

市町村国保の地域間格差解消に向けた試案

～広域化と制度を超えた統合の可能性～

京都産業大学 福井唯嗣研究会

社会保障政策分科会 A

荒木静香 井上誠也 窪田圭佑 中島智沙
西崎和博 東浦祐太 堀井元気 山内恵理加

2011年12月

市町村国保の地域間格差解消に向けた試案

～広域化と制度を超えた統合の可能性～

2011年12月

要約

日本では1961年から、国民すべてが何らかの公的医療保険制度に加入することで国民皆保険を実現し、最大の保険者数、加入者数を擁する国民健康保険（市町村国保）は皆保険を維持するための重要な役割を担ってきた。国民健康保険の運営主体は全国の各市町村で、加入者が納める保険料や国などの補助金によって運営されている。よって各保険者で財政面での地域間格差があり、格差が起こる原因としては、人口比率における高齢者の割合や、規模の小さい自治体よりも、規模の大きい自治体のほうが保険料収入を安定して確保できる事が考えられる。

また、国民健康保険の現状として、加入者は他の制度の加入者と比べると平均年齢が高い。年齢が高くなるにつれて病気やケガをするリスクも高くなるので、それに関連して一人当たりにかかる医療費も高くなる。一人当たり医療費と納める保険料は、各市町村の高齢者の割合が異なることなどから、地域によって差が生じている。格差があることは不平等であり、この差をいかに埋めていくかが今後の課題である。国保は発足当時と現在では、被保険者の職業割合が変化しており、もともと農林水産業や自営業者、また高齢者のための制度として発足したが、現在では少子高齢化や雇用形態の変化に伴い、非正規雇用の労働者や無職者の割合が増加している。その結果、低所得者層が増加し、保険料未納などの問題が起り、収納率が低下している。また、国保は多くの軽減世帯を抱えていることも問題である。被保険者からの保険料を財源の一つとしている国保にとって、収納率の低下は財源不足につながっており、国保は現在2.628億円の赤字を抱えている。

本稿では、財政面での地域間格差と財源の不足を問題意識とし、分析を行った。財政状況の保険者間格差の一つの解決策として市町村国保の広域化をあげる。介護保険制度や後期高齢者医療制度では同一都道府県内の市町村が広域連合を形成して、都道府県単位で制度を運営することにより財政の安定化が図られている。そこで本稿では、同様の仕組みを市町村国保についても取り入れることで財政状況の格差はどの程度改善するのかをデータに基づいて検討した。その結果、広域化によって財政状況の格差が縮小することが分かる。しかしながら、都道府県単位にしても、1人当たり保険料と1人当たり保険給付費には負の相関がみられることも分かる。広域化を行ったとしても、それだけでは国保財政の地域間格差の問題をすべて解決できるわけではない。そこで、本稿では国保と他制度との統合の可能性について検討した。統合相手の第一候補は協会けんぽである。現在の各制度における1人当たり保険料と1人当たり保険給付費の分布状況を統合した場合の分布状況と比較することで、国保と協会けんぽの統合による影響について考察した。都道府県別協会けんぽ一人当たりの収支と都道府県別国保一人当たりの収支の分布状況をいくつかの統計量により比較することで、国保と協会けんぽの統合による財政状況格差への影響を検証した。統合した結果、以前の国保と比べると地域間での格差が減少した。この分析より、統合において広域化だけでは解決しきれなかった格差是正や国保財政の改善につながったといえる。

分析の結果から、国民健康保険の都道府県単位化、協会けんぽと国民健康保険の制度の統合を行う政策提言をする。その結果、都道府県単位にしても、1人当たり保険料と1人当たり保険給付費には負の相関がみられ、保険料は低いのに保険給付費が高いという保険者や、保険料は高いのに保険給付費が低い保険者は依然として存在し続ける。すなわち、広域化だ

けでは国保財政の地域間格差の問題をすべて解決できるわけではない。そこで、国保と協会けんぽの統合を図る。統合した場合には、一人当たりの保険給付費及び一人あたりの保険料収入の地域間・保険間のばらつきは縮小されている。また、国保財源の底上げにもつながる。すなわち、協会けんぽの統合により、広域化だけでは不十分であった地域間格差の是正や国保財政の改善を行うことができる。

目次 (論文構成に応じて自由に章立てをしてください)

はじめに

第 1 章 市町村国保が抱える課題

- 第 1 節 (1. 1) 公的医療保険の概要
- 第 2 節 (1. 2) 市町村国保の現状
 - 第 1 項 平均年齢と医療費の高さ
 - 第 2 項 医療費と保険料の地域間格差
 - 第 3 項 医療提供体制
 - 第 4 項 被保険者の変容と低所得者の増加
 - 第 5 項 軽減世帯
 - 第 6 項 保険料収納率の低下
 - 第 7 項 資格証明書

第 2 章 市町村国保の財源問題

- 第 1 節 (1. 1) 財政面での地域間格差
- 第 2 節 (1. 2) 財源不足

第 3 章 本稿の位置づけ

- 第 1 節 (1. 1) 先行研究
- 第 2 節 (1. 2) 本稿の位置づけ

第 4 章 地域別データに基づく分析

- 第 1 節 (1. 1) 国民健康保険の広域化 (都道府県単位化)
- 第 2 節 (1. 2) 国民健康保険と協会けんぽの統合

第 5 章 地域間格差の解消のために

- 第 1 節 (1. 1) はじめに
- 第 2 節 (1. 2) 国民健康保険と協会けんぽの都道府県単位での統合

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

日本では、1961年から国民すべてが何らかの公的な医療保険制度への加入を義務付けており、これによって国民皆保険が実現している。国民健康保険には、同業種で国民健康保険組合をつくっているものと、被用者保険や国民健康保険組合に加入していないすべての人を対象とする国民健康保険（市町村国保）がある。そのうち、本稿で考察の対象とするのは後者の市町村国保である。

国民健康保険は、自営業者、農林水産業者等が加入しており、失業者や退職者等の無職者もここに加入することになっている。現在の国保加入者は、発足当時と比べ就業構造の変化による被保険者の職業割合の変化や、長期的不況による失業者の増加により低所得者の割合が増加している。それにより、保険料を支払うことができない世帯が増え、保険料収納率の低下が問題となっている。

本稿は、国民健康保険の現状分析によって、各市町村により高齢者の割合が違い、平均年齢と医療費の高さや医療費と保険料の地域間格差が生じ不平等の問題が起こっていることを明らかにしたうえで、この地域格差の問題と国保の財源不足の改善に視点を置き、分析及び政策提言を行う。

本稿における分析では、広域化と統合の2つについて述べる。まず1つ目の広域化は、今まで市町村別であった国保保険者を都道府県別にまとめる制度改革である。2つ目の統合は、協会けんぽと広域化を行った国保を統合して同じ制度にする制度改革である。これらの改革により、国保の空洞化を解決しようというのが本稿の政策提言である。

本稿の構成は以下のとおりである。第1章では公的医療保険の概要、医療提供体制や保険料収納率など主に国民健康保険の現状を述べ、軽減世帯や被保険者の変容といった問題について取り扱う。続いて第2章では本稿における考察の中心課題である地域間格差と国保の財源不足について議論する。そこから、保険者である市町村は公費に依存しないと保険料収入では厳しくなっており、高齢化に伴う地域間格差や財源の確保が大きな問題であることを明らかにする。第3章では先行研究と本稿の位置づけを述べる。第4章では第2章で述べた問題意識を踏まえ、国保保険者である市町村を広域化により都道府県単位化し、協会けんぽと国保の統合する制度改革の影響と実現可能性についてデータ検証によって分析する。最後に、第5章で国民健康保険と協会けんぽの都道府県単位での統合に際して詳細に検討すべき制度設計の在り方について論じる。

第一章 市町村国保が抱える課題

第1節 公的医療保険の概要

日本の公的医療保険制度は職域・地域、年齢に応じて加入する制度が異なっており、内容も制度によって違いがある。現在、公的医療保険制度には大きく分けて被用者保険と、地域保険である国民健康保険に制度が分立しており、さらに 75 歳以上の後期高齢者は平成 20 年 4 月から後期高齢者医療制度（長寿医療制度）に分けられている。

被用者保険は、主に大企業の被用者を対象とする組合健保（組合管掌健康保険）と、主に中小企業の被用者を対象とする協会けんぽ（全国健康保険協会管掌健康保険）に分かれている。また、船員を対象とする船員保険や、国家公務員、地方公務員等、私学教職員にはそれぞれ各種共済組合が設けられている。

一方で、国民健康保険は、自営業者、農林水産業、無職者等を対象とし、医師、土木建築、理美容師など同業種で国民健康保険組合をつくっているものと、被用者保険や国民健康保険組合に加入していないすべての人を対象とする国民健康保険（市町村国保）に分かれている。

後期高齢者医療制度は平成 20 年 4 月に施行された。その後、平成 22 年 12 月 20 日に開催された第 14 回高齢者医療制度改革会議において「最終とりまとめ」を行った。「最終とりまとめ」では、現行制度の問題点を改善し、利点はできる限り維持し、さらに後期高齢者医療制度を廃止して、国保の財政運営を段階的に都道府県単位化しようとしている。今後は、この「最終とりまとめ」を踏まえた上で、次期通常国会への法案提出に向けて取り組んでいる。

表 1-1 は平成 22 年 3 月末の各保険制度の概要を示したものである。加入者数を見ると、市町村国保が 3566 万人（2033 万世帯）、続いて協会けんぽが 3483 万人（被保険者 1952 万人）、組合健保が 2995 万人（被保険者 1572 万人）、共済組合が 902 万人（共済組合のみ平成 20 年度）、国保組合が 343 万人となっている。後期高齢者医療制度は 1389 万人である。この数字を比べてみると、市町村国保が日本の公的医療保険制度の中で最大の加入者数を擁している。つまり、国民皆保険という日本の公的医療保険の仕組みの重要な役割を果たしているのが、被用者保険に加入しないすべての大多数の人を引き受けている市町村の国民健康保険なのである。

表 1-1 医療保険制度の概要

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	組合健保	共済組合
保険者数 (平成22年3月末)	1,723	165	1	1,473	77 (平成20年度)
加入者数 (平成22年3月末)	3,566万人 (2,033万世帯)	343万人	3,483万人 (被保険者1,952万人) (被扶養者1,531万人)	2,995万人 (被保険者1,572万人) (被扶養者1,423万人)	902万人 (被保険者439万人) (被扶養者462万人)
加入者平均年齢 (平成21年度)	49.5歳	38.9歳	36.2歳	33.9歳	33.4歳
加入者一人当たり 平均所得 (平成21年度)	旧但し書き所得(※1) 74万円 (一世帯当たり 129.1万円)	市町村民税 課税標準額 217万円 (※2)	211万円(収入) (被保険者一人当たり 374万円)	280万円(収入) (被保険者一人当たり 530万円)	326万円(収入) (被保険者一人当たり 666万円)
加入者一人当たり 医療費(平成21年度) (※3)	29.0万円	17.1万円	15.2万円	13.3万円	13.5万円
加入者一人当たり 保険料(平成21年度) (※4) <事業主負担込>	8.3万円 (一世帯当たり 14.4万円) (平成20年度)	12.4万円 (平成20年度)	8.6万円<17.1万円> (被保険者一人当たり 15.2万円<30.3万円>)	9.0万円<20.0万円> (被保険者一人当たり 16.9万円<37.6万円>)	10.9万円<21.9万円> (被保険者一人当たり 22.4万円<44.8万円>)
			平均保険料率9.34% (9.26~9.42%) (平成22年度)	平均保険料率7.45% (3.12~10.0%) (平成21年度決算見込)	平均保険料率 7.68%(平成20年度)
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の 43% (※5)	給付費等の16.4% (※6)	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし
公費負担額(※7) (平成23年度予算ベース案)	3兆4,411億円	2,900億円	1兆1,108億円	18億円	

