

The Tokyo
Foundation

東京財団

政策提言

医療保険の制度改革に向けて

～地域一元化と住民自治の充実を～

2015年6月

本提言書について

本提言書は、東京財団の「医療・介護・社会保障制度の将来設計プロジェクト」の研究成果である。本プロジェクトでは 2012 年に政策提言『医療・介護制度改革の基本的な考え方』を公表し、その後は現場の医師などを巻き込んだ「医療・介護制度改革を考える連続フォーラム」（2013 年 5 月～2014 年 4 月）を開催するなど、利用者や納税者の視点に立った制度改革を提唱してきた。

本提言書では、主に日本の医療保険制度に焦点を当てて、社会全体で見た病気のリスクの分散、負担と給付（受益）の関係、被保険者による自治や参加の確保、提供体制との関係について必要な制度改革の在り方を示した。

【プロジェクト・リーダー】

三原 岳 東京財団研究員兼政策プロデューサー

【プロジェクト・メンバー】

西沢和彦 日本総合研究所上席主任研究員

土屋了介 東京財団上席研究員／神奈川県立病院機構理事長／がん研究会理事

郡司篤晃 東京財団上席研究員

亀井善太郎 東京財団政策研究ディレクター兼研究員

富田清行 東京財団研究員兼政策プロデューサー

【本提言書に関するお問い合わせ】

東京財団研究員兼政策プロデューサー 三原岳

電話：03-6229-5492 Email: mihara@tkfd.or.jp

はじめに

社会保障制度、特に医療・介護制度とは本来、私達の生活に密着する政策分野です。私達はどうか生きて、どうか死にたいのか、それを社会としてどのように支え合うのか。医療・介護政策の根底にはそうした問いが横たわっています。その方向性を決定するには国民各層の幅広い参加と合意形成、ビジョンの共有が求められます。

このような問題意識に立ち、今回の提言は主に医療保険制度に力点を置き、ありたい姿、あるべき姿を示しています。

日本の医療保険制度は1961年に国民皆保険を完成させました。これは世界で4番目とされ、サラリーマンが加入する被用者保険と、自営業者らが加入する市町村国民健康保険という分立した体制は高度成長期に有効に機能したと言えます。

しかし、半世紀以上の時が流れる中、平均寿命の延長や雇用形態の多様化、グローバル経済の進展など社会経済情勢は大きく変化しました。人口の4人に1人が65歳以上を迎える超高齢化社会を迎える中、医療・介護の費用も増加し続けており、一層の高齢化の進展を考えると、制度の持続可能性が問われます。

これらの事象に対応するため、政府は近年、地域包括ケアの推進、医療費適正化、市町村国保の都道府県単位化など様々な制度改革を実施していますが、その多くは過去の積み重ねをベースにしており、社会の変化に対応し切れていないとは言えません。制度改革についても中央省庁主導で進められている結果、地域特性に応じた政策が進められているとは言い難い状況です。

本提言は医療保険制度を都道府県単位に一元化するとともに、簡素な財政制度の創設、住民自治の強化、保険者に対する権限移譲や市町村の関与を通じて、地域特性に応じた医療・介護政策を進めるための制度改革を提案しています。

本提言に対して批判や反対意見を含めて様々な意見をいただくことで、社会の関心やオープンな議論を作り出し、結果として社会全体の合意形成とビジョンの共有につながることを期待します。

公益財団法人 東京財団
理事長 秋山昌廣

要旨

本提言は社会保険方式の原則に立ち、①リスクの分散、②負担と給付（受益）の関係、③被保険者の参加、④提供体制に対する保険者の権限—の4点で、日本の医療保険制度の課題と制度改革の方向性を考察している。提言で重視しているポイントは以下の4点である

第1に、社会保険方式とは保険集団を構成する被保険者が共同して病気のリスクを分散する制度である。しかし、国民全体で見れば保険の成立しやすい人が被用者保険に入る一方、退職後に被用者保険から外れたサラリーマンOBの高齢者と非正規労働者が市町村国民健康保険に多く加入している結果、保険料の負担が不公平な状態となっており、社会全体でリスクの分散が適切に行われているとは言い難い。

第2に、社会保険方式は本来、保険料が他の目的に使われることがないため、被保険者は給付費の規模、負担の水準に関心を持ちやすい。しかし、現在は市町村国保の恒常的な赤字を穴埋めするため、公費（税金）投入や財政調整が複雑に実施されており、負担と給付（受益）の関係が不明確となっている。その結果として、被保険者のコスト意識を削いでいる可能性がある。

第3に、社会保険方式は被保険者による制度運営への参加と民主的決定を通じて、被保険者の自治が確保されていることを想定している。しかし、現在は制度運営や政策決定についての参加や自治が担保されていない。

第4に、医療保険における保険者とは、資金を管理するだけの年金保険と異なり、医療のアクセスや質・効率性について関与することが期待される。全人的かつ継続的なケアを提供するプライマリ・ケアの重要性を踏まえつつ、提供体制改革との観点から保険者の在り方を考えることも重要である。しかし、日本の医療保険制度における保険者はほとんど権限を持っていない。

政策提言の主な内容は以下の通りである。

提言（1）：保険制度の地域一元化

年齢、職業で細分化されている医療保険制度を地域に一元化する。被用者保険と地域保険に分立した現行システムではリスクの分散が社会全体で適切に行われておらず、保険料の負担が不公平となっているため、コミュニティに基盤を置いた医療制度に改革する。

保険の財政運営単位は都道府県とし、市町村も保険料徴収、医療・介護の連携、予防・保健などで医療政策に関与する。このことを通じて、地域特性に応じた医療・介護のベストミックスを進め、医療費の節約につなげる。

提言（2）：財政制度の簡素化

負担と給付（受益）の関係が分かりやすい簡素な財政制度を創設する。公費（税金）で負担する部分を一定割合に限定し、他の地域に比べて医療サービスを多く利用している部分については、地域住民の保険料または窓口負担に反映されるシステムにする。被保険者である住民が負担と給付（受益）の水準を理解しつつ、医療費や保険料の水準を考えられる基盤を整備する。

提言（3）：住民自治の強化

医療・介護政策における住民参加、住民自治を強化する方策として、住民代表や議会代表、診療団体の代表などで構成する「地域医療介護会議」（仮称）を都道府県単位に、「市町村医療介護会議」（仮称）を市町村単位に常設する。住民参加、住民自治の下、医療費の規模や保険料率の決定を含めて、地域特性に応じた医療・介護政策を展開できるようにする。

提言（4）：保険者に対する権限移譲

プライマリ・ケアの制度化に向けて、保険者が地域の医療体制に関与できるよう診療報酬の分配や施設・人員基準の決定権限などを保険者に移譲する。

財政運営に対する保険者の関与を強化するため、保険給付と保険料をリンクさせる新たな計画制度を創設するほか、無計画な公費（税金）投入を制限するための「医療財政安定化基金」（仮称）を都道府県単位に設置する。

上記の制度改革の結果、都道府県単位に再編された医療保険制度と簡素な財政制度、市町村による医療・介護制度の一体的な運営の下、住民参加と住民自治が確保されつつ、各地域が地域特性に応じた形で医療・介護政策や医療・介護のベストミックスを進めるようになる。

目次

はじめに.....	1
要旨.....	2
目次	
第1章 医療保険制度改革を論じる上での前提.....	7
1. 医療・介護制度を巡る環境.....	7
2. 「代理人」とプライマリ・ケアの重要性.....	8
(1) 医療サービスの特性	8
(2) 東京財団の政策提言	9
(3) 代理人とプライマリ・ケアの世界的潮流～英国の事例～	9
(4) 代理人とプライマリ・ケアの世界的潮流～米国などの事例～	11
(5) プライマリ・ケアを巡る日本の状況	12
(6) プライマリ・ケア制度化に向けた保険者の課題	13
3. 社会保険方式の原則から考える現行制度の課題.....	13
4. 提言の構成.....	15
第2章 医療保険制度の現状と課題①～リスクの分散が適切になされていない～.....	16
1. リスクの分散から見た社会保険方式の原則.....	16
2. 日本の医療保険制度の特徴.....	16
3. 被用者保険と市町村国保の保険料格差.....	17
4. 市町村国保の現状.....	19
(1) 市町村国保が高齢者の受け皿になっている現状	19
(2) 市町村国保が非正規雇用の受け皿になっている現状	21
(3) 市町村国保の財政悪化と滞納世帯の増加	22
5. 分立した体制の評価と問題点の考察.....	24
(1) 歴史的な背景と評価	24
(2) 分立した制度の問題点	25
6. 制度改革の論点と方向性～地域一元化の意義～.....	26
(1) 考えられる解決策	26
(2) 地域一元化の意義	28
7. 制度改革の方向性と論点～地域一元化の組織～.....	29
(1) 地域に一元化する際の地理的な範囲	29
(2) 地域に一元化する際の運営主体	32
(3) 市町村の役割	33
8. 制度改革の論点と方向性～地域一元化の財源問題～.....	34
(1) 保険料の賦課体系、財政構造の統一	34
(2) 事業主負担の取り扱い	37

第3章 医療保険制度の現状と課題②～負担と給付の関係が明確でない～	39
1. 負担と給付（受益）の関係から見た社会保険方式の原則	39
2. 制度の複雑化	39
(1) 複雑な財政制度の現状	39
(2) 市町村国保に対する公費（税金）の投入	41
(3) 高齢者医療費に関する財政調整の現状	42
(4) 複雑な財政制度ができた背景の考察	43
(5) 漸増主義の問題点	48
(6) 複雑な財政制度の問題点	49
3. 他者に負担を分散できる財政システム	50
(1) 需要誘発仮説と効用最大化モデル	50
(2) 都道府県別医療費の地域差	51
(3) 現行制度の問題点	53
4. 制度改革の論点と方向性	55
(1) 制度の簡素化	55
(2) 公費（税金）範囲の限定	56
(3) リスク構造調整の事例	57
(4) リスク構造調整の試算	59
(5) 新制度の財政試算	62
第4章 医療保険制度の現状と課題③～被保険者の参加が確保されていない～	65
1. 前提としての社会保障制度における参加	65
(1) 社会保障制度における参加の重要性	65
(2) 「参加」の定義	66
2. 医療・介護制度の参加に関する問題点	67
(1) 近年の制度改革における「参加」の動向	67
(2) 国における間接民主制から見た問題点	68
(3) 自治体における間接民主制から見た問題点	70
(4) 自治体における直接民主制から見た問題点	70
3. 制度改革の論点と方向性	71
(1) 住民参加の重要性	71
(2) 住民自治の重要性	71
(3) 住民自治の実効性強化	74
(4) 国会、地方議会の関与	75
第5章 医療保険制度の現状と課題④～提供体制改革の観点が無い～	76
1. 提供体制改革に関して保険者に期待される役割	76
2. 保険者が役割を発揮できていない現状と問題点の考察	78
(1) 保険者の現状	78
(2) 中央主導の問題点	80

3. ケアの質評価が不十分な現状と問題点の考察	82
(1) ケアの質評価を巡る現状	82
(2) ケアの質評価が足りない問題点	83
4. 制度改革の論点と方向性	83
(1) 保険者への権限移譲	83
(2) ケアの質評価と情報開示	85
第6章 政策提言	86
提言1：保険制度の地域一元化	86
(1) 地域一元化の意義	86
(2) 地域一元化の組織	86
(3) 地域一元化の財源	87
(4) 市町村の役割	87
提言2：財政制度の簡素化	88
提言3：住民自治の強化	89
提言4：保険者に対する権限移譲	90
(1) 提供体制改革の観点	90
(2) 計画制度の見直し	91
(3) ケアの質評価充実	92
第7章 おわりに～残された課題～	95
1. 医療・介護改革の意義	95
2. 社会連帯の在り方	96
3. 地方分権、住民自治の在り方	97
4. 漸増主義と制度複雑化	98
5. 医療・介護行政の一体的な運営	99
6. 医療・介護の提供体制改革	99
補論①：日本における「代理人」の事例	101
補論②：地域一元化に関する過去の議論	104
補論③：被用者保険の負担増と事業主負担の在り方	105
1. 高齢者医療費拠出金の増加	105
2. 事業主負担を巡る論点	107
3. 企業福祉からの論点	108
補論④：保険者機能の強化論議とメタボ健診	111
補論⑤：介護保険制度の特色と改革に向けた考え方	114
1. 介護保険制度の概要	114
2. 介護保険制度の課題	115
3. 制度改革の論点と方向性	117

第1章 医療保険制度改革を論じる上での前提

1. 医療・介護制度を巡る環境

日本の医療制度は国民皆保険、医療サービスに対するアクセスの高さなどで世界的に高く評価されている。OECD（経済協力開発機構）が2014年11月に公表した日本の医療制度に関するレポートも、「比較的低コストで良好な健康を実現している。平均寿命の長さとともに、医療の質を示す指標はOECD加盟国で最高」と指摘した¹。

しかし、高齢者人口の増加で医療・介護需要の増加が見込まれている上、日本の国家財政は約40%の歳入を国債で確保し、歳出の約30%を社会保障費に回している点で、将来世代に負担を先送りする異常な状態が続いている。社会保障に充当するという名目で消費増税が決まったが、増加する社会保障費を借金で確保する大きな構造に変化は見られず、社会保障制度改革は喫緊の課題である。

では、日本の医療費はどこまで節約できるのだろうか。ここで注目したいのが都道府県別に見た医療費の格差である。住民1人当たり医療費が最も高い高知県と、最も低い千葉県の差は1.6倍に及ぶ。それにもかかわらず、高知県を含めた他の地域と比べて、千葉県で深刻な医療問題が起きているとは思えない。地域の個別事情を考慮する必要があるとはいえ、この格差は医療費を大幅に節約できる可能性を示唆しているのではないかと。

しかし、年金がカネ（ファイナンス）のやり取りで完結するのに対し、提供体制を伴う医療・介護は費用節約だけでなく、サービスの質も確保しなければならず、その改革は大きな課題である。医療費の増加は先進国共通の課題であり、各国で様々な改革がなされているが、その有効な手立ては見つかっていない。

これらの課題に対応するため、東京財団は2012年10月、政策提言『医療・介護制度改革の基本的な考え方』を取りまとめた²。その内容は①医療・介護ビジョンの必要性：新たな連帯の形成と政策決定の分権化、②インセンティブ設計の見直し：項目別支払い制度（出来高払い）を改革し、責任に対する報酬に転換、③全人的かつ継続的なケアを提供するプライマリ・ケアの確立に向けた「地域包括ケア・グループ」（Community Comprehensive Care Group、以下「ケア・グループ」）の創設一である。今回は費用節約とサービスの質確保を図る上で重要な医療保険制度改革に関してビジョンと政策提言を示す。

1 OECD (2014) "OECD Reviews of Health Care Quality : Japan RAISING STANDARDS Assessment and Recommendations"「医療の質レビュー 日本 スタンダードの引き上げ 評価と提言」p37。

² 東京財団 (2012)『医療・介護制度改革の基本的な考え方』。

<https://www.tkfd.or.jp/files/pdf/lib/60.pdf>

以下、医療保険制度改革を論じる前提として、医療サービスの特性から見た「代理人」とプライマリ・ケアの重要性、社会保険方式の原則を考察する。

2. 「代理人」とプライマリ・ケアの重要性

(1) 医療サービスの特性

まず、医療サービスの特性から考察する³。医療サービスは医師と患者の間で情報の非対称性が大きい相対取引である。通常の財やサービスは個々人の選好に合わせて効率的に分配できるため、市場に委ねられるが、医療サービスでは素人である患者が十分に情報を習得し、どういう医療サービスを受けるか自己決定するには限界があり、市場の機能に期待しにくい。

さらに、医療ニーズの発生は予測できない上、効用も不確実である。疾病や症状、個人が置かれている困難な状況には個別性が大きく、医師の提供するケアの不確実性も払拭できない。このため、患者と医師（及びケア提供者）の相互信頼による協働の作業が必要となる⁴。

つまり、医療サービスの特性として、患者は医師を「信頼」して任せる⁵ことになるため、医師や看護師などのケア提供者は患者の「代理人」(agent)としての役割を果たすことが期待される。

一方、高齢者人口の増加による医療・介護需要の増加が予想される中、費用の節約が課題となっており、費用節約に対して医師などのケア提供者が関与する必要がある。

この結果、医師などのケア提供者（代理人）に対して、「ケア提供に対する責任」「費用節約への関与」の2つの役割を持たせる必要がある。その際には代理人が全人的かつ継続的なケア、つまりプライマリ・ケア⁶を提供することで質を確保しつつ、費用節約の実現を確保する観点が重要となる。

だが、代理人の存在だけでは十分とは言えない。経済学の「代理人理論 (principal-agent theory)」によれば、情報の非対称性がある場合の相対取引はモラルハザードの危険がある。医療で言えば、必要以上にケアを提供する「過剰診療」、逆に必要なケアを提供しない「過少診療」、提供するケアの質の低下が起きる可能性を想定する必要がある。

こうした代理人のモラルハザードを予防する方法として、①インセンティブによる制御

³ ここでは議論を分かりやすくするため、医療に特化して議論を進める。介護についても、医療ほど情報の非対称性が大きくないが、本人に合った適切なサービスを提供する上で、ケア提供者による調整や介入が必要になる。

⁴ 郡司篤晃 (1998) 『医療システム研究ノート』丸善プラネット pp66-67。

⁵ Michael Calnan and Rosemary Rowe (2008) "Trust Matters in Health Care", Open University Press, pp6-8によると、信頼 (trust) には①認知的 (cognitive) な要素、②情緒的 (affective) な要素、③飛躍 (leap) 一の3段階を伴うという。

⁶ 日本プライマリ・ケア連合学会の定義によると、プライマリ・ケアは「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、全人的に対応する地域の保健医療福祉機能」としており、特徴は Accessibility (近接性)、Comprehensiveness (包括性)、Coordination (協調性)、Continuity (継続性)、Accountability (責任性) の5つとされる。

(incentive constraint)、②第三者評価一の2つが必要になる。これらを制度として整備することを通じて、上述した代理人に期待される2つの役割、すなわち「ケア提供に対する責任」「費用節約への関与」を確保することが求められる。

(2) 東京財団の政策提言

こうした問題意識の下、東京財団は政策提言『医療・介護制度改革の基本的な考え方』で、提供体制改革に関する一つの案としてケア・グループの創設を提案した。これは在宅を中心に医療機関や介護事業所、薬局などを連携させ、入院から退院、通院、在宅ケアまでを一体的に提供するグループを創設する考えであり、以下の性格を持たせる案を示した。

- ① ケア・グループは患者・住民の健康に責任を持つ「代理人」(agent)としての責任を担う。ケア・グループが「責任を持ってケアする」と保証することで、ケアに対する責任(responsibility)を果たす。その際、患者・住民の個別ケースについて保険を運営する主体(保険者)と契約を交わす⁷。
- ② ケア・グループは患者が高度な医療を受ける際に病院を選択したり、介護事業所・施設または高齢者住宅を利用したりする場合、そのニーズに応じて患者の代理人として自ら施設の評価を行うか、データを収集・評価して患者に情報提供する。
- ③ ケア・グループに対して、保険者は固定額を代理人契約として支払う一方、疾病に応じて項目別支払い(出来高払い)を組み合わせる。さらに、ケア提供に要した経費が契約した収入の合計を下回った場合、2分の1を法人が留保し、残りの2分の1を保険者に還元することで、費用節約のインセンティブを付与する。
- ④ ケア・グループにケアの質に関する説明責任を課す。ケア・グループがケアの質に関するデータを保険者と国民に報告することを義務付ける。
- ⑤ ケア・グループは公共的な法人格を持ち、ケア・グループに予算と決算の公表を義務付けるとともに、役員に住民代表、監事に税務・会計の有資格者を入れる。

ケア・グループを通じてプライマリ・ケアの提供とともに、費用節約を確保するとともに、ケアの質向上についても責任を担わせる提案である。こうした潮流は世界的に共通していると考えており、次項で考察する。

(3) 代理人とプライマリ・ケアの世界的潮流～英国の事例～

世界の医療制度を見ると、同じ自由主義経済の国でも財源調達の方法や提供体制の確保などについて大きな差異がある。アメリカは純粋に民間と市場に委ねているのに対し、イギリスは行政のウエイトが大きく、両国は両極に位置する。社会保険方式を採用している日本やヨーロッパ諸国が両者の間に位置付けられる⁸。

⁷ 医療と契約の関係については、第5章で述べる。

⁸ 尾形裕也(2007)「先進諸国の医療保障・提供制度の類型論と制度改革の動向」田中滋・二木立編著『医療制度改革の国際比較』勁草書房 pp4-6、広井良典(1994)『医療の経済学』日本経済新聞社 pp239-242。

イギリス⁹は公的医療保障費用のほとんど全てを公費（税金）で賄っており、他国と比べると制度における行政機関の存在感や影響力が大きい。戦後間もなく国民保健サービス（National Health Service、NHS）を創設し、国民は原則として無料で医療を受けられる。

NHS で重要な役割を果たしているのが General Practitioner（家庭医、GP）である。イギリスの GP は住民から様々な健康相談を受け付けるとともに、全人的かつ継続的に患者を診るプライマリ・ケアを提供することで、代理人の機能を果たしている。住民は GP の勤務する診療所への登録が義務付けられており、高度な 2 次医療、3 次医療を受ける場合、原則として GP の紹介を必要とする。GP が病気の種類や状態、緊急性などに応じて患者が受けべき医療を選択しているため、結果として医療費を抑制しているとされる。

さらに、診療所に入る収入の約 7 割が住民の登録者数に比例する仕組み（人頭払い）を採用しており、全ての診療所に提供を義務付けている「基本サービス」の部分は人頭払いである。このことで費用に事実上の上限を設けており、過剰診療を防いでいる。

GP の診療所に対する予算を設定しているのが人口 20 万人程度に区切られた「臨床委託グループ」（Clinical Commissioning Group、CCG：労働党政権期の Primary Care Trust が保守党政権で改組）という組織である。CCG には国から予算が分配され、その枠内で GP が地域における予算分配を決定しており、診療所ごとに使える予算の上限をかけている。

その一方で、過少診療や質低下などのモラルハザードを防ぐとともに、ケアの質を維持・向上させるための手立てがいくつか講じられている。

第 1 に、住民が登録する診療所を自宅の近くから選べる仕組みを採用しており、GP が住民の信任を裏切った場合、住民は別の診療所に登録を変更できる。GP や診療所から見ると、住民の信任を得られない場合、住民の登録者数が減ることで人頭払いによる収入も減ってしまう。そのため、地域の医療サービス充実や地域住民の健康に関して、GP が責任を持つインセンティブが緩やかにかかっている。

第 2 に、GP や診療所のケアに関する満足度調査を患者を対象に毎年実施するとともに、その回答結果を診療所ごとにインターネットで公表しており、住民は診療所を選ぶ際に参考にできる。この点も GP の提供するケアに対する質の担保となっている。

第 3 に、先述の人頭払いに加えて、予防接種などの取り組みに応じて支払われる成績払い（Quality and Outcomes Framework、QOF）を組み合わせしており、診療所ごとの取り組み状況もインターネットで住民はチェックできる。

⁹ 英国の事例は全て以下を参照。田畑雄紀（2014）「NHS 改革と財政状況」『健保連海外医療保障』No.103、澤憲明（2012）「これからの日本の医療制度と家庭医療」『社会保険旬報』No.2489・2491・2494・2497・2500・2513、健康保険組合連合会（2012）「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究」、伊藤善典（2006）『ブレア政権の医療・福祉改革』ミネルヴァ書房、郡司篤晃（2006）「イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No.156。日本人唯一の英国 GP である澤憲明（敬称略、全て以下同じ）を招いた東京財団研究会リポート 2013 年 12 月 18 日。

<http://www.tkfd.or.jp/research/project/news.php?id=1221>

第4に、国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence、NICE）を中心に、医薬品や治療・診療行為、医療材料などに関する費用対効果を検証しており、エビデンスを基にした質の充実も図られている。データを基に「推奨」「研究のみ」「推奨しない」などの形でガイダンスを示し、推奨しない医薬品を使った場合、そのケアには国から費用を支出しないことがある。

（4）代理人とプライマリ・ケアの世界的潮流～米国などの事例～

アメリカ¹⁰は供給・財源面ともに市場、民間のウエイトが大きく、イギリスの対極に位置する医療制度を持っている。主要先進国では唯一、全国民を対象とした医療保障制度を持っておらず、提供体制における民間セクターの存在感も大きい。このうち、財源に関しては、65歳以上の高齢者を対象に連邦政府が運営する医療保険である「メディケア」、低所得者向けの医療扶助制度として州政府が運営している「メディケイド」などが整備されているとはいえ、全国民の約15%に相当する約5,000万人が医療保障の対象になっていなかった。国民皆保険を目指す「オバマ・ケア」の法律が成立したが、その先行きは依然、不透明である。

しかし、アメリカでもイギリスと同様の改革が進められている。医療費の増加が続いている上、プライマリ・ケア医が病院の勤務医に転向している傾向などを踏まえ、プライマリ・ケアを提供する主体として、ACO（The Accountable Care Organization）の取り組みが進められている。ACOでは個人に良質なケアと健康サービスを包括的に提供することを目指す一方、増え続けているメディケアなどの節約の役割も期待されている。具体的には、保険者などから支払われる報酬と、実際のケアに要した費用の差額の一部をACOに払い戻す仕組みを作ることで、不必要な医療費の抑制を図ろうとしている。

さらに、メディケア、メディケイド、民間保険者などがACOと契約を結ぶ際、提供した医療サービスの成果に関して説明責任を負わせつつ、支払いに成果を反映させることを想定している。

両国の状況を見ると、医療保障制度では対極に位置するにもかかわらず、プライマリ・ケアを重視するとともに、報酬制度とケアの質評価を通じて、①ケア提供の責任主体（代理人）に対してケアに対する責任、②費用節約のインセンティブの2つの役割を持たせようとしている点は共通している。

他国の事例を見ても同様の傾向がある。オランダや北欧は以前から家庭医やプライマリ・ケアを重視しており、日本と同じ社会保険方式を採用するドイツでは家庭医によるプライマリ・ケアの提供を被保険者が任意で選べるようにしている。同じく社会保険方式を採用する

¹⁰ アメリカの事例のうち、オバマ・ケアは山岸敬和（2014）『アメリカ医療制度の政治史』名古屋大学出版会、天野拓（2013）『オバマの医療改革』勁草書房、ACOの事例は真野俊樹（2013）「疾病構造の変化と高齢化がもたらす医療への影響」『共済総合研究』Vol.66、CMS（Centers for Medicare & Medicaid Services）ウェブサイト参照。
<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/index.html?redirect=/aco/>

フランスも患者が最初に受診する医師を指定する「かかりつけ医」(medecin traitant) 制度を 2005 年から導入し、かかりつけ医に受診する場合に比べると、かかりつけ医を経由しない時の患者負担を多くなるように設定している¹¹。

(5) プライマリ・ケアを巡る日本の状況

では、日本の状況はどうだろうか。日本の医療制度は多額の公費(税金)を投入している点など費用面における行政のウエイトが大きく、イギリスやヨーロッパ大陸のシステムに近いが、提供体制の大半を民間に委ねている点ではアメリカに近い。特に、高齢者人口が増加する大都市部では民間が主な提供主体となっており、医療機関や介護事業者は患者・利用者の獲得を巡って競争している。こうした特性を持つ日本としてプライマリ・ケアの制度化に向けて独自の「解」を見出す必要がある。

ただ、他国と比べると、日本は医療・介護の統合的な提供やプライマリ・ケアの制度化が遅れている。確かに近年、日常生活圏域を中心に、医療・介護を統合的に提供する「地域包括ケア」¹²に向けた制度改革が進められており、先進事例も生まれている(提供体制の先進事例は補論①を参照)が、国民はいわゆる「フリーアクセス」の下、受診する医療機関を選択できる自由が保障されており、診療所だけではなく、高度な医療を提供すべき大学病院も外来診療を行っている。

日本の医療制度に関する 2014 年 11 月の OECD リポートは「(現在の仕組みは) 利便性という利点があるが、超高齢社会の医療ニーズに最も適うものではない可能性がある。複雑で慢性の疾患を 1 つ以上抱える高齢者には、健康を維持し、社会への参加能力を最大限に発揮するため、継続的・予防的で個々に合わせたサービスが必要である」としてプライマリ・ケアの制度化の必要性を訴えるとともに、その方策として、①患者が指名したプライマリ・ケア専門医に登録するシステムの導入、②プライマリ・ケアに関する支払いに人头割を導入などを挙げている¹³。これらの指摘は今後の制度改革を論じる上での参考になるであろう。

¹¹ オランダ、北欧、ドイツ、フランスの事例については、松本勝明編著(2015)『医療制度改革』旬報社、西村周三・京極高宣・金子能宏編著(2014)『社会保障の国際比較研究』ミネルヴァ書房、労働政策研究・研修機構(2014)『労働政策研究報告 No.167 オランダの地域包括ケア』、松本勝明(2014)「メルケル政権下の医療制度改革」『海外社会保障研究』No.186、葛西龍樹(2013)『医療大転換』ちくま新書、加藤智章・西田和弘編著(2013)『世界の医療保障』法律文化社、真野俊樹(2013)『比較医療政策』ミネルヴァ書房、加藤智章(2012)「フランスにおけるかかりつけ医制度と医療提供体制」『健保連海外医療保障』No.93、松橋光俊(2011)『ドイツ医療保険の改革』時潮社、財務省財務総合政策研究所(2010)「医療制度の国際比較」を参照。

¹² 厚生労働省編(2014)『平成 26 年版厚生労働白書』p397 は地域包括ケアについて、「地域の事情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義している。2012 年施行の改正介護保険法に関連規定が盛り込まれた。

¹³ OECD “OECD Reviews of Health Care Quality”「医療の質レビュー 日本 スタンダードの引き上げ 評価と提言」pp59-63。

(6) プライマリ・ケア制度化に向けた保険者の課題

プライマリ・ケアの制度化に向けて、保険制度も改革する必要がある。日本の医療保険制度における保険者は職業、年齢で細分化されている上、ほとんど権限を持っていないため、代理人に対して費用節約のインセンティブを与えるなどの役割を果たせない。

これまでの医療保険制度改革論議も「保険制度を巡る資金のやりくりをどう変えるか」という点に終始し、地域の医療体制における保険者の役割を論じる視点が見られない。プライマリ・ケアの重要性を踏まえつつ、医療保険制度の在り方を論じるには「責任主体（代理人）の形成に向けて、保険者の役割は何か」という点が課題となる。

3. 社会保険方式の原則から考える現行制度の課題

医療保険制度の在り方を考察する上では、社会保障制度や社会保険方式の原則や特性からアプローチする必要もある¹⁴。

最初に踏まなければならないのが社会の構成員による連帯意識である。当時の与野党が合意して 2012 年 8 月に成立した社会保障制度改革推進法では、社会保障制度改革の基本的な考え方の一つとして、「自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと」を挙げた。

つまり、社会保障制度は本来、個人の自立を基盤とし、社会の幅広い「連帯」による自助、互助、公助の重層的なシステムである¹⁵。社会の構成員による連帯と助け合いの意識が社会保障制度の基盤に据えられる必要がある。

この点は保険料を主な財源とする社会保険方式も同様である。それぞれの保険集団内で病気などの生活上のリスクを分散することを通じて国民の生活を保障することを目的とし、社会連帯による助け合いの考え方をベースとしている¹⁶。

では、こうした前提に立った上で、医療保険制度はどういう原則や特性を持つのか。本提言は社会保険方式の原則と医療保険制度の特性に照らし合わせつつ、以下の 4 点を重視する。

- ① 医療保険制度は社会連帯の下、病気のリスクを分散するためのシステムであり、社会全体でリスクの分散が適切になされる必要がある。

¹⁴ 社会保険方式や医療保険制度の原則や特性については、菊池馨実編著（2012）『社会保険の法原理』法律文化社、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、同（2004）『社会保障の構造転換』社会保険研究所、堀勝洋（2009）『社会保障・社会福祉の原理・法・政策』ミネルヴァ書房、同（1997）『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房、山崎泰彦・尾形裕也編著（2003）『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社を参照。

¹⁵ 東京財団『医療・介護制度改革の基本的な考え方』p9。

¹⁶ 介護保険法と高齢者医療確保法は「国民の共同連帯の理念」の文言を用いている。

- ② 医療保険制度は保険料の負担と保険給付の関係が直接的であり、負担と給付（受益）の関係が明確でなければならない。
- ③ 医療保険制度では給付と負担の水準についての合意を当事者自治に委ねるシステムであり、被保険者による自治、参加が確保される必要がある。
- ④ 医療保険制度では保険制度を運営する主体（保険者）が医療体制に相応の役割を持つ必要がある。

まず、①に関して見ると、社会保険方式とは保険料を主な財源として国民に対して保険給付を行う仕組みであり、日本の医療保険制度は国民全体に強制加入を課すことで、保険集団を構成する被保険者が連帯して病気のリスクを分散することを目指している。このため、医療保険制度を評価する際、「社会全体としてリスクの分散が適切か」という点が重要となる。

しかし、現在は被用者保険と市町村国民健康保険の間で、保険料の格差が大きい。この主な原因としては、退職後に被用者保険から外れたサラリーマン OB が市町村国保に加入し、市町村国保が病気のリスクが大きい高齢者の受け皿となっていることが挙げられる。制度創設時に想定できなかった人口の高齢化が進んだ結果、市町村国保の財政は悪化している。さらに、雇用形態の多様化が進む中、被用者保険から外れた非正規雇用者が市町村国保に加入しており、社会全体ではリスクの分散が適切に行われているとは言い難い。

②の部分については、社会保険方式は保険料が他の目的に使われないことがないため、医療サービスを多く利用した分については、被保険者が負担する保険料の上昇として反映されるため、被保険者は給付費の規模、負担の水準に関心を持ちやすい。つまり、社会保険方式は保険料の負担と保険給付（受益）の関係が直接的であり、保険料の使途や保険料の負担、医療費の規模について、被保険者が自ら考えることができる制度である。医療保険制度の在り方を考える時、「負担と給付（受益）の関係が明確か」という点も重要となる。

しかし、現在の日本の医療保険制度は市町村国保の恒常的な赤字を穴埋めするため、パッチワーク的な制度改正を進めている結果、公費（税金）投入や財政調整が複雑に実施され、負担と給付（受益）の関係は不明確と言わざるを得ない。給付費の一部を公費（税金）で対応しているため、全国平均を大きく超えて医療サービスを多く利用しても、その部分まで負担を分散することも負担と給付（受益）の関係を不明確にしている。その結果、被保険者のコスト意識が削がれている可能性がある。

③に関して見ると、社会保険方式は被保険者による制度運営への参加と民主的決定を通じて、被保険者による自治が行われることを想定している。このため、被保険者が当事者意識を持ち、制度運営や政策決定に参加することが必要である。社会保障制度が個人の自立を基盤にしていると考えれば、被保険者の主体的な参加は欠かせない。

だが、日本の医療保険制度では制度運営や政策決定について、被保険者の参加や自治が担保されていない。医療保険制度の在り方を考える上では、「制度運営や政策決定への被保険

者の自治や参加が確保されているか」という点も重要になる。

最後の④は、医療保険制度における保険者としての特性である。同じ社会保険方式でも年金保険における保険者とは資金を管理する役割に過ぎないが、医療保険制度における保険者とは医療のアクセスや質・効率性に関与することが期待されており、前節で述べた提供体制改革を進める上では、保険者が地域の医療体制に相応の役割を持つことが必要となる。

しかし、現在の保険者は年齢、職業で細分化されている上、十分な権限を持っていないため、2. で述べた 2 つの役割、すなわち費用節約とケアの質の評価に関与できない。医療保険制度の在り方を考える上では、プライマリ・ケアの重要性も踏まえつつ、「責任主体（代理人）の形成に向けて、保険者の役割は何か」という視点が欠かせない。

4. 提言の構成

以上の課題を踏まえて、本提言は①社会全体から見たリスクの分散、②負担と給付（受益）の関係、③制度運営に対する被保険者の参加、④提供体制に対する保険者の権限一の 4 点から医療保険制度の現状と課題を考察し、あるべき姿、ありたい姿を考察する。

まず、第 2 章と第 3 章では病気のリスクの分散、インセンティブ設計など経済的な視点から見る。第 2 章ではリスクの分散という観点で現状と課題を考察し、負担の公平化と連帯の再構築を図るため、医療保険制度の地域一元化の必要性を考える。保険財政の運営は都道府県単位とし、住民の生活に身近な市町村も医療体制の整備や保険料の徴収、予防・保健事業、介護保険との連携などで積極的に関わる仕組みを確立し、地域特性に応じた医療・介護のベストミックスを通じて、医療費を節約できる基盤づくりを提言する。

第 3 章は財政的なインセンティブ設計を取り上げる。負担と給付（受益）の関係が不明確なことが被保険者のコスト意識を阻害している可能性を考察した上で、公費（税金）で対応する部分を限定する簡素な財政制度の重要性を示す。

第 4 章と第 5 章は行政組織の改革を中心的に取り上げる。第 4 章では、住民や被保険者の参加をほとんど想定していない現状を考察するとともに、地域に再編された医療保険制度に住民参加や住民自治を採り入れる重要性を指摘する。

第 5 章では、地域の医療制度における保険者の役割を考察する。具体的には、2. で述べたプライマリ・ケアの重要性やケア・グループの基本的な性格、ケア・グループと保険者の関係を考察した後、中央主導で制度が運営されている点、保険者が権限を持っていない点などを指摘し、プライマリ・ケアの制度化に向けた保険者に対する権限移譲を考える。

その上で、第 6 章では上記の課題を解決するための制度改革として、①医療保険制度の地域一元化、②負担と給付（受益）を明確にする簡素な財政制度の創設、③被保険者である住民自治の確保、④保険者に対する権限移譲一を提示する。

第 2 章 医療保険制度の現状と課題①～リスクの分散が適切になされていない～

1. リスクの分散から見た社会保険方式の原則

第 1 章で触れた通り、社会保険方式とは保険料を主な財源とし、保険集団を構成する被保険者が共同してリスクを分散する制度である。リスクを分散させる手法は私的保険と同じ¹⁷だが、公的医療保険では強制加入を国民に義務付けているほか、多額の公費（税金）が投入されており、これらの点は私的保険と異なる。医療保険制度の場合、国民に強制加入を課すことで、それぞれの保険集団内で病気のリスクを分散している。

2. 日本の医療保険制度の特徴

日本の公的医療保険制度は国民全員を強制加入させているのが特徴の一つであり、こうした仕組みは他国に見られない。その結果、富裕層も強制加入の対象となる上、保険料の負担については、収入に応じて負担する応能負担を採り入れている¹⁸ため、病気のリスクだけでなく所得も再分配していることになる¹⁹。

もう 1 つの特徴は表 1 の通り、健保組合、協会けんぽ（旧政府管掌健康保険）、共済保険など職域に基軸を置く被用者保険と、市町村国保、後期高齢者医療制度という地域に基軸を置く地域保険に分立している点である。このうち、被用者保険には大企業のサラリーマンが加入する健保組合、中小企業のサラリーマンが加入する協会けんぽ、公務員らが加入する共済保険が含まれる。地域保険には農林業従事者や自営業者らを想定した市町村国保²⁰、75 歳以上の高齢者が都道府県単位の広域連合に加入する後期高齢者医療制度がある。被用者保険と地域保険に分立したシステムは同じ社会保険を採用している国では見られないとされている²¹。さらに、年齢で区切った医療保険制度を採用している点、多額の公費（税金）を投

¹⁷ 例えば、私的保険では予想しにくい病気や火災などのリスクを大量に観察することを通じて、一定の法則性を見出す「大数の法則」を原則としているが、基本的な手法は公的保険も同じである。

¹⁸ 保険料の負担方法を大別すると、受ける利益に応じて負担する「応益負担」と、能力に応じて負担する「応能負担」に分かれる。詳細は本章 8. で考察する。

¹⁹ 菊池馨実（2013）「社会保障とのもその特質」加藤智章・菊池馨実・倉田聡・前田雅子『社会保障法』有斐閣 pp23-24 では、高所得者から低所得者に対する所得再分配に加え、①加入者から受給者への所得移転、②企業から労働者への所得移転、③現役世代から高齢世代への所得移転—を指摘している。特に、近年は③の見直しが指摘されており、2013 年 8 月に公表された政府の社会保障制度改革国民会議報告書も「給付は高齢世代中心、負担は現役世代中心」という構造を見直し、給付・負担の両面で世代間・世代内の公平が確保された制度とすることが求められる」と指摘している。いずれの再分配も重要な論点であるが、ここでは議論に深入りしない。

²⁰ なお、加入者は少ないが、医師や弁護士などが加入する「国民健康保険組合」もあり、財政が豊かな組合に対する定率国庫補助金の在り方が問題となっている。

²¹ 島崎謙治（2011）『日本の医療』東京大学出版会 pp22-24。

入している点も社会保険方式を採用している他の国には見られない特徴と言える。

表 1：日本の医療制度の概略

	被用者保険			地域保険	
	協会けんぽ	健保組合	共済組合	市町村国保	後期高齢者
保険者数	1	1,431	85	1,717	47
加入者数	3,510万人 うち被扶養者 1,523万人	2,935万人 うち被扶養者 1,382万人	900万人 うち被扶養者 450万人	3,466万人 2,025万世帯	1,517万人
加入平均年齢	36.4歳	34.3歳	33.3歳	50.4歳	82.0歳
65～74歳割合	5.0%	2.6%	1.4%	32.5%	2.6%
1人当たり 医療費	16.1万円	14.4万円	14.8万円	31.6万円	91.9万円
1人当たり 平均所得 (世帯当たり)	137万円 (242万円)	200万円 (376万円)	230万円 (460万円)	83万円 (142万円)	80万円

注：2012 年度現在。協会けんぽ、健保組合、共済組合の世帯当たり平均所得は被保険者 1 人当たりの金額、後期高齢者に加入する 65～74 歳の割合は一定の障害があると広域連合が認定した人の割合。

