

## &lt;論 説&gt;

## 国民健康保険における保険料賦課思想の変遷について

三井速雄\*

## 要 旨

わが国医療保障の二本の柱の一つである国民健康保険の事業は、市町村が運営しなければならないこととされている。

そこで市町村は国民健康保険の費用を賄うため、その住民に対して保険料を賦課徴収しなければならない。しかし各市町村の状況は千差万別であり、地域の医療水準や経済の実態によって、医療費に著しい差があり、保険料負担能力にも大きな格差がある。

国民皆保険体制が発足して以来、政府も地方公共団体も、市町村相互間と個々の住民相互間に公平で合理的な保険料負担のあり方を模索してきた。一部は財政調整交付金制度として不十分ながら実施されているが、問題は解決されておらず、関係者の間でいくつかの提案がなされながらも成案は得られないまま、今日に至っている。

本稿ではこれらの提案が行われた背景と問題点を政策史的に概観する。

キーワード：保険料、公平、財政調整

## I. 国民健康保険における負担の公平

1957年度を初年度とする国民皆保険計画は1960年度末で達成され、1961年4月1日から国民皆保険体制が実現した。その間1959年12月には新国民健康保険法が制定された。

新国民健康保険法は全市町村に国民健康保険事業を運営することを義務づけ、被用者保険の被保険者又は被扶養者でない者を強制的に国民健康保険の被保険者とするものであり、被用者保険と地域保険の二本立体制による国民皆保険であったということになる。

皆保険体制が実現したとはいえ、1961年当時国民健康保険における療養の給付の法定給付率は5割とされており、被用者保険における給付率と大きな格差があった。そのため皆保険達成後の最重点の政策目標は、さし当り国民健康保険の給付率を7割に引き上げることにおかれ、1968年1月に全被保険者について7割給付が実現した。このような政策実施の背景には憲法第25条の「健康で文化的な最低限度の生活」の保障を基本理念として、全国民に医療、年金をはじめとする社会保障制度を適用するのみならず、全制度を通じて全国民に実質的に公平な保障をするものでなければならないとする思想があった。<sup>1)</sup> 全国民レベルでの公平の必要性は、給付面ばかりではない。医療保険における国

民の負担である保険料の水準についても、同様でなければならない。<sup>2)</sup>

国民健康保険には被用者保険における事業主に当るものがないこと、被用者保険から排除された農民、零細事業の事業主とその被用者、無職の者等から高額な保険料を徴収することができないという事情が皆保険実現の当時も現在と大差ないとすれば、その財政運営が困難であったことは容易に推測できる。加えて全国の市町村間の財政力の格差と療養機会の格差に基づく医療費水準の格差の存在を考えれば、国民健康保険の財政に対する国の財政援助と、国の財政による格差調整が必要不可欠と考えられてきた。

従って、医療保険における負担の公平の問題は、国民健康保険の場合には、国の財政援助のあり方と市町村間の格差のあり方とを対応させて考えることが必要であった。

医療保険における負担の公平化についての提案として最初に注目すべきものは、1962年の「社会保障制度審議会の総合調整に関する勧告」<sup>3)</sup> において示されている。

勧告は、負担の公平を図り各制度の財政運営の安定化を図るために、保険者間にプール制を導入し財政調整をすべきであるとしている。そしてプール制は、再

所 属： \*国際医療福祉大学 保健学部  
受 付： 1997年3月31日

分配効果からみて範囲が広いほどよいが、まず健康保険組合相互間において、また国民健康保険の保険者相互間において行い、将来は全制度間において行うべきであるとしている。

勧告においてはプール制の具体的内容が示されておらず、その具体化は、1964年5月になって、厚生省から部分的な調整を行う案として「医療保険における総合調整実施の可能性を検討するための試案要綱」が示されたのみである。この案についてもその現実的必然性が判然とせず、関係者の現実の利害にも反したため、それらの者から強い反対があり、単なる案の段階で終わった。

## II. 標準保険料構想の発生

しかしながら勧告における全制度を通じての負担の公平という思想は、国民健康保険関係者に強い刺激を与え、これが契機となって、全国統一的な保険料の賦課基準を設定し、各市町村がこれに従うことによって保険料負担の公平化を図るべきであるという標準保険料の構想が国民健康保険の保険者の間から生じてきた。<sup>5)</sup>

即ち、現行制度においては、

- 1) 地域ごとの所得水準と医療費に著しい格差があること。
- 2) 保険料の賦課方式も賦課割合も市町村ごとに異なっていること。
- 3) 市町村により一般会計からのくり入れを行っているものがあること。

等の原因により市町村間に著しい保険料負担の水準に格差があり、その公平化を図ることが市町村の行政にとって現実的な問題となり、対処の必要があると考えられていた。

これに加え市町村において保険料の改訂を行うとき適正な保険料のあり方についての意見が市町村の内部で一致せず、結果的に改訂が困難となる事態がしばしば見られる状況だった。

これらの理由により国が一率な保険料賦課の方式を明らかにし、市町村がこれに従っておれば、国民健康保険財政が安定的に運営できることが期待された。

従って全市町村での保険料賦課の根拠として、誰にでも納得できる基準である「標準保険料制度」の創設が、現実的な要望として生じてきたものである。

標準保険料についての最初の構想は、1963年の全国市長会が全国一本の医療費段階別準拠率率を定めることを提案としたもの<sup>6)</sup>であるが、はじめて標準保険料率の用語を用いて体系化したのは1965年の国民健康保険中央会の意見であった。<sup>7)</sup>

この意見は、標準保険料設定の基準は国が定め、各市町村はこの基準に従って保険料を賦課徴収すれば、原則的に事業運営に必要な財源は最終的に国によって確保されるというものであった。

その要旨は次のとおりである。

国民健康保険における標準保険料の設定に関する意見(昭和40年9月)(抜粋)

### 第1 標準保険料制度の基本構想

総ての市町村を通じて、保険料負担は被保険者の能力に応じて全国同一標準による負担をすることにする。その結果、市町村でその保険料収入総額では給付費に不足する場合は、その不足額は全額国庫で負担するというのである。

### 第2 標準保険料の決め方

標準保険料率は具体的には政府管掌健康保険の負担水準と実質的な均衡を保つよう配慮の上決定することが適当である。

受益差によって料率に差を設けることが適当である。受益差により数箇の段階を設けて、それぞれについて段階制の率を定める。

応益割と応能割の両建てとし、応能に重点をおくことが妥当である。

#### 所得割の割賦標準

市町村民税の課税総所得金額によるべきであるとする考え方と、総所得金額から基礎控除のみを引く方式(いわゆる但し書方式)を採用すべきであるとの考え方があるが、標準料率は、一応後者によることが適当と認める。

## III. 医療保険の抜本改正における標準保険料

この当時政府管掌健康保険の財政は、1957年度から赤字に転落し年を追って赤字額が拡大した。これに対処し財政の安定を図るため、政府は1967年、各種の財政対策を組み合わせ「健康保険法及び船員保険法の臨時特例に関する法律案」(「健保特例法」という。)を国会に提出したが、国会の修正により、2年間の時限立法となった。<sup>8)</sup>

また当時の世論及び国会の多数意見においては単に政府管掌健康保険の財政対策だけを行うことは認められず、同時に医療保険全体についての総合的な改革策を確立することが要求された。これが当時医療保険の「抜本対策」として激しく議論されたものであるが、抜本対策は健保特例法の期限である1969年8月までに実現しなければならないものと考えられていた。<sup>9)</sup>

そこで厚生省は抜本対策についての試案<sup>10)</sup>を公表し、事態の進展を図った。

抜本対策は次の4項目を基本としている。

- 1) 保険財政の長期的安定を図る。
- 2) 医療給付の割合の格差を是正する。
- 3) 保険料負担の均衡を図る。
- 4) 診療報酬体系の適正化を図る。

即ち全医療保険制度を通じて財政を安定化し、支出を適正化するとともに、給付と負担を公平化しようというものである。そして国民健康保険の負担については、標準保険料により市町村相互間においても、さらに各被保険者相互間においても公平化が図られるとともに、標準保険料水準において被用者保険との均衡を図ることによって、全医療保険被保険者相互間の公平化の実現を目指したといえることができる。

