

市町村国保財政の現状と国保の都道府県移管の課題

横山 純一

はじめに

「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が二〇一五年五月二七日に成立し、これにより、現在は市町村を責任主体（保険者）として運営されている国民健康保険（市町村国保）が、二〇一八（平成三〇）年度から都道府県に移管されることが決まりました。

本日は、市町村国保の現状についてみたくうえで、国保の都道府県移管に向けた課題についてお話しします。なお、国保の都道府県移管は、現行の市町村国保の共同安定化事業と密接に関連していますので、この部分も含めてお話ししたいと思います。

1. 市町村国保の都道府県移管への道筋

(1) 医療保険制度改革と市町村国保

同改正法は、二〇一五年一月一三日に社会保障

制度改革推進本部が決定した「医療保険制度改革骨子」に基づいており、国保の都道府県移管のほかにも、いくつかの制度改革の方策を盛り込んでいます。

第一は、二〇一五年度から国保への財政支援を約一七〇〇億円拡充し、財政基盤を強化することです。この背景には消費税の八％への引き上げがあります。当初、消費税はさらに二〇一五年一月から一〇％への引き上げが計画されましたが、これは現在のところ凍結されています。そうしたなかで、介護保険における低所得者向けの保険料対策がほとんど実施できなくなる一方、市町村国保への財政支援の拡充については既定方針どおりに実施されることになりました。

第二に、後期高齢者医療制度への現役世代の支援金において、総報酬割（所得に応じて負担額を決める仕組み）を、二〇一七年度から全面導入することになっています。現役世代の支援金は、同制度の財源の四割を占め、二〇一〇年度以降は、その三分の二を加入者割、残りの三分の一を総報酬割で負担していましたが、二〇一五～一六年度に総報酬割を段階的に引き上げ、二〇一七年度か

ら一〇〇％導入するということです。この総報酬割の全面導入によって約二四〇〇億円の財源が捻出され、そのうちの約一七〇〇億円が市町村国保への財政支援に充当できるとされています。したがって、二〇一七年度の市町村国保への支援額は約三四〇〇億円拡大することになります。

以上のような財政支援をベースにししながら、市町村国保の財政運営の都道府県移管が二〇一八年度に実施されます。

(2) 移管後の都道府県・市町村の役割と保険料（税）

市町村国保の都道府県移管後の都道府県と市町村の役割は、おおよそ次のようになります。つまり、都道府県は国保財政の安定や医療提供体制の充実に、市町村は保険料（税）の徴収、資格管理、保険給付の決定、健康づくりなどに、それぞれ責任をもつとともに、都道府県には地域医療構想の策定や地域の実情に見合った医療提供体制の構築、地域包括ケアの実現努力が求められています。

国保が都道府県移管になると、保険料（税）は

都道府県ごとの均一保険料になるかと言えば、将来的にはわかりませんが、移管後も当面は全ての市町村で一律にしないとされています。都道府県が、市町村が集めるべき保険料（税）の総額をそれぞれ分賦金として割り当て、各市町村はその分賦金に基づいて、市町村在住の加入者から徴収すべき保険料（税）の額を決め、徴収することになっています。

その際、都道府県は、人口、医療費、所得水準などを考慮して、市町村ごとの保険料（税）の目安を示すこととされています。さらに、医療費抑制の努力によって医療費が削減された市町村や、保険料（税）納付率が高い市町村などには、加入者一人当たりの保険料（税）を引き下げる仕組みを導入するとされています。

したがって、国保の都道府県移管といっても、少なくとも当面は、従来とさほど大きくは変わらないという印象です。この間、道内各市町村の関係者と議論する機会がありました。が、「都道府県移管なのだから、もつと改革を徹底してやるべきだ」という意見もあれば、「国保の現状を踏まえればこの程度が妥当ではないか」という意見もあり、市町村によって意見が分かれています。

2. 市町村国保の構造と現状

(1) 他の公的医療保険との比較からみえる特徴

公的医療保険の保険者としては、市町村国保のほか、協会けんぽ（かつての政府管掌保険）、組

合健保、共済組合などがあります（図表1）。これら以外にも国保組合や船員保険といったものもありますが、加入者が少ないため、ここでは除外しています。

これら四つの保険者を比較して指摘できることは、加入者数（二〇一二年三月末）では市町村国保が三五二〇万人（二〇三六万世帯）と最も多く、次いで協会けんぽが三四八八万人（被保険者一九六三万人、被扶養者一五二五万人）、組合健保が二九五〇万人、共済組合が九一九万人、後期高齢者医療制度が一四七三万人となっています。

保険者数で言えば、市町村国保は一七一一（二〇一二年三月末）となっています。ここには広域連合で運営しているところも含まれ、道内では空知中部広域連合や大雪広域連合、後志広域連合がこれに該当します。

加入者の平均年齢（二〇一一年度）をみると、市町村国保が五〇・〇歳、協会けんぽが三六・三歳、組合健保が三四・一歳、共済組合が三三・四歳（二〇一〇年度）となっています。また、加入者に占める六五・七四歳の割合では、協会けんぽが四・七％、組合健保が二・五％、共済組合が一・六％（二〇一〇年度）という低い水準にとどまるのに対し、市町村国保は三一・四％と、約三人に一人が前期高齢者ということになります。以前はもつと高齢者が多かったのですが、後期高齢者医療制度が創設されて移った人がいるために、現在はこの水準になっています。そのため、加入者一人当たりの年間の医療費（二〇一一年度）をみると、先ほどみたように前期高齢者の占める割合が高い

