

国民健康保険財政「赤字」の分析

調査部 上席主任研究員 西沢 和彦

目 次

1. はじめに
2. 国民健康保険の財政構造および議論の現状
 - (1) 国民健康保険の財政構造
 - (2) 議論の現状
3. 法定外繰入は真に「赤字」に相当するのか
 - (1) 財政力が相対的に豊かでありながらの法定外繰入
 - (2) 保険料を低く抑えたままでの法定外繰入
 - (3) 一時的か恒常的か
4. 地方自治体と国が本来取り組むべきポイント
 - (1) 市町村自らの取り組み
 - (2) 国の取り組み
5. おわりに

要 約

1. 国民健康保険（国保）は、1,717の市町村それぞれが保険者となっている健康保険制度である。その国保は、市町村の一般会計から国保特別会計への法定外繰入金（2012年度は3,882億円）をもって赤字であると政府からは説明される。それが真にそう言い切れるのかを確認するのが本稿の目的である。
2. この問題が重要であるのは、2015年に予定される健康保険法の改正の鍵を握るためである。そこでは、保険者の市町村から都道府県への切り替えがメインとなり、都道府県が保険者を引き受ける前提とされているのが、国から国保への財政支援拡充であり、その根拠が国保の赤字にあるためである。よって、法定外繰入が真に赤字に相当するのかどうか検証することが欠かせない。
3. 本稿では、主に二つの視点からのチェックを試みた。一つ目は、財政力が相対的に豊かな市町村が法定外繰入を行っていないかどうかである。厚生労働省の「国民健康保険事業年報」には、保険者別データがある。それをを用いると、財政力が相対的に豊かでありつつ法定外繰入を行っている市町村は109あり、金額は1,012億円に及ぶ。これは、法定外繰入合計の26.1%である。地理的には、東京、神奈川、愛知、千葉、埼玉の都市圏所在の市町村にほぼ限られる。
4. 例えば、東京23区などは、本来保険料で賄うべき支出の一部を一般会計からの法定外繰入で賄っている。こうした法定外繰入を赤字と認識し、国からの財政支援を拡充するのは合理的ではない。なお、財政力が豊かか否かの判定基準には、国から国民健康保険法上の普通調整交付金を受けているか否かを基準として用いている。
5. もう一つの視点は、保険料を低く抑えつつ、法定外繰入を行っていないかどうかである。本稿では1,717市町村の平均保険料を下回りつつ法定外繰入を行っている市町村と法定外繰入の金額を、やはり「国民健康保険事業年報」の保険者別データを使って調べた。その結果、そうした市町村は552、金額は1,846億円に及ぶ。こうした法定外繰入もやはり、赤字と認識しにくい。こうした市町村に財政支援を拡充するとなれば、法定外繰入を行わず、支出を保険料に反映させている市町村（457ある）との公平性も欠くこととなる。
6. 2つの視点からみた、赤字とは言いにくい法定外繰入額の合計は、重複を除くと2,675億円となる。よって、法定外繰入合計額3,882億円から2,675億円を差し引いた残り1,207億円については赤字と呼ぶ可能性が残っている。法定外繰入をもって、赤字とは言い切れない。
7. とはいえ、国保が、他の健康保険制度に比べ相対的に加入者の年齢構成が高く（すなわち医療費水準が高い）、所得水準が低い（すなわち保険料収入が見込みにくい）ことなどから、財政的に脆弱であることは間違いない。そこで、単に、国から国保への財政支援を拡充するというのではなく、その前に、市町村、国それぞれが本来何をすべきか、ポイントを整理した。

8. 市町村に関するポイントは、次の通りである。①歳入面では、適正な保険料の算定と徴収強化。とりわけ、保険料算定の基礎となる加入者の所得捕捉と固定資産の把握が求められる。②歳出面では、低迷している特定健診の実施率引き上げをはじめ、医療費抑制が求められる。
9. 国に関するポイントは、次の通りである。①国から国保への財政支援の在り方の根本的な見直し。国から国保への財政支援には複数種類あるが、そのなかの一つは、市町村の医療抑制インセンティブを削ぐなどの指摘が出ているためである。②保険料負担における年金受給世代優遇の見直し。そのためには、国の所得税制、具体的には公的年金等控除の在り方を変える必要がある。③被用者健保への加入促進。国保の職業別加入世帯属性をみると、就業者のなかでは、今や被雇用者が主体になっている。こうした被雇用者は、極力被用者健保に加入させるべく制度面および執行面の一段の推進が不可欠である。

1. はじめに

国民健康保険（国保）は、国民皆保険の最後の砦と位置付けられている。その国保財政は3,000億円程度の赤字と言われるが、本当にそう言えるのか—これを検証するのが本稿の主な目的である。この問題を探り上げるのは、健康保険法改正に向け現在行われている議論の行方の鍵を握り、かつ、国保の抱える課題に対する適切な処方箋を書くために不可欠だからである。

現在、国保は、1,717の市町村それぞれが制度運営の責任主体である「保険者」と位置付けられている（注1）。2013年8月に公表された政府の社会保障制度改革国民会議の報告書では、保険者の市町村から都道府県への切り替えが提言され、それを受け、厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会を中心に議論が進められている。国民会議報告書を踏まえ同年11月に成立した社会保障プログラム法（注2）のスケジュールに則り、厚生労働省は、2015年通常国会での健康保険法改正を目指している。

都道府県が保険者を引き受ける前提の一つとされているのが、国から国保への財政支援の拡充であり、その根拠となっているのが、国保の赤字とされる部分の存在である。1,717市町村のうち約4分の3の1,260の市町村では（2012年度）、一般会計から国保財政に対し法律で定められているものに加え、法定外で繰り入れを行っており、もっぱらこの法定外繰入が赤字に相当するとされている。

よって、法定外繰入が真に赤字に相当するのであれば、国からの財政支援拡充も合理性を持つが、そうでないのであれば根拠が乏しくなり、保険者の見直し議論全体に影響を及ぼすこととなる。法定外繰入が真に赤字に相当するのか否か、仮に一部について言えるとするならば、それはどの程度の規模なのか、議論の鍵を握ることとなる。もっとも、「法定外繰入≒赤字」と漠然と言われているに過ぎないのが実態である。