その具体的内容は、次のとおりである。

- 1) 被用者保険全体の平均的な保険料の負担水準と、標準保険料の全体水準を均衡させる。また標準保険料は各市町村の国民健康保険の医療費の水準を考慮し、医療費水準が相対的に高い市町村には高くなるように、「医療費段階別標準保険料」とする。
- 2) 保険料賦課は、被用者保険における所得比例保険料の思想にそって、市町村の住民税において把握される住民の所得水準に比例したものとする。即ち従来の応益割、応能割保険料の二本立の考え方を所得割り一本に転換する。
- 3) 市町村がとるべき保険料の総額は、被保険者の所得水準に即して定めることとし、その保険料賦課標準の総額は、住民税所得割が賦課される者についてはその際に税務サイドで把握される所得を基礎とし、所得割を賦課されない者については国が定める方式により推計される所得額を基礎として算定する。
- 4) 国庫は市町村に対して法定医療給付費の2分の1を定率で負担するほか、標準保険料率によって算定される保険料収入額で法定医療給付費の不足する額は全額負担する。

#### IV. 国民健康保険の保険料の構成

医療保険の保険料は、さまざまな理由によって実施されている公費の援助を除いては、保険集団ごとに必要な費用を賄うに足りる額を被保険者から賦課徴収するものである。

被用者保険にあつてはおおむね標準報酬制をとっており、これは経常的なサラリーマンの給与に比例して一定率で保険料を徴収することになる。標準報酬には上、下限がありその限りで最高額、最低額が保険集団ごとにきまることになる。

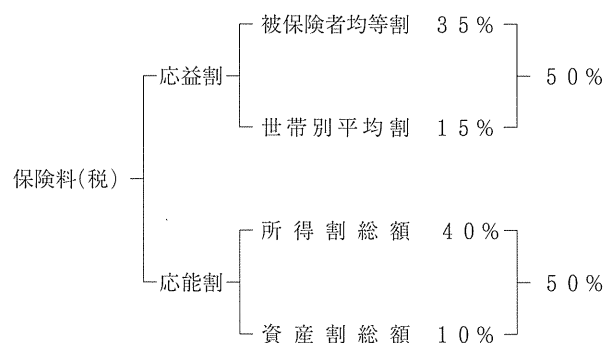
これに対して国民健康保険において、さまざまな所得の形態や生活の形態のことになった地域住民の世帯を一括して対象とすることから単純な所得比例制ではなく、多くの負担の指標を組み合わせて賦課することが適当と考えられてきた。

また国民健康保険においては費用を保険料として賄うことが原則とされているが、市町村行政の実態から地方税である国民健康保険税とすることも認められており、市町村数からみれば、税によるものが大多数である。税と保険料の差は主として徴収技術上の差であつて、保険料としての理念、構造には全く差がないので、本稿では保険料の用語で統一することとする。

国民健康保険料は、市町村の条例によって規定されることとなっているが、その標準的な形態が「国民健康保険条例準則」<sup>11)</sup>に記載されている。

準則において国民健康保険の負担の指標とその構成は第1表のとおりである。

第1表 国民健康保険の保険料の負担の指標とその構成  
構成比率の指標



#### V. 標準保険料の思想

標準保険料の基本は上記Ⅲの抜本対策の3)にあるということがいえるが、市町村が定められた全国一律の基準に沿って被保険者に保険料を賦課しさえすれば、法定医療給付の実施に必要な費用に不足する分は国庫が全額負担するというものである。従って、国民健康保険の事業運営は市町村の団体委任事務として、市町村が自主的に条例を制定して行うこととされているのに、運営の財政責任と住民に対する保険料賦課の責任については、その自主性を全く放棄することとなるという問題がある。

特に国民健康保険の保険料は被用者保険のように所得比例一本ではなく、被保険者一人当たり均等割、世帯当たり平等割、所得割、資産割といった要素を地域の実情と住民の意思によって組み合わせて賦課するものとされているのに、これらの要素を捨象して所得比例という単一の公平観を貫こうとするのである。

保険料収入と定率国庫負担で不足する費用を国の財政援助によって補填するやり方は、いう迄もなく従来から財政調整交付金制度によって行われてきたことを踏襲したものである。調整交付金制度においては一定の方式により被保険者全体の所得水準を把握し、これによって算定した「とるべき保険料」総額に対応して国の財政援助額をきめるのみで、個々の被保険者の保険料額まできめるのではない。それは市町村の自主性に委ねられ、市町村議会において制定される条例によってきめられるのである。

しかしながら全国民の間の負担の均衡又は公平の観念に重点をおくとすれば、国のレベルで一率に定めることが必要になり市町村にはまかせておけないということになる。また市町村側からも、市町村間の保険料水準の格差が余りにも大きく、市町村自身が不公平と考えるようになり、また保険料引上げに際してなかなか市町村議会の同意が得られないケースが多いことを考えると、自主性を主張すべき市町村自身が国レベルで一率の基準の設定を望むものが出て来る<sup>12)</sup>ようになるのである。

被用者保険の保険料が原則的に被保険者の賃金に一定保険料率を掛けて算定するという所得比例制となっており、国民健康保険がこれに追従的に均衡化するとすれば、国民健康保険においても所得割への一本化を採用せざるを得ない。この際に生じる大きな問題は、被保険者のうち住民税の税務当局で所得の把握のできない低所得者が少なくないことである。これらの者へ所得比例保険料を賦課するためには、国民健康保険事務として独自に所得調査をしない限り所得把握が出来ないが、試案では所得調査の代りにこれらの者に対しては推定で所得額をきめる方法を導入しようとしたのである。

そこで所得の推計方法が問題となる。保険料を賦課される被保険者や強制的に賦課徴収する責任を持つ市町村にとって納得できるほど、合理的でかつ実態に即した推定の方法が見出せばよいが、厚生省はそのような方法を提示することが出来ず、結局所得推定の途を探ることは放棄される。そしてそのことは、所得割一本の方法による標準保険料を放棄し、さらに被用者保険の保険料水準との均衡を図ることの放棄をも意味したのである。

## VI. 財政調整交付金制度について

ここで財政調整交付金について説明しておく必要がある。

すでに述べたとおり国民健康保険の財政は、定率の国庫負担のほかは保険料を財源として賄うのが原則と

されているが、現実には市町村の産業構造、住民の所得、家族構成等の差により被保険者の保険料負担能力には大きな格差が存在している。このような原因による市町村間の財政力の不均衡を調整するために1958年度から設けられたものである。財政調整交付金の総額は法律に規定されており、1958年度から1983年度までは若干の過渡期を除いては国民健康保険医療給付費の5%相当額であったが、それ以降は、大筋で給付費保険者負担分の10%となっており、保険者負担分すなわち給付率を70%とすれば、大まかにいって7%に当るから、調整交付金の枠はそれ以前より拡大したことになる。調整交付金は、災害等に対して保険料の減免があった場合などの個別事情に応じて配分される特別調整交付金と、市町村の財政格差を調整するために交付される普通調整交付金とに分かれる。調整交付金の総額のうち20%をまず特別調整交付金にふり向け、80%を普通調整交付金にふり向ける。

ここでは市町村の財政格差を調整する役割を持った普通調整交付金の仕組みについて述べる。

普通調整交付金は、市町村ごとに算定された「調整対象需要額」に対して、当該市町村の「調整対象収入額」が不足する市町村に、その不足額を基準として交付される。

ここでいう調整対象需要額とは、国民健康保険における法定医療給付費から一部負担金部分や定率国庫負担分などを差し引いた、本来的に被保険者の保険料で賄うべき部分の額を指す。また調整対象収入額とは、この医療給付費保険者負担分に対応して市町村が確保すべき保険料部分を指すが、各市町村が現実にとっている保険料ではなく厚生省令<sup>13)</sup>によって全国的に一率に設定された基準に沿って算定したものである。

