

全世代社会保障法の成立で何が変わるのか



保険研究部 上席研究員 三原 岳
mihara@nli-research.co.jp

※ 本稿は 2023 年 8 月 9・25 日発行「基礎研レポート」
を加筆・修正したものである。

1——はじめに～全世代で応能負担の強化が明確化、制度の複雑化は進行～

2023 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 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。

この法律では、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、75 歳以上の後期高齢者に課される保険料の上限引き上げ、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医機能」の強化、国と都道府県が 6 年周期で策定している「医療費適正化計画」の見直しなど数多くの内容が盛り込まれた。

そこで、本稿では制度改正の内容を概観するとともに、その目的や意味合い、今後の展望などを論じる。まず、前半では主に医療保険制度改革に関する部分に着目し、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を論じる。その一方、関係団体の利害調整が優先された結果、制度の複雑化が一層、進行している点を考察し、負担と給付の関係が紐付くことを特徴とする社会保険方式のメリットが失われている点を指摘する。

さらに、後半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指摘し、今後の論点などを考察する。

2——改正法の概要と本稿の構成

まず、全世代社会保障法の全体像を概観する。下記に示した資料は 2023 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、高齢者医療安定確保法（高確法）だけでなく、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の項目も盛り込まれており、改正内容が広範にまたがっている様子を見て取れる。施行は原則として 2024 年 4 月。

この時の法改正のうち、「1. こども・子育て支援の拡充」では、出産した妊婦に現金を給付する「出産育児一時金」の引き上げが想定されており、「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」の強化に関する内容が盛り込まれた。

資料：通常国会で成立した全世代社会保障法の概要

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. こども・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た提供や、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。

等

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

このほか、全世代社会保障法には、3年に一度の頻度で見直されている介護保険法の改正も含まれているが、2割負担の対象者拡大が先送りされるなど、「超小粒」の見直しに終わった。これらの内容は別稿で取り上げたので、今回は詳しく触れない¹。

本稿では残る論点のうち、前半では保険制度の話、後半では都道府県に関連する改革をピックアップする。具体的には、前半では資料のうち、「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」に関して、▽後期高齢者医療制度の見直し、▽前期高齢者財政調整の見直し——の順で、詳しく改正内容を考察。全体的な傾向として、能力に着目して負担を求める（応能負担）を強化する流れが強まっている点とか、制度が複雑化している実態と弊害などを論じる。

後半では、「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、▽医療費適正化

¹ かかりつけ医に関しては、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）を参照。出産育児一時金の引き上げについては、2023年6月27日拙稿「出産育児一時金の制度改正で何が変わるのか？」を参照。介護保険制度改正に向けた議論については、2013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」を参照。このほか、「地域医療連携推進法人」の制度改正も盛り込まれた。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協力し合う法人を指す。2023年4月現在で34法人が都道府県の認定を受けている。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いため、制度改正が講じられた。

計画の見直し、▽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、▽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を検討し、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」に関する論点や今後の方向性を整理する。

3——後期高齢者医療制度の見直し

1 | 後期高齢者医療制度の概要

後期高齢者医療制度とは、2008 年度に発足した仕組みである²。それまでに存在していた「老人保健制度」では、高齢者を多く受け入れている国民健康保険の高齢者医療費を賄うため、相対的に裕福な健康保険組合の保険料を回す仕組みだったため、健康保険組合連合会が負担増に反発した。さらに、経済界も「現役世代は世代間扶助のために上乘せされた保険料を意図せずに負担している」などと批判した。このほか、自民党や日本医師会（日医）、連合、自治体なども、それぞれの立場で制度改正を提案し、これらを調整する形で、現在の仕組みが生まれた。

被保険者は主に 75 歳以上高齢者³であり、都道府県単位で市町村が参加した広域連合が保険者を担っている。財源については、市町村が徴収する 75 歳以上高齢者の保険料で約 1 割の医療費が賄われている一方、約 5 割は国、都道府県、市町村からの公費（税金）で支援を受けている。さらに、約 4 割については、健康保険組合や国民健康保険など他の保険者が支払う「後期高齢者医療制度支援金」（以下、支援金）で賄われている。

2 | 出産育児一時金に対する後期高齢者医療制度からの拠出

この時の制度改正では、出産育児一金を 42 万円から 50 万円に引き上げる際の財源について、後期高齢者医療制度が最終的に 7%分を負担することになった。この判断について、制度改正を議論した社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）医療保険部会が 2022 年 12 月に公表した「議論の整理」では「（筆者注：少子化は）今や、全ての世代にとって、正面から向き合い、その克服に向けた取組が必要な事態」といった問題意識が披歴されている。

これに伴って給付費は約 630 億円の増加となり、協会けんぽで 220 億円（加入者 1 人当たり 600 円）、健康保険組合で 160 億円（同 600 円）、共済組合等で 80 億円（同 800 円）、国民健康保険で 60 億円（同 200 円）、後期高齢者で 130 億円（同 600 円）の保険料負担が増加する⁴。

ただ、出産育児一時金の支払いが発生した保険者に対し、後期高齢者医療制度が費用を支出するのではなく、各保険者から後期高齢者医療制度に支出されている支援金から所要額を相殺する形になる。

3 | 後期高齢者医療制度の保険料上限引き上げ

さらに、保険料の上限額を意味する賦課限度額が引き上げられた。後期高齢者の保険料は「均等割」（被保険者が均等に支払う部分）と、所得に応じた「所得割」に分かれており、年金収入が概ね

² 後期高齢者医療制度の歴史や構造などについては、2018 年 7 月 31 日「10 年が過ぎた後期高齢者医療制度はどうなっているのか（上）」（上下 2 回）を参照。

