

### 3 医療保険

#### 1. 2000年代直前の状況

日本の医療保険制度は、1973年に老人医療費支給制度（いわゆる老人医療費無料化）の導入に加えて、健康保険の家族7割給付、高額療養費制度などの給付改善が行われ、また1976年、1978年の診療報酬改定もあって、医療費が急速に増加した。その一方、日本の経済状況は1973年秋の第一次石油危機を契機に高度成長から低成長へと大きく転換したため、医療保険は大幅な赤字財政に陥り、その対応に苦慮する状況が続いた。

1981年に老人保健法が制定され、続いて1984年の健康保険法等改正をはじめとする改革が行われたことにより、保険財政は是正され、高齢化の進展と低い経済成長に対応した黒字基調が維持された。しかし1990年代に入ってバブル経済が崩壊して景気が急落し、1990年代半ばから経済のグローバル化が進展するなかで、日本経済は「失われた20年」ともいわれる長期不況に陥った。それまで日本経済を支えてきた産業構造と雇用構造が大きく変容し、医療保険では保険料収入が伸び悩む一方、高齢化の進展等により医療給付が増大し、財政は著しく悪化した。こうしたなかで1996年に医療保険審議会や老人保健福祉審議会から1997年に医療保険制度の抜本改革を求める建議や意見等が出され、関係団体等からも抜本改革を求める動きが強まっていった。

しかし、政府は、抜本改革の検討に先立って、毎年巨額な赤字が生じている医療保険、とくに老人保健制度と政府管掌健康保険に対する財政対策を講じないと1997年度予算案の編成が危ぶまれるという状況への対応が求められた。そのため1996年12月、与党3党（自由民主党・社会民主党・新党さきがけ）の「与党医療保険制度改革協議会」（与党協）は、抜本改革を行うことを前提に、当面の財政対策を改正案として取りまとめ、事態の收拾を図った。

1997年6月、健康保険法等改正案が成立し、同年9月から施行された。法改正の主な内容は、①被用者保険における被保険者本人の負担を1割から2割に引き上げる、②老人保健制度における患者一部負担を引き上げる、③外来薬剤費に患者負担を一部導入する、④政管健保の保険料率を8.2%から8.5%に引き上げるなどであった。また、この法改正で2001年1月に医療保険審議会と老人保健審議会が廃止され、新たに医療保険福祉審議会が設けられることになった。

こうして暫定的な財政対策が講じられたが、改正法案の審議が行われるのと並行して厚生省や与党協では抜本改革案の検討が進められた。1997年4月に与党協が「医療制度改革の基本方針」を取りまとめ、同年8月に厚生省から「21世紀の医療保険制度（厚生省案）—医療保険及び医療提供体制の抜本改革案」<sup>1</sup>が提示され、これを受けて与党協は同じ8月に「21世紀の国民医療—良質な医療と皆保険制度確保への指針—」<sup>2</sup>を発表した。

<sup>1</sup> 国立社会保障・人口問題研究所『日本社会保障資料IV（1980—2000）』2005年、所収

<sup>2</sup> 前掲『日本社会保障資料IV（1980—2000）』2005年、所収。

これらの改革案の提示にともなう改革論議が本格化し、抜本改革の課題は、①診療報酬体系の改革、②薬価制度の見直し、③高齢者医療制度の見直し、④医療提供体制見直しの4つの柱に集約されていった。なかでも高齢者医療制度の見直しについては、厚生省案と与党協案に加えて関係団体等からも改革案が提示され、活発な議論が展開された。改革案を審議した医療保険福祉審議会制度企画部会ではそれらの改革案を、①独立保険方式、②突き抜け方式、③リスク構造調整方式、④統一一本化方式の4つにとりまとめて検討を行い、1998年11月に中間意見書<sup>3</sup>を発表した。そこでは新たな制度設計における課題等を整理するとともに、新制度の基本的枠組みとして独立保険方式と突き抜け方式を取り上げ、それぞれの特徴を述べたうえで、計量的側面と実務的側面を勘案して具体案を策定するよう求めた。それを受けて厚生省は1999年1月に2つの制度モデル案と両案における財政試算を提出した<sup>4</sup>。

そうしたなかで、1999年4月、先行していた薬価制度の見直しにおいて自民党が日本医師会の反対を受けて参照価格制の導入案を白紙撤回したことをきっかけに、抜本改革をめぐる議論は迷走状態に陥った。とくに高齢者医療制度の見直しをめぐって、独立保険方式を主張する日本医師会と突き抜け方式を主張する健保連・連合等との対立が激しくなり、同年8月に医療保険福祉審議会制度企画部会では4つの案のメリット・デメリットを整理した報告書「新たな高齢者医療制度のあり方」<sup>5</sup>を提出して審議を終えた。改革案の審議が時間切れとなるなかで、厚生省は2000年1月に「医療制度抜本改革の進め方について」と題する報告書をまとめて医療保険福祉審議会に提出し、そのなかで抜本改革について「基本的には平成14年度からの実施を目指し検討を進める」との方針を示した。

2000年に実施をめざした抜本改革が先送りされたことにより、抜本改革を前提にしてきた医療保険においてはその財政運営が厳しい状況に陥ってしまうことから、再び当面の財政対策を内容とする法改正が講じられることとなった。以上が2000年直前までの医療保険の状況である。

## 2. 2000年の健康保険法等改正から2005年の「骨太の方針2005」までの動き

### (1) 2000年健康保険法等改正

厚生省は2000年1月、当面の財政対策として健康保険法等改正案を通常国会に提出した。衆議院の解散・総選挙による政治状況にともなう改正法案は審議未了・廃案となったが、秋の臨時国会に再提出されて成立した。この改正法案の参議院国民福祉委員会の採決にあたって、2002年度中に必ず新たな高齢者医療制度等の創設を実施すること等の付帯決議が行われた。

改正法は2001年1月から施行された。主な内容は、次のとおりである。

<sup>3</sup> 医療保険福祉審議会制度企画部会「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」前掲『日本社会保障資料IV（1980－2000）』2005年、所収。

<sup>4</sup> 医療保険福祉審議会「高齢者独立モデルおよび退職者健康保険制度（仮称）の財政試算」前掲『日本社会保障資料IV（1980－2000）』2005年、所収。

<sup>5</sup> 前掲『日本社会保障資料IV（1980－2000）』2005年、所収。

- ① 高齢者のコスト意識を喚起するとともに、2000年に施行された介護保険の利用者負担との公平を図るために、老人保健制度の患者の一部負担を定額負担から1割の定率負担に変更する。その際、診療所および200床未満の病院と200床以上の病院に区分してそれぞれ負担の月額上限を設ける。ただし、診療所については事務処理負担の観点から1日800円・月4回までの定額負担も選択できるとした。また、入院の定率1割負担については、一般者、低所得者それぞれに上限を設ける。
- ② 老人保健制度の外来薬剤費の一部負担を廃止する。
- ③ 高額療養費制度を見直し、新たに上位所得者の区分を設け、その負担限度額を一般所得者と同程度の月収の22%とする。
- ④ 国民健康保険においても健康保険と同様に海外療養費制度を導入する。

老人保健制度における定率負担の導入は、低所得者を除いて一般の高齢者にも応分の負担を求めるものであったが、診療所の8割以上が定額負担を選び、その本格的実施には至らなかった。

2001年1月に官庁再編により厚生省と労働省が統合して厚生労働省となった。また同時に、医療保険制度改革を審議していた医療保険福祉審議会が廃止され、社会保障審議会が創設された。

## (2) 2002年健康保険法等改正

当面の財政対策は講じられたものの、老人医療費を中心に医療費が増大する一方、景気の低迷により保険料収入は伸び悩み、医療保険財政は深刻な状況を呈していた。こうしたなかで、小泉純一郎内閣において官邸主導の役割を担った経済財政諮問会議の決定に沿って、政府は2001年6月、「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針（骨太の方針2001）」<sup>6</sup>を閣議決定した。そこでは医療制度が「制度疲労」により持続可能性が揺らいでいるとして、サービスの質を維持しつつコストを削減し、医療費全体が経済と両立可能なものになるよう改革を求めた。同年9月に厚生労働省は「医療制度改革試案」を公表し、老人医療費の伸び率管理制度、高齢者の1割負担の徹底、現役世代の3割負担、75歳以上を対象にした高齢者医療制度の創設などを提案した。これを受けて同年11月、政府、与党（自民党・公明党・保守党）の社会保障改革協議会において「医療制度改革大綱」<sup>7</sup>がとりまとめられた。このなかで、医療保険制度の一元化、高齢者医療制度の創設を掲げていたが、具体的内容についての合意は得られなかった。

このような状況の下で、2002年の改正案は、制度の基本構造の改革に踏み込んだものにはな

<sup>6</sup> 吉原健二・和田勝（2008）『日本医療保険制度史・増補改訂版』（東洋経済）818頁参照。

<sup>7</sup> <http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/1129syakai.html> 参照。

らず、患者の一部負担および保険料負担の引上げを柱とする財政対策を講じるものであった。このため、改正案をめぐって与党内部で厳しい議論が行われ、2002年2月に与党と政府の間で保険料率、一部負担、政管健保を担う社会保険庁の民営化、健保と国保の再編・統合、新しい高齢者医療制度等について見直しを行うことについての確認書「医療保険改革に関する合意事項」<sup>8</sup>が交わされた。さらに、この確認書については、改正法案の附則第2条第2項に、医療保険制度の体系のあり方の見直し、新しい高齢者医療制度等の創設、診療報酬体系の見直しについて、2002年度中に具体的内容、手順および年次計画を明らかにした基本方針を策定し、できるだけ速やかに所要の措置を講ずる等の規程を設けるとした「医療制度改革に関する政府・与党追加合意」<sup>9</sup>が付け加えられた。これに基づき、平成14年健康保険法等改正法附則第2条<sup>10</sup>にそのことが規定されたが、2つの確認書に盛り込まれた事項はその後の制度改革の方向性に大きな影響を及ぼした。

健康保険法等改正案は2002年3月に国会に上程され、7月に成立した。改正法は2段階で実施され、2002年10月施行の主な内容は以下のとおりである。

- ① 70歳以上の自己負担はすべて定率1割負担とする。ただし、上位所得者は2割負担とし、一般、低所得者それぞれに自己負担の上限を設ける。また、3歳児未満の自己負担は3割から2割に引き下げる。
- ② 70歳未満で一般医療対象者の自己負担上限額（高額療養費）も、上位所得者と一般は引き上げ、低所得者は据え置く。
- ③ 老人保健制度の対象者は、10月から5年がかりで毎年度1歳ずつ引き上げ75歳以上に引き上げる。これと並行して、老人保健拠出金に対する公費負担を5年間で3割から5割に段階的に引き上げる。また、現役並み所得の者については公費負担の対象から除外する。
- ④ 国民健康保険については、広域化や市町村合併時の保険料格差を埋める無利子貸付金等の国保広域化支援基金の創設、市町村国保の財政基盤強化のため低所得者の多い市町村への保険者支援制度の創設等を行う。
- ⑤ 高齢者医療費の伸び率管理制度は、伸び率抑制の指針（拘束力のない努力目標）に切りかえる。

