

### 3 医療保険財政システムの課題

龍星出版

二〇〇五年三月

一 圓 光 彌

(関西大学)

#### 1 社会保険の保険原理と扶助原理

すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を保障されている。そのため国は、すべての生活部面について、社会保険等の向上および増進に努めなくてはならない。とはいえ、社会保険は、すべての国民に直接生活手段を提供しているわけではない。通常は、人々は仕事を通して所得を得て、本人や家族の生活を維持している。このような通常の生活維持に困難をきたした場合に、国家が介入して最低限度の生活を保障するのが社会保険だということになる。したがって社会保障の第一の目的は、自ら生活を維持できない人に対して最低限度の生活を保障することであり、そのための手段として、生活保護がある。

ところでわれわれは、生活困難に陥ることのないように普段から備えをしている。だから国は、結果として生活困難に陥ってしまった人を救済して最低生活を保障するだけでなく、それを防ごうとする人々の具体的な努力を支援したり強化して、人々が生活困難に陥るのを防ぎ、そうすることで人々に最低限度の生活を保障することもできる。社会保障の一翼を担う社会保険は、こうした目的のための制度

であるといえる。

したがって社会保険は、一方の極では、企業の福利厚生制度を強化したり民間保険に補助を与えて強制適用するといった、きわめて民間の制度に近い仕組みをとることもある。その場合には、その運営原理は保険原理に近いものとなるであろう。しかし、純粹に保険原理を適用するだけでは生活保障の目的を達成することができないので、社会保険は、発展するに従って次第に扶助原理を強化する形で修正されるようになる。このような社会保険の発展を最初に理論的に捉えたのは、第二次大戦前のILOの専門家たちであった。<sup>(1)</sup> 今日では、日本の医療保険を含め多くの国の医療保険制度は、扶助原理を大幅に取り入れるようになってきている。そして、扶助原理をさらに強化した形態の税方式の医療保障制度を持つ国も少なくない。

このように、実際の社会保険は、保険原理の要素も扶助原理の要素も兼ね備えている。しかもその要素は、拠出や給付の様ざまな仕組みを通して複雑に機能しているもので、例えば保険料に大きく依存しているからといってそれだけ保険原理が強いなどと単純に捉えることはできない。同時に、保険原理と扶助原理のどのような組合せが望ましいかを一般論として論じること困難であろう。<sup>(2)</sup> どのような社会保険が最適であるかは、それぞれの国の、社会保障の伝統や発展段階によると考えられる。

明らかなことは、社会保険はそもそも保険原理と扶助原理との折衷制度として発展したものであって、その点に社会保険の社会保険たる所以があるのであって、両原理が混在していることそのものは決して問題ではないということである。例えば、両原理の混在が不合理であるとして、基礎年金は扶助原理(税方式)で報酬比例年金は保険原理(社会保険)でというように区別しなければならぬとか、同じく医療については、高齢者医療保険は扶助原理(税方式)に委ねてそれ以外は保険原理(国庫負担無しの

社会保険)で運営するべきであるというように、社会保険における両原理の混在そのものを問題として捉える議論があるが、それは社会保険の基本的な特徴を無視した議論であるといえる。<sup>(3)</sup>問題があるとしたら、両原理の混在自体ではなく、保険原理の扶助原理による修正が、合理的でなかったり、公平でない点であろう。

社会保険における両原理の関係は多様であるということを確認した上で、扶助原理を一層強化するのが望ましいと考えるか、反対に扶助原理が機能する領域を狭めたほうが良いと考えるかは、考え方の違いである。一般論としていえば、保険原理が強いほど、より高い給付水準を約束でき、反対に扶助原理が強いほどより広い救済が可能となる。例えば、保険原理の側面が強く残る所得比例の年金は従前の生活水準を保障することができるとし、扶助原理が強まると、無年金や無保険の問題はなくなる反面、所得の高い人に対する給付が支給停止されたり、高所得者により高い患者負担が求められたりするようになる。

