

医療保険の制度間財政調整の現状と問題点

小 淵 港

はじめに

人口構成の高齢化が急速に進む中で、医療費や年金の費用負担の問題が、大きな社会的関心を集めつつある。医療費にしろ年金にしろ、給付水準の維持を前提とすれば、人口に占める高齢者の割合が高くなればなるほど、社会全体としての費用負担が増加することは自明のことである。問題は、これら社会保障にかかわる費用の負担をどのように配分するかということである。

社会保障制度の一環としての公的医療保障制度について言えば、戦後のわが国の医療保障制度は社会保険制度を基本として運営されてきた。すなわち、被保険者の保険料負担を主たる財源として制度運営が行われてきたのである。しかも、わが国の医療保険制度成立の歴史的事情から異なった多数の制度が分立してきた。地域を単位とし、自営業者や農民、無職者等を加入者とする国民健康保険（国保）、職域を単位とし中小企業被用者からなる政府管掌健康保険（政管健保）、大企業被用者からなる組合管掌健康保険（組合健保）、さらに公務員等を被保険者とする各種の共済組合などである。これら医療保険は、その目的は同じであるが、加入者の年齢構成も所得構成も大きく異なっている。このためわが国の医療保険においては、かねてから各制度間の財政力と給付水準の格差が問題とされてきたのである。

制度間の格差は、高齢化にともなう医療費の増加傾向のなかでいっそう深刻となり、制度改革が急務となっている。とりわけ、低所得層と高齢者の占める割合の高い国保の場合には、加入者の保険料負担が著しく高まり社会保険とし

での制度の維持そのものが困難に直面している。

こうした医療保険制度の困難を打開するため政府がとった対策は、老人保健や退職者医療などの新制度を導入することで医療保険各制度間での財政調整を実施し、被用者保険の負担によって国保の財政状況の緩和、特に国保に対する国庫負担の削減をはかることであった。医療保険制度の改革は、行財政改革の流れのなかで行われ、保険加入者の負担を軽減するためではなく、国の財政危機打開策の一つとして医療費国庫負担削減のために行われたと言った方が適当であろう。

わが国の医療保険制度の問題点、医療費増加の諸原因さらには制度改革の方向についてもすでに少なくない研究が蓄積されてきている¹⁾。ここでは、医療保険制度の改革と費用負担の問題を念頭におきながら、制度間財政調整²⁾の現状と問題点について検討してみたい。

-
- 1) さしあたり以下のものをあげておきたい。右田喜久恵・里見賢治他編『福祉財政論』ミネルヴァ書房1989年。里見賢治「国民医療費の上昇とその要因」大阪府立大学社会福祉学部『社会問題研究』第34巻第2号、1985年3月、同「医療保障政策の動向と国民医療費」『社会問題研究』第37巻第2号、1988年3月。宇沢弘文編『医療の経済学的分析』日本評論社1987年。二木立『医療経済学』医学書院1985年。西村周三『医療の経済分析』東洋経済新報社1987年。中西啓之『福祉と医療の経済学』大月書店、1990年。国保の財政危機については小淵港「国民健康保険財政の危機と住民負担」『愛媛経済論集』第9巻第1号、1989年6月。社会保障費の将来推計を綿密に行ったものとして、川口弘・川上則道『高齢化社会は本当に危機か』あけび書房1989年。
 - 2) 制度間財政調整については以下参照。藤田清『福祉政策と財政』日本経済新聞社1984年、の特に第6章「医療保障とその財政」。松岡博幸「医療保険財政と高齢化」『中央大学大学院論究 経済学・商学研究科篇』第20号、1987年10月、同「医療保険における制度間財政調整」『中央大学大学院研究年報』第17号Ⅱ、1988年3月。

I 医療費の動向

まず、医療保険の給付額の増加にかかわる医療費の動向を見ておこう。表1は、1970年度以降の国民医療費の動向を、国民所得との関係で示したものである。ここにいう国民医療費には、差額室料や付き添い料、売薬購入費等の広義の医療費は含まれないが、およその動きはつかむことができる。

表1 国民医療費の動向

(単位：億円・%)

	1970年度	1975年度	1980年度	1982年度	1984年度	1986年度	1987年度
医療費(1)	24,962	64,779	119,805	138,659	150,932	170,690	180,759
国民所得(2)	608,754	1,239,907	1,993,352	2,168,591	2,398,107	2,644,507	2,740,767
比率(1)/(2)	4.10	5.22	6.01	6.39	6.29	6.45	6.60
対前年増加率							
医療費	20.1	20.4	9.4	7.7	3.8	6.6	5.9
国民所得	19.7	10.2	9.4	4.2	5.1	4.0	3.6

出所) 厚生統計協会編「保険と年金の動向」1989年版。

医療費は、全体として国民所得の増加率を上回る勢いで増加していることがわかる。この結果、医療費の対国民所得比は1970年から1987年の間に4.1%から6.6%へと増加した。医療費の増加にかかわる要因は種々指摘されているが³⁾、ここでは以下の点を簡単に指摘するに止めておきたい。

一つは、医療保険制度の給付条件の改善による受診の増加である。たとえば、1973年に始まった老人医療費支給制度(老人医療無料化)によって、受診抑制状態に置かれていた高齢者の受診が増加したこと等である。給付条件改善による医療費の増加は、特に1970年代に顕著である。

