

On the Transition of Insurer of National Health Insurance from the Municipalities to the Prefecture, a Case Study in the Ishikawa Prefecture

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/47942

国民健康保険の都道府県単位化をめぐる

—— 石川県内の自治体を事例に ——

武 田 公 子

I. 問題の所在と研究動向

(1) 市町村国保の都道府県単位化に対する評価と論点

2018年度より市町村を保険者とする国民健康保険(以下、市町村国保、あるいは単に国保と略す)が「都道府県単位化」されることとなり、各都道府県では新制度に向けた体制や保険税¹⁾を決定する各種要素の算定方法等に関する調整が進められている状況にある。こうした改革に至った背景には、市町村国保の財政が抱えてきた構造的な問題がある。第一に被保険者の年齢構成が高く、それゆえに医療費水準が高いこと。第二に被保険者の所得水準が低く、それゆえに保険税収入を確保しようとして保険税率を引き上げると被保険者の負担が大きくなり、収納率が低下すること。第三にこれらの結果国保財政は赤字に陥りやすく、その補填のため、あるいは保険税負担軽減のために一般会計からの法定外繰入が必然化するということである。また第四に、自治体によって被保険者の年齢構成、所得水準、医療費水準が異なるために、保険税の格差が大きいという問題もある。こうした構造的な問題の解決策として、国保の単位を広域化することでリスク分散という保険原理を機能しやすくし、地域間格差を解消するというわけである²⁾。

しかし、国保の都道府県化をめぐることは賛否両論がある。最も強い反対論は、国保病院や診療所とともに、市町村が地域住民の生命と健康を守ってきたという歴史的経緯を踏まえ、安易な都道府県化が市町村自治の否定になりかねないという主張(寺内2016)である。その一方で、医療のセーフティネッ

トとしての国保は国の責任において運営されるべきであり、国が保険者となって大幅な公費投入を行わない限り、構造的問題は解決できないとの考え方(伊藤2015)がある。また、これまで国が医療費負担の大きい市町村や小規模市町村のリスク回避をある程度図ってきたものの、その機能も限界にきており、市町村国保の構造問題からすれば都道府県化を容認せざるをえないとする一方、広域化が医療費抑制に重点を置く懸念を示す見方(横山2015)もある。医療費抑制圧力という観点からの批判は多くみられ、都道府県が各市町村に示す納付金や標準保険税率が地域間の医療費削減競争を引き起こすのではないかと懸念が示されている(川上2015, 神田・長友2015ほか)。すなわち国保の都道府県単位化をめぐるのは、一方で広域化ないし保険規模の拡大による保険財政安定化という期待があり、他方では後述する納付金・保険税率算定方法を通じて医療費抑制や保険税引き上げという被保険者への負担転嫁が生じるのではないかと懸念があるといえる。

当事者である自治体側の動向についていえば、全国市長会、全国町村会は都道府県を軸とした保険者の再編ないし公的医療保険の一本化に前向きな姿勢を表しており、全国知事会も市町村と共に積極的に責任を担う覚悟があるとしている(中川2015)。北海道庁が実施した市町村へのアンケートでも、所得水準や医療費水準の地域差という問題を留保しつつ、道による分賦金方式や標準保険税率設定に肯定的な回答が多くを占めていたという(横山2015)。

しかし他方では、2003年度以降国と地方の協議で議論されてきた国保改革の方向性と、2013年の社会保障制度改革国民会議報告以降の都道府県単位化との間にズレが生じているとの指摘もある(神田・長友2015)。すなわち、国・地方間協議では、将来的には国民健康保険の国への一元化を念頭におき、それへのステップとして都道府県単位の保険税平準化を行うことに重点があったが、国民会議以降ではむしろ医療費の平準化(＝医療費適正化)に重点が置かれているというのである。つまり、地方側は保険規模の拡大によるリスク分散、国費投入による全国統一的な医療のセーフティネット構築に期待をもっていたものの、制度設計が出来上がってみれば、納付金や標準保険税率の設定を通じて都道府県内保険税率の格差是正と、この仕組みを通じての市町村に対する医療費抑制インセンティブ強化に重点が移行してきているということである。

(2) 市町村国保と格差問題

前述のように、そもそも国保の都道府県単位化が検討されてきた大きな理由として、保険税や医療費、ひいては国保財政の健全性等に関する大きな地域間格差がある。市町村国保の下で、保険者である基礎自治体は住民への医療保障の役割を担いつつ、医療費増加を抑制する方策として予防・健康増進等の保健事業に取り組んできた。しかしこうしたローカルレベルの保険であるがゆえに、様々な点で地域間格差を温存してきたといえる。

地域間格差の焦点をなすのは保険税の問題であろう。保険税は、各保険者が必要な医療費給付の見込額から前期高齢者支援金や国・都道府県からの財政移転分および自治体の法定負担分を差し引いた額を確保するべく設定される。その際、保険税を高く設定すれば低所得者層の負担が困難となり、保険税の収納率が低下してしまう。足立(2015)は、保険税賦課方式のうち所得割の保険税率が高いと現年分収納率が低くなる傾向があること、均等割は収納率を低くする傾向があることを指摘している。また、都道府県支出金による財政調整が現年分収納率を高める効果を持つ(足立・上村2013)との分析結果もある。つまり、保険税率の引き上げは収納率を低下させ、保険税収入を増加させる効果を薄めることや、保険税軽減対象者等を基準とした財政調整的な都道府県支出金が低所得者への軽減を保障することによって収納率の改善に資することが明らかにされているのである。ひいては、保険税水準の地域間格差の背景には、所得水準の地域間格差があり、それを調整するための各種制度の効果をも併せて考える必要があるということである。

また、保険税水準を規定するもう一つの要素として、地域によって異なる医療費の状況がある。高齢者の比率が高いほど一人当たり医療費は大きくなるということは自明のことではあるが、今村他(2015)によれば、病床数、保健事業実施状況、社会経済状況、ソーシャルキャピタル等の諸要因とも関連性がみられるとのことである。自治体が健診、疾病予防や健康増進といった保健事業に取り組むことや、地域コミュニティにおける人的交流や見守りの存在が医療費抑制に資するということは、市町村が国保の保険者であることのメリットとして一般的に語られてきた。他方で、自由開業制による医療供給体制という、欧米のようなゲートキーパーを欠いた医療供給システムがそ

もそも日本の医療供給の特徴であること、医療費の水準は診療報酬に規定され、医療技術の進歩や新薬開発によって上昇せざるをえないことも指摘されている(高橋2015)。逆にいえば、医療へのアクセスの相違が医療費の地域間格差につながっている側面も否定できない。近年公立病院の再編が進み、特に人口減少地域にあっては病院の統廃合や病床削減によって医療へのアクセスがそもそも困難になっている実態がある。こうした地域で医療費が低くなっているという実態も直視すべきことと思われる。

保険税の地域差を規定するもう一つの要因として、自治体による法定外繰入がある。自治体の法定繰入とは、医療費に対する定率の負担分や国の基準に即した保険税軽減分の4分の1等を指すが、これら以外に自治体が独自に一般会計からの繰入(法定外繰入)を行うことによって住民の負担軽減を図ることがある。西沢(2015)によれば、保険税を低く抑えつつ法定外繰入を行っている市町村が約3分の1に及び、国の普通調整交付金を受けていない財政的に豊かな自治体が法定外繰入を行っている実態もあるとされる。このことから、法定外繰入はすべて国保財政の赤字補填とはいいいがたく、保険税軽減の有効手段となっているのであり、医療費支出を保険税に反映させている市町村との公平性を欠くのではないかという指摘がなされている。他方で伊藤(2015)のように、財政的に豊かだとみなされる——それゆえに調整交付金を配分されない——大規模自治体ほど国保財政が厳しく、赤字が多いために法定外繰入を行っているのだとの指摘もある。漆戸(2016)は、法定外繰入が多い自治体の特徴として、①保険税が高く、後期高齢者医療への支出が高い自治体、②法定外繰入による保険税引下げへの政治的働きかけが強い自治体、を挙げ、逆に③一般会計の財政状況が悪ければ法定外繰入は困難であるとしている。

