

# 基礎研 レター

## 国保保険料の現状

都道府県単位で保険料を統一する場合、何に注意すべきか？

保険研究部 上席研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

### 1—はじめに

医療保険制度改革法(2015年公布)に基づいて、財政基盤の強化を図るために、2018年度に国民健康保険(国保)の運営主体が市町村から都道府県に移された。保険料は、まず都道府県が標準保険料率を算定、提示し、市町村がそれを参考に保険料率を決定することとなった。

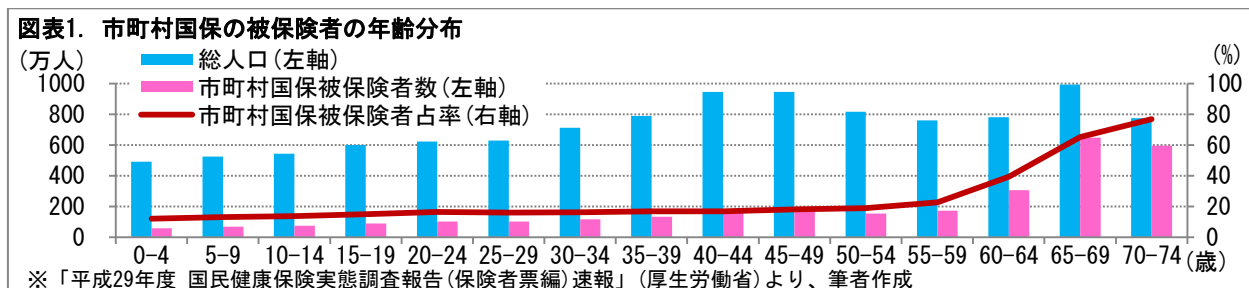
国保は、この半世紀の間に、被保険者の構成が大きく変化した。財政面では、近年、窮迫した状態が続いている。国保は、地域包括ケアシステムを推進する上で基礎となる制度であり、財政の立て直しを図りつつ、地域の医療サービス向上に寄与することが望まれている。本稿では国保の現状を概観し、その上で、都道府県単位での統一化を含めた保険料設定のあり方について検討することとしたい。

### 2—国民健康保険の現状

まず、政府の統計等をもとに、国保の現状を見ることとしたい。

#### 1 | 被保険者は無職・高齢者が中心

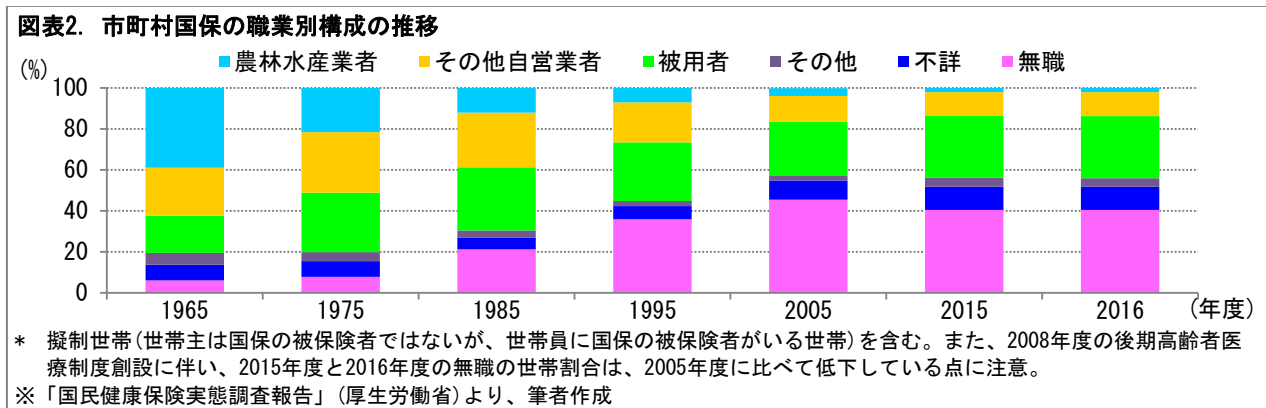
国保は、各市町村で運営される市町村国保と、医師・弁護士などが、知事の許可を得て同業者間で設立する国保組合に分けられる。2017年9月末で、保険者の数は市町村国保1,716、国保組合163。被保険者数は市町村国保2,945万人、国保組合280万人となっている。以下では、財政的に厳しい市町村国保に焦点を当てる。2008年度より、75歳以上の人は後期高齢者医療制度に移ることとなったため、国保の被保険者は74歳以下の人となっている。まず、被保険者の年齢分布を見てみよう。



