

これからの国民健康保険の在り方

—原理的検討の試み

新田 秀樹

大正大学人間学部教授

国保改革の経緯と現状—問題の所在

国民健康保険（国保）は、市町村を保険者とする地域保険である¹。日本の医療保険制度は、日本国民は原則として何らかの公的医療保険制度に強制的に加入するという「国民皆保険」が1961年に達成されて以来、民間サラリーマンとその家族を加入者とする健康保険や公務員とその家族を加入者とする共済組合などの職域保険（被用者保険）と、地域保険である市町村国保の2本立てで長らく運営されてきた。

この市町村国保の加入者（被保険者）は、農業者・自営業者・個人零細企業の被用者・無職者などであるが、法律上は「当該市町村の区域内に住所を有する者であって、被用者保険加入者、生活保護受給者など他制度による医療（費）保障を受ける者以外

のものを被保険者とする」旨が規定されており、いわば消去法的に市町村国保の被保険者が決まることとされている。このように、市町村国保は他の医療保険制度等に加入できない者の最終的な受け皿となっているため、「国民皆保険の基盤」としてその制度的意義が強調される一方で、消去法的に加入者が決まるが故の、或いは保険者が市町村であるが故の、①加入者の年齢が高い、②無職者が多い、③低所得者が多い、④保険料収納率が低い、⑤医療費や保険料の市町村間格差が存在する、⑥相当数の小規模保険者が存在する、といった制度的・構造的問題を抱え込むこととなった。すなわち、現在問題とされている市町村国保の課題の多くは、近年新たに発生したのではなく、制度創設当初から存在していた問題が経済社会状況の変化に伴い顕在化・深刻化したもの（その意味では予想されていた問題）であることに注意する必要がある。

1980年代以降の医療保険制度改革の歴史は、経済が上向かず国や地方の財政状況が悪化する中で高齢化だけは着実に進行するという状況下で、如何に市町村国保の破綻を防ぎ国民皆保険を維持するかに腐心した法改正の繰り返しであったと言っても過言ではない。その代表的なものが、老人保健制度の創設（1982年）であり、退職者医療制度の創設（1984年）であり、介護保険制度の創設（1997年）であり、そして、2006年の医療保険制度改革（以下「2006年改革」という）による①後期高齢者医療制度

にった ひでき

東京大学法学部卒業。厚生省入省後、名古屋大学助教授、厚生労働省室長、内閣参事官などを経て、2003年より現職。専攻は社会保障法・社会保障政策論。

著書に、『新・国民健康保険基礎講座』（共著、社会保険実務研究所、2010年）、『国民健康保険の保険者』（信山社、2009年）、『社会保障改革の視座』（信山社、2000年）など。

の創設、②前期高齢者医療費に係る財政調整の導入、③都道府県単位を軸とする医療保険者の再編・統合（国保については、市町村保険者は維持しつつも、高額医療費共同事業の拡大、新たな保険財政共同安定化事業の創設などの都道府県単位の財政調整を拡大）といった見直しであった²。

2006年改革により創設された後期高齢者医療制度（施行は2008年4月）は、原則として75歳以上の高齢者（後期高齢者）を加入者とし、都道府県単位の広域連合を保険者として、高齢者自身の保険料・公費・医療保険の保険者（現役世代）からの支援金を財源に、後期高齢者に対する医療給付等を行おうとする新たな地域医療保険であった。しかし、同制度に対しては、年齢による制度区分や「後期高齢者」という名称は差別的である、高齢者の保険料負担が増加するといった様々な批判が噴出し、2009年の総選挙による政権交代の結果、厚生労働省に「高齢者医療制度改革会議」が設けられて同制度を廃止する方向での検討が進められ、2010年12月に次のような内容の「高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）」が公表されたことは周知のとおりである。

- ① 後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する。
- ② 被用者保険の被保険者（本人）と被扶養者（家族）は年齢に関係なく被用者保険に加入し続け、それ以外の者は市町村国保に加入する。
- ③ 第1段階（2013年度（目標）～）では、市町村国保中の75歳以上の高齢者医療の財政運営は都道府県単位の財政運営（運営主体は都道府県が適当との意見が大勢）とし、75歳以上の者の保険料については、同じ都道府県で同じ所得であれば原則として同じ保険料とする。
- ④ 第2段階（2018年度（目標）～）で、国保の運営を（期限を定めて全国一律に）全年齢について都道府県単位の財政運営とする。それまでの間、市町村国保については広域化支援方針に基づく環境整備を進める。