第2は、医療技術の進歩に伴う投薬や検査等の費用の増加である。

3) 里見賢治氏は、医療費増加のかなりの部分はインフレーションによることを明らかにしている。里見賢治「国民医療費の上昇とその要因」、49頁以下。

表2 年齢階級別1人当たり一般診療費（1987年度）

	1人当たり 診療費(千円)	一般診療費 推計額(億円)	構成割合 (%)	人口割合(%) (1987年10月1日)
総数	129.4	158,163	100.0	100.0
0～14歳	47.2	11,682	7.4	20.1
15～44歳	62.5	33,787	21.4	44.2
45～64歳	168.6	50,801	32.1	24.7
65歳以上	464.6	61,894	39.1	10.9

注) 四捨五入のため、端数が合わないことがある。以下同様。

出所) 厚生統計協会編『保険と年金の動向』1989年版。

そしてこの間に進んだ人口の高齢化の影響である。表2を見れば明らかのように、65歳以上の高齢者一人当たりの一般診療費は、1987年度で46万4千円余りであり、総人口平均の4倍弱に相当する。老年人口比率の高まりとともに今後も医療費は増加することが予想される⁴⁾。

II 国保財政の危機と制度間財政調整

この間、医療費増加の影響を最も強く受けてきたのは、国保である。それは、国保が被用者保険と比べて財政的に脆弱な基礎のうえに成り立ってきたためである。

1 医療費の増加と国保財政の危機

国保制度は、国民皆保険制度の一環として1961年に制度的に確立したが、発足の当時から財政基盤が十分でなかった。それは、国保が被用者医療保険に加入することのできない人々、すなわち農林水産業者、自営業者、零細企業被用者、無職者等を被保険者としてきたからである。このため、被保険者の所得水準が相対的に低く、また被保険者に占める高齢者の割合が高いという特徴をもってきた。

4) 日本大学人口研究所の最近の推計によると、2025年における医療費は約119兆円、国民所得比で9.04%、医療費に占める65歳以上の医療費の割合は58.71%である。「週刊社会保険」社会保険法規研究会、1990年8月20日号、40～45頁。

表3 主要医療保険被保険者の年間平均所得・保険料等の比較

	1981年度	1982年度	1983年度	1984年度	1985年度	1986年度	1987年度
国民健康保険							
年間所得 千円	1,678	1,688(0.6)	1,725(2.2)	1,792(3.9)	1,868(4.2)	1,995(6.8)	1,993(-0.1)
保険料(税)年額 円	100,319	103,429(3.1)	107,096(3.5)	109,320(2.1)	121,146(10.8)	131,381(8.4)	141,171(7.5)
保険料負担率 %	5.98	6.13	6.21	6.10	6.48	6.58	7.08
政府管掌健康保険							
年間所得A) 千円	2,080	2,198(5.7)	2,275(3.5)	2,371(4.2)	2,488(4.9)	2,560(2.9)	2,619(2.3)
保険料年額B) 円	89,123	94,985(6.6)	98,274(3.5)	100,541(2.3)	105,824(5.3)	107,711(1.8)	110,223(2.3)
保険料年額C) 円	178,246	189,969(6.6)	196,547(3.5)	201,081(2.3)	211,648(5.3)	215,421(1.8)	220,446(2.3)
保険料負担率B/A %	4.28	4.32	4.32	4.24	4.25	4.21	4.21
組管管掌健康保険							
年間所得A) 千円	2,718	2,849(4.8)	2,930(2.8)	3,115(6.3)	3,233(3.8)	3,314(2.5)	3,383(2.1)
保険料年額B) 円	87,290	93,142(6.7)	97,483(4.6)	101,976(4.6)	107,626(5.5)	111,103(3.2)	113,493(2.2)
保険料年額C) 円	204,272	217,709(6.6)	227,648(4.5)	237,749(4.4)	250,076(5.2)	257,219(2.9)	262,133(1.9)
保険料負担率B/A %	3.21	3.27	3.33	3.27	3.33	3.35	3.36

注) 1) 国保の年間所得は、前年の1月～12月の一世帯当たり平均所得であり、地方税法314条2-1に規定する総所得金額及び山林所得金額である。

2) 国保の保険料(税)年額は、一世帯当たり平均年間保険料(税)調定額である。

3) 政管健保・組管健保の年間所得は、各平均報酬月額に12を乗じたものである。

4) 政管健保・組管健保の保険料年額(B)は、被保険者負担分であり、保険料年額(C)は事業主負担分を合わせたものである。

なお、保険料年額(B)は、保険料年額(C)をもとに、当該年度の被保険者負担保険料率により計算した。

出所) 総理府社会保障制度審議会事務局編「社会保障統計年報」1987年版、1989年版、厚生省保険局調査課編「国民健康保険実態調査報告」1986年版、1987年版により作成。

表3は、主要医療保険被保険者の所得状況等を比較したものである。政管健保・組合健保の年間所得と国保被保険者の世帯年間所得とを比べると、国保世帯の所得がかなり低いと言ってさしつかえないであろう⁵⁾。さらに、国保被保険者の所得階級別世帯数の分布（表4）をみると、所得28万円以下の最下層が2割を越えて最も多く、ついで100～200万円の所にもう一つの山があることがわかる。退職世帯の場合は100～200万円の層が最も多くなっているが、逆に250万円を超える層では一般世帯よりも割合が低くなっている。これら世帯の多くが年金生活者であることを考えると当然のことであろう。全体として平均所得が低だけでなく、低所得部分に偏っているのである。

