

国民健康保険の保険料賦課方式

岡 崎 昭

はじめに

現在、わが国の国民健康保険（以下「国保」という）の加入者に対する保険料（税）は、国民健康保険法第76条に基づく「国民医療保険事業」に要する費用のうち、被保険者の負担する一部窓口負担金および国庫負担金を除いた市町村が負担すべき部分を賄うため、その財源として徴収されるものである。

ここ数年来「国保」の保険料（税）は、大幅な上昇を重ね、被保険者にその負担の重圧感と限度感を与えており、保険者たる市町村が財源確保のために行う「国保」保険料（税）負担の引き上げは、しばしば市町村議会においても激しい議論の対象となり、合意を得ることは難しくなっている。

さらに、国庫負担金等一般財源の投入には、社会保険制度としての性格上、「国保」被保険者和其他の医療保険制度の被保険者相互の公平維持の観点からおのずから制約があり、保険医療給付費の増大傾向が続く限り、「国保」保険料（税）の被保険者負担をそれ相応に引き上げていくことは、現実の要請として避け難いことだと考えられる。

「国保」保険料（税）の負担の引き上げに際して、保険者および被保険者の理解を得る上における最大のネックは、後に述べるように、現行「国保」制度においては、賦課方式および保険料（税）率の決定が、保険者の自主的裁量に大幅に委ねられている結果生ずる保険料（税）額の格差であろうと考えられる。

保険料（税）の賦課方式を全国同一基準によって標準化すれば、保険料（税）の不均衡は解消されるという構想のもとに、昭和40年代に試みられたのが「標準保険料の設定」であった¹⁾。

しかしながら、就業形態、所得分布、所得捕捉の難易、資産の保有状況、世帯構成等に基づく地域の個別の実態に対する配慮を欠いたため、保険者間の利害対立が避けられず、標準保険料構想は実現しなかった。

その後、老人保健制度の創設および改革を通じて年齢構成格差に起因する負担格差の緩和と制度間財政調整が図られ、さらには退職者医療制度の設立、保険基盤安定制度の導入等一連の改革が行われたにもかかわらず、「国保」保険料の賦課方式、賦課比率の相違に基づく負担の不均衡は全く解消されていない。

そこで、本論では現行「国保」制度のもつメリットを十分に尊重した上で、主として負担の公平化に視点を絞り、「国保」被保険者のもつ不公平感ならびに負担過重感をもたらす原因を、保険料（税）賦課率決定方式の分析、資産税割の導入の是非等、「国民健康保険実態調査」報告（昭和62年度までの各年度版）を通じて、現行制度のもつ問題点を検討するものである。

I 現行制度の問題点

1. 職業構成の変化と無業者の増加

被用者保険制度に属さない農業従事者、自営業者をはじめ無業者等すべて「国保」の加入対象者となるため、昨今の人口高齢化や産業構造の変化

を反映して、昭和45年度から62年度までの17年間に、「国保」該当世帯の世帯主職業別構成比は、農業・水産業従事者の占める割合が32.6%から11.3%へと急減し、無業者は5.7%から27.3%へと急増している。

第一次産業従事者の衰退は時代の趨勢を反映しているが、無業者の増加の大部分は年金受給者と考えられる。「国保」一般世帯の年平均所得は198.7万円、1人当たり76.3万円に比較して、給与所得控除および老年者年金特別控除適用前の「国保」被保険者の年金収入額の平均は、1世帯当たり年平均162.2万円、1人当たり99.6万円(昭和62年度)となっており、年金受給者は勤労世代に比べてそれほど遜色はないと思われる。問題は国民年金受給者が中心を占めると考えられる低所得者の増加であろう。昭和62年現在、所得なし、年所得26万円未満の層が「国保」全世帯の21.2%を占め、さらに軽減世帯についてみると、4割軽減・6割軽減各世帯のうち課税標準額(旧ただし書き方式による)なしの世帯はそれぞれ88.9%、95.4%を占めているのは、医療保障の問題点というよりは、むしろ単純に考えれば、所得保障の問題であろう。というのは、『厚生白書』(昭和63年版)によれば、老人2人世帯の生活扶助基準額すら年136万円(1級地)を超えているからである。

しかし、ここでの無業者は必ずしも低所得者とはいえない。「国保」における低所得者とは、保険料(税)賦課の算定基準となる課税所得額が0または低い所得者を指すにすぎない。むしろ被用者保険の被保険者と比較して、「国保」被保険者の所得算定上での問題、すなわちその所得把握の不備によって生ずるクロヨン問題を十分考慮する必要があり、ひいてはそれが所得割賦課(後に詳しく述べる)の上での賦課率を一層複雑にしているといえよう。したがって、「国保」における低所得者問題は税務行政上の問題と深い関連があることに注意すべきであろう。

