

国民健康保険における自治体の位置づけと課題

島崎 健治

政策研究大学院大学教授

財団法人 自治体国際化協会 (CLAIR)

政策研究大学院大学 比較地方自治研究センター (COSLOG)

本誌の内容は、著作権法上認められた私的使用または引用等の場合を除き、無断で転載できません。
引用等に当たっては出典を明記してください。

問い合わせ先

財団法人 自治体国際化協会（総務部企画調査課）

〒102-0083 東京都千代田区麹町1-7相互半蔵門ビル

TEL: 03-5213-1722 FAX: 03-5213-1741

Email: webmaster@clair.or.jp

URL: <http://www.clair.or.jp/>

政策研究大学院大学 比較地方自治研究センター

〒106-8677 東京都港区六本木7-22-1

TEL: 03-6439-6333 FAX: 03-6439-6334

Email: localgov@grips.ac.jp

URL: <http://www3.grips.ac.jp/~coslog>

序

(財)自治体国際化協会及び政策研究大学院大学では、平成17年度より「自治制度及び運用実態情報海外紹介等支援事業」を実施しています。同事業は、現在、海外に対する我が国の自治制度とその運用の実態に関する情報提供が必ずしも十分でないとの認識の下、我が国の自治制度とその運用の実態に関する外国語による資料作成を行うとともに、国内外の地方自治に関する文献・資料の収集などを行うものです。

平成22年度には、前年に引き続き、『自治関係の主要な統計資料の英訳』、『アップ・ツー・デートな自治関係の動きに関する資料』、『分野別自治制度及びその運用に関する説明資料』、『我が国の地方自治の成立・発展』の作成などを行うとともに、比較地方自治研究センターに収蔵すべき国内外の地方自治関係文献・資料の調査を行うこととしました。

本事業の内容などについてご意見があれば、(財)自治体国際化協会、又は政策研究大学院大学比較地方自治研究センターまでお寄せいただくようお願いいたします。

平成22年10月

財団法人自治体国際化協会 理事長 木村 陽子
政策研究大学院大学 学長 八田 達夫

はしがき

本冊子は、平成17年度より、政策研究大学院大学比較地方自治研究センターが財団法人自治体国際化協会と連携して実施している「自治制度及び運用実態情報海外紹介等支援事業」における成果の一つをとりまとめたものです。同事業は、「自治制度及び運用実態情報海外紹介等支援事業に関する研究委員会」を設置し、それぞれの細事業ごとに、「主査」、「副査」をおいて実施されています。

同事業のうち、平成21年度に開始した『分野別自治制度及びその運用に関する説明資料』（No.15～18の4冊）の作成は、以下の4人の委員を中心にとりまとめられました(役職名は平成22年3月現在)。

(主査)

大杉 覚 首都大学東京大学院社会科学部教授

(副査)

石川 義憲 財団法人JKA理事

島崎 謙治 政策研究大学院大学教授

田中 啓 静岡文化芸術大学文化政策学部准教授

本冊子は、『分野別自治制度及びその運用に関する説明資料』シリーズのNo.17として、日本の国民健康保険における自治体の位置づけと課題について、島崎委員によって執筆されたものです。

その内容は、国民健康保険制度の成立と変容過程を辿りながら、地域保険という世界に例をみない制度が生まれた理由や国民健康保険が抱える本質的な問題について考察した上で、国民健康保険の運営の広域化が必要であるとともに、その保険者に関しては、広域連合、都道府県以外に、自律的・民主的な意思決定の重要性にかんがみれば、公法人（公共組合）も検討の俎上に載せるべきであること等について論じたものです。

ご執筆いただいた島崎委員をはじめ、貴重なご意見、ご助言をいただいた研究会の委員各位に、心から感謝申し上げます。

平成22年10月

「自治制度及び運用実態情報海外紹介等支援事業に関する研究委員会」座長
政策研究大学院大学教授 井川 博

国民健康保険における自治体の位置づけと課題

政策研究大学院大学教授

島崎 謙治

1. はじめに

本稿は、国民健康保険における地方公共団体（以下、「自治体」という）の位置づけと課題について論じるものである。まず、問題の所在について簡単に述べる。

わが国は、職域保険（被用者保険）と地域保険（国民健康保険）を並立させる社会保険方式により国民皆保険を達成している。より正確に言えば、被用者保険は、民間の大企業の従業員およびその家族が加入する健康保険組合、中小企業の従業員が加入する全国健康保険協会、公務員や学校教職員が加入する各種共済組合の保険に分かれるが、いずれも被用者（従業員）を対象とする医療保険である。そして、被用者保険に属する者以外はすべて市町村を保険者とする国民健康保険に加入させることによって、国民皆保険を成立させている（注1）。これはごく当然のこのように思われているが、世界的にみれば極めて異例な仕組みである。その意味は次のとおりである。