(3) 本稿の課題

さて、国保の都道府県単位化は、以上のような国保の地域格差問題——さしあたりは保険税の格差および国保財政の格差問題ではあるが、それを規定する医療費や所得水準の格差の問題を内包する——を解決する手段として打ち出されてきた。しかし、問題は決してそう単純ではない。

保険税の水準を決定するのは現行制度では保険者たる市町村であり、その決定に際しては、まずは被保険者に対する給付費、国や県の支出金、県内自治体間の共同事業等を通じた財政調整等を勘案し、保険税によって確保されるべき金額を決定する。しかしここから自動的に保険税水準が決まるわけではなく、被保険者の経済的負担能力を考慮し、場合によっては一般会計からの持ち出し（法定外繰入）によって負担軽減を図ることもあり得る。また保険税の収納率も見込んで保険税収入を確保する必要もある。保険税水準の設定には、被保険者の負担能力、特に所得水準が大きくかかわってこざるを得ない。確かに保険者を都道府県単位とすることで、小規模保険者の財政的脆弱性を克服でき、医療費水準が高く所得水準が低いといういわば条件不利な地域で高い保険税を設定せざるを得ないという問題を解決することは期待される。

また他方で、医療費の水準は、被保険者の年齢構成や自然的・社会的環境、疾病予防や健康増進に関する自治体の取り組みや住民の意識、医療機関へのアクセスの難易、等の様々な要因によって異なり得る。このことを考えれば、例えば都道府県単位で保険税を一元化することが果たして公平なのかどうかという疑問も生ずる。また他方では保険規模が大きくなればなるほど、モラルハザードが生じやすいという問題もある。医療費の水準に関わらず保険税が一定であれば、健診率向上や健康増進等の取り組みを通じた経費抑制へのインセンティブが働きにくくなると考えられるためである。

そこで本稿では、石川県内自治体を事例として、国保に関するさまざまな地域間格差の実情をまず明らかにする。そのうえで、改革後の各自治体の保険税の規定要因となる納付金の算定方法について、厚労省の納付金算定ガイドラインに基づき石川県内自治体を事例に試算を行い、そこで生ずる課題を論じていく。

なお、国民健康保険財政の制度は極めて複雑・難解であり、本来であれば制度に関する説明も必要かと思われるが、ここでは紙幅の都合上、本稿の分析・検討に必要な限りでの制度説明にとどめたい。

II. 国保税格差の要因－課税方式と所得水準

(1) 課税方式の相違と負担の格差

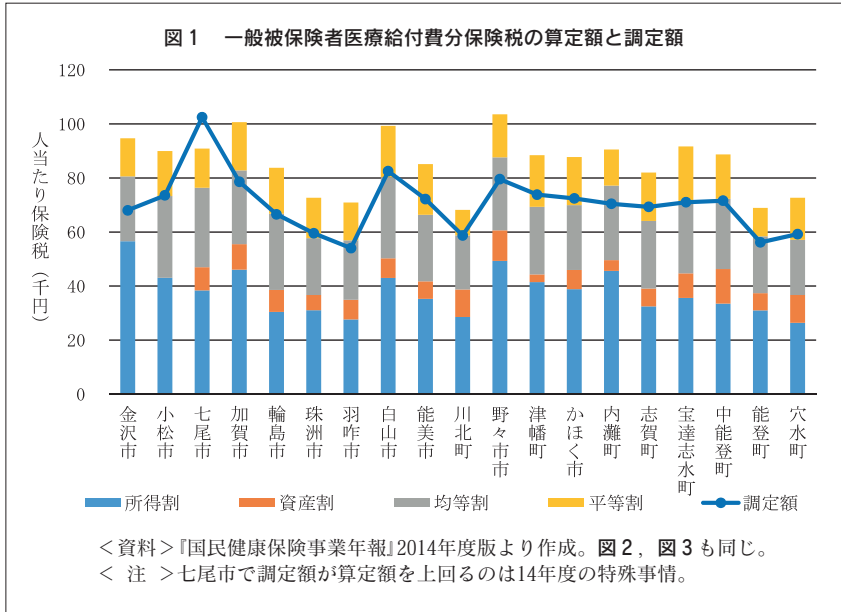
被保険者が納める保険税は、狭義の国保税ともいえる医療給付費分の他に、後期高齢者支援金分、介護納付金分が合計されたものである。以下では単純化のために、さしあたりは一般被保険者の医療給付費分に限定し、以下で国保税とはこの医療給付費分のみをさすものとする。

さて、この国保税の課税標準・税率は自治体によってかなり異なっている。地方税法第703条の4は、課税標準を所得割・資産割・均等割・平等割の四種類からの選択による賦課方式を定めている。このうち、住民税の課税標準をもとに算出される所得割、固定資産税に関連させて課される資産割の二種は納税者の負担能力に応じた部分として「応能負担」と呼ばれ、被保険者数に応じて一律に課される均等割と、世帯あたり一律に課される平等割は「応益負担」と呼ばれ、応能負担と応益負担を50:50の比率で課することが標準とされている。

図1は、2014年度(以下、特に断らない限り同年度のデータを用いる)石川県内市町の一般被保険者の保険税の状況を示したものであるが、ここから次のようなことを読み取ることができる。第一に、市町によって保険税の課税方式や負担が大きく異なることである。多くは所得割・資産割・均等割・平等割の四方式を採っているが、金沢市・小松市では資産割を廃し、三方式を採用している。資産割は国保の被保険者が農業者主体であった時代の名残ともいえるが、現在では土地資産を保有しつつも所得水準がかならずしも高い高齢者層にとって負担過重となりうることから、都市部では廃止する傾向がある。県内では輪島市も2016年度より資産割を廃止している。

第二に、算定額で比較した自治体の保険税額は、一般被保険者ひとりあたり年額で比較すると、最高が野々市市の10.35万円、最低が川北町の6.82万と、3.5万円ほどの格差がある。こうした格差が生じる背景には、地域間の医療費水準の相違、所得水準の相違、さらに自治体による独自の負担軽減措置の有無等、多様な要因がある。これについては後に詳しく検討していく。

第三に留意すべき点は、算定額と調定額の相違である。算定額は所得割・資産割等の課税標準にそれぞれ税率を掛けたものの合算であるが、ここから



軽減措置や賦課限度額の設定等によって課税対象とならない部分を差し引いたものが調定額である。後述する収納率はこの課税調定額を分母として求められる。図に示されるように、当該年度特殊要因によって調定額が算定額を上回っている七尾市を除き、全ての自治体で調定額は算定額を大幅に下回ることになる。算定額に対する調定額の比率でいえば、羽咋市76.2%、野々市市76.8%、宝達志水町77.5%と8割を下回るところも珍しくない。単に量的にみれば、算定額と調定額の差額が平等割分を相殺するほどの大きさになっている。

