



北海道都市部における国民健康保険の実態(その1)

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 北海道教育大学 公開日: 2010-07-12 キーワード: 作成者: 亀畑, 義彦, 大嶋, 謙一 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.32150/00004661

北海道都市部における国民健康保険の実態（その1）

亀 畑 義 彦・大 嶋 謙 一*

北海道教育大学旭川校

* 068 北海道 岩見沢市 岩見沢高等養護学校

1 問題の所在

国民健康保険は被用者保険等の加入者を除く、すべての国民を加入対象者とする公的医療保険制度で、全国民の約3分の1が加入している。

しかしながら、国民健康保険は低所得者や高齢者を被保険者として受け入れざるを得ない制度であり、その運営は必ずしも健全ではなく、これまで保険運営の安定化が常に課題とされてきた。さらに、近年は高齢化の進展、顕著な少子化傾向や都市化傾向の促進などにより、国民健康保険は他の医療保険制度と比較してなお一層の不安定要因を抱えるものとなっている。

現在、国民健康保険が抱える主な課題として、①高齢化の進展による医療費の高騰、②低所得者の増加、③保険料負担の不均衡、④小規模保険者の増加、などが指摘されている¹⁾。

国民健康保険加入者の高齢化について、他の医療保険と比較した場合の全国的な現状は下図のとおりである。この図はそれぞれの医療保険における加入者の高齢化の状況を、最近における年次推移で見たものであるが、国民健康保険の場合は他の医療保険に比較して高齢者の割合が格段に高いとともに、一層の高齢化が進展していることをうかがわせる。

図1 60歳以上69歳以下の加入者割合

	国保	政管	組合
昭和63年度(1988)	16.3	6.0	2.8
平成元年度(1989)	17.4	6.3	3.0
2 (1990)	18.1	6.5	3.2
3 (1991)	18.9	6.9	3.2
4 (1992)	19.6	7.4	3.5
5 (1993)	20.1	7.7	3.6

出典：『厚生指標』第42巻第14号(1995)p. 150

また、下図は各医療保険加入者の年齢階層別構成割合について全国的な状況を見たものである。

図2 年齢別加入者構成割合（1993）

年 齢	国 保	政 管	組 合
0 - 14	11.78	17.88	19.67
15 - 59	50.56	69.50	73.87
60 -	37.66	12.62	6.46

出典：『厚生指標』第42巻第14号（1995）p. 361

この図より、（0 - 14） + （60 -）と（15 - 59）の割合を比較すると、国保の場合はほぼ1対1であるのに対して、政管の場合は1対2.3、組合の場合は1対2.8となり、国民健康保険加入者の労働可能年齢層が他の医療保険加入者に比較して低くなっていることが理解される。

国民健康保険加入者に占めるの低所得階層の全国的な実態について、加入者の無所得世帯割合が平成4（1992）年度においてほぼ20%であり、かつ保険料軽減世帯が全加入者の25%を占めているといわれている²⁾。また、保険料負担の不均衡の存在については、一人当たり保険料を比較して最高額と最低額では約7倍の格差のあることが指摘されている³⁾。

小規模保険者の増加については被保険者数3千人未満の保険者が全国の約35%にもものぼっているという実態がある⁴⁾。これらの実態から下図に見るように、国民健康保険は、国庫補助を除いて他の医療保険と比較すると大幅な赤字となる。

図3 医療保険制度の収支差（1993）

	国保	政管	組合
収入	4364	5502	5335
支出	5218	6275	5218
差額	-854	-773	+117
補助	2433	679	0

（単位：億円）

出典：『平成7年度厚生白書』p. 355

後に考察するように、国民健康保険の構造的な不安定要因に対して政府は幾度かの制度改革を施行し、その除去につとめてきたが、未だ解決を見ず、最近はさらに不安定要因が拡大する傾向にある。

本論はこれらの全国的な現状を踏まえて、北海道の国民健康保険の実態を明らかにしようとするものである。平成5年度において、北海道212市町村の保険者で赤字を計上した保険者は下図のとおりである。

図4 平成5年度国保赤字保険者

市 部	町 部	村 部
札幌市	白老町	なし
旭川市	余市町	
函館市	古平町	
小樽市	岩内町	
苫小牧市	寿都町	
夕張市	上磯町	
芦別市	広島町	
赤平市	石狩町	
滝川市	積丹町	
美唄市	長万部町	
恵庭市	砂原町	
岩見沢市	様似町	
登別市	弟子屈町	
伊達市	釧路町	
室蘭市		
帯広市		
釧路市		
根室市		

