

公的介護保険と財政調整のありかた

木村 陽子

I はじめに

本稿では、公的介護保険と財政調整のありかたを考える。社会保険には規制が多い。個々のリスクに応じて保険料を徴収するわけではなく、ふつう加入者も選択できない。また、負担の公平の観点等から保険料率やサービスの価格も政策的に決められる。各保険の財政力に関係なく、国民に一定水準のサービスを確保することが必要とされるため、特定の保険者のサービス提供コストと収入が一致せず不均衡が生じる場合がある。この場合には、分立する制度間で財政調整が必要である。

介護や医療にかんしては、次の2つを満たす財政調整および財政構造が求められる。第1に、制度間格差の是正を図りながら、各保険者の経営努力を促進し、介護費や医療費の上昇を抑制する。第2に、医療から福祉へのシフトを図るために、医療費の節約分が福祉にそのまま回る、つまりサイフがひとつであることが望ましい。

保険者間の財政調整の方法には、わが国の老人医療のように、かかった公共サービスのコストをまるまる財政調整するという事後的な財政調整と、わが国の地方交付税のように標準的なサービス水準と標準的な財政力までを財政調整するという事前的な財政調整の2つがある。財政調整のありかたは、当然、各団体の経営努力に影響を与える。

本稿の目的は、社会保険の代表的な財政調整の仕組みを明らかにし、その上になってわが国の公的介護保険案の財政調整を評価することである。事前的な財政調整の例として、ドイツで年金受給

者を対象として1978年から1994年まで実施された疾病保険の財政調整をとりあげる。これは1995年からドイツで実施された介護保険の財政調整の仕組みと原則的に同じである。そして、事前的な財政調整として、ドイツで1995年から実施された疾病保険のリスク構造調整をとりあげる。本稿の構成は次のとおりである。II節では、ドイツの年金受給者を対象とした疾病保険の事前的な財政調整について述べる。そこでは、経営努力にたいする影響も考察する。III節では、リスク構造調整の仕組みについて明らかにする。IV節では、わが国の介護保険制度案の財政調整について説明と評価を行う。V節をまとめとしよう。

II ドイツ疾病保険の財政調整

—— 1978年から1994年まで実施された年金受給者の医療費にかんする財政調整

はじめにドイツ疾病保険の特徴を述べよう。

1. ドイツ疾病保険の特徴

第1に、ドイツ国民は疾病保険に加入しなければならない。公的疾病保険と民間疾病保険が併存しており、コントラクト・アウトが行われている。公的疾病保険の強制加入者になるのは一定額以下の所得を稼ぐ者である¹⁾。それ以上の所得を稼ぐ職員、自営業者、公務員等は公的保険の強制加入者ではない。彼らは、一定の条件を満たして公的保険に任意加入するか、民間の保険に加入する。1994年でみると、公的保険加入者は全体の88.5%、民間の保険加入者は9.1%、その他が

2.3%, 何も保険でカバーされていない人が0.1%である。

第2に、公的疾病保険には、わが国の国民健康保険に相当する地区疾病金庫、わが国の健康保険組合に相当する企業金庫、同業者の組合である同業者金庫、船員金庫、連邦鉱山労働者組合、農業者金庫、職員補充金庫、労働者補充金庫の8つがある。1994年現在の加入者のうちわけをみると、地区疾病金庫が全体の44.7%と最も多く、補充金庫が33.9%、企業金庫が11.6%である。一方、農業者疾病金庫は1.8%にすぎない。

第3に、公的疾病保険の被保険者は、強制加入の者、任意加入の者、年金受給者、家族被保険者(被扶養者)に分かれる。被扶養者の条件は年収が一定額以下の、配偶者および子であることで、1995年ではその額は月580マルク(旧東ドイツ地域では月470マルク)である。被扶養者は公的疾病保険の保険料を払うことなく医療給付を受けることができる。これは、介護保険でも同じである。公的疾病保険加入者のうち、1994年で、強制加入者は全体の42.3%、任意加入者は6.6%、年金受給者は20.5%、家族被保険者は30.6%である。民間保険加入者は、当然、任意加入者が80.9%をしめ、家族被保険者が19.1%をしめる。

第4に、若いときに民間保険に加入していた者も年金を受給しはじめると、公的保険に加入する。年金受給者は公的保険の強制加入者であることが理由だが、民間保険ではリスクに応じた保険料を払わなければならないため、年金受給者の保険料は高くなるという現実的な理由もある。最近では、世代間の公平な所得再分配という観点から、年金受給者の公的疾病保険への強制加入および任意加入ともに資格要件が厳しくなっている。1989年以降は、現役世代の後半期の90%以上の期間、疾病保険の被保険者であった者が強制加入の適用を受け、加入義務から除かれる直近の5年間に12ヵ月以上または直近に連続して6ヵ月以上加入期間がある場合にのみ任意加入が認められることになった。

原則として、退職時に加入していた保険に、年金受給後も加入をする。前述したように、1996

年からいずれの医療保険に加入するのかを、選択できることになった。

第5に、制度によって高齢化率や扶養率が異なる。強制加入者、任意加入者、年金受給者、家族被保険者について各制度で構成比をみると、旧西ドイツ地域では、次のようになっている。たとえば、地区疾病金庫では、強制加入者が41%、任意加入者が4%、年金受給者が23%、家族被保険者が31%であるのに対し、企業疾病金庫では、強制加入者が34%、任意加入者が6%、年金受給者が24%、家族被保険者が36%である。

第6に、年金受給者以外の被保険者の平均基礎賃金を指数で表すと、次のようになる。1993年では、旧西ドイツ地域については、全疾病金庫の平均を1118とすると、地区疾病金庫は1060、同業疾病金庫では1036、企業疾病金庫では1355、連邦鉱山労働者疾病金庫では1285、船員疾病金庫では1517、労働者補充金庫では1223、職員補充金庫では1150である。地区疾病金庫、同業疾病金庫で低く、船員疾病金庫、企業疾病金庫が高い。

第7に、疾病保険を運営するのが疾病金庫である。労使の代表が疾病金庫を運営する。

第8に、保険料は、賃金、給与、および年金等に課され、毎年交渉で決定される。保険料算定上限額は、公的疾病保険強制加入者所得上限額と同額である。原則として労使折半であるが、月収が610マルク以下の被用者の場合、全額が事業主負担となる。年金受給者の保険料は年金金庫が半額を支払う。以上は公的保険の強制加入者についてである²⁾。

