

基礎研 レポート

国保の都道府県化で何が変わるのか(中)

制度改革の実情を考察する

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 准主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～都道府県化に関する実情～

2018年4月から国民健康保険¹の運営が市町村単位から都道府県単位に変わった。約50年ぶりと言われる制度改革の背景には、恒常的な赤字に苦しむ国民健康保険の財政安定化に加えて、医療費適正化に向けて都道府県の役割を強化したいという思惑があり、(上)では都道府県化の背景とともに、年齢構成や所得が同じであれば保険料の水準を同一とする「標準保険料率」の導入、財源不足の補てんなどを目的とした市町村からの追加的な財政投入(以下、法定外繰入)の制限、財源不足に対応する「財政安定化基金」(以下、基金)の創設といった制度改革を説明することを通じて、負担と給付の関係の明確化(見える化)が都道府県化の意義である点を論じた。さらに、医療計画とのリンクなど提供体制改革と絡めることで、医療行政の地方分権化も期待されている点を論じた。

では、どのように都道府県は制度改革に対応したのだろうか。国民健康保険制度の運営に関する方向性を定めるため、各都道府県は今年3月までに「運営方針」を策定し、保険料²を設定する際の考え方や医療費適正化に向けた方針などを盛り込んでおり、その内容からスタンスや考え方を読み取れると考えている。

国民健康保険の都道府県化を考察する第2回では、①負担と給付の関係の明確化(見える化)、②医療行政の地方分権化——という2つの意義を中心に、各都道府県が策定した運営方針の文言を分析することを通じて、国民健康保険改革に関する都道府県の実情やスタンス、課題などを考察したい。

2—都道府県化による保険料の変化

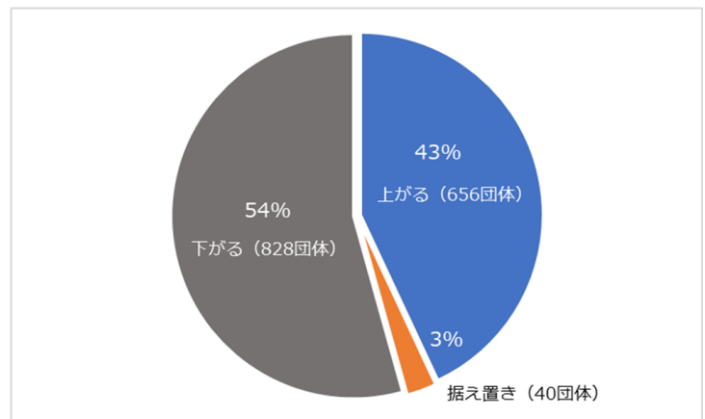
まず、都道府県化に伴う保険料の変化である。厚生労働省の集計によると、北海道と宮城県を除く1,524市町村について、決算が確定している2016年度と2018年度の1人当たり保険料を比較したと

¹ 国民健康保険制度には都道府県や市町村が運営する制度に加えて、医師や弁護士などを対象とした国民健康保険組合があるが、ここでは前者について論じる。

² 国民健康保険の場合、「保険税」として徴収することが認められており、9割近くの市町村が保険税を採用しているが、ここでは原則として「保険料」の表記で統一する。

ころ、図1の通り、43%で増加、54%で減少、3%で据え置きとなったという。この調査結果は一つの「理論値」と整理されており、取り扱いに注意を要する。まず、法定外繰入などの特殊要因を除きつつ、各都道府県が実施する経過措置を反映させているため、実際に徴収される保険料とは異なる点である。さらに、軽減措置の有無など都道府県ごとに算出の前提が異なる上、市町村が都道府県に収める「納付金」ベースと、住民が市町村に支払う「保険料」ベースの双方が含まれており、都道府県または市町村ごとの単純な比較は困難である。

