

高齢者医療確保法に関する課題の検討

——「社会連帯」, 「保険者機能強化論」をキーワードとして——

しま ぬき まさ と
鳴 貫 真 人

一 はじめに

04年の年金法改正, 05年の介護保険法改正に引き続き, 一連の社会保険制度改正の第三段階として, 06年5月の国会において「高齢者医療確保法」(以下, 「確保法」と呼ぶ)を含む医療制度改革関連法が成立した。

83年2月に施行されて以来, 20年以上にわたってわが国の高齢者医療制度の中核をなしてきた老人保健法は廃止され, 日本の高齢者医療保障は新たな時代を迎えることになった。

今回制定された確保法では, 従来の老健拠出金制度を全面的に改めて, これまでにない全く新しい財源調達の方法を取り入れている。それだけに, この新制度に関する分析・検討は, 非常に多角的・多層的なアプローチを要する作業となるが, 本稿では確保法をめぐるいくつかの重要な論点の中でも, 特に財源調達方法の問題に着目し, これを負担する各医療保険者の側に及ぼす影響について, 主として「保険者自治」の観点から批判的に検討を加えるものである。

近年, 医療保険制度(高齢者医療に限らない)改革をめぐる議論においては, 「保険者機能の強化」の視点が最も重要な柱とされており¹⁾, 医療保険の保険者はこれまでの報酬支払者としての地位にとどまらず, 被保険者の利益擁護のために多様な権限を行使していくべきであると主張されるようになってきている²⁾。すなわち, 「保険集団の自治」の性格を強化していくことが, 結果的に医療の質の向上や保険財政運営の効率化に資するものであるとの考え方が, 次第に一般に承認されるようになってきたものと思われる。

しかし, 私見によるならば, 今回の確保法の中で示された保険者間の財政調整の方法は, このような保険者の自治を尊重していく近年の大きな潮流に全く反するものであるのみならず, わが国が医療保障の基本形態として「保険」の方式を採用したことの意義をも

1) 1996年11月, 医療保険審議会建議書「今後の医療保険のあり方と平成9年改正について」。

2) 加藤 [2003] 144頁。

根底から損なう結果にもつながりかねないものと考えている。

本稿では、このような確保法が抱える論理的課題について、社会保険の存立基盤ともいうべき「社会連帯」の理念にまで遡って検討することをねらいとしている。

二 新しい老人医療制度の概要

まず最初に確保法の概要を紹介しておくが、新制度のより詳細な内容については、本稿の四節以下において再度検討していくこととなる。

確保法の構造を大づかみにとらえたとき、これまでの老健制度との最大の違いは、高齢者を65～74歳の前期高齢者と75歳以上の後期高齢者とに二分し、両者を全く異なる財政方式で運営しようとしている点である。

まず前期高齢者については、国保・被用者保険など、それぞれが従前に加入していた医療保険にそのまま加入を継続し、各医療保険者間における前期高齢者の加入者数の偏在による財政的不均衡を、保険者間で直接財政調整するという方式を採用している。患者負担に関しては、69歳までは従来どおり3割であるが、70～74歳については02年の制度改正の内容からさらに負担率を引き上げて、一般所得者については2割、現役並所得の者については3割となった（これまでは一般所得者については1割、現役並所得者は2割であった）。なお、現役並所得者の自己負担引き上げは06年10月から、その他の者については08年4月からの負担増とされている。

後期高齢者については、後期高齢者の医療費を支出するための独立した「保険者」を新たに創設し、これを都道府県単位で編成し全市町村が加入する広域連合に運営させることになった。つまり、75歳以上の者については、従前加入していた医療保険からは脱退して、新たに創設される後期高齢者医療制度に加入して、そこに各自保険料を納めることになる。ただし、この後期高齢者医療制度の運営にあたっては、現役世代からの財政的支援が不可欠であるので、0～74歳の者が所属する各医療保険者がその加入者数に応じて「支援金」を負担し、これが支払基金を通じて後期高齢者医療制度に交付されることになる（患者負担分を除く後期高齢者医療の費用負担の内訳は、現役世代からの支援金が約4割で、他に後期高齢者自身の納付する保険料が1割、公費負担が約5割という構成である）。これによって、老健拠出金制度は廃止されることになる。なお、75歳以上の患者負担は従来どおり原則1割とされているが、現役並所得者のみ、これまでの2割から3割へと引き上げられた。

三 「社会連帯」の理念と社会保障：予備的考察

(1) 社会連帯の理念をめぐる学説の動向

前段で述べたような後期高齢者医療制度に対する現役世代からの支援金の仕組みの根拠として、政府は「社会連帯」の理念をあげている点が注目される³⁾。つまり、この社会連帯の理念こそが、今後の高齢者医療制度の存続を財政面で裏付けていくための最大の論理的基盤であるともいえ、まずその内容の詳しい検討が必要となってくるのである。そこで、本節ではこの社会連帯の理念をめぐるこれまでの学説の議論の動向を俯瞰しながら、確保法の分析を行う前段としての予備的考察としたい。