2. 年齢構成の変化

高齢化の進展に伴って「国保」と他の医療保険制度の加入者との平均年齢格差が一層拡大し、

「組合健保」とは10歳以上の開きが生じている。また、「国保」加入者の勤労世代は減少し、60歳以上の加入者比率はこの10年間に7ポイント上昇している。さらに、年齢差によって生ずる1人当たりの医療費格差も大きく、最低の10~14歳層と70歳以上の層とでは14.8倍の開きがある。

以上のことは、一方では被保険者全体に対する高齢者の構成割合の急増が、医療給付費の増大を招き、他方では無業者(年金生活者を含む)の増大による拠出保険料(税)の負担能力の低下、さらには負担能力の高い「被用者」の他の制度への転出が、「国保」の厳しい財政状況に拍車をかけているといえる。

3. 医療費の地域格差

現行の「国保」においては、保険料(税)と保険医療給付費とは不可分の関係にあるため、保険医療給付費にまつわる問題点を切り離すことはできない。

医療費の地域格差は他の制度とも共通した問題であるが、特に「国保」は約3,300の保険者が日本全国に分立しているため、制度の財政的不安定の大きな要因となっている。

厚生省は「実績医療費」と、その各保険者の年齢構成を全国平均と同じと仮定して計算した「実質医療費」それぞれの1人当たりの額を、都道府県別に算出している。これによれば、最上位と最下位の格差はそれぞれ2.2倍、1.7倍と北海道、沖縄を除いて西高東低型になっている。かかる地域格差は府県単位だけの問題ではない。同一府県内であっても、保険者が異なることによって医療費に相当な開きがある。

例えば1人当たりの医療費が全国で最高の広島県では、61年度の1人当たり一般入院医療費、入院外医療費は、最高保険者と最低保険者とでは、格差はそれぞれ2.8倍、2.2倍の開きがある²⁾。

かかる地域格差の一要因として「国保」1人当たりの入院医療費(老人を含む)と人口10万対病床数との相関関係がかなり強いことがあげられる³⁾。

さらに、昭和62年6月の「国民医療総合対策本

部の中間報告」のなかでも、老人1人当たりの入院医療費の最上位北海道の48万7,000円と最下位県静岡の17万4,000円との格差比率は約2.8倍、入院日数比率および人口10万対一般病床数比率も最上位・最下位との間でそれぞれ格差比率2.7倍、2.9倍と興味ある分析結果が示唆されている。

その上、かかる医療費格差にもかかわらず、70歳以上の平均余命は、医療費についての上位5県、下位5県との間で男性10.9～11.8年、女性13.3～14.3年とその格差は1年程度しか見られず、また70歳以上の対1,000人の死亡率についても55.6～60.0人とその格差は1%に満たないことも報告されている。ここでは、医学倫理上の問題は別として、高齢者の間では医療資源の投入量と生命の維持・延命等の間には相関関係が小さいことを示唆していることは興味深い⁴⁾。

このように「国保」医療給付財政に関する関連指標が、地域によって2倍以上の格差を生ずるための合理的な説明理由を見いだすことは困難であると同時に、その格差要因を単なる地域格差で終わらせてはならないと考えられる。問題は、かかる格差の生ずる諸要因に対するきめ細かな分析と対応策であろう。例えば、極端ではあるが、規模の小さな保険者で高額医療受給者が続出すれば、たちどころに保険料(税)は激増するであろう。ここでは保険という規模の経済性が全く生かされておらず、ここから小規模保険者の統合問題が議論の対象となるであろう。

臨調の答申以来、保険医療給付費の適正化が叫ばれているが、経済学的見地からすれば、医療という財・サービスの需給はその財・サービスの特殊性によって価格メカニズムによる調整機構としての、医師と患者の間での医療市場をもたないといわれている⁵⁾。さらには、医療の受給調節機能は一方的に供給者(医師)の手に握られており、医療保険制度の下では実物としての医療サービスの受給に伴う対価としての金銭の授受が、一部の自己負担を除いて受給とは切り離されているため、医師・患者双方にとって医療サービスのコストを意識することの必要性はほとんどない。その上、医師の診療報酬制度が出来高払いであるため、医

療資源の最適配分もしくは効率的配分を意識することは、かえって医師の経済的利益を損なうことになる。したがって、濃厚診療・投薬過多・検査過重等の医師として倫理上許されない経済利益の追求動機が、「供給が需要を生む」の言葉通りに医療給付費増大の誘因であることは否定できない。

問題は、その地域の医師の集中度さらには医療供給体制のあり方が、医療費の決定に大きな役割を果たしているとは考えられるが、それがどの程度論拠づけられるかが明確ではないことである。

したがって、医療費格差の解消については、保険料負担の公平性、国庫負担配分の適正性、医療費適正化の保険者の努力への評価等の観点からも有効なシステムの確立こそ急務といえよう。このためには、まずさまざまな角度からの詳細な分析が望まれる。

