

医療保険制度改革関連法案の概要と論点

— 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案 —

厚生労働委員会調査室 寺澤 泰大

高齢化の進行や経済成長を上回る医療費の伸びを背景に、社会保障と税の一体改革の中で医療制度¹の改革が進められている。このうち医療の供給面である医療提供体制の改革に関しては、社会保障制度改革プログラム法²の規定を受けて平成 26 年に成立した医療介護総合確保推進法³により、病床機能報告制度の創設や地域医療構想⁴の策定等が進められることとなった。

一方、医療の財政面である医療保険制度⁵の改革に関しては、同じく社会保障制度改革プログラム法により、平成 27 年の通常国会に法案提出を目指すとされている⁶。そして、これに沿って平成 27 年 3 月に提出された法案が、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」(以下「医療保険制度改革関連法案」という。)である。

以下、医療保険の現状を概観した上で、医療保険制度改革関連法案の概要及び主な論点を述べる。

1. 医療保険の現状

(1) 医療費及び人口構成の見通し

平成 24 (2012) 年度の国民医療費⁷は 39.2 兆円であった。将来を見越すと、高齢化の進展⁸や医療の高度化等⁹の進行が見込まれる中、医療給付費¹⁰は平成 24 (2012) 年度の 35.1

¹ 医療制度は、医療サービスの供給（デリバリー）に関する医療提供体制（医療供給体制、医療供給制度）と、費用の調達・財政（ファイナンス）に関する医療保険制度に大別される。島崎謙治『日本の医療—制度と政策』（東京大学出版会 2011 年）19 頁など

² 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（平成 25 年法律第 112 号）

³ 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（平成 26 年法律第 83 号）

⁴ 都道府県は医療計画において、病床数の必要量等を含む将来の医療提供体制に関する構想（地域医療構想）に関する事項等を定めることとされた。

⁵ 本稿において医療保険とは公的医療保険を指す。

⁶ 社会保障制度改革プログラム法第 4 条第 7 項

⁷ 当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもの。医療保険等給付費分、後期高齢者医療給付費分等のほか、患者等負担分（平成 24 年度：4.9 兆円）を含む。

⁸ 一般に、医療費の多くは高齢時に費やされる。例えば平成 24 年度の人口一人当たり国民医療費は、65 歳未満が 17 万 7,100 円であるのに対し、65 歳以上は 71 万 7,200 円である。厚生労働省「平成 24 年度国民医療費の概況」（平 26.10.8）

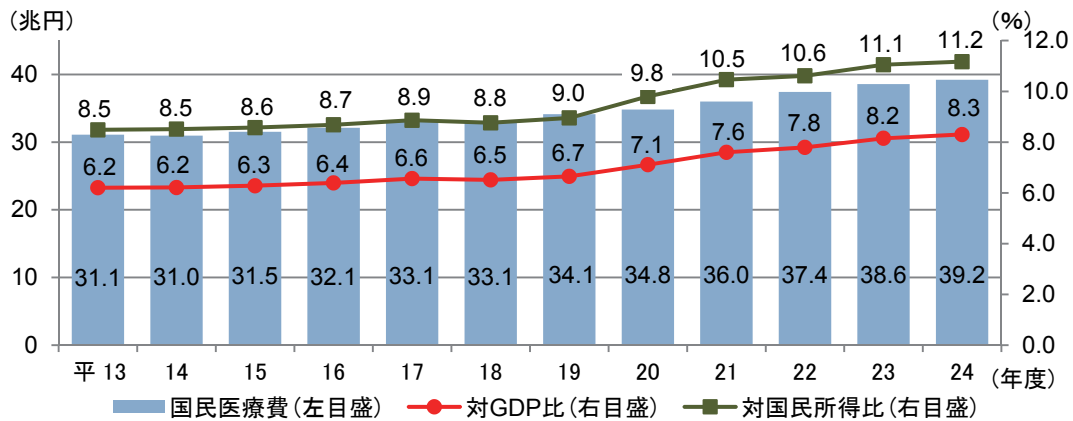
⁹ 厚生労働省は医療費の伸び率を、診療報酬改定、人口増の影響、高齢化の影響、その他（医療の高度化、患者負担の見直し等）に要因分解している。近年は高齢化の影響とその他の寄与が大きい。厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料—平成 24 年度の医療費等の状況」（平 26.12）

¹⁰ 公費負担及び保険料負担から成り、患者負担は含まない。

兆円から、2025年度には54.0兆円になると推計されている¹¹。

もともと、医療費の名目額が増加しても、経済成長の範囲内であれば国民の相対的な負担は増加しない¹²。ところが、国民医療費の対GDP比及び対国民所得比の推移を見ると、平成19(2007)年度以降上昇を続けている(図表1)。医療給付費の将来推計においても、対GDP比は平成24(2012)年度の7.3%から、2025年度には8.9%に上昇すると見込まれている¹³。

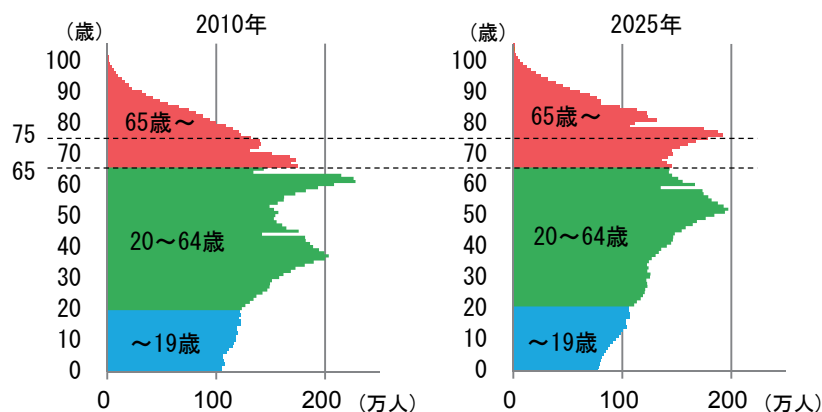
図表1 国民医療費の推移



(出所) 厚生労働省「平成24年度国民医療費の概況」(平26.10.8)から作成

その上、医療費の支え手である現役世代の人口は減少する(図表2)。平成22(2010)年に7,564万人だった20~64歳人口は¹⁴、2025年には6,559万人に減少し、総人口に占める割合も59.1%から54.4%に低下すると推計されている¹⁵。

図表2 人口構成の変化



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(出生中位・死亡中位推計)から作成

¹¹ 厚生労働省「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)」(平24.3)

¹² 棕野美智子・田中耕太郎『はじめての社会保障—福祉を学ぶ人へ(第11版)』(有斐閣2014年)57~58頁

¹³ 厚生労働省「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)」(平24.3)

¹⁴ 平成25(2013)年10月時点では7,296万人。総務省統計局「人口推計(平成25年10月1日現在)」(平26.4.15)

¹⁵ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(出生中位・死亡中位推計)

このため、一人当たりの保険料負担は重くなると見込まれている。国民健康保険（以下「国保」という。）の保険料¹⁶を例にとると、平成 24（2012）年度の月額 7,600 円から、2025 年度には月額 9,300 円程度になると推計されている¹⁷。

こうした状況下で、持続可能な医療保険制度の構築が課題となっていた。社会保障制度改革プログラム法第 4 条第 7 項は、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、療養の範囲の適正化等、「必要な事項について必要な検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」と規定している¹⁸。

（２）各医療保険制度の現状

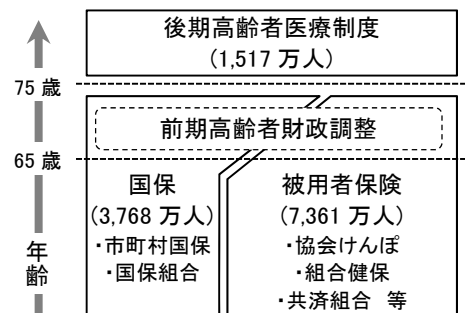
日本の医療保険制度は、先行して設立された職域保険である健康保険¹⁹の対象とならない者を、後に創設された地域保険である国保²⁰がカバーする形で成り立っている²¹。これにより昭和 36 年に国民皆保険²²が達成されたが、医療保険の各制度は分立したまま現在に至っている。

医療保険の各制度はまず、国保と被用者保険に大別される（図表 3）。次いで、国保は市町村国民健康保険（以下「市町村国保」という。）と国民健康保険組合（以下「国保組合」という。）に、被用者保険は全国健康保険協会管掌健康保険（以下「協会けんぽ」という。）、健康保険組合管掌健康保険（以下「組合健保」という。）、共済組合等²³に、それぞれ分類される。

また、これらとは別に、75 歳以上の者が一律加入する後期高齢者医療制度が平成 20 年度から設けられている。

主な医療保険各制度の現状は以下のとおりである。

図表 3 医療保険制度の体系図



（出所）厚生労働省『平成 19 年版厚生労働白書』135 頁 図表 4-4-1 を一部省略・加筆して作成

（注）人数は平成 24 年度末現在

¹⁶ 国保の保険料は保険税として徴収される場合があるが、本稿では便宜保険料という用語で統一する。

¹⁷ 額は平成 24 年度賃金換算。厚生労働省「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）」（平 24.3）