疾病金庫と保険医協会の交渉によって、年間医療費が決定される。保険料率は、毎年の話し合いで決まるが、旧西ドイツ地域、旧東ドイツ地域で会計上独立していることを反映して、同じ種類の疾病金庫であっても、旧西ドイツ地域か東ドイツ地域かで異なる。1994年の平均保険料率は13.25%(旧東ドイツ地域は12.95%)であり、最も高いのが地区疾病金庫の保険料率で13.66%(旧東ドイツ地域は13.43%)、最も低いのが企業疾病金庫の保険料率で12.07%(旧東ドイツ地域

は11.69%)である。社会保険の独立性を維持するため、疾病保険にたいする国庫補助金は収入全体の数%に満たない。

2. ドイツ疾病保険の財政的課題とその対策 および年金受給者医療政策の変遷

公的疾病保険の支出は、1970年の261億マルクから1994年の2364億マルクまで、25年間に9倍になった。公的疾病保険の支出の対GDP比は、1970年に4%であったのにたいし、1992年の対GDP比は7%に上昇した。なかでも年金受給者にかかる医療費の伸びは顕著である。おまけに高齢化率も、連邦鉱山労働者金庫、地区疾病金庫、農業者金庫で高い一方、労働者補充金庫で低く、偏りがある³⁾(表1を参照のこと)。

年金受給者にかかる医療費のコストを抑制すること、その費用を疾病金庫間で公平に負担することの2点に着目すると、ドイツ疾病保険では、これまで3つの大きな構造改革がある。それらについて述べよう。

第1は、1977年の第1次疾病保険費用抑制法

で、農業疾病金庫を除く年金受給者間の財政調整を導入した。それは、年金受給者医療費から年金保険の保険者と年金受給者本人の保険料を差し引いた、一般被保険者が負担する部分について、各疾病金庫の財政力に応じて負担をする方法であった。各疾病金庫は、各疾病金庫の年金受給者以外の被保険者の基本賃金総額に連帯保険料率(年金受給者医療費総額のうち年金受給者以外の被保険者が負担する部分総額の、全疾病金庫の賃金総額にたいする割合)をかけた額を連帯拠出金として負担する。

第2に、1989年1月の医療保障制度構造改革法によって、年金受給者医療費の財政調整において、財政調整の対象となる医療サービスが特定化された。事務費と埋葬料付加金は従来よりはずされてきたが、新たに傷病手当、保養、リハビリテーション給付、健康増進給付、在宅看護を財政調整の対象外とした。これにより経営努力を促進しようとしたのである⁴⁾。

第3に、1995年からは「リスク構造調整」と呼ばれるものが年金受給者のための疾病保険の費

表1 各金庫の年齢構成および支出にしめる年金受給者医療費の推移

(単位: %)

	全疾病金庫平均		地区疾病金庫		企業疾病金庫		同業疾病金庫		連邦鉱山労働者疾病金庫		労働者補充金庫		職員補充金庫	
	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR
1970年	被保険者分布	被保険者分布	48.2	64.3	14.2	12.1	5.4	2.0	1.7	9.1	1.3	0.5	27.5	10.4
	㊦	27.5	33.7		23.9		14.4		55.5		13.0		14.7	
1975年			43.9	58.9	12.7	12.6	5.6	2.6	1.5	7.5	1.3	0.7	32.5	13.6
	㊦	31.7	38.5		30.3		19.7		61.7		18.7		17.8	
1980年			43.1	55.5	11.8	13.0	6.0	3.0	1.3	6.9	1.4	0.8	34.2	17.3
	㊦	34.3	39.9		34.6		23.5		64.5		22.4		22.6	
1985年			41.8	52.1	10.9	13.3	6.1	3.2	1.2	6.3	1.7	0.9	36.3	21.0
	㊦	39.8	44.7		42.2		28.6		70.4		26.9		29.2	
1990年			40.8	49.0	11.0	13.8	5.9	3.3	0.9	6.2	2.1	1.1	37.7	23.6
	㊦	41.1	44.9		44.0		30.5		75.1		27.4		31.7	
1995年			39.2	47.8	10.6	14.0	6.1	3.5	0.8	6.0	2.4	1.2	39.5	24.6
	㊦	42.2	46.3		46.8		31.0		78.9		27.7		32.3	

注: AKV——一般被保険者。KVdR——年金受給者。

㊦は $\frac{\text{年金受給者医療費}}{\text{支出計}}$

用についても適用されることになった。この方法は、いわば基準財政需要額と基準財政収入額とを勘案して財政調整をする日本の地方交付税のような制度である。年金受給者にたいする標準的な疾病給付（高齢化率、罹患率）と、一般被保険者等の標準的な賃金、扶養率を想定してその部分までは財政調整をするが、あとは個々の疾病保険に任すというものである。

これはまさに、標準的なサービスを各疾病金庫に保障するけれども、それ以上については格差が出ることは容認しましょうという効率と公正のトレード・オフにたいするひとつの答えである。そしてまた、被保険者は、1994年から自分が加入する保険者を選択することが可能となった。これはまた保険者間の競争を促進することになる。

3. 事後的な財政調整の実態

1978年から1994年までの年金受給者の医療費にかかる財政調整の要点は次のとおりである。

(1) 年金受給者の医療費にかんする公的疾病保険間の財政調整は農業者疾病金庫を除いて行われた。その理由は、農業者疾病保険が除かれたのは、高齢自営農の医療費については、農業保護対策の一環として連邦補助金が出ているためである⁵⁾。

(2) ドイツ統一後も東西の経済力の格差から、旧ドイツ（旧西ドイツ地域）と新ドイツ（旧東ドイツ地域）に分けて財政調整が行われた。

(3) 民間疾病保険間、あるいは民間疾病保険と公的疾病保険間は財政調整をしない。なぜならば、民間疾病保険は個々人のリスクに応じて保険料が設定されるからである。前述のように、若いときに民間の保険に加入して保険料を安くあげ、高齢になってから公的年金に加入する人を防ぐ意味で、年金受給者の公的疾病保険について強制加入、任意加入ともに条件を厳しくしている。というのは、公的疾病保険は、世代間の所得の移転という性格が濃くなり、高齢のフリーライダーを防ぐためである。

