

市町村国保財政の都道府県別将来推計

福井唯嗣

要 旨

市町村国保財政の都道府県単位化は、これまで長らく問題視されてきた保険者間格差を解決する大きな制度改革である。しかしながら、各都道府県内での格差は解消されたとしても、今度は都道府県間の格差が顕在化することも考えられる。都道府県間格差が1人当たり医療費の格差に起因するものであれば、それは各都道府県の医療費適正化努力によって解消すべき問題であるが、高齢者の給付費に関する財政調整の不備に起因する場合には、公的医療保険制度全体の問題として解消を目指すべき課題となる。

本稿では、市町村国保財政について都道府県単位での将来推計を行い、給付費や保険料負担等の今後の全体としての動向およびその地域差について検証を行った。

今後20年ほど、医療給付費や保険料負担は全体としては増加傾向を示すが、その変化のペースやパターンには地域差が起こることが確認された。また、保険料負担を1人当たり保険料で見ると所得総額に対する比率で見ると都道府県ごとの保険料負担に対する評価は大きく異なることも明らかとなった。

キーワード：公的医療保険、市町村国保、将来推計、医療給付費、地域格差

1 序論

2008年度に創設された後期高齢者医療制度は事前の周知不足を原因とする混乱により生じた反発もあったが、75歳という年齢で区分することなど、制度自体への強い批判が起こった。新制度の下で負担増となる被保険者に配慮する形で保険料の軽減措置が取られ、さらには制度創設後半年を待たずして高齢者医療制度に関する検討会が発足し、制度見直しの議論が進められた。

それを受けて、2009年11月に設置された高齢者医療制度改革会議で具体的な制度設計が議論され、2010年12月の同会議の最終とりまとめでは、高齢者医療制度を廃止して75歳以上も現役世代と同様に国保か被用者保険に加入するという従来の形に戻し、その上で公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化と都道府県単位の財政運営という現行制度の利点をできるかぎり維持していくことが示され

た。

同会議では、新制度で75歳以上の大半が加入することになる市町村国保については、2013年度からは75歳以上の給付費については都道府県単位の財政運営とし、75歳未満の財政運営については都道府県単位化の準備を進め、2018年からは全年齢を対象に都道府県単位の財政運営を行うという改革案が示された¹⁾。

改革案はその後法案化が目指されたが、2012年4月に成立した「国民健康保険法の一部を改正する法律」では市町村国保の財源基盤強化策の恒久化と保険財政共同安定化事業の拡大が盛り込まれたのみで、後期高齢者医療制度に代わる新制度については「社会保障制度改革国民会議」で改めて議論することになっている。

市町村国保財政の都道府県単位化は、これまで長らく問題視されてきた保険者間格差を解決する大きな制度改革である。しかしながら、各都道府県内での格差は解消されたとしても、今度は都道府県間の格差が顕在化することも考えられる。都道府県間格差が1人当たり医療費の格差に起因するものであれば、それは各都道府県の医療費適正化努力によって解消すべき問題であるが、高齢者の給付費に関する財政調整の不備に起因する場合には、公的医療保険制度全体の問題として解消を目指すべき課題となる。

そこで本稿では、市町村国保財政について都道府県単位での将来推計を行う。高齢者医療制度のあり方等を検討するためのベンチマークとなることを目指すため、あえて現行制度を前提とした推計とする。また、将来の1人当たり医療費や所得の伸びについても全国で一律とする。これにより、主に人口規模と年齢構成の違いによる将来の都道府県間の財政状況の違いが明らかとなる。

本稿の構成は次の通りである。第2節は、市町村国保財政の現状と、将来の人口構成についての都道府県ごとの違いについて確認する。第3節は本稿における市町村国保財政の将来推計の方法について述べる。第4節は被保険者数、医療給付費、保険料など、将来推計の結果について検討する。第5節は本稿の結論が要約される。

2 市町村国保財政の現状

表1は、主要な公的医療保険制度について2010年度における財政状況を示したものである。協会けんぽ、組合健保、共済の各被用者保険では給付費を上回る保険料が徴収されており、前期高齢者納付金、後期高齢者支援金、退職者医療制度の療養給付費交付金に充てられている。市町村国保（一般）では、給付費（8.1兆円）が保険料（2.8兆円）を上回っており、後期高齢者支援金（1.2兆円）の拠出と合わせて、その財源は前期高齢者医療制度による交付金（2.7兆円）と公費負担（3.8兆円）で賄われるという構図となっている。後期高齢者医療制度は患者負担を除く給付費（11.7兆円）の半分が公費負担（5.8兆円）で、残りが後期高齢者の保険料（0.9兆円）と後期高齢者支援金（45.0兆円）で賄

表1 医療保険財政の構造

	協会けんぽ	組合健保	共済	市町村国保 (一般)	市町村国保 (退職)	後期高齢者
医療費	54,394	40,970	13,084	99,223	8,086	127,213
患者負担	12,534	9,139	2,848	18,592	1,672	10,652
給付費(前期調整対象除く)	35,684	29,099	9,681	36,044	6,414	116,562
所要保険料(軽減後)	29,832	28,763	9,681	15,170	2,111	8,701
公費負担	5,852	337		20,874		58,358
交付金(他制度からの移転)					4,303	49,503
前期調整対象分	17,016	13,094	4,546	18,003	755	
給付費(前期調整対象分)	6,176	2,732	554	44,586		
前期財政調整(給付費分)	10,840	10,362	3,992	-26,583	755	
所要保険料(軽減後)	14,225	13,094	4,546	7,577		
公費負担	2,791			10,426		
交付金(他制度からの移転)					755	
後期高齢者支援金	16,035	14,695	1,656	11,870	815	
所要保険料(軽減後)	13,913	14,695	4,656	5,085		
公費負担	2,123			6,786		
交付金(他制度からの移転)					815	
退職拠出金	2,422	2,443	959			
財政負担計	71,157	59,332	19,841	65,918	2,111	
所要保険料(軽減後)	60,391	58,996	19,841	27,832	2,111	
公費負担	10,765	337		38,086		
加入者数(万人)	3,490	2,969	907	3,369	212	1,406
1人当たり所要保険料(万円)	17.3	19.9	21.9	8.3	10.0	6.2
所要保険料率(医療給付分)	8.3%	7.1%	6.9%			

(注) 『医療保険制度の財政構造表－平成22年度－』(厚生労働省保険局調査課)に基づき筆者作成。
特に断りのない限り、単位は億円。

われている。

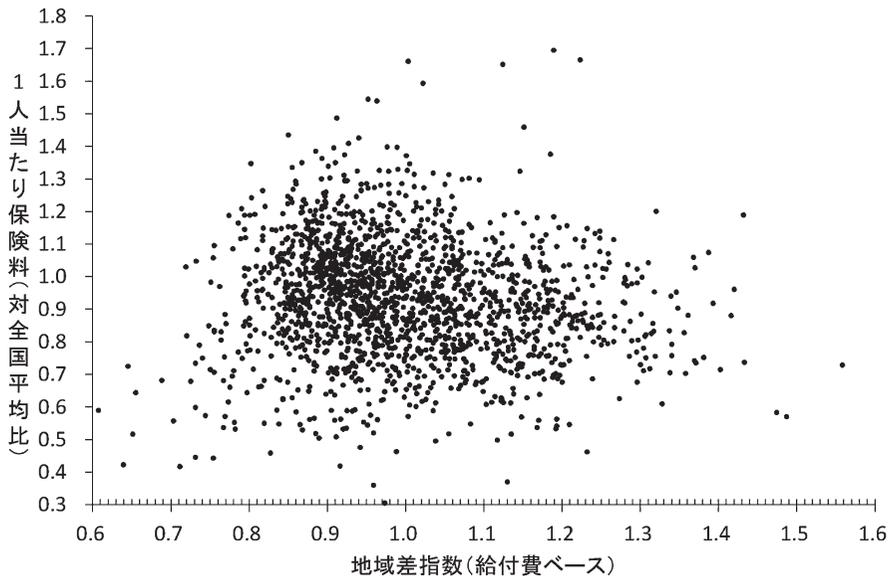
2008年度に後期高齢者医療制度が創設され、それまでその多くが市町村国保の被保険者かつ老人保健受給対象者であった75歳以上の高齢者は後期高齢者医療制度の被保険者となった。不透明かつ不完全な老人保健制度拠出金による財政調整が解消され、後期高齢者支援金によって75歳未満の公的医療保険加入者が均等に75歳以上の医療給付費の一定割合を負担する仕組みとなった。

しかしながら、所得水準の違いから来る保険者間での負担能力の格差が明らかとなった。特に協会けんぽの財政状況に配慮する形で、平成22年度からは被用者保険が拠出する後期高齢者支援金の3分の1については従来の加入者割ではなく、平均所得水準に応じた総報酬割による拠出金の按分が特例措置として実施されている。

他方、市町村国保においては、1人当たり医療費の高い75歳以上の被保険者が後期高齢者医療制度に移行することで従来から問題視されていた保険料負担の保険者間格差が解消することが期待されたが、ことは容易には進んでいない。

図1は後期高齢者医療制度創設直前の2007年度における市町村国保の各保険者について、地域差指数(年齢構成の違いを調整した保険者別1人当たり医療給付費の対全国平均比)と1人当たり保険

