

高齢者医療制度改革私案

2010・5・17

神奈川県立保健福祉大学 山崎 泰彦

1 改革の基本理念

医療保険制度改革の基本理念として、「保険者機能の発揮を促しつつ、社会連帯との調和を図ること」を掲げる。ここで、保険者機能の発揮とは、「良質の医療を効率的に提供するために、保険者が自立して活動できる能力」、また社会連帯とは、「保険者機能の発揮に制約がかかる構造的要因に着目した調整措置」として理解する。

本私案は、この基本理念に基づき、当面の課題である新たな高齢者医療制度の構築について、とりまとめたものである。

2 私案の考え方

私案は、年齢リスク構造調整を基本原理とし、それを高齢者層に適用した改革案である。また、改革の流れからみると、一旦かつての老人保健制度に戻した上で、それを今日的な時代の要請に応じて、発展強化させようとするものである。

旧老人保健制度との対比では、①対象年齢を65歳に引き下げていること、②運営責任を明確化し、保険者機能を強化する観点から、保険料の徴収と給付の主体を一致させていること、③後期高齢者医療制度や介護保険制度と同様に、被用者世帯も含めて高齢者の一人ひとりに対して応分の保険料負担を求め、世代間・世代内の公平性を確保しようとしていること、などに特徴がある。

現行制度との対比では、前期高齢者医療制度の仕組みを75歳以上にまで拡大するものであり、後期高齢者医療制度の対象を65歳にまでに引き下げる提案をしりぞけている。しかし、その一方で、保険者の軸足を地域に置き、高齢者一人ひとりに応分の保険料負担を求め、しかも相当な公費負担の投入を求めていることなどにおいて、後期高齢者医療制度の特質を組み込むものである。

3 私案の概要

〔新制度の枠組み〕

- ・ 新たな高齢者医療制度の対象を、基礎年金や介護保険の第1号被保険者の年齢に合わせ65歳以上とし、現行制度の「前期」「後期」の区分を解消する。
- ・ 国民健康保険を高齢者医療制度の一般制度としての役割を担う保険者として位置づけ、被用者保険加入者については各保険者が高齢者医療の事業を代行することができるものとする(被用者保険と高齢者医療制度に二重加入)。これにより、年齢を理由とする加入者の強制的な異動はなくなり、被用者保険においては現金給付等の継続も可能になる。なお、施行時に後期高齢者医療制度の被保険者である被用者とその被扶養者は、被用者保険に戻るのではなく、原則として住所地の国保に加入するものとする。
- ・ 高齢世代内の負担の公平性を確保するため、被用者保険の高齢加入者についても、一般制度である国保と同様な保険料負担を求め、かつ公費負担を行う。
- ・ 財政運営に関しては、各保険者内に高齢者医療勘定を設けて透明化を図るとともに、高齢者医療にかかる負担について保険者間で財政を共同化する。
- ・ 保険者としての後期高齢者医療広域連合は廃止されるが、事務の共同事業等を行う組織として引き続き活用することは考えられるかも知れない。

〔給付と負担〕

- ・ 年齢のみを基準にした過度な一部負担や保険料負担の軽減措置は行わない。
- ・ 一般制度である国保については、高齢者医療制度と介護保険の保険者の単位が一致することから、医療と介護の連携・調整を取りやすくなるが、今後さらにそれを促進するという観点から、患者負担のほか、保険料負担および国・地方の公費の負担割合についても、両制度間で整合性のとれたものとする。(→地域保険としての高齢者医療・介護保険制度への発展の可能性あり)

〔財政調整〕

- ・ 改革の理念に即した財政調整措置として、構造的要因(主に年齢構成と所得水準)に

着目したリスク構造調整を行う。

- ・ 調整基準は、被用者保険制度と国保制度共通の基準を「年齢」、各制度内の基準を「所得」とし、当面、65歳以上を対象とする高齢者医療にこれを適用する。(→将来的には全年齢に拡大することも容易)
- ・ 調整方法は、「年齢調整」(現行制度での前期高齢者の調整方法)を基本とした上で、被用者保険グループについては「所得調整」(各保険者の総報酬額に応じた応能負担)の要素を組み合わせる。一方、国保制度内の「所得調整」については、従来どおり公費の配分によって行う。
- ・ 既存の制度からのスムーズな移行を図り、かつ高齢者医療の運営の安定性を確保する観点から、少なくとも現行制度に充てられている程度の公費負担を投入する。

(補足説明)

