

高齢者医療費の地域差を保険料に いかに反映させるか*

——後期高齢者医療制度の普通調整交付金に関する分析——

小 松 秀 和

I は じ め に

2008年4月から75歳以上の高齢者を被保険者とする後期高齢者医療制度が始まった。1990年代後半から幾多の議論を経て，旧来の老人保健制度に代わり導入されたのが今回の制度である。最も大きな特徴は，75歳以上の高齢者を現役世代とは別の制度に囲い込み，適切な医療給付と保険料賦課を行う点である。

注目は都道府県単位で組織する後期高齢者医療広域連合を被保険者としたことである。地域の医療費に関する責任の明確化と被保険者規模の適正化を考慮した末の結論であった。後で見るように高齢者医療費の地域間格差は周知の事実であり（みずほ情報総研 [2007]），また，保険財政安定化のためにはある程度の被保険者規模も必要であることから，都道府県が高齢者医療費を適切に管理する器として選ばれた。

広域連合間の医療費格差を被保険者に認識してもらうには，保険料が当該格差を適切に反映したものでなければならない。つまり，医療費が相対的に高い地域は，保険料も相対的に高くならなければならない。それを実現すべく導入されたのが，普通調整交付金とよばれるものである。至極ありふれた名前のた

* 本論文は，文部科学省科学研究費補助金，特別推進研究（研究代表者：高山憲之），研究課題：『世代間問題の経済分析』の助成を受けた。なお，本文中の誤りについてはすべて筆者の責任である。

め見過ごされやすいが、後期高齢者医療制度の新規性を特徴付ける仕組みの1つとなっている。

本稿の目的は、後期高齢者医療制度の普通調整交付金の分析を通じて、医療費を保険料に適切に反映させる仕組みについて考察することである。論文の構成は以下の通りである。

まず、医療費の多寡を保険料に適切に反映させるにはどのような制度が望ましいのか、その表示および計算方法について考える。次に、保険料負担を考える上で重要な論点となる広域連合間の所得格差の調整方法について検討する。そして最後に、後期高齢者医療制度の普通調整交付金算定式を分析した上で、その機能や問題点などについて検証する。

研究の過程で明らかになったのは次の3点である。第1に、現実の保険料賦課と齟齬がなく負担を実感できる表示方法としては、2つの基準（絶対額と相対比率）の組み合わせ、つまり、均等割総額を被保険者総数で割った金額（均等割額）と、所得割総額を所得割賦課被保険者所得総額で割った値（所得割率）の2つを用いるのが望ましいこと。第2に、広域連合間の所得格差の調整方法としては、所得割賦課被保険者の平均所得を基準に財政調整を行う方式が考えられ、それを適用することで広域連合間の所得格差に左右されない公平な所得割率が得られること。第3に、後期高齢者医療制度の普通調整交付金は広域連合間の所得格差の調整に一定の効果をもつものの、所得係数の算定において所得割非賦課被保険者を含めたことにより、実際の所得割率と間で若干の齟齬を生じる問題があること、また、将来的に後期高齢者負担率が上昇し、財源全体に占める交付金割合が減少する局面においては、所得調整が不完全に終わる可能性があること。以上の点を踏まえて、普通調整交付金の問題点を回避するための処方箋を最後に示した。

II 後期高齢者医療制度の概要

2008年4月施行の「高齢者の医療の確保に関する法律」（2006年12月に「老

図1 後期高齢者医療給付費の財源構成

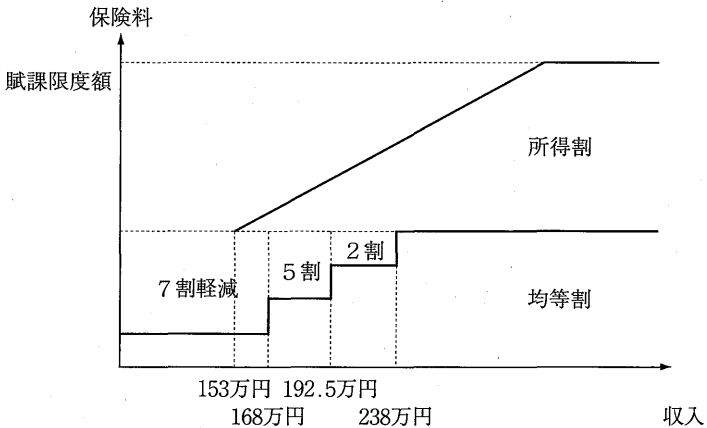
| | |
|-------------|----------------|
| 支 援 金 (40%) | 調整交付金 (8.3%) |
| | 国 庫 (25%) |
| | 都 道 府 県 (8.3%) |
| 保 険 料 (10%) | 市 町 村 (8.3%) |

