

ISSUE BRIEF

医療保険制度改革の動向

平成 18 年改革法案の主要論点

国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 519(MAR.7.2006)

急速な高齢化に伴う老人医療費の増加等により、各保険者の医療保険財政が厳しい状況にある。医療保険制度の将来にわたる持続的・安定的な運営確保のための早急な対応が求められている。

前回（平成 14 年）の制度改定以来の政府・関係各方面の議論の成果を踏まえて、平成 18 年 2 月 10 日、「健康保険法等の一部を改正する法律案」が国会に提出された。この法案は、医療費適正化、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合を柱とする改正を行うおうとするものである。

本稿は、この健康保険法等の一部を改正する法律案について、その主なポイントと論点を提示する。

社会労働課

こぬま あつし
(小沼 敦)

調査と情報

第 5 1 9 号

はじめに-平成 18 年改革法案提出に至る経緯-

急速な高齢化に伴う老人医療費の増加等により、各保険者の医療保険財政が厳しい状況にある。厚生労働省は、現行制度のままでは、平成 37(2025)年度には国民医療費が現在の約 2 倍の 65 兆円(医療給付費も現在の約 2 倍の 56 兆円)に達すると推計しており、制度を持続可能なものとするために、早急な対応が求められている。

前回(平成 14 年)の医療保険制度改革も、「医療保険制度の安定的な運営を図る」ことを目的として、保険料の総報酬制の導入、老人保健制度の適用対象者の 70 歳以上から 75 歳以上への引上げ、政府管掌健康保険の保険料率の引上げ、被用者保険における本人負担率の 2 割から 3 割への引上げ等により、給付と負担の見直しの措置が講ぜられた比較的大幅な制度改定であったが、それでも当面の財政対策であったとの印象はぬぐえない。健康保険法等の一部を改正する法律(平成 14 年法律第 102 号。以下「平成 14 年改正法」という。)の附則に、保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方、新しい高齢者医療制度の創設、診療報酬の体系の見直し、の 3 点についての基本方針を平成 14 年度中に策定することが明記されたのは、改正の時点で既に次の制度改革が想定されていたことを示すものといえよう。

平成 14 年改正法附則第 2 条第 2 項に基づき閣議決定された「健康保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針」(平成 15 年 3 月 28 日)(以下「基本方針」という。)においては、被用者保険・国民健康保険(国保)における都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合の推進、後期高齢者(75 歳以上)及び前期高齢者(65 歳以上 75 歳未満)のそれぞれの特性に応じた新たな高齢者医療制度の創設、医療技術の適正な評価、医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価、患者の視点の重視等の基本的な考え方に立った診療報酬体系の見直し、の 3 点の改革の方向性が示され、これに基づいて、平成 20 年度に向けて医療保険制度体系に関する改革の実現を目指すこととされた。

厚生労働省社会保障審議会医療保険部会は、平成 15 年 7 月から平成 17 年 7 月にかけて、医療保険の再編・統合、高齢者医療制度、医療費適正化、保険給付の在り方等について検討を重ねた。それを受けて厚生労働省は平成 17 年 10 月 19 日、「医療制度構造改革試案」(以下「厚労省試案」という。)を発表した。この厚労省試案をたたき台として政府・与党内で急ピッチの議論が進められ、同年 12 月 1 日、政府・与党合意により「医療制度改革大綱」(以下「政府・与党大綱」という。)が策定された。この「政府・与党大綱」を基にした「健康保険法等の一部を改正する法律案」(以下「法案」という。)が、平成 18 年 2 月 10 日、国会に提出されたところである。

法案の改正内容は広範多岐にわたるが、本稿では、そのポイントを整理するとともに、主要な論点を提示する。

医療費適正化-短期的対策-

我が国の医療保険の厳しい財政状況を改善するためには、医療費を適正化することが必要とされている。では短期的対策、では長期的対策について取り上げる。

1 法案のポイント

(1) 高齢者の患者負担の引上げ

法案は、高齢者の受診時自己負担を2段階で強化することとしている(表1参照)。第一段階では、平成18年10月から、70歳以上の現役並み所得者の受診時自己負担割合を、現行2割から3割に引き上げる。第二段階では、平成20年4月から、70歳以上75歳未満の者(現役並み所得者を除く。)の受診時自己負担割合を、現行1割から2割に引き上げる。なお、低所得者については、自己負担限度額を据え置く措置を講ずる((3)参照)。

