

国民健康保険の現状と課題

中 川 秀 空

- ① 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いる。農林水産業と自営業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の割合が増え、保険料収納率が低下するなか、高齢層の増加による医療費の上昇のため、国保特別会計が赤字となる市町村が続出している。
- ② 収納率低下の背景には、リストラや倒産等による被用者保険から国民健康保険への移動や、フリーター等で国民健康保険の適用を受ける者の増加など、国民健康保険における低所得者層の増大があると言われている。このため、現行の保険料軽減制度や市町村による保険料減免制度の見直しなどの低所得者対策が求められている。
- ③ 悪質な滞納者対策として、厚生労働省は、平成12年から、特別の事情なく1年以上滞納した世帯に、保険証に代わり資格証明書を交付することを市町村に義務付けた。資格証明書が交付されると、被保険者は医療費の全額を医療機関の窓口で払わなければならない。保険給付分は後で償還されるものの、受診を躊躇する世帯が増え、全国で約3万人の事実上の無保険の子どもが生じる結果となった。このため、議員立法で15歳未満の子どもに対する救済措置が取られたが、救済対象年齢の引き上げという課題が残された。
- ④ 国民健康保険では、保険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、医療費と保険料の地域格差が大きく、被保険者間の公平性の観点から問題となっている。また、小規模保険者が多い国民健康保険においては、保険財政が不安定な市町村も少なくない。このため、市町村国保を広域化し、都道府県単位で運営する方向が模索されている。しかし、同じ都道府県内においても保険料にかなりの格差があることや、単に都道府県に移すだけでは、国民健康保険の構造的な問題の解決にはならない等の課題も多い。京都府では、平成21年度から、都道府県単位での一元化について、調査・検討を始めることになった。京都府の事業で成果があがれば、都道府県単位化の流れが一気に加速する可能性がある。
- ⑤ 市町村と同様、財政難に苦しむ都道府県側は、責任の主体は国にあるとして、国民健康保険の構造的な問題の解決のため、すべての医療保険の一本化を主張している。医療保険の一本化は、財政の安定化というメリットがあるが、保険者の規模の問題や、被用者と自営業者の所得捕捉率の格差の問題など、解決しなければならない課題がある。

国民健康保険の現状と課題

社会労働調査室 中川 秀空

目 次

はじめに

I 国民健康保険の概要と特徴

- 1 公的医療保険の概要
- 2 国民健康保険の特徴

II 国民健康保険の問題点と対策

- 1 保険料（税）収納率の低下
- 2 収納率低下への対応と低所得者対策
- 3 資格証明書と無保険の子ども
- 4 国保財政の現状と課題
- 5 市町村国保の広域化

III 長寿医療制度の導入と国民健康保険への影響

おわりに

はじめに

昭和 36 年に全国で国民健康保険事業が実施されたことにより、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、約半世紀になろうとしている。被用者保険の被保険者以外の日本国内に住所を有するすべての者を対象とする国民健康保険は、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いる。しかし、農林水産業と自営業者を中心として発足した国民健康保険も、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、滞納も増加するなど制度にほころびが見えている。

昭和 40 年において国民健康保険の被保険者の約 7 割を占めた農林水産業と自営業者の割合は、平成 19 年には 2 割を下回り、1 割に満たなかった無職者の割合は 5 割以上に増加した。非正規雇用などの被用者の割合も約 4 分の 1 を占めている。昭和 40 年代に 96% を超えていた全国の保険料の収納率⁽¹⁾は、平成 19 年度には 90.5% に落ちている。特に大都市圏ほど収納率が低い。無職者や低所得者の増加に伴い、収納率が低下するなか、高齢者層の増加による医療費の上昇により、国保特別会計が赤字となる市町村が続出している。平成 19 年度において、全国の 7 割以上の保険者が赤字であり、欠損分を一般会計から繰り入れる市町村も多い。また、低所得者の増加や医療費の急増は、国民健康保険の中間所得者層に保険料負担のしわ寄せを生じさせる結果となっている。同じ収入の世帯の場合、被用者保険に比べ、国民健康保険の保険料は高いと言われている。

保険料徴収を強化するため、厚生労働省は平成 12 年から、特別の事情なく 1 年以上滞納した世帯に対し、保険証の代わりに資格証明書を交付することを市町村に義務付けた。資格証

明書が交付されると、被保険者はひとまず医療機関の窓口で医療費の全額を支払わなければならない。7 割の保険給付分は後で償還されるものの、受診することを躊躇する世帯が増え、全国で約 3 万人の事実上の無保険状態の子どもを生みだす結果となった。このため、議員立法で救済措置が取られたことは記憶に新しい⁽²⁾。

国民健康保険では、各市町村において、保険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、市町村による医療費と財政力の差があるため、保険料の地域格差が大きい。また、小規模の保険者が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。このため、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して、財政基盤の安定化を図り、保険料格差を解消しようという議論が活発化している。

I 国民健康保険の概要と特徴

1 公的医療保険の概要

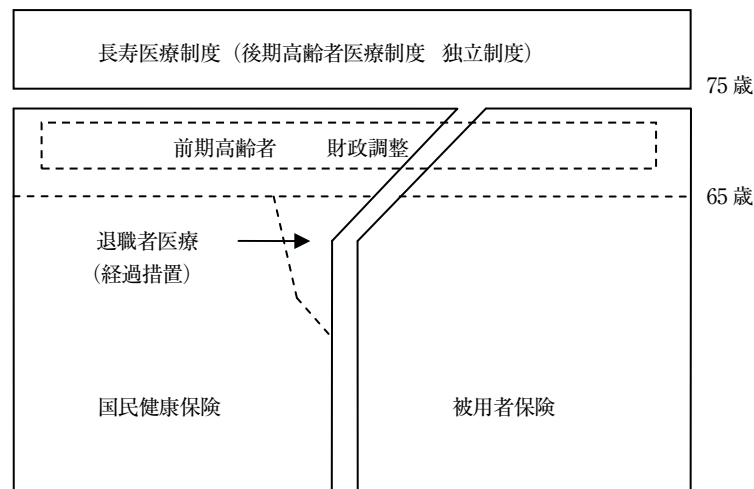
我が国では、すべての国民が何らかの公的医療保険制度の適用を受ける国民皆保険体制が採られているが、多種の医療保険制度が並立し、制度ごとにその内容が異なっている。公的医療保険制度は、被用者のための職域保険と非被用者のための地域保険に大別される。職域保険は、主に大企業の被用者を対象とする組合健保（組合管掌健康保険）と、主として中小企業の被用者を対象とする協会けんぽ（全国健康保険協会管掌健康保険。平成 20 年 9 月までは政管健保（政府管掌健康保険）であった。）に分かれている。また、船員、国家公務員、地方公務員等、私立学校教職員を対象として、それぞれ船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合、私立学校教職員共済制度が設けられている。

他方、非被用者のための地域保険は自営業者、農林水産業、無職者等を対象としている。

(1) 予定保険料収入総額に対する実際の保険料収納額の割合。

(2) 国民健康保険法の一部を改正する法律（平成 20 年法律第 97 号）

図1 公的医療保険の全体図



(出典) 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』2006.1.31.を基に筆者作成

地域保険は、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⁽³⁾。また、平成20年に長寿医療制度（後期高齢者医療制度）が始まり、75歳以上の高齢者は同制度でカバーされることになった（図1）。

国民健康保険は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、健康保険、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⁽⁴⁾が対象となる。従って、解雇等で被用者保険制度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19年3月末の各制度の被保険者数をみると、国民健康保険が4738万人⁽⁵⁾、政管健保が3594万人、組合健保が3041万人、共済組合が944万人、国民健康保険組合が389万人、船

員保険が16万人となっており、国民健康保険は我が国最大の公的医療保険制度となっている。

2 国民健康保険の特徴

(1) 平均年齢と医療費の高さ

代表的な医療保険制度の被保険者の平均年齢をみると、平成18年度実績で、政管健保が37.4歳、組合健保が35.0歳に対して、市町村国保では55.2歳と、他の制度を大きく上回っていた（表1）。長寿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、現在はその差は縮小していると思われる。しかし、70歳未満の被保険者で比較しても、政管健保が34.3歳、組合健保が33.1歳であるのに対し、国民健康保険は44.0歳と平均年齢が高い。1人当たり診療費をみると、政管健保が11.7万円、組合健保が10.1万円であるのに対して、国民健康保険は17.4万円と約1.5倍の開きがある。国民健康保険の被保険者の年齢層の高さが医療費の高さの一因となっている。

