



Tokyo Gakugei University Repository

東京学芸大学リポジトリ

<http://ir.u-gakugei.ac.jp/>

Title	国民健康保険収納率の都道府県別格差
Author(s)	田中, 敬文; 田中, 満美
Citation	東京学芸大学紀要 第3部門 社会科学, 49: 111-114
Issue Date	1998-01
URL	http://hdl.handle.net/2309/4167
Publisher	東京学芸大学紀要出版委員会
Rights	

国民健康保険収納率の都道府県別格差* 注1)

田中 敬文・田中 満美**

生活科学

(1997年9月1日受理)

国民健康保険は負傷、疾病、出産、および死亡に関して必要な給付を行う公的医療保険制度の1つであり、自営業者・農業者や被用者保険の退職者など、被用者保険に加入していない者を対象とする地域保険である^{注2)}。

国民健康保険には現在約4,400万人が加入している。国民健康保険組合^{注3)}に加入している者を除くと約3,800万人である。保険の加入者は年々徐々に減少傾向にあるが、加入者のうち退職者の割合は増加傾向にある。

国民健康保険が公的に供給される経済学的な根拠は2つある。1つは逆選抜(adverse selection)の存在である。私的保険の供給者は加入者の病気にかかる確率(事故率)を前もって調べることができない。事故率の高い加入者が多い場合、給付の上昇によって保険料が引き上げられる。そして、事故率の低い加入者はこの保険から脱退し、この保険には確率の高い人だけが取り残される。これを「逆選抜」という。その結果、リスクプール機能が失われ、保険が市場に供給されなくなる。そのため強制的な医療保険が政府によって供給されることになる。

もう1つの根拠は消費者の近視眼的な(myopic)行動にある。病気にかかったときのことを考えない近視眼的な消費者は私的な保険には加入しないであろう。もし消費者が病気にかかる公的扶助を利用する可能性があるから、それを防ぐためにも自助努力としての強制保険が公的に供給されているのである。

1. 国民健康保険料収納率の現状

国民健康保険の保険料は、市町村から国保運営協

議会への諮問により、その年の医療費の見込み額に基づいて見積もられた賦課総額から算定される。保険料の収納率は1994(平成6)年には92.42%であった。

過去11年間の収納率の全国平均の変化を見ると、1989年の93.55%を頂点に山型のグラフを描く。景気動向指数(一致指数)と比べると、収納率の変化には、景気が大きく左右しており、景気がいいときは収納率も高くなり、景気が悪いときは収納率も低くなる。この背景には、国民健康保険には景気によって所得が左右されやすい自営業者(商店主など)や第1次産業者、高齢者が加入しているからと考えられる(「図1 国民健康保険料収納率と景気動向指数」参照)。

さらに、この収納率を都道府県ごとにみると、低い順に沖縄(88.68%)、東京(89.61%)、北海道(89.88%)、埼玉(89.95%)、兵庫(89.96%)、大阪(90.23%)となる。

また、高い順では、山形(96.60%)、島根(96.41%)、長野(96.25%)、新潟(95.92%)、岐阜(95.78%)と続く。沖縄と山形では7.92%もの収納率の差がある。傾向としては、沖縄、北海道の他に都市圏が低くなっている(「図2 都道府県別国民健康保険料収納率参照」)。