(2) 所得水準の地域差と保険税率

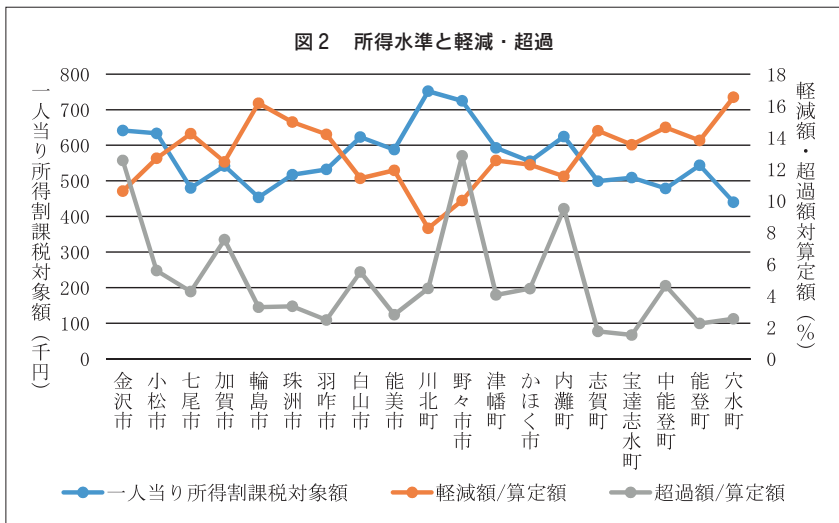
保険税の算定額と調定額の乖離には、次の二つの事情がある。第一は軽減制度であり、第二は賦課限度額制度である。

まず国保税軽減制度について概観しておきたい。そもそも国保の被保険者には、被用者保険を退職等によって脱退し、後期高齢者医療に移行するまでの年金生活者が多く含まれている。従って概して高齢化率の高い自治体ほど国保税の確保には困難がある。それ以外でも、被用者保険の被保険者と異な

り、国保には非正規労働者や無職者等、所得が不安定であったり低所得であったりする被保険者の比率が高い。しかし、国保税では算定額の約半分が応益負担であり、所得に関わらず重い保険税が算定されてしまうことになる。この負担を軽減するため、所得に応じて応益負担分を7割、5割、2割軽減する仕組みが設けられている。これについては全国一律の軽減基準があり、その分については市町村一般会計から国保特別会計に繰り入れられるが、その3/4は都道府県負担となっている。その他にも、市町村からの保険基盤安定支援金としての繰入額について国1/2、都道府県1/4の負担もなされており、所得水準の低い自治体や医療費の高い自治体に対する財政支援がなされている。

図2に示すように、被保険者の所得水準が低い自治体ほど、算定額に対する軽減額の比率が高くなっていることがわかる。中には被保険者世帯の6割以上が軽減措置を受けているところもある。なお、軽減分は応益負担である均等割・平等割部分についてのみ適用されており、所得割・資産割に対しては適用されない。

その一方で、比較的所得水準の高い自治体においては、賦課限度額を超える所得が多く、これも算定額と調定額の乖離の一因となっている。一般被保険者の医療費分に関する保険税の賦課限度額は、石川県内では一律51万円に



設定されている。保険「税」としての位置づけを考えた場合、他の地方税がこうした課税上限額を設定していないなかで、なぜ国保税だけこうした上限が設定されているのかという疑問はある。しかしこの限度額の設定により、自治体による所得水準の相違に規定される保険税収の多寡を調整する効果をもっている面もある。

(3) 保険税率の相違とその要因

各自治体の保険税率は、医療給付費から国・県や被用者保険および共同事業による財政移転を除く金額を、保険税で確保すべく設定される。しかしその決定に際しては多様な要因が影響を及ぼしており、決して単純ではない。表1は県内市町の保険税率を表したものであるが、前出図1と比較してみたとき、両者が対応関係にある場合とそうでない場合とが混在している。ここから保険税率の決定要因について以下に検討を試みる。

表1 石川県内の医療費分国民健康保険税率(2014年度)

	所得割 税率(%)	資産割 税率(%)	均等割 税率(円)	平等割 税率(円)
金 沢 市	8.8	—	24,000	24,000
小 松 市	6.8	—	30,200	29,400
七 尾 市	8.0	30.0	29,400	24,700
加 賀 市	8.5	39.3	27,300	31,400
輪 島 市	6.7	33.0	28,200	31,000
珠 洲 市	6.0	25.0	21,000	26,000
羽 咋 市	5.2	28.0	22,000	24,000
白 山 市	6.9	24.0	30,000	34,200
能 美 市	6.0	22.0	24,600	33,600
川 北 町	3.8	25.0	20,000	18,000
野々市市	6.8	25.0	27,000	27,500
津 幡 町	7.0	10.0	25,000	34,000
かほく市	7.0	25.0	24,000	32,400
内 灘 町	7.3	17.5	27,600	24,000
志 賀 町	6.5	20.0	25,000	31,000
宝達志水町	7.0	32.2	26,000	35,400
中能登町	7.0	45.0	26,000	29,000
能 登 町	5.7	31.0	21,000	18,000
穴 水 町	6.0	36.0	20,400	26,400

<資料>『国民健康保険事業年報』2014年度版より作成。

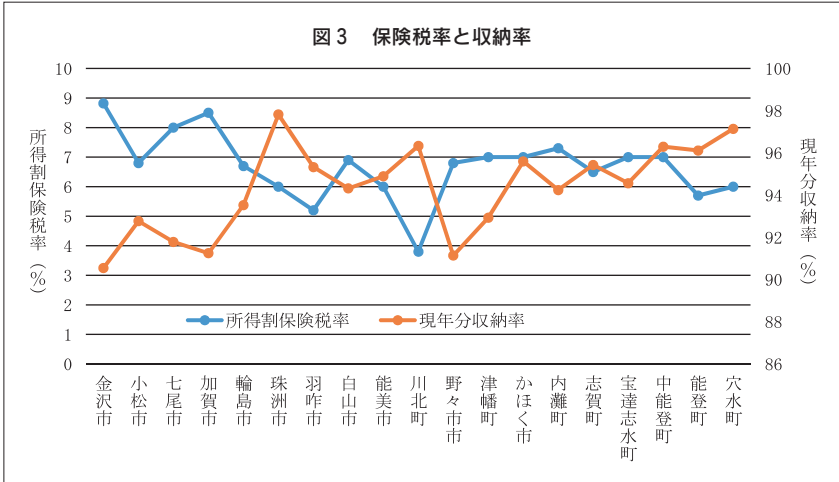
第一に当該地域の医療給付の多寡である。各種財政移転によって補填され
るとはいえ、そもそもの医療給付が大きければそれだけ多くを保険税で賄わ
ねばならない。この点については次章で詳述する。

第二に、応能負担部分についていえば、自治体の所得や固定資産税の水準、
ひいては当該地域の経済状態に規定される。同額の所得割税収を得るために、
所得水準の低い地域では高い税率を課さねばならないし、所得水準の高い地
域では税率が低くても多く税収を得ることができる。表1にみられるように、
所得割税率は川北町の3.8%から金沢市の8.8%までの開きがあり、資産割(い
ずれも固定資産税額に対する税率)は津幡町の10%から中能登町の45%まで
の開きがある。前出図1と比較してみると、税率の高低と税収算定額の高低
が必ずしも対応していないところがある。例えば野々市市についていえば、
図1では所得割や資産割の税収が高水準にあるが、税率は両者ともさほど高
いわけではない。これは所得水準や固定資産税の高さが税率決定に影響を及
ぼしていることを表している。

第三に、必要な財源を確保するべく税率を引き上げても保険税の税収につ
ながらない事情があるということである。税率が高く設定されれば、年金生
活者や低所得者を多く含む国保の被保険者層の特性からして、負担能力との
乖離が生じるおそれがある。その結果として収納率の低下が生じる可能性が
ある。図3は所得割に関する税率と収納率の関係を示しているが、保険税率
と収納率は逆相関の関係にあることがわかる。

