

第1部  
解説  
篇

日本経済新聞社編集委員  
大林 尚



## 第1章 社会保障・税一体改革

『健保連八十年の歩み』の解説篇を執筆するにあたり、主に平成25（令和4年度）の10年間の社会保障制度改革や医療制度改革を振り返るとき、どうしても外せない視点をひとつあげるとすれば、それは民主党政権が着手した「社会保障・税一体改革」であろう。これは消費税の標準税率を、それまでの5%から段階的に10%へ引き上げる大型増税の実現と、それによって得られる税収について、医療給付費を含む社会保障給付費のなかでどう配分するか、というかつてない壮大な一体改革であり、健保連はこの10年間、多かれ少なかれ、また直接的か間接的かを問わず、政府と与党が一体改革を推し進めるなかで活動してきたからである。

このような問題意識を踏まえて本論に入る前に、一体改革の成り立ちと帰趨をごく簡単に整理しておきたい。

政治を舞台にした一体改革の本格的な始動を告げる号砲は、平成24年11月14日、与党民主党と野党第1党である自民党との党首討論の最中に与野党の議員席から湧き上がった「うおーっ！」というどよめきであった。

場所は衆議院の第1委員会室である。民主党代表の野田佳彦首相は、自民党の安倍晋三総裁に対して衆議院の議員定数を削減する法案に自民党が賛成することを条件に「決断したくなくならば、私は今週末16日に（衆議院を）解散してもいいと思っている」と述べたのだ。解散を強く求めていた安倍氏もこの想定外の発言があっさりと出てきたことには、いささか面食らったようだったが、やや間を置いて、受けて立つと応じた。

野田首相はその言葉どおり11月16日に衆議院を解散した。投開票日は師走半ばの12月16日に設定された。この選挙戦で安倍総裁率いる自民党は地滑り的な圧倒的完勝をおさめる一方、民主党の議席数は解散前の230議席から57議席へと激減した。平成21年9月以来、3年あまりに及んだ民主党政権への、有権者の絶望を表す選挙結果といつてよからう。

この歴史的な惨敗の責任をとって野田内閣は総辞職した。そして暮れも押し迫った12月26日、自民党は公明党とともに、およそ3年ぶりに政権与党に返り咲いた。両党連立による第2次安倍晋三内閣の発足である。

そこから時計の針を1年あまり巻き戻そう。平成23年9月に首相に就いた野田氏は早速、社会保障・税一体改革を実現させる方針を明言した。消費税率を5%から10%へと大幅に増税するという宣言である。首相になる前、野田氏は民主党政権の財務副大臣、財務相の任にあった。政権発足以降、一貫して税・財政政策の舵取りを担ってきたわけだ。その間に財務官僚から国家財政の窮状をことあるごとに聞かされてきた。また長寿化による高齢者人口の爆発的な増大という人口構造の大変化を考え、社会保障財源としての消費税の重要性を理解したのもこのときだった。

かつて野党時代は消費税増税に対して強い反対の論陣を張り、一体改革の布石となる法案にも反対票を投じた野田氏であったが、財務省の副大臣、そして大臣としての経験が首相として一体改革の先頭に立つことを決断させたといつてよからう。

一体改革の手続きは以下のように進んだ。平成23年12月、野田政権の関係5閣僚によって一体改革の素案骨子が決定された。翌24年1月に政府・与党は合同で社会保障改革本部の会合を開き、一体改革素案を正式に決定した。このとき首相を支えたのは、副総理として一体改革を指揮した岡田克也担当相である。この後、民主党内に造反議員が出るなど曲折はあったが、野田政権は24年3月に消費税の増税案を含む税制抜本改革法案を閣議決定し、国会に提出した。国会は8月にこの法案を可決し、消費税の標準税率を26年4月に5%から8%へ、27年10月に8%から10%へと、2段階で引き上げるといふ近年にない超大型の増税が法定されることとなった。

民主党と自民・公明両野党との3党合意により、消費税増税によって見込まれる大幅な増収分の使途を含めて社会保障改革を検討するための「社会保障制度改革国民会議」を首相官邸に設置することなどを盛り込んだ社会保障制度改革推進法案（議員立法）も併せて国会で成立した。余談になるが、民主党などの当時の与党内には、こんな大型増税に賛成できないと離反する議員が少なからず出た。しかし、自らの政治生命を懸けた野田首相の強いリーダーシップにより、この大型増税の実施が決まった。歴史に「イフ」はないが、

もしこのときの政権与党が自民党であったなら、こう「すんなり」消費税の大型増税法案が成立していたとは考えられない。その点で、健保連など医療費の支払側にとっては、政治的な巡り合わせの妙があったといえるだろう。

## 第1節 健保連における一体改革への対応

社会保障・税一体改革の源流は2000年代初めの小泉政権時代に提起された歳出・歳入改革である。少子高齢化の加速とともに、国の歳出のなかで大宗を占めるのが社会保障費となった。そのための歳入を増大させる主たる手立てとして最も有力視されたのが消費税収である。つまり歳出は社会保障費を指し、歳入は消費税収を指すわけだ。

この理念にもとづき、社会保障・税一体改革の名のもとに、消費税を増税し、必要な社会保障財源を賄おうという壮大な構想であった。ここで言う社会保障財源は、基礎年金の国費負担が代表格であるが、赤字国債の発行によって調達していた分の一部について、政府債務ではなく税財源、つまりそのときの納税者から徴収する裏づけある財源で賄うよう社会保障給付の構造を変えることを含んでいた。今の世代が消費する社会保障費は、今の世代の負担で、という考え方を徹底させる一歩であったと総括できる。

もともとこの一体改革によって医療保険財政の収支が改善し、企業の健保組合にとってプラスの材料がもたらされることが確約されたわけではなかった。以下、健保連の一体改革への対応を振り返ってみたい。

### ●主張の柱は過重な拠出金負担の軽減

一体改革による消費税増税の増収分の一部は、高齢者が使う医療費に重点的に充当し、結果、健保組合にとって過重な拠出金負担を軽減すべきというのが主張の柱だ。特に75歳以上の後期高齢者は一般に、病気や怪我をする確率が現役世代よりも高く、保険料の負担能力は現役世代よりも低い。後期高齢者医療制度はそもそも保険原理が働きにくい構造となっている。このため、増加を続ける高齢者医療費の財源は保険原理を前提とする健康保険料よりも、所得再分配を主たる目的とする消費税などの税財源（公費）を主軸に拡大し

ていくことが理にかなっているだろう。一体改革は健保連にとってそのような負担像を実現する第一歩になるはずだった。

だが、物事はそう順調に運ばない。健保組合への逆風はかえって強まっていた。健保連が問題視したのは、後期高齢者支援金も含めて、高齢者医療制度に対して現役世代が負担する健康保険料からの拠出金が過重になっていったことである。それまで、後期高齢者医療制度に対する支援金の負担方法は、それぞれの保険者の加入者数に応じて決まる加入者割を原則にしていた。健保組合と全国健康保険協会（協会けんぽ）を比べると、加入者の平均的な所得は協会けんぽのほうが低い。このため協会けんぽは、多くの健保組合や公務員などの共済組合より保険料率を高く設定している。

### ●後期高齢者支援金の総報酬割延長法案が成立

こうした状況のなかで、厚生労働省は加入者の平均年収が高ければ後期高齢者医療制度への支援金負担を重くする総報酬割への移行を画策した。端的に言えば、後期高齢者医療制度への支援金について、健保組合を狙い撃ちするように負担を高めるのが、この総報酬割である。厚生省はまず平成22年度から3年間の時限的な特例として支援金総額の3分の2に加入者割を、残り3分の1に総報酬割を適用することにした。これによって協会けんぽの支援金負担は相対的に軽くなり、その分、政府は支援金に投入する国庫負担を減らすことが可能になった。この健保組合などの負担増で捻出した国庫負担を活用して、協会けんぽの給付費に充てる国庫補助率を13%から16・4%へ引き上げた。健保連が強く批判する保険料による国庫負担の「肩代わり」の構図である。

医療費のあり方をめぐっては、抑制を主張する財務省と、日本医師会を核とする医療団体の意向を背に受けて抑制に慎重なスタンスの厚生省とは、対立関係にあるのが常だ。しかし、総報酬割の導入については、医療費に対する国庫負担の増大を抑えたい財務省と、財政面で相対的に恵まれている健保組合などの負担を重くしてもいいと考える厚生省との思惑が一致した。

