

厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業

「地域の医療供給と患者受診行動に関する分析」

## 市町村国保の経済的基盤に関する研究<sup>1</sup>

2001年3月31日

国立社会保障・人口問題研究所

研究員 山本克也

---

<sup>1</sup>本稿は、平成12年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業〔地域の医療供給と患者の受診行動に関する実証的研究(12010101)〕の成果の一部である。研究班のメンバーである、鶴田忠彦(一橋大学教授)、山田武(千葉商科大学助教授)、近藤康之(富山大学講師)、尾形裕也(国立社会保障・人口問題研究所研究部長)、泉田信行(国立社会保障・人口問題研究所研究員)の諸氏には貴重なコメントを頂いた。本稿の数表の一部については横浜国立大学大学院経済学研究科の山田聖子、慶應義塾大学経済学部の齋藤真二、早稲田大学文学部の有山麻季子の諸氏にお世話になった。もちろん、本稿に残された誤りは筆者ひとりの責任である。

## 1 はじめに

国民健康保険は基本的に市町村によって担われている。このため、いわゆる”地方”の問題をすべて抱えている制度である。市町村国保の問題を考える場合、論点はいくつか考えられる。ひとつは、地方財政からのアプローチである。例えば油井（1998）は、国民健康保険に”アドホック”に導入されている国庫補助制度や財政調整制度をキーにして、市町村国保の財源配分を分析している。手法として、国民健康保険特別会計と老人保健特別会計（医療事業）の連結決算を作成し、国保の財源構成は、保険料が21.6%、被用者保険からの拠出金が27.6%、国等の負担が46.6%であるとしている。この財源構成は、市町村毎にも計算可能であり、油井が個別に計算を行った5つの市町村の結果によれば、保険料シェアが10%程度という低い水準になるというものである。もうひとつのアプローチは、行政サービス区域をどのように考えていくかというものである。山田（1998）では、国民健康保険の総務費に関する費用関数を推計し、町村の最適世帯規模は24.6千世帯、市の最適規模は40.9千世帯であるとし、これを上回っているのは78市だけという。そして、この基準通りに行政区域を作成できれば、221億円（町村102億円、市119億円）の総務費の削減が可能との結論が得られている。これらの先行研究は、1）市町村の財源が保険税（料）ではファイナンス出来ていないこと、2）行政サービスコストの非効率性を実証的に取り扱ったこととして高く評価できる。

実際、保険制度の運営は、

1. 収入は少なく、支出も少ない
2. 収入は少なく、支出は多い
3. 収入は多く、支出は少ない
4. 収入は多く、支出も多い

といった条件下の中で行われる可能性がある。この場合、3のケースは健全運営が可能であるが、2のケースは何らかの財政補助がなければ財政破綻が起きる可能性

がある。また、1および4はどのような状況になるのか不定である。難しいのは、かつて3として分類できた市町村が4へと転化したり、または2と分類されることになるかも知れないということである。

油井や山田の示した条件は与件として、市町村国保の保険運営を健全化するためには、当該市町村が1) どのような事情で医療費が高いのか、2) どのような事情で保険料収入が低いのかということを検討することなしに、政策的な含意をもつことは出来ない。医療費が高くなることの典型的な理由は、地域住民の高齢化である。しかし、いわゆる大都市圏である東京圏（東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県）や名古屋圏（名古屋市を中心とした愛知県）、大阪圏（大阪市を中心とした大阪府や神戸）といった大都市をの周辺地域の一部を除いて、ほとんどの市町村が高齢化している。すなわち、いわゆる罹患のリスクが高まっているのが現状である。この高齢化は、地域住民の所得を押し下げる。つまり、国民健康保険の財政に大きな影響を与えることになる。総じていえば、医療費が高騰し、かつ、収入にも問題が生じているという二重苦に見舞われているのが市町村国保である。しかし、一方で、いわゆる地方財政における交付金と同様な意味で、市町村国保の財政の自律を妨げる要因も存在する。本論文の意図は、その諸要因の概観である。

## 2 指定市町村の態様

国民健康保険では国民健康保険法第68条の2第1項の規定に基づき給付額が多い市町村を指定し、安定化計画を作成させ給付の適正化指導をおこなっている。平成10年度指定市町村数は、120（119，115）市町村で、16（17，17）道府県にわたっている。都道府県別にみると、北海道が57（51，52）市町村、次いで福岡県が21（20，19）市町村と、2道県で全体の65.0%（59.7%，61.7%）を占めており、一部の地域に集中している状況にある（表1，2）。また、平成9年度に引き続き指定された市町村数は103（93）、また、新

規（再）に指定された市町村数は17（26）で、この指定を継続的に受ける市町村が多いという特徴をもっている。

この指定を受けた市町村は、厚生大臣の定める安定化計画の作成指針に従い、3月末日までに、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、この計画にそった医療給付費等の適正化とその他運営の安定化のための措置を講ずることとなるが、上述のように、指定市町村は特定地域に集中し、かつ、継続的に指定を受けているというのが実状である。