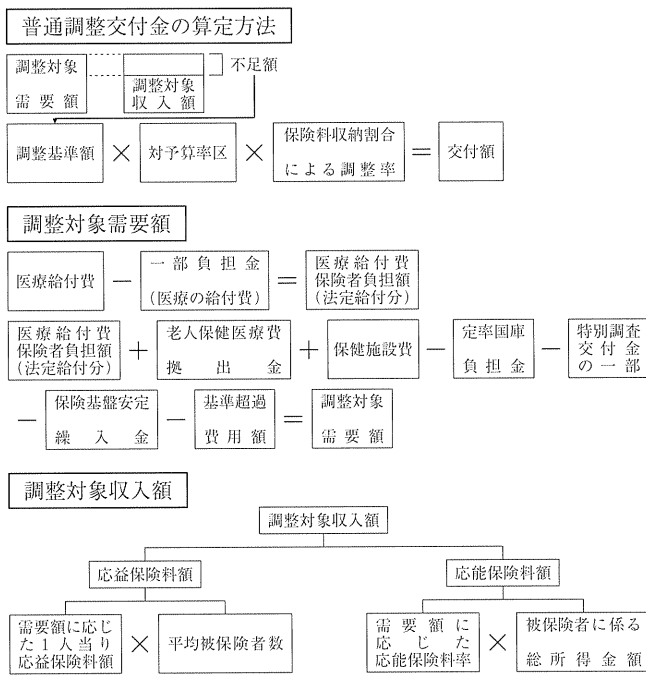
調整対象需要額は市町村ごとの給付率の差による調整などを加えながらも実際に市町村で必要な現実の額であるのに、調整対象収入額は市町村の保険料収入の現実の額ではなく、画一的な基準によるあるべき額である。従って現実の必要額を賄うためにあるべき収入額による不足分の全額を交付するというのが、基本的な考え方ということになる。ただし不足額の総額が普通調整交付金の財源枠と常に合致しているとは限らないから、財源枠が不足する場合には「対予算率」をかけて圧縮して交付する。

従って調整対象収入額をどのように定めるかによって、各市町村の受ける額がきまってくる。基本的な思想としては1人当たり医療費の水準が同一であれば、被保険者の保険料賦課の基礎となる1人当たり所得の低い市町村に厚く交付され、所得水準が同じであれば、医療費水準の高い市町村に厚く交付されるように算定さ

れることとなっている。

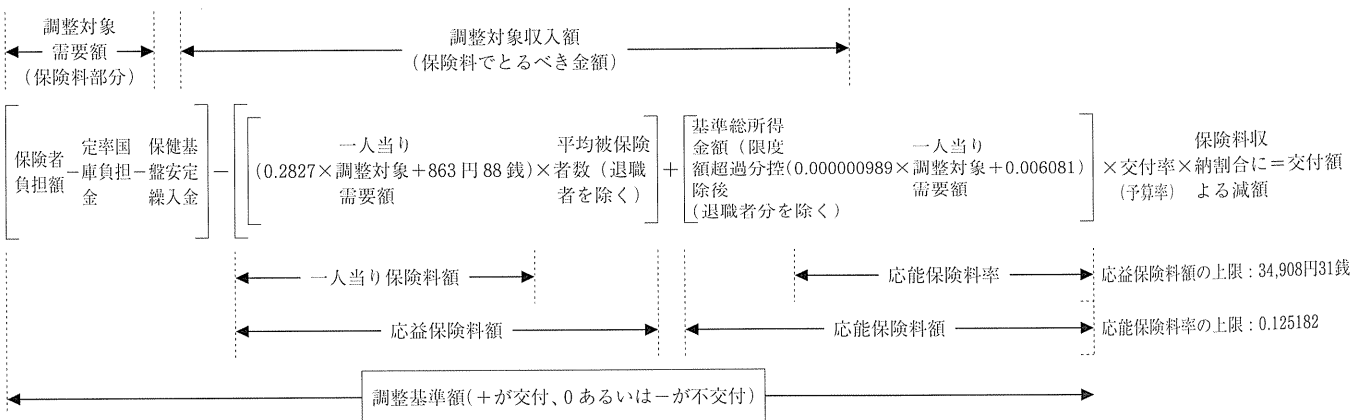
調整対象収入額において確保されるべき保険料は、「応益保険料額」と「応能保険料額」とに分けて、それぞれ1人当りの「基準応益割額」、「基準応能割額」として算定されるが、両者ともに当該市町村の1人当り医療給付費の水準に応じて医療費水準が高くなるほど、次第に高くなるように設定されるという「医療費段階別保険料」の考え方が採用されている。そして応益割額については1人当り金額で表示され、応能割額については所得に対する保険料率の形で表示されるが、ともにある水準で頭打ちが設けられている。

調整対象需要額、調整対象収入額の算定方法の仕組みを図示すると、第1図のようになる。



第1図 調整交付金の仕組み

また応益保険料額、応能保険料額の算定方法は第2図のとおりである。



第2図 普通調整交付金の算式(1992年度分)

これらの算式から理解できるように、どの程度の医療費水準(調整対象需要額がこの水準を示している。)で、どの程度の所得水準の市町村が、どの程度の調整対象収入額となるかは、この算式の係数にどんな数値を入れるかによってきまってくる。この係数は各年度ごとに示されているのが通例であるが、第2図のものは、1992年度の省令によって示されたものである。

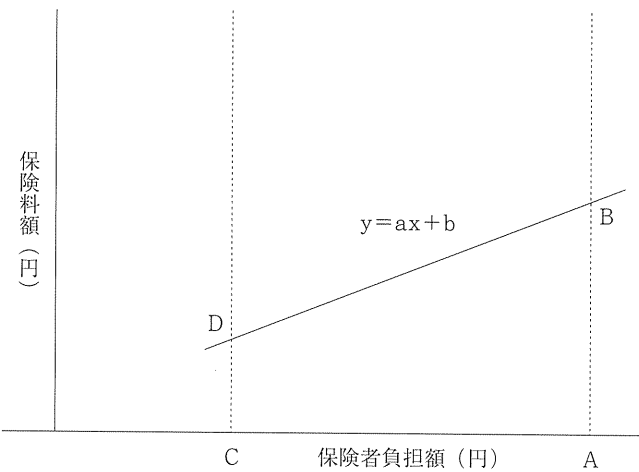
調整交付金制度は市町村の国民健康保険の財政の格差を是正し、被保険者がどの市町村に属しようとも保険料負担を公平にすることを目的としている。そしてこの場合の保険料負担の水平とは、被保険者の受益の差を考慮しながら同一所得水準にある被保険者は、同一水準の保険料を負担することであるとされている。この場合の受益の大きさを各市町村の医療費の水準と考え、1人当りの調整対象需要額の大きさをその指標とするのである。また受益の差については市町村保険者ごとに考え、個々の被保険者ごとの差ではないとしている。

このような考えから応益保険料、応能保険料とも調整対象需要額に比例する1次式の形で示されていることとなるが、医療費水準が著しく高くなった場合に、これに比例して余りにも高い保険料水準を負担させることは、現実的でないというのが、頭打ちを設定する理由であり、現在は1人当り調整対象需要額の全国平均値の1.5倍の水準に算定した保険料額に設定している。

保険料負担における公平の観念は、国民健康保険の被保険者相互において必要であるばかりでなく、被用者保険における保険料負担の水準とも均衡がとれていなければならない。そこで調整交付金制度においては、この制度が基本的に現在のものと同じ体系を持つようになった1963年以来政府管掌健康保険の保険料水準とつながりを持たせ、均衡を図ることによって、被用者保険と比較しても公平であり、ひいては全国民の間の保険料負担の公平化を実現しようとしたのである<sup>14)</sup>。

