

《税・社会保障改革シリーズ No.35》

2018年5月23日
No.2018-003

医療・介護保険制度に関する財務省 改革案の評価と課題

調査部 主任研究員 飛田英子

《要 点》

- ◆ 2018年4月11日に医療・介護保険制度に関する財務省改革案が財政制度等審議会財政制度分科会で提示。高齢化、支え手の減少、医療の高度化の中で財政と医療・介護保険制度の持続可能性を目指すとして、①共助の対象は何か、②公定価格と提供体制、③給付と負担のバランス、の3つの視点から23項目で構成。
- ◆ 内容を見ると、これまで一定以上所得者に限定されていた高齢者の負担の引き上げに加えて、都道府県が診療報酬の単価を決定する「地域別診療報酬」の活用や、医療費や経済・人口動態に応じて保険給付率を一定のルールで調整する「給付率自動調整」の導入といった新たな案が盛り込まれており、これまでより一歩も二歩も踏み込んでいる点で評価。
- ◆ もっとも、同案で財政と医療・介護保険制度の持続可能性が確保されるかと言えば、答えは否。その理由として、これらによるコスト抑止効果には限界があることに加えて、踏み込み不足の項目や、効果に疑問を感じざるを得ない項目、副作用が懸念される項目が散見されるため。具体的には、後期高齢者の医療費自己負担を2割に引き上げるとしているが、年齢でなく能力に応じた負担にすべきと主張するのであれば、現役世代と同じ3割にすべき。また、仮に地域別診療報酬のもとで単価を1割下げたとしても、医師が恣意的に需要を創出するような場合は、医療費抑制効果が帳消しになるだけでなく、単価が下がる地域から医療機関が撤退する等により、医療の過疎化が深刻化する懸念。加えて、給付率自動調整の導入は、主に高齢者によって増加する医療費のツケを現役世代にも回すことになり、世代間不公平感が一段と高まる可能性は否定できず。
- ◆ さらに、医療・介護保険制度の本質的な問題に対応していない点も指摘。そもそも、医療・介護保険制度に対する将来不安が高まっている背景には、負担の持続可能性に対する国民の不信感が存在。高齢者の制度利用に適正なコスト意識を付与することでモラル・ハザードを防止するとともに、年齢ではなく能力に応じた負担と必要

度に応じた給付といったエイジレスな制度に再構築する視点が不可欠。



日本総研『Viewpoint』は、各種時論について研究員独自の見解を示したものです。

本件に関するご照会は、調査部・研究員・飛田英子宛にお願いいたします。

Tel: 03-6833-1620

Mail: tobita.eiko@jri.co.jp

本資料は、情報提供を目的に作成されたものであり、何らかの取引を誘引することを目的としたものではありません。本資料は、作成日時点で弊社が一般に信頼出来ると思われる資料に基づいて作成されたものですが、情報の正確性・完全性を保証するものではありません。また、情報の内容は、経済情勢等の変化により変更されることがありますので、ご了承ください。



1. はじめに

本年4月11日、医療・介護保険制度に関する財務省改革案が同省財政制度等審議会財政制度分科会で提示された。今後、経済財政諮問会議をはじめとする各方面で、医療・介護保険制度の見直し議論に大きな影響を与えることが予想される。

そこで、以下では財務省案を整理し、評価するとともに課題を考察する。

2. 改革案の概要

財務省案は、高齢化、支え手である現役世代の減少、医療技術の高度化の中で、財政と医療・介護保険制度の持続可能性を目指すとして、3つの視点から23項目で構成される（図表）。