³ このほか、65 歳以上の寝たきり高齢者も対象になっている。

⁴ 厚生労働省の資料では、共済組合等は船員保険と健康保険に統合された日雇保険の特例を、国民健康保険は医師など特定の職業を対象とした「国民健康保険組合」も含む。以下、制度改正に伴う保険料負担の試算は同じ表記にする。

1,000 万円以上の高所得者については、所得割の保険料の上限が 66 万円から 80 万円に段階的に引き上げられる（2024 年度は 73 万円、2025 年度に 80 万円）。

さらに年収が 153 万円超の人についても、保険料負担を段階的に引き上げられた。その結果、「議論の整理」では現在、1 対 1 に設定されている均等割と所得割の比率について、所得割の比率を引き上げることで、48 対 52 程度とする考えが示されている。

なお、実施に際しては、「出産育児一時金の後期高齢者からの支援対象を 2 分の 1 とする」「賦課限度額の段階的な引き上げ」「所得割引き上げの軽減」の 3 つが「激変緩和措置」として示された。これらは検討過程で、与党や医療保険部会の一部委員から「高齢者の負担が一気に増えることになり、激変緩和策が必要」といった意見が出た⁵ため、2 年間の経過措置として導入された。

4 | 後期高齢者と現役世代の負担割合見直し

第 3 に、現役世代と 75 歳以上高齢者の保険料負担率が見直された。これまでの仕組みでは、人口減少と高齢化に伴って現役世代 1 人当たりの負担が増える分について、高齢者と現役世代で折半して設定する仕組みが採用されており、その結果として、現役世代に負担増のシワ寄せが行きやすい構造となっていた。

具体的には、2008 年度の制度創設当時、現役世代の 1 人当たり支援金は 2,980 円だったが、2022 年度見込みで 5,456 円にまで伸びた。一方、後期高齢者の 1 人当たり保険料は制度スタート時に 5,332 円だったが、2022 年度見込みで 6,472 円にとどまった。両者の伸び率を 2008 年度比で比較しても、現役世代の伸び率は約 1.8 倍だが、後期高齢者は約 1.2 倍となっている。

そこで、医療保険部会の「議論の整理」では「高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できる持続可能な仕組みとするとともに、当面の現役世代の負担上昇を抑制する」必要があると指摘し、現役世代からの支援金と、75 歳以上高齢者の保険料の伸び率を同じレベルに設定した。

この制度改正が保険料に及ぼす概算の影響として、後期高齢者医療制度は 820 億円（加入者 1 人当たり 4,000 円）の負担増となる。一方、協会けんぽで 300 億円（同 800 円）、健康保険組合で 290 億円（同 1,000 円）、共済組合等で 100 億円（同 1,100 円）、国民健康保険で 80 億円（同 300 円）の減少になる⁶。

4——前期高齢者財政調整の見直し

1 | 前期高齢者財政調整の仕組み

前期高齢者財政調整とは、65 歳以上 75 歳未満の医療費について、高齢化率の高い国民健康保険に対し、高齢化率の低い健康保険組合、協会けんぽ、共済組合が保険料を納付する仕組みである。

制度の趣旨を説明すると、以下のように整理できる。通常、健康保険組合や協会けんぽ、共済組合に加入している勤め人は退職すると、原則として国民健康保険に移行する。一方、一般的に加齢

⁵ 2023 年 12 月 12 日『共同通信』配信記事などを参照。

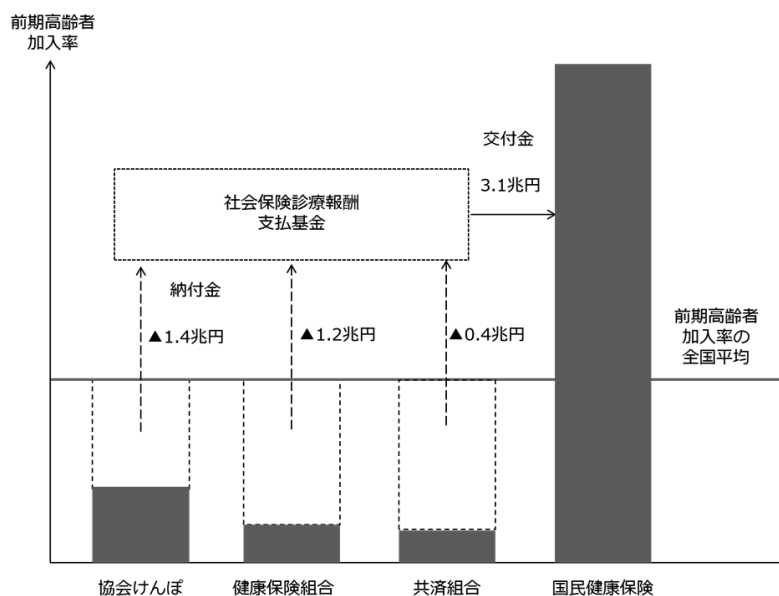
⁶ なお、同様の仕組みは 2000 年度創設の介護保険制度に導入済みであり、これが参考にされた。介護保険制度の場合、65 歳以上の被保険者（第 1 号）と、40 歳以上 65 歳未満の被保険者（第 2 号）が保険料を支払う仕組みとなっており、65 歳以上の高齢者が 23%、40 歳以上 65 歳未満が 27%となっている。この比率は 3 年に一度、人口比の変化に応じて、65 歳以上の高齢者と 40 歳以上 65 歳未満の 1 人当たり保険料額が概ね同じになるように調整されている。実際、制度がスタートした際、高齢者は 17%、40 歳以上 65 歳未満は 33%だったが、高齢化の進展に伴って少しずつ高齢者の負担割合を増やす一方、40 歳以上 65 歳未満の割合を減らして来た経緯がある。