健保連は孤軍奮闘を強いられていた。特例期間の終了後は総報酬割を全面的に導入するのが厚生省の思惑であった。これに対する健保連の主張は、本来であれば、健保組合などの負担増を伴う国庫負担肩代わりの

手法ではなく、国の責任で財政支援をすべきである。増大する高齢者医療費に対しては、消費税収などで支える範囲を拡大すべきであり、現役世代の健康保険料からの拠出の拡大という安易な手段に頼るのは容認できない、というものであった。

にもかかわらず、政府が平成25年3月に国会に提出した健康保険法の改正案は後期高齢者支援金の3分の1総報酬割を25、26両年度の2年間にわたって延長する内容を含んでいた。同法案は5月に自民・公明両与党の賛成多数で成立した。

これに対して健保連の平井克彦会長は「極めて遺憾である」と強い抗議の意を表明するとともに、参院厚生労働委員会での附帯決議にもとづいて健保組合に対する政府の財政支援の継続・充実を求めた。また、健保組合などからの拠出金に過度に頼ることなく、高齢者医療制度の財政基盤の安定に資するよう、公費（税財源）投入の拡大を実現させるよう政府に要請した。健保組合の支援金・納付金等の負担は、平成26年度に保険料収入に占める割合が43・8%に上昇した。これは、健保組合が被保険者とその扶養家族の医療費として支出する額との差が一段と縮小したことを意味するものだ。

平成27年度の政府予算案の編成と同時並行的に厚生省が進めた健康保険法を核とする医療保険制度改革関連法の改正作業では、「負担能力に応じた公平な負担」との考えのもと、都道府県単位化される国民健康保険の財政基盤を強化するための財源を確保する必要があることから、厚労・財務両省は総報酬割について3分の1の適用から全面適用に移行させるよう主張した。また政権の経済財政政策の司令塔機能を担う内閣府の経済財政諮問会議の民間議員も全面的な導入を求めている。これは、経済財政諮問会議の機能がかつての小泉純一郎政権時から変質し、大所高所からの独自見解を述べるよりも、そのときの政権の立ち位置をおもんばかるようになったことを意味している。

#### ● 全面総報酬割導入、国保財政への充当を批判

一方、健保連の立場は、総報酬割そのものに反対しているわけではなかったが、何よりも強く反発したことは、全面総報酬割の導入によって浮くことになる協会けんぽに対する国庫負担分を国民健康保険に投入する案で、本来、国が担うべき国民健康保険への国庫負担を被用者保険に押しつけるものだ、と厳しく追及し

た。また同法案は最も重要な課題である高齢者医療費の費用負担に関する抜本改革を想定しておらず、看過できないと主張した。これらの意見は筋が通っており、当然であろう。いくぶん技術的な面も含むが、その要諦は以下の4点に集約できる。

① 国民健康保険の前期高齢者に関する財政収支は黒字であり、前期高齢者納付金は現役世代の医療給付費にも使われている。前期高齢者財政調整は、前期高齢者自身の保険料と公費で賄いきれない部分について、納付金で支える仕組みにすること

② 後期高齢者支援金は前期高齢者納付金の算定対象から外すこと

③ 前期高齢者納付金を見直し、公費投入により負担軽減を図ること

④ 後期高齢者支援金に対して全面的な総報酬制を取り入れることに伴って協会けんぽの国庫負担は軽減される。この軽減分は財政状況が窮迫している健保組合などの負担軽減に充てること

だが、前期高齢者納付金の仕組みのなかに過重な拠出金負担を国費で軽減するための特別負担調整が新設され、財政支援の拡充がなされたものの、国会審議を通じて健保連の主張の多くの部分が法律に反映されることはなかった。結局、医療保険制度改革関連法案は平成27年5月、自民・公明両与党などの賛成多数によって可決・成立した。これに伴い、後期高齢者支援金の総報酬割は27年度に3分の1から2分の1へ、28年度に3分の2へ、さらに29年度には全面的に適用する政府の方針が確定した。

同法案の成立を受け、健保連の大塚陸毅会長はコメントを発表した。健保組合などの過重な拠出金負担を国費により軽減する仕組みが創設されることを評価しつつも、「後期高齢者支援金の全面総報酬割によって生じる国費財源の7割相当を国保の財政対策に転用するとしたことは、国の財政責任を現役世代の保険料負担に転嫁する『肩代わり』そのものであり、極めて遺憾である」と強く批判した。一方で、衆参両院の厚労委員会で附帯決議を採択したことについては「健保組合・健保連一体となった活動が一定の成果をあげた」などと評価したうえで、「医療保険制度の持続可能性を追求するために抜本改革の断行を求めた。

抜本改革が不可欠だという掛け声は、古くから聞かれる。しかし実際に真の抜本改革が成就した試しが多くないのは、歴史が教えるところだ。健保連が主張する抜本改革を成し遂げるためには、健保連自身が諦めず、粘り強く声をあげ続ける必要があるのは、言うまでもない。



## 第2節 政権交代後の社会保障制度改革国民会議

野田佳彦首相の政治決断とそれに続く民主・自民・公明の与野党3党による合意により、消費税増税による政府の増収分を社会保障の各分野にどう割り当てるか、そして社会保障をどのように改革するかを審議するための社会保障制度改革国民会議が首相官邸に設置された。この会議の会長には慶応義塾長であった清家篤氏が選任された。会議の事務方を事務局長として率いたのは厚労省の老健局長や社会・援護局長などを歴任した中村秀一氏である。

### ●改革方針は継承

当然のことながら、この会議は第2次安倍政権にもそのまま引き継がれた。消費税率を10%に引き上げる社会保障・税一体改革は、その過程で政権交代があったとしても改革の方針を堅持するという与野党合意の成せる技である。これは、1999年の年金改革にあたって与野党首がひざ詰めで改革案を策定し、その成案について政権交代を乗り越えて成就させたスウェーデン政治の前例を見ならつたものと位置づけられ、大いに評価に値しよう。

社会保障改革や税制改革はおしなべて納税者に負担を求めたり、高齢者などの社会保障給付を抑制したりと、有権者に痛みを強いる内容が少なくない。このため改革のあり方は選挙の争点になりやすく、野党側は有権者に痛みを求める政府側の改革案を標的にして与党を攻めがちになる。与党も野党側の攻撃に耐えかねて政府案を批判する側に回ったりすることもありがちだ。いずれにしても、痛みを避けようとする方向性を支持する有権者が増えれば、改革は頓挫する可能性が高まる。21世紀に入り、人口構造の少子化と長寿化が同時に加速し始めた日本では、医療制度改革や年金制度改革をめぐってこのような事態が繰り返されてきた。しかし、これではいつまでたっても改革を成し遂げることは難しいという危機感を抱いた3党党首が合意した成果のひとつが社会保障・税一体改革であった。

社会保障制度改革国民会議は発足時の首相が野田佳彦氏だったこともあり、当初は民主党が選挙公約で掲

げていた最低保障年金の創設や後期高齢者医療制度の将来像を協議することが想定されていた。しかし、自民・公明両党への政権交代を経て、協議はより実質的な内容に傾斜してゆくことになる。

前述のように、一体改革は消費税率を2段階で引き上げると法定していた。まず平成26年4月に税率を5%から8%へ引き上げる段取りである。財務省は消費税率1%の引き上げによって、1年間におよそ2兆8,000億円の増収になると見込んでいた。税率が10%に到達した暁には、増収額は単純計算で年間14兆円の増収になる。この巨費を社会保障分野にどう割り当てるかを含めて社会保障各分野の改革を議論するの  
が、国民会議に与えられた最大の使命であった。

国民会議の定員は20人。当初は15人で発足したが、国会議員も委員になることが可能とされていた。その構成について、民自公は3党合意で経団連や日本医師会など社会保障や税制について利害関係をもつ団体の代表は除くと合意していた。第2次安倍政権の発足に伴い、利害代表を加えるのではないかとの観測も一部にはあったが、安倍晋三首相は3党合意を尊重して追加を見送った。

3党合意によって国会で成立した社会保障制度改革推進法にもとづき、国民会議の設置期限は平成25年8月21日と定められた。ただし、それまでの間には参議院議員選挙が予定されていた。選挙戦で野党が政策を競う場面では、国民会議の開催は休眠させざるを得ない。会議の進行は極めて窮屈な日程を余儀なくされることになった。当時、ある委員は「一体改革に関する3党合意のうち、具体策を決めていない医療分野などの細々とした改善案を決めるだけではないか」と話していた。