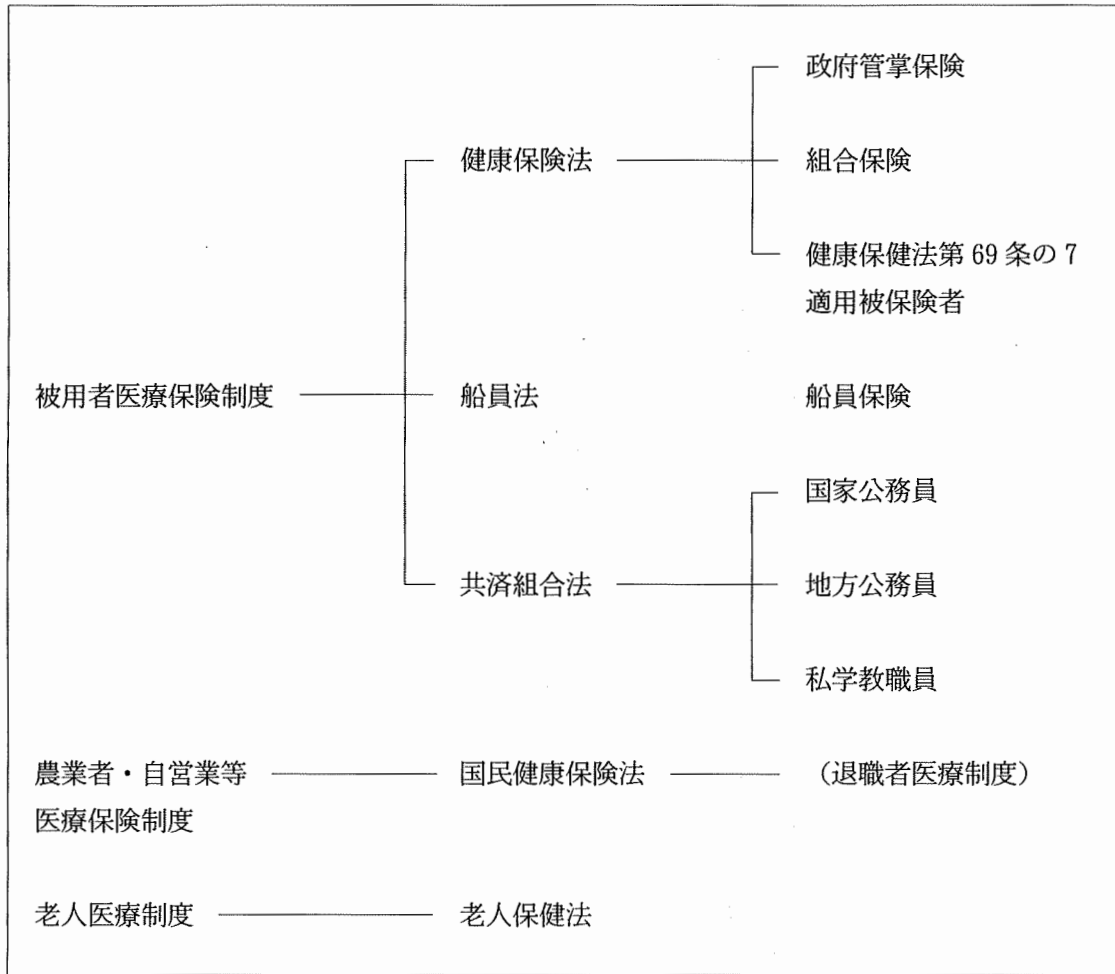
出典：北海道市長会 1994 『平成5年度決算からみた
全道都市の国民健康保険財政』
北海道国民健康保険団体連合会 1995 『平成5年度
国民健康保険事業状況』

このように、北海道においては国民健康保険の運営不安を抱えている保険者は市部で56.3%にもものぼっている（町部では全町の9.9%が赤字保険者であり、村部では赤字保険者はいない）。また、北海道の総人口の約80%が都市部に集中している現状などから、本論では都市部を対象として、上記の赤字保険者とそれ以外の都市（非赤字保険者）との比較をとおして国民健康保険の実態を考察したい。

2 わが国の医療保険制度

本論で対象とする国民健康保険を理解するために、わが国の医療保険制度を概括することが必要である。わが国の医療保険制度は以下のとおりである。

図5 わが国の医療保険制度の概要



出典：『平成7年度厚生白書』p. 358

このように、わが国の医療保険制度は大別して二つに分類される。その一つは現在各種の企業に雇用されている者を対象とした、雇用者負担を伴う被用者医療保険制度であり、他方は自営業または企業退職者および老人を対象とした医療保険制度である。

