

医療保障総合政策調査・研究基金事業

国民健康保険の財政構造と機能分析に関する調査研究
報告書

平成26年3月

健康保険組合連合会

研 究 体 制

【検討委員】

(○は座長、敬称略、五十音順)

加藤 智章 北海道大学大学院法学研究科 教授

佐藤 主光 一橋大学国際・公共政策大学院 院長

大学院経済学研究科 教授

長井 輝臣 パナソニック健康保険組合 顧問 (平成 25 年 3 月まで)

新田 秀樹 中央大学法学部 教授

堀 精宏 パナソニック健康保険組合 専務理事 (平成 25 年 4 月から)

○宮 武 剛 目白大学大学院 客員教授

棟重 卓三 日立健康保険組合 常務理事

脇山 哲郎 九州電力健康保険組合 副理事長

【事務局】

健康保険組合連合会 企画部

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社

【目 次】

第1章 調査の概要	1
1. 調査研究の目的	1
2. 調査研究の内容とテーマ	1
3. 調査研究の方法	2
4. 調査検討委員会の開催	3
第2章 国民健康保険制度の概要	4
1. 制度の概要	4
2. 市町村国民健康保険の構造の変遷	26
3. 市町村国民健康保険の収支状況の変遷	37
第3章 国民健康保険制度の歴史的変遷	44
1. 国民健康保険制度の創設と戦時下での普及	44
2. 戦後の国民健康保険制度の再建と国民皆保険	53
3. 国民健康保険制度の財政を巡る議論の歴史的変遷	61
第4章 高齢者医療制度の変更による公的医療保険の財源構成の変容	88
1. 高齢者医療給付費の負担の仕組み	88
2. 高齢者医療を支える制度間の財政負担構造	96
第5章 国民健康保険の財政効率化の可能性	123
1. 不透明な財政繰入の存在	123
2. 給付面での効率化の可能性	147
3. 保険料（医療給付分）の賦課限度額設定に係る効率化の可能性	181
4. 市町村国保の合併前後における財政構造の変化の分析	183
まとめ	193

第1章 調査の概要

1. 調査研究の目的

今日、国民健康保険（以下、「国保」と略す）は、無職（年金受給者）や低所得者の割合が増え、保険料の収納率が低下する中、国保特別会計が大幅な赤字となるなど、構造的な問題に直面している。

脆弱な財政基盤に対しては、平成22年国保法改正等により、①平成18年度～平成21年度までの「国保財政基盤強化策」（暫定措置）の4年間の延長（平成22年度～平成25年度まで）と恒久化¹、②都道府県単位の財政運営（広域化）、③社会保障・税の一体改革による国保財政基盤の強化¹が実施、あるいは検討されている。

今後、国保への公費投入や都道府県単位（広域化）による保険者組織のあり方をめぐる議論は、地域保険のみならず、前期高齢者医療への公費投入や前期高齢者納付金負担の軽減を求める被用者保険にとっても影響をもたらすことが予想される。

そこで本調査研究では、いわゆる「国保問題」の本質について、先行研究のサーベイや法制度・議論の変遷等の整理を行い、公表データをもとに分析し、高齢者医療制度への公費拡充や前期高齢者医療の財政調整のあり方、保険者機能論など、被用者保険の立場から、国保問題を通じて多角的に医療保険制度の課題・問題点を検証する。

2. 調査研究の内容とテーマ

本調査研究は2年間事業である。2年間で以下のテーマを中心に調査研究を行った。

【調査研究テーマ】

- 国保制度の変遷
 - ・戦前の国保制度
 - ・戦後の国保制度、国民皆保険と二本立て制度
 - ・財政調整に関する議論の変遷 / 等

- 国保の加入者構造の変容と現状分析
 - ・加入者構造の変容
 - ・制度創設時と現在の加入者構造の相違
 - ・国保を巡る最近の議論 / 等

¹ 平成24年4月5日に成立した国民健康保険法の一部を改正する法律により、平成27年4月1日より財政基盤強化策が恒久化されることとなった。この恒久化までの間は、暫定措置をさらに1年間（平成26年度まで）延長することが決まっている。

○国保の財政構造の変容と現状分析

- ・財源構造の変遷（保険料負担、公費負担の推移、納付金の状況）
- ・給付費の推移
- ・財政収支の推移、法定外繰入金・繰上充用
- ・保険料収納率の推移
- ・保険料負担（応能割、応益割）　／等

○高齢者医療制度の仕組みと財政

- ・前期高齢者と納付金
- ・前期高齢者医療の財政調整のあり方
- ・費用と負担の関係（会計区分）　／等

○国保制度の課題

- ・前期高齢者医療と納付金
- ・財政運営の都道府県単位化
- ・低所得者への対応
- ・公費負担のあり方
- ・保険者機能　　／等

3. 調査研究の方法

国保の加入者構造・財政構造の変遷、前期高齢者医療制度に係る財政構造等については公表されている統計資料をもとに分析を行った。また、国保制度の歴史的変遷については文献調査を実施した。この他、国保制度を巡る最近の動向については改革案やそれに関する関係者の意見等を収集する目的で文献調査を行った。

なお、「調査研究体制」に記載のとおり、有識者・健保組合関係者を委員とする検討委員会を設置・開催し、調査研究の内容について検討を行った。

4. 調査検討委員会の開催

下記の通り、計4回の検討委員会を開催した。

【第1回】

日時： 平成24年8月27日（月）10：30～12：30

- 議題： 1. 挨拶、委員紹介
2. 調査研究の計画について
3. その他

【第2回】

日時： 平成25年4月17日（水）15：00～17：00

- 議題： 1. 国保に関する歴史的経緯について
2. 加入者構造の変容について
3. 財源構成の変容について
4. 今後の論点と分析について
5. その他

【第3回】

日時： 平成25年12月6日（金）15：00～17：00

- 議題： 1. 加入者構造の変容について
2. 市町村国保の財政効率化について
3. 医療保険制度における制度体系と財政調整に関する議論の歴史的変遷について
4. その他

【第4回】

日時： 平成26年3月19日（水）9：30～11：00

- 議題： 1. 報告書素案について
2. その他

第2章 国民健康保険制度の概要

本章では、国民健康保険制度の概要について整理した。

1. 制度の概要

(1) 制度の概要

国民健康保険は、被保険者の疾病、負傷、出産または死亡に関して必要な保険給付を行い、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的として実施されている（国民健康保険法、以下「国保法」とする。第1条、第2条）。

保険者は「市町村及び特別区」（以下、「市町村国保」）と「国民健康保険組合」である（国保法第3条1項及び2項）。法律上、国民健康保険制度の保険者は原則として市町村であり（市町村公営主義）、国民健康保険事業の実施は、市町村が実施しなければならないものとされている²（関連として、地方自治法第2条8項、9項）。なお、本調査研究では国民健康保険組合を調査対象としていないが、簡単に触れると、国民健康保険組合の設立に際しては主たる事務所の所在地の都道府県知事の認可を受けなければならないとされている（国保法第17条）。この時、都道府県知事は、当該組合の設立によりこれらの市町村の国民健康保険事業の運営に支障を及ぼさないと認めるときでなければ、認可してはならないこととなっている（国保法第17条2項）。換言すると、都道府県知事が市町村の国民健康保険事業の運営に支障を来すと判断すれば国民健康保険組合の設立は認められないこととなる。

被保険者については、法では「市町村又は特別区の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする」とされており、当該市町村に住所を有する者は被保険者となる（国保法第5条、強制適用）。ただし、被用者保険の被保険者等や生活保護を受けている者などは適用除外となる（国保法第6条）。このように、国保は住所を有することのみを資格要件とし、被用者保険の被保険者・被扶養者や生活保護受給者に該当しない国民を広くカバーするセーフティネットとすることで、国民皆保険を実現する制度となっている。なお、健康保険法上の「被扶養者」に該当する家族であっても、国保制度上では「被保険者」となる。

² 国保法第3条により、「市町村及び特別区に対し、国保の保険者たる地位を認めているだけでなく、法律上国保の実施義務があることを明らかにしている」とされている（社会保険実務研究所『新・国民健康保険基礎講座』（平成22年8月）p109参照）。なお、「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律（地方分権一括法、平成11年7月16日法律第87号）」により、「機関委任事務」及びその他従来からの事務区分は廃止され、地方公共団体の事務は「法定受託事務」と「自治事務」に再編成された。国民健康保険事業については「自治事務」として区分されている（社会保険実務研究所『新・国民健康保険基礎講座』（平成22年8月）p114参照）。

図表 2- 1 国民健康保険法における根拠条文

(目的)

第一条 この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もつて社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする。

(国民健康保険)

第二条 国民健康保険は、被保険者の疾病、負傷、出産又は死亡に関して必要な保険給付を行うものとする。

(保険者)

第三条 市町村及び特別区は、この法律の定めるところにより、国民健康保険を行うものとする。

2 国民健康保険組合は、この法律の定めるところにより、国民健康保険を行うことができる。

(被保険者)

第五条 市町村又は特別区（以下単に「市町村」という。）の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする。

(適用除外)

第六条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、市町村が行う国民健康保険の被保険者としない。

- 一 健康保険法（大正十一年法律第七十号）の規定による被保険者。ただし、同法第三条第二項の規定による日雇特例被保険者を除く。
- 二 船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）の規定による被保険者
- 三 国家公務員共済組合法（昭和三十三年法律第二百二十八号）又は地方公務員等共済組合法（昭和三十七年法律第一百五十二号）に基づく共済組合の組合員
- 四 私立学校教職員共済法（昭和二十八年法律第二百四十五号）の規定による私立学校教職員共済制度の加入者
- 五 健康保険法 の規定による被扶養者。ただし、同法第三条第二項 の規定による日雇特例被保険者の同法 の規定による被扶養者を除く。
- 六 船員保険法 、国家公務員共済組合法（他の法律において準用する場合を含む。）又は地方公務員等共済組合法 の規定による被扶養者
- 七 健康保険法第二百二十六条 の規定により日雇特例被保険者手帳の交付を受け、その手帳に健康保険印紙をはり付けるべき余白がなくなるに至るまでの間にある者及び同法 の規定によるその者の被扶養者。ただし、同法第三条第二項 ただし書の規定による承認を受けて同項 の規定による日雇特例被保険者とならない期間内にある者及び同法第二百二十六条第三項 の規定により当該日雇特例被保険者手帳を返納した者並びに同法 の規定によるその者の被扶養者を除く。
- 八 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）の規定による被保険者

- 九 生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）による保護を受けている世帯（その保護を停止されている世帯を除く。）に属する者
- 十 国民健康保険組合の被保険者
- 十一 その他特別の理由がある者で厚生労働省令で定めるもの

国保は、他の制度と同様に、被保険者の疾病、負傷、出産、死亡を保険事故とし、これについて必要な保険給付を行う制度である（国保法第2条）。医療給付の内容や患者一部負担割合は被用者保険と同じである（国保法第36条。第42条等）。被用者保険との違いは、被用者保険では「労働者の業務外の事由による疾病等」に限られる保険給付の範囲が国保では限定されていないことである。また、傷病手当金や出産手当金等の現金給付で違いがある。

図表 2- 2 国民健康保険と健康保険の給付内容

国保と健保の給付内容 （平成24年4月現在）

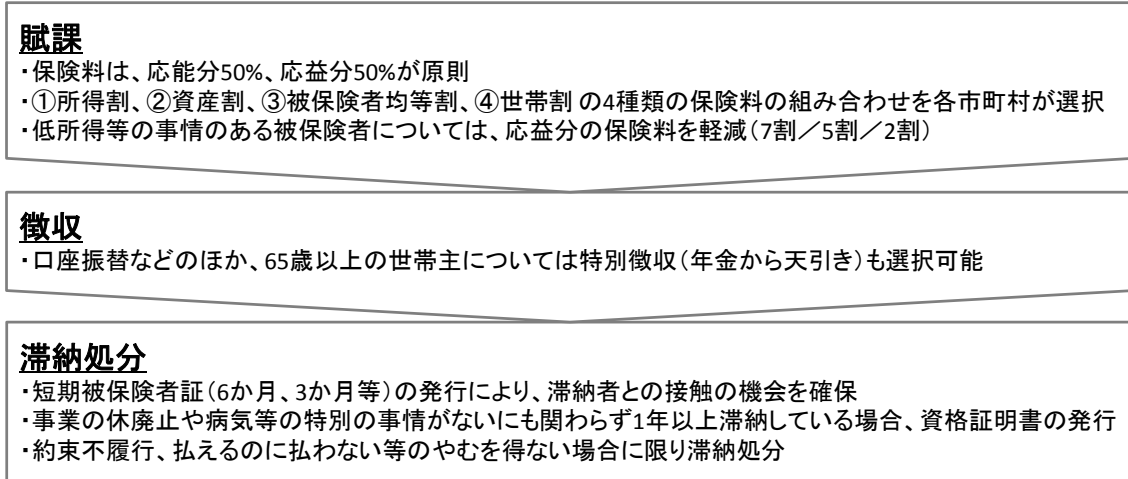
給付		国民健康保険(市町村)	健康保険
医療給付	療養の給付	義務教育就学前: 8割、義務教育就学後から70歳未満: 7割	
	訪問看護療養費	70歳以上75歳未満: 8割(※)(現金並み所得者(現役世代の平均的な課税所得(年145万円)以上の課税所得を有するもの): 7割)	
	入院時食事療養費	食事療養標準負担額: 一食につき260円 低所得者で90日を越える入院: 一食につき160円	低所得者: 一食につき210円 特に所得の低い低所得者(70歳以上): 一食につき100円
	入院時生活療養費(65歳~)	生活療養標準負担額: 一食につき460円(※)+320円(居住費) 特に所得の低い低所得者: 一食につき130円(食費)+320円(居住費) (※)入院時生活療養費(Ⅱ)を算定する保健医療機関では420円	低所得者: 一食につき210円(食費)+320円(居住費) 老齢福祉年金受給者: 一食につき100円(食費)+0円(居住費) 注: 難病等の患者の負担は食事療養標準負担額と同額
高額療養費(自己負担限度額)	70歳未満の者 (上位所得者) 150,000円+(医療費-500,000円)×1% (83,400円) (一般) 80,100円+(医療費-267,000円)×1% (44,000円) (低所得者) 35,400円 (24,600円) (括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当)	70歳以上75歳未満の者 入院 外来(個人ごと) (現役並み所得者) 80,100円 44,400円 +(医療費-267,000)×1% (一般(※)) 44,400円 12,000円 (低所得者) 24,600円 8,000円 (低所得者のうち特に所得の低い者) 15,000円 8,000円	
現金給付	出産育児一時金	給付内容は条例で定めるところによる。 (ほとんどの保険者が原則42万円(産科医療保障制度の加算対象出産ではない場合は39万円))	出産育児一時金 被保険者又はその被扶養者が出産した場合、原則42万円を支給。 (産科医療保障制度の加算対象出産ではない場合は、39万円)。 家族出産育児一時金
	葬祭費	給付内容は条例で定めるところによる。 (1~5万円程度としている市町村が多い)	埋葬料 被保険者が死亡した場合、遺族等に対し定額5万円を支給
	埋葬料	ほとんどの市町村が実施	家族埋葬料 被扶養者が死亡した場合、被保険者に対し定額5万円を支給
	傷病手当金	任意給付 (実施している市町村はない)	被保険者が業務外の事由による療養のため労務不能となった場合、その期間中、最長で1年6ヶ月1日に付き標準報酬日額の3分の2相当額を支給
	出産手当金		被保険者本人の産休中(出産日以前42日から出産日後56日まで)の間、1日に付き標準報酬日額の3分の2相当額を支給

(注) 平成20年4月から窓口負担は1割に据え置かれ、高額療養費の自己負担限度額についても本表の額のまま据え置かれる。平成26年4月以降70歳の誕生日に到達した者については2割となる。

(資料) 厚生労働省「我が国の医療保険について」

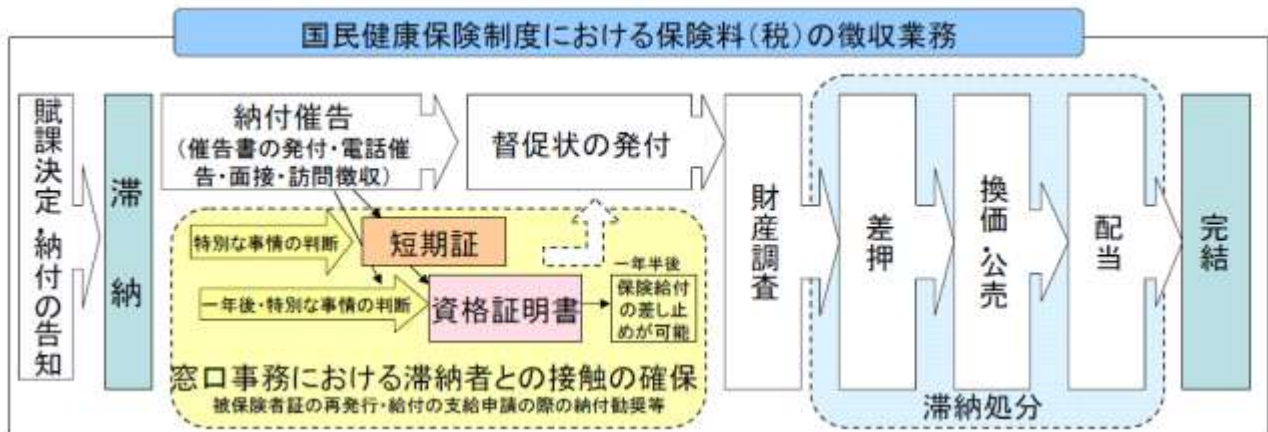
財源は、保険料（税）の他、国庫負担金、都道府県の補助金、市町村の一般会計からの繰入金、被用者保険等保険者が拠出する療養給付費等交付金、前期高齢者交付金等多様である（国保法第5章）。このうち、保険料（税）の賦課方式は複雑で保険者（市町村）ごとに採用する方式が異なる。保険料徴収の大きな流れとしては、保険料賦課、徴収、滞納処分となっている。

図表 2- 3 保険料徴収の大きな流れ



(資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

図表 2- 4 保険料徴収の仕組み



(資料) 厚生労働省保険局国民健康保険課「国民健康保険制度の窓口業務・徴収業務について」

(2) 財政構造の概要

①財政全体の概況

国保事業については独立事業的な性格を有しているため、市町村は一般会計とは別に特別会計を設けて独立で経理することとなっている（国保法第10条）。

この特別会計の支出額には、総務費、保険給付費、後期高齢者支援金、介護納付金、共同事業拠出金等、各事業の管理運営のために必要な経費などが計上されている。一方、収入額には、被保険者が負担する保険料（税）の他、国から交付される国庫支出金、都道府県支出金、前期高齢者交付金、一般会計からの繰入金等様々な交付金や補助金が計上されている。

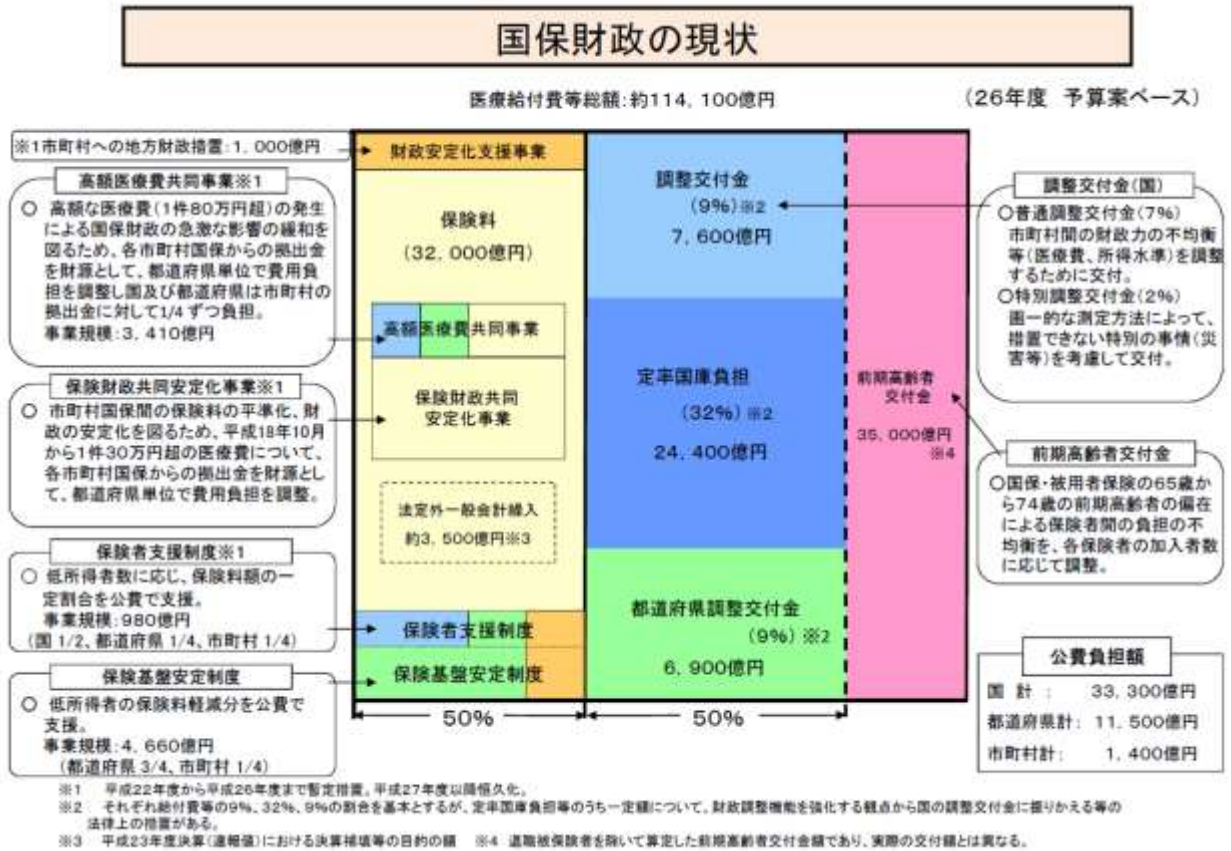
国保事業に関する財務運営については、国保法、国保法施行令、国保法施行規則の他、地方自治法、地方税法、地方財政法及びこれらに基づく命令に定める市町村の財務運営に関する諸規定によって行われる³。

平成26年度予算案ベースとなるが、国保の医療給付費等総額は約11.4兆円であり、このうち、約3.5兆円が前期高齢者交付金によるものとなっている。また、残りの約7.9兆円を公費50%、保険料50%で負担することが原則であるが、実際には法定外一般会計繰入なども投入されている。さらに、低所得者に対する保険料軽減分の補填や低所得者が多い保険者への財政支援等として公費が投入されている。

なお、経過措置として、65歳未満の老齢・退職年金を受給している退職者とその65歳未満の家族である国保被保険者に対する退職者医療制度があり、この制度に係る収入があるが、図表2-5には、この分は含まれていない。

³ 社会保険実務研究所『新・国民健康保険基礎講座』（平成22年8月）p127参照

図表 2- 5 国民健康保険財政の現状



(資料) 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」資料(平成26年2月17日)

②保険料（税）

保険料（税）は主要な財源の一つである。前述の通り、平成 26 年度予算ベースでは、医療給付費等総額は約 11.4 兆円であり、このうち、前期高齢者交付金を除くと約 7.9 兆円となっている。これに対し、保険料は約 3.2 兆円となっている。

市町村は、被保険者から「保険料」の代わりに「保険税」での徴収が認められている（国保法第 76 条）⁴。

図表 2- 6 国民健康保険法における根拠条文

（保険料）

第七十六条 保険者は、国民健康保険事業に要する費用（前期高齢者納付金等及び後期高齢者支援金等並びに介護納付金の納付に要する費用を含み、健康保険法第一百七十九条に規定する組合にあつては、同法 の規定による日雇拋出金の納付に要する費用を含む。）に充てるため、世帯主又は組合員から保険料を徴収しなければならない。ただし、地方税法の規定により国民健康保険税を課するときは、この限りでない。

図表 2- 7 地方税法における根拠条文

（国民健康保険税）

第七百三条の四 国民健康保険を行う市町村（一部事務組合又は広域連合を設けて国民健康保険を行う場合においては、当該一部事務組合又は広域連合に加入している市町村）は、国民健康保険に要する費用（高齢者の医療の確保に関する法律 の規定による前期高齢者納付金等（以下この条において「前期高齢者納付金等」という。）及び同法 の規定による後期高齢者支援金等（以下この条において「後期高齢者支援金等」という。）並びに介護保険法 の規定による納付金（以下この条において「介護納付金」という。）の納付に要する費用を含むものとし、国民健康保険を行う一部事務組合又は広域連合に加入している市町村にあつては、当該一部事務組合又は広域連合の国民健康保険に要する費用（前期高齢者納付金等及び後期高齢者支援金等並びに介護納付金の納付に要する費用を含む。）の分賦金とする。次項において同じ。）に充てるため、国民健康保険の被保険者である世帯主に対し、国民健康保険税を課することができる。

⁴ 昭和 26 年に地方税法の中に目的税としての国民健康保険税が創設され、昭和 33 年以降の新法でも維持された（社会保険実務研究所『新・国民健康保険基礎講座』（平成 22 年 8 月）p611 参照）。

保険料と保険税の違いは、1) 保険料方式では賦課限度額や保険料の減免などについて保険者である市町村が自主的に決定することができ、ある程度の弾力性が認められているが、保険税方式では地方税法にそれらが規定されている、2) 徴収権の消滅時効が保険料は2年であるのに対し、保険税は5年となっている、などである。

図表 2- 8 保険料・保険税の違い

	保険料	保険税
根拠法	国民健康保険法	地方税法
保険者（課税団体）	市町村、特別区、国民健康保険組合。広域連合も可能	市町村、特別区 広域連合は不可
賦課（標準課税）総額	国保法施行令に規定	地方税法に規定
税率の決定・変更の場合の都道府県知事への協議	必要	不要
徴収の方法	地方自治法の規定による	地方税法の規定による
徴収手続	地方自治法、地方自治法施行令及び条例の規定による	地方税法の規定による
徴収事務が可能な者	会計職員が行うので、吏員以外の者（雇員、嘱託等）でも徴収事務を行うことができる	徴税吏員に限られる
賦課（課税）権の期間制限	2年	3年
徴収権及び還付請求権の消滅時効	2年	5年
徴収権の優先順位	先取特権の順位は国税及び地方税に次ぐ	国税及び他の地方税と同順位であり、他の全ての債権又は公課に優先する
不服申立て	都道府県国保審査会に対する審査請求（国保法第91条）	課税団体（市町村長）に対する異議申立て（行政不服審査法）

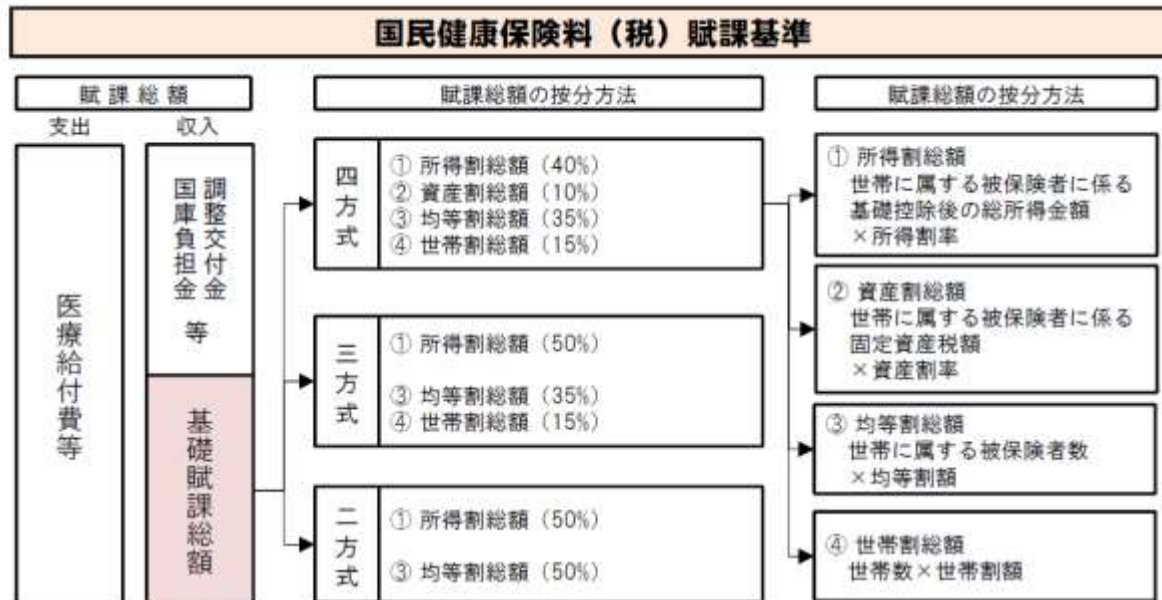
（資料）厚生労働省保険局国民健康保険課資料等をもとに作成

保険料は所得や資産といった経済的負担能力に応じて賦課される部分（応能割）と1世帯当たり、被保険者1人当たり一定額といった受益に応じて賦課される部分（応益割）とで構成されている。この割合については、国保法施行令や地方税法に「4方式」、「3方式」、「2方式」による3つの方式とそれぞれの標準按分割合が示されている。平成23年度末ベースとなるが、「4方式」を採用している保険者数の割合は69.2%で、「3方式」が27.6%、「2方式」が3.2%であった。しかし、都市部の保険者では3方式や2方式の採用が多く、世帯数・被保険者数で見ると4方式は約3分の1と少数派で、3方式、2方式が3分の2を占め、保険者単位で見た場合とは異なることに注意が必要である。

応能割と応益割の按分割合について国では3つの方式のいずれの方式による場合であっても「50：50」とすることが望ましいとしているが、市町村は、どの方式を採用するか任意で選択することができ、按分割合も大幅な変更でない限り修正し、それぞれ

条例で規定して運用することができる。

図表 2-9 保険料賦課方式



■ 国民健康保険料（税）の賦課方式別保険者数

(平成23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ので、総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。(基礎賦課分の他、後期高齢者支援金等、介護納付金にかかるものがある。)

(資料) 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」資料(平成26年2月17日)

上記の「所得割」分の算定の基礎は、「旧ただし書方式」を原則としており、ほとんどの保険者（市町村）で採用されている。例外的に「本文方式」または「(市町村民税の) 所得割方式」によることも認められている。保険料方式を採用している市町村では、「市町村民税額方式」、「道府県民税」及び「市町村民税額方式」も認められている。保険料（税）はそれぞれの方式に基づいて把握された額に料（税）率を乗じて所得割分の保険料（税）を算出する。平成 25 年度からはすべての保険者が税制改正によらず、賦課ベースの広い「旧ただし書方式」となっている。

図表 2- 10 所得割総額算定の基礎となる所得の算定方法

旧ただし書方式	地方税法で規定する総所得金額及び山林所得金額の合計額から基礎控除額を控除した額
本文方式	旧ただし書方式による所得からさらに社会保険料、障害者、勤労学生などの各種控除を引いた額
所得割方式	市町村民税の所得割額
市町村民税額方式	市町村民税の額
道府県民税及び市町村民税額方式	道府県民税と市町村民税の合算額
市町村民税所得割特別算定額方式	総所得金額から市町村民税の所得割が課されない者、または免除される額にかかる所得金額を控除した額
市町村民税特例算定額方式	総所得金額から市町村民税の均等割が課されない者、または市町村民税が免除される者にかかる所得金額を控除した額

「資産割」分については、固定資産税額または固定資産税額のうち土地や家屋にかかる部分の額に料（税）率を乗じて資産割分の保険料を算出する。

「被保険者均等割」分については被保険者均等割総額を被保険者数で除して算出する。

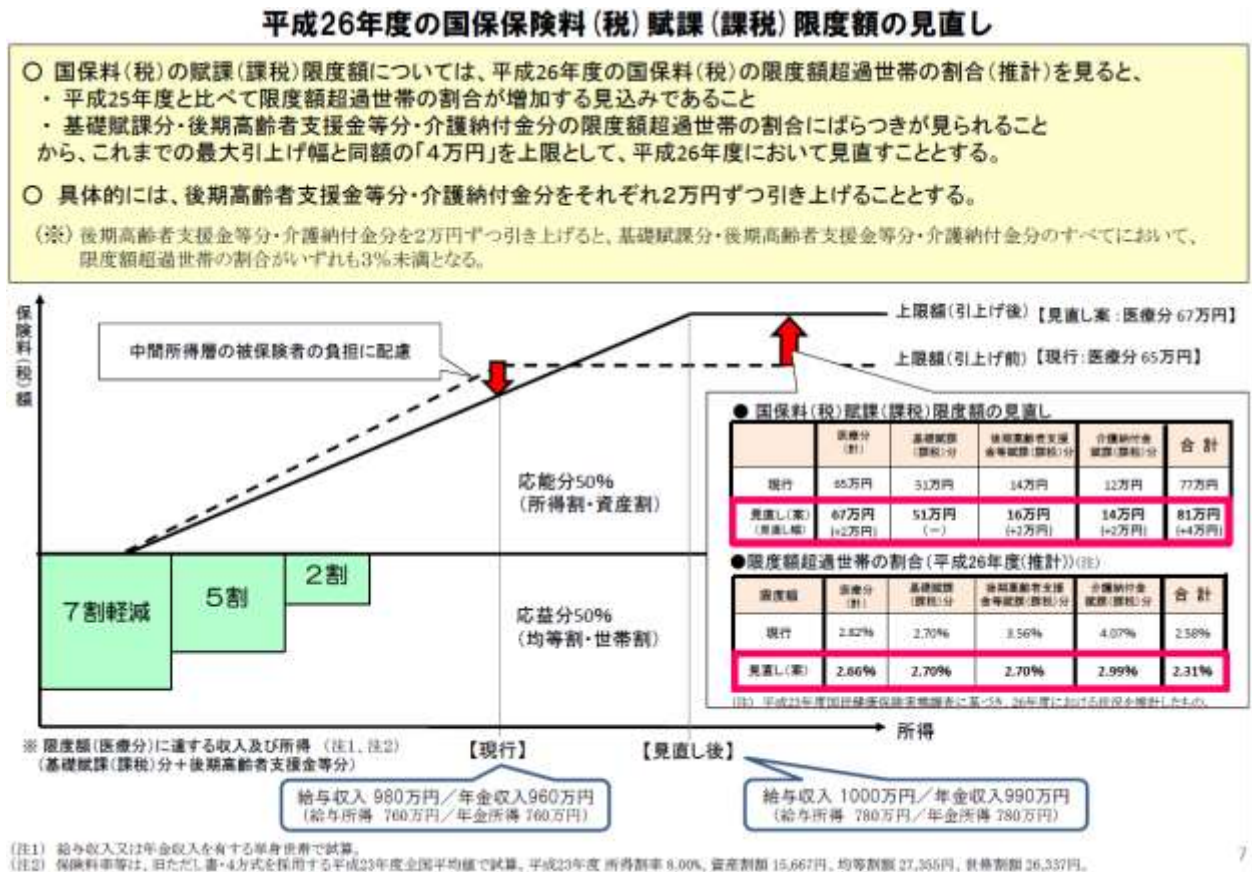
「世帯別平等割」分については世帯別平等割総額を世帯数で除して算出する。

なお、国保では賦課限度額が設けられている⁵。平成 25 年度の賦課限度額は、医療給付費分 51 万円、後期高齢者支援金等分 14 万円、介護納付金分 12 万円となっている。ただし、賦課限度額については、「社会保障制度改革国民会議報告書（平成 25 年 8 月 6 日）」を受け、「国民健康保険において相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである」とされ、「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案」（平成 25 年 10 月 15 日閣議決定）においても賦課限度額の引上げが明記された。これを受けて、平成 26 年度に賦課限度額を見直すことが明記され、具体的な内容として後期高齢者支援金等分 2 万円、介護納付金分 2 万円をそれぞれ引き上げ

⁵ 被用者保険制度では標準報酬等級の上限が設定されている。

る案が示されたところである。この結果、賦課限度超過額世帯の割合は3%未満となる試算も合わせて示された。

図表 2- 11 国保保険料（税）賦課（課税）限度額の見直し



(資料) 第73回社会保障審議会医療保険部会資料(平成26年1月20日)

一定の所得以下の世帯については保険料(税)を軽減する措置がある。この保険料(税)軽減相当額については保険基盤安定制度により公費で負担される(後述)。

上記の計算により算出された保険料(税)について、市町村は国保の被保険者の世帯の世帯主から徴収する。徴収方法には納付書、口座振替による支払い(普通徴収)、年金からの支払い(特別徴収)がある。

③公費の仕組み

国保においては、被保険者の保険料（税）は財源の一つとなっているが、被用者保険における事業主負担に相当するものがないこと、財政基盤が弱いことなどの観点から、被用者保険と比較して多額の公費が投入されている。

国保に対しては、国から給付費等の 32%相当額の「定率国庫負担」が存在する⁶。

また、公費財源として「調整交付金」がある。調整交付金は、市町村の財政負担能力などを考慮して配分される交付金であり、国が負担する総額は全市町村の保険給付に要する費用の見込み額等の 9%相当額とされている。調整交付金は、普通調整交付金と特別調整交付金に大別される。このうち、普通調整交付金は、医療供給体制の整備状況や産業構造等の相違で生じる財政力の不均衡を調整するため交付され、特別調整交付金は画一的な測定方法では捕捉できない特別の事情（災害や流行病の発生など）がある場合、その特殊事情による財政難の不均衡を調整するために交付される。

平成 17 年度からは市町村の国保財政の安定化における都道府県の役割・権限の強化を図る観点から「都道府県調整交付金」が導入された。これによって、都道府県ごとに給付費等の 9%相当額について財政調整が行われる。

これらの公費を合わせると、医療給付費等の 50%に相当する。このほかの公費負担として、後述する高額医療費共同事業、保険料軽減や財政支援のための公費負担がある。

図表 2- 12 国民健康保険財政における公費の仕組み

国	定率国庫負担（32%）		医療費の実績に応じて市町村国保に交付
	調整交付金（9%）	普通調整交付金（7%）	市町村間の財政力の不均衡（医療費、所得水準）を全国レベルで調整するために交付
		特別調整交付金（2%）	災害等による保険料減免や、原爆、結核等の地域的な特殊事情による給付費増などを考慮して全国レベルで調整
都道府県	都道府県調整交付金（9%）	1号交付金	都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の格差を調整
		2号交付金	都道府県内の市町村の特別な事情に応じて交付

⁶ 平成 24 年 4 月に成立した改正法によって、平成 24 年度から都道府県調整交付金を給付費等の 7%から 9%に引き上げ、定率国庫負担を給付費等の 32%とすることとなったほか、平成 27 年度から保険財政共同安定化事業の対象を全ての医療費に拡大することとなっている。

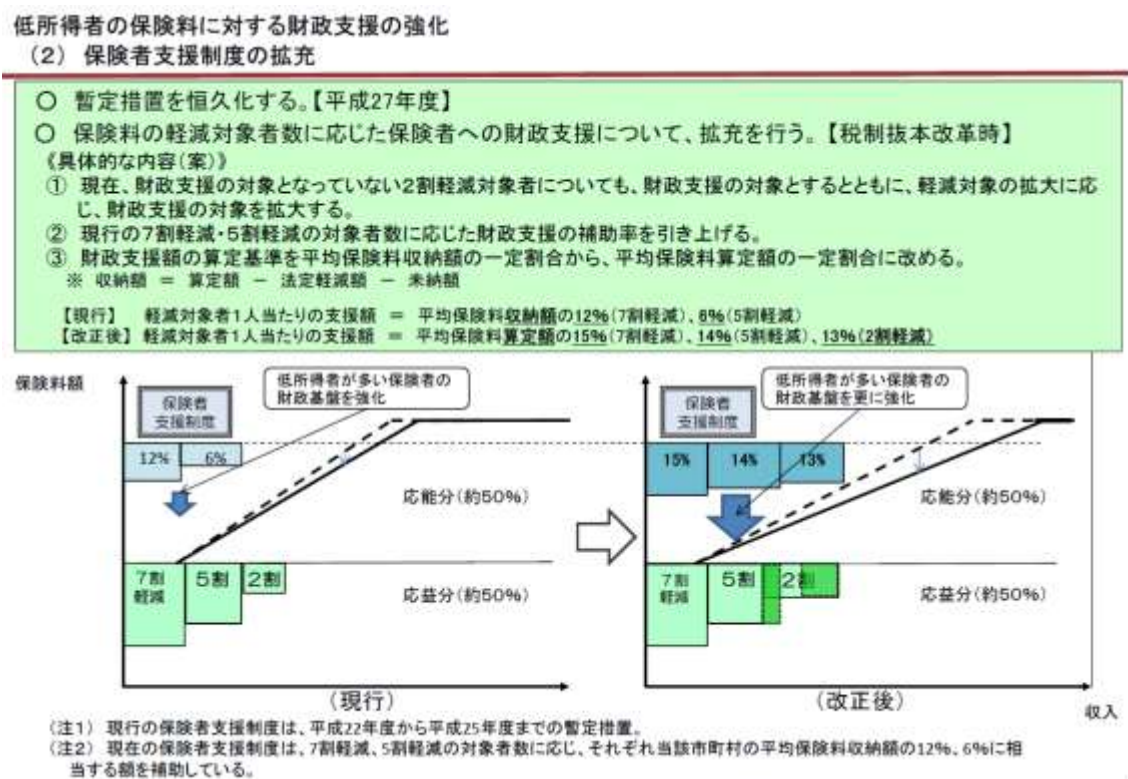
④保険者への財政支援等

1) 保険者支援制度

保険者への財政支援制度・事業として、「保険者支援制度」がある。これは、保険料軽減の対象となる低所得者数に応じ、平均保険料額の一定割合を保険者に対して公費で補填するものである。国が費用の2分の1、都道府県が4分の1、市町村が4分の1をそれぞれ負担する。平成26年度予算ベースでは980億円の事業規模となっている。

この「保険者支援制度」は暫定措置とされていたが、平成27年度からは恒久化される。

図表2-13 保険者支援制度の拡充



(資料) 厚生労働省保険局「全国厚生労働関係部局長(厚生分科会)」資料(平成26年1月22日)

2) 保険料軽減制度

「保険料軽減制度」として、保険料軽減の対象となった低所得者の保険料のうち、軽減相当額を公費で補填する仕組みがある。具体的には都道府県が費用の4分の3、市町村が4分の1をそれぞれ負担するものである。保険料軽減の対象世帯を拡大することが検討されている。平成26年度予算ベースでは4,660億円の事業規模となっている。

図表 2- 14 保険料軽減制度の拡充

低所得者の保険料に対する財政支援の強化

(1) 保険基盤安定制度の拡充(応益割保険料の軽減対象世帯の拡大)

○ 低所得者に対する保険料軽減の対象世帯を拡大する。【税制抜本改革時】

《具体的な内容(案)》

① 2割軽減の拡大 … 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

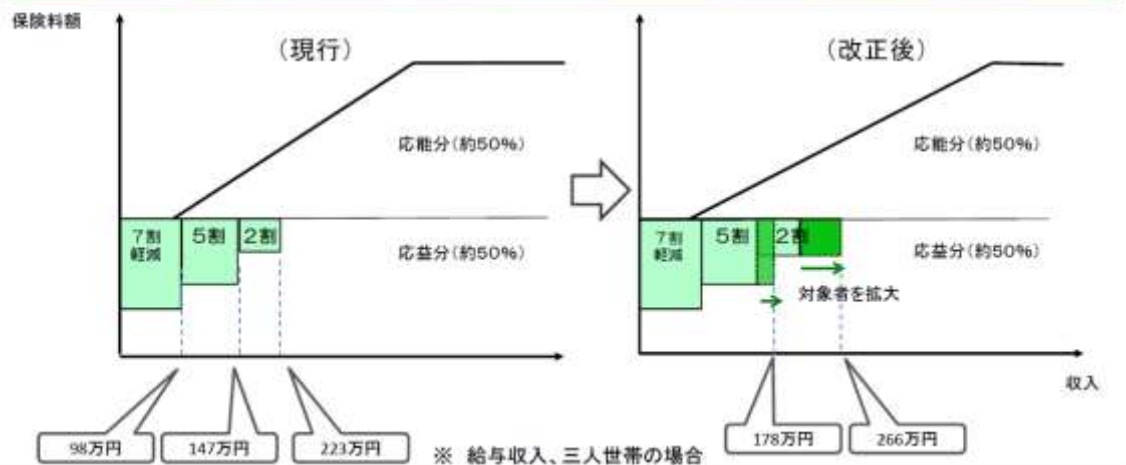
(現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 (給与収入 約223万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 (給与収入 約266万円、3人世帯)

② 5割軽減の拡大 … 現在、二世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

(現行) 基準額 33万円+24.5万円×(被保険者数-一世帯主) (給与収入 約147万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+24.5万円×被保険者数 (給与収入 約178万円、3人世帯)



(資料) 厚生労働省保険局「全国厚生労働関係部局長(厚生分科会)」資料(平成26年1月22日)

⑤共同事業

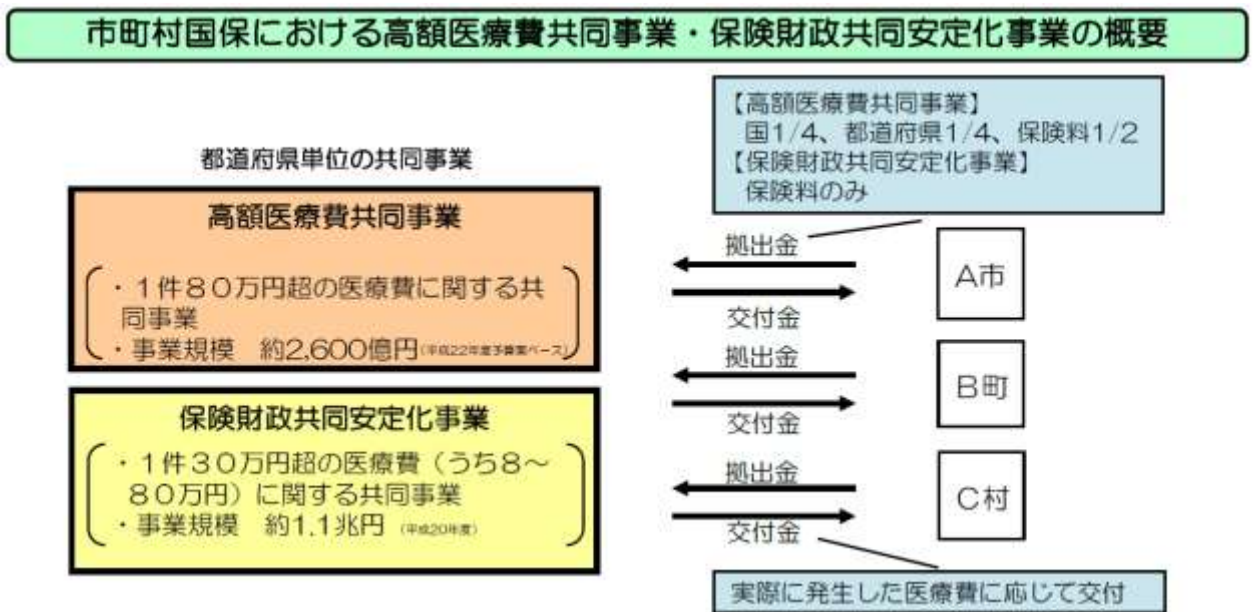
1) 高額医療費共同事業

「高額医療費共同事業」は、昭和 63 年度に創設された制度である。一定額以上（1 件 80 万円超）の高額医療費について、都道府県内の全市町村が拠出し、各市町村の単年度の負担の変動を緩和するための事業である。財源は市町村国保からの拠出金（保険料）であるが、国と都道府県が事業対象の 4 分の 1 ずつ（合計 2 分の 1）公費負担する仕組みとなっている。平成 26 年度予算ベースでは 3,410 億円の事業規模となっている。

2) 保険財政共同安定化事業

「保険財政共同安定化事業」は、市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一定額以上（1 件 30 万円超）の医療費について、各市町村国保からの拠出金（保険料）を財源として、都道府県単位で費用負担を調整する事業である。

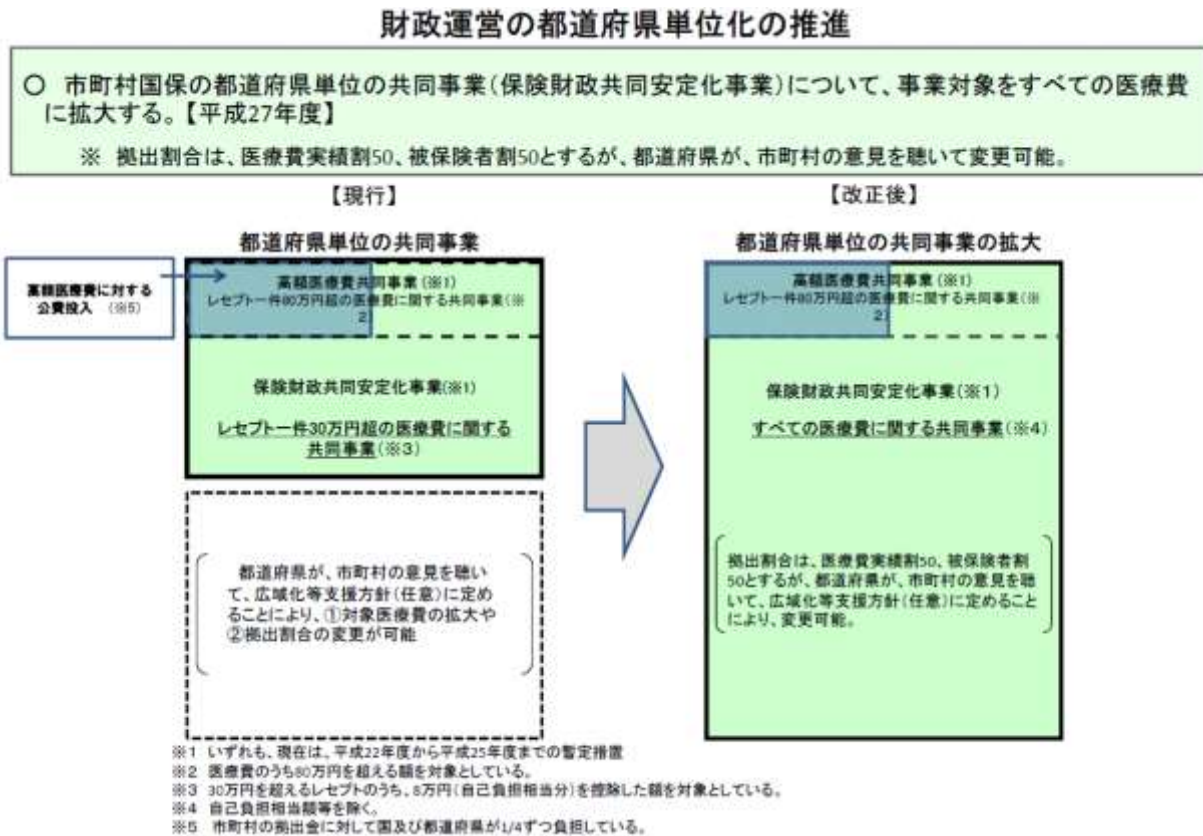
図表 2- 15 市町村国保における高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要



(資料) 「第 2 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資料」(平成 24 年 1 月 24 日)

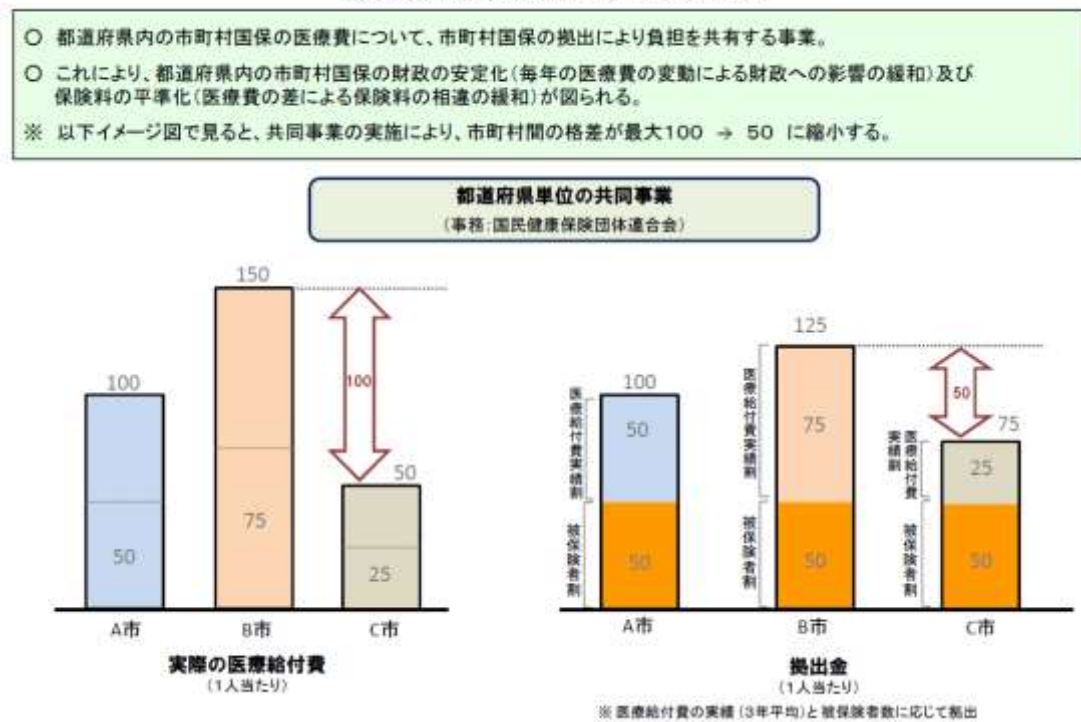
平成 24 年 4 月に成立した改正法によって、共同事業は時限措置ではなく恒久化されることとなった。また、保険財政共同安定化事業は、対象とするレセプトを 30 万円超としていたものを、平成 27 年度以降は金額によらずすべての医療費に拡大することとされた。また、その際の「拠出割合は、医療費実績割 50、被保険者割 50 とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて、広域化等支援方針（任意）に定めることにより、変更可能」としている。

図表 2- 16 財政運営の都道府県単位化の推進



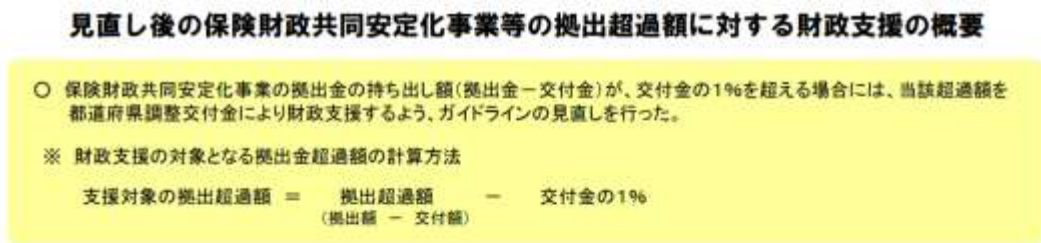
(資料) 厚生労働省保険局国民健康保険課「全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」資料(平成26年2月17日)

図表 2- 17 都道府県単位の共同事業の仕組み

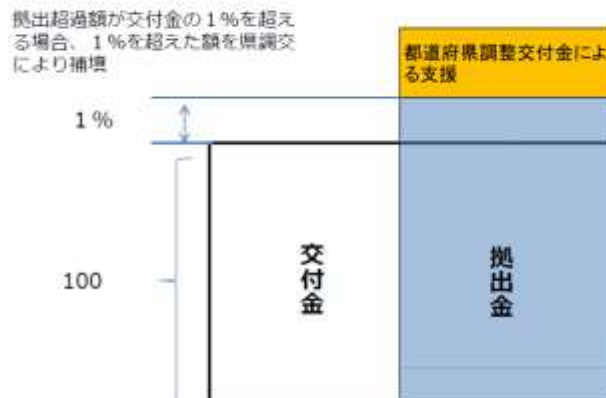


(資料) 厚生労働省保険局国民健康保険課「全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議」資料(平成26年2月17日)

図表 2- 18 見直し後の保険財政共同安定化事業の拠出超過額に対する財政支援の概要



【1%超過額に対する財政支援のイメージ】



(資料) 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」資料(平成26年2月17日)

⑥一般会計繰入金等

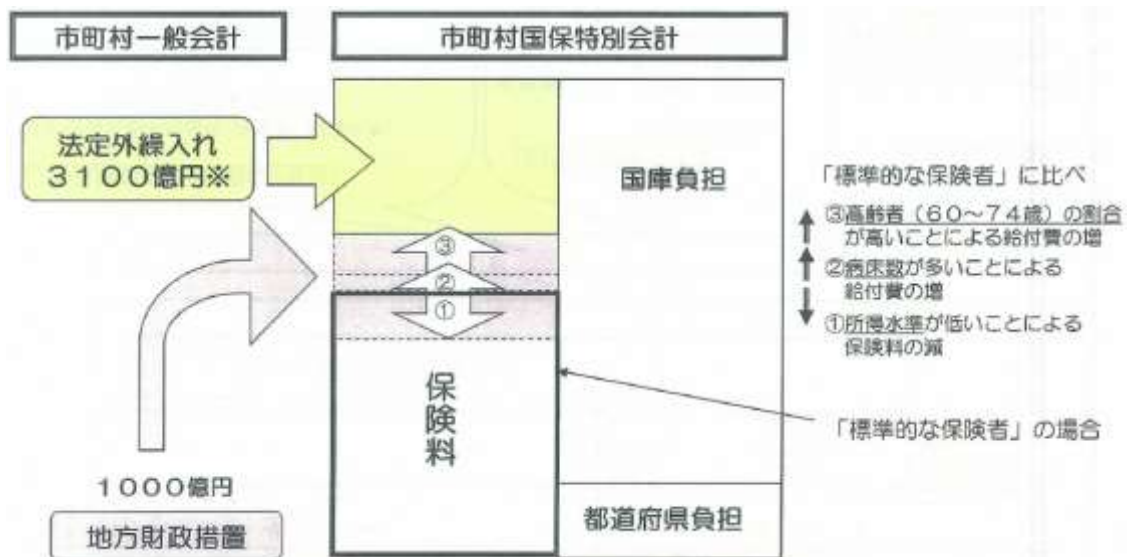
1) 財政安定化支援事業

「財政安定化支援事業」は平成4年4月に創設された制度である。市町村国保財政の安定化、保険料（税）負担の平準化等に資するため、市町村一般会計から市町村国保特別会計への繰入れについて地方財政措置する公費である。具体的には、保険料負担能力（低所得者の割合）、過剰病床、年齢構成差（高齢者の割合）を勘案して算定された対象経費に相当する額を基準財政需要額に算入する。これは低所得者層の割合、高齢者の割合が高いなど、保険者の責めに帰さない財政事情に着目した補填金である。全額市町村の負担で、特別会計の歳入において「一般会計繰入金」として受入れ処理されるが、地方交付税により所要の措置が講じられる。一般会計繰入金のうち法定繰入金といわれるものである。1,000億円規模の地方財政措置が行われている。

2) 一般会計繰入金（法定外）

「一般会計繰入金（法定外）」は、赤字補填等を目的として市町村一般会計から繰入れられるもので、市町村の全額負担である。平成26年度予算ベースでは約3,500億円の規模となっている。

図表 2- 19 一般会計繰入金（法定外）



※決算補填等の目的の額

（資料）「第2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資料」（平成24年1月24日）

3) 前年度繰上充用

「前年度繰上充用」は、地方自治法施行令第 166 条の 2 に規定されている措置で、前年度の歳入が不足する場合に、当年度の歳入を繰り上げてそれに充てることができる仕組みである。繰上額は当該年度においては歳出額に計上されるが、前年度においては歳入に計上されない。収支差引後の赤字額を見て捕捉することになる（一般会計繰入金の赤字補填分とは異なる）。

(3) 国民健康保険運営協議会

国民健康保険では、国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議するため、市町村の執行機関である市町村長の諮問機関として「国民健康保険運営協議会」（以下、「国保運営協議会」）が設置されている。重要事項とは、国民健康保険事業の基本をなすべき事業及び保険財政に重要な影響を及ぼす事項を指す。具体的には、一部負担金の負担割合、保険料の賦課方法、保険給付の種類及び内容の変更並びに保健施設の実施の大綱の策定等が該当する。

この国保運営協議会には、退職者医療制度の創設以降、被用者保険等保険者を代表する委員が参画することが認められている。

図表 2- 20 国民健康保険法等における根拠条文

【国民健康保険法】

(国民健康保険運営協議会)

第十一条 国民健康保険事業の運営に関する重要事項を審議するため、市町村に国民健康保険運営協議会を置く。

2 前項に規定するもののほか、国民健康保険運営協議会に関して必要な事項は、政令で定める。

【国民健康保険法施行令】

(国民健康保険運営協議会の組織)

第三条 国民健康保険運営協議会（第五条第一項及び附則第一条の二において「協議会」という。）は、被保険者を代表する委員、保険医又は保険薬剤師を代表する委員及び公益を代表する委員各同数をもつて組織する。

2 委員の定数は、条例で定める。

(委員の任期)

第四条 委員の任期は、二年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長)

第五条 協議会に、会長一人を置き、公益を代表する委員のうちから、全委員がこれを選挙する。

2 会長に事故があるときは、前項の規定に準じて選挙された委員が、その職務を代行する。この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もつて社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする。

附則

(協議会を組織する委員の特例)

第一条の二 協議会は、第三条第一項の規定にかかわらず、同項に規定する委員に法附則第十条第一項に規定する被用者保険等保険者を代表する委員を加えて組織することができる。

(4) 各保険者の比較

ここまで国保制度の概要、財政構造の概要を中心に整理してきたが、職域をベースとする被用者保険と比較して、国民健康保険にどのような特徴があるのかを見たものが、下の図表である。

国民健康保険では、65～74歳の加入者の占める割合が3割を超えており、他の制度と比較して平均年齢が高い。制度によって「所得」や「保険料」の定義が異なることに留意する必要があるが、加入者1人当たりの平均保険料は他制度と比較すると低い、平均所得も低いため保険料負担率は高くなっている。市町村国保に対しては、多額の公費負担が投入されている。

図表 2- 21 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 平成 24 年 3 月末)	1,717	1	1,443	85 (平成 23 年 3 月末)	47
加入者数 (平成 24 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 (平成 23 年 3 月末)	1,473 万人
加入者平均年齢 (平成 23 年度)	50.0 歳	36.3 歳	34.1 歳	33.4 歳 (平成 22 年度)	81.9 歳
65～74 歳の割合 (平成 23 年度)	31.4%	4.7%	2.5%	1.6% (平成 22 年度)	2.8%(※2)
加入者 1 人当たり 医療費 (平成 23 年度)	30.9 万円	15.9 万円	14.2 万円	14.4 万円 (平成 22 年度)	91.8 万円
加入者 1 人当たり 平均所得(※3) (平成 23 年度)	83 万円 1 世帯当たり 142 万円	137 万円 1 世帯当たり(※4) 242 万円	198 万円 1 世帯当たり(※4) 374 万円	229 万円 1 世帯当たり(※4) 467 万円 (平成 22 年度)	80 万円
加入者 1 人当たり 平均保険料 (平成 23 年度)(※5) (事業主負担込)	8.2 万円 1 世帯当たり 14.2 万円	9.9 万円<19.7 万円> 被保険者 1 人当たり 17.5 万円<35.0 万円>	10.0 万円<22.1 万円> 被保険者 1 人当たり 18.8 万円<41.7 万円>	11.2 万円<22.4 万円> 被保険者 1 人当たり 22.7 万円<45.5 万円> (平成 22 年度)	6.3 万円
保険料負担率(※6)	9.9%	7.2%	5.0%	4.9%(平成 22 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) (平成 25 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 1 人当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 1 人当たりの金額を表す。

(※5) 加入者 1 人当たり保険料額は、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 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。

(※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、平成 23 年度以降実績なし。

(資料) 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」資料(平成 26 年 2 月 17 日)

図表 2- 22 市町村国保の特徴

平均年齢	<ul style="list-style-type: none"> • 他の保険者と比べて高い • 特に 65～74 歳は 31.4%
医療費水準	<ul style="list-style-type: none"> • 他の保険者と比べて高い • 1 人当たり医療費 30.9 万円
所得水準	<ul style="list-style-type: none"> • 他の保険者と比べて低い（※ただし「所得」の定義が異なることに注意） • 1 人当たり所得 83 万円 • 1 世帯当たり所得 142 万円
保険料	<ul style="list-style-type: none"> • 他の保険者と比べて低い • 1 人当たり保険料 8.2 万円 • 1 世帯当たり保険料 14.2 万円
保険料負担率	<ul style="list-style-type: none"> • 他の保険者と比べて負担率が高い （※ただし「所得」の定義が異なることに注意が必要。また、被用者保険では本人負担の保険料のみで保険料負担率を計算しているが、事業主負担を含めれば、被用者保険の保険料負担率が高くなる） • 保険料負担率 9.9%
都道府県内の市町村間格差	<ul style="list-style-type: none"> • 1 人当たり医療費 最大 2.6 倍（沖縄県）、最小 1.2 倍（栃木県） • 1 人当たり所得 最大 7.2 倍（秋田県）、最小 1.3 倍（福井県） • 1 人当たり保険料 最大 2.9 倍（東京都※）、最小 1.3 倍（富山県） <p>※東日本大震災による保険料(税)減免の影響が大きい岩手県、宮城県、福島県を除く。</p>

（資料）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」資料（平成 26 年 2 月 17 日）を参考に三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

2. 市町村国民健康保険の構造の変遷

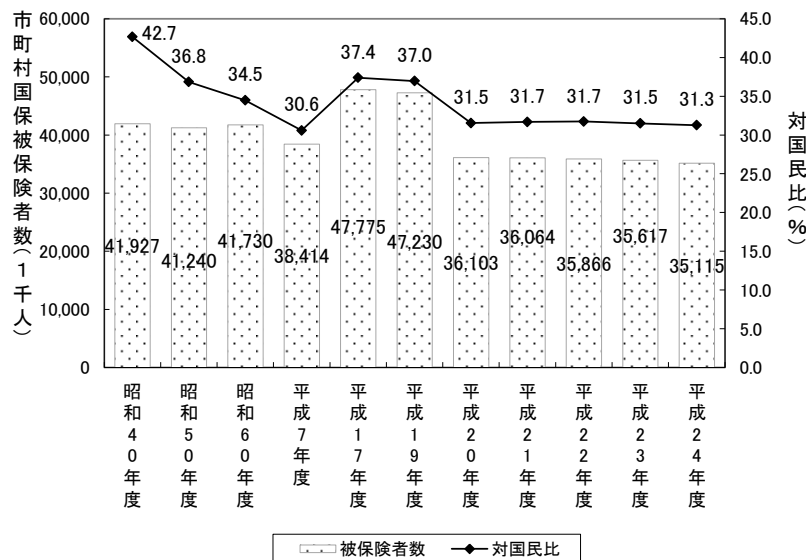
(1) 保険者の状況

①被保険者数

ポイント

- 昭和40年度では、国民の約4割が市町村国保の被保険者であった。
- 平成7年度までは被保険者数に大きな増減はないものの、対国民比では減少し、平成7年度の市町村国保の被保険者数は国民の30.6%であった。
- 平成7年度以降、被保険者数の増加とともに対国民比も増加し、平成17年度の市町村国保の被保険者数は国民の37.4%であった。
- 平成20年度から75歳以上の被保険者は後期高齢者医療制度へ移行したため、被保険者数が減少した。
- 加入者数は3,511万人、対国民比は31.3%（平成24年度）。

図表 2- 23 市町村国保被保険者数と対国民比



図表 2- 24 総人口および国保被保険者数

	総人口① (千人)	国保総数② (市町村+組合) (千人)	市町村 (千人)	対国民比 (%)	組合 (千人)	対国民比 (%)	国保加入率 (②/①) (%)
昭和40年度	98,275	—	41,927	42.7	—	—	—
昭和50年度	111,934	43,919	41,240	36.8	2,679	2.4	39.2
昭和60年度	121,049	45,258	41,730	34.5	3,528	2.9	37.4
平成7年度	125,570	43,049	38,414	30.6	4,636	3.7	34.3
平成17年度	127,768	51,725	47,775	37.4	3,950	3.1	40.5
平成19年度	127,771	51,097	47,230	37.0	3,867	3.0	40.0
平成20年度	114,474	39,655	36,103	31.5	3,552	3.1	34.6
平成21年度	113,799	39,543	36,064	31.7	3,479	3.1	34.7
平成22年度	113,009	39,202	35,866	31.7	3,336	3.0	34.7
平成23年度	113,091	38,785	35,617	31.5	3,167	2.8	34.3
平成24年度	112,323	38,167	35,115	31.3	3,053	2.7	34.0

注1) 図表 2-23・図表 2-24 平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設により、対象が異なっていることに留意。