表4 国保所得階級別世帯数の分布（1988年度）

所得階級	全世帯%	一般世帯%	退職世帯%
総数	100.0	100.0	100.0
所得なし	16.5	19.2	8.1
～28万円未満	5.7	5.9	5.2
28万円以上～40万円	3.4	3.5	3.3
40万円～60万円	5.2	5.2	5.9
60万円～80万円	5.7	5.6	6.5
80万円～100万円	6.4	6.0	8.8
100万円～150万円	14.3	12.9	22.8
150万円～200万円	11.8	10.5	18.3
200万円～250万円	8.0	7.6	8.3
250万円～300万円	5.6	5.6	4.0
300万円～400万円	6.3	6.3	4.2
400万円～500万円	3.4	3.5	1.6
500万円～	7.7	8.1	3.0
所得不詳	4.5	5.1	0.4
平均世帯人員	2.51	2.55	1.65

注) 1) 一般世帯とは、国保被保険者のうち退職被保険者等を除いた者により構成されている世帯をいう。退職世帯とは、退職被保険者等で構成されている世帯をいう。

2) 擬制世帯を含む。

出所) 厚生省保険局調査課編「国民健康保険実態調査報告」1988年度版。

5) ここでの政管健保・組合健保の年間所得は、標準報酬月額を単純に12倍したものであり、賞与は計算に含まれていない。したがって、ここでの比較はあくまで大まかなものである。

表5 主要医療保険別高齢加入者の割合

(単位：%)

	国 保	政管健保	組合健保	総人口
1983年度	12.9	5.2	3.9	7.5
	10.6	4.0	2.8	6.4
1984年度	13.3	5.0	2.5	7.7
	11.2	4.1	2.8	6.6
1985年度	14.0	5.4	2.7	7.9
	11.8	4.2	2.9	6.8
1986年度	14.7	5.4	2.8	8.2
	12.4	4.4	2.9	7.2
1987年度	15.4	5.7	2.7	8.6
	12.9	4.5	2.9	7.3
1988年度	14.2	4.5	2.9	7.5

注) 各年度の上段が60～69歳の占める割合、下段が70歳以上の占める割合である。
但し、1988年度については70歳以上の占める割合である。

出所) 厚生統計協会編『保険と年金の動向』1989年版。

医療保険制度研究会編『目で見える医療保険白書』1990年版。

表6 国保世帯主職業別世帯数の構成割合の推移

(単位：%)

世帯主の職業別	1981年	1985年	1988年
総 数	100.0	100.0	100.0
農 林 水 産 業	15.4	13.5	10.2
その他の自営業	32.4	30.1	29.1
被 用 者	31.8	28.7	27.2
その他の職業	5.1	4.1	3.8
無 職	15.3	23.7	29.6

注) 世帯主が被用者保険の被保険者である擬制世帯を除く。

出所) 厚生省保険局調査課編『国民健康保険実態調査報告』各年版。

年齢構成についてみると(表5)、60歳以上の高齢加入者の割合が、被用者各保険よりも圧倒的に高く、かつその差がますます拡大しつつあることが知られる。これは、高齢退職者が無職者となることによって被用者保険から国保に移ってくるためであって、国保の高齢者比率は総人口平均の比率よりもいっそう急激に高くなりつつあることを示している。また、高齢化の影響は、国保の職業別世帯数の構成にも現れている。表6をみると、無職者の割合が急増していることがわかる。他の有職者、とりわけ農林水産業者が産業構造の変化にとまって絶対数のうえでも減少を続けているのに対し、無職者は年金生活者の

増加とともにこの10年足らずの間に割合が倍加し3割に達しようとしている。このことは、国保加入者一人当たりの医療費が相対的に高く、またますます高くなる傾向をもつことを意味している。

社会保険制度を前提にする限り、国保被保険者は他の保険と比べて高い保険料（税）を負担しなければならないことになるが、その保険料負担能力は被用者保険被保険者よりも低い。そのうえ、被用者保険には存在する事業主負担もない。国保は、このような社会保険としての運営を不可能とするような所得・年齢構成の上に組織されてきたのである。このため、国民皆保険の発足にあたって、国保に対しては租税財源による国庫負担（医療費の25%）が設けられるとともに、保険給付水準も被用者保険よりも低く抑えられた（5割給付）のである。その後国庫負担率は次第に引き上げられ1968年には45%となり、保険給付も68年には医療費の7割にまで引き上げられた。しかし、70年代に入って医療費の増加が顕著になって以降も国庫負担率は据え置かれたままであったため、給付費の増加に比例して保険料の引き上げが繰り返されることとなった。高額な保険料のために滞納が増加した。保険料調定額に対する収納額の割合、収納率をみると、73年の96.47%が75年には95.85%、78年94.85%と低下し、さらに81年には93.83%にまで低下している⁶⁾。この収納率の低下に、国保財政の危機が最も端的に現れていると言ってよいであろう。

2 制度間財政調整の導入

こうした国保の財政状況の悪化に対処するため、80年代に入って一連の改革が行われた。

その一つは、83年2月より実施された老人保健制度である⁷⁾。老人保健制度は、成人病予防のための保健事業の制度化等を含むものであったが、その主た

6) 篠崎次男他編『岐路に立つ国民健康保険』自治体研究社1988年、113頁。この点と関係して、最近国民年金の滞納率が急激に上昇し、88年3月末で16.3%となっている点は注目すべきであろう。国保加入者の多くは国民年金加入者でもあるが、このことはさしあたって必要な医療のために少なくない人々が年金欠格者になることを覚悟の上で国民年金を滞納し、国保料を支払っていることを予想させる。厚生統計協会編『保険と年金の動向』1988年版、厚生統計協会、170頁。

7) 老人保健制度、退職者医療制度の仕組みについては、厚生統計協会編『保険と年金の動向』1989年版、が簡潔に説明している。

る目的は、老人医療費支給制度を廃止し患者一部負担を持ち込むことによって老人医療費を抑制すること、および老人医療費に対する医療保険各保険者の拠出金を設けることによる制度間財政調整の実施であった。

