

# 第3章

## 日本の社会保険制度間の財政不均衡

高久玲音、別所俊一郎、西村周三、池上直己

日本の社会保険制度には、3000を超える保険者が存在し、大まかに被用者保険と地域保険に分類される。加入者の年齢構成や所得水準は異なるが、全ての保険者が同一の法定給付と実質的に全ての医療施設へのアクセスを提供している。しかし、高齢化や雇用形態の変化により、政府からの補助金や、高齢者医療費の補填を目的とした保険者間の財政調整の導入にもかかわらず、特に地域保険である国民健康保険制度の財政基盤が脆弱化している。国民健康保険に対しては、補助金がマッチングファンド・ベース（支出が多いほど補助金も増える）で交付されるため、保険者（市町村）間で保険料率（所得に占める保険料の割合）の格差が存在する。このような格差は、大手企業の従業員向けの組合健康保険者間にも存在し、拡大している。2つの主要な医療保険制度間、および制度内における財政不均衡は今後さらに拡大する見通しであり、現在になって振り返ると、ある時点で保険料の賦課方式を標準化し、これらの制度を段階を段階的に統合することを長期的な目標として検討すべきだったといえる。

### 目的と背景

本章の目的は、税金による補助金と、高齢者の費用を賄うための被用者保険からの財政調整によって、国民健康保険と被用者保険間の財政不均衡がどの程度まで緩和されてきたかという傾向を分析し、複数の保険者の保険料率の公平性を維持する上での限界について分析することである<sup>1</sup>。この分析結果

---

1 全国健康保険協会（協会けんぽ）において 都道府県間の格差が生じたのは2006年以降であるため、ここでは協会けんぽには注目しなかった。後期高齢者医療制度における保険者間格差も軽微であり、都道府県レベルにとどまっている。共済組合については、会計が年金給付と関連しているため、負担および支出を分析することが困難であった。

は、医療保険制度を構築したか、もしくはこれから構築しようとしている低  
中所得国に良い教訓と悪い教訓の両方をもたらす可能性がある。

## 社会保険制度の概要

日本に3カ月以上在住する者は全て、正規雇用の場合は雇用者の指定する医療保険に、非正規雇用の場合は市町村の指定する医療保険に加入しなければならない。どの保険に入るか選択肢はなく、脱退し民間保険に加入することはできない。扶養家族は、世帯主が加入している保険によって保障される。どの保険者からでも、基本的には同じ包括的な給付が受けられ<sup>2</sup>、実質的に全ての医療提供者を無制限に利用でき、同じ年齢層では費用負担率（自己負担割合）も同じである（高齢者と子供は負担割合が低い）。医療費の請求書は、医療提供者から47都道府県に設置された支払基金、国保連に送られ、そこから保険者に請求が行われる。それにより医療提供者の管理費が軽減されている。このような機関は、請求処理の合理化、医療提供者の管理費の低減、および制度の強化に役立っている<sup>3</sup>。

日本の医療保険では、国民は同じ給付パッケージで普遍的にカバーされており、事務的費用についても社会保険診療報酬支払基金により効率的に運営されている。しかし、保険者の数は3000を超え、所得水準、年齢やその他のリスク構造、加入者が利用できる医療機関の地理的アクセスは、それぞれ異なる。被用者保険は、1927年にブルーカラーの勤労者向けに導入され、その後、全ての正規雇用者に対象が拡大された。一方、地域保険は、1938年に農村部の自治体を主な対象として制定された。1961年にそれまで未導入であった市町村が制度を導入し、加入が強制となり、国民皆保険が達成された。

---

2 日本の給付パッケージでは、私立の病院および診療所での入院治療、処方薬、歯科治療が対象に含まれる。差額請求は認められておらず、混合診療も、病室の追加料金と、認可病院で評価中の新技術に限定されている。健康増進等のために追加的な法定外給付を提供している制度もあるが、制度を選択できないため、加入者の区分にはつながらない。

3 社会保険制度は、請求の二次的な監査を行い、支払いを拒否することがある。それにもかかわらず、社会保険診療報酬支払基金は、社会保険制度と医療提供者間の直接的なやりとりを阻害しているとして批判されてきた。2002年に規則が改定され、社会保険制度が支払基金、国保連を経由せずに直接医療提供者に払い戻せるようになった。2008年、トヨタとNECの健保組合がこの方式を選択した。

創設の相違を反映し、被用者保険の保険料は、扶養家族の数にかかわらず、賃金の一定割合が徴収される。一方、地域保険においては、半分は世帯を単位として各世帯の加入者数に基づいて徴収され、もう半分は世帯の総所得と固定資産税に基づいて徴収される。前者は人頭税に似ているが、一定の所得以下の加入者は、それぞれの所得に応じて保険料が20%、50%、70%減免される。各市町村は、これらの要素を組み合わせ、独自の保険料設定方法を規定している<sup>4</sup>。保険料が所得割で算出される所得の上限は、被用者保険では1400万円、地域保険では概ね700万円となっている。被雇用者が退職すると、被用者保険を脱退し、居住地の地域保険に加入しなければならない。