第四に応益負担についていえば、税率を引き上げたとしても、前述のよう
に国が基準を示す負担軽減措置によって相殺される部分が大きいのということ
である。表1の応益負担部分について、例えば4人世帯を想定して計算すれ
ば、1世帯の負担は川北町で98,000円、白山市で154,200円と1.5倍もの格差が
ある。しかし図2でみたように、白山市では川北町よりも算定額に対する軽
減額の比率が大きいのことがわかる。

そして第五に、法定外繰入によって保険税率が低く抑えられる可能性があ
るということである。石川県内で2014年度についていえば、川北町、金沢市、
能美市で法定外繰入が行われており、このうち特に川北町についていえば保
険税収入の半分近い額の法定外繰入が行われている。厚労省は法定外繰入に



対して批判的な論調を示しているが、これは同町の定住促進戦略の一環であり、国保が自治体の政策として位置付けられている以上、これを非難することはできない。とはいえ、こうした法定外繰入を行うには、自治体の財政力があることと、税財源の投入に関する住民の合意形成がなくてはならない。

Ⅲ. 保険税率格差の要因－医療費の地域間格差

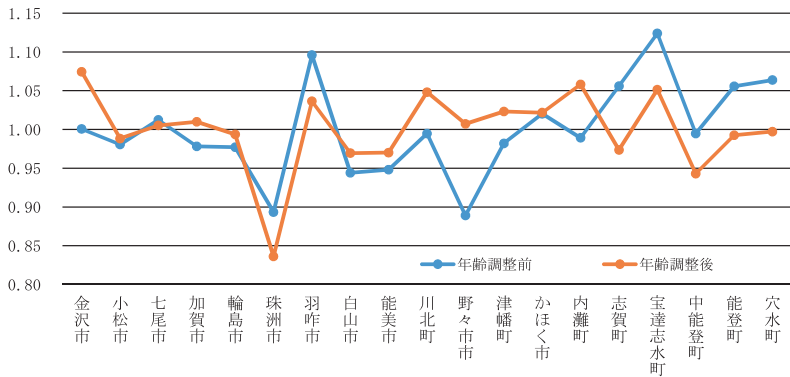
前述のように、医療費の動向は保険税の規定要因のひとつである。そこで、自治体による医療費の相違とその原因について検討していきたい。

(1) 医療費の地域間格差

図4は石川県内自治体国保の医療費を比較してみたものである。ここでいう医療費は、『国民健康保険事業年報』中保険者データにおける一般被保険者分の保険給付費合計を一般被保険者数で除したものである。従って、診療報酬額ではなく自己負担分を除く給付額であり、また「高額医療費共同事業」によって県内自治体の拠出で賄われる部分も含んでいる。

また、「年齢調整前」は一人当たり医療費を県平均＝1として表したものである。また、「年齢調整後」は、全国ベースでの5歳階級ごとの一人当たり医

図4 一般被保険者一人当たり医療費(県平均を1とした指数)



＜資料＞『国民健康保険事業年報』『国民健康保険実態調査』『医療給付実態調査』のデータを用いて算出。図9, 10, 11も同様。

療費³⁾に各自治体の5歳階級別被保険者数をかけて一人当たりの平均値を算出し、それを県平均＝1として表したものである。ここから言えるのは次の諸点である。

第一に年齢調整前の医療費について見ると、一人当たり医療給付には大きな地域間格差があることがわかる。前述のようにこの給付には高額医療費が含まれているため、年度によって若干の相違はあるかと思われるが、最も高い宝達志水町は最も低い野々市市の1.26倍となっている。他に羽咋市、志賀町、能登町、穴水町で高く、珠洲市、白山市、能美市で低くなっている。こうした相違が何によって生じるのかは不明であるが、高齢化率の高い地域では医療費が高くなることが一般的な背景としては考えられる。県内で高齢化率が高いのは、県北部の奥能登地域すなわち輪島市、珠洲市、能登町、穴水町であり、能登町や穴水町で医療費が高くなっていることはそのためとも考えられるが、しかし県内で最も高齢化率の高い珠洲市では医療費は低くなっている。

そこで第二に、年齢調整後の医療費水準を比較する。年齢調整後の値と年齢調整前の値との乖離は、高齢化以外の要因が医療費に影響していることを表している。高齢化率の高い奥能登地域の自治体は輪島市を除きいずれも医

療費がより低くなっている。逆に相対的に年齢構成の若い金沢市近郊の自治体では、年齢を勘案すれば医療費が高い傾向にあるということが見て取れる。年齢調整後の医療費が高くなっている金沢市、川北町、内灘町は県内では相対的に年齢構成の低い地域であるが、医療費水準は高くなっている。つまり、県内自治体の医療費の水準には年齢構成以外の要因が大きくかかわっていることが考えられるのである。

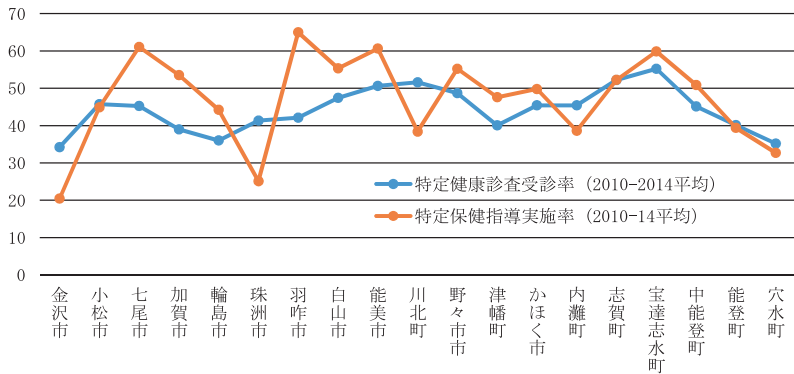
(2) 医療費の地域間格差の背景

I. で述べたように、医療費の地域格差に関する先行研究では、病床数、保健事業実施状況、社会経済状況、ソーシャルキャピタル等の諸要素が関わっているとされている(今村他2015)。またその一方では医療の供給体制に規定される面を指摘する見解もある(高橋2015)。医療費の要因分析そのものは本稿の目的ではないが、前述のように高齢化率の高い自治体で必ずしも医療費が大きい理由を検討しておく必要がある。

まず、一般的言説として語られる保健事業と医療費の関係についてみておきたい。図5は特定健康診査および特定保健指導の実施率を示したものである。特定健康診査とはいわゆる生活習慣病の早期発見を狙いとしたもので、特定保健指導はこの診査から問題ありとされた受診者に対して生活習慣指導を行うものである。前出図4と比較してみると、医療費水準が高かった宝達志水町や川北町では受診率が高く、医療費水準の低かった珠洲市や中能登町は、受診率は中位程度、特保指導実施率は珠洲市では低くなっていることがわかる。特保診査や指導が自治体の保健事業のすべてではなく、健診に関わる指標はむしろ長期的な高額医療費の抑制効果として評価されるべきものと考えられるが、単純に同図でみるかぎり、これらの指標と自治体の医療費水準には明確な関係は見られないといわざるをえない。