安倍首相は金融・財政・成長戦略の「3本の矢」で構成するアベノミクスの実現に邁進する一方、社会保障・税の改革にはいくぶん距離を置いていた。平成25年1月に国会で行った所信表明演説でも、首相は一体改革に触れなかった。

背景には厚労省への不信感があった。若かりし頃に自民党社会部会長（現在の厚生労働部会長）の任にあった首相は、年金・医療政策に通じているという自負がある。ところが第1次安倍政権のとき、民主党が追及した「消えた年金記録」の問題に翻弄された。厚労官僚らは政権を支える余裕はなく、それどころか旧社会保険庁の失態が次々に明るみに出る体たらくであった。これがもとになり、自民党は参院選で惨敗を喫し、安倍首相は退陣に追い込まれた。安倍首相にこの重大な蹉跌さつてつをもたらす原因をつくった厚労省は、首相

からみれば「戦犯」であった。同省への首相の不信は官邸人事にも表れた。厚労省は民主党政権のときに出していた首相秘書官のポストを第2次安倍政権で失った。当時、同省のある幹部は首相と政策について話す時間がなかなかとれないと嘆いていた。首相の関心が一体改革へ向かなければ、議論が深まるはずもなからう。

#### ●健保連が国民会議に出席し意見表明

こうした厳しい情勢のなかで、健保連は一体改革に対する基本的な考え方を表明するために、白川修二専務理事が4月に開かれた国民会議に出席した。この日の国民会議は「医療・介護」をテーマに集中審議し、健保連など健康保険の関係4団体から意見を聴いた。この席で白川専務理事は主に次の2点について総報酬割に対する見解を述べた。第一は、後期高齢者支援金の全面的な総報酬割の導入によって協会けんぽへの国庫負担が削減される分を健保組合などの負担で実質的に肩代わりするやり方は断固として容認できないというものだ。第二は、仮に総報酬割を導入するならば、現役世代が払う健康保険料の負担軽減につながるよう高齢者医療制度への公費負担の拡充とセットで議論すべきであるというものだ。この2点は健保連としてかねてから一貫して主張してきた譲れない一線であった。

また、高齢者医療制度の見直しについては、70歳以上の患者窓口負担を原則2割とすることや、後期高齢者医療制度の公費負担割合を5割に拡充することなどを提案した。国民会議が扱うテーマは医療、介護、年金、少子化対策の4分野それぞれについて広範かつ多岐にわたった。特に医療分野では、医療提供体制のあり方について地域包括ケアシステムの推進などにみられるように、一定の方向性を見いだしたが、医療保険制度のあり方については国民健康保険の都道府県単位化を視野に入れたために、現在の構造的な財政問題はどう解決すべきかという議論に偏重したきらいがあった。

#### ●高齢者医療制度改革の議論は深まらず

結局、国民会議の清家会長は高齢者医療制度のあり方という根本的な政策課題を提起した健保連側の意向をほとんど素通りするかたちで議事を進行していったといつてよからう。窮屈な日程のなかで、半ば結論あ

りきのような議事進行だった。それは、安倍首相自らが国民会議への関心を失っていたことと無縁ではない。振り返ると、国民会議は野田民主党政権のもとで2回開き、同年12月の衆議院総選挙―安倍政権の誕生を経て平成25年1月に再始動した。

法にもとづく首相直属の重要な会議にもかかわらず、安倍首相が出席したのは再開時の1度だけ、それも冒頭10分ほどであった。首相は冒頭の挨拶で「自助」「自立」を第一に考えて将来の社会保障像を探るよう会議に求めた。この背景には、共助（社会保険）や公助（税による所得再分配）を重視した民主党との違いを際立たせたいという思惑があった。

国民会議が「全面総報酬制の導入に伴って国庫補助が減る分は国民健康保険の財政対策に転用すべき」との方針を提起したのを受け、厚労相の諮問機関である社会保障審議会の医療保険部会でもこの問題が取り上げられた。白川専務理事ら被用者保険の関係5委員は連名で意見書を策定し、5月24日に国民会議の会長代理でもあった遠藤久夫・医療保険部会長に提出した。

意見書は、後期高齢者支援金の全面総報酬制導入に伴う国庫補助の削減分を国民健康保険の財政対策に転用するやり方について「短期的な弥縫策」などと強い調子で非難した。さらに、本来打ち出すべき改革の方向性として、消費税増税による増収分を活用した高齢者医療制度への公費投入の拡充、医療費の重点化・効率化、国民健康保険と被用者保険の共存による保険者機能の発揮などを指摘した。

国民会議が報告書をまとめたのは平成25年8月である。その結論は、首相の意に反して共助を主体にするというものであった。報告書は共助を「自助の共同化」と解釈して首相に配慮する姿勢はみせたものの、この理屈には無理がある。

報告書をひもとこう。日本の社会保障制度は社会保険方式を基本とし、税財源による公費（国庫負担）の投入は低所得世帯などへの負担軽減などに充てるべきなどと述べられている。また現在に至る「全世代型の社会保障」への転換や将来世代の負担をできるだけ軽減すること、などを基本的な考え方としてあげた。さらに、例えば医療費の窓口負担について高齢者の負担割合を軽減する年齢別制から「負担能力に応じて負担する仕組み」への転換なども提唱した。

このうち「負担能力に応じた負担」は、のちの菅義偉政権のもとで後期高齢者の一部について窓口負担の

割合を1割から2割に引き上げる改革が曲がりなりにも実現した。これについては章を改めて詳述することとしたい。

### ●医療提供体制改革に基金創設

医療分野では消費税の増税分で基金（ファンド）を創設して民間病院などにお金を配ることが明記された。日本の医療提供体制にとっての長年の政策課題である病床再編をどう推し進めるか、に応えようとしたものであった。

長寿化の進展に伴う高齢者人口の増加で、生活習慣病などの患者に対応した慢性期病床やリハビリテーション施設を増やす必要が高まっているのは、よく知られているところだ。だが民間病院の多くは急性期病床が主体である。戦後第1次ベビーブームの昭和22～24年に生を受けた団塊の世代のすべてが後期高齢者になる2025年を目標に、厚労省は病床を再編したいと考えていた。疾病構造の変化に合わせて医療体制を転換させるのは、理にかなった考え方である。

この基金に限らず、報告書には結論ありきの記述が散見された。後期高齢者支援金について企業の健保組合などの負担を増やすことや、厚生年金の支給開始年齢の引き上げには当分の間、手をつけない、などが決まっていた。いずれに対しても異論を唱える声は封印された。

### ●国民会議報告書は「改革への期待を裏切るもの」

この半ば結論ありきの報告書に対し、健保連は報告書が取りまとめられた翌日（8月7日）に平井克彦会長がコメントを出した。報告書は「改革への大きな期待を裏切るもの」と強く批判したうえで、消費税を増税するにもかかわらず高齢者医療制度に対する公費投入の拡充を繰り返し訴えてきたことが反映されなかったことについて「極めて残念である」と総括した。さらに、後期高齢者支援金の全面的な総報酬割の導入によって削減されることになる国庫補助の財源を国民健康保険への補填に転用するやり方に対しても「強く反対する」と表明した。

国民会議の医療保険制度改革に対するスタンスは結局、今そこにある「構造的な財政問題」に関する議論

に偏重し、健保連が一貫して提起してきた高齢者医療制度の費用負担に関する議論はほとんど避けて通ったということであろう。

健保連はこれを受けて翌8日、医療制度等対策委員会に常任理事会の構成員を加えた拡大会議を臨時開催し、報告書の内容について改めて厚労省から説明を受けた。拡大会議は健保連として報告書の評価作業に着手し、以後の対応を具体化することで結論の一致をみた。

安倍首相は平成25年10月1日、首相官邸で政府・与党政策懇談会を開き、26年4月から消費税率を8%に引き上げると正式に表明した。

首相は「国の信認を維持し、持続可能な社会保障制度を次の世代にしっかりと引き渡していくため、消費税率を5%から8%に引き上げる判断をした」と話した。安倍政権はその後に関議で消費税増税に備えた5兆円規模の経済対策を決定した。その柱は設備投資や賃上げを促す企業向け減税であった。

