

2018年度からの国民健康保険は何が変わったのか

—都道府県単位化の実態—

調査部 主席研究員 西沢 和彦

目 次

1. はじめに
2. 2017年度までの国保財政運営
 - (1) 2017年度と2018年度の国保財源構成の比較
 - (2) 2017年度までの都道府県内における共同事業
3. 2018年度からの国保財政運営
 - (1) 財政運営の全体像
 - (2) 市町村と都道府県間の納付金と交付金のやりとり
 - (3) リスク構造調整の導入による精緻化
 - (4) 2017年度と2018年度の一人当たり保険料の比較
4. おわりに

要 約

1. 2015年5月、国民健康保険改正法が成立、2018年度から施行されている。本稿の目的は、その実態に迫ることにある。2015年改正は、国民皆保険成立以来約50年ぶりの抜本的改革とも形容され、その柱は、①国民健康保険（国保）の都道府県単位化、②国保運営の市町村から都道府県への移行などと説明されている。もっとも、国保の構造はもともと複雑であるうえ、2015年改正は、都道府県を市町村との共同保険者と位置付けるなど、その実態が掴みづらい。果たして、2015年改正は名実ともに抜本的改革と呼べるのであろうか。都道府県単位化とは一体何を意味しており、市町村から都道府県への移行という説明は正しいのだろうか。

2. 2015年改正の実態に迫るためには、改正前の2017年度と改正後の2018年度の国保の財政運営を比較する必要がある。2015年改正の狙いを政府は国保の財政基盤強化や保険者の集約などと説明している。改正前後の最大の相違は、2017年度まであった保険財政共同安定化事業が2018年度に姿を消したことである。しかし、内容を吟味すると、実は改正前後で財源構成の骨格は変わっていないことが明らかになる。この点を説明すると、以下の通りである。

3. 保険財政共同安定化事業とは、医療費のうちレセプト1枚80万円以下の部分（国保の医療費の約8割）を対象とした都道府県内の再保険事業のことを指す。ここで、レセプトとは医療機関から保険者に対する1カ月単位の診療報酬請求書である。

市町村は、都道府県ごとの連合会（国保連）にいったん拠出金を納め、国保連はそれを原資に市町村に医療給付に必要な資金を交付する。拠出金の計算方法に妙があり、市町村自らの医療給付費実績に応じた部分（医療給付費実績割）、被保険者数に応じた部分（被保険者割）、および、所得水準に応じた部分（所得割）で構成される。医療給付費実績割で負担と受益を対応させつつ、負担と受益の対応の裏返しともいえる市町村格差を被保険者割と所得割で緩和していた。

4. 2018年度から、市町村は引き続き保険料率を決定（賦課という）・徴収し、それを（国保連ではなく）都道府県に納め、都道府県はその納付金に公費および被用者保険からの財政支援である前期高齢者交付金を加え、市町村が保険給付に必要な資金を交付する仕組みへと改められた。納付金は、やはり市町村自らの医療給付費実績に応じた部分、被保険者の人数に応じた部分、および、所得水準に応じた部分で構成される。こうしたスキームは、2017年度をもって姿を消したはずの保険財政共同安定化事業と酷似している。

しかも、2018年度からの仕組みは、納付金を算出する際の医療給付費実績にリスク構造調整が導入され精緻化が図られている。一般に年齢が高くなるにつれ医療費は高くなる。保険財政にとっては年齢というリスクである。よって、年齢構成の異なる市町村どうしの医療給付費を単純に比較しても、医療費抑制に向けた取り組みや医療機関の充実具合など市町村の真の実力は評価できない。そこで、2018年度からは、そうした年齢構成の差を調整した医療給付費を納付金算出に用いることとされた。これはドイツやオランダなどで採用されているリスク構造調整のシンプルな形態である。

5. このように、保険財政共同安定化事業は、2015年改正によって姿を消したはずだが、実は精緻化が施されながら存続していると捉えるのが妥当である。実際、本稿では、2017年度と2018年度の市町村ごとの保険料を調べたが、ほとんど変わっていない。すると、2015年改正の規模に関する形容や非連続的な変化が起きたかのような説明も修正を迫られるであろう。もっとも、財務省や経済財政諮問会議に代表されるように、納付金を算出する際、医療給付費実績を勘案すべきではないとの主張もある。その場合は、リスク構造調整も無に帰し、共同保険者とは言っても、都道府県の責任が増すことになる。

6. 国保の在り方は、地方自治体や財政当局はもちろん、財政支援の出し手である被用者保険にとっても重要な問題である。2015年改正の実態をより正確に捉えたうえで、幅広い参加者による一段の議論が不可欠である。

その際のポイントは、第1に、リスク構造調整の精緻化である。年齢のみならず性別などのリスク要因を加えることで、市町村間の医療費水準の比較がより公平なものとなる。

第2に、納付金を算出する際、医療給付費実績を勘案すべきではないとの考え方の検証である。都道府県内でも医療機関へのアクセスに地域差があり、共同保険者の前提をとるもと、こうした考え方は自明ではない。

第3に、最終的な財政責任すなわち一体誰が支払い責任を負うのかを明確にすることである。2015年改正によって、都道府県が財政運営において中心的役割を果たすこととされたが、それは、日本年金機構が年金制度運営を担っているように、運営のみを指しているようにも解釈できる。

1. はじめに

国民健康保険（国保）は、組合健保、協会けんぽ、共済組合（この三つを被用者保険と総称）、および、後期高齢者医療制度のいずれの制度にも加入していない人の受け皿として機能しており（注1）、国民皆保険の最後の砦となっている。国保に加入する1,803万世帯を世帯主の就業形態別にみると、第1位は無職世帯で41.9%の755万世帯、第2位は被用者世帯で28.9%の521万世帯となっている（注2）。無職世帯、被用者世帯は、それぞれ主に年金受給世帯、非正規雇用者と考えられる。

国保はそうした属性から財政基盤が脆弱であり、これまで、公費投入のほか他制度からの財政支援導入など制度改正が繰り返されてきた。直近は、2015年5月の国保法改正であり、約3年の準備期間を経て2018年4月から施行されている（以下、2015年改正と呼ぶ）。そのポイントは、①財政運営の都道府県単位化、②市町村から都道府県への移行などとされる。国保は、従来、「市町村国保」と通称されてきたように、市町村が保険者となってきたが、2015年改正によって、都道府県と市町村のいわば共同保険者の形をとるようになった（注3）。