出典：厚生労働省資料を基に東京財団作成

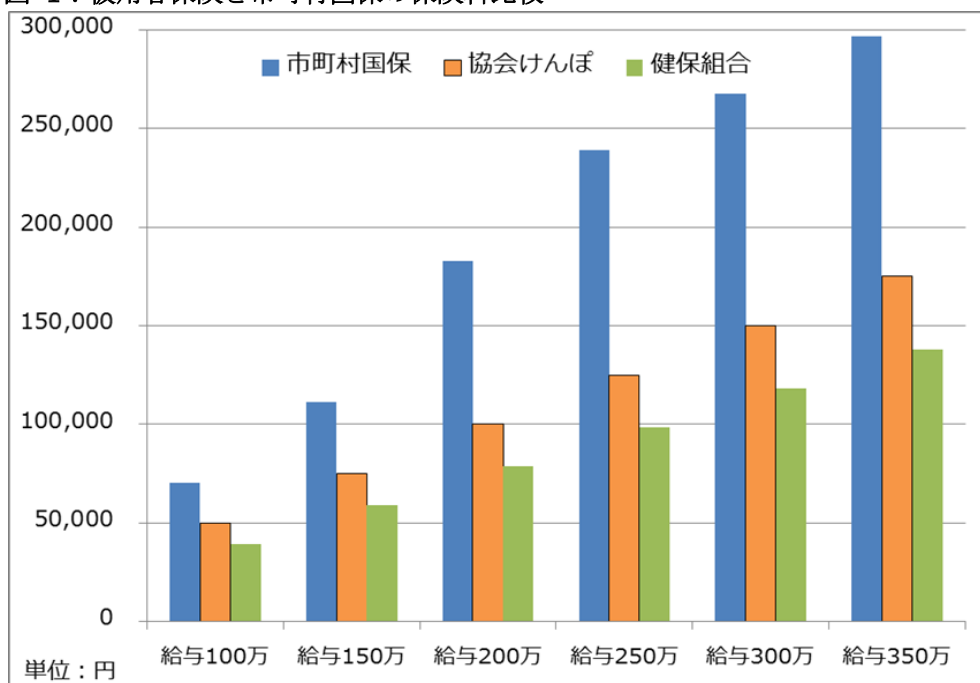
3. 被用者保険と市町村国保の保険料格差

医療保険制度を巡る大きい課題の一つは被用者保険と市町村国保の間で保険料²²の格差が大きい点である。以下、その格差を「40 歳未満の夫、専業主婦、子供 2 人、固定資産税なし」の世帯をモデルケースにしつつ、給与収入 100～350 万円を比較すると、図 1 の通りに市町村国保と被用者保険の保険料格差が大きい²³。

²² 市町村国保の場合、2013 年度現在で 1,512 団体が保険税を採用している。保険税の場合、徴収権の時効期間が 5 年になるのに対し、保険料の時効期間は 2 年と短く、徴収権の優先順位も保険税の方が優先することが理由である。しかし、本提言では「保険料」で表記を統一する。

²³ 試算では「夫婦、子供 2 人」の標準モデル世帯を基本とした。しかし、介護保険料の負担を加味すると、比較が難しくなるため、世帯主（夫）が介護保険の加入対象とならない 40 歳未満とした。さらに、妻が収入を得ていると保険料の負担額が変わるため、収入を得ていないケースを想定したほか、市町村国保の場合、固定資産税の有無が保険料に影響するため、固定資産税を所有していないケースで試算・比較している。保険料の比較に際して、市町村国保は①医療分、後期高齢者支援分を合算、②所得は旧ただし書きで算定、③保険料課税は世帯所得に応じて負担する「所得割」、世帯の保有資産に応じて負担する「資産割」、世帯ごとの加入者数で負担を求める「均等割」、世帯ごとに負担を課す「平等割」の 4 方式で算定、④「平成 25 年度国民健康保険事業年報」を基に旧ただし書き、4 方式の市町村を抽出、⑤均等割、平等割は該当保険者数（医療分は 1,157 団体、後期高齢者支援分は 1,000 団体）で割り、医療分と後期高齢者支援分で別々に全国平均を算出、⑥所得割は「所得割課税算定額／所得割課税対象額×100」で所得割の平均税率を 8.36%（医療分 6.39%、後期高齢者支援分 1.98%）と算出、⑦2013 年度時点の保険料減額制度を適用という前提で行った。協会けんぽは 2013 年度の全国平均保険料である 10%、被保険者と事業主の負担割合は 5：5 で計算した。健保組合は「平成 25 年度健保組合決算見込の概要」（2014 年 9 月公表）を基に、全国平均の保険料である 8.674%、被保険者と事業主の負担割合を 3.943%、4.731%と考え、被保険者の保険料を試算した。

図 1：被用者保険と市町村国保の保険料比較



出典：厚生労働省「平成 25 年度国民健康保険事業年報」、健康保険組合連合会「平成 25 年度健保組合決算見込の概要」、協会けんぽ資料を基に東京財団作成

具体的には、給与収入 150 万円の場合、被保険者の保険料負担（雇用主が支出する事業主負担を除く）は市町村国保で 11 万 1327 円、協会けんぽが 7 万 5,000 円、健保組合が 5 万 9,145 円となる。給与収入 300 万円の場合、市町村国保が 26 万 7,809 円、協会けんぽが 15 万円、健保組合が 11 万 8,290 円となる。

では、保険料格差が生まれる要因は何か。第 1 に、保険料賦課体系の違いが挙げられる。市町村国保の場合、低所得者については公費（税金）による負担軽減措置が講じられているものの、保険料負担の半額を雇用主が支出する事業主負担がないため、本人の保険料負担が大きくなる。この結果、同じ所得の世帯でも市町村国保の保険料は高くなっている。

第 2 に、市町村国保が病気になるリスクの大きい高齢者が多く加入している点を挙げる事ができる。表 1 の通り、各保険者の被保険者に占める 65～74 歳の割合は 2012 年度現在で市町村国保が 32.5%に対し、協会けんぽは 5.0%、健保組合は 2.6%となっている。2012 年度現在の加入者平均年齢も市町村国保が 50.4 歳に対し、協会けんぽは 36.4 歳、健保組合は 34.3 歳となっている。

病気になるリスクの大きい高齢者が被保険者の多数を占めるようになると、医療費が高くなり、その結果として保険料の負担が大きくなる。2012 年度現在の被保険者 1 人当たり医

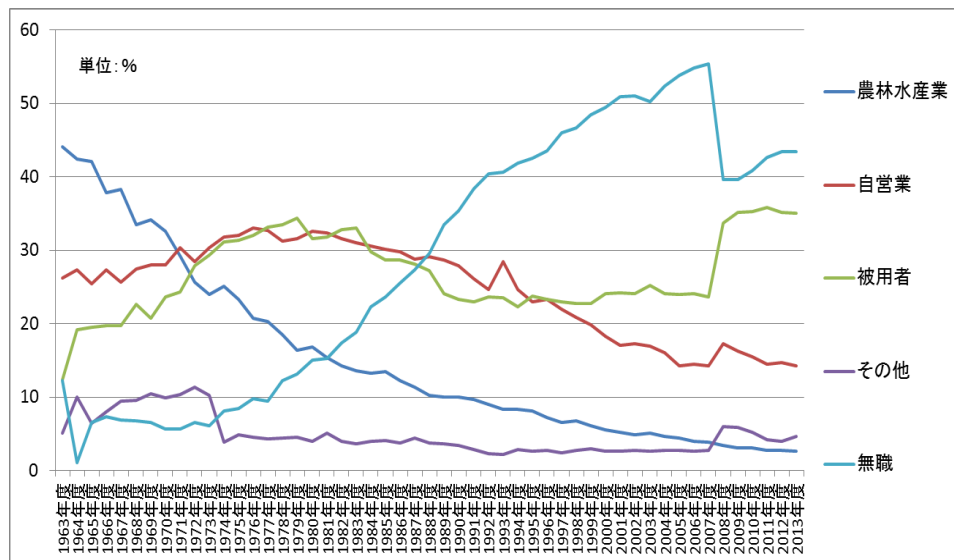
療費を見ると、表 1 の通り、協会けんぽが 16.1 万円、健保組合が 14.4 万円に対し、市町村国保は 31.6 万円と高い²⁴。

4. 市町村国保の現状

(1) 市町村国保が高齢者の受け皿になっている現状

こうした保険料の格差が生まれているのは、会社を辞めた後に被用者保険から外れたサラリーマン OB の高齢者が市町村国保に流入しているためである。以下、市町村国保の現状を詳しく考察する²⁵。

図 2：職業別に見た市町村国保被保険者の年次推移



出典：厚生省、厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」を基に東京財団作成

最初に、市町村国保の職業別構成の推移を考察する。本来、市町村国保は農林業従事者や自営業者を主な加入者と想定していたが、今や構成は大きく変わっている。図 2 は 1963 年度から 2013 年度までの市町村国保被保険者の職業構成の推移である²⁶。当初は多数を占め

²⁴ そのほかの医療保険被保険者と比べると、市町村国保に加入する勤労世代の医療費が高い点も指摘できる。市町村国保被保険者の疾病構造として、統合失調症など精神・行動障害に占める医療費のウエイトが大きいのが特徴である。

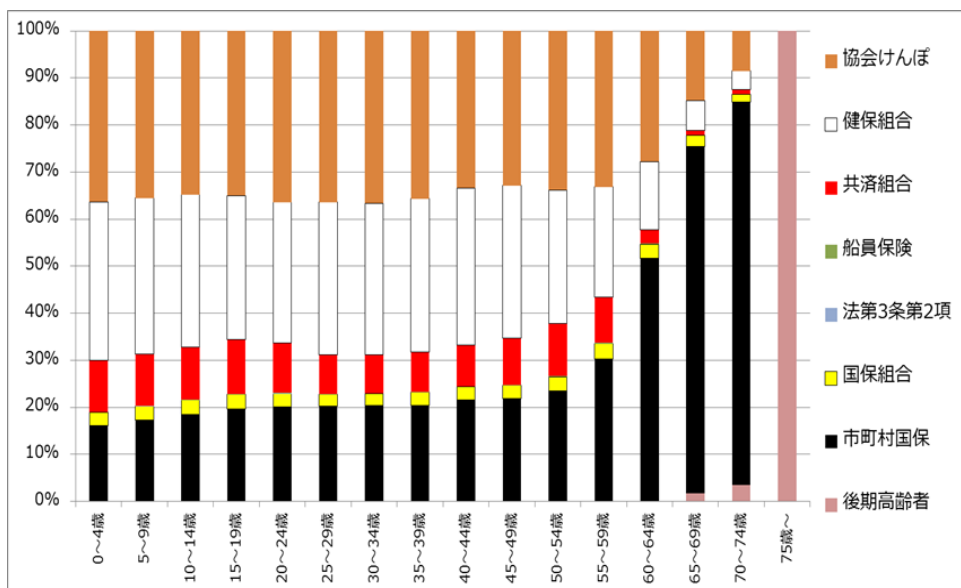
²⁵ 市町村国保の問題については、島崎謙治『日本の医療』、中川秀空（2015）「国民健康保険の現状と改革の論点」『レファレンス』2015年2月号、同（2009）「国民健康保険をめぐる最近の動向」『調査と情報 ISSUE BRIEF』No.649、同（2009）「国民健康保険の現状と課題」『レファレンス』2009年8月号、田中敏（2005）「国民健康保険制度の現状と課題」『調査と情報 ISSUE BRIEF』No.488 が詳しい。

²⁶ 「国民健康保険実態調査報告」が悉皆調査となった 1963 年度からのデータを用いている。

ていた「農林水産業」「自営業」は右肩下がりとなっている。「無職」は1988年度から構成比でトップになっており、被用者の割合も1990年代から2位を占めている。なお、2008年度に無職の割合が大幅に下がっているのは、75歳以上の高齢者が後期高齢者医療制度に移管した影響であるが、大きなトレンドに変化はないと言える。

では、ここで「無職」と分類されている人の実態は何だろうか。0歳から74歳までの年齢層を5歳刻みで区分し、加入する医療保険組合の現状を見たのが図3である。これを見ると、サラリーマンが退職する60歳以上の世代から年齢の上昇とともに、被用者保険のウエイトが下がる一方、市町村国保のウエイトが大きくなる。

図3：年齢別被保険者の医療保険加入状況

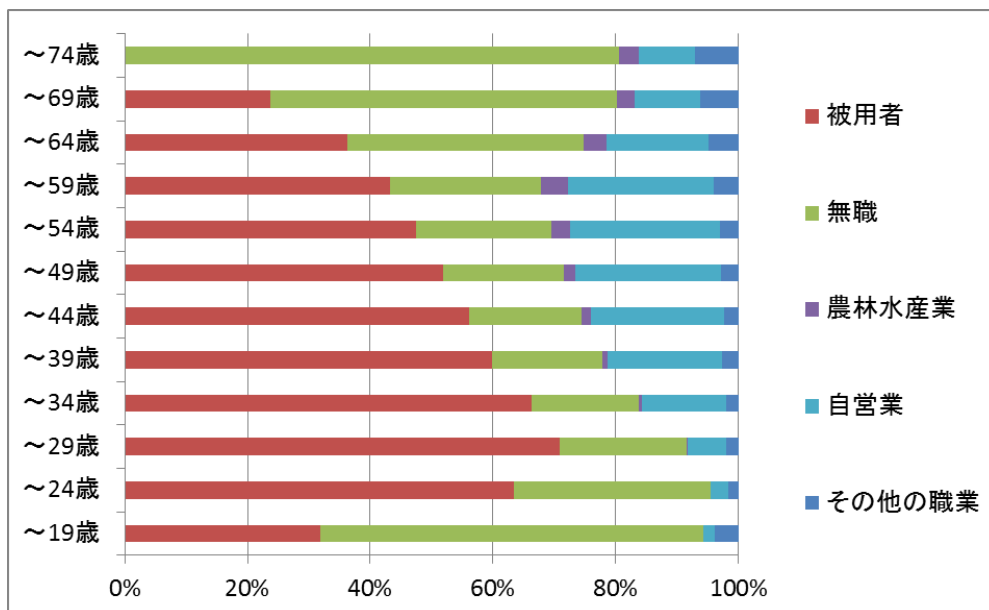


注：2012年度平均。被用者保険の加入者には被扶養者を含む。法第3条第2項は日雇特例被保険者。

出典：厚生労働省を基に東京財団作成

²⁷ 退職に伴って被用者保険を脱退した後でも、2年間を上限に健康保険の被保険者を続けられる「任意継続被保険者制度」、現役被保険者と同様の保険給付及び保健事業を行うことができる「特定健康保険組合」という制度がある。

図 4：市町村国保の年齢別職業分布



出典：厚生労働省「平成 25 年度国民健康保険実態調査報告」を基に東京財団作成

さらに、市町村国保被保険者の職業構成を 5 歳刻み年齢階層別で見た図 4 を見ても、「無職」の割合は 60 歳以降に増える。つまり、図 2～4 を見ると、会社を退職後に被用者保険から外れたサラリーマン OB を市町村国保が受け入れていることが分かる。

その理由としては、制度創設時に想定しなかった高齢化の進行が挙げられる。1961 年に国民皆保険制度が完成した際、日本人の平均寿命は男性 66.03 歳、女性 70.79 歳だった。多くの大企業が 55 歳定年だったことを考えると、平均寿命までの人生を地域で過ごす期間は 10～15 年程度であり、この期間のみを市町村国保でカバーすることを想定していたが、2013 年現在で平均寿命が男性 80.21 歳、女性 86.61 歳まで伸びている結果、退職後に被用者保険から外れたサラリーマン OB の高齢者医療費を市町村国保、後期高齢者医療保険制度が多く負担している。

(2) 市町村国保が非正規雇用の受け皿になっている現状

市町村国保の問題を考える上では、非正規雇用の問題も重要である。この節では市町村国保被保険者の職業で第 2 位に占めている「被用者」の実態を考える。図 2 に見た通り、「無職」に次いで多いのは「被用者」であり、1990 年代以降、2 位を占め続けており、多くは被用者保険に加入していない非正規雇用者と見られている。

その状況は市町村国保被保険者の職業構成を年齢別で見た図 4 で分かる。「被用者」は 24～59 歳の各年齢層でトップを占めている。現在、法人事業所で常時従業員（事業主のみの場

合も含む)を使用する者、または常時5人以上の従業員が働いている事務所・個人事業所については、被用者保険への加入が義務付けられている²⁸ため、市町村国保に加入している勤労世代の被用者の多くは被用者保険の対象から外れている非正規雇用と考えられる。

(3) 市町村国保の財政悪化と滞納世帯の増加

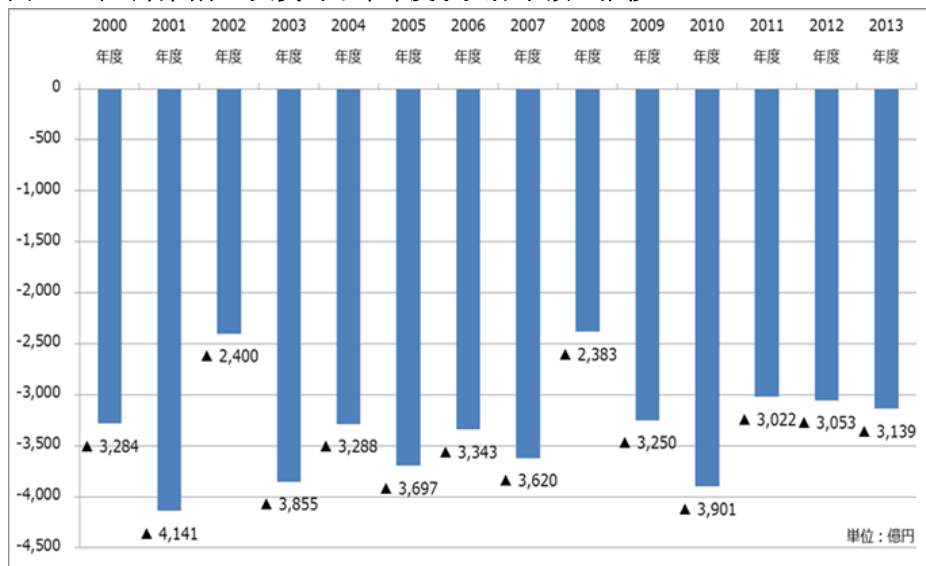
これまで述べた通り、市町村国保が高齢者、非正規雇用の受け皿となっている結果、その財政は恒常的な赤字が続いている。決算補填のための一般会計繰入金などを除いた実質的な単年度収支の赤字は図5の通り、毎年3,000～4,000億円に上る。

低所得者や保険料の未納も重大な課題である。市町村国保の場合、世帯ごとの加入者数で負担を求める「均等割」、世帯ごとに負担を課す「平等割」の方式は定額負担であり、低所得者層ほど負担が重くなる。中でも均等割は世帯の加入者数に応じて賦課されるため、被扶養者を保険料の賦課対象から外す被用者保険と比べると、負担は重くなる。

さらに、表1の通りに市町村国保被保険者の所得が元々低いため、逆進性の高い保険料の負担は相対的に重くなっている可能性がある。

実際、払いたくても払えない人が多数存在する可能性がある。図6は市町村国保保険料の徴収率の推移であり、近年は市町村による徴収強化で改善しつつあるとはいえ、依然として1割程度の人が保険料を支払っていない。

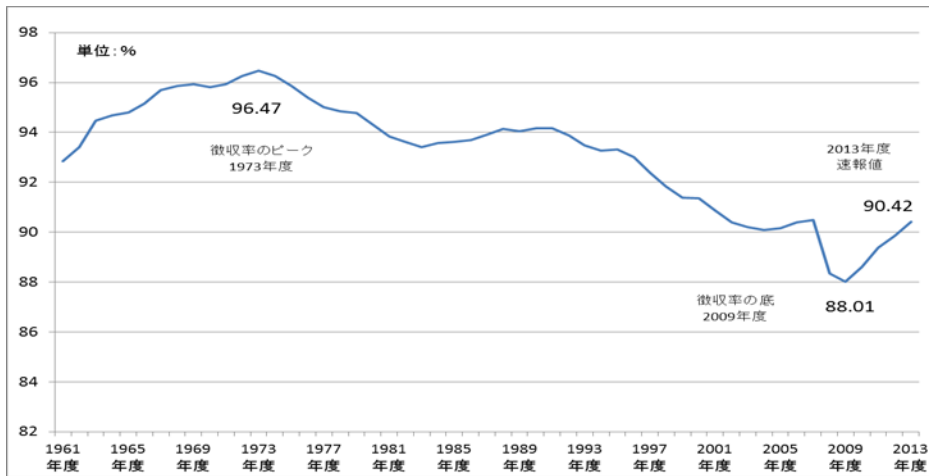
図5：市町村国保の実質的な単年度収支赤字額の推移



出典：厚生省、厚生労働省「国民健康保険事業年報」を基に東京財団作成

²⁸ 常時700人以上の従業員が働く事業所は健保組合を設立できる。2つ以上の事業所または事業主が共同して設立する場合、合計で常時3,000人以上であることが必要。

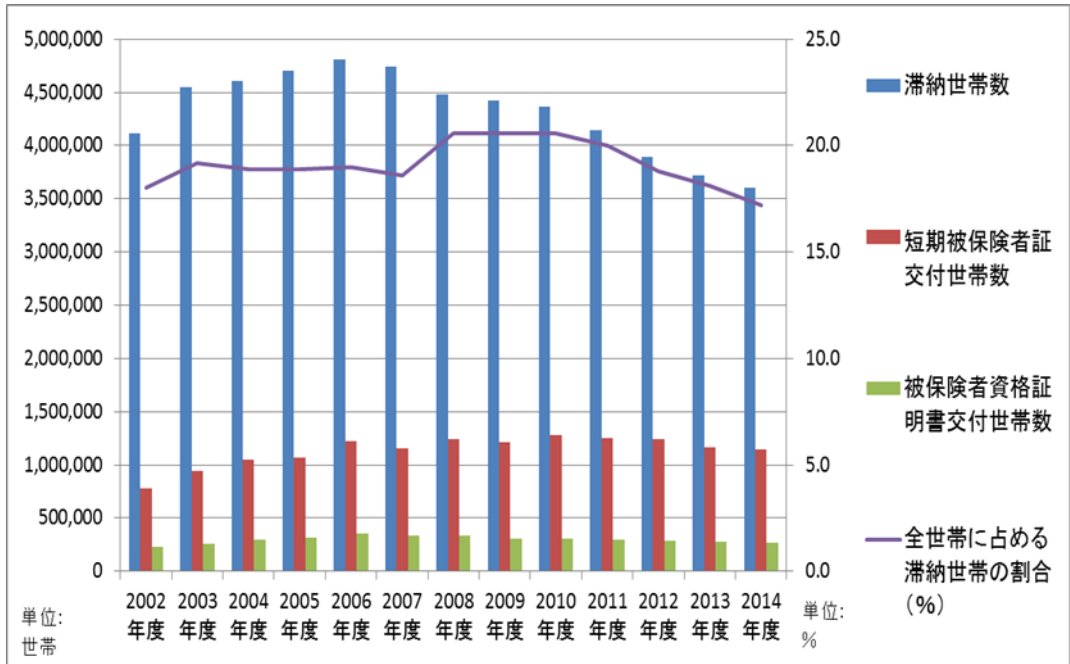
図 6：市町村国保の保険料徴収率推移



注：2000年度以降は介護納付金、2008年度以降は後期高齢者支援金の保険料を含む。2013年度は速報値。

出典：厚生労働省「国民健康保険（市町村）の財政状況」を基に東京財団作成

図 7：市町村国保の滞納世帯数推移



出典：厚生労働省「国民健康保険（市町村）の財政状況」を基に東京財団作成

図 7 を見ても、保険料を滞納している世帯に加えて、一定期間に保険料を滞納した人を対

象に発行する有効期間の短い保険証である「短期被保険者証」、保険料を滞納した際に切り替えられる「被保険者資格証明書」を利用している世帯数を加味すると、計 15～20%程度が保険料を滞納していることになる²⁹。

この問題は生活保護や低所得者対策と深く関わる。生活保護を受けると市町村国保の対象から外れるが、市町村国保の被保険者が保険料を支払えず、被保険者資格証明書の交付を受けた場合、患者は窓口で医療費を一旦、全額負担しなければならない。つまり、こうした被保険者や世帯は医療費を全額負担できず、生活保護の対象にはならないため、市町村国保と生活保護の狭間で十分な医療保障を受けていない可能性がある³⁰。生活保護の受給や保険料の未納に至る理由と背景は様々であり、生活保護制度や低所得者対策の在り方は本提言の範疇を超えているが、生活保護受給世帯が年々増加している点、生活保護予算の約半分は医療扶助である点³¹、市町村国保と生活保護の狭間で医療保障を受けられない世帯が多数存在する点を考慮すると、低所得者向け医療保障は大きな課題となる。

では、こうした分立したシステムがなぜ生まれたのか。それは歴史的な経緯をさかのぼる必要がある。以下、被用者保険と地域保険に分立している歴史的な背景と評価、その問題点を考察する。

5. 分立した体制の評価と問題点の考察

(1) 歴史的な背景と評価

被用者保険と地域保険の分立は歴史的な経緯に基づく³²。医療保険が始まったのは被用者保険である。一部の企業で労働者保護を目的とした保険がスタート³³し、第1次世界大戦後の資本主義発展と労使関係の対立、ロシア革命の影響などを受けて、社会改良と国民生活の向上を目指して、被用者を対象とした健康保険法が1922年に制定された。その後、1930

²⁹ 短期被保険者証、被保険者資格証明書の交付を受けるまでの滞納期間は市町村で異なる。

³⁰ 市町村国保の保険料滞納や未納に関しては、田中聡一郎・四方理人・大津唯（2012）「国民健康保険料の滞納の分析」『医療経済研究』Vol.23 No.2、河口洋行・井伊雅子（2010）「低所得世帯における社会保険と生活保護の現状に関する研究」『医療経済研究』Vol.22 No.1、鈴木亘（2008）「医療と生活保護」阿部彰・國枝繁樹・鈴木亘・林正義『生活保護の経済分析』東京大学出版会、湯田道生（2006）「国民年金・国民健康保険未加入者の計量分析」『経済研究』Vol.57 No.4 などがある。田中らの研究によると、失業者の滞納は納付意思の弱さではなく、経済的な問題が理由という。小金丸良（2004）『新国保保険料 収納課長奮戦記』社会保険出版社では、払いたくても払えない被保険者とのやり取りや葛藤を自治体職員立場で紹介している。

³¹ 生活保護制度の被保護実員は約217万人、被保護世帯は約162万世帯と過去最高水準となっており、2015年度生活保護費負担金は国費ベースで2兆8,635億円に膨らんでいる。2013年度実績ベースの内訳を見ると、生活費を支援する生活扶助（33.8%）、住宅費を支援する住宅扶助（16.0%）を上回り、医療扶助が47.0%でトップを占める。

³² 医療保険制度の歴史は、新田秀樹（2009）『国民健康保険の保険者』信山社、吉原健二・和田勝（2009）『日本医療保険制度史』東洋経済新報社、中静未知（1998）『医療保険の行政と政治』吉川弘文館、有岡二郎（1997）『戦後医療の五十年』日本醫事新報社を参照。

³³ 被用者保険の動きとは別に、九州の一部地域では住民が結成した組合と医師が契約を結び、医師に米や金を出す「定礼（じょうれい）」と呼ばれる仕組みが主に明治期以降、普及していた。新田秀樹『国民健康保険の保険者』pp87-90。

年からの昭和恐慌による農村の疲弊を受けて、農家の負担軽減や農村における医師確保を目的とした国民健康保険法が1938年に成立した³⁴。

こうした経緯を経て被用者保険と地域保険が並立する原型ができあがり、敗戦による混乱とGHQによる民主化改革を経て、市町村が保険者となる制度改正が1948年に行われ、1961年に国民皆保険制度がスタートした。これは世界で4番目の国民皆保険システムとされる³⁵。

こうした分立したシステムが生まれたのは歴史的に必然だったと言える。保険が成立するには現金収入が必要である。大企業のサラリーマンや公務員らが加入する被用者保険から発展し、その後に自営業者や農林業従事者らを対象とした市町村国保が制度化された。

分立したシステムについては、「被用者保険が企業、官庁などの職域共同体（「カイシャ」）、市町村国保が村落単位で農作業などを共同で実施する村落単位（「ムラ」）を基軸としている点で、保険集団の設定と社会実態が適合していた」との評価³⁶があり、日本の国民皆保険制度がスムーズに定着・発展した一因と言える。戦後、総需要管理的な財政政策と国民の生活を保障する福祉国家（Welfare State）³⁷の思想に基づく社会保障政策が「完全雇用」（Full Employment）を目指したことも、雇用と強く結び付く被用者保険の発展を促したと言える。

（2）分立した制度の問題点

しかし、現在の分立した医療保険制度が社会経済情勢の変化に対応しているとは言えない。第1に、人口の高齢化が進む中で、退職後に被用者保険から外れたサラリーマンOBを市町村国保が引き受けており、病気になるリスクの分散が社会全体として適切に行われていない。この点については、「被用者保険制度が成立しやすい人たちを中心にして保険集団を構成することができて、その好条件が維持された。しかし、国民を保険の成立しやすい人たちと成立しにくい人たちに分断し、『それぞれで努力しなさい』という状態でよいのか」との指摘がある³⁸。その結果が被用者保険との保険料格差や市町村国保の財政悪化、保険料徴収率の低迷、滞納世帯の増加につながっている。

第2に、産業構造の変化、グローバル競争の激化、雇用形態の多様化、自営業者の被用者化が進み、市町村国保は被用者保険から外れる非正規雇用の受け皿になっている点である³⁹。

³⁴ 戦後に発足した市町村国保と比べると、①市町村による運営ではなく組合主義を採用、②設立が強制ではなく任意だった一などの点が異なる。

³⁵ 厚生労働省編『平成23年版厚生労働白書』p51では「既存の職域保険に新しい医療保険を追加する形で適用を全国民にまで拡大したのは日本が最初であり、実現時期が1961年という早い段階であったことにも特徴があった」としている。

³⁶ 島崎謙治『日本の医療』pp217-218。

³⁷ 福祉国家の定義は多様だが、本提言では西尾勝（2012）『行政学』有斐閣 pp5-6の記述に沿って、「①国民の生存権保障を国家の責務とし、②所得再分配を当然の機能と考へ、③景気変動を調節するために市場経済に積極介入する国家」と定義とする。

³⁸ 岩本康志（1998）「試案・医療保険制度一元化」八田達夫・八代尚宏編『社会保険改革』日本経済新聞社 p165。

³⁹ 厚生労働省は被用者保険の適用拡大に乗り出している。2012年8月に成立した法律では現在の「週30時間以上」という適用要件を改正し、①週20時間以上、②月収8.8万円以上（年収106万円以上）、③勤務期間1年以上、④従業員501人以上の企業—などの要件を満たす約25万人を対象に、2016年10月から適用範囲を拡大する。

確かに非正規雇用については、就職氷河期に就職した非正規労働者、既婚女性のパート労働者、契約社員、嘱託社員など様々な類型が含まれ、非正規雇用となった動機や経緯も多様であり、非正規雇用を一括りで考えることはできない⁴⁰。

だが、近年は市町村国保に加入する被用者が増えており、被用者保険と地域保険の境界が曖昧になっている。この状態には「雇用が大きく流動化していくポスト産業化社会ないし成熟社会で、職域に直結した社会保険システムは困難になっていく」⁴¹、「少子高齢化で日本的雇用システムの持続が難しくなるにつれ、企業が人々の雇用を保証することは困難になる。雇用形態の多様化が進むと、特定の雇用形態を念頭に置いた企業内福祉のあり方は不公平な仕組みとなる」⁴²などの指摘が出ている。

さらに、非正規雇用を考える上では、事業主負担の問題が重要となる（事業主負担の論点は補論③を参照）。企業から見ると事業主負担は雇用者数に基づく一種の「外形課税」であり、利潤とは無関係に徴収される「雇用税」の性格を持っており、事業主負担を避けるため、非正規雇用を増やすインセンティブとして働く可能性がある。

この結果、同じ職場で働いているにもかかわらず、雇用形態や働き方の違いが加入する医療保険組合の差異につながり、同じ収入だったとしても保険料の負担も異なる事態を生んでいる。今後、高齢化の進展で医療・介護費が一層増加すれば、企業が事業主負担の増加を抑制しようとする結果、非正規雇用の拡大につながるリスクがある。

つまり、高齢化や雇用形態の多様化が進む中、社会全体として病気になるリスクの分散が適切に行われていない。被用者保険の問題を市町村国保に押し付けている現行制度は公平とは言えず、健康状態の良い人と所得の安定した人が加入している被用者保険は言わば「クリームスキミング」⁴³の状態にあると言える。2015年通常国会では市町村国保の都道府県単位化を進める法律が成立したが、分立した体制が残っている限り、不公平な負担構造が大きく変わるわけではないため、政府の進める対策は不十分と言わざるを得ない。

6. 制度改革の論点と方向性～地域一元化の意義～

(1) 考えられる解決策

上記で指摘した現在の不公平な状態を解決する方策としては、①年齢や職業で区別されない医療保険制度の一元化または一本化、②退職後に被用者保険から外れたサラリーマン OB

⁴⁰ バブル経済崩壊後を見ると、正規雇用の人数は変わっていないため、正規雇用から非正規雇用への大量シフトが進んでいるとは言えず、むしろ自営業から非正規雇用への転換が進んでいるとの指摘がある。神林龍（2014）「年功制、一定程度は存続」『日本経済新聞』2014年2月6日、清家篤（2013）『雇用再生』NHKブックス pp194-196。

⁴¹ 広井良典（1997）『医療保険改革の構想』日本経済新聞社 p90。

⁴² 小塩隆士（2005）『社会保障の経済学』日本評論社 pp250-251。

⁴³ 「ミルクの美味しい部分であるクリームだけをすくい取る」という意味から転じ、リスクの低い人だけを保険の対象とする状況を指す。

を対象に保険制度を作る「突き抜け方式」、③現行の分立した制度を前提とし、高齢化などで生じる保険者間の不均衡を事前に調整する「リスク構造調整方式」一が考えられる。これらの案は2008年度に後期高齢者医療制度を創設する際も議論された経緯がある⁴⁴

①は「一元化」「一本化」の違いに留意する必要がある。一元化とは制度が1つだが、その中に複数の保険者がある状態であるのに対し、一本化とは制度も保険者も1つの状態を言う⁴⁵。介護保険の場合、地域保険として一元化されている一方、市町村が運営する保険者は複数存在するため、「一本化」ではなく「一元化」された制度という整理になる。

過去の議論を振り返ると、全国市長会や全国町村会が医療保険制度を国に一本化するよう主張していたほか、日本医師会が地域保険への一元化を伝統的に支持してきた経緯がある（地域一元化を巡る議論は補論②を参照）。国への一本化や地域一元化には様々な論点や課題が示されており、次の項目で詳述する。

②の突き抜け方式は被用者が退職した後、市町村国保に移行せず、サラリーマンOBを対象とした新たな保険制度に加入させる案である。

③のリスク構造調整は保険者の責任で解決できない年齢構成（高齢化率）などによって生じる各保険者の相違を調整し、保険者間の不均衡を是正するのが目的である。

いずれの案も一長一短があるとされるが、②と③は被用者保険と地域保険の分立したシステムを前提としており、非正規雇用の問題を解決しにくい。

③を発展させた形態として、保険者同士を競争させる「管理競争」(Regulated Competition)を推す意見もある⁴⁶。管理競争はドイツやオランダで採用⁴⁷されており、一定の競争条件の下、被保険者が加入する保険者を選べるようにする。このことを通じて、被保険者の獲得を巡る保険者間の競争を促し、保険者の経営効率化や医療費抑制を図るのが目的である。この場合、年齢構成（高齢化率）や所得など各保険者のリスク構造に大きな格差が存在したまま、競争させると保険料率に格差が生じる結果、若い人が多く加入する保険組合に有利になるな

⁴⁴ この時は①独立した保険制度を設立する「独立方式」（日本医師会が主張）、②突き抜け型方式（健康保険組合連合会、連合が主張）、③リスク構造調整方式、④国に制度を一本化する「一本化型」（全国市長会、全国町村会が主張）一の4案が議論された。

⁴⁵ 堤修三『社会保障改革の立法政策的批判』pp103-105。

⁴⁶ 例えば、田近栄治（2009）「医療保険制度改革」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。

⁴⁷ ドイツの管理競争については全て以下を参照。松本勝明「メルケル政権下の医療制度改革」『海外社会保障研究』No.186、同（2008）「ドイツにおける2007年医療制度改革」『海外社会保障研究』No.165、同（2006）「シュレーダー政権下での医療保険改革の評価と今後の展望」『海外社会保障研究』No.155、同（2003）『ドイツ社会保障論Ⅰ』信山社、同（1998）『社会保障構造改革』信山社、土田武史（2011）「ドイツの医療保険における『連帯と自己責任』の変容」早稲田大学『早稲田商学』428号、同（2010）「医療保険における競争強化と保険者機能の変化」『健保連海外医療保障』No.85、船橋光俊『ドイツ医療保険の改革』、健康保険組合連合会（2009）「ドイツの医療保険制度改革追跡調査報告書」、田中耕太郎（2003）「ドイツの医療制度改革」『海外社会保障研究』No.145。オランダの管理競争については全て以下を参照。福祉未来研究所編（2012）「医療・介護連携において共有すべき情報に関する研究」報告書、佐藤主光（2007）「医療制度改革と管理競争」『会計検査研究』No.36、同（2005）「保険者機能と管理競争」田近栄治・佐藤主光編著『医療と介護の世代間格差』東洋経済新報社、大森正博（2006）「オランダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No.156。

ど公平な競争にならない可能性がある。このため、年齢構成（高齢化率）など保険者の責任で解決できないリスクは事前に調整することで、公平な競争状態を作り出すことを目指している（リスク構造調整は第3章で詳述）。

だが、第1章で述べた通り、社会保障及び社会保険の基軸は連帯意識にある前提に立つと、管理競争を導入した場合、職域や地域のつながりを持たない人が同じ保険組合に加入することになり、連帯意識がどこまで醸成されるのか疑問である⁴⁸。さらに、どんなにリスク構造調整を精緻化したとしても、競争にさらされる保険者にとってリスクの大きい人の加入を避ける「リスク選択」（リスク選別）の可能性は残る⁴⁹ため、導入には慎重を期す必要がある。

次の項目では残された選択肢である①、つまり一元化または一本化の是非を考察する。

（2）地域一元化の意義

一元化または一本化の課題を考察する際、一本化に舵を切った韓国の事例が参考になるであろう⁵⁰。韓国は日本と同様、職域と地域に分かれていたが、1989年に国民皆保険を完成させた後、負担の公平性を高める観点から2000年、制度を国（国民健康保険公団）に一本化した。確かにリスクを分散させる観点に立てば、保険集団を構成する被保険者が多くなるほどリスクの分散は有効になるため、国への一本化は一つの選択肢になり得る。

しかし、日本の場合は国への一本化ではなく、むしろ地域に基軸を置いた一元化が望ましいと考えられる。主な理由は以下の3つである。

第1に、国に一本化した場合、組織が非効率になるリスクである。韓国に比べると日本の人口規模は2倍以上であり、国への一本化は組織の硬直化を招く可能性がある。

第2に、医療費や保険料の水準を議論する際の単位として、国は大き過ぎる。行政サービスに関する負担と給付（受益）の関係を理解し、その是非を判断することは民主主義の基本である。制度の地域一元化を通じて、医療保険に関する地方自治の機能を高めることも期待できる。

第3に、社会保障及び社会保険の基軸となる連帯の問題である。被保険者が連帯に基づく助け合いの意識を持つ上で、国の単位は大き過ぎる。そこで、地域に基軸を置く選択肢が考えられる。

⁴⁸ 土田武史「ドイツの医療保険における『連帯と自己責任』の変容」『早稲田商学』428号では、「(管理競争の導入で)連帯が著しく弛緩し、自己責任が突出した」とし、「保険者の移動は従来の連帯共同体からの離脱であり、疾病金庫内における共同体的な結合を希薄化させ、連帯の弱体化をもたらした」と指摘している。

⁴⁹ 田中耕太郎「ドイツの医療制度改革」『海外社会保障研究』No.145では、「医療リスクをどれだけ精緻に類型化してもリスク選別を意味なからしめる指標の開発は困難。この制度的な枠組みは限りなく連帯の解体へと向かう」と指摘している。

⁵⁰ 韓国の事例は全て以下を参照。李蓮花（2011）『東アジアにおける後発近代化と社会政策』ミネルヴァ書房、鄭在哲（2011）「韓国医療保険制度の一本化後の現状と課題」『健保連海外医療保障』No.92、岡本悦司（2009）「韓国」井伊雅子編著『アジアの医療制度』東京大学出版会、健康保険組合連合会（2007）「韓国の医療保険制度についての追跡調査報告書」、同（2003）「韓国の医療保険改革についての研究報告書」、武川正吾・金淵明（2005）『韓国の福祉国家・日本の福祉国家』東信堂。

この点については、被用者保険と地域保険の境界が曖昧になり、区別することが難しくなっている点などを挙げた上で、「理論的には被用者保険と国民健康保険という枠組みを堅持していくことに十分な合理性がない。保険者の基礎単位を地域におく方向性は社会連帯を支える社会的・市民的基盤の再構築を重視する立場からみれば、(地域一元化の意味を)決して消極的に評価されるべきではない」との意見がある⁵¹。つまり、地域一元化は地域を基盤とした社会のつながりや連帯意識の強化に結び付くことが期待される。

その際に一つの視座となるのが「社会関係資本」(Social Capital)である。アメリカの政治学者ロバート・パットナムは信頼と規範のネットワークである社会関係資本に着目しつつ、社会関係資本が先進各国で減少している点、地域における社会関係資本が強固であるほど人々に協調行動を促すことで地方自治が機能しやすくなる点などを指摘した⁵²。社会関係資本は定義、測定、因果関係などに曖昧さを残しており、現時点で様々な議論があるが、コミュニティにおける自治の充実や住民の健康増進などに深く関わるとされる⁵³。

一方、日本では1995年の阪神淡路大震災以降、ボランティアやNPO(民間非営利団体)の活動が活発になった半面、社会の「個人化」が進んでいることで、「無縁社会」の到来などが指摘されている。

さらに、職域を中心とした連帯にも揺らぎが見られる中で、新たな自治と連帯の構築が求められている。「地方自治は民主主義の学校」という格言⁵⁴の通り、医療保険制度を地域に一元化することを通じて、企業を中心とする分立した連帯からコミュニティに基軸を置いた連帯に発展させる必要がある。

しかし、地域一元化の実現には多くの課題がある。以下、組織、財源問題の順で、制度改革の方向性と論点を考察する。

7. 制度改革の方向性と論点～地域一元化の組織～

(1) 地域に一元化する際の地理的な範囲

地域一元化は伝統的に日本医師会が主張していたが、その具体策は必ずしも示されなかった(地域一元化を巡る論調の経緯は補論②を参照)。地域一元化を考える上では、「地域」の地理的な範囲と保険制度の運営主体を明確にする必要がある。この節では地理的な範囲の在