(※1)旧但し書き所得とは、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎とされているもので、収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いた額のこと。

(※2)平成21年所得調査結果では、業種別には、医師国保644万円、歯科医師国保225万円、薬剤師国保221万円、一般業種国保125万円、建設関係国保71万円。

(※3)加入者一人当たり医療費について、共済組合及び後期高齢者医療制度は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)であり、他の制度については速報値である。

(※4)加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5)平成23年度予算案ベースにおける平均値。

(※6)平成22年度予算における22年6月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金に係る分を除き、13.0%。

(※7)介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

第2節 市町村国保の現状

第1項 平均年齢と医療費の高さ

現在、少子化や高齢者の増加の影響から、国民の平均年齢が上昇している。それによって各保険制度の被保険者の平均年齢も上昇している。表 1-1 から、市町村国保が 49.5 歳、国保組合が 38.9 歳、協会けんぽが 36.2 歳、組合健保が 33.9 歳、共済組合が 33.4 歳となっている。これを比べると分かるように市町村国保に加入する人の平均年齢は他の各制度と比べると 10 歳以上も高くなっている。市町村国保の場合、加入者の平均年齢だけではなく一人当たりの医療費も他の制度と比べると高い。表 1-1 では、市町村国保が 29.0 万円、国保組合が 17.1 万円、協会けんぽが 15.2 万円、組合健保が 13.3 万円、共済組合が 13.5 万円となっている。市町村国保は他の制度と比べると一人当たりにかかる医療費が 10 万円以上も高くなっている。年齢が高くなるにつれて病気やケガをするリスクも高くなり、かかる医療費の負担額も増える。国保加入者の一人当たりの医療費が高いのは、加入者の平均年齢の高さと関係していることが分かる。

第2項 医療費と保険料の地域間格差

国民健康保険は、私たち加入者（被保険者）が納める保険料（国民健康保険税）や国などの補助金によって各市区町村で運営されている。つまり、国民健康保険の保険者（運営主体）は私たちが住んでいる市区町村であり、その数は全国で 1723（平成 22 年 3 月末）である。近年では少子高齢化や国・地方を通じた財政状況の悪化により、市町村の合併が進行し、年々その数が減少傾向にある。しかし、それでも他の各制度と比べると市町村国保の保険者数（市町村数）は多い。

市町村国保は個人ごとに加入するが、保険料の納付などは世帯主が責任を持つ。保険料は、その世帯の所得に応じて算定する所得割、その世帯の試算に応じて算定する資産割、加入者一人当たりいくらかと算定する均等割（被保険者均等割）、一世帯当たりいくらかとして算定する平等割（世帯別平等割）の 4 つの項目の中から、各市町村が法令で規定されている組み合わせを決定し、一世帯当たりの年間保険料を算出する。保険料の算定は、各市町村が決められているため、市町村によって納める保険料に差が生じている。市町村によって財政力の違いや、人口や高齢者の割合が異なるので、一人当たりの保険料に差が生まれ、不平等であるという問題が起こっている。

表 1-2 から、一人当たり保険料が一番高い栃木県では 9 万 3965 円、一番低い沖縄県では 5 万 4034 円となっており、約 1.7 倍の格差がある。市町村別一人当たり保険料では、一番高いところは北海道猿払村で 13 万 3682 円、一番低いところは沖縄県伊平屋村で 3 万 0907 円となっており、約 4.3 倍の格差がある。一人当たり保険料の全国平均は 8 万 3204 円となっている。

表 1-2 一人当たり保険料

都道府県別 上位・下位10			単位:円		
順位	上位10都道府県		順位	下位10都道府県	
1	栃木県	93.965	1	沖縄県	54.034
2	群馬県	92.109	2	鹿児島県	69.714
3	愛知県	91.211	3	宮崎県	71.033
4	静岡県	90.442	4	長崎県	71.631
5	埼玉県	89.939	5	鳥取県	72.107
6	石川県	89.484	6	高知県	72.714
7	三重県	88.860	7	岩手県	73.023
8	千葉県	88.281	8	愛媛県	73.764
9	神奈川県	87.550	9	島根県	74.081
10	滋賀県	87.347	10	秋田県	76.233

保険者別 上位・下位10			単位:円		
順位	上位10保険者		順位	下位10保険者	
1	猿払村 (北海道)	133.682	1	伊平屋村 (沖縄)	30.907
2	大湍村 (秋田)	123.405	2	栗国村 (沖縄)	32.018
3	利尻町 (北海道)	122.420	3	伊仙町 (鹿児島)	36.076
4	標津町 (北海道)	120.243	4	三島村 (鹿児島)	37.077
5	羅臼町 (北海道)	119.881	5	大鹿村 (長野)	39.113
6	えりも町 (北海道)	115.638	6	東村 (沖縄)	39.267
7	南幌町 (北海道)	114.006	7	三宅村 (東京)	40.506
8	千代田区 (東京)	113.554	8	伊是名村 (沖縄)	40.531
9	西方町 (栃木)	112.838	9	三原村 (高知)	42.018
10	栗山町 (北海道)	111.734	10	渡嘉敷村 (沖縄)	42.181

- (注) 1 保険料(税)調定額には介護納付金分を含んでいない。
 2 被保険者数は3~2月の年度平均を用いて計算している。

医療費の地域差の要因としては、人口の年齢構成、病床数等医療供給体制、健康活動の状況や健康に対する意識、受診行動、住民の生活習慣、医療機関側の診療パターンなどがある。これらの要因によって、医療費の地域間格差が生まれ、高齢者の割合が高い市町村では、医療機関を利用する加入者が多く、財政が厳しい市町村では負担の増加となっている。

表 1-3 から、医療費が一番高い広島県では年間 35 万 1815 円、一番低い沖縄県では 24 万 938 円となっており、約 1.5 倍の格差がある。市町村別一人当たり医療費では、医療費が一番高いところは高知県馬路村で 54 万 9175 円、一番低いところは東京都御蔵島村で 12 万 7349 円となっており、約 4.3 倍の格差がある。一人当たり医療費の全国平均は 28 万 9885 円となっている。

表 1-3 一人当たり医療費

都道府県 上位・下位10			単位:円		
順位	上位10都道府県		順位	下位10都道府県	
1	広島県	351,815	1	沖縄県	240,938
2	山口県	349,171	2	茨城県	247,156
3	香川県	346,873	3	栃木県	255,748
4	島根県	346,810	4	千葉県	257,331
5	大分県	346,638	5	埼玉県	261,535
6	長崎県	343,895	6	群馬県	262,721
7	徳島県	343,657	7	東京都	264,810
8	佐賀県	340,137	8	山梨県	268,288
9	鹿児島県	335,603	9	愛知県	269,119
10	高知県	334,888	10	静岡県	269,724

保険者別 上位・下位10			単位:円		
順位	上位10保険者		順位	下位10保険者	
1	馬路村 (高知)	549,175	1	御蔵島村 (東京)	127,349
2	上北山村 (奈良)	470,384	2	座間味村 (沖縄)	146,837
3	津奈木町 (熊本)	458,523	3	渡嘉敷 (沖縄)	155,904
4	赤平市 (北海道)	458,063	4	竹富町 (沖縄)	162,072
5	早川町 (山梨)	453,222	5	小笠原 (東京)	164,597
6	中頓別町 (北海道)	449,495	6	川上村 (長野)	175,235
7	大崎上島町 (広島)	447,225	7	多良間村 (沖縄)	179,304
8	水俣市 (熊本)	445,270	8	石垣市 (沖縄)	190,382
9	大川村 (高知)	441,575	9	南牧村 (長野)	197,185
10	初山別村 (北海道)	437,140	10	与那国町 (沖縄)	205,804

国民健康保険は、従来から高齢者医療費の増加による保険料の地域差の問題を抱えている。この問題を改善すべく創設されたのが、老人保健制度であった。

老人保健制度は、昭和 58 年に創設され、老人保健法に基づいて高齢者の医療の給付を行う制度である。高齢者の医療の給付は、高齢者が住んでいる各市町村が行い、保険料の負担は、各医療保険制度に対して負担する仕組みとなっている。しかし、国保の保険料負担の場合は、一人ひとりに保険料がかかる。しかし、被用者保険の組合健保や協会けんぽの場合は、被保険者本人の給与に応じた保険料を被保険者本人が負担することとなっており、被保険者に扶養される高齢者の負担はなく、制度間で不公平である問題が存在していた。その他にも、若者と高齢者の費用負担関係が不明確なことや、保険料徴収（健保組合等の保険者）と運営主体（市町村）が分離しているため財政と運営責任が不明確であり、加入する制度や市区町村により保険料格差があるという問題が指摘され、国保の従来からの問題は解決されなかった。

こういった国保の状況を改善すべく新たに創設されたのが、後期高齢者医療制度である。後期高齢者医療制度とは、平成 20 年 4 月に 75 歳以上の高齢者を対象として創設された旧老人保健制度に代わる制度である。新たに創設された後期高齢者医療制度では、それまで市町村国保に加入していた多くの後期高齢者が新制度に加入したことで、費用負担関係（若者が給付費 4 割、高齢者が 1 割、公費 5 割）が明確化した。また、保険料徴収と運営主体を都道府県ごとの広域連合に一元化したことにより、財政・運営責任が明確化した。さらに、都道府県ごとの医療費水準に応じた保険料を、高齢者全員で公平に負担する制度となった。

後期高齢者医療制度の創設により、75 歳以上の高齢者はそれまで加入していた国保や被用者保険から外され、高齢者医療に関しては後期高齢者医療制度の導入により、分かりやすくなった。後期高齢者医療制度の創設により、75 歳以上の高齢者を切り離し、国民健康保険における財政の透明性が増したのは確かである。しかしながら、市町村単位で運営しているため、保険者間で財政基盤の強弱に格差が存在しているという従来からの国保の問題は解決されていない。

以上で述べたことから、現在の国保の現状として景気の悪化や少子高齢化の影響により、医療費の高騰や各市町村によって保険料に差が生じるなどの地域間格差が広がり、不平等の問題が起こっている。公平性を失わないためにも、地域間格差を埋めていくことが今後の課題である。

第 3 項 医療提供体制

日本の医療提供体制は、国民皆保険制度、医療法、保健師助産師看護師法などの下で整備が進められ、安全で質の高い医療サービスを受けられる社会を目指している。しかし、現在の医療提供体制は、医師不足、諸外国と比べ病床数が多いのに対し病床数当たりに対する医療従事者が少ない、平均在院日数が長いなどの問題が起こっている。

平成 20 年度の医療関係者数は、医師が 286,699 人、歯科医師が 99,426 人、薬剤師が 267,751 人、看護職員が 1,397,333 人となっている。医師数は、毎年 3,500~4,500 人程度増加しており、平成 10 年から平成 20 年の間に 24.9 万人から 28.7 万人まで増加している。しかし、日本は医師免許を持っている者すべてを医師数にカウントしているため、医師として働いていない者を除くと、平成 20 年度の従事医師数は 27.2 万人となっている。