第二の改革は、84年10月より実施された退職者医療制度である。この制度は国保の被保険者であって公的年金の受給権を有する高齢退職者とその被扶養者を対象に本人8割、家族7割の医療給付を、退職被保険者の保険料と被用者保険からの拠出金を財源として実施しようとするものであり、被用者保険拠出金をつうじた制度間財政調整の機能をもつものであった。

73年以降行われてきた老人医療費支給制度は、70歳以上の高齢者の医療費のうち自己負担部分を公費で負担する制度であった。この制度自体は自己負担のために抑制傾向にあった老人の受診を容易にしたという意味で画期的な制度の改善であった。しかし、老人医療に対する保険給付とその財源については、各医療保険が財源を負担し給付を行うことになってきたため、高齢者の占める割合の高い国保にとっては大きな負担であった。老人保健拠出金制度は、各医療保険の加入者の年齢構成を調整することを通じて制度間の財政調整を行い、老人医療費負担の制度間格差を是正することをねらいとするものであった。その仕組みを簡単に説明すれば以下の通りである。

- ① 老人医療費の負担割合……医療費の7割を各保険者が負担し、3割を公費負担（国2割、都道府県1/2割、市町村1/2割）とする。
- ② 各保険者が負担する医療費の7割については、これを医療費按分部分と加入者按分部分に分け、医療費按分部分については老人医療費の実績額をそれぞれの保険者が負担する。そして加入者按分部分については各医療保険の老人加入率を全制度の平均加入率とみなして計算するものとされた（図1参照）。

加入者按分率は制度発足当初は本則で2分の1と定められたが政令で86年度まで44.7%とされ、87年1月施行の老人保健法改正により87年1～2月80%、87年～89年度90%と段階的に引き上げられ、90年度に100%とされることとなった。こうして、本年度（90年度）より老人医療費拠出金は加入者按分率のみに

図1 老人医療費拠出金の計算方法

$$\boxed{\text{各保険者の拠出金額}} = \boxed{\text{各保険者の老人医療費}} \times \frac{7}{10} \times A \times \frac{\text{全保険者平均の老人加入率}}{\text{各保険者の老人加入率}} + \boxed{\text{各保険者の老人医療費}} \times \frac{7}{10} \times B$$

↓
1990年度以降

$$\boxed{\text{各保険者の拠出金額}} = \boxed{\text{各保険者の老人医療費}} \times \frac{7}{10} \times \frac{\text{全保険者平均の老人加入率}}{\text{各保険者の老人加入率}}$$

注) Aは加入者按分率であり、83～86年度が44.7%（87年1～2月は80%）、87～89年度が90%、90年度以降100%。Bは医療費按分率であり、それぞれ(100-A)%である。

出所) 厚生省保健医療局老人保健部監修「老人保健法改正点の解説」1987年。

もとづいて負担されることとなった。先の表5で示したように、70歳以上の老人加入率が最も高いのが国保であり、その比率は総人口平均の2倍近くとなっているのに対し、政管健保は平均よりかなり低く、組合健保は平均の2分の1以下である。したがって、加入者按分率による老人医療費の調整は被用者保険の負担によって国保の負担を軽減する効果をもち、特に加入者按分率100%のもとではその財政調整効果は相当大規模なものだと言ってよい。

ちなみに、88年の加入率で試算してみると

$$\text{国保の拠出金額} = \text{国保の老人医療費} \times \frac{7}{10} \times 7.5/14.2 = \text{国保の老人医療費} \times \frac{7}{10} \times 0.528$$

となり、国保の老人医療費負担は拠出金制度が無い場合に国保が負担すべき金額の約52.8%ですむ計算となる。同様に、組合健保の場合には、制度が無い場合に負担すべき金額の約2.586倍の負担をする計算になる⁸⁾。

これらの国保財政の危機打開にかかわる制度改革が、どのような成果をもたらしたのか、またどのような問題を生み出しているか、節を改めて検討してみよう。

8) 老人保健拠出金の計算は、実際にはもっと複雑となる。老人加入率が1%未満の保険者は1%と、20%を超える保険者は20%とする限定があり、また老人保健制度の対象は原則70歳以上だが、65歳以上の寝たきり老人等にも適用される。さらに、一人当たり老人医療費が全国平均を一定以上上回る(1.5倍以上)保険者についてはその上回る部分を調整の対象外としていること等のためである。詳しくは厚生省医療局老人保健部監修「老人保健法改正点の解説」社会保険研究所1987年、参照。

表7 主要医療保険制度の収支状況の概要

(単位：億円・%)