表1 高齢者の患者負担の引上げ

	現行	H18.10	H20.4
～69歳	3割	3割	3割
70～74歳	1割	1割	2割
現役並み所得	2割	3割	3割
75歳～	1割	1割	1割
現役並み所得	2割	3割	3割

筆者作成

(2) 療養病床に入院する高齢者の食費・居住費負担の引上げ

平成18年10月から、70歳以上(新たな高齢者医療制度を導入する平成20年4月以降は65歳以上)の療養病床¹への入院患者について、調理コスト・居住費(光熱水費)相当額の給付を除外した「入院時生活療養費」を支給することとして食費・居住費を自己負担化する。平成17年の介護保険法改正により施設入所時の食費・居住費が自己負担化されたこととの均衡を図ることが念頭にあると思われる。

政府・与党大綱で「低所得者に配慮」することとされた点については、厚生労働省令で別途定められるが、現時点では介護保険と同水準となることが想定されている。

(3) 高額療養費の自己負担限度額の引上げ

政府・与党大綱で、「高額療養費の自己負担限度額について、低所得者に配慮しつつ、賞与を含む報酬総額に見合った水準となるよう引上げを行う」こととされた。これを受けて政令が改正され、平成18年10月からの引上げが行われることが想定されている(表2参照)。

表2 高額療養費の自己負担限度額の引上げ(概要)

厚生労働省資料をもとに筆者作成

<70歳未満>			<70歳以上>		
	【現行】	【平成18年10月～】		【現行】	【平成18年10月～】
上位所得者	139,800+1%	150,000+1%	現役並み所得者	72,300+1%	80,100+1%
一般	72,300+1%	80,100+1%	一般	40,200	44,400
低所得者	35,400	35,400	低所得者	24,600	24,600
			低所得者	15,000	15,000

注(1) 多数該当(同一世帯で過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の支給)については本表に示したものよりも更に低い自己負担限度額が定められている。

(2) 平成20年4月からは、70歳以上75歳未満の者の受診時自己負担の1割から2割への引上げに伴い、自己負担限度額も引上げとなる(「一般」のみ)。

(4) 特定療養費の廃止

平成16年末に厚生労働大臣・行政改革担当大臣の間で合意・決着をみた、いわゆる「混合診療の解禁」²の一環として、法案では、特定療養費³を廃止し、「評価療養」(将来の保険適用のための評価を行うための療養)と「選定療養」(将来の保険適用を前提としない、患者の選択・同意に係る療養)とに再構成し、これらの療養を受けた者に対して、「保険外併用療養費」として現在の特定療養費に準ずる額を支給する。

¹ 主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床。

² 「いわゆる「混合診療」問題について」<<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/dl/h1216-1b.pdf>>

³ 選定療養(特別の病室や180日超の長期入院等)を受けた場合及び高度先進医療を受けた場合に、その基礎部分について通常の保険給付に準じて支払われる給付。残額は全額患者の自己負担となる。

(5) 少子化対策

少子化対策の一環として、出産育児一時金を 30 万円から 35 万円に引き上げ(政令事項、平成 18 年 10 月から)、乳幼児に対する自己負担軽減措置(3 割負担を 2 割負担に軽減)の対象を 3 歳未満から義務教育就学前に拡大する(平成 20 年 4 月から)。

(6) 財政推計

厚生労働省は、これらの施策(3 で述べる診療報酬改定を含む。)の効果により、平成 37(2025)年度の医療給付費を、制度改正を行わないで推移した場合(56 兆円)と比較して、8 兆円削減して 48 兆円にすることができると推計している。

2 主な論点

(1) 患者の自己負担強化に伴う問題

自己負担の強化は、不必要な受診や過剰診療を抑制し、短期的には医療費抑制のために有効な施策と理解されているが、他方、患者の早期の受診が抑制されることによって疾病が重症化し、中長期的にはかえって給付の増加をもたらす可能性が指摘されている⁴。また、過度な自己負担は国民の皆保険制度への信頼感を損なうおそれもある。

(2) 他の医療給付費抑制策

これまでは、医療給付費抑制のための施策として、主に患者の受診時自己負担の強化が採用されてきたが、平成 14 年改正法附則で医療に係る給付の割合は将来にわたり 70/100 を維持することが明記され、また、患者の自己負担割合が 3 割を超えるような保険制度は容易には想定しがたいことから、今後取りうる手法は限られている。そのような中、法案では、高齢者への一層の負担強化に踏み切ったほか、高額療養費の自己負担限度額の引上げ等「周辺部分」についても見直しを行っている。今回の改革案の検討過程で問題提起されたが法案には盛り込まれなかった事項としては、保険免責制の導入(1 件当たり 500 円ないし 1000 円までの部分)、療養病床に限らず一般病床の入院患者の食費・居住費についても自己負担化、高額療養費の定率部分の 1%から 2%への引上げ、などがある。特に保険免責制は低所得者にとって逆進性が強いこと等に配慮し、導入されず、従来の医療費抑制策の延長上の手法(自己負担の一層の強化とその「周辺部分」の見直し)をとるにとどまった。