人保健法」を改正・改称)では、医療費の高む高齢者、とりわけ、75歳以上の後期高齢者を給付と負担の両面で専門に扱う制度の創設が目玉となっている。その特徴は多岐にわたるが、ここでは主に負担(財源)面に注目して制度の概要を見て行くことにする。

後期高齢者医療費の財源は、自己負担、保険料、公費、支援金の4つからなる。自己負担については、現役並み所得を有する者(第2号被保険者)が3割、それ以外の者(第1号被保険者)は1割となっている。図1は後期高齢者医療費から自己負担を除いた給付費について示したもので、そこから財源に関していくつかの特徴を指摘することができる。

高齢者自身が負担する保険料は給付費の10%程度に過ぎず、残りは公費(50%)と支援金(40%)で賄われる。保険料は個人単位で賦課され、被保険者均等割と所得割からなる。均等割は被保険者全員、所得割は一定所得(年収153万円)以上の者にだけ賦課される。ただし、低所得者に対しては収入に応じて3段階(7割、5割、2割)の均等割軽減措置が用意される(図2参照)。従来の老人保健制度では被用者保険に被扶養者資格で加入している高齢者には保険料負担義務はなかったが、新制度ではそれら的高齢者にも保険料負担義務が課せられることとなった。厚生労働省『医療制度改革大綱による改革の基本

図2 保険料賦課方法



的考え方』によれば、2008年度の平均保険料負担額は被保険者均等割が3,100円（月額）、所得割が3,100円（月額）の合計6,200円（月額）と試算されている。

給付費の50%が公費負担となっているが、第2号被保険者（第2号被保険者とは現役並み所得を有する後期高齢者、第1号被保険者とはそれ以外の後期高齢者のことである）に係る部分には公費負担はない。そのため、最終的な（給付費に占める）公費負担率は46%と試算されている（減少分は支援金が肩代わりする）。国、都道府県、市町村の分担率は図1の通りである。注目したいのは、国庫負担の3分の1に相当する調整交付金（給付費全体の12分の1（約8.3%））の存在である。調整交付金には普通調整交付金と特別調整交付金の2種類があり、前者は広域連合の財政力格差を均衡化する目的で配分され、後者は災害等の特別な場合に配分される。後述するように、この普通調整交付金が広域連合の保険料賦課に大きな影響を与える。

支援金は老人保健制度時代の拠出金に代わって導入された。名称は新しくなったものの、現役世代の加入する各保険者（市町村国保、健保組合など）から後期高齢者医療制度に対する仕送りという基本的性格は変わらない。唯一の

違いといつてよいのが、各保険者の支援金負担額を特定健康診査・特定保健指導の目標達成状況に連動させている点である。生活習慣病のリスク要因とされる内臓脂肪症候群（メタボリック・シンドローム）対策に取り組む際の動機付け（インセンティブ）としての役割が期待されている。支援金は旧来の拠出金と同様に加入者数に比例して決まる。

後期高齢者医療制度の財源面に関していえることは、それが全く新規のものでなく従来の諸制度の延長線上にあるということである。保険料が応益割（被保険者均等割）と応能割（所得割）からなる点、保険料徴収が年金からの天引きになっている点など、国民健康保険や介護保険の影響を強く感じさせる。支援金についても、名称はともかく内実は老人保健制度の拠出金そのものである。

そうしたなかで比較的新しい概念と思われるのが、普通調整交付金の算定方法である。名称こそ国民健康保険や介護保険でお馴染みだが、中身は従来のどの制度とも違う。その点について厚生労働省の資料ではあまり触れられていないが、普通調整交付金が後期高齢者医療広域連合の保険財政を理解する上で鍵となるのは間違いない。