		政府管掌健康保険						組管管掌健康保険						国民健康保険					
		1981年	1982年	1983年	1984年	1985年	1988年	1981年	1982年	1983年	1984年	1985年	1988年	1981年	1982年	1983年	1984年	1985年	1988年
収	保険料(税)	26,426 (69.4)	28,501 (70.8)	29,865 (72.2)	31,293 (61.0)	33,213 (63.2)	37,566 (63.6)	23,964 (91.2)	26,110 (91.4)	27,238 (88.7)	29,491 (90.3)	31,264 (86.7)	36,986 (87.9)	13,086 (34.0)	15,957 (35.6)	16,743 (37.7)	17,780 (37.7)	19,767 (37.5)	25,417 (41.4)
	国庫負担	5,283 (13.9)	5,697 (14.1)	5,933 (14.4)	6,372 (12.4)	5,381 (10.3)	6,991 (11.8)	39 (0.2)	40 (0.1)	40 (0.1)	41 (0.1)	54 (0.2)	115 (0.3)	22,175 (57.5)	25,136 (56.0)	24,113 (54.3)	22,840 (48.4)	23,714 (45.0)	23,507 (38.3)
	積立金受入	-	114 (0.3)	178 (0.4)	41 (0.1)	62 (0.1)	38 (0.1)	-	158 (0.6)	253 (0.8)	240 (0.7)	326 (0.9)	1,287 (3.1)	-	-	-	2,150 (4.6)	2,050 (3.9)	-
	借入金	6,255 (16.4)	5,826 (14.5)	5,232 (12.7)	13,348 (26.0)	13,663 (26.0)	14,080 (23.8)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	その他	133 (0.4)	141 (0.4)	150 (0.4)	238 (0.5)	199 (0.4)	381 (0.7)	2,267 (8.6)	2,267 (7.9)	3,165 (10.3)	2,882 (8.8)	4,431 (12.3)	3,686 (8.8)	3,288 (8.5)	3,792 (8.5)	3,581 (8.1)	4,443 (9.4)	7,230 (13.7)	12,533 (20.4)
	合計	38,097	40,279	41,358	51,292	52,518	59,056	26,270	28,575	30,696	32,654	36,075	42,074	38,549	44,885	44,437	47,213	52,758	61,457
入	給付費	30,333 (79.6)	32,344 (80.7)	28,916 (70.2)	28,573 (58.2)	27,650 (55.8)	31,477 (53.8)	20,471 (86.5)	21,736 (84.9)	20,013 (72.8)	20,106 (69.3)	20,323 (65.1)	23,714 (60.1)	35,351 (95.3)	40,644 (93.2)	28,493 (67.5)	30,183 (66.6)	33,700 (65.3)	40,693 (68.3)
	老人保健拠出金	-	420 (1.1)	5,400 (13.1)	5,396 (11.0)	5,678 (11.5)	9,165 (15.7)	-	290 (1.1)	3,638 (13.2)	4,737 (16.3)	4,561 (14.6)	8,092 (20.5)	-	861 (2.0)	11,207 (26.6)	12,465 (27.5)	14,552 (28.2)	14,417 (24.2)
	退職者給付拠出金	-	-	-	840 (1.7)	1,132 (2.3)	2,091 (3.6)	-	-	-	1,447 (4.5)	1,630 (5.2)	2,282 (5.8)	-	-	-	-	-	-
	借入金償還	7,272 (19.1)	6,704 (16.7)	6,239 (15.1)	13,574 (27.6)	14,160 (28.6)	14,578 (24.5)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	その他	496 (1.3)	614 (1.5)	666 (1.6)	753 (1.5)	923 (1.9)	1,215 (2.1)	3,207 (13.5)	3,579 (14.0)	3,856 (14.0)	2,717 (9.4)	4,695 (15.0)	5,387 (13.7)	1,755 (4.7)	2,127 (4.9)	2,487 (5.9)	2,664 (5.9)	3,396 (6.6)	4,500 (7.6)
	合計	38,101	40,082	41,221	49,136	49,543	58,526	23,678	25,605	27,507	29,007	31,209	39,475	37,106	43,632	42,187	45,312	51,648	59,610
収支差引残		-4	197	138	2,155	2,974	530	2,592	2,971	3,188	3,647	4,866	2,599	1,443	1,254	2,250	1,901	1,110	1,848

注) 1) 収入・支出各項目の上段が金額、下段が構成比である。

2) 組管管掌健康保険の保険料には、調整保険料収入が含まれる。

3) 国民健康保険には、国民健康保険組合を含む。

4) 老人保健拠出金は83年2月より、退職者給付拠出金は84年10月より実施。

出所) 健康保険組合連合会編「社会保障年鑑」各年版による。

Ⅲ 制度間財政調整の現状と問題点

1 制度間財政調整の現状

表7は主要医療保険の80年代以降の収支状況を示したものである。この表によって制度間財政調整の現状を検討してみよう。

まず83年2月より実施され、83年度から本格化した老人保健拠出金の動きをみてみよう。政管健保の場合、老人保健拠出金は82年度の420億円から5,400億円、5,396億円、5,678億円と推移した後、加入者按分率が90%に引き上げられた88年度には9,165億円に増加している。組合健保の場合も同様に、290億円から3,638億円、4,737億円、4,561億円と推移し、88年度には8,092億円に達している。これに対して国保の場合には、82年度の861億円から1兆1,207億円、1兆2,465億円、1兆4,552億円と増加した後、88年度には1兆4,417億円へと低下している。政管・組合健保の拠出金が増加し、わずかではあるが国保のそれが低下した点に財政調整の効果が認められる。

財政調整の効果をより鮮明にするために、調整が無い場合に各保険が負担すべき老人医療費と調整制度のもとでの各保険の負担（拠出金）とを比較してみよう。統計資料の関係であくまで概算にすぎないが、たとえば1983年度の政管健保の拠出金5,400億円を図1の計算方法にもとづいて

政管健保の老人医療費(c)×7/10×0.447×6.4/4.0+C×7/10×0.553
の結果と考えると、調整が無い場合に負担すべき額C×7/10（本来負担と呼ぶことにする）は4,258億円となる。その差額1,142億円を政管健保の財政調整負担額と考えることができる。同様に組合健保について計算すると、拠出金額は3,638億円、本来負担2,310億円、財政調整負担額は1,328億円となる。逆に国保の場合には、拠出金1兆1,207億円、本来負担1兆3,619億円であり、2,412億円の負担減となる。