全国の病院及び分娩取扱診療所を対象とした必要医師数実態調査から、必要求人医師数は 18,288 人となっており、現員医師数と必要求人医師数の合計数は、現員医師数の 1.11 倍であり、医師数が不足していることが分かる。医師数不足の要因としては、内科、外科、救急などの過酷な勤務状態、それによる志望する医学生の減少、地方などの僻地と呼ばれる病院に勤務する医師の 24 時間 365 日拘束というような勤務状況などがある。これらの要因によって、医師不足の問題が起こっている。

対策として、国立医学部の入学者の増員、女性医師の待遇改善、途上国を中心に諸外国から招致しようという動きが予定されているが、すぐには効果が期待出来ないことや現実的でないため、医師不足の問題はまだまだ続くと考えられる。

表 1-4 から、日本は 13.8 床と一番多く、一番少ないアメリカ(予測値) では 3.1 床となっており、10.7 床もの差がある。また、人口千人当たり医師数を比較すると、日本では 2.2 人、アメリカでは 2.4 人、OECD 単純平均では 3.24 人となっており、日本は国際的に低い水準となっている。

それに対し、日本の都道府県別医療提供体制を比較すると、図 1-1 より一番多い高知県では 2477.9 床、一番少ない神奈川県では 832.2 床となっており、約 3 倍の差がある。平成 20 年度の人口 10 万人当たり医師数では、高知県では 271.7 人、神奈川県では 181.3 人となっており、約 1.5 倍の差がある。病院病床数の全国平均は 1256 床、人口 10 万人対医師数の全国平均は 212.9 人となっている。

このことから、日本は諸外国と比べ医師数に対し病床数が多くなっている。病床数が一番多い高知県では、人口当たり医師数の全国平均を上回っているが、病床数が多いため、結果的に病床当たりの医師配置が薄くなっている。そのため、広く薄い医療提供体制となっており、病床数当たりに対する医療従事者が少ないという問題が起こっている。

また、表 1-4 から、日本の平均在院日数は世界各国と比較すると、アメリカでは 6.3 日、イギリスでは 8.1 日、フランスでは 12.9 日、ドイツでは、9.9 日であるのに対し、日本では 33.8 日と圧倒的に長い。

表 1-4 医療提供体制の各国比較

平成20年(2008)						
国名	平均在院日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 医師数	人口千人 当たり 医師数	病床百床 当たり 看護職員数	人口千人 当たり 看護職員数
日本	33.8	13.8	15.7	2.2	69.4	9.5
ドイツ	9.9	8.2	43.3	3.6	130	10.7
フランス	12.9	6.9	48.5	3.3	115.2	7.9
イギリス	8.1	3.4	76.5	2.6	279.6	9.5 (予測値)
アメリカ	6.3	3.1 (予測値)	77.9	2.4	344.2	10.8

(出典)：「OECD HealthDate2011」

※医師数は臨床医指数(ただし、フランスにおいては研究機関等に勤務し実際に臨床にあたらぬ医師も含む)

※看護職員数は臨床看護師数(ただし、フランスとアメリカにおいては研究機関等に勤務し実際に臨床にあたらぬ看護職員も含む)

※平均在院日数の算定の対象病床は OECD の統計上、以下の通り各国で定義が異なっている。

日本：全病院の病床 ドイツ：急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナースিংホームの病床を除く)

フランス：急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス：イギリス国営医療サービス事業に登録されている全病床(長期病床を除く)

アメリカ：アメリカ病院協会に登録されている全病院の病床

表 1-5、図 1-2 から、平成 20 年度の全病床の平均在院日数が一番長い高知県では 53.4 日、一番短い東京では 26.0 日となっており、最長と最短で 27.4 日の差がある。また、平均在院日数の全国平均は 33.8 日となっている。

平均在院日数が長い要因は、慢性期の患者の在院日数が長い、福祉サービスの不足から病院が介護サービスを必要とする高齢者の受け皿になっていることなどが背景にある。

解決案としては、適切な退院支援、効果的なりハビリ支援、福祉サービスの充実、正確な診断・治療などが挙げられるが、日本の大きな問題となっている医療費の負担のコントロールを確実にできないことには前に進まないのが現状である。

しかし、平均在院日数の短縮は、患者側、病院側ともに経済的負担の軽減につながるため、各市町村や全国健康保険協会、健康保険組合などの保険者が各病院の平均在院日数に関する情報提供を行ったり、家族による看護や介護を促進させるよう働きかけたりすることが大切ではないかと考えられる。

図 1-1 都道府県別にみた人口 10 万対病院病床数

※横線は全国平均

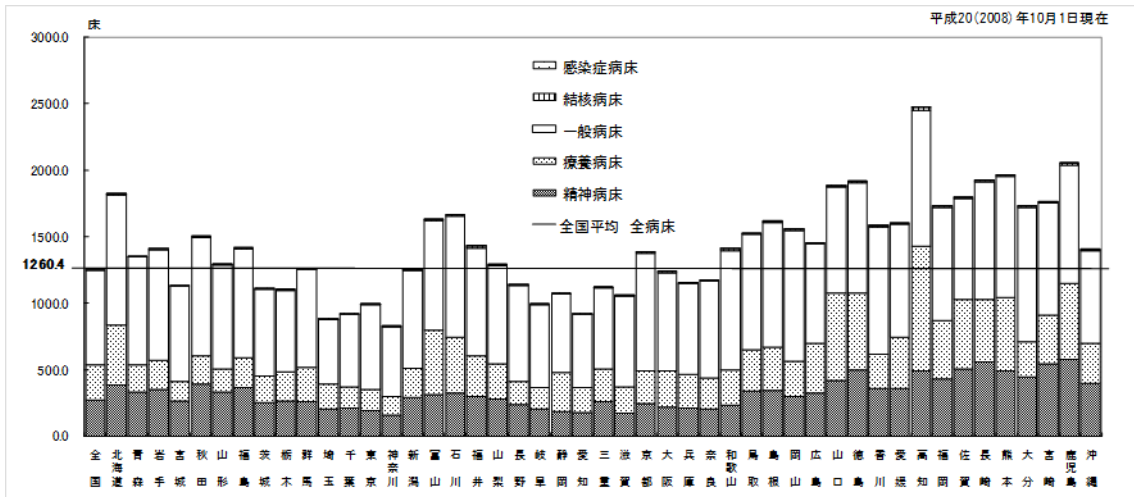
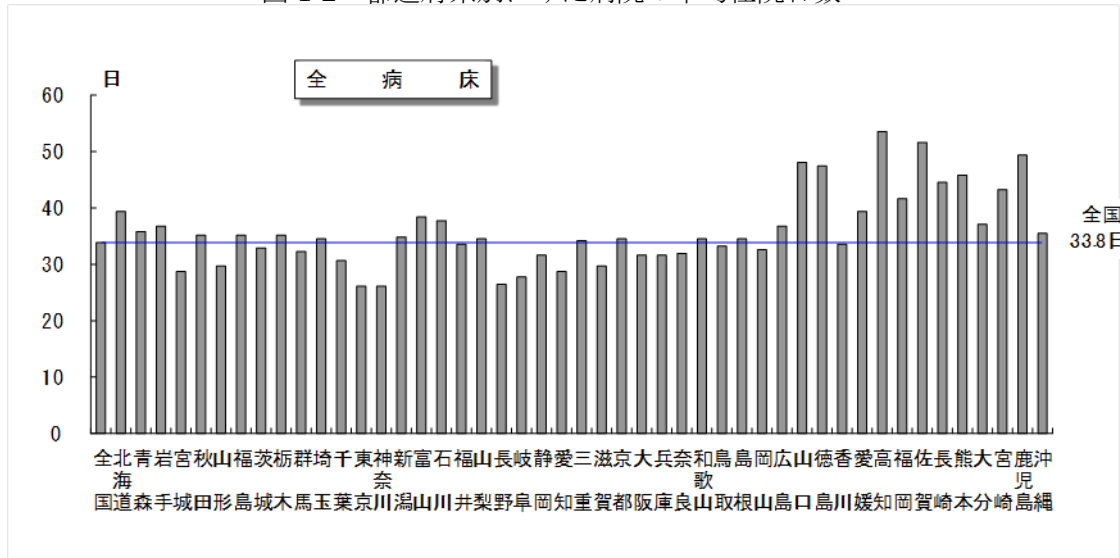


表 1-5 病院の平均在院日数

単位:日		平成20年(2008)年									
		全病床		精神病床		一般病床		療養病床		介護療養病床	
全国		33.8		312.9		18.8		176.6		292.3	
長い 県	高知	53.4	鹿児島	469.1	高知	23.7	富山	269.5	秋田	772.6	
	佐賀	51.7	徳島	448.4	佐賀	22.9	山口	236.4	栃木	458.1	
	鹿児島	49.2	大分	405.1	和歌山	22.1	北海道	231.0	山口	441.9	
・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	
・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	
短い 県	長野	26.6	福井	232.8	静岡	16.6	鳥取	110.7	島根	115.5	
	神奈川	26.2	高知	231.5	東京	16.4	長野	104.4	山形	97.4	
	東京	26.0	東京	226.3	神奈川	16.3	宮城	99.4	宮城	78.4	
(最長-最短)		27.4		242.8		7.4		170.1		694.2	

図 1-2 都道府県別にみた病院の平均在院日数



以上で述べたことから、現在の医療提供体制の現状としては、医師不足や病床数が多い影響により、病床当たりの医師配置が薄くなっている。そのため、平均在院日数が長くなり、医療が広く薄く提供され、医療サービスの質や効率が落ち医療費の増加問題が起こっている。医療費の増加に対応するためにも、将来的に必要な財源を確保するとともに、医療提供体制を整える取り組みが求められる。

第4項 被保険者の変容と低所得者の増加

国民健康保険はもともと、農林水産業や自営業者、また高齢者のための制度として発足した公的医療保険制度である。しかし、近年この国民健康保険に様々な問題が浮かび上がってきた。その中でも被保険者の変容や、低所得者の増加は大きな問題である。

国民健康保険ができた当初の職業別状況は、農林水産業や自営業者が多く、無職者はほとんどいない状況であった。そのため、国民健康保険を運営するにあたり、多大な問題もなく、現在よりも財政状況は切迫していなかった。しかし、現在では少子高齢化や雇用形態の変化に伴い、無職者や非正規雇用の労働者が増加し、保険料の未納といった国保の空洞化問題が顕著化してきている。

ここで、国民健康保険世帯主の職業割合の変化について平成10年と平成21年のデータを比較してみる。平成11年のデータによると、農林水産業は6.1%、その他の自営業は19.8%、被用者は22.7%、その他の職業は3.0%、無職は48.4%である。平成21年のデータによると、農林水産業は3.1%、その他の自営業は16.3%、被用者は35.2%、その他の職業は5.9%、無職は39.6%である。一見、無職者の割合が減っているように見えるが、現在では後期高齢者医療制度があるため、75歳以上は国民健康保険に入っていない。そのため平成11年に後期高齢者医療制度があったと仮定して計算すると、無職者の割合が約27%になる。このように比較してみると、平成11年度より12%ほど増加していることになる。更に、農林水産業の割合も約2分の1に減っている。