（図表）財務省改革案における23項目

視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か） 高度・高額な医療技術や医薬品への対応		大きなリスクは共助、小さなリスクは自助	
① 保険収載の在り方	② 費用対効果評価の活用	③ 薬剤自己負担の引き上げ	④ 受診時定額負担の導入
		⑤ ケアマネジメントの質の向上と利用者負担	⑥ 軽度者へのサービスの地域支援事業への移行
視点2 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（公定価格と提供体制） 公定価格の適正化・包括化		医療提供体制の改革	
⑦ 急性期病床の適正化（診療報酬改定）	⑧ 薬価制度の抜本改革	⑨ 調剤報酬の改革	⑩ 慢性期病床等の転換
⑪ 在宅と施設の公平性の確保		⑫ 地域医療構想の推進	⑬ 外来医療・高額医療機器の配置等へのコントロール
		⑭ 地域別診療報酬の活用	⑮ 保険者機能強化のためのインセンティブの活用
		⑯ 頻回のサービス利用へのチェックとサービスの標準化	⑰ 在宅サービスについての保険者等の関与の在り方
		⑱ 介護事業所・施設の経営の効率化	
視点3 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく（給付と負担のバランス） 年齢でなく能力に応じた負担		人口減少下の医療費増加に対しても制度の持続可能性を確保	
⑲ 後期高齢者の窓口負担	⑳ 介護保険の利用者負担について	㉑ 金融資産等を考慮に入れた負担	㉒ 現役並み所得の判定方法
		㉓ 給付率自動調整の導入	

（資料）財務省財政制度等審議会財政制度分科会資料（2018年4月11日）を一部修正

そこでの第1の視点は、「制度の持続可能性を踏まえた**保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）**」である。

具体的には、医療の高度化・高額化が進むもとの、保険給付対象を決める際に、有効性・安全性に加えて、費用に見合う効果が期待されるかという**費用対効果の評価**を適用する。また、低額の外来医療やOTC類似薬の処方等、大きなリスクとはいえないサービスに対して自己負担を増やす。すなわち、共助から**自助**に転嫁することで給付費の抑制を図る。さらに、介護では、軽度者に対する生活支援サービスを介護保険から市町村が運営する**地域支援事業¹**に移行することで、地域の実情に応じたサービス提供を目指す。

第2の視点は、「必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（公定価格と提供体制）」である。

¹ 地域支援事業とは、高齢者の住み慣れた地域での自立した生活を支援するため、安否確認や配食、交流サロンの開設等に加えて、要支援者に対して介護予防サービスを提供する事業である。

まず、医療サービスや薬剤の公定価格である診療報酬について、病床機能の再編やかかりつけ薬局の普及等が効率的に進むよう適正化を進める。一方、提供体制については、外来医療（診療所や医師）や高額医療機器の適正配置、在宅サービスの総量規制、小規模経営が多い介護事業者の統合・再編等、都道府県や市町村によるコントロール機能を整備・充実する。

都道府県の権限強化については、「地域別診療報酬」の活用が注目される。これは、都道府県が策定する「医療費適正化計画」の実現に向け、都道府県が診療報酬1点当たりの単価を調整できる仕組みである。市町村国保の都道府県化や地域医療構想²の策定をはじめ、都道府県が主体になって医療費を抑制していこうとする政策の一環とみることができる。ちなみに、地域別診療報酬は現在奈良県で導入が検討されている。

第3の視点は、「高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく（給付と負担のバランス）」である。

年齢でなく能力に応じた負担構造への転換が必要として、高齢者の負担を引き上げる。具体的には、後期高齢者医療制度と介護保険制度に係る自己負担の2割への引き上げ、高齢者の医療に係る自己負担の判定に金融資産等を考慮する、等が掲げられている。

さらに、支え手が減少するもとで彼らの負担能力に配慮するため、医療費や経済・人口の動向に応じて一定のルールに基づいて保険からの給付率を調整する「給付率自動調整」が盛り込まれている。例えば、医療費の増加等により支え手の負担の大幅な引き上げが必要となる場合、給付率を下げ給付費総額を抑制することで、保険料の急騰を回避するという仕組みである。当然ながら、給付率を下げた分、患者の自己負担は引き上げられることになる。