社会連帯の理念を社会保障全体の体系の中でどのように位置づけていくのかについては、これまでの社会保障法学の議論の中では、いまだ統一された見解が成立しているとはいえない状況にある。社会保障の保障主体を究極的に国家だけに一元化してとらえる立場⁴⁾からは、社会保障の給付方法の違い（税方式か社会保険方式か）は、憲法25条によって規定された生存権保障の責務を国家が直接的に履行する（生活保護など）のか、それとも間接的に行うのか（社会保険）の違いとして理解されることになる。つまり両者の差異は「保障手段」の違いにすぎないのであって、「保障主体」がどちらも国家であることに変わりはないということになる。

このような立場においては、社会保険における保険者のような中間団体については、社会保障全体の構造上、独自の法主体性を認める必要はなく、いわば「中間団体＝社会」が「国家」の下部機関であるととらえられているといえよう。したがって、このような見解を出発点とする限り、中間団体の権限の独自性に注目する社会連帯の理念をことさらに強調することは、国家の負うべき公的責任の後退をごまかすための問題のすり替えにすぎない、という警戒感をもって受け止められる⁵⁾ことになるのである。

他方、税方式と社会保険方式を比較したときの制度構造上の本質的な違いに注目する立場からは、両者の違いは単なる「保障手段」の違いにとどまるものではなく、「保障主体」のもつ性格そのものの違いに由来すると理解される。このような見解に立つならば、保険者に独立した法人格が与えられ、事業に付随する権利・義務の帰属主体としての地位を有するなどの特徴をとりわけ重視することになる⁶⁾。

本稿のテーマである高齢者医療費の財源調達方法のあるべき姿についても、このような社会連帯をめぐる学説のこれまでの理論動向に照らす限り、いまだ確定的な答えが用意されているとはいえないだろう。そこで、次段ではこの社会連帯の理念から演繹されるところの医療保険財政運営の本来あるべき姿について、私見を展開してみたい。

(2) 社会連帯の概念規定とその規範的意義

3) 2006年4月21日、衆議院厚生労働委員会における厚生労働省水田保険局長の答弁（『週刊社会保障』2380号56頁）。

4) 荒木 [1998] 247頁。

5) 荒木・西村・岩村他座談会 [2003] 550頁における河野正輝教授の発言。

6) 倉田 [1997] 15頁。

まず、社会保障制度理解のためのツールとして社会連帯の理念を導入することは、どのような意義を有するのか、またこのようにして解明された社会連帯の内容理解が、具体的な制度設計（特に保険者間の財政調整のあり方）に対してどのような規範論を提示するのか、という点を明らかにしておかなければならない。

前段でみたとおり、税方式と社会保険方式を比較したときの制度構造上の本質的差異に注目する立場からは、「生存権＝国家的扶養」、「社会連帯＝社会的（保険集団による）扶養」という保障主体の性格の違いと理解される。つまり、社会保険の保険者とは、法の命ずるところに従って国の事務を行う国家行政機関の系列に属さず、国家からは独立した権利・義務の主体として社会に存在しながら構成員の福祉の向上を目指す集団としてとらえられる。したがって、この立場からは、このような独立した法主体性をもつ保険者の「団体自治」がとりわけ重視されることになる。

それでは、このような保険集団を構成するメンバーが決定した内容が、対外的にも（特に国家との関係において）尊重されなければならないという規範的要請（団体自治の理念）が、社会保障体系の理解のうえで有意義であるというのはなぜか。

この問いに対しては、[太田1998]の分析が非常に示唆に富んでいる。国や地方自治体といった一般統治団体も社会保険の保険者も、団体構成員の民主的参加というプロセスによって財の配分を行うという点では共通した性格をもっている。しかし、社会保険においては、負担（保険料の拠出）と受益（保険給付）とが当該保険集団の構成員に限定された政治システムである点で、一般統治団体とは明確に異なっている。しかも社会保険においては、当該団体の最高の組織目的を、「一般行政組織以上に構成員の福祉を向上させる」という点に置き、なおかつこれが唯一の目的でもあるが、一般行政組織においては、福祉の充実が組織目的のひとつではあっても、唯一・最高のものではない⁷⁾。太田は以上のような根拠をあげて、社会保険における保険者の自律性の必要性を説いている。

ここではさらに、この太田の分析に加えて、社会保険の保険者の特色を、民間保険の保険者との比較においても検討してみよう。そうすると、両者の間には次のような顕著な違いが認められる。

