

# 後期高齢者医療制度の普通調整交付金算定式に関する考察\*

小松秀和\*\*

## 1 はじめに

2008年4月から75歳以上の後期高齢者を被保険者とする新しい公的医療保険（後期高齢者医療制度）が始まる。従来の老人保健制度と比較すると、後期高齢者を現役世代とは別の制度に囲い込み、適切な医療給付や保険料賦課を行う点に特徴がある。

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保険者としたことである。それは医療費の地域差と保険者規模の適正化を考慮した末の結論であった。老人医療費の都道府県格差は周知の事実であり、地域の事情を反映したものとなっている（みずほ情報総研（2007））。他方、保険財政安定化のためにはある程度の保険者規模も必要であることから、都道府県が老人医療費の適切に管理する器として選ばれたのである。

広域連合間の医療費格差を被保険者に正しく認識させるには、保険料がその医療費格差を適切に反映していなければならない。後期高齢者医療制度にはその機能を果たすべく、普通調整交付金とよばれる仕組みが導入されている。ありふれた名前のため見過ごされやすいが、これこそ後期高齢者医療制度と他制度との違いを際立たせる仕組みだといえる。

本稿の目的は、医療費を保険料に適切に反映させる仕組みについて理論的に考察することである。特に、後期高齢者医療制度の普通調整交付金算定式に関する分析に焦点を当てている。

論文の構成は次の通りである。まず、医療費が適切に反映される負担とはどのようなものなのか、その表示および計算方法について考察する。次に、広域連合間の平均所得格差の調整方法について様々な角度から検討を加える。さらに、普通調整交付金算定式の仕組みについて詳しく分析した上で、その有効性について検証する。そして最後に、普通調整交付金算定式の問題点を挙げ、その解決策として新しい調整方法を提案する。

## 2 後期高齢者医療制度の概要

---

\* 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。

\*\* 香川大学経済学部所属。komatsu@ec.kagawa-u.ac.jp

2008年4月から施行される「高齢者の医療の確保に関する法律」（2006年12月に「老人保健法」を改正・改称）では、医療費の嵩む高齢者、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いこう。

図1：後期高齢者医療給付費の財源構成

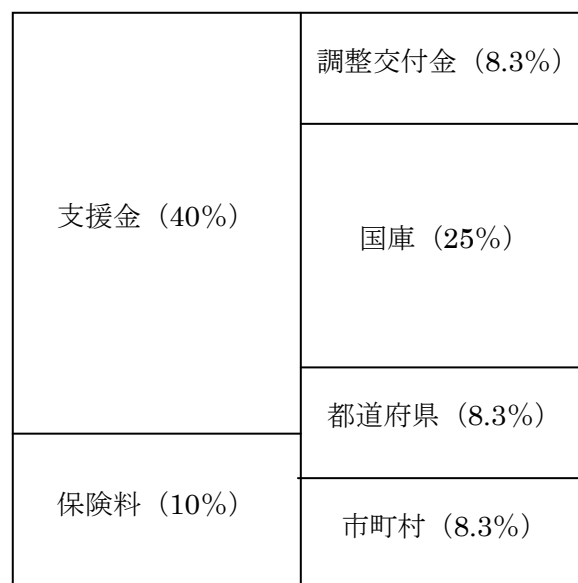
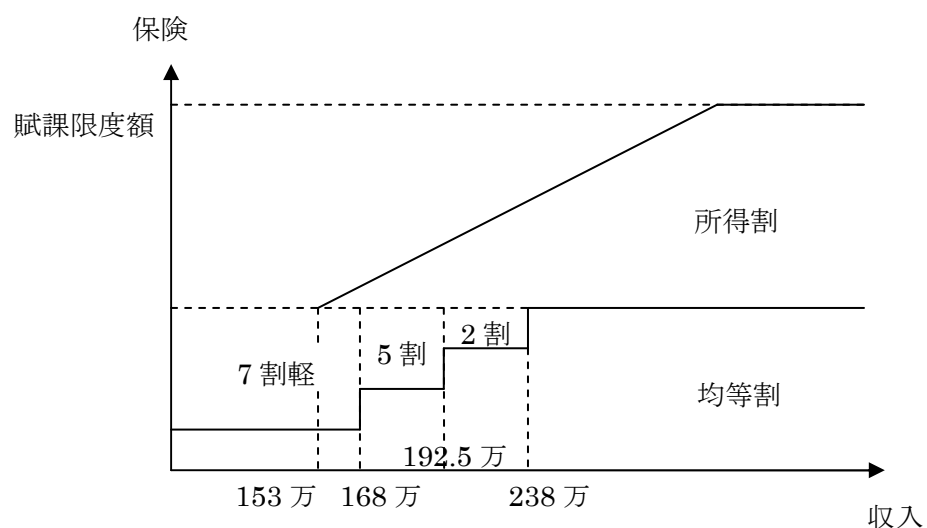