上記2区分に加え、支出に占める一般財源からの補填割合に応じて、さらに4つの階層に分類される(図3.1)。第1の階層は、大企業の被雇用者向けの制度である組合管掌健康保険制度(以下、組合健保)と、公共部門組織の被雇用者向け制度である共済組合から構成され、どちらも公費を受けていない<sup>5</sup>。第2の階層は、中小企業の被雇用者向けの全国健康保険協会管掌健康保険(以下、協会けんぽ)であり、給付費に占める国庫補助率は16.4%となっている<sup>6</sup>。第3の階層は、市町村が所管する地域保険である国民健康保険制度から構成され、自営業者、非正規雇用者、非就業者、および75歳未満の年金受給者が加入し、平均して給付費の半分を公費が占める。第4の階層は、2008年の医療制度改革によって設けられた後期高齢者医療制度で、都道府県レベルで組織された高齢者(75歳以上)向けの保険者から構成され、国庫補助率は50%となっており、40%を他の3階層の保険者が負担している<sup>7</sup>。65～74歳の高齢者は、大部分が国民健康保険に加入しており、その費用は被用者保険の拠出金をプールして支払われる(Ikegami et al. 2011)。

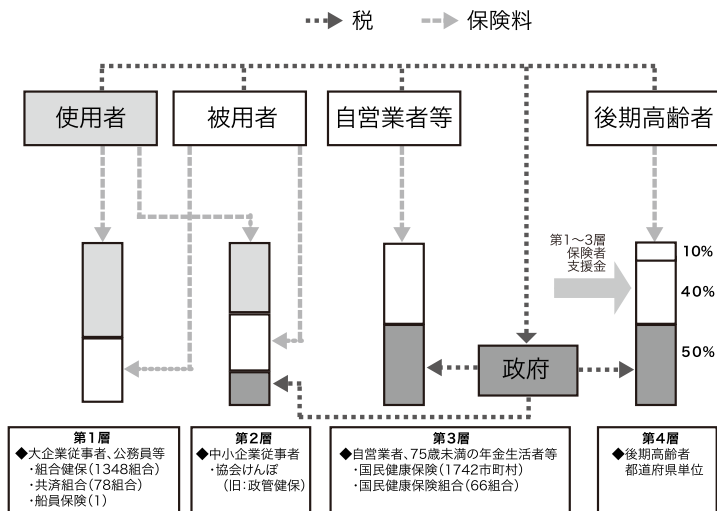
4 このようならばつきは、地域保険が自然発生的に発展してきたことによる。自治体は、公平性の概念に基づいて、それぞれ独自の保険料賦課方式を構築してきた。所得の算出は前年度のものを根拠としている。これは、農家では収穫後まで所得が分からないことを反映している。

5 現実には、組合健保は、1927年の社会保険制度の実施時まで遡り、管理費として若干の補助金(費用の0.1%未満)を受給している。

6 給付費とは、社会保険における法定給付の費用を表すために日本で使用されている用語である。高齢者の費用を支払うための移転支出、健康診断などの法定外給付、管理費などは含まれない。また、患者の支払う自己負担分も除外される。

7 保険料は、国民健康保険と同様に徴収されるが、世帯単位ではなく、個人単位で徴収される。

図3.1 社会保険制度間の資金の流れ (2011年)



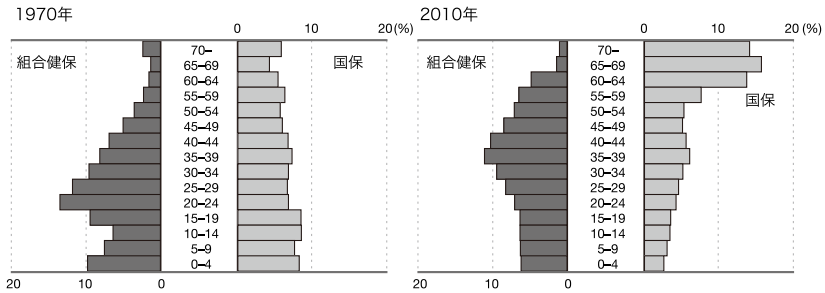
出典: Ikegami et al. 2011 (2011年のデータに更新)