社会保険の被保険者の有する権利の内容は、「拠出を行った見返りとして給付を受けることができる」という点では、民間保険と同様に、拠出と給付との間に一定の牽連関係を認めることができる。しかし、社会保険においては、団体のすべての構成員間で拠出と給付の対価関係が成立するわけではなく、ときには全く保険料を納めていなくても給付が行われることがある。いわば、個人レベルでの対価関係を犠牲にしても、集団構成員が享受する福祉の総和の最大化を目指すということについて、当該集団内で一定の合意が成立しているのが、社会保険である。民間保険においては、拠出と給付との間の比例関係を維

7) 太田 [1998] 83頁。

持することについて、保険者と個々の被保険者との間の契約が成立していれば十分であるが、社会保険においては、個人レベルでの有償性の切断を行うことについての承認も含めて、集団全体での意思決定がなされていることが、保険集団成立のための不可欠の条件となる。

このように、社会保険においては民間保険と異なり、同一の保険集団内では、ある被保険者に他の被保険者のリスクを負担させてもよいという合意が構成員間に成立しており、これを「連帯」と呼ぶことができる⁸⁾。換言すれば、保険集団の構成員相互間に、相手の受益可能性を自己のそれと同一視するような意識の存在を認めることができる⁹⁾。このようなある種の「リスクの擬制」を合意しうる人々の範囲において、その集団に一個の独立した法主体としての地位を認めてもよいのではないかと考えられる。

このような「連帯」の意識に支えられた集団の中で行われる生活保障のシステムは、個人のレベルでの自己責任とも、また国家と個人との関係における生活保障責任とも異なる、いわば「集団的自己責任」とでも呼ぶべき存在であると考えられるが¹⁰⁾、これが文字通り「自己責任」としての実態を備えたものになるためには、以下のような3つの要件が不可欠であると考えられる。第一にこのシステムによってカバーされるリスクの範囲が、当該集団内のそれに限定されたものであることが必要であり、第二に保険料財源の用途について、集団外から一切干渉を受けることがないということが必要であり、そして第三に当該集団の意思決定が、一般の政治的意思決定システム（代表民主制における投票）とは切り離された、社会保険という独自の民主的参加の仕組みによって行われるという手続的規範が要求される¹¹⁾。

思うに、従来の社会保障法学においては、国家による直接的な生活保障（生存権保障）に至上の価値を置くあまり、保障関係のもう一方の当事者である「国民」を、客体としての地位に閉じ込めてしまい、受給主体としての主体性や自律的判断という側面にさほど大きな関心を払わずにきてしまったといえるのではないかと¹²⁾。しかし、今ここで検討したように、生存権の理念と社会連帯の理念の関係は、本来は一方が他方より優越する地位にあるとか、一方が他方に向かって進化していくべきであるというようなものではなく、社会連帯（なかんずくその理念に基づいて運営される社会保険方式）は、国家による直接的な生活保障の場面にはない、大きな特色と利点を有するシステムであるというべきなのである。この利点こそが、集団構成員による民主的な組織運営（すなわち「保険者自治」ということになる¹³⁾。そして、この団体自治の考え方が、おそらくその持てるメリットを最

8) 倉田 [1999] 31頁。

9) 江口 [1996] 191頁。

10) 倉田・前掲注(8)31頁。

11) 菊池 [2001] 108頁。

12) 菊池 [2000] 139頁。

13) 倉田 [2001] 63頁。

大限に発揮すると思われる場面が、医療保険における医療サービスの質の向上や財政運営の効率化の問題なのである¹⁴⁾。

しかし、今回の確保法で示された保険者間の財政調整の仕組は、以下に述べるように、このような団体自治の考え方に真っ向から反するものであり、このような財政調整システムを「社会連帯」と呼ぶことは、単に用語法のうえで不適切であるということにとどまらず、社会保険方式を採用したことの意義を大きく損なう虞のある、極めて重大な問題を含んでいると考えるのである。

そこで次節以下では、確保法で示された高齢者医療費の財源調達方法について、ここまでの予備的考察の内容をふまえて、さらに具体的な検討を行っていくことにする。

四 新たな高齢者医療費の財源確保方法とその問題点

(1) 老人保健法の拠出金制度の限界とその克服

今回の法改正で、高齢の加入者数の保険者間不均衡の是正方法として、新たな財政調整の手法を導入したのは、従来の老健拠出金制度がその限界を露呈してきたからに他ならない。これまでの拠出金制度では、保険者間の共同事業として75歳以上高齢者の医療費財政を運営してきたが、このやり方では保険料の徴収権者（各医療保険者）と事業運営主体（各市町村）とが分離しているために、市町村のサービス提供者としての財政責任が不明確である¹⁵⁾という点に最大の問題があると考えられてきた。つまり、「良質な医療の提供→被保険者の健康の向上→保険財政の効率化」という一連の流れに沿ったインセンティブが、サービス提供主体側に働きにくいという問題である。