⁵¹ 菊池馨実(2010)『社会保障法制の将来構想』有斐閣 p147。

⁵² Robert David Putnam(2002)“Democracies in Flux”(猪口孝訳著[2013]『流動化する民主主義』、ミネルヴァ書房)、同(2000)“Bowling alone”(柴内康文訳[2006]『孤独なボウリング』、柏書房)、同(1993)“Making Democracy Work”(河田潤一訳[2001]『哲学する民主主義』NTT出版)を参照。

⁵³ 稲葉陽二ほか(2014)『ソーシャル・キャピタル「きずな」の科学とは何か』ミネルヴァ書房を参照。

⁵⁴ James Bryce(1921)“Modern Democracies”(松山武訳[1929]『近代民主政治 第1巻』岩波文庫 p169)では、スイスやアメリカなどの事例を基に、「地方自治は民主政治の最良の学校。その成功の最良の保証人なり」という格言の正しいことを示すとしている。

り方を考察する。

その際に重視すべき論点は①技術、②リスクプーリング、③ガバナンスの3点である⁵⁵。

- ① <技術>医療は大別すると、プライマリ・ケアに該当する1次医療、一般入院を中心とする2次医療、高度専門的な医療を提供する3次医療に大別され、教育機能も備える3次医療は人口規模で概ね100万人が必要となる。
- ② <リスクプーリング>小規模な市町村ではリスクプーリングが十分ではない。人口が少ない自治体ではリスクをプールする分母が小さいため、住民が一人でも重度化すると医療費が上がる可能性がある。実際、同一都道府県でも市町村国保の保険料格差⁵⁶は大きく、一定規模の人口が必要となる。
- ③ <ガバナンス>医療の管理には高度に技術的な内容が含まれており、医療体制整備の実現には専門性が必要となるため、小規模な市町村では困難である。

以上の点を踏まえると、従来の行政区域に基づいて区切る方法のほか、2次医療圏や3次医療圏など患者の移動範囲に応じた方法、人口ごとに区切る方法が可能である。特に、住民や患者の移動が激しい首都圏などの場合、自治体の行政区域と患者の移動範囲が一致しないケースが多く、医療行政だけの区域設定も考えられる。特に今後、地方部で人口減少が進む一方、都市部で高齢者人口が増加することを考えれば、現行の自治制度に基づく行政区域にこだわらない手法が有効になる可能性もある。

だが、どの選択肢も長所短所がある。表2で示した通り、都道府県域に基づいて範囲を定めた場合、医療計画など既存制度との整合性を取りやすいが、患者の行動範囲と行政区域が一致するとは限らないデメリットがある。医療圏や患者の行動範囲を踏まえた場合、医療提供の実情に沿った制度運営が可能になるが、他の行政との連携が難しくなる可能性がある。

さらに、リスクプーリングの観点で見れば、保険集團のまとまりが大きいほど適切になされる。ただ、規模が大きくなると、被保険者が連帯に基づく助け合いの意識を感じにくくなる上、制度運営に対する被保険者の参加が困難になるデメリットもある。

上記の議論を踏まえつつ、現行の自治制度を前提に考えると、①3次医療に適した人口100万人程度のまとまりが必要であり、これは概ね小さな県レベルである、②リスクプーリングのためには一定の人口規模が必要—といった観点で都道府県単位が適当と考える。

さらに、一県一医科大学が実現している点、都道府県単位で医療計画⁵⁷や医療費適正化計

⁵⁵ 東京財団『医療・介護制度改革の基本的な考え方』p43。

⁵⁶ 2013年度現在の被保険者1人当たり調定額で見ると、都道府県内格差が最も大きいのは東京都(最大の千代田区、最少の三宅村)と長野県(最大の山形村、最少の大鹿村)で3.0倍であり、北海道(最大の猿払村、最少の三笠市)と秋田県(最大の大潟村、最少の小坂町)が2.6倍で続く。

⁵⁷ 1985年の医療法改正で導入された。制度導入当初、病床数のコントロールに力点を置いていたが、2013年度からスタートした新計画に関して、国は5疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む)、在宅医療の方向性を記載するよう求めたほか、計画の数値目標の設定・評価を促すなど実効性を高める改正が少しずつ講じられている。なお、3年ごとに策定される介護保険事業計画(都道府県は介護保険事業支援計画)との整合性を確保するため、次期計画から計画策定の

画⁵⁸が策定されている点、2014年通常国会で成立した地域医療介護総合確保推進法に基づく「地域医療構想（地域医療ビジョン）」⁵⁹が都道府県単位で策定される点、後期高齢者医療制度と協会けんぽが都道府県単位で運営されている点、健保組合が企業・業種を超えて都道府県単位に設置する「地域型健保組合」⁶⁰が創設されている点なども、都道府県単位化を進める際の根拠となり得る。

表 2：保険者を地域に一元化する際の主体と地理的範囲

	現行の都道府県	広域連合／ 一部事務組合	保険運営の公法人
都道府県	(+) 他の分野との総合性発揮 (+) 既存の行政組織を活用できる (-) 患者の行動範囲と一致しない可能性 (-) 公法人と比べて保険運営の民主的統制が弱くなる	(-) 民主的統制が不十分 (-) 総合行政を阻害	(+) 保険者の自律性と民主的統制を担保 (-) 総合行政を阻害
自治体の境界にこだわらない	—————	(+) 医療／生活圏と区域の一致 (-) 民主的統制が不十分 (-) 総合行政を阻害	(+) 保険者の自律性と民主的統制を担保 (+) 医療／生活圏と区域の一致 (-) 総合行政を阻害

出典：東京財団作成

2015年通常国会で成立した医療制度改革法では、①市町村国保の財政運営を2018年度から都道府県単位化する、②住民の健康保持や医療の効率提供、病床機能分化などを踏まえ、都道府県の作成する医療費適正化計画の中で、医療費の見込みに関する事項を定め、実際に

周期は5年から6年に変更される。

⁵⁸ 平均在院日数の削減や予防・保健事業の強化を目指し、国の医療費適正化計画は2008年度からスタートしており、これに対応する形で都道府県も5カ年の計画を策定している。医療計画と同様、策定の周期は次期計画から6年に変更される。

⁵⁹ 地域医療構想（地域医療ビジョン）では、①医療機関が「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つを選択して都道府県に報告、②その結果を都道府県が集計、③高齢化のピークが始まる2025年に向けて、都道府県が医療需要と必要となる病床量を推計、④これらを盛り込んだ「地域医療ビジョン（地域医療構想）」を都道府県が策定、⑤機能を選択・報告した医療機関に対し、消費税増税分を財源とした基金（国、地方負担合計で904億円）から補助金を出す一という制度。これは2006年度の診療報酬改定で看護師を多く配置する急性期の医療機関に対して報酬を手厚くした結果、入院基本料が最も高い7:1（患者7人に対して看護師1人）を選ぶ医療機関が必要以上に増えたため、圧縮する必要があるとしている。この実現に向けて、都道府県は医療機関、保険者などと協議する「地域医療構想調整会議」を設置するとともに、協議だけで進まない場合の対応として、①過剰な医療機能への転換について、都道府県が中止を要請できる、②都道府県が稼働していない病床の削減を要請できる一などの規定を盛り込んでいる。

⁶⁰ 地域型健保組合は小規模な組合や財政窮迫組合の再編・統合に向けた受け皿として創設されたが、適用例はゼロである。

医療費が見込みを「著しく上回ると認める場合」には要因を分析し、関係者と協力して対策を講じる努力を求めるといった制度改正を盛り込んでおり、都道府県単位の一元化を進める際の「一里塚」として位置付けることができる。

(2) 地域に一元化する際の運営主体

地域に一元化するには地理的な範囲だけでなく、保険制度の運営主体も課題となる⁶¹。主体を大別すると、地方自治体が保険者を兼ねる「公営主義」と、保険運営を行うことを目的とした法人に運営を担わせる「組合主義」の2つの考え方があり、これを現行制度に当てはめると、健保組合は組合主義、市町村国保と協会けんぽ⁶²、後期高齢者医療制度が公営主義となる。

公営主義、組合主義それぞれに長所と短所があるとされ、公営主義の長所は「事業の公共性を強化できる」「関連する行政や事業との一体的な運営を行いやすい」「租税財源の補助を受けやすい」「既存の行政組織を活用できる」などの点があり、組合主義の長所は「保険組合の執行・議決などの機関が被保険者だけで構成されるため、自治・自律の徹底が図れる」「組合の専門性が向上し、効率的な保険運営が可能になる」とされる⁶³。

以上の議論を踏まえて、地域一元化を進める際の主体を考えると、公営主義としては現行の都道府県だけではなく、後期高齢者医療制度のような広域連合、市町村が消防やゴミ処理などの事務を運営するために設ける一部事務組合が想定される。組合主義に基づくと、保険運営を目的とした公法人に担わせることになる。

この2つの考え方についても、地理的範囲と同様、表2のような一長一短がある。現行の都道府県を前提に考えた場合、医療計画など既存制度や行政組織を活用できるほか、保健福祉や住宅など他の行政との総合性を発揮できるメリットがあるが、保険運営を目的とする公法人と比べると、民主的統制が弱くなる面がある。広域連合や一部事務組合は現在のように代表者、議員を首長、議員による間接選挙で選んだ場合、民主的統制の観点で問題が残る。広域連合や一部事務組合の場合、総合行政を阻害する可能性も想定される。

保険運営を目的とする公法人の場合、保険運営だけを担う組織体の代表を被保険者が選ぶ

⁶¹ なお、運営主体を都道府県にするか、市町村にするかという点は制度創設当初から論点となっていた。社会保障制度審議会（首相の諮問機関）は1950年の勧告で、各種社会保険制度を統合した上で、主体を都道府県とする考えを示していたが、当時としては時期尚早とされた。小山路男編著（1985）『戦後医療保障の証言』総合労働研究所 pp281-282によると、厚生省国民健康保険課長だった伊部英男は国民皆保険導入に際して、市町村国保の主体をどうするか最後まで局内の討議で争点となったとしている。伊部は市町村を運営者とした点について、「健保組合には医師会に対抗する政治力はない。町村長をそちらに結び付けて、医師会とのバランスをとらないと、健康保険全体の動きはどうなるか（という意識）が基本にあった」と語り、保守層に基盤を置く市町村長を医療保険の支払い側に抱え込みたいという思惑があったと説明している。

⁶² 協会けんぽについては、2008年度に都道府県単位化された際、公法人に移行した。しかし、理事長や運営委員会委員は加入者による選挙ではなく、厚生労働相の選任であり、組合主義に基づいているとは言えない。新田秀樹（2012）「公的医療保険の保険者と適用」日本社会保障法学会編『これからの医療と年金』p83では、「（組合主義に基づく）公法人化の動きはなお途上にある」としている。

⁶³ 新田秀樹「公的医療保険の保険者と適用」日本社会保障法学会編『これからの医療と年金』pp77-88。

システムとなるため、保険者としての自律性と、保険運営に関する民主性が高くなるが、保険運営だけを担う組織となるため、保健・福祉行政や住宅政策などとの連携が難しくなる可能性がある。現在の教育委員会が教育行政だけで完結し、「総合行政を損なっている」と批判されていることも考慮する必要がある⁶⁴。

運営主体については、どの手法も一長一短があるため、都道府県、広域連合または一部事務組合、保険の運営を目的とする公法人を選択肢として示すにとどめる。

(3) 市町村の役割

財政運営単位を広域化しても、住民の生活に身近な行政機関の役割は欠かせない。第1章で述べたイギリスのように、行政の範囲による区分にこだわらない形で、医療・介護分野に特定した行政機関を組織することも考えられるが、現行制度を前提にすると、その役割を担えるのは市町村となる。

そもそも、自治や連帯の意識を強化する上では、都道府県の規模は大き過ぎる。市町村（あるいは市町村よりも小さなコミュニティ）に基軸を据えた自治の仕組みをベースにするのがふさわしい。財政運営を都道府県とした後も、住民の生活に身近な行政機関が積極的に関わることで、住民の自治や連帯に基軸を置いた医療制度とする必要がある。

さらに、現行制度で介護や福祉、予防・保健を担っているのは市町村であり、これらの行政と医療の連携を考慮すると、市町村の役割は欠かせないことが分かる。

2015年通常国会で成立した医療制度改革法でも、市町村国保の運営を都道府県単位化した後における都道府県の役割として、①都道府県内の国民健康保険制度の運営方針策定、②関係者で構成する「国保運営協議会」の設置、③市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することを基本としつつ医療給付費を予想し、市町村ごとの分賦金（仮称）の額を決定、④市町村が参考とするための「標準保険料率」を算定・公表、⑤市町村が行った保険給付の点検一などが挙げられている。一方、市町村の役割としては、①標準保険料率を参考にした保険料の賦課・徴収、②分賦金（仮称）を都道府県に納付、③資格管理・保険給付の決定、④保健事業、⑤地域包括ケアシステム構築のための医療介護連携一を挙げている。上記の役割分担は重要であり、医療保険制度を地域に一元化する際に参考となる。

特に、医療・介護の統合的なケア提供を図る上では、介護行政との連携が重要になる。市町村が地域レベルで医療・介護の連携を進めることで、住民の暮らしに責任を持つことが求められる。

さらに、第3章で後述する通り、都道府県別医療費と介護保険3施設（特別養護老人ホー

⁶⁴ 教育委員会はGHQの意向で1948年に発足したが、低投票率や党派対立などの弊害が指摘されるようになり、1956年に任命制に変更された。しかし、首長部局との連携を欠き、総合行政が発揮されないとの批判が出たため、首長部局と教育委員会が協議し、教育政策の大綱を定める「総合教育会議」が2015年度から設置された。

ム、老人保健施設、介護療養病床）の定員数・病床数の間には負の相関関係が見られる。つまり、介護サービスを充実させると、医療費の節約に寄与する可能性がある。この結果は市町村が医療保険と介護保険とのベストミックスを実現できれば医療費を抑制できる可能性を示しており、市町村が医療政策に関わることが重要となる。

市町村の役割に関しては、国が進める地域包括ケア構想を考える上でも重要である。地域包括ケアとは医療・介護サービスの整備だけでなく、社会関係資本の活用を含めて考える必要があり、地域全体の将来像を考える上で、住民参加や住民自治の視点が欠かせない。これらの責任主体として市町村が主体性を発揮する必要があり、市町村の役割を重視・強化する制度改正は地域包括ケア構想と合致している。

市町村の役割という点では、保険料の徴収も重要な論点となる。現在の仕組みでは被用者保険が事業主、市町村国保と後期高齢者医療制度が市町村という分担となっており、被用者が支払う介護保険と後期高齢者医療制度の保険料は給与から天引きする形で事業主が徴収している。制度を一元化する場合、①現行制度の枠組みを維持する、②市町村に一元化—という方法が考えられる。

予防・保健事業も論点となる。現在は市町村国保や後期高齢者の被保険者は市町村が行う一方、被用者保険は職場単位で実施している。特に、近年は保険者機能の強化策として、特定健康診査・特定保健指導（通称、メタボ健診）に対する関心が集まっており、企業における予防・保健がクローズアップされている（メタボ健診は補論④を参照）。

いずれの取り扱いも地域に基軸を置いた医療制度を目指す前提に立つ場合、市町村の役割を強化する方向になる。

8. 制度改革の論点と方向性～地域一元化の財源問題～

(1) 保険料の賦課体系、財政構造の統一

地域一元化の際には財政問題も議論する必要がある。一元化に反対する意見⁶⁵としては、被用者と自営業者は稼得形態が異なる点、所得捕捉率が異なる点、事業主負担の取り扱いが異なる点が指摘されている⁶⁶。韓国も運営組織を一元化したとはいえ、保険料を賦課する際の

⁶⁵ 後期高齢者医療制度を解説した土佐和男（2008）『高齢者の医療の確保に関する法律の解説』法研 p39 では、全国市長会などが要望した国への制度一本化を見送った理由として、一本化が保険者の機能を阻害する可能性に言及している。しかし、ここで言う「保険者の機能」が何を指すのか必ずしも明らかになっていない。

⁶⁶ 島崎謙治『日本の医療』pp219-223。なお、稼得形態の違いについて、島崎は「自らの権限と責任で事業を営む自営業者と異なり、生産手段をもたず他人に雇われ、賃金によって生計を維持せざるをえない被用者には一定の配慮を必要とする」とし、病気やケガで会社を休んだ際に保障を受けられる「傷病手当金」などが法定給付として設定されている点を強調する。この点は企業福祉（企業保障）の在り方として論じられる必要があるが、倉田聡（2001）「医療保険法の現状と課題」日本社会保障法学会編『医療保障法・介護保障法』法律文化社 pp60-61 では、「被用者保険から傷病手当金などの所得保障給付を切り離し、純粋に医療サービスのみを保障する制度に転換する改革案が実現されれば、被用者保険の存在意義はかなり乏しいことになる」と指摘しており、そのほかの問題と比べると大

体系が統合できておらず、経理上は被用者、地域の 2 会計が実質的に分立しているため、「見かけだけの統合」との批判も絶えない⁶⁷。

特に韓国の制度改革では、①事業主負担、②公費（税金）投入、③所得捕捉、④保険料の賦課体系一がネックになったとされる。日本で地域一元化を進める上では、韓国の事例を基にしつつ、これらの財源問題に可能な限り解決策を見出さなければならない。

まず、事業主負担については、被用者保険では概ね保険料の半分を事業主が負担しているのに対し、市町村国保は全て被保険者の負担となる。制度を一元化する際には、この違いを統一する必要があり、その場合には事業主負担の廃止が想定される。この点は次項及び末尾の補論③で述べる。

第 2 の論点について、現在は公費（税金）の投入割合や方法が保険者ごとに異なる。具体的には、健保組合は原則として公費（税金）の支援を受けていない⁶⁸が、市町村国保と協会けんぽ、後期高齢者医療制度は給付費に対して一定割合を公費（税金）で対応しているほか、市町村国保と後期高齢者医療制度には保険料減免の名目でも公費（税金）が投入されており、制度を一元化する際には統一が必要となる。公費（税金）投入を巡る問題点や改革策については第 3 章で述べる。

第 3 の所得捕捉率に関しては、被用者保険に加入している多くのサラリーマンが源泉徴収で収入がガラス張りになっているのに対し、市町村国保に加入する農林業従事者や自営業者の捕捉率は低く、一元化した場合には不公平が生じるとの指摘がある⁶⁹。

第 4 に、保険料の賦課体系についても、被用者保険と市町村国保で差異は大きく、統一する必要がある。保険料徴収の考え方については、受ける利益に応じて負担する「応益負担」と、収入に応じて負担する「応能負担」の 2 種類に大別される。被用者保険は所得比例の応能負担となっているのに対し、市町村国保は表 3 の通り、世帯所得に応じて負担する「所得割」、世帯の保有資産に応じて負担する「資産割」に加えて、世帯ごとの加入者数で負担を求める「均等割」、世帯ごとに負担を課す「平等割」の 4 方式があり、前の 2 つは「応能分」、後ろの 2 つは「応益分」と呼ばれる。実際の保険料は応能負担、応益負担を 5 : 5 で算出し

きいハードルとは思えない。本提言では制度一元化に際して、被用者保険の法定給付を保険給付から切り離し、公的医療保険のカバー範囲は純粋に医療サービスのみを対象とし、現在の法定給付は企業福祉（企業保障）の一環として実施する考えを採用する。詳しくは補論③を参照。

⁶⁷ 島崎謙治『日本の医療』p222。

⁶⁸ 前期高齢者納付金の拠出金負担が重い健保組合に対し、例外的に国庫補助金による支援がなされている。2015 年度予算では 109 億円であり、これを段階的に拡充することで 2017 年度時点で 700 億円に増やすとしている。具体的には、①2017 年度以降、保険者相互の拠出と国費で折半する形で、高齢者医療費拠出金の負担が重い保険者の負担軽減策を強化、②被用者保険の高齢者医療費拠出金の負担を緩和する「高齢者医療運営円滑化等補助金」を 2015 年度から段階的に拡充一という内容。

⁶⁹ 堤修三『社会保障改革の立法政策的批判』pp105-111 では、被用者保険と市町村国保で保険料賦課基準の違いが大きい点などを理由に完全な一元化は難しいとして、現実的な対応策として、保険料収入を「国保勘定」「健保勘定」に区分する考えを示している。しかし、堤が指摘している通り、この際には資金の安易な融通は負担と給付（受益）の関係を不明確にし、社会保険方式のメリットを損なわせるリスクに留意する必要がある。

ており、4つの方式を全て採用する「4方式」、資産割を除く3つの方式で徴収する「3方式」、所得割と均等割を組み合わせる「2方式」の3種類があり、市町村の判断で決めている。

表 3：市町村国保の保険料賦課方式

賦課総額の 按分方法		内容	4方式 1,157団体	3方式 524団体	2方式 62団体
所得割	応能分	所得に応じて課税	40%	50%	50%
資産割		保有資産に応じて課税	10%	—	—
均等割	応益分	世帯ごとの加入者数 に応じて課税	35%	35%	50%
平等割		世帯ごとに課税	15%	15%	—

注：団体数は各方式を採用している市町村国保の数。一般医療費ベース。2013年度現在。%の数字は保険料を決定する際の割合。

出典：厚生労働省「平成 25 年国民健康保険事業年報」を基に東京財団作成

制度を一元化する際、応益負担と応能負担のバランスが課題となる。社会保険方式を構成する2つの原理のうち、保険の側面（保険原理）を重視すると、応益負担に力点を置くことになる。一方、所得再分配の考え方（扶助原理）に力点を置くと、応能負担を重視することになる⁷⁰。この問題は「社会連帯に基づき、負担をどう分かち合うか」という点が絡んでおり、制度改革の際には考慮する必要がある。

被扶養者の取り扱いも論点となる。これは保険料を賦課する際の単位を家族とするか、個人とするかという議論である。市町村国保の均等割は所得に有無にかかわらず、被保険者ごとに保険料が賦課される。これに対し、被用者保険の場合、収入130万円未満の被扶養者は保険料負担の対象から外れる。その結果、収入が130万円前後になると、既婚女性ら女性就業者が保険料の負担を避けるために働き方を調整する「130万円の壁」が指摘されており、女性の社会参加の妨げになっている⁷¹。

この問題については、社会保障制度審議会（首相の諮問機関）が1995年7月に出した勧告で、「真に男女平等の視点に立って見直していかねばならない。社会保障制度を世帯単位中心から、できるものについては個人単位に切り替えることが望ましい」と指摘した通り、

⁷⁰ 社会保険は「保険原理」「扶助原理」を兼ね備えた制度である。このうち、保険原理は保険の技術を用いてリスクを分散することであり、①等価交換、②貢献原則、③応益負担一の3つで構成する。扶助原理とは国民の生活保障を図るのが目的であり、①公平性原則、②ニーズ原則、③応能負担一の3つで成り、所得を再分配する応能負担は税の原理に近くなる。東京財団『医療・介護制度改革の基本的な考え方』pp47-49。

⁷¹ いわゆる「130万の壁」については、是枝俊悟・鈴木準（2013）「女性をとりまく社会保障制度と税制」『大和総研調査季報』2013年新春号 Vol.9 を参照。

医療保険一元化の観点だけでなく、女性の社会参加や家族の在り方も絡む大きな問題である。

制度一元化を進める際、以上の課題の「解」を見出さなければ、国民の理解を得られない。実施に際しては一気に制度改革を進めるのではなく、十分な経過措置も講じる必要がある。

(2) 事業主負担の取り扱い

制度一元化に際しては、事業主負担の取り扱いも課題となる。被用者保険は事業主負担があるのに対し、市町村国保は全額を被保険者が負担しており、医療保険制度を地域に一元化する上では事業主負担の見直しは避けて通れない。

事業主の問題は本来、医療保険だけでなく、様々な観点で議論される必要がある。年金保険や介護保険、税制など他の制度に関連するほか、事業主負担の増加が国際競争力や雇用に与える影響を懸念する意見がある。さらに、事業主負担の存在意義として、労災や失業、疾病など被用者のリスクに関する事業主の責任に絡めた説明があり、企業福祉（企業保障）の在り方に深く関わる論点を含んでいる（事業主負担、企業保障の論点は補論③を参照）。

ここでは特に雇用への影響に着目する。企業にとって事業主負担の存在は利潤とは無関係に課税される「雇用税」の側面があり、被用者保険と地域保険の境界が曖昧になっている中で、事業主負担は非正規雇用を生み出すインセンティブとして働きかねない。

確かに企業には賃金や雇用の調整だけでなく、商品価格への転嫁など様々な調整手段があるため、事業主負担の増加が非正規雇用の増加に直結しているとは言い切れない。非正規雇用の形態も様々であり、ひとくくりに議論できない。

だが、多くの実証研究が賃金の低下などを通じて労働者に転嫁されている可能性を指摘している⁷²。補論③で後述する通り、事業主負担が増えた場合の対策として、多くの企業が人件費圧縮を挙げており、事業主負担の増加が非正規雇用への代替など雇用に影響することは避けられない。

この問題は他の国でも議論されている。フランスでは社会保険料の負担が雇用を阻害するとして、社会保険料の一部を CSG（一般社会税）で租税化した⁷³。アメリカでは企業による医療保険に多くを依存しているが、事業主が保険料負担を避けようとする結果、従業員が無保険になる事態⁷⁴が起きており、米クリントン政権で労働長官を務めたロバート・ライシュ

⁷² 例えば、小林庸平・久米功一・及川景太・曾根哲郎（2015）「公的負担と企業行動」『季刊・社会保険研究』Vol.50 No.4 では、「社会保険料負担は正社員の雇用に大きい影響を与える」「非正規労働者の賃金・雇用に対する影響は平均的には小さく、企業の公的負担の増加は正規労働や設備・研究開発投資を抑制し、非正規労働への代替を誘発する可能性が高い」「派遣比率、パート比率の高い企業ほど非正規雇用・賃金の調整度合いが大きい」—などの仮説を実証している。金明中（2008）「社会保険料の増加が企業の雇用に与える影響に関する分析」『日本労働研究雑誌』No.571 も福利厚生費の増加が雇用にマイナスの影響を与えるとしている。岩本康志・濱秋純哉（2006）「社会保険料の帰着分析」『季刊・社会保障研究』Vol.42 No.3 では「事業主負担は賃金に部分的に転嫁するという結果が妥当」としている。

⁷³ フランスの CSG に関しては、加藤智章（2007）「フランス社会保障制度を考える視点」『海外社会保障研究』No.161、伊奈川秀和（2000）『フランスに学ぶ社会保障改革』中央法規を参照。

⁷⁴ 長谷川千春（2010）『アメリカの医療保障』昭和堂を参照。

はグローバル経済と企業間の競争激化を受けて労働市場が不安定になっている点、経営者側が若くて健康な人を採用したがる点などを挙げつつ、「(租税による保険制度の創設を通じて)健康保険を雇用と切り離すべきである」と指摘していた⁷⁵。ドイツでも事業主負担が雇用の阻害要因になっているとして、労使折半ルールのは是非が議論されている⁷⁶。

日本の場合、事業主負担は国際的に低いとされるが、人口の高齢化に伴って高齢者医療費拠出金が増加しており、それに伴って被用者保険の保険料が上昇している(高齢者医療費拠出金と事業主負担は補論③を参照)。これに従って企業の事業主負担も増大し、その結果として企業が正規雇用に非正規雇用に代替するインセンティブは大きくなる。

こうした課題を解決するには①事業主負担を租税化し、雇用者数などを課税標準とした外形標準課税に置き換える、②事業主負担を廃止する代わりに、同額を給与に上乗せして個人所得課税で徴収する一という方法が考えられる。

しかし、前者は引き続き「雇用税」の性格を持つため、雇用に中立的な制度にする上では、後者の選択肢が考えられるであろう。これは「事業主負担は賃金と同じ性格を持つ」と考える立場であり、「究極的には(事業主負担を)賃金に上乗せして支払う保険料の賃金化という選択肢もあってよい」という考え方が以前から出ている⁷⁷。日本経団連も「保険料を全額本人が負担する方法に改めることが考えられる。これにより、サラリーマンのコスト意識が高まり、安易な負担増に対する抑止力となることも期待できる。従来の事業主負担分については、従業員の給与に上乗せすることも有力な選択肢」と打ち出している⁷⁸。

この考え方については、東京財団が2014年5月に公表した提言『ポスト社会保障・税一体改革の税制とは』で打ち出した「社会連帯税」(仮称)にも符合する⁷⁹。

これらの意見を踏まえて、本提言は雇用に中立的な制度を目指すため、事業主負担を廃止する代わりに賃金に上乗せし、これを「社会連帯税」(仮称)で徴収する考え方を採用する。「社会連帯税」(仮称)の徴収は全て国庫に帰属させる。所得再分配は国の重要な役割であり、「社会連帯税」(仮称)は所得再分配機能を有するためである。

このことを通じて、地域一元化に向けて被用者保険と市町村国保の違いをなくすことが可能となる。

⁷⁵ Robert B Reich (2007) "Supercapitalism" (雨宮寛・今井章子訳 [2008]『暴走する資本主義』東洋経済新報社 pp253-255)。

⁷⁶ 田中耕太郎 (2014)「ドイツにおける医療費財源構造の変革とその評価『健保連海外医療保障』No.103、松本勝明「メルケル政権下の医療制度改革」『海外社会保障研究』No.186を参照。

⁷⁷ 小塩隆士『社会保障の経済学』p251。

⁷⁸ 日本経団連 (2003)『活力と魅力溢れる日本をめざして』日本経団連出版 pp21-22。

⁷⁹ 東京財団 (2014)『ポスト社会保障・税一体改革の税制とは』参照。この提言では社会保険料のうち再分配機能に相当する部分(他制度への拠出金、支援金部分)と事業主負担を「社会連帯税」(仮称)に置き換えることを提言している。

<http://www.tkfd.or.jp/files/doc/2014-01.pdf>

第3章 医療保険制度の現状と課題②～負担と給付の関係が明確でない～

1. 負担と給付（受益）の関係から見た社会保険方式の原則

社会保険方式は本来、負担と給付（受益）の関係が明確なシステムである。この点は税金を財源とする社会扶助方式と比較すると、いくつかの特徴を指摘できる。

第1に、社会保険方式は保険料を納付しなければ給付を受けられないのに対し、社会扶助方式は受給の前提として税負担の有無を問わないため、税の納付が受給する際の根拠とならない。第2に、社会保険方式では保険料の納付額が給付額に反映するのに対し、社会扶助方式では税の納付額は給付額に影響しない。第3に、社会保険方式は保険料負担と給付（受益）の間で明確な対応関係が設定されるのに対し、税金を財源とする社会扶助方式は目的税や特定財源にしない限り、社会保障給付に使われる保証はない⁸⁰。

この結果、社会保険方式は負担と給付（受益）の関係が明確であり、「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」とされている⁸¹。

しかし、今の日本の医療保険制度は負担と給付（受益）の関係が不明確になっており、社会保険方式のメリットが失われつつある。そう考えられる理由として、パッチワーク的な公費（税金）投入や財政調整を通じて、制度が複雑になっている点を挙げることができる。制度が過度に複雑になれば、負担と給付（受益）の関係は見えにくくなる。

もう1つの理由として、医療費の一定額を公費（税金）や、他保険からの財政調整で対応しているため、全国平均を大きく超えて医療サービスを多く利用しても、その差の部分まで負担を分散できる点である。

以下、本章では前半で制度複雑化、後半で負担を分散できるシステムについて、それぞれ現状と問題点を考察する。

2. 制度の複雑化

(1) 複雑な財政制度の現状

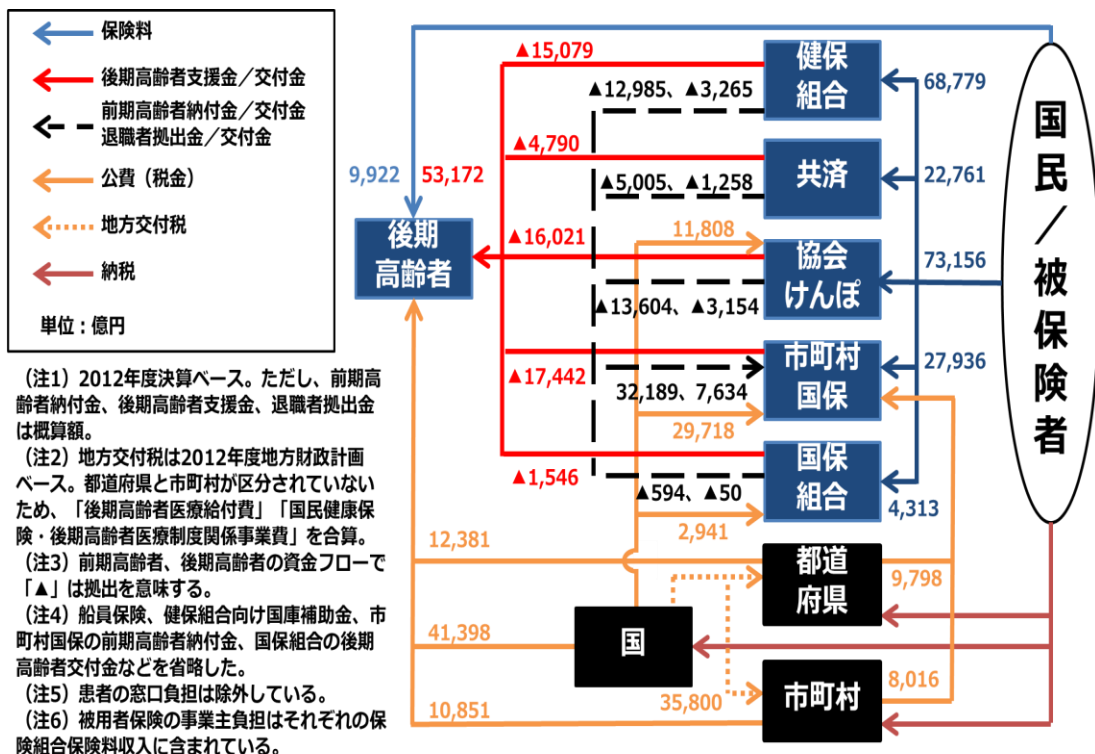
第2章で述べた市町村国保の構造的な赤字を解消するため、現在は公費（税金）投入と財政調整が複雑かつ大規模に実施されている。この結果、被保険者は「自分の医療費水準は適

⁸⁰ 堀勝洋『現代社会保障・社会福祉の基本問題』pp81-100。

⁸¹ 島崎謙治『日本の医療』p211。

正か」「自分の支払っている保険料負担は適正か」「自分の使った医療サービスがどれだけ負担増につながるのか」といった負担と給付（受益）の関係を理解しにくくなっている。

図 8：医療保険を巡る税金、保険料の流れ



出典：厚生労働省、総務省資料を基に東京財団作成

複雑な財政制度の全体像を示したのが図 8 である。健保組合に対する公費（税金）投入など一部資金の流れを省略しているが、それでも保険料と公費（税金）が複雑に入り組んでいる状況が分かる。特に、市町村国保に対する公費（税金）投入と前期高齢者財政調整、後期高齢者の公費（税金）投入と財政調整が複雑であり、都道府県や市町村の負担に対する地方交付税措置まで含めると、全体像を把握することは極めて難しい。

以下、市町村国保に対する公費（税金）投入⁸²、高齢者医療費に関する財政調整の順番で、複雑な財政関係の実情を詳述する。

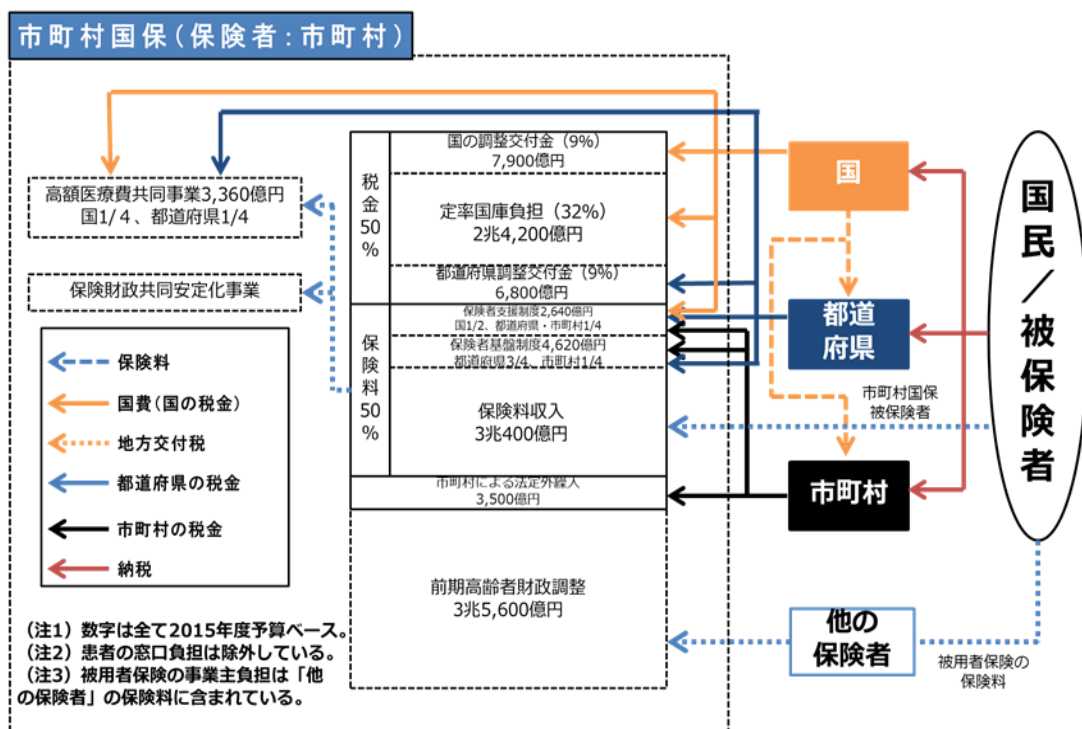
⁸² 本提言では詳しく触れないが、協会けんぽに対して 2015 年度予算で約 1 兆 3,000 億円の国費が投入されている。旧政管健保の国庫補助は 1956 年度に開始し、1973 年度から保険料率と国庫負担率の連動制、1981 年度から給付費の一定割合を補助する形に変わり、補助率は 16.4%~20.0%の間で法定化する一方、詳細を政令で定めた。財政好転を受けて 1992 年度から特例的に 13.0%に引き下げたが、2010 年度から 16.4%に引き上げた。2015 年通常国会で成立した医療制度改革法では国庫負担率を 16.4%に固定するとともに、協会けんぽの準備金残高が法定準備金を超えた場合、新たな超過分の国庫補助相当額を翌年度に減額する特例措置が盛り込まれた。

(2) 市町村国保に対する公費（税金）の投入

第2章で触れた通り、市町村国保は構造的な赤字体質に陥っており、実質的な単年度収支は毎年 3,000～4,000 億円規模に上る。この赤字を補填するため、国、都道府県、市町村の公費（税金）投入に加えて、65～74 歳の前期高齢者に関する財政調整も実施されており、市町村国保に関する公費（税金）、保険料の流れを示したのは図9であり、税金投入の目的、規模などは表4の通りである⁸³。

このうち、市町村国保に投じられている国の税金は 2015 年度予算ベースで約 3 兆 4,300 億円であり、約 2 兆 4,400 億円が給付費の定率国庫負担である。それ以外にも全国レベルで財政力を調整するための財政調整交付金、高額な医療費が市町村財政に与える影響を緩和する高額医療費共同事業、保険料軽減などの名目で国費が投入されており、消費税増収分を活用した保険料軽減措置の強化も進められている。

図9：市町村国保に関する税金、保険料の流れ



出典：厚生労働省、総務省資料を基に東京財団作成

⁸³ 本文中の図表で示した制度とは別に、国、都道府県が半額ずつ市町村に貸し付ける「国民健康保険広域化等支援基金」が 2002 年度に創設され、都道府県を主体に保険料の急変に対応する「保険財政広域化支援事業」、給付費増大など赤字を一時的に補てんする「保険財政自立支援事業」などが実施された。

表 4：公費（税金）を使った市町村国保に対する支援制度

制度名	費用 支出者	制度の概要	2015年度 予算額／事業規模
定率国庫負担	国	医療給付費の32%を国が負担	国費2兆4,200億円
調整交付金	国	全国レベルで財政力不均衡を是正する交付金。医療給付費の9% ・ 財政力不均衡を是正する普通調整交付金（7%） ・ 災害などの事情を考慮する特別調整交付金（2%）	国費7,900億円
都道府県調整交付金	都道府県	都道府県における市町村間の医療費、所得水準格差、保険料徴収状況などを調整。医療給付費の9%	都道府県費6,800億円
高額医療費共同事業	国：1/4 都道府県：1/4	1件80万円超の医療費による影響を緩和するため、保険料を財源にしつつ、国と都道府県が財政支援。2015年度から恒久化	事業規模3,360億円
保険者支援制度	国：1/2 都道府県：1/4 市町村：1/4	低所得者数に応じて、保険料額の一定割合を支援。2015年度から恒久化。	事業規模2,640億円
保険料軽減制度 （保険基盤安定制度）	都道府県3/4 市町村：1/4	低所得者の保険料軽減分を支援。	事業規模4,620億円
財政安定化支援事業	—	市町村に対する地方交付税措置。2015年度から恒久化	交付税措置1,000億円

注：2015年度現在。上記とは別に、1件当たり30万円超の医療費について、市町村国保の拠出金を財源にして、都道府県単位で調整する「保険財政共同安定化事業」がある。2015年度から対象を全ての医療費に拡大するとともに、制度を恒久化した。

出典：厚生労働省資料を基に東京財団作成

国だけでなく、都道府県と市町村の公費（税金）も投入されている。1980年代以降、都道府県の財政負担を拡大しており、2015年度予算ベースで約1兆1,800億円に及ぶ。市町村からも経常収支不足を補填する法定外繰入などが実施されている。

さらに、市町村国保と後期高齢者に対する都道府県、市町村の公費（税金）負担については、所要額が地方交付税で措置されている⁸⁴。2015年度地方財政計画（通常収支分）には市町村国保と後期高齢者医療制度の支援に必要な経費として1兆5,135億円を計上している。

（3）高齢者医療費に関する財政調整の現状

次に、後期高齢者医療制度を含めて、高齢者医療費に関する保険者間の財政調整の現状を考える。高齢者医療費の確保と市町村国保の財政事情を改善するため、後述する老人保健制度（老健制度）に代わる形で、2006年医療制度改革を経て、65～74歳の高齢者医療費を各保険者同士で調整する前期高齢者財政調整に加えて、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度が2008年度に発足し、公費（税金）のほか、現役世代と高齢者の保険料で75歳以上の高齢者医療費を賄う仕組みに代わった⁸⁵。この結果、被用者保険から市町村国保、後期高齢者