続いて、2003年に施行された主な内容は、以下のとおりである。

---

<sup>8</sup> 吉原・和田、前掲書（脚注6）、482頁参照。

<sup>9</sup> 吉原・和田、前掲書（脚注6）、483頁参照。

<sup>10</sup> 吉原・和田、前掲書（脚注6）、487頁参照。

- ① 被用者保険の被保険者本人の定率負担を3割に引き上げる。
- ② 被用者保険で月収（標準報酬月額）に保険料率を乗じてきた保険料算定をボーナス込の年収に保険料率を乗じる「総報酬制」に切り換える。これにともない、政管健保の保険料率は月収の8.5%から8.2%に引き下げられた。
- ③ 現役世代にかかる外来薬剤費負担金は廃止する。

こうした一連の改正は、老人保健制度の対象年齢の引上げと国庫負担率の拡大を行うとともに、患者における応益負担の徹底と高所得者に対する応能負担の強化を軸にした大きな財政改革であり、小泉首相は患者・保険者・医療機関それぞれに痛みを分かち合う「三方一両損」と称した。しかし、3割負担に対する批判や疑問は大きく、健康保険法附則に「将来を通じて7割給付（3割自己負担）を維持する」と明記し、それ以上の引上げはしないこととした。

### （3）2003年3月の医療制度改革に係る「基本方針」の閣議決定

健康保険法等改正に先だって、2002年3月に厚生労働省内に厚生労働大臣を本部長とする医療制度改革推進本部を設けて、抜本改革に向けた検討を進めていたが、改正法成立後、附則第2条第2項に規定された改革の実現に向けての取組みが本格化した。2002年12月に厚生労働省は『「医療保険制度の体系の在り方」「報酬体系の在り方」について（厚生労働省試案）』<sup>11</sup>を公表した。

その試案では、「保険者の再編・統合」について、都道府県単位を軸に行うのが望ましいとして、国保は当面は市町村合併や広域化を進め、将来的に都道府県単位の保険者あるいは公法人とするとしている。また、政管健保は全国一本の保険者を基本としつつ、都道府県単位の財政運営を導入し、それぞれの医療費を反映した保険料率を設けるとし、健保組合は、小規模・財政窮迫組合の再編・統合を進め、その受け皿として都道府県単位の地域型健保組合の設立を認めるとした。

最大の焦点である「新しい高齢者医療制度」については、2002年の健康保険法等改正により、老人保健制度が最終的に75歳以上を対象に、公費5割、拠出金5割となるが、その到達を待って2007年度中には新制度に移行することとした。また、新制度の基本的考え方として、①老人保健制度を廃止し、責任主体を明確にする、②社会保険方式を維持する、③給付費のうち5割の公費負担を維持する、④国保被保険者の年齢構成に着目した制度間調整を実施するという4点をあげた。そのうえで、新たな高齢者医療制度として、A案「財政調整方式」とB案「高齢者独立方式」の2つの案を提示した。A案は、年齢構成が低く医療費が標準を下回る保険者はその差額を拠出し、高齢化して医療費が標準を超える保険者はその差額を受給するという調整を行うとともに、加入者の所得差による保険料の格差を平準化する調整も加えるとしている。

<sup>11</sup> <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/02/s0219-7b.html> 参照。

またB案は、75歳以上の医療保険制度を創設し、給付の1割を高齢者が負担し、4割を全保険制度からの拠出金、5割を公費で賄うというものである。試案では両案の財政試算も加え、それぞれのメリット、デメリットをあげたうえで、改革案の判断を政府・与党に託すものとなっていた。

厚生労働省試案の公表後、厚生労働大臣が日本医師会、健康保険組合連合会、国民健康保険中央会等の11関係団体との意見調整を個別に行うなど、関係団体の意見も踏まえたうえで、2003年3月に「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（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）」<sup>12</sup>を閣議決定した。

この基本方針で「医療保険制度体系」については、基本的な考え方として、①安定的で持続可能な医療保険制度の構築、②給付の平等・負担の公平、③良質かつ効率的な医療の確保の3つをあげ、「保険者の再編・統合」と「高齢者医療制度」を取り上げている。

「保険者の再編・統合」では、被用者保険、国保それぞれについて、都道府県単位を軸に再編・統合を推進するとして、上記の厚生労働省試案とほぼ同じ内容となっている。また、地域における取組みをあげ、保険者、医療機関、地方公共団体等の関係者が連携して地域の特性を調査分析し、医療に関連する諸計画と整合を図りつつ、医療費の適正化を図ることを指摘している。

「高齢者医療制度」については、①65歳以上の者を対象に、後期高齢者（75歳以上）と前期高齢者（65歳～74歳）のそれぞれの年齢層に応じた新たな制度を設ける、②後期高齢者については厚労省試案の「高齢者独立方式」を創設する、③前期高齢者については、引き続き国保、被用者保険に加入するが、その偏在による医療費負担の不均衡を医療保険制度間で財政調整するとしている。

さらに、この基本方針の改革の手順・時期については、①医療保険制度体系に関する改革は、2008年度に向けて実現を目指すこととし、法改正を伴わずに実施可能なものについては逐次実施し、法改正を伴うものについてはおおむね2年後を目途に順次制度改正に着手することとし、②診療報酬体系については次期の診療報酬改定から逐次実施を図るものとした。

この「基本方針」の閣議決定が2006年の制度改革に至る論議の事実上のスタートラインとなった。

#### （4）2005年6月の「骨太の方針2005」の閣議決定

経済財政諮問会議ではかねてから民間議員を中心に社会保障費の総枠管理を行うべきだという主張がなされてきた。2005年の経済財政諮問会議でも民間議員は、名目GDPの伸び率等のマクロ指標を基準に医療給付費の伸びを管理し、医療給付費がマクロ指標を超える場合には医療費抑制のための制度改革を行うべきだと強く主張した。マクロ指標としては、高齢化によ

<sup>12</sup> <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0327-2a.html> 参照。

る医療費増加要因を加味した高齢化修正マクロ指標を採用するなどの提案も行われた。また、「骨太の方針 2001」で決定した医療費総額を抑制するための枠組みが講じられていないとして、その早期構築を強く求めた。

これに対して尾辻厚生労働大臣、自民党社会保障調査会丹羽会長等は、経済財政諮問会議において、医療費の伸びが最も著しい高齢者医療費を抑えるために、生活習慣病対策の推進、医療機能の分化と連携の推進、平均在院日数の短縮等を重視した都道府県ごとの目標を設定し、定期的にその達成状況を検証するなどにより医療費抑制の構造的対策を進めるとしたが、マクロ指標による給付費の伸び率管理自体は、高齢化や技術進歩等による増大が見込まれる医療費にはなじまないとして強く反対した。

これらを受けて 2005 年 6 月に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針（骨太の方針 2005）」<sup>13</sup>では、医療費の伸びの抑制を図るため、医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、その達成のための必要な措置を講じることとし、2006 年度中に医療制度改革を断行することとされた。

なお、この間、中央社会保険医療協議会（中医協）において、いわゆる「混合診療」問題や中医協委員における贈収賄事件を契機に、診療報酬の仕組み、中医協の機能・役割・委員構成などの見直しなどが大きな課題となり、それらの改革も医療制度抜本改革の一環として行われたが、これらについては「4. 診療報酬」において取り上げている。

### 3. 2005 年「医療制度改革大綱」の決定

#### （1）社会保障審議会医療保険部会における審議

2003 年 3 月の「基本方針」の閣議決定後、高齢者医療制度の創設をはじめとする医療保険制度体系の改革と中医協改革を含む診療報酬体系の改革が本格化したが、2005 年 6 月の「骨太の方針 2005」の閣議決定後は医療費適正化対策の推進がもう 1 つの大きな改革の柱としてとりあげられるようになった。これらの 3 本柱のうち診療報酬改革は次項で取り上げるので、以下では医療保険制度体系と医療費適正対策の 2 つについて、改革の流れをみていくことにしたい。

まず、医療保険制度体系の改革については、2003 年 7 月に社会保障審議会医療保険部会が立ち上げられ、医療保険制度改革についての審議が開始された。医療保険部会では医療保険の再編・統合、高齢者医療制度、医療費適正化、保険給付のあり方等について審議を重ねたが、とりわけ高齢者医療制度については関係団体を代表する各委員から多様な意見が提出され<sup>14</sup>、激しい議論が繰り広げられた。2005 年 8 月に医療保険部会において、それまでの議論の中間的に整理「社会保障審議会医療保険部会における議論の整理」<sup>15</sup>が行われた。厚生労働省では

<sup>13</sup> <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/050621honebuto.pdf> 参照。

<sup>14</sup> 週刊社会保障編集部「高齢者医療制度に関する関係団体の意見（概要）」（『週刊社会保障』No.2344（2005.8.8））

<sup>15</sup> 栄畑潤（2007）『医療保険の構造改革—平成 18 年改革の軌跡とポイント』（法研）199 頁

これらの検討をふまえて、厚生労働省試案の検討が進められた。

また、2004年の秋から2005年度予算編成に向けていわゆる三位一体改革（国庫補助負担改革、税源移譲、地方交付税改革）が大きな議論となるなかで、市町村国保において都道府県負担を導入してその分の国庫負担を引き下げる措置を講じるとともに都道府県の財政調整権限を強化する措置が講じられた。こうした措置は、市町村国保の都道府県化に向けた動きとみられたが、全国知事会などにおいてそれに反発する動きもみられた。

## （2）社会保障審議会医療部会における審議

医療提供体制については、少子高齢化の進展、医療技術の進歩、国民意識の変化等を背景として、より質の高い効率的な医療を提供するための改革を推進することが課題とされてきた。医療制度改革に向けた取組みが行われるなかで、医療提供体制についても検討を進めるため厚生労働省内に検討チームが設置され、有識者や関係団体等の意見もふまえながら、2003年4月に「医療提供体制の改革のビジョン」<sup>16</sup>が取りまとめられた。そこでは21世紀の医療提供体制の将来像と当面行うべき施策についての取組みが提示された。

2003年3月の「基本方針」の閣議決定を受けて、医療提供体制についても医療保険制度改革と一体になった改革が必要であるとして、2004年9月から社会保障審議会医療部会においてその検討が開始された。2005年8月、医療部会は厚生労働省での構造改革試案作成に向けて「医療提供体制に関する意見中間まとめ」<sup>17</sup>をとりまとめた。