図2：保険料賦課方法



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 1 割程度に過ぎず、残りの 9 割は公費（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 1/3 に相当する調整交付金（給付費全体の 1/12（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と予想される。

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。唯一の違いといってよいのが、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。こうした頭割の算定方法に対して健保組合は、所得のない被扶養者にまで負担を押し付けるものと強く反発してきたが、そうした意見は今回も聞き入れられなかったようである。

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。

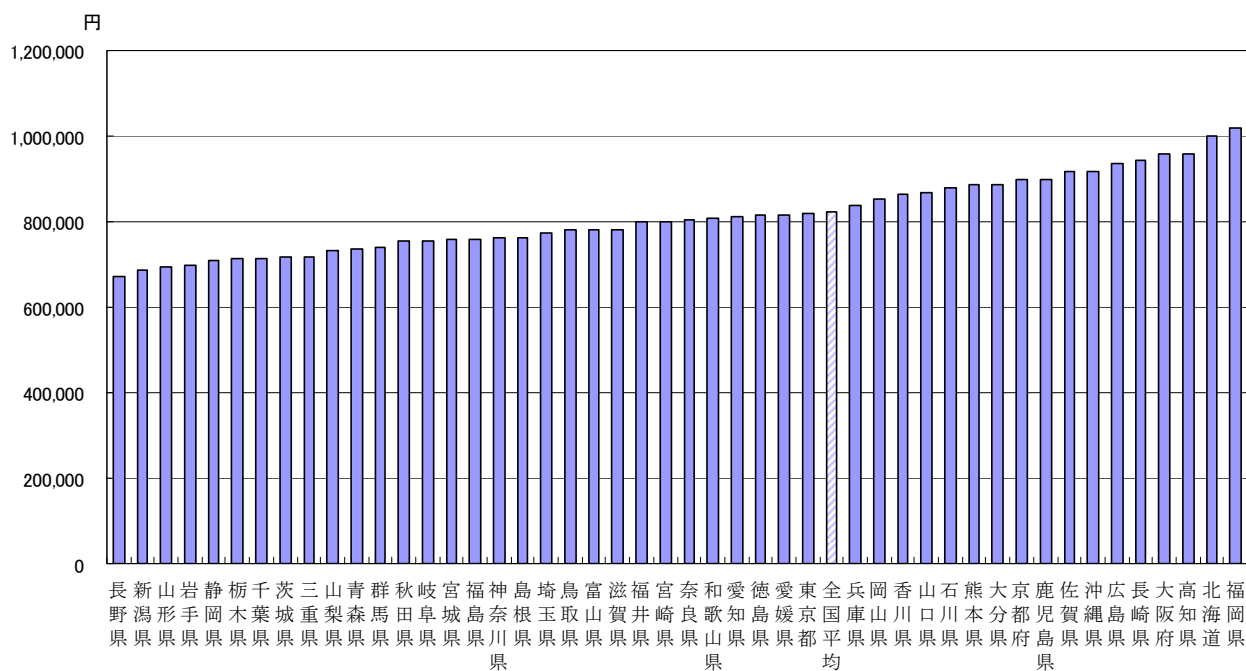
そこで以下では、普通調整交付金が果たす機能について、保険料負担との関係を踏まえながら考察していく。