(4) 財政調整の対象は、年金受給者にかんする法定給付にかんする純支出であって、事務費は、財政調整の対象とはならない。その理由は、事務

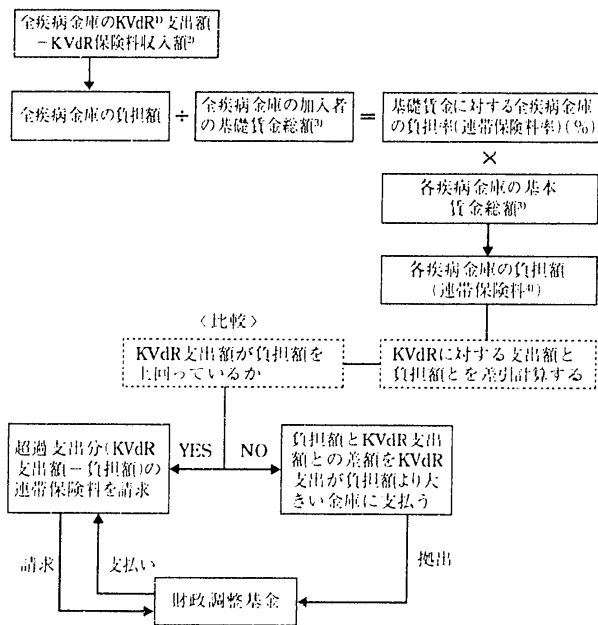
費にかんしては金庫によっては母体となる企業などから補助金を受け取っている場合があるからである。また、療養給付に起因する交通費、医師に必要と認められない在宅看護等は調整対象ではない。

(5) 年金受給者にかかる医療費の総額から、年金受給者からの保険料収入を差し引く。これが年金受給者を除く全被保険者の負担となる。この負担額を年金受給者を除く被保険者の基礎賃金総額で割れば、連帯保険料率が出る。各疾病金庫の連帯拠出金は、各疾病金庫の基礎賃金総額に連帯保険料率をかけたものである。各疾病金庫の連帯拠出金はその金庫の年金受給者の医療費に満たない場合には、調整基金から不足分を受け取り、各疾病金庫の連帯拠出金はその金庫の年金受給者の医療費を上回る場合には、調整基金に超過分を拠出する。調整基金の財源はその超過分と年金受給者の保険料である。なお、年金受給者からの保険料収入は、年金給付額に年金受給者を除く被保険者に適用される全疾病金庫平均保険料率をかけたもので、年金金庫が半額、負担する（図1を参照のこと）。

このようにみると、1978年から1994年の公的疾病保険と公的介護保険の違いは、前者に農業疾病金庫が含まれていること、前者は年齢にかかわらず全国一律の保険料率であるのに、後者は年金受給者と年金受給者以外の被保険者の保険料率が異なるという点があるものの、かかった経費全体を財政調整するという事後的な財政調整の本質は変わらない⁶⁾（疾病保険と公的介護保険との財政調整の違いは注6を参照のこと）。それでは、次にこの財政調整の実態をみよう。

4. 財政調整の評価

分立する疾病金庫のリスクの格差を考慮せずに、かかった医療費だけについて負担を調整する1977年から1994年までの年金受給者医療費の財政調整の方法は、経営努力の誘因をもたないことは明らかである。これはむしろ、年金受給者の医療費を他の被保険者の医療費に比較して上昇させる誘因をもち、加えて横並びのために、疾病金庫



注：1. KVdR＝年金受給者疾病保険。

2. 年金受給者と年金保険者が折半負担。

3. 年金受給者を除く一般被保険者の基礎賃金総額。

4. 一般被保険者が年金受給者疾病保険に対して拠出する保険料。

出所：『欧米諸国の医療保障』平成6年。

図1 年金受給者疾病保険の財政調整の仕組み

の年金受給者以外の1人当たり医療費の格差を縮小させる。もし、自己努力があるところでは、保険者間の格差が広がると考えられるからである。

ここでは、1977年からの財政調整について、その実態をみよう。

第1に、年金受給者の医療費は、1978年の210億マルクから1994年の750億マルクまで17年間に3.6倍に伸びている。この間連帯保険料率も、1989年の第1次構造改革で若干低下したもののすぐに回復し、2%から3.5%程度へと上昇した。年金受給者医療費にしめる年金受給者の負担割合は、1978年の51%から1988年の41%と低下し、89年に48%まで上昇したもののまた1994年には、43%まで低下した。さまざまな改革にもかかわらず歯止めがきかなかったのである。

第2に、平均基礎賃金が高く、高齢化率の低い疾病金庫から、平均基礎賃金が低く、高齢化率の高い疾病金庫へ財政調整が行われている。表2で示される1993年の財政調整をみると、労働者補

充金庫、同業疾病金庫、職員補充金庫から連邦鉱山労働者疾病金庫、地区疾病金庫へ財政調整が行われている。

第3に、年金受給者1人当たり医療費、年金受給者以外の1人当たり医療費の変動係数、および伸び率をみると次のことがいえる(図2と図3を参照のこと)。まず、1989年を除くと、年金受給者以外の被保険者1人当たり医療費の伸びは、1970年代後半から、年金受給者1人当たり医療費の伸びより低い。また、年金受給者1人当たり医療費の変動係数は、図3にみるとおり大きく低下した。これを年金受給者以外の被保険者1人当たり医療費の変動係数がほぼ変化していないことと比べると、意味するところは大きい。これはまさに事後的な財政調整が年金受給者の医療費につ

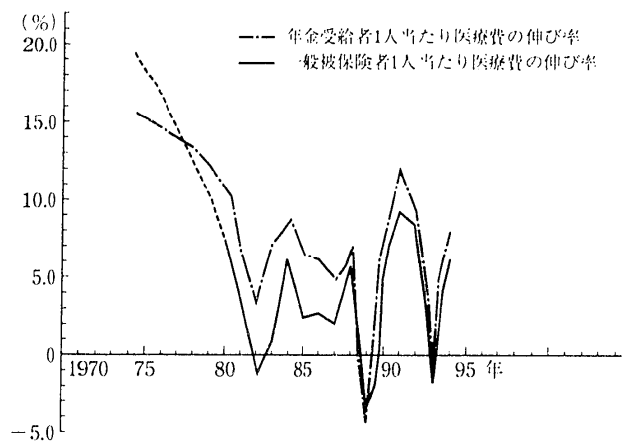


図2 1人当たり医療費の伸び率

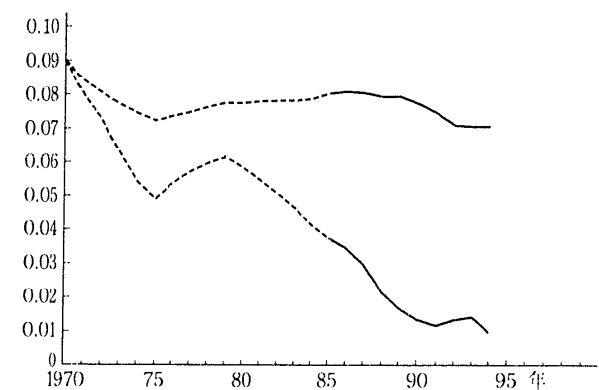


図3 年金受給者1人当たり医療費の変動係数の推移

表2 年金受給者にかかる医療費の財政調整
(旧西ドイツ地域) (1993 年)