そこでは「基本的な考え方」として、患者本来の医療の実現、チーム医療と地域連携の構築、安全で安心できるより質の高い効率的な医療サービスの提供をあげている。そのうえで「個別の論点」として、①患者・国民の選択の支援（医療機関等による積極的な情報の提供・アウトカム指標の情報提供に係る基盤整備など）、②医療安全対策の総合的推進、③医療計画制度の見直し等による地域の医療機能の分化・連携の推進、④母子医療・救急医療・災害医療および僻地医療体制の整備、⑤地域・診療科等での医師の偏在解消への総合的対策、⑥在宅医療の推進、⑦医療法人制度改革、⑧医療を担う人材の養成と資質の向上、⑨医療を支える基盤の整備をあげ、それぞれの課題と対応策について論点の整理を行っている。

## （3）政府管掌健康保険の改革の方向付け

政府管掌健康保険については、かねてから全国一律の保険料率であるのに対して地域によって医療費水準にかなりの格差があること、制度運営や保険事務の改革等に関して保険業務を担う社会保険庁が積極的でなく保険運営も効率的でないことなどに対する批判があった。2002年の健康保険法等改正にあたって与党と政府の間で結ばれた確認書「医療保険改革に関

---

以下参照。

<sup>16</sup> <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/04/h0430-3a.html> 参照。

<sup>17</sup> <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/08/s0801-2b.html> 参照。



する合意事項」（前掲）のなかで「政管健保のあり方を見直し、社会保険庁の民営化を行う」と記したことが契機となって、政管健保のあり方が抜本改革案の検討の俎上に上るようになった。

さらに 2004 年の年金制度改革法案の国会審議において個人情報の業務外閲覧事件に端を発した社会保険庁の事業運営批判に応えるために、内閣官房長官の下に「社会保険庁の在り方に関する有識者会議」が設けられ、社会保険庁の組織のあり方が全体にわたって議論された。2005 年 5 月に同有識者会議から出された報告書「社会保険庁改革の在り方について（最終とりまとめ）」<sup>18</sup>において、公的年金制度の運営と政管健保の運営を分離することが適当とされた。また、政管健保について、国とは切り離れた全国単位の公法人を保険者として創設し、財政運営は都道府県単位を基本として保険給付、保健事業、保険料率設定等の事務を実施させることとし、新組織の具体的あり方は医療保険制度改革において詳細な検討を行うこととされた。これによって政管健保の改革についての大きな方向付けがなされた。

#### （４）「医療制度構造改革試案」（厚生労働省試案）の公表

2005 年 10 月、厚生労働省は医療制度改革に関する国民的議論の素材に供するためとして「医療制度構造改革試案」（厚生労働省試案）<sup>19</sup>を公表した。そこでは改革の基本方針として、①国民皆保険を維持する、②予防重視・医療サービスの向上と効率化を基本として医療費適正化を実現し国民の負担可能な範囲に抑えること、③給付と負担の関係を老若を通して公平かつ透明でわかりやすくすること、の 3 点をあげた。

具体的政策は多岐にわたるが、主なものとして次のようなことがあげられている。

- ① 予防重視と医療の質の向上・効率化のための取組みとして、a)医療保険者に対する糖尿病等に着目した健診と保健指導の義務づけによる生活習慣病の予防対策の充実、b)医療計画制度の見直し・患者に対する情報提供・医師偏在問題への対応等を通じた患者本位の医療提供体制の充実などがあげられている。
- ② 医療費適正化に向けた総合的対策の推進として、a)糖尿病等の患者および予備軍の 25%減少、b)平均在院日数の全国平均（36 日）と長野県（27 日）との差（9 日）を半分程度に縮小することを政策目標とする「中長期的対策」と、c)患者負担の引上げ（高額療養費の上限の引上げ、療養病床の食費の引上げなど）、d)給付の見直し（任意継続被保険者の傷病手当金・出産手当金の廃止、療養病床の入院時生活療養費の導入など）、e)保険料賦課の見直し（標準報酬月額の上限の引上げ、標準賞与の上限の見直し）などの「短期的対策」の導入などがあげられた。さらに、保険運営効率化の取組みとして、f)レセプト提出など IT を活用した医療保険事務の効率化、g)審査支払機関による

<sup>18</sup> <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyou/dai10/10siryou4.pdf> 参照。

<sup>19</sup> <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/10/tp1019-1c.html> 参照。

審査の充実などが取り上げられた。

- ③ 都道府県単位の医療保険者の再編統合は、a)国保については、高額療養費共同事業、国保財政安定化事業など都道府県単位での保険運営を推進する、b)政管健保については、2008年を目途に国と切り離れた全国単位の公法人を設立して保険者とし、財政運営は都道府県を単位として行う、c)健保組合については、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地域型健保組合の設立を認める、としている。
- ④ 新しい高齢者医療制度として、a)市町村を運営主体とする後期高齢者医療制度を創設する、b)前期高齢者については、その医療給付費を各保険者の加入者数に応じて負担する財政調整を行い、国保と被用者保険の負担の不均衡を是正するとしている。

これらの政策を示したうえで、医療給付費の将来見通しを示した。2003年度の国民医療費は31.5兆円で、それから患者負担分を除いた医療給付費は28.3兆円である。現行のまま改革されずに推移した場合には、医療給付費は2015年度に40兆円、2025年度に56兆円となるが、この試案における中長期および短期の医療費適正化対策を実施した場合には、2015年度には37兆円、2025年度には49兆円に抑制することができるとした。また、その場合には、政管健保は2,300億円、国保は2,200億円と財政が好転するのに対し、健保組合は2,200億円の財政が悪化するが、国庫負担は2,200億円が軽減されるとしている。

また、外来診療において受診1回ごとに1,000円または500円まで自己負担とする保険免責制の導入、診療報酬の伸びの抑制などを経済財政諮問会議等から提案されていることを紹介した。また、経済財政諮問会議の民間議員の提案する高齢化修正GDPによる給付費の伸び率管理を適用すると、医療給付費は2015年度には35兆円、2025年度には42兆円になると試算している。

「医療制度構造改革試案」(厚生労働省試案)が提示されたことにより、抜本改革案に関する議論が一気に盛り上がった。日本医師会は、厚生労働省試案は財政対策に偏り医療の安全確保や質の向上に何ら触れていないと批判し、とくに患者負担の増加、保険免責制には絶対反対とした。健康保険組合連合会や連合は反対意見を改革への抵抗勢力として排除していく小泉政権の手法に疑問を呈するとともに、とくに高齢者医療制度改革には反対であるとした。また全国市長会・全国町村会・国民健康保険中央会は、後期高齢者医療制度の運営主体を市町村とすることは到底容認できず、国保の構造的問題の解決にはきわめて不十分であるとするなど厳しい意見が出された。

#### (5) 「医療制度改革大綱」の決定

厚生労働省では「厚生労働省試案」の公表と併せて、2005年10月に省内に大臣を本部長とする「医療構造改革推進本部」<sup>20</sup>を設置し、与野党や関係団体等の意見を聴取しながら具体的

---

<sup>20</sup> 組織図は栄畑、前掲書(脚注14)、42頁を参照。

方策の検討をすすめた。同年 11 月、政府・与党（自民党・公明党）は「政府・与党医療構造改革協議会」（政与協）が発足した。政与協では 2006 年度予算編成日程を踏まえ、遅くとも 12 月上旬までに改革案をまとめるとしたうえで、検討が進められたが、マクロ経済指標によって医療費の伸びを抑える仕組みや保険免責制の導入を主張する経済財政諮問会議とそれらを不相当とする厚生労働省との対立があり、それらの調整が図られた。

これと並行して、社会保障審議会医療保険部会では「厚生労働省試案」全体について議論が行われた。予防重視と医療の質向上・効率化対策、中長期的な医療費適正化対策、保険者の再編・統合等に関してはおおむね一致をみたが、患者負担の引上げや高齢者医療制度の創設については意見が分かれた。2005 年 11 月末、幾つかの論点は両論併記のかたちで「医療保険制度改革について（意見書）」<sup>21</sup>が取りまとめられ、提出された。

その後も、政府・与党内で議論が重ねられ、後期高齢者医療制度の保険者を都道府県単位で全市町村が加入する広域連合とすること、患者負担が 2 割となる 70～74 歳の低所得者に対する高額療養費の自己負担限度額は据え置くこと、乳幼児の患者 2 割負担の対象年齢を 3 歳未満から義務教育就学前まで引き上げることなどの修正について合意がなされた。

こうして同年 12 月、「医療制度改革大綱」<sup>22</sup>が決定された。大綱において「基本的考え方」としたのは、①治療重点の医療から疾病予防を重視した保健医療体系への転換、②国民皆保険を持続可能なものにするための医療費抑制、③超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現である。そのための具体的対策として、①医療費適正化のための中長期対策と短期的対策、②新高齢者医療制度の創設、③生活習慣病の予防対策、④保険者の再編統合、⑤地域における安心・信頼の医療の確保、⑥中医協の見直しなどがあげられ、それらの詳細がまとめられた。

#### 4. 医療制度改革関連法の成立とその概要

##### （1）医療制度改革二法の成立

「医療制度改革大綱」に沿って、制度改正案の具体的な内容の確定と法案作成作業が進められた。2006 年 2 月、制度改正案は、「健康保険法等の一部を改正する法律案」（健保法等一部改正法案）および「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案」（良質な医療確保法案）の 2 つからなる医療制度改革二法案としてまとめられた。健保法等一部改正法案は、内容が多岐にわたり施行時期も 7 段階に区分されていた（「健保法等一部改正法案の施行時期と主な内容」<sup>23</sup>、「良質な医療確保法案の概要」<sup>24</sup>）。

医療制度改革二法案は 2006 年 2 月に閣議決定され、同年 4 月に国会に提出された。同年 6 月に二法は可決成立し、同年 10 月以降段階的に実施されることになった。焦点となっていた

<sup>21</sup> <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1130-6a.html> 参照。

<sup>22</sup> <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/taikou.pdf> 参照。

<sup>23</sup> 吉原・和田、前掲書（脚注 6）、493 頁の表を参照。

<sup>24</sup> 吉原・和田、前掲書（脚注 6）、492 頁の表を参照。

高齢者医療制度については、2008年3月末をもって老人保健制度が廃止され、同年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき「後期高齢者医療制度」、「前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整」、「特定健診等の医療費適正化の推進」が施行されることとなった。