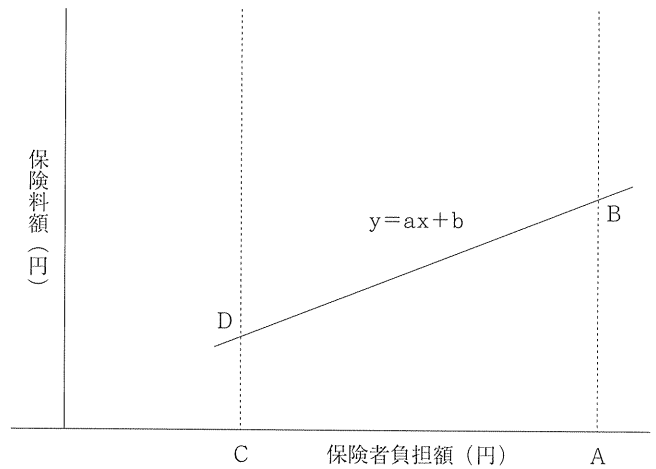
その方法は、まず応益部分については政府管掌健康保険の被保険者で住民税課税所得のない者が負担している保険料額を推定し、これを被保険者の家族数(被保険者本人とその被扶養者)で除したものを、国民健康保険における1人当たり応益保険料額に対応するものと考え、これを医療費水準が政府管掌健康保険と同じ市町村の1人当たり基準応益負担額とする。また国民健康保険被保険者のうちで所得割保険料を負担しない者の1人当たり平均保険料額を、国民健康保険全体の平均的医療費水準における平均的応益割り保険料と考え、この2点を基準に医療費段階別応益保険料を設定することとした。(第3図)

また応能保険料についても、政府管掌健康保険の被保険者1人当たり(被保険者本人及びその扶養家族)平均保険料額から前記の応益保険料に相当する額を差し引いたものを、政府管掌健康保険被保険者の国税課税総所得金額に当る額の推計額で除した率を、政府管掌健康保険の医療費水準における所得割率と見なし、この点と国民健康保険の1人当たり平均保険料額から上記の応益割額を差し引いたものを国民健康保険の平均的医療費水準における所得割金額とみなして、これを国民健康保険税の所得割りの総所得金額で除した率を国民健康保険における平均的な所得割率とし、これらの2点を結んだ線上に医療費段階別応能保険料率を設定することとした。(第4図)



- A・・・政管健保の1人当たり保険者負担額(総医療費から一部負担金を控除した額)
- B・・・政管健保の被保険者で課税所得を有しない者が負担していると推定されている保険料総額を、その者とその者の被扶養者の合計で除して得た額
- C・・・国保の1人当たり保険者負担額
- D・・・国保の被保険者で、所得割りを負担しない者が、負担すべき応益割総額を、その者の世帯に属する被保険者数で除して得た額

第3図 1人当たり医療費段階別応益割の料額



- A・・・政管健保1の1人当たり保険者負担額
  - B・・・次式により算定した率
  - C・・・国保の1人当たり保険者負担額
  - D・・・次式により算定した率
- $$\left\{ \left[ \begin{array}{l} \text{政管健保の被保険者(被扶養者を含む)} \\ \text{が負担する1人当たり保険料相当額} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{応益割保険} \\ \text{料相当額} \end{array} \right] \right\} \div \frac{\text{政管健保の被保険者で国税所得割の課税総所得金額を有する者の当該課税総所得金額の総額}}{\text{政管健保の被保険者および被扶養者の合計数}}$$
- $$\left\{ \left[ \begin{array}{l} \text{国保の被保険者1人} \\ \text{あたり保険料相当額} \end{array} \right] - \left[ \begin{array}{l} \text{応益割保険} \\ \text{料相当額} \end{array} \right] \right\} \div \frac{\text{国保の被保険者で国税所得割の課税総所得金額を有する者の当該課税総所得金額の総額}}{\text{国保の被保険者数}}$$

第4図 1人当たり医療費段階別応能割の料率

このような手法によって、国民健康保険の保険料水準と、政府管掌健康保険のそれとを関連づけたのであるが、この関連づけが両保険の保険料負担の水準を公平化したこととなるのかどうか全く明らかでない。そのためこのような技巧的な手段は、次第にとられなくなり、現在では被用者保険との関連は、単に被保険者の保険料負担の最高限は、政府管掌健康保険の被保険者負担額の最高額を配慮して定めることとされると説明されるだけとなっている。

### Ⅶ. 国民健康保険の基本問題に関する懇談会の報告書による標準保険料案

調整交付金制度の趣旨や仕組みが、このように格差是正、負担の公平を意図したものであったにも拘らず、実際には国民健康保険と被用者保険の間、市町村相互間、被保険者相互間の格差は依然として存在している。

それがすでに述べたように抜本改正の中で標準保険料構想がとり上げられた理由であったが、その最初のものとして厚生省が案出したいわゆる事務当局試案は、実現しないままとなった。

調整交付金制度と標準保険料制度との基本的な相違は、後者において各市町村が確保すべき保険料を確保

したあとに財源が不足する場合には、国が全額を補填するという原則になっているのに、前者ではあらかじめ国の予算によって決められた財源枠の範囲でしか調整しないという点にある。

従って標準保険料制度においては、国の財政負担に限度をなくして、必要額を無制限に助成できるようにするか又は標準保険料の水準を国の財源枠に合せて上下させるか、いずれかの方法でしか成り立たない。そして後者であれば、国民健康保険制度以外の制度との均衡は常に保つことはできなくなることは明らかであり、そのため事務当局試案は、無制限の国の負担という方針をとったわけだが、こんなことが現実に可能であるわけではない。そこで事務当局試案以後の標準保険料構想とその系譜を継ぐ構想は、すべて国の財源枠を有限とした上での対応となってくる。

しかし、保険料の公平な負担の実現は放棄できない政策目標であったから、事務当局試案に代る実現性のある方策の発見が次の課題となる。

厚生省は1969年8月になって二転三転して来た医療保険の抜本改正案<sup>15)</sup>をまとめ、社会保障制度審議会及び社会保険審議会に諮問した。諮問案の中にさし当り実施すべき事項として標準保険料構想が含まれているが、この構成はさきの事務当局試案とはことになっており、おおむね次のような内容となっていた。

(さしあたり実施すべき事項)(その1)

国民健康保険制度改革要綱試案(抄)

4 費用負担

- (1)市町村は、標準保険料率に従い、所得割方式及び均等割方式により保険料を賦課徴収する。
- (2)均等割の額は、法律で定める基準に従って厚生大臣が定める。
- (3)所得割の料率は、被保険者の所得及び医療費の段階的に応じて法律で定める基準に従って厚生大臣が算定する。

この案自体は極めて抽象的であり、標準保険料制度を実現するためには厚生省はこれをさらに具体化する作業を続ける必要があった。

そのために厚生省は1970年6月に「国民健康保険の基本問題に関する懇談会」を設置し標準保険料について検討を進め、1971年9月に報告書<sup>16)</sup>をまとめた。

報告は標準保険料制度の必要性を、

- (1)市町村間における保険料負担の均衡
- (2)市町村議会における円滑な保険料の改訂
- (3)市町村の国民健康保険財政の長期的安定を図るため、医療費の水準に応じた適正な負担

に要約している。

そして基本理念として、

- (1)同一所得の被保険者は同一の保険料を負担すべきである。
  - (2)保険料は、市町村間の医療費水準の格差をある程度反映したものとすべきである。
  - (3)標準保険料を徴収しても不足する財源は、補填すべきである。
  - (4)標準保険料は、被用者保険との均衡を考慮して設定すべきである。
- の4項目を挙げている。

