

Ⅲ－３ 石川県内市町の国保—納付金試算からの考察—

武田 公子

はじめに

2018年度より、国民健康保険制度は市町村単位から都道府県単位に移行することとなった。当面は市町村が国保税率を決定する形ではあるが、国保税率の水準は都道府県が定め市町村から都道府県に支払われる納付金の水準に左右される。これによって市町村間に大きな格差がある国保税の平準化が進むものと考えられている。

この改革により、各市町村および被保険者にもたらされる影響、端的には新制度の下での国保税水準はどのようなものだろうか。また、その影響が自治体によって異なるとすれば、それは何に起因するのか。本稿はこれらの点について、石川県内市町の国保財政の事例を通じて検討していく。

1. 国保納付金算定方式と本研究の試算

国保都道府県単位化にあたり、厚生労働省は2016年4月28日付けで「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）」（厚生労働省保険局長通知保発0428第17号、以下ガイドライン）を公表した。それによると市町村ごとの納付金基礎額（ c ）は次の計算式で求められる。

$$c = C \times \{1 + \alpha \cdot (\text{年齢調整後の医療費指数} - 1)\} \\ \times \{\beta \cdot (\text{所得のシェア}) + (\text{人数のシェア})\} / (1 + \beta) \times \gamma$$

ここで C は県全体の納付金基礎額とされ、保険給付費から国や各種共同事業からの移転および県の負担分を控除した額であり、 $C \times \gamma$ は県内自治体の納付金総額である（ γ は各市町村の納付金基礎額の総額を都道府県の必要総額に合わせるための調整係数）。つまり、市町村から徴収する納付金総額を、各市町村に配分するための算定には、医療費指数、所得シェア、人数シェアの三つの要素が勘案され、 α 、 β という変数がある勘案の度合を決めることになる。

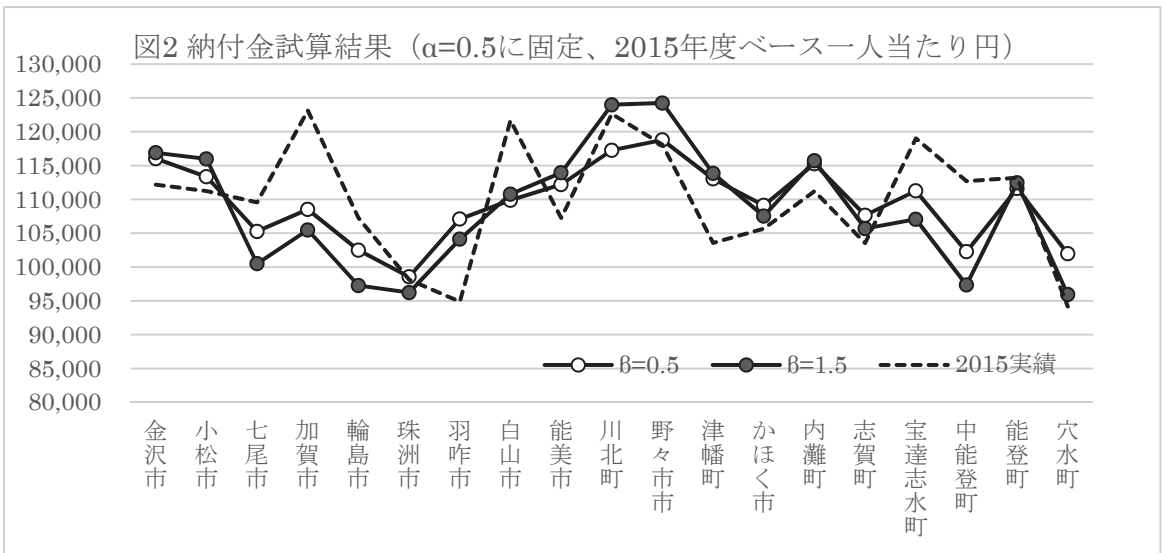
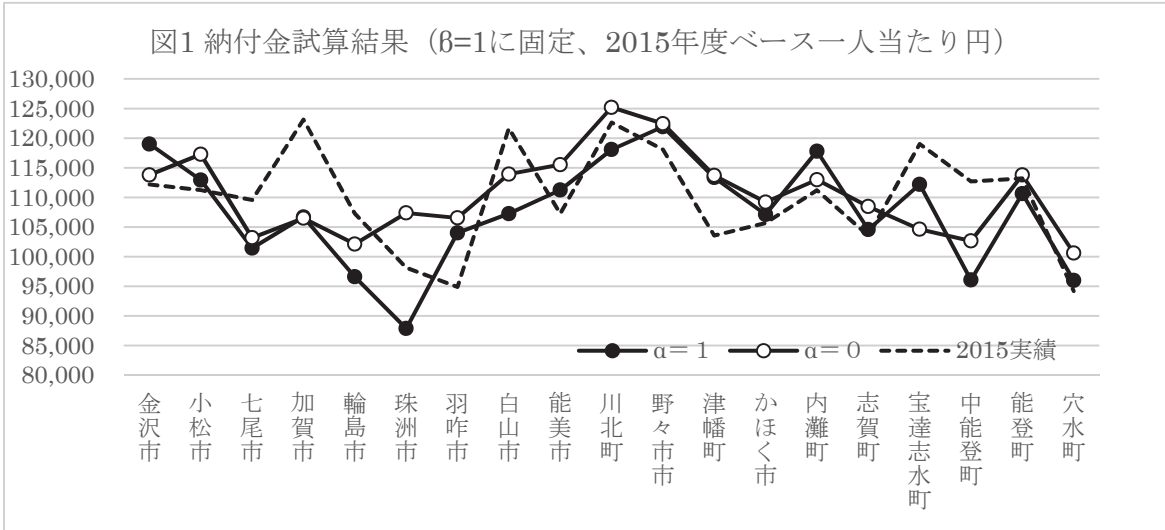
そこで本稿は、ガイドラインが定める C ではなく、現時点で決算データが入手できる2015年度の県内自治体における保険税と一般会計繰入の合計を C に置き換え、これが県内自治体の間にどう再分配されるかという方法で試算を行った。各自治体の保険税は『国民健康保険事業年報』に示される一般被保険者分・退職被保険者分収納額であり、一般被保険者と退職者を区別できないデータソースに合わせていずれのデータも両者の合計を用いている。一般会計繰入は保険税軽減分、保険者支援分、財政安定化支援事業等の法定繰入の他に法定外繰入をも含めている。

