

# 国民健康保険制度改革が医療費適正化と 予防・健康づくりに及ぼす影響

—都道府県単位化と保険者努力支援制度に焦点を当てて—

コムラ ユキ  
小村 有紀\*

**目的** 本稿の目的は、国保における都道府県単位化と保険者努力支援制度の導入が市町村の医療費適正化と予防・健康づくりにどのような影響をもたらすのかについて、都道府県と市町村の階層構造を考慮しながら実証分析を行い、明らかにすることである。

**方法** 分析対象は、医療費が高額とされる中国地方、四国地方と九州地方の都道府県および市町村である。分析に使用する主要なデータは、国民健康保険の実態から医療費の3要素、人口動態統計特殊報告平成25年～平成29年人口動態保健所・市区町村別統計から死亡率、保険者努力支援制度交付基準から設定された各指標である。被説明変数には、医療費の3要素である受診率、1件当たり日数および1日当たり費用額又は死亡率を採用した。説明変数は、保険者努力支援制度における市町村の12の指標と都道府県の3つの指標に加え、被説明変数に影響を及ぼす社会的要因と地域的要因をコントロールするために、人口密度、15歳未満人口割合や課税対象所得等を投入した。また、推定には、都道府県と市町村の階層構造を考慮するため階層線形モデルによる分析を行った。

**結果** 被説明変数を受診率とした場合の推計結果は、市町村指標のうち2つの指標と都道府県指標のうち1つの指標で有意にマイナスであった。1件当たり日数では、市町村指標のうち3つの指標で有意にマイナスであった。次に、1日当たり費用額では、2つの市町村指標の推定係数の符号が有意にマイナスであった。最後に、死亡率については、市町村指標のうち2つの指標と都道府県指標のうち1つの指標の推定係数の符号が有意にマイナスであった。

**結論** 推定結果を総合的に解釈すると、保険者努力支援制度交付金の交付基準として設定されている市町村指標は医療費適正化に対して一定の効果を発揮し、都道府県指標は死亡率との関連性が観察された。また、死亡率と関連のあった指標は、都道府県から市町村への積極的関与を含み、指導・助言を行うこと等であった。一方で、すべての指標が効果を発揮しておらず、指標として適正であるのかについて証拠に基づく政策立案という観点から検討する必要性が示唆された。

**キーワード** 国民健康保険、都道府県単位化、保険者努力支援制度、階層構造

## I はじめに

国民健康保険（以下、国保）は、1938年の国民健康保険法によって導入され、その後幾度かの国保法改正が行われているが、制度開始から

80年強が経過した。国保に加入する者は、1958年の国保法改正により、国保の実施が市町村に義務づけられ、健康保険組合や全国健康保険協会などの被用者保険に加入するもの以外全員が国保の適用を受けることとなった。また現在の国保は、退職したサラリーマンや公務員が後期高齢者医療制度に加入するまでの受け皿となっ

\* 山口大学大学院東アジア研究科博士課程

表1 都道府県と市町村の役割分担

	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
財政運営	財政運営の責任主体	国保事業費納付金を都道府県に納付
資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進	地域住民と身近な関係の中、資格を管理（被保険者証等の発行）
保険料(税)の決定賦課・徴収	標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率を算定・公表	標準保険料率等を参考に保険料率(税)を決定するとともに、個々の事情に応じた賦課・徴収
保険給付	給付に必要な費用を、全額市町村に対して支払う。市町村が行った保険給付の点検	保険給付の決定。個々の事情に応じた窓口負担減免等
保健事業	市町村に対し必要な助言・支援	被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施（データヘルス事業等）

出所 全国高齢者医療主管課（部）長及び国民健康保険主管課（部）長並びに後期高齢者医療広域連合事務局局長会議資料より筆者加工

図1 2020年度の国保財政

財政安定化支援事業	調整交付金（国） 9%	前期高齢者交付金
保険者努力支援制度		
特別高額医療費共同事業		
高額医療費負担金		
保険料（税）	定率国庫負担金 32%	
保険者支援制度	都道府県繰入金 9%	
保険料軽減制度		

