HOKUGA 北海学園学術情報リポジトリ
学校法人北海学園
北海学園大学
北海商科大学

タイトル	市町村国保財政の現状と国保の都道府県移管の課題
著者	横山，純一；YOKOYAMA，Junichi
引用	開発論集(95)：29-58
発行日	2015-03-13

Hokkai-Gakuen Organization of Knowledge Ubiquitous through Gaining Archives.

開発論集　第95号　29-58(2015年３月)

市町村国保財政の現状と国保の都道府県移管の課題

横　山　純　一*

1　問題の所在

市町村が現在運営している国民健康保険（以下，市町村国保と略す）の都道府県への移管（国保保険者の都道府県移行）が，2018年４月に実施されることになった。2015年１月13日に，政府は医療保険制度改革の骨子を決定し，その中で，2015年度から市町村国保への財政支援を1700億円拡充することや，後期高齢者医療制度において最大９割軽減している保険料の特例措置を2017年度から原則廃止すること，後期高齢者医療制度への現役世代の支援金において所得に応じて負担額を決める総報酬割を2017年度から全面導入すること，総報酬割の全面導入によって捻出できる国費（2400億円）のうち1700億円を市町村国保の財政支援に充当して2017年度に市町村国保への財政支援を3400億円に拡充することなどとともに，2018年度に市町村国保を都道府県に移管する（国保の財政運営の責任主体を都道府県とする）ことが示されたのである。そして，2015年１月下旬に始まった通常国会に，関連法の改正案が提出されたのである[1)]。

国民健康保険には国民健康保険組合と市町村国保の２種類があるが，加入者のほとんどが市町村国保である。2012年３月末現在，国民健康保険組合の加入者が312万人なのに対し，市町村国保は3520万人となっているのである[2)]。市町村国保の加入者は1970年ころまでは自営業者や農林水産業者が主体であったが，近年は年金生活者等の無職の者や非正規雇用の者が増加し，自営業者や農林水産業者の数をはるかにしのいでいる。また，市町村国保では加入者の平均年齢が高いため医療費が膨らみやすい。このため，赤字補てんの法定外繰入を行う市町村が少なくなく，市町村国保の財政基盤は脆弱である。

このような市町村国保の状況に対し，これまで対策が打たれてこなかったわけではない。高額医療費共同事業や保険財政共同安定化事業の実施や国庫支出金，都道府県調整交付金の交付等を通じて，市町村国保が抱える財政問題への対応がなされてきた。つまり，広域的な取り組みや都道府県の役割強化で，医療費負担の多い市町村の負担軽減や，小規模市町村の財政上のリスク回避等がある程度図られてきたのである。さらに，後に詳しく述べるように，2015年度からは保険財政共同安定化事業の一層の拡大が予定されている。しかし，今回の国保保険者の

*（よこやま　じゅんいち）開発研究所研究員，北海学園大学法学部教授

都道府県への移行の実施は，このような措置を超えて，財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県にすることにより，財政規模を拡大し，財政基盤の安定を図ることがめざされているところに大きな特徴があるといえるのである。

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

さらに，保険料（税）については，都道府県移管後もすべての市町村で一律の保険料（税）とはせずに，都道府県が市町村の集めるべき保険料（税）の総額を分賦金として割り当て，市町村は割り当てられた分賦金をふまえて加入者から保険料（税）を徴収する。その際に，都道府県は，人口，年齢構成，医療費，所得水準などを考慮して，市町村ごとの保険料（税）の目安を示すことになっている。さらに，医療費抑制の努力によって医療費が削減された市町村や，保険料（税）納付率が高い市町村に対しては１人当たりの保険料（税）を下げることができる仕組みを導入するなど，移管後も地域差を認める仕組みとなっているのである。

本稿の目的は，市町村国保の抱えている問題を明らかにすることとともに，近年の共同事業（保険財政共同安定化事業など）と市町村国保の都道府県移管の仕組みを分析する。そして，そのうえで市町村国保の都道府県移管にかかわる課題を抽出し，今後の展望を示すことである。

そこで，本稿では，まず，市町村国保の構造と特徴を概観したうえで，市町村国保の加入者と保険料（税）の分析を行う。次に，市町村国保の財政状況について考察する。さらに，2012年４月５日に成立した国民健康保険法の改正（「国民健康保険法の一部を改正する法律」2012年４月６日公布，さかのぼって同年４月１日から施行）の概要を明らかにするとともに，2015年４月から実施される保険財政共同安定化事業の拡大や高額医療費共同事業，都道府県調整交付金について考察する。そのうえで，2015年１月下旬の法案に影響を及ぼした国保基盤強化協議会の2014年８月８日の「中間整理」を取り上げ，市町村国保の都道府県移管における都道府県と市町村の財源面での役割分担について検討する。そして，このような国保基盤強化協議会の「中間整理」を，保険者がどのように評価しているのかについて，北海道の市町村の考え方を明らかにする。さらに，2018年度の市町村国保の都道府県への移管に伴う国の財政支援策や都道府県への移管にかかわる課題と展望について述べていくことにしたい。

2　市町村国保の財政の仕組みと特徴

⑴　日本の公的医療保険の現状

まず，日本の公的医療保険の現状についてみてみよう。2012年３月末現在の加入者数は１億2887万人である[3)]。

図表１　各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (2012 年 3 月末)	1,717	1	1,443	85 (2011 年 3 月末)	47
加入者数 (2012 年 3 月末)	3,520 万人 (2,036 万世帯)	3,488 万人 被保険者 1,963 万人 被扶養者 1,525 万人	2,950 万人 被保険者 1,555 万人 被扶養者 1,395 万人	919 万人 被保険者 452 万人 被扶養者 467 万人 (2011 年 3 月末)	1,473 万人
加入者平均年齢 (2011 年度)	50.0 歳	36.3 歳	34.1 歳	33.4 歳 (2010 年度)	81.9 歳
65～74 歳の割合 (2011 年度)	31.4%	4.7%	2.5%	1.6% (2010 年度)	2.8%(※２)
加入者一人当たり医療費 (2011 年度)	30.9 万円	15.9 万円	14.2 万円	14.4 万円 (2010 年度)	91.8 万円
加入者一人当たり平均所得(※３) (2011 年度)	83 万円 一世帯あたり 142 万円	137 万円 一世帯あたり(※４) 242 万円	198 万円 一世帯当たり(※４) 374 万円	229 万円 一世帯当たり(※４) 467 万円 (2010 年度)	80 万円
加入者一人当たり平均保険料 (2011 年度)(※５) 〈事業主負担込〉	8.2 万円 一世帯あたり 14.2 万円	9.9 万円〈19.7 万円〉 被保険者一人あたり 17.5 万円〈35.0 万円〉	10.0 万円〈22.1 万円〉 被保険者一人あたり 18.8 万円〈41.7 万円〉	11.2 万円〈22.4 万円〉 被保険者一人あたり 22.7 万円〈45.5 万円〉 (2010 年度)	6.3 万円
保険料負担率(※６)	9.9%	7.2%	5.0%	4.9%(2010 年度)	7.9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の 50%	給付費等の 16.4%	後期高齢者支援金等の負担が重い保険者等への補助(※８)	なし	給付費等の約 50%
公費負担額(※７) (2013 年度予算ベース)	3 兆 4,392 億円	1 兆 2,065 億円	288 億円		6 兆 5,347 億円

(※１) 協会けんぽ，組合健保及び後期高齢者医療制度については速報値である。
(※２) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。
(※３) 市町村国保及び後期高齢者医療制度においては，「総所得金額（収入総額から必要経費，給与所得控除，公的年金等控除を差し引いたもの）及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたもの。
市町村国保は「国民健康保険実態調査」，後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」によるもので，それぞれ前年の所得である。
協会けんぽ，組合健保，共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」（標準報酬総額を加入者数で割ったもの）から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。
(※４) 被保険者一人あたりの金額を表す。
(※５) 加入者一人当たり保険料額は，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，加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。
(※７) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導，保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。
(※８) 共済組合も補助対象となるが，2011 年度以降実績なし。
〔出所〕厚生労働省保険局国民健康保険課「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議，厚生労働省保険局国民健康保険課説明資料」2014 年 2 月 17 日。

図表１は，国民健康保険のうちの国保組合（加入者数 312 万人）や船員保険（同 13 万人）などを除いた公的医療保険を示している。加入者数が多いのが市町村国保で，加入者数は 3520 万人（2036 万世帯），保険者数は 1717 である。協会けんぽが 3488 万人（被保険者 1963 万人，被扶養者 1525 万人）でこれに続いている。組合健保は 2950 万人（被保険者 1555 万人，被扶養者 1395 万人），共済組合は 919 万人（被保険者 452 万人，被扶養者 467 万人）である。

2008年4月からスタートした後期高齢者医療制度は75歳以上の全国民を対象とするもので，加入者数は1473万人である。後期高齢者医療制度が設立される以前には，市町村国保に加入している後期高齢者が多かったため，後期高齢者医療制度の成立によって市町村国保加入者は大幅に減少した[4]。

⑵　市町村国保の構造と特徴

市町村国保は次のような構造と特徴を有している（図表１）[5]。

まず，高齢者（65－74歳の前期高齢者）の加入が多く，年齢構成が高いことである。加入者の平均年齢は50.0歳，加入者のうち65～74歳が31.4％で，加入者の3人に1人が前期高齢者である。これに対し，組合健保の加入者の平均年齢は34.1歳で，加入者のうち65～74歳の割合は2.5％である。協会けんぽ，共済組合についても，加入者の平均年齢は30代半ば，65～74歳の割合は5％未満である。

次に，年間医療費（加入者1人当たり）が高いことである。市町村国保の加入者1人当たり医療費は30.9万円と他の公的医療保険の2倍となっている。

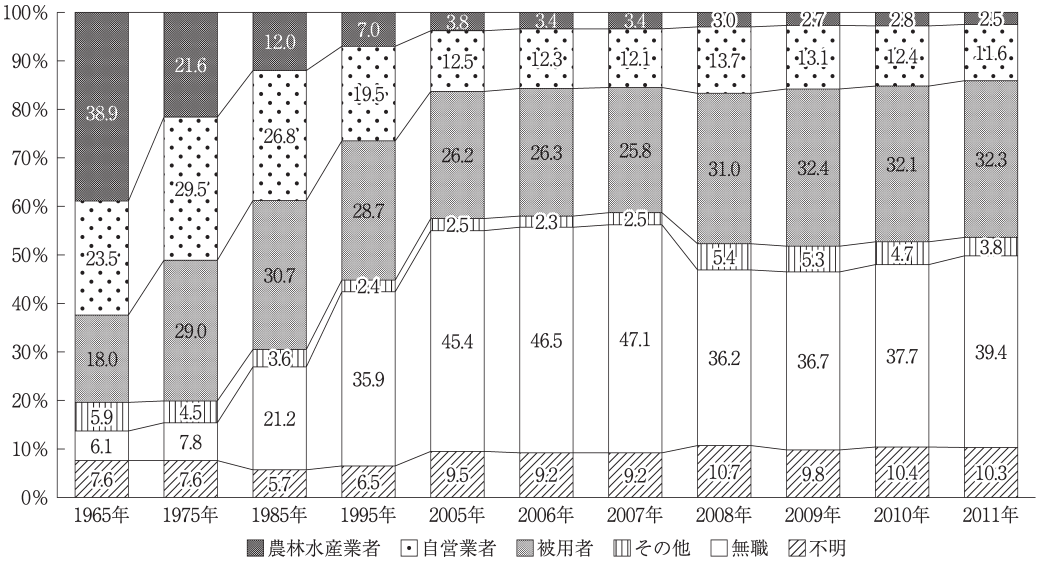
3つ目は市町村国保の加入者の所得水準が低いことである。市町村国保の加入者1人当たりの平均所得は83万円（1世帯当たり142万円）で，他の公的医療保険加入者よりもかなり低い。共済組合が229万円（1世帯当たり467万円），組合健保が198万円（同374万円），協会けんぽが137万円（同242万円）である。これは，市町村国保には無職世帯の割合が高いなど加入者構成によるところが大きいのである。