### 3 保険料負担と普通調整交付金

#### 3.1 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、老人医療費の地域差がある。

図3：都道府県別老人1人当たり医療費（2005年度）



差を保険料格差に反映させることで老人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。

都道府県の住民に老人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、医療費を多く使えば、それだけ負担も重くなることを実感させなければならない。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。これは先の老人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人頭割ではないため、数字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、たとえ老人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、老人1人当たり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）に見積もるといった短所がある。

こうした欠点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、均等割総額を所得割非賦課被保険者所得総額、所得割総額を所得割賦課被保険者所得総額でそれぞれ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、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という問題がある。

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数字は 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、それでも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：平均所得の相違が所得割率に与える影響

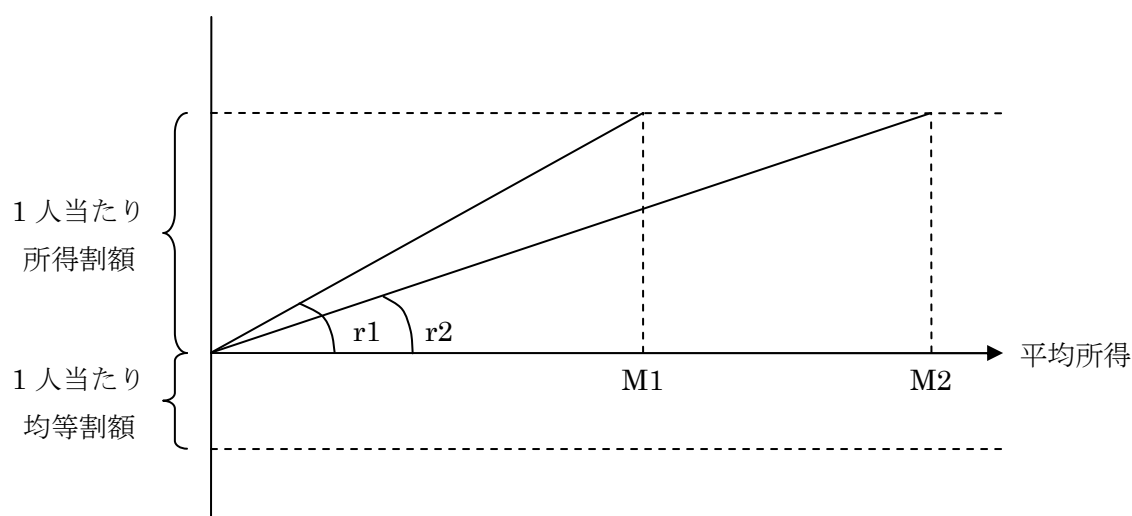


図 4 は、他の条件（老人 1 人当たり医療費や 1 人当たり均等割額・所得割額など）がすべて等しく、所得割賦課被保険者の平均所得のみが異なる 2 つの広域連合の保険料負担を表している。M1 と M2 はそれぞれの平均所得である ( $M1 < M2$ )。図 4 によると、たとえ老人 1 人当たり医療費が等しくても平均所得の相違によって、所得割率に差が生じることが分かる ( $r1 > r2$ )。

これをそのまま各広域連合の負担としてしまうと、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にもならない。したがって、医療費の高低が保険料負担に適切に反映されるように、広域連合間の所得格差の影響を取り除く必要がある。

最も簡単な方法は、所得格差そのものをなくすことである。各広域連合の平均所得が広域連合全体の平均所得に平準化するよう保険者間で財政調整を行えばよい。ただし、所得そのものを強制的に再分配することは公的医療保険の本旨ではなく、場合によっては財産権の侵害にもなりかねず、現実的ではない。そこで、広域連合全体の平均所得に基づく別の調整方法について考えることにする。

