

地方分権改革の推進に対応した新たな 地方行財政制度のあり方に関する研究

平成22年3月

財団法人 地方自治研究機構

はじめに

近年、急速な少子高齢化など社会経済環境の構造的変化が一層進行していくなかで、変化に対応した地域づくりを地方公共団体が自主的・主体的に進めていくことが極めて重要となってきた。しかし、地域経済の停滞、雇用情勢の悪化、地域コミュニティの弱体化、社会的格差の拡大等、地方公共団体が直面する課題も複雑化・多様化してきている。

このため、当機構では、地方公共団体が直面している諸課題を多角的・総合的に解決するため、全国的な視点と個々の地方公共団体の地域の実情に即した視点の双方から問題を分析し、その解決方策の研究を実施している。

本年度は5つのテーマを具体的に設定しており、本報告書は、このうちの一つの成果を取りまとめたものである。

地方分権改革推進委員会は、平成21年10月7日に「第3次勧告」、同年11月9日に「第4次勧告」として、「分権型社会にふさわしい『地方政府』としての自治立法権の拡大、自治財政権の強化が重要である」とする勧告を行った。政府は、地方分権改革推進委員会の勧告を踏まえた施策を実施するため、平成21年11月17日、内閣府に地域主権戦略会議を設置することを閣議決定し、地域のことは地域に住む住民が決める「地域主権」を早期に確立する方針を明らかにした。地域の自主的な取組に対応した地方行財政制度を構築するためには、社会保障制度のあり方は大きな影響を及ぼす。この観点から、本調査研究では、国民健康保険制度の今後のあり方を中心に、具体的事例を紹介した上で、地方分権改革の推進に対応した地方行財政制度のあり方を考察し、その考え方を整理したものである。

本研究の企画及び実施にあたっては、研究委員会の委員長及び委員をはじめ、関係者の方々から多くのご指導とご協力をいただいた。

また、本研究は、競艇の交付金による日本財団の助成金を受けて、総務省自治財政局調整課と当機構が共同で行ったものである。ここに謝意を表する次第である。

本報告書が広く地方公共団体及び国の施策展開の一助となれば幸いである。

平成22年3月

財団法人 地方自治研究機構
理事長 佐野 徹治

目 次

研究概要	3
1. 本調査研究の趣旨	3
2. 本報告書の構成	3
第1部 地域医療保険の現状と課題	5
第1章 国民健康保険制度の現状と課題	7
1. 医療保険制度の概要と国民健康保険の歴史	8
2. 社会保障を取り巻く状況	13
3. 近年の医療保険制度の見直しと18年医療制度改革	17
4. 国民健康保険の現状と今後の議論	24
第2章 仙台市における国保の財政状況と今後の見通しについて	41
1. 仙台市国民健康保険事業の状況について	41
2. 国保の財政基盤強化策について	47
3. 国保事業運営の安定化に向けた諸施策について	48
第3章 北海道・札幌市・赤平市における地域医療保険の状況	51
1. 赤平市	51
(1) 市の概要	51
(2) 市の財政状況	51
(3) 赤平市財政健全化計画－財政健全化法への対応－	51
2. 北海道	53
(1) 道の概要	53
(2) 道の財政状況	53
(3) 道における地域医療の現状	53
(4) 北海道における国民健康保険事業の状況	56
3. 札幌市	57
(1) 市の概要	57
(2) 市の財政状況	57
(3) 札幌市における国民健康保険の現状	58

第2部	地方分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方	63
第1章	国民健康保険の保険者見直しの方向性	
	－国保の歴史も踏まえて－	65
1.	はじめに	65
2.	市町村国保の特徴と課題	66
3.	地域医療保険の運営主体	68
4.	地域医療保険の運営の規模・区域	71
5.	最近の議論動向の評価	73
6.	おわりに	74
第2章	国民健康保険財政に影響を与える	
	制度内・外の諸要因についての検討	77
1.	はじめに	77
2.	規模に関する検討	78
3.	加入者の所得水準に関する比較分析	81
4.	医療費の地域差をめぐって	87
5.	考察	95
第3章	国保一元化に関する京都府での検討について	103
1.	国民健康保険の現状	104
2.	国民健康保険の見直しの方向	108
第4章	国民健康保険の課題と展望	115
1.	国民健康保険の現状と課題	116
2.	平成22年度における国民健康保険制度の見直し	120
3.	高齢者医療制度の検討と市町村国保の広域化	126
第5章	国民健康保険の改革をめぐる論点	
	2009年度の研究会内容を踏まえて	131
1.	全体の構図	131
2.	行き詰まりを見せる市町村国保の運営と課題	132
3.	後期高齢者医療制度と課題	135
4.	現政権における市町村国保の都道府県単位化への動き	137
5.	今後の制度改革の方向	138
6.	おわりに	138
	委員名簿等	139

研究概要

研究概要

1 本調査研究の趣旨

平成12年4月の「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」（地方分権一括法）施行以来、地方分権の推進に向けて、国と地方の在り方をめぐるさまざまな議論がなされてきた。経済財政諮問会議では、国と地方の関係について、国庫補助負担金、地方交付税、税源移譲を含む税源配分の在り方を三位一体で改革するべきであるとの方針を打ち出し、平成14年6月に「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2002」が閣議決定された。

このような動きを受け、地方の権限と責任を大幅に拡大し、国と地方の明確な役割分担に基づいた自主・自立の社会からなる地方分権型の新しい行政システムを構築していくべく、「三位一体の改革」が平成18年度までに実施された。

さらに平成19年度には地方分権改革推進法が施行され、平成20年度には地方分権改革推進委員会による第1次勧告及び第2次勧告がなされたところである。今後、国・地方を通じた簡素でスリムな行財政制度を確立していくために、地域における行政を自主的かつ総合的に担うべき地方公共団体の役割はますます重要なものとなっていく。

一方、我が国を取り巻く社会情勢は、社会保障、学校教育など、様々な分野で構造的な変化が進行しつつある。とりわけ、急速な少子高齢化社会の進展に対応した社会保障制度の確立は、地方公共団体の自主性・自立性を高め、地域の自主的な取組に対応した地方税財制度を構築するためには不可欠である。

特に、本年度は、国民健康保険制度について財政基盤強化策の見直しが行われることになっており、また地方分権改革推進委員会でも国民健康保険の広域化について検討されていることから、本調査研究では、国民健康保険制度の今後のあり方を中心に、具体的事例を紹介した上で、地方分権改革の推進に対応した地方行財政制度のあり方を考察し、その考え方を整理したものである。

なお、本研究会では、委員長のご発案で委員の役職や肩書きに関係なく、個人的見解を自由に闊達に議論するという運営を行っており、本報告書も委員会でのこの自由な議論の結果を出来るだけ尊重し、反映した形でまとめるよう努力している。

2 本報告書の構成

本報告書では、国民健康保険制度のあり方と地方財政の対応を中心テーマとして考察する。

まず、第1部では、「地域医療保険の現状と課題」として、第1章で「国民健康保険制度の現状と課題」について解説し、第2章では「仙台市における国保の財政状況と今後の見通しについて」、第3章では「北海道・札幌市・赤平市における地域医療保険の状況」について紹介を行っている。

次に、第2部では、「地方分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方」として、第1章では「国民健康保険の保険者見直しの方向性 ～国保の歴史も踏まえて～」を解説し、第2章では「国民健康保険財政に影響を与える制度内・外の諸要因についての検討」について分析し、第3章では「国保一元化に関する京都府での検討について」を紹介、第4章では「国民健康保険の課題と展望」、第5章では「国民健康保険の改革を巡る論点（2009年度の研究会内容を踏まえて）」について解説を行っている。

第 1 部 地域医療保険の現状と課題

第1章 国民健康保険制度の現状と課題

武田 俊彦（前厚生労働省保険局国民健康保険課長）

国民健康保険の現状と課題

平成21年7月13日

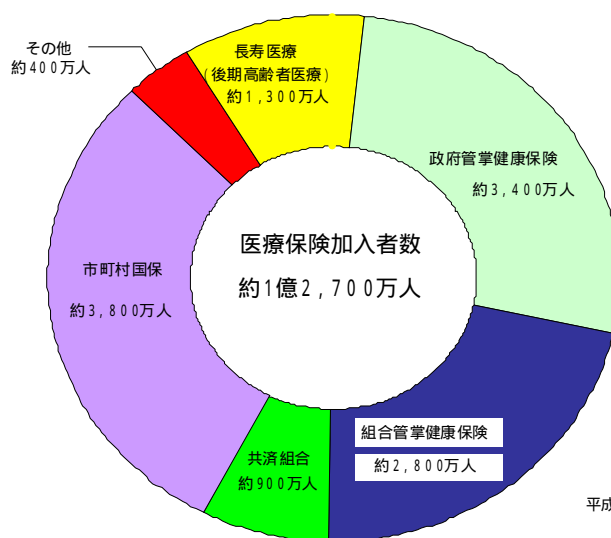
厚生労働省保険局

国民健康保険課長 武田 俊彦

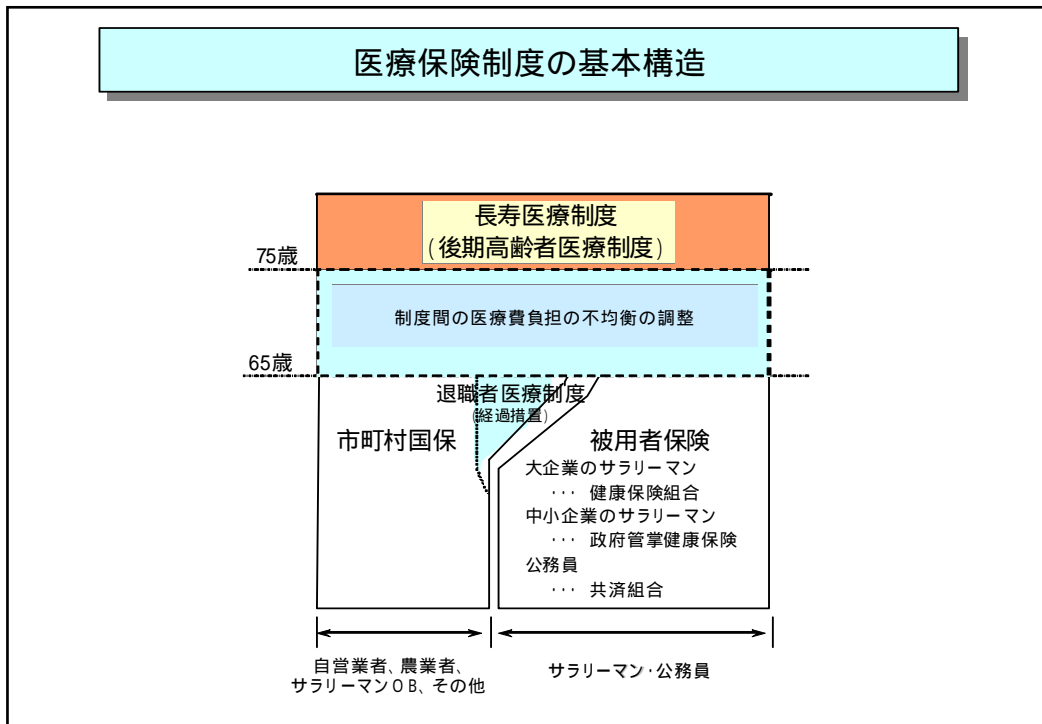
- 医療保険制度の概要と国民健康保険の歴史
- 社会保障を取り巻く状況
- 近年の医療保険制度の見直しと18年医療制度改革
- 国民健康保険の現状と今後の議論

医療保険制度の概要と 国民健康保険の歴史

医療保険制度の加入者数(平成20年度見込み)



平成18年医療制度改革時の試算



我が国の国民皆保険制度の利点

☆ 我が国は、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を実現
~ これを支えてきたのが国民皆保険制度です。

		昭和58年 旧老人保健制度制定		平成19年	(参考)	
平均寿命	男性	約74歳	約79歳	約79歳	(米国 男性 約75歳)	女性 約80歳
	女性	約80歳	約86歳			
100歳以上		1,354人	約3.2万人	約3.2万人	(英国 男性 約77歳)	女性 約81歳
	75歳以上	約400万人	約1300万人			

		日本	米国	英国
健康寿命	男性	72.3歳	67.2歳	69.1歳
	女性	77.7歳	71.3歳	72.1歳

寝たきりなどにならず、日常生活を自立して元気に過ごす期間 (WHO)

- ☆ 医療機関を自由に選べる 英国では、自由に選べず、病院にかかるには登録家庭医の診察の紹介が必要です。
- ☆ 国民みんなが公的医療保険に加入 米国では、約6人に1人、4500万人が無保険です。
- ☆ 安い医療費で高度な医療
米国では、1人当たりの医療費が日本の2倍以上
我が国では、たとえ1ヶ月1千万円の医療を受けた場合でも、窓口負担は4万円強。低所得者は更に低い。

国保の歴史を振り返る

『国保の創設』(昭和13年～19年)

：組合方式で、国民の体位向上と生活安定の一翼を担う
国保組合、普通組合・特別組合、任意設立。組合員は任意加入
戦時下の組合普及計画；10年で人口6割、2500万人をカバー
S18年度末；全市町村の95％に普及、加入者3700万人。

『市町村公営・強制加入』(昭和20年～30年)

戦後、保険料徴収困難、医療給付の停滞 組合の約半数が運営不振・休止
S23 市町村公営、強制加入、契約による療養担当者制の採用

国保組合は、市町村が行わない場合に行うことができる

組合時代の保険料滞納、一部負担金の未払等から、医療担当者に対する未払い累積

S26 国保税創設、一部負担金窓口払い制

S27～29 国保再建整備資金貸付法；財政赤字や診療報酬未払いの解消

国庫補助法定化(S30)；調整交付金的なもの

国保奨励交付金(S27)、助成交付金(2割相当額、S28)

『国民皆保険の実現』(昭和31年～36年)

S31 2000万人が未加入

国民健康保険全国普及4カ年計画(S32～35年)毎年5～600万の被保険者を増加
新国保法制定；S35年度中に全市町村が国保を実施することを法律で義務づけ
5割給付、20％の国庫負担・5％の調整交付金

『給付改善と老人医療費無料化』(昭和36年～48年)

S36 結核・精神の7割給付

S38 世帯主の7割給付、低所得者に対する保険料軽減(保険料軽減費交付金)

S40 給付制限の撤廃(往診、歯科補てつ、入院時の食事・寝具を行わない。療養の給付は3年間の制限)

S43 世帯員7割給付

国庫補助の充実：30％(保険医総辞退に対応、S37) 35％(世帯主7割給付対応) 45％(S41)

S48 老人医療費支給制度実施

S48 高額療養費制度(S50.10実施)

標準保険料を巡る議論；結局実現せず

自民党「国民医療対策大綱」；老齢保険：被用者本人を除く70歳以上の国民

厚生省「医療保険制度改革要綱試案」；老齢保険：被用者本人を除く70歳以上の国民

・『老人保健制度創設』(昭和48年～昭和58年)

国保財政への深刻な影響

臨時財政調整補助金(S48～56)保険料の激変緩和等

S50 国保基本問題研究会(国保中央会)、社会保障長期計画懇談会等;

健康管理・リハビリなどを含めた総合的な老人保健制度、一部負担を検討すべき

S52 老人保健医療問題懇談会「今後の老人保健医療対策の在り方」

総合的な保健医療対策、老人医療費の不均衡の是正

小沢構想「老人保健制度構想」別建制度

S54 橋本構想 老人医療費の財政調整(例えば3割を加入者数で按分)+中高齢者保健事業

S56.5 老人保健法提出 S58.2 老人保健制度施行

・『退職者医療制度』と『63年国保法改正』(昭和59年～平成5年)

S59 健保法改正;被用者本人1割負担等

59.10 退職者医療制度の導入 国庫負担:医療費の45% 給付費の50%

退職者医療の対象者の見込み違い(410万の見込みが270万)

老人保健制度の加入者按分率引上げ 80%(S61) 90%(S62~H元) 100%(H2)

S62 国保問題懇談会;低所得者の問題;福祉医療制度の検討、医療費の地域差の問題

S63 国保法改正;保険基盤安定制度、指定市町村の安定化計画、高額医療費共同事業

共同事業;5県(S58) 42道府県(S59) 46道府県(S60) 全都道府県(S63)

H4 国保財政安定化支援事業

政管健保の保険料率引下げ、国庫補助引下げ、中期財政運営

・『給付抑制』の時代(平成6年～平成15年)

H3 老人一部負担金(消費者物価スライドH7~)

H6 入院時の食費負担

H9 健保法改正;被用者本人2割負担、老人一部負担の引上げ(医療費スライド)、

外来の薬剤一部負担の導入

H11 老健拠出金の不払い運動

H12 介護保険制度の創設

H13 老人一部負担金(月額上限付き)定率1割負担の導入

H14 健保法改正;被用者本人3割負担、70歳以上定率1割負担の徹底、

老健制度の対象を75歳に引上げと公費負担を3割から5割に引上げ

老人加入率上限;20% 22%(H7) 24%(H8) 25%(H9) 30%(H10) 撤廃(H14)

・『医療保険制度の抜本改革の実現』(平成15年～現在まで)

H17 三位一体改革;国保の都道府県負担の導入

H18 保険財政共同安定化事業の制度化

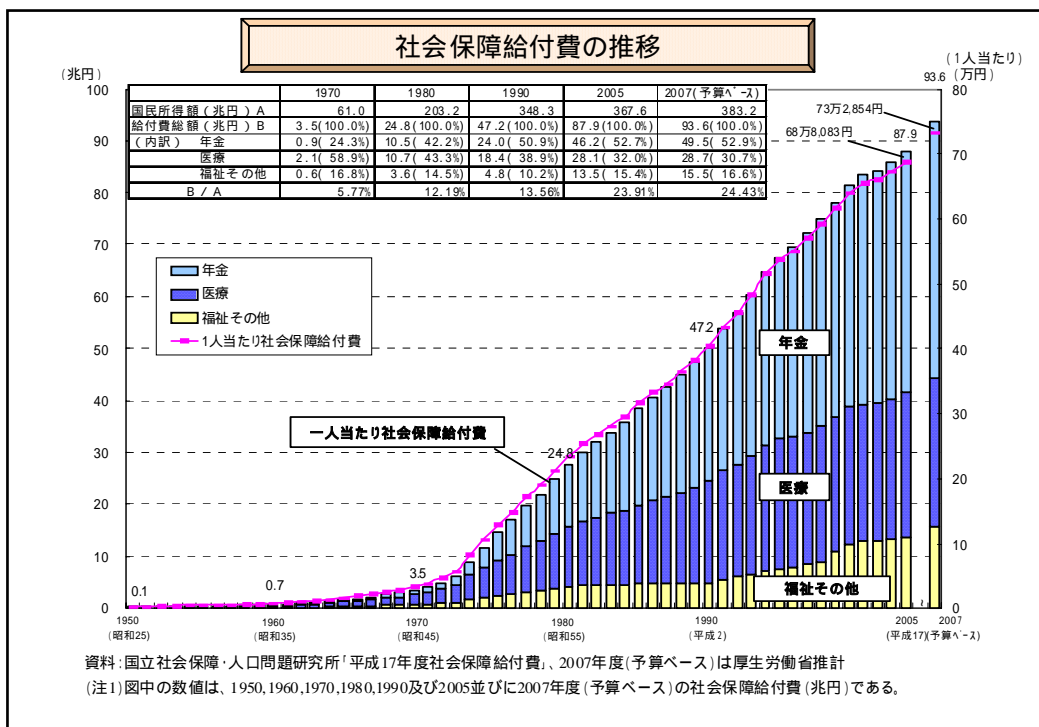
長寿医療制度の導入

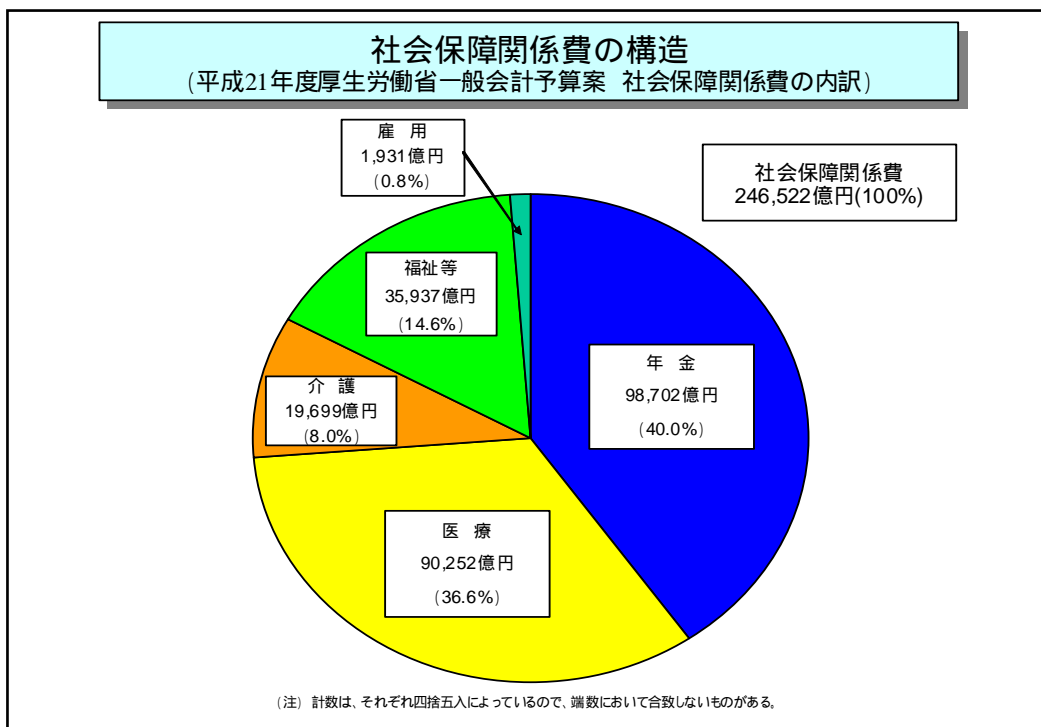
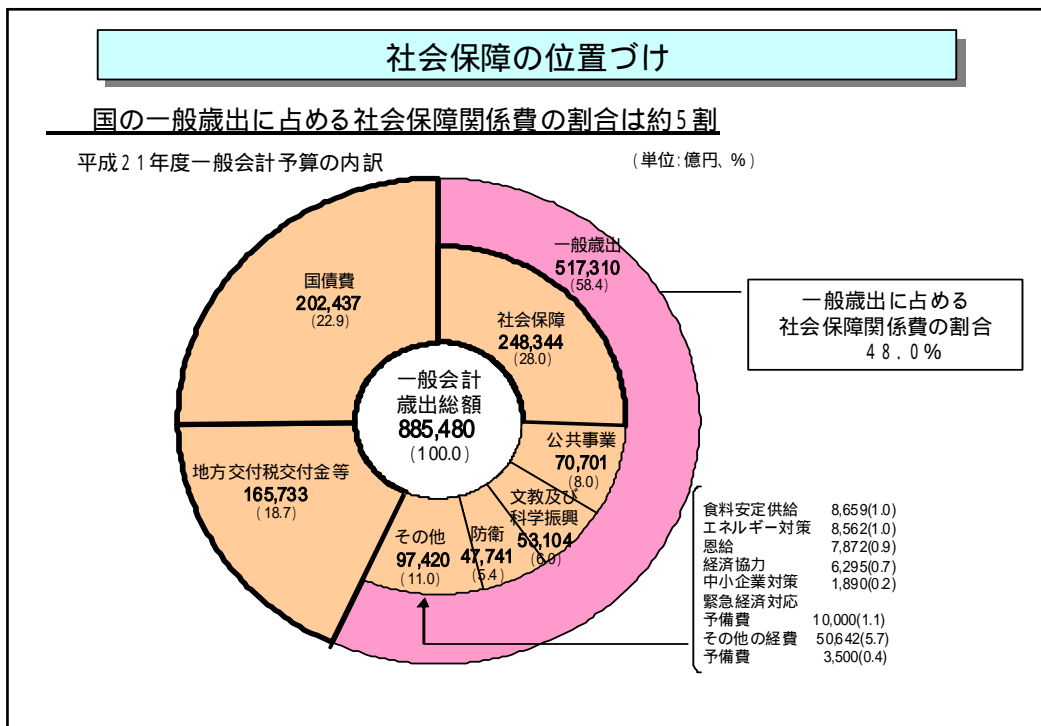
第1部 地域医療保険の現状と課題

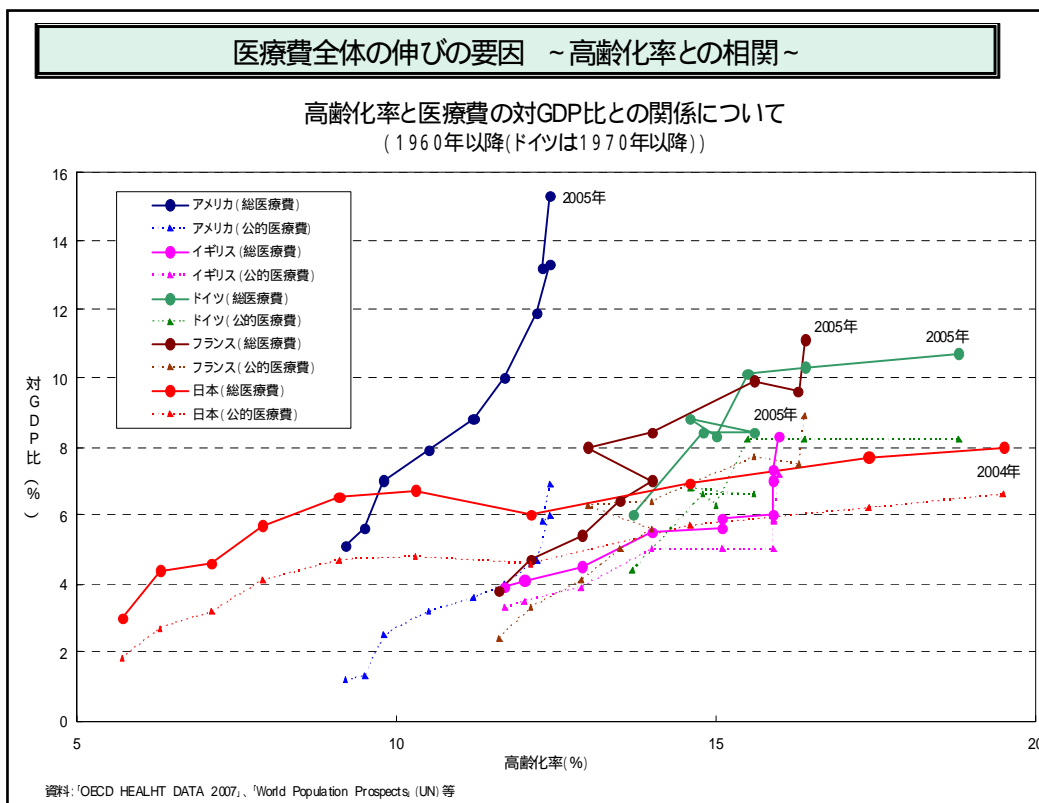
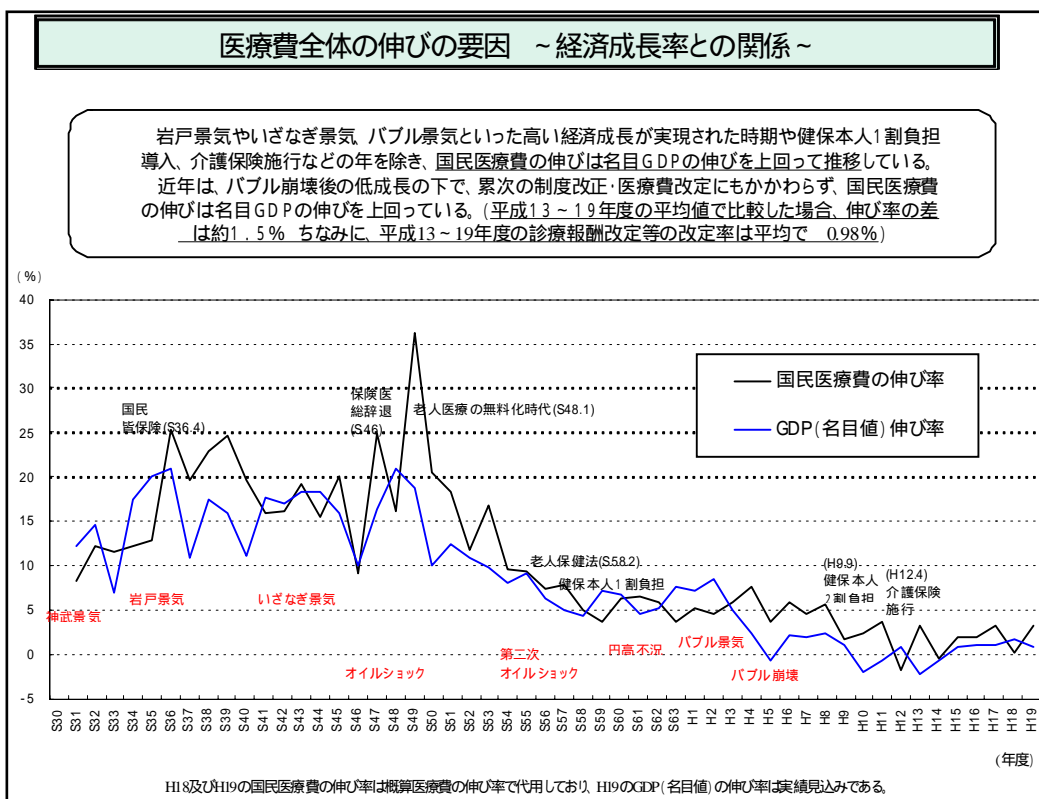
医療保険制度の経緯

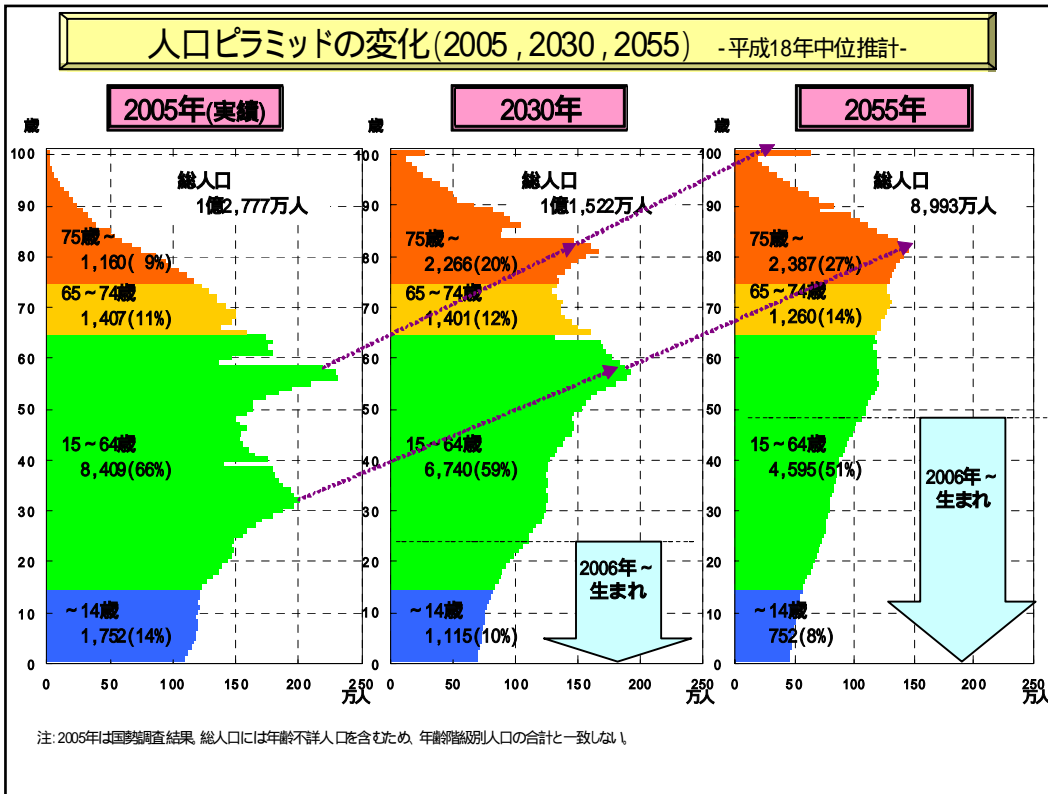
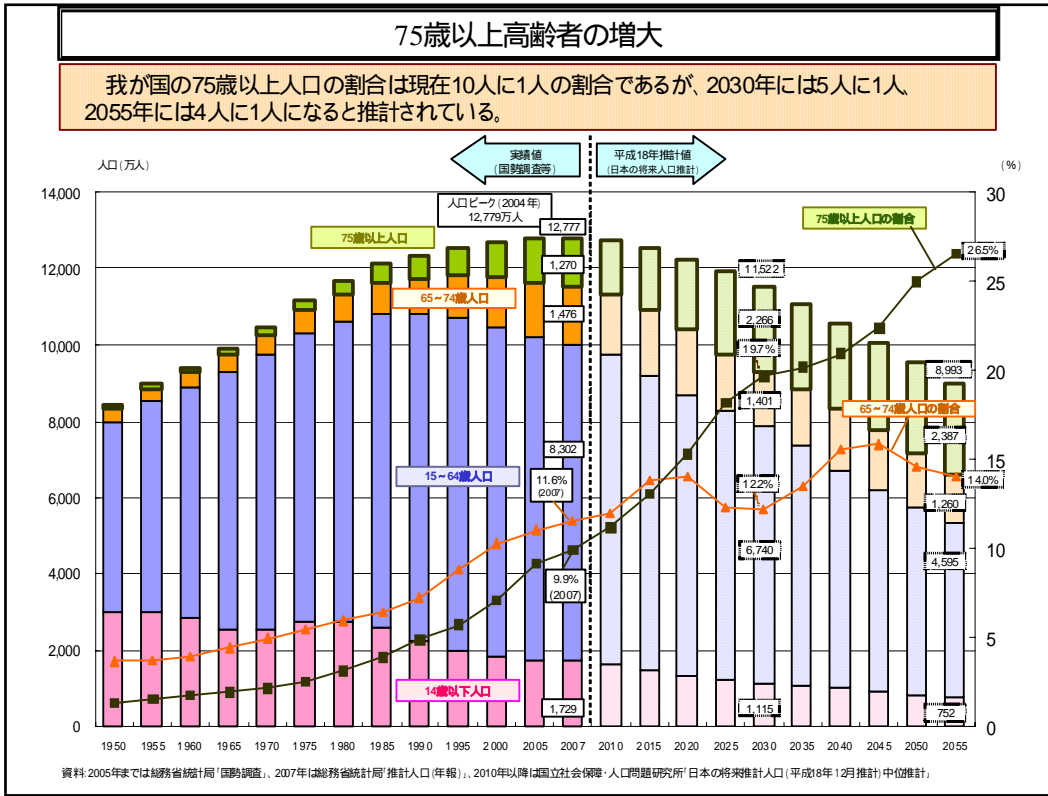
	医療保険制度の動き	社会経済の動向	その他
昭和2年	健康保険法施行 健康保険法 - 健保組合 政管健保 国民健康保険法 - 普通国保組合 (市町村) 特別国保組合 (業界)		結核: 国民病時代 (国民医療費の1/3-1/4)
昭和36年	国民皆保険 政管健保の赤字が政治問題化 健保法抜本改革 48年に棚上げ	国民所得倍増計画 (昭和35年)	・病院急増 ・制限診療撤廃 (昭和36年) ・保険医総辞退 (昭和46年)
昭和42年	薬剤一部負担(1剤1日15円) 国保: 自然増収を国費として投入して 給付率改善へ 革新自治体の老人医療費無料化 (美濃部都政)(昭和44年)	いざなぎ景気 昭和40年 ~昭和45年	
昭和48年	老人医療費無料化 家族7割給付 高額療養費制度化 給付は完成 政管健保黒字基調へ (昭和56年)	オイルショック (昭和48年、54年) 経済成長の果実が中小企業に 賃金水準の向上	(昭和48年) 年金改正 (賃金スライド、物価スライド)
昭和58年	(老人保健法施行) 老人一部負担の導入 (外来1月400円、入院1日300円) 拠出金による財政調整(加入者按分率50%) 特例許可老人病棟の導入	中曽根行革	
昭和59年	健保本人1割負担 退職者医療制度創設		
昭和60年			(昭和60年) 第1次医療法改正 (医療計画制度導入)
昭和61年	(老人保健法改正) 老人一部負担引上げ (外来1月800円、入院1日400円) 加入者按分率の引上げ (90% 平成2年度以降100%) 老人保健施設の創設	バブル経済 昭和61年 ~平成3年 消費税導入 (3%)	(平成元年) 「ゴールドプラン」策定
平成6年	入院時の食費負担、付添看護・介護の廃止	バブル崩壊	(平成5年) 第2次医療法改正 (療養型病床群の創設)
平成9年	健保本人2割負担 薬剤一部負担(緊急財政対策) (老人保健法改正) 老人一部負担引上げ (外来1日500円(月4回まで)、 入院1日1,000円) 老人薬剤一部負担	消費税引上げ (5%)	(平成6年) 「新ゴールドプラン」策定
平成12年			(平成11年) 「ゴールドプラン21」策定
平成13年	(老人保健法改正) 老人1割負担(月額上限付き) 老人薬剤一部負担廃止		(平成12年) 「健康日本21」スタート
平成14年	(老人保健法改正) 老人1割負担(現役並み所得者2割) 老人医療費適正化指針		(平成13年) 第4次医療法改正 (療養病床の創設)
平成15年	本人・家族3割負担 薬剤一部負担廃止		
平成18年	1 予防重視 2 新高齢者医療制度 3 保険者の再編・統合 老人1割負担(現役並み所得者3割)		(平成16年) 健康フロンティア戦略
平成20年	75歳以上1割負担(現役並み所得者3割) 70-74歳2割負担(現役並み所得者3割)		

社会保障を取り巻く状況









近年の医療保険制度の見直しと 18年医療制度改革

診療報酬・薬価等の改定率

年度	診療報酬(本体)		薬価等	ネット
	改定率	各科改定率(%)	引上げ率(医療費ベース)(%)	
8年度	+3.4	医科: +3.6 歯科: +2.2 調剤: +1.3	2.6 (うち医療材料の引き下げ 0.1)	+0.8
9年度	+1.70 (うち消費税上げ+0.77)		1.32 (うち医療材料の引き下げ 0.05)	+0.38
10年度	+1.5	医科: +1.5 歯科: +1.5 調剤: +0.7	2.8 (うち医療材料の引き下げ 0.1)	1.3
12年度	+1.9	医科: +2.0 歯科: +2.0これに加え0.5% (歯科用貴金属の国際価格変動対応) 調剤: +0.8	1.7 (うち医療材料の引き下げ 0.1)	+0.2
14年度	1.3	医科: 1.3 歯科: 1.3 調剤: 1.3	1.4 (うち医療材料の引き下げ 0.1)	2.7
16年度	±0	医科: ±0 歯科: ±0 調剤: ±0	1.0 (うち医療材料の引き下げ 0.1)	1.0
18年度	1.36	医科: 1.50 歯科: 1.50 調剤: 0.60	1.8 (うち医療材料の引き下げ 0.2)	3.16
20年度 ()	+0.38	医科: +0.42 歯科: +0.42 調剤: +0.17	1.2 (うち医療材料の引き下げ 0.1)	0.82

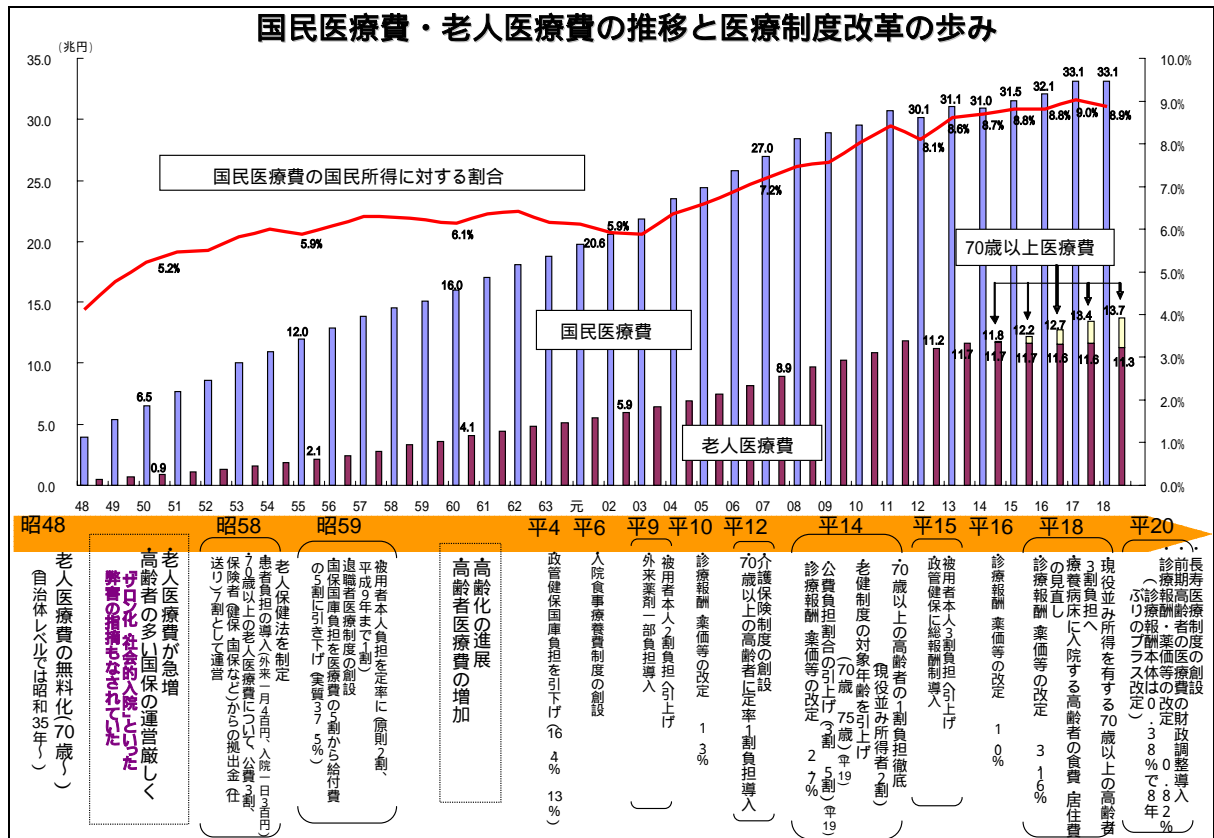
平成20年度予算案の前提となっている数字

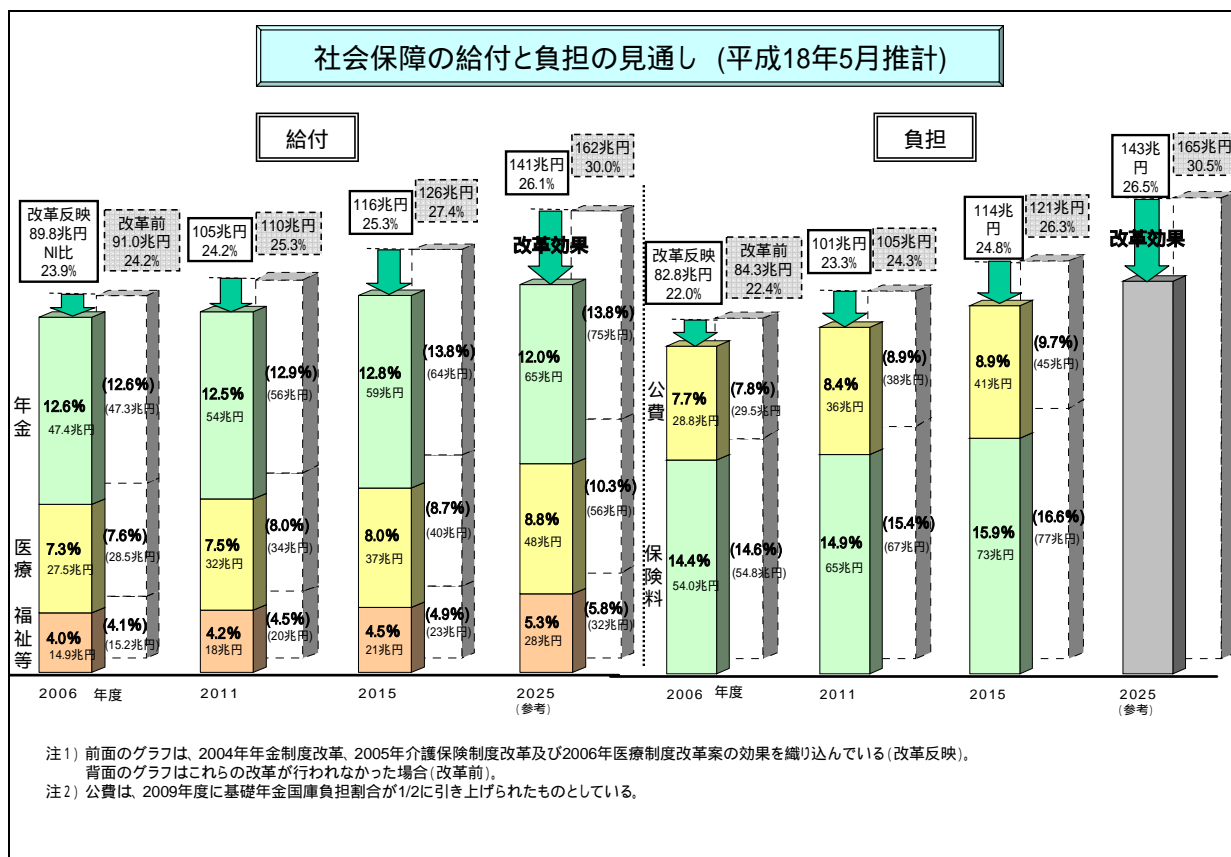
第1部 地域医療保険の現状と課題

医療保険制度の患者一部負担の推移

		昭和47年12月	昭和48年1月-	昭和58年2月-	平成9年9月-	平成13年1月-	平成14年10月-	平成15年4月-	平成18年10月-	平成20年4月-
国民	3割	老人医療費支給制度(老人福祉法)	老人保健制度						後期高齢者医療制度(75歳以上)	
			なし	入院 300円/日 外来 400円/月 入院時食事療養費制度創設(H6-)	1000円/日 500円/日(月4回まで) + 薬剤一部負担	1割(月額上限付き) * 診療所は定額制を選択可 薬剤一部負担の廃止	1割(現役並み所得者2割)	1割(現役並み所得者3割) 入院時生活療養費制度創設	1割(現役並み所得者3割)	
被用者本人	定額負担	老人	なし	3割 高額療養費創設(\$48-) 入院時食事療養費制度創設(H6-)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担	70歳- 1割(現役並み所得者2割)	70歳- 1割(現役並み所得者2割)	70歳- 1割(現役並み所得者3割)	70-74歳 2割(現役並み所得者3割)	
				被用者本人	5割	定額 1割(\$59-) 高額療養費創設(\$48-) 入院時食事療養費制度創設(H6-)	入院2割 外来2割+薬剤一部負担	一般 従前通り	一般 3割(薬剤一部負担の廃止)	一般 3割
被用者家族	5割	若人	なし	3割(\$48-) 高額療養費創設(\$48-) 入院時食事療養費制度創設(H6-)	入院2割 外来3割	~3歳 2割	~3歳 2割	~3歳 2割	義務教育修学前 2割	
				被用者家族	3割(\$48-) 高額療養費創設(\$48-) 入院時食事療養費制度創設(H6-)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担	~3歳 2割	~3歳 2割	入院時生活療養費制度創設	

(注) 老人保健制度は、平成14年の制度改正により、対象年齢が、平成14年10月から平成19年9月までの5年間で段階的に70歳から75歳に引き上げられたところ。





健康保険法等の一部を改正する法律の骨子

趣旨

国民皆保険を堅持し、将来にわたり医療保険制度を持続可能なものとしていくため、「医療制度改革大綱」(平成17年12月1日政府・与党医療改革協議会決定)に沿って、医療費適正化の総合的な推進、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合等所要の措置を講ずる。

骨子

- 1 医療費適正化の総合的な推進**
 - (1) 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のための医療費適正化計画の策定【平成20年4月～】
 - (2) 保険給付の内容・範囲の見直し等
 - ・ 現役並みの所得がある高齢者の患者負担の見直し(2割 3割)、療養病床の高齢者の食費・居住費の見直し【平成18年10月～】
 - ・ 70～74歳の高齢者の患者負担の見直し(1割 2割)、乳幼児の患者負担軽減(2割)措置の拡大(3歳未満 義務教育就学前)【平成20年4月～】
 - (3) 介護療養型医療施設の廃止【～平成24年4月】
- 2 新たな高齢者医療制度の創設** 【平成20年4月～】
 - (1) 後期高齢者(75歳以上)を対象とした後期高齢者医療制度の創設
 - (2) 前期高齢者(65歳～74歳)の医療費に係る財政調整制度の創設
- 3 都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合**
 - (1) 国保財政基盤強化策の継続【平成18年4月】、保険財政共同安定化事業【平成18年10月～】
 - (2) 政管健保の公法人化【平成20年10月～】
 - (3) 地域型健保組合の創設【平成18年10月～】
- 4 その他**

中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止等所要の見直し【平成19年3月】 等

18年抜本改革の歴史的に見た意義

4半世紀ぶりの高齢者に係る医療保険制度の抜本改革
10年越しの議論に決着をつけたもの

完全な都道府県単位の財政運営の初めての実現

協会健保も都道府県単位財政運営を実施
21年10月までに都道府県別保険料率を設定

給付削減・診療報酬マイナス改定等を中心とした給付抑制から
医療費の伸びの構造的要因に着目した医療費の適正化へ

国保保険者の原点回帰

地域住民の健康を守り、医療を確保する
国保保健師の公衆衛生への身分移管以来30年ぶりの主導権の回復

抜本改革の理念型

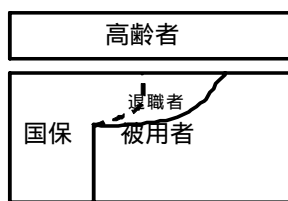
以下の4つの方式が提案され、議論。
関係者が全面的に賛同できる案はなし。



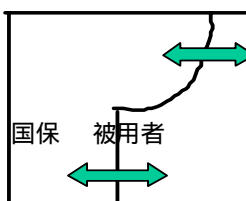
約10年にわたる議論の結果、**独立型(75歳~)**と**財政調整(65~74歳)**の組み合わせで合意。

【独立型】(支持団体:日医、健保連、経団連)

【リスク構造調整】



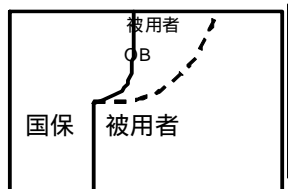
・公費重点投入や高齢者にふさわしい医療がわかりやすい。
・支持団体の見解は、公費負担割合、対象年齢等について様々



・所得形態、所得捕捉の問題
・被用者保険の持ち出しが多くなる

【突き抜け型】(支持団体:連合)

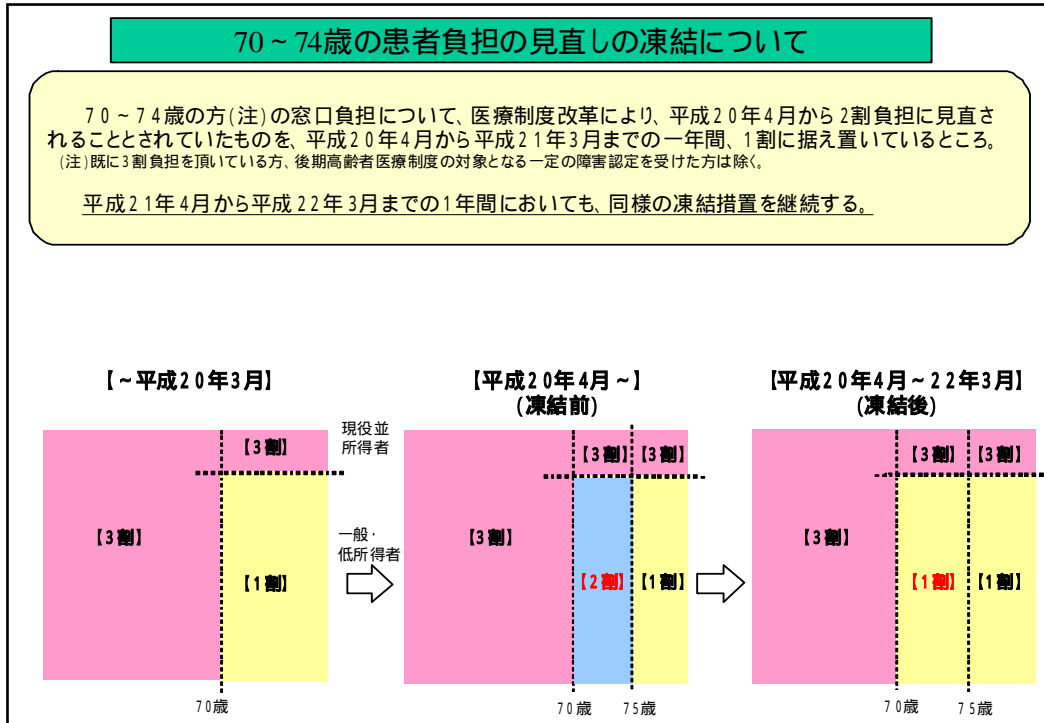
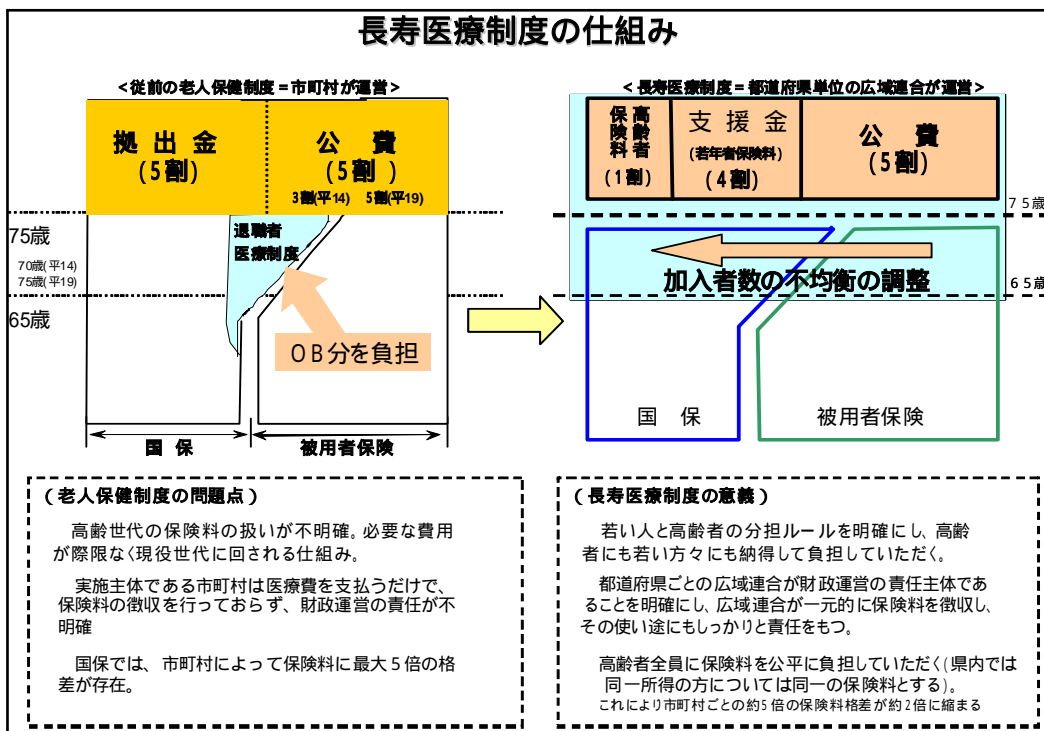
【一元化】

