

「国民健康保険財政と地方公共団体」

平成28年3月24日(木)

太田匡彦

於 地方行政研究会
2016年3月24日

国民健康保険財政と地方公共団体

太田 匡彦

I. 問題の所在——「国民健康保険の保険者の都道府県移行」

A. 「国保広域化」と社会保障改革国民会議報告書（平成25年8月6日）

—社会保障国民会議報告書

—国保保険者の都道府県移行の二つの思考

- ・医療供給体制（デリバリー）と医療費調達・保障体制（ファイナンス）の一致
- ・規模の経済への期待

B. 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（平成27年法律31号）による国保3条・4条の改正（平成30年4月1日施行）

—国保3条1項、4条に基本思考が示されることになる。

- ・改正後国保3条1項「都道府県は、当該都道府県内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）とともに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。」

- ・（全部）改正後国保4条「国は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるよう必要な各般の措置を講ずるとともに、第一条に規定する目的の達成に資するため、保健、医療及び福祉に関する施策その他の関連施策を積極的に推進するものとする。

2 都道府県は、安定的な財政運営、市町村の国民健康保険事業の効率的な実施の確保その他の都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の健全な運営について中心的な役割を果たすものとする。

3 市町村は、被保険者の資格の取得及び喪失に関する事項、国民健康保険の保険料（……）の徴収、保健事業の実施その他の国民健康保険事業を適切に実施するものとする。

4 都道府県及び市町村は、前二項の責務を果たすため、保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策その他の関連施策との有機的な連携を図るものとする。

5 都道府県は、第二項及び前項に規定するもののほか、国民健康保険事業の運営が適切かつ円滑に行われるよう、国民健康保険組合その他の関係者に対し、必要な指導及び助言を行うものとする。」

—問題の設定

II. 社会保険財政の調整という観点から見た社会保険の編成

—問題の所在

A. 出発点としての被用者—非被用者二本立て体制による国民皆保険・皆年金体制

—皆保険（1958年国民健康保険法全面改正、1961年施行）

- ・補足的包括的医療保険としての国民健康保険（国保5条、6条）

—皆年金（1959年国民年金法成立、同年11月福祉年金開始、1961年4月拠出制年金開始）

B. 給付の二層化を伴う二階建て編成への移行——年金保険

—1985年国民年金法改正

- ・全国民に共通の基礎年金を行う国民年金制度＋被用者に上乗せの厚生年金を行う厚生年金保険

—前提として給付の二層化

C. 共同事業化による財政調整の事実上の導入——老人保健制度の導入

—老人保健法の制定（1982年成立）

- ・老人保健事業の一種としての医療を、市町村長が、70歳以上の医療保険加入者に対して行う。
- ・当該医療に要した費用は、当初その70%を全医療保険者が共同で拠出する医療費拠出金で賄う（30%は公費）。平成14年以降は、公費と拠出金それぞれ50%ずつ。
- ・医療費拠出金は、最終的に、基本的には（主要部分としては）、各保険者の老人医療費を母数とし、それに「全保険者の老人加入率をその保険者の老人加入率で除した数値（＝加入者調整率）」を乗じる。

—財政調整効果、または国保に対する財政軽減・支援効果

—批判

D. 財政調整のための留保分つき地域保険一本化——介護保険

—介護保険法によるとしての介護保険の編成（1997年介護保険法成立、2000年施行）

- ・地域保険だけで編成。被用者も、市町村の管掌する介護保険の被保険者となる（介保9条）。

—財政調整のための第2号介護保険被保険者保険料

- ・全国で均したときの第2号介護被保険者の全介護保険被保険者に対する割合の1/2を基準として設定された第2号被保険者負担率（介保125条2項）が定められる（現在は、28/100。介護保険の国庫負担金の算定等に関する政令5条）。
- ・介護給付費交付金は、各市町村の介護給付・予防給付に要する費用の額に第2号被保険者負担率を乗じた額（介保125条1項）。地域支援事業交付金は、各市町村の介護予防・日常生活支援総合事業に要する費用の額に第2号被保険者負担率を乗じた額（介保126条1項）。

E. 老人医療費の切り離しと広域化——後期高齢者医療保険

—高齢者医療確保法への改正（2006年改正、2008年施行）

- ・75歳以上の後期高齢者を、同一都道府県内にある全市町村が共同して設立する広域連合（後期高齢者医療広域連合）の運営する後期高齢者医療保険の被保険者とする。
- ・費用は1割を被保険者が、4割を他の保険者からの後期高齢者支援金、5割を公費で負担。
- ・前期高齢者については、老人保健拠出金と同様の計算に基づく財政調整を行う。
調整金＝各保険者の前期高齢者1人当たり給付費（ただし著しく高い部分については調整を行わない）×（各保険者の前期高齢者加入率－全国平均の前期高齢者加入率）
×各保険者の加入者数
- ・下線部がプラスであれば交付金の交付を受け、マイナスであれば納付金を支払う。

