

国民健康保険財政の広域化の検討

～兵庫県における広域化が事務職員数 に与える影響～

関西学院大学 経済学部 上村研究室

井上陽貴 川添浩輔 北川恵美 佐々木瞳 中川歩

藤井日菜子 松永千穂

第1章 はじめに

第1節 医療保険制度の概要

日本の医療保険の種別としては、大きく分けて公的医療保険と民間医療保険があるが、本稿は公的医療保険に的を絞る。日本では、国民全員がいずれかの公的な健康保険への加入義務がある。いわゆる国民皆保険である。

現在の日本の公的医療保険制度は、賦課方式で運営されている。賦課方式とは、単年度で収支が均衡するように計画された財政方式である。公的医療保険には、組合健康保険(組合健保)、全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)、共済組合、国民健康保険、後期高齢者医療制度などが存在する。これらは被保険者が違うことで分けられる。

組合健康保険は健康保険組合を企業が単独で設立する場合は700人以上の被保険者数が必要である。同業種の複数の企業が共同で設立する場合は3,000人以上の被保険者数が必要となる。このため主に、大手企業やそのグループ企業の社員が加入している。2010年4月時点での健康組合数は1,462であり、その数は減少傾向にある。

全国健康保険協会は、民間企業に働くサラリーマンのうち、上記の健康保険組合に加入していない国民が加入することになっている。このため、健保組合を持たない中小企業の従業員が加入している。また、共済組合は正規の公務員が加入する保険組合である。臨時職員や非常勤職員は上記の協会けんぽに加入することになっている。

本稿では、これらの健康保険のうち、国民健康保険に焦点を当てる。その理由は、上記3つのような被用者保険と異なり、自営業、無職(専業主婦、主夫、学生)、未成年者、非正規雇用者なども被保険者となるからである。これらの被保険者は、比較的所得が低く、納付が滞ることもしばしばである。国民健康保険制度には、他の健康保険制度とは異なる問題が集中しており、国民健康保険制度について検討することが、政策的に重要である。

第2節 現状と問題点

国民健康保険制度の現状および問題点として重大なものに、国民健康保険被保険者が挙げられる。長期不況とリストラにより、職域の医療保険から国民健康保険に移る人が急増している。現在の被保険者の多くは、失業者、業者間で作る保険に入っていない自営業者、専門農業者、高齢者といった人々であり、社会的弱者や低所得者が主な構成員となっている。

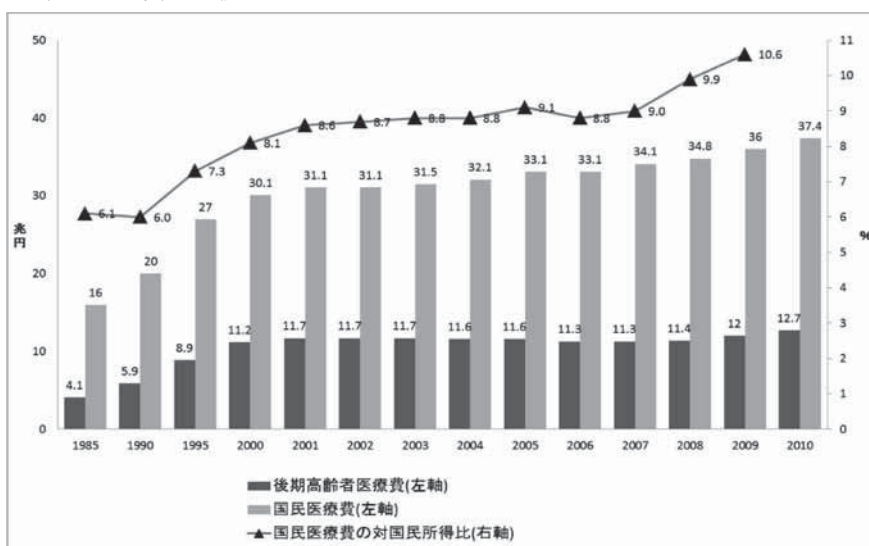
国民健康保険の構成員に低所得者が増えたことによって、保険料を滞納する被保険者が増えている。また、被用者保険の加入者も、退職後は国民健康保険に加入することになるために、国民健康保険加入者は組合健保及び協会けんぽの加入者と比べて平均年齢が高く、平均所得が低い。これらのことが、国民健康保険財政が悪化する大きな要因となっている。