このように、高齢医療制度改革会議の「最終とりまとめ」では、後期高齢者医療制度の廃止が打ち出される一方で、地域保険たる国保については、2006年改革で示された都道府県単位の医療保険運営を目指すとの方向性がますます強く明確に示された。しかし、都道府県による地域医療保険の運営というのは「当然の」或いは「自明の」ことなのだろうか？ 逆に言えば、これまで半世紀以上にわたり続けられていた市町村による国保運営はもはや「時代遅れ」なのか？ 国民皆保険の根幹を切り換えることになるだけに、いま一度原理・原則にまで遡った検証を行うことも無駄ではあるまい。以下、本稿でその一端を試みる。

保険者の意義と機能（論点1）

はじめに、医療保険の保険者の意義と機能について考えてみたい。日本が範としたドイツの疾病金庫のような保険者を念頭に置いた古典的理解では、保険者とは、一定の同質性乃至共通性を有する加入者（被保険者）により構成された保険の運営主体かつ財政単位であって、保険財政計画（予算）を立案し、それに基づいて、被保険者の資格管理、保険料の賦課・徴収、保険給付の実施、健康診断その他の保健事業の業務等を行う存在と考えられてきた。そして、特にドイツにおいては、伝統的に保険者自治、すなわち、保険者が財政面や人事・組織面で国家等の外部からの干渉を受けないという対外的独立性と、保険運営が加入者の参加に基づき民主的に行われるという内部的民主性・自律性が尊重されてきたのである。

しかし、日本の社会保険において、このような古典的保険者を見出すことはむしろ難しい。保険料の賦課・徴収に関して言えば、介護保険の保険者としての市町村は第1号被保険者の保険料徴収の大部分を公的年金の保険者に、また、第2号被保険者の保険料の賦課・徴収を医療保険の保険者に委ねているし、後期高齢者医療広域連合も加入者である後期

高齢者の保険料を市町村に徴収させている。保険給付に関しても、老人保健制度においては医療保険者ではなく市町村が給付事務を行っていたという先例があり、保健事業の一部を他の主体に委託して実施している医療保険者も多い。保険者自治の観点から見ても、市町村国保や全国健康保険協会（協会けんぽ）には多額の公費が投入されていて財政的自立からは程遠い状態にあり、直接的には公費が投入されていない健康保険組合や共済組合も、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金、介護給付費納付金などによる種々の保険者間財政調整が行われている結果、財政単位としての完結性・自律性は著しく損なわれている。内部的民主性に関しても、全国健康保険協会の理事長や運営委員会委員は、加入者による選挙ではなく厚生労働大臣の指名により選出されているし、市町村国保の運営を担っているのは、当事者自身は必ずしも国保被保険者ではない市町村長や市町村議会議員である。そして、こうした日本の現実を踏まえ、前述の高齢者医療制度改革会議の「最終とりまとめ」では、都道府県を高齢者医療の運営主体としつつも、都道府県は基本的に財政運営と標準保険料率の設定のみを行い、それ以外の、被保険者の資格管理、標準保険料率に基づく市町村単位の保険料率の決定と保険料の賦課・徴収、保険給付及び保健事業の実施は各市町村が行うことで、「共同運営」するとの仕組みが提案されたのである。

そうであるとする、ある主体が医療保険の保険者であると言い得るためには最低限どのような要件を満たすべきか、そして、それと裏腹の形で「共同運営」の内実と意味とは何かを改めて問われて然るべきであろう。医療保険も保険であり、保険者とは保険の運営主体かつ財政単位であることからすると、保険者の最大の責務は、保険運営の大原則である収支相等の原則に則り、赤字が生じないように安定的・継続的に保険事業を運営していくことではないか。運営を担うということは具体的には保険財政計画（予算）を作成することで表されることからすると、数ある保険者業務（機能）のうちでも保険財政計画（予算）