図1 医療費と保険料の相関（2007年度）



(注) 横軸の地域差指数(給付費ベース)のデータ出所は『平成19年度医療費マップ』(厚生労働省保険局調査課)。縦軸の1人当たり保険料(対全国平均比)は『平成19年度 国民健康保険事業年報』(厚生労働省保険局調査課)の保険者別データに基づき作成。市町村は地域差指数の区分に合わせており、大口市・伊佐郡菱刈町は伊佐市として扱っている。

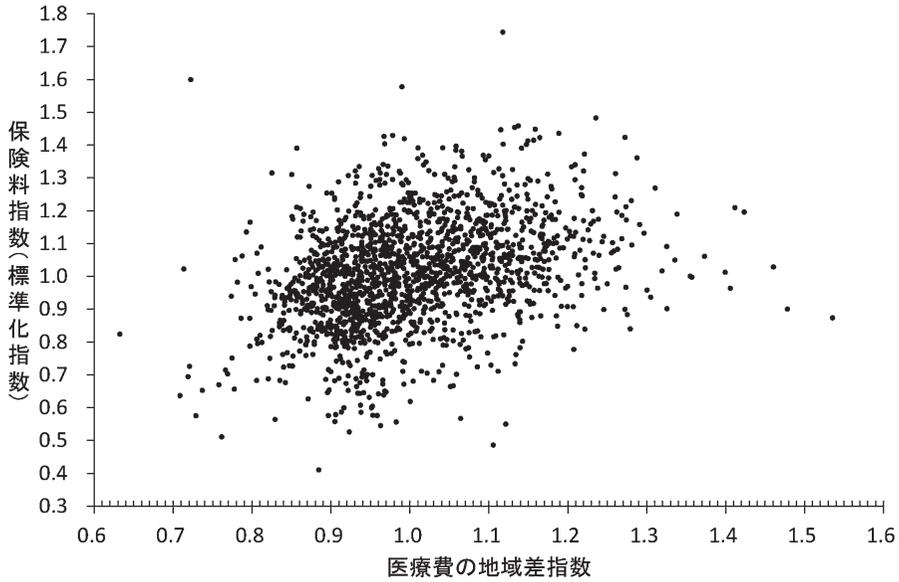
料の対全国平均比をプロットした相関図である。医療給付費の保険者間格差は最大で全国平均の0.6倍から1.6倍と広く、老人保健制度による財政調整の下でも、1人当たり保険料の保険者間格差は全国平均の0.3倍から1.7倍と大きくなっている。

図2は、後期高齢者医療制度創設直後の2010年度における市町村国保の各保険者について、地域差指数と保険料指数(標準化指数)の対全国平均比をプロットした相関図である。図1と比べ、とくに保険料の保険者間格差は縮小し、縦軸方向への散らばりが小さくなっていることが観察できる。しかしながら、横軸である医療費の保険者間格差はさほど縮小しておらず、プロットされた点の分布を見ると、医療費の格差と保険料の格差の正の相関がより明確になっていることが分かる。

高齢者医療に係る財政調整の仕組みが老人保健拠出金から後期高齢者支援金へと委ねられたことで、不透明かつ不完全な財政調整が是正され、その分の保険料の保険者間格差は解消されたが、医療費の保険者間格差に由来する本来の保険料格差がより明確になったということをこれらの図は示している。

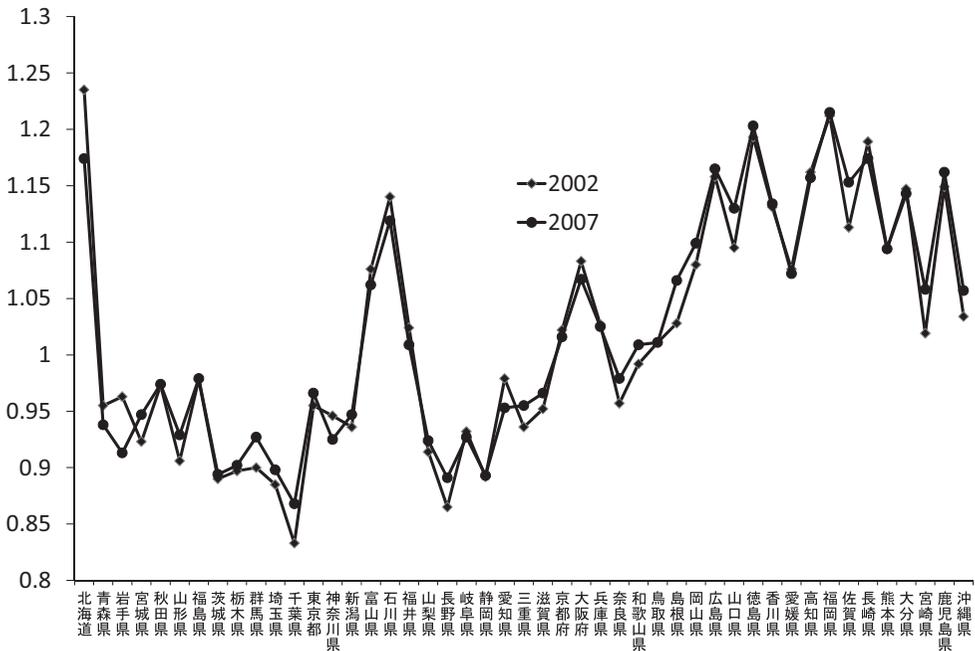
1人当たり医療費に地域差が見られるということは従来から指摘されてきている。図3は2002年度と2007年度における都道府県ごとの医療費の地域差指数を示したものである。北海道、北陸地方、広

図2 市町村国保における医療費と保険料の相関図（2010年度）



(注) データ出所は『平成22年度医療費の地域差分析』（厚生労働省保険局調査課）の保険者別保険料指数等（市町村国保）。

図3 地域差指数の推移



(注) データ出所は『医療費マップ』各年度版（厚生労働省保険局調査課）。

島以西の中国地方、四国地方、九州地方において1人当たり医療費が高いという特徴があり、年度の違いによってさほど変動は見られない。医療費適正化計画による医療の効率化が図られているところではあるが、1人当たり医療費の地域間格差は構造的なものであり、今後短い期間に縮小することは容易に期待しづらい状況にあると言える。

さらに今後、高齢化が本格するにあたり、医療給付費の増大は公的医療保険制度全体にとっての大きな課題となる。その上で問題となるのは、上述の医療費の地域間格差に合わせ、高齢化の進展度合いの地域差である。

表2は都道府県別の高齢化率の見通しについて示したものである。全体として、2025年度までの高齢化の進展ペースは高く、2025年度から2035年度にかけてはそのペースは若干緩やかとなる。しかしながら、都道府県ごとに見ると様相は異なる。東京、大阪、愛知など大都市を抱える都府県では2025年度から2035年度にかけて高齢化の進展が加速する傾向が見られる。

これまで、多くの先行研究において医療給付費増大とそれに伴う保険料負担の増大が今後の財政運営の課題となることは指摘されてきている。

公的医療保険制度全体について将来推計を行った研究には、岩本他(1997)、鈴木(2006)、岩本・福井(2007)、上田他(2010、2011)などがあり、推計方法はそれぞれ異なるものの、医療給付費および保険料負担が将来長期にわたって増大を続けるという結果を示している²⁾。また、鈴木(2008)と岩本・福井(2012)は将来の1人当たり医療費の伸びの不確実性を考慮し確率シミュレーションによる幅をもたせた将来予測を行っている。

市町村国保財政について全国レベルでの将来推計を行った研究もある。小椋・入船(1990)は公的医療保険各制度別に1986年から2050年にかけての将来推計を行っている。それによれば、市町村国保の1人当たり保険料は2021年には対1986年比で1.7倍、2041年には1.9倍、2050年には2.1倍になる。

鈴木(2000)や鈴木他(2012)は生年別×制度別の将来推計を行い、公的医療保険を通じた生涯負担および生涯給付を計算している。鈴木(2000)では市町村国保の収支を均衡させるために必要となる保険料は2050年ごろピークを迎え、その水準は推計の足許である1995年の約2倍になるとしている。鈴木他(2012)は、国保加入者の生涯負担の生涯給付費に対する比率は1980年生まれについては50%程度であるが若い世代ほど徐々に高まり、2015年生まれについては50%台半ばになるという推計結果を示している。

しかしながら、その増大ペースは全国一律とは限らず、医療費の地域差や高齢化進展ペースの違いによって地域ごとで異なりうる。湯田他(2012)は、福井県内の各市町村国保を対象に2025年度までの将来推計を行っている。湯田他(2012)は、1人当たり医療費は2025年度には全体で対2009年度比1.39倍となり、市町村間では1.27～1.48倍の幅が生じること、1人当たり保険料は2025年度には