## (2) 健康保険法等の一部を改正する法律の概要

主な内容をあげると、以下のとおりである。

### 1) 医療費適正化の総合的な推進

#### ①医療費適正化計画の策定

生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のための5か年計画を都道府県ごとに策定する。

#### ②生活習慣病予防対策の推進

医療保険者が40歳以上の加入者を対象とするメタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導の実施計画を策定し実施することを義務付ける。

#### ③平均的在院日数の短縮に向けた取組みの推進

長期入院を是正するため、a)療養病床については医療の必要性の高い患者に限定して医療保険で対応する、b)医療の必要性の低い患者については介護老人保健施設、ケアハウスなどの居住系サービス等で受け止める。これにより、2012年までに現在の療養病床38万床（医療療養25万床、介護療養13万床）を、医療療養病床23万床、居住系サービスまたは介護老人保健施設38万床に再編成する（介護療養病床を廃止）。

#### ④保険給付の内容・範囲の見直し

短期的な医療費適正化方策として、a)現役並み所得を有する高齢者については、現役世代と同じ3割負担とする（高齢者に係る高額療養費については現役世代よりも低い負担限度額を設定し、低所得者の限度額を据え置く）、b)高額療養被用者の自己負担限度額は総報酬を基礎とした平均的な1月当り収入の25%相当額に相当する水準とする、c)医療保険適用の療養病床については、介護保険との均衡の観点から食費および居住費の負担を課す、d)出産一時金30万円から35万円に引き上げる、e)傷病手当金および出産手当金の給付水準を1日につき、現行の「賃金の6割相当」を「賃金の3分の2相当」に改める、f)2008年4月から70～74歳の患者負担を1割から2割に引き上げ、乳幼児に対する患者負担軽減（2割）の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前まで拡大する。

### 2) 新たな高齢者医療制度の創設

#### ①後期高齢者医療制度

75歳以上の高齢者について、2008年度に独立した医療制度を創設する。財源は保険料1割、現役世代（国保・被用者保険）からの支援金（約4割）、公費から約5割とする。保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県ごとに全市町村が加入する広域連合が実施する。

また、高額医療費についての財政支援、保険料未納等に対する貸付・交付など、国・都道府県による財政安定化措置を実施し、重層的に支援する。

#### ②前期高齢者の医療費に係る保険者間財政調整制度の創設

65歳から74歳までの高齢者の医療費について、2008年度から、従来の医療保険に加入したまま、保険者間の負担の不均衡を各保険者の加入者数（被保険者数および被扶養者数）に応じて調整する仕組みを設ける。また、退職者医療制度については、2014年度までに65歳未満で退職した者を対象として、現行制度を経過措置として継続する。

### 3) 都道府県単位の保険者の再編・統合

#### ①国保の財政基盤強化

2005年12月の医療制度改革大綱では、都道府県単位での保険運営を推進するためには、国保財政の基盤強化に向けて共同事業の拡充と保険者支援の強化を図る必要があるとしていたが、それに沿って同年12月に総務・財務・厚生労働の3大臣合意がなされた。その内容は、以下のとおりである。a)高額医療費共同事業の継続（事業規模：1,800億円程度、交付基準：80万円超、負担区分：市町村1/2・都道府県1/4・国1/4、事業主体：国保団体連合会）、b)保険者支援制度の継続（低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援。事業主体：市町村、負担区分：市町村1/4・都道府県1/4・国1/2）、c)国保財政安定化支援事業の継続（国保財政の安定化や保険料負担の平準化等に資するために、市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置で支援する事業。地方財政措置：1,000億円程度）。また、新たな事業として、d)保険財政共同安定化事業の創設（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、1件30万円超の医療費について、市町村の拠出による保険財政共同安定化事業を2006年10月から実施する（国保医療費の約4割が対象）。これらの3大臣の合意に基づく事業は、2006年の国民健康保険法改正において規定され、同年10月から実施された。また、3大臣の合意については、国保の財政状況や高齢者医療制度の創設にともなう影響等を勘案し、2010年度において見直しを行うこととされた。

#### ②政管健保の公法人化

2008年10月に。政府管掌健康保険を改め、国と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し、都道府県ごとに、年齢構成や所得水準の違いを調整したうえで、地域の医療費を反映した保険料率を設定するなど都道府県単位の財政運営を行う。全国健康保険協会管掌健康保険における保険適用および保険料徴収の事務は、日本年金機構で行う。

#### ③地域型健康保険組合

小規模または財政窮迫の健康保険組合の保険運営の安定を図るため、都道府県を単位として、業種にとらわれずに合併することができる地域型健保組合の設立を認める。設立後5年間の不均一な保険料率の設定を認める。

## 5. 医療制度改革関連法の実施状況

### (1) 波乱のスタートとなった後期高齢者医療制度

2008年3月末で老人保健法が廃止され、4月1日から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき後期高齢者医療制度が施行されたが、まさに波乱の幕開けであった。かねてから施行に向けて準備が進められていたが、制度の周知が不十分だったこともあって、後期高齢者という名称が差別的だといった感情的な反発もみられたり、新たに保険料を徴収される被扶養者たちの不満の声が高まったり、さらに被保険者証が未着だったりするトラブルも発生した。また、2007年7月の参議院選挙で自民党が大敗した原因が政府の改革路線によって生じた国民生活の格差と不安の拡大にあるという批判を受けて、与党内から後期高齢者医療制度による負担増の見直しを求める声が高まっていたが、政府はそれに応えるため、70歳から74歳までの患者負担の1割から2割への引上げの凍結、高齢者の新たな保険料負担を半年間凍結、次の半年間は9割軽減して国庫負担で肩代わりすることにして、その費用を2007年度補正予算で計上した。この措置にともなうシステム改修などの作業も加わり、国民への周知がさらに遅れるとともに、制度の不透明感が強くなった。そのため、政府は2008年4月、後期高齢者医療制度の施行日に通称として「長寿医療制度」という名称を用いることとしたが、弥縫的だとしてさらに反発を強めた。

2008年5月、民主党等の野党4党は「後期高齢者医療制度の廃止等及び医療に係る高齢者の負担軽減等のために緊急に講ずべき措置に関する法律案」（後期高齢者医療制度廃止法案）を参議院に提出し6月に可決され、衆議院では継続審議となった。

そうした動きに対応して、政府は同年6月、政府・与党協議会において、低所得者に対する保険料の軽減、被用者保険の保険料負担の凍結、70歳から74歳までの一部負担割合の引上げ（1割→2割）の実施時期の延期、保険料の年金からの徴収の対象要件の引上等の対策が講じられた。

### (2) 社会保障国民会議・安心社会実現会議の設置

小泉内閣の下で2004年に年金制度改革、2005年に介護保険改革、2006年に医療保険改革を行ったが、いずれも「制度の持続可能性確保」のための財政対策であった。それにより負担の拡大と給付の抑制が図られたが、国会の議論も十分でないまま改革法が制定されたため、国民の不満も大きく、その改革をめぐる野党が激しく対立した。

そうしたなかで2008年1月、福田内閣は社会保障の給付やサービスのあるべき姿やそれを支える負担のあり方など「社会保障の将来像」を検討するため、有識者による社会保障国民会議を設けた。国民会議は同年11月に、社会保障の今後の課題として「社会保障の機能強化」に重点をおいた「社会保障国民会議最終報告書」<sup>25</sup>を提出した。

続いて2009年4月、麻生内閣の下で有識者による安心社会実現会議が設けられた。ここで

<sup>25</sup> [http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu/siryou\\_1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu/siryou_1.pdf) 参照。

は先の国民会議報告を踏まえて、年金、医療、介護、次世代育成に加えて雇用と教育も含めた5部門について、雇用を軸にして全世代、全生涯を通じて安心できる生活の保障について検討を行い、同年6月「安心と活力の日本へ（安心社会実現会議報告書）」<sup>26</sup>を提出した。しかし、両報告はいずれも政権交代により具体策には至らなかった。

### （3）高齢者医療制度の改革をめぐる動向

2009年9月の衆議院選挙で後期高齢者医療制度の廃止をマニフェストに掲げていた民主党が勝利し、民主党・社民党・国民新党の連立政権が誕生した。新政権では後期高齢者医療制度を廃止し、それにかわる新たな制度を構築することが大きな政治課題となった。同年11月、厚生労働大臣が主宰する「高齢者医療制度改革会議」（改革会議）が設置され、第1回会議の冒頭で大臣は、新制度の検討にあたっての基本的考え方として、後期高齢者医療制度は廃止する、「地域保険としての一元的運用」の第1段階として高齢者のための新制度を構築する、年齢で区分しない制度とする、市町村国保の広域化につながる見直しを行うことなど6つの原則を提示した。

2010年12月に改革会議から「高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）」<sup>27</sup>が提出された。そこでは、後期高齢者医療制度は廃止し、後期高齢者（1,400万人）が後期高齢者医療制度の開始まで加入していた国保（1,200万人）と被用者保険（200万人）に戻り、国保では運営主体を都道府県として後期高齢者医療費について財政調整を行い、被用者保険では75歳以上を一般の被保険者と同様に対応するという考え方が示された。国保に再加入する後期高齢者の多くは後期高齢者医療制度と実質的にほとんど変わらず、さらに後期高齢者医療制度から被用者保険に再加入する者については被扶養者は保険料負担がなくなり、他の加入者との差異が生じることなどの問題もあり、新制度案への評価は低かった。その一方、後期高齢者医療制度は実施当時の混乱が収まるとともに、人びとの間に定着していった。

2010年10月の参議院選挙で民主党は2013年に後期高齢者医療制度を廃止することをマニフェストに掲げたが、その後、社会保障と税の一体改革に向けた議論が行われるなかで、後期高齢者医療制度廃止の主張は少なくなっていった。2011年の通常国会において厚生労働大臣は改革会議報告を踏まえた改革法案を提出する構えをみせたが、この改革法案については民主党内でも4月の統一地方選挙を控えて、制度改革による負担増への反対が強く、国会提出は難しいとみられた。2011年3月東日本大震災が発生し、改革法案の提出は2012年まで見送られた。

2012年2月、社会保障改革とその財源確保策を一体として行うための「社会保障・税一体改革大綱」<sup>28</sup>が閣議決定された。そこでは、改革の方向性として、①未来への投資（子ども・子

<sup>26</sup> [http://www.kantei.go.jp/jp/singi/ansin\\_jitugen/kaisai/dai05/05siryou1-1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/ansin_jitugen/kaisai/dai05/05siryou1-1.pdf) 参照。

<sup>27</sup> <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001w1gw-att/2r9852000001w1lk.pdf> 参照。

<sup>28</sup> <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihossyou/kakugikettei/240217kettei.pdf> 参照。