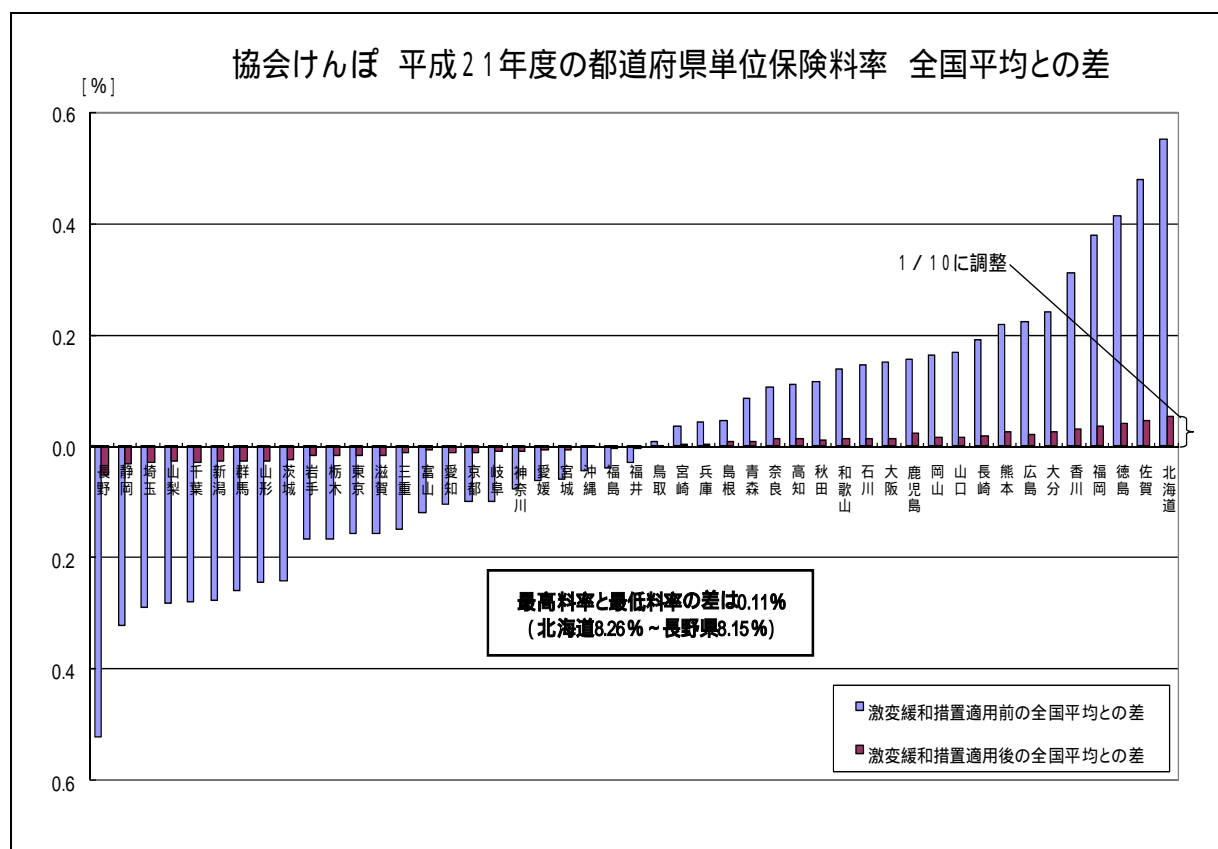
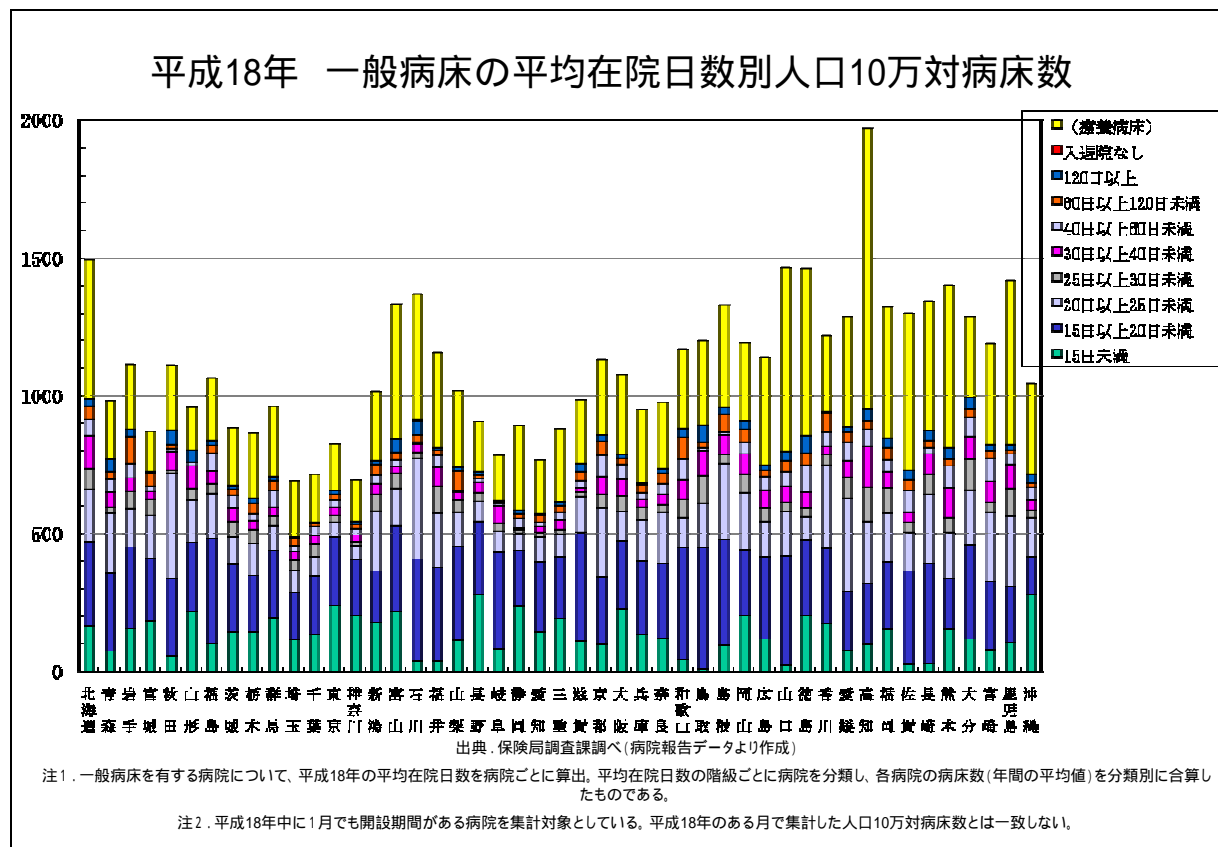


・従業構造が流動化している中で、高齢期になっても被用者・非被用者を区分することは、社会連帯の理念が老健制度より後退
・被用者年金の加入期間を満たさない者を国保の負担とするのは問題



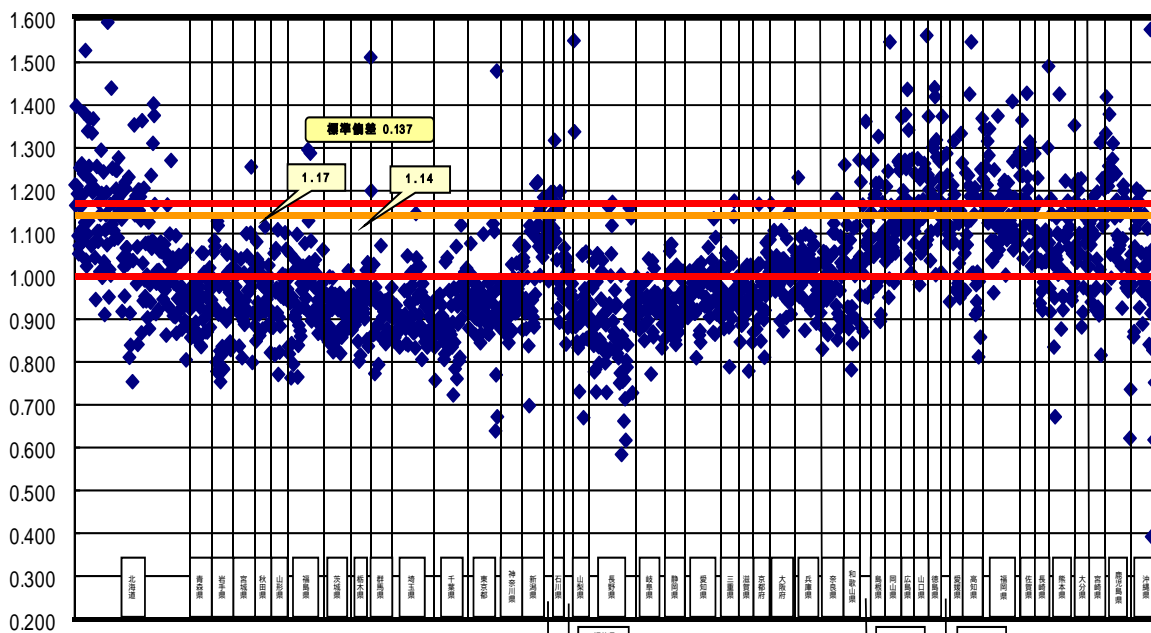
・何千もの保険者をどうするか
・所得形態・所得捕捉が異なる者の保険料基準をどうするか
・事業主負担をどうするか
・保険集団構成員の連帯感や保険運営の効率性の観点から適当でない





医療給付費の地域差について

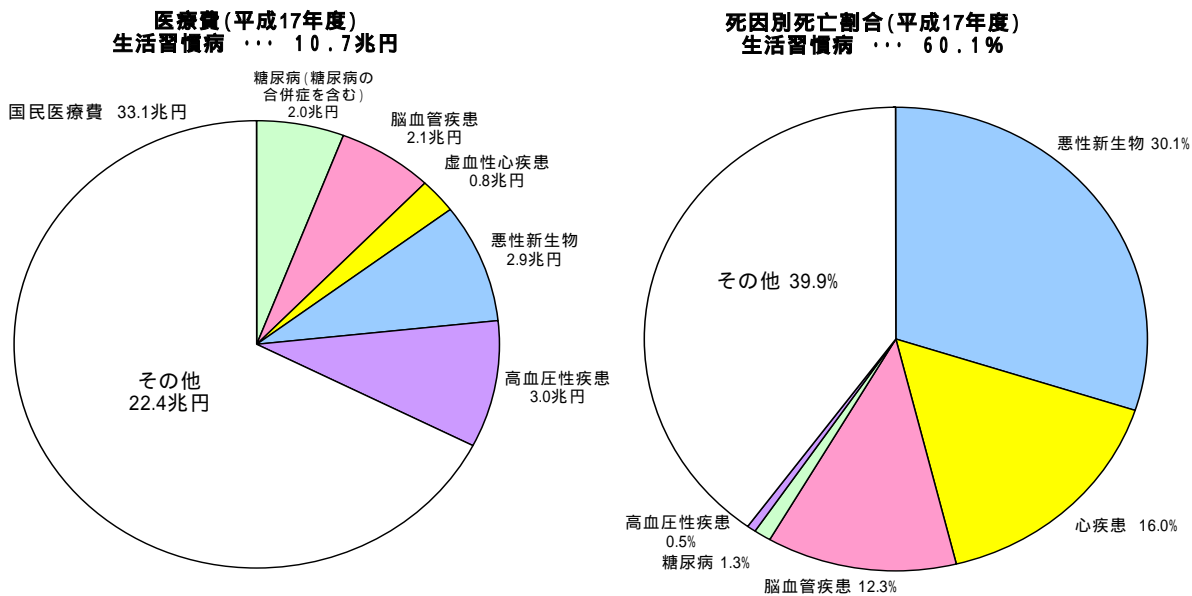
地域差指数（年齢調整後の医療給付費の水準を表す指数）を見ると、医療費の分布は、都道府県単位では一定の範囲内に収まっているなど、都道府県単位で医療費の高低が見られる。



(資料出所) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ
(注) 平成21年度指定市町村の指定にかかる地域差指数(平成19年度実績による見込み)

生活習慣病の医療費と死亡数割合

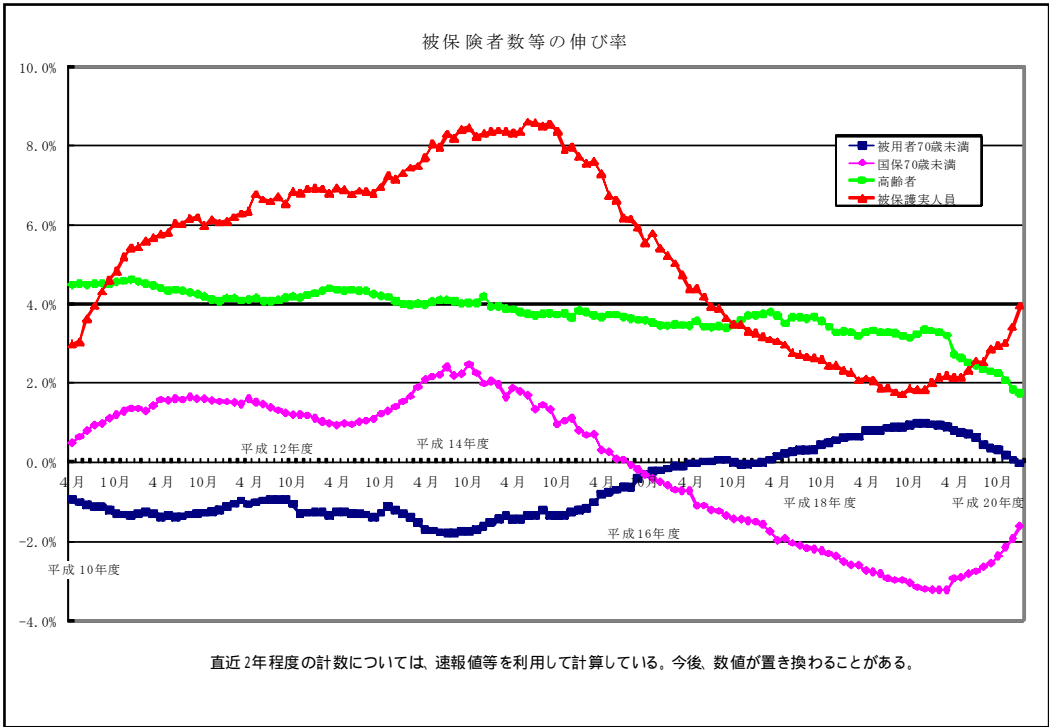
生活習慣病は、国民医療費の約3割を占め、死亡数割合では約6割を占める。

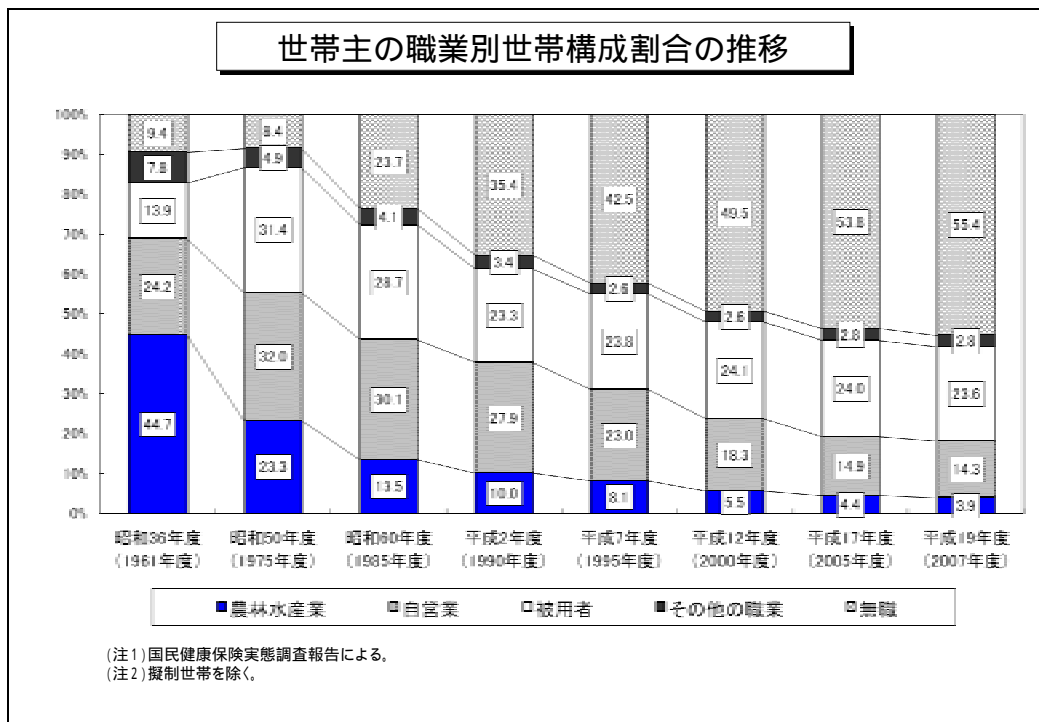
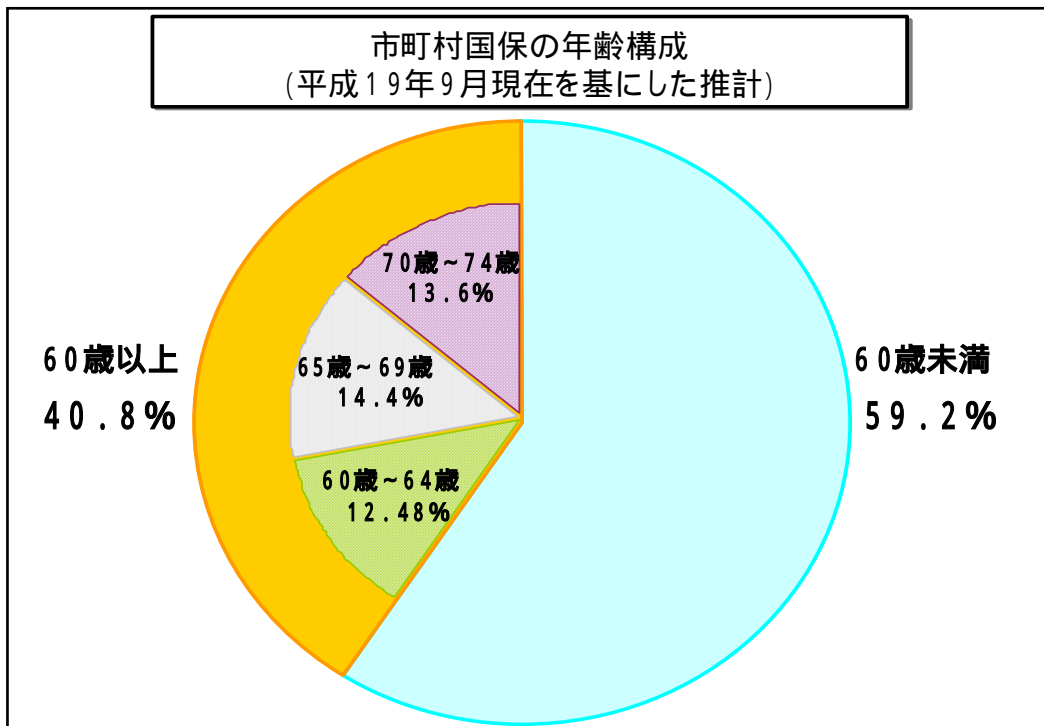


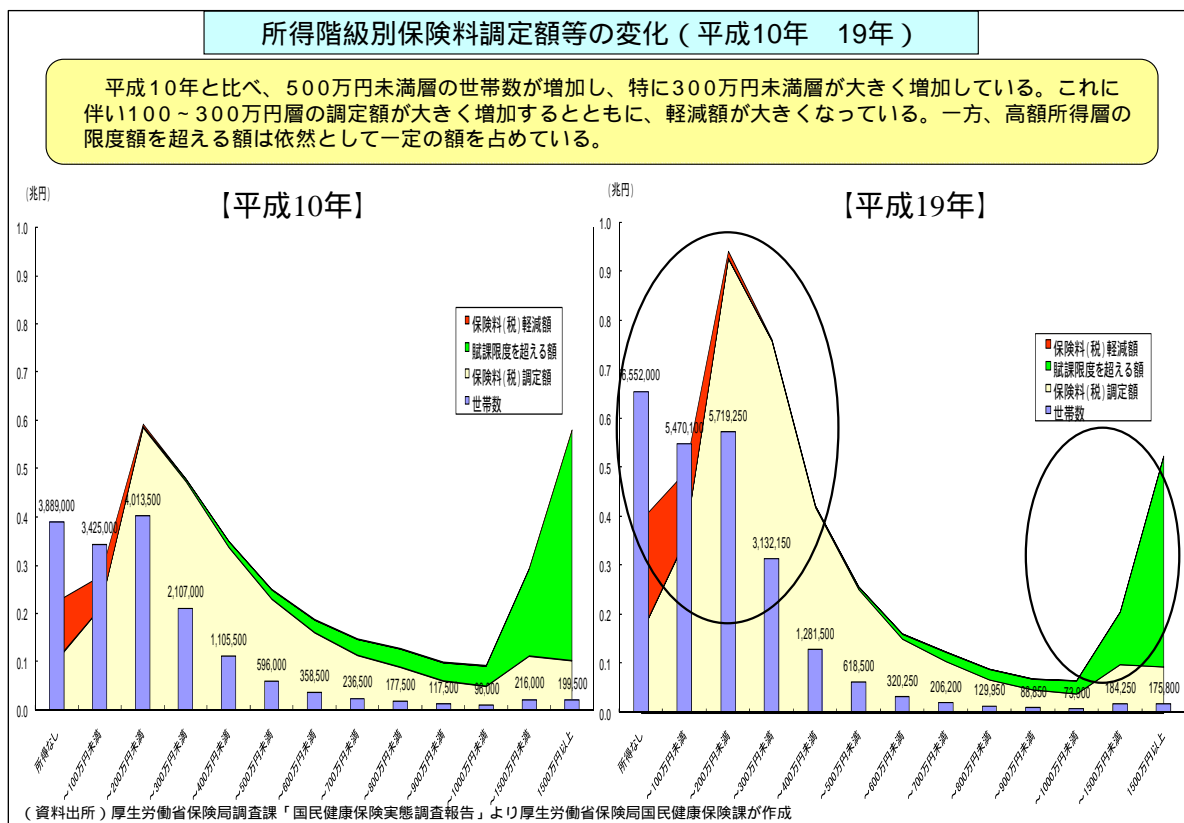
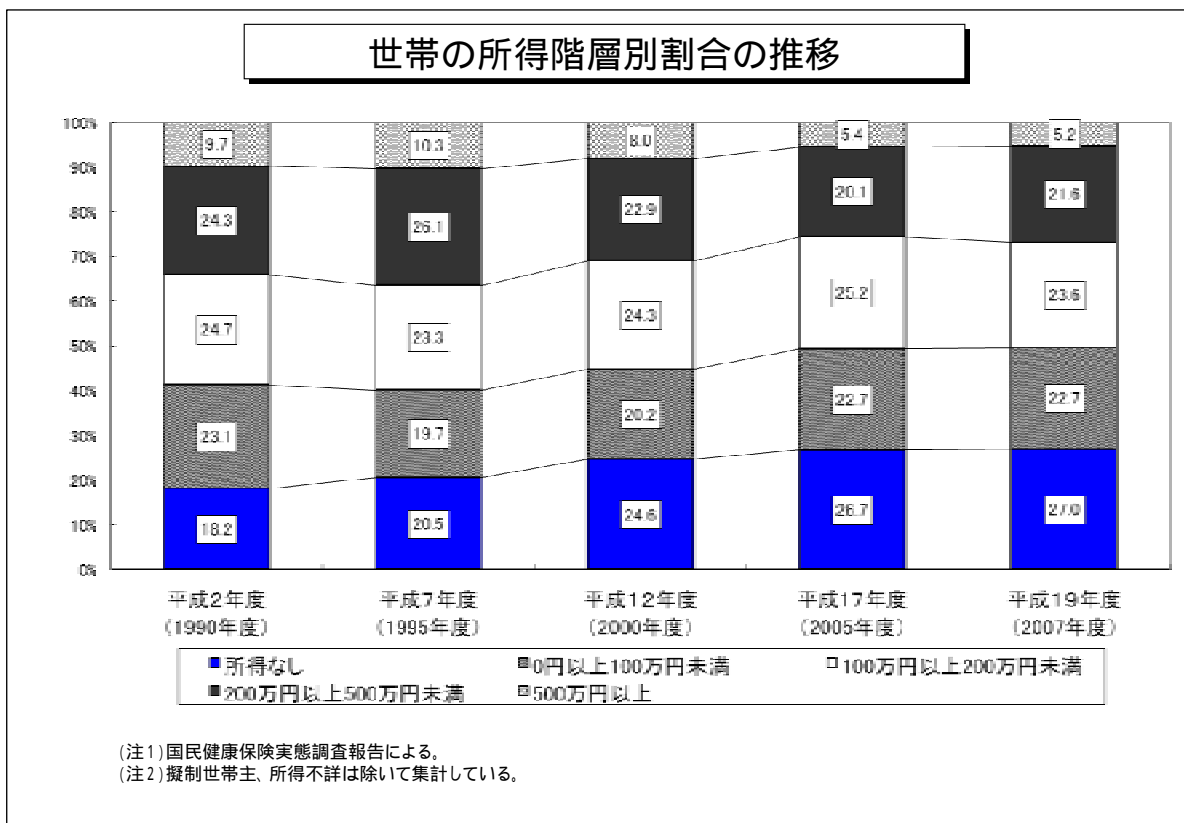
注) 国民医療費(平成17年度)、わが国の慢性透析療法の現況(2005年12月31日)等により作成

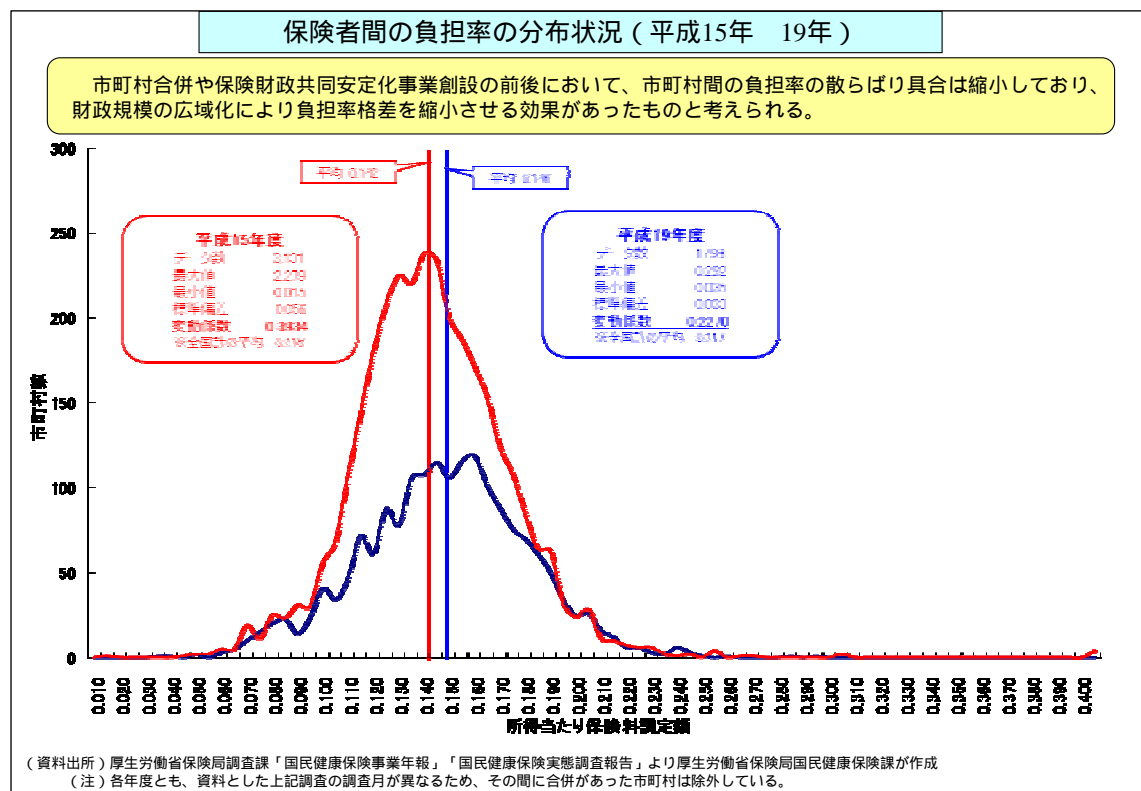
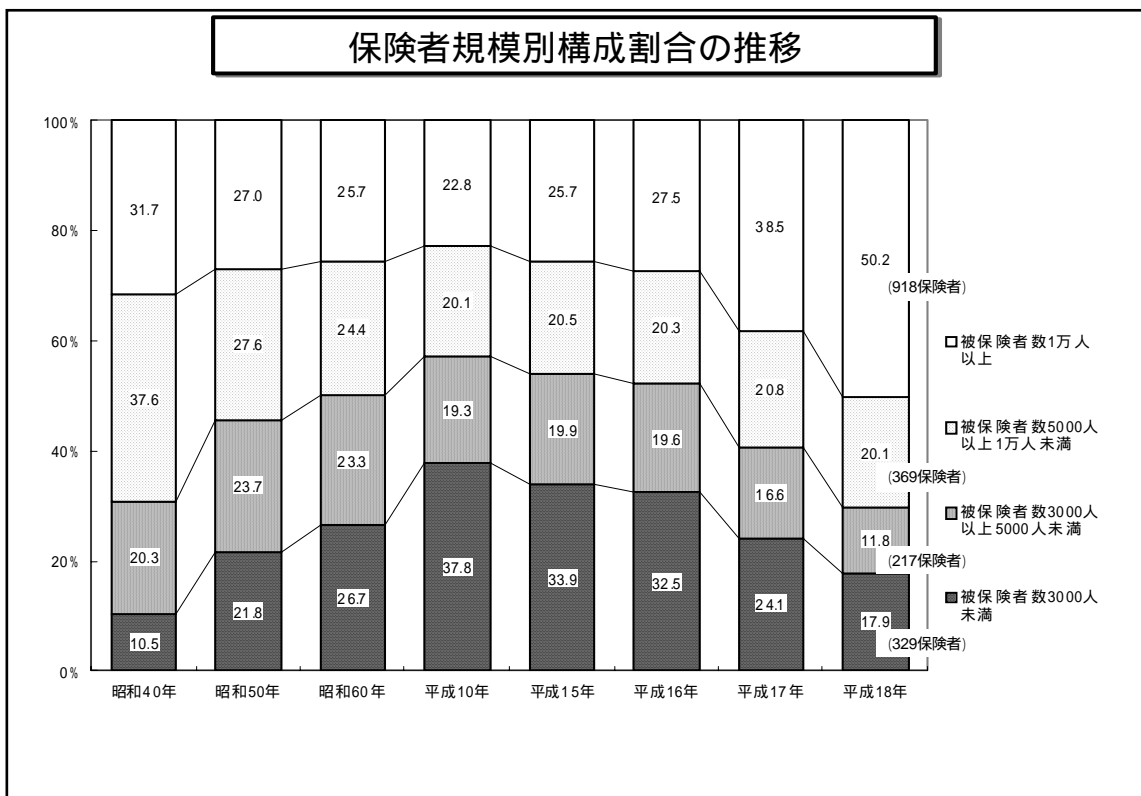
(注) 人口動態統計(平成17年)により作成

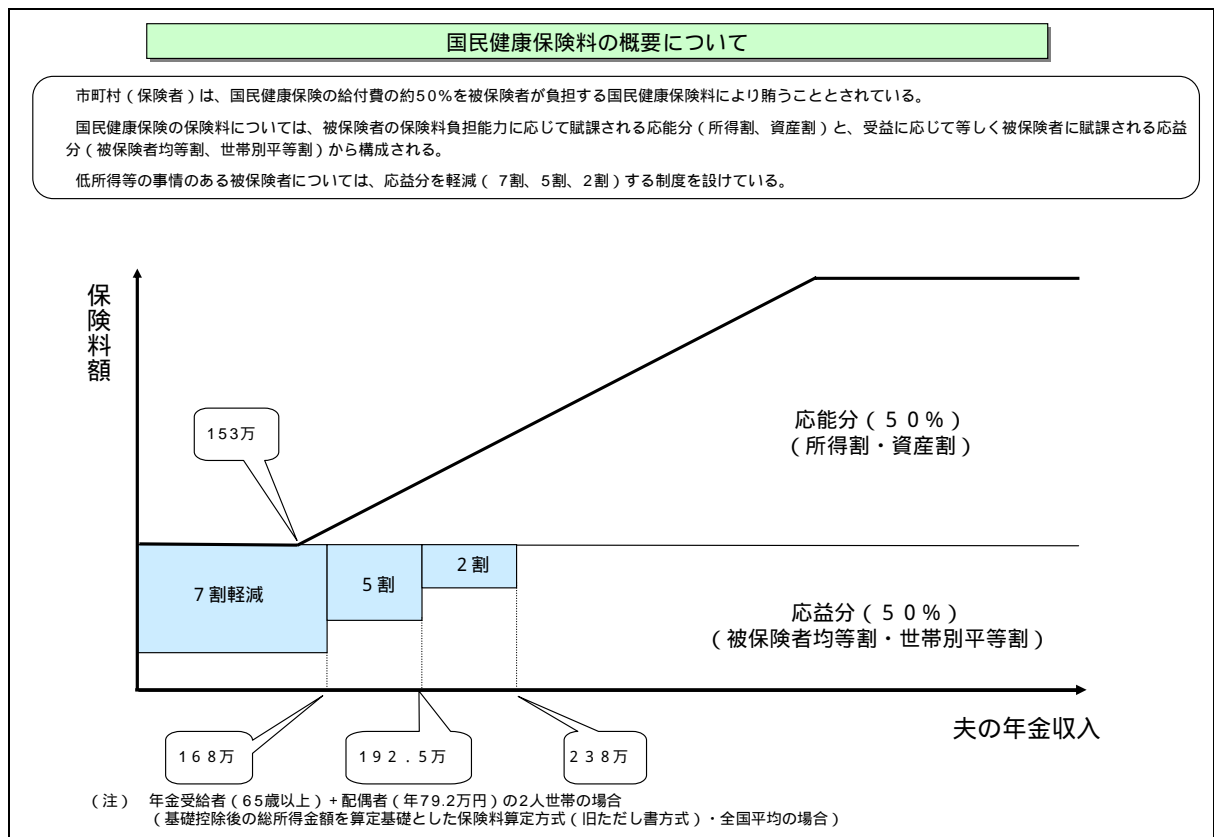
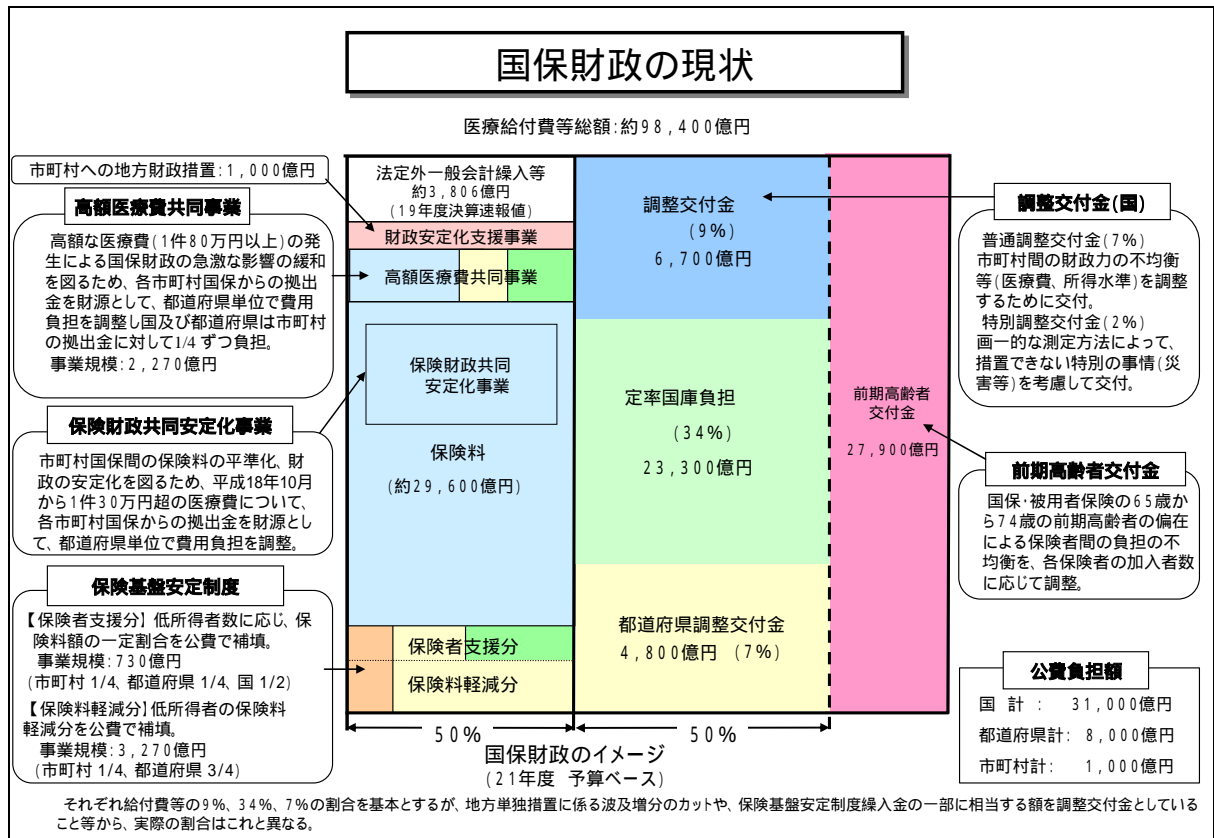
国民健康保険の現状と今後の議論

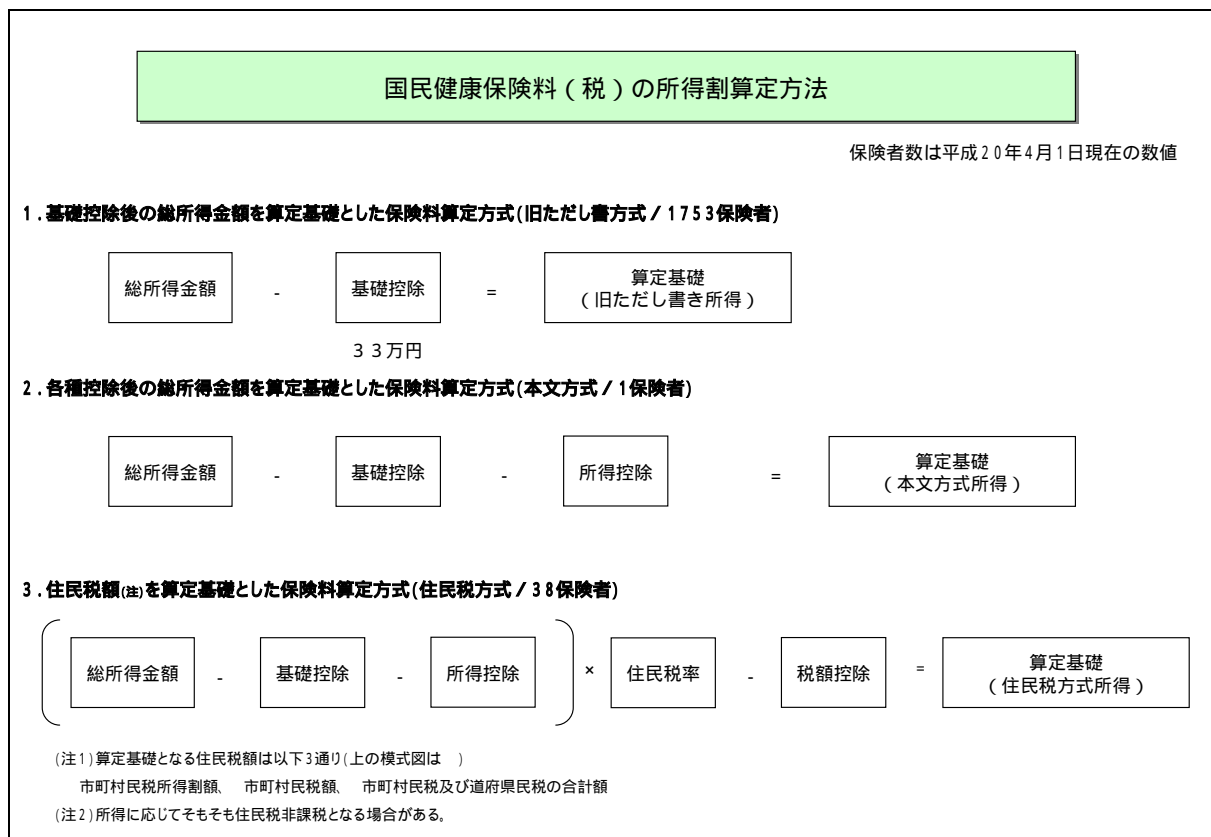
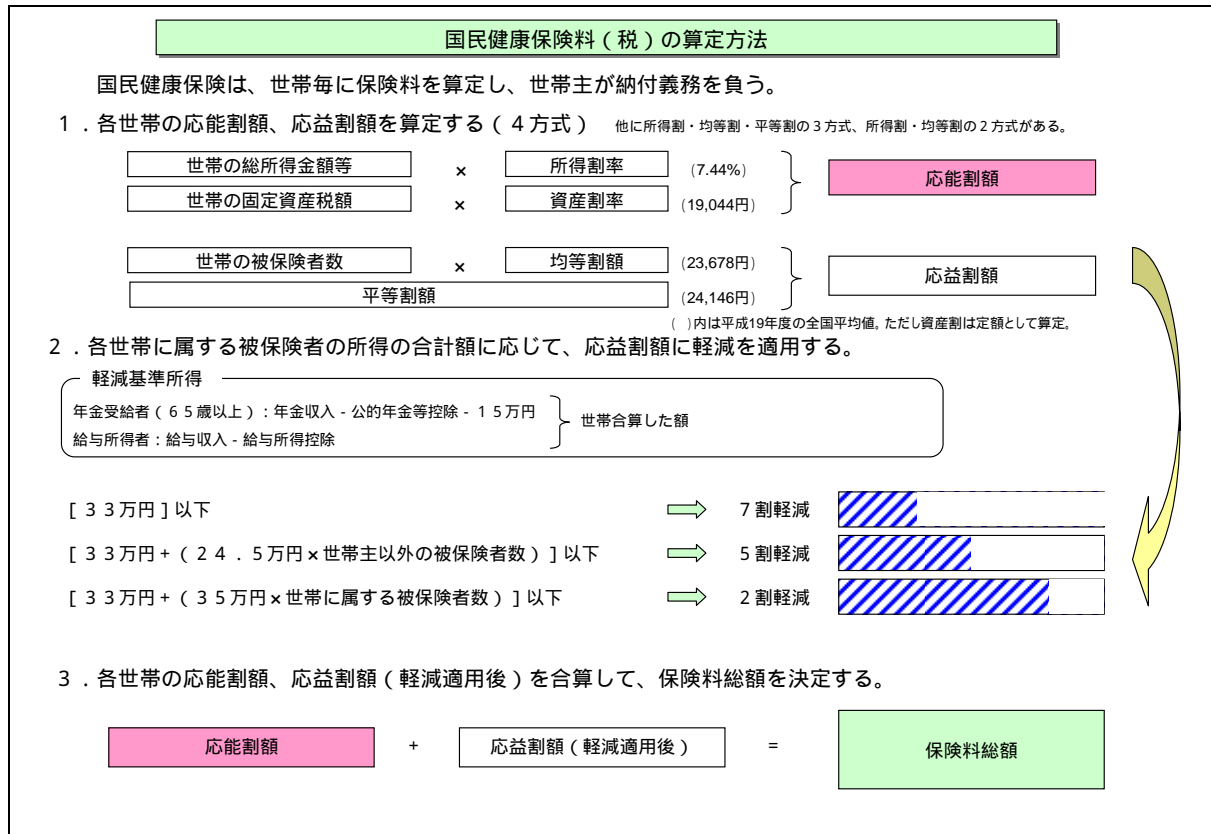












限度額の推移について			
保険料の限度額は、中間所得層の保険料負担が増大しないよう、限度額に達する世帯の割合が高くなると引き上げるなどの見直しを行ってきている。			
	基礎 賦課(課税)額	後期高齢者支援金等 賦課(課税)額 平成20年度 制度導入	介護納付金 賦課(課税)額 平成12年度 制度導入
平成 元年 4月	4 2万円		
3年 4月	4 4万円		
4年 4月	4 6万円		
5年 4月	5 0万円		
7年 4月	5 2万円		
9年 4月	5 3万円		
12年 4月			7万円
15年 4月			8万円
18年 4月			9万円
19年 4月	5 6万円		
20年 4月	4 7万円	1 2万円	
21年 4月			1 0万円

(注)平成19年度までは、老健拠出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度以降、老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設されている。

		平成20年12月4日 第3回高齢者医療制度に関する検討会	資料3
市町村国保の保険料上限を協会健保並みにした場合の保険料増収額 (長寿医療制度に移行した被保険者(1,050万人)は保険料の上限に到達していないと仮定した極めて粗い計算)			
<平成18年度保険料調定額 3兆7,000億円 (国民健康保険実態調査)>			
所得割の保険料率を固定し、市町村国保の保険料上限を協会健保並みに引き上げた場合の保険料の増収額を計算。			
ただし、実際の保険料の算定に当たっては、医療給付費から国庫負担金等を控除した保険料として徴収することが必要な額に基づき保険料率を設定するため、保険料上限が上がっても保険料率が下がり保険料総額に変化はない。			
	保険料の上限		
	82万円の場合 (本人負担の上限)	163万円の場合 (事業主負担含む上限)	
保険料増収額	3,000億円	6,000億円	
注1:平成18年度国民健康保険実態調査報告による所得分布(平成17年所得)及び旧たし書所得、四方式を採用している市町村の平均料率(所得割率7.36%、資産割額1.9万円、均等割額2.3万円、平等割額24万円)を基礎に、粗く計算。			
注2:平成20年度の保険料上限額は59万円となっているが、平成18年度の53万円の保険料上限額を基に保険料上限額を変更した場合の保険料の増収額を計算。			
注3:協会健保並みの保険料上限は、以下により算出。 総報酬の上限(121万円×12月+540万円)×保険料率(8.2%)÷2(事業主負担)=82万円 総報酬の上限(121万円×12月+540万円)×保険料率(8.2%)=163万円			

応能・応益比率について

中間所得層の負担軽減を図るため、応益割合は50%が標準割合とされており、45%～55%の場合には、軽減割合を大きくしている。

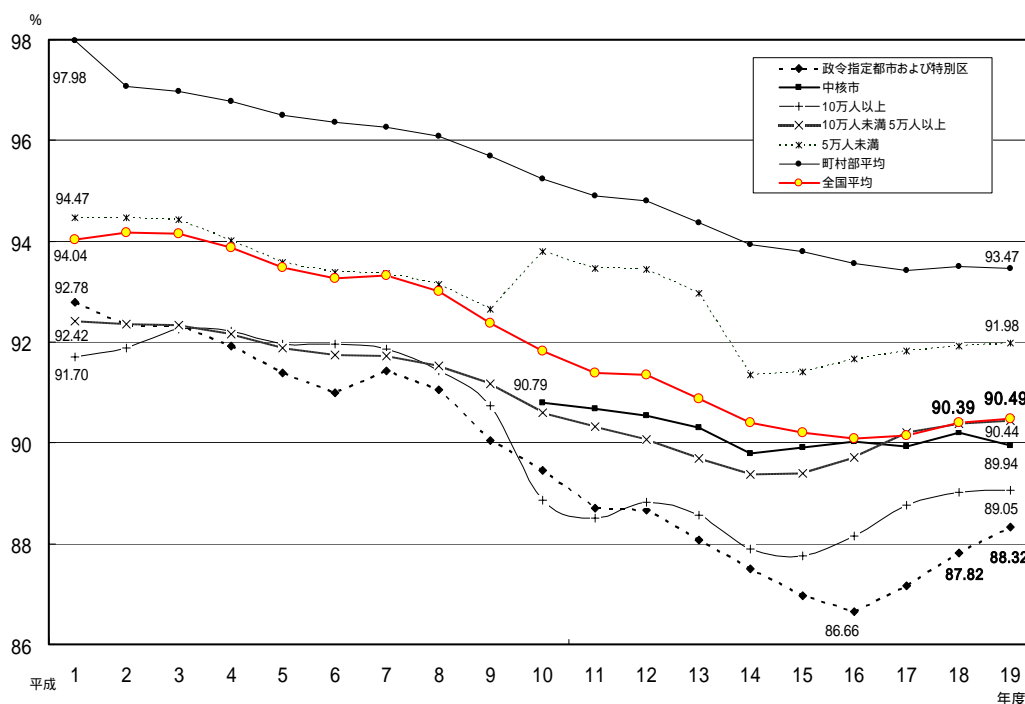
また、多くの市町村の応益割合は、45%～55%であるが、約2割の保険者は35%～45%となっている。

	市町村保険者の応益割合			
	35%未満	35%～45%	45%～55%	55%以上
応益割保険料の軽減率	5割軽減 3割軽減 ()	6割軽減 4割軽減	7割軽減 5割軽減 2割軽減	6割軽減 4割軽減
該当保険者の割合 (平成19年度)	5.9%	18.9%	72.0%	3.2%

保険者は、当分の間、6割・4割軽減とすることができる。

(資料出所)厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

保険料(税)収納率の推移(市町村国保)



滞納世帯数等の推移

滞納世帯数等の推移

	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%

(注1) 滞納世帯数は各年6月1日現在の状況
 (注2) 全世帯数は平成19年までは各年3月31日現在(国民健康保険事業年報より)、平成20年は6月1日現在の状況である。
 (注3) 平成20年は速報値。
 (注4) 平成19年以降の滞納世帯数は6月1日現在で国民健康保険の資格を有する世帯とすることを明確化したところであり、18年までとの比較には注意を要する。

被保険者資格証明書の交付状況の推移

	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
交付世帯数	258,332	298,507	319,326	351,270	340,285	338,850

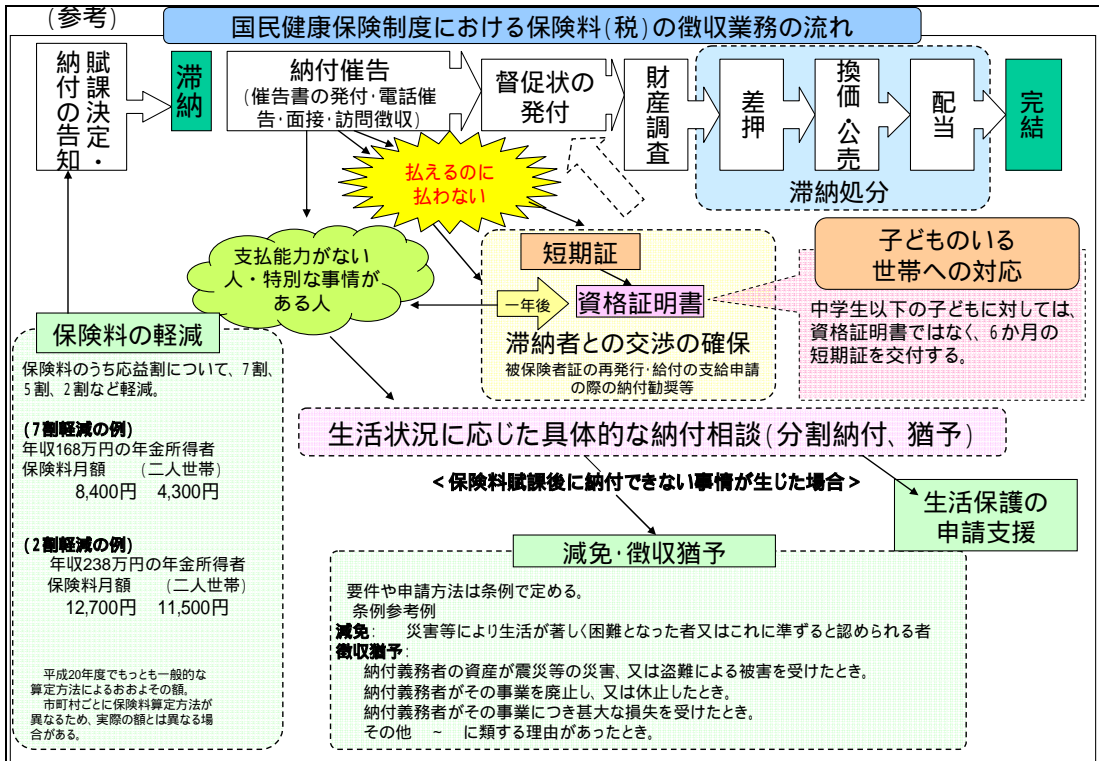
(注) 各年6月1日現在の状況

短期被保険者証の交付状況の推移

	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
実施市町村数	2,831	2,913	2,277	1,763	1,743	1,760
交付世帯数	945,824	1,045,438	1,072,449	1,224,849	1,156,381	1,241,809