具体的には次のようになる。

- (1)標準保険料は、法定分医療給付費のみを対象とし、国が定める統一的基準に従って算定する。
- (2)標準保険料の賦課総額は医療給付費総額のおおむね30%とし、均等割(社保険1人当りの応益割と理解すべきであろう。)及び所得割によって2分の1ずつ賦課する。
- (3)所得割りの算定基礎は市町村民税のいわゆる本文方式に統一する。
- (4)均等割額は、均等割によって賦課すべき総額(即ち標準保険料総額の2分の1)を全国の被保険者数で除したものを1人当りの均等割の基準額とし、各市町村の医療費水準の段階に応じて設定する。
- (5)所得割保険料率については、所得割によって賦課すべき保険料の総額を、全被保険者の住民税本文方式による所得の総額で除した率を基準として、市町村の医療費段階別に設定する。
- (6)国庫負担は各市町村の法定医療給付費と標準保険料額の差額の総額に保険料減免分を加えた額とし、当分は現行(1970年当時)と同じ45%とする。
- (7)現に徴収した保険料額と同額の国庫負担金を交付し、標準保険料額とこの国庫負担金の合計額で法定医療給付費の保険者が負担すべき額に不足する場合には、その差額は財政調整的に交付する。

まず、懇談会の方式の問題点のうち、所得割賦課の標準となる被保険者の所得について検討をする。

住民税にあつては地方税法による総所得金額から基礎控除、配偶者控除、扶養控除、雑損控除、社会保険料控除などで差引いた残額を課税標準とし、これに税率をかけて住民税の所得割を算出する。ここでいう「本文方式」とは、国民健康保険の所得割の算定においてもこの課税標準を用い、これに一定率である保険料率を乗じて算定する方式を指している。

これに対して国民健康保険では課税標準には、総所得金額から基礎控除のみを差引いた額を用いる「旧た



だし書方式」によることが原則となっているが、この他に「本文方式」、住民税の所得割額に一定率を掛けて所得割額を算定する「所得割方式」によることも認められている<sup>17)</sup>。

所得割額の算定において旧ただし書方式が原則とされた理由は、国民健康保険の被保険者には所得水準の低い者が多く、本文方式や所得割方式では、所得割額を賦課される者が少なくなり、大多数の者は均等割部分しか賦課されないこととなり、事実上定額保険料システムに近くなってしまいう可能性が高いからと云われている。しかし被保険者数が多く、所得水準も相対的に高い都市部や大都市部にあつては事務処理の実務上それぞれ本文方式、所得割方式が採用されているのが実態である。

ただし現在の財政調整交付金制度において市町村の基準財政収入額を算定する場合には、すべて旧ただし書方式によって所得の総額を算定することとなっている。

懇談会案で本文方式を採用した理由は、全国的に統一基準で賦課方法を決めなければならない以上、住民税の課税方法としては旧ただし書方式は既に廃止されているものであり、住民の多数の者の所得を個別に把握しなければならないという事務上のはん雑さを持つこの方式を排除したものと考えられる。

しかし本文方式をとることになれば、均等割額しか課せられない者のうち、真の低所得者は負担が過重になることが当然に生じるわけだから、保険料の軽減制度の拡充が必要となるのである。

懇談会案の次の問題は国庫負担の総額が決められている点である。

標準保険料の水準を全体の医療給付費の水準と関連して上下するように設定されるとすれば、45%の国庫負担の枠で全体の財政のバランスをとることは可能である。

しかしこのことは事務当局試案にあつた被用者保険との均衡を保障しないことを意味する。またその際の定率(又は定額)国庫負担と財政調整交付金の配分方法如何により、市町村それぞれの財政状況に応じて、以前より有利になるもの、不利になるものが生じ、市町村間の利害が一致しない。

医療費水準が低い、所得水準が高い市町村において現行のように40%の定率国庫負担が保障されているとすれば、その中には標準保険料よりも低い水準の保険料を賦課することで医療給付費が十分まかなえるものも多い。この場合には、市町村に標準保険料の実施を強制することは出来ないが、国としては定率の国庫負担を引き下げ、国がア・プリオリに保障する部分を

少なくし、不足する市町村へ財政調整的に交付する部分を大きくすることとすれば、同一の財源枠でも標準保険料率とおりの水準を実行しなければならない市町村がそれだけ多くなり、この制度の有効性が高くなる。

懇談会案は、このような考え方の下に国の定率(定額)負担部分を相対的に引き下げ、財政調整部分を拡大していこうとしたのである。

このように懇談会案は、市町村のそれぞれの状況によって利害関係がことなる。それに加えて、本文所得への一本化や賦課方法の全国画一化によって、それぞれの市町村の状況によっては急激に変化が生じることになる。大多数の市町村は、これを恐れ、その実行に消極的な態度をとるものが多かつた。保険料の全国的な公平化、国民健康保険の財政の長期安定ということは市町村が強く求めているところではあつたが、実際に実行する段階となると、これを拒否するという事態が生じたのである。

そのため厚生省は懇談会案を後退させ、個々の被保険者に賦課する保険料は、市町村の自主性にまかせることとし、市町村に交付される財政調整交付金の算定方式として標準保険料のシステムを用いることとする案を用意した。この案は、もはや標準保険料制度とは云えないわけだが、とにかくこれによって法改正を実行することとし、その内容を含んだ健康保険法の一部改正法案を1967年5月に国会に提出したが、国会では一度も審議が行われないうまま廃案となった<sup>18)</sup>。それ以降標準保険料構想を推進しようという動きは、いずれの方面からも現れていない。

## VIII. 老人保健法制定以降の国民健康保険の保険料の公平化の動き

その時期以降、国民健康保険に対する被保険者の負担の問題は、市町村間の公平の観念よりも国民健康保険全体の財政の運営の安定化の観点から国民健康保険における老人医療費をいかにして軽減するかという問題に関係者の関心がうつる。このような状況下で1982年に老人保健法が制定され、次いで1984年の老人保健法の改正が行われ、国民健康保険の財政は、その高齢者の医療費負担を大幅に被用者保険財政に転嫁することによって大きな改善を見た。そしてこの問題の一段落とともに、1984年からの医療保険制度の一元化問題が再燃し、再び国民健康保険と被用者保険の給付と負担の相互の均衡が問題とされるようになった。

この時期、全国市長会は1987年に「医療保険制度の一元化と国保制度のあり方について」と題する報告書を公表し、全国画一的な保険料賦課をもたらすことになる標準保険料制度を否定し、保険料の設定は市町村



の自主性に委ねるべきとしながらも「賦課限度額」と「応益割額」については、全国統一的な基準を設けるべきとした<sup>19)</sup>。

1987年度予算の編成に当って、国民健康保険財政について総合的な検討を行うことが、厚生大臣、自治大臣、大蔵大臣間で合意された。この合意に基づいて有識者からなる国保問題懇談会が1987年5月から厚生省に設けられ、同年12月に報告を行った<sup>20)</sup>。

## IX. 国民健康保険の保険料の公平化へ向けての新しい動き

同年12月の国保問題懇談会の報告は、市町村の国民健康保険財政への地方自治体からの助成の導入を求めるところを中心としたものであったが、その中で、標準保険料について「幅広い検討を行い、国庫負担についても標準保険料との関係で決定するよう検討すべきである」という意見があったことを紹介している。

また1989年12月の社会保障制度審議会の「国民健康保険制度の長期安定確保対策について」<sup>21)</sup>と題する意見書においても、国民健康保険の被保険者のうち、中間層の負担が相当重くなっていることを指摘し、これとの関連で、負担の公平を図る見地から何らかの賦課基準が必要であり、その上で国庫負担の増額を図りながら、保険基盤安定制度の改善、財政調整機能の拡充などの工夫が必要である。」としている。

当時はすでに標準保険料構想は医療保険の抜本改正の方策とともにすでに挫折してしまったものだと考えられていたから、再び正式のものとして提案される状況ではなかったが、それにも拘らず標準保険料に関連して、保険料負担の公平化と財政の均衡を図るための問題点が指摘されているのである。

