

新しい国民健康保険制度の評価と課題 —都道府県の「国保運営方針」から何が読み取れるか—

調査部 主席研究員 西沢 和彦

目 次

1. はじめに
2. 医療費反映係数（ α ）の設定にみる新しい国民健康保険像
 - (1) 医療費反映係数（ α ）とは
 - (2) 都道府県は α をどのように設定しているか
 - (3) α の設定から何が読み取れるか
3. 医療費適正化との関係
 - (1) 医療費適正化計画とは
 - (2) 「運営方針」における2025年度の医療費推計
 - (3) 医療費推計から何が読み取れるか
4. おわりに

要 約

1. 2015年施行の法改正により、2018年度から国民健康保険（国保）の制度が変わる。最大のポイントは保険者のあり方であり、これまで1,716の市町村それぞれであったものが、都道府県と当該都道府県内の市町村とのいわば共同保険者となる。一般には都道府県単位化と呼ばれている。かねてより国保は、高齢者人口の増大や非正規雇用の増加などにより、総じてハイリスクでありながら負担能力の低い加入者属性となるなど財政基盤が脆弱であること、市町村間の著しい負担格差、および、小規模保険者の存在など数々の課題が指摘されてきた。では、今回の改革によって国保はどのような姿になり、こうした状況は好転に向かうのか。本稿は、その一端について、2017年から2018年初にかけ各都道府県が作成公表している「国民健康保険運営方針」の検証を通じ、見通しを得ることとした。
2. 本稿は、多岐にわたる「運営方針」記載項目のうちとくに重要と考えられる2点に着目した。1点目は、各都道府県が設定する「医療費反映係数（ α ）」である。新しい国保財政においては、財政運営責任を負う都道府県が当該市町村に対し、納めるべき納付金を割り当てる。その際、医療費水準が高い市町村に対しては多くの納付金を求めるか、それとも、医療費水準にかかわらず同じ負担能力の市町村であれば同じ額の納付金を求めるか—それを決定するのが医療費反映係数（ α ）である。 α は都道府県ごとに0～1の間で設定される。
3. 47都道府県の α をみると、おおむね四つに類型化できる。一つ目は、積極的に市町村ごとの医療費水準の差を納付金に反映させるパターンであり、7県ある。それにより、市町村の医療費抑制インセンティブへの働きかけなどが期待されている。それとは対照的に、二つ目のパターンとして、納付金に医療費水準を全く反映させない、あるいは、一部の反映にとどめる道府県も七つある。二つ目のパターンに近いのが、当面は納付金に医療費水準を反映させつつ、時期を明示しながら、二つ目のパターンを目指す県である。これが三つ目のパターンであり、4県ある。もっとも、これら以外の27府県は、消極的な医療費水準反映ともいえるべき態度に映る。すなわち、新制度移行の前後で大きな変化を回避するため、当面納付金に医療費水準を反映させておくパターンである。
4. このような α の設定の実態をみると次の3点が指摘できる。第1に、かねてより懸念されてきたように国保の責任主体が曖昧な県が大勢であることが確認される。第2に、医療費適正化を進める主体について、都道府県に重きを置くもの、市町村に重きを置くものと両極の考えが存在する。第3に、「公平」について多様な見解が見られる。市町村ごとの医療費水準に応じて負担水準に差を設けるのが公平であるとする県もあれば、医療費水準よりも負担能力に着目し、負担能力が同じであれば同じ負担水準とすることを公平とする県もある。総じて、一つの国保像が都道府県で共有されている訳ではないことが読み取れる。
5. もう一つの検証項目は、「運営方針」における2025年度までの国保医療費見通しの推計である。都道府県には、2006年施行の高齢者医療確保法に基づき、医療費適正化の役割が課せられている。適正化とは、端的に言えば抑制である。今回の国保改正法は、都道府県を国保の保険者に加え、医療費適

正化の成否を都道府県の懐によりダイレクトに響かせることを通じ、医療費適正化の実効性を高めることが期待されている。国保医療費見通しの推計が医療費適正化とどの程度整合性を持っているのかを調べることを通じ、そうした期待が妥当か否かを推し量ることができる。

6. 47都道府県について国保医療費見通しをみると、国保医療費見通しが医療費適正化と完全に整合性を持っている県は皆無である。そのうえで、47都道府県はおおむね次の四つに類型化できる。一つは、推計方法など一部ではあるが、医療費適正化との整合性がみられる県である。もっとも、そうした県は7県にとどまる。二つ目は、医療費適正化との整合性に乏しい道府県であり、23と最大のグループになる。三つ目が、そもそも医療費見通しの推計自体に難点があり、推計結果自体に意味がない、あるいは、ミスリーディングですらある県であり、6県ある。最後に、どのようなロジックで推計されたのか不明、あるいは、推計が行われていない都道府県であり、11にのぼる。

7. このように、現状、国保の保険者に都道府県を加えることと医療費適正化が有機的に結び付いているようには見受けられない。理由としては、すでに述べたように国保の責任主体がそもそも曖昧であること、「運営方針」の記述をみると医療費抑制はもっぱら診療報酬の決定や法改正を担う国の責務であるという考えも見られること、さらには、医療保険や医療費適正化を担う主体としての都道府県の適性に疑問の余地なしとしないことなどが考えられる。