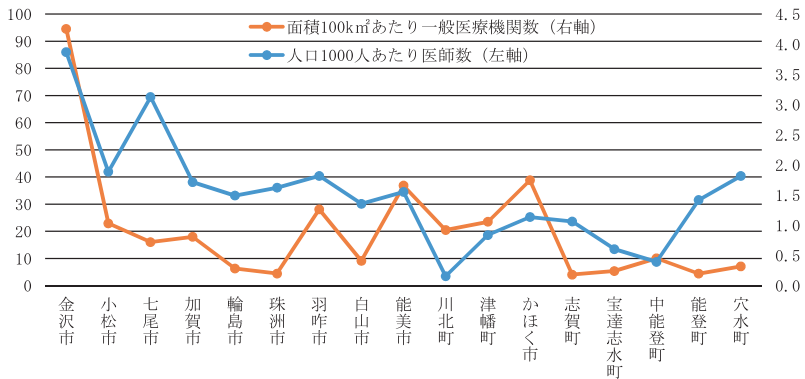
次に考えられるのは、医療サービスへのアクセスの相違である。図6は、面積あたりの医療機関(一般病院および一般診療所)と人口当たりの医師数を比較してみたものである。なお、県内自治体のうち野々市市は面積が小さいこともあり、100km²あたり医療機関が350を上回る。また内灘町は金沢医大病院の医師が多く居住している関係で千人あたり医師数が15を超える。両者と

図5 健診等受診率



<資料>石川県健康福祉部医療対策課提供資料により作成。

図6 医療へのアクセス条件の相違



<資料>『社会生活基本調査』により作成。

<注>野々市市・内灘町は突出した数値となるため、図では除外している。

も突出した値であるためグラフ表現の都合上除外している。

これを見ると、金沢、加賀、羽咋、能美、かほく等の市部に医療機関が集中しており、他方で医療機関・医師数ともに少ない輪島、珠洲、宝達志水、中能登などでは医療サービスへのアクセスに不利性を持つことがわかる。し

かし、例えば川北町では野々市市や金沢市といった近隣自治体の医療機関が利用可能であり、宝達志水町ではかほく市や内灘町の医療機関へのアクセスが容易である。面積あたりの医療機関が少ない奥能登自治体においては、高齢化のなかで開業医が減少してきており、各自治体が運営する公立病院が一次医療を含めた医療提供の場となっている実態がある。このことを踏まえて表2を見てみよう。年齢調整後の医療費指数は、人口あたり医師数、面積あたり医療機関ともども正の相関にあり、医療へのアクセスによって医療費が高くなる傾向があるといえる。医療費指数の低い自治体においては高度医療を担う医療機関が遠く、開業医も少ない環境下で、被保険者が医療サービスを受ける機会が相対的に少ないという現実に行き当たるのである。逆に、金沢市や内灘町のように大学病院が立地し、一般診療所も多く立地する地域では結果として医療費が高くなるという皮肉な結果となっている。また、この表からは、特定健康診査の受診率等の保健活動と医療費指数の間には有意な相関性はないという結果になっている。また、医療費指数と一人当たり課税対象所得に若干の相関性が見られる。このことは、所得水準と医療水準の双方の地域間格差構造が類似していることを表している。

表2 年齢調整後医療費指数と各指標間の相関係数

一人当たり医療費(千円, 2012-14年度平均)	0.48244
人口1000人あたり医師数(2013年)	0.26819
面積100km ² あたり一般医療機関数(2013年)	0.16538
特定健康診査受診率(2010-2014年度平均)	0.02023
特定保健指導実施率(2010-14年度平均)	0.12613
一人当たり課税対象所得	0.30562

＜資料＞『社会生活基本調査』『国民健康保険実態調査』および石川県健康福祉部医療対策課提供資料に基づき算出。

IV. 国保都道府県単位化の下での納付金方式について

(1) 都道府県と市町村の役割分担

さて、前述のような市町村国保の構造的問題や地域間格差拡大のなかで、国民健康保険は2018年度より都道府県単位化されることとなった。これは、2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告を受けての2013年12月「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」(いわゆるプログラム法)、さらに2015年2月の国民健康保険制度基盤強化協議会「国民健康保険の見直しについて(議論のとりまとめ)」を受けての2015年5月27日の国民健康保険法改正⁴⁾で定められたものである。その後、都道府県単位化の具体的内容については、2016年1月の全国厚生労働関係部局長会議において、「納付金・標準保険料率の算定方法のガイドライン(案)」「都道府県国保運営方針策定要領案」が提示され、同4月には「納付金及び標準保険料率の算定方法について(ガイドライン)」⁵⁾が通知されている。これらの文書に基づき、以下では2018年度からの都道府県単位化の概要について触れておきたい。

まず、保険者は誰かということであるが、2018年施行の国民健康保険法第3条(保険者)は、「都道府県は、当該都道府県内の市町村(特別区を含む。)とともに、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」と定めている。現行では「市町村及び特別区は、(以下同)」と定められていることと比較すると、都道府県が保険者となるとも読める。他方で「市町村とともに」とあることから、都道府県・市町村が共同で保険者となるという見方もできる。保険者に関する規定が明確でないことに対する懸念は、新田(2015)や伊藤(2015)も示していることである。

とはいえ、都道府県が財政運営の責任主体となり、各都道府県内における統一的な運営方針である「国保運営方針」を策定し示すこととされている。また、都道府県は財政安定化基金を創設し、国保財政の安定化に努めるとともに、事務処理システムの広域化などを通じた効率化を進めることにもなる。他方で医療費の抑制に向けて、市町村が行う保健事業の推進を支援する役割も担う。

市町村は都道府県が示す運営方針の枠内において、被保険者の資格管理、保険給付の決定や保険税の賦課徴収を行う。すなわち都道府県単位化の下で

も、市町村は保険税の課税方式や税率等を決定することができるため、市町村間の保険税の相違は依然残ることになる。市町村にとって従来と異なるのは、保険財政の運営が都道府県という大きな財布にまとめられる点である。保険給付の決定は被保険者に最も近い市町村で行われるが³、この決定額に即した給付費用は都道府県の国保会計から市町村国保会計に交付され、市町村は被保険者にそれを給付する。この場合市町村は単なる給付の媒介者にすぎず、給付に要する財源調達について——保険料賦課徴収を除けば——直接には関与しないことになる。

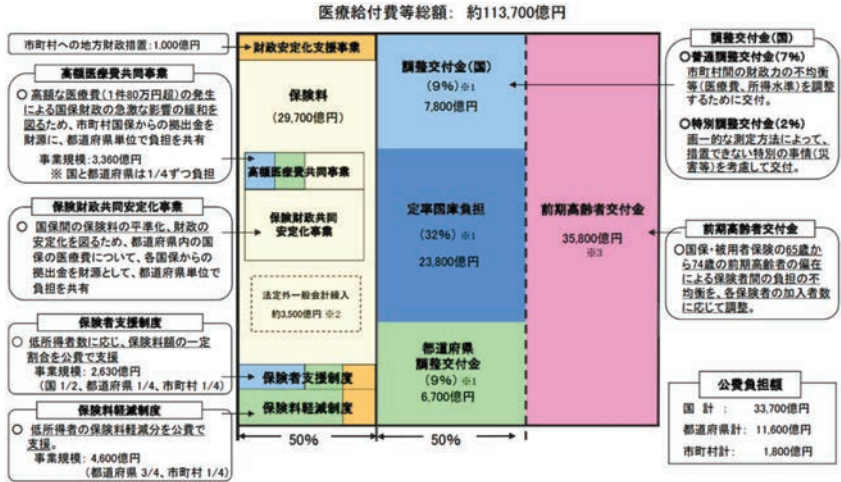
（2）都道府県単位化後の財政運営

これまでの市町村国保においては、市町村は国庫負担、都道府県負担、支払基金からの前期高齢者交付金等の各種移転財源を受け入れた後、市町村の法定負担分を繰入れ、残額を保険税徴収で賄うという財政運営を行ってきた（図7参照）。これら移転財源は、医療費の高い自治体、所得水準の低い自治体等、構造的脆弱性をもつ市町村国保を補う性格を備えている。さらに加えて、都道府県単位での共同事業により、高額医療費の負担軽減や保険料の平準化が図られてきた。地域間格差の大きい市町村国保にあって、このような保険者間の財政調整は次第に複雑化してきた経緯があるが、都道府県単位化に伴い上記の財政調整的財政移転が一部簡素化されることになる。