に伴って医療ニーズは高くなるため、制度間で比較すると、国民健康保険が多くの医療費を負担する構造となっている。

そこで、高齢化率の違いに着目し、高齢者を多く受け入れている国民健康保険に対し、高齢化率の低い健康保険組合などが費用を
 拠出する仕組みが採用されている。その際、拠出される保険料は「納付金」、拠出される保険料は「交付金」と呼ばれており、規模は2022年度概算で約3兆円。

分かりやすく言うと、若い年齢層の保険者が納付金を国（社会保険診療報酬支払基金）に支払う一方、高齢者を多く受け入れている国民健康保険が国から交付金を受け取る仕組みであり、イメージは図表1の通りである。

図表1：前期高齢者財政調整のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

注：数字は概数、図は概略であり、納付金と交付金の合計が一致していない。

2 | 制度改正の内容

この時の制度改正では、前期高齢者財政調整の配分ルールが段階的に変更された。具体的には、これまでは加入者の数に応じて、交付金の割当額が決まっているが、健康保険組合や協会けんぽ、共済組合など被用者保険に課される納付金のうち、3分の1については、「報酬水準に応じた調整」（報酬調整）が2024年度から導入されることになった。

その結果、相対的に高所得の健康保険組合の負担が増える一方、主に中小企業の従業員と家族で構成する協会けんぽの負担が減るため、協会けんぽの国庫負担が浮く。つまり、健康保険組合に負担を付け替える代わりに、国の社会保障費を減らす意図である。

厚生労働省の試算によると、健康保険組合で約600億円、共済組合等で約350億円、国民健康保険で約20億円、それぞれ保険料負担が増える一方、協会けんぽは970億円程度のマイナスとなる。これに伴って、国費は1,290億円程度、減少する。さらに、この制度改正に伴って著しく財政負担が増える健康保険組合に対し、国庫補助金が支出されることになった。

これらの制度改正を総括すると、(1) 高齢者を含めて全世代で能力に応じて負担する流れが顕著になった、(2) 帳尻合わせが続き、制度全体の複雑化が進行した——という2つの点を指摘できると考えており、以下で2つの点を順に述べる。

5——改正内容に対する評価(1)～全世代で応能負担を強化する流れが顕著に～

第1に、全世代で応能負担を強化する流れが顕著になった点である。この時の法改正では、出産育児一時金に関する財源を後期高齢者医療制度にも求めるだけでなく、所得の高い75歳以上高齢者に課される保険料の上限も引き上げられており、世代間の格差を是正する視点が目立った。その際には所得の高い人に多くの負担を求める「応能負担」の要素が一層、強まった。

しかも、2022 年 10 月から所得の高い 75 歳以上高齢者の一部については、患者負担が 2 割（従来は 1 割）に引き上げられている点⁷を考えると、高齢者を含めた全世代で応能負担を強化する流れは顕著になっていると言える。そもそもの整理で言うと、所得再分配は税制の役割であり、患者負担や社会保険料で応能負担を強化する方向性については、税金と社会保険料の役割分担を不明確にする危険性がある。

しかし、国・自治体の厳しい財政状況にもかかわらず、増税に対する国民のアレルギーが強いいため、消費税を含めた税財政改革を進めるのは困難な情勢である。このため、患者負担や社会保険料の制度改革を通じて、全世代で応能負担を強化する流れは避けられないと思われる。

6——改正内容に対する評価(2)～制度全体の極端な複雑化～

1 | 会計操作、帳尻合わせ

第 2 に、制度全体の複雑化が極端に進んだ点である。その一例として、前期高齢者財政調整に関する負担ルールの見直しに着目すると、医療保険部会の「議論の整理」では、「被用者保険者間における負担能力に応じて公平に負担する仕組みの強化」という文言で整理されているが、実際には国の予算編成上の都合という事情も見逃せない。つまり、「報酬調整の導入→健康保険組合の保険料負担引き上げ→協会けんぽの負担軽減→協会けんぽに対する国庫負担の削減」という経路を通じて、国の社会保障費の抑制が目指されている。

もう少し背景を説明すると、政府は毎年の予算編成に際して、社会保障費の自然増を 5,000 億円程度に抑制する方針を掲げており、歳出抑制額を捻出するための制度改革が求められている。その際、財務省など関係者は抑制に繋がる制度改革を「弾」と呼びつつ、できるだけ抑制できる金額が大きく、国民や国会、メディア、関係団体の反対が小さい「弾」を探している。こうした中、前期高齢者の医療費に関する報酬調整の導入は最大 1,000 億円を超える国費を抑制できるため、予算編成上は非常に重要な存在と言える。

しかし、この対応でも医療費全体の抑制に繋がるわけではない。むしろ、租税財源から保険料への負担の付け替えであり、分かりやすく言うと「割り勘」ルールの変更、誤解を恐れずに言えば「帳尻合わせ」「会計操作」に過ぎない。

2 | 3 回目の会計操作？

さらに、こうした対応は今回に限らない。実は、後期高齢者医療制度や介護保険制度でも同様の改革が実施された経緯があり、この時で 3 回目になる。このうち、後期高齢者医療制度では、前期高齢者財政調整と同様に、加入者の数に応じた案分ルールとなっていたが、健康保険組合など被用者保険については、所得に応じた負担ルール（総報酬割）が 2010 年度から段階的に実施され、2017 年度から全面移行した。