3 平成 18 年度診療報酬改定

医療サービスに係るいわば公定価格である診療報酬は、基本的に 2 年に 1 度改定されてきており、今回の改定は平成 18 年 4 月である。診療報酬の改定は厚生労働省告示に基づいて行われるものであり、今回の法案と直接関係するものではないが、平成 14 年改正法附則に「診療報酬の体系の見直し」が盛り込まれ、また、法案の柱である医療費適正化に大きく関係する問題であることから、平成 18 年度診療報酬改定をめぐる議論の経緯、動向等について簡単に紹介しておく。

⁴ 例えば、畝博『医療費の自己負担増による高血圧症患者と糖尿病患者の受診行動の変化：平成 13 年度～15 年度総合研究報告書：厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業』2000. は、被保険者本人負担の 1 割から 2 割への引上げ(平成 9 年 9 月)、老人保健制度の一部定率 1 割負担の導入(平成 13 年 1 月)、被保険者本人負担の 2 割から 3 割への引上げ(平成 15 年 4 月)による、それぞれの高血圧症及び糖尿病患者の受診行動への影響を調査し、糖尿病患者についてはいずれについても有意な受診抑制が認められ、高血圧症患者については平成 9 年の 2 割定率負担についてのみ有意な受診抑制が認められたとしている。また、「医療費の自己負担増は高血圧症や糖尿病などの慢性疾患の受診を抑制し、・・・(中略)・・・結果として、より多くの医療費が必要となり、社会のコストが増大する可能性がある」(p.66.)と指摘している。

(1) 平成 18 年度改定の全体枠

診療報酬の引下げは、少なくとも短期的には、医療費削減に直結する施策である。今回の改定に当たっては大幅な削減を主張する側と、削減は医療の質の低下に直結するなどの理由から逆に大幅な引上げを主張する側とが対立していた。引下げを主張していたのは、経済財政諮問会議や財務省であり、これに最も強く反対していたのが日本医師会であった。日本医師会は、前々回の平成 14 年度がマイナス改定(-1.3%)、前回(平成 16 年度)がゼロ改定であったことを踏まえ、医療の安全や質の確保、小児・産科医療への対応のため、少なくとも 3%以上のプラス改定を主張していた。

結果的には、平成 18 年度予算編成過程において、全体で 3.16%(内訳は本体 1.36%、薬価等 1.8%)の削減という形で決着が図られた。この全体枠を前提に、具体的な診療報酬改定内容について、平成 18 年 4 月実施に向けて、中央社会保険医療協議会(中医協)の答申を経て厚生労働省告示がなされる運びである。

(2) 診療報酬体系の見直し

基本方針や厚労省試案で示されていたのは、診療報酬体系の在り方を見直しにより、患者本位の医療を更に推進することであった。厳しい予算枠の中で、その点に配慮したメリハリをつけた予算配分が求められている。今回の改定では、引下げ分野としては、診療所の初診料の引下げ、慢性入院患者の診療報酬引下げ、包括評価制度(DPC)の対象病院の大幅拡大等が、引上げ分野としては、小児科・産科の医師不足への対応のための両科の診療報酬の引上げ等が、それぞれ盛り込まれる見通しである。

現行診療報酬体系の課題としては、複雑化した点数項目の簡素化の必要性、現行制度が出来高払い制を基本としていることに伴う過剰検査・投薬の問題、医療技術の評価や医療機関の運営コストの適切な反映の必要性、医療の質や効率性の向上についての評価の必要性などが指摘されている⁵。今回の改定でこれらの問題がすべて解決されるとは言い難く、引き続き次回以降の改定の課題となろう。