さらに、急速に進む少子高齢化、医療技術の進歩、疾病構造の変化などにより、1人あたりの医療費が増えている。その結果として、医療費の増大が国民健康保険財政を必然的に赤字にしている。1人あたりの医療費の増加に加えて、高齢化も重要な要因である。少子高齢化により、被保険者数は増加し、それを賄う生産年齢人口が減少している。これら

が国民健康保険の財政問題の大きな要因となっている。

図1には、国民医療費の動向が示されている。1人あたりの医療費の増大、さらには高齢化にともなう高齢者の増加によって、国民医療費は年々増加している。国民健康保険制度によって、すべての国民医療を負担しているわけではないが、それでも国民健康保険財政の赤字問題に大きく関連している。

図1 国民医療費の推移



備考) 厚生労働省資料より引用

第3節 国民健康保険制度の概要

国民健康保険制度は原則として、被用者保険の適用者以外の国民すべてを被保険者とし、その疾病、負傷、出産又は死亡に関して必要な給付を行い、社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする保険制度である。国民健康保険の加入者は、病気やケガをした時に病院の診療費を一部負担する。国民健康保険を運営しているのは、主に住んでいる市区町村、つまり地方公共団体である。

国民健康保険の財源に関して、患者の自己負担分を除く給付費については、基本的には保険料（保険税）と公費で半分ずつ負担されることになっている。表1より、患者の自己負担分は原則3割だが、年齢や退職か否かで自己負担率は異なる。3歳未満の加入者は2割負担である。70歳以上の加入者で、夫婦2人の世帯で年収約520万円以上、単身で年収約383万円以上の世帯は3割負担であるが、これに当てはまらない70歳以上の加入者は1割負担となっている。なお、70～74歳の加入者は原則2割負担である。

表1 国民健康保険制度の国民負担割合

	一定以上の所得者	一般、低所得者
～69 歳	3割負担(3歳未満は2割)	
70～74 歳	3割負担	2割負担
75 歳以上		1割負担

第4節 西宮市役所ヒアリング結果

国民健康保険制度は市町村によって運営されているが、その実態を知るために、西宮市役所国民健康保険課にヒアリングをお願いした。本稿の著者らの所属する大学の所在地である地方自治体が西宮市であり、ヒアリングにも快く応じていただけた。この際、西宮市に固有の事情のみならず、国民健康保険制度および財政の全体的な問題点についても、ヒアリングにて聞くことができた。以下、ヒアリングの結果より得られた事実と著者らが考えたことを簡単にまとめる。

第一に、西宮市財政における国民健康保険の歳出の割合は18.7%である。

第二に、2012年度の国民健康保険にかかっている事務費の予算は、5億6487万4,000円であり、国民健康保険特別会計の支出のうちの約1%である。なお、事務費のうち、人件費(交通費なども込み)が約3億円である。

第三に、国民健康保険に関わる事務職員数は専任のみで、2012年度で46人となっている。

第四に、国民健康保険の事務の業務内容としては、収納チーム(滞納・未納など)に最も多くの人員が必要となっている。西宮市の場合は、46人中20人が収納チームである。西宮市においては、加入・脱退、保険料の賦課・減免、退職者医療制度、所得申告については資格・賦課チーム、人間ドックの助成、高額療養費・出産育児一時金・葬祭費等の至急については給付チーム、西宮市国民健康保険特定健康診査等については保健事業チームとなっており、以上の4つのチームに分かれて業務を行っている。

小規模な自治体においては、少人数でこれらの業務を行わなければならない。少人数だと専門性に欠ける。そのため、合併や広域化により、それぞれの分野に特化できると考える。この意味では、広域化は必要になってくる。また、国民健康保険の業務において非効率だと考える点は、国民健康保険制度の改正を重ねる毎に複雑化していく制度体制だということである。膨張する歳出を抑制するには、サービスとのバランスを考慮する必要があると考える。