⁸⁴ 総務省編（2015）『平成27年版地方財政白書』によると、都道府県財政調整交付金、保険者支援制度、保険者基盤安定制度、高額医療費共同事業、財政安定化支援事業などに関する都道府県、市町村の必要額が地方交付税で措置されている。

⁸⁵ 後期高齢者医療制度については、発足直後の混乱などが世論の批判を浴びた後、民主党政権期の2010年12月に「高齢者医療制度改革会議」が制度廃止と市町村国保の都道府県単位化を提唱した。しかし、2013年8月の会保障

保険制度に対し、保険料収入の移転が大規模に行われている。

このうち、後期高齢者医療制度は図 10 の通り、75 歳以上を被保険者とし、都道府県単位に設置された広域連合を保険者としている。自己負担を除く費用のうち、公費（税金）と保険料で 50% ずつ賄っており、国、都道府県、市町村から公費（税金）が投入されている一方、保険料の部分は 75 歳以上高齢者の保険料が約 10%、現役世代の支払った保険料が「後期高齢者医療制度支援金」として約 40% 充当される仕組みとなっている。

さらに、①低所得者の保険料を軽減する「保険基盤安定制度」、②制度導入時の移行措置として行われた特例的な保険料軽減一などの名目で、約 3,000 億円の公費（税金）投入されている。保険料軽減措置、高額医療費に対する支援、財政安定化基金⁸⁶に関する都道府県の負担は地方交付税措置されている。

前期高齢者についても財政調整が行われており、市町村国保に対する実質的な財政支援が行われている。具体的には、65～74 歳の 80% 程度が市町村国保に加入している不均衡な状態を是正するため、前期高齢者医療に関する医療給付費（前期高齢者が負担する後期高齢者支援金を含む）について、前期高齢者の加入率（0～74 歳の総加入者に占める前期高齢者の割合）が全国平均よりも低い保険者が「前期高齢者納付金」を社会保険診療報酬支払基金に拠出する一方、全国平均よりも高い市町村国保の各保険者が「前期高齢者交付金」を受け取っている。そのイメージや規模は図 11 の通りである⁸⁷。

こうした高齢者医療費拠出金に対し、被用者保険は強い不満感を持っている。拠出金が人口の高齢化で増え続けているためである。例えば、健保組合の経常支出に占める各種拠出金の割合は右肩上がりですり上がりしており、経常支出の約 4 割まで達している。この結果、相対的に豊かだった健保組合の財政が悪化しており、今後も高齢化の進展で負担は増加することが予想されている（被用者保険の高齢者医療費負担については補論③を参照）。

（4）複雑な財政制度ができた背景の考察

こうした複雑な財政制度ができあがったのはパッチワーク的な制度改正の結果である。第 2 章で述べた市町村国保の赤字体質を解消するため、政府が 1980 年代以降に採っている解決策は、①後期高齢者医療制度の創設を含む保険者同士の財政調整、②都道府県の財政負担拡大の 2 つに大別できる。以下、財政調整、都道府県の財政負担拡大の順で、複雑な制度ができあがった経緯と背景を考察する。

制度改革国民会議報告書は「創設から既に 5 年が経過し、現在では十分定着していると考えられる」と結論付けた。

⁸⁶ 保険料の未納、給付の見込み違いなどに対処するため、国、都道府県、広域連合が 3 分の 1 ずつ拠出している。

⁸⁷ 前期高齢者交付金及び納付金を計算する際、後期高齢者支援金を加味している現行制度の見直しが進められているが、地域一元化が実現すれば高齢者医療費拠出金の枠組みもなくなるため、本提言では触れない。

表5の通り、保険者同士による本格的な財政調整は1983年の老健制度が始まりである⁸⁸。1973年にスタートした老人医療費無料化を契機に高齢者医療費が急増し、市町村国保の財政を圧迫した。このため、市町村国保を救済する目的で、70歳以上の高齢者と65歳以上の寝たきり高齢者に関する医療費を対象に、被用者保険の資金を市町村国保に実質的に回す老健制度が創設された。さらに、1984年から退職者医療制度もスタートし、老健制度の年齢に達していない退職者に関する医療費を被用者保険の拠出金で賄う仕組みもできた。

表5：高齢者医療費を巡る財政調整制度の主な経緯

1983年2月	<p>老人保健制度の創設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・70歳以上の高齢者と65歳以上の寝たきり高齢者の医療費を対象に、各保険者から拠出金を導入 ・拠出金と税金の割合は7:3 ・国と都道府県、市町村の負担は4:1:1
1984年10月	<p>退職者医療制度の創設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老健制度の対象になる前の退職者医療費について、保険料と被用者保険の総報酬割による拠出金で確保
2002年度～ 2008年度	<p>老健制度の税負担割合を5割に、対象年齢を75歳以上に段階的に引き上げ 高齢者医療制度の改革</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県と全市町村が加入する広域連合を保険者とし、75歳以上高齢者が加入する後期高齢者医療制度を創設。各保険者が支払う支援金と公費（税金）、高齢者の支払う保険料を充当 ・65～74歳の高齢者医療費を保険者間の財政調整で賄う前期高齢者財政調整開始後期高齢者支援金のうち、被用者分の3分の1を人头割から総報酬割に変更。
2010年度 2017年度～	<p>後期高齢者支援金のうち、被用者分を全額総報酬割に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総報酬割の部分を2015年度は2分の1、2016年度は3分の2に段階的に引き上げ

出典：厚生労働省資料、吉原健二・和田勝（2009）『日本医療保険制度史』東洋経済新報社を基に東京財団作成

しかし、老健制度に対する健保組合の不満が高まった⁸⁹のを受けて、2008年度から後期高

⁸⁸ 1960年代の診療報酬引き上げで政管健保の財源が悪化したことなどに対応するため、健保組合の資金を使う財政調整が1960～1970年代に模索されたが、健康保険組合連合会（以下「健保連」）は「保険者の違いを無視した暴挙」と反対した。健康保険組合連合会『健保連五十年の歩み』（1993）pp181-201、同（1969）『健保連二十五年の歩み』pp212-215を参照。一方、健保連は1975年、健保組合同士の共同事業として「高額医療給付費共同負担事業」を創設した。

⁸⁹ サンリオが1999～2000年に老健制度に対する拠出金について、不払い運動を展開し、健保連も1999年6月、老

齢者医療制度の創設など制度改正が実施された。それまでに 10 年近い歳月をかけて議論したが、厚生労働省（旧厚生省）は保険者団体、診療団体、地方自治体の中央組織、財政当局の意見を折衷させながら現在の枠組みを創設した。

財政調整の手法が採用されるようになった背景には 1980 年代以降の財政危機が挙げられる。高度経済成長期は賃金上昇で保険料が増えていた上、国庫負担の充実で格差縮小を図る余地があった⁹⁰が、1980 年代以降に経済成長率が鈍化したことで、国の財政事情が悪化して公費（税金）投入が難しくなった。さらに、保険料の増収も見込めなくなり、市町村国保財政の悪化が顕在化した。こうした中、高齢化の影響で高齢者医療費だけが増えたため、保険者間の財政調整という選択肢が取られるようになったのである⁹¹。

市町村国保に対する都道府県の財政負担拡大も、保険者間の財政調整が始まったのと同じ理由である。1980 年代以降、国の財政が厳しくなる中、厚生労働省（旧厚生省）は市町村国保の財政悪化に対応する必要に迫られたが、国の財政負担拡大には財務省（旧大蔵省）、都道府県負担の拡大は総務省（旧自治省）、全国知事会の反発が絶えない。一方、保険料の引き上げにつながる財政調整の拡大については、被用者保険の反発が予想される。こうした対立構図の中、利害関係者の意見を取り入れつつ、毎年のように「暫定措置」を続けた結果、表 6 の通りに都道府県の公費（税金）負担を少しずつ増やしてきた。

さらに、2015 年通常国会で成立した医療制度改革法では、市町村国保の財政支援のため、国費を追加投入するとともに、2018 年度から市町村国保の財政運営を都道府県単位に変更する制度改革が盛り込まれた。後期高齢者医療制度支援金についても、被用者保険の部分は 3 分の 1 が総報酬割、残りの 3 分の 2 が人头割となっているが、これを 2017 年度に全面総報酬割に変更することも決まった。このほか、①著しく負担が増える健保組合に対する国庫補助を増額⁹²、②協会けんぽの国庫補助率を当分の間 16.4%と定める一方、準備金残高が法定準備金を超えて積み上がった場合、新たな超過分の国庫補助相当額を減額する特例措置の創設—という制度改正も盛り込まれた。

今回の制度改正を通じて、1980 年代から続けられてきた市町村国保の都道府県単位化は一つの完成を見る。しかし、健保組合に対する公費（税金）投入拡大、協会けんぽの財政支援に関するルールの創設、市町村国保に対する公費（税金）の追加投入などパッチワーク的な制度改正が続いており、負担と給付（受益）の関係が一層見えにくくなる。

健制度拠出金の支払いを一時差し止める措置を決めた。この時、健保連加入の 97%の健保組合が 1999 年 7 月 5 日納付分について、延滞利息が課されない期間（督促状発行から 10 日間）、納付を差し止めた。『日本経済新聞』2000 年 5 月 9 日、健康保険組合連合会（2004）『健保連六十年の歩み』pp69-70 を参照。

⁹⁰ 市町村国保に対する国庫負担は制度創設時、定率分 20%、財政調整交付金 5%だったが、1980 年代までに段階的に引き上げられた。

⁹¹ 佐口卓（1995）『国民健康保険』光生館 pp145-146。

⁹² 2015 年度現在では約 110 億円だが、2017 年度に計 700 億円程度まで増やすとしている。

表 6：1980 年代以降の市町村国保に関する制度改正の主な経緯

1981 年 7 月	第 2 次臨時行政調査会第 1 次答申で、都道府県負担の導入を明記
1984 年度	医療費増加の影響を緩和する「高額医療費共同事業」の創設
1986 年 6 月	臨時行政改革推進審議会が都道府県の役割拡大に向けた検討を要請
1987 年 12 月	有識者らの「国保問題懇談会」報告書。「都道府県に適切な役割が不可欠」と提言
1988 年度	「保険基盤安定制度」の創設、国・都道府県負担導入による高額医療費共同事業の強化（暫定措置、その後継続）
1993 年度	「財政安定化支援事業」の創設
2002 年度	地域内の保険料格差を是正する「国保広域化等支援基金」の設置
2003 年度	「保険者支援制度」の創設（暫定措置、その後継続）
2005 年度	国・地方税財政改革を目指す「三位一体改革」に伴う制度改革 <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県の財政調整交付金制度を創設。給付費の 5% ・国の定率負担を 40%から 36%、財政調整交付金を 10%から 9%に
2006 年度	三位一体改革に伴う制度改革 <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県の財政調整交付金を 5%から 7%に ・国の定率国庫負担を 36%から 34%に ・保険基盤安定制度の一般財源化 ・「保険財政共同安定化事業」の創設（暫定措置、その後継続）
2010 年 5 月	「広域化等支援方針策定要領」を策定し、各都道府県に広域化等支援方針の策定要請
2010 年 12 月	「高齢者医療制度改革会議」が提言 <ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療制度を廃止する場合の対応として、市町村国保の財政運営を都道府県とする考え方を提示
2012 年度	「子ども手当」の地方負担問題が波及した制度改革 <ul style="list-style-type: none"> ・定率国庫負担を 34%から 32%に引き下げ ・都道府県調整交付金を 7%から 9%に引き上げ
2015 年度	保険者支援制度、高額医療費共同事業、保険財政共同安定化事業の恒久化
2018 年度～	財政運営を都道府県単位化

出典：厚生労働省資料、吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史』を基に東京財団作成

さらに、市町村国保を都道府県単位化したとしても、被用者保険と地域保険が分立する現行制度を前提とする限り、退職後に被用者保険から外れるサラリーマン OB は市町村国保及び後期高齢者医療制度に移管するため、高齢者医療費を巡る財源調整問題は残ることになる。

しかし、こうした制度改正の完成形は誰も分からない。以下、ビジョンなき漸増主義、複雑な制度の順番で、その弊害を考察する。

(5) 漸増主義の問題点

制度複雑化のプロセスの説明については「コンフリクト・モデル」(Conflict Model)が当てはまる。コンフリクト・モデルによると、社会には様々な摩擦があり、摩擦ごとに解決するシステムが存在する。システムに様々な目的(goal)や力(power)が入力されると、関係者(actor)が動員されて、最終的に新しい規則(rule)を出力する。そしてシステムが作り出した規則が環境を再形成し、再び規則を作り出す。摩擦が強いほどシステムは動き、次々と新たな規則が作り出されるとする⁹³。

これは本来、経営者と労働者の対立関係を使ったモデルだが、医療保険制度の複雑化にも当てはまる。つまり、高齢者医療費の増加、低成長移行による税収と保険料収入の伸び悩み、国・自治体の財政悪化、保険財政の悪化といった摩擦に対し、厚生労働省(旧厚生省)や財務省(旧大蔵省)、総務省(旧自治省)のほか、都道府県、市町村、保険者団体、労働組合、診療団体などの関係者が生み出され、老健制度や市町村国保に対する都道府県の財政負担制度という規則が作られ、それらが新たな摩擦を作り出し、後期高齢者医療制度など新たな規則(財政制度)を生み出している結果、制度が複雑化していくのである。

こうした少しずつ制度改正を進める手法は漸増主義(インクレメンタリズム)と呼ばれ、利害関係が複雑に絡み合う政策課題に直面する際、その解決を図る上で採用されやすい⁹⁴。

しかし、ビジョンなき漸増主義は問題である。小さな改善を積み重ねたとしても、大きな改善を早く実現するとは限らず、むしろ大きく間違える欠点がある⁹⁵。利害調整で関係者の合意を取り付けることで、部分的な改善を通じて目先の問題を解決したとしても、全体として整合性が付かなくなる可能性がある。

実際、近年の制度改革は診療団体や保険者団体、自治体、財政当局の利害調整に力点が置かれ、「総合的かつ体系的な改革とはいえない。それぞれの政策は個別問題の対症療法として適切だったとしても、全体として整合性がとれているとはいえない」との指摘がある⁹⁶。

その一例として高齢者医療費拠出金がある。高齢者人口の増加と高齢者医療費の増加を受けて、高齢者医療費拠出金は増加し続けており、被用者保険の財政を圧迫している。さらに、資金を拠出する被用者保険にとって給付を期待できないため、社会保険の枠組みを超えた存在になっている。(被用者保険の高齢者医療費負担については補論③を参照)。

特に後期高齢者医療制度支援金は「保険制度の枠内に納まりきれない。世代間扶養という社会的機能に着目した説明でお茶を濁すしかない」⁹⁷、「保険給付とのけん連性が曖昧である

⁹³ A. W. J. Craig (1975) "A framework for the analysis of industrial relations systems Industrial Relations and the Wider Society", London Collier Macmillan, pp8-20.

⁹⁴ 漸増主義の必然性に関する指摘として、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)がある。

⁹⁵ 郡司篤晃『医療システム研究ノート』pp222-223。

⁹⁶ 印南一路・堀真奈美・古城隆雄(2011)『生命と自由を守る医療政策』東洋経済新報社 pp110-111。

⁹⁷ 堤修三『社会保障改革の立法政策的批判』pp64-71。同『社会保障の構造転換』pp180-189では、①後期高齢者が

点は、現役世代の被保険者にとって保険料の名を借りた租税負担⁹⁸などと指摘されている。租税負担に近いにもかかわらず、被保険者が支援金の使途や決算報告などを知る手続きが法定化されていないため、「租税にも劣る負担と言わざるを得ない」との意見がある⁹⁹。

そもそも社会保険方式は低リスクの人や高所得者を含めて国民を強制加入させることで、保険財政を安定化させており、保険料を徴収する理由と必ず給付に使われることが明確にならないければ、制度の信頼性が崩れかねない¹⁰⁰。

つまり、社会保険方式では社会の連帯をベースにし、国民に強制加入を義務付けつつ、個人のリスクをカバーする以上、社会の構成員が納得して保険料の支払いに応じる「受益の蓋然性」に関する共通認識が重要になる¹⁰¹。言い換えれば、「取れるところから取る」という安易な方向に流れることは避ける必要があり、特定財源である保険料を目的外に使うことも避けなければならない¹⁰²。パッチワーク的な制度改正の結果、行き過ぎた財政調整制度が生み出されており、これは社会保険方式の基盤や信頼性、さらには社会保障制度及び社会保険方式の前提である連帯を揺るがしかねない。

(6) 複雑な財政制度の問題点

制度が複雑になると、医療費の規模や保険料の水準について、被保険者が「医療費が保険料の上昇として、どれだけ反映されるか」「保険料を引き下げると、医療の利用や医療費の規模をどうやって抑えるか」といった点を考える機会を奪われる。負担と給付（受益）を明確にしている社会保険方式のメリットが損なわれ、コスト意識が希薄になる危険性がある。実際、「複雑かつ間接的な財政負担が錯覚を生み、高水準の公共支出を生み出す」との指摘がなされている¹⁰³。

完全に切り離されるため、老健制度時代の拠出金のような受益者負担的な説明が困難、②退職後、被用者保険から外れたサラリーマン OB を何らかの結び付きを持つ現役が支えるわけではないので、退職者医療費拠出金のような説明も困難、③介護保険納付金のような徴収代行的な説明も困難—と指摘している。

⁹⁸ 加藤智章（2012）「社会保険における強制加入の一考察」菊池馨実編著『社会保険の法原理』p123。

⁹⁹ 同上 p123。

¹⁰⁰ 強制とは自由と対置する概念であり、アメリカでは「オバマ大統領の健康保険法が憲法違反ではないか」という論点を巡って争われた。日本では憲法 25 条に社会権としての健康権が規定されており、強制加入に反対する議論は少ないが、例外的な存在は「旭川市国保料訴訟」である。この訴訟では、国民健康保険の保険料の支払いを拒絶して滞納処分を受けた者が「国保に強制加入させて保険料を納付させる国保条例は憲法 19 条（思想信条の自由）、29 条（財産権の不可侵）に違反する」と訴え、最高裁は 2006 年 3 月、強制加入の合憲性を認めた。島崎謙治『日本の医療』pp229-234、江口隆裕（2009）「社会保障における給付と負担の関連性」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の制度分析』東京大学出版会 pp112-114 などを参照。

¹⁰¹ 堤修三（2010）『介護保険の意味論』中央法規 pp25-27。

¹⁰² 2006 年医療制度改革で創設された「療養病床転換支援金」も一例と言える。家庭の事情などで医療の必要性が薄い高齢者が入院する状態（社会的入院）が医療費を増加させているとして、2006 年医療制度改革では療養病床のうち介護型を 2011 年度末までに廃止する（廃止期限は 2017 年度末に延長）方針を決定し、その転換に要する経費の一部について、「後期高齢者医療費の適正化につながる」という理由で医療保険者から拠出させた。支援金は 2010 年度以降は徴収されていないが、負担を求める根拠は極めて薄弱だった。

¹⁰³ James M Buchanan, Richard E Wagner (1977) "Democracy in Deficit" (大野一訳 [2014] 『赤字の民主主義』日経 BP クラシックス pp250-259)。

さらに、制度が複雑になれば制度の全体像を理解しようとする機会費用が大きくなり、国民は制度改正に対する関心や参加意識を失う。

このプロセスはアンソニー・ダウンズが指摘した「合理的無知」(rational ignorance)で説明できる。本来は国民の投票行動を説明したモデルであり、有権者は投票行動を決定する際、選挙での争点や投票結果、各政党の評価などの情報を収集・評価しなければならず、その機会費用の大きさを嫌う国民が合理的に行動する結果、投票を棄権するというモデルである。一方、利益集団など「影響力行使者」(influencers)は政治的な利得を得ようと、政府と対抗できる情報を集めており、政府は政策立案に際して消費者よりも生産者に注意を払う。こうして様々な主体が合理的に行動し、政策が生産者寄りにシフトすると指摘した¹⁰⁴。

このモデルを基に考えると、複雑な医療保険制度は制度を理解する際の機会費用を大きくし、国民や被保険者は合理的無知の状態に陥りかねない。一方、関係団体は政府に対抗できるだけの情報を集めようとするため、専門家や関係団体だけで制度改正の是非が議論されるようになり、制度改正の議論から民主性が失われる。この点については、社会保障制度の肥大化に警鐘を鳴らしたフリードリヒ・ハイエクが「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。社会保障の複雑さは神秘的なものである。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」と指摘したこととも符合する¹⁰⁵。

しかし、こうした状態は民主主義の発展に望ましくない、社会保障制度及び社会保険方式の基軸となる連帯意識や助け合いの意識も国民の間で生まれにくくなる。

3. 他者に負担を分散できる財政システム

(1) 需要誘発仮説と効用最大化モデル

複雑な財政制度と並んで、全国平均を超えて医療サービスを多く使っても他者に負担を分散できる財政システムも負担と給付(受益)の関係を不明確にしている。

現行制度では公費(税金)投入と財政調整を通じて、給付費の一部を公費(税金)、または財政調整で確保される結果、全国平均を大きく超えて医療サービスを多く利用しても、保険料の上昇として反映されにくく、その費用を負担・分散できる点で負担と給付(受益)の関係が不明確になっている。

この点を考える上では、医療サービスの特性を念頭に入れる必要がある。本来、「患者に

¹⁰⁴ Anthony Downs (1957) "An Economic Theory of Democracy" (古田精司訳 [1980]『民主主義の経済理論』成文堂) pp213-286)。

¹⁰⁵ Friedrich August Hayek (1960) "The Constitution of liberty" (気賀健三・古賀勝次郎訳 [2007]『自由の条件Ⅲ 福祉国家における自由』春秋社 pp51-53)。

対してどのような診療行為を行うか」という判断は医学的に決まるが、一般的に医師のプロフェッショナルリズムやモラルは高く、リスクを顕在化させない予防的な医療を講じる傾向があるため、必要な医療か、不必要な医療か境界線は曖昧である。

さらに、第1章で述べた通り、患者と医師の間で情報の非対称性は大きく、医師の治療行為について、患者が是非を判断するのは難しいため、医師が密度の濃い診療を行うことを通じて、医師の行動が患者の需要を作り出す可能性が指摘されている。これは「需要誘発」(induced demand) モデルと呼ばれる¹⁰⁶。

医師や医療機関の行動を考える際、通常の企業とは異なる点も留意する必要がある。企業であれば利潤最大化を目標として投資が行われるが、質向上、住民からの評価などを考慮し、医療提供者には「より良い医療を提供したい」という意識が強い。この結果、利潤最大化よりも損益分岐点まで投資する傾向があり、収入と支出が等しくなる近辺まで投資が行われる。こうした投資行動は「効用最大化」(Utilization-Maximizing) モデルと呼ばれる¹⁰⁷。

しかし、投資した設備には維持管理費がかかり、維持管理費の回収が収入の目標となり、診療行為が行われる。項目別支払い(出来高払い)の場合、診療行為で得られる収入と損益分岐線は容易に予想できるため、結果として診療行為がなされることになり、利潤が上げれば再び投資に回される。こうして項目別支払い(出来高払い)が過剰な診療行為を生み出す方向に働き、医療費の増大につながっている可能性がある。

(2) 都道府県別医療費の地域差

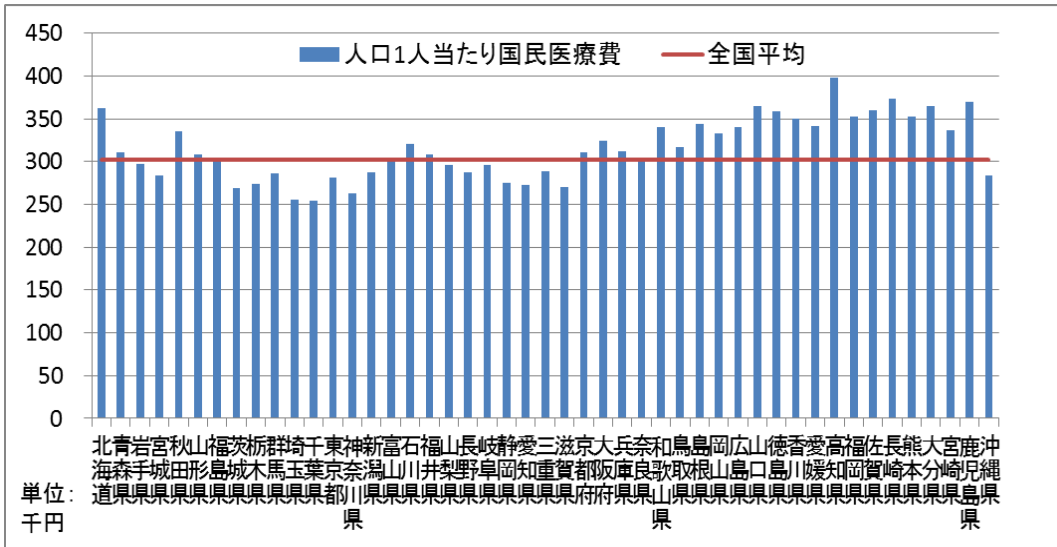
投資が医療費に影響を与えている可能性を示すのが都道府県別医療費の地域差である。年間の住民1人当たり都道府県別医療費は図12の通りである。全国平均の国民1人当たり医療費は30万1,900円に対し、最高は高知県で住民1人当たり39万8,400円、全国最低の千葉県は同25万4,800円となっており、その差は1.6倍である。

では、この差はなぜ、生まれるのであろうか。第1に、高齢者人口の増加が医療費を増加させる可能性である。病気のリスクは加齢とともに高まるが、高齢化のペースは各都道府県で異なるため、医療費の地域差につながっている可能性がある。第2に、先に触れた医療サービスの特性として、医療の供給が需要を生んでいる可能性である。第3に、介護サービスの充実が医療費の節約につながっている可能性である。日本の場合、家庭の事情などで医療の必要性が薄い高齢者が入院する状態(社会的入院)が以前から課題となっており、介護サービスの充実が医療費抑制につながる可能性が想定される。

¹⁰⁶ 西村周三(1987)『医療の経済分析』東洋経済新報社 pp25-45。

¹⁰⁷ 郡司篤晃『医療システム研究ノート』pp104-108。

図 12：住民 1 人当たり都道府県別医療費の格差



出典：厚生労働省「平成 23 年国民医療費」を基に東京財団作成

以上の仮説に立ち、住民 1 人当たり都道府県別医療費を目的変数、都道府県別の高齢化率（65 歳以上高齢者／人口）、人口 10 万人当たり病床数、人口 10 万人当たり介護保険 3 施設の定員数・病床数（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床）を説明変数とし、重回帰分析を行う。用いるデータは総務省編「人口統計」、厚生労働省編「国民医療費」「医療施設動態調査」であり、いずれも 2011 年度現在である。

重回帰分析の結果、式 1 の数値を得られた。補正済み決定係数は 0.88 であり、相関関係は極めて高い。p 値も有意性を示しており、高齢化率と病床数は医療費と正の関係、介護定員は医療費と負の相関関係で、有意と認められる。ここから得られる政策的インプリケーションとしては、①病床数は医療費を増やす方向に働く、②介護施設の整備は医療費を減らす方向に働く一の 2 点である。

①については、病床など過去の投資（投資量）が医療サービスの利用を招き、結果として医療費を増加させる可能性が以前から指摘されていた¹⁰⁸が、これを裏付ける結果となった。②については、介護サービスの充実が医療費の節約につながる可能性を示唆している。確かに介護施設の定員数や病床数を増やしたとしても、医療から介護に需要がシフトすることになるため、社会保障費の抑制につながらない可能性がある。また、今回は介護保険対象の 3 施設だけの数値であり、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の定員数、在宅系サ

¹⁰⁸ 地域差研究会（2001）『医療の地域差』東洋経済新報社 pp214-220。鴫田忠彦（2004）『日本の医療改革』東洋経済新報社 pp157-178 では、ICU（集中治療室）病床数や CT スキャナー設置数も医療費の地域差を説明するとしている。

一ビスの需要が反映されていない点も留意する必要がある。

しかし、都道府県別医療費と介護施設定員数が負の相関関係になっているのは介護サービスの充実が医療費の節約につながる可能性を示唆している。つまり、前章で指摘した通り、介護保険を所管する市町村が医療行政に関与し、医療・介護のベストミックスを地域ごとに実現すれば、医療費の節約につながる可能性を示している。

式 1：都道府県別医療費に関する重回帰分析

y	=	4.72x1	+	0.074799x2	+	(-0.05875×x3)	+	126.8465
p 値		0.001292586		7.41456E-17		0.007222873		
補正済み決定係数：0.88								
y：住民 1 人当たり都道府県別医療費								
x1：都道府県別高齢化率								
x2：人口 10 万人当たり都道府県別病床数								
x3：人口 10 万人当たり介護保険 3 施設の定員数または病床数								

出典：総務省「平成 23 年人口推計」、厚生労働省「平成 23 年国民医療費」「平成 23 年医療施設動態調査」を基に作成。

一方、年齢構成（高齢化率）に関しては、医療費に大きく影響する可能性を改めて確認できたものの、政策的に変動できない。このため、都道府県単位の財政調整を行う場合、年齢構成（高齢化率）の差異はリスク構造調整の対象として事前に調整する必要がある。

リスク構造調整の考え方や手法、試算は本章の末尾で取り上げる。

(3) 現行制度の問題点

こうした医療費の地域差については、政府も医療費適正化を進める上での指標としている。2006 年医療制度改革では、年間の住民 1 人当たり高齢者医療費が福岡県と長野県の間で最大 1.5 倍に及ぶ点と、これが平均在院日数の長さと同じ相関関係を示している点に着目しつつ、2015 年度の平均在院日数について 2006 年度時点の全国平均（32.2 日）と最短の長野県（25.0 日）の差を半分に縮小する目標を掲げた。これを受けて、2008 年度からスタートした国の「医療費適正化計画」（第 1 期）では 2012 年時点の目標値として、全国の平均在院日数を 29.8 日に抑える方針を示し、計画策定を各都道府県に課した¹⁰⁹。

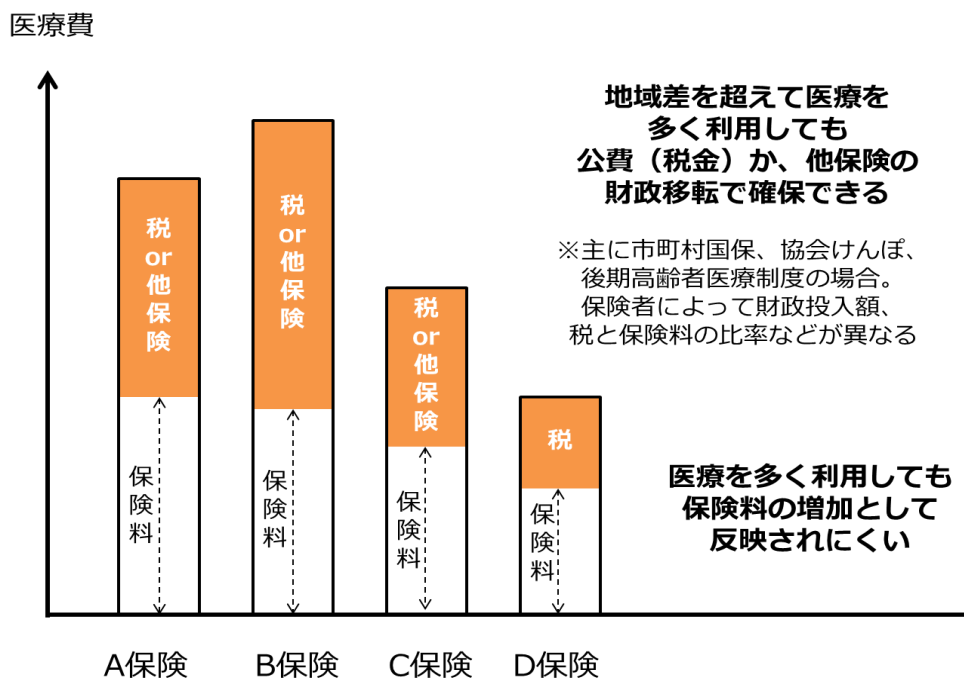
しかし、現行制度には問題がある¹¹⁰。社会保険方式は負担と給付（受益）の関係が直接的

¹⁰⁹ その後、2013 年度から国の第 2 次医療費適正化計画（～2017 年度）がスタートした。

¹¹⁰ 現在の医療費適正化計画はメタボ健診を含めた予防・保健対策に特化しているが、メタボ健診を含めた予防・保健事業がマクロの医療費に与えるかどうか必ずしも明らかになっておらず、計画の目標に掲げている平均在院日数の削減につながるのか疑問である。

であり、通常であれば全国平均を超えて医療サービスを多く利用した分については、被保険者が負担する保険料の上昇として反映されるが、現在の制度では医療サービスの利用が保険料の上昇につながりにくい。図 13 の通り、市町村国保や後期高齢者医療制度の場合、多額の公費（税金）投入や財政調整、協会けんぽは国庫負担措置を通じて、給付費の一部を支援してもらえる仕組みとなっているためである。

図 13：現行の医療保険制度のイメージ



出典：東京財団作成

特に、市町村国保に関しては、先に触れた公費（税金）投入が行き過ぎている結果、保険者の節約インセンティブを阻害している可能性も指摘されている¹¹¹ほか、法定外繰入の問題がある。法定外繰入に関する市町村の財政負担は当該自治体の住民が支払う税金だけでなく、地方交付税措置などの経路を通じて、その負担が広く国民に転嫁される。財政力が相対的に豊かでありながら行っているケースや、保険料を低く抑えたまま行っているケースが含まれ

¹¹¹ 尾山明子（2014）「市町村国民健康保険の保険料（税）と財政移転の決定要因」『ファイナンス』2014年2月号、鈴木亘（2001）「国民健康保険補助金制度の目的整合性とインセンティブに関する実証分析」『生活経済学研究』第16巻、同（2000）「国民健康保険に対する補助金制度の実証分析」大阪大学社会経済研究所ディカッションペーパーNo.509では、市町村国保に対する国費投入が「保険者の責に帰する支出」も調整し、保険者による財政健全化のインセンティブを阻害していると指摘している。

るため、一般会計繰入の全額を赤字補填と見ることはできず、「法定外繰入を行わず、支出を保険料に反映させている市町村との公平性を欠く」との指摘がある¹¹²。

つまり、現行制度で医療サービスを多く利用しても、給付費に対する公費（税金）の投入や財政調整、市町村の法定外繰入を通じて、その財政負担を他者に分散できるのである。

ただ、全国平均を超える部分についても、他者に広く薄く分散して負担させることができるシステムは、負担の平等性は高まるとしても、公平とは言い難い¹¹³。負担と給付（受益）の関係が不明確となっている結果、被保険者が「そのほかの地域よりも医療費や保険料負担が高い理由は何か」などの点を考える機会を奪っており、コスト意識が失われている可能性がある。

次節では、これまでに述べた課題の解決に向けた制度改革の論点と方向性を示す。

4. 制度改革の論点と方向性

(1) 制度の簡素化

既述の通り、ビジョンなきパッチワーク的な公費（税金）の投入と財政調整の結果、公費（税金）と保険料の関係は入り組んでおり、医療保険を巡る負担と給付（受益）の関係は複雑怪奇となっている。これは 2015 年通常国会で成立した医療制度改革法に沿って、市町村国保の都道府県単位化を実行したとしても、現在の状況は大きく改善しない。

むしろ、健保組合に対する公費（税金）の追加投入や協会けんぽに対する公費（税金）投入の新たなルールなどを通じて、制度が一層複雑化している面は否めない。

こうした複雑な仕組みの下では、被保険者がコスト意識を感じられなくなり、社会保険方式のメリットを損なうだけでなく、民主的な議論を阻害する可能性もある。政府の対策は小手先の財源対策に終始している結果、制度が複雑化している点で不十分と言わざるを得ず、負担と給付（受益）の関係を理解しやすい簡素な制度にする必要がある。

簡素化の必要性と、その解決策は介護保険との対比が分かりやすい。介護保険は市町村国保を「反面教師」としつつ、以下の特徴から保険料の水準や保険給付の規模を被保険者である住民が判断しやすい¹¹⁴。ここで重要なのは以下の点である（介護保険制度は補論⑤を参照）。

- (a) 自己負担部分を除く給付費を公費（税金）と保険料で半分ずつ賄っており、負担と給付（受益）の関係が明確である。
- (b) 保険者である市町村が 3 年に一度策定する「介護保険事業計画」で、保険給付費を予

¹¹² 西沢和彦（2015）「国民健康保険財政『赤字』の分析」『JRI レビュー』Vol.3 No.22。

¹¹³ 東京財団『医療・介護制度改革の基本的な考え方』p31。

¹¹⁴ 介護保険の枠組みは全て以下を参照。池田省三（2011）『介護保険論』中央法規、大熊由紀子（2010）『物語介護保険』岩波書店、堤修三『介護保険の意味論』、和田勝編著（2007）『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社。

想して保険料を設定しており、給付と保険料の関係が分かりやすい。

- (c) 予期しない保険給付の増加や保険料収入の減少に備え、都道府県単位の「財政安定化基金」が設置され、財源不足を交付・貸付するとともに、貸付分は次期介護保険事業計画の保険料に上乗せされ、無計画な公費（税金）の穴埋めを制限している。

医療保険についても、被保険者が負担と給付（受益）の関係を理解しやすい簡素な財政制度に転換することが必要である。

(2) 公費（税金）範囲の限定

先述の通り、医療費を巡る都道府県別の格差は大きいにもかかわらず、全国最高の高知県と比べて、全国最低の千葉県で医療提供体制を巡る大きな課題が起きているとは言えない¹¹⁵。この差は日本の医療費が大幅に節約できる可能性を示している。

しかし、その際には医療サービスを多く利用しても、他者に負担を分散できるシステムを改革する必要がある。

すなわち、公費（税金）で負担する部分を一定割合に限定し、全国平均を超えて医療サービスを利用している部分については、地域住民の負担として反映されるシステムに転換する必要がある。

新しい制度のイメージは図 14 の通りである。具体的には、人口 1 人当たり医療費の平均値などを用いた基準値（ここでは仮に「基準医療費」とする）を設定し、ここまでは国民全体の社会連帯を示す費用として、都道府県単位の再編成された保険者に対して公費（税金）を分配する。

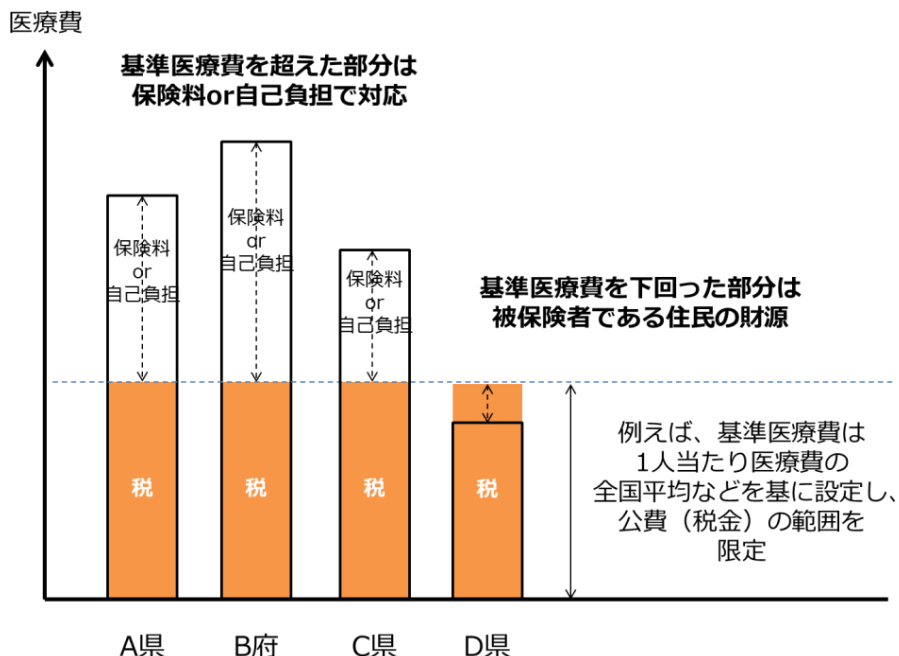
一方、「基準医療費」（仮称）を超える部分については、被保険者である住民が自己負担または保険料で負担することで、負担と給付（受益）の関係を明確にする。「基準医療費」（仮称）の試算については本章の末尾で行う。

しかし、同じ都道府県内の市町村間で医療サービスの利用に大きい格差がある場合、都道府県内で同一の保険料を設定すると、医療機関が少ない過疎地など医療の利用が少ない地域と、医療機関が多い大都市部など医療の利用が多い地域も同じ保険料を課され、公平とは言えなくなる。

このため、上記の財政調整は国→都道府県、都道府県→市町村の 2 段階で実施する。具体的には、国と都道府県の財政調整と同様の仕組みを都道府県と市町村の間でも導入し、市町村 1 人当たり医療費平均などを参考にした「地域内基準医療費」（仮称）を公費（税金）で対応し、「地域内基準医療費」（仮称）を超える部分については市町村が保険料または自己負担で住民から徴収する。

¹¹⁵ しかし、千葉県房総地域は全体として医師不足に悩んでいるため、地域事情に配慮する必要はある。平井愛山・秋山美紀（2008）『地域医療を守れ』岩波書店を参照。

図 14：新しい財政制度のイメージ



注：基準医療費の算定に際しては、リスク構造調整を実施した後の「標準医療費」に国費負担割合を乗じるが、図では簡略化している。

出典：東京財団作成

実際の市町村別医療費が「地域内基準医療費」（仮称）を下回るケースは現時点で想定しにくいですが、医療機関が周囲に存在しない過疎地や離島などで起きる可能性があります。この差額は被保険者である住民の財源とし、地域の判断に応じて医師や保健師の配置、救急医療の体制整備などに使うことを認める選択肢が考えられる。

さらに、上記の財政制度を考える際、地域住民や保険者の責任で解決できない要素については、事前に調整する必要があります。以下、リスク構造調整の手法を考察するとともに、国→都道府県間の公費（税金）分配について試算を行う。

(3) リスク構造調整の事例

一般的に加齢とともに病気になるリスクが高くなり、人口1人当たり医療費は増加するため、高齢化が進んだ地域では医療費が増加する。つまり、高齢化の進んでいる地域の住民は多くの負担を求められることになる。

しかし、年齢構成（高齢化率）は保険者や住民の責任で解決できないリスクの要素であり、この状況で図14の制度を採用した場合、高齢化の影響で医療費が増えている地域の住民は