図8は改革後国保の財政移転関係を示したもののだが、主な変更点は以下の通りである。第一に、国や被用者保険からの財政移転先が市町村から都道府県に転換されるということである。例えば前期高齢者交付金は、保険制度による年齢構成の相違を調整するために被用者保険から支払われるものであるが³、これは従来市町村国保財政収入の約三分の一を占めてきた。制度改革後はこの前期高齢者交付金は都道府県に対して交付されることになる。また国からの財政移転についても、市町村への保険者支援分を除き都道府県への交付となる。

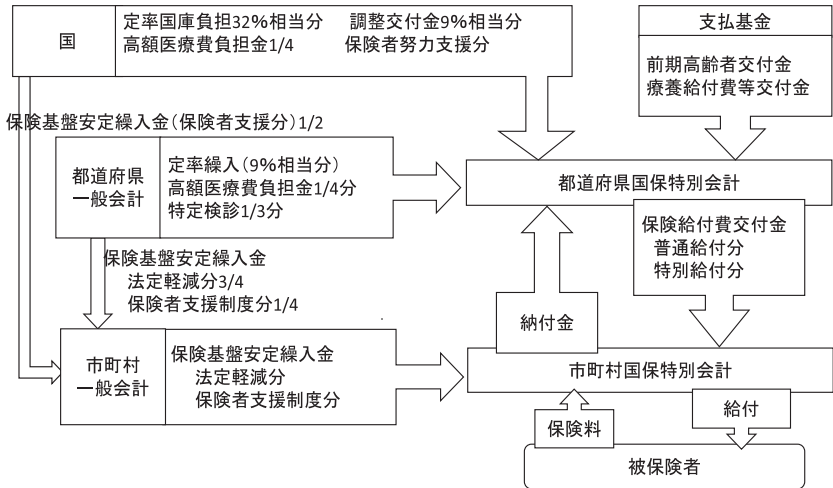
第二に、各都道府県内で行われてきた共同事業として高額医療費共同事業、保険財政共同安定化事業があるが、これらは廃止されることになる。高額医療費は1件80万円を超えるレセプト分について、国・県の負担と各市町村からの拠出とによって負担を共有するものである。保険財政共同安定化事業は、

図7 2016年度国民健康保険の財源内訳



＜出典＞全国厚生労働省関係部局長会議国民健康保険課資料「国民健康保険の見直しについて」2016年1月19日。

図8 改革後国保における財政関係



＜資料＞神野(2016)をもとに作成。寺内(2016)によれば、この図の元となったのは、第一回大阪府、市町村国保広域化調整会議(2015年5月25日)資料。

保険料の平準化等を目的として都道府県内市町村の拠出を再分配する、いわば水平的調整の仕組みである。都道府県単位化後は、そもそも高額医療費も含めて給付相当額が都道府県から市町村に交付されることになるため、高額医療費に関する負担調整はむしろ国と都道府県の間で行われることになる。保険財政共同安定化事業にあたる機能については、後述する納付金の設定方法のなかに盛り込まれることになると考えられる。

第三に、国や都道府県から市町村への財政移転のうち、残るものとしては、保険者支援制度および保険料軽減制度が挙げられる。保険者支援制度は低所得者数に応じて保険税額の一定割合を国 $1/2$ 、都道府県 $1/4$ の負担により市町村に交付する仕組みである。また保険料軽減制度は国が示す基準での保険税軽減分について都道府県が $3/4$ を負担する仕組みである。この二つの制度は保険税負担軽減に関わることであり、引き続き市町村に対する財政移転として存続する。

(3) 納付金と標準保険料率

新たな制度の下では、都道府県は市町村の医療費・所得水準を考慮して納付金額を決定し、併せて納付金を確保する上で必要な標準保険料率を提示することとなっている。つまり、都道府県が交付する医療給付費等交付金から各種財政移転を控除した保険税収納必要額を各市町村に納付金として割り当て、この納付金額を確保すべく各市町村では保険税の賦課方法や保険税率を算出していくことになる。県が示す標準保険税率では、自治体の規模に応じて設定される標準収納率が算定の要素のひとつとなる。概して都市部では収納率が低く、農村部では高い傾向があるが、収納率が高ければ納付金を確保するために税率を高くする必要は弱まる。また、標準保険税率はあくまで参考数値であり、自治体が例えば収納率を上げることによって保険税を抑制することも可能であるし、場合によっては法定外繰入によって保険税率を低く設定することも妨げない。

市町村国保の下で医療費や所得水準等の格差を調整するために設けられた各種の財政移転の多くは、この納付金算定の仕組みの中に吸収されることになる。前述のように、国・県からの財政移転や共同事業を通じて行われてき

た保険者間の財政調整が整理され、市町村間の年齢構成、所得水準、医療費水準の格差を調整する役割は納付金算定のあり方にかかってくるといって過言ではない。

「納付金・標準保険料率の算定方法のガイドライン」(以下、ガイドライン)は、納付金算定を次のような式で示している。

$$\text{各市町村の納付金基礎額}(c) = C \times \{1 + \alpha \times \{1 + \alpha \cdot (\text{年齢調整後の医療費指数} - 1)\} \times \{\beta \cdot (\text{所得のシェア}) + (\text{人数のシェア})\} / (1 + \beta) \times \gamma$$

C：都道府県全体で確保されるべき納付金基礎額

α ：医療費指数を反映させる度合を示す係数 ($0 \leq \alpha \leq 1$)

β ：応能と応益の比率を示す係数

γ ：各市町村の納付金基礎額の総を都道府県の必要総額に合わせるための調整係数

これによれば、市町村の納付金を決定する要因は、年齢調整後医療費指数、所得水準、被保険者数ということになる。都道府県が決定する要素としては、医療費指数をどれだけ反映させるか(α)と、応能・応益の比重(β)である。 $\alpha = 1$ とした場合には医療費指数は納付金に全く反映されず、都道府県内統一的な保険料率を念頭に置いた納付金算定となる。また、 β は全国平均と比較した都道府県の所得水準に応じて設定されるものとされており、平均的な所得水準の都道府県は1であり、被保険者数すなわち応益で配分する納付金と、所得水準すなわち応能で配分される納付金とが50：50となる。

この算定方式は、医療費、年齢構成、所得、被保険者数等の事情の異なる市町村の間の負担をどのように調整しうるのだろうか。次に石川県内の市町を事例に試算してみたい。

V. 石川県内自治体における納付金の試算

(1) 試算の前提

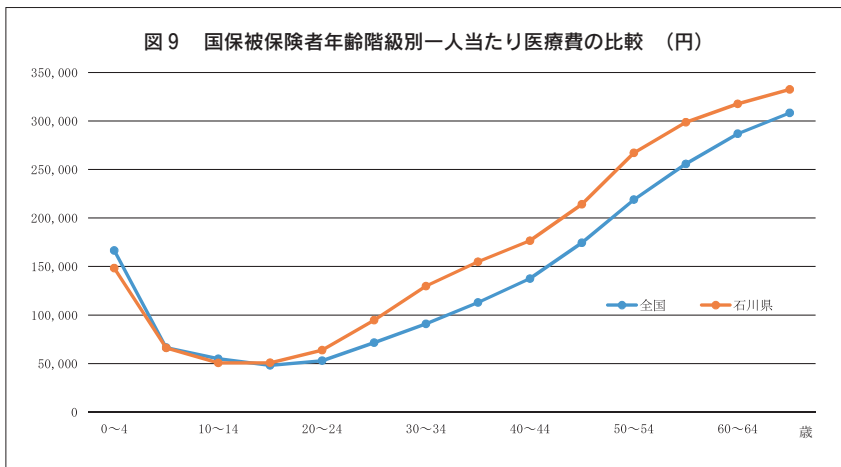
以下では、前述「ガイドライン」に基づき、石川県内自治体の納付金の試算を行う。ただし、用いることのできるデータに限りがあるため、次のような簡略化の下での試算である。

