

## 国民皆保険としての日本の医療保険制度の財政構造と課題

李 忻\*

### 要 旨

日本は 1961 年に職域ベース或いは地域ベースの医療保険制度に強制加入という国民皆保険の医療保険制度を実現した。しかし、比較的低所得者が多く平均年齢の高い市町村国民健康保険制度（以下市町村国保）や 75 歳以上の高齢者のための後期高齢者医療制度（従来の老人保健制度）においては、保険料収入が低い反面医療費の出費が高いという構造的な特徴を有する。そのためにその運営は財政的に難しい。国民皆保険制度を維持していくには、市町村国保や高齢者の医療制度に対して国をはじめとして、都道府県、市町村からの複雑構造を持つ公費が投入されてきた。さらに、財政的に安定している職域ベースの被用者医療保険制度から市町村国保や後期高齢者医療制度に対する支援金を納付する財政調整の仕組みも導入された。これらの複雑な財政構造の下で、日本は国民皆保険としての医療保険制度を半世紀以上に渡って維持してきた。本稿ではその複雑な財政構造や財政規模を厚生労働省等が発表したデータを用いて明らかにした上で、国民皆保険を維持していくには公費や被用者医療保険制度からの支援金の役割も明らかにした。

キーワード：国民皆保険，財政構造，市町村国保，後期高齢者医療制度，財政調整

### 1. はじめに 日本の医療保険制度の仕組みの整理と問題提起

日本は 1961 年に世界に誇る国民皆保険<sup>1</sup>の医療保険制度を実現した。その仕組みとしては、生活保護の受給者以外の全ての人を対象として、職域ベースか或いは地域ベースの公的医療保険制度に強制的に加入させるものである。職域ベースの医療保険制度としては主に大企業のサラリーマンとその被扶養家族を対象とする健康保険組合制度（以下健保組合）や中小企業のサラリーマン及びその被扶養家族を対象とする全国健康保険協会管掌健康保険制度（旧政府管掌健康保険制度，以下協会けんぽ）、国家公務員，地方公務員，私立学校教職員及びその被扶養家族を対象とする共済組合の 3 つの保険制度がある。これらの職域ベースの医療保険制度はまた被用者医療保

---

\* 日本福祉大学福祉経営学部（通信教育）

1 国民皆保険は慣用語として使われているが、日本の医療保険制度は年金保険制度や他の社会保険制度と同様に日本の国籍は加入要件ではない。日本国籍ではない人は在留期間が 3 カ月を超える場合は市町村国民健康保険制度の加入対象となる。

険制度と呼ぶ。

地域をベースとする医療保険制度としては市町村国保と国民健康保険組合制度（以下国保組合）があったが、2008年度に従来の老人保健制度の廃止に伴い発足した後期高齢者医療制度も地域をベースとする医療制度として加わった。

市町村国保は自営業者、農林水産業者、無職者など、被用者医療保険制度に適用されないかつ生活保護の被保護者ではない当該区域内の全ての住民を対象として、市町村及び特別区が保険者となり、管理運営している制度である。

国保組合は医師、歯科医師、薬剤師、弁護士、理容師、美容師、芸能人、一人親方の大工・左官等の建築請負業者等が、それぞれの職種別に日本全国一本か都道府県別に保険集団を形成する医療保険制度である。

従って、一言ですべての国民を公的な医療保険制度に強制的に加入させると言っても、実に数多くの医療保険集団が存在し、それぞれ医療保険制度を形成して運営しているのが実情である。それぞれの保険集団の加入者の年齢構成や職業、所得等においては大きな違いが存在し、それは各医療保険制度の財政力の格差として表れる。これらの医療保険制度の中で、運営の難易度が高いのは市町村国保と後期高齢医療制度である。市町村国保は、国民皆保険が実現した1960年代には、農林水産業者、自営業者が中心であったが、現在では非正規雇用労働者や年金生活者が中心となっており、全加入者の7割を占めるようになっている。保険料収入においては極めて不安定であり、財政基盤は最も脆弱という財政構造上の特徴を有している。

また、後期高齢者医療制度も同様な財政構造的な特徴によって運営が難しい。何故ならば、一般論的に言えば、ほとんどの高齢者の主な所得は年金である一方、加齢と共に医療サービスに対する需要が高まり、医療サービスへの出費がかさむからである。つまり、高齢者の医療制度の財政的な特徴としては、制度を支える収入としての保険料の設定は低く抑える必要性がある一方、医療費支出の方が高いのである。

しかし、1961年に国民皆保険体制が発足してから既に53年が経ち、この間、高齢者や低所得者を含め、誰もが必要な時に必要な医療サービスを比較的に低い自己負担で受けられることは一時も崩れることなく今日に至っている。日本の国民皆保険の医療保険各制度は財政力において大きい格差は存在しているにも関わらず全ての被保険者が同様な医療給付が受けられることは半世紀以上に渡って維持してきた。このことを可能にした日本の医療保険制度の財政構造及びその財政構造の中で主に市町村国保及び後期高齢者医療制度へ投入した公費の役割を明らかにすることを本稿の目的とする。