¹⁸ 社会保障制度改革推進法（平成 24 年法律第 64 号）第 6 条第 2 号にも同旨の規定がある。

¹⁹ 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）は第一次世界大戦後の緊迫化した労資関係を背景に制定され、昭和 2 年に施行された。制定当初の対象は工場法や鉱業法の適用を受ける工場又は鉱山の労働者であった。吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史（増補改訂版）』（東洋経済新報社 2008 年）34～46 頁

²⁰ 旧国民健康保険法（昭和 13 年法律第 60 号）は、任意に設立される国保組合を保険者とし、市町村内に居住する世帯主若しくは同一の事業又は同種の業務に従事する者を任意加入の組合員としていた。新国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）は、全市町村に国保事業を義務付け、市町村に住所を有する者を強制被保険者とした。吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史（増補改訂版）』（東洋経済新報社 2008 年）71～74 頁及び 164～167 頁

²¹ ただし、国民健康保険法（第 5 条及び第 6 条）上は、市町村に住所を有する者を国保の被保険者とした上で、健康保険法等による被保険者や国家公務員共済組合法等による組合員等を除外する形とされている。

²² ただし、生活保護法による被保護者等には国保が適用されない。

²³ 他に船員保険及び健康保険法第 3 条第 2 項被保険者（日雇特例被保険者）がある。

図表 4 主な医療保険各制度の比較

	国保		被用者保険			後期高齢者 医療制度
	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	組合健保	共済組合	
保険者数 (平 25 年 3 月末)	1,717	164 (医歯薬 92, 建設 32,一般 40)	1 (全国健康保険協会)	1,431	85 (国 20,地方 64, 私学 1)	47 (広域連合)
加入者数 (平 25 年 3 月末)	3,466 万人 (2,025 万世帯)	302 万人	3,510 万人 (被保険者 1,987 万人) (被扶養者 1,523 万人)	2,935 万人 (被保険者 1,554 万人) (被扶養者 1,382 万人)	900 万人 (被保険者 450 万人) (被扶養者 450 万人)	1,517 万人
加入者平均年齢	50.4 歳	39.3 歳	36.4 歳	34.3 歳	33.3 歳	82.0 歳
65～74 歳の割合	32.5%	10.0%	5.0%	2.6%	1.4%	2.6%
加入者一人当たり 医療費	31.6 万円	18.3 万円	16.1 万円	14.4 万円	14.8 万円	91.9 万円
加入者一人当たり 平均所得	83 万円 一世帯当たり 142 万円	241 万円 (平 26 年度)	137 万円 被保険者一人当たり 242 万円	200 万円 被保険者一人当たり 376 万円	230 万円 被保険者一人当たり 460 万円	80 万円
加入者一人当たり 平均保険料 <>は事業主負担込	8.3 万円 一世帯当たり 14.2 万円	14.1 万円	10.5 万円<20.9 万円> 被保険者一人当たり 18.4 万円<36.8 万円>	10.6 万円<23.4 万円> 被保険者一人当たり 19.9 万円<43.9 万円>	12.6 万円<25.3 万円> 被保険者一人当たり 25.3 万円<50.6 万円>	6.7 万円
保険料負担率	9.9%	5.9%	7.6%	5.3%	5.5%	8.4%
公費負担及び 公費負担額 (平 26 年度予算ベース)	給付費等の 50% 3兆 5,006 億円	定率国庫補助等 3,060 億円	給付費等の 16.4% 1兆 2,405 億円	後期高齢者支援金等負担が 重い保険者等への補助 274 億円	なし	給付費等の 約 50% 6兆 8,229 億円

(出所) 厚生労働省保険局「各保険者の比較」(平 27. 2. 12 国保基盤強化協議会資料)、厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料—平成 24 年度の医療費等の状況」(平 26. 12) 及び厚生労働省保険局「平成 24 年度国民健康保険事業年報」(平 26. 5. 16) から作成

(注) 1. 特に注記がないものは平成 24 年度の数値。

2. 組合健保の加入者一人当たり平均保険料及び保険料負担率については速報値。

3. 後期高齢者医療制度における 65～74 歳の割合は一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。

4. 加入者一人当たり平均所得については、市町村国保及び後期高齢者医療制度は「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」によるもので、それぞれ前年の所得。協会けんぽ、組合健保及び共済組合は「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額(標準報酬総額を加入者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値。国保組合は「平成 26 年度国民健康保険組合の所得調査結果(速報)」によるもので、市町村村民税課税標準額。

5. 加入者一人当たり保険料額については、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

6. 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

7. 公費負担額は、介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金を含まない。

8. 後期高齢者支援金負担が重い保険者等への補助は、共済組合も対象となるが、平成 23 年度以降実績なし。

ア 市町村国保

市町村及び特別区を保険者とする市町村国保は、加入者数計 3,466 万人の地域保険である。昭和 40 年度には農林水産業者や自営業者が 7 割近くを占めていたが、近年は無職や被用者が 8 割近くに達するようになった²⁴。その多くが高齢者や非正規雇用者と考えられ、所得水準が低い一方、平均年齢が高く、一人当たり医療費も高い。このため、被用者保険に比べて保険料負担が重い。また、小規模保険者が多く、市町村間での医療費格差や保険料格差が大きいことも、制度の安定性や公平性の面から問題とされている。

市町村国保の平成 27 年度予算ベースの医療給付費等総額は約 11 兆 5,000 億円である(図表 5)。市町村国保には定年退職等により被用者保険を脱退した 65 歳以上の前期高齢者が多く含まれることから、前期高齢者財政調整が行われ、その結果、被用者保険等

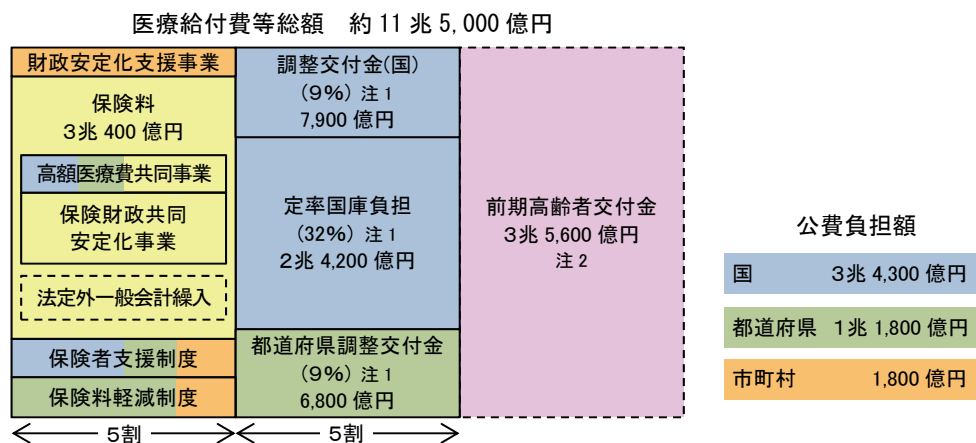
²⁴ 75 歳未満の世帯主の割合。昭和 40 年度には、農林水産業 42.1%、その他の自営業 25.4%、被用者 19.5%、その他の職業 6.4%、無職 6.6%。平成 25 年度には、農林水産業 2.6%、その他の自営業 14.3%、被用者 35.0%、その他の職業 4.7%、無職 43.4%。厚生労働省保険局「平成 25 年度国民健康保険実態調査報告」(平 27. 2. 6)

から納付された3兆5,600億円の前期高齢者交付金が交付される。残りの約8兆円については、公費5割²⁵、保険料5割を原則としつつ、低所得者の保険料軽減制度等に更に公費が投入されている。これにより、公費が占める割合は最終的に約6割となる。

収支の状況を見ると、近年は毎年3,000億円規模の赤字が生じており、決算補填等のための一般会計繰入金を除いた精算後単年度収支差引額は、平成25年度には3,139億円の赤字であった。また、決算補填等のための一般会計からの法定外繰入²⁶及び翌年度の歳入からの繰上充用が常態化しており、平成25年度には決算補填等のための法定外繰入が3,544億円、繰上充用が984億円に達している²⁷。

保険料収納率(現年度分)は、近年は上昇傾向にあるとはいえ、平成25年度には90.42%である。また、平成24年度における市町村国保の入院医療費を疾病分類別に見ると、協会けんぽ及び組合健保に比べて「精神及び行動の障害」並びに「神経系の疾患」の割合が高い²⁸。さらに、平成24年度の特健康診査の実施率については、組合健保が70.1%であるのに対し、市町村国保は33.7%と低くなっている²⁹。

図表5 市町村国保の財政構造(平成27年度予算ベース)