- ・ 現行制度における前期高齢者医療の負担調整は、老人保健制度と同様に、医療費水準は調整対象外とした上で高齢者加入率を調整するもので、保健活動や医療費の適正化など、保険者努力に対するインセンティブが確保されている。私案では、この調整方法を継承した上で、被用者保険グループに限定して、総報酬額に応じた応能負担の要素を組み込むこととしている。その場合、応能負担化の論理的帰結として、協会健保の高齢者医療拠出金にかかる国庫負担は廃止される。

[国保制度の広域化]

- ・ 国保制度の基盤を強化するために、当面、市町村国保の都道府県単位の広域化に向けた「広域化支援方針」による、①事業運営の広域化、②財政運営の広域化、③保険料算定方式などに関する都道府県内の標準設定を進める。
- ・ 保険者の都道府県単位化については、関係者の合意を得て可能なところから順次、都道府県単位化することを可能とする。ただし、その場合には、地域の努力が反映されるよう、分権的な運営を行うことが望ましい。

[代替案]

平成23年に法案を提出し、平成25年に施行という極めて制約されたスケジュールのもとで、関係者の合意形成を図り、かつ移行にともなう混乱を極力回避するには、「後期

高齢者医療制度を廃止し、年齢で区分するという問題を解消する」ことに改革のターゲットを絞るべきだという考え方もあろう。

そのような観点からすると、当面の改革の対象を後期高齢者に限定し(75歳未満は現行の前期高齢者医療制度のままとする)、「①75歳以降も国保か被用者保険に継続加入することとし、②各保険者が現行の後期高齢者医療制度を代行するなどの形で事業を継承し、③高齢者の医療費について保険者間で財政の共同化を図る」、という代替案が考えられるのではないか。

4 改革に当たっての留意事項

平成25年に年金制度改革法案と歳入庁法案の提出が予定され、それに向けて本格的な検討が始まろうとしているが、この改革は、医療保険制度についても、現行の昭和36年以来の皆保険体制を大きく転換させるような改革を必然化させるのではないかとと思われる。

この年金制度改革・歳入庁の創設、地域医療保険制度としての医療保険制度の一元的運用、そして後者に向けての第一段階としての今回の高齢者医療制度改革は、互いに整合性のとれたものでなければならない。その意味で、一連の改革の先陣を切る今回の改革が、今後の年金制度改革や医療保険制度改革を制約するものであってはならない。

私案は、今後の年金制度改革等の骨格が定まっていない段階での試みの案であり、あくまでも現行の皆保険体制の枠組みを基本にした上での提案である。

七十五歳以上の後期高齢者を対象にした新たな医療保険制度の保険者は市町村しかありません。国・都道府県による重層的な支援体制が必要である。また、保険医療機関の指定や診療報酬の決定など医療に関する権限を国から地方に移譲していくべきである。

基本方針は 妥協の産物

来年度の医療保険制度改革に向けて、社会保障審議会の審議が最終段階を迎えている。テーマは、政府が二〇〇三年の「基本方針」で掲げた、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編、診療報酬体系の見直し、三つ。本稿では高齢者医療制度の創設を中心に、主

経済教室

な論点と現実とを考へる改革の方向について、私見を述べてみたい。

医療保険制度改革論の両極に位置するのが、被用者と自営業者のグループを生徒にわたって分離する「突き抜け方式論」と、両者を完全に統合する「一本化論」。

高齢者医療改革

>>>

市町村が保険者に

高齢者については一本化した独立保険を創設し、六十五歳以上七十五歳未満の前期高齢者は年齢構成

基本方針が改革の対象を高齢者医療に絞ったのは理解できる。しかし、七十五歳を境に独立保険と財政調整という異なる制度を並立させるのは、説得力に乏しい。利害調整の可能性と現行制度からのスムーズな移行に配慮した妥協の産物だろう。

公費負担割合 検討の課題に

後期高齢者対象の独立保険の成否は、保険者の有力視されているのは市町村だが、全国市長会師会は七十五歳以上を対

国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を



山崎 泰彦 奈良県立保健福祉大学教授

筆者は、改革を高齢者医療に限定するのであれば、六十五歳以上を対象とする独立保険(将来的には高齢者介護と統合)が望ましいと考へてい

た。しかし、錯綜(さくそう)した利害関係のもので実現は困難な状況にある。そこで以下では、基本方針をベースに漸進的改善案を提案したい。

国・都道府県の厚い支援を 国・都道府県の厚い支援を

象にした公費主体の高齢者として、極めて深刻な者医療制度、民主党と連合は突き抜け方式、国民健康保険関係団体は一本化を目指す。当面はリスク構造調整を求め、これら隔たりの大きな諸提案に配慮すれば、基本方針のような折衷案にならざるを得ない。