そこで以下では、普通調整交付金が果たす機能について、保険料負担との関係を踏まえながら考察して行く。

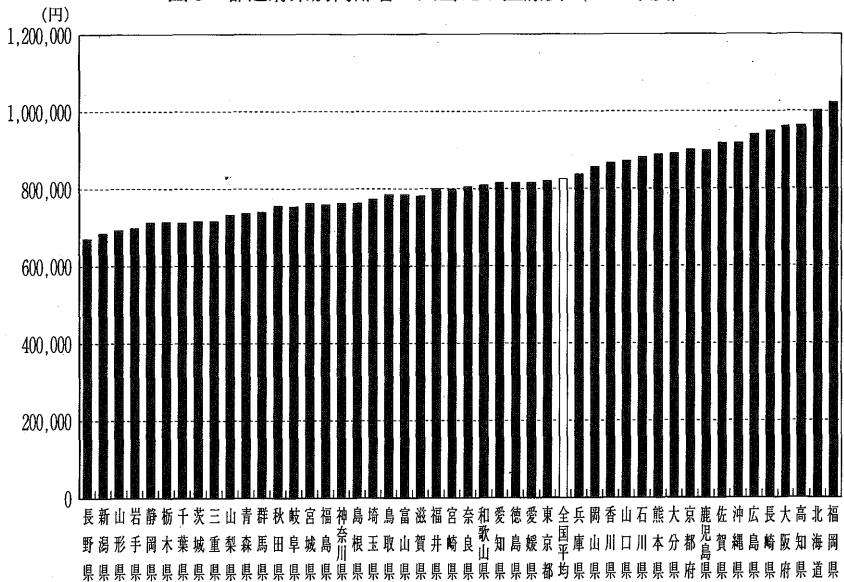
III 保険料負担と普通調整交付金

1 保険料負担

後期高齢者医療制度の最大の特徴は、75歳以上の高齢者のみを被保険者とする医療保険が新たに創設される点である。同一都道府県内のすべての市町村が集まる後期高齢者医療広域連合が新しい保険者となる。保険者を都道府県単位にした理由の1つに、高齢者医療費の地域差がある。

図3は2005年度の高齢者1人当たり医療費（年額）を都道府県別に見たものである。最低額は長野県の672,853円、最高額は福岡県の1,019,650円で、格差は約1.5倍である。また、全国平均額は821,403円、標準偏差は88,212円となっ

図3 都道府県別高齢者1人当たり医療費 (2005年度)



ている。新制度には、こうした地域差を保険料格差に反映させることで医療費抑制や健康維持につなげたいという政府の意図が込められている。

都道府県の住民に高齢者医療費の多寡を意識させるには、保険料負担がそれに連動していることが必要である。つまり、(1人当たりの)医療費が多ければ、それだけ(1人当たりの)保険料負担も重くなることを実感してもらわなくてはならない。しかし、負担の重さを測るのは案外難しい。何を基準にするかによって印象や効果が変わってくるからである。負担を測る基準は主に2つある。1つは絶対額、もう1つは所得に対する相対比率である。

絶対額基準で最も単純なのは、医療費総額を被保険者総数で割る方法である。これは先の1人当たり医療費に等しい。計算が簡単なことと誰でも理解しやすいのが最大の魅力である。しかし、実際の保険料賦課は単純な頭割ではないため、数字上の負担額と実際の負担感とが乖離しやすい。

そこで、実際の保険料賦課額を用いた方法を考えてみる。後期高齢者医療制度の保険料は被保険者均等割と所得割からなる。前者は被保険者全員に人頭割方式で賦課される。後者は一定所得以上の被保険者に対して、その所得に一定割合（所得割率）を乗じた金額が賦課される（所得割賦課被保険者の平均所得に所得割率を乗じたものが、所得割総額を所得割賦課被保険者数で割ったものと等しいことは容易に確かめられる）。

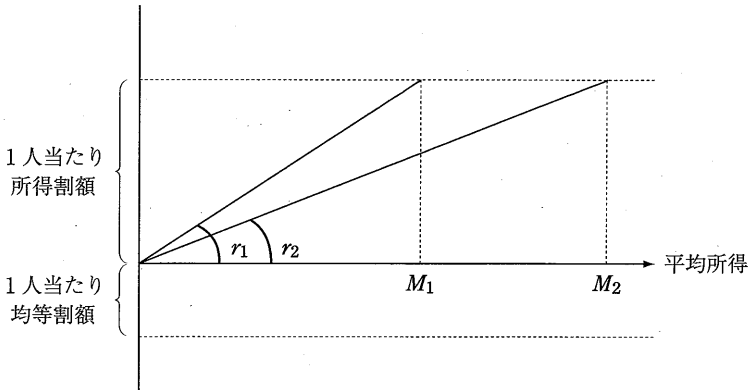
よって、実際の保険料賦課額を用いた方法では、1人当たり均等割額（＝均等割総額／被保険者総数）、1人当たり所得割額（＝所得割総額／所得割賦課被保険者数）という2つの数字が得られる。これだと、たとえ高齢者1人当たり医療費が同じ広域連合であっても、被保険者総数に占める所得割賦課被保険者数の比率によって異なる値を取り得るのでより正確な比較が可能となる。

では、1人当たり均等割額と1人当たり所得割額が等しい広域連合ならば、負担は等しいといえるだろうか。答えは否である。なぜなら、たとえそれらが同じ数字であっても、所得割賦課被保険者の平均所得（所得分布）が異なれば、実際の負担感はやはり異なるからである。したがって、制度の参加者に対し負担の重さを正しく伝えるには、次に示すような所得に対する相対比率で表した数字が必要である。