(出所) 厚生労働省保険局「国保財政の現状(平成27年度予算ベース)」(平27.2.12 国保基盤強化協議会資料)を一部省略して作成

- (注) 1. 定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振り替える等の法律上の措置がある。
2. 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる。
3. 財政安定化支援事業(市町村への地方財政措置)は1,000億円、高額医療費共同事業(国1/4、都道府県1/4)は3,360億円、保険者支援制度(国1/2、都道府県1/4、市町村1/4)は2,640億円、保険料軽減制度(都道府県3/4、市町村1/4)は4,620億円。

²⁵ 市町村国保は、負担能力の乏しい低所得者を多く抱えていること、保険料の事業主負担がないこと、保険者間の財政力の格差を調整する必要があることなどから、定率国庫負担及び国・都道府県の調整交付金が法定されている。社会保険実務研究所編『新・国民健康保険基礎講座』(社会保険実務研究所 2010年)502頁

²⁶ 市町村一般会計から市町村国保特別会計への繰入は、国民健康保険法の法定分(保険者支援制度及び保険料軽減制度)と法定外分(決算補填等目的及びそれ以外)とに分類される。法定外繰入金額は東京都が最も多く、次いで神奈川県、大阪府、埼玉県、愛知県、千葉県と、大都市を多く抱える都府県で全体の約7割を占める。このうち、大阪府を除く各都県の一人当たり保険料負担率は全国平均より低い。厚生労働省「1人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入(都道府県別状況)」(平26.10.29 医療保険部会資料)

²⁷ 厚生労働省「平成25年度国民健康保険(市町村)の財政状況一速報」(平27.1.28)

²⁸ 厚生労働省保険局「平成24年度医療給付実態調査報告」(平26.6.3)

²⁹ 厚生労働省「平成24年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」(平26.7.4)

イ 国保組合

国保組合は、医師、歯科医師、薬剤師、建設といった同種同業の者を対象に国保事業を行うことができる公法人であり、現行の市町村国保より古い歴史を有している。平成25年3月末現在、組合数は医師、歯科医師、薬剤師（以上計92組合）、建設関係（32組合）、一般業種（40組合）の計164組合であり、加入者数は計302万人である。現在、国保組合の新設は原則として認められておらず、加入者数は減少傾向にある。

平成26年度の国保組合加入者一人当たり市町村民税課税標準額の平均は241万円である。ただし、医師国保組合が716万円である一方、建設関係国保組合は79万円であり³⁰、組合によってばらつきが大きい。

国保組合に対する国庫補助には、全ての組合を対象として医療給付費等の定率を補助する定率補助（32%）のほか、組合の財政力に応じた組合普通調整補助金、組合の保険者機能強化の取組等に応じた組合特別調整補助金がある。なお、両調整補助金の総額は、各組合の医療給付費等の合計額の15%以内とされている。

ウ 協会けんぽ

かつての政府管掌健康保険（以下「政管健保」という。）を受け継いで平成20年に発足した協会けんぽは、平成25年3月末現在、3,510万人の加入者を抱える被用者保険である。加入者の多くは中小企業の被用者等であり、適用事業所数約168万のうち78%が従業員9人以下の小規模事業所である³¹。このため、他の被用者保険に比べて加入者一人当たり平均所得が低い。その反面、加入者の平均年齢及び一人当たり医療費は高い傾向にある。こうした財政基盤の弱さを考慮し、医療給付費等に対する国庫補助が政管健保の時代から行われている。国庫補助率は財政状況によって変動し、平成22年度以降は16.4%である。

近年の財政状況を見ると、平成19年度から単年度赤字となり、平成21年度末には準備金残高の赤字が3,179億円となったが、国庫補助率と保険料率の引上げにより平成22年度から単年度収支が好転した。平成25年度の収支差は1,866億円の黒字であり、前年度比減とはいえ4年連続の黒字となった³²。保険料率については、全国一律の保険料率であった政管健保と異なり、地域の医療費水準等を反映した都道府県別の保険料率を採用している。全国平均保険料率は、平成20年度の8.2%から段階的に引き上げられ、平成24年度以降は10%である。

エ 組合健保

組合健保を構成する健康保険組合（以下「健保組合」という。）は、健康保険法に基づき健康保険事業を行う公法人であり、平成25年3月末現在、1,431組合、加入者数計2,935万人である。大企業の従業員が多く加入し、加入者の平均所得も比較的高い組合健保であるが、近年の財政状況は厳しい。平成20年度以降赤字に転じ、平成25年度の経常収支差引額は1,162億円の赤字となった。赤字組合数は全組合の65%に当たる927

³⁰ 厚生労働省「平成26年度国民健康保険組合の所得調査結果（速報値）」（平27.2.20医療保険部会資料）

³¹ 平成26年3月末現在。全国健康保険協会「協会けんぽの財政問題について」（平26.7.10）

³² 全国健康保険協会「協会けんぽ（医療分）の平成25年度決算（見込み）について」（平26.7.10）

に上っている³³。この財政状況を反映して平均保険料率も上昇しており、平成 20 年度の 7.4%から、平成 26 年度には 8.9%となった³⁴。ただし、保険料率は最低の組合が 4.8%、最高の組合が 12.1%であり³⁵、組合によって差が大きい。

平成 25 年度の経常収入 7 兆 3,413 億円のうち 98.4%が保険料収入で、公費の投入はわずかにとどまる³⁶。他方、経常支出 7 兆 4,575 億円のうち 49.5%が保険給付費、43.9%が支援金・拠出金等、残りが保健事業費等である³⁷。義務的経費に占める高齢者医療への拠出金負担は年々増加しており、平成 20 年度の 43.5%から、平成 27 年度には 48.2%となった。2025 年には 50%に達すると推計されている³⁸。

オ 高齢者医療制度

75 歳以上の者が一律に加入する後期高齢者医療制度は、公費約 5 割、現役世代の保険料すなわち後期高齢者支援金約 4 割、高齢者自身の保険料約 1 割により運営されている³⁹。後期高齢者支援金の各保険者間の按分方法については、平成 20 年度の制度開始当初はそれぞれの加入者の人数に応じて按分する「加入者割」によっていたが、平成 22 年度以降は次の方法により行われている。まず、市町村国保と被用者保険の間では「加入者割」により按分する。次いで、被用者保険の間では、支援金全体の 3 分の 2 を加入者割、3 分の 1 を各保険者の総報酬額に応じた「総報酬割」により按分する（図表 6）。

図表 6 被用者保険による後期高齢者支援金の按分のイメージ

		協会けんぽ	組合健保	共済組合
被用者保険 支援金計 4.6 兆円	加入者割 2/3	公費 2,400 億円 <16.4%> 加入者数 3,400 万人 (総計 7,200 万人の 48%)	加入者数 2,900 万人 (総計 7,200 万人の 40%)	同 900 万人 (同 12%)
		支援金 2 兆 800 億円	支援金 1 兆 9,300 億円	同 6,100 億円
	総報酬割 1/3	総報酬額 74.7 兆円 (総計 185.3 兆円の 40%)	総報酬額 82.4 兆円 (総計 185.3 兆円の 44%)	同 27.9 兆円 (同 15%)

(出所) 厚生労働省「被用者保険による後期高齢者支援金の負担イメージ」(平 25. 3. 1 平成 24 年度全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議資料)及び厚生労働省保険局「後期高齢者支援金の総報酬割拡大による影響」(平 26. 10. 6 医療保険部会資料)から作成

(注) 数値は平成 27 年度推計

また、被用者保険の加入者の多くは定年退職により市町村国保に移るため、市町村国保には 65 歳から 74 歳の前期高齢者が多く集まる。そのままでは市町村国保の財政負担が大きくなるため、前期高齢者については医療保険の各制度間で財政調整を行う仕組み

³³ 健康保険組合連合会「平成 25 年度健保組合決算見込の概要」(平 26. 9. 11)

³⁴ 健康保険組合連合会「平成 26 年度健保組合予算早期集計結果の概要」(平 26. 4. 19)

³⁵ 厚生労働省保険局「健康保険組合の保険料負担について」(平 26. 10. 6 医療保険部会資料)。なお、保険料率が協会けんぽの保険料率 10%を超える健保組合は平成 25 年度時点で 198 組合ある。健康保険組合連合会「平成 25 年度健保組合決算見込の概要」(平 26. 9. 11)。ただし、健康保険料は事業主と被保険者とで折半が原則であるが、健保組合の規約をもって事業主負担の割合を増加することもできる。

³⁶ 拠出金負担の重い被用者保険を支援するための高齢者医療運営円滑化補助金等

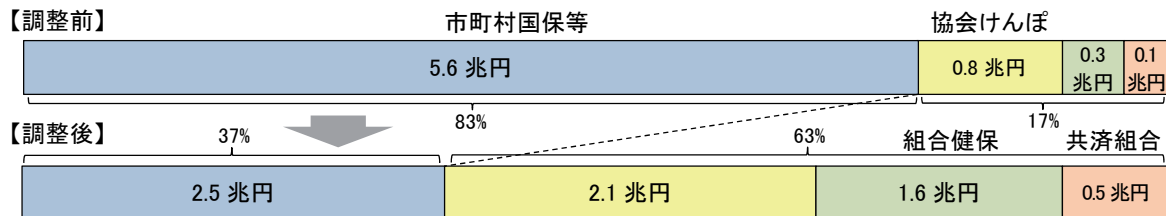
³⁷ 健康保険組合連合会「平成 25 年度健保組合決算見込の概要」(平 26. 9. 11)