市町村国保が圧倒的に高くなっており、他の保険者が一五万円前後であるのに対し、市町村国保は三〇・九万円（二倍の水準）です。

また、加入者一人当たりの平均年間所得（二〇一一年度）をみると、最も低いのが市町村国保です。共済組合が二二九万円（二〇一〇年度）と最も高く、組合健保一九八万円、協会けんぽ一三七万円と続き、市町村国保は八三万円、共済組合に比べると約三分の一の水準にとどまっています。

一方、加入者一人当たりの平均保険料（税）（二〇一一年度）は、市町村国保が最も低く八二万円、協会けんぽは九・九万円、組合健保は一〇・〇万円、共済組合は一・二万円（二〇一〇年度）となっています。加入者一人当たりの平均保険料（税）を同平均所得で割って算出される保険料（税）負担率（二〇一一年度）は、市町村国保が最も高く、九・九％となっています。

このほか、市町村国保の現状や特徴について以下の点が指摘できます。

第一に、保険料（税）収納率が低下していることです。二〇〇七年度までは九〇％台を維持していましたが、二〇〇八年度以降は八〇％台に低下しました（二〇一三年度以降はやや上昇）。

第二に、小規模な保険者が多いことです。一七・一七の保険者のうち被保険者数三〇〇〇人未満の小規模な保険者が四二・二と、約四分の一を占めています。特に北海道では、いわゆる平成の大合併で市町村合併が進まなかったこともあり、一五七保険者のうち八七が三〇〇〇人未満です。

第三に、所得（保険料・保険税収入）や高齢者（医

〈図表1〉 各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (2012年3月末)	1,717	1	1,443	85 (2011年3月末)	47
加入者数 (2012年3月末)	3,520万人 (2,036万世帯)	3,488万人 被保険者1,963万人 被扶養者1,525万人	2,950万人 被保険者1,555万人 被扶養者1,395万人	919万人 被保険者452万人 被扶養者467万人 (2011年3月末)	1,473万人
加入者平均年齢 (2011年度)	50.0歳	36.3歳	34.1歳	33.4歳 (2010年度)	81.9歳
65～74歳の割合 (2011年度)	31.4%	4.7%	2.5%	1.6% (2010年度)	2.8% (※2)
加入者一人当たり 医療費 (2011年度)	30.9万円	15.9万円	14.2万円	14.4万円 (2010年度)	91.8万円
加入者一人当たり 平均所得(※3) (2011年度)	83万円 一世帯あたり 142万円	137万円 一世帯当たり(※4) 242万円	198万円 一世帯当たり(※4) 374万円	229万円 一世帯当たり(※4) 467万円 (2010年度)	80万円
加入者一人当たり 平均保険料 (2011年度)(※5) 〈事業主負担込〉	8.2万円 一世帯あたり 14.2万円	9.9万円<19.7万円> 被保険者一人あたり 17.5万円<35.0万円>	10.0万円<22.1万円> 被保険者一人あたり 18.8万円<41.7万円>	11.2万円<22.4万円> 被保険者一人あたり 22.7万円<45.5万円> (2010年度)	6.3万円
保険料負担率(※6)	9.9%	7.2%	5.0%	4.9% (2010年度)	7.9%
公費負担 (定率分のみ)	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(※8)	なし	給付費等の約50%
公費負担額(※7) (2013年度予算ベース)	3兆4,392億円	1兆2,065億円	288億円		6兆5,347億円

(※1) 協会けんぽ、組合健保及び後期高齢者医療制度については速報値である。

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「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）及び山林所得金額」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。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」によるもので、それぞれ前年の所得である。

協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」（標準報酬総額を加入者数で割ったもの）から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。

(※4) 被保険者一人あたりの金額を表す。

(※5) 加入者一人あたり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※6) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(※8) 共済組合も補助対象となるが、2011年度以降実績なし。

〔出所〕 厚生労働省保険局国民健康保険課「全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議、厚生労働省保険局国民健康保険課説明資料」（2014年2月17日）

〈図表2〉 国民健康保険料(税)の賦課方式別保険者数

(2011年度末現在)

区分	保険者数	保険者数による構成比
四方式	1,179	69.2%
三方式	470	27.6%
二方式	54	3.2%
合計	1,703	100.0%

※1 不均一課税の保険者（14保険者）を除く。

※2 計数は、四捨五入によっているため、端数において合致しないものがある。

※3 「平成23年度国民健康保険事業年報」より。

※4 基礎賦課分（医療給付費等にかかるもの）の賦課方式別保険者数。（基礎賦課分（他、後期高齢者支援金等、介護納付金にかかるものがある。）

〔出所〕 図表1に同じ。

療需要)の地域的偏在があることにより、加入者一人当たりの医療費や保険料(税)収入に大きな地域間格差が生じていることです。

こうしたことから市町村国保財政は非常に脆弱で、多くの市町村で一般会計からの法定外繰入が行われており、二〇一二年では合計で約三九〇億円の法定外繰入が行われました。このうち、単年度の決算補てんを目的とするものが一四七〇億円、保険料(税)の負担緩和を図る目的のものが一〇八七億円となっています。

