

# 国民健康保険制度改革

---

～地域間格差の是正に向けて～

同志社大学 伊多波良雄ゼミナール  
医療分科会

池上理 笠原史博

土屋麻里 戸田知子 安永由佳

2 0 0 9 年 1 2 月

<sup>1</sup>本稿は、2009年12月12日、13日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2009」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、伊多波教授（同志社大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

## 要約

現在、国民健康保険（市町村国保）は各市町村が運営しており、保険料は市町村がそれぞれ自由に設定することができる。そのため同じ都道府県内に居住していても、住んでいる市町村により保険料の額が異なるという問題が発生する。例えば、2008 年大阪府寝屋川市の一人当たりの年間保険料が 50 万 4030 円なのに対して、東京都の青ヶ島村では年間 13 万 9900 円である。この両者の市町村間では約 3.8 倍もの差が存在し、これは明らかに居住する地域によって保険料に格差があることを示している。被用者保険では雇用を前提としているので、保険料が給与の一定の割合で示されているため、保険料の格差は保険料率のばらつき及び被雇用者の負担割合によって説明できるが、国保の場合はこのような透明性が欠如し、地域間で保険料に差が発生している原因は明確になっていない。また国民健康保険の問題点は地域間格差だけではない。加入者の中に被用者保険の退職者を含むことから、高齢者の割合が高くなっている。高齢者は現役世代より多くの医療費がかかるため、各市町村国保の財源は非常に厳しく、国や都道府県による負担が大きい。さらに失業者も国保に加入にしなければならぬので、保険料を支払えない者が多くなってしまい、保険料収納率が低下するといった問題も発生している。

私たちはこれらの様々な国民健康保険の問題点の中で、保険料の地域間格差に着目した。地域間の保険料格差には何らかの因果関係があるのではないかと考え、保険料に影響を与えている要因を調べた。分析では重回帰分析の強制投入法を用い、独立変数に国保の一人当たり年間保険料（その市の保険料総額を被保険者数で除したもの）を入れ、従属変数には市町村ごとの 65 歳以上高齢者人口割合（年齢要因）・一人当たり国保医療費（医療要因）・平均所得（所得要因）・財政力指数（財政要因）・人口密度（人口要因）・失業者数（労働要因）の 6 つの変数を用いた。変数は主に各都道府県の HP 等から引用した。

しかし、全国すべての市町村国保の保険料については公表されていなかったため、本稿では山梨県・新潟県・岐阜県・大阪府・和歌山県・沖縄県の 6 府県の各市町村についてそれぞれ分析を行った。また参考として、この 6 府県の全市町村の分析と、各都道府県で保険料の平均を取った値でも分析を行った。

分析の結果、国保の保険料に影響を与えている要因は市町村によりそれぞれ異なっていることが分かった。たとえば、山梨県では年齢要因と所得要因が有意に出たのに対して、岐阜県では人口要因と年齢要因と地域により保険料に影響を与えている要因は異なっていた。また 6 つの府県すべてで行った分析では財政要因以外のすべての変数で有意となった。都道府県の平均値を取って行った分析では年齢要因と労働要因で有意の値をとった。

この分析結果の中から私たちは人口要因である人口密度に着眼点を当て、国保の保険者を市町村から都道府県に広域化することを政策提言とする。現在、国保の運営は各市町村に任されているが、財政が乏しく国保の運営自体が厳しい市町村も多い。そこで国保の運営を市町村から都道府県に広げることで、現在市町村にある問題は解決される。まず都道府県で運営することにより保険料徴収などのコストは削減できる。それに伴い、各都道府県は現在より健全な国保の運営ができるようになるだろう。また保険者の拡大により地域間格差は縮小される。さらに都道府県は財源を持つことにより、その地域独自の健康診断や生活習慣の指導など医療サービスを充実することも可能になるだろう。

## 目次

### はじめに

## 第1章 現状

- 第1節 (1. 1) 日本の医療保険制度
- 第2節 (1. 2) 国民健康保険の概要
- 第3節 (1. 3) 国保保険料の賦課方式

## 第2章 問題意識

- 第1節 (1. 1) 国民健康保険の財政状態
- 第2節 (1. 2) 国保保険料の地域間格差
- 第3節 (1. 3) 国保保険料の収納率

## 第3章 先行研究

- 第1節 (1. 1) 先行研究の紹介
- 第2節 (1. 2) 分析の方向性

## 第4章 国保保険料決定要因分析

- 第1節 (1. 1) 都道府県平均保険料を用いた国保保険料決定要因分析
- 第2節 (1. 2) 市町村別保険料を用いた国保保険料決定要因分析

## 第5章 政策提言

- 第1節 (1. 1) 市町村国保の広域化
- 第2節 (1. 2) 就業運動

## 先行論文・参考文献・データ出典

# はじめに

国民健康保険には、加入者が住んでいる市町村ごとに運営するものと、同業種の組合員が独自に運営する国民健康保険組合がある。同業種の国民健康保険組合は医師や芸能人が組織しているが、この組合を組むには都道府県知事の許可が必要であり、1972年以降新規設立した例は一件もない。本稿では国民健康保険の中でも、市町村国保について言及していく。また本稿での国保という表記は、市町村国保のことを指すものとする。

わが国では、年齢や職業に関係なくすべての人が何らかの健康保険に加入しなければならない国民皆保険制度を適用している。そのため日本国民は被用者保険か国民健康保険のどちらかの公的保険に必ず加入しなければならない。被用者保険の構成員は、主に企業で勤務している者となる。一方、国民健康保険の被保険者は被用者保険に加入している人以外の人である。つまり、農業者や漁業者などの自営業者やフリーターだけでなく、失業者や被用者保険の退職者もみんな、国民健康保険に加入しなければならない。そのため国民健康保険の加入者には低所得者や高齢者が多くなってしまいうという現状がある。被用者保険と比較しても、国民健康保険は高齢者の割合が高い。また失業者や退職者は一般的に低所得者が多いので、保険料を支払うことができず、収納率も下がってしまう。

さらに、市町村の国保運営規模は決して大きなものではない。市町村ごとの国民健康保険は原則、市町村の特別会計として運営されているが、収入に応じて支出を抑制するということはできず、医療費に合わせて予算を組まなければならない。医療費が増加していく場合には、保険料の値上げまたは一般会計からの繰入れによりまかなう必要がある。被保険者への直接の負担増となる保険料引上げのみには頼れないため、必然的に一般会計からの繰入れが増加している現状がある。しかし一般会計からの繰入れは国民保険加入者以外の住民も含めた負担となることから、不公平感を招くとの懸念もある。このような問題以外にも国民健康保険には様々な問題点がある。われわれはその中でも国保の保険料に特に大きな影響を与えている要因を市町村ごとに重回帰分析を用い、解明していく。そして分析結果をもとに問題点を解決するための政策提言を示していく。

本稿の論文構成は第1章で日本の医療保険制度の概要と国民健康保険の現状を述べ、第2章では国民健康保険の問題点の中でも財政状態、保険料の地域間格差、保険料の収納率の三つに大別してそれぞれ言及していく。また、第3章では我々の先行研究を紹介し、本稿独自のオリジナリティについても記載する。そして第4章では国保保険料の重回帰分析を行い、保険料に影響を与えている要因を解明していく。最後に第5章で問題解決のための政策提言を述べる。

# 第1章 現状

## 第1節 日本の医療保険制度

日本において、国民全員が公的医療保険に加入する体制は、1961年に国民健康保険法が施行されたことで整えられた。現在、医療保険は大きく分けて健康保険、共済組合、船員組合、国民健康保険の4つに分けられ、それぞれについて保険者、被保険者が異なっている。表1は医療保険のそれぞれの保険者、被保険者について表している。健康保険は全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）と組合管掌健康保険に分かれている。協会けんぽは、以前まで国（社会保険庁）が運営する政府管掌健康保険であった。しかし、平成20年10月より新たに全国健康保険協会が設立され、この協会が運営することとなった。協会けんぽの被保険者は、勤務先が中小企業など、健康保険組合を持たない企業の従業員とその家族である。組合管掌健康保険は、一定規模以上の社員（被保険者）のいる企業、または同業種の複数の企業によって設立された健康保険組合を保険者としている。健康保険組合の連合組織である健康保険連合組合には平成21年7月1日現在、1484の健康保険組合が加入している。共済組合は国家公務員、地方公務員、私学の教職員を被保険者とし、それぞれによって保険者となる組合が異なっている。各省庁共済組合、地方公共団体の共済組合、日本私立学校振興、共済事業団など全国に76の共済組合が存在する。国民健康保険は健康保険、船員保険、共済組合等に参加している勤労者以外を被保険者とする。