#### ●社会保障充実には消費税増収1%分

消費税率を10%に引き上げたときの増収分については、およそ4%分(11兆2,000億円程度)を「社会保障安定化」の名のもとに、基礎年金給付に対する国庫負担割合を3分の1から2分の1へ恒久的に引き上げるための財源に充てることとし、残るおよそ1%分(2兆8,000億円程度)を年金、医療、介護、子ども・子育ての社会保障4経費を充実させるための経費に充当することが改めて確認された。

やや余談になるが、この「社会保障安定化」を大づかみに捉えると、これまでは赤字国債を発行するなどして給付に充てていた分、つまり政府債務などによる社会保障費を消費税財源という現世代の税負担に振り替えるというものである。これは、これだけの大型増税をしても社会保障サービスの水準が以前より向上することに直結するわけではない。端的に言えば、社会保障サービスの水準向上に資するのは、残る消費税率のおよそ1%分、つまり約2兆8,000億円だけである。

政府債務という将来世代へのつけ回しで社会保障費を賄う変則的な事態を、本来あるべきかたちに戻す第一歩と評価できるが、納税者からみれば、税負担が増大するにもかかわらず、社会保障サービスはそれに見合っただけという不満を抱くことになった。この点について、民主党政権の時代から政府、とりわけ

厚労省や財務省が納税者や社会保障サービスの受益者に対し、十二分な説明責任を果たしたとは言い難いのではない。一体改革担当相として野田首相を支えた岡田克也副総理も当時、説明を尽くす必要について言及していた。要は、日本の国民負担のあり方は、税負担を引き上げてもそれが社会保障サービスの向上に直結しにくい構造問題を抱えているのである。

その点で、国民会議が必要な説明責任を果たしたかについても厳しく問われるべきであろう。同時に、これは今後、日本がポスト社会保障・税一体改革を展望するとき、政治リーダーが心しておくべき命題になるであろう。

### 第3節 社会保障改革プログラム法の成立

平成25年12月5日、参院本会議で社会保障制度改革の道程を記載した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」が与党などの賛成多数で可決、成立した。通称「社会保障改革プログラム法」と呼ばれる法律で、今後の社会保障制度改革の全体像と方向性、進め方などを法的に明示した。

#### ●改革の検討項目、実施時期、国会提出時期を明示

負担と受益の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るために、医療・介護などの改革について、①改革の検討項目、②改革の実施時期と関連法案の国会提出時期を明らかにしている。プログラム法そのものは各制度の具体的な改革事項を規定しているわけではないが、年金・医療・介護・少子化対策の社会保障4分野について、同法が規定する方向性に即して改革を検討するという法的責任を政府が負うというのが、厚労省の説明である。

まずはプログラム法が成立するまでの経緯を健保連の対応を交えて振り返ってみよう。

民主党政権時代の平成24年8月に国会で成立した社会保障制度改革推進法には、社会保障制度改革国民会議の議論の内容などを踏まえ、必要な法制上の措置を法施行後1年以内に講ずることが明記されていた。まさにその期限である25年8月21日、安倍晋三政権は国民会議の報告書を反映させた「法制上の措置の骨子に

ついて」を閣議決定した。この骨子にもとづき、社会保障制度改革の全体像、検討事項、改革の実施時期とそれに伴って必要になる法案の提出時期のめど、政府などの改革推進体制を明記したものが、プログラム法案であった。安倍政権は同法案を10月に閣議決定し、開会中の臨時国会に提出した。

### ●「社会保障制度改革に対する健保連の考え方」を発表

この政権内の動きに対して健保連はどう対応したのか。「法制上の措置の骨子について」の閣議決定を受け、平成25年9月12日の常任理事会で「社会保障制度改革に対する健保連の考え方について」と題する文書を策定し、記者会見して公表した。

このなかで健保連は医療保険制度改革について、①高齢者医療の負担構造の改革、②医療費適正化の仕組みの構築、③後期高齢者支援金の全面総報酬割は公費の拡充とセットで考えるべきであり、これに伴って生じる財源を国民健康保険に転用する方策には断固反対、④国民健康保険の都道府県単位化は望ましいが、併せて前期高齢者の財政調整を見直すべき、⑤70～74歳の患者窓口負担は早期に法が定める本則の2割に戻すべきであり、75歳以上の後期高齢者も2割負担への引き上げを検討すべき、⑥高額療養費の見直しは財政中立が基本などを主張した。

このほか医療提供体制に関しては、総合診療医の養成・育成、医療機関へのフリーアクセスの一定の制限、医療のICT（情報通信技術）化などを提唱している。この3点は、新型コロナウイルス感染症のパンデミック（世界的大流行）のなかで、日本の医療提供体制の弱点として浮かび上がった政治的な課題への解決策に通じる画期的な主張といえ、健保連の考え方は先見の明があったと評価できる。なお、コロナ後の日本の医療提供体制の課題は、章を改めて詳述することにした。

さらに、介護保険制度改革に関しては、一定以上の所得者の利用者負担の見直し（引き上げ）などの検討課題について、大枠でその方向性を支持する一方、介護納付金の総報酬割導入については、引き続き反対する方針を示した。

次に、臨時国会に安倍政権が出したプログラム法案の細目をみてゆこう。



### ●全面総報酬割など検討項目、高齢者医療改革は必要に応じ検討

まず医療提供体制については、病床機能報告制度、地域医療ビジョン、財政支援制度などが検討事項とされ、平成26年の通常国会への法案提出をめざして必要な措置を29年度までをめどに順次、講ずることとした。

医療保険制度改革の検討事項は、国民健康保険の財政支援と都道府県単位化、協会けんぽに対する特例支援措置終了後の対応、後期高齢者支援金の全面総報酬割導入、国保組合への国庫補助見直し、70〜74歳の患者窓口負担見直しと併せた高額療養費の見直しなどがあがっていた。これらについては、実現へ向けて平成27年の通常国会への法案提出をめざし、29年度までをめどに必要な措置を講ずることとした。また、高齢者医療制度のあり方などについては、これらの検討事項とは別に、必要に応じて見直しに向けた検討をすると明記されていた。

### ●介護納付金総報酬割は後期支援金の状況踏まえ検討

介護保険制度改革についてもみてゆこう。プログラム法案は、地域包括ケアシステムの構築、要支援認定者に対する支援の見直し、一定以上の所得者の利用者負担見直し（引き上げ）、補足給付の見直し（縮小）、特別養護老人ホームへの給付見直しなどを検討事項として明記した。第6期介護保険事業計画（平成27〜29年度）がスタートする27年度をめどに必要な措置を講ずべく、26年の通常国会に関連法案を提出することとされた。

なお、介護納付金に対する総報酬割の導入については、これらの検討事項とは別に、後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入に関する検討状況などを踏まえて検討し、その結果にもとづいて必要な措置を講ずることとされた。蛇足ながら、厚労省としてはこの時点で介護納付金への総報酬割導入を既定方針にしていたとみて差し支えなからう。

プログラム法案には、これら一連の医療・介護などの制度改革を推し進めるための政府内の体制として、首相と関係閣僚で構成する「社会保障制度改革推進本部」並びに民間の識者などから成る「社会保障制度改革推進会議」を新設することが盛り込まれていた。健保連はこれらの内容について、平成25年10月25日に医

療制度等対策委員会を開き、その席で厚労省担当者から聴取した。

同法案は先述のとおり12月5日に成立した。健保連が最も重要な課題に掲げてきた高齢者医療制度の公費負担の拡充などに関しては、一連の改革検討事項とは別に、高齢者医療制度のあり方について必要に応じて見直しに向けた検討をする旨が明記された。健保連にとっては、数少ない明るい材料のひとつといえるだろう。

### ●当面の論点は高額療養費、70〜74歳の患者負担

さて、厚労相の諮問機関である社会保障審議会の関係各部会では、プログラム法案の成立を待つことなく、それぞれの分野の検討事項について議論が始まっていた。

例えば事務局の厚労省保険局は平成25年10月7日の医療保険部会にプログラム法案の検討事項のうち、法改正を必要としない①高額療養費の見直し、②70〜74歳の医療費の窓口負担の見直し―を提案した。このうち、①は所得区分を3区分から細分化して負担能力に応じた自己負担の限度額を設定する3案であった。また②は1割負担の軽減措置を段階的に法が定める本則の2割負担に戻すものだった。保険局は、①②をセツトで実施するという意向を持っていた。