さらに、調整率が90%に引き上げられた88年度について試算してみると、政管健保：拠出金9,165億円、本来負担5,728億円、差額3,437億円、組合健保：拠出金8,092億円、本来負担3,013億円、差額5,079億円、国保：拠出金1兆

4.417億円、本来負担2兆5,073億円、差額マイナス1兆656億円となる。つまり、約1兆円の財政調整が行われていることになる。88年度の老人保健制度による老人医療費の総額（医療諸費）が5兆19億円であるから⁹⁾、1兆円の財政調整はかなりの大きさだと言ってよい。また老人加入率の違いから生じる当然の結果であるが、被用者健康保険相互にも財政調整が行われていることをみておく必要がある。政管健保は本来負担5,728億円に対し調整負担3,437億円であるが、組合健保は本来負担3,013億円に対して5,079億円の調整負担を行っており、本来負担に対する調整負担の負担率は政管健保よりもかなり高くなっているのである。

退職者医療制度による退職者給付拠出金は、制度新設の84年度以降政管・組合健保ともに増加している。現在のところその拠出金額はそれほど大きなものではないが、今後高齢退職者が増加し順調に退職者医療制度に加入するならば、この面での財政調整効果もある程度の高さに達するであろう。

2 財政調整の問題点

医療保険の制度間財政調整は、かなり大きな調整効果を発揮し医療保険制度の安定化に役立っているかに見える。しかし、当初の目標であった国保の財政状態の改善という点からすると、必ずしもそうではない。

国保の収支状況から言うと、老人保健拠出金が本格化した83年度には確かに給付費と拠出金の合計額は前年度よりも減少し、国保の財政状況の好転が見られないわけではない。しかし、84年度以降は給付費が再び急増しはじめ88年度には4兆円を超える水準にまで達している。これは先の表5でも明らかのように、国保の加入者が高齢層に偏っていることが大きな原因となっている。70歳以上の医療費を制度間で調整したとしても、60～69歳といった有病率の高い部分については十分な調整が行われていないためである。国保加入者に占める60～69歳層の比率は年々増加しているのである。84年度からは退職者医療制度が導入され、この点での調整が行われているが、国保から退職者医療制度への

9) 自治省編「地方財政白書」1990年版、373頁。

移行が順調に進まず当初の予定ほどの調整効果をあげていない¹⁰⁾。

国保の保険料負担は、制度改革にもかかわらず増加を続けている。表7によれば、収入に占める保険料（税）の割合は年々増加し、1988年度には41.4%に達し80年度と比べると7.4%ポイントも高くなっている。また世帯当たり保険料（税）年額をみてみると（表3）、制度改革の行われた83年度以降も年々増加し、特に85年度以降は10.8%、8.4%、7.5%という高率の増加となっている。所得に対する負担率も81年度の5.98%が87年度には7.08%へと高まっている。被用者保険の保険料負担率は、政管健保では横這い、組合健保では制度改革の影響で微増している。これらと比べてみると、国保の負担率が圧倒的に高く、しかもその差が広がりつつあることがわかる。国保と被用者保険の加入者の所得が同じ場合に、どの程度の負担の違いがあるかみたのが図2である。これによれば、国保の場合、年所得435万円で早くも賦課上限の年額40万円に達してしまうのに対し、政管健保の場合、20万7,000円である。同一所得に対する負担率にはおよそ2倍の開きがあることがわかる。このように国保加入者の負担は軽減されるどころか、むしろますます過重化しつつあるといつてよい。

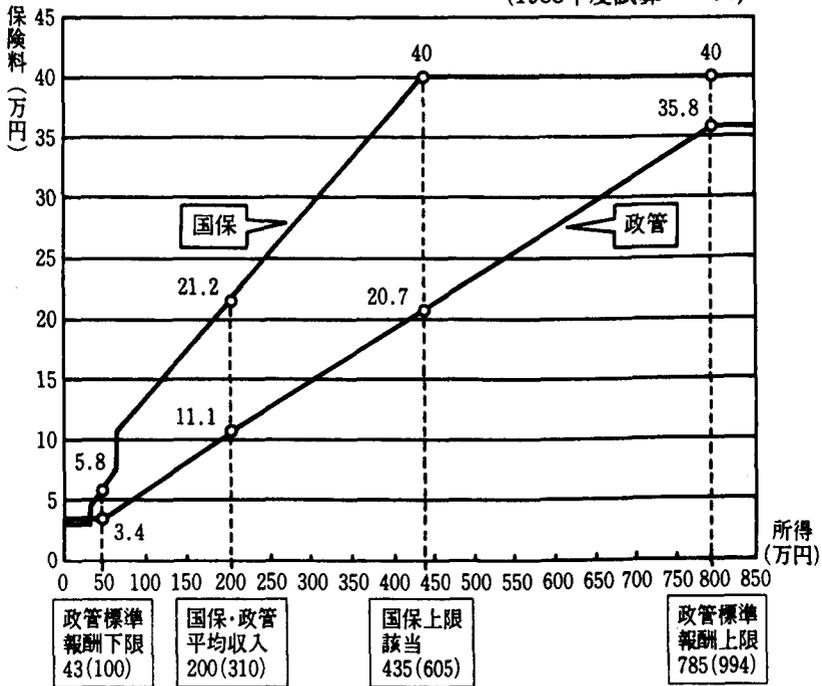
これに対し、国庫負担の方は負担率の低下が顕著である。国保に対する国庫負担をみてみると、83・84年度には絶対額が減少し、85年以降わずかに増加したものの82年度の水準にも達していない。収入に占める割合で見ると減少の程度はいっそう明らかである。82年度の56.0%が83年度には54.3%に低下し、84年度以降は急速に低下して88年度には38.3%と82年度と比べて17.7%ポイントも低下している。

