

## 協会けんぽの課題と展望 — 都道府県ごとに異なる保険料率についての考察 —

中島 啓子

- I はじめに
- II 制度の歴史から見る医療保険の意義と機能
  - 1 医療保険制度の沿革
  - 2 社会保険の意義と機能
  - 3 医療保険（医療保障）の意義と機能
- III 各医療保険制度における保険料の仕組み
  - 1 健康保険料
  - 2 国民健康保険料（税）
  - 3 後期高齢者
  - 4 財政調整
- IV 都道府県ごとに異なる保険料率についての考察と政策への提言
  - 1 政管健保から協会けんぽへの移管における背景
  - 2 都道府県単位保険料率の問題点
  - 3 諸外国の改革も踏まえた政策への提言
- V むすびにかえて

### I はじめに

平成 21 年 9 月より、それまで全国一律だった健康保険料率が都道府県単位保険料率制度へ変更となった。この制度は、地域の加入者の医療費に基づき算出されるもので、都道府県ごとに必要な医療費（支出）が異なるため、保険料率に差を設ける制度である。

急速な高齢化等による医療費の増大等により、医療保険財政が厳しい状況の中、医療保険制度を将来にわたり持続可能で安定的なものとしていくことが必要となり、各制度・世代を通じた給付と負担の見直し、国民健康保険の財政基盤の強化等の措置を講ずるため、「健康保険法等の一部を改正する法律（平成 14 年法律第 102 号）」（以下「健康保険法」という。）が平成 14 年 8 月 2 日に公布された<sup>1</sup>。また、政府は、①保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方、②新しい高齢者医療制度の創設、③診療報酬の体系の見直し、に関する基本方針を平成 14 年度中に策定することとし、平成 15 年 3 月に、「健康保険法（平成 14 年法律第 102 号）附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針について」閣議決定した<sup>2</sup>。この基本方針の中で、「政管健保については、事業運営の効率性等を考慮しつつ、財政運営は、基本的には、都道府県を単位としたものとする。都道府県別の年齢構成や所得について調整を行った上で、保険料率の設定を行う仕組みとし、国庫補助の配分方法の見直しや、被保険者等の意見を反映した自主性・自律性のある保険運営が行われるような仕組みについて検討する。こうした取組を通じ、各都道府県単位で政管健保の健全な財政運営が確保され、被保険者の適切な負

担の下で、地域の実情に応じた医療サービスが保障される姿を目指す。」と示され、ここから初めて都道府県ごとに異なる保険料率について議論されることとなる。

わが国の医療保険には、政府や地方自治体の行政部門が保険事業を運営する直営方式と、独立した法人格をもつ保険組合に保険事業を委ねる組合方式がある。かつての市町村国保や政府管掌健康保険（政管健保）が直営方式であり、これらの保険事業には市町村や政府の一般会計から独立した特別会計が存在する。2008（平成20）年10月以前まで保険者の一つであった政管健保は、厚生労働省の外局である社会保険庁が所管し、地方の出先機関としては地方社会保険事務局と社会保険事務所が置かれていた<sup>3</sup>。

2008（平成20）年10月から社会保険庁に代わって健康保険の運営を担当する全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）は、その理事長及び監事が厚生労働大臣、理事が理事長によって任命される（健保7条の9・7条の11）ため、その組織的な性格は共済組合（国家公務員共済組合や地方職員共済組合など）に近いものといえる。但し、協会には運営委員会が設置され、この機関は被保険者及びその事業主の代表並びに学識経験者で構成される（健保7条の18）。また、都道府県ごとに設置される協会の支部には、評議会が設置され、ここでも労使代表が関与することとされている（健保7条の21第1項）<sup>4</sup>。

論者は協会けんぽ都道府県支部評議会評議員の立場から、都道府県ごとに保険料率が異なる現在の制度に対し、違和感を感じている。社会保障制度は、日本国民全体に相通ずべき相互扶助の精神を根底に有するものであり、特に職域保険である協会管掌健康保険（協会けんぽ）については、地域保険である都道府県・市町村管掌国民健康保険や後期高齢者医療制度<sup>5</sup>とは異なり、地域間格差が生じることは妥当ではないと考える。国民健康保険法（昭和13年法律第60号）5条には、都道府県の区域内に住所を有する者は、当該都道府県が当該都道府県内の市町村とともに行う国民健康保険の被保険者とする規定されており、当然その地域に住所を有する者は、地域ごとに異なる（格差のある）保険料を納めている。したがって、地域保険は住んでいるところ、住所を有するところで被保険者集団を形成しており、地域における住民連帯の下で相互扶助は可能と思われ、地域別の保険料格差は許容範囲であると思われる。一方、職域保険は会社の規模や業種等により強制的に集合体（集団）を決められ、強制的にその構成員となるため、メンバーシップをつくるのが弱いと考えられる。集団は形成していないのに構成員の連帯が強制され、助け合わなければならない制度は、地域間格差を許容できる範囲を超えていると思われる。

たまたまその県で創業（起業）したり、たまたまその県の企業に就職したために高い（低い）保険料を納付するという現行制度は、前述の相互扶助の精神を前提に給付と負担のバランス、公平性の観点からも矛盾するものであると考える。実際、佐賀県の健康保険料率は、平成24年3月分以降、現在に至るまで連続全国一高い状況が続いている<sup>6</sup>。確かに社会保障制度は、ある一定の不平等（不公平）が生じることを前提として成り立っている制度ではあるが、その不平等が許容範囲を超える場合は、やはり不合理と言えるのではないだろうか。

本稿では、健康保険を中心とした医療保険制度の沿革と意義を基に、社会保障の安定財源確保と財政健全化の観点から、保険料一元化論及びインセンティブの個人化論などの提言も踏まえ、「都道府県ごとに異なる保険料率」設定の目的とその妥当性について検証する。

## II 制度の歴史から見る医療保険の意義と機能

### 1 医療保険制度の沿革

わが国最初の社会保険立法は、1922（大正11）年の健康保険法（大正11年法律第70号）である。同法は、第一次世界大戦後の産業構造の高度化等に伴う労働争議や労働運動の高揚への対応の必要性が直接的な契機となったもので、労働立法としての性格を有するものであった。現行法と大きく異なる点は、①ブルーカラーを対象とし、ホワイトカラーを対象外としたこと、②10人未満事業所の労働者のほか、年収1,200円以上の高額所得者を対象外としたこと、③保険給付には業務上災害（労災）も含まれていたことなどである。1930年代後半になると、戦時政策の一環として各種立法がなされ、農村の貧困と保健状態の悪化への対処（健民健兵策）として国民健康保険法が1938（昭和13）年に、ホワイトカラーを対象とする職員健康保険法が1939（昭和14）年に制定された。1941（昭和16）年には、購買力の吸収や戦費調達の意味合いをもつ労働者年金保険法が制定され、健康保険法改正により職員健康保険法との統合がなされた<sup>7</sup>。

1950年代半ばからの高度経済成長を背景に、国民皆保険・皆年金体制が実現した。1958（昭和33）年に国民健康保険法が全面改正され、翌1959（昭和34）年に国民年金法（昭和34年法律第141号）が制定された。

1960年代には、医療保険及び年金保険の給付も充実した。医療保険については、1963（昭和38）年から世帯主、1966（昭和41）年改正により世帯員につき、従来5割であった国民健康保険の給付率が7割に引き上げられた。

1970年代には、健康保険の被扶養者給付率についても、1973（昭和48）年改正<sup>8</sup>により5割から7割に引き上げられた。また同年、老人医療費支給制度が老人福祉法（昭和38年法律第133号）改正により設けられ、70歳以上の高齢者に対する医療費の無料化が実施された。この年、第1次オイルショックが発生し、経済の高度成長期は終焉を迎えた。これ以降、低成長へと移行した経済状況を背景として、1970年代末にかけ、国家財政の再建が深刻な政策課題となった。

1980年代に入ると、財政問題のほか、人口高齢化、モザイク的に発展してきた各制度の整理・体系化の必要性などを背景に、一応の充実をみた社会保障制度の再編が図られた。1982（昭和57）年老人保健法（昭和57年法律第80号）が制定され、高齢者本人一部負担が導入されるとともに、老人医療費の負担につき各医療保険者間での財政調整の仕組みが導入された。1984（昭和59）年健康保険法等改正では、被用者本人給付率が10割から9割に引き下げられた。

1990年代後半以降、社会保障構造改革が重要な政策課題となり、その第一歩が1997（平成9）年介護保険法（平成9年法律第123号）の成立である。同法は、わが国第5番目の社会保険制度として、2000（平成12）年4月施行された。1997（平成9）年健康保険法等改正による被用者本人給付率の9割から8割への引下げ、2000（平成12）年改正による老人一部負担の一部定率化などに引き続き、2002（平成14）年改正により、被用者本人給付率の7割への引下げ、老人医療対象年齢の75歳への段階的引上げなどがなされた。