負担を所得に対する相対比率で表す方法として、まず、高齢者1人当たりの医療費を全被保険者の平均所得で割ることが考えられる。この方法の長所は計算が簡単なことであるが、一方で、低所得者（高所得者）の負担を実際よりも過大（過小）に評価するおそれがある。

こうした短所を修正する方法として、賦課保険料総額を均等割部分と所得割部分に分けた上で、均等割総額については所得割非賦課被保険者所得総額で割り、所得割総額については所得割賦課被保険者所得総額で割ることが考えられる。この方法を使えば、高所得者の負担を正確に把握することができる。ただし、この方法にも問題があり、定額の均等割しか賦課されない低所得者では実際の負担額との間に齟齬が生じる。

図4 平均所得の相違が所得割率に与える影響



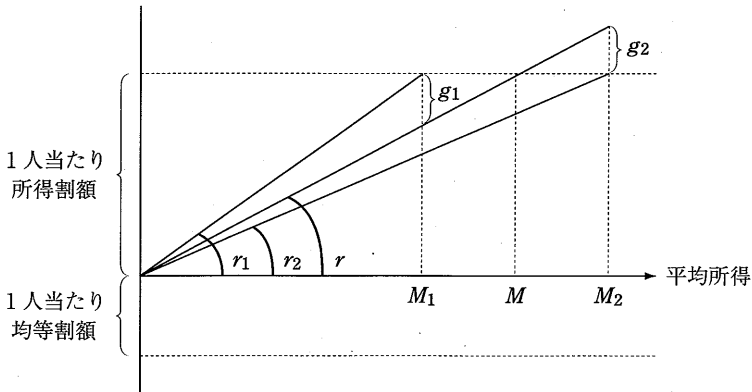
結局、低所得者、高所得者、所得割非賦課被保険者、所得割賦課被保険者、誰の目から見ても現実の保険料賦課と齟齬がなく負担を実感できるのは、2つの基準（絶対額と相対比率）の組み合わせ、つまり、均等割総額を被保険者総数で割った金額（均等割額）と、所得割総額を所得割賦課被保険者所得総額で割った値（所得割率）ということになる。

均等割額と所得割率の組み合わせにより、現実の保険料負担が適切に表現されることが分かったが、問題がない訳ではない。所得割賦課被保険者の平均所得の相違による負担感の違いが織り込まれていないからである。

図4は、他の条件（高齢者1人当たり医療費や1人当たり均等割額・所得割額など）がすべて等しく、所得割賦課被保険者の平均所得のみが異なる2つの広域連合の保険料負担を表している。 M_1 と M_2 はそれぞれの平均所得である（ $M_1 < M_2$ ）。図4を見ると、たとえ1人当たり医療費が等しくても平均所得の相違によって、所得割率に差が生じることが分かる（ $r_1 > r_2$ ）。

これをそのまま各広域連合の負担とすると、医療費が少々高くても所得が高ければ大した負担にはならないという誤った印象を与えかねず、適切な行動を促すインセンティブとはならない。したがって、医療費の高低を保険料負担に適切に反映させるには、広域連合間の所得格差の影響を取り除く必要がある。

図5 広域連合全体の平均所得に基づく所得調整



2 所得調整

図5は各広域連合の平均所得と広域連合全体の平均所得を使って1人当たり所得割額を調整する仕組みを表している。詳細は次の通りである。

所得割賦課被保険者の平均所得を除いてすべての条件（高齢者1人当たり医療費，1人当たり所得割額など）が等しい2つの広域連合を考える。各々の平均所得を M_1 , M_2 （ただし， $M_1 < M_2$ ）とすると，所得割率はそれぞれ r_1 , r_2 で， $r_1 > r_2$ となる。

こうした所得割率格差を是正するために，まず，1人当たり所得割額を広域連合全体の平均所得 M で割った値 r を求める。次に，平均所得が M_1 , M_2 のとき所得割率が r となる1人当たり所得割額（所得調整後1人当たり所得割額）を求める。そして最後に，各広域連合の1人当たり所得割額が，先に計算した所得調整後1人当たり所得割額に等しくなるように調整を行う。図5の g_1 , g_2 はその際の1人当たり調整金額を表している。 g_1 , g_2 にそれぞれの所得割賦課被保険者数を乗じたものを G_1 , G_2 とすれば，平均所得 M_1 の広域連合には G_1 を交付し，平均所得 M_2 の広域連合には G_2 を拠出させることで，両者の所得割率は r となり平準化する。