そこで、本稿では、まず、続く第2章で、国保の財政構造を解説するとともに、赤字と言われている部分を改めて確認する。第3章では、それが、真に赤字と呼びうるのかどうか、厚生労働省の「国民健康保険事業年報」の保険者別データを主に用いて検証する。保険者別のデータを用いれば、財政力の豊かな市町村が法定外繰入を行っていないか、保険料を低く抑えつつ法定外繰入を行っていないかなどがチェックできる。結果としては、赤字と呼べる可能性が残る部分はわずかであり、国保は赤字だから国からの財政支援を拡充するという論理は成り立ちにくいことを示す。併せて、議論の現状を整理する。

とはいえ、国保は、加入者の年齢層が高く（すなわち医療費が高い）、加入者の多くが年金受給者や組合健保に加入できていない被雇用者などである（すなわち保険料収入を多くは見込めない）ことから、財政的に脆弱であること自体は間違いない。今後も、事態はより深刻化することが予想される。そこで、第4章では、単に国から国保への財政支援を増やすというのではなく、地方自治体、国それぞれが根本的には何をすべきなのかを考察する。

（注1）正確には、市町村単体ではなく、1市5町による空知中部広域連合のような広域連合による保険者もある。

（注2）正式名称は、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」。

2. 国民健康保険の財政構造および議論の現状

(1) 国民健康保険の財政構造

そもそもわが国の健康保険制度は、大きく次の五つにグルーピングされ、国保はそのうちの一つである。

- ・健康保険組合
- ・全国健康保険協会（協会けんぽ）
- ・共済組合
- ・国民健康保険（国保）
- ・後期高齢者医療制度

このうち、大企業サラリーマンの加入する健康保険組合、中小企業サラリーマンの加入する全国健康保険協会（協会けんぽ）、公務員と私立学校教職員が加入する共済組合の3グループは被用者健保と総称され、主に現役世代が加入することから、五つのグループのなかでも、相対的に加入者の所得水準が高く、医療費水準が低い。ただし、3グループ内でももちろん財政力に差はあり、相対的に所得水準の低い協会けんぽに限っては、国から財政支援を受けている。

他方、国保には、前期高齢者（65歳から74歳）の大多数、被用者健保に加入出来ない被雇用者、自営業者、農林漁業者などが加入し、後期高齢者医療制度には、その名の通り後期高齢者（75歳以上）が加入していることなどから、五つのグループのなかでも、相対的に所得水準が低く、医療費水準が高い。そのためもあり、国保と後期高齢者医療制度は、収入に占める保険料の割合はわずかであり、国、都道府県、市町村の一般会計からの財政支援（公費）、および、被用者健保からの財政支援（後期高齢者交付金、前期高齢者交付金、療養給付費等交付金）に大きく依存している。

国保の財政は、市町村の一般会計とは別にそれぞれの特別会計で経理されている。その収入と支出を、2012年度分について全1,717市町村の集計値でみると（図表1）、収入合計（13兆7,762億円）が支出合計（13兆7,188億円）を574億円上回っており、決して赤字にはなっていない。

しかし、政府は、市町村の一般会計からの法定外繰入に着目し、赤字であると説明する。市町村の一

（図表1）国民健康保険財政の収支

収入			支出	
保険料		30,634	保険給付費	92,149
国	療養給付費等負担金	23,972	後期高齢者支援金	17,442
	普通調整交付金	5,681	介護納付金	7,407
	その他	2,690	前期高齢者納付金	19
都道府県	都道府県支出金	7,566	老人保健拠出金	3
市町村	一般会計繰入金（法定分）	7,648	保健事業費	1,018
	一般会計繰入金（法定外）	3,882	直診勘定繰出金	46
他健保より	前期高齢者交付金	32,189	共同事業拠出金	15,317
	療養給付費等交付金	7,755	総務費	1,835
共同事業交付金		15,331	その他	1,954
直診勘定繰入金		1		
その他		414		
合計		137,762	合計	137,188

（資料）厚生労働省「国民健康保険事業年報 平成24年度」より日本総合研究所作成

般会計からは、国民健康保険法で定められた法定分の繰入金7,648億円とは別に、市町村が任意で繰り入れている法定外の繰入金3,882億円がある。収支は一見すれば574億円の黒字であっても、それは3,882億円の法定外繰入の結果そうになっているに過ぎず、ほぼ法定外繰入に相当する金額が赤字だというのが政府の論理である。例えば、厚生労働省からは次のような説明がなされる。

「国保財政の状況はまだまだ厳しいものがありまして、(中略) 23年度、あるいは24年度と、決算補填等のための一般会計の繰り入れを約3,500億円いただいておりますが、それを除いて実質的な単年度の収支差約3,000億円程度の赤字となっておりますところでございます」(木倉保険局長、注3)

このなかに約3,500億円という数値が出ているように、より正確には、同省から別途調査結果が示されている通り(図表2)、3,882億円のうち決算補填等を目的とした3,534億円を抽出して分析すべきと考えられる(3,534億円-黒字574億円=2,960億円。約3,000億円となる)。しかし、そうした内訳を本稿で主に用いる「国民健康保険事業年報」では確認することができないため、以降、法定外繰入全額が赤字とみなされていると捉え、議論を進める。

(図表2) 政府から示される一般会計繰入金(法定外)の内訳(億円)

	項目	金額
決算補填等目的	保険料の負担緩和を図るため	1,087
	保険料の減免額に充てるため	131
	地方単独の保険料の軽減額	46
	単年度の決算補填のため	1,470
	累積赤字補填のため	163
	地方独自事業の医療給付費波及増等	318
	任意給付費に充てるため	17
	医療費の増加	274
	後期高齢者支援金	30
	公債費、借入金利息	0
	高額療養費貸付金	0
	計	3,534
決算補填等以外の目的	保健事業費に充てるため	128
	直営診療施設に充てるため	5
	納税報奨金(納付組織交付金)等	0
	基金積立	20
	返済金	11
	その他	184
	計	348
合計		3,882

(資料) 厚生労働省「平成24年度国民健康保険(市町村)の財政状況=速報=」より日本総合研究所作成

(2) 議論の現状

こうした数値は、1,717市町村の集計値であり、ここからは個々の市町村の実態は見えてこない。市町村と一口にいっても、実際には人口だけみても200人に満たない離島から400万人に迫る政令指定都市まであり多様である(集計値のみをもって論じることに無理がある)。例えば、加入者一人当りの保険料も、最高の年148.4千円(北海道猿払村)から最低の同28.6千円(沖縄県伊平屋村)まで5.2倍の差がある。