もっとも、2015年改正の実態は掴みにくい。国保は、構造がもともと複雑であるうえ、共同保険者の形をとったことで複雑さは一段と増した。改正目的についても、国保の財政基盤強化と説明される一方、国保改正の形を借りた医療費抑制策だと断じる見方もあり、共通認識が形成されている訳ではない。「国保の都道府県単位化は医療費抑制の新たな政策手法です。都道府県に医療費抑制の推進役としての任務を負わせるのが、国保の都道府県単位化です」（神田・長友 [2015]）。

加えて、制度施行から約3年を経過してもなお、国保の保険者の在り方について論争的である。例えば、第3章で述べるように財務省や経済財政諮問会議は、都道府県こそが大きな責任を負うべきとの考え方であり、国保保険者の中央組織である国民健康保険中央会は、医療保険制度の早期一本化実現をうたっている（注4）。一本化の意味するところは必ずしも明らかではないが、国営に近いイメージになろう。

本稿の目的は、そうした2015年改正とりわけ財政運営の実態に近づくことにある。そのためには、改正前後を比較するのが有効と考える。そこで、続く第2章では、2015年改正施行前である2017年度の国保財政運営、とりわけ都道府県内の市町村の共同事業の仕組みとその機能を改めて整理する。第3章では、2015年改正施行後である2018年度の財政運営の仕組みと機能を整理したうえで、施行前と比較する。それらを踏まえ、第4章では、今後の議論のポイントを整理する。

（注1）国保の現実には「受け皿」なのだが、法律は異なる。法律では、国保への加入を原則とし、組合健保などに加入する人はその適用除外となるという構成になっている。

（注2）厚生労働省「国民健康保険実態調査—平成30年度—」。

（注3）国保には市町村国保のほか、土業や建設業を中心に職種別に組合を組織する国民健康保険組合（国保組合）がある。ただし、本稿においては、国保とは市町村国保を指すこととする。

（注4）国民健康保険中央会は、47都道府県ごとの国民健康保険団体連合会（国保連合会）の中央組織である。国保制度改善強化全国大会（2020年11月13日）における国民健康保険中央会の決議文の最初に早期一本化実現が掲げられている。

2. 2017年度までの国保財政運営

(1) 2017年度と2018年度の国保財源構成の比較

国保の財源は、保険料のみならず、公費、被用者保険からの財政支援で構成されており、しばしばパッチワーク状の図を用いて説明される（図表1）。2015年改正施行前の2017年度の説明図と施行後の2018年度とを比べると、項目に若干の差はあるものの、骨格はほぼ同じである。いずれの年度においても、3.6～3.8兆円程度の前期高齢者交付金があり、それを除いた残りの部分が、国と都道府県からの公費50%、保険料50%と整理され、公費における国と都道府県の比率も変わらない。前期高齢者交付金とは、前期高齢者（65～74歳）の医療給付費等に対する被用者保険からの財政支援である（注5）。

図表1の保険料の上下に配置されている財政安定化支援事業、保険者支援制度、および、保険料軽減制度の三つも両年度に共通している。なお、これらは、保険料負担軽減を目的としていることから、保険料のなかに配置されているものと思われるが、公費を伴っているため保険料のなかに配置されるのは本来合理的ではない。

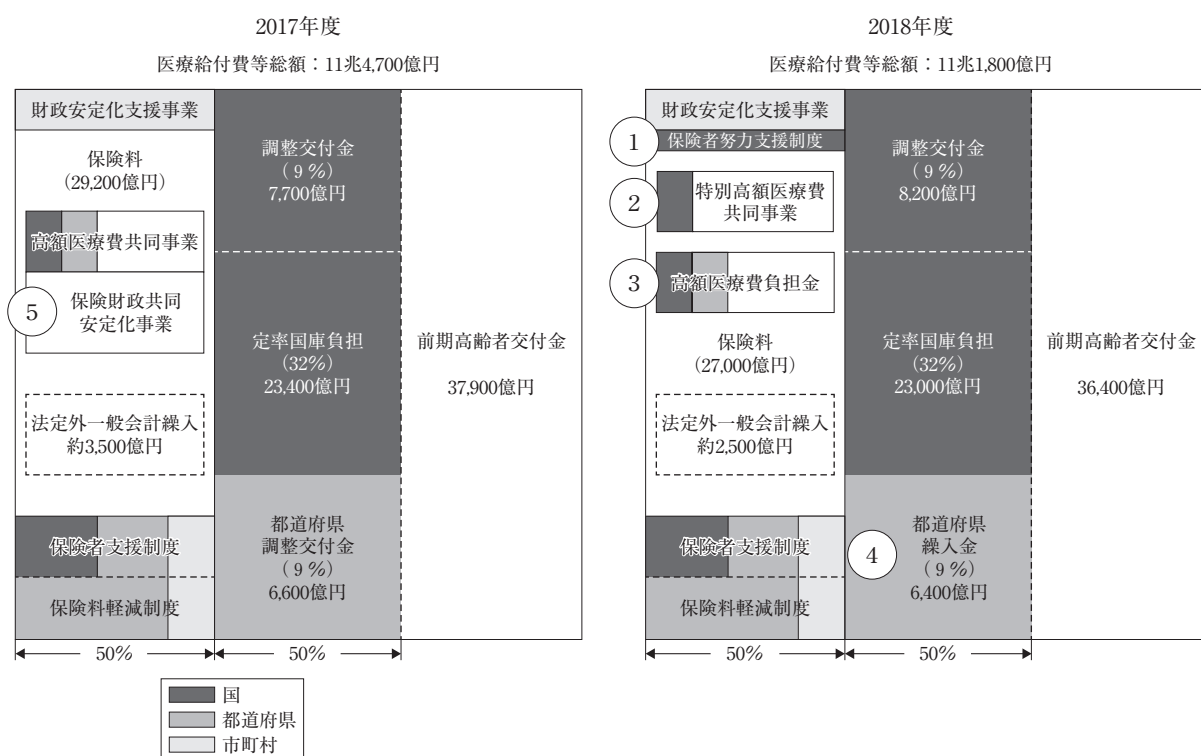
他方、両年度で異なる点は五つあり3類型に分けられる。第1に、保険者努力支援制度（図表1のなかの①）が2018年度から新たに設けられている。保険者努力支援制度とは、都道府県及び市町村の医療費適正化や予防・健康づくりなどの取り組みに対する国からの財政支援であり、事業規模は667億円（2018年度実績）となっている。

