

# 「国保制度改革の行方」

## はじめに

わが国で初めて国民健康保険制度が創設されたのは、1938年、現行制度と同じ姿で施行されたのは、1961年。これにより、「国民皆保険」体制が構築された。本年（2005年）は、1961年から数えて44年、制度創設当初からは67年の齢（よわい）を重ねることとなる。

このように国保制度は長い歴史を有しているけれども、その基本構造は、ほとんど変化していない。保険者は、市町村という行政機関であること、被保険者は、自営業者、農林漁業者など被用者保険に入らない人々で、市町村に住所を有すること、財源は、国庫負担と保険料及び患者の一部負担で対応、というのが基本構造である。1980年代頃からしばしば国保財政の危機がいわれ、老人保健制度や退職者医療制度の創設など、大きな制度改革が行われてきたが、こうした基本構造については、変わっていない。

これは驚くべきことでもある。現在の日本で、1938年当時の仕組み、あるいは1961年当時の仕組みを維持している社会システムがどのくらいあるだろうか。日本の国保制度を参考にして地域保険を創設した韓国が、制度施行後10年足らずの間に、地域保険と被用者保険を統合して、全国1本の公的医療保険に切り替えたのとは対照的である。もっとも、イギリスのNHS（国民保健制度）やフランス、ドイツの医療保険制度も、基本構造は変化せずに半世紀以上の歴史を経てきているので、あなたがち日本の国保制度だけが特別というわけでもない。社会に深く定着した制度は抜本改革が難しいということの証左でもある。

しかし、最近の医療保険制度の見直し議論や、昨年（2004年）12月に決定した国保に対する都道府県負担の導入といった動きは、国保制度の基本構造に対して変化を及ぼすきざしとも考えられる。

筆者は、厚生省保険局国民健康保険課の法令担当職員として、保険基盤安定制度を創設することにより国保制度に初めて都道府県負担の導入を制度化した1988（昭和63）年の国保制度改革を担当した。その時から17年の年月を経ているが、今回の大幅な都道府県負担の導入は、当時も議論された国保に対する都道府県の関与を強めるという考え方が実現したのものとして、感慨深い。本稿では、国保制度をとりまく最近の動向を整理しながら、筆者の国保に対する経験も踏まえつつ、国保制度改革の今後を展望する。

## 1 国保制度改革をめぐる動き

### （1）社会保障審議会医療保険部会の審議

2003（平成15）年3月の閣議決定「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」（以下「基本方針」という）以来、厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会において、医療制度改革の議論が行われている。基本方針で示された改革の内容は、①保険者の再編・統合、②高齢者医療制度の創設、③診療報酬体系の見直し、の3点である。

基本方針では、保険者の再編・統合について、保険者として安定的な運営ができる規模が必要であること、各都道府県において医療計画が策定されていること、医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があること、を考慮して、都道府県単位を軸とした保険運営について検討することとしている。国保制度については、都道府県と市町村が連携しつつ、保険者の再編・統合を計画的に進め、広域連合等の活用により、都道府県において安定した保険運営を目指すこととされている。

国保の保険者を市町村から都道府県に移行するというアイディアは、保険財政の安定化、保険料の平準化等の観点から、20年前くらいから提案されているものであるが、実際に、国保制度の仕組み上それが望ましいといえるかどうか、関係者の合意を得られるのか、といった点については、多くの課題が存在する。「都道府県保険者」については当事者の全国知事会が消極的であるほか、財政不安定な保険者を統合しても財政安定化にはつながらないのではないかなど等の問題もある。厚生労働省の事務局側では、都道府県の2次医療圏を基本に再編・統合を行うことを示唆しているが、議論を集約していくには時間がかかりそうである。

## （2）国保における都道府県負担の導入

昨年（2004年）12月、財務、総務、厚生労働3省により、国保の都道府県負担導入の具体的枠組みが合意された。今回の見直しの原案は、そもそもは、昨年夏頃から本格化したいわゆる「三位一対の改革」（地方交付税の見直し、国の補助金の縮小・廃止、地方自治体への税源委譲）の論議の中から、全国知事会の案に対する対案として厚生労働省から提案されたものである。

3省合意では、「国庫負担と保険料負担を均等にするという考え方を維持しつつ、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」ため、国保財政スキームを見直すとしている。

具体的には、保険基盤安定制度の都道府県負担割合を現行の4分の1から4分の3に変更するとともに、新たに、都道府県財政調整交付金を導入し、都道府県が財政調整を行うこととする。都道府県財政調整交付金は、各都道府県ごとに給付費等（保険給付費に老健拠出金、介護納付金を含む）の7%とする。国の財政調整交付金は9%、定率国庫負担は34%となる。17年度は経過措置として、都道府県財政調整交付金は5%、定率国庫負担は36%とする。

都道府県負担導入に伴う税源委譲額は、約6850億円（平成17年度予算ベースで積算）で、内訳は、保険基盤安定制度が約1940億円、7%の都道府県財政調整交付金が約4910億円である。このうち、平成17年度実施分に伴う税源委譲は約5450億円（5%の都道府県財政調整交付金は約3510億円）である。

