

《税・社会保障改革シリーズ No.21》

2015年2月25日

No. 2014-052

2015年度医療制度改革案の評価と課題

調査部 副主任研究員 飛田 英子

《要 点》

- ◆2015年度に予定される医療制度改革の概要が明らかになった。
- ◆改正案の内容は、大きく以下の4つ。
 - (1) 国民健康保険の再建
 - ① 財政支援の拡充 … 低所得者への保険料軽減を拡充するとともに、保険者支援事業を強化。
 - ② 運営の都道府県単位化 … 財政運営の責任主体を都道府県にしたうえで、財政調整交付金を実質増額。保険者の責めによらない要因に対する財政支援や医療費適正化に取り組む自治体を支援する仕組みも導入。
 - (2) 被用者制度内の負担の見直し
後期高齢者医療制度への支援金の算定を全面総報酬割に。
 - (3) 医療費のスリム化に向けた体質改善
医療費適正化計画の内容を強化する一方で、保険者と個人の自主的な予防・健康づくりを促すために経済的インセンティブを付与。
 - (4) 負担の公平化と患者の選択肢の拡大
入院時の食費と大病院受診時の患者負担の引き上げ、患者申出療養制度の創設。
- ◆今回の改正により、国保の運営効率化に向けた環境整備や負担の世代間・世代内格差の是正、受診行動の適正化、等に一定の期待。しかしその一方で、さらに検討すべき課題も。
 - (1) 公費投入方法のゼロベースでの見直し
 - ・ 医療財源を公費に求める動きは世界的にも見られる。もっとも、それは、保険料率の抑制を通じた経済の活性化、所得の種類や年齢に関係のない負担の公平化等、国全体の利益のため。

- ・ 一方、わが国では、公費の恩恵は国保と高齢者に集中しているが、その根拠は極めて曖昧。国民全員が納得できる公費投入の在り方をゼロベースで見直す必要。
- (2) リスク構造調整の本格的推進
- ・ 保険者間の財政力の格差を是正する方法には、大きく国庫補助とリスク構造調整の2通り。わが国では給付費の一定割合を国が支援する国庫補助が採用されているが、リスク構造調整の方が客観性、定量性、保険者への効率化インセンティブ等の点で優れている。もっとも、実現のためには、個々人の罹患率に関するデータや正確な所得捕捉等の環境整備が前提となる。
 - ・ 公平なコスト負担を実現するためにも、また、保険者の財政意識を高めるためにも、リスク構造調整の本格的導入に向け、環境整備を推し進めるべき。
- (3) 国保の保険者の明確化
- ・ 今改正により国保の財政運営の責任主体は都道府県になるが、保険事務は引き続き市町村が行う等、両者の間で責任の所在が一段と曖昧になる懸念。
 - ・ 法律上、保険者は都道府県と市町村の双方になる。しかし、それでは両者の間で責任転嫁が行われる余地が大。玉虫色の表現にとどめるのではなく、保険者が市町村のままなのか、あるいは都道府県に代わるのかを明らかにすべき。
- (4) 保険者機能の強化
- ・ わが国では、概してレセプト審査と保健指導が保険者機能として認識。一方、海外では、それにとどまらず医療の予算や価格、サービスの内容や妥当性についてまで保険者が大きく関与。
 - ・ 医療の無駄の排除や患者満足度の向上を図るためにも、保険者機能の強化が不可欠。そのためには、規制緩和を通じて保険者の独自の取り組みを促すとともに、保険者自身も政府や医療機関に積極的に働きかける等、機能強化に向けて果敢に取り組む必要。

本件に関するご照会は、調査部・飛田英子宛にお願いいたします。

Mail: tobita.eiko@jri.co.jp

電話:03-6833-1620

1. はじめに

2015年1月、2015年度医療制度改革の概要（厚生労働省案）が明らかになった。法案は、今通常国会に提出される予定である。今回の改正は、「**持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律**」（「プログラム法」、2013年12月5日成立）で挙げられた改革案を、「**地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律**」（「総合確保推進法」、2014年6月18日成立）とともに構成する内容になっている。以下では今回の厚生労働省案の概要と評価すべき点を整理し、残された課題を考察する。

2. 2015年度医療制度改革案の概要

2014年の総合確保推進法では、医療機関による病床機能報告制度の導入や、都道府県が病床数の目標値を機能別に設定する「**地域医療ビジョン**」の策定等、医療提供体制の強化が主な内容であった。一方、今回は、市町村国民健康保険（国保）をはじめとする公的医療制度体系の見直しがメインであり、具体的には、以下の通りである。