3. 評価と課題

財務省案は広範な内容で構成されており、様々な手法でコスト抑制を図ろうとする意図を読み取ることができる。

詳細をみると、まず、①有効性・安全性だけでなく費用対効果も考慮した保険収載プロセス（丸文字は図表内23項目の番号。以下同じ）、⑫地域医療構想の実現に向けた環境整備、⑯サービス利用の適正性のチェック等、現在進行中の取り組みについては早急に対応すべきであり、もっともな指摘である。⑬高額医療機器の配置等へのコントロールについても、人口当たり設置台数が世界で突出していること、全国民を対象にした公的医療制度を持たないアメリカでさえ、州法ではあるものの高額医療機器への設備投資を規制するCON法（Certification of Need Law）という枠組みがあることを考えると、稼働率の低い医療機関での設置の抑制や共同利用の促進等を通じて積極的に進めるべきと考える。

また、これまで大きな反発を予期して言及が憚られてきた感のある医療・介護に係る高齢者の負担引き上げ（⑱～㉒）については、従来の政府の対応から一步踏み込んでおり、改革に向けた決意の表れとして評価されよう。

さらに、⑭地域別診療報酬の活用や㉓給付率自動調整の導入等、これまで議論されてこなかった案が盛り込まれている。このことは、現行制度を所与とした見直しでは持続可能性の確保に限界があると政府が認識していることを示唆している。医療・介護保険制度の今後の見直し議論の行方が

² 地域医療構想とは、地域にふさわしいバランスのとれた機能分化・連携を適切に推進するためのビジョンのことである。例えば、団塊世代が全員後期高齢者になる2025年に必要な病床数が機能別に算定される。

注目される。

もともと、これらの案で財政と医療・介護保険制度の持続可能性が確保されるかといえ、答えは「否」である。これは、踏み込み不足の項目や、効果に疑問を感じざるを得ない項目、副作用が懸念される項目が散見されることに加えて、そもそも医療・介護保険制度の抱える本質的な問題に切り込むには至っていないためである。

具体的には、以下の通りである。

(1) 踏み込み不足の項目

財政と制度の持続可能性を確保するには、コストの大幅な削減が不可欠である。しかし、高齢者や薬剤等の自己負担引き上げによるコスト抑制効果は一時的であることに加えて、一定の金額を自己負担に上乘せする受診時定額負担の導入や薬価制度の抜本改革、介護サービス利用の適正化等、これら項目による抑制効果には限界がある。コスト抑制という観点も重要であるが、世代間・世代内公平やモラル・ハザードの防止等、現行制度の歪みを是正する観点から見直す視点も必要と考える。

具体的には、まず、70歳以上の医療に係る自己負担は現役と同じ3割が掲げられるべきである(⑩)。現在、高齢者の自己負担は、75歳以上が原則1割、70～74歳が1割から2割に段階的に引き上げられているところである。財務省案では、75歳に達した以降も2割を適用するとともに、すでに75歳以上の者についても数年かけて2割に引き上げるとしているが、2割とする根拠は明らかにされていない。年齢ではなく能力に応じた負担構造を目指すのであれば、3割に統一すべきである。

また、介護に係る利用者負担について在宅と施設の公平性を確保する観点から、多床室の室料負担の見直しが挙げられている(⑪)。現在、施設サービスの多床室について、特別養護老人ホーム(特養)では食費と室料、光熱水費が利用者負担となる一方、老人保健施設(老健)と療養型病床では食費と光熱水費が利用者負担であり、室料は免除されている(施設の種類に関係なく個室利用者は室料を負担)。そこで、老健と療養型病床の多床室についても利用者に室料を求めることにする。老健と療養型病床については入院の要素が強いのでこれまで室料が免除されていたが、特養と同じ介護施設であることを踏まえると、これらの多床室利用者からも室料を徴収すべきである。