(3) 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特にことわらない限り市町村国保を指すものとして用いる。

(4) 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。

(5) 平成20年度の長寿医療制度の発足に伴い、75歳以上の高齢者が独立の制度になったため、平成20年4月時点で国民健康保険の被保険者数は3627万人である。国民健康保険中央会調べ。

表1 国民健康保険・政管健保（現・協会けんぽ）・組合健保の比較

	国民健康保険 (市町村)	政管健保 (現・協会けんぽ)	組合健保
被保険者	自営業者・無職者等	主として中小企業の サラリーマン	主として大企業の サラリーマン
被保険者数（平成19年3月末）	4738万人	3594万人	3041万人
平均年齢（平成18年度）	55.2歳	37.4歳	35.0歳
70歳未満の被保険者の平均年齢 (平成18年度)	44.0歳	34.3歳	33.1歳
1世帯当たり年間所得（注1） (平成18年度)	131万円	229万円	370万円
1世帯当たり保険料（注2） (平成18年度)	15.5万円	17.0万円	18.7万円
1人当たり診療費（注3） (平成17年度)	17.4万円	11.7万円	10.1万円

(注1) 国民健康保険は旧ただし書き方式による課税標準額、政管健保、組合健保は標準報酬をもとに賞与月数、給与所得控除等を見込んで推計したもの。

(注2) 保険料には介護分が含まれており、政管健保、組合健保は1被保険者当たりの額。事業者負担分を除く。

(注3) 老人保健対象者を（国保は退職被保険者等も）除いた数値。

(出典) 財務省『財政制度等審議会 財政構造改革部会資料』2008.5.13.

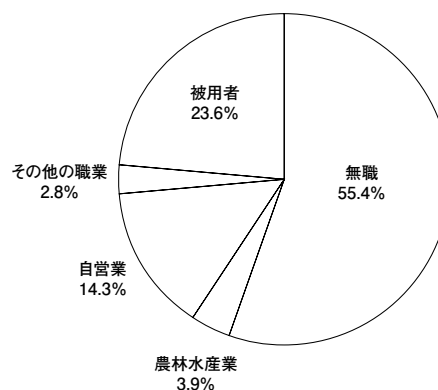
〈<http://www.mof.go.jp/singikai/zaiseseido/siryou/zaiseib200513/2-3-b.pdf>〉を基に筆者作成。

(2) 被保険者の変容と低所得者層の増加

昭和40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、自営業者や農林水産業が68%を占めていたのに対して、無職者の割合は6.6%に過ぎなかった。しかし、高齢化の影響により年金生活者である無職の世帯が年々増加し、平成19年には無職者の割合が55.4%を占め、自営業者や農林水産業は18.2%に大幅に低下した(図2)。また、被用者保険の適用を受けない被用者の割合も23.6%を占めている。自営業者や農業者のための健康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のための制度に変容している。

高齢化の影響を除くために、60歳未満の現役世代における職業別世帯数の構成割合の変化を、統計の使える平成12年度からみると、平成12年度に農林水産業が4.7%、自営業者が30.6%、被用者が45.8%、無職者が16.7%であった。平成19年度には、農林水産業が3.5%、自営業者が23.7%に減少し、逆に被用者が50.6%、

図2 国保世帯主の職業別状況（平成19年度）

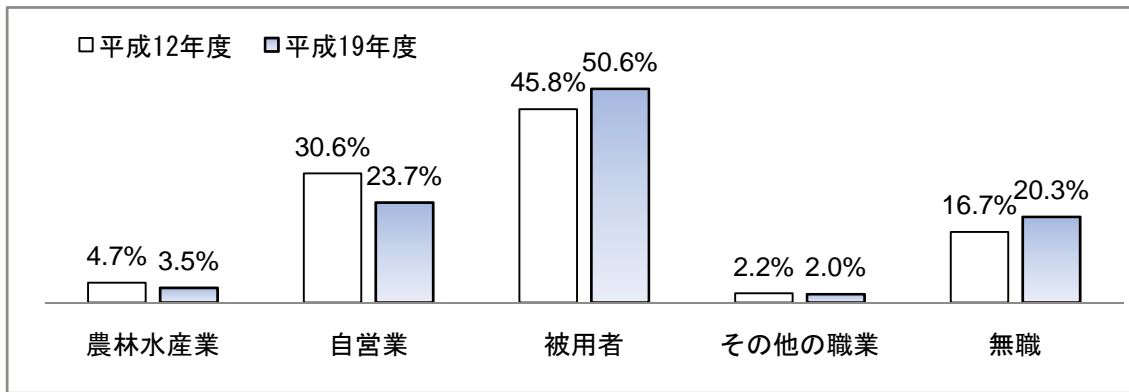


(出典) 厚生労働省保険局『国民健康保険実態調査報告』平成19年度, 2009.3. を基に筆者作成。

無職者が20.3%と増加傾向を示している(図3)。現役世代においても、無職者や被用者保険に加入できない者のための制度となりつつある傾向がうかがえる。

所得の状況を見ると、加入世帯における無所得世帯の割合は、平成19年度において27.4%となっており、昭和51年と比較して19.4ポイントも増加した⁽⁶⁾。ちなみに、過去10年間の

図3 60歳未満の国保世帯主の職業割合の変化



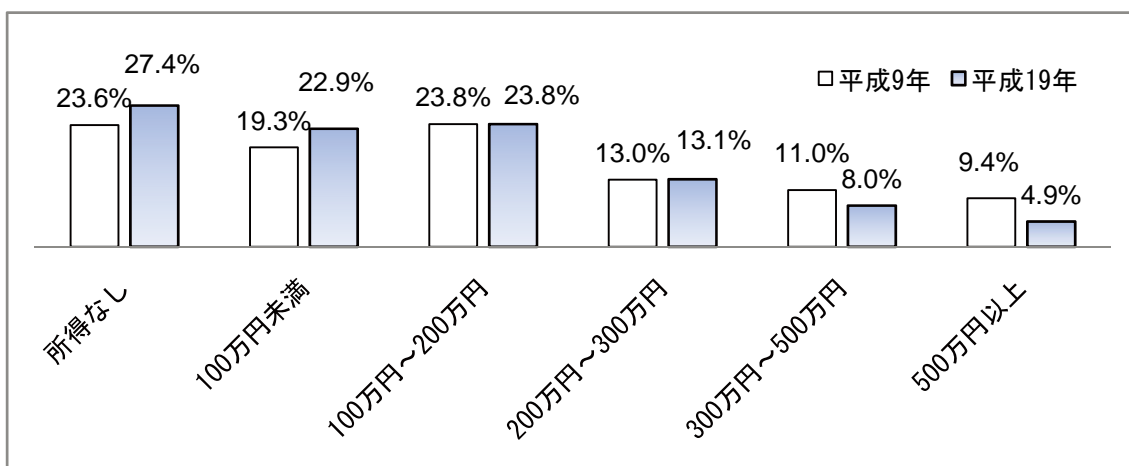
(出典) 厚生労働省保険局『国民健康保険実態調査報告』平成19年度, 2009.3. を基に筆者作成。

国民健康保険の加入世帯の所得分布の推移をみると、平成9年から平成19年の間に所得200万円未満の層、特に所得なしや100万円未満の層が増加している。平成9年には所得なしも含めて100万円未満の層は全体の42.9%であったが、平成19年には50.3%に増加した。逆に、300万円以上の層は平成9年に20.4%であったが、平成19年には12.9%に減少している(図4)。

他の被用者保険と比較しても、平成18年度における1世帯当たりの平均の年間所得は政管健保が229万円、組合健保が370万円であった

のに比べ、国民健康保険では131万円であった(前掲表1)。これらの数字から見てくるとは、国民健康保険に、保険料負担能力が低い無職者や非正規雇用者などの低所得者が増えていることである。バブル崩壊後、規制緩和や企業が正社員の採用を抑制したことなどによる非正規雇用者の増加や、失業者の増加によって、国民健康保険の適用者が増えていると言われている⁽⁷⁾。低所得者の増加の結果、中間所得層の国保保険料が過重なものとなっているのが実態である⁽⁸⁾。

図4 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。

(6) 厚生労働省保険局『国民健康保険実態調査報告』による。なお、所得なし世帯の割合の数値は昭和51年度版から公表している。
 (7) 木村陽子「ワーキングプアに対する医療保障のあり方を考える」『都市問題』98(10), 2007.9, p.57.
 (8) 厚生労働省保険局国民健康保険課「国民健康保険の現状と課題」『週刊社会保障』2493号, 2008.8.11-18, p.36.