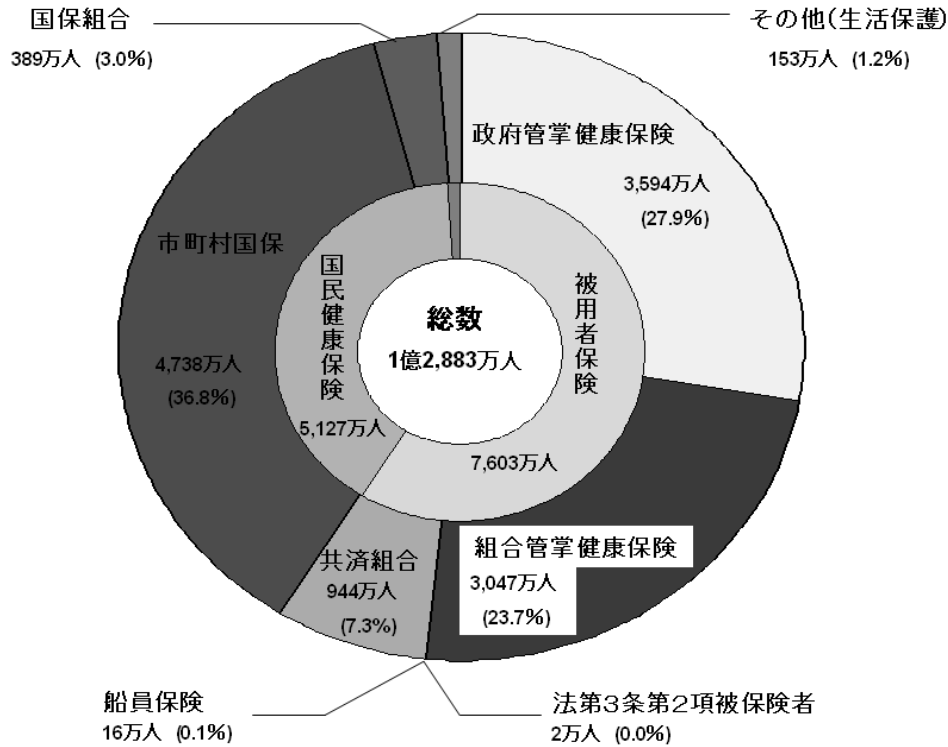
表2は各医療保険の加入者の割合である。表2の法第3条第2項被保険者というのは、健康保険の適用事業所に臨時に使用されるひとや季節的の事業に従事する人のことである。また、表3は医療保険制度別の保険者数と適用事業所数を示している。医療保険にはこれだけ多くの数の保険者となる組合が存在しているのである。

表1 医療保険の種類

制度	被保険者	保険者
健康保険	健康保険の適用事業所で働くサラリーマン、OL（民間会社の勤労者）	全国健康保険協会 健康保険組合
船員保険	船員として船舶所有者に使用される人	国（社会保険庁）
共済組合	国家公務員、地方公務員、私学の教職員	各種共済組合
国民健康保険	健康保険、船員保険、共済組合等に参加している勤労者以外の一般住民	市（区）町村

全国健康保険協会HPより作成 <http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

表 2 各医療保険の加入者割合（平成19年3月末現在）



厚生労働省ホームページより

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken01/01.html>

表 3 医療保険制度別保険者数及び適用事業所数（平成19年度末現在）

		保 険 者 数	適 用 事 業 所 数
政 管 健 保		1	1,548,534
組 合 健 保		1,541	117,164
船 員 保 険		1	6,237
共 済 組 合	国 共 済	21	-
	地 共 済	54	-
	私学共済	1	14,063
	計	76	14,063
国 保	市 町 村	1,818	-
	国保組合	165	-
	計	1,983	-

(注) 私学共済の適用事業所数は、学校数を計上している。

厚生労働省保険局調査課より

補足：医療費の推移

人口の高齢化が進み、医療費の増加は避けられない問題となっている。以下の表4は、平成21年5月診療分の国民健康保険・後期高齢者医療の医療費をまとめている。国民健康保険、後期高齢者保険の両方とも、3年間にわたって医療費に増加傾向が見られる。また、後期高齢者の被保険者数が著しく増加していることは注目すべき点である。後期高齢者の医療費は国民健康保険や各被用者保険の拠出金でまかなわれている。しかし後期高齢者以外の国民健康保険加入者や被用者保険加入者に比べて後期高齢者は医療機関を使用する頻度が多いため、公平性に問題があることが指摘できる。

表4 平成21年度5月診療分 国民健康保険・後期高齢者医療 医療費速報

	国民健康保険（市町村+組合）					後期高齢者				
	被保険者数 (万人)	医療費 (億円)	件数 (万件)	日数 (万日)	一人当たり医療費 (円)	被保険者数 (万人)	医療費 (億円)	件数 (万件)	日数 (万日)	一人当たり医療費 (円)
平成18年度	4,046	98,957	52,031	83,262	244,595	1,112	92,080	30,335	64,330	828,122
平成19年度	4,033	104,794	54,048	84,448	259,828	1,076	93,244	29,850	62,154	866,911
平成20年度	3,970	106,650	54,459	82,635	268,607	1,323	112,990	36,818	73,488	853,803
※平成21年度	3,983	17,943	9,114	13,605	45,052	1,350	19,507	6,336	12,460	144,510

国民健康保険中央会ホームページより作成

(注) 私学共済の適用事業所数は、学校数を計上している。

厚生労働省保険局調査課より

厚生労働省平成19年度国民医療費の概況：制度区分別医療費によると、医療保険等給付分は16兆7576億円（構成割合49.1%）、老人保険給付分は10兆2785億円（30.1%）、公費負担医療給付分は2兆3002億円（6.2%）となっている。また、患者負担分は4兆7996億円（14.1%）となっている。対前年度増減率をみると、被用者保険分は3.6%の増加、国民健康保険分は6.8%の増加、患者負担分は0.9%の増加となっている。

## 第2節 国民健康保険について

国民健康保険とは職場の医療保険（健康保険、船員保険、共済組合等）に加入していない人が必ず加入しなければならない医療保険である。加入者には自営業者や失業者、被用者保険の退職者などが含まれている。表5では組合健保と協会けんぽ、市町村国保の比較を行ったものだが、加入者の平均年齢は協会けんぽでは37.6歳、組合健保では34.5歳なのに対して、国保では55.2歳と被用者保険をはるかに上回っている。これは被用者保険には職場のものしか加入できないためである。一方、国保では勤務者だけでなく、被用者保険の退職者が含まれているため、平均年齢が高くなってしまっている。割合で見ても22.5%と高齢者の割合が高い。そのため一人当たりの診療費も組合健保、協会けんぽと比べて高くなっている。また、国民健康保険は国からの補助である国費負担割合も43%と非常に高い割合をとっている。

表5 主な公的医療制度の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保
保険者数 (平成19年3月末)	1,818保険者 〔市町村が運営〕	1保険者 〔社会保険庁※5〕	1,541保険者 〔単一企業又は同種同業の複数事業主等により組織された健保組合が運営〕
加入者数 (平成19年3月末) (速報値)	4,738万人	3,594万人 本人1,950万人 家族1,644万人	3,047万人 本人1,546万人 家族1,502万人
加入者平均年齢 (平成19年度) ※1	55.2歳 (44.6歳)	37.6歳 (35.2歳)	34.5歳 (33.3歳)
老人加入割合 (平成19年3月末) ※2	22.5%	3.9%	1.8%
平均標準報酬月額 (平成19年3月末)	——	28.3万円	37.0万円
1世帯当たり保険料調定額 (平成18年度) ※3	14.3万円	15.8万円 (31.5万円)	17.1万円 (38.2万円)
国庫負担(医療分)	給付費等の43%	給付費の13.0% (後期高齢者支援金(老健拠出金)は16.4%)	定額 (予算補助)
平成21年度予算	2兆8,435億円	9,635億円	28億円
一人当たり診療費 (平成18年度) ※4	17.7万円	11.6万円	10.2万円