上記の健康保険法において、69条の7適用被保険者、および中小企業従業者などを対象とする政府管掌保険は国が保険者となっている。組合保険は主として大企業被用者が医療保険組合を組織し、運営は当該企業保険組合独自にまかされている。

他方、国民健康保険は農業者を中心として、自営業者・企業定年退職者および老人などを加入対象者として、地方自治体が保険者となって運営されているものである。また、老人保健法にかかわる保険者は地方自治体の長となっている。

しかし、このように制度として大まかに分類することは可能であるが、個々の制度について、その運営状況はそれぞれ別々のものになっていて医療保険制度を統一して検討することが不可能であるということが、わが国の特徴である。保険者別の状況は以下ようになる。

図6 保険者と保険加入対象者

保険者	制度名	対 象 者	加入者数
国	政府管掌保険	中小企業従業者	3766 万人
	69条の7	日々雇い入れられる者	10 万人
	船員保険	船員および漁業従業者	35 万人
大企業	組合保険	大企業従業者	3255 万人
団 体	国家公務員共済	国家公務員	165 万人
	地方公務員共済	地方公務員	300 万人
	私立学校共済	私立学校教職員	43 万人
自治体	国民健康保険	農業者・自営業者等	3797 万人

出典：厚生統計協会 1995 『厚生指標と年金の動向』第42巻第14号
『平成7年度厚生白書』p. 358

これらの医療保険制度のうち、健康保険法適用者、および共済組合法適用者には、任意であるが継続的被保険者制度が認められている。継続期間はおおむね2年間であるが、この間はそれぞれの法適用により、自己負担額から一定額を控除した額が還付されることになっている。健康保険法対象者、および共済組合法対象者は定年後2年間は各医療保険制度に加入しており、それぞれの制度により給付を受けることになっている。船員法適用者も含めて国民健康保険への移行は、ほぼ60歳から62歳ということになる。彼らが70歳に達すると老人保健法の適用となる。

3 国民健康保険制度

1) 旧国民健康保険法

現行の国民健康保健法は、「国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もって社会保障及び国民保健の向上に寄与すること」を目的に、昭和33年に成立し、翌34年から施行されたものである。その主旨は、「被保険者の疾病、負傷、出産又は死亡に関して必要な保険給付を行う」というものである。

この制度は、西村（1995）⁶⁾によれば、ほぼ1930年代を中心とする農村地域における「医療互助組合」、 「隣保事業組合」などの地方独自の活動に基盤があるという。これらの組合活動は保険的機能と所得再分配機能をあわせもつ社会保険的相互扶を志向していたとされる。そして、これらの活動を基盤としながら昭和13年（1938）年に厚生省新設とともに最初の国民健康保健法が成立する。この制度の目的は

- ①農村家計における医療費の軽減（医療需要の社会化）
- ②農村における医師および医療機関の確保（医療供給の社会化）

にあったとされる⁶⁾。その性格として「伝統的な相互扶助の観念と近代的危険分散の保険技術の合体」であるとする見方もある⁷⁾。

この法律の特徴は、政府が事業活動の大枠を決めただけで、任意設立・任意加入とし、給付の種類・保険料・一部自己負担などは各組合ごとに決定されるものとされたことにある。「隣保相扶」の基盤をもとに世帯単位の被保険者全員に対する保険料を賦課し住民全員を被保険者とする、この医療保険制度はデンマークの国民保険にならったものといわれている⁸⁾。

国民健康保険制度は当初から給付に対する地域間格差、および保険料に対する地域間格差が存在するものとなっていたこと、および低所得者の保険料滞納などに対する公的補助の導入が必要とされたことなどが特徴的であった⁹⁾。

敗戦とともに国民健康保健組合は事業不振に陥り、昭和23年には約半数がその事業を休廃止する状態になったという。この年に、組合にかわって市町村が保険者となるという市町村公営の原則と、被保険者の強制加入制という大規模な改正が行われている。この改正によって国民健康保険は社会保険としての性格を明確にすることになった。次いで、昭和27年には、保険料の賦課方式をこれまでの国民健康保険料に加えて国民健康保険税の制度を確立している。翌28年には平衡交付金方式にもとづいた療養給付費に対する助成交付金制度が実現した。更に昭和30年には療養給付費に対する2割の国庫補助制度などが導入され、これによって国の国保制度への補助義務を明確にし、国保存続への財政的援助が確立された¹⁰⁾。