第2に、名称の変更等はあるものの制度趣旨が引き継がれているものが三つある。一つは、2018年度からの高額医療費負担金（同③）であり、これは2017年度までの高額医療費共同事業の後継である。高額医療費共同事業は、次節で詳しく述べるようにレセプト1件80万円超の医療費（国保の医療費の約2割）を対象とした都道府県単位の共同事業であり、事業規模は3,417億円（2017年度実績）であった。二つ目は、2018年度からの特別高額医療費共同事業（同②）であり、規模が小さいためか図には表されていないが2017年度までの「著しく高額な医療費に係る高額医療費共同事業」の後継である（注6）。レセプト1件420万円超の医療費を対象とし、特別高額医療費共同事業の規模は106億円（2018年度実績）となっている。三つ目は、2018年度の都道府県繰入金（同④）であり、2017年度までの都道府県調整交付金の名称が改められたものと言える。

第3に、2017年度まであった保険財政共同安定化事業（同⑤）が2018年度に姿を消している。保険財政共同安定化事業は、レセプト1件80万円以下の医療費（国保の医療費の約8割）を対象とした都道府県内の共同事業であり、事業規模は3兆277億円（2017年度）におよんでいた。

このように、国保の財源構成に関し、2017年度と2018年度とを比較すると、骨格はほぼ同じである。変更点のうち、①は新設であるが大規模なものではなく、②と③は2015年改正後も制度趣旨が引き継がれている。④はほぼ名称の変更に過ぎない。よって、2017年度まで大規模に実施されていた保険財政共同安定化事業（⑤）が果たしていた機能、および、2018年度以降それが廃止されたことによる影響の評価が2015年改正の実態に迫るうえでのポイントということになる。

(図表1) 国民健康保険の財源構成、2017年度と2018年度



(資料) 厚生労働省「国民健康保険改革の施行に向けて」(2017年1月12日)、厚生労働省「全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議説明資料」(2018年1月30日)より日本総合研究所作成
 (注)①～⑤の番号は日本総合研究所が付した。

(2) 2017年度までの都道府県内における共同事業

A. 高額医療費共同事業

国保は、約1,700の市町村それぞれが保険者となっており(2018年度からは都道府県も共同保険者と位置付けられている)、市町村ごとに医療費水準や所得水準が異なる。そこで、都道府県内の市町村間の負担格差是正などを目的とし、かねてよりレセプト1件80万円超と80万円以下それぞれの医療費を対象として二つの共同事業が行われてきた。

レセプト1件80万円超の医療費を対象としたのが高額医療費共同事業であり、仕組みは概略次の通りである(保険財政共同安定化事業と一体になっており、この説明は避けて通れない)。市町村は、レセプト1件80万円超の高額医療費が発生した場合、そのうち80万円を超える部分の給付の59%について、事業主体である各都道府県の国民健康保険団体連合会(国保連)から高額医療費共同事業交付金を受け(注7)。その財源は、各市町村からの高額医療費共同事業拠出金で賄われる(図表2)。なお、59%とは、国保財政(図表1)のうち前期高齢者交付金を除いた保険料50%と公費50%のうち保険料と国の調整交付金(9%)相当とされる(注8)。

市町村*i*の*t*年度の拠出金は、おおまかには次のような式で計算される(59%とする計算は簡素化のため省略している)。

(図表 2) 2017年度の国保の財政運営

国 保 連			
取 入		支 出	
高額医療費共同事業拠出金	0.3	高額医療費共同事業交付金	0.3
保険財政共同安定化事業拠出金	3.0	保険財政共同安定化事業交付金	3.0
合 計	3.4	合 計	3.4

市 町 村			
取 入		支 出	
保険料	2.8	保険給付費	9.0
国 定率国庫負担	2.3	後期高齢者支援金等	1.7
〃 調整交付金	0.8	介護納付金	0.6
〃 高額医療費負担金	0.1	高額医療費共同事業拠出金	0.3
〃 その他	0.0	保険財政共同安定化事業拠出金	3.0
前期高齢者交付金	3.8	その他	0.5
都道府県 繰入金	0.7		
〃 高額医療費負担金繰入金	0.1		
高額医療費共同事業交付金	0.3		
保険財政共同安定化事業交付金	3.0		
市町村 繰入金	1.2		
その他	0.2		
合 計	15.4	合 計	15.1

(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報—平成29年度—」B表集計表より日本総合研究所作成

$$\text{拠出金}_{i,t} = H_t \times \frac{(h_{i,t-2} + h_{i,t-3} + h_{i,t-4})}{(H_{t-2} + H_{t-3} + H_{t-4})}$$

h_i : 市町村 i の80万円超の医療費に対する給付

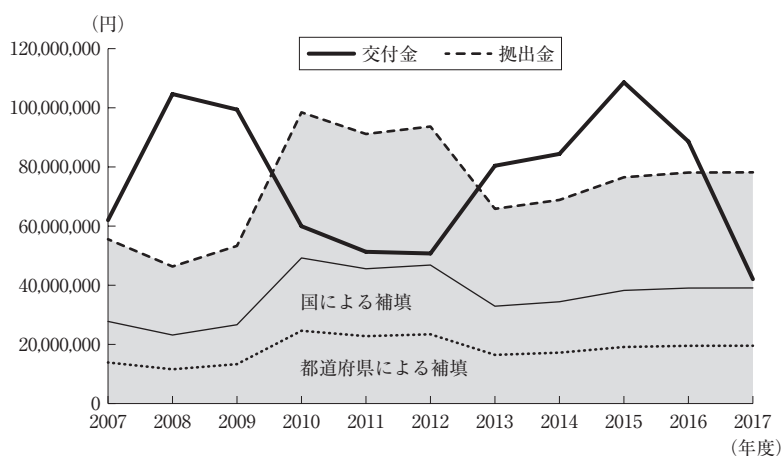
$H = \sum_{i=1}^n h_i$: 都道府県内の全市町村 (n) の80万円超の医療費に対する給付