³⁸ 厚生労働省保険局「高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)」(平 26. 5. 19 医療保険部会資料)、同(平 27. 3. 16 全国高齢者医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議)

³⁹ 患者自己負担は別。なお、高齢者の保険料の割合は、公費による保険料軽減措置等があり、実質約 7%程度。

が設けられている（図表7）。財政調整は、まず全国平均の前期高齢者加入率を算出した上で、これに届かない保険者（すなわち健保組合、協会けんぽ、共済組合等）からは納付金を拠出させ、これを超える保険者（すなわち市町村国保等）には交付金を交付することによって行う。この仕組みは年齢リスク構造調整の制度と言える。

図表7 前期高齢者財政調整のイメージ



（出所）厚生労働省保険局高齢者医療課「高齢者医療制度」（平 27.3.16 全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議資料）から作成

（注）1. 図は前期高齢者給付費分の負担状況であり、前期高齢者に係る後期高齢者支援金分は含まない。
2. 数値は平成 27 年度予算ベース。

2. 法律案提出の経緯

（1）近年の医療保険制度改革

現行の医療保険制度の大枠は平成 18 年の医療制度改革⁴⁰によって形作られた。この際、老人保健制度に代わって後期高齢者医療制度等が創設され、政管健保に代わって協会けんぽが設立されるとともに、医療費適正化計画及び特定健康診査等の制度が導入された⁴¹。

その後は数年おきに関連法の改正が行われている。平成 22 年には国民健康保険法等が改正され⁴²、市町村国保の財政支援措置の延長及び広域化の推進、協会けんぽに対する国庫補助率の 13%から 16.4%への暫定的引上げ、後期高齢者支援金の被用者保険分への総報酬割の導入等が行われた。平成 24 年には国民健康保険法が改正され⁴³、暫定措置となっていた国保の財政基盤強化策の恒久化、都道府県単位の共同事業である保険財政共同安定化事業の対象医療費の拡大、都道府県調整交付金の割合の引上げ等が行われることとなった。平成 25 年には健康保険法等が改正され⁴⁴、協会けんぽに対する国庫補助率を 16.4%とする暫定措置が 2 年間延長された。

（2）社会保障・税一体改革における検討

上述の法改正の流れとは別に、社会保障・税一体改革における医療保険制度の検討の流れがある。平成 24 年に民主、自民、公明 3 党が提出し成立した社会保障制度改革推進法は、医療保険制度について、「財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図る」とした。また、今後の高齢者医療制

⁴⁰ 改正法は健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 84 号）

⁴¹ いずれも平成 20 年施行

⁴² 医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成 22 年法律第 35 号）

⁴³ 国民健康保険法の一部を改正する法律（平成 24 年法律第 28 号）

⁴⁴ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 26 号）

度については、社会保障制度改革国民会議（以下「国民会議」という。）に議論を委ねた。

国民会議は、平成 25 年 8 月にまとめた報告書において、医療提供体制の整備における都道府県の役割強化と国保の保険者の都道府県移行を掲げるとともに、医療保険制度の財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、医療給付の重点化・効率化等を図る必要があるとした。そして、同報告書の内容を踏まえて平成 25 年に成立した社会保障制度改革プログラム法においては、地域で必要な医療を確保するための法案を平成 26 年の通常国会に提出するとともに、持続可能な医療保険制度等を構築するための法案を平成 27 年の通常国会に提出することを目指すとした。

（３）医療保険部会及び社会保障制度改革推進本部

持続可能な医療保険制度等を構築するための法案の提出に向けた具体的な検討は、厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会において平成 26 年 4 月に開始された。医療保険部会では、社会保障制度改革プログラム法に規定された①医療保険制度の財政基盤の安定化（国保に対する財政支援の拡充、国保に関する都道府県と市町村との役割分担、協会けんぽに対する国庫補助）、②保険料に係る国民負担に関する公平の確保（国保及び後期高齢者医療保険料に係る低所得者負担軽減、後期高齢者支援金の全面総報酬割、国保組合に対する国庫補助見直し、国保保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額等上限額引上げ）、③療養の範囲の適正化等（外来及び入院に関する給付の見直し等）が検討事項とされた。

部会としての意見の取りまとめは平成 26 年 11 月下旬をめどに行われる予定であったが、同月に衆議院が解散されたことから、医療保険部会の議論は一時中断した。このため、平成 27 年度予算編成に間に合わせる形で、平成 27 年 1 月 13 日、政府の社会保障制度改革推進本部⁴⁵において「医療保険制度改革骨子」が決定された。結果として、これが医療保険制度改革の内容を決定付けるものとなった⁴⁶。

（４）国保基盤強化協議会

医療保険制度のうち市町村国保の見直しについては、主に国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（以下「国保基盤強化協議会」という。）⁴⁷の場において検討が進められた。検討は平成 26 年 1 月に開始され、事務レベルのワーキンググループにおける議論を挟んで、平成 26 年 8 月 8 日に中間整理が、平成 27 年 2 月 12 日に「国民健康保険の見直しについて（議論の取りまとめ）」がまとめられた。

国保の都道府県移行に反対してきた全国知事会は、平成 26 年 7 月の時点では、「今後、

⁴⁵ 内閣総理大臣を本部長とし、社会保障・税一体改革担当大臣を副本部長、財務大臣、内閣官房長官、総務大臣、厚生労働大臣、内閣府特命担当大臣（少子化対策）を本部長とする。

⁴⁶ 政府による医療保険制度の改革案に対し、被用者保険関係 5 団体は、同団体の意見が尊重されていないばかりか、改革骨子案に関する医療保険部会の議論も十分に深まったとは言い難い旨の意見を医療保険部会に提出している。白川修二全国健康保険協会副会長・小林剛全国健康保険協会理事長・高橋睦子日本労働組合総連合会副事務局長・藤井隆太日本商工会議所社会保障専門委員会委員・望月篤日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長「医療保険制度改革案に対する被用者保険関係 5 団体の意見」（平 27. 2. 20 医療保険部会資料）

⁴⁷ 現在の政務レベル協議のメンバーは国（厚生労働大臣、厚生労働副大臣、厚生労働大臣政務官）及び地方（栃木県知事、高知市長、新潟県聖籠町長）。

国が構造問題解決への道筋を明確に示さずに、都道府県と市町村の役割分担についての議論のみを進めようとする場合には協議から離脱する⁴⁸と強い姿勢を見せていたが、最終的には「全国知事会の主張に照らして十分とは言えないながらも、将来にわたり国保の持続可能性を担保するための制度的措置が法律に明記される見通しとなった点で、前進があったと捉えている」⁴⁹として、改革案を了承した。

（５）規制改革会議等

今回の法律案に盛り込まれた患者申出療養については、国民会議報告書及び社会保障制度改革プログラム法に記載はなく、規制改革会議における提起に端を発している。規制改革会議は平成 25 年 8 月、「保険診療と保険外診療の併用療養制度」を当面の最優先案件の一つに位置付け、議論を開始した。その結果、平成 26 年 6 月の「規制改革に関する第 2 次答申」に、保険外併用療養費制度の中の新たな仕組みとして「患者申出療養（仮称）」を創設することが盛り込まれるとともに、同月に閣議決定された「日本再興戦略」改訂 2014 にも同様の内容が記載された。その後、中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）総会においても議論され、患者申出療養制度はおおむね承認された。

（６）法律案の提出

社会保障制度改革推進本部により決定された医療保険制度改革骨子及び国保基盤強化協議会の議論の取りまとめ等を受け、政府は平成 27 年 3 月 3 日、医療保険制度改革関連法案を閣議決定し、同日、衆議院に提出した（第 189 回国会閣法第 28 号）。

3. 法律案の概要及び主な論点

（１）市町村国保の財政運営主体の都道府県移行と公費投入の拡充

ア 現状

小規模保険者への対応や市町村間の財政力格差の縮小等のために市町村国保を実質的に広域化しようとする考え方は既に制度化されており、現在、同じ都道府県内の各市町村が拠出金を出し合って医療費支出のリスクを分散させる保険財政共同安定化事業⁵⁰及び高額医療費共同事業⁵¹が実施されている。ただし、これらの事業はあくまで保険者を市町村としたままで実質的な財政調整を都道府県単位で行おうとするものであり、国民会議報告書では国保の財政運営の責任主体を都道府県とし、医療提供体制の責任主体と国保の責任主体を都道府県が一体的に担うことが提言されていた。