保険料負担に差があること自体は、市町村ごとに異なる医療提供体制や健康水準の差などの反映という側面があるとしても、差があまりに大きければ一定の是正が必要であるとの考えが一般には支持されている。かつ、小規模な保険者では、加入者の健康管理など効果的な保健事業が難しいなど保険者機能の発揮の面でも問題が指摘されており、保険者の広域化はかねてより議論の主流となってきた。

近年においても、都道府県内の市町村の再保険事業として、1995年4月には高額医療費共同事業、2006年10月には保険財政共同安定化事業が導入されている。さらに、2008年4月にスタートした後期高齢者医療制度の運営が都道府県単位となったのもそうした流れの一環といえる。

2013年8月に公表された政府の社会保障制度改革国民会議の報告書では、さらに大きく踏み込んで、

国保の「財政運営の責任を担う主体（保険者）を都道府県」とすることがうたわれた。あわせて、報告書では、国からの財政支援拡充を中心とした国保の財政基盤強化が、保険者を都道府県に切り替えるための前提条件とされた。

国民会議報告書の国保広域化という方向性自体はこれまでの議論の流れに沿ったものであっても、重大な問題点も指摘できる。本稿の主題に絞っていえば、法定外繰入をもって国保が赤字であると当然視し、具体的な分析にほとんど踏み込まないまま、国からの財政支援拡充を主たる処方箋として掲げている点はまさにその一つである。

政府は、国保への財政支援を拡充すべきとしつつ、その必要性を国民に説明し、財源を税負担増に求めるという正攻法をとらず、費用負担を組合健保と共済組合に転嫁しようとしている（西沢 [2013]）。報道によれば、その規模は1,700億円とされている（注4）。これは、社会保障・税一体改革ですでに決まっている消費税引上げ分を原資とした1,700億円の財政支援拡充に上積みされるものである。

このように、追加的な費用負担を組合健保と共済組合の拠出に求めるという事実が、法定外繰入をもって赤字とはいっても、その関係自体が実は曖昧であり、国民が税負担増を受け入れるほど明確な説明のつくものではないことを物語っている。

（注3）第3回 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（2014年1月31日）

（注4）日本経済新聞2014年12月27日朝刊。

3. 法定外繰入は真に「赤字」に相当するのか

では、この法定外繰入は、真に赤字に相当するのだろうか。仮に、赤字に相当するとすれば、それはどの程度の額だろうか。次の三つの視点からチェックしたい。

一つは、財政力が豊かな市町村が法定外繰入をしていないかどうかである。意外な感もあるが、そうした市町村はある。例えば、住民1人当たり地方税収が年間25.4万円と全国平均14.3万円（注5）を大きく上回る港区（東京都）も、2012年度に14.6億円の法定外繰入を行っている（注6）。これは同区の国民健康保険料69億円の約2割の規模である。こうした財政力が豊かな市町村が法定外繰入を行っていれば、それをもって国保が赤字であるとは認めにくい。もちろん、国からの財政支援拡充に合理性はない。

二つ目は、保険料を低く設定しているにもかかわらず、法定外繰入を行っていないかどうかである。保険料の引き上げが限界に達しているために法定外繰入を行っているのであれば、理解できるとしても、保険料を低く抑えたまま法定外繰入を行っているのであれば、その法定外繰入をもって赤字とはやはり呼びにくい。

三つ目は、これら二つの補完的な視点だが、法定外繰入が常態化していないか否かである。仮に、一時的な理由により法定外繰入を行っているのであれば、赤字が発生したとも言える。しかし、法定外繰入が常態化していれば赤字というよりは市町村の政策判断と呼んだ方が相応しいだろう。

(1) 財政力が相対的に豊かでありながらの法定外繰入

まず、財政力が相対的に豊かでありながら、法定外繰入を行っていないかどうかである。財政力を測

る指標としては、上に挙げたように一人当たり地方税収がすぐに思い浮かぶ。その他、国から国保に対する「普通調整交付金」(注7)の有無を用いることが可能である。国から国保への補助金(国庫支出金)には、目的に応じ、療養給付費等負担金をはじめ幾つかの種類がある。普通調整交付金はそのうちの一つである(図表1)。

療養給付費等負担金は、支出に対する一律の補助金であり、すべての市町村が支出の一定割合を受け取ることができる。それに対し、普通調整交付金は、貰える市町村と貰えない市町村がある。普通調整交付金は、ごく単純化していえば、国保財政が「支出-収入>0」であれば、その差額に対し交付される。

よって、普通調整交付金は、支出が少なく、他方、加入者の所得が高く潤沢な保険料収入が見込める市町村には交付されない。こうした性格から、普通調整交付金を受けているか否かが、財政力が相対的に豊かか否かの一つの指標となるのである。貰っているか貰っていないか、白黒はっきりしているのも、ここでの分析にも向いている。

なお、交付金算定の際の国保財政の収入については、保険料率を低く抑えていたり収納率が悪いことが交付金を受け取るうえで有利に働かないよう、全市町村共通の仮想的な保険料率を用いた理論値が使われる。

結果はどうだろうか。普通調整交付金を受けておらず(すなわち財政力が相対的に豊かと考えられる)、それでもなお、法定外繰入を行っている市町村は全国1,717のうち6.5%の109市町村ある。市町村の数自体は多くないが、その金額は、法定外繰入3,882億円の26.1%、1,012億円に及ぶ(図表3)。

都道府県別にみると、顕著な傾向がある。これらの市町村の所在は、東京都、神奈川県をはじめ、都市部の5都県にほぼ限られる。東京都の473.7億円、神奈川県の353.8億円、愛知県の104.6億円、千葉県の45億円、埼玉県の20.7億円の上位5都県で997.8億円、98.6%を占めている。

さらに、東京都と神奈川県、それぞれの上位3市町村をみると、東京都はいずれも23区、神奈川県は横浜市などいずれも政令指定都市である。こうした市町村は、国保が赤字であるから法定外繰入を行っているというより、財政力があるため、市町村の判断として繰り入れているという方が実態に近いだろう。それは、次のような繰入理由によって、より一層明らかである。