医療費適正化-中長期的対策-

1 法案のポイント

(1) 医療費適正化計画

国は、高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化のための基本方針を定めるとともに、平成 20 年度を初年度とする全国医療費適正化計画(5 ヵ年計画)を定める。都道府県にも同様の医療費適正化計画の作成を義務付ける。適正化計画では、生活習慣病有病者の 25%減少、平均在院日数の短縮(全国平均(36 日)と最短の長野県(27 日)の差を半分に縮小すること)等の具体的数値目標も掲げられる見通しであり、その実施・検証・評価という流れを通じて、中長期的な医療費の適正化に取り組む。国は、計画期間終了の翌年度に各都道府県計画の実績評価を行い、その結果によって都道府県の診療報酬に格差をつけることも可能な仕組みとしている。

(2) 生活習慣病対策の取組

生活習慣病の予防による将来的な医療費削減をねらいとして、40 歳以上の加入者を対象とした生活習慣病に関する健康診査及び保健指導の実施に関する計画(特定健康

⁵ 「診療報酬体系の現状と課題」『週刊社会保障』57 巻 2261 号,2003.12.1,p.59.

診査等実施計画)の策定及び実施を各保険者に義務付ける。

2 主な論点

(1) 伸び率管理

検討過程において、経済財政諮問会議民間議員は、伸び率管理といわれる、GDPの伸び率に高齢化の状況を加味した「高齢化修正 GDP」を基準に医療費の管理を行い、全体の給付費を決定する手法を提案した⁶が、法案では医療費総枠を制度的に抑制する仕組みではなく、「目安指標」となる医療費適正化計画の作成を定めた。この計画に具体的な医療費削減目標が数値として盛り込まれるのか、現段階では明らかではなく、また、仮に数値目標が掲げられたとしても、未達成の場合に当然に何らかの措置が取られる厳格な仕組みではないと思われる。しかし、国民が将来的な医療保険制度における給付と負担の在り方を考える上で目安になる効果をもたらすような目標が何らかの形で設定されることにより、中長期的な医療費の節約につながる事が期待される。

(2) 諸外国の事例からの示唆

伸び率管理のような手法は、イギリス、ドイツ等の諸外国で採用された事例がある。例えばイギリスでは、国民保健サービス(NHS)の下、定められた予算を通して全体としての医療費をコントロールすることにより医療費を抑制する対策がとられていたが、入院待機患者の増加や年度末の病院閉鎖といった弊害が生じたことから、ブレア政権の下で医療予算を拡大する方向に政策が転換されている⁷。医療費適正化計画において数値目標を設けようとする場合には、このような諸外国の経験も踏まえ、それが必要な医療の抑制をもたらす効果を及ぼすことのないような配慮が必要であろう。

(3) 医療費適正化の意味についての再検討

「医療費適正化」という用語は、事実上医療費抑制という文脈で用いられているが、マクロでは我が国の医療費は国際的にみて決して高い水準にはないことに留意する必要がある⁸。また、冒頭に紹介した医療費や医療給付費の将来推計自体が、過去の伸び率の実績を参考に今後もそのまま伸び続けるという一定の仮定の下に成り立っており、不確定要素も多いことからすれば、「医療費の適正化」の意味そのものの再検討⁹が必

⁶ 経済財政諮問会議民間議員である吉川洋東京大学大学院教授は、「医療費は抑制すべきか」(『朝日新聞』2005.6.24.)の中で、「過去3～4年分GDPに連動させ、機械的にすべての保険点数を一律に変えるような「キャップ制」には、私たちも反対だ。そんな乱暴なことは医療ではありえない。具体的な抑制手法は、個別施策ごとに考えていくしかない」と発言しており、必ずしもドイツなどのような厳格な伸び率管理の手法の採用を主張していたわけではないことを示唆している。

⁷ みずほ総合研究所「医療費の総額管理制度の導入をどう考えるか」(みずほレポート 2005年8月24日発行)p.14. <<http://www.mizuho-ri.co.jp/research/economics/pdf/report/report05-0824.pdf>>

⁸ 先進7カ国の国民医療費をGDP比で比較した場合、我が国は7.9%と、最低のイギリスの7.7%の次に小さい数字となっており、最大のアメリカ合衆国(14.6%)の半分強にすぎない(OECD Health Data 2005 (CD-ROM版)による2002年のデータ。イギリスは近時のブレア改革により医療費は大幅増加傾向にある。)