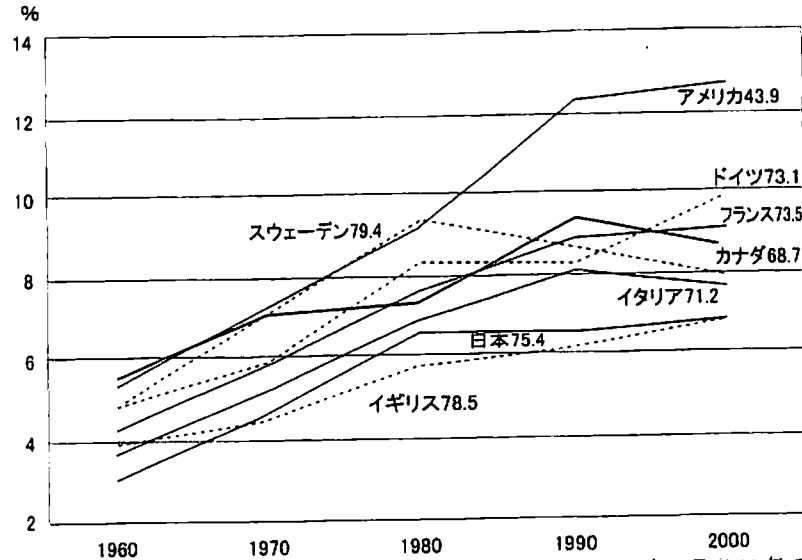
現実の社会保険をめぐって、社会保障の対象領域が広がりすぎたのでこれをある程度制限し、民間保険の領域を広げるべきだという議論があるが、これは社会保険が果たしている保険原理の強化やその切り離しを主張する考えであるといえる。年金のうち報酬比例部分を民間に委ねる考えや、医療保険で公私混合の医療を拡大する考えがこれに当たる。これに対して、著者は、医療保険の財政システムに関して、より一層扶助原理を強化する必要があると考えている。その理由は、医療は、支払能力や個人の好みに応じて提供されるものではなく、必要に応じて平等に提供されなくてはならないサービスだからであり、貴重な医療の資源を社会全体で効率的に用いることがますます重要になっているからである。次に、この点について検討しておこう。

## 二 医療の特徴

社会保障は、人々が生活困難に陥らないようにするための制度であるが、人々が生活困難に陥る原因には、大きく分けて二つある。一つは定期的に入っていた収入がなくなったり少なくなる場合で、もう一つは必要不可欠な特別の高額な出費が生じる場合である。失業や退職が前者で、医療や介護の出費は後者である。このうち定期的な収入の中断や喪失については、一定の所得を保障することによって最低生活の維持は可能となるが、医療や介護の出費については最低限度の給付額を決めておくことなどではきかない。医療費はしばしば何か月もの生活費に相当するほど高額になるし、何年分にもなることも珍しくない。しかもそれが保障されないと、生活そのものが維持できなくなる。このように、医療や介護のサービスが提供される原因となる病気や障害とは、人が生活を維持するのに必要不可欠な条件を欠く事態であり、そのような生活維持能力の欠如を補って、通常の生活が維持できるための条件を確保するのが医療や福祉のサービスであることができる。

このように、社会保障にとって医療とは、生活を維持するための基礎的な条件を確保することであるが、それを達成するためには、専門家による医学的な診断とそれに基づく専門的なサービスの提供が必要になる。そして、ヒポクラテスの誓いで宣言されているように、診断に基づいてなされる医療には、そもそも患者の身分や支払能力による差はあってはならないから、「最低生活の保障」という時に使われるのと同じ意味での「最低」の医療はなく、また反対に、「贅沢な」医療も「豪勢な」医療もありえない。贅沢さは、例えば入院時の個室のように、医療とは直接関係のない療養環境などについて当ては

図一 主要国の総医療費の推移（対国内総生産比）



注 2000年のデータは、実際にはドイツ98年、スウェーデン96年、日本99年である。国名の後の数字は最新年の公的医療保障費の総医療費に占める割合(%)である。

(資料) OECD Health 2002

なった。医師のいないところに医師が派遣されるようになることで、地域住民は計り知れない利益を得ることができた。医療サービス供給量の拡大が、人々に大きな利益を与えることになった。

こうした事情は、程度の差こそあれ、他の先進諸国でも同じであった。ヨーロッパでも、第二次大戦後医療保障制度の整備が進められ、それと同時に供給体制の整備が進められた。しかし、病床数や医師数は、いつまでも増やすことはできないし、増えただけの効果も期待できなくなってきた。ヨーロッパでは、七〇年代に入ると、病床や高度の医療施設の適正配置を図る規制が実施されるようになる。こうして、医療費をどう抑制するかが医療保障政策の主要課題となるようになった。

図一は、主要国の総医療費の対国内総生産比を一九六〇年から二〇〇〇年までの

まることがあっても、医療そのものについては金持ちの医療も貧乏人の医療も同じはずである。<sup>4)</sup>

このように、医療は本来、平等であることを指向するサービスであるので、医療保障の制度設計においても、出来るだけ平等なサービス提供が実現するように目指すことが求められる。社会保障の中でも医療に関していえば、人々に平等に適正な医療を保障することが、「健康で文化的な最低限度の生活保障」の具体的な中身でなければならぬ。現実には、社会の資源に限りがあるので、限られた医療資源を用いて人々の医療ニーズをどのように公平に効果的に充足するかが医療保障政策の課題となる。