これら4つの階層のうち、国民健康保険は最も財務・財政面が不安定である。その理由は3つあり、75歳未満の退職した高齢者を含む非正規雇用者が加入している、加入者が保険料を支払わないか、支払えないリスクがある<sup>8</sup>、そして、リスクをプールする機能が低い(2010年現在、保険者の57%が加入者1万人未満)ことである(厚生労働省2012)。財政状況は次の3つの理由により悪化しつつある。第1に、それまで被用者保険に加入していた者が退職後に国民健康保険に加入することになるため、人口の高齢化は特に(組合健保よりも)国民健康保険に影響を及ぼす。75歳以上の高齢者がこの年齢層を対象に2008年に新設された制度に移行した後も、国民健康保険の加入者に占める55歳以上の比率は依然として高い(図3.2)。

第2に、職業の構成が変化している。1963年には、農業、林業、漁業の従事者が加入者の40%以上を占めていたが、2010年にはわずか3%にまで

8 未納保険料の割合は、1973年の3.53%から、2009年には11.99%にまで上昇し、2011年は10.61%だった。近年になって低下しているのは、おそらく、保険料の均等割の減額資格を得るための基準が引き下げられたことによる。未納分は、保険料率の引き上げによって賄われる。この割合は、町村よりも大都市の方が高くなる傾向にある。

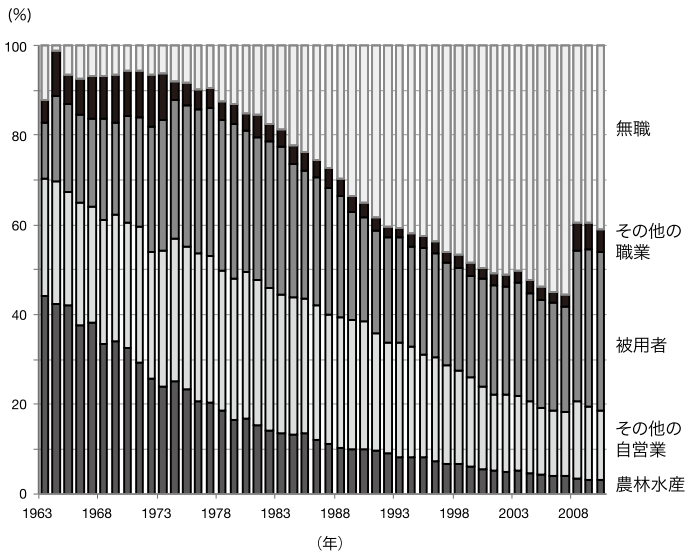
図3.2 国民健康保険と組合健保加入者の年齢分布 (1970年および2010年)



出典：国立社会保障・人口問題研究所

減少した (図 3.3)。対照的に、2008 年に 75 歳以上の加入者が新しい制度に移行した後でも、退職者而非就業者（無職）の割合が 40% へと増加している。高齢化と退職者の割合の増加が財政を悪化させている。年金所得は保険料率

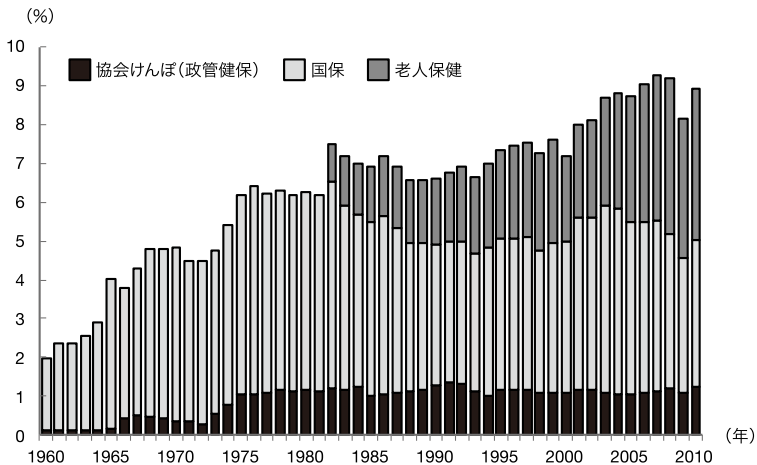
図3.3 国民健康保険加入者の職業分布



注：2007年と2008年の間に連続性がないのは、後期高齢者医療制度が導入されたためである。

出典：厚労省 1963-2010

図3.4 一般会計歳出に占める社会保険関係補助金の割合



注：管理費の一部を支払うための政府から組合健保への補助金は、ごくわずかであるため、除外した。

出典：「老人保健事業」に関するデータは財務省（1983～2010年調査）。国民健康保険と協会けんぽに関するデータは国立社会保障・人口問題研究所。

低下の影響を受けるため、収入が減少する一方で、医療費が増加する。最後に、勤務時間が週30時間未満で、被用者保険に加入していない被雇用者（所得は低い傾向にある）の割合が増加している。