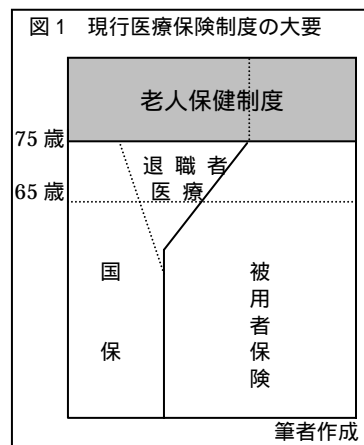
⁹ 例えば、厚労省試算で示された平成37(2025)年度国民医療費65兆円と、平成7年厚生白書p.357.で示された同年度の国民医療費141兆円とでは、数字上は大きな開きがある。しかし、いずれも、試算の前提として過去数年間の医療費の伸び率をもとにして推計しており、また、過去数年間の医療費の伸び率は結果的にある程度我が国全体の経済規模の伸び率と連動したもとなっているため、いずれの試算によっても、平成37年度国民医療費の対国民所得比は大差ない(厚労省試算では12.2%、平成6年試算では10.6～14.2%(高齢社会福祉ビジョン懇談会「21世紀福祉ビジョン」1994.3,別紙p.3.で示された同年度の国民所得に関する3つの推計に基づき筆者が算出))。他方、このように考えると、冒頭述べたような、平成37年の医療給付費が現在の約2倍というような推計には、単なる名目上の医療給付費上昇分が相当部分織り込まれているはずであり、試算の前提を変えることにより数字が大きく変わりうる。したがって、そ

要ではなからうか。

新たな高齢者医療制度の創設

1 現行制度とその問題点

現行制度においては、高齢者(65歳以上の者)に係る医療保険制度は、大要次のようになっている。まず、被用者は被用者保険(政府管掌健康保険(政管健保)、健康保険組合等)に、自営業者、農業者、定年退職者等は国保に、それぞれ加入する。定年退職前に被用者保険に加入していた者等は、一定の要件の下、退職後75歳に達するまで、国民健康保険制度の下にある退職者医療制度に加入する。75歳に達すると、すべての者は、従前の制度(退職者医療制度加入者は国保)に加入したまま、老人保健制度の適用に切り替わることとなる(図1参照)。



主に75歳以上の者が適用される老人保健制度は、医療給付費の約5割を公費で、残りを保険者からの拠出金で賄っている。加えて、平成13年1月から原則1割の受診時自己負担が導入され、更に平成14年10月からは現役並み所得者の受診時自己負担が2割とされた。老人保健制度が発足した当時(昭和58年)に比べると、高齢化は予想を上回るスピードで進行しており、平成37(2025)年において65歳以上の全人口に占める割合は28.7%と推計されている¹⁰。現行制度のまま推移した場合、平成37(2025)年度には、国民医療費のうち約6割を老人医療費が占めることとなるとも見込まれている。

高齢になればなるほど病気にかかりやすくなるため、高齢社会の進展に伴って老人医療費が増大することは当然である。しかし、現在の老人保健制度は仕組み上独立した制度ではなく、被用者保険と国保が老人保健制度の運営主体である市町村に対し費用を拠出する仕組みであることから、高齢者医療費についての高齢者自身の負担と若年世代の負担の分担ルールの不透明性、制度運営の責任主体の不明確性等の問題点が指摘されてきた。これらは被用者保険が国保に対して費用を拠出する退職者医療制度についても同様である。

2 法案のポイント

以上のような動向を背景に、基本方針では、75歳以上の「後期高齢者」については加入者の保険料、国保及び被用者保険からの支援並びに公費により賄う新たな制度を導入し、65歳以上75歳未満の「前期高齢者」については、従来どおり国保又は被用者保険に加入することとし、制度間の前期高齢者の偏在による医療費負担の不均衡を調整することとされた。この基本方針案の内容はほぼそのまま厚労省試案及び政府・与党大綱においても引き継がれ、それらを具体化する形で法案化された。

(1) 後期高齢者医療制度の創設(平成20年4月施行)

75歳以上の者及び65歳以上75歳未満の一定の障害者を被保険者とする後期高齢者医療制度は、「都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての市町村が加入する広域連