育て支援)の強化、②医療・介護サービス保障の強化、社会保険制度のセーフティネット機能の強化、③貧困・格差対策の強化(重層的セーフティネットの構築)、④多様な働き方を支える社会保障制度(年金・医療)へ、⑤全員参加型社会、ディーセントワークの実現、⑥社会保障制度の安定財源確保の5つが示された。その後、同年6月に民主党と自民党・公明党の3党間で「社会保障・税一体改革に関する確認書」<sup>29</sup>が取り交わされ、民主党の社会保障政策は自民・公明両党への歩み寄りが図られた。同じ6月に確認書に基づき3党共同の議員立法により「社会保障制度改革推進法」<sup>30</sup>が成立し、8月に施行された。そこでは社会保障制度改革の基本的な事項が示され、またそれらの事項を検討するため社会保障制度改革国民会議を設置することなどが定められた。そのなかで高齢者医療制度について「状況等を踏まえ、必要に応じて、社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得る」とされた。

2013年8月に国民会議は「社会保障制度改革国民会議報告書」<sup>31</sup>をとりまとめた。そこでは後期高齢者医療制度について、「創設から既に5年が経過し、現在では十分に定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面報酬割制の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である」とされた。後期高齢者医療制度の廃止はもはや必要なく、対応すべき課題は後期高齢者医療制度への支援金拠出のあり方も含めた医療保険制度全体の見直しであることが指摘された。こうして後期高齢者医療制度の廃止をめぐる動きは終わりを告げた。

#### (4) 全国健康保険協会(協会けんぽ)の発足

2008年10月、政府管掌健康保険は、保険者が政府(社会保険庁)から公法人である全国健康保険協会に移行した。これまでの政管健保と比べた場合、全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)の大きな特徴として、次の3点があげられる。

第1に、国とは切り離れた独立の公法人が保険者となったことである。協会けんぽの運営は、中央では、予算、事業運営、保険料率の変更等の事項については運営委員会(事業主3名、被保険者3名、学識経験者3名の計9名を厚生労働大臣が任命)の議を経て行われることとなった。事務局には社会保険庁からの移行者に加えて、民間出身者が多数登用され、理事長、各都道府県の支部長は全て民間出身者となっている。

第2に、都道府県単位の財政運営が導入されたことである。各都道府県に設置された支部は、支部会の評議会(事業主、被保険者、学識経験者から支部長が委嘱)の意見を聴いたうえで、中央の運営委員会の議を経て、都道府県ごとの保険料率を決定することとなった。運営委員会では都道府県間の加入者の年齢構成や経済状況等の相違による保険料率格差の調整を行い、保険料率を決定する。

<sup>29</sup> <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/law/kodomo3houan/pdf/s-kakuninsyo.pdf> 参照。

<sup>30</sup> <http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/H24/H24HO064.html> 参照。

<sup>31</sup> <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf> 参照。



第3に、保険者機能の強化があげられる。協会けんぽは、3,500万人の加入者の保険者として、積極的な役割を果たすことが求められた。協会けんぽは「保険者機能アクションプラン」などを策定し、これからの保険者機能の発揮に向かったの取組みを進めた。そこでは、被保険者や被扶養者の資格確認、保険料徴収、法定給付の支給といった従来の保険者業務に加えて、中小企業の事業主や授業員の健康診断、保健指導といった新たな保健事業の展開、中医協等の場における積極的な役割などが期待されることとなった。

#### (5) 国民健康保険の都道府県単位での共同事業

国民健康保険については、先に述べたように、2006年4月の「健康保険法等の一部を改正する法律」の公布日より国保財政基盤強化策（高額医療費共同事業、保険者支援事業、国保財政安定化支援事業）が継続実施された。次いで、同年10月から新たに保険財政共同安定化事業が導入された。

また、後期高齢者医療制度の施行により、比較的低所得者の多い75歳以上の被保険者が同制度に移行し、無所得世帯および保険料軽減世帯は減少した。しかし、2008年秋以降の急激な景気悪化の影響等により、国保財政は依然として厳しい状況が続いている。そのため、2010年に国保の安定的運営を図るため、国民健康保険法等の一部改正が行われた（詳しくは8の(2)に記している）。

#### (6) 生活習慣病の予防対策

2006年の医療保険制度改正において40歳から74歳までの加入者について保険者による特定健康診査および特定保健指導が義務付けられ、2008年4月から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、実施された。この実施にあたっては、メタボリックシンドローム（メタボ、内臓脂肪症候群）という語がマスコミ等によって広がり流行語にもなった。また、2006年に議員立法により「がん対策基本法」が成立し、それに基づいて「がん対策推進基本計画」が策定されるなど、がん対策の総合的かつ計画的な対策が進められた。

特定健診・特定保健指導の実施により、保険者の役割が非常に大きくなった。それにともない実務を担う保健師や看護師の確保、一般事務職員に対する特定健診等に関する業務の徹底、啓発活動を通じた実施率の向上、個人情報保護に配慮しつつ対象者の検診データやレセプトデータ等を分析しプログラムに組み込んでいく体制整備等が課題となり、新たな保険者機能の強化が求められている。

## 6. 社会保障・税一体改革による医療保険制度の改革

### (1) 社会保障・税一体改革の推移

2009年9月に成立した民主党・社民党・国民新党による連立政権（以下、民主党政権）は、当初はマニフェストに掲げた政策に取り組んだが、1年ほど経って社会保障の財源対策を含めた社会保障改革について検討する方向に転じた。2010年10月に内閣総理大臣を本部長とする

「政府・与党社会保障改革検討本部」を設置し、その下に「社会保障改革に関する有識者検討会」（以下、有識者検討会）、「社会保障・税に関わる実務検討会」を設け、また民主党内に「社会保障と税の抜本改革調査会」を設けた。同年12月に各検討会等から報告書が提出された。

そのなかで、有識者検討会から出された報告書「安心と活力への社会保障ビジョン」<sup>32</sup>は、社会保障と税の一体的改革について与野党および国民の合意形成と改革のための理論的基盤を形成するうえで大きな役割を果たした。その報告書は、先の自公政権下における2008年の社会保障国民会議報告書と2009年の安心社会実現会議報告書の延長線上にあるものと位置づけられるものである。有識者検討会報告書は、その流れを受けて党派の主張にとらわれずに社会保障の持続可能性と機能強化を多面的に検討し、社会保障改革の3つの理念と5つの原則を提示し、これからあるべき改革の方向を論じたものである。そこでは、社会保障国民会議の財源試算などの検討も踏まえて、社会保障改革とそれを支える財源確保策として消費税を含む税制改革を論じ、さらに安心社会実現会議の議論を受けて、社会保障と雇用と教育の連携等にも視野を広め、今後の社会保障と税の一体改革の必要性とその方向を示したものとなっている。

これらを受けて、検討本部は具体的な制度改革案と必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と税制改革を一体的にとりまとめ、2010年12月に政府は改革の基本方針として「社会保障改革の推進について」<sup>33</sup>を閣議決定した。これをもとに政府・与党は社会保障と税の一体改革に向けて集中検討会議を重ね、改革案の作成とその実現のための工程表を作成して、2011年6月に「社会保障・税一体改革成案」を取りまとめた。その後、民主党内のワーキンググループの検討や社会保障審議会各部会の審議を経て、2012年1月に「社会保障・税一体改革素案」まとめられたが、その過程で幾つかの変更が行われた。医療保険に関しては、「成案」で「受診時定額負担」（高額療養費の見直しのための財源に充てるため、初診・再診時に、例えば100円を徴収するというもの）の導入が記されたが、社会保障審議会医療保険部会や民主党内の議論で、患者だけでなく健康な人も含めて保険料や公費で負担すべき、受診抑制につながる恐れがあるといった理由から強い反対意見が出され、「素案」では削除され、「高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある」と修正された。「素案」をもとに法案化を行うこととされたが、与野党協議がなかなか始まらないという状況のなかで、政府は、2012年2月に「素案」に形式的な修正を施したほぼ同内容の「社会保障・税一体改革大綱」（前掲）を閣議決定した。

民主党政府の政策をめぐるのは、野党との対立だけではなく、与党内部でも対立が激しくなるなかで、民主党政府は社会保障・税一体改革について野党への接近を図り、2012年6月に与野党の修正協議を行い、自民党・公明党・民主党の3党間で「社会保障・税一体改革に関する確認書」（前掲）が取り交わされた。続いて、3党共同で国会に「社会保障制度改革推進法」

<sup>32</sup> <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kentokai/dai5/siryuu.pdf> 参照。

概要は、<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000zjcn-img/2r9852000000zk17.pdf> 参照。

<sup>33</sup> [https://www.mof.go.jp/comprehensive\\_reform/101214.pdf](https://www.mof.go.jp/comprehensive_reform/101214.pdf) 参照。

(前掲)が提出され、同年8月に成立し施行された。また、同じ日に「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本改革を行うための消費税の一部を改正する法律(税制抜本改革法)」が成立した。それにより、消費税率の5%から8%へ、さらに10%へと段階的に引き上げられ、その税財源は全て社会保障にあてられることとなった。

2012年11月、推進法に基づき、社会保障制度改革について審議するため、内閣に「社会保障制度改革国民会議」(以下、国民会議)が設置された。同年12月に民主党政権から自民党・公明党の連立政権に変わったが、国民会議は第3回目から自公政権下で引き続いて開催され、2013年8月に国民会議は「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—」(以下、国民会議報告書)<sup>34</sup>を提出した。

報告書の提出を受けて、2013年8月に「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく『法制上の措置』の骨子について」<sup>35</sup>が閣議決定された。この骨子に基づき、同年12月、社会保障制度改革の全体像と進め方を明示するものとして「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(社会保障改革プログラム法)」(以下、プログラム法)<sup>36</sup>が、臨時国会で成立し、公布された。このプログラム法に基づき、2014年2月に内閣総理大臣を本部長とする「社会保障制度改革推進本部」が設置された。その後、プログラム法による社会保障制度改革が進められた。

## (2) 社会保障制度改革国民会議報告書における医療保険制度改革の概要

2013年8月に提出された社会保障制度改革国民会議報告書で述べられている医療保険制度改革について、その概要をふれておく。国民会議報告書では「医療・介護分野の改革」として、医療と介護を一緒に取り上げるとともにそれらの供給と需要もまた同時に論じるという点が特徴となっている。ここではそのことの重要性を十分に認識したうえで、解題での構成のうねから「医療保険」という領域に限定してみていくことにするが、国民会議報告書における「医療保険改革」だけではなく、「医療・介護サービスの提供体制改革」の記述にも若干触れるものとなっている。

### ① 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移管

- ・ 国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県に移管する。国保の運営に関する業務について、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、保険料収納や医療費適正化のインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである。