政府は、国民健康保険、高齢者、および協会けんぽへ一般財源から割り当てる割合を1960年の2%から2010年の9%へ引き上げた（図3.4）。この引き上げは総費用の増加に合わせたものであり、医療費の割合として見ると、1965年（24.9%）も2010年（25.9%）も、ともに4分の1程度であった。この割合は、1983年のピーク時に30.6%まで上昇した。70歳以上の全ての高齢者の費用を支払うために、政府は全ての医療保険制度からの拠出金をプールした財政調整を徐々に導入したため、その後、この割合は低下した（本書第2章「日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを維持するためのマクロ経済的な状況と課題」を参照）<sup>9</sup>。

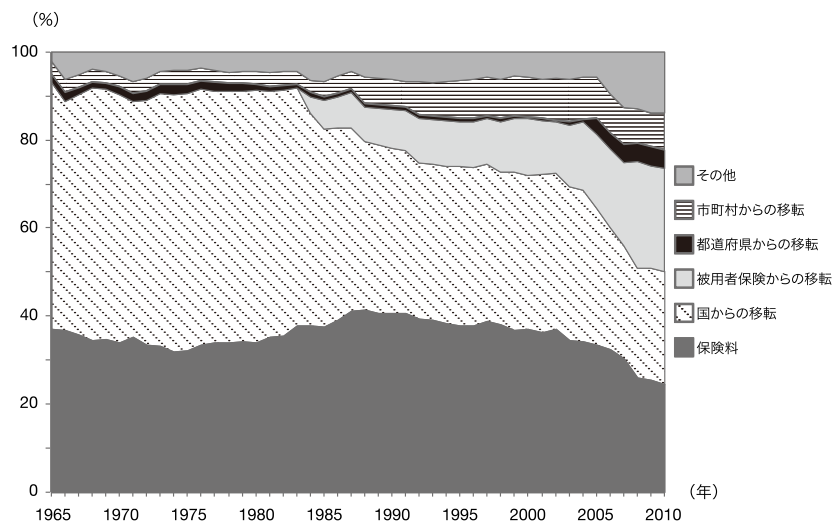
9 高齢者に対する支出は、1973年の「無料」（自己負担なし）診療の導入を受けて、増加した。

## 国民健康保険の財政状況の変化

2010年の全ての国民健康保険の総収入の内訳を見ると、26%が国から、25%が加入者の保険料から、24%が被用者保険から（国民健康保険に偏って加入している65～74歳の高齢者の医療費を賄うため）、8%が市町村から、4%が都道府県から<sup>10</sup>、そして残りがその他から賄われている（図3.5）。

収入に占める保険料の割合は、1965年当初の36.9%から低下したが、その後1974年の32%から1991年の41%まで上昇した。それ以降は、高齢者の費用を賄うための財政調整が拡大しているため、低下し続けている。その他の変化としては、第1に、国からの補助金の割合がほぼ半分から4分の

図3.5 国民健康保険の収入構成の推移

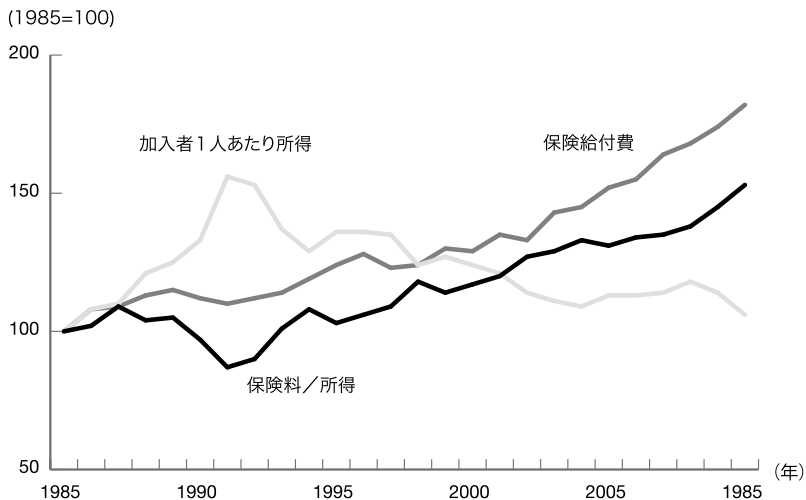


注：2007年と2008年の間が連続的でないのは、2008年に後期高齢者医療制度が導入されたためである。

出典：国立社会保障・人口問題研究所 2007；2012

10 2005年に都道府県の割合が上昇しているのは、主に国から都道府県へ権限と財源が委譲されたことによる。都道府県は、市町村に都道府県調整交付金を割り当てるための公式を設定することができる。ただし、2011年現在、都道府県のうち、36は全ての市町村に同じ割合で交付しており、当該市町村の財政状況を反映しているのは11のみである。

図3.6 国民健康保険の加入者の課税所得額、保険料率および給付費



注：全ての変数は1985年を100として標準化されている。医療給付費および課税所得は、消費者物価指数（CPI）で実質化している。2008年の後期高齢者医療制度の発足により、2007年と2008年の間が連続的でない。