※1 ( ) 内は70歳以上の者を除いた場合。なお、市町村国保については、平成18年度の数値。

※2 65歳以上の障害認定者を含む。

※3 平成18年度決算を基に作成しており、保険料額には介護分を含まない。また、政管健保及び組合健保は1被保険者当たりの額であり、( ) 内は事業主負担分を含む額である。

※4 老人保健対象者を(国保は退職被保険者等も) 除いた数値である。

(出典厚生労働省ホームページより作成)



## 第3節 国保保険料の賦課方式

### I. 保険料と保険税

国民健康保険制度においては保険料と保険税を選択することができる。2003年では保険料を採用している団体は319団体、保険税を採用している団体は2889団体と、税を採用している団体が多い。しかし、東京23区や政令指定都市では保険料が採用されている。

### II. 保険料の賦課方式

国民健康保険の保険料は以下の表の通りである。

表6 国民健康保険料（税）の賦課方式

所得割	所得などに応じて納めるもの
資産割	固定資産税納付額などに応じて納めるもの
均等割	被保険者に応じて納めるもの
平等割	世帯ごとに納めるもの

所得割は被保険者の負担能力に応じた負担を求めるもので、被保険者の所得に応じて負担が決められている。資産割も所得割と同じく応能負担の原則に基づく負担であり、固定資産税の納税額などに応じて負担をする。それに対して均等割と平等割は応益原則に基づく負担方式である。均等割は被保険者数に応じた負担であり、平等割は一世帯当たりの負担である。表6のうちどれを用いるか4方式、3方式、2方式の3つの方式から市町村が決めることになっている。

表7 国民健康保険の保険料賦課方式

		採用団体の類型	団体数
4方式	所得割:資産割:均等割:平等割 =40:10:35:15	町村型	2802
3方式	所得割:均等割:平等割 =50:35:15	中都市型	362
2方式	所得割:均等割 =50:50	都市型	44

### III. 所得割の課税ベース

国民健康保険の保険料の所得割の賦課ベースは市町村毎に大きく異なっている。このことが保険料の水平的な比較を困難にしている要因の一つである。表7の2003年度における所得割の賦課ベースの算定方式は以下の6つの方法に分けられる。

#### ①「ただし書方式（3147市町村）」

$$\text{賦課ベース} = \text{総所得（収入－給与所得控除）－基礎控除}$$

この方式は1961年度から1963年度までの3年間、市町村民税の所得割の課税方式として採用されていた、いわゆる「旧ただし書方式」によるもの。総所得から基礎控除を差し引いたものが国保保険料の所得割の賦課ベースとなる。この方式をとることが所得割の賦課ベースの原則となっており、ほとんどの市町村においてこの方式を採用している。

## ②本文方式（11 市町（宝塚市など））

賦課ベース＝総所得－基礎控除－各種控除

この方式は1961年度から1963年度までの3年間、市町村民税の所得割の課税方式とし、団体の類型は『国保担当者ハンドブック』による。いわゆる給与所得者の場合、収入から給与所得控除を差し引いたものが総所得となる。1964年に住民税の課税方式は本文方式に統一された。総所得から、基礎控除・各種控除を差し引いたものが国民健康保険料（税）の所得割の賦課ベースとなる。つまり、住民税の所得割の賦課ベースと同じとなる。この方式を採用しているのは、習志野市、旧静岡市、四日市市、宝塚市など11市町である。

## ③所得割方式（12 市町（広島市など））

賦課ベース＝（総所得－基礎控除－各種控除）×市町村民税率（超過累進）

この方式は市町村民税の所得割額が国民健康保険料（税）の所得割の賦課ベースとなる方法である。広島市、武蔵野市、金沢市など12市町が採用している。

## ④市町村民税額（保険「料」方式のみ）（4市（横浜、藤沢、岐阜、福岡））

賦課ベース＝（総所得－基礎控除－各種控除）×市町村民税率（超過累進）＋市町村民税均等割

この方式は国民健康保険「料」方式をとる場合のみの賦課方式であり、市町村民税額が国民健康保険料（税）の所得割の賦課ベースとなる方法である。所得割方式との違いは市町村民税の均等割額が国民健康保険料の所得割の賦課ベースに算入されるかどうかの違いである。横浜市、藤沢市、岐阜市、福岡市の4市が採用している。

## ⑤市町村民税額＋都道府県民税（保険「料」方式のみ）（33 市区（東京23 区＋主な政令指定都市など））

賦課ベース＝（総所得－基礎控除－各種控除）×（市町村民税率＋都道府県民税率（超過累進））＋市町村民税均等割＋都道府県民税均等割

この方式は国民健康保険「料」方式をとる場合のみの賦課方式であり、市町村民税額と都道府県民税額が国民健康保険料（税）の所得割の賦課ベースとなる方法である。東京23区や川崎市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市など33市区が採用している。

## ⑥その他（1市（堺市11））

賦課ベース＝総所得

この方式は2003年度に堺市のみが採用していたものであり、国民健康保険料の所得割の賦課ベースが総所得である方式である。ただし堺市は2006年度より「旧ただし書方式」へ移行。

## IV. 資産割の賦課ベース

2003年度における資産割の賦課ベースの算定方式は以下の2つの方法に分けられる。

①固定資産税額（103 市町村）と②固定資産税額のうち土地及び家屋に係る税額（2697 市町村）である。これは償却資産にかかる固定資産税額を国民健康保険料（税）の資産割の賦課ベースに算入するか否かで方式が分かれているものである。

#### V. 均等割の課税ベース

均等割の課税額は各市町村によって異なっている。その課税額に被保険者数をかけて均等割は計算される。

#### VI. 平等割の課税ベース

すべての家庭に平等にかかる。課税額は各市町村によって異なる。

国民健康保険の保険料はこれらの4つの課税ベースと3つの方式の中から市町村により決定される。保険料は毎年の医療費の動向や加入している人々の所得状況によって変化する。また国民健康保険料は医療分の保険料だけでなく、介護保険料の分も負担しなければならない。ただし介護保険を負担するのは40歳以上65歳未満の者のみである。保険料の計算は医療と介護でそれぞれ異なっているが医療は53万円、介護は8万円を超えてはいけないことになっている。さらに保険料には減額や免除もある。もし突然失業してしまったら保険料の支払いが困難になる。そのような場合に備えて国民健康保険には法律で定められた「減額制度」と各市町村で基準が定められた「減免制度」がある。「減額制度」では平等割保険料と均等割保険料が軽減される全国一律の制度である。減額割合は2割から7割となっている。減額をする人は納期前の7日以内に申請をする必要があり、申請には所得申告書の提出が義務づけられている。「減免制度」とは病気や失業などによって保険料を納めるのが困難になった場合に保険料の減額や免除を行える制度である。「減額制度」では全国一律なのに対して「減免制度」は各市町村により基準が異なっている。保険料減免についてきちんと基準がある市町村もあれば、詳しい減免の基準を公表していない市町村もある。また保険料が免除される場合もある。免除される基準は市町村により異なるが、免除となる理由の主なものには、地震や火事などの災害、病気、解雇や倒産による失業などといった特別な事情によって、それまでより収入が極端に減少し国民健康保険料の納付が困難になったというものである。しかし収入が減ったからといって保険料免除の申請をしても、自己の所有資産や現状の生活の様子などを尋ねられ、場合によっては認められないこともある。免除以外でも納付が困難になった場合には保険料の分割払いや納付の期間を延ばす延納をすることもできる。

## 第2章 問題意識

### 第1節 財政状態

既述したとおり、国民健康保険は、健康保険、船員保険、共済組合等に加している勤労者以外の一般住民を被保険者としており、退職者や無業者等を被保険者として含んでいる。つまり、国民健康保険は日本の国民皆保険体制の最後の砦として、大きな役割を果たしている。そのため、被用者保険以上に社会経済情勢の影響を受けやすく、赤字増大を続けている。その運営は、すでに制度疲労による破綻状況にあると言っても過言ではない。平成19年度の市町村国保財政は、1804保険者のうち1598保険者が赤字となっている。そして、制度全体での単年度収支は、赤字補填目的の繰入金から除くと、3311億円の赤字であった。国民健康保険加入者は協会けんぽ及び組合健保の加入者に比べ平均年齢が高く、平均所得が低い。年齢構成において、昭和40年には60歳以上が13.6%であったが、平成19年には52.2%と60歳以上の高齢者の割合が著しく増えている。また、所得水準別の構成割合においては、100万円未満の被保険者が54.6%であり、無所得の被保険者が27.4%と全体の4分の1を超えている。さらに、若者に比べ医療費が高い高齢者の割合が多いため、1人当たり医療費が他の保険制度に比べて高くなっている。平成18年度における70歳以上を除いた1人当たり医療費は国保が17万4千円であるのに対し、協会けんぽでは11万6千円、組合健保では10万2千円と大きな格差がある。