残る課題は，各広域連合の調整金額 G_i がゼロ和 ($\sum G_i = 0$) になるかどうか

かである。ゼロ和型の利点は、調整が広域連合間のみで完結することである。 C_i を高齢者1人当たり医療費、 N_i を被保険者数、 M_i を所得割賦課被保険者平均所得とする。このとき、広域連合 i の老人医療費総額は $C_i \times N_i$ 、所得割総額は(均等割総額と所得割総額が等しいと仮定すると) $(1/2) \times C_i \times N_i$ となる。よって、調整金額 G_i は次の式で表される。

$$G_i = (1/2) \times C_i \times N_i \times \{1 - (M_i/M)\}$$

$$\sum G_i = (1/2) \times \sum [C_i \times N_i \times \{1 - (M_i/M)\}]$$

一般に $\sum G_i$ は0にならない。したがって、この調整方式はゼロ和型ではなく、広域連合間以外に外部(政府など)との資金のやり取りが必要になる。

3 普通調整交付金

実際の後期高齢者医療制度にも先に考察したような広域連合間の所得格差を調整する仕組みが導入されている。それが普通調整交付金である。以下では、普通調整交付金の仕組みとそれが保険料負担に与える影響について考える。

調整交付金には普通調整交付金と特別調整交付金の2種類がある。前者は広域連合間の財政力格差を均衡化する目的で、後者は災害等による特別な場合に交付される。したがって、広域連合間の所得格差の調整には前者が使われることになる。それでは、普通調整交付金の算定式について詳しく見て行こう。

厚生労働省令第141号「後期高齢者医療の調整交付金の交付額の算定に関する省令」から普通調整交付金算定式を抜き出すと以下のようになる。なお、第2号被保険者とは現役並み所得を有する後期高齢者、第1号被保険者とはそれ以外の後期高齢者のことを指す。

- 普通調整交付金の額 = 調整対象需要額 - 調整対象収入額
- 調整対象需要額 = [負担対象額 \times $\{(1/12) + \text{後期高齢者負担率}\}$ + 特定費用額 \times 後期高齢者負担率] \times 調整係数
- 負担対象額 = 第1号被保険者に係る給付費

- 特定費用額 = 第2号被保険者に係る給付費
- 調整係数 = 補正前調整係数 × 補正係数
- 補正前調整係数 = $[\text{負担対象額} \times \{(1/12) + \text{後期高齢者負担率}\} + \text{特定費用額} \times \text{後期高齢者負担率} - (\text{特別調整交付金額} + \text{高額医療費公費負担分})] / [\text{負担対象額} \times \{(1/12) + \text{後期高齢者負担率}\} + \text{特定費用額} \times \text{後期高齢者負担率}]$
- 補正係数 = $(\text{調整交付金総額} - \text{各広域連合に対する特別調整交付金の合計額}) / \text{各広域連合に対する補正前の普通調整交付金の合計額}$
- 調整対象収入額 = $\{(1/2) \times (1/10) \times (\text{負担対象額} + \text{特定費用額}) \times (1 + \text{所得係数})\} \times \text{調整係数}$
- 所得係数 = $1 \text{人あたり所得額} / 1 \text{人平均所得額}$
- $1 \text{人あたり所得額} = \text{当該広域連合の被保険者所得の合計} / \text{当該広域連合の被保険者数}$
- $1 \text{人平均所得額} = \text{全広域連合の被保険者所得の合計} / \text{全広域連合の被保険者数の合計}$
- 所得 = 基礎控除後の総所得金額等

省令文という性格上、そのままでは分析の用に適さないので、上記の算定式を記号化する。記号の定義は以下の通りである。ただし、下付き記号 i は個別の広域連合を表す。

A_i : 負担対象額

B_i : 特定費用額

α_i : 補正前調整係数

D_i : 補正前の普通調整交付金額

G_i : 普通調整交付金額

S_i : 特別調整交付金額

H_i : 高額医療費公費負担分

M_i : 1人あたり所得額

M : 1人平均所得額

M_i/M : 所得係数

補正係数を乗じる前、すなわち、補正前の調整対象需要額は、後期高齢者負担率を10%として計算すると、

$$\alpha_i \times \{(1/10) \times (A_i + B_i) + (1/12) \times A_i\}$$

となる。ただし、 $\alpha_i = \{(1/10) \times (A_i + B_i) + (1/12) \times A_i - S_i - H_i\} / \{(1/10) \times (A_i + B_i) + (1/12) \times A_i\}$ である。同様にして、補正前の調整対象収入額は、

$$\alpha_i \times \{(1/2) \times (1/10) \times (A_i + B_i) \times (1 + M_i/M)\}$$

となる。上の2式から、補正前の普通調整交付金額 (D_i) を求めると、

$$D_i = \alpha_i \times \{(1/12) \times A_i + (1/2) \times (1/10) \times (A_i + B_i) \times (1 - M_i/M)\}$$