保険料（税）負担の増加とは対照的なこの国庫負担の減少は何故生じているのであろうか。その原因の一つは、国庫負担が国保の医療費に対する定率負担であることである。1984年の退職者医療制度の導入まで、その国庫負担率は45%であった。83年に老人保健制度が設けられ、83年度には被用者保険の拠出金に

10) 厚生省は、当初国保加入者のうち10%が退職者医療制度へ移行するものと想定し、このことを国庫負担率を45%から38.5%に引き下げる根拠とした。ところが実際には該当者の7割程度しか移行せず、この見込み違いが国保運営に大きな混乱と保険料大幅引き上げをもたらすこととなった。篠崎次男他編、前掲書、111頁。

図2 国保と政管の保険料負担の所得階級別比較

(1988年度試算ベース)



- 注) 1) 国保については給与所得世帯で、世帯人員3人のモデルで試算。
 2) 国保税の料率は63年度の全国平均で試算。
 3) カッコ内は収入ベース(所得+給与所得控除)の額。

出所) 井上英夫「国民の健康権と国保「改革」」
 『賃金と社会保障』1990年5月上旬号、9頁。

よって概算約2,400億円の財政調整が行われた(前述の調整額の計算参照)。この2,400億円の全額が被保険者の負担減少に回ったのではなく、計算上はその45%の約1,000億円は国庫負担の減少となったのである。表7における82年度から83年度にかけての国保国庫負担の減少1,023億円がほぼこのことに対応している¹¹⁾。

11) 国保の老人保健拠出金に対して、国は当初55.7%、その後暫定措置として52.3%の国庫負担を行って一定の調整をはかってきた。したがって、一方で財政調整により負担減となり、他方拠出金の国庫負担が生じた点を考慮する必要がある。

84年度以降は、さらに新たな事情が付け加わる。この年から前述のとおり退職者医療制度が実施されたのであるが、これにともない69歳以下の高齢退職者の医療費に対する被用者保険からの拠出が制度化され、拠出分だけ国保の負担が軽減されることとなった。政府はこれを契機に、国保に対する国庫負担率を45%から38.5%へと引き下げたのである。

財政調整による国保の負担軽減を、積極的に国保被保険者の保険料負担の軽減に結びつけるためには、制度の仕組みから言って国庫負担率の引き上げを必要とする。しかし、この間の改革では逆に国庫負担率が引き下げられ、国保被保険者の負担はいっこうに軽くなっていないのである。結局のところ、医療保険の制度間財政調整は、被用者保険の負担によって国庫負担を減らすという効果は発揮しているが¹²⁾、国保被保険者の負担軽減には十分役立たず、したがって国保財政の危機はこれによつては解決されないと言わなければならない。むしろ世代間の負担の公平の名のもとに、医療保険の相扶共済機能の強化、社会保険方式の徹底化がはかられていると言ってよい。

おわりに

以上、医療保険の制度間財政調整について検討し問題点を指摘してきた。制度間の調整にもかかわらず、依然として制度間の格差は解消されていない。所得に対する保険料（税）の負担率の格差がその最大のものであるが、これ以外にも給付率の格差という大きな問題が存在している¹³⁾。これらの格差は、わが

12) 制度間財政調整が国の財政負担の削減のために用いられるという恐れは、少なくない論者によつて指摘されていた。たとえば、藤田晴氏は制度間財政調整を支持する立場に立ちつつも、調整はあくまで被保険者の負担軽減を趣旨として行われるべきであり、これを医療保険国庫負担の節約手段とする財政至上主義は制度のあり方をゆがめる恐れがある、と指摘している。藤田晴、前掲書、143頁。

13) 医療費に対する保険給付は、被用者保険が本人9割、家族7割（入院8割）であるのに対し、国保の法定給付は世帯主・家族とも7割である。また被用者保険の場合には、自己負担の一定部分に対し事後的に現金給付が行われることも多い。被用者保険の休業補償等の各種の付加給付も、国保にはほとんど設けられていない。

国の医療保険がいくつもの制度に分立してきたことと、医療保障が社会保険方式を原則として行われてきたことによっている。こうした格差を解決し、「誰でもいつでもどこでも」という医療保障の原点を実現していくには改革のためのいっそうの努力が必要であろう。最後に、最近の医療保険制度にかかわる政策動向を考慮に入れながら、制度改革の課題について述べておこう。

老人保健制度、退職者医療制度を導入した政府は、これによって医療保険制度の一元化に向けてのステップが踏み出されたとし、医療費の適正化と給付と負担の公平をさらに進めるため昭和60年代後半のできるだけ早い時期に一元化を完成させるとしてきた¹⁴⁾。その一元化とは、医療保険各制度の枠組みは残したまま制度間及び制度内部での財政調整を強化するとともに、給付率を全制度を通じて8割程度に統一するというものである。こうした政策の方向から、この間国保の収納率向上対策¹⁵⁾や地方自治体を含めた高額医療費共同事業、保険基盤安定制度による保険料軽減措置への自治体の組み入れなどが行われてきた。こうした一元化の方向は、結局のところ8割という低い水準で給付率を統一し、国庫負担を自治体に肩代わりさせ、全体としては公費負担を削減して保険加入者による相扶共済によって医療保障制度を行うことにいきつかざるをえない。それは、社会保険の建前をとりながらも、国保や政管健保への国庫負担