出所 全国高齢者医療主管課（部）長及び国民健康保険主管課（部）長並びに後期高齢者医療広域連合事務局局長会議資料より筆者加工

注 □は、公費（主に国庫）負担分を示す。

しており、国保は制度上いくつかの構造的問題を抱えている。具体的には、①加入者に占める高齢者の割合が高く、医療費水準が高いこと、②加入者1人当たりの平均所得が低いこと、③小規模保険者が存在するため、財政リスクが高いことなどがあげられる<sup>1)</sup>。これらの問題は以前から指摘されており、国保制度の課題解決のための施策については長い間議論が重ねられてきた。その議論の帰結は、2018年に行われた国保制度改革であった。改革の主な内容は、都道府県が国保の運営主体に加入すること、国保に対する公費による財政支援の拡充である。都道府県と市町村の役割は表1に示すとおりであり、都道府県は財政運営の責任主体となった。次に、国保改革により国の財政支援が拡充されることとなったが、2020年度の国保財政は図1に示すとおりである。公費の主な負担は療養給付費等負担金など医療給付費に対する補助であるが、それらの既存の制度に加えて保険者としての機能強化のため、保険者努力支援制度が創設された。保険者努力支援制度では市町村および都道府県の予防・健康づくりや医療費適正化などの取り組み状況に応じて交付金が配分される。

次に国保の都道府県単位化に関する先行研究のレビューを行う。都道府県単位化に関する先行研究として横山<sup>2)</sup>や武田<sup>3)</sup>などがある。横山では、北海道の市町へのアンケート調査から都道府県単位化の課題を整理している<sup>2)</sup>。また、

武田では、納付金算定のシミュレーションから、国保料（税）に関する課題を整理している<sup>3)</sup>。一方で、制度が開始されて間もないため、都道府県単位化がもたらす影響に関する研究成果は管見の限り見当たらず、これから蓄積されるものと期待される。

次に、保険者努力支援制度に関する先行研究であるが、これに関しても制度が導入されて間もないため、研究成果は管見の限り見当たらないが国保補助金に関する論文として鈴木<sup>4)</sup>がある。鈴木では、主要な国保補助金の目的整合性とインセンティブについて定量的に分析している<sup>4)</sup>。その結果、目的整合性のある支出が行われている一方で、「保険者の責に帰すべき格差」を調整している支出が行われていることなどを明らかにしているが、保険者努力支援制度については制度の創設前であるため分析されていない。

以上のような国保の現状と先行研究の議論を踏まえ、本稿の目的は、国保制度改革が市町村の医療費適正化と予防・健康づくりにどのような影響をもたらすのかについて、都道府県と市町村の階層構造を考慮しながら実証分析を行い、明らかにすることである。本稿の独自性は、2018年度に本格開始された都道府県単位化と保険者努力支援制度について、その効果を定量的に実証したことである。

表2 2018年度評価指標

市町村	
共通指標①	特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者および予備軍の減少率
共通指標②	特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取り組みの実施状況
共通指標③	糖尿病等の重症化予防の取り組みの実施状況
共通指標④	広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取り組みの実施状況
共通指標⑤	加入者の適正受診・服薬を促す取り組みの実施状況
共通指標⑥	後発医薬品の使用促進に関する取り組みの実施状況
固有指標①	収納率向上に関する取り組みの実施状況
固有指標②	医療費の分析等に関する取り組みの実施状況
固有指標③	給付の適正化に関する取り組みの実施状況
固有指標④	地域包括ケアの推進に関する取り組みの実施状況
固有指標⑤	第三者求償の取り組みの実施状況
固有指標⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況
都道府県	
都道府県指標①	主な市町村指標の都道府県単位評価
都道府県指標②	医療費適正化のアウトカム評価
都道府県指標③	都道府県の取り組み状況

出所 厚生労働省、国民健康保険制度の保険者努力支援制度の集計結果について、(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\_10745.html) 2021.12.27. より筆者加工

