、国が望む病床の総量規制に対する需給均衡価格に基づいている。この場合、この権利料は診療報酬に上乗せされなければならない。その一方で権利料からの財政収入は、医療費全体の国庫負担分の財源に使うことができる。

最終的には②のスキームが望ましいとしても、現実的には、①のスキームから②のスキームへと、たとえば約10年をかけて移行する経過措置が考えられる。その一例は次のとおりである。

- (a) まず初年度は、現状の病床配置を認めた上で、①のスキームを採用。ここで権利賃貸料の相場が市場で定まる。
- (b) 次年度は、現状の病床配置を認めた上で、権利の賃貸も前年度と同じく自由に認める。ただし病床割り当ての既得権をもつ病院は、配分を受けている病床に対して、その年に市場で決まる賃貸料の1割を国に公定権利料として支払うことを義務づける。
- (c) 3年目も同様であるが、公定権利料として、第3年度に市場で決まる賃貸料の2割の支払いを義務づける。
- (d) 最終的に11年目には、当初病床配分量に応じて、第11年度に市場で決まった権利賃貸料の全額を、国に公定権利料として支払うことになる。

この経過措置の最終年には、次の状況となる。

- (a) 全ての病院は、自身に配分された病床数に対応した公定権利料を国に支払う。

- (b) 当初病床を配分されていなかった病院は、他病院から権利を借り入れる。これは公定権利料と等しい。
- (c) 他方、割り当てられた病床の一部しか自病院で使わず、余った病床を外に賃貸する病院は、確かに権利の賃貸料を他病院からえることができるが、その分、国に法定賃貸料を納めなければならない。したがって、余分に割り当てられていた病床は、この病院に対して、差し引きで収入増加をもたらさない。一方、この病院が自身で使う病床については、国に対して公定権利料を支払う。

したがって、過大に割り当てられた病院も過小に割り当てられた病院も、最終的には自病院が使う病床数に基づいた使用料を負担することとなる。それが国の公定権利料金収入となる。11年目の権利賃貸料がその年の公定権利料となるから、②のスキームが11年を経て達成されることとなる。

この移行措置の最終年の状況は、スキーム②と比べて、各自治体の負担においても病床配置においても、まったく同値になる。

本稿で述べた、当初の病床割り当てを出発点とする調整過程は、権利料の市場賃貸料に対する割合が上がるにつれて、式(2)の病床数割り当てに相当する額を減らしていき、その分式(1)に近づけていく。10年後には、式(1)の配分になる額を自治体に対して財源負担する。

12. 類似制度との比較

本稿で提示した「国保のモデル給付額国庫負担制度」と類似の制度との違いを明らかにしよう。

国保の都道府県管理

現在日本では、国保を都道府県に集約しようとしている^(注8)。これは各都道府県内の市町村間の公平を目指すためだ。しかしそのような平等化がなされても、高齢者の地方市町村への移住は、当該市町村の純財政負担を増大させることに変わりはない。このため、国保の都道府県管理は、高齢者の地方移住を抑制するインセンティブをそのまま残してしまう。地方に比較優位がある高齢者施設や住居が、伸び伸びと地方に建設されるようになるには、地元市町村が1銭も負担しなくてよいようにする必要がある。

住所地特例

住所地特例とは、社会保険制度において、加入者が住所地以外の市区町村に所在する介護保険施設等に入所等をした場合、入所する以前に住んでいた市区町村が引き続き保険者となる特例措置である。国民健康保険・介護保険・後期高齢者医療制度に設けられている。

都会の自治体にとっては、介護施設などの社会保険施設等の建設場所を見つけるのは難しく、あったとしても高地価のため財政的に難しい。それらサービスを地価の安い自治体で提供できれば、財政負担を大きく軽減することができる。このため、たとえば杉並区の加入者が南伊豆町の介護保険施設等に入所等をした場合、杉並区が住所地特例制度を活用して、引き続き保険者とな

れば、杉並区の財政負担を軽減することになる。その一方で、南伊豆町の経済にとっても、町で消費をしてくれる高齢者が移住してくれることはありがたい。しかも南伊豆町にとって、この制度で移住した人々への町の社会保障負担はしなくてすむから、財政負担がかからない。

ただし注意を要するのは、住居地特例は、施設に入った住民のみに適用されることである。たとえば、杉並区から南伊豆市に住む娘の家に移住したというような高齢者には適用されない。

「国保のモデル給付額国庫負担制度」と比較した場合、住所地特例にはいくつかの決定的な弱点がある。

第1に、現在の地方自治体の高齢者に関する、当該地方自治体の負担軽減には役に立たない。即ち、すでに南伊豆町に住んでいる高齢者に対する南伊豆町の財制負担は軽減されない。

第2に、地方市町村に移住してきた人のうち、施設に入らない人に関しては、一切、財政負担の軽減にならない。上で指摘したように、たとえば杉並区から南伊豆の娘の家に移住したというような高齢者には適用されないからだ。