健保連の白川修二専務理事はこの席で①について、低所得者の負担軽減を図ろうとするなら上位所得者の負担が増えるのはやむを得ない。ただしその負担増減のバランスは考慮すべきだなどと指摘した。さらに、見直しの影響で拠出金の負担が上がるが見込まれる。このため、高齢者医療制度の負担のあり方も議論すべきだ、と表明した。

同部会の議論や与党関係部会の意向を受けて、政府は①について3区分を5区分に細分化する案を採用し、平成27年1月1日から実施すること、また②に関しては26年4月以降に70歳になる人から段階的に、法が定める本則の2割負担に戻す（引き上げる）こととし、25年の暮れも押し迫った12月24日にこの制度改革の実施を織り込んだ26年度政府予算案を閣議決定した。

## ●介護保険部会で法案提出に向けて議論

一方、社会保障審議会の介護保険部会では、プログラム法案に規定された検討事項とともに、事務局の厚労省老健局は検討事項とは別扱いをされるとされていた介護納付金の総報酬割導入もテーマに取り上げた。これに対して健保連の布施光彦副会長は平成25年9月12日の常任理事会で策定した「社会保障制度改革に対する健保連の考え方」をベースに、介護保険部会に臨席した。

同部会は同年12月20日にこれまでの議論を整理した意見書をまとめた。意見書は、主な検討課題について具体化を図り、速やかに法制上の措置を講ずるよう求める一方、健保連が強く反対した介護納付金に対する総報酬割の導入については、部会内に多数の賛成意見が存在したが、プログラム法で後期高齢者支援金の全面総報酬割の検討状況を踏まえて検討することとなっていることから、引き続き必要な課題として位置づけられることになった。布施副会長は意見書全般について「制度の持続可能性を重視して議論に臨んだ健保連の意見が反映されたものだ」と評価したうえで、「(国会が)法案を成立させ、着実に実行されることを期待する」と語った。

その後、厚労省は意見書の内容を法案化し、平成26年2月12日に介護保険法をはじめ、医療法など関連する一連の法改正案を一本化した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」(医療介護総合確保推進法案)が安倍政権によって閣議決定され、開会中の通常国会に提出された。

さて、健保連にとって最重要の政策課題は医療保険制度の改革である。この改革は先述のように、平成27年の通常国会に必要な法改正案の提出をめざすこととされており、その内容を詰めるための議論は26年度に実施することになっていた。ただし肝心の高齢者医療制度に関する改革は、プログラム法案に列記された種々の検討事項とは別に、必要に応じて議論するとされていた。プログラム法にもとづき平成26年1月12日に政府が設置した社会保障制度改革推進本部は2月14日に初会合を開き、①それまでの改革の進み具合、②26年の通常国会への関連法案の提出状況、③これからの改革の進め方などを確認した。厚労省は同月、公的会議の場で、被用者保険の拠出金負担の重さに鑑みた高齢者医療制度の見直しの必要性を表明した。これを受けて健保連は3月7日の医療制度等対策委員会で同省担当者から高齢者医療制度改革の議論の見通しに

ついて聴取した。

●要求実現へ健保連が体制づくり

こうしてみると、一連の医療保険制度改革の号砲が放たれた平成26年は健保連にとっていわば正念場の年になった。健保連は4月15日の常任理事会で、かねての主張や要求を実現するための活動を展開する体制として「要求実現対策本部」並びに「特別委員会」の新設を決議した。これに先立つ臨時総会での役員改選で、健保連はJ・R東日本相談役の大塚陸毅氏（経団連副会長）を新しい会長に選出し、新体制のもとで改革の実現への活動を強化することになった。

国会では6月18日に医療介護総合確保推進法案が与党などの賛成多数で成立した。医療保険制度改革については、平成27年の通常国会へ関連法案を政府が出すのを前提に、26年は厚労相の諮問機関である社会保障審議会の関連部会で議論の具体化が図られた。

医療保険部会では健保連のかねての主張が一部取り入れられ、高齢者医療制度の見直しについてプログラム法の検討事項とは異なる枠組みに位置づけ、議題に取り上げることが決まった。健保連の粘り強い運動や活動の成果である。

●政府が医療保険改革骨子を決定、国保法等改正案を平成27年国会へ提出

同部会は衆院解散―総選挙期間中の議論の中断はあったものの、平成26年11月にかけて精力的な会合を重ねた。年が明けた27年1月9日、厚労省は同部会の審議結果とともに、自民・公明両与党の関係議員の意向を踏まえて「医療保険制度改革骨子（案）」を決め、公表した。首相と関係閣僚で構成する政府の社会保障制度改革推進本部は、この骨子を成案として正式に決定した。政府はこの骨子の内容を盛り込んだ27年度の政府予算案を1月14日に閣議決定し、国会に提出した。また、その後の政府内の調整を経て、3月3日には「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」が閣議決定され、開会中の通常国会に提出された。健保連はこの過程で、1月15日に大塚陸毅会長がコメントを公表し、2月20日には健保連をはじめ、協会けんぽ（全国健康保険協会）・連合・日本商工会議所・経団連の被用者保険

関係5団体が連携して医療保険部会に意見書を出した。その内容は、後期高齢者支援金への全面的な総報酬割の導入によって生ずる国庫補助削減分の多くを国民健康保険の財政支援に振り向けることを強く問題視し、医療費適正化への取り組みや高齢者医療制度の費用負担構造の改革が未だ不十分であると非難した。

#### ●健保連が国会で参考人意見陳述

この改正法案の国会での成立に先立つ5月21、22両日、参院厚労委員会では参考人が意見陳述した。健保連からは白川修二副会長が参考人として出席した。白川副会長の発言した趣旨は、▽法案は拠出金負担が重い保険者に対する支援策など評価できる部分もあるが、後期高齢者支援金の全面的な総報酬割を平成29年度に導入することにより生ずる国費およそ2、400億円のうち、7割相当額を国民健康保険の財政支援に投入するのは肩代わりにはかならず、大きな問題である、▽この法案には、最も重要な課題である高齢者医療の費用負担構造の改革が入っていないのも問題である。医療費適正化の一層の推進とともに、必要な措置を講ずるよう求める―というものであった。

参考人の意見陳述を経て、参院厚労委員会は5月26日に質疑を終局し、同法案の採決に臨んだ。この結果、法案は与党などの賛成多数で可決された。その際、「高齢者医療制度および被用者保険」「患者負担」「医療費適正化計画および予防・健康づくり」など計19項目の附帯決議が採択された。

このうち「高齢者医療制度および被用者保険」には、後期高齢者支援金への総報酬割拡大による被用者保険財政への影響・評価、被用者保険の保険者・被保険者に対する十分な説明と理解・納得などが盛り込まれた。これは、健保連と健保組合が粘り強い活動や運動を展開してきた成果といえるだろう。

なお5月27日に同法案が国会で成立したのを受けて、健保連は大家陸毅会長のコメントを公表し、総報酬割の導入によって生ずる国費財源の「肩代わり」を「極めて遺憾である」と表明した。

この間、安倍官邸の社会保障改革に対するスタンスは「つかず離れず」だった。首相は経済財政諮問会議などで「社会保障支出も含めて聖域を設けず議論を進め、歳出抑制にしっかり取り組んでほしい」などと表明したが、実際に歳出抑制について自ら先頭に立って改革を断行する姿勢は強いとはいえないと総括できる。

結局、プログラム法を起点とする医療保険制度改革は厚労省が主導するかたちで進んできたことになる。医療保険制度の持続性を高めるために、日本医師会など自民党の強力な支持基盤の強い反対論を押し切つて、現役世代の患者の窓口負担割合を原則2割から原則3割に引き上げる大改革を成し遂げた小泉純一郎政権のような、切れのよさは安倍政権には見られなかったといつてよい。その点で、健保連は経済団体等と協力して主張を繰り広げたものの、苦戦を強いられてきたといつてもよからう。

#### 第4節 社会保障制度改革推進本部の発足

第3節でみてきたように、政府は平成25年10月8日、自民党の「社会保障制度に関する特命委員会」に社会保障制度改革に関するプログラム法案を提示した。このなかで政府は、改革を推し進めるために安倍晋三首相を本部長、関係閣僚を構成員とする社会保障制度改革推進本部と民間識者などによる社会保障制度改革推進会議の新設を明記した。ともに設置期限は最長5年とした。特命委員会はこれを了承し、安倍政権にのつての社会保障制度改革の司令塔となる推進本部と推進会議の設置が正式に決まった。