注2) 図表 2-23・図表 2-24 各年度とも9月末日現在の被保険者数となっている。

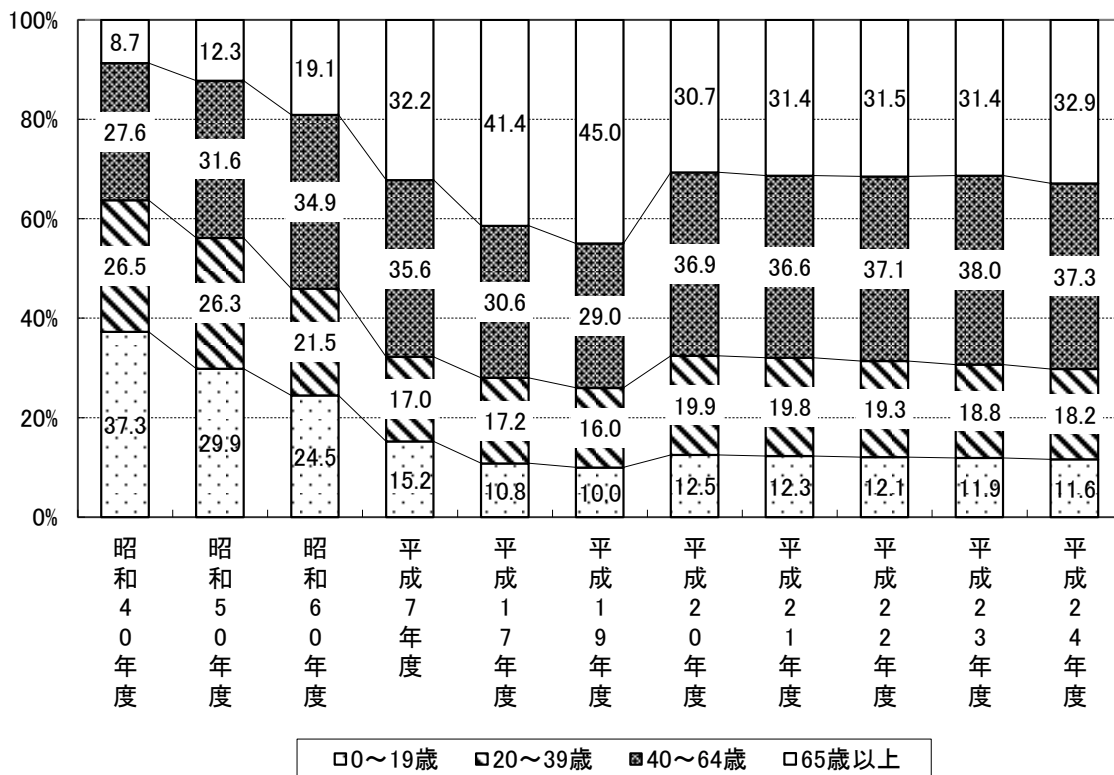
(資料) 図表 2-23・図表 2-24 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」より作成

②市町村国保の被保険者の年齢構成

ポイント

- 昭和 40 年度は、市町村国保被保険者に占める「65 歳以上」（65 歳以上の全ての年齢階級）の被保険者割合が 8.7%であったが、平成 24 年度は、「65 歳以上」（65 歳～74 歳）の被保険者割合は 32.9%となっており、被保険者の高齢化が進んでいる。

図表 2- 25 市町村国保被保険者の年齢構成の推移



注) 後期高齢者医療制度創設により、平成 20 年度以降は「65 歳以上」の対象者は「65 歳～74 歳」の被保険者数割合となっている。

(資料) 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」より作成

③保険者の規模

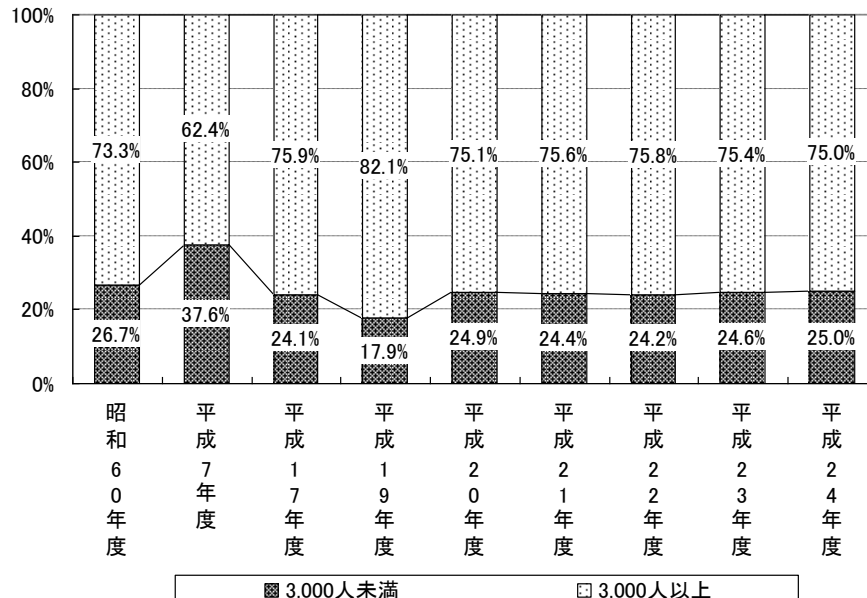
ポイント

- 昭和 60 年度から平成 24 年度現在までに保険者数は約半数（3,270 保険者→1,717 保険者）となっている。
- 被保険者数が 3,000 人未満の小規模保険者が全体の約 25%を占めている。

図表 2- 26 保険者の規模別 保険者数

保険者の規模別	保険者数								
	昭和60年度	平成7年度	平成17年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
総 数	3,270	3,249	2,327	1,815	1,798	1,770	1,723	1,720	1,717
人以上 人未満									
～ 1,000	130	218	99	68	115	110	109	109	114
1,000 ～ 2,000	313	442	199	119	180	168	161	167	167
2,000 ～ 3,000	429	560	262	138	153	154	147	147	149
3,000 ～ 4,000	441	396	214	108	132	135	129	124	127
4,000 ～ 5,000	320	264	173	109	109	96	88	97	95
5,000 ～ 6,000	245	207	138	93	83	91	88	87	89
6,000 ～ 7,000	183	154	108	71	91	81	86	81	76
7,000 ～ 8,000	151	119	98	78	71	74	65	68	73
8,000 ～ 9,000	123	96	74	62	75	75	70	63	60
9,000 ～ 10,000	95	81	67	60	48	44	42	47	50
10,000 ～ 15,000	293	226	246	223	198	196	191	183	176
15,000 ～ 20,000	156	127	148	138	133	132	128	133	129
20,000 ～ 25,000	93	88	103	116	86	88	93	89	91
25,000 ～ 30,000	64	39	66	77	61	61	55	55	58
30,000 ～ 35,000	38	37	46	53	36	39	44	41	37
35,000 ～ 40,000	23	28	41	45	32	32	31	33	32
40,000 ～ 45,000	20	17	29	29	28	26	26	25	27
45,000 ～ 50,000	14	16	19	20	20	21	24	26	25
50,000 ～ 100,000	77	78	107	116	86	84	83	84	81
100,000 ～ 150,000	31	29	46	47	30	32	32	30	30
150,000 ～ 200,000	14	10	17	18	9	9	9	10	13
200,000 ～	17	17	27	27	22	22	22	21	18

図表 2- 27 保険者の規模別 保険者数割合



(資料) 図表 2-26・図表 2-27 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」より作成

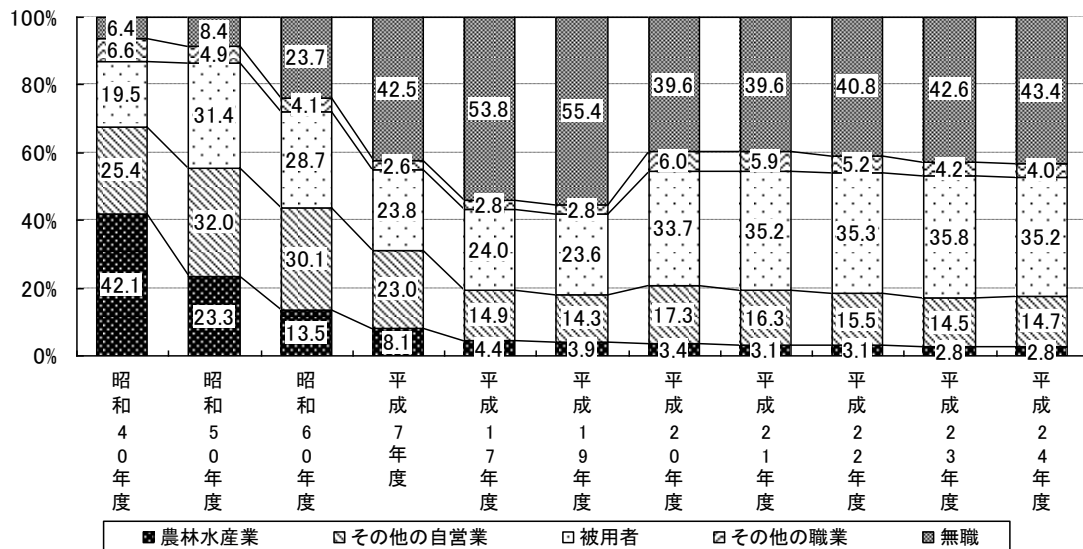
(2) 世帯の状況

① 世帯主の職業

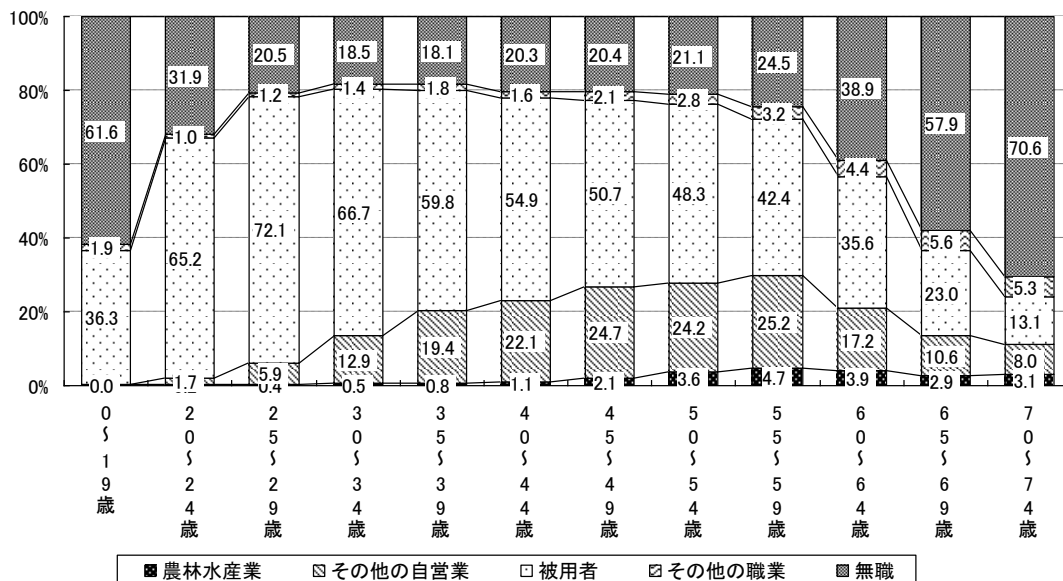
ポイント

- 昭和40年度は「農林水産業」が約4割を占め、「無職」は6.4%であったが、「無職」は平成19年度には55.4%にまで増加した。平成20年度に75歳以上の被保険者が後期高齢者医療制度へ移行したことに伴い39.6%と低下したが、再び増加傾向となり平成24年度は43.4%となった。
- 「被用者」の割合は「無職」に次いで高く、平成24年度は35.2%であった。年齢階級別に見ると、20代前半から40代後半にかけて、約5割以上となっている。

図表 2- 28 世帯主の職業別世帯数構成割合の年次推移



図表 2- 29 世帯主の年齢階級別職業構成割合（平成24年度）



注1) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設のため、対象が異なっていることに留意。

注2) 擬制世帯を除く。

(資料) 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」より作成

②所得及び保険料（税）賦課状況

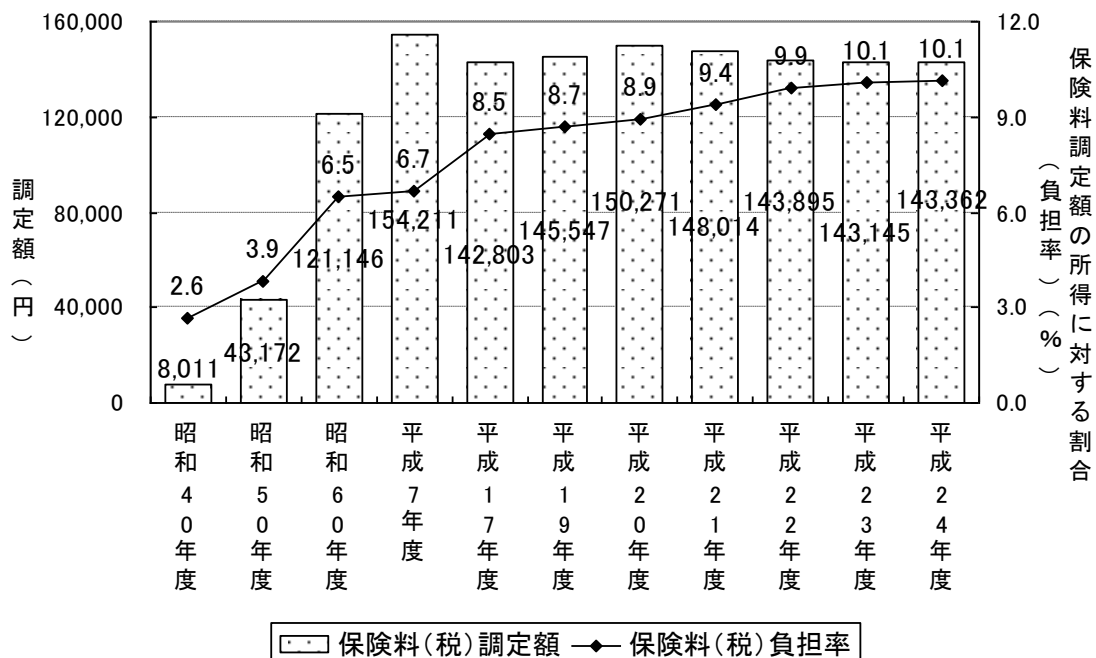
ポイント

- 1世帯当たりの平均所得は平成7年度をピークに減少している一方、負担率は2.6%（昭和40年度）から10.1%（平成24年度）へと上昇傾向が続いている。
- 平成24年度の1世帯当たりの平均所得は141.6万円、1世帯当たりの保険料（税）調定額は平均14.3万円、所得に対する保険料調定額の割合（負担率）は10.1%であった。

図表 2- 30 平均所得及び保険料（税）調定額の年次推移

	平均所得				平均保険料(税)調定額				負担率 ②/① (%)
	1世帯当たり		1人当たり		1世帯当たり		1人当たり		
	額 ① (千円)	対前年度 比(%)	額 (千円)	対前年度 比(%)	額 ② (円)	対前年度 比(%)	額 (円)	対前年度 比(%)	
昭和40年度	303	-	-	-	8,011	-	-	-	2.6
昭和50年度	1,121	-	329	-	43,172	-	13,266	-	3.9
昭和60年度	1,868	4.2	704	6.6	121,146	10.8	45,679	13.3	6.5
平成7年度	2,308	2.3	1,086	4.6	154,211	-2.1	72,539	0.0	6.7
平成17年度	1,687	2.3	900	3.6	142,803	0.3	76,204	1.6	8.5
平成19年度	1,669	0.1	915	1.3	145,547	0.5	79,790	1.6	8.7
平成20年度	1,680	0.7	956	4.4	150,271	3.2	85,448	7.1	8.9
平成21年度	1,580	-6.0	909	-4.9	148,014	-1.5	85,123	-0.4	9.4
平成22年度	1,451	-8.2	837	-7.8	143,895	-2.8	83,065	-2.4	9.9
平成23年度	1,416	-2.4	826	-1.4	143,145	-0.5	83,485	0.5	10.1
平成24年度	1,416	0.0	832	0.8	143,362	0.2	84,265	0.9	10.1

図表 2- 31 1世帯当たりの保険料（税）調定額と所得に対する割合の年次推移



注) 図表 2-30・図表 2-31 所得不詳を除く。

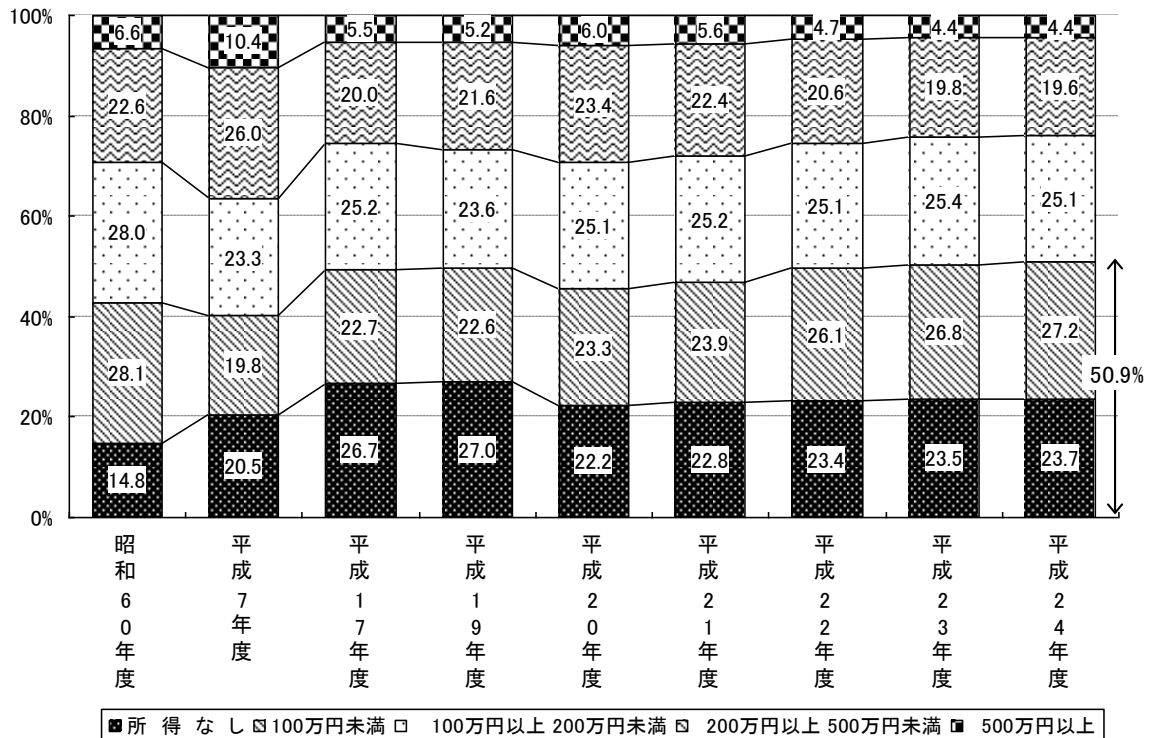
(資料) 図表 2-30・図表 2-31 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」より作成

③世帯の所得階級別分布

ポイント

- 昭和 60 年度は税法上の「所得なし」が 14.8%であったが、平成 24 年度には 23.7% となった。
- 平成 24 年度には、世帯所得が 100 万円未満が 5 割以上を占めている。

図表 2- 32 世帯の所得階層別割合の推移



注 1) 所得不詳（全体に占める所得の不詳）を除く。

注 2) 擬制世帯を除く。

注 3) 本報告書における「所得」とは、「総所得金額及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えた所得総額（基礎控除前）に相当するものであり、老齢年金・障害年金・遺族年金の非課税部分は含まれていない。

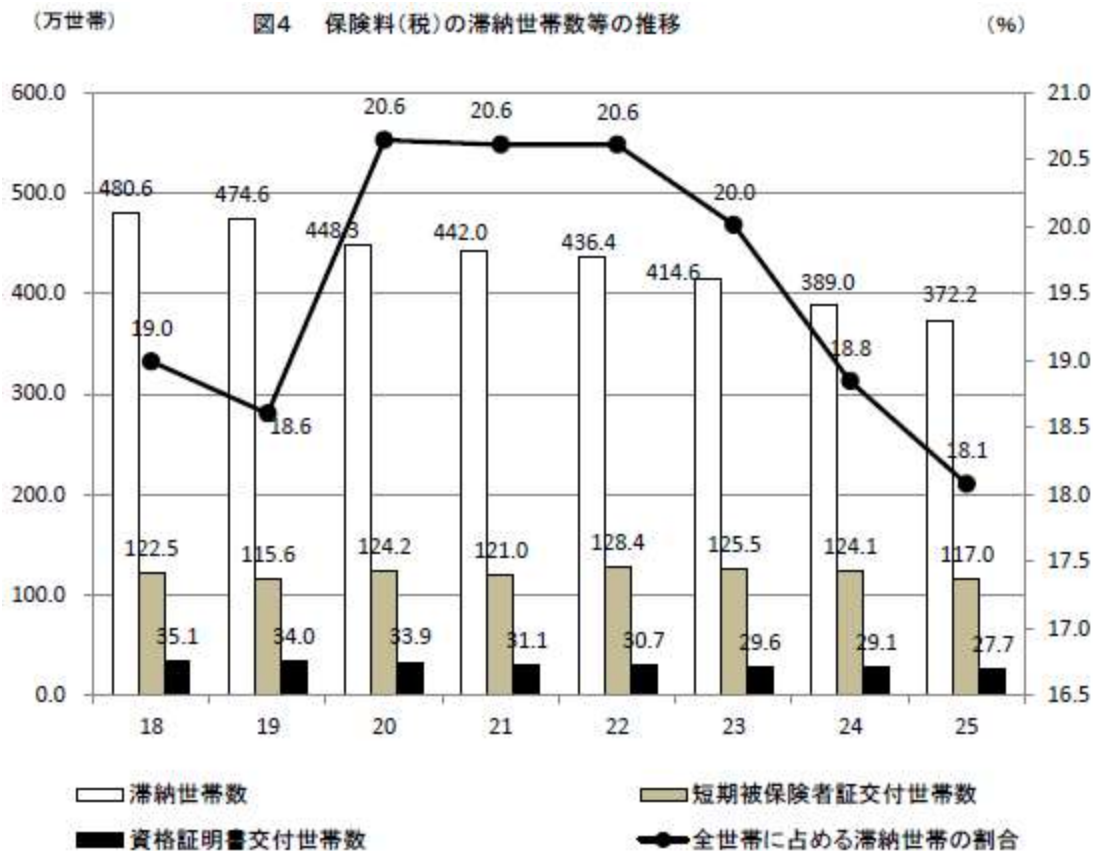
（資料）厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」より作成

④滞納世帯

ポイント

- 滞納世帯数は減少傾向にあり、平成 25 年では 372.2 万世帯、全体の 18.1%であった。
- 短期被保険者証交付世帯数、資格証明書交付世帯数も減少傾向が見られ、平成 25 年ではそれぞれ 117.0 万世帯、27.7 万世帯となった。

図表 2- 33 保険料（税）の滞納世帯数等の推移



（出所）保険局国民健康保険課調べ

注1) 各年6月1日現在の状況。

注2) 平成25年は速報値である。

注1) 各年6月1日現在の状況。

注2) 平成25年は速報値である。

（資料）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」（平成26年1月）

(3) 保険料の収納率の状況

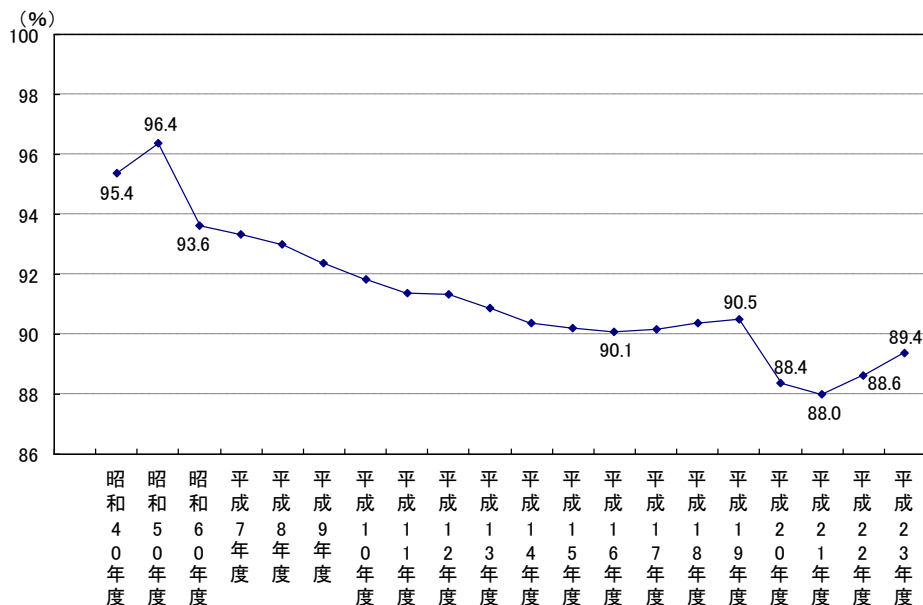
ポイント

- 保険料（税）の収納率は、平成7年度から平成16年度までは毎年低下している。その後、好転したものの、平成20年度に再び低下し、以降、平成23年度まで90%を下回る収納率となっている。

図表 2- 34 保険料（税）現年分調定額

年度	1世帯当たり調定額		1人当たり調定額		収納率 (収納額/調定額)
	金額	対前年度比	金額	対前年度比	
	円		円		
昭和40年度	8,360	1.320	2,226	1.350	95.38
昭和50年度	42,562	1.232	13,736	1.244	96.39
昭和60年度	112,640	1.092	43,357	1.111	93.62
平成7年度	148,910	0.998	70,620	1.015	93.32
平成8年度	152,518	1.024	73,438	1.040	93.00
平成9年度	156,952	1.029	76,630	1.043	92.38
平成10年度	153,750	0.980	75,918	0.991	91.82
平成11年度	152,690	0.993	76,194	1.004	91.38
平成12年度	157,005	1.028	79,123	1.038	91.35
平成13年度	156,267	0.995	79,512	1.005	90.87
平成14年度	154,966	0.992	79,321	0.998	90.39
平成15年度	151,301	0.976	77,991	0.983	90.21
平成16年度	151,770	1.003	78,959	1.012	90.09
平成17年度	152,659	1.006	80,352	1.018	90.15
平成18年度	154,524	1.012	82,580	1.028	90.39
平成19年度	155,664	1.007	84,367	1.022	90.49
平成20年度	157,695	1.013	90,625	1.074	88.35
平成21年度	160,122	1.015	90,908	1.003	88.01
平成22年度	154,872	0.967	88,578	0.974	88.61
平成23年度	155,688	1.005	89,666	1.012	89.39

図表 2- 35 保険料（税）の収納率



注1) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。

注2) 平成12年度から平成19年度の調定額は、介護納付金分を含む。

注3) 平成20年度以降の調定額は、介護納付金分及び後期高齢者支援金分を含む。

注4) 市町村における被保険者数は3～2月の年度平均を用いて計算しており、平成19年度以前は老人医療受給対象者を含む。

(資料) 図表 2-34・2-35 厚生労働省「国民健康保険事業年報」より作成

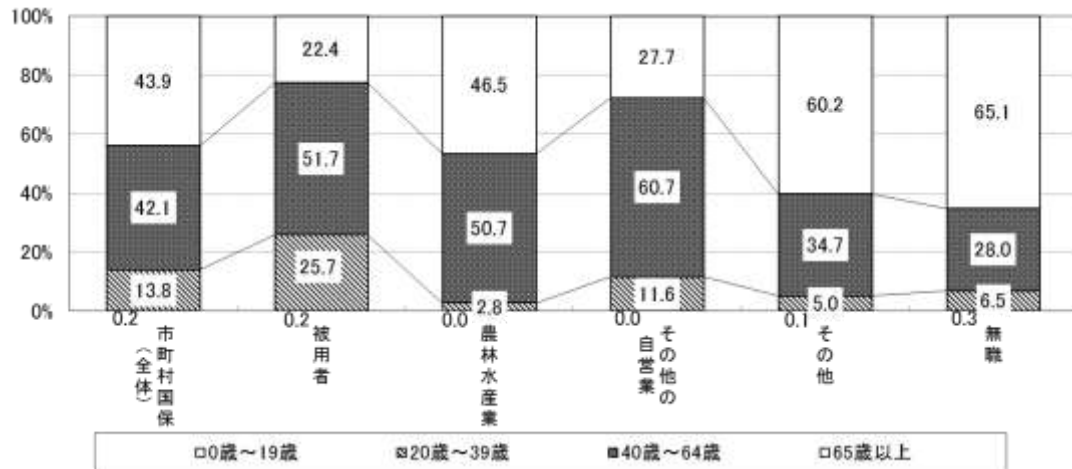
(4) 「被用者」である市町村国保の世帯主の状況

①年齢と所在地

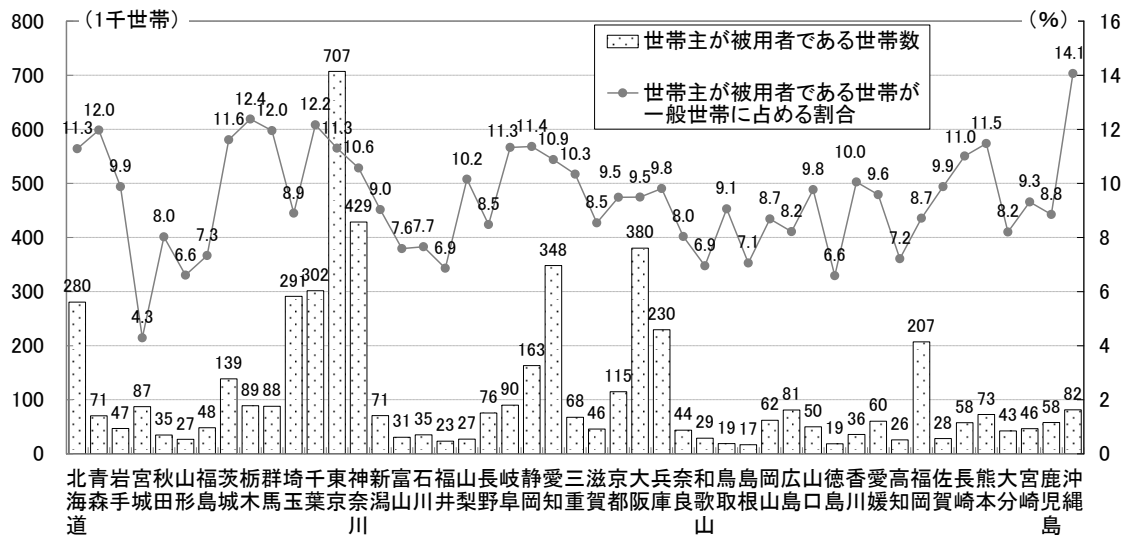
ポイント

- 「被用者」である世帯主の年齢構成を見ると、「65歳以上」が22.4%であり、「農林水産業」や「無職」などと比較して低い割合となっている。
- 世帯主の職業が「被用者」である世帯が一般世帯（市町村国保以外も含む）に占める割合は、沖縄県が14.1%と全国で最も高く、次いで栃木県の12.4%であった。また、関東地方や東海地方で比較的割合が高い傾向があるなど、地域間で差が見られた。

図表 2- 36 職業別 世帯主の年齢構成（平成 24 年度）



図表 2- 37 都道府県別 世帯主が被用者である世帯数と一般世帯に占める割合(平成 24 年度)



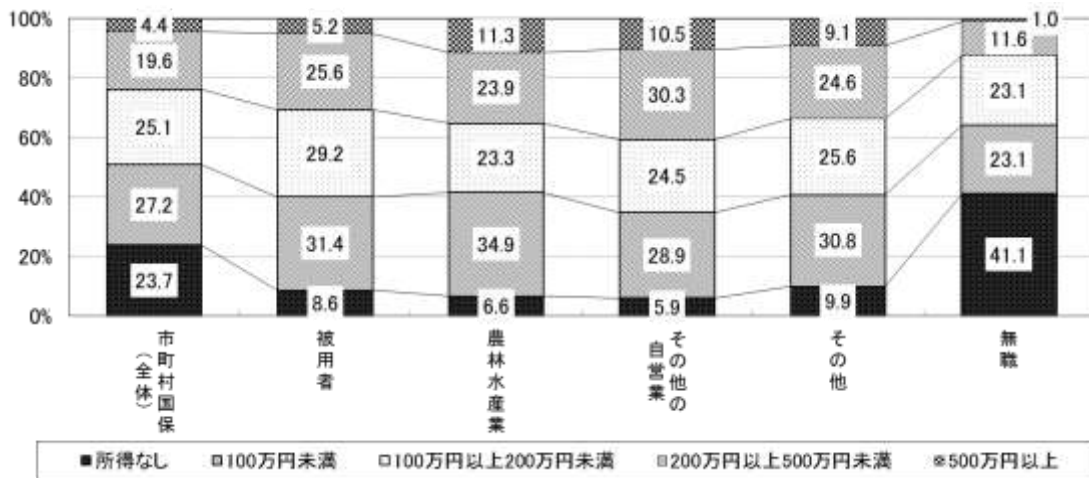
注 1) 図表 2-36 所得不詳（全体に占める所得の不詳）を除く。
 注 2) 図表 2-36・図表 2-37 擬制世帯を除く。
 注 3) 図表 2-37 都道府県別の一般世帯数（市町村国保以外も含む）を母数として、市町村国保のうち世帯主の職業が「被用者」である世帯数を除いた割合を右軸で示している。
 (資料) 図表 2-36 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」より、図表 2-37 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」、総務省「平成 22 年国勢調査」より作成

②所得階級別分布

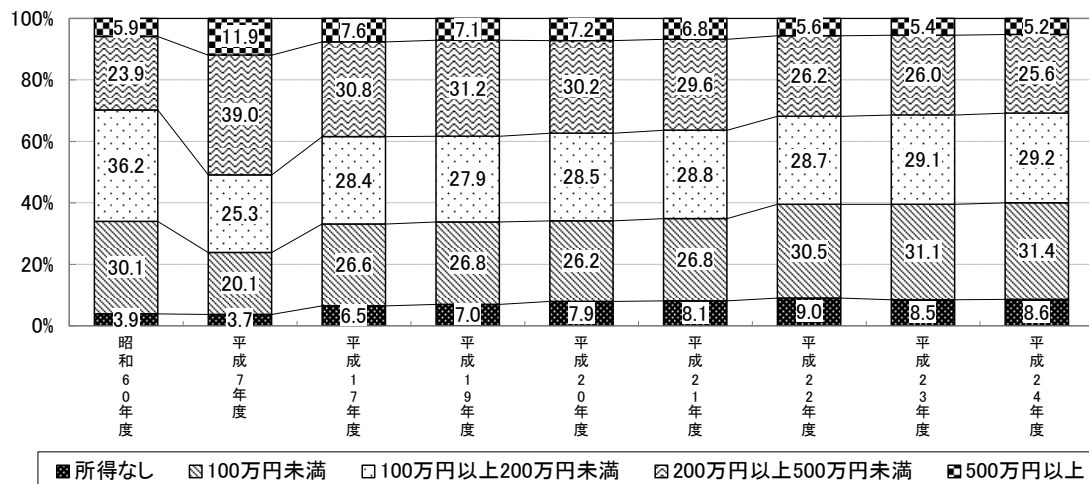
ポイント

- 「被用者」である世帯主の所得階級別割合を見ると、「所得なし」と「100万円未満」を合わせた割合が「農林水産業」と同程度であった。
- 「被用者」である世帯主の所得階級別割合の推移を見ると、平成17年以降、200万円以上の割合が低下する一方で、「所得なし」や「100万円未満」の割合が高まる傾向がある。平成24年度には「所得なし」と「100万円未満」を合わせた割合が40.0%となっている。

図表 2-38 職業別 世帯主の所得階級別割合（平成24年度）



図表 2-39 被用者である世帯主の所得階級別割合の推移



注1) 図表 2-38 所得不詳（全体に占める所得の不詳）を除く。

注2) 図表 2-38・図表 2-39 擬制世帯を除く。

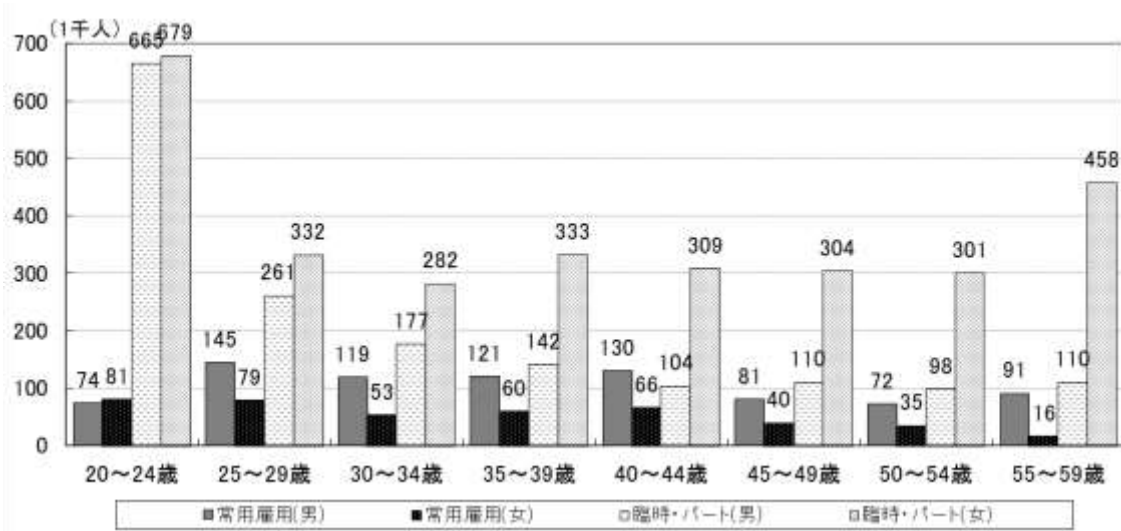
(資料) 図表 2-38・図表 2-39 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」より作成

③（参考）就業状況

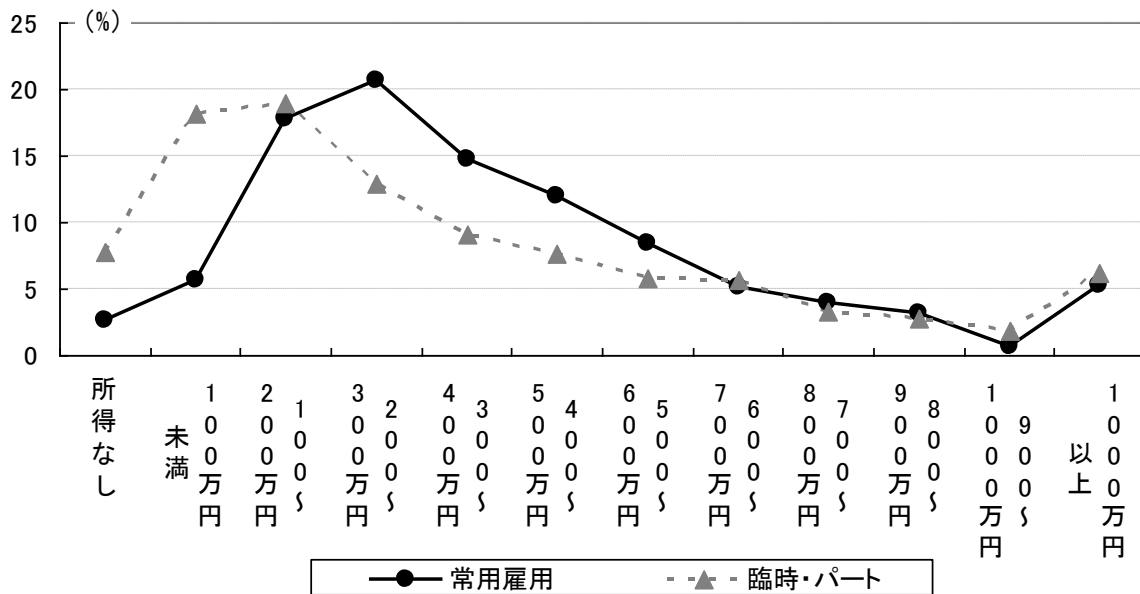
ポイント

- 国保の「被用者」は国民年金の第1号被保険者に含まれることから、国民年金の第1号被保険者のうち被用者にあたる「常用雇用」と「臨時・パート」の状況を見た。
- 20代後半から50代前半まではほぼ同様に、「臨時・パート（女）」が多い。
- 「常用雇用」では世帯の総所得「200～300万円」がピークであるのに対し、「臨時・パート」は「100万円未満」、「100～200万円」がピークとなっている。

図表 2- 40 性・就業状況別 被保険者数（平成 23 年度）



図表 2- 41 就業状況別・世帯の総所得金額階級別 被保険者割合構成（平成 23 年度）



注) 図表 2-40・図表 2-41 調査対象が平成 23 年 3 月末現在で 20～59 歳であった全国の国民年金の第 1 号被保険者であり、国保に加入している 60～74 歳は調査対象外。

(資料) 図表 2-40・図表 2-41 厚生労働省「平成 23 年国民年金被保険者実態調査」より作成

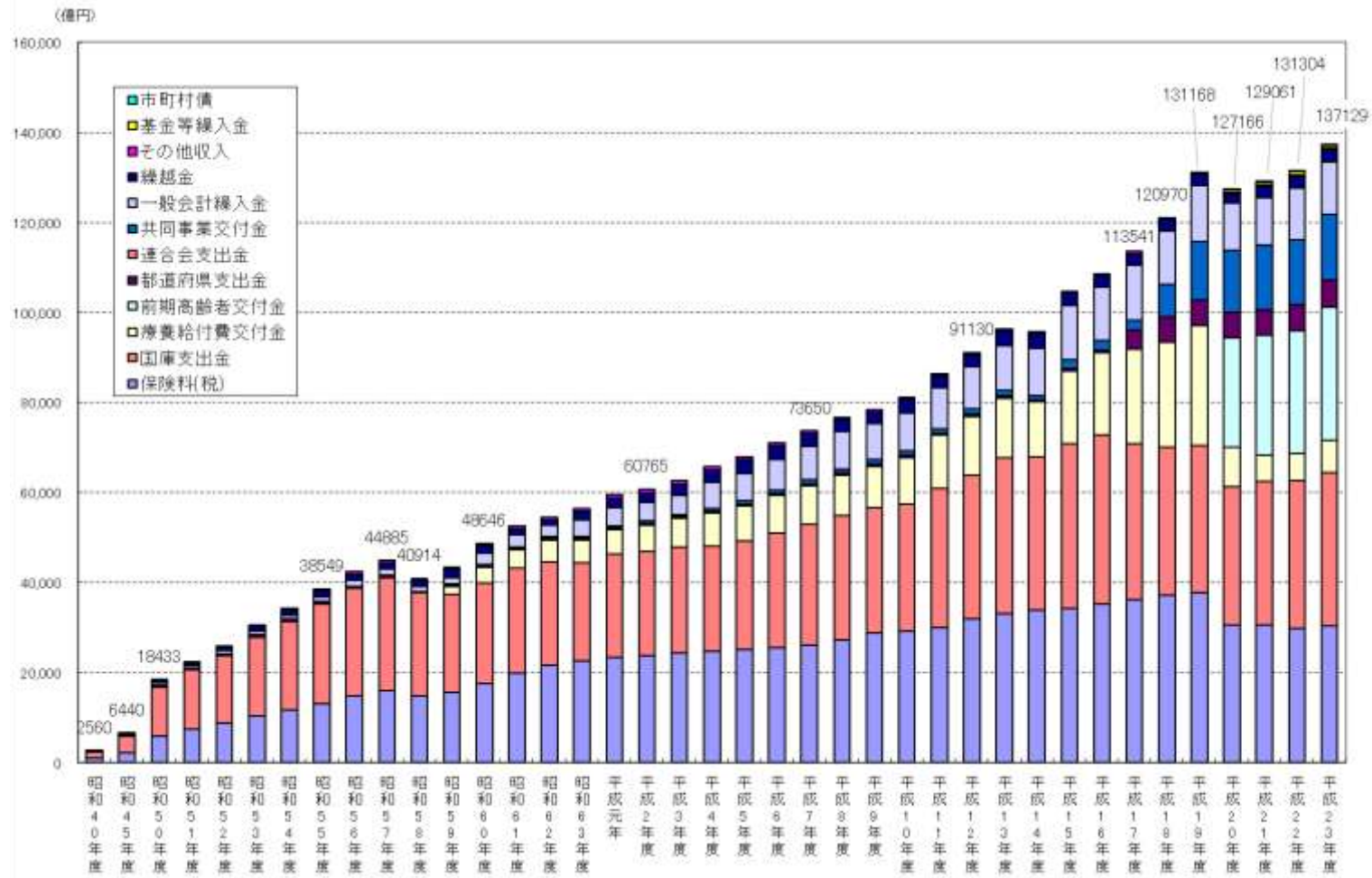
3. 市町村国民健康保険の収支状況の変遷

(1) 収入内訳金額の推移

ポイント

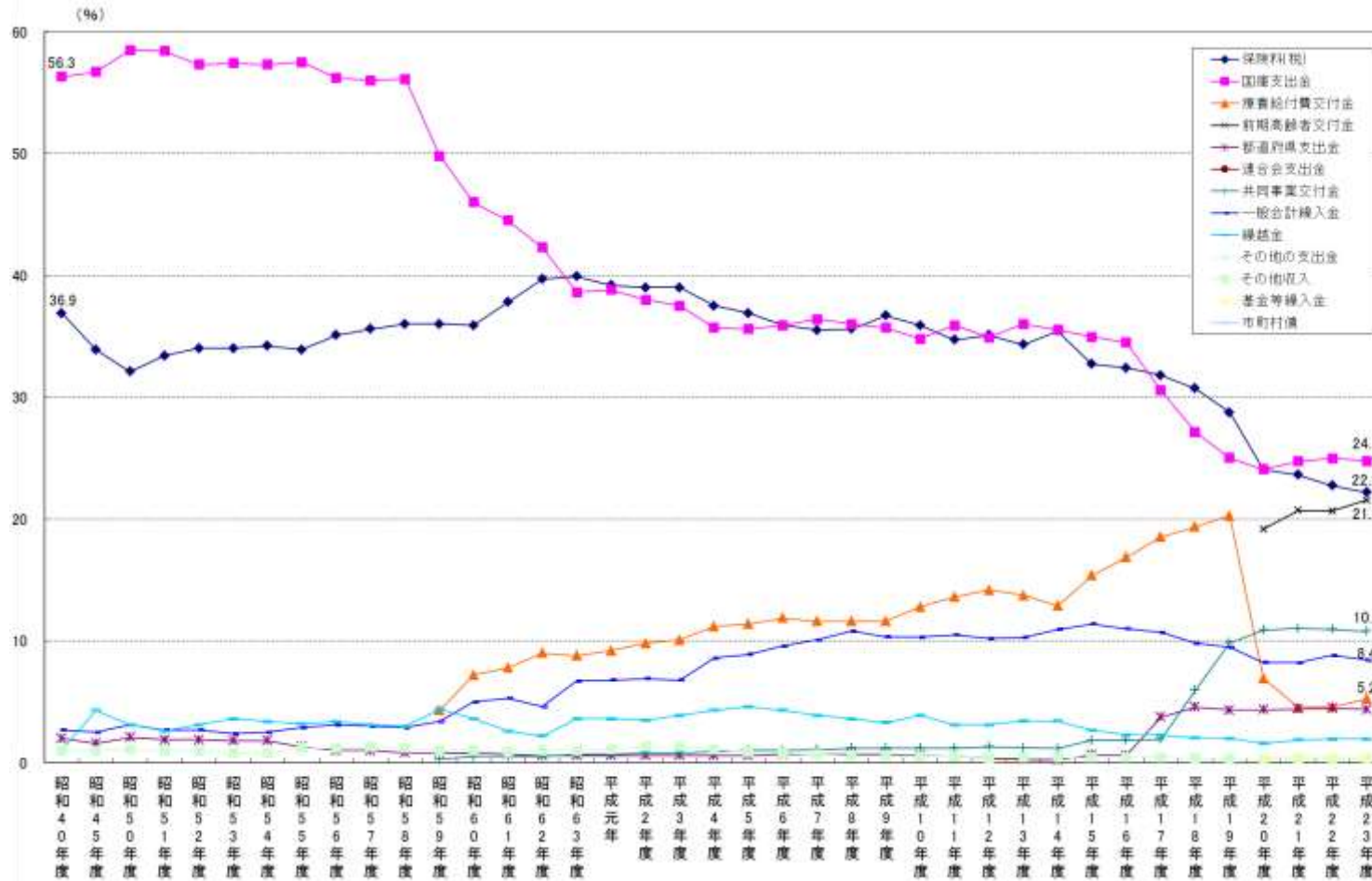
- 平成 23 年度の収入合計は、13 兆 7,129 億円で、その内訳は保険料（税）が収入の 22.2%、国庫支出金が 24.8%、療養給付費等交付金及び前期高齢者交付金が合わせて 26.8%、共同事業交付金が 10.8%を占めている。
- 全収入に対する保険料の占める割合は低下傾向にあり、昭和 40 年度は 36.9%であったのに対し、平成 23 年度には 22.2%にまで低下している。
- 昭和 63 年度頃より、保険料と国庫支出金の割合が同等程度となっている。
- 平成 19 年度までの療養給付費交付金の割合は増加傾向が見られたが、平成 20 年度以降は同水準となっている。
- 共同事業拠出金の割合は、平成 18 年度・19 年度に大きく増加し、平成 20 年度以降は 10%台で横這いとなっている。
- 一般会計繰入金の割合は 10%前後を推移しているが、平成 19 年度以降 10%を下回っている。
- 平成 20 年度からの前期高齢者交付金の割合は約 20%で推移している。

図表 2- 42 収入内訳金額



(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報」より作成

図表 2- 43 収入に対する構成割合（構成比）



(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報」より作成

(2) 支出内訳金額の推移

ポイント

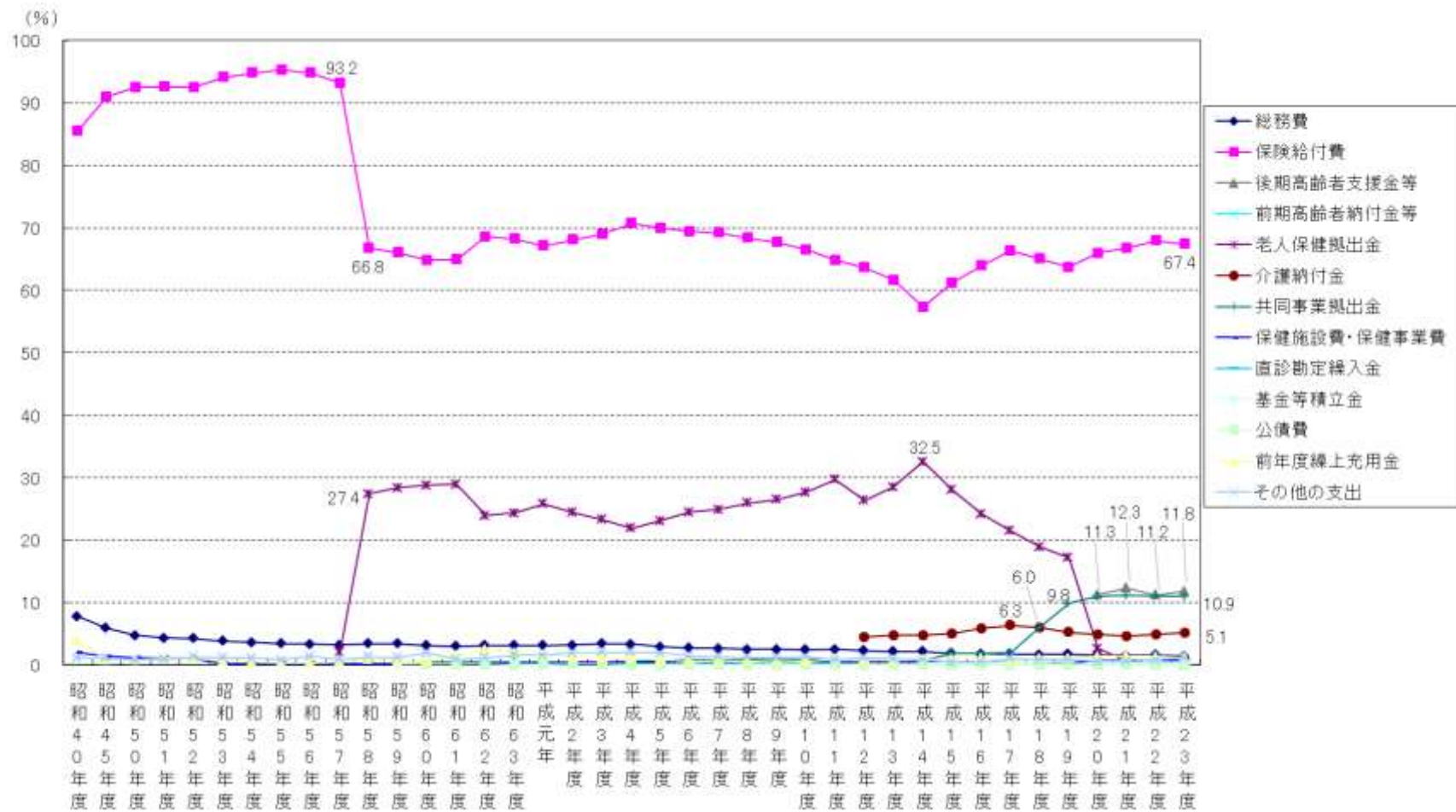
- 平成 23 年度の支出合計は 13 兆 4,816 億円で、その内訳は保険給付費が支出の 67.4%、後期高齢者支援金等が 11.8%、共同事業拠出金が 10.9%を占めている。
- 最大の支出は保険給付費であり、老人保健法制定前の昭和 57 年度までは 90%以上を占めていた。老人医療費拠出金の創設に伴い保険給付費の割合は 70%を下回るようになった。
- 平成 12 年度からの介護納付金の割合は約 5%で推移しており、最高は平成 17 年度の 6.3%で、直近の平成 23 年度は 5.1%であった。
- 平成 20 年度からの後期高齢者支援金の割合は平成 20 年度が 11.3%、平成 21 年度が 12.3%、平成 22 年度が 11.2%、平成 23 年度が 11.8%であった。
- 共同事業拠出金の割合は、平成 14 年度までは 1%未満、平成 15 年度～平成 17 年度までは約 2%の推移であった。平成 18 年度では 6.0%、平成 19 年度では 9.8%、平成 23 年度は 10.9%であった。なお、制度上、共同事業拠出金は概ね共同事業交付金と同額となる。

図表 2- 44 支出内訳金額



(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報」より作成

図表 2- 45 支出に対する構成割合（構成比）



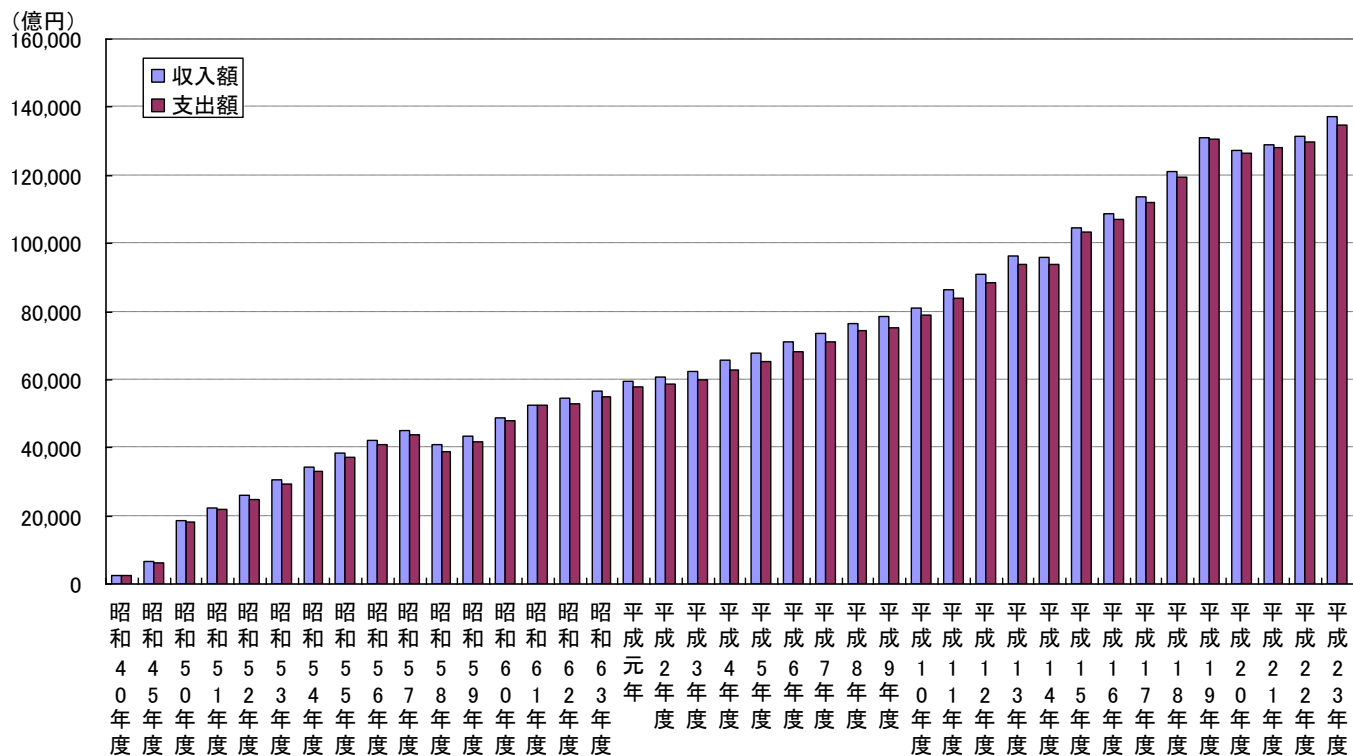
(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報」より作成

(3) 収支総額の比較

ポイント

○ 収入額・支出額ともに概ね増加し続けている。

図表 2- 46 収支金額の変遷



(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報」より作成

第3章 国民健康保険制度の歴史的変遷

本章では、まず、国民健康保険制度がどのような背景の下で創設されたのか、国民皆保険政策の中でなぜ「職域」と「地域」といった二元的な制度体系が採用・維持されてきたのか、また分立した制度体系を前提としてどのような財源政策が採られてきたのかといった論点を中心に歴史的変遷を整理する。

1. 国民健康保険制度の創設と戦時下での普及

(1) 健康保険法の成立（労働立法としての被用者保険の成立）

①健康保険法制定の背景

明治16年、ドイツでは“労働者”を対象とした「疾病保険法」が成立したが、このことは当時のわが国でも報道され、労働法学者等による、わが国での制度創設論議の大きな契機となった。労働法学者をはじめとする学識者等が労働者を対象とした制度創設の必要性を主張した背景としては、当時の世界的な社会主義の台頭が挙げられる。実際、ドイツで宰相ビスマルクが疾病保険法を作らせた理由も、社会主義の台頭を防ぐためであった。ビスマルクはいわゆる“飴と鞭”政策の“鞭”として「社会主義者鎮圧法」を制定する一方で、その効果の限界をみて“飴”として疾病保険法を制定することで、社会主義の台頭を防ごうとした。当時、“労働者＝貧民”であり、社会主義の台頭を防ぐためには、労働者の防貧対策を講じることが必要であるという認識が学識者等の中にあり、彼らは防貧対策の一環として疾病保険制度の必要性を主張した⁷。この当時の主眼はあくまでも労働者対策（防貧対策として）であり、農村の医療問題については、いわば“蚊帳の外”であった。

わが国で健康保険法が成立したのは大正11年であるが、施行されたのは昭和2年である。同法制定の背景には、第一次大戦後の国内外における急激な経済情勢の変化や労働運動の高まりがある。第一次大戦中には重工業が発展し、それに伴って労働者数も急増した。一方で、戦争中の激しいインフレのため労働者の実質賃金は大幅に低下し、労働者の窮乏化が急速に進行した。当時、「鉱業法」と「工場法」の二つの法律があったものの、労働者保護のための十分な法律とは言い難いものであった。第一次大戦後は慢性的な不況に陥り、労働問題はますます深刻化し、劣悪な労働条件下で労働争議が度々勃発した。こうした状況にいち早く反応したのは第二党の憲政会であり、「疾病保険法案」を立案し議会に数度にわたり提出するなど、労働問題解消に向けた熱心な姿勢を示した。この憲政会の動きに対抗するかのようになり、ついには政府も制度創

⁷ 例えば、藤沢利喜太郎は明治22年7月出版の『生命保険論』の中で、職工保険も貧民保険であるとする考え方を提示し、社会主義を防止するためには、わが国でも貧民保険の早急な実施が必要と主張している。

設に向けて動き出した。

②健康保険制度開始までの経緯

政府は、大正9年8月に農商務省工務局に「労働課」を新設し、「健康保険法案要綱」の作成に当たらせた。大正10年12月には、農商務大臣から同要綱の諮問を受けた「労働保険調査会」が集中的に審議を行い、翌年の大正11年1月16日に答申を提出している。その後2か月足らずで条文整理が行われた後、3月13日の第45回帝国議会に法案が提出された。衆議院及び貴族院で可決・成立し、4月22日付で健康保険法が公布された。労働課が新設されてからわずか1年半と非常に短い間での法案成立であった。

大正11年に健康保険法が成立すると、政府は、従来各省に分割されていた労働及び社会事業に関する行政を統一するために、内務省外局として「社会局」を新設した。大正11年11月1日のことであった。これにより、農商務省工務局労働課の所管していた健康保険と、逓信省の所管していた船員保険が社会局に移管された。また、この時に、農商務省の所掌事務では「労働保険に関する事項」となっていたのが「社会保険に関する事項」と改められた。

内務大臣の諮問機関となった労働保険調査会では、大正12年2月1日、委員・臨時委員の任命が行われた。そして、同年3月29日に第7回総会が開催されたが、この時、社会局長官より健康保険の実施を当初予定より半年遅らせて大正13年4月1日から実施する予定となったことが報告された。実施時期を遅らせた理由としては、保険の経験に乏しく制度実施に必要な資料の収集が困難であったこと、できる限り慎重に研究調査することによって制度実施に際して違算が生じないようにするため、といった2点が挙げられている。

大正13年6月1日には社会局に「健康保険部」が設置された。健康保険部では8月に「健康保険法施行命令要綱」をまとめた。これにより、8月21日に、内務大臣は労働保険調査会に対して「健康保険施行命令に関する件」を諮問した。しかしながら、大正12年9月1日に起きた関東大震災の影響により、労働保険調査会の審議が停止した。その間、政府は、紆余曲折を経ながら関連法案を整備し、昭和2年1月1日より全面施行となった。

③わが国の健康保険制度の特徴

憲政会が議会に提出した「疾病保険法案」では、保険者を「政府」のみとしていたのに対し、成立した健康保険法では「政府」と「健康保険組合」の二者とされた。制度創設までの審議会や帝国議会での議論等からは、当時、政府が既に組合方式のメリットを十分認識しており、ドイツなど西欧諸国と同様に自治的組織に保険運営を担当させることが望ましいと考えていたことが窺える。しかし、わが国の当時の民間共済組合の実態は、事業主による「慈恵的恩恵的」な性格を帯びたものであり、保険事業とは言

いがたいものがほとんどであった。このため、政府は、官業共済組合は健康保険法の適用除外としたものの、民間共済組合については適用除外とせず、要件を満たす場合に「健康保険組合」として認可し、公法人として経営させることにした。また、政府は、すべての強制適用事業所が健康保険組合を設立するのは難しいと考え、政府自らも保険者として保険運営を行うことにした。この結果、健康保険制度の保険者は「政府」と「健康保険組合」となった。

制度創設に際しての最大の懸案事項は「仮病の防止」であった。「健康保険法案要綱」を審議する「労働保険調査会」の第1回総会の冒頭で四條隆英工務局長が行った「保険担当者」に関する説明によれば、健康保険は「仮病取締の目的を達し、その他運用の実績を挙げるため」には、先進諸国の例が示すように、本来であれば「事業あるいは同業者あるいは労働組合あるいは地方区画を単位とする相互組織の上に立つ自治組織」に担当させるべきであるが、わが国における「自治組織の運用の成績に鑑み且つ保険制度の経験の乏しき点より見て、当初より相互組合のみをして之を経営せしむるは必ずしも万全の策に非ずと認めたるを以て、先ず之を官営とし」たが、「相互共済組合経営の経験を有するもの」については「官営保険と併行して事業又はその連合を単位とする保険組合の任意設立を認め、之を法人と為し、相当大規模の工場、鉱山にして確実に保険を運用し得べしと認むるものに対しては組合の強制設立を命じ得る」こととしたとなっている。熊谷憲一⁸は、健康保険組合において健康保険事業を自治的に行うことのメリットとして「虚病を防止することを得ること」を挙げているが、その理由としては「疾病の増加は保険給付費の増額となり、組合員の保険料に影響するが故に、組合員は相互に監督することとなる。また組合の区域狭小なるを以て組合としても周到なる監督を行うことを得る」からと説明している。そもそも、健康保険制度創設の目的が「労資協調・産業平和の確立」であったことから、政府としては「労働能率を増資し労資の乖離を防止し、産業の健全なる発達を期する」とし、労資協調をより達成できるのは健康保険組合であると期待を寄せたのである。

創設時の健康保険法の主な特色は、1) 業務上の傷病も対象としたこと、2) 工場法または鉱業法適用事業の常用労働者及び年収1,200円以下の職員を強制被保険者とし、一定範囲の事業の労働者を任意包括被保険者としたこと、3) 政府とともに健康保険組合による自主的な運営を認めたこと、4) 療養の給付と傷病手当金は180日を限度として給付すること、5) 健康保険事業費の一部は国庫が負担すること等である⁹。制度発足時の被保険者数は昭和元年末で、政府管掌が約100万人、組合管掌が約80万人であった。昭和9年には健康保険法が改正され、適用事業所が従業員5人以上に拡大された。

⁸ 熊谷憲一『改正健康保険法精義』1935年、巖松堂書店

⁹ 厚生省保険局企画課監修『医療保険制度59年大改正の軌跡と展望』1985年、年金研究所、p4

(2) 国民健康保険制度成立までの経緯

①国民健康保険制度創設の背景と目的

一方、国民健康保険法（旧法）が成立したのは、健康保険法施行から 10 年以上経った昭和 13 年である。第一次世界大戦下のわが国の経済は好調であったが、その後の大正末期から昭和初期にかけては深刻な経済不況に陥った。特に昭和 4 年に始まる世界恐慌はわが国にも押し寄せ、多くの失業者を輩出した。これらに対して国は失業保険の代替物を制度化し、救護法を制定した。しかし、失業者の中には農村へ戻る者も多く、こうした現象は、昭和 5 年の農業恐慌により苦しい経済状態に陥っていた農家に更なる追い討ちをかけることとなった。当時、農家では疾病率が高いにもかかわらず、医療費の負担が重いため医療を受けることができなかった。こうした事実を政府も把握しており、1) 農家における医療費負担の軽減、2) 農村における医師及び医療機関の確保を政策課題として認識していた。

このような時代背景のもと、昭和 7、8 年には「農村匡救政策」の一環として、国民健康保険の構想が浮かび上がった。国民健康保険制度創設の目的については、当初は、農山漁村地区の住民の医療費負担の軽減による農山漁村救済が主目的であったのが、昭和 12 年の日中戦争の勃発など戦時色が強まっていく中で、国民体位の向上による壮健な兵力と労働力の育成（健兵健民政策）といった目的も付加されたという見方が多い¹⁰。国民健康保険法案を審議する第 73 回帝国議会衆議院の国民健康保険法案委員会第 2 回（昭和 13 年 1 月 29 日）の冒頭で、工藤鐵男厚生政務次官が「(略) 然るに其後¹¹情勢は段々変って参りまして、殊に銃後の社会的施設をばどうしても整備充実しなければならぬと云ふ必要に迫られて、一日も早く之（国民健康保険法案）を成立せしむると云ふことは、洵に必要なりと考へまして、今期議会に之を提出することになった次第であります」と述べているように、政府は、戦時体制に備えて、国民健康保険制度創設の必要性に迫られていたことが窺える。

¹⁰ 新田秀樹『国民健康保険の保険者』信山社（2009 年）、社会保険実務研究所『新・国民健康保険基礎講座』（平成 22 年 8 月）、朝倉幸治『日本医療保障の形成過程』など。例えば、厚生省保険局国民健康保険課編纂『国民健康保険三十年史』（昭和 44 年 3 月）の中では、「厚生省当局は、国民健康保険法が可決成立した直後、『本制度の企図するところは、第一には国民生活の安定を期することであり、第二には医療の普及を図ることによって、国民の健康の保持増進を期せんとするものであって、現下の社会情勢殊に今次の如き非常時局に際しては、いよいよその重要性が深いものと思う。当局においては、今後は全力をあげて本制度の速やかなる普及に努めたいと考えている次第であるが、元来、本制度は相互扶助の精神を基調とする自然組織によるものであるから、国民各位の深き理解と熱烈な援助がなければ、よくその普及とは困難であると思う。今後、国民各位の特段の努力を切望する次第である』旨の談話を発表している」との記載が見られる。

¹¹ 国民健康保険法案を第 70 回帝国議会に提出したものの、結果的に衆議院の解散により不成立となった。「其後」とはこれを指している。

②国民健康保険制度制定までの経緯

昭和8年6月27日付で内務省社会局保険部が事務局私案として「任意国民健康保険制度要綱案¹²」を作成しているが、この要綱案を読む限り、政府を保険者とし、国庫補助金も投入するなど国による制度としての色合を出しながらも、年齢階級別保険料や払戻金の規定の設定など、民間による保険としての要素も含まれていることなどが特徴といえる。また、被保険者として、「健康保険又は職員健康保険の被保険者及法令に依る共済組合の組合員に非ざる者は男女、国籍を問わず本保険に加入することを得ること」としているように、他の制度でカバーされている者は対象外としながら、他の制度でカバーされていない者一般を対象としており必ずしも農民だけを対象とした制度とはなっていなかった。さらに、高額納税者である高額所得者が対象外とされていた。