## 2. 日本の医療保険制度の現状

### 2 - 1 医療保険各制度の加入者平均所得、保険料と医療費

上で述べられたように、日本の公的各医療保険制度においては大きい財政的格差が存在して

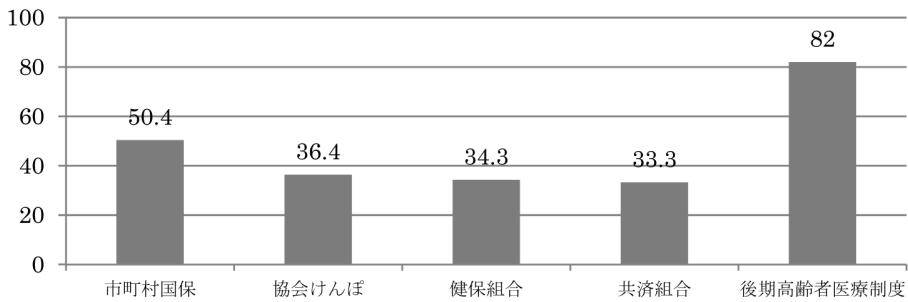


図 1：各医療保険制度の加入者平均年齢 2012 年度（歳）

出所：厚生労働省「我が国の医療保険について - 各保険者の比較」平成 24 年度よりデータ収集，著者作成

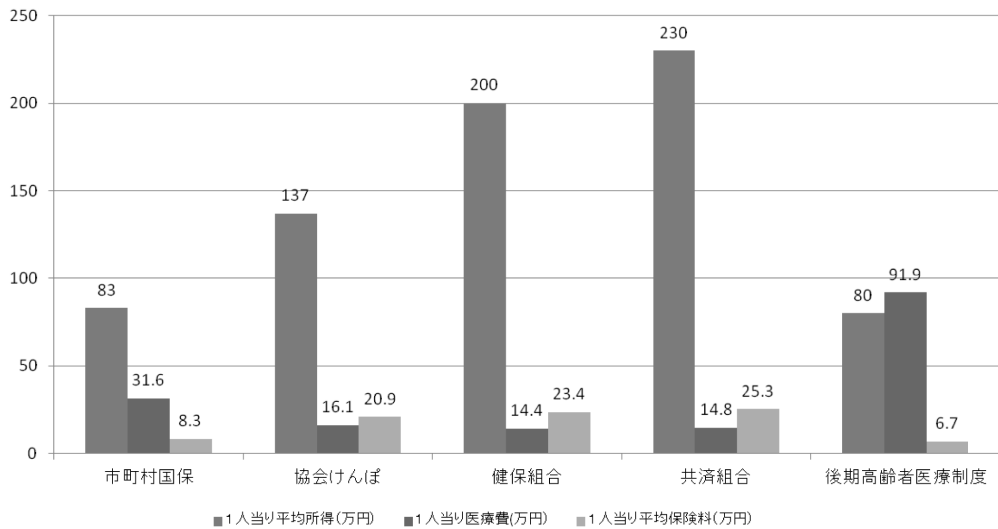
いる。医療保険制度の財政収支に影響を与える主な要素としては加入者の年齢と加入者の所得が挙げられる。年齢が高くなるにつれて、医療費の出費が増えるので、医療保険制度としては運営しにくくなる。また、加入者の所得が低ければ、保険料の収入が不安定になり、財政基盤は脆弱な状況に落ちてしまうのである。では、まずは、日本の公的医療保険制度の各制度の加入者の平均年齢、1人当たり平均所得、1人当たり医療費、1人当たり平均保険料を比較してみたい。図 1 は各医療保険制度の加入者の平均年齢を示している。

2013 年度は市町村国保の被保険者数は約 3800 万人で、平均年齢は 50.4 歳である。協会けんぽは被保険者数は約 3500 万人で、加入者の平均年齢は 36.4 歳で、健保組合は約 3000 万人で平均年齢は 34.3 歳であった。共済組合は約 900 万人であり、平均年齢は最も若く 33.3 歳であった。後期高齢者医療制度は約 1500 万人の被保険者を抱えており、平均年齢は 82 歳である。後期高齢者医療制度は 2008 年度に老人保健制度の廃止と共に発足した 75 歳以上の高齢者を対象とする制度であるが、制度が発足時には全人口の約 10.6% 当りの 1300 万人が加入していた。発足してから 5 年間で約 200 万人が増えたということになり、日本社会は高齢化がさらに深刻になったことを物語っている。

次は図 2 を通じて、2013 年度の各医療保険制度の 1 人当たり平均所得、1 人当たり平均医療費、1 人当たり平均保険料を比較してみたい。1 人当たり平均所得が最も高いのは共済組合であり約 230 万円であった。次に多いのは健保組合であって約 200 万円となっており、3 番目に多いのは協会けんぽの 137 万円となっている。なお、ここでの 1 人当たり平均所得は控除に相当する額を除いたものを年度平均加入者数で除した参考値である。1 人当たり平均医療費においては、最も多いのは後期高齢者医療制度の 91.9 万円であった。その次に多いのは協会けんぽの 16.1 万円となっている。共済組合は 14.8 万円、健保組合は 14.4 万円とであった。

3 つの被用者医療保険制度において、協会けんぽは 1 人当たり平均医療費が最も高くなっている理由の一つとしては平均年齢が 36.4 歳で健保組合より 2 歳、共済組合より 3 歳高いことが影響していると考えられる。

1 人当たり平均保険料では共済組合は 25.3 万円で最も高く、次に多いのは健保組合の 23.4 万円



注1：1人当り平均所得は各種所得控除に相当する額を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

注2：協会健康保険、健康保険組合、共済組合保健の1人当り平均保険料には労使折半の雇い主負担分が含まれている。

図2：2012年度各医療保険制度の1人当り平均所得・医療費・保険料比較

出所：厚生労働省「我が国の医療保険について - 各保険者の比較」平成24年度よりデータ収集，著者作成

であった。この3つの被用者医療保険制度では協会けんぽは20.9万円となっており、最も低くなっている。被用者医療保険制度の保険料徴収においては応能負担の仕組みが徹底されているため、平均標準報酬が最も高い共済組合の保険料が最も高くなっていることはある程度では当然な結果であると言えよう。なお、ここでの保険料は労使折半負担の原則の下で、雇い主の負担分も含まれている。