国民健康保険加入者の構成割合を世帯主の職業別に見た場合、現在最大の割合となっているのは、年金生活を中心とする無就業者であり、それが過半数を占めている。さらに、近年では高齢者人口の増加は勿論のこと、職を持たない若年者や失業者の被用者保険からの流入が後を絶たない。表8では、世帯主の職業別世帯数構成割合の年次推移を示している。この表からわかるように、国保加入者の職業構成が近年では大きく変化している。昭和36年にはあわせて70%近くを占めていた農林水産業者及び自営業者の割合は、平成18年には農林水産業が4.0%、自営業者が14.5%と著しく減少している。職業構成の変化により、実態としては、国民健康保険が自営業者のための制度であるとは言えなくなっている。

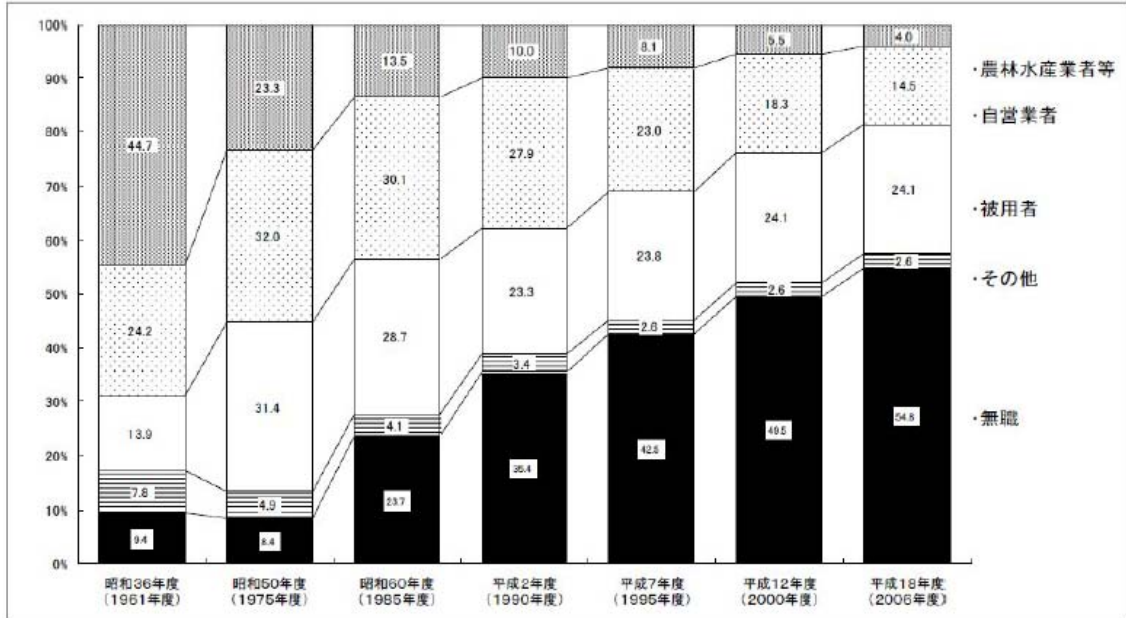
低所得等のため保険料納付が困難な被保険者のために、保険料軽減制度が設けられている。保険料のうち応益部分について、所得額に応じて2割、5割、7割の3種類の軽減率があり、7割軽減と5割軽減は無申請で、2割軽減は申請に基づいて実施される。国保加入世帯に占める軽減世帯の割合は、平成4年度の24.61%から平成19年度の44.1%に増えている。

また、国民健康保険の平均的な保険料負担額（調定額）は他の保険と大きく変わらない水準である。しかし、平均的な所得は他の保険に比べ低く、所得に占める保険料の比率で見れば、他保険と比べて国保の被保険者の負担は大きいと言える。

保険料の収納率の低下も、国民健康保険の財政悪化の一因となっている。収納率に関しては、後述する。国民健康保険の財源は、患者の自己負担分を除く給付費については、基本的には保険料と公費で半分ずつの負担となる。公費部分は、各市町村に対し一定割合を一律に

負担する定率負担部分と、市町村の財政状況等に応じて配分される財政調整交付金部分に分かれている。財政調整交付金は、各市町村の医療費及び所得水準等に基づいて配分される普通調整交付金と、災害等の特別の事情に応じて配分される特別調整交付金からなる。平成17年度からは、三位一体改革に伴う制度改革により、国の負担部分の一部が減り、新たに都道府県による財政調整交付金が導入されることとなった。

表8 世帯主の職業別世帯数構成割合の年次推移



国民健康保険実態調査より

## 第2節 保険料の地域間格差

国民健康保険制度において現在最も問題とされているのが保険料の地域格差である。毎日新聞の全市区町村調査によると2008年度の国民健康保険料の最高額と最低額である市町村5つは以下の通りである。

### 保険料上位5市町村

- ・寝屋川市 (大阪府) 50 万4030 円
- ・喜茂別町 (北海道) 50 万2500 円
- ・矢部村 (福岡県) 49 万800 円
- ・風間浦村 (青森県) 48 万3860 円
- ・別府市 (大分県) 48 万3400 円

### 保険料下位5市町村

- ・青ヶ島村 (東京都) 13万9900円
- ・開城市 (神奈川県) 16万2560円
- ・下條村 (長野県) 17万8975円
- ・三宅村 (東京都) 18万6500円
- ・根羽村 (長野県) 18万7300円

上のデータからも分かるように保険料が最大の大阪府寝屋川市と最低の東京都青ヶ島村では約3.8倍の地域格差が生じていることになる。このことから全国で国民健康保険料の負担に非常に大きな地域間での水平的不平等性が存在することが分かる。

次に同じ都道府県内での保険料についてみる。都道府県内の最大値と最小値の倍率を見ていくと、最少の静岡で1.45倍、最大の東京都で3.29倍であり、概ね2倍もの保

険料額に違いがある。(H14)

都道府県内で保険料にどれくらい差が出るのか、全国でも国民健康保険料の低かった東京を比較してみる。まず、東京都民で国民健康保険加入者が4人(例えば夫婦と子供2人)で、固定資産税を払っている(自らが所有している一戸建てやマンションに住んでいる場合等)世帯の場合の保険料を比較すると表9のようになる。最も国民健康保険料が低いのは昭島市の242,580円で、多摩市、武蔵村山市が続く。逆に最も高いのは23区の323,300円であり、約1.3倍の差である。

次に東京都内で国民健康保険に加入している1人暮らし世帯の保険料で、固定資産税を払っていない世帯の場合の保険料を比較すると表10のようになる。最も低いのは奥多摩町の152,330円、最も高いのは八丈町で、その差は約1.5倍である。東久留米市はシングルだと上位に登場する。持ち家、扶養家族の有無が関係しているのもわかる。

表9 国民健康保険料 持ち家シングルの場合(2007)

順位	区市町名	年間保険料	順位	区市町名	年間保険料
1	昭島市	242580 円	23	福生市	285110 円
2	多摩市	243780 円	24	三鷹市	285535 円
3	武蔵村山市	246650 円	25	青梅市	286238 円
4	瑞穂市	246755 円	26	大島市	290690 円
5	日の出町	248920 円	27	立川市	291935 円
6	国立市	249780 円	28	あきる野市	296508 円
7	日野市	253450 円	29	東村山市	296770 円
8	稲城市	258015 円	30	狛江市	316904 円
9	武蔵野市	258075 円	31	八丈町	319422 円
10	国分寺市	261692 円	32	23 区	323300 円

表10 国民健康保険料 借家編シングルの場合(2007)