そこで、確保法では前述のとおり、後期高齢者医療制度の運営主体として都道府県単位の広域連合を創設し、（この広域連合は、現役世代保険者からの支援金や租税による財政的援助を受けるとはいえ）一応、サービス提供責任と財政責任とを、この独立した運営主体に一元的に帰属させる形を整えたことになる。そこで、このことをもって、政府は「この広域連合が後期高齢者医療制度に関する実質的な保険者である」との説明を行っている¹⁶⁾。

一方、65～74歳の高齢者については、それらの者が従前に加入していた医療保険にそのまま被保険者としてとどまりつつ、高齢者数に応じた保険者間の直接的財政調整の方法を採用しているのは前述のとおりである。

14) これらの視点については、本文五-(3)に述べたとおり、今回の確保法においても保険者の責務として前面に打ち出された機能なのであるが、本文の同箇所を検討するように、保険者自治に対する配慮をまったく欠いた財政調整の方法を採用したために、かえってこのような社会保険方式のメリットを損なう結果を招いている可能性がある。

15) 濱谷 [2006] インタビュー 48頁。

16) 濱谷・前掲注(15)インタビュー 50頁。

ところで、そもそもなぜ高齢者医療保障制度においては、このような保険者の枠を超えた財政調整制度が必要になってくるのか。その理由については、強制加入制度としての社会保険の本質的性格にまで遡りつつ、次のような説明が可能である。

社会保険制度が被保険者の強制加入を契機として成立し、なおかつ保険者の側での危険選択（大数の法則を維持するため、保険事故発生リスクが高い者の加入を保険者側が排除すること）が許されない以上、被保険者の年齢構成の違いなど、保険者の努力では解消することのできない、リスク構造に関する保険者間格差が生ずることは避けられない。もし仮に、このような格差をそのまま放置してしまうならば、最終的にはそのしわ寄せは、「保険者間での保険料格差」という形で、個々の被保険者に転嫁されることになる。そして、このような極端な保険料格差を放置することは、現代の私たちの規範意識からは、およそ「公正・公平」とはいえないものである。なぜならば、現代社会においては、同じ質の医療は同じ保険料で受けることができるというコンセンサスが成立していると考えられるからである¹⁷⁾。したがって、わが国の医療保障体系上、国保に高齢の加入者が集中することが構造的に避けられない以上、保険者間で何らかの財政調整を行うことは、実質的平等の見地からも積極的に要請されるものといえるだろう。

そこで次に、老健拠出金に代わって新たに創設された確保法の高齢者医療費の財政調整制度が、はたして本当に「公正かつ公平」なものといえるのか、という検討が必要になってくる。

(2) 確保法の問題点（その1）：年齢区分上の問題

第一の問題点は、保険集団の年齢構造に関する保険者間の不均衡是正の仕組みについて、前期高齢者と後期高齢者とでまったく異なる手法を採ったことの原因が、必ずしも明らかではないという点である¹⁸⁾。

前期高齢者については加入する医療保険制度の枠組みをそのまま維持しつつ、制度間調整の方法で対応し、後期高齢者については新たに独立した保険者を創設するという全体の制度設計について、政府による主旨説明は、「後期高齢者になると入院治療が中心となり、全体的な心身の機能が弱くなることから、生活も含めたトータルな医療の提供が必要」となるからとされている¹⁹⁾。

しかし、なぜ加入者全体の要保障事故発生リスクがおしなべて高くなる後期高齢者の方が「保険」で、そうではない前期高齢者の方が「制度間調整」なのか、についての明確な説明はなされていない（一般には、加入者間の保険事故発生リスクの個人差が大きい集

17) スミス [2005] 329頁。

18) 同旨・江口 [2006a] 22頁。

19) 濱谷・前掲注(15)インタビュー 50頁。

20) 堀勝洋 [1997]『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房、95頁。

団の方が、むしろ保険原理になじみやすいと考えられているのである²⁰⁾。本稿と同様の疑問を呈するものとして、他に〔西田2005〕など)。

のみならず、「保険」の方式を採用した後期高齢者の方だけ公費を投入し、前期高齢者の方にはまったく公費が投入されていない点も、非常に理解しづらい部分である（一般に、保険財政の中に租税が多く投入されればされるほど、保険原理としての性質は弱められていくと考えられているにもかかわらず、なぜ高齢者の医療保障においては公費を投入する側だけを「保険」とするのかについて、より積極的な理由付けが必要なはずである)。