また、前回の二〇〇二年改正で、老人医療制度の対象を七十五歳以上に引き上げ、公費負担割合を原則五〇%に拡大する。同時に、被用者保険(国保)へ財政支援する退職者医療制度の対象を七十五歳未満までに広げ、県単位を軸に再編統合する案を示した。

国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を

国・都道府県の厚い支援を

○山崎委員 宮武委員のおっしゃる年齢等で区別しないのが本来の保険制度の在り方であるというのは、私もそう思いますが、そうすると、恐らく全制度、全年齢を通してリスクの構造調整をすることになるんでしょうが、それは実現不可能だということから議論がスタートしまして、だれが見ても納得できる調整対象というのは、今の医療保険制度においては、高齢者医療であろうというところで大方の合意が得られて、今までの改革が進められてきたんだろうと思います。

つまり、高齢者医療について調整しても、現役世代の未調整の部分が残るということを知りながら、高齢者医療についてお話ししたいと思います。

調整の方法は、いろいろなやり方がありますが、大きく分けて二つあります。一つは、高齢者を既存の医療保険制度から分離して独立した介護保険型の高齢者向けの制度を作るという仕組みであります。もう一つは、既存の医療保険制度に在籍させたまま、保険者間、制度間でリスク構造調整を行うという、この二つの仕組みであります。

財政面から見ると、だれが考えても恐らくリスク構造調整が一番すっきりしていると思います。ただ、現在のリスク構造調整というのは、保険者にとって大きなリスクは所得要因と年齢要因でございますが、年齢構造の調整に限定しているわけでございます。

したがって、所得要因につきましては、国保に2分の1強の公費が入り、政管健保に1割強の国庫負担がある。それで調整しているとみなしているんだろうと思いますので、その範囲にとどまっているということでございます。

今回の高齢者医療制度が発足して健康保険組合で、一部非常に財政が苦しくなって解散する動きが出てきておりますが、それは実は現在の調整が頭割りの調整であって、財政力の調整を行っていないという問題であります。権丈委員がそのことを認識されたのだろうと思います。

権丈委員が資料要求をされましたから、私からもお願いします。参考までに被用者保険の保険者の年間の総報酬をまずつかんでいただいて、扶養家族を含む加入者数で割り算をして加入者1人当たりの年収を出していただく。これが負担能力ということだろうと思います。これは単純に出てくると思います。

私がざっと見ましても、従業員の平均年収が1,000万円を超える保険者もあるわけでございます。恐らく400~500万円のところもたくさんあると思います。

そういったところが、同じ頭割りの負担を強いられているということで、これは今までもあったことだし、そういう逆進性が更に今回強まっている。介護保険の第2号被保険者の納付金も同じ問題を抱えるということだろうと思います。

ただ、このリスク構造調整という考え方を進めるとすれば、後期高齢者にまで拡大するということになるんだろうと思います。

この方式の最大のメリットは、恐らく租税負担が大幅に軽減されるということだろうと思います。その辺も権丈委員は意識されておっしゃったんだろうと思いますが、租税依存度が大幅に軽減されるということは、医療保険制度の長期的な発展を考えますと、当事者の自由度が拡大するということだろうと思います。少々保険料が高くなっても、もっといい医療を受けたいという要望があればそれに応えることができるということでもあります。

逆に言うと、健康保険組合等は相当保険料を上げなければいけないということで、その合意が取れるかどうかというのがリスク構造調整を徹底する場合の一番の問題です。更に財

政力を調整するとなると、一般的に言う大企業の労使にとっては非常にこたえる調整だと思えます。したがって、そこが非常に問題だろうと思えます。

一方、今後、医療の地域性だとか介護保険との連携を強化する。将来的には高齢者医療と介護を統合して、地域保険として発展させるという方向を展望するのであれば、後期高齢者医療を前期にまで拡大するということでもあります。

前期まで拡大すると、今、75歳以上に限定している被用者保険の被扶養者であったものも、65歳にまで拡大されますから、75歳になった途端、扶養家族を外れて保険料を払うというのが今の制度ですが、65歳から年金受給者になって保険料を払うという方が自然だろうと思えます。