れだけでは給付抑制や国民負担引上げを正当化する根拠に乏しいと考えられる。

¹⁰ 国立社会保障・人口問題研究所編『日本の将来推計人口 平成14年1月推計』厚生統計協会,2002,p.73. の中位推計。

合」により運営されることとされた。受診時自己負担は 1 割(現役並み所得者は 3 割)となっている。後期高齢者医療制度への加入に伴い、国保等からは離脱する。

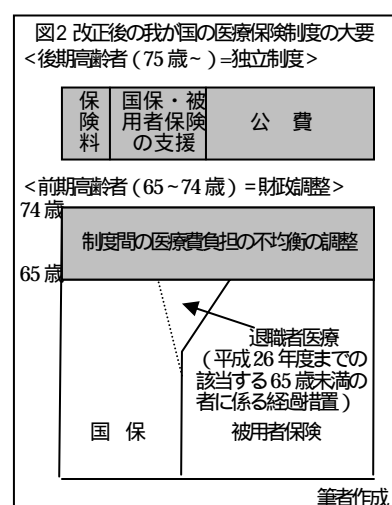
費用負担については、受診時自己負担分を除き、公費が現行の老人保健制度と同様の約 5 割(内訳は国が約 4/12、都道府県及び市町村がそれぞれ約 1/12)、75 歳未満の者が加入する各保険からの交付金(後期高齢者交付金)が約 4 割、残りの約 1 割が後期高齢者の負担する保険料となっている¹¹。

保険料率は、将来の医療給付費等の予想等に照らし、おおむね 2 年を通じて財政の均衡を保つことができるようなものとして、政令で定める基準に従い各広域連合が条例で定める。厚生労働省の試算では、制度導入初年度の平成 20 年度には、全国平均で年間 7.4 万円(激変緩和のための軽減制度適用前)となっている。

(2) 前期高齢者の医療費に係る財政調整制度(平成 20 年度から)

前期高齢者の医療費に係る財政調整制度の概要は次のとおりである。社会保険診療報酬支払基金は、各保険者から前期高齢者納付金を徴収し、これを各保険者に前期高齢者交付金として分配する。この分配の結果、各保険者は、実質的に各保険者における 75 歳未満の者の加入者数に応じ、前期高齢者に係る医療給付費を負担することとなる。厚生労働省資料によると、例えば、国保加入者に係る前期高齢者医療給付費を単純に積み上げると 4.2 兆円と見込まれている(平成 20 年度)が、財政調整により、高齢者の加入者割合がより小さい他の保険者(政管健保、健保組合等)との調整が行われる結果、実質的な給付費負担は 2.1 兆円となる。

この財政調整制度の創設に伴い、退職者医療制度は段階的に廃止される。以上の結果、改正後の我が国の医療保険制度は、大要図 2 のように変わる。



3 主な論点

(1) 後期高齢者医療制度-「広域連合」の役割

後期高齢者医療制度の設計に際して最も基本的な点である運営主体について、厚労省試案から政府・与党大綱に至るまで議論が繰り広げられ、「都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての市町村が加入する広域連合」という形で決着した。

後期高齢者について独立した制度を創設すべきとする主張の中でも、その運営主体については様々な案があった。例えば、日本医師会や全国市長会は国とすることを、経済同友会は都道府県とすることを、各々主張していた。こうした中、厚労省試案では、運営主体は市町村とされた。これに激しく反発したのが市町村側であり、全国市長会は平成 17 年 11 月に、制度設計及び運営の責任主体は国であることを法律に明記すること、財政運営は都道府県単位を軸として運営主体を国、都道府県及び全市町村

¹¹ 後期高齢者交付金の額が約 4 割となり、後期高齢者の保険料が約 1 割となることが確定しているのは平成 20 年度及び平成 21 年度のみであり、その後は、2 年ごとに、後期高齢者の増加等を勘案した一定の算式により、後期高齢者交付金の額が改定される。高齢化が進むほど、後期高齢者交付金の額が減少する仕組みとなっており、他方、法で規定されている公費負担割合は一定であるから、その跳ね返り分は後期高齢者の保険料が負担することとなる可能性が高い。

が参加する公法人又は広域連合とすること等を主張していた¹²。

政府・与党大綱を経て法案の中で運営主体とされたのは、市町村・都道府県・国のいずれでもなく、「都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての市町村が加入する広域連合」である。もちろん広域連合は地方自治法上認められた正規の地方公共団体ではあるが、このような大規模な広域連合はほとんど例がない¹³。

広域連合がどのような組織と権限を持ち、責任を果たしていくのか、また、後期高齢者医療制度の運営に関して、都道府県や市町村がどのような責任を果たしていくのか、そしてこれらの組織・権限と責任がどのように分配されるのか、現在のところ不明確であり、今後明らかにすることが求められる。

(2) 前期高齢者医療制度-財政調整制度の合理的な制度設計

前期高齢者医療制度においては、被用者保険による財政負担は引き続き「調整金」という名目で更に拡大する。後期高齢者に対する拠出についても前期高齢者医療制度内での財政負担割合と同様の割合で負担するため、被用者保険側の負担の大幅な増加が見込まれる。しかも、被用者保険側には医療費節約に向けた関与をする余地が引き続き小さいものとなっている。健保連等の被用者保険側はこの点に強く反発している。