出典：加入者1人当たりの所得、保険料、および給付費は厚生省による（1985～2010年年次調査）。CPIのデータは総務省による。

1へ減少した。第2に、この国からの補助金の減少分は、高齢者の費用を賄うために被用者保険から調整される金額の増加分よりも大きい（後期高齢者医療制度が導入された2008年には、26%まで低下している）。第3に、財政基盤の脆弱化によって、市町村は、一般財源からの財政支援を増やさざるを得なくなっている。

しかしながら、国民健康保険の収入に占める保険料の割合は低下しているものの、加入者の所得以上に給付費が増大しているため、保険料が増加するにつれて、所得に占める保険料の割合は上昇している（図3.6）。所得は、1991年の120万円をピークに、2010年は80万円まで減少し、所得に占める保険料の割合は、5.6%から10.0%まで上昇した<sup>11</sup>。

11 2010年の時点で、「その他」は収入の13.5%であり、そのうち81%が再保険制度によっ



## 国民健康保険料の格差是正に向けた財政調整の効果

以下の数式を用いて各国民健康保険の保険料収入を分類し、国民健康保険の保険者間の所得水準による格差を是正する上での財政調整の効果を考察した。

$$\begin{aligned}
 \text{保険料収入} &= \text{支出} - \text{移転および補助金} \\
 &= \text{医療費} + \text{他の制度への移転} \\
 &+ \text{再保険制度（負担 - 給付）} - \text{療養給付費負担金} \\
 &- \text{普通調整交付金} - \text{都道府県調整交付金} \\
 &- \text{市町村一般会計からの移転} \\
 &- \text{その他の移転および補助金}
 \end{aligned}$$

各医療保険の保険者において、保険料収入は、支出から移転および補助金受給額を引いた金額と等しくなければならない。数式では、費用を医療費、他の基金（後期高齢者医療制度の費用を賄うための共同管理基金）への調整、および再保険制度の純費用（保険料支出から受け取った給付費を引いたもの）に分けている<sup>12</sup>。その他の収入は、政府からマッチングの形で受給する補助金（療養給付費負担金）と普通調整交付金、都道府県から受給する補助金（都道府県調整交付金）、65～74歳の高齢者の医療費を賄うための被用者保険からの納付金、市町村の一般会計からの移転（一般会計繰り入れ）、およびその他の移転と補助金に分類される。

これらの要素のうち、療養給付費負担金と都道府県調整交付金は、マッチングファンドベースで支払われる<sup>13</sup>。普通調整交付金だけが、保険料率の格差を縮小することに重点を置いており、給付費の割合は、0%から最大32.0%（三島村）と幅がある。この交付金は、標準的な需要（通常は医療費に相当する）と標準的な収入（通常は保険料収入に相当する）の差に基づいている。しか

---

て支払われた給付によるものである。この制度は、都道府県レベルで管轄され、30万円を超える支出に対して国民健康保険制度から資金が拠出される。国民健康保険制度は、半分は加入者数に基づいて、もう半分は過去の医療費に基づいて資金を提供する。支払われる保険料は支出に現れるため、分母を実際の純収入とした場合、比率は10%程度低下する。

12 これは国民健康保険から拠出されるため、全体では負担額が費用と等しくなり、図3.5には現れない。

13 災害については、特別調整交付金によって別途資金が提供される。

しながら、後者の比重が高く、この交付金を受給しない国民健康保険制度は比較的平均所得が高い保険者に限られる。表 3.1 は、各財政移転の前後に変動係数（CV）を求めることによって、保険料のばらつきがどのように軽減されるかを示している。総費用の変動係数を算出した上で、国民健康保険の保険者への移転をひとつずつ引き、同じ手順を繰り返すと、移転によって変動係数が 0.38 から 0.22 に低下することが分かる。最も効果的な移転は、普通調整交付金であり、その後に再保険制度が続く。

**表3.1 国民健康保険の保険者間の保険料率の差（調整前および調整後）**

	CV	Δ CV
総費用	0.38	-
療養給付費負担金	0.39	0.01
普通調整交付金	0.33	△ 0.06
都道府県調整交付金	0.33	0.00
再保険制度	0.28	△ 0.05
市町村からの移転	0.26	△ 0.02
保険料全体	0.22	-

注：CVは、全ての国民健康保険者のデータを用いて算出した。全ての変数は平均所得で除している。

出典：国民健康保険中央会 2011のデータに基づき算出

## 国民健康保険者間の財政不均衡

保険料にどの程度の格差があるのかを示すため、2010年に国民健康保険に加入していた代表的な世帯のモデル保険料を各自治体の設定する計算法を用いて算出した<sup>14</sup>。保険料は、各世帯の加入者数によって異なるため、世帯主と配偶者の2人世帯を標準として設定した。保険料を計算する際に公的年金収入は実質的に控除されているため、世帯主の年齢（労働年齢と高齢者）によって分けた。その上で、200万円から1400万円までの5段階の年取に応じて保険料額を計算した。