※この記述は「医療・介護サービスの提供体制改革」にみられる。なお、ここでは併せて、地域の医療提供体制に係る責任を果たせるよう都道府県の役割を検討すること、医療提供体制の整備について医療保険者の意見を聞きながら進めていくことが望ましいこと、国保の都道府県

<sup>34</sup> [http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo\\_gaiyou.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo_gaiyou.pdf) 参照

<sup>35</sup> 同上

<sup>36</sup> 同上

移行は次期医療計画の策定前に行うべきであることが述べられている。

## ②医療保険の財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担における公平の確保

- ・ 国保の都道府県移管は、国保財政の構造問題の解決が図られることが前提条件であり、その財源には後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬割にすることによる財源も考慮すべきである。
- ・ 低所得者の多い国保への財政支援の拡充と併せて、国保の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきである。
- ・ 国保の保険料の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額上限を引き上げるべきである。
- ・ 後期高齢者支援金の負担について 2015 年度から全面総報酬割とするべきである。これによって被用者保険者間の保険料率格差が縮小する。さらにここから生じた財源は、将来世代の負担抑制に充てるのでなければ、社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用すべきである。この財源対応は国保の都道府県移行の実現に不可欠である。
- ・ 協会けんぽの国庫補助率については、高齢者の医療に要する費用負担のあり方も含めて検討すべきである。被用者保険の共同事業の拡大も検討が必要である。
- ・ 所得の高い国保組合に対する定率国庫補助の廃止を検討すべきである。
- ・ 後期高齢者医療制度は、十分に定着しており、現行制度を基本に必要な改革を行うことが妥当である。

## ②医療給付の重点化・効率化

- ・ 紹介状のない大病院の外来受診について、一定の定額自己負担を求める仕組みの検討を行うべきである。
- ・ 70～74 歳の医療費自己負担については、1 割負担となっている特例措置を法律上の 2 割負担に改めるべきである。その際、既に特例措置の対象となっている者の自己負担割合は変わらないよう段階的に進めるのが適当である。
- ・ 後発医薬品の使用促進に加え、給付の重点化・効率化に努める必要がある。

## ③短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

※これは主に年金分野の改革において取り上げられているが、厚生年金保険の適用と健康保険の事業者単位で同時適用となるのが一般的なので、ここでも記しておく。

### (3) 社会保障制度改革プログラム法における医療保険改革の概要

プログラム法は基本的には社会保障制度改革国民会議報告書における改革案を推進するためのものであるが、その内容は必ずしも一致していない。ただし、医療保険改革に関する事項ではほとんど同一で、その実施にあたって法的改正が必要か否かにより異なっている。プログラム法における主な柱は、以下のとおりである。

#### ① 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての事項

- ・ 市町村国保に対する財政支援の拡充

- ・市町村国保の保険者・運営等のあり方の見直し
  - ・協会けんぽの国庫補助についての所要の措置
- ②医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての事項
- ・市町村国保・後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担軽減
  - ・被用者保険等保険者における後期高齢者支援金の全面報酬割への移行
  - ・所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直し
  - ・被用者保険の標準報酬月額等の引上げ等
- ③医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について
- ・70～74歳の患者負担の特例措置および高額療養費の見直し
  - ・外来・入院に関する給付の見直し

このうち、法改正が必要でない事項（市町村国保・後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担軽減、70～74歳の患者負担の特例措置および高額療養費の見直し等）については、2014年度から順次実施されるとともに、法改正が必要な事項については、2015年度通常国会に法律案を提出することとされた。

## 7. 東日本大震災に対する医療分野での対応

### (1) 災害の発生と厚生労働省の初動対応<sup>37</sup>

2011年3月11日14時46分、三陸沖を震源とするマグニチュード9.0の大地震が発生し、東北地方を中心に地震、津波による大きな被害が発生した。また、東京電力福島第一原子力発電所が大きな津波被害を受け、放射性物質の環境への放出という大きな事故が発生した。

災害発生直後の14時50分に厚生労働大臣を本部長とする「厚生労働省災害対策本部」を設置した。翌12日に岩手、宮城および福島に厚労省現地連絡本部（後に厚労省現地対策本部に移行）を設置し、職員の派遣、被害状況などの情報収集、自治体や関係団体への連絡、要請などを行った。

初動対応として、以下のことを行った。

#### ① 災害医療の確保（DMATの派遣）

震災直後の15時04分にDMAT（災害派遣医療チーム）への待機指示を出し、チームは被害県からの要請を受けて順次に現地入りした。2日後には193チームとなり、最終的には全ての都道府県からの合計約340チーム、約1,500人が病院支援、患者搬送等の救護活動に従事した。DMATの活動は、現地で継続的な医療を確保するうえで大きな成果をあげた。なお、DMATは22日までに活動を終えて、以降は各団体から派遣された医療チームに受け継がれた。

<sup>37</sup> 詳細は、『平成24年版厚生労働白書』第2部特集1 東日本大災害からの復興に関する厚生労働省の取組み（<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/dl/2-00-1.pdf>）、「厚生労働省での東日本大震災に対する対応について（報告書）」（<http://www.mhlw.go.jp/iken/dl/as-vol8-honbun.pdf>）を参照。

## ②災害援助法の適用

災害救助法は、被災者の救援救護、医療の提供、避難所の設置、炊き出しや飲料水の提供、仮設住宅の設置など、被災者に対する幅広い支援と費用の国庫補助を定めている。災害救助法の円滑な適用は、初動において重要であることから、厚生労働省は被災3県に対して同法の適用を助言し、最終的に全ての市町村に適用された。また、法の運用については、甚大な被害に対応するため弾力化措置がとられた。

## ③被災地への情報提供

災害発生直後から厚労省ホームページに専用ページを開設し、震災関連の対応や被災者支援に関する情報を原則として当日中に掲載した。また、ホームページを見ることが難しい環境にある人たちに向けて厚労省関連の情報をまとめた「生活支援ニュース」を発行して避難所に配布した。

## ④ワンストップサービスの展開

年金事務所、労働局、社会福祉協議会等の職員が共同して、年金の手続き、雇用・労働の相談、福祉や暮らしの相談などをまとめて行うことのできるワンストップサービスを新たに展開した。

## (2) 震災に対する個別の対応

### ①医療・健康の確保

DMA Tにかわる医療対応について、厚労省から関係団体に対して医師の派遣等の協力を要請した。派遣されたのは医師以外に、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士など幅広い職種にわたり、累計3万人近くが被災地において支援活動に従事した。4月22日にあらゆる医療関係の全国団体が一同に会して「被災者健康支援連絡協議会」を立ち上げ、被災者の健康支援や医療従事者の派遣体制の構築が図られた。

また、避難所生活における健康管理や心のケア等の留意事項をまとめて周知を図るとともに、全国からの専門職員の派遣調整を行い、避難所での支援を継続的に行った。また、感染症対策、熱中症対策、害虫対策等についての取組み、飲料水の確保やエアコン設置などの環境整備等について周知を図った。

### ②医療保険における負担の免除・軽減措置

被災者が被保険者証などを紛失した場合も、氏名、生年月日等を申し出ることにより、医療機関で保険医療を受けることができることとした。また、住宅が全半壊した者、主たる生計維持者が死亡または行方不明な者、避難指示等の対象となっている者等は、被災地以外の市町村に転入した場合を含めて、医療機関に一部負担金等の自己負担を支払わずに受診できることとした。

震災により、従業員に対する支払いに著しい支障が生じている事業所等や、主たる生計維持者の住宅が全半壊した世帯等の保険料について、減免、徴収猶予および納期限の延長を行った。また、一部負担金の自己負担の免除や、保険料の減免を行った保険者への財政措置を行った。

被災者を多く受け入れた医療機関については、医療法上の許可病床数を大幅に超過して患者を受け入れた場合、看護師の配置基準を満たさなくなった場合、入院患者の在院日数が基準を超えることになった場合であっても、入院料の減額措置を行わないこととした。

### ③医薬品・生活物資の支援

物資の供給網の崩壊やガソリン等の燃料不足が支援活動の大きな障害となるなかで、厚労省は全国の業界団体から協力を得るとともに、警察庁と協力して、輸送車両に対して「緊急通行者確認章」を発給し、保健所や救護所等に搬送された。また、生活物資については、各地の生協を中心に、水・食料・毛布・燃料などが被災地の生協に送られた。

## 8. 2009 年から 2015 年までの国民健康保険法等改正

国民会議報告書およびプログラム法において医療保険制度改革の中心課題は、医療保険の持続可能性の確保とその機能強化にあり、その最大の眼目が国民健康保険制度の改革であった。以下では、国民健康保険法等の改革の推移とその概要を取り上げ、次いで被用者保険（協会けんぽ、健保組合）の改正等についてみていくこととする。

### (1) 「無保険の子」問題とその対応

国保では保険料を滞納すると、保険者から督促状が送付され、さらに滞納が続いた場合には通常の被保険者証に替えて「短期被保険者証」が交付される。短期被保険者証は期限切れごとに国保の窓口で交付され、滞納期間が 1 年をこえると、被保険者証を返還し「被保険者資格証明書」が交付される。医療機関では資格証明書で受診することができるが、その場合には窓口で医療費を全額支払ったうえで保険者に申請し、自己負担分を除く 7 割の払い戻しを受けることになる。さらに保険料の滞納が続いた場合には、高額療養費などの保険給付が受けられなくなり、財産差し押さえ等の処分を受けることになる。

厚生労働省は、1990 年代後半から国保保険料の滞納が増加していることに対応し、国保保険料の徴収を強化するため、2000 年の国保法改正において 1 年以上保険料を滞納したときに「資格証明書」を交付することを市町村に義務付けた。そのため、そうした世帯では子どもが病気になっても受診が難しいという「事実上の無保険状態」に陥ってしまうケースが多くなり、2008 年 6 月に「無保険の子」としてマスコミ等で取り上げられ、大きな問題となった。そうした状況に対して厚生労働省は、2008 年 10 月に「資格証明書の発行に関する調査」<sup>38</sup>を行い、その実態を明らかにした。それによると資格証明書が発行された世帯が 33 万世帯、その世帯に属する中学生以下の子どもが 32,800 人（18,300 世帯）となっていた。

こうした事態に対処するため、与野党協議により 2008 年 12 月に 国民健康保険法の一部改正<sup>39</sup>を行い、2009 年 4 月から、保険料を滞納して資格証明書の対象となった世帯であっても、

<sup>38</sup> 詳細は、厚生労働省「『資格証明書の発行に関する調査』結果について」(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/10/h1030-2.html>) 参照。