を作成する権限と責任を有することが、形式的には保険者と言い得るための最低要件ということになりそうである。しかし、より実質的には、赤字が生じないように運営したにもかかわらず結果的に赤字が生じたときに赤字補填の最終責任を負うことが、保険者が保険者たる所以ということになろうか。そうであれば、それ以外の機能・権限は他の主体に委ねて「共同運営」という選択肢も政策論としてはあり得よう。共同運営は、医療保険運営の負担とリスクの分散・軽減を図る方法として有効かもしれない。しかし、共同運営に携わる主体間の権限と責任、特に赤字補填の責任を明確にしないと、「共同責任すなわち無責任」の弊に陥りかねないことに留意する必要がある。また、赤字補填の責任者（すなわち保険者）と保険料の賦課・徴収主体とが一致する必要は理論的には必ずしもないであろうが、赤字補填の最終的・中心的財源を保険料に頼るというのであれば、実際的には、保険者が保険料の賦課・徴収権限を手放すことは適当とは言えないのではないか³。

地域医療保険の保険者の主体と規模（論点2）

以上のような保険者理解の下、次に地域医療保険の保険者の主体と規模について検討してみたい。

医療保険の運営主体については、大きく分けて、①専ら保険運営を行うことを目的とした法人（保険組合など）に運営を担わせるという考え方（組合主義）と、②国・都道府県・市町村といった公共団体（一般行政主体）が保険者も兼ねるという考え方（公営主義）とがある。実は国保については、戦前の旧国保法制定当初（1938年）は組合主義が採用されたが、戦後まもない1948年に戦争で壊滅的打撃を受けた国保事業の維持・再建を図ることを目的として市町村公営主義に切り替えられたという経緯がある。その際、行われた議論等を基に組合主義・公営主義それぞれの長短を整理すれば、組合主義の長所（＝公営主義の短所）としては、①保険組合の執行・議決等の機関は基本的に被保険者代表のみで構成されるので、

保険者としての自治・自律の徹底が図れる、②保険組合は保険運営のみに専念するので、保険者としての専門性が向上し、当該保険者の実情に応じた弾力的・効率的な保険運営を行えるといったことが、また、公営主義の長所（＝組合主義の短所）としては、①保険事業の公共性を強化できる、②関連する他の行政や事業との一体的・総合的な運営を行いやすい、③事業運営に当たり一般財源（租税財源）からの補助を受けやすい、④既存の行政組織を活用できるといったことが指摘できよう。

このうちのどちらに理があるかの判断は難しい。ドイツの疾病金庫こそが保険者であるとする古典的理解に従えば当然組合主義に与することになるが、日本では、60年余にわたって国保の保険者が市町村であり続け、国保事業の経営主体としての役割と国保行政の執行主体としての役割とを二面的に果たしてきたという事実は重い。また、戦前の組合による国保運営と戦後の市町村による国保運営との違いは実態的にはそれほど大きくなかったとの指摘もある。日本の現実を重視すれば公営主義に傾きがちになるが、しかし、筆者としては、医療費保障を今後とも社会保険方式で続けていくのであれば、組合方式の方が後述のとおり保険の本来的メリットを活かせるので、組合方式での医療保険運営の在り方をなお追求すべきではないかと考えている。

地域医療保険の保険者規模については、現在、市町村区域単位から都道府県区域単位への規模の拡大の是非が焦点となっている。規模拡大のメリットとしては、①リスク分散が図りやすく保険財政が安定する、②医療サービスの受益と費用負担との対応関係がより明確になる、③保険者機能の多く（対外交渉力、内部の事務処理能力等）が強化されるといったことが、またデメリットとしては、①保険者間の競争の減少により保険運営の効率性が低下する、②保険料の賦課・徴収機能が弱まる可能性がある、③保健事業の実効性が低下する、④保険者自治（特に内部的民主性・自律性）や連帯意識が弱まる、⑤市町村が行っている国保以外の保健・医療・福祉行政と地域医

療保険との連携・協働が困難になるといったことが挙げられよう。こうした保険者規模の見直しに当たっては、見直しが適切なものとなるよう、以上述べたような、①保険財政の安定性、②保険運営の効率性、③医療供給面との関連性、④保険者機能の強度、⑤保険者自治の強度、⑥加入者の連帯の強度、⑦保険運営のフィージビリティ（保険料徴収の現実性、他事業・他部局との連携の円滑性等）などの様々な要素について、その長短を総合的に検討する必要がある。その上で、あるべき論と現在の国保の実態とを比較対照し、実現可能な見直し案を探ることが肝要であろう。

