

国民健康保険の現状と改革の論点

中 川 秀 空

- ① 農林水産業や自営業等を中心として発足した国民健康保険は、現在では無職や非正規雇用などの低所得者層の加入者が増え、国保全体では約 3000 億円の赤字となっている。小規模の保険者も多く、保険財政の基盤が不安定な市町村が少なくない。また、医療費と保険料の市町村格差が大きく、被保険者間の公平性の観点からも問題となっている。
- ② このような国保の構造的問題に対応するため、これまでも高額医療費共同事業や保険者支援制度など、国保の財政基盤強化策が導入されてきた。最近では、社会保障制度改革国民会議により、国保財政の安定化を図るため、財政運営責任を担う主体を都道府県に移すべきとの報告書が出された。また、社会保障制度改革推進本部により、国保を都道府県に移管することを内容とする医療保険制度改革骨子が決定された。
- ③ 都道府県への移管は、国保の財政単位を広域化して財政基盤を強化し、また、保険料の地域格差を解消して公平性を確保しようとするものである。国民会議報告書や、全国町村会、全国市長会の主張など、都道府県移管に賛同する意見が主流である。しかし、保険者の規模が小さい方が保健活動等のきめ細やかなサービスを行いやすく、保険料収納率も高い。このため、都道府県への移管よりも、まず現行の高額医療費共同事業や保険財政共同安定化事業の拡充により対応すべきといった意見もみられる。
- ④ 都道府県移管の課題の一つは、都道府県内の国保保険料の統一と徴収である。保険料は、医療費水準に違いがある等の要因により、市町村により大きな格差がある。しかし、受けられる医療サービスの水準に地域格差がある中で、ただちに都道府県内の保険料を統一すると、かえって不公平になりかねない。このため、医療保険制度改革骨子では、地域の医療費水準を考慮して各市町村が都道府県に納めるべき額を定め、市町村が保険料を徴収する分賦金方式が採用された。ただ、当面は地域の実情に合わせた保険料を設定するとしても、将来的には保険料の平準化を目指すことが望ましい。
- ⑤ 都道府県に移管するとしても、すべての国保事務が都道府県に移されるわけではない。都道府県と市町村の役割分担については、被保険者の利便性や柔軟な対応の確保を基本としつつ、業務の効率的な運営を目指す観点から、都道府県と市町村の役割の最適な組合せを検討しなくてはならない。
- ⑥ 全国知事会など地方を中心として、国保の巨額な赤字を解消するため、後期高齢者支援金の算定における総報酬割の全面導入により生ずる財源を活用しようという意見が強い。このため、医療保険制度改革骨子において、全面総報酬割の実施が決定された。一方、負担が増大する健保組合側は、本来国が負うべき責任を被用者保険が肩代わりするものであると反対している。

国民健康保険の現状と改革の論点

国立国会図書館 調査及び立法考査局
専門調査員 社会労働調査室主任 中川 秀空

目 次

はじめに

I 公的医療保険の概要

II 国民健康保険の構造的問題

- 1 平均年齢と医療費の高さ
- 2 被保険者の変容と低所得者層の増加
- 3 保険料負担の実態
- 4 保険料収納率の低下
- 5 小規模保険者と医療費・保険料の地域格差
- 6 国民健康保険の財政の深刻化

III 国民健康保険の改革の経緯

- 1 構造的問題への対応の経緯
- 2 国民会議報告書とプログラム法
- 3 国保基盤強化協議会・医療保険部会における検討
- 4 医療保険制度改革骨子

IV 国民健康保険改革の論点

- 1 都道府県への移管について
- 2 保険料の設定・徴収
- 3 都道府県と市町村の役割分担
- 4 国民健康保険の赤字と公費投入の是非
- 5 総報酬割の全面導入
- 6 疾病構造の違いと公費投入

おわりに

はじめに

国民健康保険は、保険者である各市町村において、医療給付費に応じた保険料設定を行う仕組みとなっている。現状では、市町村の医療費と財政力に差があるため、保険料の地域格差が大きい。また、小規模の保険者も多く、保険財政の基盤が不安定な市町村が少なくない。このため、これまでも高額医療費共同事業や保険財政共同安定化事業の実施など、国保財政基盤を広域化し、小規模保険者の安定化を図るための対策が導入されてきた。最近では、「社会保障制度改革国民会議」の報告書⁽¹⁾で、国民健康保険を広域化し、財政運営責任を担う主体を都道府県とするべきとされた。また、厚生労働省に設置された「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」や「社会保障審議会医療保険部会」において、財政基盤の安定化を図る目的で、国民健康保険の保険者を市町村から都道府県単位に広域化することが議論されてきた。平成27年1月13日には、「社会保障制度改革推進本部」⁽²⁾が、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となること等を内容とする医療保険制度改革骨子⁽³⁾を決定した。本稿は、国民健康保険の現状と、これまでの広域化への改革の流れを概観し、都道府県への移管の論点と課題を整理するものである。なお、本稿は、平成27年1月14日時点における情報に基づく。

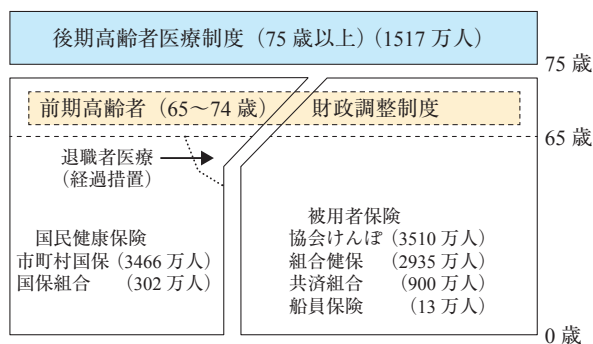
I 公的医療保険の概要

我が国では、すべての国民が何らかの公的医

療保険制度の適用を受ける国民皆保険体制が採られている。公的医療保険制度は複数の医療保険制度からなり、被用者のための被用者保険、非被用者のための国民健康保険、75歳以上の高齢者のための後期高齢者医療制度に大別される(図1)。被用者保険は、主に中小企業の被用者を対象とする全国健康保険協会管掌健康保険(以下「協会けんぽ」という。)と、主に大企業の被用者を対象とする組合管掌健康保険(以下「組合健保」または「健保組合」という。)に分かれる。また、国家公務員、地方公務員、私立学校教職員、船員を対象として、それぞれ国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合、私立学校教職員共済制度、船員保険が設けられている。

他方、国民健康保険は農林水産業者、自営業者、無職者等を対象としている。国民健康保険は、医師、弁護士、土木建築業、理美容師等といった職種別に組合を組織する国民健康保険組合と、被用者保険および国民健康保険組合に加入していない人すべてを対象とする国民健康保険(市町村国保)に分かれる⁽⁴⁾。国民健康保険は

図1 公的医療保険の全体図(平成25年3月末)



(出典)「医療保険制度の体系」『我が国の医療保険について』厚生労働省ホームページ<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html>等を基に筆者作成。

* 本稿の注におけるインターネット情報の最終アクセス日は平成27年1月14日である。

- (1) 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—」2013.8.6.<<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>>
- (2) 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(平成25年法律第112号)に基づき、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため内閣に設置されている。本部長は内閣総理大臣で、関係閣僚から構成される。
- (3) 「医療保険制度改革骨子」(平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定)<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/pdf/kettei_h270113_1.pdf>

市町村によって運営され、その市町村の区域内に住所を有する75歳未満の者で、協会けんぽ、組合健保、共済組合など他の公的医療保険の適用を受けていない者が対象となる⁽⁵⁾。したがって、解雇等で被用者保険の適用がなくなった者は、強制的に国民健康保険の適用を受けることになる。いわば、国民健康保険は人員削減等で失業者や非正規雇用者となった人たちのセーフティネットでもある。

平成20年には、高齢者と現役世代の負担の明確化を図る等の観点から独立の後期高齢者医療制度が創設され、75歳以上の後期高齢者、および65～74歳の前期高齢者で一定の障害がある高齢者は同制度でカバーされることになった。また、前期高齢者の約8割が国民健康保険に加入している状況にかんがみ、その偏在により生ずる保険者間の負担の不均衡を調整するため、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整の仕組みも併せて導入された。一方、前期高齢者に係る財政調整制度の創設に伴い、退職者医療制度⁽⁶⁾は一部の経過措置を残して廃止された。

平成25年3月末の各制度の加入者数をみると、国民健康保険が3466万人、協会けんぽが3510万人、組合健保が2935万人、共済組合が900万人、後期高齢者医療制度が1517万人であり、国民健康保険は協会けんぽと並んで我が国最大級の公的医療保険制度となっている⁽⁷⁾。

II 国民健康保険の構造的問題

1 平均年齢と医療費の高さ

各医療保険制度の加入者の平均年齢をみると、平成24年度実績で、協会けんぽが36.4歳、組合健保が34.3歳、共済組合が33.3歳であるのに対して、国民健康保険では50.4歳と、他の制度を大きく上回っている(表1)。後期高齢者医療制度の発足に伴い75歳以上の高齢者が同制度に移行したため、発足前と比べるとその格差は縮小したものの、依然として国民健康保険加入者の平均年齢は高い。65～74歳のいわゆる前期高齢者の加入割合を比較すると、協会けんぽが6.0%、組合健保が2.6%、共済組合が1.4%であるのに対して、国民健康保険では32.5%と圧倒的に多い。1人当たり医療費をみると、協会けんぽが16.1万円、組合健保が14.4万円、共済組合が14.8万円であるのに対して国民健康保険は31.6万円であり、被用者保険と比べると約2倍の開きがある。各制度間の1人当たり医療費の格差の大きな要因の一つは年齢構成の違いである⁽⁸⁾。

また、同じ年齢層の1人当たり医療費を各制度間で比較すると、国民健康保険と他の被用者保険との医療費の格差は縮小するものの、それでも国民健康保険は被用者保険よりも高くなっている。これは、国民健康保険においては精神及び行動の障害等の疾患が多く、そのために入

(4) 以下、本稿においては、国民健康保険あるいは国保という用語は市町村国保を指すものとして用いる。

(5) ただし、生活保護法による保護を受けている世帯に属する者は国民健康保険の対象から外れる。

(6) 被用者保険の被保険者が定年などで退職した場合、医療の必要性の高いこれらの多くの者が国民健康保険に移ることで、国民健康保険の医療費負担は増大する。退職者医療制度は、このような医療保険制度間の格差を是正するため昭和59(1984)年に導入されたものであり、制度対象者の医療費は、一般の国民健康保険の被保険者とは別に、制度対象者の保険料(税)と被用者保険からの拠出金等で賄われる。前期高齢者の財政調整の導入に伴い、同制度は廃止されることになった。ただし、団塊の世代が退職年齢に達し、被用者OBが急増することが予想されるため、団塊の世代が65歳に達する平成26年度までの間、同制度を存続する経過措置が取られている。

(7) そのほか、国民健康保険組合が約302万人、船員保険が約13万人となっている(平成25年3月末)。厚生労働省保険局「国民健康保険事業月報(平成25年3月)」<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001115572&disp=Other&requestSender=search>; 全国健康保険協会船員保険部『船員保険事業年報平成24年度』2014, p.2. <<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/senpo/new/g7/cat730/y/24/1.pdf>>

(8) 厚生労働省保険局『平成24年度 医療給付実態調査報告』2014, p.11.