東京23区の場合、大田、世田谷、杉並のみならず、すべての区において法定外繰入を行っており、総額794.2億円に達する。その主な理由は、本来保険料で賄うべき支出を一般会計で法定外繰入として肩代わっているためとみられる(注8)。国保に限らず健康保険の給付には、医療費の7割の通常の給付(療養給付費という)のほか、「高額療養費」という給付種類がある。これは、3割の自己負担が一定額を超える場合、加入者の負担軽減を目的とし、一定額(収入により24.6千円~140.1千円、注9)の超過部分に対し給付されるものである。

23区では、保険給付費5,744.1億円の約1割577.8億円がこの高額療養費という給付であり、本来、この分も含め保険料収入で賄われるべきなのだが、一般会計で肩代わられている。その分、保険料が安くなっていることになる。

横浜市の場合、普通調整交付金を受けられないため、保険料を抑える目的で一般会計から繰り入れを行っている、次のようにはっきりと説明されている(注10)。「横浜市の場合、他の市町村に比べ、被保険者の所得が高い等の理由から、国・県の補助金が約40%しか見込めないため、医療費の5.5%に

(図表3) 普通調整交付金を受けず、法定外繰入を行っている市町村

(億円、括弧内は%)

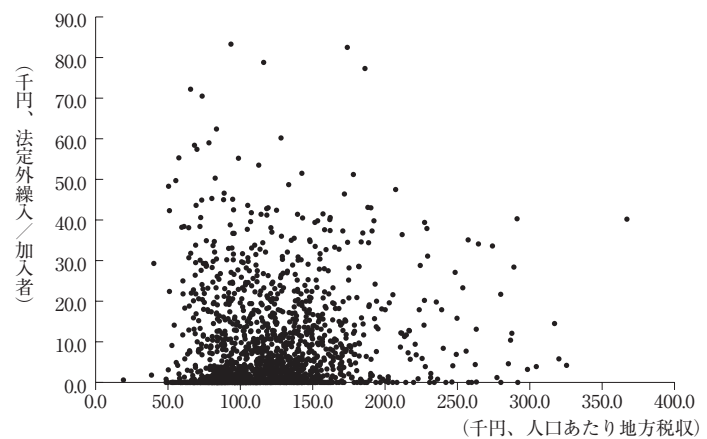
都道府県			上位3市町村					
東京	473.7	(46.8)	大田区	65.9	世田谷区	51.5	杉並区	46.5
神奈川県	353.8	(35.0)	横浜市	170.9	川崎市	60.6	相模原市	51.4
愛知	104.6	(10.3)	豊田市	17.2	岡崎市	12.5	春日井市	8.2
千葉県	45.0	(4.5)	市川市	23.3	浦安市	13.4	我孫子市	3.1
埼玉県	20.7	(2.0)	戸田市	15.7	和光市	5.0	-	-
北海道	8.1	(0.8)	枝幸町	1.4	小清水町	0.7	厚真町	0.7
静岡県	2.3	(0.2)	御前崎市	1.5	長泉町	0.8	-	-
茨城県	1.8	(0.2)	守谷市	1.8	-	-	-	-
兵庫県	1.6	(0.2)	芦屋市	1.6	-	-	-	-
三重県	0.5	(0.0)	東員町	0.4	木曾岬町	0.1	-	-
京都府	0.0	(0.0)	伊根町	0.0	-	-	-	-
長野県	0.0	(0.0)	南牧村	0.0	-	-	-	-
群馬県	0.0	(0.0)	嬭恋村	0.0	-	-	-	-
1,012.1 (100.0)								

(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報 平成24年度」保険者別データより日本総合研究所作成

ついて、市の一般会計から繰入を行い、保険料の負担緩和に努めています」

市町村の財政力を測るもう一つの視点として、一人当り地方税収に着目し、それと国保加入者一人当り法定外繰入を1,717市町村についてプロットしたものが図表4である。これをみても、一人当り地方税収が多い、すなわち、財政力が相対的な豊かな市町村でも、法定外繰入を行っており、そうした市町村の法定外繰入を国からの財政支援拡充で肩代わるのは合理的ではない。

(図表4) 加入者一人当り法定外繰入と人口あたり地方税収、市町村のプロット



(資料) 「国民健康保険事業年報平成24年度」保険者別データ、住民基本台帳登録人口、総務省「平成24年度 市町村別決算状況調」より日本総合研究所作成

(2) 保険料を低く抑えたままでの法定外繰入

次に、保険料を低く抑えたまま法定外繰入を行っている市町村である。厚生労働省の審議会のなかからは、保険料負担が重くやむを得ず法定外繰入に頼っているという次のような意見も出されているが、実際にそれが普遍的な状況なのだろうか。

「国保の保険料負担の重さから、一般会計からの法定外繰入を実施せざるを得ないという実態もあり、法定外繰入をやめるべきというのであれば、基盤強化のための公費による財政支援が不可欠」(注11)

足掛かりとするため、次の二つのグループの上位20市町村の加入者1人当り保険料を比較してみる(図表5)。

- A. 一人当り法定外繰入が高額
- B. 法定外繰入を行わず、一人当り保険料が高額

(図表5) 加入者一人当たり法定外繰入上位20市町村、法定外繰入がない保険料上位20市町村

A. 加入者一人当たり法定外繰入が高額

(千円)

B. 法定外繰入がなく保険料が高額

(千円)