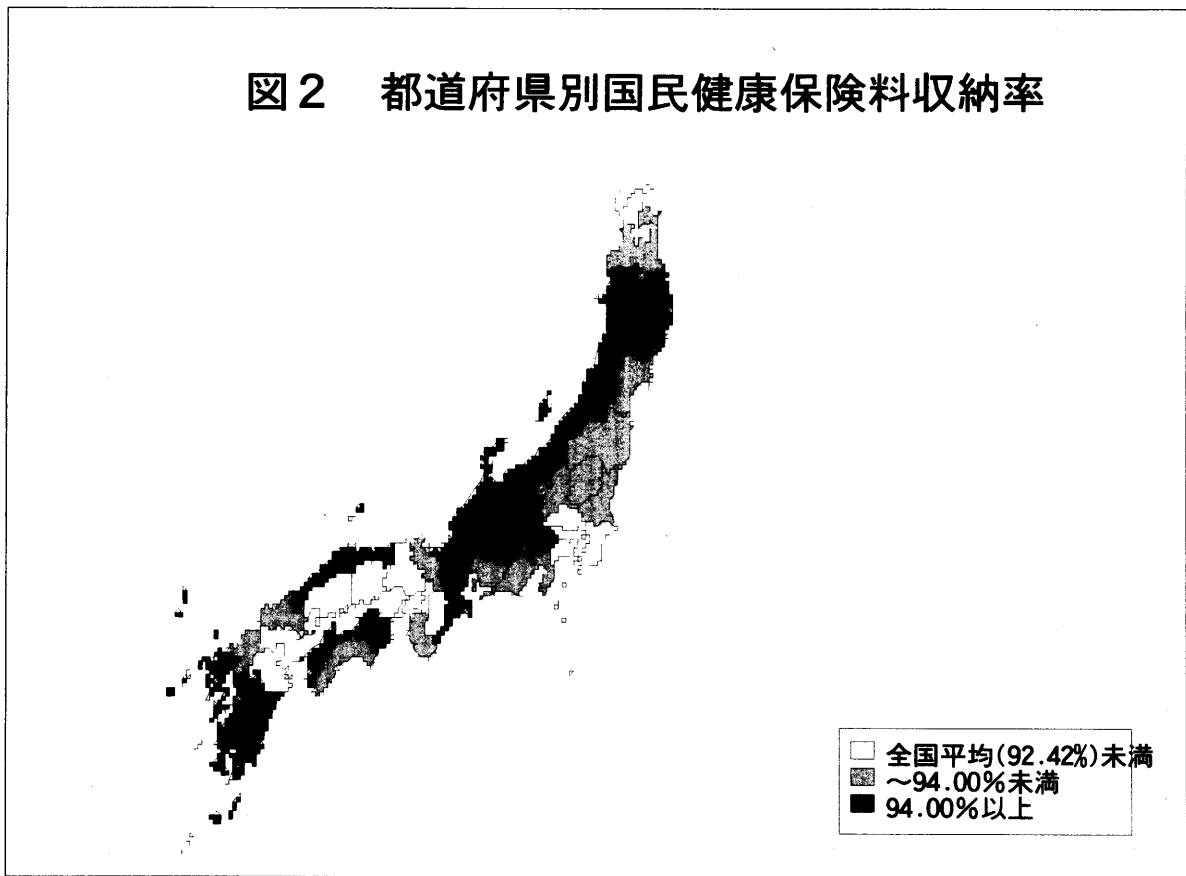