さらに協会けんぽ、健保組合、共済組合においては、1人当り平均年間保険料は1人当り平均医療費を上回っていることに注目したい。つまり、被用者医療保険制度においては、医療給付に必要な財源以上に保険料の徴収が行われている。このような保険制度は加入者にとっては魅力が乏しい。なぜこのように自らの保険制度の運営に必要な財源以上の保険料の徴収が必要なのだろうか。その理由は地域をベースとする医療保険制度としての後期高齢者医療制度と市町村国保制度の財政構成の特徴にある。被用者医療保険制度で徴収した保険料の一部分は、市町村国保に対しては前期高齢者交付金、後期高齢者医療制度に対しては後期高齢者支援金としてそれぞれの制度に支払われている。

## 2 - 2 市町村国保の加入者の特徴

では、市町村国保の状況を見てみよう。市町村国保は、年間の1人当り平均所得は83万円であって、平均医療費は31.6万円、平均保険料は8.3万円となっている。被用者医療制度と比較すると、平均所得が低く、それに合わせて平均保険料も比較的に低い。年間の1人当り医療費は

被用者医療制度の約 2 倍である。その主な理由としては、図 1 で見て来たように、市町村国保は加入者の平均年齢が 50.4 歳であって、かつ、近年は前期高齢者の約 83% は市町村国保に加入しているからである。

また、市町村国保の平均所得は被用者医療保険制度より大幅に低い原因はその加入者の属性にあると考えられる。厚生労働省保険局の「国民健康保険実態調査」によると、日本は国民皆保険が達成し始めた頃の 1965 年では、市町村国保の加入者は農林水産業者が最も多く 38.9% を占めており、その次に多いのは自営業者で 23.5% であった。三番目に多いのは被用者であり、18.0% であった。

しかし、2012 年度の最新データを見ると、今現在では、最も多くの加入者は無職者であって、39.5% を占めている。次いで多いのは被用者の 31.1% となっている。三番目に多いのは職業不明であり、自営業者は四番目の 11.5% となっており、農林水産業者はわずか 2.4% であった。なお、市町村国保の世帯主の職業別構成の変遷は表 1 に示された通りである。

表 1 を見ると分かるように、1960 年代の経済成長と共に就業形態も雇用労働へシフトした流れの中で、市町村国保の加入者においても、被用者医療保険制度への加入から漏れた中小零細企業の労働者や非正規雇用、短時間雇用労働者の加入が増えた。

1980 年代の半ばからは高齢化の進展と共に、無職者の加入が大幅に増加してきた。ここでの無職者の大多数は高齢者である。このことは、同調査の市町村国保の被保険者の年齢構成で立証できる。図 3 の市町村国保の被保険者（75 歳未満）の年齢構成を通じて確認してみよう。2012 年度の市町村国保の被保険者の 32.9% は 65 歳～74 歳の前期高齢者である。2008 年度に後期高齢者医療制度の発足に伴って、75 歳以上の高齢者は市町村国保から分離された。表 1 で分かるように分離する前の 2005 年度、2006 年度、2007 年度の市町村国保の無職者の割合はそれぞれ 45.4%、46.5%、47.1% であったが、2008 年度に後期高齢者医療制度が発足すると共に、無職者

表 1：市町村国保の世帯主の職業別構成割合の変遷（%）

	農林水産業	自営業	被用者	無 職	不 明	その他
1965 年	38.9	23.5	18.0	6.1	7.6	5.9
1975 年	21.6	29.5	29.0	7.8	7.6	4.5
1985 年	12.0	26.8	30.7	21.2	5.7	3.6
1995 年	7.0	19.5	28.7	35.9	6.5	2.4
2005 年	3.8	12.5	26.2	45.4	9.5	2.6
2006 年	3.4	12.3	26.3	46.5	9.2	2.3
2007 年	3.4	12.1	25.8	47.1	9.2	2.4
2008 年	3.0	13.7	31.0	36.2	10.7	5.4
2012 年	2.4	11.5	31.1	39.5	11.8	3.7