第五に、広域化のひとつの方法として、国民健康保険財政を都道府県単位に合併するならば、小規模な自治体であれば、世代ごとの人数の増減、差を軽減することができるため、リスクを軽減し、共同負担ができる。さらに言えば、都道府県単位だけでなく国単位にした方がよりメリットがあるかもしれない。ただし、一部の地方自治体にとっては、制度が不透明になることや、現在よりもリスクが高まり、負担が増大することがありえるかもしれない。また、難しいが、保険料も共有化することができれば、不公平感は軽減できる。

第六に、佐賀県、滋賀県、埼玉県などでは実際に広域化が進んでいる。一方、兵庫県は財政安定化支援方針を出している。

第七に、2010年の国民健康保険法の改訂により、全都道府県において対象医療費については2015年度までに、現在の30万円から、1円以上を対象に再調整しなければならない。

第八に、現在の国民皆健康保険制度については、2011年度で50周年を迎えたが、日本における平均寿命は延びており、さらに世界最高であるものの、優れた社会制度の一つと考えている。しかしながら改善点は、やはり財政面についてであり、この問題になると市町村だけでは動けないため、国の動向に任せざるを得ない。

現在では社会保障と税の一体化などが、その動きに対応すると考えられる。また、市民に望むことは、歳入確保（収納）、歳出軽減である。歳出軽減は、長期的に見て効果を得るために、健診・人間ドックを受けること、生活習慣病の予防、健康維持を心がけてもらうことである。なお、生活習慣病は治療費が高いが、防げるものであるため、健診は西宮市では義務化している。

以上の西宮市でのヒアリングにより、国民健康保険制度の広域化が、大きな流れになっていることを知った。そこで次章以降は、国民健康保険制度の広域化について考察し、特に広域化がもたらす国民健康保険財政への効率化について実際のデータを用いて分析を行う。

第2章 先行研究及び本稿の位置づけ

本稿の分析に入る前に、本稿の分析に関連する先行研究について概観する。

本稿における分析と関連が深い先行研究に田中(2005)がある。田中(2005)は現在の国民健康保険の財政状況を考えつつ、現状や問題点を指摘している。さらにその問題点も、保険料収納率の低さに着目して、これからの方針について考えている。

まず、問題点として、保険財政の状況・保険料収納率を掲げている。現状から収納率向上への取り組みや滞納者への対応を考察している。収納率の現状としては、1993年度に93.48%だったのが、年々低下を続け、2003年度には90.21%となっている。このように保険料収納率が低下していることから、保険料収入も減少していることがあげられている。このとき、国民健康保険の財政問題の改善として、広域化があげられている。本稿では、この問題意識を引き継ぎ、広域化の改革案を検討する。

本稿では、より効率的に医療サービスを受けるために、保険者の事務負担の軽減に注目している。広域化を考察するうえで、国民健康保険財政に関連する事務費の負担が不可欠だが、どの程度、事務費が広域化によって軽減されるかを試算した先行研究として岸田(2002)がある。

岸田(2002)では、近畿7府県(滋賀、三重、京都、奈良、兵庫、大阪、和歌山)の国民健康保険のパネルデータを用いて、国民健康保険の事務費について分析している。国民健康保険事務の費用関数の被説明変数(目的変数)として1000人あたりの事務職員数、1人あたりの総務費を採用する。説明変数として(被説明変数を説明する変数)として被保険者数(年間平均)、一世帯当たり被保険者数(年間平均)、保険料(税)の徴収回数、被保険者一人あたりの療養諸費件数、事務職員の給与、年度ダミーを採用する。

分析結果は、国民健康保険の事務費には規模の経済が働き、被保険者数が増えるほど1

人あたりの事務費は減少することを示し、小規模保険者の合併が、事務費を大幅に削減する可能性が高いことを示している。岸田(2002)では、(1)被保険者が多いほど働く(2)被保険者5000人以下の市町村は特に効果が見られると示されている。

なお、国民健康保険の事務内容は大きく4つに分けられる。

(1) 予算の編成・・・予算の編成は、医療費の見積もりを行うことから始まる。現制度のもとでは、国民健康保険の支出額の決定にあたって、保険者の裁量が働く余地は非常に限定的である。従って会計の収支を合わせるには正確な見積もりが必要である。