<sup>1</sup> 本稿は、「日本の医療 — 制度と政策」島崎謙治(東京大学出版会, 2011年)等を参考にしている。

市町村国保の国保加入率(総人口に占める国保被保険者数の割合)は、60歳以上で上昇し、65-74歳では7割となっている。これは、被用者保険の加入者であったサラリーマンが、定年後に無職の年金受給者等となって、市町村国保に流入することが主な要因といえる。

次に、世帯主の職業別に、市町村国保の構成割合の推移をみてみよう。



1959年に国民健康保険法が改正され、市町村が国保事業を行うこととされた。1961年には、国民皆保険が実現した。1965年には、農林水産業者とその他自営業者で、被保険者の6割以上を占めていた。これは、そもそも国保は農業従事者の救済を目的として開始された(1938年)制度であり、被用者保険の対象とならない自営業者に健康保険を提供するためのものであることを表している。その後、半世紀あまりの間に産業構造は激変した。農林水産業者は、1965年に就業人口の約25%を占めていたが、2015年には5%を下回っている<sup>2</sup>。これに伴い、国保被保険者中の農林水産業者の割合も低下した。

代わって、高齢化の進展に伴って、無職の年金受給者が増加して、4割近くを占めるようになってきている。また、被用者の割合も高まり、3割を占めるに至っている。国保に加入する被用者は、被用者保険の対象ではない被用者を指す。例えば、常用の従業員が5人未満である個人事業主の下で働く従業員や、短時間労働者などが該当する<sup>3</sup>。

## 2 | 財政面で事業運営が窮迫

国保は、決算補填のための一般会計繰入金を除くと、2016年度に1,500億円の赤字(介護保険制度を含む)となる見込みであり、赤字額は減少するものの、財政面で窮迫した状況が続いている。赤字保険者(市町村)の数は、2016年度に473に上り、全体の27.5%となっている。

**図表3. 国民健康保険の収支** (億円)

	2014年度	2015年度	2016年度
収入	137,000	157,600	154,100
うち国庫支出金	33,600	34,500	33,900
支出	140,100	160,400	155,500
うち高齢者医療への支援金・納付金	18,100	17,900	17,100
収支	△3,100	△2,800	△1,500

(注) 収入は、単年度収入に、国庫支出金精算額等を加え、決算補填等目的の一般会計繰入金を差し引いて計算(筆者の計算による)。支出は、単年度支出。収支は、決算補填等目的の一般会計繰入金を除いた場合の精算後単年度収支差引額。(金額は、100億円未満は四捨五入して表示。「△」は、負値であることを表す。)

※「国民健康保険事業年報」(厚生労働省)より、筆者作成

<sup>2</sup> 農林水産業の就業者割合は1965年には24.7%であったが、2015年には4.0%に低下した。(「国勢調査」(総務省)より)