<sup>39</sup> ここで解説の内容の詳細は、

中学生以下の子どもについては 6 か月間の短期被保険者証を切れ目なく発行することとした。

## (2) 2010 年の国民健康保険法等改正

国民健康保険については、2006 年の医療保険制度改革以降、国保を都道府県化する方向での検討が進められてきた。2010 年にそうした方向での対策として講じられたのが、財政基盤強化のための暫定措置であった。

具体的には、国保への財政支援措置が 2009 年度で期限切れを迎え、保険料の大幅な引き上げが見込まれることから、政府は保険料の引き上げ幅を抑制するための財政支援対策を講じるため、2010 年の通常国会に「国民健康保険法等の一部を改正する法」を提出した。法案は 2010 年 5 月に成立し、同年 7 月から施行された。

2010 年の 国民健康保険法等改正法<sup>40</sup>による内容は、大きく分けて次の 4 つである。

### ①国保財政基盤強化策の延長

2009 年度までとされていた国保財政基盤強化策が、改正法により 4 年間延長された。これにより毎年度、国と地方をあわせて約 2,500 億円の公費が投入されることとなった。

具体的には、a)高額医療費共同事業（1 件 80 万円の医療費を都道府県内の国保で負担調整、財源は市町村が 1/2、国と都道府県が 1/4 ずつ拠出）の継続、b)保険財政共同安定化事業（1 件 30 万円超の医療費を都道府県内の国保間で負担調整）の継続、c)保険者支援制度（低所得者を多く抱える保険者に対して市町村の一般会計から国保特別会計に繰入れ）の継続である。

また、改正法により、保険財政共同安定化事業について、都道府県が広域化等支援方針を定めることにより、事業の対象となる医療費を 1 件当り 30 万円未満に引き下げることが可能とされた。事業に対する市町村国保からの拠出金の算定についても、被保険者に人数に応じて負担する割合を 50%以上に引き上げることと、その範囲内で市町村国保の所得に応じた負担とすることが可能とされた。

### ② 広域化等支援方針の導入（2010 年 7 月 1 日施行）

市町村国保の事業運営の広域化および財政の安定化を推進するため、市町村国保の広域化に向けた、以下のような計画策定への支援策が導入された。a)事業運営の広域化（保険者事務、収納対策、保健事業の拡充など）、b)財政運営の広域化（保険財政共同安定化事業の拡充、広域化等支援基金の利用など）、c)共同の目標設定（目標収納率、赤字解消の目標年次、標準的な保険料算定方式、標準的な応益割合など）。

---

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo\\_kosodate/dv/dl/131105\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/131105_2.pdf)  
および

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo\\_kosodate/dv/dl/131105\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/131105_2.pdf)  
参照。

<sup>40</sup> 改正法の概要等の詳細は、

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuhoken/iryuhoken-h22/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken-h22/index.html) 参照。



③資格証明世帯に属する高校生世代の被保険者に対する短期被保険者証の交付（2010年7月1日施行）

2008年12月の国保法一部改正により、資格証明書対象世帯の中学生以下の子どもには短期被保険者証が交付されていたが、その後の調査で無保険状態の高校生が1万人余りいることが明らかになった。そのため2010年4月からこの対象を高校生世代（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）まで拡大することとされた。

④国保組合に対する国庫補助の見直し（2010年7月1日施行）

被用者保険の保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割制が導入されたことにともない、国保組合の組合特定被保険者に係る後期高齢者支援金行われ3分の1に対する国庫補助割合について組合の財力等に応じたものとする事とされた。

⑤非自発的失業者に対する保険料軽減

2010年4月から地方税法および国保施行令が改正され、市町村国保において、雇用保険の特定受給資格者（倒産・解雇による離職者）および雇用保険の特定理由離職者（雇止め等による離職者）である被保険者については、離職時から翌年度末までの間、前年の給与所得を3割とみなして保険料（税）を算定することとされた。

### （3）2012年の国民健康保険法改正

2011年2月に厚労省と地方団体で構成する「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」（国保基盤強化協議会）が設けられ、市町村国保の抱える構造的な問題の検討が進められた。2012年1月、国保基盤強化協議会では、市町村国保の財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化の推進を柱として対応を図ることで合意がなされた。

そのうち法改正が必要な事項については、2010年国民健康保険改正に続いて、2012年年1月に通常国会に国保法改正法案が提出され、同年4月に成立した。2012年の国民健康保険法改正<sup>41</sup>の主な内容は、以下のとおりである。

①財政基盤強化策の恒久化

暫定措置として実施されている市町村国保の財政基盤強化策（高額医療費共同事業、保険財政共同安定化事業、保険者支援制度）を恒久化する。

③ 財政運営の都道府県単位化の推進

保険財政共同安定化事業（レセプト1件30万円超の医療費を合算し、その半分を各市町村国保の被保険者数に応じて、残りの半分を各市町村国保の医療費の実績に応じて、都道府県内の全市町村の拠出により共同で負担する事業）について、その対象を全ての医療費に拡大し、財政運営の都道府県単位化をいっそう推進することとした。それにより、共同安定化

---

<sup>41</sup> 詳細は、[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken-h24/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken-h24/index.html) 参照。

事業の規模が、全ての医療費の4割から2.5倍に拡大することになった。この事業は2015年度から実施することとされた。

#### ④ 都道府県調整交付金の引上げ

都道府県による財政調整機能を強化するため、都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げることとした。これにともない、定率国庫負担率が給付金等の34%から32%に引き下げられた。この対策は2012年度から実施された。

### (3) 法改正によらない対応策（消費税増税分による国保の財政基盤強化）

市町村国保の構造的な問題への対応のうち、新たな財源を必要としないものについては、2010年および2012年の国保法改正によって措置されたが、国保への追加的な公費投入による市町村国保の財政基盤の強化については、社会保障・税一体改革において、税制改革による消費税増税分を充てて行うこととされていた。

その具体的な対応策として、①市町村国保および後期高齢者医療における低所得者保険料軽減の拡大、②市町村国保における保険者支援制度の拡大（保険料軽減対象者の数に応じた保険者への財政支援）があげられていた。

①については、これまで国民健康保険および後期高齢者医療の低所得者に対して、保険料（応益分）の2割・5割・7割を軽減する対策を講じてきたが、2014年度から2割軽減と5割軽減の対象者を拡大することとした。2014年度の対象者数と所要額（公費）は、国保で400万人、約490億円、後期高齢者で110万人、約130億円とされている。②については、消費税の増収が段階的となることから、当面は実施が見送られた。

### (4) 2015年の国民健康保険法改正

2013年のプログラム法で示された国保の保険者・運営等の見直しにあたって、厚生労働省において2014年1月から「国民健康保険の基盤強化に関する国と地方の協議」（国保基盤強化協議会）が再開された。そこでの主な協議事項は、①国保の財政上の構造問題の分析とその解決に向けた方策、②国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担、③その他、地方団体からの提案事項、となっていた。

国保基盤強化協議会は、2014年8月に国保見直しの方向性や引き続き検討を要する事項などを整理した「国民健康保険の見直しについて（中間整理）」<sup>42</sup>（以下、中間整理）を取りまとめた。この「中間整理」において「国保の財政上の構造問題解決に向けた方向性」および「国保の運営における都道府県と市町村の役割分担」として示された具体的な対応策の整理が、2015年の国保法改正のベースとなった。

それと並行して、社会保障審議会社会保険部会で医療保険制度改革についての議論が行われ

<sup>42</sup> <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/sa.pdf> 参照。

た。それらの議論をふまえて 2015 年 1 月の医療保険部会において「医療保険制度改革骨子(案)」が検討され、社会保障制度改革推進本部において同骨子が決定された。

この骨子における国民健康保険の見直しについては、地方団体の意見を伺いながら進める必要があることから、国保基盤強化協議会が開催され、制度改革の具体的なあり方について議論が行われた。2015 年 2 月に、国保の財政基盤強化と国保財政の都道府県移行を主な内容とする国民健康保険制度の見直しについての意見が取りまとめられた。

以上の議論を踏まえ、2015 年 3 月に「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」が閣議決定され、通常国会に提出された。法案は同年 4 月に成立、公布された。改正法は 2018 年度にかけて段階的に施行されることになっている。

2015 年の国民健康保険法改正<sup>43</sup>の主な内容は、以下のとおりである。

#### ①公費拡充等による国保の財政基盤の強化

- ・ 保険者支援制度の拡充（社会保障・税一体改革における低所得者対策のうち、未実施となっていたもの）。2015 年度から約 1,700 億円を投入する。保険者支援制度の拡充に係る公費投入に必要な税財源については、後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入した場合に生じる国費を活用する。
- ・ 国保への追加的財政支援として、2018 年度からさらに毎年度 1,700 億円（保険者支援制度の拡充と合わせて約 3,400 億円）を投入する。この支援金の主な使途は、保険者の責によらない要因による医療費の増加等への対応（例えば、精神疾患に係る医療費負担への財政支援、子どもの被保険者数の多い自治体への支援、非自発的失業者に係る保険料軽減への支援等、財政調整機能の強化（財政調整交付金の実質的増額）の 5 つである。
- ・ 保険者努力支援制度の創設（保険料の収納対策の強化・支援や事業運営の改善の推進など医療費適正化に向けた取組み等を行う自治体に対して財政支援を行う）。
- ・ 財政安定基金の創設（後述）。2015 年度は 200 億円を基金の造成に充てた後、段階的に増額し、2018 年度から 1,700 億円とする。
- ・ 著しく高額な医療費に関する医療費共同事業への財政支出の拡充。

#### ②国保の運営のあり方の見直し

- ・ 2018 年度から、都道府県が国保財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営の中心的な役割を果たすものとする。
- ・ 市町村は、被保険者の資格管理、保険料の徴収、保健事業等を適切に実施するものとする。
- ・ 都道府県は、国保の安定的な財政運営並びに市町村の国保事業の広域のおよび効率的な運営の推進を図るため、統一的な運営方針として都道府県国保運営方針を定めることとする。その基本方針における必須記載事項、国保の医療に要する費用および財政の見通し、市町村における保険料の標準的な算定方法に関する事項等とし、任意記載事項は、医療費適正化の取組み、市町村の国保事業の運営の広域化および効率化に関する事項等とする。

<sup>43</sup> 詳細は、<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000087166.html> 参照。