8. 今後、国保の在り方について、共同保険者となった都道府県と市町村に任せるというのではなく、消極的に $\alpha = 1$ と設定した27道府県における今後の議論の行方や、積極的に $\alpha = 0$ と設定した7道府県の成否（市町村の特定健診・特定保健指導推進インセンティブが低下しないかなど）を見極めつつ、共同保険者という形態のそもそもの是非、現行の医療費適正化の枠組みの妥当性、および、医療保険者・医療費適正化推進主体としての都道府県のスキル底上げなどについて、引き続き議論していく必要がある。

1. はじめに

2015年に制定された「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（以下、国保改正法）に基づき、2018年度から国民健康保険（国保）の制度が変わる。最大のポイントは、江口 [2016] も指摘するように、保険者の在り方であり、1,716それぞれの市町村から、都道府県と当該都道府県内市町村とのいわば共同保険者となる（注1）。改正法では次のような表現がとられている。「都道府県は、当該都道府県内の市町村とともに、国民健康保険を行うものとする」こうした内容は、「都道府県単位化」と一般に呼ばれているが、共同保険者と呼んだ方が実態に即している（例えば、笠木 [2017]）。

国保の改革が迫られている背景には、国保を取り巻く環境の変化、および、国保そのものが抱える諸課題の深刻化が指摘できる。まず、国保を取り巻く環境の変化として、財政健全化の要請、高齢化の進行、および、就業構造の変化などがある。国保の支出合計12.6兆円（注2）の約半分は、国と地方自治体の公費で賄われており、わが国の極めて厳しい財政状況から財政健全化が急がれるなか、国保に限らず42.4兆円（2015年度）に及ぶ医療費抑制は財政上の重要な課題となっている。あるいは、高齢者人口の増大、就業者に占める非正規雇用の割合の拡大により、もともと自営業者と農林漁業者向けの制度として発足した国保の加入者属性は大きく変化し、総じてハイリスクでありながら負担能力の低い加入者集団となり、それが国保の財政基盤を脆弱化させる一因となっている。

次いで、こうした国保を取り巻く環境の変化もあり、国保そのものが多くの課題を抱えている。財政基盤が脆弱でありつつ、保険料の引き上げもままならないことから、市町村が一般会計からの補填を余儀なくされているケースや、組合健保に比べ特定健診の受診率が顕著に低いことに象徴されるように十分に保険者機能が発揮されていないケースがある。その他、保険料の滞納、保険料負担における著しい市町村格差など、国民健康保険は組合健保や協会けんぽなどに比べ、より深刻な課題を抱えていると言える。

こうした状況のもと、2018年度から国保が変わる。では、新しい制度によって、前掲のような状況の好転が期待出来るのであろうか。仮に期待出来ないとすれば、原因はどこにあり、今、何をすべきであらうか。その一端を考察するのが本稿の目的である。具体的には、2017年から2018年初にかけて各都道府県が作成公表している「国民健康保険運営方針」（以下、運営方針）を材料とする。これは、今回の法改正により、6年に1度のサイクルで都道府県に作成と公表が義務付けられるようになったものである。本稿では、多岐にわたる「運営方針」記載項目のうち、とりわけ重要なポイントと考えられる次の2つに着目した。

一つは、都道府県ごとに設定される「医療費反映係数（ α ）」である（詳細は次章）。 α をみることで、各都道府県は、当該市町村の保険料水準を医療費水準に応じ差を設けたままにしておくのか、それとも、統一を目指しているのかが分かる。もう一つは、2025年度までの国保医療費見通しの推計である。都道府県には、2006年施行の高齢者医療確保法に基づき、医療費適正化の役割が別途課せられている。今回の国保改正法は、都道府県を国保の保険者に加えることを通じ、医療費適正化の実効性を高めることが期待されている。国保医療費見通しの推計が医療費適正化とどの程度整合性を持っているのかを調べることで、そうした期待が妥当か否かを推し量ることができる。

