

基礎研 レポート

全世代社会保障法の成立で何が 変わるのか(下)

役割と責任が拡大する都道府県への期待と不安

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 上席研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～都道府県の役割が拡大、どこまで移譲できるか～

今年の通常国会に提出されていた「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（以下、全世代社会保障法）は2023年5月の参院本会議で、与党などの賛成多数で可決、成立した。

今回の法律では、出産時に支払われる「出産育児一時金」の引き上げに加えて、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医機能」の強化など数多くの内容が盛り込まれた。

そこで、2回シリーズの(上)では、後期高齢者医療制度の見直しなど、主に医療保険制度改革に関する部分をピックアップし、全体として全世代で応能負担を強化する流れが強まっている点とか、制度の極端な複雑化が進行した点を考察した。

(下)では、医療費適正化計画の強化や国民健康保険運営方針の見直しなど、主に都道府県が絡む制度改正を取り上げることで、都道府県の役割と権限を大きくする「医療行政の都道府県化」の傾向が一層、顕著になっている点を考察し、都道府県に対する期待と不安を論じる。

2—改正法の概要と本稿の構成

まず、(上)と同様、全世代社会保障法の全体像を概観する。資料は今年の通常国会に法案が提出された際、厚生労働省がウェブサイト公開した概要である。

これを見ると、医療保険制度に関わる健康保険法や国民健康保険法、高齢者医療確保法（以下、高確法）、医療提供体制改革に関する医療法、さらに3年に一度の見直し時期を迎えていた介護保険法など、広範な内容が盛り込まれていた様子を見て取れる。施行は原則として2024年4月。

このうち、「1. こども・子育て支援の拡充」については、出産した妊婦に現金を給付する「出産育児一時金」の引き上げを意味しているほか、「4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化」では、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医機能」の強化とか、「超小粒」となった介護保険制度改革が関係しており、それぞれ別稿で取り上げた¹。さらに、(上)では「2. 高齢者医療を全世代で

¹ 出産育児一時金については、2023年6月27日拙稿「[出産育児一時金の制度改革で何が変わるのか?](#)」、かかりつけ医に関

公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し」を主に論じた。

2回シリーズの(下)では、「3. 医療保険制度の基盤強化等」を中心に取り上げる。具体的には、(1) 医療費適正化計画の見直し、(2) 健康保険組合や協会けんぽなどの保険者(保険制度の運営者)で構成する都道府県単位の「保険者協議会」の必置化、(3) 国民健康保険運営方針の見直し——の3つについて、制度を巡る過去の経緯や今回の改正内容、課題などを論じる。そのほか、「4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化」の④に出ている「地域医療連携推進法人」の見直しも簡単に説明する。

その上で、(1)～(3)に共通する傾向として、医療行政における都道府県の役割や責任を強化する「医療行政の都道府県化」が進んでいる点を指摘し、今後の制度改正の論点を占う。

資料：通常国会で成立した改正法の概要

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 子ども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる(※)とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
(※)42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ(政令)、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料(税)を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせ提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化(6年)し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

施行期日

令和6年4月1日(ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日)

出典：厚生労働省資料から抜粋

3——医療費適正化計画の強化

1 | 医療費適正化計画とは

医療費適正化計画とは元々、2008年度改正で導入された仕組みであり、根拠となっている高確法では「国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化を総合的かつ計画的に推進」するため、国が基本方針と医療費適正化に繋がる計画を策定すると規定されている。

しては、2023年2月13日拙稿「[かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか](#)」(上下2回、リンク先は第1回)、介護保険制度改正については、2023年1月12日拙稿「[次期介護保険制度改正に向けた審議会意見を読み解く](#)」をそれぞれ参照。

さらに同法では、国の基本方針を踏まえ、都道府県も医療費適正化計画を作ることが定められており、国と都道府県の第1計画は2008年度から開始した。その後、5年ごとに更新が重ねられ、2018年度からスタートした現在の計画から年限が6年に変更された。

計画が重視しているのは平均在院日数の削減。都道府県別で見た医療費と平均在院日数が強い相関関係を示しているため、政府は医療費適正化計画の開始に際して、平均在院日数の全国平均と最短の都道府県の差を2015年度までに半分にする長期目標を示した。これを受けて、2008年度から始まった最初の国の医療費適正化計画では、2012年度の目標値として、全国平均の在院日数を32.2日から29.8日に短縮させる方針が盛り込まれた。これが実現すれば、最短の長野県（25.0日）との差は3分に2に短縮すると期待されていた。

さらに、平均在院日数を減らすための施策として（1）特定健康診査・保健指導、（2）医療提供体制改革——の2つが列挙された。このうち、（1）は40～64歳に義務付けられた健康診断と、これに基づく保健指導を指しており、国の目標では、前者の実施率を70%以上、後者の実施率を45%以上に引き上げることで、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者や予備群を10%以上減らす方針が掲げられた。

一方、（2）の医療提供体制改革では、「介護型療養病床」を21万床減らす目標が盛り込まれた。ここで言う介護型療養病床とは、高齢者の長期療養を前提とした介護保険制度のサービス類型であり、1973年の老人医療費無料化の後に急増した老人病院の系譜の一つに位置付けられる。

その後、2000年度の介護保険制度の創設に際して、該当する医療機関は介護保険の適用を受けるか、引き続き医療保険から給付を受けるか、選択する仕組みが導入されていたが、2005年に決着した医療制度改革（法改正は2006年）では、介護保険の適用を選んでいた介護型療養病床を2011年までに全廃する方針が一旦、盛り込まれた。

2 | 計画が始まった後の推移

しかし、図1の通り、計画の「目玉商品」である特定健康診査・保健指導は目標通りに推移しておらず、第1期計画の目標は2013年度開始の第2期、2018年度スタートの第3期に踏襲されている。

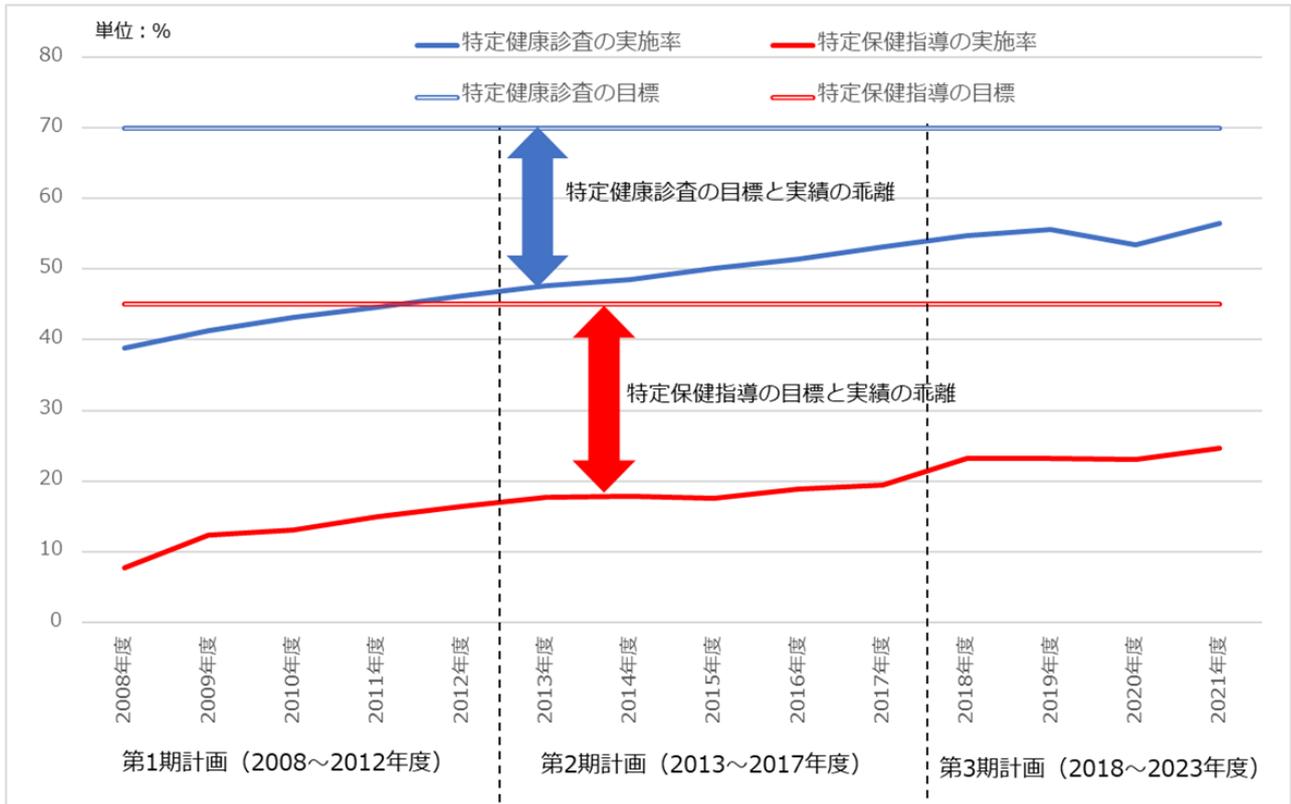
以下、これまでの経過を見ると、特定健康診査の実施率は2008年度時点で38.9%。その後、第1期計画が終わる2012年度で46.2%になったものの、目標の「70%以上」には遠く及ばなかった。