(1) 国保の再建

第1は、国保の再建であり、①財政支援の拡充と②運営の都道府県単位化の大きく2つがある。

① 財政支援の拡充

財政支援の拡充は、低所得者への保険料軽減と保険者支援事業それぞれの拡充で構成される。

まず、低所得者への保険料軽減は、対象者が拡大される。現在、応益部分¹の保険料につき、基準額以下の世帯について7割、5割、2割の3段階で行われている。2015年度以降、軽減対象の基準額が引き上げられる。40歳夫婦と子供1人のモデル世帯（世帯主の給与収入のみ）のケースでは、7割軽減の基準額は98万円に据え置かれるものの、5割軽減が147万円から178万円に、2割軽減が223万円から266万円に引き上げられる。これにより、対象者数が400万人増える見込みとされている。

次に、保険者支援事業については、支援額の算定方式が見直される。保険者支援事業とは、保険料軽減による保険料収入の減少を補填するため、その一定割合を保険者に対して支援する制度のことである。支援額は、当該市町村の平均保険料に補助率、軽減対象者数を乗じて算定される。費用負担は国が1/2、都道府県と市町村が各々1/4である。補助率は軽減割合によって設定され、現在は7割軽減が12%、5割軽減が6%、2割軽減には支援がない。また、平均保険料は、算定額から法定軽減額と未納額を控除した収納額がベースである。2015年度以降、補助率が7割軽減で15%、5割軽減で14%に引き上げられるうえ、2割軽減についても13%の支援が新たに加わる。平均保険料のベースについても、収納額から算定額に変更される。

¹ 国保の保険料は、所得に関係なく課される応益部分（被保険者均等割、世帯別平等割）と、所得や資力に応じて課される応能部分（所得割、資産割）の2階建てで構成される。

上記の国保再建策は2015年度に始まることから、低所得者の保険料軽減の拡充に612億円(すべて国)、保険者支援事業の拡充に1,664億円(うち国832億円)がすでに2015年度予算に計上されている。この財源には2014年4月の消費税率引き上げによる税収増の一部とプログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(0.14兆円)が充てられる。但し、2017年度以降、保険者支援事業については後期高齢者支援金の全面総報酬割による公費節約分(後述)が充てられることになる。

② 運営の都道府県単位化

運営の都道府県単位化には、財政運営の責任主体の都道府県への移行と財政調整交付金の実質増額、更なる国費投入による財政リスクの標準化・軽減の大きく3つがある。

第1に、財政運営については、現在、国保は各市町村により運営されているが、2018年度からはその責任主体が都道府県に移る。移行後に想定されている都道府県、市町村、国それぞれの役割を見ると、以下の通りである。

都道府県は、都道府県内の統一的運営方針を決定すると同時に、給付費の支払いや業務の効率化等の財政運営に責任を負う。具体的には、都道府県は毎年医療費の見込みをたて、医療費や所得水準等の格差を考慮して保険給付に係る費用である分賦金を各市町村に求める一方、給付に必要な費用を市町村に全額交付する。また、市町村が行った保険給付を点検・事後調査し、業務の改善を求める。さらに、標準的な保険料率を市町村ごとに提示し、保険料負担の標準化を促進する。

市町村は、地域住民と直接顔が見える関係のもと、きめ細かな事業を担当する。具体的には、分賦金を納めるのに必要な保険料率を最終的に決定し、保険料を徴収する。また、被保険者の資格管理や保険給付の決定を行う。被保険者の健康診査等の保健事業についても市町村が引き続き担うことになる。

国は、国保の安定的な運営をサポートする。目玉は、**財政安定化基金**の創設であり、予期しない給付増に備えて各都道府県に基金を設置し、国保財政の安定化を図る。基金の規模は約2,000億円、その活用は2017年度からであるが、その原資は前倒しで手当てされ、2015年度の計上額は200億円(すべて国)である(予算ベース)。2017年度以降、その財源は後期高齢者支援金の全面報酬割による公費節約分(後述)に切り替わることになっている。

第2に、財政調整交付金の実質的に増額され、市町村間の財政調整機能がさらに強化される。現在、市町村間の負担の格差を全国レベルで調整するために、給付費の9%が「財政調整交付金」として国保に投入されている。9%のうち7%部分は医療費や所得水準の格差を調整するための「普通財政調整交付金」、2%部分は災害をはじめ特別な事情がある場合に交付される「特別財政調整交付金」である。このように財政調整交付金は市町村の個別事情を考慮して算定されるため、どの市町村にも同じ比率で交付されるわけではなく、例えば医療費が高く所得水準の低い市町村には、7%を上回る比率で普通財政調整交付金が交付されている。2018年度以降、財政調整交付金を実質的に増額することで、市町村間の財政調整機能がさらに強化される。