14 保険料の算出に資産割を用いる自治体では、全ての世帯が自治体の平均額を支払っているものと想定した。資産割から徴収する保険料の割合は、保険料全体の10%未満である。

表3.2 国民健康保険制度間の非高齢者および高齢者世帯の保険料率の範囲 (2010年)

年間所得	最低値	p10	p25	中央値	p75	p90	最大値
非高齢者世帯							
200万円	4.6	8.5	9.8	10.9	12.3	13.4	18.6
300万円	4.2	7.6	8.9	10.0	11.4	12.5	17.7
500万円	3.8	6.8	8.0	9.3	10.5	11.5	12.8
700万円	3.6	6.5	7.4	8.4	9.0	9.0	9.0
1400万円	2.9	4.2	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5
高齢者世帯							
200万円	2.7	4.6	5.4	6.1	6.7	7.2	9.2
300万円	2.9	5.3	6.0	6.8	7.6	8.3	11.3
500万円	3.1	5.6	6.6	7.5	8.5	9.4	12.6
700万円	3.0	5.5	6.3	7.3	8.1	8.8	9.0
1400万円	2.9	4.2	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5

注：p10、p25、p75、およびp90は、年収のパーセンタイルを表している。全ての計算は、2010年の規則で定められた方法に基づく。「高齢者」とは、世帯主が65歳以上で公的年金を受給している世帯を指す。

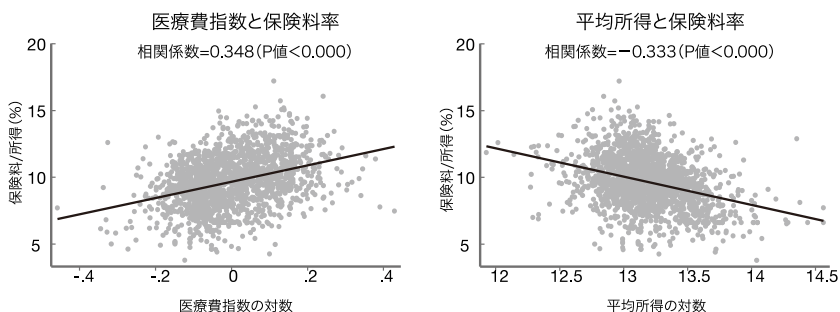
出典：国民健康保険中央会 2011

表 3.2 に示すとおり、年間所得が最も高い階層を除く全ての非高齢者世帯と高齢者世帯において、保険料率の最低値と最高値に概ね 3～4 倍の開きがあった。年金所得は実質的に控除されるため、保険料率の中央値は、非高齢者世帯が高齢者世帯を大きく上回った（例えば、200 万円の年間所得の階層において非高齢者世帯が 10.9%、高齢者世帯が 6.1%）。国民健康保険料の徴収額に上限が設定されているため、所得別で見ると、保険料率は高額所得世帯で概して低くなった。75 パーセントイルでは、所得が 700 万円の非高齢者世帯の保険料率は 9.0% であったが、1400 万円の世帯では 4.5% であった。このように、逆進的な構造になっている。

各自治体における国民健康保険制度の保険料率を決定する要素は何であろうか。図 3.7 は、各自治体における所得額 300 万円の非高齢者世帯における保険料率の分布を示している。非高齢者世帯の保険料率と年齢調整医療費(医

療費指数)<sup>15</sup>は、大きな正の相関関係にあり(0.348)、保険の原理が適用されていることが分かる。しかし、保険料率と平均所得は、医療費を年齢調整した場合でも負の関係となっている(-0.333)。以上を鑑みると、国民健康保険制度の財政不均衡の軽減を目指す現在の措置は不十分なことが分かる。異なる所得水準の非高齢者世帯についても、同様の結果が得られた。

図3.7 各自治体の医療費指数と保険料率、および平均所得と保険料率(2010年)



注：保険料および保険料率は、年間所得300万円の非高齢者世帯のもの。

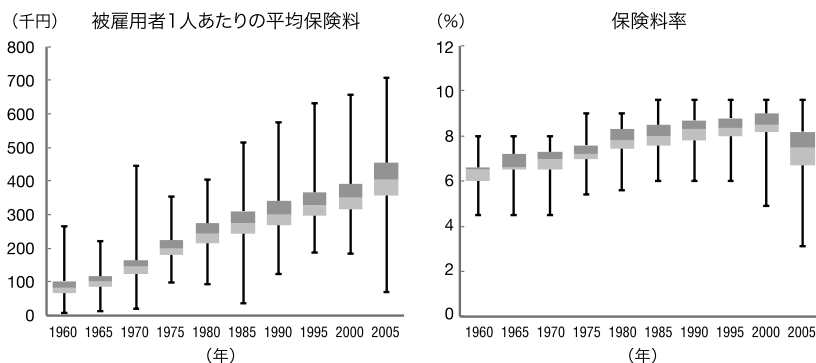
出典：平均所得と医療費指数は厚生労働省2010より。保険料データは国民健康保険中央会2011より。