医療サービスの利用少なかったとしても、それとは無関係に多くの負担を強いられることになり、公平とは言えなくなる。

このため、図 14 の財政制度で公費（税金）を分配する際、リスク構造調整を通じて、保険者の責任で解決できない要素は事前に調整する必要がある。これは前章で述べた通り、リスク構造調整と呼ばれる手法であり、ドイツとオランダが保険者間の競争を促す管理競争の一環として採用している。本提言は管理競争の考え方を採用しないが、リスク構造調整の考え方や計算方法は参考になる。日本でも協会けんぽの財政運営を各都道府県の保険料設定について、年齢と所得の差異を考慮している。以下、ドイツ、オランダ、協会けんぽの事例を考察しつつ、リスク構造調整の試算方法を考察する¹¹⁶。

ドイツは職域を中心とする医療保険制度を採用しており、日本の健保組合に該当する「疾病金庫」（Krankenkasse）が医療保険制度に中心的な役割を担っている。しかし、疾病金庫間のリスク構造の違いによる保険料格差が大きくなり、保険料格差に関する憲法訴訟も提起されたため、保険料の格差是正と医療保険制度の効率化を目指して、1993 年の医療保険構造法で被保険者が保険者を自由に選択できるシステムに変わった。その際、年齢構成（高齢化率）など各保険者のリスク構造に格差が存在した状態で競争させた場合、保険料率に格差が生じる結果、若い人が多く加入する保険組合に有利になるなど公平な競争にならない可能性がある。このため、保険者間の競争条件を整備する観点で、1994 年からリスク構造調整を採用した。

具体的には、①被保険者を障害年金受給の有無などで 6 区分、年齢（0～90 歳）で 91 区分、性別は男女の 2 区分で分類、②クラス別に 1 人当たり平均給付額と、1 人当たりクラス別平均給付額を比較し、標準給付費を算出—という方法で行った。その後、2007 年の医療制度改革では、疾病金庫が徴収した保険料を国の「医療基金」に納付し、リスク構造調整を経て各疾病金庫に交付する形に変更するとともに、同じ年齢でも健康状態に違いがあるため、罹病率を加味する「有病度リスク構造調整」を導入することで、リスク構造調整を精緻化した。2009 年改革では疾病金庫ごとに異なっていた保険料を統一し、医療基金の交付金で賄えない場合は疾病金庫が追加保険料を設定することとした。この結果、疾病金庫に加入する被保険者のリスクは計算上、事前に調整されるようになり、疾病金庫が統一保険料を上回る保険料を設定すると、競争力の劣る疾病金庫と見なされる環境となった。

オランダも 1992 年から保険者選択が可能となり、1993 年からリスク構造調整を導入した。政府が租税財源と所得比例保険料を一緒に徴収し、加入者のリスク属性に応じた予算を補助金と一緒に保険者に対して分配し、保険者は実際に必要とされた医療費と、政府から与えら

¹¹⁶ 市町村国保、後期高齢者医療制度、介護保険には「調整交付金」という制度が整備されている。市町村国保は医療費と所得格差を全国レベルで調整する国の交付金と、都道府県内で市町村間の医療費や所得格差を調整する都道府県の交付金がある。後期高齢者と介護保険の調整交付金は所得格差、高齢者数の違いを分配額の算定に反映させている。しかし、いずれも調整している部分が限定的であり、本提言では触れない。

れた予算の差額を被保険者から定額保険料として徴収するため、保険者の費用効率性次第で定額保険料の金額が決まる。リスク構造調整に関しては、当初は性別と5歳刻み年齢だけだったが、その後は居住地、身体障害の有無、雇用・社会保険給付の有無などを加味することで、精緻にしている。

表 7：協会けんぽの財政調整ルール

<p>(年齢調整)</p> <p>「全国平均の年齢階級別加入者 1 人当たり給付費×各支部の年齢階級別加入者数」－「全国平均の年齢階級別加入者 1 人当たり給付費×支部加入者の年齢構成を全国平均とした場合の年齢階級別加入者数」</p>
<p>(所得調整)</p> <p>「全国平均の加入者 1 人当たり給付費×支部の加入者数」－「全国の給付費を支部ごとの総報酬割で按分」</p>

出所：協会けんぽホームページ参照

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/migration/g3/cat330/20090319-143718.pdf>

協会けんぽ（旧政府管掌健康保険）が2008年度から財政運営を都道府県単位化したのに合わせ、2009年9月から保険料を都道府県単位で設定しており、表7の計算式で年齢と所得を加味している。年齢構成が高い支部の場合、年齢調整額が正の値になるため、保険料率が下がる。逆に、年齢構成が低い支部の場合、年齢調整額が負の値になり、保険料率が上がる。総報酬額が低い支部の場合、所得調整額が正の値になり、所得調整額を控除することになり、保険料率が下がる。逆に、総報酬が高い支部の場合、所得調整額が負の値になり、保険料率が上がる。この調整を経て、2015年度の全国平均保険料（介護保険料を除く）は10.0%であるのに対し、最高は佐賀県の10.21%、最低は新潟県の9.86%となっている。

上記の事例を総括すると、手法や計算方法の細部に差異があるものの、①リスク区分ごとに標準的な医療費を算出、②リスク区分ごとの標準医療費を基にして、全体の標準医療費を算出、③実際にかかっている医療費との差異を比較—という共通点を持っている。

(4) リスク構造調整の試算

以下ではドイツ、オランダ、協会けんぽの手法を参考にしつつ、都道府県別医療費についてリスク構造調整を基にした試算を行う。リスク構造調整の試算を精緻化する上では、本来ならば年齢構成（高齢化）、男女比や所得差、都市化の差異、有病率など様々なリスクの要素を考慮する必要があるが、今回はリスク構造調整がどういったものか示すため、医療費の

地域差に大きな影響を与えている年齢構成（高齢化率）を使った試算を行うこととする。この結果、試算は粗い内容となるが、リスク構造調整の計算に関する考え方の大枠を示すとともに、リスク構造調整で導き出される標準的な医療費と、実際の医療費にどんな差異が生まれるかを明らかにする。

年齢構成（高齢化率）でリスク構造調整を行う第1の理由としては、式1を基に年齢構成（高齢化率）の差異が都道府県別医療費の地域差に有意であることを確認している点である。第2に、年齢構成（高齢化率）は保険者の責任で解決できないことが明白である。第3に、厚生労働省の「国民医療費」で5歳刻み年齢階層別人口1人当たり医療費、総務省編「人口推計」で5歳刻みの年齢階層別都道府県人口がそれぞれ公表されており、データにアクセスしやすい点である。

試算に際してのリスク区分は5歳刻みの年齢階層別を用いる。確かに1歳刻みで試算した方が精緻になるが、「国民医療費」では5歳刻みの年齢階層別医療費しか公表されておらず、データ収集に限界がある。オランダ、ドイツでも5歳刻みの年齢階層で財政調整を実施した実績もあるため、一定の合理性があると考えられる。

具体的な計算では「5歳刻み年齢階層別人口1人当たり全国平均医療費×5歳刻み年齢階層別都道府県人口」の計算式で「0～4歳」「5～9歳」「10～14歳」……「70～74歳」「75～79歳」「80～84歳」「85歳以上～」の各年齢区分に乗じた後、これを総和することで各都道府県の標準的な医療費を算出する。この計算により、5歳刻み年齢階層（高齢化率）のリスクで調整された「標準的な医療費」（以下「標準医療費」とする）が都道府県別に算出できる。その計算式は式2の通りになる。

式2：5歳刻み年齢階層でリスク構造調整する際の数式

$$\text{都道府県別標準医療費} = \sum [\text{年代別医療費全国平均 } i \times \text{都道府県年齢階層別人口 } i]$$

i：年齢階層別（5歳刻み）

出典：東京財団作成

式2の計算式を都道府県ごとに実施した結果が表8の(A)である。これを実際の医療費(B)と比較すると、全国の合計額はほぼ同じであり、四捨五入などで生じた誤差の範囲内と考えられる。

しかし、都道府県別に見ると、(A)と(B)の間に差が見られる。「B/A」の計算式で両者の乖離を見ると、1を上回っている地域は標準医療費よりも実際の医療費が多いことを意味する。特に、北海道、大阪、広島、高知、福岡、佐賀、長崎、大分、鹿児島 の道府県については、標準医療費が実際の医療費を10%以上上回っており、医療サービスの利用や病床が

多いなど年齢構成（高齢化率）以外の要因が影響した結果、標準医療費に比べて実際の医療費を押し上げていることになる。

一方、「B/A」の計算式が1を下回っている地域に関しては、標準医療費よりも実際の医療費が少ない地域であり、岩手、茨城、千葉、新潟、長野、静岡の各県は10%以上下回っている。これらの地域については、医療サービスの利用や病床が少ないなど年齢構成（高齢化率）とは別の要因が働き、標準医療費よりも実際の医療費を少なくしていると言える。

表 8：年齢でリスク構造調整した医療費と、実際の医療費の差異

	標準医療費 (A)	実際の医療 費 (B)	B/A		標準医療費 (A)	実際の医療 費 (B)	B/A		標準医療費 (A)	実際の医療 費 (B)	B/A
北海道	17,380	19,857	1.14	石川県	3,604	3,738	1.04	岡山県	6,156	6,463	1.05
青森県	4,425	4,237	0.96	福井県	2,583	2,479	0.96	広島県	8,850	9,700	1.10
岩手県	4,383	3,900	0.89	山梨県	2,699	2,540	0.94	山口県	4,877	5,255	1.08
宮城県	6,955	6,607	0.95	長野県	7,048	6,153	0.87	徳島県	2,613	2,801	1.07
秋田県	3,801	3,599	0.95	岐阜県	6,417	6,118	0.95	香川県	3,244	3,469	1.07
山形県	3,946	3,577	0.91	静岡県	11,562	10,331	0.89	愛媛県	4,726	4,854	1.03
福島県	6,413	5,999	0.94	愛知県	20,749	20,237	0.98	高知県	2,645	3,020	1.14
茨城県	8,880	7,961	0.90	三重県	5,726	5,329	0.93	福岡県	15,182	17,877	1.18
栃木県	5,984	5,465	0.91	滋賀県	4,044	3,824	0.95	佐賀県	2,698	3,047	1.13
群馬県	6,164	5,729	0.93	京都府	7,963	8,169	1.03	長崎県	4,668	5,286	1.13
埼玉県	20,239	18,426	0.91	大阪府	25,883	28,750	1.11	熊本県	5,900	6,385	1.08
千葉県	17,999	15,836	0.88	兵庫県	16,826	17,415	1.04	大分県	3,934	4,345	1.10
東京都	36,871	37,120	1.01	奈良県	4,299	4,229	0.98	宮崎県	3,702	3,803	1.03
神奈川県	25,316	23,859	0.94	和歌山県	3,327	3,384	1.02	鹿児島県	5,656	6,287	1.11
新潟県	7,791	6,803	0.87	鳥取県	1,955	1,853	0.95	沖縄県	3,739	3,984	1.07
富山県	3,553	3,296	0.93	島根県	2,491	2,452	0.98	全国計	385,866	385,848	1.00

単位：億円

出典：厚生労働省「平成 23 年国民医療費」を基に東京財団作成

しかし、今回の試算はリスク調整がどういったものか示すため、年齢構成（高齢化率）を使った単純な数式で行っており、リスク構造調整の精緻化という点で課題が残されている。ドイツやオランダの事例を踏まえると、年齢構成（高齢化率）以外に考慮すべきリスク要素がある。

第 1 に、男女比である。2013 年厚生労働省「簡易生命表」によると、男女で平均寿命が違う（男性 80.21 歳、女性 86.61 歳）ほか、厚生労働省編「平成 24 年度生涯医療費」を見ても合計の生涯医療費は 2,522 万円に対し、男 2,401 万円、女性 2,650 万円と差異がある。

第 2 に、所得についても、医療は所得弾力性が高い「贅沢財」（「奢侈財」）とされており、所得の地域差が医療費に影響を与える可能性がある。

さらに、都市化率、有病率、障害者の数なども医療費に影響を与える可能性があり、いずれも保険者の責任では解決できないため、リスク構造調整の対象として検討する必要がある。今回は単年度だけで試算したが、3～5年の平均値を取ることで精緻化することも必要になる。

一方、式1の結果によると、病床の差が都道府県別医療費に与える影響も大きい。病床数は政策的な対応で解決できる変数であり、リスク構造調整の対象にすると、節約インセンティブを削ぐリスクがある。糖尿病など生活習慣病の患者数も都道府県別医療費に影響を与える可能性があるが、生活習慣病の患者数をリスク構造調整の対象に加えると、健診や予防・保健に対するインセンティブを失わせる可能性があり、議論の余地がある。

市町村別医療費の試算も課題として残された。同じ都道府県内でも医療の利用量に応じて市町村ごとの医療費に差異が生じている可能性が想定されるため、国→都道府県と同様の財政制度を都道府県→市町村で創設する必要がある。

しかし、現時点では統計上、限界がある。市町村別の5歳刻み年齢階層別人口は公表されており、式2の計算式を使えば市町村別の標準医療費を算出できるが、現在は市町村国保の保険者別医療費が開示されているだけで、そのほかの保険組合に加入する被保険者の医療費を加味したデータを把握できないため、市町村別標準医療費と実際の医療費を比較できない。医療保険制度を地域に一元化した上で、市町村に医療行政の役割を担わせる前提に立つならば、こうしたデータの開示と試算は不可欠になる。

(5) 新制度の財政試算

以下、年齢構成（高齢化率）によるリスク構造調整を加味した公費（税金）の都道府県別分配額、つまり都道府県別の「基準医療費」（仮称）を試算する。試算では医療費の規模や公費（税金）、保険料の負担、財源別内訳を変更せず、現状を前提にして行う。その際には本章で述べた政策提言の考え方を反映させる。

まず、財源別内訳の前提である。国全体の医療費に関する財源別内訳は厚生労働省編「平成23年国民医療費」で示されており、国が26.0%¹¹⁷、自治体が12.4%、事業主負担が20.2%、個人保険料が28.4%、自己負担などが13.0%となっている。

本提言では第2章で述べた通り、事業主負担を廃止するとともに、医療・介護に関する実質的な応能課税として「社会連帯税」（仮称）を創設することとする。この考え方に沿うと試算における事業主負担はゼロとなり、その同額が「社会連帯税」（仮称）の創設と国税化を通じて、国負担に振り替わると仮定する。この結果、国負担分は46.2%に増える。この部分は国民全体の社会連帯を示す費用として、都道府県単位に平等に分配する。

自治体による財政負担については、厚生労働省編「国民医療費」では都道府県と市町村の割合が明らかになっていない。以下の試算では制度を簡素化する観点に立ち、自治体の財政

¹¹⁷ なお、特例で実施されている高齢者の窓口負担軽減も国費の負担に含まれている。

負担を廃止し、その分は住民の支払う保険料または自己負担の財源で確保すると仮定する。この結果、財源別負担割合は「国：46.2%、個人保険料または自己負担：53.8%」に変わると仮定する。

次に、この前提に立ち、都道府県別分配額、すなわち都道府県別の「基準医療費」（仮称）を試算する。既に年齢構成（高齢化率）でリスク構造調整に基づき、都道府県別の標準医療費を試算している。これに上記の財源別内訳を加味することで、リスク構造調整を経た都道府県別分配額を算出する。

具体的には、表 8 で算出した各都道府県の標準医療費に 0.462 を乗じ、図 14 で示した「基準医療費」（仮称）を算出する。これは表 9 の（A）に該当する。

表 9：住民 1 人当たり都道府県別分配額、負担額の試算

	基準医療費 (A) 単位：億円	1人当たり 分配額 (B) 単位：円	1人当たり 負担額 (C) 単位：円		基準医療費 (A) 単位：億円	1人当たり 分配額 (B) 単位：円	1人当たり 負担額 (C) 単位：円		基準医療費 (A) 単位：億円	1人当たり 分配額 (B) 単位：円	1人当たり 負担額 (C) 単位：円
北海道	8,030	146,364	215,636	石川県	1,665	142,789	177,811	岡山県	2,844	146,523	186,477
青森県	2,044	149,999	160,901	福井県	1,193	148,629	160,071	広島県	4,089	143,213	196,487
岩手県	2,025	154,111	142,689	山梨県	1,247	145,499	150,901	山口県	2,253	156,245	208,155
宮城県	3,213	138,076	145,824	長野県	3,256	152,011	135,189	徳島県	1,207	154,771	204,329
秋田県	1,756	163,357	171,443	岐阜県	2,965	143,154	152,246	香川県	1,499	151,091	198,609
山形県	1,823	157,011	151,089	静岡県	5,342	142,481	133,119	愛媛県	2,184	153,451	187,649
福島県	2,963	148,881	152,619	愛知県	9,586	129,262	143,638	高知県	1,222	161,211	237,189
茨城県	4,103	138,698	130,402	三重県	2,645	143,224	145,276	福岡県	7,014	138,099	213,901
栃木県	2,765	138,235	135,065	滋賀県	1,868	132,123	138,277	佐賀県	1,247	147,178	212,522
群馬県	2,848	142,319	143,981	京都府	3,679	139,776	170,624	長崎県	2,157	152,203	220,897
埼玉県	9,350	129,738	125,962	大阪府	11,958	134,952	189,548	熊本県	2,726	150,344	201,856
千葉県	8,315	133,816	120,984	兵庫県	7,773	139,259	172,741	大分県	1,817	152,596	212,204
東京都	17,034	129,087	152,213	奈良県	1,986	142,287	160,613	宮崎県	1,710	151,220	184,980
神奈川県	11,696	129,122	134,278	和歌山県	1,537	154,475	185,625	鹿児島県	2,613	153,800	216,200
新潟県	3,600	152,393	135,607	鳥取県	903	154,402	162,398	沖縄県	1,727	123,299	161,001
富山県	1,642	150,892	152,008	島根県	1,151	161,624	182,776	全国計	178,270	139,495	162,405

注：（A）の基準医療費は年齢階層（高齢化率）でリスク構造調整した標準医療費に 0.462 を乗じた額。（B）は（A）を各都道府県の人口で割った額。（C）は住民 1 人当たり医療費から（B）を差し引いた額。

出典：厚生労働省「平成 23 年国民医療費」を基に東京財団作成

さらに、「基準医療費」（仮称）を人口で割った住民 1 人当たり分配額が表 9 の（B）であり、住民 1 人当たり医療費から住民 1 人当たり分配額を差し引いた額が表 9 の（C）で示した住民 1 人当たり負担額となる。北海道の場合、年齢構成（高齢化率）でリスク構造調整さ

れた標準医療費は表 8 (A) で示した通り、1 兆 7,380 億円となる。これをベースにすると、国から分配する基準医療費（仮称）は「1 兆 7380 億円×0.462」の計算式により、表 9 (A) の通りに 8,030 億円と試算される。これを人口で割ると、住民 1 人当たり分配額は表 9 (B) の通りに 14 万 6,364 円となり、実際の医療費（36 万 2,000 円）から住民 1 人当たり分配額を差し引いた 21 万 5,636 円が住民 1 人当たり負担額となる。これは表 9 の (C) となる。

今後の制度改革に向けて、政策的な判断に委ねられる部分もある。今回は試算の大枠を示すこととしたため、年齢構成（高齢化率）だけで行ったが、リスク構造調整の精緻化を進める上では、どのリスクの要素を考慮するかについては、詰める必要がある。だが、その際には制度が過度に複雑化すると、負担と給付（受益）の関係が見えにくくなるため、バランスに留意する必要もある。

さらに、今回の試算は財政的に中立としたが、国の厳しい財政事情を考慮すると、国の財政再建を進めるため、46.2%の国費負担割合を減らす可能性も議論する必要がある。国費で対応する部分の財源については、社会保障目的税化された消費税の活用や、将来的には消費税の地方税化も検討する必要がある。

第4章 医療保険制度の現状と課題③～被保険者の参加が確保されていない～

1. 前提としての社会保障制度における参加

(1) 社会保障制度における参加の重要性

社会保障制度は第1章で触れた通り、個人の自立を基盤とし、社会の幅広い連帯による自助、互助、公助の重層的なシステムである。この節では医療・介護に限らず、社会保障制度全般の視野を広げ、参加の意義を考察したい。

そもそも社会保障費の規模、それに必要な公費（税金）や保険料の水準、負担の方法、分配ルールについては、国民の連帯意識に基づく助け合いの意識が密接に関わる。これらを決定するには政治家や行政機関だけではなく、国民全員の合意が必要であり、個々人が政策形成や制度運営などの場面で主体的に参加できることが望ましい。

しかし、自由と平等を尊重する民主主義社会では、国民の要求が大きくなるため、政策決定に「荷重超過」がかかり、その利害調整に追われる結果、民主主義は機能不全に陥るとい¹¹⁸。

この点は社会保障制度や福祉国家でも同じことが言える。社会保障制度や福祉国家の下では、社会の課題や国民のニーズに応じて、国民の生活保障を目的にして、行政機関が国民の生活に様々な介入を行う。この結果、行政機関の役割が大きくなり、国民の責任や役割が相対的に小さくなる。

こうした危険性を回避する一つ的手段として、国民の主体的な参加に期待する意見は早くから示されている。イギリスの福祉国家創設の原型となった1942年の「ベヴァリッジ報告」は制度創設時の指導原則の一つとして、「社会保障は国と個人の協力によって達成されるべきである。国家は保障を組織化するに当たって、個人の意欲や機会、責任観を怯ませるようなことがあってはならない」としていた¹¹⁹。スウェーデンの経済学者ミュルダールも福祉国家が統制的になる弊害を持っているとして、「国民の側が民主的に参加する基礎をつくりあげつつ、それを維持することに対し、つねに変わらない監視を熱心に続けなければならない」と訴えた¹²⁰。

¹¹⁸ Michael Crozier, Samuel P Huntington, 綿貫譲治 [1975] “The Governability of Democracies” (日米欧委員会編 (1976) 『民主主義の統治能力』サイマル出版会) を参照。

¹¹⁹ William Beveridge (1942) “Social Insurance and Allied Services” (一圓光彌監訳 [2014] 『ベヴァリッジ報告 社会保険および関連サービス』法律文化社 p5)。ベヴァリッジの思想については、小峯敦 (2007) 『ベヴァリッジの経済思想』昭和堂を参照。

¹²⁰ Gunnar Myrdal [1959] “Beyond the Welfare State” (北川一雄訳 [1963] 『福祉国家を越えて』ダイヤモンド社 pp50-53)。

近年、注目された概念は「参加型社会保障（Positive Welfare）」である。『2010年厚生労働白書』では、その目的として「機会の平等の保障のみならず、国民が自らの可能性を引き出し、発揮することを支援する」などを掲げた¹²¹。これは元々、イギリスにおける「第三の道」で主張された概念であり、英ブレア政権のブレーンだったギデنزは「自主性と自我（個人の責任の原点）の尊重がポジティブ・ウェルフェア社会の第一の関心事」と指摘した¹²²。

これら以外でも様々な観点から参加の必要性が指摘されている。例えば、社会保障法の観点に立ち、社会保険方式の原則から参加や自治の必要性を説く説明として、「（社会保険方式は）制度運営への参加と民主的決定を通じて、政策目的を特化した保険集団内での自治が果たされうる」¹²³、「（社会保険方式は）構成員の合意による自治的な制度を起源としており、被保険者の主体的な参加による相互扶助制度」¹²⁴などがある。

社会福祉の観点からも「（社会政策の）策定や実行には権力がともない、参加を阻害する。市民の積極的な政治参加によって、問題解決がはかられる」との指摘がある¹²⁵。

病気の発生メカニズムが急性期疾患からストレスなどの社会的要因に変わったとして、「（医療は）専門家や科学者のみで律せられる分野ではなくなっている。医療政策決定プロセスへの患者・市民参加が求められる」との意見が出ている¹²⁶。

さらに、2012年の東京財団提言も住民参加や住民自治をベースにしつつ、第1章で取り上げた（及び第5章で詳述する）ケア・グループの組織について、住民参加を盛り込んだほか、「医療・介護政策においては、国民が当事者として議論に参加し、合意を形成することが求められる」とし、提言をベースに国民的な議論が活発になることを期待していた¹²⁷。

(2) 「参加」の定義

しかし、一口に「参加」と言っても、それが期待される場面やレベル、方法などは様々であり、制度改革を論じる際には「参加」という言葉の定義を明確にする必要がある。

行政学では、主権者である国民が行政の活動を統制（行政統制）する手段として、「議会による統制」「国民を直接または間接に代表する執政機関による統制」「裁判所による統制」ととともに、これらを補完する制度として、政策立案への参加などを列挙している¹²⁸。地方自治における「参加」については、首長や地方議員の選挙、苦情相談、陳情請願、政策提言、

¹²¹ 厚生労働省編（2010）『平成22年厚生労働白書』p144。

¹²² Anthony Giddens（1998）“The Third Way”（佐和隆光訳 [1999] 『第三の道』日本経済新聞社 p213）。

¹²³ 菊池馨実「社会保障とのもその特質」加藤智章・菊池馨実・倉田聡・前田雅子『社会保障法』p26。

¹²⁴ 福田素生（2012）「社会保険方式と社会扶助方式（いわゆる税方式）」菊池馨実編著『社会保険の法原理』法律文化社 pp55-58。

¹²⁵ 武川正吾（1996）「社会政策における参加」社会保障研究所編『社会福祉における市民参加』p36。

¹²⁶ 広井良典（2005）『ケアのゆくえ科学のゆくえ』岩波書店 pp55。

¹²⁷ 東京財団『医療・介護制度改革の基本的な考え方』p59。

¹²⁸ 西尾勝『行政学』pp381-399。

住民監査請求、事務事業執行の受託などが広範に含まれるとしている¹²⁹。この整理に従えば、住民と接点を持つ自治体行政の全ての場面で「参加」が求められることになる。

これに対し、社会福祉の観点では「あるコミュニティの一員として、そのコミュニティの諸活動と関わりを持つこと」と幅広く定義されており、政治的な意思決定への参加（政治参加）、人びとの交わりを意味する社会的活動に対する参加（社会参加）の双方が重要になるとしている¹³⁰。

これとは別に「サービスが利用者の自己決定によって選択されることや、サービスの運営や基本方針に対して生活者の参加が保障されなければ、（主体性は）貫徹されたということとはできない」¹³¹、「サービス利用者や市民をエンパワーし、自己決定を可能にするとともに、サービスそのものに参加を進めることで、硬直性、画一性を克服し、即応性を高めていくことが重要になる」¹³²との指摘がある。

つまり、社会福祉における参加とは主権者としての政治参加だけでなく、利用者としてのサービス提供に対する参加も含んでおり、サービスの担い手としてボランティア活動に参加する可能性なども考えると、その意味は一層広がる。

費用負担に切口を変えると、社会保障に要する経費を公費（税金）、保険料として負担している点に着目すれば、納税者としての参加という側面も指摘できる。

以上の議論を踏まえると、社会保障制度における「参加」とは極めて幅広い概念を含んでおり、本提言で取り上げる範疇を超えている。

以下では「医療・介護制度の政策形成プロセスに関する参加」に特化して考える。政策形成プロセスとは「課題設定→政策立案→政策決定→政策実施→政策評価」の5段階と定義¹³³し、その手段を①選挙を経た代表（国会、地方議員、首長）を通じた間接的な参加（以下「間接民主制」と表記）、②住民が権力を行使する直接的な参加（以下「直接民主制」と表記）の2つで整理する。これは行政機関に対する民主的統制と同じ意味を持つ。次節では、近年の制度改革や地域における取り組みを挙げつつ、現状の課題を考察する。

2. 医療・介護制度の参加に関する問題点

(1) 近年の制度改革における「参加」の動向

近年、医療・介護制度改革では「参加」の重要性が様々な形で言及されている。厚生労働

¹²⁹ 西尾勝（2013）『自治・分権再考』ぎょうせい p51。

¹³⁰ 武川正吾「社会政策における参加」『社会福祉における市民参加』pp8-9。

¹³¹ 岡村重夫（1983）『社会福祉原論』全国社会福祉協議会 p100。

¹³² 永田祐（2011）『ローカル・ガバナンスと参加』中央法規 p46。

¹³³ 西尾勝『行政学』pp249-250の整理に基づいており、政策評価の結果は課題設定にフィードバックされるとしている。

省は2013年度を初年度とする医療計画の策定に向けて、2012年3月に「医療計画作成指針」を作成した。ここでは「医療や行政の関係者に加え、患者（家族を含む）や住民が医療の現状について共通の認識を持ち、課題の解決に向け、一体となって協議・検討を行うことは大きな意義を有する」とし、患者・住民の議論参加などを都道府県に促した。

地域医療介護総合確保推進法に基づく地域医療構想（地域医療ビジョン）についても、厚生労働省の検討会が2015年3月に取りまとめた「地域医療構想策定ガイドライン」では、「策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要がある」として、地域の関係者が協議する「地域医療構想調整会議」の設置などを促した。これらは自治体における政策立案と政策実施についての直接民主制を志向する動きと言える。

福祉や健康づくりまで視野を広げると、住民参加を促すツールとして「地域福祉計画」「健康日本21」が整備されており、行政、住民が一体となって健康づくり積極的に進める埼玉県坂戸市などの事例がある。住民主体で地域医療を考える取り組みとしては、千葉県東金市を拠点に活動する「地域医療を育てる会」、福井県高浜町の「たかはま地域医療サポーターの会」などの動きもある。これらは全て政策実施に関する自治体レベルの直接民主制を志向する動きと整理できるだろう。

しかし、全般的に見れば、被保険者や住民を政策形成プロセスに参加させる取り組みは不十分と言わざるを得ない。以下、国における間接民主制、自治体における間接民主制、自治体における直接民主制の順で考察する。

(2) 国における間接民主制から見た問題点

社会保障制度が国民の連帯の上に築かれることを考えると、憲法上で「国権の最高機関」とされる国会が制度改革に関して関与する必要がある。さらに、長期的な視野に立ち、超党派で省庁横断的な制度改革の議論を進めることも期待される。

しかし、現在は政策決定や政策実施に際して、国の省令や通知、許認可に多くを頼り過ぎており、国会による統制が弱いことを指摘できる。

その一例を2年に一度改定される診療報酬で考える。医療機関の経営や患者の負担・行動に大きく影響するにもかかわらず、中央社会保険医療協議会（厚生労働相の諮問機関、以下「中医協」）の議論を経て、厚生労働省令で告示されており、国会による議論・審議を経ていない¹³⁴。さらに、政策決定及び政策実施に関して行政裁量に委ねている部分が大きく、「改定を巡って、どんな議論があったのか」「この制度がなぜできたのか」「この制度改正はいつなされたのか」などの点が検証されにくく、制度の透明性は極めて低いと言わざるを得ない¹³⁵。業界団体などとの利害調整が優先される結果、改定の議論に利用者の視点が入りにくい

¹³⁴ 中医協の公益委員（6人）は国会同意人事である。

¹³⁵ 中医協の議論が行政主導で進んでいる点については、新井裕充（2010）『行列のできる審議会』ロハスメディカ

点も指摘できる。

通知に多くを頼っている結果、法律の委任範囲を超えた行政裁量が行われている。レセプト（診療報酬支払明細書）の審査について、健康保険法第 76 条は「保険者が審査の上、支払う」「保険者は事務を社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険団体連合会に委託できる」と書いており、通知で医療機関、薬局の合意を得ることを要件としている¹³⁶。

だが、法律では同意を要件としておらず、「原則直接審査」という法律の委任範囲を超えているとの指摘がある¹³⁷。保険者の権限強化の一環としてレセプトの直接審査が議論されている（保険者の権限は次章及び補論③を参照）中で、政策論として「保険者の直接審査をどこまで認めるか」という点は別に考える必要があるが、制度の透明性が極めて低いことは指摘できる。

被用者保険のうち、パートタイム労働者の取り扱いを定める根拠も法令で定められていない。その根拠は 1980 年、厚生省保険局保険課長から都道府県に対し、「労働時間、所定労働日数の概ね 4 分の 3 以上である就労者を原則として健康保険の被保険者として取り扱うべき」という文書が定められているに過ぎない。これには「保険料納付義務に影響する場面で、裁量が首肯されることは不思議」とする意見がある¹³⁸。

協会けんぽの保険料賦課についても、被保険者が間接民主制を通じて参加できる機会はない。健康保険法で保険料の上下限が定められているが、保険料率を変更する時は厚生労働相が任命する運営委員会の議論を経て、厚生労働相の認可を得る仕組みであり、被保険者の参加が担保されていない。租税法律主義が徹底される税と比べると、民主的統制は弱い¹³⁹。

政策形成プロセスのうち、課題設定や政策立案、政策評価に関しても、近年は議員立法で関係法が成立している¹⁴⁰とはいえ、全体的に国会のコントロールは弱い。

これらの点を考えると、国民の権利義務関係や医療機関の経営に絡む重要な政策に関して行政機関の裁量に委ねている部分が大きく、国民の代表である国会による民主的統制は極めて弱く、間接民主制が十分と言えない。

ル叢書を参照。

¹³⁶ 近年は規制緩和を受けて、調剤の直接審査に乗り出す健保組合が少しずつ増えている。

¹³⁷ 2013 年 9 月 30 日に開催された規制改革会議「健康・医療ワーキング」第 9 回議事録を参照。

¹³⁸ 確井光明（2009）「社会保障財政における社会保険料と租税」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の制度分析』東京大学出版会 pp103-105

¹³⁹ このほかの保険組合では、健保組合の保険料は協会けんぽと同様、保険料の上下限が定められており、変更する時は厚生労働相の認可が必要だが、労使同数の代表で構成する委員会で保険料賦課を決定できるため、間接民主制が制度化されている、市町村国保は保険料などを条例で定めており、地方議会の議決が必要だが、地方議員は被用者保険の被保険者を含めた住民から選ばれており、被保険者の代表と住民の代表は必ずしも一致しておらず、「代表の同質性」で問題がある。後期高齢者医療制度は広域連合の条例で決まっており、被保険者である後期高齢者は保険料の意思決定に直接関与できない。江口隆裕「社会保障における給付と負担の関連性」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の制度分析』pp120-127 を参照。

¹⁴⁰ がん対策基本法などが成立している。

(3) 自治体における間接民主制から見た問題点

自治体レベルで考えると、公選の首長が医療計画や医療費適正化計画を策定している点で、間接民主制は担保されていると言える。だが、日本の地方自治制度は首長、議会の二元代表制を採用し、住民から選ばれた首長と議会が相互にチェック・アンド・バランスしつつ住民に責任を持つ仕組みである。予算や条例などの重要議案は地方議会の議決を経る。

この観点で国の医療計画作成指針、地域医療構想策定ガイドラインを見ると、地方議会における議決や審議を想定しておらず、自治体における間接民主制が意識されているとは言い難い¹⁴¹。地方議会が関与していないことを通じて、政策決定プロセスが住民に見えにくくなっている可能性がある。

(4) 自治体における直接民主制から見た問題点

自治体における直接民主制についても、先に触れた制度改革の動向や事例は例外に過ぎず、十分とは言えない¹⁴²。例えば、知事の諮問に応じて病院の開設・増床などを審議する「都道府県医療審議会」、救急医療確保に関する従事者確保などを話し合う「地域医療対策協議会」、都道府県医療計画に関して関係者が圏域ごとに協議・連携する「圏域連携会議」が法定化されているが、多くの地域では開催頻度が少なく、有効に機能しているとは言い難い。

ただ、直接民主制による参加が不足していることは国民の主体性を削ぐ危険性がある。先に触れた通り、社会保障制度と福祉国家は社会における行政の役割が大きくなり、国民の役割が小さくなる結果、国民の依存心が大きくなる可能性がある。

スウェーデンの政治学者ペストフは「(選挙による投票だけでは)市民の民主主義的精神を萎えさせ、(住民参加を伴わなければ)市民を公共サービスの受動的な消費者にしてしまう。市民民主主義や地域の意思決定への参加を含まないのなら、社会関係資本も受動的になる危険に直面する」と説いた¹⁴³。

直接参加を伴わない場合、住民や利用者のニーズ、地域の課題などを把握できないことになり、制度運用が硬直的かつ画一的になるリスクがある。例えば、医療・介護（及び福祉）政策を考える上では、患者や家族、要介護者、障害者、難病患者、貧困世帯など多様な意見を政策形成プロセスに反映する必要がある。こうした人達は社会から孤立しがちであり、間接民主制だけではニーズの吸収が難しく、地域レベルの直接民主制が必要になる。

¹⁴¹ 地方議会の議決すべき事項については、地方自治法で列挙されているが、医療計画は含まれていない。しかし、議会の判断に基づき条例で議決事項に追加できるとされており、一部の議会が医療計画を議決事項に加えている。

¹⁴² 福祉まで視野を広げると、地域福祉計画を策定していない市町村は34%に及ぶ（2014年3月末現在）。

¹⁴³ Victor A Pestoff (1998) "Beyond the Market and State" (藤田暁男ほか訳 [2000]『福祉社会と民主主義』日本経済評論社 pp30-31)。

3. 制度改革の論点と方向性

(1) 住民参加の重要性

以上の問題意識と課題を踏まえ、制度改革の方向性を考えると、政策形成プロセスの分権化とともに、自治体における医療・介護の政策形成プロセスについて、住民参加を確保することが重要である。ギデنزも「民主主義の民主化」として分権化を挙げるとともに、「政治的な意思決定と日常的な関心とのズレをなくすよう、民主的手続きの刷新を図る試みを怠ってはならない。議会制民主主義に置き換わるとは思えないが、補完的な役割を果たすことを期待しても過分ではあるまい」として、間接民主制を補完する存在として直接民主制が必要と訴えている¹⁴⁴。実際、イギリスではブレア政権期に福祉、貧困対策などに関して分権化と住民参加を進め、社会から排除されている人との関わりから生み出される経験を地域レベルの政策に取り込むなどの成果があったという¹⁴⁵。

日本の介護保険制度も参考になる。介護保険法は介護保険事業計画の策定に関して、「被保険者の意見を反映させるために必要な措置を講ずる」と定めており、策定プロセスにおける住民参加を重視している。介護保険制度が創設時に「地方分権の先駆け」と喧伝された理由の一つはここにある（介護保険の論点は補論⑤を参照）。

住民参加に関する介護保険制度の運用が十分とは言い難いが、参考にできる部分は大きい。医療保険制度の地域一元化に際しては、被保険者である住民が政策決定や制度運営に参加し、最終的には住民の決定が政策形成プロセス及びサービス提供に反映される改革が必要である。特に、各地域における医療費の規模や保険料の負担などについては、被保険者である住民の参加が確保される必要がある。分権化や権限移譲の必要性については次章で述べる。

(2) 住民自治の重要性

政策形成プロセスに関する直接民主制は単なる住民の「参加」だけでなく、住民が自己決定できる段階に発展させる必要がある。この必要性を理解する上では、有名な「住民参加のハシゴ (Ladder of Citizen Participation)」モデルが分かりやすい。モデルによると、住民参加 (citizen participation) は市民に対する権力付与であり、図 15 の通り、「住民主体の権力行使 (Citizen Power)」「名ばかりの住民参加 (Tokenism)」「不参加 (Non-participation)」に大別され、計 8 段階のハシゴの上に行くほど住民参加が完成すると説明する¹⁴⁶。

つまり、「行政が結論ありきで誘導・操作する段階」「ガス抜きの意見を聴く段階」は実質的に参加していないのと同じであり、「情報提供」「意見聴取」「懐柔」では住民の意見が

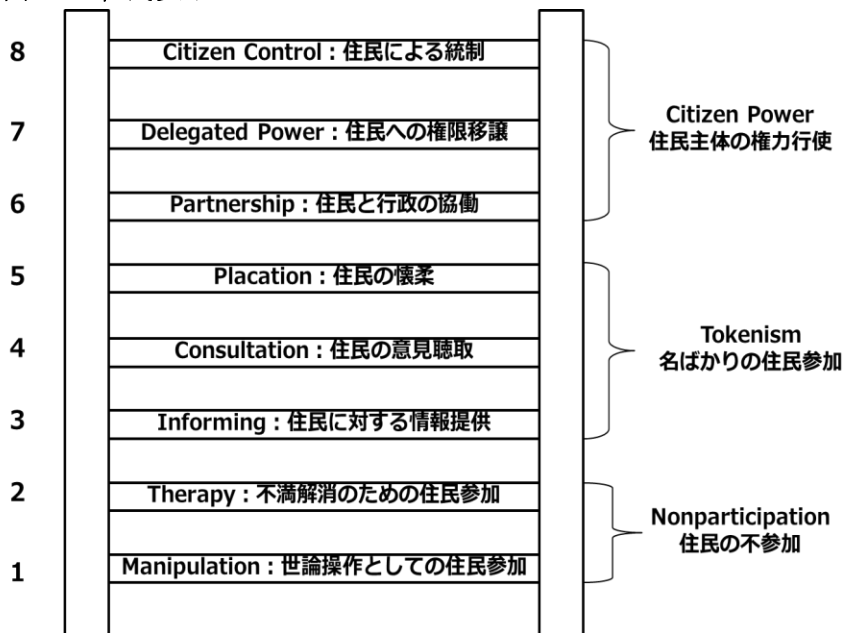
¹⁴⁴ Anthony Giddens (1999) “Runaway World” (佐和隆光訳 [2001]『暴走する世界』ダイヤモンド社 pp152-153)。

¹⁴⁵ 永田祐『ローカル・ガバナンスと参加』を参照。

¹⁴⁶ Sherry Arnstein (1969) “Ladder of Citizen Participation”, JAIP, Vol.35 No.4。

採用される保証はない。「協働（パートナーシップ）」で市民と行政が対等となり、権限移譲や住民による統制を通じて住民参加、つまり住民による自治が完成するとしている。

図 15：住民参加のハシゴ



出典: Sherry R Arnstein (1969) “Ladder of Citizen Participation” JAIP, Vol.35 No. 4, 1969 July, pp216-224 を基に東京財団作成

元々、社会保険方式は「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」と指摘¹⁴⁷されており、医療保険の地域一元化を訴える本提言の趣旨で考えると、当事者や被保険者の自治は「地方自治」を意味する。

だが、「地方自治」を考える際、団体自治、住民自治の違いに留意する必要がある。行政学では団体自治を「自治体の自律的領域（の拡充）」と定義し、「国から自治体に多くの権限を移譲することによって自治体の仕事の範囲を広げ仕事量を増やすこと」「自治体による事務事業執行に対する国の統制を緩和すること」とする一方、住民自治は「自治体における自己統治」とされ、「地域住民が自治体の運営に日常的に参加し、住民の総意に基づいて自治体政策が形成・執行されるように仕組みを変革していくこと」としている¹⁴⁸。

両者は相反するものではなく、両立する概念である。地方自治体の統治 (local government)

