

DISCUSSION PAPER SERIES

長野県における国民健康保険の運用実態
— 下伊那郡の町村の運営状況を中心に —

藤井えりの

2009年10月

RPSPP Discussion Paper No.14

RPSPP

RITSUMEIKAN : POLICY SCIENCE & PUBLIC POLICY

Policy Science Association
Ritsumeikan University
56-1, Tojiin-Kitamachi, Kita-ku,
Kyoto, 603-8577, Japan.

長野県における国民健康保険の運用実態

—下伊那郡の町村の運営状況を中心に—

藤井 えりの

はじめに

1 国民健康保険制度の運営状況の深刻化とその地域間格差

2 長野県における国民健康保険事業運営の現状

(1) 高齢化を背景とした高い加入率

(2) 保険料負担の小さい歳入構造と医療費負担の小さい歳出構造

3 下伊那郡の町村における国民健康保険事業運営

(1) 高齢者を中心とした低所得層が相対的に多い被保険者構成

(2) 収納率の高さと低い保険給付費

4 長野県の運営状況からみえる構造的課題

はじめに

本稿では、近年運営状況の深刻化が問題視されている市町村の国民健康保険制度（以下、市町村国保）の実態について、運営状況の悪化に地域間格差がある点に注目しそれらと制度の構造的課題の関係について分析する。市町村国保の財政悪化の要因として被保険者の高齢化と低所得層の拡大が指摘されているものの、実際には、医療費水準に関する議論が中心的であり、被保険者構成、制度構造との関係をふまえた現行制度の運用実態とそれらの地域間の相違についての議論は希薄である。そこで、本稿では、制度の構造的課題を検討するための前提として、運営状況が良好な市町村国保が集積する地域の一事例として長野県をとりあげ、医療費水準の低さとその背景に注目するのではなく市町村国保が制度構造上与える個別保険者の財政への影響に注目して財政構造に関する分析を行う。

1 国民健康保険制度の運営状況の深刻化とその地域間格差

近年、全国的に資格証明書発行数の増加によって市町村国保の運営状況の悪化が顕在化しているが、赤字保険者の構成比が60%～70%程度ときわめて高水準で推移し財政状況の化も著しい。保険料滞納世帯が全国で約453万世帯にのぼり、滞納率は1998年以降過去最悪の20.9%の水準に達したことが、008年6月の厚生労働省の調査において明らかとなった。こうした実態に対して厚生労働省も「無所得や低収入の加入者がふえ、年々上昇す

る保険料を支払う余裕がなくなっている」¹と滞納率の上昇の要因として、被保険者の所得層の変化をあげているが、国民健康保険制度の運営状況の深刻化の背景には、近年の高齢化と雇用情勢の悪化によって高齢者や非正規雇用者といった保険料負担の低い被保険者の増大がある。

実際に 1986～2006 年度の国保加入世帯の職業構成の推移をみれば、農林水産業者や、自営業者の占める割合が小さくなり無職者のしめる割合の増加が著しい。また、現状では無職者の約 85%を 60 歳以上の加入者がしめているが、近年 60 歳未満の加入者総数にしめる無職者の割合も増加している。さらに、60 歳未満の加入者についてのみ注目すれば、農林水産業者や自営業のしめる割合の低下と無職者のしめる割合の増加のみならず、被用者の占める割合の拡大が顕著である。つまり、高齢化と雇用情勢の変化による影響を強く受け低所得の被保険者が増加しているといえる。

こうした被保険者の質的な変化に加え、国民健康保険への加入率の上昇という被保険者の量的な変化が顕著である。このような近年の被保険層の変化に対して、高齢化社会の深化に伴う長期的に安定した医療保険制度の確立の必要性に関する議論がかつてから行われてきた²。そして、実際に国民健康保険法による高医療費市町村の指定³や国庫負担割合の低下⁴、2008 年 4 月より実施された後期高齢者医療制度の導入といった医療費抑制を中心とした制度改革が行われてきた。また低所得層の構成比の上昇についても、普通調整交付金の収納率による減額の強化や保険基盤安定制度の導入とその拡大といったかたちで改革がおこなわれてきたものの、制度改革の議論の中心は医療費抑制にあったといえる。