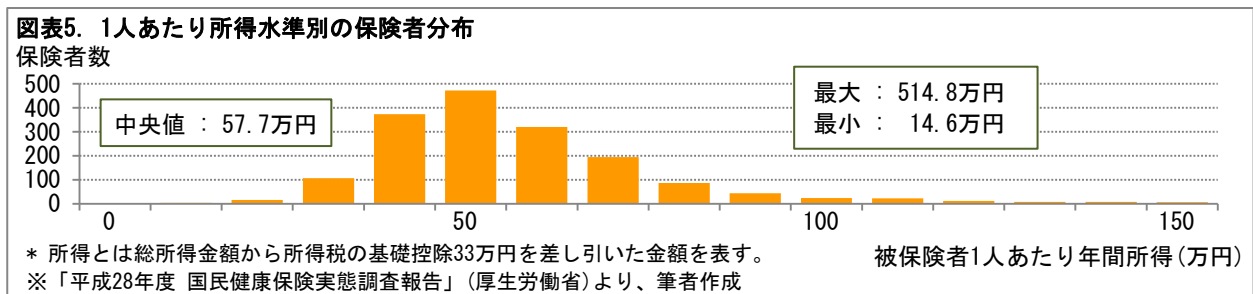
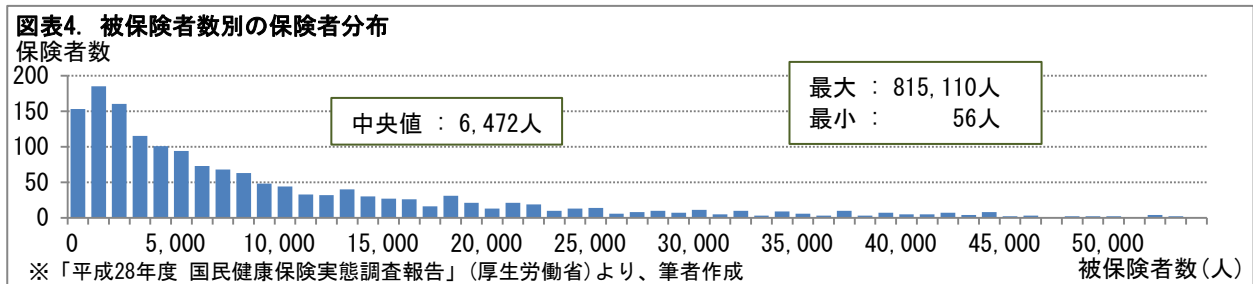
<sup>3</sup> 具体的には、所定労働時間又は所定労働日数の4分の3未満の間だけ就労する人、請負契約や委任契約により被用者となった個人事業主、2ヵ月以内の期間を定めて使用される短期労働者が該当する。

高齢者医療への支援金について保険制度間の負担の見直しが行われ、2017年度に、人数基準である加入者割から所得基準である総報酬割に移行した<sup>4</sup>。比較的高所得者の多い健康保険組合等の負担を高め、低所得者の多い国保の負担を軽減している。また、2018年度に、市町村国保の財政運営責任を、市町村から都道府県に移すことで財政基盤の安定化を図っている。さらに、2017年度以降は、公費補助を年3,400億円拡充している<sup>5</sup>。

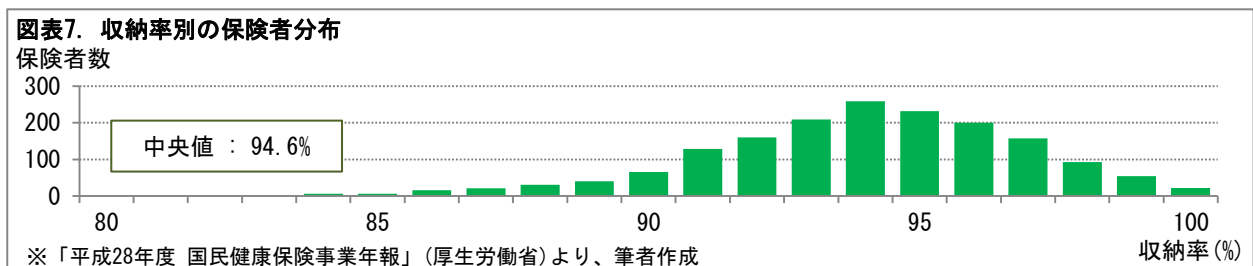
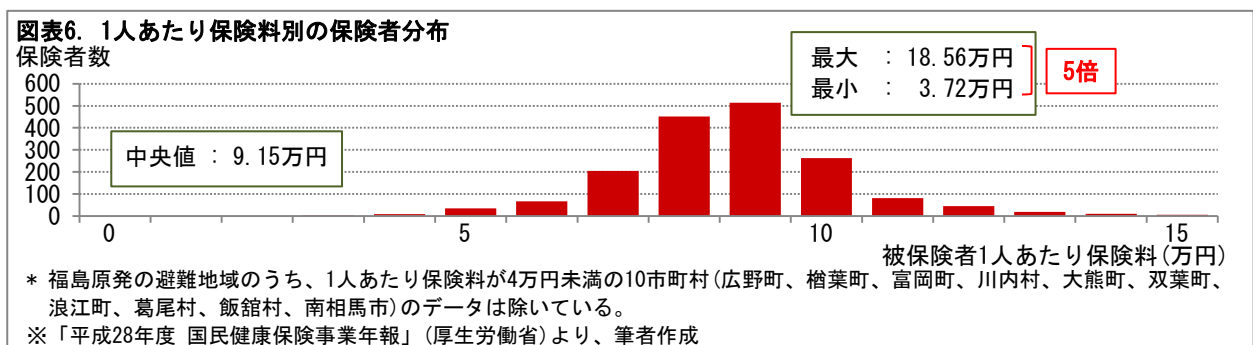
### 3 | 多様な保険者が存在