図1：保険料が増減する市町村数



出典：厚生労働省資料を基に作成
 注1：納付金、保険料の双方が含まれている。
 注2：北海道、宮城県を除く1,524市町村。

しかし、制度改革に伴う変化に関するひとつの目安として、大きな傾向は見て取れる。具体的には、国からの追加的な財政支援を通じて、全体としては保険料が下がる傾向である。そして、保険料が増えた団体は医療費の増加による影響であり、保険料の負担が減ったのは都道府県化に際して実施した国費の追加投入の影響と見られている。具体的には、(下)で述べる通り、消費増税の一部を充当するなどして都道府県化に際して国費を計3,400億円投入する³ことになっており、こうした制度改革が保険料水準の負担軽減につながったと言える。

3—都道府県は「見える化」にどう臨んだのか

1 | 運営方針の分析

次に、都道府県が制度改革にどう臨んだのか考察を試みる。今回の制度改革に際して、厚生労働省は「都道府県国民健康保険運営方針策定要領」（以下、策定要領）を策定し、これを基に各都道府県は「国民健康保険運営方針」を今年3月までに作成した。ここでは主な内容として、医療費や財政収支に関する現状と将来の分析、保険料を設定する前提となる納付金を分配する際の考え方、医療費適正化に向けた施策などが定められており、法定外繰入を含めて赤字にどう対処するか、保険料を統一するかどうかといった点について、向こう3年または6年の方針を規定している。

しかし、各都道府県で書きぶりが異なるため、以下の記述では、その違いを分析・比較することとする。その際には(上)で述べた①負担と給付の関係の明確化（見える化）、②医療行政の地方分権化——という2点を中心に、各都道府県が制度改革にどう臨んだのかを考察する。このうち、「見える化」に関しては、(a)赤字解消への対応、(b)財政安定化基金の説明、(c)保険料統一に向けた対応——といった点で分析する。

2 | 赤字解消への対応

保険料の負担と給付の関係を「見える化」する上では、無計画で不透明な赤字⁴を解消する必要があ

³ 国費の追加投入は段階的に実施されており、健診の実施率などに応じて点数が高い都道府県に対し、手厚く財源を分配する「保険者努力支援制度」がスタートしている。

⁴ 国民健康保険の「赤字」は様々な定義が可能だが、ここでは「翌年度の歳入を前年度の財源に充てる繰上充用金を含め、決

る。もちろん、(上)でも述べた通り、医療サービスを多く使う高齢者や、収入が不安定な非正規雇用の人で構成している国民健康保険の脆弱な財政構造を考えると、赤字が出た場合に税金で支えることは避けられないかもしれない。

しかし、その際も赤字を解消するメドを示さなければ、住民は「赤字の解消は予定通りに進んでいるのか」「もし進んでいないのであれば、その理由はなぜか」といった点を判断できなくなる。実際、厚生労働省の策定要領は「5年以内の計画を策定し、段階的に赤字を削減し、できるかぎり赤字を解消するよう努める」という表現を例示しつつ、市町村の実態を踏まえた目標設定を求めている。

そこで、各都道府県が策定した運営方針の文言を精査したところ、図2の通りに29道府県が期限を明記しており、このうち25道府県が5~6年間のスパンで赤字解消に努めるとした。

積極姿勢が見られたのは奈良県である。奈良県は制度改革以前の赤字と2018年度以降に発生した赤字の処理を切り分ける考えを示しており、前者は2024年度までに計画的に処理する一方、後者については原則として赤字発生年次の翌年度時に解消すると定めた。

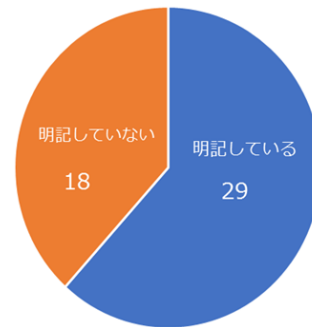
制度改革以前の赤字と2018年度以降の新制度の赤字を切り分ける必要性について、一例を挙げつつ説明しよう。仮にX県のy市は保険料を引き上げることで赤字を解消しているのに、隣のz町では対応策を打たないまま、2018年度を迎えた場合、何が起きるだろうか。y市の住民は高い保険料を支払うことで赤字を解消したのに、もし都道府県化の後、z町の赤字をX県が補てんすれば、その負担はz町の住民だけでなく、y市の住民を含めたX県全体の住民が負担することになりかねない。