医療制度は、医療サービスをどのように提供するかという「医療供給」(delivery) と、その費用をどのように調達し決済するかという「医療財政」(finance) の2つに大別される。そして、医療制度は歴史・文化・政治・経済等の所産であり、国によってさまざまな形態をとる。1つは、公衆保健サービスと同じように、租税財源をもとに公的セクターが直接医療提供を行っているタイプである。イギリスやスウェーデンがこれに該当する。2つ目は、医療費のリスク分散を基本的に民間保険で行うタイプである。例えば、米国では、高齢者等を対象とするメディケアおよび低所得者を対象とするメディケイドを除き、公的な医療費保障制度は存在しない。3つ目は、社会保険方式により医療費の保障を行うタイプであり、日本のほかドイツやフランスがこれに該当する。しかし、わが国の医療保険制度は、職域保険（職場や同業であることが被保険者資格となる保険）と地域保険（ある場所に住所を有することが被保険者資格となる保険）の2つから成る。これに対し、ドイツやフランスでは職域保険だけで構成されている。例えば、フランスでは被用者や同業者（例：農業者や靴屋）の組合が多数組成されており、退職者はそれまで属していた保険に引き続き加入するのが原則である。また、無職の若年者は、中小企業で働く人たちが加入する一般制度と呼ばれる職域保険（日本になぞらえれば全国健康保険協会が管掌する健康保険）に加入するのであって、ドイツやフランスには日本のような地域保険は存在しない。また、ドイツおよびフランスの医療保険の保険者は「疾病金庫」（独語：Krankenkasse、仏語：caisse maladie）と呼ばれる公法人であって、自治体が保険者となっているわけではない。いずれにせよ、日本の医療保険制度の際立った特色は、①職域保険（被用者保険）と地域保険（国民健康保険）が並存すること、②地域保険（国民健康保険）の保険者が自治体（市町村）であること、の2点にある。

本稿の目的は、わが国では、なぜ、このようなユニークな制度設計が採られたのか（2節および3節）ということについて考察した上で、国民健康保険の保険者は将来的にどうあるべき

なのか（4節から6節）、論じることにある。なお、この問題を取り上げる理由は、今日、これが大きな政策課題となっているからである。例えば、2009年1月27日、京都府（京都市ではないことに留意）は、国民健康保険を都道府県単位で一元化すべきとすること等を内容とする報告書を取りまとめた。また、2010年3月に国民健康保険等の改正が行われた4月から施行されたが、その中には、「都道府県は国民健康保険事業の運営の広域化等に関する支援の方針を定めることができる」旨の規定が盛り込まれている。そして、その背景には、2008年度から後期高齢者医療制度が創設され、その保険者は都道府県単位の広域連合とされたことがある（注2）。おそらく、この2・3年、後期高齢者医療制度の見直しの議論と並行しながら、国民健康保険の保険者のあり方は医療保険制度改革をめぐる最大の争点となると考えられる。

2. 国民健康保険およびその保険者に関する沿革

議論の前提として、国民健康保険制度およびその保険者の沿革について、3点に絞り押さえておく。

第1は、法律制定の背景と戦時中の発展過程である。1922年、労働争議の頻発等を背景に労働者を対象とする健康保険法が制定された。医療制度に限ったことではないが、制度は最初の設計によりその後の発展の方向が規定される。健康保険法制定の重要な意義は、わが国が社会保険方式により医療費を保障するという道筋を敷いたことにある。そして、1938年、国民健康保険法が制定された。この時期に国民健康保険法が制定された理由は、農民の健康・衛生状態が劣悪であるとともに、農村の窮乏が深刻化し治療費を支払えないために子女を身売りするなど悲惨な事態さえも生じていたからである。国民健康保険は自営業者等も対象にしているが、主たる救済の対象は農民であった。本稿の目的との関係で重要なことは、国民健康保険法が制定された当時は、保険者は市町村ではなく公法人である組合であったことである。そして、組合の設立は任意設立で強制されておらず、組合への加入も原則として任意であったが、組合の議決機関としては組合会が置かれ、組合会には保険料の決定をはじめ強い権限が与えられていた。ちなみに、国民健康保険の保険者を組合としたのは、連帯意識を育てる集団を単位にするということが挙げられていた（注3）。なお、国民健康保険法は難産の末に成立したが、戦時体制下で国が国民健康保険事業を後押ししたこともあって全国的に普及した。実際、1942年ないしは1943年頃には、町村部では約98%、全体で見ても約95%の市町村に国民健康保険組合が設立されるに至った。これは、戦後の国民皆保険の達成との対比で「第一次皆保険の完遂」と称されることがある。しかし、その中には数合わせのために一夜にして作られた名目的な組合が存在したほか、給付内容も健保制度に比べ劣っている組合が多数を占めており、国民皆保険の実質を備えていたわけではないことに留意すべきである。

第2は、戦後間もない時期に、国民健康保険の保険者が組合から市町村に改められたことである。第二次世界大戦の敗戦は国民健康保険制度に壊滅的な打撃を与えた。生活難から保険料の滞納が相次ぐとともに、医療資材の欠乏とインフレによる医療費や事務費の高騰等により、保険事業を休止する組合が続出したからである。このため、国民健康保険の財政再建を図ることが喫緊の課題となった。これが、1948年の国民健康保険法の改正により、国民健康保険の保険者を組合ではなく市町村の公営とすることとされた実質的な理由である。この法律改正当

時、厚生省保険局国民健康保険課の事務官であった小島米吉は、市町村公営主義の功罪について次のように述べている（小島 1948, pp. 48-49）。原文は長いので要約して述べると、メリットとしては、①国民健康保険の公共的性格が一層強くなり、社会保険としての効果を期待することができること、②市町村は予防・公衆衛生および生活保護と不可分の関係にある国民健康保険の仕事を同時に行うことにより、事務の総合的な運営と事務能率を増進することができること、③保険料の徴収・滞納処分を市町村税と同様にすることによって、強制徴収等が容易となり財政問題を緩和できることが挙げられている。反面、デメリットとしては、①国民健康保険事業が、市町村の議会を通じて行われる場合、往々にして党派的感情に左右されやすくなり、政治的中立が損なわれ、「党派的な争いのえさ」（原文引用）になりかねないこと、②国民健康保険が、役場の一般事務のように機械的に扱われるおそれがあり、仮に市町村長の交替が頻々として行われるような市町村にあっては、事業の経営が形式的に流れ、事務的にかたづけられ、自由闊達な成長が妨げられることが挙げられている。小島のこの指摘は、今日の目からみても、国民健康保険の保険者のあり方を考える上で非常に興味深いものがある。