昨今、「保険基盤安定制度」「高医療費市町村における運用の安定化の推進」「小規模保険者の高額医療費共同事業」等が実施されている。さらには、高齢化社会における社会保障費の急増対策として消費税が施行され、その目的税化が叫ばれている。当然、目的のひとつとして、急増する老人医療費の財源調達が問題となると同時に、これに関する各方面の合意も容易であるかもしれない。しかしながら、すでに述べたように、出来高払いを中心とする医療給付費の支出面において抜本的改革がなされない限り、消費税は老人医療費支出のための打ち出の小槌となる恐れがある。

II 保険料(税)の徴収方式

1. 保険料と保険税

現行「国保」の保険料(税)の賦課・徴収には世帯主義が採用されており、その最大の特徴は、同じ目的のために2種の徴収制度、すなわち保険料方式と保険税方式のいずれか一方の採択が保険者に委ねられていることである。

かかる2本立て制度の成立は、昭和26年地方税法のなかに目的税として「国民健康保険税」が規定されたことに始まっている。その前提として、(1)戦後「国保」体制の整備、保険診療による受

診率の向上に伴う保険財政の危機、(2)制度基盤を強固にするための徴収方法の採用、(3)保険税徴収方式による収納成績の向上、および制度の最終的責任の明確化、(4)被保険者負担の均衡を図るための公的規制の必要性等があげられている⁶⁹⁾。

さらに、「社会保障制度に関する勧告」(昭和35年10月)では、(1)税徴収方式による徴収の簡素化、(2)シャープ税制調査団の社会保障税に対する勧告、にも一致することをあげている。

しかし、国民健康保険法第76条の規定では、保険料を原則とし税を例外としている。実態としては、昭和62年度「国保」の3,269保険者のうち、2,966保険者が税方式を採用し、東京都特別区の他、政令指定都市および周辺市町村では保険料が採用されている。

本来、社会保険の保険料は、(1)所得あるいは負担能力に応じて賦課されること、(2)その総額は全体の支払いに必要な額に見合うものでなければならないこと等を原則としている点に一般の私保険とは異なった特色があり、したがって社会保険給付は社会的な平均必要度に応じて均一に行われることから、同時に再分配効果の実現も期待されている。

さらに、国民皆保険が実現して4分の1世紀が経過した現在、被保険者の立場から見た保険料、税の実質的なメリットの相違はない⁷⁰⁾。むしろ高齢化社会を迎えて、医療保険を通じての相互扶助の精神を強調する必要性が高まっていることから、保険料に統一すべき再検討の時期にきていると考えられる(以下保険料に統一)。

もちろん、保険料算定基準としては、現行方式に優るものは見いだせないように考えられるが、現行方式にはあまりにも保険者の自由裁量に委ねられる部分が多く、また標準的な保険料賦課のための大枠さえも設定されていないため、さまざまな問題を抱えていることも事実である。以下、それらを順に検討してみよう。

2. 応能原則と応益原則

被用者保険が医療給付にはかわりなく、負担能力に応じた保険料算定法を採用しているのに対

し、「国保」保険料では医療保険給付という特定の目的のために徴収されるものであるから、その目的に合致したより複雑な保険料徴収法が採用されている。

すなわち、「国保」はその設立当初より、「国保」被保険者の所得把握の不完全性、厚い低所得層の存在等の深刻な問題を抱えている。したがって、応能原則にのみ立脚した保険料の賦課・徴収方式では不公平の拡大が避けられないため、現行方式では応益原則に基づいた方式をも付加採用している。それ故に、「国保」においては、この両原則の組み合わせがまず問題となるのである。

医療保障による便益の個人への帰属は明確な部類に属すと考えられるため、応益原則に基づく保険料の算定は適合性が高く、その適用は望ましいといえる。しかし、ここでの応益原則に基づく「受益」の内容は、被保険者の治療に必要とされる医療のコストではなく、健康のリスクに対する保障にはかならない。前者に応じた負担の要求では、公的医療保険の目的を達成することができないのは明らかであろう⁸⁾。

医療需要が適切であるためには、医療便益とそのコストとの対応が個人について明確であることが望ましいという観点からすれば、応益原則は優れているといえる。しかし、基本的には応益原則を適用しながらも、負担能力の低いグループに対する配慮が必要であり、扶助原理を加味する上からも、垂直的公平に基づく応能負担原則の導入は不可欠なものであろう。このことによって、応益原則のもつ低所得者層への過度の負担と、負担の逆進性が緩和できるからである。むしろ、このことこそ公的医療保険の存在理由が見いだされると考えられる。

それでもなお、医療便益の大きさは被保険者の年齢、家族数さらに個人差の大きい健康状態、受診傾向等に依存するという問題が残されており、その上医療便益と所得水準との対応関係も明確ではない。したがって、あまりに応能原則に偏れば、応益原則に期待される医療需要適正化効果が弱められるという問題も生ずる。