確かに政策的な対応として、z町による単独処理が困難な場合、X県が財政支援するのは止むを得ず、その是非は自治体の判断に委ねられるべきだが、X県はX県住民に対して説明責任を果たす必要がある。こうした点を踏まえると、奈良県のように新制度で発生する赤字と過年度の赤字を切り分けることは負担と給付の「見える化」に役立つと思われる。

この観点で見ると、千葉県は運営方針でも奈良県と同様の考え方を明記しており、▽2017年度以降の赤字分については、原則として発生した会計年度の翌々年度までに解消を図る、▽2016年度以前の累積赤字については、2018年度に計画を策定し、原則として運営方針の対象期間である6年以内の解消に取り組む——と指摘した。

さらに、大阪府は制度改革以前の赤字を2017年度中に、新制度の赤字は6年以内に解消すると規定し、佐賀県も制度改革以前の赤字を2017年度中に解消、新制度の赤字は「新たな対象市町が発生した場合に機動的に対応できるよう、赤字の発生した翌年度時に赤字解消計画を策定する」としている。

図2：赤字処理の年度を明記しているか



出典：各都道府県の国民健康保険運営方針を基に作成

算補填を目的とした赤字」という意味で用いる。

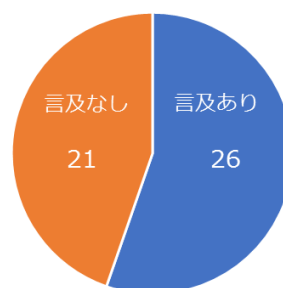
3 | 財政安定化基金の説明

負担と給付の関係を明確にする「見える化」を図る上では、財政安定化基金（以下、基金）の役割も重要である。（上）で説明した同様の仕組みは介護保険や後期高齢者医療制度で先行的に導入されており、この意義については介護保険との対比を通じて明らかになるであろう⁵。

介護保険を2000年度に創設した際、保険の運営主体（保険者）を市町村とする厚生省（当時）の案に対し、全国市長会や全国町村会は「第2の国保」になることを懸念した。国民健康保険の場合、予期せぬ給付増や保険料収入の減少に対する財政補てんが市町村財政の圧迫要因となっているため、同様のことが介護保険でも起きるのではないかと懸念したのである。

そこで、市町村サイドの懸念を払拭するための制度改正が幾つかなされ、その一つが当時の自治省（現総務省）から発案された基金だった。つまり、予期せぬ給付増や保険料収入の減少に見舞われた場合、都道府県単位に設置された基金を通じて資金を交付または貸し付ける仕組みとして創設されたのである。こうした経緯を踏まえると、法定外繰入の制限と財政安定化基金は一体として理解することが可能である。

図3：財政安定化基金の説明で法定外繰入の制限に言及したか



出典：各都道府県の国民健康保険運営方針を基に作成

実際、今回の制度改革に際しても、厚生労働省は両者をリンクさせていた。具体的には、策定要領で「法定外の一般会計繰入を行う必要がないよう都道府県に財政安定化基金を設置（注：した）」と説明していた。

そこで、各都道府県の運営方針を分析したところ、図3の通りに26都道府県が基金の設置目的を説明する際、一般会計（あるいは一般財源）からの法定外繰入が制限されるか、できなくなると規定していた。事例を挙げると、北海道や福島県、福井県、山梨県、大阪府、和歌山県などでは法定外の一般会計繰入、千葉県と長野県、岐阜県は一般財源の財政補填を行う必要がないようにするという基金の設置目的を記載した。

しかし、21県は基金の説明に際して、法定外繰入の制限に言及していなかった。既に述べた通り、国民健康保険に対する財政投入自体は避けられない面があるとはいえ、追加的に財源を投入する際には特例的な措置であることを住民に説明する責任を伴うはずだが、法定外繰入について「逃げ道」を残すかのような書きぶりには、今後の財政運営に不安を感じさせる結果となった。