(2) レセプトの審査・点検・・・国民健康保険のレセプト[診療報酬明細書]のほとんどが国民健康保険連合会で審査され、一部は社会保険診療報酬支払基金でも審査されている。

(3) 保険料(税)の徴収・・・保険料[税]の徴収率が低いと、罰則として国からの補助金が減額される。また徴収漏れは被保険者の公平観を損なう。

(4) 保健事業・・・保険者は、単に保険事故に対して必要な保険給付を行うのみならず、積極的に被保険者の健康に働きかける事業を行う義務がある。保健事業は、保険者直営の診療所や病院の設置・運営、健康づくり推進事業など9つの事業があり、その具体的な展開は保険者の裁量に任されている。

ここで規模の経済とは、生産量の増加に伴い、平均費用が減少する結果、効率が高まることをいう。岸田(2002)では、国民健康保険の事務における規模の経済は、(1)事務費の多くを占める人件費に起因しており、(2)保険者の合併による被保険者の増加に伴い、事務職員数の適正化を行うことで、人件費を減少できることが示されている。

また、湯田(2010)では、現在の国民健康保険財政の現状と問題点を考え、その直面している環境や状況が、国民健康保険財政にどのような影響を与えているかを、計量経済モデルをつかって分析している。分析結果は以下の通りである。

第一に、実証分析から、国民健康保険支出の費用関数を推定すると、特に加入者の高齢化による影響が、国民健康保険財政の非効率性の拡大の最も大きな影響を与えているという結果になった。

第二に、普通調整交付金や市町村一般会計からの繰入金などの財政補助が、国民健康保険財政の非効率性を高めていることがわかった。

第三に、国民健康保険支出には規模の経済が存在していることから、被保険者規模を大きくすることによって、国民健康保険財政の効率性は高まるという結果になった。そのため改善点として広域化が挙げられる。

本稿は、岸田(2002)および湯田(2010)を元にして、兵庫県においての市町村毎の被保険者数、総務費、事務職員数(専任・兼任)、歳入・歳出を用いて被保険者1人あたりの総務費を計算し、市町村ごとの被保険者1000人あたりの事務職員数を計算する。ただし、兼任職員は0.3人、0.5人、0.7人というウェイトに考慮しながら、それぞれの計算を行う。被保険者1000人あたりの事務職員数の割合が最小であるデータを参考に、合併後の事務職員数の最小値(=合併後の被保険者数÷1000×被保険1000人あたりの事務職員数の理想)を出すことで兵庫県での事務職員数の適正化を行う。

第3章 国民健康保険事業の広域化

第1節 兵庫県での事務の効率化

兵庫県で実際に国民健康保険事業の広域化を行った場合に、どのような効果が得られるのかを考察する。本稿では、事務職員の効率化についての検証を行うため、兵庫県の各市町村の被保険者数、事務職員数(専任・兼任)のデータを政府統計総合窓口 e-stat『国民健康保険事業年報平成22年』より用いる。

まず、分析の概要について述べる。各市町村における被保険者数1000人あたりの事務職員数を求める。図2～4に、それぞれのデータを示した。そのデータを基準に、広域化により、効率的な事務職員数へ移行できるかどうかを数量的に分析して、具体的にどれほど人数を削減できるか検証した。

なお、事務職員には、専任事務職員と兼任事務職員が存在する。それぞれの人数は把握できるが、兼任事務職員については、どれほどの業務を行っているのかは正確に判断できない。そのため、岸田(2002)と同様に、兼任事務職員を0.3人、0.5人、0.7人とウェイト付けした場合に分けて計算する。そのため、図2～4に、それぞれの場合を図示している。

ここで、効率的な事務職員数のあり方として、2つの方法を考えたい。

まず、ケース1は、兵庫県内の市町村で、被保険者1000人あたりの事務職員数が最小値となっている市町村のデータを、他の市町村でも実現する場合である。このケースは、もっとも効率的な市町村の状況をすべての市町村が模倣できることを想定している。確かにもっとも望ましいと考えられるが、現実的には厳しいケースかもしれない。そこで、次のケースを考える。

次に、ケース2は、兵庫県内の市町村の被保険者数と事務職員数を合計した平均的な被保険者1000人あたりの事務職員数を計算し、その数値よりも高い被保険者1000人あたりの事務職員数の数値をもつ市町村に適用する場合である。このケースならば、少なくとも県単位の広域化によって達成できると考えられる。