さらに、2008年度に7.7%だった特定保健指導の実施率も2012年度時点で16.4%に終わり、目標の45%に到達しなかった。一方、メタボリックシンドローム該当者や予備群の減少率は2008年度と比べて12.0%減となり、一応は目標をクリアした。以上のような経過を見ると、全体的な傾向として、特定健康診査・保健指導は鳴り物入りで始まった割に、計画通りに進んだとは言えなかった。

同じく第1期計画で重視されていた介護療養病床に関しても、議論がストップした。2009年に政権を獲得した民主党がマニフェスト（政権公約）で、「削減計画の凍結」「必要な病床数を確保」と定めていたため、廃止期限が2017年度まで延期された²。結局、平均在院日数についても2012年度に31.2日となり、計画目標に及ばなかった。

² ここでは詳しく触れないが、廃止期限は最終的に2023年度末まで先送りされ、その間に「介護医療院」という別の施設体形に移行することになった。療養病床の経緯については、介護保険20年を期した拙稿コラムの[第1回](#)を参照。

図1：医療費適正化計画の特定健康診査・保健指導の目標と実績の乖離



出典：厚生労働省資料を基に作成

こうした状況を踏まえ、2013年度から始まった第2期計画では、第1期計画に続き、特定健康診査の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%とする目標が維持された。さらに、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率は25%以上減らすという目標が設定された。このほか、平均在院日数を28.6日に減らす目標が定められた。

さらに後発医薬品の普及についても、第2期計画から記載事項に位置付けられた。その際には、数値目標を明示しなかったものの、2013年4月に公表された「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を基に、40%程度だった数量ベースのシェアを2018年3月までに60%以上にするという方針が意識された。

それでも特定健康診査・保健指導の実施率は目標通りに上がらず、第2期計画が終わった2017年度時点で、それぞれ53.1%、19.5%にとどまり、メタボリックシンドロームの該当者・予備群は逆に0.9%増えた。一方、後発医薬品の使用割合は73.0%まで上昇し、平均在院日数も27.2日に短縮した。

その後、2018年度から始まった第3期計画では、特定健康診査・保健指導、該当者・予備群の減少率に関して、第2期計画の目標が改めて維持されるとともに、2017年度から本格稼働した「地域医療構想」の影響も加味することが求められ、図2のような絵が示された。さらに、後発医薬品の使用割合に関する目標は数量ベースで80%に引き上げられた。

ここで言う「地域医療構想」とは、人口的なボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上になる2025年を視野に入れつつ、急性期病床や療養病床（地域医療構想での名称は「慢性期病床」）などを削減するとともに、医療機関同士の連携とか、機能分化、在宅医療の充実を図ることなどが意識され

ており、2017年3月までに都道府県が策定した³。現在は6年サイクルの医療計画の一部に位置付けられており、「医療計画・地域医療構想に基づく病床削減→入院医療費の削減→医療費適正化」という経路が期待された。

さらに、2023年度時点で約6,000億円を削減する目安が盛り込まれ、その内訳として、「特定健康診査・保健指導で約200億円」「後発医薬品の使用拡大で約4,000億円」「糖尿病の重症化予防で約800億円」「重複投薬や多剤投与の見直しで約600億円」などの数値が示された。

つまり、第3期以降では、地域医療構想など医療提供体制改革と医療費適正化の関係性が今まで以上に意識されるとともに、医療費削減に関する目安も示されたと言える。

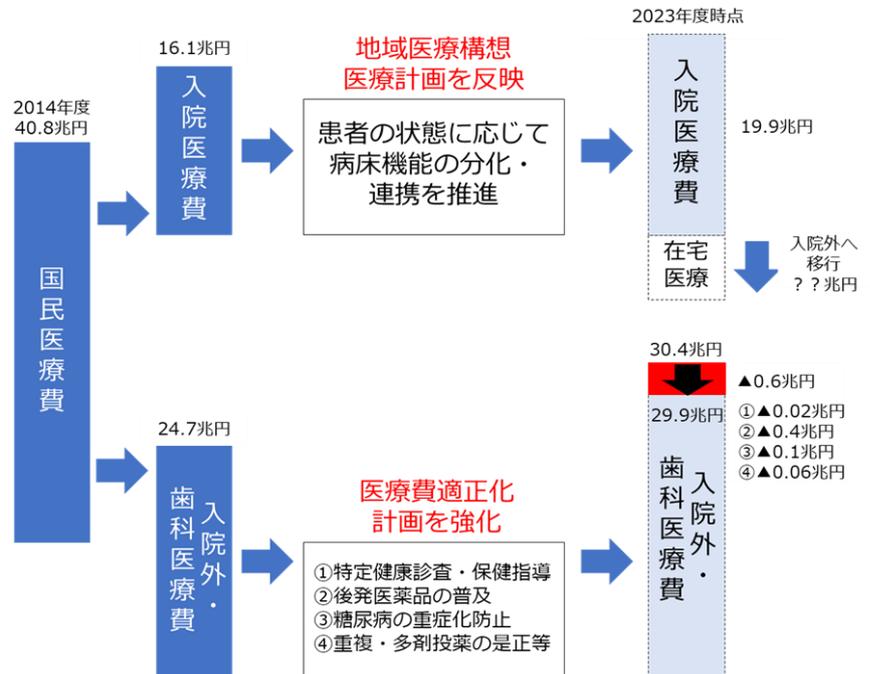
以上のように、医療費適正化計画の推移を総括すると、後発

医薬品の関係で目標をクリアしているものの、予定通りに進捗しているとは言い難い。しかも制度の基本的な前提についても、多くの課題が指摘されている。以下、医療費適正化計画に対する疑問として、(1) 特定健康診査・保健指導でマクロの医療費を抑制できるというエビデンスが得られていない点、(2) 地域医療構想が医療費適正化計画とのリンクが意識されているにもかかわらず、医療費抑制の手段として表向き位置付けられていない分かりにくさを有している点——という2点を述べる。

3 | 医療費適正化計画を巡る議論(1)～特定健診でマクロの医療費を抑制できる？～

まず、実施から10年以上も経つにもかかわらず、特定健康診査・保健指導がマクロの医療費抑制に繋がったという明確なエビデンスが示されていない点を指摘できる⁴。当時は「生活習慣病の境界域段

図2：第3期医療費適正化計画の数値目標と試算



出典：厚生労働省資料を基に作成

³ 地域医療構想は2017年3月までに各都道府県が策定した。人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上になる2025年の医療需要を病床数で推計。その際には医療機関の機能について、救急患者を受け入れる「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを提供する「回復期」、長期療養の場である「慢性期」に区分し、それぞれの病床区分について、人口20～30万人単位で設定される2次医療圏（構想区域）ごとに病床数を将来推計した。さらに、自らが担っている病床機能を報告させる「病床機能報告」で明らかになった現状と対比させることで、需給ギャップを明らかにし、医療機関の経営者などを交えた「地域医療構想調整会議」における合意形成と自主的な対応を通じて、急性期病床の削減や在宅医療の充実などを進めることが想定されている。地域医療構想の概要や論点、経緯については2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く\(1\)](#)」(全4回、リンク先は第1回)、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」(全2回、リンク先は第1回)、2019年10月31日拙稿「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。併せて、三原岳(2020)『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