表 1 各医療保険制度の比較

	国民健康保険 (市町村)	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療 制度
対象者	自営業者・無職者等	主として中小企業の 被用者	主として大企業の 被用者	公務員等	75歳以上の高齢者
加入者数 (平成25年3月末)	3466万人	3510万人	2935万人	900万人	1517万人
加入者平均年齢 (平成24年度)	50.4歳	36.4歳	34.3歳	33.3歳	82.0歳
65～74歳の割合 (平成24年度)	32.5%	6.0%	2.6%	1.4%	2.6%*3
加入者1人当たり医療費 (平成24年度)	31.6万円	16.1万円	14.4万円	14.8万円	91.9万円
加入者1人当たり平均所得 (平成24年度)	83万円 (1世帯当たり 142万円)	137万円 (1世帯当たり 242万円)	200万円 (1世帯当たり 376万円)	230万円 (1世帯当たり 460万円)	80万円
加入者1人当たり平均保険料*1 (平成24年度)	8.3万円 (1世帯当たり 14.2万円)	10.5万円 (被保険者1人当 たり18.4万円)	10.6万円 (被保険者1人当 たり19.9万円)	12.6万円 (被保険者1人当 たり25.3万円)	6.7万円
保険料負担率*2	9.9%	7.6%	5.3%	5.5%	8.4%
公費負担(定率分)	給付費等の50%	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金 等の負担が重い保 険者等への補助	なし	給付費等の約50%

*1 介護分を含まない。なお、被用者保険については、事業主負担分を含んでいない。

*2 加入者1人当たり平均保険料を加入者1人当たり平均所得で除した額。

*3 後期高齢者医療制度の対象者には、65～74歳で一定の障害のある高齢者が含まれる。

(出典)「各保険者の比較」『我が国の医療保険について』厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuukenkou/iryuukenkou01/index.html> を基に筆者作成。

院医療費が高くなっていることによる⁽⁹⁾。

2 被保険者の変容と低所得者層の増加

昭和40(1965)年において国民健康保険に加入する世帯主の職業別状況は、農林水産業や自営業が67.5%を占めていたのに対して、無職の割合は6.6%に過ぎなかった。しかし、高齢化により年金生活者である無職の世帯が年々増加し、平成24年には無職の割合が43.4%を占め、農林水産業や自営業は17.5%へ大幅に低下した(図2)。また、被用者保険の適用を受けない被用者の割合も35.2%を占めている。農林水産業者や自営業者のための医療保険として出発し

た国民健康保険は、現在では、年金生活者や非正規雇用者⁽¹⁰⁾のための制度に変容している。

国民健康保険加入世帯の所得の状況を見ると、無所得の世帯の割合は平成24年において28.2%となっており、昭和51(1976)年の8.0%と比較して20.2ポイントも増加した⁽¹¹⁾。ちなみに、最近15年間の国民健康保険の加入世帯の所得分布の変化をみると、平成9年から平成24年にかけて無所得の世帯や100万円未満の世帯の割合が増加している。平成9年には無所得も含めて100万円未満の層は全体の42.9%であったが、平成24年には55.1%に増加した。100～200万円の層はほとんど変化していない。

(9)「市町村国保の構造的な問題の分析(2)医療費の状況」『週刊国保実務』2754号,2011.4.11,pp.24-26.

(10)平成24年8月の年金法改正(「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律」(平成24年法律第62号))で、501人以上の企業に勤める週20時間以上の労働者への厚生年金・健康保険の適用拡大が予定されており、平成28年10月から新たに推計25万人の国保・国民年金の被保険者と第三号被保険者に厚生年金・健康保険が適用されることとなっている。

(11)厚生省保険局編『昭和51年度国民健康保険実態調査報告』1978による。なお、所得なし世帯の割合の数値は昭和51(1976)年度版から公表されている。

一方、200万円以上の層については、平成9年の33.4%から平成24年には21.3%に減少している（図3）。

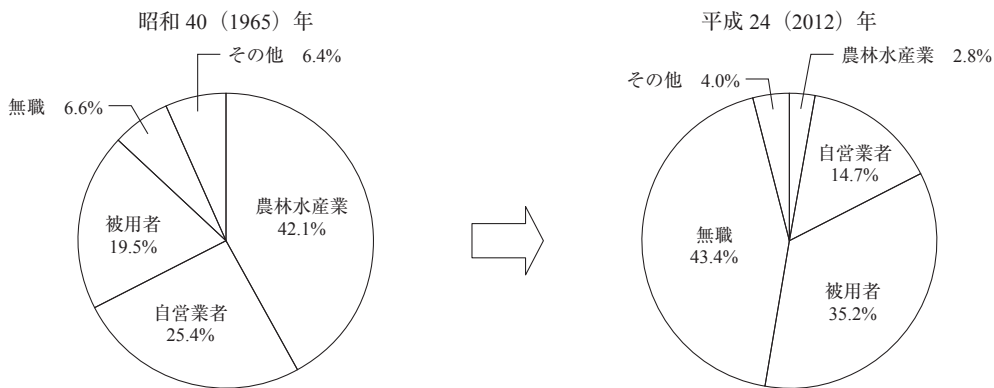
他の被用者保険と比較しても、平成24年度における1世帯当たりの平均の年間所得は協会けんぽが242万円、組合健保が376万円、共済組合が460万円であったのに比べ、国民健康保険では142万円であった（表1）。これらの数字からみえてくることは、国民健康保険には、保険料負担能力が低い低所得者が多いことである。国民皆保険を支える基礎として、他の医療保険に加入する者を除いたすべての住民の受け

皿としての役割を果たす国民健康保険は、社会情勢の変化等に伴い、年金生活者をはじめとする無職者や被用者保険への加入要件を満たさない非正規の被用者等が多く加入しており、このため、低中所得者層の国保保険料の負担水準が重くなっているといわれる⁽¹²⁾。

3 保険料負担の実態

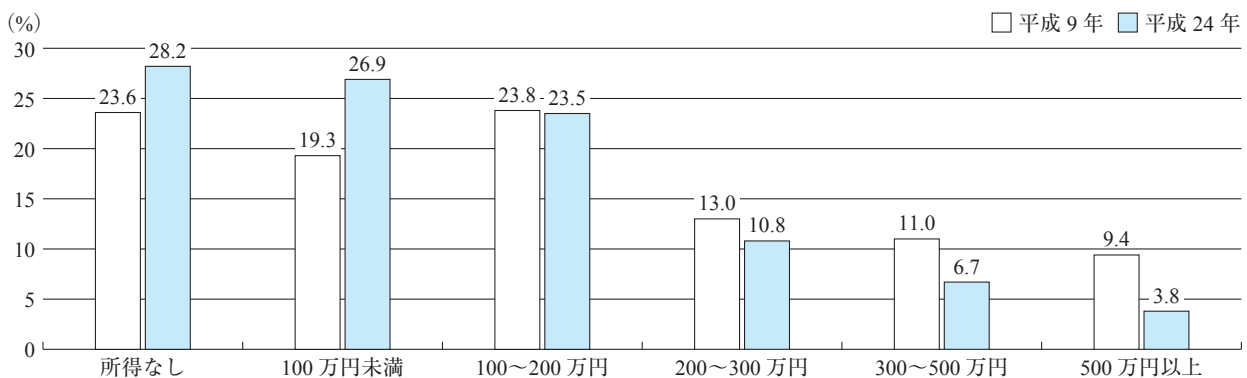
表1から、国民健康保険と被用者保険の加入者1人当たりの平均所得⁽¹³⁾と平均保険料⁽¹⁴⁾を比較すると、国民健康保険の1人当たり平均所得は83万円で1人当たり平均保険料は8.3万

図2 国保世帯主の職業別構成割合の変化



(出典) 厚生省保険局『昭和40年度 国民健康保険実態調査報告』1967; 厚生労働省保険局『平成24年度 国民健康保険実態調査報告』2014を基に筆者作成。

図3 所得階級別世帯数の分布



(出典) 厚生労働省保険局『国民健康保険実態調査報告』各年度版を基に筆者作成。

(12) 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）「国民健康保険の見直しについて（中間整理）（案）」2014.8.8, p.4. <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/sa.pdf>>

(13) 国民健康保険においては、「総所得金額（収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの）および山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものを。協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを年度平均加入者数で除したものを。

(14) 介護分を含まない保険料。なお、本人負担分のみで、事業主負担分を含まない。

円となっていた。一方、協会けんぽでは所得が137万円に対して保険料は10.5万円、組合健保では所得が200万円に対して保険料は10.6万円、共済組合では所得が230万円に対して保険料が12.6万円である。保険料負担率（加入者1人当たり平均保険料を加入者1人当たり平均所得で除した数値）を比較すると、協会けんぽは7.6%、組合健保は5.3%、共済組合は5.5%であるのに対し、国民健康保険の負担率は9.9%と被用者保険よりも高くなっていた。

また、国民健康保険中央会による試算⁽¹⁵⁾では、平成24年度において、ある市町村では年収500万円相当の世帯において、当該市町村域の平均的な組合健保の本人負担分の保険料が21.3万円、協会けんぽで25.7万円であるのに対して、1人世帯の国保保険料が43.1万円、2人世帯で45.6万円、4人世帯で50.8万円であった。比較的に国保保険料の低いある市町村においても、同条件で、組合健保が16.0万円であるのに対して、1人世帯の国保保険料が22.9万円、2人世帯で25.7万円、4人世帯で31.4万円であった。これらの数値から、被用者保険に比べて国民健康保険世帯の負担が非常に大きいことがみてとれる⁽¹⁶⁾。

4 保険料収納率の低下

国民健康保険の予算は、医療費の支出額を積算し、これから国庫負担金や一般会計からの繰入金等を算出し、その残りを保険料あるいは保険税⁽¹⁷⁾（なお便宜上、本稿では保険税も併せて保険料という用語を用いる）で賄う。このように保険料として確保しなければならない額を算定し、この額を予定収納率で除した額（賦課総額）を被保険者に按分する。賦課総額を、経済的負担能力に応じて負担する応能部分と被保険者が平等に負担する応益部分に一定比率で配分し、それぞれについて所得・資産あるいは被保険者・世帯数に按分して賦課する⁽¹⁸⁾。保険料には、限度額が定められており、また、保険料負担が困難な低所得の被保険者については、保険料軽減制度が設けられている⁽¹⁹⁾。

疾病は目前の問題であるため、将来のことである国民年金よりも国民健康保険の方が保険料の収納率が高いといわれてきた。しかし、昭和40年代（1965～74年）には95%を超えていた収納率もその後低下し、最近、回復傾向はみられるものの、現在では90%を下回っている⁽²⁰⁾。昭和40（1965）年以降の推移をみると、オイルショック後の昭和50年代（1975～84年）に一

(15) 国民健康保険中央会『国民健康保険の安定を求めて—医療保険制度の改革—』2013.11, p.16. <<http://www.kokuho.or.jp/insistence/lib/2013-1211-1743.pdf>>

(16) ただし、被用者保険は事業主負担分を含まない数値である。

(17) 保険料と保険税のどちらを採用するかは市町村の裁量に任されている。実質上、両者は同じであるが、徴収権の消滅時効期間など若干の違いがある。保険税は、税の方が義務観念も向上して徴収が容易であり、徴収成績も向上することが期待されたため、国民健康保険の草創期の昭和26（1951）年に導入された方式で、約9割の市町村が採用している。しかし、被保険者数でみると6割程度となっており、これは、大都市圏で保険料方式を採用しているところが多いためである。国民健康保険中央会監修『運営協議会委員のための国民健康保険必携 改訂19版』社会保険出版社, 2013, p.97.