安倍政権で社会保障改革を担当したのは、甘利明経済財政政策相である。甘利氏は平成26年6月6日の閣議後記者会見で社会保障制度改革推進会議の委員を発表した。それによると、五十音順に伊藤元重・東大大学院教授▽遠藤久夫・学習院大経済学部長▽大日向雅美・恵泉女学院大学教授▽権丈善一・慶大教授▽神野直彦・東大名誉教授▽清家篤・慶応義塾長▽武田洋子・三菱総合研究所主席研究員▽土居丈朗・慶大教授▽増田寛也・東大大学院客員教授▽宮島香澄・日本テレビ解説委員▽山崎泰彦・神奈川県立保健福祉大名誉教授―の11人を委員に任命した。

議長は委員の互選で清家氏が就任することになる。同氏にとっては社会保障制度改革国民会議の会長に続き、社会保障に関する政府会議で議長役に就くのは2度目である。推進会議のメンバーを見わたすと、医療保険財政の持続性向上に資する制度改革を主張する委員が多数派とは言い難い顔ぶれだ。健保連にとつては、引き続き苦しい闘いを強いられることが予想された。

推進会議の初会合は平成26年7月17日に設定された。清家議長は初会合後の記者会見で「年金や高齢者雇

用の問題が残っている。2025年度を見据えて議論したい」と述べた。2025年度は戦後ベビーブームの団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者になる節目の年である。11年後に迫ったその年を目標に年金や高齢者雇用に関する諸懸案を解決するという意気込みは評価できるだろう。もともと肝心の高齢者医療の費用負担構造に関する改革について、踏み込みが足りないのではないかと懸念は当初からくすぶっていた。これを受けるかたちで翌7月18日、健保連の大塚陸毅会長が定時総会で挨拶した。大塚会長は「団塊の世代が後期高齢者に達し、前期高齢者納付金の増大が見込まれるこの10年間の公費投入のあり方が極めて重要な課題になる」と述べ、高齢者医療への公費投入問題を最重点課題として政府などへ要請活動を展開する考えを表明した。

### ●医療効率化へICTを活用

一方、政府の社会保障制度改革推進本部は、医療保険財政の問題以外に、デジタル化を見据えたICT（情報通信技術）を活用した医療の効率化に取り組み姿勢を鮮明にしつつあった。推進本部のもとに、この問題を検討するための専門調査会を設置した。調査会の布陣は学識者や専門医など民間人15人とした。安倍政権は社会保障改革の目標年度である2025年度までに、医療費と介護費の伸びを合わせて5兆円抑制する方針を掲げていた。ICTの活用をその抑制策のひとつに位置づけようという考え方である。

例えば、都道府県別に1人当たりの医療費を比較すると、最高と最低の県の間には約1・5倍を上回る開きがあった。こうした状況について、デジタルデータの解析を通じて医療費の地域差の実態を把握することで、1人当たり医療費が高い県の無駄などをあぶり出せれば、地域差の緩和に資すると判断していた。

全国の医療圏の実態について実地調査した研究者によると、人口に対して病床数が多い地域ほど入院期間が長期化する傾向がある。これらの関係がデジタルデータでつかめれば、病床の削減が正当化できる。これは、新型コロナウイルス禍のなかで浮かび上がった日本の医療提供体制の課題を解決する手段としての医療DX（デジタル・トランスフォーメーション）を先取りする動きとして大いに評価できるだろう。

もともとデジタルデータの解析によって、都道府県ごとの医療提供体制や医療費の使われ方の実態が把握できたとしても、いざ政府がその緩和や是正を求め、実行に至らせるのはハードルが高いという問題があ

る。日本の医療機関の経営主体は医療法人など民間が中心であるため、公的な経営主体が大宗を占める欧州の主な国と異なり、病床数の管理などについて政府や地方自治体の権限が及びにくいという構造的な問題を抱えているからだ。この問題は、コロナ禍のなかで国民各層に可視化されたが、いまだに解決に至っていない。一連の医療提供体制の構造的な問題については、章を改めて論じたい。

さて、年が改まった平成27年1月13日、安倍首相は社会保障制度改革推進本部の会合を開き、消費税率の5%から8%への引き上げに伴う増収分について、27年度の使途を了承した。待機児童の解消や保育士の処遇改善など子育て支援策に5、100億円、地域医療・介護を充実させるための都道府県基金に1、600億円を充てる。そのための財源として消費税増税による増収と社会保障の効率化により、合計1兆4、900億円を確保するとした。

また、この日の推進本部会合では、後期高齢者支援金の全面総報酬割導入や、市区町村単位の国民健康保険を都道府県単位に広域化するのを柱とする医療保険制度改革骨子も同時に決定した。こうしてみると、安倍官邸が主導するかたちで、社会保障・税一体改革が当初の方針とはいくぶん方向を違えながら成案を得ていることが読み取れるだろう。

### ●2025年度の病床の目標数は現状から1割削減

6月15日に開いた社会保障制度改革推進本部の専門調査会は、すべての団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年時点で、必要になる全国の病床数の推計を公表した。それによると、当時の全国134万7、000床から1割強にあたる15万~19万床分を削減し、合計115万~119万床にすることを目標にした。病床削減の影響を直接受けるのは患者の療養体制である。専門調査会によると、30万人程度の患者は自宅やサービス付き高齢者向け住宅などでの在宅医療で対応する必要があると出ている。

この病床削減は、都道府県ごとの1人当たり医療費について地域差緩和に資するとした。ただ前述したように、民間主体の病院経営者に対して政府・自治体による病床削減要請をどう実行するかについては、政策的な課題として残ったままである。専門調査会のなかには診療報酬政策によって誘導する案を唱える委員もいたが、過去の事例からも実効性という点ではなかなか効果をあげなかった。調査会の方針を画餅に例える



のは行きすぎかもしれないが、こうした理想論を実現に導く困難さを露呈したのは事実である。

## 第5節 消費税率5%から10%への険しい道のり

すでに概観してきたように、安倍晋三氏が第2次安倍政権を発足させた平成24年12月、社会保障・税一体改革に関する一連の法律はすでに国会で成立済みであった。民主党の野田佳彦政権時の同年6月、民主党と自民・公明両野党は一体改革に関する3党合意にこぎ着け、5%の消費税率を26年4月に8%へ、27年10月に10%へ引き上げる2段階の増税が既定方針となっていた。

### ●「アベノミクス」前面に経済成長を優先

安倍首相は経済財政政策のスローガンとして「経済再生と財政健全化の両立」を前面に押し出した。第1次政権時（平成18～19年）には「経済成長なくして財政再建なし」を唱えていた。安倍氏は、民主党政権の3年強の間に日本経済は停滞感に覆われたとし、デフレ・ショックからの脱却を通じて「名目3%・実質2%」という日本経済の潜在成長力を大きく上回る成長をめざす「アベノミクス」を前面に掲げた。

アベノミクスを構成するのは①大胆な金融緩和、②機動的な財政政策、③民間投資を喚起する成長戦略のいわゆる「3本の矢」である。首相は副総理・財務相に麻生太郎氏、厚労相に田村憲久氏、経済産業相に茂木敏充氏、そして経済財政政策担当相に甘利明氏を充て、甘利氏には特命事項としてアベノミクスを指揮する経済再生相と消費税増税の実行を担う社会保障・税一体改革担当相を兼任させた。こうしてみると、第2次安倍内閣は消費税増税や医療保険改革などの社会保障改革よりも、経済成長の実現を優先させるための「アベノミクス布陣」といつてよからう。

年が明け、アベノミクスが動き出すなかで、厚労相の諮問機関である社会保障審議会の医療保険部会が再開された。平成25年1月9日の部会では、25年度の政府予算案の編成にあたっての課題とされていた医療保険制度の改正事項について、「議論の整理」をまとめた。このなかで、協会けんぽの財政対策に関しては、後期高齢者支援金の3分の1総報酬割など24年度までの特例措置を26年度まで2年間にわたり延長すること

について、支持意見が多かったと記述する一方、健保連などの反対意見も明記されることとなった。

### ●平成24年度補正予算で70〜74歳の1割負担を継続

厚労省のこうした動きをよそに、安倍首相はアベノミクスを矢継ぎ早に実施に移した。まず1月11日の閣議で緊急経済対策を決定した。このなかで、焦点になっていた平成25年度からの70〜74歳の医療費窓口負担に言及し、法律にもとづく本則である2割負担の適用は見送り、当面の間は1割負担を継続する方針を打ち出した。