4 | 保険料の統一に向けた対応

今回の制度改革では、負担と給付の「見える化」を図る一つの方策として、都道府県単位で保険料

⁵ 介護保険の財政安定化基金に関する説明については、介護保険制度史研究会編（2016）『介護保険制度史』社会保険研究所、大熊由紀子（2010）『物語介護保険』岩波書店、堤修三（2010）『介護保険の意味論』中央法規など参照。

を統一することも検討されている。例えば、厚生労働省の策定要領は「地域の実情に応じて、二次医療圏ごと、都道府県ごとに保険料を一本化することも可能」と定めている。

しかし、保険料の統一⁶は一長一短がある。まず、長所を見ると、負担と給付の関係が分かりやすくなる点である。(上)で述べた通り、今回の制度改革を通じて、市町村の責任で解決できない年齢構成、所得については、都道府県が市町村に財源を分配する際に考慮されるため、理論的には「同じ所得であれば、都道府県のどこに住んでも保険料が同じ」という状態となり、住民は負担と給付の関係を容易に理解できるようになる。

その一方、短所もある。今後、保険料の違いは主に医療サービスの利用で生まれることになる⁷結果、医療機関が多い地域と少ない地域での差異をどう見るかという論点が浮上する。(上)でも取

り上げた表1の極端な例を挙げることで、その論点を浮き彫りにしよう。同じA県内のB市とC村を想定する。表1の通り、B市は都市部であり、大学病院を含めて数多くの医療機関が林立しており、C村は過疎地や離島のような無医村である。

この場合、A県が2つの自治体の納付金を決定する際、年齢構成と所得の違いは考慮されるため、C村に手厚く分配することになるが、医療サービスの利用の違いは考慮されない。

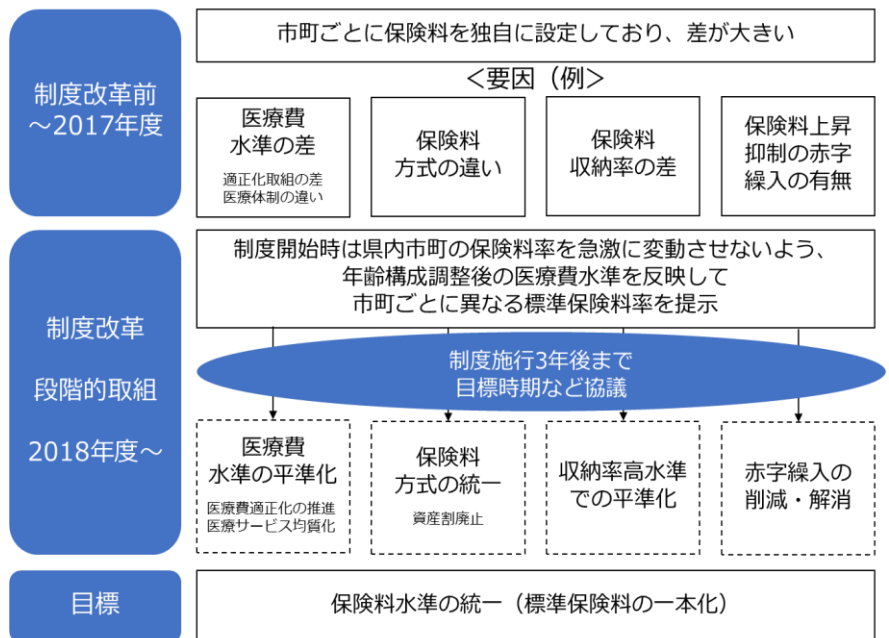
ここでA県が「同じ所得であれば同じ保険料」という保険料の統一を図る場合、何が起きるだろうか。医療機関にアクセスしやすいB市の住民と、無医村で普段は隣の医療機関に通っているC村の住民は同じ計算式で保険料の負担を分かち合うことになる。その保険料はA県民の間で「平等」に分かち合われているかもしれないが、「公平」と言えるだろうか。今回は極端な事例を取り上げたが、医療機関の分布や地理的条件で医療機関へのアクセスに大きな差異がある場合、保険料を統一すること

