

改編下の国民健康保険と自治体財政

清水修二

目次

はじめに

一 老人保健法改正の産み出したもの

(一) 改正老健法

(二) 国保税(料) 収納率向上運動

(三) 保険給付の一時差止め問題

二 制度改編と国保財政

(一) 歴史的経緯

(二) 国民健康保険の特質と財政危機

三 新段階の国保改革構想

はじめに

いわゆる国民皆保険体制が我が国で確立したのは一九六一（昭和三六）年のことである。以来四半世紀を経た今日、皆保険体制の支柱である国民健康保険（以下しばしば「国保」と表記する）を主舞台に医療保障分野のドラスティックな改編がすすんでいる。そして一九八七（昭和六二）年初頭に施行をみた改正老人保健法に随伴して国民健康保険法の一部改正が行われ、保険給付の一時差止めを含む保険税（料）徴収の格段の強化策が打ち出されたことから、低所得者の基本的人権にかかわるような深刻な事態が全国各地で発生している。

人類史上前例のない高齢化社会の到来が懸念されるなかで、医療保障の問題が格別の重みをもっていることは誰しも認めるところである。しかしわが国の医療保険制度がきわめて複雑でなかなか理解しにくい面をもっていることが課題への接近の妨げになっている点は否定しがたい。今回の事態についても世上一般の関心・認識は必ずしも高くない。私自身、医療保障問題に関し特に研究歴をもっている者ではないが、過日福島県北の国保財政の調査を行なった経験^①をふまえ、そこで得た若干の資料を織り込みながら現段階での国保問題のスケッチを試みてみたい。

一 老人保健法改正の産み出したもの

(一) 改正老健法

医療分野における行政改革（医療行革）の本格的な幕開けを告げたのが一九八二（昭和五七）年八月の老人保健法の成立

であった(翌年二月施行)。国の一般歳出の約一割を占めるに至った医療費国庫負担の増大を抑制するために、七〇歳以上の老人医療の無料制を廃止するとともに、各保険制度間の老人加入率格差によって生じる財政力格差を是正すべく新たな財政調整方式を導入したのであった。さて四年のちになされることになったこの法律の改正の主旨は主に三点である。第一は患者一部負担金の増額で、外来一か月四〇〇〇円が八〇〇〇円に上げられ(政府原案では一、〇〇〇円)、入院は一日三〇〇円(二か月限度)が無期限で一日四〇〇〇円(ただし低所得者は二か月を限度に一日三〇〇円)となった(政府原案は一律無期限五〇〇円)。第二が老人保健施設の創設である。そして第三が、老人保健制度への各保険者(国保・健保組合・共済組合等)の医療費拠出金算定方法の変更——「加入者按分率」の引上げであり、これがここでの主たる問題となる。

周知のとおり老人保健法制定の最大の趣旨は、分立する医療保険制度の枠を超えた財政負担の調整を、まずは老人医療費部分について導入することにあった。具体的には、のちに見るように老人比率の際立って高い国民健康保険の老人医療費負担を、被用者保険が一定の基準で一部分け合うかたちになる。すなわち「各医療保険制度に平均的に老人が加入していると仮定して老人医療費総額を各医療保険制度に按分し、それぞれ応分の負担をさせよう」というものである。⁽²⁾ 法制定当初の各保険者の拠出金の算定方法を簡略に示せば左のとおりである。

- (1) 当該年度の概算医療費拠出金³⁾ = 医療費按分額 + 加入者按分額
- (2) 医療費按分額 = 当該保険者の老人医療費見込額 $\times \frac{7}{10}$ \times 医療費按分率
- (3) 加入者按分額 = 当該保険者の老人医療費見込額 $\times \frac{7}{10}$ \times 加入者按分率 \times 概算加入者調整率
- (4) 概算加入者調整率 = $\frac{\text{全保険者の平均老人加入率見込値}}{\text{当該保険者の老人加入率見込値}} \times \text{概算補正係数}$
- (5) 概算補正係数：全保険者の加入者按分額の合計額を全保険者の老人医療費見込総額の $\frac{3.5}{10}$ に一致させるために算定される全保険者に共通の係数

財政調整の機能を果たすのは(3)の加入者按分に係る部分であり、全保険者の老人加入率に対する当該保険者のその比の逆数(4)を乗ずることによって、老人加入率の低い保険者(健保組合等)の拠出額を相対的に大きくする仕組みになっている。各保険者の拠出の基礎となるのは老人医療費の十分の七にあたる数字だが、このうちのどれだけを右の加入者按分によって調整するかを示すのがすなわち加入者按分率の大きさである(加入者按分率と医療費按分率の合計は一である)。そしてこの加入者按分率は当初(5)で示されるように二分の一だったが一九八三(昭和五八)年度以降年次推移で百分の四七・二、百分の四五・一、百分の四四・七とされてきた。

さて問題の改正老健法においてはこの医療費拠出金の規程が変更され、算出方法は加入者按分方式に一本化されることになった。すなわち加入者按分率を一九八六(昭和六一)年度八〇パーセント、一九八七～九年度九〇パーセント、一九九〇年度以降一〇〇パーセントとする軌道が敷かれた。⁽⁴⁾要するに拠出金額決定の根拠はやがて各保険者の老人加入比率のみとなるわけであり、国民健康保険にとって最も有利なシステムとなる。第1表に示されるように、加入者按分率一〇〇パーセントの段階ですべての保険者に同率の老人被保険者が存在する前提で拠出金が計算されることになるわけである。⁽⁵⁾

この変更は、国保以外の被用者保険の負担増を当然伴う。また後述するように、右の国保救済措置は一九八四(昭和五九)年の退職者医療制度発足の際の政府の「見込み違い」による国庫支出の過剰削減から生じた国保財政の「損失」を、(国庫補助回復によらずに)補償するという客観的意味をもっていた。したがって国会審議のなかでは被用者保険側の立場から、サラリーマン・勤労者に国庫支出削減のツケを回すものであるとの批判が強く唱えられた。「すでに、老人保健法に基づく『拠出金』が、健康保険組合の法定医療費の総支出の中で二〇%を占めており、健康保険組合の自主運営努力は八〇%に低下していることになる。このことは、医療保険の財政運営において、最も国庫負担が少なく、ほぼ一〇〇%の自主運営をしている健康保険組合の『活力』を抑制し保険制度の運営にさえ国庫負担を必要とする政管健保や国保への組

第1表 制度別加入者1000人当り老人数

(全制度平均69人)

	実態	改正前加入者按分率 44.7%	加入者按分率 80%	加入者按分率 90%	加入者按分率 100%
政管健保	43人	55人	64人	66人	69人
健保組合	29	47	61	65	69
共済組合	39	53	63	66	69
国保	125	100	80	75	69

資料：『週刊社会保障』1416号(1987.1.19) p.6

みかえが必要になってくることにもなり、結局は国庫負担を増大させることになる⁽⁶⁾との指摘もなされている。

(二) 国保税(料) 収納率向上運動

被用者保険サイドの強力な抵抗を押し切ってなされた老健法改正には、その抵抗を緩和する配慮から、国保側の『経営努力』を促す措置が随伴せしめられた。国民健康保険法の一部改正により国保税(料)のいわゆる悪質滞納者対策の具体化されたことがそれであり、詳しくは次節で触れる。また参議院での修正・採択にあたってなされた附帯決議は、「市町村は、収納率の向上、レセプト審査の強化等国民健康保険事業の運営に関し、一層の経営努力を行うとともに、国および都道府県知事は市町村に対する指導をより一層強化すること」を特に求めている。