また、年齢調整後医療費指数は各市町の年齢階級別の一人当たり医療費（『医療給付実態調査』の市町村国保データ、入院・入院外医療費合計）が県平均であった場合の一人当た

り医療費を求める。これは、年齢階級別の一人当たり医療費給付が市町単位では公表されていないためであり、ガイドラインでもこの方法の算定を定めている。

2. 試算結果と考察

図1および図2に試算結果を示した。前述のように、いずれも2015年度決算額を再分配するという形での試算であるため、絶対額は無視して増減のみに着目して分析する。



試算の結果は次のように総括される。第一に、 α 、 β の如何にかかわらず2015年実績に比較して納付金額が大きくなる自治体と小さくなる自治体とへの明確な両極化が観察された。負担増が大きいのは、羽咋、能美、内灘、津幡、逆に七尾、加賀、白山、宝達志水、中能登などでは負担減が大きい。概して人口減少・高齢化率の高い地域で負担減となっているが、それだけでは説明できない面もある。何らかの要因で現行負担が軽減されていることも考えられるので、この点は別途検討が必要である。

第二に、 α すなわち医療費指数を反映させる度合によって負担増減の状況が異なることである。 α が大きくなるほど納付金が増加するのは金沢、内灘、宝達志水であり、逆に珠洲市では大幅な負担減となる。これらの自治体については医療費水準の高さ・低さの背景にある要因を検討する必要がある。

第三に、 β すなわち所得要因を反映させる度合による変化については、川北、野々市で β を大きくするほど負担増になる一方、七尾、輪島、加賀、宝達志水、中能登では負担減となる。これは各自治体における被保険者の所得状況によって概ね説明可能ではあるが、他方で所得水準が相対的に低くても β の影響が小さい自治体もある。

このように見ていくと、市町による納付金負担の相違、および制度導入による負担変化は、それぞれ単一の理由では説明できないことが多い。つまり複数の要因が複雑に絡み合っているのであって、納付金算定方式がこうした自治体ごとの固有の事情や背景をすべて配慮できるわけではないことが推察される。