その後も毎年のように重要な社会保障制度改革が続き、2006（平成18）年には、健康保険法等改正により、医療費適正化計画の策定、後期高齢者（75歳以上）を対象とする後期高齢者医療制度の創設、政府管掌健康保険の公法人化など、長きにわたる議論の末、医療保険制度改革が実現した。

2012（平成24）年の政権交代後も、「社会保障・税一体改革」の延長線上に位置づけられる法改正がなされる。2014（平成26）年には、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療・介護総合確保推進法）により、地域医療構想の策定、地域包括ケアシステムの構築（地域支援事業の充実）、介護保険利用者負担の2割への引上げ（一定以上所得者）など、医療法・介護保険法等にまたがる改正がなされた。

2015（平成27）年には、持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等一部を改正する法律（医療保険制度改革関連法）として、国民健康保険の安定化（都道府県を財政運営の責任主体とする等）、後期高齢者支援金に係る全面総報酬割の導入などがなされた。2017（平成29）年には、介護保険法等改正による地域包括システムの深化・推進、介護保険利用者負担の3割への引上げ（特に所得の高い者）、介護納付金の総報酬割導入（被用者保険者間）などがなされた<sup>9</sup>。

## 2 社会保険の意義と機能

以上のように、医療保険制度は度重なる改正を経て現在に至るが、そもそも社会保険の意義と機能とは何かについて、まずここで確認しておきたい。

1950（昭和25）年社会保障制度審議会勧告（50年勧告）で、「社会保障の中心をなすものは自らをしてそれに必要な経費を拠出せしめるところの社会保険制度でなければならない」とされて以来、今日に至るまで、日本の社会保障は社会保険を中心に発展してきた<sup>10</sup>とされる。保険とは何かについて定説があるわけではないが、一般的な理解によれば、社会保険とは、リスク分散のため保険の技術を用いて保険料などを財源として給付を行う仕組みである。保険制度に登場する当事者間に存在する法関係は、一種の等価交換を前提とする有償の双務契約関係である。さらに、保険がよって立つ基本的な考え方として、①給付・反対給付均等の原則（加入者の給付する保険料は、その偶然に受け取ることのあるべき保険金の数学的期待値に等しい）と、②収支相等の原則（保険者の収受する保険料の総額がその支払う保険金の総額と等しい）が挙げられる<sup>11</sup>とされる。①は、保険のミクロの個別的保険取引レベルでの等価交換の達成という側面を示し、②は、マクロの集団的レベルでの企業経営の観点の重要性を示すものである<sup>12</sup>とされる。

社会保険とは、このような保険の基本原則を、国民の生活保障という社会保障の目的達成の見地から、平均保険料方式・応能保険料負担・事業主負担・公費負担などの手法を用いて修正したものであり、社会政策目的の下での加入強制に基づく法関係である。このような社会保険の捉え方は、上述①②のような保険原理を、国民の生活保障という社会政策目的に沿った扶助原理（扶養原理とも言われる）によって修正したもの<sup>13</sup>である。

社会保険の機能として、(1) リスク分散機能と、(2) 所得再分配（ないし所得移転）機能が挙げられる。前者は、保険の技術を用いていることから派生する本来的機能として、また後者も、保険原理を扶助原理で修正した「社会」保険であることの帰結として認められている。このうち所得再分配機能として挙げられてきたのは、(ア) 保険的所得再分配（加入者から受給者への所得移転）、(イ) 所得階層間所得再分配（高所得者から低所得者への所得移転）、(ウ) 労資間所得再分配（企業から労働者への所得移転）、(エ) 世代間所得再分配（現役世代から高齢世代への所得移転）である。このうち(ア)は、保険固有の再分配機能であり、リスク分散機能と重なり合う。(イ)は応能負担、(ウ)は事業主負担がある場合、随伴する機能である。(エ)は、実質的に賦課方式化している公的年金の財



政方式がこのような機能を含んでいる<sup>14</sup>とされる。

社会保険と税の観点から、わが国では、基礎年金などの財源のあり方をめぐって、社会保険の仕組み（社会保険方式）と全額税で賄う仕組み（税方式ないし社会扶助方式）のいずれが適切かが議論されてきた。税方式のメリットとして、(1) 社会保険における排除原理（保険料を拠出できない低所得者等が給付を受けられない事態を生じること）を回避できる、(2) 保険料徴収に係る膨大な事務コストの削減、(3) 国民年金第3号被保険者問題の解消、などが挙げられる。これに対し、社会保険方式のメリットとして、(1) 税よりも保険料負担の方が引上げに際して国民の合意が得やすい、(2) すべて税で賄うとすると巨額の税負担が必要となる、(3) 税財源（但し、目的税を除く）と異なり、保険料は用途を特定されているため財源として安定している、(4) 立法技術的に無拠出給付は所得制限と結びつきやすいのに対し、拠出に基づく給付はそうではない、といった点が指摘される。さらに、(5) 社会保険料拠出に積極的な規範的意義を見出し、社会保険の仕組みを再評価する見方が有力になっている。それによれば、第1に、社会保険給付の対価的性格（拠出記録に基づき受給権が発生するという1対1の対応関係が原則として貫かれている点）が指摘され、このような権利性の強さが社会保険のメリットであると主張される。第2のメリットとして、保険者自治の側面が指摘される。社会保険には、負担と受益が保険集団の構成員に限定された政治システムという側面があり、社会保険制度運営への参加と民主的決定を通じて、政策目的を特定した保険集団内での自治が果たされる<sup>15</sup>。

### 3 医療保険（医療保障）の意義と機能

次に、医療保険（医療保障）の意義と機能について見ておきたい。

医療保障の概念には、二つの意味合いがある。第1に、傷病の治療にとどまらない、予防－治療－リハビリテーションという一連のプロセスを包括的に捉える視点である（医療1条の2第1項）。第2に、社会的事故としての傷病の発生に際しての費用の保障にとどまらない、医療サービス供給主体の規制を含めて包括的に捉える視点である。これらは、金銭給付の形式をとる年金等にはみられない視点<sup>16</sup>とされる。

日本の医療保障は、社会保険の仕組みを基礎として構築されている（公的医療保険）。被保険者やその雇用者である事業主による拠出（保険料）を主たる財源として、保険事故の発生時に医療サービスや医薬品等の現物給付や、休業補償としての金銭給付等を提供する。

医療保険制度は、職域保険たる性格を有する被用者保険と、地域保険たる性格を有する国民健康保険の二本建てとなっている。このうち被用者保険には、民間被用者を対象とする健康保険（中小企業中心の協会健康保険と、大企業中心の組合健康保険に分かれる）と、公務員・私立学校教職員を対象とする共済組合がある。このほか、75歳以上の者及び65歳以上75歳未満の寝たきり等の状態にある者は、後期高齢者医療保険に加入する。

健康保険法1条は、労働者又はその被扶養者の業務災害（労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）7条1項1号に規定する業務災害をいう。）以外の事由による疾病、負傷若しくは死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的として定めている。これは、労働者の業務災害による傷病等は労災保険でカバーし、健康保険はそれ以外の傷病等をカバーするものであり、疾病・負傷・死亡及び出産の4つの保険事故を給付対象とすることを示している<sup>17</sup>。

医療保障の機能として、人間の日常生活におけるあらゆる活動ができる基礎となる基本的価値は心身の健康であり、そのためにも国家は国民に対して医療を保障することが求められ、その根底には生存権保障（憲法 25 条）がある。現代の高度に発展した医療費はかなり高額<sup>18</sup>で年々増加しており、個人で対応するには限界がある。そこで、医療にかかる費用を保障したり、疾病等で失った収入の一部を補填するという経済的な側面としての機能と、国民が適切な医療を受けられるよう、医療提供体制の整備・規則及び維持するという重要な機能が備わっている。

### Ⅲ 各医療保険制度における保険料の仕組み

#### 1 健康保険料

健康保険の保険料は、医療保険にかかる一般保険料と、介護保険料（健康保険の被保険者が介護保険の 2 号被保険者でもある場合は必要）の和で、一般保険料は、各被保険者の標準報酬及び標準賞与にそれぞれ一般保険料率を乗じて得た額である。したがって、被用者保険の保険料額は、被保険者の賃金水準、つまり負担能力に応じて決定される応能負担の仕組みである。但し、標準報酬及び標準賞与には上限があり、応能負担と言いつつ一定額以上の収入がある者については応能負担が制限的に適用される制度である。