この要綱案は公表されず、翌年の昭和9年7月20日に政府が非公式に公表した要綱案は前述の要綱案とは大きく異なっており、特に保険者について、1) 保険者は「政府」ではなく任意設立の法人である「国民健康保険組合」とすること、2) 国民健康保険組合は一般国民健康保険組合と特別国民健康保険組合の2種類とすること、3) 一般国民健康保険組合の地区は市町村の区域によること、などが示された。一方、被保険者については、総説で「本保険は多額の収入ある者及出捐なき者を除く原則として一般国民の健康を保険することを以て目的とすること」としているが、1) 高額所得者とその家族、2) 公的扶助の対象者の他に、3) 現役軍人、4) 健康保険の被保険者、5) 共済組合の組合員等は適用対象外としていた。このように、国民健康保険構想の当初において、健康保険の被保険者を含む一般国民を対象とした一元的な制度を創るという発想は見当たらない。

その後も要綱案については数度の修正が行われている。昭和10年10月28日には、内務大臣より諮問を受けて「社会保険調査会」の第1回総会が行われ、国民健康保険制度要綱案を審議するための特別委員会が設置された。社会保険調査会に諮問した要綱案では、保険者は原則として市町村区域を単位とする任意設立の普通国民健康保険組合とし、被保険者（組合員）については任意加入方式とするが、「監督官庁必要ありと認むるときは普通国民健康保険組合の地区内に於て組合員たる資格を有する者を総て組合員たらしむること」ができるという条文が加えられた。また、貧困者、高額所得者が適用除外対象者から外された内容となっている。特別委員会での8回の審議を経て、いくつかの修正事項を含む内容の答申が社会保険調査会第2回で示された¹³。

社会保険調査会の答申を受け、政府は、昭和12年3月9日に、第70回帝国議会に「国民健康保険法案」を提出した。この法案は衆議院での審議を受け法案を一部修正した後、貴族院に送付されたものの3月31日に衆議院が解散されたため、不成立となった。その後、昭和13年1月には厚生省が設置され、厚生省外局の保険院が1月20日に「国民

¹² 新田秀樹『国民健康保険の保険者』信山社（2009年）p17-p19を参照。

¹³ 詳細な分析は新田秀樹『国民健康保険の保険者』信山社（2009年）を参照。

健康保険法案」を第 73 回帝国議会に提出した。同法案は、第 70 回帝国議会に提出した法案をベースに一部修正が加えられたものである。同年 2 月 15 日に衆議院本会議で、3 月 2 日には貴族院本会議で可決成立し、同年 4 月 1 日に公布、7 月から国民健康保険制度が開始となった。

③国民健康保険制度の概要

国民健康保険法（旧国保法）の成立・開始をもって、医療保険制度の対象者は被用者（労働者）以外の一般国民にまで拡大することとなった。わが国が先例として参考としたドイツの疾病保険制度が労働者を対象とした制度であったことを考慮すると、画期的なものと評価される。しかし、一方で、被用者以外の一般国民を対象とした制度としてデンマークの国民保険が存在しており、わが国の国民健康保険の構想は、これに影響を受けたとの指摘もある¹⁴。

当初は、市町村の区域を単位とする任意設立の「国民健康保険組合」を保険者とし、被保険者を任意加入させるという形でスタートした。まず国保組合を保険者とした理由としては、1) 千差万別の地方の実情に応じて自治的組合により適切な事業経営を行わせること、2) 相扶共済の精神を徹底し、加入者相互の責任感の徹底（相互監視）により、制度の濫用を防止することが指摘されている¹⁵。次に組合の区域を市町村単位とした理由としては、1) 多様な地域の実情に対応するには、地方単位の組合が適切であること、2) 法案検討当初は強制加入方式が考えられていたため、それを担保する上で地区単位とする必要があったこと、3) 市町村における隣保相扶・郷土団結の精神を基調とする円滑な事業運営を期すること、4) 国保組合と市町村の密接な連携を保つことができること、などが挙げられている¹⁶。

また、対象となる被保険者については、1) 国保組合は組合員及びその世帯に属する者をもって被保険者とする、2) ただし、健康保険の被保険者、他の国保組合又は組合の事業を行う法人（すなわち医療利用組合）の被保険者、特別の事由がある者で規約で定めるものは被保険者とし、さらに、3) 上記にかかわらず、組合は規約の定めるところにより、組合員世帯に属する者を包括して被保険者とし、とされた¹⁷。

実際の国保組合の設立に際しては、保険院社会保険局の通牒により、1) 普通国保組合を原則とし、農村に設立されたものから認可する、2) 特別国保組合は都市を主とし、特別の事由ある場合においてのみ認可する、3) 組合設立の必要が緊切で、かつ、円滑に経営できると認められるものから認可する等の方針が示された。

なお、国民健康保険法（旧国保法）では、第 1 条に「国民健康保険は相扶共済の精神

¹⁴ 佐口 卓『日本社会保険制度史』勁草書房（1977 年）p242

¹⁵ 社会保険実務研究所『新・国民健康保険基礎講座』p6

¹⁶ 社会保険実務研究所『新・国民健康保険基礎講座』p7-p8

¹⁷ 貧困者、高額所得者などの経済要件について触れる規定はない。

に則り疾病、負傷、分娩又は死亡に関し保険給付を為すを目的とするものとする」として
いる。この点について、佐口卓¹⁸は「当時の立案者の一人は『部落の隣保相扶の精神及
び団結を基盤とした生活協同体樹立と言うことを制度上実現したものである』とのべて
いる」と紹介し、「健保組合の場合は職域としてのつながりが密であり、力が強いのに
比べ、国保の地域のつながりというものは、向う三軒両隣程度だったら職域以上であ
るかもしれないが、部落が異なったらそんなものはない。ないからこそ、国保法案作
成のとき、潮内相¹⁹が『相扶共済の精神に則り』と道徳的規範となるべき文句を第一条
に入れたわけである」と第1条の経緯について中野青四郎『社会保険遍歴』から引用し
ている。被用者以外の一般国民については、「相扶共済」(連帯)の基盤を「地域単位」
に置かざるを得ないながらも、それが脆弱であることが当時から認識されていたこと
が窺える。

さらに、法案提出に際しての内務大臣の説明要旨では「健康保険に関する保険に就き
ましては既に労働者の健康保険制度を実施して居りますが、其の実績に顧み又農山漁
村居住民及都市中小商工業者等の実情を考慮し本制度を制定するに至ったのでありま
して、(略)²⁰」とあるように、被用者を対象とする健康保険制度とは別建てに被用者
以外の一般国民向けの制度を創設することが述べられており、今日に続く二元的な制
度体系となったと考えられる。

(3) 戦時下での旧国保法の改正

旧国保法施行後、国保組合は政府の予測を上回る勢いで普及した。昭和12年に勃発
した日中戦争の戦時体制下で国民の体位・体力を積極的に向上させることが国策上の
重要課題となり、政府も国保組合の普及に力を入れた。昭和16年には企画院立案の
「人口政策確立要綱」が閣議決定されたが、その中で「健康保険制度²¹を拡充強化して
之を全国民に及ぼすと共に医療給付の外予防に必要な諸般の給付をなさしむること」
とされ、社会保険の拡充に対する機運が高まった。

具体的には、保険院社会保険局が「社会保険(短期給付)構成基本要綱」を作成し、
「社会保険を拡充して国民全般に及ぼし小額所得者全部を網羅すること」などが述べら
れ、昭和17年2月には、“健兵健民”をスローガンにした小泉親彦厚生大臣のもと、
旧国保法第二次改正が行われた。これにより国保組合の設立、強制加入の色合いの濃
い制度へとその性格は変わっていった。この結果、国保組合がさらに急速に普及する
とともに、「国民皆保険を目指す」旨の発言が社会保険局長から出されるなど、戦時下
での社会保険拡充が進められた。昭和18年度には全市町村の約95%をカバーするまで

¹⁸ 佐口 卓『日本社会保険制度史』勁草書房(1977年)

¹⁹ 潮 恵之輔内務大臣。昭和11年、広田弘毅内閣に内務大臣兼文部大臣として入閣。

²⁰ 佐口 卓『日本社会保険制度史』勁草書房(1977年)では、小島砂人『社会保険の発達』p250を引用し
ている。

²¹ 「健康保険」、「社会保険」といった単語が用いられているが、前後の文脈から推察すると国保も含めた
医療保険として用いられていると思われる。

に至り、残された都市部への国保普及に重点が置かれるようになった。このような状況をもって、いわゆる「第一次国民皆保険が達成」と評す意見もある²²。

図表 3- 1 国民健康保険法（旧法）の戦前の歴史的経緯

年月	出来事
昭和 8 年 6 月 27 日	○内務省社会局保険部が事務局私案「任意国民健康保険制度要綱案」を作成 ・政府を保険者とする任意加入保険。
昭和 9 年 7 月 20 日	○内務省社会局保険部が「国民健康保険制度要綱案」（未定稿）を非公式発表。 ・保険者は一般国保組合（市町村の住民を対象、任意設立・強制加入）と特別国保組合（同種の業務に従事する者等を対象、任意設立・任意加入）の 2 種類。
昭和 10 年 5 月	○内務省社会局保険部が「国民健康保険制度要綱案」を作成。 ・一般国保組合の名称は「普通国保組合」に変更。 ・内務省法令審査会で強制加入→原則任意加入に修正。
昭和 10 年 10 月 24 日	○内務大臣が社会保険調査会に「国民健康保険制度案要綱」を諮問。
昭和 10 年 12 月 10 日	○社会保険調査会答申。
昭和 13 年 1 月 11 日	○厚生省設置（社会保険も内務省社会局より厚生省保険院に移管）
同年 4 月 1 日	○「国民健康保険法（旧国保法）」の制定（7 月 1 日施行）。 ・保険者：普通国民健康保険組合（原則市町村単位の区域内の世帯主を組合員として組織）及び特別国民健康保険組合（同一事業または同種同業の従事者を組合員として組織）。いずれの国保組合も任意設立かつ任意加入。 ・被保険者：原則として組合員及びその世帯に属する者。 ・保険給付：原則として療養の給付、助産の給付、葬祭の給付（いずれも現物給付）を実施。保険給付の細部は組合規約で定める。 ・保険医療組織：国保組合と医師、歯科医師または薬剤師とが保険診療契約を締結する。 ・費用：保険料及び公費補助（予算の範囲内）。保険料の細部は組合規約で定める。 ・その他、保健施設、国保組合連合会、訴訟手続等について規定。
昭和 16 年 1 月 22 日	○「人口政策確立要綱」を閣議決定。 ・健康保険制度を拡充強化して全国民に及ぼす旨を決定。
同年 3 月 6 日	○旧法第 1 次改正（同年 7 月 1 日施行）。 ・行政事務簡素化の見地から、国民健康保険委員会（不服審査機関）を新設

²² 社会保険実務研究所『新・国民健康保険基礎講座』（2010 年 8 月）p16。「『皆保険』という言葉自体がいつ作られたのかが必ずしも明らかではなく」、「国民の間でどれだけ普及し定着していたかについても検証が必要ではないか」との見解もあり（新田秀樹『国民健康保険の保険者』（信山社、2009 年）p147～p156 参照）、戦前の「国民皆保険」の評価については慎重を要する。

	された地方社会保険審査会に統合。
同年 7月18日	○小泉親彦が厚生大臣に就任（引き続き東条内閣の厚生大臣（～昭和19年7月22日））、「健兵健民政策」を提唱・推進。
同年 12月20日	○厚生省において「戦時緊急対策に関する件」（厚生省分）をとりまとめ。 ・「健兵健民対策の整備強化」の一環として、国保制度を強化し国民全般に普及する旨を記載。
昭和17年 2月21日	○旧法第2次改正（同年5月1日、昭和18年1月1日及び4月1日に段階的施行） ・普通国保組合の強制設立に係る規定の創設、組合員または被保険者に係る加入義務の強化。保険医・保険薬剤師の強制指定制の導入。厚生大臣による診療報酬の公定。保健事業の拡充強化等。
同年 8月21日	○結核対策要綱を閣議決定。 ・社会保険制度を国民の全部に拡充強化する旨を決定。
同年 9月27日	○第3回中央協力会議総常会（大政翼賛会主催）の第6委員会において、平井章保険社会保険局長が「来年度国民皆保険を目指している」と説明。 （→昭和18年度末頃には全市町村の約95%に組合が設立された）

（資料）社会保険実務研究所『新・国民健康保険基礎講座』をもとに一部加筆。

（4）戦前の旧国保法の特徴と二元的な制度体系

昭和8年6月27日付の、内務省社会局保険部が事務局私案として提出した「任意国民健康保険制度要綱案」からその後の国民健康保険法成立に至るまでの過程を見る限り、①農山漁村地区の住民の医療費負担の軽減方策としては、租税を財源とした社会扶助方式ではなく当初から社会保険方式の仕組みが想定されていたこと、②その背景としては、租税財源の確保の困難さがあったこと（むしろ公費投入が念頭にありながら財政上の問題から社会保険方式を採らざるを得なかったこと）、③先行していた健康保険制度と同様に社会保険方式を採用しながらも、健康保険制度とは当然のように別建ての制度設計として考えられており、一元的な制度体系とする発想がまったく見られなかったこと、が指摘できる。このようにして、被用者保険と地域保険といった二元的な制度体系は戦前に形づくられた。

2. 戦後の国民健康保険制度の再建と国民皆保険

(1) 戦後の国民健康保険の再建

昭和20年8月15日に太平洋戦争が終結したが、その後の社会経済の大混乱の中で、医療保険制度も大きな打撃を受けた。被保険者の保険料の納付意欲・能力の低下や、診療側の保険診療の忌避、保険診療の不信の蔓延、医薬品の不足、急激なインフレによる医療費の高騰等を背景に、国民健康保険の大半の組合が事業不振に陥った。このような事態を受けて、昭和21年5月に、愛知県と佐賀県で、国民健康保険制度の危機対策のための「全国国民健康保険団体連合会事務打合会」が開催された。この会議の結果、国保の危機を克服する対策のひとつとして、国庫補助金の増額を図ることが挙げられ、国会・政府に対して陳情運動が展開されることとなった。

また、同年9月3日の第90回帝国議会貴族院予算委員会では、河合吉成厚生大臣が、医療の民主化という立場から、「費用の足らないものについては、国民健康保険組合等に国庫の補助を増加するなり、その他の方法で医療を受けることを容易にしていく、また最後には生活保護の医療面において、国庫の補助をしていくという風にして、両方から詰めて、相当の医療あるいは適当な医療を受けるような方法を講じていく」と発言している。

このような国保への国庫補助金投入の要請を受け、昭和21年度の国民健康保険国庫補助金は、当初予算では7,000万円であったが1億5,000万円に増額された。この国庫補助金は、「事務費」(50%相当額)や「保健婦設置費」、「直営診療施設整備費」に充当された。

昭和21年3月に設置された「社会保険制度調査会」は今後の事態に対応する社会保険制度の方策について、同年12月13日に厚生大臣に答申を行っている。その中で、「医療保険について、政府管掌健康保険と国民健康保険を統合して地域組合によって運営し、組合管掌健康保険は存続させてその扶養家族給付を地域組合に移す」ことといったほか、「事業運営に関する事務費の全部及び事業費の一定額を国庫負担する」こと等が示された。ここにおいて、被用者保険(政府管掌健康保険)との統合に関する制度体系のあり方に関わる議論が登場する。

しかしながら、社会保険制度調査会のこの答申については、労働者災害補償保険制度が独立した体系として実現したものの、国民健康保険制度と政府管掌健康保険制度の統合については実現に至らなかった。その後も社会保険制度調査会は社会保障制度の創設と制度の統合について審議検討を重ね、昭和22年10月9日には「社会保障制度要綱」を答申した。

昭和22年6月14日に、GHQ(連合国軍最高司令官総司令部)は国民健康保険に関する声明を発表した。この中では、「(日本の国民健康保険制度が)緊急な救助施策と基本的かつ将来を見通しての改革を行わない限り、現在の組織の恐るべき破壊の重大

なる危険があり、究極において全制度の崩壊をみるに至るであろう」とし、その場合、「現在、高価な医療に対してなんら保護されていない約4,000万人の人たちは、自己の力で購い得る程度の医療を受けるか、生活保護のサービスを受けるかのいずれかに」なり、それは、結局、「日本国民の経済生活安定に不利益の結果をもたらす以外の何物でもないので、GHQとしては国民健康保険が再生しかつ強力になることを望む」といった内容が表明された。そのために、①国庫補助金を大幅に増額すること、②国民健康保険組合の診療施設運営のための、厚生年金保険積立金から長期低利で借入金をなすこと、③日本医療団の所有する医療施設の処理に当たっては、究極において国民健康保険組合によって、非営利的に使用できるようにすること、④国民健康保険制度を他の社会保険プログラムの同列線上に置くこと、⑤各種健康保険制度を、統一された国民健康保険制度に統合すること——が勧奨された。

このような戦後の国保再建の議論の中で、被用者保険（具体的には政府管掌健康保険）を国民健康保険に統合する議論が浮上した。しかし、当時の厚生省では被用者保険と国民健康保険を統合する意図はなく、昭和23年1月、厚生省保険局は旧国保法の単独改正準備に本格的にとりかかった。同年2月19日には厚生大臣が、①保険者は国保組合または地方公共団体とすること、②任意設立の組合については組合員有資格者の3分の2以上が組合員となった時は有資格者全員を組合員とすること等——を内容とする「国民健康保険法改正案要綱案」を社会保険制度調査会に諮問し、同調査会は同月28日に賛成の答申を行った。その後、同年6月4日に「国民健康保険法の一部を改正する法律案」を閣議決定し、改正法案は同月12日に国会に提出された。同法案は6月30日に可決成立し翌7月1日から施行された（第三次改正）。

この法案成立の過程で国会でも国保再建の議論が行われた。ただし、国民健康保険と被用者保険の統合ではなく、多くは国庫負担の投入の必要性を訴える議論であった²³。例えば昭和23年6月29日衆議院予算委員会では、三木行治政府委員が、国保の運営状況が悪い理由として、①大部分の組合が昭和17年から昭和19年にかけて、政府等の奨励により、町村民が国保の必要性を十分理解しないうちに設立されたこと（思想の普及が足りないこと）、②敗戦後のインフレの進行に、保険料の徴収・値上げが伴わなかったこと、③国保はその社会事業的色彩により、政府の助成があつて初めて動いていたが、その助成が創立当初ほど行われなくなったこと、④創立当初の組合幹部と戦後の幹部の意欲が違うこと、⑤国保が社会事業的色彩を帯びて進んだため、医療費が普通の慣行料金よりも低く、結果として差別待遇を生んでいること等を指摘している。昭和24年10月31日の衆議院本会議では、「国民の利用率の増加が、無謀な戦争と放漫なインフレ政策に基づくものであるならば、その結果である保険財政の赤字は政府の責任において補償されるべきである」との発言がなされ、「戦後対策としての国の責任」という観点からも、国保への国庫補助金の増額が要請された。

²³ 健康保険税の創設を主張する議論もあった。

昭和 23 年 7 月には、アメリカ社会保障制度調査団の報告書「社会保障制度への勧告（ワンデル勧告）」が発表された。この中では、医療保険制度について、従来の制度を活用して被用者とそうでない者に対する二方式としながら、適用となっていない国民を医療保険の対象とすることが勧告された。その後、同勧告に基づき、「社会保障制度審議会」が設置された。

この社会保障制度審議会は、昭和 25 年 10 月 16 日に「社会保障制度に関する勧告」を公表した。これに先立ち、昭和 22 年 6 月 25 日に新憲法案が衆議院に上程され、約 2 か月にわたって審議が行われ、国民の生存権と国の生存権に対する保障義務に関する条文が追加された。すなわち、日本国憲法第 25 条では「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」こと、「国は、すべての生活部分について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」こととされた。社会保障制度審議会の勧告でもこの点を強調しており、その責任は国家にあるとした。その一環として、「被用者の保険」と「一般国民の保険」とを分けた上で、医療保険制度については、保険運営のための事務費全額及び予防給付及び療養給付に要する費用の 10 分の 2（結核性疾病については 10 分の 5）を国庫が負担することが勧告された。なお、同勧告による被保険者と経営主体、費用負担については、以下のようにされている。

資料 3- 1 社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」
(昭和 25 年 10 月 16 日) (一部抜粋)

総説 (略)

第一編 社会保険

第一章 医療、出産及び葬祭に関する保険

医療、出産及び葬祭に対する保険制度は、現在の日本では、これを被用者に対する保険と一般国民に対する保険とに区別して取り扱うことは止むを得ない。従って、被用者とその他の国民につき保険経営を分ち、被用者の家族は被用者保険において取り扱うこととした。

第一節 被用者の保険

第一 (被保険者)

現行の健康保険は原則として常時 5 人以上の従業員を使用している事業所で働いている者でないとその適用がなく、また事業の種類によっては適用が除かれている。従って、これを拡張して規模の大小や事業の種類を問わないで、すべての被用者に均てんして適用されるようにしなければならぬ。もちろん、公務員にも同一の制度を適用して公平と機会均等の原則を貫くべきである。しかし、技術的にも適用することは難しい者についてはさしあたりこれを除外することは止むを得ないであろう。

第二 (保険事故) 略

第三（経営主体）

- 一、 この保険の経営に関する最終的責任は国とするが、経営の民主化をはかるため経営主体は都道府県とする。ただし、傷病率が多いとか賃金基準が低いため、この保険の経営が困難な地方のことを考え保険料の一部をもって平衡勘定を設ける必要がある。
- 二、 右の外に、一定数以上の被用者を使用するものについては、組合を設立し、この組合において自主的に此の事業を行うことが勧奨せらるべきである。

（略）

第五（費用の負担）

- 一、 国は此の保険を運営するために必要な事務費の全額を負担するとともに、予防給付及び療養給付に要する費用の十分の二（結核性疾病については十分の五）を負担する。この負担は標準事務費または標準給付費によるものとする。
- 二、 国の負担するものを除いた給付に必要な費用については被用者と使用者がこれを折半負担する。ただし、組合の場合には使用者の負担割合を増加することができる。費用の一部（例えば予防給付及び療養給付に要する費用の十分の二程度）は定額負担とし、残部は賃金総額を基準として報酬に比例して負担するものとする。

第二節 一般国民の保険

第一（被保険者）

前節の被保険者及びその扶養家族を除いた国民を被保険者とする。

第二（保険事故）略

第三（経営主体）

市町村及びその連合体において経営することとし、これを設立することの困難な市町村に対しては国及び都道府県が強力にこれを助成してその実現を図るべきである。

（略）

第五（費用の負担）

- 一、 国は此の保険を運営するために必要な事務費の全額を負担するとともに、予防給付及び療養給付に要する費用の十分の二（結核性疾病については十分の五）を負担する。この負担は標準事務費または標準給付費によるものとする。
- 二、 市町村及び都道府県も予防給付及び療養給付に必要な費用のそれぞれ十分の一を負担する。
- 三、 前二項による負担を除いた費用は被保険者の負担とし、所得割、世帯割及び被保険者数割により負担するものとする。

同勧告では、なぜ、「現在の日本では、被用者に対する保険と一般国民に対する保険とに区別して取り扱うことは止むを得ない」のかは明らかにしていないが、前文におい

て「日本も今までにいろいろの社会保険や社会事業の制度を持っている。しかしながら、そのうちには個々の場合の必要に応じて応急につくられたものもあって、全体の制度を一貫する理念を持たない。・・・略・・・社会保障制度審議会は、この憲法の理念と、この社会的事実の要請に答えるためには、一日も早く統一ある社会保障制度を確立しなくてはならぬと考える」との記載を踏まえると、早急に国民生活の安定を図るためには既存の社会保険制度を活用して社会保障制度を構築することが現実的な対応と考えられたのではないかと推察される。

また、同勧告を読む限り、国家の責任が強く意識されていることが特徴としてあり、その上で、国民健康保険制度の費用負担のあり方としては、まず、国の負担があり、市町村・都道府県の負担が続き、最後に残った部分について被保険者の負担という立て方になっている点が注目できる。

こうした社会保障制度における国の責任が強く意識された時代的な要請を受け、昭和25年度は、政管健保・組合健保については30億円を国庫余裕金から繰替使用すること、国保については事務費の70%を、翌年には事務費全額を国庫が負担することとなった。しかしながら、国の財政上の困窮から給付費の2割相当についての国庫負担の導入は見送られた。これについて、国会では、「政府は市町村公営を原則としたが、その裏付けである国庫補助が伴わないために、(戦後国保の)再建の実が上がらない」と懸念を表明する意見も出された。

その後、昭和28年に国保の給付費の20%相当の公費が助成交付金として投入されることとなった。同年1月31日の参議院本会議で山縣勝見厚生大臣は「皆の要望、国会の要望があり、多年困難であった国保の給付に対する国庫負担を実現した」と発言している。また、2月2日の参議院本会議では「国民健康保険の今回の国庫負担の意図は、国民健康保険等を中心とした保険財政の財政難の改善をするのが一つの趣旨である」とも発言しており、国保の財政難への対応策として国庫負担が投入されたことが記録されている。この国保に対する助成交付金は、昭和29年度には約47億円、昭和30年度には約50億円が計上された。

その後、昭和30年6月29日に「国民健康保険法の一部を改正する法律案」が第22回国会に提出され、7月22日に可決成立、8月1日に公布・施行された。同改正法では、従来の補助規定を改め、国の補助義務を明らかにし、かつ、補助率を新たに加えることを狙いとする内容となっている。具体的には、①国庫は、療養の給付及び療養費の支給に要する費用についてはその一部を、保健婦²⁴に要する費用についてはその全額を補助するものとする、②療養の給付及び療養費の支給に要する費用に関する補助の総額は、当該年度における各保険者の療養の給付及び療養費の支給に要する費用の総額の10分の2に相当する額を下らないものとする、③国庫は、予算の範囲内で、国民健康保険に要する費用に補助金を交付し、また、その費用にあてさせるため、貸

²⁴ 現在は「保健師」であるが、当時の用語に従い、ここでは「保健婦」としている。

付金の貸付をすることができること、④都道府県及び市町村は、国民健康保険に要する費用に補助金を交付し、また、その費用にあてさせるため貸付をすることができること——といった内容が盛り込まれた。同法施行により、昭和30年度の補助金は改正法の規定によって交付されたものとみなされ、翌年31年度からは療養給付補助金として計上されることとなった。

(2) 国民皆保険に向けて

昭和30年代は国民皆保険に向けた具体的な動きが高まった。昭和30年3月に社会保障制度審議会が「医療保障に関する特別委員会」の設置を決め、国民皆保険に向けた本格的な議論を開始した。昭和31年11月8日に、社会保障制度審議会は「医療保障に関する特別委員会」の審議結果を受けて「医療保障制度に関する勧告」をとりまとめた。同勧告は、「前文」ならびに以下のような章建てで構成されており、医療保障制度全般にわたる内容となっている。

資料3-2 社会保障制度審議会「医療保障制度に関する勧告」(昭和31年11月8日)の 目次構成

- 前文
- 第1章 医療保障の体系
- 第2章 零細企業に対する健康保険の適用
- 第3章 健康保険の運営
- 第4章 国民健康保険
- 第5章 医療給付水準
- 第6章 診療報酬支払制度
- 第7章 保険医制度
- 第8章 医療機関の整備と医薬品
- 第9章 国庫負担と本人負担
- 第10章 結核医療制度の確立

同勧告では、医療保障制度の体系について、「現実の問題としては、今後相当の間は、健康保険を中軸とする被用者保険と、国民健康保険を中心とする地域保険の二本建てのままで進み、国民皆保険の体制への途を切りひらいてゆくという方向をとらざるを得ないであろう」、「われわれが、健康保険と国民健康保険の二本建てを是認したのは、この際、理論にこだわるよりも、とにかく国民皆保険へ一歩でも近づくことが急務と認めたからであるが、同時に、わが国の医療機関の整備その他の状況が到底一元化を許さないものがあるからである」と述べている。こうして、わが国では、二本建ての制度体系のまま、国民皆保険化に向けて医療保障制度を整備していくという施策がとら

れることとなった。

また、同勧告では、国民健康保険については、①国民が国民健康保険に加入するメリットを感じられるよう給付率を引き上げること、②経営主体については「当分の間はむしろ保険に対する責任を身近に感ぜしめ、その自主的創意をはかる方策をとるべきであって、そのためには、市町村の経営による形式を推し進めていくのが妥当」としたこと、③ただし、市町村間における財政力のアンバランスの調整を図ることが必要であり、国庫負担の配分方法を改善し、都道府県ごとに基金を設け保険料の一部をプールするなどの方法で「再保険的体制」をつくりあげること、④国民健康保険の保険運営の向上を図り、国民健康保険に対する国民の認識を深めるための取組を行うこと——等を勧告している。

資料 3- 3 社会保障制度審議会「医療保障制度に関する勧告」（昭和 31 年 11 月 8 日）
（「第 4 章 国民健康保険」の抜粋）

第 4 章 国民健康保険

1 国民健康保険の強制設立

今日その居住する町村が国民健康保険を実施していないため、自営業者など被用者以外でなんらの医療保険にも加入できない国民は二千万人にもものぼると推定される。

そこでそれらの人びとについては、国民健康保険の設立を強制して、すみやかに国民皆保険の実をあげなければならない。しかし、かりにいま直ちに全国的強制を法制化するとしても、とくに大都市においては、その事務機構、財政負担などの点において実施上相当の困難があるように思われる。また現在の給付程度では一部の者しか利用できないという批判もあるのであるから、まず何よりも国庫負担の増額をはかるとともに、その給付内容を充実させ、その財政をも確立させ、大多数の国民がよろこんで加入する体制を築き上げることが必要である。そのためには、3 年ないし 5 年の年次計画によって、できるだけすみやかに強制設立が実現できるよう万全の措置を講ずるのが妥当と考える。

2 国民健康保険の経営主体

国民健康保険の経営主体については議論がある。現行のごとく市町村のままでは保険経済の範囲がときには余りに狭いため、保険の運営が困難であるし、医療機関の充実をはかる上においても範囲が狭すぎるなどの欠陥があるから、この際これを都道府県の経営あるいは都道府県を範囲とする組合経営に移してはどうかという主張も見受ける。しかし現状からいえば、当分の間はむしろ保険に対する責任を身近に感ぜしめ、その自主的創意をはかる方策をとるべきであって、そのためには、市町村の経営による形式を推し進めていくのが妥当であるように思われる。もちろんこの場合には、市町村間におけ

る財政力のアンバランスの調整をはかることが必要である。そしてそのためには、現行の国庫負担の配分方法について改善を加えるとともに、国民健康保険団体連合会の組織を強化して、たとえば都道府県ごとに基金を設け、これに保険料の一部をプールせしめるなどの方法によって、再保険的体制をつくりあげる必要がある。また、各市町村の医療機関の連繋を密にするとともに、必要などころでは連合会が経営する医療機関の設置を考慮すべきである。

なお、今日行われる国民健康保険のなかには、保険経済に対する慎重な分析を怠るとか、医療機関との連絡調整を欠くとか、運営の拙劣なものが少なくはない。理事者の啓発も必要であろうが、ひろくこの保険に対する国民の認識を深めるための措置を講ずべきである。

3 国民健康保険の給付率

国民健康保険の給付率は、現在多くの場合 5 割給付であるが、これはこの際少なくとも 7 割まで上げる必要がある。給付率が 5 割にとどまっていることは、少額所得者の人びとをして保険に対する不信を招き、ときには医療扶助の救いをむしろ唯一のたよりとするがごとき窮状に陥しいれている。われわれは後に述べるように、健康保険における家族療養費を 7 割程度に上げることがを主張するものであるが、これと均衡をとる意味においても、国民健康保険の給付率は、これを 7 割以上に上げるべきである。しかも、このことは将来、国民皆保険が達成されたあかつきに、被用者保険の家族を、もちろんその利益を害なうことなく、国民健康保険に吸収することを考える場合においても、その調整に便宜であろう。なお、現状では、二重加入はこれはさけ、健康保険の家族については、被保険者と同様、これを国民健康保険に加入させないことが望ましい。

昭和 32 年 4 月には厚生省に「国民皆保険推進本部」が設置された。同年 10 月 19 日に、厚生省は「国民健康保険法改正要旨」を発表している。ここには、①市町村に対し国保の実施を義務づけること、②給付範囲を概ね健康保険に準ずるものとし、給付割合・期間等も法定すること、③療養給付費の 20% 及び事務費の全額を国が負担すること、④調整交付金制度（総額で療養給付費の 5% を下回らない額）を創設し、保険者間の財政力格差を調整すること——等が盛り込まれている。その後、厚生省は関係団体との調整を経て、昭和 33 年 3 月 13 日に「新国民健康保険法案」を国会に提出した。同法案は同年 12 月 23 日に可決成立し、翌年 1 月 1 日から施行された。これにより、市町村は昭和 36 年 4 月 1 日までに国保事業を開始しなければならなくなり、この時限をもって国民皆保険が達成された。

3. 国民健康保険制度の財源政策を巡る議論の歴史の変遷

ここまで、国民健康保険制度がどのような背景の下で創設されたのか、国民皆保険政策の中でなぜ「職域」と「地域」といった二元的な制度体系が採用・維持されてきたのかといった点を中心に整理してきた。ここでは、分立した制度体系を前提としてどのような財源政策が採られてきたのかといった論点を中心に歴史の変遷を整理する。

(1) 昭和 30 年代の「総合調整論」

① 社会保障制度審議会『社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申及び社会保障制度の推進に関する勧告』（昭和 37 年 8 月 22 日）

戦後の混乱期を経て、わが国では、被用者保険と被用者以外の一般国民の保険としての国民健康保険といった二元的な制度体系による国民皆保険を目指したわけであるが、国民皆保険の道筋が見えてくると、給付拡大とそれに伴う財源確保策、その結果の保険者間格差の問題に焦点が当てられるようになった。

昭和 34 年 9 月に内閣総理大臣は社会保障制度審議会に対し、「社会保障制度の総合調整に関する基本方策」について諮問した。これを受けて、同審議会は約 2 年にわたる審議を行い、昭和 36 年 11 月に中間報告「社会保障制度の推進に関する申入れ」を政府に提出した。さらに、昭和 37 年 8 月に「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」を総理大臣に提出した。

ここでは、1) 国民所得及び国家財政に占める社会保障費の割合を、今後 10 年の間に西欧の水準にまで引き上げることを目標としたこと、2) 国民を所得階層毎に分類し、社会保障を「貧困階層に対する施策」、「低所得階層に対する施策」、「一般所得階層に対する施策」、「すべての所得階層に共通する施策」に区分し、特に、貧困階層と低所得階層に対する施策を強調したこと、3) 社会保険において制度間に「プール制」という新しい構想を提唱していること——等が特徴といえる。

この時期、社会連帯の視点で負担の公平化を図る観点から制度一元化の議論もあったが、現実的ではないとの見方が主流であり、制度分立を前提にした場合の負担の公平化策として、プール制の議論が登場した。プール制の導入については、「制度の分立を前提とし、これら制度の不合理的を是正するとすれば、財政不均衡を解消するために国庫負担の増大が必要となる。しかし国庫負担の増大にはおのずから限度がある。したがって保険者間においてプール制による財政の調整をはかることもどうしても必要になってくる」としており、負担の公平化を図るためには国庫負担だけでは限界があるので、プール制の導入が必要と訴えている。このプール制の導入に際しては、「すべての制度についてのプール制を行うことは困難であるから、まず制度間において負担能力に著しい差があり、給付に甚だしい不均衡のある医療保険の分野から着手すべく、まず組合相互間においてプールを行い、さらに被用者すべてについて、また国民健康

保険の保険者相互間においてもプールを行うべきである」とし、まずは制度内におけるプール制の導入を提唱している。

次に、社会保険に対する国庫負担についてであるが、「各制度における国庫負担に対する既得権的な考えを一掃」することが必要であり、「国庫負担は、最低生活水準を確保するために絶対的に必要とされる給付に対して一定水準の保険料が受益者の負担能力を超えるような場合、あるいはインフレーションによる積立金の不足のように国以外に責任をもつものがない場合に行われるべきである。この原則によれば、負担能力の低い層に対しては国庫負担を厚くすべきである。また、事業主の負担のある被用者よりもこれがない自営業者に、個人的責任の度の濃い事故よりも薄い事故に対して、それぞれ国庫負担を厚くすべきである」といった国庫負担の在り方に関する考えが整理されている。

プール制と国庫負担との関係については、「(プール制導入の主張は、) 社会保障に対する国の負担を軽減しようという意味ではない。もしこれによって余裕が生じた場合は、これを社会保険その他の社会保障制度の改善にふり向けるべきである」とした上で、「プール制ができるまでの間、プールが行われない制度間の財政の不均衡を調整するための国庫負担は依然として必要であるし、事務費を全額国庫が負担すべきことはいうまでもない。また、財政的な余裕に応じて、奨励的な補助金を厚くすることも当然考慮すべきである」としている。

国会でも、「やはりこの被用者保険あるいは国保というものを、一本にするということ直ちに考えるわけにはいかないと思うのであります。だから被用者保険は被用者保険とし、国保は国保として、今までの発達の歴史もありますので、その歴史を見まして直さなければならぬということでございますが、まず第一に、何と申しましても国保が非常に悪いから、アンバランスを直すには、やはり国保を徐々に直していかなければならぬ。(中略) 被用者保険につきましては、その被用者保険の中でやはりアンバランスをとっていききたい、これは勧告の中ではそれを一本にして、一つの保険にしてというようなことを言われておりますけれども、そういう組織を一本にしてということよりも、何かやはり被用者保険の中の共通な事業というようなものがあれば、その共通な事業というようなものをまとめていって、そのために全体の保険から調整金をとるというようなことも一つの方法ではなかろうかと思うのでございます」といった発言もなされている²⁵。

②厚生省事務局案「医療保険における総合調整実施の可能性を検討するための試案要綱」 (昭和 39 年 5 月)

昭和 37 年の社会保障制度審議会の答申・勧告が公表された後、総合調整に対する関心が高まり、各方面で議論が行われるようになった。こうした中、厚生省では事務当

²⁵ 衆議院社会労働委員会(昭和 38 年 1 月 31 日)における西村英一厚生大臣の発言。

局において具体案の作成が進められ、昭和 39 年 5 月に事務局案として「医療保険における総合調整実施の可能性を検討するための試案要綱」が発表された。

この試案要綱の主な内容は、現行の制度体系をそのままとし、分立していることから生ずる欠陥を補強しようとするもので、「医療保険調整基金」（特殊法人）という新しい制度を設け、離職者医療及び老齢退職者医療に要する費用、家族給付率の引上げに要する費用、その他被用者保険制度が全体として負担すべき費用の全部または一部を賄うために必要な額を各保険者から受け入れるという構想であった。医療保険調整基金の、各保険者からの受入額は、各保険者における標準報酬と被保険者数を基準として決めることとされた。

厚生省では、この試案要綱をもとに関係団体との話し合いを進め、昭和 39 年の通常国会に提出する意向があったが、健保組合側の強い反対や批判的な世論を背景に、国会への提出は断念された。

（2）昭和 40 年代の「2 分の 1 財政調整論」

昭和 37 年 8 月の社会保障制度審議会の「社会保障制度の総合調整に関する基本方針についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」公表以降、財政調整に関する議論は高まりを見せ、昭和 40 年代には給付費の 2 分の 1 を財政調整する、いわゆる「2 分の 1 財政調整論」が政府を中心に提唱されるようになった。

当時、健康保険財政は、30 年代後半からの医療費引上げ等により悪化し、特に政管健保では累積赤字が深刻な状況となっていた。このため、財政調整に関する議論の他、総報酬制や薬剤費の一部負担制の導入に関する議論も盛んに行われた。しかしながら、安易な財政調整はかえって制度運営に怠惰が生じるとの慎重論が示され、結果的には国庫負担の投入を軸にした解決策がとられることとなった。

一方、国保については「標準保険料」構想が議論された。国保では、国民皆保険達成当初から、医療費の高低差とそれに起因する保険料の地域格差が問題視されており、この解消を図るための構想として「標準保険料」に関する議論が高まった。昭和 45 年 6 月に「国民健康保険の基本問題に関する懇談会」が設置され、翌年 9 月 23 日には、①国保の国庫負担の総枠を医療費の 45% とし、定率負担の割合を引き下げて、財政調整交付金の枠を拡大することを前提とする、②被保険者に賦課する保険料率は国の定める統一的基準（標準保険料）に従って設定する、③賦課方法は、均等割および所得割に統一し、賦課割合は賦課総額のそれぞれ 2 分の 1 とする、④所得割の算定基礎は市町村民税のいわゆる本文所得（所得控除前の所得）に統一する、⑤標準保険料額と定率国庫負担金の合計額が法定分医療給付費（7 割相当分）に満たない市町村に対しては財政調整交付金により完全に補填する——といった内容を盛り込んだ報告のとりまとめを行っている。しかし、この標準保険料構想は理論に偏りすぎて現実に即していないなどの批判も強く、結果的に頓挫した。

①厚生省事務局試案「医療保険制度改革試案」(昭和42年11月17日)

昭和40年に、社会保障制度審議会は「医療費問題に関する意見並びに保険三法に対する答申」を公表し、医療保険の根本対策の確立に直ちに着手すべきと提言した。

昭和40年9月に、自民党の灘尾弘吉を会長とする「医療基本問題調査会」が発足し、ここで医療保険制度のあり方や診療報酬体系についての検討が行われることとなった。また、同年12月には、厚生省内に事務次官を委員長とする「医療基本問題対策委員会」が設置され、翌年の41年8月に「医療保険制度改革要綱試案」がとりまとめられた²⁶。

この間にも健康保険財政の赤字は深刻化した。昭和42年8月に成立した健康保険法等臨時特例法では、政管健保に定額225億円の国庫補助を予算措置することが盛り込まれたが、同法は2年間の時限立法となった。このため、政府は同法が失効するまでの間に、抜本改革に着手しなければならない状況となった。

灘尾弘吉自民党医療基本問題調査会会長が、厚生省事務局に対し、今後の審議のたたき台として、これまでの事務局の研究の成果をとりまとめて、調査会に提出するよう要請した。これを受けてとりまとめられたのが、厚生省事務局試案「医療保険制度改革試案」(昭和42年11月17日)である。

この改革試案では、1) 現行制度を基調とし、健康保険組合、各種共済組合、市町村等小集団による管理運営方式の長所を活用すること、2) 被用者保険については、保険者間の保険料格差を是正するため、医療給付費(法定給付分)の2分の1について財政調整を行うこと、3) 地域保険については、医療費段階別の標準保険料制度を創設し、財政力の弱い保険者に対して国庫負担による財政調整を行うこと——等が盛り込まれた。

その後、自民党医療基本問題調査会は、この事務局試案をもとに各関係団体から意見聴取をしながら抜本改革案のとりまとめ作業に着手した。昭和42年11月末の内閣改造により医療基本問題調査会が一時中断したものの、同年12月には、鈴木善幸元厚生大臣が会長となり、抜本改革の検討が行われ、各関係団体からの意見聴取も行われた。財政調整については、「政管健保を現状のままにしての財政調整は反対」、「怠慢な保険者を助長させることになるので反対」等、反対意見が多く出された。

②厚生省保険局「医療保険制度改革要綱試案」(昭和44年8月)

自民党医療基本問題調査会による各団体の意見聴取後、自民党内に起草小委員会が設置され、昭和44年4月10日に「国民医療対策大綱」が策定され、5月23日には党総務会で了承された。

「国民医療対策大綱」の主な内容は、1) 医療保険制度を「国民保険制度」、「勤労者保険制度」、「高齢保険制度」の3制度に再編成する、2) 被用者保険の家族の医療給付

²⁶ 「同試案の基調は統合論であったと言われるが発表されなかった」(健康保険組合連合会『健康保険のあゆみ その2』)とある。

は国民保険制度で行う、3) 一定条件にある 55 歳以上の退職者を老齢保険に加入するまでの間、継続被保険者として勤労者保険に加入させる、4) 勤労者保険制度の保険者は、全国的規模の特殊法人とし、企業または産業別組合に事業代行を認める、又同特殊法人は老齢保険制度の運営も合わせ行う、5) 国民保険制度の保険者は市町村とするが、都道府県国民保険公社が給付を行う、6) 国民保険制度の財源は、保険料、国庫負担金、勤労者保険制度からの受入金及び財政調整交付金によるものとする、7) 勤労者保険制度の財源は、保険料、労災保険からの受入金、国庫負担等によるほか、業務上外の傷病に要する経費について財政調整を行い、国も相応の負担を行う、8) 老齢保険制度財源は、国民保険制度及び勤労者保険制度からの拠出金と必要に応じた国庫負担とする——といったように、大きな改革を伴う案であった。

この大綱については、「現行の被用者保険の被扶養者に対する医療給付を国民保険制度の中で行うことは適当でない」、「業務上の事由による傷病に関する保険を勤労者保険制度に取り入れることは適当ではない」等の問題点も付記したうえで政府に提出された。

この「国民医療対策大綱」の内容を受け、同年 8 月、厚生省保険局は「医療保険制度改革要綱試案」をまとめた。8 月 5 日、政府は「医療保険制度改革要綱試案」について、社会保障制度審議会と社会保険審議会の両審議会に諮問を行った。この要綱試案の内容は概ね「国民医療対策大綱」に沿うものであり²⁷、1) 現行の医療保険制度を再編成し、「国民保険制度」、「勤労者保険制度」のほか、「高齢者医療を確保する制度」（老齢保険制度）を創設し、三本建ての制度とすること、2) 被用者の家族を国民保険制度に移管し、その医療給付に要する経費の一部を勤労者保険から受け入れること——等が示された。また、1) 勤労者保険事業については社会保険庁が一元的に行うが、社会保険庁は、企業別あるいは産業別に組織される勤労者保険組合にその事業を代行させることができること、2) 財政面では、医療給付に要する経費について、社会保険庁及び各勤労者保険組合相互間において財政調整を行うこと、3) 国も相応の負担を行うこと——等が示された。さらに、老齢保険制度の財源として、国民保険と勤労者保険からの拠出金を提示しており、今日の高齢者医療制度につながる改革構想といえる。

なお、同改革要綱試案においては、「説明 2（さしあたり実施すべき事項）」として、「（その 1）国民健康保険制度改革要綱試案」、「（その 2）被用者保険制度改革要綱試案」、「（その 3）老齢保険制度改革要綱試案」が付されている。

²⁷ 勤労者保険の経営主体を社会保険庁としたこと、老齢保険の対象者から勤労者保険の本人が除かれたこと、給付水準についての考え方などが修正された。

資料 3- 4 厚生省保険局「医療保険制度改革要綱試案」(昭和 44 年 8 月)

「説明 2 (さしあたり実施すべき事項) 」

(その 1) 国民健康保険制度改革要綱試案

1. 適用対象者

適用対象者は、現行国民健康保険の被保険者とするが、年次計画に従い各年度に被用者保険に移行する者及び老齢保険に移行する者を除く。

2. 経営主体

国民健康保険事業は、市町村が行う。なお、現に設立されている組合については、当分の間、引き続いて事業を行うことを認める。

3. 給付の改善

(1) 出産給付については、中央社会保険医療協議会において出産に係る報酬点数につき結論を得たうえで、現物給付とする。

(2) 葬祭料は、7000 円に引き上げる。

4. 費用負担

(1) 市町村は、標準保険料率に従い、所得割方式及び均等割方式により保険料を賦課徴収する。

(2) 均等割の額は、法律で定める基準に従って厚生大臣が定める。

(3) 所得割の料率は、被保険者の所得及び医療費の段階に応じて法律で定める基準に従って厚生大臣が算定する。

(4) へき地、離島等特別の事情のある地域については、厚生大臣の認可を得て、標準保険料率の特例を定めることができることとする。

(5) 国庫負担金は、市町村がとるべき保険料総額と同額とする。

5. 財政調整

(1) 財政調整は、とるべき保険料総額及び国庫負担金の合計額をもって支払うべき医療給付費をまかなえない場合に、国が財政調整交付金を交付することによって行う。

(2) 国庫負担金及び財政調整交付金の合計額は、市町村の医療費の総額の 4 割 5 分に相当する額とする。

6. 累積赤字の解消

累積赤字を解消するため、市町村の起債を認める。

(その 2) 被用者保険制度改革要綱試案

1. 5 人未満事業所従業員等の強制適用

現在任意適用となっている 5 人未満事業所及びサービス業等に使用される者を 5 年程度の年次計画をもって強制被保険者とする。

2. 経営の一元化

(1) 勤労者保険事業は、社会保険庁が一元的に行う。

(2) 社会保険庁は、企業別又は産業別に組織される組合にその事業を行わせることができることとする。

(3) (2)の組合の設立認可は、社会保険庁長官が行う。なお、既存の健康保険組合及び共済組合については、この設立認可があったものとみなす。

3. 給付の改善（略）

4. 標準報酬制の合理化（略）

5. 費用負担の均衡

医療給付に要する費用について、次により財政調整を行う。

(1) 社会保険庁長官は、毎年度被用者保険制度の医療給付費をまかなうに必要な料率の2分の1に相当する料率（以下「調整料率」という。）を告示する。

(2) 各経営主体は調整料率に相当する保険料を社会保険診療報酬支払基金に納付し、基金はこれを被用者保険の総医療費の2分の1に相当額にあてることにより財政調整を行う。

(3) 各経営主体の医療給付費をまかなうに必要な料率の2分の1に相当する料率が調整料率に相当する料率をこえる場合には、こえる料率の2分の1相当額を国庫が負担する。

(4) 船員保険、日雇労働者健康保険についても財政調整を行うが、その特殊性にかんがみ、特例を設ける。

6. その他

医療給付の適正化を図るため、医師の領収書発行、経営主体による請求書用紙の発行等を検討し、必要な措置を講ずる。

7. 累積赤字の解消

政府管掌健康保険等の累積赤字は、国において計画的に処理する。

（その3）老齢保険制度要綱試案

老齢者の医療を確保するための具体的な方法としては、諸種の方式が考えられるが、社会保険の方式による場合には、次のような老齢保険制度を創設することが考えられる。

1. 適用対象者

老齢保険の適用対象者は、70歳以上の国民とする。ただし、被用者保険の被保険者を除く。

2. 経営主体

老齢保険事業は、市町村の協力を得て社会保険庁が行う。

3. 保険給付

(1) 医療給付の割合は在宅診療について10割とし、被用者保険に準じて一部負担を設ける。入院診療について7割とする。

(2) 葬祭料の額は、1万円とし、被用者保険における葬祭料に準じて改定する。

4. 費用負担

(1) 国は老齢保険の保険給付に要する費用の4分の1を負担する。

(2) 国民健康保険及び被用者保険の経営主体は、老齢保険の保険給付に要する費用の4分の

3 に相当する額をそれぞれの被保険者に係る市町村民税所得割の課税標準額に応じて負担する。

(3)国民健康保険においては、(2)の負担金の2分の1を国が負担する。

③社会保障制度審議会「医療保険制度改革についての答申」(昭和46年9月13日)

昭和44年8月5日に、厚生省から「医療保険制度改革要綱試案」について諮問を受けた社会保障制度審議会では、2年がかりで医療制度や医薬品制度、公費負担医療などについて検討を行い、昭和46年9月13日に「医療保険制度改革についての答申」をとりまとめた。この間、昭和45年12月下旬に、社会保障制度審議会は意見書を提出し、政管健保の赤字に対する当面の措置については、抜本改正の検討が進められているさなかでもあり、政府の責任で処理すべきだと申し入れも行っている。

昭和46年9月13日の答申では、1) 地域保険一本化論については事業主負担が期待できなくなること、被用者保険の被保険者の負担が増える可能性があること、保険料徴収率が国保程度に低下し、総じて保険経済上の不経済が増大すること、今までよりも多額の国庫負担が必要になること等の問題点があるため、被用者保険と国民健康保険の二本建とすることが望ましい、2) 被用者保険については、組合健保に原則を置き政管健保の役割を限定する——といった意見がまとめられた。

また、財政調整については、「一本の制度としての被用者保険と、一本の制度としての国民健康保険という二大制度の体系が適当であるとする以上、それぞれの制度ごとにその所属する保険者間で社会連帯の見地に立つ財政調整を実施することは当然である」と述べながらも、「政府案による2分の1財政調整を実施すれば、組合健保を残りの%²⁸の規模に縮小してしまうことと同じである」、「拠出される資金は、組合健保などの経営努力を妨げるようなことのないものに限られる。具体的にいえば、被保険者の所得が高いことによる財政的余裕といったものに限定すべきである。したがって、保険者の健康管理が行き届いているために生じている財政的余裕からの拠出は、これを認めるべきではない」、「各種の案が考えられるが、いずれにしても、拠出された金は積み立てられ、まず組合健保等同種のものに財政調整に充て、次いで余裕があれば政管健保への組み入れを行うのが筋である」、「今回の財政調整は政管健保の赤字対策であるが、医療制度面に手をつけずに実施すれば、政管健保の赤字はかえって増大する」とし、政府による2分の1財政調整論については否定的見解が示された。

²⁸ 「残りの%」は原文のままである。前後の文脈を踏まえれば、2分の1の財政調整を実施すれば組合管掌健康保険の財政規模は2分の1、つまり50%に縮小されてしまうという趣旨と推察する。

④社会保険審議会答申「医療保険制度の根本的改正についての答申」（昭和46年10月8日）

社会保障制度審議会の答申からおよそ1か月後の昭和46年10月8日、社会保険審議会は「医療保険制度の根本的改正についての答申」をとりまとめた。この答申では、まず制度体系については、「健康管理への要請は、職域特性、地域特性、年齢特性等各種の複雑な諸要因によって個別化しつつある。これらの事情を勘案すれば、『健康管理を地域において一元的に行うべきであり、したがって、これと密着する医療保険制度は一元化されなければならない』とする考え方は、国民生活の実態に即するものではない」とし、被用者保険と地域保険の二大制度体系とすることが望ましいとしている。また、社会保障制度審議会と同様に組合方式を評価し、「被用者保険の経営管理の単位は、効果的な医療と健康管理を重視する面から経験と実績を持つ組合方式を積極的に活用し、政管健保の役割を限定する」と述べている。その上で、財政調整については、「皆保険においては給付と負担は公平であるべきだとする要請に規律されるとして、組合方式による財政力格差は何らかの調整手段で修正すべきである」と組合方式による財政力格差についての財政調整の必要性を唱えた内容となっている。

⑤社会保障制度審議会答申（昭和47年4月6日）、社会保険制度審議会答申（昭和47年4月19日）

昭和46年の社会保障制度審議会及び社会保険審議会の答申は、いずれも政府案について批判的な内容といえる答申結果となった。昭和46年末、自民党は議員立法という形で財政対策を中心とした健康保険法の一部改正案²⁹を提出した。結局、議員立法による予算措置は妥当ではないとの判断から、議員立法ではなく、自民党案と同じ内容の政府案を国会に提出することとし、翌年47年1月25日に両審議会に諮問を行った。両審議会は2月16日に答申したが、ここでも政府の諮問案に対しては批判的な答申内容となった。しかし、予算案が決定していることを理由に、政府は原案通り2月18日に第68回国会に提出した。結果的に、この法案は参議院において時間切れ廃案となった。

政府は、政管健保の赤字対策であるこの財源対策法案とは別に、抜本改正法案と医療基本法案を作成した。このうち、抜本改正法案について、2月5日に社会保険審議会と社会保障制度審議会に諮問した。この諮問案では、被用者保険について、政管健保や組合健保、船員保険及び共済組合の間で法定給付費の2分の1を対象に財政調整を行うことが盛り込まれた。

これに対して、社会保障制度審議会では、「近年の政管健保の異常な医療費の増加をそのままにして財政調整を行おうとすれば、組合健保の保険料を平均15%引き上げる

²⁹ 標準報酬の上下限の改定、保険料率の引上げ、賞与に関する特別保険料の徴収、政管健保に対する国庫補助の定率化、保険料率及び国庫補助の弾力的調整、累積赤字の棚上げ等の内容が盛り込まれていた。

ことになる」、「まずは政管健保内の不公平問題を解消することが先決。他の管掌との権衡はその後の問題であり、この際は各管掌ごとに財政調整を行わせるのはよいことであろう」といった内容の答申をまとめた。

また、社会保険審議会では、「政管健保の非効率的運営実態をそのままにして財政調整を行うことは政管健保が安易な援助に依存するのみでなく、組合健保にとってもその意欲を失うこととなる(事業主側委員及び被保険者側委員)」、「財政調整に関しては、組合方式の推進と並んで、医療保険制度のあり方論として認めざるを得ない。しかし、国庫負担の増額を考慮するほか関係者の納得が得られるような客観的条件を充足することが必要である(公益側委員)」と委員の立場ごとの意見を併記した答申内容となった。

一方、国民健康保険においては、「財政調整交付金によって市町村の財政調整を進めるには財政調整相当分の国庫負担を増やさない限り効果が見られないのではないか」、「財政調整交付金の配付を実情に合わせるためその一部の配分を都道府県に任せることも考えられる」といった意見が社会保障制度審議会で提出された。

このように、両審議会では諮問案について反対の答申を出した。また、健康保険組合連合会等の強い反対もあり、政府の「2分の1財政調整論」は頓挫した。代りに政府は、1) 60歳以上の高齢被保険者の医療給付費を政管健保と組合健保とで共同負担する、2) 健保組合間の共同事業に法的根拠を設ける——といった内容の法案に修正した。これは第68回国会に提出されたが、一度も審議されることのないまま廃案となった。

昭和46年10月に社会保険審議会では「健保問題懇談会」を設け審議検討を行ってきたが、その内容を「健康保険法改正に関する意見書」としてとりまとめ、昭和47年12月26日に厚生大臣に提出した。意見書では、「財政対策、大幅な給付改善と関連問題を切り離すことなく総合的、計画的、段階的に実施する方途を見出さなければならない」とし、昭和48年度に実施すべき事項として、1) 家族の給付率を国保の給付水準(7割)に引き上げること、2) 標準報酬の上下限を引き上げること、3) 少なくとも定率10%以上の定率国庫負担を導入すること、4) 累積赤字を棚上げすること——等を掲げた。

これを受けて、政府は、健康保険法の改善と政管健保の赤字解消とを同時に目指す健康保険法の一部改正案を作成、昭和48年1月に社会保険審議会と社会保障制度審議会に諮問した。厚生省では、この法案を抜本改正に向けての第一歩を踏み出すものとし、この改正が実現して政管健保の財政が安定したあとに第二弾として財政調整、退職者医療、医療制度の整備等の問題を長期計画で解決していきたいとした。

昭和48年2月に両審議会は答申をとりまとめた。政府は、答申内容を考慮して、標準報酬の上限の政令による改定事項を削除した上で、昭和48年2月17日に改正法案を第71回国会に提出した。この法案は、衆議院社会労働委員会等で修正された後、9月14日に可決成立した。

昭和 39 年以降の政管健保の大幅な赤字対策として、被用者保険における財政調整案が度々浮上したものの、政管健保の赤字原因の追究と対策が先であり、安易な財政調整はかえって制度運営に怠惰が生じるとの慎重論が示され、結果的には、国庫負担の投入を軸にした解決策がとられることとなった。

(3) 昭和 50 年代の財政調整論「組合間の財政調整」

昭和 48 年の健康保険法改正により、政管健保の財政は昭和 49 年以降健全化する見込みとされていた。しかし、老人医療費の無料化や昭和 49 年のオイルショックを契機にした経済成長の鈍化による保険料収入の伸びの鈍化等により、政管健保の財政は再び赤字基調に陥った。昭和 49 年度の政管健保の財政は、保険料率 0.4% 引上げにもかかわらず 456 億円の赤字となり、昭和 50 年度も赤字が増大することが見込まれる事態となった。

こうした状況を受け、昭和 50 年代には、再び、被用者保険制度内における財政調整を巡る議論が活発となった。将来的に被用者保険制度内での財政調整を行うことを前提に当面の措置として組合間の財政調整を行うという案が出されたが、関係団体による強い反対を受け、結果的に「組合間での財政調整を行う」という規定に止まり、財政調整に関する議論はひとまず決着を見せた。

また、昭和 50 年代は老人医療費や退職者医療制度に関する議論も活発に行われた。

① 社会保険審議会「医療保険制度の改善方策についての意見」(昭和 52 年 11 月 5 日)

昭和 50 年度の予算編成において歳入不足が生じ、福祉予算の見直しが行われた。大蔵省は、医療分野での費用増加を抑制するため、「医療保険の改善合理化案」を内示した。ここでは、1) 標準報酬月額の上限の引上げ、2) 高額療養費の自己負担限度額の引上げ、3) 退職者医療保険制度の導入、4) 5 人未満事業所の健保への適用拡大——の 4 点が盛り込まれた。これに対して、厚生省は大蔵省と折衝し、50 年度の実施は見送られたものの、51 年度に法改正が必要な状況となった。

昭和 50 年 12 月、社会保険審議会の健保問題等懇談会は「51 年度における健康保険制度改正に関する意見」をとりまとめた。意見書では、「社会保障の面にも財政難が迫ろうとしているが国民福祉は経済の変動によって後退すべきではない」と大蔵省の姿勢を牽制している。また、退職者医療制度については「制度の仕組み方、費用負担のあり方等について、なお検討を要する問題があり、早期に実現を図るよう引き続き検討を行うべきである」とした。

厚生省は意見書を受けて、標準報酬等級の上下限の引上げや一部負担金引上げの見送り、任意継続被保険者制度の改善等を内容とする健康保険法の改正法案骨子をまとめ、大蔵省に提出した。これに対して大蔵省は、財政制度審議会の建議に沿って、受益者負担の原則を主張し、賃金上昇を考慮に入れた負担増を求める考えを示した。こ

のため、厚生省は大蔵省に復活折衝し、結果的には負担増となる改正案に修正された。

この改正案について社会保険審議会と社会保障制度審議会は批判的な答申内容をまとめた。その後、改正案は一部修正されたものの、昭和 51 年 2 月 16 日、第 77 回国会に提出された。国会でも議論が紛糾したものの、修正などを経て、5 月 21 日に可決成立した。

しかしながら、この改正法案では抜本的な改革ができず財政の立て直しがはかれなかったことから、政府は 53 年度から制度の基本的改革に取り組みざるを得なくなった。昭和 51 年 11 月に政府の要請を受けて、社会保険審議会の健保問題等懇談会は、医療保険制度全般にわたる基本的見直しのための検討に着手し、昭和 52 年 11 月 5 日に、意見書「医療保険制度の改善方策について」をとりまとめた。

ここでは、昭和 46 年に社会保険審議会が医療保険制度の根本的改正について答申を行った時と比べて、1) 経済が低成長へ基調変化し、それに伴い国家財政も窮迫していること、2) 急激な高齢化を迎えつつあること、3) 国民所得の伸びを上回る医療費の増嵩が続いていること——等、社会経済環境の変化があったことに触れながら、医療保険制度のあり方について提言を行っている。

意見書では、「被用者保険の地域保険への統合、被用者保険の一元化など医療保険制度の抜本的再編成を求める意見もあるが、それぞれの制度には今日までの沿革があり、また急激な改革からは摩擦が生じる恐れもある」、「現段階では、被用者保険及び地域保険の二本建てを前提とした上で、被用者保険制度のあり方を検討するとともに、さしあたり被用者保険制度内での給付および費用負担の斬新的合理的改善を図るべきである」と述べ、被用者保険と地域保険の二本建てを前提とする、これまでの姿勢を維持する考えを示した。その上で、「医療保険制度改革の重要な課題として制度間の格差を是正すべきであり、その方法の一つとして被用者保険制度内での財政調整の議論がある。当面は、健康保険組合間での財政調整の具体策を検討すべきである」とした。

国会では、昭和 52 年の健康保険法改正案の採決に際し、衆議院社会労働委員会決議（第 82 回国会、昭和 52 年 11 月 1 日）、参議院社会労働委員会附帯決議（第 83 回国会、昭和 52 年 12 月 8 日）において、「給付及び負担の公平化を図るため、保険者間の財政調整を行うものとするが、当面、健康保険組合間の財政調整を行うこと」が盛り込まれた。

また、参議院社会労働委員会の附帯決議（第 83 回国会、昭和 52 年 12 月 8 日）では、「老人保健医療制度の創設の準備に直ちに着手するとともに、公費負担医療のあり方、退職者医療の再検討を引き続き行うこと」も盛り込まれた。

②厚生省「医療保険制度改革要綱案（将来のビジョン）」（昭和 53 年 3 月 3 日）

昭和 52 年 12 月 20 日に財政制度審議会は、53 年度予算編成に関する決議と歳出の合

理化に関する報告をまとめ、村山達雄大蔵大臣に提出した。この中には、医療費に係る国庫負担の限界と政管健保の赤字解消が盛り込まれた。

厚生省は改革案をとりまとめ、昭和53年3月3日の自民党医療基本問題調査会（根本竜太郎会長）と社会部会との正副会長会議に「今回の健康保険法案の改正案の内容」と「医療保険制度改革要綱案（将来のビジョン）」を提出した。

このうち、「今回の健康保険改正法案の内容」では、1) 政管健保に対する国庫補助の弾力的調整を廃止し総医療費の15%を補助すること、2) 総合的な財政調整を段階的に行うことを前提にして当面健康保険組合において財政調整を行うこと、3) 財政調整は政府が行うこととするが、厚生大臣が指定する法人に代行させることができるものとする——等が示された。

また、「医療保険制度改革要綱案（将来のビジョン）」では、1) 制度体系については職域保険制度、地域保険制度、老人保健医療制度の三本建てとすること、2) 職域保険制度内において医療給付費を対象に財政調整を行うこと——が示された。ここでは、1) 各事業主体は一定料率に相当する金額を拠出する、2) 拠出金は事業主体毎の財政状況等に応じ傾斜的に配分する、3) 財政調整事業は政府の監督の下に調整基金（仮称）に代行させるものとする——という案が示された。

③昭和55年改正までの経緯

この改革案に対し、日本医師会からは「給付の平等化のためには付加給付が許されてはならない」、「組合健保を解消することなしに給付と負担の公平はあり得ない、組合健保が存続する限り、医療体制と保険体制との有機的結合は不可能である」、「一部負担は保険者が徴収すべきである」といった批判が出た。一方、健康保険組合連合会からも「医療提供体制の整備、医療費支払方式の改革、医療費の無駄排除策抜きの抜本対策はあり得ない」、「制度間の財政調整は絶対反対である」と強い反対の意見が挙がった³⁰。

小沢辰男厚生大臣は、日本医師会の了解を取り付けるため、医師会長との数回にわたる会談の結果、1) 給付の平等化、2) 負担の公平、3) 物と技術の分離、4) 会計の高額負担を解消する方途を別途考慮する、5) 審査機構の改善を早急に検討する——といった5原則について合意を得た。

この合意内容を原則に、厚生省は、本人・家族とも入院・外来を十割給付とし、薬剤費の足切り償還制を導入するといった内容の改正案をまとめ、昭和53年4月7日に社会保険審議会に、4月8日に社会保障制度審議会に諮問を行った。諮問案では、財政調整については、「政府は別に法律で定めるところによる被用者医療保険の保険者間の財政調整が行われるまでの間、各健康保険組合間の財政調整を行うための所要の措置を講ずることとすること」とされた。

この諮問案について、社会保険審議会と社会保障制度審議会は5月13日に答申をと

³⁰ 健康保険組合連合会『健康保険のあゆみ その2』

りまとめた。

社会保険審議会は、1) 改正案要綱は社会保険審議会が改正案の作成に備えて前年秋に提言したものとは考え方、具体策の面で相当かけ離れたものとなっていること、2) 薬剤費の償還制については基本となる検討が不十分で直ちに実施することはできないこと、3) 医療制度、医薬制度等の関連諸制度の改善策が明示されていないばかりか緊急かつ切実な課題である保険外負担問題についても解決への具体的道筋が明らかにされていないこと——等、批判的な意見を示した。また、財政調整に関する事項については、諮問案が被用者保険全体での財政調整を示していることについて、「将来の制度の体系との関係、被用者保険全体での財政調整についての理念と具体的方法を明らかにすべきである」と述べ、「健康保険組合間での財政調整を実施するにあたっては、健康保険組合の自主性を失わしめないようにすべきである」とした。

一方、社会保険審議会と同日に提出された社会保障制度審議会の答申「健康保険制度等の改正について（答申）」では、1) 事前の検討の不十分さが目立ち納得しかねる点が少なくないこと、2) 薬剤費の償還制よりも薬剤費の一部負担制を採用する方が現実的であること——等を表明している。また、財政調整に関する事項については、「今回の狙いの一つは保険者間の財政調整にあるとされているが、それによって経営努力がゆがめられたり、自己責任がおろそかにされるようなものであってはならない」、「財政調整の方向としては、政府管掌健康保険と組管掌健康保険、さらには共済組合、国民健康保険等を含めて医療保険全体に広げることが本筋である。この場合、被保険者間の負担の公平感が前提とされるべきであり、さらに国庫負担の適正なあり方もあわせて考えなくてはならない。なお、財政調整を政府管掌健康保険に及ぼすに当たっては、まずその赤字の原因を徹底的に究明する必要がある」としている。