すなわち、市町村 i の t 年度の拠出金 $_{i,t}$ は、 t 年度の都道府県内における「80万円超の医療費に対する給付 H_t 」を、市町村 i の「80万円超の医療費に対する給付 h_i 」の県内シェアで按分した額となる。県内シェアは $t - 4$ 年度から $t - 2$ 年度の3カ年の実績である。拠出金の2分の1は公費（国4分の1、都道府県4分の1）で補填される。

こうした高額医療費共同事業の市町村にとっての効果は二つ指摘できる。一つは、資金繰りの平準化である。高額医療費が例年比多く発生した年度には、それに応じた交付金を受け取り、他方、拠出金は過年度の実績をもとにしていることから、資金繰りの急激な悪化を回避することが出来る。

それが端的に表れている市町村を例にとると（図表3）、高額医療費が例年比多く発生している2008年度と2009年度はそれぞれ約1億円の交付金を受けている。他方、両年度の拠出金は過年度の高額医療費をもとに算出されているので、5,000万円程度にとどまっている。二つ目の効果は、拠出金の2分の1が公費で補填されることである。こちらは、実際の財政負担軽減効果がある。前節で触れたように2018年度以降も高額医療費負担金としてこの公費が継承されている（図表1③）。

(図表 3) 高額医療費拠出金と交付金の例



(資料) 厚生労働省「国民健康保険事業年報」各年度版より日本総合研究所作成
 (注) 香川県三木町の例。

B. 保険財政共同安定化事業

医療費のうちレセプト1件80万円以下の部分を対象としたのが保険財政共同安定化事業である。高額医療費共同事業と同様、都道府県内の各市町村は、事業主体である国保連に拠出金を払い、80万円以下の医療費に対する給付の(注9)やはり59%の交付金を受ける。ただし、拠出金に対する公費の補填がない点、および、拠出金の計算に際し、医療給付費実績以外の要素が加味される点は高額医療費共同事業と大きく異なる。なお、この項では医療費というとき80万円以下の部分を指すこととする。

市町村*i*の拠出金 k_i は、おおまかには次の①式で計算される(59%とする計算は簡素化のため省略している)。右辺第1項は、市町村*i*の医療給付費そのものの2分の1である。第2項は、*i*の所在する都道府県全体の拠出金 K の2分の1の市町村*i*の人数シェアによる按分である(注10)。それぞれ「医療給付費実績割」「被保険者割」という。

$$k_i = 0.5 \times \underbrace{\text{医療給付費}_i}_{\text{医療給付費実績割}} + 0.5 \times K \times \underbrace{\text{人数のシェア}_i}_{\text{被保険者割}} \quad \dots\dots ①$$

拠出金 k_i の算定に際しては、都道府県内各市町村の合意に基づき、次の式のように市町村の所得を加味することも可能とされていた。これを「所得割」という。

$$k_i = 0.5 \times \text{医療給付費}_i + 0.5 \times K \times \underbrace{\frac{(\text{人数のシェア}_i + \text{所得のシェア}_i)}{2}}_{\text{所得割}} \quad \dots\dots ②$$

$K = \sum_{i=1}^n k_i$: 都道府県内の全市町村(n)の拠出金

人数のシェア $_i$: 市町村*i*の人数/全市町村の人数

所得のシェア $_i$: 市町村*i*の所得/全市町村の所得

例えば、ある県は、A市、B市、C市の3市で構成されているとする。以下、簡単化のため、一人当たりの数値例で考え（注11）、A市、B市、C市の医療給付費はそれぞれ50万円、100万円、150万円であるとする（図表4）。このままでは、C市は150万円と相対的に高額の保険料を設定せざるを得ない（保険料以外の財源はないものと仮定する）。

そこで、保険財政共同安定化事業によって、一人当たり医療給付費の合計300万円のうち50%の150万円については各市の医療給付費に応じて拠出することとし（医療給付費実績割）、残り50%の150万円についてはいずれの市も50万円ずつ均等に拠出することとする（被保険者割）。すると、医療給付費の少ないA市の負担は保険財政共同安定化事業がなかった場合に比べ25万円増えて75万円となるものの、C市の負担は25万円軽減され125万円となる。B市は不変である。

(図表4) 保険財政共同安定化事業の数値例

(万円)

保険者	①	②	③	④	④-①
	医療給付費 = 交付金	医療給付費 実績割 ①×0.5	被保険者割 $300 \times 0.5 \times (1/3)$	拠出金 ②+③	
A市	50	25	50	75	25
B市	100	50	50	100	0
C市	150	75	50	125	▲25
合計	300	150	150	300	0

(資料) 厚生労働省HP「平成24年国民健康保険法の一部を改正する法律について」法改正参考資料P5の数値例をもとに日本総合研究所作成

(注) 一人当たりの金額。実際には医療給付費から前期高齢者交付金を控除しさらに59%とするなどの計算過程があるが、簡素化のため省略している。

さらに、この都道府県において所得割を導入すると（すなわち②式）、A市～C市の得失はどのように変わるだろうか。所得はA市、B市、C市、それぞれ400万円、200万円、400万円とする（図表5）。すると、A市とC市に比べ所得水準の低いB市にも保険財政共同安定化事業の恩恵が及び、実際の医療給付費は100万円であるにもかかわらず拠出金は90万円に抑制され、10万円の負担軽減になる。

(図表5) 保険財政共同安定化事業の数値例（所得割導入）

(万円)

保険者	①	②	③	④	⑤	⑥	⑥-①
	医療給付費 = 交付金	所得	医療給付費 実績割 ①×0.5	被保険者割 $300 \times 0.25 \times (1/3)$	所得割 $300 \times 0.25 \times (②/1,000)$	拠出金 ③+④+⑤	
A市	50	400	25	25	30	80	30
B市	100	200	50	25	15	90	▲10
C市	150	400	75	25	30	130	▲20
計	300	1,000	150	75	75	300	0

(資料) 日本総合研究所作成

(注) 一人当たりの金額。医療給付費実績割50%、被保険者割25%、所得割25%と仮定している。実際には医療給付費から前期高齢者交付金を控除しさらに59%とするなどの計算過程があるが、簡素化のため省略している。