4つ目は，保険料（税）負担率（加入者1人当たり平均保険料（税）を加入者1人当たり平均所得で除した額）が高いことである。市町村国保の加入者1人当たり平均保険料（税）は8.2万円（1世帯当たり14.2万円）で，組合健保や協会けんぽ等よりもやや低い（事業主負担をふくまない場合の組合健保は加入者1人当たり10.0万円，被保険者1人当たり18.8万円）。しかし，市町村国保では加入者の所得水準が低いため，保険料（税）負担率は，組合健保が5.0％，協会けんぽが7.2％，共済組合が4.9％なのに対し，市町村国保は9.9％と高くなっているのである。

5つ目は，保険料（税）の収納率が低下していることである。1961年度以降2012年度までみた場合，収納率（全国平均）は2007年度まで一貫して90％台を維持していたが，2008年度に80％台に落ち込み，それ以降はずっと80％台で推移してきた。2013年度には全国平均で90.42％となり，かろうじて90％台に回復したものの以前の水準には到達していない[6]。

6つ目は，小規模な保険者が多いことである。市町村国保の保険者数1717のうち3000人未満の小規模な保険者が422と4分の1を占めている。とくに北海道では，小規模保険者の割合が高く，157保険者のうち87保険者が被保険者数3000人未満の小規模保険者で，その割合は55.4％にのぼっている（2012年度末）[7]。このような小規模保険者の場合，高額医療が発生すれば財政運営が不安定になるリスクが高くなるのである。

図表２　市町村国保の世帯主の職業別構成割合の推移



（注１）擬制世帯を含む。
（注２）2008 年度以降は後期高齢者医療制度創設に伴い，無職の世帯割合が減少していることに留意が必要。
〔出所〕図表１に同じ。

７つ目は，市町村国保の財政の脆弱性を反映して，市町村における法定外繰入（市町村の一般会計から国保特別会計に入る法定外の繰入金）が多いことである[8]。2012 年度の法定外繰入額は約 3900 億円で，このうち，単年度の決算補てんを目的とするものが 1470 億円，保険料（税）の負担緩和を図る目的のものが 1087 億円となっている。さらに，単年度収支差でみると，赤字保険者の比重が高く，全保険者に占める赤字保険者の割合は 47.7％（1717 保険者中 819 保険者）となっている。また，繰り上げ充用額（１会計年度経過後に至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）は 1200 億円にのぼっている。

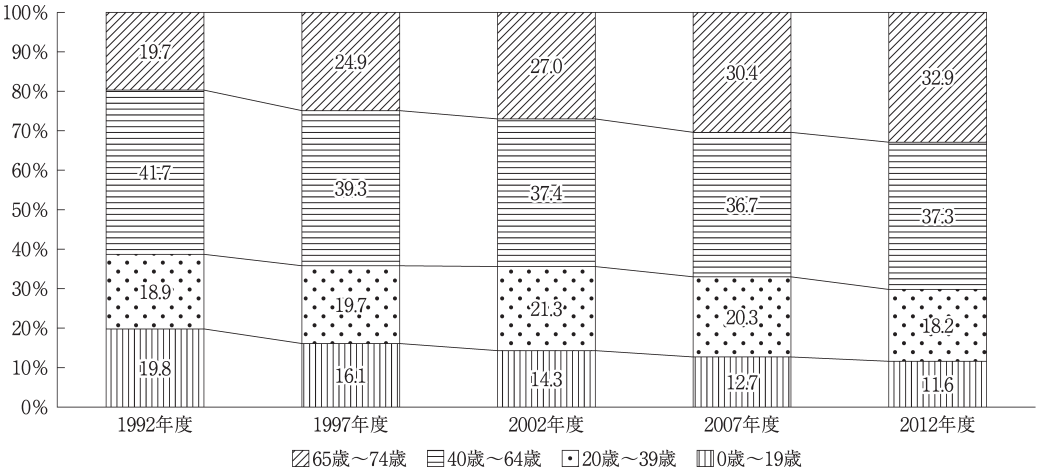
８つ目は，所得（保険料（税）収入），高齢者（医療需要）が地域的に偏在しているため，１人当たり医療費，１人当たり所得，１人当たり保険料（税）の地域格差が生じていることである。

３　市町村国保の加入者と保険料（税）等の分析

⑴　加入者

図表２により，市町村国保の世帯主の職業別構成割合の推移をみてみよう。1965 年は農林水産業者（構成割合 38.9％）や自営業者（同 23.5％）が多く，年金生活者などの無職の者（同 6.1％）や被用者（同 18.0％）が少なかったが，近年は農林水産業者の割合と自営業者の割合が大幅に減少する一方で，無職の者や被用者（非正規雇用が多いと思われる）など経済的弱者の比重が

図表３　市町村国保の被保険者（75 歳未満）の年齢構成の推移



〔出所〕図表１に同じ。

増大している。2007 年は農林水産業者が 3.4%，自営業者が 12.1%，無職の者が 47.1%，被用者が 25.8%，2011 年は農林水産業者が 2.5%，自営業者が 11.6%，無職の者が 39.4%，被用者が 32.3%となっている。2008 年 4 月 1 日に後期高齢者医療制度がスタートしたため，無職の者の割合が 2007 年に比べて 2008 年には 11 ポイント程度減少したが，その後再び上昇基調で推移している。また，2011 年には近年の雇用流動化の進行の中で被用者の割合が増大し，32.3%となっている。

さらに，市町村国保の被保険者の高齢化が進行している。被保険者（75 歳未満）全体に占める 65～74 歳の割合は，1992 年が 19.7%，2012 年が 32.9%となっており，20 年間で 13 ポイント程度増加している。これに対して 0 ～19 歳は，1992 年が 19.8%，2012 年が 11.6%となっており， 8 ポイント程度低下している（図表３）。

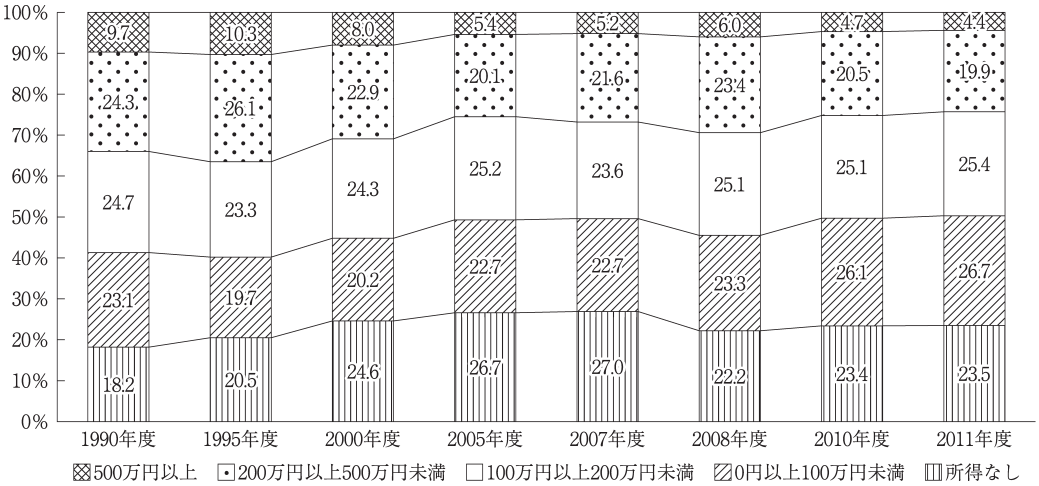
また，低所得世帯の割合が増加しており，加入世帯の貧困化が進んでいる（図表４）。所得なし世帯（所得なし世帯の収入は給与収入世帯で 65 万円以下，年金収入世帯で 120 万円以下）は，1990 年度の 18.2%から 2011 年度の 23.5%に， 0 円以上 100 万円未満世帯は，1990 年度の 23.1%から 2011 年度の 26.7%に，それぞれ増大している。その反対に，500 万円以上の世帯は 9.7%（1990 年度）から 4.4%（2011 年度）に，200 万円以上 500 万円未満は 24.3%（1990 年度）から 19.9%（2011 年度）に，それぞれ減少しているのである。

⑵　保険料（税）等

次に，保険料（税）について検討しよう。

市町村国保では，国民健康保険法第 76 条により，市町村は国民健康保険に要する費用を世帯主から徴収しなければならない。その際，国民健康保険料，もしくは地方税法に基づく目的税

図表 4　世帯の所得階層別割合の推移



（注 1）国民健康保険実態調査報告による。
（注 2）擬制世帯主，所得不詳は除いて集計している。
（注 3）2008 年度以降は後期高齢者医療制度が創設され，対象世帯が異なっていることに留意が必要。
（注 4）ここでいう所得とは「旧ただし書き方式」により算定された所得総額（基礎控除前）である。
（注 5）「所得なし」世帯の収入は，給与収入世帯で 65 万円以下，年金収入世帯で 120 万円以下。
〔出所〕図表 1 に同じ。

である国民健康保険税のどちらを徴収するのかは，市町村の判断に任されている。現在，保険料の賦課・徴収が多い大都市部を除くと，ほとんどの市町村が保険税を徴収している。滞納の時効については保険税が 5 年，保険料が 2 年となっている。なお，国民健康保険料と国民健康保険税の 2 種類になったのは 1951 年からで，たとえば，埼玉県内では，現在，全市町村が国民健康保険税を採用している[9)]。

保険料（税）の賦課方法については，4 つの賦課区分（所得割，資産割，被保険者均等割，世帯別平等割），3 つの賦課区分（所得割，被保険者均等割，世帯別平等割），2 つの賦課区分（所得割，被保険者均等割）のどれかを市町村が選択することになっている。その際に，賦課限度額，各賦課区分の構成割合，各賦課区分の料率を市町村は独自に決定できる。各賦課区分を世帯ごとに合算した額が賦課額となる。国民健康保険料（税）の賦課方式別の保険者数は図表 5 のようになっており，4 方式を採用する保険者数が最も多く 1179 保険者で，不均一課税の 14 保険者を除いた全保険者数（1703 保険者）の約 70％を占めている。

保険料（税）は，次の 3 つの部分，つまり医療分，支援金分，介護納付金分で構成されている。医療費分は市町村国保の加入者の医療費に充てる部分，支援金分は後期高齢者医療制度の加入者の医療費に充当する部分である。介護納付金分は介護費に充当する部分で，世帯内の市町村国保加入者の中に 40 歳以上 65 歳未満の者（介護保険の第 2 号被保険者）がいる場合に 2 号被保険者が納付するものである。

さらに，図表 6 は北海道のある地域（オホーツク地域）の隣接する 4 町村の国民健康保険税

図表５　国民健康保険料（税）の賦課方式別保険者数

（2011 年度末現在）

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

（注１）不均一課税の保険者（14 保険者）を除く。
（注２）計数は，四捨五入によっているので，端数において合致しないものがある。
（注３）「2011 年度国民健康保険事業年報」より。
（注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）。
〔出所〕図表１に同じ。