－広域化と独立保険方式の意味

F. 国保保険者の都道府県移行の特色

- －広域化と都道府県
- －財政調整の内面化？

III. 平成 27 年法律 31 号第 3 条による国保法の改正

A. 被保険者の地位

- －都道府県単位での被保険者編成

B. 都道府県と市町村の基本的役割分担

- －資格確認に関する権限（第 9 条）
- －給付に関連する権限

C. 基本的な金銭の動き

- －国庫負担金・交付金
- －都道府県内部での金銭の移動
- －市町村内部での金銭の移動
- －都道府県－市町村間での金銭の移動
 - ・都道府県から、市町村に対して、国民健康保険保険給付費等交付金（75 条の 2 第 1 項）。
 - ・市町村から都道府県に対して、国民健康保険事業費納付金（75 条の 7）。都
 - ・実際のプログラムについて、「市町村が都道府県に納める国保事業費納付金や標準保険料率を算定する国保事業費納付金等算定標準システムの簡易版を 28 年 10 月に、29 年 10 月には確定版を提供する予定」
- －保険料
- －財政安定化基金（81 条の 2）
- －特別高額医療費共同事業（81 条の 3。新設）

D. 都道府県の市町村に対する権限

- －情報提供権限（75 条の 3）
- －再審査の求め（75 条の 4）
- －給付取消の勧告（75 条の 5）
- －交付金の減額（75 条の 6）
- －都道府県国民健康保険運営方針の策定（82 条の 2）
 - ・第 82 条の 2「都道府県は、都道府県等が行う国民健康保険の安定的な財政運営並びに当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の広域的及び効率的な運営の推進を図るため、都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の運営に関する方針（以下「都道府県国民健康保険運営方針」という。）を定めるものとする。
 - 2 都道府県国民健康保険運営方針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 一 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し
 - 二 当該都道府県内の市町村における保険料の標準的な算定方法に関する事項
 - 三 当該都道府県内の市町村における保険料の徴収の適正な実施に関する事項

- 四 当該都道府県内の市町村における保険給付の適正な実施に関する事項
- 3 都道府県国民健康保険運営方針においては、前項に規定する事項のほか、おおむね次に掲げる事項を定めるものとする。
 - 一 医療に要する費用の適正化の取組に関する事項
 - 二 当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項
 - 三 保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策その他の関連施策との連携に関する事項
 - 四 前項各号（第一号を除く。）及び前三号に掲げる事項の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他都道府県が必要と認める事項」
- －標準保険料率算定権限（82条の3）
- －現在の状況
 - ・国民健康保険における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）（案）、都道府県国民健康保険運営方針策定要領（案）は、それぞれ示されている。
- E. 都道府県、市町村の事務の区分
 - －従来の区分の維持
- F. その他
 - －国保協議会
- IV. 幾つかの論点
 - A. 共同事務化？――改正後国保3条、4条の意味
 - －国保の管掌という単一事務の不在
 - －国保3条、4条の意味
 - B. 都道府県の新たな関与権限と財政上の自力救済？
 - －都道府県に付与された権限の2類型
 - ①国保の運営に関する基本方針および標準的なあり方を示す権限。
 - ②国保財政の適法な管理の観点から、違法または不当な給付に対して是正を求める権限
 - －運営方針策定権限・標準保険料率算定権限による嚮導
 - －都道府県による違法または不当な給付の是正権限
 - －係争処理法制は動くか
 - C. 被保険者の地位と裁定的関与の変容？
 - －被保険者要件と被保険者資格の認定権限行使者――市町村の事務としての都道府県国保被保険者の判断
 - －裁定的関与の性格変容？
 - D. なお残る不安定？
 - －共同して行う国保を構成する分離した事務処理？

社会保障改革国民会議報告書（平成 25 年 8 月 6 日）抜粋

2 医療・介護サービスの提供体制改革

（2）都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

「今般の国民会議の議論を通じて、医療の在り方を地域ごとに考えていく必要性が改めて確認された。このため、本年 6 月の閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針」にも示されたとおり、地域ごとの実情に応じた医療提供体制を再構築することが求められる。

このような状況の下、医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである。また、医療提供体制の整備については、医療保険の各保険者等の関係者の意見も聞きながら、進めていくことが望ましい。