(18) 応能部分には前年の所得に応じた所得割と資産に応じた資産割があり、応益部分には、世帯内の被保険者各人に対する被保険者均等割と世帯に対する世帯別平等割がある。市町村は、これらの4種類を組み合わせる保険料を設定するが、都市部では2方式（所得割+均等割）および3方式（所得割+均等割+平等割）が用いられ、町村部では4方式（所得割+資産割+均等割+平等割）を用いることが多い。平成24年度の1世帯当たり保険料（税）の構成割合の全国平均をみると、所得割が56.1%、資産割が2.6%、被保険者均等割が29.3%、世帯別平等割が12.0%の配分となっていた。厚生労働省保険局『平成24年度 国民健康保険実態調査報告』2014, p.31.

(19) 限度額は、平成26年度で医療分51万円、後期高齢者支援金分16万円、介護分14万円である。また、保険料のうち応益部分について、所得額に応じて7割、5割、2割の3種類の軽減措置がある。

(20) なお、平成19年度から平成20年度にかけて収納率が大きく減少し（2.14ポイント）、その後回復している。この減少は、平成20年度から後期高齢者医療制度が施行されて、収納率の高い75歳以上の層が後期高齢者医療制度に移行したことによる影響と考えられている。

度落ち込み、その後持ち直したものの、バブル崩壊後の平成4年頃から再び落ちはじめている(図4)。特に大都市圏での収納率の低さが目立つ。都道府県別の収納率をみると、平成24年度速報値で、最低が東京都の85.63%、次が大阪府の87.76%である。逆に、収納率が高い都道府県は島根県の94.76%、次いで富山県の94.09%であった。政令指定都市および東京23区の43市区に限れば、90%を超えているところは名古屋市、京都市など8市に過ぎない。最低は豊島区の81.21%で、足立区、葛飾区、渋谷区など81%台のところが目立つ⁽²¹⁾。

5 小規模保険者と医療費・保険料の地域格差

(1) 小規模保険者の存在

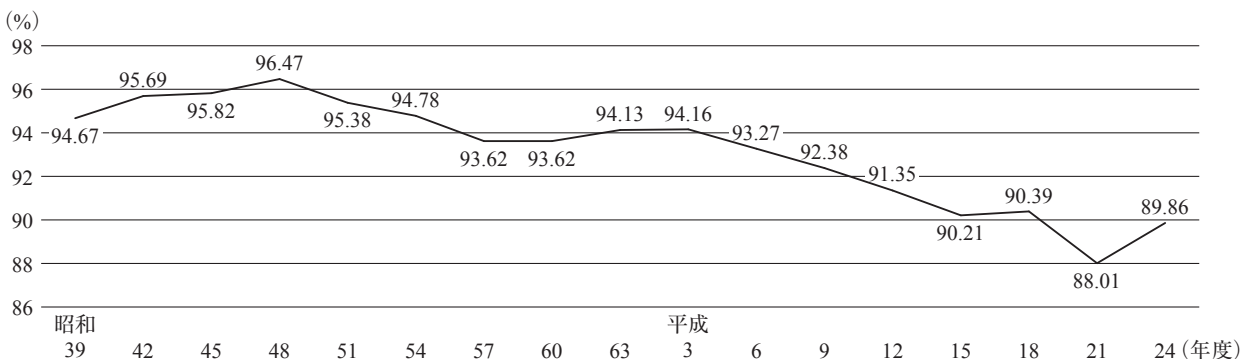
市町村合併により以前より小規模保険者の数が減っているとはいえ、平成24年度において

全保険者1,717のうち、被保険者が1,000人未満の保険者が114、1,000~3,000人未満の保険者が316もある(図5)。このように小規模保険者の多い国民健康保険においては、保険財政の基盤が不安定な市町村が少なくない。

(2) 医療費と保険料の地域格差

国民健康保険では、医療給付費等に応じた保険料を各市町村において設定するが、現状では医療費と保険料の地域格差が大きい。平成24年度における被保険者1人当たりの医療費を地域別にみると、最高の市町村は北海道初山別村の54万3834円であるのに対して、最低の市町村は東京都小笠原村の16万469円であり、約3.4倍の格差がある。都道府県別でみると、最高は山口県の38万7180円に対して、最低は沖縄県の26万8473円で、約1.4倍の格差となっ

図4 収納率の推移



(出典) 厚生労働省「平成24年度国民健康保険(市町村)の財政状況―速報―」2014.1.28. <<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000035909.pdf>>を基に筆者作成。

図5 保険者規模別構成割合(平成24年度 総数1,717保険者)

1,000人未満	1,000人以上 3,000人未満	3,000人以上 5,000人未満	5,000人以上 10,000人未満	10,000人以上
6.6%	18.4%	12.9%	20.3%	41.8%
114 保険者	316 保険者	222 保険者	348 保険者	717 保険者

(出典) 厚生労働省保険局『平成24年度 国民健康保険実態調査報告』2014を基に筆者作成。

(21) 厚生労働省保険局「平成24年度国民健康保険(市町村)の財政状況―速報―」2014.1.28. <<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000035909.pdf>>

ている⁽²²⁾。

平成24年度における被保険者1人当たりの保険料をみると、市町村別では最高の北海道猿払村の14万8439円に対し、最低は沖縄県伊平屋村の2万8591円で約5.2倍の格差があった。また都道府県別では、最高が静岡県9万2340円に対して、最低は沖縄県の5万3974円で約1.7倍の格差となっている⁽²³⁾。また、同じ都道府県内でも市町村間で格差が生じている。最大の格差が生じている東京都や長野県では、その差は2.9倍となっており⁽²⁴⁾、このような状況は被保険者間の公平性の観点から問題があるといえよう。

6 国民健康保険の財政の深刻化

(1) 国保財政の仕組み

国民健康保険の財源は、保険料、国庫負担、都道府県からの交付金、市町村の一般会計からの繰入金などからなる。国民健康保険は、被用

者保険における事業主負担の保険料がないこと、被保険者に低所得者層を多く含むこと等の理由から、被用者保険に比べて公費負担の度合いが高い。

平成26年度予算ベースでみる国民健康保険の医療給付費は約11.4兆円である(図6)。そのうち、約3.5兆円は被用者保険からの交付金、すなわち前期高齢者交付金⁽²⁵⁾で賄われる。残りの約8兆円については、公費50%、保険料50%を原則とするが、実際には、低所得者の保険料軽減措置への財政支援等として公費が追加投入されている。結果として、公費の割合は約60%に上っている⁽²⁶⁾。

国からの公費の主なものとして、療養給付費負担金などの定率の国庫負担と財政調整交付金がある。定率の国庫負担(平成26年度2兆4400億円)は、医療給付費等の一部を負担するもので、その負担率は、現在32%である⁽²⁷⁾。財政調整交付金は、各市町村間の国保財政力の不均

⁽²²⁾ 厚生労働省保険局編『平成24年度 国民健康保険事業年報』2014, p.23. なお、そのほかに1人当たりの医療費の高い市町村は、鳥根県川本町の52万6676円、群馬県南牧村の51万8634円などとなっており、低い市町村は沖縄県座間味村の16万2343円、長野県平谷村の16万3345円などである。また、そのほかに1人当たりの医療費の高い都道府県は鳥根県の38万3023円、香川県の38万1664円などとなっており、低い都道府県は茨城県の27万3408円、千葉県の28万3246円などである。

⁽²³⁾ 同上, p.32. そのほかに保険料の高い市町村は、秋田県大潟村の13万8740円、北海道羅臼町の13万1085円などとなっており、低い市町村は沖縄県粟国村の3万3307円、同県伊是名村の3万4464円などである。また、そのほかに保険料の高い都道府県は岐阜県の9万698円、石川県の9万487円などとなっており、低い都道府県は福島県の6万7488円、鹿児島県の6万9753円などである。なお、これらの数値は、東日本大震災に係る特定被災区域を除いたものである。

⁽²⁴⁾ 同上, p.33.

⁽²⁵⁾ 前期高齢者交付金は、国保・被用者保険の65～74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて財政調整を行った結果として国民健康保険に支払われる交付金である。65～74歳までの前期高齢者については、就業者が28%存在するなど社会的活動も比較的活発であることから、現役の医療保険制度に加入し、65歳未満の人と同様に支え手として位置づけられた。しかし、その8割が国民健康保険に加入する状況であり、国民健康保険が負担に耐えられないという危惧のもと、国民健康保険と被用者保険間の財政調整が行われることになった。どの保険者も全国平均の加入率どおりに前期高齢者が加入しているものと仮定して給付費を負担することとし、加入率が全国平均よりも下回っている場合は前期高齢者納付金を拠出し、全国平均よりも上回っている場合は交付金を受ける。前期高齢者の割合が低い被用者保険から、前期高齢者の割合が高い国民健康保険に交付金が流れる仕組みである。

⁽²⁶⁾ 厚生労働省保険局「市町村国保について」(第75回社会保障審議会医療保険部会資料)2014.5.19, p.15. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000046120.pdf>