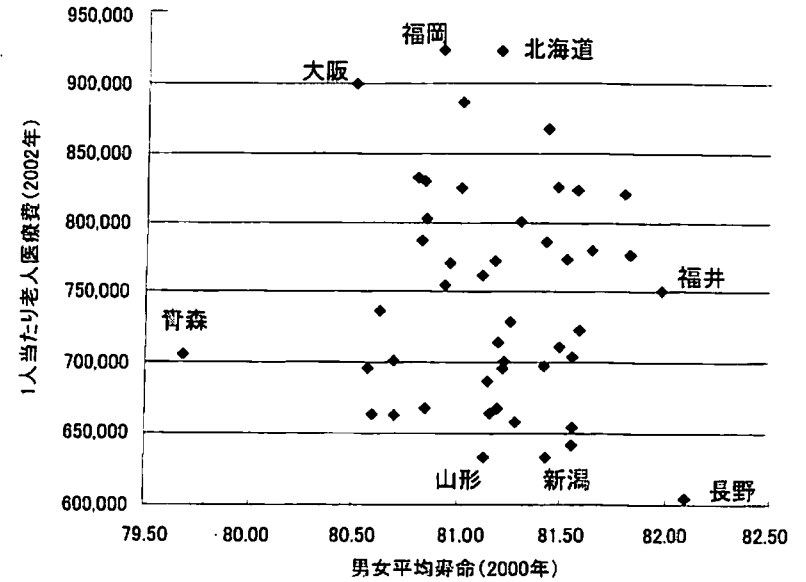
### 三 医療保障をとりまく環境の変化

医療が本来的に平等を指向するものであるとはいっても、身分の差があった時代や貧富の差が激しい時代には、医療を受けられる人とそうでない人とがあったことは明らかであろう。社会全体が豊かになって、多くの人が医療を受けられるようになってはじめて受診機会の平等も実現可能となる。そして、そのために大きな役割を果たしたのが、医療の需要側の条件を整備する社会保険であった。

日本では、医療保険は一部の肉体労働者を対象に一九二七年に発足した。医療保険が一部の労働者を対象としている段階では、労働者に休業中の賃金を保障し、かかった医療費の負担を軽減することが主な目的で、医療提供の公平性などが問題となるわけではなかった。しかし、戦後の一九六一年に皆保険が達成され、全国民が医療保険制度に加入することになると、誰もが医療を受けられる供給体制の整備が問題となるようになる。国民皆保険は、日本の医療保険の課題を大きく飛躍させることになった。

皆保険は、医療不在の地域の解消という課題を突きつけ、医療機関や医師数をどう増やすかが課題と

図—2 都道府県別寿命と老人医療費



四〇年間について示したものである。医療供給を大きく市場に委ねているアメリカを除けば、他の国は一九八〇年代以降医療費の伸びを抑制している。また、図—2では、健康の指標の一つである寿命と老人医療費の関係を、都道府県別のデータで示している。長野県は、一人当たり医療費が最低でありながら高い健康水準を達成していることで知られるが、この図でもそれが示されている。かつてのように、医療供給が増えれば増えるだけ人々の福祉水準が向上するといった状況にないことは明らかであろう。人口の高齢化とも関係して、感染症中心の疾病構造は成人病・慢性疾患中心の疾病構造に変わり、予防的な保健事業や生活習慣の改善による健康の維持が重視され、医療の中でもプライマリケアの役割が重視されるようになっていく。それとともに、生活の質を改善する福祉の役割も重要になり、保健事業や福祉サービスの充実が医療費の適正化にも効果があることが知られるようになった。

医療のあり方が、こうした住民による健康増進の

活動や福祉の活動と密接に関係してくるようになると、医療給付のあり方も、あるいは医療供給のあり方も、保健や福祉と関連付けて、地域ごと（あるいは職域ごと）に取り組まなければならないことになる。こうして、保険を経営する主体である保険者の役割が重要になる。