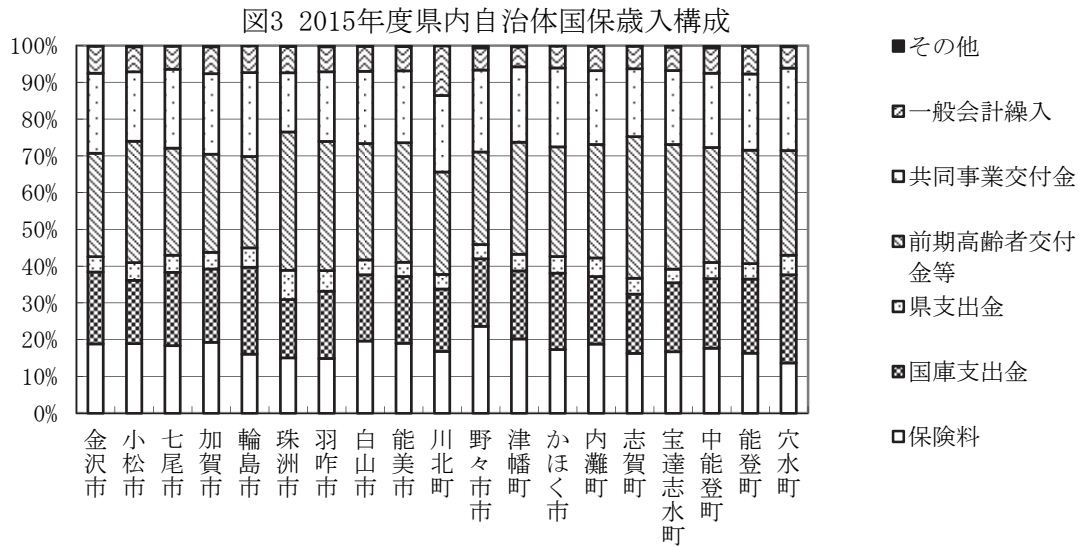
3. 納付金負担に影響をもたらす諸要素

そこで次に、納付金に影響をもたらす得る個々の要因について検討しておきたい。

(1)市町村国保歳入構成の比較

まず、従来の市町村国保における歳入構造の相違をみておきたい。これまでの市町村国保の財政は、被保険者への医療費給付を国保税、一般会計繰入、国・県からの財政移転、県内共同事業からの給付、および他保険からの移転（特に前期高齢者交付金）によって賄うのが基本的な仕組みであった。従って保険税は、他からの財政移転と一般会計繰入を見込んだ上で医療費給付を賄うのに必要な金額から逆算する形で設定されていた。都道府県単位化によって、国や他保険からの財政移転は都道府県に交付されることになり、県や県内共同事業からの財政移転も県全体の納付金算定の枠組みに吸収される。これまでの自治体間の保険税格差の背景には、医療給付費と他からの財政移転、一般会計繰入の状況が主な要因としてあったと考えられる。

そこで図3に、2015年決算における歳入構成の自治体間比較を示した。国保税の比重が相対的に少ない自治体は、珠洲市、羽咋市、志賀町のように前期高齢者交付金が多い場合、輪島市や志賀町、穴水町のように国庫支出金が多い場合、そして川北町のように一般会計繰入金が多い場合がある。



前期高齢者交付金は、高齢者比率の高い国保の財政事情に鑑み、健保組合、共済、協会けんぽ等から前期高齢者数に応じて財政移転を受けるものである。高齢化の進む奥能登自治体でこの比率が高い。また国庫支出金は、国保税軽減措置や財政基盤安定化等の財政調整的性格をもつ財政移転を含んでいる。つまりこれらは、国保税負担力の弱い地域への調整として働いている。都道府県単位化においては、こうした財政調整的な移転が、一部を除き、納付金制度のなかに、つまり前述の算定式に吸収されることになる。高齢化・人口減少・低所得という条件不利性をもつ自治体への配慮が十分反映されるかどうかは課題だろう。

他方一般会計繰入金は、法定繰入の他に、自治体が独自に繰り入れる法定外繰入があり、それによって国保税負担を軽減することができる。石川県内 2015 年度には、金沢、白山、能美、川北、野々市、内灘、穴水で法定外繰入がなされているが、川北町の場合にはこの比率がかなり高いといえる。

(2)所得シェアと人数シェアについて

図 2 でみたように、 β すなわち所得のシェアを反映させる度合いを変化させたときの影響は、 α を変化させたときに比べると小さい。「ガイドライン」では、 β は所得の全国平均に対する県内平均を標準としているので、石川県の場合は 0.9 程度となる。図 2 では意図的に β の変化を大きくしてその影響を強調したことになるので、実際には β によって自治体間の負担調整が行われる可能性は低いと考えられる。ガイドラインに示されたこの数式は、本来は所得水準の格差への配慮としてあるべきものだが、「人数のシェア」とセットにすることによってその効果を相殺している観がある。