## 組合健保間の財政不均衡

組合健保と共済組合は、財源が最も安定しているが、後期高齢者医療制度に対する支援費、および65～74歳の高齢者向けの納付金への出資のため、財政状態は悪化している。これら2つへの支出は、合計すると2013年度の支出の半分近く(46%)を占める(健康保険組合連合会2013)。組合健保間にも不均衡は存在する。給付面を見ると、一部の制度は、健康増進・予防プログラムや自己負担の一部払い戻しの形で、追加の法定外の給付(付加給付)を提供している。また、雇用主が支払う保険料の最低割合は、法律で50%以

15 医療費指数は厚生労働省から公表されているものである。医療費指数を使用すると、年齢構成の差を考慮せずにさまざまな自治体の医療費を比較することができる。

図3.8 組合健保における被雇用者1人当たりの保険料および保険料率の推移



注：ひげの最上部は最大値、最下部は最小値を表している。箱の上辺は75パーセントイル、中央の線は中央値、下辺は25パーセントイルを表す。左側のグラフの縦軸の数字は、CPIによって実質化された被雇用者1人当たりの保険料を表す（2010会計年度を100とする）。被雇用者1人当たりの保険料は、被用者数（扶養家族を除く）に対する保険料収入の比率として算出している。右側のグラフの縦軸の数字は、雇用主が支払う保険料を含む保険料率を表す。2003年に保険料算出の根拠が月収から年収に変更されたため、2000年と2005年のデータは比較することができない。

出典：健康保険組合連合会 1962-2007による被雇用者1人当たりの平均保険料および保険料率。CPIデータは総務省による。

上と定められているが、大部分の制度はそれ以上負担している。しかし、最も不公平なのは、保険料率の差である。データが限られているため、ここでは1960～2005年について考察する<sup>16</sup>。

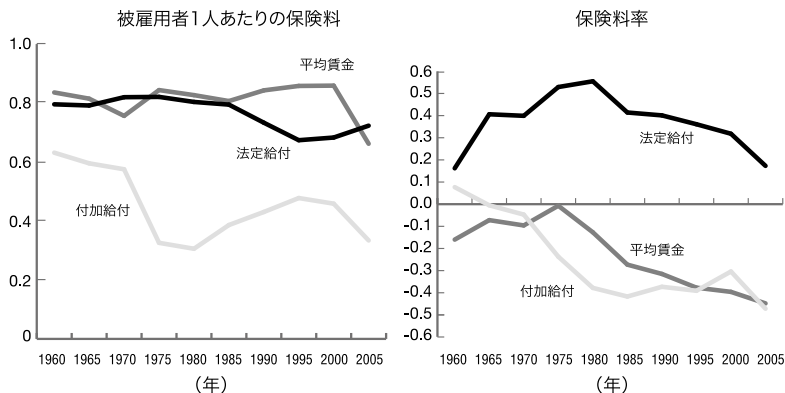
物価上昇、高齢化、技術進歩による医療費の増加を受けて、考察期間中の保険料および保険料率の両方が上昇している（図3.8）。被雇用者1人当たりの保険料の中央値は、1960年の8万3000円から2005年の40万4000円に増加している<sup>17</sup>。

保険料は、被用者1人当たりの法定給付費と強い正の相関関係にある（2005

16 近年、保険料率の不均衡に変化は見られないため、この考察は現在も有効と考えられる。結果は、データ収集から2年遅れで発表される点に注意されたい。

17 2000年から2005年の保険料率の低下は、2003年に保険料徴収の根拠が月収から年収に変更されたことによる。以前は、賞与から「特別保険料」と呼ばれる一律税率で徴収されていた。

図3.9 被雇用者1人当たりの平均保険料および保険料率と、法定給付費、付加給付費、平均賃金との相関関係の推移



注：縦軸は、各変数と、被雇用者1人当たりの保険料および保険料率との相関係数を表す。法定給付および付加給付は、扶養家族を除外し、被雇用者1人当たり換算して算出する。2003年に保険料算出の根拠が月収から年収に変更されたため、2000年と2005年のデータは比較することができない。

出典：健康保険組合連合会 1962-2007

年は0.7)が、付加給付については、相関関係が弱い(図3.9)。また、被雇用者1人当たりの保険料は、組合管健保の加入者の平均賃金と強い正の相関関係にある(2005年は0.6)が、保険料率は、負の相関関係にあり(-0.4)、組合管健保の保険料は逆進的に徴収されていることが分かる。