(単位: DM)

項目	表 示	総 計	地区疾病金庫	企業疾病金庫	同業疾病金庫	船員疾病金庫	連邦鉱山労働者 疾病金庫	補 充 金 庫	
								労 働 者	職 員
1	基礎賃金額 (BPE)	1 116 261 713 070.—	415 887 738 730.—	143 588 269 830.—	63 225 188 378.—	1 517 447 952.—	10 276 565 543.—	29 357 434 171.—	452 429 068 466.—
2	BPE (前年度修正額)	1 736 796 581.—	./ 18 284 479.—	34 284 999.—	1 735 911.—	0.—	0.—	0.—	1 719 060 150.—
3	BPE 総額	1 117 998 509 651.—	415 849 454 251.—	143 622 554 829.—	63 225 924 289.—	1 517 447 952.—	10 276 565 543.—	29 357 434 171.—	454 148 128 516.—
4	疾病保険財政支出額	37 383 788 427.45	13 905 231 430.22	4 802 470 805.43	2 114 190 618.47	50 740 534.—	343 629 216.59	981 657 934.57	15 185 867 788.17
5	年金受給者医療費	66 338 934 685.—	32 909 170 463.—	9 195 310 649.—	2 370 333 238.—	95 761 621.—	4 251 255 819.—	786 988 147.—	16 730 114 748.—
6	年金受給者医療費 (前年度修正 額)	318 145 762.72	69 906 107.22	40 316 517.—	5 595 848.—	475 193.—	72 769 319.—	493 035.—	128 589 743.—
7	年金受給者医療費総額	66 657 080 447.72	32 979 076 570.72	9 235 627 166.—	2 375 929 086.—	96 236 814.—	4 324 025 138.—	787 481 182.—	16 858 704 491.—
8	差額 (項目 7—項目 4)	29 273 292 020.27	19 073 845 140.50	4 433 156 360.57	261 738 467.53	45 496 180.—	3 980 395 921.41	./ 194 176 752.57	1 672 836 702.83
9	給与にかかると保険料	2 313 035 698.—	823 590 492.—	432 486 012.—	20 659 941.—	3 504 367.—	52 655 237.—	17 348 530.—	962 791 119.—
10	項目 9 の前年度修正額	./ 425 304.—	0.—	425 304.—	0.—	0.—	0.—	0.—	0.—
11	給与にかかると保険料総額*	2 312 610 394.—	823 590 492.—	432 060 708.—	20 659 941.—	3 504 367.—	52 655 237.—	17 348 530.—	962 791 119.—
12	分担金	26 939 049 430.99	17 940 599 062.85	3 931 103 868.73	243 581 686.13	42 129 008.99	3 946 710 596.20	./ 215 055 997.25	1 049 991 215.29
13	差引勘定 (項目 8—項目 11—項 目 12)	21 632 195.28	309 655 585.65	69 991 783.79	./ 2 503 159.60	./ 137 195.99	./ 18 969 911.79	3 540 714.68	./ 339 945 631.46
14	支払い額 (BfA 支払い)	794 239 708.38	517 248 119.02	173 093 611.12	41 369 943.64	0.—	0.—	4 952 180.45	57 575 864.10
15	疾病金庫の数	623	173	375	68	0	0	4	3
16	受け取り額 (疾病金庫払い)	772 607 513.10	207 592 523.42	103 101 827.33	43 873 103.24	137 195.99	18 969 911.79	1 411 465.77	397 521 485.56
17	疾病金庫の数	479	84	308	77	1	1	4	4

出所: 連邦保険庁 BfA: Bundesanstalt für Arbeitsschutz

注: * 年金受給者、企業年金、給与所得等にも保険料が課される。

出所: Arbeits- und Sozialstatistik, 1995.

いて財政制約をはずした形になり、経営努力を阻害し、横並びで費用を膨張させていったことがよくわかる。

以上より、介護保険が1978年から1994年まで実施された年金受給者にかかる医療費と同じ財政調整の枠組みを採用する以上、介護保険もおそらく年金受給者の医療費と同じくコストが年々急上昇し、経営努力も阻害され1人当たり介護費の変動係数も小さくなると予測できる。

Ⅲ リスク構造調整の意味するもの

ここでリスク構造調整が介護保険に適用された場合を考えてみたい。医療のリスクは、年齢や性等によって異なる。財政調整にさいして、それらのリスク要因を加味するのがリスク構造調整である。リスク構造調整とは、前述したように、わが国の地方交付税制度と考えかたが同じで（ただし不交付団体が出るのではなく、その場合にはマイナスの交付税を受け取ることになる）、各保険者に標準的な医療サービスと標準的な財政力を確保することを目的とする財政調整である。他の部分は自己努力による。

はじめに、リスク構造調整は、事後的な財政調整とはどこが決定的に違うのかを説明しよう。リスク構造調整では、被扶養者を含めた全被保険者にかかる標準的な医療サービスの総計を疾病金庫の財政力の総計（被扶養者を含めた全被保険者数×被扶養者を含めた全被保険者1人当たりの基本賃金＝被扶養者を除外した全被保険者数×被扶養者を除外した全被保険者1人当たりの基本賃金＝基本賃金総額）で除した割合を調整保険料率とする。各疾病金庫の調整交付金は次のようにして決まる。性や年齢構造にしたがって必要と計算された医療給付費から、各疾病金庫の基本賃金総額（各疾病金庫の被扶養者を除外した被保険者数×各疾病金庫の被扶養者を除外した被扶養者を含めた被保険者1人当たりの基本賃金）に調停保険料率をかけたものを差し引いたものが、調整交付金となる。調整交付金がプラスのときは、調整交付金を受けることであり、調整交付金がマイナ