14) 一元化をめぐる政府の構想については、小淵、前掲論文、36頁以下参照。一元化を含めた医療保障制度の再編計画の基本となってきたのは、86年4月の厚生省の「高齢者対策企画推進本部報告」である。同報告は、①医療保険制度の給付率を8割程度で統一する。②各保険について運営の効率化、医療費の適正化等を徹底するとともに、制度内での共同事業・財政調整を実施する。③国保の自助努力を強化する。そのために、ア)保険料における応益負担の割合を高める。イ)保険料軽減措置の見直しを行う。ウ)収納率向上対策を強化する。エ)国と自治体の役割分担を検討する。④老人保健の拠出金の加入者按分率を引き上げるとともに、老人の自己負担を5%程度の一部負担とする。⑤低所得者向けに福祉医療制度(仮称)を創設し、現行の公費負担医療、生活保護の医療扶助制度を見直す、などの制度改革を構想している。

15) 国保の収納率向上対策・医療費抑制対策が、国保加入者からの保険証の取り上げ(保険証未交付)や市町村間での医療費抑制の競いあい(国保安定化計画)などの問題をうみ出していることについては、小淵、前掲論文において徳島市の実態を含めて検討している。また、この間東大阪市、和歌山市、松山市等で巨額の国保財政調整交付金の不正受給問題が明るみに出た。この問題は、収納率の高低によって国の支出する財政調整交付金を増減するという制度に起因している。収納率を向上させるために、収納率の分母に当たる収納すべき額から住所不明者等の収納困難な被保険者からの保険料を除いて計算していたのである。不正は問題としても、制度自体の弊害も指摘されねばならないであろう。

の拡大等によって医療保障を充実させてきた戦後の社会保障制度の成果を破壊するものと言わなければならない。しかし同時に、社会保険方式の徹底には大きな無理が存在することをみておかなければならない。加入者按分率100%実施に対しては、健康保険組合連合会や経営者団体、労働組合に強い抵抗があり、これら団体からは老人保健制度の公費負担を現行の30%から50%に引き上げるよう要求する動きがでてきている。社会保障制度審議会の意見「国民健康保険制度の長期安定確保策について」（89年12月）は、社会保険制度を基礎とするとの立場からではあるが、国保の保険料負担能力の低下と老人保健制度の困難を認識し、公費負担の拡充をはかるべきである、との見解を示している。また、当然のことではあるが、国保保険料の負担過重に反対する運動も根強く行われている¹⁶⁾。

このような状況を踏まえて医療保険制度の改革をさしあたっての改革に限定して考えるとすれば、以下の点を早急に実施することが必要であろう。

第1に、国保の保険料負担を引き下げることである。国保保険料（税）の負担過重は、社会保険方式の限界を示すものであり、引き下げは制度間財政調整によってではなく、租税を財源として国保に対する国庫負担を増額することによって行うべきである。負担の公平の観点から、国保保険料（税）の賦課方式を手直しし、応益割を増やそうとする動きは負担の逆進性を高め、制度間の負担格差をますます拡大することになる¹⁷⁾。

第2に、医療保障のための財源を拡充することである。このためには不公平税制の改革が不可欠である。法人税制における中小法人と大法人との負担の不

16) 国保料引き下げ要求運動等、高額化する保険料をめぐる運動が、小川政亮監修「国民健康保険権利必携」（『賃金と社会保障』1990年7月下旬号、労働旬報社）に紹介されている。

17) 現在の国保料（税）は、大きく応能割部分と応益割部分とからなっているが、この比率5対5（標準賦課割合）を変更し、応益割の比率を高めるべきだとの見解は、既に前述の「高齢者対策企画推進本部報告」に盛られていたところである。いずれにせよ、負担能力の乏しい国保の内部で負担配分をあれこれ変更しても問題が解決するとは思われない。たとえば、岡崎昭氏は応能割の一種である資産割の強化を主張し、現金での支払いが困難な低所得者については資産信託方式で支払わせることが可能だという、大胆な見解を提起している。国保の内部だけで問題を考えれば、こうした見解も出てくるのであろうか。岡崎昭「国民健康保険の保険料賦課方式」『季刊社会保障研究』第25巻第3号、社会保障研究所1989年、278頁以下。

公平、所得税の総合累進課税の不徹底、キャピタルゲインの極めて低率の課税などの不公平の改革をはかることである。消費税のように逆進性の強い間接税は、社会保障の趣旨からいって適当ではない。今後、高齢化がますます進むことを考えると社会的負担は増加せざるをえないが、年金を含めてこれを保険料で賄うことは応能負担の原則からいって問題が多すぎる。

第3に、給付水準の高位平準化である。現在の政府の計画では8割に統一することになっているが、それは被用者保険本人の9割給付を引き下げることの意味している。

以上の改革でさえ、この間の行財政改革の進み方を考えると容易ではないであろう。しかし、医療費の増加と高齢化が並行して進むことは確実であり、その費用負担が公的にであれ私的にであれ高まらざるをえないとすれば¹⁸⁾、所得の垂直的再分配の機能をもつ租税による負担を強化することが適当であろう¹⁹⁾。

18) 医療費の公的負担の削減は、個人がそのために必要な受診を減らすことがない限りは、個人の負担に転嫁されることになる。問題は、医療費の負担をどのように配分するかである。この点で、租税による公的負担が適当であることを論じたものに、里見賢治「医療保障政策の動向と国民医療費」がある。また、高齢化による社会保障の費用負担に社会が耐えうることを検討したものとして川口・川上、前掲書をあげておきたい。

19) 里見賢治氏は、医療保険の療養の給付と所得比例型の給付（休業補償等）とを分離し、前者は租税方式に移行させ、後者は社会保険方式を継承して再編成するよう提言している。里見賢治、前掲論文、68頁以下。