まず全国市長会の報告、社会保障制度審議会の意見においては、国民健康保険内部の保険料負担の均衡、公平化の問題に焦点があてられる。

国民健康保険において医療費等の増加などの理由によって保険料の引上げを行う場合には、国民健康保険条例の改正をしなければならないため、市町村議会の同意が必要である。そのため、保険料引上げは市町村にとって大きな政治問題となる。

現行制度において、例えば1996年度の保険料の賦課限度額は一世帯当り52万円とされており、また国民健康保険条例準則において、保険料のうち所得割と均等割のそれぞれのウェイトを1:1とすることが標準として定められている。保険料の引上げを行う場合、限度額の引上げは、保険料引上げの事実を際立たせる効果を持つために市町村当局からは極めて提案しにくい性質のものである。また均等割額の引上げは、均等割

しか負担しない低所得者の負担増を目立たせるために、これも同様に提案しにくいのである。その結果、市町村当局としては一番目立ちにくい所得割率を引上げて対応することが多く、そのために賦課限度額は法定の限度額に達せず、また均等割のウェイトが次第に低くなる傾向が強い。その結果保険料額が限度額未満でかつ所得割を負担する中間階層の負担が相対的に過重となる実態が生じがちなのである。<sup>22)</sup>

そこで市町村事務当局としては均等割を引き上げるために、全国的又は都道府県単位での統一的な基準の設定に期待し、その統一的基準に沿って引上げを提案することによって、引上げを容易にしたいと考える。

これが、全国市長会の報告又は社会保障制度審議会の意見の根底にある期待なのである。しかしながら実際にその基準を原則どおり応益割:応能割を1:1に定めることは各市町村が置かれている実状から見ると実現が不可能に近く、その故にそのような基準の設定には賛成できないという矛盾した主張がなされるという状況となってしまうのである。これが1980年代における保険料賦課標準をめぐる市町村側の行動と意識の状態であった。

また国保問題懇談会の報告は、既得権化した個々の市町村の高い定率国庫負担(保険者負担分の40%)を、標準保険料とリンクさせることでそのウェイトを下げ、余裕財源を財政調整のために活用するという方向を示唆している。

応益割の引上げによる中間所得層の負担の軽減は、その反面低所得層の負担増となることから、これら低所得階層への保険料軽減措置の強化が必要となる。しかしこの措置は、そのために生じた保険料収入の減少を再び中間所得層に負わせることとなり、その効果を減殺するのである。

そのようなことから、厚生省は1987年10月に「国保制度の課題と改革の基本的考え方」と「国保制度の課題と改革の基本的」と題する文書を、当時の国保問題懇談会へ検討の素材として提示した。

この文書は国民健康保険制度全般に沿った改革の提案であるが、低所得層に関しては、国民健康保険制度の一部として、一般の被保険者と別に低所得層を1グループにまとめ、その医療費を、都道府県、市町村の公費負担で賄う「福祉医療制度」を設けるという、特異な案を提示したものであった<sup>23)</sup>。

この提案は、都道府県が全く新たな負担をしなければならないこと、国民皆保険の理念に反するのではないかとの疑いが持たれることなどの理由により多くの反対があった。そのため厚生省は1988年度予算編成に際してこの案を放棄し、その代案として低所得者に対

する保険料軽減とその保険料軽減によって生じた保険料収入の減少を、国、都道府県、市町村の公費負担でカバーする「保険基盤安定制度」が導入されることとなった。

## X. 保険料平準化への動き

保険基盤安定制度の導入は、市町村の国民健康保険財政を安定させる1つの要因とはなかったが、低所得者に対して軽減されるべき保険料の水準は従来どおり各市町村がそれぞれ個別に定めているものであって、全国的な均衡は存在しない。そこで保険基盤安定制度において新たに高率の公費負担システムが採られている以上、軽減の対象となる保険料の水準自体に全国的な基準が必要とされるようになってくる。

このような事情が新たに加わり、1989年12月、国民健康保険の1990年度予算に関して、厚生大臣、自治大臣、大蔵大臣の合意<sup>24)</sup>がなされた際、その合意事項の項目に1) 保険基盤安定制度の確立、2) 財政調整機能の強化、3) 保険料負担の平準化という項目がもり込まれ、厚生省は国民健康保険の保険料負担の均衡のため保険料の平準化の対策を進める責任を負うこととなった。

厚生省がその目的のために検討した厚生省の平準化案はいくつか存在しているが、ここではそのもっとも典型的で、具体的に地方自治体等において論議の対象となった1989年12月の厚生省案<sup>25)</sup>について分析を進めることとする。

### 1) 応益保険料負担の平準化

応益保険料について各市町村を通じ、医療給付費の水準や年齢構成が同じであれば、ほぼ同一の保険料となることを基本として、次のような標準を設けて財政調整交付金の交付の基準とすることにより、保険料の平準化を進める。

(1)基本的には、保険給付費の4分の1を応益保険料総額(保険料軽減制度による軽減前)とする。

(2)ただし以下の補修を行う。

ア、年齢構成による補正 年齢構成が高いことにより医療費が高くなっている場合は、(1)より低い額とする。

イ、医療費の地域差指数 地域差指数が高い場合は、そのうちの一定程度を保険料額に反映させることとする。

### 2) 普通調整交付金の交付

原則として、各保険者における応能保険料の所得に対する比率(応能負担率)が基準負担率を超える場合に、普通調整交付金を交付する。

### 3) 低所得者に対する保険料軽減制度の拡大

(3)保険料軽減制度を拡大する。

ア、軽減率の引上げ

6割軽減→7割軽減

4割軽減→5割軽減

イ、2割軽減の新設

保険料平準化の考え方が従来の標準保険料構想と異なる重要な点は、平準化は普通調整交付金の配分方法の基準であって各市町村の国民健康保険の保険料賦課の基準ではなく、個々の被保険者の保険料水準の均衡を直接の目標とするものではない点である。これは保険料の賦課は各市町村のそれぞれの事情を反映し、各市町村が自主的に決定すべきものという思想を基礎としているからではなく、それぞれの現状を急激かつ大幅に変更することは困難であるという市町村当局の現状認識の反映である。

また平準化の考え方は、応益部分についての考え方と、応能部分についての考え方が全く異なって相互に無関係である点に特徴がある。

まず応益保険料については、当該市町村の保険給付費(正確には法定医療給付費)の見込額の4分の1を、応益保険料総額として被保険者の応益割額を決定する。これは、法定医療給付費(その2分の1は国庫負担)の保険者負担である2分の1を応益保険料として賦課し、残りの2分の1を応能保険料として賦課することを意味する。このことは現行の条例準則における1:1の原則を踏襲していることを示す。

この場合、年齢構成の差によって医療費水準が高くなっている市町村については、全国の平均の水準迄引き下げることとし、またそれ以外の要因によって医療費が高くなっている市町村については、医療費水準の高さをそのまま保険料に反映させるのが原則であるとするが、これをすべて反映させるのではなく、地域差指数の2分の1だけを反映させることとなっている<sup>25)</sup>。

応益保険料の2分の1というウェイトや地域差指数の2分の1のウェイトといった数値には、理論的な根拠はない。全員が承認すべき1つの約束ごととして、多数が受け入れられるものであるとされている。

応能負担率については、実際に市町村が賦課する応能保険料率の賦課方法、賦課課税標準となる所得把握の方法などを統一すべきだとの考え方もあったが、現実の各市町村においてはただし書方式、本文方式、所得割方式などがそれぞれ採用されており、これをいずれかに統一することは困難であった。そのため全市町村において、ただし書方式によって把握した所得に対する応能保険料総額の比率が基準応能負担率となるように、応能保険料を賦課することとし、応能保険料総