一般保険料率は、1000 分の 30 から 1000 分の 120 の範囲内で、協会けんぽが管掌する健康保険については、都道府県支部ごとに支出と保険料以外の収入の見込みを考慮して、協会によって決定され（健保 160 条 1 項～3 項、健保令 45 条の 2）、健保組合については、同様の範囲内で組合が規約によって決定する（健保 160 条 13 項）。

このように協会けんぽの保険料率は、都道府県支部ごとに財政の均衡を考慮して決定される。社会保険においては、原則として保険者単位での財政均衡を前提とするが、協会けんぽでは、さらに都道府県支部ごとの均衡も考慮される。このような支部単位での保険料率決定の制度は、平成 18（2006）年の医療制度改革による健康保険法等改正で、従来、政府が直接、全国一律に管掌していた健康保険（政府管掌健康保険）を、全国健康保険協会に移管するとともに、都道府県ごとの支部レベルで保険料率が決定される仕組みを導入した<sup>19</sup>ものである。

平成 21 年 9 月分より都道府県単位保険料率へ変更となったが、当時最も高い保険料率だった都道府県は北海道（一般保険料率<sup>20</sup> 8.26%、うち特定保険料率<sup>20</sup> 3.20%、基本保険料率<sup>20</sup> 5.06%）で、平均保険料率は 8.20%であった。平成 23 年 3 月分の健康保険料率は、北海道と佐賀県が最も高く（同料率、一般保険料率<sup>20</sup> 9.60%、うち特定保険料率<sup>20</sup> 3.62%、基本保険料率<sup>20</sup> 5.98%）、平均保険料率は 9.50%であった。平成 24 年 3 月分の健康保険料率は、佐賀県（一般保険料率<sup>20</sup> 10.16%、うち特定保険料率<sup>20</sup> 4.01%、基本保険料率<sup>20</sup> 6.15%）が最も高い県となり、以後現在に至るまで連続で全国一高い状況が続いている<sup>21</sup>。令和 2 年度の都道府県単位保険料率は、下記のとおりである（図表 1）。ちなみに平均保険料率は 10.00%で、現在まで同率を維持している<sup>22</sup>。

図表1 令和2年度の都道府県単位保険料率

- 協会けんぽでは、年齢構成や所得の調整を行った後の「医療費の地域差」を反映した都道府県単位保険料率を設定。
- 全国平均は10.00%であり、最高は佐賀県の10.73%、最低は新潟県の9.58%である。

北海道	10.41%	石川県	10.01%	岡山県	10.17%
青森県	9.88%	福井県	9.95%	広島県	10.01%
岩手県	9.77%	山梨県	9.81%	山口県	10.20%
宮城県	10.06%	長野県	9.70%	徳島県	10.28%
秋田県	10.25%	岐阜県	9.92%	香川県	10.34%
山形県	10.05%	静岡県	9.73%	愛媛県	10.07%
福島県	9.71%	愛知県	9.88%	高知県	10.30%
茨城県	9.77%	三重県	9.77%	福岡県	10.32%
栃木県	9.88%	滋賀県	9.79%	佐賀県	10.73%
群馬県	9.77%	京都府	10.03%	長崎県	10.22%
埼玉県	9.81%	大阪府	10.22%	熊本県	10.33%
千葉県	9.75%	兵庫県	10.14%	大分県	10.17%
東京都	9.87%	奈良県	10.14%	宮崎県	9.91%
神奈川県	9.93%	和歌山県	10.14%	鹿児島県	10.25%
新潟県	9.58%	鳥取県	9.99%	沖縄県	9.97%
富山県	9.59%	島根県	10.15%	※ 全国平均では10.00%	

出所：協会けんぽホームページ「運営委員会」第106回運営委員会（2020.9.15）資料2『令和3年度保険料率に関する論点について』55頁

[https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/shared/direction/dai106kai/20200915\\_02.pdf](https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/shared/direction/dai106kai/20200915_02.pdf)  
（2020年11月13日最終アクセス）

都道府県単位保険料率では、年齢構成の高い県ほど医療費が高く、保険料率が高くなる。また、所得水準の低い県ほど、同じ医療費でも保険料率が高くなるため、都道府県間で年齢調整及び所得調整を行う<sup>23</sup>。都道府県単位保険料率になることで、保険料率が大幅に上昇する場合には、激変緩和措置を講じる<sup>24</sup>。措置を講じた結果、都道府県ごとの保険料率は、医療費の地域差を反映した保険料率（災害等特殊事情でも適切な調整を行う。）となり、それに各都道府県の保健事業等に要する保険料分と、後期高齢者支援金など全国一律で賦課される保険料分を合算して、最終的な保険料率が決定する<sup>25</sup>。なお、インセンティブ制度<sup>26</sup>が導入され、支部ごとの得点数に応じた報奨金によって段階的な保険料率の引下げを行う<sup>27</sup>。

協会けんぽの令和元年度決算は、収入が10兆8,697億円、支出が10兆3,298億円、収支差は5,399億円（前年度比▲550億円）となり、準備金<sup>28</sup>残高は3兆3,920億円で給付費等の4.3か月分となった<sup>29</sup>。

## 2 国民健康保険料（税）

国保の保険料の賦課額及び料率等は、政令で定める基準に従って市町村の条例（都道府県・市町村国保）、または規約（国保組合）によって定められる（国保81条）。もっとも、都道府県が財政運営の責任を担う保険者として（国保4条2項）、保険料の水準決定について一定の枠組みを設定し、各市町村がこの枠組みの中で具体的な賦課額及び料率等を決定したうえで保険料の賦課・徴収を行う。この仕組みにより、各市町村が医療費縮小に向けて努力し、その結果が保険料水準に反映される（各

市町村が決定する)ことを期待しているのである。

各市町村は、必要な保険料収入のうち半分を負担能力(所得割ないし資産割)に応じて、残りの半分を受益(世帯別平等割ないし被保険者均等割)に応じて徴収する形で保険料率を決定する(国保令29条の7第2項1号・2号)。応能負担と応益負担の組み合わせである。

市町村国保については、保険料に代えて国民健康保険税を徴収することもできる(国保76条但し書き、地稅5条6項5号・703条の4)。国民健康保険条例と租稅法律主義(保険料が憲法84条の適用を受けるか)について争われた事例(最大判平成18・3・1<sup>30</sup>)では、保険料は憲法84条の租稅そのものではないが同条の趣旨は及ぶとし、保険税の場合は形式が税である以上、憲法84条が適用されるとする。保険料という形をとるか、保険税という形をとるかによって、租稅法律主義との関係では異なる効果が生じ得るが、被保険者にとって実質的な違いはほとんどない<sup>31</sup>。

なお、この最高裁判決では、保険の性質から給付と負担の関係で「けん連性あり」と判断されたものの、あくまでも量ではなく質のけん連性が認められたことを踏まえると、医療保障制度における望ましい「相互扶助」のあり方を検討すべきなのかもしれない。

### 3 後期高齢者

後期高齢者医療保険については、給付にかかる費用の1割を被保険者が保険料として拠出することとされたが、被保険者が負担する保険料は、広域連合ごとに広域連合の条例により決定され(高齢医療104条2項)、被保険者均等割額と所得割額とから構成される(高齢医療令18条)。

### 4 財政調整

医療保険制度を含む社会保険制度は、原則として保険者ごとにその責任で財源の調達と給付を行い、各保険者の収支は相互に独立して均衡している。日本の社会保険制度は、原則として自ら加入する保険者を選択できないことから、保険料格差を一定程度調整する仕組みの必要性が否定できない。また、保険料の負担能力の低い者や高リスク者(退職者や失業者、高齢者など)が国保に集中するという問題もある。そのため、次の二つの方法で対応(財政調整)している。(1)保険者間で財源をやり取りする。(2)国や地方公共団体による医療保険の財源負担を、保険者ごとの負担能力やリスクの違いを修正する形で、各保険者に分配する方法である。

医療保険の各保険者は、社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)に対して「前期高齢者納付金」を拠出しなければならない(高齢医療36条・139条1項1号)。結果として、65歳から74歳までの前期高齢者が特定の保険者に集中することから生じる保険者間の財政力の格差及び傷病リスクの不均衡な分布を調整している。

また、医療保険の各保険者は、支払基金に対して、「後期高齢者支援金」を拠出しなければならない(高齢医療118条・139条1項2号)。この制度は75歳以上の者が集中し、負担や給付面から独立した保険としての運営が困難であり、支援金から交付される「後期高齢者交付金」がこの制度の財源の約4割を占めている。

健康保険(協会けんぽ)について、国は療養の給付にかかる費用等の補助を行う(国庫補助。健保153条)。なお、現行法の本則は、国庫補助の割合を1000分の130から1000分の200までの範囲内において政令で定める割合としている(健保153条1項)。また、都道府県・市町村国保について、