そして1月15日に、政府は緊急経済対策を盛り込んだ平成24年度補正予算案を閣議決定した。対策の規模は全体で約13兆円の大型の経済対策である。厚労省の関連では70〜74歳の窓口負担については25年度も1割に据え置くことになり、1、898億円を計上した。

このように、安倍首相にとって第2次政権の滑り出しは、医療保険制度や高齢者医療制度の持続性を高めるのに欠かせない制度改革には目をつむり、消費者物価を2%程度に引き上げるための異次元金融緩和に加えて、赤字国債を財源とする財政出動を拡大し、政府が主導してがむしゃらに成長率を引き上げることが狙ったものだった。高齢者などに対して医療費の負担を引き上げる改革は当面、封印された。安倍首相の頭には、1年あまり先に控えた消費税率の8%への引き上げに耐えうる経済構造を形づくるために政府ができる政策はとにかくすべてやる、という考えがあったに違いない。

2月28日、首相は衆参両院本会議で施政方針演説し、「国・地方自治体のプライマリーバランス（基礎的財政収支）について、2015（平成27）年度までに10（平成22）年度よりも財政赤字の国内総生産（GDP）比を半減させ、2020（令和2）年度までに黒字化する」方針を明確にした。

首相秘書官や内閣広報官など政策立案について首相官邸を固める首相側近は、経済産業省の出身者が多く、安倍内閣は経産省内閣と呼ばれるようになった。財務省や内閣府はどちらかというと脇役に甘んじ、首相は官邸が霞が関全体を牽引する官邸主導型の政策立案・実行を旨とし、態勢を固めていった。一方、民主党政権が休眠させていた経済財政諮問会議を復活させ、毎年6月をめどに、年末の予算編成に向けた政策の方向性を明示する「経済財政運営と改革の基本方針」、いわゆる「骨太の方針」の策定を再開させた。

平成25年7月に投票が行われた参議院議員選挙では、自民・公明の両与党で過半数を制し、安倍首相は衆参ねじれ状態の解消という地の利を得た。与党は参院のすべての常任委員会で委員の過半数を確保したうえで委員長を独占する「安定多数」を手中にした。かたや民主党が有していた改選44議席は17議席への惨敗を喫した。

これ以降、首相は経済財政諮問会議よりも新たに首相官邸に新設した産業競争力会議を、経済施策を議論・立案する舞台として重用するようになった。首相は産業競争力会議の議論の仕切り役に経産省出身者を充てた。首相はこの年の秋の臨時国会を「成長戦略実行国会」と位置づけた。一方、臨時国会の召集までに最終判断すると表明していた消費税率の8%への引き上げについては、経済情勢を慎重に見極める姿勢を示した。このとき財務省内には「首相はもしかしたら消費税増税の時期を先送りするのではないか」などと勘繰る幹部も一部にいた。

金融・資本市場はアベノミクスを好感し、日経平均株価は上昇トレンドに入った。また外国為替市場では円相場は弱含みに推移した。この円安基調は日本銀行の黒田東彦総裁が主導した異次元金融緩和と相まって、自動車・エレクトロニクスなどの輸出型企業に大きな為替差益をもたらし、アベノミクスがめざす経済再生は徐々に軌道に乗り始めていた。

### ● 予定どおり平成26年4月に消費税率8%

消費税率の引き上げについて、政府部内では引き上げの大前提である経済状況の好転を一定程度は確認できたという見解があった一方、増税後は景気の腰折れが予想されるとみて慎重な対応を求める声も出ていた。こうしたなかで経済財政諮問会議は首相の指示を受け、8月26～31日に学識者や各種団体のトップら計60人から聴き取りを実施した。

予定どおり平成26年4月からの消費税率8%への引き上げを首相が正式に明言したのは、25年10月1日である。首相官邸で政府・与党政策懇談会を開き、「国の信認を維持し、持続可能な社会保障制度を次の世代にしっかりと引き渡していくため、消費税率を5%から8%に引き上げる判断をした」と語った。また「経済対策パッケージの実行により、税率を上げたとしても影響は極力緩和できる。再び成長軌道に早期に回復可

能だと考える」との見方を示した。

この言葉を裏づけるように、首相は同日夕に開いた閣議で、この消費税増税に備えた5兆円規模の経済対策を決定した。消費税率の引き上げは、橋本龍太郎政権のもとで3%から5%に増税した平成9年4月以来、17年ぶり2度目になる。

首相が社会保障・税一体改革関連法にもとづき予定どおりの消費税増税を最終判断した背景には、9月の企業短期経済観測調査（日銀短観）で日本経済の復調基調が確認されたことがあったとみられる。消費税増税による増収分について、首相は「社会保障にしか使わない」と、従来の方針を確認する発言もしている。

### ●健保連は高齢者医療負担構造改革を主張

この間、健保連の平井克彦会長は11月1日に開いた理事会で、一体改革への対応について言及し、消費税率引き上げを高齢者医療制度の負担構造を見直す好機と捉え、公費投入の拡大を求めてゆく方針を示した。

11月22日には平成25年度健康保険組合全国大会が東京・丸の内東京国際フォーラムで開かれた。大会の副呼称は「改革の実現と健康保険組合の存続なくして皆保険の維持なし!」。スローガンには①前期高齢者医療への公費投入の早期実現、②高齢者医療の負担構造改革と持続可能な制度の構築、③持続性ある制度に不可欠な医療費適正化の推進、④保険者機能を発揮できる健康保険組合方式の維持・発展の4項目を掲げて氣勢をあげた。参加人数は全国の健保組合関係者およそ4,000人。このスローガンは満場一致で決議された。この決議はその場で平井会長から栄畑潤・厚生労働審議官（田村憲久厚労相代理）に手交された。さらに健保連と主な健保組合の代表者らは大会終了後、東京・永田町の自民党本部に石破茂幹事長らを訪ね、決議の実現を強く要請した。各健保組合に寄せられた決議や理事長声明は加藤勝信官房副長官に提出するなど、強力な活動を展開した。

### ●平成26年度消費税収の使途は充実分5,000億円

安倍政権は12月5日に臨時閣議を開き、平成26年4月の消費税率8%への引き上げに伴い発生する駆け込み需要とその反動減を緩和する対策を柱とする「好循環実現のための経済対策」を決定した。

翌平成26年1月、第186回通常国会が召集された。安倍首相は衆参両院で施政方針演説し、3か月あまり後に迫った消費税率の8%への引き上げについて「万全の転嫁対策を講じることに加え、経済対策により持続的な経済成長を実現する」「消費税率引上げによる税収は、全額、社会保障の充実・安定化に充てる。世界に冠たる国民皆保険、皆年金をしっかりと次世代に引き渡してゆく」などと決意を語った。

4月1日に消費税率は5%から8%に引き上げられた。これに伴う平成26年度の増収分5兆円の使途の内訳は、①基礎年金の国庫負担割合を3分の1から2分の1に引き上げるのに必要な経費が2兆9、500億円、②税率引き上げに伴う社会保障4経費（物価上昇分に対応）に2、000億円、③後世代への負担つけ回しの軽減（公費依存分に対応）に1兆3、000億円—というものであった。一方、社会保障・税一体改革の核心ともいえる「社会保障の充実」に充てられた増収分は5、000億円にとどまった。これは、それまでいかに社会保障費の財源を赤字国債、つまり政府債務に依存していたかを表すものであろう。

5、000億円の社会保障の充実には、医療・介護分野では、診療報酬の改定、新たな財政支援制度（基金）の創設、国民健康保険と後期高齢者医療の低所得者に対する軽減措置の拡充、高額療養費制度の見直し（平成27年1月実施）、難病などに関する安定的な制度の確立などに充てる経費として1、900億円の財源が計上された。

一方、経済財政諮問会議の議論を経て策定した6月の骨太方針2014には、医療費適正化計画の見直しや保険者機能の強化、後期高齢者支援金の応負担化など、医療保険制度改革に関する項目が盛り込まれた。このように、平成27年度予算でプライマリーバランス赤字のGDP比を半減させる政府目標の達成には、医療・介護分野を中心に社会保障費の増大を圧縮することが不可欠であった。