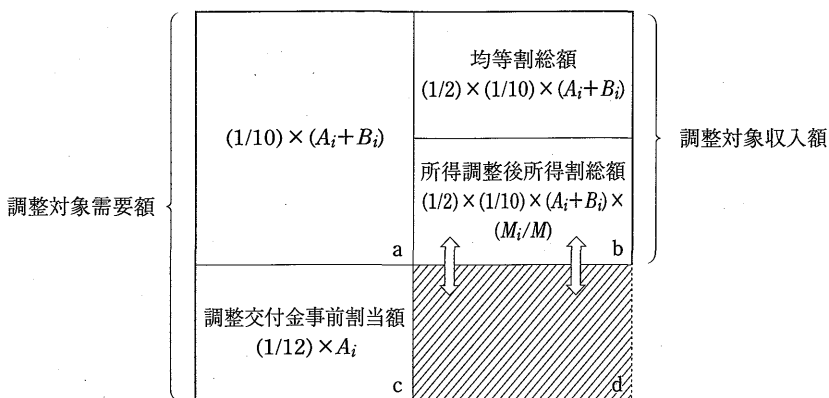
となる。ゆえに、補正係数を乗じた後の最終的な普通調整交付金額 (G_i) は、

$$G_i = (D_i / \sum D_i) \times \{(1/12) \times \sum A_i - \sum S_i\}$$

となる。式の $(1/12) \times \sum A_i$ は、国から広域連合へ交付される調整交付金の総額である。調整交付金総額は第1号被保険者の給付費の1/12と決まっているので、そこから $\sum S_i$ を控除したものが普通調整交付金総額となる。補正係数の $D_i / \sum D_i$ は、普通調整交付金総額を個別の広域連合へどれだけ配分するかを表している。 $\sum D_i$ は広域連合全体から見た調整必要額、 D_i は当該広域連合の必要額となっている。

重要なのは各広域連合の調整金額が何によって決まるかである。式を見ると、それは当該広域連合の被保険者平均所得が全国平均と比べてどの程度乖離しているか、つまり、所得係数の大きさによって決まることが分かる。なるほど、1人当たり給付費が同額の広域連合同士を比較した場合、平均所得が低い方が所得割保険料率が高くなるので、その差を普通調整交付金という公費で埋める

図6 普通調整交付金算定方法

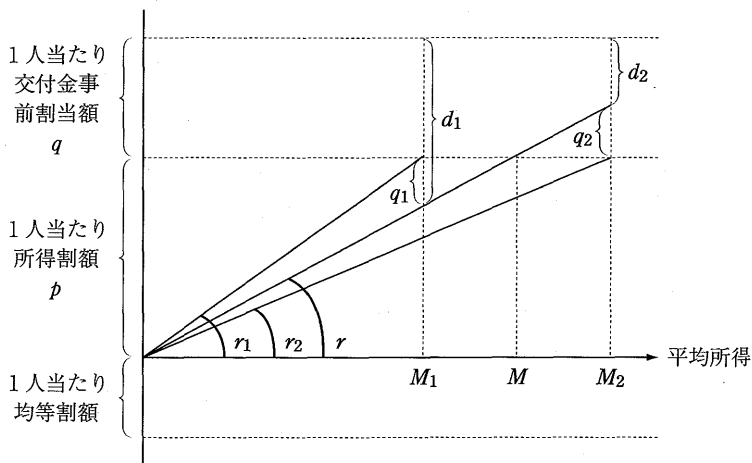


やり方は公平性の点からも評価できる。

しかし、上記の算定式で不思議に思うのは、調整対象需要額に第1号被保険者給付費の1/12の金額、つまり、 $(1/12) \times A_i$ が入っていることである。調整対象需要額は各広域連合が保険料で賄うべき金額とされる。字義通り解釈すれば、それは被保険者給付費に後期高齢者負担率（当初は10%）を乗じた金額、すなわち、 $(1/10) \times (A_i + B_i)$ でなければならない。調整対象需要額に $(1/12) \times A_i$ が余計に追加されているということは、各広域連合に対してあらかじめ（普通＋特別）調整交付金額が割り振られているに等しい。そのため、被保険者平均所得が全国平均より高くとも大半が普通調整交付金を受け取れることになる。

図6は普通調整交付金の算定方法を図示したものである（ただし、補正前調整係数 α_i を乗じる前のものを用いている）。左が調整対象需要額、右が調整対象収入額で、その差が調整交付金額となる。図6の斜線部分は当該広域連合の被保険者平均所得が全国平均と等しい（所得係数＝1）と仮定したときの調整交付金額である。平均所得が全国平均よりも低い（所得係数<1）と線abは上に移動し、差額である調整交付金額は増える。反対に、平均所得が全国平均よりも高い（所得係数>1）と線abは下に移動する。そして、線abが下限