### 3.2 保険料調整

図5：広域連合全体の平均所得に基づく保険料調整

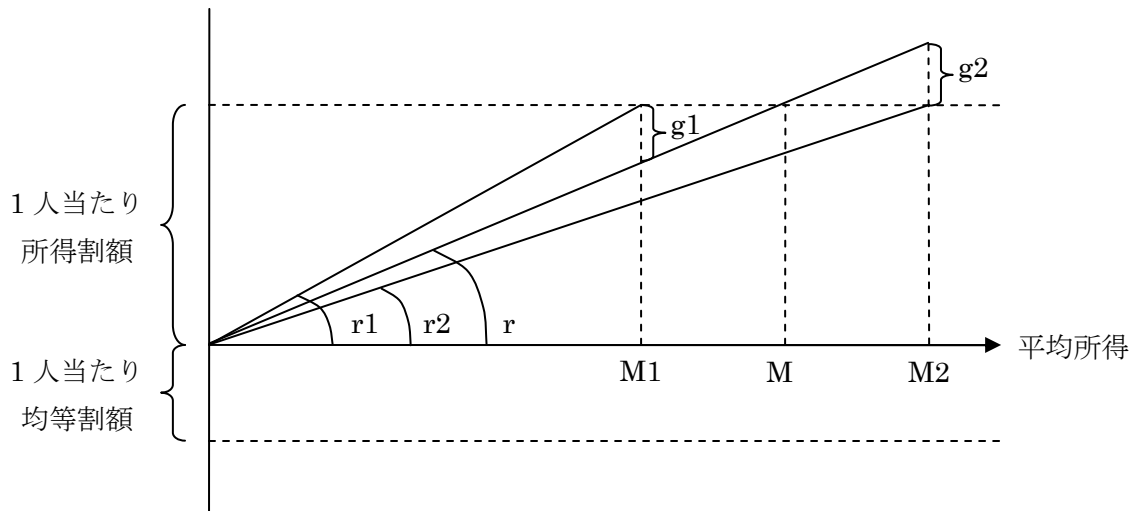


図5は各広域連合の平均所得と広域連合全体の平均所得を使って1人当たり所得割額を調整する仕組みを表している。詳細は次の通りである。

所得割賦課被保険者の平均所得が異なる以外はすべての条件（老人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 $M1$ 、 $M2$ （ただし、 $M1 < M2$ ）とすると、所得割率はそれぞれ $r1$ 、 $r2$ で、 $r1 > r2$ 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 $M1$ 、 $M2$ 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 $g1$ 、 $g2$ はその際の1人当たり調整金額を表している。 $g1$ 、 $g2$ にそれぞれの所得割賦課被保険者数を乗じたものを $G1$ 、 $G2$ とすれば、平均所得 $M1$ の広域連合には $G1$ を交付し、平均所得 $M2$ の広域連合には $G2$ を徴収することで、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。 $C_i$ を老人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 $C_i \cdot N_i$ 、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） $(1/2) \cdot C_i \cdot N_i$ となる。よって、調整金額 $G_i$ は次の式で表される。

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

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

であるから、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。

### 3.3 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察する。

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。では、普通調整交付金の交付算定式を詳しく見ていこう。

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なになる。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。

$$\text{普通調整交付金の額} = \text{調整対象需要額} - \text{調整対象収入額}$$

$$\text{調整対象需要額} = [\text{負担対象額} \times \{(1/12) + \text{後期高齢者負担率}\} + \text{特定費用額} \times \text{後期高齢者負担率}] \times \text{調整係数}$$

$$\text{負担対象額} = \text{第1号被保険者に係る給付費}$$

$$\text{特定費用額} = \text{第2号被保険者に係る給付費}$$

$$\text{調整係数} = \text{補正前調整係数} \times \text{補正係数}$$

$$\text{補正前調整係数} = [\text{負担対象額} \times \{(1/12) + \text{後期高齢者負担率}\} + \text{特定費用額} \times \text{後期高齢者負担率} - (\text{特別調整交付金額} + \text{高額医療費公費負担分})] / [\text{負担対象額} \times \{(1/12) + \text{後期高齢者負担率}\} + \text{特定費用額} \times \text{後期高齢者負担率}]$$



補正係数=(調整交付金総額-各広域連合に対する特別調整交付金の合計額)/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={ $(1/2) \times (1/10) \times (\text{負担対象額} + \text{特定費用額}) \times (1 + \text{所得係数})$ }  $\times$  調整係数

所得係数=1人あたり所得額/1人平均所得額

1人あたり所得額=当該広域連合の被保険者所得の合計/当該広域連合の被保険者数

1人平均所得額=全広域連合の被保険者所得の合計/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ことを考える。記号を次のように定義する。なお、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