出所：厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」平成 24 年度よりデータ収集著作作成

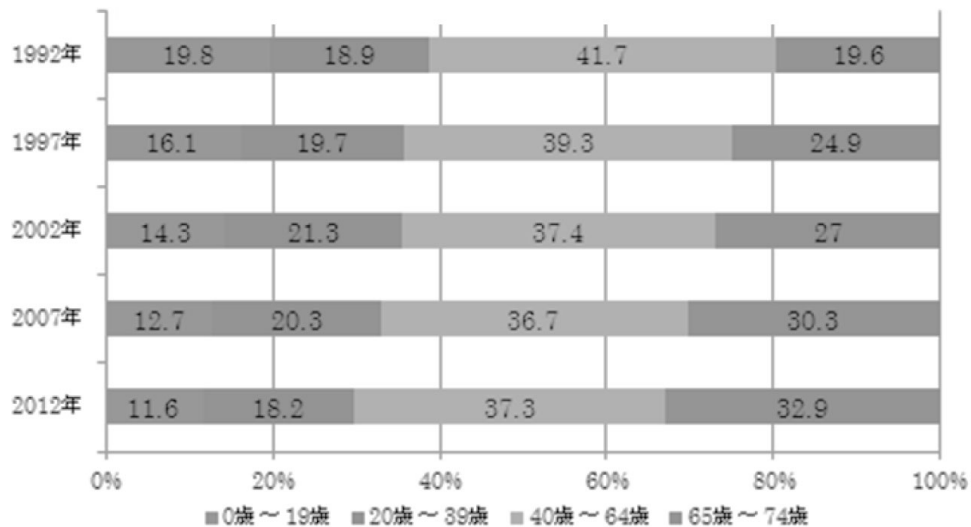


図3：市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成（％）の推移

出所：厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」平成24年度よりデータ収集著者作成

の割合は一気に10.9ポイントを下げ、36.2%となった。これらのことはすべて今日においては、市町村国保の最大の加入者は高齢者であることを示している。

65歳以上の高齢者の所得は基本的に年金であるために、低所得者は多い。このことによって、市町村国保の保険料収入が低く、財政基盤が脆弱の原因となっている。厚生労働省保険局が発表した平成24年度国民健康保険実態調査によれば、市町村国保の加入者全世帯の48.9%の世帯が保険料の軽減が行われている。その48.9%のうちの28.2%は無職者世帯であった。表2は市町村国保の加入者職業別保険料軽減世帯数の割合を示している。

市町村国保の加入者職業別保険料軽減世帯の全体的な特徴としては、軽減の程度の最も大きい7割軽減世帯が多いことと、無職者、つまり、基本的に高齢者世帯の軽減が多いことが挙げられる。

これらの特徴を有する市町村国保においては、財政構造的に自ずと財政基盤が弱くなるのであ

表2：市町村国保の加入者職業別保険料軽減世帯数の割合（％）

	農林水産業	その他の自営業	被用者	その他の職業	無職	軽減総数
2割軽減	0.4	2.0	4.6	0.5	5.2	12.7
5割軽減	0.2	0.8	1.7	0.2	1.9	4.8
7割軽減	0.5	2.0	7.0	0.8	21.1	31.4
軽減総数	1.1	4.8	13.3	1.5	28.2	48.9

出所：厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」平成24年度よりデータ収集著者作成



る。市町村国保の財政は多くの公費の投入がなければ維持できないのである。

### 2 - 3 後期高齢者医療制度の加入者の特徴

図2：2013年度各医療保険制度の1人当たり平均所得・医療費・保険料比較を用いて、後期高齢者医療制度の加入者の特徴について分析してみよう。後期高齢者医療制度の加入者1人当たり年間平均所得は80万円である。それに対して、年間1人当たり平均医療費は91.9万円となっている。つまり、年間医療費は年間所得を11.9万円も上回っている。この状況では、医療制度としては、他の財源による補填がなければ成り立たないことは明白である。医療制度としてだけでなく、生活そのものも成り立たないのである。しかし、実際は医療費の出費としてすべての医療制度において最も多いにも関わらず1人当たり平均保険料は最も低く6.7万円に抑えられている。つまり、後期高齢者医療制度は、加入者の平均所得が最も低く、医療費が最も高く、保険料は最も低く抑えられているという特徴を有している。このような制度が成立するのは多くの公費の投入と他の制度から納付される後期高齢者医療制度支援金による財政支援がなければ不可能である。前の部分でもすでに述べたが、図2を見ると一目瞭然であるように、被用者医療保険制度においては年間の平均医療費を大幅に上回る保険料の徴収が行われている。このように被用者医療制度は余分に徴収した保険料は市町村国保の中の前期高齢者及び後期高齢者医療制度に納付されて、市町村国保及び後期高齢者医療制度の財政を支えている。

## 3. 市町村国民健康保険制度の財政構造

### 3 - 1 近年の市町村国保の経常収入

では、近年の市町村国保の経常収入の内訳を見ることを通じてその財政構造の特徴に迫ってみたい。図4は近年の市町村国保の経常収入の内訳を示している。図4で一目瞭然であるが、市町村国保の経常収支の内訳は保険料、国庫負担、都道府県負担、市町村負担、前期高齢者交付金、退職者交付金、その他のように大変多岐にわたる。前期高齢者交付金は2008年度の前期高齢者医療費財政調整制度の創設によって導入された財源であるため、その前の年度においてはこの分の財源はなかったわけである。また、2006年度、2007年度の経常収入の中で、それぞれ21.2%、21.5%の退職者交付金は、2008年度には一気に7.5%までに減少した。その理由としては、2008年度からそれまでの退職医療制度の対象者のうち65歳～74歳の人は前期高齢者医療制度に移り、退職者医療制度の対象者数は大幅に減ったからである。

2006年度、2007年度においては、保険料収入は市町村国保の財源のそれぞれ31.1%、28.8%を占めている。市町村国保は社会保険制度としての医療保険であるために、公費による財政支援が自ずと必要となるとは言え、保険料の収入30%前後ではかなり低いと言わざるを得ない。従って、市町村国保は保険の原理に基づいていると言うよりも、むしろ、日本国憲法第25条で定められているすべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を保障するという社会保