このような状況の中で、厚生省および国民健康保険中央会は市町村国保の『自主努力』を強力に指導することになった。改正老健法の施行された一九八七(昭和六二)年一月に開かれた全国国民健康保険主管課(部)長会議の記録は、厚生省のこの件に関するきわめて詳細かつ威圧的な指導を如実にあらわしている⁽⁷⁾。この会議に先立って出された保険局長通知は、とくに今次の改正のもたらす財政負担軽減効果が保険料(税)の引き下げにつながることを警戒し「十分な経営努力や今後の国民健康保険財政安定化のための財政計画の見通しもなく、安易に保険料(税)の引き下げの措置をとった保険者に対しては、財政調整交付金の配分について一部見合わせることを考慮するもの

である」とし、さらに国保課長通知では、「市町村および国保組合が行う予算編成に当たっては、予算原案段階で（都道府県に）必ず内議させ指導すること。（中略）特に、保険料（税）の引下げの措置が行われることがないよう嚴重に指導し、引下げの内議があったときは、当課に報告すること」（一）（引用者）とも述べられている。また「市町村をあげて滞納者の一掃体制を整備し、休日、夜間の戸別徴収および滞納処分を積極的に推進すること」も指示している。⁽⁸⁾

一方、こうした政府当局側の動きを受けて、国保中央会は三月六日の定期総会で「国保財政の安定強化に関する宣言」を採択し「国保三パーセント運動」を打ち出した。そして五月、「国保財政充実強化推進運動実施要綱」によってその具体的な実施方法を例示して全国に指令するに至った。「国保三パーセント運動」とは、①保険料（税）の収納率を一パーセント以上引上げる ②医療費適正化対策により医療費の一パーセント以上の財政効果をあげる ③保健施設活動を促進するため保健施設費として保険税（料）の一パーセント以上を確保すること、以上の三つを同時に追求するというのがその内容である。第一の収納率向上についてはたとえば納税組合の拡大強化、銀行振込の促進、強制徴収の強化などが例示され、第二の医療費節減策としてはレセプト点検の徹底、医療通知の積極的実施と活用、多受診世帯の把握と指導、長期入院患者の実態把握と在宅医療の奨励といったものが挙げられている。

厚生省は同じく五月、国保課長通知で「収納率向上特別対策実施要領」を発し、収納率低下原因の徹底した分析、徴収体制の整備、被保険者へのPR等を促すとともに、「国民健康保険保険料（税）収納率向上特別対策事業」への助成金（特別調整交付金——地方交付税制度における特別交付税にあたる部分——が充てられる）交付対象市町村の具備すべき条件を示し、都道府県へその推薦方指示している。中央集権的な行政指導と財政誘導のシステムが、国保の運営においても強力に機能せしめられたのである。

以上述べたように、改正老健法による国保の「負担軽減」は、その代償としてきわめて強烈な「自主努力」へのインパ

クトを国保に加えるに至った。その一環として行われた国民健康保険法の一部改変――制裁措置を含む徴税対策の強化について、節を改めてとりあげよう。

(三) 保険給付の一時差止め問題

新たに導入された措置の内容は次のとおりである。まず第一に「保険者は、災害その他の政令で定める特別の事情がないのに保険料を滞納している世帯主または組合員に対して、被保険者証を返還させ、被保険者資格証明書を交付することができないものとする」(ただし老人保健法に基く医療費および身体障害者、原爆被爆者医療等の公費負担医療については除外)。第二に「被保険者資格証明書が交付されている世帯に属する被保険者に対しては、療養の給付および特定療養費の支給は行わない」とした上で、第三に「保険者は、被保険者資格証明書が交付されている世帯に属する被保険者が療養を受けたときは、療養費を支給するものとする」。そして第四に「保険者は、災害その他の政令で定める特別の事情がないのに保険料を滞納している世帯主又は組合員に対しては、厚生省令で定めるところにより、保険給付の全部又は一部の支払を一時差止めることが出来るものとする」。(傍点引用者)

右の措置の意味するところはすなわち、いわゆる「悪質滞納者」には保険証の所持を許さず(といっても保険証の「返還」を求める手続きが必要であって、初めから交付しないというのは違法である)、したがって医療保険としての現物給付(保険医療の享受)を認めず、医療機関の窓口で医療費の全額をひとまず負担させ、後になってから療養費のかたちで償還払いする、しかも依然として滞納が続いている間はその償還払いをも差止めるといふものである。また資格証明書の発行如何にかかわらず高額医療費、助産費、葬祭費などについては「悪質滞納者」への支払いを差止めることができるものとされた。

第2表 滞納者に対する給付制限実施状況
(昭和62年4月10日現在)

	市町村 保険者数	資格証明書 交付実施	同実施率 (%)
秋田	69	1	1.4
福島	90	3	3.3
茨城	92	8	8.7
千葉	80	3	3.8
石川	41	12	29.3
福井	35	9	25.7
山梨	64	23	35.9
岐阜	99	1	1.0
滋賀	50	5	10.0
和歌山	47	4	8.5
鳥取	39	3	7.7
香川	43	6	14.0
愛媛	70	17	24.3
高知	53	24	45.3
福岡	97	1	1.0
佐賀	49	6	12.2
大分	58	5	8.6
鹿児島	96	3	3.1
沖縄	53	6	11.3
全国計	3,269	140	4.3

資料：『地方自治資料』No.874(1987. 8. 15)

この滞納者対策の具体的な実施方法については、とくに資格証明書の交付に至るまでの手続きに関して督促、納付相談、納付指導(分割納入など)といった諸段階を設けて慎重を期するものとされているが、問題はいうまでもなく「悪質」認定の基準であって、後に述べるように国保財政危機のなかで滞納者(納入不能者)が政治的に大量につくられている情勢の下での「悪質」認定は、大きな問題を含まざるを得ない。そのことは具体的状況にはっきりと反映しており、この強硬措置の実施は政府当局の思惑とおりには進んでいない。四月一〇日時点で見ると、給付制限を早速実施したのは全市町村の四・三パーセントにとどまっている(第2表参照)。もっともその後、保険証の更新時期をはさんでこの数字はかなりの上昇をたどりつつあると思われる。たとえば福井県の場合、九月末段階では一九団体(全市町村の半数以上)が資格証明書を交付しており、その発行数は八三〇枚に達している。⁽⁹⁾ 福島県保険医協会の調べによって福島県内の状況を見ると、八

月三〇日現在資格証明書を交付している町村は三(岩瀬村三件、平田村八六件、田島町四件)である。⁽¹⁰⁾ 福島県内九〇市町村の国保事業は一九八六(昭和六二)年度決算で単年度実質一〇億二三〇〇万円の赤字となった。赤字団体数は減少しているが、後にみるように税率の大幅な引上げがなされた結果、国保税の収納率は前年に比べ〇・一八