スのときには調整交付金を拠出する。

調整交付金をさらに分解すれば次のようになる。基本的な考えかたはこうである。つまり、標準的な性や年齢構造をもった集団にかかる医療費は、全疾病金庫の1人当たり平均的な基本賃金を稼ぐ集団が拠出する保険料で賄われる。

$$B = \Gamma \times Y \quad (1)$$

ただし、

B ：標準的な性や年齢構造をもった疾病金庫の被扶養者を含めた被保険者1人当たり医療費

Γ ：調整保険料率

Y ：被扶養者を含めた被保険者1人当たりの平均基本賃金

Y_i ： i 疾病金庫の被扶養者を含めた被保険者1人当たりの平均基本賃金

N_i ： i 疾病金庫の被扶養者を含めた被保険者数

α_i ： i 疾病金庫の性や年齢構造が、標準的な性や年齢構造をもった疾病金庫のそれとどれだけ異なるかの乖離の程度を、被扶養者を含めた被保険者1人当たりに換算したもの

K_i ： i 疾病金庫の調整交付金

M_i ： i 疾病金庫の被扶養者を含まない被保険者数

I_i ： i 疾病金庫の被扶養者を含まない被保険者1人当たりの平均基本賃金

BO_i ： i 疾病金庫の年金受給者1人当たり標準的な医療費

NO_i ： i 疾病金庫の年金受給者数

$$BO_i \times NO_i / N_i = (1 - \alpha_i) B$$

i 疾病金庫への調整交付金は次のように表すことができる。

$$\begin{aligned} K_i &= \alpha_i \times B \times N_i - \Gamma \times M_i \times I_i \\ &= -N_i \times B \times (1 - \alpha_i) \\ &\quad + N_i \times B - \Gamma \times M_i \times I_i \\ &= -N_i \times B \times (1 - \alpha_i) + \Gamma \\ &\quad \times (Y \times N_i - M_i \times I_i) \end{aligned} \quad (2)$$

(2)式からすると、調整交付金は、 i 疾病金庫の罹患率が平均とどれだけ異なるかという罹患率調

調整部分と、現実の基本賃金総額が被扶養者も加味して調整した基本賃金総額とどれだけ異なるのかという基本賃金調整部分の2つからなる。このことからすると、高齢化率が高いこと等によって、 i 疾病金庫の罹患率が平均罹患率よりも高い場合、調整交付金を受け取り、また被扶養者が多いかあるいは1人当たり基本賃金が低いことによって、 i 疾病金庫の現実の基本賃金総額が想定された基本賃金($Y \times N_i$) 総額よりも少ない場合にも調整交付金を受け取る。

それでは、事後的な財政調整はこの図式にしたがうと、どのように表すことができるのだろうか。

ここで ω_i を、 i 疾病金庫の被扶養者まで含めた被保険者1人当たり現実にかかった医療費の標準的な医療費との乖離とする。したがって、 T_i を i 疾病金庫の被扶養者まで含めた被保険者1人当たり現実にかかった医療費とすると、次のように書き表すことができる。 T は実際にかかった被扶養者まで含めた全疾病金庫の1人当たり平均医療費である。

$$T_i = (\alpha_i + \omega_i) \times B \quad (3)$$

ここで、短期的には、

$$T = B = \Gamma \times Y \quad (4)$$

とおく。

事後的な財政調整のもとで、 i 疾病金庫への調整交付金——実際にかかった医療費から基本賃金総額に調整保険料率(あるいは連帯保険料率)をかけあわせたもの——は次のように表すことができる。

$$\begin{aligned} K_i &= N_i \times T_i - \Gamma \times M_i \times I_i \\ &= N_i \times B \times (\alpha_i + \omega_i) \\ &\quad - \Gamma \times M_i \times I_i \\ &= -N_i \times B \times (1 - \alpha_i - \omega_i) \\ &\quad + N_i \times B - \Gamma \times M_i \times I_i \\ &= -N_i \times B \times (1 - \alpha_i - \omega_i) \\ &\quad + \Gamma \times (Y \times N_i - M_i \times I_i) \end{aligned} \quad (5)$$

(5)式から明らかなように、事後的な財政調整のもとで、調整交付金は、 i 疾病金庫の平均罹患率が平均とどれだけ異なるかという罹患率調整部分と、 i 疾病金庫の平均から乖離した単独医療費部分、そして現実の基本賃金総額が被扶養者も加味

して調整した基本賃金総額とどれだけ異なるのかという基本賃金調整部分の3つからなる。

このことからすると、高齢化率が高いこと等によって、 i 疾病金庫の罹患率が平均罹患率よりも高い場合、調整交付金を受け取り、単独医療部分が大きい場合にも調整交付金を受け取り、また被扶養者が多いかあるいは1人当たり基本賃金が低いことによって、 i 疾病金庫の現実の基本賃金総額が想定された基本賃金($Y \times N_i$) 総額よりも少ない場合にも調整交付金を受け取る。

以上から明らかなように、リスク構造調整と事後的な財政調整との差が決定的に出るのは、 ω_i の部分である。つまり、平均よりも単独に手厚い医療を実施していた金庫では、リスク構造調整のもとでは調整交付金が少なくなる。1978年から1994年まで実施された公的医療保険の年金受給者医療費にかんする財政調整では、前述したように年金受給者1人当たり医療費の変動係数が急速に縮小した。このことは、 i 疾病金庫の平均から乖離した単独医療費部分 ω_i の分散が急速に縮小したことを意味する。

表3は、1994年と1995年のリスク構造調整の速報値である。1994年には、年金受給者を除く被保険者でリスク構造調整が行われ、1995年からは年金受給者も含めたりリスク構造調整が行われている。標準的なリスクを財政調整の対象とすると、全被保険者を含めることが可能になり、年金受給者医療費の財政調整のようにわざわざ特別の会計をもつ必要がなくなる。

1994年、1995年のリスク構造調整は、旧西ドイツ地域に着目すると、次のような結果となっている。

第1に、1994年のリスク構造調整では、基礎賃金が低い金庫(地区疾病金庫と同業疾病金庫)と、被扶養者の割合が大きい金庫(連邦鉱山労働者)が調整交付金の受け手である。具体的にいうと、調整交付金は、地区疾病金庫が34億マルク、同業疾病金庫が1億マルク、連邦鉱山労働者が0.5億マルクを受け取る。一方、調整交付金の拠出者は、職員補充金庫、企業疾病金庫、労働者補充金庫であり、その額はそれぞれ、23億マルク、