しかし、これは施設サービス利用者間の公平性であり、在宅と施設の公平性とはいえない。例えば、最重度の要介護者が在宅で特養と同レベルのサービスを受けようとする場合、保険給付範囲内では賄いきれずサービスの上乗せが不可避となり、最終的な自己負担は特養利用者の約2倍に達する。在宅と施設の公平性を確保するのであれば、施設の利用者負担を2割に引き上げ、在宅、施設に関係なく同一サービス同一負担にすべきである。施設から在宅へのシフトを後押しする観点からも検討すべきと考える。

さらに、⑫金融資産等を考慮に入れた負担については、現在、介護施設サービスにおける補足給付(食費・光熱水費・室料に関する低所得者への補助)において適用されている。これを、入院時生活療養費等の負担能力の判定にも適用し、将来的にはマイナンバーを活用して医療・介護に係る負担の在り方を検討するとしている。

医療において負担能力に資産を含める意見に対しては、福祉的な性格を有する補足給付とはそもそも性格が異なるので慎重に対応すべきとの指摘がある。しかし、後期高齢者医療制度の場合、加入者の保険料は給付費全体の1割に過ぎず、残りは税と現役世代からの支援金であることを考えると、福祉的な要素を有していることは明らかである。少なくとも後期高齢者医療制度については、

金融資産等を負担能力の判定基準に加えることは当然ではなからうか。

(2) 効果に疑問のある項目

効果に疑問のある項目としては、⑭地域別診療報酬の活用と⑥軽度者へのサービスの地域支援事業への移行が指摘される。

まず、地域別診療報酬については、ドイツの経験が参考になる。ドイツでは、保険医協会と保険者の州連合会の間で年間の医療費が決められ、実際の医療費が予算を上回る場合には診療報酬の単価を調整して医療費総額をコントロールするという予算制が1993年に導入された。高齢化のもとで医療需要が増えたという面もあるが、収入確保のために保険医が恣意的に診療を増やすという、いわゆる医師誘発需要が発生した結果、診療報酬の単価は下落を続けることになった。保険医が収入を増やそうとすれば単価がさらに下落する「hamster wheel」と揶揄される事態に至り、最終的には1998年に廃止されることになった。これと同じ事態がわが国で生じない保証はない。

次に、軽度者へのサービスの地域支援事業への移行については、要支援と要介護1～2の生活援助サービスについて、市町村が運営する地域支援事業に移行する。これまでも要支援者に対する予防サービスが介護保険から地域支援事業に移行しており、地域の実情に応じた予防サービスが提供されることになったが、財源は介護保険財政のままである。仮に、生活支援サービスが地域支援事業に移行したとしても、財源が介護保険財政であれば、サービスの多様化につながるかもしれないが、保険給付費総額には何ら影響がないことになる。

(3) 副作用が懸念される項目

副作用が懸念される項目としては、⑭地域別診療報酬の活用と③給付率自動調整の導入が指摘される。

まず、地域別診療報酬については、具体的な仕組みは明らかにされていないが、医療費適正化計画とセットで運用されることから、医療機関の所在地をベースに算定される都道府県別医療費が実際に適用される際の基準になると考えられる。例えば、ある県の医療費が適正化計画の水準を1割上回る場合、診療報酬単価を10円から1割引き下げることで、計画の達成が図られるという運用方法が想定される。

都道府県による診療報酬単価のコントロールについては、コスト抑制効果に疑問が残るだけでなく、様々な副作用が懸念される。まず、地域住民を加入者とする市町村国民健康保険や後期高齢者医療制度の場合、制度の運営主体と単価調整を決定する主体は同じ都道府県である。仮に、都道府県が単価を引き下げることで保険財政の安定を図ろうとする場合、効率化にむけた取り組みが後回しになるだけでなく、保険としての機能が麻痺する可能性は否定できない。

また、前述の通り医療機関が需要を誘発して収入維持を図ろうとする場合、単価がスパイラル的に下落し、経営の先行きに不安を感じる医療機関が撤退する事態が想定される。高齢化で医療費が嵩む地域では医療の過疎化が進む一方、若者が多く医療費がかからない地域では医療機関が集中する結果、医療資源の偏在が拡大する懸念は否定できない。