パーセントだが低下を記録している。⁽¹¹⁾ 資格証明書の交付は福島県内でも暫く増加の傾向をたどることが予想される。

保険給付の差止めを含む右のような法的措置のはらむ問題は、篠崎次男氏（日本生活協同組合連合会医療部会事務局長）によれば以下のように整理される。⁽¹²⁾ 第一に、国民皆保険制度がこれによって崩れることである。国民の四割に近い加入者を擁するわが国最大の医療保険において、保険対象から事実上除外される者が発生することの歴史的意思是大きい。第二に、医療保障についての公的責任が一部解除され、民間疾病保険との本質的差異が曖昧になる。国保の社会保険としての性格がねじ曲げられるということである。第三には医療保険のなかに現物給付でない現金給付（償還払い）が導入されることが注目される。前払いにせよ後払いにせよ、現金給付は低所得者の医療受給権を冒す可能性の強いことから現物給付が我が国では原則とされてきたが、この原則がつき崩される端緒となる懸念がある。第四に、これが地域社会の人間関係に及ぼす影響が指摘されている。とくに農村の場合、国保税徴収は地縁組織である納税組合によって担われることが多く、それはなにかば経済外強制を伴うシステムとして機能する。「悪質」滞納者の特定は、地域社会での人権侵害¹¹とが差別をひきおこす危険があるわけである。

滞納者対策という限定された枠の中での現象ではあっても、そこに内包される問題はどのように軽視できないものである。地域医療保険はあくまでも住民の相互保険¹¹相互扶助のシステムであり一部滞納者の存在は他の被保険者にとっての迷惑であるという論理が、そこではあらわに押し出される。医療保険一元化への改正老健法による一步接近が国保の「自主努力」を促進する構造は先に見たが、これが、国連人権規約にも定められた「すべてのものが到達可能な最高水準の身体および精神の健康を享受する権利」を制度的にも崩壊させる可能性をはらんでいるのである。⁽¹³⁾

二 制度改編と国保財政

(一) 歴史的経緯

国民健康保険の沿革をごく簡単に述べてみよう。⁽¹⁴⁾ 戦前の国民健康保険法(旧法)は一九三八(昭和一三)年に制定されている。被用者保険である健康保険制度に遅れること一六年であった。しかし旧法にあって国保は「相扶、共済、精神、二則、疾病、負傷、分娩又ハ死亡ニ関シ保険給付ヲ為ス」ものとされ、任意加入が原則で、現金給付・現物給付いずれも選択可能であり、国庫からの財政補助は無いに等しかった。その後一九四二(昭和一七)年の改正で強制加入の道が開かれ、翌年度には全市町村の九五パーセントにまで組合の設立が進んだが、そのじつ保険医療の中身はきわめて貧弱なものであった。敗戦後、地方財政窮乏の下で国保は破局的財政危機を迎える。が、やがて新憲法施行後に国保再建の一步が踏み出され、一九四八(昭和二三)年に市町村公営の原則が確立し、国庫補助の方向も打ち出された。一九五一(昭和二六)年には地方目的税の一つとして国民健康保険税が創設されると同時に、⁽¹⁵⁾ 国庫支出についても事務費の全額補助の実現を見た。そして療養給付費に対し助成交付金が出されるに至ったのは一九五三(昭和二八)年のことである。もっともこれはあくまでも国の予算措置としての補助であったが、翌々年度には療養給付の二割の補助が国に義務つけられることとなった。続いて一九五八(昭和二三)年に旧法の全面改正によって新たな国民健康保険法(「新法」)の成立をみる。新法では医療保障は国の責務として位置づけられ、国保事業は市町村への団体委任事務であることが示された。そして国は療養給付費の二〇パーセントを負担するほかに財政調整交付金によって五パーセントを補助することとされた。この法的裏付けのもとで「国民健康保険全国普及四か年計画」が展開され、かくて二年後の一九六一(昭和三七)年に至って国民皆保険体制が確立したわけである。その後は給付率の改善および国庫補助の引上げ、高額医療費支給制度の発足などが積み重ねられて、今次改編前の国保制度が成立するに至った。

ここまでが国保の発展・拡充期で、それは日本の医療保障の全般的上昇過程でもあった。この「皆保険第一期」⁽¹⁶⁾の終焉を告げ「皆保険第二期」の開幕を歴史に刻んだのが老人保健制度の創設である。それはいうまでもなく一連の行政改革の一環をなすものであり、被用者保険と異り事業主負担が存在しないために多額の国庫負担を必要とせざるを得ない国民健康保険の扱いが、国庫支出削減を最重要の目標とする行政改革の主要な課題とされたのである。一九八一（昭和五六）年四月の第二次臨時行政調査会第一次答申において早くも「老人保険法案の早期成立を図り、組合健康保険、国民健康保険等、保険者間の負担の公平化を図る。老人医療においても患者一部負担の導入を図り、地方公共団体の老人医療等の単独事業は廃止する」との方針が打ち出されていた。翌年四月の臨調第三部会報告原案では「国と地方の財源配分及び地方財政のあり方」として、基準行政と基準外行政との区別を前提に、地方交付税によって保障済みの基準行政サービスを越える基準外行政サービスの財源は、地方交付税算定の際に地方に留保されるいわゆる留保財源および受益者負担、法定外普通税、超過負担、超過課税によってまかなうべきであるという論理がはっきりと謳われている。（この論理を国民健康保険にいわば適用したのが、のちに登場する「基準医療費」の考え方である。）

老人保健制度と国民健康保険財政とのかわりについては既に述べたので繰返さない。次に国保財政に大きな変容をもたらしたのが一九八四（昭和五九）年に創設された退職者医療制度である。定年などによって被用者保険を離脱する高齢者は、医療を受給する必要性の高まる年齢にある一方で所得が乏しいという不利な条件を背負ったまま、地域保険である国保に加入することになる。このことが国保財政困難の大きな要因になっていたことは間違いない。そこで現役時代の医療保険に財政負担金を一部拠出させることを目的につくられたのが退職者医療制度である。これは国保における特別勘定事業であって、保険給付の実施主体はむろん市町村である。退職被保険者本人への給付は八割、被扶養者については外来七割、入院八割とされ、一般国保を上回る給付水準が設定された。これは将来における医療保険一元化を見越した数字であ

第3表 年齢構成格差を是正する制度改正の財政効果

年月	改正事項	国保の保険料に対する影響率	年度	制度改正による影響額	国保の保険料総額
58年2月	老人保険制度の創設 一部負担の導入 加入者按分率の導入	△10.7%	58	△1,850億円	17,300億円
59年10月	退職者医療制度の創設	7.8	60	1,410	18,100
60年4月	加入者按分率の変更	0.4	60	80	18,100
(59年4月)	(47.2% → 44.7%)				
62年1月	老人保健制度の改正 一部負担の変更 加入者按分率の変更 (44.7% → 90%)	△11.0	62	△2,290	20,900 (予算)

(注) 58年度は国保組合を含めた数値

資料：『週刊社会保障』No.1450(1987.9.14) p.45

ところが退職者医療制度が蓋をあけてみるとこれが大幅な見込み違いとなり、発足当初の退職被保険者は見込みを三八・六パーセントも下回って、その結果国保への国庫負担の過剰削減という事態が招来されることになったのは周知のとおりである。この誤算の原因について「厚生省は、厚生年金、船員保険の年金受給者については社会保険庁の調査結果によったが、共済年金等の受給者についてはデータの制約から推計値によらざるをえなかったこと、退職被保険者の扶養率の見込みが大き過ぎたこと等をあげている⁽¹⁷⁾」といわれる。また、退職後の老齢年金額が低く年額九〇万円に満たない場合は息子や娘の被扶養者となつてしまい、国保に加入しないケースの多かつたことも指摘されている⁽¹⁸⁾。いずれにせよ退職者医療制度の導入は、結局国庫負担を軽減するばかりで肝腎の国保の財政危機には却って拍車をかける結果となった。国は一定の補填措置を講じたが、市町村側のダメージは容易に回復できるものではなかった。こうした事態が後述するような国保税(料)の大幅引上げに連動して滞納者をふくらませ、既に見た滞納者対策展開の最大の背景を形成したのである。