わが国の所得再分配は主として税制と社会保障

とにおいて行われているが、応能負担には医療保険本来の目的達成のために必要な要素と、それを上回って所得格差是正を目的とする垂直的所得再分配機能も併せもっていることとなる。

昨今の税制改革において、累進税率の緩和が図られた。このことは、税制における所得再分配効果の後退を懸念させるかもしれない。したがって、本論では医療保険の保険料拠出がもつ、応能負担原則に基づく垂直的所得再分配機能を重視すると同時に、水平的再分配機能をも重要な側面を占めるものと考えている。したがって、各保険者間での同額所得に対する応能負担割合は、同率であるべきだと考えている。

3. 賦課方式

応能原則に基づく保険料は、(A)所得割額と(B)資産割額に、応益原則に基づくそれは、(C)被保険者均等割額と(D)世帯平等割額とに分割され、それぞれの賦課比率モデルが地方税法703条の4第3項に示されている。

各保険者は、これらの組み合わせのうち、(A)(B)(C)(D)の4方式、(A)(C)(D)の3方式、(A)(C)の2方式のいずれか1つを採用することとなる。

4方式には資産税割額が含まれており、応能負担を所得のみに限らず、一部固定資産の所有にかかわる固定資産税の拠出能力にも求めているところに特徴がある。しかし、現行市町村「国保」における配分比率は7.7%(62年度)と、資産割額はあくまで所得割額の補完的な役割を果たしているにすぎず、最近の地価の上昇にもかかわらず、昭和61年度に比較して0.2ポイント下落しているのは、大都市およびその近郊に4方式の採用が少ないことを反映しているといえよう。

各保険者はその年度に確保すべき保険料の総額を、地方税法703条の4第2項の規定に基づいて算定し、上述した方式のいずれかの構成要素の配分にに応じてそれを保険料納付義務者に上法第3項の規定に従って配分する。

一般被保険者にかかわる保険料額の決定は、上法第4項によれば、世帯主のみならず、その世帯

に属する被保険者について算定した上記4つの割額についての合算額についてなされることになっているが、この合算額はある限度額を超えてはならないこととされている⁹⁾。また、低所得者の負担の軽減を図るため、その所得が一定以下の金額については、保険料のうち被保険者均等割額、または世帯別平等割額を一定基準で減額することになっている¹⁰⁾。

昭和62年度市町村「国保」の一般被保険者について、保険者の規模別に上記割額の構成比率を見ると、被保険者数20万人以上の保険者では所得割額の比重が77.3%を占め、逆に資産割額は1%に満たない。これは、資産割額のある4方式採用保険者が、17保険者中2保険者にすぎないからである¹¹⁾。さらに、被保険者数5,000人未満の小規模保険者では応益割賦課比率が38.4%と大きく、保険者の規模が拡大するにつれて応能割比率が増大し、応益原則が過小に評価されている。

さらに、保険者規模の拡大に伴い、「ただし書所得」「保険料算定額」「賦課限度額を超える世帯数の割合」ともに上昇し、所得割額も増加しているが、超過限度額が存在によって中・高所得者の所得上昇は「保険料調定額」には反映されず、むしろ保険者規模が大きいほど保険料の拠出面では被保険者に有利になっている。すなわち1世帯当たりの保険料調定額の旧ただし書き所得に占める割合は、被保険者数5,000人未満の保険者では10.75%であるのに対し、20万人以上の保険者では6.61%となっている。これは規模の経済性を物語ると同時に、限界保険料率の低下をも反映し、超過限度額が存在は垂直的再分配機能を作用させるための大きな障害となっている。

また、被保険者20万人以上の保険者の資産割額は保険料算定額の0.4%と、被保険者5,000人以上1万人未満の保険者の11.8%と比較して極端に少なく、大都市ではほとんど資産割額は賦課されていないことを示している。このことは、すでに述べたように最近の大都市およびその近郊における急激な地価の上昇によって生じた資産格差が、医療保険のもつ所得再分配機能では是正されないことを物語っている。その上、小規模保険者は低所

得者の増加による所得割額比率の低下、これを埋めるための応益割額比率の拡大という保険料賦課の上からの二重の困難に直面している。

a) 所得割額

所得割額は住民税の所得割課税方式に準拠して算定することとされており、(1)ただし書方式、(2)本文方式¹²⁾、(3)所得割額按分方式¹³⁾のいずれか1つの方式を採用することになっているが、税法上は(1)方式が原則となっている。というのは、「国保」が厚い低所得層を抱えるため、(2)または(3)方式による場合には所得割額対象被保険者数が極めて少数となり、反面大多数の者は応益割額のみを負担するという被保険者間の負担の不公平性、ひいては他の医療保険との不均衡を生ずるからであるといわれている¹⁴⁾。