また、政府の政策の方針として、後期高齢者医療制度が廃止されることが検討されている。厚生労働省は新たな制度を構築すると述べていて、新たな制度では75歳以上の高齢者を現役世代と同様に、国保もしくは被用者保険に加入するとしているので、国保に多くの高齢者が入る可能性も出てくる。その上、団塊の世代が近い将来退職するため、国保に入る無職者

は更に増加することが考えられる。また、ここで述べた無職者というのは、高齢者も含まれている。国保被保険者のコーホート別増減率（市町村）を見てみると、平成16年から平成21年にかけて、60歳から64歳は41.2%増加しており、65歳から69歳は18.6%の増加、70歳から74歳は-4.0%と減少しているが、高齢者全体の割合としてはかなり増えている。これにより、国保の財源の収入が減り、支出が増えることが想像できる。

先程は変容として農林水産業や自営業者の減少、無職者の増加や高齢者の増加について述べたが、現在ではフリーターや非正規雇用者といった若者の雇用形態の変化にも問題がみられる。それは、ニートやフリーターといった者は国民健康保険に入っているため、被用者保険よりも負担が多いにも関わらず、所得が低いため未納者や軽減世帯に含まれる人が増加しており財源確保が厳しくなっていることである。保険料軽減世帯は平成11年の35.3%から平成21年の42.2%に増えている。これらの雇用形態の変化にみられる要因として、リーマン・ショックやワーキング・プアがあげられる。2008年に起こったリーマン・ショックの影響で失業率はリーマン・ショック前の4.0%から2009年7月には過去最悪の5.6%に達し、失業率は長期にわたって5%を上回っていた。ワーキング・プアにおいては近年、長期不況で失業した中高年世帯やフリーター・派遣社員などの非正規雇用者が増えている若年層においても増加している状況にあり、社会問題化している。それらの低所得者の増加が国保にも大きく影響している。

ここ十数年の国民健康保険加入者の保険料負担率を比べてみると、負担率が上昇傾向にある。推移をみると、平成6年度では一世帯当たりの平均所得が225万6000円、平均保険料が15万7534円、この数値から負担率が6.98%となっている。平成20年度では一世帯当たりの平均所得が158万円、平均保険料が14万8014円、この数値から負担率が9.4%となっている。このデータから平均所得と平均保険料はどちらも減少傾向にある。しかし、平均所得の減少割合が平均保険料の減少割合より高いため負担率は上昇し、実質加入者一世帯当たりの負担が増加している。よって、低所得者層の加入者は国保の保険料が払いきれない状況となっている。

この項で述べたことから、国保発足当時と現在では被保険者の職業割合が変化し、高齢者や無職者、低所得者が増加したことで、保険料の未納などが起こり、収納率が低下している。

第5項 軽減世帯

国民健康保険では、前年の所得が一定の基準以下の世帯の場合、法律に基づいて国保税の均等割額と平等割額の軽減を行っている。

前年中の総所得の基準額が「33万円+（世帯主を含む被保険者数×35万円）」以下の世帯の場合は2割軽減になり、前年中の総所得の基準額が「33万円+（世帯主を除いた被保険者数×24万5千円）」以下の世帯の場合は5割軽減になり、前年中の総所得の基準額が「33万円」以下の世帯の場合7割軽減になる。

軽減世帯数の全世帯合計は、783万450世帯となっている、これは、国民健康保険加入世帯数の約3割にも及ぶ。また内訳を見ると、2割軽減世帯が161万5250世帯、5割軽減世帯が86万6650世帯、534万8550世帯になっている。

軽減額を見ると、医療給付費分の全世帯合計額は、2314億2070万円となっており、内訳は、2割軽減世帯で204億3182万円、5割軽減世帯で303億8276万円、7割軽減世帯で1806億511万円が軽減されている。次に後期高齢者支援金分を見ると、全世帯合計額は、685億8529万円が軽減されている、内訳は、2割軽減世帯で60億2927万円、5割軽減世帯で91億5442万円、7割軽減世帯で534億160万円が軽減されている。

軽減世帯を所得階級別に割合で見ると2割軽減世帯で1番多いのは、100万円以上150万円未満で23.3%、2番目は80万円以上から100万円未満で19.3%、3番目は60万円以上80万円未満で19.2%、所得なしは7.7%で5番目であった。5割軽減で1番多いのは、

40万円以上60万円未満で38.1%、2番目は60万円以上80万円未満で20.6%、3番目は30万円以上40万円未満で13.8%、所得なしは11.8%で4番目であった。7割軽減世帯では1番多いのは、所得なしで72.8%、2番目は30万円未満で20.6%、3番目は30万円以上40万円未満で4.2%であった。以上の事から、所得の低い人程、軽減の割合が多い事がわかる。

保険者の規模別、所得階級別世帯数等の分布の割合でみると、2割軽減世帯で最も多かった100万円以上150万円未満の保険者規模は、1万人以上5万人未満と5万人以上10万人未満の13.6%で、規模が増加するにつれて、少しではあるが軽減世帯の割合が減少している。5割軽減世帯で最も多かった40万円以上60万円未満の保険者規模は、1万人未満で5.4%であった。しかし、他の規模別で見てもあまり差はなく、保険者の規模とはあまり関係ないように思われる。7割軽減世帯で最も多かった所得なしの保険者規模は、10万人以上20万人未満で29.0%であった。5割軽減と同じように他の規模別で見ても、差はないが人口規模が多くなるに連れて7割軽減を利用する人が増加している。

第6項 保険料収納率の低下

国保の保険料は制度が発足して以来、高齢化及び医療技術の進歩、それに伴う医療費の増大により、年々上昇し続けた。しかしその反面で、被保険者の所得は長期の不況などの影響から、伸び悩んでいるなどの要因が重なり、国保の保険料の収納率は年々低下してきている。平成12年度の保険料の収納率は91.35%、昨年度の保険料収納率は88.01%という結果から、国保単体の制度の維持、ひいては国民皆保険体制までも維持していくにあたって非常に危ぶまれている状況となっている。

このような状況の中でも、国保保険者の担当者は医療費適正化の努力を行うとともに、収納率向上のために夜間・休日訪問徴収を行うなど、様々な工夫を重ね、日々努力を重ねてきた。しかしながら、国保には、被用者保険にはない大きな壁が存在する。それは国保保険者のほとんどが低所得者や無職者であるため、保険者の所得自体が非常に不安定であることである。こうした構造的な問題点などが、保険料収納率低下の要因となっている。それに加えて近年では、長期の不況によるリストラや倒産などにより、被用者保険から国保へ移動してくる者、雇用形態の変化からフリーターや人材派遣会社に登録している者等が増えていることも、以上の問題点を促進していると言える。

さらに収納率低下の要因として、現行の諸制度を見直さなければ、解決にあたって難しい問題点が多い。一つ目に挙げられる問題点としては、所得割の算定における問題である。この所得割は、控除の取り扱いが所得税や住民税とは異なっており、わかりにくくなっているのが現状である。これが世代間・同世代で不公平感を募らせている。特に、65歳以上の高齢者の公的年金等特別控除に関しては、その控除に上乗せして約17万円も控除されることになっている。こうした世代間・同世代の不公平感が収納率低下を促進させる。このことから、控除の取り扱いの明確化を図るとともに、世代間・同世代の不公平感を解消するために、控除額を見直すべきである。

次にあげられる問題点は、納付機会が小さすぎることである。現在では、保険料については、納付事務を私人に委託することができず、地方自治体法の規定により、市町村の窓口や銀行などの金融機関に限られている。水道代などの公共料金のようにコンビニエンス・ストア等で納付ができるようになれば、手数料等が発生するかもしれないが、若年層が比較的多い都市部では、納付が促進されるであろう。

さらに滞納に対する対応にも問題がある。現段階では、滞納者に対して資格証明書を発行し、事実上保険の対象から外すのがほとんどだが、保険料の支払い能力があるにもかかわらず、滞納している者がいる。そのような人に対して、現時点では財産の差し押さえが行われているものの、支払い能力の乏しい保険者にも行き、強制徴収が加速しすぎているのが現状

である。これらを行う対象を支払い能力があるにもかかわらず、滞納している者にのみ絞り、強制徴収の見直しが必要である。

収納率の低下には以上で述べた要因があり、現状では見直すべき課題が多く存在する。

第7項 資格証明書

収納率低下への対応として、資格証明書がある。資格証明書とは、正確には「国民健康保険被保険者資格証明書」といい、平成12年度以降、国民健康保険料を特別な事情もなく1年以上滞納している者に、保険証を返還してもらい、代わりに資格証明書を交付するというものである。資格証明書の交付を受けている場合、保険給付を受けられないので、医療機関にかかる際は、医療費が一旦全額自己負担となり、後日申請により患者負担分を除いた額が払い戻される。その後、さらに滞納が続き、納期限から1年6ヶ月を過ぎると、保険給付が一部または全部差し止めになり、それでも滞納している場合は差し止めた保険給付から滞納分が差し引かれるなどの措置がとられる。ただし、国保保険料の納入の意思が見られないなど、滞納が悪質である場合には、1年6ヶ月を待たずに、資格証明書を交付した段階で保険給付の差し止めをする場合もある。

1986年時点では、資格証明書を発行するかしないかは市区町村の判断に任されていたが、1997年に義務化が法制化され、2000年4月より施行された。1年間の猶予を受けて、2001年より全国の発行数が急増した。中でも、売り上げ不振・業績悪化によって滞納する自営業者の増加、半年出稼ぎに行く期間がある建設季節労働者、単身者（高齢者を含めて）などが資格証明書で苦しんでいる率が高い。

資格証明書の目的として、国民健康保険制度は国からの補助と加入者の相互扶助で成り立つ社会保障制度であり、保険料を納めない人がいると国民健康保険制度が成り立たなくなってしまう。資格証明書の交付は、国民健康保険事業の健全な運営を確保するため、また、加入者間の負担の公平を図るため、国民健康保険料の収納を確保するうえでのひとつの手段として設けられている。この対象者は、災害その他特別な事情（①.世帯主がその財産につき災害を受け又は盗難にかかったこと②.世帯主又はその者と生計を一にする親族が病気にかかり又は負傷したこと③.世帯主がその事業を廃止し、又は休止したこと④.世帯主がその事業につき著しい損害を受けたこと⑤.①～④に類する事由があったこと）もなく、納期限から1年間を経過しても納付しない世帯主を対象とする。ただし、納付相談、納税指導等に向いていない世帯主については、1年間を経過していても対象者とする事ができる。特別な事情に関する届出が未提出、または届出の内容が認められない場合、保険証の返還が求められる。指定された期日までに返還がなければ10万円以下の過料が科せられる。返還後には保険証の代わりに資格証明書が交付される。

資格証明書の問題の根底には、「払いたくても払えない」高い保険料（税）の大問題がある。資格証明書、短期保険証の発行は、うなぎ登りに増加しているのが現状である。払いきれない保険料の滞納者が増加し、現実に資格証明書をもって受診するかと言えば、医療費の全額を支払う受診はしない、と言うよりできない。受診できないため、慢性疾患の悪化や早期治療が遅れてしまうことによる結果、全国でさまざまな人権侵害を引き起こしている。また保険料を滞納することは子どもにまで影響が及ぶ。無保険の子供も同様、医療費は全額自己負担となり、必要な診療も抑制せざるを得ず、結果として子どもの健康にしわ寄せがいくようになる。厚生労働省によると、平成21年9月時点で、資格証明書交付世帯に属する中学生以下の子ども的人数は、3万6511人、資格証明書交付世帯に属する高校生等の子ども的人数について（15歳に達する日以後の最初の3月31日を超え、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）は、1万647人とある。この様に「資格証明書」の発行は国保を守るためとはいえ、国民皆保険制度を崩壊させる制度だとも言える。