$i$  : 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

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、

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

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

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

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、

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

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、

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

となる。式の  $(1/12) * \sum A_i$  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、そして、それが所得割保険料収入にどの程度影響しているか、によって決まることが分かる。なるほど、1 人当たり給付費が全く同じ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、その差を公費で埋めるやり方は公平性の点からも評価できる。

しかし、上記の算定式で不可解なのは、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、 $(1/12) * A_i$  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、 $(1/10) * (A_i + B_i)$  でなければならない。調整対象需要額に  $(1/12) * A_i$  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。

被保険者平均所得が全国平均と等しい平均的な広域連合には、 $\alpha_i * (1/12) * A_i$  の普通調整交付金が入る。たとえ相当程度平均所得が高くても、それが全国平均の  $1 + (5/3) * \{ A_i / (A_i + B_i) \}$  倍を超えない限り交付金が出る。仮に  $A_i = B_i$  とするとその数字は 11/6 となり、2 倍近い平均所得でも OK ということになる。

こうした一見大盤振る舞いにも思えることがなぜ起こるのか。思うに、国から広域連合への調整交付金総額が第 1 号被保険者全体に係る給付費の 1/12 とあらかじめ固定されていることと関係があるのではないか。 $(1/12) * \sum A_i$  のすべてをどこかに配分する必要があり、もし平均所得が全国平均を下回る広域連合のみに配分したとすると配分額が過大になりかねない。そこで苦肉の策として、各広域連合に対して第 1 号被保険者給付費の 1/12 をあらかじめ配分した後、調整することにしたのではないか。

図 6：普通調整交付金算定方法

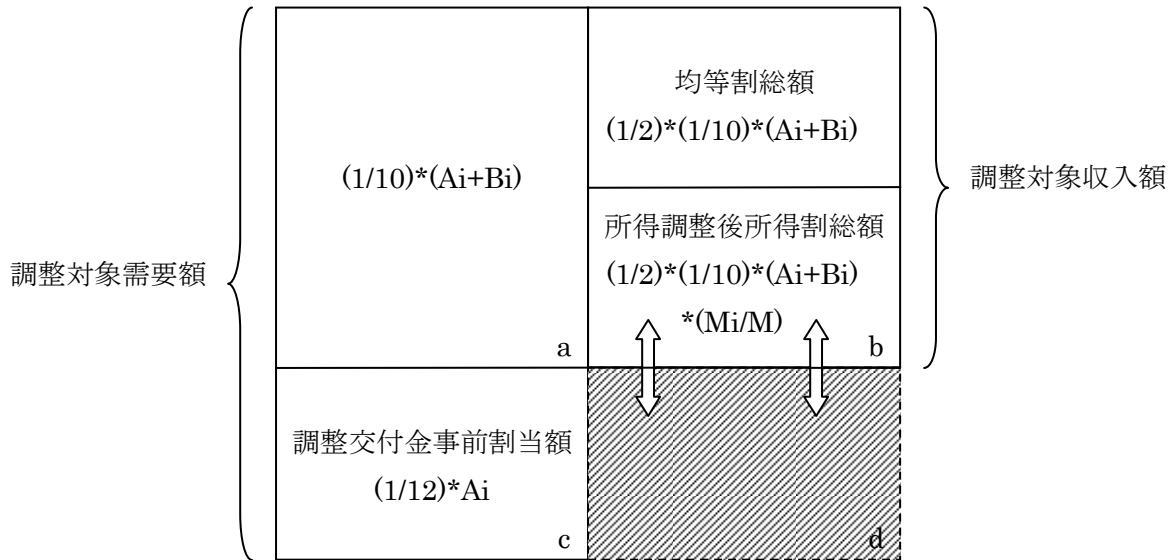


図 6 は普通調整交付金の算定方法を図示したものである（ただし、調整係数  $\alpha_i$  を乗じる前のものを用いている）。左が調整対象需要額、右が調整対象収入額で、その差が調整交付金額となる。図 6 の斜線部分は当該広域連合の被保険者平均所得が全国平均と等しいと仮定したときの調整交付金額である。平均所得が全国平均よりも低いと線  $ab$  は上に移動し、差額である調整交付金額は増える。反対に、平均所得が全国平均よりも高いと線  $ab$  は下に移動する。そして、線  $ab$  が下限  $cd$  に達してはじめて調整交付金はゼロになる。