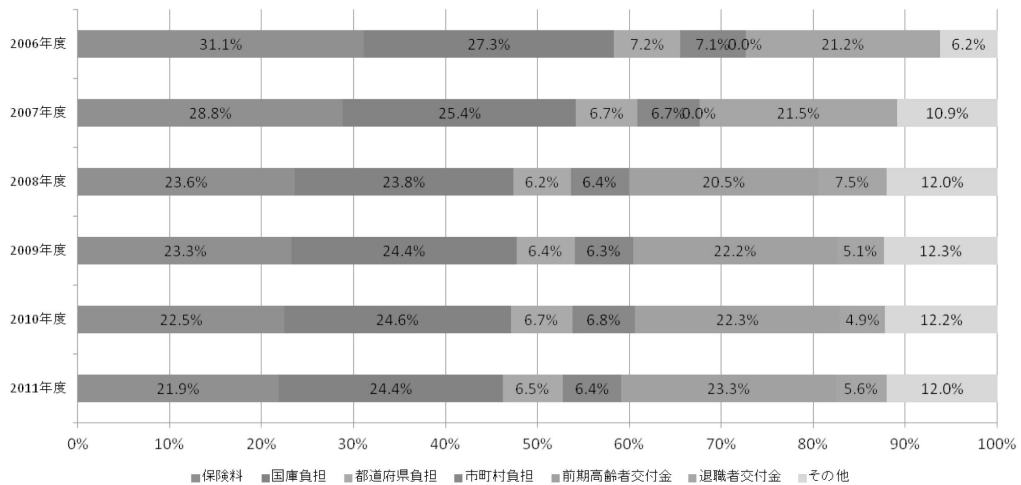


図4：2006～2011年度市町村国保経常収入の内訳

出所：厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」，平成21年1月，平成21年10月，平成22年度～平成25年度よりデータ収集，著者解析，作成

障の理念に基づいていると言った方が妥当である。

しかし、2008年度からは保険料収入の割合がさらに大幅に低下した。その理由を分析すると、主に2つが挙げられる。一つ目としては、2008年度から75歳以上の後期高齢者は市町村国保から独立し分離したからである。市町村国保の保険料の納付率は年齢と正の相関関係にあり、年齢が高くなるにつれて納付率が高くなる傾向がある。例えば、平成24年度の国民健康保険実態調査によれば、平成23年度市町村国保の保険料納付率は平均して、25歳以下は59.1%，25歳～34歳は72.7%，35歳～44歳は79.9%，45歳～54歳は82.3%，55歳～64歳は90.1%，65歳～74歳は96.5%となっている。保険料の納付率は見事に年齢と正比例になっている。因みに75歳以上の後期高齢者医療制度の平均保険料納付率は99%台である。これは、そもそも高齢者は日頃自ら医療サービスを利用する頻度は高く、医療サービスに対する必要性が高いため、保険料を支払う意欲につながったと考えられる。

また、表2で見てきたように、高齢者に対しては、保険料の軽減の仕組みによって保険料は低く抑えられており、支払いしやすいことも大きく貢献していると思われる。このように、2008年度は保険料納付率の高い後期高齢者が市町村国保から分離したことにより、2008年度の市町村国保の納付率は前の年と比べて5.2ポイントも下がったのである。

さらに、2008年度に起きたリーマンショックも同年度の市町村国保の保険料納付率にマイナス的な影響を与えたと考えられる。リーマンショックにより、経済が低迷し、多くの中小零細企業が業績不振や倒産に追い込まれたことは記憶に新しいものである。市町村国保の中の現役世代の平均所得が下がり、現役世代の保険料の未納率が高くなったことも同年度の市町村国保の保険料納付率の低下につながったと考えられる。



厚生労働省が発表した「平成 23 年度国民健康保険（市町村）の財政状況 - 速報 - 」によれば、市町村国保の保険料の納付率は、2006 年度は 90.39%，07 年度は 90.40%，08 年度は 88.35%，09 年度は 88.01%，10 年度は 88.61%，11 年度は 89.39%となっている。08 年度，09 年度の納付率の低迷の後に、10 年度，11 年度には納付率は少しずつ改善されている。しかし、図 4 を見て分かるように保険料収入が市町村国保の経常収入に占める割合は年々下がっており、11 年度は 21.9%となっている。つまり、10 年度，11 年度は前の年度より市町村国保の保険料納付率が改善されたにも関わらず、経常収入に占める保険料収入の割合が逆に減った結果になる。その原因としては、10 年度，11 年度の納付率の改善は軽減対象者の拡大によって納付しやすくなった結果であって、軽減された保険料による納付率の改善は保険料収入の額に貢献していないということである。

これらの背景の下で、市町村国保は医療保険制度でありながらも 11 年度は、保険料による収入は 21.9%となっており、国庫負担の 24.4%，前期高齢者交付金の 23.3%を下回っている。これらのことはすべて市町村国保の財政基盤の脆弱さの原因となっている。

### 3 - 2 市町村国保に対する公費による財政調整

市町村国保は国民皆保険を実現するための視点から制度発足時の 1958 年から法定の国庫負担が導入されている。療養給付費補助金の他に、特に財政力の弱い市町村に対する財政調整交付金や定率の国庫負担が投入されている。図 5 は平成 26 年度の予算ベースでの市町村国保の財政構造を示している。図 5 を用いて、市町村国保の財政構造及び公費による財政調整の仕組みを検討してみる。

