

市町村国保について

市町村国保の再編・統合

医療保険制度における再編・統合の必要性

医療保険制度については、以下の理由により、保険者の再編・統合を進めて、都道府県単位を軸として保険運営を目指すべき。

- ① 保険者として安定的な運営ができる規模が必要であること(財政面、事業面)
- ② 各都道府県において医療計画が策定されていること
- ③ 医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があること
- ④ 上記を踏まえ、都道府県単位で医療計画、介護保険事業支援計画及び健康増進計画との整合性を図りつつ、地域の実情に応じて質の高い効率的な医療を提供できるような取組を推進し、医療費の適正化に取り組む必要があること

市町村国保における再編・統合の趣旨・目的

市町村国保については、高齢者や低所得者の増加、小規模保険者の増加、医療費や保険料の地域格差といった構造問題を抱え、制度運営が不安定になっており、これらの問題を解決するため、以下の事項を目的として、保険者の再編・統合を進めるべき。

- ① 保険財政基盤の安定
- ② 事務処理体制の整備と事務の効率化
- ③ 保険者機能の強化
- ④ 保険料の平準化（医療費の水準が同程度である場合には保険料も同じ水準）

こうした考えに基づき、再編・統合を進めるに際しては、最近の市町村国保をめぐる以下の点も考慮する必要がある。

① 市町村合併の状況

旧市町村合併特例法等により、平成18年3月末では約1,800となる見込み。しかしながら、合併の状況は都道府県によって異なり、市町村数が半減以上となる県もあれば、ほとんど合併が進まない県もみられる。また、合併によっても残る小規模保険者の広域化をどのように推進するか。

② 市町村国保における都道府県の役割の強化

今般、都道府県は、都道府県内市町村間の財政調整を行うこととなり、国保財政の安定のため一層の役割の発揮が図られることとなったところである。

都道府県は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるよう、広域自治体として、必要な指導を行う責務を有しており、都道府県財政調整交付金の配分等を通じて保険料の平準化等を促進し、保険運営の広域化を推進し、国保財政の安定化を促進することが期待される。

③ 後期高齢者医療保険制度との関係

新たな高齢者医療制度の創設により、従来国保の被保険者であった者は国保制度から離脱し、新たな医療保険制度に加入する方向で検討が行われているが、こうした後期高齢者医療保険制度の議論の趨勢を見つつ、検討する必要がある。

再編・統合後の国保運営の在り方

(1) 保険者の規模・圏域

- 保険者の規模・圏域については、保険運営の広域化の目的の一つである保険料の平準化を実現する観点から、医療費水準の状況に応じて考えるのが適当である。

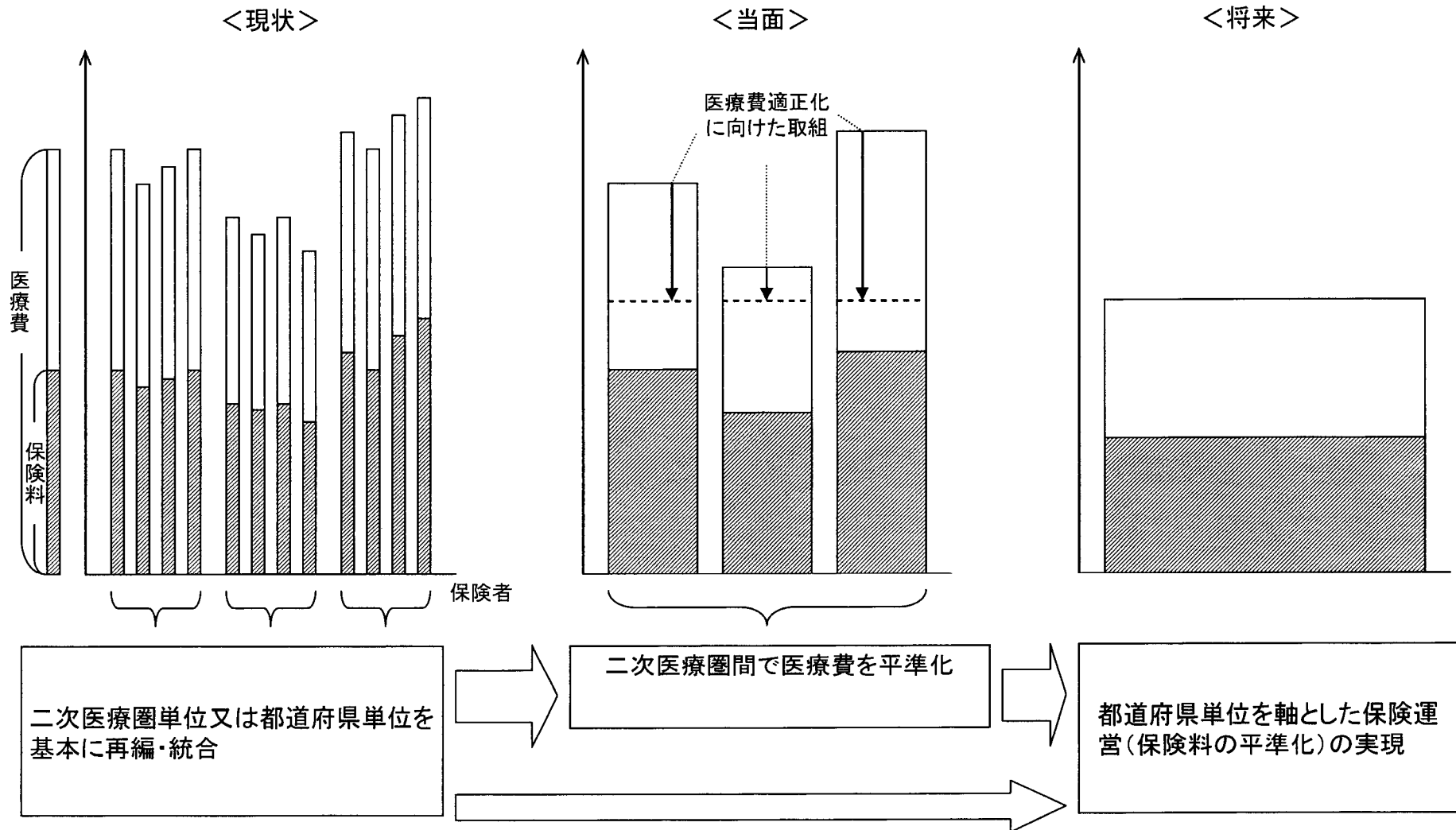
- 現状では、都道府県によって市町村間の医療費の格差の状況が異なることを踏まえ、当面は、以下の理由により、二次医療圏の区域を基本に再編・統合を行い、医療費の適正化及び保険料の平準化を進めることが適当と考えられる。
 - ① 二次医療圏は医療に関する通常の需要がその中でほぼ充足されるような区域であることから、医療費水準の平準化がしやすいこと。