(2) 加入者の状況

市町村国保加入者の世帯主の職業別構成割合は、一九六五年と二〇一一年を比較した場合、大きく変化しています。

一九六五年では、農林水産業者が三八・九%と最も多く、次いで自営業者が二三・五%となっており、この二つを合わせて六割以上を占めていました。これが二〇一一年では、農林水産業者二・五%、自営業者一・六%となり、合わせても一四%に過ぎず、急減しています。

逆に増えているのは無職の加入者です。一九六五年では六・二%だったのが、二〇一一年では三九・四%にまで増えています。無職の大部分を占めているのは年金生活者であり、これは高齢化の一つの反映と言えます。

被用者は、一九六五年では一八・〇%だったが、二〇一一年では三三・三%まで増えています。被用者の場合、従来であれば協会けんぽや組合健

保に加入するのが主流でしたが、現在は市町村国保に加入する被用者が増えています。その背景の一つには、派遣労働者の増加があります。派遣労働者は多くの場合、派遣元でも派遣先でも健康保険に加入させてもらえず、自分で市町村国保に加入せざるを得ないケースが多いからです。

先ほど市町村国保財政の脆弱性を指摘しましたが、このことは以上のような職業別構成割合の変化からもうかがい知れます。

また、七五歳未満の被保険者の年齢構成を、〇～一九歳、二〇～三九歳、四〇～六四歳、六五～七四歳の四層に区分し、一九九二～二〇一二年の構成割合の推移をみると、二〇年間で増えているのは六五～七四歳だけで、一九・七%から三三・九%に増えました。それ以外の三つの年齢層は全て構成割合が減少しています。

さらに、一九九〇～二〇一一年の加入者世帯の所得階層別割合の推移をみると、増えているのは低所得層であることがみ取れます。一九九〇年と二〇一一年を比較すると、「所得なし」(給与収入世帯は六五万円以下、年金収入世帯は一二〇万円以下)が一八・二%から二三・五%に増え、「〇円以上一〇〇万円未満」は二三・一%から二六・七%に増えました。その一方で、「五〇〇万円以上」の高所得世帯は九・七%から四・四%に減っています。

(3) 保険料(税)の状況

市町村国保の保険料(税)の額は、医療分、後期高齢者医療制度への支援金分、介護分の合計額

です。

市町村国保の保険料は、保険税というかたちで徴収している市町村もあります。国民健康保険税は「地方税法」に基づく目的税です。保険料と保険税のいずれを選択するかは、各市町村の裁量で決められます。都市部では保険料を採用しているところが多いのですが、全体としては保険税を採用している市町村の方が多いです。

保険料(税)の賦課方法には、所得割(住民税を基に算出)、均等割(被保険者数を基に算出)、資産割(固定資産税を基に算出)、平等割(世帯当たりの定額負担額)の四つがあります。市町村は保険料(税)の賦課・徴収にあたっては、四つの賦課区分(所得割と均等割と資産割と平等割の四方式)、三つの賦課区分(所得割と均等割と平等割の三方式)、二つの賦課区分(所得割と均等割の二方式)のどれかを選択できます。その際に、賦課限度額、各賦課区分の構成割合、各賦課区分の料率を、市町村は独自に決定できます。そして、各賦課区分を世帯ごとに合算した金額が賦課額となります。

賦課方式別の保険者数をみると(図表2)、一七〇三の保険者(二〇一一年度末、全一七一一七保険者のうち一四保険者は不均一課税のため、ここでは除外)のうち、四方式が一七九、三方式が四七〇、二方式が五四となっています。全体の約七割は四方式を採用しています。二方式を採用している保険者は都市部に多くなっています。

このような状況ですから、市町村国保の都道府県移管といつても、保険料(税)を均一化するとい

うのは容易なことではないといわざるを得ません。
 なお、保険料（税）の滞納世帯は、二〇一四年六月現在で約三六〇万世帯あり、加入世帯の一七％に当たります。

3. 市町村国保財政の状況

二〇一四年度予算案では、医療給付費等総額が約一兆四一〇億円とされ、収入の内訳は以下のように見積もられています。保険料（税）で三兆二〇〇億円、法定外一般会計繰入で約三五〇億円、国の調整交付金で七六〇億円、定率国庫負担で二兆四四〇億円、都道府県調整交付金で六九〇億円、前期高齢者交付金で三兆五〇〇億円などです。

さらに、高額医療費共同事業と保険財政共同安定化事業、保険者支援制度、保険基盤安定制度等があり、国、都道府県、市町村の財源が投入されます。高額医療費共同事業と保険財政安定化事業は基本的に市町村国保の保険者間で費用負担の調整（財源の拠出と受け取り）が行われるもので、これらについての詳細は後述します。

国の調整交付金、定率国庫負担、都道府県調整交付金は、それぞれ給付費（医療給付費等総額から前期高齢者交付金を差し引いた額）の九％、三二％、九％の割合を基本としています。国の調整交付金は二〇一四年度予算では七六〇億円となっています。基本は九％のうち、七％が普通調整交付金、二％が特別調整交付金になります。定率国庫負担は、二〇一四年度予算案では

二兆四四〇億円（三二％）ですが、この一年間で割合を低めてきました。二〇〇四年度までは全体の四〇％を占めましたが、二〇〇五年度から三四％になり、現在は三二％まで減っています。その代わり、都道府県調整交付金が増えています。