表1：保険料を比較する際の仮定条件

	B市	C村
人口密度 (人/km)	15,000人	100人
財政力指数	1.00	0.30
高齢化率 (65歳以上)	20%	50%
1人当たり所得 (円)	700万円	350万円
被保険者1人当たり国民健康保険医療費 (円)	47万円	22万円
医師数 (人)	1,000人	0人
被保険者1人当たり国民健康保険料 (円)	13万円	7万円

出典：各種資料を参考に筆者作成
注：(上)表2の再掲。

図4：保険料水準を統一するまでのイメージ（静岡県の場合）



出典：静岡県国民健康保険運営方針を基に作成
注：表現、図の構成などを一部変更。

⁶ ここでの保険料統一とは「納付金や標準保険料を設定する際、医療費の水準の違いを考慮しない」と定義する。実際の保険料負担については、市町村の判断、保険料収納率、保険料を課す際の方式の差などが影響する可能性がある。

⁷ 全ての都道府県が経過措置を導入するため、2018年度時点では実現しない。

は困難であろう。

この点を要領良く説明したのが静岡県の運営方針である。静岡県は保険料水準の統一を将来的な課題として位置付けた上で、図4のように課題を整理した。言い換えると、保険料を統一する上では、医療費の水準の違いや保険料を徴収する際の方式の違い⁸、収納率の差、法定外繰入の有無などを調整する必要がある。

もちろん、これらの状況は地域で事情が異なるため、統一するかべきかどうか是非を一概に論じられない。実際、表1のような状況がある場合、保険料の統一は難しいだろうし、筆者の意見としては必ずしも統一する必要はなく、地域の実情に沿って都道府県や市町村が判断すべきと考えているが、運営方針でも表現にバラツキがみられた。

例えば、保険料の統一に消極的な事例として、東京都は「将来的な保険料水準の平準化を目指す」としつつも、「医療費水準や保険料収納率の違いが大きく、医療費水準が低い市町村に対して、医療費水準に見合わない保険料負担を課すこと（略）は適切ではない」と定めた。同様の表現は愛媛県でも見られ、統一に優先して医療費適正化の推進や法定外繰入の解消などに努めるとして保険料の統一に言及しなかったほか、栃木県は「当面は、保険税率の統一は行わない」との考えを示した。

一方、保険料の統一に言及した道府県でも、検討するとしつつも時期を示していないケース、検討を開始するメドを示しているケース、統一する年限を明示しているケースなどに大別され、温度差が見られる。

具体的には、兵庫県は同一所得・同一保険料を「理想」とし、埼玉県は「将来の目指すべき課題として位置付けます」、新潟県は「保険料水準のあり方については、将来的な統一を視野に継続して議論を行う」、長崎県は「早期の統一を目指す」とそれぞれ掲げたが、いずれも時期は示さなかった。

先に取り上げた静岡県についても論点を整理しつつ、「統一の目標時期の設定に当たっては（略）2020年度までに十分に県と市町の協議を行う」とし、「統一時期の設定に向けた協議」を開始する年限を示すにとどまった。

同じような判断として、長野県も将来的な保険料の統一に向けて、法定外繰入の解消や医療費水準の格差縮小などを進めるとしつつ、目標年次を含めたロードマップを3年後までに検討するとし、福岡県は①制度改革定着期間、②県内均一化移行期間——という2段階で統一を目指すとしたが、いずれも統一の時期のメドを示していない。

さらに、和歌山県は10年間で保険料の統一を目指すとしつつも、医療費に格差がある現状では保険料負担に激変をもたらす恐れがある点や、市町村の医療費適正化に向けたインセンティブが働きにくくなる点を挙げており、中長期的な課題に位置付けている。