第3に、更なる国費投入による財政リスクの標準化・軽減については、2017年度以降、①年齢や所得以外の、保険者の責によらない要因に対する財政支援の強化、②医療費適正化に取り組む自治体を支援する「保険者努力支援制度」の創設、により市町村間の格差是正が図られる。①については、精神疾患や子供の被保険者、非自発的失業等によって医療費増や負担増を余儀なくされる市町村に対し、毎年総額で700～800億円の支援が公費で行われる。②については、前期高齢者1人当たり医療費や保険料収納率等の客観的な指標をもとに医療費適正化に向けた取り組みを評価し、毎年700～800億円規模の財政支援が国から行われる。

(2)被用者制度内の負担の見直し

第2は、被用者制度内の負担の見直しである。被用者制度とは、大企業サラリーマンの組合管掌健康保険（組合健保）、中小企業サラリーマンの全国健康保険協会（協会けんぽ）、公務員の共済組合等、被用者を対象にする保険組合の総称である。今改正により、後期高齢者医療制度への支援金の負担に関し、被用者制度内での負担方法が見直されることになる。

現在、後期高齢者医療制度の給付費の約4割を被用者制度と国保が支援金として負担しており（図表）、各保険者への割り当ては加入者数ベースが原則である（加入者割）。ただし、2010年7月以降、被用者制度内の負担については、支援額の3分の1部分に各保険者の総報酬額をベースに按分する総報酬割が取り入れられている²。相対的に所得水準の低い協会けんぽは、それにより後期高齢者医療制度への支援金負担が軽減されるためである。当初、この特例措置は2012年度までであったが、協会けんぽの財政悪化を背景に、2014年度まで延期されている。

2015年度以降、総報酬割の適用が段階的に拡大される。具体的には、現行の3分の1が2015年度には2分の1、2016年度には3分の2、2017年度以降は100%に拡大される。これにより、協会けんぽの支援金負担は軽減される。もっとも、それによって、協会けんぽに対する国庫補助が不要になると政府は判断しており、その分は、国保再建、具体的には保険者支援事業の拡充と財政安定化基金の原資に優先的に振り替えられることになる（よって、この政策が被用者制度内の負担の公平化と呼べるのかは疑問である）。

² 総報酬割が導入された背景は、次の2点である。ひとつは、後期高齢者支援金に係る協会けんぽの負担の軽減である。当時、協会けんぽは財政赤字が深刻化しており、保険料率の2桁への引き上げが避けられない状況にあった。そこで、支援金負担を減らすと同時に協会けんぽの給付費への国庫補助率を13%から16.4%へ引き上げるという特例措置により、保険料率の大幅な引き上げを回避することが図られた。もうひとつは、公費負担の節約である。国は協会けんぽの負担する後期高齢者支援金に対して、16.4%の国庫補助を行っている。協会けんぽの支援金負担の軽減は、その分の国庫補助の節約をもたらすことになる。ちなみに、これによって浮いた公費は、協会けんぽの給付費の国庫補助引き上げの財源の一部になっている。

(図表)医療保険のキャッシュ・フロー(2012年度)

(兆円)

制度	収入	保険料	公費	国		交付金 前期高齢者	金 退職者 提出	その他	支出		給付	支 援 金 等	後 期 高 齢 者 支 援 金	前 期 高 齢 者 納 付 金	出 金 (注3)	退 職 者 提 出	その他
				国	地方				給付	給付							
組合健保	7.0	6.9	0.0	0.0	-	0.0	-	0.1	7.3	3.7	3.1	1.5	1.3	0.3	0.5		
協会けんぽ	8.1	6.9	1.2	1.2	-	-	-	0.0	7.8	4.7	3.0	1.5	1.2	0.3	0.1		
共済組合	2.4	2.3	-	-	-	-	-	0.1	2.4	1.2	1.1	0.5	0.5	0.1	0.1		
国民健康保険	13.9	3.2	5.1	3.3	1.8	3.2	0.8	1.6	13.7	9.7	2.0	1.9	0.1	0.0	0.0	2.1	
計	31.3	19.2	6.2	4.4	1.8	3.2	0.8	1.8	31.3	19.3	9.2	5.4	3.1	0.7	2.8		

制度	収入	保険料	公費	国		交付金 後期高 齢者	支出	給付
				国	地方			
後期高齢者医療 制度	12.8	1.0	6.5	4.1	2.3	5.3	12.8	12.7