(注) 各年6月1日現在の状況

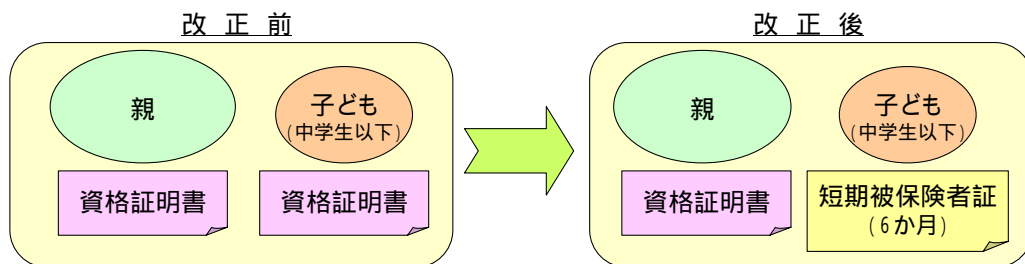
(出所) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ



国民健康保険法の一部を改正する法律概要
(中学生以下の者への資格証明書交付の見直し)

1. 法律の概要

中学生以下の子どもについては、資格証明書を交付しない。
(資格証明書対象世帯の中学生以下の子どもには、6か月の有効期間の短期被保険者証を交付する。)



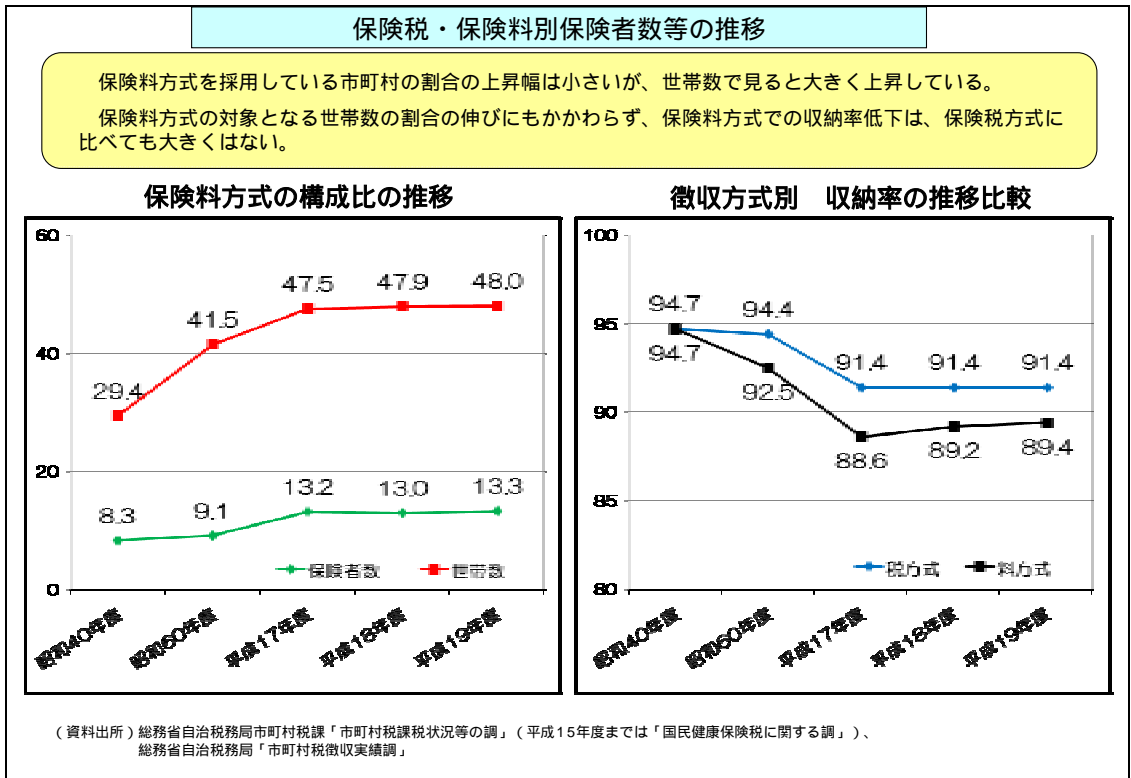
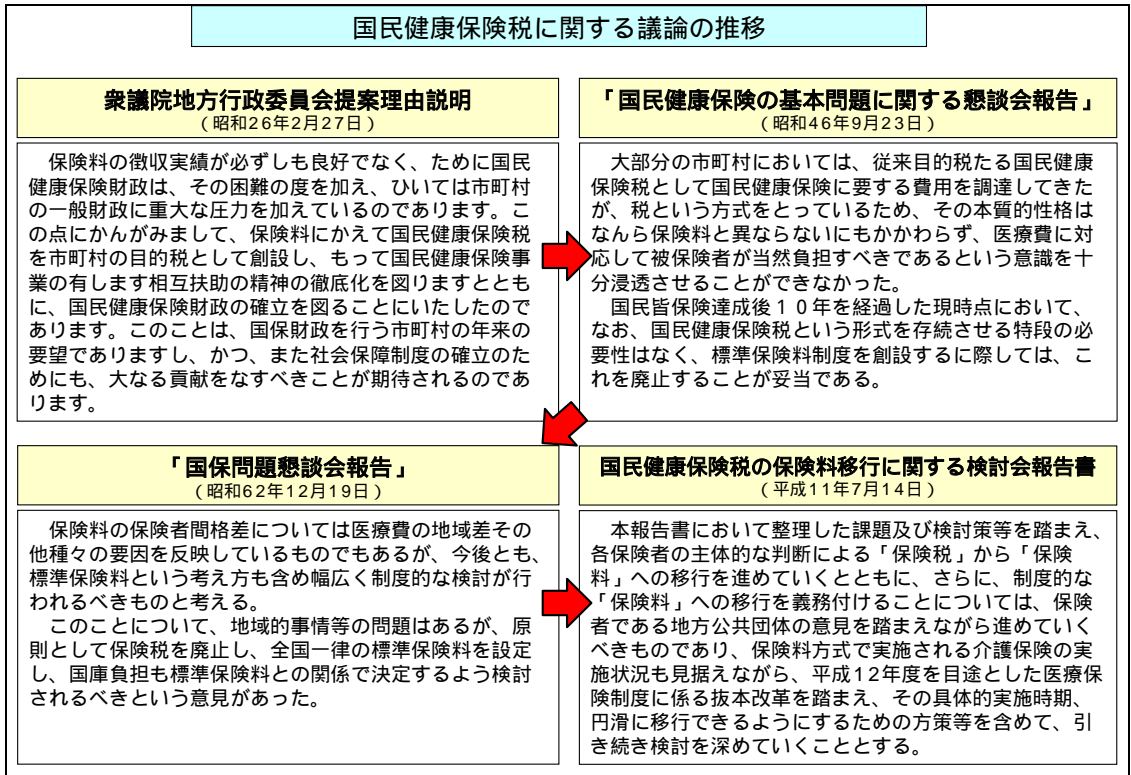
資格証明書とは一年以上保険料の滞納がある場合に、被保険者証の代わりに交付されるもので、窓口負担が全額自己負担となるが、市町村へ申請することにより保険給付分(7割)が還付される。

2. 施行期日

平成21年4月1日

保険税・保険料 制度比較

	保険税	保険料
根拠法	地方税法	国民健康保険法
課税団体(保険者)	市町村、特別区 広域連合は不可	市町村、特別区、国民健康保険組合 広域連合も可能
標準課税(賦課)総額	地方税法に規定	国保法施行令に規定
税率の決定・変更の場合の 都道府県知事への協議	不要	必要
徴収の方法	地方税法の規定による	地方自治法の規定による
徴収手続	地方税法の規定による	地方自治法、地方自治法施行令及び条例の規定による
徴収事務が可能な者	徴税吏員に限られる	会計職員が行うので、吏員以外の者 (雇員、嘱託等)でも徴収事務を行うことができる
課税(賦課)権の期間制限	3年	2年
徴収権及び還付請求権の 消滅時効	5年	2年
徴収権の優先順位	国税及び他の地方税と同順位であり、 他の全ての債権又は公課に優先する	先取特権の順位は国税及び地方税に次ぐ
不服申立て	課税団体に対する異議申立て	国保審査会に対する審査請求



国保における今後の議論について

今後の議論について

国保における都道府県の役割については、平成20年6月の地方分権改革推進要綱(第1次)において、「国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討し、平成21年度中に結論を得る。」とされており、積極的な役割が期待されている。

一方で、平成17年12月に総務・財務・厚生労働の3大臣により平成21年度までの措置として合意された高額医療費共同事業等の国保の財政基盤強化策の期限が切れることから、高齢者医療制度の見直しに併せて平成22年度に向けた議論が行われることとなる。

平成17年12月18日 総務・財務・厚生労働3大臣合意

1. 国保財政基盤強化策の継続【公布日施行(平成18年4月から適用)】

- (1) 高額医療費共同事業
 - ・高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和するために、都道府県単位で財政リスクを分散する事業
 - ・事業規模：1,800億円程度(交付基準は70万円以上から80万円以上に引上げ)
 - ・事業主体：国民健康保険団体連合会 ・負担区分：市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4
- (2) 保険者支援制度
 - ・市町村国保の財政基盤を強化するために、低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援する制度
 - ・事業主体：市町村 ・負担区分：国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
- (3) 国保財政安定化支援事業
 - ・国保財政の安定化、保険料(税)負担の平準化等に資するために、市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置で支援する事業(市町村に対する地方財政措置：1,000億円程度)

2. 保険財政共同安定化事業【平成18年10月施行】

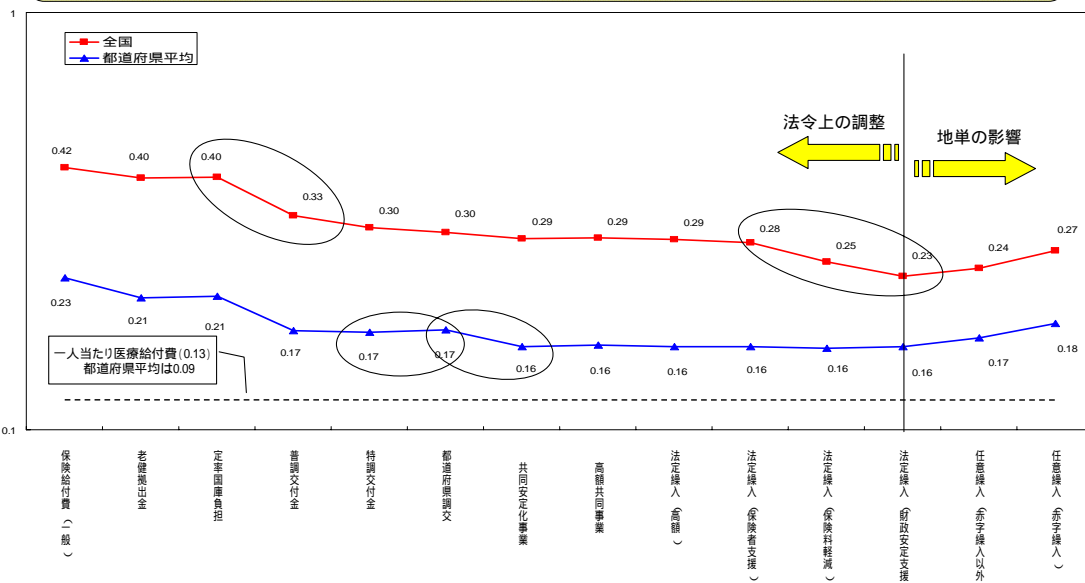
都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円以上の医療費について、市町村国保の拠出による保険財政共同安定化事業を平成18年10月から実施(国保医療費の約4割が対象)

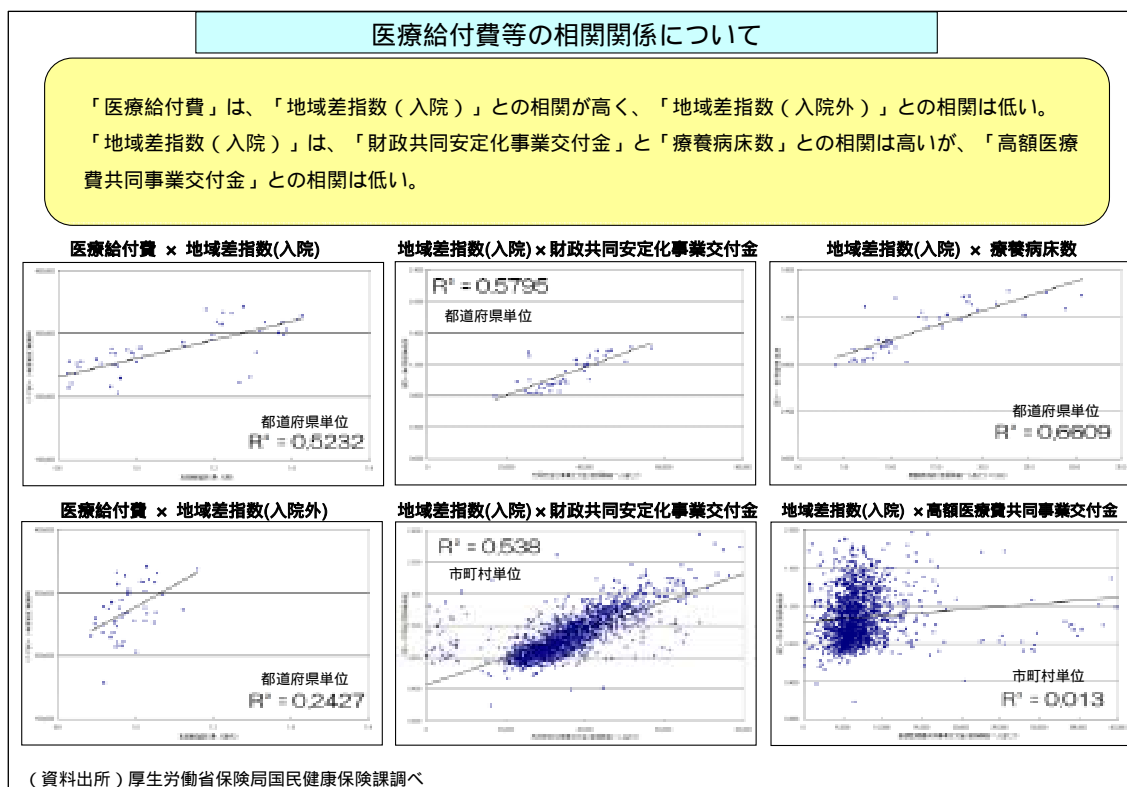
3. 上記は、平成21年度までの措置とし、市町村国保の財政状況や後期高齢者医療制度の創設に伴う影響を勘案し、平成22年度において見直しを行うものとする。

各種財政調整のについて(所得当たり負担率のばらつき(変動係数))

各種財政調整の所得調整機能を見ると、全国では、普通調整交付金の効果が最も大きく、保険料軽減分、財政安定化支援事業の影響も大きい。一方、定率国庫負担及び保険者支援分の効果は小さい。また、国による財政調整後の所得当たり負担率のばらつきは、一人当たり医療給付費のばらつきと比べても大きい。

都道府県単位で見ると、共同安定化事業の効果がみられるが、都道府県調整交付金の効果は見られない。





3大臣合意に係る措置に対する意見について

現行制度の継続・拡充は多くの市町村からの同様の意見となっている。各制度については、共同事業の抛超過、保険者支援分の効果が見えにくい、財政安定化支援事業が交付税措置である点等についての意見がある。
 一方、低所得者の増加を踏まえた対策が必要との意見もある。

	主な意見
高額医療費共同事業 保険財政共同安定化事業	<ul style="list-style-type: none"> 継続・拡充してほしい。 共同安定化事業により平成17、18年度財政状況が改善している。 抛超過の市町村は不満がある。都道府県単位というのであれば、県費負担を入れるべき。 共同安定化事業の抛出金は実績割があり財政安定化効果が弱い。実績割を廃止して欲しい。
保険基盤安定制度 (保険者支援分)	<ul style="list-style-type: none"> 継続・拡充してほしい。 中間所得層への支援を目的とした制度だが、保険者・被保険者にも効果が見えにくい。 中間所得層を直接軽減する制度に見直すべき。
財政安定化支援事業	<ul style="list-style-type: none"> 継続・拡充してほしい。 補助制度でないため財政当局への予算要求が困難。補助化できないか。 交付税不交付団体には恩恵がない。補助制度にして欲しい。
その他全般事項	<ul style="list-style-type: none"> 低所得者が増加しており、低所得者に着目した支援が必要 被保険者の所得が減少し、保険料収入が減少している。何らかの支援が必要。 7割軽減の要件である応益割45%以上という水準を低くできないか。

(資料出所) 国民健康保険中央会「国保保険者事務に関する研究会(平成21年2月2日)」資料より厚生労働省保険局国民健康保険課が作成

三位一体改革

平成17年度より、都道府県が市町村間の財政調整を行う都道府県財政調整交付金を導入

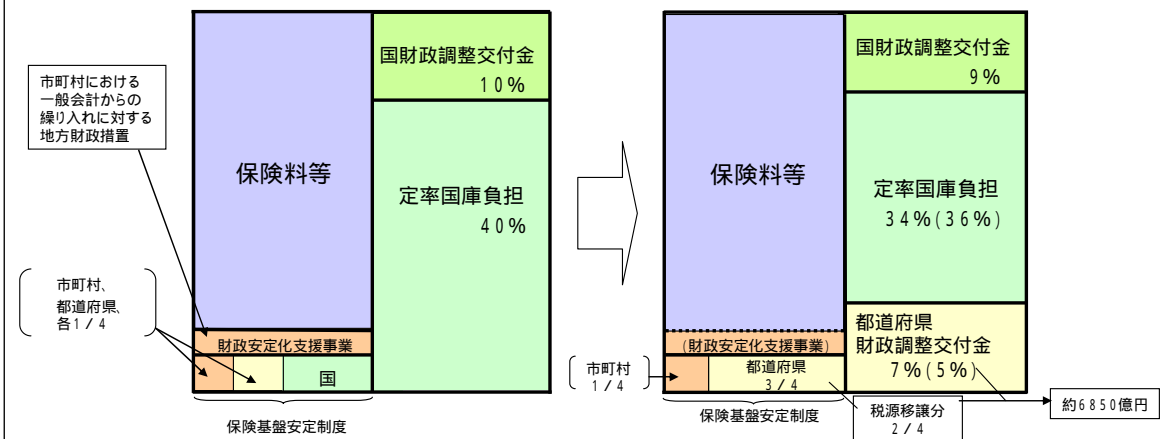
- ・ 都道府県財政調整交付金 \longleftrightarrow 給付費等の7% ()
 - ・ 定率国庫負担40% 国の財政調整交付金10% \longleftrightarrow 定率国庫負担34% () 財政調整交付金9%
- 低所得者の保険料軽減分を公費で補填する保険基盤安定制度の都道府県負担割合を事業規模の1/4から3/4とした。

() 平成17年度については 定率国庫負担36% 都道府県財政調整交付金5%

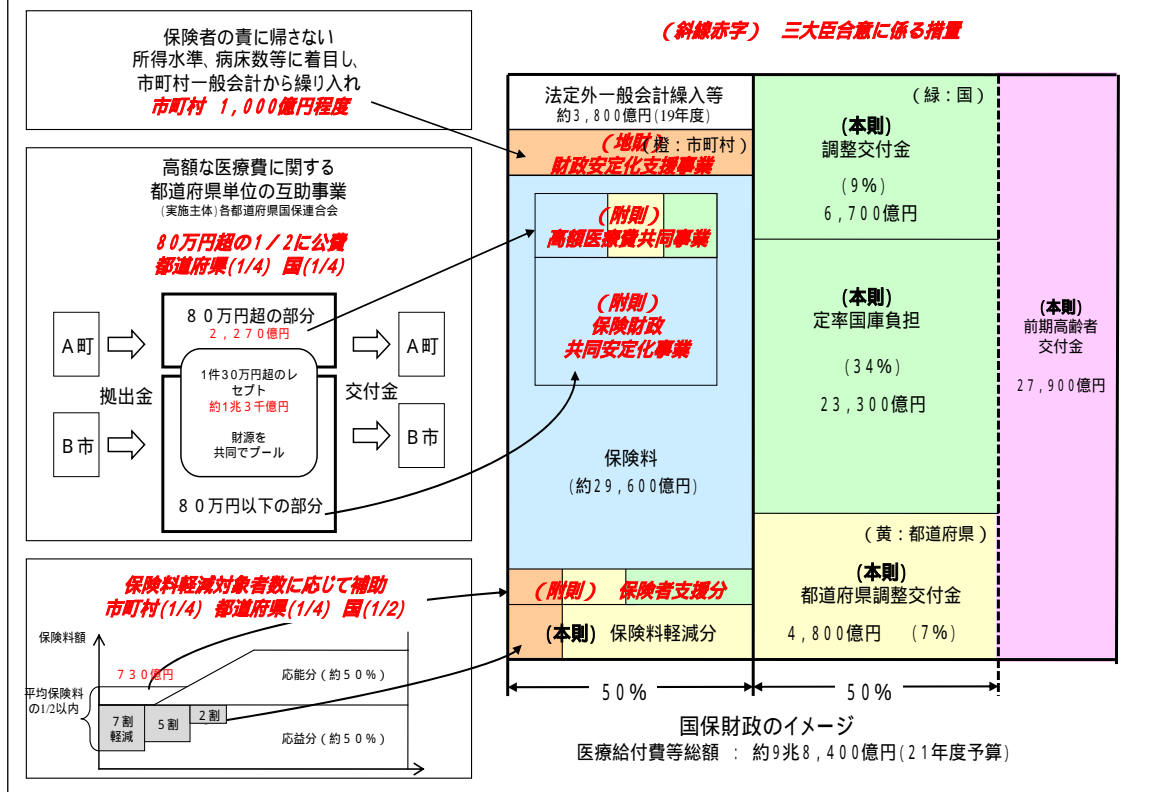
【改正前(平成16年度まで)】

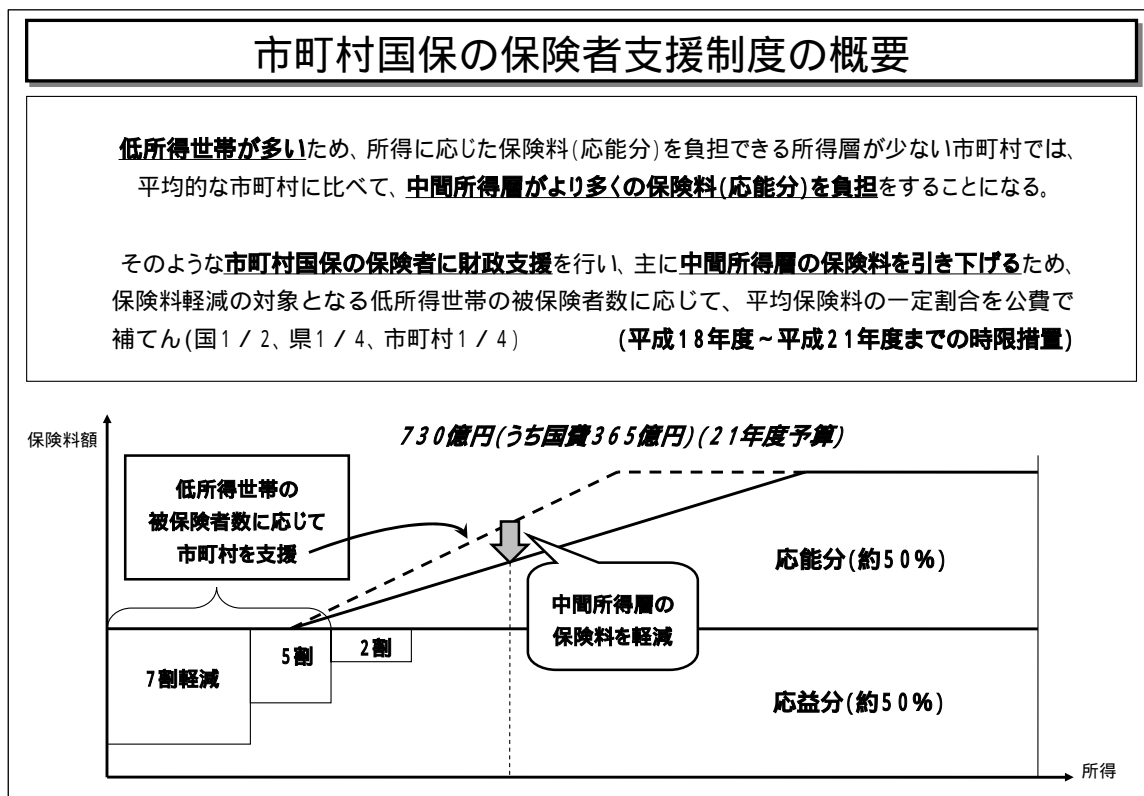
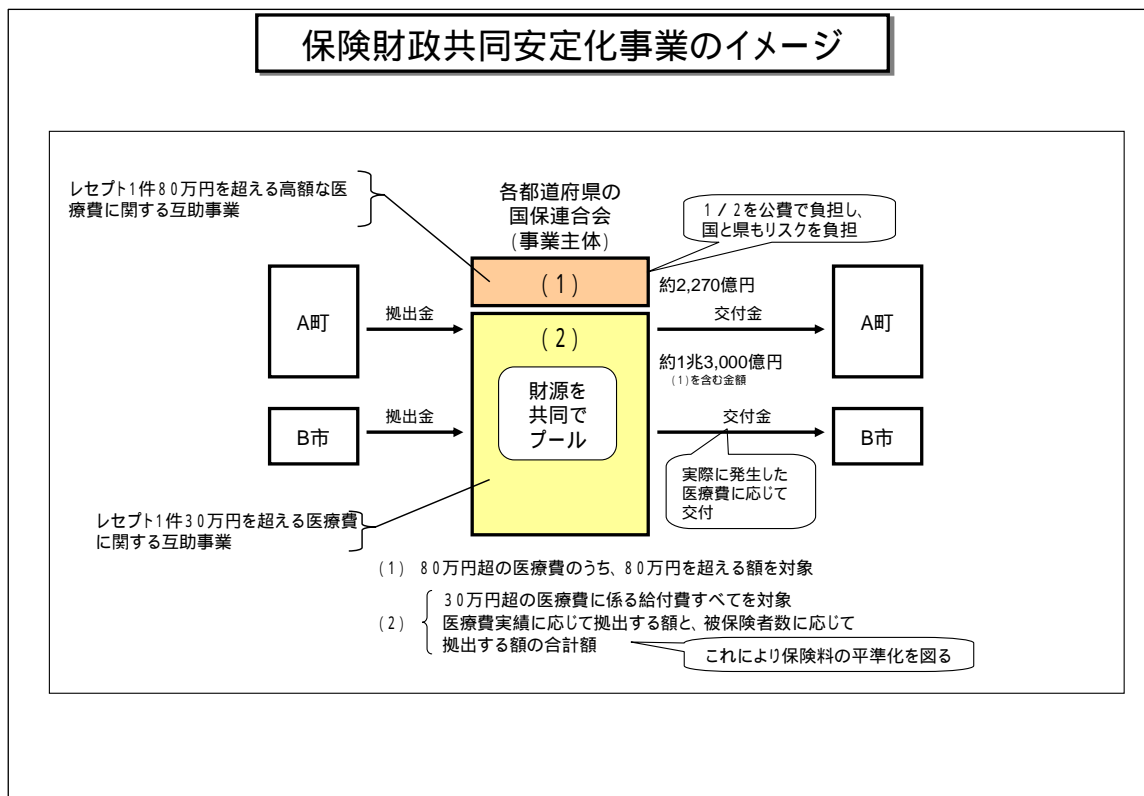
【改正後(平成17年度以降)】

()内の数値が平成17年度のもの



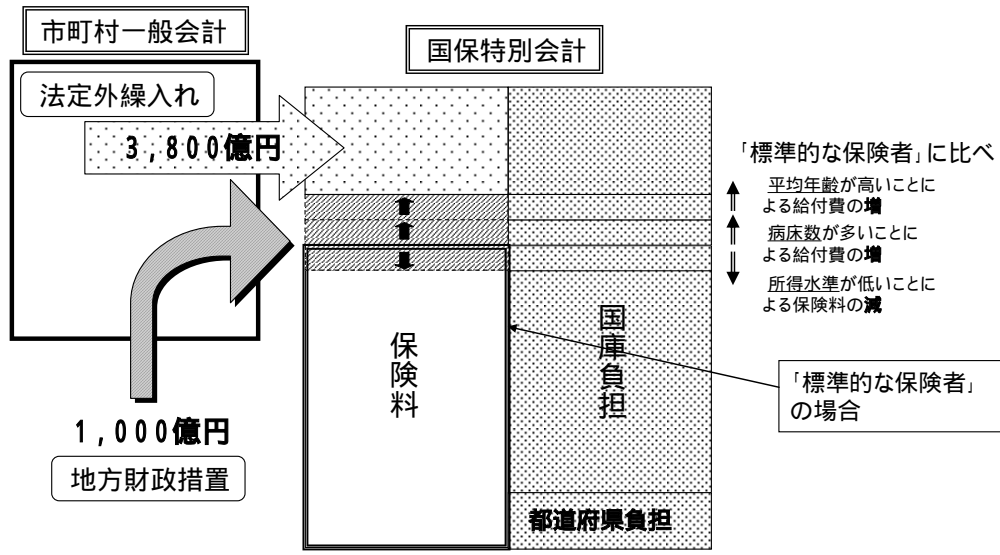
三大臣合意に係る措置の概要





財政安定化支援事業(交付税措置)

この事業は、保険者の責に帰さない所得水準、病床数等に着目し、市町村一般会計からの繰入れを措置するもの。平成18年度医療制度改革時の3大臣合意で、1,000億程度の措置を平成18年度以降21年度まで継続することとされている。
市町村では、これ以外に、赤字補填等のため、3,800億程度の繰入れをしている状況。(平成19年度)



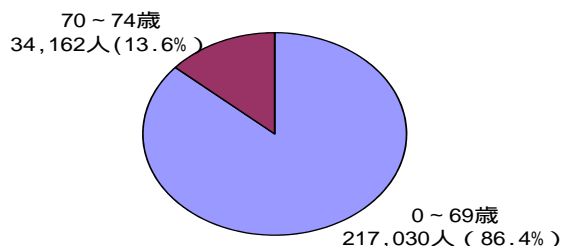
第2章 仙台市における国保の財政状況と今後の見通しについて

南方 順一郎（仙台市健康福祉局保険高齢部長）

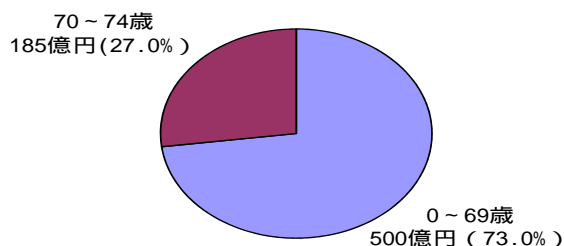
1 仙台市国民健康保険事業の状況について

(1) 平成20年度仙台市国民健康保険事業の概要

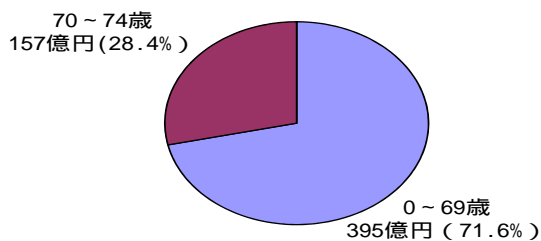
1 被保険者数（251,192人）



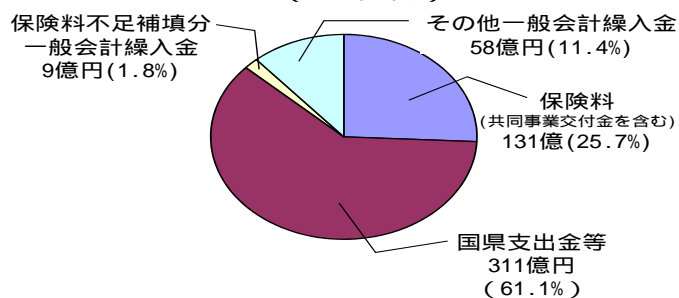
2 医療費（685億円）



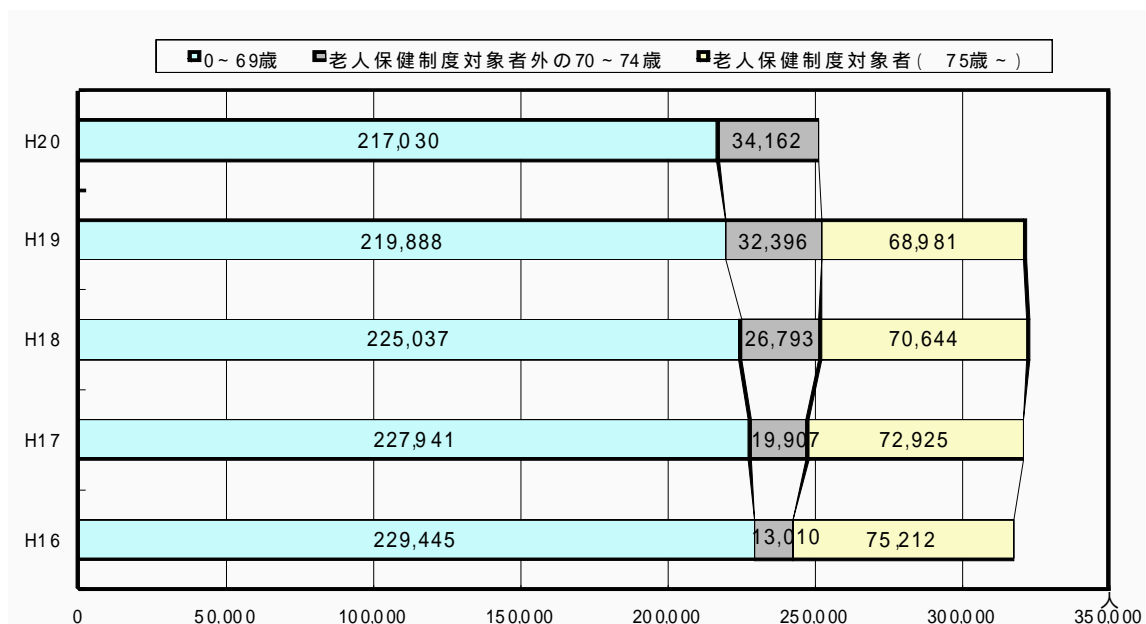
3 保険給付費（552億円）



4 保険給付費(一般のみ)財源構成（509億円）



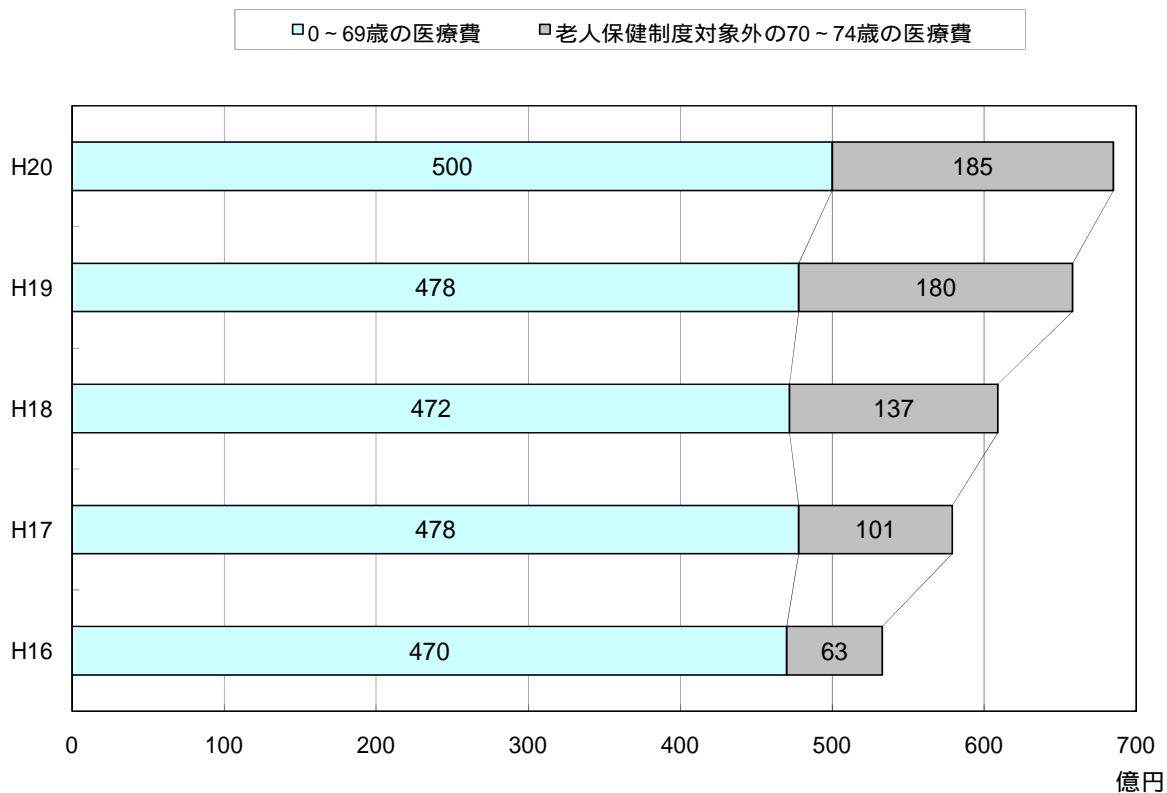
(2) 被保険者数の推移



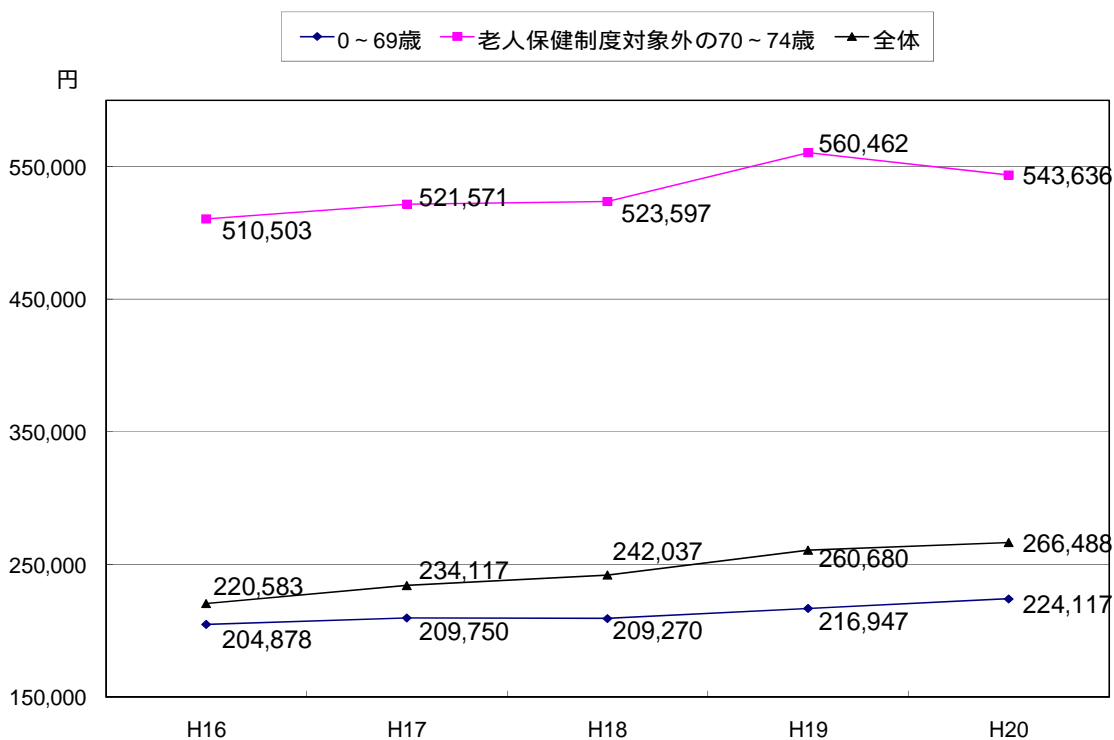
平成14年10月から老人保健制度の対象年齢が「70歳以上」から「75歳以上」へ段階的に引き上げられたため（平成19年9月末まで）、H16～H19までの老人保健制度対象者に70～74歳が一部含まれている。

第1部 地域医療保険の現状と課題

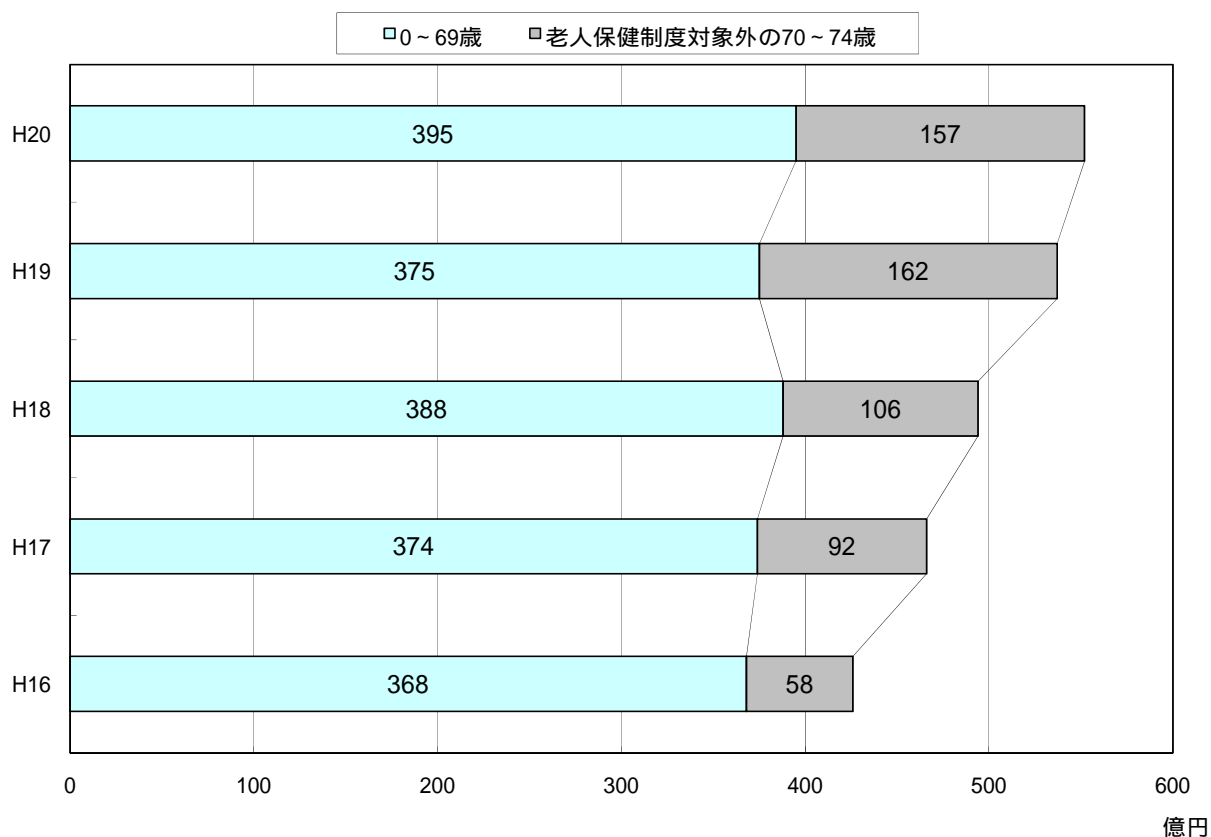
(3) 医療費の推移



(4) 1人あたりの医療費の推移

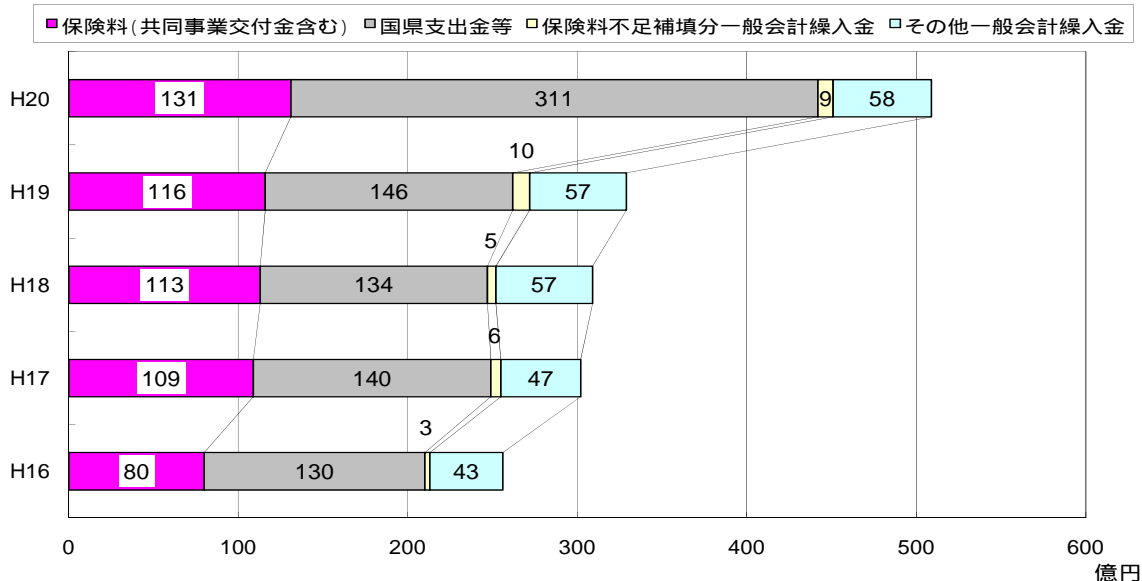


(5) 保険給付費の推移



(6) 保険給付費（一般分）の財源構成の推移

保険給付費の増に伴い、一般会計繰入金（税金負担）は増加傾向にある。

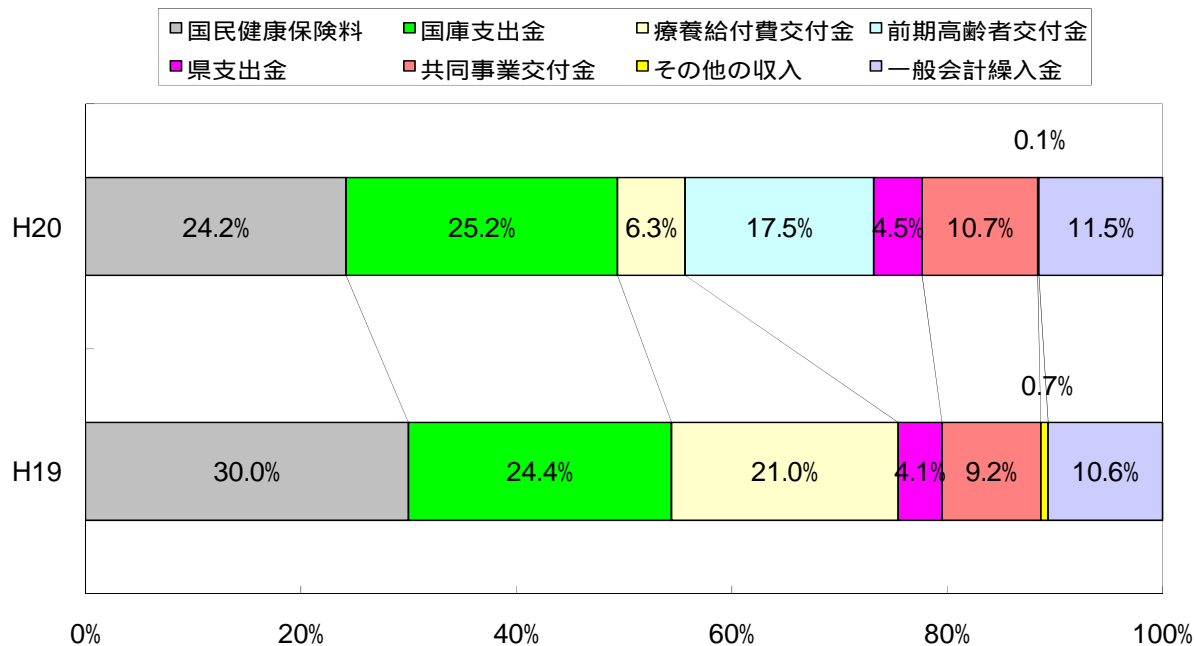


H19 H20の急激な増加は、退職者医療制度廃止により、退職から一般へ約5万人が移行したことによる。
H20の国県支出金等には、新たに創設された前期高齢者交付金146億円が含まれている。

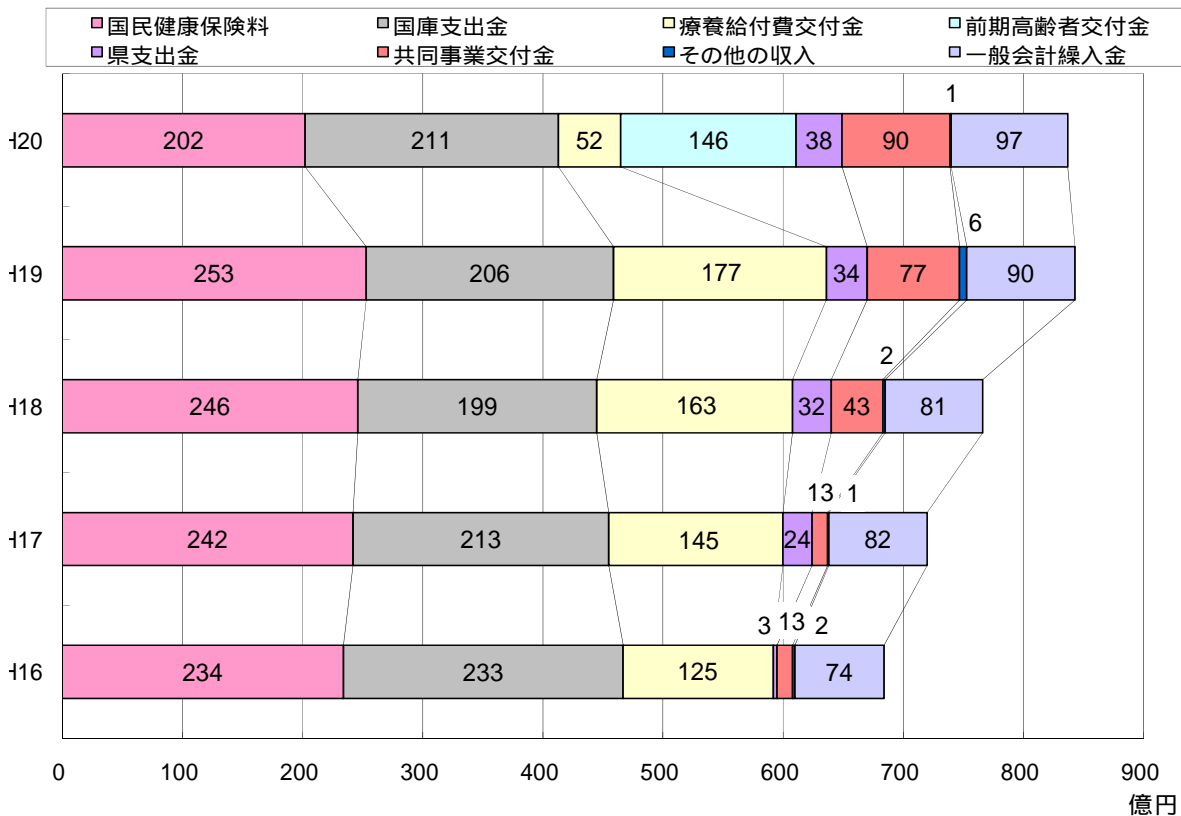
第1部 地域医療保険の現状と課題

(7) 国民健康保険事業特別会計の財源構成

保険料の収納率の減や医療保険制度改革（退職者医療制度の原則廃止等）により、一般会計繰入金（税負担）が増加している。



(8) 国民健康保険事業特別会計の財源構成の推移



(9) 国保事業・老健事業・長寿医療にかかる一般財源負担比較

仙台市 国民健康保険事業・老人保健医療事業・後期高齢者医療事業にかかる一財負担比較

(単位:千円)

項目		平成19年度	平成20年度	増減	項目	平成19年度	平成20年度	増減		
国保特会一繰	法定内	保険基盤安定負担金分	3,070,943	2,557,883	513,060	老保特会一繰	医療諸費分	4,790,809	450,974	4,339,835
		(歳入: 保険基盤安定県負担金)	2,303,208	1,918,412	384,796		支払基金等交付不足立替分	503,514	121,495	382,019
		保険者支援制度分	617,827	498,379	119,448		合計	5,294,323	572,469	4,721,854
		(歳入: 保険者支援国県負担金)	463,370	373,784	89,586	後期特会一繰	保険基盤安定負担金分		830,815	830,815
		・事務費一般財源化分 ・出産育児一時金の2/3相当分 ・財政安定化支援分	1,841,866	1,906,622	64,756		(歳入: 保険基盤安定県負担金)		623,111	623,111
		計	2,764,058	2,670,688	93,370		広域連合事務費負担分		310,185	310,185
	法定外	医療分+支援分保険料不足分	1,017,419	1,232,223	214,804		一般管理費分		89,403	89,403
		介護分保険料不足分	106,113	18,947	87,166		合計		607,292	607,292
		医療制度改革激変緩和相当額		1,120,000	1,120,000		一般会計	広域連合事務費負担分	143,216	
		調整交付金等不足分	1,538,277	1,302,360	235,917	(歳入: 広域連合人件費立替分)		49,114	58,084	8,970
		・出産育児一時金の1/3相当額 ・葬祭費支給額相当分	390,797	236,747	154,050	療養給付費負担金			4,587,099	4,587,099
		特定健康診査・保健指導		456,715	456,715	合計	94,102	4,529,015	4,434,913	
	事務費超過分+地方単独分	368,047	354,037	14,010	総合計	11,573,136	13,100,493	1,527,357		
	計	3,420,653	4,721,029	1,300,376		合計	6,184,711	7,391,717	1,207,006	
	合計	6,184,711	7,391,717	1,207,006						