国は療養の給付等にかかる費用、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金等（負担対象額）の100分の32を負担する（国が都道府県に交付する。国保70条1項）。さらに国は、後期高齢者医療広域連合が行う療養の給付等の費用等（負担対象額）について、その12分の3を負担し（高齢医療93条1項）、12分の1を調整交付金として交付する（高齢医療95条）。なお、都道府県及び市町村も、負担対象額の12分の1をそれぞれ負担する（高齢医療96条1項・98条）。

したがって、医療保険給付等の財源は、大きく分けて保険料、保険者間の財政調整、公費負担の三つの類型からなっている<sup>32</sup>。

## IV 都道府県ごとに異なる保険料率についての考察と政策への提言

### 1 政管健保から協会けんぽへの移管における背景

医療保険制度改革と社会保険庁改革という二つの要因を背景に、政管健保から協会けんぽへの移管がなされた。それは、被用者が加入する健康保険制度にかかる老人保健拠出金の財政負担<sup>33</sup>が大きくなってきたこと、そして、国民皆年金・皆保険を司る社会保険庁の一連の不祥事による国民の不信・不満により、2004年8月の「社会保険庁の在り方に関する有識者会議」で社会保険庁を解体し、公的年金制度と政管健保の運営を分離する方針が確認されたことである<sup>34</sup>。

新たな医療保険制度体系の実現として、高齢世代と現役世代の負担を明確化し、公平でわかりやすい制度とするため、新たな高齢者医療制度を創設する<sup>35</sup>とともに、保険財政の基盤の安定を図るために都道府県単位を軸とする保険者の再編・統合を推進するとされた<sup>36</sup>。

### 2 都道府県単位保険料率の問題点

平成20年10月から発足した協会けんぽの下に、各都道府県支部が置かれて事業運営が行われており、平成21年9月までに都道府県単位保険料率を設定することとされた。その基本的な考え方は、国保は市町村単位で保険料率に差異があるのに、旧政管健保は保険料率が全国一律で、地域ごとの医療費を反映していないこと、医療提供体制は都道府県が主として医療計画の整備を進め、健康増進計画などを推進していること<sup>37</sup>などである。

全国組織のように集団の規模が大きくなれば、その分保険財政は安定する（平準化による格差は正に繋がる）一方で、同質のリスクを有する者同士の連帯・相互扶助の観点からは、ある程度の一体性・同質性が形成できる集団が望ましいと言える。協会けんぽも国保も、その理屈から言えば現行制度は望ましいスタイルであり、地域の特性を活かした医療サービス等の提供に見合った保険料の応分負担であると言える。

しかし、保険料は異なるが、現行制度上、提供されるサービスの質は同じになっている。また、保険者は協会けんぽであり、その内部に保険料率の異なる都道府県支部が存在することで、支部間の競争意識による医療費抑制や保険財政の安定化が期待される。その一方で、保険料率の引下げに向けた支部間の単なる競争にも繋がりがかねない。

協会けんぽの保険財政は、近年、医療費の伸びが賃金の伸びを上回り、赤字構造<sup>38</sup>が続いている。医療費増加の要因は、高度医療や高額薬剤、診療報酬改定も一因であるが、医師数<sup>39</sup>であるとも指摘<sup>40</sup>される。安易な外来受診の多さ、入院期間の長さや病床数の多さ、病床数や医師数の地域的な偏

りの大きさ、高額医療機器への過剰な投資なども挙げられる<sup>41</sup>。医療費増加に対する今後の検討課題や捉え方として、医療保険の趣旨・目的を踏まえ、国民が安心して受診（保険者としては、質・量ともに全国一律の医療サービス等を提供）することができ、医療機関の経営も安定して、皆の健康が維持できれば良い（保険料が高くて良い）とするのか、それとも、保険料が下がることを目的として、被保険者等に行動変容（無駄な受診を控え、医療費抑制を促すこと）を求めるのか、今まさに問われていると言える。

冒頭述べたように、佐賀県の健康保険料率は、インセンティブ制度<sup>42</sup>で平成30（2018）年度の実績<sup>43</sup>では全国1位の評価を得ているにもかかわらず、また、各調整等<sup>44</sup>があるにもかかわらず全国一高い状況が続いている。現在の健康保険における標準報酬月額で最高50等級（1,390千円）の場合、佐賀県の保険料は $1,390 \text{千円} \times 10.73\% = 149,147 \text{円} / \text{月額}$ 、最も保険料率が低い新潟県では $1,390 \text{千円} \times 9.58\% = 133,162 \text{円} / \text{月額}$ 、その差は月額15,985円、1年間に換算すると191,820円の差が生じることになる。都道府県単位保険料率の設定により、同一の医療サービスを受けているにもかかわらず、年間約20万円の差が生じることは一定の範囲を超える不平等であり、不合理と言えるのではないか。つまり、社会保障制度における相互扶助の観点から、給付と負担の公平なバランスを保ち、医療保険制度は「国民の生活の安定と福祉の向上に寄与する」（健康保険法1条）という趣旨・目的であると考えられることからすれば、上述の不合理的な差はその趣旨・目的から外れているのではないだろうか。

先に述べたように、都道府県・市町村管掌国民健康保険や後期高齢者医療制度は地域保険であるが、協会けんぽは職域保険であり、社会保険では一定の不平等が生じることを考慮しても、その不平等が一定の範囲を超えて地域間格差を生むことは、やはり不合理ではないだろうか。また、制度上、原則として自ら加入する保険者を選択できないことが問題なのではないだろうか。そもそも高齢者人口比率や、保険料収入（標準報酬）、医療環境など都道府県支部の努力ではどうすることもできない事情を基準として保険者機能の強化を図り、医療費適正化等の活動結果を保険料率に反映する制度そのものに疑問を呈するところである。

### 3 諸外国の改革も踏まえた政策への提言

私見としては、前述の問題点を踏まえ、旧政管健保の時代のように、全国一律の保険料率が望ましいと考える。都道府県単位保険料率がスタートしてから10年間取られてきた激変緩和措置<sup>45</sup>は、令和2（2020）年3月31日をもって終了したのであるが、長期的視点に立てば各支部に対する医療費適正化のインセンティブを弱めることにも繋がりがかねない<sup>46</sup>。そもそも社会保障・医療保険の理念、目的は「相互扶助」であり、国民の連帯精神に基づくものである。そこに地域の諸事情を反映して都道府県ごとに異なる保険料率を設定することは、その理念に反していると思われる。

さらに、協会けんぽも個人単位での加入を検討すべきである。現行制度では、被扶養者の数と被保険者の保険料負担額は全く関連がなく、被扶養者の多い世帯のリスクを被扶養者の少ない世帯が負担しているとみることでもできる<sup>47</sup>。被扶養者に該当しても保険料を自ら負担することはなく、家族保険料（被扶養者の割増）を徴収することの是非を検討すべきではないか<sup>48</sup>。もっとも、被扶養配偶者の資格は国民年金の第3号被保険者資格とも連動するため、その適用問題はもちろんのこと、不整合記録問題<sup>49</sup>の将来における発生リスクを抑えることにも繋がるであろう。さらに、正規・非正規のよう

に異なる背景には国民皆年金・皆保険制度を採用しているとはいえ、職業別に制度が分立していることによるものであり、就業形態の多様化と社会保険適用問題<sup>50</sup>も解消できよう。

被保険者等に行動変容（無駄な受診を控え、医療費抑制を促すこと）を求める施策としては、個人へのインセンティブ制度の導入も一考であろう。個人の体質や遺伝なども影響すると思われるため一概には言えないが、日頃から疾病予防に気を配り、健康管理を心がけている人は医療費抑制に貢献していると思われる。そこで、個人へのインセンティブとして、保険料の軽減措置や健康管理施設等で利用できるクーポン券の配布などの措置を講じることは、さらなる行動変容を促す効果として有効策ではないだろうか。なお、後述する民間保険一般に適用される保険原理も考慮しながら検討することが必要であろう。

被用者保険と市町村国保の保険料格差は、市町村国保が高齢者の受け皿となっていることから生じている<sup>51</sup>。また、被用者保険や国保の財政に大きな影響を与えている財政調整（納付金及び支援金等）も、原則として年齢別で加入する仕組みにより、保険者が自動的に決まる制度から生じたものである。このような財政支援の限界、世代間扶養の限界に対して、企業・現役世代・高齢者の3者による財源のリスク分散、保険者機能の強化、負担と給付の明確化が求められる<sup>52</sup>。日本の超少子高齢社会の進展において、このままでは将来における医療保険制度そのものの根幹を揺るがしかねない事態に陥るかもしれない。そこで、民間保険一般に適用される、(i) 大数の法則、(ii) 収支相等の原則、(iii) 給付・反対給付均等の原則、(iv) 自由選択か強制加入の原理という4つの原則<sup>53</sup>を、公的保険である協会けんぽ等への適用（応用）、保険者選択制度の導入等について検討することも一考なのではないだろうか。