#### 国民健康保険法 第68条の2

厚生労働大臣は、毎年度につき、政令の定めるところにより、療養の給付並びに入院時食事療養費、特定療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費及び高額療養費の支給に要する費用並びに老人保健法の規定による医療費拠出金（以下「老人保健医療費拠出金」という。）の納付に要する費用（以下「療養の給付等に要する費用」という。）の額が被保険者の数及び年齢階層別の分布状況その他の事情を勘案してもなお著しく多額となると見込まれる市町村であつて、療養の給付等に要する費用の適正化その他の国民健康保険事業の運営の安定化のための措置を特に講ずる必要があると認められるものを指定市町村として指定する。

上述のとおり、一度指定を受けた市町村は継続的にこれを受ける傾向が強いが、指定市町村にはいくつかの特徴がある。そのひとつは、かつてなんらかの産業が興隆していたが、その産業が衰えてしまった地域ということである。例えば北海道の場合、産炭地域振興臨時交付金を受けている市が平成9年度で7つあり、このうち表1にあげたように、5つの市が指定を受けている。一方、福岡の場合は6つのうち2つである。しかも、これらの市が属する医療圏は総じて指定を受けている市町村が多いという結果になっている（表2）。歴史的に見て、産炭地域は労働災害に見舞われることが多く、企業内福祉の観点からも当該地域に病院が企業立の病院が設立されることが多い。このことは、表3-1、3-2からも明らかになる。表3-1、3-2には、

病床数・設立主体別で4道県の病院数を示した。例えば福岡の場合、病院の数は全部で492であるが、そのうち民間病院（医療法人+個人）が394で80%以上を占める。そして、そのうちの58%は中病院である。この中病院がもっとも医療費が高くなることは、拙稿で示している。この割合が北海道では67%、千葉県では50%、長野県では43%となり、医療費の低い順に並ぶのである。もちろん、これらの病院がすべて企業立というわけではない。特に北海道の場合は、札幌に病院の4割弱が集中していることは注目に値する。このように、指定を継続的に受ける地域には、構造的に医療費を高める要因が存在するということであり、これを明らかにすることで、場合によっては医療財消費の地域差を是正することが可能となるかもしれない。

### 3 国民健康保険の財政

#### 3.1 指定市町村の国保財政

次に、国保の財政を見ていく。ベンチマークとしては、国民健康保険の実態を用いた。まず表4には、指定地域と産炭地域を考慮に入れた上で、平成9年度平均の4道県<sup>2</sup>の被保険者数を上げてある。この表で興味深い事実は、指導地域の被保険者の数が、一般、退職、老健ともに半数以上を占めていることである。個別に見れば、産炭地域は老健の対象者が多いようであるが、絶対数は少ない。表5については、北海道、福岡県は千葉県に比べて受診率、一件当たり日数、一件当たり費用、一日当たり費用、一人当たり費用のいずれについても大きな値を示し、また、北海道、福岡県を個別に見ると、指導地域、産炭地域の順に値が大きくなるケースが多い。この傾向は表6、7にも当てはまるようである。以上のことから指導地域は非指導地域に比べて、患者の通院日数や在院日数は長く、かつ、一人当たりの単価も高い

---

<sup>2</sup>この4道県を取り上げている理由は1) 他の研究との整合性、2) 北海道および福岡県に指導地域が多いことである。

傾向が見て取れる。一方、表8では経理関係を掲示している。この表から明らかなことは、指導地域は医療費が高いだけでなく、国保財政の収入も低くなっていることが見て取れる。すなわち、収入は一般会計からの繰入金に代表される様々な交付金に依存し、支出は高齢化の影響をまともに受けているため、老人保健拠出金が大きくなるという状況を呈している。当然のことではあるが、指定地域の特徴は、1) 医療費が高いことに加えて、2) 財政基盤が安定していない、つまり、払いは大きいが受けは少ない地域であるということである。

### 3.2 国保の財源調達方法の変遷

国民健康保険が上述のように”自律的”な財政を持てなくなったのは、以下のような変遷<sup>3</sup>による。

国保の収入内訳の推移を描いた図1からも分かるように、新国民健康保険創設期～80年代初頭(第一期)には保険料と比べて相対的に国庫支出金<sup>4</sup>の比率が高まっている。これについては、以下のように二つのフェーズに分けて考えることができる。すなわち、

---

<sup>3</sup>時期区分は、戦後の新国民保険制度創設期から80年代初頭にかけての新制度普及定着期を第一期(保険料(料)及び国庫負担が主財源)、80年代初頭から90年代初頭までを第二期(高齢化対策期;国庫負担及び療養給付費交付金が主財源)、90年代初頭から現在を第三期(国庫負担及び療養給付費交付金が主財源。ただし、健康保険等被用者保険に対する負担緩和策として、老人医療への国庫負担の増加や交付金交付事業の充実など、組合健保への負担を軽減する措置が存在)に区分するものである。