2008（平成 20）年度に後期高齢者医療制度とセットで前期高齢者医療費財政調整制度も同時

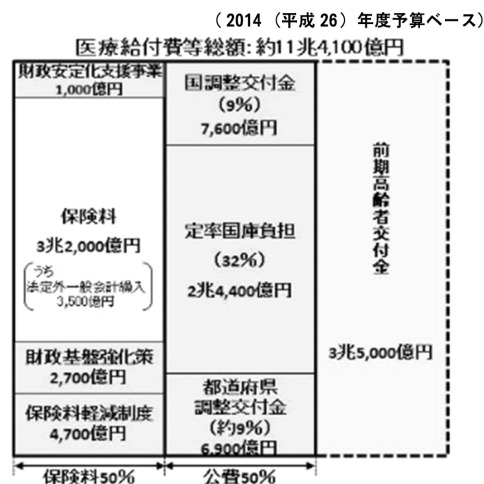


図 5：市町村国保財政構造のイメージ

出所：厚生労働省「我が国の医療保険について - 市町村国保の概要」平成 26 年度予算

に導入された。2012（平成 24）年度の各医療保険制度における前期高齢者の割合は、市町村国保は 32.5%、協会けんぽは 5%、健保組合は 2.6%、共済組合は 1.4%となっている。つまり、市町村国保の加入者のうちの 32.5%の人が前期高齢者である。前期高齢者の発生した医療費は市町村国保の財政負担にならないために、その分の医療費は市町村国保を含めて、各医療保険制度で分担する仕組み、つまり、前期高齢者医療費財政調整制度が 2008（平成 20）年度に導入されたのである。この制度によって、2008（平成 20）年度から市町村国保に前期高齢者交付金が被用者医療保険制度から交付されるようになった。図 5 で示されている通りであるが、平成 26 年度の予算ベースでは市町村国保に対して 3 兆 5 千億円の交付金が支払われている。

市町村国保の財政構成としては、前期高齢者交付金を除いた後の必要な財源は原則として公費 50%と保険料 50%で構成されることになっている。ただし、2014（平成 26）年度予算ベースでは、更に低所得者の保険料軽減措置への財政支援等として、約 7400 億円の公費が追加投入された。その結果としては、公費は約 60%になった。

公費の中の国調整交付金は特に財政力の弱い市町村に対して交付される。また、国の定率の国庫負担は従来は 34%であったが、市町村国保の安定的な運営を確保し、都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の推進のため、国民健康保険法の一部改正が行われた。これによって、都道府県調整交付金は 2012（平成 24）年度から医療給付費の 7%から 9%に引き上げられ、定率の国庫負担は 32%に改定された。国の定率国庫負担は 2014（平成 26）年度の予算ベースでは 2 兆 4400 億円を計上している。

50%の保険料においては、法定外一般会計繰入は国民健康保険の直営診療施設のための補助金のほか、国保財政の赤字補填等が含まれる。2014（平成 26）年度の予算ベースでは 3500 億円が計上されている。

財政基盤強化策は市町村国保の財政の安定化、保険料負担の平準化等に資するため、市町村一般会計から市町村国保特別会計への繰入について地方財政措置するものである。具体的には、保険料の負担能力、過剰病床、年齢構成を勘案して算定された経費に相当する額を基準財政需要額に算入する。

保険料軽減制度は、保険料軽減、具体的には、応益分の 7 割、5 割、2 割軽減の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で財政支援するという仕組みである。

さらに、市町村国保の財政安定のために、高額医療費共同事業や保険財政共同安定化事業も行われている。高額医療費共同事業は、高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るために、市町村国保からの拠出金を財源として、市町村が負担を共有する仕組みである。その際は、市町村国保の拠出金に対して、都道府県及び国が財政支援を行う。1 人 1 カ月にかかった医療費が 80 万円超える場合は対象としている。2013（平成 25）年度の予算ベースでは、その事業規模は約 3180 億円であり、市町村国保の拠出金は 1/2、国は 1/4、都道府県は 1/4で構成されている。

保険財政共同安定化事業は、都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図

るために、一件 30 万円を超える医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する共同事業である。2009（平成 23）年度の事業規模は約 1 兆 2000 億円であり、全額が市町村国保の拠出金によって賄われている。なお、図 4：2006～2011 年度市町村国保経常収入の内訳のその他は高額医療費共同事業により交付された財源である。

このように市町村国保は低所得者や高齢者が多く加入していることにより発生している財政基盤の脆弱性に対しては定率の国庫負担を初めとして、定率の国調整交付金、都道府県調整交付金や市町村の一般会計からの繰入金等、多くの公費が投入されている。これらの公費による財政調整により、市町村国保は安定的に運営されてきている。

#### 4．後期高齢者医療制度に対する財政調整

図 2 で見てきたように、後期高齢者医療制度は、加入者の平均所得は最も低く、年間 1 人当り医療費は最も高く、さらに、1 人当り保険料も最も低く抑えられている。このような制度を支えている財源は多くの公費の投入と他の制度から納付される後期高齢者医療制度支援金である。

図 6 は後期高齢者医療制度が 2008 年度に導入されてから 2011 年度までの 4 年間の後期高齢者医療制度の収入の内訳を示している。後期高齢者医療制度の財源の中で最も大きいウェイトを占めているのは現役世代から支払われる後期高齢者交付金である。08 年度から 11 年度に渡り 42%強を占めている。次いで多いのは国庫負担であり、4 年間で平均して 32%強を占めている。三番目に多いのは都道府県からの財源であり、毎年少しずつ増えており、11 年度は 9.58%となっている。それに対して、市町村からの財源は 8%の半ばで推移しながらも毎年同様に少しずつ増