イ 法律案の内容

第一に、都道府県は平成 30 年度から市町村とともに国保を実施する。医療計画及び地

⁴⁸ 全国知事会「国民健康保険制度の見直しに関する提言」（平 26. 7. 15）

⁴⁹ 全国知事会「『国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議』の議論のとりまとめに当たって」（平 27. 2. 10）

⁵⁰ 1 人 1 か月 30 万円超の医療費について、市町村国保の拠出金により負担を共有する事業。平成 27 年度からは事業の対象を 30 万円未満を含む全ての医療費に拡大することとされている。

⁵¹ 1 人 1 か月 80 万円超の医療費について、国（負担割合 1/4）、都道府県（同 1/4）、市町村（同 1/2）により負担を共有する事業

域医療構想の策定主体であり医療提供体制の整備を担う都道府県は、国保の健全な運営について中心的な役割を果たすこととし、制度の安定化を図る。

都道府県は、国保の運営方針を定めた上で、市町村ごとに医療費水準や所得水準を勘案して国保事業費納付金を決定して市町村に示すとともに、都道府県が設定する標準的な算定方式等に基づいて市町村ごとの標準保険料率を算定し、公表する。市町村は、加入者から保険料を徴収し、都道府県に国保事業費納付金を納付する。都道府県は、医療給付に必要な費用の全額を市町村に交付する。被保険者証等の発行等の資格管理、保険料率の決定、保険料の賦課・徴収、保険給付、保健事業等については、市町村が引き続き行う。

第二に、国保に対する財政支援を拡充する。具体的には、消費税率引上げによる増収分等を活用して、低所得者対策である保険者支援制度⁵²を拡充するとともに（平成 27 年度：公費 1,664 億円⁵³）、市町村ごとの財政リスクの分散・軽減のため、都道府県に新たに財政安定化基金を設ける（平成 27 年度：国費 200 億円）。

また、後期高齢者支援金の全面総報酬割に伴って協会けんぽに投入不要となる国庫補助分の国費（後述）を活用して、平成 29 年度まで財政安定化基金を積み増していく（基金規模：約 2,000 億円）。平成 30 年度以降は、①財政調整交付金の実質的増額、②精神疾患数や子供の被保険者数、非自発的失業者など自治体の責めによらない要因による医療費の増加への対応、③医療費の適正化に向けた取組等の支援を指標⁵⁴に基づいて行う保険者努力支援制度の創設、④超高額医療費⁵⁵への対応等を行う（国費計約 1,700 億円）。これらを総合すると、国保には平成 29 年度以降、毎年約 3,400 億円の公費が投入されることになる。

ウ 主な論点

今回の改革は「国保制度創設以来半世紀ぶりの大改正」と受け止められているが⁵⁶、国保の都道府県移行に対しては、制度を複雑にするだけであって市町村にとっても県にとってもどのようなメリットがあるのか分からないとの疑問が示されている⁵⁷。同様に、従来の高額医療費に関する再保険事業の拡充ではなく、なぜ制度の枠組みを大きく変更する改革が必要なのかについては、説得的な議論が必要との指摘がある⁵⁸。しかし、都道府県移行の主眼はむしろ、市町村国保の財政運営主体を医療計画及び地域医療構想の策定主体と一致させることで、地域の医療の供給面と財政面双方の運営責任を都道府県に担わせる点にあると考えられる。ただし、各都道府県による地域医療構想の策定はこれからであり、都道府県が医療提供体制と国保の双方をどこまでコントロールできるか、

⁵² 保険料軽減の対象となる低所得者数に応じて、保険者に対して財政支援する制度

⁵³ 国分 832 億円、地方分 832 億円。財源構成は国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4

⁵⁴ 指標の例として、後発医薬品の使用割合、前期高齢者一人当たり医療費、保険料収納率等が挙げられている。

⁵⁵ なお、高額医療費の現状については健保組合における集計がある。健康保険組合連合会が行う高額医療交付金交付事業（平成 25 年度）に申請された医療費のうち、1 か月の医療費が 1,000 万円以上のものは 336 件（前年度比 82 件増）、うち 2,000 万円以上のものは 36 件（前年度比 13 件増）でいずれも過去最高。健康保険組合連合会「平成 25 年度高額レセプト上位の概要」（平 26.9.12）

⁵⁶ 柴田雅人国民健康保険中央会理事長「国民健康保険制度改革に関する要望書」（平 27.2.4）

⁵⁷ 江口隆裕「何のための国保改革か」『週刊社会保障』2812 号（2015.2.9）34～35 頁

⁵⁸ 尾形裕也「国民健康保険の制度改革の方向性と課題」『公衆衛生』78 巻 12 号（2014.12）840 頁

現段階では分からない⁵⁹。

また、そもそもの問題として、当面の財政は安定するとしても、市町村国保に低所得者や高齢者が増えている構造は変わらないとの指摘がある⁶⁰。一つの対応策は、非正規雇用者の被用者保険への適用拡大であるが⁶¹、国保が健康保険の加入者以外を引き受けて国民皆保険を支える基盤であり続ける以上、低所得者や高齢者等による課題が国保に集中して現れる⁶²ことから逃れられない。「国保は福祉であるのが究極の目的」であり、「保険という制度を採っているのは、あくまでも福祉という目的を達成するための手段」⁶³との考え方もある中で、国民皆保険を維持するために国保を社会保険としていかに維持していくのかという根源的な課題は今後もついて回ると思われる⁶⁴。

保険料の面では、都道府県内で保険料が平準化に向かうと、へき地等で十分な医療サービスが受けられない地域においては保険料が上がるのに対し、都市部で十分な医療サービスが受けられている地域においては保険料率が下がることにもなりかねないとの指摘がある⁶⁵。また、運営面では、都道府県移行によって、市町村の保健事業への熱意が継続できるのかとの懸念がある⁶⁶。さらに、医療提供体制の整備に加えて国保の財政運営という大きな責任を担う都道府県の人材育成も急務である。

多額の公費投入に対しては、法定外繰入の現状を放置したままでこれを行っても大部分は大都市国保の一般会計からの法定外繰入の肩代わりになるだけであり、赤字の構造的要因と保険者自らの責任で対応すべき問題を区別する必要がある旨の指摘がある⁶⁷。被用者保険関係5団体も、法定外繰入の問題や保険料収納など、国保固有の問題の改善を優先すべきとしている⁶⁸。今回の改革によっても法定外繰入の道が閉ざされたわけではなく、これまで法定外繰入によって保険料を低く抑えていた市町村がこれに頼らない運営ができるようになるかは不明である。

⁵⁹ 国保の大合併と病院群の再編は「皆保険」以来の大事業であり、成否は読めないとの見方がある。宮武剛『国民皆保険』の再発 大合併と病院群の再編『毎日新聞』（平 27. 2. 11）

⁶⁰ 「社説 国保見直し 医療『最後の砦』守れ」『東京新聞』（平 27. 3. 4）

⁶¹ 「社説 国保改革 経済弱者の医療守ろう」『毎日新聞』（平 27. 1. 9）。なお、平成 28 年 10 月以降、週 20 時間以上、月額賃金 8.8 万円以上、従業員 501 人以上の企業等の要件を満たした短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大が実施される予定。

⁶² 棕野美智子・田中耕太郎『はじめての社会保障—福祉を学ぶ人へ（第 11 版）』（有斐閣 2014 年）27 頁

⁶³ 小金丸良「ものがたり—皆保険 50 年『国保「福祉」と「保険」のはざ間で』『国保新聞』（2010. 7. 1）（首尾木一・元厚生省社会保険局国民健康保険課長の発言）

⁶⁴ 国保の都道府県単位での統合に賛成しつつ、国保だけの統合では中途半端であり、被用者保険も含めて統合すべきとの意見がある。池上直己『医療・介護問題を読み解く』（日本経済新聞社 2014 年）239～240 頁

⁶⁵ 尾形裕也「国民健康保険の制度改革の方向性と課題」『公衆衛生』78 巻 12 号（2014. 12）839 頁。同様に、都市部や過疎地域など市町村間で受けられる医療サービスの環境に大きな格差がある中で、直ちに都道府県内の保険料を統一するとかえって不公平になりかねないとの指摘がある。中川秀空「国民健康保険の現状と改革の論点」『レファレンス』（2015. 2）21 頁

⁶⁶ 土田武史・江口隆裕・増田雅暢・川渕孝一「座談会 高齢化を見据えた提供体制と給付範囲の見直しが不可欠—現行制度の評価と効率化・重点化に向けた課題」『週刊社会保障』2725 号（2013. 4. 29-5. 6）29 頁（土田武史氏の発言）