(3) 医療費と保険料の地域格差

国民健康保険では、保険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く、被保険者間の公平性の観点から問題となっている。

平成19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、最高の市町村は高知県大豊町の69万4927円であるのに対して、最低の市町村は東京都小笠原村の18万1679円であり、約3.8倍の格差がある。都道府県別で見ると、最高は広島県の51万7759円に対して、最低は沖縄県の32万9721円で、約1.6倍の格差となっている⁽⁹⁾。

平成19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秋田県大潟村の12万1439円に対し、最低は沖縄県粟国村の2万3633円で約5.1倍の格差があった。また都道府県別では、最高が栃木県の9万4240円に対して、最低は沖縄県の5万7628円で約1.6倍の格差となっている⁽¹⁰⁾。

(4) 深刻な財政赤字

国民健康保険の収入支出から基金繰入金および繰越金等を除いた単年度の収支については、平成19年度において1269億円の赤字となっている。これに赤字補てんを目的とする市町村の一般会計からの繰り入れを考慮すると、実質的な赤字の規模は3787億円である。赤字の保険者数は実に1,283となっており、全体の71.1%が赤字であった。

平成20年4月からの、長寿医療制度の創設や前期高齢者の財政調整などの医療制度改革が国保財政に好影響を与えると期待されているが、少子高齢化の進展や経済状況の悪化による保険料収入の伸び悩みなど、今後も依然として厳しい状況が続くものと思われる。

II 国民健康保険の問題点と対策

1 保険料(税) 収納率の低下

(1) 保険料(税) の仕組み

国民健康保険の事業に要する費用に充てるため、市町村は保険料または国民健康保険税を世帯主から徴収する。保険料と国民健康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。国民健康保険税は、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年に導入された方式で、平成19年度で87%の市町村が採用している。大都市圏では保険料方式を採用しているところが多い⁽¹¹⁾。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。

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割った額

(9) 国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「3-1.療養の給付(診療費)及び療養諸費諸率」『国民健康保険の実態』平成20年度版,2009.3, pp.166-243. なお、その他に1人当たりの医療費の高い市町村は、北海道赤平市の69万1956円、高知県馬路村の67万4849円などとなり、低い市町村は沖縄県竹富町の23万2360円、沖縄県北大東村の25万2688円などである。また、その他に1人当たりの医療費の高い都道府県は高知県の51万6713円、山口県の51万6267円などとなり、低い都道府県は千葉県の33万1858円、埼玉県33万8078円などである。

(10) 国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「4.保険料(税) 収納状況及び経理関係諸率」『国民健康保険の実態』平成20年度版,2009.3, pp.406-483. なお、その他に保険料の高い市町村は、北海道羅臼町の12万679円、東京都千代田区の11万6903円などとなり、低い市町村は沖縄県伊平屋村の2万9188円、鹿児島県伊仙町の3万1499円などである。また、その他に保険料の高い都道府県は神奈川県9万2349円、愛知県9万443円などとなり、低い都道府県は鹿児島県6万7426円、愛媛県7万2453円などである。

(11) 国民健康保険中央会『運営協議会委員のための国民健康保険必携(改訂13版)』社会出版社,2007,p.90.

(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あるいは被保険者数に按分して賦課する。

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種類を組み合わせて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⁽¹²⁾。平成19年度の保険料の構成割合の全国平均をみると、所得割が57.2%、資産割が4.5%、均等割が26.6%、平等割が11.7%の配分となっていた⁽¹³⁾。なお、平成12年から介護保険制度が施行されたことに伴い、国民健康保険の保険料に介護納付金の納付に要する費用が加えられた。また、平成20年には長寿医療制度の発足に伴い、後期高齢者支援金が新たに保険料に加えられてい

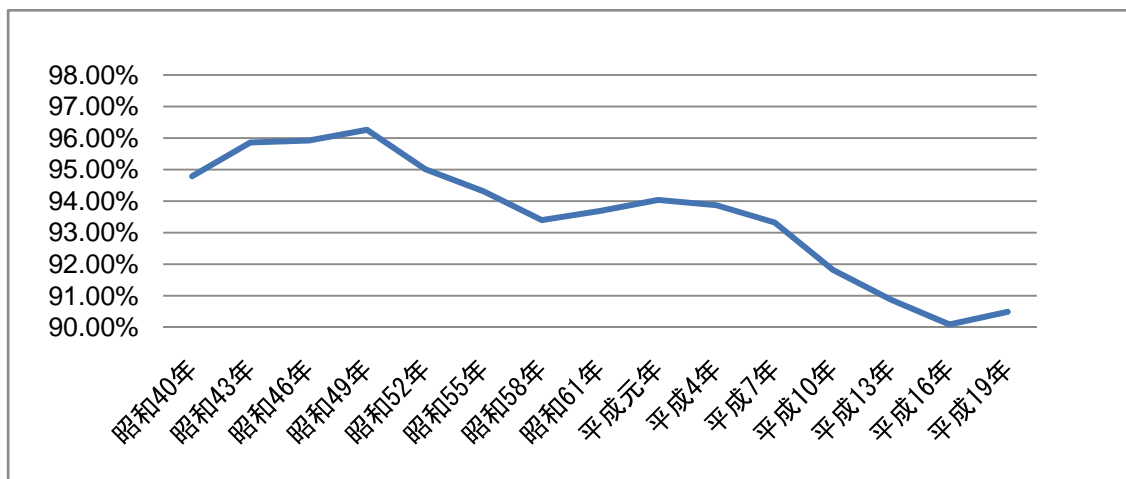
る。

このようにして決定された保険料には、限度額(平成21年度で医療分47万円、介護分10万円、後期高齢者支援金分12万円)が定められている。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。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種類の軽減がある(法定減額)⁽¹⁴⁾。また、天災その他特別な事情がある場合等においては、市町村は条例により保険料の減免ができる(条例減免)。

(2) 収納率の低下

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言われてきた。しかし、昭和40年代には96%を超えていた収納率も、現在では90%台に落ち込んでいる。昭和40以降の推移をみると、オイルショック後の昭和50年代に一度落ち込み、その後持ち直したものの、バブル崩壊後の平成4年頃から再び落ち始めている(図5)。特に大都市圏での収納率の

図5 収納率の推移



(出典) 厚生労働省『平成19年度 国民健康保険(市町村)の財政状況について一速報』2009.1.16.
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/01/h0116-1.html> を基に筆者作成。

(12) 田中敏「国民健康保険制度の現状と課題」『調査と情報-ISSUE BRIEF-』488号, 2005.7.5, p.4.

(13) 厚生労働省保険局『国民健康保険実態調査報告』平成19年度, 2009.3, p.35.

(14) この軽減割合は、応益割合(均等割総額と平等割総額の賦課総額に対する割合)が45%未満の市町村においては6割軽減・4割軽減となっている。

低さが目立つ。都道府県別の収納率をみると、平成19年度速報値で、最低が東京都の86.87%、次が大阪府の87.42%である。政令指定都市および東京23区の40市区に絞れば、90%を超えているところは、北九州市、名古屋市など8市区に過ぎない。最低は新宿区の82.01%で、板橋区、渋谷区など80%台前半のところが目立つ⁽¹⁵⁾。都道府県で収納率が高いところは島根県の95.34%、次いで富山県の95.07%であった。

また、滞納世帯数でみると、平成20年6月1日時点の市町村国保の2172万人世帯のうち、20.9%にあたる453万世帯が保険料を滞納していた。

平成17年から厚生労働省は、収納率の向上のため、徴収体制の強化や口座振替の促進などを盛り込んだ「国保収納率確保緊急プラン」を作成するよう、市町村を指導し始めた。このため、全国の収納率は、平成16年度の90.09%から平成17年度が90.15%、18年度が90.39%と下げ止まり、平成19年度の収納率（速報値）は90.49%と3年連続で上昇した。しかし、平成20年度は、急激な景気悪化で低所得者を中心に滞納が増えていることや、もともと収納率が高い75歳以上の被保険者が長寿医療制度に移行し、収納率の低下要因となることから、収納率は90%を下回り、過去最悪の状況になると見られている⁽¹⁶⁾。