加えて、都道府県別に診療報酬の単価が異なると、各医療機関への報酬を算定するための事務作業が膨大になる。特に、全国展開している大企業の運営する組合管掌健康保険組合にとっては深刻な問題になろう。さらに、加入者に対して単価の低い地域での診療を義務付ける保険者の出現も考

えられる。かかりつけ医制度の普及につながるかもしれないが、受診先が強制されることについて問題がないとはいえない。すなわち、政府が税財源で医療を提供する **NHS 方式** (National Health Service) では初診を特定の医師に制限する仕組みがあるが、わが国のように保険料を財源に運営される **保険方式** の場合、受診先を自由に選べる **フリー・アクセス** が基本的に保障される。もちろん、ドイツのように初診を自身が登録した医師に制限する「**家庭医制度**」を導入している国もあるが、参加は強制ではなく任意である。

以上を要すると、地域別診療報酬については、深刻な副作用が懸念されるだけでなく、仮に理論的に可能だとしても、実務的にはかなりの問題を解決しなければ実現困難と考える。

一方、給付率自動調整については、世代間の不公平感を助長する懸念が大きい。医療サービスの主な利用者は高齢者であり、医療費増加の主体でもある。にもかかわらず、給付率の引き下げ、すなわち自己負担の引き上げは現役世代も対象になる。税や支援金等を通じて高齢者の医療を支えるだけでなく、医療費増のツケまで背負わなくてはならないことになれば、現役世代の医療制度に対する不信が高まり、制度そのものに対する信頼が失墜する可能性は否定できない。

(4) 課題：本質的な問題解決に至っていない

さらに、財務省案では医療・介護保険制度の抱える本質的な問題に対応していない点が指摘される。予算や課税などの財政を管轄する財務省にとって医療・介護保険の抜本改革を求めるのは筋違いとの指摘もあろうが、この問題の解決なくしては財政と医療・介護保険制度の持続可能性の確保は不可能と考える。

そもそも、医療・介護保険制度に対する将来不安が高まっている背景には、人口動態や経済環境が大きく変化しているにもかかわらず、高齢化に伴って費用がこれまで以上のペースで増加しており、負担の持続可能性に対して国民、特に現役世代の不安が高まっていることがある。本来、受益・負担関係が明確な保険制度であれば、受益が増えれば負担も増えるので、サービス利用を抑制しようとする安定化装置が自動的に働くはずである。しかし、後期高齢者医療制度と介護制度は、保険制度の看板が掲げられているものの、給付財源の大半が税と現役世代からの支援で賄われており、実質的にはむしろ受益と負担がリンクしない **措置制度** に近い。加入者のコスト意識が乏しい一方で、サービスの選択や利用が権利として認められており、モラル・ハザードが生じている面は否定できない。

医療・介護保険制度は共助の仕組みであり、高齢者は平均的にみればかつてとは異なり経済的・社会的弱者ではないことを踏まえると、高齢者も助けられる側だけでなく助ける側に立つ必要があると考える。負担を年齢でなく能力に応じて求めるべきなら、給付も年齢でなく必要度に応じて与えられるべきであり、エイジレスな制度の変革する必要がある。

4. おわりに

財務省案はこれまでの議論より一步も二歩も踏み込んだ内容と評価されるが、既存の制度を前提にした改革では効果に限界がある。リフォームを繰り返しても、土台が傷んでいればいずれ家は崩壊する。わが国の医療・介護保険制度がこのような事態に陥る前に、政府に対しては真の構造改革の断行を期待したい。

(2018年5月23日)

【参考文献】

- [1] 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.
- [2] 飛田英子[2014]「医療計画の実効性を高めるためにアメリカ CON 規制から学べ」JRI レビュー
—Vol.4, No.14.
- [3] 飛田英子[2018]「後期高齢者医療制度の抜本改革の方向性—負担能力の持続可能性を中心に—」
JRI レビュー—Vol.4, No.55.

以 上