図表６　北海道の４町村（Ａ町，Ｂ町，Ｃ町，Ｄ村）の国保税の比較

【保険料（税）率の現況（2008 年度）】

		Ａ町	Ｂ町	Ｃ町	Ｄ村
医療給付分	所得割	5.50％	6.00％	3.80％	4.50％
	資産割	40.00％	50.00％	30.00％	31.00％
	均等割	29,000 円	15,500 円	23,000 円	9,700 円
	平等割	35,000 円	29,000 円	22,000 円	25,500 円
支援金分	所得割	1.15％	1.90％	1.20％	6.00％
	資産割	10.55％	10.00％	10.00％	40.00％
	均等割	7,700 円	6,600 円	7,000 円	6,300 円
	平等割	6,800 円	5,000 円	6,000 円	16,500 円
介護納付金分	所得割	0.62％	0.91％	0.35％	1.90％
	資産割	5.40％	―	―	12.00％
	均等割	5,300 円	12,100 円	5,000 円	4,800 円
	平等割	4,000 円	―	3,000 円	8,700 円

（注）４町村はいずれも国保税を徴収している。

【賦課方式の現況（介護納付金分）】

４方式（所得割，資産割，均等割，平等割）	Ａ町，Ｄ村
３方式（所得割，均等割，平等割）	Ｃ町
２方式（所得割，均等割）	Ｂ町

【賦課限度額の現況（医療給付費分）】

法定限度額上限（470,000 円）	Ａ町，Ｂ町
法定限度額未満（460,000 円）	Ｃ町，Ｄ村

【滞納繰越額（2006 年度末時点）】※千円

	Ａ町	Ｂ町	Ｃ町	Ｄ村
滞納繰越額	16,035	2,386	40,846	702

〔出所〕横山純一『地方自治体と高齢者福祉・教育福祉の政策課題―日本とフィンランド』，同文舘出版，2012 年３月。

の賦課方法，各賦課区分の保険料（税）率，賦課限度額を比較してみたものである。医療費分と支援金分については４町村とも４つの賦課区分を採用しているが，介護納付金分については，４方式が１町１村，３方式が１町，２方式が１町となっている。保険料（税）率や賦課限度額については４町村でかなり異なっていることが把握できるのである。

また，保険料（税）には減免制度（法定減免と申請減免）や軽減措置が設けられている。市町村は申請減免の裁量を持ち，条例で独自に決めることができる。たとえば，山口県宇部市は，所得減で収入が生活保護基準の 1.5 倍以下で，前年よりも所得が 30％以上減少した場合，所得割額を 30％から 100％の範囲で軽減するとしているのである[10]。

保険料（税）の収納率は，すでにみたように 2008 年度以降 90％を切り，80％台になっていたが，2013 年度に 90.42％となりわずかながら回復した。2013 年度の収納率ワースト１位が東京都の 86.20％，収納率が最も高いのは島根県の 94.95％であった。保険料（税）を滞納している

世帯数（全国）は，2014 年 6 月 1 日現在で約 360 万 6400 世帯で，加入世帯の 17.2％である[11]。

また，所得（保険料収入または保険税収入），高齢者（医療需要）が地域的に偏在しているため，１人当たり保険料(税)，１人当たり所得，１人当たり医療費の地域格差が生じている。このような格差を都道府県内で比較してみれば[12]，１人当たり保険料(税)額の都道府県内格差については，最大が東京都の 2.9 倍（最高が千代田区の 11 万 9684 円，最低が三宅村の 4 万 1949 円)，最小は富山県の 1.3 倍であった。ただし，注意しなければならないのは，この数値は同一の所得と同一の世帯構成を持った世帯について比較してみているわけではないことである。１人当たり保険料（税）額は全国平均が 8 万 1698 円，最高が岐阜県の 8 万 9605 円，最低は沖縄県の 5 万 3608 円であった。

１人当たり所得の都道府県内格差については，最大が秋田県の 7.2 倍(最高が大潟村の 226.5 万円，最低が五城目町の 31.5 万円)，最小は福井県の 1.3 倍であった。

１人当たり医療費の都道府県内格差については，最大が沖縄県の 2.6 倍（最高が渡名喜村の 42 万 680 円，最低が北大東村の 15 万 9177 円)，最小が栃木県の 1.2 倍であった。1 人当たり医療費は，全国平均が 30 万 8669 円，最高が山口県の 37 万 7135 円，最低が沖縄県の 25 万 9549 円であった。

4　市町村国保財政の状況

⑴　医療費の動向と将来推計

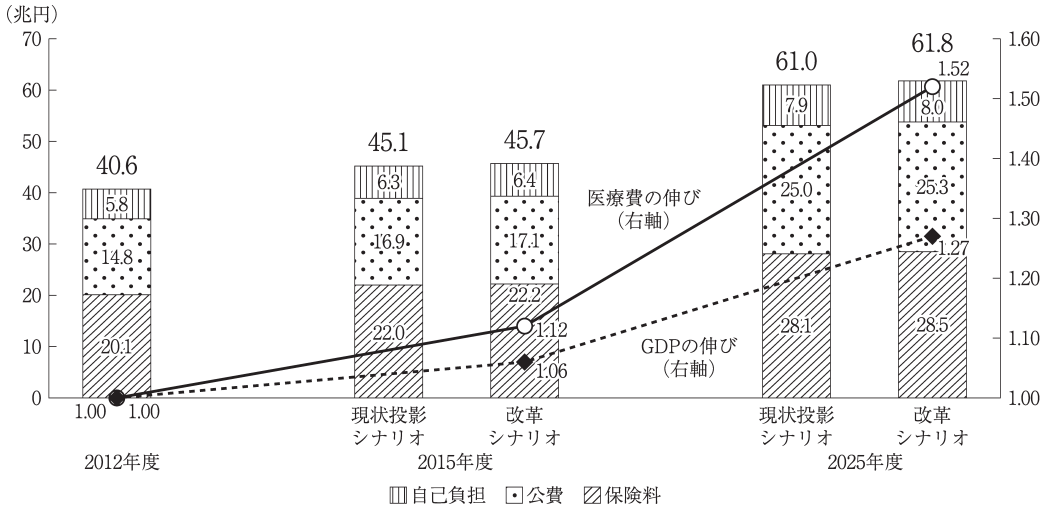
2011 年度の国民医療費は 38.6 兆円であった。1985 年が 16.0 兆円であったので実に 2.4 倍の増加となっている。国民医療費の対 GDP 比も 2010 年度に 7.8％となっている[13]。しかも，今後，国民医療費は GDP の伸びを大きく上回って増大すると見込まれている。これに伴い，医療保険料，公費，自己負担の規模も，GDP を大きく上回って増大する見込みである。「現状投影シナリオ」(サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来の人口構成に適用した場合)，「改革シナリオ」(サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合)のどちらの場合においても[14]，2025 年度には，医療費が 61 兆円台と見込まれているのである(図表 7)。そして，医療費を賄う財源としては，自己負担が約 8 兆円，公費が約 25 兆円，医療保険料が約 28 兆円と予想されているのである。

⑵　市町村国保の財政状況

図表 8 は市町村国保の収支状況を示したものである。2011 年度の財政規模（単年度収入）は 13 兆 3832 億円であった。

収入では保険料（税）が 3 兆 411 億円となっている。市町村国保では財政移転が多いのが特徴で，国庫支出金が 3 兆 4353 億円，都道府県支出金が 8956 億円，療養給付費交付金が 7174 億円，共同事業交付金が 1 兆 4767 億円，前期高齢者交付金が 2 兆 9569 億円となっている。近年

図表７　医療費の将来推計



（注１）社会保障に係る費用の将来推計の改定について（2012 年３月）のバックデータから作成。
（注２）「現状投影シナリオ」は，サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合，「改革シナリオ」は，サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合（高齢者負担率の見直し後）。
（注３）「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも，ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）。
（注４）医療費の伸び，GDP の伸びは，対 2012 年度比。
〔出所〕図表１に同じ。

は，都道府県単位の共同事業の充実等を反映して都道府県関係の支出金の伸びが目立っている。また，厳しい市町村国保財政を反映して一般会計繰入金（法定分，法定外分）が多く，8185 億円となっている。

支出では，当然のことながら保険給付費が９兆 820 億円と圧倒的に多い。保険給付費以外では，共同事業拠出金が１兆 4752 億円，後期高齢者支援金が１兆 5915 億円，介護納付金が 6887 億円となっている。なお，直診勘定繰出金が 47 億円となっているが，これは国保診療所（市町村立診療所）にかかわるものである。

さらに，市町村国保の財政収入を考察するために，図表９をみてみよう。2014 年度予算ベースで，医療給付費等総額は 11 兆 4100 億円である。市町村国保の財政収入のうち，主に市町村間の財政力の不均衡（医療費，所得水準）を調整したり，災害等の特別な事情を考慮して交付される国財政調整交付金が 7600 億円（９％，うち７％が普通調整交付金，２％が特別調整交付金），都道府県財政調整交付金が 6900 億円（９％），医療費の一部を負担する療養給付費国庫負担金などの定率国庫負担が２兆 4400 憶円（2004 年度まで 40％，税源配分の三位一体改革によって 2005 年度から 34％，現在は 32％），前期高齢者交付金が３兆 5000 億円（国保・被用者保険の 65 歳以上 75 歳未満の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を各保険者の加入者数に応じて調整），保険料が３兆 2000 億円，法定外一般会計繰入が 3500 億円である。

図表 8　市町村国保の収支状況　（億円）

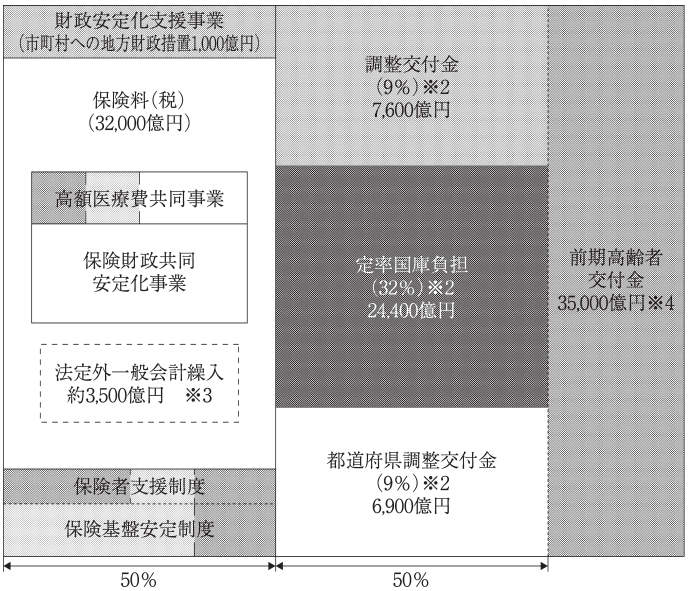
科　　目		2011 年度	2012 年度（速報値）
単年度収入	保険料（税）	30,411	30,634
	国庫支出金	34,353	32,755
	療養給付費交付金	7,174	7,755
	前期高齢者交付金	29,569	32,189
	都道府県支出金	8,956	10,570
	一般会計繰入金（法定分）	4,282	4,230
	一般会計繰入金（法定外）	3,903	3,882
	共同事業交付金	14,767	15,331
	直診勘定繰入金	2	1
	その他	416	414
	合　　計	133,832	137,761
単年度支出	総務費	1,891	1,835
	保険給付費	90,820	92,149
	後期高齢者支援金	15,915	17,442
	前期高齢者納付金	47	19
	老人保健拠出金	7	3
	介護納付金	6,887	7,407
	保健事業費	968	1,018
	共同事業拠出金	14,752	15,317
	直診勘定繰出金	47	46
	その他	1,477	1,954
	合　　計	132,812	137,188
単年度収支差引額（経常収支）		1,020	573
国庫支出金精算額		▲ 534	▲ 94
精算後単年度収支差引額(A)		487	479
決算補塡等のための一般会計繰入金(B)		3,509	3,534
実質的な単年度収支差(A)－(B)		▲ 3,022	▲ 3,055
前年度繰上充用金（支出）		1,527	1,190