(資料)厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料」より日本総合研究所作成(注1)支援金等は、資金繰りなどの関係から、納付額と交付額が必ずしも一致しない。(注2)数値は、小数点2桁を四捨五入。内訳と合計は必ずしも一致しない。(注3)退職者提出金は、国保に加入する64歳以下の被用者OBを対象とした拠出金。64歳を超えると前職にかかわらず前期高齢者納付金、後期高齢者支援金の対象となる。

(3)医療費のスリム化に向けた体質改善

第3は、医療費のスリム化に向けた体質改善である。具体的には、①医療費適正化計画の見直し、②予防・健康づくりへのインセンティブの付与がある。

①医療費適正化計画の見直し

医療費適正化計画とは、医療費の抑制を目的に都道府県によって策定される計画のことである。2008年度のスタート以降、5年ごとに見直しが行われている。

現在進行中の第2期(2013~17年度)計画では、生活習慣病対策と長期入院の是正が主なテーマである。具体的には、都道府県は特定健診実施率や平均在院日数等に数値目標を設定し、市町村と連携しつつ、その達成に向けて保険者や医療機関の協力を求めるとともに、他県との比較や進捗状況の管理を通じて適切な分析や対応を施すとされる。一方、国は、人材育成や病床転換に財政支援する等、都道府県の取り組みをサポートするとされる。

今改正により、2018年度を初年度とする第3期計画では数値目標の追加や他計画との整合性、PDCAサイクルの強化が新たに求められる。

まず、数値目標については、ジェネリック医薬品使用割合が追加される。次に、他計画との関係については、医療計画および介護保険事業計画とサイクルが重なるよう見直される。具体的には、2018年度を起点とし、医療費適正化計画と医療計画のサイクルが従来の5年から6年になり、もともと3年単位の介護と重なっていくこととなる。また、現在策定中の地域医療ビジョンとの関係では、その内容が医療費適正化計画に反映されると同時に、2018年度を待たずに地域医療ビジョンと歩調を合わせて前倒しでスタートされる。

さらに、PDCAサイクルについては、より効果的な運用が目指される。現在も医療費適正化計画にはPDCAサイクルに基づく進捗状況の把握や要因分析、評価が行われているが、計画終了後に実施されるため、そこでの結論や課題が次期計画に反映されないとの指摘がある。そこで、今改正案では、第2期終了前に暫定的な評価が行われ、その結果が第3期計画に反映される。また、第2期では計画期間の折り返し時点で1回中間評価を行うことになっているが、第3期では、毎

年度計画の進捗状況管理等を行い、その結果を公表することが義務付けられる。

②予防・健康づくりへのインセンティブの付与

予防・健康づくりについては、2018年度から保険者と個人の自主的な取り組みを促すようなインセンティブが付与される。まず、保険者に対しては、予防や医療費抑制に向けた取り組みや成果に応じて、後期高齢者支援金を±10%の範囲内で加算・減算する制度が導入される。判定基準は、特定健診実施率やジェネリック使用割合等、複数の指標の総合評価である。これにより、保険者による加入者への積極的な働きかけが期待されることになる。

一方、個人に対しては、保険者が報奨を与えることにより、予防・健康づくりへの自発的な取り組みが促される。スポーツクラブ利用券や健康グッズ等と交換できるヘルスケアポイントの付与や保険料の支援が具体的に挙げられているが、詳細は今後、国のガイドラインで示される。

ちなみに、国はこれらの予防・健康づくりをサポートするため、現在、**データヘルス計画**を展開中である。具体的には、保険者にデータヘルス事業への取り組みを促すと同時に、**ナショナルデータベース**の充実を進める。ここで、データヘルス事業とは、レセプトや検診データを分析することで個々人の健康状態を把握し、健康づくりや予防に活かす取り組みである。また、ナショナルデータベースとは、国が保有するレセプト情報、特定健診情報及び特定保健指導情報のデータである。これらデータの分析結果を分かりやすく開示することで、保険者や個人に情報提供していく方針である。

(4)負担の公平化と患者の選択肢の拡大

第4は、個人に関する項目で、具体的には①負担の公平化と②患者の選択肢の拡大である。

① 負担の公平化

負担の公平化は、患者自己負担と保険料の見直しであり、まず、前者については、入院時の食費と大病院受診時の自己負担が増える。入院時の食費について、現在、一般病床入院患者や療養病床に入院する65歳未満の患者は1食当たり260円の負担にとどまっております、療養病床に入院する65歳以上の患者（同460円。この他に居住費として1日当たり320円の負担）や在宅療養患者との間の格差が指摘されてきた。そこで、2016年度から460円に引き上げることで負担の公平化が図られる。