この方式の最大の問題は、先ほどと逆で租税依存度が非常に高まる。租税依存型になって、増税について国民の合意が得られるかどうか。あるいは財政当局の医療に対する抑制策が非常に強化されるのではないかと懸念があるということでもあります。それが大きな調整の2つの方向であります。

私が日経新聞にかつて書きましたけれども、実は大臣と同じようなことを当時提案しました。つまり、高齢者を切り離すのではなくて、65歳以上の高齢者の8割強が現実に国保にいるわけでございます。高齢期になれば、多くの人が地域の住民として生活するわけでございますから、被用者グループにいる人たちを、国保に新たに迎え入れればいいことではないか。そうすると、国保の人たちの保険証は生涯変わらない。65歳になって、被用者グループの人たちの保険証が変わるだけと考えておりました。

そして、国保制度の中に高齢者医療勘定を設けて、そこに公費を重点化し被用者グループからの負担金とか支援金を受け入れて勘定を明確に分離すれば、透明性が高まるのではないかと考えました。

市町村国保で高齢者医療を全面的に引き受けるというのは、実は保険者自治とか保険者機能の強化という観点からすれば、保険料の徴収主体と、保険給付の主体が一致していることが望ましい。これは今までも各委員がおっしゃっていましたが、そういうことで市町村ということを提案していました。

また、市町村合併が相当進展するということも期待しておりました。恐らく多くの専門家の方が県単位の医療保険では大き過ぎると思っておられます。つまり、現実には、同一都道府県内でも相当の医療費の格差があって、それが結果的には国保の保険料の格差になっているわけでございます。

医療がほぼ完結するのは第2次医療圏だと考えられております。そうすると、第2次医療圏単位ぐらいがちょうど保険者の単位としてはいいのではないかなと思っております。そうすると、市町村合併が本格的に進むと、大体その辺に重なってくるのかなと思っておりますが、現実には市町村合併は進んだ面もありますが、相変わらず零細な市町村が残っているという問題があるわけでございます。

ただ、この高齢者医療を市町村が全面的に引き受けるということについては、市町村がノーと言った。これはいつもそうですが、仮に市町村が合意してくれたとしても、恐らく健康保険組合等が合意しない。つまり、政管と健保組合の財政調整に対しては、経営努力に欠ける政管との財政調整はあり得ないというわけございまして、ましてや市町村国保に対する相当な不信感があります。

恐らく老人保健法をつくる時もそういう議論があったはずでございます。

つまり、市町村国保に対する信頼度が、拠出側に余りないということが問題であります。

それから、保険者の問題ですが、広域連合につきましては、高齢者等の当事者の要望をきちっと受け止めて責任を持って制度運営をするという組織になっていないと思っています。

お手元の事務局が用意してくれました資料の13ページにありますけれども、広域連合は従来の一部事務組合とは違いますということが書いてあるわけでございます。つまり、一部事務組合より発展したものであると言っているわけですが、私が知る限りでは実態は従来の一部事務組合と全く違わないはずでございます。左に国等からの事務権限の委任だとか構成団体との関係等とあります。一部事務組合になかった規定を設けました。それから、議員等の選挙の方法等で直接選挙もできますと言いますが、こんなことをやっているところはどこもありません。

本来、総務省が中心になって推進したのですが、期待された広域連合には後期高齢者の広域連合はなっていないと思っております。

市町村が受け入れ難いというのであれば、そして、県単位でというのであれば、広域連合よりもやはり都道府県を保険者として、これを国と市町村が支えるというのがベターではないかと思えます。保険者の在り方という観点からすると、今でも本当は市町村が一番いいと思っております。ですから、都道府県が直営するというのは次善の策ということです。

最後に、大臣の御提案について私なりに解釈をさせていただくとすると、この絵ですと、この赤い部分が長寿医療制度になっていますが、65歳、75歳と2つ線があります。むしろ65歳以上を長寿医療制度として全部赤でくくっていただいて、長寿医療制度は、県が保険者なんだけれども、被用者グループは運営を代行するという形でいいんだろうと思えます。あとは財政調整をどうするか。恐らく財政調整の受け皿として75歳以上は公費を特に重点化するか、あるいは65~75歳は保険財源の移転に重点を置くというのもあるでしょうし、75歳以上と65歳から70歳の間の給付、逆に言うと一部負担を変えるということもあると思うのですが、思い切って65歳以上を長寿医療制度にして、そして、被用者グループで可能ならばその運営を代行する。現実には、特に被用者グループの家族の方を被用者保険が面倒を見るというのは難しいことです。家族のメタボ対策だって市町村の協力を得ないといけないうわけでございます。介護との関係も非常に密接になってくるとなると、運営は代行できるけれども、いっそのこと全部移すということもあっていいと思えます。