## Ⅱ 方法

本分析で用いるデータ、分析手法と設定する仮説について述べる。分析に使用する主要なデータは、国民健康保険の実態<sup>5)</sup>と人口動態統計特殊報告平成25年～平成29年人口動態保健所・市区町村別統計である。本稿では、国保における都道府県単位化と国保における保険者努力支援制度の導入が市町村の医療費および死亡率にどのような影響をもたらすのかについて、保険者努力支援制度による指標を用いて実証分析を行うことで明らかにしていく。本稿では、2018年度のデータを用いて実証分析を行うため、以降は2018年度の保険者努力支援制度の評価基準について説明を加える。評価基準は、都道府県を対象としたもの（以下、都道府県指標）と市町村を対象としたものがあり、さらに市町村の評価指標は大きく2つに分類される。一つは保険者共通の指標（以下、共通指標）であり、もう一つは、国保固有の指標（以下、固有指標）である。都道府県指標、共通指標と固有指標は表2に示すとおりである。本分析では、比

表3 事前分析

	サンプル数	級内相関	DE	信頼性
受診率	433	0.527	14.558	0.967
1件当たり日数	433	0.259	7.665	0.903
1日当たり費用額	433	0.419	11.794	0.951
死亡率	457	0.249	7.770	0.903
共通指標①	457	0.319	9.687	0.930
共通指標②	457	0.127	4.460	0.804
共通指標③	457	0.133	4.607	0.812
共通指標④	457	0.313	9.512	0.928
共通指標⑤	457	0.193	6.244	0.871
共通指標⑥	457	0.322	9.777	0.931
固有指標①	457	0.125	4.391	0.801
固有指標②	457	0.104	3.837	0.767
固有指標③	457	0.094	3.568	0.746
固有指標④	457	0.233	7.336	0.895
固有指標⑤	457	0.353	10.609	0.939
固有指標⑥	457	0.161	5.390	0.844
都道府県指標①	457	1.000	28.221	1.000
都道府県指標②	457	1.000	28.221	1.000
都道府県指標③	457	1.000	28.221	1.000
人口密度	457	0.172	5.672	0.854
15歳未満人口割合	457	0.426	12.586	0.954
65歳以上人口割合	457	0.382	11.409	0.946
課税対象所得	457	0.008	1.230	0.194
病院・診療所数	457	0.006	1.169	0.150
福祉施設数	457	0.033	1.888	0.488

出所 筆者作成  
注 DEとは、データの階層性を判断するための指標である。

較的医療費が高いとされる中国地方、四国地方と九州地方を分析の対象とする<sup>6)</sup>。また、本分析では、都道府県と市町村が階層的構造を持っていると考えられることから、階層線形モデルによる分析手法を採用することの検討を行った。階層線形モデルを採用する際に行った事前分析の結果は表3となる。データの階層性を判断するために、級内相関係数（Intra-class Correlation Coefficient：ICC）とデザイン・エフェクト（Design Effect：DE）を算出した。また、内的一貫性を示す指標である信頼性を算出した。ICC、DEと信頼性のそれぞれの基準の目安は、0.05以上、2.00以上、0.7以上である。ICCについてはすべての指標で、DEと信頼性については、9割近くの変数で基準を満たすことから、本分析では階層線形モデルを採用する。また、本分析に用いた統計ソフトは、HADとstataである。

次に、前節までの議論を踏まえ、本稿では以下の仮説を設定し、検証する。

仮説1：保険者努力支援制度の採点結果が良いほど、医療費の適正化が進み、死亡率が低下する。

仮説2：都道府県が運営主体として積極的に関わるほど、医療費の適正化が進み、死亡率が低下する。

データの記述統計量は表4となる。被説明変数は、1人当たり医療費を構成する要素である受診率、1件当たり日数および1日当たり費用額または死亡率である。受診率とは、1人当たりの1カ月間のレセプトの数であり、1件当たり日数とは、1カ月を単位とした患者が医療機関を訪問する平均通院日数であり、1日当たり費用額とは、患者が医療機関で治療を受けたときにかかった1日当たりの総費用である<sup>7)</sup>。医療費適正化には、医療費が過度に膨らむことを防止することも含まれる。そのため、医療費適正化の