少しデータは古くなるが、加入者が三六〇〇万人にもなる政府管掌健康保険と、職場で組織されている組合管掌の健康保険とについて、一五〜六九歳の被保険者本人と〇〜六九歳の被扶養者の一人当たり医療費を一九九四年までの一〇年間で調査したところ、年齢構成の違いを捨象して、組合の方が被保険者で一三％、被扶養者で五％医療費は低くなっていた。保健事業等を除けば、現行法制の下では健康保険組合にも保険者機能を発揮できる余地はあまりないのであるが、それにもかかわらずこうした差が出ていることは重要である。

介護保険が導入される際に、介護保険は地方自治の試金石になるといわれたが、同じようなことは医療についても当てはまる。地域や職域の取り組みが、被保険者の保険料負担や給付水準に反映するような仕組みが必要になっている。

#### 四 リスク構造調整の必要性

以上のように、現在の医療保障制度では、個別保険者ごとの主体的な取り組みが必要不可欠になっているのであるが、他方、個々の保険者の財政力は、保険者の間で大きく異なるようになっていく。言い換えると、個別の保険制度の中で扶助原理を生かすだけでは十分でなく、皆保険体制下の全保険者の間で合理的な助け合いの機能を果たさなければならなくなっている。

図-4 中央基金を通しての財源配分

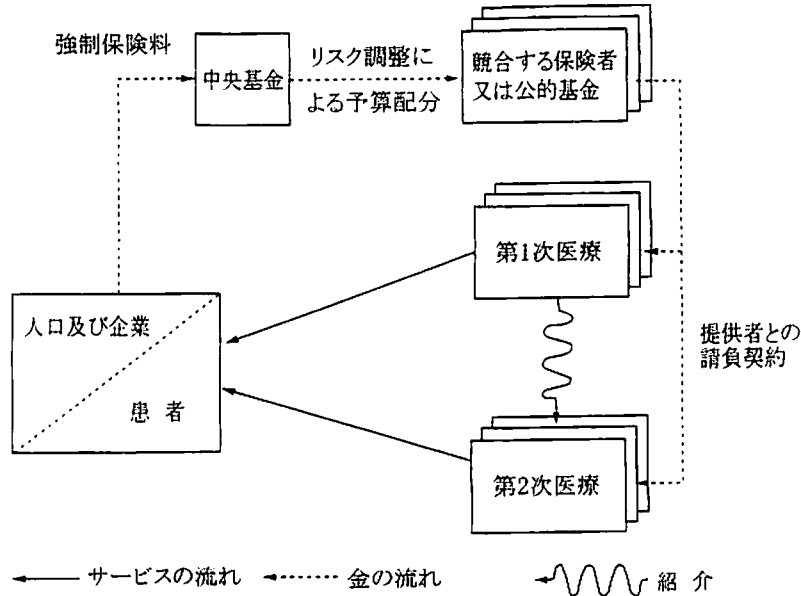
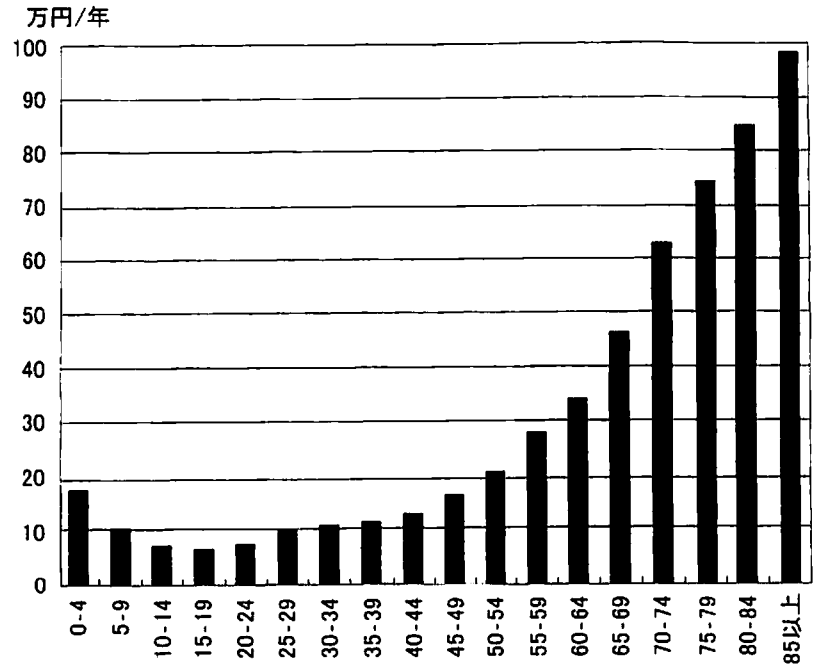


