

## 医療保険制度における財政調整と財源負担に関する調査研究 報告書（概要）

わが国の医療保険制度は、多元的な制度・管理運営体系のもと、その運営財源として社会保険料のほかに、国保や政管健保、老人保健制度に対する定率の国庫負担をはじめとする公費が投入されており、社会保険料とともに主要な医療財源となっている。また、老人保健制度、退職者医療制度においては各保険者による拠出金制度があり、一種の制度間財政調整が行われてきた。

本調査研究では、これら今日の基本的な制度の骨格・枠組みを考察する上で意識された二つの事象 国庫負担がなぜ存在するのか、 財政調整とは何か を解き明かす目的から、制度形成・発展過程における歴史的文脈を通じて制度の成り立ちを読み直す作業を行い、今後の望ましい財源政策のあり方について検討を行い、最終報告書としてとりまとめを行った（\*以下はその要旨である）。

### 1．医療保険制度における国庫負担投入の論拠

国庫負担の導入について、なぜ国庫負担が存在するのか、その論拠を歴史的経緯・過程を調査・分析した結果、皆保険を達成（昭和36年）するため、さらに皆保険を維持・発展させていく上で国庫負担が、 給付率の改善・向上、 財政赤字の解消、 財政基盤の格差是正、 制度間医療費格差の是正、 保険料負担格差の平準化 など<sup>1</sup>、各保険者・各制度が様々な制約のために自らの力では解決することが困難な要素を対象に導入が行われ、法制化されていることが明らかとなった。また、そのことは同時に、社会保険料の過度な上昇を抑制してきたともいえる。制度別あるいは管理運営別に、たとえば、政管健保や国保において、給付費に対する一定割合の国庫負担が投入されている実態から判断すれば、多元的な制度・運営管理体系のもとで、保険料を基本としながら可能な限り保険者の自主的な財政運営、財政規律を損なわないようにしつつ、財政基盤の弱い制度においても他制度と同水準の給付を確保できるよう、国が最終責任を負っているとも考えられる。

### 2．医療保険制度における財政調整に関する議論の歴史的変遷

前記1．で明らかになったように、国民皆保険を持続させる上で国庫負担は重要な財源としてその役割を担ってきたが、近年の国家財政の逼迫により、医療分野においても国庫負担削減の要請が強くなっている。こうした国庫負担削減の代替案として財政調整や制度一元化を求める意見も出ているが、財政調整を巡る議論は今に始まったことではなく、皆保険達成以降、度々浮上しては頓挫し、今日に至るといふ経緯を持つ。

---

<sup>1</sup> 国保に対する国庫負担は、被用者保険における事業主負担相当分だとする議論も存在する。

### ( 1 ) 昭和 30 年代における「総合調整」「プール制」

「国民皆保険」構想は以前からあったが、昭和 30 年代に入ると、「皆保険」構想は具体的な政策課題として浮上してきた。昭和 31 年 3 月末時点での医療保険のカバー率は総人口の 68%であったが、このカバー率を引き上げ、「国民皆保険」を実現することが急務であった。このような状況下、昭和 31 年 11 月 8 日に、社会保障制度審議会が「医療保障制度に関する勧告」をとりまとめた。

ここでは、「健康保険と国民健康保険の二本建てによる医療保障体系のまま国民皆保険を実現せざるを得ない」とした上で、健康保険の運営については政管健保の運営上の欠陥を指摘し、組合保険主義に移行すべきとの勧告を行っている。また、同勧告では「総合調整」という言葉が使用されたが、財政調整の文脈で使用されているものではなく、より広範な意味合いが含まれていた。

皆保険達成後の昭和 37 年 8 月 22 日に、社会保障制度審議会は「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申及び社会保障制度の推進に関する勧告」をとりまとめたが、この中で、「制度の分立を前提とし、制度間の財政の不均衡を解消するためには、国庫負担の増大が必要であるが、それには限界があるため、保険者間においてプール制による財政調整をはかることが必要」と述べている。「プール制」の範囲としては、まずは組合相互間、国民健康保険の保険者相互間とし、将来的には二つの体系相互間においてもプールを行うことが提唱されている。この答申・勧告ではプール制の具体的な姿は見えないが、これ以降、「総合調整」「プール制」に対する関心が高まり、各方面で議論が行われるようになった。