第2章 市町村国保の財源問題

第1節 財政面での地域間格差

まず、財政面での地域間格差である。地域間格差が起こる原因としては、人口に占める高齢者の割合や、低所得者が多い市町村と少ない市町村では、保険料収入が少なく医療給付費が多くなる事が考えられる。また、給付費に対する保険料の割合を見ても、最も高い栃木県でも5割程度、最も低い鹿児島県では3割に届いておらず、また多くの都道府県でも3割や4割程度であり、このことから、市町村の多くは国保の運営を保険料収入だけで行うのは厳しく、公費に依存する部分が多くなっている、さらに今後高齢化が進行すると、国保のような低所得者が多い制度では、保険料を安定的に収入することは困難になる。しかし、給付費は減少することなく増加すると予想され、各市町村の国保運営がさらに厳しい状況に陥ると考えられる。また地域だけでなく、市町村によって国保が運営されているため、保険料支払い能力の高い保険者とそうでない保険者が存在しているために、保険者間での格差も存在している。

現在の財政状況を単年度黒字額と単年度赤字額の差し引きで見た単年度収支差額の合計は黒字になっている。しかし、赤字が発生している市町村が確認できることから、地域間格差が発生していると考えられる。

第2節 財源不足

次に、財源の不足である。国民保険の加入者の多くが高齢者である事や、無職者等の保険料支払い能力が低いものが多いため、安定した保険料収入が見込めない。本来、国保は第一次産業従事者や自営業者、退職者に対する保険であったが、産業構造の変化による第一次産業従事者の減少や、高齢化に伴う退職後の国保加入者の増加により、保険料収入は減少するも保険料給付は増加する構造になり、国保単体では収支のバランスが取れない市町村も発生している。他に保険料収入が低い理由として、軽減世帯の存在や収納率の低下も関係している。軽減世帯を合計すると、国保加入者世帯数の約3割にも及び、総額で2,314億円が軽減されることになる。収納率に関しては、平成21年度で88.01%と2年連続で減少した。都道府県別に見ても、北海道・大阪・岡山・高知以外の都道府県で前年よりも減少していることから、安定した財源の確保先として考えるのは難しい。

以上のことから、現在の国保の制度や支援の在り方では、高齢化に伴う地域間格差や保険者間での格差の是正、財源の確保などの問題を解決できないと考える。

第3章 本稿の位置づけ

第1節 先行研究

本稿の目的は国民健康保険における財政状況の地域間格差を是正するための方策について検討することにある。地域間格差是正の問題を取り上げた最近の研究に金子（2010）がある。金子（2010）は、医療制度改革と国庫（公庫負担）の推移（1980-2005）を概観し、国民健康保険の国庫負担の比重が大きいという現状を述べている。国民健康保険の国庫負担率は1959年当初、全保険者一律に医療費の2割であったが、1966年以降引き上げられ、1978年以降40%となった。1984年以降、退職者医療制度の導入により国民健康保険の医療費負担が軽減されたことを受けて引き下げられた。2005年度では、給付費の32%（1997年9月以降の加入者は13%）および上乗せ15%を限度とする国庫負担がある。医療保険制度に対する国庫負担の伸び率を見ると、金額では国民健康保険に対する国庫負担がもっとも大きい。2005年度の医療保険国庫負担は、全体で約3.9兆円だが、このうち国民健康保険分が約79%を占めている。

これより金子（2010）はミクロ経済的な観点から、医療費の伸びに対する価格規制による需要抑制がどの程度有効であったかを見るために、患者自己負担引き上げの効果に関する実証分析（医療費抑制策としての自己負担引き上げの効果）を行っている。この中で、別所・大日（2003）は、アンケート調査により受診行動の経時的変化を調査し、疾病別の自覚症状・疾病の有無と受信するまでの経過期間（エピソード）のデータを作成し、これを用いて、通院開始と代替的な一般用医薬品需要との代替に関する推計を行っている。その結果、自己負担率1割の引き上げにより、1年当たり、医療費が約1,020億円縮小するのに対して、一般用医薬品需要が約390億円増加するという推計結果となり、高齢者を除く外来医療費全体（約10兆円、2003年）の1%程度の抑制となることが示された。

さらに金子（2010）は、費用便益分析の観点から、医療費の伸びに影響を及ぼした老人保健制度の時間に問題化した社会的入院の是正のために介護保険が導入されたことによる費用軽減効果を分析している。これは介護保険が導入されず社会的入院が続いたと仮定した場合に比べて、介護保険が導入され介護施設が利用できることによってどれだけ費用が軽減されたのかを、いくつかの仮定をおいて推計するものである。まず仮定として、社会的入院が続いていたと想定し、現在の介護施設の費用軽減効果について推計する。なお介護保険施設の費用総額については、介護老人福祉施設、老人保健施設、介護療養型医療施設の3種類を合計した総額（A）を用いる。入院費用の推計には、「社会医療診療行為別調査」と「患者調査」とを組み合わせて、70歳以上の平均入院費用を複数のパターン（B・C・D）を取り上げる。すなわち（B）は通常の病院の医療費総額で、食事療養費プラス社会的入院医療（検査・投薬・その他）プラス入院費（いわば病院のホテルコスト）の合計、（C）は（B）から食事療養費を除いた金額、（D）は（C）からさらに社会的入院医療費を除いた金額である。この推計結果から、介護施設を利用している高齢者（70歳以上）が仮に入院し、1年間入院したと仮定する場合の費用よりも、介護施設では入院と異なり診療行為にともなう費

用がかからず、医療費の半分にあたる公費負担も減るため、1年当たりそれぞれ1兆7,732億円、6,730億円、6,720億円の負担軽減となる。これらの負担軽減額は、平成16年度国民医療費約32兆円の各々約5.5%、2.1%、2.1%となり、いずれにしても介護保険の導入は、現時点で国民医療費軽減に寄与していることとなる。

金子（2010）は医療費適正化のための手段には、社会保険料や患者自己負担（利用者負担）を調整するなど価格規制を利用した医療費適正化対策があるとし、また、医療サービスの質の確保と両立させながら数量調整を（場合によっては市場構造の調整を含む）行う方法には、医療提供体制の地域ごとの計画化と再編（地域医療計画に基づく病床数規制〔病院の統廃合を含む〕、医療の今日体制の合理化を図り病床数を削減し、医療機関の機能分担や連携、社会的入院の是正〔病床数規制〕とゴールドプラン→介護保険制度導入）などがあるとしている。

第2節 分析の方向性

本稿では、国民健康保険の空洞化というものを現状の問題点である、医療費の高さや医療費と保険料の地域間格差を是正させることで解決あるいは好転させることを目的とする。

現在の国保には多くの赤字があり、市町村単位で運営されていることが問題としてあげられる。そこで保険料の平準化を行うために、介護保険制度や後期高齢者保健制度でとられている仕組みである市町村国保の広域化を分析の対象とする。現状の市町村単位における1人当たりの保険給付費と1人当たりの保険料と、広域化後の都道府県単位の1人当たりの保険給付費と1人当たりの保険料の数値の分布状況を比較することで国保の広域化における財政の地域間格差の是正効果を検証する。

そして、広域化をしたとしてもすべての問題が解決できるとは限らないので財政の地域間格差を是正するもう1つの政策として国保と他制度との統合を分析の対象とする。ここでも広域化についてと同様に現在の各制度における1人当たり保険料と1人当たり保険給付費の分布状況を統合した場合と比較することで影響について検証する。

第4章 地域別データに基づく分析

第1節 国民健康保険の広域化（都道府県単位化）

国保の保険給付費に対する保険料の割合を見ると、最も高い栃木県で 5 割程度、最も低い鹿児島県では 3 割に届いておらず、多くの市町村でも 3 割や 4 割程度であり、保険給付に対する保険料が少ないことが分かる。このことから、国保の運営は保険料収入だけでは厳しく、公費に頼らざるを得ない状態であり、今後高齢化が進むと予測すると、ますます保険給付費は増加する。それにより、保険料も上昇し、各市町村の国保運営がさらに厳しい状況に陥ると考えられる。また、単年度黒字額と単年度赤字額の差し引きで見た単年度収支差引額の合計は黒字になっているが、赤字が発生している市町村が存在している事も確認でき、地域間での格差が存在している。

さらに問題であるのは、国保が市町村単位で運営されていることにより財政が非常に厳しい保険者とそうでない保険者が共存していることである。現在の制度では、財政状況の保険者間格差を埋めるために給付面と財源面の両方から以下のような財政基盤強化策がとられている。

給付面については、事業規模 2,600 億円の高額療養費共同事業（一件 80 万円を超える医療費について都道府県ごとに各市町村国保からの拠出金と公費で賄う共同事業）や、保険財政共同安定化事業（一件 30 万円を超える医療費について都道府県ごとに市町村国保からの拠出金で賄う共同事業）が国民健康保険団体連合会を事業主体として行われている。これらの事業対象となる医療費を一件 30 万円以下に引き下げることや市町村国保からの拠出金の拠出方法（高額医療費共同事業は 2 分の 1、保険財政共同安定化事業はすべて）の基準を都道府県が条例によって自由に定めることができるとされ、保険料の平準化や国保財政の広域化に関する都道府県の役割拡大と権限強化が図られているが、それはまだ十分ではない。

財源面では市町村を事業主体とする保険者支援制度により、低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援している。具体的には、平均保険料額に、応能保険料の負担能力の低い保険料軽減世帯数を乗じた額の一定割合（2 分の 1 の範囲内）について、保険者支援制度と保険料軽減制度により支援が行われている。しかしながらその事業規模は 760 億円と少なく、保険料軽減分がすべて補填されるわけではないため保険料収入が十分確保できない保険者も多数存在する。

以上のような措置だけでは十分な格差是正にはつながっておらず、財政状況の保険者間格差は現在も残っているのが実情である。その一つの解決策として従来から提唱されているのは市町村国保の広域化である。介護保険制度や後期高齢者医療制度では同一都道府県内の市町村が広域連合を形成して、都道府県単位で制度を運営することにより財政の安定化が図られている。そこで本稿では、同様の仕組みを市町村国保についても取り入れることで財政状況の格差はどの程度改善するのかをデータに基づいて検討する。

使用したのは 2009 年度の『国民健康保険事業年報』で報告されている保険者別データである。同データには 1,888 保険者の経理状況が報告されているが、そのうち 166 の国保組

合を除いた 1,722 保険者 (1,718 の市町村および 4 広域連合) のデータを使用した。これらの保険者それぞれについて、保険料 (税) (医療給付費分 (一般分+退職分)・後期高齢者支援金分・介護納付金分の合計) の収入額を被保険者数 (年度末現在) で割ったものを市町村単位の 1 人当たり保険料収入と定義した¹。

同様に保険給付費を被保険者数 (年度末現在) で割ったものを市町村単位の 1 人当たり保険給付費と定義した。支出科目には、保険給付費以外にも後期高齢者支援金、前期高齢者納付金、介護納付金など他制度への経常移転があるが、国保自体の医療保険財政に焦点を絞るため本稿の分析ではこれらを考察の対象外とした。