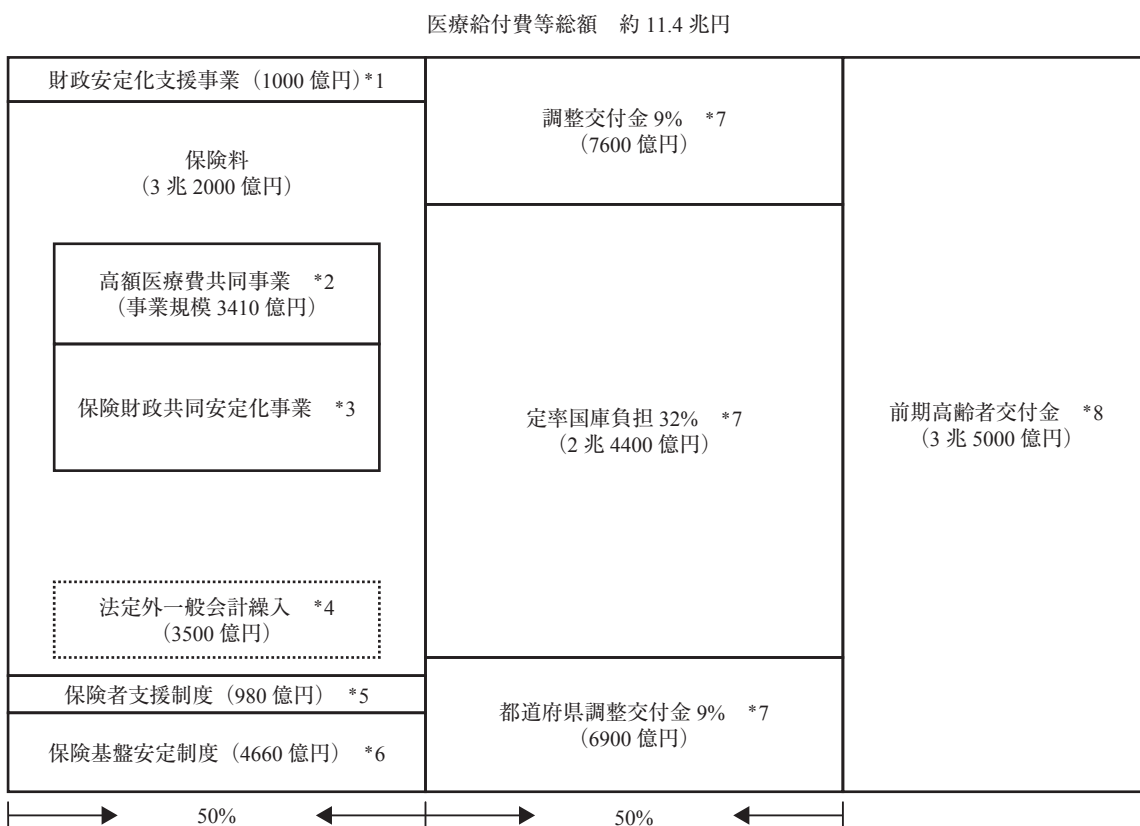
⁽²⁷⁾ 療養給付費負担金の負担率は、平成16年度までは医療給付費等の40%であった。しかし、小泉内閣による三位一体改革に伴い、平成17年度から国の負担部分の一部が減り、新たに都道府県による調整交付金が導入されたため、34%となった。さらに平成24年度に同交付金が7%から9%に引き上げられたことにより、現在では32%となっている。

衡、すなわち医療費および所得水準等に基づいて配分されるもので、国による交付金（平成26年度7600億円）と都道府県による交付金（平成26年度6900億円）がある。国による交付金の負担割合は原則として9%、都道府県による交付金の負担割合も9%である。なお、国による交付金9%のうち2%に当たる部分は、特別調整交付金として、災害等の特別な事情を考慮して交付される。通常、国民健康保険（前期高齢者

交付金を除いたもの）に対する公費負担が50%といわれるのは、定率の国庫負担とこれらの財政調整交付金を合わせたものである（図6）。

また、国民健康保険は構造的に保険料負担能力の低い低所得者の加入割合が高く、中間所得層の保険料負担が重いものとなるため、低所得者に対する保険料軽減相当額を公費で補填する保険基盤安定制度⁽²⁸⁾（平成26年度4660億円）が導入されている。具体的には、市町村が保険料

図6 国保財政の現状（平成26年度予算ベース）



*1 市町村の一般会計から国保特別会計への繰入れを支援する地方財政措置。
 *2 高額な医療費（1件80万円超）の発生による国保財政への影響を緩和するため、市町村国保からの拠出金を財源に都道府県単位で市町村が共同負担する事業。国・都道府県がそれぞれ1/4ずつ負担する。平成26年度の事業規模は3410億円。
 *3 市町村国保の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、1件30万円超の医療費について、市町村国保からの拠出金を財源に都道府県単位で負担を調整する事業。公費負担はない。
 *4 赤字補填等のための一般会計からの法定外の繰入れ。平成24年度決算（速報）における実績値。
 *5 低所得者を多く抱える保険者を支援するため、低所得者数に応じて保険料額の一定割合を支援する制度。国が1/2、都道府県・市町村がそれぞれ1/4を負担する。
 *6 低所得者に対する保険料軽減相当額を一般会計から国保特別会計に繰り入れる制度。都道府県が3/4、市町村が1/4を負担する。
 *7 定率国庫負担は医療給付費等の一部を公費で負担するものであり、調整交付金は各市町村間の国保財政力不均衡に基づいて配分されるもので、国による交付金と都道府県による交付金がある。医療給付費等総額から前期高齢者交付金を除いた残りの50%をこれらの定率国庫負担・調整交付金で賄う。なお、定率国庫負担のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる措置がある。
 *8 国保・被用者保険間の前期高齢者の偏在による不均衡を、各保険者の加入者数に応じて財政調整を行った結果として国保に支払われる交付金。退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる。
 （出典）厚生労働省保険局「市町村国保について」（第75回社会保障審議会医療保険部会資料）2014.5.19, p.16. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000046120.pdf> を基に筆者作成。

軽減相当額を一般会計から国保特別会計に繰り入れ、都道府県、市町村が負担する。なお、平成15年度に、保険基盤安定制度の一部として、保険料軽減の対象となった低所得者数に応じて平均保険料の一定割合を公費で補填することにより、低所得者を多く抱える市町村を支援する保険者支援制度⁽²⁹⁾(平成26年度980億円)が実施され、国、都道府県、市町村が負担している。

また小規模な保険者が多い国民健康保険において、高額な医療費の発生による国保財政への急激な影響の緩和を図るため、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で負担を調整する高額医療費共同事業⁽³⁰⁾(平成26年度事業規模3410億円)が実施され、国、都道府県がその一部を負担している。さらに、国保財政の安定化、保険料負担の平準化に資するため、保険者の責めに帰さない所得水準、病床数等に着眼した市町村の一般会計から国保特別会計への繰入金を支援する国保財政安定化支援制度として、1000億円の地方財政措置が講じられている。

(2) 国保財政の悪化

国民健康保険の収支について平成24年の状況をみると、単年度収入が13兆7762億円、単年度支出が13兆7188億円で、その収支差引額は574億円であり、さらに、これに国庫支出金精算額等(▲94億円)を考慮した精算後単年度

収支差引額は480億円となっている⁽³¹⁾。しかし、単年度収入には、赤字補填を目的とする市町村の一般会計からの3534億円の法定外の繰入れが入っており、この法定外繰入金を考慮すると、実質上は3053億円の赤字となっている。また、全国1,717保険者のうち、単年度収支差でみた赤字の保険者数は819となっており、全体の47.7%の保険者が赤字であった⁽³²⁾。

このように、国民健康保険を運営する各市町村は、保険基盤安定制度等の法定負担分とは別に、赤字補填のために一般会計からの法定外の繰入れを迫られることが多い。国民健康保険は市町村の特別会計として運営されているが、収入に応じて支出を抑制するということはできず、支出に合わせて予算を組む必要がある。医療費が増加する場合は、保険料の引上げか一般会計からの繰入れにより補うことになるが、被保険者の負担増となる保険料引上げには限度もあり、一般会計からの繰入れに頼るところも多い。保険料負担が上昇するなかで、市町村の多くは保険料の引上げには慎重な態度を取らざるを得ず、今後ますます財政が悪化するのを避けられないと思われる。

(28) 保険基盤安定制度は、「国民健康保険法」(昭和33年法律第192号)第72条の3第1項に基づき、市町村が、低所得者に対する保険料軽減相当額を一般会計から国保特別会計に繰り入れる制度であり、都道府県がその4分の3を負担し、残りの4分の1を市町村が負担する。

(29) 保険者支援制度は、市町村国保の財政基盤を強化するために、低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援する制度である。国民健康保険法附則第24条第1項に基づき、市町村が一般会計から、所得の少ない者の数に応じて支援額を国保特別会計に繰り入れるものであり、保険基盤安定制度の一部として平成15年に導入された。市町村の繰入額に対して、国は2分の1、都道府県は4分の1に相当する額をそれぞれ負担し、残りの4分の1を市町村が負担する。

(30) 高額医療費共同事業は、高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和するために、都道府県単位で財政リスクを分散する事業である。国民健康保険法附則第26条第1項第1号に基づき、診療報酬請求書1件当たり80万円を超える医療費について、全市町村が共同で負担する。国、都道府県は、それぞれ4分の1に相当する額を負担する。

(31) 厚生労働省保険局編 前掲注(22), p.30.

(32) 厚生労働省保険局 前掲注(21)

Ⅲ 国民健康保険の改革の経緯

1 構造的問題への対応の経緯

(1) 国民健康保険の財政基盤強化策の導入

このような国民健康保険の構造的な問題に関しては、これまでも様々な取組みが講じられてきた。小規模保険者が多く、財政的基盤が脆弱な問題については、昭和 58（1983）年に厚生省から高額医療費共同事業の実施要項が示され、都道府県単位での高額医療費に対する取組みが始まった。同事業は市町村からの拠出金を財源に、高額医療費（1件当たり 80 万円以上）について、都道府県単位で費用負担を調整するものであり、暫定的な制度として継続されてきた。平成 18 年には、市町村間の保険料の平準化と国保財政の安定化のため、高額医療費共同事業に併せて、1件当たり 30 万円以上の医療費について、都道府県内すべての市町村が拠出する財源により費用負担を調整する保険財政共同安定化事業⁽³³⁾が暫定的な制度として導入された。

また、低所得者の加入割合が高く、中間所得層の保険料負担が重い問題に対応するため、昭和 63（1988）年に、低所得者に対する保険料軽減相当額を公費で補填する保険基盤安定制度が創設された。平成 15 年には、低所得者を多く抱える市町村を支援する保険者支援制度が暫定的に導入され、保険基盤安定制度が拡充された。このように、国民健康保険には追加的な公費投入が実施され、現在では公費が約 6 割を占めて

いる。

さらに、年齢構成が高く医療費水準が高い問題については、平成 20 年から、前期高齢者に係る被用者保険との財政調整が実施され、前期高齢者交付金が被用者保険から国民健康保険に払われている。

(2) 財政基盤強化策の恒久化と拡大

「医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（平成 22 年法律第 35 号。以下「平成 22 年改正法」という。）では、それまで暫定措置として実施されていた高額医療費共同事業、保険財政共同安定化事業、保険者支援制度を平成 22 年度から平成 25 年度まで 4 年間継続することとした。また、都道府県が広域化等支援方針⁽³⁴⁾を策定することができることとし、保険財政共同安定化事業について同方針に定めることにより、事業の対象となる医療費を 1 件 30 万円未満に引き下げることが可能とした。

「国民健康保険法の一部を改正する法律」（平成 24 年法律第 28 号。以下「平成 24 年改正法」という。）では、暫定措置として継続して実施されてきた高額医療費共同事業、保険財政共同安定化事業、保険者支援制度の財政基盤強化策を平成 26 年度まで延長し、平成 27 年度から恒久化することとした。また、平成 27 年度より保険財政共同安定化事業の対象医療費をすべての医療費に拡大し、市町村国保の財政運営の都道府県単位化を一層促進することとした。これ