額が法定医療給付費保険者負担分の2分の1に足りない場合は、その差額を普通財政調整金として交付するということになる。

厚生省の試案では、各市町村の法定医療給付費の保険者負担分の2分の1を応能保険料によって賄うべき部分と考えて、これを「応能負担率」と名づけ、応能負担率が基準応能負担率を越える場合に普通調整交付金を交付ものとしているが、その意味は上記のとおりである。

ただし、基準応能負担率による応能保険料総額が上記の2分の1を越えることとなる場合は(すなわち所得水準が高いか医療水準が低い場合)、当該市町村においては、それだけの応能保険料は必要ないわけだから応能負担率を低くして保険料を賦課すればよいこととなり、これらの市町村では応能負担率は基準応能負担率よりも軽いものになってしまう。

基準応能負担率をどの水準に定めるかは、財政調整交付金の財政枠の大きさにかかわる問題である。これを低く定めれば、多数の市町村はそのレベルでの応能保険料を賦課しさえすれば不足額は調整交付金の交付が受けられることとなり、市町村当局にとっては運営しやすいが、全体としての財政調整交付金の財源は大きく必要となる。逆にこれを高く定めれば、多くの市町村では高水準の応能保険料を賦課しなければならなくなるが、財政調整交付金の財源は少なくともすむことになる。しかし、同時に基準応能負担率に達しない市町村が多くなり、これらの市町村では基準応能負担率以下の水準の応能保険料となるし、財政調整交付金は交付されないこととなる。即ち、基準応能負担率を低いレベルで設定することは、より多数の市町村が基準応能負担率による応能保険料の水準で、保険料を賦課してよいことを意味し、全国一率の基準という意義がより弱くなる。従って財政調整交付金の財源がより大きいほど、基準としての実効性が強くなるのである。

ところが厚生省試案においては、その前提として国庫負担の総額は法定医療給付費の2分の1となっており、財政調整交付金の財源となる部分を相対的に大きくすれば定率部分は少なくなるという、二律背反の関係におかれている。

前にも述べたとおり定率国庫負担の減少は、応能保険料の水準が低くてすむ市町村にとっては国庫負担の減額と保険料率の引上げを意味するし、国民健康保険制度全体にとっても安定財源の減少という問題がある。国庫負担が定率でなくても市町村として必要な財源が確保されるのであれば、それ以上のものは望むべきでないという一種の禁欲的合理主義の立場に立てば、この方法が正当であることになる。しかし従来無条件で

確保されることになっていた財源が、財政状況を審査した上で必要な場合にしか交付されなくなるのは、市町村にとっては一般論として国庫負担制度の後退であることになる。

標準保険料の構想では保険料の水準は、例えば政府管掌健康保険の水準と関連づけるなど客観的、外部的な要素によって設定されることとなっていた。しかし厚生省の平準化試案においては、財政調整交付金の財政枠をどう設定するかによって任意に変動させることができるというものになってしまう。

厚生省は平準化を進める立場から、出来るだけ多くの市町村が基準応能率をとることによって全国的な均衡を図ろうとするから、定率国庫負担を低く、財政調整交付金の枠を大きくしようとする方針をとる。当時の厚生省では、財政調整交付金の枠を現行の10%から15%に拡げることにより、75%の市町村が基準応能率によって応能保険料を賦課することが可能であるとしている。

さきに述べたとおり平準化実施にともなって保険料軽減措置を強化しないとすれば、応益割しか負担しない低所得者層の保険料負担は大きくなる。そのため、6割、4割、という現行の軽減割合をそれぞれ7割、5割とすることによって、従前と同程度の負担水準にとどめようとすることになる。また2割軽減措置の新設は負担の傾斜をなだらかにする意味を持っている。

厚生省試案は以上のようなものであったが、厚生省は市町村側の同意を得て1991年度から実施するという方針をとった。

平準化の実施によって多くの市町村では、内部的な負担の公平化が進むという効果が認められながらも、市町村側から多くの問題点が提示され、結論的には、大勢として平準化の実施には消極的であった。そこで厚生省は91年度からの実施を断念し、この段階では引き続き検討するという体裁をとったが、それ以後実際の検討は行われておらず、事実上ここで平準化の構想は終了したことになる。

市町村側から提示された問題点は、次のようなものである。

- 1) 応益割部分を急激に上昇させなければならない場合が多く、住民である被保険者からの激しい反発のために実施不可能となる恐れがある。
- 2) 応益部分は医療費段階制となり、受益の差と説明されているが、医療費水準が高いことが何故受益なのか、医療費水準の格差を全部ではないとしても当該市町村が何故受け入れなければならないのか、根拠が不明確である。
- 3) 財政調整交付金の財源枠が少ないため、基準応

能負担率どおりでよい市町村が相対的に少なく、平準化として不十分であり、また従前の財政調整交付金の配分と比べて医療費が高く保険料が高い市町村が相対的に有利となり、医療費が低く保険料も低い市町村が不利となることが予想され、市町村間に利害の不一致が生じる。

また、政府サイドからの問題点として市町村が応益制を原則どおり引き上げることを行ないまま、低所得者に対する保険料の軽減措置の実現によって公費負担の増額のみを終始することとなるのを恐れたといわれる。

XI. 平準化構想以後の状況について

しかしながら市町村の国民健康保険財政は、その後も相変わらず不安定であり、いわゆるバブル崩壊に伴う景気の後退により、国民健康保険の保険料の被保険者の所得に対する負担率が、1991年の5.53%を底<sup>26)</sup>にして上昇しはじめると、全体としての財政負担の緩和、被保険者内部での中間所得層への保険料の軽減が市町村側から強く望まれるようになってきた。

まず国民健康保険の全体としての財政の問題については、1980年代以降は市町村に対する国の財政援助はむしろ減少の傾向にあったが、財源負担者として国と都道府県、市町村それに被用者保険などの組み合わせによって、国民健康保険財政に対するさまざまな助成措置が追加されていった。

まず1987年の老人保健制度創設と86年のその法改正、1989年の退職者医療制度の創設に引きつづいて、1988年の保険基盤安定制度と高医療費市町村運営安定化対策事業(基準超過費用共同負担制度)、1990年の国保財政安定化支援事業、1995年の老人保健制度における老人加入率の上限の引き下げなどが順次行われていった。

このような財政対策はそれぞれ個別的な効果があったとしても市町村の国民健康保険財政を安定化させることはできず、また被保険者相互間の保険料負担の公平化を進めるには足りなかった。さきに述べたように保険基盤安定制度は、低所得者に対して保険料負担を軽減した場合に、それに伴って生じる保険料収入の減少が他の被保険者の負担加重となることを防ぐため、その分に対する公費負担を導入するものである。1993年度の予算編成に際しては主として地方自治体の負担によってこの制度の規模が拡大され<sup>27)</sup>それだけ低所得者に対する保険料の軽減が容易となったが、同時に市町村がこの軽減措置を進めようとする際には応益割のウェイトを50%に近づけることを条件とし、中間所得層に対する保険料負担の公平化を促進しようとした。

即ち、中間所得層の負担の公平化を図る措置と、低所得者への軽減措置の拡充を組み合わせ、軽減措置の拡充を行うためには、応益制へのウェイトを引き上げなければならないような仕組みが1995年度から導入されたのである。これは第2表のとおり市町村が採用する応益保険料の割合に応じて、低い場合には保険料軽減措置を縮小しなければならず、また高い場合には、現行の6割、4割の軽減を、7割、5割、2割とすることが出来るよう、保険基盤安定制度による公費負担を拡充するというものである<sup>28)</sup>。

第2表

応益割合	35%未満	35%～45%	45%～55%	55%以上
現行	一率 6割、4割			
平成7年度	5割、3割 (※)	6割、4割	6割、4割 2割	6割、4割
平成8年度以降	5割、3割 (※)	6割、4割	7割、5割 2割	6割、4割