市町村		法定外繰入	保険料	市町村		法定外繰入	保険料
北海道	置戸町	83.3	85.7	秋田	大潟村	0	139.0
奈良	上北山村	82.5	72.0	栃木	上三川町	0	121.5
東京	新島村	78.8	61.1	北海道	空知中部広域連合	0	121.2
東京	御蔵島村	77.3	64.9	北海道	後志広域連合	0	118.6
鹿児島	南大隅町	72.2	63.6	北海道	長沼町	0	115.7
鹿児島	瀬戸内町	70.5	48.4	北海道	妹背牛町	0	113.4
東京	檜原村	62.4	53.7	北海道	秩父別町	0	109.1
東京	三宅村	60.2	44.5	北海道	湧別町	0	109.0
北海道	比布町	59.0	85.4	三重	朝日町	0	108.4
沖縄	粟国村	58.4	32.0	北海道	南幌町	0	107.0
高知	奈半利町	57.4	55.6	北海道	苫前町	0	107.0
沖縄	渡名喜村	55.3	35.0	北海道	今金町	0	106.2
北海道	南富良野町	55.2	77.5	北海道	平取町	0	106.0
東京	大島町	53.5	61.4	北海道	由仁町	0	105.1
北海道	壮瞥町	51.5	65.0	北海道	礼文町	0	104.1
東京	羽村市	51.2	69.7	北海道	浜中町	0	103.7
北海道	伊達市	50.3	77.8	北海道	遠別町	0	101.1
熊本	山江村	49.7	66.9	三重	桑名市	0	100.7
東京	福生市	48.7	59.8	北海道	初山別村	0	100.5
沖縄	大宜味村	48.3	40.0	熊本	あさぎり町	0	98.7

(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報 平成24年度」保険者別データより日本総合研究所作成

(注) アミ掛けは保険料/加入者が全国平均より低い市町村。

Bグループは、支出水準が高くとも、法定外繰入をせず、支出を保険料に反映させている市町村だ。すると、Bグループの市町村の保険料は、全市町村平均76.5千円（年間）を大きく上回る98.7～139千円のレンジにあるのに対し、Aグループは32～85.7千円のレンジにとどまり、法定外繰入を行っている市町村の方が行っていない市町村に比べ、保険料が極端に低い。

Aグループのなかで、保険料が全市町村平均を上回っているのは置戸町（北海道）ほか4市町村しかなく、その他の16市町村は全国平均を下回っている（図表5のアミ掛け部分）。Aグループの20市町村のうちとりわけこの16市町村は「国保の保険料負担の重さから、一般会計からの法定外繰入を実施せざるを得ないという実態」とはいえないだろう。

では、Aグループのなかの16市町村と同じような市町村は全国で一体幾つあり、いくらの法定外繰入が行われているのであろうか。「国民健康保険事業年報」の保険者別データを用いると、そうした市町村は552、法定外繰入額合計は1,846億円に及ぶ。すなわち、法定外繰入を行っている市町村（1,260）の約6割では、加入者一人当たり保険料が全市町村平均よりも低い。

都道府県別では、前節で比べた類型ほど明確な傾向はみられないものの、東京、大阪、福岡、埼玉、千葉の上位5都県で全体の約3分の2を占めている（図表6）。東京660.1億円、大阪227.9億円、福岡139.2億円、埼玉112.8億円、沖縄77.4億円である。前節の類型では、都市部の上位5都県に集中していたのに対し、地域的に広がりがあり、大阪、福岡、沖縄が上位に名を連ねているのが目を引く。

こうした市町村の法定外繰入をもって、赤字とし、国からの財政支援拡充を求めるのはやはり無理がある。何よりBグループのような法定外繰入を行わず支出を保険料に反映させている市町村との公平性が確保できない。

(図表6) 全市町村平均より保険料が低く、法定外繰入を行っている市町村

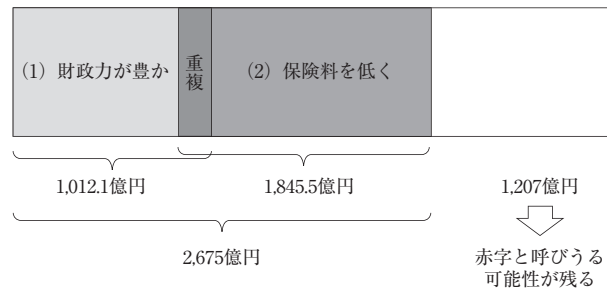
(億円、括弧内は%)

都道府県	上位3市町村							
東京	660.1	(35.8)	足立区	82.7	江戸川区	77.2	八王子市	64.2
大阪	227.9	(12.4)	大阪市	152.1	東大阪市	16.8	枚方市	11.0
福岡	139.2	(7.5)	北九州市	54.8	福岡市	50.0	大野城市	5.1
埼玉	112.8	(6.1)	入間市	13.5	熊谷市	10.5	新座市	9.0
沖縄	77.4	(4.2)	うるま市	13.5	沖縄市	10.2	宜野湾市	8.2
千葉	77.0	(4.2)	市原市	30.4	千葉市	22.3	浦安市	13.4
北海道	52.2	(2.8)	札幌市	27.4	旭川市	7.2	石狩市	3.4
宮城	49.8	(2.7)	仙台市	48.4	川崎町	0.6	涌谷町	0.2
鹿児島	49.7	(2.7)	鹿児島市	21.8	薩摩川内市	2.6	奄美市	2.5
熊本	45.3	(2.5)	熊本市	32.7	天草市	7.3	宇土市	1.7
茨城	42.7	(2.3)	古河市	8.1	ひたちなか市	6.2	常陸大宮市	3.9
兵庫	39.3	(2.1)	尼崎市	8.9	伊丹市	8.5	宝塚市	7.2
神奈川	38.1	(2.1)	横須賀市	14.4	座間市	10.5	逗子市	5.3
愛知	28.7	(1.6)	一宮市	9.5	清須市	7.6	北名古屋	6.3
群馬	27.1	(1.5)	前橋市	19.5	安中市	3.4	藤岡市	2.5
愛媛	24.7	(1.3)	松山市	7.9	西条市	7.4	新居浜市	2.6
長野	23.4	(1.3)	長野市	15.0	塩尻市	2.7	中野市	1.9
福島	23.0	(1.2)	いわき市	3.6	郡山市	3.6	福島市	3.5
長崎	14.4	(0.8)	長崎市	7.6	対馬市	4.5	壱岐市	2.0
岩手	12.6	(0.7)	盛岡市	3.8	大船渡市	2.5	八幡平市	2.0
大分	9.3	(0.5)	中津市	3.0	別府市	2.4	日田市	1.5
宮崎	9.2	(0.5)	小林市	3.5	宮崎市	3.0	串間市	1.2
新潟	7.8	(0.4)	佐渡市	1.5	柏崎市	1.3	五泉市	1.1
和歌山	7.5	(0.4)	和歌山市	2.5	紀美野町	0.9	日高川町	0.8
高知	5.7	(0.3)	室戸市	1.5	芸西村	0.8	中土佐町	0.7
静岡	5.5	(0.3)	伊東市	2.6	伊豆市	1.4	下田市	1.1
三重	5.2	(0.3)	御浜町	1.4	鳥羽市	1.0	熊野市	0.9
京都	4.5	(0.2)	福知山市	0.8	京丹後市	0.7	久御山町	0.6
秋田	4.2	(0.2)	大仙市	1.5	仙北市	1.0	男鹿市	0.5
岐阜	4.0	(0.2)	中津川市	2.8	揖斐川町	0.7	恵那市	0.2
岡山	2.4	(0.1)	新見市	1.6	鏡野町	0.3	美咲町	0.3
青森	2.3	(0.1)	八戸市	1.4	深浦町	0.8	鶴田町	0.1
山形	2.0	(0.1)	最上地区広域連合	1.6	大江町	0.2	飯豊町	0.1
栃木	1.6	(0.1)	市貝町	0.8	茂木町	0.8		
奈良	1.4	(0.1)	葛城市	0.6	橿原市	0.4	十津川村	0.2
滋賀	1.4	(0.1)	高島市	0.6	愛荘町	0.6	甲良町	0.1
山梨	1.2	(0.1)	市川三郷町	1.1	丹波山村	0.1	小菅村	0.0
鳥取	1.1	(0.1)	琴浦町	0.5	日吉津村	0.3	八頭町	0.2
佐賀	1.0	(0.1)	玄海町	1.0	有田町	0.0	多久市	0.0
島根	0.8	(0.0)	邑南町	0.3	飯南町	0.2	浜田市	0.1
山口	0.7	(0.0)	周防大島町	0.5	美祿市	0.1	上関町	0.0
香川	0.5	(0.0)	綾川町	0.5	小豆島町	0.0		
徳島	0.4	(0.0)	阿南市	0.3	美馬市	0.1	つるぎ町	0.0
福井	0.3	(0.0)	おおい町	0.2	高浜町	0.1		
広島	0.2	(0.0)	安芸太田町	0.2				
富山	0.1	(0.0)	氷見市	0.1				
合計	1,845.5	(100.0)						