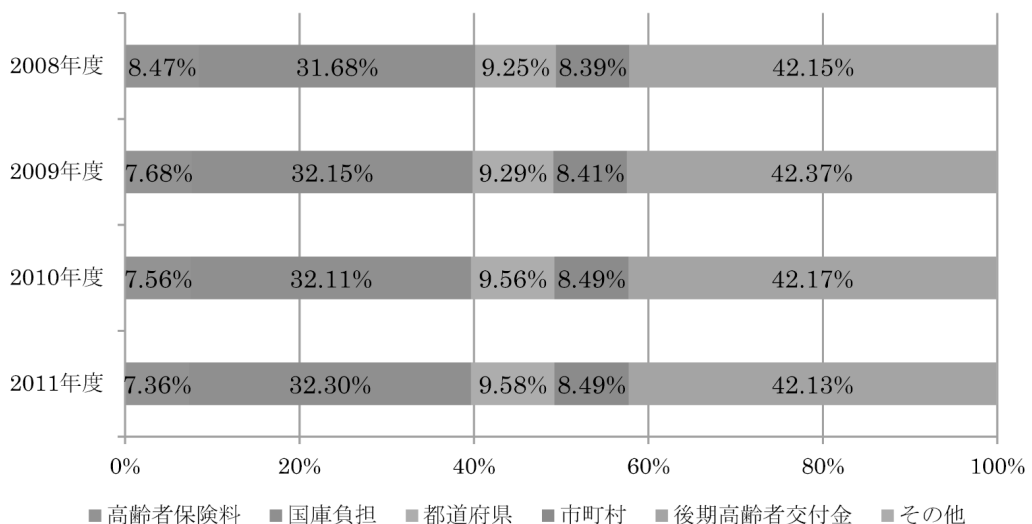


図 6：後期高齢者医療制度の収入の内訳（2008 年度～2011 年度）

出所：厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」平成 21 年度～平成 25 年度データ収集、著者集計、作成

えてきている。

国民皆保険の医療制度を維持するには必然として、低所得者と高齢者に対して公費や他の医療保険制度からの財源の投入が必要となる。後期高齢者医療制度は2008年3月の老人保健制度の廃止に伴って、老人保健制度を受け継ぐ制度として導入された訳であるが、都道府県単位ですべて市町村が加入する広域連合が運営主体となっている。その財政構造としては、まずは、対象者となる75歳以上の高齢者等は医療機関の窓口で自らがかった医療費の1割の自己負担を支払う。さらに、自己負担には所得に合わせて限度額が設けられている。例えば、所得一般の場合は、入院の場合の自己負担限度額は44400円で、外来は12000円となっている。年金収入80万円以下の低所得者の場合は、入院の場合は15000円、外来は8000円である。

後期高齢者医療制度の加入者本人の自己負担が支払われた後の医療費については、その50%は国庫負担、都道府県負担、市町村負担という公費で支払われる。残りの50%については、75歳以上の高齢者本人の保険料は10%、現役世代の医療保険制度からの支援金は40%というように法律で定められている。

現役世代からの支援金の仕組みとしては、市町村国保や各被用者医療保険制度はそれぞれの加入者数に応じて支援金の額が算定される。さらに、そもそも財政基盤の弱い市町村国保や中小企業の従業員やその被扶養家族を対象としている協会けんぽに対しては、その財政負担を軽減するために、一旦加入者の人数に基づいて算出された支援金の額は、市町村国保に対しては50%、協会けんぽに対して16.4%の公費負担が投入されている。つまり、市町村国保や協会けんぽが支払うべき支援金のそれぞれの50%と16.4%は公費で肩代わりをし、後期高齢者医療制度広域連合に対して支払われる。

公費負担の内訳としては、国庫負担、都道府県負担、市町村負担はそれぞれ4:1:1というように定められている。さらに、国庫負担の財源のおよそ0.8%に相当する財源は国調整交付金として、広域連合間の財政力の不均衡を調整するために交付される。

後期高齢者医療制度の財政運営の主体は全市町村が加入する広域連合であるが、広域連合の財政リスクを軽減し、制度の安定的な運営を図るために、さらに、財政安定化基金、高額医療費に対する支援制度、保険基盤安定制度が設けられている。

財政安定化基金は、保険料未納リスク、医療費給付増のリスク等による後期高齢者医療広域連合の財政負担を軽減するために設けられた仕組みである。国、都道府県、市町村はそれぞれ1/3の財源を拠出ことになっており、2008年度に制度が発足時の事業規模は2000億円であった。

高額医療費に対する支援制度は、高額な医療費の発生による後期高齢者医療広域連合の財政の急激な影響への緩和を図るために、国及び都道府県は広域連合に対して1/4ずつ負担する仕組みである。制度発足時の事業規模は1000億円となっている。

保険基盤安定制度は、低所得者等の保険料軽減分を公費で補填する仕組みである。その財源の内訳としては、1/4は市町村、3/4は都道府県が拠出することになっている。制度が発足時の事業規模は1700億円であった。

また、後期高齢者医療制度の財政構造のもう一つの特徴としては、対象者のうち、現役世代並みの高所得高齢者については、老人保健制度と同様に、公費負担は投入されないことになっている。これによって、実質の公費負担は50%を下回って、約46%になる。その分の財源は健保組合等の被用者からの支援金によって補填される。なぜこのような仕組みが設定されたかを考えると、高所得の高齢者は健保組合や共済組合からの退職者が多いため、その分の医療費は国庫負担は使わないという考え方があったからと考えられる。

このように、後期高齢者医療制度を支える財源は実に変に複雑に構成されている。その実際の財政収入は図6で示されているように、後期高齢者交付金は実際の法律で定められている40%を超えている。その超える分は健保組合や共済組合によって支払われている。

また、高齢者本人の保険料は法律で定められている10%を下回っている。それは上で述べた財政安定化基金、高額医療費に対する支援制度、保険基盤安定制度等の制度により、公費が投入されたことにより実現したことである。