順位	区市町名	年間保険料	順位	区市町名	年間保険料
1	奥多摩町	152330 円	23	福生市	197110 円
2	東久留米市	174895 円	24	東大和市	201910 円
3	日の出町	174920 円	25	あきる野市	209508 円
4	瑞穂市	175755 円	26	青梅市	210838 円
5	武蔵村山市	180500 円	27	三鷹市	211435 円
6	武蔵野市	180675 円	28	狛江市	212904 円
7	羽村市	182450 円	29	立川市	213035 円
8	多摩市	184380 円	30	23 区	218000 円
9	大島市	185090 円	31	八丈町	248370 円
10	日野市	185850 円	32	東村山市	223122 円

このように都道府県内で同じ所得の者でも国民保険料額が大きく異なることがわかった。

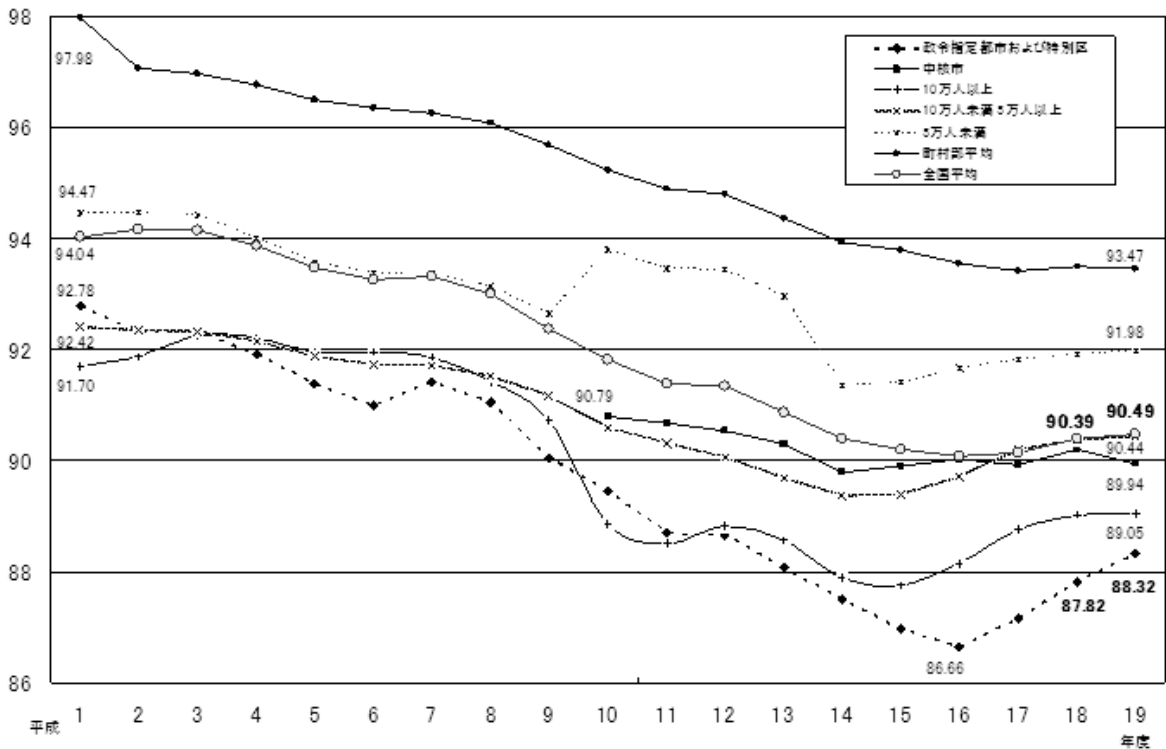
つまり、同じ所得者が同じ都道府県内で転居した場合に、居住する自治体によって国民健康保険料額が大きく変わることになる。医療の地域特性(疾病構造、患者の受診行動、医療提供のあり方等)は、都道府県単位で格差が大きく、それが結果として都道府県ごとの保険料の格差も大きくなっている。国民健康保険は国ではなく各市町村において運営されており、それゆえ、保険料は加入者の住んでいる地域ごとに異なってくるのだ。保険料に地域格差が起これば当然、患者の支払い能力による医療格差が発生する。住んでいる地域によって医療の質が落ちることは避けなくてはならないことであり、国民健康保険料の適正価格の見直し

が必要である。

### 第3節 保険料の収納率

社会保険において、国民年金の収納率が近年6割台になっている現状と同時に国民健康保険においても保険料収納率は低下し続けている。平成5年度に93.48%であった収納率は年々低下し、平成15年度には過去最低の90.21%となった。収納率は特に地方部よりも都市部において低く、13大都市及び特別区では平成15年度は86.98%まで低下した。表11に示したとおり、もっとも収納率が高いのは（平均値を別とすると）人口5万人未満の都市で、平成19年度は91.98%である。一方政令指定都市および特別区は平成19年度に88.32%と最も低い収納率をとった。

表11 保険料の収納率



厚生労働省『平成19年度国民健康保険(市町村)の財政状況について《速報》』より

また、平成16年から4年間、特に人口の多い都市部において収納率の増加傾向がみられる。その背景には、平成17年2月に厚生労働省が打ち出した「収納対策緊急プラン」の策定による被保険者の収納努力が影響したと考えられている。「収納対策緊急プラン」とは、収納担当職員の増員や応援体制の構築、収納嘱託員の採用や増員等、徴収体制の強化、滞納処分の積極的な実施等が具体的な取り組みである。滞納処分について特筆すると、平成18年度の差し押さえ件数95,228世帯から、翌年平成19年度には120,525世帯に増加し、差し押さえ金額は64億円(16.4%)増加した。この「収納対策緊急プラン」は各自治体で実施されており、収納率上昇に貢献するものと今後も効果が期待されている。

表 1 2 保険料滞納者数

	平成 15 年	平成 16 年	平成 17 年	平成 18 年	平成 19 年	平成 20 年
全世帯数	23, 713, 339	24, 436, 613	24, 897, 226	25, 302, 112	25, 508, 246	21, 717, 837
滞納世帯数	4, 546, 714	4, 610, 082	4, 701, 410	4, 805, 582	4, 746, 032	4, 530, 455
割合	19.2%	18.9%	18.9%	19.0%	18.6%	20.9%

厚生労働省『平成 19 年度国民健康保険(市町村)の財政状況について《速報》』より

表 1 2 より、平成 1 5 年度から平成 2 0 年度までの滞納世帯割合は年々増加傾向にある。前述したとおり、近年厚生労働省は収納率に関する対策を打ち、成果は少しずつ上がっている。しかし、表 1 1・1 2 から読み取れるように、国全体として滞納世帯割合増加に伴い収納率低下が進行していることは明らかである。

収納率低下は、所得の低下による保険料を払えない被保険者が増加していることに起因すると考えられている。前述したように、国保の被保険者は仕事を退職した高齢者や失業者等の割合が他の健康保険に比べて高い。特に、前年の所得が保険料の算定基準となるため、失業者の場合は前年度算定された保険料が高くて払えない場合があるという問題が指摘されている。また、健康で医療機関を利用する頻度が少なく、健康保険の必要性が低いため保険料を払う意識の薄い若者の増加も収納率低下の一因とされている。

低所得のため保険料納付が困難な被保険者のために、保険料軽減制度が設けられている。所得額に応じて 7 割、5 割、2 割の 3 種類の軽減率があり、7 割軽減と 5 割軽減は無申請で、2 割軽減は申請に基づいて実施される。国保加入世帯に占める軽減世帯の割合は、平成 4 年度の 2 4. 6 1%から平成 1 4 年度には 3 2. 9 2%まで増加しており、約 7 6 0 万世帯が軽減措置を受けている。この軽減措置も、国保財政赤字に大きく影響しているものと考えられる。



## 第3章 先行研究

---

### 第1節 先行研究の紹介

私たちは各市町村が運営する国民健康保険の保険料負担に地域間格差があることが問題であるとし、その格差を解消することを目的としている。国民健康保険の保険料の地域間格差について研究を行った文献はいくつか存在する。

まず、国民健康保険制度の現状についての研究として、田中(2005)は国民健康保険制度そのものの問題点を述べるとともに、国民健康保険の保険料に地域間格差が存在することを指摘している。そして、国民健康保険の運営主体を広域化することでいくつかの問題が解消されると述べた。また、より最近の文献として、中川(2009)は国民健康保険の保険料の地域間格差を指摘し、現在検討されている広域化の動向について述べている。これらの研究では、具体的な分析が行われておらず地域間格差の存在を指摘したにすぎなかった。