(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報 平成24年度」保険者別データより日本総合研究所作成

さて、前節(1)と本節(2)の金額を合計し、そこから別途計算した重複分182.8億円を除くと、2012年度の法定外繰入3,882億円の68.9%である2,675億円となる(図表7)。すなわち、赤字と呼ばれている部分の約7割は、(1)と(2)の基準に照らせば、赤字とは呼びにくいこととなる。よって、赤字と呼びうる可能性が残っているのは残り1,207億円(=3,882-2,675)となる。ただし、このなかにも、

(図表7) 法定外繰入に関する1節と2節のまとめ



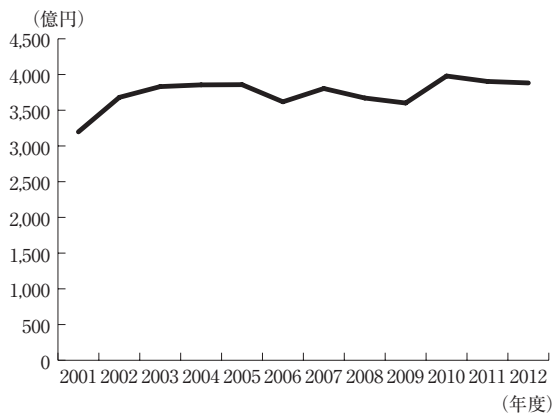
(資料) 日本総合研究所作成

赤字補填目的以外のものが含まれているため、それを除けば、1,000億円程度といえる。

(3) 一時的か恒常的か

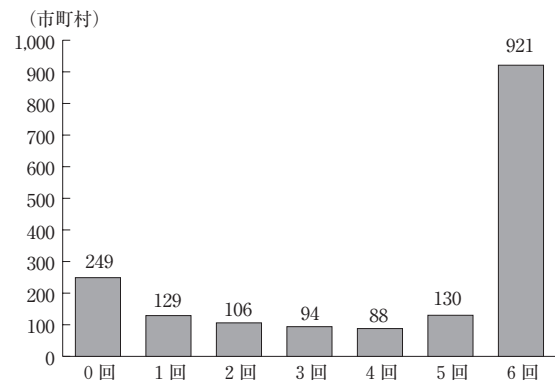
法定外繰入は、毎年度同じ顔ぶれが、同じような額を繰り入れているのが実態である。法定外繰入の額は、ほぼ毎年度一定している(図表8)。保険者別データが公表されている過去6年をみると(図表9)、1,717市町村のうち毎年度法定外繰入を行っている市町村が921市町村と圧倒的である。他方、過去6年間に法定外繰入を全く行っていない市町村も249ある。

(図表8) 法定外繰入の推移



(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報」各年度版より日本総合研究所作成

(図表9) 6カ年における法定外繰入の回数別市町村数



(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報」保険者別データの各年度版より日本総合研究所作成

(注) 2007年度から2012年度の6カ年のうち、法定外繰入の回数。1,717市町村。

(注5) 一人当たり地方税収は、総務省「平成24年度市町村別決算状況調」における地方税を住民基本台帳(平成25年3月31日現在)で割って求めた。

(注6) 「国民健康保険事業年報2012年」保険者別データ。

(注7) 正確には、医療分に関する普通調整交付金。普通調整交付金には、医療分、後期高齢者支援金分、介護分の三つがある。それぞれ個別に算出され、後期高齢者支援金分、介護分については、ほぼすべての市町村が受け取っており、ここでの指標としては適さない。よって、医療分に限っている。

(注8) この点は、例えば、平成25年度第1回千代田区国民健康保険運営協議会(2014年1月23日)議事録において説明されている。「23区全体で国税、都税、区税というふう法律で決められた率で税金を入れる以外に、約800億円というお金が国民健康保険のところ独自に入っております。これはあくまでも保険料を軽減するための施策として実は独自に入っております。そのような状況になっていますが、保険料の中身の要素として、非常に医療費がかかった場合に法令で算入することとされている高

額療養費を一定の加入者から満額頂戴することがなかなか難しいということもあり、今まで23区統一の国民健康保険料では、支出の中身として算入をしておりませんでした」

(注9) 2015年1月診療分から。

(注10) 横浜市HP (<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/kokuho/finance.html#ryouritsu>)。