介護保険についても、40 歳以上 65 歳未満の保険料で加入者の数に応じた負担ルールとなっていたが、所得に応じた負担ルール（総報酬割）が 2017 年度にスタートし、2020 年度までに段階的に全面移行した経緯がある⁸。つまり、今回の対応は 3 度目の「会計操作」「帳尻合わせ」になる。

⁷ 高齢者医療費の患者負担に関しては、2022 年 1 月 12 日拙稿「10 月に予定されている高齢者の患者負担増を考える」を参照。

⁸ 介護保険の総報酬割移行に関しては、2018 年 1 月 11 日拙稿「介護保険料引き上げの背景を考える」を参照。

このように「会計操作」「帳尻合わせ」が望まれる背景には、増税や歳出抑制に対するアレルギーがある。例えば、診療報酬の引き下げや患者負担の引き上げに踏み込んだ場合、その分だけ税金や保険料の負担を減らせるが、国民やメディア、日医など関係団体、野党の非難も予想される。

一方、増税には国民の不満が強く、社会保険料を引き上げるシナリオに対しては財界や労働組合の反発が出やすい。そこで、国民や関係者の反発や非難を回避しつつ、国の社会保障費を抑制するため、「会計操作」「帳尻合わせ」が好まれていると言える。

3 | 制度複雑化の弊害

その反動として、制度の複雑化が極端に進行している実態を指摘できる。例えば、上記の説明が複雑かつ分かりにくいのは筆者の筆力の問題だけでなく、制度改正の内容が複雑な点を指摘せざるを得ない。実際、こうした制度改正の詳細を理解している人は極端に少ないだろうし、機会費用（手間暇）を支払ってまで冗長な筆者の説明を読もうと思う人も、もっと減るに違いない。

誤解を恐れずに言えば、この時の法改正の採決に加わった約 700 人の国会議員のうち、「何人が制度改正の細部まで理解しているか」と問われると、かなり心許ないと言わざるを得ない。つまり、複雑な制度が一種の参入障壁となり、幅広い制度の理解を妨げていると言える。さらに、岸田文雄政権が掲げる「次元の異なる少子化対策」でも、児童手当の拡充などの財源確保策として、医療保険料を上乗せすることも決まっている⁹など、制度の複雑化は一層、進んでいる。

このような極端な制度複雑化に関して、筆者はマイナス面が大きいと考えている。その一例として、社会保険料を主な財源とする社会保険方式の利点を失わせる危険性がある。そもそも社会保険方式のメリットを支持する意見として、「給付と負担水準の合意を当事者自治に委ねることによって自律的なガバナンス機能を発揮することが期待できる」という考え方が多く聞かれる¹⁰。

つまり、負担と給付の関係性が紐付いている分、被保険者は「これだけ医療費を使ったら保険料が上がった」とか、「保険料を抑えるために節約する必要がある」といった形で、被保険者が負担と給付の水準を理解しつつ、その合意形成プロセスに参加しやすくなるメリットがあるという指摘である。

しかし、保険料と税金が複雑に絡み合っている現状で、どこまで上記のような教科書的な説明が実効的なのか、疑問を持たざるを得ない。具体的には、極端に複雑な仕組みの下では、被保険者が負担と給付の関係を理解することが難しくなり、被保険者による自治や自律的なガバナンス機能が失われ、社会保険方式のメリットを損なうことになりかねない¹¹。

⁹ 2023 年 12 月に決まった「こども未来戦略」では、約 3 兆円に及ぶ少子化対策のうち、約 1 兆円を医療保険料に上乗せする「支援金」で賄うことが決まった。児童手当の拡充など少子化対策の主な財源として、医療保険料を充当する問題点については、2024 年 2 月 1 日拙稿「2024 年度の社会保障予算の内容と過程を問う（中）」、2023 年 5 月 24 日拙稿「少子化対策の主な財源として社会保険料は是か非か」などを参照。

¹⁰ 島崎謙治（2020）『日本の医療（増補改訂版）』東京大学出版会 p231。

¹¹ 付言すると、「当事者自治」に対する期待も教科書的な説明に過ぎない。例えば、健康保険組合に関しては、事業主、労働者の代表で構成する理事会で意思決定しているが、前期高齢者財政調整や後期高齢者医療制度支援金については、意思決定が及ばない。さらに、「自治」の仕組みが整っていたとしても、自律的なガバナンス機能の発揮には、代表選定や意思決定に関する民主的プロセスが必要だが、実際に自治的に運用されているのか、管見の限りでは調査研究などを見た記憶がない。協会けんぽでは、事業主、被保険者、有識者の 9 人で構成する運営委員会が組織されているが、厚生労働相の任命であり、対象事業所や被保険者が関与しにくい仕組みである。国民健康保険については、市町村議会が保険料を最終決定しているが、市町村議員は国民健康保険の被保険者だけでなく、被用者保険や後期高齢者医療制度の加入者からも選ばれており、市町村議会は純粋な意味で、「被保険者代表」とは言えない。後期高齢者医療制度についても、本文で後述する通り、広域連合のトップや議員は市町村長、市町村議員の互選であり、75 歳以上高齢者が意思決

さらに、制度の複雑化はオープンな制度改正論議を妨げる危険性を伴う。例えば、自由主義経済学者のハイエクは「社会保障制度が極度に複雑であって、わかりにくいことは民主主義に深刻な問題を生んでいる」「ほとんどの人が複雑でたえず変化しつづける制度の詳細について無知である。結果として専門家が支配するようになっている」と指摘している¹²。別にハイエクの指摘は日本を意識しているわけではないが、制度複雑化の弊害が分かりやすく論じられている。