厚生省はこの間の諸制度改革による国保財政への影響を第3表のようにまとめている。昭和六〇年度に退職者医療制度の影響による国保の負担増は一四一〇億円にのぼった。六二年度段階でなお一〇〇八億円が未補填のまま残されていたが、新たな都道府県負担の導入(後述)と引換えに、同年度補正予算でよ

うやく措置されることになった。

(二) 国民健康保険の特質と財政危機

よく指摘されるとおり国民健康保険の構造的特質は、被保険者に低所得者と高齢者の多いことである。第4表は各制度の老人比率を示したもののだが、国保の老人比率は政管健保の二・七倍、組合健保の実に四倍にのぼっている。また被保険者の職業構成(第5表)をみると、この二〇年間に著しい構造変化が生じており、被用者(従業員五人未満の事業所従業者)の比率が二倍になり、無職(年金受給者等)のそれが五倍近くにふえていることがわかる。これらはおおむね低所得者であり、高齢者増による医療費膨張を支える国保の財政基盤の脆弱化をそれは物語っている。市町村税非課税ライン以下の世帯は一貫して増大し、一九六五(昭和四〇)年度には一・二パーセントだったのが一九八六(昭和六一)年度には実に四二・一パーセントに及んでいる。⁽¹⁹⁾

第4表 制度別老人割合の推移 (%)

年度	国保	政管	組合	平均
41	5.3	2.4	2.5	3.9
50	7.4	3.4	2.7	4.8
55	9.4	3.9	2.9	5.7
60	11.5	4.3	2.9	6.7

資料：『地方自治資料』No.878(1987.10.15)

第5表 国保加入者職業構成の推移

(各年度9月末現在 %)

年度	昭40	50	55	60
農林水産業	51.2	27.4	19.7	16.0
自営業	26.3	34.7	36.9	35.6
被用者	14.4	27.2	30.1	28.3
その他の職業	4.7	4.6	3.4	3.6
無職	3.4	6.1	9.9	16.5

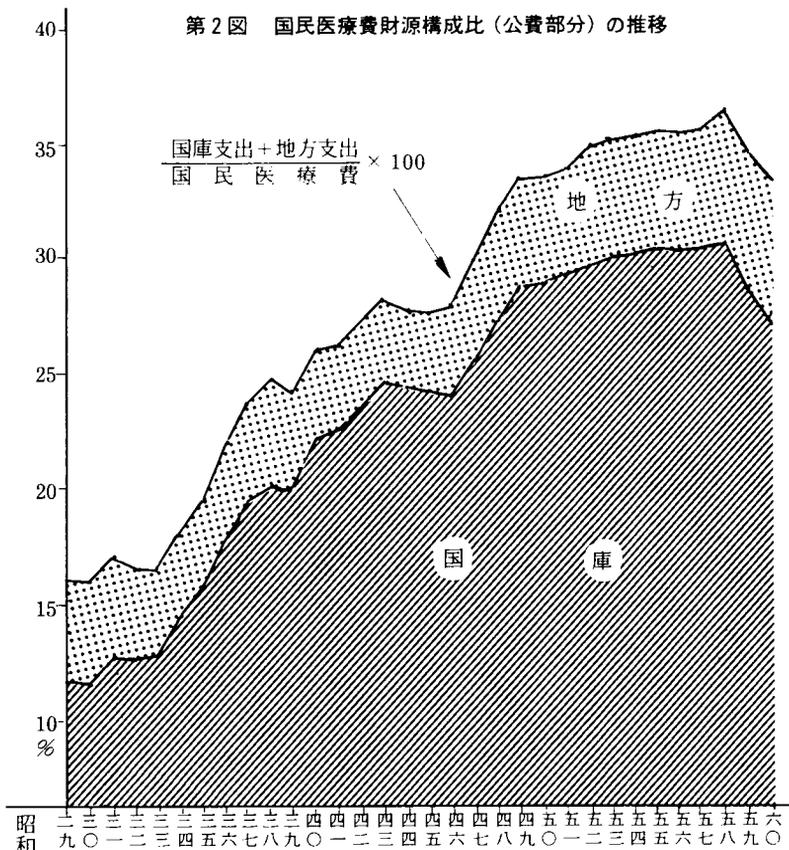
(注) 自営業：弁護士、税理士、商店経営等
その他：保険外交員、文筆業、寺院等

資料：第4表と同じ

全国市長会の指摘によればさらに「国民健康保険の二極分化」が進行している。被保険者数五万人以上の都市国保が一九六一年から一九八四年までの間に三一増加し、四千人未満町村国保も八一四

第2図 国民医療費財源構成比(公費部分)の推移

— 改編下の国民健康保険と自治体財政 —



資料：厚生省統計情報部「昭和60年度国民医療費」、『社会保険旬報』No.1582(1987.7.1) p. 29

の増、うち千人未満も一〇六の増加をみたのに対し、中間規模の保険者は約一〇〇〇の減少となっている⁽²⁰⁾。地域経済の格差拡大の結果にはかならないが、これがとくに農村部の零細保険者の国保運営に困難の度を加える要因になっていることは容易に推測される。

第2図は国民医療費の財源のうち公費部分の構成比の推移を示したものである。一九八四(昭和五九)年度改革を境にして公費支出の抑制および国庫負担の転嫁の動きがはっきりと認められる。国民医療費は昭和58/59年度五四九四億円、59/60年度九二二七億円とふえ続けているから、地方団体(市町村)の負担は絶対的にも相対的にも大きく変わった。とくに59/60年度の地方負担増は一七二億円にのぼり(前年

国保状況

梁川町	保原町	霊山町	月舘町	川俣町	飯野町
V-1	VI-3	III-1	II-1	V-3	II-3
3,607(66.7)	3,421(54.4)	1,846(68.7)	934(72.2)	3,015(57.5)	1,075(60.7)
12,534(54.8)	12,456(50.9)	6,028(52.1)	3,111(55.7)	8,945(43.5)	3,165(42.2)
13.4	13.06	14.48	14.2	14.2	17.2
7	10.32	10.21	8.24	14.2	11
26	26.72	30.07	28.91	30.7	31
19	18.53	20.68	20.56	18.2	20
33	29.52	29.43	31.58	24.9	26
} 15	} 14.91	9.55 0.01	} 10.71	12.0	} 12
4.39 40	5.28 40	6.32 40	5.05 40	6.80 40	4.83 40
42.09 10	36.28 10	40.30 10	30.68 10	43.00 10	35.33 10
19,600 35	22,187 35	20,565 35	16,581 35	23,400 35	18,145 35
29,500 15	29,536 15	29,056 15	23,781 15	30,500 15	23,016 15
168,994	172,085	173,327	146,928	169,781	139,550
48,621	56,552	53,079	44,121	56,011	47,150
3.00	4.01	3.79	4.00	4.91	4.78
4.00	3.23	2.95	3.85	4.47	4.26
97.4	95.50	98.31	99.85	95.6	97.4
17,439	80,107	12,414	0	21,265	8,264
13.4	22.6	23.9	2.1	0.8	△ 0.9
19.4	17.6	28.6	10.4	28.0	14.9
18.7	20.9	24.6	25.5	45.8	20.3
5.5	11.1	3.9	17.0	6.6	12.1
69.7	93.5	106.2	65.6	100.4	53.5
99,573	97,361	98,936	82,669	101,293	93,662
70,600	68,541	70,109	58,135	72,540	66,924
78,625	75,102	75,971	63,131	80,217	73,743
1,232.7	1,292.4	1,254.5	1,157.8	1,225.8	1,114.0
350,232	348,416	366,247	331,881	421,774	308,019
1 (130)	4 (583)	0 (0)	0 (0)	2 (220)	0 (0)
9 (24)	10 (45)	6 (23)	3 (26)	11 (24)	3 (7)