両審議会から厳しい内容の答申を受けて、政府は、薬剤費の償還制の導入の代わりに薬剤費の一部負担制を採用するなど、改正案の一部修正を行った後、昭和53年5月26日、第84回国会に提出した。財政調整については、諮問案では「政府は別に法律で定めるところにより、被用者医療保険の保険者間の財政調整が行われるまでの間、医療に関する給付に要する費用に充てるための所要保険料率が政令で定める率を超える組合に対し、政令の定めるところにより、財政調整交付金を交付する」とされていたが、「全被用者医療保険における医療に関する給付に要する費用の財源について必要な調整措置が講じられるまでの間、健康保険組合の健康保険事業に要する費用の財源の不均衡を調整するため健康保険組合連合会は、政令で定めるところにより会員たる健康保険組合に対し、交付金の交付事業を行うこととする」と政府案では修正された。つまり、全被用者保険制度での財政調整は棚上げされ、「健康保険組合間の財政調整」といった形になった。

国会審議は難航し、四度の継続審査と二度の廃案を経て、第93回国会で大幅に修正されてようやく成立した。この間、日本医師会からは政管健保と組管健保の「財政調整

論」が出された。たが、これに対し、健康保険組合連合会や政策推進労組会議、民社党等をはじめ、財界や労働団体等が強く反対するなど議論が紛糾した。

昭和 54 年 2 月 27 日に、自民党の医療基本問題調査会は正副会長会議を開催し、政管健保と組合健保間の財政調整について協議した結果、小沢辰男前厚生大臣を中心に、同調査会の正副会長会議でとりまとめていく方針を決めた。ここでは、政管健保と組合健保間だけの財政調整は法制上の問題が残るとの内閣法制局の見解などから各種共済組合を含め全被用者保険間で行うこととした。

5 月 11 日、自民党医療基本問題調査会は、現在 8 制度に分立している被用者保険全制度間で財政調整を行うことを内容とする「財政調整法案要綱」と「同法律案」をまとめ、翌日、第 88 回国会に提出した。ここでは、1) 国は翌年度における医療給付費総額を推計し、厚生大臣がこれに見合う一定の賦課料率を設定するとともに各保険者から拠出金を徴収する、2) 各保険者が拠出した法定医療給付費相当財源は国の責任で管理・プールする、3) この財源の中から、国は各保険者の申請に基づき、必要と認められる法定医療給付費の費用を再分配する——等の内容が盛り込まれた。

これに対し、経済 4 団体（経済団体連合会、日本経営者団体連盟、日本商工会議所、経済同友会）は、健康保険の制度間財政調整に反対する声明を発表した。また、健康保険組合連合会、社会党、総評などが次々と反対意見を表明した。国会では航空機輸入にからむ疑惑事件が発生し、与野党の対立が激化する中で、この法案は一度も審議されることのないまま廃案となった。その後、健康保険法改正に絡む関係団体や政党の動きはますます活発化した。

健康保険法改正案の修正を巡る与野党間の折衝は難航を重ねたが、昭和 55 年 4 月 25 日に自民、社会、公明、民社の 4 党間の国対委員長間で大枠の合意がとれた。その後、4 党の衆議院社会労働委員会理事長を中心に修正合意事項の細部の詰めが行われ、5 月 13 日までに一部を除いて 4 党間の合意が成立した。この 4 党間の協議確認事項として、「全被用者保険制度間での財政調整に関する規定は削除し、健保組合間の財政調整は行う」ことが明示された。この結果、昭和 55 年 11 月 28 日に成立した改正法では、「健保組合間で財政調整を実施する」となり、全被用者保険制度間での財政調整構想は消えた。

また、衆議院社会労働委員会での附帯決議事項として、「健康保険組合間における財政調整の実施に当たっては、健康保険組合の自主性が失われることのないよう配慮すること」が入れられた。こうして、昭和 50 年代の被用者保険内での財政調整論は消え、政管健保の国庫補助率を保険給付費の 10%から「当分の間 16.4%」とすることとなった。

（４）昭和 40・50 年代の老人保健制度と退職者医療制度の創設

昭和 50 年代は、前述のとおり、政府管掌健康保険の財政問題などから、被用者保険

制度内における財政調整に関する議論が積極的に行われた。しかし、この間、老人保健制度や退職者医療制度に関する本格的な議論も積極的に行われた。以下は、時系列で老人保健制度が創設されまでの議論を簡単に整理したものである。

①老人保健制度の創設

1) 日本医師会の老齢保険構想（昭和 43 年 10 月）

昭和 43 年 10 月に、日本医師会は「全国共通の地域健康保険制度に基盤を置きながら、その上に立って適用対象における特殊事情に基づく保障が考えられるべきだ」として、産業保険と合わせて「老齢保険」の創設を提唱した³¹。

日本医師会の提唱する老齢保険構想の内容は、a) 保険料は 30 歳以上 64 歳までの者が均一の老齢保険料を負担する、b) 保険者は政府とする、c) 給付は老齢慢性病の長期管理体制を確立し、包括的医療としてのサービスを重視する、d) 給付率は 10 割とする、e) 支払い方式は出来高払い方式とする——といったものであった。

この日本医師会の老齢保険構想は、後の自民党の「国民医療対策大綱」に強い影響を与えたといわれる³²。

2) 自民党「国民医療対策大綱」（昭和 44 年 5 月）

昭和 44 年 5 月に自民党は「国民医療対策大綱」をとりまとめた。同大綱では、a) 現行制度を再編成し、国民保険制度、勤労者保険制度、老齢者保険制度の三本建て制度とすること、b) 老齢者保険制度の対象者は 70 歳以上の国民（勤労者保険制度の被保険者は除く）とし、その保険者は勤労者保険公社とすること、c) 老齢者保険制度の医療給付は外来診療 10 割、入院診療 7 割とすること、d) 老齢者保険制度の財源は、国民保険制度及び勤労者保険制度からの拠出金とするが、必要に応じて国庫負担を行うこと——等が示された。

これに対し、健康保険組合連合会は 5 月 7 日に「医療保険の抜本改正に関する自民党の国民医療対策大綱に対する見解」を公表し、同案に反対の立場を表明した。合わせて、「老齢者に対する医療保障は、既存制度の中で年金制度を勘案しつつ積極的な国庫負担を中心に、老人に対する給付率の引き上げと老齢者の生活全体の問題として老齢者福祉政策全体の中で考えるべき」とした。

3) 厚生省「医療保険制度の抜本改正について」（昭和 44 年 8 月）

政府は、自民党の「国民医療対策大綱」をベースに現行医療保険制度を再編成する方針をまとめ、昭和 44 年 8 月 5 日に「医療保険制度の抜本改正について」を社会保険審議会及び社会保障制度審議会の両審議会に諮問した。この諮問の際に、諮問とは別の

³¹ 健康保険組合連合会『健康保険のあゆみ その 2』

³² 同上

形で、「将来の基本構想」としての「医療保険制度改革要綱試案」と「さしあたり実施すべき事項」としての「被用者保険制度改革要綱試案」及び「老齢保険制度要綱試案」を提示している。ここでは、以下のような試案をまとめている。

資料 3- 5 厚生省「老齢保険制度要綱試案」（昭和 44 年 8 月）

老齢者の医療を確保するための具体的な方法としては、諸種の方式が考えられるが、社会保険の方式による場合には、次のような老齢保険制度を創設することが考えられる。

1. 適用対象者

老齢保険の適用対象者は、70 歳以上の国民とする。ただし、被用者保険の被保険者を除く。

2. 経営主体

老齢保険事業は、市町村の協力を得て社会保険庁が行う。

3. 保険給付

(1) 医療給付の割合は在宅診療について 10 割とし、被用者保険に準じて一部負担を設ける。入院診療について 7 割とする。

(2) 葬祭料の額は、1 万円とし、被用者保険における葬祭料に準じて改定する。

4. 費用負担

(1) 国は老齢保険の保険給付に要する費用の 4 分の 1 を負担する。

(2) 国民健康保険及び被用者保険の経営主体は、老齢保険の保険給付に要する費用の 4 分の 3 に相当する額をそれぞれの被保険者に係る市町村民税所得割の課税標準額に依じて負担する。

(3) 国民健康保険においては、(2)の負担金の 2 分の 1 を国が負担する。

4) 社会保障制度審議会「医療保険制度の改革についての答申」（昭和 46 年 9 月 13 日）

政府諮問案に対して、社会保障制度審議会は、昭和 46 年 9 月 13 日に答申をとりまとめた。答申では、a) 老人の医療確保策としては、一部の国民健康保険で行われているやり方（現行の制度内で老人に対する給付率を高める方法）の推進が望ましいこと、b) その場合でもそれぞれの保険に含まれる老人の数に応じて国庫補助を行うことが必要であること、c) 対象者は過渡的には 70 歳以上としてもやむを得ないが将来的には 65 歳以上に拡大することが必要であること、d) 費用については国庫補助に期待することは当然としてもそれと合わせて若い世代が今よりも多く負担することが予定されざるを得ないこと——等が指摘された。

資料 3- 6 社会保障制度審議会「医療保険制度改革についての答申」

(昭和 46 年 9 月 13 日) (「5 老人医療」の部分を抜粋)

(1) 包括的的老人医療対策の必要性

老人に対する医療費無料化の施策は、少なからぬ数の地方公共団体によって思い思いに先取りの実施されている。また、各政党ともこそってその早期実施を公約している。世論もまた強くそれを望んでいるようにみうけられる。

「人口の老齢化」より早く、かつ、激しく到来するであろう「患者の老齢化」という事実を前にして変化の激しい経済社会の中で老人層が待ち望んでいるのはそれに適応する総合的医療サービスの整備である。

(2) 具体的提案と問題点

現実に提案されている案には、およそ次のような問題がある。

a 「医療保険プラス公費負担」型

地方公共団体は多くこの型で実施しており、目下のところ全国的にもこの型で実施すべきであるという意見が強い。老人の医療費自己負担問題を手取り早く解決する点で評価すべき案であるが、対象年齢を 70 歳以上としている点、所得による適用除外者の発生が避けられない点で問題がある。この案の場合、外来と入院を同一に取り扱うのかどうか。それによっては、医療機関や他の年齢層の受療者に及ぼす影響や、この制度の対象となる老人の間に実質的利益の及び度合にも違いの出てくることを忘れてはならない。さらに、この型の実施は財政的に弱い国民健康保険に一番多く財政的負担増を強いることとなるが、その補強をどうするかを、合わせて考えておく必要がある。

b 「全額公費負担」型

この型によると、対象をきわめて狭い範囲に限定せざるを得なくなり、強いて広げようとすると、所得による適用除外者の拡大や給付内容の制約という措置の採用を余儀なくされるという問題が出てくる。

c 「全額医療保険」型

政府諮問にも伴う試案は、この型に属する。

やや現実性はあるが、いかにも不自然で、もって廻った感じが強い。より保険の建前に忠実なものとして、多額の国庫負担を予定し、積立式で実施しようとする案があるが、将来の所要医療費の予測は現在のところ、事実上不可能である。

このほか、全国的規模のものとしては、提案されていないが、一部の国民健康保険で行われているやり方（現在の制度内で老人に対する給付率を高める方法）をすべての保険制度に及ぼす案がある。これならば老人に対する給付内容に他の理由による制約が加えられることもなく、所得による適用除外者も生まれず、将来にわたり、安定した制度となり得る。この点からみて、この案の推進が最も望ましい。

なお、この案の場合、それぞれの保険に含まれる老人の数に応じて国庫補助を行なうことが必要である。

(3) 老人医療問題処理の指針

まず、問題を当面話題となっている範囲に限った場合次の三つが原則となる。

第一は、対象とする範囲であるが、過渡的に70歳以上とすることは、その実施を早めるための措置としてやむを得ないと考えられるが、その場合でも将来65歳まで引き下げることが確定しておくべきである。差し当たりは「医療保険プラス公費負担」型で過渡的に実施することになるかもしれないが、この場合でも、所得による適用除外者は、いずれは無しにすべきものであることを忘れてはならない。

第二は、その採択する政策が本格的であればあるほど、現有の医療供給力では消化しきれなくなる可能性が強い。特に入院については老人入院患者の必要に適應した特別の入院形態の開発とそれを役割とする医療施設を整備することは、この政策の採択には不可欠のことである。また、在宅の寝たきり老人患者のためには、それに適應した訪問医療サービスの仕組みを整備する必要がある。その他の大多数の老人のためには日常生活と結びつく形での健康管理の充実に重点が置かれるべきで、必要があれば診療報酬上特別項目の設定を考えるのがよい。

第三に、どの型によるにしても相当金のかかる政策であることは明らかである。その多くを国庫補助に期待するのは当然としても、それと合わせてこの実施には若い世代が今よりも多くの負担をすることが予定されざるを得ないことは、忘れてはならない。

次に定年退職後この年齢に達するまでの間の医療の確保は、この老人医療確保の問題と全く同じく重要な課題である。したがって、この政策を採択する際、最小限度この年齢層の医療確保策についての展望を示さなくてはならない。

最後に、老人医療費問題の解決は、老人の必要とする総合的サービスの中の一つの面の改善であるに過ぎないことを強調したい。このほかにこれと全く同等の問題として年金、特別養護老人ホームその他の収容施設、在宅老人への福祉措置などの問題があり、これらが同時に解決へ向かって大きく前進してこそ、この問題の解決が生きてくるといえる。

率直に言って老人医療を巡る議論や準備には若干の上滑りと検討不足がかんじられないわけではない。しかし、それにもかかわらず発進への機が熟してきていることは確かである。上記の指摘を考慮した上での過ちのない本格的な発進を望みたい。

5) 社会保険審議会「医療保険制度の根本的改正についての答申」(昭和46年10月8日)

政府諮問案に対して、社会保険審議会も、昭和46年10月8日に答申をとりまとめた。この答申では、高齢者医療制度について、「人口構造の急速な高齢化、社会経済条件の変動のもとで高齢者福祉の充実は緊急な要請とされており、その医療確保についても早急な対策が必要であるので、老人医療については公費負担により、医療の無料化を実施すべきである。なお、高齢者医療の確立のためには、必要病床ならびに施設の整備拡充が必要であることはいうまでもない」と述べている。

6) 老人医療費の無料化（昭和 48 年 1 月 1 日）

社会保障制度審議会、社会保険審議会ともに厚生省が試案として提出した老齢保険制度に賛成する答申ではなかったため、厚生省では「医療保険プラス公費負担」型により実施する案を固め、昭和 47 年 2 月に社会保障制度審議会に諮問した。

同審議会は「諸般の情勢から今この措置をとることは暫定的な方法としてやむを得ないとしても、なるべく本審議会の提案にそった方策をとられんことを望む」と答申をまとめた。

老人医療費支給制度を創設することを主な内容とする老人福祉法の一部を改正する法律案は第 68 回国会で成立し、昭和 48 年 1 月 1 日から老人医療費無料化が実施された。

この背景としては、東京都の美濃部亮吉知事により昭和 44 年から 70 歳以上の高齢者を対象に患者の一部負担を東京都が負担するという形で老人医療費無料化を既に実施していたことが挙げられる。この動きは、東京都だけに留まらず全国的に普及していった。こうした状況を受けて、政治的な背景から、政府としても対策を講じる必要性に迫られた。この結果、老人福祉の一環で行ってきた施策を医療保険の枠組みに入れるという形で老人医療費の無料化が実現した。

老人医療費の無料化が実施された後、高齢者の受診率が高まり医療費も増加した。このため、高齢者を多く抱える国民健康保険の財政が悪化した。

7) 社会保障長期計画懇談会第 4 回報告（昭和 49 年 11 月）

厚生大臣の私的諮問機関である社会保障長期計画懇談会は、昭和 49 年 11 月の第 4 回報告の中で「老人医療の無料化により、国民健康保険に医療費負担のしわよせがいており、また、病院病床の長期継続的使用が生じている」、「老人の医療費を医療保険制度内でどのように分担するかについて根本的に見直しを行い、国保制度も含めて国保財政健全化の長期方策についてとりくむべきである」と意見を示した。

8) 財政制度審議会「社会保障についての報告」（昭和 49 年 12 月）

財政制度審議会は昭和 49 年 12 月に「社会保障についての報告」をとりまとめている。この中で、「老人医療の無料化が実施されたことに伴い、最近において、潜在していた老人医療需要が顕在化し病床不足、看護力不足等医療供給面への圧迫が強まるとともに、医療保険特に老人を多くかかえている国民健康保険の医療費が増大し保険財政が悪化するという問題が生じている。したがって、今後医療供給面の充実に一層努力すべきであるが、それにも限界があり、医療供給力に見合った老人を含めた医療保険のあり方について所得制限、一部負担の問題も含め長期的観点から総合的な検討に着手すべきである。また、国保の財政対策の一つとして各種の保険が老人の医療費を適正に負担する方法として退職者医療制度の導入を急ぐべきであるが、かりに本格的に導

入するのに時間がかかるとすれば、当面任意継続被保険者制度の拡充によって対処すべきである」とし、退職者医療制度の創設を提唱した。

9) 社会保障長期計画懇談会「今後の社会保障のあり方について」（昭和 50 年 8 月）

厚生大臣の私的諮問機関である社会保障長期計画懇談会は、昭和 49 年 11 月 8 日の中間報告をとりまとめ、翌年の昭和 50 年 8 月 12 日に「今後の社会保障のあり方について」という意見書を厚生大臣に提出した。

主な内容としては、a) 医療保険制度間の財政力格差を制度的に是正し財政調整を強化すること、b) 健康管理、医療、リハビリテーション等の一貫した総合的な老人の保健医療対策を進め、また、老人医療費の財政方式を本格的に検討すること、c) 自分の健康に対する自覚と責任感を促す見地から一部負担導入のあり方についても早急に検討すること——等が提案された。

10) 社会保障制度審議会「今後の高齢化社会に対応すべき社会保障のあり方について」（昭和 50 年 12 月）

社会保障制度審議会は昭和 50 年 12 月に「今後の高齢化社会に対応すべき社会保障のあり方について」をとりまとめた。

「各種サービス等の無料提供といった形での現物給付はしばしば資源の効率的使用を妨げ、間接的にも大きな費用を伴う危険がある。たしかに老人医療の無料化は望ましいが、その一律提供はこの意味での再検討が必要である」、「また、高齢者の保健医療対策は、予防からリハビリテーションまでの総合的観点から整備されてきているとはいいがたいので、従来の縦割り行政の域を越えて医療における高齢者の個人差と地域の実情に応じた医療資源の最も効率的な配置と利用がなされなければならない」と述べた。

11) 財政制度審議会「社会保障についての報告」（昭和 50 年 12 月）

財政制度審議会でも「老人医療費については、合理的な自己負担の導入と所得制限のあり方について再検討すべきである」と見解を示した。

12) 健康保険組合連合会「医療保険に関する基本方策」（昭和 52 年 9 月）

健康保険組合連合会は、昭和 52 年 9 月に、別建て方式による老人医療保険制度の創設と定年退職者医療制度の実施を提唱した「医療保険に関する基本方策」を公表した。

主な内容としては、a) 予防からリハビリテーションまでを一貫した体系の下に行う、b) 事業実施主体は市町村とする（ただし、運営責任は、国、都道府県、市町村が共同）、c) 費用は、国、都道府県、市町村が分担する、d) 老人医療費の支給には所得による制限を設ける、e) サービスに対する費用の支払については老人保健の特性に応じた新し

い方式を導入する、f) 保健事業を行うために老人に関する医療面、福祉面の関連施設の整備と要員の確保を図るとともに在宅ケア等の制度を確立する——といったものであった。

13) 厚生省・老人保健医療問題懇談会「今後の老人保健医療対策について」（昭和 52 年 10 月）

昭和 51 年 2 月に、現行の老人保健医療対策の総合的見直しを行うため、厚生大臣の私的諮問機関として「老人保健医療問題懇談会」が設置された。

昭和 52 年 10 月 26 日に同懇談会は「今後の老人保健医療対策のあり方について」と題する意見具申を行い、今後進めるべき基本対策として、a) 総合的の老人保健医療対策の確立、b) 地域保健医療対策の推進、c) 老人保健医療対策と老人福祉対策の有機的連携、d) 老人医療費負担の不均衡の是正、e) 医療資源の効率的合理的利用を挙げた。なお、老人保健医療対策の実施主体は市町村とし、財源調達方式としていくつかの代案を提示したうえで、「住民や事業主が拠出する考え方は今後の負担の増大に対処する方式として検討に値する」とした。

14) 社会保険審議会「医療保険制度の改善策について」（昭和 52 年 11 月）

昭和 52 年 11 月に、社会保険審議会は意見書「医療保険制度の改善策について」を厚生大臣に提出した。この中で、「職域保険、地域保険の二体系のほかに今後予測される人口高齢化に即して別途老人医療対策を講ずべきである」と述べた。

15) 厚生省・老人保健医療制度準備室の設置（昭和 52 年 12 月）と大臣私案

厚生省は老人保健医療制度の具体案を検討するため、昭和 52 年 12 月に「老人保健医療制度準備室」を設置した。昭和 53 年 2 月 10 日、小沢辰男厚生大臣は衆参両院の社会労働委員会での所信表明の中で、老人保健医療制度について 53 年度中に具体案をとりまとめる意向を示した。

先に述べたように、厚生省は「医療保険制度改革要綱案」の中で別建ての老人保健医療制度を創設する構想を提案したが、老人医療費の負担のあり方について関係者の意見がまとまらなかった。このため、昭和 53 年 12 月 1 日に小沢辰男厚生大臣は私案として、別建ての老人保健医療制度の創設構想を公表した。

この私案では、a) 市町村を実施主体として一元的に医療と健康診査・健康教育等の老人保健事業を実施する、b) 医療給付は 70 歳以上の者及び 65 歳以上 70 歳未満の寝たきり者等に給付する、c) 財源は国が 45%、都道府県が 5%、市町村が 5%、事業主拠出金が 15%、住民拠出金が 30%（市町村が徴収）とする、d) 定額の患者一部負担を導入する等が示された。

昭和 54 年 10 月には橋本龍太郎厚生大臣が既存の医療保険制度を前提とした老人保健

医療制度の構想案を大臣私案として公表した。この私案では、a) 現行の医療保険制度内で、70歳以上の老人の医療費の一部について制度間で財政調整を行う、b) その方法は、各保険者の加入者（本人＋家族）数に応じた負担割合で拠出する、c) 国庫負担は財政調整後、各保険者が負担することとなる老人医療費に対して、各制度毎の負担率で行う、d) 40歳以上の住民を対象に健康相談、健康診査、生活指導等地域の特性に応じた成人病などの予防給付を行う、e) 予防給付の実施主体は市町村とし、その費用負担は原則として公費とする——等が示された。しかし、同私案も関係団体からの反対意見があがった。

16) 財政制度審議会「歳出の節減合理化に関する報告」（昭和54年12月）

昭和54年12月、財政制度審議会特別部会は「歳出の節減合理化に関する報告」をまとめ、老人医療無料化制度の見直しが必要であると強調したうえで、a) 適正な受益者負担の導入、b) 老人医療費部分についての制度間での財政調整、c) 受益者負担を主体とした保健事業を基本に国民の理解を得られるような成案を得て、できるだけ早期に実施すること——が喫緊の課題であるとした。

財政制度審議会は別建ての老人保健医療制度を創設することについては、「給付の増大に対して歯止めが利かず、結果的に構造的赤字要因を内包した制度となりかねない」、「国保と被用者保険との所得把握の相違から実質的に公平な負担が図れるか疑問である」といった否定的見解が示された。

17) 公明党「老人医療保険制度大綱案」（昭和55年4月18日）

公明党がとりまとめた「老人医療保険制度大綱案」では、a) 70歳以上の高齢者を対象に別建ての制度を創設すること、b) 費用負担については、既存の医療保険各法による保険者からの拠出金及び国庫負担金とすること、c) 保険者からの拠出金は各保険者から一定額を徴収するものとする——等が示された。

拠出金額は、各保険者につき、各月ごとに当該月の各保険者の加入者数に拠出単価額を乗じて得た額とすること、拠出単価額は老人医療費の見込年額から国庫負担を控除した額を全保険者の加入者の見込数で除して得た額を基準として厚生大臣が定めることなども示された。

18) 社会党「高齢者保健医療制度の構想」（昭和55年6月7日）

社会党がとりまとめた「高齢者保健医療制度の構想」では、65歳以上の高齢者を対象に全額公費による医療保険とは別建ての制度創設を提唱している。また、合わせて65歳以上の高齢者を対象にした「責任担当医制（ホーム・ドクター制）」の導入も提唱している。

19) 全国町村会「老人保健医療構想」(昭和55年7月11日)

全国町村会は、昭和55年7月11日に目的税を財源とする「老人保健医療構想」をとりまとめた。

この構想の内容としては、a) 65歳以上の老人を対象に医療給付事業及び保健サービス事業を行う、b) 医療給付は、65歳以上は7割、70歳以上は10割とし、保健サービスは健康教育からリハビリテーション及び生きがい対策までを総合的に実施する、c) 財源は新たに目的税として「老人保健医療税」を創設してあてる、d) 医療給付は国、保健サービス事業は地方自治体が行う、e) 退職者医療制度を本制度までのつなぎとして併設する、f) 老人保健医療税は所得のあるすべての国民が所得に応じて負担するほか、事業主も雇用にに応じて負担する——等が挙げられた。

20) 厚生省「老人保健制度第一次試案」(昭和55年9月4日)と関係者の反応

厚生省は、昭和55年6月17日に厚生省内に「老人保健医療対策本部」を設置し、9月4日に「老人保健制度第一次試案」を発表した。

試案の主な内容としては、a) 現行の医療保険各制度を前提として、その各制度から財源共同拠出してもらい、給付については1つの新しい制度を別建てで設けることによって費用負担の公平を図る、b) 医療の給付は70歳以上の者とする、c) 40歳以上の者を対象に健康な老人づくりをねらいとした疾病予防、保健指導などの給付を行うとともに疾病にかかった後のリハビリや家庭での療養を容易にするための訪問指導などの条件づくりを行う、d) 事業の実施主体は市町村とする、e) 保険者の拠出方法は加入者数によって被用者保険と国保の負担額を決めたうえで被用者保険は標準報酬比例で、国保は所得比例で負担することとする等が挙げられた。

この第一次試案に対して、日本医師会は、a) 健保財政への老人医療費の重圧回避のみを目的としており老人不在の案であること、b) 40歳以上を対象とする各種保健予防事業は公衆衛生サービスと個別的な病床サービスとを混同し大きな混乱が予想されること——等を理由に反対意見を表明した。

国保中央会、全国知事会、全国市町村会など9団体は9月30日、高齢者保健医療制度確立促進国保全国大会を開き、その早期実現を強く訴えた。

健康保険組合連合会は10月22日に「老人保健医療制度についての意見」をまとめ、厚生省に提出した。この中で、a) 現行の歯止めのない出来高払い方式が医療費の無駄を誘発する土壌となっているのでこれを根本的に改めること、b) 老人に対する介護の必要度、その家庭の状況などに応じて適切なサービスをなしうるようなナーシングホームなどのいわゆる中間施設の整備や在宅ケアの制度の確立など老人保健医療の供給体制を整備すべきであること、c) 制度の運営についての国の責任を明確にすべきであること、d) 職域においては健保組合などが事業主の協力のもとに健康診査、健康相談等の保健サービスを現に実施して優れた成果をあげており、これらの事業を効率的に

行いうる基盤を持っているのでこれらの事業は保険者が行うこととすべきであること——等が示された。

また、日経連社会保障特別委員会も 10 月 23 日に第一次試案に対する意見として、「慎重にすべき」であるとする意見をまとめた。

21) 厚生省「費用負担の試案」(昭和 55 年 11 月 10 日)

厚生省は、第一次試案では検討事項として残されていた費用負担の方法について二通りの試案をまとめ社会保障制度審議会に提示した。

これを受けて、12 月 12 日に社会保障制度審議会は老人保健医療対策に関する中間答申を厚生大臣に提出した。ここでは、a) 現在の老人保健医療対策が医療費保障に偏重していること、b) 健康な老後を確保するための予防からリハビリに至る一貫したサービスが必要であることが示された。また、費用負担については、a) 保健対策は原則として公費で行い、医療費は国、地方公共団体、保険者が負担する、b) 保険者の負担については経営努力に配慮した配分方法をとるよう求めた。さらに、老人医療問題の解決のためには医療費適正化対策、診療報酬支払い方式の基本的な見直しが必要とした。

22) 財政制度審議会「56 年度予算編成に関する建議」(昭和 55 年 12 月 19 日)

財政制度審議会は、老人保健医療制度について、a) 関係者の合意を得て医療保険制度間における老人医療費負担の不均衡是正のため、財政調整を実施すること、b) 一定水準以上の費用負担能力を有する世帯の老人について適正な患者一部負担を導入すること、c) 医療とのバランスのとれた形で保健サービスを実施することを求めるとともに、「できるだけ速やかに成案を得て、老人保健医療制度の改正が図られるよう努力すべきである」とした。

23) 厚生省「老人保健法案骨子(案)」(昭和 56 年 2 月 4 日)

厚生省は、社会保障制度審議会の中間答申を受け、「老人保健法案骨子(案)」をまとめ、厚生省案として自民党に提示した。

関係団体や大蔵省等の意見を踏まえ、a) 医療以外の保険給付の実施について職域での保健事業の実施を尊重しその調整規定を設ける、b) 患者の一部負担を導入する、c) 新制度における診療報酬の支払い問題など制度運営に関する重要事項を審議するための老人保健審議会を設置するなど、第一次試案からの修正が行われた。

24) 厚生省「老人保健法案要綱(試案)」(昭和 56 年 2 月 26 日)

厚生省は骨子(案)をもとに「老人保健法案要綱(試案)」を作成し、大蔵省との間で費用負担に関する基本合意を得た後、「老人保健法案要綱」をまとめた。

昭和 56 年 3 月 10 日に社会保険審議会に老人保健制度創設に伴う健康保険法等医療保険各法の改正について、3 月 11 日に社会保障制度審議会に老人保健法案について、それぞれ諮問した。

老人保健法案要綱では、費用の負担について、a) 医療に要する費用の負担は、国は総額の 2 割、都道府県と市町村がそれぞれ 0.5 割、保険者が残りの 7 割を負担すること、b) 国は保険者の拠出に対して現行の国庫補助率を基準に補助すること、c) 保険者の拠出金は当該保険者の加入者数と老人医療費実績等を基準として政令の定めるところにより保険者ごとに按分した額とすること——等が盛り込まれた。

これに対して、社会保険審議会では「一部負担は収入のない老人からもとめるのか」、「70 歳以上になって各保険制度から老人保健へ移る際の老人の不安への対策を示すべき」、「重要部分は政令で逃げている」、「費用の拠出で老人や子供まで含めて対象としているのはなぜか」等の不満の意見が挙がった。社会保障審議会ではその後も審議を重ね、昭和 56 年 4 月 25 日に答申をとりまとめた。答申では、医療に要する費用の負担について、以下のようにまとめられた。

資料 3- 7 社会保険審議会答申（昭和 56 年 4 月 25 日）

（2. 医療に要する費用の負担）部分のみ抜粋）

今回示された国、地方公共団体、保険者が共同して財源を拠出するという費用負担の方法については、現行制度の費用負担の不均衡を是正する有効な方法であることは理解できる。

その是正に当たっては、各制度における加入者と老人医療費の実績を踏まえたものとするのが望ましく、具体的な費用の案分方法については、慎重な検討を行うべきである。

この点に関して、事業主を代表する委員から、保険者の拠出金は加入者数ではなく、被保険者数で案分すべきであり、国民健康保険の被保険者の所得の把握について、別途検討すべきであるという意見があった。

公費負担についても適正な水準を確保し、特に国の負担については少なくとも現行の実質的な水準を維持すべきである。

また、社会保障制度審議会も審議を行い、4 月 25 日に答申書をまとめた。答申では a) 医療資源の効率的配分、利用、医療費の適正化対策、診療報酬のあり方の検討、b) 保健対策についての職域と地域との連携についての具体策の樹立、c) 中間施設の整備、d) 各保険者ごとの費用負担の案分は各保険者の老人医療費の実績を反映させること、e) 一部負担は高齢者にとって無理のない範囲で定めること、これと同時に保険外負担の軽減措置をはかること——等とする注文が付された。

25) 法案を第 94 回国会に提出（昭和 56 年 5 月 5 日）

両審議会の答申を得た後、厚生省では自民党との協議を行い一部負担などについて

修正を行い、昭和 56 年 5 月 5 日に法案を国会に提出した。国会に提出された法案では、各保険者の拠出金の額の算出方法について、加入者按分の基礎として「全国平均の老人医療費」ではなく「各保険者の老人医療費」を用いることと修正され、各保険者による医療費節減努力を拠出金に反映させるものとした。

法案は継続審議となったが、この間、各関係団体の活動が活発になった。政府による、度重なる関係者との調整が行われ、法案が可決成立したのは昭和 57 年 8 月 10 日であり、法案提出から 1 年 3 か月を要した。老人保健法は昭和 58 年 2 月 1 日に施行された。

②退職者医療制度の創設

昭和 49 年 11 月の社会保障長期計画懇談会の中間報告の中で退職者医療制度の創設が提唱されていたが、昭和 57 年 7 月には同懇談会の提言「社会保障の将来展望」で改めて退職者医療制度の検討が提言された。

同年 10 月に厚生大臣が社会保険審議会に対し、退職者医療制度の創設についての諮問を行った。また、12 月には第一次国保問題懇談会が国保に関し、1) 医療費適正化対策の推進、2) 退職者医療制度の創設、3) 国庫負担の機能と配分方法の見直し、4) 保険料確保対策の検討、5) 当面の方策としての高額医療費の共同事業等を提唱する最終報告をとりまとめた。

昭和 58 年 3 月には政府の第二臨時行政調査会第五次答申の中で退職者医療制度を創設すべきと指摘が行われた。

厚生省は、昭和 59 年 2 月に健康保険法的大幅改正案を作成し、第 101 回国会に提出したが、この法案の中に退職者医療制度の創設が盛り込まれた。同法案は修正の後、可決成立し、昭和 59 年 10 月 1 日から施行された。

第4章 高齢者医療制度の変更による医療保険の財源構成の変容

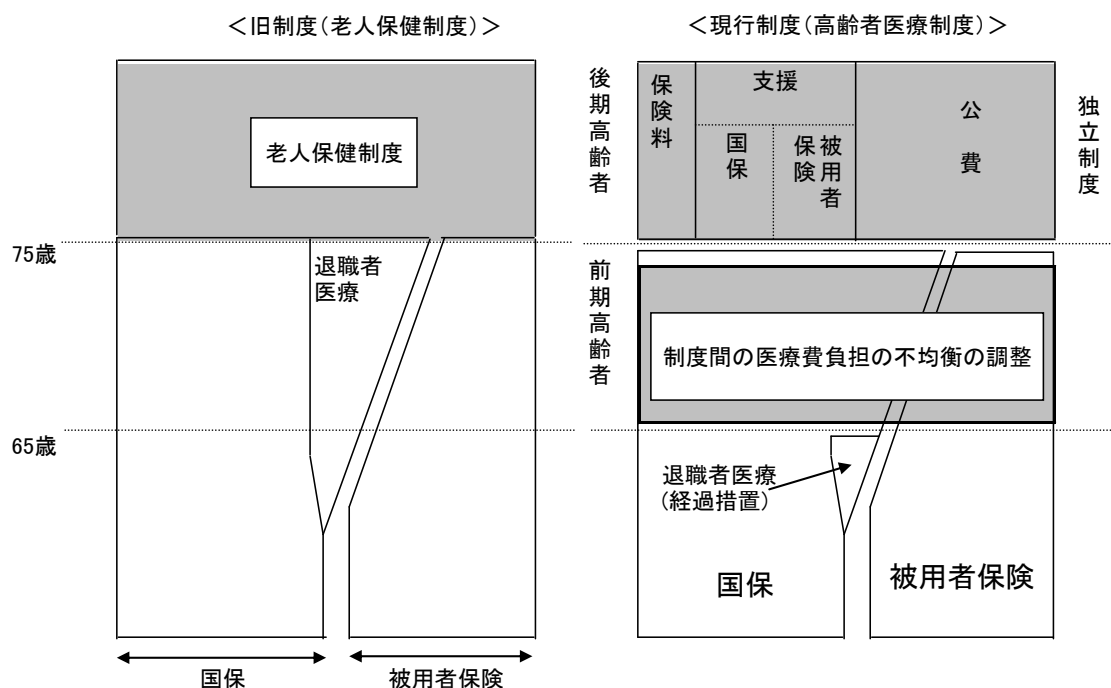
前章では、国民健康保険制度がどのような背景の下で創設されたのか、国民皆保険政策の中でなぜ「職域」と「地域」といった二元的な制度体系が採用・維持されてきたのか、また分立した制度体系を前提としてどのような財源政策が採られてきたのかといった論点を中心に歴史の変遷を整理した。国民皆保険が達成されると、制度間・保険者間の格差是正に関する議論が高まり、国保に対する国庫負担投入と負担率の引上げ、調整交付金の導入、老人保健制度と退職者医療制度の創設などの取組が行われた。前章ではここまでの歴史の変遷を整理した。その後、平成20年4月に、新たに高齢者医療制度が開始となった。

本章では、高齢者医療に係る制度変更により財源構成がどのように変化したのか分析を行った。

1. 高齢者医療給付費の負担の仕組み

(1) 高齢者医療制度の概要

図表4-1 高齢者医療制度：旧制度と現行制度の概要



(資料)「平成19年版厚生労働白書」より

①75 歳以上

1) 旧制度（老人保健制度）

旧制度では、75 歳以上³³の高齢者は、国保、被用者保険に加入して各々の保険に保険料を払いつつ、市町村が運営する老人保健制度の対象として医療給付を受けていた。市町村は、国保、被用者保険からの老人医療費拠出金と公費を財源として制度を運営していた。

2) 現行制度（後期高齢者医療制度）

現行制度では、75 歳以上の高齢者は全て、新たに創設された後期高齢者医療制度に加入する。その医療給付は公費、被保険者である後期高齢者の保険料、各制度からの後期高齢者支援金によって賄われる。

②退職以降 74 歳まで

1) 旧制度（退職者医療制度）

75 歳未満の人は、原則、市町村国保、被用者保険等の加入する保険に保険料を払いつつ、そこから給付を受けていた。ただし、被用者保険の期間が 20 年以上の退職者とその 75 歳未満の家族（国保に加入）については市町村国保から給付を受けるものの、その財源は被用者保険が市町村国保に拠出する退職者給付拠出金と退職者の保険料で賄っている。

2) 現行制度（前期高齢者医療費に関する財政調整）

現行制度においても、65 歳以上 75 歳未満の前期高齢者は、市町村国保、被用者保険等の加入する保険に保険料を払いつつ、そこから保険給付を受ける。ただし、その財源については、75 歳未満の加入者（被保険者とその被扶養者）数に応じた負担（前期高齢者納付金）とすることで、各制度間での前期高齢者の加入割合の不均衡を調整している。なお、退職者医療制度については、平成 26 年度までの間における 65 歳未満の退職被保険者等が 65 歳に達するまでの間、経過措置として残ることになる。

³³ 平成 14 年 10 月以降、対象年齢が 70 歳から毎年 1 歳ずつ引き上げられ、75 歳になると老人保健制度の対象となることとなっていた。この他、65 歳以上 75 歳未満で一定程度の障害状態にあると認められた者も対象となっていた。

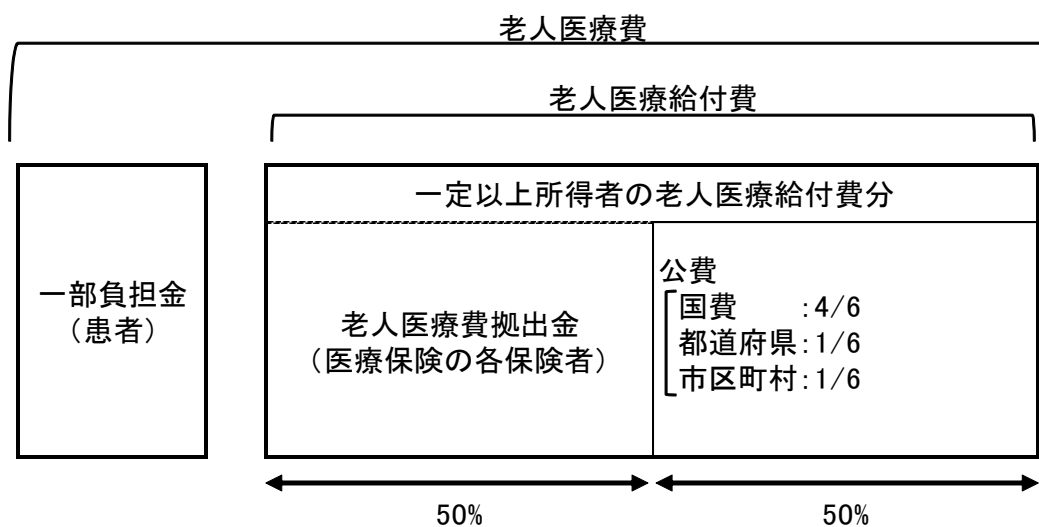
(2) 高齢者医療制度の費用負担の仕組み

①75 歳以上

1) 旧制度（老人保健制度）

75 歳以上の老人医療費については、患者による一部負担（1 割、ただし一定以上所得者は 2 割）を除いた医療給付費を、各保険者による老人医療費拠出金と公費によって賄っていた。拠出金と公費の割合は、公費割合の段階的引上げにより、最終的には 1 : 1 となった。ただし、一定以上所得者の老人医療給付費については、その全額が老人医療費拠出金の対象となっていた。

図表 4- 2 旧制度（老人保健制度）における老人医療費の負担割合



(注) 老人医療費拠出金と公費の負担割合については、平成 14 年 9 月 30 日までの拠出金 70% : 公費 30% から、平成 18 年 10 月 1 日以降の拠出金 50% : 公費 50% に至るまで、段階的に公費割合が引き上げられた。

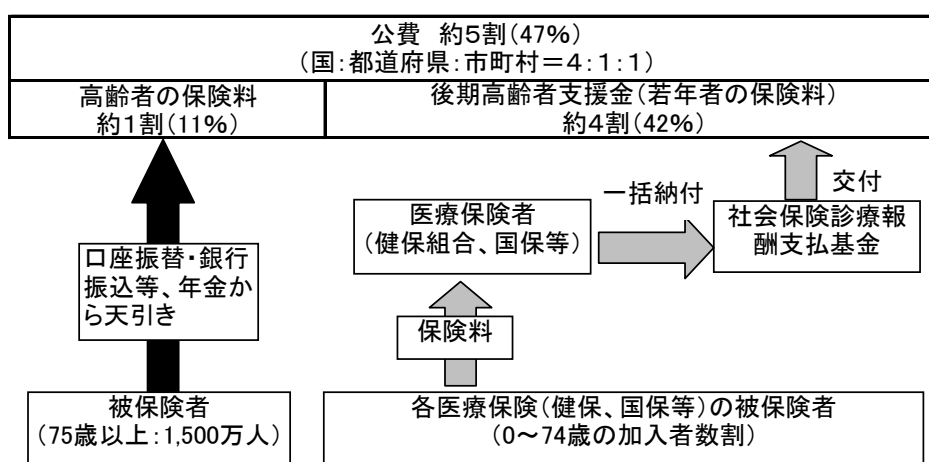
(資料) 厚生労働省「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」(平成 18 年 1 月 31 日)

2) 現行制度（後期高齢者医療制度）

75 歳以上の高齢者を被保険者として創設された後期高齢者医療制度については、後期高齢者医療費（14.2 兆円：平成 24 年度、以下同様）のうち、患者負担（1.1 兆円）を除いたものが後期高齢者医療給付費（13.1 兆円）となり、それを、公費約 5 割（47%）、高齢者の保険料約 1 割（11%）、若年者の保険料を財源とする後期高齢者支援金約 4 割（42%）により負担することになっている。後期高齢者医療給付費の負担の詳細は、下図の通りである³⁴。

図表 4-3 後期高齢者医療財政の概要

後期高齢者医療費 14.2兆円＝患者負担 1.1兆円＋後期高齢者医療給付費 13.1兆円



(資料) 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」(平成 18 年 1 月 31 日) および健康保険組合連合会「医療保険制度の現状と課題 (資料集)」(平成 24 年 11 月) をもとに作成

3) 旧制度と現行制度における保険者の負担割合の比較

旧制度（老人保健制度）において、患者負担割合を 1 割であるとすれば、老人医療費の約 45%（＝（1－0.1）×0.5）を保険者が負担することになる。

一方で、現行制度（後期高齢者医療制度）では、老人医療費に相当する後期高齢者医療費のうち、患者負担の約 1 割を除いた分の約 4 割が後期高齢者支援金によって賄われるので、保険者が負担する後期高齢者支援金は後期高齢者医療費全体の約 36%（＝（1－0.1）×0.4）となる。

両制度での保険者負担の大きな違いは、旧制度においては 75 歳以上の方も各保険者に参加し、75 歳以上も含む加入者数割で負担するが、現行制度においては 75 歳以上の方は別建ての保険に参加し、1 割の保険料負担を行い、保険者負担は 75 歳未満の加入者数割で負担する点である。

³⁴ 後期高齢者支援金は、各保険者の 0～74 歳の加入者数に応じて負担する仕組みだが、平成 22～24 年度は、特例措置により被用者保険等分については、3 分の 1 総報酬割が導入（同措置は平成 25～26 年度も延長）された。

②退職から 74 歳まで

1) 旧制度（退職者医療制度）

旧制度では、前述の通り、75 歳未満の人は、原則として市町村国保、被用者保険等の加入する保険に保険料を払いつつ、そこからの給付を受けていた。ただし、被用者保険の期間が 20 年以上の退職者とその 75 歳未満の家族（国保に加入）の医療費の財源については、被用者保険からの市町村国保に対する退職者給付拠出金と、患者の一部負担金、退職者の国民健康保険料（税）によって賅われている。

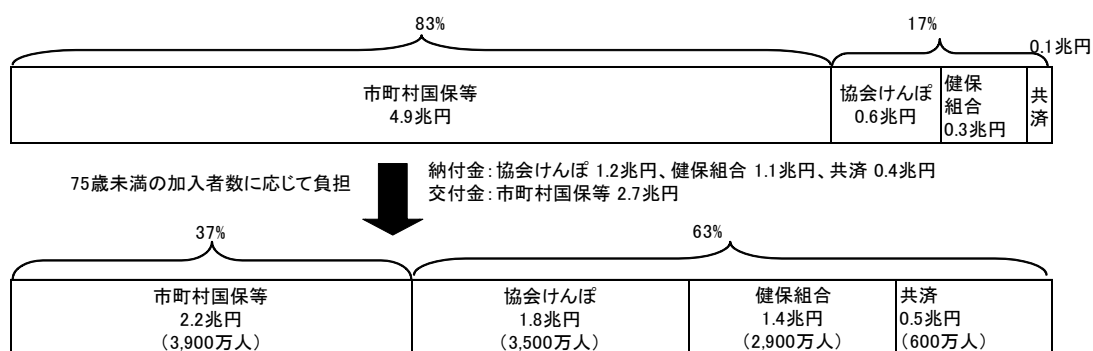
2) 現行制度（前期高齢者医療費に関する財政調整）

現行制度では、旧制度同様、市町村国保、被用者保険等の加入する保険に保険料を払いつつ、そこからの給付を受ける。その際の各保険者の費用負担は、旧制度での老人保健制度と同じ考え方の制度設計となっている。具体的には、前期高齢者（65～74 歳）医療給付費について、各保険者は、自らの加入者に対する給付を行うが、財源については加入者の前期高齢者 1 人当たりの保険給付費及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金に、全国平均並の前期高齢者が加入しているとした場合（平均 12.9%、平成 24 年度の場合）の加入者人数を乗じた金額を負担することになる³⁵。

こうした財政調整によって、前期高齢者医療費の負担構成は下図のように試算されている。財政調整がない場合、被用者保険による保険給付費の負担割合は 17%であるが、上記の財政調整を行うことで負担割合は 63%となる。

そのほか、旧制度と同様に、退職から 64 歳までの退職者給付拠出金を経過措置として負担することになる。

図表 4- 4 前期高齢者医療費に関する財政調整（平成 24 年度）



(注) 試算の前提は、対象者数：65～74 歳の前期高齢者：約 1,400 万人、前期高齢者医療給付費：約 5.9 兆円、前期高齢者にかかる後期高齢者支援金：約 0.7 兆円

(資料) 厚生労働省「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《保険局高齢者医療課説明資料》」（平成 24 年 2 月 6 日）

³⁵ 前述のとおり、後期高齢者支援金は、各保険者の 0～74 歳の加入者数に応じて負担する仕組みだが、平成 22～24 年度は、特例措置により被用者保険等分については、3 分の 1 総報酬割が導入された。

(3) 高齢者医療制度改正前後での健保組合の財政負担の違い

①75歳以上（後期高齢者）の医療費に対する健保組合の財政負担

旧制度の老人医療費拠出金と現行制度の後期高齢者支援金の算定式は、下表の通りである。具体的には、老人医療費拠出金については、健保組合の老人（後期高齢者）1人当たりの医療給付費（約69万7千円、平成18年度実績、以下同様）に対して、総加入者数（約3,001万人）、全国平均の老人加入率（10.2%、ちなみに健保組合は約1.98%）、保険者負担割合50%を乗じて算出されていた³⁶。

一方で、現行制度の後期高齢者支援金については、全国平均の単価（49,522円）に対して、健保組合の0～74歳の加入者数（約2,900万人）を乗じて算出される（数値は、平成24年度厚生労働省告示ベース）。

旧制度では、各保険者の1人当たり老人医療費の多寡が拠出金の大きさに影響するため、保険者には1人当たり老人医療費を抑制しようとするインセンティブが働くが、現行制度では、加入者1人当たりの単価が全国一律に定められているため、こうした医療費の抑制を促す機能は働かない。

なお、加入者数については、旧制度が全加入者数、現行制度が0～74歳加入者数をもとに算定するという違いがある。旧制度では、75歳以上の高齢者は加入する保険者に保険料を払っていたため、加入者に含まれていたが、現行制度では別建てとなって別に保険料を払っているため、加入者数には含まれていない。

【75歳以上（後期高齢者）の医療費に対する各健保組合の財政負担】

旧制度（老人医療費拠出金）	現行制度（後期高齢者支援金）
老人医療費拠出金 ^{※1} =各保険者の1人当たり老人医療給付費 ×各保険者の加入者数 ×全国平均の老人加入率 ×保険者負担割合（50%） ×補正係数	後期高齢者支援金 =後期高齢者支援金単価 ^{※2} ×各保険者の0～74歳加入者数

(注1) 当該算定式は、各保険者の老人医療給付費総額×(全国平均の老人加入率/各保険者の老人加入率)×保険者負担割合、と書き換えられるが、各保険者の老人加入率の下限については、毎年の政令により定められており、平成19年度の場合1.18%である。

(注2) 後期高齢者支援金単価は、全制度での後期高齢者支援金総額を全制度の0～74歳の加入者総数で除して得られる。

³⁶ 健康保険組合連合会「平成18年度決算データ」より算出。

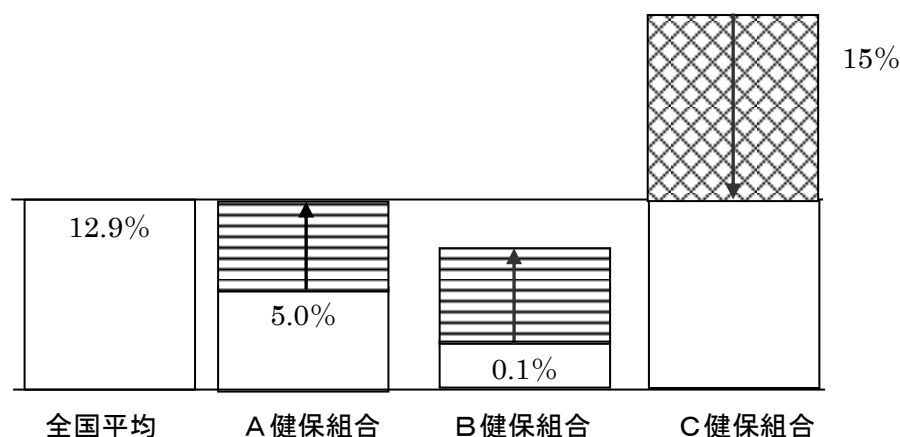
②退職から 74 歳の医療費に対する健保組合の財政負担

退職してから 74 歳までの医療費については、旧制度では被保険者とその家族に対する保険給付と国保に加入した退職被保険者等への退職者給付拠出金によって賄われていた。一方、現行制度では、65～74 歳分について、前期高齢者納付金が新たに創設され、退職者医療制度は 65 歳未満分に対する制度となった。

前期高齢者納付金については、前期高齢者に対する給付費と前期高齢者が負担する後期高齢者支援金について、前期高齢者が加入者の中に全国平均割合（12.9%、平成 24 年度厚生労働省告示ベース）で存在すると想定して算出することになる。ただし、（全国平均での前期高齢者加入者比率）／（各保険者での前期高齢者加入者比率）の比率が大きい場合、その保険者の負担が著しく大きくなるように、計算上、各保険者での「前期高齢者加入者比率」には下限 1.0%（平成 24 年度）が設けられている。

また、実際に健保組合に加入している前期高齢者に係る保険給付とその負担する後期高齢者支援金分については控除される。なお、健保組合に加入している前期高齢者の保険給付は別途、各組合から給付されることになるため負担がなくなるわけではない。

（参考）各健保組合の前期高齢者加入者比率と前期高齢者納付金の調整
（平成 24 年度）



（備考）前期高齢者納付金については、前期高齢者に対する給付費と前期高齢者が負担する後期高齢者支援金について、前期高齢者が加入者の中に全国平均割合（12.9%、平成 24 年度厚生労働省告示ベース）でいると想定して算出することになる（上図では A 健保組合 5.0%→12.9%、C 健保組合 15%→12.9%）。ただし、（前期高齢者加入者比率の全国平均）／（個々の健保組合での前期高齢者加入者比率）の比率が著しく大きくなる場合（上図では B 健保組合）、その保険者の負担が著しく大きくなるため、計算上、個々の健保組合での前期高齢者加入者比率を下限 1.0%（平成 24 年度）とする負担軽減措置が設けられている。

（資料）健康保険組合連合会「新高齢者医療制度の負担のしくみについて」（平成 20 年 1 月）をもとに、平成 24 年度の実態数値に合わせ三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

ここで留意すべき点として、実際に加入していない、全国平均並と仮定された前期高齢者に対しても後期高齢者支援金を算定し、それを前期高齢者納付金として、各組合が負担することになっていることが挙げられる。その理由は、この調整は法律上、前期高齢者に係る費用負担の調整とされ、後期高齢者支援金は医療保険加入者全員が1人当たり単価を負担するというものであり、各保険者の前期高齢者もその人数分の費用負担がある、とされているためである。

そのほか、上述の通り、前期高齢者に対する保険給付は旧制度、現行制度とも加入する保険者から給付されることになる。また、退職者給付拠出金については、旧制度では退職から74歳までが対象となるが、現行制度では、64歳までの経過措置としての扱いとなる。

【前期高齢者の医療費に対する各健保組合の負担】

旧制度	現行制度
	前期高齢者納付金 = (①各保険者の1人当たり前期高齢者給付費+②各保険者前期高齢者に係る後期高齢者支援金単価) ×各保険者加入者数 ×全国平均前期高齢者加入率 ×補正係数 - (③各保険者前期高齢者給付費+④各保険者前期高齢者に係る後期高齢者支援金)
退職者給付拠出金 (74歳まで) ※拠出率の対象 給付費 -退職者保険料 +退職者分老人保健拠出金	退職者給付費拠出金 (64歳以下) (経過措置) =各保険者標準報酬・賞与総見込み額報酬×拠出率 ※拠出率の対象 給付費-退職者保険料+退職者分後期高齢者支援金 +退職者分前期高齢者調整対象基準額
前期高齢者保険給付費 (右に同じ)	前期高齢者保険給付費 =前期高齢者が加入する保険者が給付

(注) 前期高齢者納付金の算定式は、

(①各保険者前期高齢者給付費+②各保険者前期高齢者に係る後期高齢者支援金)

× (全国平均前期高齢者加入率/各保険者前期高齢者加入率)

× 補正係数

- (③各保険者前期高齢者給付費+④各保険者前期高齢者に係る後期高齢者支援金)

と書き換えられるが、前期高齢者加入率が全国平均よりも著しく低い保険者の納付金額が過大にならないように、下限 (1.0%) が設けられている。

2. 高齢者医療を支える制度間の財政負担構造

ここでは、保険給付費の大きさと、それを賄う保険料、公費負担や制度間財政調整に伴う納付金等(拠出金)の流れから、健保組合を中心に主な制度の財政構造を分析する。特に、平成20年度からは、老人保健制度に代わり前期高齢者医療費に関する財政調整・後期高齢者医療制度が導入されたため、その影響による財政負担の変化を制度別に比較する。図表4-5では、上段に平成19年度、中段に平成20年度、下段に平成23年度における制度ごとの財政構造を示している³⁷。

³⁷ 財政構造の分析方法や使用した資料については、本章末尾の〈制度別の財政構造試算の方法、使用資料〉を参照。

図表 4- 5 医療保険の制度間財政負担構造の試算（平成 19 年度と平成 20 年度、平成 23 年度の比較）（単位：億円）

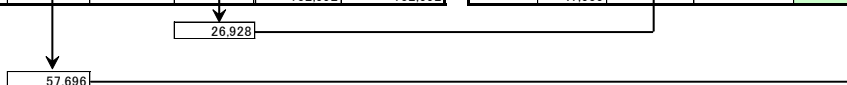
【平成19年度】

1. 支出

	a	b	c	d	e	f	g	h
	保険給付費(法定給付、付加給付、現金給付費等)	保健事業費	後期高齢者支援金	老人医療費拠出金	前期高齢者納付金	退職者給付拠出金	計	(参考) 統計上での経常支出合計
1.健康保険組合	32,840	3,144	-	11,778	-	11,441	59,203	61,403
2.政管健保	42,683	0	-	17,712	-	11,028	71,423	72,442
3.船員保険	256	0	-	69	-	47	372	372
4.共済組合	-	-	-	3,801	-	4,225	-	-
5(1).市町村国保	83,253	406	-	22,404	-	0	106,063	123,951
5(2).国保組合	5,060	178	-	1,932	-	187	7,170	8,522
6.老人医療	102,692	-	-	-	-	-	102,692	102,692

2. 収入

i	j	k	l	m	n	o
保険料	公費負担	制度間調整(退職者)	制度間調整(前期高齢者)	制度間調整(老人保健)	計	(参考) 統計上での経常収入合計
60,498	48	-	-	-	60,546	62,003
62,677	8,501	-	-	-	71,178	71,052
365	33	-	-	-	398	398
35,034	37,387	26,584	-	-	99,005	124,845
4,578	3,135	-	-	-	7,713	9,221
47,609	-	-	-	55,083	102,692	102,692



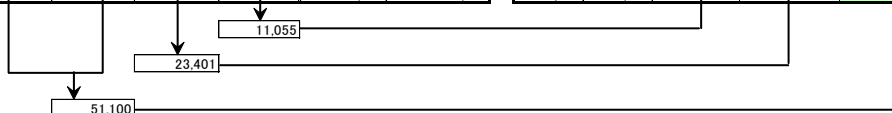
【平成20年度】

1. 支出

	a	b	c	d	e	f	g	h
	保険給付費(法定給付、付加給付、現金給付費等)	保健事業費	後期高齢者支援金	老人医療費拠出金	前期高齢者納付金	退職者給付拠出金	計	(参考) 統計上での経常支出合計
1.健康保険組合	33,830	3,296	11,199	1,549	9,893	4,820	64,587	66,778
2.協会けんぽ	43,375	0	13,131	1,960	9,449	4,467	72,382	73,647
3.船員保険	253	0	58	8	38	18	375	376
4.共済組合	-	-	3,458	470	3,728	1,672	-	-
5(1).市町村国保	83,382	840	14,256	3,331	19	0	101,828	120,337
5(2).国保組合	5,068	368	1,393	287	274	78	7,390	8,274
6.後期高齢者医療	101,642	-	-	-	-	-	101,642	101,642

2. 収入

i	j	k	l	m	n	o
保険料	公費負担	制度間調整(退職者)	制度間調整(前期高齢者)	制度間調整(後期高齢者)	計	(参考) 統計上での経常収入合計
61,913	49	-	-	-	61,962	63,717
62,013	9,093	-	-	-	71,106	71,357
366	30	-	-	-	396	396
28,011	34,804	8,810	24,365	-	95,990	121,249
3,660	2,918	-	-	-	6,579	8,955
7,115	47,772	-	-	51,100	105,987	105,987



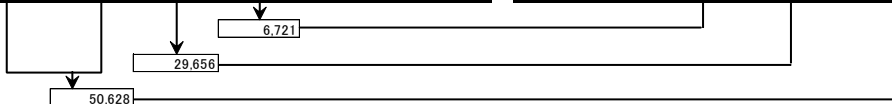
【平成23年度】

1. 支出

	a	b	c	d	e	f	g	h
	保険給付費(法定給付、付加給付、現金給付費等)	保健事業費	後期高齢者支援金	老人医療費拠出金	前期高齢者納付金	退職者給付拠出金	計	(参考) 統計上での経常支出合計
1.健康保険組合	36,182	3,085	14,079	9	11,779	2,855	67,989	69,983
2.協会けんぽ	46,997	669	14,652	1	12,425	2,675	77,419	77,828
3.船員保険	270	4	56	0	40	12	382	480
4.共済組合	-	-	4,414	2	4,843	1,136	-	-
5(1).市町村国保	90,821	968	15,915	7	47	0	107,758	127,887
5(2).国保組合	-	-	1,492	1	522	43	-	-
6.後期高齢者医療	118,696	-	-	-	-	-	118,696	118,696

2. 収入

i	j	k	l	m	n	o
保険料	公費負担	制度間調整(退職者)	制度間調整(前期高齢者)	制度間調整(後期高齢者)	計	(参考) 統計上での経常収入合計
65,156	36	-	-	-	65,192	66,494
68,852	11,539	-	-	-	80,391	80,577
344	36	-	-	-	380	480
27,755	39,657	7,174	29,569	-	104,155	130,720
13,057	55,787	-	-	50,628	119,471	119,471



(資料) 健康保険組合連合会「平成 23 年度健保組合決算見込の概要」(平成 24 年 9 月 13 日)、全国健康保険協会「平成 23 年度決算報告書」(平成 24 年 10 月 10 日確定版)、厚生労働省「平成 23 年度国民健康保険(市町村)の財政状況=速報=(平成 25 年 1 月 31 日)、国民健康保険中央会「国保・後期高齢者医療医療費速報(平成 23 年度分)」(平成 24 年 7 月 19 日)等より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。出典資料の詳細については本章末尾の<制度別の財政構造試算の方法、使用資料>を参照。

(1) 平成 19 年度の場合³⁸

①健康保険組合

平成 19 年度の場合、健保組合は保険料収入を約 6.05 兆円 (i 列) 得ているが、保険給付や保健事業費に約 3.60 兆円 (a 列+b 列) を支出し、老人医療費拠出金として約 1.18 兆円 (d 列)、退職者給付拠出金として約 1.14 兆円 (f 列) を拠出している。これらの支出計約 5.92 兆円 (g 列) を合わせても、すべて保険料収入の範囲で賄うことができている。

②政管健保 (現・協会けんぽ)

平成 19 年度の政管健保は、保険料収入として約 6.27 兆円 (i 列) を得ているが、保険給付費に約 4.27 兆円 (a 列) 支出し、老人医療費拠出金として約 1.77 兆円 (d 列)、退職者給付拠出金として約 1.10 兆円 (f 列) を拠出している。これらの支出計約 7.14 兆円 (g 列) をすべて保険料収入の範囲で賄うことはできず、医療給付費等の 13.0% と老人医療費拠出金に対する 16.4% の定率補助として合計約 0.85 兆円 (j 列) の国庫負担が行われている。なお、それでも最終的な単年度収支は、約 1,390 億円の赤字となっている。

③市町村国保

平成 19 年度の市町村国保は、保険料 (税) 収入として約 3.50 兆円 (i 列) を得ているが、退職者給付分を含む保険給付費に約 8.33 兆円 (a 列) を支出し、老人医療費拠出金として約 2.24 兆円 (d 列) を拠出している。これらの支出計約 10.61 兆円 (g 列) をすべて保険料 (税) 収入の範囲で賄うことはできず、保険給付費等の 43% に対して国庫負担が行われており、都道府県支出金と合わせて公費負担の大きさは保険料 (税) 収入を上回る約 3.74 兆円 (j 列) となっている。また、この他にも、保険基盤安定事業等に対して国庫負担、都道府県負担、市町村負担が行われている。

さらに、退職者給付費約 2.75 兆円を賄うため、健保組合や政管健保等から拠出された退職者給付拠出金が、療養給付費等交付金として約 2.66 兆円 (k 列) 交付されている。

④老人保健制度

平成 19 年度の場合、老人医療費拠出金 (d 列) として、健保組合や政管健保 (現・協会けんぽ)、船員保険、共済組合、国保から老人保健制度に対して約 5.51 兆円 (m 列) の拠出が行われた。

同様に、退職者給付拠出金 (f 列) として、健保組合や政管健保、船員保険、共済組合から退職者が属する市町村国保に対して、約 2.66 兆円 (k 列) が拠出された。

³⁸ 以下、金額の後ろのカッコ内には、前頁の図表 4-5 における列番号を示す。

なお、老人医療費拠出金（d 列）と退職者給付拠出金（f 列）とを合わせると、健保組合では保険料収入（i 列）の約 38.4%、政管健保では保険料収入（i 列）の 45.9%を自らが給付しない費用に充てている計算になる。

⑤公費負担³⁹

平成 19 年度の場合、政管健保（現・協会けんぽ）に対しては、保険給付費（a 列）の 13%、老人医療費拠出金（d 列）の 16.4%に対して国庫補助等が行われ、その額は 8,501 億円（j 列）に上っている。

また、市町村国保に対しても、標準で保険給付費（a 列）等に対して定率国庫負担 34%、調整交付金 9%（以上は国費）、都道府県調整交付金 7%が交付され、その額は 3 兆 7,387 億円（j 列）に上っている。

³⁹ 国保に対する「公費負担」の内訳については、本章末尾の〈制度別の財政構造試算の方法、使用資料〉を参照。

図表 4- 6 医療保険の制度間財政負担構造の試算（平成 19 年度：図表 4-5 の一部を再掲、単位：億円）

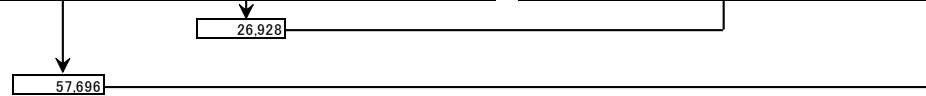
【平成19年度】

1. 支出

	a	b	c	d	e	f	g	h
	保険給付費(法定給付、付加給付、現金給付費等)	保健事業費	後期高齢者支援金	老人医療費拠出金	前期高齢者納付金	退職者給付拠出金	計	(参考) 統計上での経常支出合計
1.健康保険組合	32,840	3,144	-	11,778	-	11,441	59,203	61,403
2.政管健保	42,683	0	-	17,712	-	11,028	71,423	72,442
3.船員保険	256	0	-	69	-	47	372	372
4.共済組合				3,801	-	4,225		
5(1).市町村国保	83,253	406	-	22,404	-	0	106,063	123,951
5(2).国保組合	5,060	178	-	1,932	-	187	7,170	8,522
6.老人医療	102,692						102,692	102,692

2. 収入

i	j	k	l	m	n	o
保険料	公費負担	制度間調整(退職者)	制度間調整(前期高齢者)	制度間調整(老人保健)	計	(参考) 統計上での経常収入合計
60,498	48		-		60,546	62,003
62,677	8,501		-		71,178	71,052
365	33		-		398	398
35,034	37,387	26,584	-		99,005	124,845
4,578	3,135		-		7,713	9,221
	47,609			55,083	102,692	102,692



(ポイント)

①制度全体での高齢者医療に関する拠出金額：

- ・老人医療費拠出金（d 列）は約 5.77 兆円、退職者給付拠出金（f 列）は約 2.69 兆円。計約 8.46 兆円。

②拠出金：

- ・老人保健制度に対して、約 5.51 兆円（m 列）の拠出が行われた。
- ・退職者が属する市町村国保に対して、約 2.66 兆円（k 列）の拠出が行われた。
- ・公費負担（j 列）は、政管健保に対して約 0.85 兆円、市町村国保に対して約 3.74 兆円。

③健康保険組合の負担：

- ・老人医療費拠出金（d 列）は約 1.18 兆円、退職者給付拠出金（f 列）は約 1.14 兆円。
- ・保険料収入（i 列）の約 38.4%を上記拠出金への拠出に用いている。

(2) 平成 23 年度の場合

平成 20 年度からは、老人保健制度に代わり、前期高齢者医療費に関する財政調整・後期高齢者医療制度が導入された。また、経過措置を残しつつ退職者医療制度が廃止された。これによって、制度間で納付金等（拠出金）の負担割合に変化がもたらされた。

①健康保険組合

平成 23 年度の健保組合は、保険料収入が約 6.52 兆円（i 列）に対し、保険給付や保健事業費に約 3.93 兆円（a 列+b 列）を支出し、これらの支出をすべて保険料収入の範囲で賄っている。

しかし、後期高齢者支援金約 1.41 兆円（c 列）や前期高齢者納付金約 1.18 兆円（e 列）の拠出や、移行措置分の老人医療費拠出金（d 列）、退職者給付拠出金（f 列）を加えると、支出は約 6.80 兆円（g 列）となり、保険料収入を上回っている。この結果、健保組合全体では、平成 19 年度の 600 億円の黒字から、平成 23 年度には▲3,489 億円（o 列-h 列）の赤字に転じている。