第3は、1961年の国民皆保険の実現である。日本は目覚ましい経済復興を遂げたが、一方で1955年当時、約3千万人も無保険者が存在した。国民皆保険を目指すことは1950年の社会保障制度審議会の勧告においても既に触れられているが、急速に政治課題として浮上していくのは1955年以降である。すなわち、1955年10月に「七人委員会の報告」が出され、「被用者以外の一般国民については国民健康保険制度を強制設立せしめる」等の提言が盛り込まれた。これを受け社会保障制度審議会における審議も本格化した（注4）。同審議会の議論は1956年11月の「医療保障制度に関する勧告について」に結実するが、この勧告の大きな柱は国民皆保険体制の確立である。また、1955年11月に自由党と日本民主党が合同して自由民主党が結成され、1956年1月、鳩山一郎首相は施政方針演説の中で「全国民を包含する総合的な医療保障を達成することを目標に計画を進める」ことを明らかにした。そして翌年、厚生省は国民皆保険推進本部を設置し国民健康保険法の全面改正に着手し、1958年末に新しい国民健康保険法が制定され、市町村は1961年4月1日までに国民健康保険事業を実施することとなった。国民皆保険の実現である。ここで重要なことは、地域保険である国民健康保険を包括的な「受け皿」とすることによって国民皆保険を成立させたことである。つまり、国民皆保険を達成するために、市町村に国民健康保険事業の実施を義務づけるとともに、市町村に住所を有する者は被用者保険の加入者等でない限り強制加入されるという制度設計が採られたのである。そして、その際、国民健康保険の保険者は市町村とした。なぜなら、1948年の国民健康保険法の改正により市町村公営主義に移行していたことに加え、地域保険の被保険者資格である住所を管理しているのは市町村であり、漏れなく国民を公的医療保険の「網にかける」には、市町村を国民健康保険の保険者とすることが適当であったからである。

以上が国民健康保険制度およびその保険者の沿革の要点であり、組合方式から市町村公営主義への移行およびそれを前提とした国民皆保険の実現というのはごく当然の流れのようにみえる。しかし、社会保険における民主的統制という観点からみると、大きな問題が1つ存在していることに留意すべきである。それは、市町村議会が市町村国民健康保険の議決機関となっているが、市町村議会は住民の代表で構成されるのであって、国民健康保険の被保険者を代表

するものではないことである。極端な場合、市町村議員全員が被用者保険の被保険者やその被扶養者である場合、国民健康保険の保険料等が当事者ではない者だけで決定されることがありうる。これはあまり違和感がもたれていないが、社会保険における当事者自治あるいは被保険者による民主的決定の原則から大きく逸脱していることは間違いない。

3. 二本建ての体系の成功理由

前節で述べたように、被用者保険と地域保険の二本建ての体系は戦前に形成されており、国民皆保険の制度設計はこうした基盤の上に成立した。留意すべきことは、戦前に国民健康保険法を立案した者は、意識的に被用者保険と地域保険の二本建ての体系を構想していたことである。例えば、川村秀文（制定当時内務省社会局企画課長）らは、「我国における健康（疾病）保険の制度は将来いかなる体系を整備すべきかについて筆者の私見を述べれば、まず一般国民を対象とする国民健康保険と、被用労務者を対象とする労働健康保護の二系統に分かれて発達するものとする。けだし被用労務者に対しては労働保険の見地より被用労務者に適したる制度を創設し、かつ加入を強制する必要があるからである」（川村他, 1939, p. 7 以下）と述べている（注5）。その後のわが国の医療保険制度の発展過程に鑑みれば慧眼というべきである。ただし、彼らの回想録等を読むと、国民健康保険制度を創設する意義や必要性は十分承知しながらも、実現可能性については確信を抱くことができず不安でたまらなかった旨の記述が至るところにみられる。無理もない。第1に、健康保険についてはドイツの疾病保険法という有力な手本があったが、地域保険については依拠すべきモデルが存在しなかった。第2に、戦時下にあつて軍事費に多額の国家予算を投入せざるを得ない中で、いくら「健兵健民」（健康な兵隊と国民）を作るためとはいえ、民生費の膨張を招く施策が許される環境にはなかった。第3に、本質的な問題として、農村の間に保険の観念が受け入れられる保証がなかった。さらに、保険関係の成立の契機は、被用者保険では雇用関係（厳密には「使用関係」）であるのに対し、地域保険ではその場所に住んでいる（「住所」を有する）という「緩い関係」でしかない。しかし、職域保険と地域保険の二本建ての医療保険制度はわが国にうまく適合し定着した。その理由は、「カイシャ」（企業や官庁など職域共同体）と「ムラ」（村落共同体）という2つの強固な共同体が存在し、こうした社会実態を基に保険集団を設定したからであると筆者は考えている。その意味は次のとおりである。