しかしながら、昭和62年度においては、所得なし世帯およびただし書所得非課税世帯を合わせて全体の21.2%を占めているが、昭和51年度の12.2%に比較して急激に増加しており、これらの世帯は所得割額はなく応益割額の負担が大きな比重を占めている(資産割額がなければ応益割額のみとなる)。

また所得なし世帯を含めて所得100万円以下の世帯が昭和62年度では全世帯の44%を占めており、「国保」発足当初より問題となっている厚い低所得層の存在を如実に物語っている。

しかしながら、これらの所得のなかには所得捕捉の不備による課税所得の漏れは勿論のこと、保険料賦課の対象とならない他の所得、すなわち利子・配当所得、控除額限度内の年金、株式のキャピタル・ゲイン等はほとんど除外されているため、厳密な意味での低所得層を規定するのは非常に困難である。生活扶助基準額夫婦子供1人の場合、昭和63年度では年間約156万円前後であることと比較すれば、生計維持の建前から実質的な低所得者の定義は一層困難となるであろう¹⁵⁾。

さらに、ここでの生活扶助は最低生活に必要な所得保障であり、不確実性が高くかつ個人差の大きい医療保障は別枠になっている。したがって医療保障は、生活困窮者の医療受給が費用負担者にも効用の純増加をもたらすという「パレート最適

再分配」で説明されている¹⁶⁾。

しかし、「国保」においては保険料算定額と調定額を比較すれば分かるように、ただし書所得および軽減制度の導入が低所得層に、最高限度額の導入が高額所得者に、それぞれ有利に作用し、中間所得層には不利に作用しているため、普遍主義の立場からすれば、むしろ総所得金額を保険料算定基準に使用するほうが合理性が高いと思われる。これによって全国统一基準による所得把握が可能になるであろう。低所得者対策については、保険料算定のための所得最低限度額を導入し、被保険者均等割のみを最低保険料として賦課することによって、医療「保険」として健康のリスクに対する保障を強調すべきであろう。

ここでの医療保障は、不確実な医療需要による経済的不安を除去するための政府を保険者とする保険と、医療需要の機会均等化のための平等主義の立場から説明されている。私保険ではモラルハザードに対処できず、市場機構では機会均等化に失敗するからである¹⁷⁾。

さらに、高所得層の保険料調定額は算定額に比べかなり低く抑えられており、最高限度額を絶えず引き上げることに留意すべきであろう。所得階層別保険料の負担格差に対する論拠はさほど明確でないため、他の医療保険との均衡上からも、最高限度額の撤廃には大きな抵抗が伴うと思われる。しかし、ここでは垂直的再分配が強く求められていると考えてよいであろう。

b) 資産割額

資産割額は所得割額の補完的な役割を担い、所得割額とともに応能割を構成している。賦課額は、(1)固定資産税額もしくは、(2)固定資産の税額のうち土地または資産にかかわる部分の額のいずれかによって按分し、算定されることになっている。2つの方式が認められているのは、一般に都市部における償却資産は、土地・家屋に比較して所有者と非所有者との偏在度が大きく、また償却資産のなかには高価格のものが多くいること等から生ずる資産割額格差を回避するためといわれている¹⁸⁾。この2つの方式のいずれによるかは、市町村が実状に応じて条例で定めることとなっている。

しかしながら、金融自由化の今日、個人資産のポートフォリオを考慮すれば、資産割賦課の対象を固定資産に限定する必要はないとも考えられる。税制改革の議論においてもさまざまな角度から株式・公社債等の金融資産の課税問題が取り上げられている。しかし金融資産以外の富裕資産はまずその把握が困難視される。金融資産を含めてもその徴税コストとの比較は容易ではない。一方固定資産税に関しては、保険者と同一行政主体の市町村において、資産の所有者たる課税対象者の把握、それに伴う課税が実施されている。したがって、資産割算定の基準となる固定資産税額の把握およびそれに伴う保険料賦課率（額）の決定には、すでに多くの保険者が採用していることと併せて、さほど困難はない。

「国保」保険料算定基準のなかに資産割額が導入された本来の目的は、「国保」被保険者の所得把握は、被用者保険の被保険者に比較して不確実であるため、応能割負担における所得割の強化は、不平等の拡大につながることを、したがってこの不備な所得捕捉を補完し、さらには厚い低所得者層の存在による保険料徴収不足額を補うことにあったはずである。

ここでは、固定資産所有者の負担能力が問題になるが、資産割額を賦課していない保険者が、規模の大きい保険者すなわち大都市およびその近郊の保険者に集中していることはすでに述べた通りである。近年大都市およびその周辺の地価は急上昇しており、土地による担保能力もまた一段と増大している。したがって資産所有者の保険料拠出のための潜在的能力もまた飛躍的に強化されており、仮に現金支出が困難としても、公的機関を通じての資産の信託もしくはそれに類似の手段によって、被保険者所有の資産を提供することによって、資産割による保険料負担は十分に可能になっていると考えてさしつかえなからう。