指標の一つとして、医療費を用いた。また、予防・健康づくりの結果の代理変数として死亡率を採用した。次に説明変数としては、本節で述べたとおり2018年度保険者努力支援制度で採用されている指標を採用した。なお、医療費と死亡率に影響を与える社会的要因や地域特性についてコントロールするため、人口密度、15歳未満人口割合、65歳以上人口割合、課税対象所得、病院・診療所数、福祉施設数を投入する。本稿では、有意水準10%までを取り上げており、その理由は都道府県という広域自治体が及ぼす影響について幅広く考察するためである。

### Ⅲ 結 果

分析結果は、表5となる。ケース1は、受診率を、ケース2は、1件当たり日数を、ケース3では、1日当たり費用額を、ケース4では死亡率をそれぞれ被説明変数としている。

ケース1の推定係数は、共通指標①が10%水準で有意にプラスであり、共通指標②と固有指標③がそれぞれ10%水準、5%水準で有意にマ

表4 記述統計量

	サンプル数	平均	標準偏差	最小値	最大値	出典
受診率	433	1 088.754	138.233	610.572	1 445.023	①
1件当たり日数	433	2.156	0.155	1.650	2.750	①
1日当たり費用額	433	14 106.390	1 315.077	10 894.000	18 844.000	①
死亡率	457	14.788	4.447	5.800	31.600	②
共通指標①	457	52.365	42.501	-45.000	170.000	③
共通指標②	457	26.532	12.080	0.000	70.000	③
共通指標③	457	105.711	27.530	0.000	120.000	③
共通指標④	457	74.344	29.734	5.000	110.000	③
共通指標⑤	457	41.947	15.864	0.000	50.000	③
共通指標⑥	457	64.886	49.082	3.000	130.000	③
固有指標①	457	39.825	29.904	0.000	100.000	③
固有指標②	457	38.915	4.716	2.000	40.000	③
固有指標③	457	24.168	2.764	15.000	25.000	③
固有指標④	457	18.425	7.421	0.000	25.000	③
固有指標⑤	457	32.090	6.069	3.000	40.000	③
固有指標⑥	457	66.836	15.776	-2.000	89.000	③
都道府県指標①	457	68.221	9.503	57.000	83.000	③
都道府県指標②	457	16.381	15.981	0.000	40.000	③
都道府県指標③	457	52.989	12.107	23.000	65.000	③
人口密度	457	477.669	900.192	4.011	7 987.872	④
15歳未満人口割合	457	12.467	2.630	4.745	20.696	④
65歳以上人口割合	457	33.177	7.470	16.376	55.906	④
課税対象所得	457	68 550.700	194 480.000	325.000	2 495 515.000	④
病院・診療所数	457	3.781	6.282	0.000	62.000	④
福祉施設数	457	52.376	136.177	0.000	1 658.000	④

出所 ①国民健康保険中央会「国民健康保険の実態」、②厚生労働省「人口動態統計特殊報告 平成25年～平成29年 人口動態保健所・市区町村別統計」、③全国高齢者医療主管課（部）長及び国民健康保険主管課（部）長並びに後期高齢者医療広域連合事務局長、④総務省「統計でみる市区町村のすがた」より筆者作成

イナスである。都道府県指標①は、10%水準で有意にマイナスである。コントロール変数については、15歳未満人口割合と65歳以上人口割合が5%水準で有意にマイナスであり、課税対象所得は1%水準で有意にマイナス、病院・診療所数は5%水準で有意にプラスである。

ケース2をみると、共通指標①の推定係数と共通指標③の推定係数の符号はマイナスであり、それぞれ1%水準、5%水準で有意である。共通指標⑤の推定係数の符号はプラスであり、5%水準で有意である。固有指標①と固有指標④の推定係数の符号はマイナスで、固有指標③の推定係数の符号はプラスで、それぞれ5%水準で有意である。都道府県指標①の推定係数は1%水準で有意であり、符号はプラスである。社会的要因・地域的要因としては、15歳未満人口割合の推定係数について、符号はマイナスであり、5%水準で有意である。65歳以上人口割合の推定係数の符号はプラスであり、10%水準で有意である。課税対象所得の推定係数の符号はマイナスであり、病院・診療所数の推定係数の符号はプラスであり、それぞれ1%水準、5%