ガイドラインは、保険税における応能負担（所得割）と応益負担（均等割および世帯平等割）を念頭に置くために、保険税課税対象となる所得と被保険者数とを納付金算定の要

素としている。なお、保険税の課税方式としてはこの他に資産割（固定資産税を課税標準とする）を設けている自治体があるが、これは国保被保険者の多くを農家が占めていた時代の名残ともいべきもので、近年は廃止するところも増えてきている。それゆえ納付金算定においては自治体の課税力を示す要素として所得シェア・人数シェアを用いているのである。

図4 一人当たり所得と国保被保険者比率

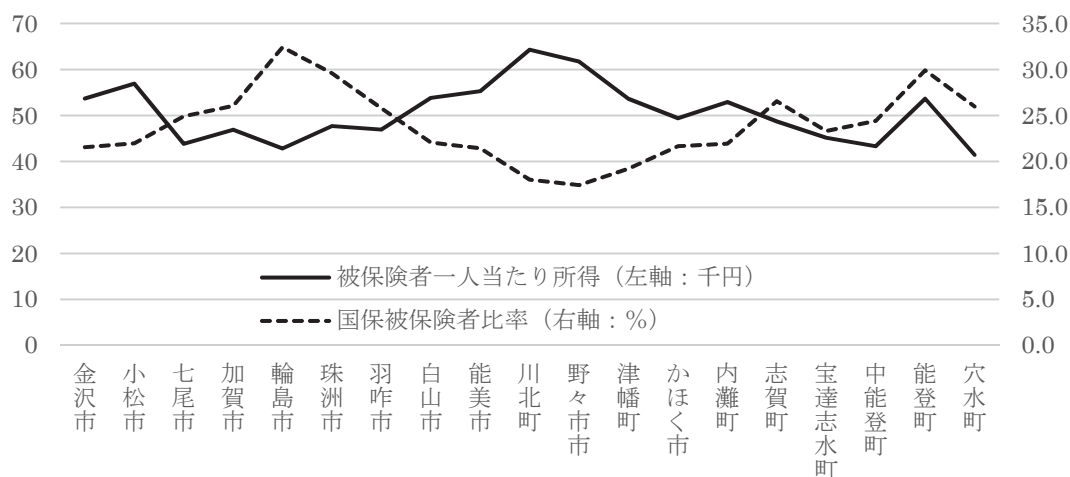
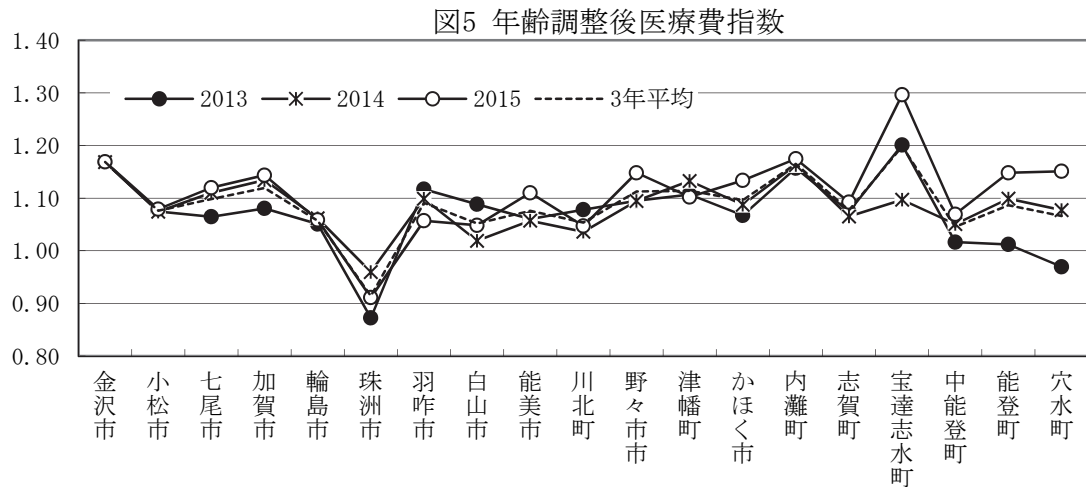