このような制度改革の方向性もあり医療費水準のみに注目してその格差や要因に言及し

1 「保険料滞納は 453 万世帯、過去最悪の 20%超国民健康保険」読売新聞（2009 年 1 月 16 日）

² この点については多数共通した指摘があるが、林宏昭「自治体の国民健康保険財政」『季刊社会保障』1995 年冬号においては、加入者の高年齢・低所得を原因とした構造的な財政悪化という国民健康保険特有の問題については、老人保健制度の導入、退職者医療制度の創設、低所得者にかかわる保険料の軽減分についての公費補てん、高医療費市町村における運営安定化対策の導入といった措置によって一応の解決をみたと評価したうえで、本格的な高齢化に対応するシステムの確立を指摘している。

³ 指定を国から受けた場合には、国民健康保険事業運営安定化計画」が事業の運営安定化のため策定が義務付けられる。高医療費市町村の指定は、国民健康保険の医療費の地域差問題に対応するため、昭和 63 年 5 月の国民健康保険法の一部改正により導入された。具体的には、前々年度の当該市町村の給付費等が、災害その他地域の特別事情を勘案してもなお、当該市町村の被保険者の年齢構成等を基に国が定める基準の 1.14 倍（ただし、平成 7 年度までは 1.17 倍）を超える場合に、高医療費市町村の指定を受ける。また、指定された市町村は、厚生労働大臣の定める指針に従い、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、その計画に従い、医療費適正化その他の国民健康保険事業の運営安定化のための措置を講じなければならないこととされている。

⁴ 保険給付費の 4.5%を国庫負担として支出していたが、1984 年に国庫負担を 38.5%に、改正、さらに 2006 年度に 34%に改正。

た分析はみられるものの、被保険者構成、制度構造との関係をふまえた現行制度の運用実態の分析は不十分である。さらに、国民健康保険制度は保険者として運営されていることもあり、地域によって被保険者の構成も異なり運営状況の実態には大きな相違がある。しかしながら、広域化や一元化に関する制度改革の議論においても運営状況が深刻な市町村国保の運営状況に関する注目はみられるもの、運営状況の差異については分析がきわめて希薄である。こうした背景には、市町村国保については市町村を保険者としており、統一の制度にありながらも保険者の裁量によって異なる部分もあることから、運営状況の端的な比較が難しいこともある。

ただし、被保険者構成や医療費水準の相違を背景とした実態の差異に対して各市町村国保間の格差是正を目的とした制度設計が現行制度にある。現行制度においては保険者間の格差医療費水準の多寡や低所得層の偏在による保険料負担については、国庫支出金、地方交付税によって補てんするしくみがあるが、さらに近年の滞納世帯の増加という現象に対し、収納率を上げるためのインセンティブを強化している。具体的には、収納率の水準に応じて普通調整交付金が減額される仕組みがあり、逆にとりわけ収納率の高い保険者に対しては、国庫補助金が充当される仕組みもある。したがって、こうした制度設計による格差是正の機能と個別保険者の実態の不一致について検証することは、今後の制度設計の方向性を検討するうえで非常に重要である。つまり、医療費水準と滞納状況に保険料の水準が規定されるだけでなく、滞納状況によって国庫補助が減額される仕組みにあり歳入総額の水準に大きな影響を与え、医療費水準、滞納状況、保険料水準が密接に関連する現行制度の制度設計に留意する必要がある。

そこで本稿では、既存の議論においても分析が希薄な良好な運営状況の保険者の制度運営状況の分析を通じて、市町村国保の運営状況にみられる差異と現行制度の機能の関係について検証する。実際に全国の状況を概観すれば保険者単位で大きく異なるが、大きく二分すれば、収支状況についても滞納状況についても農村部と比較して都市部で深刻である。まず、収支状況について規模別市合計と町村合計別に被保険者一人当たり額で比較すると、町村合計、十万人未満の市合計は収入支出差引残高が黒字であるのに対し、十万人以上市合計については赤字である。特に、大都市及び特別区については一人当たり収入支出差引残高赤字の規模が大きいことに対し、町村合計については黒字の規模が大きく、小規模市町村ほど運営状況が良好な傾向がある。また、滞納状況についても概ね同様の傾向がみられ、町村部平均は約93%（2006年度）であるのに対し、政令指定都市および特別区は約88%ときわだって低い水準にある。こうした傾向について都道府県単位でみると近年は長野県、岐阜県、愛媛県、徳島県等は運営状況が良好で、収納率も著しく高い傾向にある。

したがって、本稿では医療費水準も低く運営状況が良好な市町村国保が集積する地域の一事例として長野県をとりあげ、市町村国保の運営状況とその構造把握を行うことを通じて、国民健康保険制度の構造的問題を抽出する。