<sup>4</sup>国庫負担の原則 … 医療費から自己負担分を除いた費用の50%

保健基盤安定制度(1988年)低所得者に対する保険料軽減相当額を国と地方の公費で補填することを目的としている。現行では各市町村の一般会計から国保特別会計への繰入れ額の1/2を国が、1/4ずつを都道府県と市町村が負担することになっている。

療養給付費負担金 =  $4/10$  (医療給付費 -  $1/2$  保険基盤安定繰入分)

財政調整交付金 =  $1/10$  (医療給付費 -  $1/2$  保険基盤安定繰入分) +  $1/4$  保険基盤安定繰入分

(医療給付費は、医療費用から患者の自己負担分を除いた額である)療養給付費負担金は定率国庫負担金と呼ばれ、どの市町村にも一律に支払われ、調整交付金は財政力の弱い市町村に配分される。

1. 50年代初めに国庫負担金の核である療養給付費補助金(後、療養給付費負担金)が創設され、これが60年代に入ると随時、その負担率を上昇させていったこと(現に、66年度の急激な伸びは、療養給付費に対する負担率が25%から40%に変更されたことによる影響)
2. 補助金が定率であるがゆえに、保険診療の定着化及び受診率の向上による医療費の増大に加えてその絶対額も増加したことにより、国庫支出金の国保制度の収入に占める比率の増加を招いたこと

となる。いずれにしても、第一期という時期は、国保財政に中央政府からの財政移転が拡大しつつあった時期と言えよう。

これに対して、80年代初頭～90年代初頭(第二期)になると、保険料、療養給付費交付金及び他会計からの繰入金の比率が相対的に上昇している。これは、

1. 事務費の一般財源化に代表されるように国庫支出金が削減される方向に向かったこと
2. 老人保健制度(1983)および退職医療制度(1984)の創設(療養給付費交付金)(中央の負担の軽減)
3. 保険基盤安定制度、国保財政健全化支援事業や共同交付金事業等が創設されたこと(低所得高齢被保険者対策)

が理由として挙げられる。

この時期は、新国民健康保険制度発足以来、国庫負担という国からの援助で成り立ってきた国保財政が、オイルショック以後の低経済成長による税収の伸び悩みや老人医療費の急激な伸長の影響を受け、徐々に中央政府からの財政支援を削減されはじめ、保険者の責任外の(低所得者、病床数、高齢者の数、医療の高度化等)については中央政府からの繰入金で対応しつつも、老人保健を利用することで、特に組合健保との財政調整を行った時期である(逆に言えば、このために、各保険制度の財政状況が似たようなものになった)。

もちろん、こういった傾向は90年代初頭以降(第三期)も続くが、第二期とは違い、国保を財政的に支援する立場にある被用者保険が過度な負担への不満を募らせてきたため、それを緩和すべく、いくつかの措置が取られた。その中で、特に見逃せないのが老人保健制度への拠出額に占める国庫負担を一部、3割から5割に増やしたことであろう。この結果、老人保健制度への拠出額の割合を描いた図2からも示唆されるように、第二期には、按分率の段階的な引き上げにより被用者保険の拠出金比率が国保と比べて上昇し続けていたが、その傾向に歯止めがかかった。

以上の時期区分は、国保の財源調達、診療報酬の審査点検、保険料徴収の仕組みによってさらに補完でき得るものと考えられる。図3にあげたのが現行の国民保険制度の仕組みである。概略を示せば、図3は、主に、保険財政の資金の流れ(保険料(税)と国庫負担拠出金)と療養取扱機関の審査点検の流れの二つに大別される。図3で言えば、領域AとBが保険財政の資金の流れを示し、Aが国庫負担および拠出金の流れであり、Bが保険料(税)の流れである。このAの流れのうち、国庫補助負担金はたまかに支出金と繰入金に大別され、財源強化策として設けられた時期は、支出金が第一期、繰入金が第二期に対応する。また、額は少ないが、都道府県からの支出金は第一期に、社会保険診療報酬支払基金を通して被用者保険から納付される療養給付費交付金は第二期に創設され、以上の四つの要素でAの流れ、すなわち、国庫負担拠出金は構成されている。

## 4 徴収状況

### 4.1 指定地域の徴収状況

以上のように、国保は保険税(料)で賄われてはいない。問題は、油井が指摘するように、市町村が国保財政に対してモラル・ハザードを起こしているかどうかである。国保の場合は、いわゆる過疎地域よりも大都市の保険税(料)納付率が悪いことが知られている。現実には、財政状況が相対的に良い大都市の方が納付率が低い



ということは、今後の国保財政を考える上で重要である。国民健康保険の保険税（料）は、所得に応じた所得割、資産に応じた資産割、世帯人員数に応じた世帯割、人頭税的な均等割の4種類の徴収方法を組合わせて徴収しているが、所得の場合には自営業者のこれの補足に問題があることは広く知られており、また、資産についても地価の分散が大きいので現行の制度では平等で効率的な保険税（料）の徴収は行いにくい傾向にある。いずれにしても、財政基盤の脆弱さと被保険者および徴収者（保険者）のモラル・ハザードに相関関係があるのかは検証に値する。表9-1では、指定地域と非指定地域の保険料前年調停額（上段）、保険税（料）現年分収納率の平均値の差の検定を挙げておいた。対象被保険者は一般+老健および退職者と合計に分けている。結果としては、いずれの数値も指定地域が悪い。すなわち保険料は高く、納付率は小さいという結果になっている。表9-2、表9-3では、北海道、福岡県について同様の検定を施している。福岡県と同様にいずれも、指定地域の数値が悪いという結果になっている。しかし、その絶対水準は全国平均よりも良く、それどころか千葉県では保険料の納付率の県平均は93.3%であり、もっとも悪い市町村では88.08%になっている。