表2 都道府県別高齢化率(%)の見通し

	2010	2015	2025	2035
北海道	24.7	28.9	34.0 (+5.0)	37.4 (+3.4)
青森	25.7	29.5	34.9 (+5.5)	38.2 (+3.3)
岩手	27.1	30.3	35.0 (+4.7)	37.5 (+2.5)
宮城	22.2	25.8	30.7 (+4.9)	33.8 (+3.1)
秋田	29.5	33.1	38.7 (+5.6)	41.0 (+2.3)
山形	27.5	30.2	34.5 (+4.3)	36.3 (+1.8)
福島	24.9	27.8	32.9 (+5.0)	35.5 (+2.6)
茨城	22.4	26.8	31.9 (+5.1)	35.2 (+3.2)
栃木	21.8	25.8	30.6 (+4.8)	33.6 (+3.0)
群馬	23.4	27.4	31.1 (+3.8)	33.9 (+2.8)
埼玉	20.4	25.5	29.7 (+4.2)	33.8 (+4.1)
千葉	21.2	26.2	30.3 (+4.1)	34.2 (+3.9)
東京	20.1	24.2	26.3 (+2.1)	30.7 (+4.4)
神奈川	20.1	24.2	27.3 (+3.1)	31.9 (+4.6)
新潟	26.2	29.8	34.2 (+4.3)	36.6 (+2.5)
富山	26.1	30.6	33.8 (+3.2)	36.0 (+2.2)
石川	23.5	28.2	31.8 (+3.6)	34.5 (+2.7)
福井	24.9	28.3	31.8 (+3.5)	34.0 (+2.2)
山梨	24.5	27.7	31.7 (+4.0)	35.3 (+3.6)
長野	26.4	29.6	32.8 (+3.2)	35.6 (+2.8)
岐阜	24.0	27.8	31.1 (+3.3)	33.6 (+2.6)
静岡	23.7	27.6	31.6 (+3.9)	34.6 (+3.1)
愛知	20.1	24.0	26.5 (+2.5)	29.7 (+3.3)
三重	24.1	27.7	30.8 (+3.0)	33.5 (+2.8)
滋賀	20.5	24.0	27.2 (+3.2)	29.9 (+2.7)
京都	23.0	27.5	29.9 (+2.4)	32.3 (+2.5)
大阪	22.1	27.0	29.7 (+2.7)	33.3 (+3.6)
兵庫	22.9	27.4	30.9 (+3.5)	34.3 (+3.4)
奈良	23.8	28.7	33.2 (+4.5)	36.8 (+3.6)
和歌山	27.0	31.4	35.4 (+4.0)	38.6 (+3.2)
鳥取	26.1	29.1	33.0 (+3.9)	34.5 (+1.5)
島根	28.9	32.6	36.2 (+3.6)	37.3 (+1.1)
岡山	24.9	28.9	31.8 (+2.9)	33.4 (+1.7)
広島	23.7	28.2	31.8 (+3.6)	34.5 (+2.7)
山口	27.9	32.3	36.0 (+3.7)	37.4 (+1.5)
徳島	26.7	30.5	34.7 (+4.3)	36.7 (+2.0)
香川	25.4	30.1	33.9 (+3.8)	35.9 (+2.0)
愛媛	26.4	30.5	34.7 (+4.1)	37.0 (+2.4)
高知	28.5	32.3	35.8 (+3.5)	37.4 (+1.6)
福岡	22.1	26.1	30.1 (+4.0)	32.6 (+2.5)
佐賀	24.5	27.6	32.2 (+4.6)	34.2 (+2.0)
長崎	25.9	29.5	34.8 (+5.3)	37.4 (+2.6)
熊本	25.5	28.9	33.5 (+4.6)	35.6 (+2.1)
大分	26.5	30.3	34.3 (+4.0)	35.6 (+1.4)
宮崎	25.7	29.6	35.0 (+5.4)	36.9 (+1.9)
鹿児島	26.4	28.9	33.8 (+4.9)	35.9 (+2.1)
沖縄	17.3	19.6	24.7 (+5.1)	27.7 (+3.0)

(注) データ出所は2010年については『国勢調査』(総務省統計局)、2015年から2035年については国立社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来推計人口』(平成19年5月推計)。括弧内の値は10年前との差。

全体で対 2009 年度比 1.50 倍となり、市町村間では 1.35 ～ 1.58 倍の差が生じることを示し、市町村国保の都道府県単位化がこうした格差を解消する意味を持つと結論づけている。

市町村国保では、市町村単位で運営する際の財政力の地域差を解消すべく高額療養費共同事業、保険財政共同安定化事業、保険基盤安定基金の創設などが進められ、都道府県単位での財政運営を行う仕組みが整備されつつあるが、それでも都道府県間の格差はなお残る。1 人当たり医療費の格差は都道府県ごとで解消すべきであるというのが原則ではあるが、それが容易に進まない場合には国保の財政運営の障害となる。また、高齢化の進展度合いの違いは、給付費抑制策を進める際の緊急性にも違いをもたらすことになる。

そこで本稿では、現行制度を前提として、2010 年度を足許とした 2035 年度までの市町村国保財政の見通しについて都道府県単位で推計し、現在の 1 人当たり医療費の格差と人口動態が将来の市町村国保被保険者の保険料負担の動向にどのような影響を及ぼすかを考察することにする。

3 推計の枠組み

本稿では、以下に述べるような手順に従って、都道府県単位での市町村国保の医療保険財政に係る諸計数を 2010 年度から 2035 年度までの期間について 5 年おきに推計した。

3-1 被保険者数の推計

推計の基本となる人口見通しとして、2010 年度については『平成 22 年国勢調査』（総務省統計局）の都道府県別×年齢階級別人口を、2015 年度から 2035 年度までについては国立社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来推計人口』（平成 19 年 5 月推計）の都道府県別×年齢階級別人口を用いた³⁾。

将来の市町村国保の被保険者数は、2010 年度における都道府県別×年齢階級別被保険者割合（被保険者数の対人口比）が将来も一定であると仮定して、被保険者割合をそれぞれの年度の人口に乗じることで推計した。推計に用いた都道府県別×年齢階級別被保険者は、『国民健康保険実態調査』（厚生労働省保険局）の保険者別データ（保険者票）を集計して都道府県別×年齢階級別客体被保険者数を求め、都道府県別の総数が『国民健康保険事業年報』（厚生労働省保険局）における都道府県別被保険者数（年度末）と一致するように比例的に調整したものとした⁴⁾。

制度間の財政調整を考慮するため、後期高齢者医療制度における被保険者数についても推計を行う必要がある。『後期高齢者医療事業年報』の年齢階級別被保険者数（2010 年度末）を年齢階級別人口（全国）で除したものを被保険者割合とし、誤差により 100%を超える場合には 100%であると想定した。その割合が将来も一定であるとして 2015 年度以降の被保険者数を算出した。後期高齢者医療制度では一般被保険者と現役並み所得者では医療費の自己負担割合が異なるため、被保険者を一般被保険

者と現役並み所得者に区別する必要がある。本稿では『後期高齢者医療事業年報』の年齢階級別被保険者数（現役並み所得者）の対人口比を計算し、それが将来も一定であると想定して将来の現役並み所得者を推計し、残りが一般被保険者であるとした。

3-2 医療給付費の推計

将来の医療給付費を推計するために必要となる1人当たり医療給付費の推計手順については以下の通りである。

まず『医療給付実態調査』（厚生労働省保険局）にある2010年度における市町村国保被保険者の都道府県別×年齢階級別診療費を年齢階級別給付割合（1-自己負担割合）に乗じてから都道府県別に集計したものを都道府県別給付費（調整前）とする。次に、2010年度の『国民健康保険事業年報』被保険者別データにある保険給付費を都道府県別に集計したものを都道府県別給付費（調整前）で除して調整係数を作成する。最後に、都道府県別×年齢階級別診療点数に調整係数を乗じたものを被保険者数で除し、2010年度の1人当たり医療給付費とする⁵⁾。

1人当たり医療給付費の将来の伸びについて、本稿では2つのケースを考えた。

ケース1では、「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」（厚生労働省保険局 平成22年10月25日）参考試算に基づき、伸び率を年2.5%（医療高度化等分1.5%+診療報酬改定分1%）とした。

ケース2では、社会保障改革に関する集中検討会議（第10回：平成23年6月2日）で示された「医療・介護に係る長期推計」の想定に基づいた。同推計では、

$$\text{単価の伸び（年率）} = 1.9\% + (\text{経済成長率} / 3)\% - 0.1\% \quad (1)$$

という想定を置き、2025年までの医療給付費を推計している。(1)式右辺の3つの項はそれぞれ、医療高度化分、診療報酬改定分、薬・機器等による効率化分にあたる。なお、医療高度化分の伸びに当たる1.9%のうち1.5%が2005～2009年度の医療費の動向を踏まえた部分、残り0.4%が平均在院日数の短縮とそれに伴う単価上昇による影響分とされている。ケース2ではこの想定を踏まえ、2025年度までについては(1)式に従い、2025年度以降については(1)式の右辺第1項を1.5%として1人当たり医療費の伸び率を設定した⁶⁾。

将来の名目賃金上昇率は2025年度までは「医療・介護に係る長期推計」の改定版にあたる「社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）」（厚生労働省）の想定を用いた。2025年度以降は2025年度の名目賃金上昇率（年2.4%）で一定とした。

ケース2では名目経済成長率の想定も必要となる。本稿では名目経済成長率は賃金上昇率と労働力人口変化率の和であるという定式化に基づいた。将来の労働力人口についてはJILPT（2011）の男女別×年齢階級別労働力人口の実績値（2010年）および推計値（2020年、2030年）が再現されるように2030年度までの各年度の男女別×年齢階級別労働力率を線形補間して設定し、それを各年度の将来