具体的な分析が行われた研究として、北浦(2007)は国民健康保険の保険料の地域間格差を計測するにあたり、家計のプロトタイプを想定し、プロトタイプ毎に全国の自治体の国民健康保険料(税)を計算している。プロトタイプ家計の設定において、職業別としては給与所得者、自営業者、年金所得者の3タイプ、所得水準別としては平均、低固定資産税、高所得の3タイプの合計9タイプの家計を設定している。計算の結果どのようなタイプの家計であれ、保険料負担の非常に大きな地域間格差が存在することが明らかとされた。しかし、この研究では保険料の大きな地域間格差が明らかとなったが、それがどのような理由によって生じているか検討されていない。また、この研究の良い点はすべての市町村を対象に分析を行っている点である。他の研究では一部の地域を対象にしたものが多くあったが、この研究のようにすべての市町村を対象に分析を行ったものは見受けられなかった。また、この研究では都道府県内での保険料の格差の存在も明らかになっている。給与所得者で所得水準が平均であるケースにおいて都道府県内での保険料を比べた場合、最大値と最小値の倍率が最小の静岡県で1.45倍、最大の東京都で3.29倍と都道府県内でも非常に大きな格差が存在している。各地域の医療費の高低に応じて保険料の高低が決定されているならば納得がいく。しかし、医療費の格差が少ない都道府県内でも保険料の大きな格差が存在するということは、医療費以外にも保険料に影響を与えている要因があるのではないかと考えられる。

保険料がどのような要因によって影響をうけているかを分析した研究として、鈴木(2000)は、国民健康保険の補助金制度が年齢構成の差の調整や所得格差の調整などの目的を持っており、制度が目的整合的であるのか実証分析を行っている。ここでは補助金と保険料は表裏一体の関係にあるということで、保険料関数についての分析も行われている。そこでは、一人当たり保険料を年齢要因、所得要因、ベッド数要因で回帰分析し、その結果、保険料は年齢要因に影響を受けているということが明らかにされている。こ

の分析は「大阪府国民健康保険事業状況」のデータを用いて、大阪府のみを対象にして行われている。これらの研究を参考にどのような分析を行うかを検討した。

## 第2節 分析の方向性

国民健康保険の保険料負担に地域間格差が存在することを指摘している文献は数多くある。しかし、なぜ地域間格差が存在するのか、保険料がどのような要因により影響を受けているのかの分析はあまりなされていない。北浦(2007)は、「国民健康保険(税)の水平的不平等性が存在している事実は明らかにしたが、それがどのような理由によって生じているのか検討していない」としている。鈴木(2000)は保険料関数について分析を行い、国保保険料が年齢要因に影響を受けているとの結果を出しているが、分析対象が大阪府のみである。さらに説明変数が年齢要因、所得要因、ベッド数要因と少なく、他の要因によって保険料が影響を受けている可能性もあると考えられる。そこで、私たちはより広範囲において、他の説明変数も用いて保険料がどのような要因から影響を受けているかについての分析を行うことにした。

北浦(2007)は全国すべての市町村を対象に分析を行っている。私たちも全国すべての市町村のデータを用いて保険料関数についての分析を行うことを試みた。しかし、予想以上にデータ収集が難航し、六都道府県のデータのみしか集めることができず、その地域を対象に分析を行った。次の章では、国民健康保険の保険料負担に地域間格差が生じている理由を明らかにすることを目的に実証分析を行う。

## 第4章 国保保険料決定要因分析

本稿で行う分析の目的は、国民健康保険の保険料に影響している要因を探ることである。国保保険料決定要因が明らかになることで、私たちが本稿で取り上げている各市町村によって定められた保険料の地域間格差に関する要因について見解が深まると考える。

### 第1節 都道府県平均保険料を用いた国保保険料決定要因分析

本稿では、以下のモデルを用いて国保保険料決定要因を強制投入法により重回帰分析を行った。

はじめに、47都道府県間の国保保険料決定要因について分析を行った。最初に述べておくべきことは、国保保険料は市町村ごとに定められているため、都道府県の平均値を用いて格差の分析を行うことに問題が残る点である。私たちの分析はあくまでも市町村間格差の言及が目的ではあるが、日本全体としての保険料の格差を問題視するという点では参考になると考え、分析を行うことにする。

国保保険料決定モデル

$$Y = \alpha + \sum_{i=1}^6 X_i + \varepsilon$$

$Y$  = 国保保険料（都道府県ごとの平均値）

$\alpha$  = 定数項     $\varepsilon$  = 誤差項

$X_1$  = 人口密度     $X_2$  = 財政力指数     $X_3$  = 老年人口割合     $X_4$  = 失業率     $X_5$  = 平均所得     $X_6$  = 医療費

被説明変数 $Y$ には、各都道府県の国保保険料の平均を用いた。そして、説明変数には私たちが予想した各要因を用いた。鈴木(2000)は、説明変数に年齢要因、所得要因、ベッド数要因の3つを用いて分析を行ったが、他にも保険料に影響を与えている要因があると考え、6つの説明変数を用いることにした。私たちも説明変数に年齢要因と所得要因を用いた。しかし、ベッド数要因に関しては鈴木(2000)の分析において有意となっていなかったため、除外した。このほかの説明変数として、人口要因、財政要因、労働要因、医療要因を用いた。

分析を行うにあたり各説明変数が保険料にどのような影響を与えるかの仮説を立てた。以下に各説明変数と、仮説を記述する。

#### ① 人口密度

「人口要因」として採用した。この数値は、各地域の人口を面積で割ったものである。仮説として、医療機関は人口密度の高い都市に立地する可能性が高く、都市は交通の便も良いため、その地域に住む人々は受診しやすい環境にある。その結果人口密度が高いほどその地域の医療費が高まり、保険料を上げる影響を持つのではないかと考えられる。反対に、人口密度が高い地域ほど被保険者数が多くなる。リスクを全体でカバーするという保険の性質からすると、一般的に規模が大きいほどリスク発生確率が安定し、保険としてのリスクマネジメントがしやすくなる。その結果、保険料を引き下げる影響を持つ可能性もあると考えられる。

#### ② 財政力指数

「財政要因」として用いた。財政力指数とは地方自治体の基準財政収入額を基準財政需要額で除した数値であり、地方公共団体の財政力を示す指標である。財政力指数が高いほど、その地域の財政は安定しているといえる。この数値が1.0を上回れば地方交付税交付金が支給されない不交付団体となり、下回れば支給される交付団体となる。仮説としては、国民健康保険の運営主体は各市町村であるため、その地域の財政力が保険料に影響を与えている可能性がある。財政力指数が高いほどその地域の財政は安定しており、保険料は低くなると考えられる。鈴木(2000)では、財政の裕福な市町村では法定水準を超える給付や任意給付などを実施することができるため、地域の財政状態により保険料が違ってくるとしている。財政力指数が高いほど、保険料が高くなるとは考えにくい。

#### ③ 老年人口割合

「年齢要因」として用いた。老年人口割合は各地域の65歳以上の人口割合を示している。国民健康保険は退職した人々も加入するため、老年人口割合が大きく保険料に影響を与えていると考えられる。鈴木(2000)の分析では、年齢要因が保険料に影響を与えているという結果が得られている。仮説としては、老人のほうが若い人々に比べて医療費が多くかかるため、老年人口割合が高いほど保険料が高まると考えられる。反対に、老年者の多くは収入が年金のみであり、減免などで支払う保険料額が低くなる。そのため、老年人口割合が高いほど保険料が低くなる可能性もある

#### ④ 失業率

「労働要因」として用いた。失業率とは労働力人口に対する失業者の割合である。失業し、無職の人は強制的に国民健康保険に加入することとなる。仮説としては、失業者は収入がなく、失業者に対する減免制度もあるため失業率が高くなるほど保険料は低くなると考えられる。反対に、失業率の高い地域では保険料収入が低くなるため、所得がある人に対して比較的高い保険料を課すことになり、その結果全体として保険料が高くなる可能性も考えられる。

#### ⑤ 平均所得

「所得要因」として用いた。仮説としては、前述したとおり保険料の計算方式には所得割というものがある。それにより、制度上所得の高い人ほど高い保険料を支払うこととなり、平均所得が高いほど保険料が高くなると考えられる。反対に、平均所得が高いほどその地域は多く税収を得られることになる。そうすると、市町村の財政は良くなり、その結果保険料を低くすると考えられる。