2 収納率低下への対応と低所得者対策

(1) 収納率低下の背景

被用者保険の場合、一定した所得を安定的に得られる被保険者がほとんどであるの対

し、国民健康保険はそれ以外の者、すなわち低所得者や無職者など所得が不安定な被保険者を多く抱えている。特に近年の収納率の低下の背景には、リストラや倒産等に伴う被用者保険から国民健康保険への移動や、フリーターなどで国民健康保険に加入する者の増加が一因であると指摘されている⁽¹⁷⁾。前年の所得が保険料の算定基準となるため、失業者の場合、保険料が高く払えないケースも多い。所得に占める保険料の割合も上昇傾向にあり、負担感の増大が収納率低下の要因ともなっている。このため、現行の保険料軽減制度や市町村の単独事業である保険料減免制度の見直しなどの低所得者対策が求められる。

また、健康で医療保険の必要性が感じられないため、保険料を払う意識の薄い若年者の増加も収納率低下の要因の一つと言われている⁽¹⁸⁾。この場合は、保険料支払い方法の改善やPRなど、払いやすい環境づくりが必要である。

(2) 保険料負担率の上昇と負担の実態

最近10年間の国保加入世帯の保険料負担率⁽¹⁹⁾の推移をみると上昇傾向にあるのが分かる。平成9年度において、国保加入1世帯当たりの平均所得⁽²⁰⁾は227万4000円、平均保険料⁽²¹⁾が16万354円で、負担率は7.05%であった。平成19年度では、所得が166万9000円に減少し、平均保険料も14万5547円に下がったものの、負担率は8.72%に上昇した（図6）。

他の被用者保険と比べても、国民健康保険の世帯の所得に対する保険料の負担は大きい。

(15) 厚生労働省『平成19年度 国民健康保険（市町村）の財政状況について一速報』2009.1.16.

〈<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/01/h0116-1.html>〉

(16) 「国保、未納率1割超す 昨年度最悪に 景気後退で滞納増」『日本経済新聞』2009.5.23.

(17) 国民健康保険中央会『国民健康保険料（税）収納率向上のための提言』2001.12, p.1.

〈<http://www.kokuho.or.jp/syucho/lib/teigen.pdf>〉

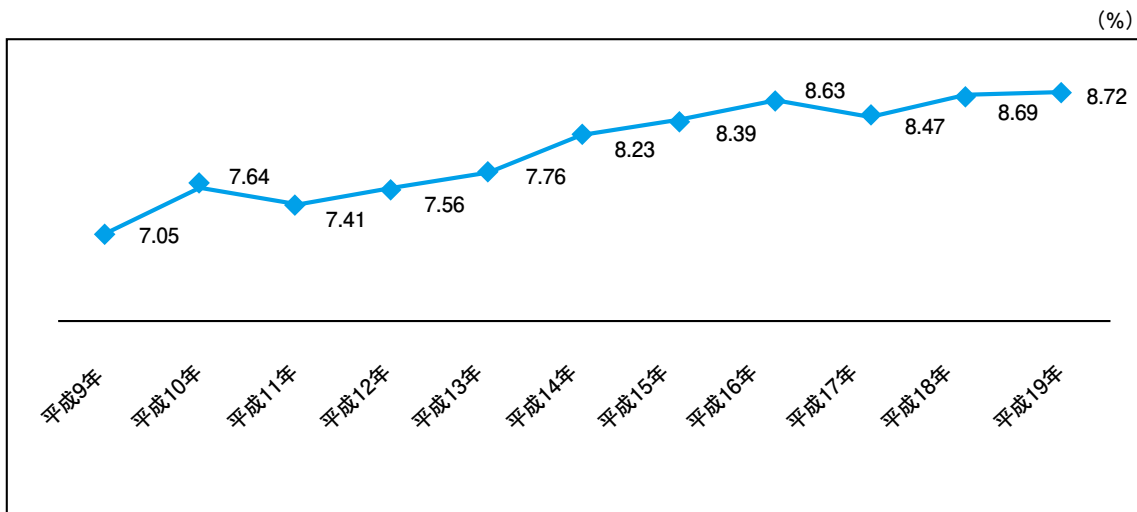
(18) 田中 前掲注(12), p.4.

(19) 所得に対する保険料調定額の割合。

(20) 前年の1月～12月までの所得総額。

(21) 医療給付費分の保険料。

図6 保険料負担率の推移



(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。

表1により、国民健康保険と被用者保険の1世帯当たり年間所得⁽²²⁾と保険料⁽²³⁾を比較すると、平成18年度において、国民健康保険の1世帯当たり所得が131万円に対して1世帯当たり保険料は15.5万円であったが、政管健保では所得が229万円に対して保険料は17.0万円、組合健保では所得が370万円に対して保険料は18.7万円である。

これらは全国平均の数値であるが、その負担の実態はより深刻だと言われている。国民健康保険中央会が試算した資料では、平成15年において、ある市では年収500万円の4人世帯の国保保険料が44万6000円であるのに対し、同条件で同区域内の平均的な組合健保の保険料は21万4000円、政管健保で20万1000円であった。比較的保険料の低いある町においても、同条件で、国保保険料が31万9000円に対して、組合健保は11万6000円であった。年収300万円の世帯では、被用者保険との格差はさらに大きかった⁽²⁴⁾。

毎日新聞による平成20年の全国の市町村を対象にした調査(1,792市区町村および2広域組合)⁽²⁵⁾では、「世帯所得200万円で40代夫婦と未成年の子2人の4人家族」という設定で、保険料年額の全国平均水準は32万円～34万円程であった。所得の20%にあたる40万円以上の保険料を取る市町村が126に上り、中には年50万円を超えるところもあった。所得の4分の1にも及ぶ保険料が果たして現実的な制度なのかという批判⁽²⁶⁾も出ている。

(3) 低所得者への対応

収納率の低下や負担率の上昇傾向は、ワーキングプアを多く抱える大都市や、産業構造の変化に見舞われている地方都市でますます顕著になるものと思われる。対策の一つとして考えられるのが、非正規雇用者への被用者保険の適用拡大であるが、同時に国民健康保険の被保険者の負担が他の被用者保険の被保険者と比較して均衡がとれるよう、公的負担の強化を検討す

(22) 国民健康保険の所得は旧ただし書き方式による課税標準額、政管健保、組合健保の所得は標準報酬をもとに賞与月数、給与所得控除等を見込んで推計したもの。

(23) 介護分を含む保険料。

(24) 国民健康保険中央会『国民健康保険の安定を求めて』2004.12, p.17. (http://www.city.azumino.nagano.jp/gyosei/shisei/kokuho_unkyo/kaigiroku_siryu/h170lsiryu/files/03_180113kokuunkyoantei.pdf)

(25) 「国保保険料 全市区町村調査 自治体に丸投げ もう限界」『毎日新聞』2009.6.21.

(26) 平野光芳「国保料の格差解消に着手を」『毎日新聞』2009.3.5.

る必要があろう⁽²⁷⁾。国民健康保険の保険料の賦課・軽減制度は、ワーキングプアを支援するという観点から設計されているとは言い難いと指摘されている⁽²⁸⁾。現行の保険料軽減制度（法定減額）は、保険料のうち応益部分について7割、5割、2割の3種類の軽減となっているが、その割合は平成7年から据え置かれている。これ以上の減免（条例減免）は市町村の裁量に任されているが、法定減額と異なり、原則として公費による補てんはない。

金融危機による不況の影響で、失業者の国民健康保険への加入が増加すると予想される中、厚生労働省は平成21年2月に、市町村の判断で行う保険料の減免・徴収猶予で最大限の配慮を行うよう要請した⁽²⁹⁾。失業を事由とした保険料の条例減免を行うかどうかは市町村の判断であり、失業者に対して減免が可能な市町村は全体の約42%（765市町村）に過ぎない⁽³⁰⁾。また、財政的な懸念から、その活用状況に差があるのが現状である。このため、平成21年4月10日の政府・与党による「経済危機対策」では、失業者の保険料減免の推進を図ることが盛り込まれ、一定額以上の保険料減免による損失については、特別調整交付金で補てんされる見込みとなった⁽³¹⁾。今後は、減額割合や国による財政面でのバックアップなど、法定減額と条例減免制度をワーキングプアを支える制度として、もう一度見直す必要があろう。

(4) 収納対策の強化

保険料を払う意識の薄い若年者に対する対策としては、最近、いくつかの取り組みが見られる。平成15年からコンビニエンスストアでの収納が可能になったほか、携帯電話を利用