 - ② 実際、二次医療圏単位での市町村ごとの医療費水準の格差は、離島等一部の地域を除けば大きくないこと。

- 都道府県内の二次医療圏間の医療費格差が大きくなり、保険料の平準化も比較的容易である等の状況にある場合には、都道府県を単位に再編・統合を行い、医療費の適正化及び保険料の平準化を進めることが適当と考えられる。

①医療費水準(保険料)の平準化に応じた再編・統合

②都道府県単位の医療費適正化の推進



(2) 保険者の形態

○ 市町村合併以外の方法で国保運営を広域化する場合の運営形態については、

- ① 主体が明確であり、責任を持って安定した事業運営を行うことができる体制を確保するとともに、
- ② 引き続き、住民に身近な市町村が保険料徴収や被保険者の資格管理等の事務に積極的に取り組むことができる必要があること

から、現行制度を前提とすれば、市町村を構成員とする広域連合又は一部事務組合の活用等が考えられる。

○ いずれにせよ、都道府県は、再編・統合を推進する上で、医療費の適正化、保険料の平準化等を円滑に進める役割が期待されており、都道府県調整交付金の活用などを通じて積極的な役割を果たすことが重要と考えられる。

＜広域連合で運営する場合の広域連合と市町村の事務処理区分の例＞

主 な 事 務		広 域 連 合	市 町 村
被 保 険 者 資 格 関 係	資格関係事務	電算システムによる資格管理、適用適正化事務	届出・申請の受理及び資格確認
	被保険者証等	一斉更新における被保険者証の作成等大量処理事務 資格証明書・短期被保険者証の交付決定	被保険者証の交付 資格証明書・短期被保険者証の交付
保 険 給 付 関 係	一部負担金関係	一部負担金の徴収猶予・減免の決定	一部負担金の徴収猶予・減免の申請受理
	療養の給付等	審査・支払（国保連への委託も含む。）	
	療養費等の給付	給付の基準決定 給付の決定	申請受理 給付決定（定型的なもの）
保 険 料 関 係	賦課	保険料賦課方式・料率の決定 保険料額の確定	所得情報の把握
		保険料の軽減・徴収猶予・減免の決定	申請受理
	徴収		徴収事務 納付相談、督促・催告
	滞納処分	財産調査・差押え等滞納処分事務	
医 療 費 適 正 化 関 係	医療費通知 レセプト点検	一括実施（国保連への委託を含む。）	
	保健事業	広域的な事業展開が効果的な事業の実施 事業の企画 マンパワーの確保	市町村保健事業との連携やきめ細やかな対応を要する事業の実施

(3)再編・統合後の関係者の役割分担

市町村国保の再編・統合を進めていくに当たり、国、都道府県及び市町村は主に以下のような役割を果たしていくべきではないか。

① 国

- ・ 国保制度の安定的運営を将来にわたり確保するための制度設計や財政負担
- ・ 医療制度全般にわたる、医療の効率化、質の向上に向けた施策の実施
- ・ 全国レベルでの財政調整の実施
- ・ 安定的な保険運営のための取組への支援

② 都道府県

- ・ 保険者の安定的運営のための助言・負担
- ・ 国保の財政基盤強化のための制度に係る財政負担
- ・ 都道府県レベルでの財政調整の実施
- ・ 保健医療行政を所掌する立場や広域自治体という立場から、地域における医療費適正化や保険料収納の確保等保険者による安定的な保険運営のための取組への支援
- ・ 保険者の広域化に向けた指導及び支援