また、大病院受診時の自己負担については、現在も200床以上の病院を紹介状なしで受診する場合、病院は診療費とは別に定額の負担を任意で請求することができることとなっているが³、2016年度以降、500床以上の病院や特定機能病院は、紹介状なしの受診について定額の負担を求めるよう義務付けられる。負担額は5千円から1万円を目処に現在調整中である。

次に、保険料については、後期高齢者への特例が廃止されるとともに、現役世代の保険料引き上げの環境が整備される。後期高齢者については、そもそも本則として2つの保険料の軽減措置

³ 設定している病院数は、初診で1,191施設（200床以上の病院の45%）、再診で110施設（同4%）である（2013年7月1日現在）。

がある。1つは、①低所得者の負担軽減で、均等割部分⁴を所得に応じて7割、5割、2割の3段階が免除される。もう1つは、②後期高齢者医療制度に加入する前に被用者制度の被扶養者であったために保険料を負担してこなかった者（元被扶養者）に関して、2年間、均等割が5割軽減されるとともに、所得割が免除される。

もともと、現在はこれらを上回る軽減が特例として適用されている。具体的には、①特に所得の低い者の均等割の9割ないし8.5割免除、年金収入211万円以下の者の所得割の5割免除、②元被扶養者に対する2年間の軽減期間の無期限延長である。これらの特例は、後期高齢者医療制度の円滑な運営を目的に設けられたもので、見直しの必要性が度々指摘されてきた。そこで、今改正により、2017年度から段階的に廃止される⁵。

現役世代の保険料については、まず、被用者制度では、保険料算定対象の報酬の上限が、2016年度から月給で121万円から139万円に、賞与が540万円から573万円に引き上げられる。また、保険者の設定可能な保険料率の上限が、2016年度以降、現在の12%から13%にアップされる。一方、国保では2015年度から保険料の上限である賦課限度額が毎年度見直される。ちなみに、2015年度は4万円増の85万円になる。

②患者の選択肢の拡大

患者の選択肢の拡大については、患者申出療養（仮称）制度が2016年度からスタートする。

現在、わが国では保険診療と保険外診療の併用が原則禁止されており、例えば、海外では承認されているものの国内では未承認の医薬品等を使用する場合、患者は保険診療部分についても費用の全額を支払う必要がある（いわゆる**混合診療**の原則禁止）。先進医療については、保険外併用療養費制度のもとで保険診療との併用が可能であるが、申請から実施まで半年程度時間がかかったり、治療を受ける医療機関に限られる等の問題が指摘されている。

今改正により、患者はより迅速に必要な治療を受けることができるようになる。具体的には、まず、患者はかかりつけ医との相談のうえ、未承認の医薬品等の使用を申請する。次に、国が安全性や有効性、治療内容等を原則6週間で審査し、保険外診療との併用の可能性を判断する。可能と判断されれば、患者は保険外診療を受けることができるわけである。

3. 評価すべきポイント

では、医療制度改革案の評価すべきポイントはどこにあるのであろうか。具体的には、以下の4点にまとめられる。

(1) 国保運営の効率化に向けた環境整備

第1は、国保運営の効率化に向けた環境整備がなされていることであり、具体的には、①リスク構造調整のアイデアの導入、②都道府県による標準保険料率の提示の2点である。

⁴ 後期高齢者の保険料は、一人当たり定額の均等割と、所得に応じて賦課される所得割の二階建てで構成される。

⁵ ただし、急激な負担増になる場合には、きめ細やかな激変緩和措置が講じられる模様。

まず、リスク構造調整のアイデアが明示的ではないとしても採り入れられている。リスク構造調整とは、加入者の年齢や所得水準、慢性疾患患者の割合等、保険者の責めによらない保険財政悪化要因（いわゆるリスク）によって生じる保険者間の保険料率の格差是正のための仕組みである。この調整後に生じる保険料率の格差は、まさに保険者の責任によるものであり、保険料率の高い保険者は、それだけ非効率な運営をしていると判断される。つまり、保険料率の水準をみることにより、各保険者の運営効率化の程度を比較することが可能になるわけである。

現在でも、国保保険料の市町村間格差に関して、財政調整交付金を通じた調整がなされているが、制度改正後は、この交付金が実質増額されることに加え、都道府県によって市町村に請求される分賦金の算定の際にも、医療費や所得水準の違いが考慮されるようになる等、市町村間のリスク調整の程度がより強化される。さらに、詳細は未定であるものの、精神疾患や子供の被保険者、非自発的失業等のリスクも今後調整されることになっている。これらは、まさしくリスク構造調整の発想といえよう⁶。