した保険料収納のモデル事業などが行われている。

収納率が過去最低の90.09%に下がった平成16年度に、厚生労働省は市町村に収納対策緊急プランの策定を求める通知⁽³²⁾を出した。その内容は、収納率が低い市町村は収納嘱託員や担当職員などの増員を図ること、口座振替の増加に努めること、コンビニ収納の実施を検討すること、収納強化週間・収納強化月間を設定し若年層へのPRに努めること、差押え等の滞納処分を実施していない市町村では滞納処分を実施すること、等であった。その結果、平成20年3月時点でプランを策定しているのは346市町村、さらに767市町村が収納担当職員を増員し、393市町村が収納嘱託員を新規採用・増員している。また、滞納処分の強化については、平成19年度における差押え件数は12万525世帯に上っている。収納対策緊急プランの策定を通知する前の平成15年度と平成19年度を比較すると、差押え件数・金額ともに2倍以上の水準に達している。平成17年からの収納率の上昇は、これらの対策の結果であると見られている。なお、収納対策緊急プランの中には、次に述べる資格証明書の発行の強化も含まれていた。

3 資格証明書と無保険の子ども

(1) 資格証明書の仕組み

被保険者資格証明書（以下「資格証明書」という）は、保険者である市町村が国民健康保険法第9条第3項の規定に基づき、保険料を滞納している世帯主に対し、被保険者証の返還を求め、それに代わるものとして交付するもので、被保険者資格を有することを証明する書類である。

(27) 木村 前掲注(7), p.63.

(28) 同上

(29) 平成21年2月12日全国高齢者医療・国保主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議における要請。「国保加入の失業者への保険料減免に配慮要請」『国保実務』2647号, 2009.2.23, p.5.

(30) 同上

(31) 「平21.4.14 厚労省国保課長補佐内かん」『国保実務』2655号, 2009.9.20, p.9.

(32) 平成17年2月15日付保国発第0215001号「収納対策緊急プランの策定等について」

災害その他政令で定める特別な事情がないのに保険料を滞納している世帯主に対して行われている。これは、昭和62年に悪質な滞納者対策の一環として設けられたもので、平成12年の介護保険制度の導入を機に、政令に定める特別な事情がないのに納期限から1年間の滞納がある者に対しては必ず被保険者証の返還を求め、資格証明書を交付することとされ、義務化された。災害その他政令で定める特別な事情とは、世帯主がその財産につき災害・盗難にあった場合、世帯主または家族が病気・負傷したような場合、世帯主がその事業を廃止・休止した場合、世帯主がその事業につき著しい損失を受けた場合などである。資格証明書を交付された世帯に属する被保険者は、受診した医療費の全額を医療機関の窓口で支払い、後に一部負担金を除いた額の支給申請をすることになる。この場合、前述した災害その他の特別な事情がないにもかかわらず1年6月以上保険料を滞納している世帯主に対しては、給付の全部または一部の支払いを一時差し止めることができる。なお滞納を続ける場合は、世帯主に通知のうえ、一時差し止めた給付の額から滞納している保険料を控除することもできる。

また、資格証明書の交付の前段階として、短期被保険者証が交付される。世帯主が特別な事情もなく保険料を滞納すると、通常1年間有効の保険証が数か月間の短期被保険者証に代わり、1年以上滞納すると資格証明書に代えられる。短期被保険者証の場合は、窓口の支払いは通常と同じ3割負担であるが、資格証明書では全額を支払うことになる。

平成20年6月1日現在で、資格証明書が交付されているのは全国で33万8850世帯、全体

の1.6%を占めている⁽³³⁾。この時点の滞納世帯数が453万世帯であったので、滞納世帯の7.5%が資格証明書を交付されていることになる。都道府県別にみると、資格証明書の交付割合が最も低いのは沖縄県と長野県の0.1%で、高いところが栃木県の4.1%、群馬県と三重県の3.3%などであった。都道府県ごとに収納率や滞納世帯の状況が異なるため、一概に言えないものの、地域によって対応にばらつきがある。また、資格証明書の前段階として活用される短期被保険者証は、124万世帯に交付され、全世帯の5.7%となっている。これについても、交付割合が最も低い新潟県の3.1%から最も高い山梨県の10.4%まで、地域によって対応に違いがある。

(2) 資格証明書の問題点

資格証明書は、もともと、国民健康保険の被保険者間の負担の公平化を図る目的で、悪質な滞納者対策の一環として設けられたものである。しかし、資格証明書の交付により、受診を我慢して病状が悪化、死亡するなどの事例が報告されている⁽³⁴⁾。また、資格証明書の交付を受けた被保険者の受診率は、一般の被保険者の受診率に比べて著しく低く、51分の1であるという調査結果も出ている⁽³⁵⁾。最近の収納率の改善は、厚生労働省によれば、収納担当職員の増員や応援体制の構築、収納嘱託員の採用や増員等の徴収体制の強化、滞納処分の積極的な実施が主要因であり、資格証明書の交付の効果については特段に挙げられていない⁽³⁶⁾。市町村の担当者からは「資格証は警告段階では期待できるが、いったん資格証を出された加入者は、国保制度や行政に対して不信をもってしまい、かえって保険料を払わなくなる」という声も聞

(33) 同上

(34) 西館静夫『「国保」が人を殺すとき』あけび書房、1989;「受診遅れで死亡 1年間で31人に」『東京新聞』2009.3.4.など。

(35) 全国保険医団体連合会『国保資格証明書を交付された被保険者の受診率（2006年度）の調査結果について』2008.2.18. <<http://hodanren.doc-net.or.jp/news/tyousa/080219kokuho/matome.pdf>>

(36) 厚生労働省 前掲速報

かれ、資格証明証の交付がかえって滞納者の固定化に繋がる危険性が指摘されている⁽³⁷⁾。

滞納者の中には、十分に払える収入があるのに滞納している者もあり、「病気にならないから払わない」などのわがままを許せば、公的医療保険は成り立たない。悪質な滞納者には厳しい措置が当然に必要であるが、問題は「払いたくても払えない」低所得者が増加していることである。資格証明書の運用は市町村に任せられ、訪問や電話で家庭の事情を調べることもなく、機械的に保険証を返還させる市町村も存在した⁽³⁸⁾。このため厚生労働省では、市町村に対し、可能な限り電話督促や個別訪問など滞納者と接触を図るよう、また、徴収担当職員だけでは生活困窮や多重債務問題には対応が難しいため、それらの担当部署の相談窓口の周知や庁内の連絡体制の整備を行うよう要請している。これらの対策には、これまで以上に人手がかかるため、公共料金の徴収部門や福祉担当の部署と相談・判定を一本化するなどの工夫が求められる⁽³⁹⁾。

(3) 無保険の子どもの救済

世帯主に資格証明書が交付されると、その世帯の子どもの受診しても医療機関の窓口で医療費の全額を支払う必要がある。平成19年10月に大阪で開催された「子どものシンポ」では、学校で怪我をしても、保険証がないため病院に行けず、学校の保健室に湿布をもらいに来る生徒の事例が報告された。平成20年6月には、大阪社会保障推進協議会が、大阪全体で資格証明書発行世帯には約2,000人の無保険の子ども

達⁽⁴⁰⁾がいるとの推計を発表した⁽⁴¹⁾。これを契機に、毎日新聞が子どもの無保険問題を報道し⁽⁴²⁾、朝日新聞も子どもの貧困問題として取り上げ⁽⁴³⁾、平成20年7月には民主党が厚生労働部門会議で取り上げるなど、一気に社会問題化した。

厚生労働省も資格証明書の交付に関する全国調査に着手し、平成20年10月には調査結果を発表した⁽⁴⁴⁾。それによれば、資格証明書が交付されている世帯で中学生以下の子どもがいる世帯は1万8240世帯、子どもの数は3万2903人で、子どもの被保険者の0.9%を占めているという事実が明らかになった。都道府県別にみると、神奈川県、千葉県、栃木県、福岡県、大阪府の順で多かった。年齢別では、0～6歳が5,522人で同年代の被保険者全体の0.4%、7～12歳が1万6327人で同1.1%、13～15歳が1万1054人で同1.5%となっていた。子どもが幼いほど資格証明書の交付率が低いことから、幼い子どものいる世帯への交付に慎重な姿がうかがえる。資格証明書を交付する前段階として、多くの市町村が文書催告、電話催告、訪問などの取り組みを実施しているものの、市町村によって対応にかなりの違いが見られた。このため、厚生労働省では、できる限り滞納者との接触を図ること、資格証明書交付の前段階として短期被保険者証を活用することなど、子どものいる滞納世帯に対する資格証明書の交付に関する留意点をまとめ市町村に通知した⁽⁴⁵⁾。