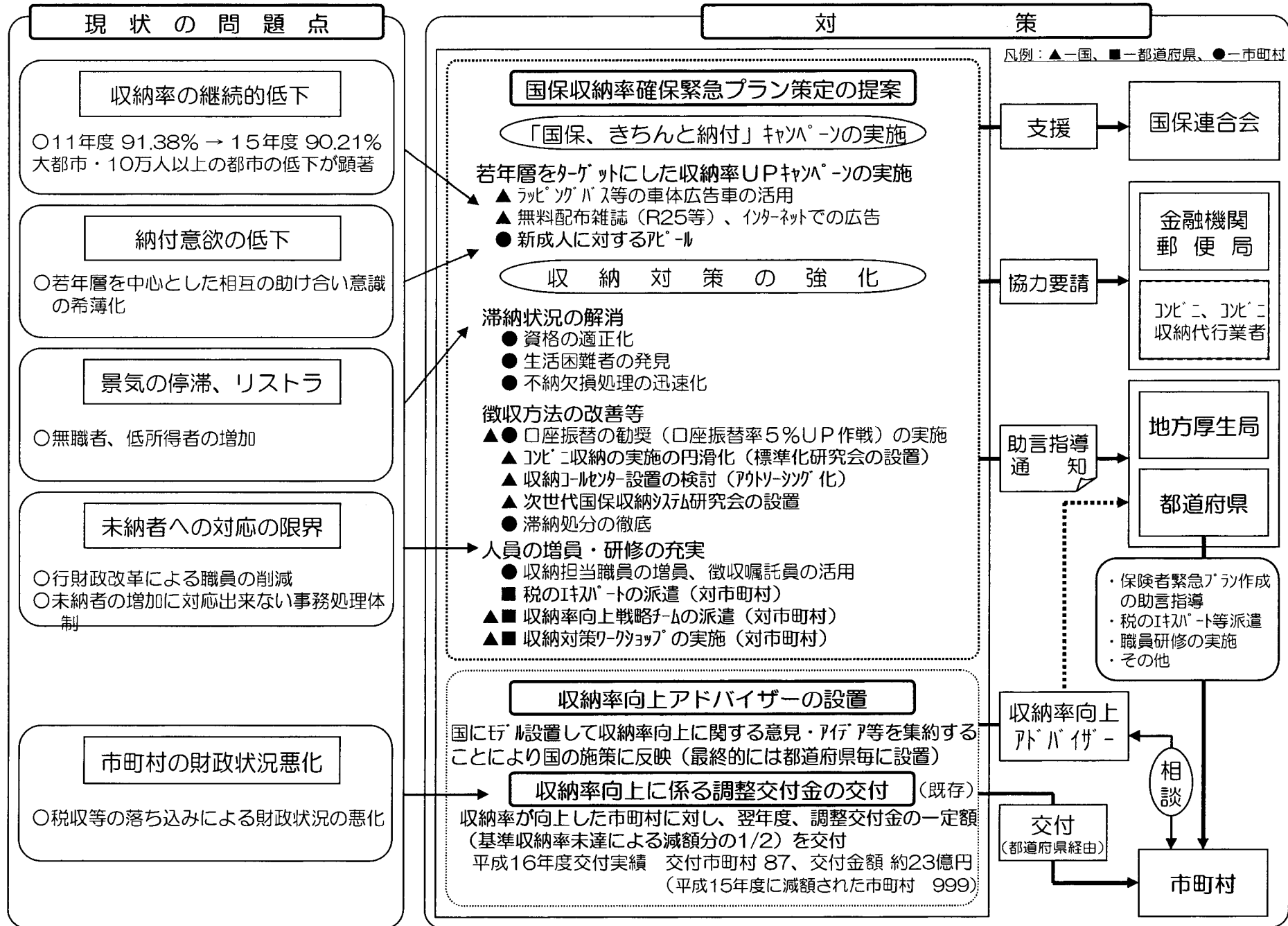
③ 市町村

- ・ 保険者として又は広域化された保険者の構成員として、引き続き、国保事業の安定的な運営の確保
- ・ 基礎自治体として被保険者管理や保険料徴収、保健事業の実施等住民に身近なサービスの実施
- ・ 国保の財政基盤強化のための制度に係る財政負担