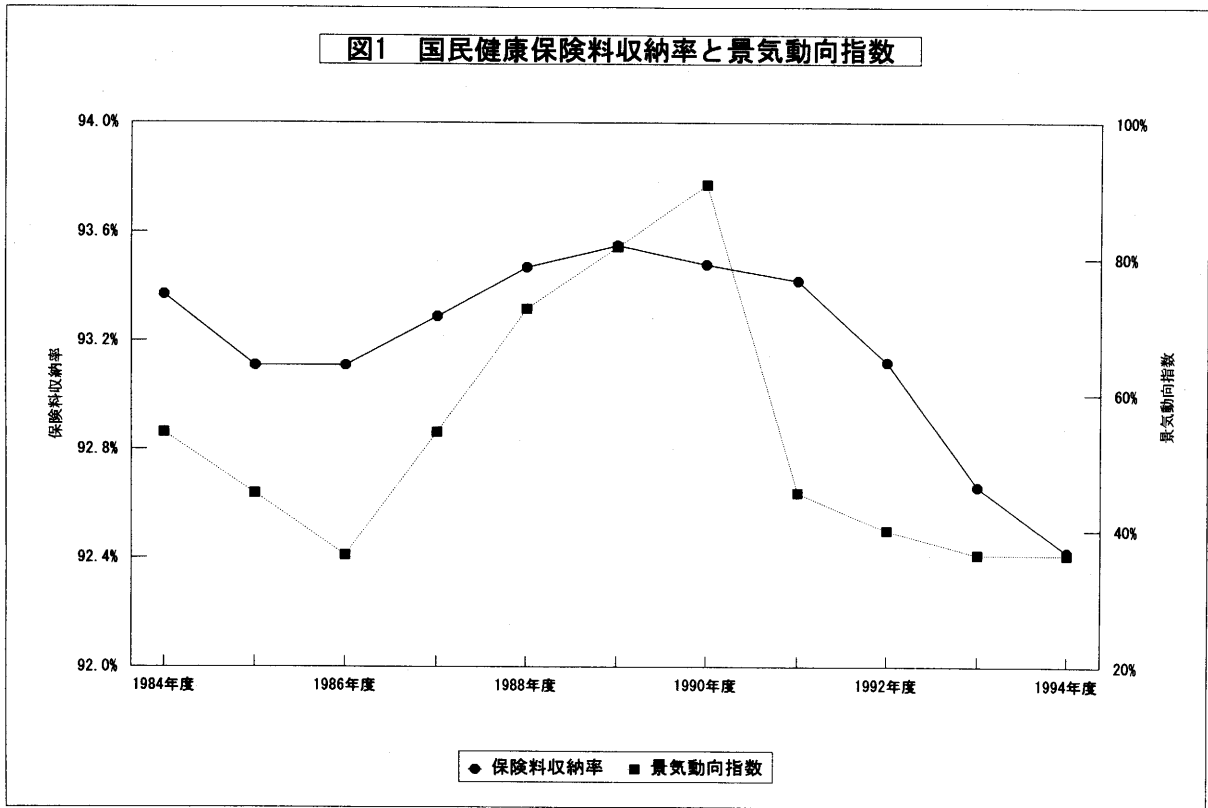
2. 国民健康保険料収納率の格差要因