2 長野県における国民健康保険事業運営の現状

(1) 高齢化を背景とした高い加入率

国民健康保険制度は市町村を保険者とし市町村単位で運営されているが、地域的特性としての傾向を把握するために長野県全体としてとらえ分析を行う。なお、市町村国保の運営状況は被保険者構成と関連があり、すでにふれたように地域間で実状も大きく異なることから、まず運営状況を検討する前提として加入率の状況や被保険者の種別構成や所得にかかわる特徴について分析する。

表 1 被保険者の状況 (2006 年度)

	長野県 (市町村)	全国 (市町村)	長野県 (市)	全国 (市)	長野県 (町村)	全国 (町村)
世帯加入率	54.2%	49.3%	52.7%	48.6%	59.8%	59.0%
被保険者加入率	38.3%	37.3%	37.2%	36.8%	42.0%	41.4%
一般被保険者割合	51.9%	59.6%	51.8%	59.7%	52.0%	58.5%
退職者割合	19.4%	17.5%	19.8%	17.7%	18.2%	16.1%
老人保健該当者割合	28.7%	22.9%	28.4%	22.6%	29.8%	25.4%

【国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会『国民健康保険制度の実態』平成 19 年度版より作成】

表 1 は国民健康保険制度（市町村）の被保険者の状況について概観するために長野県の実態を全国平均と市町村合計、市、町村別に分析したものである。これをみれば、第 1 に、長野県の特徴として加入率は世帯単位でも被保険者単位でも高く、町村においては特に顕著である。第 2 に、退職者割合、老人保健該当者割合が高く、一般保険者割合が低く、市、町村別にみても大きな相違がみられない。さらに、老人医療受給者は 1992 年度の 1.4 倍の水準と著しく増加していることから高い高齢化率を背景に国民健康保険への加入人口が相対的に多いといえる⁵。

次に、全国的には滞納状況が深刻であることから被保険者の所得層について注目する。

5 さらに、高齢者に注目すれば 60 歳以上被保険者のうち一般被保険者の占める割合は全国平均とほぼ同水準であるものの、高齢者の年金受給状況についてみれば、老齢基礎年金のみ受給者が、老齢基礎年金受給者合計（厚生年金と重複して受給するものも含む）に占める割合が約 9%と全国平均（約 5.1%）と比較してきわめて高く、一般被保険者から老人医療への移行者が相対的に多い構造が予測される。

表2 被保険者の所得層（2006年度）

	長野県(市町村)	全国(市町村)
賦課限度額を超える世帯の割合	2.4%	4.5%
保険税軽減世帯の割合	35.3%	36.1%

【厚生労働省「国民健康保険の実態」（2006年度）より作成】

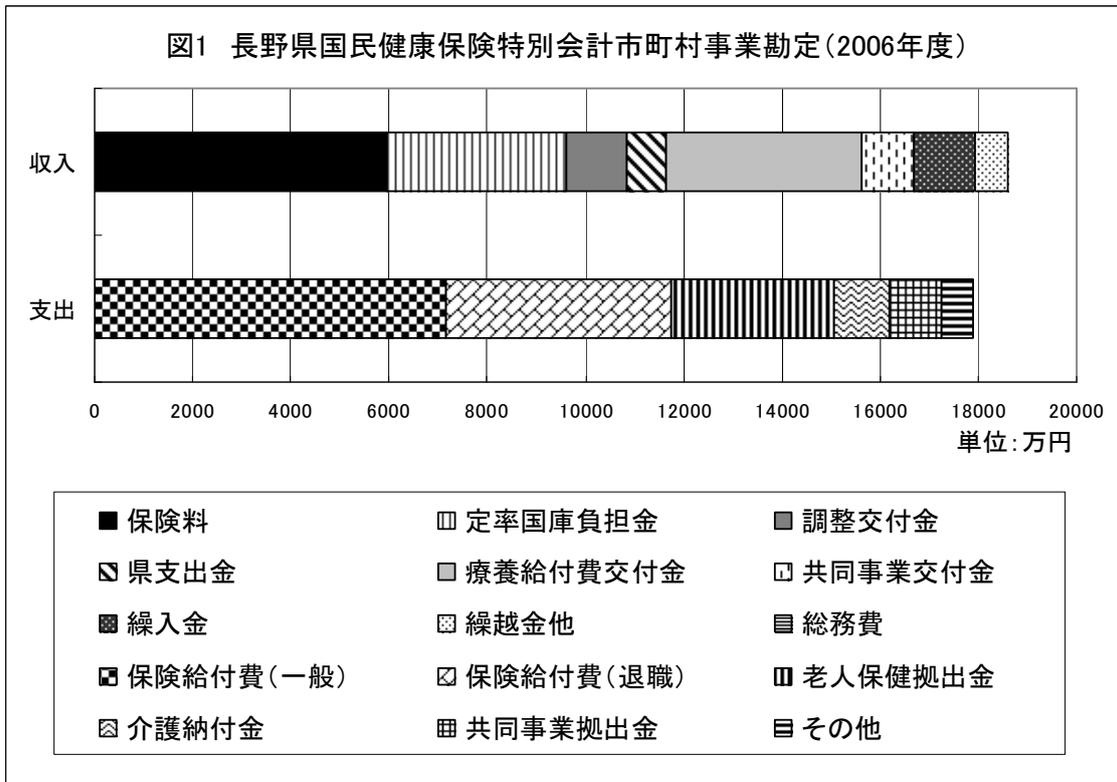
表2は被保険者の所得層について保険料賦課に関する所得水準を長野県と全国平均を比較したものである⁶。課限度額を超える世帯の割合とは、基礎課税額が53万円を超える世帯の課税世帯数に占める割合であり、おおむね国民健康保険制度の被保険者にしめる高額所得世帯の割合として比較することができる⁷。また、保険税軽減世帯の割合とは、被保険者のうち一定基準の所得以下である世帯の課税世帯に占める割合である⁸。これをみれば長野県の場合、限度額を超える世帯の割合が、全国平均を大きく下回っており、低所得層の割合が全国平均と比較して著しく低いわけではないことから、決して保険料の賦課基盤が盤石とはいえない。