都道府県調整交付金は、二〇〇五年度に導入され、給付費等総額に占める割合は当初五％でしたが、国・地方の税源配分の三位一体改革（二〇〇三～〇六年）の影響で二〇〇六年度に七％に引き上げられ、二〇一二年度から現行の九％に引き上げられました。

国の調整交付金の役割が、全国レベルでの市町村間の所得水準と医療費水準の不均衡を調整することであるのに対し、都道府県調整交付金の役割は、各都道府県内における市町村間の医療費水

〈図表3〉 都道府県調整交付金（1号交付金と2号交付金）の交付状況（2012年度）

都道府県調整交付金（総額）		（百万円）	1号交付金に占める割合	2号交付金に占める割合	総額に占める1号・2号の割合
		661,998			100%
(1)	1号交付金	515,728	100%		77.9%
	I 定率交付	399,783	77.5%		
	II 定率交付以外（財政調整）	115,945	22.5%		
(2)	2号交付金	146,270		100%	22.1%
	I 災害等による給付費増	7,166		4.9%	
	II 共同事業の拠出超過額に対する激変緩和措置	4,327		3.0%	
	III 国保運営の広域化に際し保険料平準化を支援	53		0.0%	
	IV 医療費適正化・収納率向上等の取組に係る事業費支援	13,187		9.0%	
	医療費適正化に係る取組	5,594		3.8%	
	収納率向上に係る取組	3,533		2.4%	
	各種保健事業	4,061		2.8%	
	V 医療費適正化・収納率向上等の成績評価	36,704		28.1%	
	医療費の適正化に係るもの	6,383		4.4%	
	収納率の向上に係るもの	17,155		11.7%	
	上記以外に係るもの	8,589		8.9%	
	VI その他	84,831		58.0%	

（注1）「都道府県調整交付金配分ガイドライン（2005年6月17日保険局長通知）」の改正（2012年7月12日付）により、1号交付金と2号交付金割合を6：1（85.7％：14.3％）から6：3（66.7％：33.3％）に改正している。（2014年度までは、8：1で交付することも可能としている。）

（注2）1号交付金と2号交付金は相互流用が可能である。

〔出所〕図表1に同じ。

〔図表4〕 都道府県調整交付金（1号交付金）の交付状況（2012年度）

定率（財政調整無し）		定率・財政調整型併用		財政調整型	
33/47		6/47		8/47	
1	北海道	17	石川県	33	岡山県
2	青森県	18	福井県	34	広島県
3	岩手県	19	山梨県	35	山口県
4	宮城県	20	長野県	36	徳島県
5	秋田県	21	岐阜県	37	香川県
6	山形県	22	静岡県	38	愛媛県
7	福島県	23	愛知県	39	高知県
8	茨城県	24	三重県	40	福岡県
9	栃木県	25	滋賀県	41	佐賀県
10	群馬県	26	京都府	42	長崎県
11	埼玉県	27	大阪府	43	熊本県
12	千葉県	28	兵庫県	44	大分県
13	東京都	29	奈良県	45	宮崎県
14	神奈川県	30	和歌山県	46	鹿児島県
15	新潟県	31	鳥取県	47	沖縄県
16	富山県	32	島根県		

〔出所〕 図表1に同じ。

〔図表5〕 国普通調整交付金の北海道内市町村への配分額（1人当たり）と療養諸費（1人当たり）、所得（1人当たり）（2012年度）

保険者名	被保険者数 (人)	国普通調整交付金		療養諸費1人当たり額		所得1人当たり額	
		1人当たり額	順位	1人当たり額	順位	1人当たり額	順位
初山別村	420	61,469	1位	543,834	1位	808,401	54位
三笠市	2,970	42,631	2位	479,843	2位	325,318	156位
砂川市	4,886	36,448	3位	440,681	7位	372,083	152位
松前町	3,265	36,303	4位	392,853	37位	360,114	153位
森町	6,703	36,102	5位	352,318	68位	512,558	114位
夕張市	3,417	35,478	6位	422,066	15位	411,952	144位
赤平市	3,456	35,387	7位	444,019	6位	316,946	157位
壮瞥町	941	34,810	8位	422,061	16位	484,929	120位
豊浦町	1,524	34,147	9位	424,378	13位	424,605	137位
滝上町	834	33,384	10位	429,965	10位	517,907	113位
すべての保険者の合計または平均	1,483,178	23,556		353,697		555,099	

〔注1〕 1人当たり額は被保険者1人当たり額である。
 〔注2〕 順位は北海道内の順位を表している。
 〔注3〕 保険者数は157（154市町村、3広域連合）である。
 〔出所〕 北海道資料

準・所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情に対応することです。交付方法は、都道府県が条例で自主的に定めることができます。
 都道府県調整交付金には普通調整交付金（一号交付金）と特別調整交付金（二号交付金）があり

ます。前者は定率交付もしくは財政調整に用いられ、後者の用途は災害対応、国保料の平準化や医療費の適正化への支援など、様々なケースがあります。前者の比重が高くなっています（図表3）。
 各都道府県の普通調整交付金の交付状況をみると（図表4）、定率交付が三三団体と圧倒的に多く、財政調整型は北海道など八団体、定率交付と財政調整の併用型は六団体にとどまっています。北海道も含め、過疎地域を含む都道府県は財政調整の必要性が高まる傾向があります。ただし、都道府県調整交付金での財政調整の難点は、計算式が複雑になりすぎていることです。