②協会けんぽ（旧・政管健保）

平成 23 年度の協会けんぽは、保険料収入として約 6.89 兆円（i 列）を得ているが、保険給付費に約 4.70 兆円（a 列）支出し、後期高齢者支援金約 1.47 兆円（c 列）や前期高齢者納付金約 1.24 兆円（e 列）の拠出や、移行措置分の老人医療費拠出金（d 列）、退職者給付拠出金（f 列）を加えると、支出は約 7.74 兆円（g 列）となる。

政管健保時代と同様に約 1.15 兆円（j 列）の国庫負担が行われており、最終的な単年度収支は、約 2,749 億円（o 列-h 列）の黒字となっている。

なお、この理由の一つとして、平成 22 年度から導入された協会けんぽに対する特例支援措置（給付費に対する国庫補助率の引上げ（13%→16.4%）、後期高齢者支援金の 3 分の 1 総報酬割等）がある。

③市町村国保

平成 23 年度の市町村国保は、保険料（税）収入として約 2.78 兆円（i 列）を得ているが、前期高齢者や経過措置の退職者給付分を含む保険給付費に約 9.08 兆円（a 列）を支出し、後期高齢者支援金として約 1.59 兆円（d 列）、前期高齢者納付金に約 47 億円（e 列）を拠出している。これらの支出計約 10.78 兆円（g 列）をすべて保険料（税）収入の範囲で賄うことはできず、国庫負担、都道府県負担、市町村一般会計繰入が行われており、公費負担（国+都道府県）の大きさは、保険料（税）収入を上回る約 3.97 兆円（j 列）となっている。さらに、前期高齢者が多く加入しているため、各制度から前期高齢者納付金が拠出され、制度間財政調整である前期高齢者交付金として約 2.96 兆円（l 列）が交付されている。

④高齢者医療制度

平成 23 年度の場合、後期高齢者支援金（c 列）として、健保組合や協会けんぽ、船員保険、共済組合、国保から、後期高齢者医療制度に対して約 5.06 兆円（m 列）が拠出された。また、前期高齢者が多く加入している市町村国保に対して、前期高齢者交付金が約 2.96 兆円（l 列）交付された⁴⁰。

同様に、退職者給付拠出金（f 列：移行措置分）として、健保組合や協会けんぽ、船員保険、共済組合から、退職者が属する市町村国保に約 0.72 兆円（k 列）の拠出が行われた。

なお、後期高齢者支援金（c 列）、老人医療費拠出金（d 列）、前期高齢者納付金（e 列）、退職者給付拠出金（f 列）を合わせた「納付金等」の保険料収入（i 列）に占める割合は、健保組合では約 44.1%であり、平成 19 年度の 38.4%から大きく上昇した⁴¹。

⑤公費負担⁴²

平成 23 年度の場合、協会けんぽに対しては、保険給付費（a 列）と後期高齢者支援金（c 列）に対して 16.4%の公費負担が行われ、その額は 1.15 兆円（j 列）に上っている。

また、市町村国保に対しても、標準で保険給付費（a 列）に対して定率国庫負担 34%、調整交付金 9%（以上は国費）、都道府県調整交付金 7%が交付され、その額は 3.97 兆円（j 列）に上っている。

⁴⁰ 他に、移行措置分としての老人医療費拠出金や退職者給付拠出金が財政調整に充てられている。

⁴¹ 同期間中、全国健康保険協会については、納付金等の保険料収入に占める割合は、45.9%から 41.0%へと低下している。この一因として、後期高齢者支援金の 3 分の 1 総報酬割の導入によって比較的平均報酬の低い協会けんぽの負担が従前より低下し、平均報酬の高い健保組合の負担が上昇したことが挙げられる。

⁴² 国保に対する「公費負担」の内訳については、本章末尾の〈制度別の財政構造試算の方法、使用資料〉を参照。

図表 4-7 医療保険の制度間財政負担構造の試算（平成 23 年度：図表 4-5 の一部を再掲、単位：億円）

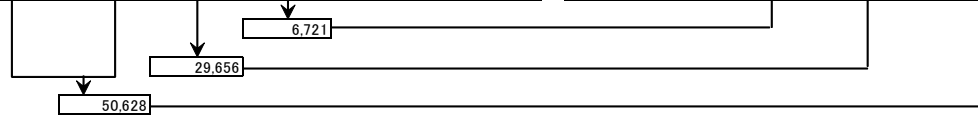
【平成23年度】

1. 支出

	a	b	c	d	e	f	g	h
	保険給付費(法定給付、付加給付、現金給付費等)	保健事業費	後期高齢者支援金	老人医療費拠出金	前期高齢者納付金	退職者給付拠出金	計	(参考) 統計上での経常支出合計
1.健康保険組合	36,182	3,085	14,079	9	11,779	2,855	67,989	69,983
2.協会けんぽ	46,997	669	14,652	1	12,425	2,675	77,419	77,828
3.船員保険	270	4	56	0	40	12	382	480
4.共済組合			4,414	2	4,843	1,136		
5(1).市町村国保	90,821	968	15,915	7	47	0	107,758	127,887
5(2).国保組合			1,492	1	522	43		
6.後期高齢者医療	118,696						118,696	118,696

2. 収入

i	j	k	l	m	n	o
保険料	公費負担	制度間調整(退職者)	制度間調整(前期高齢者)	制度間調整(後期高齢者)	計	(参考) 統計上での経常収入合計
65,156	36				65,192	66,494
68,852	11,539				80,391	80,577
344	36				380	480
27,755	39,657	7,174	29,569		104,155	130,720
13,057	55,787			50,628	119,471	119,471



(ポイント)

①制度全体での高齢者医療に関する拠出金額：

- ・後期高齢者支援金（c 列）＋老人医療費拠出金（d 列：移行措置分）は約 5.06 兆円。前期高齢者納付金（e 列）は約 2.97 兆円、退職者給付拠出金（f 列：移行措置分）は約 0.67 兆円。計約 8.70 兆円。平成 19 年度比で約 2,381 億円の増加。

②制度間財政調整：

- ・後期高齢者支援金（c 列）として約 5.06 兆円（m 列）の拠出が行われた。
- ・前期高齢者が多く加入している市町村国保に対して、前期高齢者交付金が約 2.96 兆円（l 列）交付された。
- ・退職者給付拠出金（f 列：移行措置分）は、退職者が属する市町村国保に約 0.72 兆円（k 列）の拠出が行われた。
- ・公費負担（j 列）は、協会けんぽに対して約 1.15 兆円、市町村国保に対して約 3.97 兆円。

③健康保険組合の負担：

- ・後期高齢者支援金約 1.41 兆円（c 列）、前期高齢者納付金約 1.18 兆円（e 列）。これに移行措置分の老人医療費拠出金（d 列）や退職者給付拠出金（f 列）が加わり、拠出金は平成 19 年度比で約 5,503 億円の負担増。
- ・上記の拠出金、納付金の保険料収入（i 列）に占める割合は約 44.1%であり、平成 19 年度比で 5.7 ポイントの増加。

(3) 平成 19 年度から平成 23 年度にかけての変化

以下では、平成 19 年度と平成 23 年度の財政構造について、各制度からの拠出金額の変化に着目して比較する。

①制度全体での高齢者医療に関する拠出金額

制度全体での高齢者医療に関する拠出金額として、まず、平成 19 年度の「老人医療費拠出金 (d 列)」と、平成 23 年度の「後期高齢者支援金 (c 列)」+「老人医療費拠出金 (d 列：移行措置分)」を比較すると、平成 19 年度の約 5.77 兆円から平成 23 年度には約 5.06 兆円へと、約 7,068 億円負担が減少している。

一方、平成 23 年度には平成 20 年度から始まった「前期高齢者納付金 (e 列)」=約 2.97 兆円の負担が発生している。

反面、「退職者給付拠出金 (f 列)」は、平成 19 年度の約 2.69 兆円から、平成 23 年度には移行措置分として約 0.67 兆円へと 2.02 兆円分減少している。

これらを足し合わせた拠出金額で見ると、平成 19 年度の約 8.46 兆円から平成 23 年度には約 8.70 兆円へと約 2,381 億円の負担増となっている。

図表 4- 8 制度全体での高齢者医療給付に対する拠出金額の変化

(図表 4-5 より一部を抜粋) 単位：億円

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者支援金	老人医療費拠出金	前期高齢者納付金	退職者給付拠出金	
①平成19年度	-	57,696	-	26,928	84,624
②平成20年度	43,495	7,605	23,401	11,055	85,556
③平成23年度	50,608	20	29,656	6,721	87,005
差分(③-①)	-7,068		29,656	-20,207	2,381

②国保と被用者保険間

次に、これらの拠出金額の平成 19 年度から平成 23 年度にかけての変化額について、市町村国保と被用者保険⁴³を比較する。

市町村国保では、平成 19 年度の「老人医療費拠出金 (d 列)」=約 2.24 兆円から、平成 23 年度の「後期高齢者支援金 (c 列)」+「老人医療費拠出金 (d 列：移行措置分)」=約 1.59 兆円へと約 6,482 億円の負担減となっている。

反面、平成 23 年度には平成 20 年度から始まった「前期高齢者納付金 (e 列)」=約 47 億円の負担が発生している。

⁴³ 被用者保険の拠出金額として、健康保険組合、協会けんぽ（平成 19 年度は政管健保）、共済組合の 3 制度の合計値を取り上げる。

これらを足し合わせた拠出金額で見ると、平成 19 年度の約 2.24 兆円から平成 23 年度には約 1.60 兆円へと約 6,435 億円の負担減となっている。

図表 4- 9 市町村国保における高齢者医療給付に対する拠出金額の変化
(図表 4-5 より一部を抜粋) 単位：億円

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者 支援金	老人医療費 拠出金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	
①平成19年度	-	22,404	-	0	22,404
②平成20年度	14,256	3,331	19	0	17,606
③平成23年度	15,915	7	47	0	15,969
差分(③-①)	-6,482		47	0	-6,435

これに対して被用者保険では、平成 19 年度の「老人医療費拠出金 (d 列)」＝約 3.33 兆円から、平成 23 年度の「後期高齢者支援金 (c 列)」＋「老人医療費拠出金 (d 列：移行措置分)」＝約 3.32 兆円へと、約 135 億円負担が減少している。

一方、平成 23 年度には平成 20 年度から始まった「前期高齢者納付金 (e 列)」＝約 2.90 兆円の負担が発生している。

反面、「退職者給付拠出金 (f 列)」は、平成 19 年度の約 2.67 兆円から、平成 23 年度には移行措置分として約 0.67 兆円へと 2.00 兆円負担が減少している。

これらを足し合わせた拠出金額で見ると、平成 19 年度の約 6.00 兆円から平成 23 年度には約 6.89 兆円へと約 8,884 億円の負担増となっている。

図表 4- 10 被用者保険における高齢者医療給付に対する拠出金額の変化
(図表 4-5 より一部を抜粋) 単位：億円

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者 支援金	老人医療費 拠出金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	
①平成19年度	-	33,291	-	26,694	59,985
②平成20年度	27,788	3,979	23,070	10,959	65,796
③平成23年度	33,145	11	29,047	6,666	68,869
差分(③-①)	-135		29,047	-20,028	8,884

③被用者保険間

高齢者医療制度に関わる拠出金額の平成 19 年度から平成 23 年度にかけての変化額について、被用者保険間で比較する。

健保組合では、平成 19 年度の「老人医療費拠出金 (d 列)」＝約 1.18 兆円から、平成 23 年度の「後期高齢者支援金 (c 列)」＋「老人医療費拠出金 (d 列：移行措置分)」＝約 1.41

兆円へと、約 2,310 億円負担が増加している。

また、平成 23 年度には平成 20 年度から始まった「前期高齢者納付金 (e 列)」＝約 1.18 兆円の負担が発生している。

反面、「退職者給付拠出金 (f 列)」は、平成 19 年度の約 1.14 兆円から、平成 23 年度には移行措置分として約 0.29 兆円へと 8,586 億円負担が減少している。

これらを足し合わせた拠出金額で見ると、平成 19 年度の約 2.32 兆円から平成 23 年度には約 2.87 兆円へと約 5,503 億円の負担増となっている。

図表 4- 11 健保組合における高齢者医療給付に対する拠出金額の変化
(図表 4-5 より一部を抜粋) 単位：億円

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者 支援金	老人医療費 拠出金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	
①平成19年度	-	11,778	-	11,441	23,219
②平成20年度	11,199	1,549	9,893	4,820	27,461
③平成23年度	14,079	9	11,779	2,855	28,722
差分(③-①)	2,310		11,779	-8,586	5,503

協会けんぽ (旧・政管健保) では、平成 19 年度の「老人医療費拠出金 (d 列)」＝約 1.77 兆円から、平成 23 年度の「後期高齢者支援金 (c 列)」＋「老人医療費拠出金 (d 列：移行措置分)」＝約 1.47 兆円へと、約 3,059 億円負担が減少している。

一方、平成 23 年度には平成 20 年度から始まった「前期高齢者納付金 (e 列)」＝約 1.24 兆円の負担が発生している。

反面、「退職者給付拠出金 (f 列)」は、平成 19 年度の約 1.10 兆円から、平成 23 年度には移行措置分として約 0.27 兆円へと 8,353 億円負担が減少している。

これらを足し合わせた拠出金額で見ると、平成 19 年度の約 2.87 兆円から平成 23 年度には約 2.98 兆円へと約 1,013 億円の負担増となっている。

図表 4- 12 協会けんぽにおける高齢者医療給付に対する拠出金額の変化
(図表 4-5 より一部を抜粋) 単位：億円

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者 支援金	老人医療費 拠出金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	
①平成19年度	-	17,712	-	11,028	28,740
②平成20年度	13,131	1,960	9,449	4,467	29,007
③平成23年度	14,652	1	12,425	2,675	29,753
差分(③-①)	-3,059		12,425	-8,353	1,013

共済組合では、平成 19 年度の「老人医療費拠出金 (d 列)」＝約 0.38 兆円から、平成 23 年度の「後期高齢者支援金 (c 列)」＋「老人医療費拠出金 (d 列：移行措置分)」＝約 0.44 兆円へと、約 615 億円負担が増加している。

また、平成 23 年度には平成 20 年度から始まった「前期高齢者納付金 (e 列)」＝約 0.48 兆円の負担が発生している。

反面、「退職者給付拠出金 (f 列)」は、平成 19 年度の約 0.42 兆円から、平成 23 年度には移行措置分として約 0.11 兆円へと 3,089 億円負担が減少している。

これらを足し合わせた拠出金額で見ると、平成 19 年度の約 0.80 兆円から平成 23 年度には約 1.04 兆円へと約 2,369 億円の負担増となっている。

図表 4- 13 共済組合における高齢者医療給付に対する拠出金額の変化
(図表 4-5 より一部を抜粋) 単位：億円

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者 支援金	老人医療費 拠出金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	
①平成19年度	-	3,801	-	4,225	8,026
②平成20年度	3,458	470	3,728	1,672	9,328
③平成23年度	4,414	2	4,843	1,136	10,395
差分(③-①)	615		4,843	-3,089	2,369

図表 4- 14 制度別・高齢者医療給付に対する拠出金額の変化（まとめ）

単位：億円

制度全体

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者 支援金	老人医療費 拠出金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	
①平成19年度	-	57,696	-	26,928	84,624
②平成20年度	43,495	7,605	23,401	11,055	85,556
③平成23年度	50,608	20	29,656	6,721	87,005
差分(③-①)	-7,068		29,656	-20,207	2,381

市町村国保

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者 支援金	老人医療費 拠出金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	
①平成19年度	-	22,404	-	0	22,404
②平成20年度	14,256	3,331	19	0	17,606
③平成23年度	15,915	7	47	0	15,969
差分(③-①)	-6,482		47	0	-6,435

被用者保険全体

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者 支援金	老人医療費 拠出金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	
①平成19年度	-	33,291	-	26,694	59,985
②平成20年度	27,788	3,979	23,070	10,959	65,796
③平成23年度	33,145	11	29,047	6,666	68,869
差分(③-①)	-135		29,047	-20,028	8,884

健保組合

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者 支援金	老人医療費 拠出金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	
①平成19年度	-	11,778	-	11,441	23,219
②平成20年度	11,199	1,549	9,893	4,820	27,461
③平成23年度	14,079	9	11,779	2,855	28,722
差分(③-①)	2,310		11,779	-8,586	5,503

協会けんぽ

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者 支援金	老人医療費 拠出金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	
①平成19年度	-	17,712	-	11,028	28,740
②平成20年度	13,131	1,960	9,449	4,467	29,007
③平成23年度	14,652	1	12,425	2,675	29,753
差分(③-①)	-3,059		12,425	-8,353	1,013

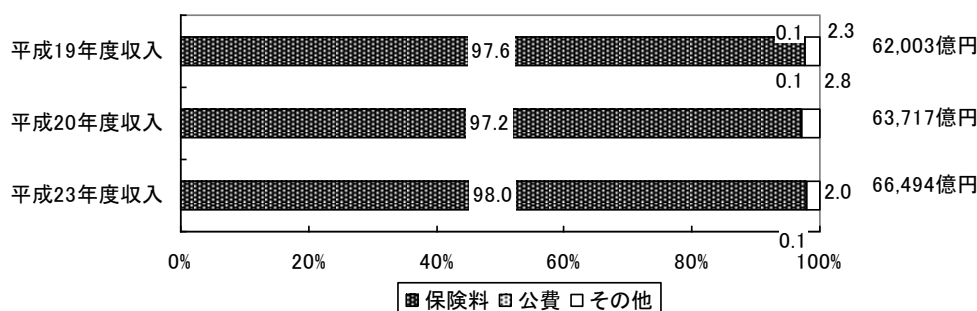
共済組合

年度	c	d	e	f	計
	後期高齢者 支援金	老人医療費 拠出金	前期高齢者 納付金	退職者給付 拠出金	
①平成19年度	-	3,801	-	4,225	8,026
②平成20年度	3,458	470	3,728	1,672	9,328
③平成23年度	4,414	2	4,843	1,136	10,395
差分(③-①)	615		4,843	-3,089	2,369

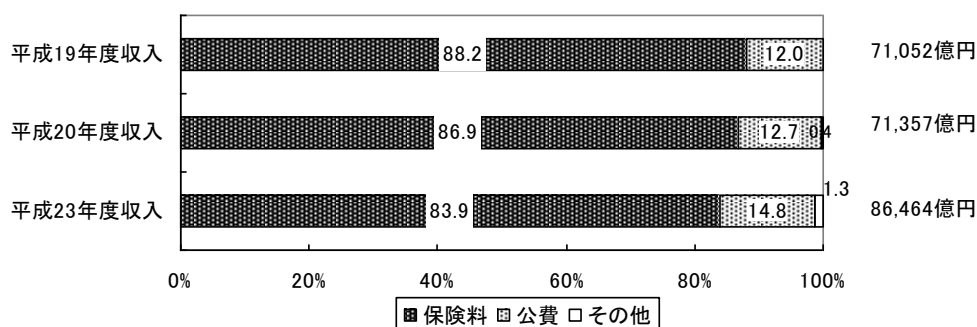
平成19年度から平成23年度にかけて、制度別に保険財政の収入構成比を見ると、健保組合では構成比に大きな変化はなく、ほとんどが保険料収入である。一方、協会けんぽでは保険料収入の割合が低下し、公費負担の割合が増加している。市町村国保では保険料収入の割合の低下と制度間財政調整の割合の増加が目立ち、公費の割合は横ばいである⁴⁴。

図表4-15 制度別の収入構成比の変化（平成19年度と平成20年度・平成23年度）

【健保組合】

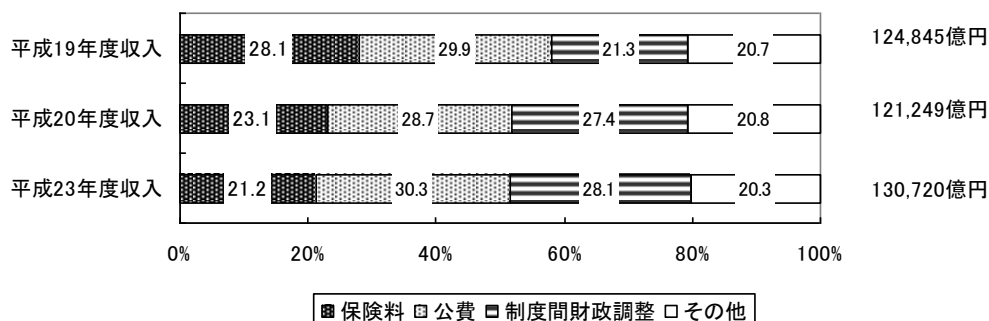


【協会けんぽ】



※平成19年度は政管健保、20年度は政管健保と協会けんぽの通算値、23年度は協会けんぽ

【市町村国保】

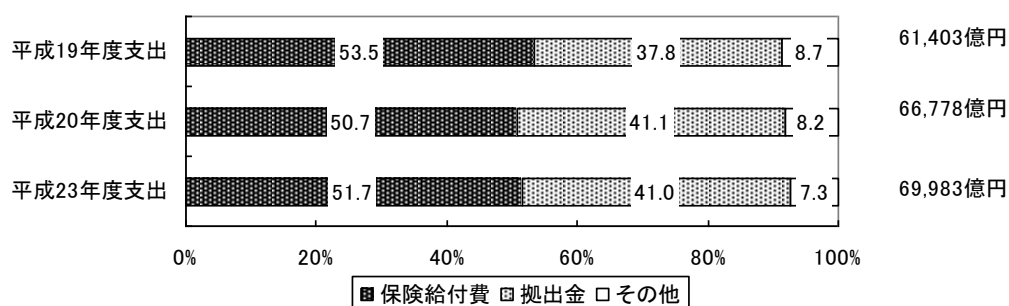


⁴⁴ 市町村国保における保険料収入の低下は、国保加入者が多かった高齢者（75歳以上）の後期高齢者医療制度への移行による。また、制度間財政調整の増加は、前期高齢者交付金による。

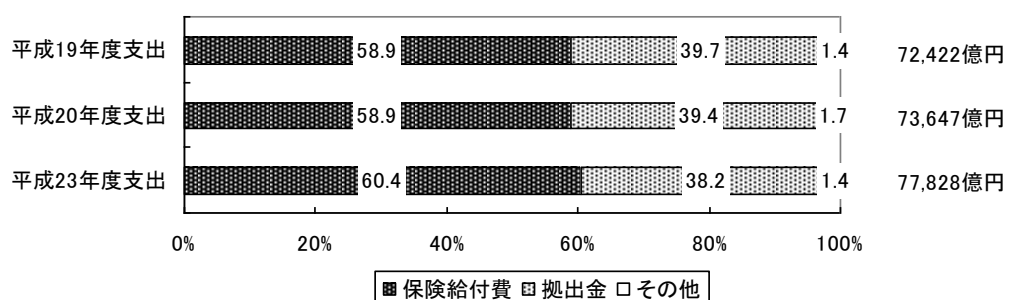
同様に、平成19年度から平成23年度にかけて、制度別に保険財政の支出構成比を見ると、健保組合では保険給付費が1.8ポイント減少し、拠出金割合が3.2ポイント増加しているのに対して、協会けんぽでは保険給付費が1.5ポイント増加、拠出金割合は1.5ポイント低下している。市町村国保では保険給付費割合が3.8ポイント増加し、拠出金の負担割合が5.6ポイント低下している。

図表4-16 制度別の支出構成比の変化（平成19年度と平成20年度・平成23年度）

【健保組合】

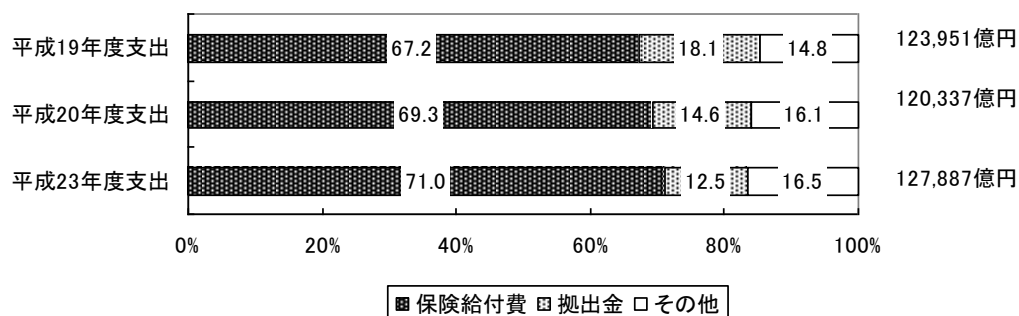


【協会けんぽ】



※平成19年度は政管健保、20年度は政管健保と協会けんぽの通算値、23年度は協会けんぽ

【市町村国保】



※ 保険給付費には退職被保険者等分を含む。また、支出計には介護納付金を含まない。

(4) 前期高齢者納付金の算定式に起因する課題

①前期高齢者にかかる後期高齢者支援金に関する課題

前期高齢者納付金の算定式上、被用者保険が支払う前期高齢者納付金は約 3,600 億円多く賦課されていることになる。

前期高齢者納付金は給付費にかかる部分に限定されるよう、算定式の見直し等が望まれる。

現在の前期高齢者納付金の算定式では、被用者保険が支払っている前期高齢者の給付費だけでなく後期高齢者支援金についても加入率調整の対象に含まれている。結果として被用者保険では、前期高齢者の後期高齢者支援金も含めて負担していることとなり、増額分は約 3,600 億円（＝下記の図表中の⑥列目の網掛け部分＝1,579+1,516+518）に上ることになると見込まれる。

前期高齢者にかかる後期高齢者支援金の算定方式見直し等により、給付費部分に限った加入率調整が可能となる。

図表 4- 17 前期高齢者にかかる後期高齢者支援金に関する負担額

単位：億円

	前期高齢者にかかる費用				前期高齢者納付金額		
	①給付費額	②後期高齢者支援金額	③合計		④納付金額	⑤うち給付費部分	⑥うち後期高齢者支援金部分
健保組合 (平均)	2,847	376	3,223	⇒4.2 倍を 抛出	13,537	11,957	1,579
協会けんぽ	6,630	842	7,472	⇒1.8 倍を 抛出	13,450	11,934	1,516
共済組合	603	70	673	⇒7.4 倍を 抛出	4,980	4,462	518
市町村国保	47,828	5,661	53,489	⇒0.4 倍に 圧縮	-32,093	-28,697	-3,397

(注 1) 数値は平成 24 年度賦課ベースの概算値であり、実際の数値とは必ずしも一致しない。前期高齢者にかかる財政調整には、上記の計算式のほか各種の調整規定がある。

(注 2) 平成 24 年度までは特例措置により後期高齢者支援金部分に 3 分の 1 総報酬割。

(資料) 健康保険組合連合会「医療保険制度の現状と課題」

②前期高齢者会計が区分経理されていないことに関する課題

被用者保険が納めた前期高齢者納付金が過大で、前期高齢者交付金が市町村国保の全体の収支の中で使われ、結果として前期高齢者以外の費用にも充てられている⁴⁵。

その額は3,400億円から4,000億円前後と試算されるが、これがどのように使われているか実態を明らかにするためには、区分経理を行う必要がある。

平成24年度の場合、前期高齢者にかかる費用は5.3兆円であり、これに対して、前期高齢者にかかる収入は5.7兆円となっている。差し引き0.4兆円分が結果として前期高齢者以外の費用に使われている可能性がある。

この点に関し、少なくとも前期高齢者については財政上の区分を設けること（区分経理）が求められる。それにより、保険料と公費を先に充当し必要額の範囲での財政調整にとどめるなど、必要な対応が検討できることになる。しかし、この点については、区分経理をすることによる市町村国保への影響も考慮する必要がある。

図表 4-18 前期高齢者の加入率調整に関する課題

市町村国保全体の 前期高齢者にかかる費用		市町村国保全体の 前期高齢者にかかる収入	
○前期高齢者給付費	= 4.8 兆円	○前期高齢者交付金	= 3.4 兆円
○前期高齢者にかかる 後期高齢者支援金	= 0.6 兆円	○公費(交付金充当後に公費5割)	= 1.0 兆円
○前期高齢者の保険料	= 0.6 兆円	○前期高齢者の保険料	= 1.4 兆円
合計	= 5.3 兆円	合計	= 5.7 兆円

被用者保険負担による
前期高齢者納付金

仮に、市町村国保全体の前期高齢者について、財政区分をすれば・・・

- 収入5.7兆円が費用5.3兆円を0.4兆円上回っている。
⇒ 交付金を減額できるのではないか。
- 国保については、本来は公費5割のところ、前期高齢者については、公費は2割弱。
⇒ 交付金が公費の肩代わりになっているのではないか。

⁴⁵ この問題の原因として、収入面では加入率調整が行われていないことが挙げられる。

市町村国保では年齢階級別の区分経理が行われていないので、65歳未満の被保険者の会計と前期高齢者（65～74歳）被保険者の会計を分けて見ることはできない。そこで、ここでは「国民健康保険事業年報」と「国民健康保険実態調査」の結果を用いて、区分経理を試みた（試算はいずれも平成23年度）。

まず、「国民健康保険実態調査」の第9表1-1より、世帯主年齢階級別の1世帯当たり保険料を求めると、図表4-19のとおりとなった。

なお、保険料軽減分は公費（地方負担）で補填されるので、本試算では財政収支を見るため、あらかじめその分は保険料で納付されるとみなし、保険料は、調定額と軽減額の合計としている。

図表4-19 世帯主年齢階級別の1世帯当たり保険料

世帯主年齢階級	世帯数	保険料：調定額と軽減額の和 (医療給付分+後期高齢者支援金分)	1世帯当たり保険料
65歳未満	10,121,600	1,710,946,224 千円	169,039 円
65～74歳	6,806,800	1,187,017,442 千円	174,387 円

(資料)「平成23年度国民健康保険実態調査」第9表1-1より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

次に、「国民健康保険実態調査」の第11表を用いて、世帯主年齢階級別の1世帯当たり世帯人員とその年齢階級別割合を求めると、図表4-20のとおりとなった。

図表4-20 世帯主年齢階級別の1世帯当たり世帯人員・世帯人員の年齢階級別割合

世帯主	世帯員		うち		計
	世帯員	世帯人数 (除世帯主)	65歳未満	65～74歳	
65歳未満		0.89	96.9%	3.1%	100.0%
65～74歳		0.76	50.8%	49.2%	100.0%

(資料)「平成23年度国民健康保険実態調査」第11表より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

ここで、

65～74歳被保険者の1人当たり保険料＝x

65歳未満被保険者の1人当たり保険料＝y

と置く⁴⁶。

図表4-19、4-20より、65歳未満世帯主の1世帯当たり保険料は169,039円、世帯人員（世帯主を除く）0.89人のうち65歳未満が96.9%、65～74歳が3.1%だから、

$$y + 0.89 \times (0.969 \times y + 0.031 \times x) = 169,039 \quad \dots (1)$$

と表せる。

⁴⁶ 本来、保険料は、所得割、資産割、均等割、平等割の4要素からの選択によって市町村国保毎に決まるが、ここでは、これらの要素を捨象し、「65～74歳被保険者の1人当たり保険料」と「65歳未満被保険者の1人当たり保険料」の2種類が存在するものと仮定する。

一方、65～74歳の世帯主の1世帯当たり保険料は174,387円、世帯人員（世帯主を除く）0.76人のうち65歳未満が50.8%、65歳以上が49.2%だから、

$$x + 0.76 \times (0.508 \times y + 0.492 \times x) = 174,387 \quad \dots (2)$$

と表せる。

(1)(2)を解くと、

$x = 101,845$ (円)：65～74歳被保険者の1人当たり保険料

$y = 89,255$ (円)：65歳未満被保険者の1人当たり保険料

を得る。

ところで、65～74歳と65歳未満では、保険料収納率に大きな差があることが知られているので、上記の額に、それぞれの年齢階級の保険料収納率96.9%と83.0%を乗じると、65～74歳被保険者の1人当たり保険料は98,721円、65歳未満被保険者の1人当たり保険料は74,113円へと修正される⁴⁷。これらの値は全国平均値であるため、さらに市町村国保の1人当たり旧ただし書所得⁴⁸の水準に比例させた値を、各市町村国保での最終的な「65～74歳被保険者の1人当たり保険料」、「65歳未満被保険者の保険料」と設定した。

なお、国保には医療給付費に対する50%公費や保険料軽減分に対する公費以外にも公費負担が存在するが、これらは個別保険者の事情に基づくものなので、以下の前期高齢者会計、若年者会計の試算においては、国保の収入に含めていない。

a. 前期高齢者会計（65～74歳）

1) 前期高齢者会計の収入

=前期高齢者の収める保険料⁴⁹[1.23兆円]+前期高齢者交付金⁵⁰[2.96兆円]+前期高齢者医療給付費に対する公費(交付金充当後の50%)⁵¹[1.04兆円]

=5.23兆円

2) 前期高齢者会計の費用

=前期高齢者医療給付費⁵²[4.54兆円]+前期高齢者による後期高齢者支援金⁵³[0.50兆円]

=5.04兆円

1)－2)を求めると、全市町村国保合計では、約0.19兆円の黒字となった。

⁴⁷ 平成23年度の収納率は、「平成24年度国民健康保険実態調査」概要表22から、「世帯主年齢階級別収納率」に「世帯主年齢階級別世帯数」を加重平均して計算した。

⁴⁸ 「国民健康保険事業年報」保険者別データ補足資料4を利用。

⁴⁹ 「65～74歳被保険者の1人当たり保険料」×「前期高齢者被保険者数（「国民健康保険事業年報（A155）」）。本試算にかかわる以下の脚注におけるカッコ内のデータ番号（A155やB223など）は、すべて「平成23年度国民健康保険事業年報」のデータ番号である。

⁵⁰ 国民健康保険事業年報（B223）

⁵¹ (前期高齢者医療給付費(C556+C580)－前期高齢者交付金(B223))×50%

⁵² 国民健康保険事業年報(C556+C580)

⁵³ 後期高齢者支援金(B250)×前期高齢者被保険者数(A155)÷被保険者数(A62)

1,715 市町村国保⁵⁴のうち、黒字を計上しているのは 945 国保、赤字を計上しているのは 770 国保となり、過半数の市町村国保で黒字が計上されている。

b. 若年者会計（65 歳未満）

同様に、

1)若年者会計の収入

＝若年者の収める保険料⁵⁵[2.06 兆円]+若年者医療給付費に対する公費(50%)⁵⁶[2.46 兆円]+療養給付費等交付金⁵⁷[0.71 兆円]

＝5.24 兆円

2)若年者会計の費用

＝若年者医療給付費⁵⁸[4.54 兆円]+若年者による後期高齢者支援金⁵⁹[1.09 兆円]

＝5.63 兆円

1)－2)を求めると、全市町村国保合計で約 0.40 兆円の赤字となった。

1,715 市町村国保のうち、黒字を計上しているのは 271 国保、赤字を計上しているのは 1,444 国保となり、8 割以上の国保が赤字となった。

図表 4- 21 前期高齢者会計・若年者会計別の黒字・赤字国保数

	若年者会計・黒字	若年者会計・赤字	計
前期高齢者会計・黒字	255	690	945
前期高齢者会計・赤字	16	754	770
計	271	1,444	1,715

※医療分についての国保全体での会計（前期高齢者会計＋若年者会計）が黒字になるのは 439 国保、赤字になるのは 1,276 国保である⁶⁰。

⁵⁴ 御蔵島村・青ヶ島村（いずれも東京都）は、一部のデータが非公表のため、分析対象から外した。

⁵⁵ 「65 歳未満被保険者の 1 人当たり保険料」×（被保険者数(A62)－前期高齢者被保険者数(A155)）

⁵⁶ (医療給付費(B85)－前期高齢者医療給付費(C556+C580)+65 歳未満被保険者の後期高齢者支援金)×50%。

⁵⁷ 療養給付費等交付金(B31)

⁵⁸ 医療給付費(B85)－前期高齢者医療給付費(C556+C580)

⁵⁹ 後期高齢者支援金(B250)－前期高齢者による後期高齢者支援金

⁶⁰ 本試算結果の解釈については、以下の点に留意する必要がある。

- 1) 65 歳未満、前期高齢者分の保険料は、一定の仮定を置いて推計した値を用いている。
- 2) 介護分や一般会計繰入、定率公費以外の公費（高額医療費共同事業負担金や財政安定化支援事業など）は収支から除いている。
- 3) 定率 50%公費は、全保険者に一律に適用されると仮定し、実際の保険者ごとの所得調整は行っていない。

c. 前期高齢者会計の黒字が若年者会計（の赤字穴埋め）に回っている可能性

市町村国保全体では、前期高齢者会計での黒字は約 0.19 兆円、これに対して若年者会計での赤字が 0.40 兆円となっている。したがって、前期高齢者会計での黒字が若年者会計の赤字の穴埋めの一部に回されている可能性がある。

国保には、保険者の事情に応じて、保険基盤安定のための保険者支援金や高額医療費共同事業負担金、財政安定化支援事業といった公費負担があるので、前期高齢者会計の黒字幅はもっと大きく、若年者の赤字幅はもっと小さいと見込まれるが、本推計では個別保険者の事情は加味しないため、国保全体の収支からも除いている。したがって、実際の国保財政は、本推計より幾分いい方向である。

また、個別市町村の財政収支について、所得格差に応じて交付される調整交付金の計算は行っておらず、公費は一律 50%とし、保険料も旧ただし書所得に比例させているので、所得の低い保険者は実際より赤字が大きく、所得の高い保険者は実際より黒字が大きい傾向があると考えられることため注意が必要である。

個別の市町村国保で見ると、前期高齢者会計が黒字で若年者会計が赤字になっている国保は 690 存在し、これらの市町村国保では、前期高齢者会計での黒字を若年者会計の赤字の穴埋めの一部に回すことが可能である。さらに、このうち、172 国保では、前期高齢者会計の黒字で若年者会計の赤字を完全に穴埋めすることができる⁶¹。

前期高齢者納付金の考え方には以下のとおり 2 つあるが、上記のようなことが可能となる要因としては、いずれの考え方に基づいても、被用者保険から拠出される現状の前期高齢者納付金が、過剰負担となっているためである。

【考え方 1】

前期高齢者と 65 歳未満の経理を区分し、前期高齢者にかかる費用（給付費、後期高齢者支援金）の総額を前期高齢者の保険料と 65 歳未満の負担で支えるという、後期高齢者医療と同様な考え方とする。

この場合には、前期高齢者納付金の対象は、前期高齢者保険料を除いた分を対象とすべきである。

【考え方 2】

給付費、後期高齢者支援金は 65 歳未満も同様にかかる費用であるので、給付費、後期高齢者支援金、保険料を前期高齢者と 65 歳未満と区分はしないが、前期高齢者は 65 歳未満に比べ 1 人当たり給付費が高く、市町村国保は前期高齢者割合が多い分だけ負担が多くなるので、その上回る分を対象として不均衡を是正するという考え方である。

この場合には、前期高齢者納付金は、前期高齢者 1 人当たり給付費のうち 65 歳未満の 1

⁶¹ 逆に、若年者会計の黒字で前期高齢者会計の赤字を完全に穴埋めすることのできる国保は 12 存在する。

人当たり給付費より多い分に限って計算するべきである。

しかしながら、現状の前期高齢者納付金は、前期高齢者の保険料納付分を考慮していないので、【考え方 1】には基づいてはいない。また、65 歳未満の 1 人当たり給付費を上回る分に限っていないので、【考え方 2】にも基づいていない。【考え方 1】からみれば、前期高齢者納付金のうち、前期高齢者保険料分は過剰負担、【考え方 2】からみれば、前期高齢者納付金のうち、65 歳未満加入者と同程度額分（後期高齢者支援金、65 歳未満 1 人当たり給付費）が過剰負担となっている。

<制度別の財政構造試算の方法、使用資料>

1. 健康保険組合

○平成19年度、20年度、23年度とも、健康保険組合連合会「健保組合決算見込の概要」（各年度の9月に公表）による。

2. 政管健保・全国健康保険協会

○平成19年度、20年度は、厚生労働省「政府管掌健康保険及び全国健康保険協会管掌健康保険を通算した平成20年度単年度収支決算の公表について」（平成21年8月4日）による。なお、平成20年度は、政府管掌健康保険、及び全国健康保険協会管掌健康保険の通算である。

○平成23年度は、全国健康保険協会「平成23年度決算報告書」（平成24年10月10日確定版）による。

3. 船員保険

○社会保険庁「船員保険の平成20年度決算の概要」（平成21年8月4日）による。

○平成23年度は、全国健康保険協会「平成23年度決算報告書」（平成24年10月10日確定版）による。

4. 共済組合

○平成19、20年度の「後期高齢者支援金（c列）」、「前期高齢者納付金（e列）」、「退職者給付拠出金（f列）」については、社会保険診療報酬支払基金「高齢者医療制度関係資料」（平成20年5月21日）による。また、「老人医療費拠出金（d列）」については、厚生労働省「平成20年度の拠出金等の負担状況の分析について」（平成20年6月25日）による。

○平成23年度は、社会保険診療報酬支払基金「事業年報」による。

○上記以外の各収入・支出額等については不明である。

5. 市町村国保・国保組合

○平成19年度については、厚生労働省「国民健康保険事業年報」による。

○平成19年度の市町村国保の「公費負担（j列）」として計上したのは、厚生労働省「国民健康保険事業年報」の平成19年度収支状況（事業勘定）掲載の国庫支出金のうち「事務費負担金」、「療養給付費等負担金」、「普通調整交付金」、「特別調整交付金」、都道府県支出金のうち「第一号都道府県調整交付金」、「第二号都道府県調整交付金」である。

○平成20年度の市町村国保については、厚生労働省「平成20年度国民健康保険（市町村）の財政状況等について」（平成22年2月2日）による。なお、収入における「公費負担（j列）」計上額は、平成19年度における公費負担全体のうち上記の公費負担に相当する額の割合を乗じて算出した。

○平成 20 年度の国保組合については、平成 19 年度における市町村国保と国保組合の各事業費の財政規模比率と同率であると仮定して、各項目の支出、収入を計算した。

○平成 23 年度は、厚生労働省「平成 23 年度国民健康保険（市町村）の財政状況＝速報＝」（平成 25 年 1 月 31 日）による。

6. 老人医療（平成 19 年度）・後期高齢者医療（平成 20 年度）

○老人医療（平成 19 年度）は、厚生労働省「平成 19 年度老人医療事業年報」による。

○後期高齢者医療（平成 20 年度・平成 23 年度）は、国民健康保険中央会「国保・後期高齢者医療 医療費速報」（各年 7 月公表）による。その上で、

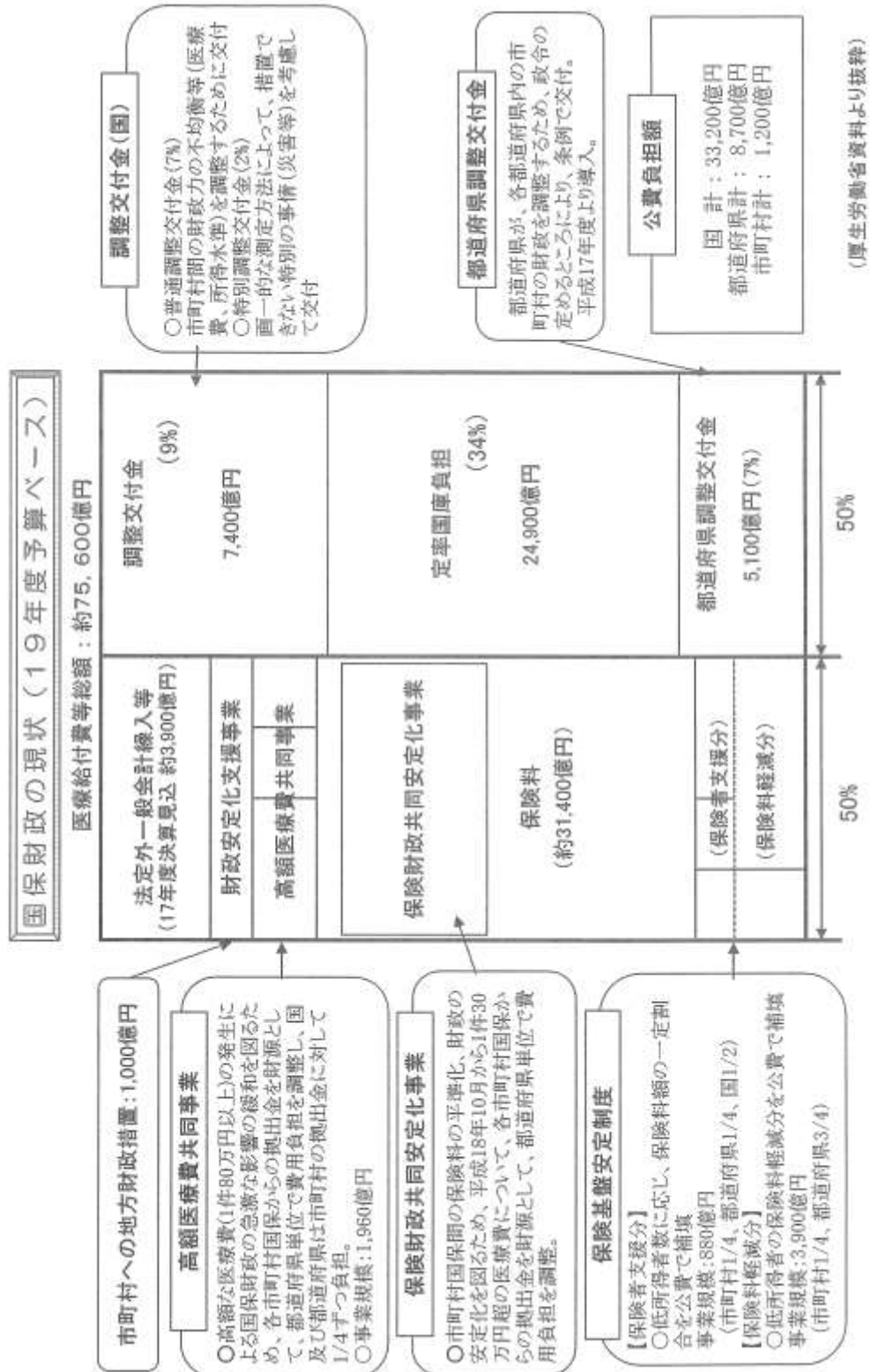
・「保険給付費（a 列）」は、後期高齢者医療費から患者の自己負担分 1 割を除いた額とした。

・収入の「保険料（i 列）」は、高齢者による保険料負担として、実態に合わせ 7%（平成 20 年度）、11%（平成 23 年度）と設定した。

・「公費負担（j 列）」は、実態に合わせ 47%と設定した（制度上は 50%だが、現役並み所得者の医療給付には 50%公費投入がないため）。

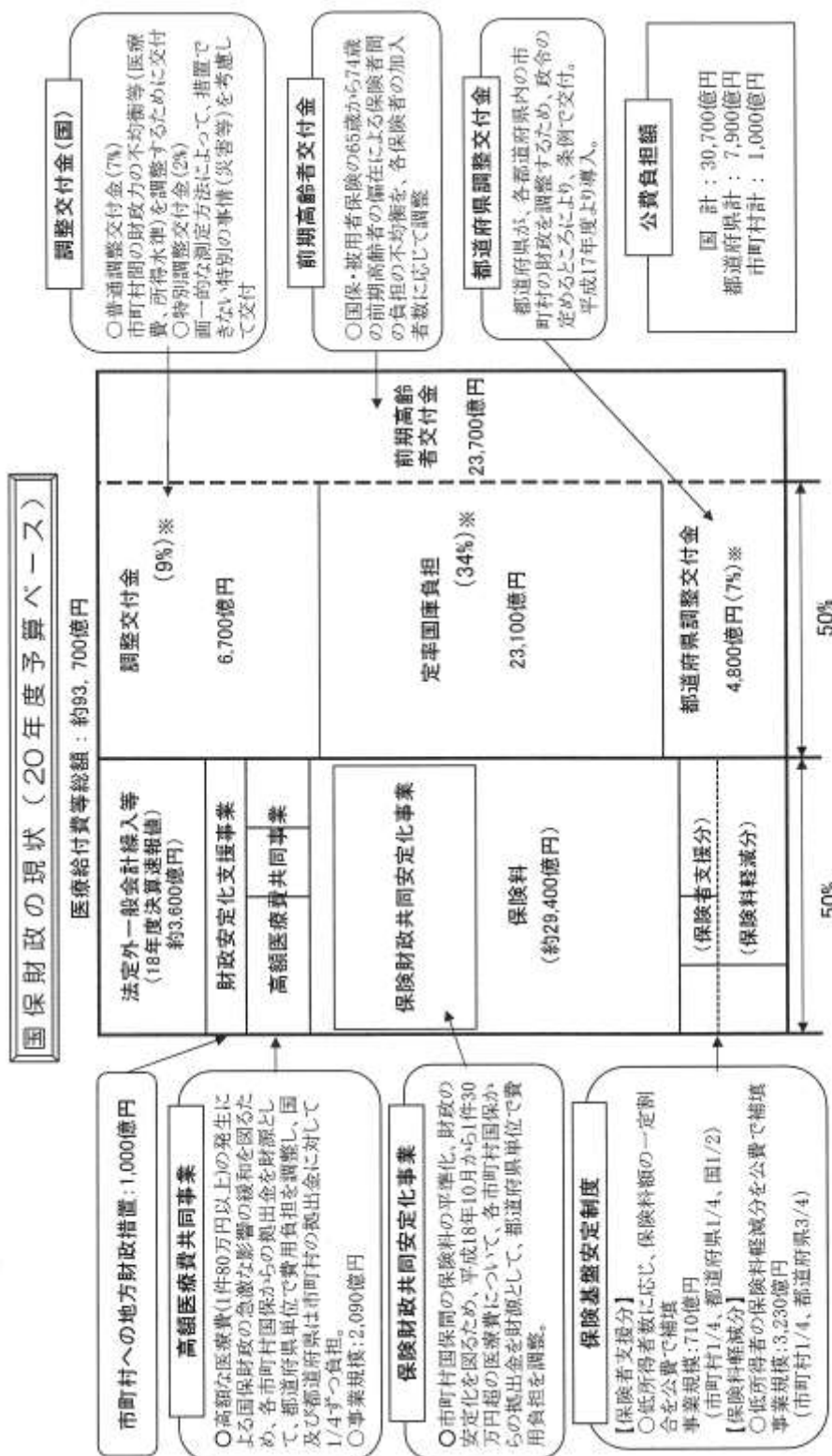
<参考>

図表 4- 22 国保財政の現状 (平成 19 年度)



(資料) 健康保険組合連合会「平成19年度国民健康保険関係資料」(平成19年6月)

図表 4- 23 国保財政の現状（平成 20 年度）

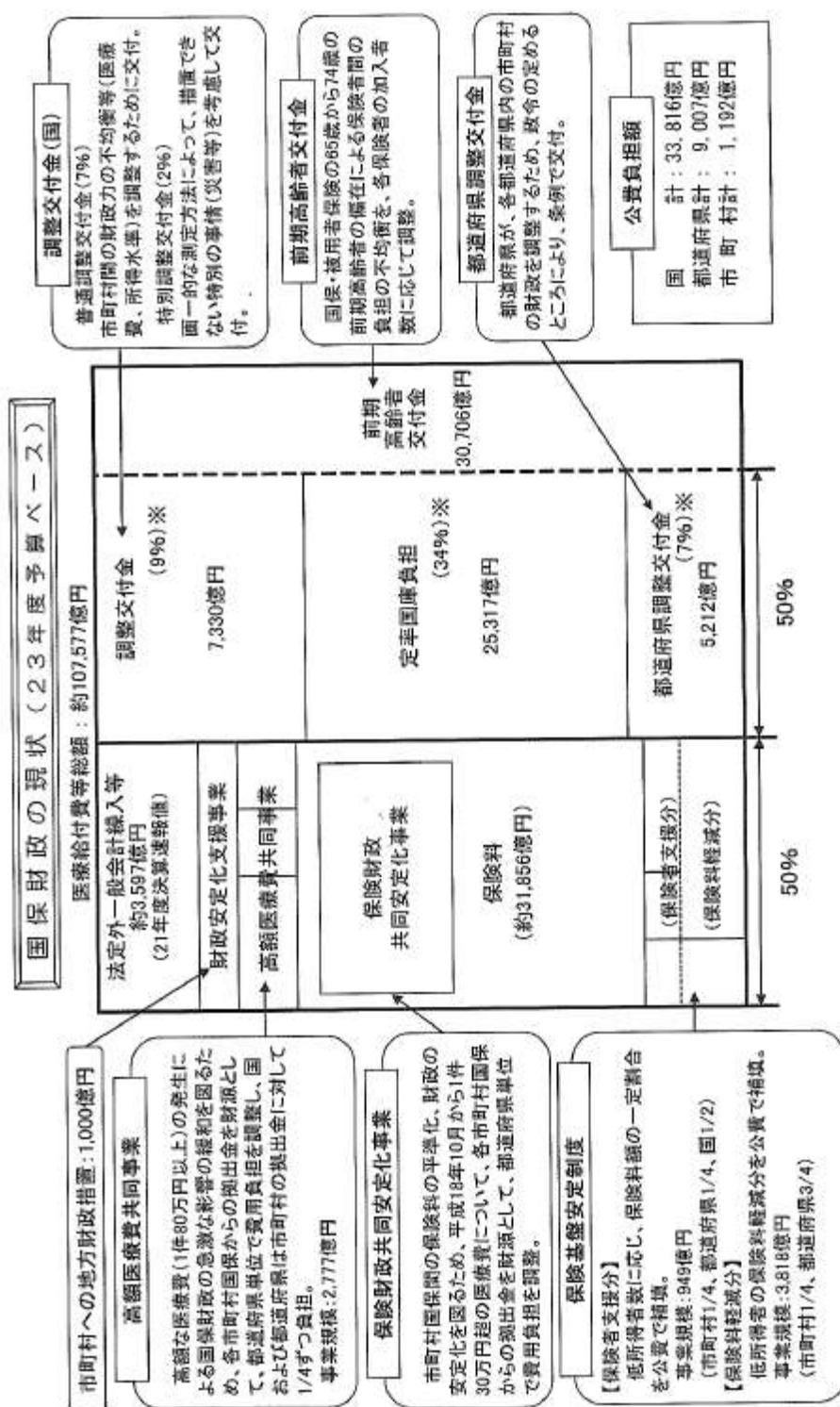


※ それぞれ給付費等の9%、34%、7%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る減及増分のカットや、保険基盤安定制度繰入金の一部に相当する額を調整交付金としていること等から、実際の割合はこれと異なる。

(厚生労働省資料より抜粋)

(資料) 健康保険組合連合会「平成20年度国民健康保険関係資料」(平成20年6月)

図表 4- 24 国保財政の現状（平成 23 年度）



※ それぞれ給付費等の9%、34%、7%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る波及増分のカットや、保険基金安定制度繰入金の一部に相当する額を調整交付金としていること等から、実際の割合はこれと異なる。
(出典)全国国民健康保険組合連合会「平成23年度国民健康保険関係資料」

(資料) 健康保険組合連合会「平成 23 年度国民健康保険関係資料」(平成 23 年 6 月)

第5章 国民健康保険の財政効率化の可能性

1. 不透明な財政繰入の存在

市町村国保における「法定外繰入」や「繰上充用」は、保険者の裁量に任せられてはいるものの、これらの行為は、国保財政の負担を被保険者以外に転嫁しているという点で、問題の多い行為である。

そこで、ここでは、まず、法定外繰入や繰上充用を行っている国保の状況を地域別に概観する。次に、市町村国保における保険料と医療費、法定外繰入の関連を視覚的に表した後、国保収入に占める法定外繰入率の高い国保、国保収入に占める繰上充用率の高い国保を列挙する。さらに、「国保収入に占める法定外繰入率」や「国保収入に占める繰上充用率」と相関の高い変数を抽出し、このような国保の特徴を整理する。

(1) 法定外繰入・繰上充用に関する国保の概況

はじめに、法定外繰入または繰上充用に関する保険者の全国の状況を見たものが以下の図表である。法定外繰入または繰上充用を行っている国保は全国で1,061存在し、国保全体の61.8%に達する。

法定外繰入または繰上充用を行っている国保と、いずれも行っていない国保とを比較すると、法定外繰入または繰上充用を行っている国保の方が1人当たり保険料調定額は6%ほど高いが、1人当たり旧ただし書所得⁶²では30%近く上回っており、保険料負担率は3ポイント程度低くなっていることがわかる。

図表 5- 1 法定外繰入または繰上充用に関する保険者の状況

	一般会計繰入（決算補填目的等）または繰上充用を行っている保険者	いずれも行っていない保険者	全国
対象保険者数	1,061	656	1,717
1人当たり保険料調定額	9.0万円	8.5万円	9.0万円
1人当たり旧ただし書所得	64.9万円	50.9万円	62.8万円
保険料負担率 ＝保険料調定額 ／旧ただし書所得	13.9%	16.8%	14.3%

(注) 保険料調定額は、「平成23年度国民健康保険事業年報（速報）」をもとに作成している。また、介護保険分を含んでいる。

(資料) 厚生労働省「社会保障審議会医療保険部会における主な議論に関する参考資料」（平成25年5月29日）

平成22年度決算について、さらに細分化して見たものが次の図表である。

⁶² 地方税法で規定する総所得金額及び山林所得金額の合計額から基礎控除額を控除した額。

法定外繰入のみを行っている保険者は、1人当たり保険料調定額は最も高いが、1人当たり旧ただし書所得も最も高く、結果として保険料負担率は最も低くなっている。財政に比較的余裕のある市町村が、保険料を抑えるために繰り入れていると推察できる。

これに対して、繰上充用のみを行っている保険者は、1人当たり保険料調定額は最も低いにもかかわらず、1人当たり旧ただし書所得も最も低いため、結果として保険料負担率は最も高くなっている。被保険者の所得水準が低いため、保険料引上げや一般会計からの繰入ができず、繰上充用に頼っているものと推察される。

図表 5- 2 法定外繰入または繰上充用に関する保険者の状況（平成 22 年度）

	法定外繰入および繰上充用を行っている保険者	法定外繰入のみを行っている保険者	繰上充用のみを行っている保険者	いずれも行っていない保険者	全国
対象保険者数	127	1,079	23	489	1,723
1人当たり保険料調定額（円）	74,926	78,595	73,317	74,389	77,056
1人当たり旧ただし書所得（円）	514,952	598,365	457,152	493,110	560,349
保険料負担率 ＝保険料調定額 ／旧ただし書所得	14.6%	13.1%	16.0%	15.1%	13.8%

（資料）「平成 22 年度国民健康保険事業年報」をもとに作成。介護保険分を含む。

図表 5- 3 繰上充用のみを行っている保険者（平成 22 年度）

保険者	都道府県	保険者	都道府県
長万部町	北海道	御所市	奈良県
白糠町	北海道	安堵町	奈良県
弘前市	青森県	米子市	鳥取県
大鱈町	青森県	善通寺市	香川県
大船渡市	岩手県	土佐市	高知県
三条市	新潟県	嘉麻市	福岡県
加茂市	新潟県	八女市	福岡県
阿賀野市	新潟県	太宰府市	福岡県
和東町	京都府	鞍手町	福岡県
堺市	大阪府	川崎町	福岡県
高石市	大阪府	枕崎市	鹿児島県
泉南市	大阪府		

（資料）「平成 22 年度国民健康保険事業年報」をもとに作成。

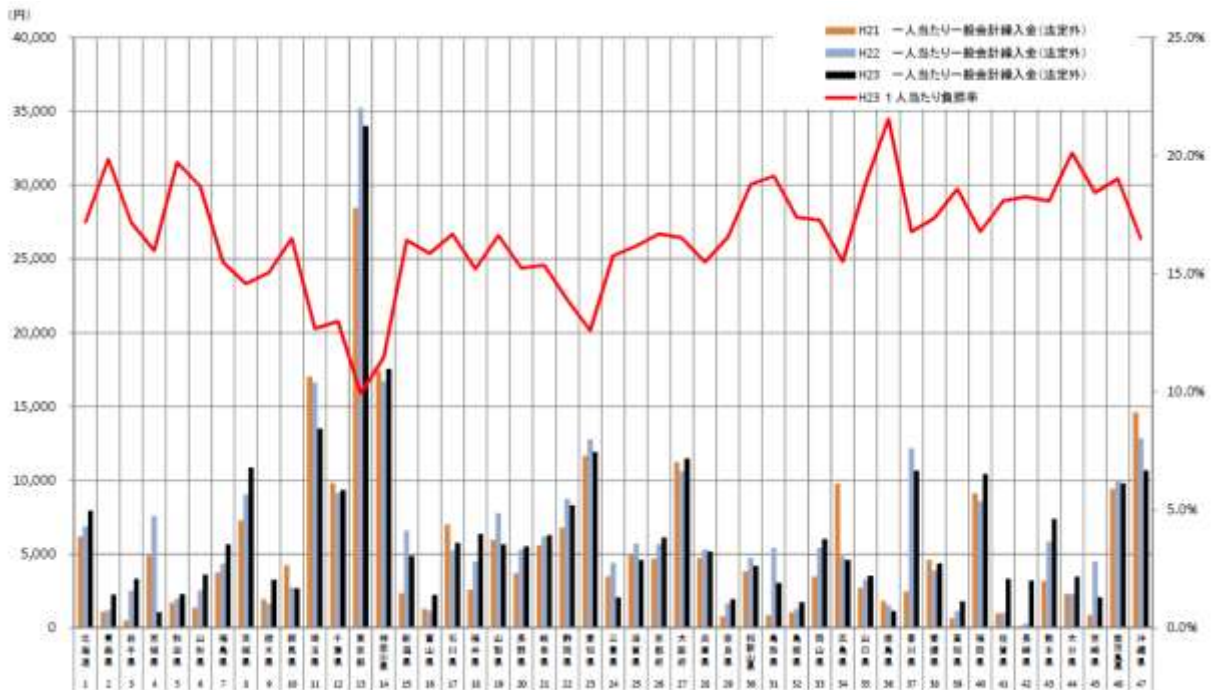
①法定外繰入

一般会計から法定外繰入を行っている保険者には、被保険者の所得が高く、保険者の財政にも比較的余裕があるため、保険料を抑える目的により繰り入れている場合と、所得が低く、保険料の引上げが困難なため、法定外繰入が多額になっている保険者との両者が混在してい

るものと考えられる。

1人当たり法定外繰入金の都道府県別状況について見ると、平成23年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、沖縄の各都府県である。うち、埼玉県、東京都、神奈川県、愛知県は、保険料負担率が低くなっており、財政に比較的余裕のある保険者が多いと考えられる。

図表 5- 4 1人当たり法定外繰入金の都道府県別状況



(注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。

(注2) 1人当たり負担率は、1人当たり保険料(税)調定額を1人当たり旧ただし書所得で除したものである。

(資料) 厚生労働省「社会保障審議会医療保険部会における主な議論に関する参考資料」(平成25年5月29日)、「国民健康保険事業年報」、「国民健康保険事業実施状況報告」(平成23年度は速報値)

②前年度繰上充用

繰上充用とは、地方自治法施行令第166条の2に基づき、会計年度(4月1日から翌年3月31日)経過後に歳入が歳出に不足するとき、翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てることである。この場合の方法として、翌年度の歳出に、翌年度の歳入を財源として繰上充用金を計上し、当該年度(翌年度から見れば前年度)へ支出する。

この行為は、法定外繰入とは異なり、収入の先食いであり、負担を後年度に先送りすることを意味する。

【地方自治法施行令第166条の2】

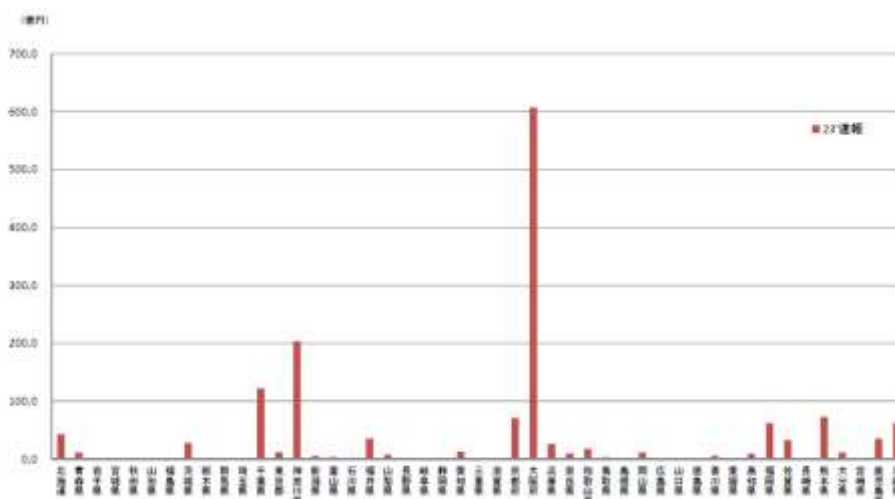
(翌年度歳入の繰上充用)

会計年度経過後にいたって歳入が歳出に不足するときは、翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てることができる。この場合においては、そのために必要な額を翌年度の歳入歳

出予算に編入しなければならない。

前年度繰上充用金（平成 23 年度）は約 1,530 億円である。うち、大阪府内の市町村の合計が約 607 億円であり、全体の 4 割を占めている。

図表 5- 5 前年度繰上充用金の都道府県別状況



(資料) 厚生労働省「社会保障審議会医療保険部会における主な議論に関する参考資料」(平成 25 年 5 月 29 日)、「国民健康保険事業年報」

平成 22 年度決算で繰上充用を行っている保険者は 150 団体存在する（法定外繰入と併用している保険者も含む）が、1 人当たり繰上充用金で見ると、大阪府下の市町村だけではなく、福岡県や北海道の市町村も上位にくるなど、全体的に財政状況が厳しい市町村が多いことがわかる。

図表 5- 6 1 人当たり繰上充用金（平成 22 年度）

順位	保険者	都道府県	一人当たり繰上充用額	順位	保険者	都道府県	一人当たり繰上充用額
1	川崎町	福岡県	147.459	26	柏原市	大阪府	45.483
2	瀬戸内町	鹿児島県	128.976	27	留萌市	北海道	45.416
3	福智町	福岡県	111.085	28	伊万里市	佐賀県	44.458
4	門真市	大阪府	104.292	29	石狩市	北海道	43.221
5	室戸市	高知県	93.477	30	泉大津市	大阪府	42.445
6	大任町	福岡県	79.557	31	今帰仁村	沖縄県	39.169
7	箕面市	大阪府	78.204	32	石垣市	沖縄県	37.209
8	中間市	福岡県	67.620	33	熊本市	熊本県	36.424
9	高石市	大阪府	67.521	34	大町町	佐賀県	36.233
10	鳥栖市	佐賀県	61.330	35	鹿部町	北海道	36.136
11	西原町	沖縄県	58.204	36	阿賀野市	新潟県	35.204
12	福井市	福井県	57.632	37	新ひだか町	北海道	35.148
13	斑鳩町	奈良県	56.247	38	広陵町	奈良県	34.533
14	阪南市	大阪府	55.478	39	香春町	福岡県	34.409
15	行橋市	福岡県	51.852	40	本郷町	沖縄県	33.055
16	松原市	大阪府	51.520	41	小郡市	福岡県	33.037
17	吹田市	大阪府	49.990	42	水戸市	茨城県	31.981
18	伊達市	北海道	49.815	43	うるま市	沖縄県	30.574
19	糸田町	福岡県	49.319	44	奄美市	鹿児島県	30.570
20	八丈町	東京都	48.230	45	大阪市	大阪府	30.434
21	釧路町	北海道	48.088	46	安芸市	高知県	30.206
22	白糠町	北海道	47.377	47	安堵町	奈良県	29.831
23	守口市	大阪府	47.215	48	枕崎市	鹿児島県	29.537
24	北斗市	北海道	46.864	49	唐津市	佐賀県	27.828
25	千葉市	千葉県	45.696	50	八重瀬町	沖縄県	27.565

(資料) 「平成 22 年度国民健康保険事業年報」をもとに作成。

(2) 保険料と医療費の把握方法

①保険料標準化指数

市町村国保においては、保険者（市町村）ごとに保険料水準に格差があるが、資産割や平等割についても保険者によって導入状況が異なるなど、保険料賦課方式が異なるため単純に比較することが難しい。すべての保険者で共通に保険料水準を比較することのできる指数として、厚生労働省では、「応能割指数」、「応益割指数」、「標準化指数」の3つの保険料指数を作成している。

そこで、本分析では、厚生労働省が作成した保険料標準化指数⁶³を用いることとする。

応能割指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 応能割率（＝応能割算定額（所得割＋資産割）の旧ただし書所得に対する比率）を、全国平均を1として指数化したもの。 ・ 応能割の比重が大きい中高所得者の保険料水準を示す指標に近い。
応益割指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 応益割額（＝被保険者1人当たりの応益割算定額（均等割＋平等割））を、全国平均を1として指数化したもの。 ・ 所得や資産のない低所得者の保険料水準を示す指標。
標準化指数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平均所得者の保険料の応益割と応能割の比率で応益割指数と応能割指数を加重平均したもの。 ・ 平均所得者の保険料水準を示す指標。

応能割指数＝当該保険者の応能割率／全国平均応能割率

ここで、応能割率＝所得割率＋資産割算定額／旧ただし書所得総額

応益割指数＝1人当たり均等割額＋平等割算定額／被保険者数

標準化指数＝平均応能割比率×応能割指数＋平均応益割比率×応益割指数

ここで、

$$\text{平均応能割比率} = \frac{\text{全国平均応能割率} \times \text{全国平均1人当たり旧ただし書所得}}{\text{全国平均応能割率} \times \text{全国平均1人当たり旧ただし書所得} + \text{全国平均応益割額}}$$

$$\text{平均応益割比率} = \frac{\text{全国平均応益割額}}{\text{全国平均応能割率} \times \text{全国平均1人当たり旧ただし書所得} + \text{全国平均応益割額}}$$