市町村国保の収納対策

国保収納対策の現状と総合的な収納対策の取り組み等

H17.4.1現在



参 考 资 料

市町村国保を取り巻く状況は、この10年程の間に大きく変化している。

<市町村国保の現状>

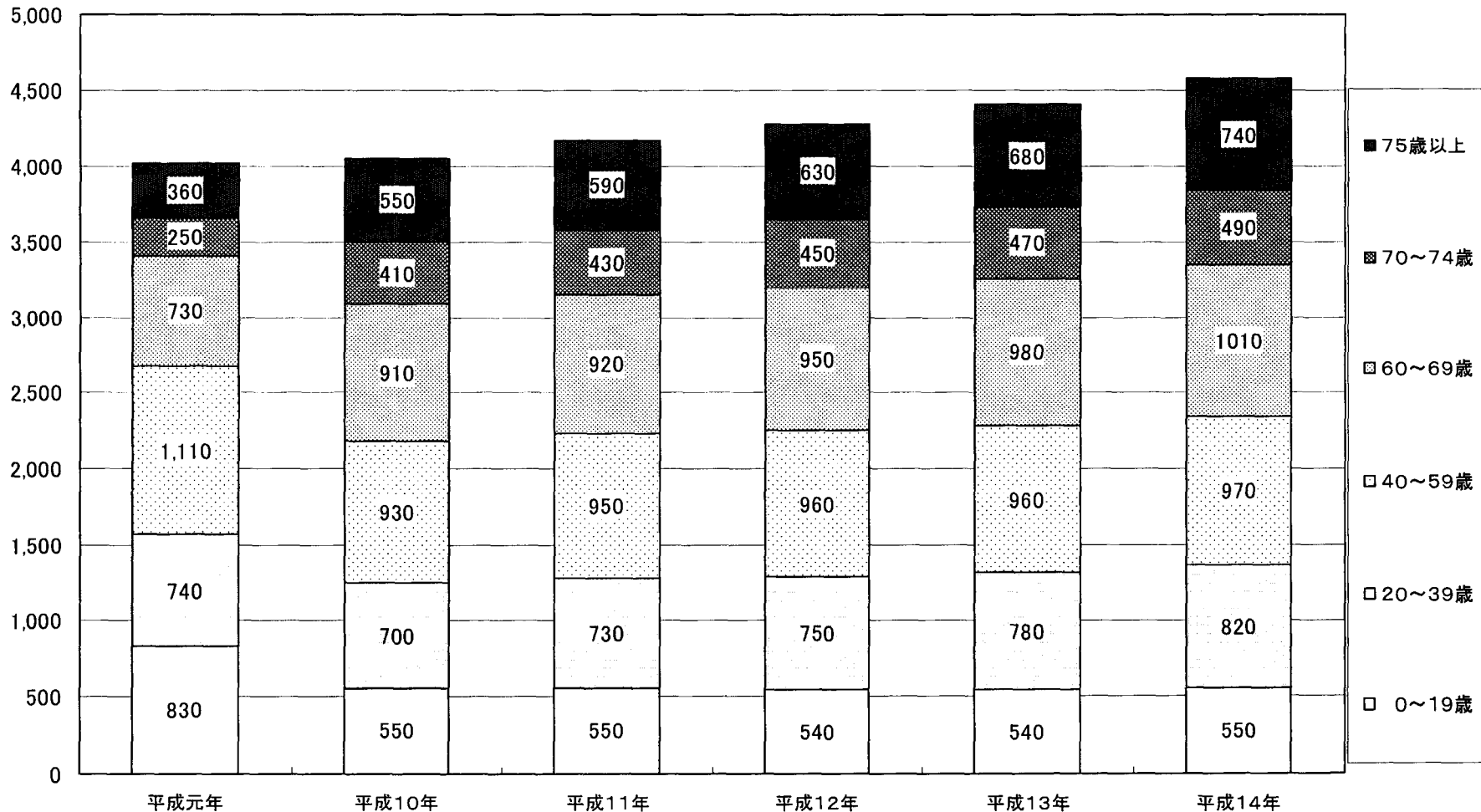
	平成2年度		平成14年度
世帯数 (万世帯)	1,680	⇒	2,370
被保険者数 (万人)	3,890	⇒	4,620
一世帯当たり被保険者数 (人)	2.31	⇒	1.95
老人加入率 (%)	16.9	⇒	26.6
加入者平均年齢(全被保険者) (歳)	46.3	⇒	52.8
加入者平均年齢(老人除く) (歳)	40.3	⇒	43.4
無所得世帯の割合 (%)	19.2	⇒	26.6
一世帯当たり所得 (万円)	211	⇒	147
一人当たり診療費(退職・老人除く) (万円)	12.9	⇒	15.9
一世帯当たり保険料調定額(年間) (万円)	14.5	⇒	15.5
保険料収納率 (%)	94.2	⇒	90.4

(注) 国民健康保険事業年報及び国民健康保険実態調査報告による。

60歳以上の者が被保険者の約50%を占めており、高齢化が進んでいる。

＜年齢階級別被保険者数の推移＞

万人



(注1) 国民健康保険実態調査報告による

(注2) 各年の被保険者数は9月末現在(10万人単位で四捨五入)

過疎化の進展等により、例えば被保険者数が3000人未満の保険者の割合は、この37年間で10.5%から34.7%に大きく増加している。

<規模別被保険者数の推移>

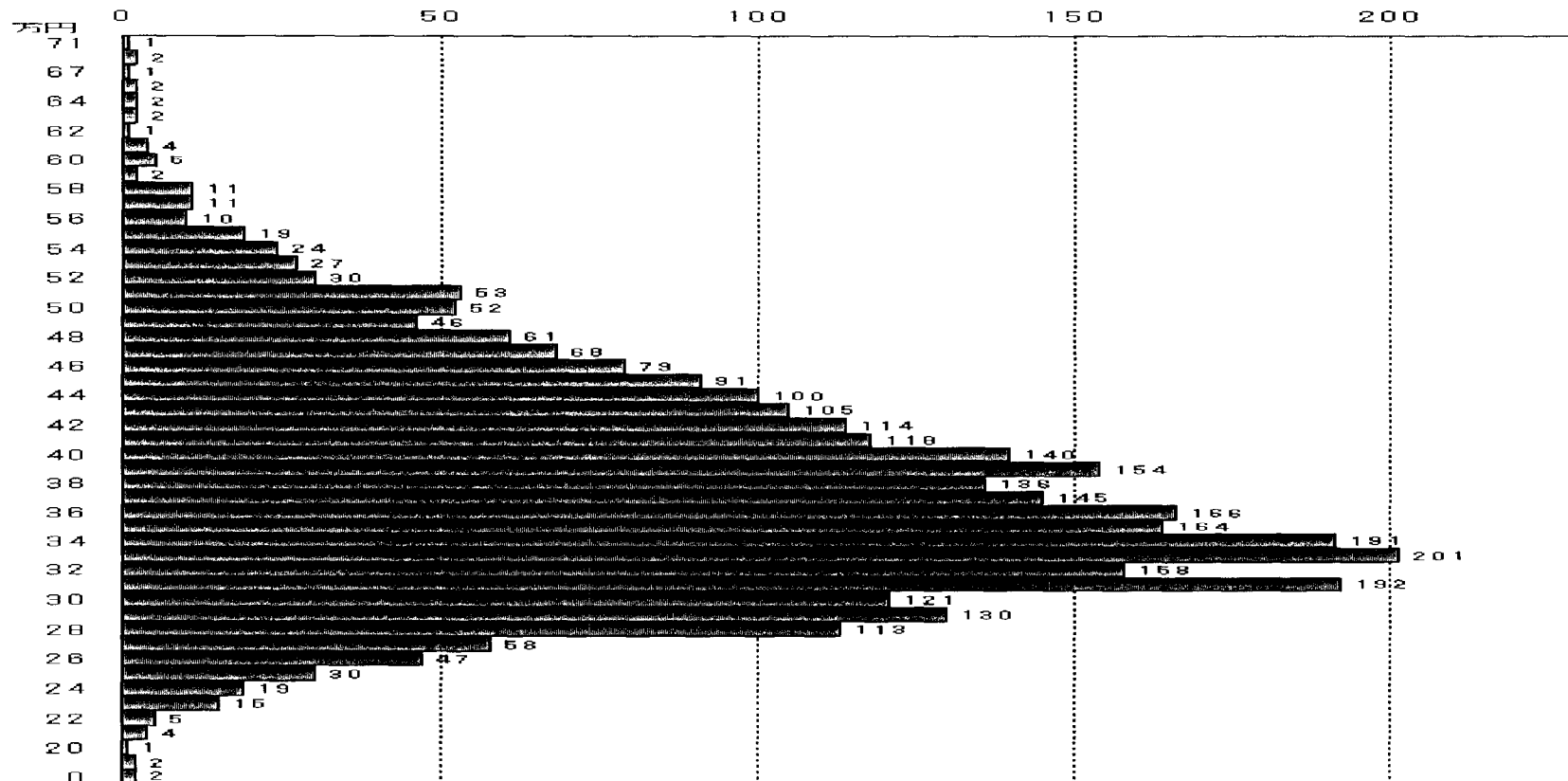
被保険者数	昭和40年(平均)		平成14年(9月末)	
	1965年		2002年	
10万人以上	42	1.2%	78	2.4%
1万人～10万人未満	1,029	30.4%	732	22.7%
5千人～1万人未満	1,272	37.6%	659	20.4%
3千人～5千人未満	686	20.3%	639	19.8%
2千人～3千人未満	215	6.4%	515	15.9%
1千人～2千人未満	109	3.2%	402	12.4%
1千人未満	30	0.9%	205	6.4%
計	3,383		3,230	