⁴ なお、ここでは詳しく触れないが、健康づくりを医療費抑制の手段として過度に期待する点について、筆者は様々な面で違

階で留めることができれば、通院患者を減らすことができ、さらには重症化や合併症の発症を抑え、入院患者を減らすことができる⁵と説明されていたが、当初の目論見通りに進んでいるとは言えない。

これは元々、制度創設時の経緯が影響している。現行制度の導入を本格的に検討していた 2005～2006 年頃は「郵政解散」が終わった後、小泉純一郎政権の求心力が最も高まった時期であり、郵政民営化など積み残されていた「構造改革」が一気に決着したタイミングだった⁶。

医療制度改革に関しても、「一国の経済の規模と何らかの関係を持たざるを得ない」「医療給付の伸びについては何らかの管理目標が必要」「中期的な数値目標を設定した上で、国全体の医療政策に PDCA サイクルをきちんと導入するべき⁷」といった形で、医療費を GDP などに連動させることで、医療費の増加に上限を設ける意見が経済財政諮問会議で強まった。

これに対し、厚生労働省は「具体的な政策の裏付けなしに、あらかじめ医療費の規模を決めるのではなく、実際に医療に当たっております医師や看護師等の方々、またそれらを都道府県とよく相談しながら具体的な方策を固め、その効果を積み上げていくしかない」と反対し続けた⁸。

しかし、小泉首相が「毎年の経済成長率、税収で考えるのではなくて、何年かを見て、何らかの一つの管理目標が立たないと、保険制度が成り立たなくなってしまうから、これから社会保障関係の費用は増えるばかりだし、その辺はやはり考える必要がある」と指示⁹。この流れに抗し切れなかった厚生労働省は何かしら改革策を示す必要に迫られ、特定健康診査・保健指導のアイデアが浮上した。

実際、当時の幹部は後年の座談会で、「対抗するための武器、アイデアとしては、あれ（筆者注：特定健康診査・保健指導を指す）しかなかった」「反対するだけではしんどいし、対策を持っていないければいけません」と振り返っている¹⁰。

つまり、健康づくりを通じてマクロの医療費を減らせる目算が十分に立っていなかったにもかかわらず、経済財政諮問会議で盛り上がっていたマクロの医療費総額管理論を退ける代替策として、医療費適正化の手段として、特定健康診査・保健指導が位置付けられたと言える。

このため、上記の事情を知る有識者の間では、制度スタート時から「医療費総額管理論を退け、従来の腰だめ的な医療費適正化対策で対応せざるを得ないことをカモフラージュする必要があった¹¹」、「医療費適正化のアリバイ作りとして、一般受けのいいファンファーレもつけて強調されることにな

和感を抱いている。まず、健康づくりの必要性が喧伝され過ぎると、健康の自己責任論が必要以上に高まり、先天的な病気や障害のある人が「健康になれなかった人」と見なされるリスクがある。さらに、疾病の中心が感染症から慢性疾患に変わっている中、健康と不健康の線引きは曖昧になっており、「特定健康診査・保健指導の基準をクリアした人は健康」「それ以外は不健康」と機械的に考える方法は時代に逆行するようにも映る。このほか、健康づくりの必要性を QOL（生活の質）の向上など本人の利益ではなく、医療費適正化という全体の目的に置いている論理構造についても問題含みと考えている。多くの人が「健康でありたい」と願うのは個人の幸せのためであり、誰一人として「医療費を減らすために健康でありたい」と考えないのではないか。健康づくりの両面性に関しては、様々な研究や文献の蓄積が見られるが、2018 年 9 月 28 日拙稿「[健康とは何か、誰のための健康づくりなのか](#)」などを参照。

⁵ 土佐和男編著（2008）『高齢者の医療の確保に関する法律の解説』法研 p50。

⁶ 小泉政権の政策動向に関しては、既に様々な書籍が刊行されているが、ここでは医療費適正化に一定程度の紙幅を割いた書籍として、内山融（2007）『小泉政権』中公新書 p75-80、大田弘子（2006）『経済財政諮問会議の闘い』pp151-165、清水真人（2005）『官邸主導』pp263-265などを参照。

⁷ 2005 年 11 月 14 日、経済財政諮問会議議事録における民間議員、吉川洋東大大学院教授の発言。肩書は全て当時。

⁸ 2005 年 11 月 22 日、経済財政諮問会議議事録における川崎二郎厚生労働相の発言。

⁹ 2005 年 10 月 27 日、経済財政諮問会議議事録における小泉首相の発言。

¹⁰ 2021 年 11 月、『医療と社会』Vol. 31 No. 2 における厚生労働省保険局長だった水田邦雄氏の発言。

¹¹ 堤修三（2007）『社会保障改革の立法政策的批判』社会保険研究所 p55。

った。医療費総額管理を回避するため、的外れな回答が提出されたのかもしれない¹²といった厳しい意見が出ていた。

筆者の意見としても、特定健康診査・保健指導など健康づくりの必要性は否定しないものの、「健康づくりの推進→平均在院日数の削減→医療費適正化の実現」という経路には明らかな無理があると考えている。

4 | 医療費適正化計画の論点(2)～地域医療構想は抑制の手段なのか?～

第2に、地域医療構想の曖昧な位置付けを指摘せざるを得ない。一般的に都道府県別の1人当たり医療費は1人当たり病床数と強い相関関係を持つとされている¹³ため、病床数を減らせば医療費を抑制できる可能性が高まる。いわゆる医療経済学の「医師需要誘発仮説」であり、先に触れた地域医療構想も同じ認識に立っていることは間違いないし、先に触れた通り、地域医療構想を含めた医療提供体制改革は特定健康診査・保健指導と並び、医療費適正化計画の柱の一つになっている。

しかし、地域医療構想は表向き、医療費適正化策として位置付けられていない。この分かりにくい状況には一種、政治的な判断が影響している。

地域医療構想の制度化に際して、日本医師会（以下、日医）は病床削減のための施策と位置付けないように繰り返し牽制していた¹⁴。その結果、筆者の集計では、2017年3月までに揃った各都道府県の地域医療構想で、医療費適正化に言及していたのは10都府県にとどまっており、医療費適正化計画における国の制度的な整理と、実際の都道府県の運用は噛み合っているとは言えない。

こうした事情の下、これまでの医療費適正化計画では、費用抑制の効果が示されているとは言えない特定健康診査・保健指導に力点が置かれてきた事情があった。

5 | 財務省の指摘

こうした中、財務省は2020年10月の財政制度等審議会（財務相の諮問機関、以下は「財政審」と表記）で医療費適正化計画の見直しを求める資料を提出した¹⁵。ここでは、「医療費適正化に関して達成すべき目標はあくまで個別の施策について設けることとされており、『医療費の見込み』は見通しに過ぎず、達成すべき『目標』でない」「地域医療構想の推進や『医療の効率的な提供』よりも『住民の健康の保持の推進』が重視されている」などの意見が示された。

その上で、▽医療費の予想を毎年度のPDCA管理に馴染む形に修正、▽都道府県医療費適正化計画の施策の優先順位の見直し、▽医療費に関する都道府県や保険者協議会のPDCAサイクルへの関与強化――などの見直しが提起された。つまり、施策の優先順位変更とか、都道府県の役割の明確化などの制

¹² 田近栄治（2009）「医療制度の改革」田近栄治・尾形裕也編著『次世代医療制度改革』ミネルヴァ書房 p24。

¹³ 病床数と医療費の相関関係を実証した研究は多いが、印南一路編著（2016）『再考・医療費適正化』有斐閣、地域差研究会編（2001）『医療費の地域差』東洋経済新報社を参照。