実際、厚生労働省の調査¹³によると、社会保障制度に関する行政機関からの情報について、国民が不満に思っていることとして、「専門用語や文字数が多くて内容が理解できない（説明がわかりづらい）」という回答が 49.0%でトップとなっている（複数回答可）。こうした不満は制度の複雑さと無縁ではないだろう。

4 | 必然的に進む制度の複雑化

しかし、厄介なことに、制度複雑化は一定程度、必然性を持っている。医療制度改革の議論では、患者の暮らしや政治・経済情勢、医療機関の経営に配慮する必要があり、急な方向転換は困難である。その結果、制度改正の議論では、与党や関係各省、関係団体など関係者の合意形成が重視される。さらに、選挙対策の観点で暫定措置が導入されるなど、制度改正の歩みも遅くなりがちである。このように少しずつ制度改正を積み重ねる手法は「漸増主義」(incrementalism) と呼ばれる¹⁴。

しかし、漸増主義的な意思決定過程では「足して 2 で割る」ような妥協策が好まれやすいため、制度複雑化が進行する¹⁵。この時の制度改正でも、出産育児一時金について、後期高齢者に負担を求める方針が固まったものの、与党などの意見を踏まえて 2 年間の経過措置が導入された。

さらに前期高齢者の医療費に関する報酬調整についても、国の予算編成上の要請で必要とされたものの、負担が著しく増える健康保険組合に対しては国庫補助を強化する方針が固まった。つまり、健康保険組合の保険料負担を増やすことで、国庫負担を浮かせる半面、その一部を使い、言わばキャッシュバックのような形で、一部の健康保険組合に国費を回すことが想定されている。こうした対応を取ったのは、健康保険組合の反発を和らげる目的があると思われる。

以上のように考えると、別に厚生労働省は制度を意図的に複雑化させようとしているのではなく、合意可能な部分から制度改正を積み上げる漸増主義的な方法の結果、制度が複雑化している。確かに一気呵成の抜本改革が難しいのは事実だが、今後の制度改正では制度複雑化の警告を常に意識しつつ、少しでも制度を簡素にする重要性を今まで以上に意識する必要がある。

以下、今回の制度改革を踏まえて、医療保険に関して中長期的なスパンで想定し得る論点として、(1) 相対的に所得が高い高齢者の負担増加、(2) 前期高齢者医療費の報酬調整が拡大する可能性、(3) 後期高齢者医療制度見直しの可能性——の 2 つを挙げる。

定に関わる余地は非常に小さい。

¹² Friedrich August von Hayek (1960) “The Constitution of Liberty” [西山千明・矢島釣次訳 (1987) 『自由の条件 III』春秋社 pp51-53)] を参照。

¹³ 2021 年 11 月 10 日に公表された「2019 年社会保障に関する意識調査報告書」を参照。回答者数は 8,219 人。

¹⁴ 漸増主義については、Charles E. Lindblom, Edward J. Woodhouse (1993) “The Policy-Making Process” [藪野祐三、案浦明子訳 (2004) 『政策形成の過程』東京大学出版会]などを参照。

¹⁵ 社会学の「コンフリクト・モデル」(Conflict Model) では、問題が起きると規則が生まれるとしており、制度複雑化の必然性を説明するのに適している。Alton W. J. Craig (1975) “A Framework for the Analysis of Industrial Relations Systems” Industrial Relations and the Wider Society “8-20 を参照。

7——医療保険制度に関する今後の展望(1)～相対的に所得が高い高齢者の負担増加～

まず、相対的に所得が高い高齢者の負担が増える可能性である。既に触れた通り、2022年10月に75歳以上高齢者の患者負担について、一部で2割負担が導入されたほか、今回の制度改正で保険料負担の上限が引き上げられた。

しかし、今後も社会保障費の増加が見込まれており、所得基準の見直しなどを通じて、後期高齢者医療制度の2～3割負担対象者を広げる選択肢は不可避と思われる。さらに、70～74歳の高齢者医療費は原則2割となっており、こちらの負担引き上げも視野に入ってくる可能性がある。応能負担を強化するため、後期高齢者医療制度に関する保険料上限を一層、引き上げる方法も考えられる。

このほか、介護保険でも2024年度制度改正で2割負担の対象者拡大が取り沙汰された¹⁶ほか、少子化対策の財源を確保策としても、高齢者の応能負担強化が意識されている¹⁷。

もちろん、患者・利用者負担や保険料引き上げの選択肢は往々にして与党や日医などの反対を招くため、一気呵成の見直しは難しい面があるが、相対的に負担能力を持っている高齢者に負担を求める流れは今後も続くと考えられる。

8——医療保険制度に関する今後の展望(2)～前期高齢者医療費の報酬調整が拡大する可能性～

次に、前期高齢者医療費に関する財政調整は今後、所得に応じた負担ルール（報酬調整）の割合が拡大するか、報酬調整に全面移行する可能性が高いと思われる。

今回の制度改正では、前期高齢者の医療費のうち、報酬調整の対象になったのは3分の1であり、負担が増える健康保険組合サイドは「これ以上の報酬調整の拡大が断じてあってはならない」として、3分の1の規模を拡大させないようにクギを刺している¹⁸。

さらに、既に触れた通り、報酬調整を拡大しても、医療費全体が影響を受けるのではなく、所詮は「割り勘ルール」の変更であり、「会計操作」「帳尻合わせ」の印象は拭えない。このため、本来で言うと、給付抑制の選択肢も含めて、負担と給付の関係を考える必要がある。