(注)昭和40年については、国民健康保険の実態を基に国保課で集計。
平成14年については、国民健康保険実態調査報告による。

一人当たり医療費と一人当たり保険料は、保険者ごとの格差が大きい。

(1)一人当たり医療費の地域格差(平成14年度)

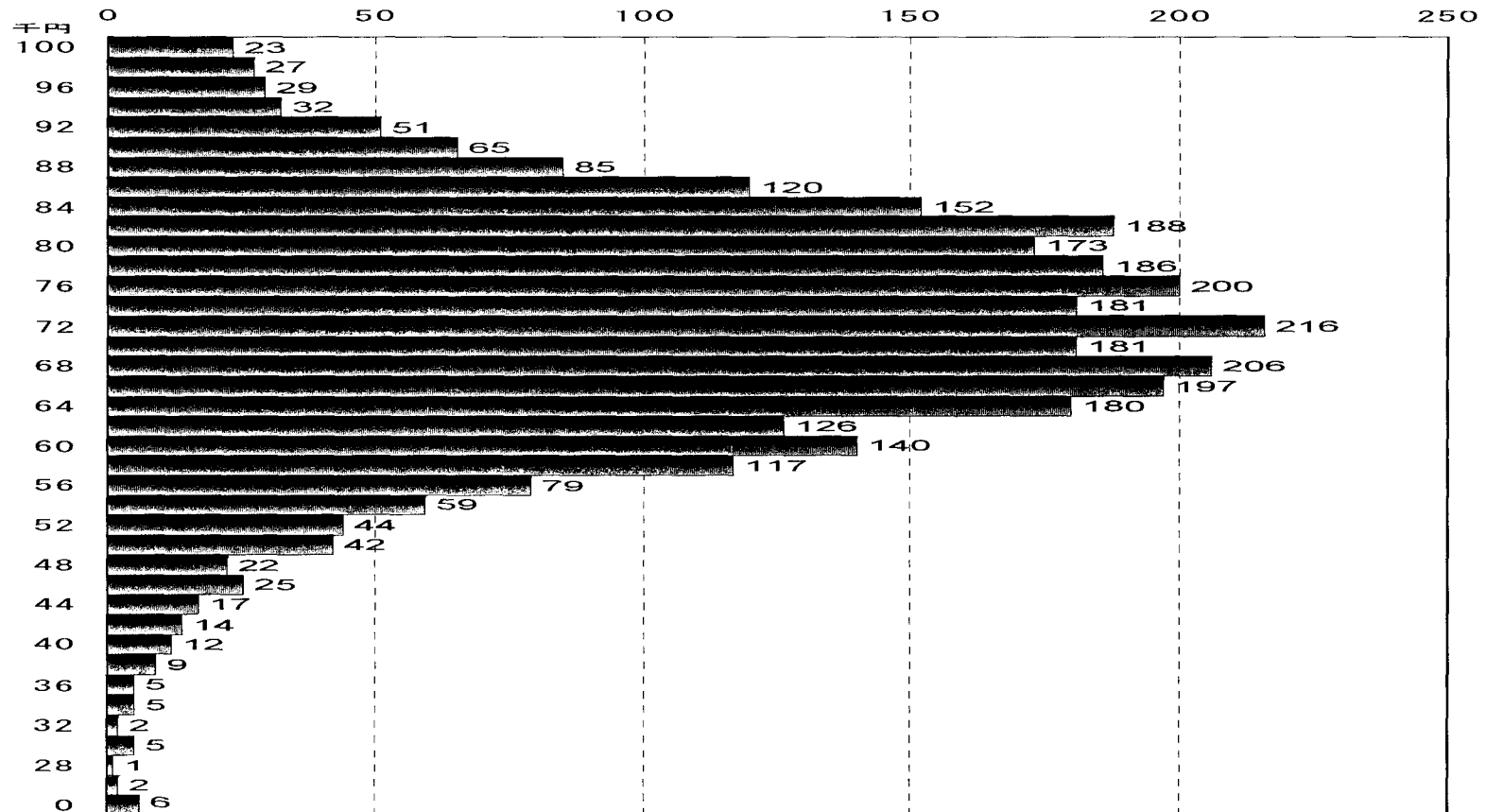
	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	赤平市 (北海道) 690,423円	北海道 460,758円	358,322円
最低(B)	小笠原村 (東京都) 172,034円	沖縄県 273,670円	
(A)/(B)	4.0倍	1.7倍	
標準偏差	市町村別 74,325円	都道府県別 53,445円	