次に、都道府県単位での広域化が行われたとして 1722 保険者を都道府県単位に区分して保険料、保険給付費、被保険者数を合算し、保険料および保険給付費をそれぞれ被保険者数で割ったものをそれぞれ、都道府県単位の 1 人当たり保険料収入、都道府県単位の 1 人当たり保険給付費と定義した。

以上のようにして求めた市町村単位の数値と都道府県単位の数値の分布状況を比較することで、国保の広域化による財政状況格差の是正効果を検証した。

検証結果について述べる前に、市町村単位および都道府県単位での収支状況を確認しておく。平成 21 年度の 1,722 保険者数の被保険者総数は 36,063,917 人である。全体の保険料収入は 2,963,936,156 円、保険給付費は 8,555,005,281 円である。

まず、市町村単位での収支状況を確認する。一人あたりの保険料収入 (市町村内の保険料収入÷市町村内の被保険者数) で一番高いところは北海道猿払村の 137,359 円、一番低いところは沖縄県粟国村の 35,995 円である。次に一人あたりの保険給付費 (市町村内の保険給付費÷市町村内の被保険者数) を見てみると、一番高いところは高知県馬路村の 453,479 円一番低いところは東京都御蔵島村の 81,518 円である。

都道府県単位でも収支状況を確認しておく。一人あたりの保険料収入 (都道府県内の保険料収入÷都道府県内の被保険者数) で一番高いところは栃木県 97,245 円、一番低いところは沖縄県の 57,024 円である。次に一人あたりの保険給付費 (都道府県内の保険給付費÷都道府県内の被保険者数) で一番高いのは大分県の 272,754 円、一番低いところは茨城県の 189,751 円である。このことから市町村単位、都道府県単位、どちらの場合も収支状況において格差があることがわかる。

また、国民健康保険の都道府県別の収支 (保険料収入-保険給付費) は全ての都道府県で赤字となっており、残りの財源は国庫支出金、都道府県支出金、市町村の一般会計からの繰入金によって賄われている。

以上のような財政状況の格差をいくつかの統計量によって比較する。表 4-1 は 1 人当たり保険料収入と 1 人当たり保険給付費の分布状況を市町村単位と都道府県単位とで比較したものである。これによれば、市町村単位から都道府県単位になることにより保険料収入 (一般+退職) の標準偏差は 1.31 から 0.70 に減少する。変動係数でも同じように 0.15 から 0.08 に減少する。最大最小の比もまた 3.82 から 1.71 へと増加する。保険給付費でも同様に標準偏差は 3.76 から 2.52 に減少し、変動係数は 0.16 から 0.11 に減少する。最大最小の比もまた 5.56 から 1.44 へと減少する。このように、広域化によって財政状況の格差が縮小することが分かる。

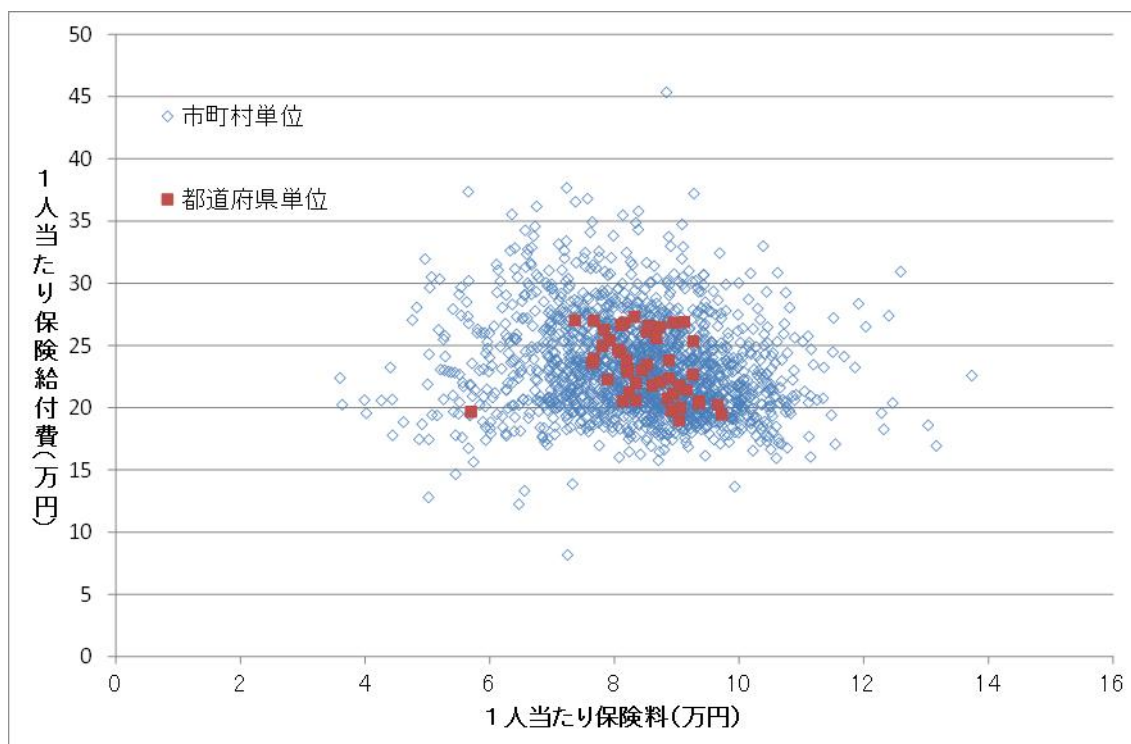
¹ 医療給付費分以外の保険料は他制度への経常移転に使われるものであり、集計対象から外すという選択肢もあったが、後述する協会けんぽに関する分析で使用する保険料については後期高齢者支援金分と介護納付金分についての内訳はないためこれらも保険料に含めて分析することとした。

表 4-1 広域化による財政状況への影響

単位: 万円

	保険料収入(一般+退職)		保険給付費	
	市町村単位	都道府県単位	市町村単位	都道府県単位
平均	8.42	8.48	23.13	23.28
標準偏差	1.31	0.70	3.76	2.52
変動係数	0.15	0.08	0.16	0.11
最大値	13.74	9.72	45.35	27.28
最小値	3.60	5.70	8.15	18.98
最大最小の比	3.82	1.71	5.56	1.44

図 4-1 1人当たり保険料と1人当たり保険給付費の相関



ただ、都道府県単位にすることですべての問題が解決するわけではないこともわかる。図 4-2 は、市町村単位と都道府県単位における一人当たりの保険料と一人あたりの保険給付費の相関である。市町村単位では点に大きなばらつきがあるのに対して、これが都道府県別になることで保険料と保険給付費の大きな差異がなくなり、点のばらつき具合が少なくなっていることが分かる。しかしながら、都道府県単位にしても、1人当たり保険料と1人当たり保険給付費には負の相関がみられることも分かる。広域化を行ったとしても、保険料は低いのに保険給付費が高いという保険者や、保険料は高いのに保険給付費が低い保険者は依然として存在し続ける。すなわち、広域化だけでは国保財政の地域間格差の問題をすべて解決できるわけではない。

第2節 国民健康保険と協会けんぽの統合

広域化をしたとしても残る財政格差を是正する一つの方策として、本稿では国保と他制度との統合の可能性について検討する。統合相手の第一候補は協会けんぽである。協会けんぽは全国健康保険協会が管掌する全国レベルの制度であるが、各都道府県に支部があり、保険料率は都道府県ごとに設定されている。広域化した国保と統合する際には、都道府県ごとの財政勘定をもてばよいだけであるから、他の保険者に比べれば相対的に統合の際のコストは小さいと考えられる。

広域化についての分析と同様、現在の各制度における1人当たり保険料と1人当たり保険給付費の分布状況を統合した場合の分布状況と比較することで、国保と協会けんぽの統合による影響について考察する。

協会けんぽについてのデータは平成21年度の『全国健康保険協会管掌健康保険事業年報』からとった。同年報では都道府県別の収支状況が報告されている。そのうち、都道府県別の保険料の収納済額を加入者数(年度末現在)で割ったものを協会けんぽの1人当たり保険料収入と定義した。同様に保険給付費を被保険者数(年度末現在)で割ったものを都道府県単位の1人当たり保険給付費と定義した¹。国保についてデータは、広域化の影響分析に用いたものと同じである。

統合後の1人当たり保険料率は、国保の保険料(一般+退職)と協会けんぽの保険料収納済額の和を国保の被保険者と協会けんぽの加入者の和で割ったものとして求めた。統合後の1人当たり保険給付費についても同様にして求めた。

以上のようにして求めた都道府県別協会けんぽ一人当たりの収支と都道府県別国保一人当たりの収支の分布状況をいくつかの統計量により比較することで、国保と協会けんぽの統合による財政状況格差への影響を検証した。

検証結果について述べる前に、協会けんぽの都道府県単位での収支状況を確認しておく。平成21年度の加入者総数は3,483万人である。全体の保険料収入は6.32兆円、保険給付費は4.42兆円である。続いて、都道府県単位での収支状況を確認する。一人あたりの保険料収入(都道府県内の保険料収入÷都道府県内の被保険者数)で一番高いところは東京都の223,824円、一番低いところは沖縄県の129,161円である。次に一人あたりの保険給付費(都道府県内の保険給付費÷都道府県内の被保険者数)を見てみると、一番高いところは北海道の138,968円、一番低いところは長野県の115,604円である。このように、被用者世帯が加入者である協会けんぽでは、収支(都道府県内の保険料収入-都道府県内の保険給付費)自体の多少のばらつきはあるが、どの都道府県も黒字となっている。つまり、国保に比べると遥かに財源が安定していることが分かる。

次に、国民健康保険と協会けんぽを統合した場合のデータについても概観しておく。統合後の加入者は7,048万人、保険料収入は9.37兆円、医療給付費は12.39兆円になる。さらに一人当たりの保険料収入が一番高いのは東京都の149,643円、一番低いのは沖縄県の92,018円である。続いて、一人当たりの保険給付費が一番高いのは長崎県の197,245円、一番低いのは沖縄県の158,054円である。

表4-2は、保険料収入と保険給付費の分布状況を、国保・協会・統合別に比較したものである。これによれば、国保と協会を統合することにより保険料収入の標準偏差は、国保を統合することにより0.70から1.08に増加する、しかし、協会では1.66から1.08に減少する。変動係数では、国保0.08と統合しても変化はなく、協会では0.10から0.08に減少する。最大最小の比も、国保の1.71、協会の1.73ともに統合により1.63に増加する。保険給付費における標準偏差は、国保を統合することにより2.52から1.09に減少し、協会は0.54から1.09に増加する。変動係数では、国保では0.11から0.06に減少し、協会では0.04から0.06に増加している。最大最小の比は、国保では1.44から1.25に減少し、協会では1.20

¹ 保険給付費には保険給付費以外にも傷病手当金が含まれる。統合後も従来通り傷病手当金の支給は続けられると考える方が妥当であると考え、これを考察の対象に含めた。

から 1.25 に増加する。

表 4-2 一本化による財政状況への影響

単位: 万円

統計量	保険料収入			保険給付費		
	国保	協会	統合	国保	協会	統合
平均	8.48	17.27	12.98	23.3	12.66	17.71
標準偏差	0.70	1.66	1.08	2.52	0.54	1.09
変動係数	0.08	0.10	0.08	0.11	0.04	0.06
最大値	9.72	22.38	14.96	27.3	13.90	19.72
最小値	5.70	12.92	9.20	19.0	11.56	15.81
最大最小の比	1.71	1.73	1.63	1.44	1.20	1.25