2) 新国民健康保険法の成立

新国民健康保険法は昭和33年12月に成立し、翌昭和34年1月から施行されている。この法律の成立により、わが国の国民皆保険体制の法的基盤が整理されたとされている。「国民皆保険体制」の必要性は、昭和25年の「社会保障制度に関する勧告」のなかで、公平と機会均等の原則の確立とともに、給付の拡充と負担の公平という観点から提唱されていた¹¹⁾。

法律成立に先立ち、政府は昭和32年に国民健康保険の普及を決定し、厚生省に国民皆保険推進本部を設置し国民健康保険全国普及4ヶ年計画に着手している。この新国民健康保健法が成立してから各自治体が保険者として国民健康保険体制の確立をみたのは昭和36年のことである。

3) 新国民健康保険法

(1) 国民皆保険制度の法的根拠

新国民健康保険法は国民皆保険体制の確立に大きく寄与したとされるが、その法的根拠は同法第5条と第6条にある。第5条「市町村又は特別区の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする」という条文と、他の医療保険に加入している者に対する二重加入を排除するために設けられた第6条の適用除外条文を組み合わせると、すべての人々が何らかの保険制度に加入することになるからである。

(2) 保険給付と一部負担金

同法で規定された保険給付は、疾病及び負傷に関する「療養の給付」と、出産及び死亡、疾病手当金の支給など、任意給付である「その他の給付」に分けられる。主たる保険給付である「療養の給付」として現物支給されるものは、①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③処置、手術その他の治療、④病院又は診療所への収容、⑤看護、⑥移送などである。このうち、①から④の現物支給を受けた被保険者が、その費用全額に

対して一定割合を支払う制度が「一部負担金」と呼ばれている。

（3）療養取扱機関と登録医師制

同法では、「療養の給付」を取り扱う病院・診療所・薬局などは保険医療機関または保険薬局として都道府県知事が指定することになっている。これらの機関で療養を担当する医師または薬剤師などは都道府県知事の登録を受けなければならないとされている。また、これらの医師などは老人保健法の規定による医療若しくは特定療養費に係る療養を取り扱い、又は担当するものとされている。なお、医療法では病院および診療所などの管理者は医師でなければならないと規定している。この療養担当者の指定に関して、いわゆる二重指定といわれる問題がある。つまり、機関指定方式か個人指定方式か、または二重指定方式かというものである。現在の指定方式の趨勢は機関指定方式に重点を置いた二重指定方式を採用しているといわれる。説明によれば、「保険診療においては、保険者の医療給付の代行的性格、医師を中心として看護婦、栄養士等をもって人的有機体を形成している医療の実態、人的、物的設備の主体としての経済的主体、診療報酬の請求および支払いに関する同じく経済行為の主体、さらに病院等における医療従事者の人的構造の面などよりして、医療機関をとらえ」⁹³、いわば医療行為の主体を医療機関によるものとみなすことによる。個人指定方式を併せていることについては「医師等の診療の主体性および責任者」⁹⁴を明確にする場合として機関指定方式を補完するものとしている。したがって、個人指定方式に限る制度は現在の医療保険制度には見られないことになる。

（4）保険料（税）の徴収

保険者は国民健康保険事業に要する費用に充てるために世帯主、または組合員から保険料を徴収しなければならないとされている。しかし、国民健康保険税を課している保険者は地方税法第703条の4により、その税を徴収することになっている。

（5）療養取扱機関の診療報酬

療養取扱機関は療養の給付に要する費用の額から被保険者が一部負担金として支払った金額を差し引いた額を保険者に請求できる。なお、療養の給付に要する費用の額の算定に当たっては、健康保険法の規定により、厚生大臣が定めるところによるものとされている。保険者は請求のあった金額の支払いについて、審査した上で支払うものとされており、この審査業務を国民健康保険団体連合会（その区域内の保険者が2/3以上加入して連合会をつくる）か、社会保険診療報酬支払い基金に委託することができるとされている。

4 新国民健康保険法の変遷

新国民健康保険法は、その成立以来幾多の変遷改定かえしている。その主な過程は老人保健法の改定を含めて以下のとおりである。

- ・昭和38年
 - ①療養の給付期間の撤廃
 - ②低所得被保険者に対する保険料（税）の軽減措置の実施
 - ③世帯主の全疾病について7割給付を実施
 - ④老人福祉法を制定
- ・昭和43年
 - ①全被保険者の7割給付が実現
- ・昭和48年
 - ①高額療養費の支給制度を新設
 - ②老人福祉法の改正により、老人医療費を無料化とする老人医療費支給制度が発足
- ・昭和57年
 - ①これまでの老人福祉法の老人医療費支給制度に替えて老人保健法を制定