## 4.2 保険税（料）徴収について

では保険税（料）の流れを示すのが図3のBである。図1に示されているように、国保の収入の内、保険税（料）収入は国保の収入の内、約4割で推移している。周知のとおり、国保の保険料は、いわゆる”保険料”と”保険税”の二つの方式で徴収されている。

このうち保険料方式は、国民健康保険法施行令第29条-5で定められている徴収方法である。わが国の場合、社会保障はサービスへの対価として拠出金を支払う（財源の目的化がしやすい）という考えが一般的なので、応益的な色彩が強い保険料方式が好まれる。しかし、国保の場合、財政基盤の安定化が重要な課題であったために、変則的に、税方式が主流になった。しかし、現在も、大都市等では保険料

方式が多く見られ、被保険者数では全体の4割を占めている。一方、税方式は地方税法703条-4で定められた徴収方法である。これが、導入された背景として、国保の再建と農民所得の停滞が受診率の上昇及び保険料収納率の低下を招き、財政基盤を揺るがしたという現実があった（国保法が改正された翌年には早くも危機的状況に陥る）。これを受け、政府は、地方税法の一部を改正（1951年施行）し、国民健康保険税を創設した。その狙いは、税としたほうが納入するという国民意識を利用して、収納率を引き上げようというものであった。現在、導入している地域は、市町村の9割を占め、財政基盤が強くない農村部に止まらず、都市部でもかなり多く見受けられる。ただし、保険税（料）の賦課総額の算定方法については、保険料方式でも、税方式でも、（一般の療養費のうち保険者負担分）＋（老人保健拠出金）で表し<sup>5</sup>、その相違点はほとんどない。

ところで、国保の保険財源の調達方法には、上記のような税方式と保険料方式とといった分類方法の他にもう一つ重要な型がある。それが、応能原則と応益原則である。そもそも、保険税（料）を徴収するには、保険料算定額、調定額を決定する必要がある。それは以下の手順を踏む。まずは、標準課税総額を決める。これは、一般被保険者の療養費のうち保険者の負担分と、老人医療費の拠出金の和で求められる。そして、この後、この標準課税総額を応能負担と応益負担分に分けられる。これには、所得割総額、資産割総額、被保険者均等割総額、世帯別平等割総額の4つの形態が存在するが、前者2つは応能原則に対応し、後者2つは応益原則に対応する。そして、市町村は、以下の3つの方式の中から選択することになる。

1. 標準課税総額を所得割・資産割・被保険者均等割・世帯別平等割である一定の比率に配分 → 4方式
2. 標準課税総額を所得割・被保険者割・世帯別均等割である一定の比率に配分 → 3方式

---

<sup>5</sup>地方税法703条-4には、具体的に一般の療養費の65/100という数値が出るが、これは目安であり、各市町村では、保険料方式と同じ手続きを踏んで算出される

### 3. 標準課税総額を所得割・被保険者割である一定の比率で配分 → 2方式

ただし、資産割については、応能原則の補完として設置されたとはいえ、農山漁村と比べて大都市では、資産の捕捉が困難なために、3方式や2方式が多数を占めているのが現状である。

こうして、各課税ベースに課税額が配分されると、次に、課税ベースに対する保険税(料)率を決めるために、各課税ベースを確定しなければならない。応益負担分と違い、応能負担分については、所得割が、①旧但し書き方式(所得税法の総所得額と山林所得を合計したのから基礎控除のみ除く方式)、②地方税法上の課税所得金額を採用する方式、③市町村民税の所得割額そのものを用いる方式の3つに分かれ、資産割については、①固定資産税額を用いる方式、②固定資産是額のうち土地及び家屋にかかる部分だけを用いる方式の2つに分けられる。

こうして、各課税ベースに対する税率が確定し、これに基づき各被保険者から徴収した保険税(料)額の和が各保険者の保険料算定額になる。しかし、これはあくまでも概算値であり、実際に徴収される保険税(料)額はこれよりも少なくなる。なぜなら、医療保険制度において、応能負担として徴収される保険税(料)には、課税ベースに上限を設定していたり、低所得者向けの軽減制度が存在していたりするからである。これを保険料算定額と区別して、保険料調定額と呼んでいる。