## 2 都道府県負担導入の評価

今回の都道府県負担導入の措置に対して、さまざまな評価がなされている。国と地方の税財政のあり方を見直す三位一体改革において、平成17年度、18年度の2年間に約3兆円の国庫補助負担金の廃止・縮減等を行うこととしたことの数字合わせという批判がある。国保への負担増を求められた都道府県側は、三位一体改革の趣旨に反するとしながらも、やむを得ず容認という姿勢である。一方、市町村側は、都道府県が国保に対して強い関与を示すことは望ましいものと評価している。

冒頭で述べたとおり、筆者は、17年前の国保制度改革に携わったが、当時の議論の背景にあったのが、国保に対する都道府県の関与の拡大であった。従来、都道府県は、保険医療機関の指定・監督、地域医療計画の策定・運用等、医療供給体制を所管しているが、国保運営という面ではほとんど関係がなかった。地方行政を担当する自治省でも、国保は、国と市町村の事業であり、都道府県は関与する理由がないという姿勢であった。

それに対して、国保被保険者は、市町村の住民であるとともに、都道府県民でもあることや、市町村を包括する行政機関としての都道府県という立場から、一定の役割を果たすべきではないか、という意見もあった。当時の国保制度改革を議論した「国保問題懇談会報告」（1987年12月）では、「（国保は）国と市町村が共同して健全化に努めるとともに、都道府県もその適切な経営について、指導、支援を行う等それぞれの立場において適切に役割を果たしていくことが不可欠である」と提言した。

こうした議論の結果、新たに創設された保険基盤安定制度において、国と市町村の負担とともに、都道府県の4分の1の負担が導入された。また、都道府県が参加する高額医療費共同事業が法定化されることとなった。この1988年の国保制度改革は、国保の世界に都道府県の関与を初めて制度化したという点で意義深いものであった。ただし、国保の実施主体はあくまでも市町村であり、都道府県は、保険基盤安定制度などで一定割合の負担を行うというレベルにとどまっていた。

今回の都道府県負担の導入の措置は、都道府県の関与の度合いをさらに進めて、市町村国保の財政調整にまで踏み込むこととなったことが重要である。これにより、同一都道府県内の市町村の医療費の地域格差の是正や医療費の適正化、さらには保険運営の広域化について、都道府県が誘導していくという可能性が開かれることとなったことができる。

### 3 国保制度の今後

国保制度は、これからどのような方向に進んでいくのであろうか。言い方を変えれば、どのような方向に進むことが望ましいのであろうか。

今回の都道府県負担導入の措置は、従来、国と市町村により運営されてきた国保制度に都道府県が主体的に関与してくるという面では、国保の歴史上、画期的なものである。その関与のあり方は、これまで国が財政負担してきた部分を都道府県が負担するという側面が中心であるが、これを契機に、都道府県による市町村国保に対する運営指導や医療費の地域格差の是正への取組が、より明確なものになるであろう。しかし、次に述べるような、国保制度がもつ構造的な課題は、今回の措置で解消できるとは言いがたいことも事実である。

- ①加入者の高齢化（平均年齢52.5歳。70歳以上の高齢者加入率27.0%）
- ②低所得者の増加（4世帯に1世帯は無所得）
- ③被用者保険に比べ低い所得水準（1世帯あたり所得は健保組合の4割、政管健保の6割）
- ④小規模保険者の増加（保険者の3分の1が被保険者3千人未満）
- ⑤ほとんどの保険者が赤字（6割の保険者が単年度経常収支が赤字）

これらの課題に加えて、自営業者や農業者のための保険として出発した国保が、高齢化の進展や雇用形態の変化等により、今や、無職者と被用者（被用者保険にカバーされないパート等の被用者）の保険に変質したという構造的変化も見逃すことができない。1965年時点では、自営業者と農業者が国保被保険者の6割を占めていたのが、2000年時点では、これらの者のウエイトは2割に減少し、逆に無職者と被用者とで6割を占めるに至っている。

こうした課題に的確に対応するためには、国保制度そのものの変革が必要である。基本方針に示された「都道府県を単位とした保険運営」は、その解決策のひとつであり、高齢者医療制度の創設も国保制度に影響を及ぼすものである。かねてから国保関係者が主張する、国保と被用者保険を統合する「医療保険制度の一本化」も選択肢のひとつに入るであろう。

筆者の意見は、韓国とは異なり、医療保険制度の歴史が長い日本では、医療保険制度の一本化に対しては被用者保険側からの反発が強く、関係者の合意形成には困難な面が多いので、まずは、国保制度内の改革を第一として、都道府県単位の保険運営の実現に向けて鋭意取り組むべきであると考えます。その場合、必ずしも都道府県という行政機関が保険者になる必要はなく、公社のような公法人が保険者になりうる。むしろその方が、社会保険としての自立性が高まるのではないだろうか。

都道府県内の統一保険料の設定や、保険医療機関の指定などは公法人が行うこととし、保険料の徴収や被保険者管理については、市町村が実施することとする。現行制度のように、市町村ごとに異なる保険料設定よりは、同一県内・同一保険料とした方が、被保険者にとって理解しやすい。都道府県単位の国保制度に転換することによって、将来的には、都道府県単位の財政運営になる予定の各都道府県政府管掌健康保険との統合の道が開かれるであろう。

（注）このホームページ（<http://www5f.biglobe.ne.jp/~mmasuda>）に、医療保険制度改革に関する原稿を掲載していますので、あわせてご参照ください。