第3に、当該自治体と提携関係にない大都市の自治体から移住して施設に入った人も、この対象とならない。

第4に、病床数割り当ての地方間の偏在を修正するためには役に立たない。したがって、日本の医療制度の問題の根本的な解決には貢献しない。

これらの弱点にもかかわらず、地方の自治体の高齢者向け社会保障財政負担を軽減してくれるので、住所地特例の適用範囲拡大への需要は非常に大きい。例えばサービス付き高齢者住宅に入る人にも適用されるようになった。さらに、施設入居要件の緩和などが自治体から提案されている。

しかしこのような適用範囲の拡大は、所詮は「紳創膏貼り」に過ぎない。抜本的な改革が必要である。それこそが「国保のモデル給付額国庫負担制度」である。

13. 結論

これまで日本では、地方公共団体が提供するサービスのうち、基本的に国が負担すべきものについても地方へ負担を強いてきた。その結果、税金支払額の少ない高齢者や低所得者などの移住を自治体は敬遠してきた。国の制度は、高齢者や低所得者の人々を、彼らへのサービス提供に比較優位をもたない大都市に人為的に押しつけてきたのである。なかでも国保は、その効果を強力に有している。

しかし住民ごとの属性に基づいて算定した国民健康保険の「モデル給付額」を国が都道府県に財源負担し、その財源負担額が実績値を超えた分は都道府県の裁量で自由に使えるようにすると、自治体に給付節約と高齢者流入促進の意欲を与える。

本稿では、それを可能にする「モデル給付額」として、加入者の年齢のみに基づいた最終的な額と、病床配分を考慮した過渡的な額とを算出した。さらに、過渡的な額からいかにして最終的な額に到達するかを示す経過措置についても提案を行った。

このように、高齢者福祉に関する地方財政制度が改善され、自治体の高齢者に対する財政負担

がなくなると、地方では高齢者向け施設を造ることが、年金をもって高齢者が移動することを促すことによって、一つの産業になる。結果的に、地方にとっての最も大きな比較優位である「安い地価」を利用して活性化を図ることができる。しかも、高齢者が大都市から地方に定常的に環流するとすると、若い人も地方に高齢者サービスの職を見つけて移住してくる可能性がある。

現時点では、厚生労働省は国保を県で統一管理することに一生懸命で、このような抜本的改革をするつもりはないようにみえる。しかし今の制度は悲鳴をあげている。同様の改革は、教育にも生活保護にも必要である。日本全体の成長戦略の観点からみて、この改革は地方創生に政府が関心を向けた今のタイミングで推し進めるべきだといえよう。

注

- (注1) 現在、国民健康保険給付は、都道府県単位に集約されつつある。これが完成したあとでも、都道府県による負担は残るので、高齢者流入の抑制要因は働き続ける。さらにこれは、国による出来高払いの補助に近く、都道府県に給付節約の動機をもたらさない。
- (注2) しかもこの補助措置は実績の一部であるから、本稿の5節以下で提案する「モデル給付」と違って、自治体に強力な節約のインセンティブを与えない。
- (注3) 現在は都道府県に集約しつつある。それでも、国が一括でやるより、給付削減のインセンティブは残る。しかし、できれば市町村に戻した方が、削減のインセンティブはさらに強まる。
- (注4) 図5では、65歳未満の国保加入者100人当たりの病床数を示しているが、これを住民1人当たりにしても、質的にはほぼ同様の相関関係が観察される。
- (注5) 65歳未満の加入者には学生も主婦も含まれるから、勤労者とは呼べない。一方で、60歳以上の人も含まれるから、通常の意味での若者でもない。しかし、65歳以上の高齢者に比べれば若いので、ここでは「若者」と呼ぶことにする。
- (注6) 現在でも、ある病院が他県の病院を病床割り当て分ごとまとめて買うということは行われている。ここで提案しているのは、病床自体の取引である。
- (注7) 以下ではこれと同等のことを、権利所有者が国に毎年支払う権利賃貸料を1割ずつ引き上げることによって達成できる。
- (注8) 厚生労働省(2015)。同法では、平成30年度から、財政運営の責任主体を市町村から都道府県に移し、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担うとしている。

参考文献

- Hayashi, Masayoshi (2012) “Channels of stabilization in a system of local public health insurance: the case of the National Health Insurance in Japan.” CIRJE-F-847.
- 岩本康志 (1996) 「試案・医療保険制度一元化」『日本経済研究』33, 119～142頁
- 岩本康志 (2015) 「リスク構造調整による新しい制度設計」『SPACE NIRA』, Unit 01, <http://www.spacenira.com/columns/906.html>
- 厚生労働省 (2015) 「全国高齢者医療主管課(部)長及び国民健康保険主管課(部)長並びに後期高齢者医療広域連合事務局長会議 保険局国民健康保険課説明資料」
- 国土交通省 (2016) 「平成28年都道府県地価調査」
- 八田達夫 (2016) 「「国保の“モデル給付額”国庫負担制度」による地方創生」『医療経済研究』, 27(2), 71～84頁
- 林正義 (2015) 「医療、介護と地方財政」『SPACE NIRA』, Unit 01, <http://www.spacenira.com/columns/910.html>
- 鈴木亘 (2010) 『社会保障の「不都合な真実」』日本経済新聞出版社
- 鈴木亘 (2015) 「地方創生と医療・介護の自治体負担」『SPACE NIRA』, Unit 01, <http://www.spacenira.com/columns/916.html>