— 改編下の国民健康保険と自治体財政 —

四四

和62)年度。Vは軽減額、軽減前の保険税総額。

第6表 福島市および伊達郡各町の

				福島市	桑折町	伊達町	国見町				
〔市〕町村類型				〔V-3〕	IV-3	III-3	III-2				
I	加入状況	加入世帯数(比率)		34,540(41.8)	2,202(55.3)	1,470(51.4)	1,800(62.2)				
		加入者数(比率)		86,164(31.8)	5,990(40.1)	3,827(36.8)	5,648(47.1)				
		加入者中70歳以上割合(%)		15.02	15.6	17.26	14.5				
II	加入者年間所得別構成比(%)	所得なし		16.3	16.4	15.85	9.4				
		～100万円未満		25.8	25.8	27.01	23.6				
		100～150万円 "		15.6	16.6	15.24	16.3				
		150～300万円 "		24.4	28.3	27.96	31.5				
		300～500万円 "		10.6	9.4	8.63	} 19.2				
500万円以上		7.3	3.5	5.31							
III	国保税率	所得割(%)	按分率(%)	8.47	58	5.24	45	4.85	42	5.16	40
		資産割(%)		47.19	14	33.59	10	39.72	13	37.24	10
		均等割(円)		12,800	17	18,856	30	20,525	30	22,091	35
		平等割(円)		21,000	11	25,769	15	27,115	15	30,107	15
IV	国保税負担額	一世帯当り(円)		152,403		148,762		149,739		174,646	
		一人当り(円)		61,111		54,744		57,667		55,770	
V	国保税軽減率	一般分(%)		3.54		3.82		4.54		2.64	
		退職分(%)		1.65		2.76		2.40		2.28	
VI	国保税収納状況	収納率(%)		91.1		97.16		94.43		99.3	
		累積滞納額(千円)		1,220,000		19,192		27,000		5,789	
VII	国引上率(%)	昭和58/59年度		△ 0.3		10.1		12.7		7.3	
		59/60		3.6		22.3		21.1		11.6	
		60/61		29.7		12.6		18.5		10.3	
		61/62		8.3		1.0		87.7		12.5	
		58～62年度		45.2		53.1		58.1		48.7	
VIII	一人当り療養費	療養諸費(円)		109,916		97,399		110,174		96,778	
		うち保険者負担分(A)		78,616		69,207		78,706		68,436	
		A+高額医療費		87,657		75,514		87,965		75,630	
IX	老人医療費	受診率(%)		1,461.4		1,521.7		1,415.9		1,593.7	
		一人当り費用額(円)		451,242		375,784		414,898		338,685	
X	医療施設の状況	病院数(病床数)		24(4197)		0(0)		0(0)		1(429)	
		診療所数(病床数)		253(1003)		3(19)		10(68)		5(11)	

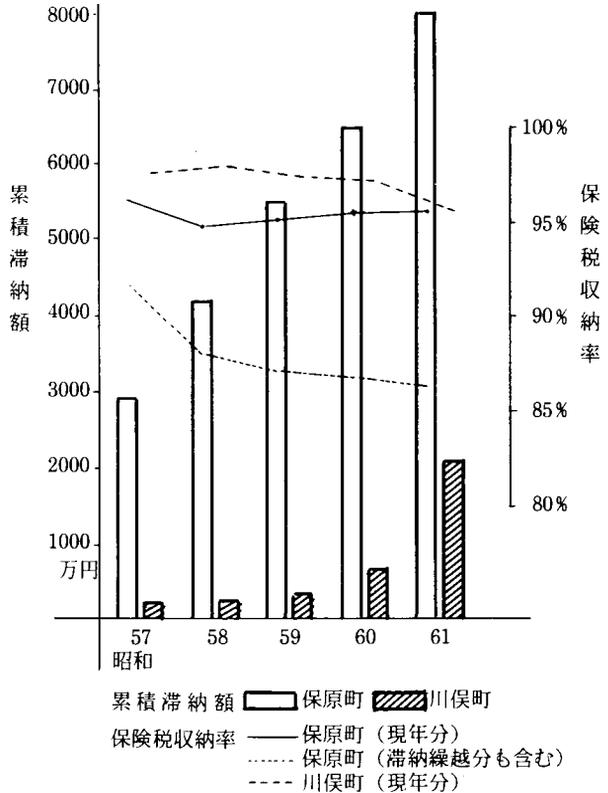
(注) V・Ⅷ・IX・Xは1985(昭和60)年度。I・II・VIは1986(昭和61)年度。III・IVは1987(資料)福島医療生協調べ。および福島県保健環境部『衛生行政の概況・昭和61年版』

度は四九七億円増)、国保の保険税(料)はさらに一八一二億円も増徴されている。これほどまで保険税(料)をふやしてもなお国保の赤字保険者数は増加し(五九年度四〇二、六〇年度四四六)赤字金額も四九八億円から九三二億円へとほぼ倍増した。⁽²⁾

さて以上の全国的な動向を、具体的に福島県の状況のなかで検証してみよう。第6表は福島市および伊達郡九町の国保関係の主要な数値を一覧にしたものである。桑折・伊達・国見・梁川・保原の五町が福島盆地の北東縁に位置し、国道四号線とJR東北線沿線の比較的平坦な土地柄であるのに対し、霊山・月舘・川俣・飯野の四町は阿武隈山地の山間に存在する地方公共団体で、両者はかなり異なる地域性を有している。表の最上段の「市町村類型」は「類似団体別市町村財政指数表」に基くもので、ローマ数字は人口規模を、アラビア数字は産業構造高度化の水準を示す(いずれも数値の大きい方が人口が多く都市化がすすんでいることを意味する)。梁川・霊山・月舘三町が産業面からみて農村的性格の強い地域である。川俣・飯野両町は山間部にありながらも、地場産業である絹織物業の存在によって比較的第一次産業比率の低い土地になっている。福島市はいうまでもなく、二七万近い人口を擁する県庁所在地・地方中心城市である。

さて表でまず着目したいのはⅦの国保税率引上げ状況である。霊山・川俣両町はこの四年間で一人当り保険税が二倍以上になっている。保原町もほぼ倍増である。変化を最も典型的に表わしていると思われる川俣・保原について少し検討してみよう。両町の国保税率と累積滞納額の動きを第3図に示す。川俣町はかつて絹織物業で栄えた町であるが、高度成長期以来、化学繊維の普及と輸出市場の狭隘化、近年はアジアNICSの追い上げや円高によって絹業が大きな打撃を被り、零細家族経営が大半を占めるこの地域の業者と労働者は、いまきわめて不安定かつ困難な局面に置かれている。第6表のⅡで国保加入者の所得階層分布をみれば、「所得なし」および一〇〇万円未満ですでに四五パーセントに達する。しかもⅢの国保税の内部構成では、均等割・平等割(合せて応益割……所得および資産ゼロでも賦課される部分)のいず