¹⁴ ここでは詳しく触れないが、地域医療構想の制度化に際して、厚生労働省は当初、急性期病床を絞り込むための登録制度や認定制度を検討したが、日医が強く反対。結局、現在のように都道府県を中心とする合意形成に力点が置かれた。その後も、2019年4月の日本医学会総会で、日医の中川俊男副会長が「医療費削減の仕組みを徹底的に削除したつもりだ。その結果、（筆者注：地域医療構想は）医療機関の自主的な取り組みで進める仕組みになった」と強調していた。『病院』74巻8号、2019年4月29日『m3.com』配信記事などを参照。

¹⁵ 2020年10月8日、財政審財政制度分科会資料を参照。

度改正を通じて、医療費適正化計画の強化を訴えたわけだ。

6 | 医療保険部会「議論の整理」の内容

今回の制度改正では、こうした指摘を踏まえつつ、2024年度からスタートする新たな医療費適正化計画の実効性を高めることが意識された。

基本的な方向性については、社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）医療保険部会が2022年12月に示した「議論の整理」で示されている。ここでは、▽患者個人に対する通知、医学的な妥当性や経済性などを踏まえた医薬品の使用方針である「フォーミュラリ」を地域ごとに推進、▽後発医薬品の安定的な供給を基本としつつ、新たな数値目標の設定、▽重複投薬・多剤投与の適正化に向けて、2023年1月からモデル事業が始まった「電子処方箋」の活用推進——などを列挙。特定健康診査・保健指導についても、アウトカム評価の導入やICT（情報技術）の活用などによる実施率の向上に取り組む方針が規定された。

さらに、医療・介護の効果的・効率的な提供に加えて、▽急性気道感染症に対する抗菌薬処方など効果が乏しいとされている医療の適正化、▽白内障手術など資源投入量に地域差が見られる医療の適正化——も医療費適正化計画に位置付ける方針が盛り込まれた。2022年度診療報酬改定で導入された「リフィル処方箋」（一定の条件の下、繰り返し使える処方箋）の推進も施策の一つに位置付けられた。

このほか、計画期間中の医療費の見込みについて、年度別・制度区分別の推計や、報酬改定・制度改正の影響を反映した随時改定などの精緻化を図る必要性が示された。

医療費適正化計画を策定する都道府県の役割に関しても、幾つかの言及があった。具体的には、高齢期の医療費適正化に中心的な役割を果たすことを明確にする点とか、実際の医療費が予想を著しく上回った場合には「都道府県が要因を分析→要因の解消に向けて関係者と連携しつつ、必要な対応を講じるように努める」という流れを明確にする必要性なども示された。

データを使った健康づくりを目指す「データヘルス」の関係でも、データを拡充させる方針に加えて、保険者が策定している「データヘルス計画」や特定健康診査・保健指導の計画など、医療費適正化計画に関連する他の計画との整合性を図る重要性も言及された。医療機関から請求されるレセプト（支払明細書）を審査する社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険連合会の役割として、医療費適正化に繋がるレセプト分析を明記する考えも打ち出された。なお、これらの取り組みの主な舞台となる保険者協議会の機能強化に関しては後述する。

7 | 制度改正の内容

その後、2023年7月に示された国の基本方針では、「議論の整理」を踏まえた内容として、幾つかの制度改正が実施された。基本的には「議論の整理」と重複しているため、これまでに触れていない点を重点的に挙げると、住民の健康増進に関して、「高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進」が追記された。

さらに、「一体的実施」と呼ばれる施策についても、俯瞰できる立場の都道府県が推進目標を定める必要性が言及された。ここで言う一体的実施とは、後期高齢者医療制度を運営している都道府県単位の広域連合（構成者は市町村）と、市町村が一体的に健康づくりに取り組む事業を指しており、2020

年度からスタートしている。これを医療費適正化計画の枠組みの下、都道府県がバックアップする方向性が示されたと言える。

医療現場で品薄になっている後発医薬品に関しては、従来の数量ベースの割合ではなく、金額ベースの観点も踏まえつつ、国が新たな数値目標を検討すると規定。これを踏まえて、都道府県が2024年度中に、医療費適正化計画における新たな数値目標を定めるという方向性も示された。さらに、一部の都道府県では、数量ベースのシェアが第3期目標の80%に達していないため、「当面の目標」として、可能な限り早期に80%以上に到達するという方向性が示された。

このほか、遺伝子組換え技術などを用いた「バイオ後続品」（バイオシミラー）の数値目標を設定する必要性が提起された。バイオシミラーは先発薬とほぼ同じ有効性や安全性を有しているのに安価であるとされており、厚生労働省は既に2029年度の目標として、「バイオ後続品に数量ベースで80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上に到達」とする目標を設定している。基本方針では、この目標に言及しつつ、使用拡大の方向性が示された。

医療提供体制の部分では、▽効果が乏しいエビデンスがある医療の適正化、▽医療資源の投入量に地域差が見られる医療の適正化、▽リフィル処方箋の拡大——に関して、患者や医療機関、薬局に対する普及啓発や訪問指導の実施、電子処方箋の利用促進、重複投薬の是正などについて、都道府県が数値目標を設定する必要性が提示された。

市町村を中心に介護保険財源の枠組みで実施されている「在宅医療・介護連携推進事業」¹⁶についても、都道府県による市町村支援、広域調整などについて数値目標を設定することが考えられるとされた。今後、増加が予想される高齢者の大腿骨骨折対策として、早期受診や退院後のフォローアップ、悪化防止などの施策と目標が必要という考えも打ち出された。

医療費見込みについては、従来の計画と同様、「入院」「入院外・歯科」に分けて算出する方針が踏襲されたが、計画期間中の制度区分別医療費と、計画最終年度における国民健康保険と後期高齢者医療制度の1人当たり保険料の機械的な試算も公表する方針も掲げられた。

具体的なイメージは基本方針の参考資料に示されており、表1の通りである。これを見ると分かる通り、医療費の予想は「全体」「市町村国民健康保険」「後期高齢者医療」「被用者保険等」に制度別で分けられており、2024年度から2029年度時点まで各年度の見通しを記入することになっている¹⁷。さらに、医療費適正化に向けた施策を実施しなかった場合の試算を記入するように求めるとともに、国民健康保険と後期高齢者医療については、1人当たり保険料の機械的な試算を示す考えも示されている¹⁸。

ただし、実際の計画における記載とか、1人当たり保険料の機械的な試算に至る計算式は都道府県の判断で変更可能とされている。

¹⁶ 市町村が地域の医師会と協力しつつ、医療・介護事業者に対する研修や住民向け啓発などを実施する事業。2015年度制度改正で創設された。介護保険20年を期した拙稿コラムの[第12回](#)を参照。

¹⁷ 医療費見込みの記載イメージでは、医師など特定の職業を対象とした「国民健康保険組合」と、自治体が運営する「市町村国民健康保険」が分けられており、前者は「被用者保険等」に組み込まれている。しかし、医療制度全体で見ると、国民健康保険組合の医療費や加入者は小さいため、特に分けする必要がない場合、本稿では煩雑さを避けるため、自治体運営の後者を「国民健康保険」と表記している。さらに、一部の引用では「国保」と表記する。

¹⁸ 厚生労働省の参考資料では、被用者保険等については、加入者が都道府県をまたいで所在するため、保険料を試算しないとされている。

表1：第4期医療費適正化計画における医療費見込み、保険料試算の記載イメージ

	2024年度	2025年度	……	2029年度	1人当たり保険料の 機械的な試算 (2029年度)
全体	○億円 (○億円)	○億円 (○億円)	……	○億円 (○億円)	—————
国民健康保険	○億円 (○億円)	○億円 (○億円)	……	○億円 (○億円)	○円 (○円)
後期高齢者	○億円 (○億円)	○億円 (○億円)	……	○億円 (○億円)	○円 (○円)
被用者保険等	○億円 (○億円)	○億円 (○億円)	……	○億円 (○億円)	—————