民間保険と異なり社会保険の場合には、健康な人から病気がちの人に所得移転が行われる。また、保険料は負担能力に応じて設定されるため、高所得者から低所得者にも所得移転が行われる。したがって、健康な者や高所得者の不満を顕在化させないようにするためには、保険集団の設定に当たって、何らかの帰属意識（連帯意識）を持てる集団を単位とすることが合理的である。わが国の場合、村落単位で灌漑稲作農業の共同作業が行われることを通じ「ムラ」社会が形成され、その内部では強固な共同体意識や相互扶助意識が存在した。例えば、一種の掛金を出し合いお金に困った村民のために金融を行う互助的仕組み（これは「経済講」と呼ばれる）が昭和期に入っても伝承されていた農村地域は少なくない。また、福岡県福岡町周辺には、「^{じょうらい}定礼」と呼ばれる原始的国保制度が江戸時代から存在した。これは農民が米を出し合つて医師を雇い上げる仕組みである。国民健康保険制度は、こうした農村の社会実態に適合してい

たからこそ受容されたと考えるべきである。そして、わが国にはもう一つ強固な共同体が存在する。それが「カイシャ」である。健保法制定時には共済組合が十分発達していたわけではないが、それでも鐘紡共済組合などが存在し健康保険組合のモデルとなった。そして、戦後とりわけ高度成長期には、年功序列、終身雇用、企業別労働組合を特徴とする「日本型経営」が定着し、職域共同体に対する帰属意識が強まった。右肩上がりの経済成長の下で、企業の事業拡張とそれに伴い処遇ポストの確保や手厚い福利厚生が可能であったからである。

以上を要約すれば、日本の被用者保険は「カイシャ」、地域保険は「ムラ」という強固な共同体の存在に照応しており、戦前から戦後にかけて日本の医療保険制度の定着・発展に大きく寄与したと考えられる。

4. 国民健康保険が抱える問題とその対応

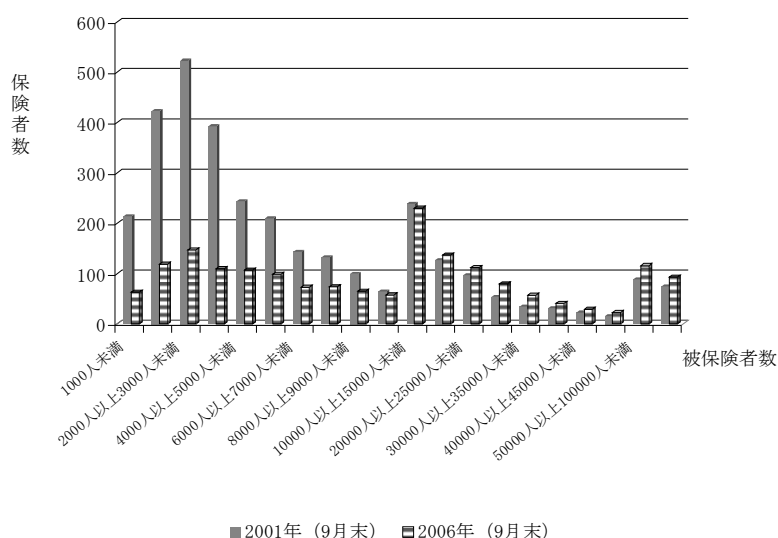
医療保険制度は社会の上部構造である。社会実態が変われば医療保険制度も揺らぐことになる。とりわけ、人口構造・産業構造の変化の影響は、「最後の受け皿」である国民健康保険に強く現れる。本節では、国民健康保険が抱える問題を「不均質性」という観点から考察するとともに、どのような対応が採られてきたのか述べる。

4.1 国民健康保険の不均質性

保険運営は被保険者の数が大きいほど安定する。また、強制加入の保険では、被保険者の均質性が高く、所得分布は中間に集まっていた方が望ましい。しかし、今日の国民健康保険は、保険者の規模、世帯主の職業、所得分布のいずれも一様ではない。いわば「三重の意味」で均質性を欠いている状態にある。

第1に、保険者の規模の格差が著しい。図1は、「平成の大合併」(市町村合併)前後の保険者の規模(被保険者数)別の分布をみたものである。市町村合併前に比べ小規模市町村は減少したとはいえ、それでも被保険者数には大きな格差があることがみてとれる(注6)。

図1 被保険者数別保険者数



第2に、被用者保険と異なり、国民健康保険の被保険者の要件は市町村に住所があることだけであり、稼得形態や生活形態等が異なる者から構成されている。表1をみると、今日の国保は国民皆保険達成当時とは様変わりしていることがわかる。特に興味深いことは、世帯主の職業構成をみると、国民皆保険達成直後の1965年では農林水産業と自営業を合わせる7割近くを占めていたのが、今日では、無職（その多くは高齢者）が過半を占め、農林水産業と自営業は合計しても2割に満たないことである。今日の国民健康保険はもはや「ムラ」保険ではなく、「雑多な者」から成る保険というべきである。