図-4は、ヨーロッパで最近見られるようになった医療保険の財源システムのモデルを示している。医療保障のための保険料や税が一度中央の基金に集められ、各保険者にその加入者のリスク構造に応じて公平に予算配分されることになる。表-1は、主要国で、実際に医療保障の財源が各保険者（医療保障の実施主体）に対してどのよう

に配分されているかを示したものである。加入者のリスクに応じて予算配分している国が多いことが明らかである。

図-4は、ヨーロッパで最近見られるようになった医療保険の財源システムのモデルを示している。医療保障のための保険料や税が一度中央の基金に集められ、各保険者にその加入者のリスク構造に応じて公平に予算配分されることになる。表-1は、主要国で、実際に医療保障の財源が各保険者（医療保障の実施主体）に対してどのよう

図-3 年齢階級別1人当たり国民医療費（2000年度）



財政力に影響する大きな要素は、保険加入者の年齢構成である。図-3では、二〇〇〇年度における年齢別の一人当たり医療費を示している。人の一生が八〇年として、約二二〇万円の生涯医療費がかかるが、そのうち七〇歳以上で約三割、六五歳以上で約四割、六〇歳以上で約五割を支出し、生涯医療費の半分近くは、年金生活に入ってから支出する形になる。言い換えれば、われわれが働いている間に支払っている保険料の大部分は、年金などと同じように、現在の高齢者の医療費を賄うために使われているということになる。健康保険や共済組合の被保険者は、退職すると国民健康保険に移行するが、これが国民健康保険の財政を困難にする要因になることは明らかであろう。

このように、現在の医療保険は、自分が属している医療保険制度内で収支のバランスが取れているだけでは、国全体の医療保障体系の下で相應の役割を果たしているということにはならない。自分がどの地域や職域の医療保険に属しているように、全国の高齢者の医療費を賄うためにも、所得に応じた公平な保険料の拠出が求められるようになってきている。その上で、すでに述べたように、各保険者にはその加入者の医療ニーズに応じて医療給付のための予算が公平に配分されなくてはならない。

ノルウェー	地方政府による税方式	19 地方政府 (地域制度)	年齢、性	死亡率、単身高齢者率、配偶関係	地方の税ベース 50% は DRG による
ポルトガル	地方保健医療当局による税方式	5 地方医療当局	年齢	「医療費相対要因」；糖尿病、高血圧、結核、エイズ	84.5% は過去の実績に基づく配分
スコットランド	保健医療当局による財源配分制度	15 医療当局 (地域制度)	年齢、性	死亡率	地域ごとの費用
スペイン	地方ごとの財源配分制度	7 自治体 (7 地方) (地域制度)			地域間人口移動、人口減少による調整
スウェーデン	ストックホルム病院医療財源配分算定方式	9 医療当局 (地域制度)	年齢、単身、職業上の地位、持家の有無、入院歴		段階的实施
スイス	連邦疾病金庫連合によるリスク調整	疾病金庫 (競争あり)	年齢、性、地方		金庫の所得ベース
ウェールズ	保健医療当局の財源配分算定方式	5 医療当局 (地域制度)	年齢、性	死亡率	人口過疎地域の費用調整
日本医療保険	国庫負担の傾斜的配分あり	職域・地域併用の医療保険	老人医療のみ人口配分	制度の財政力に応じた配分	
日本介護保険	中央政府の予算配分基準	地域保険	2 区分人口による配分		

(資料) Mossialos, Elias et al. eds, *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, 2002, pp.262-263. ただし日本は筆者が作成。

こうした中央基金を通じての財源の配分は、日本でも老人医療費について行われている。また老人保健制度以前についても、あるいは老人保健制度以外についても、国庫負担の傾斜配分という形の制度間財政調整を通して、ある程度なされて来たといえなくもない。しかし被用者制度頼みのこれまでの調整方法は、もう限界に来ている。