このように、保険財政共同安定化事業は、拠出金の計算に際し医療給付費実績割によって社会保険料が特徴とする負担と受益の対応を残しつつ、負担と受益の対応の裏返しである市町村格差を被保険者割と所得割によって緩和する——という負担と受益の対応と市町村間格差とのバランスを追求した仕組みとなっていた。負担と受益を対応させているからこそ、市町村ごとの医療給付費抑制に向けたインセンティブも働きやすくなり、負担に対する納得感も伴いやすくなる。他方、市町村格差が被保険者の許容範囲を超えれば、不公平感も生じ、著しく保険料水準が高い市町村においては保険料負担の困難度も増し、国民皆保険の維持が難しくなる。

2017年度までの国保の財政運営について説明した政府の図（図表6の左側・現行）をみると、「市町村が個別に運営」とのキャプション付きで、市町村がそれぞれ独立して運営しているかのように表されている。しかし、実際には、ここまで見てきたようにすべての医療費を対象として都道府県ごとに二つの共同事業が行われていたのであり、2017年度までの国保の財政運営は、図表6の右側にある改革後に倣い、図表7のように描き改められるべきであろう（図表7）。

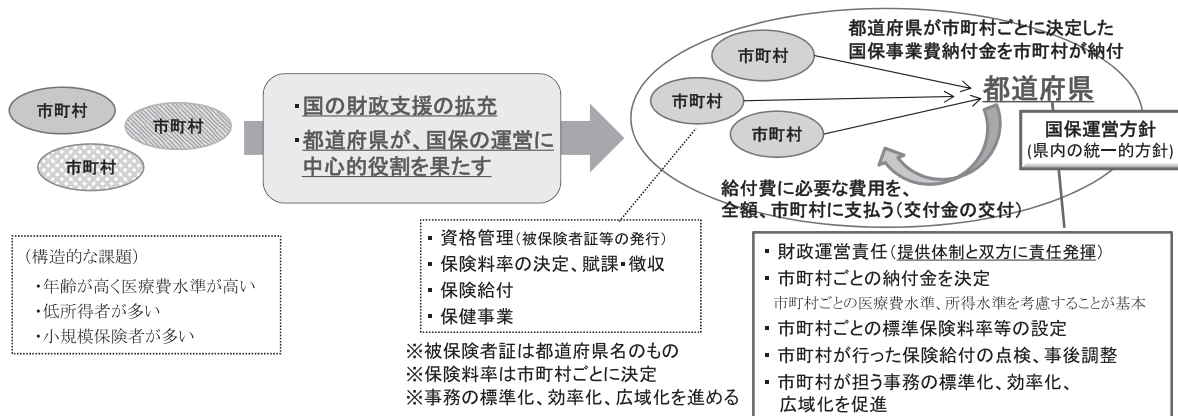
（図表6）国保の財政運営についての政府説明

国保制度改革の概要（運営の在り方の見直し）

- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化
 - ・給付費に必要な費用は、全額、都道府県が市町村に交付
 - ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
 - ・都道府県は、国保の運営方針を定め、市町村の事務の効率化・広域化等を推進
- 市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割

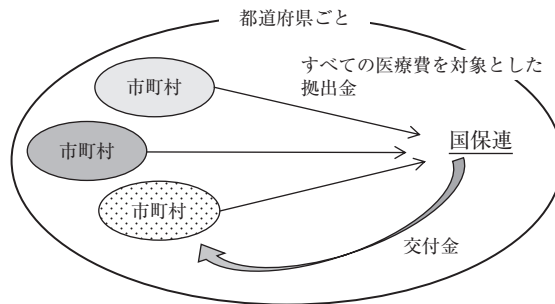


○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

（資料）厚生労働省HP

(図表7) 2017年度までの財政運営



(資料) 日本総合研究所作成

- (注5) 正確には、前期高齢者の給付費に加え、前期高齢者にかかる後期高齢者支援金も対象となっている。
- (注6) 高額医療費共同事業が都道府県単位の共同事業であるのに対し、特別高額医療費共同事業と「著しく高額な医療費に係る高額医療費共同事業」は、全国レベルの共同事業である。「著しく高額な医療費に係る高額医療費共同事業実施要綱」が2015年改正に伴い「国民健康保険特別高額医療費共同事業実施要綱」へ改正されている。
- (注7) 正確には、高額医療費のうち前期高齢者交付金で賄われる分は控除される。
- (注8) 定率国庫負担(32%)は、給付費の実績に応じている。都道府県調整交付金(9%)も2005年度までは国の定率国庫負担であった。このように、実績に応じて交付される部分については、再保険は不要であるとの発想と考えられる。
- (注9) 高額医療費共同事業の場合と同様、正確には、前期高齢者交付金で賄われる分は控除される。
- (注10) $0.5 \times$ 医療給付費の項は、正確には次のように表される。市町村 i の t 年度の医療給付費を $m_{i,t}$ 、都道府県の t 年度の医療給付費を M_t とする。

$$m_{i,t} = 0.5 \times M_t \times \frac{(m_{i,t-2} + m_{i,t-3} + m_{i,t-4})}{(M_{t-2} + M_{t-3} + M_{t-4})}$$

ただし、 $\frac{(m_{i,t-2} + m_{i,t-3} + m_{i,t-4})}{(M_{t-2} + M_{t-3} + M_{t-4})} = \frac{m_{i,t}}{M_t}$ とすれば、すなわち、 t 年度における市町村 i の都道府県内における医療費シェアが

$$t-2 \text{ から } t-4 \text{ 年度の合計と不変とすれば、} 0.5 \times M_t \times \frac{(m_{i,t-2} + m_{i,t-3} + m_{i,t-4})}{(M_{t-2} + M_{t-3} + M_{t-4})} = 0.5 \times m_{i,t} \text{ となる (年度ごと振幅の大きい高}$$

額医療費と異なり、80万円以下の医療費についてはこの仮定は不自然ではない。実際、政府もこの仮定のもと仕組みを説明している)。そこで、本文中では、 $0.5 \times$ 医療給付費と単純化して表している。

- (注11) 市町村 i の人数を n_i 、都道府県の人数を N とし、市町村 i の拠出金計を表す①式の両辺を n_i で割ると、次のようになる。

$$\frac{k_i}{n_i} = 0.5 \times \frac{\text{医療給付費}_i}{n_i} + 0.5 \times \frac{k}{n_i} \times \frac{n_i}{N}. \text{これを整理して、} \frac{k_i}{n_i} = 0.5 \times \frac{\text{医療給付費}_i}{n_i} + 0.5 \times \frac{K}{N}$$