国の調整交付金の道内市町村への配分額と、道の調整交付金の道内市町村への配分額を比較すると（図表5および図表6）、前者が被保険者一人当たりの医療費水準が高く、所得水準が低い保険者に多く配分されるのに対し、後者はそれに加えて、被保険者一人当たりの所得が低く、医療費水準も低い保険者にも厚く配分されていることがうかがえます。

4. 二種類の共同事業について

(1) 高額医療費共同事業

市町村国保には現在、二種類の共同事業があります。高額医療費共同事業と保険財政共同安定化事業です。

高額医療費共同事業は、八〇万円を超える高額医療費の発生による国保財政の急激な影響を緩和

〈図表6〉 北海道普通調整交付金の北海道内市町村への配分額（1人当り）と療養諸費（1人当り）、所得（1人当り）（2012年度）

（円）

保険者名	被保険者数 (人)	道普通調整交付金 1人当り額		療養諸費1人当り額		所得1人当り額	
			順位		順位		順位
初山別村	420	33,333	1位	543,834	1位	808,401	54位
壮警町	941	20,948	2位	422,061	16位	484,929	120位
せたな町	3,326	20,144	3位	420,287	20位	567,365	101位
占冠村	320	19,094	4位	272,737	149位	415,991	141位
弟子屈町	2,815	18,920	5位	353,559	67位	568,730	100位
滝上町	834	18,709	6位	429,965	10位	517,907	113位
八雲町	6,200	18,692	7位	381,058	41位	553,684	104位
森町	6,703	18,614	8位	352,318	68位	512,558	114位
三笠市	2,970	18,451	9位	479,843	2位	325,318	156位
由仁町	2,340	18,032	10位	417,753	22位	735,534	67位
すべての保険者の 合計または平均	1,483,178		14,224		353,697		555,099

（注1） 1人当り額は被保険者1人当り額である。
 （注2） 順位は北海道内の順位を表している。
 （注3） 保険者数は157（154市町村、3広域連合）である。
 【出所】 北海道資料

するために、各市町村国保からの拠出金を財源として、各都道府県の国民健康保険団体連合会（国保連）が実施主体となり、交付金を交付する事業です。市町村国保では財政的に脆弱な小規模自治体（小規模保険者）が多く、小規模保険者で高額

医療費を使う患者が多く出てくれば大変な財政負担を強いられることになるため、都道府県単位で費用負担を調整しています。

高額医療費共同事業の交付金の財源については、国と都道府県が市町村国保からの拠出金に対して四分の一ずつ負担します。公費の総額は三四一〇億円です。各市町村国保の拠出金の額は医療費の実績で算出されています。

北海道の二〇一一年度の高額医療費共同事業の実績について、北海道庁が策定した『北海道国民健康保険広域化等支援方針（第2期）』（二〇一三年三月策定）掲載のデータをみてみますと（図表7）、国と道の負担金と市町村国保の拠出金を合計した国保連合会拠出金の総額は一四二億円で、このうち七一億円が保険者実拠出金（市町村国保拠出金）でした。これに対して高額医療費共同事業交付金は一四二億円でした。

したがって、高額医療費共同事業は保険者の拠出金のほかに、国や道からの負担金があるために、交付金が拠出金を上回る保険者数が、交付金よりも拠出金のほうが多い保険者数を大きく上回るようになります。実際、二〇一一年度においては、前者が一四五、後者が一二となつていま

〈図表7〉 北海道における高額医療費共同事業交付金・拠出金実績（市町村分）（2011年度）

（単位：千円）

支 部	確定拠出金		交付金	保険者確定拠出金との比較			
	連合会拠出金	保険者実拠出金		拠出金>交付金	保険者数	拠出金<交付金	保険者数
都 市	10,620,487	5,310,244	10,776,660	12,163	1	5,478,578	33
空 知	312,041	156,020	278,631	1,959	1	124,570	9
石 狩	64,891	32,446	78,458	342	1	46,354	1
後 志	352,471	176,235	301,202	0	0	124,967	4
胆 振	205,506	102,753	171,212	0	0	68,460	7
日 高	235,640	117,820	221,469	0	0	103,649	7
渡 島	391,582	195,791	317,540	136	1	121,884	8
檜 山	168,134	84,067	163,699	3,635	1	83,267	6
上 川	319,736	159,868	310,199	2,538	1	152,869	16
留 萌	101,999	51,000	127,408	0	0	76,408	7
宗 谷	123,425	61,713	124,242	0	0	62,529	9
オホーツク	412,689	206,344	387,799	1,006	1	182,461	14
十 勝	576,411	288,205	564,519	12,815	5	289,129	13
釧 路	224,675	112,338	219,908	0	0	107,571	7
根 室	160,089	80,044	226,830	0	0	146,786	4
計	14,269,776	7,134,888	14,269,776	34,594	12	7,169,482	145

（注） 1. 北海道国民健康保険団体連合会資料による
 2. 保険者実拠出金とは、保険者の拠出金から国・道の負担金（連合会拠出金の各1/4相当額）を除いた実質的な拠出金額であること。

【出所】 北海道「北海道国民健康保険広域化等支援方針（第2期）」（2011年3月）。

(2) 保険財政共同安定化事業

保険財政共同安定化事業は、市町村国保間の国保料（税）の平準化と市町村国保財政の安定化を図る目的で二〇〇六年一月に創設されました。前出の高額医療費共同事業の対象になる高額医療費はレセプト一件当たり八〇万円超ですが、二〇