- ②厚生省に「国民医療費適正化総対策推進本部」が設置される
- ・昭和 59 年 ①国民医療費の伸びを中長期的には国民所得の伸び率程度に止めることが最大の政策目標となる
- ・昭和 59 年 ①特定療養費制度の新設
②退職者医療制度の新設
③給付費の 1 / 2 は保険料負担とすることが必要であるという観点から国庫補助水準が見直された
④医療費適正化対策として以下が導入された
 - (イ) 特別審査制の導入
 - (ロ) 保険医両機関の指定制度の見直し
- ・昭和 61 年 ①老人保健法を改正し、老人保健施設の創設等を規定した
- ・昭和 63 年 ①高医療費市町村における運営の安定化の導入
②保険基盤安定制度の新設（2 年限りの暫定措置）
- ・平成 2 年 ①保険基盤安定制度の確立
②国庫助成の強化と財政調整機能の強化
- ・平成 3 年 ①老人保健法の改正
- ・平成 5 年 ①市町村一般会計繰入による国保財政安定化支援事業の制度化
②保険基盤安定制度にかかる国庫負担を定率負担から定額負担へ変更
- ・平成 6 年 ①保険給付の体系の見直し
 - (ア) 条文「病院又は診療所への収容」を「病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護」に改め、入院時の看護は保険医療機関が提供するように位置づけ、従来の「看護」条項を削除した
 - (イ) 「居宅における療養上の管理及びその療養に伴うその他看護」という条項を設け、在宅医療について明確に位置づけた
 - (ウ) 「入院時食事療養費」の条項を新設し、療養の給付に含めないこととして、一部自己負担を導入した
 - (エ) 「移送」について療養の給付から除外して、「移送費」として現金給付化した
- ②付き添い看護・介護にかかる給付の改定
 - (ア) 入院時の看護・介護は医療機関が提供すべきものとして位置づけた
 - (イ) 診療報酬における基準看護制度が見直しされた
 - (ウ) 付き添い看護婦または家政婦が解消禁止された
- ③在宅医療の推進
 - (ア) 在宅医療について、従来は「処置、手術その他の治療」という言葉に包含されていたが、これを「居宅における・・・」という条文で法律上の位置づけを明確にした
 - (イ) 訪問看護事業の拡大
- ④施設入所者の国民健康保険等の適用市町村の特例
 - (ア) いわゆる住民票の移動に伴う施設所在地の負担の過重に対して、特に社会福祉施設に入所措置者は入所措置のときに住所があった市町村が行う国民健康保険に引き続き加入するという特例を設けた

5 国民健康保険の現行制度と北海道都市部の状況

1) 保険者と保険組合

- (1) 市町村：全道 212 市町村が保険者となっている。
- (2) 国民健康保険組合：同種の事業又は業務に従事する者 300 人以上で組織される公法人で、都道府県知事の認可を受けて設立された団体とされている。北海道では、医師組合、歯科医師組合、薬剤師組合、建設業組合の 4 組合が認可されている。

2) 被保険者

他の職域保険に加入し、またはその被扶養者とされていない者で、当該市町村の区域内に住所を有する者とされている。以下のものはこの制度から除外される。

- (1) 生活保護法による保護を受けている世帯に属する者
- (2) らい療養所入所患者
- (3) その他、市町村条例で定められた条項に適合する者

北海道 32 市の平成 5 年度における、組合を除く被保険者の加入状況は以下のとおりである。

表 1 北海道都市部の国民健康保険加入状況

保険者	加入世帯率	加入人口率	一般構成率	退職構成率	老健構成率
札幌市	25.7%	20.8%	66.9%	13.7%	19.5%
函館市	34.1%	26.8%	60.6%	16.9%	22.5%
小樽市	36.9%	27.0%	52.4%	19.9%	27.8%
旭川市	32.0%	25.0%	66.6%	12.3%	21.1%
室蘭市	32.3%	24.5%	51.8%	21.2%	27.0%
釧路市	30.9%	24.0%	65.7%	15.5%	18.8%
帯広市	30.7%	25.5%	73.2%	9.8%	17.0%
北見市	32.8%	27.0%	69.2%	12.5%	18.3%
夕張市	51.6%	43.7%	43.7%	31.8%	24.5%
岩見沢市	33.5%	26.6%	61.2%	16.2%	22.6%
網走市	29.3%	27.0%	71.7%	9.8%	18.4%
留萌市	27.5%	21.6%	61.4%	16.7%	21.9%
苫小牧市	29.2%	22.3%	64.4%	16.7%	18.9%
稚内市	32.7%	28.3%	73.1%	10.8%	16.0%
美瑛市	40.8%	34.5%	62.2%	12.0%	25.8%
芦別市	45.5%	36.0%	48.7%	24.9%	26.4%
江別市	27.6%	21.3%	59.9%	16.7%	23.4%
赤平市	46.4%	34.7%	39.9%	31.1%	29.0%
紋別市	32.4%	29.7%	70.6%	10.5%	18.9%
士別市	42.5%	37.5%	71.7%	6.5%	21.8%