表1 市町村国民健康保険の構造変化

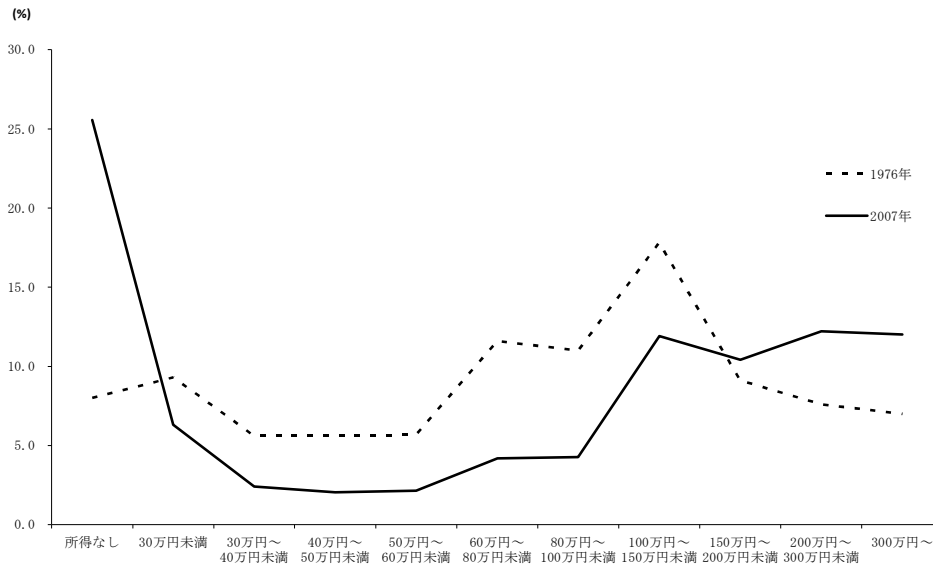
		1965年度	1985年度	2005年度
加入者数 (対国民比)		4193万人 (42.7%)	4173万人 (34.5%)	4778万人 (37.4%)
老人加入割合		5.0%	12.4%	29.7%
1世帯当たり人員		3.78人	2.65人	1.89人
世帯主の 職業	農林水産業	42.1%	13.5%	4.4%
	自営業	25.4%	30.1%	14.9%
	被用者	19.5%	28.7%	24.0%
	無職	6.6%	23.7%	53.8%
	その他	6.4%	4.1%	2.8%
所得なし世帯の割合		—	15.1%	27.1%

- (注) 1. 1965年度をとっている理由は、同年度以前の「国民健康保険実態調査報告」のデータが安定性を欠くためである。
 2. 「所得なし世帯」とは、国保保険料（税）徴収上の所得がない世帯をいう。
 3. 加入者数は、「国民健康保険実態調査報告」の数値であり、年央平均である『国民事業年報』の数値とは一致しない。

(出典) 厚生省（厚生労働省）保険局「国民健康保険実態調査報告」に基づき筆者作成。

第3に、国民健康保険の被保険者の所得分布をみると、税法上の「所得なし」世帯が4分の1以上を占めるが、「所得あり」で50万円未満が10.7%、50万円以上100万円未満が10.6%、100万円以上150万円未満が11.9%、150万円以上200万円未満が10.4%、300万円以上が12.0%となっており、およそ正規分布とはいえない形状となっている。なお、図2をみると、1976年（所得分布のデータのある最初の年）に比べ、税法上の「所得なし」世帯が増大しているなど、所得分布の形状の歪みが一層増していることがみてとれる。

図2 国民健康保険の世帯主の所得分布



(出典) 厚生省 (厚生労働省) 保険局「国民健康保険実態調査報告」

4.2 国民健康保険が抱える問題点とその対応

保険者として均質性を欠いていることは、国民健康保険の本質的な問題点である。具体的には3つある。

第1に、保険者の医療費・保険料の格差が著しい。2009年度の被保険者1人当たりの医療費の地域差をみると最高(72.3万円：沖縄県渡名喜村)と最低(15.9万円：東京都御蔵島村)で4.5倍の格差、1人当たり保険料では最高(11.8万円：北海道羅臼町)と最低(2.5万円：沖縄県粟国村)で4.7倍の格差が生じている。もちろん、保険料は医療費の多寡等との関係で決まるものであり、保険料の格差がある程度生じることは避けられない。しかし、それにしても市町村によって5倍近い格差が生じることは正当化できない。ちなみに、都道府県単位で見ると、被保険者1人当たりの医療費の格差は1.6倍(最高高知県49.2万円、最低沖縄県30.8万円)、被保険者1人当たりの保険料の格差は1.6倍(最高栃木県8.9万円、最低沖縄県5.5万円)まで縮小される。

第2に、小規模保険者(市町村)では、リスク分散が働きにくく財政運営が不安定になりやすい。例えば、人工透析では年間550万円以上の医療費を費消する。また、心臓病の手術等では1月で1千万円を超える高額医療費が発生することや、がんの最新の薬剤では年間数百万円を要する例も稀ではない。小規模保険者でこうした患者が流出入すれば、保険料は乱高下する。また、小規模保険者では、国民健康保険の専任職員を置くことができず事務処理体制は脆弱とならざるをえない。例えば、小規模保険者では、保険料設定は都道府県の保険料条例準則にもっぱら依拠しているのが実態である。

第3に、農民や自営業者が減少する一方、無職高齢者が増加することは国民健康保険の財政を圧迫する。加齢に伴い医療費は増加するとともに、高齢者の多くは負担能力が低いからである。例えば、65歳以上の高齢者と65歳未満の者の1人当たり医療費は約4.5倍の差異がある。また、65歳以上の者の多くは、年金が収入の源泉となっており、平均的にみれば現役世代に