※ 国保特会の保険基盤安定・保険者支援と後期特会の保険基盤安定にかかる歳入は、一般会計の歳入であるが、実質の一財負担を示すため、特会の中に記載している。

(10) 仙台市の国民健康保険料率

国民健康保険料・年金保険料料率

区分	平成20年度			平成21年度		
	医療分	支援分	介護分	医療分	支援分	介護分
所得割	113 / 100	35 / 100	48 / 100	122 / 100	38 / 100	38 / 100
被保険者均等割	21,480円	6,240円	7,560円	23,040円	6,720円	7,320円
世帯別平等割	25,680円	7,440円	6,480円	26,640円	7,800円	6,120円
賦課限度額(年額)	470,000円	120,000円	90,000円	470,000円	120,000円	100,000円
国民年金	14,410円(月額)			14,660円(月額)		

第1部 地域医療保険の現状と課題

(11) 平成21年度モデルケースによる仙台市国民健康保険料(全体)前年度との比較

平成21年度 モデルケースによる仙台市国民健康保険料(全体)前年度との比較

20年度料率					21年度料率					
	所得割	均等割	平等割	限度額		所得割	均等割	平等割	限度額	
基礎	1.14	21,480	25,680	470,000	⇒	基礎	1.22	23,040	26,640	470,000
支援	0.35	6,240	7,440	120,000		支援	0.38	6,720	7,800	120,000
介護	0.48	7,560	6,480	90,000		介護	0.38	7,320	6,120	100,000

<給与1人世帯> 主:40歳

単位:円

給与収入額	100万円	150万円	200万円	250万円	300万円	350万円	400万円	450万円	500万円	550万円	600万円
21年度保険料	62,100	162,780	229,110	291,480	353,850	416,220	486,510	553,000	610,670	655,200	690,000
20年度保険料	59,890	159,590	225,580	287,640	349,690	405,630	458,520	512,910	567,290	617,400	659,010
差 額	2,210	3,190	3,530	3,840	4,160	10,590	27,990	40,090	43,380	37,800	30,990

<給与2人世帯> 主:42歳 妻:40歳

給与収入額	100万円	150万円	200万円	250万円	300万円	350万円	400万円	450万円	500万円	550万円	600万円
21年度保険料	57,360	91,760	195,900	258,270	320,640	383,010	453,300	529,960	588,360	637,980	682,510
20年度保険料	55,080	88,120	190,930	252,980	315,040	377,090	433,350	491,460	545,840	600,230	642,870
差 額	2,280	3,640	4,970	5,290	5,600	5,920	19,950	38,500	42,520	37,750	39,640

<給与3人世帯> 主:45歳 妻:43歳 子:6歳

給与収入額	100万円	150万円	200万円	250万円	300万円	350万円	400万円	450万円	500万円	550万円	600万円
21年度保険料	72,240	115,560	115,560	217,740	280,110	342,480	412,770	485,040	565,320	620,760	665,290
20年度保険料	68,940	110,290	110,290	210,770	272,820	334,880	404,810	462,560	524,390	578,780	626,730
差 額	3,300	5,270	5,270	6,970	7,290	7,600	7,960	22,480	40,930	41,980	38,560

<年金1人世帯> 主:65歳

年金収入額	100万円	150万円	200万円	250万円	300万円	350万円	400万円	450万円	500万円
21年度保険料	19,250	19,250	106,550	193,800	268,200	334,600	389,000	449,800	511,280
20年度保険料	18,240	18,240	100,060	181,530	250,810	312,650	363,310	419,930	478,040
差 額	1,010	1,010	6,490	12,270	17,390	21,950	25,690	29,870	33,240

※全体=基礎賦課額
+後期高齢者支援
金等賦課額+介護
納付金賦課額

<年金2人世帯> 主:68歳 妻:65歳

年金収入額	100万円	150万円	200万円	250万円	300万円	350万円	400万円	450万円	500万円
21年度保険料	28,180	28,180	75,160	166,760	241,160	307,560	361,960	426,760	489,160
20年度保険料	26,560	26,560	70,840	156,350	225,640	287,470	338,130	398,480	456,590
差 額	1,620	1,620	4,320	10,410	15,520	20,090	23,830	28,280	32,570

※介護納付金賦課額
については40歳か
ら64歳までの者に

2 国保の財政基盤強化策について（平成20年度は決算見込み）

- 1 財政安定化支援事業（市町村への財政措置 国ベース：1,000億円）
（平均年齢が高い、病床数が多い、所得水準が低い場合に支援）
＜仙台市が交付された額＞
平成19年度 235,891千円
平成20年度 217,429千円
この措置が廃止された場合の保険料への影響額 870円程度／年

- 2 高額医療費共同事業（拠出金プール制 拠出割合 国 1/4 県 1/4 市町村 2/4）
（レセプト1件80万円超の部分を拠出金から交付）
＜仙台市が交付された額＞
平成19年度 国 320,854千円（県も同額）交付金 1,292,356千円
平成20年度 国 356,746千円（県も同額）交付金 1,653,315千円
国、県の負担が廃止された場合の保険料への影響額 2,840円程度／年

- 3 保険財政共同安定化事業（拠出金プール制 拠出割合 国、県なし 市町村全額）
（レセプト1件30万円超の部分を拠出金から交付）（人数割と医療費割がある）[△]
＜仙台市が交付された額＞
平成19年度 6,443,807千円
平成20年度 7,317,750千円
この措置が廃止された場合の保険料への影響額 なし（拠出額≒交付額）

- 4 保険基盤安定制度（保険者支援分のみ）（国 2/4 県 1/4 市町村 1/4）
低所得者世帯が多い場合に支援＝中間所得階層の負担軽減）
＜仙台市が交付された額＞
平成19年度 617,827千円
平成20年度 498,378千円
この措置が廃止された場合の保険料への影響額 1,984円程度／年

- 5 これらの措置が廃止された場合の保険料への影響額
5,694円（870円＋2,840円＋1,984円） 5.5%の増加

＜意見＞

国保の財政基盤強化策は、本市の保険財政および保険料負担の軽減に大いに役立っている。したがって、平成22年度以降も当該措置を延長していただきたい。

また、3.の「保険財政共同安定化事業」については、「医療費はより広域的にリスクを分担すべき」との観点から、国及び都道府県にも負担していただきたい。その上で、医療費実績に

第1部 地域医療保険の現状と課題

応じた拠出を廃止し、被保険者数に応じた拠出のみにすべきである。

3 国保事業運営の安定化に向けた諸施策について（平成20年度は決算見込み）

（1）長寿医療制度の創設による国保財政への影響、評価

① 国保財政への影響、評価について

【国保事業の一般会計繰入金の状況】

i 繰入金

平成19年度 8,951,289千円（うち法定外分 3,420,653千円）

平成20年度 9,683,912千円（うち法定外分 4,721,028千円）

（対前年比 732,623千円 8.2%増）（対前年比 1,300,375千円 38.0%増）

ii 実質的な繰入金（国、県の負担金を除いた繰入金）

平成19年度 6,184,711千円

平成20年度 7,391,717千円 {対前年比 1,207,006千円（19.5%増）}

iii 国保事業・老健事業・長寿医療にかかる実質的な一般会計繰入金の総額

平成19年度 11,573,136千円

平成20年度 13,100,493千円 {対前年比 1,527,357千円（13.2%増）}

<意見>

本市の場合は、退職被保険者から一般被保険者へ移行する者が多く、一般被保険者の医療費の増に見合う前期高齢者交付金が交付されなかったため、一般会計からの繰入金を増やさざるを得ないという結果になったが、多くの市町村は、長寿医療の創設によって国保財政の負担軽減が図られたと思うので、長寿医療制度の創設は評価できる。

ただし、本市のように、制度改正によって歳入が減る場合には、市町村や被保険者の責に帰すべきものではないので、一般会計繰入金や保険料への影響が出ることはないよう、国の責任において、歳入不足分を手当てする仕組みをつくるべきである。

② 長寿医療制度に対する評価について

<意見>

今後の高齢化の進展やそれに伴う医療費の増嵩、健康保険組合をはじめ被用者保険の財政事情も合わせて考えるとき、医療制度を将来にわたり安定的に持続させるために、長寿医療制度の創設は、当面の策として評価できる。

また、この制度の創設は、財政的な面のほかに、医療的な面でも「在宅支援診療所」や「在宅主治医」、「終末期相談支援料」の創設などといった画期的な仕組みが盛り込まれ、在宅医療の推進のための仕組みが診療報酬上で評価されたことは評価できる。

(2) 国・都道府県の役割として望むこと

① 調整交付金のあり方について

- i 国の定率負担と調整交付金の割合について
- ii 保険料の収納率によって調整交付金を減額することについて
- iii 都道府県の調整交付金について

<意見>

- i 定率負担を50%にして、調整交付金は、定率負担の外枠にすべきである。
- ii 保険料の収納率による調整交付金の減額は廃止するか、もしくは、減額となる収納率の基準を実態に即したものとすべきである。
- iii 都道府県の調整交付金には、都道府県による調整機能を働かせるべきではない。

② 国保事業運営の広域化について

<意見>

国保事業運営の広域化は、都道府県を基礎的な単位として早急に進めるべきである。ただし、この場合、広域連合方式ではなく、都道府県を保険者とすべきである。

【長寿医療制度の広域連合にかかる課題】

- 都道府県の関わりが弱い
- 広域連合の職員は市町村からの派遣
- 広域連合議会の運営に関して非効率なものが多い

③ 医療費適正化の取り組みについて

<意見>

医療費の適正化は、市町村にだけまかせるのではなく、国自身をもっと本腰を入れて取り組むべきである。(例：ジェネリック医薬品の活用推進)

第3章 北海道・札幌市・赤平市における地域医療保険の状況

総務省自治財政局調整課

1 赤平市

(1) 市の概要

赤平市は北海道のほぼ中央部に位置し、東は芦別市、西は滝川市、南は歌志内市、北は深川市に接しており、東西に約 14.1 キロメートル、南北に約 18.5 キロメートルで、市域面積は 129.88 ㎥である。また、平成 20 年 9 月 30 日の住民基本台帳による赤平市の人口は 13,485 人である。

赤平市は大正 7 年に茂尻炭礦が開鉱、以降は石炭のまちとして発展しながら、昭和 35 年には人口もピークの 59,430 人を数えた。その後、石炭産業の衰退により、石炭のまちから工業都市への転換を図るなどの変遷を経て、現在にいたっている。

(2) 市の財政状況

平成 20 年度決算においては、人件費△38.2%、扶助費△22.7%など、大幅な圧縮を行っているほか、投資的経費や維持補修費についても削減を行っており、形式収支では 10 億 9,531 万円となっている。一方、形式収支から翌年度に繰り越した事業の財源として収入済みの歳入額を差し引いた実質収支については、10 億 9,071 万円となっている。

一般会計歳入は、△2 億 6,729 万円（前年度比△2.9%）となっている。その理由としては、軽自動車税の税率を制限税率の 1.5 倍にするなど税込確保に努めたものの、早期退職を含む市職員の退職が 84 名であったこと等による個人市民税の減収から、市税収入は△2,454 万円（前年度比△2.4%）となっていること、また、国庫支出金は△3 億 6,579 億円（前年度比△33.2%）の減少などの要因が挙げられる。

一方、一般会計歳出は、△8 億 8,314 万円（前年度比△10.1%）となっている。その理由としては、財政の健全化に向けた基本方針として市長をはじめ、特別職、一般職、市議会議員の給与等の削減や早期退職などによる人件費の削減を実施し、人件費△6 億 191 万円（前年度比△38.2%）を達成したことや、扶助費△3 億 4,334 万円（前年度比△22.7%）など大幅な圧縮を行っていることの要因が挙げられる。

(3) 赤平市財政健全化計画 ー財政健全化法への対応ー

地方公共団体の財政状況は、普通会計のみで判断されてきたところ、「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」が平成 21 年 4 月から本格施行されたことにより、4 つの健全化判断比率（実質赤字比率、連結実質赤字比率、実質公債費比率、将来負担比率）で判断されることになり、毎年度、実質的な赤字や公社・第三セクター等を含めた実質的な将来負担等に係る指標を議会に報告・公表すること及び健全化判断比率が一定程度悪化した場合は、議会の議決を経て財政健全化計画等を策定し、外部監査を求めること等の義務付けがなされることとなった。

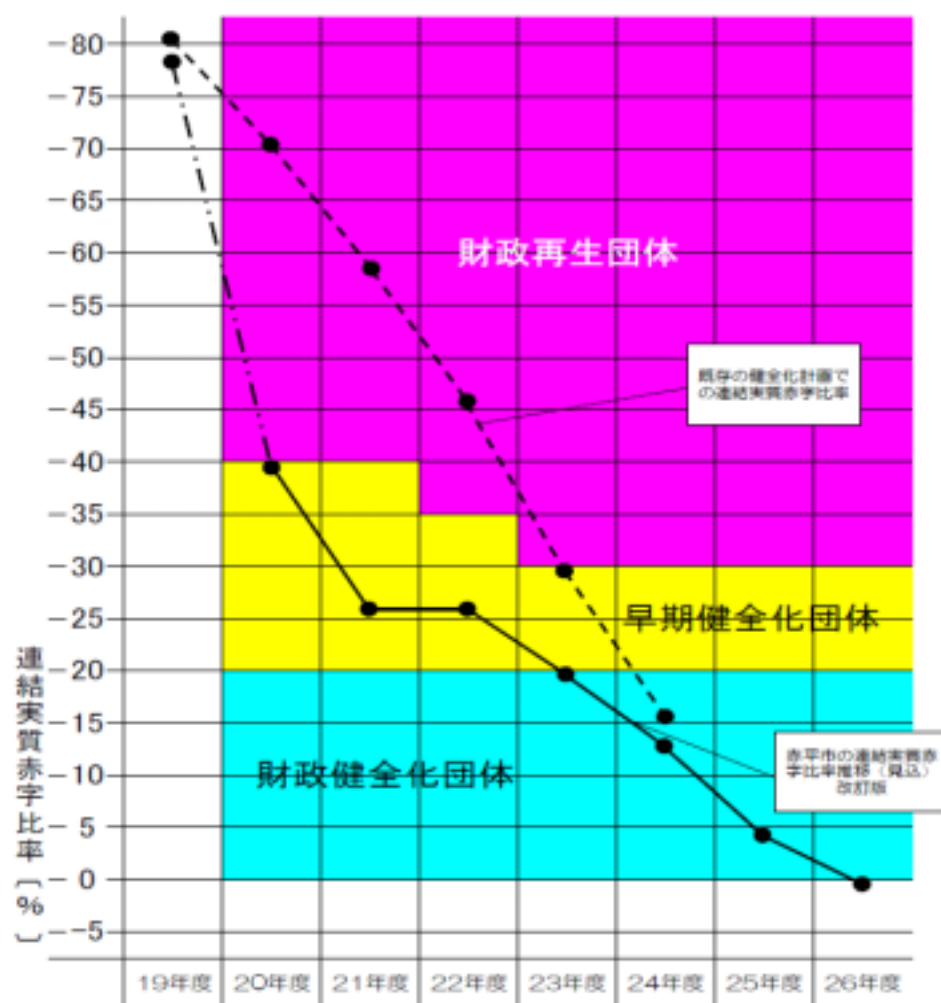
赤平市では、平成 18 年 2 月に「あかびらスクラムプラン」を策定し、財政再建への一歩を踏み出したところであったが、平成 18 年度一般会計決算で赤字が生ずる見込みとなり、また、病院企業会計においても診療報酬のマイナス改定等の影響を受け、財政再建団体に転落する危

第1部 地域医療保険の現状と課題

機が高まったことから、抜本的な行財政改革を進めるため、平成19年3月に新たに赤平市財政健全化計画を策定し、財政の再建に一層取り組むこととした。

さらに、平成19年6月に、新たに地方公共団体の財政健全化並びに公営企業の健全化を図るための「地方公共団体の財政の健全化に関する法律」が成立した。赤平総合病院を運営する赤平市では、病院の赤字運営も重なり、平成19年の連結実質赤字比率は68.8%と全国で2番目に深刻な状態となり「第二の夕張」と呼ばれるような状況であった。こうした状況を踏まえ、早期の財政の健全化を目指すため、平成20年3月に赤平市財政健全化計画を改定し、①市長、職員及び市議の給与を22%~50%削減するなど人件費の大幅な抑制の実施、②市税の税率を制限税率まで引き上げる等の税・使用料の値上げと施設・補助金の見直し、③市立赤平総合病院について、経常収支を基本とした抜本的な医療・経営改革や公立病院特例債等及び一般会計の繰入れによる不良債務の計画的解消、④国民健康保険特別会計について、一般会計より平成19年度から不良債務解消分として1.5億円、繰入れ基準に基づき2.3億円の繰入れを行うほか、単年度赤字を出さないための保険税率の改正や保健事業の強化・充実を図るなど、財政再建のための取組を進めているところである。

連結実質赤字比率推移



イ 赤平市立赤平総合病院の対応

地域の中核医療を担う市立赤平総合病院は、平成 20 年度決算において病院事業会計に係る市債が 39 億 7,883 万円となっており、多額の債務を抱えている状況である。こうした状況を踏まえ、平成 20 年度から、一般病床の削減（191 床→120 床に削減、療養病床は当面 60 床で維持）、皮膚科と産婦人科の休診、透析医療の拡充（透析病床 12 床→20 床に増床）による医療収益の増、経費削減の努力などにより経営の安定化を図っているところである。また、病院側の努力だけでなく、入院患者用のタオルをたたむなどの手伝いを行う市民ボランティアの協力など、住民との連携・協働により地域全体で病院再建を支える姿勢には特筆すべき点がある。

また、経営悪化の原因となる医師不足も深刻である。新医師臨床研修制度が施行された平成 16 年からさらに医師不足に拍車がかかり、平成 19 年度末には研修医を除く常勤医師数は 18 人から 10 人へと減少した。このため、医師・看護師等の確保対策として、市立病院に医師・看護師確保対策委員会を設け、また市長部局には対策室を設置するなどの対策を講じているほか、臨床研修医の募集を開始するなど、医師確保の取り組みを行っているところである。

2 北海道

(1) 道の概要

北海道の面積は 83,456.38 km²（うち北方領土 5,036.14 km²）であり、179 市町村（平成 21 年 4 月 1 日現在）により構成され、日本総面積の約 22%を占める。また、平成 20 年 3 月 31 日の住民基本台帳による北海道の人口は 557 万 1,770 人である。

(2) 道の財政状況

平成 20 年度普通会計決算における実質収支は、5 億 8,278 万円の黒字、実質単年度収支も 27 億 9,574 万円の黒字となっている。

歳入については、景気低迷等の影響などにより地方税が 273 億円の大規模な減収となった一方、地方交付税の増が影響して、歳入総額は 2 兆 5,011 億円（前年比△2.0%）となっており、歳出については、投資的経費の抑制などにより 504 億円減少し、2 兆 4,981 億円（前年度比△2.0%）となっている。

(3) 道における地域医療の現状

イ 医師不足の現状と医師確保対策

北海道の医師数の推移について、人口 10 万人あたりの医師数は、平成 18 年 12 月末現在で 219.7 人となっており、これは全国平均 217.5 人を約 2 人上回る数値となっている。

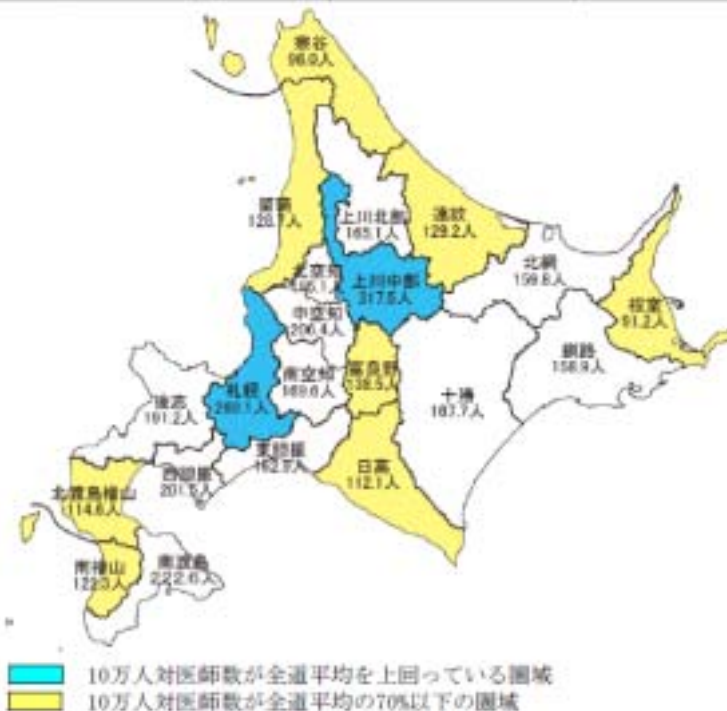
ただし、札幌圏に北海道の医師の約半分が集中しており、地域偏差が著しくなっている。

【二次医療圏別格差（平成20年度末）】

（単位：人）

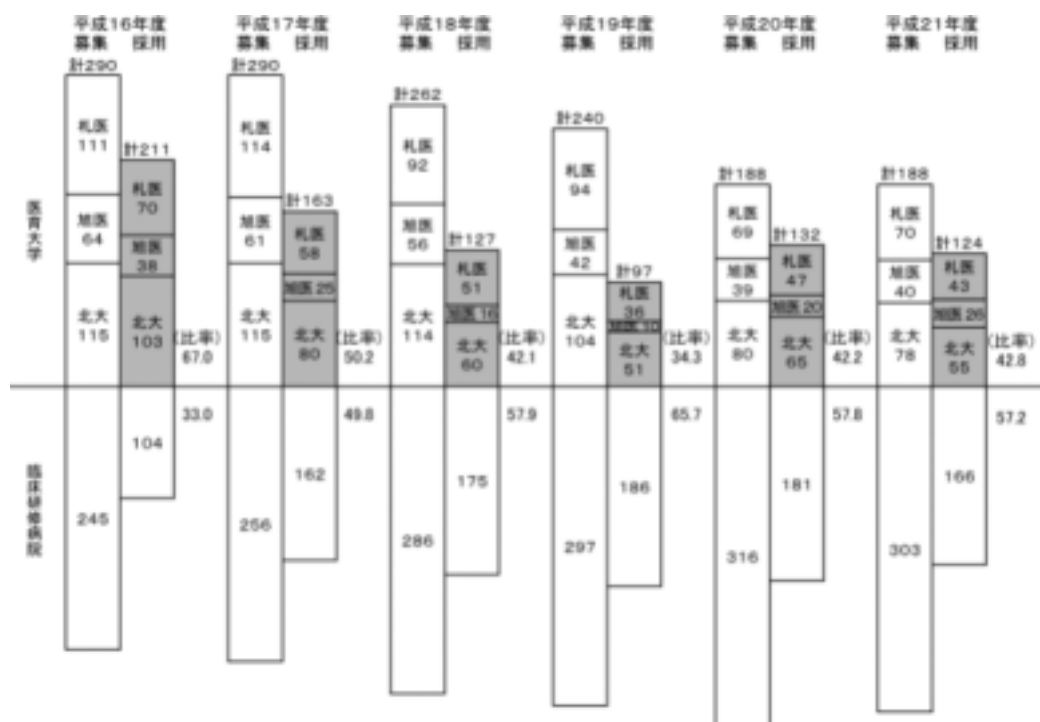
区分	全国	北海道				
		全道	市部	町村部	最高圏域	最低圏域
医師数	286,699	12,447	11,433 (91.9%)	1,014 (8.1%)	札幌圏 6,371	南檜山圏 34
人口10万対	224.5	224.9	257.3	94.4	上川中部圏 317.5	根室圏 91.2

順位	圏域	人口10万対 医師数
1	上川中部	317.5
2	札幌	275.0
3	南渡島	222.6
4	中空知	206.4
5	西胆振	201.5
6	北空知	195.1
7	後志	191.2
8	南空知	169.6
9	十勝	167.7
10	上川北部	165.1
11	東胆振	162.9
12	北網	159.8
13	網走	158.9
14	富良野	138.5
15	遠紋	129.2
16	留萌	128.7
17	南檜山	122.3
18	北渡島檜山	114.6
19	日高	112.1
20	宗谷	96.0
21	根室	91.2
	全道	224.9



また、医師の卒後臨床研修が平成16年4月から必修化され、研修先を自由に選べるようになったこと等が影響し、医育大学での卒後臨床研修を希望する医師が減少傾向にある。

第3章 北海道・札幌市・赤平市における地域医療保険の状況



ロ 医療機関の現状

病床規模別の病院の状況は、全国とほぼ変わりはないが、市町村立病院においては100床未満の小規模な病院の比率が際立って高い。

病床規模	500床～	400～499床	300～399床	200～299床	100～199床	50～99床	20～49床	合計
全 国	468	366	745	1,130	2,746	2,288	1,051	8,794
(構成比)	(5.3%)	(4.2%)	(8.5%)	(12.8%)	(31.2%)	(26.0%)	(12.0%)	(100.0%)
うち市町村立病院	176	55	91	80	196	177	65	840
(構成比)	(21.0%)	(6.5%)	(10.8%)	(9.5%)	(23.3%)	(21.1%)	(7.7%)	(100.0%)
全 道	24	14	48	75	191	192	48	592
(構成比)	(4.1%)	(2.4%)	(8.1%)	(12.7%)	(32.3%)	(32.4%)	(8.1%)	(100.0%)
うち市町村立病院	7	2	7	2	13	44	17	92
(構成比)	(7.6%)	(2.2%)	(7.6%)	(2.2%)	(14.1%)	(47.8%)	(18.5%)	(100.0%)

○全国の数値は平成20年10月1日現在（厚生労働省「平成20年医療施設調査」）

○全道の数値は平成21年4月1日現在道調べ

ハ 「自治体病院等広域化・連携構想」（平成20年1月策定）について

自治体病院は、医師等の医療従事者の不足、医療費の抑制による収益構造の悪化等の極めて厳しい経営環境にあることから、他の医療機関と役割を分担し、相互に連携することによって地域完結型の医療提供体制を構築することが必要である。こうした考え方のもと、「道から市町村、住民への提案」として、平成20年1月に、「自治体病院等広域化・連携構想」を取りまとめた。

その背景として、北海道の自治体病院では、①市町村病院事業の多くは赤字となってお

第1部 地域医療保険の現状と課題

り、一般会計からの繰出しによる経営の維持も困難な状況が数多く見受けられる、②20床～99床の小規模病院が多く、全体の2/3を占めている、③医師数の地域偏差により、少数の医師に過剰な負担がかからないよう配慮が求められる、といった特徴がみられることが大きい。

広域化・連携の推進の方法として、患者の通院状況からみた市町村のつながりや、中核となる病院が存在するといった一定の考え方に基づいて、道内を30の区域に分け、地域単位とし、推進の目安としている。

また、その推進のイメージとして、次の3つの連携パターンを例示している。

- ①中規模病院を区域の中核的病院とし、隣接区域のセンター病院等と連携しつつ、その他の自治体病院は規模の適正化や診療所化を行う場合
- ②センター病院等を医療提供体制の中心におき、区域内の自治体病院は診療所化や規模の適正化を行う場合
- ③複数の自治体病院が機能分担を図り、その中で機能強化する病院と一部の機能を他の病院に委ねる病院が連携する場合

これらの広域化・連携構想を推進するにあたっては、設定した区域ごとに関係者による協議を行うことが不可欠とされている。その検討にあたっては、21の第二次保健医療福祉圏ごとに設定されている「地域保健医療福祉推進協議会」において基本的な考え方等について協議した後、市町村、医療機関、関係団体や住民代表などからなる「検討会議」に移行することが適当であるとしている。

北海道の役割・支援としては、地域の中核的な病院などにおいて医師の臨床研修体制を整備し、医師の養成確保に係る施策を充実させることや、今後も医師確保対策を展開させていくことが求められる。

(4) 北海道における国民健康保険事業の状況

イ 概況

北海道における保険者数は、平成19年度末現在で、171市町村、2広域連合、4国保組合の計177保険者となっている。171市町村のうち、被保険者数3,000人未満の小規模保険者が約44%（76市町村）を占めるなど、小規模保険者が多い。

また、北海道内においては、次の3広域連合が国民健康保険事業を行っている。

- ・空知中部広域連合（平成11年～：歌志内市・奈井江町など1市5町により構成）
- ・大雪地区広域連合（平成16年～：東川町・美瑛町・東神楽町の3町により構成）
- ・後志広域連合（平成21年～：ニセコ町など10町6村により構成）

ロ 財政収支の状況

平成19年度の実質収支では、赤字保険者は34保険者で、その赤字額は158億円となっている。

また、黒字保険者であっても、多額の一般会計からの繰入れなどにより決算を行っている保険者が多い。

こうした北海道における厳しい国保財政の背景としては、①全国に比べ高医療費、②保険料賦課総額の不足、③保険料収納率の低迷、④市町村財政の脆弱などが考えられる。

ハ 保険給付等の状況

平成19年度の北海道における1人当たり療養（医療）諸費用額は502,561円であり、全国平

均値の1.23倍となっている。

また、道内における1人当たり療養（医療）諸費用額を比較すると、最高の赤平市が691,956円であるのに対し、最低の別海町では299,440円となっており、道内市町村保険者間において2.31倍の格差が生じている。

ニ 保険料（税）の状況

北海道においては、医療費が高い半面、低所得者が多いため（※）、保険料（税）は被保険者にとって相当の負担となっていることが考えられ、その収納率は全国平均を大きく下回っている（平成19年度全道平均収納率：90.34%）。

※ 全世帯数における軽減世帯数の保険料（税）軽減割合（平成18年度）

全国：36.04% 北海道：47.31%

ホ 北海道による保険者支援の状況

北海道においては、医師が都市部に集中し地域偏在が著しいなどの医師確保の問題や、自治体病院における経営状況の悪化など、医療提供体制の確保に係る様々な課題がある。また、面積が広大で、積雪、寒冷といった自然的要因や、全国と比較して、一世帯当たりの人員が少なく、高齢者の単身又は夫婦のみの世帯の割合も高く、家庭での介護力に欠けることが推測されるなどの社会的要因により、全国に比べて病床数が多く、入院期間も長いことから、医療費が著しく高い状況となっている。

このような状況の中、北海道では平成20年3月に北海道医療費適正化計画を策定し、レセプト点検の充実強化などの事業を行っているほか、滞納者対策などの保険者指導や市町村の保険料収納率向上対策に対する支援などを行っている。

3 札幌市

（1）市の概要

札幌市は、北海道石狩平野の南西部に位置しており、市域は1121.12km²である。

明治2年に蝦夷から北海道に改称され、開拓使が置かれ札幌本府の建設が始まる。明治8年、最初の屯田兵が入植し、札幌建設計画に基づいて、現在の札幌の基礎を築いた。

人口は、昭和45年には100万人を突破、昭和47年に政令指定都市へ移行し、現在190万人を超える都市に発展している。

（2）市の財政状況

平成20年度一般会計決算は、実質収支は9億8,879万円となっており、財政規模からすれば僅かながらの黒字にとどまっている。

一般会計歳入は、7,644億8,708万円（前年度比0.5%）の微増となっている。その要因として、市税△2億3,381万円（前年度比△0.1%）や地方交付税△8億4,943万円（△0.8%）の減少が影響しているものの、国庫支出金が55億4,125万円増加（前年度比4.7%）したことや市債が32億7,400万円増加（7.0%）したことの増要因が挙げられる。

一般会計歳出は、7,622億5,302万円（前年度比0.5%）の微増となっている。その理由として、人件費△8億4,256万円（前年度比△0.7%）となっているものの、扶助費44億8,012万円増加（前年度比2.6%）したことの増要因が挙げられる。

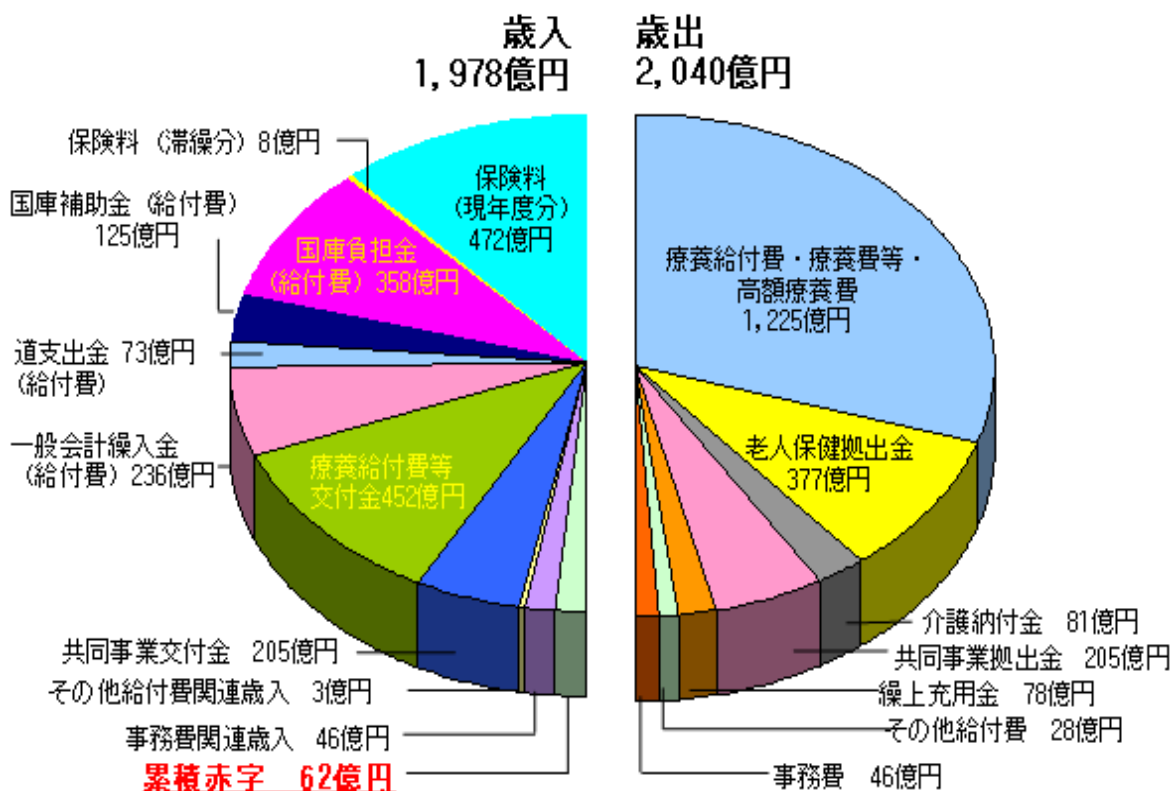
(3) 札幌市における国民健康保険の現状

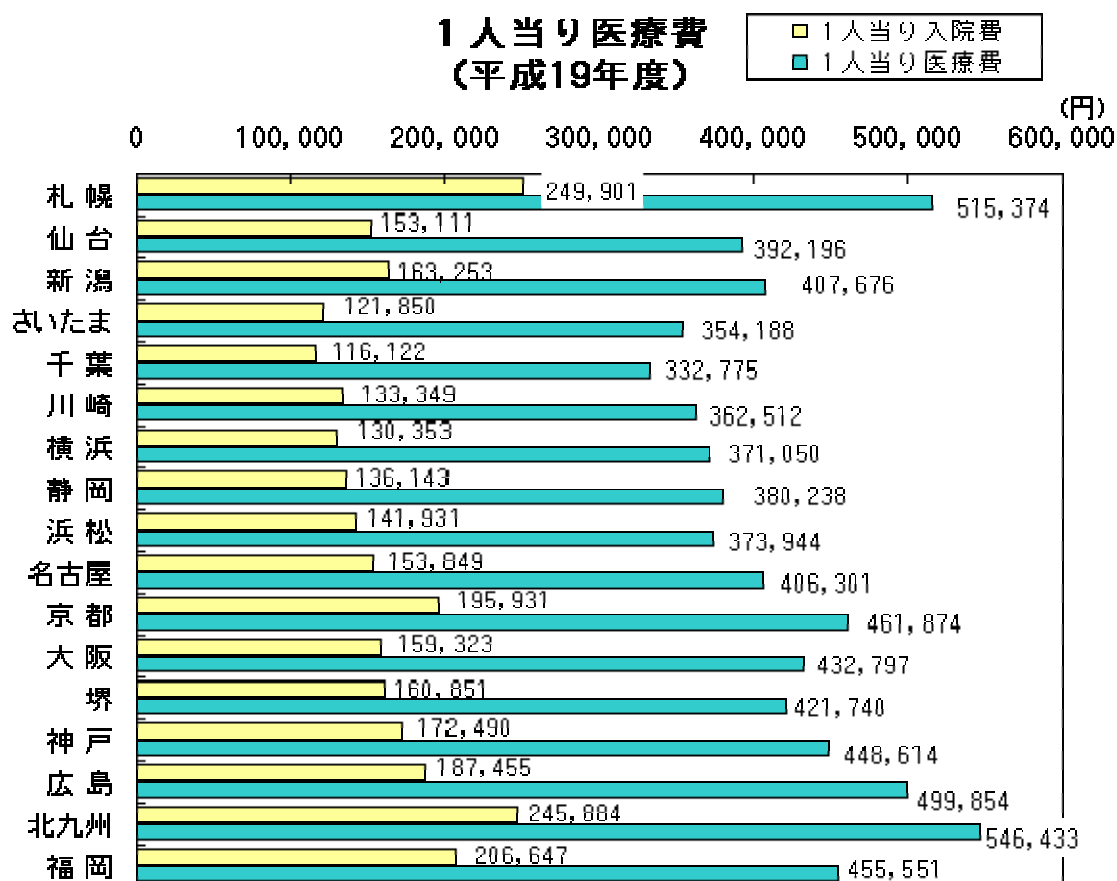
地域医療保険として昭和34年以降、住民の健康と医療の確保に重要な役割を担ってきた国民健康保険制度は、高齢者や低所得者を多く抱える構造のため、財政基盤は極めて不安定な状況となっている。こうした構造的な要因に加え、札幌市においては道内の約38%の医療機関が集中していることや、入院受診率が高いなどの要因により、医療費の負担が大きい状況にある。

札幌市では、安定化計画に基づく医療費適正化計画や保険料収納対策の強化、保険料を抑制するための一般会計繰入措置等の対策を実施しているものの、急速に進む高齢化による医療費の増大や長引く不況による保険料収入の伸び悩み等により、財政運営は厳しい状態が続いている。

以下、札幌市の国民健康保険の状況である。

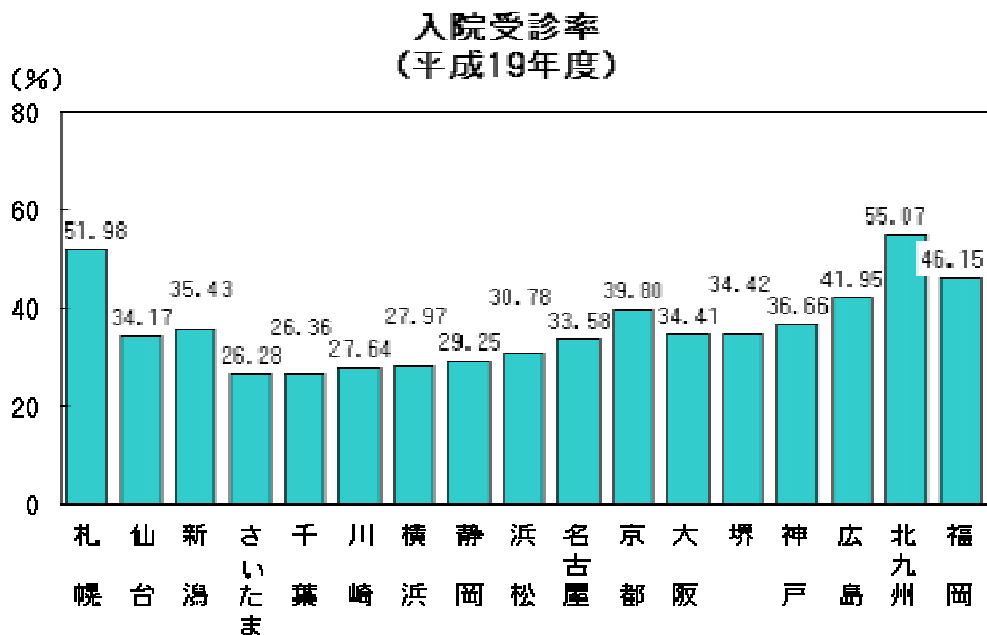
平成19年度国民健康保険会計決算のあらまし



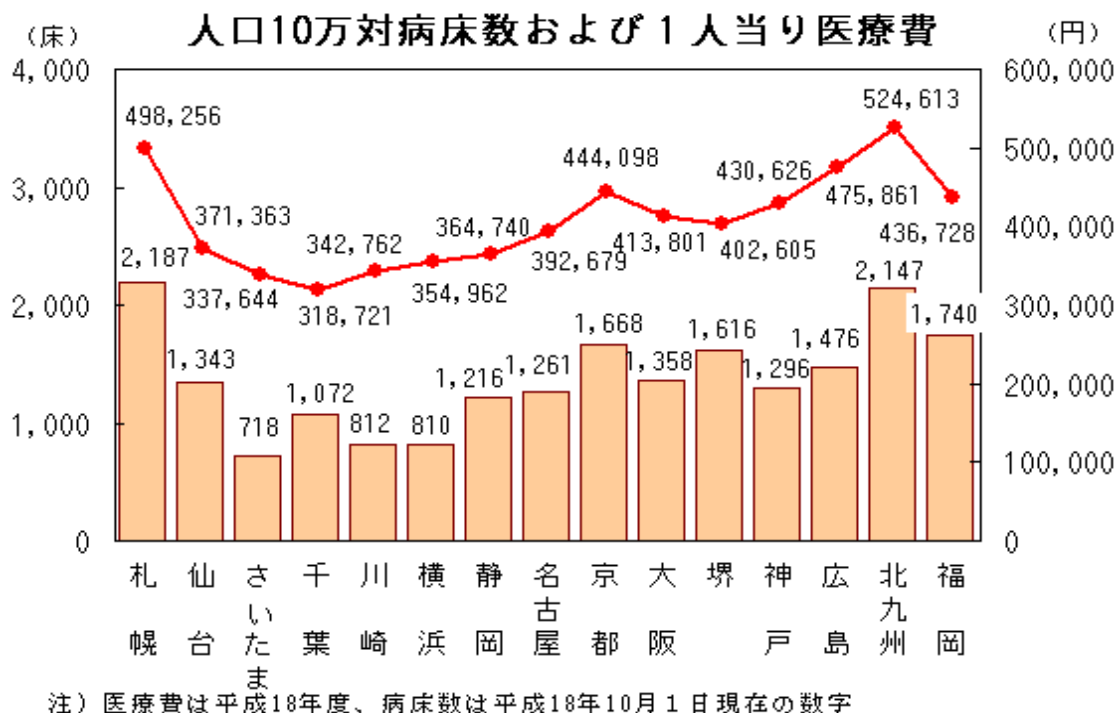


※札幌市の1人当たり医療費は515,374円で政令指定都市中2位である。

また、入院医療費は、総医療費の48.5%を占め、1人当たり入院医療費では、249,901円となり政令指定都市中1位であり、1人当たり医療費が高くなっている。

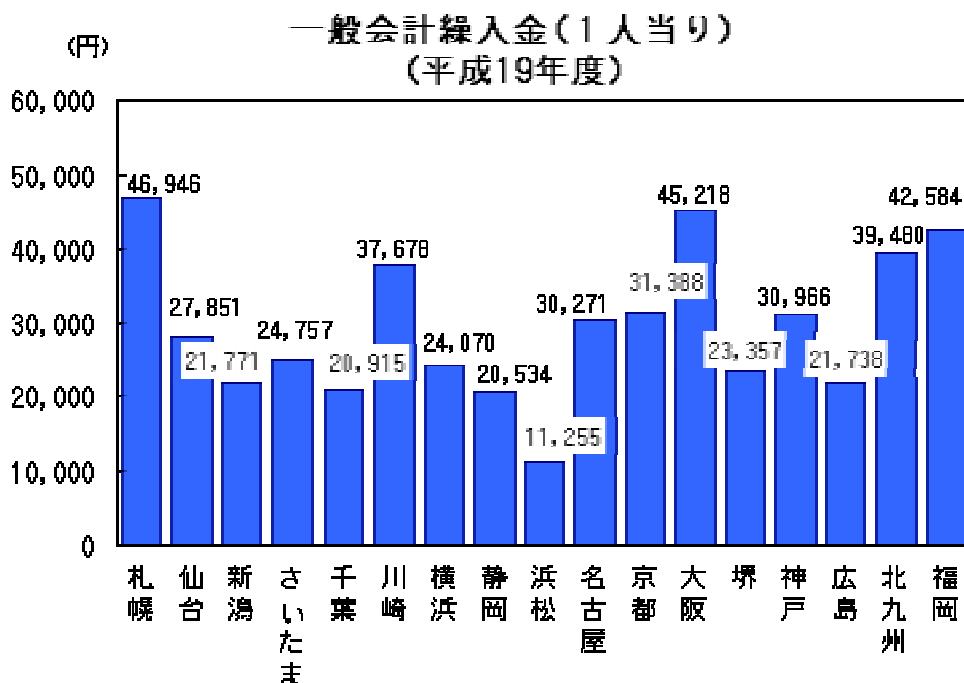


※札幌市の入院受診率は51.98%で政令指定都市中第2位となっている。

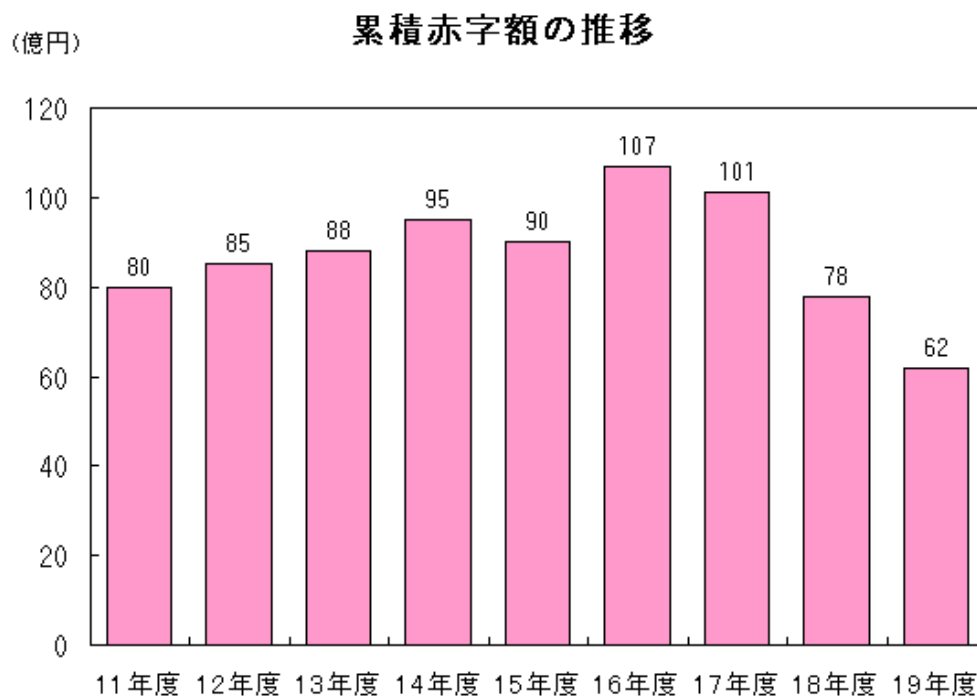


※札幌市の人口10万人当たりの病床数は2,187床で政令指定都市中第1位である(平成18年10月1日現在)

医療費と病床数は相関関係があり、病床数が多い都市は医療費も高くなっている。



※札幌市の1人当たり一般会計繰入金は46,946円となり、政令指定都市中第1位である。



※札幌市の国民健康保険に係る累積赤字額は、平成19年度において62億円となり、前年度から16億円解消した。

この解消財源として一般会計繰入金及び滞納繰越分保険料を充てているが、まずは単年度における国保事業の収支均衡が累積赤字解消に不可欠である

第2部 地方分権改革の推進を踏まえた 医療保険制度の今後のあり方

第1章 国民健康保険の保険者見直しの方向性—国保の歴史も踏まえて—

新田秀樹（大正大学人間学部教授）

1. はじめに

(1) 近年の医療保険制度改革の動向

直近の大規模な医療保険制度改革は、平成 18（2006）年の「健康保険法等の一部を改正する法律」（平成 18 年法律第 83 号）により行われた（以下「2006 年改革」という。）。同改革では「国民皆保険を堅持し、医療保険制度を将来にわたり持続可能なものとしていくこと」が目的とされ、改革の柱の一つとして医療保険の保険者の再編・統合が掲げられた。再編・統合の方向性としては、都道府県単位を軸とする保険運営を目指すこととされ、具体的には、

- ① 政府管掌健康保険については、全国健康保険協会の設立という形で保険者を公法人化した上で、基本的に都道府県支部単位の財政運営（地域の医療費を反映した支部単位の保険料率の設定等）を行い、加入者の年齢構成及び所得構成の違いに基づく支部間の財政格差については、協会が調整を行う（平成 20（2008）年 10 月施行）、
- ② 組管掌健康保険については、同一都道府県内の健康保険組合（以下「健保組合」という。）の再編・統合の受け皿として、企業や業種の枠を超えた地域型健保組合の設立を認める、
- ③ 市町村国民健康保険（以下「市町村国保」という。）については、市町村保険者は維持するが、高額医療費共同事業の継続、新たな保険財政共同安定化事業の創設（平成 18（2006）年 10 月施行）といった財政調整の拡大により、都道府県単位での財政運営を実質的に強めていく

こととされた。

平成 22（2010）年 8 月の総選挙の結果麻生内閣から鳩山内閣へと政権が交代したが、後述のとおり高齢者医療制度については見直しの方針が打ち出されているものの、都道府県単位を軸とする医療保険運営という方向性に関しては、変更の気配は見られない。

(2) 本稿の目的

医療保険において都道府県単位を軸とした保険運営を目指す理由については、2006 年改革の基本的考え方を示し、その検討の出発点となった「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」（平成 15 年 3 月 28 日閣議決定。以下「基本方針」という。）において、①保険の安定的運営の必要、②都道府県医療計画の存在、③都道府県を単位とした医療提供の実態といった保険運営面及び医療供給面の理由が挙げられている。

しかし、本来は、保険者の規模や保険の運営主体を見直すに当たっては、見直しが適切なものとなるよう、保険財政の安定性、医療供給面との関連性、保険者自治の強度などの種々の要素について、その長短を総合的に検討すべきであろう。

そこで、本稿においては、地域保険である国保の保険者を市町村単位の主体から都道府県単位の主体へと見直すこととした場合に想定される法制的な論点を、国保の歴史も踏まえながら検討するという作業を通じて、現在の改革の方向性が妥当かどうかの評価を試みたい。

第2部 地域分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

(3) 現在の国保制度の概要

なお、検討に先立ち、現在（平成22（2010）年2月時点）の国保制度の概要を参考までに示せば、以下のとおりである。

【制度の目的】

- ・ 国保事業の健全な運営を確保し、もって社会保障及び国民保健の向上に寄与すること。

【保険者】

- ・ 保険者は、原則として市町村（特別区を含む。以下同じ。）とする（事業実施は義務的）。国保組合は、市町村の国保事業の運営に支障を及ぼさないと認められるときは、都道府県知事の認可を受けて国保事業を行うことができる（事業実施は任意かつ補完的）。
- ・ 市町村国保の保険者（市町村）は、高額医療費共同事業、保険財政共同安定化事業等の都道府県単位の財政調整を行っている。

【被保険者】

- ・ 市町村国保の被保険者は、当該市町村の区域内に住所を有する者（有資格者強制加入）だが、被用者保険（健康保険、船員保険、各種共済組合）の被保険者及び被扶養者、後期高齢者医療制度の被保険者、生活保護受給世帯に属する者、国保組合の被保険者等については、適用が除外される。
- ・ 国保組合は、同種の事業又は業務に従事する者で当該組合の地区内に住所を有する者を組合員として組織し、組合員及び組合員の世帯に属する者を被保険者とする（市町村国保と同様の適用除外あり）。

【保険事故と保険給付】

- ・ （被保険者の）疾病及び負傷に関し原則として療養の給付（患者一部負担あり）等を、出産に関し出産育児一時金の支給を、死亡に関し葬祭費の支給又は葬祭の給付を行う。
- ・ ただし、特別の理由があるときは、保険者は、出産・死亡に関する給付の一部又は全部を行わないことができる。
- ・ なお、保険者が任意に決定できる部分は、一部負担割合の引下げ、傷病手当金の支給などさほど多くはない。

【費用】

- ・ 保険給付に要する費用は、国保料又は国保税と公費負担（国・都道府県・市町村）により賄われる。
- ・ 国保料に関する事項は、国保法に規定するもののほか、政令で定める基準に従って条例（市町村国保の場合）又は規約（国保組合の場合）で定める（国保法第81条）。実際には、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）でかなり詳細に具体的内容が規定され、保険者の決定に枠をはめている。