⁶ 全都道府県の数値は、市町村分だけでなく、組合国民健康保険も含めたものであるが、全体の0.1%程度の割合であり、比較するうえで組合国民健康保険による影響はきわめて小さい。

⁷ ただし、一般被保険者と退職被保険者等が同一の世帯に属しそれぞれ算定した基礎課税額の合算額が53万円を超過した場合は算定方法が異なる。

⁸ 保険税軽減は低所得者の国民保険税の負担軽減を図ることを目的としており、被保険者均等割額、また世帯別平等割額を対象とするものである。世帯の所得基準については、市町村の単独事業を除いて同一であり、低所得層の割合として比較することができる。但し、「所得」の算出方法については自治体の裁量によって賦課方式が選択されている点には留意する必要がある。所得比例方式（旧ただし書方式）と市民税所得割方式（住民税方式を含む）があるが、全国の98%の保険者が、所得比例方式を採用している。所得比例方式は、総所得金額（総収入金額から必要経費や公的年金控除、給与所得控除を差し引いた金額）から基礎控除の33万円を控除した課税所得金額を基準に算出するのに対し、市民税所得割方式は総所得から基礎控除額に加えて各種（社会保険料、扶養等）控除を差し引いた課税所得金額を基準に算出した市民税所得割額を基準に算出する方式である。

(2)保険料負担の小さい歳入構造と医療費負担の小さい歳出構造



【長野県『平成18年度国民健康保険事業状況』より作成】

図1は2006年度の長野県の国民健康保険特別会計(市町村国保分)の収支状況をしめしたものである。この図にもあわわれているように単年度収支は黒字であり、歳入総額は約1859億8800万円、歳出総額は、約1777億5100万円で収支差引額は約72億の黒字となっている。また、基金繰入金、繰越金を差し引き、基金積立金を計上した実質的収支は約14億3600万円の黒字である。

このような黒字収支の構造を把握するために、まず歳入の内訳にみられる特徴に注目すれば、第1に、保険料が総額に占める割合は約32%と、全国平均(約31%)と比較して同水準にあるが、一人当たりの調定額は、全国平均と比較して低い傾向にある。また収納率については、長野県の場合93.7%(2006年度)と、年度によって変化がほとんどみられず、全国市町村平均(約90.3%)と比較して高い傾向にある。

第2に、繰入金は、歳入総額の約6%程度をしめ、全国市町村平均(約10%)と比較して低い傾向にある。近年は一般会計からの繰入金の伸び率が高い傾向にあるが、一人当たりの繰入金額は15145円と全国市町村平均(24895円)と比較して依然としてきわめて低い傾向にある。さらに、その内訳をみれば国によって地方交付税算定需要に算入されない自治体の独自負担となる法定外繰入金が、長野県の場合、一人当たり額8208円(2006年度)と、全国市町村平均(15305円)の半分に近い水準である。つまり、一般会計等から