⁽³³⁾ 保険財政共同安定化事業は、市町村国保における診療報酬請求書 1 件当たり 30 万円を超える医療費を合算し、その半分を各市町村国保の被保険者数に応じて、残りの半分を各市町村国保の医療費の実績に応じて、都道府県内の全市町村の拠出金により共同で負担する事業である。各市町村国保における医療費負担の平準化（その結果としての保険料負担の平準化）と、財政運営の安定化を図ることを目的とするものであり、また市町村国保の財政運営の都道府県単位化を図るものである。国民健康保険法附則第 26 条第 1 項第 2 号に基づき国民健康保険団体連合会が実施する。同事業に公費負担はない。

⁽³⁴⁾ 広域化等支援方針は、都道府県が、市町村の意見を聴きつつ、市町村国保の広域化に向けた 3～5 年程度の計画を策定することができるものとしたものである。その内容は都道府県の判断によるが、事業運営の広域化（保険者事務の共通化、医療費適正化策・収納対策の共同実施、広域的な保健事業の実施など）、財政運営の広域化（保険財政共同安定化事業の拡充、都道府県調整交付金の活用、広域化等支援基金の活用など）、都道府県内の標準設定（保険者規模別の目標収納率、赤字解消の目標年次、標準的な保険料算定方式、標準的な応益割合など）などである。

は、平成 22 年改正法で保険財政共同安定化事業の対象となる医療費を拡大することを可能としたものの、実際に拡大した都道府県は少数にとどまったための措置である。これにより、都道府県内の医療費や保険料水準の格差がさらに縮小されることが期待されている⁽³⁵⁾。

さらに、平成 24 年改正法では都道府県調整交付金の増額が図られ、給付費等の 7% から 9% に引き上げることとした。これに伴い、定率国庫負担は給付費等の 34% から 32% へ引き下げられた。これは、保険財政共同安定化事業の拡大により、医療費水準等の格差解消が期待される一方、これにより抛出超過となる市町村国保の財政に急激な影響が及ばないように、都道府県による財政調整機能の強化が求められたことによる。

(3) 社会保障・税一体改革における国保財政基盤の強化

国民健康保険の構造的な問題への対応策のうち、新たな財源を必要としないものについては、平成 22 年・平成 24 年改正法で措置された。一方、新たな財源を必要とするものについては、社会保障・税一体改革⁽³⁶⁾において消費税増税

分を充て、「低所得者保険料軽減の拡大」および「保険者支援制度の拡充」を行うこととなった。すなわち、「低所得者保険料軽減の拡大」では、低所得者の保険料(応益分)の 2 割・5 割・7 割を軽減する保険料軽減制度について、平成 26 年度より 2 割軽減・5 割軽減の対象者を拡大することとなった⁽³⁷⁾。「保険者支援制度の拡充」に関しては、公費による財政支援の額の算定方式を、算定上対象となっていない保険料 2 割軽減対象者を含めることや補助率を引き上げる等の対策が取られることとなっている⁽³⁸⁾。しかし、消費税が段階的な増収となることから、現時点において未実施となっており、財政基盤の弱い国民健康保険にとって重要な施策であるため、これらの対策の早期かつ確実な実施が求められている⁽³⁹⁾。

2 国民会議報告書とプログラム法

社会保障・税一体改革の一連の動きの中で設置された社会保障制度改革国民会議⁽⁴⁰⁾(以下「国民会議」という。)から、平成 25 年 8 月に社会保障制度改革国民会議報告書⁽⁴¹⁾(以下「国民会議報告書」という。)が出された。国民会議報告書において示された国民健康保険に関する部分は以

(35) 青木穂高「国民健康保険の現状と課題」『週刊社会保障』2739 号, 2013.8.12-19, pp.38-42.

(36) 社会保障の充実・安定化とそのための消費税率引上げによる財源確保と財政健全化を達成することを目的とする改革。平成 23 年 6 月に「社会保障・税一体改革案」がまとめられ、平成 24 年 2 月に「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定された。民主・自民・公明の 3 党協議の下、平成 24 年 8 月に社会保障・税一体改革関連法案が成立した。

(37) それまで 2 割軽減の対象は、世帯の所得が「33 万 + 35 万円 × 世帯の被保険者数」以下である世帯とされていたが、この水準を「33 万 + 45 万円 × 世帯の被保険者数」以下とした。また、5 割軽減の対象は世帯の所得が「33 万円 + 24.5 万円 × (世帯の被保険者数 - 世帯主)」以下とされ、単身世帯には 5 割軽減が適用されない仕組みとなっていたが、「33 万円 + 24.5 万円 × 世帯の被保険者数」以下である場合は 5 割軽減を適用することとし、単身世帯にも適用されることとなった。

(38) 財政支援の額の算定方式を、①算定上対象となっていない保険料 2 割軽減対象者を含めることとすること、②保険料の 5 割軽減・7 割軽減対象者数に応じた補助率を引き上げること、③算定基準を平均保険料収納額の一定割合から、平均保険料算定額の一定割合に改めることとしている。これにより、保険料軽減対象者 1 人当たりの支援額の計算方法は「平均保険料収納額の 12% (7 割軽減)、6% (5 割軽減)」から、「平均保険料算定額の 15% (7 割軽減)、14% (5 割軽減)、13% (2 割軽減)」となる。

(39) 青木穂高「国民健康保険の現状と課題」『週刊社会保障』2788 号, 2014.8.11-18, pp.34-39.

(40) 平成 24 年 8 月に成立した「社会保障制度改革推進法」(平成 24 年法律第 64 号)に基づき、社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議するため、内閣に設置された会議。平成 24 年 11 月から平成 25 年 8 月にかけて 20 回にわたり会議が行われ、平成 25 年 8 月 6 日に報告書が取りまとめられた。会長は清家篤慶應義塾長。

(41) 社会保障制度改革国民会議 前掲注(1)

下のとおりである。第一に、国民健康保険の財政運営責任を担う主体を都道府県とし、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民の負担のあり方を総合的に検討することを可能とする体制を実現するべきであるとされた⁽⁴²⁾。

第二に、財政的な構造問題を放置したまま、保険者を都道府県に移管しても、多額の赤字を都道府県に負わせるだけであり、財政基盤の強化を通じて財政上の構造問題の解決を図ることがその前提であるとされた。その財源については、後期高齢者支援金に対する負担方法を全面的に総報酬割⁽⁴³⁾にすることにより生ずる財源をも考慮すべきであるとされた。また、国民健康保険に加入している低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険の維持につながっていることを踏まえ、保険料軽減措置の拡充を図るべきとされた。⁽⁴⁴⁾

このような国民会議報告書の内容に対しては、地方、保険者などの各団体から声明・コメントが出された。全国知事会は「単に保険者を都道府県に移行するだけでは、国民健康保険の構造的な問題は解決せず、巨大な赤字団体を生むだけである」とし、その運営主体のあり方については「都道府県と市町村が協働する分権的な仕組みとすることが重要」と主張した。全国市長会は「積年の課題であった国民健康保険の運営主体の移行について抜本的な改革の方向が示されたことは、画期的であり高く評価する」とした。一方、健康保険組合連合会は、後期高

齢者支援金に総報酬割を全面的に導入し、浮いた国費を国民健康保険に投入するとの考えに対し、「国の財政責任を被用者保険に転嫁するもの」として強く反発した。⁽⁴⁵⁾

平成 25 年 12 月には、国民会議報告書を踏まえ、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 112 号。以下「プログラム法」という。）が成立し、財政支援の拡充等により国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとされた。その上で、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課・徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割分担するといった見直しの方向性が示された。また、プログラム法では、国民健康保険のあり方を含む医療保険制度改革について、平成 26 年度から平成 29 年度までを目途に順次講じるものとし、必要な法律案を平成 27 年通常国会に提出することを目指すとした。

3 国保基盤強化協議会・医療保険部会における検討

プログラム法で示された国民健康保険の保険者・運営の見直しのため、平成 26 年 1 月から「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」⁽⁴⁶⁾（以下「国保基盤強化協議会」という。）が再開された。国保基盤強化協議会では、地方 3 団体（全国知事会、全国市長会、全国町村会）が意

(42) 国民会議における国民健康保険の保険者に関する議論の中では、「国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県とするべき」という意見や、「地域の実態に即応した保険事業（保険料徴収、保健施設活動、医療費適正化対策等）を推進するには、市町村保険者を維持しつつ、都道府県単位の共同事業の改善により対応すべき」といった意見がみられた。社会保障制度改革国民会議「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）」（第 10 回社会保障制度改革国民会議資料）2013.4.22, pp.9-11. <<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai10/siryou1.pdf>>

(43) 後期高齢者医療制度に対する現役世代の医療保険からの支援である後期高齢者支援金の算定においては、制度開始当初は各医療保険者の加入者数に応じた加入者割による負担としていたが、現在は、負担能力に応じた負担とする観点から、3分の1を医療保険者の総報酬額に応じて設定する総報酬割としている。

(44) 社会保障制度改革国民会議 前掲注(1), pp.33-34.

(45) 「関係団体コメント 国保改革は市町村との分権的仕組みで—国民会議報告書受け全国知事会が声明—」『週刊国保実務』2872号, 2013.8.19, pp.4-5.

見表明し、全国知事会は、国民健康保険の構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるのであれば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟であるとし、後期高齢者支援金における全面総報酬割導入で生じる財源の優先投入など、財源確保で国が果たすべき具体的な責任を明らかにし、国保財政上の構造的な問題を解決するよう国に要求した。また、市町村との役割分担に関して、保険料の賦課徴収や保健事業の実施等については引き続き市町村が実施し、保険料の収納率や医療費水準などの市町村の努力が反映されるものとなるようお願いするとした⁽⁴⁷⁾。

国保基盤強化協議会は、平成 26 年 8 月に「国民健康保険の見直しについて（中間整理）」⁽⁴⁸⁾を取りまとめた。このなかで、社会保障・税一体改革において方針の決まっている低所得者対策のうち、未実施となっている保険者支援制度の拡充について、確実かつ早期の実施に努めることを要求している。また、都道府県と市町村の役割分担のあり方に関しては、財政運営を都道府県が担うことが考えられるとしている。この場合、市町村の医療費適正化インセンティブを損なうことのない分権的な仕組みとするため、各市町村が都道府県に納める額（以下「分賦金」という。）を都道府県が定め、市町村は分賦金を賄うために必要な保険料を賦課・徴収した上で都道府県に納めるとした。そのため、都道府県が保険料算定方式や市町村規模別の収納率目

標の標準を設定し、市町村はこれを参考に保険料率等を定め賦課・徴収するとしている。

一方、厚生労働省社会保障審議会医療保険部会でも並行して議論が行われている。同部会では、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任を果たすためには財政上の構造問題を解決することが前提といった意見や、保険者支援の公費投入を早急かつ確実に実施すべきであり、それだけでは財政基盤の強化は難しいため、更なる公費投入が不可欠といった意見がみられた⁽⁴⁹⁾。国民健康保険への一般会計からの法定外繰入れに関しては、大都市部が平均保険料率まで保険料を引き上げれば法定外繰入れは減少するという意見に対し、法定外繰入れをやめて保険料に転嫁すると、低中所得者層の負担はさらに重くなり、国民健康保険が破たんしかねないといった意見がみられた⁽⁵⁰⁾。最大の論点の一つである後期高齢者支援金の全面総報酬割導入により生ずる財源の使い方については、国民健康保険の支援に優先的に活用するという意見と、国民健康保険への投入に反対する意見に分かれている⁽⁵¹⁾。

4 医療保険制度改革骨子

平成 27 年 1 月 13 日には、社会保障制度改革推進本部により、国民健康保険の財政運営の責任主体を都道府県とすること等を内容とする医療保険制度改革骨子⁽⁵²⁾が決定された。同骨子で

(46) 国民健康保険の構造的な問題の分析と基盤強化策等について検討するための厚生労働省と地方の協議。平成 23 年に設置され、平成 24 年には保険財政共同安定化事業の全医療費への拡大、都道府県調整交付金の 9% への引上げなどを内容とする国民健康保険法改正、社会保障・税一体改革に伴う 2200 億円の公費の追加投入などについて合意している。「国保基盤強化協議会 今年 7 月目途の中間取りまとめを確認」『週刊国保実務』2896 号, 2014.2.10, pp.2-9.