図2～4によれば、兵庫県の市町村で、被保険者1000人あたりの事務職員数のデータが最も低いのは、兼任0.3人カウントで稲美町の0.141、兼任0.5人カウントで南あわじ市の0.173、兼任0.7人カウントで南あわじ市の0.173であった。この数値をもとにして、ケース1の場合の他の市町村の事務職員数を計算した。

まず、ケース1を前提とする(表2参照)。兼任0.3人カウントでは、現状の兵庫県全体の事務職員数640.7人から、約208人(約432人減少、割合約33%)となった。次に、兼任0.5人カウントでは、現状の658.5人から約255人(約403人減少、割合約39%)、最後に兼任0.7人カウントでは、現状の676.3人から約255人(約421人減少、割合約38%)となった。

いずれの場合も約6割の事務職員数、つまり半分以上の人員費が削減できるという結果となった。しかし、先述した通り、この値は兵庫県内の最小値を全体に適用しているため、実際の業務内容を行った場合に実現可能であるかどうかは不明である。

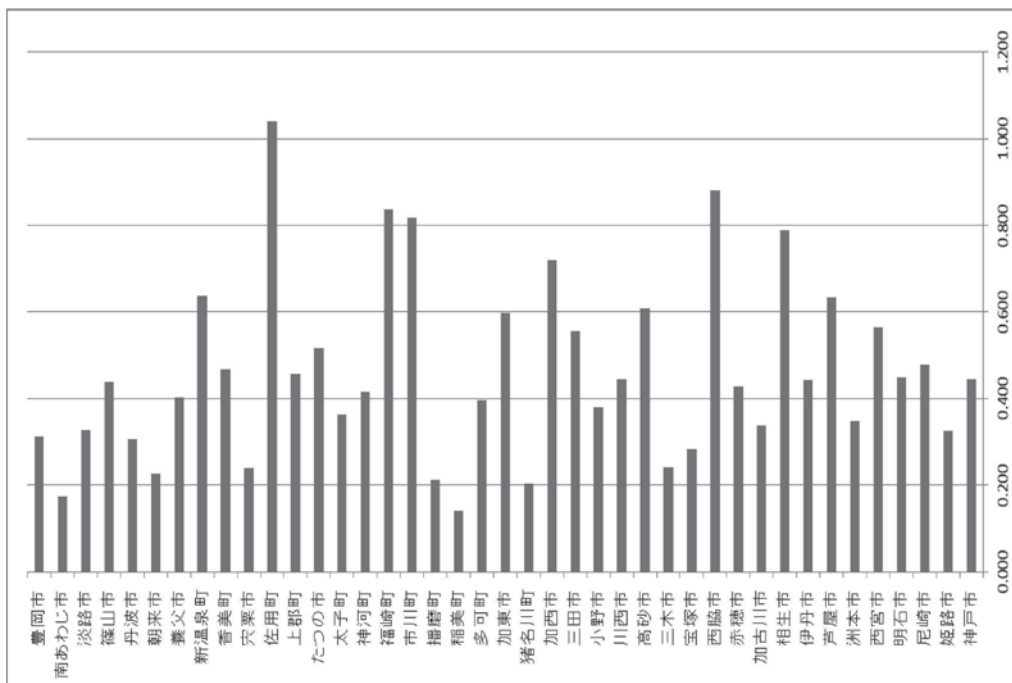
そこで、ケース2を考える(表2参照)。まず、兼任0.3人カウントでは現状の640.7人から約579人(約61.7人減少、割合約90%)、次に兼任0.5人カウントでは現状の658.5

人から約549人(約109.5人減少、割合約83%)、最後に兼任0.7人カウントでは現状の676.3人から約570人(約106.3人減少、割合約84%)となった。兼任職員数のカウントの方法により、計算にばらつきがあるが、このケースでは10~15%の事務職員数および人件費削減という結果が求められた。