こうした状況で「統一するか否か」の二元論では一概に比較するのが難しいため、一定のルールに沿って整理した⁹。その結果が図5である。まず、保険料の統一について、実施または検討する旨が書

⁸ ここでは詳しく述べないが、国民健康保険の保険料は所得の水準に課す「所得割」、固定資産に応じた「資産割」、世帯ごとの「均等割」、世帯の被保険者数に応じた「平等割」の4つの方式があり、4つを組み合わせる「4方式」、資産割を除く3つを用いる「3方式」、所得割と均等割を用いる「2方式」を市町村の判断で選択できるようになっており、方式の違いが保険料水準の差として現れる。

⁹ 運営方針では「保険料」「保険料水準」「統一」「一本化」など様々な文言が使われており、ここでは主に医療費水準の差を考慮しない保険料の設定について「統一化」と定義している。

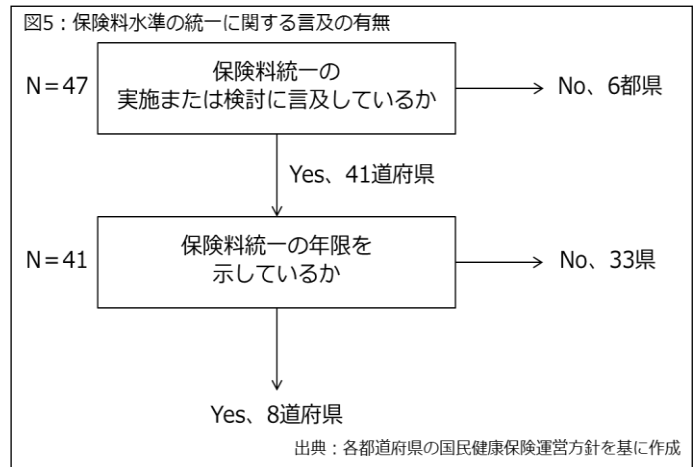
かれているかどうかチェックしたところ、41 道府県は何らかの形で言及していた一方、6 都県については運営方針に文言が見られなかったか、現時点での検討または実施を否定した。

次に、「実施または検討」と類型化した都道府県のうち、年度を示しているかどうかでチェックした。何らかの形で年限を区切った都道府県は具体的な保険料統一のイメージを持っていると考えたためである。その結果、年限を明記したのは8 道府県にとどまった。

統一に積極的な事例としては、大阪府と奈良県が挙げられる。大阪府は2018 年度から保険料を統一する方針を掲げ、6 年間の経過措置を設ける旨を追記した。奈良県は6 年後の保険料統一を目指すとしており、同じく2018 年度に改定された医療費適正化計画との関係性を強化することを通じて、医療費の平準化や法定外繰入の解消を図っている。

さらに、滋賀県は2024 年度以降の早い時期に保険料の統一を目指すとしており、広島県も医療費の平準化を果たすことで、統一保険料率をベースに収納率の違いを反映した「準統一」の保険料を6 年間で実現すると定めた。北海道と岐阜県、沖縄県は2024 年度、和歌山県は2027 年度の保険料の統一を目指すとした。

以上のように考えると、多くの都道府県では医療費の違いが大きいことを理由に、保険料の統一に消極的であり、中長期的な課題として残されたとと言える。



5 | 「見える化」に関して言えること

標準保険料や納付金、基金の創設を通じて、負担と給付の関係を明確にする「見える化」が図られる基盤が整ったが、赤字解消に向けた年次を設定した都道府県は半分にとどまったほか、基金の説明についても、法定外繰入が制限される旨を明記した都道府県も半数程度となり、依然として「見える化」には課題が残された。今後、都道府県や市町村が国民健康保険の財政運営を共同で進める際、住民に対して説明責任をどこまで果たせるかが問われる。

一方、保険料の統一については、ほとんどは消極的だった。これは医療費や収納率の違い、法定外繰入の有無などの地域の実情が影響しており、保険料の統一は一層の時間を要することになりそうだ。