(注1) 江口 [2016] は次のように述べる「結局、一体改革では、国保の都道府県単位化以外、医療保険分野においては大きな制度改革は行われなかった」

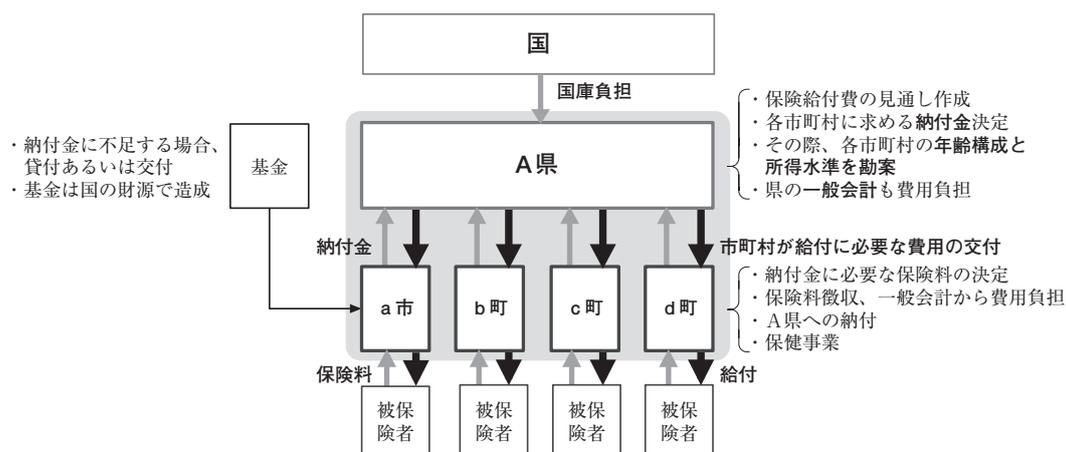
(注2) 出所は、厚生労働省「国民健康保険事業年報」表21。12.6兆円は、支出合計16兆1,802億円から共同事業拠出金3兆5,543億円を差し引いた額。共同事業拠出金は、支出と収入で両建てになっていることから、実質的な規模を表すため、支出から控除した。

2. 医療費反映係数（ α ）の設定にみる新しい国民健康保険像

(1) 医療費反映係数（ α ）とは

新たに国保の保険者として加わることとなった都道府県が自らの県の「医療費反映係数（ α ）」をどのように設定しているのか。これは、今後の国保の姿、とりわけ保険者像を展望するうえで重要なポイントの一つである。 α とは何か。新しい国保の財政スキームでは、都道府県下の市町村は、新制度において財政運営を担うこととなった都道府県により割り当てられた「納付金」を、国民健康保険料の徴収により確保したうえで都道府県に納める（図表1）。都道府県は、その納付金を含め、市町村が保険給付に必要な費用を市町村に全額交付する。

(図表1) 国保の新たな財政運営のイメージ



(資料) 日本総合研究所作成

(注) 前期高齢者納付金の受け払い、および、国から市町村に対する国庫負担は省略している。

その納付金の計算において重要なのが下式に見られる α である。 α は、0から1の間で設定され、 α を1と設定する都道府県においては、各市町村における医療費水準の差が全て納付金に反映されることとなる。 α が1を下回るにつれ、医療費水準が反映される程度が低下し、 α を0と設定する都道府県においては、各市町村の納める納付金に各市町村における医療費水準の差は全く反映されないこととなる。

$$c = C \times \{1 + \alpha \cdot (\text{年齢調整後医療費指数} - 1)\} \times \frac{\{\beta \cdot (\text{所得のシェア}) + \text{人数のシェア}\}}{(1 + \beta)} \times \gamma$$

c : 市町村ごとの納付金額

C : 都道府県における納付金総額

α : 医療費反映係数

β ：所得係数。所得のシェアをどの程度納付金の配分に反映させるかを調整する係数。全国平均と比較した都道府県の所得水準に応じて設定。平均的な所得水準の都道府県は1となり、応益に応じて配分する納付金と応能に応じて配分する納付金の割合が50:50となる。

γ ：調整係数

なお、医療費水準は、正確には上の式にあるように「年齢調整後医療費指数」が用いられる。これは、市町村ごとの国保加入者の年齢構成の違いによって有利不利が生じないようにするための措置である。一般に、年齢が高くなるにつれ多くの医療費を要するようになることから、高齢者人口が多いほど、医療費が多くなる。こうした人口構成の差による医療費の高低を調整した後の医療費水準を示すのが年齢調整後医療費指数である。

(2) 都道府県は α をどのように設定しているか

では、各都道府県の「運営方針」において α はどのように設定されているのだろうか。本稿は、おおむね次のような四つのパターンに類型化した。

パターン1。積極的に $\alpha = 1$ とするパターンである。すなわち、都道府県内の各市町村が納める納付金に市町村の医療費水準をすべて反映させることで、各市町村の医療費抑制インセンティブなどが期待できることなどから、積極的に $\alpha = 1$ とするパターンである。なお、政府はじめ一般には「医療費適正化」という用語が用いられるが、本稿では「医療費抑制」と同義とする。栃木、千葉、神奈川など7県がこのパターン1に分類出来る（図表2）。

(図表2) 各都道府県の α

$\alpha = 1$			$0 \leq \alpha < 1$ (パターン4)
$\alpha = 1$ を積極的に 選択 (パターン1)	中間派 (パターン2)	$\alpha = 0$ を時期に 言及しつつ志向 (パターン3)	
栃木 千葉 神奈川 福井 長野 兵庫 高知	青森 島根 岩手 岡山 秋田 山口* 群馬* 徳島 埼玉 香川 東京 愛媛 新潟 福岡 富山 佐賀 石川 長崎* 山梨 熊本* 愛知 大分* 京都 宮崎* 和歌山 鹿児島* 鳥取*	福島 岐阜* 静岡 沖縄	北海道 (0.5) 宮城 (0.5)* 三重 (0.7)* 滋賀 (0) 大阪 (0) 奈良 (0) 広島 (0) (括弧内は α の値)