第一に、ガイドラインでは県内で必要となる納付金総額Cの算出に詳細な

記述がなされているが、ここでは2014年度における各市町徴収保険料と一般会計繰入額の総計を、前述の数式に従って各自治体に割り当てるものとして計算し、同年度の保険料+繰入の実績と比較しての指数を求める。

第二に、年齢調整後医療費指数について。ガイドラインは全国の年齢階級別医療費(一人当たり平均)に、各市町村の各年齢階層別被保険者数を掛け合わせたもので、同市町村の実績医療費総額を除いたものとしている。ただし、医療の地域差により、年齢別医療費に関して全国平均でなく県内平均ないし二次医療圏平均を用いることも可としている。図9に示すように、年齢階級別の一人当たり医療費は、全国と石川県内ではかなり異なっている。特に30歳代から50歳代にかけての医療費が、石川県では全国平均を大きく上回っており、全国平均と県平均のいずれを算定に用いるかによって結果が異なってくる可能性がある。従ってここでは県内平均の医療費データを用いることとする。

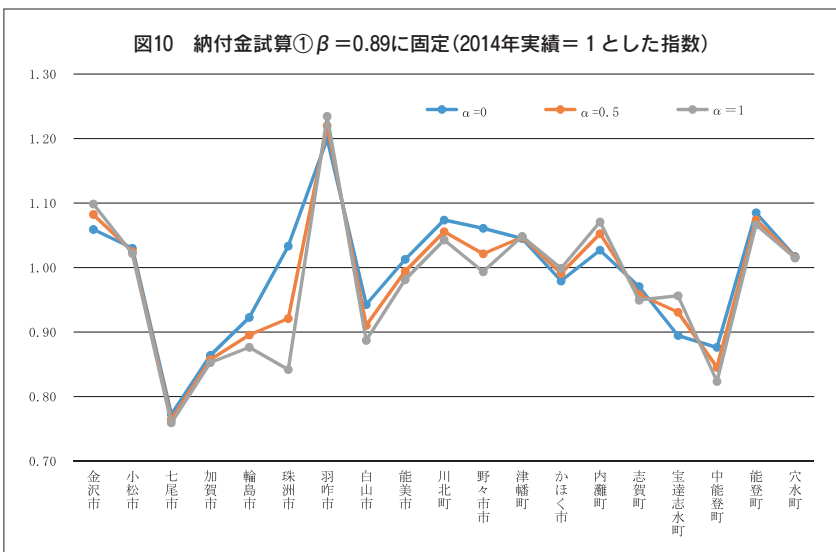
第三に、前章までは一般被保険者のデータを基本として検討してきたが、ここでは一般被保険者に退職被保険者を加えた国保被保険者合計のデータを用いることとする。というのは、年齢階級別の医療費のデータソースは『医療給付実態調査』であるが、これは一般被保険者と退職被保険者を合計した額でしか発表されていないためである。従って、被保険者数や課税対象所得といった他のデータも一般被保険者と退職被保険者の合計とした。



第四に、まずガイドラインに示される標準方法にならない、 β を石川県所得水準の対全国平均である0.89と設定する。その下で医療費指数の反映度合(α)を変化させてそれによる試算結果の相違をみる。次いで α を一定にし、 β を変化させることによる相違を検討する。

(2) 試算①医療費指数の反映度合(α)による相違

さて、こうして試算した結果を図10に示す。この図から考えられるのは、ガイドラインにおける標準方式のままでは、負担が大きくなる自治体と軽減される自治体の間に大きな懸隔ができてしまうという懸念である。まず、負担が大きくなる自治体として、羽咋市、能登町、金沢市、内灘町等が挙げられる。とはいえ、負担が重くなる要因はそれぞれに異なっている。突出して負担増が予想される羽咋市についていえば、図4でみたように医療費は高めではあるものの年齢調整後の医療費指数では川北町、内灘町、宝達志水町と同程度である。所得水準(図2)は平均的であり、収納率(図3)は高い方である。羽咋市の納付金試算が突出した原因と思われるのは、保険税負担の低さである。所得割税率は川北町に次いで低く、応益負担二税はいずれも県平均



を下回っている(表1)。これらの点は能登町や内灘町にも共通しており、納付金の算定方式が保険税率の低い自治体に対して引き上げ圧力として作用しうることを示唆するものである。

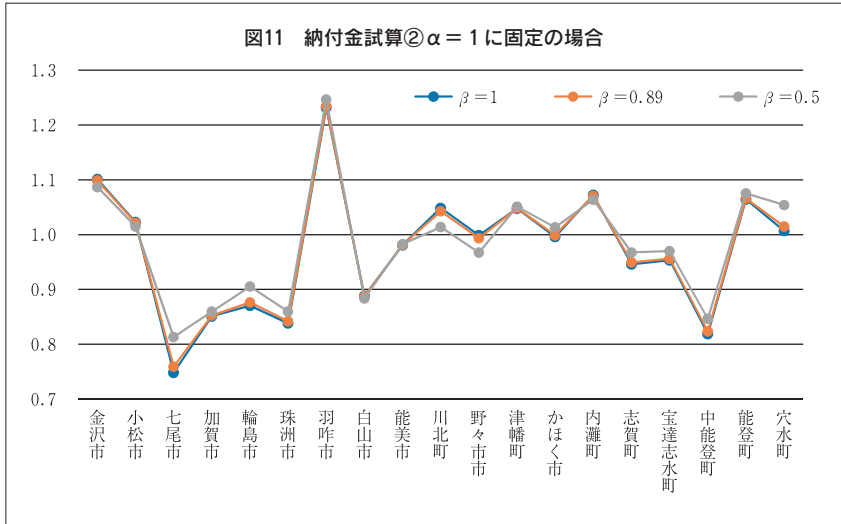
また、小松市、七尾市、羽咋市、穴水町等においては α の値を変えても納付金の高低に影響を与えていないのに対し、珠洲市、白山市、野々市市、宝達志水町等では α の設定によって納付金負担が左右されることが見て取れる。珠洲市、白山市、中能登町では α が大きいくほど納付金負担が軽減され、逆に金沢市、内灘町、宝達志水町では α が大きくなると負担が重くなる。概して、医療費水準(図4)の高い自治体では α の設定によって納付金負担が変動しやすいといえる。

(3) 試算②所得シェアの比重(β)による相違

次に、医療費指数の反映度合(α)を1に固定し、所得シェアの比重(β)を変化させてみる(図11)。医療費指数の場合と異なり、 β を大きく変化させても納付金額の変化はさほど大きくない。当然のことながら、所得水準の高い川北町や野々市市では、 β が高ければ納付金額はより大きくなり、七尾市、輪島市、穴水町等では β を高くすることで納付金負担が軽くなる。しかし川北町や野々市市では α 、 β の如何に関わらず納付金負担は現在より高くなるあるいは現在と変わらず、七尾市や輪島市においては納付金負担は現在より低くなることが明らかである。