4 — 都道府県は医療行政の地方分権化にどう臨んだのか

1 | 医療計画、医療費適正化との整合性

では、「見える化」と並ぶ意義である医療行政の地方分権化に向けて、どこまで都道府県に主体性が見られただろうか。策定要領は医療費適正化策として、保険料の適正な徴収、保険給付や診療報酬支払明細書（レセプト）点検、市町村による特定健診・特定保健指導（いわゆるメタボ健診）¹⁰、重複

¹⁰ メタボ健診は40 歳以上の人を対象に、肥満の度合いなどを調べるとともに、必要に応じて健康指導を行う制度。

受診や重複投薬への訪問指導などを挙げており、こうした医療費適正化の施策について、全ての都道府県が運営方針で言及していた。

一方、医療費適正化に比べると、提供体制改革と関連付けようとする動きは弱かった。(上)でも述べた通り、昨年7月の「骨太方針2017」では国民健康保険の都道府県化だけでなく、都道府県を中心に医療提供体制改革を目指す「地域医療構想」¹¹の推進や医療計画¹²の改定などを通じて、「都道府県の総合的なガバナンス」の強化を図ることで、「医療費・介護費の高齢化を上回る伸びを抑制しつつ、国民のニーズに適合した効果的なサービスを効率的に提供する」としていた。

さらに、策定要領も「都道府県が医療保険と医療提供体制の両面を見ながら、地域の医療の充実を図り、良質な医療が効率的に提供されるようになることが期待される」としており、国としては国民健康保険の都道府県化と医療提供体制改革の両面を意識することを期待している。

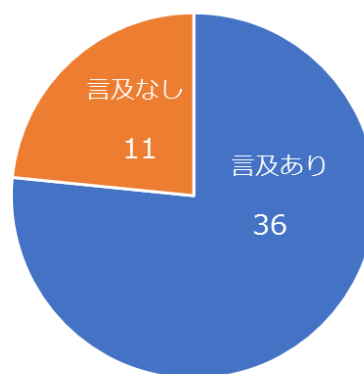
そこで、各都道府県の運営方針を精査したところ、図6の通りに36道府県が医療計画との整合性に言及した¹³が、11都県は医療計画に触れていなかった。

この結果は国との温度差を示していると言えそうだ。国は地域医療構想と国民健康保険の都道府県化、医療費適正化計画を一体的に進めることを期待しているのに、都道府県の対応が追い付いていない可能性を示唆していると言える。

2 | 医療行政の地方分権化に関して言えること

実は、同様の傾向は地域医療構想の際も見られた。各都道府県が2017年3月までに策定した地域医療構想について文言を精査した際も、国民健康保険の都道府県化と地域医療構想を明確にリンクさせたのは僅かに奈良県と佐賀県だけであり、この時の都道府県の判断について、筆者は「提供体制改革について、地元医師会との連携を重視した証」とみなした¹⁴。具体的には、地域医療構想と国民健康

図6：医療計画に言及しているか



出典：各都道府県の国民健康保険運営方針を基に作成

¹¹ 地域医療構想は団塊の世代が75歳以上を迎える2025年に向けて、急性期病床の削減や回復期機能の充実、在宅医療の整備などの医療提供体制改革を目指す制度。人口20~30万人単位の「構想区域」ごとに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各病床機能について、2020年時点の病床数を推計し、これと現状を比較することで、構想区域単位の現状や課題を可視化した。2017年3月までに各都道府県が策定し、今後は関係者で構成する「地域医療構想調整会議」を中心に、医療機関関係者、介護従事者、市町村、住民などの関係者が対応策を協議・推進することが想定されている。詳細は拙稿レポート「地域医療構想を3つのキーワードで読み解く(全4回)」を参照。第1回のリンク先は以下の通り。

<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=57248>

¹² 医療計画は6年に一度、都道府県が作成する計画(従来は5年に一度)。病床過剰地域における病床規制が中心であり、2018年度に改定された新しい計画で地域医療構想の内容を引き継ぐこととされた。