2. 市町村国保の特徴と課題

(1) 特徴

始めに、市町村国保の特徴を、保険者が市町村となるに至った歴史的経緯も踏まえつつ確認しておきたい。

旧国保法制定当初（昭和 13（1938）年）の保険者は、原則として市町村毎に、その区域内の世帯主（ただし健康保険、共済組合など他の医療保険に加入できる者を除く）を組合員として組織された、任意設立かつ任意加入の保険組合（普通国民健康保険組合）であった。しかし、戦争で荒廃した国保の再建を図るため昭和 23（1948）年に行われた旧国保法の第 3 次改正において、市町村公営原則が採用され、国保の保険者は原則として市町村とされたのである。そして、市町村が国保事業を実施する場合には国保への加入要件を満たす者は全員強制加入とされたが、市町村が事業を行うかどうかは任意とされた（任意実施だが実施すれば強制加入）²⁾。その後昭和 30 年代に入ると我が国の復興とともに国民皆保険の機運が高まったことから、昭和 33（1958）年に旧国保法が現行国保法に全面改正され、それにより全市町村が国保事業を実施することが義務付けられ（強制実施かつ強制加入）、昭和 36（1961）年にはいわゆる国民皆保険が達成されたのである。

したがって、以上のような経緯を経て現在の姿となった国保制度の特徴としては、①市町村を保険者とする地域保険であること、②被用者保険加入者、後期高齢者医療制度加入者、生活保護受給者など他制度による医療（費）保障を受ける者以外の市町村居住者を被保険者とする地域保険であること、すなわち、国保の被保険者になるかどうかはいわば消去法的に決まること、③②の結果として、市町村国保が国民皆保険体制を支える基盤となっていることの 3 点が挙げられよう。

（2）課題

上記のような特徴をもつ市町村国保の課題としては、次のような点が指摘されている。

- ① 加入者の年齢が高い（全加入者中、60～64 歳が 12.5%、65～69 歳が 14.4%、70～74 歳が 13.6%（平成 19（2007）年 9 月推計））。
- ② 無職者が多い（世帯主の 55.4%（平成 19（2007）年度））。
- ③ 低所得世帯が多い（全世帯中、所得なしが 27.0%、0 円以上 100 万円未満が 22.7%、100 万円以上 200 万円未満が 23.6%（平成 19（2007）年度））。
- ④ （被用者保険に比べると）保険料収納率が低い（収納率は 90.49%（平成 19（2007）年度）、滞納世帯の割合は 20.9%（平成 20（2008）年））。
- ⑤ 保険者間で医療費と保険料が異なる。
- ⑥ 平成の大合併後もかなりの数の小規模保険者が存在する（被保険者数 3000 人未満が 329 保険者、3000 人以上 5000 人未満が 217 保険者（平成 18（2006）年））。

市町村国保の課題は別稿で詳しく紹介されるものと思われるので、本稿では確認に止めたが、一つ注意すべきは、これら①～⑥の課題は、市町村国保の保険者及び被保険者の要件から必然的に生ずる制度的・構造的な問題であるということである。その意味で、国保の課題は、近年に新たに発生したものではなく、制度創設当初から存在していた問題が経済社会状況の変化に伴い顕在化・深刻化したものとして捉えることができよう。したがって、国保制度の改革に当たっては、これらの構造的必然を所与としつつその改善を図る程度の改革に止めるのか、構造自体の抜本的見直しにまで踏み込むような大改革を行うのかという改革の規模が論点の一つとなる。

また、地域保険たる市町村国保が有する上記課題解決のための制度見直しに当たっては、地域及び加入者の多様性（人口、気候・風土、（医療の提供と受療を含む）文化・慣習、年齢、職業、所得、生活様式等々）をどこまで考慮して、保険者と被保険者のあり方を見直すべきかということも論

第2部 地域分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

点となろう。旧国保法の企画立案に携わった川村秀文は、保険者を市町村単位の国保組合とした理由について「国保制度の対象は国民の有らゆる者を網羅し、地方に依り其の生活状態、衛生状態又は経済力等に著しい差異があるので、国民生活の実際に即せしめ本制度の効果を十分に挙げる為には、地方的に自治的組合を組織し地方の実情に応じ適切な事業の経営を為さしめることが最も肝要である」(要旨)³⁾と述べて、地域及び加入者の多様性が保険者の決定に大きな影響を及ぼしたことを認めている。そうであるとすれば、工業化・都市化の波を経て東京中心の生活様式や文化の画一化が進んだ現在の日本において、地域保険の保険者を市町村単位とすることの妥当性がどこまであるかということも検討される必要があるだろう。

さらに、見直しに当たってのそもそもの論点として、見直しの最終目的(すなわち医療保険制度改革の目標)が何かということは、当たり前のことではあるが改めて確認しておく必要がある。国保を始めとする医療保険制度改革の目的は、おそらく「国民(住民)に、適切な医療を、可能な限り効率的に提供すること」であろう。したがって、(特に、医療(費)保障制度の構造自体の抜本的見直しまで踏み込むということであるのなら)そのような最終目的を達成する手段として「(市町村国保を基盤とした)国民皆保険体制を堅持し続けること」が本当に最善の手段なのかということも問い直されなければなるまい。例えば、皆保険の最大の難点としては、本来保険料負担能力のない低所得者までも被保険者として市町村国保制度内に抱え込むことが挙げられるが、市町村国保の保険としての純粋性を高める方向で制度を見直すのであれば、こうした低所得者については国保とは別に租税を財源とした社会扶助方式の低所得者向け医療制度を創ることも考えられるので、上記最終目的に照らして、皆保険体制と低所得者向け医療制度双方のメリットとデメリットが検討される必要もあるのではないかと⁴⁾。

次節以下では、以上のような一般的論点に留意しつつ、地域保険の保険者に係る具体的論点の検討を行いたい。

3. 地域医療保険の運営主体

(1) 運営主体(保険者)の最低限の機能

運営主体の検討に当たっては、或る主体が医療保険の保険者であると言い得るためには、最低限どのような機能を果たす必要があるかということが問題となる。医療保険の保険者の機能としては、被保険者の管理、保険料の賦課・徴収、保険給付の実施の他、専門的情報機関としての機能、保険契約の当事者としての機能、被保険者の適切な受診や健康の保持増進を促す機能など多様なものが考えられるが、保険が保険として成り立つための基本的機能は、やはり①被保険者の把握・管理と②保険財政計画(予算)の立案と実施(すなわち、保険料の賦課・徴収と保険給付の実施及びその執行状況の管理)ということになるだろう。したがって、そのような機能を有する国保保険者としてどのような規模のどのような主体が最適かという観点から、現在の制度改革の妥当性を検証する必要がある。

もっとも、保険財政計画については、立案と執行状況の管理を行いさえすれば、保険料徴収や給付の実施を他者に委託しても運営主体(保険者)と言い得るかどうか論点となり得る。例えば、介護保険の保険者としての市町村は第1号被保険者の保険料徴収の大部分を公的年金の保険者に、また、第2号被保険者の保険料徴収を医療保険の保険者に委ねているし、後期高齢者医療広域連合

は加入者である後期高齢者の保険料を市町村に徴収させているが、これらはいずれも保険者であると一般に考えられている。他方で従前の老人保健制度において老人医療の給付を行っていた市町村や全国健康保険協会の個々の都道府県支部が（独立した）保険者と称されることはないことからすると、結局のところ、医療保険財政に赤字が発生した場合に、赤字についての最終責任を負う者であれば運営主体（保険者）とすることができるのかもしれない。しかし、保険料徴収を他者に委ねて責任ある財政運営が本当にできるのか、また、受託者の方は赤字補填の責任がないままに本気で保険料徴収に取り組んでくれるのかといった点は、現実の制度運営においては大きな問題となろう。

（2）運営主体の選択肢

i) 沿革

医療保険の運営主体については、大きく分けて、①専ら保険運営を行うことを目的とした法人（例：保険組合）に運営を担わせるという考え方（組合主義）と、②国・都道府県・市町村といった公共団体（一般行政主体）が保険者も兼ねるという考え方（公営主義）とがある。

既に述べたとおり、旧国保法制定（昭和 13（1938）年）の際は組合主義が採用されたが、その理由としては、①千差万別の地方の実情に応じて、自治的組合により適切な事業経営を行わせる、②相扶共済（≒相互扶助）の精神を徹底し、加入者相互の責任感の徹底（相互監視）により、制度の濫用を防止するといったことが挙げられた。また、市町村による公営方式としなかったのは、①（当時の）市町村においては、一般医療は市町村本来の事務とは認められなかった（衛生行政は警察署が所管）、②（加入者の意見が適切に反映されない）市町村会の議決で国保事業の一切を行うのは適当ではない、③市町村会の現状では、政治的行動により、国保事業の健全な発達が阻害される恐れがある、④（特に）町村の事業実施能力に疑問があるといった説明がなされたのである。

この原則組合主義を原則公営主義に切り替えたのが、市町村公営原則を採用した旧国保法の第 3 次改正（昭和 23（1948）年）であるが、その理由としては、①政策的理由として、市町村公営とすることにより、戦争で壊滅的打撃を受けた国保事業の維持・再建を図ろうとしたこと、②制度的な理由として、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）等も制定され、地方自治体の民主化と権限拡大が進んだこと、③実際的理由として、以下のような市町村公営の長短を比較衡量した結果、長所が短所を上回ると考えられたことなどが挙げられた⁵⁾。

（市町村公営の長所）

- ・ 国保の公共的性格が一層強くなり、社会保険としての効果を期待できること。
- ・ 市町村が既に受け持っている予防、公衆衛生、生活保護の仕事と不可分の関係にある国保の仕事と同時にを行うことにより、事務の総合的な運営が期待でき、また、事務能率を増進できること。
- ・ 保険料の徴収方法を市町村税と同様にすることによって、組合としてはできない賦課徴収上の便宜が得られ、国保の財政問題を緩和することができること。

（市町村公営の短所）

- ・ 国保事業が市町村の議会を通じて行われる場合、往々にして党派的感情に差配されやすくなること。
- ・ 国保が、役場事務のように、事務的・機械的・形式的に扱われ、国保事業の自由闊達な成

第2部 地域分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

長を妨げるおそれがあること。

ii) 評価

以上の経緯等も踏まえると、組合主義のメリット（逆に言えば公営主義のデメリット）は次のように整理できよう。

- ・（地方）公共団体の議会は保険加入者以外の者も含む住民の代表である議員により構成されるのに対し、保険組合の執行・議決等の機関は基本的に被保険者の代表のみで構成されるので、保険者としての自治・自律がより徹底される。
- ・ 保険組合は、地域に関連のある種々の公共的役務を行わなければならない（地方）公共団体と異なり、保険の運営のみに専念することとなるので、（担当者が変わらないこともあって）保険者としての専門性が向上し、保険者機能も強化されて、当該保険者の実情に応じて、弾力的かつ効率的な保険運営を行うことが期待できる。

また、公営主義のメリット（逆に組合主義のデメリット）は次のようになる。

- ・ 保険事業の公共性を強化できる。
- ・ 関連する行政・事業との総合的・一体的運営を進めやすい。
- ・ 実際の事業運営に当たり、一般財源（租税財源）からの補助を受けやすい。そして、この観点から見れば、（地方）公共団体の議会在保険加入者以外の者も含む住民の代表である議員により構成されることは、必ずしもマイナスとは言えなくなる。
- ・ 既存の安定的組織（地方公共団体の存在は憲法上も保障）が利用できる⁶⁾。

そこで、以上の長短をどのように評価するかが問題となるが、社会保険の保険としての純粹性や業務の専門性を重んじる立場に立てば保険組合による運営が本来の在り方ということになる。しかし、現実には、少なくとも 60 年余り国保の保険者が原則市町村であって、保険者（保険事業の経営を担当する主体）としての市町村と行政主体（国保法の執行という行政作用を担当する主体）としての市町村という二面的役割を果たしてきたことを考慮すれば、今後国保の運営主体の見直しをすとしても、保険組合ではなく公共団体（一般行政主体）を保険者とすることは維持した上で、保険者と行政主体という 2 つの役割のバランスがいかにあるべきかを検討することの方が、当面の議論としては建設的なように思われる。

また、特に我が国においては、保険組合による保険運営と行政主体による保険運営とで実際のところどのくらい運営が異なるのかについてのさらなる検討も必要ではないか。少なくともかつての普通国保組合については、これを市町村公営に切り替えるに当たって、制度創設時に強調された組合による自治的な事業運営のメリットを放棄することの是非は殆ど検討されなかった。その理由は、国保の（実際の）組合自治はもともとかなり形式的なものであったが、それすらも戦時中の第 1 次国民皆保険運動の過程において完全に形骸化して、組合は厚生行政の末端組織と化したため、市町村行政の一部に国保を組み入れるに当たって、そのことにより保険者自治の要素が失われるデメリットを改めて考慮する必要がそもそも生じなかったからである。運営主体の決定に当たっては、そうした事実も考慮すべきであろう。

4. 地域医療保険の運営の規模・区域

(1) 沿革

次に、地域医療保険の運営主体の規模・区域について検討する。地域医療保険の運営規模・区域としては、市町村レベル、都道府県レベル、全国レベルの他、二次医療圏レベル、(市町村を再編した上での人口 30 万人程度の) 基礎的自治体レベル、道州レベルなども考えられるが、いずれにせよ現行の市町村国保を見直すとするれば、それは運営区域を市町村レベルより拡大する方向の是非についての検討ということに、基本的になろう。

そこで、国保組合の規模を原則市町村単位とした旧国保法制定時(昭和 13 (1938) 年)の説明を見ると、市町村単位とした理由としては、①多様な地域の実情に対応するには、地方単位の組合が適当である、②旧国保法の検討当初は、任意加入制ではなく強制加入制の組合とすることを考えていたため、加入強制を担保する上では地区単位(地域保険)とする必要があった、③市町村における隣保相扶・郷土団結の精神を基調とする円滑な事業運営を期する(逆に、国・県レベルでは規模が大きくなりすぎて相互扶助的精神が発揚できない)、④国保組合と市町村の密接な連携を保つことができるといったことが挙げられていた。ただし、最終的には原則が任意加入制となったため、②の理由は表向きの説明からは削られることとなったのであるが、こうした立案経緯からすれば、保険者を市町村単位とするに当たっては、当局は、精神的要素とともに実務的要素も相当重視していたことが窺えるであろう。

また、旧国保法第 3 次改正(昭和 23 (1948) 年)において市町村公営原則を採用した理由(すなわち運営規模を市町村のまま維持することとした理由)については、「市町村が既に受け持っている予防、公衆衛生、生活保護の仕事と不可分の関係にある国保の仕事を同時に行うことにより、事務の総合的な運営が期待でき、また、事務能率を増進できる」といった説明が当時なされている⁷⁾。

(2) 評価

以上の経緯等も踏まえて、地域医療保険の運営の規模・区域を市町村レベルより拡大することとした場合のメリットを整理すれば、次のようになろう。

- ・ 保険者規模が大きい方がリスク分散が図りやすく、保険財政は安定する。ただし、このメリットは、高額医療費の発生等による財政運営の振幅を小さくするといった意味では妥当するが、保険者規模を拡大することによって保険財政が黒字基調を維持できるようになるとは限らないことに留意する必要がある。
- ・ 二次医療圏レベル、都道府県レベル或いは全国レベルにまで拡大すると、医療サービスの受益とその費用負担との対応関係が常識的にわかりやすくなる(すなわち当該地域の医療費の高低に応じて保険料が設定される)という点で、一定の説得力がある。ただし、このメリットを活かすためには、保険者に医療供給面をコントロールする実質的な権限と責任が与えられていることが前提となる⁸⁾。
- ・ 保険者機能の多く(対外的交渉力、内部的事務処理能力等)は、規模を拡大した方が強化される、あるいは効率化されることが期待できる⁹⁾。ただし、この点は、保険料(税)の徴収及び保健(ヘルス)事業の実施については妥当しない可能性があることに留意する必要がある。

第2部 地域分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

逆に、運営の規模・区域を市町村レベルより拡大することとした場合のデメリットとしては次のようなものが考えられる。

- ・ 保険者間の競争により保険運営効率化へのインセンティブが高まるとすれば、保険者が大きくなり数が減ると効率性が低減する恐れがある¹⁰⁾。
- ・ 保険者機能の中でもかなり重要な機能である保険料(税)の徴収及び保健(ヘルス)事業の実施については、きめ細かな実施が重要と思われるが、それが困難になる可能性がある(再掲)。
- ・ 保険者自治、特に対内的自律(保険団体のメンバーが、保険の管理運営に当事者として参加し、その意見が十分反映されること)が、機能しづらくなる可能性がある。
- ・ 連帯は極めて多義的な概念であるが、少なくとも連帯意識(相互扶助の精神)に関しては、規模が小さく身近なメンバーの多い集団の方がメンバーの同質性が高く連帯意識は強いものと一般的には想定されるので、規模が拡大するとそれが弱まる恐れがある。
- ・ (国保の運営主体が市町村以外のものとなった場合は)市町村で国保を行う場合のメリットとされた国保と他の事務・事業との総合的な運営が困難になる。これに関しては、保健・医療・福祉の連携の重要性が強調される現在、医療及び保健の中核である国保を、市町村が行う介護保険やその他の保健・福祉事業から切り離すことは妥当といえるのか、また、広域化と地方分権推進の理念との整合的な説明はできるのかといったことも検討されなければならぬ¹¹⁾。

地域医療保険の保険者の規模を見直すのであれば、見直しが適切なものとなるよう、上記のような、①保険財政の安定性、②保険運営の効率性、③医療供給面との関連性、④保険者機能の強度、⑤保険者自治の強度、⑥加入者の連帯の強度、⑦保険運営のフィージビリティ(保険料徴収の現実性、他事業・他部局との連携の円滑性等)など様々な要素について、その長短を総合的に検討しなければならない。その上で、あるべき論と現在の国保の実態とを比較対照し、実現可能な見直し案を探ることが必要である。

そうした視座から2006年改革における保険者の再編・統合を巡る議論を見ると、議論の重点が保険財政面と医療供給面に偏りすぎていて、あるべき保険者自治或いは加入者の(社会)連帯の醸成という観点からの検討が不十分なように思われてならない。社会扶助(租税財源の制度)と異なる社会保険の本質が保険者自治と加入者の連帯(互助精神)にあるとするならば、あるべき論としては、国保(或いはそれに代わる地域医療保険)を単なる行政施策ではなく、できる限り(社会)保険事業として運営しつつ、保険料負担者による民主的決定の貫徹、決定プロセスへの参加を通じての新たな連帯の醸成(これには制度構造が加入者の意識を変えることへの期待も含む)、分権的な複数保険者の競争による給付管理の効率化といった社会保険ならではのメリットを追求していくことが、望ましい。そうであるとすれば、保険者は(前述のとおり、当面は現実的ではないかもしれないが)行政庁よりも組合の方が、その数は単一ではなく複数の方が、また、各保険者の規模はそうしたメリットを最大化できる程度の規模である方が適当であろう。以上のような考えに立つ場合には、保険者規模はそれほど大きくならないと思われるので、一気に都道府県レベルまで保険者の規模を拡大することについては慎重であるべきではないか。

5. 最近の議論動向の評価

(1) 後期高齢者医療制度の廃止

最後に、昨年の政権交代後に検討が進められつつある医療保険制度見直しの議論動向について簡単に触れておきたい。一つは後期高齢者医療制度の廃止についてである。

「後期高齢者医療制度の廃止と廃止に伴う国保の負担増に対する国の支援」という民主党のマニフェストに基づき、昨年11月に厚生労働省に「高齢医療制度改革会議」が設置され、第1回会合では「検討に当たっての基本的な考え方」として、年齢で区分するという問題を解消する、高齢者の保険料が急増したり不公平にならないようにする、市町村国保の広域化につながる見直しとするなど6項目が示されたが、現時点（平成22（2010）年2月時点）では本格的な議論はこれからという状況のようである。

新たな制度がどのようなものになるかは全く予断を許さないが、年齢による区分をなくす方向で検討するという事になれば、過去に議論されてきた高齢者の医療（費）保障システムである独立方式、突き抜け方式、リスク構造調整方式、一本化方式のうちの独立方式以外のいずれかのヴァリエーションにならざるを得ないと思われる。その際は、公平な負担の在り方についての検討はもとより、新制度の運営主体（保険者？）の理念とフィージビリティの両面からの妥当性や税・保険料・（他の医療保険の保険者等第三者からの）負担金の異同といった点についても議論を尽くすことが重要であろう。

(2) 被用者保険と国保の段階的統合と地域保険としての一元的運用

民主党のマニフェストにはさらなる将来的目標として「被用者保険と国保の段階的統合と地域保険としての一元的運用」ということも掲げられているが、この実現には、当然のことながら高齢者医療制度の見直し以上の困難が伴う。

被用者保険と国保の統合・一本化は、医療保険のいわば永遠の課題ともいえるべきものであって、現在の医療保険制度体系の根幹である国民皆保険体制実現の検討の際も「現下における医療保障制度ならびに国民生活の実情にかんがみ、すみやかに医療保障制度の改善を行い、国民皆保険体制を確立する必要がある…… [しかし] 現実の問題としては、今後相当の期間は健康保険を中軸とする被用者保険と、国民健康保険を中心とする地域保険の二本建てのままで進み、国民皆保険の体制への途を切り開いてゆくという方向をとらざるを得ない…… [二本建てとする理由は] 一つには、わが国の医療制度が英国のような公営医療を実現し得るような体制になっていないことに基づく」（社会保障制度審議会「医療保障制度に関する勧告」（昭和31（1956）年11月8日））とされて先送りされてから数えても、半世紀以上が経過している難題である。

したがって、容易に関係者の合意が得られるとも思われない。過去の一元化の議論からすれば、少なくとも次のような点の検討が必要であろう。

- ・ いずれにせよ地域保険となろうが、その場合の保険者をどうするか。
- ・ （応益的保険料を残すか応能的保険料のみにするかなど）保険料の設定方法をどうするか。
- ・ 地域保険とする場合には、現在の被用者保険における事業主負担及び事業主の保険料納付義務を正当化する根拠が消滅することになるが、その場合の事業主負担の取扱いや被用者

第2部 地域分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

である被保険者からの保険料徴収方法をどうするか。

6. おわりに

本稿においては、制度創設時と市町村公営原則採用時の国保の保険者も参照しながら、地域医療保険の運営主体と運営規模を決定するに当たり考慮すべき論点についての検討を行った。考え得る選択肢のそれぞれに長短があり、地域医療保険の最適保険者が一義的に導き出されるわけではないが、よりよい保険者の決定に当たって考慮すべき事項としては、理論的妥当性のみならず、制度の過去との連続性により担保された実現可能性も重要と思われる。市町村国保をどうするかは、少なくとも平成期に入ってから、2006年改革も含め常に医療保険制度改革の中心的課題であり続けてきた。理論的に公平かつ効率的であるばかりでなく、現実的故に加入者が制度への信頼感を持つことのできる制度の構築が、政権が交代した今こそ求められている。

【注】

- 1) 当時の我が国は基本的に農村社会であったため、普通国保組合は、実際には町村や小都市の農民等を主たる加入者として予定していた。これに対し、大都市の中小商工業者等を対象とした旧国保法上の保険者として、同一事業又は同種同業の従事者を組合員として組織する特別国保組合（現行国保法上の国保組合の前身）が規定されたが、本稿では市町村国保に焦点を当てて論じているため省略する。
- 2) 市町村が国保事業を行わない場合は、普通国保組合等による事業実施が認められた。
- 3) 川村秀文他（1939）『国民健康保険法詳解』巖松堂書店、45頁。
- 4) 皆保険と比較した場合の、社会扶助方式（租税財源）による低所得者向け医療制度のメリットとしては、①低所得者は保険料負担を免れる、②社会保険と社会扶助の制度が明確に区分されることで、社会保険（国保）の保険（保険料を支払う能力のある者による保険）としての自立性・安定性が強まるといった点が、また、デメリットとしては、①低所得者の選定に当たり選別主義の弊害（所得把握への抵抗感、スティグマ、低捕捉等）が生じる可能性が高い、②低所得者向け医療制度においては、医療内容が保険診療よりも制限される可能性（劣等医療となる可能性）がある、③フランスやドイツにおいても、普遍的医療保障（CMU、1999年創設）による従来の医療保険未適用者の一般制度への取込み（フランス）、法定医療保険競争強化法（GKV-WSG、2007年制定）による「疾病時に他の方法による保障を受けられない者」の公的医療保険への加入強制（ドイツ）といった形で近年皆保険志向が強まっていることに反するといった点が挙げられる。
- 5) もっとも、歴史的事実としては、厚生省当局は当初組合主義を維持する方向で考えていたようで、それが市町村公営原則に切り替わったのはGHQサイドの意見によるところが大きい。
- 6) ただし、当然のことながら、二次医療圏県単位の運営、道州制が採用された場合の（旧）都道府県単位の運営のような場合には、このメリットは妥当しなくなる。
- 7) ただし、第3次改正法案の国会での審議経過等から見ると、厚生省当局は、普通国保組合の区域を地域の郡単位又は都道府県単位へと拡大することを危険分散上は望ましいとしつつも、自治体としての当時の市町村の実情等からして、それを原則とするのは時期尚早と考えていた節があ

る。

- 8) 我が国では（過密化した）医療施設の競争が医療費の増大を促しているとの指摘〔地域差研究会編（2001）『医療費の地域差』東洋経済新報社、173-188頁（中西悟志稿）〕がある。
- 9) 平成6（1994）年度から平成9（1997）年度までのデータを基に、当時の国保制度を前提として一定の仮定を置き分析すると、世帯当たりの保険運営費（支出費目という総務費のことであり、その中心は保険料徴収費である）を最小化する保険者数は47保険者となる、との研究がある〔泉田信行（2003）「国保制度における保険者の規模」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社、121-136頁〕。
- 10) もっとも、「保険者間の競争により保険運営効率化へのインセンティブが高まる」という前提が妥当かどうかについては、規模のメリットによる効率化の効果との比較衡量の検証が必要である。なお、これに関しては、保険者間の競争があるとされるドイツやオランダの医療保険の管理費は、日本やフランスの管理費よりも高いとの指摘〔国立社会保障・人口問題研究所編（2005）『社会保障制度改革 日本と諸外国の選択』東京大学出版会、4-5頁（府川哲夫・金子能宏稿）〕もある。
- 11) 私見では、「基礎的な地方公共団体」としての市町村が増進を図らなければならない「住民の福祉」の中に、保健・医療・（狭義の）福祉は、何がどの程度含まれるべきかを精査する必要があると考える。その場合、一次医療（特にプライマリーケアや慢性疾患・生活習慣病に対する医療、或いは在宅医療）と、二次医療・三次医療・急性期の医療・救急医療等とは区別して考えるべきであろうし、介護保険制度において市町村介護保険事業計画と都道府県介護保険事業支援計画とでなされているような役割分担のアナロジーを、医療についても検討する必要があるだろう。

【参考文献】

- ・ 碓井光明（2009）『社会保障財政法精義』信山社。
- ・ 笠木映里（2007）「特集：フランス社会保障制度の現状と課題／医療制度—近年の動向・現状・課題—」『海外社会保障研究』161号。
- ・ 倉田聡（2009）『社会保険の構造分析—社会保障における「連帯」のかたち』北海道大学出版会。
- ・ 新田秀樹（2009）『国民健康保険の保険者—制度創設から市町村公営までの制度論的考察—』信山社。

第2章 国民健康保険財政に影響を与える制度内・外の諸要因についての検討¹

国立社会保障・人口問題研究所

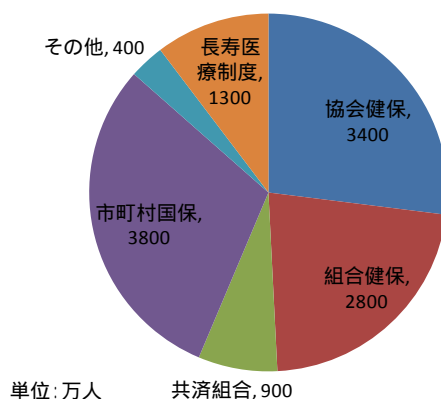
泉田信行

1. はじめに

国民健康保険制度は国際的観点から見た日本の公的医療保険制度の特徴のひとつと言える。すなわち、国民健康保険法の第5条で規定するように全ての国民を対象とした皆保険制度を根拠づけるものである。皆保険制度は医療の恩恵を広く享受することを可能ならしめるものであるが、それを維持するための費用も必要となる。

皆保険を維持するためには健康リスクだけで決定されない形の費用負担体系が必要となる。例えば、個人の健康リスクだけで決定される保険料であれば、慢性疾患に罹患した患者は保険料を支払えなくなる可能性が高い。このため、健康リスクが高い人は受ける給付に対して相対的に低く、健康リスクが低い人は相対的に高い保険料を納付することが必要になる。一般的には若年層は健康リスクに対して高い保険料を、高齢層は健康リスクに対して低い保険料を支払うことになる。

図1：制度別公的医療保険制度加入者数（平成20年見込み）



出所：厚生労働省保険局国保課資料より筆者作成

日本の公的医療保険制度は国民健康保険制度のみで構成されるのではない。事業主等に雇用される者（被用者）は国民健康保険制度を離脱して、被用者保険に加入することになる。また、平成20年4月より長寿医療制度（後期高齢者医療制度）が実施され、75歳以上の高齢者は長寿医療制度（後期高齢者医療制度）を通じて医療給付を受けることとなった。制度別に見た加入者数は図1のとおりまとめられる。

¹ 本稿において、意見にわたる部分は全て筆者個人の見解である。

第2部 地方分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

被用者が国民健康保険制度から離脱することは、国民健康保険加入者のうち被用者の比率が非常に少ないことを意味する。被用者については保険料の徴収を事業所単位で実施することも可能である。給与からの天引きである。他方、国民健康保険加入者については、年金からの保険料の特別徴収（天引き）以外行われていない。このため、国民健康保険においては、未納の問題が存在することになる。

また、国民健康保険に加入する被用者の数は非常に少なく、自営業者、高齢者をはじめとする無職の者が多くなる。この特性もあり、国民健康保険の加入者の所得水準は平均すると被用者保険加入者よりも低くなっている。結果として、国民健康保険は加入者の所得リスクにもさらされていることになる。

さらに、国民健康保険は保険者が市町村とされている。このため、100万人以上加入する大規模な国民健康保険の保険者もある一方、極めて少数の加入者から構成される保険者もある。これまでも国民健康保険の規模についての研究はされてきており、より大きな単位で運営される方が効率的であるという研究成果もある。

他方、給付の対象となる医療サービスについては、サービス提供者を疲弊から救うという観点からサービス提供者に対する単価を高める必要があるとする意見が多い。そのためには財源の確保が必要であり、その場合は保険財政の収支バランスが赤字に傾くことになる。これは国民健康保険の保険者も直面する課題である。

このように多数の、しかも一時的ではなく構造的と考えられる課題に直面している国民健康保険制度内・外の要因について検討することが本稿の目的である。特に3点に絞って議論を展開する。第一に国民健康保険制度における保険者の規模である。本稿ではこれまで研究されてきた事務費の効率性の観点ではなく、医療費支出の予測可能性の観点から保険者規模について検討することを試みる。第二に、加入者の所得水準に関する分析である。特に、国民健康保険制度と他の医療保険制度の加入者の間の比較に重点をおいて分析が行われる。国民健康保険加入者の所得水準の低さは良く知られているが、同一の所得水準で保険料水準が被用者保険よりも高くなる国民健康保険の保険者も存在することが指摘される。第三に医療費の地域差について検討が行われる。地域差は構造的なものである可能性が指摘された後に、それが改善可能なのか否かが議論される。これらの分析を踏まえた上で今後の国民健康保険制度の方向性についての議論が行われる。

2. 規模に関する検討

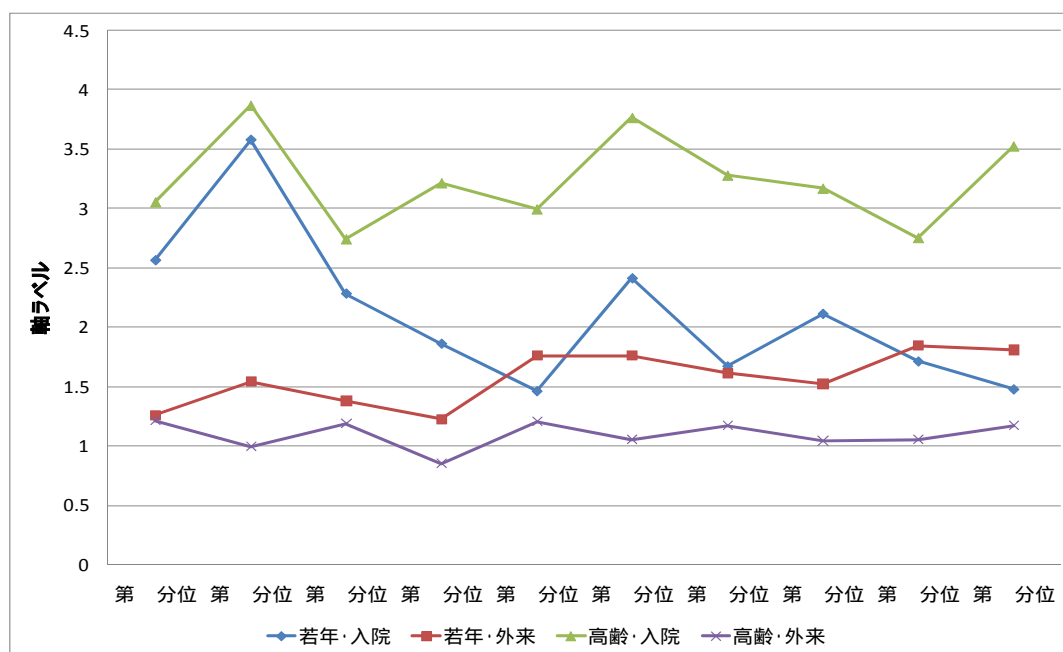
本節では医療保険制度の財政の安定性について検討する。医療保険制度が安定的に運営されるためには財政的な安定性が重要である。財政的な安定性は収支が黒字であることも重要であるが、将来の支出額の変動が小さいことも重要である。将来の支出額がより正確に予測可能であれば、将来必要となる財政負担額や保険料率もより正確に予測することが可能となる。このことは将来の保険財政が安定するための必要条件である。

より正確に支出額を予測するためには大数の法則が働く必要がある。医療費支出は確率的に発生すると考えられる。加入者数がより多くなることによって、医療費支出が発生する確率の変動が小さくなることが期待される。実際に加入者の規模が大きくなると医療費支出の変動が小さくなるか

否か、小さくなる場合にもそれがどの程度であるか、は検証する必要がある。

そこで本節においては、国民健康保険中央会「国民健康保険の実態」のデータを用いて保険者の規模と医療費支出額のリスクの規模との関係を考察する。ここで用いるリスク指標は金融工学の分野で用いられているヒストリカル・ボラティリティである。ヒストリカル・ボラティリティは予測対象となる指標の変動率について、時系列の標準偏差を計算したものである。

図2：国民健康保険の規模と受診率の変動率



出所：筆者作成

ここでは国民健康保険の実態に掲載されている受診率と一件あたり医療費の標準偏差を一般・老人別、入院と外来別に計算した。計算に当たっては、平成6年から平成19年までの実績値を利用した。計算ステップとしては最初に保険者規模ごとの受診率を算出する。全保険者について、若年・高齢者別に入院受診率、外来受診率を計算した結果は本稿末尾の付属図表1、付属図表2に示されている。また、一日あたり医療費は付属図表3、4に示されている。次に受診率、一日あたり医療費の対前年度伸び率を計算した。これらは付属図表5、6に全保険者についての動向が示されている。受診率、一日あたり医療費の対前年度伸び率について、保険加入者数に応じて保険者を10階級に区分した上で、その時系列の変動に関する標準偏差を計算した²。それらの結果が図2と図3である。

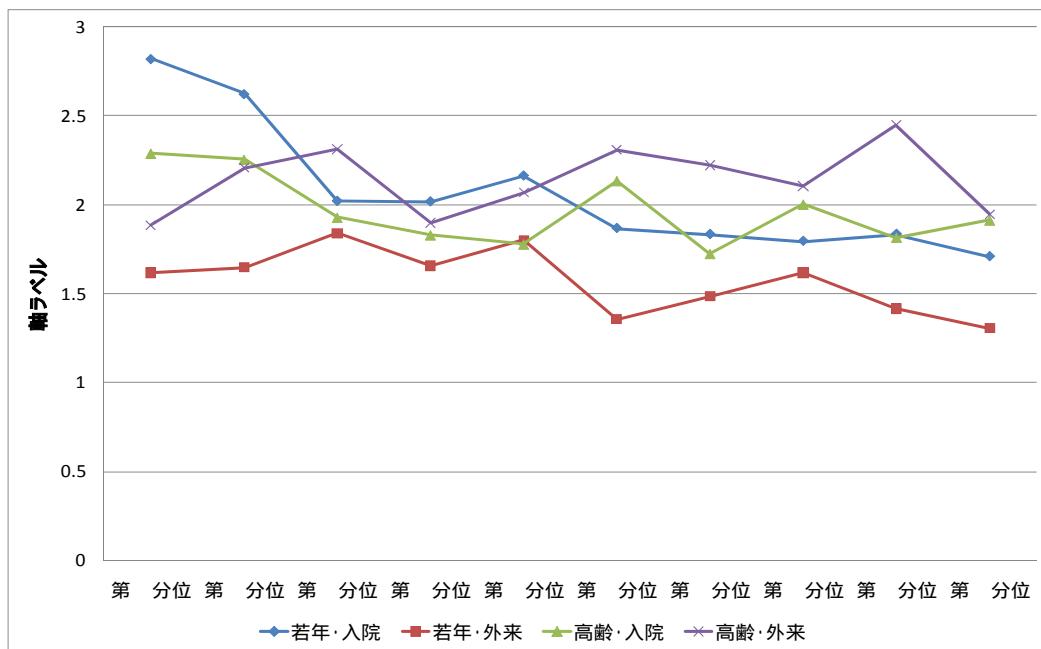
図2は受診率の時系列の変動に関する標準偏差（ヒストリカル・ボラティリティ）を示したものである。横軸の左から右にいくほど保険者の規模が大きくなる。それゆえ、規模が増大するほどボラティリティが小さくなるのであれば、グラフは右下がりになる。ところが、図2を見ると受診率のボラティリティのグラフのうち右下がりとなっていると考えられるのは若年の入院のみであった。

² 本来は個別の保険者単位でデータを集積して計算すべきかも知れない。しかし計算の対象期間中に市町村合併が急速に進んだためにデータの連結が難しくなったこともありここでは断念した。

第2部 地方分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

他については規模との関係はグラフからは明確ではなかった。図3によって一日あたり医療費のポラティリティを観察すると、右下がりになっていると考えられるのはやはり若年層の入院についてのみであった。

図3：国民健康保険の規模と一日あたり医療費の変動率



出所：筆者作成

統計的には各群の標準偏差を二乗して分散を算出することによって多群間の分散が均一であるか否かを Bartlett 検定した。ある検定対象（例えば若年・入院）に関する、保険者規模第1分位から第X分位の10個の群における受診率の13年間にわたる変動に関する標準偏差 s_1^2, \dots, s_{10}^2 について、 s_E^2 を

$$s_E^2 = \frac{1}{13 \cdot 10 - 10} \sum_{i=1}^{10} (13 - 1) s_i^2$$

と定義する。ここで、

$$M = (13 \cdot 10 - 10) \ln s_E^2 - \sum_{i=1}^{10} (13 - 1) \ln s_i^2$$

および

$$C = 1 + \frac{1}{3(13 - 1)} \left(\sum_{i=1}^{10} \frac{1}{(13 - 1)} - \frac{1}{130 - 10} \right)$$

と定義すると、Bartlett 検定の検定統計量は M/C によって与えられる³。

この検定統計量は帰無仮説、全ての群で分散が均一である、が正しい場合に χ^2 二乗分布に従う。検定の結果、若年・入院受診率については帰無仮説が棄却されたが、他については帰無仮説が棄却さ

³ ここでは議論の簡単化のために形式的な定義のためだけに変数は導入せず、具体的な数字を与えた識だけを表示した。

れなかった（表1参照）。よって、保険者の規模を10階級に分けた場合、加入者数の規模によって変動率が低下する可能性があるのは若年・入院受診率の系列のみであった。

表1：Bartlett 検定の結果

	M値	M/C
若年・入院受診率	18.464	17.916
高齢・入院受診率	3.037	2.947
若年・外来受診率	4.555	4.420
高齢・外来受診率	2.508	2.433
若年・入院一日当たり医療費	6.587	6.391
高齢・入院一日当たり医療費	2.174	2.109
若年・外来一日当たり医療費	2.819	2.735
高齢・外来一日当たり医療費	1.725	1.674
C値 (共通)	1.031	
2(9) (共通;有意水準0.05)	16.919	

出所：筆者作成

このような結果がなぜ発生したかを検討することは重要である。保険加入者数が少数である場合、ある一人の高額医療費の発生により一人当たりの平均医療費は大きく変動したり、ある一人の受診回数の増加により一人当たり平均受診回数が増加したりする可能性がある。加入者が多い場合にはその影響が軽微になる。これが若年・入院の受診率以外には成立しないことを上で示したことになる。受診率の場合、考えられるひとつの理由は皆が均等に医療を使用する場合である。これは、医療費を使用することがリスクではなくなるため、保険加入者の規模と受診率の間に関係が見られなくても不思議ではない⁴。一日当たり医療費の場合は、そもそも一日当たり医療費が何によって決まるか、という点を検討する必要があるだろう。医療機関に受診して診療内容が決まると医療費が決定される。その意味では受診の意思決定がなされた後に保険加入者が（一日当たり）医療費の決定に与える影響は大きくないと考えられる。ここでの結果は、どの規模の国民健康保険の保険者に加入していても受ける医療の内容は異ならないという結果を示しているのかも知れない。

3. 加入者の所得水準に関する比較分析

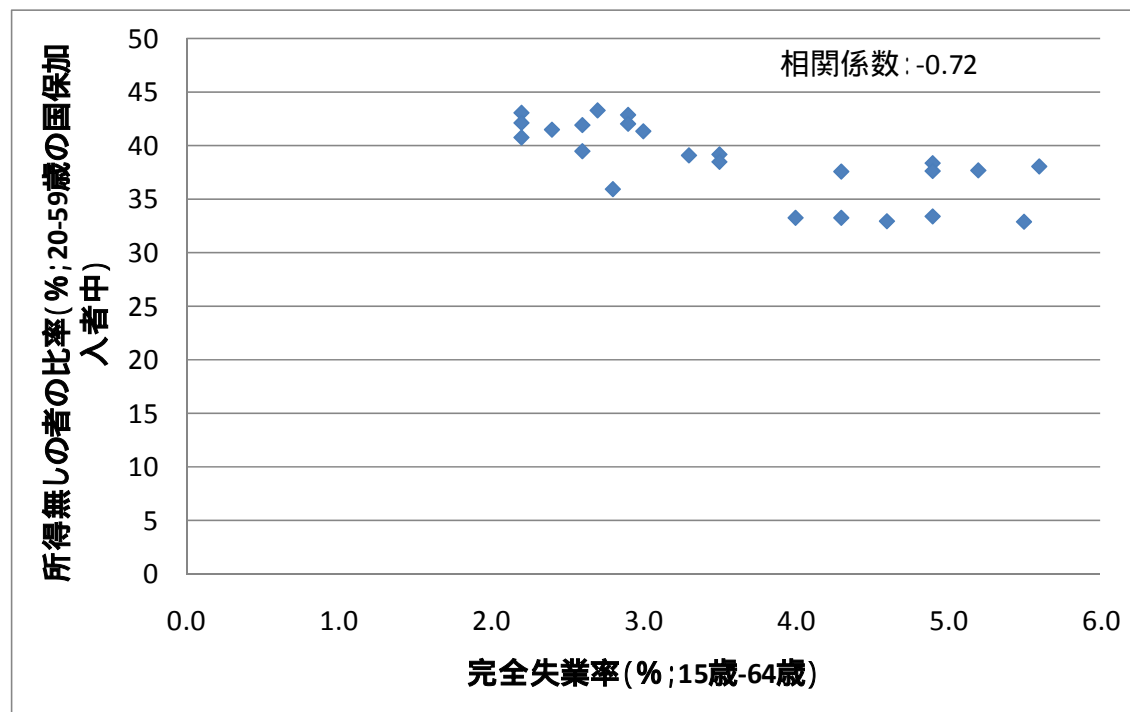
国民健康保険制度加入者の所得水準の動向として、加入者に占める無職者の割合の高まりと、所得稼得者の所得水準の低下傾向が指摘されている。国民健康保険制度の加入者は定義上被用者とその家族、以外となる。この結果、農林漁業従事者をはじめとする自営業の世帯、年金生活世帯、失業世帯、などが概念的には含まれることとなる。このため、景気変動により失業者数が増加すると国民健康保険財政が悪化すると予想される。しかしながら、データからは単純にそのような図式は描き出されない。「国民健康保険実態調査」から20歳から60歳の間の被保険者数とそのうちの所得無し者の数のデータが得られる。これを用いて、ワーキングエイジと考えられる20歳から60

⁴ ただし、皆が医療を均等に使用する状況が何を意味するのかは検討する必要があると考えられる。

第2部 地方分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

歳の者のうちの所得無し者比率が計算できる。これと完全失業率（15歳-64歳）の間の相関を示したのが図4である。

図4：完全失業率と所得無し者比率の関係

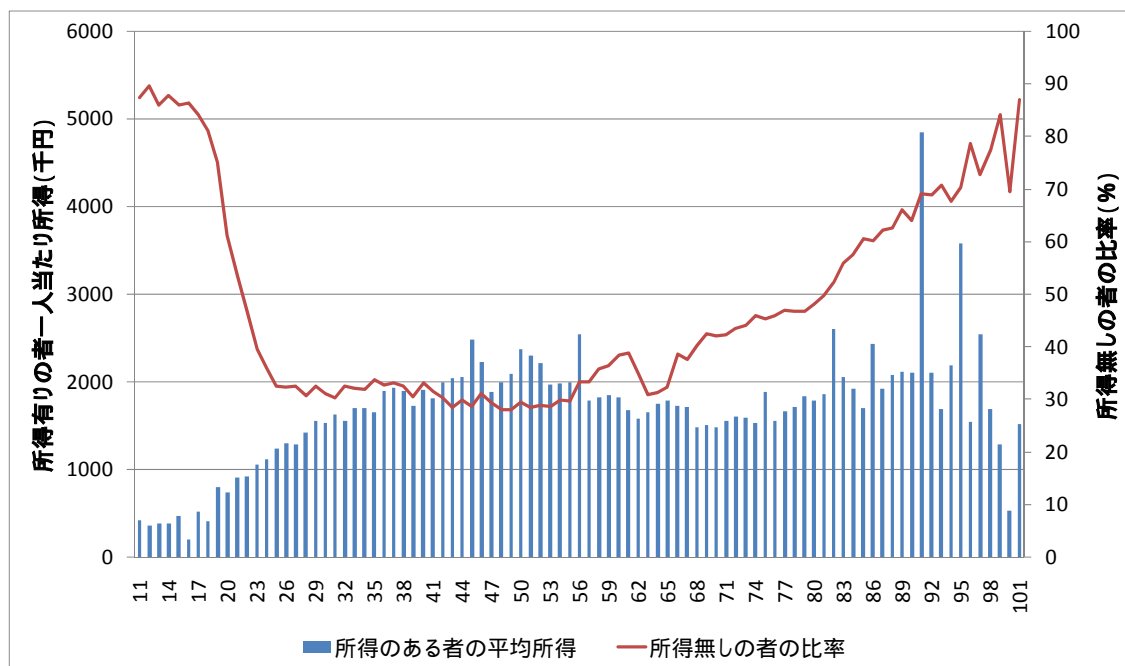


出所：厚生労働省保険局調査課「国民健康保険実態調査」及び総務省統計局「労働力調査」から筆者作成

データが利用可能な昭和59年から平成19年について、各年の20歳から60歳の国保加入者のうちの所得無し者比率を計算し、完全失業率との散布図を描いている。両者の間の相関係数は-0.72と負の関係が強い可能性が示唆されている。このため、失業率が高まると所得無し者の比率が高まるという関係があるとは考えにくい。この点の理由はより深く追求されるべきと考えられる。考えられる理由としては、失業者が生活保護を受給する場合である。この場合、失業者は国保に加入することはない。

他に考えられる点は、失業者であっても年度単位で見た場合には「所得無し」には該当しない可能性である。例えば年度の途中で失業した場合である。この場合は失業率の増大と共に、所得有りの者に占める低所得者の比率が高まる可能性があると考えられる。この点の検討は興味深い点であるが紙幅の都合上本稿ではこれ以上踏み込まず、直近の年度の加入者の所得分布について観察するにとどめる。

図5：年齢階級別所得無し者比率と所得のある者の平均所得



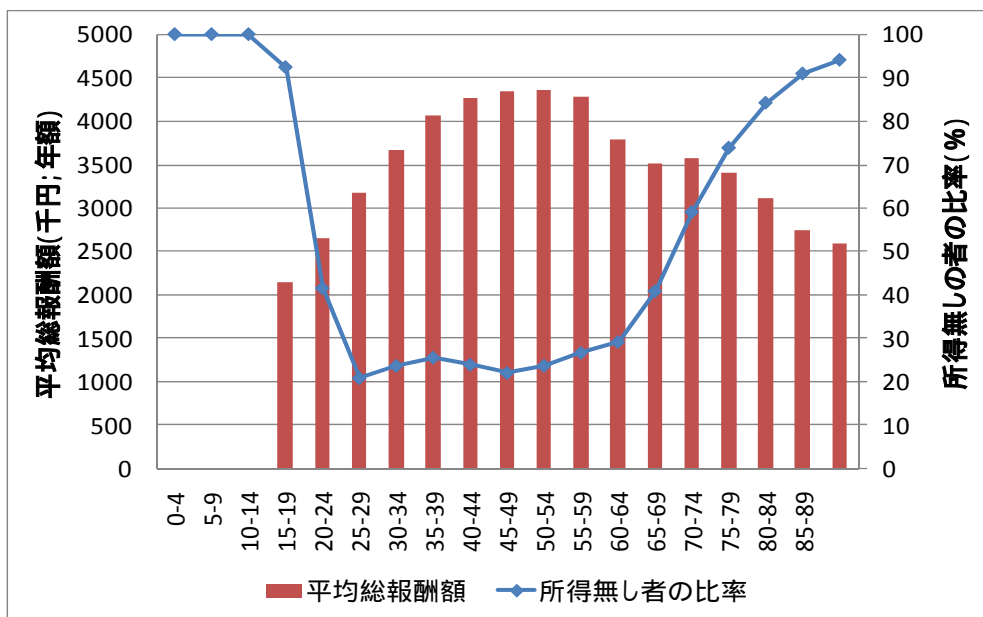
出所：厚生労働省保険局調査課「平成19年度 国民健康保険実態調査」から筆者作成

図5は国民健康保険加入者について、年齢各歳の所得無し者の比率と所得のある者の平均所得を示したものである。右側の縦軸が年齢各歳の所得無し者の比率である。横軸が年齢であるので、20歳位までは所得無し者の比率が90%近くであるが、その後急速に低下し、25歳で約32%となる。その水準が50歳代半ばまで続き、その後上昇に転じる。

他方、所得のある者の平均所得は年齢の上昇と共に徐々に増加し、35歳ほどで200万円台となる。この後50歳代半ばまで200万円の水準を前後するが、その後若干低下する。80歳以降若干増加するが、これはこのコーホートの特徴であると考えられる。この図からは、結局、ワーキングエイジであっても、3割程度の加入者は所得が無い状態であること、ワーキングエイジであっても平均すれば200万円ほどの所得水準となっていること、がわかる。

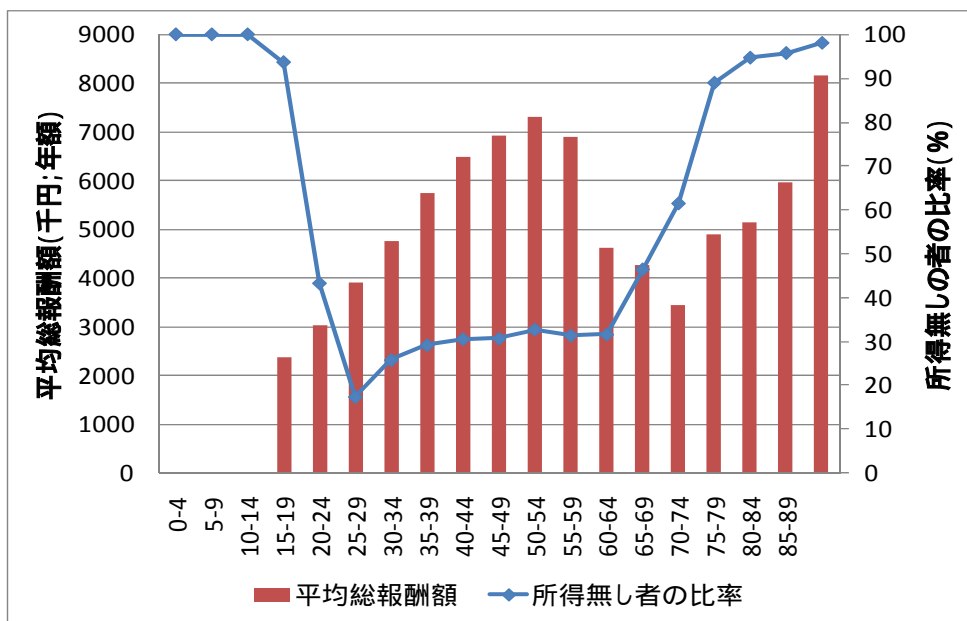
比較のために政管健保加入者と組合健保加入者についても同様の図を作成し検討する。図6は政管健保に関する図である。所得無し者比率は被扶養者数を被扶養者と被保険者の合計人数で除して算出した。