水準で有意である。

ケース3の結果から、共通指標⑥の推定係数の符号はマイナスであり、1%水準で有意である。固有指標③と固有指標④の推定係数の符号はプラスであり、固有指標⑥の推定係数の符号はマイナスであり、それぞれ10%水準で有意である。その他の変数として、人口密度の推定係数の符号はマイナスであり、5%水準で、課税対象所得の推定係数の符号はプラスであり、1%水準で有意である。また、病院・診療所数の推定係数の符号はマイナスであり、10%水準で有意である。

ケース4については、市町村では、固有指標③と固有指標④の推定係数の符号はマイナスであり、10%水準で有意である。都道府県指標①の推定係数の符号はプラスであり、10%水準で有意である。また、都道府県指標③の推定係数の符号はマイナスであり、5%水準で有意である。その他には、人口密度の推定係数の符号がマイナスで、65歳以上人口割合の推定係数の符号はプラスで、それぞれ1%水準で有意である。

### IV 考 察

本稿では、2018年度の保険者努力支援制度の採点結果を中心に、国保における保険者努力支援制度の導入と都道府県単位化が市町村の医療費と予防・健康づくりにどのような影響を及ぼすのかを検証した。推定には、都道府県と市町村が階層構造を有することから階層線形モデルを用いた。

表5 推定結果

変数	ケース1 (受診率)			ケース2 (1件当たり日数)		
	係数	標準誤差	p値	係数	標準誤差	p値
共通指標①	0.242	0.146	0.097*	-0.000	0.000	0.004***
共通指標②	-0.544	0.289	0.060*	0.000	0.000	0.831
共通指標③	0.021	0.145	0.886	-0.000	0.000	0.044**
共通指標④	0.009	0.162	0.957	0.000	0.000	0.186
共通指標⑤	0.047	0.283	0.869	0.001	0.000	0.017**
共通指標⑥	-0.040	0.104	0.703	0.000	0.000	0.132
固有指標①	0.152	0.248	0.539	-0.000	0.000	0.022**
固有指標②	-0.710	0.910	0.436	0.000	0.002	0.809
固有指標③	-3.154	1.436	0.028**	0.004	0.002	0.030**
固有指標④	-0.743	0.776	0.338	-0.002	0.001	0.026**
固有指標⑤	0.327	0.787	0.678	-0.001	0.002	0.597
固有指標⑥	-0.159	0.338	0.639	0.000	0.000	0.933
都道府県指標①	-6.135	3.322	0.065*	0.008	0.002	0.000***
都道府県指標②	-2.949	1.963	0.133	0.000	0.001	0.915
都道府県指標③	0.705	1.552	0.650	0.000	0.001	0.781
人口密度	0.005	0.009	0.551	0.000	0.000	0.673
15歳未満人口割合	-24.081	12.249	0.049**	-0.009	0.004	0.041**
65歳以上人口割合	-8.463	3.828	0.027**	0.004	0.002	0.086*
課税対象所得	-0.000	0.000	0.000***	-0.000	0.000	0.006***
病院・診療所数	0.574	0.272	0.035**	0.001	0.000	0.034**
福祉施設数	0.981	3.756	0.794	0.001	0.003	0.827
定数項	2 204.167	306.574	0.000***	1.533	0.179	0.000***
	ケース3 (1日当たり費用額)			ケース4 (死亡率)		
共通指標①	0.045	1.183	0.969	0.000	0.003	0.904
共通指標②	-0.066	6.066	0.991	0.006	0.008	0.398
共通指標③	0.530	1.719	0.758	0.007	0.005	0.160
共通指標④	-0.276	1.579	0.861	0.000	0.004	0.985
共通指標⑤	-6.225	4.150	0.134	0.004	0.010	0.715
共通指標⑥	-2.421	0.938	0.010***	-0.001	0.003	0.699
固有指標①	1.328	1.884	0.481	0.006	0.005	0.221
固有指標②	5.734	9.686	0.554	-0.055	0.036	0.130
固有指標③	34.462	20.650	0.095*	-0.058	0.031	0.058*
固有指標④	10.122	5.465	0.064*	-0.022	0.013	0.100*
固有指標⑤	-12.653	9.952	0.204	0.006	0.021	0.789
固有指標⑥	-3.296	1.910	0.084*	-0.001	0.005	0.839
都道府県指標①	23.918	26.685	0.370	0.044	0.023	0.052*
都道府県指標②	2.543	18.168	0.889	0.014	0.009	0.118
都道府県指標③	7.908	10.999	0.472	-0.020	0.009	0.028**
人口密度	-0.114	0.056	0.043**	-0.000	0.000	0.000***
15歳未満人口割合	125.289	164.828	0.447	0.152	0.121	0.208
65歳以上人口割合	64.882	46.875	0.166	0.550	0.064	0.000***
課税対象所得	0.004	0.001	0.000***	0.000	0.000	0.140
病院・診療所数	-4.266	2.501	0.088*	-0.006	0.004	0.160
福祉施設数	-21.641	32.888	0.511	0.006	0.035	0.874
定数項	8 204.491	3 233.365	0.011**	-4.738	4.024	0.239