このように、後期高齢者医療制度の財政は実に変に複雑な財政構造によって支えられ、維持してきたことはよくわかるのである。

## 終わりに

日本の国民皆保険の医療保険制度は1961年に実現されてから今日に至ってすでに53年間の経ち、この半世紀の間に日本の経済社会や人口構造は著しく変化した。しかし、これまでに、低所得者や高齢者を含め、基本的に誰もが、必要な時に必要な医療サービスを受けられることは一時も崩れることなく国民皆保険制度が維持されて来た。本稿でこれまで見てきたように、国民皆保険としての医療保険制度を維持するには、低所得者や高齢者の医療制度をどのように制度設計するかにかかっていると言えよう。

日本では、1961年の国民皆保険制度を導入した時から、低所得者や高齢者が多く加入している市町村国保に対して多くの公費の投入を通じて市町村国保の財政を支えてきた。1960年代はそれまでの経済成長を土台にしながら、かつ、人口の高齢化率も低かったことと相まって、国民皆保険としての医療保険制度の財政的持続可能性に関しては特に問題にならなかった。しかし、1973年に起きたオイルショックを契機に日本経済は安定成長へ移行すると共に、人口構造の高齢化も同時に進んだ。1980年代に入ると、高齢化の更なる進展に伴って、高齢者の医療費の増加及びその支払いの方が大きい課題となった。高齢者が多く加入している市町村国保の財政問題を解決するために老人保健制度や退職者医療制度が導入された。老人保健制度も退職者医療制度も市町村国保に加入している高齢者の医療費について、現役世代の医療保険制度、とりわけ被用者医療保険制度から拠出金を出してもらい支払う仕組みである。老人保健制度及び退職者医療制度の下で、高齢者の医療費保障は公費と被用者医療保険制度からの拠出金とその主な担い手となった。



さらに、2000年代に入ると、高齢化がより一層進む中で、高齢者の医療費はどのような制度の下で持続的に保障して行くべきかは大きな政策課題となった。このような社会環境の中で、2006年6月に「健康保険法等の一部を改定する法律」が成立し、老人保健制度を廃止して、高齢者を前期高齢者と後期高齢者のという二つの集団に分けて、それぞれの集団に対して、公費と被用者医療保険制度中心の拠出金で支える仕組みが導入された。

最新データでみる日本の国民医療費は2013年度は39.3兆円にも上っている。そのうちの36.1%の14.2兆円は後期高齢者医療制度で使われている。2008年度から、健保組合及び協会けんぽは毎年自らの保険料収入の約40%近くが後期高齢者医療制度、市町村国保の中の前期高齢者医療制度及び退職者医療制度に対して拠出している。また、高齢者医療費は年々増加しているにつれて、拠出金は40%近くで維持していても、その金額は年々増えている。高齢者医療費への拠出金は健保組合をはじめ、被用者医療費保険制度にとって大きな財政負担となっている。その結果として、被用者医療保険制度は保険料の引き上げが相次いでに行われている。

また、これまで見てきてわかるように市町村国保においても大変複雑な財政構造の下でその財源が維持されてきた。被用者医療保険制度に加入できない人々の医療保険制度として市町村国保は国民皆保険の医療保険制度を支える基盤であるが、近年では前期高齢者や非正規雇用労働者のための医療保険制度と化している。そのために、市町村国保は国民皆保険制度が達成した1960年代よりもその財政基盤はさらに脆弱さを増してきていると言える。

制度が乗り物だとすれば、それを動かすエネルギーが必要である。そのエネルギーは財源である。国民皆保険の財政基盤を崩さないためにも、今後も市町村国保や高齢者医療制度に対する国庫負担などの公費をはじめとして被用者医療保険制度からの財政支援も欠かせないことは明白であろう。さらに、これらの公費や被用者医療保険制度からの財政支援の投入と同時に、昨今の社会保障・税一体改革の中で示された医療・介護分野での改革の方向性を目指し、高齢者医療費をはじめとして、国民医療費の給付の効率化や医療・介護・予防のネットワーク化の構築、高齢者の中でも経済力に応じた負担の在り方の検討等が必要であろう。

#### 参考文献

- 高齢者医療制度研究会 (2006), 『新たな高齢者医療制度 - 高齢者の医療の確保に関する法律 - 概説と新旧対照表』, 中央法規
- 渋谷博史 (2012), 『21世紀日本の福祉国家財政』, 学文社
- 土田武史 (2012), 「国民皆保険体制の構造と課題」, 『早稲田商学』 第431号, pp21-45
- 野口一重 (2012), 『医療政策論』, 日本福祉大学通信教育部内製教材
- 李忻 (2010), 「日本における高齢者医療費保障制度の変遷及びその効果の検証」, 『経済学』, 東北大学経済学会, pp23-39
- 李忻 (2014), 「高齢者医療制度を支える拠出金の役割」, 『週刊社会保障』, No.2765 pp26-31



資 料

厚生労働省,「医療保険に関する基礎資料」,平成 21 年度～平成 25 年度

厚生労働省,「国民健康保険実態調査」,平成 24 年度

厚生労働省,「医療費の動向～概算医療費の年度集計結果～」平成 24 年度

厚生労働省,「我が国の医療保険について - 各保険者の比較」平成 24 年度

厚生労働省,「我が国の医療保険について - 市町村国保の概要」平成 26 年度予算

社会保障審議会医療保険部会,第 75 回資料 1,平成 26 年 5 月

国民健康保険中央会,「国民健康保険の安定を求めて - 医療保険制度改革」,平成 25 年 11 月

社会保障制度改革国民会議,「社会保障制度改革国民会議報告書(概要)～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」,平成 25 年 8 月