一方、都道府県による標準保険料率の提示については、この値を上回る保険料を設定する市町村については、特別な事情がない限り、非効率との烙印を押されることになる。リスク構造調整のアイデア導入と標準保険料率の提示により、市町村間で保険運営の効率性が比較可能になれば、非効率な保険者は、無駄を見直すとともに効率的な他の保険者の取り組みを採用する等、運営の効率化に励まざるを得なくなる。結果、国保運営の効率性のボトムアップが期待されるといえよう。

(2) 国保の財政安定化

第2は、国保の財政安定化である。現在の国保の問題として、とりわけ小規模の保険者ではリスク分散に限界があることや、医療費水準が高い一方で低所得の加入者が多く保険料負担が重いことなどが指摘される。これらの問題に対応すべく、今改正では財政運営の都道府県単位化と低所得者に対する保険料軽減の拡充が採られている。

財政運営の都道府県化は、リスク・シェアへの参加者を増やすことにより、予期しない給付費増による保険料負担の急増を抑える効果がある。また、より多くのレセプトや検診データが集積されることになるので、将来的にデータヘルス事業の強化を通じて、被用者制度に比べて相対的に高い医療費水準が下がることも見込まれる。

一方、低所得者に対する保険料軽減の拡充については、経済的要因によりやむを得ず保険料を支払えない者が国保から脱落する事態を防ぐ効果が期待される。国保の保険料の未払い状況を見ると、2010年の20.6%をピークに低下傾向にあるが、2013年で18.1%と約2割の世帯が滞納している。このうち、約3割が滞納期間1年未満、7%が1年以上1年6か月未満であり、1年6か月以上滞納している世帯が6割超を占める。一旦被保険者としての資格を失うと、再加入の際に過去の保険料を遡及して支払う必要があり⁷、再加入のハードルは低くない。低所得者への保険

⁶ リスク構造調整については、飛田[2008]を参照されたい。

⁷ 遡及期間は、保険料の場合は2年、保険税の場合は3年。

料負担軽減の拡充によって国保の空洞化に歯止めがかかれば、保険料収入の安定化、ひいては国保財政の安定化が期待されるといえよう。

(3) 負担の世代間・世代内格差の是正

第三は、負担の世代間・世代内格差の是正である。まず、世代間格差については、後期高齢者に対する特例措置の廃止によって、低所得者の保険料軽減の内容が国保と同じになるとともに、保険料が月 400 円に満たない元被扶養者も負担能力に応じて適切な負担を支払うことになる。高齢者の保険料負担の適正化は、病院のサロン化や大量の飲み残し薬等、高齢者に指摘される医療費の無駄の是正にも寄与することが期待される。

一方、世代内格差については、後期高齢者支援金について、被用者制度内で負担が公平化される。また、入院時の食費自己負担の引き上げは、療養病床に入院する 65 歳以上や在宅患者との格差が是正されることになる。

(4) 受診行動の適正化

第 4 は、受診行動の適正化である。まず、予防・健康づくりへの自主的な取り組みが進むことで、体質改善による罹患率の低下が期待される。また、現在一部の保険者で行われている現金給付（一年間保険診療を受けなかった場合には報奨金を供与）等の取り組みが広まれば、真に必要な場合にのみ医療機関に行くという受診行動が当然になるであろう。

また、大病院受診時の定額負担の導入は、患者の大病院志向を是正する効果が見込まれる。但し、現在のように定額負担が病院の売りにカウンスされる場合には、大病院が外来受け入れに励む可能性は否定できないであろう。

さらに、医療費適正化計画と地域医療ビジョンを都道府県がともに策定することにより、医療機関の機能分化や医療資源の配分の適正化等、医療費の無駄な部分を削ぎ落とすことによるコストの適正化が可能になる。適宜適切な医療機関の選択が可能になるという意味で、このことは患者にとってもメリットといえよう。

4. 残された課題

このように評価すべき点がみられるものの、次のように議論を深めていくべき課題も残されている。

(1) 公費投入方法のゼロベースでの見直し

第 1 に、公費投入方法のゼロベースでの見直しである。少子高齢化や経済のグローバル化をはじめとする社会・経済環境の変化を背景に、保険方式の公的医療制度でありながら、財源を公費に求める国が海外でも確かに増えている。公費投入という点では、わが国と同じなのだが、決定的に異なるのは、そこに明確な根拠を見出すことができることである。