(※) 保険者は、当分の間、現行の6割、4割軽減のままとすることができる。

1996年に入り、被用者保険制度の財政窮迫を契機に、政府は21世紀に向けての総合的な医療保険改革を意図し、同年医療保険審議会、老人保健福祉審議会の意見を求めた。そのうち国民健康保険については1996年12月医療保険審議会から、同審議会国民健康保険部会で検討した内容が建議書<sup>29)</sup>として提出された。

この建議書において、医療費格差の是正、保険料負担の公平化について次のような見解が示されている。

(2)医療費格差の是正、保険料負担の公平化  
(現状と基本的考え方)

地域保険である国保制度においては、高齢者が多いなどの年齢構成や病床数の相違等に起因する医療費の地域差が存在しており、これと合わせて、被保険者間の所得の格差や保険料の格差が存在している。

高齢者が多い等保険者の責めによらない医療費格差については、調整交付金などを通じて公平化を図るとともに、それ以外の医療費格差については、医療提供体制の見通しとあわせ、保険者、国、都道府県、市町村それぞれの役割と責任を明確にし、協調して取組むことを基本に考えるべきである。

(定率国庫負担と調整交付金)

現在の国庫負担のうち、定率負担分は、医療費の高低にかかわらず、一律に実績給付費の4割となっているが、公平性の観点と医療費適正化への

取組みの促進の観点から定率負担のあり方を検討するとともに、調整交付金の配分の見直しを検討することが必要であるとの意見があった。

こうした意見に対して、定率国庫負担は一律の配分を通じて制度の基礎を支えるものであり、これを重視すべきであるとの意見があった。

ここには、もはやかつてのような公平概念を明確にしたり、全国的な公平を図ろうという徹底した意欲は見られない。それは国民皆保険下における国民健康保険制度となってからすでに30年を経て、結局現在の市町村の自治制度と被用者を除いた負担能力の低い住民を被保険者とする限り、首尾一貫したシステムにはなり得ないとする共通認識が一般化したためであろう。

しかしそのことは同時にわが国医療保険制度の基本となっている国民皆保険制度に対する疑いをさしはさむことでもある<sup>30)</sup>。

このような認識から、建議書はさし当りは財政調整交付金の財政調整力を強化する方向での国庫負担金の配分方法の改善を指摘するにとどめ、医療保険全体の改革の中での解決に期待をつなぐのである。

## XII. 結語

国民健康保険の保険料に、何らかの形で政府によって設定された全国的な基準を設けることは、市町村の国民健康保険の財政運営に他律的な根拠を与えることとなり、市町村当局にとって財政運営を容易にするという傾向を持つ。しかし他方個々の市町村にとっては基準に従った保険料水準とすることによって現状に急激な変化がもたらされ、被保険者の保険料水準が急増するものも多数発生する。このような変化は、それぞれの市町村にとっては全く自己の市町村の事情とは無関係な外的な事情によって生じるものであるから、いくら全国的なルールに従うといっても、被保険者や市町村議会の立場からは受忍できるものではない。しかも全国一率の基準とはいいいながらその基準を市町村に対して強制できるほど決定的な説得力のある根拠を持っているものは、現実には存在しない。

これが標準保険料にせよ、保険料の平準化にせよ、その必要性は政府、市町村、有識者などに広く容認されながら、実現しなかった理由なのである。

しかしながら、老人保健制度創設等により、国民健康保険制度が国や他の被用者保険からの財政援助によって運営されるようになってくると、その財政運営の効率性が外部からも批判の対象となってくる。そのようなものの要素の1つとして保険料収入の確保に関し収納率の向上が要請されるようになる。収納率の向上の

ためには行政事務の能率の改善は云う迄もないが、被保険者が保険料納付について深い理解を持たなければならず、保険料負担の公平化が、この次元で再び大きな問題となってくる<sup>31)</sup>。

そこで、再び国民健康保険における保険料の公平化、標準化が検討されなければならないとしても、従来行われたことの単なるくり返しでは実現する可能性は皆無である。それは目下進行している医療保険各制度を通じた医療保険の見直しの全体の中で、はじめて可能となるものであろう。

それは恐らく、国民健康保険制度全体の見直しを含むものであり、保険者は市町村のままとするか、被保険者の範囲を被用者保険から排除された者のみとするか、国や被用者保険からの財政援助のあり方はこれでよいのか、といったことへの回答を重ね合された次元で、方向が解明されるべきものと考えるのである。

- 1) 社会保障制度審議会. 社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申及び社会保障制度の推進に関する勧告. (1962).
- 2) 同上.
- 3) 同上.
- 4) 厚生省50年史(1965) P 13 17及び健康保険組合連合会. 医療保険制度に対する基本的考え方(1966).
- 5) 厚生省保険局国民健康保険課編. 詳解国民健康保険, 107 (1972).
- 6) 全国市長会国民健康保険制度調査特別委員会. 国民健康保険制度に関する改善について.
- 7) 国民健康保険中央会国民健康保険基本問題調査会. 国民健康保険における標準保険料の設定に関する意見(1965).
- 8) 厚生省. 厚生省50年史, 1320 (1988).
- 9) 同上, 1326.
- 10) 厚生省保険局. 医療保険制度の問題点とその改革の基本的方向について, (1967). 及び厚生省保険局. 医療保険制度改革試案(1967).
- 11) 厚生省保険局長. 国民健康保険準則, 保発第5号(1959).
- 12) 国民健康保険中央会. 医療保険特に国民健康保険制度の改善方策(1966).
- 13) 国民健康保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令(1963).
- 14) 国民健康保険中央会. 国民健康保険30年史(1969).
- 15) 厚生省保険局. 医療保険制度の改革要綱試案

- (1969).
- 16) 国民健康保険の基本問題に関する懇談会. 国民健康保険の基本問題に関する懇談会報告(1971).
- 17) 地方税法第703条の4. 他関連条文.
- 18) 厚生省. 厚生省50年史, 1348(1988).
- 19) 全国市長会. 医療保険制度の一元化と国保制度のあり方について(1987).
- 20) 国保問題懇談会. 国保問題懇談会報告(1987).
- 21) 社会保険制度審議会. 国民健康保険制度の長期安定確保対策について(国保基本問題調査会)(1989).
- 22) 社会保険実務研究所. 国保実務1629号~1657号(1994),
- 23) 同上. 1552号(1987).
- 24) 同上. 1665号(1990).
- 25) 同上. 1686号~1714号(1990).
- 26) 厚生省保険局. 平成5年度国民健康保険実態調査報告22(1995).
- 27) 社会保険実務研究所. 国保実務1838号, 国保財政安定化支援事業について(1983).
- 28) 同上. 1925号(1996).
- 29) 医療保険審議会. 国民健康保険制度の改革について(建議書)(1996).
- 30) 岡光序治. 講演「これからの厚生行政」, 社会保険実務研究所, 国保実務2021号(1996).
- 31) 社会保険実務研究所. 国保実務1975号, 国民健康保険制度の現状と課題.

## Change of the Concept of Insurance Contribution in National Health Insurance

Hayao Mitsui\*

\*School of Health Science, International University of Health and Welfare

### ABSTRACT

National Health Insurance, one of the two entities of medical care insurance systems in Japan, is managed by the municipalities (cities, towns and villages). The municipalities assess and collect insurance contribution from their residents to cover the expenses of the National Health Insurance.

But differences in economic and medical situation among the municipalities have caused large discrepancy in the medical cost level and ability of insurance contribution. Since everybody in this country was covered by a public insurance system in 1961, both the government and the municipalities have groped the way to an equitable and reasonable burden sharing system of insurance contribution among the municipalities and community residents.

The system is put into effect, though not enough, by a Grant for Financial Adjustment. Many propositions have been made, but much remains unsolved.

In this paper, I discuss the propositions, their problems and backgrounds, in Japan's social security history.

**Key Words** : Insurance Contribution, Equitability, Financial Adjustment