(注1) 国民健康保険事業年報(平成14年度による。)
 (注2) 老人医療受給対象者分を含む。

(2)一人当たり保険料の地域格差(平成14年度)

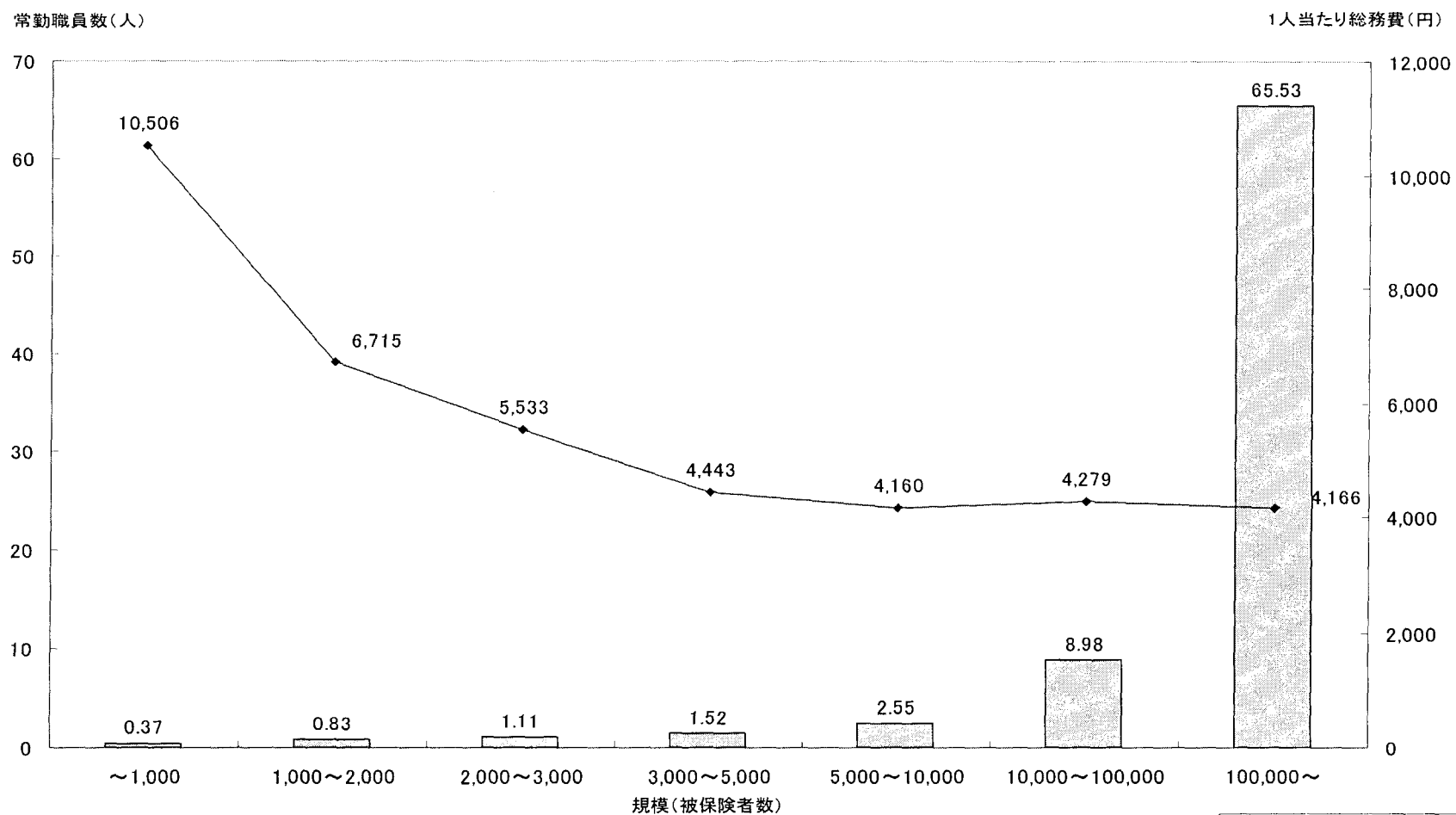
	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	羅臼町 (北海道) 115,162円	栃木県 88,091円	79,321円
最低(B)	十島村 (鹿児島県) 21,260円	沖縄県 53,885円	
(A)/(B)	5.4倍	1.6倍	
標準偏差	市町村別 12,499円	都道府県別 6,349円	



(注1) 国民健康保険事業年報(平成14年度による。)
 (注2) 老人医療受給対象者を含めた被保険者数を用いて算出している。
 (注3) 保険料(税)調定額には、介護納付金分が含まれている。