比べ収入は低い。国民健康保険の保険者からみれば、これは保険者の責任ではない以上、制度的な解決を求める声が出ることになる。

もちろん、このような国民健康保険が抱える問題に対し、国が手を拱いてきたわけではない。例えば、①健康保険組合は原則として保険料だけで運営されるのに対し、国民健康保険については、原則として給付費の5割という高率の公費が投入されてきたこと、②高齢者の増大への対応として、1973年の老人保健制度の創設を経て、2008年から新しい高齢者医療制度の創設が行われたこと、はその典型例である。なお、②について補足すれば、新しい高齢者医療制度は国民健康保険を「救済」するための仕組みであるといつてよい。なぜなら、これは後期高齢者医療制度の創設と前期高齢者の財政調整制度の2つからなるが、前者は75歳以上の後期高齢者を対象に独立型の制度を設けることにより国民健康保険から分離するものであり、後者は前期高齢者が国民健康保険に集中し負担が過大となっているため、被用者保険から国民健康保険にお金の移転（財政調整）を行う制度だからである。また、国民健康保険に関する固有の財政支援策としては、2005年12月の総務・財務・厚生労働の3大臣合意により、①保険者支援制度（低所得者の加入割合に応じて公費負担を行う仕組み）、②一種の再保険制度である高額医療費共同事業（30万円を超えるレセプトについては、その給付費を対象に都道府県単位で費用負担の調整を図る事業）が設けられた。ちなみに、この2つの制度は2009年度までの暫定措置とされていたが、2010年の法律改正により2014年度まで延長されている。

5. 国民健康保険の保険者の広域化をめぐる議論

5.1 保険者の広域化に関する議論の経緯

前節では、高齢化の進展や産業構造の変化に対応し国民健康保険制度の財政負担を軽減する改正が図られてきたことについて述べた。しかし、国民健康保険の保険者が小規模であることに由来する問題が解消されたわけではない。保険者の広域化を図るべきだという議論が生じる理由である。

留意すべきことが2つある。1つは、これは「古くて新しい」問題だということである。例えば、1986年6月10日の臨時行政改革推進審議会の「今後における行政改革の基本的方向」では、「国民健康保険について、…地域保険制度として長期的安定を図るため、小規模保険者等の運営状況に照らし、運営主体の広域化を図るとともに、保険運営についての都道府県の役割の在り方等について、早急に結論を得るよう検討を進める」と指摘されている。また、1994年12月9日の医療保険審議会の「1995年における国民健康保険制度の改正について」では、「国保制度における低所得者対策の拡充や小規模保険者対策の見直し等を検討した上で制度改革を進めていく必要がある。その場合には、国、保険者並びに都道府県、市町村が、これまで国保事業運営において果たしてきた役割も踏まえながら、それぞれが改正に当たってどのような役割を果たしていくことが国保制度における負担の公平と制度の安定化に役立つかという観点からの見直しも検討していく必要がある」と述べられている。そして、2005年3月の「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」（閣議決定）では、国民健康保険については、「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、都道府県においてより安定した保険運営を目指す」とこととされた。

2つ目は、2005年3月の「基本方針」を受け後期高齢者医療制度が創設されることとなったが、その保険者は、都道府県ごとに当該都道府県内の全市町村が加入する広域連合とされたことである。広域連合も自治体（地方自治法上の特別地方公共団体）であるが、なぜ、都道府県でも市町村でもない広域連合が保険者とされたのか。その理由は、簡単にいえば「妥協の産物」である。すなわち、後期高齢者医療制度の保険者に関しては、都道府県も市町村も財政責任を負いたくないため、「押し付け合い」になった（注7）。その議論の過程で、財政運営は都道府県単位、保険料徴収は市町村という考え方が浮上し、保険者は都道府県内の全市町村が加入する広域連合とすることとなったという経緯がある。しかし、後期高齢者医療制度の保険者は広域連合とされたものの、2009年8月の総選挙における民主党のマニフェストでは、後期高齢者医療制度は廃止されることが明記され、その見直しの検討が現在行われている。したがって、国民健康保険の保険者のあり方はもとより、後期高齢者医療制度の保険者についても、最終的な決着をみたわけではなく、今後の議論に委ねられていることになる。本稿の1節で、この2・3年、後期高齢者医療制度の見直しの議論と並行しながら、国民健康保険の保険者のあり方は医療保険制度改革をめぐる最大の争点となると考えられると述べたゆえんである。

5.2 保険者の広域化の選択肢

以上述べたように、国民健康保険の保険者のあり方については、後期高齢者医療制度の保険者のあり方と密接に関連する。後期高齢者医療制度の保険者に関しては、①市町村とする、②広域連合とする、③都道府県とする、という3つの選択肢のいずれが適切かという形で議論されてきた。この3つの選択肢につき、一般に指摘されているメリットおよびデメリットを整理すると次のとおりである。

第1は市町村である。市町村を保険者とするメリットとしては、①保険料等の決定について市町村が行うことから、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が明確になること、②保険料徴収、各種申請の受付等の窓口業務や広報については、住民に身近な行政主体として、住民情報を保有し、日頃から地域住民に接している市町村が担うことが適当であること、が挙げられる。一方、デメリットとしては、既述したように、市町村間において保険料率にバラツキが生じることや特に小規模保険者では財政運営を行うことが困難であることが挙げられる。

第2は、広域連合である。そのメリットとしては、①市町村が保険者である場合に比べ、財政運営の広域化及び安定化を図ることができること、②広域連合における事務処理は、国民健康保険や老人保健制度に精通した市町村の職員が中心となって行うことができ、保険料決定や保険料徴収等について、広域連合と市町村が密接な連携のもとに、事務処理を行っていくことが可能であること、が挙げられる。一方、デメリットとしては、広域連合は、都道府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていないことがある（注8）。また、保険料等の決定については広域連合が行い、市町村が関与しないことから、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が問われない状況になっており、保険料徴収を担う市町村の収納対策のインセンティブが働かないという面がある。

第3は、都道府県である。そのメリットとしては、①医療費適正化や医療サービスの提供等の政策と有機的な連携を図ることができること、②財政運営の広域化及び安定化を図ることが