一九六一年の皆保険以来の医療保険制度の発展を支えていたのは、被用者保険制度の成長であった。共済保険や健康保険

表一 西ヨーロッパ 20 カ国の財源配分制度の概要

国	財源配分制度	医療保険実施主体	人頭配分：個人レベル	人頭配分：実施主体レベル	その他の要因
オーストリア	全国保険制度	約 20 の疾病金庫 (職域制度)	不採用	不採用	金庫間リスク分散なし
ベルギー	全国疾病障害機関によるリスク調整	100 疾病金庫 (競争あり)		年齢、性、失業率、障害者比率、死亡率、都市化の程度	
デンマーク	地方政府による税方式	16 地方政府 (地域制度)	年齢	年齢、1 人親世帯の子供数	地方の税ベース
フィンランド	国による補助金制度	452 地方政府 (地域制度)	年齢、障害者比率	群島、遠隔地の程度	地方の税ベース
イングランド	財源配分算定方式	100 医療当局 (地域制度)	年齢	死亡率、罹患率、失業率、単身高齢者率、民族的特徴、社会階層	費用差考慮
フランス	地方間財源配分	25 地方 (地域制度)	年齢		段階的实施
ドイツ	連邦保険機関によるリスク調整	疾病金庫 (職域制度、競争あり)	年齢、性		金庫の所得ベース
ギリシャ	全国保険制度	約 40 の疾病金庫	不採用	不採用	歴史的偶然と政治的選択による
アイルランド	地域間財源配分	8 医療機関	不採用	不採用	DRG に基づく診療報酬
イタリア	地方間財源配分	21 地方政府 (地域制度)	年齢、性	死亡率	3 分の 1 は過去の実績に基づく配分
ルクセンブルグ	全国疾病金庫連合	9 疾病金庫 (職域制度)	不採用	不採用	完全なリスク分散制度
オランダ	中央疾病金庫委員会によるリスク調整	26 疾病金庫 (競争あり)	年齢、性、福祉・障害給付受給資格	都市化の程度	金庫の所得ベース
北アイルランド	医療委員会による財源配分算定方式	4 医療委員会 (地域制度)	年齢、性	死亡率、単身高齢者率、福祉給付資格、少子の程度	地域間の費用の差を考慮

の加入者が増えることにより農林漁業従事者など国民健康保険の加入者が減少するとともに、被用者保険制度の高い給付水準に引つ張られる形で国民健康保険の給付水準もそれを支える国庫負担も引き上げられてきた。

一九七三年以降、老人医療費が急増し、老人の加入者が多い国民健康保険の財政を圧迫するようになると、老人医療費を全制度で公平に負担するための老人保健制度が一九八三年より導入されるようになるが、これも要は、被用者の保険料による老人医療の支援であり、成長する被用者制度の財政的な余力を当てにした対策であった。

しかし、こうした牽引車としての被用者保険の役割は、一九九〇年代に入って急速に影をひそめることになる。被用者保険の被保険者数は、一九九七年度の四〇五五万人（被扶養者を含む加入者は八二二万人）をピークに低下し、二〇〇一年度には三八六四万人（七七五二万人）となる。一方、国民健康保険の被保険者は、同じ期間で四三六九万人から四八九五万人にと増加している。

こうした変化は、一九八〇年代以降続いている短時間雇用者の増加など、就業形態の多様化とも関係している。また、年金も含めた社会保険の雇主負担のあり方が、非正規労働者化を進めている面も強い。したがって、パートも含めてすべての就業者が所得に応じて保険料を公平に負担するとともに、所得の低い就業者には自営業者であれ被用者であれ、同じ基準で国庫補助を行うルールを確立することが必要になってくる。

年金保険でも、厚生年金のパート就労者への適用拡大や、制度の一元化が課題となっているが、事情は医療保険にとっても同じことである。

## 五 実例による検証

健康保険を自主運営していた健康保険組合が、本体の企業の経営不振でリストラやパート化や請負化が進むことにより、組合を維持できなくなり、解散を決めるとしよう。

まず、リストラやパート化や請負化で被用者保険に加入できなくなった人々は、多くは国民健康保険の被保険者となるか他の被用者保険の被扶養者となる。給付費に対する国庫負担は、健康保険組合に対してはなし、政管健保には一三%（老健拠出金には一六・四%）、国民健康保険には五〇%であるので、組合から国民健康保険に移行すればそれだけ国庫負担（国民の税の負担）が増えることになる。他の被用者の被扶養者となった場合には、その被用者保険の負担がそれだけ増えることになる。一方、その企業の雇主負担はその分なくなる。また、健康保険組合が解散することによりその企業の被用者は政管健保の被保険者に移るが、それにより雇主は法定料率以上の保険料を払う必要はなくなり、また自動的に給付費に対する国庫負担が付加されるようになることも、もつと大切なことは保健事業を行うなどの経営努力を行うインセンティブが失われる。

以上から、次の点が明らかであろう。一つは、会社でのパートや請負や正職員などの地位の違いにより、本人や雇主の保険料負担に違いが出ないようが必要である。第二に、個人の保険料負担能力により国庫負担を支払うように改め、本人や雇主の負担が被保険者の所属する保険制度で違いがないようにすることが必要である。第三に、各保険者がよりよい経営を工夫するインセンティブが持てるように、各保険者にはその加入者の医療ニーズに応じた標準的な予算が付与され、自主的に運営できる