○六年一〇月以降は、保険財政共同安定化事業のもと、レセプト一件当たり三〇万円超八〇万円以下の医療費についても、各市町村国保からの拠出金を財源に、都道府県単位で費用負担を調整するようになりまし。

保険財政共同安定化事業も、各市町村が国保連に拠出金を納め、国保連から各市町村の医療費に交付金が支出される仕組みです。拠出金、交付金ともに額は国保連が決定し、各年度一二期に分けて拠出（拠出金の納入）と交付が行われます。ただし、高額医療費共同事業にあるような国や都道府県の財源負担はありません。拠出金の額は、北海道も含め、多くの都道府県で、被保険者数割と医療費実績割、すなわち、各市町村の被保険者数と医療費（三カ年）に基づいて算出されています。

なお、拠出金の額の算定方法は国が弾力化を図っており、実際にいくつかの府県ではすでに、対象医療費を独自に引き下げ、拠出金額の算定に所得割を導入するところも出てきています（図表8）。また、このような見直しを行った府県において、市町村の中には拠出金額が大幅に増加したケースもみられ、そのような場合には都道府県調整交付金による激変緩和措置がとられています。

重要なことは、保険財政共同安定化事業は、高額医療費共同事業と異なっており、国や都道府県からの負担金がなく、あくまで市町村間での財政調整の仕組みになるため、拠出金が交付金を上回る市町村が多数出てくることとなります。具体的に保険財政共同安定化事業交付金と拠出金の関係について、北海道の状況を、高額医療費共同事業と同様

〈図表8〉 保険財政共同安定化事業の見直しの状況（2013年7月31日現在）

	対象医療費	拠出割合	実施時期	県調整交付金による対応	見直し規定
埼玉県	10万円超に引下げ	実績割 40% 被保険者割 30% 所得割 30%	24年度	拠出超過の負担軽減措置として補填	
静岡県	10万円超に引下げ	変更なし	25年度	拠出超過の状況を勘案して、県調整交付金を交付し、激変緩和を図る	
三重県	20万円超に引下げ (25年度から) 2万円超に引下げ (26年度から)	実績割 25% 被保険者割 50% 所得割 25%	24年度	激変緩和策として、適切な支援措置を導入	
滋賀県	20万円超に引下げ	実績割 50% 被保険者割 30% 所得割 20%	23年度	激変緩和策として必要な対応	
奈良県	20万円超に引下げ	実績割 40% 被保険者割 60%	24年度	現行条件で拠出超過保険者のうち、事業拡充で拠出負担増となる保険者に補填	数年の期間における事業拡充の影響を評価し、見直しを行う
佐賀県	20万円超に引下げ	実績割 50% 被保険者割 25% 所得割 25%	23年度	拠出額超過分が一定以上の市町に対して支援	
青森県	変更なし	実績割 40% 被保険者割 55% 所得割 5%	23年度	拠出超過額が一定率以上にならないよう交付金で調整	対象医療費の拡大と実績割の減少の方向で見直しを検討
福井県	変更なし	実績割 45% 被保険者割 45% 所得割 10%	24年度	拠出超過保険者に対して負担軽減措置	
京都府	変更なし	実績割 40% 被保険者割 40% 所得割 20%	23年度	府調整交付金と新たな無利子貸付金制度により、24年度までの激変緩和措置 24年度：拠出増加額の1/2無利子貸付	対象医療費の引き下げ、所得割の増加の方向で引き続き検討
大阪府	変更なし	実績割 25% 被保険者割 50% 所得割 25%	23年度	府調整交付金を活用して激変緩和措置	必要に応じて見直し

〔出所〕 図表1に同じ。

〈図表9〉 北海道における保険財政共同安定化事業交付金・拠出金実績(2011年度)

(単位：千円)

支 部	確定拠出金	交付金	保険者確定拠出金との比較			
			拠出金>交付金	保 険 者 数	拠出金<交付金	保 険 者 数
都 市	47,475,167	48,248,518	1,002,955	17	1,776,306	17
空 知	1,252,586	1,230,757	101,113	5	79,284	5
石 狩	279,431	299,468	10,549	1	30,585	1
後 志	1,428,302	1,474,052	0	0	45,750	4
胆 振	897,077	841,752	62,790	5	7,465	2
日 高	1,057,257	974,731	100,772	5	18,246	2
渡 島	1,522,931	1,537,610	70,732	6	85,412	3
檜 山	636,396	631,171	45,034	5	39,808	2
上 川	1,312,712	1,180,147	161,554	14	28,989	3
留 萌	420,791	444,014	24,973	3	48,197	4
宗 谷	499,597	474,777	31,629	7	6,809	2
オホーツク	1,734,189	1,616,256	168,042	10	50,109	5
十 勝	2,346,389	2,027,220	321,857	17	2,687	1
釧 路	928,093	869,106	78,001	5	19,015	2
根 室	775,540	716,879	62,945	2	4,284	2
計	62,566,458	62,566,458	2,242,946	102	2,242,946	55

(注) 1. 北海道国民健康保険団体連合会資料による
2. 同連合会の都市支部は市のみで構成され、地方支部(14支部)は各(総合)振興局管内の町村及び広域連合のみで構成されているため、上記の表は各(総合)振興局別の合計を表すものではない。