このような中で、民主党・社会民主党・国民新党の3党により、市町村の運用に委ねるのではなく、立法措置で解決すべきとの観点か

(37) 全国保険医団体連合会 前掲調査結果

(38) 「無保険の子 中学生以下に保険証 4月から、半年更新」『朝日新聞』2008.12.10, 夕刊。

(39) 「保険証取り上げ 払えぬ人に適切な減免を」『朝日新聞』2008.11.4。

(40) 資格証明書が交付されている世帯の子ども。厳密な意味では無保険ではない。

(41) 「大阪社保協 Fax 通信」775号, 2008.6.10. <<http://shyhokyo.kz925.net/>>

(42) 「無保険 大阪17市町で子ども628人 民間団体調べ」『毎日新聞』(大阪)2008.6.28, 夕刊。

(43) 「(消えた安全網 子どもの貧困)「保険証ないねん」病院行けず」『朝日新聞』(大阪)2008.8.21。

(44) 厚生労働省『「資格証明書の発行に関する調査」の結果等について』2008.10.30。

<<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/10/dl/h1030-2a.pdf>>

ら、保険料滞納により被保険者証が返還された場合において、その世帯に18歳未満の被保険者があるときは、当該被保険者に係る被保険者証を交付するという内容の法律案⁽⁴⁶⁾が平成20年11月27日に提出された。当初、政府・与党は慎重な姿勢を示していたものの、子どもの福祉という観点から看過できない問題として、与野党間で協議が行われた。結果として、保険料滞納により被保険者証が返還された場合において、その世帯に15歳未満⁽⁴⁷⁾の被保険者があるときは、当該被保険者に係る短期(6か月)の被保険者証を交付するという内容の法律案⁽⁴⁸⁾が衆議院厚生労働委員長提案として提出され、12月11日には衆議院で、また12月19日には参議院において全会一致で可決成立した⁽⁴⁹⁾。

対象が15歳未満とされたのは、義務教育の終了後には働く者もいることや、各自治体が独自に実施していた医療費助成制度の対象が、おおむね中学生までを対象としていたことなどが勘案された結果である。また、短期の被保険者証の交付としたのは、市町村が窓口で滞納者と接触し相談する機会を保つためである。国会審議においては、親が短期保険証を受け取りに向かないなど、子どもの手元に保険証が届かないことを懸念する質問⁽⁵⁰⁾が出された。これに対して、厚生労働大臣は、12月10日の衆院厚生労働委員会で、ガイドラインを作り、直ちに

各自治体に通達して指導していきたい旨の答弁をした。厚生労働省が12月26日に出した通知⁽⁵¹⁾では、6か月の短期被保険者証を継続して発行する際は、滞納世帯との接触の確保の確保に努め、世帯主が受け取りに来ないなど接触を持ってない場合は、時間外や休日の電話連絡、家庭訪問などきめ細かな対応に努めることを市町村に要請している。平成20年11月に、大阪市が中学生以下の子どもがいる571世帯に短期保険証の発行を文書で通知したとき、約1か月後、全体の78%にあたる448世帯が区役所に受け取りに来なかった⁽⁵²⁾。無保険の子どもたちに確実に届くようにするためには、保健師などによる訪問や、学校を通じての手渡しなど、市町村にはこれまでと異なる取り組みが求められる⁽⁵³⁾。

(4) 救済対象年齢の引き上げ

残された課題は、救済対象の子どもの年齢の引き上げである。札幌市など独自判断で18歳未満まで拡大した市町村もある。毎日新聞の調査では、全国から回答のあった市町村のうち14%が高校生世代への独自救済策を設けていた⁽⁵⁴⁾。児童福祉法の対象年齢が18歳未満であることを独自策の根拠としているところが多い。今後は、市町村まかせにせず、国が制度の実施状況や16～18歳層の実態を調査し、次の

(45) 平成20年10月30日付保国発第1030001号・雇児総発第1030001号「被保険者資格証明書の交付に際しての留意点について」

(46) 国民健康保険法の一部を改正する法律案(第170回国会衆法第1号)

(47) 正確には、15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者。

(48) 国民健康保険法の一部を改正する法律案(第170回国会衆法第2号)

(49) 国民健康保険法の一部を改正する法律(平成20年法律第97号)。石引康裕「法令解説 中学生以下の子どもの無保険状態を救済 児童に係る国民健康保険資格証明書問題の解決に向けて」『時の法令』1832号, 2009.4.30, p.6.

(50) 郡和子衆議院議員による質問。第170回国会衆議院厚生労働委員会議録第9号 平成20年12月10日 p.12.

(51) 平成20年12月26日付保国発第1226001号・雇児総発第1226001号「国民健康保険法の一部を改正する法律の施行に係る留意点等について」

(52) 寺内順子「C君、あなたのもとにもう保険証は届きましたか 子どもの無保険問題からみえる貧困問題」『教育』760号, 2009.5, p.26.

(53) 同上

(54) 「無保険「高校生」4367人 中卒以後18歳未満改正法の救済対象外(本紙全国調査)」『毎日新聞』2009.4.1.

段階として18歳未満まで拡大する仕組みを検討する必要がある。

子どものいる世帯は、世帯主が20歳代から40歳代の若い世帯が多く、かつ被用者保険に加入できない人たちである。日雇い、派遣、登録、パートなどで生計を立てている世帯が、高すぎる保険料のために無保険状態に陥っている可能性も高い。無保険の子どもを生み出した原因、背景をつかみ、有効な対策を立てるためにも、資格証明書発行世帯の所得調査など、実態把握に努めなくてはならない⁽⁵⁵⁾。

無保険の子どもの救済はあくまでも人道的、例外的な措置であり、悪質な滞納者に対しては、あらゆる機会を捉えて滞納防止に全力を注ぐ必要がある。資格証明書の世帯の子どもに対する短期被保険者証の交付・更新を、滞納世帯と接触を図る機会と捉え、払えない特別な事情がある世帯なのか、払えるのに払わない滞納者なのかを見極める力量が市町村に求められる。

4 国保財政の現状と課題

(1) 国保財政の仕組み

国民健康保険には、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、また運営主体が市町村であることから保険者間の財政調整を必要とすること等の理由により、被用者保険に比べて公費負担の割合が高い。国民健康保険の財源は、保険料、国からの公費負担、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が、その主要なものは保険料と国からの公費である。

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。療養給付費負担金は、医療給付費の一部を負担するもので、その負担率は平成16年度までは40%であった。しかし、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、現在では34%となっている。

財政調整交付金は、各市町村間の国保財政力の不均衡、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、国による交付金と都道府県による交付金がある。国による交付金の負担割合は9%、都道府県による交付金の負担割合は7%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、国民健康保険に対する公費負担が50%と言われるのは、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7)。

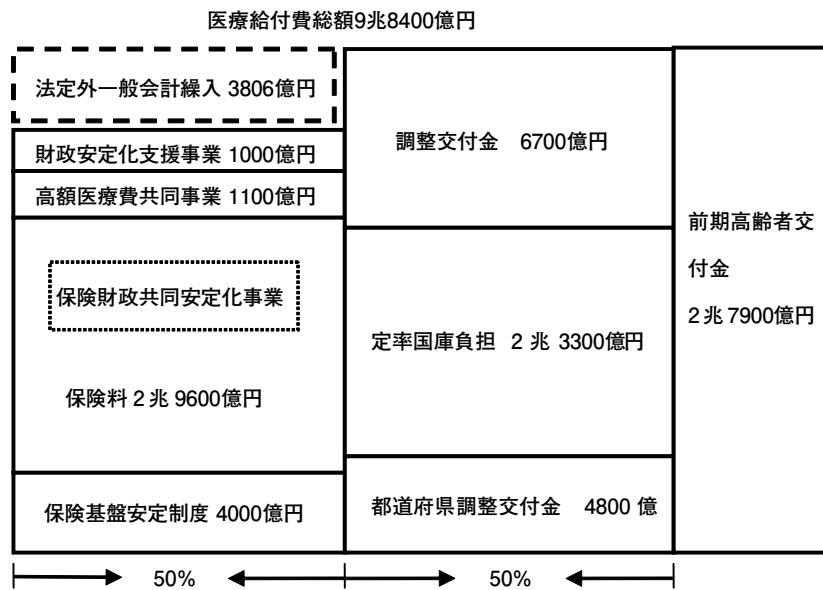
また、国民健康保険は構造的に保険料負担能力の低い低所得者の加入割合が高く、中間所得者層の保険料負担が重いものとなるため、低所得者に対する保険料軽減相当額を公費で補填する保険基盤安定制度が導入されている。具体的には、市町村は保険料軽減相当額を一般会計から国保特別会計に繰り入れ、都道府県は、その繰入金の4分の3を負担する。なお、平成15年度に、保険基盤安定制度の一部として、保険料軽減の対象者数に応じて平均保険料の一定割合を公費で補填することにより、低所得者を多く抱える市町村を支援する保険者支援制度が実施された。これに要する費用は、4分の1を市町村、4分の1を都道府県、2分の1を国が負担することとなっているが、平成21年度までの措置となっている。

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が実施されている。国および都道府県は、市町村の拠出に対して、4分の1ずつを負担することになっているが、これも平成21年度までの措置である。

さらに、国保財政の安定化、保険料(税)負

(55) 寺内 前掲注(52), p.25.