図7 普通調整交付金算定方法



cdに達してはじめて調整交付金はゼロになる。ということは、被保険者平均所得が全国平均より少々高くても、交付金を受け取れる。計算してみると、所得係数が $1 + (5/3) \times \{A_i / (A_i + B_i)\}$ 倍を超えない限り交付金が出る。仮に $A_i = B_i$ とすれば、その数字は $11/6$ となり、2倍近い所得係数の広域連合でも交付対象になってしまう。地方交付税交付金など他の制度を見慣れた者からすると、財政力の豊かな団体にまで交付が及ぶのは少々奇異に映るかも知れない。

続いて、普通調整交付金の算定方法を別の形で描いたのが図7である(ただし、補正前のものを用いている)。図5と比べると、所得割額を広域連合全体の平均所得 M を基準に増減させる点は共通するが、交付総額の決定と配分方法が異なっている。

他の条件はすべて同じで平均所得のみが異なる2つの広域連合を考える。平均所得が M よりも低い広域連合は、事前に割り当てられた1人当たり交付金額 q に q_1 を加えた金額 d_1 に被保険者数を乗じた金額 D_1 を受け取ればよい。他方、平均所得が M よりも高い広域連合は、事前の交付金額から q_2 を控除した金額 d_2 に被保険者数を乗じた金額 D_2 を受け取ればよい。そうすれば、両者

の所得割率は確かに r に平準化される。

しかし、先の普通調整交付金算定式から明らかなように、各広域連合が実際に受け取れるのは、普通調整交付金の原資となる $(1/12) \times \sum A_i - \sum S_i$ を、各広域連合の D_i に応じて比例配分した金額である。それゆえ、 $\sum D_i < (1/12) \times \sum A_i - \sum S_i$ のとき、つまり、交付金の原資が不足した場合には、完全な平準化は達成されない。

では、交付金の原資が不足する場合とはどのようなときか。それは、後期高齢者医療給付費財源における調整交付金割合（8.3%）と後期高齢者負担率（10%）の相対比率が変化したときである。具体的には、調整交付金割合が低下し、後期高齢者負担率が上昇したときに原資不足が起こり得る。図7を使って説明すると、調整交付金割合の低下は1人当たり交付金事前割当額 q を縮小させ、後期高齢者負担率の上昇は1人当たり所得割額 p を増大させる。すると、所得係数の大きい広域連合では $q_2 > q$ となる事例が増える。普通調整交付金は制度上、所得調整のために資金を拠出させる代わりに、交付金を交付しないという方法を取っているため、事前割当額 q 以上の負担を広域連合に求めることはできない。そのため、 q_2 が q を超過した分だけ原資が不足することになる。制度開始から間もないため、現在の調整交付金割合（8.3%）と後期高齢者負担率（10%）が早晚変更になるとは考えにくいだが、もし将来的に調整交付金割合を引き下げたり、後期高齢者保険料を引き上げたりすれば原資不足が発生するため、何らかの措置が必要となるかも知れない。

その他、普通調整交付金が図5の方式と異なるところは、所得割非賦課被保険者を含めて所得係数を計算している点である。そのため、たとえ1人当たり医療費と所得係数が等しい広域連合であっても所得割非賦課被保険者の全被保険者に占める割合が異なれば所得割率が異なるにもかかわらず、制度上は同一の所得割率として計算・表示されてしまうという不都合が生じる。

厚生労働省の資料『全国老人医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議《保険局総務課老人医療企画室説明資料》』p.

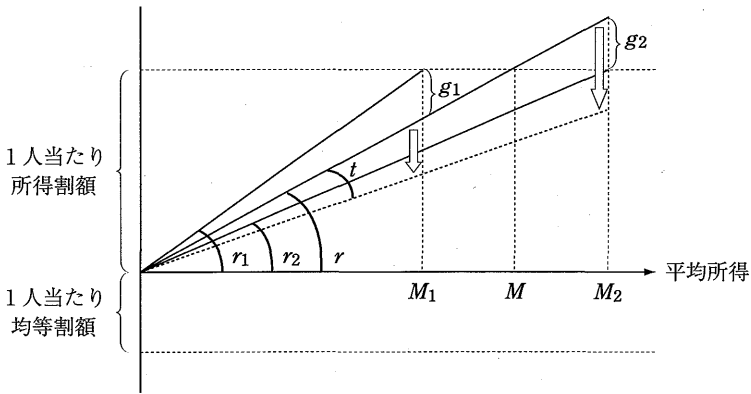
26によると、「普通調整交付金は所得格差による広域連合間の財政力の不均衡を調整するために交付されるもので、それにより広域連合の給付費の高さに応じて保険料率が決まることとなる」とあり、傍らの概念図には、給付費の大きさに比例して保険料率が決まる様子が描かれている。また、同資料の p. 32 にも、「交付の結果、同じ医療費水準であれば、広域連合全体の所得水準にかかわらず、同じ保険料水準となる」との記述がある。