市町村国保には、保険者ごとに規模や被保険者の所得水準が大きく異なるという特徴がある。

1,716の保険者の分布(ヒストグラム)を見ると、被保険者数、所得水準に相当なばらつきがある。



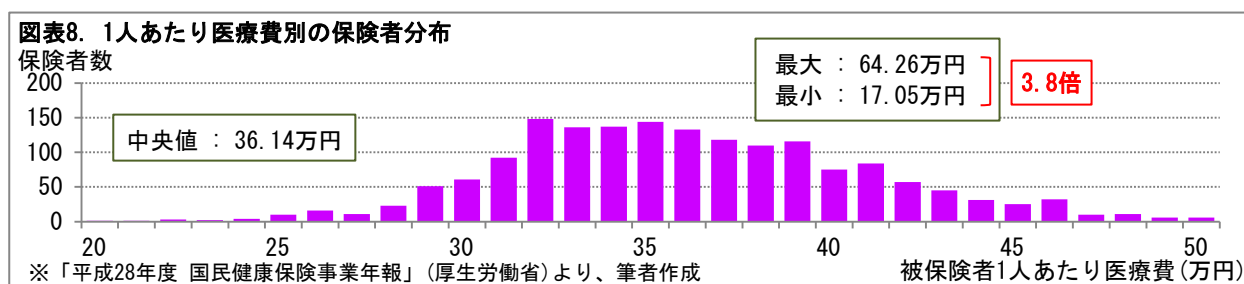
保険料も、大きくばらついている。保険者間で、最大5倍もの格差が生じている。また、保険料の収納率の分布をみると、100%の保険者がある一方、90%を下回る保険者もある。



<sup>4</sup> 2014年度は支援金の1/3が総報酬割であった。この割合が徐々に引き上げられて、2017年度に完全に総報酬割となった。

<sup>5</sup> これに先立ち、2015、2016年度は、公費補助が年1,700億円拡充された。

一方で、医療費も保険者ごとに異なっている。最大の格差は3.8倍となっている。この格差は保険料の最大の格差よりは小さい<sup>6</sup>。



#### 4 | 保険料が高い保険者は、医療費が低い (負の相関)

被保険者数、1人あたり所得水準、1人あたり保険料、収納率、1人あたり医療費の5つの項目について、各項目間の関係を相関係数<sup>7</sup>で見ると、次表のとおりとなった。

**図表9. 各項目の相関係数**

	被保険者数	1人あたり所得	1人あたり保険料	収納率	1人あたり医療費
被保険者数	1	0.028	0.026	-0.162	-0.107
1人あたり所得		1	0.317	0.027	-0.206
1人あたり保険料			1	0.256	-0.191
収納率				1	0.083
1人あたり医療費					1

※ 筆者作成

所得と保険料の間に正の相関がみられた。これは、保険料には所得割の要素がある(後述)ためと考えられる。また、保険料と収納率の間にも正の相関がみられた。これは、保険料が高いと保険者が収納に力を入れやすいということだろうか?