(47) 厚生労働省保険局国民健康保険課「第 3 回 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議 議事録」2014.1.31. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000038210.html>>

(48) 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）前掲注(12)

(49) 厚生労働省「第 76 回社会保障審議会医療保険部会議事録」2014.5.28. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000048232.html>>

(50) 厚生労働省「第 75 回社会保障審議会医療保険部会議事録」2014.5.19. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000047363.html>>; 同上

(51) 「第 75 回社会保障審議会医療保険部会議事録」同上 ; 「第 76 回社会保障審議会医療保険部会議事録」同上

(52) 「医療保険制度改革骨子」前掲注(3)

は、平成30年度から、国民健康保険の財政運営の責任主体を都道府県に移し、都道府県が医療費の見込みを立てた上で、市町村が都道府県に納めるべき分賦金を決定し、各市町村は、保険料の徴収、資格管理・保険給付の決定、保健事業などを引き続き担うこととしている。また、被用者保険の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施し、それに伴い生じる国費を国民健康保険に優先的に活用するとしている。

IV 国民健康保険改革の論点

1 都道府県への移管について

都道府県への移管は、国民健康保険の財政単位を市町村単位から都道府県単位に広域化することで、その財政基盤の強化を図るとともに、市町村間の保険料格差を解消して公平性を確保しようとするものである。後述するように、保険財政共同安定化事業を強化することで国保財政を事実上広域化することも考えられるが、国民健康保険の都道府県移管を支持する立場からは、この方法は旧老人保健制度⁽⁵³⁾と同じく責任者不在の仕組みであると指摘されている⁽⁵⁴⁾。また、保険財政共同安定化事業による給付面の調

整策にとどまらず、負担面における都道府県単位化が必要とも主張されている⁽⁵⁵⁾。都道府県が医療計画⁽⁵⁶⁾を策定していることも、国民健康保険の都道府県移管の根拠の一つである。すなわち、地域医療提供体制の整備の責任者である都道府県が国民健康保険の保険者となることで、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能な体制を築こうという考えである⁽⁵⁷⁾。

地方側の主張をみると、全国町村会は、国民皆保険制度を堅持するためには負担と給付の公平が不可欠であり、都道府県を軸として保険者の再編・統合を推進し、公的医療保険をすべての国民に共通する制度として一本化することを要望している⁽⁵⁸⁾。また、都道府県を保険者とする方向で改革を推進するにあたっては、社会保障・税一体改革において税制抜本改革時に行うとされた保険者支援制度の拡充を早急に実施することとし、併せて、後期高齢者支援金への総報酬割の全面導入により生ずる財源を優先的に活用すること等により国民健康保険の更なる財政基盤の強化を図ることを要望している。全国市長会も、保険者支援制度の拡充の実施と総報酬割の全面導入により生ずる財源の国民健康保険への投入、および都道府県が保険者として国

53) 現行の後期高齢者医療制度が発足する前の旧老人保健制度は、一定年齢以上の高齢者を国保・被用者保険の既存制度に加入させたまま、医療の給付は市町村が行い、その財源は国保・被用者保険に高齢者が均等に加入していると仮定して算定した各国保・被用者保険からの拠出金と公費で賄われるものであった。給付主体（市町村）と財政主体（各保険者）が分離しており、高齢者の医療費を高齢者・現役世代がどれぐらい負担しているかが明確でなく、負担関係・責任関係が不鮮明なものであった。栄畑潤『医療保険の構造改革—平成18年改革の軌跡とポイント—』法研, 2007, pp.55-56.

54) 社会保障制度改革国民会議 前掲注(42), p.10.

55) 社会保障制度改革国民会議における宮武剛委員の意見。社会保障制度改革国民会議「第14回 社会保障制度改革国民会議 議事録」2013.6.10, p.8. <<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai14/gijiroku14.pdf>>

56) 各都道府県が、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定する計画。がん、脳卒中、糖尿病等の治療・予防に係る事業、救急医療、へき地医療、周産期医療、小児医療等の確保に必要な事業、これらの事業の目標・医療連携体制、医療の安全確保、基準病床数などに関する事項を定める。

57) 社会保障制度改革国民会議における増田寛也委員の意見など。社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議 懇談会 議事要旨」2013.4.19, pp.41-42. <<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/kondankai/gijiyousi.pdf>>; 社会保障制度改革国民会議 前掲注(42), p.10.

58) 全国町村会「平成27年度政府予算編成及び施策に関する要望」2014.7.3. <<http://www.zck.or.jp/activities/260703/2.pdf>>

民健康保険の運営を担うことを基本として、都道府県と市町村の適切な役割分担を実現することを要望している⁽⁵⁹⁾。一方、全国知事会は、前述のように、国民健康保険の構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟であることを表明している⁽⁶⁰⁾。そのためには、後期高齢者支援金への総報酬割の全面導入により生じる財源を国民健康保険の支援に優先的に活用することはもとより、抜本的な財政基盤強化の具体策を、追加国費の規模も含めて一刻も早く提示することを国に求めてきた。このため、医療保険制度改革骨子では、平成27年度から保険者支援制度の拡充（約1700億円）を実施するとともに、平成29年度には、後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴い生ずる国費を優先的に活用し、約1700億円を投入することとなった。

一方、国民健康保険の都道府県移管には、以下のような疑問も出されてきた。すなわち、現行制度においても、低所得者が多く存在することについては調整交付金の配分により、高齢者の割合が多いことについては制度間・保険者間の財政調整により、さらに高額医療費の発生等による医療費の短期的な変動については都道府県単位の高額医療費共同事業により、それぞれ調整される仕組みとなっている。不十分であれば、これらを改善することによって相当な対応が可能であるというものである⁽⁶¹⁾。国民健康保険の財政運営が不安定となりやすい小規模保険者の存在への対策としての都道府県移管は一つの解決法であるが、これに対応するための現行の高額医療費共同事業の有効性について十分な検証がなされているとはいえない。仮に、現行

制度が不十分であるとしても、同事業でカバーする高額医療費の範囲を広げ、再保険機能を強化すれば足りる。また、1件30万円を超える医療費を対象とする保険財政共同安定化事業は、平成27年からすべての医療費を対象を広げることになっており、まず、これが成功するかどうか試すべきであると指摘されている⁽⁶²⁾。

医療保険の特性からは、保険者の規模が小さい方がニーズに合ったきめ細やかなサービスを行いやすい。特に、予防活動は年齢ごとの対応が必要であり、市町村の方が向いている⁽⁶³⁾。また、大都市より小さな市町村の方が国保保険料の収納率は高く、規模の拡大により収納率が落ちる可能性がある点も挙げられる。さらに、都道府県移管の論拠の一つである「医療提供体制の責任主体である都道府県と保険者の機能を一本化して地域医療政策を推進する」という点についても、疑問が出されている。都道府県の策定する医療計画はもっぱら病院計画であり、その内実はベッド数の規制と医療機関の連携である。今後進めていく在宅医療や総合診療医の普及をはじめとする外来機能の見直しなどは、都道府県レベルでなく、市町村が介護保険サービスも含めた地域包括ケアの一環として取り組むべき課題であるからである⁽⁶⁴⁾。

2 保険料の設定・徴収

国民健康保険の都道府県移管の課題の一つは、都道府県内の保険料の統一と徴収である。国民健康保険の保険料は、市町村によって医療費の水準に違いがあること⁽⁶⁵⁾や、保険料の算定方式が異なること、あるいは保険料の上昇を抑制するため一般会計から法定外繰入れを行う市

(59) 全国市長会「持続可能な国民健康保険制度の確立に関する決議」2014.11.13. <http://www.mayors.or.jp/p_opinion/documents/261113kokuho.pdf>

(60) 全国知事会「国民健康保険制度の見直しに関する提言」2014.7.15. <<http://www.nga.gr.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/3/32%20140716%20siryou8-4k.pdf>>

(61) 山崎泰彦「国保制度改革のもう一つの視点」『共済新報』55(4), 2014.4, p.3.

(62) 土田武史「論点スペシャル 国保運営の広域化 赤字構造は変わらず」『読売新聞』2013.6.11, p.13.

(63) 同上

(64) 宮島俊彦「国保県営化論」『週刊国保実務』2859号, 2013.5.20, p.28.

町村があること等の要因により、同じ都道府県内でも市町村間で大きな格差が存在する。平成24年度において、都道府県内における市町村の保険料の格差が1.5倍以上あるところが41都道府県に上り、そのうち2倍以上あるところが15あった⁽⁶⁵⁾。前述したように、最も格差の大きい東京都および長野県では2.9倍である。このため、都道府県移管により直ちに都道府県内の保険料を均一化した場合、市町村によっては現行よりも保険料が高くなり、国保加入世帯の保険料水準が大きく変化するケースも多いと考えられる。また、同じ都道府県内でも、医療サービスの水準は都市部と過疎地域で異なる。都市部や過疎地域など市町村間で受けられる医療サービスの環境に大きな格差がある中で、直ちに都道府県内の保険料を統一すると、かえって不公平になりかねない。

また、社会保険は所属する集団内で助け合う連帯意識が必要である。この点、都道府県では、市町村と異なり連帯意識が薄まるといわれている⁽⁶⁷⁾。このため、都道府県移管で財政は安定するものの、地域の一体感が薄れ、保険料の収納率が下がる可能性も考えられる。国民健康保険の財政運営を都道府県が担うとしても、保険料の賦課・徴収の仕組みについては慎重な議論が求められた。