の地方交付税が充当されない繰入金の水準が低いということであり、長野県の市町村国保の財政状況が非常に良好である実態が表れている。

このように長野県の場合、一人当たりの保険料水準の水準がきわめて低く、一般会計からの繰入金の水準もきわめて低い傾向にある。ただし、保険料水準については保険料軽減世帯の構成比とも関係があるが、長野県の保険料軽減世帯の構成比は全国平均と比較しても高い傾向がみられないことから、保険料水準の低さは保険給付費の低さを主たる要因とすることが予測される。そこで、以下では保険給付費の状況に関して全国との比較を通じてその構造を把握する。

表3 療養給付費及び療養諸費の一人当たり額（2006年度）

単位：円

		療養給付費			療養諸費		
		一般	退職	老人	一般	退職	老人
長野県	市町村	161701	274020	557879	198820	345767	692075
	町村	158517	271211	536192	195354	343551	665096
全国	市町村	176545	314208	681025	216324	391881	838660
	町村	185550	308614	648404	224597	381881	789447

【長野県『平成18年度国民健康保険事業状況』より作成】

表3は、2006年度の療養給付費と療養諸費の被保険者一人当たり額について長野県の状況を全国の状況と比較したものである。これをみれば、特徴として大きく2点あげられる。第1に、長野県は療養給付費、療養諸費ともに、全国と比較して低い傾向にあり、特に老人医療受給者については全国との差がきわめて大きい点である。この点は75歳以上高齢者の医療費が著しく低い実態がみられ、全国平均と比較して受診率も低い点とも符合する。また、老人の療養給付費、療養諸費については、近年の傾向として著しい増加傾向がみられない点も特徴的な点である。

第2に、全国的に一般被保険者は町村平均のほうが市町村平均より療養給付費、療養諸費が高い傾向にあるが、長野県については、老人医療者や退職被保険者だけでなく、一般被保険者についても町村平均が市町村平均と比較して低い傾向にある点があげられる。このように医療費水準の低さが保険料の負担水準に影響しているが、実際には国民健康保険制度においては、医療費水準についてもその格差が国庫支出金によって、一定程度調整されるしくみにあることから、医療費水準の低さのみが財政状況に影響を与えているわけではない。

したがって、長野県の特徴が顕著にみられる個別被保険者を対象として、保険料負担の小さい歳入構造、医療費負担が小さい歳出構造と制度構造との関係を検証するためにより詳

細に分析を行う。なお、長野県内でも、特に、高齢化率が高く国民健康保険制度の被保険者数が相対的に多い下伊那郡の町村の状況について分析を行うことによって、現行制度との関係を検討する。

3 下伊那郡町村における国民健康保険事業運営

(1) 高齢の低所得層が相対的に多い被保険者構成

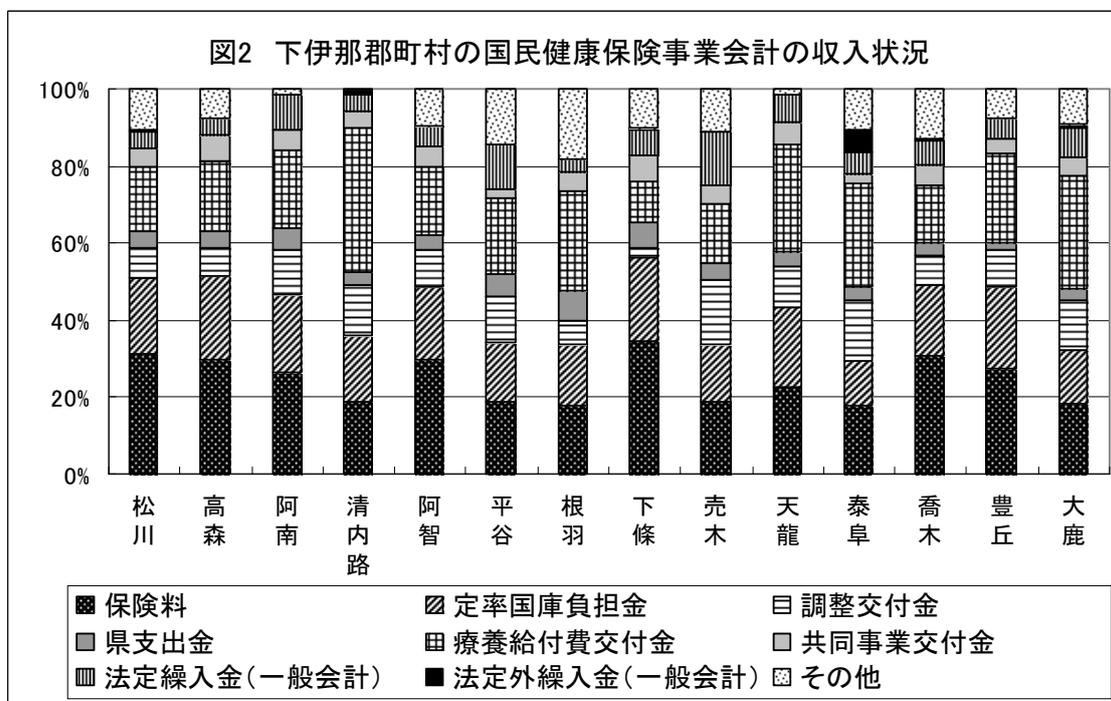
まず、世帯加入率についても長野県の町村平均（約 59.8%、2006 年度）以上を示す自治体は 14 自治体のうち 11 自治体に上り、下伊那郡の町村平均は、約 63.5%（2006 年度）と著しく高い。また、老人医療受給者の割合も、長野県の町村平均（約 29.8%、2006 年度）以上を示す自治体は、12 自治体に上り、下伊那郡の町村平均は、約 39.2%（2006 年度）ときわめて高く、高齢化率の高さを反映して 75 歳以上人口が突出して多いことがわかる。