表2 事務職員数の効率化によるケース1、ケース2の計算結果

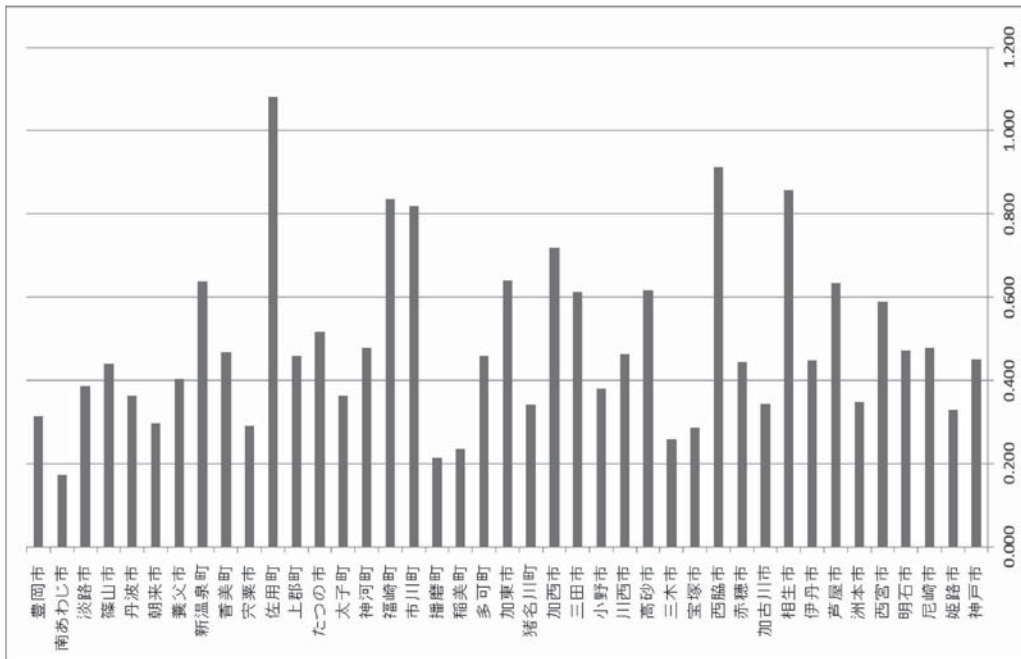
事務職員数の効率化	兼任0.3人	兼任0.5人	兼任0.7人
兵庫県全体の合計(人)	640.7	658.5	676.3
ケース1			
参考する市町村 (被保険者1000人あたりの事務職員数)	稲美町 0.141	南あわじ市 0.173	南あわじ市 0.173
広域化後(人)	207.901257	255.084521	255.084521
ケース2			
兵庫県の平均 (被保険者1000人あたりの事務職員数)	0.435	0.447	0.459
広域化後(人)	579.373	549.486	569.659

図2 兼任事務職員数を0.3人とした兵庫県内市町村の被保険者1000人あたりの事務職員数



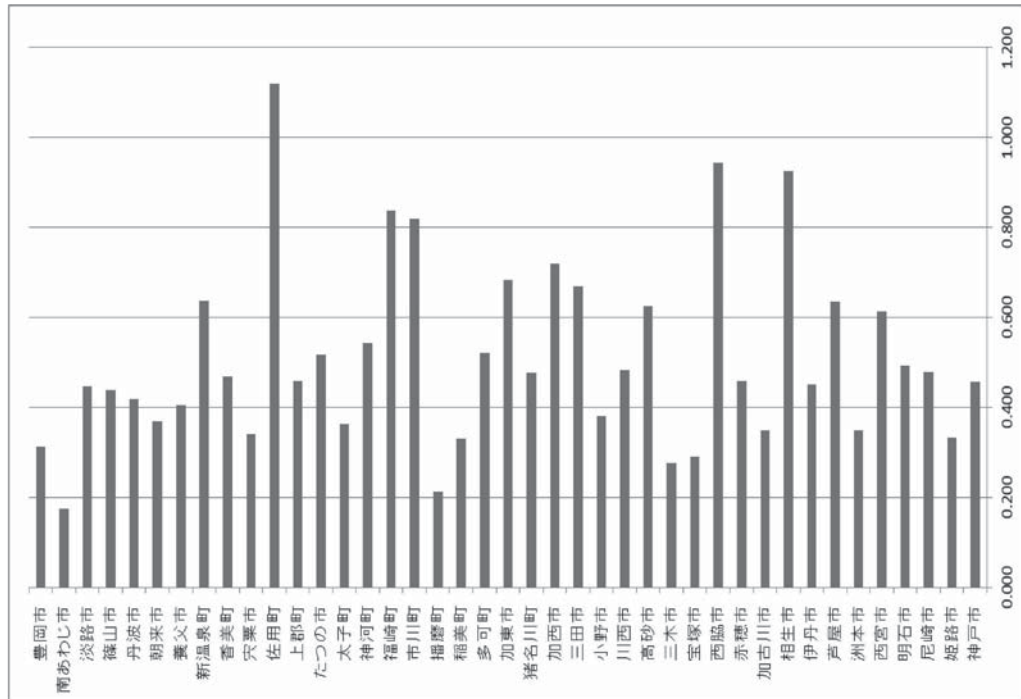
備考) 政府統計総合窓口 e-stat 『国民健康保険事業年報 平成22年』より作成。