国保と協会の現状として、図 4-2 で保険給付費について見てみると、協会の一人当たりの保険給付費は最大でも 14 万円に届いておらず、最小でも 11.5 万円以上である。一方、国保では、保険給付費は最小でも 18 万円以上であり、最大では 28 万円近くにもなり、保険給付費では協会と国保で 2 倍の差がある。また図 4-3 で保険料収入について見てみると、協会の一人当たりの保険料収入は最少でも 12 万円以上あるにもかかわらず、国保では最大が 10 万円にも達していない。

図 4-4 を見ていると、協会では一人当たりの保険料収入の分布が 13~22 万円とばらつきが大きい、一人当たりの保険給付費の分布は 12~14 万円とばらつきが小さい。逆に国保では、一人当たりの保険料収入の分布が 8~10 万円とばらつきが小さいが、一人当たりの保険給付費の分布が 18~28 万円とかなりばらつきが大きくなってしまっている。ここで、総合した散布図を見てみると、一人当たりの保険給付費の分布は 16~20 万円の間に、一人当たりの保険料収入の分布は 11~15 万円の間に、ばらつきが縮小されているのが分かる。まだ赤字は出ているものの、地域間・保険間での格差は縮まっている。

図 4-5 の折れ線グラフを見てみると、元々あまり地域間格差の少ない国保の保険料収入が統合により多少格差が生まれてしまったが、国保財源の底上げにはつながっている。

図 4-6 の折れ線グラフを見てみると、広域化した国保でも都道府県別にあった格差が保険給付費には目立っていた。統合した後の統合のグラフを見てみると、以前の国保と比べると地域間での格差が減少したのが分かる。