図7 国保財政のイメージ（平成21年度予算ベース）



（出典）「国保、財政悪化止まらず 公費補てん拡充 不可避」『日本経済新聞』2009.4.29.および「平成21年度国保助成費」『国保実務』2640号, 2008.12.29, p.3.を基に筆者作成。

担の平準化に資するため、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財政安定化支援事業として1000億円の地方財政措置が講じられているが、これも平成21年度までの措置となっている。

(2) 国保財政の現状と対策

前述のように、市町村国保の単年度の収支は、平成19年度において1269億円の赤字であった。国民健康保険を運営する各市町村は、法定負担分とは別に、赤字補填のために、一般会計からの繰り入れを迫られるが、これを考慮すると、実質的な赤字は3787億円である。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、保険料の値上げか一般会計からの繰り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き上げには限度があるため、一般会計からの繰り入れに頼るところが多い。景気が後退するなかで、

市町村の多くは保険料の引き上げには慎重な態度を取らざるを得ず、収納率の低下とともに、今後ますます財政が悪化するのでは避けられないと思われる。市町村を支援する目的で導入された保険者支援制度、高額医療費共同事業への財政支援、財政安定化支援事業における地方財政措置は、いずれも平成21年度までの措置であり、平成22年度において見直しを行うものとされている⁽⁵⁶⁾。平成22年度以降の継続はもちろん、規模を拡充するなど新たな財政支援の検討の必要があろう。

5 市町村国保の広域化

(1) 最近の広域化の動向

医療費や所得水準等による市町村国保間の財政力の不均衡や、小規模保険者の財政基盤の不安定さの問題を解消するため、これまで、都道府県の役割を拡大する方向が模索されてきた。平成17年には、三位一体改革に伴い、都道府県調整交付金が創設され、その役割が強化された。平成17年12月の政府・与党医療改革

(56) 平成17年12月18日、総務・財務・厚生労働3大臣合意。

協議会の医療制度改革大綱⁽⁵⁷⁾においては「国民健康保険については、都道府県単位での保険運営を推進するため、保険財政の安定化と保険料平準化を促進する観点から都道府県内の市町村の拠出により医療費を賄う共同事業の拡充を図る。あわせて、保険者支援制度等の国保財政基盤強化策について、公費負担の在り方を含め総合的に見直す」とされた。この大綱に沿って、同月に総務・財務・厚生労働の3大臣合意がなされ、高額医療費共同事業、保険者支援制度、国保財政安定化支援事業の国保財政基盤強化策を平成21年度まで継続することとなった。また、都道府県内の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30万円以上の医療費を対象に、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整する保険財政共同安定化事業が創設された。

平成20年6月には、地方分権改革推進要綱(第1次)⁽⁵⁸⁾において、「国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討し、平成21年度中に結論を得る」とされた。さらに、平成20年10月には、高齢者医療制度の見直しに関連して、舛添要一厚生労働大臣が国民健康保険を都道府県単位に再編したうえで後期医療と一体的に運営する私案を発表した⁽⁵⁹⁾。

(2) 保険者の都道府県単位化

最近の医療保険改革の特徴は、都道府県単位での保険者再編に踏み出したことである。長寿医療制度の保険者は都道府県単位での市町村を構成員とする広域連合であり、政管健保から変わった協会けんぽも、財政単位は都道府県別に管理することになった。

都道府県に対する期待は高まる一方であるが、国民健康保険の保険者を都道府県とすることには異論も出されている。最大の課題は、都道府県内の保険料の統一である。市町村ごとに算定方法が異なり、保険料もかなりの差がある。同じ都道府県内でも平均1.88倍の格差があり、最も開きの大きい沖縄県では3.15倍あると言われる⁽⁶⁰⁾。当然、市町村によっては、現行よりも保険料が高くなる場所も出てくる。都道府県への一元化で財政は安定するが、地域の一体感が薄れ、保険料の収納率が下がる可能性もある。また、単に市町村から都道府県に移すだけでは、国民健康保険の低所得者や高齢者の加入割合が高いという構造的な問題の解決にはならない。保険料徴収などは市町村が行わざるを得ず、責任主体がかえってあいまいになるとの意見も出ている⁽⁶¹⁾。

しかし、市町村合併により小規模保険者の数が減ってきているとは言え、全保険者1,815のうち被保険者が1,000人未満の保険者が68、1,000人～2,000人未満の保険者が119もある⁽⁶²⁾。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。都道府県

57) 政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」2005.12.1.

〈<http://www.jimin.jp/jimin/seisaku/2005/pdf/seisaku-014.pdf>〉

58) 「地方分権改革推進要綱(第1次)」(地方分権改革推進本部決定)2008.6.20.

〈<http://www.cao.go.jp/bunken-kaikaku/iinkai/torimatome/080620torimatome2.pdf>〉

59) 高齢者医療制度に関する検討会『第2回議事録』2008.10.7.

〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/txt/s1007-1.txt>〉;

高齢者医療制度に関する検討会資料「長寿医療制度と国民健康保険の一体化に関する舛添大臣の私案のイメージ」2008.10.7. 〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1007-5b.pdf>〉;

高齢者医療制度に関する検討会資料「大臣私案資料」2008.10.7. 〈<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1007-5c.pdf>〉

60) 「京都の乱 国保一元化構想」『朝日新聞』2009.5.19.

61) 兵庫県『舛添厚生労働大臣私案について』2008.10.8. 〈<http://web.pref.hyogo.jp/contents/000111307.pdf>〉

62) 平成19年9月末現在。厚生労働省保険局『平成19年度国民健康保険実態調査報告』2009.3.

単位には一定のスケールメリットがあると思われる。また、都道府県は、すでに保健指導、医師・病床の確保などの健康医療政策を担っており、保険と一体的に行えば、より効果的な運営ができる可能性もある。

高齢者医療制度の見直しのために厚生労働省に設置された「高齢者医療制度に関する検討会」においては、国民健康保険の運営主体が高齢者医療制度の見直しに深く関連することから、国民健康保険の運営主体としての都道府県の在り方について議論されてきた。平成21年3月17日に最終報告が出されたが、国民健康保険の運営主体については、①同じ地域に2つの地域保険が存在することは好ましくないため、都道府県単位化を図り、都道府県または広域連合が後期高齢者医療制度と一体的に運営すべき、②地域でサービスの提供と利用がおおむね完結する医療の特性と実態から、2次医療圏⁽⁶³⁾単位で市町村が共同で運営すべき、③保険者機能の強化の観点からは保険料徴収と保険給付の主体が一致していることが望ましく、保険者は市町村のままとし、財政の共同化、調整交付金の配分、都道府県による再保険事業などで運営の安定を図るべき、という3つの方向性が示されている⁽⁶⁴⁾。

このような中で、平成21年1月に、京都府が国民健康保険の都道府県単位での一元化について、調査・検討を始めると発表した⁽⁶⁵⁾。現状では、都道府県が効率的な健康医療政策を行うには、都道府県単位で一元管理された医療費等のデータがないため政策立案が難しい。また、医療計画等策定は都道府県が行い、医療保険運