保険者	加入世帯率	加入人口率	一般構成率	退職構成率	老健構成率
名寄市	30.3%	26.3%	62.1%	13.5%	24.4%
三笠市	46.0%	35.5%	43.8%	22.8%	33.4%
根室市	40.6%	40.0%	80.0%	6.1%	13.9%
千歳市	22.4%	18.4%	69.8%	13.4%	16.9%
滝川市	34.3%	27.2%	61.1%	14.9%	24.0%
砂川市	36.9%	27.8%	50.3%	22.7%	27.0%
歌志内市	48.0%	34.6%	32.8%	34.3%	32.9%
深川市	43.5%	38.7%	67.0%	9.2%	23.7%
富良野市	45.6%	43.8%	73.8%	7.2%	19.0%
登別市	35.0%	24.4%	53.2%	21.3%	25.5%
恵庭市	25.2%	19.7%	66.2%	15.0%	18.7%
伊達市	43.3%	34.2%	62.6%	14.1%	23.3%
全道平均	37.8%	29.2%	61.2%	16.3%	22.6%
全国平均	44.1%	34.2%	73.2%	9.3%	17.5%

出典：北海道国民健康保険団体連合会 1995 『平成5年度国民健康保険事業状況』
 国民健康保険中央会 1994 『平成5年度国民健康保険の実態』

この表によれば、全国平均と比較して北海道都市部は勤労者世帯の加入割合が低いということに併せて、退職者世帯の加入割合が高く、かつ老人保健対象割合が高いということがいえる。この表について都市部の赤字保険者と非赤字保険者との退職構成率と、老健構成率とを比較すると以下のようなになる。

図7 赤字保険者と非赤字保険者の比較

比較項目	赤字保険者	非赤字保険者
退職構成率	17.4%	14.1%
老健構成率	22.6%	22.2%

この結果から、赤字保険者は非赤字保険者に比較して退職構成率が高いということがいえる。一般加入者（退職者と老健対象者を除いた加入者）の構成割合は全国で73%を超えているが、北海道で一般加入者の構成割合が70%を超える都市は、帯広市、網走市、稚内市、紋別市、士別市、根室市、富良野市など、都市全体のほぼ22%である。これらの都市の産業別就業構造は以下のようになっている。

表2 一般構成割合の高い都市の就業人口割合

保険者	就業率	第1次産業			第2次産業			第3次産業
		農業	林業	漁業	鉱業	建設	製造	全体
網走市	49.2	8.4	0.3	4.5	0.2	11.7	9.7	65.2
稚内市	50.3	3.1	0.3	7.9	0.3	12.9	13.1	62.4
紋別市	49.8	5.6	1.4	5.4	0.3	11.8	19.0	56.4
士別市	51.7	23.7	1.1	0	0.6	13.4	11.0	50.2
富良野市	52.2	28.3	0.8	0	0.3	8.1	6.8	55.6
帯広市	49.5	4.5	0.7	0	0.2	13.3	8.7	72.4
根室市	51.5	2.9	0.4	22.3	0.1	7.0	16.3	50.9

出典：北海道統計協会 1995 『第23回平成7年北海道市町村勢要覧』

表2に掲載した都市のうち、帯広市と根室市は赤字保険者である。他方、表3は一般加入者構成率が50%以下の都市の産業別就業構造を示したものである。

表3 一般構成割合の低い都市の就業人口割合

保険者	就業率	第1次産業			第2次産業			第3次産業
		農業	林業	漁業	鉱業	建設	製造	全体
夕張市	41.0	9.9	2.2	0	1.2	12.8	12.3	61.6
芦別市	45.8	12.3	2.2	0.1	5.0	10.6	17.3	52.5
赤平市	43.1	5.5	0.6	0	10.1	12.4	19.8	51.7
三笠市	38.2	8.1	1.6	0	0.4	14.7	20.8	54.4
歌志内市	38.2	1.0	0	0	25.3	10.8	9.1	53.7