図3 兼任事務職員数を0.5人とした兵庫県内市町村の被保険者1000人あたりの事務職員数



備考) 政府統計総合窓口 e-stat『国民健康保険事業年報 平成22年』より作成。

図4 兼任事務職員数を0.7人とした兵庫県内市町村の被保険者1000人あたりの事務職員数



備考) 政府統計総合窓口 e-stat『国民健康保険事業年報平成22年』より作成。

第4章 政策提言

本稿では、国民健康保険の広域化について検討した。第3章第1節で述べた通り、ケース2の分析は、兵庫県内の市町村の被保険者数と事務職員数を合計した平均的な被保険者1000人あたりの事務職員数を計算し、その数値よりも高い被保険者1000人あたりの事務職員数を計算し、その数値よりも高い被保険者1000人あたりの事務職員数の数値をもつ市町村に適用する場合である。そのため、ケース2によって得られた数値（兼任0.3人カウントで約579人、兼任0.5人カウントで約549人、兼任0.7人カウントで約570人）は、県単位の国民健康保険事業の広域化によって実現可能な数値といえる。兵庫県で国民健康保険事業の広域化を行う場合に、まずはこの数値まで事務職員数を減らすことを検討すればよい。

ケース1は、兵庫県内の市町村で、被保険者1000人あたりの事務職員数が最小値となっている市町村のデータを、他の市町村でも実現する場合である。ケース2の目標を実現した後、事務職員の業務内容などを考慮しつつ、ケース1で得られた最小値を目指して可能な限り事務職員数を削減することが考えられる。

本稿は兵庫県の国民健康保険事業の広域化を実施した場合の検証を行った。しかし、このような検討は、他の都道府県においても行われるべきであり、広域化による事務職員数の削減は実現可能であると考えられる。同様に都道府県単位の国民健康保険事業の広域化を行えば、人件費をはじめとした経費を節約することができるだろう。最終的には国民健康保険事業を国単位で行うことも、検討してもよいと思われる。

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府県の国民健康保険のパネルデータを用いた分析」『日本経済研究』No. 45, pp. 246-261。
- ・ 知野哲郎(2009)「日本の医療提供システムと医療政策」『東京芸大大学紀要』NO.60 pp169-182
- ・ 船橋 恒裕 (2007)「医療費の地域格差について-国民健康保険における医療費支出の分析」 『日本の将来推計人口』
- ・ 湯田道生(2010)「国民健康保険制度が抱える諸問題が国保財政に及ぼす影響：予備的分析」『中京大学経済学論叢』第21号。
- ・ 健康保険の自己負担割合 (<http://tt110.net/11kenkouhoken/H-k-futan.htm>)
- ・ 厚生労働省 (http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/zenpan/iryou_doukou_b.html)
- ・ 国民健康保険 よくわかるガイド! (http://nlkghtbj.com/2011/05/post_1.php)
- ・ 埼玉県市町村国民健康保険広域化等支援方針 (<http://www.pref.saitama.lg.jp/uploaded/attachment/423401.pdf#search=>)
- ・ 市町国民健康保険の広域化等支援方針 (http://www.pref.saga.lg.jp/web/kurashi/_1019/kf-iryouhoken/national_health_insurance_widening.html)