表3 1994年と1995年のリスク構造調整の概要

(単位: 100万マルク)

	1994年精算		1995年概算	
	旧西ドイツ地域	旧東ドイツ地域	旧西ドイツ地域	旧東ドイツ地域
地区疾病金庫	+3,370	+618	+9,901	+3,519
企業疾病金庫	-868	-112	-392	-169
同業疾病金庫	+99	-120	-641	-724
連邦鉱山労働者 疾病金庫	+45	-42	+1,718	+313
船員疾病金庫	0	-8	-162	-19
労働者補充金庫	-313	-14	-999	-81
職員補充金庫	-2,332	-325	-9,613	-2,845

出所: Eigene Darstellung und Berechnung nach: BVA.

9億マルク、3億マルクである。

第2に、1995年のリスク構造調整では、基礎賃金が高い金庫（地区疾病金庫）と、高齢化率が高い金庫（連邦鉱山労働者）が調整交付金の受け手である。同業疾病金庫は、高齢化率が低いいため調整交付金の拠出者になり、企業疾病金庫は高齢化率がやや高いことが働いて拠出額を大幅に軽減された。具体的には、調整交付金は、地区疾病金庫が99億マルク、連邦鉱山労働者が17億マルクを受け取る。一方、調整交付金の拠出は、職員補充金庫が96億マルク、労働者補充金庫が10億マルク、同業疾病金庫が6億マルク、企業疾病金庫が4億マルク、船員疾病金庫が1.6億マルクである。

第3に、もし介護保険にリスク構造調整が適用された場合どうなるかを考えるときには、1994年と1995年の財政調整の差、つまり年金受給者の医療費にかんするリスク構造調整がヒントになる。年金受給者の医療費にかんするリスク構造調整では、地区疾病金庫は65億マルク、連邦鉱山労働者は17億マルク、企業疾病金庫は5億マルクの調整交付金を新たに受け取り、同業疾病金庫は7億マルク、船員疾病金庫は1.6億マルク、労働者疾病金庫は7億マルク、職員補充金庫は73億マルクを新たに調整交付金として拠出する。

事後的な財政調整では、船員疾病金庫は交付金の受け手であった。ところが、リスク構造調整で

は、わずかとはいえ、船員疾病金庫は拠出する側に回る。船員疾病金庫の年金受給者の年齢構造が全金庫の年金受給者の平均的年齢構造に近いことを考えると、これは、船員疾病金庫は単独医療費分が多いことによると解釈できる（表3を参照のこと）。地区疾病金庫は、実際にかかった1人当たり医療費が平均よりも低く、かつ高齢化率も高いことを反映して、事後的な財政調整の場合よりもリスク構造調整のもとで多くの交付金を受ける。これは介護保険にリスク構造調整が導入された場合でも同じだろう。

IV わが国の公的介護保険制度案

わが国の公的介護保険制度案の財政調整はどのようになっているのだろうか。はじめに、特徴を要約しよう。

1. 介護保険制度案の特徴

第1に、保険者は市町村である。

第2に、被保険者は第1号被保険者と第2号被保険者の2種類である。第1号被保険者は65歳以上の者で、第2号被保険者は40歳以上65歳未満の医療保険加入者である。

第3に、総給付費の半分は、被保険者の保険料で調達する。1人当たりの保険料額は、第1号被保険者と第2号被保険者で同額となるように設定

する。第1号被保険者については、年金からの特別徴収（全被保険者の7割程度）を行い、その他の者には市町村が個別徴収を行う。第2号被保険者については、医療保険者が徴収し、一括して支払い基金に納付し、これを各市町村の給付費に定める割合が全国一律となるように各市町村に交付する。

第4に、公費負担は総給付費の2分の1とする。うち、国、都道府県、市町村の負担割合は、2:1:1である（それぞれ総給付費の25%、12.5%、12.5%である）。

第5に、要介護認定を受けた者にたいして、施設・在宅サービス等を給付し、要支援者には要介護状態の発生予防という観点から在宅の医療サービス、福祉サービス等を給付する。

第6に、自己負担は、保険給付の対象費用の1割とする。施設での給食負担については、医療保険制度と同様に標準負担額（平均的な家計において負担する費用に相当する額）は利用者負担とする。施設給付は、特別養護老人ホーム29万円、老人保健施設32万円、療養型病床群、老人性痴呆疾患療養病床その他の介護体制が整った施設は43万円、在宅給付には要介護度に応じて6万～29万円である。

第7に、第1号被保険者が保険者の努力の及ばないところで負担が過重にならないように、国の負担のうち5分の1が財政調整のために市町村に交付する交付金に充てられる。次のような場合が理由になる。①要介護リスクの高い後期高齢者の加入割合の相違、②高齢者の負担能力（所得水準）の相違、③災害時の保険料減免等特殊な場合、の3つである。国民健康保険における財政調整交付金に類似している。

2. 介護保険制度案の財政調整の仕組み

介護保険制度案によると、平均的な市町村の介護保険の財源構成の大枠は、次のようになる（図4を参照のこと）。自己負担を除いた給付総額の17%が第1号被保険者の保険料収入、33%が第2号被保険者の保険料収入、25%が国、12.5%が都道府県、12.5%が市町村である。これだと公費負

第2号被保険者 保険料 (33%)	
第1号被保険者 保険料 (17%)	うち国負担 (5.0%)※
国負担 (20.0%)	
都道府県負担 (12.5%)	
市町村負担 (12.5%)	

注：※ 財政調整分。

図4 介護保険の費用負担割合
（自己負担を除く平均的市町村）

担が給付総額の50%、保険料負担が給付総額の50%になる。国の負担の一部（給付総額の5%）が保険料負担の均等化のために、市町村への交付金として使われる富裕な老人が多い市町村では、第1号被保険者の保険料割合が給付総額の22%、所得の低い老人が多い市町村では第1号被保険者の保険料割合が12%、国の財政調整の負担割合が10%になることもありうる。