できることが挙げられる。一方、デメリットとしては、①都道府県には、医療保険の事務処理に関するノウハウ蓄積がないこと、②保険料等の決定については都道府県が行い、市町村は関与しないことから、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が問われない状況になり、保険料徴収を担う市町村の収納対策のインセンティブが働かないこと、が挙げられる。

6. 国民健康保険の運営および保険者のあり方

前節までで議論の素材は出揃った。本節では、国民健康保険の運営のエリアおよび事務の重層性について述べた上で、国民健康保険の保険者について論じる。

6.1 国民健康保険の運営のエリア

この点については、国民健康保険の運営のエリアとしては都道府県単位が適当であると考えられる。その理由は4節および5節で縷々述べているので繰り返さないが、①市町村単位では保険料等の格差が大きすぎる一方、都道府県を超えるブロック単位では住民との「距離」がかけ離れすぎること、②医療の供給のあり方に医療保険者としても積極的に関与することが重要であることが主な理由である。

6.2 国民健康保険の事務の重層性

被用者保険とりわけ健康保険組合の場合には、被保険者の管理、保険料の設定、保険料の徴収等の事務は保険者が行い、保険者は財政責任を負う。これに対し、国民健康保険の場合には、保険に関する事務を保険者が完結的に行うことはできず、重層的な関係にならざるをえない。重層的な関係とは、換言すれば事務の執行責任が分かれるということであり、特に国民健康保険の運営が広域化すれば必然的にそうならざるをえない。なぜなら、被保険者の管理に関する事務は、住所に関する情報を所有している市町村が行わざるをえないからである。もちろん、住民基本台帳の情報を他の者（例：都道府県）に伝達しそこで形式的な決定は行うことはできる。しかし、現に住所を有しているかといった確認等の事務は市町村の協力なしにはできない。また、保険料の徴収等の事務も市町村が行わざるをえない。実際、後期高齢者医療制度において広域連合が保険者であっても、これらの事務は市町村が行うこととされている。

ただし、以上述べたことは保険者以外の者がその分割された事務に責任を持たないということではない。むしろ、分割された事務については権限を有する者に一定の財政責任をもたせることが重要である。例えば、仮に都道府県が保険者になれば財政責任は一義的には都道府県が負うことになるが、国民健康保険が国民皆保険を支える制度である以上、国は基本的な制度設計はもとより給付費の一定割合の負担、都道府県別の所得格差の調整等は国が責任を負う。また、被保険者の管理や保険料の収納等の事務は市町村が担わざるをえないが、その収納努力を怠ったことによる財政責任は当該市町村が負うことにすべきである。ちなみに、現行の後期高齢者医療制度においては、そのような仕組みとなっていないが、市町村の収納努力が適切に反映されるようにすることは制度的に可能であり、また、そのようにすべきである。

6.3 国民健康保険の保険者

国民健康保険の運営のエリアを都道府県単位に広げる場合、保険者の候補としては、①広域連合、②都道府県、③公法人（公共組合）の3つがある。

1つ目の広域連合については、後期高齢者医療制度の「前例」があり比較的受入れられやすいと思われるが、5節で述べた問題点はそのまま国民健康保険に当てはまる。すなわち、①都道府県は広域連合に加入しておらず広域的調整を行いにくいこと、②市町村が保険料の収納率を向上するインセンティブが働かないこと、③広域連合の職員は市町村のほか都道府県や国民健康保険連合会の職員の「寄り合い所帯」であり専門性に欠けること、等の問題が生じよう。したがって、仮に国民健康保険の保険者を広域連合とする場合には、後期高齢者医療広域連合の轍は踏まないようにする（例：都道府県も広域連合に加入する、市町村の分担金の算定に当たって収納率を加味する、プロパーの専門職員を採用する）ことが必要である。

2つ目は、端的に都道府県を保険者とするのが考えられる。その理由としては、広域連合は都道府県でも市町村でもなく中途半端であり、責任の所在が曖昧になることは否めないことが挙げられる。また、国民健康保険を広域化する場合、都道府県内の医療費格差や医療機関の偏在がネックになるが、こうした地域格差の是正に都道府県が積極的に取り組むことを促すという意味合いもある。ただし、都道府県を保険者とする場合であっても、市町村の協力・関与は欠かすことはできない。また、保険料の徴収等は市町村に委託せざるをえないが、委託料は収納率の前年度実績を反映させるなどの工夫をしなければ、国民健康保険の事業運営が「都道府県任せ」になりガバナンスが緩むおそれがある。

3つ目は、公法人（公共組合）を保険者とするのが考えられる（注9）。その理由としては、広域連合、都道府県いずれの場合でも、2節の末尾で述べた、社会保険の当事者自治あるいは被保険者による民主的決定の原則からの逸脱という問題を解消できないことがある。公法人とする場合のアウトラインを述べれば、①国保法に基づき都道府県ごとに公法人を強制設立し、この法人には住民（被用者保険加入者等を除く）の強制加入および保険料の強制徴収権限等を付与する、②国保の被保険者による選挙（単独で選挙を行うことは莫大な費用を要するため、都道府県議会の議員の選挙に合わせて行う）により選出された代表者から構成される議決機関を設け、保険料率の決定や予算等はこの議決機関が決定する、③執行機関は、被保険者代表、都道府県代表、市町村代表および公益代表の4者構成とし、職員は専門的能力を有するプロパー採用とする、④国および都道府県の財政負担規定は国保法に明確に規定するとともに、被保険者管理および保険料徴収等の事務は市町村に委託する（保険料の収納率を委託料に反映させる）、ということになる。ただし、都道府県や市町村の十分な協力が得られるか、被保険者による選挙の実施が果たして現実的か、といった批判があると思われる。