（注 1）前期高齢者交付金，後期高齢者支援金，前期高齢者納付金及び老人保健拠出金は，当年度概算額と前々年度精算額を加えたもの。
（注 2）「決算補塡等のための一般会計繰入金」とは，収入の「一般会計繰入金（法定外）」のうち決算補塡等を目的とした額。
（注 3）翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。
（注 4）決算補塡等のための一般会計繰入金(B)は，2009 年度から東京都財政調整交付金分を含めた計算となっている。
（注 5）2012 年度は速報値である。
〔出所〕図表 1 に同じ。

これに加えて，高額医療費共同事業，保険財政共同安定化事業，保険者支援制度，保健基盤安定制度に伴う財源がある。高額医療費共同事業は高額医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るために，各市町村国保からの拠出金を財源として都道府県単位で費用負担を調整するもので，国と都道府県は市町村の拠出金に対して 4 分の 1 ずつ負担する。総額（事業

図表 9　国保財政の現状（2014 年度　予算案ベース）

医療給付費等総額：約114,100億円



※ 1　2010 年度から 2014 年度まで暫定措置。2015 年度以降恒久化。

※ 2　それぞれ給付費等の 9 ％，32％，9 ％の割合を基本とするが，定率国庫負担等のうち一定額について，財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある。

※ 3　2012 年度決算（速報値）における決算補塡等の目的の額

※ 4　退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり，実際の交付額とは異なる。

〔出所〕図表 1 に同じ。

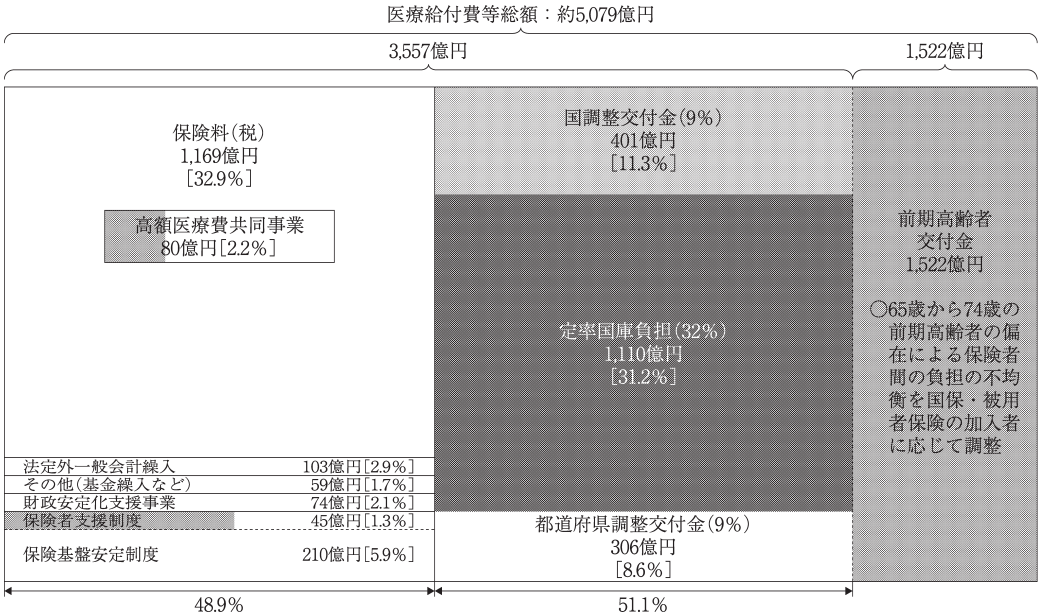
規模）は 3410 億円である。保険財政共同安定化事業は市町村国保間の保険料（税）の平準化と市町村国保財政の安定を図るため，2006 年 10 月から 1 件 30 万円超の医療費について，各市町村国保からの拠出金を財源として，都道府県単位で費用負担を調整するものである。都道府県負担はない。保険者支援制度は保険料（税）軽減の対象者数（低所得者数）に応じて保険料（税）額の一定割合を公費で支援するものである。総額（事業規模）は 980 億円で，国 2 分の 1，都道府県 4 分の 1，市町村 4 分の 1 の割合で負担する。保険基盤安定制度は低所得者の保険料（税）軽減相当額を公費で支援するもので，具体的には市町村が保険料（税）軽減相当額を市町村の一般会計から市町村国保特別会計に繰り入れ，都道府県がその繰入額の 4 分の 3 を負担する。総額（事業規模）は 4660 億円で，負担割合は都道府県が 4 分の 3，市町村が 4 分の 1 である。

以上のような財政システムにより，公費負担額は国が 3 兆 3300 億円，都道府県が 1 兆 1500 億円，市町村が 1400 億円となっている。

⑶　北海道の国保財政の状況

市町村国保財政を，さらに詳しく検討するために，図表 10 により北海道の国保財政の状況についてみてみよう。

図表 10　北海道の国保財政の現状（2012 年度　決算ベース）



（注１）［　］％は，医療給付費等総額から前期高齢者交付金を差し引いて算出した率。
（注２）法定外一般会計繰入については，厚生労働省保険局「2012 年度における国民健康保険事業の実施状況報告について」の道集計結果による。
（注３）それぞれの給付費等の９％，32％，９％の割合を基本とするが，定率国庫負担等のうち一定額について，財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある。
〔出所〕北海道保健福祉部健康安全局国保医療課「北海道の市町村国保の現状等について」2014 年 10 月 30 日。

医療給付費等の総額は 5079 億円であった（2012 年度決算ベース）。市町村国保の財政収入のうち，前期高齢者交付金が 1522 億円，前期高齢者交付金を除いた金額は 3557 億円であった。この 3557 億円のうち国調整交付金が 401 億円（医療給付費等総額から前期高齢者交付金を差し引いた金額に占める割合は 11.3％），定率国庫負担が 1110 億円（同 31.2％），都道府県調整交付金が 306 億円（同 8.6％）であった。保険料（税）は 1169 億円（同 32.9％），高額医療費共同事業は 80 億円（同 2.2％），財政安定化支援事業が 74 億円（同 2.1％），保険者支援制度が 45 億円（同 1.3％），保険基盤安定制度が 210 億円（同 5.9％），法定外一般会計繰入が 103 億円（同 2.9％），その他（基金繰入など）が 59 億円（同 1.7％）であった。

5　国民健康保険改革（2012 年 4 月の国民健康保険法の改正）と市町村国保の構造的な問題への対応枠組み[15)]

(1)　財政基盤強化策

以上みてきたように，市町村国保は，ア　年齢構成が高く医療費水準が高い，イ　所得水準が低く保険料負担が重い，ウ　保険料（税）の収納率が低下している，エ　法定外繰入が多い，

オ　小規模保険者が多く，財政運営が不安定になるリスクが高い，カ　医療費，保険料（税），所得（いずれも１人当たり）の市町村間格差が大きいという特徴がある。

これに対して国は，後期高齢者医療制度の創設や，後期高齢者医療制度と前期高齢者医療制度における現役世代からの財政支援により対応してきた。また，2012 年の国民健康保険法改正により，財政基盤強化策や，財政運営の都道府県単位化の推進(事業の広域化の推進)，財政調整機能の強化等を図ろうとしてきた。

つまり，財政基盤強化については，2010 年度から 2013 年度までの暫定措置になっている市町村国保の財政基盤強化策（公費 2000 億円）を恒久化するものとした。その際，この恒久化措置の施行期日は 2015 年 4 月としたため，財政基盤強化策の恒久化までの間，2013 年度までの暫定措置を１年間（2014 年度）延長することとした。

なお，上記以外の財政基盤強化策として，低所得者の保険料（税）に対する財政支援の強化（保険者支援制度）等が行われている。

⑵　財政運営の都道府県単位化の推進（事業の広域化の推進）

現在の保険財政共同安定化事業は，レセプト１件当たり 30 万円を超え 80 万円までの医療費を対象にして，保険者からの拠出金を基に，各都道府県の国民健康保険団体連合会（国保連）が実施主体となって交付金を交付する事業である。このような保険財政共同安定化事業について，国は 2015 年度から事業対象をすべての医療費に拡大し（すべてのレセプトに拡大し），財政運営の都道府県単位化を推進することとした。

また，レセプト１件当たり 80 万円を超える高額医療費については，2015 年 4 月 1 日以降も現状のまま高額医療費共同事業で対応することになっている。高額医療費共同事業は，保険者からの拠出金と，国，都道府県の負担金を基に，各都道府県の国民健康保険団体連合会が実施主体となって交付金を交付する事業である。

⑶　都道府県の財政調整機能の強化

都道府県調整交付金は，地域の実情に応じて，都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情への対応のために交付されるものである。国は，都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保の共同事業の拡大の円滑な推進のため，2012 年 4 月 1 日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 34％から 32％に引き下げた。これを反映して，2012 年度決算では，前年度に比べて国庫支出金（３兆 2755 億円）が 4.6％減，都道府県支出金（１兆 570 億円）が 18.0％増となった。

6　保険財政共同安定化事業と高額医療費共同事業の分析

⑴　保険財政共同安定化事業の分析[16)]

保険財政共同安定化事業と高額医療費共同事業について，さらに詳しくみていこう。

保険財政共同安定化事業は2006年10月に創設された制度で，都道府県内の市町村国保の医療費のうち，30万円を超え80万円以下の医療費について，市町村国保の拠出により負担を共有する事業である。つまり，各市町村は一定のルールにしたがって国民健康保険団体連合会に拠出金（保険財政共同安定化事業拠出金）を負担する（国保連が各市町村から保険財政共同安定化事業拠出金を徴収する）。そして，各市町村の医療費については，国保連から市町村に対し，保険財政共同安定化事業交付金が支出されるのである。

大分県を例にとると[17)]，保険財政共同安定化事業，高額医療費共同事業ともに，交付金については国保連合会で金額を決定し，市町村に通知後申請を受けた後に交付する。毎年度12期に分けて交付し，交付時期は5月から翌年4月までとする。拠出金については，国保連合会で金額を決定し，市町村に通知し納入してもらう。第1期から9期までは概算拠出とし，第10期から12期は確定拠出とする。拠出時期は5月から翌年4月までとし，納期限は毎月21日を基準日とする。

1月1日から同年12月31日までに支出負担行為をしたレセプト1件当たり30万円を超える医療費（一般被保険者が同一の月にそれぞれの病院等で受けた療養にかかわるもの）のうち超過した金額が8万円から80万円までの部分の100分の59相当額を基準拠出対象額としている。たとえば，レセプト1件あたりの医療費が100万円の場合，80万円から8万円を差し引いた額に100分の59を乗じた金額（42万4800円）が，交付金額（保険財政共同安定化事業交付対象額＝保険財政共同安定化事業基準拠出対象額）となるのである。