そうした観点から、現在の国保の都道府県単位化或いは都道府県営化の議論を改めて見てみると、議論の重点が保険財政面と医療供給面に偏りすぎていて、あるべき保険者自治或いは加入者の（社会）連帯の醸成という観点からの検討が不十分なように思われてならない。社会扶助（租税財源の制度）と異なる社会保険の本質が保険者自治と加入者の連帯（互助精神）にあるとするならば、あるべき論としては、国保（或いはそれに代わる地域医療保険）を単なる行政施策ではなく、できる限り（社会）保険事業として運営しつつ、保険料負担者による民主的決定の貫徹、決定プロセスへの参加を通じての新たな連帯の醸成（これには制度構造が加入者の意識を変えることへの期待も含む）、分権的な複数保険者の競争による給付管理の効率化といった、社会保険ならではのメリットを追求していくことが望ましい。そうであるとすれば、保険者は、やはり行政主体よりも保険組合の方が、その数は単一ではなく複数の方が、また、各保険者の規模はそうしたメリットを最大化できる程度の規模である方が適当であろう。その場合には、保険者規模はそれほど大きくならないと思われるので、一気に都道府県レベルまで保険者の規模を拡大することについては慎重な検討が必要と考える。

医療保険全体の在り方（論点3）

現在の医療保険改革の議論は、基本的に地域保

険の枠組みの中で論じられているが、そもそも職域保険と地域保険の2本立てによる医療保険運営を行わなければならないのであろうか。この点についても少し考えてみたい。

医療保険の運営が職域保険と地域保険の2本立てとなったのは、1922年に工場労働者等を対象とした健康保険法がまず制定され、1938年に農林漁業者や自営業者等を対象とした旧国保法が制定されたという沿革的な理由によるところが大きい。その背景には両制度の加入者の生活様式や稼得形態が大きく異なり、保険料設定方式、医療給付内容、現金給付の種類等の制度設計が統一できなかったという事情が存在した。それから現在に至るまで、大きな医療保険制度改革の際は被用者保険と国保の統合・一本化が繰り返し議論の俎上に載せられてきたが、その度に時期尚早として見送られ続け現在に至っている。

確かに両者の統合については、思いつくままに挙げても、①保険者をどうするか、②(定額の応益的保険料を残すかどうかも含め)保険料の設定方法をどうするか、③被用者保険における傷病手当金や事業主負担の取扱いをどうするか、などといった多くの課題がある。しかし、他方で、制度創設当初に比べれば両者の隔たりが狭まりつつあることも事実であろう。職域保険と地域保険の2本立てと言っても、国保には多数の零細企業従業員(すなわち被用者)が加入しているという点で元々不徹底なものであった上、近年の雇用形態の著しい多様化・流動化の中では被用者と非被用者の明確で継続的な区分という2本立ての前提自体が崩れつつあると言えなくもない。また、上述の課題は必ずしも本質的問題ではなく技術的に解決可能であろう。保険料については、介護保険や基礎年金と同様、同一制度内に複数の被保険者類型とそれに応じた保険料設定方法及び財源区分を設ければよいし、保険給付についても、既に医療給付内容は統一されている以上、特定の被保険者類型(具体的には現在の被用者保険の被保険者)のみに傷病手当金等の現金給付を行うことは、現在の情報処理技術を

もってすればそれほど難しいことではあるまい。このように考えてみると、医療保険の保険者の再編を地域保険の枠内に止めず、職域と地域の2本立ての妥当性自体を問い直すところまで踏み込むことも、強ち非現実的な夢物語とまでは言い切れない時期に立ち至っているのではないか。

さらに言えば、いやしくも制度の抜本改革を志すのであれば、最近の医療保険制度改革において錦の御旗とされている「国民皆保険の堅持」についても、それが世界でも稀有の(ということは一般的ではない)仕組みである以上、その妥当性を一応は疑ってみる必要がある。その具体的論点は、皆保険の基盤たる国保(地域保険)における加入強制は何を根拠として、どの範囲及び程度まで認められるのかという形で問われることになる。