推計人口に乗じることで労働力人口を推計した⁷⁾。

以上の手続きを踏まえた上で、2010年度の1人当たり医療給付費、単価の伸びの累積値（2010年度 = 1）、被保険者数の3つを乗じるという計算をそれぞれの年度について都道府県別×年齢階級別に行い、都道府県ごとに集計することで、それぞれの年度の都道府県別医療給付費が推計される。

3-3 保険料負担の推計

ここでは各年度の保険料負担を推計する手順について述べる。

一般被保険者の医療給付費のうち65-74歳分は前期高齢者医療制度による財政調整を考慮する必要がある。前期高齢者納付金のたまかな算定式、

$$\begin{aligned} & \text{当該保険者の納付金（マイナスの場合交付金）} \\ & = \text{当該保険者の1人当たり前期高齢者給付費} \times \text{当該保険者の0} \sim \text{74歳加入者数} \\ & \quad \times (\text{全国平均の前期高齢者加入率} - \text{当該保険者の前期高齢者加入率}) \end{aligned}$$

に従い、都道府県ごとに市町村国保の前期高齢者納付金を推計した⁸⁾。なお、市町村国保の前期高齢者加入率は全国平均より高いため、いずれの都道府県でも計算結果はマイナスとなり、その分の前期高齢者交付金を受け取ることになる。

現行制度では、各保険者は後期高齢者医療制度を支えるための支援金を拠出しており、その分も被保険者の負担となる。後期高齢者支援金を推計するため、まず後期高齢者に係る医療給付費を推計する必要がある。その手順は一般被保険者の場合と同様である。一部負担割合が一般被保険者と現役並み所得者で異なるため、以下のような手順で別々に推計を行った。

まず『医療給付実態調査』（厚生労働省保険局）にある2010年度における市町村国保被保険者の都道府県別×年齢階級別診療費を年齢階級別給付割合（一般被保険者は0.9、現役並み所得者は0.7）に乗じてから都道府県別に集計したものを都道府県別給付費（調整前）とする。次に、2010年度の『国民健康保険事業年報』保険者別データにある保険給付費を都道府県別に集計したものを都道府県別給付費（調整前）で除して調整係数を作成する。最後に、都道府県別×年齢階級別診療点数に調整係数を乗じたものを被保険者数で除し、2010年度の1人当たり医療給付費とする。

1人当たり医療給付費に単価の伸びの累積値、被保険者数を乗じるという計算をそれぞれの年度について都道府県別×年齢階級別に行い、都道府県ごとに集計することで、それぞれの年度の都道府県別医療給付費が推計される。一般被保険者分と現役並み所得者分の和が、財政調整の対象である後期高齢者の医療給付費となる。

医療給付費のうち後期高齢者が負担する割合は、現行制度に合わせ、

$$\begin{aligned} \text{後期高齢者負担割合} &= 2010 \text{ 年度の負担割合 (10.26\%)} \\ &+ 2010 \text{ 年度の若人負担割合 (39.74\%)} \times \text{若人減少率} / 2 \end{aligned}$$

ただし、

$$\text{若人減少率} = \frac{2010 \text{ 年度の若人人口} - \text{当該年度の若人人口}}{2010 \text{ 年度の若人人口}}$$

という算定式に基づき、各年度の75歳未満人口をもとに設定した⁹⁾。医療給付費から公費負担分(50%)と後期高齢者負担分とを除いたものを75歳未満負担分とした。

75歳未満負担分は、75歳未満の加入者数に応じて各保険者に按分され、後期高齢者支援金として拠出が求められる。本稿では、75歳未満負担分を全国の75歳未満人口で除したものを1人当たり支援金とし、75歳未満の市町村国保一般被保険者数を乗じることで、都道府県ごとの支援金を推計した。

このようにして推計された一般被保険者の医療給付費および後期高齢者支援金の和から前期高齢者交付金を差し引いたものが、各保険者の負担対象額となる¹⁰⁾。負担対象額のうち、国(32%)の定率負担および都道府県(9%)の調整交付金、国の調整交付金による公費負担(9%)を除いたものが所要保険料となる¹¹⁾。さらにここから、国および市町村による保険料の軽減・減免措置がとられる。『国民健康保険事業年報』(厚生労働省保険局)より、2010年度の保険料(税)調定額と保険料(税)算定額の比を都道府県ごとに求め、将来もこの割合で保険料の軽減が行われるものと想定して所要保険料(軽減後)を推計した。なお、2015年度については、一般被保険者分と退職被保険者等分に分けて保険料の推計を行っている¹²⁾。

保険料負担を表す指標として、1人当たり保険料と保険料率を作成した。1人当たり保険料は所要保険料(軽減後)を被保険者数で除したものである。

保険料率を作成するため、各年度の所得総額を推計した。年齢階級別所得総額は全国レベルでしか公表されていないため、やや粗い推計方法をとった。『国民健康保険実態調査』(厚生労働省保険局)にある被保険者年齢階級別の被保険者所得総額を被保険者数で除したものに都道府県別×年齢階級別被保険者数を乗じたものを都道府県別×年齢階級別所得総額(調整前)とし、その按分比で『国民健康保険事業年報』の都道府県別所得総額を按分したものを都道府県別×年齢階級別所得総額(調整後)とした。

さらにそれを都道府県別×年齢階級別被保険者数で除して、2010年度における都道府県別×年齢階級別1人当たり所得総額とした。将来については、2010年度における都道府県別×年齢階級別1人当たり所得総額に名目賃金上昇率の累積値および都道府県別×年齢階級別被保険者数を乗じたものを年齢階級について集計して、都道府県ごとの所得総額とした。こうして求めた所得総額で所要保険料(軽

減後)を除いたものを保険料率とした。

4 推計結果

前節で述べた手順により、2035年度までの5年おきについて市町村国保の諸計数を都道府県別に推計した。

表3は都道府県別被保険者数の実績値および将来推計値である。2015年度から2025年度にかけて、沖縄を除くすべての都道府県で被保険者数は減少する。減少率が最も高いのは山口県(18%)である。2025年度から2035年度にかけては、被保険者数の減少傾向が減速する都道府県が多いが、東北各県やほとんどの九州各県など減少率がより高まる県も見られる。人口減少が市町村国保にもたらす影響の大きさとそのタイミングは都道府県により異なることを示している。

表4は医療給付費の実績値および将来推計値である。足許の水準に違いがあるため将来については2010年度比で表示している。全般的傾向として、2025年度と2035年度についてはケース1よりもケース2の方が伸び率は高く推計されている。これは主として平均在院日数短縮に伴う単価の伸び(年0.4%)を想定するかしないかの違いによるものである。

2015年度時点で伸び率が最も高いのは滋賀県(ケース1で1.18、ケース2で1.17)であるが、2025年度、2035年度になると沖縄の伸び率が最も高く、2025年度では1.62(ケース2は1.63)、2035年度では1.90(ケース2では2.03)となっている。

反対に伸び率が最も低いのは2015年度では秋田県(ケース1、2とも1.06)、2025年度では山口県(ケース1で1.16、ケース2で1.17)、2035年度では再び秋田県(ケース1で1.17、ケース2で1.25)となっている。本稿の推計では医療費の単価の伸びを全国均一としているため、表3に見られる伸び率の格差は人口総数の推移および年齢構成の推移における都道府県格差によるものである。

表5は後期高齢者支援金の実績値および将来推計値である。やはり足許の水準に違いがあるため2010年度比で見ると、伸び率が最も高くなるのは2015年度では富山県(ケース1で1.41、ケース2で1.40)、2025年度と2035年度では沖縄県であり、2035年度には2010年度比でケース1が2.91、ケース2が3.11となっている。表2で見られたように、沖縄県の高齢化率の進展は他県よりも遅く、年齢構成は相対的に若年層が厚い。さらに、沖縄は若年層の市町村国保被保険者の割合が相対的に高いという特徴がある。後期高齢者支援金の負担の仕組みが0-74歳までの全医療保険加入者で人数割りとなっているため、相対的に若人の多い沖縄県では総額で見た場合には支援金がより多くなるという構造がある。

反対に、支援金の伸びが最も低いのは2015年度では大阪(ケース1で1.24、ケース2で1.23)、2025年度時点では和歌山(ケース1で1.72、ケース2で1.73)、2035年度時点では秋田県(ケース1で1.96、ケース2で2.09)である。