その保険者選択制度について、多数の分立した保険者により実施される制度は維持したまま、被保険者による保険者（疾病金庫：労使により自主管理される公法上の法人）の包括的な選択権を認める改革を行ったドイツの事例は、日本でも参考にすべきであろう。ドイツにおける改革は、保険者間に競争（被保険者の獲得）原理を入れることで、被保険者により良い医療サービスを提供できるのではないかという視点から行われたものである。被保険者には、自らが受診する医療提供者を自由に選択する権利が認められており、多数の保険者（疾病金庫）のなかから自らが加入する疾病金庫を選択する包括的な権利が認められている。一方で、疾病金庫の団体と医療提供者の団体との間で集团的な契約を締結することなどが基本となっており、実際には契約を巡る競争の余地は相当に制限されている<sup>54</sup>。

サービスを3つに分類し、それぞれに異なった医療・介護制度を準備するという政策的選択を行ったオランダの事例も興味深い。オランダにおいては、保険制度は公的保険と私的保険に分かれ、公的保険はさらに、(1) 特別医療保険（治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患を中心にカバーする保険）と、(2) 短期医療保険（短期の医療費をカバーする保険）に分かれ、(3) 私的保険は、(1) (2) 以外の公的保険でカバーされないサービスをカバーしている。保険者の機能として、リスク分散としての保険サービスの提供、消費者の医療サービス購入のエージェント、保健（予防を含めた）サービスの供給・住民の健康相談、が明確に示されており、各保険者の役割による成果が期待されている<sup>55</sup>。「規制された競争」と呼ばれるこの考え方は、競争原理を利用して、効率的かつ消費者にとって適当な医療サービスを提供するための政策的手法である。日本の医療保険制度改革の構想において、保険者の役割に焦点をあてた「保険者機能」は、オランダの試みと共通するものであり<sup>56</sup>、日本も参考にすべき点は多いと思われる。



上述の提言で保険料一元化論について検討するにあたり、韓国の事例も挙げておきたい。韓国は1989年に国民皆保険を達成し、2000年にはすべての医療保険の保険者が統合された。国民健康保険（職場加入者と地域加入者。強制加入）と、医療扶助（低所得者。医療費補助に特化した公的扶助）から成り、すべての国民への医療保障を行っている<sup>57</sup>。全国規模で統一したが、一元化を検討する際にクリアしなければならない論点として、被保険者が負担と給付（受益）の関係を理解したり、社会連帯を感じたりすることが困難になる可能性があること、所得捕捉率の違い（被保険者と農林業従事者や自営業者との不公平な捕捉率）が大きな課題であることを指摘している<sup>58</sup>。

前述の提言による保険料一元化論と、インセンティブの個人化論については、もっぱら被保険者個人の視点からの議論になると思われる、現行の制度における都道府県単位の保険料の視点からの議論も要すると思われるため、再度ここで検証しておきたい。政管健保から協会けんぽへの移行は単なる法人格の変更ではなく、ガバナンスの構造・裁量の範囲・機能等が変わっていることである。保険者機能は対外的機能に偏りがちであるが、対内的機能とりわけ給付と負担の自律的決定は社会保険の重要な意義であり、それを行うのが保険者である。特に、「給付額の見積もりとそれに見合った保険料率の設定」が最も重要な保険者機能とされ、その中には付加給付の実施及びその水準の決定も含まれるとされる<sup>59</sup>。そうであるならば、保険料一元化論も、インセンティブの個人化論も、その保険者機能の重要な役割の中で十分議論し得ることであり、対応可能であると思われる。

では、被用者年金は2015年から一元化されたが、被用者保険はなぜ一元化できないのか。保険者間（協会けんぽは支部間）で保険料率に差異があるのは不合理ではないかという疑問に対し、所得移転だけの仕組みである年金制度と医療サービス給付のファイナンスの仕組みである医療保険制度は同一には論じられない<sup>60</sup>とする。それでは、なぜ健康保険と厚生年金保険はセットでの加入を強制されるのか、本稿では検証しないが疑問が残るところである。

なお、制度が根本から異なる諸外国の地域社会保険との関連可能性については、別稿の検討事項としたい。

## V むすびにかえて

前述のドイツの事例は、保険料率は国が一律に決定するものの、一定の条件下で各保険者が追加保険料を徴取することも可能であることから、保険者相互間で競争が生まれ、各保険者が保険料率を引き下げるよう努力することが期待されている<sup>61</sup>。保険者間競争による医療費抑制は、安定的な財源確保に繋がるのが期待されるが、日本のように被保険者がいずれの保険者に加入するかが当該被保険者の職業や住所地等に応じて法律に基づき決定される場合には、現行制度の下ではこのような競争の余地は存在しない<sup>62</sup>。しかし、ドイツの財政制度の改革は、日本にとって公平な負担を実現するための財政調整のあり方を検討する必要性を、また、望ましい医療供給を促進する効果的な手段として一部負担や保険料の軽減を活用する必要性を示唆する<sup>63</sup>と指摘されている。日本の将来における持続可能な医療制度の導入には抜本的な改革が不可欠であり、ドイツの事例も一考であろう。

都道府県単位保険料率の妥当性について検討するにあたり、最も重要な点は、社会保障制度の理念、医療保険制度の目的であり、前述の韓国の事例も踏まえて国民の理解を得ることである。憲法で保障された生存権の下に存在する「相互扶助」の精神に基づいた社会保障制度、人間の基礎となる基本的



価値である心身の健康を維持向上させるための医療保険制度を、将来において持続可能な制度とするためには、国民の理解を得ることが不可欠である。諸外国の事例も見てきたが、確かに風土や環境、歴史、国民感情などが異なるため一概にはいかないが、参考となるべき点は大いに議論すべきであろう。

協会けんぽは一つの保険者ではあるが、実際、インセンティブ獲得に向けて運営を行っているのは47都道府県の各支部である。その運営は、各支部が協会本部の意向に基づいて行っており、支部の独自性はほとんどない。実態として、支部の独自性が発揮できない組織となっており、そうであるならば、果たして支部ごとに運営する（都道府県単位保険料率の設定も含む。）意味があるのだろうか。単に、全国という大きな規模が財源の安定的な確保に繋がるとの理由、また、医療費抑制への取組みがやりやすいなどの理由によるものであるとすれば、そもそも協会けんぽという組織（保険者）の存在意義は何なのだろうか。定期的に開催される支部評議会場でいつも挙げられる議題であるが、医療費適正化に向けての取組みなど、各支部は毎年、様々な対策を講じながら医療費抑制に向け、また、インセンティブ獲得も視野に精一杯の取組みを行っている。組織改編から10年が経過した現在においてこそ、協会けんぽの保険者機能を再確認し、必要があれば見直しを行うと同時に、都道府県支部単位の運営の是非など望ましい組織体制のあり方を今一度追求すべき時期に来ているのではないかと思われる。

超少子高齢社会の進展に伴い、2025年問題や2040年問題が取り沙汰される中、世代間の給付と負担の不公平はより一層拡大することが予想される。国民一人ひとり誰しものが差別されることなく一人の人間として尊重され、日々安心して生活することができる、公平で納得性の高い豊かな社会の実現は、今まさに取り組むべき喫緊の課題であると思われる。負担という観点から捉えた場合、一律で皆平等が良いとばかりは言えないが、医療保険制度に限ってみれば、少なくとも医療提供サービスなどの現物や現金給付（受益）が同じであるならば、負担も平等であるべきであろう。

将来を担う子供たちが大きな夢を持ち続け、大人になっても輝き続けられるような明るい未来の実現、次世代に負の遺産を残さないような社会の実現が必要である。今年は特に、新型コロナウイルス感染拡大による影響で、企業を取り巻く経営環境は大変厳しい状況に置かれている。雇用の場が維持できなくなれば、労働者は行き場をなくし社会保障（生活保護など）に頼らざるを得なくなるかもしれない現状を、日々現場で企業の方々と接する中で実感し目の当たりにしている。このようなコロナ禍においてこそ、国民の連帯感を一層高めるべく、そして、将来を担う子供たちが夢や希望を持ち続けられるよう、持続可能な新たな社会保障政策の実現が必要である。

---

<sup>1</sup> 「健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について」平成14年9月6日（／保発第0906002号／庁保発第44号／）（地方社会保険事務局長あて厚生労働省保険局長・社会保険庁運営部長通知）第1改正の趣旨。