第1に、地域医療保険は、保険料負担能力のない低所得者(貧困者)まで加入させなければならないのかということがある。国民皆保険の徹底を最優先させるのであれば、貧困者も医療保険へ加入させなければならないことになろう。しかし、そもそも貧困者を加入させなければならない根拠が、貧困者にも国の責務として他の国民と同様の公平な医療サービスを保障するためであるとすると、貧困者に対する適切な医療(費)保障が医療保険制度とは別に講じられている場合は、貧困者も含めた全国民の保険加入は皆保険の必要条件とはなるまい(すなわち、国民全てに適切な医療が実質的に保障されるのならば、費用システムがすべて保険システムである必要は必ずしもない)。

第2に、第1とは逆に、少なくとも短期的には傷病に伴うリスクに十分対応できる高所得者について、その自由(財産権或いは思想・信条の自由)を侵害してまで公的医療保険への加入を強制できるのか、できるとすればその根拠は何かということがある。その答が、現在は高所得者であっても長期的に見ればリスクに対応できなくなるかもしれない、またそのことを本人は必ずしも予測できないからというのでは、(人間の自由や自立を重視する立場からは)本人の自己決定を無視した国家の過剰なパターンリズムだという批判を受ける

恐れがあろう。また、公平（な医療保障）の観点から加入を強制した（保険料負担能力の不十分な）低所得者の医療給付財源を確保するためだとすると、そもそも論として高所得者の費用負担によって低所得者に対して医療給付を行うことが何故正当化できるのかという問題が改めて問われることになる。

皆保険体制の堅持の意義は、以上のような論点の検討を踏まえた上で、改めて問われるべきであろう。すなわち、皆保険は、皆保険の目的を明らかにした上で、その目的実現が大多数の国民の賛同を得られるかどうか、また当該目的実現の必要から見て個人の自由制約が必要最小限のものとなっているかどうかという観点から、それを維持する妥当性が問われなければならない。現在の皆保険の目的が憲法第25条に基づく国の医療保障の責務の実現手段として医療の機会均等を確保することであるとすると、国民の間に根強く存在する強い平等志向意識を考慮したとしても、自力で医療を十分に確保できると認められる一定額以上の高所得者については、（民間医療保険への加入を条件に）公的医療保険への強制加入を緩和する方向で見直してもよいのではないか。また、一方で、一定の要件に該当する（生活保護受給要件該当者（要保護者）より広範囲の）低所得者については、（保険料を支払う旨の）申出のない限り「保険料免除プラス一部負担の免除又は軽減」という（現在介護保険制度で行われている）形で公的医療保険への加入を認めてはどうか。この低所得者についての取扱いは、租税を財源とする別立ての低所得者向け医療制度の創設よりも理論的にはすっきりしない嫌いはあるが、国民の強い平等志向意識を前提とすると、国民の合意をより得やすいのではないかと思われる。

以上いささか思考実験的な検討を行ったが、要

は、今後の医療保険制度改革に当たっては、「国民皆保険の堅持」についても、これをいたずらに聖域視することなく、改革の目的としての正当性・妥当性を常に問い直していく必要があるということである。

おわりに

本稿においては、高齢医療制度改革会議の「最終とりまとめ」を念頭に置きつつ、地域医療保険の運営主体と運営規模を決定するに当たり考慮すべき論点の原理的検討を試みた。考え得る選択肢のそれぞれに長短があり、地域医療保険の最適保険者が一義的に導き出されるわけではないが、よりよい保険者の決定に関しては、理論的に公平かつ効率的であるばかりでなく、現実的故に加入者が制度への信頼感を持つことができる制度を構築できるかどうか重要となる。制度改革案の作成・審議に係る今後の検討の中で、原理的なものも含めて疑問点が明らかにされ、医療保険関係者だけでなく国民の多くが納得できるような制度改革が行われることを期待したい。■

《注》

- 1 国保の保険者としては、市町村の他に、医師、弁護士、理容師など特定の同一自営業種ごとに組織される国民健康保険組合（国保組合）があるが、本稿では紙幅の関係もあり割愛する。
- 2 その他、数年おきに繰り返された国保財政安定化のための国保法等の改正もその時々国保運営を支えるという効果はあった。
- 3 逆に、保険者以外の主体に保険料の賦課・徴収を委ねるのであれば、受託者が責任を持って誠実に賦課・徴収業務に取り組むような制度的担保を設ける必要がある。