(資料) 各都道府県の国民健康保険運営方針より日本総合研究所が分類
(注) *をつけている県の運営方針は案。

パターン2。消極的な $\alpha = 1$ 選択ともいうべきパターンである。パターン1ほど明確な方針を掲げてはいないものの、 $\alpha = 1$ としておくことで、新制度移行後、それ以前の状況との大きな変化を回避することが主な目的となる。このパターンは、青森、岩手、秋田など27都府県におよび、最も多い。

パターン3。当面 $\alpha = 1$ とするものの、具体的な時期を明示しながら、 $\alpha = 0$ を志向するパターンである。福島、岐阜、静岡、沖縄の4県がパターン3に分類可能である。

パターン4。パターン1と対極にあり、積極的に $0 \leq \alpha < 1$ とするパターンである。市町村ごとの医療費水準にかかわらず、同一都道府県内どこに住んでいても、同じ負担能力、同じ世帯構成であれば、保険料負担水準が同一であることを「公平」と捉えるパターンであり、北海道、宮城、三重など7道府県ある。

パターンごとに掘り下げていくと、パターン1の県において、積極的に $\alpha = 1$ と設定する理由として多いのが、各市町村の医療費適正化インセンティブへの期待である。例えば、栃木県の「運営方針」には、「各市町の医療費適正化インセンティブを働かせることが可能になることなどから、 $\alpha = 1$ とする」（運営方針p.29）と明記されている。加えて、 $\alpha = 1$ とする、すなわち市町村ごとの医療費水準を納付金に反映させることが「公平」であるとの考えも見られる。例えば、福井県の「運営方針」をみると、「医療費に見合った負担として、公平性を確保するとともに、医療費適正化へのインセンティブとすることができるよう、各市町の医療費水準を反映させることとします」（運営方針p.24）とある。

こうしたパターン1における医療費適正化インセンティブ、公平についてのそれぞれの捉え方は、パターン4に属する道府県と対照的である。医療費適正化に関し、例えば、パターン4に分類した奈良県では、次のように市町村の保健事業による医療費適正化効果は僅かであるとし、県の責任に重きを置いている。「医療給付費に市町村ごとの地域差は見られるものの、医療費の地域差と病床数や医師数との間に高い相関が指摘される一方で市町村の保健事業による医療費適正化効果は僅かであることが明らかになっており、県が医師確保を含む地域医療の提供体制の整備を有しながら、主としてその結果生じている医療費の地域差を市町村ごとの保険料水準の差に帰着させ、住所によって保険料負担が異なることとするのは、被保険者にとって公平ではないと考えられること」（運営方針p.10～11）。

「公平」の捉え方に関し、例えば、パターン4に分類した広島県の「運営方針」では、次のように租税における水平的公平（同じ負担能力であれば同じ負担であることを公平とする考え方）に近い考えがとられている。「この度の制度改革は、市町村国保制度を持続可能な制度としていくため、市町村国保財政を県に一本化することから、全県の被保険者の負担の公平性の確保と負担の見える化を進める必要があります。保険給付を県内すべての被保険者の相互扶助によって賄うこととなり、同一の所得水準・世帯構成であれば、県内どこに住んでいても同一の保険料（税）になること（統一保険料率）が最も公平な負担となります。このため、本県においては、社会保険制度の基本原則を踏まえ、被保険者の負担の公平性を優先的に確保するために、保険料水準の統一を目指します」（運営方針p.37）。

さらに、パターン4のなかで目を引くのが、大阪府の考え方である。大阪府は、 $\alpha = 0$ とすることを、国に対し被用者保険を含む医療保険制度の一元化を求めていく上での、通過点と捉えている。「社会保険制度としての国民健康保険制度は、国民皆保険を支えるナショナル・ミニマムであり、その権限・財源・責任については国が一元的に担うことが本来の姿である。将来にわたり国民皆保険を堅持していくために、国に対し、各医療保険制度間での保険料負担の格差を是正し、被用者保険を含む医療保険制度の一元化を求めていく上で、このたびの制度改革は、安定的かつ持続可能な医療保険制度の構築に向けた通過点であると考え」（運営方針p.2）。

福岡県の考え方も、これに近い。福岡県は、次のように国保の制度責任者は国であると述べている。「国民皆保険制度の最後の砦として、国保が持続可能な安定的に運営されるよう、制度責任者である国に対して、追加の財政支援等、必要な措置を引き続き求めていくこととする」（運営方針p.7）。

このように、明確に方針を打ち出している道府県は大勢ではない。大方は消極的あるいは受身的に $\alpha = 1$ を選択するパターン2となっている。明確に方針を打ち出している都県も、パターン1と4のように、考え方は対極にあるといえる。さらには、パターン4のなかには、責任は地方自治体ではなくむしろ国にあるといった主張も見られる。

(3) α の設定から何が読み取れるか

こうした α の設定から何が読み取れるであろうか。

一つは、国保の責任の所在について、都道府県側の受け止め方に幅があることである。もともと、今回の国保法改正に対しては、次のように、責任の所在の曖昧さについての懸念が多く表明されてきた。