表3 都道府県別被保険者数の見通し

	2010	2015	2025		2035	
北海道	1551.2	1477.0	1286.2	(-13%)	1136.2	(-12%)
青森	456.6	441.8	382.5	(-13%)	323.6	(-15%)
岩手	373.3	363.1	321.9	(-11%)	275.9	(-14%)
宮城	627.9	622.2	571.8	(-8%)	516.8	(-10%)
秋田	294.3	283.5	242.4	(-14%)	195.7	(-19%)
山形	305.6	299.9	268.5	(-10%)	229.4	(-15%)
福島	557.1	552.6	502.6	(-9%)	435.6	(-13%)
茨城	921.4	900.6	791.7	(-12%)	711.4	(-10%)
栃木	595.9	598.7	542.9	(-9%)	498.1	(-8%)
群馬	610.3	602.1	529.5	(-12%)	492.7	(-7%)
埼玉	2085.1	2048.6	1786.5	(-13%)	1732.6	(-3%)
千葉	1832.6	1796.7	1583.6	(-12%)	1539.2	(-3%)
東京	3813.8	3770.4	3592.1	(-5%)	3736.5	(4%)
神奈川	2437.6	2431.8	2235.8	(-8%)	2303.1	(3%)
新潟	602.8	591.5	520.3	(-12%)	458.1	(-12%)
富山	249.4	247.6	205.7	(-17%)	193.1	(-6%)
石川	290.0	287.8	246.3	(-14%)	230.5	(-6%)
福井	190.7	189.9	169.1	(-11%)	155.4	(-8%)
山梨	258.9	257.5	233.0	(-10%)	215.0	(-8%)
長野	572.0	563.2	495.1	(-12%)	460.2	(-7%)
岐阜	589.7	580.0	506.3	(-13%)	475.0	(-6%)
静岡	1066.5	1057.7	937.3	(-11%)	880.6	(-6%)
愛知	1936.3	1934.0	1765.2	(-9%)	1810.1	(3%)
三重	476.4	472.3	419.9	(-11%)	402.2	(-4%)
滋賀	328.4	335.1	311.7	(-7%)	310.4	(-0%)
京都	671.3	660.9	567.5	(-14%)	551.0	(-3%)
大阪	2579.0	2467.4	2098.8	(-15%)	2030.6	(-3%)
兵庫	1456.2	1439.4	1258.6	(-13%)	1209.5	(-4%)
奈良	379.6	368.4	308.2	(-16%)	278.7	(-10%)
和歌山	324.1	307.3	255.7	(-17%)	223.2	(-13%)
鳥取	152.7	153.3	137.7	(-10%)	122.0	(-11%)
島根	169.1	166.3	143.0	(-14%)	123.1	(-14%)
岡山	473.7	474.1	413.0	(-13%)	390.9	(-5%)
広島	698.7	697.0	599.7	(-14%)	564.4	(-6%)
山口	373.1	363.1	297.8	(-18%)	261.3	(-12%)
徳島	191.9	189.3	164.5	(-13%)	143.2	(-13%)
香川	249.4	247.0	210.6	(-15%)	191.0	(-9%)
愛媛	403.8	395.2	340.3	(-14%)	301.2	(-11%)
高知	220.5	216.2	182.9	(-15%)	160.5	(-12%)
福岡	1327.5	1317.1	1193.0	(-9%)	1110.2	(-7%)
佐賀	226.1	224.7	205.8	(-8%)	180.5	(-12%)
長崎	428.1	419.1	371.5	(-11%)	314.3	(-15%)
熊本	540.5	531.2	484.0	(-9%)	424.3	(-12%)
大分	313.3	308.6	270.7	(-12%)	238.2	(-12%)
宮崎	352.5	344.8	307.8	(-11%)	261.8	(-15%)
鹿児島	478.1	471.2	437.0	(-7%)	373.2	(-15%)
沖縄	507.9	515.6	525.5	(2%)	503.9	(-4%)

(注) 2010年度の値は年度末の市町村国保被保険者数(一般+退職)。2015年度以降は筆者推計。括弧内の数値は10年前からの変化率。2010年度と2015年度については退職被保険者等分含む。

表4 医療給付費の見通し

	ケース1				ケース2		
	2010	2015	2025	2035	2015	2025	2035
北海道	4,262	1.11	1.27	1.38	1.10	1.28	1.47
青森	1,069	1.08	1.25	1.28	1.08	1.26	1.37
岩手	916	1.07	1.26	1.30	1.07	1.27	1.39
宮城	1,514	1.13	1.39	1.53	1.13	1.40	1.63
秋田	794	1.06	1.22	1.17	1.06	1.22	1.25
山形	763	1.08	1.29	1.31	1.08	1.29	1.40
福島	1,351	1.11	1.35	1.41	1.11	1.36	1.50
茨城	1,937	1.13	1.31	1.44	1.13	1.32	1.53
栃木	1,310	1.15	1.38	1.54	1.15	1.39	1.65
群馬	1,388	1.13	1.28	1.47	1.12	1.29	1.56
埼玉	4,642	1.14	1.27	1.55	1.14	1.27	1.65
千葉	3,991	1.15	1.28	1.57	1.14	1.29	1.67
東京	8,496	1.13	1.37	1.87	1.13	1.38	2.00
神奈川	5,614	1.14	1.33	1.77	1.14	1.34	1.89
新潟	1,547	1.10	1.28	1.36	1.10	1.29	1.45
富山	676	1.12	1.20	1.37	1.11	1.21	1.46
石川	824	1.15	1.26	1.45	1.14	1.27	1.55
福井	515	1.13	1.31	1.46	1.13	1.32	1.56
山梨	601	1.12	1.33	1.52	1.12	1.34	1.62
長野	1,346	1.11	1.26	1.44	1.11	1.27	1.54
岐阜	1,436	1.11	1.24	1.44	1.11	1.25	1.54
静岡	2,490	1.12	1.28	1.49	1.12	1.29	1.59
愛知	4,410	1.13	1.31	1.70	1.13	1.32	1.81
三重	1,208	1.12	1.28	1.51	1.11	1.28	1.61
滋賀	805	1.18	1.41	1.74	1.17	1.42	1.85
京都	1,721	1.13	1.21	1.47	1.13	1.22	1.57
大阪	6,750	1.10	1.16	1.44	1.10	1.17	1.54
兵庫	3,810	1.13	1.26	1.52	1.13	1.27	1.62
奈良	940	1.13	1.20	1.35	1.12	1.21	1.44
和歌山	827	1.08	1.16	1.26	1.08	1.17	1.34
鳥取	407	1.12	1.33	1.40	1.12	1.33	1.50
島根	511	1.10	1.23	1.26	1.09	1.24	1.35
岡山	1,353	1.14	1.26	1.45	1.13	1.27	1.55
広島	2,079	1.14	1.26	1.46	1.14	1.27	1.55
山口	1,139	1.10	1.16	1.22	1.09	1.17	1.30
徳島	569	1.10	1.26	1.32	1.10	1.27	1.41
香川	755	1.13	1.25	1.37	1.12	1.25	1.46
愛媛	1,111	1.11	1.25	1.34	1.10	1.25	1.43
高知	641	1.10	1.20	1.28	1.10	1.21	1.36
福岡	3,665	1.13	1.34	1.53	1.13	1.35	1.63
佐賀	675	1.12	1.37	1.43	1.11	1.38	1.52
長崎	1,286	1.10	1.31	1.33	1.10	1.32	1.42
熊本	1,480	1.11	1.34	1.41	1.10	1.35	1.50
大分	952	1.11	1.28	1.34	1.11	1.28	1.43
宮崎	934	1.11	1.32	1.33	1.10	1.33	1.42
鹿児島	1,421	1.10	1.37	1.39	1.10	1.38	1.49
沖縄	1,085	1.15	1.62	1.90	1.14	1.63	2.03

(注) 2010年度の値は医療給付費(一般被保険者分+退職被保険者等分)実額(単位は億円)。
2015年度以降は筆者推計。2015年度から2035年度までの値は対2010年度比。2015年
度については退職被保険者等分含む。

表5 後期高齢者支援金の見通し

	ケース1				ケース2		
	2010	2015	2025	2035	2015	2025	2035
北海道	627	1.28	1.84	2.19	1.27	1.85	2.34
青森	189	1.27	1.81	2.07	1.26	1.82	2.20
岩手	152	1.31	1.89	2.19	1.31	1.90	2.33
宮城	255	1.32	2.01	2.45	1.32	2.02	2.62
秋田	121	1.30	1.80	1.96	1.29	1.81	2.09
山形	124	1.34	1.94	2.23	1.33	1.95	2.38
福島	223	1.36	2.02	2.36	1.36	2.03	2.52
茨城	368	1.32	1.93	2.34	1.32	1.94	2.49
栃木	241	1.35	2.02	2.50	1.35	2.03	2.67
群馬	249	1.31	1.90	2.39	1.30	1.91	2.55
埼玉	858	1.29	1.86	2.44	1.28	1.88	2.60
千葉	741	1.30	1.92	2.51	1.30	1.93	2.68
東京	1,553	1.29	2.07	2.91	1.29	2.08	3.10
神奈川	1,004	1.30	2.00	2.77	1.30	2.01	2.96
新潟	247	1.32	1.88	2.24	1.31	1.90	2.39
富山	98	1.41	1.88	2.38	1.40	1.89	2.54
石川	115	1.38	1.93	2.43	1.37	1.94	2.59
福井	77	1.37	1.96	2.43	1.36	1.97	2.59
山梨	105	1.31	1.99	2.47	1.30	2.00	2.64
長野	230	1.36	1.93	2.42	1.35	1.94	2.58
岐阜	242	1.30	1.88	2.37	1.30	1.89	2.53
静岡	427	1.35	1.97	2.49	1.35	1.98	2.66
愛知	785	1.33	2.02	2.79	1.33	2.03	2.97
三重	194	1.33	1.94	2.51	1.33	1.95	2.68
滋賀	135	1.37	2.07	2.79	1.37	2.08	2.97
京都	279	1.28	1.82	2.38	1.27	1.83	2.54
大阪	1,070	1.24	1.76	2.29	1.23	1.77	2.45
兵庫	601	1.30	1.87	2.43	1.29	1.89	2.59
奈良	157	1.27	1.76	2.15	1.27	1.77	2.29
和歌山	133	1.25	1.72	2.02	1.25	1.73	2.15
鳥取	63	1.34	1.95	2.33	1.33	1.96	2.48
島根	70	1.33	1.82	2.12	1.32	1.83	2.26
岡山	193	1.34	1.91	2.44	1.34	1.92	2.61
広島	289	1.32	1.86	2.36	1.32	1.87	2.52
山口	153	1.31	1.74	2.06	1.30	1.75	2.20
徳島	78	1.34	1.89	2.22	1.33	1.90	2.36
香川	102	1.33	1.84	2.26	1.33	1.85	2.41
愛媛	166	1.30	1.84	2.19	1.29	1.85	2.34
高知	93	1.27	1.76	2.08	1.27	1.77	2.22
福岡	543	1.31	1.97	2.47	1.31	1.98	2.63
佐賀	92	1.33	2.01	2.37	1.33	2.02	2.53
長崎	179	1.28	1.86	2.12	1.28	1.87	2.26
熊本	220	1.32	1.97	2.33	1.31	1.98	2.49
大分	128	1.32	1.90	2.26	1.32	1.91	2.40
宮崎	141	1.34	1.96	2.25	1.34	1.97	2.40
鹿児島	197	1.30	1.99	2.29	1.30	2.00	2.45
沖縄	209	1.32	2.25	2.91	1.32	2.26	3.11