図6：年齢階級別所得無し者比率と所得のある者の平均総報酬（政管健保）



出所：厚生労働省保険局調査課「平成19年度 健康保険被保険者実態調査報告」から筆者作成

図7：年齢階級別所得無し者比率と所得のある者の平均総報酬（組合健保）



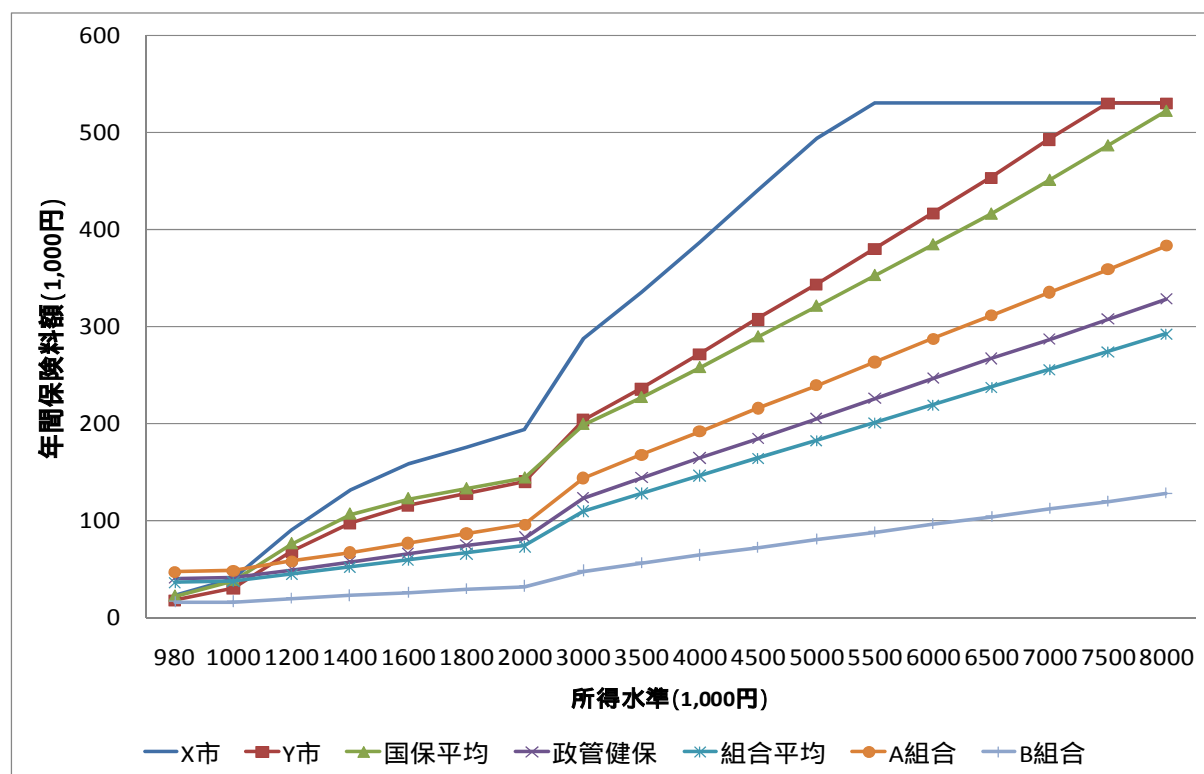
出所：厚生労働省保険局調査課「平成19年度 健康保険被保険者実態調査報告」から筆者作成

年齢階級別の所得無し者比率はほぼ国保の場合と同じ傾向を持つ。他方、平均総報酬額は40代後半から50代前半で最大の約430万円となる。それより上の年齢階級では低下していく。図7は健康保険組合加入者に関するものである。所得無し者比率は国保、政管と同様の動きを示す。他方、平均総報酬額は政管健保と異なる動きを示す。50代前半で最初のピークとして700万円台に到達する。一旦低下し、70代前半でふたつ目の谷として約344万円に到達する。それよりも上の年齢

階級では再度上昇し、90歳以上で800万円を超える水準となる。このような動きをするのは企業の役員が含まれていることによると考えられる。

この結果として、国民健康保険制度全体では給付費の半分にあたる額を加入者の保険料で賄えばよいことになる。しかしながら、それでもなお加入者の所得水準からすると保険料を徴収することが難しく、国民健康保険加入者の保険料負担が重くなり過ぎる可能性がある。この点について図8を用いて検討する。図8は同一の所得水準における保険制度間の保険料がどの程度違い得るかを示したものである。

図8：所得水準ごとの年間保険料額比較



出所：「国民健康保険の実態」、社会保険庁「事業年報」、健康保険組合連合会「事業年報」より筆者作成

あくまでもケーススタディとして、次のように想定した世帯の保険料額を比較した。世帯はひとりの所得稼得者と家庭内で家事のみを行う所得ゼロの配偶者の二人から構成される。国民健康保険加入世帯の場合、所得からは給与所得が控除され、さらに33万円が控除される。この所得に対して一定の料率の保険料が賦課される。健康保険加入世帯の場合は給与額の額面に税が賦課され、給与額を一定の階級に区分した標準報酬額に対して社会保険料が賦課される。

保険料率については次のとおりとした。政管健保の場合は医療保険分の法定料率を用いた。組合健保は健康保険組合事業年報より医療保険分の料率の平均値を得て用いた。なお、A組合、B組合の2組合の料率も用いた。前者は平成18年度において最も料率が高い組合であり、後者は最も料率が低い組合である。X市とY市は政令指定都市である。両市においては所得割の算定根拠が総所得金額等から基礎控除額を差し引いた「旧ただし書き方式」となっている。なお、国民健康保険で

第2部 地方分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

は保険料の賦課は所得に対する所得割部分のみならず、資産割、平等割、均等割、から構成される。資産割は固定資産税額等に対して賦課される。平等割は一世帯当たりの定額、均等割は加入者一人当たりの定額となっている。これらの保険料の想定は表2にまとめられる。

表2：保険料率の想定（平成19年度の数值）

保険料率想定	所得割	資産割	均等割額	平等割額
X市	13.37%	0	20920	32960
Y市	9.10%	0	29500	0
国保平均	7.91%	-	24050	25305
所得割額の国保平均は旧但し書き方式採用保険者分の平均料率である。 均等割額、平等割額の算定額は賦課している保険者の平均値である。 資産割については計算に含めていない。				
政管健保	8.20%			
A組合	9.56%			
B組合	3.20%			
組合平均	7.30%			
事業主負担分は1/2として本人負担部分のみを計算した。				

出所：「国民健康保険の実態」、社会保険庁「事業年報」、健康保険組合連合会「事業年報」より筆者作成

なお、国民健康保険の平均値として表示している数値は表中にある前提の下で算出したものであるため、実際にこのような条件の保険者は存在しない。比較のための基準値として捉える必要がある。

さて、図7であるが、横軸に所得水準を取り、縦軸で保険料額を測るとX市とY市の傾きが最も大きく、他のケースと比較して所得に占める保険料の割合が高いことがわかる。保険料は高い順に国保グループ、A組合、政管健保、組合平均、B組合となっている。なお、X市とY市の保険料額の上限は530（千円）であり、この水準に到達するとそれ以上には保険料は増加せず、一定となる。

ところで、上の比較において政管健保や組合加入世帯の保険料率が見た目低いことの理由のひとつは事業主負担分を（加入者個人の）保険料負担額から除外しているためである。ひとつの思考実験としてその全額を個人が負担していると想定すると若干異なる光景となる。単純に考えるとグラフの傾きが2倍になる。しかしながら、事業主負担分も個人の負担としてカウントする場合は（その部分は保険料に充当されるので個人が手にすることはないが）事業主負担分だけ個人の所得が増えることになる。それゆえ、事業主負担分を個人の負担に算入する場合でもグラフの傾きは2倍にはならない。ただし、国保グループの保険料負担に相対的に近づくことは明らかであろう。このケースは参考として付属図表7に示される。

図8から言えることは何か。ひとつ目の点は、国民健康保険料は果たして支払可能な金額であるのか、という点である。例えば、湯田(2006)は所得に占める保険料の割合が高いことが保険料未納の確率を高める可能性を実証的に指摘している。社会保険方式を持続可能としていくためには、「払いやすい」ないしは「払える」保険料とすることは意外と重要な意義を持つかも知れない。もちろん、他方で給付と負担はバランスさせる必要があることは言うまでもなく、問題は単純なものではない。国民健康保険制度において、給付と負担をバランスさせつつ、「払える」保険料の体系を構築していくためには、論理的にはふたつの手段があり得る。給付を抑制するか公費負担の増大である。そのいずれもが現状では選択することが難しいものとなっている。

第二の点は制度間の保険料格差である。ここでは幾つかの前提条件をおいた上での粗い推計であるため、厳密な検証を行った上で議論を行う必要はある。しかしながら、少なくとも国保と社保の間で同一の所得水準であっても保険料水準に違いがあり得るとは言える。その大きさが具体的にどの程度で許容範囲にあるのか否かを検証して議論していく必要がある。国民皆保険制度を堅持していくのであれば、国保と社保を一体的に見た保険料負担の在り方を検討していく必要があると考えられる。

4. 医療費の地域差をめぐって

4-1. 都道府県別の医療費の地域差

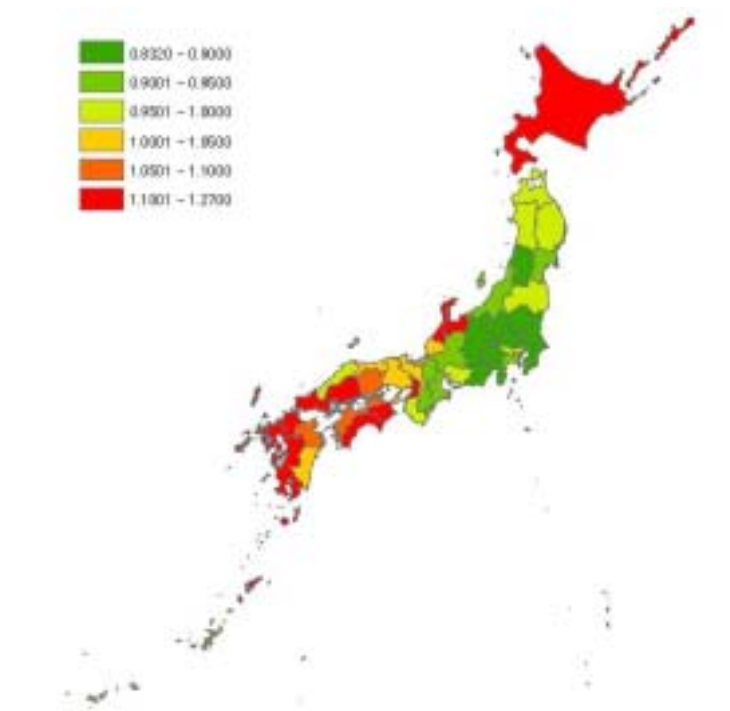
国民健康保険における医療費の地域差は長い過去を持つ議論である。このことは地域差の存在自体は認知されていても、それを縮小させることはなかなか難しいことを示している。現在医療の価格、診療報酬であれ自己負担割合であれ、は全国一律となっているため、医療費の地域差は利用量の差の表れと言える。同一疾病の治療に対する治療内容が濃厚であることや多くの受診を求めることなどが該当する。それらの行為は一概に良否を決められるものではない。医師などの医療の専門職の行った行為の適否はやはり医療の専門職だけが判断できるであろうし、可能であったとしても正確に行うことは困難であると思われる。それゆえ、ニーズが多くあるためにある地域の医療費が高くならざるを得ないのか、または別の理由によるのか、真の理由を判別することは非常に難しい。そのことが現状でも地域差が存在している理由のひとつであろう。

医療費の地域差は全国平均値での年齢階級別の一人あたり医療費を元にして計算される。地域ごとの年齢階級別の国保加入者数に対して全国平均の年齢階級別一人あたり医療費を乗じてその和を計算すると、その地域が全国平均並みの医療費であった場合の医療費額（基準医療費）が計算される。実際にかかった医療費（実績医療費）を基準医療費で割ると、当該地域の地域差指数が算出される。計算方法から明らかに全国平均並の医療費の地域では地域差指数は1となる。医療費が全国平均より高い地域では1より大きく、低い地域では1より小さく算出される。

このようにして計算された医療費の地域差を視覚的に確認する。国民健康保険加入者の医療費について、その地域差を都道府県単位で計算した結果を地図上に示したのが図9である。使用しているデータは厚生労働省が報告している「医療費マップ」による。図9a)は1999年について示したものである。最も医療費が低い地域が緑で、最も高い地域が赤で、示されている。6階級で示されているが、指数で0.5ずつの区間幅で区分している。最も高い階級と最も低い階級は幅が若干異なっている⁵。

⁵ このような区間設定をしたのは次に見る2007年の結果と比較するためである。標準偏差を区間幅とすることが本来であると考えられる。しかしながら、標準偏差が年ごとに必ずしも一致しないため、このように区間幅を設定して、異時点間の比較がわかりやすい形にした。

図 9a) : 都道府県単位の医療費の地域差 (1999 年)



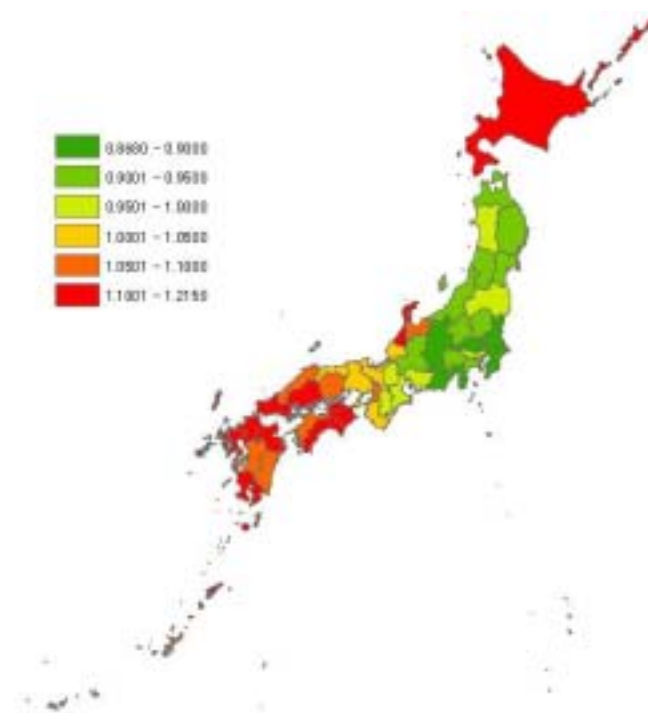
出所：厚生労働省「医療費マップ」から筆者作成

最も医療費が高い地域、赤色で示されている、は北海道、石川県、大阪府、徳島県、高知県、福岡県などである。徐々に赤色が薄くなると医療費が相対的に低い地域になっていく。医療費が相対的に高い府県は北海道を除くと西に分布していることが明確にわかる。これを指して医療費の「西高東低」とも言われる。

図 9b)は全く同様の方法で 2007 年の国民健康保険加入者の医療費について作成したものである。同じ図ではないか、と間違ふほどに 1999 年の結果と似た形の医療費分布になっていることがわかる。ここでは示さないが、他の年度についてもほぼ同じ結果になる。このため、医療費の高い地域、低い地域が固定化していると言える。ただし、地域差指数の最大値は 1.270 から 1.215 に低下している⁶。このため、地域差自体は縮小傾向にあると言える。

⁶ これは同様に最小値が 0.832 から 0.868 まで上昇していることを伴うことは地域差指数の定義から明らかであろう。

図 9b) : 都道府県単位の医療費の地域差 (2007 年)



出所：厚生労働省「医療費マップ」から筆者作成

結局、何らかの要因により地域差自体は縮小しつつあるが、医療費の高低の順位は変化していないことになる。一般に医療サービスの利用は確率的に起こると考えられるが、その場合には毎年医療費が高い（低い）地域があるとは考えられず、使用する医療費の高低やそれによる順位は変化すると考えられる。それゆえ、構造的に医療費が高い（低い）地域が存在することは、医療費に影響を与える構造的な要因があることを示唆すると考えられる。

4-2. 市町村別の医療費の地域差

上述の考え方に沿えば、医療費の高い地域には医療費を高からしめる何かの要因があり、それを改善すれば住民の健康を損なうことなく医療費を低減させられるのではないかと考えられる。もちろん、現実に可能かどうか、低減させるべきか否かは実証的検討の必要がある命題である。

現実の制度としては、地域差指数の高い市町村に対して「医療費の安定化」のための計画策定が求められている。「国民健康保険法第 68 条の 2 第 1 項の規定に基づく指定市町村の指定」がそれである。実績給付費⁷が当該市町村の基準給付費の 1.14 倍（実績医療費の標準偏差の 2 倍）を超える市町村が指定を受ける⁸。指定を受けた市町村は、厚生労働大臣の定める安定化計画の作成指針に従って国民健康保険事業の運営の安定化に関する計画（「安定化計画」）を定めることが求められる。

⁷ 医療費のうち患者自己負担分を除外した部分を給付費とよぶ。

⁸ 災害その他の特別事情（結核や精神疾患等）による給付費額は控除された上で計算される。

第2部 地方分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

また、その計画に沿った医療費の適正化その他の措置を講ずることとされている。

前節での検討結果を踏まえれば、医療費の高い市町村は医療費の高い都道府県に多く存在し、かつ、同じ市町村が持続的に医療費の高い状態にあることが予測される。そして現実はこの予測に近いことが以下の議論で示される。

表3：都道府県別市町村が指定を受けた年数

都道府県	指定年数	都道府県	指定年数	都道府県	指定年数	都道府県	指定年数
北海道	22	東京都	0	滋賀県	0	香川県	16
青森県	3	神奈川県	0	京都府	5	愛媛県	21
岩手県	2	新潟県	3	大阪府	21	高知県	22
宮城県	0	富山県	7	兵庫県	1	福岡県	22
秋田県	9	石川県	22	奈良県	2	佐賀県	22
山形県	0	福井県	3	和歌山県	0	長崎県	17
福島県	11	山梨県	3	鳥取県	5	熊本県	22
茨城県	0	長野県	0	島根県	5	大分県	14
栃木県	0	岐阜県	0	岡山県	16	宮崎県	1
群馬県	1	静岡県	0	広島県	18	鹿児島県	19
埼玉県	2	愛知県	3	山口県	10	沖縄県	5
千葉県	0	三重県	6	徳島県	22		

出所：厚生労働省「医療費マップ」等から筆者作成

表3は都道府県別に、当該都道府県下のいずれかの市町村が指定を受けた年を1、どの市町村も指定を受けなかった年を0として年数を数えたものである。この制度は昭和63年から開始され22年間継続してきた。それゆえ、表3の最大値は22、最小値は0となる。22となっている都道府県は毎年いずれかの市町村が指定を受けている都道府県である。0となっている都道府県は一度も市町村が指定を受けたことがない都道府県である。この表は図8と極めて整合的であることがわかる。図8で医療費が相対的に高いとされた都道府県の指定を受けた年数は大きくなっている。ただし、いずれかの市町村が指定を受ければカウントされるため、福島県のようにひとつの市町村が指定を受け続けることによって年数が増加している都道府県もある。

そこで、幾つかの都道府県を選択して指定を受けた回数ごと市町村の分布を観察する。図9a)から図9f)は、幾つかの都道府県について、指定を受けた回数別に市町村を色分けした図である。途中で市町村合併がある場合には合併市町村の中で最大であるものを(合併前の)指定回数とし、合併後の指定回数と合算した。北海道、石川県、大阪府、徳島県、高知県、福岡県を事例として選択した。これらは図8で医療費が高い都道府県とされ、表で市町村が指定を受けた年数の多い都道府県である。

図中において赤色で示されている市町村が20回以上指定を受けた市町村である。緑は指定回数が4回以下(ゼロ回を含む)の市町村である。図9を一見するとわかるとおり、高医療費の都道府県における全ての市町村が安定化計画作成の指定を何度も受けているわけではない。ほとんど受けていないか指定を受けていない市町村も含まれ得る。北海道で言えば、医療費の高い市町村は東西の西側に集中し、東側では根室市などの例外的な市町村において指定回数が多くなっている。大阪府では南部の市町村が、高知県では東部の市町村が、指定回数が多くなっている。このように高医

療費であるとされた都道府県においてすら、市町村単位の医療費は高低がある。それゆえ、空間的に言えば、高医療費となる要因は県単位というよりは（特定の）市町村単位の存在すると考えられる。それゆえ、要因は特殊的であると考えられる。

その是非はおくとして、高医療費としている要因に対して働きかけることにより、政策的に医療費を低下させることは可能であろうか。図9を見る限り、現状のシステムの前では難しいと考えられる。仮に、高医療費の要因として因果関係が確定したのが見つかったとしても、その要因を除去したり、影響を無くしたりすることは非常に難しいと考えられる⁹。

⁹ 「地方行財政ビジョン研究会」において実施された視察の際に北海道内の安定化計画作成の指定を22回受けた市町村において、国保担当者にヒアリングした。この市町村は旧産炭地であるが、精神科病院が立地しており、その入院医療費が現在の高医療費の要因ではないかと考えられた。住所地特例の実施前に入院した患者が多かったと思われた。ヒアリング結果から結論づけることは困難であるが、このケースにおいては高医療費の要因は（それを是正すべきであったとしても）難しいであろう。

図9a)：市町村の安定化計画作成回数（北海道）

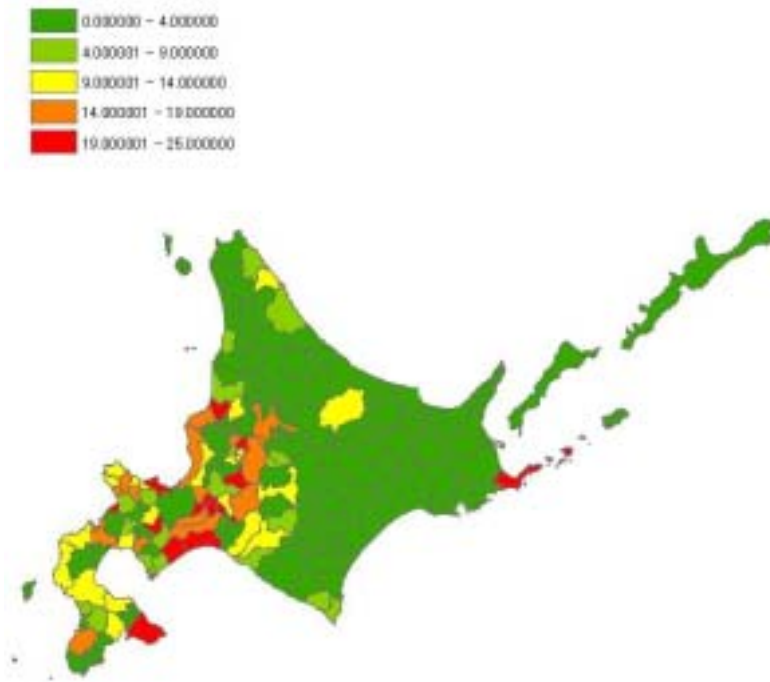


図9b)：市町村の安定化計画作成回数（石川県）

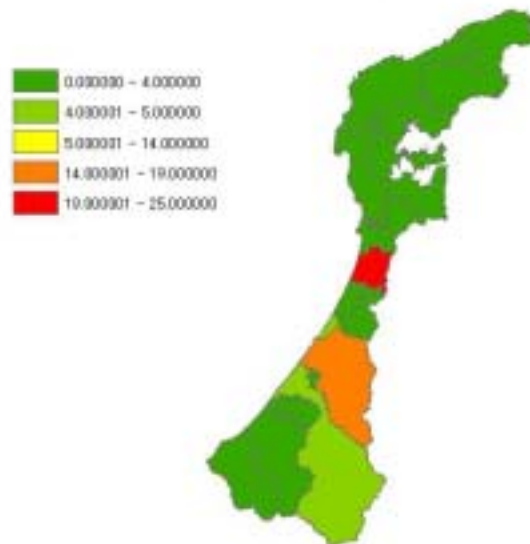


図 9c) : 市町村の安定化計画作成回数 (大阪府)



図 9d) : 市町村の安定化計画作成回数 (徳島県)

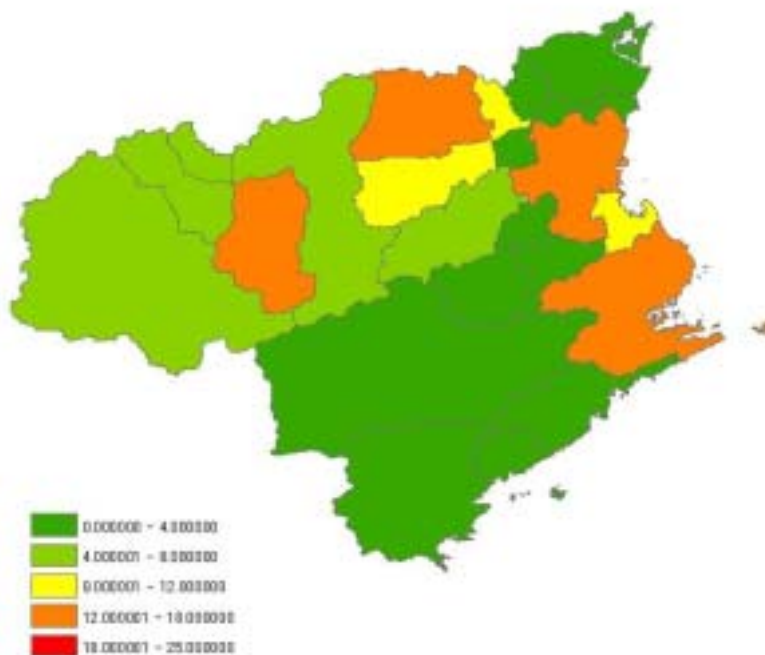


図 9e) : 市町村の安定化計画作成回数 (高知県)

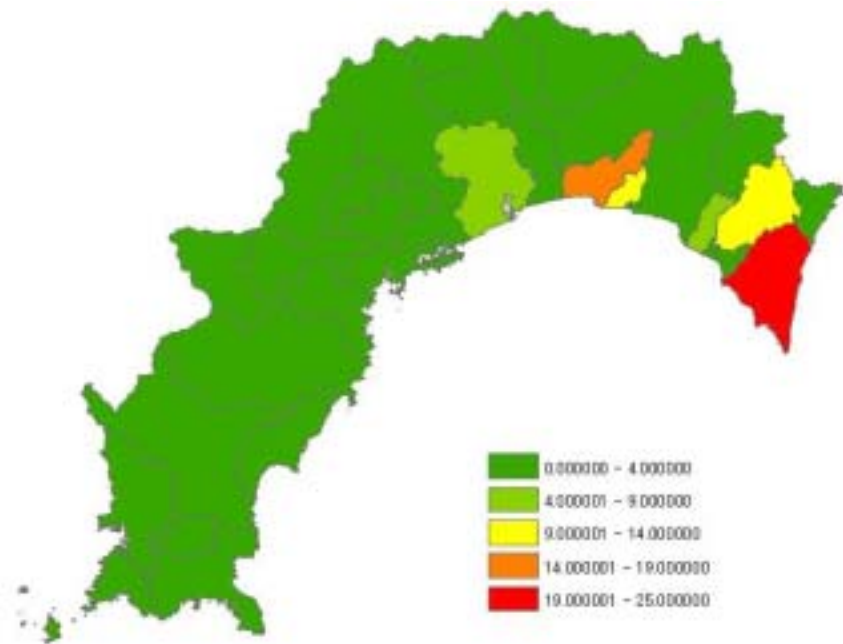
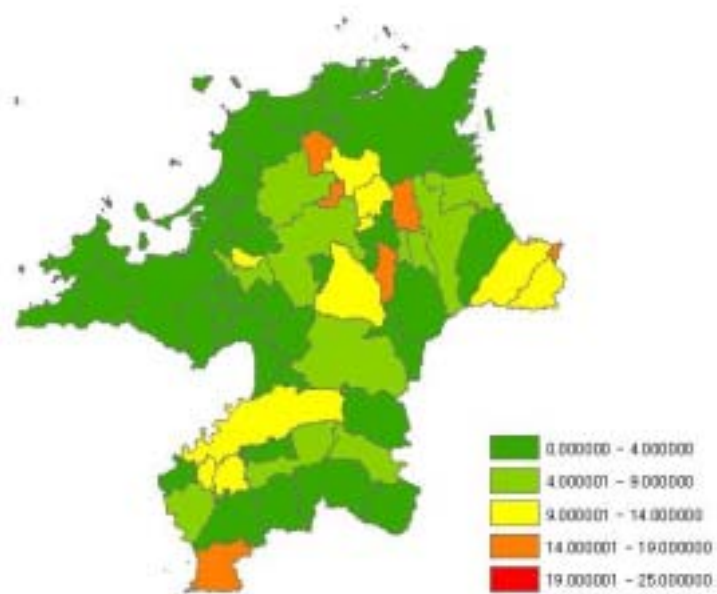


図 9f) : 市町村の安定化計画作成回数 (福岡県)



5. 考察

本稿では国民健康保険制度内外の諸要因のうち、三点に絞って検討した。三点は、制度のあり方、負担の在り方、給付管理（供給管理）のあり方に関連するものである。

制度のあり方として保険者の規模について検討した。先行研究では事務費効率性の観点から保険者の規模について論じられてきたが、ここでは医療費の予測可能性の観点から検討した。すなわち、保険加入者の規模と医療費の伸びの変動の間の関係について統計的に検討した。一般的には規模が大きい保険者ほど少数の高額医療費の発生による医療費の変動が小さいと期待される。若年・高齢、入院・外来、受診率・一日あたり医療費、の 카테고리を組み合わせる統計的に検定したところ、若年・入院の受診率について、規模が大きくなるほど医療費の伸び率のばらつきが有意に減少した。他については、規模を大きくしても医療費の予測可能性は高まらない可能性があると考えられた。特に一日あたり医療費についてはサービスの価格が診療報酬で固定化されているためにその変動は加入者の規模の影響を受けないためと考えられた。ただし、保険者の規模が大きくなるとばらつきが大きくなることもないため、保険者の規模を大きくしたとしてもこれらの変数の伸び率の変動率が増加するわけではない。

この結果については2点ほど検討すべき点がある。第一に、分析対象とした変数の伸び率の標準偏差が小さくなればそれだけ将来の医療費動向の予測精度は高まり、保険財政を安定的に運営するための基礎的条件が整うことになる。もちろん、医療費が増加することがより正確に予測できても、保険料を引き上げることが可能か否かは別の課題である。第2に、分析結果は若年の入院受診率については規模が大きければ大きいほど予測可能性が高まることを示した。このため、最も予測率が高まる、すなわち標準偏差が小さくなる、規模がどの程度となるのかは明示的に決まらない。県単位やそれより大きくなる可能性もある。第3に、これまでは保険者の事務費の観点から効率化の効果が述べられてきたが、本稿での分析は財政の予測可能性という異なる側面からの規模拡大による効率化の効果を検討していく余地があることを示したことになる。しかしながら予測精度が高まることは即会計的なメリットを生むわけではない。その意味では今回の分析が保険者規模に関する議論にどの程度具体的に貢献できるかは未知数であることは否めない。しかしながら、このような議論を積み重ねていくことが保険者の規模のあり方だけでなく、保険者の機能のあり方を議論するために必要なことは明らかであろう。

本稿では、第2に、国民健康保険制度の加入者の所得分布と国保制度と他の公的医療保険制度加入者の所得分布について比較検討した。これは負担の在り方を考えるための論点のひとつである。所得のある加入者の平均所得は、国民健康保険：176万円、政管健保：383万円、組合健保：549万円であった。保険制度間で極めて大きな所得の差があることが第一にわかった。また、制度別に年齢階級別の平均所得を観察していくと、国民健康保険は30代を過ぎると平均所得はほぼ一定水準に留まる一方、政管健保や組合健保では一定の年齢でピークがくる形になっていた。特に組合健保においては90歳以上の年齢階級においても所得がある場合には平均して非常に高い水準となっていた。全ての高齢者ではないが、高所得の高齢者も存在する。いずれにせよ、国民健康保険加入者の財政調整を制度内で行うことはそもそもの加入者の所得水準が低いこともあり、制度内財政調整は必要ではあるが、限界がある。

制度間の財政調整はどのようにして根拠づけられるであろうか。傍証ではあるが、図8の所得別

第2部 地方分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

保険料額の制度間比較により、先験的にも予測されるが、政管健保、組合平均、は国保の平均よりも低い。また、国保グループと比較して極めて保険料が低い健康保険組合もあることもわかる。このため、同一所得・同一保険料という価値判断が制度の壁を超えて共有されて再分配が行われれば国民健康保険の保険料は低下させることが可能となる。もちろん、現状でも議論されている所得補足率の違いの存在などがもしあれば解決されることが必要な条件になると考えられる。湯田(2006)の分析結果が暗黙に示すように、国民健康保険の保険料が「払える保険料」の水準となれば、未納の問題も緩和されることが期待される。

本稿では、第3に、医療費の地域差について検討を行った。都道府県単位で見ると、地域差は縮小傾向にありながらも持続しており、なおかつ特定の地域において医療費が高い状況が固定化していることがわかった。これを高医療費市町村の安定化計画作成回数を利用して市町村単位で観察すると、高医療費都道府県においても医療費に差があることがわかった。また、指定を受ける市町村は特定の市町村となっており、背景にある高医療費要因が極めて限定された地域におけるものと考えられた。地方行財政ビジョン研究会で実施した視察の際におけるヒアリングも指定市町村の高医療費の要因はその地域特定のものであることを示唆していると考えられた。

このような特殊な事情で医療費が高い場合に保険者は医療費の適正化が十分におこなえるのであろうか。答は否であろう。特に入院医療費のように、一旦入院してしまった後の医療費などを適正化することは、診療報酬体系の変更などによらねば難しいと考えられる。このため、市町村が実施可能な手段は予防などに限定されてくる。また、そもそも医療費は供給体制の整備状況に極めて大きな影響を受ける（地域差研究会編 2001を参照のこと）。一般的に医療機関受診は市町村境を超えておこなわれるため、医療費適正化のために供給サイドに影響を与えることは市町村には難しい。これは供給が過少と思われるために医療供給体制を整備する場合にも同じことが言える。現状では都道府県が医療計画の策定などを行っている。このことを考え合わせると、国民健康保険の保険者も都道府県単位であることが需要サイドの保険の単位と供給サイドのマネジメント単位が一致するという点において望ましいと考えられる。

国民健康保険の保険者が都道府県単位になれば、現在都道府県単位で行われている保険者間財政調整制度は自然とその枠組みに含まれることとなる。もちろん、市町村ごとの保険料の徴収をどのように統合するのか、などの技術的な課題は残ると思われる。しかしながら、第1に検討した医療費の将来予測の変動率が小さくなる結果などからも市町村単位から県単位への保険者規模の拡大は望ましいと考えられる。なお、この際に保険料の徴収を如何に行うか、という点が技術的な大きな課題として残る。保険料徴収を市町村が実施する際に、保険者である県のために積極的なインセンティブを持ち得るか、という点である。都道府県が市町村に対して保険料徴収委託をするのか、当該市町村における加入者分の保険料額の納付義務を市町村が負う形になるかで変わってくるとは考えられるが、今後十分に検討する必要があると考えられる。

いずれの場合においても、前述の通り制度間の財政調整制度が必要であることは言うまでもない。制度間の財政調整制度は利害対立の下にある。それゆえ、保険料財源での財政調整が難しい場合には公費負担額を増やすことによって財政調整を行わざるを得ないかも知れない。もちろんこの場合においてもそもそもの担税力を考慮することや他の財政支出項目とのバランスを取る必要に迫られる。団塊の世代が高齢化していくことは、現状の制度下であれば、公費負担率の高い枠組みに主た

る医療サービス利用者層が移行していくことを意味する。このため、社会保険料財源による制度間財政調整のみならず医療給付のための公費負担投入額を現実に如何に確保していくかに課題が移行していくと考えられる。

参考文献

岸田研作(2002),「国民健康保険の事務費と規模の経済 -近畿7府県の国保のパネルデータによる分析」,『日本経済研究』No.45,pp.246-261.

健康保険組合連合会「平成18年度版事業年報」2009年.

厚生労働省保険局調査課「医療費マップ」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/hoken/iryomap/index.html>

厚生労働省保険局調査課「平成19年度 健康保険被保険者実態調査報告」

厚生労働省保険局調査課「平成19年度 国民健康保険実態調査」

国民健康保険中央会「国民健康保険の実態」各年版.

社会保険庁「平成18年度版事業年報」2009年.

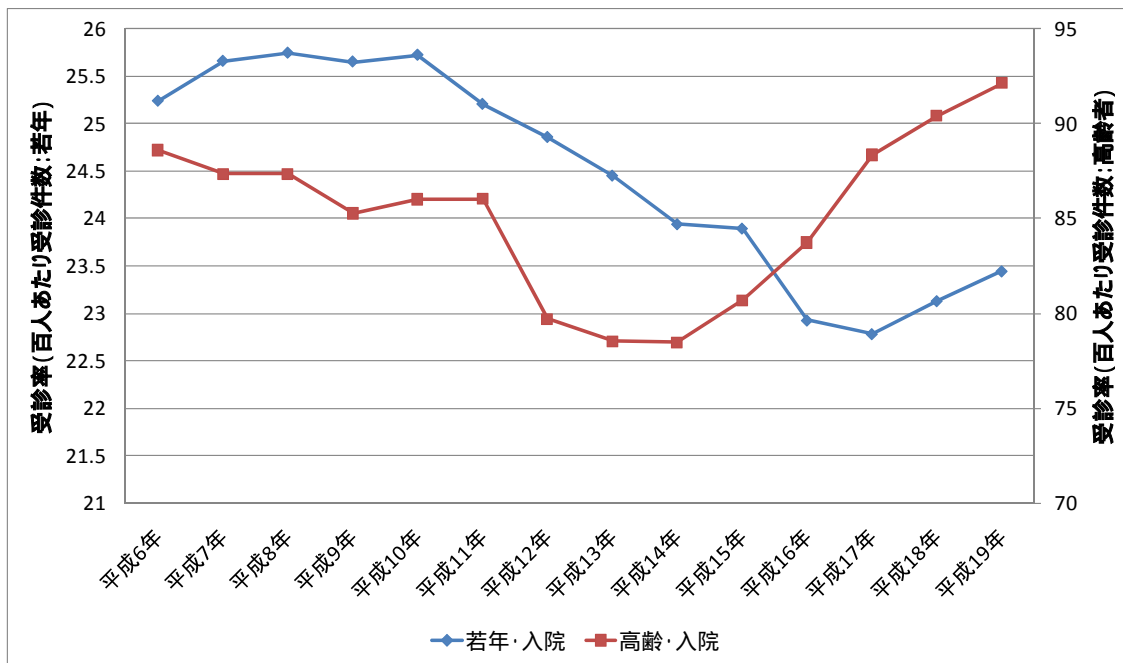
地域差研究会編『医療費の地域差』東洋経済新報社,2001年.

湯田道生(2006)「国民年金・国民健康保険未加入者の計量分析」『経済研究』vol.57,No.4,pp.344-357.

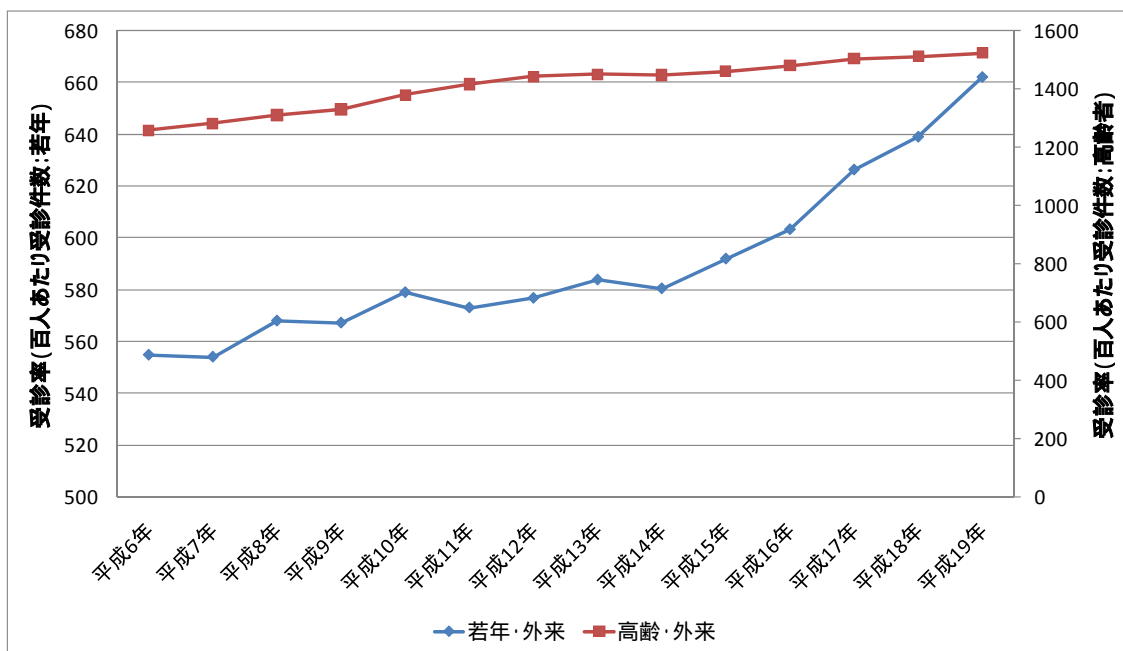
第2部 地方分権改革の推進を踏まえた医療保険制度の今後のあり方

付属図表

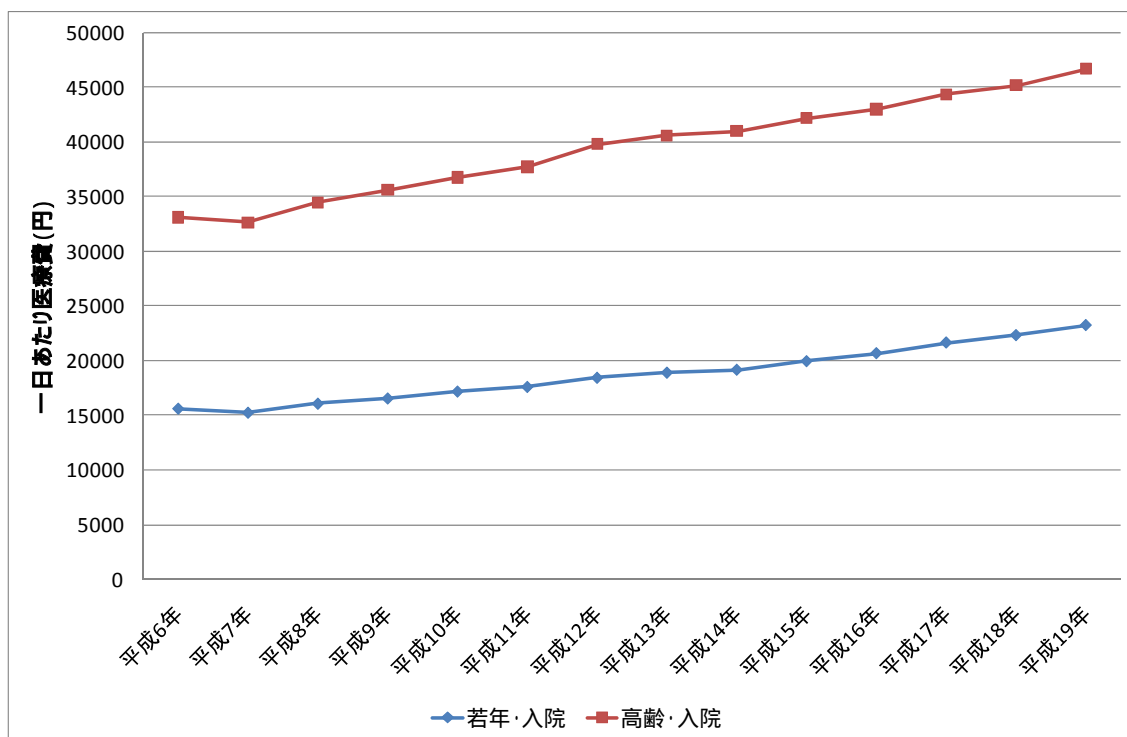
付属図表 1：入院受診率の年次推移



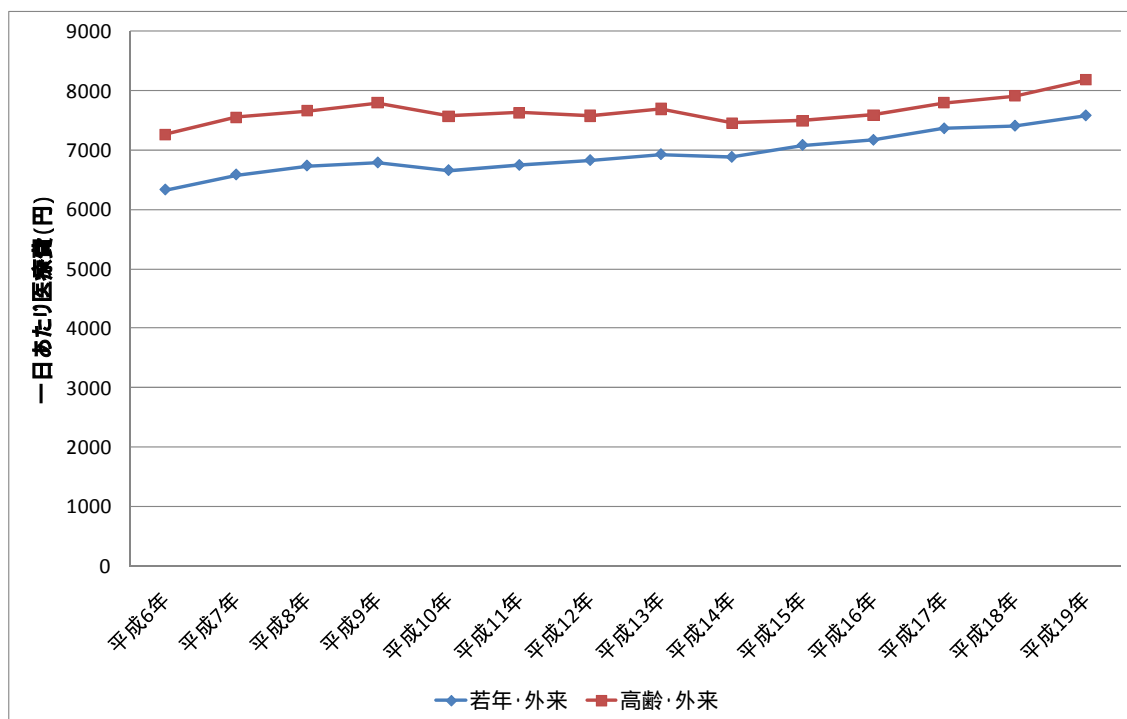
付属図表 2：外来受診率の年次推移



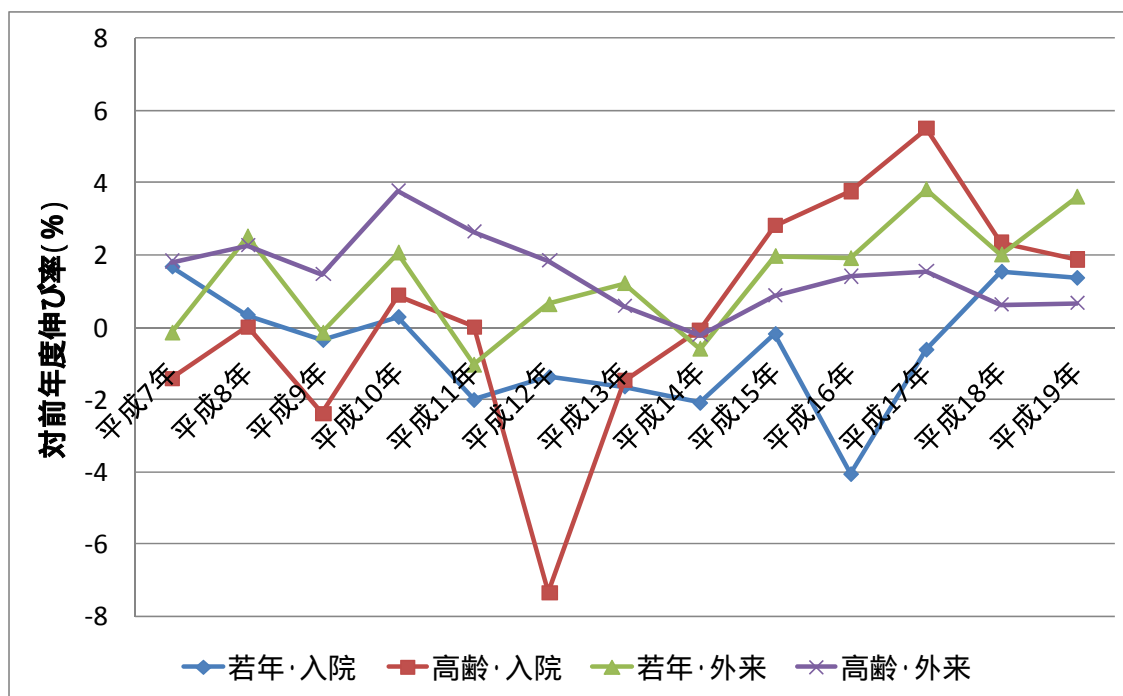
付属図表3：入院一日当たり医療費の年次推移



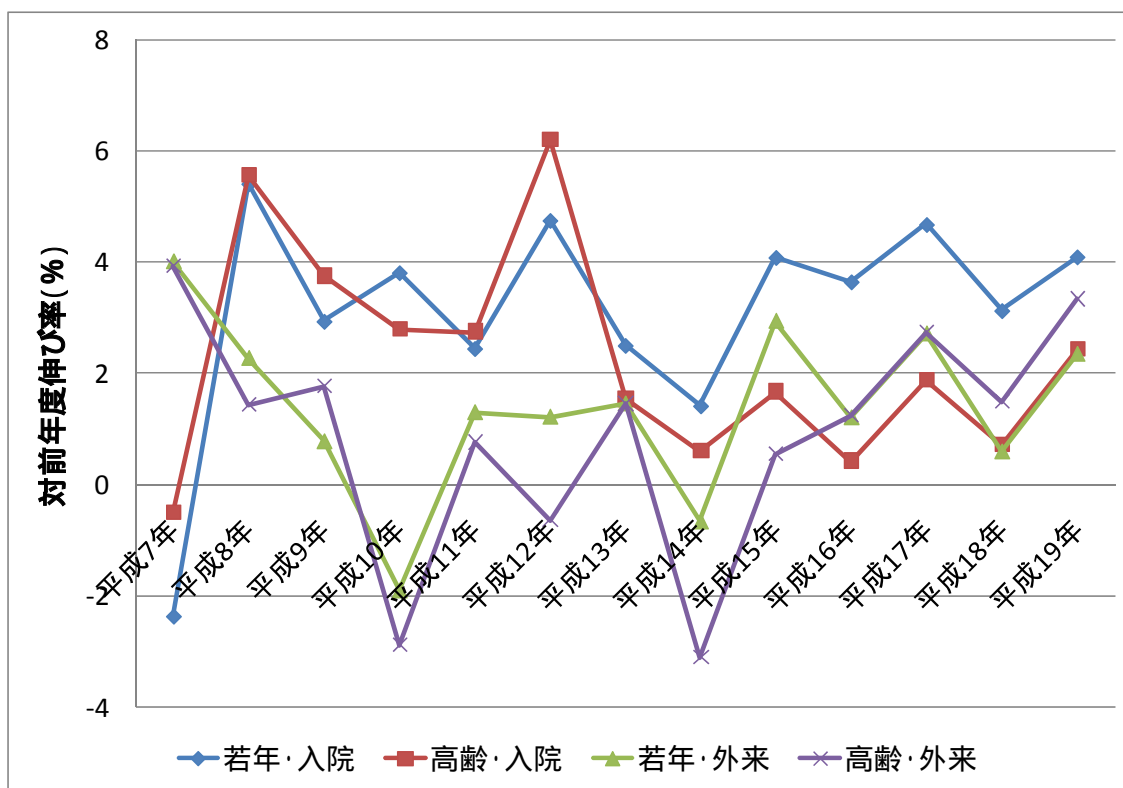
付属図表4：外来一日当たり医療費の年次推移



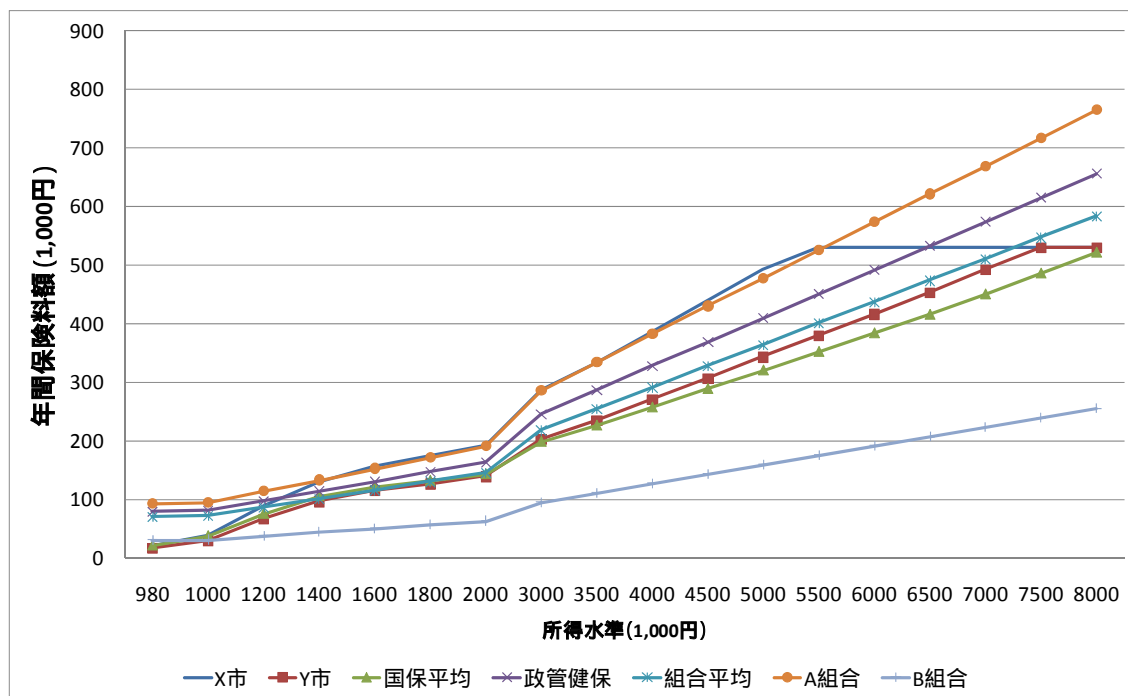
付属図表5：受診率の対前年伸び率



付属図表6：一日当たり医療費の対前年伸び率



付属図表7：所得水準ごとの年間保険料額比較（単純に事業主負担分を上乗せしたケース）



注：本文中にあるとおり、政管健保・組合健保については保険料が過大に計算される。

出所：筆者作成

第3章 国保一元化に関する京都府での検討について

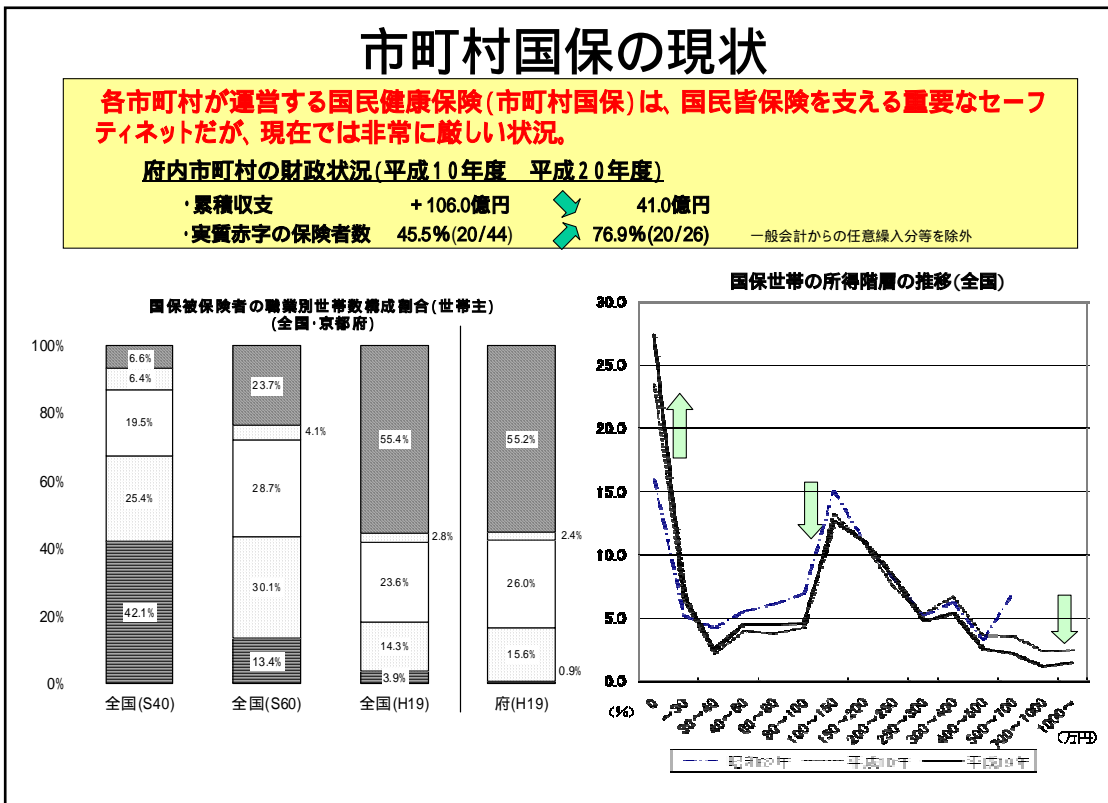
池上 直樹（京都府健康福祉部医療企画課長）

**国保一元化に関する
京都府での検討について**

京都府健康福祉部医療企画課長

池上 直樹

国民健康保険の現状



市町村国保・政管健保・組合健保の比較

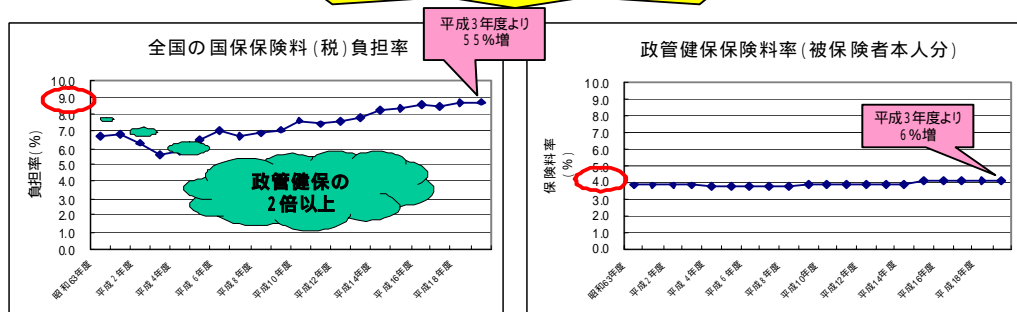
	市町村国保	政管健保	組合健保
加入者数 (20年3月末[速報値])	4,688万人	3,629万人 本人 1,981万人 家族 1,649万人	3,086万人 本人 1,587万人 家族 1,499万人
加入者平均年齢 (19年度)※1	55.2歳 (44.6歳)	37.6歳 (35.2歳)	34.5歳 (33.3歳)
老人加入割合 ※2	22.6%	3.8%	1.6%
平均標準報酬月額	————	28.3万円	37.0万円
1世帯当たり年間所得 ※3	131万円	229万円程度	370万円程度
1世帯当たり保険料調定額 ※4	14.3万円	15.8万円 (31.5万円)	17.1万円 (38.2万円)
国庫負担(医療分)	給付費等の43%(都道府県負担7%)	給付費の13.0%(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
1人当たり診療費 ※5	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。
- 2 平成20年3月末現在(速報値)、65歳以上の寝たきり老人を含む。
- 3 国保は旧ただし書き方式による課税標準額、政管健保、組合健保は標準報酬をもとに賞与月数、給与所得控除等を見込んで推計。
- 4 平成18年度決算を基に作成。介護分を含んでいない。政管健保、組合健保は1被保険者当たりの額、()内は事業者負担分を含む。
- 5 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。