出所 筆者作成  
注 表において、\*は10%水準、\*\*は5%水準、\*\*\*は1%水準で有意であることを示す。

まず、本稿において着目する市町村の指標である共通指標と固有指標および都道府県指標について考察する。ケース1の推定結果から、市町村の健診結果などに基づく受診勧奨の積極的な取り組みが受診率の低下に影響を与えていることがわかる。一方で、特定健診・特定保健指導の実施率やメタボリックシンドローム該当者および予備軍の減少率の評価基準は、受診率を増加させている。受診率は、レセプトが少ないほど低くなり、健康状態を判断する目安となる指標であるが、健診の実施に加えて、その後の

フォローをすることで、健康状態の改善につながっていることが推測される<sup>9)</sup>。また、医療費通知の目的が被保険者に、医療費とどのくらいの頻度でどの病院にかかっているかを知らせることであることにかんがみれば、医療費通知の積極的な取り組みが受診率の低下につながったことが考えられる。ケース2の結果からは、特定健診・特定保健指導の実施、糖尿病等の重症化予防の取り組みなどが、1件当たりの日数を減少させている。1件当たりの日数が減少するということは、受診した日数が減少するということであり、症状が比較的軽度であることが示唆される。それらの取り組みにより、早期発見早期治療を行うことができているのかもしれない。さらに、ケース3では、後発医薬品の使用促進に関する状況や適正かつ健全な事業運営の実施状況が良い市町村ほど1日当たり費用額が少ない。後発医薬品については、その使用により医療費削減効果が期待されているところである。また、適正かつ健全な事業運営については、保険料（税）の収納対策状況や所得未申告世帯への調査状況などが採点されており、住民に対して保険制度の費用の見える化が行われている。住民が保険料（税）を意識することで、医療費の削減につながっている可能性が示唆される。ケース4では、都道府県が医療費適正化などに主体的に取り組むことが、死亡率の低下と関連している。これは、都道府県が市町村への指導・助言を行ったり、重症化予防の取り組みを行ったりすることで、市町村が効果的な施策を実施する体制づくりを促進する可能性を示唆する。

一方、ケース2とケース3では、医療費通知の取り組みは、1件当たりの日数と1日当たりの費用額を増加させている。また、ケース2とケース4では、都道府県指標である主な市町村指標の都道府県単位評価が1件当たり日数、死亡率と正の関係がみられる。1件当たりの日数と1日当たりの費用額は、疾病構造や症状の程度を示すとされているが、これらの指標と医療費通知の取り組み、主な市町村指標の都道府県単位評価の関係については、医療機関や住民な

どへの聞き取り調査を行うなどの質的調査を行い、解釈を検討する必要がある。次に、社会的要因・地域的要因をコントロールするために投入した変数についてみると、病院・診療所数が多ければ受診率および1件当たり日数が増加する。また、課税対象所得が増加すれば、1日当たり費用額が増加する。病院施設が充実していれば、医療費が高額となることは印南<sup>9)</sup>によっても実証されている。また、人口密度が高いほど、死亡率が減少しているが、これは都市部ほど高齢化が進んでいないことが原因であろう。以上が推定結果の考察となるが、仮説1と仮説2は部分的に支持されたこととなる。