保険者規模が大きくなるほど被保険者一人当たりの事務費は少なくなる。
 一方、被保険者数2000人未満の保険者では常勤職員数が平均で一人に満たない。

<保険者規模別の職員数及び総務費>

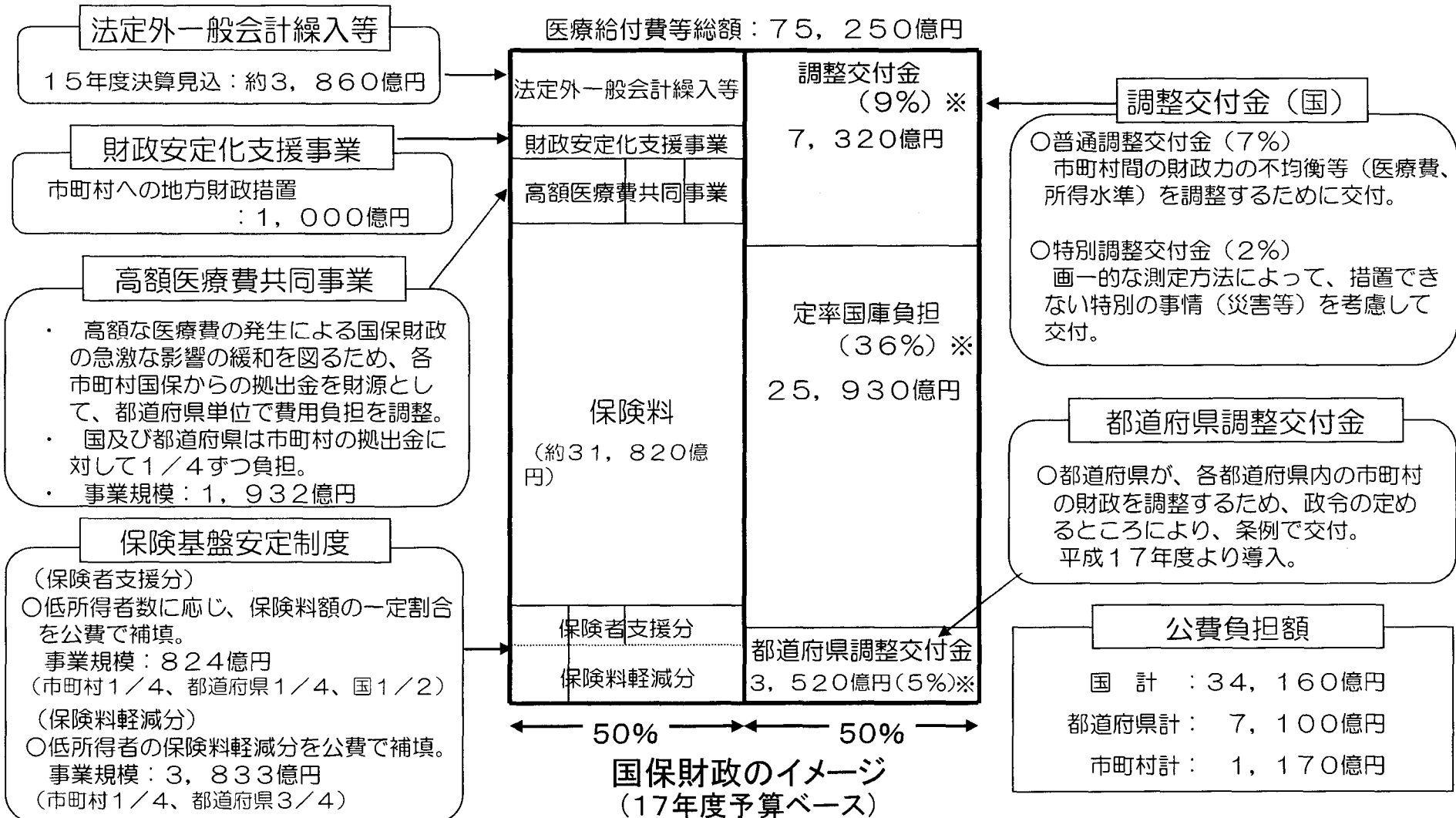


(注1) 平成15年3月末現在の数値である。
 (注2) 出典:平成14年度国民健康保険事業年報

□ 常勤職員数
 ◆ 1人当たり総務費

国保財政は、約5割の公費負担を行っているが、なお厳しい状況となっている。

<市町村国保財政の現状>



※1 それぞれ給付費等の9%、36%、5%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る波及増分のカットや、保険基盤安定制度繰入金の一部に相当する額を調整交付金としていること等から、実際の割合はこれと異なる。