国民健康保険と健康保険の保険料負担の推移

国民健康保険の収入に占める保険料の割合(負担率)は平成3年度以降、
ほぼ一貫して上昇。
一方、政管健保(現:協会けんぽ)の負担率はほぼ横這い。

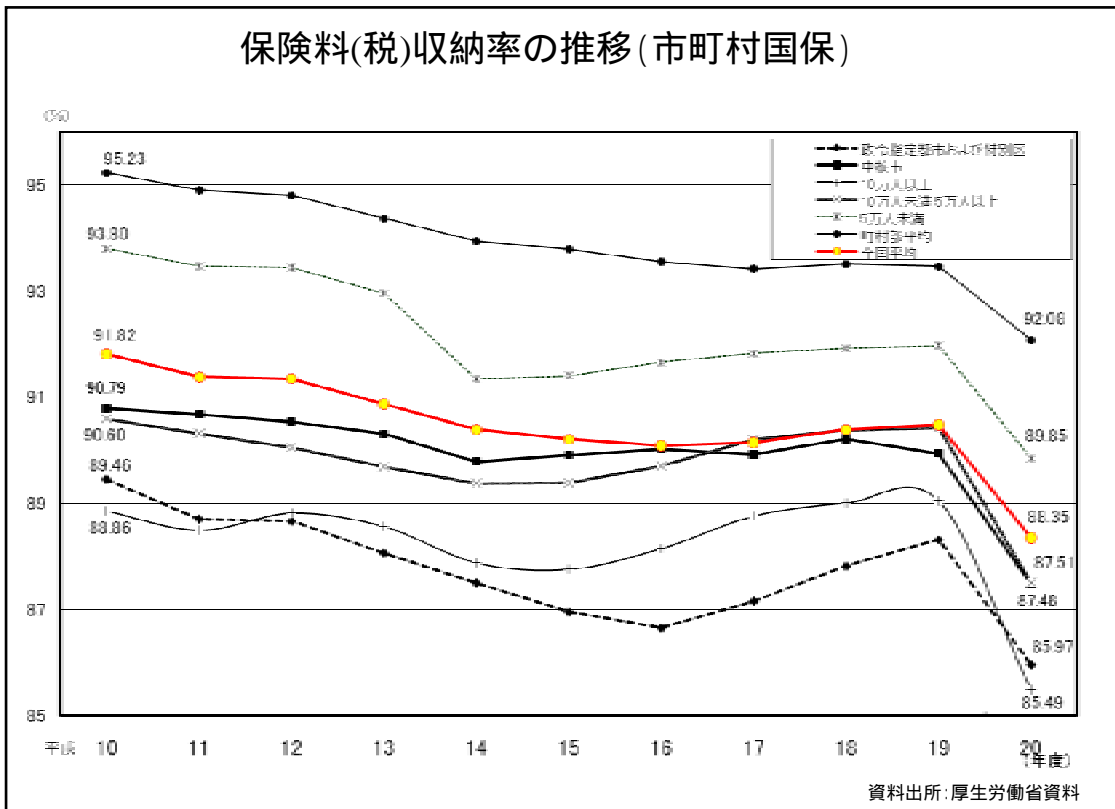
国保保険料の負担感が高まっている



(資料:厚生労働省保険局 国民健康保険実態調査報告)

平成14年度までは、賞与の収入を含めて料率を計算している。

(注)平成22年3月分から保険料率が引き上げられる予定(京都府9.33%、本人分4.665%)。その結果、平成3年度より2.1%増。



一般会計繰入金と普通交付税の推移

**市町村一般会計から国保特会への繰入金は、段階的に上昇。
一方、普通交付税は平成12年度をピークに減少の一途。**

市町村財政が厳しくなる中、国保運営が大きな負担に

一般会計繰入金の推移

平成20年度内訳: 制度分(保険基金安定繰入金(府補助分を除く)、職員給与費等繰入金、出産育児一時金等繰入金、財政安定化支援事業繰入金)約95億円、その他約37億円

(資料:京都市 国民健康保険事業概要)

普通交付税の推移

(資料:京都市 市町村決算統計資料)

市町村国保の保険料比較(1)

ケース 夫婦+子供二世帯(中間所得)

夫 250万円(給与収入) 妻 100万円(給与収入)
子供は二人とも収入なし

[保険料]

協会けんぽ保険料	市町村名	国保保険料	協会けんぽとの差
(本人分) 102,370円	最高位	292,640円	190,270円
	2番目に高い	292,200円	189,830円
	3番目に高い	280,340円	177,970円
248,487円	3番目に低い	191,820円	89,450円
	2番目に低い	168,850円	66,480円
	最低位	164,370円	62,000円
国保保険料市平均			
248,487円			
国保保険料町村平均			
246,840円			

市町村格差は
1.8倍
(128,270円)

上位3市町村

下位3市町村

[地域差指数(受診程度の差)補正後の保険料]

協会けんぽ保険料	市町村名	国保保険料 (地域差指数補正後)	協会けんぽとの差
(本人分) 102,370円	最高位	330,590円	228,220円
	2番目に高い	306,611円	204,241円
	3番目に高い	299,341円	196,971円
262,496円	3番目に低い	225,340円	122,970円
	2番目に低い	194,521円	92,151円
	最低位	172,472円	70,102円
国保保険料市平均			
262,496円			
国保保険料町村平均			
260,754円			

市町村格差は
1.9倍
(158,118円)

上位3市町村

下位3市町村

補正後の保険料格差の原因としては、地域の所得格差、年齢格差などの他、徴収率、一般会計繰入や基金の取り崩し等の影響が考えられる。

市町村国保の保険料比較(2)

ケース 高齢夫婦世帯(基礎年金のみ)

夫 80万円(年金収入) 妻 80万円(年金収入)

応益割7(6)割軽減適用

[保険料]

協会けんぽ保険料	市町村名	国保保険料	協会けんぽとの差
(本人分) 32,760円	最高位	45,600円	12,840円
	2番目に高い	42,750円	9,990円
	3番目に高い	42,020円	9,260円
27,710円	3番目に低い	25,100円	7,660円
	2番目に低い	24,370円	8,390円
	最低位	15,930円	16,830円
国保保険料市平均			
27,710円			
国保保険料町村平均			
36,607円			

市町村格差は
2.9倍
(29,670円)

上位3市町村

下位3市町村

[地域差指数(受診程度の差)補正後の保険料]

協会けんぽ保険料	市町村名	国保保険料 (地域差指数補正後)	協会けんぽとの差
(本人分) 32,760円	最高位	49,552円	16,792円
	2番目に高い	46,926円	14,166円
	3番目に高い	43,675円	10,915円
29,508円	3番目に低い	26,283円	6,477円
	2番目に低い	25,021円	7,739円
	最低位	18,852円	13,908円
国保保険料市平均			
29,508円			
国保保険料町村平均			
38,669円			

市町村格差は
2.6倍
(30,700円)

上位3市町村

下位3市町村

協会けんぽの保険料は、夫の年金収入を給与収入とし、妻は夫の扶養家族と仮定。

補正後の保険料格差の原因としては、地域の所得格差、年齢格差などの他、徴収率、一般会計繰入や基金の取り崩し等の影響が考えられる。

国民健康保険の見直しの方向

京都府の提案：国保の都道府県単位の一元化

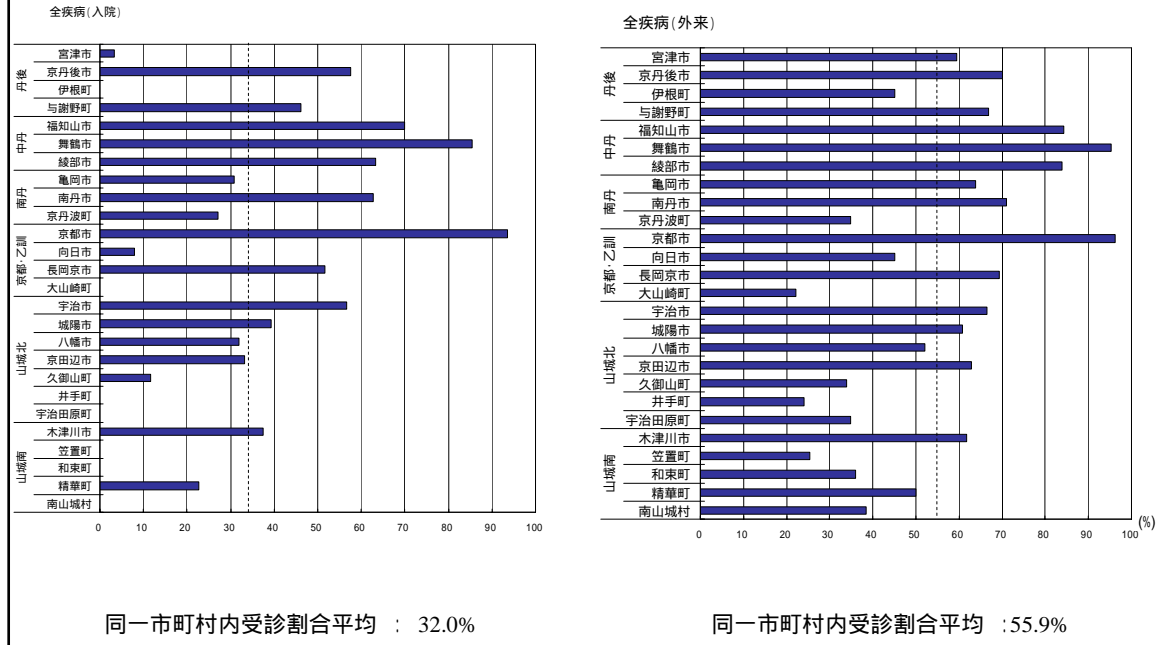
- 市町村単位の小規模保険者による運営は限界
 - ・ 26の市町村中、実質的な赤字決算が20(平成20年度)
一般会計からの任意繰入分等を除外
- 保健医療政策の実施主体が分散し、効果的な取り組みを実施しにくい
 - ・ 都道府県は市町村域を越える医療提供体制の整備に責任

・ 保険運営 市町村など、診療報酬 国、保険医療機関指導 国
・ レセプトデータがなく、疾病や医療機関の状況把握が困難



安心のため、
市町村国保を都道府県単位で一元化するなど、
広域行政を担う都道府県の役割の抜本的見直しを！

市町村内受診割合



一元化によるメリット

市町村国保を都道府県単位で一元化することで、市町村の負担軽減以外に、地域医療の確保に責任を有する都道府県の保健医療政策全般をより効果的に実施できるメリットが期待される。

- レセプトデータや健診データなどを利用し、被保険者の疾病動向や医療提供の現状等をマクロ的に把握することで、**各種政策の企画立案や政策効果の検証を定量的に行う**ことが可能。
- 一定の規模を持つ保険者として、専門知識を持つ職員を育成することが可能となり、医療費分析、レセプトの点検、重複受診のチェックなど、**保険者機能を発揮しやすくなる**。
- 医療保険以外の保健医療政策との連携により、**効果的に施策を実施できる**。
(例)
 - ・ ジェネリック医薬品の利用促進に向けた総合的取組
 - ・ レセプト情報の利用による公費負担医療を担う医療機関の効果的な指導監督
 - ・ 救急医療の維持に向け、医療機関への支援とあわせて被保険者に対する啓発の実施
- さらに保健医療政策の効果を上げるため、**国の権限の地方移譲について検討**することが必要。
(例)
 - ・ 保険医療機関の指定・指導
 - ・ 各種拠点病院の整備方針の決定権限と財源移譲

「あんしん医療制度」の実現に向けて

京都府の取り組み

1. 全国知事会への提案

➡ 「市町村国保を都道府県単位で一元化することについて検討すべき」

2. 「あんしん医療制度」に関する調査研究

➡ 幅広い有識者からなる研究会を設置し、京都府国保連と連携して、以下の調査研究を実施

- ・ 国保財政の将来見通し
- ・ レセプトデータを用いた疾病構造や医療資源の分析
- ・ 都道府県等の役割分担の見直しの検討

国保一元化の目指すもの

保険財政の安定化

保険単位を大きくしてリスクを平準化。財政上の国の役割の強化とあわせて、保険財政を安定化。

効率的・効果的な保険運営と医療の質の向上

患者の立場に立って医療の質を向上。
都道府県の医療政策との相乗効果発揮。
事務の効率化。
地域特性を踏まえた保健事業の促進と実効性ある徴収体制の確立。

公平な保険料

保険料水準の平準化、給付と負担のバランスに配慮。

住民の理解

簡明で責任の所在が明確な制度。

都道府県単位化に向けた検討事項

- 保険料の設定をどのように行うか
 - ・ 所得格差・年齢格差 格差の是正が必要
 - ・ 受診程度の格差 一律に平準化することが公平か

- 国、都道府県、市町村の役割分担をどのように考えるか

国	都道府県	市町村
ナショナルミニマムの観点からしっかりとした制度構築・財源確保すべき	医療を担う広域行政の立場から地域保険でも一定の責任を果たすべき	住民にもっとも身近である点を踏まえ、窓口業務や保健事業などを担うべき

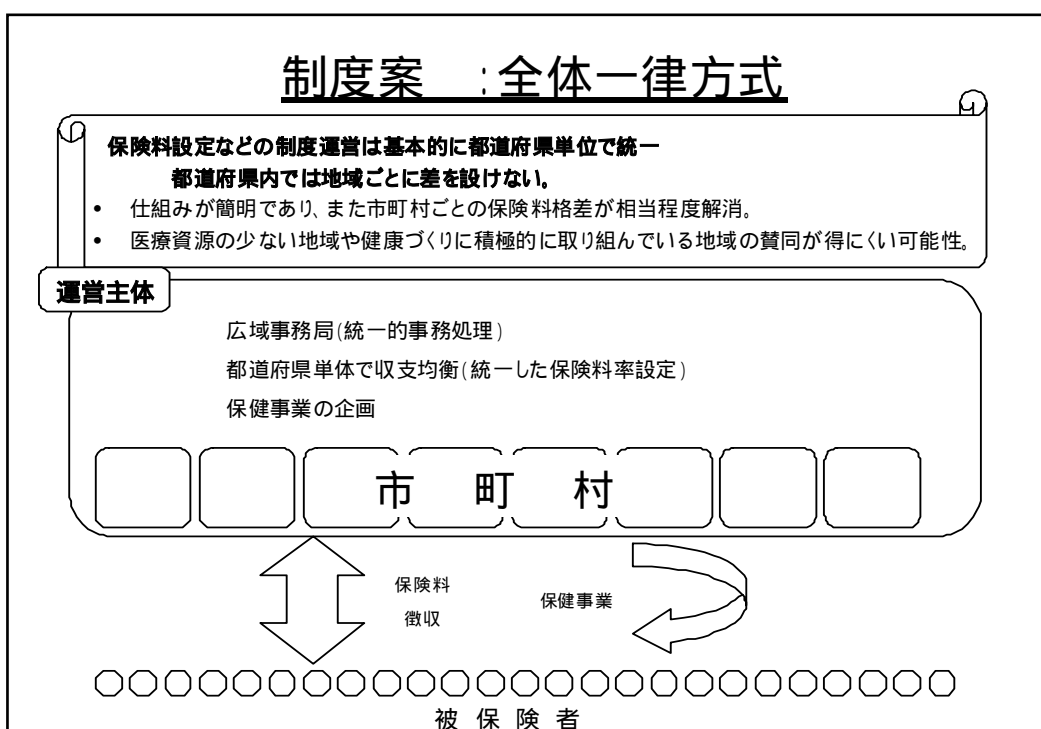
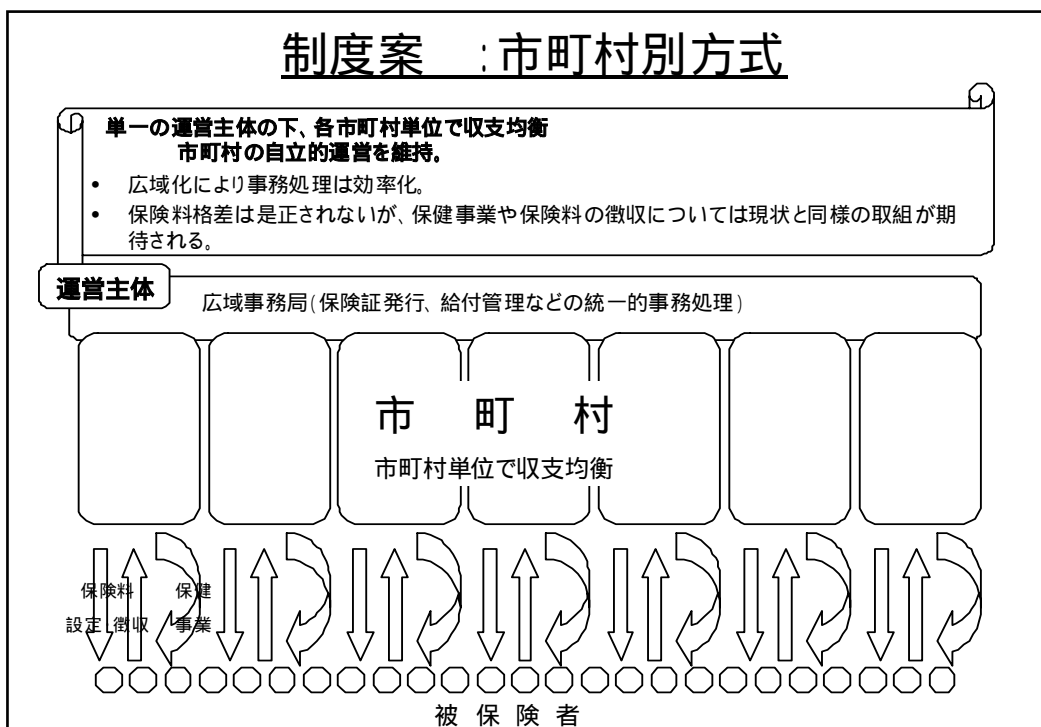
- 地域特性を踏まえた保健事業をどのように促進するか



具体化に向け、幅広い議論を進めていくことが必要！

保険者についての比較

	A 都道府県 (一定の事務は市町村)	B 都道府県と市町村による広域連合 (一定の事務は市町村)
住民との距離	・住民が日頃から関わることのできる地方公共団体。	・住民にとって距離がある地方公共団体。
組織	・都道府県庁内で事務を実施するため、人員の強化が必要。 ・組織内でノウハウを承継しやすい。	・事務局の人員の確保のほか、議会の設置等の事務コストが必要。
意思決定	・協議会を設けるなど、一定の事務を担う市町村の意向を取り入れる仕組みが必要。 ・支援の重点化など、市町村間の利害が対立する事項について、指導力を発揮しやすい。	・運営に当たり市町村の意向を取り入れやすい。 ・市町村間の利害が対立する事項について、調整に時間を要する。
他政策との関係	・都道府県が医療保険を含めた保健医療政策を一体的に担う。	・都道府県と市町村の協調体制の下、医療保険とその他の保健医療政策を実施。



制度案：ブロック別方式

単一の運営主体の下、地域ブロック(二次医療圏)ごとに収支均衡

市町村ごとの格差の是正を図りつつ、一定程度地域性を踏まえた取組を可能とする。

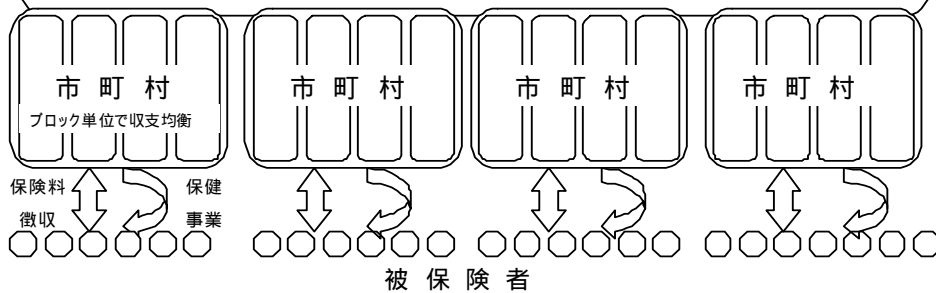
- 二次医療圏単位で給付と負担の均衡を図ることで、公平性への配慮が図られる。
- 各市町村が地域性を踏まえて保健事業に取り組むインセンティブが働く。
- ブロック間についての保険料格差という課題は残る。

運営主体

広域事務局(統一的事務処理)

ブロックごとの保険料率設定(地域差指数に応じて保険料に差を設ける)

保健事業の費用徴収・配分



2つの保険者案と3つの制度案の組み合わせ

制度案	保険者についての考え方
市町村別方式	市町村の自律的運営を基本とするものであり、市町村も参加する[B - 都道府県と市町村による広域連合]とすることが適当と考えられる。
全体一律方式	様々な事務が都道府県単位で統一されており、事務の繁杂さを避ける意味でも、[A - 都道府県]とすることが適当と考えられる。
ブロック別方式	保健事業の促進など保険者として明確な方向性を示して運営するものであり、住民に対する責任の所在が明らかで市町村に対する指導力を発揮しやすい[A - 都道府県]とすることが適当と考えられる。

後期高齢者医療制度における広域連合と市町村の役割分担

事務区分	広域連合事務	市町村事務
資格管理	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者の認定(台帳管理) ・被保険者証、各種証の一括印刷 ・資格証明書等の交付対象者決定 	<ul style="list-style-type: none"> ・資格得喪・変更届受理 ・被保険者証、各種証の交付、回収 ・資格証明書等の交付
保険料賦課・徴収	<ul style="list-style-type: none"> ・保険料の賦課 ・保険料減免決定 	<ul style="list-style-type: none"> ・納付書発行 ・保険料の還付 ・窓口、訪問による納付相談、指導 ・保険料減免申請受付 ・特別徴収各種異動情報処理 ・保険料収納消込 ・督促状発送 ・延滞金納付書発送 ・執行停止、滞納処分決定
保険給付	<ul style="list-style-type: none"> ・現物給付の審査支払 ・療養費(高額療養費等)の審査支払 ・療養費の受付(一部) ・葬祭費の支給 	<ul style="list-style-type: none"> ・療養費(高額療養費等)の申請受付 ・葬祭費の申請受付
保健事業	<ul style="list-style-type: none"> ・保健事業への補助 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健事業の実施
管理・会計	<ul style="list-style-type: none"> ・条例・規則の制定 ・住民への広報 ・保険料率決定 ・予算、決算、収入、支出事務 ・後期高齢者医療協議会の運営 ・補助金等申請・実績報告事務 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民への広報 ・補助金等申請・実績報告事務
苦情・相談	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情・相談対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情・相談対応

各党の医療保険制度に関する公約

自民党	公明党	民主党	社民党	国民新党	共産党
<p>【後期高齢者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・75歳を過ぎたサラリーマンは現役の制度に加入し続けられるようにするなど年齢のみによる区分を見直す。 ・保険料が過大にならないよう、公費負担拡大に取り組むなど現行の枠組みを維持しながら、よりよい制度へ抜本的な改善・見直し。 <p>【診療報酬】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・来年度、診療報酬をプラス改定 	<p>【後期高齢者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低所得者等の保険料負担の軽減措置を継続。 ・被用者保険の被保険者であった方は、被用者保険に引き続き加入できるように配慮。 ・外来窓口負担限度額の引下げ。 ・公費負担割合引上げによる保険料負担軽減。 <p>【地域保険】</p> <ul style="list-style-type: none"> 当面、国保の都道府県単位の財政調整の強化により広域化を図るとともに、都道府県単位の一元化された地域保険の創設に向け検討。 	<p>【後期高齢者】</p> <ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者医療制度・関連法は廃止。廃止に伴う国保の負担増は国が支援。 <p>【地域保険】</p> <ul style="list-style-type: none"> 被用者保険と国保を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用。 <p>【失業者】</p> <ul style="list-style-type: none"> 失業後1年に限り、在職中と同程度の保険料負担で医療保険に加入。 <p>【所要額】</p> <ul style="list-style-type: none"> 8500億円程度 	<p>後期高齢者医療制度を廃止。</p>	<p>後期高齢者医療制度を廃止。</p>	<p>【後期高齢者】</p> <ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者医療制度を廃止。 <p>【国保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国の責任で国保料(税)を1人当たり1万円引下げ。 ・滞納を理由とする国保証の取上げをやめる。

第4章 国民健康保険の課題と展望

伊藤 善典（厚生労働省保険局国民健康保険課長）

国民健康保険の課題と展望

平成22年1月25日

厚生労働省保険局国民健康保険課

伊藤 善典

概要

1. 国民健康保険の現状と課題
2. 平成22年度における国保制度の見直し
3. 高齢者医療制度の検討と市町村国保の広域化

1. 国民健康保険の現状と課題

市町村国保の収支状況(医療給付分)

科 目		平成19年度 (実績)	平成20年度 (見込)	増減額	前年度比
		億円	億円	億円	%
単年度収入 (経常収入)	保 険 料 (税)	35,034	28,011	7,023	80.0
	国 庫 支 出 金	30,892	28,277	2,615	91.5
	療養給付費交付金	26,221	8,936	17,285	34.1
	前期高齢者交付金	-	24,365	24,365	-
	都道府県支出金	8,124	7,407	717	91.2
	一般会計繰入金(法定分)	4,348	3,919	429	90.1
	一般会計繰入金(法定外)	3,804	3,668	136	96.4
	共同事業交付金	12,890	13,858	968	107.5
	直診勘定繰入金	6	3	3	50.0
	そ の 他	380	341	39	89.7
	合 計	121,699	118,785	2,914	97.6
単年度支出 (経常支出)	総 務 費	2,269	2,002	267	88.2
	保 険 給 付 費	83,253	83,382	129	100.2
	後期高齢者支援金	-	14,256	14,256	-
	前期高齢者納付金	-	19	19	-
	老人保健拠出金	22,404	3,331	19,073	14.9
	保 健 事 業 費	406	840	434	206.9
	共同事業拠出金	12,874	13,843	969	107.5
	直診勘定繰出金	35	43	8	122.9
そ の 他	1,038	614	424	59.2	
	合 計	122,280	118,329	3,951	96.8
単年度収支差(経常収支差) (A)		581	456	1,037	
赤字補填のための一般会計繰入金 (B)		2,556	2,585	29	101.1
赤字補填のための一般会計繰入金を除いた場合の 単年度収支差(経常収支差) (A)-(B)		3,137	2,129	1,008	

(出所) 国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)

(注1) 平成20年度については速報値であるため、数値は変わり得る。

(注2) 端数の関係上、合計及び収支差がずれることがある。

(注3) 前期高齢者交付金、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金及び老人保健拠出金については、当年度概算額と前々年度精算額を加えたものとなっており、平成19年度の精算は平成21年度に、平成20年度の精算は平成22年度にそれぞれ行われる。

(注4) 赤字補填のための一般会計繰入金とは、収入の「一般会計繰入金(法定外)」のうち赤字補填を目的とした額である。

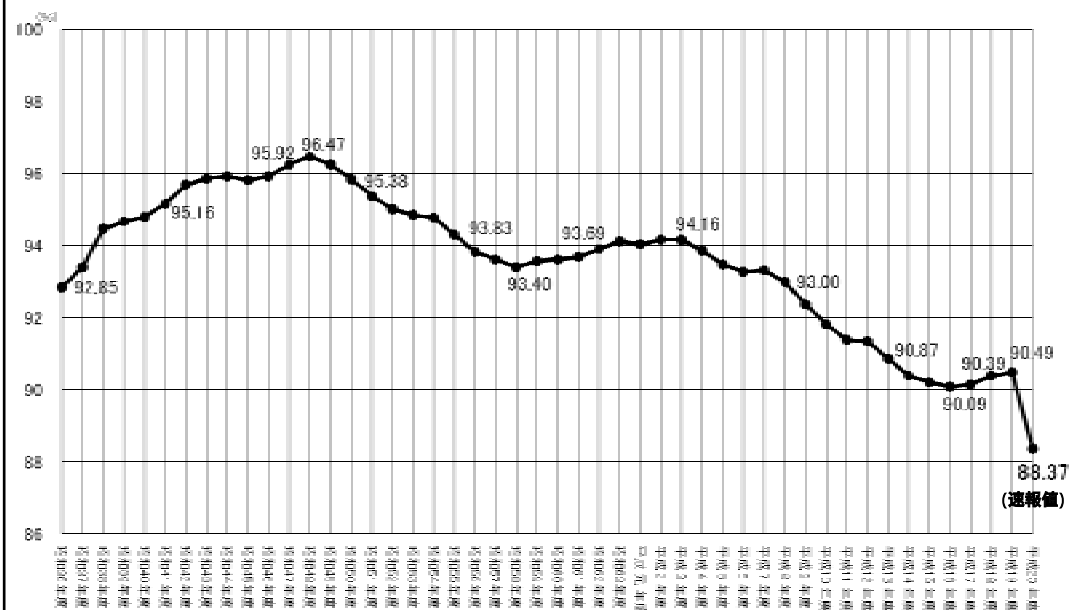
(注5) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整している。

市町村国保の一般会計繰入金(法定外)の内訳

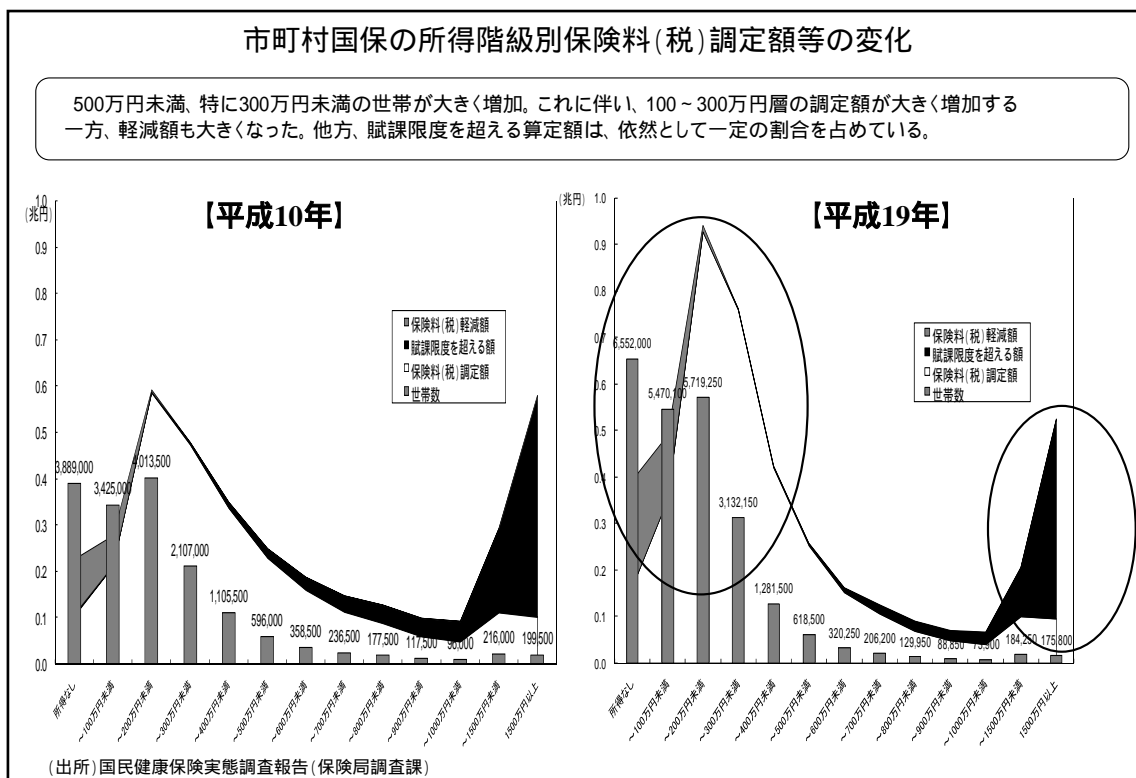
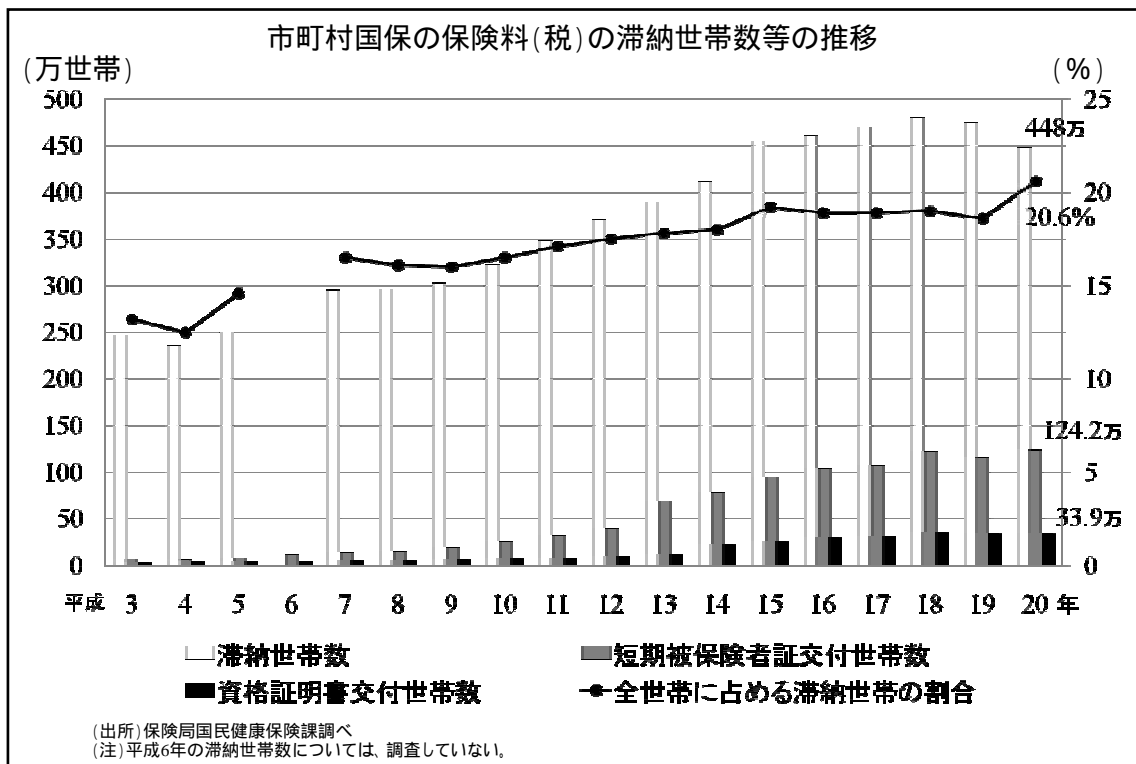
		19年度 (実績)	20年度 (見込)	
		億円	億円	
		3,804	3,668	+
一般会計繰入金(法定外)	赤字補てん	保険料(税)の負担緩和を図るため	924	929
		保険料(税)の減免額に充てるため	145	140
		地方単独の保険料(税)の軽減額に充てるため	61	56
		単年度の決算補てんのため	676	869
		累積赤字補てんのため	137	96
		地方独自事業の医療給付費波及増等に充てるため	207	253
		任意給付費に充てるため	64	14
		医療費の増加	257	179
		後期高齢者支援金(老人保健拠出金)	81	45
		公債費、借入金利息	2	2
	高額療養費貸付金	0	0	
	小計		2,556	2,585
	上記以外	保健事業費に充てるため	43	95
		直営診療施設に充てるため	3	5
納税報奨金(納付組織交付金)等		6	0	
基金積立		2	3	
返済金		7	11	
その他		1,187	968	
(再掲)その他のうち東京都財政調整		968	798	
(再掲)その他の「東京都財政調整」以外	219	170		
小計		1,248	1,083	

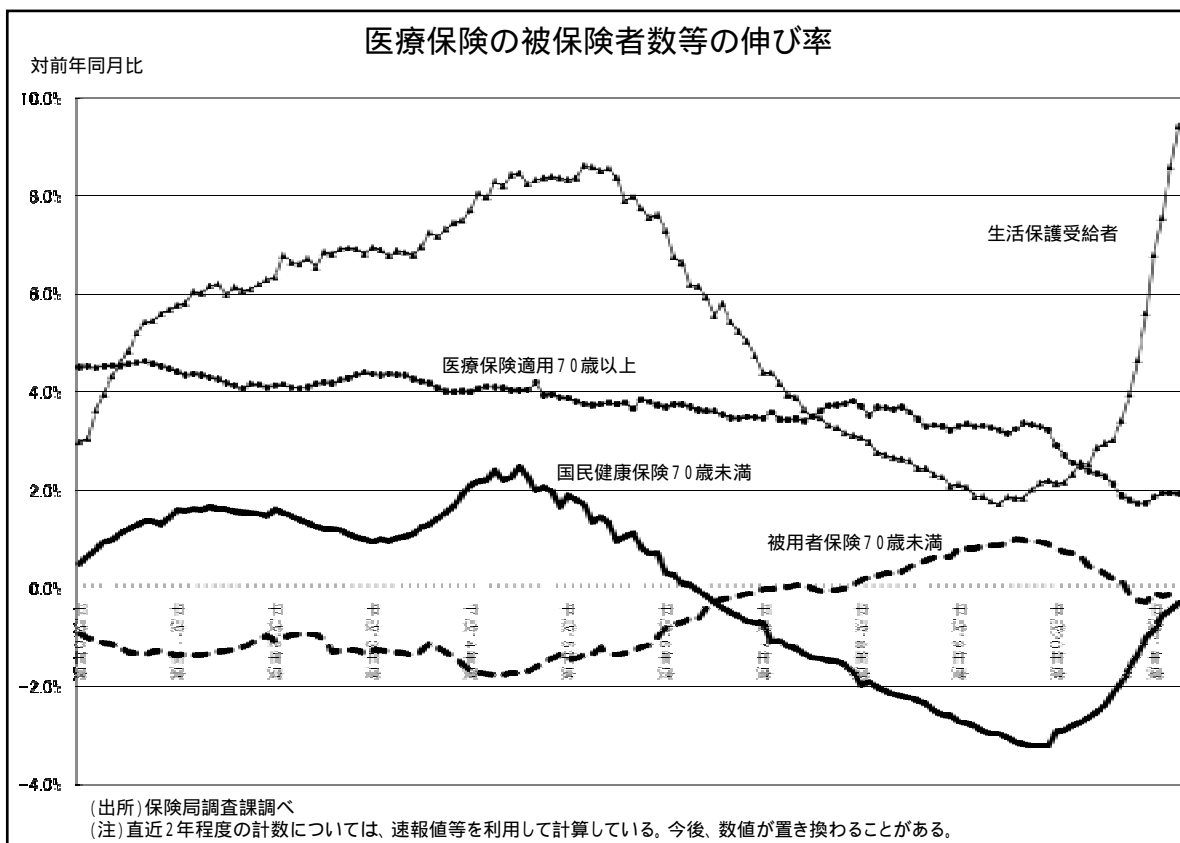
(出所) 国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)
 (注) 平成20年度については速報値であるため、数値は変わり得る。

市町村国保の保険料(税)の収納率(現年度分)の推移



(出所) 国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)
 (注1) 平成20年度については速報値であるため、数値は変わり得る。
 (注2) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)
 (注3) 平成12年度以降の調定額等は、介護給付金を含んでいる。





国民健康保険制度の見直しの方向性

【現状】

低所得層の増加、非正規労働者・失業者の流入
低中所得層の負担率の増加、保険料収納率の低下、滞納世帯の増加

【課題】

国民皆保険の維持
保険財政の安定化(収納対策、高額医療費への対応)
低中所得層の保険料負担の軽減
保険料格差の是正
地域主権(地方分権)の推進
後期高齢者医療制度廃止への対応

【見直しの方向性】

事業運営の広域化(都道府県単位化)
都道府県の権限と責任の強化
地域の実情に応じた制度運営

2. 平成22年度における国民健康保険制度の見直し

- (1) 国保財政基盤強化策等(暫定措置)の延長
- (2) 市町村国保の運営の広域化・地方分権の推進
- (3) 市町村国保の保険料(税)のあり方
 - 市町村の実情に応じた保険料(税)の設定
 - 非自発的失業者の保険料(税)の軽減
- (4) 資格証明書交付世帯の高校生等への短期被保険者証の交付
- (5) 国保組合に対する補助の見直し

(1) 国保財政基盤強化策(暫定措置)の延長

市町村国保の財政運営については、今後とも、厳しい状況が続くものと見込まれることから、平成22年度から平成25年度までの4年間、下記のとおり、財政基盤強化策を継続実施する。

なお、新たな高齢者医療制度の検討に合わせて、必要に応じ、途中年度でも、財政基盤強化策の見直しを行う。

1 高額医療費共同事業の継続

一件80万円を超える医療費についての都道府県単位での再保険事業
(負担区分)市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4

2 保険財政共同安定化事業の見直し(都道府県の役割と権限の強化)

一件30万円を超える医療費についての都道府県単位での再保険事業
保険料平準化や国保財政の広域化等の観点から、都道府県が次の内容について「広域化等支援方針(仮称)」で定めることができるようにする。

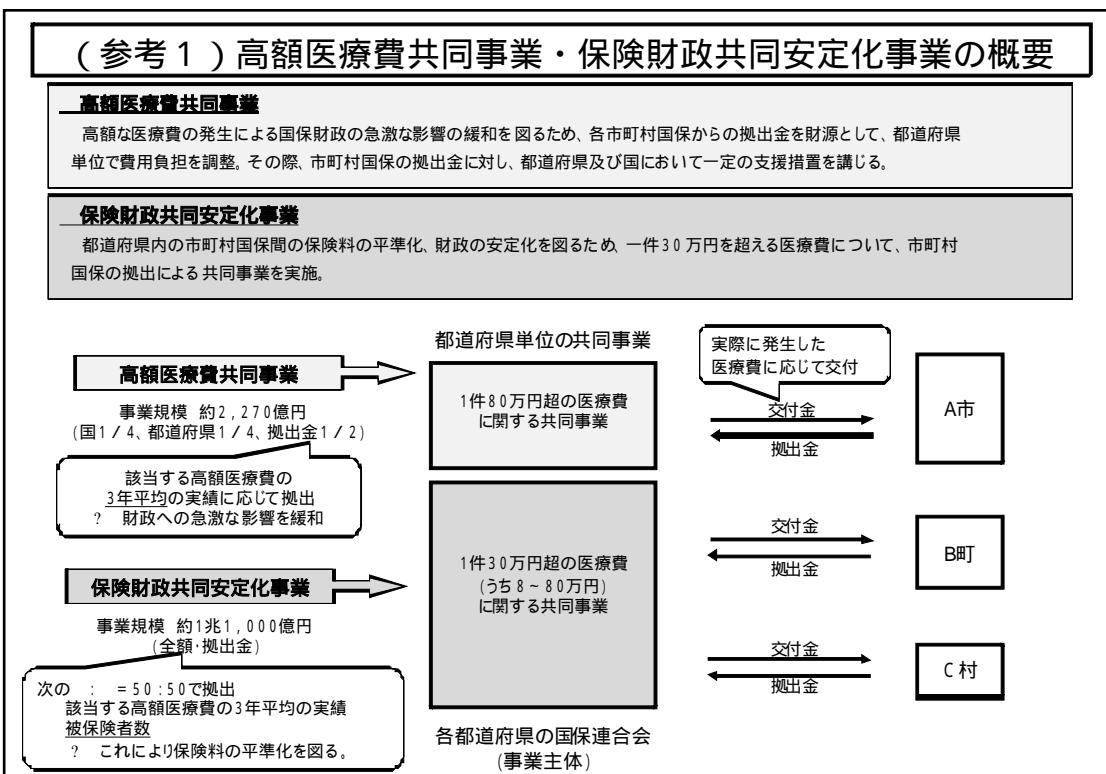
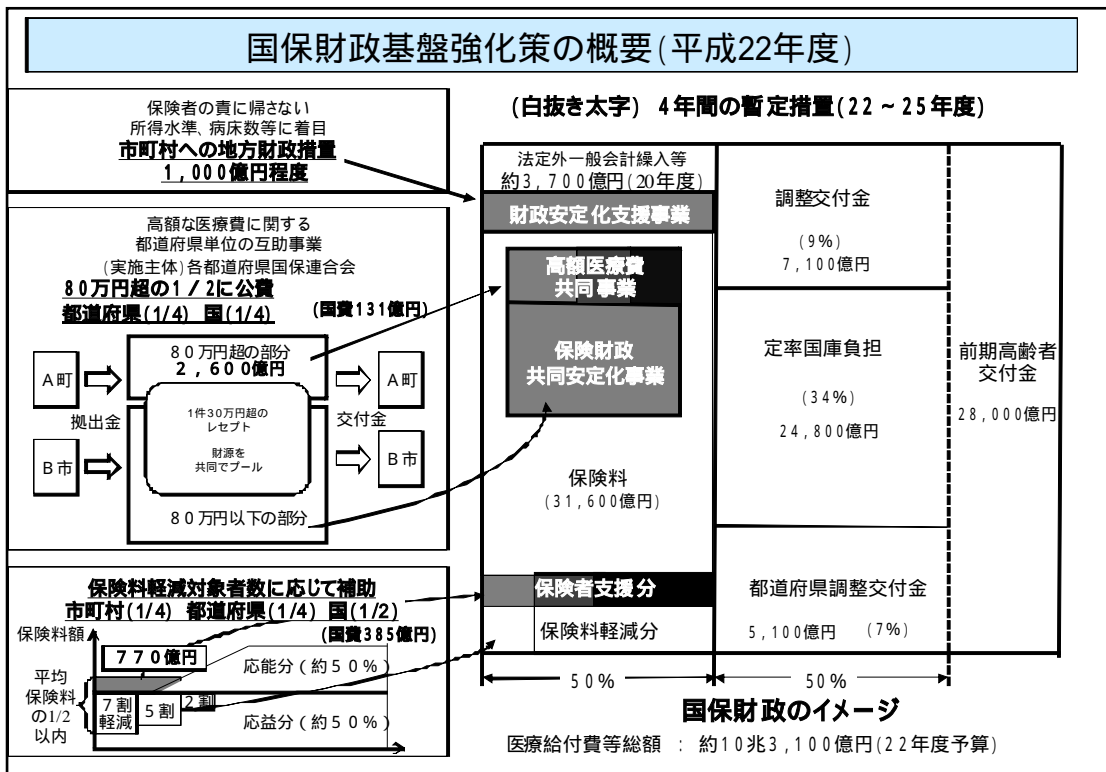
- ・事業の対象となる医療費の額(30万円以下でも可)
- ・市町村国保からの拠出金の拠出方法の基準