(注) 2010年度の値は後期高齢者支援金（一般被保険者分+退職被保険者等分）実額（単位は億円）。2025年度から2035年度までの値は対2010年度比。2015年度については退職被保険者等分含む。

以上のように、医療給付費と後期高齢者支援金では人口構造の変化による将来の伸びに地域差が生じる可能性があることが確認された。

表6は市町村国保に係る公費負担の実績値と将来推計値である。全体として、公費負担総額は2035年度まで増加をつづける。公費負担の対2010年度比が最も高いのはいずれの年度およびケースについても神奈川県であり、2035年度にはケース1で2.2、ケース2で2.3となっている。反対に伸び率が最も低いのは、2015年度は島根県（いずれのケースも1.1）、2025年度は山口県（いずれのケースも1.4）、2035年度は秋田県（ケース1で1.6、ケース2で1.7）である。

大まかに言えば、医療給付費と後期高齢者支援金から前期高齢者交付金を差し引いた調整対象需要額の一定割合が公費負担となるため、市町村国保における医療給付費だけでなく、高齢者医療に係る制度間財政調整の動向も公費負担の将来の伸びを左右する。さらに、国の調整交付金は市町村国保被保険者の人数と所得状況に応じて配分されるため、調整対象需要額の動向とも完全にはパラレルでない。

ここからは、市町村国保の保険料負担の将来推計について、1人当たり保険料と保険料率という2つの指標に基づいて確認する。

表7は保険料軽減後の1人当たり医療保険料の将来推計値である。ただし、解釈を容易にするため名目賃金上昇率で調整して2010年度価格で表示している。例外的なくつかのケースを除き、2035年度まで1人当たり医療保険料は高くなっていく。2010年時点ではいずれの都道府県も10万円を下回っているが、2025年度及び2035年度では10万円を上回っているのが多数である。

2015年度から2025年度までの変化と2025年度から2035年度までの変化を比較すると、前者の伸びがより大きい。表2で見られたように、2015年度から2025年度までは高齢化の進展が顕著であることを反映している。ケースごとの違いを確認すると、給付費の場合と同様に、単価の伸びがより高く想定されているケース2の方が、より高めの推計となっている。

将来の1人当たり保険料が最も高いのはいずれの年度、ケースとも神奈川県であり、2025年度にはケース1で11.8万円、ケース2で11.9万円、2035年度にはケース1で11.6万円、ケース2で12.4万円となっている。反対に、2015年度と2025年度では沖縄県が、2035年度では青森県が、それぞれ1人当たり保険料が最も低くなっている。

表8は保険料軽減後の医療保険料率（所得総額に対する比率）である。2010年度では全国平均で11.2%だが、2025年度にはいずれのケースでも15.0%、2035年度にはケース1で15.3%、ケース2で16.3%と徐々に上昇する。それぞれの都道府県を見ると、2025年度まではいずれの都道府県でも医療保険料率は上昇するが、2025年度から2035年度にかけては上昇のペースが落ち、一部では医療保険料率が低下しているところもある。いずれの年度、ケースでも、医療保険料率が最も高いのは沖縄県、最も低いのは東京都である。被保険者の負担能力を考慮すると、1人当たり保険料から把握する負担

表6 公費負担の見通し

	ケース1				ケース2		
	2010	2015	2025	2035	2015	2025	2035
北海道	1,738	1.10	1.43	1.66	1.10	1.43	1.77
青森	505	1.11	1.42	1.61	1.11	1.43	1.72
岩手	400	1.10	1.44	1.66	1.10	1.45	1.77
宮城	645	1.13	1.50	1.80	1.13	1.51	1.92
秋田	319	1.10	1.40	1.56	1.10	1.41	1.67
山形	315	1.10	1.46	1.68	1.10	1.47	1.79
福島	592	1.12	1.49	1.73	1.12	1.50	1.85
茨城	844	1.12	1.47	1.73	1.12	1.47	1.85
栃木	561	1.12	1.51	1.82	1.12	1.52	1.94
群馬	573	1.14	1.52	1.83	1.14	1.53	1.95
埼玉	1,754	1.11	1.48	1.82	1.10	1.49	1.95
千葉	1,487	1.12	1.50	1.85	1.11	1.50	1.98
東京	3,312	1.10	1.57	2.04	1.10	1.58	2.18
神奈川	1,797	1.20	1.69	2.16	1.19	1.69	2.31
新潟	583	1.12	1.49	1.74	1.12	1.50	1.86
富山	224	1.11	1.51	1.84	1.10	1.52	1.96
石川	307	1.11	1.49	1.81	1.11	1.50	1.93
福井	192	1.09	1.50	1.80	1.08	1.51	1.92
山梨	257	1.14	1.51	1.78	1.14	1.52	1.90
長野	510	1.13	1.55	1.86	1.13	1.56	1.99
岐阜	531	1.13	1.51	1.83	1.13	1.51	1.95
静岡	874	1.12	1.51	1.84	1.12	1.52	1.96
愛知	1,539	1.16	1.64	2.12	1.16	1.65	2.26
三重	452	1.10	1.50	1.85	1.10	1.51	1.97
滋賀	297	1.14	1.64	2.11	1.14	1.65	2.25
京都	667	1.14	1.51	1.88	1.13	1.52	2.00
大阪	2,660	1.16	1.52	1.85	1.15	1.53	1.97
兵庫	1,465	1.12	1.51	1.85	1.12	1.52	1.97
奈良	381	1.10	1.41	1.65	1.09	1.41	1.76
和歌山	358	1.11	1.42	1.63	1.10	1.42	1.74
鳥取	173	1.09	1.46	1.74	1.09	1.47	1.86
島根	188	1.07	1.41	1.65	1.06	1.42	1.76
岡山	489	1.15	1.54	1.91	1.14	1.55	2.04
広島	716	1.11	1.48	1.81	1.10	1.49	1.93
山口	403	1.08	1.39	1.63	1.08	1.40	1.74
徳島	252	1.08	1.41	1.66	1.07	1.42	1.77
香川	287	1.09	1.44	1.73	1.08	1.44	1.84
愛媛	464	1.12	1.46	1.73	1.12	1.47	1.84
高知	271	1.11	1.45	1.70	1.11	1.45	1.82
福岡	1,645	1.10	1.48	1.80	1.10	1.49	1.92
佐賀	297	1.11	1.46	1.72	1.11	1.47	1.84
長崎	545	1.09	1.41	1.62	1.09	1.42	1.73
熊本	696	1.09	1.44	1.69	1.09	1.45	1.81
大分	381	1.12	1.47	1.74	1.12	1.47	1.86
宮崎	420	1.10	1.43	1.66	1.10	1.44	1.77
鹿児島	664	1.10	1.43	1.66	1.09	1.44	1.77
沖縄	700	1.15	1.59	1.98	1.14	1.60	2.11

(注) 2010年度の値は公費負担(定率分+調整交付金分)実額(単位は億円)。2025年度から2035年度までの値は対2010年度比。保険料(税)軽減・減免分の公費負担は含まない。