介護保険制度案と国民健康保険の違いは収入面からみると、次の点にある。現在の国民健康保険の徴収努力を要する保険料部分が全体のおよそ40%なのにたいし、介護保険制度案は17%（年金からの特別徴収およそ12%込み）と半分以下である。介護保険はより多くを財政調整にゆだねる制度である。

介護保険制度の財源は、一般財源や保険料などさまざまな財源からなりたっているために、所得分配にかんする影響をトータルとして捉えることは困難である。そのため、各財源別に、財政調整の意味および負担の公平を考察すると次のことがいえる。

第1に、平均的な市町村では自己負担を除いた給付総額のおよそ83%が、市町村住民の直接的な負担以外で賄われる。うちわけは、国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%、第2号被保険者からの拠出金が33%である。拠出金は給付

実績に対応するため、この83%はいわば支出誘発的な補助金である。現状のようにまず供給体制を整備することが第一目標である段階では、支出誘発的な補助金でよいが、中長期的には問題がある。給付実績に応じて支払われる多額の補助金は、保険者の経営努力を阻害するからである。ドイツのリスク構造調整のように、標準的なサービス水準を財政調整の対象とする制度に移行することが長期的には望ましい。介護は医療で多くみられるように出来高払いではなく、定額方式であるとはいえ、中長期的に保険料の高騰を抑える必要がある。

第2に、第2号被保険者の保険料は老人保健の財政調整法と同じ方法で各市町村に配分される。つまり、高齢化率に基づく明示的な財政調整は給付総額の33%である。

第3に、国庫負担金のうち5%が第1号被保険者の負担能力の小さな市町村にたいして手厚く交付される。つまりこの5%の国庫負担金は市町村の経営努力以外にかかわる部分である。これは、公的支援の支出誘発的な補助金を負担の公平の観点から補完するものである。

また、制度案では、第1号被保険者の負担能力を、住民税非課税か否か、老齢福祉年金受給等で判断する。これにかんしては、上限つきで保険料を年金受給額に比例させる（あるいは上限付きの累進保険料率）方が望ましい。というのは、高齢者のフローの収入の大半が年金であること、年金に比例させる方が事務コストも安くすむからである。無年金者については他の所得を調べた上で、基本的に基準額の保険料を納めることとしたい。

第4に、第2号被保険者については、基礎年金や老人医療と同じで、被扶養者の保険料は、当該医療保険の被保険者が肩代わりしており、年金の第3号被保険者問題と同じ問題をクリアできていない。なお、第1号被保険者は、被保険者各自が保険料を納付することになっている。第1号被保険者と第2号被保険者の取り扱いはこの点で整合性がない。

第5に、第2号被保険者の保険料のうち国民健康保険からの拠出金には半額、国庫負担が入る。国

民健康保険には事業主負担がないためとされている。しかし、山崎〔1996〕もいうように、国民年金にも事業主負担としての国庫負担がないのに、国民健康保険だけに国庫負担をつける根拠は乏しい。「介護保険は国民健康保険の二の舞いになるのではないか」という市町村の不安や不満を緩和するためとしか思えない。

第6に、老人医療から老人介護にシフトするための財政的誘因は、医療施設から福祉施設へシフトしたときに、市町村の負担が軽くなることである。現行の制度では、老人保健法と老人福祉では公費負担割合に差があるために、病院から福祉施設に老人を移しても市町村の負担が重くなる場合がみられた（木村〔1993〕を参照のこと）。介護保険制度案では、老人病院等にも介護保険を適用させるこのことは短期的には社会的入院の温存につながる反面、中長期的には市町村が社会的入院をなくす努力をすることによって保険給付費を抑制することにつながるようになる可能性がある。

V 結 び

本稿では、ドイツ疾病保険の財政調整の仕組みおよび財政調整の経営努力にかんする効果を考察し、その上にたってわが国の公的介護保険制度案の財政調整を評価した。ドイツの疾病保険の財政調整は、1978年から1994年まで実施された年金受給者の医療費にかんする事後的な財政調整と1995年からはじまったリスク構造調整という事前的な財政調整の2つである。ドイツの公的介護保険は、1978年から1994年まで実施された年金受給者の医療費にかんする財政調整と基本的な仕組みが同じである。したがって、ドイツ介護保険の財政調整の経済効果は、1978年から1994年まで実施された年金受給者の医療費にかんする財政調整の経験から予測することが可能である。結果をまとめると次のようになる。

第1に、事後的な財政調整は、付加的な単独医療部分も財政調整の対象となるため、経営努力を阻害し、1人当たり医療費の伸びを加速し、1人当たり医療費のちらばりを縮小する。すなわち、

横並びを促進する。

第2に、事前的なリスク構造調整は、標準的な医療費までを財政調整の対象とするため、事後的な財政調整の短所をクリアできるが、標準的な医療費をかかった医療費の平均とする方法では支出の伸びを抑制する効果は大きくはない。標準的な医療費は、かかった医療費とはほぼ独立に設定されるべきである。そして、将来的には介護保険でも事前的なリスク構造調整を実施すべきである。

第3に、1978年から1994年まで実施された年金受給者の医療費にかんする財政調整、および1995年からのリスク構造調整においても、医療と介護はサイフをひとつにはしていない。たとえば、社会的入院の削減が、財政的に介護にそのまま回るという状況ではない。とくに、現在では、疾病保険に介護保険が併設されたメリットが十分に生かされていない。今後、この面でドイツの介護保険は改善の余地がある。

第4に、わが国の公的介護保険の財政調整は事後的な財政調整であり、支出誘発的な補助金である。これは、介護サービスの供給体制を早急に整備しなければならない段階においてはともかく、中長期的には事前的な財政調整が望ましい。

その他、わが国の公的介護保険制度案の財政調整にかんしてはIV節に記したとおりである。

〔謝 辞〕 本稿のドイツ疾病保険の財政調整については、簡易保険文化財団への報告書『ドイツ介護保険の財政調整——年金受給者医療費の財政調整の経験をもとにして』の一部を加筆・修正したものである。報告書を作成するに当たって、資料や文献などの御教示を受けた在邦日本大使館一等書記官三石博文氏(当時)、健康保険連合社会保障研究室、蘭部順一先生、早稲田大学商学部土田武史教授、帝京大学江見康一教授ならびに簡易保険文化財団に厚くお礼を申し上げる。