広域連合により国民健康保険を広域化している実例をみると、保険料の賦課・徴収について

は、分賦金方式と直接賦課方式がみられる⁽⁶⁸⁾。分賦金方式は、広域連合が給付に必要な額を各市町村に分賦金として賦課し、市町村が独自に賦課基準を決定し徴収する。未納が生じてても市町村は収納実績にかかわらず割り当てられた分賦金を納付する方法である。一方、直接賦課方式では、広域連合の構成市町村すべてで賦課基準を統一し、市町村は徴収した額のみを納付し、未納が生じた場合の財政責任は広域連合が負う。今回の議論の過程では、例えば国保基盤強化協議会の中間報告など、分賦金方式が提唱された⁽⁶⁹⁾。医療保険制度改革骨子でも、分賦金方式が採用されている。分賦金方式の下では、都道府県が都道府県内の国民健康保険の医療給付費等の見込みを立て、保険料収納必要額を算出の上、各市町村が都道府県に納めるべき分賦金を定める。市町村は、分賦金を賄うために必要となる保険料率を設定し、被保険者に賦課・徴収した上で都道府県に納める。都道府県は各市町村の分賦金を定めるに当たり、市町村ごとの医療費水準を考慮する⁽⁷⁰⁾。これにより、各市町村における医療費適正化の効果が当該市町村の保険料水準に反映されることになり、市町村における医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みづくりに資することとなる。すなわち、医療費適正化に努めれば、分賦金額を下げることができ、健康づくりに取り組みれば、その成果が分賦金を抑制する方向に

(65) 1人当たり医療費の格差の状況をみると、同じ都道府県内でも市町村による格差が1.5倍以上あるところが26都道府県に上り、そのうち2倍以上あるところが6あった。最も格差の大きい東京都では3.1倍である（平成24年度）。厚生労働省保険局「国民健康保険について」（第83回社会保障審議会医療保険部会資料）2014.10.29, p.33. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000063121.pdf>

(66) 厚生労働省保険局編 前掲注(22), p.33. なお、東日本大震災により保険料（税）が減免され、1人当たり保険料調定額が0となった市町村が存在する福島県を除く数である。

(67) 土田 前掲注(62)

(68) 現在、国民健康保険を広域連合により実施しているのは、北海道の空知中部広域連合（6市町）、大雪地区広域連合（3町）、後志広域連合（16町村）、および山形県の最上地区広域連合（4町村）の4例である。このうち、空知中部広域連合・後志広域連合が分賦金方式を、大雪地区広域連合・最上地区広域連合が直接賦課方式を採用している。

(69) 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）前掲注(12), p.9.

(70) また、一般に年齢構成が高いほど医療費水準が高くなることを踏まえて、年齢構成の差異による医療費水準の差異を調整する仕組みの導入も考えられる。

働く。医療費削減に向けた取組みを行っている市町村もあり、こうした医療費適正化の努力を活かす必要があるといわれている⁽⁷¹⁾。

一方、都道府県移管の目的の一つである保険料格差を解消し、同一都道府県内における国保被保険者の負担の公平性を確保することに関しては、保険料の設定方法が異なる分賦金方式の下では実現しない。保険者を都道府県とするのであれば、一定の期間内に同所得の被保険者は同額の保険料を納めるような仕組みに切り替えるべく、明確な工程表を作成することが公平の見地から求められる⁽⁷²⁾。当面は、市町村間の状況に応じて、保険料にも幅を持たせつつも、医療提供体制の均質化の実現を図ることによって、保険料の平準化を目指す必要がある。また、分賦金方式を取るとしても、都道府県内の市町村間の医療費水準等の差異が比較的小さく、また、市町村間の合意が得られる都道府県にあっては、都道府県単位や二次医療圏⁽⁷³⁾単位で均一保険料率を設定することを可能とするとも考えられる⁽⁷⁴⁾。

3 都道府県と市町村の役割分担

(1) 国保保険者の事務

国民健康保険が都道府県に移管されるとしても、国保事業のすべての事務が都道府県に移されるわけではない。この点、国民会議報告書では「都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを

目指すべき」とされた。国保基盤強化協議会の中間整理では、都道府県と市町村の役割分担のあり方として、都道府県が市町村へ分賦金を課す「分賦金方式」で概ね意見の一致をみる一方、保険給付や資格管理については、都道府県が担う場合と市町村が担う場合のメリット・デメリットを提示する両論併記となっている。

市町村が国保保険者として行っている事務には、「各種届出や申請の受付」「被保険者の資格管理」「保険料の算定・賦課・徴収」「保険給付の決定」「保健事業」「レセプト審査その他の医療費適正化関連事務」などがある。各種届出や申請の受付などの窓口業務については、被保険者の利便性を確保する観点から引き続き市町村が行うのが望ましい。保険料の算定・賦課・徴収については、分賦金方式を採用する場合は、都道府県が分賦金額を定め、市町村が賦課・徴収する。

(2) 保健事業

保健事業については、個々の被保険者の健康状態等に応じたきめ細かい取組みが必要である。地域での医療介護連携の推進や地域包括ケアシステム⁽⁷⁵⁾の構築の観点からも、地域住民に身近な市町村が担うことが適当であると考えられ⁽⁷⁶⁾、医療保険制度改革骨子でも市町村が引き続き担うものとされた。近年は、特定健康診査⁽⁷⁷⁾の実施やレセプトの電子化、国保データベースシステムの整備により、地域の健康課題の分析や保健事業の評価を行う基盤整備が進ん

(71) 社会保障審議会医療保険部会「社会保障審議会医療保険部会での主な意見」2014.8.8, p.6. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000053892.pdf>

(72) 新田秀樹「特集 社会保障制度改革国民会議報告を読む 国民健康保険の保険者の都道府県移行の評価」『生活経済政策』202号, 2013.11, p.18.

(73) 主として病院の病床（特殊なものを除く）の整備を図るべき地域単位として区分する区域。区域の設定にあたっては、地理的条件や日常生活、交通事情などを考慮し、広域市町村圏、都道府県の行政機関の管轄区域、高等学校の区域などが参考とされる。

(74) 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）前掲注(12), p.9.

(75) 介護が必要となった高齢者が、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けられるように、医療・介護・介護予防・生活支援・住まいの5つのサービスが一体的に受けられる支援体制。今後、高齢の単独世帯や夫婦のみ世帯が増加するため、地域で暮らしていくために必要なこれらのサービスが切れ目なく継続的に提供される必要がある。

(76) 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）前掲注(12), pp.13-14.

でいる。このようなデータを活用しながら、地域住民の健康状況を把握し、被保険者をリスク別に分け、健康づくりの啓発、生活習慣病の症状の進展や合併症の発症を抑えるための重症化予防の取組みを進めていく必要がある。市町村においては、こうしたデータの分析に基づく保健事業を推進し、また、国や都道府県は市町村の取組みを積極的に支援する必要がある⁽⁷⁸⁾。保健事業を担う人材育成や確保といった面では、特に規模の小さな市町村のみの対応では不十分であり、都道府県が積極的に関与していくことが求められている⁽⁷⁹⁾。

(3) 資格管理と保険給付

被保険者の資格管理、保険給付の決定については、「事務の効率的な運営や被保険者の利便性の確保が図れるか」「資格管理、保険給付、保険料の賦課・徴収には、相互に密接に関連した事務（短期被保険者証、被保険者資格証明書の交付等）があり、これらの一体的処理や、個々の事情に応じた柔軟・迅速な対応の確保を図れるか」等、難しい問題がある。住所・世帯情報や課税情報を管理している市町村が資格管理と保険給付を併せて行うことが効率的であり、地域包括ケアシステムの構築を推進するに当たり、医療給付と介護給付の情報は市町村に一元的に集約した方がよいことを考慮すれば、市町村が資格管理や保険給付を担うことが望ましいことになる。また、都道府県が担う場合に比べ、証明書の発行・交付や給付の決定に時間を要せず、被保険者の利便性が損なわれない。このため、医療保険制度改革骨子では、市町村が資格管理、

保険給付の決定を行うこととしている。一方、都道府県が資格管理や保険給付を担うとした場合は、事務の集約化やシステムの標準化により効率的な運営の確保や将来的に発生するシステム改修費の抑制を図ることができる。また、同一都道府県内の転居等の際の被保険者の利便性が向上する、国保連合会等を活用すれば都道府県においても事務処理の遂行は可能といった意見もある⁽⁸⁰⁾。

4 国民健康保険の赤字と公費投入の是非

国保基盤強化協議会の議論において、地方側は、社会保障・税一体改革において方針が決まっている低所得者対策のうち、いまだ実現していない保険者支援制度の拡充について確実かつ早期の実施を求めてきた⁽⁸¹⁾。医療保険制度改革骨子で、平成27年度から約1700億円の保険者支援制度の拡充を実施することが決定されたのは、前述のとおりである。また、地方側は、年齢構成が高い等の保険者の責によらない要因により医療給付費が高くなっていることや、低所得者層の保険料の負担水準が重くなっていること等への財政支援の強化という観点から、国民健康保険への更なる公費の追加投入の実現を求めている。この背景には、市町村国保1,717保険者のうち約6割の1,068保険者が、赤字補填等を目的として市町村の一般会計から国民健康保険に繰入れを行っており、国保全体では3534億円が繰り入れられていることがある⁽⁸²⁾。この法定外の一般会計繰入金を考慮すると、実質上は国保全体で3053億円の赤字である。しかし、法定外繰入れの多くは、大都市部を中心

(77) 40～74歳の被保険者を対象とするメタボリックシンドロームの予防・解消に重点をおいた生活習慣病予防のための健診。

(78) 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）前掲注(12), pp.13-14.

(79) 国保保険者の広域化に関する研究会「国保保険者の広域化に関する研究会報告書」2011.8, p.7. <https://www.kokuho.or.jp/insistence/lib/kouikika_houkokusho_20110915.pdf>

(80) 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）前掲注(12), pp.12-13.

(81) 厚生労働省保険局国民健康保険課「第4回 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議 議事録」2014.8.8. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000053900.html>>

(82) 厚生労働省保険局 前掲注(65), p.20.

になされている。このため、市町村国保に対する財政支援を検討する際、法定外繰入れを公費に置き換えることに理解が得られるかが議論となっていた。

平成24年度についてみると、決算補填等目的の法定外繰入れは、東京都が最も多く、その繰入額は1102億円で、繰入総額の約3割を占める。また、東京、神奈川、大阪、埼玉、愛知、千葉、福岡の上位7都府県の合計は約2489億円で、全体の約7割を占めている。このうち、東京、神奈川、埼玉、愛知、千葉の1人当たり保険料負担率は全国平均(14.3%)よりも低い⁽⁸³⁾。法定外繰入れを行っている市町村の国保被保険者の平均所得に対する保険料負担率は9.7%であるが、繰入れを行っていない市町村の保険料負担率は11.5%である。このため、国民健康保険の赤字の原因が、所得水準が低いなど構造的に市町村で対応できない要因によるものか、あるいは、比較的財政力のある大都市でみられるように、保険料の引上げに消極的で、一般会計からの法定外繰入れを行うことによるものか、精査した議論が必要であると指摘されていた⁽⁸⁴⁾。

一方、首都圏を中心とする自治体からは、大都市部に繰入れが多い点について「保険料実額からみると、かなりの額を負担している」⁽⁸⁵⁾「首都圏の市町村国保には財政調整交付金がほとんど入っていないため、自治体の立場としては、繰入れでカバーしている」との指摘も挙がっている⁽⁸⁶⁾。医療保険部会の議論では、法定外繰入れを行っている市町村であっても、被用者保険

と比べ、保険料負担率はかなり高い水準にあり⁽⁸⁷⁾、法定外繰入れをやめて保険料に転嫁すると、低中所得者層の負担はさらに重くなり、国保制度自体が破たんしかねないとの意見が出ていた⁽⁸⁸⁾。

5 総報酬割の全面導入

保険者支援制度の拡充のほか国民健康保険に公費を追加投入する場合、その財源をどうするかが問題となる。これについては、前述のように、後期高齢者支援金の算定における総報酬割の全面導入により生ずる財源を活用しようという意見が強く⁽⁸⁹⁾、医療保険制度改革骨子では、全面総報酬割の実施に伴い生じる国費を優先的に活用し、約1700億円を投入するとしている。

(1) 後期高齢者支援金と総報酬割

75歳以上の高齢者等を対象とする後期高齢者医療制度の給付費(平成26年度予算ベースで14.4兆円)は公費(5割)、後期高齢者の保険料(1割)、および国民健康保険や健保組合など現役世代の各医療保険から拠出される後期高齢者支援金(4割)で賄われている。後期高齢者支援金の算定においては、制度開始当初は各保険者の加入者数に応じた負担(加入者割)としていたが、財政力の弱い協会けんぽの財政支援を行うとともに、負担能力に応じた負担とする観点から、3分の1を各医療保険者の総報酬額に応じて決定する総報酬割とし、残りの3分の2を加入者割

⁸³ 同上, pp.18-19.