ただし、小椋(1998)でも言及されているように、応能負担については、これに則って保険税(料)の評価がなされているとは到底言えない。なぜなら、トーゴサンピンやクロヨンといった税の捕捉問題が存在するからである。また、こういったテクニカルな話に加え、制度的にも、低所得者への負担軽減措置がある反面、課税所得(標準報酬額)の上限を低水準に設定することで高所得者の負担が緩和してしまうといったことが平気で罷り通っているため、応能原則が十分に機能しているとは考えにくい。さらには、所得や資産額の基準が地域ごとで異なるために、課税基準がどうしてもあいまいになるといった問題が生じ、地域間の保険税(料)の比較・評価についても不透明なものにさせてしまう。

他方、応益原則については、医療機関に行って治療を受けるのは個人という観点からすると、被保険者均等割という方法は是認される。しかし、同じく応益負担として徴収される世帯平等割については、世帯ごとに世帯構成が変われば受益も異なってくるため、それを均等に取るこの制度は不合理なものと思われる。

## 5 結語にかえて

市町村国保は、制度発足時から保険者の能力に大きな限界がある保険制度であることは、多くの研究者に指摘されてきた。国保の保険者は現在では3200余り存在する地方自治体であり、一番多くの被保険者を抱える大阪府で約96万人（人口約250万人）、最も少ない被保険者を抱える東京都の御蔵島村では93人（人口254人、いずれも平成7年年度末現在）となっており、その規模には大きな隔たりがある。100万人近の被保険者を抱える保険者と数十人の被保険者しか存在しない保険者が、同一の保険制度に従っている現状は、社会保険方式による社会保障に後述される意味での保険的メリットを与えていないのではないかとの疑問が生じる。言い換えれば、これほど多くの保険者が必要なのかという疑問と地方自治体保険者が社会保険の保険者として保険税（料）を徴収する際には相当の問題が生じていることである。

われわれは、社会保険であっても、保険者と被保険者、そして療養取扱機関といったステークホルダー（保険制度の担い手）が、相互に費用やサービスの質、制度運営方法に関して一種の緊張関係を持つ必要があり、国保制度にはそうした関係を保持するシステムが必要であると考えている。

社会保険に基づく医療保険システムは以下のように定義できる。すなわち、社会保障制度を實踐するために用いる手段として保険手法を用いる場合、これを社会保険方式による社会保障制度（わが国の場合、内容としては年金、医療、介護の分野がこれに相当する）と定義する。ここで保険手法とは、大数の法則を用いることで

様々な保険リスクを予測し、保険的危険を保険制度の加入員間で分散させる手法である。しかし、保険手法はこのリスク回避だけが目的ではない。例えば民間の医療保険の場合、保険者、療養取扱機関、被保険者といった3つのステークホルダー（利害関係者）が存在し、互いに依存・監視する状態にある。ステークホルダーそれぞれは、表10のような権利と義務に直面しながら、自己の利益を最大化する。しかし、保険取引は一般的に1回限りではなく、継続して行われるものであり、ステークホルダーが何らかのモラルハザードを起こした場合には、それ相当のパニッシュメント（制裁）が与えられることになるため、各ステークホルダーのモラルハザードを事前的に抑制する効果がある。

一方、われわれは、公的医療保険は、保険者、被保険者、療養取扱機関といった保険制度にかかわる利害関係者が、相互に協調や監視をする民間医療保険的保険システムに国家が介入する保険システムであると考え。それは、特にクリームスキミング、アドバースセレクションといった社会保障にはそぐわない民間保険の特徴を排除するためである。この場合、公的医療保険のステークホルダーが直面する権利・義務関係は表11のようになる。

この場合、公的医療保険と民間医療保険の最大の違いは、

1. 被保険者は無条件に保険に加入できること。
2. 保険者、国は非営利であること。

の二つであり、このことが公的医療保険制度の特長となる。実際、国保では上記1を満たすためには、高齢者等に代表される保険的リスクの大きい者や低所得者を被保険者として積極的に受け入れることが必要であり、保険料の算定方法に相当の配慮が必要となる。また、自治体保険者単体では療養給付の質的チェックは容易でないため、これを専門に行う機関も必要である。現行の国保制度には上記、表2にあげた他に国民健康保険団体連合会（以下、国保連合会）・社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）というもうひとつのステークホルダーが存在する（図3）。すな

わち、1) 被保険者、2) 保険者である地方自治体、3) レセプトの審査・点検や診療報酬の支払いを行う国保連合会や支払基金、4) 診療取扱機関、5) 国（中央政府）の5つのステークホルダーである。図3に示したように、保険者は被保険者に療養取扱機関を通じて保険給付を行い、また、被保険者に対して保険税（料）の徴収を行う。また、保険者は国保連合会や支払基金を通じて療養取扱機関の診療報酬請求（レセプト）を審査し、これに診療報酬を支払う。したがって、国保システムの中で考え得る保険者の機能は、