(注11) 第77回社会保障審議会医療保険部会(2014年6月23日)参考資料1 社会保障審議会医療保険部会での主な意見、p.2。

4. 地方自治体と国が本来取り組むべきポイント

このように、法定外繰入をもって国保が「3,000億円程度の赤字」であると言い切ることはできない。仮に、そうした論理で押し切り、国から国保への財政支援を拡充するとしても、対象が法定外繰入を行っている市町村であるならば真の意味での国保救済にはつながらず、かつ、法定外繰入を行っていない市町村との公平性を損ねることとなる。

とはいえ、冒頭述べた通り、国保が財政的に脆弱であることは間違いない。では、本来、何をすべきなのだろうか。専ら市町村が取り組むべきこと、国が取り組むべきことに分けてポイントを整理すれば次の通りである。

(1) 市町村自らの取り組み

国保の保険者を都道府県に切り替えるとはいっても、保険料賦課徴収、保健事業など基幹業務は引き続き市町村が担っていかなければならない。これは、社会保障制度改革国民会議や厚生労働省の審議会でも確認されていることである。

市町村自らの取り組みとして、歳入面・歳出面のうち、まず歳入面に関しては、正確な所得捕捉と資産把握に基づく保険料の適正な算定と徴収強化がある。国保の保険料は、「4方式」と呼ばれる算定方法に基づくのが一般的で、これは、①所得、②世帯人員数、③1世帯当たり定額、④固定資産の四つを基準に保険料を算定する方法である。このなかで、①所得と④固定資産については、改善の余地が大きいはずである。

所得については、かねてよりクロヨン問題が指摘されている。クロヨン問題とは、源泉徴収されている給与所得の捕捉率が9割であるのに対し、自己申告に基づく事業所得、農林漁業所得はそれぞれ6割、4割にとどまり、適正な課税がなされていないとされる問題である。9割、6割、4割でクロヨンである。国民年金保険料がいまだ所得にかかわらず定額負担であるのも、この問題が解消されていない証左である。よって、事業所得や農林漁業所得の一段の捕捉強化が必要であり、その一環として、忘れてはならないのが、市町村の「簡易申告」制度を簡易なものではなく、精緻なものへ改善することである。

簡易申告とは、所得が国の課税最低限に満たず、国税庁に確定申告書を提出していない所得層に対し、国保の保険料算定のため、所得を市町村に申告させる制度である。もっとも、「簡易」の名がつくように、申告書はメモ書き程度の簡単な書式に過ぎず(図表10)、どこまで正確に申告され、チェックされているのか不明である。所得捕捉は、国税庁だけの責任ではなく、実際には市町村の責任も重い。

固定資産に関しても、現状には問題がある。市町村が把握しているのは、自らの自治体における固定資産のみであり、国民健康保険の加入者が当該自治体外に固定資産を所有していても、把握していなければそれは保険料賦課の対象にならない。これも、市町村が、加入者の持つ固定資産を自治体外のものを含め広域的に把握することでより支払い能力に即した保険料を算定することが可能である。2016年1

(図表10) 簡易申告書の例

平成 年中(.1.1 ~ .12.31)所得の簡易申告書

平成 年 月 日
 <あて先> 市長
 下記のとおり申告します。

世帯主欄	住所	電話
世帯主名	印	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

国保番号
 一連番号

所得区分 加入者氏名	年間給与収入 (パート収入含む 交通費は除く)	年間年金収入 (年金の種類を○印でかこみ、金額を記入してください)		営業等その他収入 (営業・農業・不動産・株式・配当など)		備考
		非課税年金	課税年金	収入金額①	必要経費②	
		・ 障害年金 ・ 遺族年金 ・ 公務扶助料ほか	・ 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金ほか	収入金額① 必要経費② 所得金額 〔①-②〕		
	01	02		03		
		・ 障害年金 ・ 遺族年金 ・ 公務扶助料ほか	・ 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金ほか	収入金額① 必要経費② 所得金額 〔①-②〕		
	01	02		03		
		・ 障害年金 ・ 遺族年金 ・ 公務扶助料ほか	・ 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金ほか	収入金額① 必要経費② 所得金額 〔①-②〕		
	01	02		03		
		・ 障害年金 ・ 遺族年金 ・ 公務扶助料ほか	・ 国民年金 ・ 厚生年金 ・ 共済年金ほか	収入金額① 必要経費② 所得金額 〔①-②〕		
	01	02		03		

※ 収入のなかった方は、所得金額欄に「0」とご記入ください。

1	
2	
3	
4	

(資料) 地方自治体HPより

月からはマイナンバーの利用も開始される。マイナンバーを活用して固定資産の把握を広域的に行うことで、保険料増収を図るべきである。

このように保険料を適正に算定したうえで、保険料納付率の引き上げも必要である。現在、納付率は、全国平均で89.86%にとどまり、最も高い島根県(94.76%)と最も低い東京都(85.63%)では、10ポイント近い差がある(注12)。

次に、歳出面に関しては、特定健診の実施率引き上げをはじめとした保健事業強化など医療費そのものの抑制があげられる。特定健診とは、40歳から74歳を対象としたメタボリックシンドロームに着目した健診で、現在、その実施率は、組合健保が70.1%であるのに対し、国保は33.7%と著しく低い(注13)。企業が自社の従業員にアクセスするのと、市町村が住民にアクセスするのでは、容易さが異なるとはいえ、国保における特定健診の実施率が低い事実は否めない。

加えて、ここは、国・都道府県の役割も大きい。地方自治体内の医療提供体制の効率化に取り組むことも不可欠である。わが国は、国民一人当りの病床数、MRIやCTスキャンなどの高額医療機器台数が先進諸外国のなかでも突出して高いことが知られている。わが国は民間病院が多く、地方自治体が医療提供体制の効率化に切り込むには制約があるとはいえ、積極的に役割を果たしていくべきである。

(2) 国の取り組み

こうした市町村自らの取り組みが求められつつも、もちろん、国保の仕組みそのものの見直し、しかも、根本的な見直しが必要である。国民健康保険法は国の法律でもあり、国の役割は極めて大きい。国