稼働所得にのみ賦課される保険料では負担が若年世代に集中する、あるいは社会保障に係る企

業の負担の増加は国際競争上不利に働く等、保険方式の弊害が深刻化しているためである。また、出産や子育て等、疾病リスクとは関係のない医療保険制度からの給付につき、保険に馴染まず社会全体で支えるべきとの考えから、財源を税に切り替る動きもある。

例えば、社会連帯の理念のもとで厳格な社会保険方式を採用してきたドイツでは、1994年以降、出産手当金や病気の子供の看病に際する傷病手当金等の財源として税が活用されている⁸。さらに、2009年からは保険料率の凍結⁹による財源不足を補填するため、多額の連邦補助が投入されている¹⁰（飛田[2012]）。また、同じく保険方式のフランスでは、1997年から一般社会拠出金という目的税¹¹からの税収が医療制度に充てられており、現在では収入の約3分の1を占めるに至っている。このようにドイツとフランスでは、保険料率の抑制や保険になじまない給付の財源確保のために公費を投入しており、その恩恵は家計や企業を問わず国全体に及んでいる。

翻ってわが国をみると、公費の投入は高齢者と国保に集中しており、世代間はもとより、世代内の観点からも決して公平とは言えない。これらの制度は相対的に高リスクの加入者が多いので止むを無ないとの指摘もあろうが、果たして給付費の一定割合を公費で賄う現行の国庫補助や国保への財政支援に、明確な根拠や国民の理解があるだろうか。

具体的には、まず、国保と協会けんぽへの国庫補助では、補助率は保険財政の状態や国の財政余力を鑑みながら適宜見直されており、現在のそれぞれ50%、16.4%という数字に何の客観的・定量的根拠も見出すことができない。保険者の責に負えないリスクをカバーするのに十分でなければ補助率の引き上げが必要であるが、十分な場合には、これら制度に無駄な公費が投入されていることになる。

次に、後期高齢者への国庫補助については、給付費の9割を現役世代の負担に頼るシステムの健全性や高齢者の受診行動の適正性等を改めて検討する必要がある。高齢者は若年世代に比べて罹患率が高いえに所得水準が低いことが国庫補助や支援金の根拠とされるが、フローの所得の他に資産保有状況を考えると高齢者は決して経済弱者ではなく、また罹患率についても、1割という割安の自己負担が不必要な受診を促している可能性は否定できない。65～74歳の医療給付費にも公費を投入すべきとの声があるなかで、まずは高齢者自身の負担のあるべき姿や受診行動の妥当性について問われるべきではなかろうか。

さらに、国保への財政支援については、一時的な効果にとどまることは過去の経験から明らかである。今の国保に必要なのは、その場しのぎの延命措置ではなく、自律的な財政運営を可能にするいわば全身的な外科手術である。安易な公費による財政支援は、かえって国保の財政規律を弱める結果にもなりかねない。

このようにみると、わが国では公的医療制度での公費の使い道についてゼロベースから見直す必要があり、その際には医療コストの負担の公平化、システムの持続可能性という国内の問題だ

⁸ たばこ税収の一部。

⁹ ドイツでは、2009年から保険料率が15.5%に固定化されている（企業7.3%、被用者8.2%）。

¹⁰ 公的医療制度の収入に占める連邦補助の割合は、2008年の1.5%から2010年には8.9%に拡大した。

¹¹ 税率は、稼働所得、資産所得5.29%、投資益5.95%、年金や失業手当等の代替所得3.95%、賭博益7.25%である。

けでなく、企業の国際競争力といった国外の問題も考慮することが求められるといえよう。

(2) リスク構造調整の本格的導入

第2は、リスク構造調整の本格的導入を目指し、諸環境の整備を推し進めることである。前述の通り、保険者間の財政力格差是正のためにわが国で適用されている国庫補助には、客観的・定量的な根拠がない。そこで注目したいのは、国保の都道府県単位化の中で一部取り入れられたリスク構造調整のアイデアである。リスク構造調整を国庫補助と比べると、次のようなメリットがある。

- ① 財政力の格差に応じて各保険者が負担する、あるいは、受け取る拠出金や交付金の額がデータを基に算出されるため、客観性・定量性で優れる。
- ② 調整は会計年度の前行われ、年度終了時の赤字はすべて保険者の責任になるので、保険者には効率化インセンティブが働く。
- ③ 保険者間の資金のやりとりなので、国家財政の影響を受けない。保険財政の側からみても、健全化にプラスの効果が期待できる。