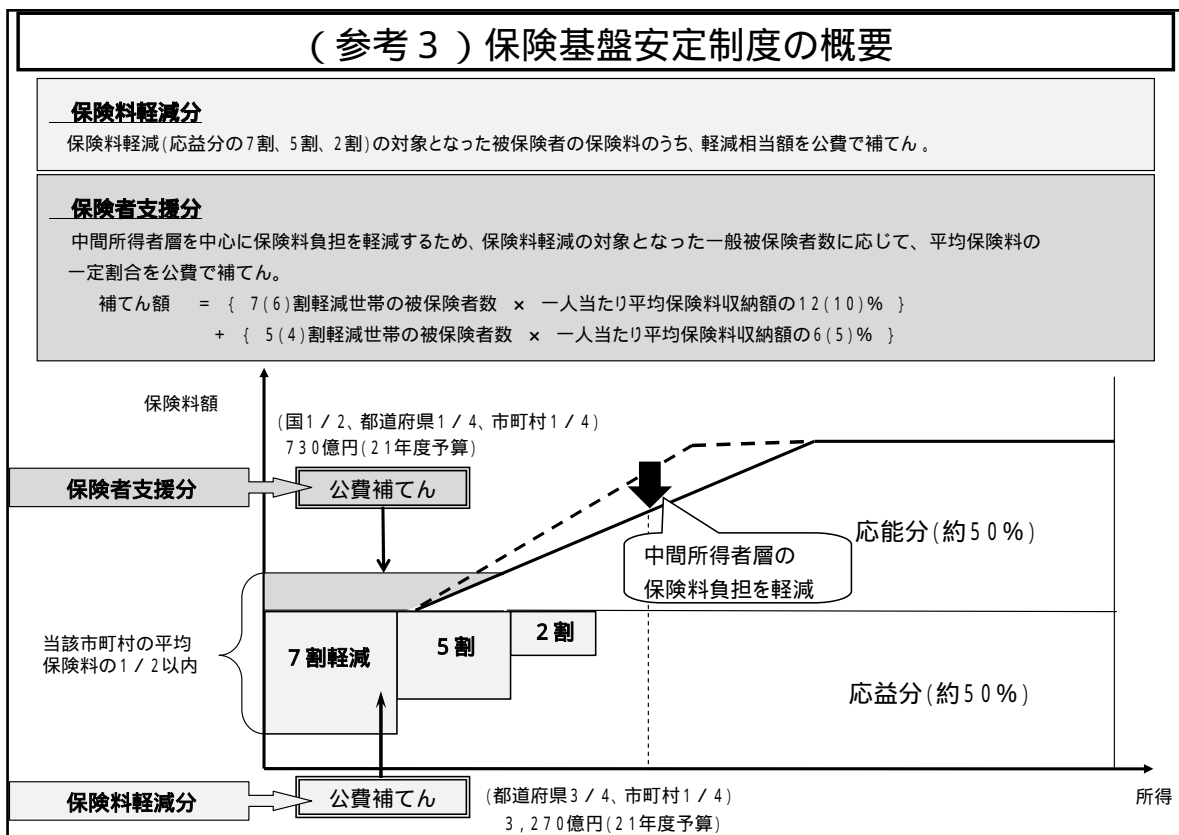
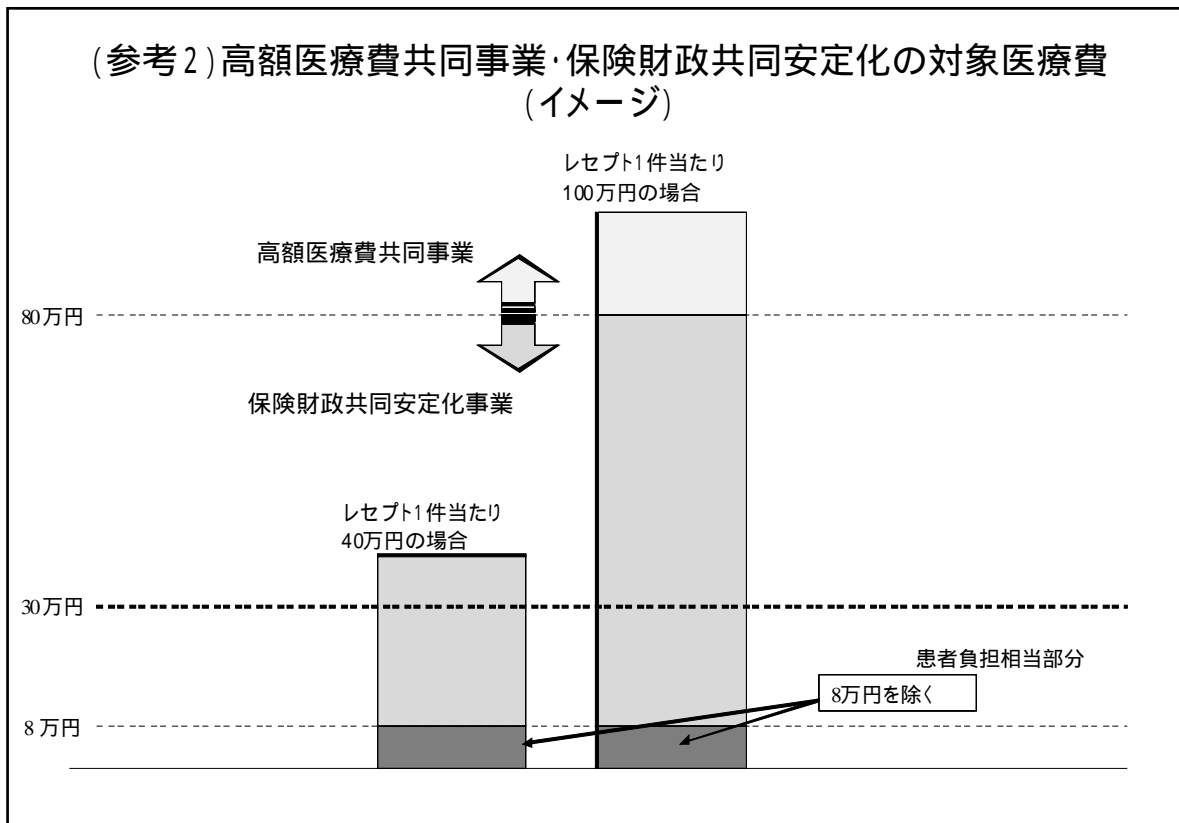
3 保険者支援制度の継続

低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援
(負担区分)国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

4 国保財政安定化支援事業の継続

市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置で支援(1,000億円程度)





(2) 市町村国保の運営の広域化・地方分権の推進

現状

- ・ 都道府県は、国保事業の運営が健全に行われるよう市町村を指導。
- ・ 広域化等支援基金や都道府県調整交付金の配分を通じて、保険運営の広域化に一定の役割。

平成18年医療制度改革

- ・ 市町村国保では、保険財政の広域化の観点から都道府県単位の再保険事業(保険財政共同安定化事業)を創設。
- ・ 政管健保(現・協会けんぽ)では、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定。

民主党マニフェスト

「被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る。」

地方分権改革

地方分権改革推進委員会第3次勧告(概要)(平成21年10月7日)

- ・ 市町村が保険料率の変更や任意給付の創設をする場合などにおける都道府県知事への事前協議義務
廃止すべき (法第12条)
- ・ 医療費が著しく高額として厚生労働大臣の指定を受けた市町村による運営安定化計画の策定義務
廃止すべき (法第68条の2)

地方分権改革推進要綱(第1次)(抄)(平成20年6月20日地方分権改革推進本部決定)

「国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討し、平成21年度中に結論を得る。」

地方分権改革推進委員会第3次勧告で指摘された規定については、**勧告に従って廃止**。
民主党マニフェストで盛り込まれた地域保険としての一元的運用の方向性及び地方分権改革推進要綱の趣旨を踏まえ、市町村国保の都道府県単位化を進めるための環境整備として、**新たに都道府県の判断により、以下のことを実施できることとする。**

保険財政共同安定化事業の拡大(対象医療費の引下げ等)

「広域化等支援方針(仮称)」の策定

事業運営について改善の必要が認められる市町村に対する助言又は勧告

「地域保険としての一元的運用」のあり方については、高齢者医療制度の見直しにあわせて議論を行う。

「広域化等支援方針(仮称)」のイメージ

都道府県が、市町村の意見を聞きつつ、国保の都道府県単位化に向けた3～5年程度の支援方針を策定。

(1) 事業運営の広域化

- ・ 収納対策の共同実施
- ・ 医療費適正化策の共同実施
- ・ 広域的な保健事業の実施
- ・ 保険者事務の共通化 など

(2) 財政運営の広域化

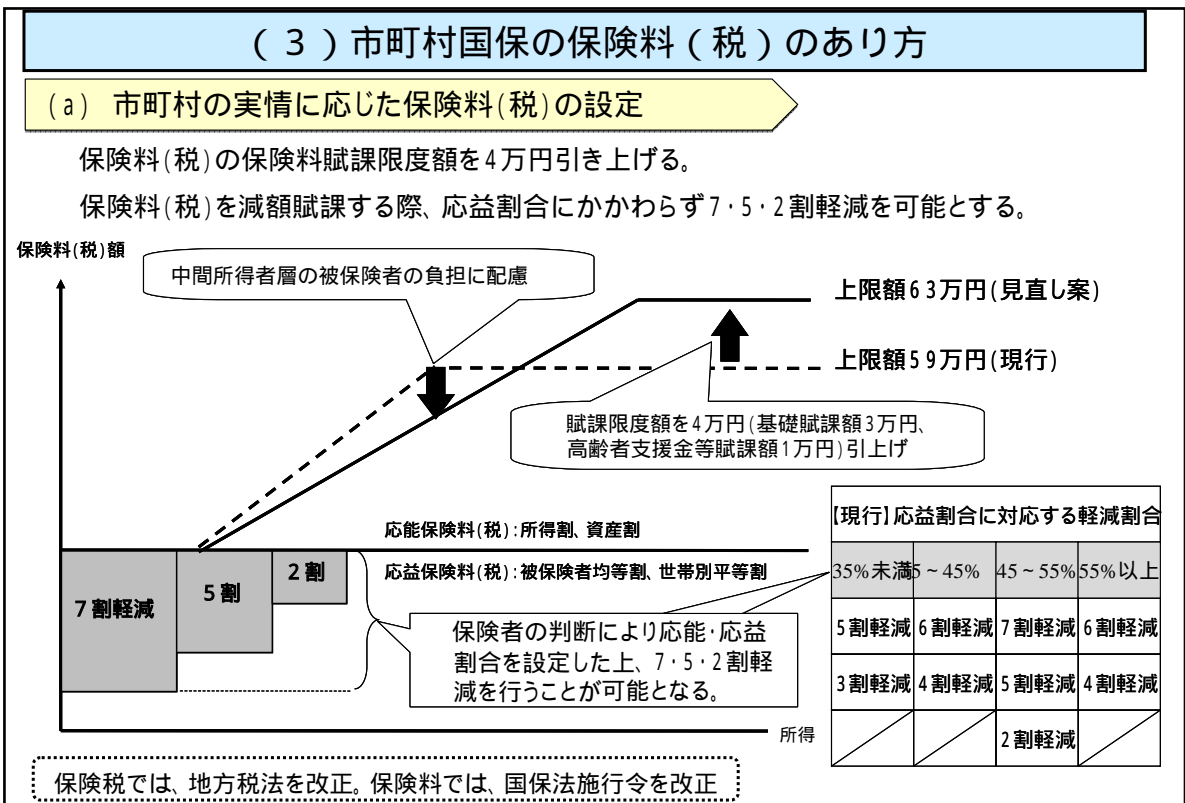
- ・ 保険財政共同安定化事業の拡充
- ・ 都道府県調整交付金の活用
- ・ 広域化等支援基金の活用など

(3) 都道府県内の標準設定

- ・ 保険者規模別の収納率目標
- ・ 赤字解消の目標年次
- ・ 標準的な保険料算定方式
- ・ 標準的な応益割合 など

(参考)「広域化等支援方針(仮称)」が策定された都道府県については、次の措置を講じる。

保険料収納率が基準を下回る市町村国保に対する国の交付金の減額措置の廃止
広域化等支援基金の都道府県による使用の容認(広域化等支援方針策定経費への支出等)



(b) 非自発的失業者に対する保険料軽減措置の創設(マニフェスト関連)

非自発的失業者について、失業の翌年度末まで、前年の給与と所得を30/100として保険料を算定。

(注)非自発的失業者の範囲は、ハローワークから雇用保険受給資格証(非自発的失業である旨が記載)が交付される次の者とする。

- ア. 特定受給資格者・・・倒産等により突然離職を余儀なくされた者
- イ. 特定理由離職者・・・有期労働契約の期間が終了し、雇い止めされた者等

その上で、保険基盤安定制度(保険料軽減分・保険者支援分)を適用し、7・5・2割軽減等を実施。

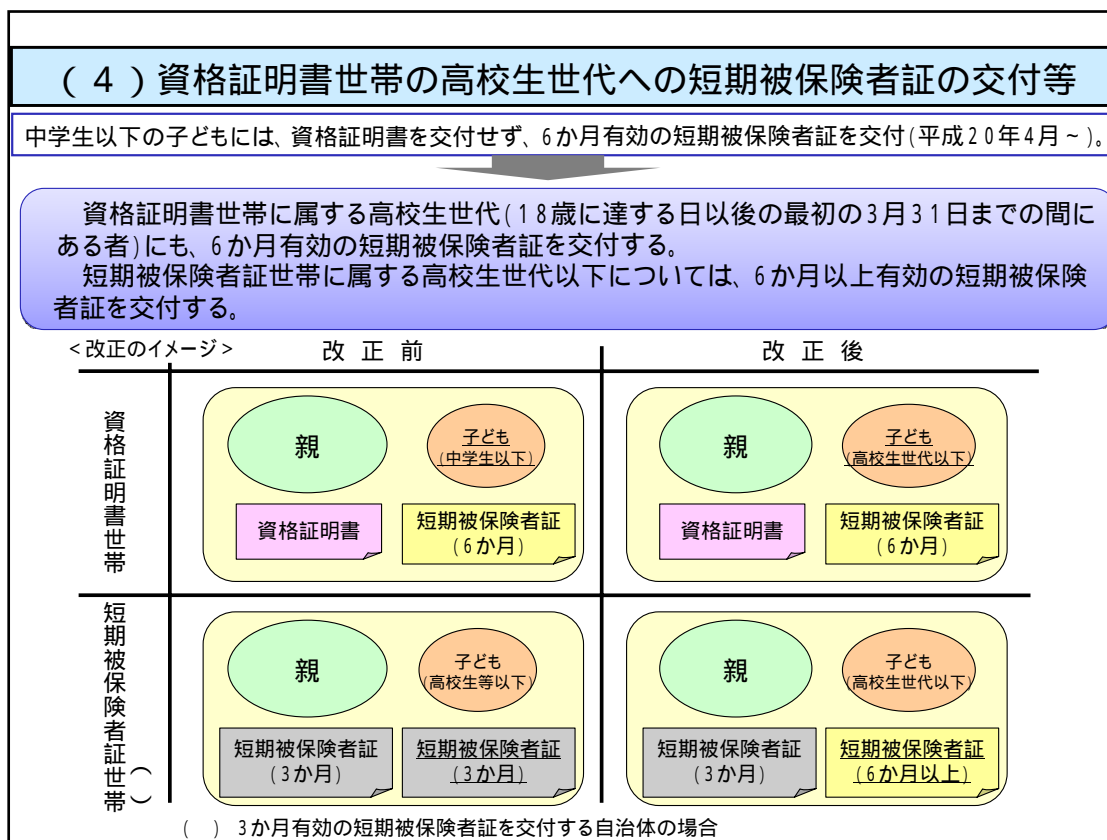
さらに、当該市町村国保の平均保険料と軽減後の保険料との差額について、国による公費負担部分を除き、国の特別調整交付金で補てん。

条例による保険料減免を行った場合、平均保険料額と減免後の保険料額との差を特別調整交付金により補てんする従来の措置については、存続。

のア・イの類型に当たらない失業者に対して減免を行った場合にも、補てん。

〔平成22年度〕

予算額	約40億円	特別調整交付金	約180億円	
地方財政措置	都道府県	約170億円	市町村	約70億円
法令上の措置	国保税は地方税法改正、保険料は政令改正			



その他の医療保険制度改革

1. 診療報酬改定
 - 全体改定率 +0.19% (10年ぶりのプラス改定)
 - ・ 本体 +1.55% (医科1.74%(入院3.03%、外来0.31%)、歯科2.09%、調剤0.52%)
 - ・ 薬価等 1.36%(薬価ベース 5.75%)
2. 協会けんぽの国庫負担割合の引上げ等
 - 急激に収支が悪化した協会けんぽの保険料率上昇を約0.6%抑制
 - ・ 被用者保険の後期高齢者支援金の1/3について、加入者割を総報酬割にするとともに、当該部分についての協会けんぽに対する国庫補助(16.4%)を廃止
 - ・ 若人の給付費に対する国庫補助率を引き上げ(13.0%? 16.4%)
これに合わせ、国保組合の「組合特定被保険者」の補助を見直し
3. 後期高齢者医療制度廃止までの措置(21年度第2次補正予算)
 - 70~74歳までの患者負担割合の引上げ(1割? 2割)の凍結
 - 被用者保険の被扶養者であった方の保険料軽減の継続(均等割9割軽減)
 - 所得の低い方の保険料軽減の継続(均等割9割、8.5割、所得割5割軽減)

3. 高齢者医療制度の検討と 市町村国保の広域化

高齢医療制度改革会議の開催（平成21年11月～）

後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため厚生労働大臣の主宰により開催。

【参集者】

座長：岩村正彦東大教授

高齢者代表(4名)、自治体関係(4名)、労使・被用者保険(4名)、医療従事者(2名)
学者・マスコミ(4名) 計19名

【検討に当たっての基本的な考え方】

後期高齢者医療制度は廃止する

マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する

後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする

市町村国保などの負担増に十分配慮する

高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする

市町村国保の広域化につながる見直しを行う

民主党マニフェスト(医療保険関係)

民主党の政権政策マニフェスト2009

21. 後期高齢者医療制度を廃止し、国民皆保険を守る
 【政策目的】
 年齢で差別する制度を廃止して、医療制度に対する国民の信頼を高める。
 医療保険制度の一元的運用を通じて、国民皆保険制度を守る。
 【具体案】
後期高齢者医療制度・関連法は廃止する。廃止に伴う国民健康保険の負担増は国が支援する。
被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る。
 【所要額】 8500億円程度

38. 雇用保険を全ての労働者に適用する
 【政策目的】
 セーフティネットを強化して、国民の安心感を高める。
 雇用保険の財政基盤を強化するとともに、雇用形態の多様化に対応する。
 【具体案】
 全ての労働者を雇用保険の被保険者とする。
 雇用保険における国庫負担を、法律の本則である1/4に戻す。
失業後1年の間は、在職中と同程度の保険料負担で医療保険に加入できるようにする。
 【所要額】 3000億円程度

民主党政策集インデックス2009

後期高齢者医療制度の廃止と医療保険の一元化
 後期高齢者医療制度は廃止し、廃止に伴う国民健康保険の財政負担増は国が支援します。国民健康保険の地域間格差を是正します。国民健康保険、被用者保険などの負担の不公平を是正します。
 被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域医療保険として、医療保険制度の一元的運用を図り、国民皆保険制度を守ります。

求職者支援など雇用のセーフティネットの拡充
 すべての労働者が、雇用保険や社会保険、生活保護などのセーフティネットに支えられ、社会的に排除されることのない仕組みを再構築します。
 雇用保険と生活保護の間をつなぐ第2のセーフティネットを整備します。「求職者支援法」を制定し、失業給付が終了した人や、自営業を廃業した人に、職業能力訓練を受けた日数に応じて能力開発手当を支給します。また、失業後1年に限り、在職中と同程度の保険料負担で医療保険に加入できるようにします。
 (略)

市町村国保の広域化(都道府県単位化)の目的

1. 財政単位の拡大による保険財政の安定化
2. 保険料水準の平準化による負担の公平の確保
 都道府県内で同じ所得水準等であれば、同じ保険料
3. 効率的な事業運営
 事務の統一・一元的処理、システム関連経費等の削減、制度の簡素化等
4. 効果的な事業運営
 都道府県による地域医療体制の整備等の施策との連携
5. 将来、地域保険として一元的運用を図るための第一段階(民主党マニフェスト)

現行の関係機関の役割分担		
	国民健康保険関係	その他
国	基本的な制度設計、財源確保 保険者や共同事業への財政負担 全国レベルでの財政調整 都道府県・市町村への助言・指導	保健医療政策全般の企画立案 診療報酬の設定
都道府県	保険者や共同事業への財政負担 都道府県レベルでの財政調整 保険者・国保連への助言・指導・監督 広域化等支援基金の設置 国民健康保険審査会の運営	広域的な自治体として、保健医療行政を担当 ・医療計画 ・健康増進計画 ・介護保険事業支援計画 ・医療費適正化計画
市町村	保険者として事業を実施(保険料徴収・賦課、保健事業、国保直診等)	基礎的自治体として、住民に身近なきめ細かいサービスを提供 ・住民税の賦課・徴収 ・健康づくり(がん検診、母子保健等)
国保連	診療報酬の審査支払 保険者の共同事業(医療費の審査支払、共同事務処理、高額医療費共同事業、保険財政共同安定化事業、特定健診等の費用の決済、調査研究等)	後期高齢者医療診療報酬、介護給付費、自立支援給付費、公費負担医療等の審査支払 保険料の特別徴収の経由事務 等

広域化に向けた検討課題(主なもの)
<ol style="list-style-type: none"> 1. 新たな高齢者医療制度(平成25年度～)との関係 2. 誰が保険者になるか(都道府県、国保広域連合、後期高齢者医療広域連合等) 3. 新たな保険者の職員(プロパー化、出向、併任) 4. 新たな保険者と市町村との関係(保険料賦課・徴収、届出受理等の窓口業務、保健事業の取り扱い) 5. 新たな保険者と国保連合会(共同事務処理機関)との関係 6. 保険料賦課方式(直接賦課方式、分賦金方式) 7. 保険料率(全市町村一律賦課、グループ別不均一賦課) 8. 保険料平準化の進め方(激変緩和、不均一賦課等) 9. 保健事業のあり方(実施主体、インセンティブ) 10. へき地等における医療サービス確保(国保直診の設置・運営のあり方等) 11. 市町村一般会計からの法定外繰入れや国保特会の累積赤字の処理 12. 国・都道府県の役割分担(財源確保、補助制度、権限等) 13. 効率化効果と新たなコスト(人件費、システム開発費等)

関係団体の考え方

1. 全国市長会（21年11月20日）

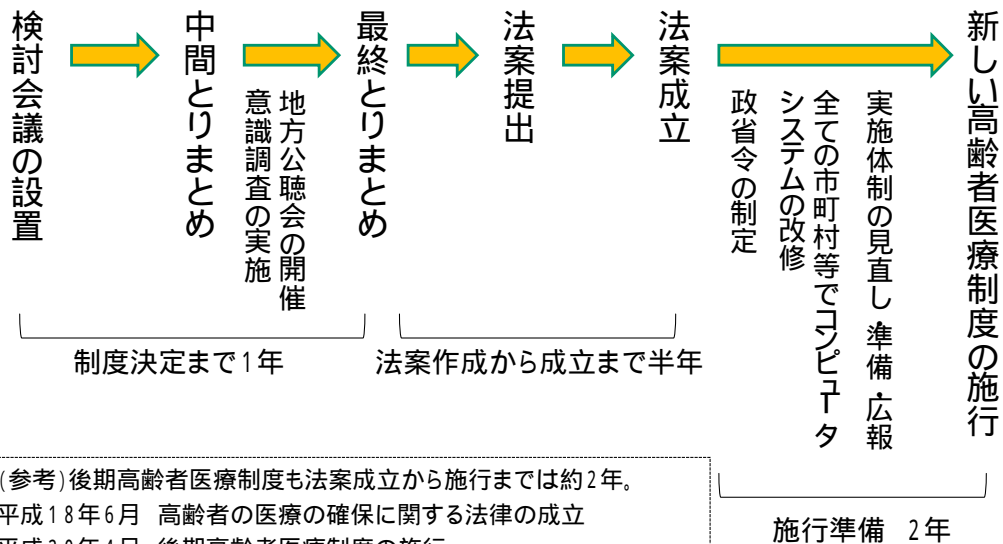
後期高齢者医療制度を廃止して新たに創設する医療保険制度については、全ての国民を対象とする医療保険制度の一本化に向け、国または都道府県を保険者とする国民健康保険制度の再編・統合などを早急に検討すること。

2. 全国町村会（21年11月18日）

新制度は、世代間の負担の明確性や財政基盤の安定性など現行制度の根幹は維持し、国・都道府県の役割と責任を明確にした制度とするとともに、国民皆保険を堅持するため、都道府県を軸とした保険者の再編・統合を推進し、最終的には医療保険制度の一本化を図ること。

新しい高齢者医療制度創設までのスケジュール(見込み)

平成21年11月 平成22年夏 平成22年末 平成23年1月 平成23年春 平成25年4月



国保の広域化に向けた道筋

1. 平成22年通常国会 国保法改正案(広域化等支援方針の策定など)

※ 国保広域化を進めるための環境整備



2. 平成25年度 新たな高齢者医療制度の創設(見込み)

※ 新たな高齢者医療制度の創設に合わせ、国保広域化を具体化。
新たな高齢者医療制度の創設と国保広域化は、将来、地域保険
として一元的運用を図るための第一段階との位置付け。



3. 被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る(民主党マニフェスト)。

第5章 国民健康保険の改革をめぐる論点

2009年度の研究会内容を踏まえて

小西 砂千夫（関西学院大学大学院

経済学研究科・人間福祉学部教授）

国民健康保険の改革をめぐる論点

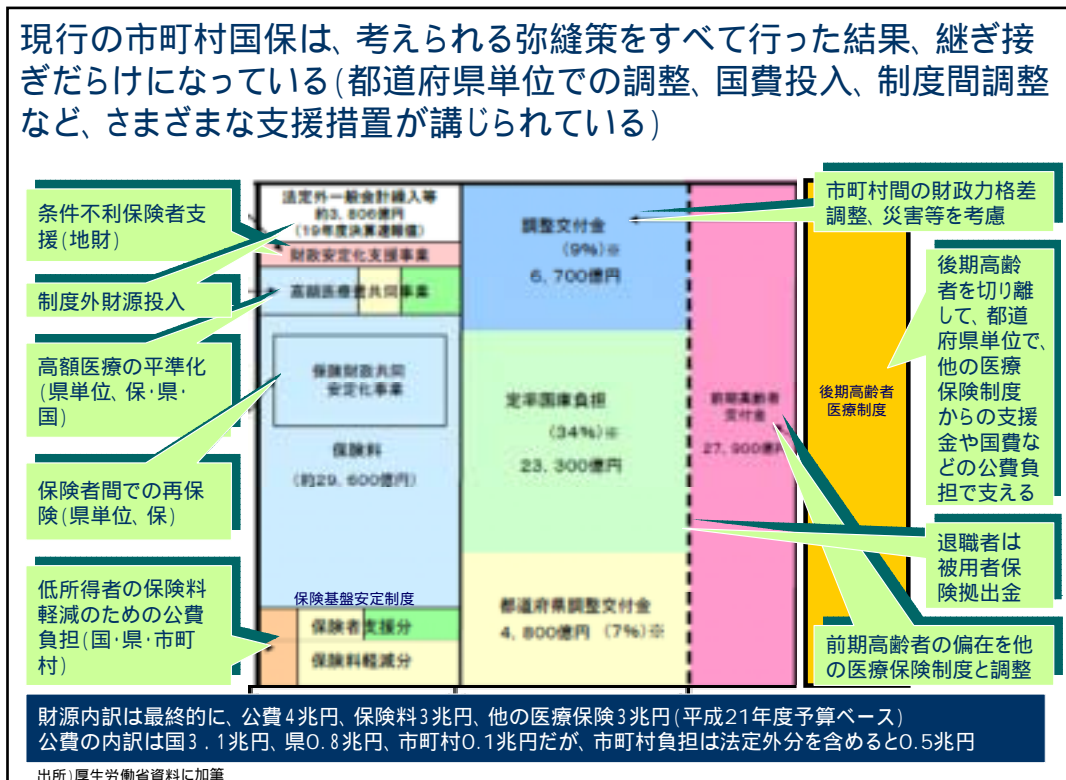
2009年度の研究会内容を踏まえて

地方行財政ビジョン研究会

関西学院大学 小西砂千夫

1. 全体の構図：保険制度がもつクリームスキミングの構図のなかで最も不利な状況を受け持つ市町村国保

- わが国では皆保険が成立する以前から、一部のまとまりのある業種等で医療保険組合が形成され、後に皆保険の形に整える際に国民健康保険のなかの市町村国保が受け皿となった。そのため、各種の医療保険が同質的で一定の年齢層と所得水準の集団を形成しているのに対して、結果的に国民健康保険はそこに入れない条件不利者（所得水準が低く、疾病率が高い）の保険となった。制度間格差の発生は不可避となった。
- 制度間格差是正や矛盾解消に向けて各種の手当てを行い、保険として不利を改善するために公費を投入することや、保険者が市町村であるなかで都道府県単位での共済的な機能を持たせること、他の制度との間で調整をするなど、さまざまな制度的手当が行われてきたが、抜本的な問題解消には遠く、保険料が高く払いきれない加入者が続出し、制度として成り立ちにくくなってきている。さらに、高齢化・低成長・格差社会で、制度として先の見えない状況がある。
- 一部の国民健康保険組合は皆保険制度導入前から自主的に形成されたものもあり、そうした組合は独自の保険事業を行うなど、自主性を重んじる観点からもそうした組合の存在を尊重すべき理由はある。その一方で、国民健康保険組合では保険料が払えない加入者はただちに資格を失って市町村国保に加入することとなるなど受け皿となっている。国保制度のなかでの国保組合と市町村国保のバランス、医療保険のなかでの被用者保険（国保組合・共済組合・協会けんぽ）と市町村国保のバランスなど、多角的な観点で制度のあり方を考える必要がある。
- 制度間で保険料や給付の内容に相当な差があり、制度間の再分配を高めるなどでその是正を進めると、加入者の既得権を脅かすことになり、制度改革を行うことが難しい状況がある。後期高齢者医療制度への反発や、制度間調整の負担に耐えかねて健保組合を解散する動きが問題になるなど、制度間の調整は相当難しい課題である。



2. 行き詰まりを見せる市町村国保の運営と課題

- 市町村国保は、被用者保険である他制度に比べて加入者の平均年齢が高く、診療費も割高であり、所得水準が低い(というよりも所得がない世帯の比率が高く、保険料を軽減なしに払える所得者層は他制度と比較すると極端に少ない)にもかかわらず保険料はけって低いわけではない
- 保険者である自治体間での保険料の格差が大きく、保険料が高くなりすぎる自治体では法定外繰出を行っているが、その財政的な負担も相当大きく、市町村の財政運営の逼迫要因となっている。特に、低所得者が相対的に多く集まる自治体では、国保財政の悪化と生活保護費の急増と相まって、深刻な財政問題を引き起こしている
- 景気悪化の影響もあって、保険料の納付率は近年でこそ回復傾向にあるが長期的には低下しており、特に大都市では低い(平成20年度に徴収率が急激に低下しているのは後期高齢者医療制度の発足により、収納率の高い集団が対象外となったことの影響が大きい)
- 各種の軽減制度がはたして十分かについては検討が必要(世帯人数が増えるほど均等割部分が増えるので、そこには軽減措置が必要?)
- 地域間の医療費格差の是正に取り組まなければ、国保料の格差は抜本的には解消しない。保険者である市町村では、専門職を確保してレセプト点検を行うなどは難しく、医療費適正化に取り組むことは容易ではない
- 保険料率の体系は、現在の形がいいのか(所得に対する負担率が累退的とするか、累進的な部分を拡大してS字にするのがいい?)

第5章 国民健康保険の改革をめぐる論点

	市町村国保	政管健保※5	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。
 5 政府管掌健康保険は、平成20年10月からは全国健康保険協会が管掌する全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)となる。

出所)厚生労働省資料、枠は小西が加えた

市町村国保の一般会計繰入金(法定外)の内訳

		19年度 (実績)	20年度 (見込)		
		億円	億円		
		3,804	3,668	①+②	
一般会計繰入金(法定外)	赤字補てん	保険料(税)の負担緩和を図るため	924	929	①
		保険料(税)の減免額に充てるため	145	140	
		地方単独の保険料(税)の軽減額に充てるため	81	56	
		算年度の決算補てんのため	676	669	
		累積赤字補てんのため	137	96	
		地方独自事業の返還給付費波及増等に充てるため	207	253	
		任意給付費に充てるため	84	14	
		医療費の増加	257	179	
		後期高齢者支援金(老人保健拠出金)	31	45	
		公債費、借入金利息	2	2	
高齢療養費貸付金	0	0			
小 計		2,556	2,585		
上記以外		保健事業費に充てるため	43	95	②
		高層診療施設に充てるため	3	5	
		納税相談員(納付相談員)等	6	0	
		基金積立	2	3	
		返済金	7	11	
		その他	1,187	968	
		(両掲)その他のうち東京都財政調整型 (両掲)その他の「東京都財政調整型」以外	988	788	
小 計		1,246	1,063		

(出所) 国民健康保険事業年報(保険料調定額)、国民健康保険事業年報(社会保障費)(保険料調定額)等
 (注) 平成20年度については速報値であるため、数値は変わらねる。

出所)厚生労働省資料

(参考) **国民健康保険の課題について**

他の医療保険と比べると相対的に保険料が高く、国保の中でも保険料の地域間格差が大きい。

①政管健保との比較(年収385万円の場合の保険料額)

政管健保	月平均約13,000円(被保険者負担分のみ)	負担率 4.1%
国保(全国平均)	月額約24,900円(夫婦と子供二人世帯として試算)	負担率 7.8%

※政管健保は標準報酬月額28万円、年間賞与45万円として、国保は給与収入385万円として試算

②市町村間の保険料格差

資産無しで基礎年金のみ単身の場合		1人当たり平均
最高-北海道羅臼町	月額約2,000円	月額約9,200円
最低-沖縄真栄国村	月額約600円	月額約1,900円

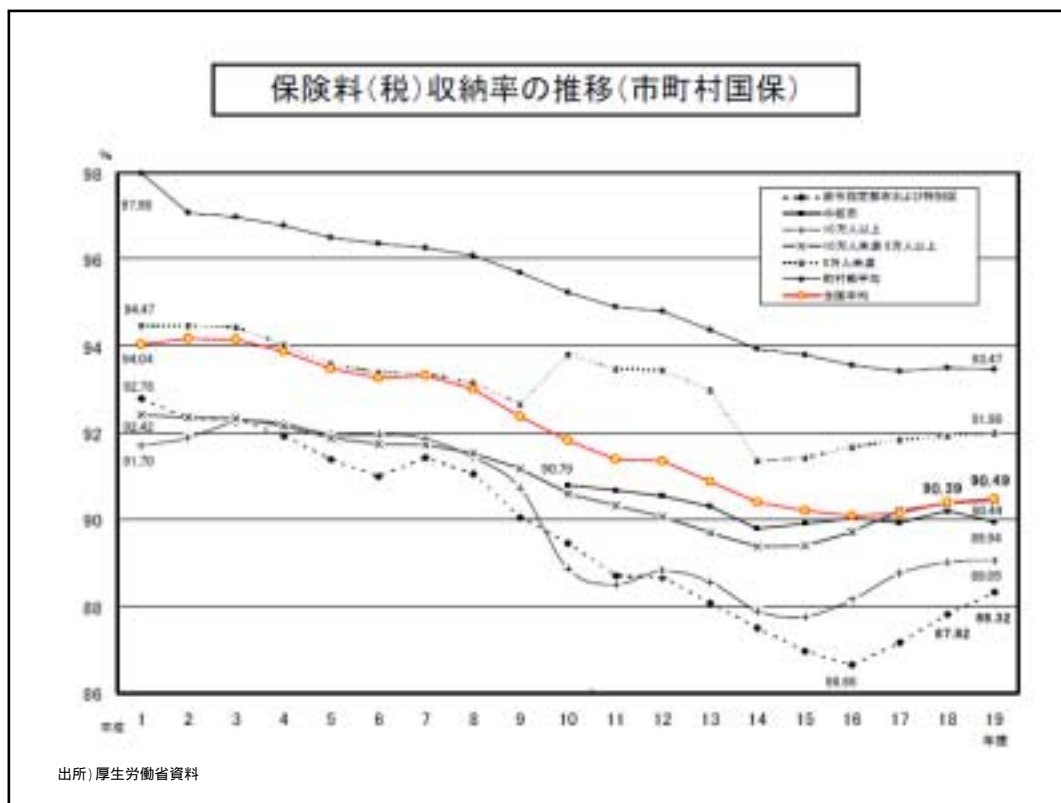
※1人当たり平均保険料が最高と最低の市町村の比較

保険料率の引き上げが難しいため、法定外の一般会計繰り入れが約3,800億円に上っている。

保険料率の引き上げが難しいため、赤字補填等のための法定外の一般会計繰り入れが全国では、約3,800億円となっている。
また、一般会計繰り入れは、法定分と法定外をあわせて約8,200億円となっている。

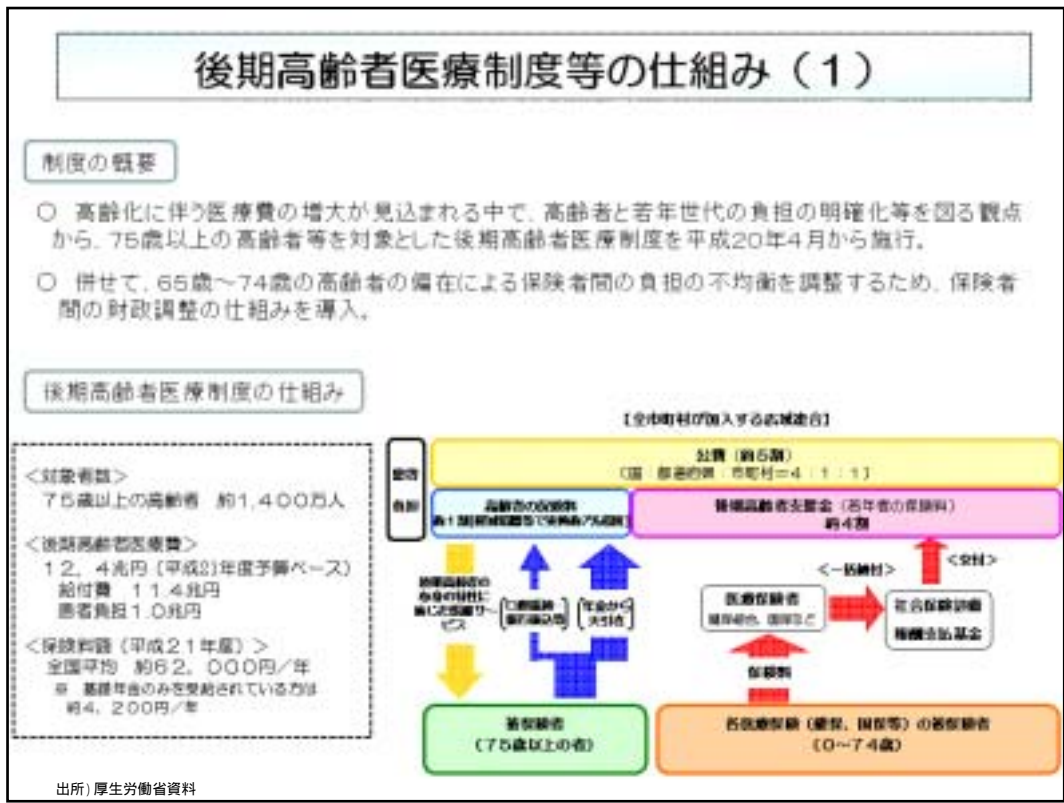
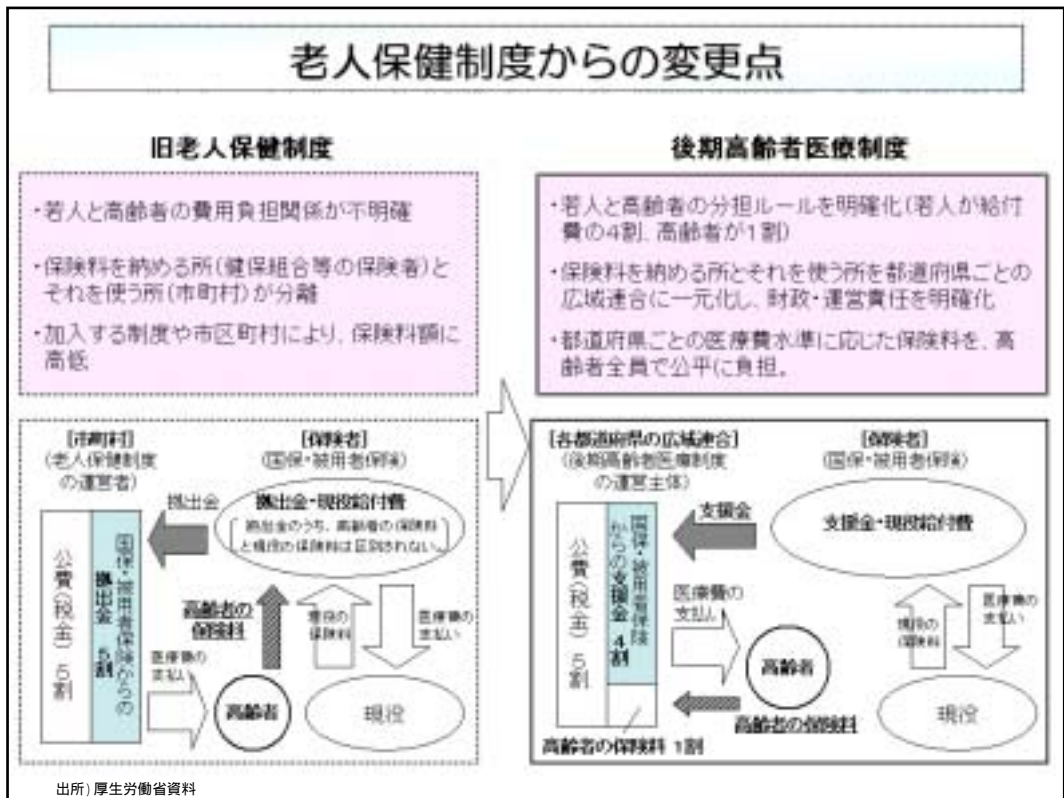
出所)厚生労働省資料





3. 後期高齢者医療制度と課題

- 従来は老人保健制度は市町村が運営し、75歳以上の後期高齢者については拠出金5割、公費5割(平成19年度から)としていたが、後期高齢者医療制度では、都道府県単位での広域連合が運営し、高齢者の保険料1割、支援金(若年者保険料)4割、公費5割とし、前期高齢者についても加入者数の不均衡を調整する制度となった。その結果、高齢世代と若年世代の費用負担割合が明確になり、運営主体である広域連合が保険料を徴収し(従来は市町村は保険料の徴収を行っていない)、県内では同一所得者については同一保険料となる。
- 国民健康保険の場合と同様に、財政運営では、高額医療費に対する支援(保険料2分の1、国と県が4分の1ずつ)、特別高額医療費共同事業(保険料)、保険基盤安定制度(県、市町村)、調整交付金(国)、定率国庫負担(国)、定率都道府県負担(県)、定率市町村負担(市町村)のほかに財政安定化基金(国、都道府県、保険料)を設けている。
- 実際の運用を開始したところ、制度への批判が相次ぎ、保険料や患者負担の軽減、被用者保険の被扶養者の軽減措置の継続などが講じられている。もっとも保険料の県別のばらつきは市町村国保よりも相当小さい。
- 鳩山政権は、後期高齢者医療制度は新政権で廃止を明言し、旧制度に戻すのではないが、制度設計と法律改正を1年程度で行い、4年間で新制度に移行の方針。
- 保険料が引きあがった高齢者が一定数存在すること、他制度からの拠出金が大きく影響があったことなどが、本制度への批判を集め、制度の見直しについての政治決断を促したのではないが。



4. 現政権における市町村国保の都道府県単位化への動き

- 市町村国保は、鳩山政権では事業運営の広域化(都道府県単位化)と都道府県の権限と責任の強化、地域の実情に応じた制度運営が見直しの方向
- 地方分権改革推進委員会の第3次勧告に従って、市町村が保険料の変更や任意給付の創設などの都道府県知事への事前協議義務や医療費が著しく高額として厚生労働大臣の指定を受けた市町村の安定化計画の策定義務を廃止し、市町村国保の都道府県単位化を進めるための環境整備として、新たに都道府県の判断により、都道府県単位化に向けた保険財政共同安定化事業の拡大、広域化等支援方針(仮称)の策定、特に事業運営について改善の必要が認められる市町村に対して助言または勧告、を行うことができる
- 京都府などでは国民健康保険の広域化に向けての取り組みが進行中(あんしん医療制度研究会で検討など)
- その一方で、一部の県では、県内市町村のほとんどが国民健康保険の運営主体を県に移すように要望しているが、県が否定的な見解を示している例もある
- 都道府県単位化の形態はいくつかあるが、そのうちもっともドラスティックな形として都道府県を保険者とする場合に、メリットと思われることは、加入者が拡大することを通じた保険財政の安定、保険料の一元化ができれば県内保険料格差の縮小、相対的に財政規模が大きくなることによる国民健康保険の運営にかかる財政負担の軽減(以上のメリットは国の単位で一元化の方が当然大きい)
- 都道府県一元化で改善されない課題は、制度間の格差の縮小、また広域化することに抛るデメリットは、公立病院に多い市町村立病院や介護保険事業の運営との関連が切れて一体的な運営ができなくなり、医療資源の非効率化や医療費高騰を招くことや、保健事業と組み合わせることで医療費を削減する努力が損なわれる懸念などがある

地方分権改革推進委員会第3次勧告で指摘された規定については、**勧告に従って廃止**。
 民主党マニフェストで盛り込まれた地域保険としての一元的運用の方向性及び地方分権改革推進要綱の趣旨を踏まえ、市町村国保の都道府県単位化を進めるための環境整備として、**新たに都道府県の判断により、以下のことを実施できる**こととする。

保険財政共同安定化事業の拡大(対象医療費の引下げ等)

「広域化等支援方針(仮称)」の策定

事業運営について改善の必要が認められる市町村に対する助言又は勧告

「地域保険としての一元的運用」のあり方については、高齢者医療制度の見直しにあわせて議論を行う。

「広域化等支援方針(仮称)」のイメージ

都道府県が、市町村の意見を聞きつつ、国保の都道府県単位化に向けた3～5年程度の支援方針を策定。

(1) 事業運営の広域化	(2) 財政運営の広域化	(3) 都道府県内の標準設定
<ul style="list-style-type: none"> ・ 収納対策の共同実施 ・ 医療費適正化策の共同実施 ・ 広域的な保健事業の実施 ・ 保険者事務の共通化 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険財政共同安定化事業の拡充 ・ 都道府県調整交付金の活用 ・ 広域化等支援基金の活用など 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者規模別の収納率目標 ・ 赤字解消の目標年次 ・ 標準的な保険料算定方式 ・ 標準的な応益割合 など

(参考)「広域化等支援方針(仮称)」が策定された都道府県については、次の措置を講じる。

保険料収納率が基準を下回る市町村国保に対する国の交付金の減額措置の廃止

広域化等支援基金の都道府県による使用の容認(広域化等支援方針策定経費への支出等)

出所)厚生労働省資料

5. 今後の制度改革の方向

- 保険財政だけのことを考えると、本来は医療保険の全制度を国単位で一元化することが望ましい(一元化する際に事業主負担をどうするか、保険運営の効率化に問題があるという指摘もある) しかしながら一気に一元化すると、保険料の引き上げや給付面で条件が不利になる加入者が相当程度生じることは確実であり、後期高齢者医療制度の経験に照らしても、少なくとも短期間で制度移行を果たすには、強い政治的リーダーシップが必要である
- 当面、市町村国保は、都道府県単位化の方向に向けて改革が行われる予定だが、その成果は国で一元化されるよりも小さく、またこれまで以上に制度が複雑になる覚悟が求められる(都道府県内でみると医療費のばらつきがないなど都道府県単位化を支持する理由はある) また、介護保険の保険者が市町村であり、公立病院のうち市町村立が多いことから、県単位での統合が進むほど、サービスの連携が悪くなるなどの弊害が出る懸念がある
- その一方で、市町村国保はクリームスキミングの結果として、保険として成り立ちにくい条件が多く、多くの国費等を投入しない限り、保険財政の悪化など制度運営が難しくなる市町村もあり、制度として限界に近づいている 特に低所得者が集まる構造の都市部の自治体では、生活保護者の増大と相まって財政負担は深刻である
- 任意加入の組合方式で制度が成立した歴史的経緯は考慮しなければならないが、クリームスキミングの結果として、市町村国保に比べて保険料と給付面の両面で相当有利な保険事業を展開している諸制度があり、そうした制度間の格差を是正する方向は、今後、強化していかなければならない
- 保険財政の安定という点のみを重視すると、国に一元化するという大きな方向性のなかで、当面は都道府県単位に統合すること、制度間の格差是正の方向性を強めていくことが望ましい もっともその方向は、後期高齢者医療制度がめざしてきたことであるので、それが反対になって見直しの方向である経験を踏まえた改革が求められる まずは都道府県単位化を進める場合に、具体的にどのような方法が考えられ、その効果と技術的課題を詰めることが求められる(京都府の研究会は保険者案と制度案の合計5つの方法を列挙)

おわりに さらなる改革の検討課題 - 市町村国保制度のなかで都道府県の担う機能を強化する方向は、長期的に見てどのような意味があるのかについて検討

- 根本的な問題として、本当に国民皆保険にこだわる必要があるのか 低所得者向けの医療は社会扶助方式に切り替えることは検討すべきか(低所得者でも保険料納付義務はあるが、滞納しても被保険者資格は失われないなどの方法で保険方式を堅持することも含めて考えるべき)
- 皆保険をめざすとしても、その受け皿を市町村が保険者である国民健康保険のみとする方式でいいのか それだけに頼ると、すべての問題がそこにしわ寄せされるのではないのか
- 職域保険と地域保険の並立という形は今後も並立させていくべきか 組合主義と公営主義のどちらが本来あるべき姿と考えるのか あるいは市町村国保と協会けんぽなどの職域保険などとのバランスをどう考えるのか
- 国民健康保険の地域を広域に拡大するときに、都道府県が最も適当な単位といえるのかどうか 都道府県単位としても、事業主体は、市町村か、都道府県か、あるいは広域連合かなど
- 都道府県に国民健康保険の運営を次第に移していくときに、保険料の徴収や赤字が出ないような保険料の設定に対して責任ある運営ができる態勢となるかどうか 慎重な検討が必要であるという見方も多い
- 地域保険における複数の保険者間の調整はどのような論理に基づいて行うべきか

委員名簿等

委員等名簿

平成 22 年 3 月 16 日現在

委員長	小西 砂千夫	関西学院大学大学院経済学研究科・人間福祉学部教授
総括委員	小澤 太郎	慶應義塾大学総合政策学部教授
	妹尾 堅一郎	東京大学特任教授(知的創造マネジメント専門職育成ユニット)
	長峯 純一	関西学院大学総合政策学部教授
	深谷 昌弘	慶應義塾大学名誉教授
	堀場 勇夫	青山学院大学経済学部教授
委員	泉田 信行	国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第1室長
	斉藤 弥生	大阪大学大学院人間学研究科准教授
	齊藤 由里恵	徳山大学経済学部講師
	高端 正幸	新潟県立大学国際地域学部准教授
	田邊 國昭	東京大学大学院法学政治学研究科・公共政策学連携研究部教授
	新田 秀樹	大正大学人間学部教授
	沼尾 波子	日本大学経済学部教授
	林 正義	一橋大学大学院経済学研究科・国際・公共政策大学院准教授
	久保 信保	総務省自治財政局長
	金澤 和夫	総務省大臣官房審議官(財政制度・財務担当)
	細田 隆	総務省大臣官房審議官(公営企業担当)
	平嶋 彰英	総務省自治財政局財政課長
	末宗 徹郎	総務省自治財政局調整課長
	林崎 理	総務省自治財政局交付税課長
	満田 誉	総務省自治財政局地方債課長
	上杉 耕二	総務省自治財政局公営企業課長
	井上 宜也	総務省自治財政局公営企業経営企画室長
	平川 薫	総務省自治財政局地域企業経営企画室長
	諸橋 省明	総務省自治財政局財務調査課長
	中島 次男	財団法人地方自治研究機構事務局長
事務局	大井 潤	総務省自治財政局調整課課長補佐
	村岡 嗣政	総務省自治財政局調整課課長補佐
	奈良 裕信	総務省自治財政局調整課課長補佐
	井上 秀典	総務省自治財政局調整課地域財政係長
	酒井 哲也	総務省自治財政局調整課企画係長
	谷 剛史	総務省自治財政局調整課主査
	中山 昌弘	総務省自治財政局調整課主査
	大橋 浩樹	総務省自治財政局調整課事務官
	大場 貴之	総務省自治財政局調整課事務官

村上 敬	地方自治研究機構調査研究部調査研究室長
平林 正子	地方自治研究機構調査研究部研究員
諸橋 正弘	地方自治研究機構調査研究部研究員
宮崎 大	地方自治研究機構調査研究部研究員
濱野 貴裕	地方自治研究機構調査研究部研究員
緒方 優紀	地方自治研究機構調査研究部研究員
小野瀬 孝之	地方自治研究機構調査研究部研究員
内山 雅雄	地方自治研究機構調査研究部研究員
森山 康広	地方自治研究機構調査研究部研究員

(順不同)

開催経緯

委員会	テーマ・報告者	報告書該当部分
第1回委員会 (平成21年7月13日)	<ul style="list-style-type: none"> ○社会保障分野における最近の動向について 講師：村岡 嗣政（総務省自治財政局調整課課長補佐） ○国民健康保険の現状と課題について 講師：武田 俊彦（厚生労働省保険局国民健康保険課長） 	第1部 第1章
第2回委員会 (平成21年8月31日)	<ul style="list-style-type: none"> ○国保の財政状況と今後の見通し 講師：南方 順一郎（仙台市健康福祉局保険高齢部長） ○市町村国保の見直しに当たっての覚書 －旧国保法を参考にしつつ－ 講師：新田 秀樹（大正大学人間学部教授） 	第1部 第2章 第2部 第1章
事例視察 (平成21年9月2・3日)	<ul style="list-style-type: none"> ○赤平市の財政状況および赤平市立赤平総合病院について 赤平市及び赤平市立赤平総合病院視察調査 ○国民健康保険・長寿医療制度の状況について ○地域医療対策等について 北海道及び札幌市視察調査 	第1部 第3章
第3回委員会 (平成21年10月19日)	<ul style="list-style-type: none"> ○国民健康保険財政に影響を与える制度内・外の要因についての検討 講師：泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第1室長） ○京都府におけるあんしん医療制度研究会の取組について 講師：池上 直樹（京都府健康福祉部医療企画課） 	第2部 第2章 第2部 第3章
第4回委員会 (平成22年1月25日)	<ul style="list-style-type: none"> ○平成22年度地方財政対策について 講師：伊藤 正志（総務省自治財政局財政課財政企画官） ○国民健康保険の課題と展望 講師：伊藤 善典（厚生労働省保険局国民健康保険課長） ○とりまとめにむけた意見交換 	第2部 第4章 第2部 第5章
第5回委員会 (平成22年3月16日)	<ul style="list-style-type: none"> ○報告書について ○地域主権改革の動向について 講師：金澤 和夫 (総務省大臣官房審議官（財政制度・財務担当）) 	

地方分権改革の推進に対応した新たな
地方行財政制度のあり方に関する研究

—平成22年3月 発行—

財団法人 地方自治研究機構

〒102-0082

東京都千代田区一番町 25 番地

全国町村議員会館 3 階

電話 03 (3237) 1414 (代表)

印刷 株式会社 キタジマ