は、医療の価格である診療報酬の改定なども行っており、こうした健康保険全体にかかわる面においての責任も極めて重いが、国保に絞れば、ポイントは次の通りである。

一つは、国保への財政支援の在り方である。第3章1節では、財政力が豊かでありながら、法定外繰入を行っている市町村を抽出したが、こうした市町村の存在は、国からの普通調整交付金の交付方法自体にも問題があることを示している。例えば、市町村自ら医療抑制や正確な所得捕捉につとめると、普通調整交付金は支出が収入を上回る差額に対し交付されるため、減額あるいはそもそも貰えないという事態が起り得る。横浜市も、こうした点を指摘しており、国から国保に財政支援を行うとしても、その規模と方法において市町村のインセンティブを損なわないようにしなければならない。

二つ目は、負担面における高齢者優遇を改めることであり、国が議論を主導する必要がある。現在、現役世代と年金受給世代とでは、仮に同じ年収でも、保険料負担が著しく異なる。これは、保険料を算定する際の所得が、現役世代（給与所得者）であれば、給与収入－給与所得控除－基礎控除となり、年金受給世代であると、年金収入－公的年金等控除－基礎控除となることから、公的年金等控除が給与所得控除に比べて手厚いことを通じ、年金受給世代の所得が小さくなるためである。例えば、収入200万円の給与所得者の所得は、89万円であるのに対し、同額の年金受給者の所得は47万円となる。よって、保険料のうち所得にかかる部分は、年金受給者は現役世代の約半分で済む。

公的年金等控除は、国の個人所得税制と地方の個人住民税で定められており、国と地方をあげての税制改正の議論となる。

三つ目は、組合健保・協会けんぽといった民間の被用者健保への加入拡大を、制度・執行の両面から積極的に進めることである。現在、国保の職業別加入世帯属性をみると、無職39.5%に次いで多いのが、被雇用者31.1%である。制度がもともと主たる対象者として想定していた農林漁業、農林漁業以外の自営業者は、それぞれ2.4%、11.5%でしかない（注14）。無職は大部分が年金受給者と考えられる。

こうした被雇用者は、週30時間以上労働など被用者健保の加入要件を欠くために国保に加入しているケース、協会けんぽの窓口となっている日本年金機構の適用業務が甘く、それゆえに、被用者健保の加入要件を満たしていても国保に加入しているケースの二つが大きく考えられる。

これらについては、政府ももちろん強く意識はしている。制度要件については、2016年10月より僅かながら前進することが社会保障・税一体改革のなかですでに決まっている。執行に関しても、現在約30万の未適用事業者があるもと（注15）、日本年金機構の資源も、年金記録問題から適用強化へとより振り向けられつつある。

もっとも、政府に欠けるのは、これらをより実効性のあるものとするため、被用者健保の保険料率そのものを抑制するという意識である。被用者保険の保険料の約半分は事業主負担であり、企業にとっては賃金などとともに雇用コストの一部を形成する。それを極力抑えていかなければ、被用者健保への加入拡大は期待しにくい。

よって、第2章2節で紹介した、国保への財政支援拡大の費用負担を組合健保などに転嫁するという政府案は、被雇用者は極力被用者健保に加入できるようにするという政府自らも目指す方向性にむしろ逆行する懸念すらある。このように、国としては、単に国保への財政支援を拡充するというのではなく、その前に本来取り組むべきことがある。とりわけ、被用者健保を含む健康保険制度全体のなかではもち

ろん、税制や財政と一体的に国保を捉えることは、国でなければ難しい。

(注12) 厚生労働省「平成24年度国民健康保険（市町村）の財政状況」

(注13) 厚生労働省「平成24年特定健康診査・特定保健指導の実施率について」

(注14) 厚生労働省「国民健康保険実態調査 平成24年度」。これらの数値を合計しても100%にならない。別途、職業不詳があるため。

(注15) 第6回社会保障審議会年金事業管理部会（2014年11月28日）資料1-1。適用調査対象事業者数。具体的には、296,399事業所（2014年9月末）。

5. おわりに

これまでみてきたように、政府が2015年通常国会で目指す健康保険法改正の核心部分である国保の赤字は根拠が曖昧である。法定外繰入をもって国保が赤字であるとは言い切れず、国保への財政支援拡充を行う根拠は乏しい。ましてや、国民に説明がつかないことの裏返しなのか、社会保障制度改革国民会議報告書や報道される厚生労働省案はその費用負担を被用者健保に求めようとするが、これは公正性を欠き、実際、健保連などからは強い批判が出ている。加えて、国保の保険者を市町村から都道府県に切り替えるとはいっても、引き続き市町村が基幹業務を担っていかざるを得ず、新しい制度において、都道府県と市町村との間で責任の所在がむしろ曖昧になる懸念すらある。

このように、健康保険法改正は2015年通常国会に予定されつつ、多くの問題を含んでおり、本来、後期高齢者医療制度発足時の経験が活かされるべきである。2008年4月にスタートした後期高齢者医療制度は、制度発足後、姥捨て山批判を受け、政府は急遽3,000億円近い補正予算を組み高齢者の医療費窓口負担や保険料軽減に充てるなど事後対応に迫られた。この予算は今日まで続いている。後期高齢者医療制度の根拠法自体は、2006年6月に成立していたのだが、こうした混乱が起きた事実は、国会における審議と国民の理解が不足していたことを物語っている。2015年通常国会に予定される健康保険法改正も、現在のままでは、仮に法案が成立したとしても、制度発足後、後期高齢者医療制度発足時と同様の事態を招かないとも限らないだろう。

(2015. 1. 13)

参考文献

- [1] 栄畑潤 [2007]. 『医療保険の構造改革』法研
- [2] 社会保険実務研究所 [2010]. 『新・国民健康保険基礎講座』社会保険実務研究所
- [3] 社会保障制度改革国民会議 [2013]. 「報告書」
- [4] 寺内順子、寺越博之、平澤明 編著 [2010]. 「国保広域化でいのちは守れない」かもがわ出版
- [5] 東京財団 [2012]. 「医療・介護制度改革の基本的な考え方～真の国民的議論を実現するために～」
- [6] 西沢和彦 [2013]. 「『後期高齢者支援金総報酬割導入によって浮いた公費の国保充当』提案の課題と問題」日本総研 Research Focus No.2013-15