表-2 2町の国民健康保険の比較 2003年度

	人口	被保険者	老健対象者	老人比率	保険料算定割合 (%)			
					所得割	資産割	均等割	平等割
A町	11,476	4,820	1,739	0.361	37.8	11.2	33.8	17.2
B町	12,480	6,358	1,811	0.285	47.0	10.4	30.8	11.8

	税率				老人医療費 (老健対象者1人 当り)	1人当たり額			
	所得割	資産割	均等割	平等割		保険料	給付費 国庫負担	老人医療費 拠出金	収支差 引残
A町	4.60%	25%	2.3万	2.4万	553,004	61,672	48,954	49,463	4,988
B町	7.20%	25%	3.1万	2.95万	678,462	86,392	58,512	58,056	12,747

(資料) 国民健康保険中央会編『平成15年度版国民健康保険の実態』2004年

ようにすることが大切である。

次に、国民健康保険を例にとって、医療費や保険料や国庫補助の関係を検討してみよう。

表1-2は、兵庫県との隣接する二つの町の国民健康保険の実態を比較したものである。A町もB町も人口や老人保健の対象者についてはあまり違いがないが、国保の被保険者はB町の方が多く、したがって老人比率はA町の方が高くなっている。国保の保険料(税)は、所得や資産に応じて算定する応能負担と、世帯員数(被保険者均等割)や世帯当たり(世帯別平等割)で算定する応益負担とで構成され、市町村ごとに賦課方法が異なっている。例にとった両町は、四つの負担形式すべてを取り入れていて、その点で大きな違いはないが、三方式、二方式を採用するところ、所得割だけのところもあり、同じ所得でも住所を移せば保険料が大きく変わるケースも珍しくない。上で述べたように、こうした保険料(税)の賦課方式は、被用者に対するそれともあわせて、標準化すべきであろう。

例にとった両町の場合、一人当たり年保険料額に二・五

万円程度の差(A町六・一七万円、B町八・六四万円)があり、そのため、所得割はA町が所得の四・六%、B町七・二%と差があり、被保険者均等割や世帯平等割でも差が生じている。被保険者一人当たりにして保険料に四割もの違いがあるが、両町の収支差引残高はA町の〇・五万円に対してB町は一・三万円であり、この点を考慮すれば、両町の実質的な保険料の格差は一・七万円ほどになる。この一・七万円の違いは、主に両町の医療給付費の違いから生じている。

ところで実際には、両町で一般被保険者や退職者の医療費に大きな違いはなかったため、保険料の違いは主に一人当たり老人医療費の違いにより生じていることになる。すなわち、老人保健医療対象者一人当たり医療諸費用はA町五五・三万円に対してB町六七・八万円となっていた。B町の六七・八万円も、全国の基準からすればかなり低い(図1-2参照)、長年町民の健康づくりに取り組み、保健福祉事業に積極的であったA町は、それをさらに一二万円も下回っていた。A町には一七三九人の老人保健対象者がいるので、一人当たり医療費が一二万円安くなるということは、B町と比較して二億円以上の節約を生んだことになる。実際には、老人医療費は全国の全保険制度でその加入者数に応じて負担することになっているので、二億円がそのままA町国保の節約になるわけではないし、国保の予算外でA町は保健福祉事業に多くを支出しているに違いない。

しかし、そうした町をあげての保健福祉事業の強化が、住民の健康増進に結びつき、被保険者の低い保険料を導くような仕組みが国民健康保険に備わっていることは重要である。こうしたメカニズムは、三六〇〇万人を対象とする政管健保では生じようがない。保険者や被保険者の努力が報われるような仕組みを残すことは、医療保障では今後ますます重要となるであろう。この点政府は、将来の医療保険制度の一元化をにらんで、当面都道府県レベルでの保険者の再編を目指そうとしているが、保険者規模の



拡大が保険者機能の強化につながるという単純な発想でこれを進めると、地域や職域の自治による保険運営の推進という、現在の国民健康保険や健康保険組合が果たしている重要な役割を阻害することになりかねない。

両町の国保財政で、注目すべきもう一つの点は、給付費に対する国庫負担である。共済組合や健康保険組合に対しては給付費に対する国庫負担はなく、政管健保に二三%、国保に五〇%（うち一〇%は調整交付金）の国庫負担があるが、なぜ政管に二三%で国保に五〇%なのかは合理的に説明できるものではない。しかも、老人医療費への各制度からの拠出金にも国庫負担が各制度を経由して回っている。また、国庫負担は結果として生じた給付費の一定割合に定められているため、A町のように医療費の節約に努めた保険者は、その分国庫負担も少なくなる。すなわち、表12の給付費国庫負担（二〇%の調整交付金を除いた四〇%相当分）を見ると、A町が被保険者一人当たりにして四・九万円に対してB町は五・九万円になっている。