出典：北海道統計協会 1995 『第23回平成7年北海道市町村勢要覧』

表2と表3の比較によれば一般加入構成率の高低は就業率の差違と関係していることが理解される。北海道都市部全体で見ても一般加入構成率と就業率とは有意に相関している（ $r = 0.880, 1\%$ ）。

いま一般加入構成率と就業率について赤字保険者と非赤字保険者とを比較すると以下のようなになる。

図8 一般構成率と就業率

	一般構成率	就業率
赤字保険者	60.0	45.7
非赤字保険者	62.7	47.5
三笠市・歌志内市を除く	66.7	49.0
全体平均	61.2	46.5

このように赤字保険者の場合は非赤字保険者と比較して就業率が低い傾向にあり、特に、三笠市、歌志内市を除いて比較すると、その差は顕著になる。

4) 療養の給付

療養の給付は原則として現物給付であり、それには以下の種類がある。

- ①診療
- ②薬剤又は治療材料の支給
- ③処置、手術その他の治療
- ④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話
- ⑤病院又は診療所への入院及びその治療に伴う世話その他

療養の給付について、北海道都市部における国民健康保険加入者一人当たり費用額を表示すると以下のようになる。この表により、療養の給付の状況にかなりの地域格差が存在していることが理解される。例えば、一人当たり入院費用額で見ると、最高額は三笠市で、最低額は帯広市となっている。その格差は約2.7対1である。一人当たり入院費用額が30万円を超える都市は赤平市、三笠市、歌志内市の3市であり、いずれも旧産炭地である。また、一人当たり入院外費用額で見ると、最高額は三笠市で、最低額は北見市となっており、その格差は約1.8対1となっている。一人当たり入院外費用額が18万円を超える都市も小樽市以外は上記の3都市となっている。一人当たり薬剤支給額で見ると、最高額は小樽市で、最低額は紋別市となる。その格差は約37対1となる。一人当たり薬剤支給額が1.5万円を超える都市は、函館市、小樽市、帯広市、岩見沢市、三笠市など、5市となっている。

表4 一人当たり療養の給付費用額

保険者	入院費用	入院外費用	薬剤支給
札幌市	243418	140799	13936
函館市	219780	166154	18227
小樽市	295975	185881	24084
旭川市	207846	144358	11504

北海道都市部における国民健康保健の実態（その1）

保険者	入院費用	入院外費用	薬剤支給
室蘭市	257380	171373	5026
釧路市	190597	142942	7847
帯広市	130505	115309	16831
北見市	137071	113132	7156
夕張市	270575	147025	7163
岩見沢市	233297	142580	18635
網走市	161932	124124	2495
留萌市	229396	142998	1429
苫小牧市	201961	149362	12722
稚内市	141561	122557	1904
美唄市	287110	154195	2477
芦別市	290975	173195	1387
江別市	230232	156691	11304
赤平市	314681	196576	990
紋別市	186661	126511	652
士別市	163185	138289	9339
名寄市	209276	141038	5624
三笠市	355644	202151	16118
根室市	150338	114011	9837
千歳市	220364	132455	4897
滝川市	268616	173419	1657
砂川市	215433	168655	4443
歌志内市	310525	181668	10302
深川市	248585	137775	4695
富良野市	156534	119221	1019
登別市	242446	160336	3946
恵庭市	267500	137536	6256
伊達市	219736	141134	5684
平均	226848	148858	7800

出典：『平成5年度国民健康保険事業状況』

この表により赤字保険者と非赤字保険者とを比較すると以下のようなになる。

図9 療養の給付

	入院費用	入院外費用	薬剤給付
赤字保険者	238485	153121	9345
非赤字保険者	211886	143376	5813
(三笠市・歌志内市を除く)	191686	135287	

この結果によれば、赤字保険者の療養の給付状況は非赤字保険者より高額になっていることが理解される。とくに三笠市と歌志内市を除いた場合、一人当たりの入院費用額および入院外費用額についてかなりの差違が見られる。

給付状況を老人保健医療給付対象者一人当たりについて見ると表5のとおりとなる。

表5 老人一人当たりの療養の給付

保険者	入院費用	入院外費用	薬剤支給
札幌市	691920	318129	31777
函館市	526341	337716	42642
小樽市	610012	332641	46702
旭川市	527930	309973	26353
室蘭市	515533	307024	8593
釧路市	468597	305303	16417
帯広市	374706	276197	44063
北見市	370222	266451	20938
夕張市	615388	256352	13417
岩見沢市	533472	293290	42423
網走市	422103	302128	5878
留萌市	519740	291512	2219
苫小牧市	525587	319712	28205
稚内市	365271	292878	4795
美唄市	636025	288682	4267
芦別市	533937	293582	2530
江別市	545599	313958	22478
赤平市	557145	315268	1434
紋別市	485816	259881	1438
士別市	356790	301301	22824
名寄市	449282	267751	11892
三笠市	618787	310104	26967