但し、リスク構造調整を本格的に導入するためには、医療費や個々人の罹患率に関するデータが必要なうえ、被保険者の正確な所得捕捉が不可欠であり、わが国では残念ながら導入のための環境が整っていないのが実態といえる。

今改正では、後期高齢者支援金に関し、被用者制度内の負担配分に際して所得水準の違いが考慮されることになった。また、国保でも所得や子供の被保険者等、保険者の責によらない市町村間のリスクが調整されることになった。単純な方法ながらも、リスク構造調整の仕組みがわが国の公的医療制度に組み込まれつつあるといえる。これをさらに進め、公平なコスト負担を実現するためにも、また、保険者の規律を高めるためにも、リスク構造調整の本格的導入に向け環境整備を推し進めていくべきである¹²。

(3) 国保の保険者の明確化

第3は、国保の保険者の明確化である。今改正では国保の都道府県単位化が明記されたが、国保の最終的な責任主体については不明確との感は否めない。すなわち、財政運営の責任者は都道府県と明記されたが、最終的な保険料率の決定や保険料の徴収等、被保険者と直接向き合う保険事務は引き続き市町村が担う。つまり、保険事務の責任は市町村にあるわけであり、都道府県と市町村の間で責任の所在が一段と曖昧になる懸念が大きい。今回の見直しに合わせて国民健康保険法（第3条保険者）も改正されるが、その内容は「都道府県は、当該都道府県内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）とともに、国民健康保険を行うものとする」とあり、玉虫色の表現にとどまっている。

ちなみに、プログラム法では、国保の財政基盤の安定化に関して次のように書かれている。「…

¹² 具体的には、マイナンバー制度等の活用を通じた所得捕捉の徹底やナショナルデータベースの整備をはじめ、リスク構造調整の実施に向けた環境を整備する必要がある。

国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、…」(第4条第7項第1号ロ)。国保の構造問題が解決されない限り、都道府県は運営責任を負う必要はないとの解釈も可能なわけである。国保の再建を着実に進めるためにも、このような最終的な責任が不明確な状態は早急に改めるべきであり、国民健康保険法の上でも都道府県と市町村のどちらが最終的な責任を負う保険者であるのかを明確にする必要があるといえよう。

(4) 保険者機能の強化

第4は、保険者機能の強化である。 これまでも保険者機能の強化は累次の医療制度改正のなかで挙げられてきたが、その内容はレセプト審査の徹底と特定健診・保健指導の充実にとどまっていた。今改正でも、予防・健康づくりに向けた被保険者へのインセンティブの付与、医療費適正化計画への協力等、従来の取り組みの域を超えていない。

一方、海外では、医療機関と対等の立場で医療費予算や診療報酬点数の決定に関与したり、医療機関と直接契約を結んで被保険者に割安な受診を促すことが保険者のメインの働きになっている。さらに、例えばドイツでは、公的保険の枠内で複数の給付メニューの選択が可能になる等、被保険者の利益向上に向けた取り組みが進行中である。

そもそも保険者機能とは、依頼人である被保険者の利益の向上のために代理人である保険者が働くという、契約関係に基づく機能である。政府は保険者の独自の取り組みを阻害することのないよう適宜規制を見直すとともに、保険者についても、被保険者だけでなく政府や医療機関に積極的に働きかける等、機能強化に向けて果敢に取り組むことが期待される。

5. おわりに

今回の医療制度改正は、持続可能な社会保障制度の確立を目指すプログラム法に従って策定されたものであるが、内容を見る限り当座しのぎの感は否めない。すなわち、これでわが国の公的医療制度は安泰かといえ、答えはNOである。

給付費の9割を現役世代に頼る後期高齢者医療制度、構造的な赤字を抱える中で空洞化が進む国保、相対的に負担能力があるという理由で次々に負担増を課される組合健保、政府による特例措置なしでは財政健全化を保てない協会けんぽ等、わが国の公的医療制度は抜本改革なくして存続不可能な状態にある。

政府は、まずは公的医療制度の惨状を国民に説明する必要があるだろう。そのうえで、真に安心・安全なグランドデザインを示すとともに、改革の痛みを包み隠さず報告し、国民の理解と改革断行の覚悟を求めるべきではないか。国民目線に立った、その場しのぎでない構造改革の断行に期待したい。

以上

(2015年2月25日)

【参考文献】



- [1] 飛田英子[2008]「被用者医療保険制度における格差是正システムの再検討」、Business & Economic Review、2008年8月号.
- [2] 飛田英子[2012]「医療効率化の新たなステージ—ドイツの三位一体での取り組みから学ぶ—」、Business & Economic Review、2012年4月号.