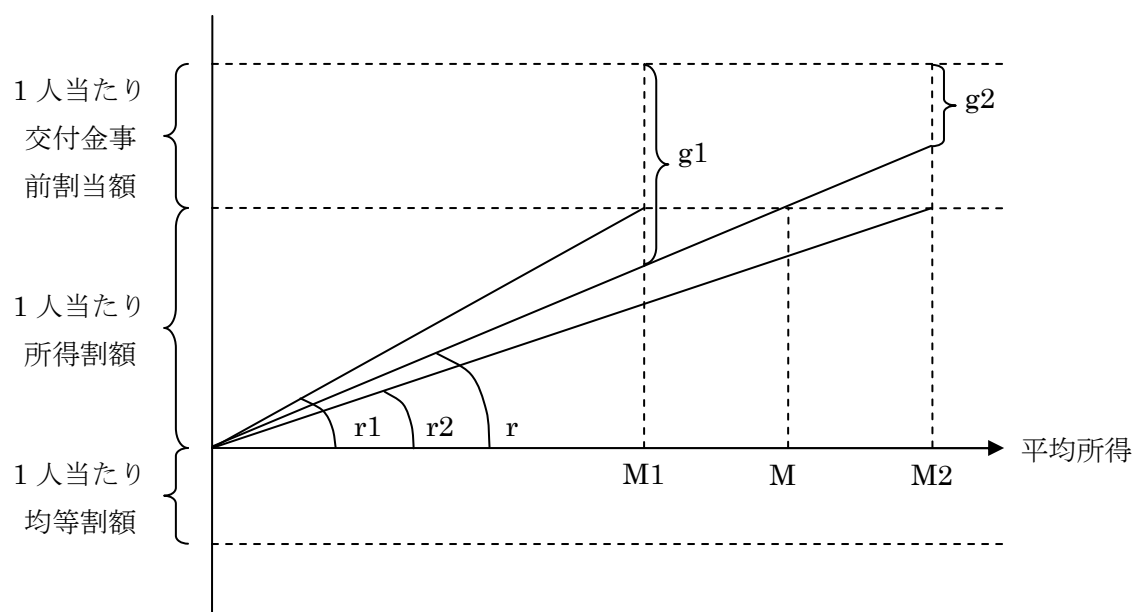
$(1/12)*A_i$  という事前の割当額のおかげで、当初はどの広域連合も後期高齢者の保険料に係る保険財政は安定することが予想される。第 2 号被保険者が少ないところほどその傾向が強い。

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。一見すると、図 5 の方式に似ているようであるが、似ているのは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だけでむしろ異なる点の方が多い。とりわけ重要なのは、普通調整交付金が本来の目的とは逆の働き、つまり、公平な保険料負担を却って歪めてしまう危険性である。

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。それぞれの調整交付金額は図 7 のように  $g_1$ 、 $g_2$  となる。共通する 1 人当たり所得割額を  $p$ 、同じく交付金事前割当額を  $q$  とおく。さらに、各広域連合の 1 人当たり所得割額から所得調整後の所得割額を控除したもの（図 5 の  $g_1$ 、 $g_2$  に相当）を  $g_1'$ 、 $g_2'$  とおく。すると、各広域連合の調整交付金交付後の 1 人当たり所得割額は、 $p - g_1' - q$ 、 $p + 2 * g_2' - q$  となる。後者から前者を引くと  $g_1' + 2 * g_2'$  となるが、これは図 5 の場合と比べて  $g_2'$  だけ大きくなっている。つ

まり、本来調整すべき金額を超えて調整が働いていることを示唆しており、場合によっては特定の広域連合が平均所得が高いという理由だけで不利な負担を強いられる可能性がある。