1. 財政運営；財源調達と保険税（料）算定・徴収
2. 診療報酬請求の審査・点検
3. 診療報酬の支払

の3つが代表的なものと思われる。この3つの関係が相互に規律しあうシステムを構築し、その上で財源の手当を行う必要がある。

## 参考文献

青木昌彦(1995), 経済の進化と多元性, 東洋経済新報社

青木昌彦奥野正寛編著(1996), 経済の比較制度分析, 東京大学出版会

有岡二郎(1997), 戦後医療の五十年 医療保険制度の舞台裏, 日本醫事新報社

漆博雄(1994), 国民健康保険および老人保健制度の財源問題, 社会保障の財源政策, 東京大学出版

角田保小椋正立高木安雄(1998), 市町村国保の保険料負担の現状と改革, 国民健康保険と地方財政に関する研究, 財団法人 財政経済協会

厚生省五十年史編集委員会編(1988), 厚生省五十年史(資料編)

厚生省保険局国民健康保険課編(1972), 国民健康保険基礎講座, 社会保険実務研究所

厚生省保険局国民健康保険課監修(1983), 逐条詳解 国民健康保険法, 中央法規出版

厚生省保険局国民健康保険課監修(1989), 国民健康保険五十年史, ぎょうせい

厚生省保険局(各年版), 国民健康保険事業年報

厚生省老人保健福祉局(各年版), 老人医療事業年報

佐口卓(1995), 国民健康保険 形成と展開, 光生館

社会保険診療研究会編著(1998) 医師のための保険診療入門, 薬業時報社

社会保険診療報酬支払基金(各年版), 基金年報

社会保険庁(各年版), 事業年報

総務庁行政監察局編，国民健康保険事業の現状と問題点—総務庁の行政観察結果からみて—，大蔵省印刷局

田多英範(1994)，現代日本社会保障論，光生館

田近栄治(1998)，国民健康保険の現状と問題，国民健康保険と地方財政に関する研究，財団法人 財政経済協会

中静未知(1998)，医療保険の行政と政治—一八九五～一九五四—，吉川弘文館

広井良典編著(1999)，医療改革と 選択と競争原理の導入，東洋経済新報社

山田武(1998)，国民健康保険の総務費と規模の経済の検討，国民健康保険と地方財政に関する研究，財団法人 財政経済協会

横山和彦・田多英範編(1991)，日本社会保障の歴史，学文社

油井雄二(1998)国民健康保険と老人保険制度の連結決算表による分析，国民健康保険と地方財政に関する研究，財団法人 財政経済協会

老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会編(1992)，老人保健法制定経過等に関する資料収集委員会記録，財団法人 長寿社会開発

Dauma,Sytse.and Hein Schreuder(1991),Economic Approaches to Organization,  
Prentice Hall, UK .

Masahiko, Aoki(1988), INFORMATION, INCENTIVES, AND BARGAINING IN  
THE JAPANESE ECONOMY, Cambridge Univ. press.