表7 1人当たり医療保険料の見通し（2010年度価格）

	2010	ケース1			ケース2		
		2015	2025	2035	2015	2025	2035
北海道	7.5	8.9	9.7	9.8	8.8	9.8	10.4
青森	7.3	8.0	8.5	8.4	8.0	8.5	8.9
岩手	6.7	8.0	8.5	8.6	7.9	8.6	9.1
宮城	7.5	8.4	9.1	9.4	8.3	9.1	10.0
秋田	7.2	8.1	8.4	8.4	8.0	8.5	8.9
山形	7.8	8.5	9.1	9.3	8.5	9.2	10.0
福島	7.2	8.7	9.3	9.5	8.7	9.4	10.2
茨城	7.7	9.2	10.2	10.4	9.2	10.3	11.1
栃木	8.4	9.2	10.2	10.6	9.2	10.3	11.3
群馬	8.4	9.3	10.5	10.7	9.3	10.6	11.4
埼玉	8.0	9.0	10.4	10.5	9.0	10.5	11.2
千葉	7.9	9.3	10.7	10.8	9.3	10.8	11.5
東京	7.3	10.1	11.6	11.4	10.0	11.6	12.2
神奈川	7.9	10.2	11.8	11.6	10.1	11.9	12.4
新潟	7.3	8.7	9.6	9.8	8.7	9.6	10.4
富山	7.7	9.1	10.9	11.2	9.1	11.0	11.9
石川	8.1	9.1	10.6	10.8	9.1	10.6	11.5
福井	7.5	9.2	10.5	10.8	9.2	10.6	11.5
山梨	8.0	9.1	10.0	10.0	9.1	10.1	10.7
長野	7.1	8.8	10.1	10.2	8.7	10.2	10.9
岐阜	8.3	9.3	10.6	10.8	9.3	10.6	11.5
静岡	8.2	9.6	10.9	11.1	9.5	11.0	11.8
愛知	8.3	9.2	10.8	10.9	9.2	10.9	11.6
三重	8.3	9.0	10.4	10.5	9.0	10.4	11.2
滋賀	8.3	9.0	10.4	10.8	8.9	10.5	11.5
京都	7.4	8.0	9.3	9.5	8.0	9.4	10.1
大阪	7.3	8.2	9.5	9.4	8.2	9.6	10.1
兵庫	7.5	8.1	9.3	9.4	8.1	9.4	10.0
奈良	7.9	8.3	9.3	9.3	8.3	9.4	9.9
和歌山	7.5	8.2	9.0	8.8	8.2	9.1	9.4
鳥取	6.9	8.3	9.0	9.4	8.3	9.1	10.1
島根	7.7	8.9	9.9	10.2	8.9	9.9	10.9
岡山	7.6	8.9	10.2	10.6	8.8	10.2	11.3
広島	7.7	9.5	10.9	11.2	9.5	11.0	11.9
山口	8.3	9.3	10.5	10.8	9.3	10.6	11.5
徳島	7.5	8.3	9.0	9.2	8.3	9.1	9.8
香川	7.8	9.5	10.8	11.2	9.5	10.8	11.9
愛媛	7.1	8.1	8.9	9.1	8.1	9.0	9.7
高知	6.9	8.1	8.9	9.1	8.1	9.0	9.7
福岡	7.0	8.7	9.7	10.0	8.7	9.7	10.7
佐賀	8.0	9.6	10.1	10.4	9.5	10.2	11.0
長崎	6.7	9.6	10.1	10.1	9.5	10.1	10.8
熊本	7.0	8.7	9.3	9.4	8.7	9.3	10.0
大分	7.4	8.5	9.2	9.5	8.4	9.2	10.1
宮崎	7.0	8.6	9.0	9.3	8.6	9.1	9.9
鹿児島	6.4	8.8	9.0	9.2	8.8	9.1	9.8
沖縄	5.1	7.6	8.2	8.5	7.6	8.2	9.1

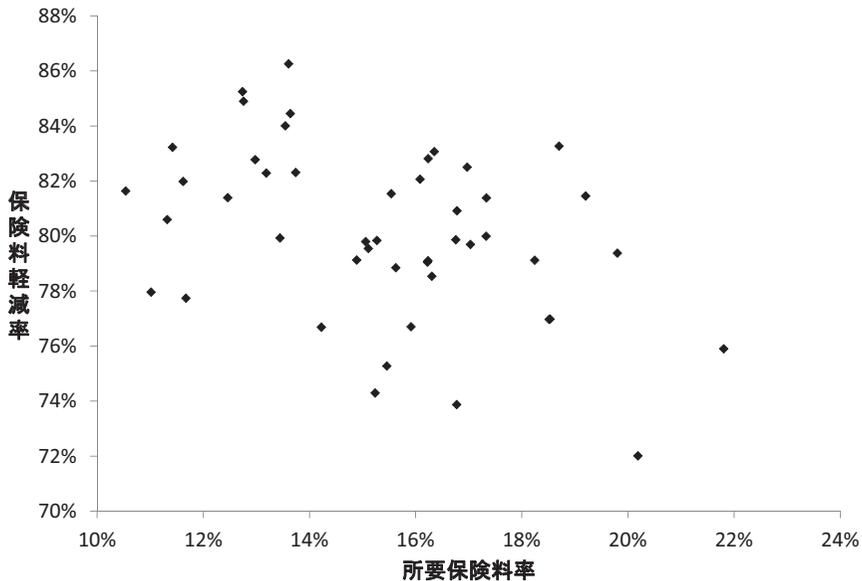
(注) 2010年度は実績値。2015年度以降は筆者推計。単位は万円（2010年度価格）。保険料（税）調定額（医療給付費分＋後期高齢者支援金分）に対応している。退職者医療制度が存続している2015年度までは一般被保険者分。

表8 医療保険料率の見通し

	ケース1				ケース2		
	2010	2015	2025	2035	2015	2025	2035
北海道	11.7	13.0	14.7	14.9	13.0	14.8	15.8
青森	12.8	13.9	15.2	15.0	13.9	15.3	16.0
岩手	11.1	13.1	14.7	14.8	13.0	14.8	15.8
宮城	11.1	12.0	13.4	13.8	11.9	13.4	14.8
秋田	12.2	13.5	14.9	14.9	13.4	15.0	15.9
山形	12.0	13.0	14.7	15.2	12.9	14.8	16.2
福島	12.5	14.9	16.7	17.1	14.8	16.8	18.2
茨城	10.7	12.4	14.1	14.4	12.3	14.2	15.4
栃木	11.2	12.1	13.9	14.5	12.1	14.0	15.4
群馬	11.1	12.0	14.1	14.3	12.0	14.2	15.3
埼玉	9.4	10.2	12.3	12.3	10.2	12.4	13.1
千葉	9.3	10.5	12.6	12.6	10.5	12.6	13.5
東京	6.8	9.1	10.8	10.6	9.1	10.8	11.3
神奈川	7.7	9.6	11.6	11.4	9.6	11.7	12.1
新潟	9.9	11.5	13.4	13.8	11.5	13.5	14.7
富山	9.4	10.8	14.1	14.7	10.8	14.2	15.7
石川	11.3	12.3	15.1	15.6	12.2	15.2	16.6
福井	11.5	13.8	17.0	17.6	13.7	17.1	18.8
山梨	12.0	13.5	15.2	15.1	13.5	15.3	16.1
長野	10.2	12.4	15.3	15.6	12.4	15.4	16.6
岐阜	10.5	11.6	13.7	14.0	11.5	13.8	14.9
静岡	9.2	10.5	12.6	12.8	10.5	12.6	13.7
愛知	8.8	9.6	11.8	11.8	9.5	11.8	12.5
三重	11.1	11.9	14.5	14.7	11.8	14.6	15.7
滋賀	10.2	10.7	13.2	13.7	10.6	13.3	14.6
京都	11.6	12.2	14.9	15.1	12.2	15.0	16.1
大阪	12.4	13.6	16.3	16.0	13.6	16.4	17.1
兵庫	11.2	11.7	14.2	14.3	11.7	14.3	15.2
奈良	11.4	11.6	13.6	13.5	11.6	13.7	14.4
和歌山	12.9	13.8	15.9	15.6	13.7	16.0	16.6
鳥取	10.9	12.9	14.8	15.6	12.8	14.9	16.6
島根	12.0	13.6	16.2	17.1	13.6	16.3	18.2
岡山	12.0	13.6	16.6	17.4	13.6	16.6	18.5
広島	10.2	12.3	15.0	15.4	12.2	15.0	16.5
山口	11.9	13.1	15.7	16.4	13.1	15.8	17.5
徳島	14.7	15.9	18.2	18.7	15.9	18.3	20.0
香川	12.4	14.8	17.8	18.8	14.7	17.9	20.0
愛媛	12.9	14.5	16.7	17.0	14.5	16.8	18.2
高知	12.5	14.4	16.7	17.2	14.4	16.8	18.4
福岡	11.9	14.4	16.5	17.1	14.3	16.6	18.2
佐賀	12.2	14.3	15.6	16.0	14.2	15.7	17.1
長崎	11.8	16.5	18.1	18.3	16.4	18.2	19.5
熊本	10.3	12.5	13.8	14.0	12.5	13.9	15.0
大分	12.0	13.3	15.1	15.7	13.2	15.2	16.8
宮崎	11.9	14.3	15.6	16.1	14.3	15.7	17.2
鹿児島	12.5	16.9	17.8	18.1	16.8	17.9	19.3
沖縄	11.7	17.3	18.5	19.2	17.2	18.6	20.5

(注) 筆者推計。単位は%。保険料(税)調定額(医療給付費分+後期高齢者支援金分)の総額を課税総所得(基礎控除)の総額で除したものと定義している。退職者医療制度が存続している2015年度までは一般被保険者分。