そして，市町村が負担する拠出金の算定式は次のようになる。

つまり，大分県を例にとってみてみよう。2010年度の国民健康保険法の改正により，拠出金の拠出方法に所得割が利用できるようになったが，大分県では所得割を利用せず，医療費実績割と被保険者数割を50対50としている。①県内全市町村の保険財政共同安定化事業基準拠出対象額の合計額$\times\frac{1}{2}\times\frac{\text{②当該市町村の保険財政共同安定化事業基準拠出対象額（前々年度及びその直前の2ケ年度の合算額）}}{\text{③県内全市町村の保険財政共同安定化事業基準拠出対象額（同上）}}+$

①県内全市町村の保険財政共同安定化事業基準拠出対象額の合計額$\times\frac{1}{2}\times\frac{\text{④当該市町村の一般被保険者数（前々年度）}}{\text{⑤県内全市町村の一般被保険者数（同上）}}$ となるのである。

拠出金（1人当たり）は医療給付費の実績（3年平均）と被保険者数に応じて拠出されるが（医療費実績割と被保険者数割），交付は単年度実績で交付されるので，突発的な医療費の増加に対処できることになるし，とりわけ小規模市町村の財政運営安定化にも対応できる。また，被保険者数割により，医療費の差による保険料（税）の相違の緩和が図られる。保険財政共同

図表 11　北海道における保険財政共同安定化事業交付金・拠出金実績（2011 年度）

（単位：千円）

支部	確定拠出金	交付金	保険者確定拠出金との比較			
			拠出金＞交付金	保険者数	拠出金＜交付金	保険者数
都市	47,475,167	48,248,518	1,002,955	17	1,776,306	17
空知	1,252,586	1,230,757	101,113	5	79,284	5
石狩	279,431	299,468	10,549	1	30,585	1
後志	1,428,302	1,474,052	0	0	45,750	4
胆振	897,077	841,752	62,790	5	7,465	2
日高	1,057,257	974,731	100,772	5	18,246	2
渡島	1,522,931	1,537,610	70,732	6	85,412	3
檜山	636,396	631,171	45,034	5	39,808	2
上川	1,312,712	1,180,147	161,554	14	28,989	3
留萌	420,791	444,014	24,973	3	48,197	4
宗谷	499,597	474,777	31,629	7	6,809	2
オホーツク	1,734,189	1,616,256	168,042	10	50,109	5
十勝	2,346,389	2,027,220	321,857	17	2,687	1
釧路	928,093	869,106	78,001	5	19,015	2
根室	775,540	716,879	62,945	2	4,284	2
計	62,566,458	62,566,458	2,242,946	102	2,242,946	55

（注１）北海道国民健康保険団体連合会資料による。
（注２）同連合会の都市支部は市のみで構成され，地方支部（14 支部）は各（総合）振興局管内の町村及び広域連合のみで構成されているため，上記の表は各（総合）振興局別の合計を表すものではない。
〔出所〕北海道「北海道国民健康保険広域化等支援方針（第２期）」2013 年３月。

安定化事業の実施により，医療費の高い市町村は，医療給付費の実績が少ない市町村の拠出金で調整されるのである。

では，北海道を事例に，具体的に保険財政共同安定化事業交付金と拠出金の関係をみてみよう。図表 11 は，北海道における 2011 年度の保険財政共同安定化事業交付金・拠出金の関係を示したものである。拠出金と交付金は同額の 625 億円である。このうち都市部がほぼ 4 分の 3 を占めている。北海道全体では拠出金が交付金を上回っている保険者（拠出超過保険者）が 102，その反対に交付金が拠出金を上回っている保険者は 55 であった。都市部では，交付金が拠出金を上回る保険者が 17 あり，総額は 18 億円にのぼっている。都市部以外では，拠出金が交付金を上回る保険者が 85 保険者，その反対に交付金が拠出金を上回る保険者は 38 保険者となっている。そして，拠出金が交付金を上回る 85 保険者のなかには拠出金が国保財政を圧迫する要因の一つとなっている保険者も散見されるのである[18)]。

⑵　高額医療費共同事業の分析[19)]

高額医療費共同事業は，80 万円を超える高額医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩

和（保険者の負担が急激に増加するリスクの分散）を図るために，各市町村国保からの拠出金を財源として，国保連合会が実施主体となって交付金を交付する事業である。そして，そのことを通じて，都道府県単位で費用負担が調整されるのである。交付金の財源については，国と都道府県が市町村の拠出金に対して 4 分の 1 ずつ負担する。公費の総額は 3410 億円である。1 月 1 日から同年 12 月 31 日までに支出負担行為をしたレセプト 1 件当たり 80 万円を超過した医療費の 100 分の 59 相当額を基準拠出対象額としている。たとえば，レセプト 1 件当りの医療費が 100 万円の場合，100 万円から 80 万円を減じた金額に 100 分の 59 を乗じた金額（11 万 8000 円）が交付金額（高額医療費共同事業交付金＝高額医療費共同事業基準拠出対象額）となるのである。そして，拠出金の算定式は次のようになる。

つまり，大分県を例にとると，①県内全市町村の高額医療費共同事業基準拠出対象額総額

$$\times\frac{\text{②当該市町村の高額医療費共同事業基準拠出対象額(前々年度及び直前の 2 ケ年度の合算額)}}{\text{③県内全市町村の高額医療費共同事業基準拠出対象額（同上）}}。$$

北海道の事例をみてみよう（図表 12）。国･都道府県の負担金と市町村国保の拠出金を合計した国保連合会拠出金の総額は 142 億円（このうち 71 億円が保険者実拠出金），交付金の総額も 142 億円であった。高額医療費共同事業は，保険者の拠出金のほかに，国や都道府県からの負担金があるために，2011 年度においては，交付金が拠出金を上回る保険者数が，交付金よりも拠出金のほうが多い保険者数を圧倒的に上回り，前者が 145，後者が 12 となっている。都市部では交付金が拠出金を上回る保険者が 33 保険者で，その総額は約 55 億円となっている。

⑶　保険財政共同安定化事業における対象医療費拡大のもたらす影響と財源問題

図表 13 により，市町村国保における 1 件当たり医療費階層別の医療費総額をみてみよう。2009 年度の市町村国保の医療費総額は 9 兆 7700 億円であった。このうち高額医療費共同事業と保険財政安定化事業の対象となるレセプト 1 件当たりが 30 万円以上の医療費階層の医療費総額は 3 兆 8900 億円となっており，全体の約 4 割を占めていた。

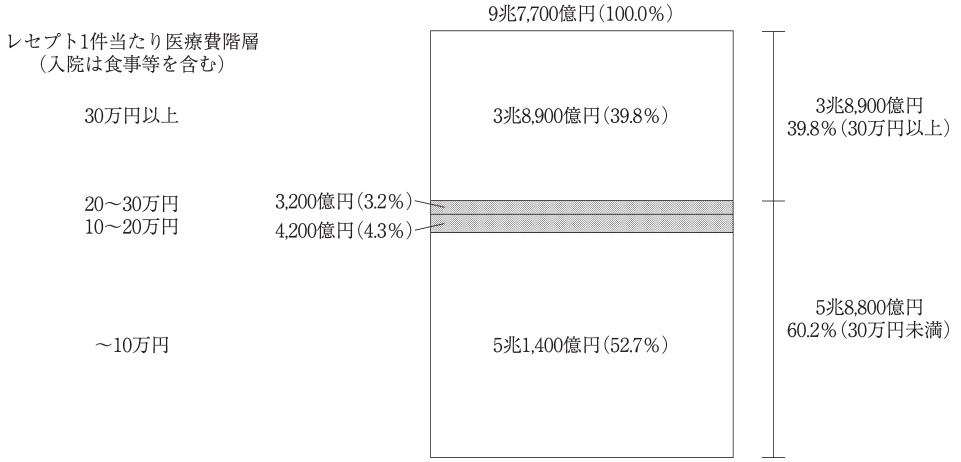
すでに述べたように，2015 年 4 月 1 日からは，保険財政安定化事業は，30 万円未満の医療費も含めた全医療費が対象となる。図表 13 からレセプト 1 件あたりが 30 万円未満の医療費階層の医療費総額は 5 兆 8800 億円にのぼっていることが把握できる。とくに，10 万円未満のレセプト 1 件当たりの医療費階層の医療費総額は 5 兆 1400 億円となっており，医療費総額の 52.7％を占めている。このことから保険財政共同安定化事業が拡大されることによる影響は非常に大きなものがある。2015 年 4 月 1 日から共同事業に約 6 億円近い医療費の金額が新たに加わることになるので，拠出金だけでまかなうことに限界があることは自明である。新たな公費による財源措置が求められているといえよう。

図表 12　北海道における高額医療費共同事業交付金・拠出金実績（市町村分）　（単位：千円）

支部	確定拠出金		交付金	保険者確定拠出金との比較			
	連合会拠出金	保険者実拠出金		拠出金＞交付金	保険者数	拠出金＜交付金	保険者数
都市	10,620,487	5,310,244	10,776,660	12,163	1	5,478,578	33
空知	312,041	156,020	278,631	1,959	1	124,570	9
石狩	64,891	32,446	78,458	342	1	46,354	1
後志	352,471	176,235	301,202	0	0	124,967	4
胆振	205,506	102,753	171,212	0	0	68,460	7
日高	235,640	117,820	221,469	0	0	103,649	7
渡島	391,582	195,791	317,540	136	1	121,884	8
檜山	168,134	84,067	163,699	3,635	1	83,267	6
上川	319,736	159,868	310,199	2,538	1	152,869	16
留萌	101,999	51,000	127,408	0	0	76,408	7
宗谷	123,425	61,713	124,242	0	0	62,529	9
オホーツク	412,689	206,344	387,799	1,006	1	182,461	14
十勝	576,411	288,205	564,519	12,815	5	289,129	13
釧路	224,675	112,338	219,908	0	0	107,571	7
根室	160,089	80,044	226,830	0	0	146,786	4
計	14,269,776	7,134,888	14,269,776	34,594	12	7,169,482	145

（注１）北海道国民健康保険団体連合会資料による。
（注２）保険者実拠出金とは，保険者の拠出金から国･道の負担金（連合会拠出金の各 1/4 相当額）を除いた実質的な拠出金額であること。
〔出所〕図表 11 に同じ。

図表 13　市町村国保における１件当り医療費階層別の医療費総額



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

7　都道府県調整交付金の分析[20)]

都道府県調整交付金は，税源配分の三位一体改革により，市町村の財政の安定化に向けて都道府県の役割と権限強化を図るために，給付費等の７％を対象として2005年度に導入された（2005年度は経過措置として５％）。都道府県調整交付金は，都道府県普通調整交付金（１号交付金）と都道府県特別調整交付金（２号交付金）の２種類がある。2012年の国民健康保険法の改正により，2012年度から都道府県調整交付金の割合が９％に引き上げられた。