表1 国民健康保険法第68条の2第1項の規定に基づき安定化計画の指定を受けた市町村

H9		H10		H9		H10	
北海道	札幌市 函館市 小樽市 旭川市 室蘭市 夕張市	北海道	札幌市 函館市 小樽市 旭川市 夕張市 岩見沢市 留萌市 苫小牧市 芦別市 江別市 赤平市 三笠市 根室市 千歳市 滝川市	大阪府	大阪市 泉佐野市 忠岡町 岬町	大阪府	大阪市 泉佐野市 岬町
	留萌市 苫小牧市 芦別市 江別市 赤平市 三笠市 根室市 千歳市 滝川市		夕張市 岩見沢市 留萌市 苫小牧市 芦別市 江別市 赤平市 三笠市 根室市 千歳市 滝川市 砂川市	岡山県	玉野市	岡山県	玉野市
	歌志内市 恵庭市 北広島市 石狩市 当別町 厚田村 松前町 福島町 上磯町 恵山町 南茅部町		恵庭市 北広島市 石狩市 当別町 厚田村 福島町 上磯町 恵山町 南茅部町 森町 八雲町 上ノ国町	広島県	三原市 因島市 菅戸町	広島県	三原市 因島市 菅戸町
	上ノ国町 瀬棚町 寿都町 黒松内町 喜茂別町 共和町 岩内町 泊村 古平町 余市町 南幌町 奈井江町 上砂川町 由仁町 長沼町 新十津川町		恵庭市 北広島市 石狩市 当別町 厚田村 福島町 上磯町 恵山町 南茅部町 森町 八雲町 上ノ国町 寿都町 黒松内町 喜茂別町 共和町 岩内町 泊村 古平町 余市町 南幌町 奈井江町 上砂川町 由仁町 長沼町	山口県	小野田市 小郡町	山口県	小野田市
	沼田町 中富良野町 増毛町 浜頓別町 丸瀬布町 洞爺村 白老町		福島町 上磯町 恵山町 南茅部町 森町 八雲町 上ノ国町 寿都町 黒松内町 喜茂別町 共和町 岩内町 泊村 古平町 余市町 南幌町 奈井江町 上砂川町 由仁町 長沼町 栗山町 沼田町	徳島県	徳島市 小松島市 那賀川町 上板町 吉野町 川島町 一宇村	徳島県	徳島市 小松島市 那賀川町 上板町 吉野町 川島町
	穂別町 釧路町 広野町 金沢市 加賀市	福島県	福島町 上磯町 恵山町 南茅部町 森町 八雲町 上ノ国町 寿都町 黒松内町 喜茂別町 共和町 岩内町 泊村 古平町 余市町 南幌町 奈井江町 上砂川町 由仁町 長沼町 栗山町 沼田町 増毛町 浜頓別町 丸瀬布町 洞爺村 白老町 厚真町 鷲川町 穂別町 平取町 門別町 釧路町 広野町 金沢市 加賀市 山中町 宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町	香川県	坂出市 別子山村 生名村	香川県	坂出市 波方町 生名村
福島県	石川県	石川県	山中町 宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町	高知県	高知市 室戸市 北川村 吉川村	高知県	高知市 室戸市 北川村 吉川村
	宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町		栗山町 沼田町 増毛町 浜頓別町 丸瀬布町 洞爺村 白老町 厚真町 鷲川町 穂別町 平取町 門別町 釧路町 広野町 金沢市 加賀市 山中町 宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町	福岡県	北九州市 福岡市 大牟田市 直方市 山田市 筑後市 宇美町 須恵町 粕屋町 小竹町	福岡県	北九州市 福岡市 大牟田市 直方市 山田市 筑後市 宇美町 須恵町 粕屋町 小竹町
	宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町		栗山町 沼田町 増毛町 浜頓別町 丸瀬布町 洞爺村 白老町 厚真町 鷲川町 穂別町 平取町 門別町 釧路町 広野町 金沢市 加賀市 山中町 宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町	佐賀県	鳥栖市 久保田町 中原町 北茂安町 小城町 有田町 大町町 千々石町 荒尾市	佐賀県	鳥栖市 久保田町 中原町 北茂安町 小城町 有田町 大町町 千々石町 荒尾市
	宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町		栗山町 沼田町 増毛町 浜頓別町 丸瀬布町 洞爺村 白老町 厚真町 鷲川町 穂別町 平取町 門別町 釧路町 広野町 金沢市 加賀市 山中町 宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町	長崎県	荒尾市	熊本県	荒尾市
	宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町		栗山町 沼田町 増毛町 浜頓別町 丸瀬布町 洞爺村 白老町 厚真町 鷲川町 穂別町 平取町 門別町 釧路町 広野町 金沢市 加賀市 山中町 宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町	熊本県	荒尾市	熊本県	荒尾市
	宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町		栗山町 沼田町 増毛町 浜頓別町 丸瀬布町 洞爺村 白老町 厚真町 鷲川町 穂別町 平取町 門別町 釧路町 広野町 金沢市 加賀市 山中町 宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町	大分県	佐賀関町 串木野市 加世田市 市来町 吉松町	大分県	佐賀関町 串木野市 加世田市 市来町 吉松町
	宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町		栗山町 沼田町 増毛町 浜頓別町 丸瀬布町 洞爺村 白老町 厚真町 鷲川町 穂別町 平取町 門別町 釧路町 広野町 金沢市 加賀市 山中町 宇ノ氣町 内灘町 志雄町 押水町	鹿儿岛県	市来町 吉松町	鹿儿岛県	市来町 吉松町

表2 国民健康保険法第68条の2第1項の規定に基づき  
安定化計画の指定を受けた市町村の2次医療圏別構成(北海道, 福岡県のみ)

県名	県コード	指定を受けた市町村割合					
		2次医療圏	H9	H9	H10		
北海道	01	南渡島	40.00%	6/15	46.67%	7/15	
	01	南檜山町	16.67%	1/6	16.67%	1/6	
	01	北渡島檜山	16.67%	1/6	16.67%	1/6	
	01	札幌	40.00%	8/20	40.00%	8/20	
	01	後志	45.00%	9/20	45.00%	9/20	
	01	南空知	50.00%	6/12	66.67%	8/12	
	01	中空知	<u>75.00%</u>	<u>6/8</u>	<u>62.50%</u>	<u>5/8</u>	
	01	北空知	14.29%	1/7	14.29%	1/7	
	01	西胆振	25.00%	2/8	25.00%	2/8	
	01	東胆振	42.86%	3/7	71.43%	5/7	
	01	日高	0.00%	0/9	22.22%	2/9	
	01	上川中部	11.11%	1/9	11.11%	1/9	
	01	上川北部	0.00%	0/10	0.00%	0/10	
	01	富良野	20.00%	1/5	20.00%	1/5	
	01	留萌	22.22%	2/9	22.22%	2/9	
	01	宗谷	11.11%	1/9	11.11%	1/9	
	01	北網	0.00%	0/14	0.00%	0/14	
	01	遠紋	8.33%	1/12	16.67%	2/12	
	01	十勝	0.00%	0/19	0.00%	0/19	
	01	釧路	10.00%	1/10	10.00%	1/10	
	01	根室	20.00%	1/5	20.00%	1/5	
	福岡県	40	福岡・糸島	7.69%	1/13	7.69%	1/13
		40	粕屋	37.50%	3/8	37.50%	3/8
		40	宗像	0.00%	0/5	0.00%	0/5
		40	筑紫	0.00%	0/5	0.00%	0/5
		40	甘木・朝倉	0.00%	0/7	14.29%	1/7
40		久留米	9.09%	1/11	0.00%	0/11	
40		八女・筑後	12.50%	1/8	12.50%	1/8	
40		有明	<u>14.29%</u>	<u>1/7</u>	<u>14.29%</u>	<u>1/7</u>	
40		飯塚	30.00%	3/10	30.00%	3/10	
40		直方・鞍手	<u>60.00%</u>	<u>3/5</u>	<u>60.00%</u>	<u>3/5</u>	
40		田川	40.00%	4/10	40.00%	4/10	
40		北九州	6.67%	1/15	6.67%	1/15	
40		京築	18.18%	2/11	18.18%	2/11	