さらに、保険料軽減世帯が課税世帯総数に占める割合一般被保険者（医療給付費分）も、すべての町村が長野県市町村平均（約 37.3%、2006 年度）や長野県町村平均（約 43.6%、2006 年度）を大きく上回り、下伊那郡の町村平均は、約 54.7%（2006 年度）と著しく高い。こうした傾向は対象年齢層の高い介護納付金分においてより顕著であり、保険料軽減世帯の割合はすべての町村が長野県市町村平均（約 25.8%、2006 年度）や長野県町村平均（約 24.3%、2006 年度）を大きく上回り、下伊那郡の町村平均は、約 41.5%（2006 年度）と、その水準は突出している。

つまり、下伊那郡においては、高齢者が相対的にきわめて多く、高齢層を中心とした低所得層が相対的に多い町村が集積しており、所得層については首都圏を除いた他地域と比較して、低所得層が相対的に少ない傾向にある長野県全体の傾向と大きく異なるといえる。

(2) 収納率の高さと低い保険給付費

次に、このような長野県においても著しく高齢化率の高い町村が集積し、低所得層も相対的に多い下伊那郡における国民健康保険制度の運営状況を把握する。



【長野県『平成18年度国民健康保険事業状況』より作成】

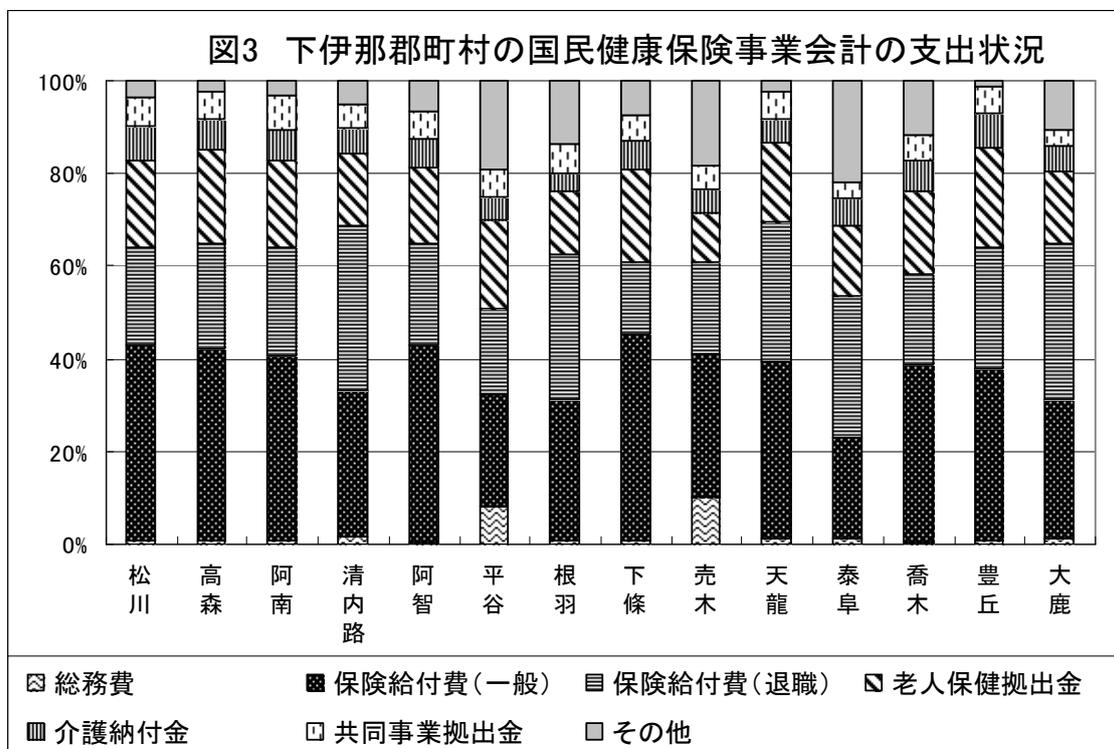
図2は、下伊那郡14町村の国民健康保険事業会計の収入状況について比較したものである。まず、全体の傾向として、主な財源に注目すれば、大きく3点の特徴があげられる。第1に、保険料は歳入総額にしめる割合が低い傾向にある。特に、泰阜村、売木村、根羽村をはじめとした人口規模が500~2000人ときわめて小さい自治体については、保険料が歳入総額に占める割合が、長野県全体や全国平均と大きく異なる。ただし、下伊那郡については保険料軽減世帯の割合が非常に高く、低所得世帯が相対的に多いため、このような傾向がみられるが、一人当たり保険料調定額は長野県においても他自治体と比較して低い自治体が多い。また収納率も全自治体が96%をこえ長野県市町村平均と比較してもその傾向は顕著であるため、未収額もきわめて小さい。