すなわち、市町村 i の一人当たり拠出金 $\frac{k_i}{n_i}$ は、市町村 i の一人当たり医療給付費の $\frac{1}{2}$ と都道府県における一人当たり拠出金 (= 医療給付費) の $\frac{1}{2}$ の合計となる。

3. 2018年度からの国保財政運営

(1) 財政運営の全体像

国保は、2018年度から都道府県単位化されたとしばしば言い表される。例えば、新聞は2015年改正を次のように報じている(下線は筆者)。

「市町村国民健康保険の財政運営を都道府県単位にすることを盛り込んだ医療制度改革法案が14日午後の衆院本会議で審議入りした。赤字に苦しむ国保の財政を立て直すのが目的で、2018年度から都道府県が運営責任を担う」(日本経済新聞朝刊2015年4月15日)。「医療保険制度改革関連法が27日成立し、国民健康保険(国保)への追加的な財政支援と、市町村から都道府県への運営移行が決まった」(朝日新聞朝刊2015年5月28日)。もっとも、前章までで明らかかなように2017年度以前も都道府県単位化が進

んでいたものであり、2018年4月を境に都道府県単位に切り替わった訳ではない。国保運営が市町村の手を離れた訳でもない。

2017年度以前、国民健康保険事業勘定を持っていたのは、市町村のみであったが、2018年度からは、都道府県も国保事業勘定を持つようになった。都道府県は、都道府県内の国保において要する医療給付費を予測し、そこから前期高齢者交付金、国庫支出金、県自らの一般会計からの繰入金を控除した額（いずれも予測値）を市町村が都道府県に納めるべき分担金（市町村からみると納付金）として算出する。分担金の2018年度実績は3.7兆円である（図表8）。市町村は、被保険者から徴収した保険料と市町村の一般会計からの繰入金を都道府県に納付金として納める。

都道府県は、前期高齢者交付金、国庫支出金、都道府県自らの一般会計からの繰入金、および、市町村から受け取った分担金を保険給付費等交付金として市町村に交付する（2018年度は9.0兆円）。このなかには、2017年度までの高額医療費共同事業の公費負担を引き継いだ国と都道府県それぞれの高額医療費負担金（0.1兆円ずつ）も含まれている。市町村はこれをもって医療給付を行う。本稿では、こうした仕組みを財政運営における「納付金－交付金システム」と呼ぶことにする。図表1における2018年度の姿では、こうした都道府県と市町村との間の「納付金－交付金システム」が相殺されている。

なお、図表8のなかにある後期高齢者支援金と介護納付金は、それぞれ後期高齢者医療制度と介護保険制度への財政支援であり、図表1では省略されている。

（図表8）2018年度の国保の財政運営

都 道 府 県			
収 入		支 出	
分担金	3.7	保険給付費等交付金	9.0
国 定率国庫負担	2.3	後期高齢者支援金等	1.6
〃 調整交付金	0.8	介護納付金	0.6
〃 保険者努力支援制度交付金	0.1	その他	0.0
〃 高額医療費負担金	0.1		
前期高齢者交付金	3.6		
都道府県 繰入金	0.6		
〃 高額医療費負担金繰入金	0.1		
その他	0.1		
合 計	11.4	合 計	11.2

市 町 村			
収 入		支 出	
保険料	2.7	保険給付費	8.8
都道府県支出金	9.0	納付金	3.7
市町村 繰入金	1.2	その他	0.6
その他	0.1		
合 計	12.9	合 計	13.0

（資料）厚生労働省「国民健康保険事業年報—平成30年度—」第8-1表、第8-5表より日本総合研究所作成

(2) 市町村と都道府県間の納付金と交付金のやりとり

市町村 i は、次のような計算式に基づき、都道府県における納付金総額 C のうち自らの分担である c_i を納める。③式中の医療費指数 i とは、市町村 i の一人当たり医療費の都道府県内における高低を指数化したものであり（平均 = 1）、人数のシェア i と所得のシェア i は、市町村 i の都道府県内におけるシェアである（注12）。

$$c_i = C \times \left(1 + \alpha \cdot (\text{医療費指数}_i - 1) \right) \times \frac{(\text{人数のシェア}_i + \text{所得のシェア}_i)}{2} \quad \dots\dots\text{③}$$

$$C = \sum_{i=1}^n c_i : \text{都道府県内の全市町村 (n) が徴収すべき保険料 (= 納付金)}$$

α : 医療費反映係数。 $0 \leq \alpha \leq 1$ 。都道府県ごとに決定

医療費指数 i : 市町村 i の医療費水準。年齢リスク構造調整を施した指数。平均 1

人数のシェア i : 市町村 i の人数 / 全市町村の人数 (0 から 1)

所得のシェア i : 市町村 i の所得 / 全市町村の所得 (0 から 1)

所得、人数とも都道府県内の国保被保険者を対象。

説明をさらに簡素化するため、(医療費指数 $i - 1$) にかかる係数 α については極めて重要であるものの検討は後に譲り、いったん $\alpha = 1$ とすると、③式はより簡単に次の④式に書き換えられる。

$$c_i = C \times \text{医療費指数}_i \times \frac{(\text{人数のシェア}_i + \text{所得のシェア}_i)}{2} \quad \dots\dots\text{④}$$

こうした納付金-交付金システムは、2017年度をもって廃止されたはずの保険財政共同安定化事業、とくに所得割を組み込んだ②式と酷似している。まず、④式において医療費指数 i を組み入れることで、負担と受益の対応、すなわち、市町村における医療給付費抑制に向けたインセンティブ発揮、被保険者の負担に対する納得感醸成の要素を持たせている。これは、保険財政共同安定化事業における医療給付費実績割の考え方と共通している。次に、納付金総額 C を市町村ごとの人数のシェア i と所得のシェア i に応じて分担するという発想は、保険財政共同安定化事業における被保険者割と所得割と同じである。