⁶³ 保険料の応能割指数、応益割指数、標準化指数は、厚生労働省「平成23年度市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」（平成25年9月）によっている。

②医療費地域差指数

本分析では、厚生労働省が作成した「医療費地域差指数」を用いる⁶⁴。

「医療費地域差指数」とは、地域の1人当たり医療費について、年齢構成の相違による分を補正し、全国平均=1とした場合の各地域の医療費の指数である。

地域差指数の具体的な算定方法（間接法）は、以下のとおりである。

p_i ：当該地域の年齢階級 i の加入者数

p ：当該地域の加入者数

a_i ：当該地域の年齢階級 i の1人当たり医療費

a ：当該地域の医療費

A_i ：全国の年齢階級 i の1人当たり医療費

当該地域の地域差指数は以下のとおりに算出できる。

当該地域の地域差指数

$$\begin{aligned} &= \frac{\sum_i p_i \cdot a_i}{\sum_i p_i \cdot A_i} = \frac{a}{\sum_i p_i \cdot A_i} = \frac{a/p}{(\sum_i p_i \cdot A_i)/p} \\ &= \frac{\text{当該地域の1人当たり医療費}}{\text{仮に当該地域の年齢階級別1人当たり医療費が全国平均と同じだったとした場合の1人当たり医療費}} \end{aligned}$$

※二次医療圏や市町村には小規模地域が含まれており、小規模地域における年齢階級別1人当たり医療費は変動が大きく、都道府県別の地域差指数の計算に用いた直接法を適用した場合、この変動が大きく影響する可能性が考えられるため、従来から地域差指数の計算に用いられてきた方法（地域における年齢階級別1人当たり医療費を直接算出しないで計算する方法）により計算している。

なお、医療費の地域差の要因としては、1) 人口の年齢構成、2) 病床数等医療供給体制、3) 健康活動の状況、健康に対する意識、4) 受診行動、5) 住民の生活習慣、6) 医療機関側の診療パターンなど様々なものがある。

⁶⁴ 医療費地域差指数の考え方は、厚生労働省「平成23年度医療費の地域差分析」（平成25年9月）による。

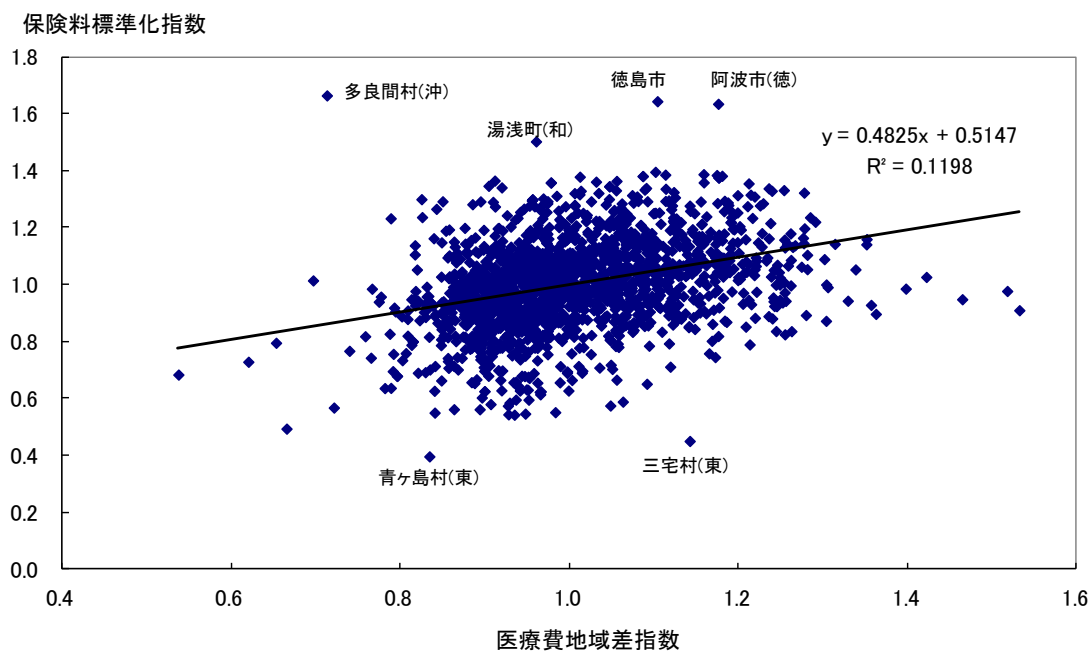
(3) 保険料と医療費、法定外繰入額との関係

①医療費と保険料

基本的には、医療費の高い市町村国保ほど保険料も高く設定されるものと想定される。しかしながら、同程度の医療費水準であっても保険料が大きく異なるケースがある（例えば、徳島市・阿波市と三宅村）。

また、同じ離島でありながら医療費地域差指数は大きく異なっても保険料標準化指数はほぼ同じとなっているケースがある（例えば、三宅村と青ヶ島村）。

図表 5- 7 医療費地域差指数と保険料標準化指数の分布状況

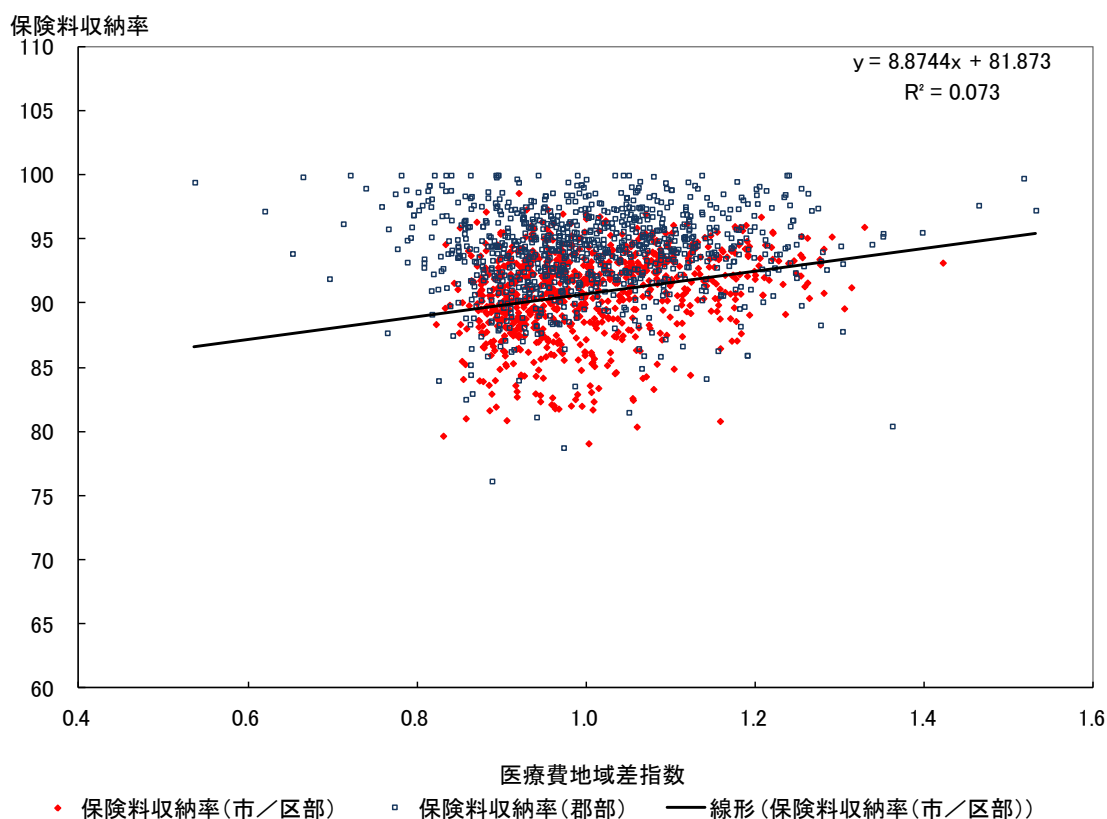


(資料) 厚生労働省「平成 23 年度国民健康保険事業年報」、「平成 23 年度市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」、厚生労働省「平成 23 年度医療費の地域差分析」のデータをもとに作成。

②医療費と保険料収納率

医療費と保険料収納率との関係を、市／区部、郡部別に見たところ、いずれも明確な関係性は見出せないが、市／区部での保険料収納率が全般に低いことがわかる。また、医療費地域差指数が大きいと、保険料収納率が低い地域が少ないことがわかる。

図表 5- 8 医療費地域差指数と保険料収納率の分布状況



(資料) 厚生労働省「平成 23 年度国民健康保険事業年報」、「平成 23 年度市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」、厚生労働省「平成 23 年度医療費の地域差分析」のデータをもとに作成。

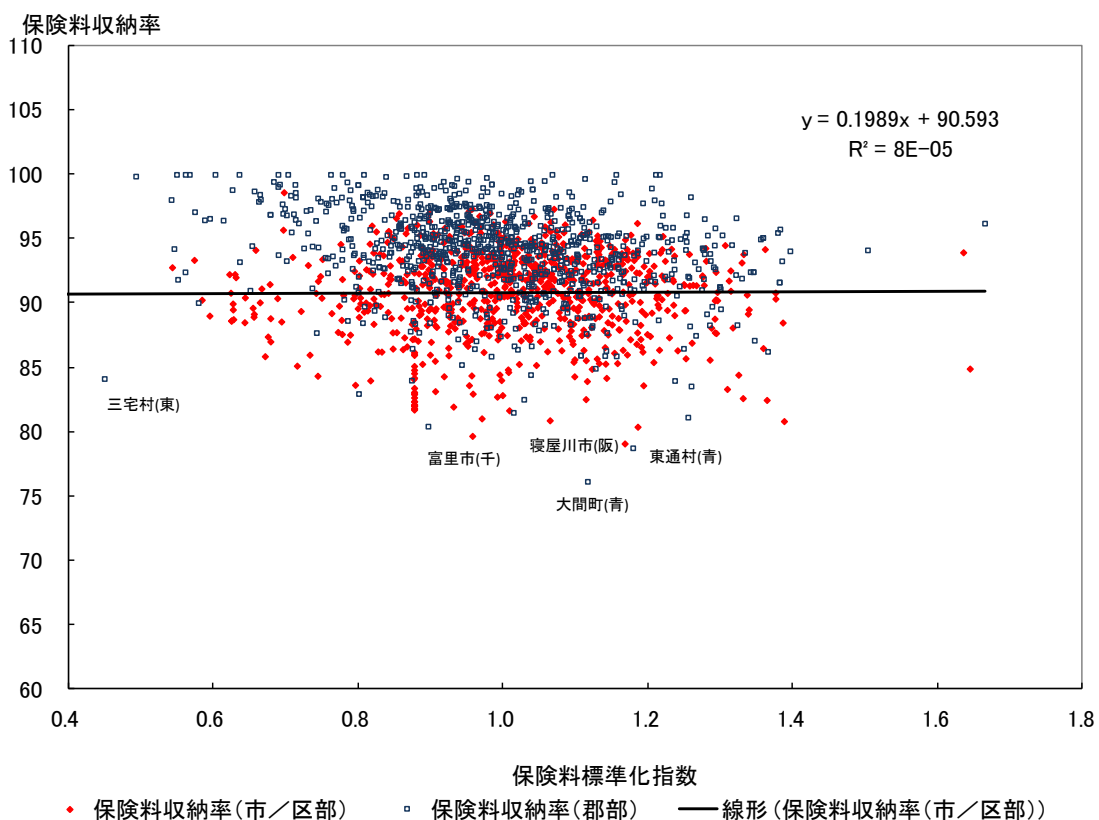
③保険料と保険料収納率

保険料標準化指数と保険料収納率の関係を市／区部、郡部別に見たが、いずれも明確な関係は見られない。

その中で、一部に保険料水準が低くても保険料収納率の低い国保が存在する（例えば、三宅村（東京都）など）。

東日本大震災の被災地である浪江町、広野町、双葉町（いずれも福島県）を除くと、保険料収納率 80%以下の市町村は、大間町（青森県）、東通村（青森県）、寝屋川市（大阪府）、富里市（千葉県）の 4 市町村である。

図表 5- 9 保険料標準化指数と保険料収納率の分布状況

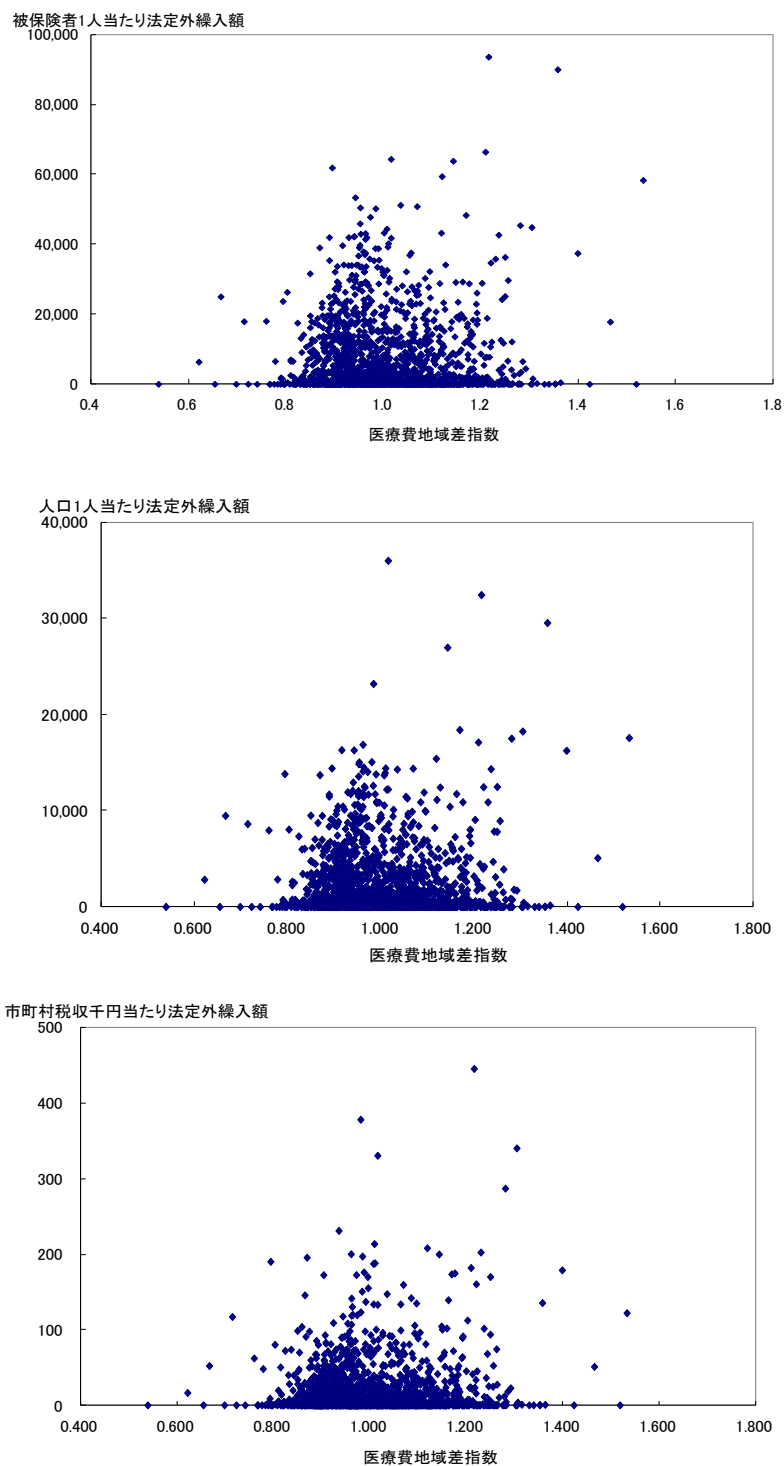


(資料) 厚生労働省「平成 23 年度国民健康保険事業年報」、「平成 23 年度市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」、厚生労働省「平成 23 年度医療費の地域差分析」のデータをもとに作成。

④医療費と法定外繰入額

医療費と、市町村一般会計からの法定外繰入額との間には、明確な関係は見出せない。

図表 5- 10 医療費地域差指数と法定外繰入額の分布状況

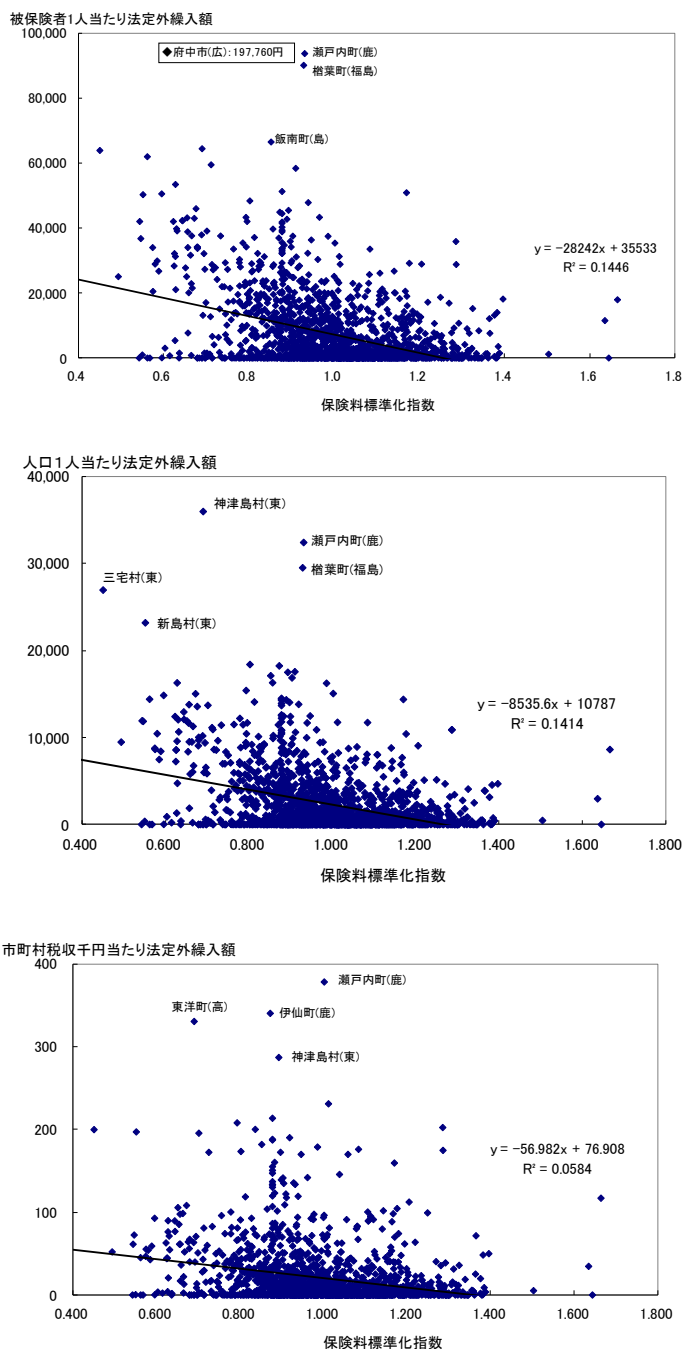


(資料) 厚生労働省「平成 23 年度国民健康保険事業年報」、「平成 23 年度市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」、厚生労働省「平成 23 年度医療費の地域差分析」のデータをもとに作成。

⑤法定外繰入額と保険料

全体的には、保険料の低い市町村国保では法定外繰入額が高い傾向にある。保険料率をこれ以上上げられないために法定外繰入をしている場合と、財政に余裕があり、保険料を抑えるために法定外繰入をする場合の双方のケースがあり得ると考えられる。

図表 5- 11 法定外繰入額と保険料標準化指数の分布状況

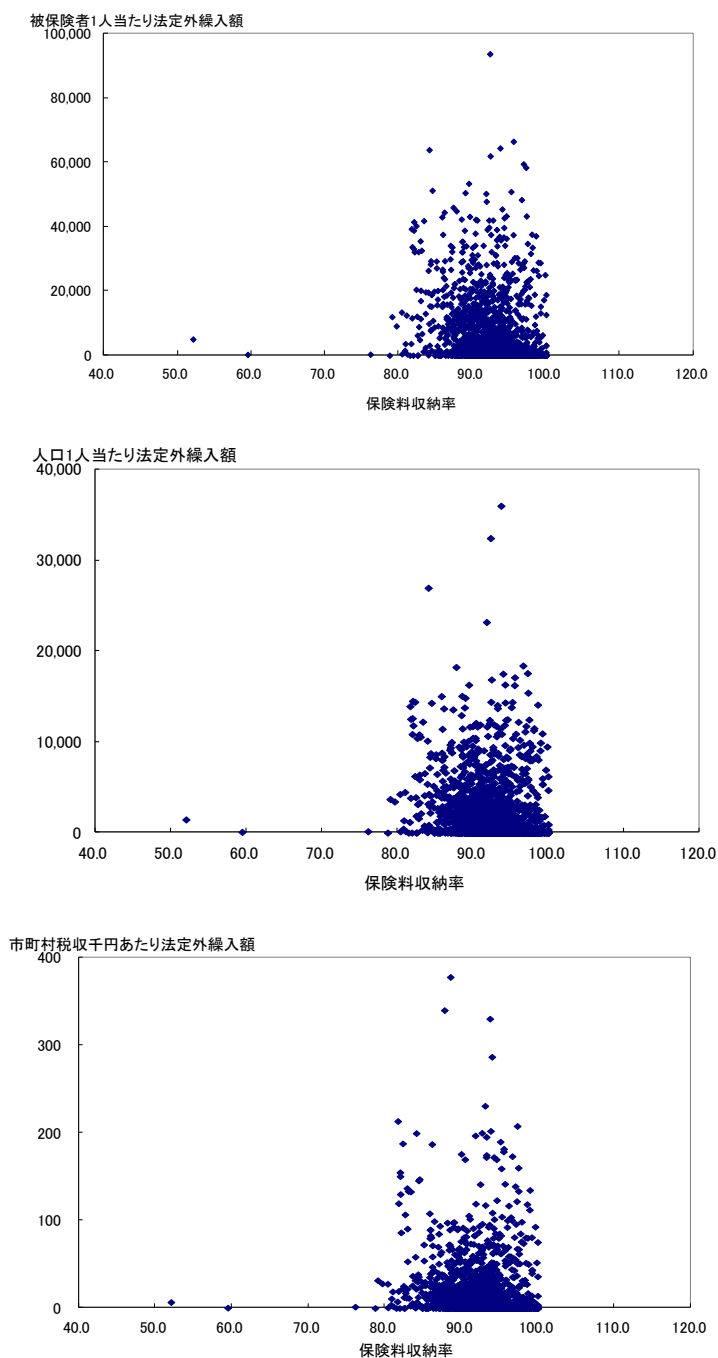


(資料) 厚生労働省「平成 23 年度国民健康保険事業年報」、「平成 23 年度市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」、厚生労働省「平成 23 年度医療費の地域差分析」のデータをもとに作成。

⑥法定外繰入額と保険料収納率

法定外繰入額と保険料収納率の間には、明確な関係は見出せない。
保険料収納率については、保険料収納必要額を予定収納率で割り返して算出していることが影響している可能性がある。

図表 5- 12 法定外繰入額と保険料収納率の散布状況



(資料) 厚生労働省「平成 23 年度国民健康保険事業年報」、「平成 23 年度市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」、厚生労働省「平成 23 年度医療費の地域差分析」のデータをもとに作成。

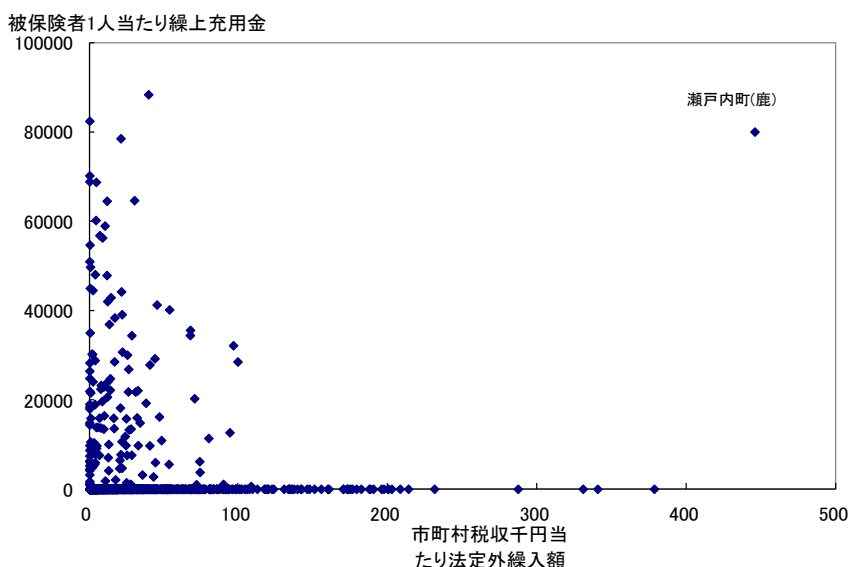
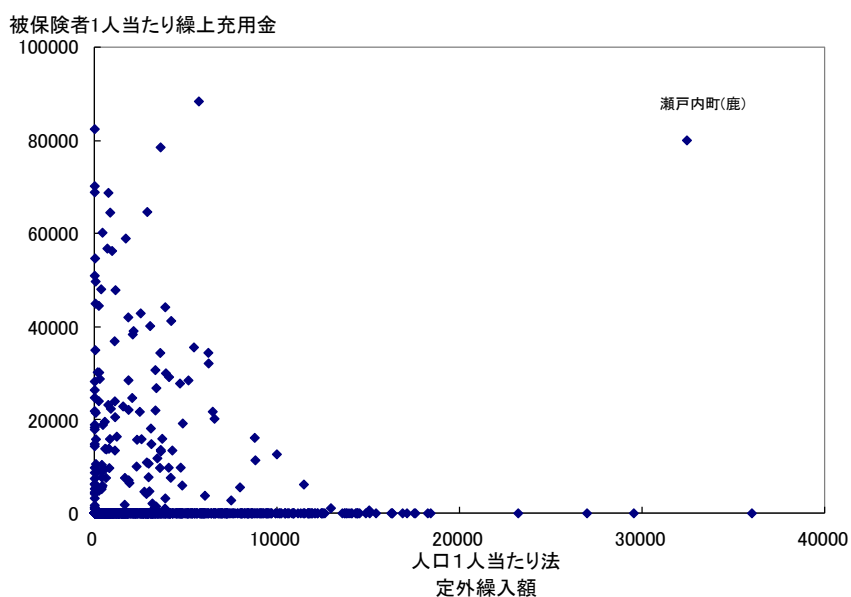
⑦繰上充用金と法定外繰入額

繰上充用と法定外繰入の両方を用いている国保もあるが、繰上充用金を用いている場合は、法定外繰入額は大きくないよう見える。

鹿児島県瀬戸内町（奄美大島）のように、両者とも大きい国保は稀である。

繰上充用金については大阪府をはじめ一部の都道府県でとりわけ大きい特徴がある。

図表 5- 13 繰上充用金と法定外繰入額の分布状況



(資料) 厚生労働省「平成 23 年度国民健康保険事業年報」、「平成 23 年度市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」、厚生労働省「平成 23 年度医療費の地域差分析」のデータをもとに作成。

市町村国保（広域連合を含む）において、「法定外繰入額が収入に占める割合」あるいは「繰上充用金が収入に占める割合」と各変数との間の相関係数を取ったものが次の図表である。

「法定外繰入額が収入に占める割合」は、人口密度や1人当たり旧ただし書所得、年齢別割合（15～64歳）と正の相関が高く、保険料収納率、保険料標準化指数とは負の相関となっている。また、医療費の地域差指数とも相関は弱い負の相関関係となっている⁶⁵。

一方、「繰上充用金が収入に占める割合」については、特定の変数との間に高い相関関係を見出すことはできない。法定外繰入額の場合とは異なり、1人当たり旧ただし書所得との間ではわずかに逆相関が見られる。保険料標準化指数や医療費の地域差指数とは相関は弱い正の相関が見られる。また、市町村の経常収支比率とも相関は弱い正の相関が見られる。

⁶⁵ これら「保険料標準化指数」や「医療費地域差指数」は、①国や都道府県からの調整交付金によって市町村の医療費水準や所得水準を調整済みであること、②前期高齢者の加入者数を調整し年齢構成補正が行われていること等の理由により、他の要素からの影響を除去していることから、独立性の強い変数となっており、他の変数との間での相関係数を見る上での妥当性が高いと考えられる。

(4) 法定外繰入や繰上充用が多い国保の特徴

法定外繰入額が収入に占める割合が 10%以上の国保を列举したところ、以下の図表のとおりとなった。東京都の市区を中心に、比較的都市部の国保が多い。ただし、一部に東京都や鹿児島県、沖縄県の離島部なども含まれていることには留意が必要である。

財政的に余裕があり、保険料率を抑えるために法定外繰入を行っている市町村と、財政には余裕がないが国保財政を支えるためにやむを得ずに法定外繰入を行っている市町村の 2 パターンに大きく分かれるものと推察される。

図表 5- 15 収入に占める法定外繰入額の割合が 10%を超える保険者 (66 市町村)

都道府県	保険者名
北海道	音威子府村、占冠村、雄武町
青森県	六ヶ所村
岩手県	野田村
福島県	大熊町、下郷町
茨城県	稲敷市、東海村
埼玉県	皆野町、和光市
東京都	利島村、台東区、新島村、日の出町、檜原村、羽村市、三宅村、奥多摩町、八王子市、三鷹市、町田市、小笠原村、調布市、立川市、墨田区、青梅市、西東京市、武蔵村山市、国立市、江戸川区、御蔵島村、中野区、府中市、稲城市、日野市、国分寺市、大田区、昭島市、中央区、江東区、練馬区、豊島区、東村山市、多摩市、荒川区、板橋区、小平市、小金井市、葛飾区、武蔵野市、福生市、品川区、杉並区、狛江市
神奈川県	大磯町
新潟県	津南町
石川県	川北町
愛知県	清須市、豊山町
鹿児島県	瀬戸内町、錦江町、伊仙町、東串良町
沖縄県	渡名喜村、伊平屋村

同様に、繰上充用金が収入に占める割合が 10%以上の国保は、以下の図表のとおりである。北海道、大阪府、福岡県の市町村が多くなっており、法定外繰入の割合の高い市町村とは異なり、財政状況の厳しい市町村が多くなっている。

図表 5- 16 収入に占める繰上充用金の割合が 10%を超える保険者（32 市町村）

都道府県	保険者名
北海道	釧路町、白糠町、伊達市、北斗市、石狩市
茨城県	水戸市
千葉県	千葉市
東京都	八丈町
新潟県	阿賀野市
福井県	福井市
大阪府	門真市、箕面市、高石市、阪南市、松原市、吹田市、柏原市、守口市、泉大津市
奈良県	斑鳩町
高知県	室戸市
福岡県	川崎町、福智町、中間市、大任町、糸田町、行橋市
佐賀県	鳥栖市、伊万里市
鹿児島県	瀬戸内町
沖縄県	西原町、石垣市

次に、このような法定外繰入や繰上充用が一時的に行われているのか、構造的に繰り返し行われているのかを確かめるため、平成 21～23 年度の 3 年間での法定外繰入・繰上充用措置の利用状況を見ることとする。

過去 3 年間で、法定外繰入・繰上充用とも 1 回も利用していない市町村国保は 343 あり、これらの国保は規律を守った財政運営を行っていると言える。また、法定外繰入を 1 回利用した国保は 131、繰上充用を 1 回利用した国保は 73 であり、これらの市町村国保は、一時的に法定外繰入・繰上充用を用いただけとも考えられる。

一方、法定外繰入を 3 年連続して利用している市町村国保は 1,070、繰上充用を 3 年連続して利用している市町村国保は 106 存在するなど、これらの措置を利用したことのある市町村国保の多くでは、法定外繰入・繰上充用措置の利用が常態化しているといえる。

図表 5- 17 過去 3 年間での市町村国保（広域連合を含む）における法定外繰入の利用状況

利用回数	0 回	1 回	2 回	3 回
市町村国保数	365	131	149	1,070

図表 5- 18 過去 3 年間で市の町村国保（広域連合を含む）における繰上充用の利用状況

利用回数	0 回	1 回	2 回	3 回
市町村国保数	1,503	73	33	106

なお、法定外繰入・繰上充用の両措置を 3 年連続で利用した市町村国保は 81 存在する。この中には、平成 21 年度に地方交付税の不交付団体であった千葉市（千葉県）、国分寺市（東京都）、横浜市（神奈川県）、春日井市（愛知県）、吹田市（大阪府）、箕面市（大阪府）など、大都市部の、財政に比較的余裕のある市町村も含まれている⁶⁶。

図表 5- 19 法定外繰入・繰上充用の両措置を 3 年連続で利用した市町村国保

都道府県	市町村国保名
北海道	函館市、伊達市、石狩市、当別町、北斗市、新ひだか町、浦河町、釧路町
青森県	むつ市
茨城県	水戸市
千葉県	千葉市
東京都	福生市、狛江市、国分寺市
神奈川県	横浜市
山梨県	甲府市
愛知県	春日井市
京都府	京都市、八幡市、宇治田原町
大阪府	大阪市、岸和田市、池田市、吹田市、泉大津市、守口市、枚方市、八尾市、寝屋川市、松原市、大東市、箕面市、柏原市、門真市、摂津市、藤井寺市、東大阪市、交野市、忠岡町、阪南市
兵庫県	伊丹市、宝塚市、高砂市、川西市
奈良県	斑鳩町、広陵町
和歌山県	和歌山市、串本町
香川県	丸亀市
高知県	室戸市
福岡県	朝倉市、行橋市、小郡市、宇美町、篠栗町、志免町、粕屋町、香春町、福智町
佐賀県	唐津市、鳥栖市、伊万里市、武雄市、小城市、大町町、白石町
熊本県	熊本市
大分県	大分市、別府市
鹿児島県	鹿児島市、奄美市、瀬戸内町、与論町
沖縄県	那覇市、うるま市、石垣市、糸満市、今帰仁村、北中城村、八重瀬町、南風原町

⁶⁶ 平成 21 年度～23 年度の 3 か年度において、これらの市が不交付団体であったのは平成 21 年度のみであり、平成 22 年度以降は交付団体となっている。

(5) 法定外繰入や繰上充用の要因分析

先に見た「法定外繰入」と各変数との間の相関係数をもとに、「法定外繰入額が国保収入に占める割合」を被説明変数とした回帰分析を行ったところ、以下の図表のとおりとなった。

これらの結果から、法定外繰入額が収入に占める割合の高い市町村国保の特徴は、人口密度が高く（＝都市部に立地し）、1人当たり旧ただし書所得が高い反面、保険料標準化指数は低く、保険料収納率は低い地域だということができる。

図表 5- 20 「法定外繰入額が国保収入に占める割合」の回帰分析結果

説明変数	推計式1	推計式2	推計式3	推計式4
人口密度(人/km ²)			0.00035* (11.7835)	0.000383* (13.5202)
1人当たり旧ただし書所得(円)	0.000002048* (5.78071)	0.0000019022* (5.3308)	0.00000075251* (2.1066)	
医療費地域差指数	3.8771* (6.4388)		3.0196* (5.1714)	
保険料標準化指数	-9.2545* (-20.8966)	-8.3255* (-19.6537)	-8.2816* (-19.0806)	-7.7345* (-19.9350)
保険料(税)収納率(%)	-0.2686* (-16.3208)	-0.2454* (-15.10438)	-0.1658* (-9.1734)	-0.1441* (-8.1869)
定数項	30.9818* (18.0683)	31.8766* (18.4358)	21.7491* (11.9082)	22.6165* (12.635)
自由度修正済み決定係数	0.3226	0.3066	0.3729	0.3629
観測数	1723	1723	1723	1723

(注)「*」は5%有意水準。カッコ内はt値。薄い網掛け部は、相関係数との符号が逆になっているもの。

次に、「法定外繰入額が国保収入に占める割合」の場合と同様に、「繰上充用金が国保収入に占める割合」を被説明変数とした回帰分析を行ったところ、以下の図表のとおりとなった。

これらの結果から、繰上充用金が収入に占める割合の高い市町村国保の特徴は、人口密度が高く、医療費地域差指数は高い。また、保険料標準化指数は低く、保険料収納率は低い地域といえることができる。

法定外繰入額が収入に占める割合の高い市町村国保との相違として、繰上充用金が収入に占める割合の高い市町村国保は、医療費地域差指数が高い地域といえそうである。

図表 5- 21 「繰上充用金が国保収入に占める割合」の回帰分析結果

説明変数	推計式1	推計式2	推計式3	推計式4	推計式5	推計式6
人口密度(人/km ²)	0.000364* (12.1225)	0.0003500* (11.7835)				0.0003692* (13.04495)
1人当たり旧ただし書所得(円)	0.00000065610* (1.8326)	0.00000075251* (2.1066)	0.0000020295* (5.7370)	0.0000020428* (5.7807)		
経常収支比率	-0.0293* (-2.8824)		-0.008939 (-0.8553)		-0.0115 (-1.0983)	
医療費地域差指数	3.1553* (5.3976)	3.0196* (5.1714)	3.9292* (6.4916)	3.8771* (6.4388)	3.7313* (6.1181)	2.9008* (4.9863)
保険料標準化指数	-8.1784* (-18.8189)	-8.2816* (-19.0806)	-9.2352* (-20.8243)	-9.2545* (-20.8966)	-10.1411* (-24.2465)	-8.5351* (-20.4466)
保険料(税)収納率(%)	-0.1804* (-9.6298)	-0.1658* (-9.1734)	-0.2743* (-15.4373)	-0.2686* (-16.3208)	-0.2967* (-16.9575)	-0.1672* (-9.2435)
定数項	25.3872* (11.4516)	21.7491* (11.9082)	32.2060* (14.4185)	30.9818* (18.0683)	36.7388* (17.4236)	22.6473* (12.7397)
自由度修正済み決定係数	0.3755	0.3729	0.3224	0.3226	0.30991	0.37166
観測数	1723	1723	1723	1723	1723	1723

(注)「*」は5%有意水準。カッコ内はt値。薄い網掛け部は、相関係数との符号が逆になっているもの。

さらに、どのような要因によって、市町村国保は法定外繰入や繰上充用の選択を行うのかを見るために、多項ロジット・モデルによる分析を行った。法定外繰入や繰上充用の利用と相関の高い保険料標準化指数と医療費地域差指数については、平成 22 年度以降分についてのデータ公表のみとなっていることから、ここでは、平成 22～23 年度の 2 年分の市町村国保のデータ⁶⁷をプールして分析を行った。

まず、法定外繰入や繰上充用に関する市町村国保の利用状況を、以下のとおり設定する。

- ・ 法定外繰入も繰上充用も利用していない : Response=1
- ・ 法定外繰入は利用しているが、繰上充用は利用していない : Response=2
- ・ 法定外繰入は利用していないが、繰上充用は利用している : Response=3
- ・ 法定外繰入も繰上充用も利用している : Response=4

モデル式は、レスポンス 1 の選択確率に対する各レスポンスの選択確率の比の対数値を被説明変数として、法定外繰入や繰上充用との相関係数の高い変数を説明変数としてロジスティック回帰を行った。結果は、以下の図表のとおりである。

図表 5- 22 多項ロジット・モデルによる選択要因分析結果

レスポンス	ソース	数値	標準誤差	ワルド・カイ2乗	Pr > Chi2	Wald 下限 (95%)	Wald 上限 (95%)	Odds ratio	Odds ratio 下限 (95%)	Odds ratio 上限 (95%)
2 法定外繰入あり 繰上充用なし	切片	8.5784	1.855	21.380	< 0.0001	4.942	12.215			
	保険料標準化指数 SIP	-1.6524	0.320	26.678	< 0.0001	-2.280	-1.025	0.192	0.102	0.359
	医療費地域差指数 LMC	0.8781	0.394	4.967	0.026	0.106	1.650	2.408	1.112	5.208
	保険料収納率 RIPP	-0.0937	0.016	33.718	< 0.0001	-0.125	-0.062	0.911	0.882	0.940
	1人当たり旧ただし書所得 PI	0.0287	0.008	13.485	0.000	0.013	0.044	1.023	1.013	1.045
	同2乗項 PI^2	-0.0001	0.000	3.598	0.058	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000
	財政力指数 FCI	0.7803	0.631	1.527	0.217	-0.457	2.018	2.182	0.633	7.523
	同2乗項 FCI^2	0.2241	0.503	0.199	0.659	-0.762	1.210	1.251	0.467	3.354
	経常収支比率 RCB	-0.0002	0.008	0.001	0.979	-0.015	0.015	1.000	0.985	1.015
	人口密度 DPOP	0.0002	0.000	1.814	0.244	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000
	同2乗項 DPOP^2	0.0000	0.000	0.171	0.679	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000
	3 法定外繰入なし 繰上充用あり	切片	-1.0519	5.812	0.033	0.856	-12.443	10.339		
保険料標準化指数 SIP		-1.3225	1.183	1.293	0.258	-3.602	0.957	0.268	0.027	2.604
医療費地域差指数 LMC		1.6542	1.469	1.269	0.260	-1.224	4.533	5.223	0.294	92.996
保険料収納率 RIPP		-0.1345	0.048	7.886	0.005	-0.228	-0.041	0.874	0.796	0.960
1人当たり旧ただし書所得 PI		-0.0254	0.074	0.116	0.733	-0.171	0.120	0.975	0.843	1.128
同2乗項 PI^2		-0.000003	0.001	0.000	0.997	-0.001	0.001	1.000	0.999	1.001
財政力指数 FCI		9.4910	4.031	5.545	0.019	1.591	17.391	13240.528	4.909	35711889.979
同2乗項 FCI^2		-10.6383	4.051	6.896	0.009	-18.578	-2.699	0.000	0.000	0.067
経常収支比率 RCB		0.1069	0.026	16.525	< 0.0001	0.055	0.158	1.113	1.057	1.172
人口密度 DPOP		0.0009	0.000	7.840	0.005	0.000	0.002	1.001	1.000	1.002
同2乗項 DPOP^2		-0.0000001	0.000	2.066	0.151	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000
4 法定外繰入あり 繰上充用あり		切片	8.5312	3.074	7.704	0.006	2.507	14.555		
	保険料標準化指数 SIP	-1.5765	0.603	6.830	0.009	-2.759	-0.394	0.207	0.063	0.674
	医療費地域差指数 LMC	5.8960	0.790	55.635	< 0.0001	4.347	7.445	363.583	77.225	1711.792
	保険料収納率 RIPP	-0.1929	0.026	55.410	< 0.0001	-0.244	-0.142	0.825	0.784	0.868
	1人当たり旧ただし書所得 PI	-0.0532	0.019	8.124	0.004	-0.090	-0.017	0.948	0.914	0.984
	同2乗項 PI^2	0.0002	0.000	2.426	0.119	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000
	財政力指数 FCI	3.5115	1.406	6.238	0.013	0.758	6.267	33.499	2.130	526.921
	同2乗項 FCI^2	-1.9448	1.065	3.336	0.068	-4.032	0.142	0.143	0.018	1.153
	経常収支比率 RCB	0.0427	0.015	8.006	0.009	0.013	0.072	1.044	1.013	1.075
	人口密度 DPOP	0.0009	0.000	35.976	< 0.0001	0.001	0.001	1.001	1.001	1.001
	同2乗項 DPOP^2	-0.0000004	0.000	3.763	0.052	0.000	0.000	1.000	1.000	1.000

(注) 「数値」列の濃い網掛け部は相関係数と符号が逆になっているもの。「Pr>Chi2」列の薄い網掛けは、符号条件が合っている説明変数のうち、統計的に有意であることを表す。

【説明変数一覧】

説明変数		説明変数	
SIP	保険料標準化指数	FCI	財政力指数
LMC	医療費地域差指数	FCI^2	財政力指数の2乗項
RIPP	保険料収納率	RCB	経常収支比率
PI	1人当たり旧ただし書所得	DPOP	人口密度
PI^2	1人当たり旧ただし書所得の2乗項	DPOP^2	人口密度の2乗項

⁶⁷ 「国民健康保険事業年報」、「国民健康保険実態調査」、「市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」、「市町村別決算状況調」、「国勢調査」等。

1) レスポンス 2 (法定外繰入は利用しているが、繰上充用は利用していない) の選択

モデル式は、以下のとおり推計された。

$$\text{Log}(P(\text{Response}=2)/P(\text{Response}=1))=8.578-1.652*\text{SIP}+0.878*\text{LMC}-0.094*\text{RIPP}+0.029*\text{PI}-0.000*\text{PI}^2+0.780*\text{FCI}+0.224*\text{FCI}^2-0.000*\text{RCB}+0.000*\text{DPOP}+0.000*\text{DPOP}^2$$

上記の図表「多項ロジット分析結果」から、符号条件が合い、かつ log 比でのカイ 2 乗検定の確率が有意な説明変数としては、

- ・保険料標準化指数 SIP
- ・保険料収納率 RIPP

が挙げられる⁶⁸。

説明変数「保険料標準化指数 SIP」における 1 単位の増加により、確率比の対数値 $\text{Log}(P(\text{Response}=2)/P(\text{Response}=1))$ が 1.652 低下することがわかる。すなわち、保険料標準化指数が高い市町村国保では法定外繰入の確率は小さくなる。

同様に、説明変数「保険料収納率 RIPP」における 1 単位の増加により、確率比の対数値 $\text{Log}(P(\text{Response}=2)/P(\text{Response}=1))$ が 0.094 低下することがわかる。すなわち、保険料収納率が高まると市町村国保の法定外繰入の確率は小さくなる。

2) レスポンス 3 (法定外繰入は利用していないが、繰上充用は利用している) の選択

モデル式は、以下のとおり推計された。

$$\text{Log}(P(\text{Response}=3)/P(\text{Response}=1))=-1.052-1.323*\text{SIP}+1.654*\text{LMC}-0.134*\text{RIPP}-0.025*\text{PI}-0.000*\text{PI}^2+9.491*\text{FCI}-10.638*\text{FCI}^2+0.107*\text{RCB}+0.001*\text{DPOP}+0.000*\text{DPOP}^2$$

上記の図表「多項ロジット分析結果」から、符号条件が合い、かつ log 比でのカイ 2 乗検定の確率が有意な説明変数としては、

- ・保険料収納率 RIPP
- ・経常収支比率 RCB

が挙げられる⁶⁹。

説明変数「保険料収納率 RIPP」における 1 単位の増加により、確率比の対数値 $\text{Log}(P(\text{Response}=3)/P(\text{Response}=1))$ が 0.134 低下することがわかる。すなわち、保険料収納率が高まると市町村国保の繰上充用の確率は小さくなる。

⁶⁸ 2 乗項を加えた説明変数 (1 人当たり旧ただし書所得、財政力指数、人口密度) の係数は、いずれも統計的に有意でないか、または、符号条件が逆になった。

⁶⁹ 2 乗項を加えた説明変数 (1 人当たり旧ただし書所得、財政力指数、人口密度) の係数は、いずれも統計的に有意でないか、または、符号条件が逆になった。

同様に、説明変数「経常収支比率 RCB」における 1 単位の増加により、確率比の対数値 $\text{Log}(P(\text{Response}=3)/P(\text{Response}=1))$ が 0.107 増加することがわかる。すなわち、経常収支比率が高まると市町村国保の繰上充用の確率は大きくなる。

3) レスポンス 4 (法定外繰入も繰上充用も利用している) の選択

モデル式は、以下のとおり推計された。

$$\text{Log}(P(\text{Response}=4)/P(\text{Response}=1))=8.531-1.576*\text{SIP}+5.896*\text{LMC}-0.193*\text{RIPP}-0.053*\text{PI}+0.000*\text{PI}^2+3.512*\text{FCI}-1.945*\text{FCI}^2+0.043*\text{RCB}+0.001*\text{DPOP}-0.000*\text{DPOP}^2$$

上記の図表「多項ロジット分析結果」から、符号条件が合い、かつ log 比でのカイ 2 乗検定の確率が概ね有意な説明変数としては、

- ・ 保険料標準化指数 SIP
- ・ 医療費地域差指数 LMC
- ・ 保険料収納率 RIPP
- ・ 1 人当たり旧ただし書所得 PI
- ・ 経常収支比率 RCB

が挙げられる⁷⁰。

説明変数「保険料標準化指数 SIP」における 1 単位の増加により、確率比の対数値 $\text{Log}(P(\text{Response}=4)/P(\text{Response}=1))$ が 1.576 低下することがわかる。すなわち、保険料標準化指数が高い市町村国保では、法定外繰入・繰上充用の両者を選択する確率は小さい。

同様に、説明変数「医療費地域差指数 LMC」における 1 単位の増加により、確率比の対数値 $\text{Log}(P(\text{Response}=4)/P(\text{Response}=1))$ は 5.896 増加する。すなわち、医療費地域差指数が高い市町村国保では、法定外繰入・繰上充用の両者を選択する確率が大きい。

また、説明変数「保険料収納率 RIPP」における 1 単位の増加により、確率比の対数値 $\text{Log}(P(\text{Response}=4)/P(\text{Response}=1))$ は 0.193 低下する。すなわち、保険料収納率が高まると、市町村国保が法定外繰入・繰上充用の両者を選択する確率は小さくなる。

1 人当たり旧ただし書所得 PI については、1 乗項の係数が -0.053、2 乗項の係数が 0.0002 の下に凸の 2 次関数であることから、1 人当たり旧ただし書所得が 143 万円に達するまでは、法定外繰入・繰上充用の両者の選択確率は低下するが、143 万円を超えると両者を選択する確率が上昇する⁷¹。

⁷⁰ 2 乗項を加えたその他の説明変数（財政力指数、人口密度）の係数は、いずれも符号条件が逆になった。

⁷¹ $\frac{\partial(\log P(\text{Response}=4)/P(\text{Response}=1))}{\partial \text{PI}} = -0.053 + 0.00038\text{PI} = 0$

となる PI を求めると、PI = 143 となる。

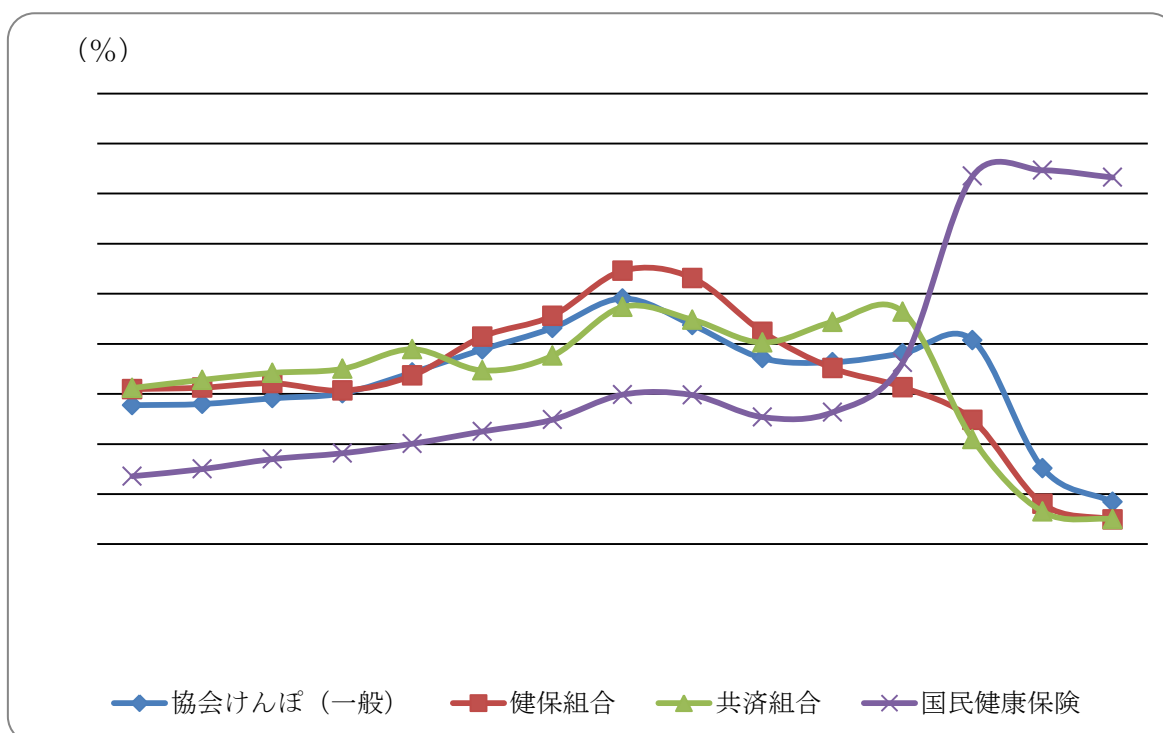
同様に、説明変数「経常収支比率 RCB」における 1 単位の増加により、確率比 $P(\text{Response}=4)/P(\text{Response}=1)$ は 0.043 増加する。すなわち、経常収支比率が高まると市町村国保は法定外繰入・繰上充用の両者を選択する確率は大きくなる。

2. 給付面での効率化の可能性

(1) 制度別・年齢階級別加入者1人当たり医療費の比較

各制度に占める年齢階級別の加入者数構成比を見ると、国民健康保険⁷²では54歳以下の階級で、被用者保険に比べて加入者数構成比が小さく、60歳以上階級での加入者数構成比が大きくなっている。

図表 5- 23 各制度に占める年齢階級別加入者構成比



(注) 当該データは、上記資料における概要表(表2及び分析表)で使用されている年齢階級別加入者数データである。

(資料) 厚生労働省「平成23年度医療給付実態調査」

⁷² 後述する、制度(保険者)間の詳細な比較をする際の基礎データ(疾病分類別、診療種類別、年齢階級別、件数・日数(回数)・点数(金額))が「国民健康保険」を単位としていることから、本分析全体にわたって、利用データの制約がない限り、市町村国保に国保組合を加えた国民健康保険全体との比較をしている。

次に、各制度の加入者 1 人当たりの医療費を整理した。ここでは、各制度の年齢構成の違いの要因を除外するために、年齢構成を被用者保険合計と同じと仮定（年齢構成補正）した場合の加入者 1 人当たりの医療費についても算出している。結果を見ると、国民健康保険での加入者 1 人当たりの医療費は、年齢構成を補正することで 29.5 万円から 18.6 万円へと大きく低下しており、国民健康保険では 1 人当たりの医療費が高い高齢者の構成比が高いことが、当該制度全体での加入者 1 人当たり医療費を押し上げていることがわかる。

一方で、年齢構成補正をした加入者 1 人当たりの医療費についても見ると、医療費全体では国民健康保険が 18.6 万円となっており、健保組合での 14.4 万円、協会けんぽ（一般）での 15.2 万円よりもかなり高くなっており、年齢構成要因以外の要因により国民健康保険の加入者 1 人当たり医療費を押し上げていることが推察される。

次に、医療費を「入院医療費＋食事・生活療養費」（以下、特段の断りがない場合は、「入院医療費」とする）と「入院外医療費」とに分けて見ると、年齢構成補正をした加入者 1 人当たりの入院医療費は、国民健康保険では 7.0 万円となっており、健保組合での 3.8 万円、協会けんぽ（一般）での 4.4 万円よりかなり高くなっている。一方で、入院外医療費について見ると、いずれの制度も 6 万円台となっており大きな違いにはなっていないことから、主に入院医療費で、年齢構成要因以外の要因によって国民健康保険の加入者 1 人当たりの医療費が押し上げられていることがわかる。

図表 5- 24 制度別・加入者 1 人当たり医療費・年齢構成補正医療費

	健保組合	協会けんぽ (一般)	国民健康保険
医療費全体	136,178 円	158,352 円	294,689 円
年齢構成補正	144,025 円	151,875 円	186,162 円
入院医療費	35,202 円	46,632 円	112,876 円
年齢構成補正	38,004 円	44,167 円	69,649 円
入院外医療費	57,702 円	65,053 円	107,155 円
年齢構成補正	60,652 円	62,669 円	68,468 円

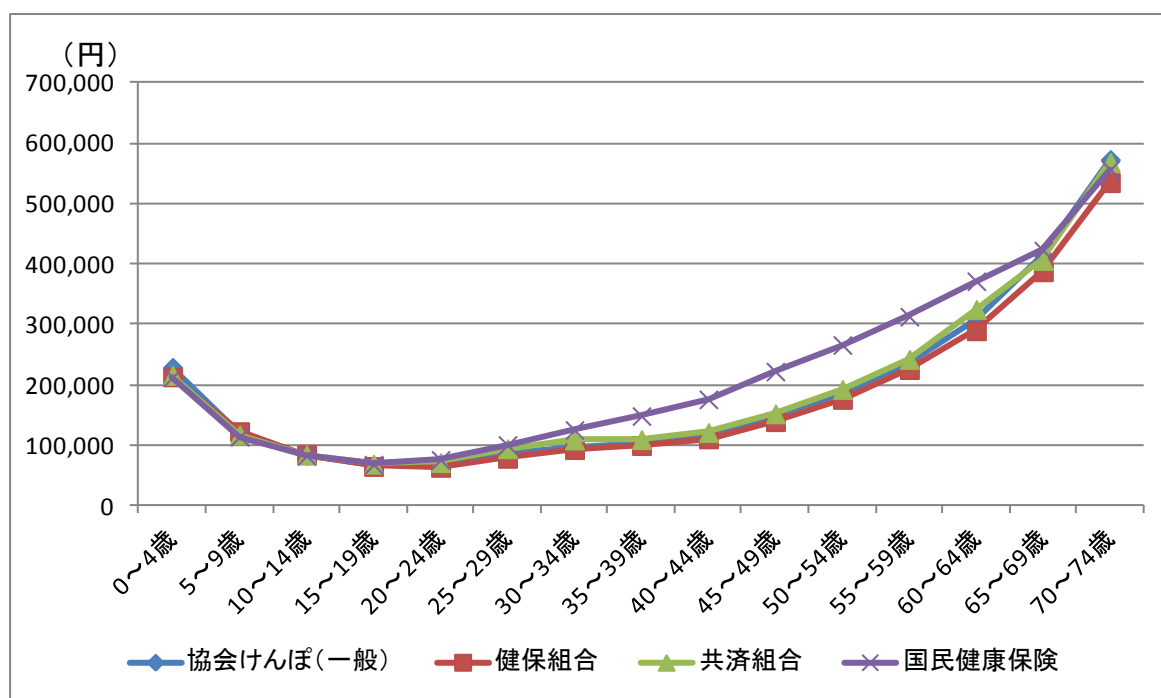
(注 1) 年齢構成補正については、各制度の加入者の年齢構成が被用者保険合計（協会けんぽ（一般）、健保組合、共済組合）と同じと仮定したときの加入者 1 人当たりの医療費である。

(注 2) 入院医療費については、食事・生活療養費を含む額である。

(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

この点を確認するために、年齢階級別の医療費⁷³を制度間で比べたものが次の図表である。これを見ると、35～64歳の各年齢階級において、国民健康保険の加入者の1人当たり医療費が被用者保険加入者のそれよりかなり大きくなっていることがわかる。

図表 5- 25 制度別・年齢階級別加入者1人当たり医療費

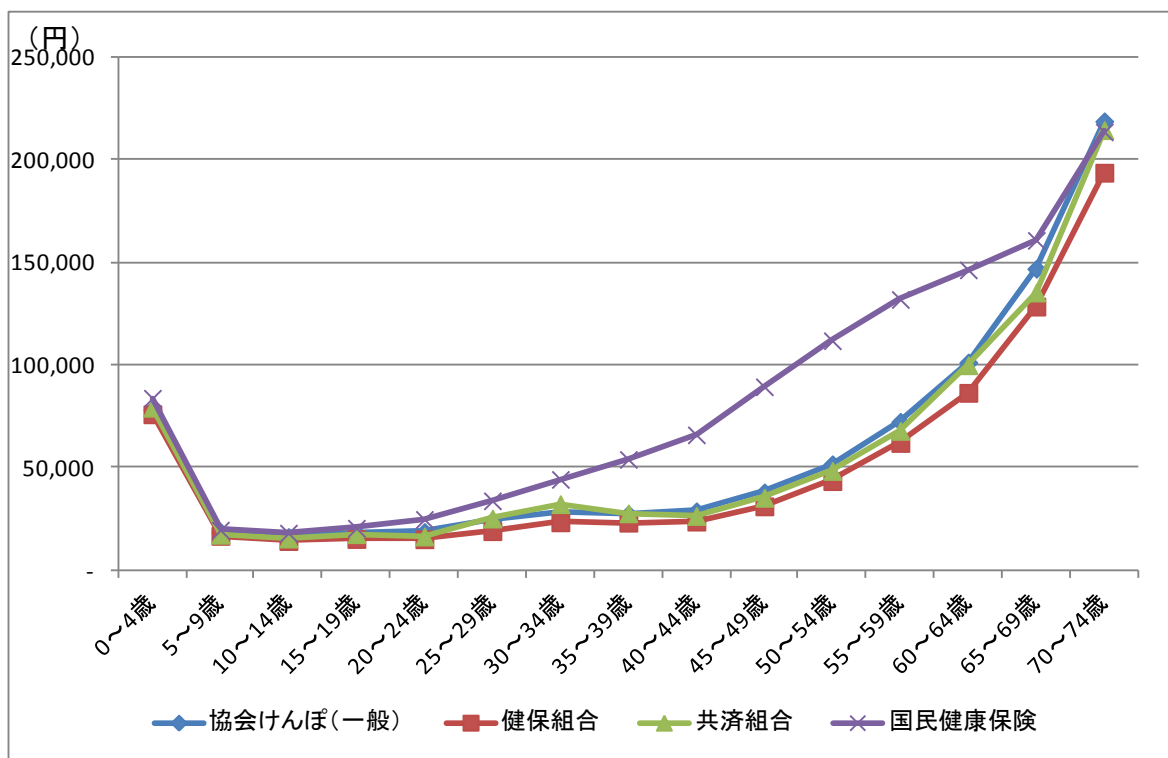


(資料) 厚生労働省「平成23年度医療給付実態調査」

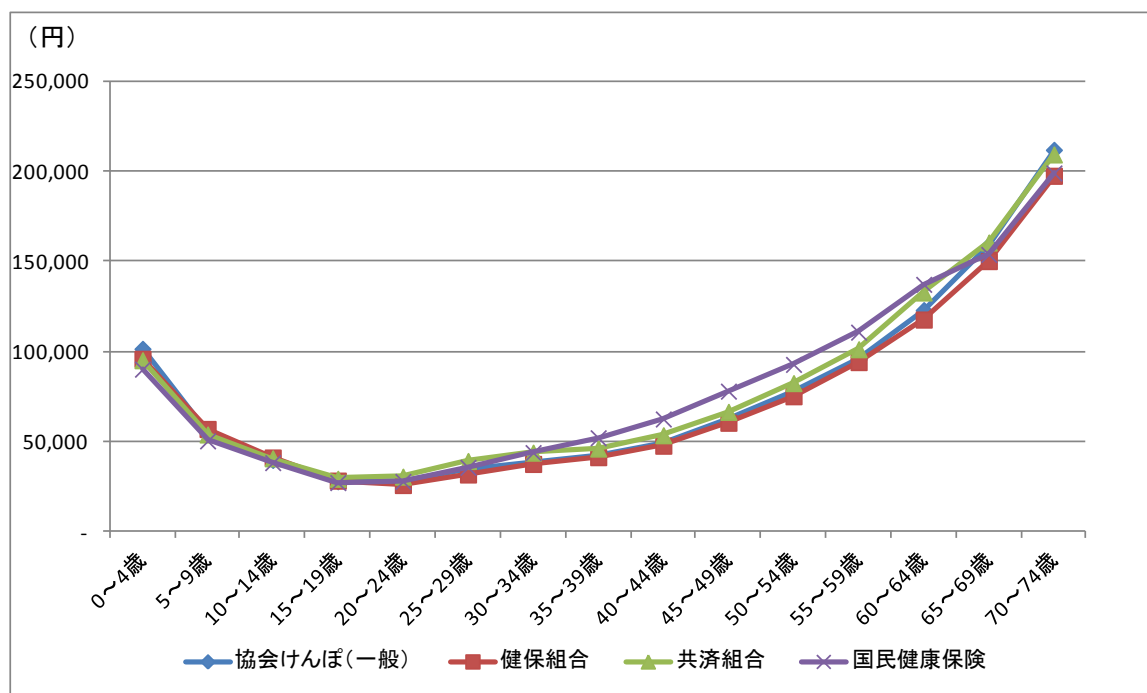
これを、さらに入院医療費と入院外医療費に分けて比較した場合、加入者1人当たりの入院医療費については、特に40～64歳の各年齢階級において、国民健康保険での金額が各被用者保険での金額よりもかなり大きくなっている。また、加入者1人当たりの入院外医療費については、加入者1人当たりの入院医療費ほど顕著ではないが、40～59歳の各年齢階級において、国民健康保険での金額が各被用者保険での金額よりも大きくなっている。

⁷³ 医療費は、診療費（入院、入院外、歯科）、調剤及び食事・生活療養にかかる分の計。

図表 5- 26 制度別・年齢階級別加入者 1 人当たり入院医療費



図表 5- 27 制度別・年齢階級別加入者 1 人当たり入院外医療費



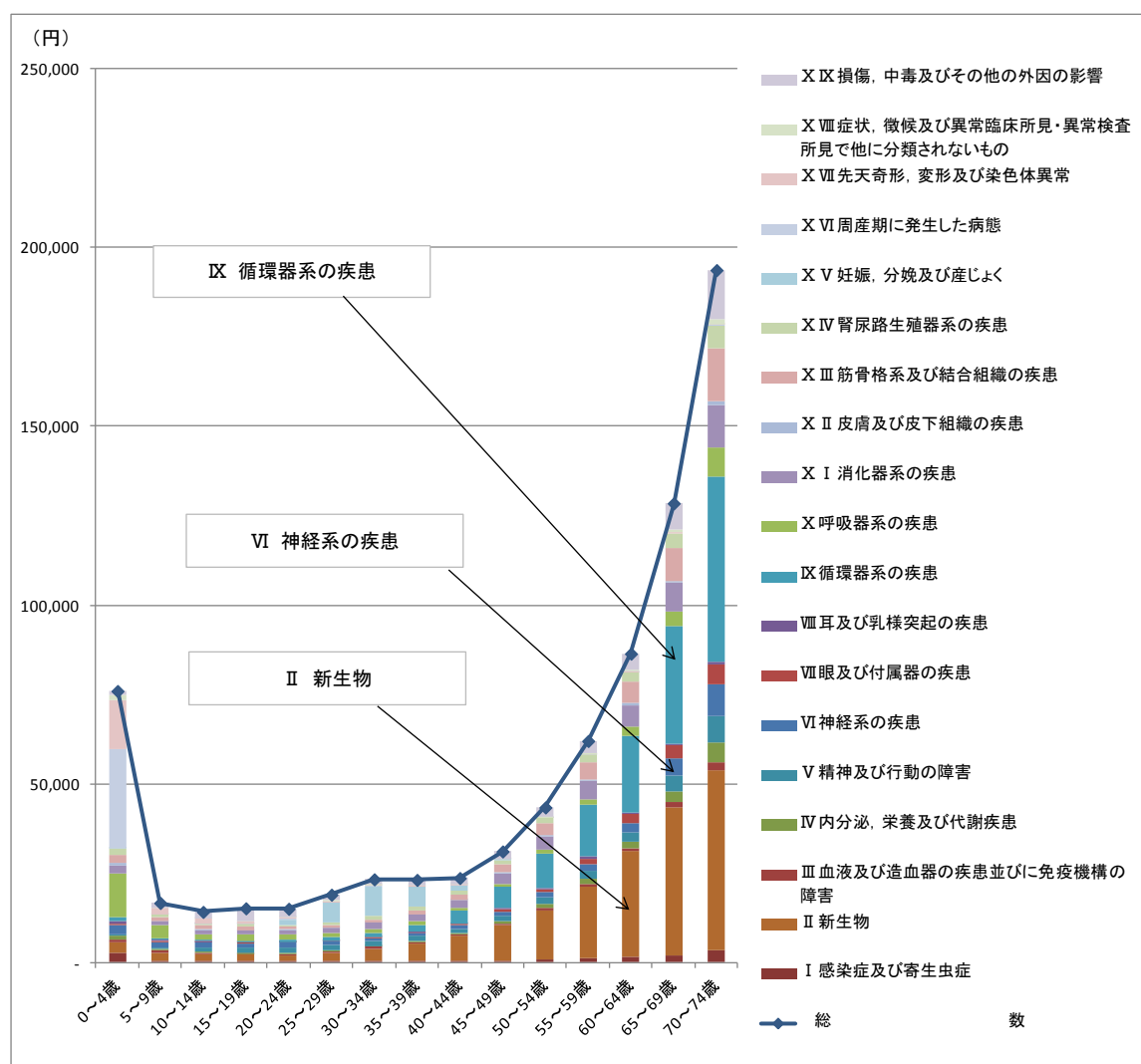
(資料) 図表 5-26・図表 5-27 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