※2 この割合は、平成17年度における経過措置であり、平成18年度以降の割合は、9%、34%、7%である。

市町村合併の進展により、平成17年度末には市町村数は1800余りとなる見込みである。全体として合併が進展したが、その進展状況は地域によって格差がある。

<市町村合併の進展状況>

	平成11年度末	平成16年度末	平成17年度末		平成11年度末	平成16年度末	平成17年度末
北海道	212 (107)	208 (99)	180 (74)	滋賀県	50 (19)	33 (7)	26 (5)
青森県	67 (21)	48 (9)	40 (6)	京都府	44 (15)	39 (11)	28 (4)
岩手県	59 (16)	58 (14)	35 (3)	大阪府	44 (2)	43 (2)	43 (2)
宮城県	71 (13)	69 (12)	36 (2)	兵庫県	91 (27)	77 (19)	41 (0)
秋田県	69 (30)	42 (14)	25 (6)	奈良県	47 (20)	46 (19)	39 (13)
山形県	44 (10)	44 (9)	35 (5)	和歌山県	50 (16)	49 (15)	30 (6)
福島県	90 (39)	85 (31)	61 (18)	鳥取県	39 (26)	20 (4)	19 (4)
茨城県	85 (6)	62 (0)	44 (0)	島根県	59 (43)	29 (16)	21 (6)
栃木県	49 (4)	44 (4)	33 (1)	岡山県	78 (47)	34 (8)	29 (5)
群馬県	70 (16)	58 (13)	39 (6)	広島県	86 (49)	29 (1)	23 (0)
埼玉県	92 (12)	89 (9)	71 (1)	山口県	56 (26)	33 (10)	22 (5)
千葉県	80 (7)	77 (6)	56 (2)	徳島県	50 (32)	38 (18)	24 (4)
東京都	40 (8)	39 (8)	39 (8)	香川県	43 (13)	35 (10)	18 (1)
神奈川県	37 (1)	37 (1)	35 (1)	愛媛県	70 (33)	27 (5)	20 (1)
新潟県	112 (50)	65 (20)	35 (6)	高知県	53 (34)	48 (27)	35 (13)
富山県	35 (12)	27 (6)	15 (1)	福岡県	97 (18)	85 (15)	69 (9)
石川県	41 (15)	22 (1)	19 (1)	佐賀県	49 (15)	35 (8)	23 (2)
福井県	35 (17)	28 (8)	17 (1)	長崎県	79 (31)	51 (14)	23 (3)
山梨県	64 (34)	38 (15)	29 (8)	熊本県	94 (42)	68 (21)	48 (11)
長野県	120 (69)	111 (58)	81 (35)	大分県	58 (30)	28 (6)	18 (1)
岐阜県	99 (52)	47 (8)	42 (5)	宮崎県	44 (15)	44 (15)	31 (8)
静岡県	74 (8)	68 (6)	42 (1)	鹿児島県	96 (34)	78 (17)	49 (4)
愛知県	88 (15)	87 (15)	64 (6)	沖縄県	53 (18)	52 (17)	41 (14)
三重県	69 (24)	47 (8)	29 (2)	計	3,232 (1119)	2,521 (659)	1,822 (320)

(注)申請済みベースでの合併状況(出典:平成17年4月14日付け総務省報道資料「合併特例法(旧法)による合併の状況」)

括弧内は、被保険者数3千人未満の保険者数。(平成16年度末及び平成17年度末の数値は、平成15年度末の確定値を基に推計)

二次医療圏とは、医療法に基づき策定される医療計画の単位となる区域のひとつであり、特殊な医療を除く一般の医療需要で主として病院における入院医療を提供する体制の確保を図る区域。

地理的条件及び日常生活や交通事情など社会的条件を考慮し、全国で370圏域(平成16年9月現在)が定められている。

(平成14年度平均)

被保険者規模	2次医療圏数	被保険者規模	2次医療圏数
2万人未満	21	14万人未満	23
3万人未満	23	16万人未満	12
4万人未満	37	18万人未満	11
5万人未満	42	20万人未満	7
6万人未満	26	25万人未満	26
7万人未満	15	30万人未満	11
8万人未満	27	40万人未満	9
9万人未満	20	50万人未満	12
10万人未満	12	100万人未満	9
12万人未満	15	100万人以上	2
		合計	360

(注)横浜市は3つ、川崎市は2つの2次医療圏にそれぞれ分けられているが、1つの2次医療圏として集計している。

(参考)

	被保険者数(人)
最大(横浜)	1,105,362
最小(隠岐)	10,947

(出典)国民健康保険事業年報

広域連合の仕組み

1. 団体の性格

地方自治法上の特別地方公共団体（自治法第1条の3、第284条）

2. 設立主体

普通地方公共団体（都道府県及び市町村）及び特別区

3. 処理する事務

普通地方公共団体の事務で広域にわたり処理することが適当であると認めるもの、及びこれに関連して国等から委任された事務
（例）介護保険、消防・防災、廃棄物処理、公共施設等

4. 設立手続

関係地方公共団体が、その議会の議決を経た協議により規約を定め、都道府県の加入するものは総務大臣（総務大臣は国の関係行政機関の長に協議）、その他のものは都道府県知事の許可を得て設ける。

5. 議会

直接選挙又は間接選挙により議員を選任

6. 執行機関

広域連合の規約に定める。広域連合の長と選挙管理委員会は必置。

7. 財政

地方税の賦課徴収権は認められていない。使用料、分担金などの他、構成団体の分賦金を財源とする。

広域連合の活用の例

（1）空知中部広域連合

① 構成市町村 歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町

② 設 立 平成10年7月

③ 広域連合の処理する事務

イ. 介護保険事業

ロ. 国民健康保険事業等（平成11年4月より、奈井江町・浦臼町のみで実施。平成12年4月より雨竜町、平成13年4月より歌志内市、上砂川町、新十津川町も参加。）

（2）大雪地区広域連合

① 構成市町村 東川町、美瑛町、東神楽町

② 設 立 平成15年7月

③ 広域連合の処理する事務

イ. 介護保険事業

ロ. 国民健康保険事業（平成16年4月より実施）

ハ. 老人保健事業 等

<市町村国保における収納率の推移>

(単位：%)

区 分		平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度
市 部 平 均		90.34	90.32	89.85	89.38	89.28
市 部 内 訳	13大都市 及び特別区	88.71	88.67	88.07	87.51	86.98
	中核都市	90.68	90.54	90.31	89.79	89.92
	10万人以上	88.50	88.82	88.57	87.79	87.61
	5万人以上 10万人未満	90.32	90.06	89.70	89.40	89.43
	5万人未満	93.47	93.44	92.96	91.32	91.38
町 村 部 平 均		94.90	94.80	94.37	93.86	93.76
全国平均(市町村)		91.38	91.35	90.87	90.39	90.21