一方、所得や保険料と医療費の間には負の相関がみられた。所得や保険料が高い保険者は、現役世代が多く、医療費が低くなる傾向がうかがえる。また、被保険者数と収納率の間にも負の相関がみられた。これは、被保険者数が多いと保険者が収納を徹底できないということだろうか?

なお、相関係数の絶対値はいずれも1より0に近いので、項目間の関係はあまり明確とは言えない点に注意が必要であろう。

### 3——保険料設定の仕組み

国保の保険料が保険者ごとにばらついている背景には、保険料の設定方式が多様であることが要因として挙げられる。その設定方式について、見ておくこととしたい。

#### 1 | 国保の保険料は、各保険者が3つの設定方法の中から選択

国保の保険料は、応能割と応益割を組み合わせ、世帯単位で設定される。これは、賃金のみ按比例して保険料を設定する被用者保険とは大きく異なっている。応能割として所得割と資産割、応益割として均等割と平等割がある。保険者は必ずしも4つ全てを用いる必要はなく、四方式、三方式、二方式の中から選択する。実際には、各自治体で条例の中に、どの方式を用いるかを規定している。

<sup>6</sup> 保険料・医療費とも、第3四分位数の第1四分位数に対する倍率は1.2倍で、四分位数で見ると、格差は同等ともいえる。

<sup>7</sup> 相関係数は、項目間の関係を-1から1の間の値で表す。1に近いときは正の相関があり、片方が増えると、もう片方も増える。逆に、-1に近い場合は負の相関があり、片方が増えると、もう片方は減る。0に近い場合は、両者にあまり関係がない。

この保険料設定は、かつて国保の主たる対象であった農家の稼得形態を反映している。応能割として、毎年の農業生産からの所得に対する所得割に加えて、保有する田畑等の固定資産をベースに保険料負担能力を見るために資産割が設けられている。また、農業は家族総出で行われていたため、国保では、1人ひとりが被保険者となる。そこで、応益割として、均等割を設けて1人あたりの要素を入れるとともに、世帯単位での要素である平等割も加味されることとなった。

図表 10. 国保(医療分)保険料の構成

		四方式	三方式	二方式	
<b>国保(医療分<sup>8</sup>)の保険料*</b> = 世帯の所得×係数 + 世帯の資産×係数 + 世帯の人数×1人あたり定額 + 1世帯あたり定額	…所得割	○	○	○	} 応能割
	…資産割	○	—	—	
	…均等割	○	○	○	} 応益割
	…平等割	○	○	—	

\* 保険料には年間の上限額が設けられている。また、世帯の所得が一定額以下の場合、応益割の一部が軽減される(最大7割)。  
 ※ 各種資料をもとに、筆者作成 (各方式で、○は保険料算定に使用することを、—は使用しないことを表す)

このように、保険料の設定方式や、水準の設定が保険者ごとに異なることが、保険料のばらつきにつながっている。

しかし前章で見たとおり、国保の被保険者の構成は大きく変化した。都市部で田畑を固定資産として持つ者は少なく、資産割は住宅に課されるものが主流となっている。また、大都市では単身世帯や夫婦のみの世帯が増加するなど家族の形態も変化しており、平等割は意味を失いつつある。このため現在は、大都市で二方式、その他の都市で三方式、農村部で四方式が用いられる傾向が強まっている。

図表 11. 各方式を採用する保険者の分布(被保険者規模別)

被保険者数	四方式	三方式	二方式
5万人未満	1,029 (65%)	516 (33%)	41 (3%)
5万人以上10万人未満	12 (15%)	51 (65%)	16 (20%)
10万人以上	0 (0%)	33 (66%)	17 (34%)
計	1,041 (61%)	600 (35%)	74 (4%)

\* 広域連合や市町村合併の影響で方式が不均一になっているケースは、調整した。その結果、「空知中部広域連合」は含めないこととし、保険者数の合計は1,715となっている。(括弧内は横占率)