思うに、医療保障制度を、ある年齢を境にして大きく2つに切り分けるというのであるならば、むしろ保険料の負担能力および徴収方法を基準にして（すなわち、年金や介護保険との整合性を勘案して）、「65歳」を制度連結の継ぎ目とするのが、最も明確でわかりやすい構成になるのではないだろうか。

結局のところ、今回の「前期・後期」の制度区分は、緊縮財政下での非常に限られた一般財源を、局所的・効果的に絞って投下しなければならないという現実的制約下で導き出された苦肉の策といえよう。

(3) 確保法の問題点（その2）：前期高齢者医療制度の問題

確保法における「前期・後期」それぞれの財源調達仕組みを個別に観察してみても、その内容には以下のような問題が含まれている。まず前期高齢者医療制度の方から検討していく。

前期高齢者医療制度では、これまでの老健法におけるように、各保険者がお金を持ち寄って「共通の財布」を持つというスタイルではなく、前期高齢者加入率の高い保険者から低い保険者へと直接財政支援が行われるという、これまでの社会保険には存在しないまったく新しい財政調整の仕組みが取り入れられている。

社会保険においては、保険集団を構成するメンバーの間に、集団内の全員について発生するリスクを共同して引き受けようとする合意（社会連帯）が成立していることについては既に述べたが、この合意はあくまでも当該保険集団内で完結する相互扶助を意味するのであって、集団外に発生するリスクについては、もともとこの合意の内容には含まれていない（三一(2)）。仮にメンバーの納めた保険料が当該保険集団の保険給付以外の目的に使われる場面があるならば、そのような支出が直接・間接に保険集団の利益に資するものであるということについて、メンバーの合意が存在しなければならない²¹⁾。したがって、このような前提を欠く保険料の支出、すなわちメンバーの同意していない保険事故以外の事由に対する保険料の支出は、連帯成立の基盤そのものを危うくする可能性があるといえる。

21) 稲森公嘉 [2005]「予防給付に関する一考察」『週刊社会保障』2349号, 48頁。

このように考えると、前期高齢者の医療費財源確保に向けた保険者間の財政調整制度は、調整金を受け取る側（国保）にとってはともかく、調整金を支出する側（ほとんどの組合健保）にとっては、直接にも間接にも自分たちの利益につながらない他集団への支援を、集団構成員の同意なしに行っているという意味において、これまでの老健拠出金制度の抱えていた問題をそのまま持ち越しているにすぎない。のみならず、老健法や基礎年金のように「共通の財布」・「共同事業」という論理的フィルター²²⁾なしに、直接保険者間で保険料のやり取りをするという点で、老健拠出金制度以上に保険者の自律性を阻害しているともいえるのではないかと²³⁾。

(4) 確保法の問題点（その3）：後期高齢者医療制度の問題

後期高齢者医療制度に対する各保険者からの支援金制度の根拠についての政府の説明は、「受益者負担」という考え方に立脚している。すなわち、新たな後期高齢者医療制度の成立によって、各医療保険者は自らのメンバーである後期高齢者への医療費支払を免れるという意味での「受益」が発生するので、この受益に相当する部分を支援金として後期高齢者医療制度に拠出させるという論理である²⁴⁾。

しかし、繰り返し述べてきたとおり、今回の制度改正では従来の老健法の医療事業における「二重加入方式」を捨てて、後期高齢者はそれまで加入していた医療保険から脱退して独立した後期高齢者医療制度に新たに加入することとされているのであるから、各医療保険者は既に75歳以上のメンバーを抱えておらず、したがって後期高齢者医療制度の創設とそこからの医療費支出によって、医療保険者側に「受益」が生じているとはいえないはずである²⁵⁾。したがって、各医療保険者の見込加入者数だけで支援金額を算出するというやり方は、少なくとも一般的な「受益者負担」の概念には合致せず、むしろ「世代間連帯」の概念を「受益者負担」のことに置き換えたにすぎないように見える²⁶⁾。

結局、後期高齢者医療制度運営のための財源調達の方法に関しても、確保法の提示した考え方は十分な論理的説得力をもつとはいえないのである。

そしてさらに、ここまで検討のツールとして用いてきた「社会連帯」と並んで、本稿がもうひとつ重要な視座として据えている「保険者機能論」の観点からも、新制度は見逃すことのできない大きな問題を含んでいる。このことについては、以下に節を改めて検討を行う。