「都道府県単位化といっても、実質は、国民健康保険を市町村と都道府県で共同運営する形になっており、最終的な責任の所在があいまいである」（伊藤 [2015]）。「国民健康保険（国保）の都道府県への一部移管は、市町村に実質的な事務が残るため、実務的には影響は少ないが、責任の所在が曖昧になる可能性がある」（松本 [2016]）。「『共同運営』といえは聞こえはよいが、都道府県と市町村との意思疎通が上手くいかず上位下達の関係となってしまうと、保険者自治はどこかに置き去りにされて、市町村が都道府県の下請けないし手足となり兼ねない危険がある」（新田 [2015]）。

α の設定をみると、こうした懸念が改めて確認されたと言える。 $\alpha = 0$ としている広島や奈良のように、明確に県が国保を主導しているようにしている県もある。もっとも、それは少数派で、 $\alpha = 1$ とする都道府県が大勢である。さらには、大阪や福岡のように、国の責任を強調する府県もある。

二つ目は、一つ目とも関連し、医療費適正化を担う主体について、多様な見解がみられることである。パターン4に分類した奈良県は、それは県であるとし、他方、パターン1に分類した県においては、市町村にも役割発揮の期待が寄せられている。こうした2つのパターンの何れとも異なるのが、東京や福岡であり、医療費適正化は医療サービスの公定価格である診療報酬の改定などを担う国の責務であるという発想がうかがえる。この点は、次章で改めて掘り下げる。

三つ目は、「公平」の定義が必ずしも全国で共有されていないことである。パターン1の福井は、医療費に見合った負担であること、すなわち給付水準に応じ負担に差があることが公平であるとし、他方、パターン4の広島県では、給付水準の差に目配せしつつも、負担能力に重きを置き、同一の所得水準・世帯構成であれば、居住場所にかかわらず同一保険料であることが公平であるとしている。総じて、新しい国保について都道府県があるべき姿を共有している様子は見えない。

3. 医療費適正化との関係

(1) 医療費適正化計画とは

地方自治体としての都道府県には、もともと国保加入者に限らずすべての住民に関し医療費適正化を推進する役割が期待されてきた。そのための制度、平たく言えば仕掛けの一つが、2008年に施行された

高齢者医療確保法のなかの「医療費適正化計画」である。これは、まず国が基本指針を示し、各都道府県はそれに則って当面5年間（2018年度からは6年間）を対象期間とし、自らの都道府県内の医療費適正化計画を作り、それを推進、さらに検証し、次の計画に結び付けていくというものである。

2018年度から国保の保険者に都道府県が加わることで、こうした医療費適正化計画がより実効性を持つようになることが期待されている（注3）。想定されているのは、次のような都道府県の医療費適正化の成否が自らの懐にダイレクトに反映されるメカニズムである。医療費適正化が進めば、都道府県は、自らの財政負担および県内市町村に求める納付金を抑えることが可能になる。逆に、適正化計画が進まなければ、自らおよび県内市町村の負担が膨らんでしまう。実際、厚生労働省が都道府県に示した「国保運営方針策定要領」には、各都道府県の策定する「運営方針」は医療費適正化計画と調和のとれたものとなることが求められている。なお、「調和」は策定要領で用いられている表現である。

では、今後、都道府県が国保の保険者に加わることで、意図された通り、医療費適正化計画が実効性を高めるのだろうか。それを各都道府県の「運営方針」における国保医療費の将来見通しから見極めることとした。「国保運営方針」には、おおむね2025年までの国保の医療費の将来見通しが盛り込まれている。同様に、「医療費適正化計画」においても、都道府県内の医療費、および、適正化による効果それぞれの見通し作成が求められている。これらに「調和」が図られていれば、新しい国保によって医療費適正化計画の実効性が高まるものと期待出来る。

「医療費適正化計画」における医療費見通しは、次の二つのステップを通じ作成されるよう厚生労働省は想定している（厚生労働省 [2017]）。一つ目のステップは、医療費適正化が施される前の自然体での医療費見通しの推計であり、大まかに捉えれば、年齢階級ごとの将来の被保険者数×一人当たり医療費の合計として求められる。将来の被保険者数は、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口を基本とし、一人当たりの医療費は、足もとの実績値を一定の伸び率で延伸していくことが想定されている。

一定の伸び率は、具体的には、「国民医療費」の増加要因分析で用いられる「その他（自然増とも呼ばれる）」を基本とする。これは、国民医療費の伸び率から次の3要因、すなわち、診療報酬改定率、人口の伸び、高齢化の影響それぞれを除去し、残った値を指す。こうした定義から、その他（自然増）とは、医療技術の進歩、供給行動、および、需要行動の変化などから生ずる医療費増要因と解釈することができる。