昭和61年度市町村「国保」一般世帯について、所得割額のある世帯、固定資産税納付世帯および固定資産税額、資産割額のある世帯およびその固定資産税額を所得階層別に見ると、所得なし世帯のうち30.4%は固定資産税を納付しており、23.2

%が資産割額のある世帯となっている。所得50万円未満の世帯では固定資産税納付世帯が47.4%と、所得割額のある世帯とほぼ同率になっている。このことは、低所得者といえども、資産割によって応能割の一部を代替しうることを物語っている。

ここでの問題点は、固定資産の所有者であり当該資産に対する固定資産税納税義務者でありながら、保険者が異なることによる資産割の賦課の有無によって、被保険者間に生ずる不公平であり、固定資産税納付世帯でありながら、資産割額のない世帯は高所得層ほど増加していることである。また低所得層でも固定資産税を納付する世帯に資産割額を賦課することによって応益割への集中が緩和されよう。

同時に当該資産を所有するにもかかわらず、資産割が賦課されない場合、その資産の相続によって、その相続人に対し保険料負担相当額の補助金を与えるのと同じ結果を招くという不合理な問題をも生ずることになるであろうと思われる。

c) 応 益 割 額

応益割額は被保険者均等割額と世帯別平等割額とからなっている。被保険者均等割額は、被保険者均等割総額を被保険者の総数で除して算定され、世帯別平等割額は世帯別平等割総額をその保険者の「国保」加入世帯数で除して算定されることになっている。

「国保」における保険医療給付はすべての被保険者に対して均一に行われるため、被保険者均等割額は応益負担としては窓口負担に次いで適切なものといえよう。しかし、1世帯の被保険者数の増加に比例して負担も増加するため、多人数世帯には負担が重くなっている。この負担を緩和するため、世帯別平等割額が導入されたと考えられるが、医療受益対象があくまで個人であること、および近年高齢者の単身、もしくは夫婦のみ世帯の増加を考慮すれば、世帯構成員格差を無視した平等割額は不合理だとも考えられる。

同時に、均等割額が保険料算定額に占める府県単位(昭和61年度)で見ても、最高熊本県の31.2%から最低埼玉県の9.4%にまたがっている。ここでは、疾病というリスクに対する医療受給権確保

のための保険料として均等割に一本化し、それを標準最低保険料として全国一律化すべきであろう。

III 保険料負担格差

最後に、「国保」の保険料算定基準となる賦課方式および賦課の割合が、地域によって異なることから生ずる不均衡について、被保険者の保険料抛出面を中心にその負担格差を具体的に分析してみよう。

保険者の規模に応じて、保険者数の分布を1世帯当たりの保険料調定額の階層別に調べてみると、ここでは被保険者数5,000人未満の規模の保険者が全体の半数を占めており、1世帯当たりの保険料も7万円以下の保険者から19万円以上の保険者と多岐にわたっている。このことは、被保険者の保険者間の移動が保険料に著しい差異を生じることがを物語っている。

1人当たりの保険料を府県単位でみると、最高は富山県の6万3,000円、最低は沖縄県の2万8,000円となっている。さらに、保険者間でみると次のようになる。

いま、「国保」保険料の所得割を市町村民税×一定比率で算定する保険者「東京都」と「札幌市」を選び¹⁹⁾、それに属する家族構成夫婦子供1人の代表的世帯主被保険者が、年当たり5万円の市民税、5万円の固定資産税を支払っているものとする。市民税均等割額および最高限度額は無視するとしよう。東京都の保険料は8.9万円、札幌市のそれは46.5万円となる。したがって、もしこの家族が東京都より札幌市に転居し、他の医療状況の変化を考慮しなければ、保険料は実質5.2倍となる。かかる格差の論拠を説明することは非常に困難であろう。

上の両市とも資産割は賦課されていない。そこで資産割のある中堅都市「仙台市」「金沢市」「広島市」によって上と同じ被保険者を考えてみると、それぞれ26.0万円、33.6万円、13.9万円となる。ここでは、同一制度に属しながら水平的公平は全く無視されていることになる。

IV 保険料試算のためのモデル

昭和61年度における「国保」一般世帯の全国所得階層別平均保険料調定額を基準として、保険料算定総額2兆5,000億円（昭和61年度は2兆2,240億円）程度を確保するための総額主義に基づくモデルを作成した。低所得層の負担を和らげ、同時に高所得層の限度額を考慮して、所得割額の算定には一定比率を適用せず、低所得層には通増型、中間層にはほぼ一定比率型、高所得層には通減型になるよう指数関数を導入し、この関数のもつ性質を活用した。したがって、最高限度額、4割・6割軽減のいずれも考慮せず、また均等割額は1世帯平均3万円とし、最低所得限度額（昭和62年度軽減対象世帯所得限度26万円）以下の世帯の標準応益割保険料とした（モデルでは所得割額のなかに含まれている）。また資産割額は昭和61年度「国保被保険者」固定資産税額に対する資産割額の全国平均比率を一律に適用した（表1を参照）。