22) ただし、その“フィルター”は、実質的には被用者保険による国保の救済という構造であって、限りなくフックション化している点に留意する必要がある。

23) 江口 [2006b] 24頁は、これを「社会保険料の租税化」と批判している。

24) 前掲注(3)水田保険局長答弁 56頁。

25) 同旨、西田 [2005] 101頁。

26) 実際、濱谷・前掲注(15)インタビュー51頁では、「現役世代からの世代間支援」という表現を使って、支援金制度を説明している。

五 「保険者機能論」から見た後期高齢者医療制度の問題点

(1) 問題の所在

保険者がその機能を強化していくという場合、一般には「財政上の責任」（保険料徴収責任、報酬支払責任）と医療サービス提供に関わる「権能」（診療情報の蓄積・分析およびそれらを患者へ提供していく権能）とが、保険者に一元的に帰属していることの利点を最大限に活かしていこうという発想を意味している²⁷⁾。この保険者機能強化の観点からの分析を行う際には、後期高齢者医療制度の側の保険者機能と、それを財政的に支援していく現役世代側の保険者機能とを分けて考えていく必要がある。まず後期高齢者医療制度側について検討を行う。

(2) 後期高齢者医療制度の「保険者性」

前述のとおり（四—(1)）、後期高齢者医療制度の運営主体は都道府県単位に編成された広域連合とされており、この広域連合に費用調達責任とサービス提供責任が一体的に帰属することになった点が、「実質的な保険者」とされるゆえんである。なるほど、後期高齢者医療制度を「独立した保険者」とみなすというのであれば、その運営主体が何らかの「保険者」として機能を発揮するのであれば、そもそもそうした制度を採用した意味がないともいえるだろう。

このような保険者機能の強化がもたらす最大のメリットとして、保険者が被保険者の利益を擁護する代理人として行動することが可能になるということがあげられる。つまり、保険者が自らに集中して蓄積された診療情報を分析し、これを被保険者に提供することで、被保険者の医療機関に対する交渉力を向上させ、ひいては医療サービスの質の向上や医療費の削減にも資するという見方である²⁸⁾。ここにおいて、「良質の医療を受けたい」という被保険者側の要求と、「医療財政の効率化を図りたい」という保険者側の利益とが完全に一致し、文字通りの「保険者自治」が成立することになるのである。

しかし、後期高齢者医療制度の財源構成は、先に見た（二—(2)）とおりであり、その純粋な自主財源（後期高齢者自身が納付する保険料）の割合の低さにおいては、老健法医療事業の運営主体（市町村）が極めて他律的な財政基盤に依存していたのと基本的には変わっていない。したがって、後期高齢者に対する医療保障の実施責任が一個の独立した法主体に帰属したとはいっても、上記のような被保険者の利益代理人としての、本来の意味での「保険者機能」が発揮されるインセンティブは、ほとんど期待できない状況にある。

今回の制度改革における後期高齢者医療制度の財政責任明確化の主たるねらいは、むしろ

27) 加藤 [1999] 31頁。

28) 加藤・前掲注(2)148頁。

る後期高齢者自身の納める保険料負担の部分と、現役世代から支援を受ける部分とを明確に区分することで、「将来にわたって際限なく医療費の負担が増大していくのではないか」といった現役世代からの不安感を払拭することにあつたのではないかと思われる。

(3) 前期高齢者医療制度の保険者機能

では、もう一方の保険者、すなわち後期高齢者医療制度に対して支援金の支出を行う現役世代（0～74歳）の側の医療保険者の機能は、どのような地位に置かれているのであろうか。

94年の法改正で医療保険者には健康教育・健康相談などの被保険者の健康増進に向けた責務が課されることになった（健康保険法23条など）。診療報酬額の決定や医療機関の指定などの権限が政府に集中している日本の医療保険制度の中にあつて、これらの健康増進活動は、保険者の業務の中ではその独自性を発揮しうるほとんど唯一といつてもよい分野といえるだろう。これは本稿の問題関心からいうならば、“中間団体が国民との関係において、国家行政組織機構の統制下に入らずにいる領域”という言い方が可能である。

ところが、この被保険者の健康増進に向けた活動に関する健康保険法の規定は、これまで保険者の努力義務にとどまっていたため、保険者間の実施水準格差が大きく、また全体におおむね低調であるという指摘がなされてきた²⁹⁾。そこで、今回の法改正では、これを法的義務に昇格させたのである（確保法19～31条）。生活習慣病時代にあつて、壮年期からの健康づくりに力を注ぐことで中長期的に医療費適正化を図ることは、今後の重要な課題であると考えられ、このような疾病予防に向けた保険者の責務が強化されること自体は、大きな前進であると評価することができる。医療保険者は、レセプト情報を通じて当該保険集団の疾病構造を最も正確に知りうる立場にあり、疾病予防に向けた有効な方策を打ち出すことが可能な位置にいるはずである。また、そのような対策によって保険集団の医療費支出を抑制したならば、これを「保険料引き下げ」の形で保険集団全体に利益として還元することも可能なのである。このように、医療保険においては、予防・保健活動によって、保険事故のリスクを保険者自らが、ある程度コントロールすることが可能であるという意味において、保険者自治の意義が最も活かされる場面ともいえるのである³⁰⁾。