また、国保における保険者努力支援制度が本格実施された2018年度には、市町村分として300億円程度（国保調整交付金特別調整交付金から200億円程度追加）、都道府県分500億円程度であったが、2020年度には抜本的改革が行われ、既存分1,000億円に加え、事業費分として200億円、事業費連動分として300億円が新設されることとなるなど、多額の公費が投入されている。そのため、保険者努力支援制度交付金の交付基準として採用される市町村指標や都道府県指標には適切な設定が求められる。本稿における分析結果からは、健診結果に基づく受診勧奨等の取り組み、後発医薬品の使用促進に関する取り組みなどの市町村の取り組みは、医療費削減効果に一定の効果があった。また、都道府県の取組状況の評価については、予防・健康づくりの結果として死亡率の低下にプラスの影響を与えていることが確認された。しかし、設定されている指標のすべてが医療費適正化や予防・健康づくりに効果があるわけではない可能性が示唆された。都道府県や市町村にとっては、保険者努力支援制度交付金は、国保事業における貴重な財源となり、それらの指標に沿った施策を実施する動機となる。さらに、都道府県指標の一つに決算補填目的等の法定外一般会計繰入などの削減という項目があり、この点については、地方自治の本旨にそぐわないのではないかという議論がなされている<sup>10)</sup>。よって、証拠に基づく政策立案という観点から、なぜそれら

の指標が採用されているのかについての丁寧な説明を行うとともに、場合によっては、他に採用すべき指標はないのか検討する余地が残される。

本稿における貢献は以下の2点である。第1の貢献は、有意に影響を与えた都道府県指標は都道府県の取り組み状況の評価であり、具体的には市町村への助言・指導などであったことから、国保における都道府県単位化はサービスの拡充と保険者機能の強化に寄与していることを明らかにした点である。第2の貢献は、都道府県と市町村の階層構造を考慮して実証分析を行った点があげられる。レベルの異なる変数をモデルに投入して分析を行う際には、先行研究では通常の線形回帰分析が多く使用されていたが、本稿では階層性を明示して分析を行った。

最後に残された課題として、次のことがあげられる。今回の分析は、一時点の医療費や死亡率などの短期間を分析対象として検討したものである。保険者努力支援制度が本格始動したのは2018年度であったため、これからさらにデータが蓄積される。それらのデータを利用し、パネルデータを構築したり、実験的手法を導入したりするなど因果関係について精度の高い分析が求められる。

## 文 献

- 1) 荒井貴史. 国民健康保険制度の現状と改革について. 尾道市立大学経済情報論集 2013; 13(1): 1-42.
- 2) 横山純一. 市町村国保の現状と国保の都道府県移管の課題. 開発論集 2015; 95: 29-58.
- 3) 武田公子. 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 2017; 37(2): 5-31.
- 4) 鈴木亘. 国民健康保険補助金制度の目的整合性とインセンティブに関する実証分析. 生活経済学研究 2001; 16: 91-103.
- 5) 国民健康保険中央会編. 国民健康保険の実態 平成30年度. 2019.
- 6) 厚生労働省. 医療費の地域差分析. ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/iryohoken/database/iryomap/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/database/iryomap/index.html)) 2021.2.28.
- 7) 松田晋哉・華表宏有. 福岡県の老人医療費に関連する要因の分析. 産業医科大学雑誌 1995; 17(2): 113-29.
- 8) 小林未来, 森下知代, 中野求, 他. 特定保健指導におけるフォローアップ検査の効果についての検討. 人間ドック 2018; 33(1): 55-61.
- 9) 印南一路. 医療費の決定構造と地域格差: 国民健康医療費・老人医療費の実証分析. 医療と社会 1997; 7(3): 53-82.
- 10) 北海道伊達市議会. 国民健康保険の交付金減額(ペナルティ導入)に反対する意見書. 2020.
- 1) 荒井貴史. 国民健康保険制度の現状と改革について.