注

- 1) 1995年1月現在で月5850マルク(旧東ドイツ地域では月4800マルク)以下の所得を稼ぐ人が社会保険に加入する。年金受給者の所得の上限は月7800マルク(旧東ドイツ地域では月6400マルク)である。民間保険と公的保険が併存するのは、両者の競争を図るためであるとされる。こ

れについては、介護保険も同じである。

- 2) 公的疾病保険の任意加入者あるいは民間疾病保険の加入者は、疾病保険に支払う保険料の半額に相当する補助金を事業主から受け取ることができる。ただし、その限度額は公的疾病保険に強制加入した場合の事業主負担分を限度とする。自営業者は事業所得が課税ベースとなり、全額自営業者が負担する。保険料算定報酬限度額は被用者と同じである。これらは、介護保険も同じである。
- 3) 1994年でみると、年金受給者のうち47.7%が地区疾病金庫に、24.6%が職員補充金庫に、14.1%が同業疾病金庫に、5.9%が連邦鉱山労働者金庫に加入している。一方、年金受給者を除く被保険者は、38.7%が地区疾病金庫に、40.3%が職員補充金庫に、10.3%が同業疾病金庫に加入している。
- 4) 同時に、介護にたいする給付も改善された。社会的入院はドイツにおいても大きな問題であったが、在宅介護にたいする給付が疾病保険のメニューに加わったのである。その内容は、介護している者が長期休暇やその他の理由により一時的に介護ができない場合、疾病金庫は1年に4週間を限度として介護要員を派遣する。病院を除く自宅以外で介護を受ける場合にも疾病金庫がその費用を負担する。給付限度額を年間1800マルクとされ、この在宅介護給付は1989年から導入された。また、1992年から、1回1時間とし、月25回まで介護要員の派遣サービスを受けるか、あるいは月400マルクの現金給付を支給することもできるようになった。
- 5) 土田〔1995〕238頁。
- 6) ここでは、介護保険の財政調整と1978年から1994年までの年金受給者の財政調整について、その類似点および相違点を明らかにするため、それぞれについて説明をする。
 - a) 介護保険と疾病保険の財政調整の共通項と相違項は次のとおりである。

〔共通項〕

 - ① 民間介護保険と公的介護保険間で財政調整をしない。
 - 〔相違項〕
 - ① 公的介護保険の財政調整は、全介護保険について全ドイツで行われる。疾病保険は旧西ドイツ地域と旧東ドイツ地域内で行う。
 - ② 財政調整の対象は、法定給付と給付費の3.5%に相当する事務費である。それらの全費用は各介護金庫が保険料収入の割合に応じて負担する。したがって、1%の保険料率は、1978年から1994年までの年金受給者医療費の財政調整における連帯保険料率に相当する。連邦社会保険庁は財政調整を管理する。各金庫の実際にかかった介護費用が

その金庫の保険料収入（プラス準備金）に不足する場合には、調整基金より不足分を受け取り、各金庫の実際にかかった介護費用がその金庫の保険料収入（プラス準備金）を超過する場合には、それを調整基金に拠出する。調整基金の財源は、この拠出金と年金金庫からの保険料である。疾病保険では事務費は調整対象にならない。

- ③ 民間介護保険は、民間疾病保険とは異なり、保険料率には上限があり、公的介護保険の最高保険料率を超えてはならない、とされる。そのため若年加入者の保険料率が、リスクに応じた保険料率よりは高くなると予想される。また、被扶養者である18歳未満の子は保険料を納める必要はなく、介護給付は受けられる。一方、被扶養の配偶者は、リスクに応じた保険料を払わなければならないが、夫婦の保険料率が公的介護保険の最高保険料率の150%を超えることはない。したがって、民間介護保険では、被扶養の子や高齢化などの差による格差を是正するために財政調整が行われることになっている。

参考文献

1. 足立正樹『現代ドイツの社会保障』, 法律文化社, 1995年
2. 池田省三「介護保険とスーパー・ゴールドプラン」『社会保険旬報』No. 1920, 1996年8月21日
3. 石本忠義「疾病保険の現状と動向」社会保障研究所編『西ドイツの社会保障』, 東京大学出版会, 1989年
4. 一圓光彌「オーストリアの医療と介護」『健康保険』1995年9月
5. 一圓光彌「イギリスの医療保障と介護政策」『健康保険』1995年10月
6. 一圓光彌「ドイツの医療保障の動向と介護保険」『健康保険』1995年12月
7. 大西健夫『現代のドイツ社会保障』, 三修社, 1982年
8. 岡本祐三・八田達夫・一圓光彌・木村陽子『福祉は投資である』, 日本評論社, 1996年
9. 片木 淳『地方分権の国ドイツ』, 自治体国際協会, 1988年
10. 木村陽子「福祉の充実による医療費の削減——その市町村財政への効果に関する考察」『税務経理』1993年12月3日, 12月7日号
11. 厚生省保険局企画課監修『欧米諸国の医療保障』, 法研, 1994年, 第4版
12. 里美賢治・二木 立・伊東敬文『公的介護保険に意義あり』, ミネルヴァ書房, 1996年
13. 社会福祉医療事業団『欧州における在宅福祉事業実態調査報告書』平成5年12月
14. 藺部順一「ドイツ医療保険における新たな財政調整の導入」『健康保険』1993年11月
15. 藺部順一「ドイツ疾病金庫選択の自由とリスク構造調整」『健康保険』1995年11月
16. 土田武史「ドイツ医療保険制度の再編成」『週刊社会保障』No. 1845, 1995年7月3日
17. 土田武史「ドイツ」『高齢者医療保障 日本と先進国』, 労働旬報社, 1995年
18. J.-J. デュペイルー著, 上村政彦・藤井良二共訳『ドイツ連邦共和国の社会保障制度』, 光生館, 1978年
19. ドイツ連邦労働社会省編集, ドイツ研究会翻訳『ドイツ社会保障総覧』, ぎょうせい, 1993年
20. 宮武 剛『介護保険とはなにか』, 保健同人社, 1995年
21. 八代尚宏・小塩隆士・寺崎泰弘・宮本正幸『介護保険の経済分析』, 経済企画庁経済研究所, 1996年
22. 山崎泰彦「介護保険——制度設計上の論点をめぐって」『社会保険旬報』No. 1920, 1996年8月21日
23. ユニベール財団「ドイツ介護保険セミナー報告書 ドイツ介護保険に何を学ぶか」, 1994年
24. OECD, *The Reform of Health Care*, 1992
(きむら・ようこ 奈良女子大学助教授)