⁸⁴ 社会保障制度改革国民会議における駒村康平委員の意見。社会保障制度改革国民会議 前掲注(55), pp.12-13; 山崎前掲注(61), p.5.

⁸⁵ 保険料実額をみると、法定外繰入れを行っている市町村の保険料は8.3万円となっており、法定外繰入れを行っていない市町村の8.0万円よりも高くなっている。厚生労働省保険局 前掲注(65), p.20.

⁸⁶ 「保険者が抱える実情を反映した公費投入のあり方を検討 厚生労働省保険局国民健康保険課 中村博治課長に聞く」『週刊社会保障』2794号, 2014.9.29, p.28.

⁸⁷ 法定外繰入れを行っている市町村の保険料負担率が9.7%であるのに対し、協会けんぽは7.6%、組合健保は5.3%となっている(本人負担分のみ)。厚生労働省保険局 前掲注(65), p.20.

⁸⁸ 社会保障審議会医療保険部会 前掲注(71), p.2.

⁸⁹ 社会保障制度改革国民会議における増田寛也委員の意見など。社会保障制度改革国民会議 前掲注(55), p.10; 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議(国保基盤強化協議会) 前掲注(12), p.6.

としている⁽⁹⁰⁾。現状では、各被用者保険の後期高齢者支援金の額は、健保組合が1兆9300億円、共済組合が6100億円、協会けんぽが2兆800億円となっている。また、負担率の高い協会けんぽを支援するため、2400億円の公費が協会けんぽに投入されている。

総報酬割では、被保険者の所得が高い健保組合ほど負担が重くなるものの、加入者割による算定よりも、各医療保険者間の被保険者の負担率の格差を是正することができる。保険者間に大きな財政力格差があることから、より負担能力に応じた負担とするため、これまで、総報酬割を全面的に導入することが検討されてきた⁽⁹¹⁾。厚生労働省の試算では、総報酬割を全面的に導入した場合、健保組合の支援金負担は1500億円増加して2兆800億円に、共済組合は1000億円増加して7100億円となる⁽⁹²⁾。また、協会けんぽは2400億円軽減されて1兆8400億円となる⁽⁹³⁾。それに伴い、協会けんぽに投入されている国費2400億円が浮くことになり、これを国民健康保険の追加的な財政支援に優先的に活用しようというものである。

(2) 健保組合による反論

一方、健保組合側は、総報酬割の全面導入に

より生じる財源を国民健康保険に回すことは、被用者保険が国民健康保険の財政基盤強化に係る負担を肩代わりするものであり、財源確保のつじつま合わせに過ぎないとして反対する。総報酬割の全面導入は、高齢者医療への税投入の拡充、医療給付の重点化・効率化といった施策とセットでなければ賛成できないと主張する⁽⁹⁴⁾。

平成25年度決算で、全1,419健保組合のうち927組合が赤字で、その率は全組合の65%に達する⁽⁹⁵⁾。健保組合全体の赤字額は1162億円で、高齢者医療制度が施行された平成20年度から6年連続の赤字である。財政悪化の最大の要因は、高齢者の公的医療保険制度への拠出であり、後期高齢者支援金・前期高齢者納付金等が保険料収入に占める割合は、健保組合平均で45%、また50%を超える健保組合は全体の33%に当たる462組合となっている。団塊の世代が65歳以上になり、高齢者医療への拠出金は今後も相当な勢いで増えるとみられる。健保組合の財政も厳しく、過度の負担を強いられて解散に追い込まれる健保組合が続出する事態は避けなければならない。団塊世代の前期高齢者への移行や被用者保険の短時間労働者への適用拡大など、個々の保険者の自助努力では解決が困難な状況となっている。総報酬割を全面導入すると

(90) 総報酬割は平成22～24年度の暫定措置として実施され、25、26年度も延長している。

(91) 介護保険における介護納付金の算定方法についても、加入者割を廃止して総報酬割を導入するかが論点となっている。国民会議報告書では、医療保険者が負担する介護納付金について、負担の公平性の観点から総報酬額に応じたものとしていくべきであるが、後期高齢者支援金の全面総報酬割の状況も踏まえつつ検討すべきであるとされた。

(92) 総報酬割の全面導入にあたって、前期高齢者に係る後期高齢者支援金について前期高齢者加入率による調整を実施した場合の試算。前期高齢者に係る後期支援金については、国民健康保険・被用者保険ともに前期高齢者加入率に応じて負担調整しているが、被用者保険者間では、3分の2の加入者割部分については加入率に応じた調整とする一方、3分の1の総報酬割部分については被用者保険者分を総報酬に応じて調整配分しており、加入率による調整が行われていない。今後、後期支援金を全面総報酬割に移行する場合、このままでは後期支援金はすべて総報酬割となり、被用者保険者間では前期高齢者の偏在を調整する機能がなくなる。このため、厚生労働省は、総報酬割に加え、前期高齢者加入率も加味して保険者の負担を調整することを提案した。厚生労働省保険局「高齢者医療・被用者保険について」(第81回社会保障審議会医療保険部会資料)2014.10.6, p.33. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000060238.pdf>

(93) 前期高齢者加入率による調整を実施しない場合は2100億円の負担減となる。したがって、公費負担(2400億円)がなくなるとすれば、協会けんぽも実質的に300億円の負担増となる。同上

(94) 社会保障審議会医療保険部会 前掲注(7), p.9.

(95) 「経常収支は△1162億円で20年度から6年連続の赤字に一健保連が平成25年度健保組合決算見込を発表」『週刊社会保障』2793号, 2014.9.22, pp.6-13.

しても、これらの問題を踏まえ、特に負担の重い保険者の負担軽減策を講じることが課題として挙げられている⁽⁹⁶⁾。

6 疾病構造の違いと公費投入

厚生労働省の医療給付実態調査報告⁽⁹⁷⁾から1人当たり医療費を制度別にみると、協会けんぽ160,267円、組合健保137,886円、共済組合135,329円に対して、国民健康保険は314,571円となっており、被用者保険の2~2.3倍となっている(平成24年度)。年齢階級別にみるとその差は縮小するため、1人当たり医療費の制度別の格差は年齢構成の差が大きな要因の一つであることが分かる。このような高齢者加入率の差による医療費水準の構造的な制度間格差は、前期高齢者医療費にかかる財政調整によって負担の公平化が図られている。

この財政調整は、年齢階級別の1人当たり医療費は制度間でほとんど差がないということを前提としている。しかし、近年、同じ年齢階級の現役世代の医療費水準に疾病構造の違いによる制度間格差がみられるようになった。医療給付実態調査報告で年齢階級別に詳しく分析すると、国民健康保険は他の3制度に比べ、30~64歳までの各年齢層で医療費が高くなっている。これを入院、入院外別で見ると、入院外では各制度間で大きな格差はみられないが、入院において30~64歳までの各年齢層で国民健康保険が高くなっている⁽⁹⁸⁾。さらにこの入院医療費について疾病分類別にみると、国民健康保険では、協会けんぽや組合健保に比べて、「精神及び行動の障害」や「神経系の疾患」が多い。すなわち、国民健康保険の30~64歳までの各年齢層における1人当たり医療費が他の被用者保険よ

りも高いのは、こうした疾病構造の違いと、それによる入院が多いことによるものと考えられる⁽⁹⁹⁾。

国民健康保険に精神・神経系の疾患が多くなってきたのは、平成14年の健康保険法改正による平成15年4月からの継続療養制度の廃止が原因と考えられている⁽¹⁰⁰⁾。すなわち、継続療養制度では、治療中の疾病については被用者保険の被保険者資格喪失後も初診日から5年間は引き続き被用者保険が適用された。これは、被用者保険と国民健康保険の間で給付率に差があったことから設けられたものであるが、医療保険各制度の給付率が統一されたことを機に廃止された。精神医療は入院に偏り、長期化する傾向がある。心の病にかかった被用者が退職して国民健康保険に加入し、長期入院することで、国民健康保険の医療費を圧迫していることが考えられる。そうであれば、これを国民健康保険の構造的要因による財政悪化の原因と位置づけることが可能である。制度間調整なり、あるいは公費の重点配分によって対応することを検討すべきであろう⁽¹⁰¹⁾。

おわりに

昭和36(1961)年に全国で国民健康保険事業が実施され、国民すべてが公的医療保険に加入する国民皆保険が達成されてから50年以上が過ぎた。この間、国民健康保険は、国民皆保険の中核的役割を担うとともに、医療のセーフティネットとして国民の健康を支えてきた。しかし、国民健康保険は、他の公的医療保険に加入していない日本国内に住所を有するすべての者を対象とする性格のゆえに、社会変化の影響

⁽⁹⁶⁾ 厚生労働省「第81回社会保障審議会医療保険部会議事録」2014.10.6. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000062024.html>>

⁽⁹⁷⁾ 厚生労働省保険局 前掲注(8)

⁽⁹⁸⁾ 同上, pp.12-13.

⁽⁹⁹⁾ 同上, p.11.

⁽¹⁰⁰⁾ 山崎 前掲注(61), pp.5-6.

⁽¹⁰¹⁾ 同上

を受けやすい。発足当時、農林水産業と自営業者を中心とした制度も、現在は無職者や非正規雇用の被用者などの低所得者の割合が増え、厳しい財政状況に陥るなど課題が山積している。今後も、国民健康保険が医療のセーフティネットとしての機能を維持できるよう、財政基盤安定化のための改革とともに、低所得者対策など

構造的課題を軽減するための思い切った公費投入が求められるところである。また、今回の改革は、国民健康保険制度が導入されて以来の大改革であり、実務で混乱が生じることのないよう準備を十分に行う必要がある。

(なかがわ ひであき)