しかし、これまで後期高齢者医療制度や介護保険制度でも同様の展開になった経緯とか、増税や歳出抑制に対する国民の強いアレルギー反応を意識すると、客観的な情勢として、国の社会保障費を抑制できる報酬調整は予算編成上、非常に重要な存在である。このため、報酬調整の割合を拡大する制度改正は今後も取り沙汰されると思われる。

9——医療保険制度に関する今後の展望(3)～後期高齢者医療制度の見直し論議～

1 | 負担割合の見直しで「上限」が見える可能性

後期高齢者医療制度について、筆者は早晩、制度の統廃合も含めた大幅な見直しが必要になるのではないかと見ている。これには今回の制度改正のうち、後期高齢者医療制度の負担割合見直しに関わる部分が関係する。

¹⁶ 介護保険2割負担の対象者拡大については、審議会での意見集約が難航したほか、与党にも慎重論が多く、2027年度に予定されている次期制度改正に先送りされた。詳細については、2024年3月1日拙稿「介護保険の2割負担拡大、相次ぐ先送りの経緯と背景は？」を参照。

¹⁷ ここでは詳しく触れないが、約3兆円に及ぶ少子化対策のうち、最大2兆円を歳出カットで賄うとされており、2023年12月に決まった「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」では、所得の高い高齢者を対象に患者負担を引き上げる選択肢とか、介護保険の2割負担拡大の可能性が言及されている。

¹⁸ 2023年5月12日、健康保険組合連合会長の宮永俊一氏によるコメントを参照。

先に触れた通り、これまでは人口減少のシワ寄せが現役世代に向かっていたが、今後は 75 歳以上高齢者にも負担を求めることになった。筆者自身の意見として、こうした対応は欠かせないと認識している半面、75 歳以上高齢者に負担を求める際の「上限」も意識する必要があると考えている。

具体的には、75 歳以上の高齢者に課される保険料は原則として基礎年金からの天引きであり、基礎年金の平均支給額が概ね 5 万円であることを踏まえると、それほど大幅に引き上げられるわけではない。

さらに、65 歳以上の高齢者に課される介護保険の保険料（2024 年度時点の全国平均基準額は 6,225 円）も基礎年金から天引きされている点を意識すれば、後期高齢者の保険料引き上げが困難になる局面が到来する可能性がある。

2 | 過去の議論から見える制度改正の選択肢

そうすると、患者負担の増加など医療費を抑制する選択肢に加えて、例えば後期高齢者医療制度と国民健康保険の統合などの制度改正を意識する場面が来るかもしれない。これは後期高齢者医療制度の発足や見直しの議論から言えることである。

そもそも若い人と比べて、病気のリスクが大きいにもかかわらず、75 歳以上高齢者に限定した独立型制度を作った判断として、厚生労働省の解説書では、「老人医療費に関する給付と負担の財政責任の主体を明確にする」などの点が説明されていた¹⁹。

しかし、実際の利害調整の過程を振り返ると、上記では説明し切れない。元々、独立型を提唱したのは日医だった。当時の書籍では、その理由について、「今の医療費高騰の大出血というのは高齢者医療のところにある」として、高齢者医療の分離と税財源の集中投入が必要と説明していた²⁰。

この案を自民党、経団連が支持したことで、独立型制度の創設が選択肢の一つになったが、日医の提案は消費税引き上げを含めた財源確保を前提としており、医療改革だけにとどまらない難しさがあった。75 歳に区切った理由についても、当時の日医会長は「（筆者注：当時、与党が検討していた 70 歳以上だと）財源が出てこない」と説明していた²¹。つまり、75 歳に区切った理由はカネの問題だった。

結局、消費増税を含めた歳入改革の議論は先送りされたため、税財源の集中的な投入は難しくなり、現役世代が加入する保険者から保険料の収入を移転させる支援金が導入された。

一方、制度の運営主体を巡る議論も二転三転した。厚生労働省は当初、都道府県による財政運営を期待したが、負担増を避けたい全国知事会が拒否した²²ことで、議論は頓挫した。その後、厚生労働省が 2005 年 10 月に示した「医療制度構造改革試案」では、市町村が保険者とされたが、「一番硬直化した 75 歳以上の後期高齢者という者の保険を担えというのは、市町村単位ではとてもではないけれども無理」という意見が総務省や市町村から示された²³ことで、調整が難航した。

結局、利害調整の過程では、都道府県も、市町村も保険者を引き受けなかったため、国民に縁遠い広域連合が運営者になったと言える。実際、妥協の産物として広域連合というアイデアが浮上し

¹⁹ 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 p34 を参照。

²⁰ 坪井栄孝（2001）『我が医療革命論』東洋経済新報社 p35 を参照。

²¹ 同上 149 ページを参照。

²² 2003 年 3 月 12 日『日本経済新聞』を参照。

²³ 2005 年 10 月 27 日、経済財政諮問会議事録における総務相だった麻生太郎氏（後に首相）の発言を参照。

たのは最終決着の1週間前ぐらいだったという²⁴。

この結果、厚生労働省の表向きの説明とは裏腹に、「財政責任の主体が明確になった」とは言い難い。例えば、運営主体となった広域連合で自前の職員を採用しているケースは少なく、その多くは市町村のアウトに過ぎないし、国民と接する窓口も持っているわけでもない（保険料徴収は市町村の事務）。こうした組織が給付管理の責任を果たすことは事実上、困難と言わざるを得ない。