- ・ 国保財政の仕組みとして、都道府県に設置される国保特別会計において、都道府県単位の国保事業に関する一義的な収入・支出を行うとともに、市町村に設置される国保特別会計において、保険料率の徴収および保険給付といった市町村の国保事務に関する収入・支出を行うこととする。
- ・ 都道府県は、保険料で賄う必要がある額について、市町村が保険料として徴収すべき額として国民健康保険事業納付金（以下、国保納付金）を徴収することとする。市町村ごとの国保納付金の額は、保険料収納必要額（医療給付費から公費等による収入額を差し引いたもの）を各市町村の医療費水準と所得水準等で按分し、決定することとする。
- ・ 市町村は、国保納付金を賄うため、世帯主に対して保険料を賦課し、これを徴収し、都道府県に国保納付金を納付することとする。市町村が保険料の徴収を行うことから、保険料に対する公費支援（保険料軽減・保険者支援事業）は市町村に対して行うこととする。
- ・ 都道府県においては、市町村が行う保険給付に要する費用について、国民健康保険保険給付費等交付金（以下、国保交付金）を交付するとともに、後期高齢者支援金、介護納付金等その他制度への納付金の納付を行う。市町村は国保交付金をもとに保険給付を行う。
- ・ 財政の安定のため、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補てん等を行う必要がないよう、都道府県に財政安定基金を設置し、都道府県および市町村に対して貸付・交付を行うことができることとする。
- ・ 都道府県は、市町村の標準的な住民負担の見える化や、将来的な保険料負担の平準化を進める観点から、市町村ごとの保険料率の標準的な水準を示す数値として市町村標準保険料率を、都道府県内の全ての市町村の保険料率の水準を示す数値として都道府県標準保険料率を、それぞれ算定し、市町村に通知する。市町村はそれらを参考にそれぞれの保険料算定方式や予定収納率に基づき、保険料率を定めることとする。
- ・ 被保険者に対する保険給付は市町村が行い、都道府県は市町村の保険給付に要する費用
- ・ その他の国保事業に要する費用について、市町村に国保交付金を交付する。これに関して、都道府県は市町村が行った保険給付について点検を行うことができる。違法または不当に保険給付が行われたおそれがあると判断したものについては、理由を付して、市町村や審査支払機関に対して再度の審査を求めることなどができる。また、保険給付を行った後、医療機関等による大規模な不正請求等が発覚した場合には、都道府県は市町村に代わり、不正請求等に係る費用の返還を求めること等の取組みを行うことができることとする。
- ・ 保健事業については、住民に身近な市町村が担うこととする。
- ・ 国保事業の運営に関する事項を審議するため、都道府県および市町村に国保事業の運営に関する協議会を設置する。

## 9. 2009年から2015年までの被用者保険の改正

### (1) 協会けんぽに対する財政措置

全国健康保険協会（協会けんぽ）は、2008年10月に政府管掌健康保険を国から引き離し、

民間法人として発足した。加入者数は約 3,500 万人、事業所数は約 160 万事業所である。このうち 4 人以下の事業所が 6 割、9 人以下の事業所が約 8 割を占め、中小零細の事業所が大部分を占めており、大企業を主とする健康保険組合と異なる特徴となっている。創設時の平均保険料率は 8.2%、平均標準報酬月額は約 28 万円であった。

協会けんぽの発足時からの状況を全国健康保険協会『事業年報』各年度版から概観すると、以下のようになっている。

#### ①創設時の赤字拡大と特例措置による対応

設立時期がリーマンショックによる世界的不況と重なり、2009 年度に保険料収入の激減により、900 億円の単年度収支赤字を生じ、積立金を取り崩してもなお 2,300 億円の累積債務が発生した。

そのため厚労省は、2010 年に成立した 健康保険法の一部改正<sup>44</sup>において、2010 年度から 2012 年度までの 3 年間で、次のような特例措置が講じられた。

- ・ 国庫補助率を 13.0%から 16.4%（本則）に引き上げる
- ・ 後期高齢者支援金の 3 分の 1 に総報酬割を導入する
- ・ 2009 年度末の累積債務を 3 年間に解消するという単年度収支均衡原則を緩和する

なお、この後期高齢者支援金の 3 分の 1 に総報酬割を導入することにより、協会けんぽの拠出金負担が減少する部分は、健康保険組合および共済組合が負担する形になっており、健保組合や共済組合から反対があった。

しかし、こうした特例措置にもかかわらず、医療費支出と保険料収入の格差が拡大し続けたことから、協会けんぽの平均保険料率は、2010 年度に 9.34%、2011 年度に 9.5%、2012 年度には 10.0%に引き上げられた。

こうした状況を踏まえて、2013 年 健康保険法等一部改正<sup>45</sup>では、協会けんぽに対する 3 年間の財政支援措置（国庫補助率の 16.4%への引上げ、後期高齢者支援金の 3 分の 1 に総報酬割を導入）を 2 年間延長することとした。また、この健保法改正法の附則第 2 条において、「協会けんぽの財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、平成 26 年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講じるものとする」とされた。

#### （2）健康保険組合

<sup>44</sup> 脚注 40 の「国民健康保険法等改正」の中に含まれている。

<sup>45</sup> 詳細は、

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuohoken/iryuuohoken-h25/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuohoken/iryuuohoken-h25/index.html) 参照。

健康保険組合の2009年度の状況をみると<sup>46</sup>、組合数が1,485組合、被保険者数が1,599万人、被扶養者数が1,414万人となっている。平均保険料率（調整保険料率を含む）は7.412%で、平均標準報酬月額が366,623円、平均賞与額は1,022,145円である。

経常収支差は6,152億円の赤字となっており、組合の約9割が赤字計上となっている。こうした財政状況については、2008年の後期高齢者医療制度の創設にともなう後期高齢者支援金の負担、前期高齢者の医療費に係る保険者間財政調整による前期高齢者納付金の負担があげられている。

2015年度の状況をみると、組合数が1,404組合、被保険者数が1,573万人、被扶養者数が1,347万人といずれも減少している。平均保険料率は9.021%と高くなり、協会けんぽの10%を越す組合が285組合となっている。平均標準報酬月額は368,491円、平均賞与額は1,069,449円と高くなっている。経常収支差は1,429億円の赤字で、組合の7割弱が赤字を計上している。

### （3）2013年の健康保険法の一部改正

先に、協会けんぽの財政措置に関連して、2013年の健康保険法一部改正法について述べたが、それ以外にもこの改正法では幾つかの改正を行った。その主なものは、次のとおりである<sup>47</sup>。

#### ①健康保険と労災保険の適用関係の調整（健康保険法第1条の改正）

改正前の健康保険法では、労働者の業務災害については、使用者が補償責任を負うことから、業務上の負傷等は労災保険から給付が行われる一方、業務外の負傷等は健康保険から給付が行われることになっていた。その際、健康保険法では、「業務」とは、「人が職業その他社会生活の地位に基づいて、継続して行う事務または事業の総称」と解釈していた。このため、労働者が使用者と雇用関係がなく労災保険から給付がなされない場合にでも、健康保険においては「業務上」と判断され、労災保険、健康保険いずれの給付も受けられないという事態が存在していた。具体的には、副業として行う請負業務、インターンシップ、シルバー人材センター業務等があげられる。

こうした事態に対処するため、2012年11月に健康保険法等一部改正法案を国会に提出し、2013年5月に成立、公布され、同年10月から施行された。この改正で、健康保険法第1条「この法律は、労働者の業務外の事由による疾病、負傷、若しくは死亡又は出産及びその被扶養者の疾病、負傷、若しくは死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。」という規定が、「この法律は、労働者又はその被扶養者の業務災害（労災保険法第7条第1項第1号する業務災害をいう。）以外の疾病、負傷、若しくは死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉

<sup>46</sup> 健康保険組合連合会編『図表でみる医療保険』各年版、ぎょうせい、を参照。

<sup>47</sup> 詳細は脚注45参照。

の向上に寄与することを目的とする。」に改められた。

それにより、健康保険における業務上・外の区分を廃止し、労災保険の給付が受けられない場合には、健康保険の対象とする。さらに、改正前には、役員の業務上の負傷について、業務外を要件とする健康保険の給付対象とならない一方、原則として労働基準法上の労働者には該当しないため、労災保険に基づく給付は行われなかったことになっていた。ただし、2003年7月の通知により、被保険者が5人未満である小規模な適用事業所に所属する法人の代表者等であって、業務が一般の従業員と著しく異なる者については、その業務遂行の過程において業務に起因して生じた負傷に関して、例外的に健康保険による給付の対象としていた。2013年健保法改正法では、この通知の方針を継続することし、そのことを法律に明記（第53条の2を新設）することとした。この規定は改正法施行日から適用された。

#### ②紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の導入

2016年4月から、紹介状なしで大病院を外来受診した場合、定額負担を求めることとなった。フリーアクセスの基本は守りつつ、医療機関の適切な役割分担を図り、大病院における医療資源を効率的に活用するとともに、大病院の勤務医の負担軽減を図る狙いがある。また他方では、かかりつけ医の機能強化が求められるものとなっている。

現行制度でも、紹介状のない患者が200床以上の病院を受診した場合に、病院は「選定療養」として、初再診時に一定の自己負担を求めることができる。ただし、初診時に自己負担を求める病院は約45%、再診時には約4%にとどまっており、今後拡大していくことが見込まれている。定額負担を求める病院の範囲や、具体的な負担金額については、中央社会保険医療協議会で検討されることになっている。

#### ③被用者保険の後期高齢者支援金における全面総報酬割の適用

後期高齢者支援金について、応能負担原則に基づき、2015年度から2分の1総報酬割、2016年度から3分の2総報酬割、2017年度から全面総報酬割とすることとなった。その使途が協会けんぽへの補助金に向けられることになっているが、その額に相当する協会けんぽへの国庫補助が削減され、その分が国民健康保険に向けられることに対して、被用者保険側の強い反対がみられた。

#### ④入院時食事療養費の見直し

国民会議報告書では入院と在宅療養の負担の公平を図る観点から見直しを求めている。今回の見直しでは、食材料費相当分に加え、調理に係る費用を自己負担することとなっている。具体的には、現行1食260円を2016年度に360円、2018年度に460円に引き上げるものとなっている。低所得者、難病者および小児特定疾病患者は、負担額が据え置かれる。

#### ⑤保健事業の推進

これまで保険者が医療費適正化に向けた取組みの1つとして、生活習慣病等に関する健康診査・健康指導の強化が図られてきた。それらの活動をさらに強化するため、レセプトや健診データ等を活用した保健事業として「データヘルス計画」の策定し、推進していくこととされた。

#### (4) 短時間労働者への適用拡大

2012年に成立した「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律」により、2016年度から、短期労働者への被用者保険（厚生年金保険、健康保険、共済組合）の適用拡大が行われる。現行では、週30時間以上働く労働者は原則として被用者保険の適用となるが、適用拡大により、次のような要件を満たす者については、新たに被用者保険の適用を受けることとなった。その要件は、労働時間が週20時間以上、月額8.8万円以上（年収106万円以上）、勤務期間1年以上の見込み、学生は適用除外、従業員501人以上の企業、となっている。この適用拡大の対象は約25万人と推定されている。

(土田武史)