要するに、以上の3つは一長一短がある。おそらく、現行から最も移行しやすいのは広域連合方式、国保の財政運営や医療供給体制との調整を最も確実にできるのは都道府県方式、社会保険の理念に最も忠実なのは公法人方式であるが、他方、各方式にはそれぞれ指摘したような問題点がある。筆者は公法人を保険者とすることに魅力を感じているが、いったん広域連合方式または都道府県方式を採り事業を軌道にのせた上で公法人に移行する（二段階方式）ことが必要になるかもしれない。あるいは、被保険者による選挙が困難であれば、被保険者代表から

成る運営協議会を設け「代用」するより仕方ないかもしれない。いずれにせよ、保険者の設定とそのガバナンスの仕組みは医療保険制度の設計上の最重要事項の1つであり、基本に立ち返り十分検討する必要がある。

7. 結語

以上、国民健康保険制度の成立と変容過程を辿りながら、地域保険という世界に例をみない制度が生まれた理由、今日国民健康保険が抱える本質的な問題点、事業の広域化の必要性や保険者のあり方等について論じた。そして最後に、国民健康保険の広域化に併せてその保険者を公法人とすることも選択肢として検討すべきことを述べた。おそらく、これに賛同する国民健康保険関係者は少ないと思われる。しかし、保険者とは煎じ詰めれば被保険者の利害を代弁するものでありながら、国民健康保険の保険者の議論に当たり手続的正当性という観点がまったく欠落していることに筆者は違和感を覚える。社会保険の本来的な意義は、被保険者が意思決定に参画し民主的に給付と負担の関係を定めることにあり、今後、財政制約が強まる中で、このような社会保険のもつ自律的・民主的な意思決定の意義は重要になるだろう。だとすれば、国民健康保険の保険者を公法人とするという選択肢を荒唐無稽なものとして排除すべきではない。少なくとも、国民健康保険の運営に被保険者の意思を適切に反映させるにはどのような方法がありうるかという観点が据えられるべきである。

【注】

1. さらに厳密に言えば、医師国民健康保険組合など自営業者の組合や生活保護受給者も市町村国民健康保険の適用除外とされている。国民健康保険法6条を参照されたい。
2. この広域連合は、後述するように、後期高齢者医療制度を実施するために設けられ、当該都道府県内のすべての市町村が加入する広域連合である。
3. なお、当時の市町村は現在より小規模であり、組合のエリア（地域的範囲）としては、市町村をエリアに組合が設けられていたようである。
4. 「七人委員会」とは健康保険等の財政対策を審議するために設けられた7人の学識経験者から成る委員会の通称である。
5. なお、引用に当たっては、文意を変えない範囲で旧字体を改める等の修正を行っている。
6. ちなみに、2007年度末では、国保の被保険者数の最小は御蔵島（104人）、最大は横浜市（118万人）であり、1万倍以上の乖離がある。
7. 後期高齢者医療制度の議論の「延長線上」には、国民健康保険の保険者を都道府県単位で再編することの是非、仮に都道府県単位で再編した場合に誰が保険者になるのかという問題が控えている。多少穿った見方をすれば、後期高齢者医療制度の保険者の設定は、今後とも国民健康保険の保険者は市町村のままとするのか、将来的には都道府県とするのか、その「前哨戦」という意味合いがあった。だからこそ、市町村と都道府県の対立が先鋭化したという面がある。
8. なお、地方自治法上は、広域連合の長は直接公選制とすることも可能であるが、後期高齢者医療制度広域連合では住民から直接選ばれているわけではない。

9. 国民健康保険関係者は違和感を抱くと思われるが、被用者保険の保険者は健康保険組合や全国健康保険協会という公法人が担っている。こうした例からみても、法律上の根拠は必要であるが、強制加入や保険料の強制徴収権限を公法人に付与することは可能であると解される。

【参考文献】

川村秀文・石原武二・築誠『国民健康保険法詳解』（巖松堂書店、1939年）

小島米吉『国民健康保険法の逐条解説』（社会保険法規研究会、1948年）

島崎謙治「わが国の医療保険制度の歴史と展開」遠藤久夫・池上直己編『医療保険・診療報酬制度』（勁草書房、2005年）

新田秀樹『国民健康保険の保険者』（信山社、2009年）

索引

* 下記の単語、句（表現）の記載箇所に関する表示の意味は、次の通りです。
○○○…… 11（7、8、表5、19×3）との表示は、○○○の用語が11頁の7行目、
8行目、表5にそれぞれ1箇所、19行目に3箇所あることを示しています。
なお、行数の数え方は、上段から空行、図表タイトル、図表、注記を含んでいません。

あ

新しい高齢者医療制度…… 8(6、7)
一元化…… 2(3)

か

後期高齢者医療制度……
2(7、8)、8(8)、9(1、5、8、9、11、13、16、
17)、10(23、29)、11(4)、12(20、29、31、35)
公法人……
はしがき(23)、1(31)、2(21)、11(3、20、22、
23、35、36、37)、12(8、14)、13(2、3)
広域連合……
はしがき(22)、2(7)、8(36)、9(2、3、4、8、
9、18、27、28、30、31、33)、10(24)、11(2、
4、6、7、9×2、10、12、21、33、36)、12(20、
21、35、36)

さ

定礼（じょうれい）…… 4(36)

た

当事者自治…… 4(3)、11(21)

な

二本建ての体系…… 4(5、6、8)

は

保険者の広域化…… 8(18、19、22)、9(15)