第3図 川俣・保原両町保険税収納状況



資料：福島医療生活協同組合同保調査

九・六〇)年度に支払基金をとり崩し、一九八六(昭和六一)年度に大幅な税率引上げを余儀なくされた。役場の税務担当者からのききとりによれば、織物関係業者と単純労務作業者の生活困窮が顕著で、とりわけ中小零細織物業者は「相保証」(互いに連帯保証人になり合うこと)によって支え合っており、一軒差押えをすれば連鎖倒産の恐れがある——というより以前に、抵当権が幾重にも錯綜していて役場の出る幕がもともと無いというのである。また徴収を強化すると国保脱退(保険証返上)を主張する被保険者が続出して滞納を却ってふやすことにもなりかねないという。

保原町は累積滞納額が（福島市は別格として）かなり多い。その理由の一つとして住民の転出入の激しいことが挙げられており、滞納者は市街地に多い。借家人が多く市街地の納税組合加入率は五〇パーセントを割る程度でしかない。一般に農村部であればあるほど納税貯蓄組合の組織ルートでの国保税徴収が効力を発揮する傾向が強いと考えられるが、なればベッドタウン化した保原町では行政区単位の保健協力員（計一一人）を通じて収納率向上努力を一九八四（昭和五九）年度に開始し現年分収納率の低下に歯止めをかけたとはいえ、滞納の累積は防ぐべくもなかった。因に保原町の場合、退職者医療制度による国庫負担削減の実質影響額は初年度半年分（制度発足は五九年十月）で一六四三万円余に上っている。

第6表で異色なのが月舘町である。一人当り国保税が最低額で収納率は一〇〇パーセント近く、累積滞納額ゼロという実績を見せている。町長は福島県国保連合会の会長をつとめ、厚生省の老人保健審議会のメンバーでもある。月舘町は文字どおり山また山の農村地域で国保加入率は郡内随一、医療費の伸び率は郡内で一番低く県内でも有数である。医療費の大小と医療施設分布との関連（表ではⅧ・ⅨとⅩの関係）は、今回の調査では十分に明らかにする材料を得るに至らなかった。医療施設の整備のおくれおよびアクセス手段の不備が医療費をひとまず抑制することにつながる可能性は考えられるが、そうした事情だけが事態を決定するといってしまうのも躊躇される。

さて最後に福島市だが、表で見るとおり被用者保険のシェアが大きく国保加入率は郡部と比べれば大幅に低い。国保被保険者には低所得層が一段と多く（一〇〇万円未満が約半数）収納率は九一パーセントをそこで累積滞納額は一二億円余にのぼる。一人当り医療費もかなり高い水準で、とくに老人のそれは十市町のうち最大である。福島市の場合、退職者医療制度による影響は第7表のとおり三年累積で実質八億七六〇〇万円ほどになっていて、これは累積滞納額の七二パーセントに相当する。

第7表 退職者医療制度の影響額（福島市）
（千円）

年度	影響額	国庫からの 補填	実質影響額
59	333,925	222,616	111,309
60	722,358	481,326	241,032
61	814,000	290,059	523,941
62	735,701	(未定)	(未定)

資料 福島医療生活協同組合調べ

以上みてきたとおり、特に低所得者層の比率の高いことが構造的要因となり、そこへ退職者医療制度のインパクトが作用して、福島県北の自治体は一樣に国保税率の大幅引上げを余儀なくされ、徴税当局と被保険者との間の矛盾を深める地域が広がっている。こうした事態はいつまでも放置できるものではない。早晩何らかの政策的・制度的手立てが構せられねばならないであろう。そこで次に、国民健康保険ひいてはわが国の医療保障の将来構想にかかわる当面の議論に触れてみよう。

三 新段階の国保改革構想

老人比率の高さと低所得層の多いことが国保財政困難の構造的要因であることは前にも触れた。被用者保険と異なり保険税(料)の源泉徴収が出来ないことや被保険者の流動の激しいことなどがさらに副次的要因として存在する。こうした国保特有の事情が医療費の公的支出の増大に直結する構造をいかにして改編するか、それが自由民主党「国民医療政策大綱」(一九六九年)以来の厚生当局および財政当局の一貫した課題意識であった。この方向に沿った制度改革が今日急テンポで実施されつつあるわけだが、厚生省が一九八七(昭和六二)年十月に国保改革案——福祉医療制度の創設と地域差調整システムの導入——を公式に提示したことによって国保をめぐる論議は新たな段階に入った。福祉医療制度について厚生省はすでにその前年四月の「高齢者対策企画推進本部報告書」において「医療保険制度における所定の保険料負担又は一部負担が困難な者を対象とする福祉医療制度(仮称)の創設を検討する。その際、あわせ、公費負担医療、生活保護の医療扶助制度の基本的見直しを行う」と表明している。また地域差調整システム導入の根

拠に関しては一九八七（昭和六二）年六月の同省「国民医療総合対策本部中間報告」に「長期入院の是正」の文脈の中で明示されている（後述）。

保険者である地方公共団体側の見解の一つをここで一瞥しよう。全国市長会国民健康保険対策特別委員会が、一九八七（昭和六二）年十月に報告書「医療保険制度の一元化と国保制度のあり方」を公表した。⁽²²⁾ 報告書は、国保の構造問題の一つである老人比率要因については老人保健制度の創設および加入者按分率の引上げによって大幅に改善されたことを評価したうえで、もう一つの低所得者要因の一層の深刻化を指摘する。すなわち前掲の「高齢者対策企画推進本部報告」において、現在国保に加入することとされている五人未満事業所従業員にも被用者保険制度を適用する方針が提起され、法人事業所についてはすでに段階的実施に入っている。この措置は、国保の保険者の中では比較的安定した所得をもつ層であった労働者と一部自営業者を国保から切り離し、国保の「スリム化」の帰結として国保の「スラム化」への道を開くものであるというわけである。このような状況認識の上に立って報告書は、医療保険一元化の方途として、①社会保険方式の解体、国民保健サービス方式への転換 ②社会保険方式を維持した上での制度一本化、「国民保険」の創設 ③現行の多元的制度の枠組の中での給付と負担の公平化、という三つのタイプを挙げ、①②をいずれも非現実的ないし不合理であると斥けて③の線上での財政格差（制度間および各保険者間のそれ）の調整方法の検討にすむ。そして「経営努力」要因に由来する格差を調整対象とした上で、構造的格差要因を対象とする有効な財政調整システムの必要が提起される。

一つは老人保健制度の「六五歳以上」への拡大による「高齢者保健医療保障体系の一本化」（退職者医療制度のはらむ高齢者問題の解消）である。もう一つは国保の低所得者対策であり、報告書は次のように述べている。「低所得者層に対する抜本対策の基本的方向は、国民健康保険の被保険者のうち一定所得以下の者については、退職者と同様に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つつ、併せて何らかの援護的な措置を講じることによって対応すること