しかし、人口要因に着目して公平にリスク調整をするのであれば、A町国保の老人比率は三六%でB町国保の二八%を大きく上回っているのであるから、この二町の国保に関して言えば、一人当たり国庫負担額はA町の方が高くなっていなければならない。結局A町は、独自の保健や福祉の事業費を計上して医療費の節約に努めた結果、国保の国庫負担を減らされ、租税システムを通して他の高医療費保険者を支えていることになる。

全国的には、保険者の間で一人当たり医療費にははるかに大きな差があるので、国庫負担を通しての保険者間の移転は上に例示した両町国保以上に大きい。しかもそれは、保険者の医療費適正化努力を阻害する役割を果たしている。こうしたことが起こらないようにするには、すでに述べたように、各保険者に標準的な医療ニーズを満たす予算を配分することが必要である。そして国庫負担は、各保険者の構成員の標準的な医療ニーズと、その保険者の標準化された保険料収入との差を埋めるための財源として用いるようにすべきであろう。政府は、高齢者の医療保険制度として、七五歳以上の人々を対象とする独立した制度を検討しているが、ここで検討したようなリスク構造調整の仕組みであれば、あえて高齢者だけに別の制度を作る必要はなくなるであろう。

(注1) ILO, *Approaches to Social Security: an international survey*, Studies and Reports, Series M (Social Insurance), No.18, 1942. なおこの文献については、次の通り翻訳されている。社会保障研究所編『ILO・社会保障への途』(一九七二年 東京大学出版会)一〇四—一七ページ。

(注2) 保険原理と扶助原理という表現は用いていないが、実際のヨーロッパの国々の医療保障制度に関して、その財源政策の具体的な特徴を分析した文献として Mossialos, Elias et al. eds, *Funding Health Care: Options for Europe*, UK: Open University Press, 2002. がある。一圓光彌監訳『医療財源論：ヨーロッパの選択肢』(二〇〇四年 光生館)を参照いただきたい。

(注3) 日本の社会保険の問題として、保険原理と扶助原理の混同をあげる例として、広井良典(『医療保険改革の構想』(一九九七年 日本経済新聞社)六五—九七ページ)がある。

(注4) 山田雄三は、社会保障のニーズを、「生活ニーズ」、「医療ニーズ」、「福祉ニーズ」に分け、生活ニーズには「最低」の給付ということが政策仮説として成立するのに対して、医療や福祉では、「適正」であることが求められると整理している(山田雄三『社会保障政策論』(一九七七年 東京大学出版会)五六—五七ページ)。

また、一九二八年にニュージーランドで社会保障法が成立した際、現金給付の体系と医療給付の体系との二体系制がとられたことも、ベバリッジの社会保障では、現金給付の保障体系に対して、医療保障はその前提条件として位置付けていたことなども、社会保障に定める医療保障の特徴から生起するものであると考えられ

る。

(注5) 長野県の低医療費の背景に関しては、著者も加わった研究会の報告書(市町村における医療費の背景要因に関する研究会(委員長水野肇)「市町村における医療費の背景要因に関する報告書」(一九九七年 国民健康保険中央会)を参照のこと。

(注6) 一圓光彌「超高齢社会における社会保険のあり方」大橋昭一編著「二十一世紀の大学・企業・社会」(一九九八年 関西大学出版部) 九八ページ。

(注7) 医療保険制度の各制度が、給付と負担に関して、自己完結的でなくなった事情については、一圓光彌「医療保障における世代間移転」『季刊社会保障研究』第三一巻第二号(一九九五年)を参照いただきたい。

(注8) 健康保険組合連合会・国民健康保険中央会「医療保険統計便覧(平成一五年版)」

(注9) 就業形態の多様化と、一元的な保険料徴収方式の確立の必要性については、一圓光彌「就業形態の多様化と個人参加の社会保険―医療保険改革のあり方―」(『経済学論究』第五六巻第三号(二〇〇二年)関西学院大学経済学部)を参照いただきたい。ここでは、一つの例示として、被用者も含めてすべての国民に、国民健康保険と同じような保険料賦課方式を公平に適用した場合について、具体的にその財政効果を試算して検討している。

(いちえん みつやⅡ社会保障論)