### ( 2 ) 昭和 40 年代の「2分の1 財政調整論」

昭和 42 年 11 月 17 日に公表された、厚生省事務局試案「医療保険制度改革試案」では、現行制度を基調とし、健康保険組合、各種共済組合、市町村等小集団による管理運営方式の長所を活用すること、被用者保険については、保険者間の保険料格差を是正するため、医療給付費（法定給付分）の 2 分の 1 について財政調整を行うこと（=いわゆる「2 分の 1 財政調整論」）、地域保険については医療費段階別の標準保険料制度を創設し、財政力の弱い保険者に対して国庫負担による財政調整を行うこと、等の案が示された。

昭和 44 年 8 月には、厚生省保険局が「医療保険制度改革要綱試案」をまとめた。ここでは、現行の医療保険制度を再編成し、「国民保険制度」「勤労者保険制度」「高齢者医療を確保する制度」を創設し、三本建ての制度とすること、勤労者保険事業は社会保険庁が一元的に行うが、社会保険庁は企業別あるいは産業別に組織される勤労者保険組合にその事業を代行させることができること等が示された。その上で、医療給付に要する経費について、社会保険庁および各勤労者保険組合相互間において財政調整を行い、国も相応の負担を行うこと、被用者保険制度の医療給付費を賄うのに

必要な料率の2分の1に相当する料率による財政調整を行うこと等が示された。

当時の健康保険財政は、30年代後半からの医療費引上げ等により悪化し、特に政管健保では累積赤字が深刻な状況となっていた。このため、財政調整に関する議論のほか、総報酬制や薬剤費の一部負担制の導入に関する議論も盛んに行われた。しかし、社会保障制度審議会・社会保険審議会の両審議会答申等では、組合方式の長所を活かし、組合方式を積極的に推進すること、その上で生じた財政格差については、まずは同種の保険者間での財政調整を行うことが望ましく、政管健保の赤字対策としての安易な財政調整はかえって制度運営に怠惰が生じるとの慎重論が示され、結果的には国庫負担の投入を軸にした解決策がとられることとなった。

### (3) 昭和50年代の財政調整論「組合間の財政調整」

昭和48年の健康保険法改正により、政管健保の財政は昭和49年以降健全化する見込みとされていたが、老人医療費の無料化や昭和49年のオイルショックを契機にした低経済成長による保険料収入の伸びの鈍化等により、政管健保の財政は再び赤字基調に陥った。昭和49年度の政管健保の財政は、保険料率0.4%引上げにもかかわらず、456億円の赤字となり、昭和50年度も赤字が増大することが見込まれる事態となった。こうした状況を受け、昭和50年代には、再び、被用者保険制度内における財政調整を巡る議論が活発となった。

昭和53年3月3日、厚生省は「医療保険制度改革要綱案(将来のビジョン)」を策定し、その中で、職域保険制度内において一定料率に相当する金額を拠出し、財政調整事業を政府監督の下に調整基金(仮称)に代行させるといった内容の財政調整案を公表した。このビジョンについては関係団体が強く反対を表明したことから、厚生省は見直しを行い、新たな改正案について、社会保険審議会と社会保障制度審議会に諮問を行った。諮問案では、財政調整については「政府は別に法律で定めるところによる被用者医療保険の保険者間の財政調整が行われるまでの間、各健康保険組合間の財政調整を行うための所要の措置を講ずることとすること」とされた。これに対し、社会保険審議会では、「このような方向を採るためには、将来の制度の体系との関係、被用者保険全体での財政調整についての理念と具体的方法を明らかにするべきである。特に健康保険組合間での財政調整を実施するにあたっては、健康保険組合の自主性を失わしめないようにすべきである」といった内容の答申をまとめた。また、社会保障制度審議会では、「今回の狙いの一つは保険者間の財政調整にあるとされているが、それによって経営努力がゆがめられたり、自己責任がおろそかにされるようなものであってはならない」と述べ、財政調整の必要性を認めつつも、まずは政管健保の赤字の原因を徹底的に究明する必要があるとした。