国の普通調整交付金は，全国レベルで市町村間の所得水準と医療費水準の不均衡の調整を行っている。都道府県調整交付金は地域の実情に応じて，都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情に対応するために交付されている。都道府県調整交付金の交付方法については，各都道府県が条例(「都道府県調整交付金の交付に関する条例」)で自主的に決めることができるが，国は一定のガイドラインを示している。つまり，ガイドラインでは，９％のうち６％が給付費等に応じて交付する方法や財政調整型で交付する方法がとられる普通調整交付金(１号交付金)，３％が地域実情に配慮して細かな調整を行うために交付される特別調整交付金(２号交付金)，という目安になっている。普通調整交付金が９割を超えている都県が15，80～90％が９県存在する一方で，福島県と三重県では６割に満たない状況になっている。

都道府県普通調整交付金のうち，財政調整を行わない定率型を採用しているのが33府県，財政調整型を採用しているのが８道府県，定率・財政調整の併用型が６都県であった（図表14)。

都道府県調整交付金の総額は6619億円で，このうち普通調整交付金（１号交付金）の総額は5157億円（都道府県調整交付金に占める割合は77.9％)，特別調整交付金（２号交付金）の総額は1462億円（同22.1％）であった。普通調整交付金のうち77.5％（3997億円）が定率交付，22.5％（1159億円）が定率交付以外（財政調整）であった。また，特別調整交付金は，災害等で増大した給付費への対応，共同事業の拠出超過額に対する激変緩和措置，医療費の適正化や収納率向上，各種保健事業などに充当されている（図表15)。

そして，政府は，保険財政共同安定化事業の拠出金の持ち出し額（拠出金マイナス交付金）が，交付金の１％を超過した場合は，当該超過額を都道府県調整交付金により財政支援するよう，ガイドラインの見直しを行った。つまり，これまでは共同事業による拠出超過額が交付額の３％を超過した部分を財政支援していたが，2012年度から支援対象となる拠出超過額は，拠出超過額（拠出金マイナス交付額）マイナス交付金の１％とするように，ガイドラインの見直しを行ったのである。

さらに，一部の都道府県は独自に保険財政共同安定化事業の見直しを行った。図表16は，その見直しの状況である(2013年７月31日現在)。対象医療費を30万円超から10万円超や20万円超に引き下げた県が６県，拠出割合についても，医療費実績割50，被保険者数割50が原則とされている中で，８府県が所得割を導入した。対象医療費の拡大を図る一方で所得割を採用し

図表 14　都道府県普通調整交付金（１号交付金）の交付状況（2012 年度）

定率（財政調整無し）	定率・財政調整型併用	財政調整型
33/47	6/47	8/47

1	北 海 道	財政調整型	17	石 川 県	定率	33	岡 山 県	定率
2	青 森 県	財政調整型	18	福 井 県	定率	34	広 島 県	定率
3	岩 手 県	定率	19	山 梨 県	定率	35	山 口 県	定率
4	宮 城 県	定率	20	長 野 県	定率	36	徳 島 県	定率
5	秋 田 県	財政調整型	21	岐 阜 県	財政調整型	37	香 川 県	定率・財政調整型併用
6	山 形 県	定率	22	静 岡 県	定率	38	愛 媛 県	定率
7	福 島 県	定率	23	愛 知 県	定率	39	高 知 県	財政調整型
8	茨 城 県	定率	24	三 重 県	定率	40	福 岡 県	定率
9	栃 木 県	定率	25	滋 賀 県	財政調整型	41	佐 賀 県	定率・財政調整型併用
10	群 馬 県	定率	26	京 都 府	定率	42	長 崎 県	定率
11	埼 玉 県	定率	27	大 阪 府	財政調整型	43	熊 本 県	定率・財政調整型併用
12	千 葉 県	定率	28	兵 庫 県	財政調整型	44	大 分 県	定率
13	東 京 都	定率・財政調整型併用	29	奈 良 県	定率	45	宮 崎 県	定率
14	神奈川県	定率	30	和歌山県	定率	46	鹿児島県	定率
15	新 潟 県	定率	31	鳥 取 県	定率・財政調整型併用	47	沖 縄 県	定率
16	富 山 県	定率	32	島 根 県	定率・財政調整型併用			

〔出所〕図表１に同じ。

図表 15　都道府県調整交付金（１号交付金と２号交付金）の交付状況（2012 年度）

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

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

（注２）１号交付金と２号交付金は相互流用が可能である。

〔出所〕図表１に同じ。

図表 16　保険財政共同安定化事業の見直しの状況（2013 年 7 月 31 日現在）

	対象医療費	拠出割合	実施時期	都道府県調整交付金による対応	見直し規定
埼玉県	10 万円超に引下げ	実績割　40% 被保険者割　30% 所得割　30%	2012 年度	拠出超過の負担軽減措置として補填	
静岡県	10 万円超に引下げ	変更なし	2013 年度	拠出超過の状況を勘案して，県調整交付金を交付し，激変緩和を図る	
三重県	20 万円超に引下げ（2013 年度から） 2 万円超に引下げ（2014 年度から）	実績割　25% 被保険者割　50% 所得割　25%	2012 年度	激変緩和策として，適切な支援措置を導入	
滋賀県	20 万円超に引下げ	実績割　50% 被保険者割　30% 所得割　20%	2011 年度	激変緩和策として必要な対応	
奈良県	20 万円超に引下げ	実績割　40% 被保険者割　60%	2012 年度	現行条件で拠出超過保険者のうち，事業拡充で拠出負担増となる保険者に補填	数年の期間における事業拡充の影響を評価し，見直しを行う
佐賀県	20 万円超に引下げ	実績割　50% 被保険者割　25% 所得割　25%	2011 年度	拠出額超過分が一定以上の市町に対して支援	
青森県	変更なし	実績割　40% 被保険者割　55% 所得割　5 %	2011 年度	拠出超過額が一定率以上にならないよう交付金で調整	対象医療費の拡大と実績割の減少の方向で見直しを検討
福井県	変更なし	実績割　45% 被保険者割　45% 所得割　10%	2012 年度	拠出超過保険者に対して負担軽減措置	
京都府	変更なし	実績割　40% 被保険者割　40% 所得割　20%	2011 年度	府調整交付金と新たな無利子貸付金制度により，2012 年度までの激変緩和措置 2012 年度：拠出増加額の 1/2 無利子貸付	対象医療費の引き下げ，所得割の増加の方向で引き続き検討
大阪府	変更なし	実績割　25% 被保険者割　50% 所得割　25%	2011 年度	府調整交付金を活用して激変緩和措置	必要に応じて見直し

〔出所〕図表 1 に同じ。

た県の中で，医療費実績割の比重を低くした県（三重県，埼玉県）と被保険者数割の比重を低くした県（滋賀県，佐賀県）が存在している。埼玉県は最も所得割の比重が高く，拠出額のうち 30%を所得割にしている。さらに，都道府県調整交付金による拠出超過への対応をみると，ほとんどの府県において負担軽減や激変緩和のために財政支援措置がとられている。

では，図表 17 により，北海道の国民健康保険調整交付金の交付状況についてみてみよう。

北海道普通調整交付金は，道内市町村保険者間の国保財政の不均衡を解消するために，医療費水準や所得水準の実績に基づいた調整が行われている。2009 年度は 197 億円，2010 年度と 2011 年度は約 203 億円が交付されている。また，北海道特別調整交付金は，地域の特別な事情に応じたきめ細かい調整のために活用される。2009 年度には 33 億円，2010 年度は 29 億円，2011 年度は 32 億円が交付されている。国では交付要件に該当しないものや交付対象外となる部分に対する交付（災害等による保険料（税）の減免，結核・精神医療費多額，療養担当手当），保険運営の広域化を推進するための交付，医療費適正化等に向けた事業の実施実績による交付，医

図表 17　北海道国民健康保険調整交付金の交付状況　（単位：千円）

		2009		2010		2011	
		保険者数	交付額	保険者数	交付額	保険者数	交付額
普通調整交付金		158	19,752,910	157	20,347,387	157	20,349,047
特別調整交付金	災害等による保険料(税)減免	12	25,098	18	24,141	15	25,982
	結核・精神医療費多額	7	13,856	9	13,765	7	10,433
	療養担当手当	158	26,485	157	24,275	157	23,928
	広域的な事業運営の推進	50	40,741	8	6,145	9	7,502
	医療費適正化等の事業実績	158	1,350,568	157	1,398,549	157	1,487,528
	医療費適正化等の成績評価	123	331,058	143	636,540	148	943,395
	その他特別の事情	83	1,504,345	48	831,511	62	766,847
	計	158	3,292,152	157	2,934,926	157	3,265,615
合計		158	23,045,062	157	23,282,313	157	23,614,662

〔出所〕図表 11 に同じ。

療費適正化に資した結果に対する成績評価による交付などが行われているのである。

図表 18 は国普通調整交付金，図表 19 は北海道普通調整交付金の北海道内市町村への配分額である。国普通調整交付金，北海道普通調整交付金ともに，被保険者 1 人当たりの医療費水準が高く，所得が低い保険者に多く配分されていることがわかる。また，北海道普通調整交付金は占冠村のように被保険者 1 人当たりの所得が低く，医療費も低い保険者に対しても厚く配分されているのである。

図表 18　国普通調整交付金の北海道内市町村への配分額（1 人当り）と療養諸費（1 人当り），所得（1 人当り）（2012 年度）　（円）

保険者名	被保険者数	国普通調整交付金 1 人当り額	療養諸費 1 人当り額	所得 1 人当り額
初山別村	420 人	61,469 （1 位）	543,834 （1 位）	808,401 （54 位）
三笠市	2,970 人	42,631 （2 位）	479,843 （2 位）	325,318（156 位）
砂川市	4,886 人	36,448 （3 位）	440,681 （7 位）	372,083（152 位）
松前町	3,265 人	36,303 （4 位）	392,853（37 位）	360,114（153 位）
森町	6,703 人	36,102 （5 位）	352,318（68 位）	512,558（114 位）
夕張市	3,417 人	35,478 （6 位）	422,066（15 位）	411,952（144 位）
赤平市	3,456 人	35,387 （7 位）	444,019 （6 位）	316,946（157 位）
壮瞥町	941 人	34,810 （8 位）	422,061（16 位）	484,929（120 位）
豊浦町	1,524 人	34,147 （9 位）	424,378（13 位）	424,605（137 位）
滝上町	834 人	33,384（10 位）	429,965（10 位）	517,907（113 位）
すべての保険者の合計または平均	148 万 3,178 人	23,556	353,697	555,099

（注 1）1 人当り額は被保険者 1 人当り額である。
（注 2）各欄の（　）書きは，北海道内の順位を表わしている。
（注 3）保険者数は 157（154 市町村，3 広域連合）である。
〔出所〕北海道資料

図表 19　北海道普通調整交付金の北海道内市町村への配分額（１人当り）と療養諸費（１人当り），所得（１人当り）（2012 年度）　（円）

保険者名	被保険者数	道普通調整交付金 1人当り額	療養諸費１人当り額	所得１人当り額
初山別村	420 人	33,333（１位）	543,834（１位）	808,401（54 位）
壮　瞥　町	941 人	20,948（２位）	422,061（16 位）	484,929（120 位）
せたな町	3,326 人	20,144（３位）	420,287（20 位）	567,365（101 位）
占　冠　村	320 人	19,094（４位）	272,737（149 位）	415,991（141 位）
弟子屈町	2,815 人	18,920（５位）	353,559（67 位）	568,730（100 位）
滝　上　町	834 人	18,709（６位）	429,965（10 位）	517,907（113 位）
八　雲　町	6,200 人	18,692（７位）	381,058（41 位）	553,684（104 位）
森　　町	6,703 人	18,614（８位）	352,318（68 位）	512,558（114 位）
三　笠　市	2,970 人	18,451（９位）	479,843（２位）	325,318（156 位）
由　仁　町	2,340 人	18,032（10 位）	417,753（22 位）	735,534（67 位）
すべての保険者の合計または平均	148 万 3,178 人	14,224	353,697	555,099