にならう。」この考え方は、厚生省の福祉医療制度の発想と基本的に同一であり、厚生省構想の呼び水の役割を自ら買って出るようなものだとの批判を受けたものであるが、地方団体（とくに市町村）負担の増大——いかえれば国庫補助の削減を伴わない限りにおいて、低所得層を「福祉的」領域に追いやりたいという市当局の本音を物語っているものと解釈することができるだろう。

さて厚生省は一九八八（昭和六三）年度中の実施を目指して国保改革案の検討をすすめた。その際に焦点となったのが国保への都道府県負担の導入問題である。「国保は低所得者の加入が増えており、福祉的意味合いが強くなっている。他の福祉制度と同様に都道府県の力を借りたい」というのが厚生省側の基本的論理である。具体的には福祉医療制度への都道府県負担導入、小規模保険者の国保運営を一括して都道府県に委ねる「一部県営化構想」、高額医療費共同事業（現行では都道府県の国保連合会が事業主体）の県営移管などが検討された。そして十月に一応の成案として国保問題懇談会（厚生大臣の私的諮問機関）に提示されたのが問題の構想である。²⁴

国は戦前の旧国保法の理念であった「相扶共済」原則を楯に国保諸対策を推進してきたのであるが、今日の国保危機の中でこの原則の破綻を公然と認めざるを得なくなった。すなわち「相扶共済を原則とする社会保険の原理のみでは対応が困難」であるとの状況判断の下に福祉医療制度を国保内に創設して、現在所得の低さから保険税（料）の軽減制度の適用を受けている被保険者約四七〇万人（六割軽減世帯に限れば二六〇万人）をそれに編入し、この部分に係る医療給付の費用は、当該低所得者の保険税（料）以外は国・都道府県・市町村が公費で負担する、というのである。これにより低所得者の医療費負担から「一般」被保険者を解放するわけである。ただし福祉医療制度における保険税（料）は「現行程度」の水準とされており（患者一部負担実質二〇パーセント。保険税負担割合一・二パーセント——一般被保険者は三九パーセント——は据置き）、保険税（料）の負担軽減は図られない。そしてこれによる公費支出の増加分の一部を都道府県が負担すると

されているのである。

構想の第二の柱が地域差調整システムである。これは現行の調整交付金による財政調整を、年齢構成の差に起因する財政格差是正という機能に限定し、その他の要因から生じる格差については原則として保険料、都道府県・市町村の共同負担として国は責任を負わないというものである。具体的には、「年齢階級別一人当たり医療費を全国平均とした場合の当該市町村国保の医療費総額」を「基準医療費」と定義し、各市町村でこれを超える医療費を出した場合はその差額について右の措置をとるという方法で行う。該当する保険者は現状では約一〇〇〇〇程度になると言われている。

第三の柱は国保の給付改善で、国保本人の給付水準を被用者保険並みの八割程度（といっても現行は暫定九割とされているが）に引上げるといふものである。これは「昭和六十年代後半のできるだけ早い時期に医療保険制度の一元化を実現させたい」とする厚生省の意向を反映している。さらに第四に、構想には老人保険拠出金への国庫負担の切下げが含まれている。

以上の改編によって医療費の負担区分がどう変化するかは、福祉医療制度での国と自治体の負担割合をどのように定めるか、また地域差調整における超過部分の保険料（料）と自治体の負担割合がどうなるか、また給付水準を実効八割とするかそれとも定率八割プラス高額療養費とするか等によってさまざまなケースが想定される。国庫負担は最大で一六〇〇億円の軽減となり、都道府県・市町村の負担は最大でそれぞれ一六〇〇億円ずつの増大、保険料（料）負担も同じく最大六五〇億円の増になるといふ試算数字が示されている（昭和六二年度予算ベース）。因に福祉医療制度による一般被保険者の保険料（料）負担軽減——といっても実際に税率引下げになるかどうかは別問題だが——は一五〇〇億円とされている。

この国保改革構想は、国庫負担の地方への転嫁を主眼としていることが誰の目にも明らかであるので、地方公共団体側の強い批判を当然呼びおこした。国庫負担の増大をもたらす給付水準引上げが構想に盛り込まれている点はやや唐突で異和感

があり、大蔵省サイドから見れば問題外であろう。大蔵省は、「地域の医療計画の策定権限を持つ都道府県が医療費を負担すれば、国保の医療費の膨張に一定の歯止めをかけられるとみて」⁽²⁵⁾「地域差調整システム導入を是認する一方、地方への影響を緩和するための「地域差調整特別交付金制度」を特別交付税方式に準じて設ける方針で臨んでいる。

一九八八(昭和六三)年度政府予算案においては、厚生・大蔵・自治三省の妥協により結局次のような措置が盛られることとなった。⁽²⁶⁾

① 保険基盤安定制度(軽減保険料補助)の創設。低所得者に適用されている保険税(料)軽減制度による軽減額の補填財源として一〇〇〇億円の公費補助を行う。内訳は国 $\frac{1}{2}$ 、都道府県 $\frac{1}{4}$ 、市町村 $\frac{1}{4}$ だが、「国においては補助対象額を療養給付費の額から控除し、改正の前後でトータルの国庫の負担割合二分の一を維持する。」(国庫負担不変、都道府県・市町村各二五〇億円増、保険税・料五〇〇億円減——昭和六三年度ベース) ② 地域医療費適正化プログラムの推進。平均医療費(基準医療費)を二〇パーセント程度以上超える高医療費の生じた地域において、国・都道府県・市町村が各 $\frac{1}{6}$ (残余は保険税・料)を負担するシステムを導入するとともに、国・都道府県の参画の下に医療費適正化計画を策定し実施する。このシステムによる自治体財政負担増には交付税・地方債の措置は一切講ぜられない。③ 高額医療費共同事業の強化・拡充。当該事業に都道府県の参加(一九〇億円)を組み入れる。④ 老人保健医療費拠出金に係る国庫負担率の引下げ。これによって国庫負担は四六〇億円の減となりその分保険税(料)負担が増大して、①の措置による保険税(料)軽減があらかた帳消しになる。

①③④は二年間の暫定措置であり、また②は一九九〇(昭和六五)年度からの実施を予定するものとされている。法改正を要するので細部については流動的だが、厚生省の改革構想の基本的理念は十分汲み入れられた形になっている。殊に都道府県負担を導入している点および基準医療費の方法を具体化している点はきわめて重大な意味をもつ。法改正が実現

すれば国民健康保険制度の大きな転機が三たび画されることになるだろう。政府の国保改革構想は、国および各級地方公共団体間の財政負担の単なる押しつけ合いの問題として見るわけにはいかない。たとえば地域差調整システムにおいて問題にされている医療費の地域格差については、別に国民医療総合対策本部中間報告の中で医療供給体制の問題として重要な意味を与えられている。すなわち中間報告が最も力点を置いている「長期入院の是正」方策をたてるにあたって、最大の根拠として使われているのが人口当り病床数と入院医療費との地域的相関関係であって、両者の深い相関を論拠にして過剰病床の整理・削減、「余剰」病院の中間施設化などが地域医療計画の策定を通じて推進されることとされているのである。⁽²⁷⁾ 国保改編にあたって用いられる「基準医療費」は、国保財政逼迫の下では各地域の医療費がそこへ収斂されるべき行政指導の基準になることは避けられない。必要病床数を超える病院に対する保険医療機関の指定取消しという強行手段を用いての病床数の削減、病気の種類ごとの平均入院日数を設定した上での「入退院判定委員会」による入退院チェックなど、中間報告で具体的に述べられている医療費抑制の諸施策は、地域差調整システムにおける「基準医療費」を武器にした財政誘導と連動して、一層強力に展開されることになるだろう。