(3) リスク構造調整の導入による精緻化

加えて、納付金-交付金システムで注目すべきは、③式と④式の医療費指数に年齢によるリスク構造調整が施されていることである。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、高齢者人口比率の高い市町村ほど、一人当たり医療費が高くなる。こうした年齢要因が、保険財政共同安定化事業の医療給付費実績割では勘案されていなかったが、医療費指数では勘案されるようになった。これは、ドイツやオランダの医療保険制度で導入され、わが国でも医療保険制度改革の議論のなかでしばしば導入を求める声が上がっていた「リスク構造調整」のシンプルな形態である。ドイツやオランダでは、年齢のほか、医療費に影響を及ぼす性別、居住地域なども勘案されている。

例えば、AとBの二つの市があり、一人当たり医療費の実績はそれぞれ23.8万円、28.8万円であるとする（図表9）。A市の一人当たり医療費はB市よりも5万円低い。上手く医療費が抑えられているように見える。ただし、三つの年齢階級別の医療費をA市とB市とで比較すると、いずれの年齢階級にお

いてもA市の方がB市より高い。A市の一人当たり医療費の実績が低くなっているのは、単に年齢構成が若いためであり、A市が医療費適正化に真剣に取り組んでいるからではない。むしろB市の方が年齢階級別にみれば医療費が抑えられている。

そこで、A市、B市とも年齢階級ごとの一人当たり医療費を2市の平均値に置き換えて改めて一人当たり医療費を計算すると、それぞれ20.7万円、32.9万円となる。A市は23.8万円と20.7万円の差額3.1万円分は医療費を抑える余地があるはずであり、B市は32.9万円と28.8万円の差額4.1万円分の医療費がうまく抑制されていると判断される。一人当たり医療費の実績値を理論値で割ったものが③式と④式における医療費指数となる。A市、B市は、それぞれ1.15、0.88となり、④式にこの医療費指数をあてはめれば、B市が都道府県に納めるべき納付金は少なくて済む。

リスク構造調整の導入について、当時の厚生労働省保険局長は画期的な変化になると評している。「国保改革の狙いは三つです。(中略)三つ目は『リスク構造調整の導入』です。これはあまり改正の議論のときには、言葉が堅苦しいために言っていませんでしたが、リスク構造調整の導入は、ある意味で画期的な変化になると思います。(中略)原理的には非常に公平な仕組みであり、医療費水準と所得水準で保険の安定を図っていこうというものです」(唐澤(2015))。

(図表9) 年齢調整後医療費指数の数値例

	A市		B市		平均	
	医療費 (万円)	年齢構成 (%)	医療費 (万円)	年齢構成 (%)	医療費 (万円)	年齢構成 (%)
実績値	0～29歳	12	8	20	10	35
	30～59歳	32	24	30	28	35
	60歳～	50	40	50	45	30
	一人当たり医療費	23.8	28.8	26.8		
理論値	0～29歳	10	10	20	10	35
	30～59歳	28	28	30	28	35
	60歳～	45	45	50	45	30
	一人当たり医療費	20.7	32.9	26.8		
実績値/理論値 (年齢調整後医療費指数)	1.15	0.88	1.00			

(資料) 日本総合研究所作成

このように、2017年度と2018年度の国保財政を財源面から比較した際、骨格はほぼ同じであり、主要な相違点の一つとして保険財政共同安定化事業が2017年度をもって廃止されたことがあったが、実際には、同事業は都道府県と市町村間の納付金の仕組みにリスク構造調整を導入することを通じより精緻化された形で存続していると捉えることができる。

ただし、「画期的な変化」であるリスク構造調整が生きてくるのは $\alpha \neq 0$ の場合であり、 $\alpha = 0$ とすると、③式における $(1 + \alpha \cdot (\text{医療費指数}_i - 1))$ の項は1になり、次の⑤式のように書き換えられる。

$$c_i = C \times \frac{(\text{人数のシェア}_i + \text{所得のシェア}_i)}{2} \dots\dots⑤$$

すなわち、市町村*i*の納付金に医療費指数 c_i は全く反映されなくなる。都道府県内どの市町村に住んでいても、所得が同じであれば同じ保険料負担になる(注13)。市町村と都道府県の共同保険者とい

つつも、都道府県の責任が大きくなる（注14）。財務省や経済財政諮問会議は、次のように都道府県内での保険料水準統一すなわち $\alpha = 0$ を主張している（下線は筆者）。

「都道府県内で国保の保険料水準を統一することは、国保財政における給付と負担の関係の『見える化』を図り、都道府県を給付と負担の相互牽制関係のもとで両者の総合マネジメントを行う主体としていくうえで、極めて重要。しかし、現在、都道府県国保運営方針等において統一時期や検討時期等に係る記載を行っている都道府県が7都道府県にとどまるなど、都道府県における保険料水準統一への動きは捗々しくない。厚生労働省は、こうした進捗の遅れの一因であったガイドラインを本年5月に修正するとともに、保険者努力支援制度においても取組状況を評価に組み込んだところであるが、十分なものであるとは言えない。都道府県国保運営方針において実現に向けた工程や期限の記載を求めるなど、国保の都道府県内の保険料水準の統一を一段と加速させる方策を講ずるべき」（財務省（2020）P37）。

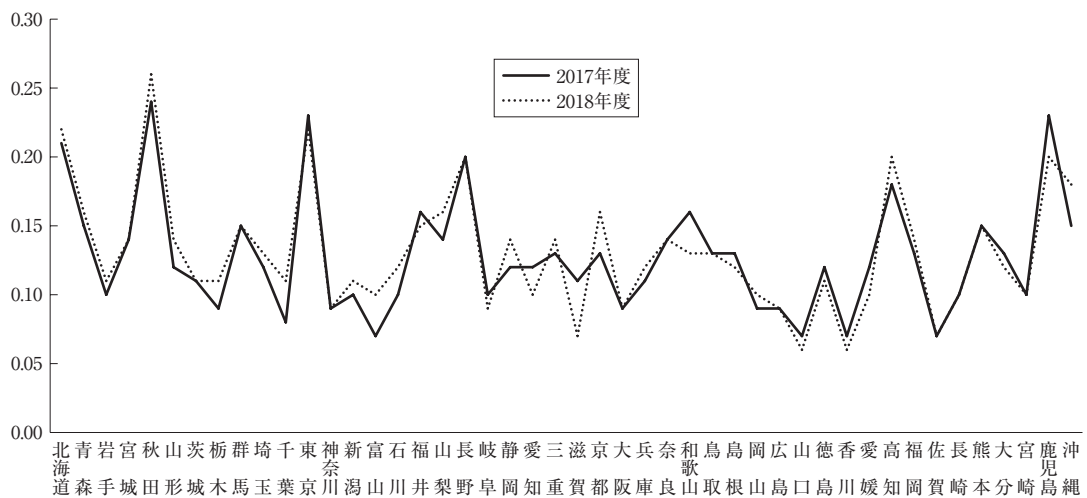
「国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る」（経済財政諮問会議（2019）P62）。