ところが他方では、社会保険方式を採用する以上、保険者が取り組む予防活動の範囲には、保険原理から導かれる一定の論理的限界があることも否定できない。社会保障の中で保険の方式を採用する領域においては、給付が行われる場面は「保険事故」に限られるのであり、その「保険事故」が成立するためには、事故発生の「偶然性」の要件が不可欠とされる。これは被保険者の意思でコントロール可能な「非偶然の事由」に対して給付を行

29) 滝口進 [2003]「保険者とそのあり方に関する基礎的考察」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社、84頁。

30) 倉田・前掲注(13)62～63頁、前掲注(8)31頁。

ったのでは、保険の成立基盤としての大数の法則が成り立たなくなってしまうからである。

ところが、今回の後期高齢者医療制度に対する現役世代医療保険者からの支援金額算定にあたっては、各保険者の保健事業への取り組みの成果（医療費適正化の達成状況）を勘案して、医療保険の加入者数に応じて賦課される本来の支援金額に、さらに上下1割の範囲で増減を行うこととされている（確保法120条）。これは支援金制度の中に、現役世代の医療保険者自身の医療費適正化努力に向けたインセンティブを織り込んだものとみなすことができる。

もし仮に、ここで本来の支援金額よりも増額された支援金の負担を求められる保険者があった場合、その増額分の財源もまた、被保険者の納めた保険料に由来するものである。しかし、医療費適正化計画の達成度の低さの原因とは、つまるところ疾病予防を怠ったメンバーの「故意」ないし「重過失」に基づく「望ましくない生活習慣」なのであるから、「計画達成度が低い」という結果に対して保険料財源から割増支援金を支出するというのは、個人の意思でコントロール可能な「非偶然の事由」に対して保険給付を行ったのと、実質的に同じことになり、前述の保険原理から大きく逸脱することにつながりかねない³¹⁾。

以上の点においても、後期高齢者医療制度の財源調達の仕組は、社会保険の基本原理に抵触する可能性のある、極めて根本的な問題を抱えているものといえる。

(4) 小括

わが国の医療保険のように、被保険者が自分の所属する保険者を選択することのできない強制保険の形で運営されている場合、国民がたまたま所属した保険者がどこであるかによって保険料に大きな格差が生じてしまうことは、極力避けなければならない。したがって、このような事態を避けるために保険者間で一定の財政調整を行うことは、実質的平等の観点からも是認されるところである。これは、いわば社会保険の「社会」としての側面から導かれる考え方である。

しかし他方で、社会保険の「保険」としての側面、すなわち保険原理の方に着目するならば、このような保険者間の財政調整の方法に関しては、おのずから原理的制約が存在するというべきである。

社会保険も民間保険と同じく、保険料収入と保険給付との間には、基本的には収支相当の原則が成立していなければならない³²⁾。そして、このような収支相当を成り立たせるために、保険者は財政の効率化や医療サービスの質の向上に向けて努力する。このような自立した組織体としての経営努力の自己完結性や機敏性、臨機応変性こそが、保険者自治と

31) 同旨、江口・前掲注(23)24頁。

32) 加藤・前掲注(27)29頁。

いう概念の中核をなす部分であり、国家が直接的に国民の生存を保障する場面とは違った、社会保険というシステムの最大の利点であるともいえる。

このように考えると、保険者の財政自主権を制度的に保障していくことは、社会保険制度存立のための根源的要請であるともいえ、確保法における前期・後期高齢者医療費の財源調達のための強制的財政移転制度は、このような医療保険制度存立の基本的前提にもかかわる重大な問題を含んでいることがわかる。

ある特定の保険集団の中で、保険料と保険給付との間の対価性が一定程度切断されているということは、社会保険の「社会」としての側面から説明可能であるが、ある保険集団と別の保険集団との間で、保険料財源を使って直接的な財政調整を行うことは、社会保険の「保険」としての側面がこれを許さない。換言するならば、「保険集団内」の問題は「社会連帯」による保険原理の修正として理解されるが、「保険集団間」の問題については、「社会連帯」の問題ではなくて、医療保険制度全体の設計者の公的責任が発揮されるべき場面なのである。

結論として、私見では、「保険集団内」の連帯と、「保険集団間」の相互扶助とを明確に区分してとらえ、前者はまさしく保険料を仲立ちにした社会連帯であるとみなすが、後者は租税の投入によって、高齢の被保険者を多く抱える国保を支援していくべきであると考え³³⁾のである。これまで、この「保険料を用いた保険者間の相互扶助」と「租税を用いた特定保険者への財政支援」とが、明確な論理的整理を伴わぬままわが国の医療保障制度内に混在してきてしまったのは、おそらく本稿で検討したような社会保険の「保険者自治」の問題に対して、さほど大きな関心が払われずにきたことが、ひとつの原因なのではないかと思われる。特に社会保障研究に取り組む経済学者の間では、財源調達の手段としての「税か保険料か」の違いについては、経済効率上の観点からの優劣にしか関心が払われず、その結果、「極端なことを言えば、保険料が社会保障費の1%をカバーしていれば、99%が税金に依存していても社会保険は成り立つのである³⁴⁾」という見解すら存在するほどである。