(3) 前期・後期区分の合理性

そもそも高齢者医療制度の見直しについては平成 14 年改正時にも議論されたが、先送りになった経緯がある。法案のように前期・後期区分を前提として後期を独立させる方式だけではなく、様々な改革案が各方面から出されていた。例えば、被用者保険 0B はそのまま被用者保険にとどまるいわゆる「突き抜け方式」(健保連などが主張)や、全保険制度を一元化する案がある。世代間・制度間の公平感のある仕組みについて、更に深い議論がなされることが期待される。

保険者の再編・統合

1 現状と課題

現行の医療保険制度は、主に自営業者等が加入し市町村が運営する国民健康保険(国保)、主に中小企業の従業員が加入し国(社会保険庁)が運営する政府管掌健康保険(政管健保)、主に大手企業の従業員が加入し勤務先単位で運営する組合管掌健康保険(組合健保)等から成り立っている。

近年の高齢化の進展に伴い、市町村が運営する国保では、保険料・税の地域間格差という問題が顕在化している¹⁴ほか、加入者の平均年齢の上昇に伴う給付増により、多くの国保が財政難に陥っている¹⁵。他方、国が統一して運営を行っている政管健保では、

¹² 「後期高齢者医療制度 市町村が運営主体を担うことは到底容認出来ません！」

<<http://www.mayors.or.jp/opinion/iken/h171125iryuu/leaflet1125.pdf>>

¹³ 総務省ホームページによると、平成 16 年 3 月 1 日現在で広域連合は 82 あるが、そのうち都道府県内の全市町村から構成されるのは、埼玉県在全市町村が構成する「彩の国さいたまづくり広域連合」のみであり、その事務は「構成団体の職員の人材の開発、交流及び確保に関する事務」となっている。

<<http://www.soumu.go.jp/kouiki/pdf/kouiki3.pdf>>

¹⁴ 平成 14 年度の国民健康保険料(税)でみると、全国平均で年 79,321 円であるのに対し、全国最高の北海道羅臼町はその 1.4 倍の年 115,162 円、最低の鹿児島県十島村は平均の 0.27 倍の年 21,260 円という開きがある(「国保の保険料に地域格差」『産経新聞』2005.5.9.)。

¹⁵ その他財政難の背景にある事情として、保険料の未納率が上昇していること、住民の反発を恐れて保険料の引上げを見送る自治体が多いこと等が指摘されている。赤字分は市町村の一般会計から繰り入れるな

医療費が都道府県によって大幅に異なるにもかかわらず、保険料は(所得が同じである限り)全国一律であるという不公平感が生じている。

2 法案のポイント

法案では、このような格差・不公平感の解消を図り、かつ、各保険者の財政基盤の安定化を図るため、保険者について全体として都道府県単位を軸とした再編・統合を推進していく方向性を示している。

(1) 国保の運営単位の広域化

国保については、「各市町村における高額医療費の発生リスクを都道府県単位で分散させるとともに、保険財政運営の安定と保険料平準化を促進する観点から共同事業の拡充を図り、あわせて、保険者支援制度等の国保財政基盤強化策について、公費負担の在り方を含め総合的に見直す」とする厚労省試案と、それとほぼ同内容の政府・与党大綱を踏まえ、国保財政基盤強化策を平成 18 年度以降も継続する(公布日施行)とともに、新たに保険財政共同安定化事業を創設することとしている(平成 18 年 10 月施行)。

の国保財政基盤強化策とは、平成 17 年度までの暫定措置として制度化されている、高額医療費¹⁶の発生が国保財政に与える影響を緩和するために市町村国保(1/2)、都道府県(1/4)、国(1/4)の負担により都道府県単位で財政リスクを分散する高額医療費共同事業がそれに当たり、法案では高額医療費共同事業を平成 21 年度まで行うこととしている。の保険財政共同安定化事業とは、都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化・財政の安定化を図るため、一定額(一件 30 万円程度を想定)以上の医療費に係る給付費について、市町村国保の拠出により都道府県単位で財政リスクを分散しようとするものであり、法案ではこれを平成 21 年度までの間行うこととしている。

(2) 政管健保の運営単位の細分化

社会保険庁の組織見直しに伴い、国とは切り離れた全国単位の公法人(全国健康保険協会)を保険者として設立する。財政運営は都道府県単位を基本とし、都道府県間の年齢格差に起因する医療費格差及び所得格差を調整した上で、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料を設定する(平成 20 年 10 月施行)。