二つ目のステップでは、自然体の医療費見通しから医療費適正化の効果を控除する。2018年度からスタートする医療費適正化計画に関し、厚生労働省は、特定健康診断、特定保健指導、後発薬使用促進、病床の機能分化と連携などを具体的メニューとして掲げている（厚生労働省 [2017]）。国保も、組合健保、協会けんぽ、後期高齢者広域連合などと並んで主要な保険者の1つであるから、こうした医療費適正化における医療費見通しとの調和を念頭に「運営方針」の医療費が推計されているか否かは、今後の医療費適正化の実効性を見極めるうえで重要なポイントとなる。

(2) 「運営方針」における2025年度の医療費推計

結論から述べれば、47都道府県の「国保運営方針」における国保医療費の将来見通しおよびその推計ロジックを見ると、「医療費適正化」との関連をほとんど見ることはできない。医療費適正化と完全に

調和のとれたものは皆無であり、その上で、国保医療費の将来見通しに関し、医療費適正化との関連に着目すると47都道府県は、おおむね次の四つに類型化できる（図表3）。

- パターン1：一部に整合性がみられる。
- パターン2：整合性に乏しい。
- パターン3：そもそも推計結果にほとんど意味がない。
- パターン4：推計方法の詳細が不明、あるいは、推計が見当たらない。

（図表3）医療費の将来見通しにみる「医療費適正化計画」との整合性

一部整合性がみられる (パターン1)	整合性に乏しい (パターン2)	推計結果にほとんど意味がない (パターン3)	推計方法の詳細不明 あるいは未推計 (パターン4)
福島	北海道 和歌山	山形	秋田
茨城	青森 岡山	富山	埼玉
長野	岩手 広島	石川	東京
岐阜*	宮城* 山口*	山梨	三重*
奈良	栃木 香川	愛知	滋賀
宮崎*	群馬* 愛媛	島根	京都
鹿児島*	千葉 高知		大阪
	神奈川 長崎*		鳥取*
	新潟 熊本*		徳島
	福井 大分*		福岡
	静岡 沖縄		佐賀
	兵庫		

（資料）各都道府県の国民健康保険運営方針より日本総合研究所が分類
 （注）*をつけている県の運営方針は案。

まず、福島県をはじめ7県においては一部に医療費適正化計画との整合性を見ることが出来る（パターン1）。福島県は、47都道府県のなかで唯一「医療費適正化による効果推計値を加味し」ていることが明記されている（運営方針p.12）。すなわち、他の46都道府県の推計は、明記されていないものも含め、医療費適正化による効果を加味していないと考えられる。自然体の推計でしかない。

整合性を見ることが出来る7県の一つである栃木県は、医療費適正化の効果を加味してはいないものの、医療費の将来見通しが外来・入院といった診療種類別に推計されており、これは厚生労働省の「医療費適正化計画」の考え方に合致する。医療費適正化計画では、診療種類別に相応しい適正化手段がとられることが想定されている。7県のうち残りの長野、岐阜、奈良、宮崎、鹿児島は5県では、一人当たり医療費の伸び率として、「その他」が用いられている。

すなわち、これら5県以外の都道府県では、伸び率として、診療報酬改定などの要因を取り除いた「その他」ではなく、単に、過去5年程度の伸び率を将来に当てはめているケースが多い。それが、整合性に乏しいと分類した北海道をはじめとする23道府県であり、大勢を占めている（パターン2）。こうした試算では、精緻な計画、実行、検証といったサイクルは覚束ない。例えば、2014年度は、消費税率引き上げに対応し、診療報酬は1.36%引き上げられている。この影響を除去しないまま、2014年度を含む過去5年分程度の伸び率を用いて将来の医療費を推計すると、消費税分が過大になってしまう。

さらに、そもそも推計結果にほとんど意味がない県も山形県はじめ6県ある（パターン3）。例えば、その一つである山梨県は、医療費総額について、2015年度の実績値を過去5年間の伸び率の平均値で将来に向け複利計算しているだけであり、将来の国保加入者の人数及び年齢構成の変化すら全く考慮されていない。こうした数値は、「医療費適正化」との調和を論じる以前に、ほとんど意味をなさない。誤ったメッセージを発信している懸念すらある。

加えて、推計方法の詳細が不明、あるいは、推計が行われていない都府県も11ある（パターン4）。このなかで目を引くのが、福岡県と東京都である。福岡県は、運営方針で次のように述べている。「国保は、経済動向等社会的要因の影響を受けることから、将来動向を推計することは困難である」（同県運営方針p.6）としたうえで、「制度責任者である国に対して、追加の財政支援等、必要な措置を引き続き求めていくこととする」（p.7）としている。東京都も、「医療費は、国保被保険者数の動向、診療報酬改定等により影響を受けるものであり、本推計は一定の前提条件の下で推計した参考値である」（p.11）として、推計そのものに積極的意義を見出していない。

こうした個々の都道府県についてだけでなく、本来、都道府県間の比較も重要である。政府は、医療費抑制のメルクマールとして、都道府県の一人当たり医療費格差の半減を掲げる。例えば、2025年度（一部はその前年、前々年）の国保の一人当たり医療費は、最小で37万7,079円（埼玉）、最大で62万円（山口）と推計されている（数値の取得できた28都道府県中。図表4）。変動係数は0.13である。2015年度実績よりむしろ都道府県間格差は広がっており、医療費抑制の議論には使いにくい。