¹⁴⁷ 島崎謙治『日本の医療』p211。

¹⁴⁸ 西尾勝 (2007)『地方分権改革』東京大学出版会 pp241-253。

について、行政学では3つの類型に整理する議論がある¹⁴⁹。

- ① 国の代理機関による統治（地方官治）
- ② 地方の執行機関について、中央から相対的独立性が確保された地方自治（団体自治）
- ③ 地方の執行機関に対する住民の信託、支持、統制が確保された地方自治（住民自治）

「地方官治」は国が自治体のトップを選ぶシステムであり、国が府県知事を選任していた戦前が一例である。これは地方統治だったとしても、地方自治にならない。地方統治の内容に対し、住民の意思が反映されないためである。

「団体自治」は国から地方への権限・税財源移譲を通じて、自治体の自己決定権を拡大する概念である。日本では1993年6月の国会決議以降、国から地方への財源・権限移譲を柱とする地方分権改革が間断なく進められてきたが、主に団体自治を充実する制度改革だったと言える。この点については、機関委任事務の廃止¹⁵⁰、国・地方税財政改革を目指す「三位一体改革」の税源移譲¹⁵¹など一定程度の進展が見られている。

ただ、団体自治を充足しても、民主的な議論が確保されているとは限らない。単に統治機関の所属が国から地方自治体に変っただけでは、住民の意思が地方統治の内容に反映するとは限らないためである。団体自治だけでなく、「住民自治」が実現して初めて民主的な制度になると言える。図15で言う「住民による統制」(Citizen Control)の段階である。

しかし、住民自治が簡単に実現できるわけではない。その際に重要となるのが「行政施策について、住民がどこまで身近に感じられるか」という点であろう。19世紀のフランスの思想家、アレクシ・ド・トクヴィルは「市民たちに公共的福祉に関心を持たせるようにし、公共的福祉のために相互に協力するの必要を感じさせるには、地区的な小公務を処理させることが必要である」と説いた¹⁵²。同じ時期に活躍したイギリスの思想家、ジョン・スチュワート・ミルも「(公的職務への参加を通じて、市民は)自らを公共の一人と感じる。公共精神の学校が存在しないところでは、社会的地位の低い私人たちは統治に服従することのほか、なんらかの義務を社会に負う感覚はほとんどいだかれぬ」¹⁵³、「多くの場合に個人は特定

¹⁴⁹ 小滝敏之 (2005) 『地方自治の歴史と概念』 公人社 pp156-164。

¹⁵⁰ ここでは深入りを避けるが、機関委任事務では自治体を「国の機関」として国の事務を委任していた。しかし、自治体の条例制定権が及ばず、地方議会の関与も制限されていたため、2000年の地方分権一括法施行で廃止するとともに、法律に基づいて委任する「法定受託事務」(例:パスポートの発給)と、自治体の処理する事務のうち法定受託事務を除く「自治事務」に変わった。自治事務は法令に反しない限り、独自の条例制定が可能となった。自治事務に関する通知は「技術的助言」に過ぎず、自治体は必ずしも従う必要はない。医療・介護・福祉分野の多くは自治事務に分類されている。

¹⁵¹ ここでは深入りを避けるが、三位一体改革とは国の補助金を廃止・縮減し、その分を地方に税源移譲し、地方交付税を改革する内容。2000年代前半に改革論議が進められ、4兆円規模の補助金廃止、3兆円規模の税源移譲が実現した。

¹⁵² Alexis de Tocqueville (1840) “De la démocratie en Amérique” (井伊玄太郎訳 [1987] 『アメリカの民主政治』 (下) 講談社学術文庫 p197)。

¹⁵³ John Stuart Mill (1861) “Considerations on Representative Government” (水田洋訳 [1997] 『代議制統治論』

の仕事が個人自らの精神教育の一手段として、個人によって為されることが望ましい」¹⁵⁴と指摘した。

つまり、身近な行政分野に関する住民の参加が住民の公共心を喚起し、自立心を生むと指摘している。医療・介護は生活に身近であり、住民は関心を持ちやすく、こうした分野の参加は住民自治を形成しやすい。医療・介護の政策形成プロセスについて、住民参加や住民自治を確保するための組織を作ることが解決策になる。

(3) 住民自治の実効性強化

住民参加や住民自治を進める上では、その実効性を強化することが求められる。「住民参加のハシゴ」モデルが示す通り、行政機関が結論ありきで誘導・操作したり、ガス抜きの意見を聴いたりするのは実質的に「不参加」と同じである。「情報提供」についても、会合の前に膨大な情報を小出しに送付する「資料山積み作戦」では何の意味もない¹⁵⁵。

さらに、住民が参加する組織を作ったとしても、参加メンバーの固定化などのリスクがあるほか、責任意識を持たない住民参加が単なる「おしゃべりの場」となる危険性も否定できず、実質的な議論の場にする努力が必要である。

主に福祉政策に関して住民参加や住民自治の実効性を高める上での要件として、表 10 のように整理がなされており、一つの参考になる¹⁵⁶。

表 10：福祉政策に関して、住民主体の仕組みが成立する要件

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">① 新たなシティズンシップの確立：住民が等しく権利を認められ、権利を行使できる② 住民の参画と自己決定の原則：行政の政策決定過程への参画ができ、地域住民に自らの将来を決定させる③ 自治組織の代表性：メンバーが地域の見解を代表できる④ アカウンタビリティの確立：政府と住民が水平的な関係を保ち、双方が説明責任を履行する⑤ 住民の政策評価と政策提言：住民が政策を評価し、住民による政策提言を行い、それを行政施策に組み込むよう働き掛けること⑥ 自治体内分権と予算移譲：自治体内の権限移譲、住民に予算案を提案できる機会付与⑦ 官僚制の制限⑧ 過度な民営化の抑制 |
|---|

出典：山本隆（2009）『ローカル・ガバナンス』ミネルヴァ書房 pp291 を引用、一部改変

しかし、「課題設定→政策立案→政策決定→政策実施→政策評価」という政策形成プロセスの観点で考察すると、「課題設定」の段階から問題意識を住民や関係団体と共有する必要

岩波文庫 pp96-97)。

¹⁵⁴ 同上 (1859) “On Liberty” (塩尻公明・木村健康訳 [1971] 『自由論』岩波文庫 pp218-219)。

¹⁵⁵ 西尾勝『行政学』pp211-212。

¹⁵⁶ 山本隆 (2009) 『ローカル・ガバナンス』ミネルヴァ書房 p291。

もあるだろう。実際、埼玉県小鹿野町では健康日本 21 計画の策定に際して住民向けアンケートを実施することで、住民の健康課題の可視化に努めた。岐阜県郡上市は国の縦割りを越えた分野横断的な「健康福祉推進計画」を作る際、住民へのヒアリングや対話、アンケート調査を実施し、住民と一体となった計画づくりを進めた。これらの事例を踏まえると、地域の現状や地域の健康課題（高齢化の進捗状況や疾病構造、独居世帯数など）、医療・介護政策の現状（医療費や介護費の規模、病床・高額医療機器の数・分布、医師の偏在状況、介護施設の数・分布、保険料の水準など）の可視化などが重要であり、その際は次章で述べるケアの質評価を活用することが有効となる。

こうした住民参加、住民自治による直接民主制は「地方自治は民主主義の学校」という格言の通り、住民の意識や能力を高めることにつながり、次の項目で述べる間接民主制の強化と相俟って民主主義の基盤を形成するほか、国が重視する地域包括ケア構想を進める上でも重要な基盤となる。

(4) 国会、地方議会の関与

間接民主制の観点で考えると、憲法で「国権の最高機関」とされる国会が医療・介護制度の政策形成プロセスに関与していない状態は民主主義国家として望ましくない。

確かに巨大化・複雑化した社会保障制度を少人数の政治家でコントロールすることは難しく、制度の運用を柔軟にするため、行政機関の裁量に委ねなければならない部分もある。

だが、社会保障制度が国民の連帯の上に築かれることを考えると、国民の代表である国会の関与を深める必要がある。国会審議を経た法律に沿った制度運用は当然のこととして、患者の負担や行動、医療機関の経営、自治体の行財政に影響を与える重要な事項については、国会の審議・議決を経ることが不可欠である。

さらに、社会保障制度改革について、超党派かつ省庁横断的に議論できる常設機関を国会に設置するなど、国会が政策形成プロセスに関与していくことも重要となる。

この点は地方議会も同じである。現在、市町村議会が市町村国保の保険料を決めているが、地方議員は被用者保険の被保険者を含めた住民から選ばれており、市町村国保の被保険者の代表と住民の代表が必ずしも一致しておらず、「代表の同質性」に問題がある。

ただ、医療保険制度を地域に一元化すれば、被保険者と住民が一致するため、「代表の同質性」問題はクリアされる。医療費の規模や保険料の水準、保険料の賦課方法を決定する際、住民の代表である地方議会が関与することで、政策形成プロセスについての間接民主制を確保し、結果として制度の民主的統制を高めることができる。その際、地方議会は議会論戦や議案の審査・賛否だけでなく、住民との対話や政策提言、行政監視、政策評価、決算審査を通じて政策形成プロセスに関与することが必要となる。

第5章 医療保険制度の現状と課題④～提供体制改革の観点がない

1. 提供体制改革に関して保険者に期待される役割

第1章で述べた通り、日本の医療制度では統合的なケアを全人的かつ継続的に提供する代理人が存在しない¹⁵⁷。

近年、日本でも日常生活圏域を中心に、医療・介護を統合的に提供する地域包括ケアに向けた制度改革が進められているほか、先進事例が生まれつつある（提供体制の先進事例は補論①を参照）が、他国と比べると医療・介護の統合的な提供やプライマリ・ケアの制度化が遅れていると言わざるを得ない。

国民は受診する医療機関を選択できる自由が保障されているため、診療所だけではなく、高度な医療を提供すべき大学病院まで一般の外来診療を行っている。臓器・疾病別に細分化された専門医が一般的なため、患者の健康状態を全的に診る医師の不足も指摘されており、プライマリ・ケア専門医の育成、項目別支払い（出来高払い）を中心とした診療報酬制度の見直しなども進んでおらず、病床機能を再編する目的で政府が進める地域医療構想（地域医療ビジョン）もプライマリ・ケアの視点を欠いている。こうした状況でプライマリ・ケアを制度として定着させる上では、患者や住民の代理人としてケアを提供する責任主体を形成する必要がある。

しかし、第1章で述べた通り、医療は情報の非対称性が大きく、過剰診療や過少診療などのモラルハザードが起きる可能性がある。こうしたモラルハザードの発生を防ぐ上では、①インセンティブによる制御、②第三者評価の2つが必要になる。

上記の観点に立ち、東京財団の3年前の提言ではケアを提供する責任主体として、ケア・グループを創設する案を示した¹⁵⁸。具体的には、在宅を中心に医療機関や介護事業所、薬局などを連携させ、入院から退院、通院、在宅ケアまでを一体的に提供するグループを創設する提案であり、ケア・グループに以下の基本的な性格を持たせることを提唱した。

① 代理人契約

- ▽ ケア・グループは患者、住民の健康に責任を持つ「代理人」としての役割を果たす。
- ▽ その際、患者・住民の個別ケースに応じて、保険者がケア・グループと「代理人契約」を交わす。

¹⁵⁷ 介護保険にはケアマネジャー（介護支援専門員）が「利用者の代理人」としてケアプラン（介護サービス計画）の作成などを担っているが、介護サービス事業者に雇われている人が大多数であり、立場的に「事業所の代理人」となっている面がある。

¹⁵⁸ 東京財団『医療・介護制度改革の基本的な考え方』pp54-64。

- ▽ 代理人契約については、患者、住民によるケア・グループに対する信頼と、患者、住民のケアに対するケア・グループの明確な責任を担保するのが目的。このことを通じて、「ケアを受けたい」と思っている住民や患者に対し、ケア・グループが「責任を持ってケアする」と保証することで、ケアに対する責任 (responsibility) を果たす。
- ② ケア・グループの役割
 - ▽ ケア・グループは高度な医療を受ける患者のために病院を選択・紹介するほか、患者が介護事業所・施設、高齢者住宅などを利用する場合、患者の代理人として自ら施設の評価を行うか、データを収集・評価して患者に情報提供する。いわゆるゲートキーパー (gate keeper) 機能である。
- ③ ケア・グループに対する報酬制度
 - ▽ 保険者は代理人契約としてケア・グループに対して固定額の基本料 (管理料) を渡す一方、ケア提供に要する経費が契約した収入の合計を下回った場合、2 分の 1 を法人が留保し、残りの 2 分の 1 を保険者に還元することで、費用節約のインセンティブを付与する。
 - ▽ このことを通じて、ケア・グループは保険者に対して「費用節約に努める」という説明責任 (accountability) を果たす。
 - ▽ 支払制度では固定額の基本料 (管理料) に加えて、疾病に応じて項目別支払い (出来高払い) を組み合わせる。
- ④ ケアの質評価におけるケア・グループの役割
 - ▽ ケア・グループは費用節約だけでなく、ケアの質に関する説明責任も課すため、ケア・グループがケアの質に関するデータを保険者と国に報告することを義務付ける。
 - ▽ このことを通じて、様々な評価指標や健康データを集計することで制度の評価につながり、データの精度を高めれば疫学研究が可能となり、医療技術評価の構築が可能となる。
- ⑤ ケア・グループの法人的な性格
 - ▽ ケア・グループは公共的な法人格を持ち、ケア・グループは予算と決算の公表を義務付けることで、会計 (accounting) に関する説明責任を課す。予算と決算は保険者が審査する。
 - ▽ 役員には住民の立場を代表する者、監事に税務・会計の有資格者を入れる。

代理人契約については、一種の登録制に近い仕組みとなる。一定期間を経れば患者の判断で別のグループに相手を変更することを認める。もし患者の信頼を裏切れば、ケア・グループは収入を失うことになるため、ケアの質向上を促す緩やかなインセンティブがかかるほか、患者もケアに対する自らの責任を問い直すことにつながる。こうした思想は医療の領域に市場機能を部分的に取り入れることを目指した英ブレア政権の「準市場」(quasi-market) に沿っている¹⁵⁹。

ここで問題となるのは医療と契約の関係である。契約とは本来、当事者同士の対等性をべ

¹⁵⁹ Julian Le Grand (2007) "The Other Invisible Hand" (後房雄訳 [2010] 『準市場』法律文化社)、同 (2003) "Motivation, Agency and Public Policy of Knights & Knaves, Pawns & Queen" (郡司篤晃監訳 [2008] 『公共政策と人間』聖学院大学出版会) を参照。

ースとしており、情報の非対称性が大きい医療で契約関係は当てはまらないとされる。

通説に従うと、患者 - 医師の契約関係は民法 656 条で準用する 643 条以下に基づく「準委任契約」とされる¹⁶⁰が、準委任契約説については、いくつかの異論も出ている。主な異論を挙げると、①チーム医療やインフォームド・コンセントの普及に伴い、当事者の関係は患者 - 医師だけに限らない。つまり、医師だけでなく看護師、ソーシャルワーカーなどが絡むようになっており、患者も家族の意向を無視できない、②医療過誤訴訟の場合、訴えられるのは病院の開設者であり、診療契約の相手は医師とは限らない、③患者 - 医師の関係は対等ではない以上、契約は成り立たない一などである¹⁶¹。

むしろ、ここで言う代理人契約は「信任」に基づいており、この点は「契約関係であっても、当事者間で知識や能力に大きな格差がある限り、必然的に信任関係が入り込む」として、対等性と自己利益追求を前提とする契約関係の代わりに、「信任関係」の必要性を指摘する意見と符合する¹⁶²。法学者からも契約関係 (contractual relation) ではない概念として、信任関係 (fiduciary relation) が必要とし、アメリカ法における信任法的な要素 (信託法) を取り入れる必要があるとの指摘がある¹⁶³。

こうした患者 - 医師の関係を意識しつつ、ケア提供の責任主体の形成を目指す中で、地域の医療体制における保険者の役割、ケアの質評価の在り方を考える必要がある。以下、保険者の権限を巡る現状、ケアの質評価の順で現状と課題を考察する。

2. 保険者が役割を発揮できていない現状と問題点の考察

(1) 保険者の現状

保険者の現状を見ると、先に言及した役割を期待しにくい。本来、医療保険制度における保険者は地域の医療体制に相応の役割を持つことが期待されるが、今の保険者は地域の医療体制に関与できる体制になっていない。第 2 章で述べた通り、現在の保険者は職業、年齢で細分化されている。都道府県と保険者が協議する保険者協議会¹⁶⁴も都道府県単位で設置されているが、現在はメタボ健診などの研修や情報収集、意見交換にとどまる。

さらに、保険者が十分な権限を持っていない。確かに近年の制度改革を見ると、保険者の

¹⁶⁰ 島崎謙治『日本の医療』pp308-312。同 (2006)「医師と患者の関係」『社会保険旬報』No.2296-2298 を参照。なお、委任契約と準委任契約の相違は委任する事務の内容が法律行為か否かの違いであり、本質的な違いではない。

¹⁶¹ 島崎謙治「医師と患者の関係」『社会保険旬報』No.2296、樋口範雄 (2007)『医療と法を考える』有斐閣、同 (1999)『フィデューシャリー [信認] の時代』有斐閣を参照。

¹⁶² 岩井克人 (2013)「社会における医療と病院」『病院』Vol.72 No.2、同 (2006)『二十一世紀の資本論』ちくま文庫を参照。

¹⁶³ 樋口範雄『医療と法を考える』、同『フィデューシャリー [信認] の時代』参照。

¹⁶⁴ 保険者協議会は市町村国保、健保組合、協会けんぽ、後期高齢者広域連合など各保険者に加えて、都道府県で構成する。地域保健との連携や医療費の分析、関係者の連携・協力、マンパワーの確保などを目指しており、事務局は都道府県単位の国民健康保険団体連合会が務めている。

役割に期待しており、2014年通常国会で成立した地域医療介護総合確保推進法に基づく「地域医療構想（地域医療ビジョン）」について、保険者の参加が想定されている。2015年通常国会で成立した医療制度改革法で医療費適正化計画の策定に際して、都道府県は保険者協議会との協議が義務付けられたほか、保険者協議会を通じて保険者に協力を求めることができるとしている。

ただ、いずれの計画も保険給付と計画がリンクしておらず、地域の医療体制の在り方や医療費に影響を与える病床数などについて、保険者はほとんど関与していない。

そもそも、2015年通常国会で成立した医療制度改革法も含めて、これまでの医療保険制度改革は「保険制度を巡る資金のやりくりをどう変えるか」という点に終始してきた。例えば、政府は地域医療構想（地域医療ビジョン）による病床機能再編を進める一方、2015年通常国会で成立した医療保険制度改革に沿って市町村国保の都道府県単位化を推進するが、2つの制度改革は別々に議論されており、保険者協議会における連携を除けば一体的な運用が意識されているとは言えない。

つまり、制度改革における保険者の関与はほとんど意識されておらず、「地域の医療体制における保険者の役割をどうするか」という論議を一貫して欠いている点で、政府の対策は不十分と言わざるを得ない。

これを先のケア・グループとの関係で考察した権限について見ると、診療報酬に関して保険者団体の代表が中医協に参加して意見を述べている¹⁶⁵が、診療報酬の総額も、医療機関に対する分配ルールも全て国が細かく決めており、保険者が関与できる余地は小さい¹⁶⁶。

事業や会計に関する情報開示に関しても、医療法に基づいて医療法人は事業報告書、財産目録、貸借対照表、損益計算書などを都道府県知事に提出することが義務付けられているが、保険者は関与していない。

そのほかの権限を見ても、保険者の役割は極めて限定的である。医療機関から送付されるレセプトの内容点検については、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険連合会にほとんど委ねており、保険者が関与する余地は小さい¹⁶⁷。

協会けんぽについて考えると、被保険者の資格管理や保険料徴収を日本年金機構が実施しており、保険者の機能を有していない点も指摘できる¹⁶⁸。

¹⁶⁵ 健保連が中医協で被保険者の負担増につながる決定に反対した歴史は保険者としての役割を一部発揮していたと言えるかもしれない。象徴的な事例としては1965年度の診療報酬引き上げを巡る混乱が挙げられる。中医協の合意を経ず、当時の神田博厚相が職権で診療報酬引き上げを告示したのに対し、健保連は中医協から委員を離脱させたほか、告示を取り消す行政訴訟を起こした。健康保険組合連合会『健保連二十五年の歩み』pp332-350、有岡二郎『戦後医療の五十年』pp233-237。

¹⁶⁶ 中医協は保険者代表7人、診療側代表7人、公益委員6人の計20人で構成するが、議事運営は厚生労働省が主導している。詳細は新井裕充『行列のできる審議会』を参照。

¹⁶⁷ 社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険連合会の間でレセプトの査定率に差があるほか、都道府県単位で実施されている審査にバラツキが見られるため、審査体制の不備を指摘する意見もあるが、ここでは詳しく触れない。

¹⁶⁸ 被用者保険の適用を受ける対象に関しては、企業側の裁量が大きく、協会けんぽの場合は適用漏れの可能性を指

近年は「保険者機能の強化」と医療費適正化の一環として、メタボ健診など予防・保健事業に対する関心が高まっている（メタボ健診は補論④を参照）が、予防・保健事業がマクロの医療費に与える影響は未知数とされており、これだけで保険者の権限強化につながるとは思えない。

以上を踏まえると、現在の保険者は十分な権限を持っておらず、「手足を縛った上で泳げと言っているかたち」¹⁶⁹、「両手両足を縛られて上手に泳げというに近い状態」¹⁷⁰とされ、むしろ民間の健康保険組合でさえ、法令、通達、許認可を通じて「箸の上げ下ろし」まで一律規制が行われているとの指摘がある¹⁷¹。

言い換えると、今の保険者は「国の代行機関」に過ぎない。実際、「事実上は『国』という単一保険者によって運営されてきた」との評価がある¹⁷²ほか、民間で運営される健保組合でさえも、国の「健康保険組合事業運営基準」は「健康保険組合は国の健康保険事業を代行する公法人」と位置付けており、「本来国が行うべき健康保険事業を国に代わって行う代行的性格を有する機関。健康保険組合が解散した時、権利義務一切を政府が承継するのは、この性格の現れ」とされている¹⁷³。

保険者の在り方を議論する上では、プライマリ・ケアの制度化に向けて、国の持つ権限を保険者に移譲するとともに、保険者が地域の医療政策に関与できる体制が必要となる。

(2) 中央主導の問題点

では、中央主導の制度運営はどうなっているか。その一例を診療報酬で考えると、2年に1度の改定に際しては手術の手法や医師の勤務形態、医療機関の人員配置、施設基準などに応じて細かく加算減算措置が作られ、医師の能力や意欲、地域特性、医療機関の経営状況とは無関係に全国一律一斉にルールが適用される¹⁷⁴。

しかし、医療技術は日進月歩であり、医療・介護は生活に密着している分、ケア提供者と患者・利用者との間で、常に何らかの課題が発生している。こうした生活に関わる細かい部分まで中央政府が診療報酬でコントロールしようとするのは限界がある。

実際、2014年度診療報酬改定では、高齢者住宅などに対する訪問診療の単価を最大4分の1に一律に引き下げた。この措置は生活保護受給者らを高齢者住宅などに入居させ、訪問診療を提供することで利益を得る事業者の存在が明らかになったため、不適切な事例の適正

摘する意見がある。西沢和彦（2011）『税と社会保障の抜本改革』日本経済新聞出版社 pp256-258。

¹⁶⁹ 広井良典『医療保険改革の構想』日本経済新聞社 p45。

¹⁷⁰ 堤修三『社会保障の構造転換』p47。

¹⁷¹ 対馬忠明（2003）「健康保険組合と保険者機能の強化」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社 pp200-202。

¹⁷² 滝口進（1999）「医療制度改革と保険者機能強化」広井良典編著『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社 p151。

¹⁷³ 厚生労働省編（2003）『健康保険法の解釈と運用』法研 pp191-192。

¹⁷⁴ 国の定める診療報酬について、都道府県は意見を提出できるほか、独自の報酬を設定することも認められているが、実行されたケースはない。

化という名目で導入されたが、この改定の結果、現場では訪問診療から撤退する事業者が相次いだ¹⁷⁵。全国一律一斉の診療報酬改定では、こうした結果になるのは当然であり、地域特性に応じた医療政策が実施されなければならないことを示している。

さらに、高齢化の進行状況、医療機関・介護施設の偏在などケアを巡る課題や資源は地域ごとに異なる。こうした課題を解決する際、その方策は地域が主体的に考える必要があり、国だけが処方箋を決めるには限界がある。

中央主導による政策運営については、地域医療介護総合確保推進法に基づいて創設された基金も同じである。この基金は元々、2006年度の診療報酬改定で看護師を多く配置する急性期の医療機関に対して報酬を手厚くした結果、入院基本料が最も高い7:1（患者7人に対して看護師1人）を選ぶ医療機関が必要以上に増えたため、診療報酬とは別の手法が必要という判断で創設された。

しかし、基金の分配額は国が決定しており、中央主導による政策運営という点では全国一律一斉の診療報酬改定と発想は同じである。これで地域特性に応じた政策が可能となるか疑問である。

さらに「診療報酬で誘導できなかったため、補助金を使う」という考え方も問われなければならない。国の補助金については、以前から行政改革や地方分権の文脈で様々な問題点が論じられている。例えば、2001年の地方分権委員会最終報告は「コスト意識の希薄さや責任の所在の不明確さなど様々な問題を発生させており、必ずしも地域の行政需要に合致しないものも行われている」と指摘しており、補助金が万能薬とは決して言い切れない¹⁷⁶。

そもそも医療・介護制度の全てを中央政府がコントロールすることは困難である。この点については、中央集権的なフランスの行政制度を批判したトクヴィルが「どんなに開化されたものにせよ、どんなに賢明なものにせよ、大民族の生活の全ての詳細事をかかえこむことはできない。（行政の中央集権は）不完全な結果で満足するか、無駄な努力をほらって力つきてしまうかいずれかである」と指摘したこととも符合する¹⁷⁷。

プライマリ・ケアの制度化に向けた提供体制改革を進めるため、現場や住民の生活に近い主体として、地域に一元化された保険者が地域の医療政策に関与できる体制が必要である。

¹⁷⁵ 『毎日新聞』2014年6月8日。

¹⁷⁶ 同じことは2009年度第1次補正予算で創設された後、延長されている「地域医療再生基金」でも言える。基金の使途や費用対効果、存続の是非は絶えず検証されなければならない。

¹⁷⁷ Alexis de Tocqueville (1835) “De la démocratie en Amérique” (井伊玄太郎訳『アメリカの民主政治』(上) 講談社学術文庫 p181)。

3. ケアの質評価が不十分な現状と問題点の考察

(1) ケアの質評価を巡る現状

ケアの質評価に関しては、制度自体が十分ではない。ケアの質評価は①構造 (structure)、②過程 (process)、③結果 (outcome) 一で構成しており、現在の制度は結果 (outcome) の評価が不十分である¹⁷⁸。日本の医療制度に関して、OECD が 2014 年 11 月に公表した報告書も「質に関するイニシアチブが制度レベルでほとんど組み込まれていない」「(民間の学会などで) 質に関連する活動の拡大がみられるものの、無計画に適用されている」という問題点を挙げつつ、前者に関しては「質の構造が医療サービスに対する最少のスタッフ数、最低限の資格及び最低限の基準のみにほぼ焦点を当てている」と指摘した¹⁷⁹。

確かに医療では日本医療機能評価機構、介護・福祉では福祉サービス第三者評価による評価が部分的に導入されているほか、結果 (outcome) を重視した評価として、聖路加病院の取り組みや日本病院会の「QI (Quality Indicator) プロジェクト」が進められており、患者の満足度などを測定することで質の改善を図っている¹⁸⁰。

さらに、最近ではレセプトや診断群分類 (DPC) のデータなどを統合し、健康づくりに生かす「データヘルス計画」が 2014 年度から被用者保険で始まったほか、レセプト・健診データを集積した NDB (ナショナルデータベース) の構築も進んでいる。国は都道府県に対し、地域医療構想 (地域医療ビジョン) の策定に際して、DPC やレセプトのデータなどを反映させるよう求めている。介護分野についても、国は「地域包括ケアの見える化」を目指し、市町村による介護保険事業計画の策定を支援するため、平均給付費やサービス事業所などのデータを保険者ごとに公表する方針を示している。

医療技術評価の関連では、NICE を中心に医療技術評価を採用しているイギリスなど他国と比べると、制度化に向けた議論は遅れている¹⁸¹が、中医協に「費用対効果評価専門部会」が発足し、2016 年度の試行を視野に入れた議論が展開されている。

これらのデータはエビデンスに基づいたケアの質評価を可能にすると思われるが、いずれも議論は緒に就いた段階である。以下、ケアの質評価が足りない問題点を考察する。

¹⁷⁸ ケアの質評価が遅れた背景について、広井良典『医療保険改革の構想』pp56-57 では、「(1961 年の国民皆保険完成と、1962 年の制限診療撤廃を受けて) 医療の事実上ほぼすべてが公的保険に入り、(日本医師会との妥協と) 引き換えに医療の内容について公的関与 (の可能性) は消去された」と指摘している。

¹⁷⁹ OECD "OECD Reviews of Health Care Quality"「医療の質レビュー 日本 スタンドアートの引き上げ 評価と提言」pp38-39。

¹⁸⁰ 福井次矢監修、聖路加国際病院 QI 委員会編 (2014)『Quality Indicator 2014 [医療の質] を測り改善する』インターメディア、日本病院会の QI プロジェクトホームページ参照。

<https://www.hospital.or.jp/qip/>

¹⁸¹ 日本では厚生省の有識者検討会が 1997 年と 1999 年、医療技術評価の必要性を提唱し、厚生省は 2001 年度予算概算要求に医療データベースを国立公衆衛生院 (現国立保健医療科学院) に設置する事業を計上したが、自民党の一部反対で頓挫した。

(2) ケアの質評価が足りない問題点

ケアの質評価に関する取り組みが遅れた結果、現在の政策誘導は報酬点数の変更に大きく依存している。これは保険点数による誘導を通じて、患者と医療提供者の関係に行政が直接介入することを意味している。現行のシステムに長く慣れ親しんだため、医療機関などサービス提供者は報酬改定に強く反応する。

ただ、単価を抑制しても原価以下にできない。むしろ、項目別支払い（出来高払い）制度の下では単価を抑制すれば収入を確保するために量を増やすインセンティブが働くため、本質的な医療費の抑制にならない。サービス量を増やせば、医療の質低下も懸念される¹⁸²。

さらに、経済インセンティブだけに頼る誘導は医師などケア提供者のボランティアズムを失わせる危険性がある。ボランティアズムは本来、経済的なインセンティブとは無関係であり、医師などケア提供者による自発的な協力が重要になるが、ボランティアズムでは無報酬の労働が基本になるのに対し、公的医療制度では公定化された価格（報酬制度）の下、提供者に経済的なインセンティブを与える。しかし、金銭という外的動機で誘導しようとする、ケア提供者のボランティアズムという内的動機を締め出すリスクが高まる¹⁸³。

現在の制度では診療報酬が2年に一度（介護報酬は3年に一度）改定される中で、ケアの行為やケア提供施設の施設・人員に応じて細かく加算減算措置が付けられており、報酬の加算措置を取得するための事務処理コストが増えるため、細かい報酬・基準への対応に要する経費や時間的なロスが増大し、現場はボランティアズムを失いかねない。

第3章で述べた漸増主義の下、報酬制度が毎回の改定で複雑さを増し、住民や患者・利用者から見えにくくなり、住民参加や民主的な議論を阻害している可能性もあり、報酬改定を通じた経済インセンティブに頼る政策誘導は限界を迎えていると言わざるを得ない。

4. 制度改革の論点と方向性

(1) 保険者への権限移譲

既述した通り、都道府県単位に再編された保険者がケア・グループとの関係において、①代理人契約の締結、②費用節約のインセンティブを内在させた診療報酬の分配、③質評価の報告義務、④予算・決算の審査—といった権限を持つことが必要である。

ただ、日本の医療保険制度は年齢、職業で細分化されており、地域における医療の提供体制について責任を持って関わる仕組みになっていない。

第1章で述べた通り、地域単位に医療保険制度を再編するとともに、制度運営に関する権

¹⁸² 東京財団『医療・介護制度改革の基本的な考え方』p25。

¹⁸³ Julian Le Grand“Motivation, Agency and Public Policy of Knights & Knaves, Pawns & Queen”（郡司篤晃監訳、『公共政策と人間』pp82-87）。

限を国から保険者に移譲する必要がある。本提言は医療保険制度の地域一元化を掲げており、保険者に対する権限移譲は第4章で触れた団体自治の発想に近くなる。

その際、政策決定を分権化した海外の事例が参考になる。第1章で述べた通り、イギリスでは人口20万人程度に区切ったプライマリ・ケア提供組織のCCG（労働党政権期はPCT）に予算分配権限を与えている。日本と同じ社会保険のドイツでは診療団体と疾病金庫の団体が診療報酬について契約を結ぶなど、疾病金庫による自治が重視されている¹⁸⁴。フランスでは疾病予防や健康増進、公衆衛生、保健医療など地域における保健医療政策を一元的に担う組織として「地域圏保健庁」を医療圏ごとに創設するとともに、各医療圏で「地方健康計画」を策定することで、費用適正化と質向上を進めている¹⁸⁵。

地方自治の先進国と言われる北欧諸国では、自治体が医療・介護政策に関する権限を持っている。例えば、スウェーデンでは医師数などを定めた国の必置規制を廃止し、日本の県に相当する「ランスティング」に医療政策を委ねるとともに、地域によるパフォーマンスの差を解消するため、国がランスティングごとに医療サービスの質を評価・比較することで、住民に情報を公表している¹⁸⁶。

日本の介護保険制度も参考になる。先述した通り、介護保険制度では3年に一度の介護保険事業計画を策定する際、保険者である市町村が給付費を予想するとともに、それに見合う保険料を決定することで、医療計画と違って介護保険事業計画が保険給付とリンクしている。

さらに、保険者である市町村がサービス量について権限を持っている。具体的には、地域密着型サービス事業所の指定権限は市町村が持っているほか、地域密着以外の介護サービスについても、著しい保険料の上昇などが予想される場合、事業所の指定権限を持つ都道府県に対し、その許可の是非に関して協議を求めることができる¹⁸⁷。

これらの点は医療保険における保険者と比べて、介護保険制度の保険者である市町村が権限を有していることを示している（介護保険制度の論点は補論⑤を参照）。介護保険が制度創設当初、「地方分権の先駆け」とされた理由は、こうした構造に由来している。

上記の事例を参考にしつつ、日本でも地域に一元化される保険者に対する権限移譲や、保険給付とリンクしていない医療計画制度の見直しを通じて、提供体制改革を進める際の基盤

¹⁸⁴ 松本勝明編著『医療制度改革』旬報社、同『ドイツ社会保障論Ⅰ』、同『社会保障構造改革』、真野俊樹『比較医療政策』、船橋光俊『ドイツ医療保険の改革』、財務省財務総合政策研究所「医療制度の国際比較」を参照。だが、近年は税財源投入を通じて政府の影響力が強まり、当事者自治の原則が弱まっている。田中耕太郎「ドイツにおける医療費財源構造の変革とその評価」『健保連海外医療保障』No.103を参照。

¹⁸⁵ 松本勝明編著『医療制度改革』旬報社、松田晋哉（2013）「フランスにおける医療計画改革の動向」『病院』Vol.72 No.9、同（2004）「フランスにおける地域医療計画の動向」『社会保険旬報』No.2197、同（1999）「フランスの地方保健医療計画」『社会保険旬報』No.2033、松本由美（2012）「フランスにおける保健医療計画の導入と展開」『海外社会保障研究』No.178、伊奈川秀和『フランスに学ぶ社会保障改革』を参照。

¹⁸⁶ 伊藤暁子（2013）「イギリスおよびスウェーデンの医療制度と医療技術評価」『レファレンス』2013年10月号、新井光吉（2011）『日欧米の包括ケア』ミネルヴァ書房を参照。

¹⁸⁷ ケアプランを作る居宅介護支援事業所の指定権限も2018年4月以降、都道府県から市町村に移譲される。

づくりが求められる。

計画制度の見直しに際しては、政策評価の強化が欠かせない。医療・介護のような相互に関連する複数の要因が絡み合う複雑系においては、分析した通りの結果になるかどうかは不確実であり、評価・分析を計画サイクルの中に組み込むことが重要となる¹⁸⁸。

さらに、計画制度の見直し及び保険者への権限移譲を考える時には、第4章で述べた住民自治の強化が重要となる。保険者の権限強化が団体自治の状態にとどまるだけでは、効果が高まらないためである。

(2) ケアの質評価と情報開示

日本でもレセプトやDPC、健診データを統合し、医療・介護政策に反映させる動きが出ている。この取り組みを進めるとともに、将来的には地域における医療・介護政策の決定に活用される必要がある。具体的には、地域の現状や地域の健康課題を可視化することを通じて、住民や関係者による問題意識の共有を促し、前章で考察した住民参加、住民自治の下、地域特性に応じた医療・介護政策を進められるようにする。

一方、本章で述べた地域への権限移譲を進めた場合、地域ごとに取り組みの差異が生まれる可能性もあるため、国が地域ごとの差異を開示することで、情報に接した住民が当事者意識を持ち、地域の医療・介護政策に関する課題と処方箋を考えられるようにする。

さらに、これらの情報を基にケア・グループは住民、患者の代理人として、医療機関や介護事業所を選択するほか、住民や患者もケア・グループや医療機関、介護事業所を選べるようになるため、準市場の基盤になり得る。

こうした情報の収集・評価については、地域に一元化された保険者だけでなく、国が関与した後に広く開示される必要がある。この点は「権力は地方に分散されていいが、知識はもっとも有益であるため、集中されなければならない」という指摘と符合する¹⁸⁹。

¹⁸⁸ 東京財団『医療・介護制度改革の基本的な考え方』pp32-33。

¹⁸⁹ John Stuart Mill“Considerations on Representative Government”（水田洋訳『代議制統治論』pp369-370）。

第6章 政策提言

以上、①リスクの分散、②負担と給付（受益）の関係、③被保険者による参加、④提供体制に対する権限一の4点から日本の医療保険制度の現状と課題を考察した。以下、これらの課題を解決する方策として、①医療保険制度の地域一元化、②負担と給付（受益）を明確にする簡素な財政制度の創設、③被保険者である住民自治の確保、④保険者に対する権限移譲一を提案する。

提言1：保険制度の地域一元化

(1) 地域一元化の意義

年齢、職業で細分化されている医療保険制度を地域に一元化する。地域一元化が必要な理由の第1に、被用者保険と地域保険に分立した現行システムでは、リスクの分散が社会全体で適切に行われず、保険料の負担が不公平となっている点である。現在の不公平な状態を解消するため、制度を地域に一元化しなければならない。

第2に、被保険者である住民が負担と給付（受益）の関係、保険料の水準と医療費の規模を考える基盤を作る必要がある。地域に基軸を置いたシステムとし、被保険者である住民が負担と給付（受益）の関係を理解することで、住民の自治意識を強化するとともに、社会保障制度及び社会保険制度の基盤である連帯意識を形成することにつながる。

第3に、プライマリ・ケアの制度化に向けて、代理人に対する節約インセンティブなど地域の医療体制について保険者が関与できる仕組みが必要である。

(2) 地域一元化の組織

地域一元化を実現する上では、その担い手となる組織の議論が欠かせず、その際には制度の運営主体と地理的な範囲が重要になる。第2章で述べた通り、技術、リスクプーリング、ガバナンスの観点に立ち、現行の自治制度や政策の方向性を踏まえると、一元化する際の地理的な範囲は都道府県単位が最適となる¹⁹⁰。

なお、運営主体に関しては、第2章で述べた通り、現行の都道府県、広域連合や一部事務組合、保険制度の運営を目的とした公法人が考えられるが、いずれも一長一短があるため、本提言では考え方を提示するにとどめたい。

以下で使用している「都道府県」とは都道府県を単位とした公法人も選択肢となるため、現行自治制度上の都道府県を必ずしも意味しない。

¹⁹⁰ 今後、地方部で人口減少が進む一方、都市部で高齢者人口が増加することを考えれば、現行の自治制度に基づく行政区域にこだわらない地域の分けも検討する。

(3) 地域一元化の財源

医療保険制度を都道府県単位に一元化する際には、財源構造を統一することも必要である。第2章で述べた通り、ポイントは①事業主負担の有無、②公費（税金）投入の違い、③所得捕捉率の差異、④保険料賦課の差異一の4点である。

このうち、事業主負担に関しては、制度一元化に際して廃止し、その分を被雇用者の給与として上乗せした上で、個人所得課税の仕組みとして「社会連帯税」（仮称）を創設する。これは医療・介護に関する実質的な応能課税であり、「社会連帯税」（仮称）は所得再分配機能を有することになるため、税収は全て国庫に帰属させる¹⁹¹。

第2の公費（税金）投入の違いに関しては、簡素な制度に統一する必要がある、詳細は提言2で述べる。

第3の所得捕捉率の差異に関しては、税制も絡む大きなテーマであるが、不公平税制解消の一環として、2016年から本格稼働するマイナンバー（税・社会保障番号制度）の活用などを通じて捕捉率を高めていく必要がある。

第4の点については、社会保険方式の保険原理に沿って応益負担をベースとし、応能負担の割合を減らすことで制度を簡素化するが、一定の所得以上は応能負担も加味することで所得再分配の機能を持たせる。応能負担と応益負担の割合（及び提言2で述べる自己負担の割合）については、国が一律にルールを決めるのではなくガイドラインを示す程度にとどめて、提言2で後述する財政制度の下、市町村が判断できるようにする。

賦課する際の単位に関しては、女性の社会参加促進という観点に立てば、長期的には個人単位に統一することを検討すべきである。

これらの実施に際しては、給付付き税額控除などの枠組みを活用して低所得者対策を講じるほか、急激な負担増とならないように十分な経過措置を講じる。

(4) 市町村の役割

財政の運営が都道府県単位に移行した後も、住民の生活に身近な市町村は保険料徴収や予防・保健、介護保険との連携などに関して役割を持つ必要がある。

具体的には、市町村が提言4で後述する「市町村医療計画」（仮称）と、現行の介護保険事業計画を一体的に策定するとともに、医療保険と介護保険の保険料を一体的に徴収することで、地域の特性に応じた医療・介護政策を実現させる。このことを通じて、住民や市町村が地域レベルで医療・介護のベストミックスや医療・介護費の規模、保険料負担の水準などを考えられるようになり、住民自治や社会連帯の基盤が形成される。