⁶⁷ 山崎泰彦「国保制度改革のもう一つの視点」『共済新報』55 巻 4 号（2014. 4）5 頁

⁶⁸ 白川修二全国健康保険協会副会長ほか「医療保険制度改革案に対する被用者保険関係 5 団体の意見」（平 27. 2. 20 医療保険部会資料）

(2) 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入と負担の重い被用者保険への支援

ア 現状

被用者保険間における後期高齢者支援金の按分を負担能力に応じた方法により行おうとする総報酬割の考え方は、平成 22 年の国民健康保険法等改正により導入された。検討の際、政府は全面総報酬割を提案したが、健保組合側を中心に大きな反対があり、結果として支援金の 3 分の 1 を総報酬割、3 分の 2 を加入者割とすることとされ、現在に至っている。その後、国民会議報告書において全面総報酬割とすべきとされ、社会保障制度改革プログラム法に検討事項として挙げられたことを受け、検討が進められていた。

イ 法律案の内容

被用者保険間の後期高齢者支援金における総報酬割部分を段階的に拡大し、平成 27 年度には支援金の 2 分の 1 を、平成 28 年度には 3 分の 2 を、平成 29 年度以降には全面を総報酬割とする。

これに伴い、次の影響が生じる。そもそも加入者割は人数割であり、各保険者の財政力すなわち負担能力を勘案した按分方法ではない。このため、協会けんぽが負担する後期高齢者支援金の加入者割部分に対しては、協会けんぽの負担能力の低さに着目して国庫補助が投じられてきたものである（図表 6 参照）。全面総報酬割の導入すなわち各保険者の負担能力に応じた按分方法で統一されると、この国庫補助は投入する必要がなくなることになる。その額は平成 29 年度に約 2,400 億円と見込まれ、うち約 1,700 億円が市町村国保の支援に充てられ、残りの約 700 億円は前期高齢者納付金や後期高齢者支援金といった拠出金負担が重い被用者保険の支援に充てられる。

拠出金負担が重い被用者保険の保険者に対する支援については、現在保険者間の支え合いで実施されている負担軽減の対象を拡大し、それに要する費用を保険者間の支え合いと国費で折半することを法律で制度化する（平成 29 年度：国費約 100 億円）。あわせて、現行の高齢者医療運営円滑化補助金⁶⁹を段階的に拡充し、負担軽減を行うことが予定されている（平成 29 年度拡充分：国費約 600 億円）。

ウ 主な論点

全面総報酬割の導入により、所得が比較的低い協会けんぽや一部の健保組合の拠出金負担が減る一方、所得が比較的高い健保組合や共済組合の負担は増える。これまで総報酬割の導入に伴って生じる国費を健保組合以外の保険者の財源に回すことを「肩代わり」として反対してきた健保組合側は拠出金負担の重さを訴え続けてきた⁷⁰。これに関しては、拠出金負担の重い被用者保険への支援を拡充することによって一定の手当てがなされることになる。しかしながら、健保組合側等が求めていた後期高齢者支援金及び前期高齢者財政調整への公費投入及び拡充や拠出金負担の上限設定は行われなかった。

⁶⁹ 標準報酬総額に占める拠出金の割合が健保組合平均の 1.1 倍を超え、被保険者一人当たり標準報酬総額が健保組合平均より低い組合に対し、保険者の拠出金の割合に応じて助成。

⁷⁰ ただし、健康保険組合連合会は、全面総報酬割導入そのものに反対しているわけではないとしている。健康保険組合連合会「医療保険制度改革案の決定にあたって（大塚陸毅会長コメント）」（平 27. 1. 15）。また、日本労働組合総連合会も、全面総報酬割の導入は、所得再分配機能の強化、短時間労働者の社会保険適用拡大への対応などの観点からやむを得ないとしている。神津里季生日本労働組合総連合会事務局長「医療保険制度改革骨子に対する談話」（2015. 1. 14）

今後、高齢化の進行に伴って拠出金負担の増加が予想される中、保険者自身がコントロールできない他律的な拠出金をどこまで許容できるかという問題に対して当事者間の認識が共有されなければ、この議論はいつまでも続くと思われる。国保の問題とも関連するが、「保険」と称される医療保険の実態は再分配に近いとの指摘がある中で⁷¹、限定された加入者の範囲内で自律的な保険者機能の発揮を目指す面と、社会保障制度における国民皆保険を維持するために他律的な再分配を受け入れる面とをどのように折り合わせるか、加入者の連帯意識の現状を踏まえて、説得力ある理屈付けを行っていく必要がある。現役世代の拠出金によって高齢者を支える高齢者医療制度が導入された際、健保組合が自らの加入者の医療費を管理するという保険者の原点を離れて保険者中心主義を放棄できたのは、「保険者間の公平負担」の論理を離れて「世代間の支え合い」を基本哲学にして関係者の理解を得たからではないかとの述懐⁷²は示唆を含んでいる⁷³。

(3) 協会けんぽに対する国庫補助率の維持

ア 現状

協会けんぽに対する国庫補助率は、健康保険法本則で 16.4%～20%とされた上で、附則で「当分の間」13%と定められていた。平成 22 年度以降は、リーマンショックにより悪化した業績を支えるため、さらに別の附則で時限的に 16.4%に引き上げられていたが⁷⁴、これが切れた後の国庫補助率の水準をどのように設定するかが焦点となっていた。協会けんぽ側は平均 10%に達した保険料率をこれ以上引き上げることはできないとして、国庫補助率を法定上限の 20%まで引き上げることを求めてきたが、近年の財政状況の回復や保険料率の引上げの効果によって準備金残高が増加していることを財務省に指摘され、財政制度等審議会において 13%に引き下げるよう求められていた⁷⁵。

イ 法律案の内容

協会けんぽに対する国庫補助率を、平成 27 年度以降、当分の間 16.4%とする。あわせて、準備金が積み上がっていることから、法定準備金⁷⁶を超える部分の 16.4%相当分（平成 27 年度：約 460 億円）を国庫補助額から控除する。

ウ 主な論点

附則での規定とはいえ、期限の定めなく国庫補助率が 16.4%とされたことは、これまでの時限措置に比べてより安定的な措置と言える。これについて協会けんぽ側は、前進

⁷¹ 佐藤主光「国民皆保険を守るための改革—社会保険料の租税化と機能分離」『健康保険』（2014. 11）17 頁

⁷² 渡邊芳樹著・社会保険実務研究所編『分岐点—皆保険皆年金は結果か政策か』（社会保険実務研究所 2011 年）28～29 頁。なお、渡邊は、健保組合を「社会保障に関する連帯拠出金に幅広く応じる義務を負いその義務を果たすことを前提に固有の加入者のための仕事と組織を認められる法的団体」と位置づけ直すべきなのか難しい論点である、とも指摘している。前掲書 31 頁

⁷³ 一方で財政制度等審議会は、最終的には被用者保険を統合することも視野に、前期高齢者納付金の総報酬割など、被用者間の負担の公平化を図る各種の措置について、次の改革に向けて検討を開始すべきとしている。財政制度等審議会「平成 27 年度予算の編成等に関する建議」（平 26. 12. 25）

⁷⁴ 健康保険法第 153 条（16.4%～20%）、同法附則第 5 条（当分の間 13%）、同法附則第 5 条の 2（平成 22～24 年度：16.4%）、同法附則第 5 条の 3（平成 25、26 年度：16.4%）

⁷⁵ 財政制度等審議会「平成 27 年度予算の編成等に関する建議」（平 26. 12. 25）

⁷⁶ 協会けんぽの法定準備金は、保険給付費相当分と後期高齢者支援金等拠出金相当分の計 1 か月分とされている。健康保険法第 160 条の 2 及び健康保険法施行令第 46 条第 1 項

であり、評価しているとする一方、法定準備金を超える部分の 16.4%相当分が削減されること等に対しては残念であるとした⁷⁷。

なお、今回、協会けんぽの各都道府県支部における医療費適正化等の取組を促すため、都道府県別保険料率への移行に伴う激変緩和措置⁷⁸の期限を延長した上で、政令で規定することとされている。この措置はこれまでもたびたび延長されており、地域の実情を踏まえた財政運営が当初の想定どおりに進んでいるか、引き続き注視する必要がある。

(4) 所得水準の高い国保組合に対する定率補助の縮小

ア 現状

医師国保組合など、所得水準の高い国保組合に国庫補助を行うことの是非をめぐり、民主党政権下の行政刷新会議において事業仕分けが行われ、所得水準の高い国保組合に対する定率国庫補助の廃止が結論とされた。しかし、国保組合側の強い反対があり、見直しには至っていなかった。その後、社会保障制度改革プログラム法に明記されたことにより再び検討が行われていた。

イ 法律案の内容

所得(市町村住民税課税標準額)が 150 万円以上の国保組合に対する定率国庫補助(32%)を引き下げ、うち 240 万円以上の組合に対しては 13%とするなど、所得水準に応じて補助率に段階を設ける。この際、制度の見直しによる国保組合への財政影響を考慮し、平成 28 年度から 5 年間かけて段階的に引き下げるとともに、調整補助金を増額して所得水準の低い国保組合への影響を緩和する。