因みに、先行的に納付金試算を行った北海道では、 α と β の組み合わせで自治体間格差を最小化する解を求めている⁶⁾。しかし、石川県内について試算してみる限り、少なくとも石川県の場合には、 β の操作によって負担関係を変える余地はほとんどないといえる。

以上の試算を踏まえて総じていえば、納付金方式への切り替えによって負担の増減が生じる要因は、石川県内の場合には、主として医療費指数にあるといえる。また、医療費水準を規定する要素としては、自治体における医療サービスの水準や自治体の財政力に裏付けられた保険料の独自軽減の有無等である。また、 α や β をいかに変化させたとしても、現在に比べて負担が重くなる自治体(羽咋市、能登町、内灘町等)と軽くなる自治体(七尾市、珠洲市、中能登町等)を変えるものではないといえる。



VI. 結 語

市町村国保は、人口減少・高齢化と地域間格差拡大の下で、医療費の増加と保険税負担能力の低下という構造的問題を抱え、自治体によっては財政的な持続可能性が危ぶまれる状況があった。この問題への対処策として国や都道府県さらには被用者保険からの財政移転、都道府県内自治体の共同事業等による財政調整の仕組みが次々と設けられ、その結果国保財政はきわめて複雑な制度となるとともに、おおよそ保険原理とは程遠い財源構成・負担関係となっていた上、自治体間の保険税負担の相違も公平性の観点から説明のつくものではなくなってきた。

国民皆保険の下で、医療のセーフティネットという位置にある国民健康保険にあっては、伊藤(2015)がいうように、国が保険者となって大規模な公費投入を行わないかぎりその構造的問題は解決しないとも考えられる。その意味では市町村単位から都道府県単位への移行は必然であるといえる。

とはいえ、この2018年度からの道府県単位化は中途半端という評価を否めない。市町村に国保税の賦課徴収権を残したことにより、国保税の地域差を温存してしまったためである。広域で医療のセーフティネットを維持すると

いう目的からすれば、国保税の賦課方式や税率は統一されることが本来のあり方といえる。しかしその際にも次のような点についてさらに検討が必要である。

第一に、応益負担と応能負担が国保税の半々という標準方式の問題である。特に世帯あたりに課される平等割は一人世帯における負担過重をもたらしており、図1に示したように、この部分が結局は軽減措置によって相殺されているという実態がある。保険原理が貫徹するのであれば応益負担の意味はあるが、歳出に占める国保税の割合が約4分の1という現状では、この負担原則を貫く意味はない。医療のセーフティネットを支える負担のあり方としては、応能負担、特に所得割により大きな比重を置くべきと考える。資産割は、被保険者の大半が農業者であった時代の名残といえ、居住用資産を持つ人々が高所得とは限らないという、とくに地方圏の実情に鑑みれば、もはや廃止に向かうべき賦課方式である。

第二に、石川県内の事例に限って言えば、納付金方式への移行による負担増減の大きな要因は医療費水準の相違にあるといえる。また、その背景には医療へのアクセスの格差、すなわち医療サービスを受ける権利が公平に保障されているわけではないという点が問題がある。それに加え、表2でみたように、医療の地域間格差と所得水準の地域間格差が相似形をなしていることも一因と考えられる。これらのことから、医療費の地域差に鑑みた保険料率の地域差はある程度容認せざるを得ないといえる。

第三に、自治体負担の変化が大きい羽咋市、金沢市、能登町についていえば、 α 、 β をいかに操作しようとその負担にはあまり影響を及ぼさないということである。これらの自治体では保険料が相対的に低くされているために、こうした変化が生ずるのである。

第四に、ガイドラインによる納付金算定方式が、全ての自治体が納得する結果をもたらすとは限らないということである。現行負担より重くなる自治体にとっては保険税引き上げを余儀なくされることに懸念をもつであろうし、医療費水準の低い自治体にとっては、納付金負担はもっと低くなるべきだと考えるであろう。これまで保険税に地域格差があったために、納付金によって負担増減が生じることは不可避である。何が公平であるかに関する合意形成がまずは必要と考える。

【注】

- 1) 国民健康保険税(以下、国保税)は、その制度の枠組みが地方税法に定められているものの、市町村の条例によって保険料とする場合もある。保険税と保険料の相違は時効の期間のみであるといつてよい。石川県内では金沢市のみ保険料、他の市町は全て保険税としている。
- 2) 例えば、国民健康保険制度基盤強化協議会「国民健康保険の見直しについて(議論のとりまとめ)」2015年2月12日、参照。
- 3) 5歳階級別医療費は『医療給付実態調査』第1表「年齢階級別、診療種類別、制度別、件数、日数(回数)、点数(金額)(一般)」,被保険者数は『国民健康保険実態調査』統計表(保険者票)による。
- 4) 国民健康保険法(1958年法律第192号)。
- 5) 2016年4月28日付保発 0428 第17号厚生労働省保険局長通知。
- 6) 「国保の都道府県単位化にかかる全道市町村説明会(2016年11月1日)」資料(<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kki/setumeikai281101.htm>)。

【参考文献一覧】

- 足立泰美・上村敏之(2013):「国民健康保険制度における財政調整と保険料収納率」『生活経済学研究』37, 15-26頁。
- 足立泰美(2015):「国民健康保険制度における保険料賦課方式の違いが収納率に与える影響」『甲南経済学論集』55(3・4), 241-263頁。
- 伊藤周平(2015):「医療保険制度改革法の諸問題と課題:国民健康保険の都道府県単位化の問題を中心に」『賃金と社会保障』1636, 4-21頁。
- 今村晴彦/印南一路/古城隆雄(2015):「都道府県別国民健康保険医療費の増加率に関するパネルデータ分析」『季刊社会保障研究』51(1), 99-114頁。
- 漆戸宏宣(2016):「国民健康保険における法定外一般会計繰入・前年度繰上充用金に関する分析」『公共選択』65, 33-49頁。
- 川上 哲(2015):「国民健康保険の都道府県化の行方:医療保険制度改革の現段階と今後の動向」『賃金と社会保障』1627, 30-36頁。
- 神田敏史・長友薫輝(2015):『市町村から国保は消えないー都道府県単位化とは何か』自治体研究社。
- 北山俊哉(2015):「『国民皆保険』の構造と国保の経路依存的發展」『都市問題』106, 50-58頁。
- 神野貴史(2016):「国民健康保険を巡る現状と課題」『国保実務』3014, 44-59頁。
- 高橋紘士(2015):「医療と介護ー国民健康保険と介護保険」『都市問題』106, 83-88頁。
- 寺内順子(2015):「国保料(税)の負担はどうあるべきかー制度のなりたちから考える」『都市問題』106, 67-74頁。
- 寺内順子(2016):『検証!国保都道府県単位化問題』日本機関紙出版センター。

中川秀空 (2015) : 「国民健康保険の現状と改革の論点」『レファレンス』65(2), 5-27頁。

西沢和彦 (2015) : 「国民健康保険財政「赤字」の分析」『JRIレビュー』2015(3), 27-42頁。

新田秀樹 (2015) : 「国保の都道府県「移管」で果たして何が変わるのか」『都市問題』106, 59-66頁。

林 倫照 (2015) : 「自治体として成果にコミットするための国民健康保険のマネジメント改革」『NRIパブリックマネジメントレビュー』146, 1 - 8 頁。

横山純一 (2015) : 『介護・医療の施策と財源』同文館出版。