¹⁹¹ その際、「社会連帯税」（仮称）の税収を医療・介護給付費の特定財源とすることも検討する。

提言 2：財政制度の簡素化

負担と給付（受益）の関係が分かりやすい簡素な財政制度を創設する。第 3 章で述べた通り、現在はパッチワーク的な公費（税金）投入や財政調整を通じて制度が複雑になっており、負担と給付（受益）の関係は見えにくくなっている結果、被保険者のコスト意識が失われている。さらに、医療サービスを多く利用したとしても、医療費の一定額を公費（税金）や、他保険からの財政調整で対応しているため、全国平均を大幅に超える場合でも他者に負担を分散できる。

この課題を解決するため、負担と給付（受益）の関係を明確にする観点に立ち、公費（税金）で負担する部分を一定割合に限定し、それ以上に医療サービスを利用している部分については、地域住民の負担として反映されるシステムにする。

新しい財政制度では国→都道府県、都道府県→市町村の 2 段階で財政調整を実施する。まず、国→都道府県の財政調整では、住民 1 人当たり医療費の全国平均値を参考にしつつ、国の公費（税金）で対応する「基準医療費」（仮称）を設定し、その部分は国民全体の社会連帯を示す費用として、都道府県単位に再編された保険者に分配する¹⁹²。

その際、人口構成（高齢化）の差、所得の差、男女比など地域の責任で解決できない要素については、事前にリスク構造調整する。しかし、病床数や慢性疾患患者の数をリスク構造調整の対象にすると、病床数削減や予防・保健などのインセンティブを削ぐリスクがあるため、リスク構造調整の対象としない¹⁹³。

その上で、実際の医療費が「基準医療費」（仮称）を超える部分については、保険料または自己負担で住民が負担する。

さらに、同様の財政制度を都道府県→市町村でも創設し、都道府県における住民 1 人当たり平均医療費を参考にしつつ、市町村ごとに「地域内基準医療費」（仮称）を設定し、国から分配される公費（税金）で対応する。これを上回る場合、保険料または自己負担で住民が負担することとし、下回る場合には被保険者である住民の財源とし、医師や保健師の配置、救急医療の体制整備などに使うことを認める。

保険料と自己負担の割合、応益負担と応能負担の割合などについては、賦課徴収を担う市町村の判断に委ねる¹⁹⁴。

その上で、市町村は提言 4 で後述する「市町村医療計画」（仮称）を作成し、プライマリ・ケアの部分を中心に、提供体制の方向性、給付費の予想、住民から徴収する保険料または自己負担の予想を盛り込む。その際、提言 4 で後述する都道府県の「新しい都道府県医療計画」

¹⁹² 財源の一部は「社会保障連帯税」（仮称）を充当する。

¹⁹³ その際、複雑な制度は負担と給付（受益）の関係を不明確にするリスクがあるため、簡素な計算式を基本とする。

¹⁹⁴ 法律で保険料の上下限と自己負担を定めている現在の仕組みは廃止する。

(仮称)、市町村が作る介護保険事業計画と一体的なものとする。

このことを通じて、市町村は医療・介護のベストミックスを実現できるようになるほか、各地域における負担と給付（受益）の関係が明確になり、被保険者である住民が地域レベルで医療費の規模や保険料の水準などを判断しやすくなる。

その際、地域における医療政策の参考にしてもらうため、国は保険料賦課や自己負担の考え方などについてガイドラインを作成するほか、年に1回の「医療・介護白書」（仮称）の公表などを通じて提言4で述べる通り、地域の取り組みを可視化する。

提言3：住民自治の強化

住民参加、住民自治を強化する方策として、住民代表や議会代表、診療団体の代表などで構成する「地域医療介護会議」（仮称）を都道府県単位に常設するとともに、これを地域の医療・介護体制の在り方を議論・決定する場とし、提言4で後述する「新しい都道府県医療計画」（仮称）や、現行の介護保険事業支援計画の決定権などを付与する¹⁹⁵。

同様に、市町村でも「市町村医療介護会議」（仮称）を常設し、提言4で後述する「市町村医療計画」（仮称）の議論・決定、プライマリ・ケアを中心とする医療体制の整備、保険料の予想、予防・保健事業の目標などを定める¹⁹⁶。医療・介護連携を進めるため、「市町村医療介護会議」（仮称）は現行の介護保険事業計画の決定権も付与する（介護保険制度改革の論点は補論⑤を参照）。

その上で、都道府県単位に再編された保険者と市町村は会議の形骸化・形式化を防ぐ方策として、(a)「地域医療介護会議」「市町村医療介護会議」（いずれも仮称）の開催請求権を住民に付与、(b)住民代表の委員枠を増加、(c)無作為で選択した住民の参加、(d)住民の意見やニーズを吸収するため、きめ細かい会合の開催、(e)地域の健康課題を把握するアンケート調査の実施、(f)住民主体によるワークショップの開催一などを行い、住民の問題意識や意見を集約するとともに、その結果が「地域医療介護会議」「市町村医療介護会議」（いずれも仮称）の議論や政策決定に反映できるようにする。国は会議開催に関するガイドラインを作成し、先進事例を収集・公表する。

国会における関与も強化する。超党派かつ省庁横断的な議論を進めるとともに、国→都道府県のリスク構造調整で用いるリスクの要素を法律で定める¹⁹⁷ほか、事業主負担の廃止に代

¹⁹⁵ 既存の都道府県医療審議会や地域医療対策協議会、新設される国保運営協議会、地域医療構想調整会議などを統廃合し、組織を簡素化する。

¹⁹⁶ 「市町村医療介護会議」（仮称）は地域特性に応じて行政区域にこだわらない形態を可能とする。例えば、小規模な市町村は共同して設置することを認めるほか、政令市などでは行政区単位で設置することとする。しかし、民主的統制を高めるため、「市町村医療計画」（仮称）と保険料は各市町村議会の議決を義務付ける。

¹⁹⁷ 同様の仕組みとして、自治体に分配される普通交付税が挙げられる。普通交付税の算定式、基準財政需要額の算定に用いる項目（測定単位）や単価（単位費用）は法定事項であり、自治体の特性などを考慮する補正係数は総務

わる「社会連帯税」（仮称）も法律で根拠、税率を明示する。

地方議会レベルでも市町村ごとに決まる保険料の負担額や賦課体系、「新しい都道府県医療計画」「市町村医療計画」（いずれも仮称）、都道府県→市町村の財政調整に用いるリスク構造調整の計算式、保険者がケア・グループに支払う診療報酬については、住民の代表である地方議会の議決を通じて民主的統制を高める¹⁹⁸。

提言 4：保険者に対する権限移譲

(1) 提供体制改革の観点

ケア・グループに対して費用節約のインセンティブを付与するとともに、ケアの質評価を行う主体として、保険者が地域の医療体制に関与する権限移譲が必要になる。具体的には、ケア・グループに対する役割として、保険者は以下の権限と役割を果たす。

① 代理人契約の締結

▽ 患者・住民の個別ケースについて、ケア提供の責任を盛り込んだ代理人契約をケア・グループと交わす。

② 費用節約のインセンティブを内在させた診療報酬の分配

▽ 保険者はケア・グループに対して固定額の基本料（管理料）を渡す一方、ケア提供に要する経費が契約した収入の合計を下回った場合、2分の1を法人が留保し、残りの2分の1を保険者に還元することで、費用節約のインセンティブを付与する。このことを通じて、ケア・グループは保険者に対して「費用節約に努める」という説明責任を果たす。

③ 質評価の報告義務

▽ ケア・グループからケアの質評価のデータを報告してもらい、これを集計する。
▽ ケアの質評価が整備された段階で、イギリスの QOF に倣った成績払いも組み合わせる。

④ 予算・決算などの審査

▽ 保険者はケア・グループから予算、決算の報告を受けて審査する。これにより、ケア・グループの会計に関する説明責任が果たされる。

これらの権限に加えて、地域の特性や課題に応じた地域ベースの医療政策を展開できるようにするため、政策決定を分権化した海外の事例や介護保険制度を参考にしつつ、診療報酬の分配や施設・人員基準の決定権限などについて、都道府県単位に再編された保険者に移譲する¹⁹⁹。その際、国がガイドラインを示すこととし、これを基に各地域が特性に応じた医療

省令で決定されている。しかし、交付税についても、行政裁量による透明性の欠如と制度の複雑化が進んでいるため、国会の関与を高めることとする。

¹⁹⁸ 保険の運営主体を公法人とした場合、被保険者が公法人独自の代表を選ぶことで、民主的統制を確保する。

¹⁹⁹ レセプトチェックについても法律の趣旨に沿って直接審査を行うことを原則とし、保険者の判断で外部委託することを認める。さらに、レセプト審査の充実や地域差の解消を図るため、社会保険診療報酬支払基金と国民健康保

政策を決定する。

医療・介護連携及び医療・介護のベストミックスによる費用節約を進める上で、市町村がケア・グループ及び提供体制に関与することも必要になる。例えば、投資による医療費の増加を通じて、市町村別の保険料が上昇した場合、市町村や住民がケア・グループや医療機関の投資について、都道府県単位化された保険者に対して意見を述べられる権限を付与するほか、必要に応じて国から市町村、都道府県単位に再編された保険者から市町村に対して権限移譲も進める。市町村の役割強化については、国が重視する地域包括ケア構想を進める上でも基盤となる。

こうした制度改正を通じて、住民参加、住民自治の下、地域特性に応じた医療・介護政策や医療・介護のベストミックス、医療費節約を進められるようになる。

(2) 計画制度の見直し

財政運営に対する保険者の関与も重要である。この点は介護保険制度で採用されている仕組みを参考とし、実質的に病床規制の性格しか有していない今の医療計画を見直す。

具体的には、計画期間中の医療保険給付費を予想した上で、保険給付と保険料をリンクさせる「新しい都道府県医療計画」（仮称）の枠組みを創設する。

さらに、無計画な公費（税金）投入が負担と給付（受益）を不明確にした市町村国保の反省に立ち、予想以上の給付増や保険料収入の減少などで保険財政が悪化した場合でも、損失の穴埋めや保険料軽減を目的とした自治体一般財源の公費（税金）投入は認めない²⁰⁰。その代わりに、介護保険制度に倣った「医療財政安定化基金」（仮称）を都道府県単位に再編された保険者の下に創設²⁰¹し、市町村に対する基金の交付・貸付を通じて不足分を補填することとし、その分は次期計画の保険料引き上げに反映させる²⁰²。

こうした形で地域の医療費に上限をかけることで、医療費の上昇や保険料収入の減少といった事態になった場合も、無計画な公費（税金）による補填を制限できるとともに、財源不足額は住民の保険料として反映されるため、負担と給付（受益）の関係が明確となる。

地域ベースの医療政策を展開する上では、市町村の役割も重要である。都道府県の「新しい医療計画」（仮称）を踏まえつつ、市町村も「市町村医療計画」（仮称）を策定し、計画期間内の給付費を予想した上で保険料を決定する。

険団体連合会の間で競争させる方法も検討する。

²⁰⁰ 災害など特殊な事例は認める。

²⁰¹ 政府は 2015 年度から市町村国保に対する財政支援を強化するため、予期しない給付増などに備える基金を都道府県に設置することとし、それに要する経費として 2015 年度政府予算に 200 億円（全額国費）を計上した。2017 年度に 1,700 億円に拡充するとしている。地域一元化に際しては、これを活用する。その際、介護保険制度に倣って、都道府県と市町村の負担を想定するが、負担と給付（受益）の関係を明らかにするため、この費用負担に関する地方交付税措置は認めない。

²⁰² 国費の無計画な拡大を防ぐとともに、費用節約に関する地域の責任を強化するため、「医療財政安定化基金」（仮称）に対する国費拠出額に上限を設定することも検討する。

「新しい医療計画」「市町村医療計画」（いずれも仮称）の計画期間については、医療・介護の連携を強化させるため、介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画に合わせて3年ごとを原則とする²⁰³。

さらに、介護保険についても医療保険制度と同様にリスク構造調整された公費（税金）を市町村に分配する（介護保険制度改革は補論⑤を参照）こととし、市町村単位で医療・介護の適切な予算配分が行われるようにする。

その際、「新しい医療計画」「市町村医療計画」（いずれも仮称）の評価・分析を強化し、住民や地方議会が関与しつつ、計画の進捗状況や実態との乖離などを次期計画の策定議論に反映させる。

この結果、市町村は医療保険の保険料徴収、医療・介護との連携を通じて、地域特性に応じた医療・介護のベストミックスと医療費節約を実現させる役割を担うことになる。これは国の目指す地域包括ケア構想の基盤にもなる。

（3）ケアの質評価充実

レセプトやDPCの電子データを使いつつ、結果（outcome）の評価を強化することで、国がデータを収集・分析し、これらを活用しながら国は疫学研究や医療技術評価の導入を進めるとともに、データが整備された段階ではイギリスのQOFに倣った成績払いを導入する。

さらに、これらの情報を広く提供することで、保険者や市町村はデータに基づいた地域医療体制の整備を進められるようになるほか、住民も地域における医療政策の立案プロセスに参加しやすくなる。

その際、国は地域における医療・介護政策の取り組みを収集・集計した上で、「医療・介護白書」（仮称）の形で1年に1回開示する。具体的には、病床数や高額医療機器の数・分布、医師の偏在状況、地域の疾病構造、高齢化の進捗状況、独居世帯の数、「地域医療介護会議」「市町村医療会議」（いずれも仮称）の運営・開催状況、「新しい都道府県医療計画」「市町村医療計画」（同）の内容、医療・介護連携や予防・保健に関する取り組みといった情報を開示し、これを基に住民が「医療の水準を引き上げる場合、保険料の負担をどこまで認めるか」「保険料の負担を抑えるために何が必要か」「保険料負担を引き上げる可能性がある設備投資は必要か」などの点を考えられる環境を整備する。このことは住民参加や住民自治、地域における連帯意識の形成にもつながる。

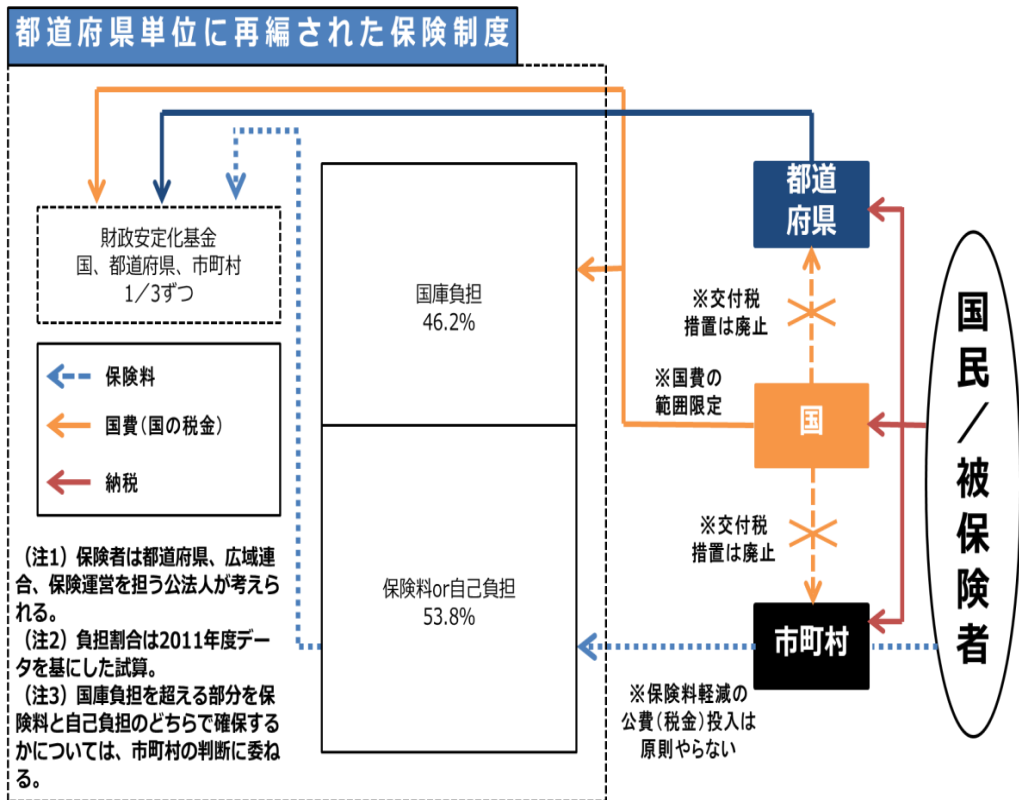
さらに、ケアの質評価に関する情報を準市場の形成に役立てる。患者や住民が情報を利用することで医療機関・介護施設の選択・判断できるようになるほか、患者の代理人として機

²⁰³ その際、都道府県単位に策定される医療費適正化計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画、高齢者居住安定確保計画、地域福祉支援計画についても、制度を簡素にするため、地域の判断で統合することを認める。市町村地域医療計画（仮称）についても、介護保険事業計画、地域福祉計画、市町村健康増進計画との統合を認める。

能するケア・グループも医療機関や介護施設を選択する際、これらの情報を活用する。

提言 1～4 の結果、都道府県単位に再編された医療保険制度と簡素な財政制度、市町村による医療・介護制度の下、住民参加と住民自治が確保されつつ、各地域が地域特性に応じた形で医療・介護政策や医療・介護のベストミックスを進められるようになる。公費（税金）と保険料の関係は図 16 の通りになり、国、国会、都道府県単位に再編された保険者、市町村、地方議会、住民・患者の主な役割分担は表 11 の通りになる。

図 16：新たな財政制度における税金と保険料の流れ



出典：東京財団作成

表 11：各主体の主な役割分担

主体	主な役割、権限
国 (中央政府)	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療・介護予算の決定 ● 国→都道府県間のリスク構造調整制度の運用 ● 保険料や報酬など地域が制度を運用する際に参考とするガイドラインなどの作成 ● ケアの質評価、制度運営事例に関するデータを収集し、「医療・介護白書」(仮称)として公表
国会	<ul style="list-style-type: none"> ● 社会保障制度に関する超党派かつ省庁横断的な議論 ● 医療、介護予算の審議、議決 ● 国の策定する各種ガイドラインの審議
都道府県単位 に再編された 保険者	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者、住民の個別ケースに応じてケア・グループと代理人契約を締結 ● ケア・グループなどに対する診療報酬の分配 ● ケア・グループの予算、会計審査 ● ケアの質評価に関するデータの収集 ● 都道府県→市町村間のリスク構造調整制度の運用 ● 「地域医療介護会議」(仮称)の運営 ● 「新しい都道府県医療計画」(仮称)、介護保険事業支援計画の作成 ● 「医療財政安定化基金」(仮称)の運営 ● 医療機関の施設・人員基準の作成、レセプトチェックなど
市町村長	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療、介護保険料の賦課徴収 ● 「市町村医療計画」(仮称)、介護保険事業計画の作成 ● 「市町村医療介護会議」(仮称)の運営 ● 介護事業所に対する介護報酬の分配 ● 健康増進、予防・保健事業 ● 介護事業所の施設・人員基準の作成、レセプトチェックなど
地方議会	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療・介護保険料の審議、議決 ● ケア・グループに対する診療報酬などの審議、議決 ● 「新しい医療計画」「市町村医療計画」(いずれも仮称)、介護保険事業計画、介護保険事業支援計画の審議、議決
住民 患者	<ul style="list-style-type: none"> ● 税及び医療、介護保険料の納付 ● 「地域医療介護会議」「市町村医療介護会議」(仮称)への参加 ● 代理人となるケア・グループの選択、運営への参加

出典：東京財団作成

第7章 おわりに～残された課題～

1. 医療・介護改革の意義

本提言は提供体制との関係、社会保険方式の原則から医療保険制度改革を論じた。医療保険制度における保険者とは本来、①適切なリスクの分散、②明確な負担と給付（受益）の関係、③被保険者による参加、④地域の医療体制に対する関与—といった役割を担う必要がある。

しかし、政府の医療保険制度改革は保険者間の資金（カネ）のやりくりに終始してきた。高齢者医療費の負担を財政当局や自治体、各保険者が押し付け合う様子はトランプゲームの「ババ抜き」を想起させ、このゲームの最終的な姿を誰も想像できない。

そもそも社会保障制度改革は「国家百年の計」である。特に医療・介護は全ての国民に関係する分野であり、医師や介護職などケア提供者、医療機関、介護事業者、政治家、行政機関、学界、NPO 団体など幅広い関係者が存在する。議論を一部の関係者だけにとどめず、様々な主体の参加とオープンな議論が必要である。

さらに、分野横断的な議論も必要である。医療・介護分野は自然科学、医学、社会科学、人文科学、哲学など幅広い分野が関連しており、本提言がテーマとした医療保険制度の改革も医療費の問題だけでなく、医療・介護の提供体制、税制、社会連帯や民主主義の在り方、地方自治・地方行財政、雇用政策、企業福祉（企業保障）、企業の国際競争力、家族・女性参加など様々な分野が絡む。

これらは本来、厚生労働省に置かれた諮問機関や審議会だけでなく、内閣や国会で幅広く継続的に議論される必要がある。本提言をきっかけにし、国民各層の幅広い参加による議論と合意形成、ビジョンの共有が進むことを期待したい。

一方、本提言には多くの課題も残された。住民自治や制度複雑化の問題については、そのほかの政策分野に共通する課題であり、こうした論点を網羅することは本提言の範疇を大きく超えている。第2章及び第6章で試算したリスク構造調整の精緻化、提供体制改革の方向性、補論⑤で述べる介護保険財政改革の試算など様々な課題も積み残している。

以下は①社会連帯の在り方、②住民自治の在り方、③漸増主義と制度複雑化の弊害、④ベストミックス実現に向けた医療・介護行政の一体的な運営、⑤医療・介護の提供体制改革—の5点について、残された課題を述べる。

2. 社会連帯の在り方

医療・介護制度は連帯意識による助け合いをベースにしており、国民全員（介護保険は40歳以上の国民）を強制加入させて生活上のリスクを分散する社会保険方式は被保険者の連帯なしに成立しない。さらに、医療費や介護費の規模、それに必要な公費（税金）や保険料の水準については、国民の連帯意識に基づく助け合いの意識が密接に関わる。

連帯の重要性は2011年3月の東日本大震災の時もクローズアップされたが、社会保険方式による医療保障システムが整備された背景を探るため、1936年公開の小津安二郎監督『一人息子』のワンシーンを取り上げたい。

長野県に住む農家の母が「勉学こそ出世の道」と信じて一人息子を東京の学校で学ばせたものの、15年ぶりに会った息子は東京で不安定な職に就いており、息子の立身出世した姿を夢見て上京した母は長屋住まいの息子の貧しい生活と現実に直面する。

そして息子は上京した母を喜ばせるため、服を質屋に入れて東京観光に連れ出そうとするが、同じく長屋住まいの近所の子供が馬に蹴られて大怪我を負う。息子は子供を背負って病院まで連れて行き、そのまま手術に。後で病院に駆け付けた子供の母親は医療費を気に病んでいる様子。これを見た息子は子供の母親に対し、「困っている時はお互い様ですよ」と言いつつ、自分の生活も苦しいにもかかわらず、母との観光に使う予定だった金をそっと渡す。この様子を見た母は息子を誇りに思いつつ、長野県に戻る。

ここで息子が述べた「困った時はお互い様」というセリフは連帯による助け合いの意識を象徴しており、社会保障制度や社会保険方式の原点を示しているとは言えないだろうか。

実際、この映画が公開された2年後、最初の国民健康保険がスタートし、被用者保険と地域保険という分立システムの原型が生まれた。その後、1961年に世界で4番目とされる国民皆保険が完成し、被用者保険と市町村国保に分立するシステムが主に高度成長期に有効に機能したのは事実である。

しかし、本提言で触れた通り、人口の高齢化やグローバル経済の進展、非正規雇用の増加を受けて、職域を中心とした連帯が揺らいでいる。

これはいくつかの先進国に共通してみられる現象であり、医療保険制度改革も本来、こうした大きな問題で位置付けられるべきである。つまり、医療保険制度改革は「社会の連帯をどう再構築するか」を問うているに等しく、本提言が医療保険制度の地域一元化を訴えたのは、地域を基軸とした連帯の再構築が望ましいと考えたためである。

だが、連帯の問題は医療保険制度改革だけで解決できない。社会関係資本との関係や企業福祉（企業保障）、雇用政策の在り方など幅広い観点で議論される必要があり、本提言の

残された課題である。

3. 地方分権、住民自治の在り方

地方分権、住民自治も残された課題である。日本では1993年6月の国会決議以降、地方分権改革が間断なく進められているが、もっぱら団体自治の議論が中心であり、国・自治体間の財源・権限争いにとどまっている感は否めない。

特に、三位一体改革に際して、全国知事会が補助金改革案を取りまとめた時も、医療や介護関係の予算に関する税源移譲要求は少なく、与党や関係団体を巻き込んだ調整過程では市町村国保に関する新たな都道府県負担の導入を巡り、国と全国知事会が対立を深めた。高齢化で費用が増える医療・介護予算の税源移譲を地方団体が忌避したためである。

その後、義務付け・枠付けの見直し²⁰⁴などを通じて様々な権限が市町村に移譲されているため、これに対応するための「分権疲れ」の現象が一部の自治体に見られる。機関委任事務時代の精神を引きずり、移譲された権限を生かさないうまま、「技術的助言」に過ぎない通知に従い、責任を放棄している自治体関係者も散見され、安倍晋三政権の進める「地方創生」では国の財源に依存する動きも強まっている。

地方分権や住民自治がバラ色の世界をもたらすとも言い切れない。前近代的な「村八分」に代表される通り、コミュニティが美しいとは限らない。権限や税財源の移譲が地域格差を広げる可能性にも留意しなければならない。

しかし、権限や財源の問題は所詮、些事に過ぎない。特に、医療・介護など生活に身近な分野については、可能な限り現場に近いところで意思決定の方が望ましい。第4章及び第5章で詳述した通り、中央主導による政策立案は限界を迎えている。

その際には「自治体の所掌事務拡張路線は一切不要であるとまで言わないが、地方自治の更なる発展にとって（団体自治が）決定的な課題とは思えない」という指摘²⁰⁵の通り、団体自治ではなく、住民参加、住民自治の発想を中心に据える必要がある。中央の権限を地方の行政機関に移譲するだけでは、「地方官治」の対象が国から自治体が変わったに過ぎず、地方の行政機関内部における住民参加、住民自治が強化される必要がある。住民参加、住民自治の重要性は医療・介護に限らず、教育や都市計画、交通などに共通しており、民主主義社会の在り方に直結する大きいテーマである。これを深掘りすることは本提言の範疇を越えており、今後の課題としたい。

²⁰⁴ 地方自治体の自治事務について、国が法令で事務の実施や方法を縛る「義務付け・枠付け」が自治体の裁量を奪っているとして、見直しが進められた。医療機関や介護施設の施設基準などが該当する。

²⁰⁵ 西尾勝『自治・分権再考』p35。

4. 漸増主義と制度複雑化

医療・介護制度は人々の生活や健康、医療機関や介護事業所の経営に関わるため、制度改革を一気に進められないのは当然であり、各種団体の意見も丁寧に聞きつつ、慎重かつ漸増的に進めるべきである。

しかし、ビジョンなき漸増主義は制度を複雑化させる。制度が複雑化すると、制度の全体像を理解する機会費用が大きくなる上、政治家は国民に制度改正や負担増の必要性を説明できなくなり、国民は是非の判断を下せなくなる。メディアも限られた紙面や時間で複雑な制度を説明できないため、全く取り上げないか、取り上げる時も断片的な情報にならざるを得ず、国民は全体像を理解する機会を失う。

今後は負担増、給付カットなど国民に痛みを強いる場面が増えるにもかかわらず、複雑な制度の下では国民的な合意を得にくくなる危険性がある。その結果として国民の参加意識や民主的な議論を阻害する危険性がある。

この問題は報酬制度に典型的に表れている。2年に一度の改定（介護報酬は3年に一度）では個々のケア行為に対する点数だけでなく、人員・施設基準などに応じた加算減算措置が細かく変更され、同じ入院基本料でも病棟や看護師の配置数で細かく分かれている。この結果、コンピューターの手を借りなければ、計算できないほど複雑になっており、制度の全体像を誰も理解できない。介護保険のサービスの種類と単価を示す「サービスコード」の数は制度創設から僅か15年間で1,760項目から2万9,546項目まで膨らんだ。半世紀以上の歴史を有する診療報酬の複雑化は一層深刻である。

しかし、コンフリクト・モデルによると、制度複雑化は必然であり、制度複雑化の悪循環は容易に止まらない。提供体制の主流を占める民間の医療機関や介護事業所は制度改正の影響を緩和させる対策として、「楽に取得できる加算」「減算ルールを免れる方法」の抜け穴を探そうとする。これに対し、次の改定では制度の抜け穴を埋めようとする制度改正が実施され、民間側が新たな抜け穴を見つけようとして、制度は「規制→対策→規制→対策→…」という悪循環を生む。こうした堂々巡りの最終形がどこにあるのか、誰もイメージできない。

さらに、制度複雑化の問題は他の社会保障制度、税制、地方財政などに共通して言えることである。例えば、税制では「公平、中立、簡素」の原則が掲げられているが、各種控除や租税特別措置の創設を通じて複雑になっている。

複雑な制度を生んでいる主な原因は漸増主義であり、行政主導では各種団体の利害調整に終始するだけでなく、過去の経緯や政策に囚われるため、パッチワーク的な改善にとどまりがちである。

しかし、解が部分的に最適だったとしても、全体として最適とは限らず、むしろ制度が複雑化するリスクが高まる。このため、社会全体として「どこに行きたいのか」「選ぼうとし

ている道が行きたい目的地につながっているのか」「なぜそうなのか」を冷静に吟味しつつ、可能な限りビジョンを社会全体で共有することが重要である。その際には他国の事例や過去の教訓から学ぶスタンスも必要である。

さらに、ビジョン共有には国民が制度改正の論議に関心を持たなければならず、国民の多様な議論を包摂し、方向性を示すことは政治の役割である。こうした議論や動きをサポートするため、メディアや学界、シンクタンクも相応の責任を果たすことが必要になる。

5. 医療・介護行政の一体的な運営

医療費節約を考える上では、医療・介護行政の一体的な運営が必要である、本提言では都道府県別の医療費と介護施設定員数が負の相関関係にあることに着目しつつ、市町村が医療行政に関わることで、地域特性に応じた医療・介護のベストミックスを実現することで、結果的に医療費節約につながる可能性を示した。

しかし、第2章で述べた通り、リスクの分散などの観点に立つと、医療行政には広域対応が必要であり、介護（及び福祉）行政を担う市町村との連携や役割分担が重要になる。この点は現在、国が進める地域包括ケア構想でも大きな課題となっており、市町村国保を都道府県単位化した場合、医療・介護行政の分断が深刻化する可能性がある。広域化された医療行政と、コミュニティに基軸を置いた介護（福祉）行政との役割分担については、イギリスや北欧でも課題とされている。

こうした課題を解決するため、本提言では「市町村医療計画」（仮称）と介護保険事業計画の一体的な策定などを提案したが、財政制度の一体的な運営も不可欠であり、制度化に際しては精緻な試算と議論が求められる。例えば、今回の提言は国→都道府県の財政調整及びリスク構造調整を試算したが、都道府県→市町村の財政調整及びリスク構造調整、介護保険に関する財政調整及びリスク構造調整の試算も必要になる。実務的には「医療分野についてノウハウや専門知識を持っていない市町村がどこまで医療行政に関わることができるのか」という問題もクリアしなければならない。医療行政と介護行政の一体的な運営は今後の研究課題となる。

6. 医療・介護の提供体制改革

今回の提言は医療保険制度に力点を置いた内容となっており、提供体制改革、中でも代理人としての役割が期待される責任主体の形成が大きな課題として残された。

第1章で述べた通り、医療サービスは市場の機能が働きにくいいため、本人の立場に立って

全人的かつ継続的なケアを提供する代理人の存在が必要になるが、その存在が日本では依然としてはっきりしていない。

特に、民間が主な提供主体となっている大都市部では、民間の医療機関や介護事業所は患者・利用者の獲得に向けて競争しており、競争は地域におけるケア体制の分断を招く。この結果、地域におけるケアの統合と責任体制の明確化を目指すプライマリ・ケアと逆方向に働きかねない。今後、大都市部で高齢者人口が増加することを考えると、大都市部における代理人の在り方とプライマリ・ケアの提供体制は重要な課題となる。

上記の課題を解決するため、東京財団は3年前の提言でケア・グループの創設を提唱し、本提言は保険者とケア・グループの関係について方向性を示したが、代理人契約、費用節約のインセンティブ、ケア・グループの法人格、医療費を増やす可能性がある投資の取り扱い、ケアの質評価などが課題として残された。

このうち、代理人契約は患者 - 医師の関係が重要になる。この問題は第5章で見た通り、医事法の分野で様々な議論が展開されており、医療社会学でも長く考察の対象とされた²⁰⁶経緯があり、信託法などを参考にした考え方の整理に加えて、法学、経済学、社会学、哲学など学際的なアプローチが必要になる。

医療機関の投資も大きな論点である。医療技術の発展は日進月歩であり、民間医療機関による医療機器の購入・更新を統制することは難しい。

しかし、病床など過去の投資（投資量）が医療サービスの利用を通じて医療費を増やす可能性は第3章で指摘したところであり、医療機関の投資は医療費節約や提供体制改革を考える上での大きな課題となる。

ケアの質評価に関しても、本提言の議論は決して十分とは言えず、あるべき姿やありたい姿、現行制度の問題点などを考察する必要がある。これらの点について、東京財団として今後も研究・提言していく予定である。

²⁰⁶ 医療社会学では患者 - 医師関係を説明するモデルとして、通常の社会的役割を免除されることなどを説明する「病人役割」(sick role) が示されており、医師による「専門家支配」の弊害を指摘する意見もある。病人役割は高城和義 (2002) 『パーソンズ』岩波書店、Talcott Parsons (1951) “The Social System” (佐藤勉訳 [1974] 『社会体系論』青木書店)、専門家支配は Ivan Illich ほか (1978) “Disabling Professions” (尾崎浩訳 [1984] 『専門家時代の幻想』新評論)、Eliot Freidson (1970) “Professional dominance” (進藤雄三・宝月誠訳 [1992] 『医療と専門家支配』恒星社厚生閣) を参照。

補論①：日本における「代理人」の事例

第1章で述べた通り、プライマリ・ケアの面で日本は他の先進国に後れを取っている。日本における代理人の具体的な姿が明確になっておらず、プライマリ・ケアを支える制度的な枠組みも整備されていないためである。全人的かつ継続的なケアを提供する専門医の育成も遅れた²⁰⁷。

しかし、我が国においても全人的かつ継続的なケアの提供に関して、先進的な事例をいくつか挙げるができる。

広島県旧御調町（現尾道市）や宮城県涌谷町などでは1980年代頃から市町村国民健康保険の運営する病院が中心となり、医療・保健・福祉サービスを一体的に提供している。これらの取り組みは「(地域) 包括医療」と呼ばれ、国が全国レベルでの実現を目指している地域包括ケアの先取りとされている²⁰⁸。同じく農村部における民間主体の取り組みとしては、介護・住まい・配食など様々なサービスを一体的に提供する新潟県長岡市の「こぶし園」が挙げられる²⁰⁹。

都市部における行政主体の取り組みとして、東京大学高齢社会総合研究機構や都市再生機構と連携し、高齢化に対応したまちづくりに取り組む千葉県柏市の事例がある²¹⁰。地域包括支援センターを拠点に、多職種連携に取り組む埼玉県和光市のモデルも国の介護保険法改正に反映された。

都市部における民間主体のケースとしては、医療・介護サービスを一体的に提供する東京都多摩市の「天翁会」²¹¹、高齢化が進む東京都新宿区の団地を拠点に高齢者の健康相談などを受け付ける「暮らしの保健室」²¹²なども一例である。大都市近郊の取り組みとしては、民間の「東埼玉総合病院」が中心となり、埼玉県幸手市・杉戸町で住民や商工会など幅広い層を巻き込んだ住民主体の取り組みが進められている²¹³。

このうち、涌谷町の「町民医療福祉センター」は医療部門だけでなく、退院後の在宅復帰

²⁰⁷ 1980年代に厚生省（現厚生労働省）が英国のGPに似た家庭医を創設するための懇談会を設置したが、医療の国家統制などを恐れる診療団体の反対で頓挫した。

²⁰⁸ 山口昇（1992）『寝たきり老人ゼロ作戦』家の光協会、東京財団ウェブサイト2014年4月3日「医療・介護制度改革を考える連続フォーラム第4回」を参照。

<http://www.tkfd.or.jp/research/project/news.php?id=1262>

²⁰⁹ 小山剛（2013）『民間・行政のコラボレーションによる地域包括ケア』『地域包括ケアシステム』慶應義塾大学出版会。

²¹⁰ 東京大学高齢社会総合研究機構編（2014）『地域包括ケアのすすめ』東京大学出版会。

²¹¹ 東京財団フォーラム2013年5月15日「医療・介護制度改革を考える連続フォーラム第1回」を参照。

<http://www.tkfd.or.jp/research/project/news.php?id=1149>

²¹² 詳細は同上のリンク先に加えて、秋山正子（2012）『在宅ケアのはぐくむ力』医学書院、東京財団ウェブサイト「介護現場の声を聴く！第46回」を参照。

<http://www.tkfd.or.jp/research/project/news.php?id=916>

²¹³ 東京財団ウェブサイト2014年4月3日「医療・介護制度改革を考える連続フォーラム第4回」。

を目指す介護老人保健施設、生活上の相談を受け付ける地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、役場の保健・福祉関連部門を持っており、健康相談や各種健診、健康づくりなども実施している。このため、町民は同センターに来ると、医療・介護・保健・福祉のサービスをワンストップで受けられ、同センターがケアの責任主体として機能していると言える。

さらに、同センターは国民健康保険の運営であり、在宅ケアや予防・保健の推進などを通じて、医療費や保険料を抑制するインセンティブを持っていると言える。同センター長の青沼孝徳は「町議会で病院の赤字を指摘される時があるが、『病院が赤字だったとしても、医療費や保険料が低い分、町民の負担は少ないのでは』『病院が黒字になって国保が赤字になるのはいかなものか』と言っている」と述べていた²¹⁴。

大都市部のモデルとして、注目されるのが東京都新宿区に設置されている「暮らしの保健室」である。高齢化が進んだ「戸山ハイツ」の空き店舗に、同区で20年以上も活動している訪問看護師の秋山正子が開設した。暮らしの保健室では、看護師や在宅ケアを経験したボランティアスタッフらが「退院後に往診してくれる医師はいるのか」「薬の飲み合わせは大丈夫か」といった質問を受け付けており、退院時の調整相談、かかりつけ医の組み替えなども行っている。住民向け健康教室や多職種連携の勉強会なども開催し、近隣住民に対してプライマリ・ケアを提供する場となっている。

暮らしの保健室は現在、「のれん分け」されて各地に広がっている。その一つが東埼玉総合病院であり、近郊部の民間主体による取り組みとして整理できる。同院は暮らしの保健室を常置せず、コミュニティカフェのオーナーや町内会の役職者、寺の住職ら地域のリーダーに主催してもらい、看護師らが出向いて出前講座的に開設する手法を採用している。さらに、ここで住民の健康相談、多職種連携、住民参加などに取り組んでおり、医療・介護資源にこだわらない形で社会関係資本を活用した住民主体によるケア体制づくりを進めている。

これらのケースから浮かび上がるのは住民の健康に責任を持ち、全人的かつ継続的なケアであるプライマリ・ケアを提供する責任主体の重要性である。

制度改正の面でもイギリスのGPに近い役割を期待される医師として、全人的かつ継続的なケアを提供する総合診療医の育成が2017年度からスタートするほか、2014年度診療報酬改定では高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を持つ患者に対する全人的かつ継続的なケアを提供する「主治医」の診療行為に加算する措置が設けられた。

日本医師会などの診療団体も全人的かつ継続的なケアの必要性を指摘しており、2013年8月に公表した報告書では、かかりつけ医を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、

²¹⁴ 2014年4月3日「医療・介護制度改革を考える連続フォーラム第4回」における発言。

福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義した上で、以下の4つを機能として列挙している²¹⁵。

- (1) 日常行う診療においては患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- (2) 自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- (3) 日常行う診療のほか、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- (4) 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

だが、ケア提供の責任主体としての代理人の姿は依然として見えていない。特に、問題となるのは大都市部である。大都市部では民間が主な提供主体となり、患者の獲得を巡って競争している。競争は分断を招き、統合とは逆方向に働く。こうした特性を持つ中、高齢者の増加に対応する必要があり、プライマリ・ケアの制度化に向けて、どうやって責任主体を地域で形成していくのかが大きな課題となる。

代理人に期待されるもう1つの役割である費用節約について、インセンティブ設計も課題として残されている。第1章及び第5章で述べた方向で制度の見直しが必要であり、提供体制改革及びケア・グループの詳細な制度設計については今後の課題としたい。

²¹⁵ 日本医師会・四団体協議会（2013）「医療提供体制のあり方」pp3-4。

補論②：地域一元化に関する過去の議論

本提言で訴えた医療保険制度の地域一元化を巡る論議は意外と古い。制度一元化を考える際、歴史的な経緯も踏まえる必要がある。

社会保障制度審議会（首相の諮問機関）が1950年の勧告で、都道府県単位に各種制度を統合する考えを示した。さらに、地域一元化は日本医師会長を長く務めた武見太郎の持論であり、日本医師会が伝統的に支持していた²¹⁶ため、医療政策を巡って関係者の利害が対立した際、日本医師会に配慮した閣僚や自民党が一元化を提唱したことがあった。

例えば、1971年の保険医総辞退を收拾する条件として、佐藤栄作内閣の斎藤昇厚相が地域保険一元化を提唱したほか、1984年の健保法改正の際に自民党は「医療保険制度の統合を5年後に行う」とする覚書を日本医師会と締結している。

その後も社会保障制度審議会（首相の諮問機関）が1995年、公平性や効率性という観点で細かく分立した制度の統合・一元化を勧告したほか、当時の政府・与党が2001年と2005年に取りまとめた医療制度改革大綱も、将来的に医療保険制度の一元化を検討する旨が盛り込まれている。

だが、見直し議論は進まなかった。第1に、保険制度間で窓口負担に格差があり、一元化のボトルネックとなっていたためである。この点は被用者保険の自己負担を段階的に増やし、2003年度に7割給付（自己負担3割）で統一されるまで負担割合の調整が進められた。

第2に、保険料負担の増大を恐れる関係団体の根強い反発である。1980年代に示された武見の発言は制度一元化を巡る利害調整の困難さを示している²¹⁷。その後の情勢変化を踏まえる必要はあるが、この指摘は今も一定程度、当てはまるだろう。