⑥ 一人当たりの国保医療費

「医療要因」として用いた。仮説としては、医療費にも地域間格差が存在し、それに応じて保険料が設定されているとすると、一人当たりの国保医療費が高くなると保険料は必然的に高くなると考えられる。医療費が高いほど保険料が安くなるとは考えにくい。

以上、6つの変数を用いて分析を行った。

表 1 1 分析結果（全都道府県）

モデル		標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率	B の 95.0% 信頼区間	
		B	標準偏差誤差	ベータ			下限	上限
1	(定数)	93.438	3.241		28.827	.000	86.910	99.966
	失業率	-2.590	.532	-.587	-4.868	.000	-3.662	-1.518
2	(定数)	117.569	5.522		21.289	.000	106.439	128.698
	失業率	-2.905	.435	-.659	-6.672	.000	-3.783	-2.028
	老年人口割合	-1.019	.205	-.490	-4.966	.000	-1.432	-.605

a. 従属変数 国保保険料

「労働要因」、「年齢要因」の2点において、有意の値をとった。両方とも正の値をとると予想したにも関わらず、負の値をとった。

## 第 2 節 市町村別保険料を用いた国保保険料決定要因分析

続いて、市町村の国保保険料決定要因について分析を行った。第一節の都道府県ごとの国保保険料平均値に関する分析と違い、市町村ごとに定められている保険料を実際に分析するため、より正確な分析結果が得られると予想できる。本来は全都道府県における分析を行うべきであるが、今回はデータの収集が難航したため、6都道府県のみ分析を行った。

国保保険料決定モデル

$$Y = \alpha + \sum_{i=1}^6 X_i + \varepsilon$$

Y=各市町村の国保保険料

α=定数項 ε=誤差項

X<sub>1</sub> = 人口密度    X<sub>2</sub> = 財政力指数    X<sub>3</sub> = 老年人口割合    X<sub>4</sub> = 失業率    X<sub>5</sub> = 平均所得  
 X<sub>6</sub> = 医療費

被説明変数Yには、市町村ごとの国保保険料を用いた。説明変数は、第一節ですでに述べた変数を同様に用いた。

表 1 2 分析結果 (大阪府)

変数	標準化 係数	t 値	有意確 率
(定数)		3.129	.003
人口密度	.337	1.969	.056
財政力指数	-.265	-1.615	.115
一人当たり医療費	.141	.825	.414
失業率	.149	.883	.383
老年人口割合	-.291	-1.695	.098
調整済みR <sup>2</sup>			.152

従属変数 : 一人あたり保険料

どの要因においても、有意な値をとらなかった

表 1 3 分析結果 (岐阜県)

変数	標準化 係数	t 値	有意確 率
(定数)		6.045	.000
一人当たり医療費	-.122	-.808	.424
平均所得	.253	2.246	.031
人口密度	.555	3.557	.001
財政力指数	-.144	-.722	.475
高齢人口割合	-.319	-1.291	.205
失業率	-.001	-.007	.994
調整済みR <sup>2</sup>			.584

従属変数 : 一人あたり保険料

「所得要因」、「人口要因」の2点において有意な値をとった。所得要因に関しては、私たちは負の値をとると予想していたが、正の値をとった。人口要因に関しては、私たちの予想通り正の値をとった。これは人口密度が高いほどその地域の医療費が高まり保険料を上げる影響を持つのではないかと前述した仮説が岐阜県においては正しいということを示している。

表 1 4 分析結果 (沖縄県)

変数	標準化 係数	t 値	有意確 率
(定数)		2.963	.006
一人当たり医療費	.216	1.607	.118
平均所得	.341	3.011	.005
人口密度	.008	.053	.958
財政力指数	.052	.211	.834
高齢人口割合	-.816	-3.819	.001
失業率	.292	2.144	.040
調整済み R <sup>2</sup>			.684

従属変数：一人あたり保険料

「所得要因」、「年齢要因」、「労働要因」の3点において有意の値をとった。「所得要因」においては負の値をとると予想したが、正の値をとった。「年齢要因」では負の値をとった。これは、前述した老人のほうが若い人々に比べて医療費が多くかかるため、老年人口割合が高いほど保険料が高まる、という仮説の反対をいく結果であった。また「労働要因」に関しては、私たちの仮説どおり正の値をとった。これで沖縄県においては、無職の人は強制的に国保に加入することになり、失業率が上がると国民健康保険加入者が増えるため、国保保険料は値上がりするという仮説が正しいということを示している。

表 1 5 分析結果 (山梨県)

変数	標準化 係数	t 値	有意確 率
(定数)		3.300	.005
一人当たり医療費	.224	2.072	.056
平均所得	.603	3.741	.002
人口密度	-.275	-1.795	.093
財政力指数	-.493	-2.270	.038
高齢人口割合	-1.070	-6.846	.000
失業率	-.236	-2.603	.020
調整済み R <sup>2</sup>			.834

従属変数：一人あたり保険料

「所得要因」、「財政要因」、「年齢要因」、「労働要因」の4点において有意な値をとった。所得要因においては、仮説と反対に正の値をとった。「財政要因」においては、負の値をとったため、前述した財政力指数が高いほどその地域の財政は安定しており、保険料は低くなると考えられるという仮説が山梨県においては採用できると考える。「年齢要因」においては、沖縄県と同様に負の値をとったため、前述した仮説とは反対をいく結果となった。「労働要因」においては、沖縄県と同様に仮説どおり正の値をとった。

表 1 6 分析結果 (和歌山県)

変数	標準化 係数	t 値	有意確 率
(定数)		5.329	.000
一人当たり医療費	.248	2.272	.031
平均所得	-.643	-5.432	.000
人口密度	-.199	-1.340	.191
財政力指数	.365	2.204	.036
高齢人口割合	-.218	-1.283	.210
失業率	-.192	-1.824	.079
調整済みR <sup>2</sup>			.672

従属変数：一人あたり保険料

「医療要因」、「所得要因」、「財政要因」の3点において有意の値をとった。「医療要因」においては、正の値をとった。前述した、医療費にも地域間格差が存在し、それに応じて保険料が設定されているとすると、一人当たりの国保医療費が高くなると保険料は必然的に高くなると考えられる、という仮説が和歌山県においては採用できると考える。「所得要因」においては、負の値をとった。これは、前述した、平均所得が高いほどその地域は多く税金を得られることになり、市町村の財政が良化し、その結果保険料を低くする、という仮説が採用できると考える。「財政要因」においては、正の値をとった。これは前述した仮説と反対となり、財政力指数が上がると保険料が値上がりするという結果になった。

表 1 7 分析結果 (新潟県)

変数	標準化 係数	t 値	有意確 率
(定数)		4.163	.000
一人当たり医療費	-.468	-2.196	.038
平均所得	.145	.624	.538
人口密度	.095	.390	.700
財政力指数	.063	.276	.785
高齢人口割合	.286	.892	.381
失業率	-.066	-.279	.783
調整済みR <sup>2</sup>			.026

従属変数：一人あたり保険料

「医療要因」において有意の値をとった。これは前述した仮説とは反対となり、新潟県においては医療費が安くなるほど保険料が値上がりするという結果になった



ここまで、各県ごとに分析を行った。しかし、各県ごとに保険料決定要因はバラバラであり、私たちが本稿で追及したい保険料決定要因を示すことはできなかった。

そこで、最後に今回使用した6都道府県の全市町村データを用いて分析を行った。これは本来なら日本の全市町村データを用いてこの分析を行うべきであるが、今回はデータの収集に難航したため、大阪府、岐阜県、沖縄県、山梨県、和歌山県、新潟県の6都道府県に限定した全市町村データで分析を行った。

表18 分析結果(6都道府県)

変数	標準化 係数	t 値	有意確 率
(定数)		8.776	.000
一人あたり医療費	-.398	-7.407	.000
平均所得	.502	9.173	.000
人口密度	-.236	-3.970	.000
財政力指数	.086	1.410	.160
高齢人口割合	.118	1.762	.080
失業率	-.223	-3.696	.000
調整済みR <sup>2</sup>			.537