〔出所〕 図表7に同じ。

に、『北海道国民健康保険広域化等支援方針(第二期)』掲載のデータに基づいてみていくことにします。
図表9は、北海道における二〇一一年度の保険財政共同安定化事業交付金と拠出金の関係を示したものです。拠出金と交付金は同額の六二五億円でした。このうち、都市部がほぼ四分の三を占め

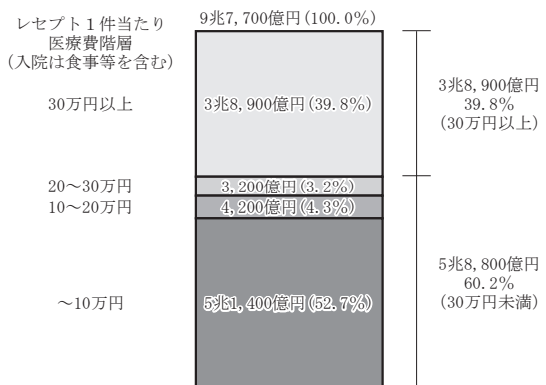
ています。北海道全体では、拠出金が交付金を上回っている保険者(拠出超過保険者)が一〇二、その反対に交付金が拠出金を上回っている保険者は五五でした。都市部では交付金が拠出金を上回る保険者が一七あり、総額は一八億円に上ります。都市部以外では、拠出金が交付金を上回る保険者が八五保険者、その反対に交付金が拠出金を上回る保険者は三八保険者となっています。拠出金が交付金を上回る八五保険者の中には、拠出金が国保財政を圧迫する要因の一つとなっている保険者も散見されます。

(3) 保険財政共同安定化事業における対象医療費拡大のもたらす影響と財源問題

図表10により、市町村国保における一件当たり医療費階層別の医療費総額をみてみましょう。二〇〇九年

からは、保険財政共同安定化事業は三〇万円未満の医療費も含めた全医療費が対象となります。図表10から、レセプト一件あたりが三〇万円未満の医療費階層の医療費総額は五兆八八〇億円に上っていることが把握できます。特に、一〇万円未満のレセプト一件当たりの医療費階層の医療費総額は五兆一四〇〇億円となっていて、医療費総額の五二・七%を占めています。このことから保険財政共同安定化事業が拡大されることによる影響は、非常に大きなものがあります。二〇一五年四月一日から共同事業に約六億円近い医療費の金額が新たに加わることになるので、拠出金だけでなく公費による財源措置が求められているといえま

〈図表10〉 市町村国保における1件当たり医療費階層別の医療費総額



出所：「2009年度 医療給付実態調査」(厚生労働省)
※市町村国保(退職を除く)における、入院、食事・生活療養、入院外、歯科、調剤に係る医療費の総額(2009年度実績ベース)。

す。

5. 道内市町村アンケートにみる国保改革の課題

国保基盤強化協議会（国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議）は、二〇一五年二月に都道府県移管をはじめとする国保制度改革に関する中間整理案をまとめました。これについて道庁は道内の市町村に対してアンケートを実施しました。そこで、道内の市町村が中間整理案に対し、どのような考えをもっているかを把握するために、アンケート結果について検討してみることになります。なお、アンケートでは、質問に対し、市町村が「評価する」「どちらか」と評価する、「どちらか」と評価しない、「評価しない」の四つの選択肢から回答することになっています。また、回答において特段の理由がある場合は、市町村が自由に記述することができるようになっています。

まず、「都道府県は保険料収納必要額を算出し、都道府県内の市町村ごとに都道府県に収める額（分賦金）を定め、市町村は分賦金を賄うために必要と考える保険料（税）算定方式、保険料（税）率等を定め、保険料（税）を賦課、徴収する」という分賦金方式に関する質問に対しては、「評価する」「どちらか」と評価する「が一〇五保険者」「評価しない」「どちらか」と評価しない「が五二保険者でした。評価しないが三分の一を占めました。自由記述では「保険料（税）率の

最終決定が市町村となれば、今となら変わらぬ」「一定期間の分賦金方式は当面やむを得ないが、将来的に統一保険料（税）率を目指すべき」「直接賦課方式とした仕組みを検討・実施すべき」「後期高齢者医療広域連合を参考とした仕組みづくりを望む」といった意見がみられました。都道府県移管をするのならば、後期高齢者医療制度のような都道府県における統一保険料率や、都道府県による直接賦課方式を望む意見が少なくなかったのです。

「都道府県が分賦金を定める場合、都道府県内の市町村における一人当たりの保険料（税）負担が均一となるように保険料（税）を設定することに関する質問には、「評価する」「どちらか」と評価する「が一〇二保険者、「評価しない」「どちらか」と評価しない「が五一保険者ありました。「評価しない」「どちらか」と評価しない「が三分の一を占める結果となっています。自由記述では「所得水準の格差に対する配慮が必要」「保険者間の格差解消が課題」「医療費水準や所得水準等が異なるため、被保険者の理解が得られない」等、市町村間の所得水準や医療費水準の相異に着目した意見が出されました。

「都道府県が分賦金を定める場合、市町村ごとの医療費水準を考慮し、医療費適正化の効果を保険料（税）水準に反映させ、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とする」ことに関する質問には、「評価する」「どちらか」と評価する「が一二二保険者、「評価しない」「どちらか」と評価する「が四四