ウ 主な論点

検討の過程において医師側は、赤字となった国保組合が解散してより国庫補助率の高い市町村国保に移ることになれば、市町村国保の補助金が増加するとともに、医師国保組合等においては自粛していた自家診療⁷⁹時の保険請求を行うようになって結果的に国庫補助が増えると主張していた⁸⁰。その後厚生労働省から、行政刷新会議による事業仕分けの結論に沿って所得水準の高い国保組合の定率補助を廃止した場合、自家診療の場合の保険請求の増加等を加味すれば、医師国保の大部分は市町村国保並みに保険料を引き上げても赤字となるとの試算が示されたこともあり、結果として所得の高い国保組合に対しても 13%の定率国庫補助が残されることになった。これに関しては、検討の段階で、他にも財政状況が厳しい保険者がある中で所得水準が高い国保組合に国庫補助が入ることにはなかなか理解が得られない旨の指摘があった⁸¹。

(5) 医療費適正化計画の見直し

⁷⁷ 医療保険部会（平 27. 2. 20）における小林剛委員（全国健康保険協会理事長）の発言

⁷⁸ ある支部において従前の政管健保の保険料率との差が一定の基準を超える場合に、超過分の一部を法人全体で負担し、当該支部の保険料率を軽減する措置

⁷⁹ 自家診療とは、医師または歯科医師が家族や従業員に対し診察し治療を行うこと。医師国保組合等の組合規約においては、自家診療を保険診療として認めていない扱いがなされている。

⁸⁰ 医療保険部会（平 26. 7. 7）における鈴木邦彦委員（日本医師会常任理事）の発言

⁸¹ 医療保険部会（平 26. 10. 29）における高橋睦子委員（日本労働組合総連合会副事務局長）の発言

ア 現状

平成 18 年の医療制度改革により、都道府県は平成 20 年度から 5 年間の医療費適正化計画を策定し、医療費の見通しを記載するとともに、特定健康診査等実施率、平均在院日数の短縮等の目標を任意で記載することとされた。現在は第 2 期（平成 25～29 年度）計画期間である。平成 26 年 10 月には第 1 期（平成 20～24 年度）計画の実績評価が公表され、平成 24 年度における都道府県の医療費見通し（医療費適正化後）計 38.6 兆円に対し、医療費実績は計 38.4 兆円と、0.2 兆円下回る結果となった。一方で、特定健康診査等実施率は目標には到達していない⁸²。

平成 26 年 6 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2014」において、地域医療構想と統合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標が設定され、その実現の取組が加速されるよう、医療費適正化計画の見直しを検討するとされていた。

イ 法律案の内容

都道府県医療費適正化計画において、地域医療構想と統合的な医療費の目標及び医療の効率的な提供の推進に係る目標を医療費適正化計画の中に設定する。また、医療費適正化計画の期間を現行の 5 年間から医療計画と同様に 6 年間とするとともに、計画期間終了前に暫定的な評価を行い、その結果を次期計画に反映させる。さらに、医療費適正化計画の現行の指標に後発医薬品の使用割合等を加えることが予定されている。

ウ 主な論点

都道府県が定める医療費の目標は、厚生労働省令で定める算定式によって算定される。実績が目標を著しく上回る場合には、都道府県はその要因を分析して対策を検討することとされており、その結果を次期医療費適正化計画だけでなく次期医療計画にいかん反映させ、実行力を持たせるかが問われる。また、追加される後発医薬品の使用割合等の指標が医療費削減に結び付く筋道を明確にしておく必要がある。

(6) 予防・健康づくりの推進

ア 現状

平成 18 年の医療制度改革において、各保険者の特定健康診査等の実施率により、当該保険者の後期高齢者支援金の額を加算または減算する制度が導入されている⁸³。「日本再興戦略」改訂 2014 では、「個人、保険者に対する健康増進、予防へのインセンティブを高めるため、(中略) 所要の措置を来年度中に講ずることを目指す」とされていた。

イ 法律案の内容

保険者は、被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならないこととする。国はこの事業に対し、指針の公表等の支援を行う。

個人に対する予防・健康づくりのインセンティブ付与策として、国が策定するガイドラインに沿って、保険者がヘルスケアポイントの付与や保険料への支援等を実施するこ

⁸² 厚生労働省「第一期医療費適正化計画の実績に関する評価（実績評価）」（平 26.10）

⁸³ 加算・減算制度は平成 25 年度から実施。ただし、実際の金額への反映は平成 27 年度に実施する平成 25 年度確定後期高齢者支援金の精算から実施される。

とが予定されている。保険者に対するインセンティブ強化策としては、後期高齢者支援金の加算・減算制度を見直して多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算する仕組みとするとともに、特定健康診査等の実施率のみならず後発医薬品の使用割合等の指標を追加することが予定されている。

ウ 主な論点

医療機関を受診しなければ現金給付⁸⁴や保険料軽減を行うといった方策に対しては、受診抑制を招き、結果として重篤化につながりかねないとの懸念から、医療従事者や健保組合等に強い反対がある⁸⁵。

また、積極的に保健事業を行って加入者の健康の維持に力を尽くしている保険者もありつつ、保険者に対し、医療費の管理という本来の役割を忘れて医療費が効果的に使われるためのしかるべきアクションを取っていないとの批判⁸⁶がある中で、多くの保険者にいかにインセンティブを与えられるかが課題である。ただし、その際、予防が医療費削減に結びつくエビデンスが明確に示されなければ、インセンティブは高まらない。医療保険部会においても、後期高齢者支援金の加算減算制度に係る論点として、特定健康診査等が医療費の適正化につながるエビデンスを示すべき旨が挙げられている⁸⁷。

(7) 入院時食事療養費の引上げ

ア 現状

入院時の食事代についてはこれまで、食材費相当分として1食当たり260円が自己負担とされてきた⁸⁸。一方、65歳以上の療養病床入所者については、食材費に調理費相当分を加えた460円が自己負担とされている。これは、介護保険制度で食費・居住費が原則として自己負担とされたことと整合性を取った扱いである。

イ 法律案の内容

入院患者からも調理費相当分の負担を求めることとし、入院時食事療養費を段階的に引き上げる。平成28年度に360円、平成30年度に460円とする予定である。ただし、低所得者、難病患者及び小児慢性特定疾病患者については現行の負担額を据え置く。

ウ 主な論点

入院患者と在宅で療養している者との間で公平性が図られることになる。一方で、低所得者等の負担額が据え置かれるとはいえ、一般の患者の負担は増える。入院時の食事は医療の一環として提供されるべきものであり⁸⁹、入院患者から調理費分等を徴収することはその考え方と異なるのであって、この状態が変わらない中で負担をさらに求める

⁸⁴ 岡山県総社市は平成25年9月から、国民健康保険による診療を1年間受けず、特定健診を受ける等した世帯に対し1万円を支給する「総社市国保健康で1万円キャッシュバック」事業を実施している。

⁸⁵ 医療保険部会（平26.10.15）における白川修二委員（健康保険組合連合会副会長）及び松原謙二委員（日本医師会副会長）の発言

⁸⁶ 武内和久・山本雄士『僕らが元気で長く生きるのに本当はそんなにお金はかからない—投資型医療が日本を救う』（ディスカヴァー・トゥエンティワン 2013年）155頁

⁸⁷ 厚生労働省保険局「後期高齢者支援金の加算・減算制度に係る論点」（平26.10.15 医療保険部会資料）

⁸⁸ 一般所得の場合。低所得Ⅱ（住民税非課税）は210円、低所得Ⅰ（住民税非課税で一定所得以下）は100円。

⁸⁹ 「入院時食事療養の実施上の留意事項について」（平18.3.6 厚生労働省保険局医療課長通知）

ことには反対との意見も示されている⁹⁰。

(8) 紹介状なし大病院受診の定額負担の義務化

ア 現状

高度な医療を担う大病院に軽症の外来患者が集中する現状を改めるため、現行の取扱いでは、保険外併用療養費制度の中の選定療養の一つとして200床以上の病院が初再診時に任意で特別料金を徴収できるようにしているほか、500床以上の病院のうち紹介状なしの受診が多いところの診療報酬（初診料及び外来診療料）を引き下げる措置を講じている。紹介状なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるが、平成23年時点で500～699床の病院で72%、700床以上の病院で65%と、依然として高い水準にある⁹¹。

イ 法律案の内容

特定機能病院⁹²等は、患者の病状等に応じた適切な他の保険医療機関を患者に紹介することなど厚生労働省令で定める措置を講ずる。具体的には、救急等の場合を除き、紹介状なしで特定機能病院及び500床以上の病院を受診する者から選定療養として定額負担を求めることが義務化される予定である。負担額は今後検討されるが、現時点では5,000円～1万円程度が例示されている。

ウ 主な論点

健康保険法附則には、医療保険における医療の給付の割合は将来にわたり7割を維持する旨が規定されている⁹³。今回、療養の給付の枠外である選定療養の一部とすることで、この規定への抵触を回避する形とされた。どの程度の負担額が受診行動を誘導できるかについては今後の検討に委ねられる。