保険者	入院費用	入院外費用	薬剤支給
根室市	434573	336044	43406
千歳市	619502	285098	10544
滝川市	603787	332891	2561
砂川市	416821	289324	10215
歌志内市	522865	260908	1864
深川市	591374	286713	11332
富良野市	411982	281875	1527
登別市	486227	294444	7093
恵庭市	699632	292497	13864
伊達市	510882	290199	13463
平均	517120	297182	17004

出典：『平成5年度国民健康保険事業状況』

この表のとおり老人保健医療給付についても地域差が存在している。老人一人当たりの入院費用額について見ると、最高額は恵庭市で、最低額は士別市であり、その格差は約2対1となる。入院費用額が60万円を超える都市は、札幌市、小樽市、夕張市、美唄市、三笠市、千歳市、滝川市、恵庭市などで、都市部の25%におよぶ。また老人一人当たり入院外費用額について見ると、最高額は函館市で、最低額は紋別市であり、その格差は約1.3対1となる。老人一人当たり薬剤支給額について見ると、最高額は小樽市で、最低額は赤平市であり、その格差は約32.6対1となる。なかでも4万円以上をこえる都市は、函館市、小樽市、帯広市、岩見沢市、根室市など5都市で、都市部の約16%となっている。この表について赤字保険者と非赤字保険者とを比較すると以下のようなことになる。

図10 老人の医療給付

	入院費用	入院外費用	薬剤給付
赤字保険者	547316	305552	21623
非赤字保険者	478297	286420	9570

赤字保険者は入院費用額および薬剤給付額において非赤字保険者より、かなりの高額になっていることが理解される。

6 まとめにかえて

北海道都市部の国民健康保険の実態について、これまでの分析を要約すると以下ようになる。

- 1) 都市部の赤字保険者は18都市で都市部の56%におよぶ。
- 2) 全国平均と比較して退職者、および老人保健医療対象者の加入割合が高い。特に、赤字保険者の場合は退職者の比率が高くなっている。また、就業率について見ると赤字保険者は非赤字保険者より就業率が有意に低いという特徴が見られる。
- 3) 療養の給付の実態で見ると、赤字保険者は一人当たり入院費用額、一人当たり入院外費用額、および一人当たり薬剤の支給額について非赤字保険者より高くなっている。また、非赤字保険者のうち旧産炭地都市ではこれらが高額になる傾向がある。全体として薬剤の支給額において地域格差が大きい。
- 4) 老人1人当たりの入院費用額が60万円を超える都市は全体の25%におよんでいる。また、老人医療給付に対する薬剤の支給額において地域格差が著しい。

以上が本論の要約である。

今回は国民健康保険にかかる全国的な状況と、国民健康保険制度の成り立ち、および新国民健康保健法の成立とその変遷、および北海道都市部における加入状況、給付状況について検討した。

次回は保険料(税)の徴収状況、および保険収入と補助金の状況などの検討をとおして北海道都市部における国民健康保険の実態を考察したい。

参考文献

- (1) 小島比登志(1995) 国民健康保険の現状と課題『週刊社会保障』No. 1850 < 1995. 8. 7 - 17 > p. 28 - 31
- (2) 小島比登志(1995) 前掲論文
- (3) 小島比登志(1995) 前掲論文
- (4) 林宣嗣(1995) 自治体の国民健康保険財政『季刊・社会保障研究』Vol. 31 No. 3 p. 243 - 252
- (5) 西村万里子(1995) 国保制度成立過程における地方の役割と社会保障の萌芽『季刊・社会保障研究』Vol. 31 No. 4 p. 415 - 435
- (6) 佐口卓(1995) 『国民健康保険』光生館P. 2
- (7) 佐口卓(1995) 前掲書P. 7
- (8) 佐口卓(1995) 前掲書P. 3
- (9) 西村万里子(1995) 前掲論文
- (10) 佐口卓(1995) 前掲書P. 89
- (11) 厚生統計協会(1995) 『年金と保険の動向』第42巻第14号P. 7
- (12) 総理府社会保障制度審議会事務局(1995) 『安心して暮らせる21世紀の社会をめざして-社会保障体制の再構築に関する報告-』 p. 259 - 286
- (13) 厚生省保険局による説明, 佐口卓(1995) 前掲書P. 105より引用
- (14) 厚生省保険局による説明, 佐口卓(1995) 前掲書P. 105より引用