(2) 年齢階級別・疾病分類別に見た加入者 1 人当たり入院医療費

次に、上記で見た年齢階級別の医療費において、国民健康保険と各被用者保険との間で乖離が見られた点の詳細分析に進む。

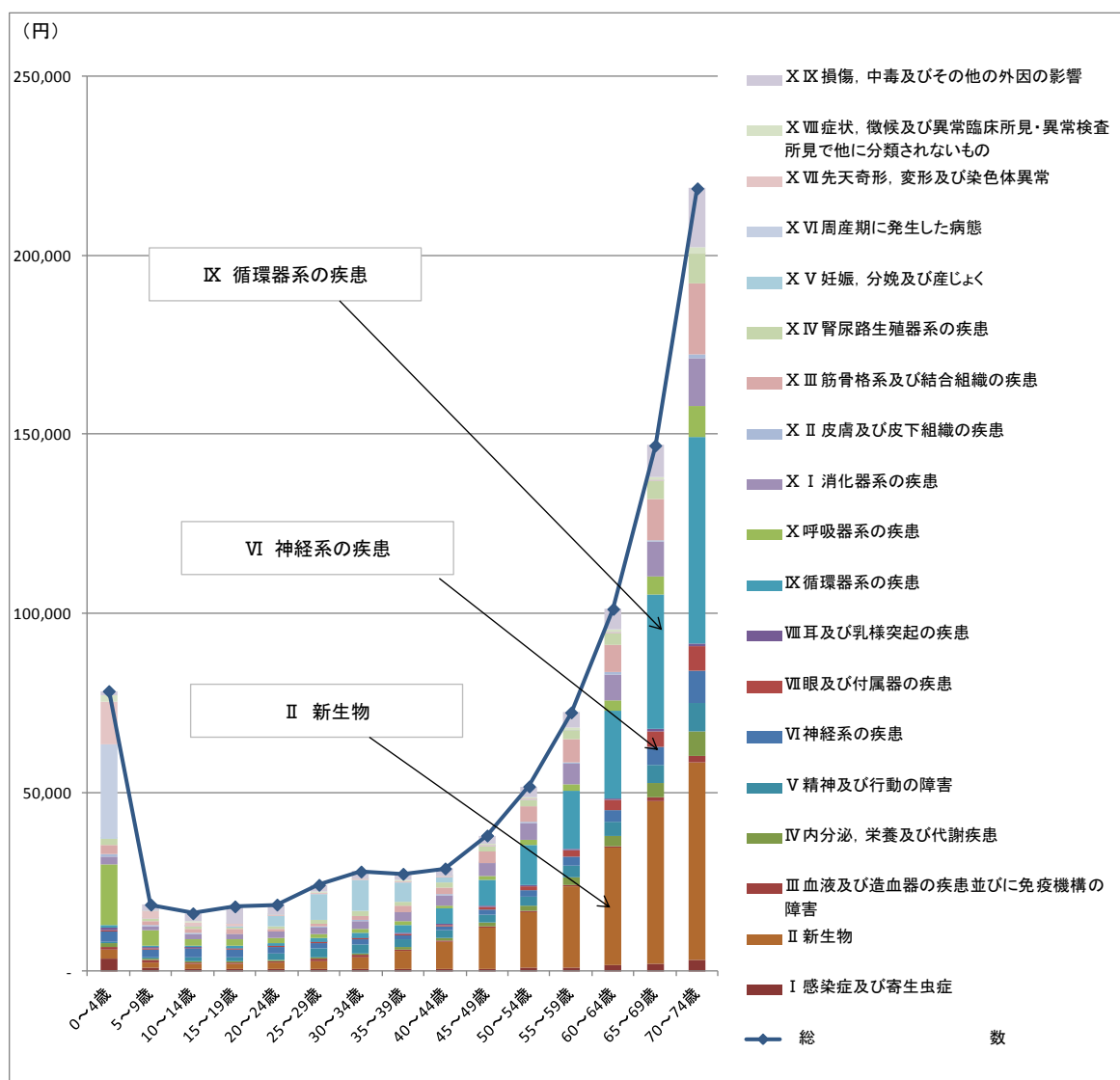
まず、加入者 1 人当たりの入院医療費を疾病別に見たものが以下の図表である。これを見ると、被用者保険、国民健康保険のいずれにおいても、0～4 歳を除いて、年齢が高くなるに従って加入者 1 人当たりの入院医療費が高くなっている。この点を制度間で比較すると、被用者保険（健保組合、協会けんぽ（一般））では、45 歳以上において顕著に入院医療費が高くなっているが、これに対して、国民健康保険では、20 歳から年齢が上がるに従って当該医療費が高くなっている。

図表 5- 28 年齢階級別・疾病分類別の加入者 1 人当たり入院医療費（健保組合）



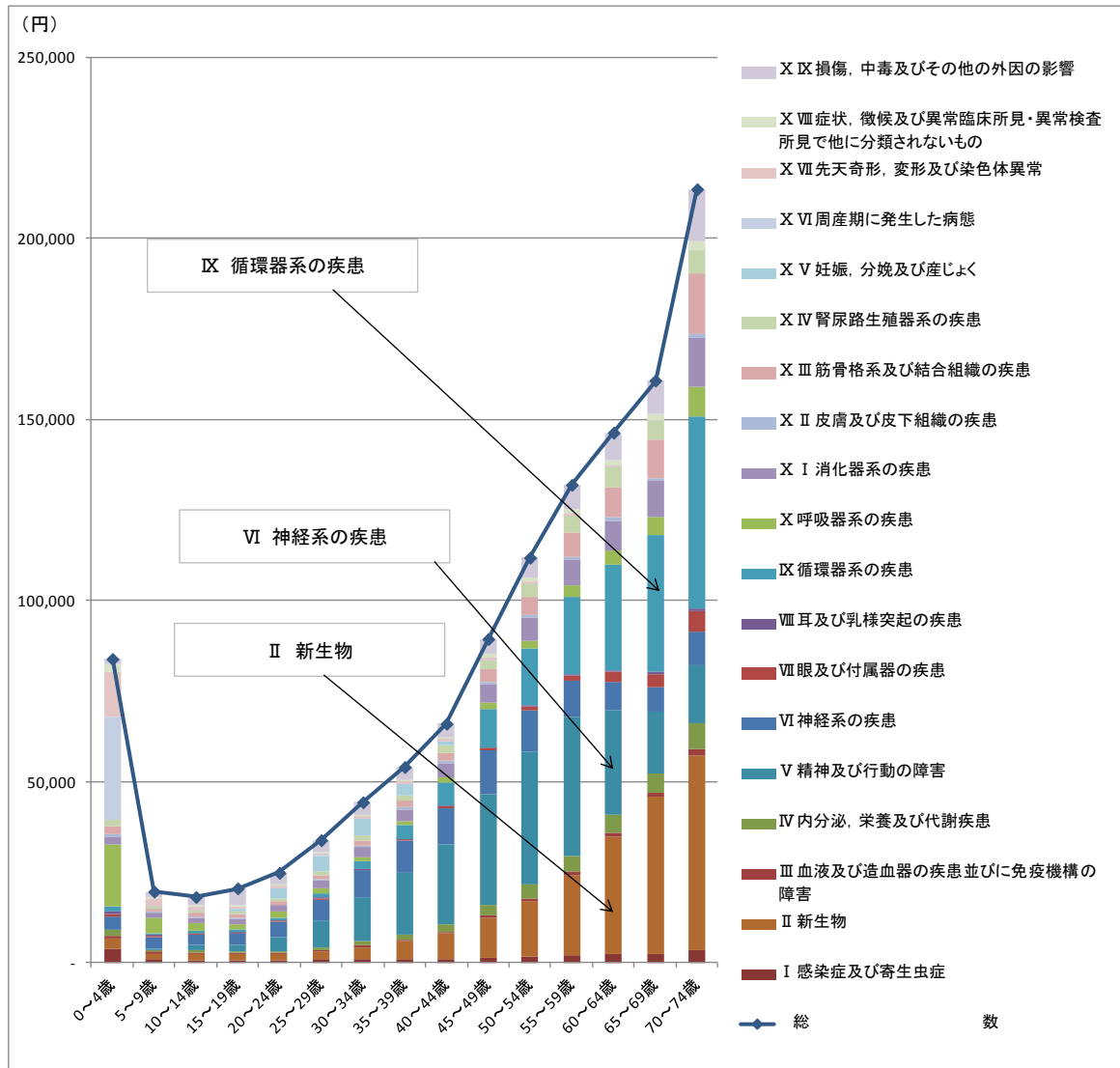
(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

図表 5- 29 年齢階級別・疾病分類別の加入者 1 人当たり入院医療費（協会けんぽ（一般））



(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

図表 5- 30 年齢階級別・疾病分類別の加入者 1 人当たり入院医療費（国民健康保険⁷⁴）



（資料）厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

⁷⁴ 国民健康保険にかかる年齢階級別・疾病分類別の加入者 1 人当たり入院医療費については医療給付実態調査では市町村国保での数値しか公表されていない。一方で、年齢階級別・疾病分類別・診療種類の件数、日数、入院医療費（点数）、食事・生活療養費については国民健康保険全体での数値のみが公表されている。そこで、まず、市町村国保ベースの年齢階級別・疾病分類合計での加入者 1 人当たり入院医療費が、別途公表されている国民健康保険全体での年齢階級別・疾病分類合計の加入者 1 人当たりの入院医療費に一致するよう、市町村国保ベースの疾病分類別の値を按分調整した。

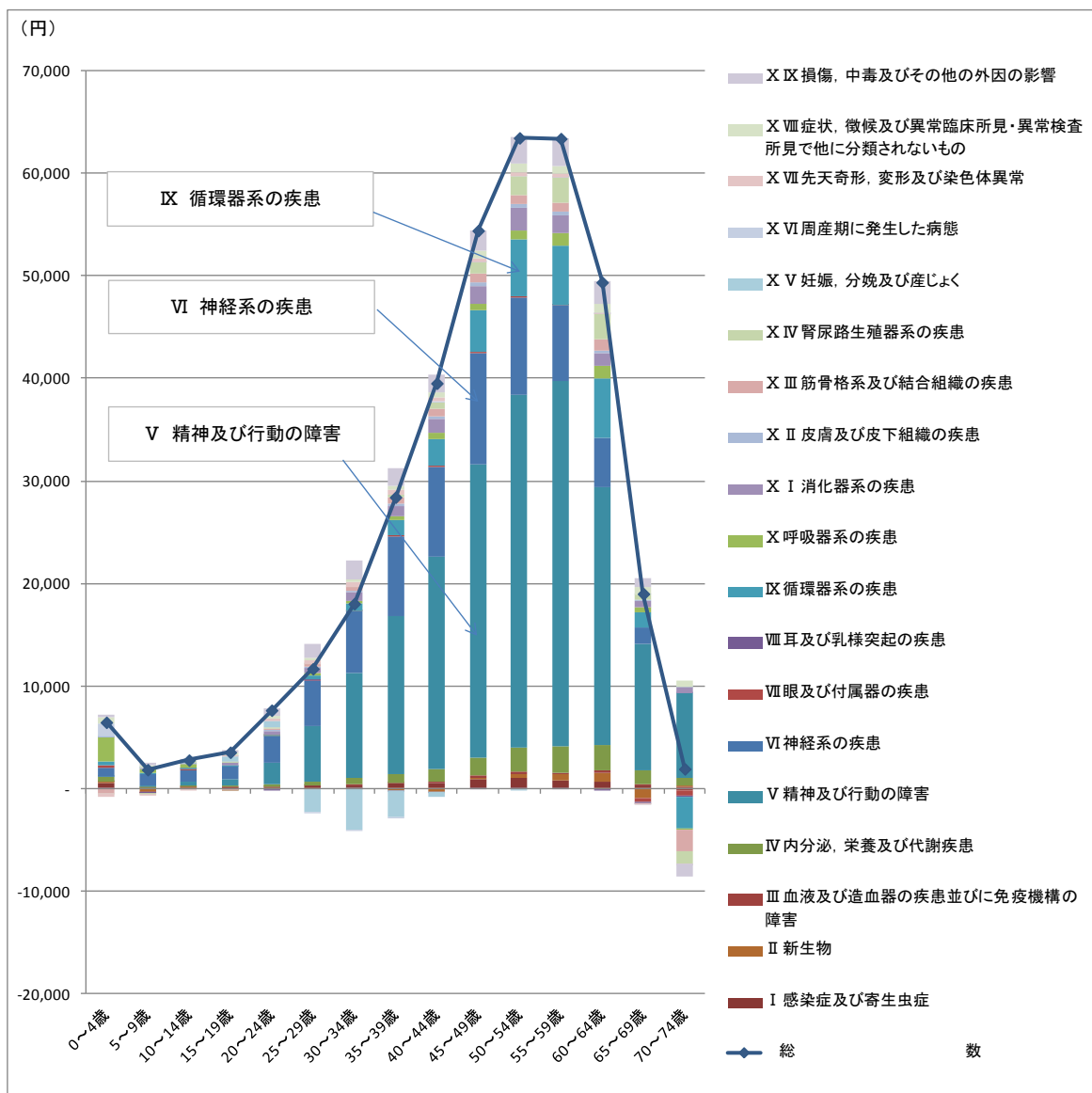
次に、上記で見た加入者 1 人当たりの入院医療費について、国民健康保険の金額から被用者保険平均⁷⁵の金額を差し引いたものを年齢階級別・疾病分類別に見た。

結果を見ると、国民健康保険での入院医療費が被用者保険平均でのそれを各年齢階級にわたって上回っているが、特に 50 歳代ではその差は約 6 万円に達していることがわかる。疾病分類別には「精神及び行動の障害」が差額の中で大きな割合を占めており、それに「神経系の疾患」、「循環器系の疾患」が次ぐ形となっている。

最後に、参考として国民健康保険の年齢階級別加入者 1 人当たり入院医療費について最近の状況を見たところ、大きな変化は生じていないことがわかる。

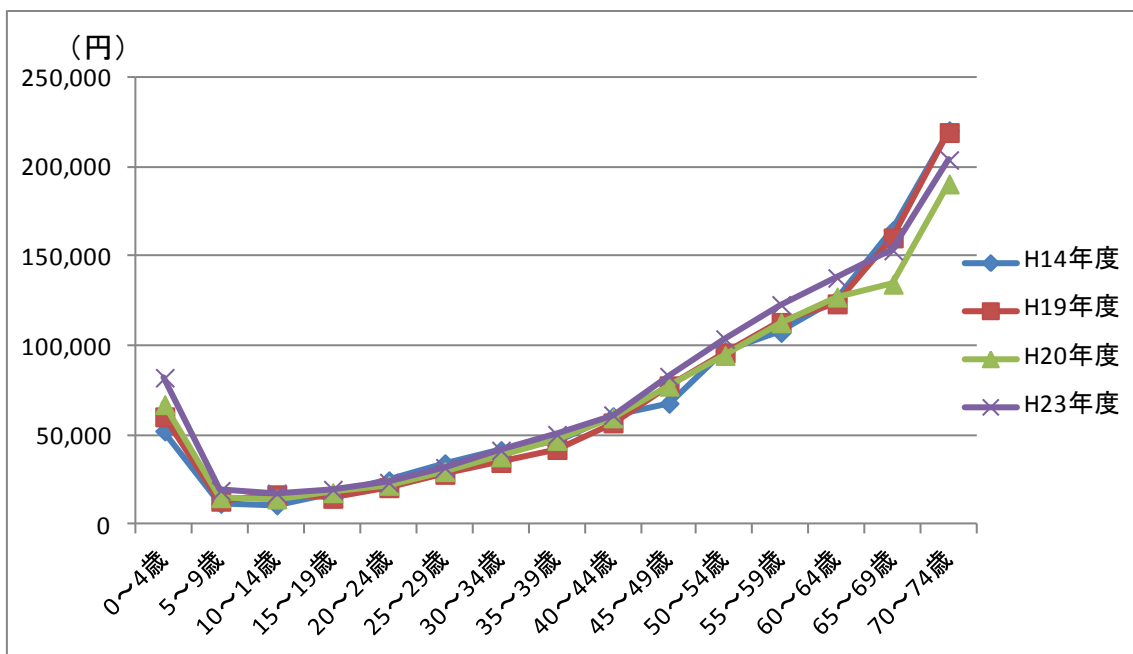
⁷⁵ 被用者保険平均については、健保組合、協会けんぽ（一般）、共済組合の入院医療費の合計を加入者数の合計で除して被用者保険全体の加入者 1 人当たり医療費の平均値（加重平均）を算出した。

図表 5- 31 年齢階級別・疾病分類別加入者 1 人当たり入院医療費
(国民健康保険—被用者保険平均)



(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

図表 5- 32 国民健康保険の年齢階級別加入者 1 人当たり入院医療費の時系列比較



(注) 平成 14 年度、19 年度の金額は、統計上の月間値を 12 倍したものである。

(資料) 平成 14 年度、19 年度：厚生労働省「国民健康保険医療給付実態調査」、平成 20 年度、23 年度：厚生労働省「医療給付実態調査」

(3) 都道府県の加入者1人当たり入院医療費

以上では、年齢階級別の加入者1人当たりの入院医療費について、特に50歳代において国民健康保険と各被用者保険との間に差が見られた。ここでは、この点について、50歳代⁷⁶(50～59歳)を取り出して都道府県別の状況を確認する。なお、データの制約から市町村国保と協会けんぽとの比較を行っている。

結果を見ると、50歳代の加入者1人当たりの入院医療費については、市町村国保では、約7万円から約18万円までと都道府県による医療費の幅が非常に大きくなっていることがわかる。一方で、協会けんぽでは、概ね5～8万円の範囲にあり、都道府県間の差はあまり見られない。この結果、市町村国保における加入者1人当たり入院医療費が大きい都道府県では、市町村国保と協会けんぽの差額(市町村国保－協会けんぽ)が大きくなっている。

また、市町村国保について、都道府県別の推計平均入院日数(50歳代)を算出したところ、加入者1人当たり医療費の大きさは緩い相関となっていることがわかった(相関係数0.53)。

次に、上記で見た50歳代の都道府県別加入者1人当たりの入院医療費における、市町村国保と協会けんぽとの差額を疾病分類別に分けた。この結果、いずれの都道府県においても「精神及び行動の障害」が大きな割合を占めていることがわかる。また、市町村国保と協会けんぽの加入者1人当たり入院医療費の差額が大きい都道府県においては、「神経系の疾患」、「循環器系の疾患」などについても、差額が大きくなっていることがわかる。

ここで、50歳代の加入者1人当たり入院医療費(市町村国保、協会けんぽ)と、市町村国保の保険料標準化指標、協会けんぽの保険料率、人口10万対精神病床数、人口10万対医療施設従事医師数について、都道府県別のデータを用いて相関係数を整理した。

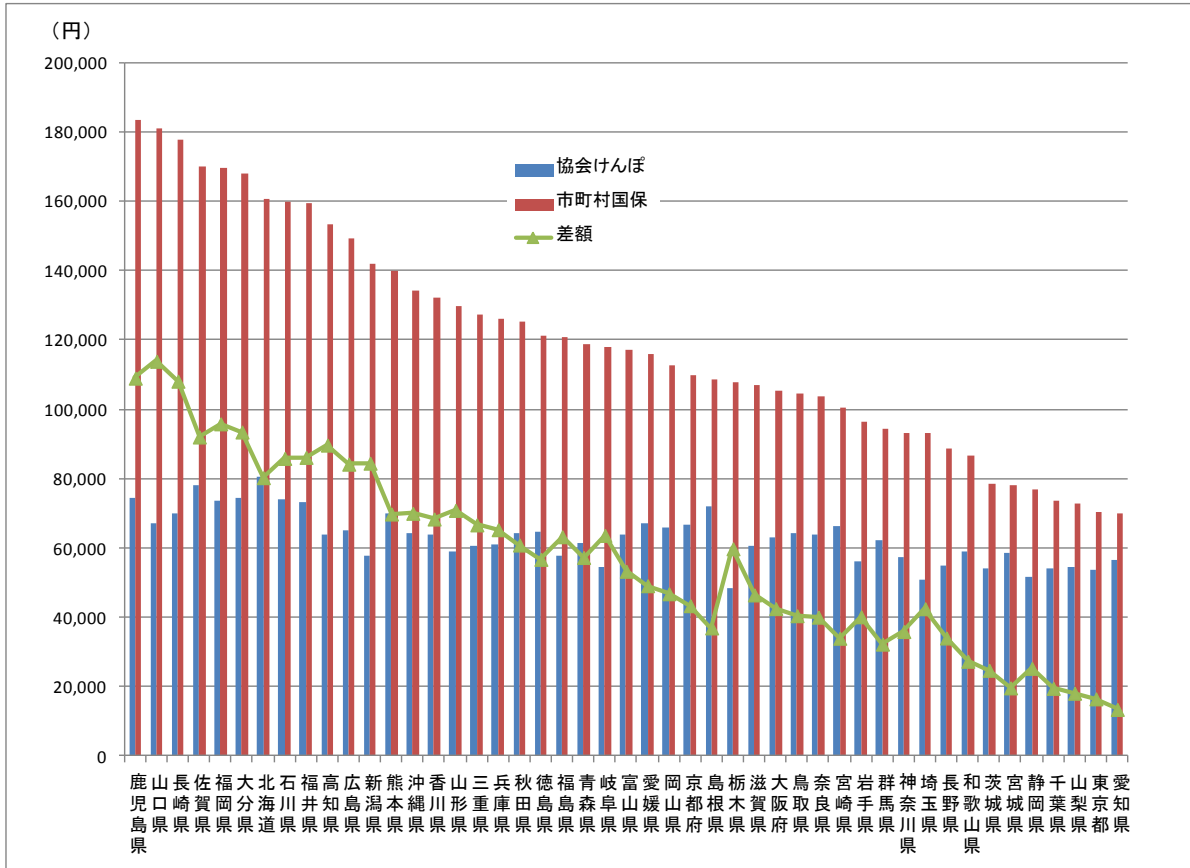
まず、加入者1人当たり入院医療費(50歳代)と保険料との相関係数を見ると、市町村国保(保険料標準化指標)が0.39、協会けんぽ(保険料率)が0.74となっており、市町村国保でかなり小さいことがわかる。

次に、50歳代の加入者1人当たり入院医療費と人口10万対精神病床数との間の相関係数を見ると、市町村国保が0.71、協会けんぽが0.66と大きな違いはない。

一方で、人口10万対医療施設従事医師数との間の相関係数は、市町村国保が0.37、協会けんぽが0.57と市町村国保で小さくなっている。この点について、保険料と人口10万対医療施設従事医師数との相関係数を見ると、市町村国保が0.39、協会けんぽが0.60となっており、医療費と同様に市町村国保で低くなっている。

⁷⁶ 協会けんぽに係る利用データである「医療費基本情報」では10歳階級別となっている。一方で、国民健康保険に係る利用データである「医療給付実態調査」では5歳階級別となっている。

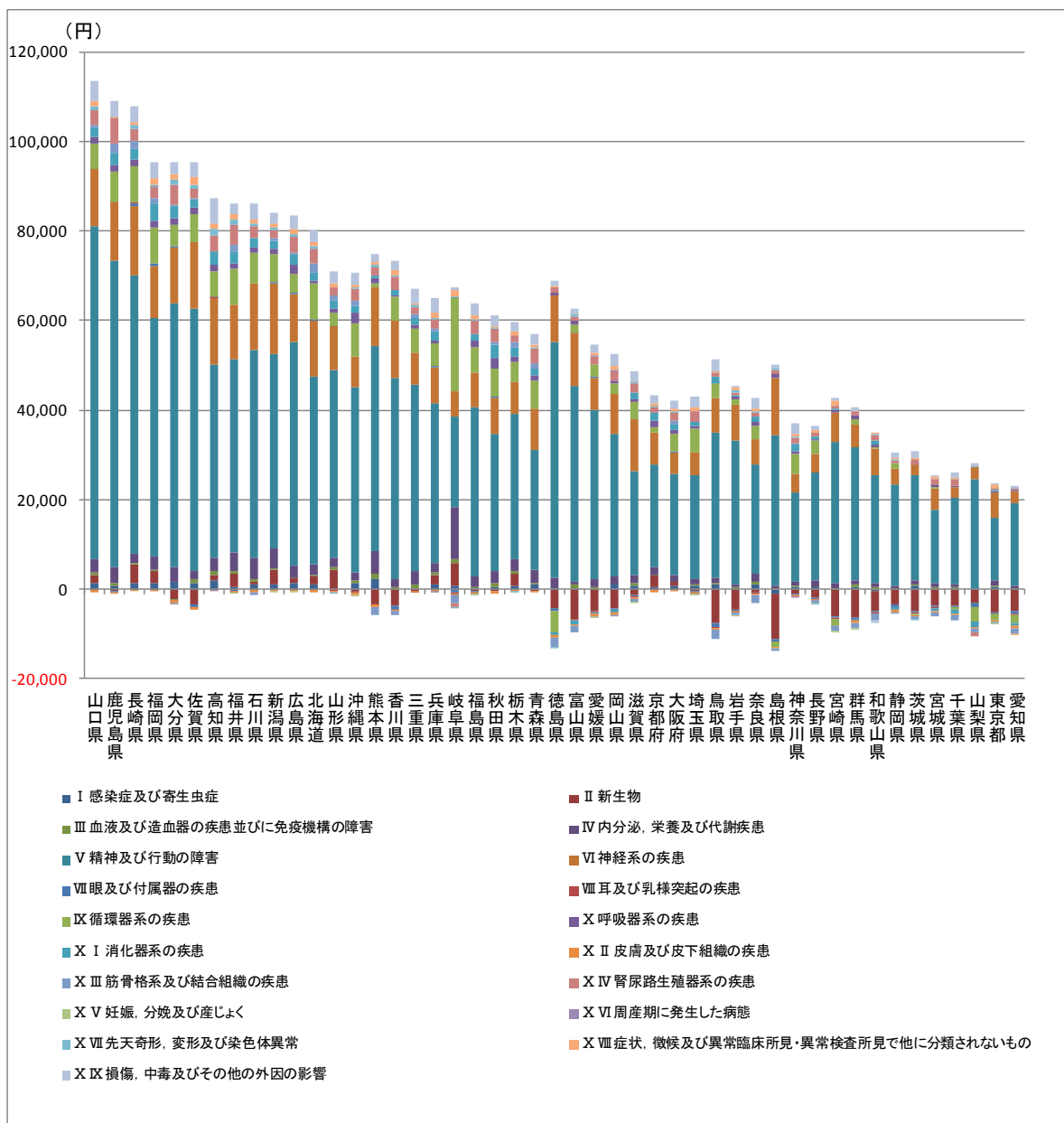
図表 5- 33 都道府県別加入者 1 人当たり入院医療費
 (平成 23 年度 ; 市町村国保、協会けんぽ : 50 歳代)



(注) 協会けんぽの都道府県別・年齢階級別・疾病分類別の入院医療費については、「医療費基本情報」における平成 23 年度集計値の入院費の都道府県合計値(年齢階級別・疾病分類別)が、厚生労働省「医療給付実態調査」における全国での入院医療費(年齢階級別・疾病分類別)に一致するように、都道府県別値を按分調整した。また、協会けんぽの都道府県別の年齢階級別の加入者数については、都道府県値を合計した全国での年齢階級別加入者数は厚生労働省「医療給付実態調査」で利用されている年齢階級別加入者数に、また、年齢階級値を合計した都道府県別加入者数については協会けんぽ「事業年報」での都道府県別加入者数(被保険者数+被扶養者数)に、それぞれ一致するよう都道府県値、及び年齢階級別値を按分調整(ラグランジュの未定乗数法を用いた調整)した。一方で、市町村国保の都道府県別・年齢階級別加入者数(被保険者数)は、「国民健康保険実態調査」の数値を用いた(厚生労働省「医療給付実態調査」で利用されている年齢階級別加入者数もこの調査を用いている)。

(資料) 市町村国保: 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」、協会けんぽ: 協会けんぽ「医療費基本情報、加入者基本情報(平成 23 年度の各四半期データ)」より算出。

図表 5- 35 都道府県別加入者 1 人当たり入院医療費
 (平成 23 年度；市町村国保一協会けんぽ：50 歳代)



(注) 推計方法については前図表と同じ。

(資料) 市町村国保：厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」、協会けんぽ：協会けんぽ「医療費基本情報、加入者基本情報（平成 23 年度の各四半期データ）」より算出。

図表 5-36 都道府県別の医療費、保険料、病床数、医師数の相関係数

	入院医療費 (50歳代): 協会けんぽ	保険料: 市町村国保 保険料標準 化指標	保険料: 協会けんぽ 保険料率	人口10万 対 精神病床数	人口10万 対医療施設 従事医師数
入院医療費(50歳代):市町村国保	0.76	0.39	0.61	0.71	0.37
入院医療費(50歳代):協会けんぽ		0.49	0.74	0.66	0.57
保険料:市町村国保保険料標準化指標			0.60	0.54	0.39
保険料:協会けんぽ保険料率				0.52	0.60
人口10万対精神病床数					0.45

(資料) 入院医療費(50歳代):厚生労働省「平成23年度医療給付実態調査」

市町村国保保険料標準化指標:厚生労働省保険局調査課「平成23年度市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」(平成25年9月)

協会けんぽ保険料率:協会けんぽホームページより

人口10万対精神病床数:厚生労働省「医療施設調査」(平成23年10月1日)

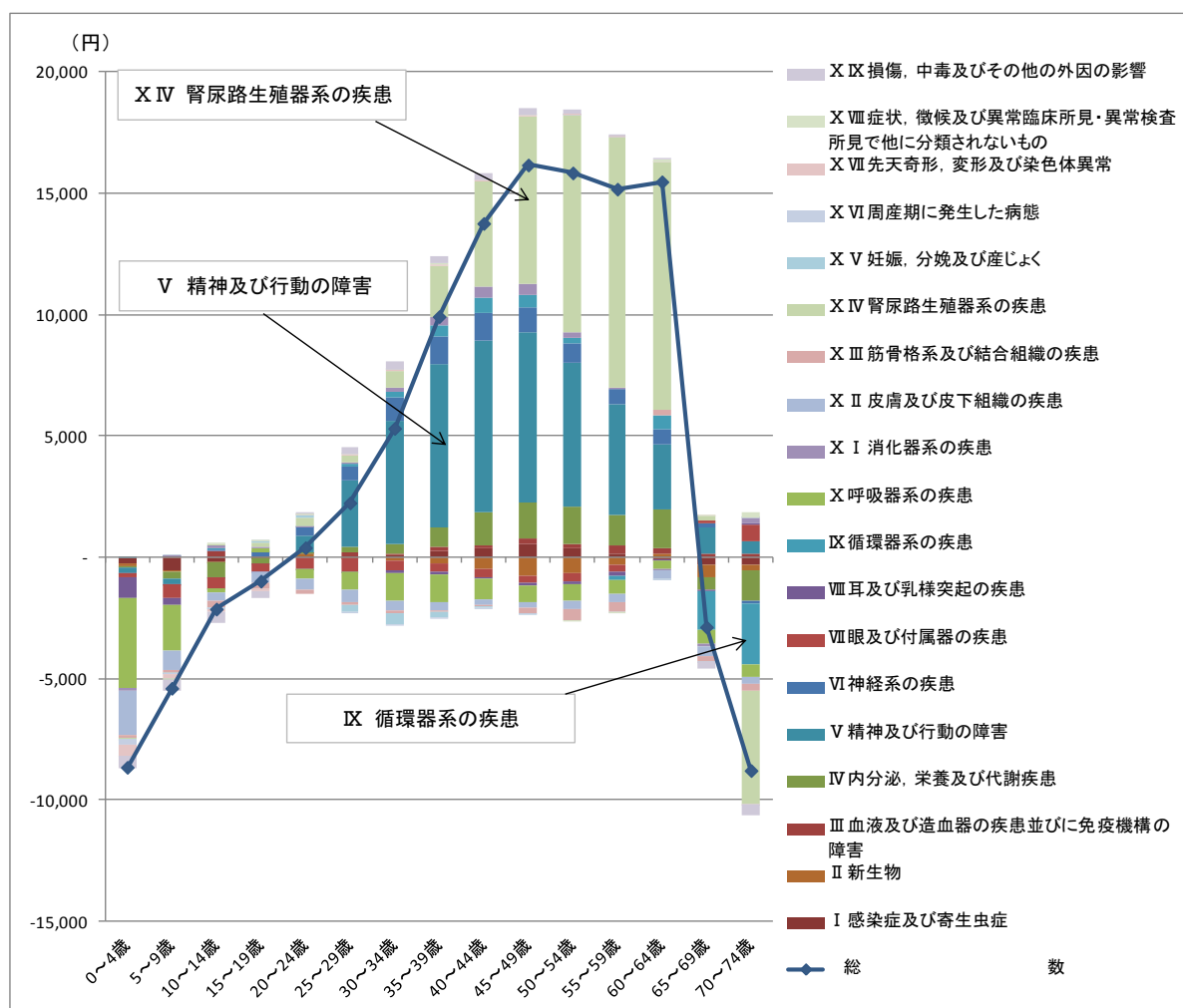
人口10万対医療施設従事医師数:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成24年12月31日現在)

(4) 年齢階級別・疾病分類別加入者1人当たり入院外医療費

次に、加入者1人当たりの入院外医療費について、国民健康保険の医療費から、被用者保険平均⁷⁷の医療費を差し引いたものを年齢階級別・疾病分類別に見た。

結果を見ると、疾病分類合計では、40～64歳にかけて国民健康保険の加入者1人当たり入院外医療費が被用者保険平均での医療費を約1.5万円上回っていることがわかるが、疾病分類別には、40歳代では「精神及び行動の障害」が、50歳代以上では「腎尿路生殖器系の疾患」がそれぞれ両制度間の差額の主な要因となっていることがわかる。

図表5-37 年齢階級別・疾病分類別加入者1人当たり入院外医療費
(国民健康保険－被用者保険平均)



⁷⁷ 被用者保険平均については、協会けんぽ（一般）、健保組合、共済組合の入院外医療費の合計を加入者数の合計で除して被用者保険全体の加入者1人当たりの入院外医療費の平均値（加重平均）を算出したものである。

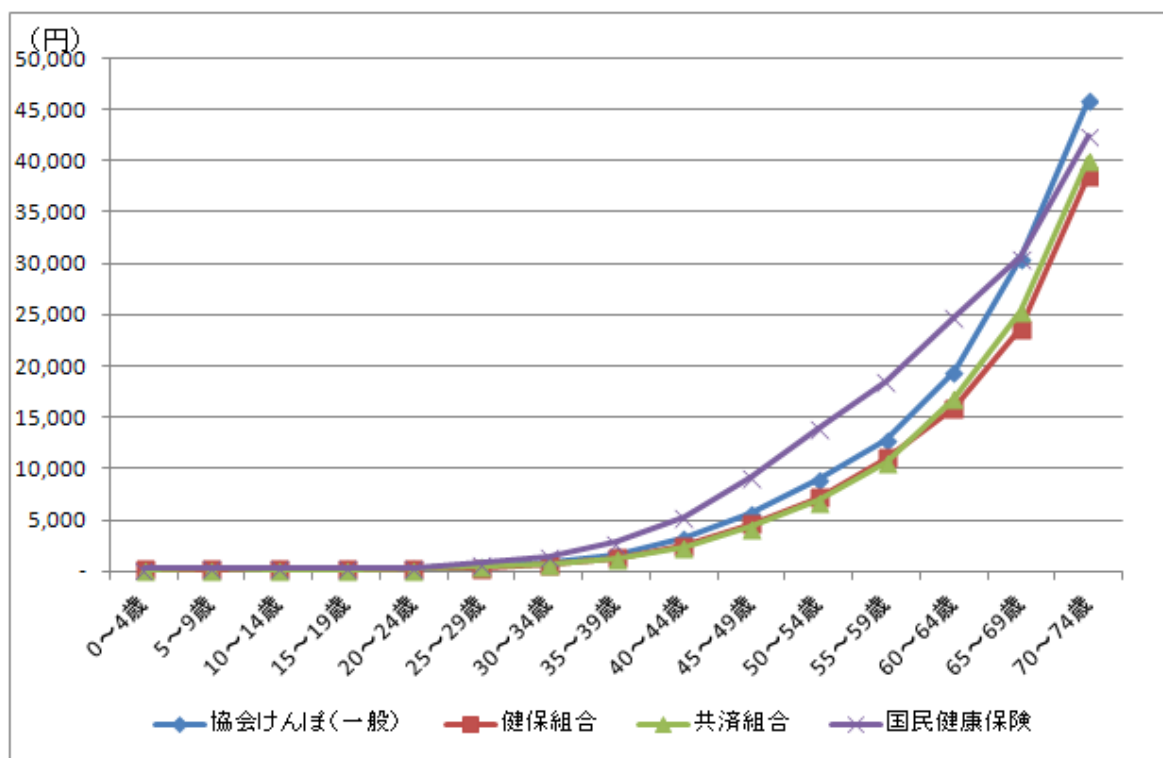
(5) 生活習慣病にかかる入院医療費の制度間差額分析

①生活習慣病にかかる制度別医療費の状況

ここでは、上記で見てきた疾病分類別加入者 1 人当たり医療費に関して、特に保険者機能の発揮が期待される生活習慣病を取り上げて、制度間の違いを分析する。なお、本分析では、生活習慣病の疾病分類として「(0402) 糖尿病」、「(0901) 高血圧性疾患」、「(0902) 虚血性心疾患」、「(0904-0908) 脳血管疾患」を対象とする。

対象としている生活習慣病に関して、年齢階級別加入者 1 人当たり入院医療費を制度別に見たものが下の図表である。これを見ると、40 歳から 64 歳の国民健康保険の金額が被用者保険（健保組合、協会けんぽ（一般））での金額を大きく上回っていることがわかる。このことから、生活習慣病にかかる保険者機能の発揮によって国民健康保険加入者の医療費を抑制する余地があるのではないかと考えられる。

図表 5- 38 生活習慣病にかかる制度別の年齢階級別加入者 1 人当たり入院医療費

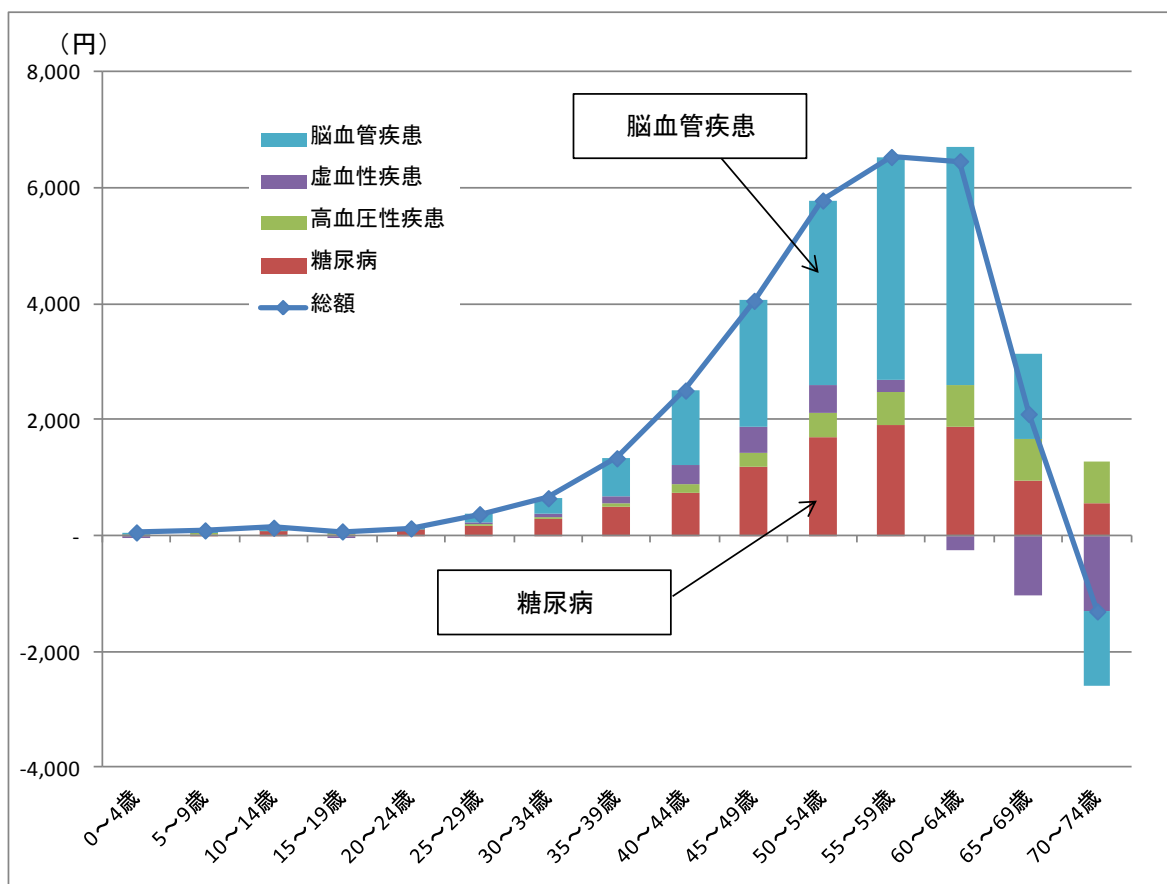


(注) ここでは、生活習慣病として「(0402) 糖尿病」、「(0901) 高血圧性疾患」、「(0902) 虚血性心疾患」、「(0904-0908) 脳血管疾患」を集計している。

(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

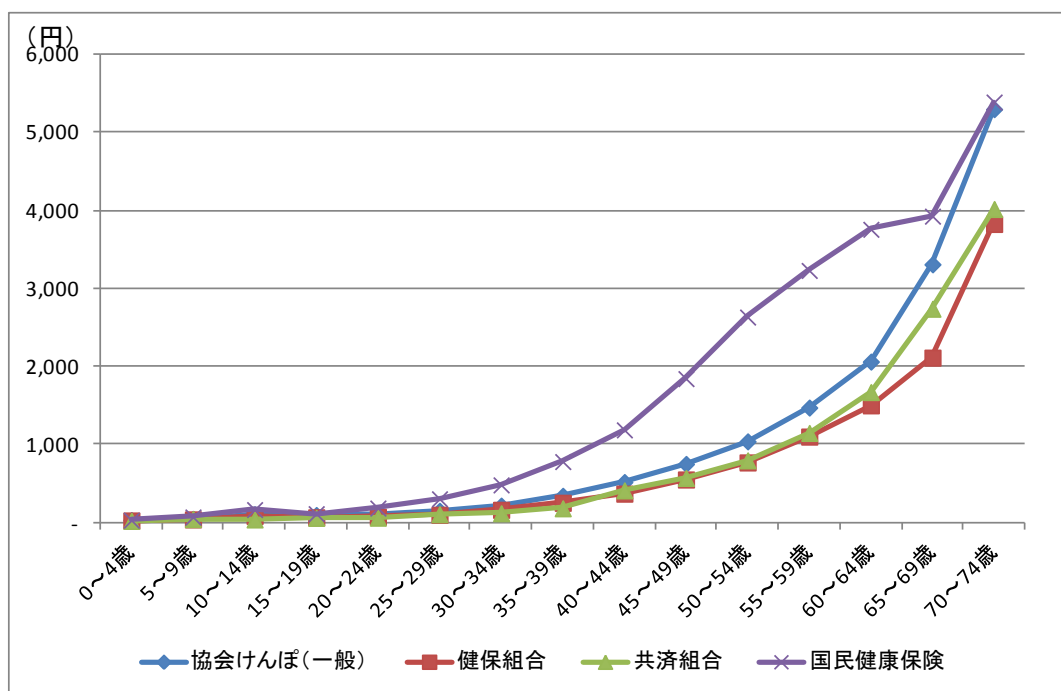
さらに、国民健康保険と被用者保険の加入者1人当たりの生活習慣病にかかる入院医療費について疾病分類を細かく見るために、国民健康保険と被用者保険平均の金額の差を疾病分類別に要因分解した。この結果を見ると、特に55歳から64歳で両者の差は6千円超となっているが、その中で疾病分類別には糖尿病及び脳血管疾患での差が大きいことがわかる。

図表 5- 39 生活習慣病にかかる年齢階級別加入者1人当たり入院医療費
(国民健康保険－被用者保険平均)



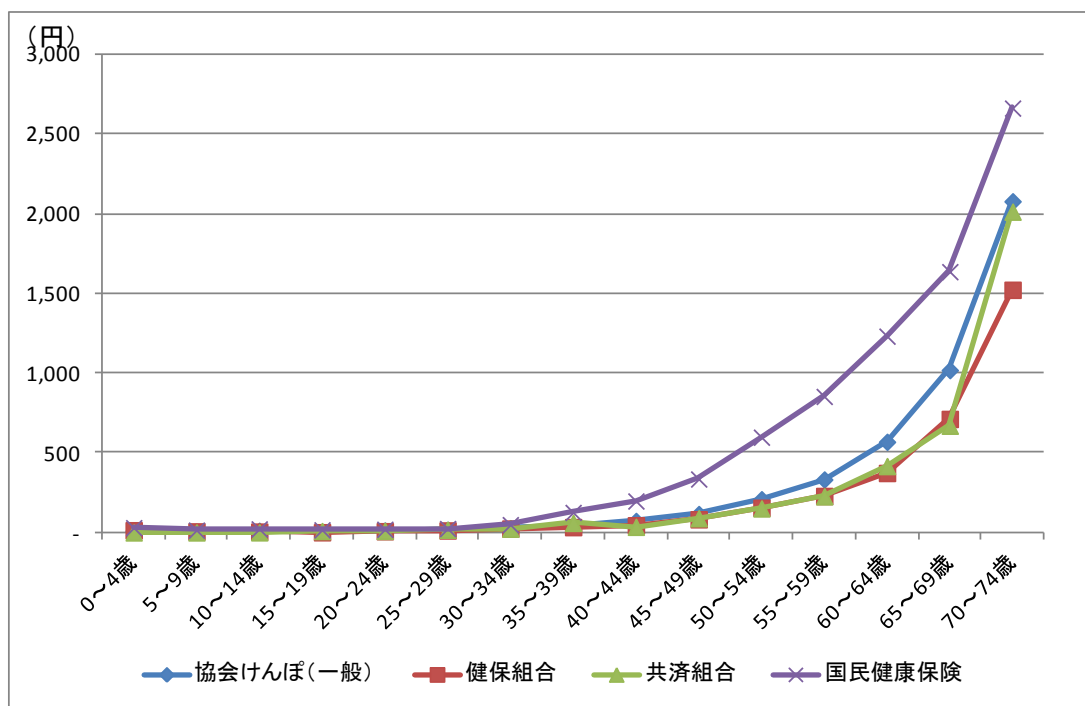
(資料) 厚生労働省「平成23年度医療給付実態調査」

図表 5- 40 糖尿病にかかる制度別の年齢階級別加入者 1 人当たり入院医療費



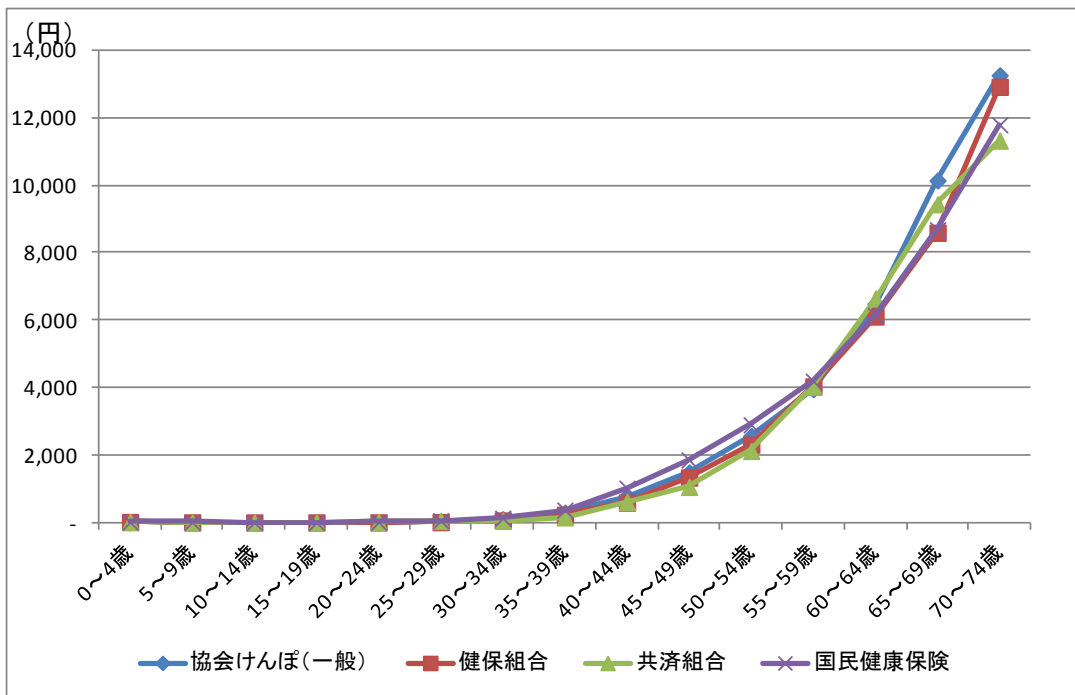
(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

図表 5- 41 高血圧性疾患にかかる制度別の年齢階級別加入者 1 人当たり入院医療費



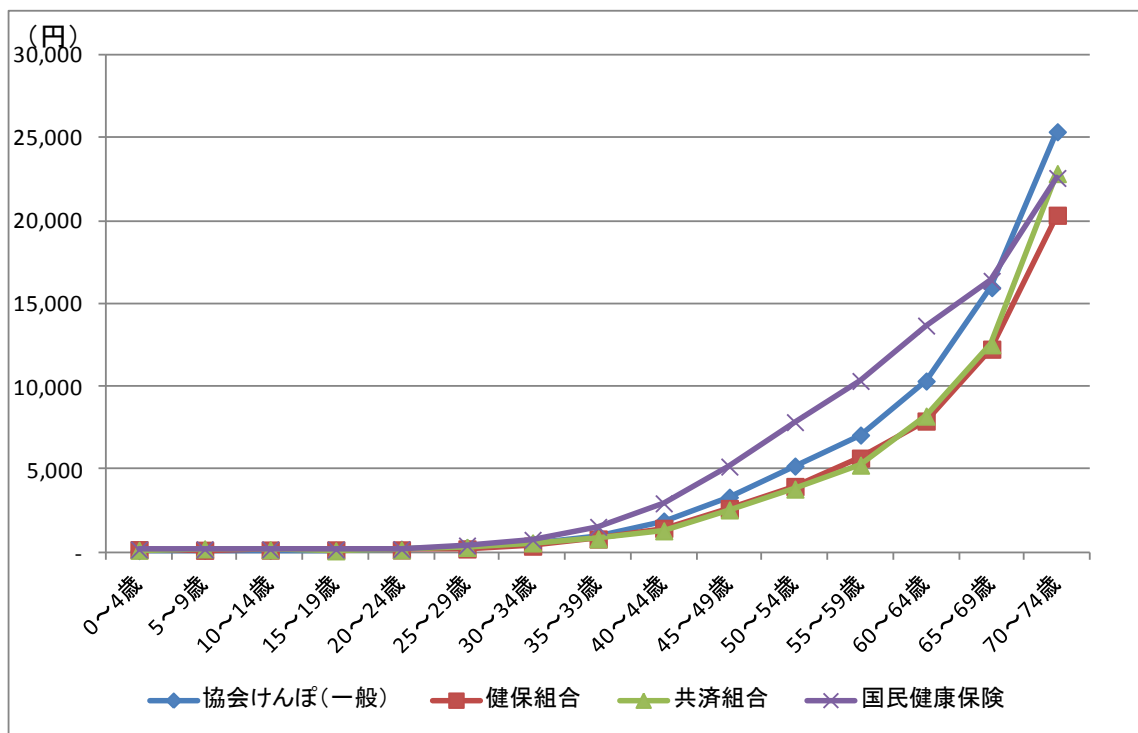
(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

図表 5- 42 虚血性心疾患にかかる制度別の年齢階級別加入者 1 人当たり入院医療費



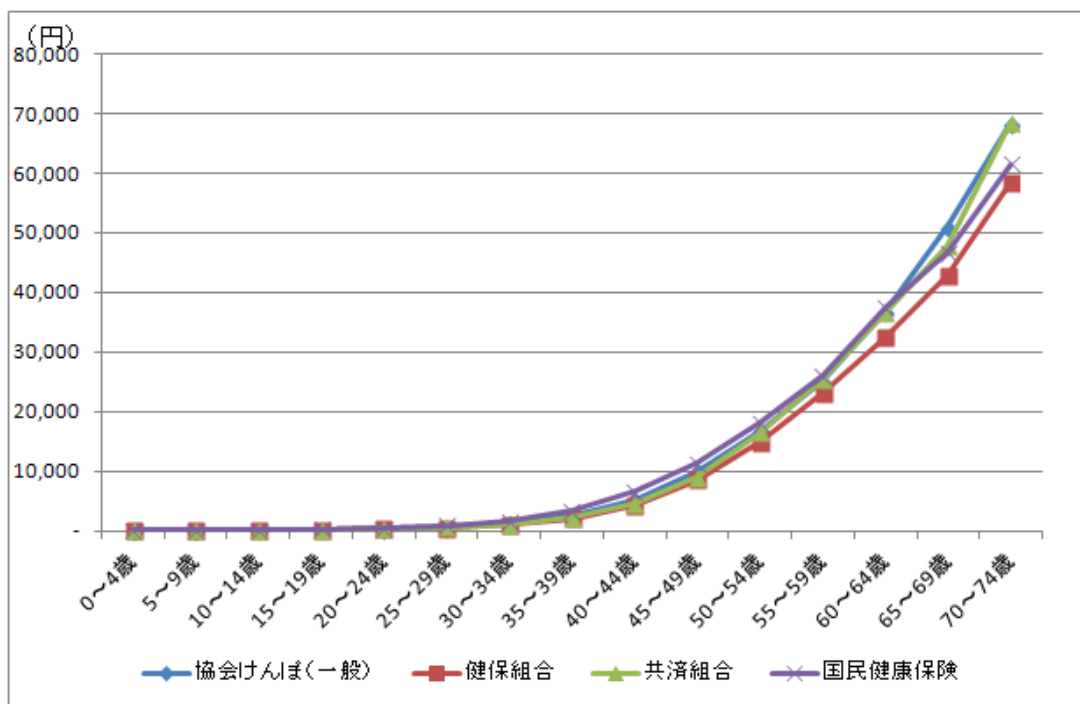
(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

図表 5- 43 脳血管疾患にかかる制度別の年齢階級別加入者 1 人当たり入院医療費



(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

(参考) 生活習慣病にかかる制度別の年齢階級別加入者 1 人当たり入院外医療費



(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」

②生活習慣病にかかる入院医療費の制度間差額の要因分析

次に、40～64歳の生活習慣病にかかる医療費（入院医療費）について、加入者1人当たり医療費、1件当たり日数、1日当たり診療費（医療費）、1件当たり診療費、推計平均在院日数、推計1入院当たり医療費、推計新規入院率を整理したのが下の図表である。

図表 5- 44 40～64歳の生活習慣病についての加入者1人当たり医療費、1件当たり日数、1日当たり診療費、1件当たり診療費、推計平均在院日数、推計1入院当たり診療費、推計新規入院率（入院医療費）

	健保組合	協会けんぽ (一般)	国民健康保険
【加入者1人当たり医療費（円）】			
糖尿病	760	1,166	2,849
高血圧性疾患	148	259	792
虚血性心疾患	2,395	3,043	3,961
脳血管疾患	3,762	5,537	9,442
【加入者1人当たり医療費（円）】 年齢構成補正			
糖尿病	816	1,111	2,423
高血圧性疾患	164	241	603
虚血性心疾患	2,671	2,841	3,029
脳血管疾患	4,083	5,243	7,573
【1件当たり日数（日）】			
糖尿病	11.2	12.4	15.8
高血圧性疾患	9.5	10.6	15.2
虚血性心疾患	9.5	5.8	7.2
脳血管疾患	17.7	18.0	20.6
【1日当たり診療費（円）】			
糖尿病	35,822	33,571	34,064
高血圧性疾患	34,569	28,217	31,758
虚血性心疾患	149,253	147,085	133,921
脳血管疾患	47,788	48,127	41,598
【1件当たり診療費（円）】			
糖尿病	402,791	417,212	536,606
高血圧性疾患	328,526	299,471	483,867
虚血性心疾患	820,079	858,808	963,969
脳血管疾患	843,867	865,257	854,983

	健保組合	協会けんぽ (一般)	国民健康保険
【推計平均在院日数（日）】			
糖尿病	17.2	20.3	31.5
高血圧性疾患	13.4	15.7	29.4
虚血性心疾患	6.5	7.0	9.1
脳血管疾患	40.4	42.4	61.0
【推計1入院当たり医療費（円）】			
糖尿病	617,084	681,028	1,073,413
高血圧性疾患	461,578	444,233	935,146
虚血性心疾患	967,483	1,027,319	1,220,375
脳血管疾患	1,938,579	2,038,527	2,535,716
【推計新規入院率（件／100人）】			
糖尿病	0.123	0.171	0.265
高血圧性疾患	0.032	0.058	0.085
虚血性心疾患	0.248	0.296	0.325
脳血管疾患	0.194	0.272	0.372

(注)・年齢構成補正の「加入者1人当たり医療費」は、40～64歳の各年齢階級の加入者1人当たり医療費を、被用者保険合計（健保組合、協会けんぽ（一般）、共済組合）の年齢階級構成比で加重平均した金額である。

- ・「推計平均在院日数」＝1件当たり日数×（月の日数－1）／（月の日数－1件当たり日数）
月の日数は、3月（31日）、6月（30日）、9月（30日）、12月（31日）の平均である30.5日とした。
- ・「推計1入院当たり診療費」＝推計平均在院日数×1日当たり診療費
- ・「推計新規入院率」＝件数×（月の日数－1件当たり日数）／（月の日数－1）
- ・医療費＝1人当たり医療費×加入者数
＝推計1入院当たり医療費×推計新規入院率×加入者数
（推計1入院当たり医療費＝推計平均在院日数×1日当たり医療費）

(資料)厚生労働省「平成23年度医療給付実態調査」

この結果から、生活習慣病（糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患）に関して、1日当たり診療費について、国民健康保険での金額は健保組合、協会けんぽ（一般）での金額と大きな差は見られないが、推計平均在院日数については、国民健康保険では健保組合、協会けんぽ（一般）よりもかなり長くなっており、その結果、推計1入院当たり医療費において国民健康保険が大きくなっている。また、推計新規入院率については、国民健康保険では健保組合、協会けんぽ（一般）よりも大きくなっていることがわかる。

これらの結果、1人当たりの医療費（推計1入院当たり医療費×推計新規入院率）について、国民健康保険では健保組合、協会けんぽ（一般）よりも大きくなる。

③国民健康保険における生活習慣病にかかる入院医療費の抑制余地の試算

ここでは、上記の作業結果を用いて、国民健康保険での40～64歳の各年齢階級において、①推計平均在院日数、②推計新規入院率が被用者保険並み（健保組合、協会けんぽ（一般）、共済組合の加重平均）となった場合の医療費（入院医療費）抑制余地を試算した。ケースは、①のみ、②のみ、①と②いずれも、の3つを想定した。また、③として、国民健康保険での40～64歳の各年齢階級1人当たり医療費が被用者保険並みであるとした場合の医療費抑制金額についても算出した。

ここでの試算方法について概説すると、

$$\begin{aligned} \text{医療費} &= 1 \text{人当たり医療費} \times \text{加入者数} \\ &= \text{推計1入院当たり医療費} \times \text{推計新規入院率} \times \text{加入者数} \\ &= \text{推計平均在院日数} \times 1 \text{日当たり医療費} \times \text{推計新規入院率} \times \text{加入者数} \end{aligned}$$

となるが、試算では上式の中で

- ① 推計平均在院日数が被用者保険並みになった場合
- ② 推計新規入院率が被用者保険並みになった場合

を想定していることになる。ただし、①については、1日当たり医療費は、平均在院日数が短くなると上昇する傾向があることから、推計1入院当たり医療費は、被用者平均の平均在院日数と国保の平均在院日数の2分の1乗の比率で変化させることとした（次の図表の注2参照）。なお、加入者数については変化がないものとしている。

結果を見ると、国民健康保険においては、①では約430億円、②では約390億円、①+②では約750億円、そして③では約820億円の生活習慣病にかかる医療費（入院医療費）の抑制余地があることがわかる。この背景には、特定健診・特定保健指導を積極的に進めている健保組合などの活動が生活習慣病にかかる医療費を抑制していることが考えられる。

なお、本分析に当たっては、上記の4疾患を生活習慣病と規定したが、図表5-37等で示されているように、被用者保険と国民健康保険の1人当たり医療費については、生活習慣病として含めていない「腎尿路生殖系の疾患」での差が大きくなっており、今後こうした疾患の効果も含めた検討が必要となる。

図表 5-45 国民健康保険の生活習慣病について、40～64 歳の各年齢階級において、推計平均在院日数、推計新規入院率が被用者平均並と仮定したときの入院医療費抑制額の推計（単位：100 万円）

	現状	推計平均在院日数が被用者平均並 (①)	推計新規入院率が被用者平均並 (②)	推計平均在院日数、推計新規入院率の両方が被用者平均並 (①+②)	1人当たり医療費が被用者平均並 (③)
【医療費】	252,742	209,269	213,927	177,945	170,580
糖尿病	42,242	33,386	29,792	23,580	18,701
高血圧性疾患	11,751	8,462	9,020	6,515	4,410
虚血性心疾患	58,734	50,673	58,219	50,241	55,537
脳血管疾患	140,015	116,748	116,895	97,609	91,932
【医療費抑制額】		43,473	38,815	74,797	82,162
糖尿病	—	8,856	12,450	18,662	23,541
高血圧性疾患	—	3,289	2,730	5,236	7,341
虚血性心疾患	—	8,061	514	8,493	3,196
脳血管疾患	—	23,267	23,120	42,406	48,084

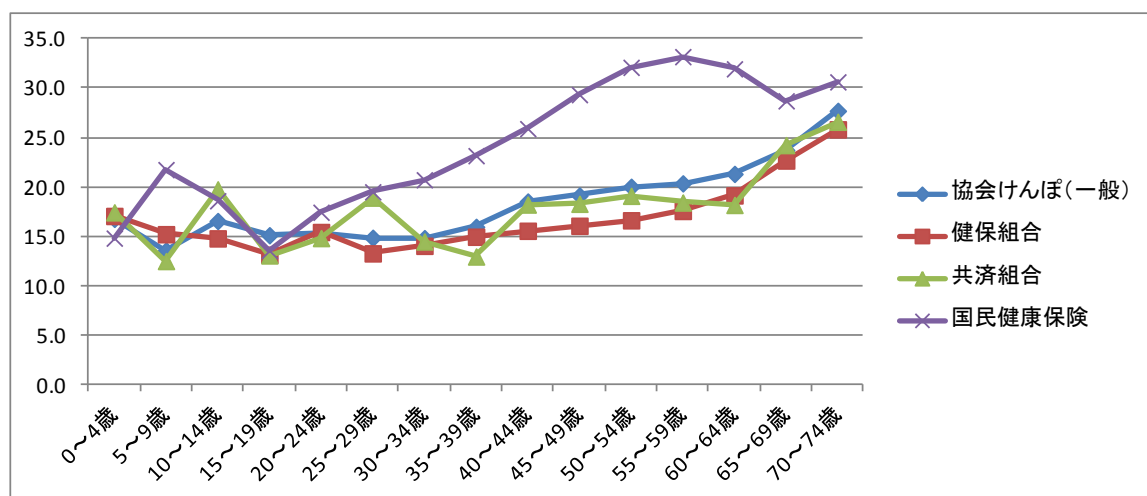
(注 1) 推計は 40～64 歳の中の各年齢階級で算出し、それらを合計したものである。

(注 2) 医療費＝推計 1 入院当たり医療費×推計新規入院率×加入者数、により算出した。ここで、1 入院当たり医療費については、推計平均在院日数の 1/2 乗に比例的に変化すると仮定した（厚生労働省保険局調査課「推計 1 入院当たり医療費の動向等—都道府県別、制度別及び病床規模別等—」平成 24 年（2012 年）3 月、p12 を参照）。

(注 3) 虚血性心疾患にかかる、50～64 歳の各年齢階級の推計新規入院率、60～64 歳の 1 人当たり医療費については、国民健康保険の方が被用者保険平均よりも小さくなっていることから、費用抑制効果には織り込んでいない（むしろ、被用者保険側に費用抑制の余地があることになる）。

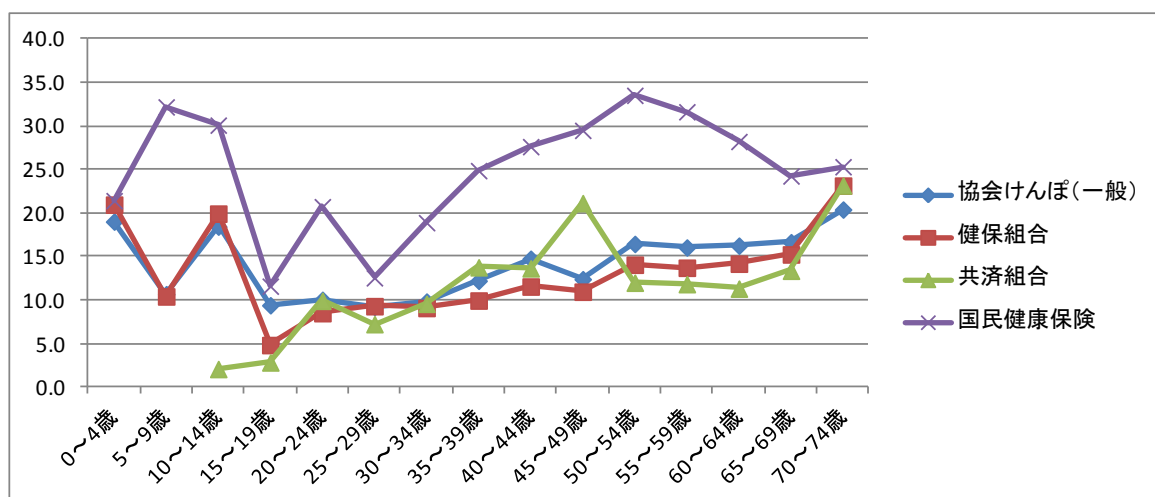
(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」をもとに算出。

図表 5- 46 糖尿病にかかる制度別の年齢階級別推計平均在院日数（入院）（日）



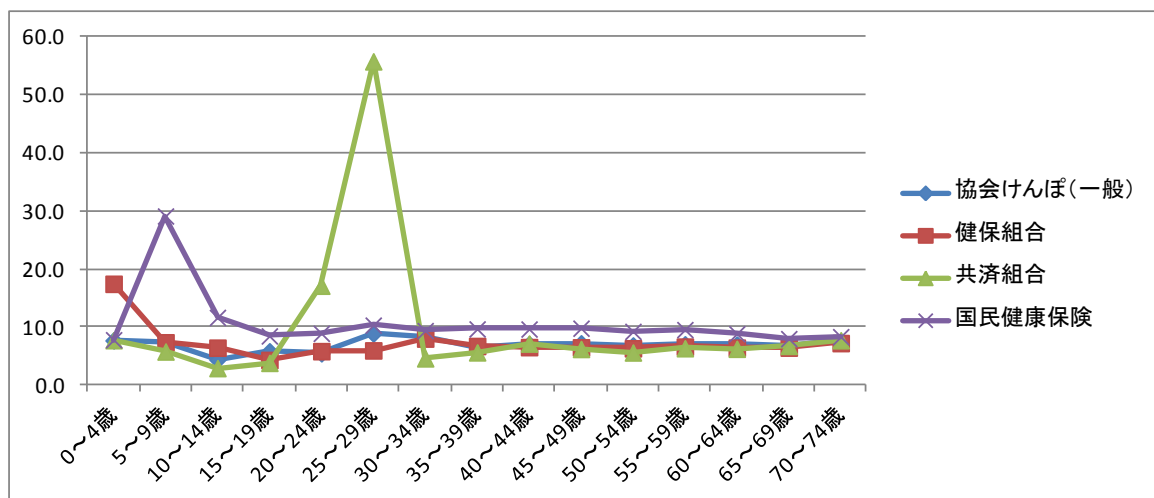
(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」をもとに算出。

図表 5- 47 高血圧性疾患にかかる制度別の年齢階級別推計平均在院日数（入院）（日）



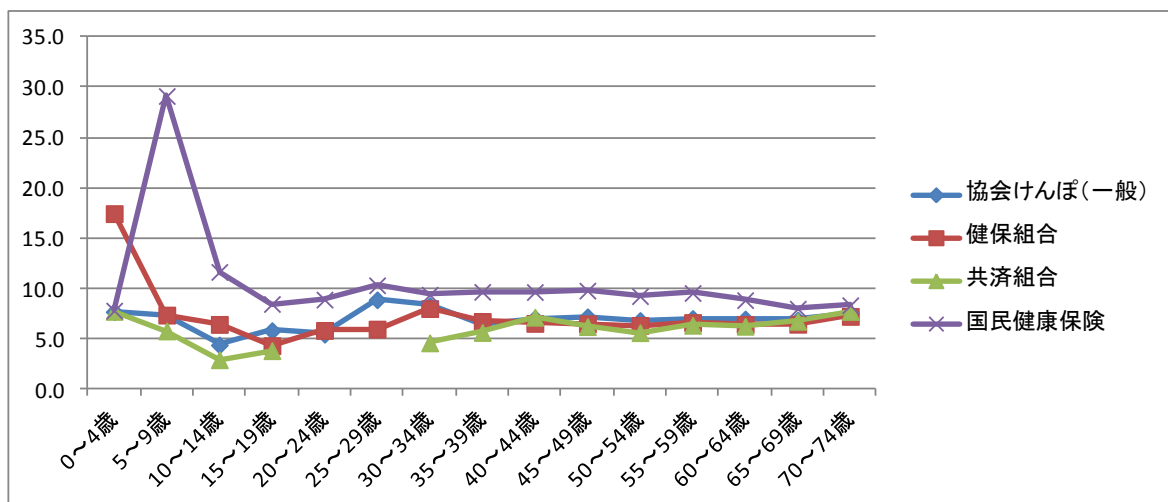
(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」をもとに算出。