出典：厚生労働省資料を参考に作成

注1：カッコ内は医療費適正化を実施しない場合の数字。

注2：表記を西暦、年度に統一するなど修正を加えた。

4——保険者協議会の法定化

1 | 保険者協議会とは何か

保険者協議会とは図3の通り、協会けんぽや都道府県などの保険者や各種職能団体、学識者などが参加する形で、都道府県単位に設置されている組織である。地域ごとに構成員や運営体制が異なるが、多くのケースで事務局は都道府県単位の国民健康保険連合会（国保連）が担っている。国民の生活には縁遠い存在だが、近年の医療制度改革では、少しずつ役割が大きくなっている。

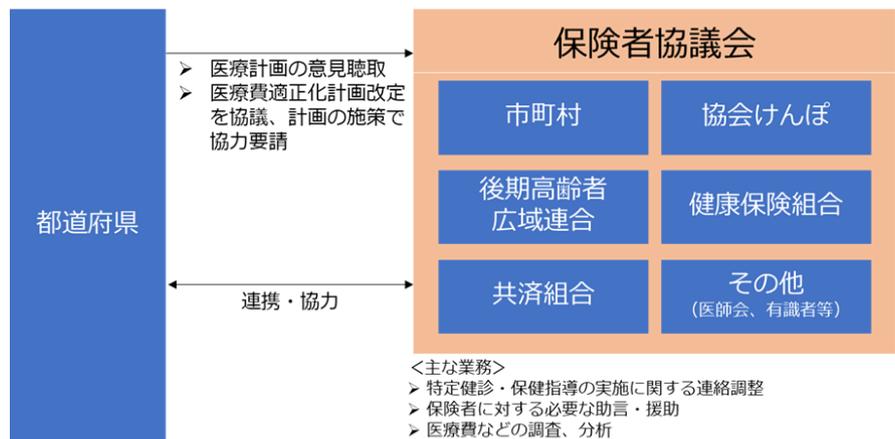
ここでも、保険者協議会を巡る制度改革の経緯を簡単に振り返ると、元々は健診の円滑な実施などを議論する場として、2004年に設置された。その後、地域医療構想を制度化した2014年の法改正を

通じて、都道府県が地域医療構想を策定したり、6年サイクルの医療計画を改定したりする際、保険者協議会の意見を聴取することが義務付けられた。

その後、設置根拠が通知にとどまっていたため、2015年の高確法改正を通じて、各保険者が「保険者協議会を組織するよう努めなければならない」という条文が盛り込まれることで、根拠が法定化された。

2018年の制度改革では、(1) 都道府県が医療費適正化計画を策定する際、保険者協議会と事前に協議する、(2) 都道府県は計画に盛り込んだ施策を実施する際、保険者協議会を通じて協力を求めることができる、(3) 国民健康保険の財政運営責任を持った都道府県が保険者として保険者協議会に参画

図3：保険者協議会のイメージ



出典：厚生労働省、各協議会資料を参考に作成

する——といった見直しも講じられた。

2 | 制度改正の狙い

今回の制度改正では、高確法の「加入者の高齢期における健康の保持のために…」という規定が「加入者の高齢期における健康の保持及び医療費適正化のため…」と改正され、医療費適正化の文言が明記された。さらに、「保険者協議会を組織するよう努めなければならない」という条文も「保険者協議会を組織する」と変わり、必置化された。

つまり、保険者協議会を必置化するとともに、上記で述べた医療費適正化計画の機能充実と併せて、地域ごとの医療費適正化に関する役割を法律で明記したと言える。ただ、全ての都道府県で保険者協議会は既に設置されており、必置化は大幅な制度改正とは言えない。

5——国民健康保険の運営方針見直し

1 | 2018年度改正の内容

今回の法改正では、都道府県が策定している「国民健康保険運営方針」の見直しも講じられた。これを理解する上では、2018年度に実施された国民健康保険の都道府県化を踏まえる必要がある¹⁹。

元々、国民健康保険は戦後、長らく市町村直営だったが、2018年度の制度改正を通じて、都道府県が財政運営の責任主体に位置付けられた。その際には、都道府県が財政運営の責任主体として中心的な役割を担う一方、資格管理や保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業など住民に身近な事務事業については、市町村が引き続き担当する役割分担になった。

さらに、都道府県が統一的な算定ルールに基づき、理論上の保険料である「標準保険料」を市町村ごとに設定し、市町村が加入者の所得や世帯の状況、医療費などを勘案しつつ、保険料を決定することになった。

ここで言う標準保険料とは負担と給付の「見える化」に向け、市町村ごとの保険料を比較できるようにする理論的な保険料を指しており、市町村の責任では解決できない高齢化や所得などの影響が考慮されている。このため、市町村が標準保険料率を課し、都道府県が設定する標準的な収納率で保険料を徴収できれば、基本的に赤字は発生しない状況となった。

こうした制度改正が実施された第1の理由として、国民健康保険の脆弱な財政基盤を指摘できる。国民健康保険は元々、農林水産業従事者や自営業者のために設立されたため、収入が安定している健康保険組合など被用者保険と比べると、財政基盤が脆弱だった。その後、国民健康保険に対する国庫補助は徐々に充実されたが、産業構造の転換に伴い、国民健康保険は会社を退職した高齢者とか、被用者保険の対象にならない非正規雇用者の受け皿となり、運営赤字が恒常化していた。そこで、2018年度改正に際して、国からの税金投入を強化するとともに、運営単位を広域化することで、財政基盤の安定化が図られた。

さらに国民健康保険の都道府県化には、「医療提供体制改革とのリンクを強化させたい」という別の意図もあった。先に触れた通り、地域医療構想など都道府県単位で医療提供体制改革が進んでおり、

¹⁹ 国民健康保険の都道府県化の経緯や意義、当時の状況などに関しては、2018年4月1日拙稿「[国保の都道府県化で何が変わるのか](#)」を参照（全3回、リンク先は第1回）。

国民健康保険の財政運営を都道府県単位にすることで、都道府県が医療サービスの受益面だけでなく、費用面でも責任を持たせようとしたのである。

実際、現在の制度改革の流れを作った 2013 年 8 月の社会保障制度改革国民会議報告書では「地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべき」と記されていた。

2 | 国民健康保険運営方針とは何か

次に、今回の制度改革の焦点になった「国民健康保険運営方針」（以下、運営方針）を取り上げる。上記に挙げた制度改革を実効的にするため、都道府県は域内の統一的な方向性を示す運営方針を策定することになっている。さらに、都道府県の策定作業に役立ててもらうため、厚生労働省が「都道府県国民健康保険運営方針策定要領」（以下、策定要領）というガイドラインを作っている。

つまり、「国の策定要領の公表→都道府県による運営方針の策定」という順番で、制度運営の方向性が示されており、最初の策定要領は 2016 年 4 月に公表され、各都道府県は 2017 年度中に運営方針を策定した。その後、3 年間の期限が到来したため、策定要領が 2020 年 5 月に改正され、2021 年度から都道府県の新しい運営方針が始まった。

今回に関しても、法改正を受けて最新の策定要領が 2023 年 6 月に公表されており、これを基に都道府県は新しい運営方針を 2023 年度末までに作ることになっている。

3 | 今回の改正内容

今回の制度改革では、運営方針の期間が 6 年で法定化された。過去の策定要領では「特段の定めはない」としつつ、6 年サイクルの医療計画が中間年に必要な見直しを実施することを踏まえ、「3 年間」という期間が例示されていた。実際、2017 年 12 月に初めて策定された東京都の運営方針は 2018 年度から 3 年間で運用され、その後も 3 年間の対象期間は継承されている。

これに対し、今回の法改正では対象期間を「おおむね 6 年」と定められた。この制度の変更の意図について、医療保険部会の「議論の整理」では「都道府県と保険者双方による一体的な医療費適正化の推進」を考慮することが重要と指摘されており、6 年間と定められている医療費適正化計画、医療計画の期限と平仄を合わせることが意識されていると言える。

このほか、今回の制度改革を通じて、運営方針に記載する項目も拡充された。2020 年 5 月に示された前回の策定要領では、(1) 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し、(2) 市町村における保険料の標準的な算定方法に関する事務、(3) 市町村における保険料の徴収の適正な実施に関する事項、(4) 市町村における保険給付の適正な実施に関する事項——の 4 つを運営方針に定めるように促していた。