(3) 医療費推計から何が読み取れるか

このように、都道府県を国保の保険者に加えた重要な意図の一つが、医療費適正化の実効性を高めることにあるとしても、各都道府県の「国保運営方針」における医療費の将来推計とその方法を見ると、二つが有機的に結びついているようには見受けられない。その理由として次のようなことが考えられる。

一つは、前章で明らかにしたように、国保の責任の所在が曖昧であることである。国保の財政構造は、もともと国保加入者の保険料が収入に占める割合は23%に過ぎず（注4）、残りは国、都道府県、市町村それぞれからの公費、他健保からの前期高齢者納付金等で賄われている。今回の国保法改正では、こうした財政構造に起因する責任の所在の曖昧さには手が付けられず、保険者についても、都道府県と市町村との共同保険者という中途半端な形に落着させている。こうした財政構造および保険者の曖昧さが、医療費適正化計画と国保法改正との有機的結び付きを阻害している。

二つ目は、医療費適正化における国と地方自治体との役割分担が明確といえないことである。医療費は、単価×量に分解出来る。単価を決めるのは国であり、都道府県に対しては、高齢者医療確保法（医療費適正化計画）、医療法（医療計画）を通じた量のコントロールがもっぱら期待されている。具体的に、高齢者医療確保法では、特定健診をはじめとした予防による医療サービスの需要抑制、医療法では病床機能のメリハリ付けと総数の抑制などが都道府県の役割となる。ところが、2018年の診療報酬改定では、診療報酬（本体）は0.55%のプラス改定とされた。このことは、医療費抑制のためには、量のコントロールへの依存がより大きくなることを意味する。

三つ目は、医療費適正化という仕掛け自体の妥当性である。先に紹介した「医療費は、国保被保険者

(図表4) 各都道府県国民健康保険の1人当たり医療費

(円)

	2015年	2025年	差	2025年ではない 場合の推計年
1 北海道	383,551	424,391	40,840	
2 青森県	332,465	n.a	-	
3 岩手県	360,505	494,377	133,872	
4 宮城県	353,895	n.a	-	
5 秋田県	382,518	n.a	-	
6 山形県	362,260	n.a	-	
7 福島県	341,459	386,337	44,878	
8 茨城県	304,575	390,675	86,100	
9 栃木県	317,797	410,199	92,402	
10 群馬県	325,565	408,***	-	
11 埼玉県	320,652	377,079	56,427	
12 千葉県	319,474	379,669	60,195	
13 東京都	310,163	372,***	-	
14 神奈川県	333,272	n.a	-	
15 新潟県	355,424	389,542	34,118	
16 富山県	375,969	487,411	111,442	
17 石川県	398,177	509,695	111,518	
18 福井県	381,626	490,***	-	
19 山梨県	340,817	n.a	-	
20 長野県	343,102	444,342	101,240	
21 岐阜県	353,733	424,968	71,235	
22 静岡県	337,356	417,435	80,079	
23 愛知県	318,912	n.a	-	
24 三重県	361,085	n.a	-	
25 滋賀県	354,135	n.a	-	
26 京都府	365,132	n.a	-	
27 大阪府	363,927	490,056	126,129	
28 兵庫県	367,089	449,967	82,878	
29 奈良県	348,160	426,***	-	2024年
30 和歌山県	355,180	412,401	57,221	
31 鳥取県	376,752	n.a	-	
32 島根県	433,675	n.a	-	
33 岡山県	404,612	466,809	62,197	
34 広島県	406,385	457,384	50,999	2023年
35 山口県	432,319	620,000	187,681	
36 徳島県	398,279	n.a	-	
37 香川県	422,135	479,700	57,565	
38 愛媛県	382,703	433,874	51,171	2020年
39 高知県	406,635	534,018	127,383	
40 福岡県	370,646	n.a	-	
41 佐賀県	419,780	533,719	113,939	
42 長崎県	411,022	553,188	142,166	2023年
43 熊本県	386,757	n.a	-	
44 大分県	421,114	520,643	99,529	2023年
45 宮崎県	369,959	436,930	66,971	
46 鹿児島県	415,772	504,766	88,994	
47 沖縄県	298,165	428,066	129,901	
最大	433,675	620,000		
最小	298,165	377,079		
変動係数	0.098	0.130		

(資料) 2015年実績は厚生労働省「国民健康保険事業年報平成27年度」、将来見通しは各都道府県「国民健康保険運営方針」それぞれから日本総合研究所作成

(注) 数値を取得出来なかった都道府県はn.aと表記。下三桁***表記は、千円単位で公表している都県。

数の動向、診療報酬改定等により影響を受けるものであり」(東京都)といった記述には、都道府県による量のコントロールを通じた医療費抑制という考え方に対する冷めたニュアンスも感じ取れる。

加えて、都道府県の適性である。パターン3のように、議論に資する医療費見通しを示していない県は、国保の保険者、医療費適正化の推進主体としての適性に欠けるのではないかといった疑念すら生じる。