（注１）１人当り額は被保険者１人当り額である。
（注２）各欄の（　）書きは，北海道内の順位を表わしている。
（注３）保険者数は 157（154 市町村，３広域連合）である。
〔出所〕図表 18 に同じ。

8　国保基盤強化協議会「中間整理」での国民健康保険運営における都道府県・市町村の財源面での役割分担の方向性

では次に，今回の医療保険制度改革に大きな影響を与えた国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議の場である，国保基盤強化協議会の「中間整理」（「国民健康保険の見直しについて（中間整理）」2014 年８月８日）を検討してみよう[21]。

2014 年１月以降，厚生労働省と地方との協議が開催され，国民健康保険の財政上の構造問題の分析とその解決に向けた方策，ならびに国民健康保険の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方について，主に議論が行われてきた。市町村国保の都道府県移管については，おおよそ次のような観点にたった方向性が示された。

まず，国民健康保険の財政運営は都道府県とし，都道府県は市町村が集めるべき保険料(税)の総額を分賦金として割り当てる。そして，市町村は都道府県が割り当てた分賦金を納付する。その際，都道府県は都道府県内の国民健康保険の医療給付費等の見込みを立て，それに見合う「保険料収納必要額」を算出のうえ，都道府県内の各市町村が都道府県に納付する分賦金の額を定めるのである。そして，市町村は，都道府県に分賦金を収めるために必要となる保険料率を定め，保険料を被保険者に賦課し，徴収したうえで，都道府県に分賦金を納付するのである。

次に，市町村の保険料（税）率の平準化の一層の推進に向け，都道府県は市町村規模別の収納率目標，都道府県内統一の標準的な保険料（税）算定方式等，市町村が保険料（税）率を定める際に必要となる事項についての目安（標準）を示す。市町村は都道府県が定めた目安を参

考にしながら，市町村として分賦金を賄うために必要と考える保険料（税）算定方式や保険料（税）率等を定め，保険料（税）を賦課・徴収するのである。

そして，都道府県が分賦金を定める際には，市町村ごとの医療費水準，所得水準，保険料(税)の収納率を考慮するものとした。つまり，市町村ごとの医療費水準を考慮することにより，医療費が少なければ保険料（税）が安くなる仕組みの導入など，市町村における医療費適正化の効果が当該市町村の保険料（税）水準に反映される仕組みとなるようにする。ただし，その場合，年齢構成が高い場合に医療費が高くなることへの配慮がなされなければならない。そこで，たとえば，市町村ごとの年齢構成の差による医療費水準の差異を調整する仕組みを導入することも考えられるが，その具体的な仕組みについては引き続き検討が必要であるとした。

さらに，市町村間の所得水準の差異については，負担能力に応じた負担とする観点から，各市町村の分賦金は市町村ごとの所得水準を斟酌するものとした。また，収納率については，たとえば都道府県が立てた目標よりも納付率が高ければ保険料（税）が安くなる仕組みの導入など，国民健康保険料（税）の収納対策に市町村が積極的に取り組むことのできる仕組みが必要であるとした。たとえば，都道府県が立てた目標よりも納付率が高ければ保険料（税）が安くなる仕組みなどが考えられるのである。ただし，とくに若年層が多く，収納率が低い市町村については自助努力だけでは対応が難しいので配慮が必要との意見もあり，このような場合の収納率の低さに対する配慮については引き続き検討することが必要であるとした。

現在，国民健康保険料として賦課・徴収している市町村と，国民健康保険税として賦課・徴収している市町村が併存している実態があるが，これについては現状を認めていくこととした。

また，国の普通調整交付金については，現在全国レベルで市町村間の所得水準を調整しているが，市町村国保の都道府県移管により，都道府県間の所得水準を調整する役割を担う。都道府県調整交付金については，たとえば，市町村国保の都道府県移管により，被保険者の保険料（税）水準が急激に変化することのないように，保険料（税）の設定方法の見直しを円滑に進めるための調整を行うなど，地域の実情に応じて活用することが考えられるとした。

なお，都道府県内の市町村間の医療費水準等の差異が比較的小さく，市町村の合意が得られる都道府県にあっては，都道府県内を均一の保険料（税）率に設定することも可能であるとの指摘がなされ，分賦金の仕組みのもとであっても，都道府県内における均一保険料（税）の設定が可能なのか否かという点についても，引き続き検討が行われることになった。

さらに，市町村国保の都道府県移管では，改革により，保険料（税）の設定方法の在り方や現行の公費支援の役割の見直しの影響により，被保険者の保険料（税）水準が急激に変化することのないように，必要な経過措置を相当程度の期間設けることが必要であるとした。

保険給付の決定，資格管理の具体的な仕組みについては，都道府県，市町村のどちらが担うのかについては引き続き検討されるものとした。ただし，窓口業務（申請･届け出の受け付け）は被保険者の利便性の観点等から市町村が行う。

国民健康保険の財政基盤強化については，後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入するこ

とによって浮いた国費が生ずるため，これを活用するとしている。しかし，地方の側からは，国保の財政基盤強化策では，あくまで国費の投入によって抜本的・恒久的な財政基盤強化策を図るべきとの強い意見が出された[22)]。

9　北海道の市町村の対応 —— 国保基盤強化協議会の「中間整理」についての道内市町村アンケート

国保基盤強化協議会の「中間整理」が出された後，北海道庁では道内のすべての保険者を対象とするアンケートを行った。アンケートは「中間整理」のうち，国民健康保険の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方はもちろんのこと，「中間整理」で示された財政上の構造問題や，保険給付，資格管理についても広く意見を聞くものとなっている。アンケートにおいては，質問に対し，市町村が「評価する」，「どちらかというと評価する」「どちらかというと評価しない」「評価しない」の 4 つの選択肢の中から回答することになっている。また，評価において特段の理由がある場合，市町村が自由に記述することができるようになっている。

調査日は「中間整理」が出されてほぼ 1 か月後の 2014 年 9 月 5 日で，回収率は 100％である。このアンケートから，道内市町村が市町村国保の都道府県移管についてどのように考えているのか，その課題についてどのように認識しているのかが把握できるので，アンケートについて詳しくみていくことにしよう。本稿では，アンケート内容のうち，主に市町村国保の都道府県移管にかかわる質問と回答について検討する。

まず，「都道府県は保険料収納必要額を算出し，都道府県内の市町村ごとに都道府県に収める額（分賦金）を定め，市町村は分賦金を賄うために必要と考える保険料（税）算定方式，保険料（税）率等を定め，保険料（税）を賦課，徴収する」という分賦金方式に関する質問に対しては，「評価する」「どちらかというと評価する」が 105 保険者，「評価しない」「どちらかというと評価しない」が 52 保険者であった。評価しないが 3 分の 1 を占めた。自由記述では「保険料（税）率の最終決定が市町村となれば，今となんら変わらない」「一定期間の分賦金方式は当面やむを得ないが，将来的に統一保険料（税）率を目指すべき」「直接賦課方式とした仕組みを検討・実施すべき」「後期高齢者医療広域連合を参考とした仕組みづくりを望む」といった意見がみられた。都道府県移管をするのならば，後期高齢者医療制度のような統一保険料（税）率や都道府県による直接賦課方式を望む意見が少なくなかったのである。

「都道府県が分賦金を定める場合，都道府県内の市町村における 1 人当たりの保険料（税）負担が均一となるように保険料（税）を設定する」ことに関する質問には，「評価する」「どちらかというと評価する」が 102 保険者，「評価しない」「どちらかというと評価しない」が 51 保険者であった。「評価しない」「どちらかというと評価しない」が 3 分の 1 を占める結果となっている。自由記述では「所得水準の格差に対する配慮が必要」「保険者間の格差解消が課題」「医療費水準や所得水準等が異なるため，被保険者の理解が得られない」等の意見が出された。市

町村間の所得水準や医療費水準の相異に着目した意見が多数出ているのである。

「都道府県が分賦金を定める場合，市町村ごとの医療費水準を考慮し，医療費適正化の効果を保険料（税）水準に反映させ，医療費適正化へのインセンテイブを損なうことのない分権的な仕組みとする」ことに関する質問には，「評価する」「どちらかというと評価する」が 112 保険者，「評価しない」「どちらかというと評価しない」が 44 保険者となっていて，前の 2 つの質問よりも肯定的な評価が高かった。ただし，自由記述では「医療費適正化だけでは予防できない疾病がある」「1 人当たりの医療費など高額と判定される原因は，必ずしも市町村の責務ではない」「高齢化率が高い市町村に負担感が強まるのではないか」「医療費水準の反映は相互扶助の観点から適当ではない」などの意見が出され，市町村ごとの医療費水準を考慮して医療費適正化を迫ることに疑義を呈する市町村もあった。

「都道府県内の市町村間の所得水準の差異について，負担能力に応じ，各市町村の分賦金は市町村ごとの所得水準を考慮したものとする」ことに関する質問には，「評価する」「どちらかというと評価する」が 116 保険者，「評価しない」「どちらかというと評価しない」が 39 保険者となっていて，財政調整に肯定的な意見が多かった。ただし，自由記述では，財政調整に用いられている普通調整交付金のような画一的な算定方式を批判する意見や，「所得水準は同一であっても，偏在度合いは異なると考えられ，どの程度の違いが出るか不明であり判断できない」という意見もあった。

「都道府県が分賦金を定めるにあたっては，モラルハザードを防ぐための一定のルールを設けたうえで，市町村による自助努力だけで対応することが難しい収納率の低さに配慮する」ことに関する質問には，「評価する」「どちらかというと評価する」が 117 保険者，「評価しない」「どちらというと評価しない」が 39 保険者であった。前の質問同様，肯定的評価が多かった。自由記述では「収納率の低さは若年層が多い，低所得者が多いなどといった構造的な要因によるところが大きく，不可避的な収納率の低さに配慮することは必要である」と評価する意見がある一方，「徴収努力しない市町村が得をするような制度は不公平」であるとし，収納率の低さに配慮することに必ずしも肯定的でない意見もみられた。

「保険料（税）の設定方法の在り方や現行の公費支援の割合の見直しの影響により，被保険者の保険料（税）水準が急激に変化することのないよう，必要な経過措置を相当程度の期間設けることを含めた制度設計を行う」ことに関する質問には，「評価する」「どちらかというと評価する」が 150 保険者と圧倒的に多かった。一定期間の激変緩和は必要であるというのが，ほとんどすべての市町村の意見であった。

「都道府県内の市町村間の医療費水準等の差異が比較的小さく，また，市町村の合意が得られる場合，都道府県内で統一した保険料（税）を設定する」ことに関する質問には，「評価する」「どちらかといえば評価する」が 138 保険者，「評価しない」「どちらかといえば評価しない」が 18 保険者で，肯定的な保険者が圧倒的に多かった。北海道の場合は医療費水準の差異が大きいのが特徴であるが，医療費水準等の差異が比較的小さい，という北海道とは異なる条件の場