効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。ただし、国民健康保険の運営に関する業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである。

こうした国民健康保険の保険者の都道府県移行は積年の課題であったが、時あたかも、長年保険者となることについてはリスク等もあり問題があるという姿勢をとり続けてきた知事会が、国民健康保険について、「国保の構造的な問題を抜本的に解決し、将来にわたり持続可能な制度を構築することとした上で、国保の保険者の在り方について議論すべき」との見解を市長会・町村会と共同で表明し、さらに、知事会単独で、「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」との見解を表明している。この時機を逸することなくその道筋を付けることこそが当国民会議の責務である。

その際に必要となる国民健康保険の財政的な構造問題への対応については後述するが、いずれにせよ、国民健康保険の保険者の都道府県移行の具体的な在り方については、国と地方団体との十分な協議が必要となる。また、当該移行については、次期医療計画の策定を待たず行う医療提供体制改革の一環として行われることを踏まえれば、移行に際し、様々な経過的な措置が必要となることは別として、次期医療計画の策定前に実現すべきである。」

「3 医療保険制度改革

（1）財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

知事会が「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」を表明しており、時機を逸することなくその道筋をつけることこそが国民会議の責務であると先に述べた。この国民健康保険の都道府県化とかがわる

課題として、国民会議の最優先課題である医療・介護サービスの提供体制改革に加え、改革推進法（第6条第2号）にも規定されているとおり、医療保険制度について、「財政基盤の安定化」と「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」を図ることも必要である。

改革推進法（第6条）はまず国民皆保険制度の維持の必要性を掲げていることから、「財政基盤の安定化」については、国民皆保険制度の最終的な支え手（ラストリゾート）である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題となる。

具体的には、国民健康保険は、被用者保険と比べて、①無職者・失業者・非正規雇用の労働者などを含め低所得者の加入者が多い、②年齢構成が高く医療費水準が高い、③所得に占める保険料負担が重いといった課題を抱えており、こうしたこともあり、毎年度、市町村が多額の赤字補填目的の法定外繰入を行っている。さらに、保険財政運営が不安定となるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域ごとの保険料格差が非常に大きいという課題もある。国民皆保険制度を守るためには、こうした現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を、現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。

このためには、従来の保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による対応を超えて、財政運営の責任を都道府県にも持たせることが不可欠であり、医療提供体制改革の観点をも踏まえれば、上記2（2）で述べた国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となろう。

ただし、国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政的な構造問題の解決が図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。その財源については、後述する後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬割にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべきである。

その際には、財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、保険料の適正化など国民健康保険自身の努力によって、国民健康保険が将来にわたって持続可能となるような仕組みについても検討すべきである。さらに、国民健康保険の保険者を都道府県とした後であっても、保険料の賦課徴収等の保険者機能の一部については引き続き市町村が担うことや、前期高齢者に係る財政調整などを通じて被用者保険から国民健康保険に多額の資金が交付されている実態を踏まえると、国民健康保険の運営について、都道府県・市町村・被用者保険の関係者が協議する仕組みを構築しておくことも必要であろう。

なお、多くの非正規雇用の労働者が国民健康保険に加入しており、被用者保険の適用拡大を進めていくことも重要である。

次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。

このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置と併せ、今般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える

低所得者への配慮としても適切なものである。もっとも、税制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めると通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、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。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

後期高齢者支援金に対する負担方法について、健康保険法等の一部改正により被用者保険者が負担する支援金の3分の1を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とすること(総報酬割)を2013(平成25)年度から2年間延長する措置が講じられているが、支援金の3分の2については加入者数に応じたものとなっており、そのために負担能力が低い被用者保険者の負担が相対的に重くなっていて、健保組合の中でも3倍程度の保険料率の格差がある。この支援金負担について、2015(平成27)年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総数約1400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相当に縮小することにもなる。

その際、協会けんぽの支援金負担への国庫補助が不要となるが、これによって生ずる税財源の取扱いは、限られた財政資金をいかに効率的・効果的に用いるかという観点から、将来世代の負担の抑制に充てるのでなければ、他の重点化・効率化策と同様に今般の社会保障・税一体改革における社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用し、国民に広く還元すべきである。こうした財源面での貢献は、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上での保険者の都道府県への円滑な移行を実現するために不可欠である。

また、上記の健康保険法等の一部改正法の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとして、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある。その際、日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組合間で保険料率に大きな格差があること、その他被用者保険の状況等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組むことも検討が必要である。

加えて、所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助もかねて廃止の方針が示されており、保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要がある。

なお、後期高齢者医療制度については、創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である。」