図表 5- 48 虚血性心疾患にかかる制度別の年齢階級別推計平均在院日数（入院）（日）



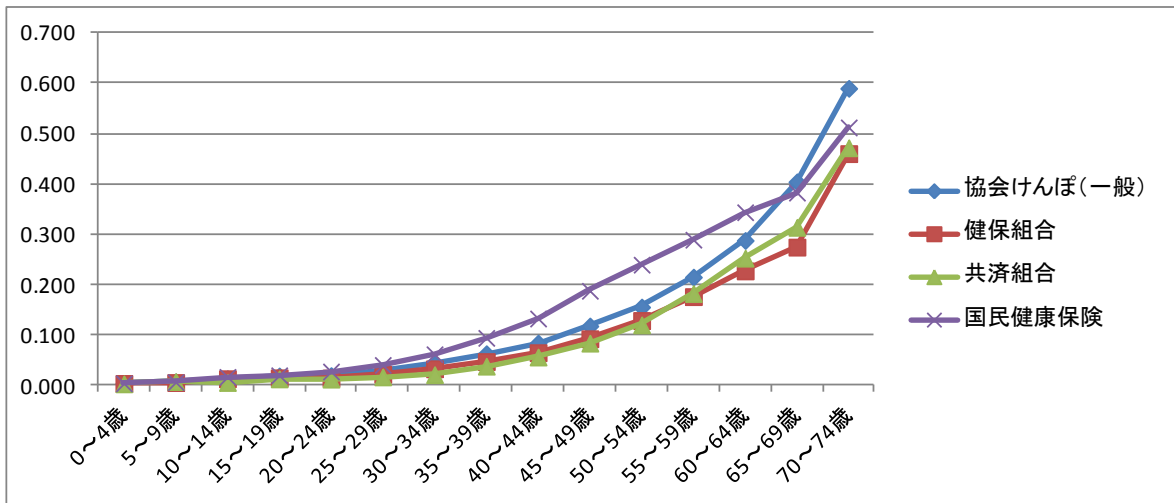
(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」をもとに算出。

図表 5- 49 脳血管疾患にかかる制度別の年齢階級別推計平均在院日数（入院）（日）



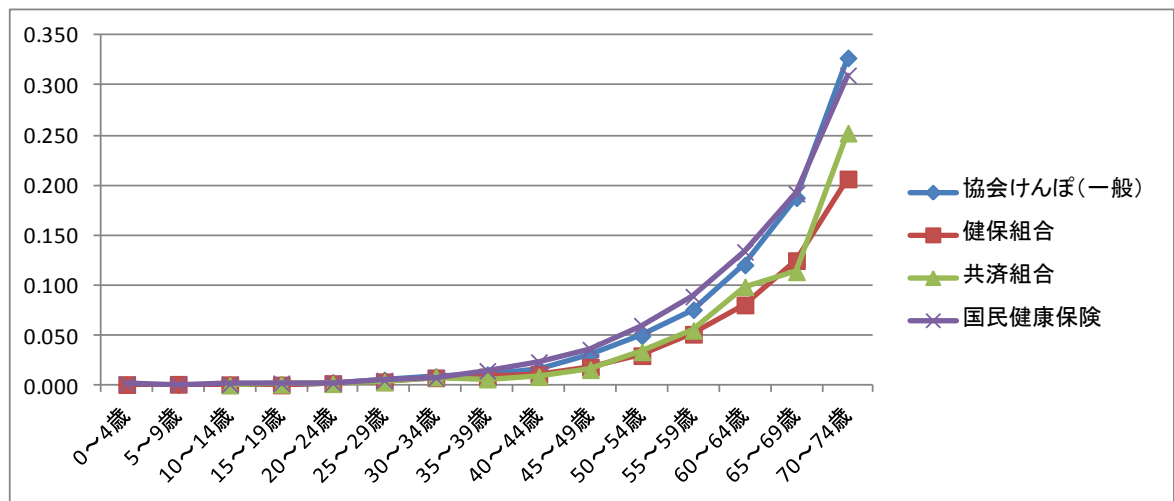
(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」をもとに算出。

図表 5- 50 糖尿病にかかる制度別の年齢階級別推計平均在院日数（入院）（件／100人）



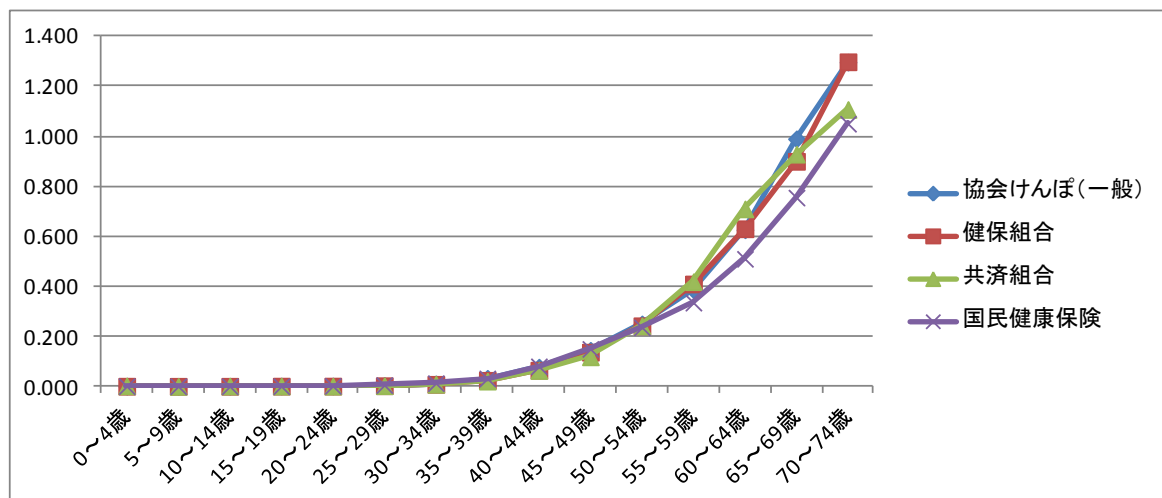
(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」をもとに算出。

図表 5- 51 高血圧性疾患にかかる制度別の年齢階級別推計新規入院率（入院）（件／100人）



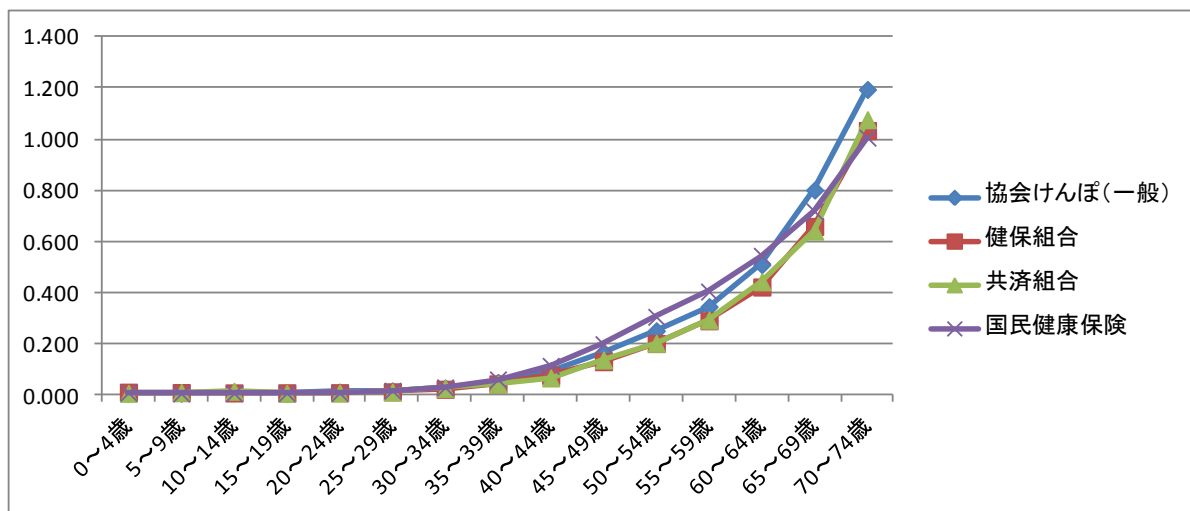
(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」をもとに算出。

図表 5- 52 虚血性心疾患にかかる制度別の年齢階級別推計新規入院率（入院）（件／100 人）



(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」をもとに算出。

図表 5- 53 脳血管疾患にかかる制度別の年齢階級別推計新規入院率（入院）（件／100 人）



(資料) 厚生労働省「平成 23 年度医療給付実態調査」をもとに算出。

(6) (参考分析) 精神疾患(精神及び行動の障害)に係る医療費の制度間の違い

前述の通り、加入者 1 人当たりの入院医療費、入院外医療費のいずれにおいても、国民健康保険での医療費が被用者保険での医療費を上回っており、疾病分類別には「精神及び行動の障害」がその大きな要因となっている。以下ではこの点について、現状把握を目的に違いを整理しておく。

下の図表は、精神疾患(精神及び行動の障害)について、加入者 1 人当たり医療費、推計平均在院日数、推計 1 入院当たり医療費、推計新規入院率を整理したものである。

これを見ると、いわゆる「医療費の 3 要素」といわれる、「1 件当たり日数」、「1 日当たり診療費」、「1 件当たり診療費」については、いずれも、国民健康保険と健保組合、協会けんぽ(一般)とでは大きな違いは見られない。一方で、推計平均在院日数については、国民健康保険では 460.7 日と、健保組合での 99.8 日、協会けんぽ(一般)での 133.0 日よりかなり長い。この結果、推計 1 入院当たり診療費について国民健康保険で大きくなっている。加えて、推計新規入院率については国民健康保険では 0.377 件/100 人と、健保組合での 0.101 件/100 人、協会けんぽ(一般)での 0.119 件/100 人よりもかなり大きい。この結果、加入者 1 人当たり医療費(入院医療費)は国民健康保険でかなり大きくなっている。

ここで、「医療費の新 3 要素」といわれる、「推計平均在院日数」、「推計 1 入院当たり診療費」、「推計新規入院率」を用いたのは、レセプトが 1 か月単位であるため、1 件当たり日数や 1 件当たり医療費において月の日数上限が存在し差が見えなくなっていることが理由である。例えば、協会けんぽと国民健康保険の 1 件当たり医療費に大きな違いが見られないからといって、1 入院医療費にも大きな違いがないとは言えない。医療費の新 3 要素を用いることでレセプトが月単位であることの上限を一定の手法で取りはらうことができ、医療費の実態をより反映した分析が可能となる。

図表 5- 54 精神及び行動の障害についての1件当たり日数、1日当たり診療費、1件当たり診療費、推計平均在院日数、推計1入院当たり診療費、推計新規入院率（入院医療費：40～64歳）

	健保組合	協会けんぽ (一般)	国民健康 保険計
加入者1人当たり医療費(円)	1,739	2,848	30,939
1件当たり日数(日)	23.5	25.0	28.7
1日当たり診療費(円)	17,253	17,980	17,807
1件当たり診療費(円)	406,157	448,838	510,420
推計平均在院日数(日)	99.8	133.0	460.7
推計1入院当たり診療費(円)	1,721,845	2,391,503	8,202,762
推計新規入院率(100人当たり件数)	0.101	0.119	0.377

(注)・「推計平均在院日数」=1件当たり日数×(月の日数-1) / (月の日数-1件当たり日数)

ここで、月の日数は、3月(31日)、6月(30日)、9月(30日)、12月(31日)の平均である30.5日とした。

・「推計1入院当たり診療費」=推計平均在院日数×1日当たり診療費

・「推計新規入院率」=件数×(月の日数-1件当たり日数) / (月の日数-1)

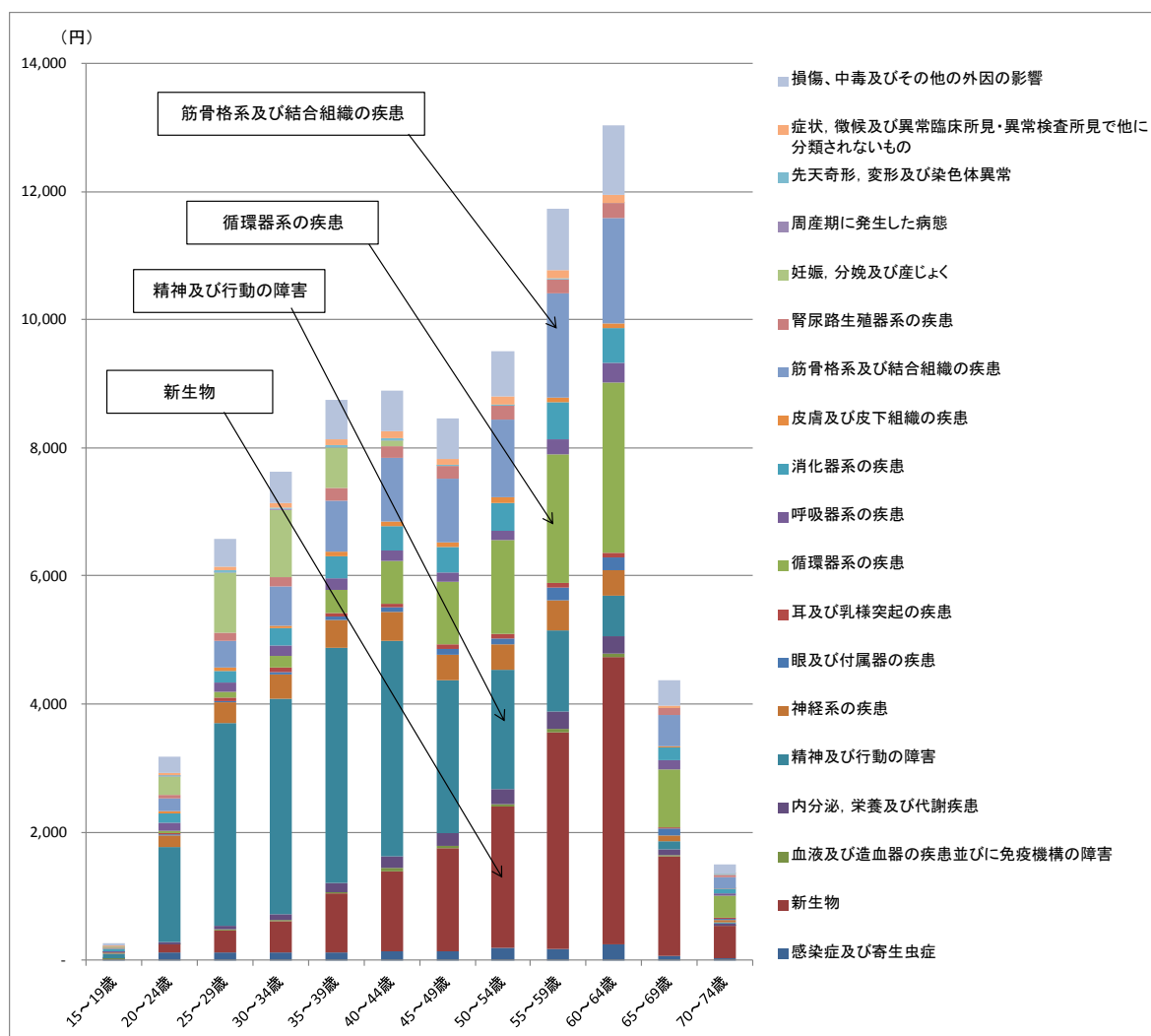
ここで、件数は、100人当たり件数(入院受診率)×「精神及び行動の障害」件数100分率とした。

(資料) 厚生労働省「平成23年度医療給付実態調査」

次に、協会けんぽの傷病手当金の支給状況を確認しておく。傷病手当金に着目するのは、被用者保険から国民健康保険への労働力市場の移転という視点に立つ場合、精神疾患の実態を把握する際の前段階として、傷病手当金を受給するケースが想定されるためである。なお、健保組合については傷病手当金の疾病別の統計データがないため、ここでは、協会けんぽのデータで見ることにした。

平成 24 年度の傷病手当金を疾病別・年齢階級別に見ると、25～49 歳においては、精神及び行動の障害に係る支給金額が大きくなっていることがわかる。

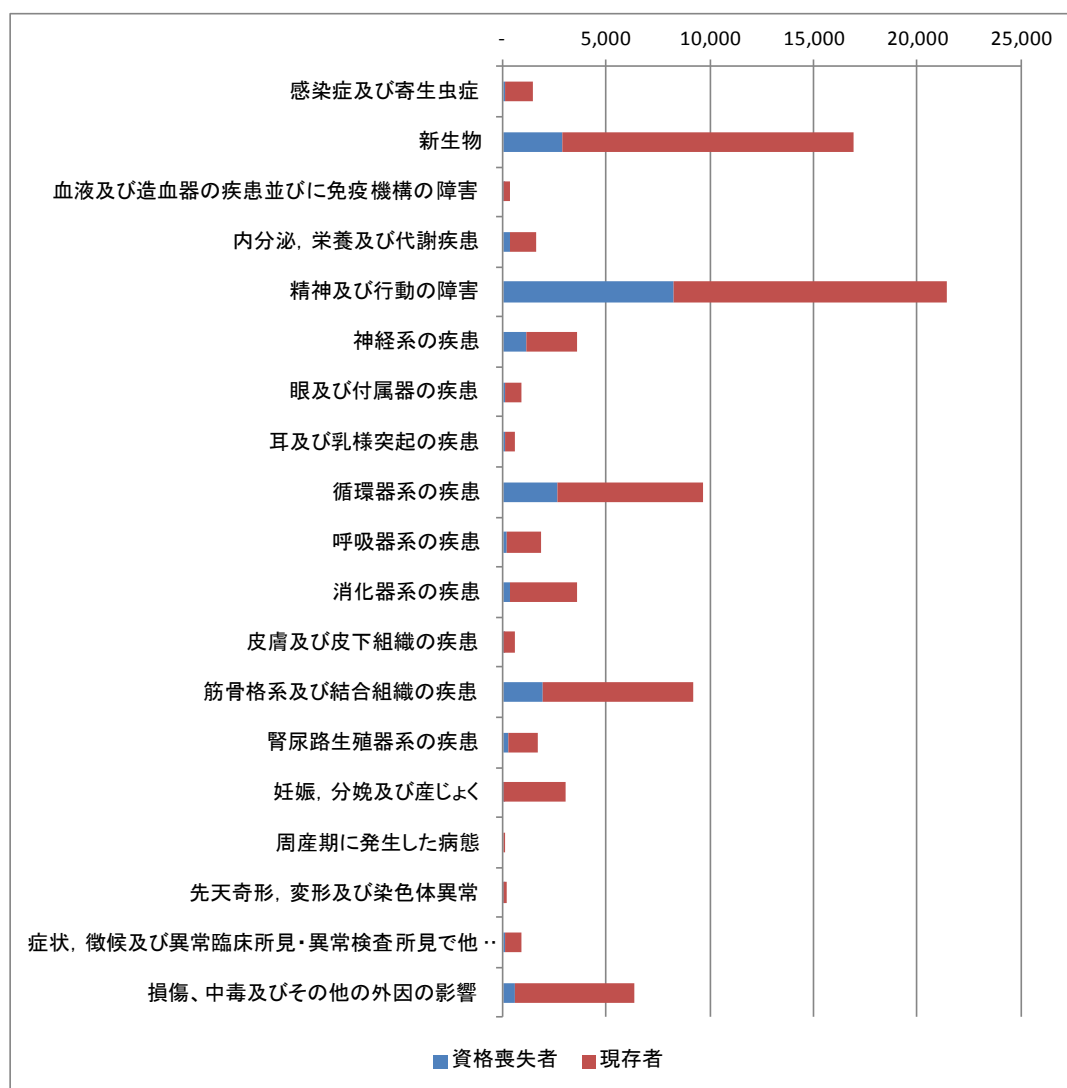
図表 5- 55 協会けんぽでの疾病別年齢階級別傷病手当金の支給金額（平成 24 年度）



(資料) 協会けんぽ「現金給付受給者状況調査 (平成 24 年度)」

また、協会けんぽでの傷病手当金の疾病別の支給件数を資格喪失者・現存者別に見ると、精神及び行動の障害については、資格喪失者の構成が他の疾病に比べて高くなっている。これらの結果からは、例えば先に仮説として示したように、精神疾患にかかる療養に関連して、被用者保険から国民健康保険への移転の前段階として、被用者保険において傷病手当金を受給するケースも想定される。

図表 5- 56 協会けんぽにおける疾病別の資格喪失者・現存者別傷病手当金件数（平成 24 年度：件）



(資料) 協会けんぽ「現金給付受給者状況調査 (平成 24 年度)」

ところで、平成 23 年度における生活保護による医療扶助人員を見ると、医療扶助人員総数は 165 万 7,093 人となっており、このうち 10 万 7,539 人が精神医療を受けている。また、入院について見ると、入院の 42.5%が精神医療で大きな割合を占めている。

精神疾患については、例えば、以前の「通院医療費公費負担制度」では医療費の 5%の自己負担（自治体によっては自己負担なし）で医療を受けることができた。平成 18 年 4 月からは「障害者自立支援法」により「通院医療費公費負担制度」が廃止となり、新たに「自立支援医療（精神通院医療）」として原則 10%負担かつ患者の世帯収入に応じた応益負担に変更となったものの、依然として公費負担も行われている。また、平成 25 年度から医療計画策定の際の記載事項である 5 疾病の 1 つに加えられたように⁷⁸、国がその対策に重点を置く疾患として位置づけられた。これに伴い、都道府県では、今後、精神疾患に対する医療提供体制を整備していくことが重要な課題となっている。精神疾患については、医療保険の枠を越えて、国全体の課題として位置づけられるべきものとする。

図表 5- 57 生活保護による医療扶助人員（平成 23 年度）

被保護実人員		2,067,244 人
医療扶助人員	総数	1,657,093 人
	精神	107,539 人（対全体：6.5%）
	入院	129,362 人
	精神	55,154 人（対全体：42.5%）
	入院外	1,527,731 人
	精神	52,385 人（対全体：3.4%）

（原資料）厚生労働省「福祉行政報告例」

（出所）厚生労働省社会・援護局保護課「社会・援護局関係主管課長会議資料」（平成 26 年 3 月 3 日）

（備考）厚生労働省の資料によれば、平成 22 年度の医療扶助費総額 15,701 億円（事業費）のうち、入院が 57.5%、外来が 28.1%、調剤が 14.5%となっている。さらに、入院のうち精神病棟が 38.7%を占めている（財務省主計局「社会保障予算（生活保護、年金等）」（平成 24 年 10 月））。

⁷⁸ 医療計画の記載事項として、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の 4 疾病に、新たに精神疾患が追加され、5 疾病になった。この 5 疾病に、救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の 5 事業、在宅医療を加えた「5 疾病・5 事業及び在宅医療」に係る医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制に関する事項を医療計画に定めることとされた。

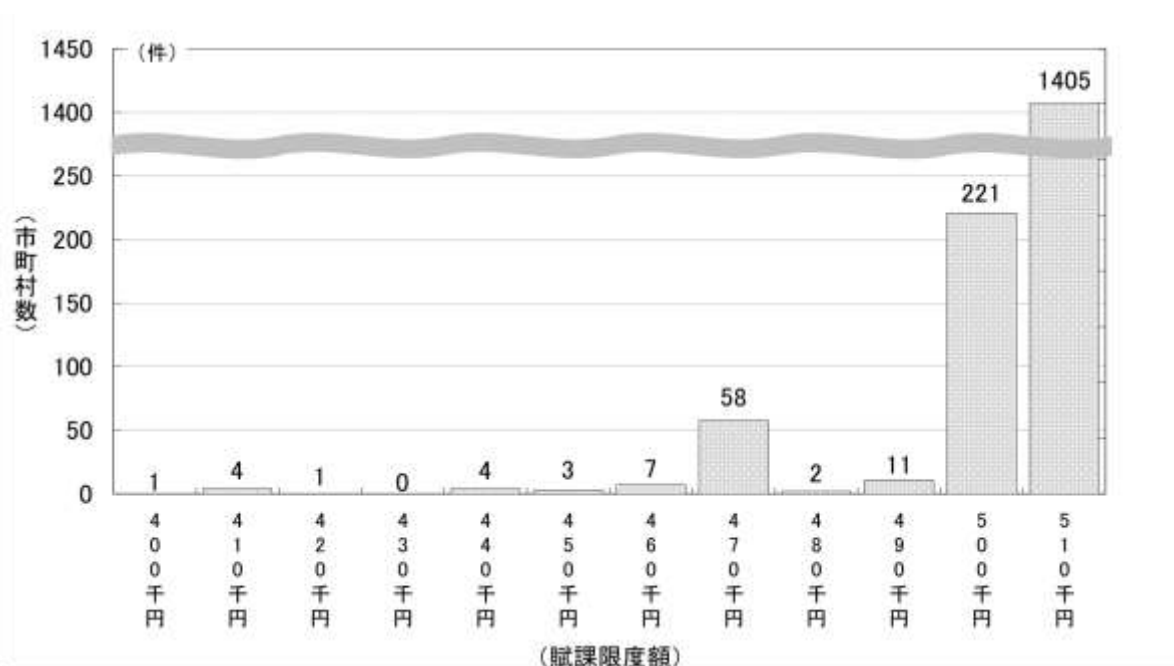
3. 保険料（医療給付分）の賦課限度額設定に係る効率化の可能性

- ・保険料の賦課限度額を上限である 51 万円より下回る額に設定している市町村国保は、全国で 312 件（全体の 18.2%）に上る。
- ・賦課限度額を 51 万円未満にしている市町村国保は、51 万円にしている市町村国保と比べて保険料収納率が低く、人口 1 人当たりの法定外繰入額や繰上充用金の額が大きい。

市町村国保の賦課限度額（ここでは基礎賦課分のみを取り扱うものとし、後期高齢者支援金等賦課分と介護納付金賦課分は除く）は現在、国民健康保険法および地方税法の施行令により上限額が 51 万円と定められている。厚生労働省が賦課限度額を設定する際、計算上は限度額を超える世帯が全被保険者の 4% となることを目安に設定されているが、実際には、51 万円を下回る限度額を設定している市町村国保が全国で 312 件（全体の 18.2%）あった。

なお、賦課限度額については、直近の改正として、平成 22 年度に 47 万円から 50 万円に、平成 23 年度に 50 万円から 51 万円に引き上げられたが、47 万円または 50 万円のまま据え置きとしている市町村国保があるものと考えられる。

図表 5- 58 市町村国保の賦課限度額分布



(資料) 厚生労働省「平成 23 年度国民健康保険事業年報」より作成

そこで、賦課限度額が 51 万円の市町村国保 1,405 件と、51 万円未満に設定している市町村国保 312 件に分けて、医療費地域差指数や保険料標準化指数等について基本統計量を見たところ、医療費地域差指数や保険料標準化指数は賦課限度額 51 万円の市町村国保のほう

が高かった。

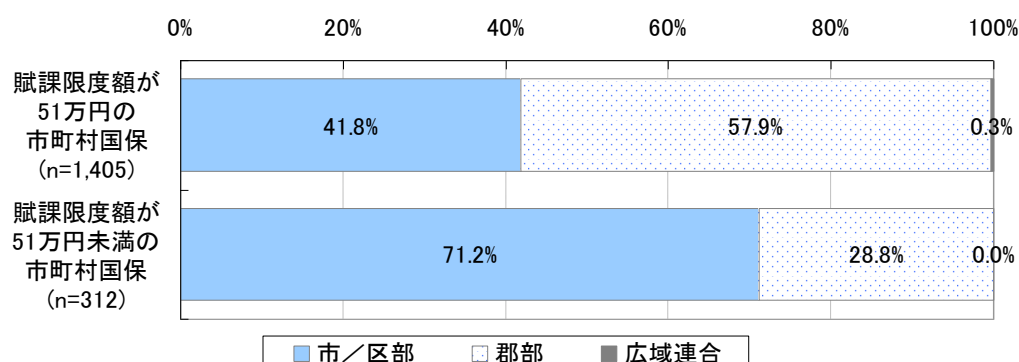
しかし、保険料収納率は賦課限度額 51 万円の市町村国保のほうが 2 ポイント以上高いことに加え、人口 1 人当たりの法定外繰入額や繰上充用金の額が小さくなっており、保険者としての観点からは、賦課限度額 51 万円の市町村国保のほうが機能している傾向が見られた。

図表 5- 59 市町村国保の賦課限度額別 医療費地域差指数、保険料標準化指数、保険料収納率、1 人当たり旧ただし書所得、人口 1 人当たり法定外繰入額、人口 1 人当たり繰上充用金

		件数	平均値	最大値	最小値	中央値	標準偏差
賦課限度額が 51 万円の 市町村国保	医療費地域差指数	1,405	1.012	1.532	0.537	0.999	0.116
	保険料標準化指数	1,405	1.008	1.665	0.450	1.003	0.153
	保険料収納率 (%)	1,402	92.9	100.0	39.4	93.4	4.1
	1 人当たり旧ただし書所得 (万円)	1,405	53.8	226.5	14.8	49.6	19.7
	人口 1 人当たり法定外繰入額 (円)	1,401	2,116.9	36,008.2	0.0	535.0	3,573.2
	人口 1 人当たり繰上充用金 (円)	1,401	589.5	40,369.4	0.0	0.0	3,034.7
賦課限度額が 51 万円未満の 市町村国保	医療費地域差指数	312	0.976	1.258	0.808	0.950	0.092
	保険料標準化指数	312	0.962	1.644	0.396	0.973	0.171
	保険料収納率 (%)	312	90.5	100.0	79.1	90.6	3.4
	1 人当たり旧ただし書所得 (万円)	312	64.5	157.7	32.4	62.8	17.3
	人口 1 人当たり法定外繰入額 (円)	312	2,879.2	18,406.3	0.0	1,691.6	3,466.8
	人口 1 人当たり繰上充用金 (円)	312	685.5	19,648.0	0.0	0.0	2,500.6

(注) 保険料収納率は福島県檜葉町、富岡町、葛尾村のデータがなく、人口 1 人当たり法定外繰入額と人口 1 人当たり繰上充用金は空知中部広域連合、大雪地区広域連合、後志広域連合、最上地区広域連合のデータがないため、件数が異なる。

図表 5- 60 賦課限度額別 市町村国保の地域区分



(資料) 図表 5-59・図表 5-60 は、厚生労働省「平成 23 年度国民健康保険事業年報」、「平成 23 年度国民健康保険実態調査」より作成

4. 市町村国保の合併前後における財政構造の変化の分析

(1) 目的

ここでは、市町村合併の前後で、市町村国保の財政構造がどのように変化するかを把握すること、特に、保険料をどのような水準に設定しているか、どのようなファイナンスの方法を用いているかを明らかにすることを目的に、合併前後の財政構造を分析した。

(2) 分析方法

分析対象は、後期高齢者医療制度創設（平成 20 年 4 月）以降に合併した市町村のうち、保険者別のデータが合併前後で比較可能な市町村とした。保険者別のデータとしては、厚生労働省が提供している「国民健康保険事業年報」、「国民健康保険実態調査」、「市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」を用いることとした。ただし、入手可能なデータに一部制限があったこと、合併前後の詳細なデータを比較する必要があることから、平成 23 年度に合併した下記 6 市（合併後の数）を分析対象とした。

図表 5- 61 分析対象市町

No.	合併前(平成 22 年度末)		合併後(平成 23 年度末)
1	愛知県西尾市 (28,539 人)	(被保険者計 46,459 人)	愛知県西尾市 (46,480 人)
	愛知県一色町 (7,933 人)		
	愛知県吉良町 (6,335 人)		
	愛知県幡豆町 (3,652 人)		
2	島根県松江市 (43,152 人)	(被保険者計 46,321 人)	島根県松江市 (45,697 人)
	島根県東出雲町 (3,169 人)		
3	岩手県一関市 (34,338 人)	(被保険者計 37,102 人)	岩手県一関市 (36,825 人)
	岩手県藤沢町 (2,764 人)		
4	栃木県栃木市 (43,349 人)	(被保険者計 45,424 人)	栃木県栃木市 (44,516 人)
	栃木県西方町 (2,075 人)		
5	島根県出雲市 (34,063 人)	(被保険者計 40,484 人)	島根県出雲市 (39,441 人)
	島根県斐川町 (6,421 人)		
6	埼玉県川口市 (161,396 人)	(被保険者計 180,330 人)	埼玉県川口市 (178,985 人)
	埼玉県鳩ヶ谷市 (18,934 人)		

(注) 括弧内は被保険者数。

(資料) 総務省「市町村合併の状況」、厚生労働省「国民健康保険事業年報」より作成

(3) 合併6市の分析結果

ここでは、平成22年度（合併前）と平成23年度（合併後）の財政構造及び主要な指標を整理した図表を次頁以降に示した。

①保険料の水準

1人当たり医療費は、合併後の平成23年度に、いずれの市でも増加していた（4,783～15,095円）。このような中、保険料調定額自体は市によって増減が見られたが（-1,874～+1,420円）、保険料標準化指数は6市とも合併後に減少していた（-0.029～-0.001）。この間、保険料収納率は6市とも改善しているものの（0.2～1.2%）、旧ただし書所得は島根県松江市を除く5市で減少しており、保険料調定額の増減を考えると、保険料だけでは医療費の増額分を賄うには不十分と考えられる水準であった。なお、合併前後における保険料水準の変更は、高い市町に合わせるケース（松江市、川口市）、概ね中間のケース（西尾市、一関市、出雲市）、低い市町に合わせるケース（栃木市）と対応が分かれた。

②ファイナンスの方法

保険料以外のファイナンスの方法として、医療費に対する法定外繰入、繰上充用金、基金等繰入金の比率に着目した。

基金等繰入金は、岩手県一関市で明確な増加が見られた。この背景としては、東日本大震災等の影響が想定されるが、合併後に旧ただし書所得の32,461円の大幅減少に伴い、保険料負担率が12.0ポイントの大幅増となったことを勘案した激変緩和のための対応策ではないかと推察される。

法定外繰入については、愛知県西尾市で増加（医療費に対する比率が2.1%から3.7%へと1.6ポイント増）が認められたが、他5市は合併前後で大きな増加は見られなかった。

なお、繰上充用金については、いずれの市でもまったく活用していなかった。

図表 5- 62 平成 22 年度（合併前）の保険料（税）調定に関する指標

No.	市町名	1人当たり旧ただし 書所得(円)		保険料賦課方式別の料率				賦課上限 額(円)	1人当たり保険料 調定額(円)		保険料標準化 指数		保険料負担率 (%)		保険料収納率 (%)	
				所得割	資産割	均等割	平等割									
1	西尾市	805,675	879,581	3.80%	13.00%	22,500	23,700	470,000	82,015	84,050	0.826	0.824	10.2	9.8	90.4	92.3
	一色町	1,226,244		3.60%	13.00%	22,500	22,500	470,000	87,683		0.762		7.2		95.4	
	吉良町	857,917		3.60%	18.00%	25,000	24,000	470,000	87,537		0.855		10.2		95.3	
	幡豆町	739,757		4.20%	20.00%	26,000	24,000	470,000	85,999		0.888		11.6		95.9	
2	松江市	546,729	547,393	7.17%	—	24,600	18,480	500,000	82,903	82,888	1.044	1.044	15.2	15.1	92.9	93.0
	東出雲町	556,392		5.35%	25.50%	23,200	20,000	500,000	82,692		1.046		14.9		94.2	
3	一関市	396,060	410,532	7.81%	—	19,300	18,500	500,000	66,290	66,026	1.042	1.041	16.7	16.3	93.1	93.1
	藤沢町	590,503		7.60%	—	20,400	18,000	500,000	62,736		1.020		10.6		93.2	
4	栃木市	586,564	586,229	(不均一賦課)				470,000	86,425	87,339	1.046	1.056	14.7	14.9	88.1	88.3
	西方町	579,187		7.40%	28.00%	30,000	29,000	470,000	106,541		1.253		18.4		91.2	
5	出雲市	535,965	539,430	9.01%	—	29,200	21,700	500,000	88,191	88,070	1.144	1.131	16.5	16.3	93.6	94.0
	斐川町	557,798		7.15%	—	24,350	20,300	500,000	87,426		1.058		15.7		96.0	
6	川口市	780,576	777,104	6.50%	40.00%	13,000	22,000	470,000	94,749	93,639	1.038	1.027	12.1	12.0	79.6	80.4
	鳩ヶ谷市	747,470		7.30%	45.00%	10,000	19,000	470,000	84,159		0.939		11.3		87.3	

図表 5- 63 平成 23 年度（合併後）の保険料（税）調定に関する指標

No.	市町名	1人当たり旧ただし書所得(円)	保険料賦課方式別の料率				賦課上限額(円)	1人当たり保険料調定額(円)	保険料標準化指数	保険料負担率(%)	保険料収納率(%)
			所得割	資産割	均等割	平等割					
1	西尾市	877,318 (-2,263)	3.80%	13.00%	22,500	23,700	510,000	85,470 (+1,420)	0.795 (-0.029)	9.7 (-0.0)	92.5 (+0.2%)
2	松江市	549,322 (+1,929)	(不均一賦課)				510,000	83,606 (+718)	1.031 (-0.013)	15.2 (+0.1)	93.2 (+0.2%)
3	一関市	378,071 (-32,461)	(不均一賦課)				510,000	64,152 (-1,874)	1.035 (-0.006)	17.0 (+0.7)	93.7 (+0.6%)
4	栃木市	578,922 (-7,307)	(不均一賦課)				470,000	86,979 (-360)	1.028 (-0.027)	15.0 (+0.1)	88.6 (+0.4%)
5	出雲市	530,597 (-8,833)	(不均一賦課)				510,000	87,913 (-157)	1.130 (-0.001)	16.6 (+0.2)	94.6 (+0.6%)
6	川口市	764,813 (-12,292)	6.50%	40.00%	13,000	22,000	500,000	93,757 (+118)	1.009 (-0.019)	12.3 (+0.2)	81.7 (+1.2%)

(注 1) 図表 5-62 平成 22 年度（合併前）の「1人当たり旧ただし書所得」、「1人当たり保険料調定額」、「保険料標準化指数」、「保険料負担率」、「保険料収納率」の右側の列は各市町の被保険者数による加重平均。

(注 2) 図表 5-63 平成 23 年度（合併後）の括弧内の数値は前年からの増減。

(注 3) 「1人当たり保険料調定額」は現年度分・介護除く。

(資料) 図表 5-62・図表 5-63 「国民健康保険事業年報」、「市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」より作成。

図表 5- 64 賦課限度額別 市町村国保の地域区分

No.	市町名	1人当たり医療費(円)		医療費の地域差指数		1人当たり保険料 調定額(円)		1人当たり基金等 繰入金(円)		1人当たり法定外 繰入(円)		繰上充用 金(千円)
1	西尾市	259,838	265,198	0.896	0.900	82,015	84,050 (31.7%)	10,515	8,590 (3.2%)	8,377	5,619 (2.1%)	0
	一色町	243,630		0.839		87,683		12,458		72		0
	吉良町	287,250		0.935		87,537		0		3,341		0
	幡豆町	315,826		1.000		85,999		0		93		0
2	松江市	346,743	345,957	1.072	1.070	82,903	82,888 (24.0%)	465	433 (0.1%)	1,731	1,647 (0.5%)	0
	東出雲町	335,327		1.039		82,692		0		505		0
3	一関市	278,559	277,126	0.874	0.872	66,290	66,026 (23.8%)	5,275	5,824 (2.1%)	0	0 (0.0%)	0
	藤沢町	259,315		0.844		62,736		12,658		0		0
4	栃木市	278,545	278,016	0.940	0.938	86,425	87,339 (31.4%)	14,640	15,294 (5.5%)	119	113 (0.0%)	0
	西方町	266,903		0.901		106,541		29,042		0		0
5	出雲市	345,681	342,607	1.064	1.055	88,191	88,070 (25.7%)	0	0 (0.0%)	677	687 (0.2%)	0
	斐川町	326,315		1.005		87,426		0		741		0
6	川口市	245,107	247,933	0.884	0.888	94,749	93,639 (37.8%)	0	83 (0.0%)	9,397	10,409 (4.2%)	0
	鳩ヶ谷市	272,053		0.922		84,159		791		19,049		0

図表 5- 65 平成 23 年度（合併後）の財政構造に関する指標

No.	市町名	1 人当たり医療費(円)	医療費の地域差指数	1 人当たり保険料 調定額(円)	1 人当たり基金等 繰入金(円)	1 人当たり法定外 繰入(円)	繰上充用 金(千円)
1	西尾市	271,751 (+6,552)	0.897 (-0.003)	85,470 (31.5%)	8,839 (3.3%)	10,050 (3.7%)	0
2	松江市	361,052 (+15,095)	1.082 (+0.012)	83,606 (23.2%)	0 (0.0%)	1,620 (0.4%)	0
3	一関市	281,909 (+4,783)	0.863 (-0.008)	64,152 (22.8%)	10,743 (3.8%)	0 (0.0%)	0
4	栃木市	284,222 (+6,206)	0.924 (-0.014)	86,979 (30.6%)	12,150 (4.3%)	47 (0.0%)	0
5	出雲市	348,619 (+6,011)	1.046 (-0.009)	87,913 (25.2%)	0 (0.0%)	736 (0.2%)	0
6	川口市	255,187 (+7,254)	0.885 (-0.003)	93,757 (36.7%)	2,344 (0.9%)	3,649 (1.4%)	0

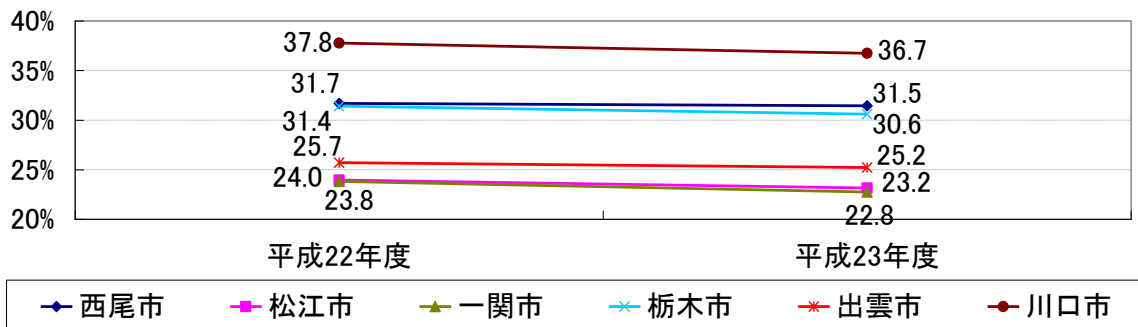
(注 1) 図表 5-64 平成 22 年度（合併前）の「1 人当たり医療費」、「医療費の地域差指数」、「1 人当たり保険料調定額」、「1 人当たり基金等繰入金」、「1 人当たり法定外繰入」の右側の列は各市町の被保険者数による加重平均、括弧内の数値（%）は「1 人当たり医療費」に対する比率。

(注 2) 図表 5-65 平成 23 年度（合併後）の「1 人当たり医療費」、「医療費の地域差指数」の括弧内は前年からの増減。「1 人当たり保険料調定額」、「1 人当たり基金等繰入金」、「1 人当たり法定外繰入」の括弧内の数値（%）は「1 人当たり医療費」に対する比率。

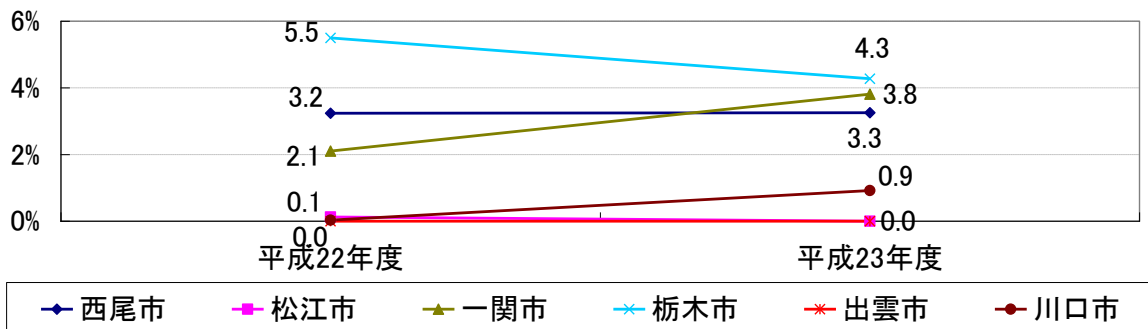
(注 3) 「1 人当たり保険料調定額」は現年度分・介護除く。

(資料) 図表 5-64・図表 5-65 「国民健康保険事業年報」、「市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」より作成。

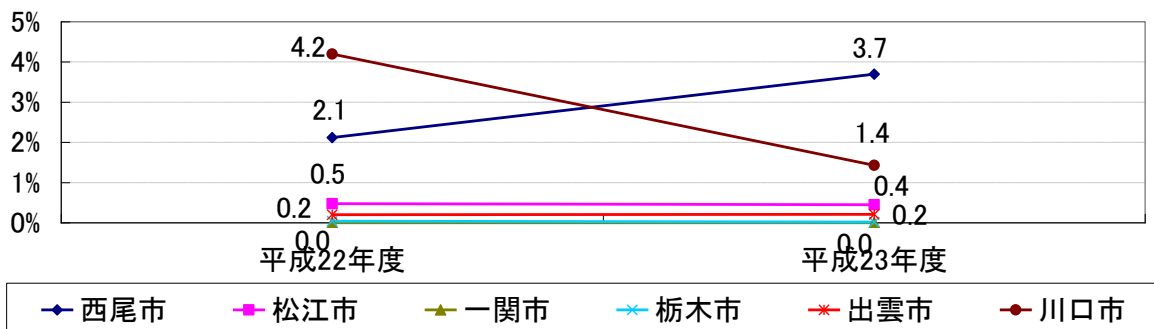
図表 5- 66 1人当たり医療費に対する保険料調定額比率の合併前後推移



図表 5- 67 1人当たり医療費に対する基金等繰入金比率の合併前後推移



図表 5- 68 1人当たり医療費に対する法定外繰入比率の合併前後推移



(資料) 図表 5-66・図表 5-67・図表 5-68 「国民健康保険事業年報」、「市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」より作成。

(4) 愛知県西尾市に関する追加分析

ここでは、前項で見たうち、1人当たり法定外繰入の金額及び比率が平成22年度の市町合併前後で上昇していた愛知県西尾市の国民健康保険（以下、「西尾市国保」）に焦点を当てた分析を行った。

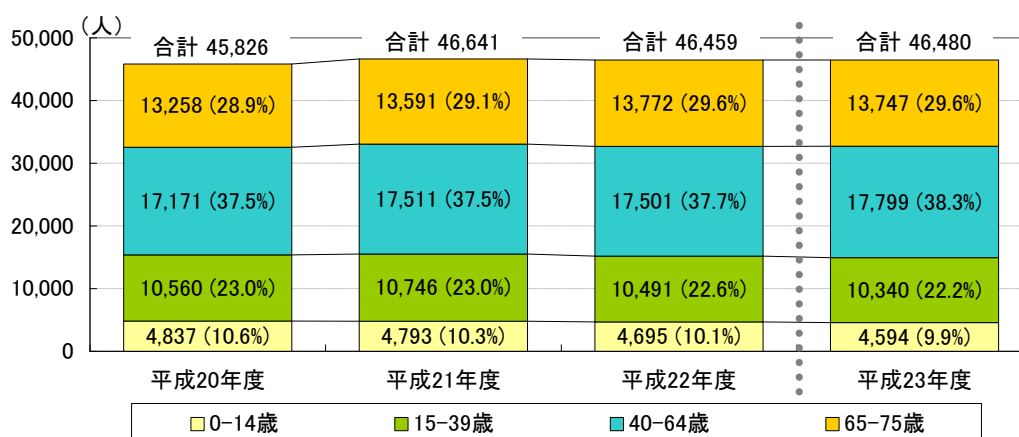
なお、西尾市国保は平成23年4月1日に1市3町（西尾市、幡豆郡一色町、同郡吉良町、同郡幡豆町）の国保が統合されたものであり、平成22年度以前のデータについては上記1市3町の統計データの合算値もしくは被保険者数による加重平均値のみを掲載した。

①被保険者の構成

西尾市国保の被保険者の年齢構成には高齢化の傾向が見られた。平成20年度には「40-64歳」が37.5%、「65-75歳」が28.9%であったが、平成23年度には「40-64歳」が38.3%、「65-75歳」が29.6%と、3年間でそれぞれ0.8ポイント、0.7ポイント上昇していた。

また、被保険者総数としては、平成20年度から平成21年度にかけて815人増加したが、その後大きな変化は見られなかった。

図表 5- 69 経年別 西尾市国保の被保険者の構成



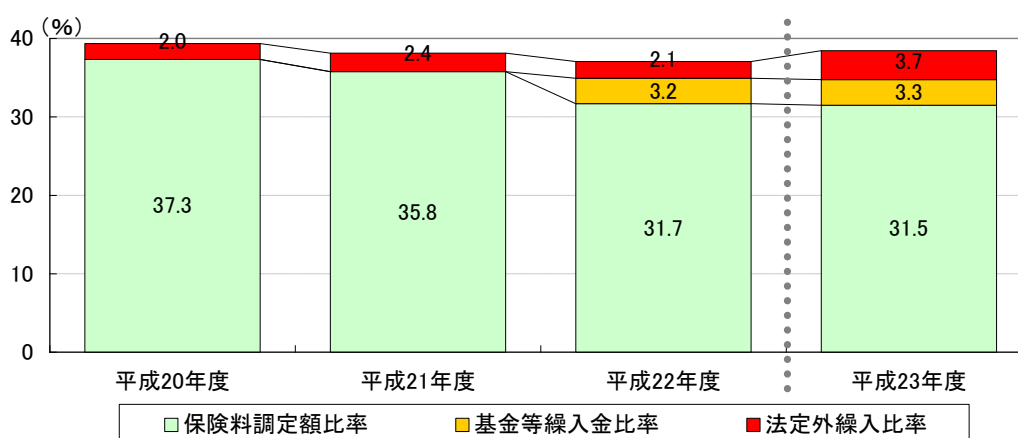
(注) 括弧内は年度内構成比。

(資料) 厚生労働省「国民健康保険実態調査」より作成

②財政構造と地域差指数

西尾市国保の財政構造は、平成20年度の医療費に対する「保険料調定額比率」は37.3%であったが、21年度には35.8%、22年度には31.7%、23年度には31.5%と低下傾向が見られた。このような中、法定内である「基金等繰入金比率」は22年度に3.2%、23年度に3.3%と合併前後に一定程度活用されていたと思われる。しかしながら、「法定外繰入比率」は、平成20年度に2.0%、21年度に2.4%、22年度に2.1%、23年度に3.7%となっており、合併後に比率が上昇していた。

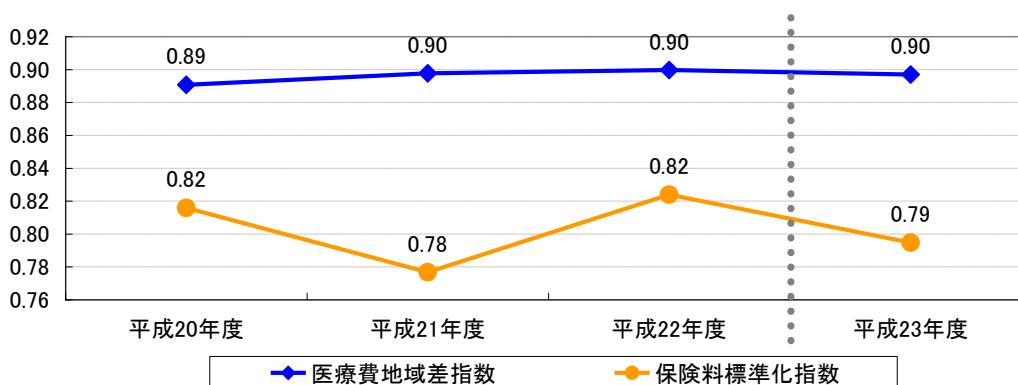
図表 5- 70 経年別 西尾市国保の財政構造（医療費に対する比率）



(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報」より作成

次に、医療費地域差指数と保険料標準化指数を見ると、医療費地域差指数は平成20年度から23年度までほぼ一定(0.89~0.90)だが、保険料標準化指数はやや幅があり(0.78~0.82)、合併後の23年度には前年度より低下していた。

図表 5- 71 経年別 西尾市国保の医療費および保険料の地域差指数



(資料) 平成 22-23 年度は厚生労働省「市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」、「医療費の地域差分析」、平成 20-21 年度は「国民健康保険事業年報」、「国民健康保険実態調査」をもとに作成

③考察

西尾市国保では、合併前から2%程度の法定外繰入を行っており、保険料の地域差指数で見ても明らかなように、保険料を全国的にも低い水準に維持してきた。1市3町による合併に伴い、保険料率を比較的高い郡部に合わせるのではなく、人口規模が大きい旧西尾市と同一にしたことにより、医療費に対する保険料調定額の比率が低下し、法定内である基金等繰入金を活用した上でも不足した部分に対して、法定外繰入を実施したものと推察される。結果的に、保険料標準化指数は合併後に低下しており、保険者機能の観点からは改善の余地があるものと考えられる。

ただし、上記はあくまで入手可能な公開された統計データに基づく分析であり、西尾市国保に特殊な背景等の有無は確認できていないことに留意する必要がある。

まとめ

本調査研究では、国民健康保険制度の概要、制度体系や財源に関する議論の歴史的変遷、国民健康保険の加入者・財政構造等の変容、高齢者医療制度との関係、財政効率化の可能性等を中心に分析・整理を行った。この結果、国民健康保険制度の機能と財政について以下のようなことが明らかとなった。

(1) セーフティネットとしての国保と加入者構造の変容の問題

国保法では、保険者については「市町村及び特別区は、この法律の定めるところにより、国民健康保険を行うものとする」と市町村に国保事業を実施することを義務付けている。また、被保険者については「市町村又は特別区の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする」と強制加入の仕組みとなっている。ただし、被用者保険の被保険者・被扶養者、生活保護受給者などは適用除外とされている。換言すると、法律上、国保は他の制度の適用者となっていない者を広くカバーすることで国民皆保険を実現化し、セーフティネットとしての重要な役割を果たしているといえよう。

一方、実態面を見ると、国民皆保険達成から間もない昭和 40 年度時点では、世帯主の職業が「農林水産業」と「その他の自営業」を合わせた割合はおよそ 7 割となっており、「無職」は全体の 6.4%に過ぎなかった（p29、図表 2-28 参照）。しかし、40 年後の平成 17 年度時点で見ると、「農林水産業」と「その他の自営業」を合わせた割合は 2 割程度となっており、「無職」が 5 割を超える状況となっている。平成 20 年度の高齢者医療制度の開始により、「無職」の割合は平成 19 年度の 55.4%から平成 20 年度の 39.6%へと一時的に大きく減少したものの、その後は緩やかに上昇し続けている。直近である平成 24 年度の数値を見ると、「農林水産業」が 2.8%、「その他の自営業」が 14.7%で両者を合わせた割合は 17.5%と 2 割を切っており、「被用者」が 35.2%、「無職」が 43.4%となっている。なお、国保における「被用者」について国民年金の第 1 号被保険者のデータから推察すると、その中心はパート労働者であり（p36、図表 2-40 参照）、「100 万円未満」、「100～200 万円未満」の所得が多くなっている（p36、図表 2-41 参照）。世帯主の年齢階級別職業構成割合を見ると、20 歳以上 59 歳以下では「被用者」の割合が最も高いが、60 歳以上では「無職」が最も高くなっており、その割合は 60～64 歳では 38.9%、65～69 歳では 57.9%、70～74 歳では 70.6%となっている（p29、図表 2-29 参照）。一方で、65 歳未満であっても、「無職」の割合は 35～39 歳の 18.1%が最低で、25～59 歳の各年齢階級において 2 割近くを占めている。また、被保険者（世帯主に限定していない）の年齢構成について見ると、65 歳以上の占める割合は昭和 40 年度時点では 8.7%と 1 割未満であったが、平成 17 年度時点では 45.0%と急速に増加している

(p27、図表 2-25 参照)。平成 20 年度に後期高齢者医療制度が創設されたため、平成 20 年度以降は「65 歳以上」の区分が「65 歳以上 74 歳以下」と縮小したことに伴い 65 歳以上が 30.7%に低下したが、それでも平成 24 年度は「65 歳以上」が 32.9%と全加入者の 3 分の 1 を占めている。さらに、世帯の所得階級別分布を見ると、平成 24 年度では「所得なし」が 23.7%、「100 万円未満」を合わせた割合は 50.9%と半数近くを占めている。一方で、200 万円以上 500 万円未満が 19.6%、500 万円以上が 4.4%を占めている (p31、図表 2-32)。なお、ここでの「所得」には老齢年金等の非課税部分が含まれていないこと (したがって、「所得なし」が必ずしも「=無収入」とはならない) や自営業者等における所得捕捉が被用者ほど容易ではないことに留意する必要がある。

以上から、①国民皆保険を達成した当時の国保は農林水産業従事者や自営業者等を中心とした制度であったが、現在はこうした被保険者の割合は大幅に低下し、むしろ少数派となっていること、②現在の被保険者の 3 分の 1 が 65 歳以上の高齢者であること、③年金受給者や低所得者等の被保険者が半数近くを占めていること——等がその特徴として挙げられる。国保は、制度上、他の制度でカバーされない対象者を被保険者としており、わが国の社会経済構造の変化を受けて、その加入者構造も大きく変容している。制度創設時や国民皆保険達成時には農林水産業従事者や自営業者等を対象にした制度であったが、現在、被保険者の年齢構成や世帯主の職業等も多様化しており、その結果保険料賦課対象である所得や資産の状況、医療ニーズ等も多様化している。多様化している中でも、国保の特徴と言えるのは、医療ニーズの高い高齢者が比較的多いにもかかわらず、収入面では無職者や低所得者が比較的多いため、結果的に財政基盤も脆弱となっていることである。

(2) 国保に対する公費投入の問題

わが国では社会保険方式による医療保障制度を採用しており、健康保険組合や共済組合、全国健康保険協会といった被用者保険では、保険料が主たる財源となっている。しかし、国保においては、事業主負担に相当する財源がないこと、脆弱な財政構造であることなどを根拠に多様かつ多額の公費が投入されている。平成 23 年度では保険料(税)収入が約 2 兆 7,755 億円であるのに対し、公費負担(国+都道府県)は約 3 兆 9,653 億円であり、公費負担が保険料を上回っている (p97、図表 4-5 参照)。また、退職者医療制度に係る交付金約 7,174 億円、前期高齢者医療制度に係る交付金約 2 兆 9,569 億円と制度間調整による被用者保険からの受入額が約 3 兆 6,743 億円となっており、保険料を上回る収入となっている。こうした公費投入と財政調整を実施しても国保では支出に見合った収入を確保できず、法定外一般会計繰入の形で市町村財政から約 3,903 億円の公費が投入されている⁷⁹。この結果、単年度収入で見ると、全収入のうち保険料はおおよそ 2 割程度となっている (p109、図表 4-15 参照)。これについては、先述した加入者構

⁷⁹ 「国民健康保険事業報告書(事業年報) B 表集計表(平成 23 年度)」。

造の点から考えても、保険料だけで医療支出に見合う財源を確保することは困難であり、公費が投入されることについては一定程度の理解を得ることができると思われる。

特に低所得者に対する保険料軽減のための公費投入、市町村間の財政力格差を是正するための調整交付金などの導入は已むを得ないものと思われる。

しかし、一方で、わが国の財政状況と今後の少子高齢化のより一層の進展を考えると、公費拡充の財源は無尽蔵ではない。給付費等に対する定率の国庫負担の仕組みは、保険者の財政力に関わりなく給付費等に対して一律に投入されるため給付費等（支出）が多い保険者ほど多額の公費が投入される、給付費が増えるのに伴い国庫負担額も増えるといった問題がある。近年、保険者間の財政力格差の是正に向けて調整交付金の割合を高めたり、保険基盤安定制度の導入により低所得者に対する保険料軽減のための公費投入の仕組みが組み込まれるなど、公費の投入方法も改善されている。今後、国保の公費財源をどのように確保していくか、限りある公費財源をどのように投入していくかという問題は、医療保険制度全般の持続可能性を図る上で極めて重要な問題となっている。

（３）国保の財源負担に関する問題

前述のとおり、国保には、多様かつ多額の公費が投入されている。また、制度間調整により、退職者医療と前期高齢者医療に対して被用者保険から多額の交付金を受け入れている。こうした複雑な財源構成ということもあり、市町村国保の収支に関する詳細が被保険者、国民にとってもわかりにくい状況となっている。

国保では、制度上、給付費等に対する定率の国庫負担や調整交付金、保険基盤安定制度等における公費財源の投入があるが、これ以外に、赤字決算に対する法定外一般会計繰入やいわば“収入の先食い”といえる繰上充用も認められており、実際にこれらの措置を利用している市町村も多い。平成 22 年度は、1,723 の市町村国保のうち法定外繰入と繰上充用の両措置を行っている保険者は 127 団体、法定外繰入のみを行っている保険者が 1,079 団体、繰上充用のみを行っている保険者が 23 団体、いずれも行っていない保険者が 489 団体であった（p124、図表 5-2 参照）。この 4 パターンのうち、法定外繰入のみを行っている保険者は、1 人当たり保険料調定額が最も高くなっているが、1 人当たり旧ただし書所得も高いため、保険料負担率が最も低いという結果が本調査研究の中で示された。つまり、財政面で比較的余裕があるにもかかわらず、法定外繰入措置を利用している市町村があるということである。また、平成 22 年度には 150 の市町村が国保に対する繰上充用を行っており、特に大阪府や福岡県、北海道で実施市町村の数が多かった（p124、図表 5-3 参照）。1 人当たり繰上充用額が最も高い福岡県川崎町ではその額は年間 147,459 円となっている（保険料調定額）（p126、図表 5-6 参照）。さらに、法定外繰入と繰上充用の両措置を 3 年連続して利用した市町村は 81 団体となり（p141

参照)、こうした措置が緊急避難的な一時的な措置ではなく、慢性的な財政補填措置として利用されている可能性が推察される。法定外繰入や繰上充用は、被用者保険の被保険者にとっては制度間調整と税による二重負担となっており、負担の公平性の観点から問題といえる。

こうした公費投入の問題に加えて、国保では前期高齢者医療制度や退職者医療制度について制度間調整により多額の交付金を受け入れている。平成 24 年度の場合、市町村国保の前期高齢者に係る費用は約 5.3 兆円であるのに対し、前期高齢者に係る収入は被用者保険負担の前期高齢者交付金が約 3.4 兆円、公費（交付金充当後に公費 5 割）が約 1.0 兆円、前期高齢者保険料が約 1.4 兆円で収入合計が約 5.7 兆円となった。収入から支出を差し引くと、約 0.4 兆円の余剰が発生している計算になる（p112、図表 4-18 参照）。このことから、余剰分約 0.4 兆円が前期高齢者以外の費用に充てられていることが推察され、多額の納付金を負担している被用者保険の被保険者にとっては納得しにくいものとなっている。この計算によれば、本来、国保の被保険者の給付費等に対しておよそ 5 割の公費負担があるが、前期高齢者については 2 割程度となっており、本来、公費負担とすべき部分を被用者保険からの交付金で賄っていることになる。

国保の目的別財源が本来の目的に沿って使用されたのか、どのくらい使用されたのか等を検証することは、現在の会計報告では難しい状況である。市町村国保においては、保険料を納めている被保険者のみならず、公費を負担している納税者である国民、前期高齢者交付金の拠出者である被用者保険等に対しても説明責任を負っている。現在、前期高齢者医療制度での前期高齢者の保険料収入と受け入れている交付金との関係が不明確となっている。少なくとも、前期高齢者医療制度分については区分経理等を行うなど、説明責任を果たすことが求められる。

さらに、保険料収納率が近年 9 割に達していない状況となっており、その埋め合わせを、きちんと保険料を支払っている国保の被保険者や当該市町村に居住する被用者保険の被保険者、被用者保険等に負わせるのは負担の公平性の観点からも問題があり、国民皆保険が形骸化しかねない。市町村は、保険者として、支出に見合った保険料設定と保険料収納率向上に努める必要がある。

（４）保険運営におけるガバナンス

被用者保険、特に健康保険組合では、被保険者の適用（資格の認定・確認）、給付額見込みにあった保険料の設定と徴収、適切な保険給付（レセプト点検など）、特定健診・保健指導などの予防的事業による医療費適正化など、いわゆる「保険者機能」といわれる各種取組・事業を実施・強化している⁸⁰。医療給付費に対して保険料だけで財源を確保している（公費負担のない）健康保険組合では収支均衡を図るために、収支両面

⁸⁰ 健康保険組合における保険者機能等の分析については、健康保険組合連合会「健康保険組合論（医療政策と健康保険組合の役割）の構築に関する調査研究報告書」（平成 22 年 5 月）参照。

にわたって努力している。特に医療給付費を中心とする支出増加に対しては、支出の内容が適正かどうかを検証するとともに、保険料の引上げが必要であれば、被保険者・事業主に対して十分な“説明・説得”を行い、“同意・納得”を得るというプロセスを踏みながら保険料率の決定が行われる⁸¹。逆にいえば、健康保険組合では被保険者と事業主の同意・納得を得られれば保険料を引き上げられる。このように、健康保険組合は、行政機構を主体とした運営方式とは異なり、いわば民主的・自治的な意思決定プロセス・管理運営により、「自律的な」財政運営を行ってきた。一方、国保においては当事者のみならず当事者以外も参加する議会⁸²での説明・議決が必要であり、引上げが容易ではないという事情がある。また、財源に占める保険料収入の割合が低く、公費や制度間調整による交付金の割合が大きいため、自律的な財政運営がそもそも難しい制度となっている。

こうした運営形態の違いが制度間の医療費格差の要因となっているか否かは今後の研究課題といえるが、本調査研究で実施した4疾病（糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患）に限定した生活習慣病に関する粗い試算の結果、国保の40～64歳における4疾病の入院医療費については約820億円の抑制余地があると見込まれた（p172、図表5-45参照）。この分析はあくまでも試算の域を出ないが、国保において適切な給付管理や保健事業等、保険者機能を強化していくことが求められている。

（5）都道府県広域化における課題

国保については、都道府県単位に広域化することが今後の方向性として示されている。広域化することで保険事務の効率化が図られ、保険集団としてリスク分散がしやすくなり、財政も安定化することが期待される一方、都道府県と市町村との役割分担・責任の明確化が課題となる。保険料徴収関係は引き続き、市町村の業務とされる予定であるが、保険料負担（賦課方式や保険料率等）や徴収などにおいて、県下の市町村が同じように努力し公平性を確保することがなければ、被保険者のみならず市町村担当者・議会等からも納得が得られなくなると思われる。一方で、同じ保険料を支払うのであれば同じ医療を受けられるようにするべきだという医療供給体制面での公平性確保の議論もありうる。

広域化に際しては、現行の都道府県内での保険料格差の解消の進め方も課題となる。本調査研究の中で市町村合併前後の保険料を事例的に分析したところ、いずれの市町村でも合併後は合併前に比べ医療費が増加していたが、合併市町村の中で保険料が高い市町村に合わせるケースもあれば、概ね中間の水準とするケースや低い市町村に合わせるケースもあるなど対応は様々であった。また、合併後に保険料賦課上限額の引上げを行

⁸¹ 保険料負担者である事業主と被保険者（組合員）が議決機関としての組合会を組織し、組合会議員が理事長及び理事として、業務の執行に携わっている。

⁸² そのメンバーは市町村の代表である市町村議員で構成されており、国保事業に直接関係しない者が含まれている。

った市町村が多かった。合併後の1人当たり旧ただし書所得が合併前よりも低下した市町村が多く、結果的に合併後の市町村すべてで保険料標準化指数がわずかながら低下した（p187、図表5-63参照）。一方、保険料収納率はわずかではあるものの改善が見られた。これらの分析は限定的であることに留意する必要があるが、市町村合併を機に保険料賦課上限額の引上げや保険料収納率の改善などの変化が見られたものの、保険財政安定化や業務の効率化につながったかは検証できていない。加藤（2007）⁸³による、新潟県における市町村合併に伴う国民健康保険制度の変容を分析した研究では、5年間のデータでの分析についての限界に触れながらも、「単なる広域化だけではせいぜいリスクの分散機能を高めるだけの効果しかないことを物語って」おり、「保険者機能を高めるための仕組みを取り入れることが重要である」と結論付けている。また、社会保障制度改革国民会議は、国保の都道府県化により病院の再編成等の医療提供体制の変革に都道府県が主導的な役割を担うことを求めた。

市町村国保の都道府県化と市町村合併による国保規模の拡大とは同じものではないが、市町村国保の都道府県化の狙いの一つとして保険財政の安定化があるのであれば、市町村合併か広域化かといった手法は問わないものの、「保険者規模を大きくすれば保険財政が安定化するのか」という疑問については、リスク分散機能はある程度改善されるかもしれないが、このことが即国保財政の安定化につながるというわけではないということが示唆された。広域化に際しては、保険者機能が発揮されるよう、多角的な検討を行った上で、都道府県と市町村の役割分担も含めた制度設計をすることが望まれる。

⁸³ 加藤智章「市町村合併に伴う国民健康保険制度の変容－新潟県における事例を通して－」、『法政理論』第39巻第3号（2007年3月）