保険料率の設定方式の詳細は明らかになっていないが、都道府県ごとの医療費の格差を単純に保険料に置き換えるのではなく、都道府県ごとの年齢構成の格差や所得格差を反映した調整を行う結果、厚生労働省の試算によると、保険料率は、現行制度では全国一律 8.2%であるところ、改正後は、全国平均で 8.1%、最も高い北海道で 8.7%、最も低い長野県で 7.6%となる(これを労使で折半する)。

(3) 健康保険組合

政府・与党大綱において、「規制緩和等を通じて、再編・統合を進める。また、同一都道府県内における健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えた地域型健保組合の設立を認める」こととされた。これを受けて法案では、合併により保険

どして補填されることとなるが、組合健保加入者等も含めたすべての住民に赤字分を負担させることについて、不公平感が強まりかねないとの懸念がある(「国保の赤字 穴埋め急増」『日本経済新聞』2005.4.6.)。このほか、国保の抱える現状と課題については、田中敏「国民健康保険制度の現状と課題」『調査と情報-ISSUE BRIEF-』no.488,2005.7.5.を参照。

¹⁶ 現在は一件 70 万円超の部分を対象としているが、平成 18 年度以降は 80 万円超の部分を対象とすることが想定されている。

料が上昇してしまうようなケースについては地域型健保組合の設立に萎縮効果を及ぼしかねないことから、経過措置として、合併後 5 年間に限り、保険料率の不均一設定を認めることとされた(平成 18 年 10 月施行)。

3 主な論点

法案で示された保険者の再編・統合は、国保については運営単位の広域化であり、政管健保については逆に運営単位の細分化である。一見両者は逆の方向を向いているように見えるが、財政単位を都道府県単位に集約する方向性では共通している。

国保の運営単位を広域化して都道府県中心へ再編・統合していくことに関しては、スケールメリットを生かした医療費関連業務の効率化や財政リスクの分散・保険料の平準化という観点からは一定の合理性が認められ、評価する見方もある。しかし、全国市長会が財政基盤の弱い市町村がまとまっても構造的問題は解決しないと主張したほか、都道府県側も、市町村が被保険者管理業務並びに保険料(税)の賦課・徴収を担っている現状を考慮すると、事業運営の責任主体があいまいになり、問題であると主張していた経緯¹⁷があり、今後の展開が注目される。

政管健保の運営単位の再編については、特段大きな異論は見当たらない。運営単位の細分化により、リスク差を反映した合理的な保険料の設定が可能になる上、競争により医療費節約のインセンティブが働きやすくなる。他方、スケールメリットを生かした医療事務の効率化が図りにくくなる面もある。保険料の公平性と医療事務の効率性をどのように両立できる仕組みとしていくかが課題となろう。

おわりに

社会保障分野では近年、大幅な制度改定が立て続けに行われている。平成 14 年の医療保険制度改正、平成 16 年の年金制度改正、平成 17 年の介護保険制度改正、そして今回の医療保険制度改正(案)である。これらは、いずれも制度の持続可能性を目的としており、背景には急速な少子高齢化の進展がある。

年金に関しては、平成 16 年改正で、保険料を将来に向かって固定した上で給付面では少子高齢化の進行度合いに応じて自動的に調整を行ういわゆるマクロ経済スライドを導入したことにより、今後大幅な制度改定によらなくとも財政的な持続可能性は維持される仕組みが一応整った。医療分野では、厳格な伸び率管理を制度化することにより、医療保険財政を制度的に持続可能なものとする案が一部で提案されたこともあったが、最終的には、引き続き個別の給付の抑制策及び負担の引上げ策の積み上げにより医療給付費を抑制していく方向性を維持している。今後思うように医療給付費の抑制が進まなかった場合、増税、保険料引上げ、給付カット等の選択を再び迫られる可能性は高い。しかしながら、生活習慣病対策の推進等の中長期的施策、将来における診療報酬の更なる引下げ、レセプトの電子化による医療費チェック体制の整備のほか、社会的入院の温床とされる療養病床の削減等の医療提供体制面からのアプローチによる医療費抑制など、様々な手を打つことにより、可能な限りそのようなシナリオを回避する努力が求められよう。

¹⁷ 例えば、平成 17 年 7 月 8 日の社会保障審議会医療保険部会における全国市長会側の発言及び全国知事会側の発言。 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/txt/s0707-2.txt>>