さらに、保険料の年金天引きなどについて、国民の批判と不満が高まったことで、後期高齢者医療制度は波乱の船出を強いられた。そこで、国は制度見直しの一環として、(1) 後期高齢者医療制度の廃止、(2) 国民健康保険の都道府県化、(3) 両者を統合し、都道府県に制度運営を委ねる——という考えを示した。その後、「後期高齢者医療制度の廃止」を掲げた民主党が2009年、政権を取った後も、自民党政権時代の見直し案の骨格はほぼ踏襲されたが、負担増を恐れる全国知事会との調整が付かず、この案は沙汰止みとなった。つまり、後期高齢者医療制度の運営が難しくなった場合、国民健康保険との統合は十分に考えられる。

3 | 都道府県への移行はどこまで可能か？

その後、2018年度制度改正を経て、国民健康保険の財政運営は都道府県に移譲されているため、当時と比べると、国民健康保険と統合するシナリオのハードルは低くなっている。

こうした点を意識しつつ、財政制度等審議会（財務相の諮問機関、以下は財政審）が2022年5月に示した建議では、「都道府県を給付と負担の相互牽制関係のもとで両者の総合マネジメントを行う主体としていくため、後期高齢者医療制度においても、財政運営の主体を都道府県とすることを検討すべきである」と指摘した。この文言は医療行政における都道府県の権限強化も意識していると見られ、詳細は後半で述べる。

ただ、既存の仕組みを短期間で引っ繰り返すことは困難である。一例を挙げると、市町村と後期高齢者広域連合が一体的に高齢者の健康づくりに取り組む事業（いわゆる「一体化事業」）が2020年度からスタートしており、言わば後期高齢者医療制度の存続が前提となっている。さらに、都道府県の役割拡大については、負担を強いられる全国知事会の反対も予想される。

実際、医療保険部会の「議論の整理」では、「国民健康保険では、都道府県はまだ運営経験も浅く、市町村の意見を聞きながら制度運営を進めている状況。安定した制度運営のためにも、実態をよく理解して対応が必要」といった委員の意見を紹介しつつ、「地方公共団体の意見を十分に踏まえながら、議論・検討を深めるべき」とクギを刺している。

このため、後期高齢者医療制度の見直し論議に発展するかどうか、今回の制度改正による影響や自治体の反応などを見極める必要がある。

以上、主に医療保険制度改革について、内容や意味合い、今後の論点を考察した。以下、全世代社会保障法のうち、都道府県に絡む部分のうち、▽医療費適正化計画の見直し、▽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、▽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。

²⁴ 2021年10月『医療と社会』Vol.31 No.2の厚生労働省官僚OBによる座談会での発言を参照。

10——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。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%以上減らす方針が示された（以下、特定健康診査・保健指導を「メタボ健診」の通称で統一）。

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、図表 2 の通り、計画の「目玉商品」であるメタボ健診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。以上の経過を見ると、全体的な傾向として、メタボ健診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²⁵。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。

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。

それでもメタボ健診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。

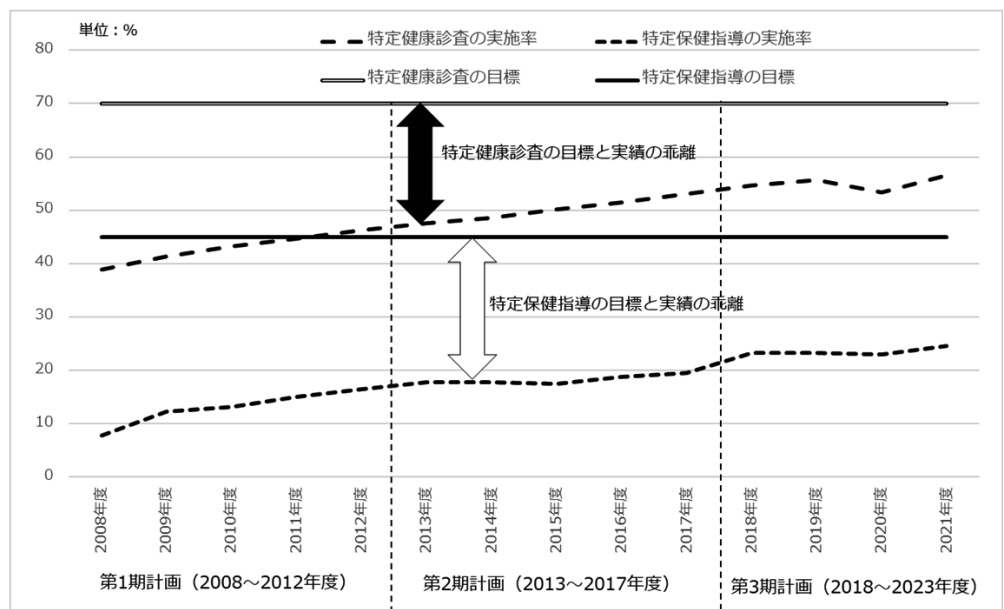
その後、2018年度から始まった第3期計画では、メタボ健診、該当者・予備群の減少率に関して、第2期計画の目

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、6年サイクルで策定されている「医療計画」の一部として、2017年3月までに都道府県が策定した²⁶。つまり、「医療計画・地域医療構想に基づく

図表2：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

²⁵ その後、廃止期限は最終的に2023年度末まで先送りされ、「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。

²⁶ 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を提供する「回復期」、長期療養の「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

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、「メタボ健診で約 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) メタボ健診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、メタボ健診がマクロの医療費抑制に繋がったエビデンスが示されていない点を指摘できる²⁷。当時は「生活習慣病の境界域段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」²⁸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²⁹。

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」³⁰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

や在宅医療の充実などを進めることが想定されている。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。

²⁷ なお、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、「メタボ健診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く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る。健康づくりの両面性に関しては、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。