図 7：普通調整交付金算定方法



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、本稿が理想的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、図 7 を使って説明したように、予想される普通調整交付金の効果は必ずしも当初の目的に適ったものとはいえず、医療費と保険料負担の関係を却って歪ませる可能性すら示している。

では、普通調整交付金を理想的な制度に変え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  $((1/12) \cdot \sum A_i)$  を調整交付金総額として固定しておくことができないからである。しかし、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、残額については「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 段階方式を採用すれば問題は解決する。

図 8 : 広域連合全体の平均所得に基づく保険料調整 (2 段階方式)

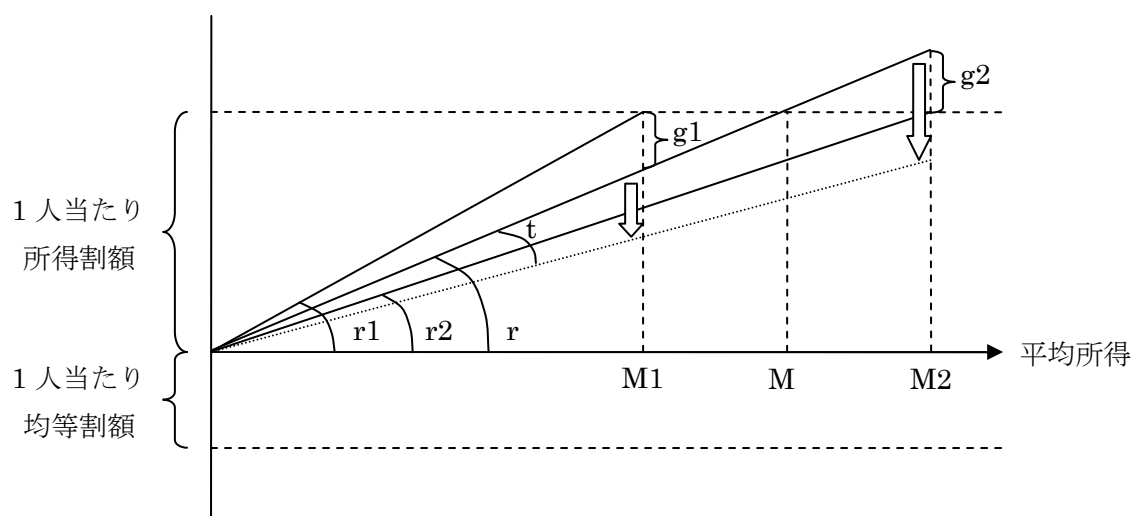


図 8 はそうした調整方法を示したもので、各矢印が各広域連合に再配分する（所得割賦課被保険者 1 人あたり）金額を表している。最終的な所得割率は  $r$  から一定比率  $t$  を引いた値となり、同じ医療費ならば同じ保険料負担（所得割率）という原則も守られている。

#### 4 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事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事で老人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、老人 1 人あ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。

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。しかし、本文中でも指摘したように、保険料総額（給付費の10%）と比べても調整交付金総額（第1号被保険者給付費の約8.3%）の規模は大きく、その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、その存在が却って保険料負担に歪みを生じさせる可能性があることもまた事実である。運用の制約上、制度設計がそのようになってしまったのは仕方がないのかも知れないが、できれば本稿が提案したような新しい調整方法の可能性について検討して欲しいと思う。

さて、本論分の目的は普通調整交付金算定式の仕組みを解明することであったが、制度が未だ実施前ということもあり、予想や推測で議論を展開せざるを得なかったのは事実である。できれば今後の課題として、制度開始後に普通調整交付金がどのような影響を与えたのか実証研究を行いたいと思う。また、広域連合間で医療費抑制（あるいは保険料引き下げ）を巡る競争が起こるのかどうかについても興味深いところである。さらに、本稿では触れなかったが、支援金制度が内臓脂肪症候群対策推進のインセンティブとして有効に機能しているか確かめたいと思う。

## 参考文献等

- 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
- 小松秀和 『日本の医療保険制度と費用負担』 ミネルヴァ書房 2005年
- 小松秀和 「リスク構造から考える国保の財政問題」 『都市問題』 第98巻第10号 2007年
- 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