これに対し、新しい策定要領では、上記 4 つに加えて、(5) 都道府県等が行う国民健康保険の安定的な財政運営及び被保険者の健康の保持の推進のために必要と認める医療費の適正化の取組に関する事項、(6) 市町村が担う国民健康保険事業の広域的及び効率的な運営の推進——が策定義務の対象として加わった。

ここで言う「広域的及び効率的な運営」とは、資格管理など事務の共同化とか、レセプト（診療報酬支払明細書）の点検など医療費適正化の共同実施、保険料の徴収や健康づくりの共同実施などが想定されており、こうした施策を市町村単独ではなく、都道府県単位で実施するか、あるいは広域的に対応して行こうという意図を看取できる。

4 | 保険料水準統一の加速化

このほか、今回の制度改正では、都道府県内の保険料水準を統一化させる方針が一層、浮き彫りになった。元々、国民健康保険の運営が2018年度に都道府県単位化されるまで、保険料は各市町村で決定されていた。その結果、市町村ごとに保険料の水準や収納率、保険料を決定する方式、法定外繰入の有無が市町村ごとに異なり、都道府県化に際して、「都道府県内の保険料水準を統一するかどうか」という点がポイントになった。

具体的には、財政運営の責任が都道府県に移行した際、市町村の責任で解決できない年齢構成などについては、標準保険料の計算時に考慮される仕組みが導入されたため、「同じ所得水準・世帯構成であれば、都道府県のどこに住んでも保険料が同じ」という状態が生まれやすくなった。これは一般的に「保険料水準の統一」と呼ばれる（今回の策定要領では、これを「保険料水準の完全統一」と定義付けしている）。

しかし、実際には都道府県化の後も、保険料水準の統一は進まなかった。第1に、医療費が違っていると、保険料の水準も異なるため、統一のハードルとなる。分かりやすく言うと、医療機関が林立している地域と、無医村では医療サービスの利用が異なるため、同じ所得水準や世帯構成だったとしても、2つの自治体に住む住民の間では、保険料水準に差が生まれる。

第2に、保険料を決定する際の賦課方法についても、同じ都道府県内で異なる方法が併存していた。元々、国民健康保険の保険料は所得の水準に課す「所得割」、資産に応じた「資産割」、世帯ごとの「均等割」、世帯の被保険者数を考慮する「平等割」の4つの方式があり、4つを組み合わせる「4方式」、資産割を除く3つを用いる「3方式」、所得割と均等割を用いる「2方式」が市町村の判断で選択できるようになっていた。このため、同じ所得水準・世帯構成だったとしても、賦課方式が違っていると、保険料水準の差として現れる。

第3に、保険料の収納率にも市町村ごとに差異が大きかった。もし収納率が他の市町村よりも低いと、保険料の水準を引き上げるか、後述する「法定外繰入」を通じた赤字補填が必要になり、同じ所得水準・世帯構成だったとしても、保険料水準は同じにならない。

第4に、法定外繰入と呼ばれる追加的な税金投入の存在も保険料の違いに影響していた。ここで言う法定外繰入とは、保険料収入の減少や医療給付費の増加などに起因する財源不足を補填するため、市町村から追加的に公費（税金）を投入することを指す。もし国民健康保険に関する市町村の特別会計に財源不足が発生しても、保険料の引き上げではなく、法定外繰入を選択すれば、同じ所得水準や世帯構成だったとしても、市町村ごとに保険料の水準に差が発生することになる。

要するに、保険料の水準を都道府県単位で統一する上では、医療費水準の違いや保険料を徴収する際の方式の違い、収納率の差、法定外繰入の水準などを調整する必要があるが、2018年度時点で都道府県は前向きと言えなかった。

具体的には、当時の筆者の集計では、41 都道府県が最初の運営方針で、保険料水準の統一に何らかの形で言及していた一方、6 県については運営方針に文言が見られなかったか、現時点での検討または実施を否定していた。さらに、ほとんどのケースでは統一の実施年限や目標が明示されておらず、具体的な年次目標を明記したのは9 道府県にとどまっていた。

その後、2021 年度に改定された運営方針で、実施年限や目標年次を定めたのは 18 道府県に増えたほか、2021 年の法改正で 2024 年 3 月からの運営方針で、「保険料の水準の平準化に関する事項」を必須記載事項とすることが定められたが、やはり市町村ごとの違いなどがボトルネックになっていた。

しかし、財務省が財政審などの場で、保険料水準の速やかな統一を要請した。これは先に触れた通り、地域医療構想など医療提供体制改革と、国民健康保険の都道府県化という費用面の改革をリンクさせる意図であり、「病床が多いので、医療費が多くなり、保険料の負担が重い」といった形で、負担と給付の関係を「見える化」させる狙いが込められていた。特に 2022 年 5 月の財政審建議では、「『同じ所得・世帯構成であれば保険料水準が同じ』ことを目指していく都道府県内の国保の保険料水準の統一の取組はこの点からも優先度が高い」と強調していた。

こうした経緯を踏まえ、2022 年 12 月に示された医療保険部会の「議論の整理」では、「保険料水準の統一に向けた取組を国としても強力に支援するため、保険料水準統一加速化プラン（仮称）を策定する」と規定された。

さらに、2023 年 6 月に示された新しい策定要領でも、次期運営方針の 6 年間で「国保の財政運営の安定化を図りつつ、都道府県単位化の趣旨の更なる深化を図るため、次期国保運営方針では、保険料水準の統一の達成目標や達成年度、達成に向けた取組等を定め、保険料水準の平準化に向けた取組を一段と加速化させるための期間」と位置付けるという方向性が示された。

6——地域医療連携推進法人の見直し

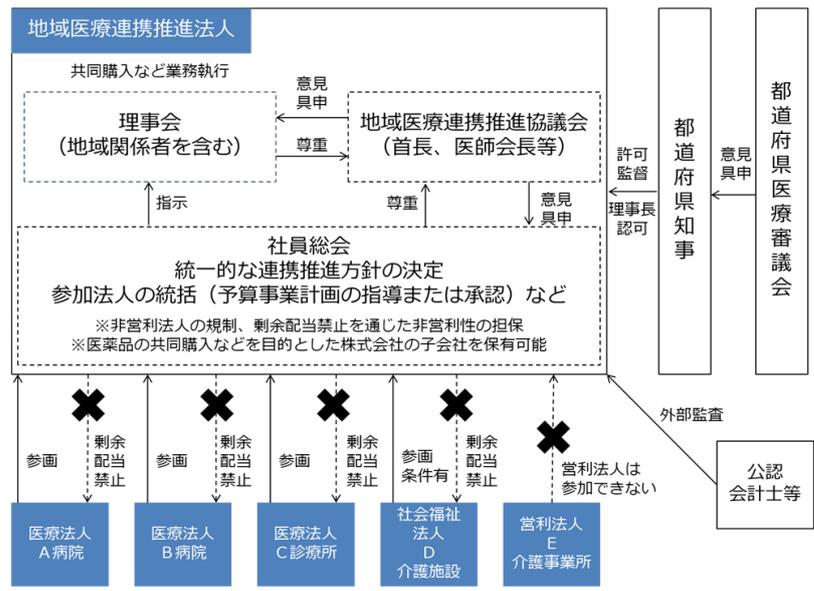
今回の法改正のうち、制度改革の内容を紹介する最後として、「地域医療連携推進法人」の見直しを挙げる。これは 2015 年の改正医療法で導入された仕組みであり、医療機関が持ち株会社のような形態の下、病床融通や物資の共同購入、人事交流などに関して、「連携以上、統合未満」で協力し合う法人を指す。主なイメージ図は図 4 の通りであり、2023 年 4 月現在で 34 法人が都道府県の認定を受けている。