権丈委員もおっしゃっていたと思うんですが、家族を持っている者は割増保険料というお話ですが、これは昔からある案でございまして、健康保険で家族保険料を取ってはどうか。要するに、国保の均等割と同じです。これは非常に逆進性があるという問題なんですが、私は日本経済新聞にも書きましたけれども、75歳以上は個人単位で保険料を取る。一方、65歳から74歳は相変わらず被扶養家族として、65歳から一人前の年金を受けていても、取らないというのはどうだろうか。非常に不安定、落ち着きが悪いのです。

しかし、被用者保険に置く限りはやはり扶養家族なのです。ここから家族保険料を取るということをやりますと、年金の3号被保険者はどうなるのかという3号問題に必ず波及します。それは非常に嫌な問題です。

権丈委員も宮武委員も年金部会の先生ですから、結論を出していただきたい。恐らくそこに必ず波及するんです。そういう気がいたします。

高齢者医療制度見直しの視点

神奈川県立保健福祉大学 山崎 泰彦

I 見直しに当たっての現状認識

- ・ 施行時の混乱(事務レベルの問題と情緒的・感情的な議論)はかなり收拾・沈静化したのではないか。世論調査では、「制度の存続」または「細部を見直して存続」が多数で、特に高齢者層においてその傾向が強い。
- ・ 現行制度には、10年にも及ぶ議論を経て、利害関係団体が互いに譲歩しつつ合意を得たという価値がある。その意味では、当面の見直しに当たっては、現行制度の基本的枠組みを前提にした微調整にとどめるべきではないか。
- ・ 近年、国民の間で医療に対する不満が高まっているが、その相当な部分は医療費(診療報酬)の過度な抑制に起因するものであって、高齢者医療等の医療保険制度の枠組みの問題とは区別して考えるべきではないか。(以下は微調整に向けての視点である。)

II 被用者保険の高齢者医療拠出金の算定方法

- ・ 老人保健制度の廃止を求めた最大の勢力である健康保険組合の十分な支持が得られていない。健保連は前期高齢者医療に対する拠出金の増加による組合の財政圧迫を問題にしている。その典型が西濃運輸等の一部の組合の解散である。
- ・ 問題は、1,500余の健保組合間で著しい格差があること。保険料収入に対する高齢者医療拠出金の割合が60%以上になる組合がある一方で、20%に満たない組合もある(平成20年度予算)。その主な原因は、拠出金が組合の財政力を一切考慮しない、被扶養者を含む加入者数に応じた負担であることにある。ちなみに、加入者1人当たり総報酬額には、最高527万円から最低169万円の幅(3.1倍)があるから、他の条件が等しければ拠出金の割合に3.1倍の格差が生じることになる。極めて逆進的な拠出金負担である。
- ・ しかしながら、前期高齢者医療拠出金には合理的な要素もある。それは老人保健制度と同様に、医療費水準は調整対象外とした上で、高齢者の加入率を調整していることで、疾病予防等による高齢者医療費の適正化とか、高齢者雇用の促進による拠出金の軽減など、保険者努力に対するインセンティブが確保されていることである。
- ・ 以上のことを考慮すると、現行の前期高齢者医療拠出金の合理性を残しつつ、被用者保険の保険者に限定して、高齢者医療拠出金について総報酬額に応じた按分負担の要素を組み込むという見直しを行うべきではないか。ただし、この場合、現行の退職者医療制度と同様に、総報酬按分にするものの論理的帰結として、協会健保に対する高齢者医療拠出金に係る国庫負担は廃止される。

- ・ 一方、この見直しについては、上記のような形での法律改正によらず、組合主義を推進するという観点から、健康保険組合が自ら現行の組合間の財政調整事業を拡大・本格化するという対応もありうる。将来的な課題として、前期高齢者医療に対する公費負担増がありうるとしても、まずは総報酬額按分の要素を組み込み、組合間の調整を進めるのが先決ではないか。