合には認めてもよいという考え方が多かったのである。さらに，自由記述では医療費水準等の差異があっても積極的に統一した保険料（税）に賛成する意見が少なくなかった。「北海道は差異が大きいが，広域化をする以上，保険料（税）が上下するのは仕方がないというくらいのスタンスが必要」「差異が大きくても原則統一保険料（税）を設定し，医療費水準や収納率などにより調整すべき」「経過措置期間を設け最終的に統一すべき」「分賦金の段階を踏んで将来統一した保険料（税）率を検討すべき」という意見がみられたのである。

なお,「後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入した場合に不要となる協会けんぽに対する国費 2400 億円を活用する」ことに関する質問には,「評価する」「どちらかというと評価する」が 148 保険者,「評価しない」「どちらかというと評価しない」が 8 保険者となった。圧倒的に肯定的な意見が多かったが，自由記述では，恒久的な財源になるとは限らないとし，抜本的な策を講ずることを求める意見もあった。「国保会計の財源確保は必要だが，国の責任転嫁は否めず，恒久的に確保･措置されるか疑問」「保険料（税）負担率を考慮した場合，このような考えもないわけではないが，国保の抜本的改革に向けた国の覚悟を示す時である。被用者保険からの財源の念出という要素では，今後の持続可能な制度維持ができるのか疑問」という意見が表明されたのである。

10　むすびにかえて

ほぼ 21 世紀に入ってからの 10 数年間，国は，市町村国保で高齢化が進んで医療費が増える状況に対し，国保の広域化(共同事業の拡大)，都道府県の役割拡大で対応してきた。このことにより，医療費負担の多い市町村の負担軽減や小規模市町村のリスク回避がある程度図られてきた。さらに，2012 年度に国民健康保険法改正が行われ，保険財政共同安定化事業の拡大，都道府県財政調整交付金の拡大等が行われたのである。

保険財政安定化事業は 2015 年度からその対象がすべての医療費に拡大されることになった。このため，2015 年度の各市町村の国民健康保険事業特別会計予算における共同事業拠出金は大幅に増加した。たとえば，神奈川県川崎市では 2013 年度予算での共同事業拠出金額は 141 億円であったが，2015 年度予算では 342 億円になっているのである[23)]。

高額医療費共同事業拠出金は医療費実績割 100％，保険財政共同安定化事業拠出金は医療費実績割 50，被保険者数割 50 を原則として各市町村が拠出することを原則とするが，保険財政共同安定化事業の拠出金の負担割合は都道府県の判断で変更できる。医療費実績割と被保険者数割に加え，所得割を導入している都道府県も存在しているのである。医療費実績割は，毎年の医療費変動による財政への影響緩和や小規模保険者への配慮に，被保険者数割は医療費の市町村間の差による保険料の相違の緩和や 1 人当たり保険料（税）の平準化に寄与する。

そして，市町村へは交付金（高額医療費共同事業交付金，保険財政共同安定化事業交付金）が交付される。2015 年度からは，すべての医療費が都道府県単位で調整（医療費の多い市町村

への交付金による支援）されることになる。このような保険財政共同安定化事業の拡大により，市町村間の格差が縮小することになるだろう。とくに医療費の多い小規模市町村にはメリットが多いといえるだろう。

しかし，重要なことは，拠出金における医療費実績割や被保険者数割では，都道府県内の市町村の所得格差が反映されないし，所得調整はできない。被保険者数割では，なるほど市町村間の１人当たり保険料（税）の平準化に寄与するけれども，市町村ごとに賦課・徴収方法が異なるので，各保険者にとっての不公平感は解消されないのである。

さらに，被保険者数割では，所得の低い市町村に重い負担がかかることになる。そこで，今後，所得割の導入は１つの方策である。また，都道府県普通調整交付金による所得調整も重要である。共同事業に所得割を導入すれば，保険者は所得に応じた拠出金を負担することになり，被保険者は所得に応じた保険料（税）負担をすることになる。当面はどの程度所得割を導入するのか，あるいは都道府県普通調整交付金による所得調整がどの程度効果があるのかが，都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の差異の調整の鍵になるといえるのである。

そして，本稿の冒頭でも述べたように，2018 年 4 月に国民健康保険の運営が都道府県に移管されることになった。移管に向けた財政措置として，2015 年度予算で国費 1700 億円を投入し，低所得者が多い市町村に対する保険者支援制度として消費税増税分が活用される。さらに，2015 年 4 月から現役世代の医療保険が拠出する後期高齢者医療制度への支援金の分担方法が変わる。つまり，2017 年度に全面総報酬割を採用して加入者の平均収入が高い健保組合や共済組合の分担額を増やす一方で，中小企業が入る協会けんぽの分担額を減らすことにより，協会けんぽへの国庫支出金を減らすことができるようになる。そして，そのことを通じて浮いた国庫支出金（2400 億円）のうち 1700 億円程度を国保支援に回そうと，政府は考えているのである。現在，総報酬割は 3 分の 1 について実施されている。2015 年度が 2 分の 1，2016 年度が 3 分の 2 へと総報酬割の段階的引き上げが行われ，2017 年度に 100％総報酬割になる計画となっているのである[24]。

今後の市町村国保の都道府県移管の課題としては，次の 3 点が重要である。

まず，統一した保険料（税）の設定の問題である。都道府県への移管が行われるのであるから，一定期間の分賦金方式はやむを得ないと思われるが，将来的には都道府県内で統一した保険料（税）率が実現される方向での検討がなされるべきである。この点では，均等割と所得割による統一した保険料が実現した後期高齢者医療制度が参考になるだろう。ただし，後期高齢者医療制度のスタート当初には，負担面の激変から混乱が生じたことを忘れてはならない。さらに，統一した保険料（税）が実施される場合，市町村の医療費水準や保険料（税）収納率について一定の考慮が必要であり，調整が加味されなければならない。医療費水準では年齢構成への配慮（高齢者の多い市町村への配慮），保険料（税）収納率では地域実情への配慮（収納率が低くなる地域的実情への配慮）が必要となるだろう。なお，分賦金方式においても，都道府県が算定した分賦金に基づく保険料（税）と現行の保険料（税）との間にかなりのかい離が生

じた場合は，国による財源措置が必要となることは，言うまでもないことである。

次に，国保支援の財源として，後期高齢者支援金への全面総報酬割の導入によって生じる財源が充当されることになっているが，このような措置は恒久的措置とは言えない。そこで，国の財政責任と財政支援の在り方をどのように考えるのかが重要である。都道府県への移管という市町村国保の抜本改革を行う以上，国の新たな財政支援が不可欠であり，あらためて国の財政責任が大きいことが認識されなければならないのである。

さらに，現行の市町村国保の構造問題を直視すれば，市町村国保の都道府県への移管には賛成できる。重要なことは，市町村国保の構造問題を是正することは，国民皆保険制度の維持と，高齢化に伴う地域医療の充実を図ることと密接に関連していることである。医療費の抑制のための努力を継続的に行いつつも，市町村国保の都道府県への移管とともに，医師不足の解消や，医師と看護師の地域的偏在の是正，医師と看護師の確保策の充実，地域包括ケアの推進が一層図られなければならないし，自治体立病院や国保直営診療所への財政支援の一層の強化がなされなければならないのである。

注

1　社会保障制度改革推進本部「医療保険制度改革骨子」2015 年 1 月 13 日。このほかに，「朝日新聞」2015 年 1 月 6 日朝刊，「北海道新聞」2015 年 1 月 9 日朝刊，「朝日新聞」2015 年 1 月 14 日朝刊を参照。

2　厚生労働省「医療保険制度の加入者等（平成 24 年 3 月末現在）」2014 年。

3　厚生労働省「我が国の医療制度の概要」2014 年。ただし，共済組合の加入者数は 2011 年 3 月末。

4　後期高齢者医療制度については，横山純一『地方自治体と高齢者福祉・教育福祉の政策課題 ―― 日本とフィンランド』第 4 章，同文舘出版，2012 年 3 月を参照。

5　市町村国保の構造と特徴については，図表 1 のほか，厚生労働省保険局国民健康保険課「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議，厚生労働省保険局国民健康保険課説明資料」2014 年 2 月 17 日を参照。

6　厚生労働省が 2015 年 1 月 28 日に発表した。「北海道新聞」2015 年 1 月 29 日朝刊を参照。

7　北海道保健福祉部健康安全局国保医療課「北海道の市町村国保の現状について」（2014 年 10 月 30 日の北海道国保連主催の国保運営協議会長研修会資料），2014 年 10 月。なお，現在北海道の市町村数は 179 だが，保険者数は 157 である。これは保険者の中に 3 つの広域連合（空知中部広域連合，後志広域連合，大雪地区広域連合）があるためである。このうち最も構成市町村数が多いのが後志広域連合で，16 町村で構成されている。本稿では，とくに必要な場合を除き，国保運営の責任主体を，保険者もしくは市町村と表現する。広域連合は市町村の中にふくまれるという扱いにしている。

8　厚生労働省保険局国民健康保険課「平成 24 年度国民健康保険（市町村）の財政状況」2014 年 1 月を参照。

9　埼玉県鴻巣市「国民健康保険料と国民健康保険税の違いは？」2014 年。

10　山口県宇部市「宇部市国民健康保険料の減免に関する要綱」2004 年 3 月 26 日。

11　厚生労働省が 2015 年 1 月 28 日に発表。注 6 の「北海道新聞」を参照。

12　注 5 の厚生労働省資料を参照。1 人当たり保険料(税)と 1 人当たり医療費については 2011 年度，1 人当たり所得については 2010 年度の数値。

13　注 5 の厚生労働省資料を参照。
14　現状投影シナリオ，改革シナリオ等については，注 4 の横山純一著第 2 章を参照。
15　財政基盤強化策，財政運営の都道府県単位化の推進，財政調整機能の強化については注 5 の厚生労働省資料を参照。
16　保険財政共同安定化事業については，注 5 の厚生労働省資料，北海道「北海道国民健康保険広域化等支援方針（第 2 期）」2013 年 3 月，ならびに大分県国民健康保険団体連合会「高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業について」2009 年 12 月 9 日を参照。交付金と拠出金の算定は，大分県国民健康保険団体連合会「高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業について」を主に参照した。
17　注 16 の大分県国民健康保険団体連合会の資料を参照。
18　拠出金が国保財政圧迫の要因の一つとなっている保険者があることについては，注 16 の北海道の資料を参照。
19　注 16 の北海道の資料ならびに注 16 の大分県国民健康保険団体連合会の資料を参照。
20　注 5 の厚生労働省資料，ならびに注 16 の北海道の資料を参照。
21　国保基盤強化協議会「国民健康保険の見直しについて（中間整理）」2014 年 8 月 8 日。
22　国保基盤強化協議会の「中間整理」については，2014 年 7 月 7 日開催の第 78 回社会保障審議会医療保険部会に，国保基盤強化協議会の事務レベル WG において協議中の暫定版として「中間整理案」が示されている。これと 8 月 8 日の「中間整理」との違いは，後者において，「上記の（追加公費等の —— 横山）財政基盤強化の具体策について，あくまで国費の投入によって抜本的な財政基盤の強化を図るべきであり，新たな地方負担を前提とすべきではないとの強い意見があった」という文言が加わったことである。地方団体は国費による財政支援を強く求めていることがうかがえるのである。
23　2013 年度ならびに 2015 年度の神奈川県川崎市国民健康保険事業特別会計予算を参照。
24　注 1 の社会保障制度改革推進本部「医療保険制度改革骨子」を参照。また，後期高齢者医療制度ならびに後期高齢者医療制度への支援金については注 4 の横山純一著第 4 章を参照。