これらの関係は、1960年から2000年半ばまで比較的一貫しており、次のような傾向が見られる。第1に、法定給付費と保険料・保険料率との相関関係は、1985年頃から弱まっている。これは、おそらく、1983年に老人保健制度が導入され、新しい制度の下で、組合管健保が拠出金として保険料収入をプールして調整することが義務付けられたためだと考えられる。第2に、保険料率と所得の負の相関関係が着実に強まっている、低所得の加入者を抱える制度が徐々に保険料率を引き上げるようになったためである。

## 考察

社会保険は、連帯の原則に基づいて発展したが、この原則は同一制度の加入者に限られたものであり、使用者と被用者は、被用者保険から財政調整により支出を強制されたことに不満を持っている。しかし、政府は彼らの負担に頼らざるを得なかった。なぜなら、急速に進む高齢化によって、被用者保険と地域保険間の財政不均衡を一般財源で賄い続けることができなかつたためである。制度を統合すると、保険料の低かつた制度の保険料率が上昇するため、抜本的な解決策は講じられていない。また、国民健康保険制度では、保険料の算出方法が自治体によって異なるため、実務的なハードルも存在する。しかも、被用者保険と地域保険間でも、保険料の算出方法が根本的に異なり、統合する上でさらに大きな障害となる。

フォーマルセクターとインフォーマルセクターの制度間の収入不均衡を緩和するには、政府の補助金が必要であり、日本の例からは、労働者の移動により都市部よりも地方で高齢化が急速に進み、サービス産業の拡大によって非正規雇用者の数が増加傾向にあるため、このような補助金が増加することが分かる。財政状態がよい側の制度に負担金の拡大を強制することは抵抗に遭うだろう。

振り返ってみると、最終的に社会保険制度を統合する長期的な目標を策定し、連帯の基盤をその制度の加入者以外にも拡大する解決策を選択するのが適切だったと考えられる。まずは、保険料の賦課方式を標準化し、「公平な負担」を全国的に定義する必要があるだろう。

すでに社会保険制度を構築した国、もしくはこれから構築しようとしている国が、異なる制度・加入者間での公平な再配分など、日本が直面している問題を回避するには、対象者、給付、費用負担に関する保障範囲だけでなく、保険料率に関しても、公平性を達成することを目指す必要がある。全国的に保険料率を統一するか、あるいは地域によって差をつけるかは、その国の状況に応じて異なる。後者の利点は、保険料率に地域の医療支出が反映されるため、医療施設のアクセス改善により焦点を置いた施策を行なえることにある。

**【参考文献】**

- 健康保険組合連合会 (1962-2007) 「健康保険組合事業年報」(昭和 35 年度～平成 17 年度) (報告書はデータ収集から 2 年遅れで発表される)
- 健康保険組合連合会 (2013) 「平成 25 年度健保組合予算早期集計結果の概要」 <<http://www.kenporen.com/include/press/2013/2013042202.pdf>> (2013 年 10 月 23 日アクセス)
- 国民健康保険中央会 (2011) 「国民健康保険の実態 平成 23 年度」
- 国立社会保障・人口問題研究所 (1960-2010) 「社会保障費用統計」 <<http://www.ipss.go.jp/ssj-db/e/ssj-db-top-e.asp>> (2013 年 10 月 23 日アクセス)
- 厚生労働省 (1963-2010) 「国民健康保険実態調査」(昭和 38 年度～平成 22 年度)
- 厚生労働省 (2012) 「国民健康保険事業年報平成 22 年度」
- 厚生労働省 (2010) 「医療費の地域差 (医療費マップ) 平成 20 年度」 <<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/hoken/iryomap/>> (2013 年 10 月 23 日アクセス)
- 財務省 (1960-2010) 「財政金融統計月報」(昭和 35 年度～平成 22 年度) <[http://www.mof.go.jp/pri/publication/zaikin\\_geppo/hyou03.htm](http://www.mof.go.jp/pri/publication/zaikin_geppo/hyou03.htm)> (2013 年 10 月 23 日アクセス)
- 総務省 「消費者物価指数」 <<http://www.stat.go.jp/data/cpi/>> (2013 年 10 月 23 日アクセス)
- Ikegami, N., B. K. Yoo, H. Hashimoto, M. Matsumoto, H. Ogata, A. Babazono, R. Watanabe, K. Shibuya, B. M. Yang, M. R. Reich, and Y. Kobayashi 2011. "Japanese Universal Health Coverage: Evolution, Achievements, and Challenges." *Lancet* 378, no. 9797: 1106-15. (邦訳「日本の皆保険制度の変遷、成果と課題」『ランセット日本特集号：国民皆保険達成から 50 年』特集号 2、(公財) 日本国際交流センター)