図4 保険料算定額と保険料軽減率の相関（2010年度）



(注) 所要保険料率は保険料（税）算定額を所得総額で除したものとして、保険料軽減率は保険料（税）調定額総額を保険料（税）算定額総額で除したものとしてそれぞれ定義している。

状況とは異なる実態が見えてくる。

なお、表7および表8の値は2010年度時点と同じ比率で保険料軽減措置を行った後の推計値である。所要保険料の増大ペースと同じ程度で市町村の一般会計繰入による保険料の減免を強化できない場合には、1人当たり保険料はより高く設定をせざるを得なくなる点には注意が必要である。図4は、本稿における推計において前提とした保険料軽減率（保険料調定額総額の保険料算定額総額に対する比率）と所要保険料率（保険料算定額総額の所得総額に対する比率）の相関図である。所要保険料率が高い地域ほどより保険料が軽減されているという関係が読み取れる。現状においてすでに手厚い軽減措置をとっている自治体には一般会計繰入を拡充する余地はあまりないものと考えられる。したがって、今後保険料増大が進めば、現状と同程度の軽減措置を維持することが困難となる自治体も出てくるという懸念がある。

5 結論

本稿は、現行制度を前提として、市町村国保による医療保険財政についての都道府県単位での将来推計を行った。

今後20年ほど、被保険者数は全体として減少傾向を示すが、都道府県単位で見ると減少のペースや推移のパターンには地域差が見られることが分かった。また、医療給付費、後期高齢者支援金、公費

負担の増大ペースについても都道府県間で異なる可能性があることが示された。

被保険者の保険料負担は全体としては増加傾向を示すが、やはりその変化のペースやパターンには地域差が起こることも確認された。また、保険料負担を1人当たり保険料で見ると所得総額に対する比率で見ると都道府県ごとの保険料負担に対する評価は大きく異なることも分かった。

本稿の推計は、1人当たり医療費の伸びについても全国一律と想定しているため、確認された地域差は、主に現時点での1人当たり医療費の都道府県格差、および、被保険者の年齢構成の違いによって生じるものである。

現在検討されている医療費適正化のさらなる推進が意図したとおり実現し、1人当たり医療費の都道府県格差が縮小すれば、将来の医療保険財政の地域差の縮小にも貢献することになる。1人当たり医療費の伸びについて都道府県ごとで異なる想定を置いて新たな将来推計を行うというモデル拡張により、医療費適正化の政策効果を論じることが可能である。また、本稿の推計は現行制度を前提としており、高齢者医療制度改革が実現した場合の将来推計を行うことも今後考えられるモデル拡張の方向性の一つである。こうした新たな将来推計を行う際、本稿の推計はそのベンチマークとしての役割を果たすことになる。

注

- * 本稿の研究の一部は学術研究助成基金助成金・基盤研究（C）24530372からの助成を受けている。また、本誌の匿名査読者2氏からは有益かつ貴重なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。
- 1) 高齢者医療制度改革会議では、新制度移行が医療保険財政に与える影響についての厚生労働省保険局による試算（「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」）も示された。それによれば、新制度への移行により全国ベースでは共済組合の75歳未満保険料が増加するのみで、協会けんぽ、組合健保、市町村国保の75歳未満保険料は減少し、公費負担が増加するという見通しとなっている。
- 2) 上田他（2010、2011）は個別の医療保険制度に区分して推計を行っているが、推計結果として示されているのは制度全体の総額である。
- 3) 本稿執筆時点では、『平成22年国勢調査』に基づく将来推計人口は全国ベースの『日本の将来推計人口（平成24年1月推計）』しか公表されていないため、『平成17年国勢調査』に基づく将来推計人口である平成19年5月推計を用いた。『日本の将来推計人口（平成24年1月推計）』では出生率が上方修正されるなどの改定があったため、本稿の推計における若年人口については若干低めの想定をおいていることになる。
- 4) 退職者医療制度は2008年に廃止となったが、移行措置として2014年度までは新規適用を行い、2015年度以降も退職被保険者が65歳になるまでは制度が存続することになる。したがって本稿では、2015年度に限り2010年度時点での被保険者割合で退職被保険者とその被扶養者がいるものと仮定して、一般被保険者と同様の手順によって退職被保険者等数を推計している。
- 5) 1人当たり医療給付費は一般被保険者分と退職被保険者等分のそれぞれについて推計したが、推計に用いた診療報酬点数は一般分と退職分を区別したものではない。したがって本稿の推計では一般と退職と

- で受療状況に違いがないものと仮定していることになる。
- 6) 本稿の推計では、医療費適正化計画に基づく平均在院日数の短縮は2025年度までにはほぼ完了していると考え、2025年度以降の医療高度化による伸びは1.5%になるとした。
 - 7) JILPT (2011) の推計では、将来の労働参加率の向上について複数のシナリオを想定して労働力人口を推計している。本稿で用いたのはそのうち、労働市場への参加が一定程度進む場合（慎重Bシナリオ）における労働力人口である。なお2030年度以降は2030年度の男女別×年齢階級別労働力率のまま一定であるとした。
 - 8) 全国平均の前期高齢者加入率は全国の65-74歳人口を0-74歳人口で除したものとした。実際には医療保険制度は全人口をカバーしていないので、本稿の推計では前期高齢者加入率を若干高めに想定することになる。
 - 9) 厳密には、後期高齢者負担割合の改定は2年ごと（偶数年度）に改定される。本稿の推計対象年度のうち2015、2025、2035年度は改定年度にあたらないが、あたかもその年度に改定が行われるとして推計を行っている。
 - 10) 2015年度については退職被保険者等分の医療給付費から前期高齢者交付金を差し引いたものも負担対象となる。なお退職被保険者等の後期高齢者支援金は被用者保険からの移転で賄われるため含めていない。
 - 11) このうち調整交付金による公費負担は、『国民健康保険事業年報』（厚生労働省保険局）における2010年度の都道府県別実績（普通調整交付金+特別調整交付金）に基づいて按分割割を設定し、将来については全国の負担対象額の9%がその按分比で各都道府県に交付されるものとした。
 - 12) 一般被保険者分と退職被保険者等分では保険料の推計方法が若干異なる。退職被保険者等分の保険料率は一般被保険者分と同一であると想定している。保険料率に退職被保険者等の所得総額を乗じて所要保険料（軽減後）を推計し、それを被保険者等数で除して1人当たり保険料を推計した。

【参考文献】

- 岩本康志・竹下智・別所正（1997）、「医療保険財政と公費負担」、『フィナンシャル・レビュー』第43号、174-201頁。
- ・福井唯嗣（2007）、「医療・介護保険への積立方式の導入」、『フィナンシャル・レビュー』、第87号、2007年9月、44-73頁。
- ・———（2012）、「医療・介護保険の積立方式への移行に関する確率シミュレーション分析」、『会計検査研究』第46号、11-32頁。
- 上田淳二・堀内義裕・森田健作（2010）、「医療費および医療財政の将来推計」、KIER Discussion Paper Series No.0907。
- ・———・筒井忠（2011）、「医療・介護費用の長期推計と将来の労働需要—2008年度の国民医療費等を踏まえた推計—」、KIER Discussion Paper Series No.1017。
- 小椋正立・入船剛（1990）、「わが国の人口の高齢化と各公的医療保険の収支について」、『フィナンシャル・レビュー』第17号、51-77頁。
- 鈴木亘（2000）、「医療保険における世代間不公平と積立金を持つフェアな財政方式への移行」、『日本経済研究』、第40号、88-104頁。

- (2006)、「現在の社会保障制度の下における世代間受益と負担の見通し」、貝塚啓明・財務省財務総合政策研究所編『年金を考える—持続可能な社会保障制度改革』第1章、中央経済社。
- (2008)、「医療保険制度への積立方式導入と不確実性を考慮した評価」、貝塚啓明・財務省財務総合政策研究所編『人口減少社会の社会保障制度改革の研究』第10章、中央経済社。
- ・増島稔・白石浩介・森重彰浩 (2012)、「社会保障を通じた世代別の受益と負担」、ESRI Discussion Paper Series、No.281。
- 湯田道生・岩本康志・鈴木亘・諸角良子 (2012)、「国民健康保険の医療費と保険料の将来予測—レセプトデータに基づく市町村別推計」、『会計検査研究』第46号、33-44頁。

Future Projections of Municipal NHIs' Finance for Each Prefecture

Tadashi FUKUI

Abstract

Prefecture-managed finance of municipal National Health Insurances (NHIs) is expected to solve the difference in per-capita health care benefits and insurance premiums between insurers. However, the reform might not be a solution to reduce the difference in insurance premiums between prefectures. If the difference is caused only by the difference in per-capita health care costs, it should be solved by prefecture's effort to make health care costs more proper. Or if it is caused also by incomplete allotment of the contribution to finance in the insurance benefits of the elderly, the difference in insurance premiums should be solved as a problem of the entire health care insurance system.

This paper estimates future projections of municipal NHIs' finance on each prefecture. The projection shows the increases in future health insurance benefits and insurance premiums. Also, we found that the pattern of increases in such values is different between prefectures.

Keywords : Health Care Insurance System, Municipal National Health Insurance, Future Projection, Health Care Benefits, Regional Difference