（4）2017年度と2018年度の一人当たり保険料の比較

では、実際に一人当たり保険料（≒一人当たり納付金）は、2017年度から2018年度にかけどのように変化したのであろうか。2017年度と2018年度について、それぞれの都道府県内の市町村ごとの一人当たり保険料を計算したうえで、その変動係数（標準偏差÷平均値）を求め、比較した（図表10）。

結果は、2017年度と2018年度の変動係数はほとんど変わらない。沖縄、富山の上昇、滋賀、和歌山、鹿児島が低下が若干目を引く程度である。2017年度から2018年度にかけての急激な変化を緩和するための措置が講じられていることもあるものの（激変緩和措置）、国保財政の骨格が不変であるうえ、納付金－交付金システムが保険財政共同安定化事業とほぼ同様の動きをしていることがうかがえる。

（図表10）都道府県内市町村ごと一人当たり保険料の変動係数



（資料）厚生労働省「国民健康保険事業年報」2017年度版と2018年度版の保険者別データより日本総合研究所作成

（注）福島県は除いている。

(注12) 本文中の式は、厚生労働省「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）」P17の式を簡略化し、 i を付したものであり、ガイドラインでは次のように表されている。

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

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となる。

γ ：調整係数

すなわち、本文中③式では、 $\beta = 1$ 、 $\gamma = 1$ としている。

(注13) ただし、国保の保険料には応益部分があり、市町村によっては資産割（固定資産税額が課税ベース）を採用しているため、所得が同じであっても世帯人員数や固定資産税額が異なれば、保険料負担も異なる。

(注14) それでも、市町村は保険料の賦課・徴収、保健事業など保険者としての概要業務を担っている。

4. おわりに

2015年改正によっても国保の財源構成の骨格は大きくは変わっていない。最大の変化と見られる都道府県ごとの保険財政共同安定化事業の廃止も、実際には、受け払いの相手を国保連から都道府県に替えながら納付金-交付金システムへ引き継がれ、しかも、リスク構造調整の導入という形で精緻化が図られている。ただし、納付金の計算式における医療費反映係数 α を0とすると、都道府県の責任が大きくなる。リスク構造調整という精緻化も無に帰すこととなる。

こうした2015年改正の実像把握を起点とし、国保の財政運営に関し、今後議論すべき点を簡単に列挙すれば次の通りである。

第1に、リスク構造調整をより精緻化する議論の推進である。医療費の高低を決定付けるリスク要因として年齢のみならずドイツやオランダのように性別を導入することも考えられる。実際、わが国の年齢階級別（5歳刻）の一人当たり医療費をみると、50歳以上では、男性が女性に比べ顕著に高い。例えば、65~69歳の一人当たり医療費は、女性42.9万円であるのに対し男性56.0万円である（注15）。性別を導入することによって、市町村間の医療費水準の比較はより公平なものとなる。

第2に、 $\alpha = 0$ こそが「先進・優良事例」であるとする経済財政諮問会議や財務省の考え方の妥当性の検証である。例えば、笠木（2017）は、都道府県内でも医療機関へのアクセスには地域差があり（すなわち受益に差があり）、しかも、共同保険者を前提としているもと、 $\alpha = 0$ を自明の目標とする考え方に対し「理論的には議論の余地もありえよう」と疑問を呈している。

$\alpha = 0$ としてしまえば、医療給付費にリスク構造調整を施した「画期的な変化」も無になってしまう。画期的と評価する一方で、それを無に帰する意見が政府内で併存する現状は、国民の目にどのように映るのであろうか。

第3に、最終的な財政責任すなわちレセプトに対する支払い責任を一体誰が負うのかを明確にすることである。2015年改正によって、都道府県は財政運営について中心的な役割を果たすものとされたが（注16、傍点は筆者）、運営とは日本年金機構の年金制度運営のようなオペレーションであって、国による年金の支払いのような最終的な支払い責任を含めたものではないとも解釈出来る。

単なるオペレーションであれば、都道府県への移行などという余計なコストをかけず国保連のままでも良かったはずである。国民健康保険中央会が、今なお医療保険制度の早期一本化実現を主張している現状からは、それぞれの自治体において最終的な財政責任を負おうとしているようには到底見えない。

国保の在り方は、地方自治体や財政当局だけではなく、財政支援の出し手である被用者保険にとって

も極めて重要な問題である。2015年改正の実態を共有したうえで、幅広い参加者による一段の議論が不可欠であろう。

(注15) 厚生労働省「国民医療費—平成30年度—」表8。

(注16) 国民健康保険法第四条2。

(2021. 1. 19)

参考文献

- [1] 笠木映里 [2017]. 「国民健康保険の『都道府県単位化』」法律時報89 (3) 2017-03
- [2] 唐澤剛 [2015]. 「インタビュー 国保制度は50年ぶりの抜本的改革 リスク構造調整の導入は画期的」社会保険旬報No.2612 2015年8月11日
- [3] 神田敏史、長友薫輝 [2015]. 『市町村から国保は消えない—都道府県単位化とは何か—』自治体研究社
- [4] 経済財政諮問会議 [2019]. 「経済財政運営と改革の基本方針2019」2019年6月21日
- [5] 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」
- [6] 財務省 [2020]. 「社会保障について①（総論、医療、子ども・子育て、雇用）」財政制度等審議会（2020年10月8日）提出資料
- [7] 西沢和彦 [2020]. 『医療保険制度の再構築』慶応義塾大学出版会
- [8] 三原岳 [2020]. 『地域医療は再生するか』医薬経済社
- [9] 山崎泰彦監修 [2016]. 『国民健康保険制度改革の解説～平成30年度からの都道府県主体による財政運営に向けて～』社会保険出版社