この仕組みについては、かかりつけ医機能の制度整備を巡る議論で注目された。具体的には、複数の異なる医療機関同士の連携を通じて、身近な病気やケガへの対応、在宅医療の充実、病院との連携などの強化を促す意見であり、2022 年 12 月に示された政府の全世代型社会保障構築会議の報告書では、「医療機関が担うかかりつけ医機能の内容の強化・向上を図ることが重要」「これらの機能について、複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる」との文言が入っていた。

しかし、現行制度では、かかりつけ医機能を担う個人立の診療所は地域医療連携推進法人に加入できなかったため、2022年12月に示された社会保障審議会医療部会の意見書では、「個人立を含めた医療機関がヒト（医師等）やモノ（医療機器等）の融通を通じた連携を可能とする新類型」の必要性が指摘されており、今回の制度改正に至った。

では、上記の制度改正を通じて、どんな共通点を見出せるだろうか。それは「医療行政の都道府県化」という共通項であり、提供体制と財政運営の両面で、都道府県の責任と役割が大きくなった点を指摘できる。以下、「医療行政の都道府県化」という補助線を引きつつ、今回の制度改正の意味合いと今後の方向性、課題などを論じる。

図4：地域医療連携推進法人のイメージ



出典：厚生労働省を参考に作成

7—医療行政の都道府県化という共通点

1 | 今回の制度改正から見える意図

まず、今回の制度改正を通じて、医療行政における都道府県の役割と責任が一層、大きくなったことは明白であろう。特に、医療費適正化計画と国民健康保険運営方針、医療計画（地域医療構想を含む）の3つの関連性が強まった点が注目される。具体的には、国民健康保険運営方針の見直し時期が6年サイクルで法定化された結果、医療計画と医療費適正化計画と同じタイミングに改定されることになり、3者の関連性が6年ごとに意識されやすくなった。

さらに、国民健康保険運営方針に医療費適正化の記載事項が必須となった点とか、医療費適正化計画で国民健康保険についての1人当たり保険料試算を示す点、保険者協議会が必置となった点、保険者協議会の役割に医療費適正化が明確に位置付けられた点、国民健康保険の保険料水準を統一化させる方針が明確になった点などは全て同じ文脈に位置付けられる。

つまり、都道府県が保険者協議会の場を活用しつつ、医療計画・地域医療構想に基づく医療提供体制改革や薬剤の適正使用、特定健康診査・保健指導を含めた健康づくり、国民健康保険の保険料水準の「完全統一」などに取り組むことで、都道府県単位で負担と給付の関係を明確にし、最終的に医療費の適正化を図ろうという意図である。

2 | 最近の制度改正を振り返ると…

さらに歴史を振り返ると、都道府県単位で医療行政を強化したり、負担と給付の関係を「見える化」

したりする動きは2008年度から明確になっている²⁰。

具体的には、2008年度改正では協会けんぽの保険料が都道府県単位で設定されるようになり、[\(上\)](#)で触れた通り、都道府県単位で運営される後期高齢者医療制度もスタートした。本稿のテーマの一つである医療費適正化計画が始まったのも、この時期と重なる。

その後、本稿で触れた通り、2018年度改正で国民健康保険に関する都道府県の財政責任が明確になり、相前後して地域医療構想も本格始動した。それだけでなく、▽医師偏在是正に向けた「医師確保計画」などの策定²¹、▽紹介患者を重点的に受け入れる「紹介受診重点医療機関」を地域で絞り込むための「外来医療機能報告制度」の創設²²、▽新興感染症対策の強化に向け、都道府県と医療機関の事前協定制度的な内容とする感染症法改正²³、▽身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」に関する制度整備、▽2024年度に本格施行が迫った「医師の働き方改革」の推進²⁴——など、近年の制度改正の多くは都道府県に執行が委ねられている。

その証拠として、別稿²⁵で触れた通り、医療計画の改定に向けた審議会報告書では、「地域の実情」という言葉が頻繁に使われている。今後は地域ごとの人口変動が大きくなる上、医師・病院の偏在が大きい点などを踏まえると、こうした対応は不可避であり、「医療行政の都道府県化」の流れは加速すると思われる。

3 | 都道府県が担えるのか？

しかし、「都道府県が事務を果たして担えるのか？」という疑問も生じる。この疑問に対する筆者の答えは些か複雑である。

まず、新型コロナウイルスへの対応で、医療機関との協定を通じて機能や役割を事前に定めた「神奈川県モデル」など、一部の自治体が独自の取り組みを見せた。このため、地方分権の成果として、都道府県の医療行政に関する能力は過小評価できないと考えており、「都道府県が担えるのか？」という問いに対して、筆者の答えは「Yes」である。

しかし、「全ての都道府県が持続的かつ安定的に運用できるのか？」という問いに変わると、答えは「No」と言わざるを得ない。具体的には、現場の好事例を見ると、都道府県職員の能力や意欲、地域の医師会のスタンスなど俗人的な要素が強く影響しているため、全ての都道府県が対応できているとは言えない。さらに、都道府県職員の異動とか、知事や地域の医師会幹部の交代、知事と地域の医師

²⁰ 元を辿れば、1985年の医療計画制度の導入、1988年度の国民健康保険に関する都道府県の財政負担導入までさかのぼることが可能であり、国・地方の税財政を見直す「三位一体改革」が小泉純一郎政権期に進められた際にも、国民健康保険に関する都道府県の財政負担が強化されている。

²¹ 医師偏在是正に関しては、2020年度から「医師確保計画」「外来医療計画」がスタートしている。詳細については、2020年2月17日拙稿 [「医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か」](#)（全2回、リンク先は第1回）を参照。

²² 外来医療に関する役割分担を明確にするため、(1) それぞれの医療機関が担っている外来機能を報告する「外来機能報告制度」による可視化、(2) 都道府県を中心とする協議を経て、紹介受診重点医療機関を選定——という流れが期待されている。詳細については、2021年7月6日拙稿 [「コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか」](#)を参照。

²³ 新興感染症対策に関して、都道府県と医療機関が事前に協定を締結することに力点が置かれている。改正感染症法の内容に関しては、2022年12月27日拙稿 [「コロナ禍を受けた改正感染症法はどこまで機能するか」](#)を参照。

²⁴ 医師の超過勤務抑制を促すとともに、健康確保措置に実施などを義務付ける施策。医師の勤務環境改善に関する相談・助言などについて、都道府県が関わることが期待されている。2021年6月22日拙稿 [「医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか」](#)を参照。

²⁵ 2023年3月31日拙稿コラム『「地域の実情」に応じた医療・介護体制はどこまで可能か』の[第1回](#)を参照。

会の関係の変化などに応じて、地域の取り組みが失速したり、逆に取り組みが加速したりするケースも見受けられる。このため、取り組みが持続的かつ安定的にならない危険性を伴う。

その意味では、人材育成や情報提供などに国による都道府県のバックアップに加えて、都道府県の責任を明確にする上では、一層の制度改正も意識する必要がある。

4 | 負担と給付の関係明確化の選択肢

医療行政の都道府県化を強化するための制度改正の選択肢のうち、論争的なテーマとして、地域別診療報酬制度を挙げることができる²⁶。これは「1点=10円」と定められている全国一律の診療報酬点数を都道府県の判断で調整できるようにする仕組み。この仕組みに関しては、「負担の水準の変化をシグナルと捉えて受益の水準をチェックする『牽制作用』を機能させる可能性がある」として、支持する意見が出ている²⁷。さらに、ここ数年で自治体を巻き込むような形で、財務省と日医の攻防が繰り返り広げられたので、簡単に経緯を説明する。

地域別診療報酬制度は高確法に規定されており、2008年度改正で創設された。既に触れた通り、当時は小泉政権の下、都道府県主体の医療費適正化を強化するための議論が盛り上がっていたため、厚生労働省としては、「(筆者注：医療費適正化に向けた)武器が必要」「都道府県に何か(筆者注：権限)を持たせないといけないだろう」と判断したという²⁸。

その後、地域医療構想の推進に関して、奈良県が2018年5月、地域別診療報酬制度の活用を訴えたことで、医療制度改革の焦点として急浮上した。この時、政府の会議に出席した同県の荒井正吾知事は「受益と負担を総合的にマネジメントしていく」との考えを示しつつ、受益と負担がマッチしない場合、「地域別の診療報酬設定の活用は、最終的な選択肢の一つ」と説明した²⁹。