これらのことから想像すると、政府（厚生労働省）が今回の普通調整交付金に込めた狙いは、本稿が理想と考える保険料賦課（同じ医療費ならば所得格差に関わらず同じ保険料負担、医療費が所得水準の影響を受けることなく保険料負担に反映される）の実現にあると見ることができる。しかしながら、先に指摘したように、今回の制度では、交付金を媒介として所得調整を間接的に行う仕組みのため、将来的に保険料率が上昇し、交付金総額が縮小されるような事態になると、原資不足が生じ所得調整ができなくなる可能性や、所得係数の計算に所得割非賦課被保険者を含めているため、実際の所得割率と算定された数値とが乖離するという問題が残る。

では、普通調整交付金を理想的な制度にするにはどうすればよいか。本稿では、図5を基本とする調整方法を提案したい。医療費の大きさが所得格差の影響を受けることなく保険料負担に反映させるためである。ゼロ和型でないことが制度の運用を難しくするかも知れない。なぜなら、普通調整交付金算定式のようにあらかじめ決まった金額 $((1/12) \times \sum A_i)$ を調整交付金の原資として固定しておくことができないからである。しかし、あらかじめ固定しておいた交付金総額を使って、まず、ゼロ和でない過不足分だけ国が調整交付金として処理し、次に、残額を「所得割賦課被保険者平均所得に一定比率 (t) を乗じた」分だけ各広域連合に再配分するという2段階方式を採れば、そうした問題は解決できるのではないか。

図8はそうした調整方法を示したもので、各矢印が各広域連合に再配分する（所得割賦課被保険者1人当たり）金額を表している。最終的な所得割率は r

図8 広域連合全体の平均所得に基づく所得調整（2段階方式）



から一定比率 t を引いた値となり、同じ医療費ならば同じ保険料負担（所得割率）という原則も守られている。また、所得係数の計算においても所得割賦課被保険者のみを対象とするため、現行の普通調整交付金に見られる問題も回避できる。

IV おわりに

後期高齢者医療制度の負担面における革新は、75歳以上の高齢者全員を被保険者とすることで老人医療の給付と負担を明確化し、都道府県単位の広域連合を保険者とすることで高齢者医療費の地域格差を相互に意識させている点である。

そうした制度設計の意図が適切に反映される保険料負担について考えたとき、本稿が出した結論は、1人当たり医療費が等しい被保険者は同じ保険料負担でなければならないということである。

残念ながらこれまでの制度では、等医療費等負担の原則が制度上考慮されることはなかった。その重要性にはじめて気づいたのが今般の後期高齢者医療制度であり、その答えが普通調整交付金の導入であったといえる。

しかし、こうした普通調整交付金の制度的価値は、厚生労働省の資料を見る

限りでは、広域連合の担当者に十分伝わっていないようである。現時点における調整交付金総額（第1号被保険者給付費の約8.3%）の規模は、保険料総額（給付費の10%）と比べ相当に大きく、保険財政に与える影響は決して小さくない。特に平均所得が相対的に低い広域連合ではその恩恵が最大限に得られるものと予想する。

普通調整交付金は保険料負担から所得格差を取り除く試みとして最大限の評価を与えてもよいと思う。しかし、問題点もいくつかあり、まだ改善の余地が残されている。本稿で提案した新しい調整方法がその一助になればと思う。

後期高齢者医療制度が始まってまだ間もないにもかかわらず、制度に対する世間の評判はすこぶる悪いようである。即座に廃止すべきという意見すら聞こえてくる。存廃の是非について述べることは本稿の趣旨ではないので差し控えたいが、たとえ制度が廃止になったとしても、普通調整交付金のような所得調整の仕組みは何らかの形で残すべきであろう。

参考文献

- 厚生統計協会（編）『保険と年金の動向』（財）厚生統計協会，2006年。
- 厚生労働省『医療制度改革大綱による改革の基本的考え方』，2006年1月。
- 厚生労働省『老人医療事業報告（平成17年度）』，2007年。
- 厚生労働省『社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会資料』，2007年。
- 厚生労働省『新たな高齢者医療制度の政省令・告示案について』，2007年8月。
- 厚生労働省『全国老人医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議《保険局総務課老人医療企画室説明資料》』，2007年8月。
- 厚生労働省（編）『厚生労働白書—医療構造改革の目指すもの—』（株）ぎょうせい，2007年。
- 厚生労働省『全国老人医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議《保険局総務課老人医療企画室説明資料》』，2008年2月。
- みずほ情報総研『保健医療をめぐる現状とその要因の地域間格差に関する統計的分析』，2007年。