その後、政府は、将来的には政管健保と組合健保間の財政調整を行うことを前提に、当面の対応として健保組合間で財政調整を行うといった形に修正を行った。健康保険法

改正案の修正を巡る与野党間の度重なる折衝は難航したが、昭和 55 年 4 月 25 日に自民、社会、公明、民社の 4 党間の国対委員長で大枠の合意がとれた。その後、4 党の衆議院社会労働委員会で修正合意事項の細部の詰めが行われ、5 月 13 日までに一部を除いて 4 党間の合意が成立した。この 4 党間の協議確認事項として、「全被用者保険制度間での財政調整に関する規定は削除し、健保組合間の財政調整は行う」ことが明示された。この結果、昭和 55 年 11 月 28 日に成立した改正法では、「健保組合間で財政調整を実施する」となり、全被用者保険制度間での財政調整に関する将来構想は消えた。また、衆議院社会労働委員会でこの附帯決議事項として、「健康保険組合間における財政調整の実施に当たっては、健康保険組合の自主性が失われることのないよう配慮すること」が入れられた。こうして、被用者保険制度内での財政調整構想は消え、政管健保の国庫補助率を保険給付費の 10% から「当分の間 16.4%」とするといった国庫負担の増額という形で、現役世代についての財政調整論は決着した。

### 3. 今後の望ましい財源政策のあり方

以上のような歴史的考察の上で、今日の制度の成り立ちを前提とした場合に、今後の医療保険制度における財源政策としてどのようなことが考えられるのか、以下にいくつか整理しておきたい。

まず第一に、安定的な財政運営の観点から最も優れた財源は、社会保険料である。社会保険料は、その恩恵を受ける当事者である労使双方の納得によって拠出される財源であり、その財源調達力は安定的な制度運営と国民が受けられる医療水準の向上に大きく寄与してきた。そもそも、社会保険方式を採用する意義は、当事者による自主運営の原則をできるだけ尊重し、かつ、保険料拠出によって税財源依存の場合よりも給付水準を高めることにあるといえる。しかし、社会保険料のみを財源として多元的な制度・運営体系を維持していく場合、たとえば法定内の保険料率設定を超えたり、極端に高い保険料率となってしまう保険者について、その財源をどのような形で確保すべきかが問題となる。この問題は、リスク要因や所得格差をどのような形で分散させ、是正していくのか、公的保険のもつ再分配の機能・仕組みに関わる問題となる。その解決策として、保険者間の財政調整や税財源の投入が考えられるが、財政調整にしても、税財源の投入にしても、両者にはそれぞれ注意しなければならない点がある。社会保険は「給付反対給付均等の原則」を厳密に適用せず、「保険」性を給付と拠出の緩やかな有償性の存在を認めることにとどめていること、保険共同体という「連帯」の範囲内での社会的調整(所得移転)を許容していることで、民間保険とは異なる性質をもっている。ここでの「保険共同体」とは、あくまでも共同体として「連帯」意識を持ち得る同質的な集団を意味しており、たとえば「国民連帯」のような社会保険外在的な要素は含まれない。このような論拠に立てば、財政調整が認められる範囲として同一制度内の保険者間が限度ではないかとの判断も成り立つであろう。

つぎに安定的な財源として目的税の導入が考えられる。ここではとくに、たばこ税と消費税の社会保障目的税化による2つの財源を挙げておきたい。

たばこ税を新たな医療財源として導入する場合、国民の理解を得るうえで、たばこ税の持つ性格や意味から、目的と対象を明確にしておく必要があるだろう。たばこ税を一種の懲罰的な要素として徴収するという考え方に基けば、対象は被害救済部分に限定して投入するのが望ましいとの判断が成り立ち、肺がんなど、たばこに起因する疾患やニコチン依存症などに限定した保険給付との関連付けが考えられる。しかし、喫煙のみに起因する疾患や喫煙による健康被害の範囲を厳密に定めることは必ずしも容易ではなく、たばこ税を被害救済部分に限定して投入するには一定の割り切りが必要であると思われる。喫煙が生活習慣病など、いくつかの疾患の危険因子の一つとして、健康の維持・増進、生活の質の向上を阻害し、国民医療費全体を引き上げる要因となっていると捉えたとき、医療保険財政全体の改善に寄与するものとして、たばこ税の増税分を医療財源に投入することも考えられる。実際、こうした観点から諸外国では、すでにフランス、ドイツ<sup>2</sup>、韓国がたばこ税を医療財源として投入している。さらに付言すれば、わが国は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約<sup>3</sup>」の締約国でもある。現行のたばこ税収は9,000億円<sup>4</sup>となっており、たばこ税は1本1円の増税で900億円の財源調達力をもつといわれており<sup>5</sup>、たばこ税の医療財源への投入は検討に値しよう。