図4は被保険者一人当たり所得と国保被保険者比率とをグラフ化したものである。図からわかるように、自治体間での所得水準と被保険者数とは概ね逆相関を示している。従って、納付金算定に際して所得シェア（ β による重み付けはあれ）と人数シェアを足し合わせることは、この二つの要素を相殺させるという問題をはらんでいる。つまり、高齢化や所得水準の低さゆえにこれまでの国保財政の運営に困難をもってきた自治体にとって、 β を操作することで負担軽減を図る効果はあまり期待できないということになる。

(3)医療費の地域差について

次に、 α によって重み付けがなされる医療費について、その地域差の現状と要因について検討しておきたい。納付金算定には年齢調整後医療費指数を用いる。前述のように年齢調整後医療費指数は、各市町の年齢階級別の一人当たり医療費が県平均であった場合の一人当たり医療費を求め、これに対する実際の一人当たり医療費の比率を示したものである。概して高齢化率が高いほど医療費が高くなる傾向があるが、この指数によって年齢階級別平均医療費に対する当該自治体の医療費の多寡を示すことで、自治体による年齢構成の相違を除外して医療費水準を比較することができる。

県内自治体の年齢調整後医療費指数は図 5 のように表される。この図からは、珠洲市お



よび宝達志水町の突出した値が目につくが、宝達志水町の場合は 2015 年度の一時的な増加である可能性もある。この医療費には高額医療費（県内自治体の間で負担調整される 1 レセプト一定額以上の医療費）が含まれているため、小規模自治体であれば突発的な高額医療費がこうした変化をもたらすことも考えられる。他方、珠洲市においては恒常的に医療費が低水準にあることがわかる。医療費の地域差の要因については様々な先行研究がある（詳細については拙稿「国民健康保険の都道府県単位化をめぐって」『金沢大学経済論集』37-2、2017 年参照）。地域保健活動に資するソーシャル・キャピタルや検診受診率が医療費低減に資するか否かは立証困難である。逆に受診率が高い地域において短期的に医療費が上昇する現象も見られる。

表 1 医療サービスへのアクセス条件

1km2 あたり医療機関				1000 人あたり病床			
野々市市	3.83	七尾市	0.15	内灘町	33.91	能美市	10.64
金沢市	0.96	白山市	0.09	七尾市	28.49	羽咋市	8.84
内灘町	0.84	中能登町	0.08	金沢市	21.76	志賀町	8.37
かほく市	0.37	穴水町	0.07	加賀市	19.26	宝達志水町	7.59
能美市	0.37	輪島市	0.06	かほく市	18.67	輪島市	7.46
川北町	0.27	宝達志水町	0.05	能登町	17.08	白山市	5.34
羽咋市	0.24	志賀町	0.04	珠洲市	13.33	津幡町	3.76
小松市	0.23	珠洲市	0.04	小松市	13.17	川北町	2.36
津幡町	0.23	能登町	0.04	穴水町	11.38	中能登町	0.00
加賀市	0.18			野々市市	11.22		

県内ケースで医療費格差を説明する大きな要因の一つとして考えられるのは、医療へのアクセス条件の格差である。表 1 は病院・診療所等の医療機関立地状況を示している。概して奥能登地域には医療機関が少ないが、千人あたり病床数は少なくはない。これは、開業医が少ないために公立の総合病院が一次医療の機能を兼ねる状況のゆえである。能登地

域では七尾市に総合病院が複数立地しており、奥能登の二次・三次医療の中核機能を担っている。中能登町には入院施設がないが、隣接する七尾市へのアクセスが比較的容易である。これに対し、金沢市や内灘町には大学病院が立地し、医療機関数も多い。このような医療サービスへのアクセスの差が、医療費指数の地域差の背景にある。それゆえ、納付金算定にあたって α の設定が重要であるのは、医療費削減インセンティブという面もあるものの、このような医療サービスへのアクセス格差による医療費の地域差への配慮もあるといえる。

おわりに

石川県は2018年1月に納付金算定結果を公表したが、本稿での算定結果と若干の相違が見られる。計算のベースになる決算年度の相違のほか、医療費の伸び、高額医療費への配慮、激変緩和措置など、本稿では考慮に入れなかった幾つかの要因があるものと考えられる。現時点で県は算定の詳細について公開していないが、今後詳細な算定方法を入手し、それをもとにこの算定について検証していく必要がある。