2-1 収納率と高齢化比率

回帰分析の結果、収納率と高齢化比率とは正の相関があり、高齢化比率が高いほど県収納率が高いという傾向がある($R^2=0.498$, t 値は6.687, 「図3 国民健康保険料収納率と高齢化比率」参照)。

* Differentials of National Health Insurance Expenses Receipt Rate Between Prefectures: Takafumi TANAKA and Mitsumi TANAKA. (Department of Home Economics) (Received September 1, 1997)

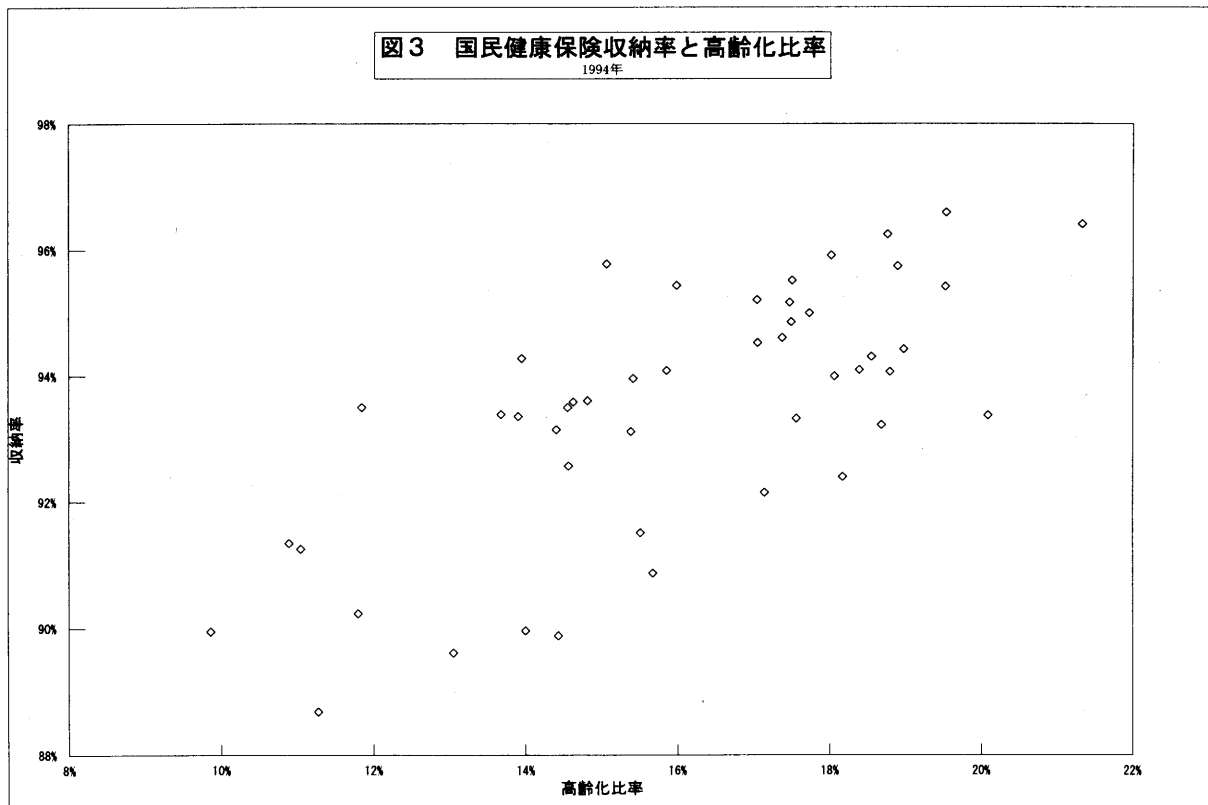
** 平成8年度家庭科4年生



保険料の支払と医療費の支払などの面で優遇される高齢者にとって、国民健康保険は「効率が良い」といえる^{※4)}。

2-2 収納率と所得

ここで取り上げる所得とは1所帯あたりの農家総所得と1人当たりの県民所得のことである(自営業者の所得に関するデータは得られなかった)。



収納率をY、農家総所得の全国平均をXとして推計すると、回帰分析の結果から

$$Y = 0.9544 + (-2.10E-09) X$$

と表すことができる。

収納率の農家総所得に対する支出弾力性 η （農家総所得が1%増加したときの収納率の変化率）を計算すると-0.02045となり、 $\eta < 0$ なので、所得と収納率は「劣等財」の関係にあることがわかる。

「劣等財」とは、所得の増加とともに消費が伸びるが、ある程度の所得になると所得の増加とともに消費が減少する財のことをいう。総務庁『家計調査年報』によると、支出弾力性が負の項目にはアパートなどの借家の家賃がある（「図4 国民健康保険料収納率と農家総所得」参照）。

1人当たりの県民所得と収納率も、支出弾力性が-0.06216となることから、「劣等財」の関係があることがわかる。所得が低いと保険料を納めるだけの経済的ゆとりがなく、収納率は低いと考えられる。所得が高くなるにつれて収納率も次第に高くなるものの、ある程度以上の所得になると収納率は逆に低下することになる。『家計調査年報』によれば、ある程度以上の所得になると借家の家賃の支出が減少するかわりに、持ち家の購入による借入金が増加することがわかっている。国民健康保険料を納める代わりに何に支出を増やしているかは不明である。しかし、所得の上昇とともに、健康を維持し、向上さ