しかし、社会保険の「保険」としての本質、なかんずく保険者自治のもつ意義に着目する本稿の規範論的考察からは、保険料の対価性・用途限定という性格は決して軽視することのできない重要な社会保険の要素であると考えられる³⁵⁾のである。

33) 同旨、倉田・前掲注(8)35頁。また、宇野裕 [1997]「高齢者の医療保障と社会保険原理」『社会保険旬報』1984号、9頁は、社会保険に対する公費の投入は、保険者間の格差を調整し、社会保険の機能を十全に発揮させる効果があるとしている。

34) 塩野谷祐一 [1999]「高齢者医療制度改革の方向」『社会保険旬報』2007号、17頁。

35) 江口・前掲注(23)25頁。

六 まとめ

1981年の老人保健法制定以来、わが国の医療保険における財政調整制度は、つまるところ、国保に対する財政支援を、いかにして政府の直接的負担を増やさずに実現するのか、という試行錯誤の連続であったともいえる。今回の確保法がその方策として、国保被保険者を含む全国民の健康保持という中長期的な視点に立って、各医療保険者の責務を強化するという方向性を打ち出した点については、なるほど「骨太の」改革と呼ぶにふさわしい内容を備えているともいえるだろう。

しかし、短期的な保険者間のリスク構造調整の手法に関しては、従来の老健法の考え方からまったく前進しておらず、むしろ保険者の財政自主権の観点からは、社会保険制度の本質にもかかわるより大きな問題を、同時に抱え込んでしまったともいえる。

今回の確保法に見られる、このような社会保険の本質にかかわる議論を通じて、「社会連帯」は「生存権」とどのような関係にあり、具体的な社会保障場面における両者の使い分けはどのように行われるべきなのか、またこの2つの理念を区別する立場からは、「保険者自治」という概念はどう構築されていくべきなのか³⁶⁾、といった社会保障をめぐる法理念の再構成を深めていくことが求められているように思える。

【参考文献】

- 荒木誠之 [1998]『社会保障法読本（新版増補）』有斐閣
 荒木誠之・西村健一郎・岩村正彦他 [2003] 座談会「社会保障法学の軌跡と展望」『民商法雑誌』127巻4・5号
 江口隆裕 [1996]『社会保障の基本原則を考える』有斐閣
 江口隆裕 [2006a]「高齢者医療制度の功罪」『週刊社会保障』2381号
 江口隆裕 [2006b]「社会保険料の租税化」『週刊社会保障』2390号
 太田匡彦 [1998]「社会保険における保険性の在処をめぐって」『社会保障法』13号
 加藤智章 [1999]「医療保険における保険者論」『社会保障法』14号
 加藤智章 [2003]「医療保険における保険者機能」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社
 菊池馨実 [2000]『社会保障の法理念』有斐閣
 菊池馨実 [2001]「社会保険か税か」『法学教室』251号

36) 倉田・前掲注(6)629頁以下によると、最近の行政法学においては、「国家の相対化」が大きなテーマとされ、特殊法人やNPOといった中間団体に関する研究が進んできているという。また、私法学の領域でも中間団体の出現を重視し、「国家」と「社会」の緊張関係の中で、個人の権利の擁護を考えるという視点が生まれつつあるとしている。

このような潮流を本稿の問題関心と重ね合わせて考えるならば、社会保険における保険者という中間団体が、国民の医療保障の充実という最終的な目的の実現に向けて、国法体系上どこまで自律的な存在であるべきなのか、という規範論の提示が求められているという見方もできるだろう。

- 倉田聡 [1997] 『医療保険の基本構造——ドイツ疾病保険制度史研究——』北海道大学図書刊行会
- 倉田聡 [1999] 「社会保険財政の法理論——医療保険法を素材にした一考察——」『北海学園大学法学研究』35巻1号
- 倉田聡 [2001] 「医療保険法の現状と課題」日本社会保障法学会編『講座社会保障法第4巻』法律文化社
- 西田和弘 [2005] 「高齢者医療制度の改革—法学の見地から—」『ジュリスト』1282号
- 濱谷浩樹（厚生労働省保険局総務課老人医療企画室長）[2006] 「インタビュー」『週刊社会保障』2380号
- ピーター・スミス [2005] 「ヨーロッパ医療システム改革と日本への示唆」『季刊社会保障研究』40巻4号