太字は産炭地域振興臨時交付金を受けている市を含む医療圏。下線は、68の2第1項に基づく指定も受けた市が存在する医療圏。

表3-1 医療圏別・設立主体・病床数別 病院数

		20~99	100~499	500~
北海道	国・公的医療機関	78	81	17
	社会保険関係団体	0	5	0
	医療法人・個人	175	258	7
	その他	7	26	2
		260	370	26
千葉	国・公的医療機関	9	27	10
	社会保険関係団体	66	94	4
	医療法人・個人	117	114	4
	その他	6	10	4
		198	245	22
長野	国・公的医療機関	12	38	4
	社会保険関係団体	12	38	4
	医療法人・個人	56	29	2
	その他	3	3	0
		83	108	10
福岡	国・公的医療機関	6	38	7
	社会保険関係団体	0	5	2
	医療法人・個人	151	231	12
	その他	7	26	7
		164	300	28

表3-2 医療圏別・設立主体・病床数別 病院数構成

		20~99	100~499	500~
北海道	国・公的医療機関	30.00%	21.89%	65.38%
	社会保険関係団体	0.00%	1.35%	0.00%
	医療法人・個人	67.31%	69.73%	26.92%
	その他	2.69%	7.03%	7.69%
千葉	国・公的医療機関	4.55%	11.02%	45.45%
	社会保険関係団体	33.33%	38.37%	18.18%
	医療法人・個人	59.09%	46.53%	18.18%
	その他	3.03%	4.08%	18.18%
長野	国・公的医療機関	14.46%	35.19%	40.00%
	社会保険関係団体	14.46%	35.19%	40.00%
	医療法人・個人	67.47%	26.85%	20.00%
	その他	3.61%	2.78%	0.00%
福岡	国・公的医療機関	3.66%	12.67%	25.00%
	社会保険関係団体	0.00%	1.67%	7.14%
	医療法人・個人	92.07%	77.00%	42.86%
	その他	4.27%	8.67%	25.00%

表4 市町村国民健康保険者数(平成9年度)

	年間平均																		
	退職者単世帯			退職者混世帯			一般			退職者被扶養者			退職者合計			老人保健医療給付対象者			
	総数	世帯	世帯	世帯	世帯	世帯	総数	人	人	人	人	人	人	人	人	構成率	構成率	構成率	
北海道																			
全体	816384	97797	20343	1648430	1015129	61.58%	127087	71777	198864	12.06%	434437	26.35%							
指導地域	510404	66813	13317	957742	566405	59.14%	85908	48973	134881	14.08%	256456	26.78%							
産炭	34813	6498	1215	64935	30291	46.65%	8303	4737	13040	20.08%	21604	33.27%							
指導地域/全体	62.52%	68.32%	65.46%	58.10%	55.80%		67.60%	68.23%	67.83%		59.03%								
産炭/全体	4.26%	6.64%	5.97%	3.94%	2.98%		6.53%	6.60%	6.56%		4.97%								
産炭/指導地域	6.82%	9.73%	9.12%	6.78%	5.35%		9.66%	9.67%	9.67%		8.42%								
福岡																			
全体	743310	87924	25308	1497425	936656	62.55%	125347	59335	184682	12.33%	376087	25.12%							
指導地域	434852	51274	12700	832116	520150	62.51%	70153	34309	104462	12.55%	207504	24.94%							
産炭	71622	9683	2657	136515	74578	54.63%	13901	6272	20173	14.78%	41764	30.59%							
指導地域/全体	58.50%	58.32%	50.18%	55.57%	55.53%		55.97%	57.82%	56.56%		55.17%								
産炭/全体	9.64%	11.01%	10.50%	9.12%	7.96%		11.09%	10.57%	10.92%		11.10%								
産炭/指導地域	16.47%	18.88%	20.92%	16.41%	14.34%		19.82%	18.28%	19.31%		20.13%								
千葉																			
全体	857393	88713	29598	1800264	1265573	70.30%	126509	68445	194954	10.83%	339737	18.87%							
長野																			
全体	325953	39247	17185	673830	384776	57.10%	64789	22668	87457	12.98%	201597	0.299181							

資料:「国民健康保険の実態 平成10年版」国民健康保険中央会 都道府県国民健康保険団体連合会