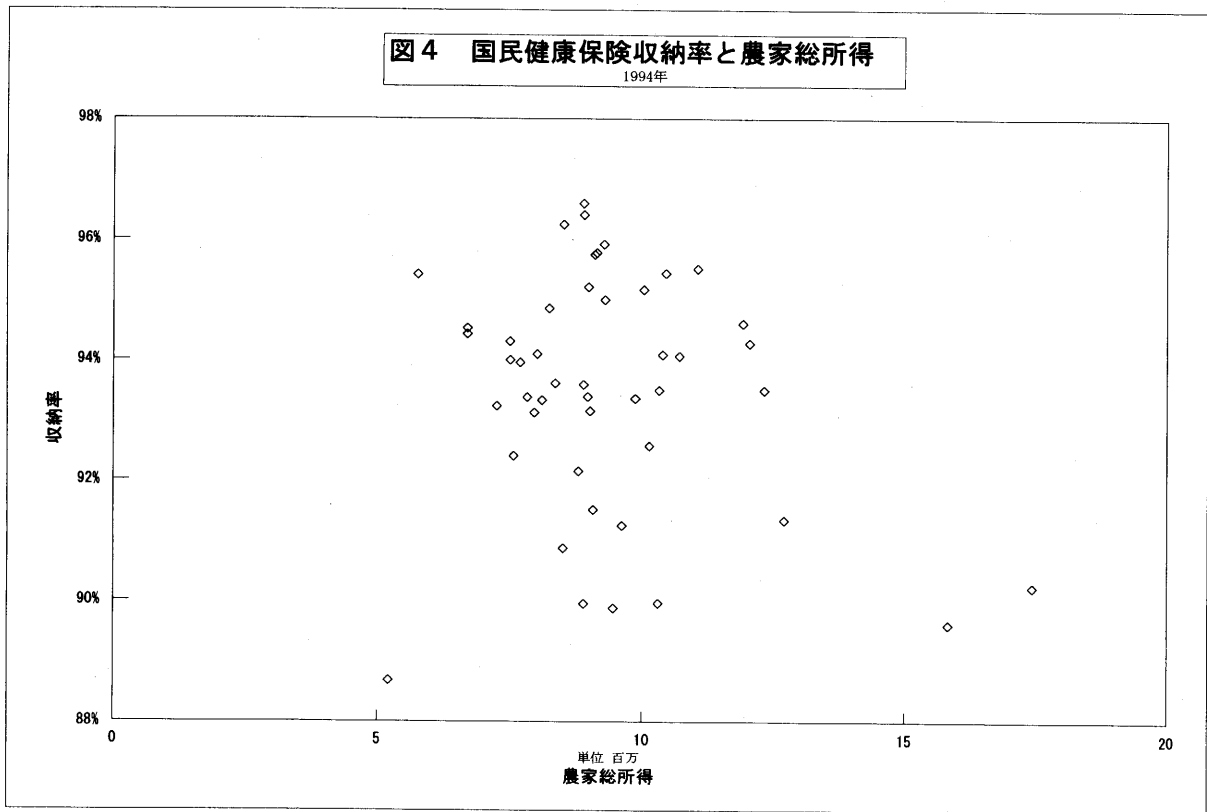
せるための支出を増やすことができ、これによって人的資本としての「健康の度合い」を高めることができるならば、所得の高い人ほど健康への自信を高め、病気などへの備えとしての国民健康保険料を納めようとはしなくなるのかもしれない。

収納率だけではなく、国民健康保険の保険料や給付額にも都道府県で格差がある。1人当たりの年間保険料は富山（¥82,655）が1番高く、沖縄（¥44,418）が1番低い（全国平均は¥67,514）。保険料の高い県が必ずしも収納率が低いとは限らない。1人当たりの年間給付額は山口（¥249,281）が1番高く、沖縄（¥114,022）が1番低い（全国平均は¥194,219）。給付額は「西高東低」の傾向がある。

3. あとがき

1997年9月1日から外来薬剤費の徴収など医療費の患者一部負担が引き上げられた。現在、健康保険財政は老人医療費増大と景気低迷による保険料収入減で破綻の危機に直面している。改革は患者負担の増加の方向で進められているが、支出の抑制だけではなく、保険の収入面、つまり保険料の収納率を上げるための対策も必要である。

たとえば、①自営業者や第1次産業者の保険料に対する補助や免除などの優遇措置の実施、②一部の高所得の高齢者に対する優遇措置の廃止、などは検



討に値しよう。

関が見られる。

注

資 料

- 1) 本稿は、田中満美「国民年金と国民健康保険の加入の現状と課題」(平成8年度家庭科卒業論文)に基づいて田中が執筆したものであり文責は田中にある。
- 2) その他、我が国には政府管掌健康保険、組管掌健康保険、日雇労働者健康保険、各種の公務員共済組合、私立学校教職員共済組合など被用者を対象とする職域保険がある。1961(昭和36)年に国民皆保険が実現し、全国民が健康保険制度の適用を受けることになった。
- 3) 医師、弁護士、理容・美容業など、同種の事業または業務する者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る。
- 4) この背景として、高齢化比率と受診率とに正の相

関1~4のデータの出所は以下の通り。

図1：国民健康保険中央会【国民健康保険の実態】(1985年度版~1995年度版)

経済企画庁調査局【景気動向指数】(1985年度版~1995年度版)

図2：国民健康保険中央会【国民健康保険の実態1995年度版】

図3：国民健康保険中央会【国民健康保険の実態1995年度版】

日本銀行調査統計局【都道府県別経済統計】

図4：国民健康保険中央会【国民健康保険の実態1995年度版】

日本銀行調査統計局【都道府県別経済統計】