従属変数：一人あたり保険料

「医療要因」、「所得要因」、「人口要因」、「労働要因」の4点について有意な値をとった。

まず「医療要因」においては、仮説とは反対の負の値をとった。したがってこの分析においては、医療費が低くなるほど保険料は値上がりするという結果となった。

「所得要因」においては、正の値をとった。仮説では、所得割の採用によって平均所得の高い市町村はその分財政が良化しており、その結果保険料が値下がりすると述べたが、反対の結果となった。したがって、この分析においては平均所得が向上するほど保険料は値上がりするという結果となった。

「人口要因」においては、負の値をとった。仮説で述べた、人口密度の規模が大きいほどリスク発生確率が安定し、保険としてのリスクマネジメントがしやすくなるため、保険料を引き下げる影響を持つという説が採用できると考える。

「労働要因」においては、負の値をとった。仮説で述べた、自動的に国民健康保険加入者となる失業者は収入がなく、失業者に対する減免制度もあるため失業率が高くなるほど保険料は低くなるという説が採用できると考える。

以上、6都道府県の全市町村データにおける分析結果を述べた。この分析結果を用いて、のちの第5章で「人口要因」と「労働要因」に関する私たちが考案した政策を提言することにする。

また、今回の分析においてはデータの収集に難航したため、全47都道府県のうち6都道府県のみ限定した分析となった。今後、47都道府県の全市町村データを用いた国保保険料決定要因分析が行われることを期待する。

## 第5章 政策提言

### 第1節 市町村国保の広域化

これまで述べてきた国民健康保険の問題点を解消するために、私たちは市町村国保の広域化、就業運動の2つの政策提言を示す。

はじめに、市町村国保の広域化すなわち、現在、市町村ごとに異なる保険料の算出方式を都道府県ごとに設定し、保険料を徴収することを政策提言として掲げる。つまり、市町村運営から都道府県運営へと移行することで、都道府県内で最適な保険料を設定する。国民健康保険に関しては、保険給付費等に応じた保険料を各市町村において設定するが、医療費と保険料の地域格差が大きく、被保険者間の公平性の観点から問題になっている。また、小規模保険者が多い国民保険においては、保険財政が不安定な市町村も少なくない。よって市町村国保の広域化が有効であると私たちは考えた。実際、この広域化の案は以前から考えられてきた。京都府では平成21年度から、都道府県単位での一元化について調査・検討を始められてきた。しかし、課題も多く残っている。同じ都道府県においても保険料にかなりの格差があり、負担が増える保険者も多く発生することや、単に都道府県に移すだけでは、国民健康保険の構造的な問題の解決にはならないという点だ。しかし、保険料設定の際に離島など地理的条件から保険料設定が困難な地域においては都道府県管理のもと特別な保険料の設定を許可した、財政状況が厳しい都道府県には国から補助を与えるなどの対策も考えられ、改善の余地はある。私たちの上記の分析の結果においても保険料は人口密度と相関関係があることが分かった。よって私たちは、市町村国保の広域化を政策提言として掲げる。次にこの広域化による利点を検証した結果、以下の点を挙げる。

- 1、保険者規模の拡大
- 2、地域格差の是正
- 3、保険料徴収の効率化
- 4、都道府県独自の医療サービスの実施

#### 1-1 保険者規模の拡大

市町村国保の広域化によって必然的に保険者規模が拡大する。保険という制度は不慮の事故のリスクを全体でカバーするという性質を持っており、一般的には規模が大きいほどリスクの発生確率は小さくなる。現在のような市町村ごとの小規模保険者では、不測の高額医療費が発生した場合には、運営が不安定になりやすい。よって都道府県ごとの国保の運営はリスク軽減の面から考えても有効である。

### 1-2 地域格差の是正

問題意識のところでも述べたが、保険料の地域格差は都道府県内での格差が都道府県間の格差より大きいと示している。そこで、広域化することによって都道府県内で政策が行われるため、都道府県内での格差が水平になる。そのため、同じ経済状態にかかわらず、住む地域によって保険料が異なるという点が解消される。

### 1-3 保険料徴収の効率化

保険料の徴収の規模が拡大されることで、規模の経済が働き、徴収作業が効率化される。また効率化により、保険料徴収のコストを下げるができる。

### 1-4 都道府県独自の医療サービス

都道府県ごとに財源を持つことで、今まで各市町村ではできなかった医療サービス事業なども積極的に行うことができる。例えば、国民健康保険加入者なら誰でも受けられる無償の健康診断を公民館や学校などで実施したり、またその場で生活習慣指導や医療制度の仕組みを説明したりすることによって、人々の健康に対する意識を高めることができる。意識が高まり、健康を維持することができれば当然医療費は安くなる。

## 第2節 就業運動

次に私たちは、市町村国保の広域化とともに、解雇者や無職者を定職に就かせる「就業運動」を行う政策を提言する。問題意識のところでも述べたが、収納率の低下が大きな問題となっている。収納率の低下の背景には、リストラや倒産等による被用者保険から国民健康保険への移動やフリーター等で国民健康保険の適用を受ける者の増加など、国民健康保険における低所得者の増大があると言われている。そこで私たちは失業率を下げることであれば収納率が上がり、また収納率を上げれば保険料は最適価格に是正されると考えた。失業率を下げるためには、都道府県運営による雇用の確保や、ハローワークの充実などの取り組みが考えられる。しかし、これは難しい問題で簡単に失業率を下げることはできない。今後の失業に対する政策に期待する。

## 第3節 まとめ

これまで、国民健康保険制度の問題点を解消するべく政策を述べてきた。国民健康保険制度は国民皆保険を実現している日本において非常になくはない制度である。その制度を経済面において崩壊させないために、制度改革が必要である。医療は国民全員に関係することではあるが、制度自体を大きく変えることは困難を極める。それでも私たちは、世界に誇れる国民皆保険の継続、そして、日本国民誰もが平等な医療サービスを受けられるために今一度、日本の医療制度を見直すことが必要であると考えている。

# 先行論文・参考文献・データ出典

## 《先行論文》

- ・ 北浦義朗 (2007) 国民健康保険料 (税) の水平的不平等性
- ・ 鈴木亘 (2000) 「国民健康保険に対する補助金制度の実証分析」、大阪大学社会経済研究所 Discussion Paper、No. 509.
- ・ 田中敏 (2005) 国民健康保険制度の現状と課題

## 《参考文献》

- ・ 中川秀空 (2009) 国民健康保険の現状と課題
- ・ 船橋恒裕 (2006) 医療費の地域格差について 国民健康保険における医療費支出の分析
- ・ 西川雅史 (2006) 「保険税と保険料—国民健康保険制度における自治体の制度選択—」  
『日本経済研究』、No. 55, pp. 79-98.
- ・ 小林秀和 (2005) 「日本の医療保険制度と費用負担」、ミネルヴァ書房
- ・ 高林喜久夫 (2005) 「地域間格差の財政分析」、有斐閣
- ・ 別所正、竹下智、岩本康志 (1997) 「医療保険財政と公費負担」
- ・ 青木研 (2001) 「患者の行動による地域差」『医療費の地域差』東洋経済新報社
- ・ 遠藤久夫・駒村康平 (1999) 「公的医療保険と高齢者の医療アクセスの公平性」『季刊・社会保障研究』
- ・ 中西悟志 (2001) 「医療施設の競争と医療費の地域間格差」『医療費の地域差』東洋経済新報社
- ・ 地域差研究会 (2001) 『医療費の地域差』東洋経済新報社

## 《データ出典》

- ・ 全国健康保険協会 <http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>
- ・ 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>
- ・ 厚生労働省 国民健康保険実態調査  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/seido/kokumin\\_jitai.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/seido/kokumin_jitai.html)
- ・ 毎日新聞 全国市町村調査
- ・ 国民健康保険ランキング <http://allabout.co.jp/finance/gc/10231/2/>  
<http://allabout.co.jp/finance/gc/10231/3/>
- ・ 大阪府 HP <http://www.pref.osaka.jp/>
- ・ 和歌山県 HP <http://www.pref.wakayama.lg.jp/>
- ・ 新潟県 HP <http://www.pref.niigata.lg.jp/>
- ・ 山梨県 HP <http://www.pref.yamanashi.jp/>
- ・ 岐阜県 HP <http://www.pref.gifu.lg.jp/>
- ・ 沖縄県 HP <http://www.pref.okinawa.jp/>