斎藤さん（注：佐藤内閣の斎藤厚相）は「健康保険組合の後には日経連（注：現在の経団連）がいるし、厚生省の官僚は辞めると健保連に天下る。労組も資本家と対決しているけど、このこととなると一緒になる。自民党は日経連に弱い。与野党が一緒になったら僕が何を言っても通らない。とてもし今の議会政治の中ではできない」といった。

佐藤首相にも何回か直談判した。「総理にケチなことは言いません。社会保障制度審議会が（注：1950年に）出した勧告通り、統合する時期にきている」と話した。斎藤さんは「これは非常な政治力がないとできない。財界と労働組合を向こうに回さないといけない。（中略）やらなきゃだめなことは分かっているけど」と正直に話していた。

²¹⁶ 水野肇（2008）『誰も書かなかった日本医師会』ちくま文庫 pp115-116、150-154、195 では、日本医師会の地域一元化に向けた主張は具体案を欠いていたとしている。

²¹⁷ 武見太郎（1983）『実録日本医師会』朝日出版社 pp178-179。

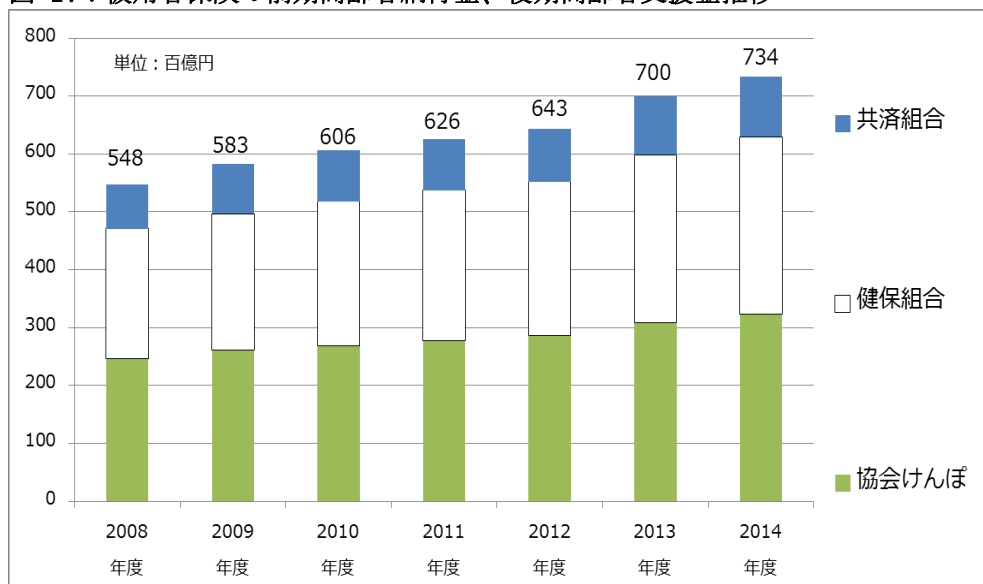
補論③：被用者保険の負担増と事業主負担の在り方

1. 高齢者医療費拠出金の増加

第2章～第3章で述べた通り、市町村国保の構造的な赤字を解消するため、保険者同士の財政調整が複雑かつ大規模に実施されている。この結果、高齢者人口の増加を受けて、支援金、納付金など的高齢者医療費拠出金は増え続けており、図17～18の通り、被用者保険の拠出金負担は増大している。退職者の医療費に関して保険者のチェック機能が喪失しており、被用者保険が単なる支払い機関になってしまうとの指摘がある²¹⁸。

特に健保組合の拠出金額が多く、図18の通り、健保組合の経常支出に占める各種拠出金の割合は右肩上がりであり上昇しており、経常支出の約4割まで達している。

図17：被用者保険の前期高齢者納付金、後期高齢者支援金推移

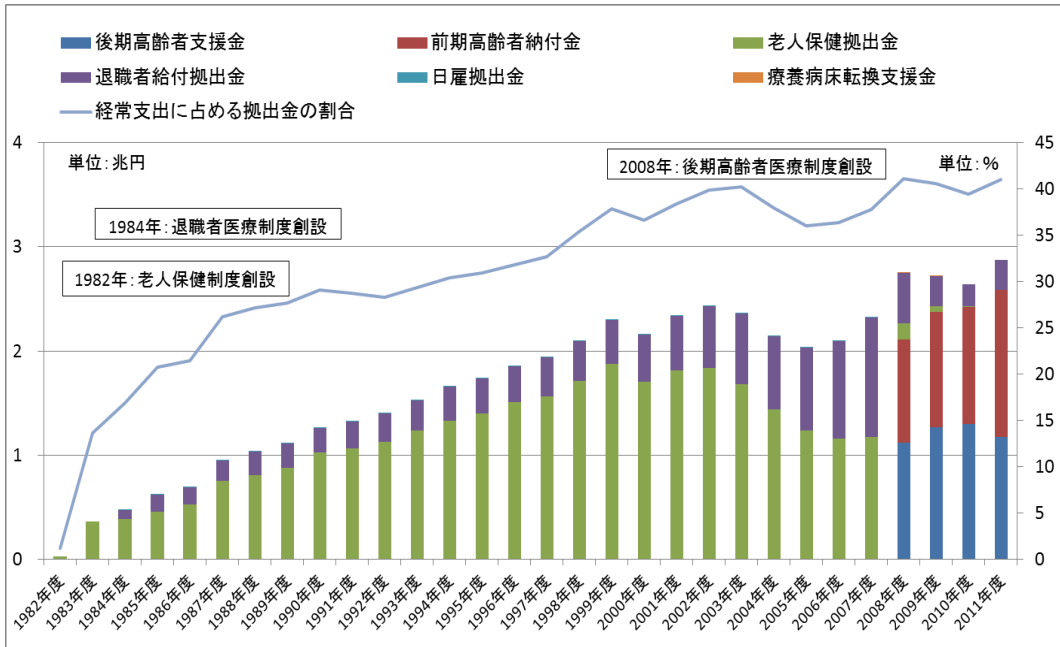


注：図中の数字は各保険組合が負担する前期高齢者納付金、後期高齢者支援金の総計。2013～2014年度は概算賦課額。

出典：厚生労働省資料を基に東京財団作成

²¹⁸ 田近栄治「医療保険制度の改革」田近栄治・尾形裕也編著『次世代医療制度改革』p36。

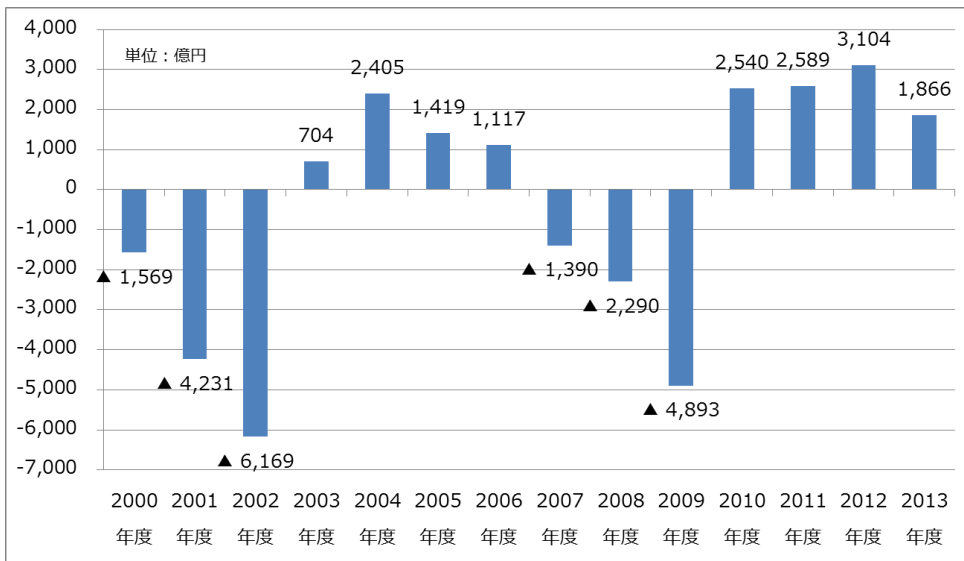
図 18：健保組合の拠出金推移



出典：健康保険組合連合会『健康保険組合事業年報』を基に東京財団作成

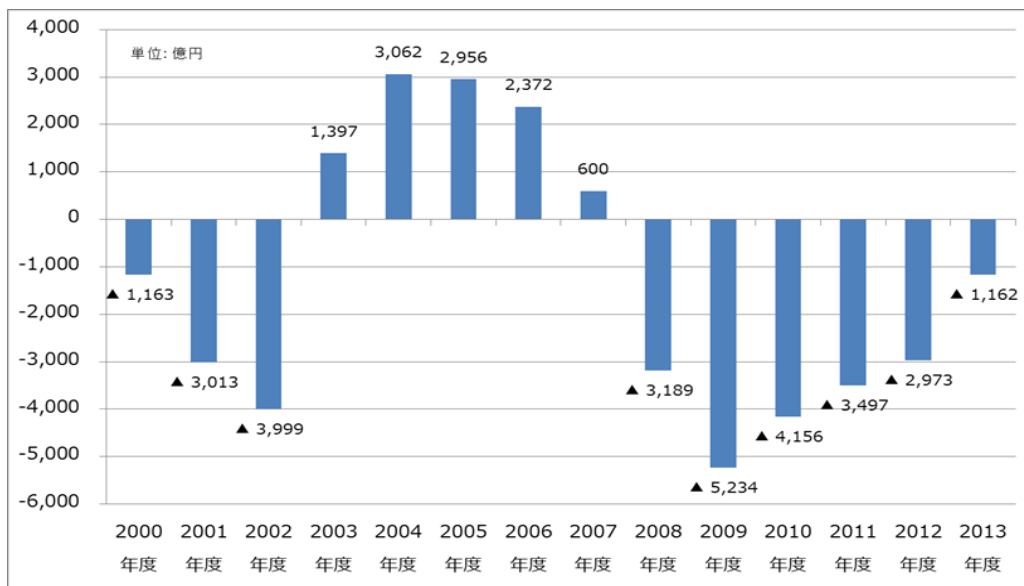
注：拠出金には高齢者医療費関係拠出金に加えて、介護型療養病床の転換を促す「療養病床転換支援金」、日雇特例被保険者を使用する事業主の健康保険組合から徴収する拠出金を含めている。

図 19：協会けんぽの単年度財政収支推移



出典：全国健康保険協会資料を基に東京財団作成

図 20：健保組合の経常収支推移



注：2013年度は決算見込み。

出典：厚生労働省、健康保険組合連合会資料を基に東京財団作成

この結果、図 19～20 の通り、協会けんぽだけでなく、財政が相対的に豊かだった健保組合の財政も悪化しており、「西濃運輸健保組合」など健保組合を解散して協会けんぽに移行するケースも見られる。健保連が前期高齢者医療制度に公費（税金）投入を訴えているのは、こうした事情がある。第 3 章で述べた通り、被用者保険にとって、高齢者医療費拠出金は反対給付を期待できない点で社会保険の範囲を超えており、見直しが必要なことは間違いない。

2. 事業主負担を巡る論点

ここで、重要になるのが事業主負担の問題である。高齢者医療費拠出金が膨らむと、雇用主が支払う事業主負担も自動的に増え、その結果として雇用の質や量、企業の国際競争力に影響を与える可能性があるためである。以下、事業主負担を巡る論点を考察する。

事業主負担の根拠について、現在の学説は主に以下の 4 点で整理されている²¹⁹。

- (1) 労災事故や失業は事業主の責任で発生し、傷病・障害や退職も労働が関係するため、事業主は責任を負うべきである。
- (2) 社会保険の存在は労働者の生産性向上につながり、事業主にも利益をもたらす。社会

²¹⁹ 伊東雅之（2009）「社会保険料の事業主負担」『調査と情報 ISSUE BRIEF』No.652。

- 保険で労働者の勤労意欲が増進され、医療給付は労働者の職場復帰を早める。
- (3) 事業主による労働者の生活援助が法的に強制されたものであり、社会保障上表れた連帯原理として捉えることができる。
 - (4) 法制定以前から一部の事業主は独自の福利厚生を行っており、既に定着していた。

事業主負担の存在意義としては、「(事業主負担を廃止すると) 事業主の健康保険事業への関心が薄れ、保険者機能が低下する。医療供給とのパワーバランスが崩れ、(負担増に対する) 抑止力は低下する」²²⁰、「保険者自治の民主制を確保するには、保険者が『口』(表決権)の対等性の証として『金』(費用負担)も折半することが適切。対外的要素(医療提供者側との交渉)が重要性を増しており、事業主のコスト意識を喚起し、強化を図る意味合いを強調できる」²²¹、「健保組合は先導的な役割を果たしてきた理由は、事業主が『後ろ盾』となってきたからであり、事業主がなぜ保険者機能に関心を払ってきたかといえば、事業主負担を媒介にして個々の事業主の利害に直接的な影響が生じるからである」²²²と指摘されている。

しかし、事業主負担は企業から見ると、利潤に無関係に徴収される「雇用税」の側面があり、高齢者医療費拠出金の増加による事業主負担の増加を通じて、雇用に影響する可能性がある。実際、経済産業省の調査²²³によると、社会保険料負担が国際競争に与えている影響の有無について、計45%の企業が「与えている」と回答し、保険料負担が中長期的に増えた場合の回答では「賃金・雇用調整で対応する」という回答がトップとなっている。厚生労働省の調査²²⁴でも、正社員以外の労働者を活用する理由のトップは「賃金の節約」(43.8%)であり、「賃金以外の労務コストを節約」も27.4%で3位に入っている。

確かに企業は賃金カットや非正規雇用への代替だけでなく、製品・サービス価格への転嫁など様々な手法を持っており、その帰着は定かではない。

しかし、グローバル競争が激化する中、事業主負担のコストを避けて正規雇用を非正規雇用に代替する可能性は否定できない。事業主負担は制度一元化の論点となるだけでなく、国際競争力や雇用政策の観点でも議論されるべき問題である。

3. 企業福祉からの論点

被用者保険の在り方や事業主負担の問題については、企業福祉(企業保障)の観点からも議論される必要がある。戦後日本の大企業は従業員の士気を高めるため、保養所の設置やレ

²²⁰ 島崎謙治『日本の医療』p267。

²²¹ 健康保険組合連合会(2011)「健康保険制度における事業主の役割に関する調査研究報告書」p125。

²²² 島崎謙治(2009)「健康保険の事業主負担の性格・規範性とそのあり方」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障財源の制度分析』東京大学出版会 pp155-157。

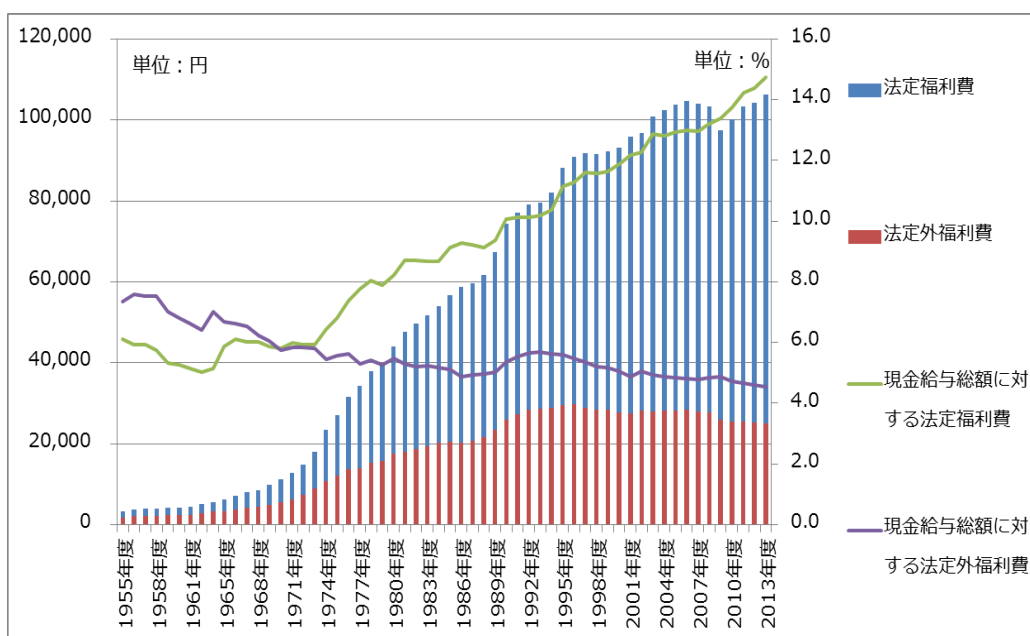
²²³ 経済産業省(2007)「公的負担と企業行動に関するアンケート調査」。提言で言及した設問に対する有効回答は1000社。「社会保険料が中長期的に増大した場合の対応」は複数回答3つまで可。

²²⁴ 厚生労働省(2010)「就業形態の多様化に関する総合実態調査」。複数回答可。有効回答数1万414事業所。

クリエーション支援など福利厚生を充実させた経緯があり、健保組合も福利厚生の一環として受け止められていた²²⁵。

しかし、グローバル競争の激化などをを受けて、企業の活動が収益確保に絞り込まれているとの指摘がある²²⁶。実際、経団連の「福利厚生費調査結果報告」によると、図 21 の通りに従業員 1 人 1 カ月当たり法定福利費が増えているのに対し、企業が独自に実施する法定外福利費は対照的に右肩下がりとなっている。これには厚生年金、雇用保険、労災保険の事業主負担も含まれており、高齢者医療費拠出金だけが原因ではない²²⁷が、法定福利費が法定外福利費を侵食している点は指摘できる。

図 21：従業員 1 人 1 カ月当たり福利厚生費（法定福利費、法定外福利費）の推移



出典：日本経済団体連合会（2015）「第 58 福利厚生費調査結果報告」を基に東京財団作成

企業が生産性向上などの観点に立ち、従業員の健康に関心を持つことは重要であり、本提言が訴えた通り、医療保険制度を地域に一元化、すなわち被用者保険を廃止した後も、企業

²²⁵ 高橋圭一郎（2010）『医療政策と医療保険者に関するアンケート調査』結果からみた健保組合の姿『健康保険』2010年7月号では、59.5%の事業主が健保組合設立・加入の理由として、「健康増進と福利厚生」と答えている。複数回答可、有効回答は1291組合。

²²⁶ 園田洋一（2010）「企業福祉の社会化」『週刊社会保障』No.2575、西久保浩二（2009）「企業内福利厚生と社会保障」宮島洋・西村周三・京極高宣編『社会保障と経済 1 企業と労働』東京大学出版会、武川正吾・佐藤博樹編著（2000）『企業保障と社会保障』東京大学出版会を参照。

²²⁷ 経団連の「福利厚生費調査結果報告」によると、2013年度現在の法定福利費に占める比率は医療・介護が36.6%、厚生年金が54.4%、雇用・労災が8.0%となっている。

が独自の福利厚生として傷病手当金や健康診断、メンタルヘルス支援、保養所の運営などを進めることは必要である。常時 50 人以上の労働者を使用する事業所に配置される産業医の活用も重要である²²⁸。

しかし、そもそも企業福祉（企業保障）に関しては、「すべての人に普遍的で、公平な福祉サービスを提供することは、企業が媒介となった福祉制度に依存すると不可能」²²⁹、「企業保障の恩恵をこうむることができるのは被用者に限られるため、被用者と零細な自営業者のあいだで、生活保障の格差が拡大するかもしれない」²³⁰との意見がある。

企業福祉（企業保障）の在り方を取り上げるのは本提言の範疇を越えているが、本来は企業の競争力や雇用問題などを含めて幅広い議論が必要なテーマである。

²²⁸ 2014 年通常国会で成立した改正労働安全衛生法では、医師や保健師らによるメンタルヘルス対策の実施が事業者に義務付けられた。

²²⁹ 橘木俊詔（2005）『企業福祉社会の終焉』中公新書 p157。

²³⁰ 武川正吾（2001）『福祉社会』有斐閣 p282。

補論④：保険者機能の強化論議とメタボ健診

近年、医療制度改革の文脈で、「保険者機能の強化」がうたわれている。一つの引き金になったのはアメリカの「マネジドケア」(managed care)である。マネジドケアという言葉に明確な定義はなく、組織形態も様々だが、保険者が医療サービスの内容に関与することで、質向上や費用抑制を目指す考え方であり、日本の「保険者機能」強化論議に影響を与えた²³¹。

保険者機能に関する先行研究では、保険者が被保険者の利害を代弁しつつ、医療のアクセス改善や質・効率性の調整を通じて、医療提供体制などに影響を及ぼし得る立場にあるとした上で、保険者機能を「医療制度における契約主体の1人として責任と権限の範囲内で活動できる能力」、保険者機能の発揮を「保険者が自立し、医療制度における他のプレーヤーと直接かつ対等に十分な対話ができること」と定義している²³²。

さらに、保険者機能の強化に言及した事例としては、1996年の医療保険制度審議会(厚生相の諮問機関)答申が挙げられる。「骨太方針2001」(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)も保険者と医療機関の契約、レセプト審査・支払事務の効率化などを挙げた。民間の動きとしては、有志の健保組合で構成する任意団体「保険者機能を推進する会」が組合間の情報交換などに努めている²³³。

しかし、「保険者機能」という言葉の定義は必ずしも定まっておらず、予防・保健やレセプトチェックなど様々な観点で使われている。

近年、保険者機能の一つとして、最も注目されているのが予防・保健である。例えば、協会けんぽが2012年7月に策定した「保険者機能強化アクションプラン(第2期)」に沿ってレセプトデータを活用し、糖尿病の重症化防止や重複受診の改善に向けた指導などを始めており、健康情報を共有するため、都道府県単位の支部が市町村などと協定を結ぶケースも増えている。レセプトデータを健康づくりに生かす「データヘルス計画」も2014年度から被用者保険で始まった。

²³¹ マネジドケアについては、堀真奈美(2014)「アメリカ」西村周三・京極高直・金子能宏編著『社会保障の国際比較研究』、真野俊樹『比較医療政策』、長谷川千春『アメリカの医療保障』、田村誠(1999)『マネジドケアで医療はどう変わるのか』医学書院、西田在賢(1999)『マネジドケア医療革命』日本経済新聞社、広井良典編著(1999)『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社を参照。

²³² 山崎泰彦(2003)「保険者機能と医療制度改革」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社 pp7-8。なお、泉田信行(2009)「保険者機能の強化について」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 p141は保険者に期待される役割として、加入者管理や保険料の賦課・徴収、サービスに関する情報提供、適切な受診行動の奨励、医療費の審査・支払いなどを列挙した。みずほ情報総研(2013)「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」p5では、①被保険者の適用(資格管理)、②保険料の設定・徴収、③保険給付、④審査・支払、⑤保健事業を通じた被保険者の健康管理、⑥医療の質や効率性を向上させるための医療機関への働き掛けを挙げている。

²³³ 近年では経済産業省の「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会」が2015年3月に取りまとめた報告書で、レセプトデータなどを根拠に都道府県や他の医療保険者と認識を共有しつつ、保険者と企業が主体性を発揮する必要性を指摘している。

主に被用者保険が予防・保健に積極的になった背景にはメタボ健診がある。メタボ健診は生活習慣病の悪化防止を通じた医療費抑制を目指しており、医療費適正化の一環として2008年度から各保険者に課された。

さらに、健診の実施状況に応じて各保険者に課せられる後期高齢者医療制度支援金の支払額が増減するインセンティブ制度が設けられているため、支援金の支払額を抑えたい一部の企業や健保組合が健康づくりに乗り出している²³⁴。

メタボ健診の意義として政策当局者は「加入者が健康になって医療費の伸びを抑えることができればいちばん」²³⁵と説明しており、保険者が健診の実施主体になる点に関しては「(糖尿病予防を通じて)医療給付費の削減効果の恩恵を最も受けるのは医療保険者。被保険者や被扶養者が健診を受けたかどうか把握しやすい」「レセプトと突合させることで健診の効果を評価できる」などの点を理由に挙げている²³⁶。

しかし、予防・保健が医療費適正化につながるとの因果関係は必ずしも明らかになっていない。さらに、医療費適正化計画で目標として位置付けられている平均在院日数の削減に対し、メタボ健診がマクロの医療費にどういった効果を与えるのかも不透明である。実際、2014年10月に公表された第1期医療費適正化計画の実績評価では、全国の平均在院日数が32.2日から29.7日に短縮した理由として、計画の中心に位置付けられているメタボ健診の効果に言及しないまま、「医療機関の機能分化・連携や在宅医療・ケアの推進が一定程度、関係していると考えられる」と定めるにとどまっている。

それにもかかわらず、メタボ健診が実施された背景としては、2006年医療制度改革を巡る政府内の議論を指摘できる。この時は医療費をGDPに連動させる改革案が政府の経済財政諮問会議で浮上し、難色を示す厚生労働省との調整が難航し、メタボ健診に力点を置いた医療費適正化策がクローズアップされた。こうした経緯については、「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」²³⁷、「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」²³⁸との指摘がある。

²³⁴ コマツ健保や帝人、東京電力が従業員の健康増進を図る「健康経営」に取り組んでいるほか、日本航空は糖尿病の重症化予防を推進しており、ローソンは健康診断を受診しない社員の賞与をカットした。田中滋・川渕孝一・河野敏鑑編著(2010)『会社と社会を幸せにする健康経営』勁草書房、『健康保険』2013年9月号、『WEDGE』2013年9月号、同2014年4月号などを参照。経済産業省の「次世代ヘルスケア産業協議会」が2015年5月に取りまとめた報告書でも、保険者機能を補完・充実する「健康経営」の推進に言及している。一方、一部の市町村でも健康づくりに向けた取り組みが始まっており、広島県呉市はレセプトデータを使った糖尿病患者の重症化予防に努めているほか、岡山県総社市は保険診療を1年間使わなかった市町村国保加入世帯などを対象に、1万円のキャッシュバックを実施した。『ガバナンス』2014年7月号などを参照。

²³⁵ 辻哲夫(2008)『日本の医療制度改革がめざすもの』時事通信出版局 pp37-38。

²³⁶ 土佐和男『高齢者の医療の確保に関する法律の解説』p85。

²³⁷ 堤修三『社会保障改革の立法政策的批判』p55。

²³⁸ 田近栄治「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』p24。

社会保障法の観点からも「(国家による) 個人生活への過度な介入をもたらす制度、あるいは個人への強制の契機をもつ制度に際しては慎重な配慮を要する」とした上で、メタボ健診の目標達成度に応じて後期高齢者支援金が10%の範囲内で増減する仕組みについて、「個人のライフスタイルや生き方に対するパターンリスティックな介入の側面があることからすれば理念的に望ましい仕組みとは思われない」との指摘がある²³⁹。

本提言はメタボ健診の在り方に触れなかったが、反対給付を前提とした保険料という特定財源を使っている以上、メタボ健診による医療費適正化効果や必要性は今後、検証されなければならない。

²³⁹ 菊池馨実『社会保障法制の将来構想』pp137-138。

補論⑤：介護保険制度の特色と改革に向けた考え方

1. 介護保険制度の概要

介護保険は市町村国保の反省に立って創設されており、負担と給付（受益）の関係が明確な点、介護保険事業計画や財政安定化基金の枠組み、住民参加を想定している点など評価できる点が多い。

しかし、制度創設から 15 年近い歳月が経ち、様々な問題も浮き彫りになっている。以下は介護保険制度について改革案を示したい。

介護保険は高齢者人口の増加に伴う虚弱高齢者の増加を社会全体でカバーするため、従来の福祉による措置の代わりに、「利用者による自己決定」「介護の社会化」などを掲げて、2000 年度に発足した。市町村を保険者、65 歳以上を第 1 号被保険者、40 歳以上を第 2 号被保険者とし、65 歳以上の要支援者・要介護認定者に受給資格がある²⁴⁰。

介護保険の特徴を市町村国保と対比させつつ、改めて考えたい。第 1 に、財源構成が分かりやすく、負担と給付（受益）の関係が明確である。公費（税金）と保険料の割合（自己負担を除く）は 50：50 であり、公費（税金）の部分は国 25%（調整交付金の 5%を含む）、都道府県 12.5%、市町村 12.5%（施設給付の場合は国 20%、都道府県 17.5%）、保険料の部分は 22%が 65 歳以上の第 1 号被保険者、28%が 40～64 歳の第 2 号被保険者が支払う仕組みとなっている²⁴¹。

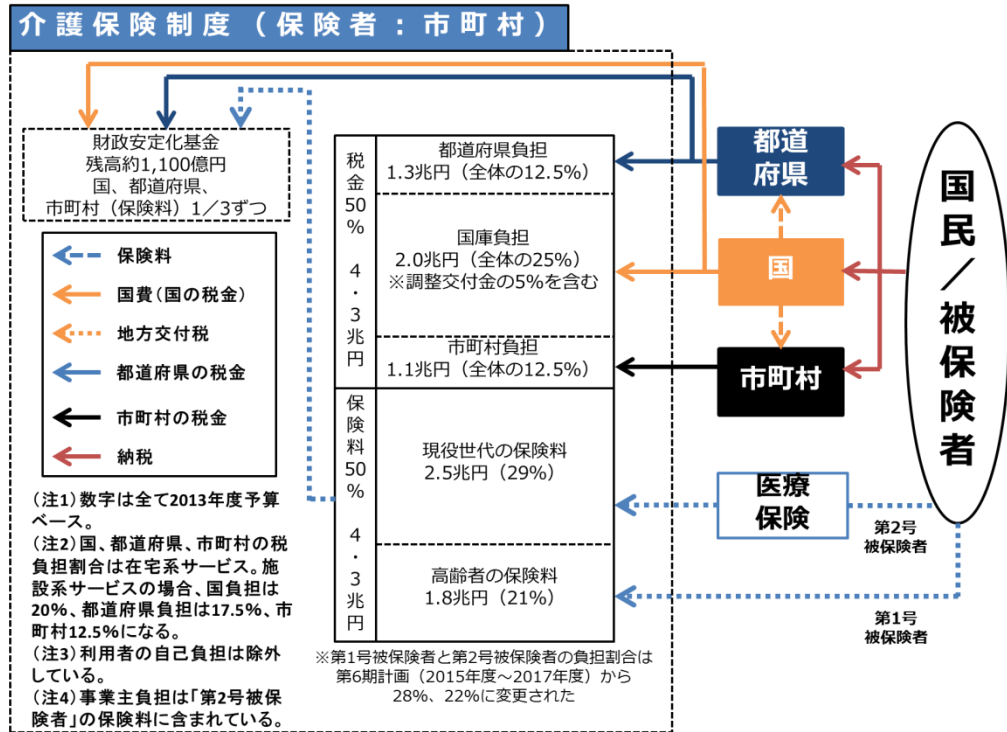
第 2 に、一般会計からの無計画な公費（税金）投入に歯止めを掛けており、保険料収入が計画を下回るか、給付費が予想を上回るなどの場合、国、都道府県、市町村が 3 分の 1 ずつ積み立てた資金を原資とする「財政安定化基金」を通じて必要額が交付・貸付される。貸付金は次の介護保険事業計画で償還しなければならないため、不足額は将来の保険料として跳ね返る仕組みとなっている。

第 3 に、住民参加の下で市町村の策定する介護保険事業計画が介護保険財政とリンクしており、3 年間の需要予想に見合う形で第 1 号被保険者の保険料を設定している。上記の特徴を持つ介護保険制度に関する公費（税金）、保険料の全体的な流れは図 22 の通りである。

²⁴⁰ 第 2 号被保険者であっても 16 種の特定疾患患者は介護保険サービスを受けられる。

²⁴¹ 第 2 号被保険者の保険料負担について、現在は加入者数に応じて決まっているが、被用者保険について総報酬制導入の是非が浮上している。

図 22：介護保険財政の全体像



出典：厚生労働省資料を基に東京財団作成

2. 介護保険制度の課題

しかし、優れた点を持つ介護保険制度だが、いくつかの課題を指摘できる。第1に、直接の受益者である第1号被保険者の支払う部分が22%にとどまっている²⁴²ため、そのほかの地域よりも介護サービスを多く利用したとしても、その分が保険料の上昇として反映されにくく、その負担を図23の通り、公費（税金）か、第2号被保険者の保険料に転嫁できる面がある。

第2に、「地方分権の先駆け」と言われながらも自治体の権限は小さい点である。サービス供給量を決定する要介護認定の基準、区分支給限度基準額、サービス事業者の指定基準、介護報酬の総額・分配ルールのを全てを国が決定しており、「市町村は単なる実施機関でしかない」との評価もある²⁴³。

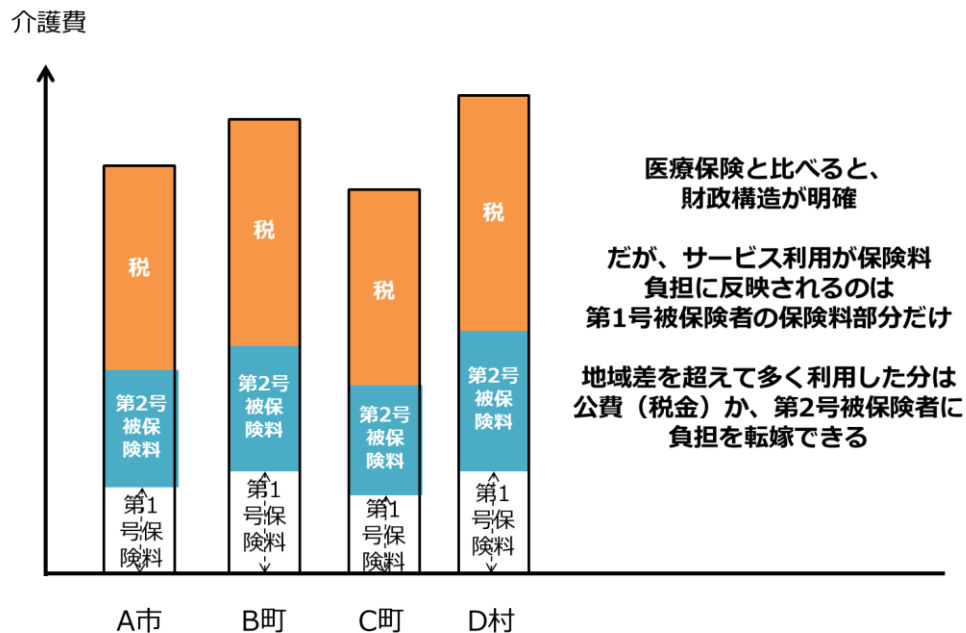
さらに、第3章で述べた医療保険と同様、漸増主義の下で制度が複雑になっている。例え

²⁴² 第1号被保険者と第2号被保険者の割合は全国の人口比で見直しており、制度発足時に保険料の負担割合は第1号被保険者が17%、第2号被保険者が33%だった。

²⁴³ 山本隆『ローカル・ガバナンス』p67。

ば、2014年の通常国会で成立した地域医療介護総合確保推進法では、①地域支援事業を改組した「介護予防・総合支援事業」の創設、②消費税収を活用して中・低所得者向け介護保険料の軽減措置を強化—などの内容が盛り込まれた。

図 23：介護保険財政に関する現状のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に東京財団作成

このうち前者については、虚弱高齢者の重度化防止を目指す介護予防事業を大幅に改革する内容で、軽度者向けの予防訪問介護、予防通所介護を介護予防事業に移管するとともに、市町村の権限で介護予防事業をできるようにした。

しかし、介護保険は元々、市町村の要支援・要介護認定を条件としている。今回の制度改革の結果、予防通所介護と予防訪問介護だけが総合事業に移管した点、要支援認定を受けている人と受けていない人が同じ事業の対象となった点など、サービス体系や負担と給付（受益）の関係は複雑となった。

後者については、保険料軽減のために国費が増額され、公費（税金）：保険料＝50：50の比率が崩れた。この結果、負担と給付（受益）の関係が不明確になりかねない。

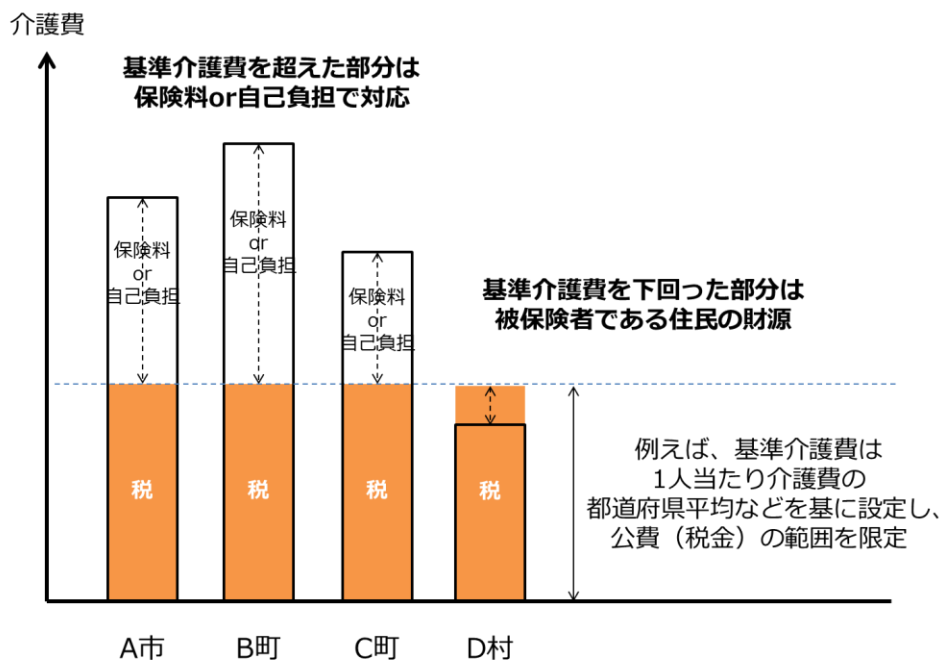
3. 制度改革の論点と方向性

以上の点を踏まえて、介護保険についても第3章及び第6章で提案した簡素な財政調整システムを導入すべきである。そのイメージは図24の通りである。

具体的には、先に触れた医療保険改革と同様、年齢階層（高齢化率）や所得水準など保険者の責任で解決できない要素は簡素な計算式でリスク構造調整した上で、住民1人当たり介護費などを参照した「基準介護費」（仮称）を国、都道府県、市町村の公費（税金）で対応し、「基準介護費」（仮称）を上回る部分については各市町村が住民から保険料または自己負担で徴収する。下回った部分については、住民及び市町村の判断で介護職員の増員や給与引き上げ、介護施設の整備などに回すことを認める。

さらに、保険料の徴収に関しても、第1号被保険者は市町村、第2号被保険者は各医療保険者が徴収しているが、医療保険制度の地域一元化に合わせて、介護保険料の徴収も市町村に一元化する。

図24：介護保険の新しい財政制度のイメージ



出典：東京財団作成

3年間の保険料と給付費を予想・設定する介護保険事業計画、財政安定化基金の枠組みは現行制度を維持する。国主導で決定している報酬の分配権限、都道府県が持つ介護事業所の

指定権限などを市町村に移譲し、介護政策を市町村の判断で決められるようにする。

さらに、市町村は第 6 章で述べた「市町村医療計画」（仮称）と一体で介護保険事業計画を策定し、地域の特性に応じた医療・介護政策を実現させる。その際、第 6 章で述べた「市町村医療介護会議」（仮称）を通じて住民参加、住民自治を徹底させる。

このことを通じて、負担と給付（受益）の関係を明確にし、住民及び市町村に対する節約インセンティブを内在させるほか、地域の特性に応じた医療・介護のベストミックスを実現し、医療費の節約を目指す。

しかし、権限移譲は地域間格差につながる可能性があるため、国はガイドラインで報酬制度や保険料、自己負担などについて基本的な考え方を示すとともに、定期的に「医療・介護白書」（仮称）の形で各地域の取り組み状況をデータで公表することで、住民が地域の介護体制について議論できるようにする。

介護保険制度の財源構造も改革する²⁴⁴。第 2 号被保険者の事業主負担については医療保険と同様に廃止し、その分を被雇用者の給与として上乗せした上で、個人所得に課税する「社会連帯税」（仮称）に改組する。その際、「社会連帯税」（仮称）は国庫に帰属させる²⁴⁵。

第 2 号被保険者の見直しも必要である。現在の介護保険は「加齢」による虚弱化リスクを社会全体で分散することを目的としており、第 2 号被保険者は一部の疾患を除いて反対給付としてのサービスを受けられない。それにもかかわらず、第 2 号被保険者は保険料の負担を義務付けられており、限りなく租税に近い性格を持つ。

第 2 号被保険者の線引きを 40 歳以上で区切っている点についても、その理由として政府は「老化による虚弱が始まるため」などを挙げるが、蓋然性は見られない²⁴⁶。

制度改革の方向性として、第 2 号被保険者の対象年齢を引き下げるとともに、給付対象の疾病・障害範囲を広げることで、介護保険法と障害者総合支援法の併給を認めるなどの改革を検討すべきである²⁴⁷。

²⁴⁴ 「介護予防・総合支援事業」は負担と給付（受益）の関係を不明確にするため、段階的に廃止し、軽度者の区分支給限度基準額を減らすなどの方策を通じて給付を抑制する。

²⁴⁵ 「社会連帯税」（仮称）の税収を医療・介護給付費の特定財源とするとともに、市町村に分配される公費（税金）の財源に回すことを検討する。

²⁴⁶ 和田勝編著『介護保険制度の政策過程』pp18-19、pp141-145。

²⁴⁷ 2006 年改革に際して、被保険者の範囲を 20 歳まで引き下げる構想とともに、障害者自立支援法（2013 年から障害者総合支援法に改組）と統合する議論が浮上したが、障害者団体の反発などで断念した。65 歳以上の障害者は障害者総合支援法から介護保険法のサービスに原則として移行するルールであり、移行時の課題も指摘されている。

医療保険の制度改革に向けて
～地域一元化と住民自治の充実を～

2015年6月発行

発行者 公益財団法人 東京財団

〒107-0052 東京都港区赤坂 1-2-2 日本財団ビル 3F

Tel 03-6229-5504 (広報渉外) Fax 03-6229-5508

E-mail info@tkfd.or.jp URL <http://www.tokyofoundation.org>

無断転載、複製および転載を禁止します。引用の際は本書が出典であることを必ず明記してください。
東京財団は、日本財団およびポートルース業界の総意のもと、ポートルース事業の収益金から出捐を得て設立された公益財団法人です。

公益財団法人 東京財団 | 政策をつくる・人を育てる・社会を変える

〒107-0052 東京都港区赤坂1-2-2 日本財団ビル3階 | tel. 03-6229-5504 fax. 03-6229-5508 E-mail: info@tkfd.or.jp



東京財団ライブラリ

政策提言・報告書のデジタルデータは、下記 URL よりダウンロードできます。
<http://www.tkfd.or.jp/about/library.php>