第2に、国庫支出金のしめる割合が高い傾向にある点があげられる。この点については、まず、国庫支出金のうち、普通調整交付金が保険料軽減に該当する低所得世帯が多いことに起因して相対的に多い傾向にある。さらに、普通調整交付金については収納率水準に伴う減額が制度として設けられているが、先述したような収納率の高さによって減額も適用されていない。また、泰阜村、売木村、平谷村などのいくつかの自治体については特別調整交付金が総額にしめる割合も多い。特別交付金については、特有の事由が交付要件となっており、下伊那郡においては「へき地直営診療施設の運営費が多額である場合」に該当

することによる交付をうけている自治体がみられる。

第3に、繰入金歳入総額に占める割合が長野県市町村全体と比較して高い自治体が多い傾向にある。ただし、自治体の直接的な財政負担となる法定外繰入金や、基金繰入金については、支出項目の保健事業の人員費を含むという会計上の理由をもつ泰阜村を除いて顕著な傾向はみられない。この点は、保険料の収納率が高く保険料の不足が生じていないこと、調整交付金等の不足が生じていないことによるものであると考えられる。但し、国民健康保険事業会計においては、自治体の財政負担として被保険者が負担する医療費に対して助成している自治体が見られる⁹。こうした自治体の助成と収納率水準との関係を検証は本稿では行わないが、被保険者の医療費に関する家計負担を軽減するという財政負担を自治体が行っている実態である。

このようないくつかの特徴がみられるが、下伊那郡の町村の国民健康保険事業の収入状況は、人口2,000人以上の自治体と、2,000人以下の自治体の傾向に概ね二分できる。松川町、高森町をはじめとする前者は、高齢化率も下伊那郡の中では低位にあり、収入総額に占める保険料の割合も高く、退職被保険者にかかわる保険給付費に充当される医療給付費等交付金の規模も類似している。一方、根羽村、売木村、大鹿村、天龍村を始めとする後者は、高齢化率もきわめて高く、保険料が総額に占める割合が小さく、その他の財源によって、歳入がおぎなわれている。



【長野県『平成18年度国民健康保険事業状況』より作成】

⁹ 一般会計に計上している場合、一般会計から国保会計に繰入れている場合の両方がある。

図3は、下伊那郡の14町村における国民健康保険事業会計の支出状況を示したものである。なお、総務費¹⁰の規模については、事業会計に計上される費目の相違によるものである。これをみれば、まず、全体の傾向として、主な財源に注目すれば、大きく2点の特徴があげられる。

第1に、ほとんどの自治体において高齢化率が長野県内でも高いにもかかわらず、老人保健拠出金の占める割合が長野県全体の水準と大きくかわらない、もしくは低い傾向にある。実際に、一人当たりの老人保健拠出金をみれば、平谷村、高森町、下條村以外のすべての町村が長野県平均を下回る。さらに、長野県町村平均をも大幅に下回る売木村、大鹿村をはじめとして、半数の7自治体が町村平均以下の規模である。