以上の分析より、統合において広域化だけでは解決しきれなかった部分の格差是正や国保財政改善の補填になった。

図 4-2 国保・協会の 1 人当たり保険給付費の相関

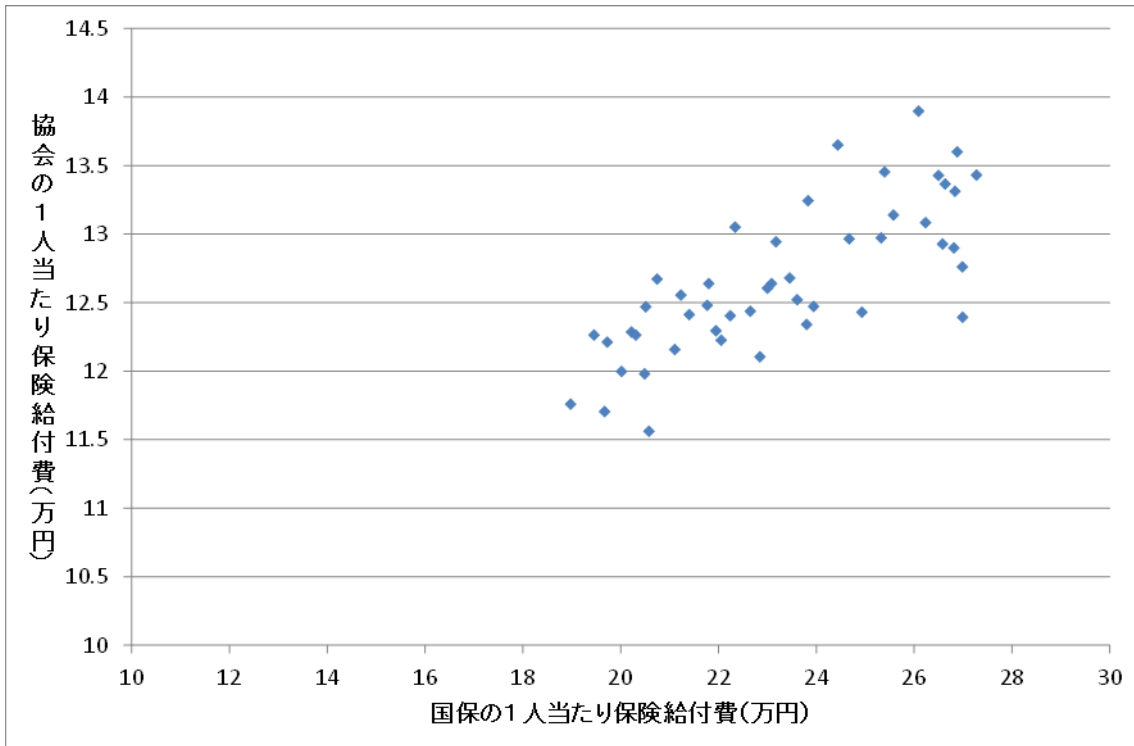


図 4-3 国保・協会の 1 人当たり保険料収入の相関

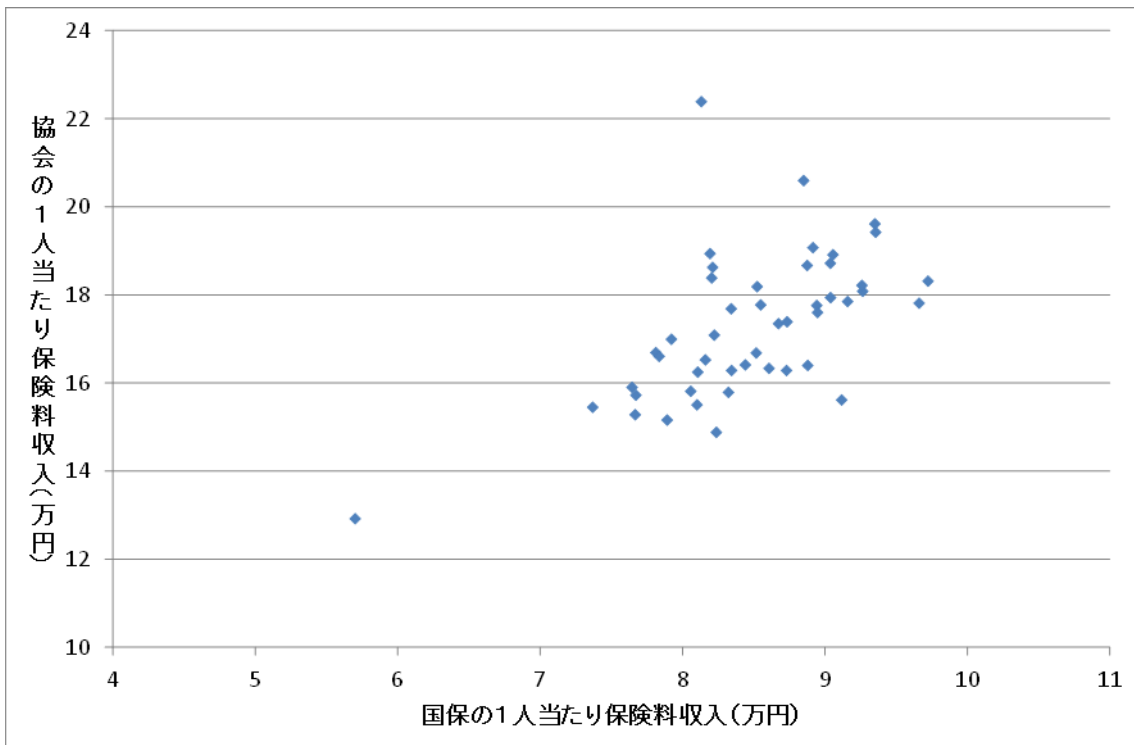


図 4-4 国保・協会の 1 人当たり保険給付費の相関

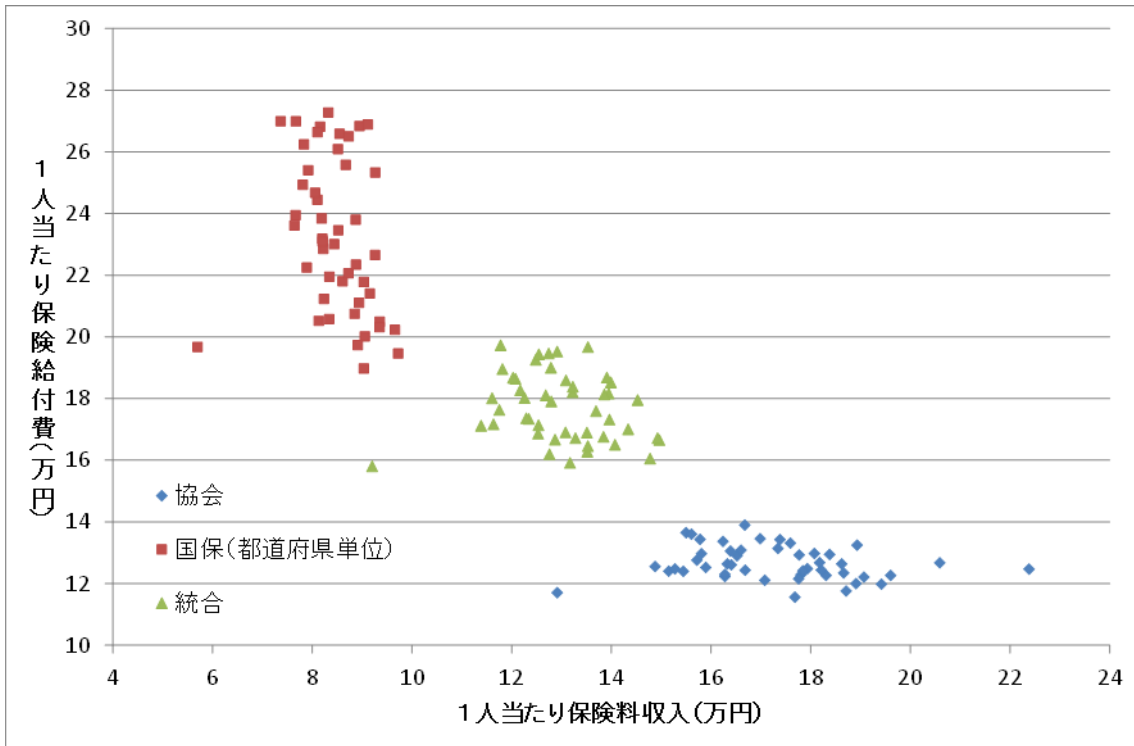


図 4-5 国保・協会の 1 人当たり保険給付費の相関

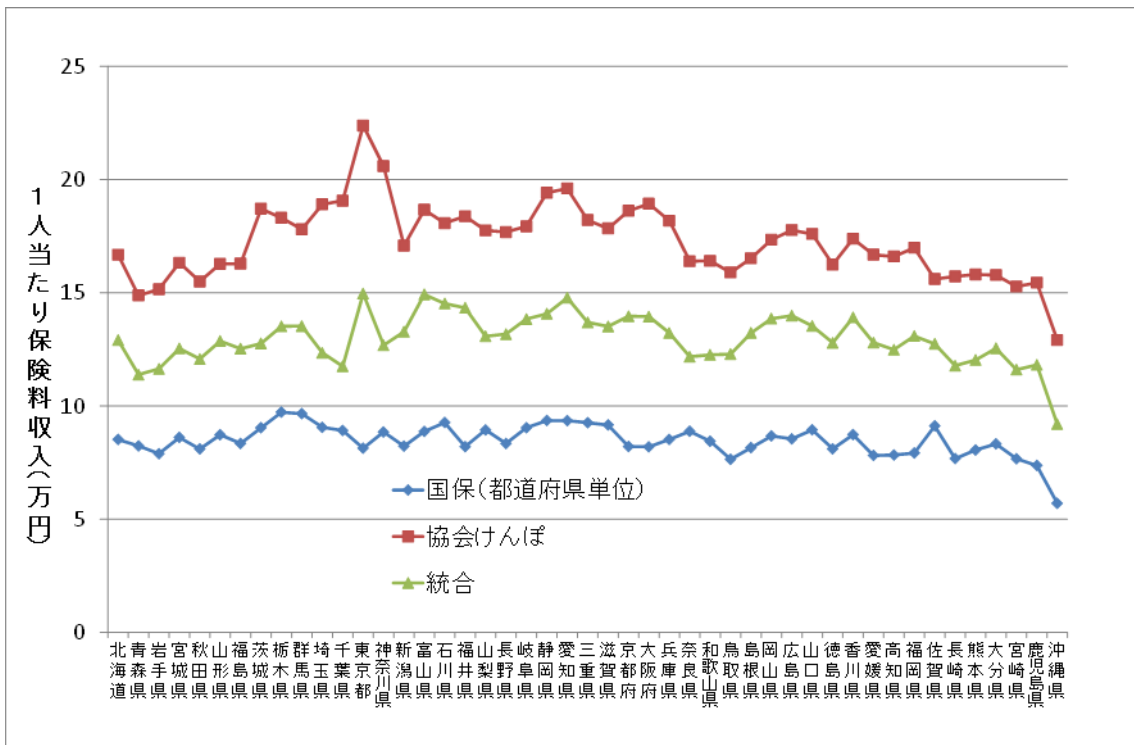
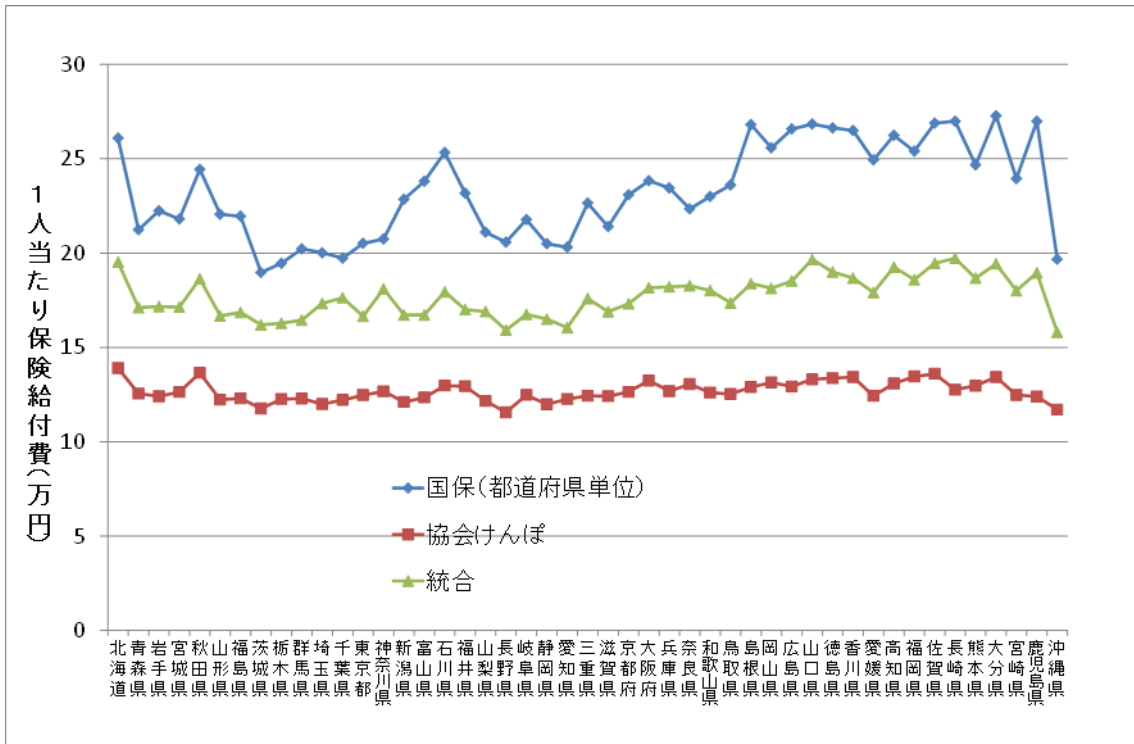


図 4-6 国保・協会の 1 人当たり保険給付費の相関



第5章 地域間格差の解消のために

第1節 はじめに

公的医療保険制度は、すべての国民が公平な負担の下で、病気やけがをした時に医療給付を受けられる制度である。このことから、年齢や地域や所得により格差がない制度が望まれることが分かる。しかし、高齢化や職業構造の変化により、国保では、その他の制度と比較すると年齢構成や所得水準に地域格差が存在している。つまり、現在の制度では、公平な負担がなされていない。また、医療費増加による保険料の上昇により、高齢者や低所得者の割合が多い国保では保険料を払えない者がおり、保険料の収納率が低下している。今後さらなる高齢化が進むと予測される日本では、今まで以上に財政が危機的状況に陥ると考えられる。

そのため、本稿では制度的に苦しい国保の改善を図る。そこで、第2章でも述べたこれらの問題を解決するために、国民健康保険の都道府県単位化、協会けんぽと国民健康保険の制度の統合を行う政策提言をする。

第2節 国民健康保険と協会けんぽの都道府県単位での統合

完全な公平をめざすなら、国保を全国で統合し全国一律で保険料を設定するという方法もありうるが、それは適切であるとは考えられない。その理由として、全国一律に保険料を設定してしまうと、どれだけ疾病の予防等の取り組みを行っても、全国で保険料が統一されているため、どの都道府県でも医療費を抑える努力を行わないからである。同様の理由が協会けんぽの失敗にもあてはまる。そのため国保を都道府県単位化する。

国民健康保険を市町村単位から都道府県単位にしたことにより、従来の市町村単位で運営していたときの地域間格差を無くす考えである。しかし、第4章の分析から都道府県単位にしても、1人当たり保険料と1人当たり保険給付費には負の相関がみられ、保険料は低いのに保険給付費が高いという保険者や、保険料は高いのに保険給付費が低い保険者は依然として存在し続ける。すなわち、広域化だけでは国保財政の地域間格差の問題をすべて解決できるわけではない。そこで、国保と協会けんぽの統合を図る。

国保と協会けんぽを統合することによるメリットには、財政のさらなる安定化や地域間格差の是正が考えられる。第4章の分析から統合した場合には一人当たりの保険給付費及び一人あたりの保険料収入の地域間・保険間のばらつきは縮小されている。また、国保財源の底上げにもつながる。すなわち、協会けんぽの統合により、広域化だけでは不十分であった地域間格差の是正や国保財政の改善を行うことができる。

当然ながら、この施策だけでは年齢構成の違いに伴う医療費の差は解消されない。年齢構

成の違いに伴う医療費の差や所得水準の違いは都道府県間でリスク構造調整によって相互に調整した上で、最適な保険料率を設定する。医療費の地域差指数にみられるような、人口構造以外の要因による医療費の格差についてはそのままとする。その地域による平均在院日数の長さ、医療需要等の原因により、医療費が高く、医療費に反映される保険料が高くなってしまふところは仕方がない。都道府県ごとの給付費効率化への取り組みが求められるところである。なおリスク構造調整は組合健保や各共済など医療保険制度すべてを通じておこなうこととし、加入先によって負担の不公平が生じない仕組みにするのが望ましい。

統合にあたり、そのほかにも具体的な制度設計が求められるしくみが現在の制度には存在する。

協会けんぽにある傷病手当金は、国保と協会けんぽの統合制度の中に傷病手当金を適用する第1号と、適用しない第2号を作り、加入者に選択をゆだねる。

事業主負担に関しては、労働供給が非弾力であるため、現在の事業主負担のほとんどは手取り賃金の減少により実質的に労働者が負担している。仮に旧国保加入者と旧協会加入者に同一の保険料を課し、その上で事業主負担を存続させると保険料に加えて事業主負担分も旧協会加入者は負担することになってしまう。また、事業主負担を存続したうえで旧協会加入者の保険料を半分にするという方法もあるが、それでは旧国保加入者との見かけ上の保険料格差が生じてしまうため旧国保加入者から不満が出ることが懸念される。以上のことから、事業主負担は廃止する。また、元々協会けんぽに加入していた被保険者は、事業主がなくなるため保険料は倍になるが、賃金が上がると考えられるので、実質的な負担は変わらない。

保険料の設定は、現在の国保に近い形に統一する。現在の協会けんぽでは被保険者の所得に応じて保険料を払っているため、被扶養者の有無によって実質的な保険料に不公平が生じている。家族数に応じて保険料を負担してもらう仕組みにすることでこうした不公平を解消できる。

先行論文・参考文献・データ出典

《先行論文》

著者名（発表年）「タイトル」『収録雑誌名』号数、ページ数

Author (year), "title," in review, publisher, volume, page-page

湯田道生（2010年）「国民健康保険制度が抱える諸問題が国保財政に及ぼす影響：予備的分析」

《参考文献》

著者名（発表年）『書名』出版社

Author (year), "title," in book, publisher (press), page-page

伊多波良雄(2009) 「国民健康保険制度改革～地域間格差の是正に向けて～」

http://www.isfj.net/ronbun_backup/2009/a08.pdf

中川秀空（2009）「国民健康保険の現状と課題」

http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/200908_703/070304.pdf

阿部彩（2008）「格差・貧困と公的医療保険：新しい保険料設定のマイクロ・シミュレーション」

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18949607.pdf>

金子能宏（2010）「医療保険制度の展開と日本経済への影響」

http://www.esri.go.jp/jp/others/kanko_sbubble/analysis_05_07.pdf

《データ出典》

著者名『論文・記事名』アドレス、アクセス日時

平成 20 年（2008）医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/index.html>

厚生労働省 「高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）平成22年12月20日 高齢者医療制度改革会議」

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/dl/info02d_k.pdf

厚生労働省 「新たな制度に関する基本資料 厚生労働省保険局 平成 2 2 年 1 2 月 2 0 日」

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/dl/info02d_l.pdf

厚生労働省 「我が国の医療保障制度について」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/01.html>

厚生労働省 「平成 21 年度 国民健康保険事業年報 全体版」

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001072121>

厚生労働省 「平成 21 年度 国民健康保険実態調査報告」

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001070728>

公的年金財政状況報告 平成 21 年度

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ho7s-att/2r9852000001hoga.pdf>

厚生労働省 医療経済実態調査（保険者調査）

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/tyousa.html>

厚生労働省 医療提供体制について

<https://cclms.kyoto-su.ac.jp/file.php/2726/moddata/forum/2141/6759/2r9852000000u8mg.pdf>

全国健康保険協会 事業年報（平成 21 年度）

<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/10,70015,71.html>

厚生労働省保険局 参考資料（平成 22 年 9 月 27 日）

www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000sffr-att/2r9852000000sfk7.pdf