²⁸ 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。

²⁹ 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。

³⁰ 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、東大大学院教授の吉川洋氏の発言。

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³¹。

しかし、小泉氏が「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³²。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、メタボ健診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：メタボ健診を指す）しかなかった」と振り返っている³³。

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ため、医療費適正化の手段として、メタボ健診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、従来の腰だめの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」³⁴、「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」³⁵といった厳しい意見が出ていた。筆者の意見としても、メタボ健診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³⁶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メタボ健診と並び、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。そもそも地域医療構想の制度化に際して、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³⁷。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

³¹ 2005年11月22日、経済財政諮問会議議事録における厚生労働相の川崎二郎氏の発言。

³² 2005年10月27日、経済財政諮問会議議事録における小泉氏の発言。

³³ 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。

³⁴ 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。

³⁵ 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。

³⁶ 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。

³⁷ 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、日医副会長の中川俊男氏が「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。

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メタボ健診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月の財政審で医療費適正化計画の見直しを求める資料を提出した³⁸。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、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。メタボ健診についても、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」やメタボ健診の計画など、医療費適正化計画に

³⁸ 2020年10月8日、財政審財政制度分科会資料を参照。

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」³⁹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。

³⁹ 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。

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、図表3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」

図表3：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。

「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⁴⁰。

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⁴¹。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。

11——保険者協議会の法定化

保険者協議会とは、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⁴²。

今回の制度改革では、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革とは言えない。

⁴⁰ 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。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。

⁴¹ 参考資料では、加入者が都道府県をまたいで所在するため、被用者保険等の保険料を試算しないとされている。

⁴² 保険者協議会は元々、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。さらに、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法的な根拠も定められた。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する——といった見直しも講じられた。

12——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、都道府県が作っている「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⁴³。

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、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、現在の制度改正の流れを作った 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、今回の制度改正の焦点になった「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正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。

⁴³ 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）。

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

今回の制度改正では、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カ年で運用され、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、今回の制度改正を通じて、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」が必須記載事項になったが、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、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。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。

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。

13——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、メタボ健診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⁴⁴。

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、前半で触れた通り、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⁴⁵、▽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⁴⁶、▽新興感染症対策の強化に向け、都道府県と医

⁴⁴ 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。

⁴⁵ 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）を参照。

⁴⁶ 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。

療機関の事前協定制度などを内容とする感染症法改正⁴⁷、▽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 年度に本格施行された「医師の働き方改革」の推進⁴⁸——など、近年の制度改革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⁴⁹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、「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、一層の制度改革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革の選択肢のうち、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⁵⁰。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であり、「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⁵¹。

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

⁴⁷ 臨時国会で成立した改正感染症法に関しては、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。

⁴⁸ 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、都道府県が関与することが期待されている。2023 年 9 月 29 日拙稿「施行まで半年、医師の働き方改革は定着するのか」、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。

⁴⁹ 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。

⁵⁰ なお、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おり、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、昨今の流れに対し、特に健康保険組合から対応策は示されておらず、健康保険組合の有志で成る「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。

⁵¹ 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。

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⁵²。

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。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内容が示された。この時、政府の会議に出席した同県知事だった荒井正吾氏が「受益と負担を総合的にマネジメントしていく」「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⁵³。

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。これは奈良県と平仄を合わせた動きと見られていた⁵⁴。

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⁵⁵。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⁵⁶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⁵⁷。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」と拒否した⁵⁸。旗振り役だった荒井氏も2023年4月

⁵² 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。

⁵³ 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。同県の地域医療構想では、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、佐賀県と並んで全国で珍しい事例だった。しかも、佐賀県の地域医療構想では、国民健康保険の都道府県化が末尾のロードマップで取り上げられている程度だったため、実質的に唯一の事例だった。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」と述べるなど、県主体の医療改革に前向きな姿勢を示していた。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。

⁵⁴ 2018年6月1日『医薬経済』を参照。

⁵⁵ 2018年10月28日に開かれた十四大都市医師会連絡協議会における日医副会長の中川氏の発言。同日の『m3.com』配信記事を参照。

⁵⁶ 2018年12月25日『m3.com』配信記事を参照。

⁵⁷ 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。

⁵⁸ 2020年8月26日の定例記者会見における日医会長の中川氏の発言。同日の『m3.com』配信記事を参照。

の選挙で知事の座を退いた⁵⁹。

実効面でも、現実的ではないとの指摘が出ている⁶⁰。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——という認識だ。

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、制度改革のメリット、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、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⁶¹。

一方、地域別診療報酬制度に関する議論と、今回の制度改革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、どこまで制度改革を講じるか、今後もメリット、デメリットを議論する必要がある。

14——おわりに

本稿では、2023 年通常国会で成立した全世代社会保障法のうち、前半で医療保険制度改革の部分、後半で都道府県に関わる制度改革を取り上げた。このうち、医療保険制度改革に関しては、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、制度の複雑化が一層進んだ点などを論じた。いずれも避けられない流れとは言え、制度の複雑化による弊害は関係者の間で共有される必要がある。さらに、今回の制度改革が後期高齢者医療制度の見直し論議に発展する可能性についても、意識する必要があるようだ。

一方、後者では「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革を取り上げた。これらの制度改革は都道府県単位で、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、制度改革を検討する必要がある。

⁵⁹ なお、最近の財務省は医師偏在是正のため、地域別診療報酬制度を使う必要性を主張している。2024 年 5 月の財政審議建議では診療所の不足地域と過剰地域で単価を変更するように求めた。

⁶⁰ 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。

⁶¹ 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。