<sup>2</sup> 「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針について」平成15年3月28日閣議決定3頁。

<sup>3</sup> 加藤智章ほか『社会保障法〔第7版〕』（有斐閣、2019）180頁。

<sup>4</sup> 加藤・前掲注3）書181頁。

<sup>5</sup> 笠木映里ほか『社会保障法』（有斐閣、2020）図表4-1（各種の医療保険）より抜粋175頁。協会

管掌健康保険の根拠法は健康保険法、都道府県・市町村管掌国民健康保険の根拠法は国民健康保険法、後期高齢者医療制度の根拠法は高齢者の医療の確保に関する法律である。

- <sup>6</sup> 協会けんぽ「協会けんぽの特定保険料率及び基本保険料率（保険料率の内訳表示）について」令和02年02月13日。  
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat330/1936-295/>（2020年11月12日最終アクセス）。
- <sup>7</sup> 菊池馨実『社会保障法〔第2版〕』（有斐閣，2018）17-18頁。
- <sup>8</sup> 加藤・前掲注3）書17頁。1973（昭和48）年は、年金・医療などの各分野で制度の拡充を図るための大規模な法改正が行われ、「福祉元年」ともいわれた。
- <sup>9</sup> 加藤・前掲注3）書12-20頁。
- <sup>10</sup> 菊池・前掲注7）書23頁。同23頁注23）社会保険をめぐる法学研究の展開と現状については、菊池馨実「社会保障法学における社会保険研究の歩みと現状」『社会保障法研究』1号（2011）119頁以下参照。このほか、菊池馨実編『社会保険の法原理』（法律文化社，2012）、河野正輝ほか編『社会保険改革の法理と将来像』（法律文化社，2010）など。
- <sup>11</sup> 菊池・前掲注7）書23-24頁。同24頁注28）近藤文二『社会保険』（岩波書店，1963）69-70頁。
- <sup>12</sup> 菊池・前掲注7）書24頁。同24頁注29）堀田一吉『保険理論と保険政策』（東洋経済新報社，2003）3-5頁。
- <sup>13</sup> 菊池・前掲注7）書24頁。同24頁注31）西原編〔5版〕15頁参照。保険原理と扶助原理の比較については、堀・年金〔4版〕58-59頁。日本の社会保険における保険原理の制度化の状況は各制度毎に異なっている。江口隆裕「社会保険料と租税に関する一考察」同『変貌する世界と日本の年金-年金の基本原理解から考える』（法律文化社，2008）179-194頁。
- <sup>14</sup> 加藤・前掲注3）書22-23頁。
- <sup>15</sup> 加藤・前掲注3）書24-25頁。
- <sup>16</sup> 菊池・前掲注7）書337頁。
- <sup>17</sup> これまで、被保険者が副業として行う請負業務中に負傷した場合や、被扶養者が請負業務中に負傷した場合など、健康保険と労災保険のどちらの給付も受けられないケースが生じていたことから、2013（平成25）年改正により法1条を改正し、労災保険の給付が受けられない場合には原則として健康保険の給付対象とすることを明確化した。
- <sup>18</sup> 協会けんぽ「令和元年度事業報告書（協会けんぽ2019）」10頁（2）医療費の動向。  
 元年度の医療費総額（医療給付費と自己負担額の合計額）は、7兆4,849億円となり、前年度と比べ5.4%の増加となっている。このうち、医療給付費は5兆8,530億円で前年度に比べ5.6%の増加（現物給付費は5兆7,360億円で前年度に比べ5.7%の増加、現金給付費は1,170億円で前年度に比べ1.7%の増加）、その他の現金給付費は4,746億円で前年度に比べ6.5%の増加となっており、保険給付費（医療給付費とその他の現金給付費の合計額）が6兆3,276億円で前年度に比べ5.7%の増加となっている。また、加入者1人当たりで見ると、医療費総額は185,531円となり、前年度と比べ2.5%の増加となっている。
- <sup>19</sup> 現行の体制の導入過程やその際の議論の妥当性に関しては、別途検討が必要であると思われるが、本稿では紙幅の関係上、導入過程で示された政策議論等を以下で示すにとどめる。
- ①日本経済新聞「三方一両損（01年 小泉首相）医療制度改革 聖域にメス」2016年2月21日。

「2001年4月の自民党総裁選で世論の圧倒的な支持で勝利した首相、小泉純一郎。『聖域なき構造改革』を訴えて7月の参院選で圧勝した。その具体化に向けて02年度予算編成で柱に掲げたテーマの一つが医療保険制度改革だった。

医療費は年30兆円を超え、国民所得の伸びや成長率を上回る増加ペース。政権は保険料と患者負担の引き上げ、医療機関の収入を減らす改革案を練り始めた。

8月27日、政府と労働団体との会議。小泉は『三方一両損で落としどころを相談したい』。患者、保険者、医療機関が負担を分かち合うという改革の趣旨を端的に表現し、理解を求めた。

厚生労働省は(1)サラリーマン層の患者負担を2割から3割に引き上げ(2)診療報酬引き下げ(3)高齢者医療費伸び率に上限設定-などの試案を掲げた。

日本医師会など関係団体は反発。会長の坪井栄孝は『財政偏重の誤った改革で、将来、国民の健康不安を招く』と批判した。呼応する党厚生族議員が抵抗する中、小泉は上限制などで妥協する一方、目に見える改革にこだわり、12月17日、診療報酬を薬価分などを含め過去最大の2.7%引き下げる方針を決めた。

サラリーマンの患者負担の引き上げは最後までもつれた。患者減を懸念する医師会と厚生族は強く抵抗。保険離れを危惧した党医療基本問題調査会長の丹羽雄哉は『自民党の9割が反対している』と訴えた。11月末、幹事長の山崎拓が3割負担の時期を『必要なとき』と玉虫色にする妥協案を示してひとまず決着した。

族議員は『しばらく上げない』と安堵したが、小泉は02年の年明け早々、3割負担を盛り込む法案に時期を『03年4月』と明記すると明言。2月11日、官房長官の福田康夫、厚労相の坂口力、与党3党幹事長、政調会長で合意し、党内の反対を押し切って決定した。」

- ②新田秀樹「医療政策ヒストリー座談会 第6回『2002(平成14)年健康保険法等改正』解説」医療と社会 Vol.30 No.2 2020 126頁。同「附属資料」220-222頁。

附属資料4 医療制度改革に関する政府・与党合意(平成14年2月11日)より一部抜粋

#### 五. 将来の抜本改革について(附則)

- (2) 政府は、平成14年度中のできるだけ早い時期に、次に掲げる事項について、具体的内容、手順及び年次計画を明らかにするものとする。

#### ③社会保険庁の業務運営の効率化及び事務の合理化

附属資料5 医療保険改革に関する合意事項(平成14年2月22日)より一部抜粋

#### 四. 抜本改革については、時期を明示し、次に掲げる事項を確実に実施する。

- (1) 医療保険の一元化と効率化の観点から次の措置を講ずる。

- ①政管健保事業のあり方を見直し、その関連分野にかかわる社会保険庁の民営化を5年以内に行う。

附属資料6 医療制度改革に関する政府・与党追加合意(平成14年2月28日)より一部抜粋

平成14年2月11日付政府・与党合意に追加して、下記のとおり合意する。

健康保険法等の一部を改正する法律案の附則として、別紙のとおり明記する。

5. 政府は、おおむね5年を目途に、政府が管掌する健康保険事業及び当該事業の組織形態のあり方を見直しについて検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

③前掲注1) 資料 第1改正の趣旨及び前掲注2) 資料3頁。

急速な高齢化等による医療費の増大等により、医療保険財政が厳しい状況の中、医療保険制度を将来にわたり持続可能で安定的なものとしていくことが必要となり、各制度・世代を通じた給付と負担の見直し、国民健康保険の財政基盤の強化等の措置を講ずるため、政管健保については、事業運営の効率性等を考慮しつつ、財政運営は、基本的には、都道府県を単位としたものとする示された。

<sup>20</sup> 特定保険料率：前期高齢者（※1）納付金、後期高齢者（※2）支援金、退職者給付拠出金及び病床転換支援金等に充てるための保険料率。

（※1）前期高齢者：65歳以上75歳未満の公的医療保険制度の加入者。

（※2）後期高齢者：75歳以上（又は後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた65歳以上75歳未満）の後期高齢者医療制度の加入者。