昭和61年度保険料に比べ、資産税割額を除外すれば、軽減対象世帯の保険料はわずかに増加しているが、所得30万円以上400万円以下の低・中所得層の保険料負担は軽減されており、資産割を含めても60万円以上300万円以下の層の負担はかなり軽くなっている。限度額がないため、高所得層の負担は増加するが、本モデルでは所得の1割前後である。

むすび

これまでわが国の国民医療保険制度の自立・発展を妨げてきたのは、高齢者と低所得者および、制度が当初より内包している構造的矛盾であったといっても過言ではない。高齢者対策は老人保健法にゆずり、ここでは低所得者に対する抜本的対策の必要性和、「国保」制度のもつ構造的矛盾から生ずる問題、すなわち保険者間の保険料水準の不均衡が、保険料の賦課方式の不統一によってもたらされているという問題を中心に再考してみよう。

表 1 保険料賦課 モデル 1

所得階層別 単位(万円) 総数	現行保険料 (円)	現行保険料 累積額 (億円)	新所得割額 (円)	新資産割額 (円)	新保険料 (円)	新保険料累 積額 (億円)
～ 0	23,717	582.0	30,000	13,061	43,061	1,056.7
～ 30	29,657	878.7	33,177	12,162	45,339	1,510.3
30～ 60	50,196	1,523.8	40,532	13,819	54,350	2,208.7
60～ 90	74,639	2,632.1	49,433	13,642	63,075	3,145.4
90～ 120	100,577	4,209.2	64,203	17,270	81,472	4,422.9
120～ 150	124,009	5,978.8	73,045	18,226	91,271	5,725.3
150～ 180	146,913	7,723.4	88,421	20,398	108,818	7,017.5
180～ 210	168,457	9,384.4	106,657	22,721	129,378	8,293.2
210～ 240	190,799	10,809.6	128,120	23,821	151,941	9,428.2
240～ 270	204,244	12,028.0	153,153	24,559	177,712	10,488.3
270～ 300	232,402	13,130.7	182,044	27,309	209,353	11,481.6
300～ 400	259,693	15,692.6	258,594	32,346	290,940	14,351.8
400～ 500	301,051	17,127.1	410,074	46,520	456,594	16,527.4
500～ 800	333,975	19,142.6	731,412	58,378	789,789	21,293.8
800～1,000	349,169	19,650.7	931,766	73,688	1,005,450	22,756.7
1,000～1,500	346,832	20,108.5	984,561	116,529	1,101,090	24,210.2
1,500～	341,660	20,600.5	989,034	220,834	1,209,870	25,952.4

1) 医療保険は拠出保険料を財源として給付を行う制度であるから、被保険者の一定の負担能力を前提としなければ成立しない。したがって負担能力の乏しい低所得者に対しては、一般被保険者とは分離し、能力に応じた保険料負担を前提としながらも何らかの援護的・政策的配慮が必要となる。そのためには、低所得者のできるだけ明確な所得把握を前提とした上で、保険料賦課の最低所得限度額を設け、それ以下の所得層には均等割のみで一本化する。これは保険医療給付のための権利証と解してもよい。

2) 社会保障のもつ再分配機能を重視する立場から、保険給付のための財源をフローとストックの双方に幅広く求め、応益原則はできるだけ保険原理に基づく受益者負担に適用するほうが、公平の観点から好ましいと考えられる。

3) したがって、賦課方式は、(1)所得割、(2)資産割、(3)均等割とする。所得割は中堅所得者の保険料負担の緩和を考慮し²⁰⁾、また高所得者に対する減免措置である最高限度額は、実質的には撤廃する。

4) 固定資産税全納付世帯に資産割を賦課することによって、資産の所有、非所有にまつわる不平等格差を緩和する。資産割はビルト・イン・ス

タビライザーとして、保険財政基盤の安定化に寄与すると考えられる。

5) 年金制度の成熟化とともに、「国保」の無所得層に含まれる年金受給者の年金額も増加している。しかし保険料拠出世代の所得と比較すれば、年金控除が有利に作用しているため、保険料賦課の対象となっていないのが現状である。ここではサイモンズ流の包括所得主義の立場をとり、ある限度以上の年金受給者に対しても、年金給付の段階で保険料負担を求めるほうが公平だと考える。

6) わが国の資産の活用の先駆的事例である東京都武蔵野市の「武蔵野公社」や、信託銀行等の現状と課題についてはいくつかの研究報告がなされている²¹⁾。また、諸外国でもさまざまな資産活用の商品化が進んでいる²²⁾。ここではこれらの資産活用サービス供給システムのなかへ、医療保険料の負担を組み込むというプランを考え、これによって資産に基づく拠出能力ももたずまた資産売却意思をもたない被保険者の潜在的負担力を活用する。