制度の影響について、ある程度は大病院の混雑緩和に役立つメリットがあるが、資金に余裕のない人は医療機関の選択肢が奪われるため公平性が悪化するデメリットもある旨の指摘がある⁹⁴。また、診療所が少なく、大病院がかかりつけ医の役割を果たさざるを得ない地域では、例外規定を設けることも検討すべきとの指摘がある⁹⁵。

(9) 患者申出療養の創設

ア 現状

保険診療と保険外診療を併用した場合、原則として保険外診療部分のみならず保険診療相当部分についても保険給付を行うことができない扱いとされている。いわゆる混合診療禁止の原則⁹⁶であるが、保険収載の前段階にある先進医療や差額ベッド代など一部

⁹⁰ 医療保険部会（平26.10.15）における松原謙二委員（日本医師会副会長）の発言

⁹¹ 厚生労働省「紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床数別）」（平26.10.15 医療保険部会資料）

⁹² 高度の医療提供能力等を有し、病床数400床以上等の要件に該当して厚生労働大臣の承認を受けた病院

⁹³ 健康保険法附則（平成14年8月2日法律第102号）第2条

⁹⁴ 酒井健司「紹介状なしだと初診料が全額自己負担になる？」朝日新聞 apital（2014.6.23）〈<http://apital.asahi.com/article/sakai/2014062000010.html>〉（平27.3.26 アクセス）

⁹⁵ 「『紹介状なし』追加利用金義務化 大病院は重症患者に専念」『読売新聞』（平27.3.15）（菅原琢磨法政大学教授のコメント）

⁹⁶ 混合診療における保険診療相当部分に係る保険給付の可否が争われた裁判において、最高裁判所第三小法廷は平成23年10月25日、「混合診療において、その先進医療が評価療養の要件に該当しないためにその混合

については保険外併用療養費制度により認められている。ただし、先進医療の審査にはおおむね6～7か月かかるとされており⁹⁷、一刻を争う患者のニーズに応え得る制度となっていないことなどが規制改革会議において問題とされていた⁹⁸。

イ 法律案の内容

保険外併用療養制度に、患者の申出を起点とする療養を追加する。患者申出療養は、高度の医療技術を用いた療養であって、療養の給付の対象とすべきか否かについて評価を行うことが必要な療養、すなわち保険収載に向けた評価を行うものとして厚生労働大臣が定めるものとする。その手続は以下のとおりである。

第一に、患者申出療養として初めての医療を実施する場合は、臨床研究中核病院⁹⁹または患者申出療養の窓口を持つ特定機能病院が患者からの申出を受け、臨床研究中核病院が国に申請し、患者申出療養に関する会議による審議を経て、臨床研究中核病院、特定機能病院または身近な医療機関において患者申出療養を実施する。申請から患者申出療養の実施までは原則6週間とする。

第二に、患者申出療養として前例がある医療を実施する場合は、患者からの申出を受けた身近な医療機関が、前例を扱った臨床研究中核病院に申請し、その臨床研究中核病院が審査した上で、身近な医療機関で実施する。申請から患者申出療養の実施までは原則2週間とする。

ウ 主な論点

患者申出療養の議論は当初、混合診療全面解禁の議論¹⁰⁰の延長線上にあると受け止められ、日本医師会や日本難病・疾病団体協議会（JPA）から反対が表明された¹⁰¹。しかし、最終的に保険収載を前提とする制度とされたことで、患者申出療養と既存の「評価療養」との違いはほとんどないとの理解が一般的との受け止めがある¹⁰²。日本医師会も、保険収載を前提としていることに「最低限の担保がされた」との考えを示した¹⁰³。

制度を評価する立場からは、困難な病気と闘い保険外診療を切実に望む必ずしも裕福でない人にとって保険診療分まで全額自己負担しなくて済むメリットは大きいとの意見

診療が保険外併用療養費の支給要件を満たさない場合には、(略)自由診療部分(略)のみならず、(略)保険診療相当部分(略)についても保険給付を行うことはできないものと解するのが相当である」とした。

⁹⁷ 「最先端医療迅速評価制度（抗がん剤・再生医療・医療機器等）（仮称）の創設（案）—保険外併用の評価の迅速化、効率化」（平 25. 6. 17 中医協資料）

⁹⁸ 規制改革会議『「保険診療と保険外診療の併用療養制度」改革の方向性について』（平 25. 12. 20）

⁹⁹ 厚生労働省令に定める基準に従って行う臨床研究を実施する能力を有する等の要件に該当し、厚生労働大臣の承認を受けた病院

¹⁰⁰ 平成 13 年に総合規制改革会議が保険診療と保険外診療の併用について提言し、大きな議論となった。当時の小泉総理大臣は「解禁の方向で結論を出す」と強い姿勢を示したが、結果として厚生労働大臣と規制改革担当大臣の間で「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」（平 16. 12. 15）がなされた。これを受け、それまでの特定療養費制度が組み替えられて現行の保険外併用療養費制度が創設された。

¹⁰¹ 日本医師会「規制改革会議が提言する『選択療養制度（仮称）』について」（2014. 4. 9）、伊藤たてお日本難病・疾病団体協議会代表理事「選択療養制度（仮称）の導入は事実上の『混合診療解禁』であり、多くの患者にとっては最先端の医療が受けられなくなる恐れがあり、患者団体の声を聴いていただけるよう要望します」（2014. 4. 3）

¹⁰² 二木立「日本における混合診療解禁論争—全面解禁論の退場と『患者申出療養』」『月刊保険診療』69 巻 11 号（2014. 11）46 頁

¹⁰³ 日本医師会「保険外併用療養の拡大について」（2014. 6. 13 記者会見資料）

がある¹⁰⁴。ただし、保険外部分が全額自己負担であることには変わりはなく、制度の導入によって患者の負担が大幅に軽減されるとは限らない¹⁰⁵。また、審査期間の大幅な短縮及び実施医療機関の拡大と医療の安全性との兼ね合いが論点であるとの指摘がある¹⁰⁶。

(10) 法律案のその他の内容

被用者保険の標準報酬月額の上限を121万円から139万円に引き上げるとともに、一般保険料率の上限を12%から13%に引き上げる。

また、傷病手当金及び出産育児一時金について、休業直前に標準報酬を高額に設定して高額な手当金を受給する不正を防ぐために、算定の基礎を直近の月の標準報酬月額から直近1年間の平均標準報酬月額¹⁰⁷の30分の1に改める。

なお、法律案の主な改正事項の施行期日は図表8のとおりである。

図表8 主な改正事項の施行期日

施行期日	主な改正事項
平成27年4月1日	<ul style="list-style-type: none"> ・協会けんぽへの国庫補助率を当分の間16.4%とする ・後期高齢者支援金の総報酬割の段階的導入（平成27年度及び28年度分）
平成28年4月1日	<ul style="list-style-type: none"> ・国保組合の国庫補助の見直し（平成32年度までに段階的に実施） ・被用者保険の標準報酬月額及び健康保険一般保険料率の上限引上げ ・患者申出療養の創設 ・入院時食事療養費の引上げ（段階的に実施） ・傷病手当金・出産手当金の算定基礎期間の見直し ・医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
平成29年4月1日	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入
平成30年4月1日	<ul style="list-style-type: none"> ・国保の財政運営主体の都道府県移行 ・国保への財政支援の拡充

（出所）医療保険制度改革関連法案から作成

4. 今後の検討課題

現在、保険給付範囲の見直しや後期高齢者の患者負担割合の在り方等が検討課題に挙がっている¹⁰⁷。高額なバイオ医薬品の開発等を背景に、医療保険制度における医療技術評価の導入に関する検討も進められている中で¹⁰⁸、何を優先すべきかの価値判断がこれまで以上に迫られることになる。

（てらさわ やすひろ）

¹⁰⁴ 翁百合「保険外併用療養費制度改革の論点について」『JRIレビュー』3巻22号（2015）63頁

¹⁰⁵ 平成26年6月30日時点で実施されていた先進医療において、1入院全医療費のうち先進医療分すなわち保険外部分の割合は70.5%である。「平成26年度先進医療実績報告」（平27.1.15先進医療会議資料）

¹⁰⁶ 堤健造「混合診療をめぐる経緯と論点」『レファレンス』（2015.3）127～128頁

¹⁰⁷ 財政制度等審議会「平成27年度予算の編成等に関する建議」（平26.12.25）、健康保険組合連合会「医療保険制度改革案の決定にあたって（大塚陸毅会長コメント）」（平27.1.15）など

¹⁰⁸ 中医協の費用対効果評価専門部会において検討が行われている。なお、英国では、生存期間に生活の質（QOL）を掛けた質調整生存年（QALY：Quality-adjusted Life Year）と呼ばれる指標を用いて医薬品等¹⁰⁹を評価し、公的医療保障である国民保健サービス（NHS）への適用を判断する医療技術評価が行われている。伊藤暁子「イギリス及びスウェーデンの医療制度と医療技術評価」『レファレンス』（2014.10）117頁