基本保険料率：協会けんぽの加入者に対する医療給付、保健事業等に充てるための保険料率。

一般保険料率：特定保険料率と基本保険料率をあわせた保険料率。

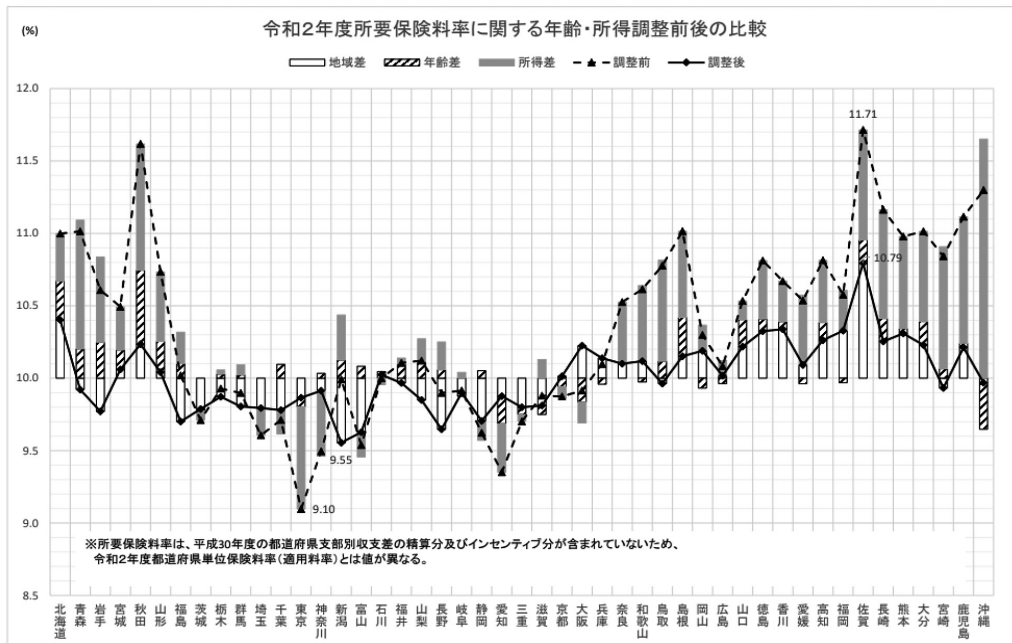
<sup>21</sup> 協会けんぽ・前掲注6)

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat330/1936-295/>（2020年11月12日最終アクセス）。

<sup>22</sup> 協会けんぽ「保険料率の変遷」令和02年02月14日。

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat330/hokenryouritunohennsenn/>（2020年11月12日最終アクセス）。

<sup>23</sup> 下記は、「令和2年度の所要保険料率に関する年齢・所得調整前後の比較」を表したものである。



出所：協会けんぽホームページ「運営委員会」第103回運営委員会（2020.3.19）資料4-2

『協会けんぽの都道府県支部別医療費等の状況（平成30年度）』49頁

[https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/shared/direction/dai103kai/20200319\\_10.pdf](https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/shared/direction/dai103kai/20200319_10.pdf)（2020年12月24日最終アクセス）。



<sup>24</sup> 協会けんぽ「令和2年度保険料率に関する論点について」第100回運営委員会（2019.11.22）資料1-1〔令和元年9月10日第99回運営委員会資料2（一部修正）〕42頁。

激変緩和措置：医療に要する費用の適正化等に係る協会の取組状況に応じ、当初5年間に限りとされたが、さらに5年間延長（令和2年3月31日で措置終了）した。

年齢調整：年齢構成を協会の平均とした場合の医療費との差額を調整。

所得調整：所得水準を協会の平均とした場合の保険料収入額との差額を調整。

令和2年度以降の都道府県単位保険料率には激変緩和措置は適用されず、本来の保険料率に戻ることとなるが、各支部の取組み（努力）による評価結果をインセンティブとして付与する制度（後掲注26）が導入された。

<sup>25</sup> 協会けんぽ「令和2年度保険料率に係る参考資料1」令和2年度都道府県単位保険料率の算定について（2020012914）12頁。

[https://www.kyoukaikenpo.or.jp//media/Files/shared/direction/dai102kai/20200129\\_14.pdf](https://www.kyoukaikenpo.or.jp//media/Files/shared/direction/dai102kai/20200129_14.pdf)  
（2020年11月12日最終アクセス）。

<sup>26</sup> 健康保険法施行令の一部を改正する政令及び健康保険法施行規則の一部を改正する省令が平成30年3月に公布された。開始年度である平成30年度から本格実施し、その実績を令和2年度の都道府県単位保険料率に反映する。具体的には、医療保険制度改革骨子（※1）等を踏まえ、新たに協会けんぽ全支部の後期高齢者支援金に係る保険料率の中に、インセンティブ制度の財源となる保険料率（0.01%）を設定するとともに、支部ごとの加入者及び事業主の行動等を評価し、その結果、上位23支部についてはインセンティブ（報奨金）を付与するもの。

（※1）厚生労働省ホームページ「医療保険制度改革骨子（概要）」〔平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定〕第27回社会保障審議会（平成27年1月29日）資料5-1より一部抜粋

## 2. 高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬制の導入

○拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/270129-5-1\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/270129-5-1_1.pdf)（2020年12月24日最終アクセス）。

前掲注24）資料内「インセンティブ制度の概要」45頁。

協会けんぽ「インセンティブ制度に係る本格実施等の実績及び広報の実施状況について」（第94回運営委員会（2018.11.21）資料4）。

協会けんぽ「インセンティブ制度」（令和02年04月02日）制度の概要

（1）制度の財源として、新たに全支部の保険料率の中に0.01%（※2）を盛り込んで計算する。

（2）各支部の評価指標（特定健診受診率など）の実績に応じて得点をつける。その得点をランキング付けし、47支部中上位23支部に（1）を財源とした報奨金を充てることによって保険料率（※3）を引き下げる。

（※2）この0.01%については3年間で段階的に導入され、令和2年度保険料率に盛り込む率は0.004%、令和3年度保険料率に盛り込む率は0.007%、令和4年度保険料率に盛り込む率は0.01%となる。

（※3）インセンティブ制度では、全支部一律の保険料率である後期高齢者支援金に係る保険

料率にインセンティブ（報奨金）を反映する仕組みとしている。

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/event/cat550/insenthibuseido/insenthibuseido/>（2020年12月10日最終アクセス）。

<sup>27</sup> 協会けんぽ「インセンティブ制度に係る平成30年度実績【確定値】及び平成30年度実績結果の検証について」第100回運営委員会（2019.11.22）資料2-1によると、平成30（2018）年度実績評価（令和2年度保険料率へ反映）は佐賀県が全国1位で減算率は-0.042%となった。

<実施率及び順位>平成30年度の実績（確定値）：北海道支部～沖縄支部より一部抜粋

- (1) 特定健診等の実施率：佐賀支部 51.8%（29位）
- (2) 特定保健指導の実施率：佐賀支部 22.2%（16位）
- (3) 特定保健指導対象者の減少率：佐賀支部 33.7%（11位）
- (4) 医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率：佐賀支部 13.7%（2位）
- (5) 後発医薬品の使用割合：佐賀支部 77.7%（7位）

上記（1）～（5）の指標ごとの素点を合計したものを支部の総得点としランキング付けを行った結果、佐賀支部が全国1位となったもの。

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g7/cat720/r1/dai100kaiunneiinkai/11122/>（2020年12月10日最終アクセス）。

<sup>28</sup> 健康保険法160条の2で、協会けんぽは、各年度末において保険給付費や高齢者拠出金等の支払いに必要な額の1か月分を準備金（法定積立金）として積み立てなければならぬとされている。

<sup>29</sup> 協会けんぽ「令和3年度保険料率に関する論点について」（第106回運営委員会（2020.9.15）資料2）1頁。

<sup>30</sup> 最大判平成18年3月1日民集60巻2号587頁「国民健康保険料賦課処分取消等請求事件」

判旨：国保料は、被保険者において保険給付を受け得ることに対する反対給付として徴収されるものである。経費の約3分の2が公的資金で賄われていることによって「保険料と保険給付を受け得る地位とのけん連性が断ち切られるものではない」し、強制加入・強制徴収は、「保険給付を受ける被保険者をなるべく保険事故を生ずべき者の全部とし、保険事故により生ずる個人の経済的損害を加入者相互において分担すべきであるとする社会保険としての国民健康保険の目的及び性質に由来するものというべきである。」と示している。

<sup>31</sup> 笠木・前掲注5）書232-233頁。

<sup>32</sup> 笠木・前掲注5）書233-238頁。

<sup>33</sup> 加藤・前掲注3）書188-190頁。

わが国の医療保障制度には、もともと高齢者のみを対象とする制度は存在しなかったが、1973（昭和48）年の老人福祉法改正により、医療保険における高齢者の一部負担金を老人福祉の税財源から全額負担する制度を導入し、実質的に老人医療費は無償となった。その結果、高齢者に対する公的な医療費支出が増大したため、その適正化策が求められ、1982（昭和57）年に老人保健法が制定された。老人保健法では、高齢者の医療費に対する拠出金をすべての医療保険の保険者が支出し、高齢者が被保険者に占める割合に応じてその拠出金額を増減するという方式が採用されたが、その後、老人医療費の国民医療費に占める割合が大きくなり、各保険者にかかる老人保健拠出金の財政負担が大きくなっていった。