7) 老人保健への分担金は、(他の医療保険制度を含めて)「国保」の財政基盤をゆるがすものである。したがって、老人医療費の問題は給付費支出面での抜本的改革を前提とした上で、目的税と

しての消費税の活用等を含めて別途に処理すべきである。

最後に、今後の国民保険制度のあり方について、全国的な合意を得るためには、保険財政基盤の合理化・効率化等の問題に積極的に取り組むと同時に、被保険者においても、医療費の通知によるコスト意識の喚起と、不必要な医療サービスの供与は直接保険料負担の増加につながるという認識を通じて、たえず医療資源の効率的配分と、資源使用の適正化を怠ってはならないことはいうまでもないであろう。

注

- 1) 報告書「国民健康保険の基本問題に関する懇談会」、座長・鈴木武雄，昭和46年9月。
- 2) 『地域医療費総覧'88』，社会保険旬報，昭和63年3月。
- 3) 厚生省の試算では0.813，本論でも上記注2)をもとに計算した結果0.825を得ている。
- 4) 「国民医療総合対策本部の中間報告」昭和62年6月，参照。
- 5) K. Arrow, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *American Economic Review*, Vol. 53, No. 4, 1963.
- 6) 昭和13年法律第60号，旧「国民健康保険法」，ならびに前川尚美『国民健康保険』，ぎょうせい，昭和60年，47頁参照。
- 7) 賦課権の期間制限については，保険料は2年であるのに対し，保険税は3年（国保法110条，地方税法17条の5），徴収権および還付請求権の消滅時効については，保険料は賦課権と同様2年であるが，保険税は5年（国保法110条，地方税法18条，18条の3）などとなっている。
- 8) 大野吉輝『社会福祉の経済学』第13章，東洋経済新報社，昭和54年，参照。
- 9) 世帯主たる保険料（税）納付義務者に対する保険料（税）額は各割額の合算額がある限度額（平成1年では42万円）を超えてはならないとされている（地方税法703条の4）。国民健康保険法上は明文がなく準則で示されている。
- 10) 国民健康保険料（税）の納付（税）義務者である世帯主およびその所帯に属する被保険者につき算定した市町村民税所得割額の総所得金額等の合算額が一定

以下の金額である場合は，その納税義務者の均等割額または世帯平等割額を一定の基準により減額するというものである（地方税施行令56条の89）。

- 11) 札幌市と広島市である。
- 12) 昭和36年度から38年度までの間，市町村民の所得割の賦課方式として採用されていたもので，現行地方税法第314条の2第1項の総所得金額等から基礎控除額，配偶者控除額等の各種所得控除額を控除した後の金額によって算定する方式である。
現行制度では，所得割の算定基準として，（1）総所得金額等から基礎控除額を差し引いた額，（2）総所得金額等から各種控除額を差し引いた額，（3）市町村民税の所得割額，（4）市町村民税額，（5）その他，のいずれか1つを用いて計算することになっている。
- 13) 市町村民税の所得割額をそのまま用いて算定する方式である。
- 14) 前川尚美，前掲書，197頁参照。
- 15) 厚生省編『厚生白書』昭和62年版参照。
- 16) 大野吉輝，前掲書，第7章参照。
- 17) 大野吉輝，前掲書，第7章参照。
- 18) 前川尚美，前掲書，197頁参照。
- 19) 各市の所得割（%），資産割（%），均等割（円），平等割（円）の比率および金額は次の通りである。

保険者名	所得割（%）	資産割（%）	均等割（円）	平等割（円）
札幌市	800	—	15,250	18,930
仙台市	361	30	17,760	11,640
金沢市	444	72	18,600	22,200
東京都	107	—	12,000	—
広島市	252	15	8,631	9,331

（注）資産割は固定資産税に対する比率である。

- 20) 所得比例型の現行保険料算定法では，一般世帯の対課税標準割合は，26万円以上100万円未満では19.3%，300万円以上400万円未満9.1%に対して，500万円以上は3.4%になる。
- 21) 「資産活用による充実した老後保障」資産活用検討会，昭和61年6月。堀勝洋「民間活力を活用した総合保健・医療・福祉サービス研究」（財）社会保健福祉協会，昭和62年9月に詳しい。
「老人問題に関する世論調査」昭和61年1月，総理府，によれば「子孫に美田を残さず」派が全体の64%を占めている。資産活用の具体的な商品例としては，「不動産担保式融資」「老後安心信託」「ゆとりローン」等がある。
- 22) 前川寛「住宅資産活用の展開」『分研論集第80号』，生命保険文化研究所，昭和62年9月はアメリカの状況について詳しい。
（おかざき・あきら 関西大学経済学部非常勤講師）