医療サービスは広く平等に国民に受益をもたらすものであることから判断すれば、消費税の目的税化（社会保障税<sup>6</sup>）による医療財源への投入も、医療サービスや医療給付の確保・拡充に向けた財源として考えられる。特に、消費税の負担者の範囲が高齢者を含む全国民である点に着目すれば、国民連帯による支援の観点から、たとえば、他の年齢層と比較して医療ニーズの高い高齢者の医療給付の確保・拡充に向けた財源と捉えることは、比較的、国民の合意を得やすい財源政策といえるのではないだろうか。現状、消費税収（国税分）は10.4兆円であり、消費税率1%の引き上げで2.5兆円の増収が可能となる。今後しばらくは高齢化が進行し、中でも後期高齢者が増加することが予測されている状況下では、“広く薄く皆で”負担する消費税の目的税化は検討されるべきである。

---

<sup>2</sup> ドイツでは、たばこ税の医療保険財源への投入は2007年（平成19年）までとなっている。

<sup>3</sup> 世界保健機関（WHO）の下で作成された保健分野における初めての多数国間条約であり、たばこの消費等が健康に及ぼす悪影響から現在および将来の世代を保護することを目的とし、たばこに関する広告、包装上の表示等の規制とたばこの規制に関する国際協力について定めたものである。平成15年5月21日に採択され、わが国では平成17年2月27日より発効となった。

<sup>4</sup> 国税分のみ。

<sup>5</sup> 実際には、税率引上げによる消費の減少は見込まれるので、ここまでの額にはならない可能性が高い。しかし、日本医師会の公表によれば、たばこの価格を2倍にした場合には、喫煙者が2~3割減少し、たばこによる健康被害が減少するとともに、たばこの売上総額は増加することが示されている。（日本医師会「要望書」）平成17年5月31日）

<sup>6</sup> 社会保障税（仮称）：自民党「財政改革研究会」は、平成19年11月21日に「“国民にすべて還元する”との原則の下、消費税を国民に対する社会保障給付のための財源と位置付け、その趣旨を明確にすべく、現行の消費税を社会保障税（仮称）に改組する」と表明している。

このように、たばこ税と消費税の目的税化による財源政策が有効な方法と考えられるが、いずれの財源についても、どのような目的（論拠）のもと、どのような対象に投入するのかという、「目的」（論拠）を明確化する理論的な課題と「対象」への投入に際しての制度的な課題が残る。なお、医療財源に関して、これら目的税と用途との間のリンケージを強くし過ぎてしまうと、その財源の範囲内で医療給付費が限定されてしまい、給付の縮小や削減といった給付抑制という事態を招くおそれがあることに注意しなければならない。したがって、医療給付が限定されないように、どの部分を投入対象とすべきか慎重に判断しなければならないし、たとえば医療給付費の一定割合を目的税で賄うとした場合には、それに見合うだけの税率アップを確実に実施できるのかという課題・不安材料を抱え続けることにもなる。

このほか、一般税財源に基づく国庫負担の役割は今後とも重要である。しかし、国庫負担は一連の歳出削減策からわかるように、国家財政の状況によって大きく左右され、国民の意思とは無関係に削減の対象となりうるし、また、他の公共財と比較考量されることから政治の駆け引きの対象となりやすいことを考慮すると、過度な国庫負担への依存は制度運営を不安定な体質へと変貌させてしまうことを忘れてはならない。とくに現在の国家財政の逼迫状況からすれば、一般財源に基づく国庫負担の投入は、今後ますます厳しく吟味される可能性が高い。しかし、分立する制度や保険者を前提とすると低所得者の多い制度や保険者に対する支援として行われる国庫負担等の投入などは、皆保険体制維持の観点からは是認されるべきものであり、国民に平等に医療サービスを受ける権利を保障するわが国の政策として、その役割・機能は今後も変わることはないと考えられる<sup>7</sup>。

---

<sup>7</sup> 平成 16 年（2004 年）における国民医療費の対 GDP 比を見ると、日本は 8.0% で先進 7 か国中最下位となっている（OECD, “Health Data 2007”）。