<sup>34</sup> 森田慎二郎 「対立軸」から読み解く社会保障 第4回：医療保険制度における「公」と「私」－保険者のあり方を中心にして－」クォーターリー生活福祉研究 通巻72号 Vol.18 No.4 12-13頁 (2010.1.25)。

<sup>35</sup> 「後期高齢者医療制度の概要」第1回社会保障審議会 後期高齢者医療に関する特別部会 資料2-1 (2006年10月5日) 2頁・6頁。

平成20年に独立した医療制度を創設する。前期高齢者については、退職者が国保に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。現行の退職者医療制度は廃止する。

後期高齢者医療財政の概要：支援金（40%）、国調整交付金（8%）、定率国庫負担（25%）、定率都道府県負担（8%）、定率市町村負担（8%）、保険料その他（高額医療費に対する支援、公費補填を含む）。

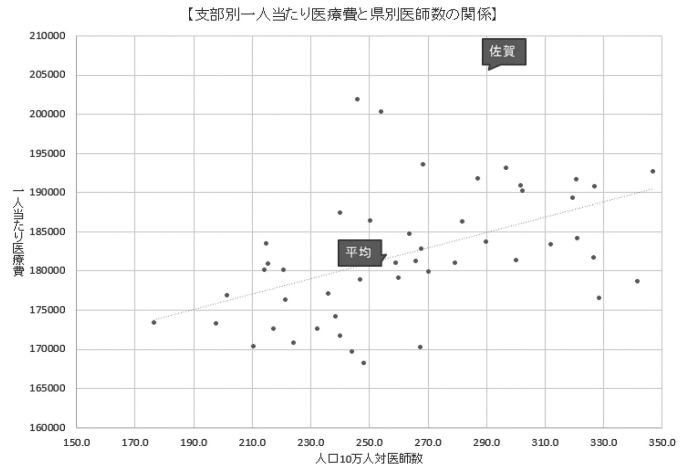
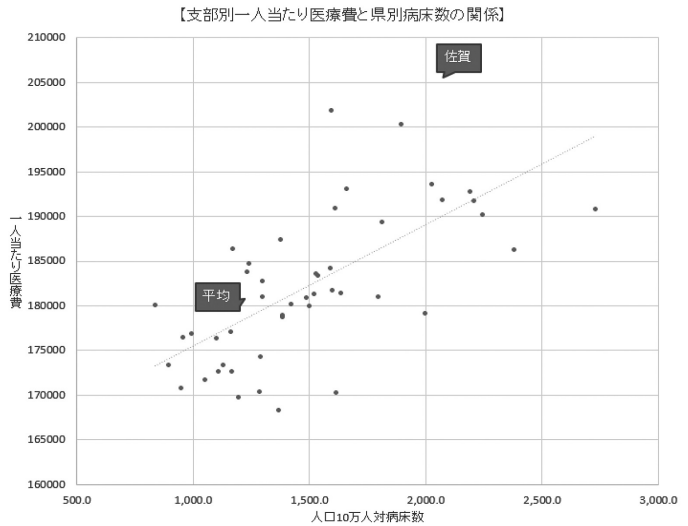
<sup>36</sup> 首相官邸 社会保障の在り方に関する懇談会（第18回）配布資料1「今後の社会保障の在り方について（案）」3頁（2006年5月26日）。

<sup>37</sup> 石田重森 「協会けんぽ」都道府県別保険料率をめぐって」週刊社会保障 No.2521（2009.3.9）30-31頁。

<sup>38</sup> 前掲注29) 資料内「協会けんぽの保険財政の傾向」44頁。

R1年度医療費（加入者1人当たり保険給付費1.28※）、賃金（1人当たり標準報酬月額1.02※）※数値は平成20年度を1とした場合の指数で表示したもの。医療費の伸びは右肩上がりで推移。

<sup>39</sup> 右記は、「平成30年度の支部別一人当たり医療費と県別病床数の関係」と「平成30年度の支部別一人当たり医療費と県別医師数の関係」を表したものである。



出所：協会けんぽ佐賀支部より提供（2020年12月24日）。

- <sup>40</sup> 印南一路「医療費適正化政策を考える」生活福祉研究 通巻 94 号 August 2017 43 頁。
- <sup>41</sup> 井伊雅子「日本の医療保険制度の歩みとその今日的課題」医療と社会 Vol.18 No.1 (2008) 214 頁。
- <sup>42</sup> 前掲注 26)。
- <sup>43</sup> 前掲注 27)。
- <sup>44</sup> 前掲注 24)。
- <sup>45</sup> 前掲注 24)。
- <sup>46</sup> 福井唯嗣「協会けんぽ財政の将来推計」京都産業大学 社会科学系列 第 32 号 (2015.3) 100 頁。
- <sup>47</sup> 笠木・前掲注 5) 書 233 頁。
- <sup>48</sup> 島崎謙治「健康保険法における被扶養者の概念とその取扱い」社会保障研究 Vol.1 No.3 (2016) 614 頁。
- <sup>49</sup> 社会保障審議会「第 3 号被保険者不整合記録問題対策特別部会報告書」社会保障審議会第 3 号被保険者不整合記録問題対策特別部会 (2011.5.20)。
- <sup>50</sup> 駒村康平・丸山桂「就業形態の変化と社会保険・企業福祉」日本労働研究雑誌 No.6 (2015.6) 7 頁。
- <sup>51</sup> 三原岳「日本の医療保険における保険料賦課の現状と課題」社会政策学会誌『社会政策』第 9 巻第 2 号 (2017) 55 頁。
- 表 2 「市町村国保、協会けんぽ、健保組合の保険料比較」より、たとえば、給与収入が 100 万円の場合、市町村国保：44,274 円、協会けんぽ：50,000 円、健保組合：40,450 円。給与収入が 400 万円の場合、市町村国保：379,708 円、協会けんぽ：200,000 円、健保組合：161,800 円。
- <sup>52</sup> 伊藤豪「公的医療保険の保険理論」保険学雑誌 第 606 号 187 頁 (2009.9)。
- <sup>53</sup> 森田・前掲注 34) 資料 3-6 頁。
- <sup>54</sup> 松本勝明「公的医療保険における公平と競争：ドイツにおける政策選択」年報 公共政策学 Vol.13 (2019) 223-226 頁。
- <sup>55</sup> 大森正博「オランダの医療制度改革と「保険者機能」」海外社会保障研究 Autumn 2001 No.136 59-60 頁、67 頁。
- <sup>56</sup> 大森正博「オランダの医療・介護保険制度改革」海外社会保障研究 Winter 2003 No.145 37 頁。
- <sup>57</sup> 小島克久「韓国の社会保障 (第 2 回) 韓国「国民健康保険」について」国立社会保障・人口問題研究所 社会保障研究 第 1 巻第 4 号 Vol.1 No.2 (2017) 487 頁。
- <sup>58</sup> 三原・前掲注 51) 資料 61 頁。
- <sup>59</sup> 島崎謙治『日本の医療制度と政策 [増補改訂版]』(東京大学出版会, 2020) 315-318 頁。
- <sup>60</sup> 島崎・前掲注 59) 書 310 頁。
- <sup>61</sup> 笠木・前掲注 5) 書 249 頁。
- <sup>62</sup> 森田・前掲注 34) 資料 3-6 頁。
- <sup>63</sup> 松本勝明「ドイツにおける 2007 年医療制度改革 - 競争強化の視点から -」海外社会保障研究 Winter 2008 No.165 (2008) 69 頁。



**Challenges and Prospects of Prefectural Unit Health Insurance  
(Kyokai Kenpo)  
— Considerations on Insurance Premium Rates That Differ  
from Prefecture to Prefecture —**

**NAKASHIMA, Keiko**

From September 2009, it was changed to the prefectural unit insurance premium rate system. It may be unreasonable for regional disparities in insurance premiums to occur due to inequality beyond a certain range. Based on circumstances unrelated to the efforts of prefectural branches, such as the elderly population ratio and the medical environment, we question the system that reflects the results of activities such as optimizing medical expenses in the insurance premium rate. In this paper, based on the history and significance of the system, from the perspective of securing stable financial resources for social security and financial soundness, and taking into account recommendations such as the theory of unification of insurance premiums and the theory of personalization of incentives, "Insurance rates that differ by prefecture" Verify the validity of the settings.