当時の提案によると、(1) 県の医療費適正化計画で抑制的な目標を設定、(2) 地域医療構想の推進などを通じて医療費を適正化、(3) 国民健康保険の法定外繰入を解消——を通じて、国民健康保険に関する県内の医療費について、負担と給付の関係を見える化した上で、給付が負担を上回った場合には地域別診療報酬制度を使い、「1点=10円」と定められた単価を例えば9.5円や9.7円といった形で引き下げるアイデアを示した。

元々、荒井氏は地域医療構想の策定に際して、「(筆者注：地域医療構想、医療費適正化計画、国民健康保険の都道府県単位化の)3つは関係している。高度医療、看取り、終末期医療、頻回受診、頻回薬剤投与など議論が進んでいない分野がある。地域でそのようなことを探求していくことも可能」と述べる³⁰など、都道府県主体による医療費適正化に前向きな姿勢を表明していた。実際、同県の地

²⁶ ここでは詳しく触れないが、健康保険組合や共済組合の位置付けも論点となり得る。協会けんぽ、国民健康保険、後期高齢者医療制度は都道府県単位で保険料が設定されているが、健康保険組合や共済組合の多くは都道府県の境をまたいで運営されている。このため、都道府県単位で負担と給付の関係を明確にしようとしても、健康保険組合と共済組合の加入者は無関係である。しかし、医療行政に関する都道府県の役割や責任を強化しつつ、都道府県単位で負担と給付の関係を明確にしようとしている昨今の流れに対し、特に健康保険組合サイドから対応策は示されていないように映る。敢えて事例を挙げると、健康保険組合の有志で構成する「保険者機能を推進する会」が2016年11月の会合で、健康づくりに関する県と地元メディアの連携をピックアップした程度である。

²⁷ 小林慶一郎・佐藤主光(2021)『ポストコロナの政策構想』日本経済新聞出版 pp239-242を参照。

²⁸ 2021年11月『医療と社会』Vol. 31 No. 2の座談会における厚生労働省保険局総務課長だった栄畑潤氏の発言を参照。

²⁹ 2018年5月28日に開催された社会保障制度改革推進会議における発言。同日の『m3.com』配信記事を参照。

³⁰ 2016年9月『医療経済研究』Vol. 28 No. 1に掲載された「第10回研究大会シンポジウム」における発言。

域医療構想では、医療費適正化計画と国民健康保険の都道府県化との関係が言及されており、筆者の集計では当時、実質的に全国で唯一の事例だった³¹。

こうした中、都道府県単位で負担と給付の関係を明確にする究極的な手段として、地域別診療報酬制度の活用が浮上したわけだ。さらに、都道府県主体の医療費適正化に期待する財務省も同年5月の財政審建議で、「過大な給付が過大な負担を強いていないかを確認する緊張関係の中で、負担増以外の選択肢」として、「地域別診療報酬制度の柔軟な活用が重要」と強調した。これは当時、奈良県と平仄を合わせた動きと見られていた³²。

これに対し、日医は「仮に1点単価が10円から9円に引き下げられた場合、10%の診療報酬本体マイナス改定と同様」「こんな理不尽なことは絶対に許さない。全力で阻止していく」と猛反発した³³。その後、2019年4月に実施された県知事選を前に、荒井氏と県医師会が2018年12月、「地域の医療費に特異な増嵩が生じない限り、本県で地域別診療報酬を下げることはない旨、確認する」との内容を盛り込んだ政策協定を締結した³⁴ことで、議論は沙汰止みになったと思われた。

しかし、新型コロナウイルスの影響で疲弊した医療機関に対する支援策が焦点となる中、奈良県は2020年7月、都道府県の判断で診療報酬単価を引き上げることを認めるよう、国に提案した³⁵。つまり、従来の提案では点数単価を引き下げることには主眼を置いていたが、コロナ対応では逆に点数単価を引き上げるように迫ったわけだ。

これに対しても、日医は「規定を拡大解釈して、あるいは転用して、都道府県間における給付格差をもたらすことに、改めて明確に反対する」「(筆者注：地域別診療報酬の目的は)医療費適正化計画の目標達成のための運用であり、それ以外での運用、例えば、今回の新型コロナウイルス感染症の影響への対策として運用されるものではない」と表明³⁶し、この提案は受け入れられなかった。さらに、最近の財政審では議論されなくなっており、旗振り役だった荒井氏も2023年4月の選挙で知事の座を退いた。

実効面でも、現実的ではないという指摘が出ている³⁷。具体的には、全国一律での価格では、物価・賃金の高い都市部の医療機関では、実質的な手取りが減ってしまう一方、逆に物価・賃金の低い地方では給与が実質的に高くなるため、地方の病院は高額な給与を準備しなくても、医師を確保できている面がある、このために医師の偏在緩和に役立っている可能性がある——という指摘である。

実際の問題として、単価が安くなる地域に患者が流入したり、逆に低単価になった地域から医師や専門職が流出したりする事態も予想される。このため、制度改正のメリット、デメリットを十分に勘案する必要がある。

そもそも、地方分権は自治体の裁量を大きくする半面、地域格差をもたらす可能性が高まるため、

³¹ 奈良県のほか、佐賀県の地域医療構想でも国民健康保険の都道府県化と医療費適正化計画の文言が盛り込まれていたが、国民健康保険の都道府県化については、末尾に示した2025年までのロードマップで取り上げられている程度だった。

³² 2018年6月1日『医薬経済』を参照。

³³ 2018年10月28日に開催された十四大都市医師会連絡協議会における日医の中川副会長による発言。同日の『m3.com』配信記事を参照。

³⁴ 2018年12月25日『m3.com』配信記事を参照。

³⁵ 2020年8月29日・20日『毎日新聞』、同年8月15日『医薬経済』などを参照。

³⁶ 2020年8月26日の定例記者会見における日医の中川会長の発言。同日の『m3.com』配信記事を参照。

³⁷ 地域別診療報酬制度に対する批判的な意見については、池上直己(2021)『医療と介護 3つのベクトル』日経文庫 pp129-130を参照。

全国一律の保険診療との整合性は大きな問題になり得る。このため、単純に都道府県の役割と責任を強化すれば済む話ではない。「地方分権」という用語が多くマイナス面から目を背けさせる点で、「魔術的な意味合い」を含んでいるという警鐘を十分に意識する必要がある³⁸。

一方、地域別診療報酬制度に関する議論と、今回の制度改正は都道府県単位で負担と給付の関係を「見える化」しようという意図で共通しており、筆者自身は「都道府県単位で負担と給付の関係を明確にする究極的な手段として、地域別診療報酬制度が位置付けられる」と考えている。このため、どこまで制度改正を講じるか、今後もメリット、デメリットを議論して行く必要がある。

8—おわりに

本稿では「医療行政の都道府県化」という補助線を引きつつ、医療費適正化計画の強化や国民健康保険運営方針の改正などの制度改正を取り上げた。これらの制度改正は都道府県単位で、負担と給付の関係を「見える化」しつつ、医療提供体制の改革と費用の適正化を図るという共通点を持っており、今後も都道府県の役割と責任を強化する流れは続くと思われる。このため、都道府県がどこまで主体性を発揮しつつ、「地域の実情」に応じた見直しに取り組めるか、都道府県の意欲と実力が一層、問われる。

さらに、都道府県単位で負担と給付の「見える化」に取り組むのであれば、実効性を高めるための権限移譲も視野に入ってくる。地域別診療報酬制度については、論争的なテーマであり、実現に向けたハードルは高いが、どこまで都道府県に権限を委ねるのか、その際に起きるプラス面、あるいはマイナス面として何が想定されるのか、今後も検証しつつ、制度改正を検討する必要がある。

³⁸ 地方分権の言葉が持つ「魔術的」な要素については、林昌宏（2020）『地方分権化と不確実性』吉田書店を参照。同著は港湾政策の分権的な構造に着目しつつ、こうした構造が自治体間の重複投資などを招いた歴史を実証している。