保険者となっていて、前の二つの質問よりも肯定的な評価が高かったです。ただし、自由記述では「医療費適正化だけでは予防できない疾病がある」「一人当たりの医療費など高額と判定される原因は、必ずしも市町村の責務ではない」「高齢化率が高い市町村に負担感が強まるのではないか」「医療費水準の反映は相互扶助の観点から適当ではない」などの意見が出され、市町村ごとの医療費水準を考慮して医療費適正化を迫ることに疑義を呈する市町村もありました。

「都道府県内の市町村間の所得水準の差異について、負担能力に応じ、各市町村の分賦金は市町村ごとの所得水準を考慮したものとすることに関する質問には、「評価する」「どちらか」と評価する「が一六保険者、「評価しない」「どちらか」と評価しない「が三九保険者となっていて、財政調整に肯定的な意見が多くみられました。ただし、自由記述では、財政調整に用いられている普通調整交付金のような画一的な算定方式を批判する意見や、「所得水準は同一であっても、偏在度合いは異なると考えられ、どの程度の違いが出るか不明であり判断できない」という意見もありました。

「都道府県が分賦金を定めるにあたっては、モラルハザードを防ぐための一定のルールを設けたうえで、市町村による自助努力だけで対応することが難しい収納率の低さに配慮する」ことに関する質問には、「評価する」「どちらか」と評価する「が一七保険者、「評価しない」「どちらか」と評価しない「が三九保険者ありました。自

由記述では「収納率の低さは若年層が多い、低所得者が多いなどといった構造的な要因によるところが大きく、不可避的な収納率の低さに配慮することは必要である」と評価する意見がある一方、「徴収努力しない市町村が得をするような制度は不公平」であるとし、収納率の低さに配慮することに必ずしも肯定的でない意見がみられました。

6. むすびにかえて

国はこの十数年間、共同事業の拡大や都道府県の役割強化という手段をもって市町村国保の問題に対応し、医療費負担の多い市町村の負担軽減や小規模市町村のリスク回避を図ってきました。二〇一五年度からは保険財政安定化共同事業の拡大が行われ、三〇万円以下の医療費もその対象になりました。

保険財政安定化事業による拠出金の負担割合は、医療費実績割对被保険者数割が一對一を原則としています。医療費実績割は毎年の医療費の変動による財政への影響緩和や小規模保険者への配慮、被保険者数割は医療費の市町村間の差による保険料（税）の相異の緩和や市町村間の一人当たり保険料の平準化に寄与します。しかし、拠出金における医療費実績割や被保険者数割では、都道府県内の市町村の所得格差が反映されないし、所得調整ができません。保険料（税）は市町村ごとに賦課・徴収方法がそもそも異なるため、各市町村にとって不公平感は解消されません。また、都道府県内の市町村の所得格差が反映されないため、所得が低く医療給付費の少ない市町村には重い負担

がかかります。この問題を踏まえ、拠出金の負担割合の算定方法に所得割を加えることは、一つの方策として検討に値します。拠出金の算定方法は、都道府県の判断で変更が可能であり、すでにみえてきたように、実際所得割を導入している都道府県もあります。さらに、都道府県調整交付金による所得調整もあり得ます。

国保の都道府県移管では、一定期間は賦金方式もやむを得ませんが、将来的には都道府県内で統一した保険料（税）率を実現される方向での検討が必要です。その際、後期高齢者医療制度の保険料の仕組み（均等割と所得割）は、課題もありますが、検討上の参考になると考えます。

統一した保険料（税）が実施される場合、市町村の医療費水準や保険料（税）収納率に対する一定の配慮が必要になると思います。医療費水準では年齢構成への配慮（特に高齢者の多い市町村への配慮）が、保険料（税）収納率では地域実情への配慮（若年層が多く、収納率が低くなる都市部などへの配慮）が必要だと思えます。ただ、その際、どのように配慮していくかは今後の検討課題として残っています。

都道府県移管にあたっては、当面、全面総報酬割の導入によって生ずる財源が活用されることになっていますが、私としては恒久的な財源が必要だと考えています。というのも、現役世代の負担を増やすことで対応する方法を続けていては、いずれまた同様の問題が生じてくるからです。やはり税をきちんと財源として入れていくべきですし、その意味で消費税の増税に関する議論もして

いかなければならないと思います。

市町村国保の構造問題を是正するということは必要ですし、政府はこれまでいろいろな手段を用いて部分的に対応してきており、その点はある一定の評価をすることが可能です。しかし、最も重要なことは、国民皆保険制度を維持していくこと、高齢化に伴う地域医療の充実化を図ることであり、これらのことと国保の構造問題は正という問題は密接不可分に関連しています。生活者の視点に立った対応が必要です。もちろん医療費効率化のための努力を継続していくことは必要ですが、国保の都道府県移管とともに、医師不足の解消、医師・看護師の地域的偏在の是正、医師・看護師の確保の充実、地域包括ケアのいっそうの推進、厳しい財政状況にある自治体立病院や国保直営診療所への財政支援のいっそうの強化といったことが並行して進められなければならないと思います。

へよこやま じゅんいち・北海道大学法学部教授

本稿は、二〇一五年六月一七日に開催した、公益社団法人北海道地方自治研究所第五一回定期総会記念講演会の内容をまとめたものです。
文責・編集部