営に関しては国民健康保険が市町村、被用者保険が協会けんぽと健保組合、長寿医療制度が広域連合と分立し、診療報酬決定は国が行うなど、健康医療政策の実施主体が分散して調整が困難となっている⁽⁶⁶⁾。また、市町村国保はエリアが狭く、医療政策の権限もないため医療資源の偏在などに対応できず、良質な医療サービスの確保や効率的な保険運営などの保険者機能が十分に発揮できない状況となっている。このため、京都府では、レセプト等の分析のためのデータの把握、診療報酬決定や医療機関指導などの都道府県への権限移譲、国民健康保険の都道府県単位での一元化などについて検討することとし、調査事業を始めるため、4月から府庁内に担当課を新設した。京都府国保連合会、全国健保協会京都支部、京都大学などとともに研究会を立ち上げ、京都府が実際に国民健康保険の運営を行った場合にどのような財政状況になるのかなどの分析を行う。厚生労働省は、保険運営の単位の広域化は制度の安定につながるとして後押しているが、京都府の事業で成果が挙げれば、全国的に都道府県単位化の流れが一気に生まれる可能性がある⁽⁶⁷⁾。

(3) 医療保険の一本化

市町村と同様に財政難に苦しむ都道府県側は、責任の主体は国にあるとして、国民健康保険の構造的な問題の解決のためには、都道府県単位での保険者の再編に終わることなく、すべての公的医療保険制度の全国レベルでの一本化を主張している⁽⁶⁸⁾。全国市長会や全国町村会、国民健康保険中央会も医療保険の一本化を主張

(63) 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。平成20年度において全国で348圏域ある。

(64) 高齢者医療制度に関する検討会『高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理』2009.3.17. 〈http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0324-13a_0001.pdf〉

(65) 「京都府が提案 国保「都道府県一元化を」」『国保新聞』2009.2.10.

(66) 「京都府の提案」『国保新聞』2009.2.10.

(67) 「京都府 国保運営研究へ」『産経新聞』2009.2.15.

(68) 全国知事会『医療制度改革に関する意見』2006.5.30. 〈http://www.nga.gr.jp/news/20060531_01.pdf〉

している。国民健康保険は、国民皆保険体制を維持するため、被用者保険に属さないすべての者を被保険者として受け入れることを宿命づけられている。そのため、保険制度として成立しにくい自営業者や高齢者、無職者が国民健康保険に集中し、近年それがますます深刻化したという事情が背景にある⁽⁶⁹⁾。

医療保険および保険者の一本化には、給付と負担が目に見えてわかりやすく、保険財政の安定化に繋がるというメリットがあるが、2つの点から課題が指摘されている。1つは保険者の規模の問題である。あまりに巨大な保険者が保険運営を行うことについては、自主的な保険運営のしやすさや効率的な財政運営といった観点から疑問が出されている⁽⁷⁰⁾。基本的に都道府県圏を単位に医療の供給体制が組まれていることを勘案すれば、一本化するとしても、都道府県単位を基本として構築することも選択肢の1つである。もう1つは、古くから言われている被用者と自営業者の所得捕捉率の問題である。所得そのものの捕捉率や、必要経費の認定の困難さをいかに解消するかである。国民健康保険の保険料の収納率の低さを考慮すれば、一本化された制度では被用者に保険料のしわ寄せが行くことは容易に想像できる。これらは、医療保険のみならず、社会保険全体のあり方に影響する問題であり、被用者と自営業者、無職者等に共通の物差しによる保険料設定をいかに構築するかである⁽⁷¹⁾。また、被用者保険の事業主負担の取り扱いも論点の1つとなっている。

Ⅲ 長寿医療制度の導入と国民健康保険への影響

健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18

年法律第 83 号）により、平成 20 年 4 月から長寿医療制度が新たにスタートした。これにより、75 歳以上の後期高齢者は、独立した医療制度に加入することになった。国民健康保険中央会によると、75 歳以上の約 1061 万人が国民健康保険を離れ、平成 20 年 4 月時点で国民健康保険の被保険者は 3627 万人となった。長寿医療制度の創設は、国民健康保険の財政に好影響をもたらすものと期待されたが、毎日新聞の調査によると、平成 20 年度に全市区町村の 25%が保険料を引き下げたものの、44%が引き上げる結果となった⁽⁷²⁾。

65 歳から 74 歳までの前期高齢者については、就業者が 28%存在すること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、後期高齢者と同様、その 8 割が国民健康保険に加入するという状況であり、国民健康保険が耐えき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こととした。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。しかし、組合健保側の負担は大きく、経済状況の悪化を背景とした保険料収入の減少もあって、平成 20 年度の経常収支は 6152 億円の巨額赤字であった。このため、健康保険組合連合会は前期高齢者医療制度への公費投入と負担方法の見直しを主張している⁽⁷³⁾。

(69) 全国市長会『医療保険制度改革に関する意見書—国民健康保険制度が抱える課題の解決に向けて—』2005.4. 〈<http://www.mayors.or.jp/opinion/iken/h170413iryohoken/01ikensho.pdf>〉

(70) 新田秀樹「国民健康保険制度が抱える課題の解決に向けて」『市政』635号, 2005.6, p.44.

(71) 島崎謙治「高齢者医療制度の『過去・現在・未来』」『週刊社会保障』2500号, 2008.10.6, p.61.

(72) 「国保保険料 市区町村の 44%値上げ 08 年度本紙調査」『毎日新聞』2009.6.21.

前期高齢者の財政調整の導入に伴い、それまでの退職者医療制度⁽⁷⁴⁾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、退職者医療制度を存続する経過措置が取られている。国保サイドからは、この経過措置終了後に国保財政が悪化するのではないかという懸念が出されている⁽⁷⁵⁾。

おわりに

長寿医療制度の開始直後、75歳という年齢で区切ったことや、年金からの保険料天引きに批判が集まり、厚生労働大臣が平成20年9月に抜本的な見直しを表明し、厚生労働省に高齢者医療制度に関する検討会が設置された。その後、負担軽減策の実施などで批判は鎮静化し、日本医療政策機構が平成21年1月に行った世論調査では、「現行の制度のまま維持」(9%)、「細かな点を修正し、現行の制度の骨格を維持」(41%)を合わせ、現行制度の支持が約半数に上った。特に70歳以上に限れば56%が支持しており、高齢者世代が比較的落ち着いた反応を見せている⁽⁷⁶⁾。このような中で、高齢者医療

制度に関する検討会は、平成21年3月に最終報告⁽⁷⁷⁾をまとめたが、具体的な提案は制度の名称変更のみで、焦点であった75歳での区分や財源については複数案を示すに止まった。国民健康保険に関連する部分では、地域保険と被用者保険の一本化に関して、「各保険者間で所得形態・所得捕捉の状況や保険料算出方法等に大きな差異がある現状では、諸外国の状況を踏まえても困難」としている。国民健康保険の運営主体については、前述のとおり、「都道府県単位化」「2次医療圏単位」「市町村」の3つの方向性が示され、結論は出なかった。また、与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチームも、平成21年4月に高齢者医療見直しに関する基本的考え方⁽⁷⁸⁾をまとめた。この中では、長寿医療制度の運営主体について「都道府県の関与の強化を含め、保険者機能の強化等を図るとともに、同じ地域保険である国民健康保険と併せて、運営主体のあり方について検討する」としている。今後、国民健康保険の運営主体に関しては、都道府県単位化を中心に議論が進むものと思われるが、いずれにしても国民健康保険の広域化の影響に関する検証が必要であり、この点で京都府の研究の成果が待たれるところである。

(なかがわ ひであき)

(73) 「支援金・納付金等負担を背景に経常収支は6152億円の赤字一健保連が平成21年度健保組合予算早期集計結果を公表」『週刊社会保障』2527号, 2009.4.20, pp.6-11.

(74) 被用者保険の加入者が定年等で退職した場合、国民健康保険に加入するのが一般的であるが、医療の必要性が高い退職者を多く抱えることになるため、医療保険制度間の格差を是正する目的で昭和59年に導入された制度。対象者は市町村国保の被保険者のうち退職被保険者(被用者年金の老齢(退職)年金受給権者で被保険者期間が20年以上または40歳以降10年以上ある者)とその被扶養者である。これら退職被保険者等の医療費は、退職被保険者等の保険料と被用者保険からの拠出金(療養給付費等交付金)で賄われる。

(75) 柴畑潤『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, p.132.

(76) 日本医療政策機構『日本の医療に関する2009年世論調査(概要第二版)』2009.2.25.
 〈<http://www.healthpolicy-institute.org/ja/report/doc.php?id=192>〉

(77) 高齢者医療制度に関する検討会 前掲注64

(78) 与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム『高齢者医療制度の見直しに関する基本的考え方』2009.4.3.
 〈<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/05/dl/01a.pdf>〉