(注3) 都道府県単位化の主な目的は医療費抑制にあると指摘しているものとして伊藤 [2015] がある。「医療保険制度改革の主眼は、医療費抑制にあり、国民健康保険の都道府県単位化も、その観点からの改革である」(p.11)

(注4) 23%は、厚生労働省「国民健康保険事業年報」表21における収入総額1兆3,676億円から共同事業交付金3兆5,557億円を控除した額1兆8,120億円に対する保険料2兆9,506億円の割合。

4. おわりに

2018年度から新しい国保がスタートし、後は共同保険者である都道府県と市町村に任せるというのではなく、今回の枠組みに遡り根本的に議論していくべき点は多い。改めて論点を整理すれば以下の通りである。

一つは、都道府県と市町村の共同保険者という形態の是非である。47都道府県の大勢を占める消極的 $\alpha = 1$ の27府県における今後の議論の行方や、積極的に $\alpha = 0$ と設定した7道府県の成否などを見極めつつ、共同保険者の是非について、引き続き議論していく必要がある。なお、その際、後期高齢者医療制度における保険者のあり方と併せて行うべきである。後期高齢者医療制度は、2008年度から都道府県ごとの市町村の広域連合が運営主体となる形で先行して都道府県単位化されている。

二つ目は、医療費適正化計画という仕掛けの妥当性である。例えば、積極的に $\alpha = 0$ と設定する7道府県では、 $\alpha = 1$ としている府県に比べ、特定健診や特定保健指導を推し進める市町村のインセンティブが低下しかねない。また、東京や福岡のように、医療費適正化はもっぱら国の責務であるとの考えも見られ、都道府県側において国保の都道府県単位化(あるいは共同保険者)と医療費適正化がどれほど関連を持って捉えられているか疑問である。

医療費適正化という仕掛けが、都道府県の国保保険者としての参画をもってしても、政策立案者の期待通りに機能しないとすれば、財政健全化自体は不可避であり、医療費はそのなかでも重要な対象である以上、医療費適正化という仕掛けの見直し、あるいは、別の手段を模索する必要がある。

三つ目は、医療保険者・医療費適正化推進主体としての都道府県のスキル底上げ策である。「運営方針」における国保医療費見通しをみても、スキルに不安を感じさせる県もある。47都道府県のスキルを底上げしていく必要がある。例えば、都道府県の作る医療費見通しが、作成方法・精度ともバラバラでは、生産的議論は困難である。

(2018. 3. 26)

参考文献

[1] 伊藤周平 [2015]. 「医療保険制度改革法の諸問題と課題—国民健康保険の都道府県単位化の問題

- を中心に」賃金と社会保障No.1636, p.4-21
- [2] 江口隆裕 [2016].「医療保険制度の課題と将来—何のための国保都道府県単位化か—」週刊社会保障 第70巻2887号、p.48-51
- [3] 柴畑潤 [2007].『医療保険の構造改革 平成18年改革の軌跡とポイント』法研
- [4] 笠木映里 [2014].「医療制度・医療保険制度改革—高齢者医療・国民健康保険を中心に」論究ジュリスト2014年秋号、p.10-17
- [5] 笠木映里 [2017].「国民健康保険の『都道府県単位化』」法律時報 第89巻3号、p.30-37
- [6] 加藤智章 [2016].『社会保険 核論』旬報社
- [7] 経済産業省 [2015].「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会報告書」
- [8] 健康保険組合連合会 [2014].「国民健康保険の財政構造と機能分析に関する調査研究報告書」
- [9] 厚生労働省 [2016].「都道府県国民健康保険運営方針策定要領」2016年4月
- [10] 厚生労働省 [2016].「国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法について（ガイドライン）」2016年4月
- [11] 厚生労働省 [2017].「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」2017年12月
- [12] 島崎謙治 [2011].『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会
- [13] 社会保険実務研究所 [2010].『新・国民健康保険基礎講座』社会保険実務研究所
- [14] 武田公子 [2017].「国民健康保険の都道府県単位化をめぐる：石川県内の自治体を事例に」金沢大学経済論集 第37巻2号、p.5-31
- [15] 西沢和彦 [2010].「貧困線近辺の所得層の国民健康保険料負担—試算と提言」Business & economic review 20(3), p.74-91
- [16] 西沢和彦 [2015].「国民健康保険財政『赤字』の分析」JRIレビュー Vol.3, No.22, p.27-42
- [17] 新田秀樹 [2013].「国民健康保険の保険者の都道府県移行の評価」生活経済政策 2013.11 No.202、p.17-21
- [18] 新田秀樹 [2015].「国保の都道府県『移管』で果たして何が変わるのか？」都市問題 第106巻第9号、p.59-66
- [19] 松本武洋 [2016].「市町村長から見た新しい国民健康保険制度」病院 第75巻第3号、p.194-197
- [20] 三原岳 [2016].「医療保険の制度改革についての提案—都道府県を単位とした地域一元化の推進を」病院 第75巻第3号、p.198-202