※「平成25年度 国民健康保険事業年報」(厚生労働省)をもとに、筆者作成

## 2 | 都道府県は、市町村に対して標準保険料率の提示を始めている

医療保険制度改革法により、2018年度より、都道府県が市町村に対して標準保険料率の提示を始めた。国民健康保険法の規定に従って、都道府県は納付金額を踏まえて、市町村ごとの保険料率の標準的な水準を表す「市町村標準保険料率」と、当該都道府県内全ての市町村の保険料率の標準的な水準を表す「都道府県標準保険料率」を算定している。市町村標準保険料率は、都道府県ごとに方式が異なる。一方、都道府県標準保険料率は、国が二方式に定めている。各市町村は、提示された標準保険料率を参考に保険料率を決定し、保険料を賦課、徴収している。

2018年度の都道府県標準保険料率は、最大県(所得割13.42%、均等割79,441円)と、最小県(同10.35%、62,063円)の間で、約3割の格差がついている<sup>9,10</sup>。今後は、毎年度、財政状況等を踏まえて算定される予定となっている。

<sup>8</sup> この他に、後期高齢者支援金分、介護分の保険料が定められ、これらの合計が国保の保険料となる。

<sup>9</sup> 医療分、後期高齢者支援金分、介護分の合計の保険料率。

<sup>10</sup> 公表内容が確認できた43都道府県のうち、最大は佐賀県、最小は福島県だった。福井、奈良、鳥取、大分の4県は、公表数値が確認できなかった。なお、同数値の公表については、法律上、「努めるものとする」(努力規定)とされている。

#### 4—おわりに（私見）

最後に、保険料設定の簡素化、保険料格差の縮小、の2点について、私見を述べることにしたい。

まず、保険料設定の簡素化について。無職・高齢者を含む国保では、所得をベースとする応能割のみの保険料設定だけでは不十分であり、応益割の要素を入れることで、被保険者間の公平な保険料負担が実現するものと考えられる。しかし、方式が3つもあることは複雑な保険料体系につながり、保険者間の保険料のばらつきを生じさせる結果につながる。特に、資産割については、金融資産等<sup>11</sup>が保険料に反映されないため、被保険者間の不公平感を助長しかねない。また、医療分と併せて支払われる後期高齢者支援金分や介護分の保険料には資産割はなく、バランスを欠いている。さらに、資産割は、被保険者にとって、固定資産税との重複感もあると思われる。保険料設定の簡素化を図る中で、将来的に資産割は廃止すべきと考えられる。

次に、保険料格差の縮小について。地域ごとに、医療費の実態や医療の提供体制が異なることを踏まえると、保険者間で、ある程度保険料がばらつくことはやむをえない。しかし、最大で5倍もの保険料格差(2016年度)があり、医療費の最大格差(3.8倍)をも上回っているという状況は、行き過ぎではないだろうか。そこで、都道府県内の保険料水準を統一すべき、との議論が出てくる。仮に各都道府県内の保険料が統一されれば、所得水準が同じ被保険者間では保険料率の格差は3割程度となり、現状の保険料格差は是正されることが期待される。

ただし、現状では、保険者ごとに、保険料の算定方式のばらつきも見られる。都道府県内で保険料を統一するためには、算定方式も揃えなくてはならない。しかし、算定方式の統一は、多くの被保険者に保険料負担の急変をもたらすと予想される。特に、負担が急増する被保険者にとっては、単に制度見直しとして片付けられる話ではないだろう。一般に、大きな制度改革を行う際には、激変緩和措置の導入が欠かせない。被保険者の理解を促しながら、時間をかけて、少しずつ改正を進めていくという姿勢が必要と考えられる。

今後、ますます少子高齢化が進み、高齢者に要する医療費が増大する一方、保険料を負担する現役世代の人口は減少する。その結果、医療保険制度の財政状態は、さらに厳しさを増していくものと考えられる。特に、市町村国保の財政は深刻なものとなろう。保険料の収納率の向上が必須であるが、そのためには、保険料支払いについての被保険者の納得感の醸成が欠かせない。単純でわかりやすく、格差の是正にもつながる保険料体系への移行が必要と考えられる。引き続き、各自治体の保険料設定に注目していくことにしたい。

<sup>11</sup> この他に、住居地以外の自治体に保有する固定資産、相続登記等の名義変更をしていない資産も保険料に反映されない。