¹³ 「県が策定する他の計画」といった曖昧な表記は「医療計画に言及」と見なさなかった。

¹⁴ 詳細は拙稿レポート「地域医療構想を3つのキーワードで読み解く(全4回)」の第1回を参照。リンク先は以下の通り。

保険の都道府県化を絡めて説明することで、地域医療構想を病床削減の手段と見なされ、地元医師会が提供体制改革のテーブルに乗ってくれない可能性があるため、両者のリンクを避けたと判断しており、今回の結果は同じ傾向が続いている可能性を示唆している。

もちろん、医療行政の大半は自治体の判断で決定できる「自治事務」であり、国の制度改革に向けた対応については、地域の実情に応じて都道府県が一義的に判断すべきことであり、国の制度改革に対応することだけが解決策とは言えない。

しかし、「都道府県の総合的なガバナンスの強化」という国の想定と、それを受け止める都道府県の間に依然としてミスマッチが続いている可能性には留意する必要がある。

3 | 医療サービスの充実と国保直診への言及

しかし、都道府県に求められるのは医療費適正化だけではない。(上)で述べた通り、保険料の統一化を進めるのであれば、都道府県における医療サービスの平準化が必要になる。例えば、表1のような事例の場合、C村における医療サービスのアクセスを考えなければ、「公平」とは言えないであろう。つまり、都道府県には医療費適正化だけでなく、医療提供体制の在り方を含めた給付と負担のバランスを取ることも求められることになる。

その際、過疎地に医療サービスを提供できるドクターヘリやドクターカーの導入、保健師などによる保健サービスの提供、医師確保、在宅ケアの充実に充てられる「地域医療介護総合確保基金」¹⁵を含めた医療機関の整備に向けた財政支援といった方策を考える必要がある。

さらに、国民健康保険が直営で運営する診療所や病院（いわゆる国保直診）の活用も一つの論点になる。国保直診は元々、国民健康保険制度を広く普及するために無医地区をなくす目的で創設された経緯があり、多職種連携や在宅医療、住民参加の健康づくりなど「地域包括ケア」と呼ばれる取り組みは1980年代頃から広島県尾道市（旧御調町）などで実践されてきた経緯がある¹⁶。

今回の都道府県化に関する国の策定要領では、都道府県を中心とした関係施策の連携を促すひとつの事例として、国保直診を拠点とした保健・介護部門の一体的事業の実施を挙げている。この観点では、香川県が観音寺市や小豆島（土庄町、小豆島町）の事例を引き合いに出しつつ、国保直診の活用に言及していた。都道府県としては、医療費適正化や病床機能再編だけでなく、こうした医療サービスの充実に向けた取り組みも別に検討する必要があるだろう。

5—おわりに

(中)では国民健康保険の都道府県化について、①負担と給付の関係の明確化（見える化）、②医療行政の地方分権化——という2点について、運営方針の文言を精査することで、都道府県がどのように制度改革に対応しようとしているのか考察してきた。

<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=57248>

¹⁵ 地域医療介護総合確保基金とは、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備、②居宅等における医療の提供、③地域密着型サービスなど介護施設等の整備、④医療従事者の確保、⑤介護従事者の確保——に関する事業とされ、2018年度政府予算では事業費として医療分934億円、介護分724億円が計上された。増税した消費税の一部を充当する形で2014年度に創設され、負担割合は国3分の2、都道府県3分の1。

¹⁶ 旧御調町の事例については、山口昇（1992）『寝たきり老人ゼロ作戦』家の光協会などを参照。

その結果、①については、赤字解消の年限設定や基金の説明について、都道府県が必ずしも積極的ではない様子が見て取れた。今後、都道府県と市町村は「見える化」に向けて、住民への説明責任を今まで以上に意識する必要があるだろう。

②についても、医療計画とのリンク付けが弱い様子をうかがえた。今後、国と都道府県の緊密な連携が必要になるであろう。

国民健康保険の都道府県化を取り上げる3回シリーズの最終回となる次回では、都道府県化の歴史を振り返ることで、そこから得られる示唆や論点を考察することにした。