福祉医療制度による低所得者対策が当該被保険者への給付水準の切下げにつながるかどうかは即断の限りでない。ただ国保内部に福祉的色彩の強い部分と保険的色彩の強い部分との区別を截然と置くことで、前者への国家統制の強化と後者の自助自立原則の徹底とが一石二鳥で容易になるといえることは言えるだろう。いずれにせよ、担税力の小さい階層をかえる社会保険が国庫の支えを失うとき、燃料の乏しくなった航空機が荷物を捨てて身軽になろうとするように、「お荷物」になった部分を切り離す方向に向かうのは一つの必然であり、しかもこれは無限に繰返される過程である。かくてそれはやがて公的医療保険そのものの切り離し——低水準の公的「福祉医療」と、階層化した消費サービスとしての私的医療保険との二元体制への移行を、暗に指し示す論理を構造的にはらんでいるのである。

(1) 参考までに現行医療保険制度の一覧を掲げておこう。国民健康保険は被保険者総数の三七・六パーセントを占める最大の医療保険であり、地域保険である。本稿では国民健康保険以外の制度を一括して被用者保険と呼ぶが、一般には社会保険(社保)と呼ば

国民健康保険		各種共済			健康保険		制度区分	
国民健康保険組合	市町村	私立学校教職員共済組合	地方公務員等共済組合	国家公務員等共済組合	船員保険	組合管掌健康保険	政府管掌健康保険	被保険者
被用者除加入者一般国民		私立学校教職員	地方公務員	国家公務員・公社役職員	船員	一般被用者		被保険者
被用者の者 被保険退職								
各国民健康保険組合 一六七	各市町村・特別区 三、二七〇	私立学校教職員共済組合	各地方公務員共済組合五四	各省庁共済組合 二七	政 府	各健康保険組合一、七三二	政 府	被保険者数
三、四九万人	四、一五四万人	六八万人	六九二万人	四八五万人	六〇万人	二、九一一人	三、二七〇万人	
老人保険制度 (各保険制度からの拠出による)								

(昭和六〇年三月末現在)

れることが多い。国保には零細企業の被用者が多く含まれており、また高齢者の比率も高いので財政基盤が弱く、国庫の補助を必然的に要請するものとなっている。また給付の水準は国保が最も低い。

(2) 前川尚美「国民健康保険」(現代地方財政講座6)ぎょうせい、一九八五年、二三二ページ。

- (3) 厳密にいえば医療費拠出金は、概算医療費拠出金と、前々年度の概算値と確定値の差額（すなわち前々年度の精算額）とを合計して得られる。複雑になるので本文では省略した。
- (4) 拠出金の算定方法に関しては参議院の修正により「検討規定」が付せられており、老人医療費の動向、健保組合の決算状況などを見て昭和六五年までの間に再検討することとされている。
- (5) ただし「一人当たり老人医療費が全国平均より著しく高い保険者については、この著しく高い部分を加入者按分率の調整対象から除外することになっている。」「週刊社会保障』第一四一九号、一九八七・二・九、六〇七ページ。
- (6) 青山英康・家保英隆「老人保健法の改正について——その問題と将来」『週刊社会保障』第一四一六号、一九八七・一・一九、一〇ページ。
- (7) 『週刊社会保障』第一四一九号、一九八七・二・九参照。
- (8) 同右、一七〇一八ページ。
- (9) 『厚生福祉』第三六二七号、一九八七・一・一七。
- (10) 福島県保険医協会「福島県下自治体国保実態調査結果」。
- (11) 『厚生福祉』第三六三一号、一九八七・一・二一。
- (12) 篠崎次男・古川圭助編『岐路に立つ国民健康保険』自治体研究社、一九八七年、第四章参照。
- (13) 小川政亮「国民健康保険料（税）滞納者への制裁措置法制化の問題点」『生活と健康』第六四二号、一九八七・七・一五。
- (14) 前掲『国民健康保険』、同じく前掲『岐路に立つ国民健康保険』、また小川政亮「国民健康保険法の成立と改正の歩み瞥見」『月刊刊保団連』第二五六号、一九八七・三・一など参照。
- (15) 保険料と保険税とで実質的な違いはそれほどないが、保険料が地方自治法に基く条例の規定によるのに対し保険税の根拠法令は地方税法であり制度的な取扱いは異なる。たとえば賦課の最高限度額（現行年間三九万円—昭和六三年度税制改革で四二万円への引上げが予定されている）が保険税には定められているが保険料の場合はこれに拘束されない。徴収面では保険税が優位に置かれている。賦課権の期限制限は保険料二年、保険税三年、徴収権および還付請求権の消滅時効は保険料二年、保険税五年とされている。

(16) 藤井良治「老健法改正後の医療保障について」『週刊社会保障』第一四一九号、一九八七・二・九、二二二ページ。

事項 年度	黒 字		赤 字	
	保険者数	金額(億円)	保険者数	金額(億円)
53	3,128	1,160	143	△ 151
54	3,177	1,265	95	△ 108
55	3,091	1,326	181	△ 161
56	3,133	1,482	139	△ 207
57	3,064	1,436	208	△ 353
58	3,148	2,035	124	△ 235
59	2,868	1,528	402	△ 498
60	2,824	1,528	446	△ 932

(17) 前掲前川『国民健康保険』二二三ページ。

(18) 前掲小川「国民健康保険保険料(税)滞納者への制裁措置法制化の問題点」参照。また「退職者医療制度の創設に当たっては、退職被保険者の支払っていた国民健康保険税(料)水準は一般被保険者のものより相当程度低いものと見込まれていたが、実際はそれ程遜色なく、この点においても見込み違いが生じているのである。したがって、退職者医療制度適用者数が当初見込みの四〇六万人にまで達しても問題の解決にはならないことをも、この際指摘しておきたい。」(前掲前川二七一ページ)。

(19) 厚生省の「論点整理メモ」による。『週刊社会保障』第一四五五号、一九八七・一〇・一九、四七ページ。

(20) 『地方自治資料』第八七八号、一九八七・一〇・一五、五ページ。

(21) 国保の実質収支の推移は左のとおり。『週刊社会保障』第一四五〇号、一九八七・九・一四、四四ページ。

(22) 『地方自治資料』第八七八号(前出)。

(23) 『厚生福祉』第三六二二二号、一九八七・一〇・二二、八ページ。

(24) 『厚生福祉』第三六二二八号、一九八七・一一・一一等に掲載。

(25) 『厚生福祉』第三六三三六号、一九八七・一一・九、一二ページ。

(26) 『週刊社会保障』第一四六六号、一九八八・一・一一参照。

(27) 「中間報告」に対する示唆に富む批判的論稿として二本立「国民医療総合対策本部中間報告が狙う医療再編成の盲点」(『社会保険旬報』第一五九一・二二号、一九八七・九・二一、一〇・一)参照。

〈付 記〉

伊達郡の国保調査は福島医療生協理事会社会保障活動委員会で行なったものである。調査に際しては医療生協組織部および現地組合員の皆さんの熱心な協力を得た。また調査に応じていただいた各町役場担当職員の方にも厚く御礼申し上げます。(一九八八・一・二〇脱稿)