第2に高齢化率の高さを反映して、一般被保険者の保険給付費の総額にしめる割合が低い自治体が多い傾向にある。この点について注目すれば一般被保険者の療養給付費が長野県平均を下回る自治体が9自治体みられ、他の長野県町村の状況と比較しても低い自治体が多い。これは単なる対象者数の少なさに加えて、一般被保険者の一人当たり療養給付費が長野県内でもきわめて低水準であることも影響している。

このように、下伊那郡における個別保険者の国民健康保険会計の歳入構造と歳出構造の現状を分析すれば、保険料軽減世帯が相対的に多いという長野県全体とは異なる被保険者の特徴がみられ、保険料総額の相対的な割合が小さいものの、医療費水準が低いという歳入構造と歳出構造の特徴に加えて、収納率がきわめて高いという特徴が国民健康保険制度の制度構造との関係上、財政状況を良好にしていると推測される。

4 長野県の運営状況からみえる構造的課題

本稿では、長野県の国民健康保険事業会計の収支の状況をふまえ、長野県内でも高齢化率がきわめて高い下伊那郡に注目しその概況を分析した。特に下伊那郡においては、高齢かを背景に低所得層が相対的に多いものの、一人当たりの保険給付費が少ない点と、高水準の収納率に基づく国庫負担によって、一人当たりの保険料負担も小さくなっている実態がみられた。

こうした実態を近年の全国的な傾向と照らしながら考察すれば、低所得層の拡大や高齢化といった被保険層の変化のみが財政運営に影響を与えているわけではなく、現行制度の制度設計による財政運営への影響があげられる。具体的には、制度構造との関係において医療費水準と収納率の水準が保険料未収額と調整交付金削減の規模を規定し、運営状況に影響を与えているということが指摘できる。つまり、収納率水準に基づく調整交付金の減額という制度設計が、被保険者の保険料負担水準と医療費水準の連関に対する国庫負担による調整機能を脆弱化させているということである。

¹⁰ 売木村は、総務費に人件費を含めており、その分を収入において一般会計から繰り入れしている。このような会計状況の相違がややみられる。

したがって、保険料負担の増加、収納率のさらなる低下、それらを防ぐための徴収強化による資格証明書の発行による受診機会の阻害、医療費の上昇といった悪循環を改善するためには、収納率水準による減額といった制度設計について再検討が必要といえる。具体的な方向性については本稿における分析においては得られず、低所得層の増加と収納率水準の関係について検討が前提となる。なお、その際には、本稿での長野県の実態分析にあらわれているように必ずしも低所得層の割合と収納率水準が連動しない実態をふまえ、収納率水準と所得水準、保険料負担水準との関係について、賦課方式による所得層の負担の相違や、納付意識の相違による収納率水準への影響だけでなく、保険料水準と家計への負担の程度について家計の実態の地域的な相違についても留意した分析が必要となる。

参考文献・資料等

- ・岩瀬俊郎『国民皆保険制度を考える』本の泉社、2004年。
- ・岩瀬俊郎「国民皆保険制度の歴史と現実」『中小商工業研究』第88号、中小商工業研究所、2006年。
- ・会計検査院「社会保障費支出の現状に関する会計検査の結果について」2006年。
- ・北村 龍行「未必の故意で崩壊する国民皆保険」『都市問題』2007年9月号、東京市政調査会、2007年。
- ・小松秀和「国民健康保険制度に関する経済分析(1)」『経済論叢』第164号、京都大学経済学会、1999年。
- ・小松秀和「リスク構造から考える国保の財政問題」『都市問題』2007年9月号、東京市政調査会、2007年。
- ・仙台市「平成17年度包括外部監査報告書」2006年。
- ・田中敏「国民健康保険制度の現状と課題」『調査と時報』第488号、2005年。
- ・長友薫輝「社会保障としての国保再生のために」『中小商工業研究』第97号、中小商工業研究所、2008年。
- ・長野県衛生部医療チーム編『平成18年度 国民健康保険事務の手引き』長野県国民健康保険団体連合会2006年。
- ・西村紀三郎「国民健康保険財政分析—西高東低型収支構造の解明—」『駒沢大学経済学部研究紀要』第52号1994年。
- ・林宏昭(1995)「自治体の国民健康保険財政」『季刊社会保障』1995年冬号。
- ・
- ・