Ⅲ 国保・高齢者医療の保険者の単位

- ・ 同じ地域保険でありながら、国保は市町村保険者で、高齢者医療は都道府県単位の広域連合になっているのは、75歳を境に保険証が変わることによる煩雑さや感情的問題等があるばかりか、理論的にも説明できない。地域でサービスの提供と利用が完結する医療の特性と実態からすれば、保険者の単位は通常の医療需要がほぼ充足される第二次医療圏(358)が最適である。したがって、長期的な将来展望としては、第二次医療圏を基本にした広域連合を設立するか、さらなる市町村合併の推進を待つことになるだろう。
- ・ 有力な提案として、国保を都道府県単位化し、これに後期高齢者医療を統合する「舛添厚生労働大臣私案」があるが、これには問題が多い。医療費の実態(老人医療費や年齢構成を補正した実質医療費)は町村のほうが低く、都市部のほうが高い。収納率も町村が高く、都市部が低い。その結果、大都市部ではやむなく一般会計からの繰り入れによって収支の均衡を図っている。総務費の割合も保険者規模による差は見られず、大都市の規模の経済も働いていない。
- ・ 以上の実態からすれば、国保の問題はむしろ大都市のほうが深刻である。逆に、構造的問題についてきちんと支援すれば、むしろ町村国保のほうが健全経営が可能になる。都道府県単位になれば、医療費が高く、収納率が低い都市部と、医療費が低く、収納率が高い町村部の財政が共同化されることになり、効率性が低下し、受益との関連で見れば不公平も拡大する。不均一保険料の設定はこの問題への一つの対応であろう。
- ・ 医療の実態、あり方からすると、後期高齢者医療は介護との連携も必要になる限りなく地域に密着したサービスである。一方、現役世代の医療はより広域的であるが、しかしその場合でもほとんどは第二次医療圏で完結する。その意味でも、当面の高齢者医療や国保制度の見直しに当たっての軸足は市町村に置くべきであろう。
- ・ 国保の問題は、財政の問題と行政(事務)の問題に分けて考えるべきである。小規模保険者ではリスク分散が図れないという問題については、共同事業や再保険を強化すればよい。小規模市町村では、高齢者が多く医療費が嵩むとか、低所得者が多く負担能力が乏しいという問題については、制度間の調整や国保制度内の調整交付金で対応できる。しかし、行政力の問題は如何ともしがたい。課題は行政力の乏しい市町村をどのように支援するかということ。これは国保だけではなく、行政全般に及ぶ課題である。この問題に対しては、都道府県による支援の強化のほか、国保連による事務の共同化の一層の推進、小規模町村国保を対象にした広域化さらには都道府県営化などが検討課題になるだろう。
- ・ そのほか、都道府県の役割としては、市町村や後期高齢者医療広域連合に対する指導監督や三位一体改革で移譲された都道府県調整交付金の配分等による調整機能の強化、都道府県医療費適正化計画の推進状況に応じた診療報酬の特例措置のあり方の検討などが課題であろう。

組合健保:加入者1人当たりの総報酬の状況(平成18年度)

	加入者数(人)	扶養率	加入者1人当たりの総報酬(円)
政管健保	35,963,571	0.84	2,090,128
組合健保	29,834,094	0.97	2,831,680
計	65,797,665	0.90	2,426,364

加入者1人当たりの総報酬の上位5組合

順位	加入者数(人)	扶養率	加入者1人当たりの総報酬(円)
1	5,113	0.59	5,267,623
2	2,985	1.11	5,167,559
3	21,971	1.01	5,136,112
4	4,297	0.49	5,108,128
5	2,833	1.14	5,029,052

加入者1人当たりの総報酬の下位5組合

順位	加入者数(人)	扶養率	加入者1人当たりの総報酬(円)
1	564	0.85	0.85
2	2,235	1.01	1.01
3	227	1.19	1.19
4	2,417	1.17	1.17
5	10,794	1.30	1.30

(注)扶養率は被保険者1人当たりの扶養家族数であり、加入者1人当たりの総報酬は被保険者の総報酬を加入者数(被保険者数+被扶養者数)で除した額である。

(資料)厚生労働省調べ。

国保:市町村規模別比較(平成18年度)

	1人当たり老人医療費(円)	保険料(税)収納率(%)	一般会計法定外繰入金割合(%)	総務費割合(%)
市 計	845,946	90.02	3.2	1.6
15 大都市・政令市	915,875	87.82	6.4	1.8
10 万人以上の市	865,516	89.75	2.3	1.4
5~10 万人未満の市	821,143	90.39	2.5	1.5
5 万人未満の市	798,216	91.92	1.6	1.6
町 村	789,447	93.51	1.2	1.7
合 計	836,660	90.39	3.0	1.6

(資料)国民健康保険中央会等「国民健康保険の実態」