9月に入り、安倍首相は内閣改造に踏み切った。厚労相は田村憲久氏を交代させ、首相の若いときからの盟友である塩崎恭久氏を起用した。塩崎氏は社会保障政策に明るいわけではなかったが、第1次安倍政権のときに官房長官を務めた。当時は社会保障庁が年金記録をでたらめに扱う不祥事がもとで、政権に吹きつける世論の逆風には相当強いものがあつた。塩崎氏は官邸でこの対応にあたり、安倍首相を献身的に支えた仲であつた。

## ●消費税率10%引き上げを延期

こうしたなかで、安倍首相は2度目の消費税率引き上げについて、一体改革関連法に定める平成27年10月から先延ばしする方針を固めた。その表明は11月18日夜の首相官邸での記者会見であった。

消費税に関する会見の趣旨は次の3点に集約できる。①11月21日に衆議院を解散する、②平成27年10月に予定している消費税の税率10%への引き上げは1年半先送りし、29年4月とする、③その際、再び延期することはしない。衆議院解散に伴う総選挙では「成長戦略を前に進めるべきか国民の判断を仰ぐ」と述べ、アベノミクスの是非を問う考えを示した。

首相は増税延期について「個人消費を押し下げ、デフレ脱却も危うくなると判断した」と理由を話した。さらに「国民生活、国民経済にとって重い、重い決断をする以上、速やかに信を問うべきだと決心した」と、解散を決意した背景を述べた。消費税増税の延期に伴う財政の悪化懸念については、プライマリーバランスを2020（令和2）年度に黒字化する目標を堅持する考えを表明し、「国際的な信認の問題は発生しないと確信している」と語った。

首相は11月21日に衆議院を解散し、増税延期を問う衆院選は12月2日に告示され、14日に投開票が実施された。結果は自民党が勝利し、自民・公明両与党による連立政権の継続が決まった。両党が交わした連立政権合意には「社会保障改革プログラム法に基づき、安定した社会保障制度を構築することで、未来の安心を約束する」「消費税率10%への引き上げは平成29年4月に行う。軽減税率制度については、関係事業者を含む国民の理解を得たうえで、税率10%時に導入する」と記述されていた。平成元年4月に3%で導入された日本の消費税制度に、初めて軽減税率を導入することを責任政党として正式に確認したものと位置づけられよう。12月24日には特別国会が召集され、同日中に第3次安倍内閣が発足し、塩崎恭久厚労相は留任した。この余波で、平成27年度予算案の編成作業は大幅に遅れた。政府案の閣議決定は27年1月14日と年をまたぎ、通常国会に提出したのは2月12日である。衆参両院での審議を経て予算案が成立したのは27年度に入った4月9日であった。

この間、関係閣僚で構成する政府の社会保障制度改革推進本部は1月13日に首相官邸で会合を開き、医療保険制度改革関連法案の骨子を決定した。併せて、消費税率引き上げの延期を織り込んだ一体改革の平成30

年度までのスケジュールを了承した。

健保連の大塚陸毅会長は1月15日、この医療保険制度改革案についてコメントを公表した。このなかで大塚会長は「被用者保険を含めた持続可能な制度の構築を志向したものは言い難い」と指摘し、現役世代に過度に依存する現行制度を是正するために、高齢者医療の負担構造の見直しを改めて強く求めた。

さらに2月13日、健保連総会で挨拶に立った大塚会長は、医療保険制度改革骨子は一部に評価できる項目があったと述べつつ、後期高齢者支援金の全面総報酬割によって捻出される財源の多くを国民健康保険の財政対策に充てるやり方に対して強い不満を示した。そのうえで、消費税率の10%への引き上げ時期である平成29年4月に向けて、高齢者医療制度の負担構造見直しを中心とする抜本改革に臨む決意を表明した。

平成27年6月30日、安倍政権は臨時閣議を開き、骨太方針2015を決定した。このなかで政権は社会保障改革を財政健全化に向けた重点課題に位置づけ、28〜30年度の社会保障費の自然増分を高齢化に伴う伸びにあたる1兆5、000億円程度に圧縮する方針を掲げた。特に医療分野の検討項目について幅広く示したのが特徴だ。

9月に入ると、自民党総裁選が告示されたが、政治的な駆け引きはあったものの安倍氏以外に立候補する者はなく、安倍総裁の無投票当選が決まった。首相は10月7日に内閣改造し、第3次安倍改造内閣を発足させた。厚労相は塩崎恭久氏が再留任した。

このころ政府・与党内の議論が迷走したのが、消費税率の10%への引き上げ時に導入されることになってきた軽減税率の問題である。実務を担う財務省はマイナンバーカードを使って酒類を除く飲食料品の2%分を消費者に払い戻す「還付制度案」を与党税制協議会に提案した。しかし公明党が「その方式では消費者の痛税感を緩和することができない」と強く主張して反対に回った。安倍首相はこれを引き取るかたちで税率10%への引き上げと同時に、8%の軽減税率を導入しよう調整を指示した。つまり、軽減税率を適用する財・サービスはそのときの本則税率8%を事実上、据え置くことになる。

その後の政府・与党内の調整を経て、軽減税率の対象品目は酒類を除く飲食料品全般とすることで合意を見た。財務省はそのために必要になる財源をおよそ1兆円と試算した。このうち4、000億円は医療や介護の利用者負担を抑えるための総合合算制度の導入を見送ることで捻出するものの、残る6、000億円は

財源は平成28年度末までに安定的な恒久財源を確保することになり、具体論は先送りされた。なお、この時点では総合合算制度について具体的な議論はされていなかった。

このころから消費税率の10%への引き上げを首相が再び先延ばしするのではないかと、という見方が政策の焦点として、ひいては政局の課題として浮上するようになった。というのも、比較的順調に回復基調を維持するとみられていた実体経済やマーケット動向にも、いくぶん陰りが出てきたからだ。外需に頼る日本経済は米中の景気動向に左右される度合いが高い。日経平均株価もニューヨーク市場の映し鏡といわれる。中国経済の減速が確認されるのに合わせて、日本の株価動向も不安定になりつつあった。

安倍首相は平成29年4月の増税時期について「リーマン・ショックや東日本大震災のような重大事態が生じないかぎり、予定どおり実施する」という姿勢を堅持してはいたが、首相周辺や与党内の一部には先送り論が頭をもたげつつあった。

言うまでもなく消費税増税という歳入改革は、医療保険制度などの社会保障改革という歳出改革と一体で実施されるべきであり、税率引き上げが再び延期される事態になれば、社会保障制度改革に必要な財源にも少なからぬ影響を及ぼす。慎重な政治判断が必要なのは当然である。もともと平成28年7月には参議院議員選挙が予定されていたこともあり、政局がどう展開するかについては、予断を許さない状況になりつつあった。

安倍首相は平成28年春、およそ2か月間を費やして国際金融経済分析会合を開いた。コロンビア大学のステイグリッツ教授、ニューヨーク市立大学のクルーグマン教授ら世界的に著名とされる経済学者らを首相官邸に招き、計7回にわたってヒアリング（聴き取り）を実施した。この両教授はともに「消費税率の10%への引き上げは再延期すべきである」と主張したとされている。純粹に経済的な分析からそう唱えたのである。たとえ、そこに少しでも政治的な意図が含まれていたとすれば、米国の民間人による日本内政への干渉と受け取られても致し方ないのではないかと。そもそも米国には連邦レベルの消費税はない。両教授が社会保障の持続性を高めるといふ日本特有の増税目的をきちんと理解していたかどうかとも怪しい。

ここで確認しておくべきは、安倍氏が民自公3党合意にかかわっていないという事実だ。民主党から政権を奪取した後、安倍氏は消費税増税が既定方針になっていたことに、ある種の戸惑いを覚えたに違いない。



### ●消費税率10%引き上げを再延期

参院選が押し迫っていた平成28年5月、三重県・賢島で開いた主要国首脳会議（伊勢志摩サミット）の冒頭、世界経済に関するセッションで議長を務めた安倍首相は参加各国の政治リーダーに独自のグラフを示しながら「手をこまねいていると世界経済は2008年のリーマン・ショック並みの危機に見舞われる」などと力説した。しかし、これは増税を再び先延ばしすることを正当化するための方便だった。「クライシス（危機）とまで言えるのか」などという、デービッド・キャメロン英国首相の反論も意に介さなかった。

一方、5月の月例経済報告で内閣府などは日本経済の先行きについて「緩やかな回復が期待される」などと述べている。これは明らかに安倍官邸とは異なる景気判断だった。しかし官邸の政治意志は揺るがなかった。安倍首相は6月1日、首相官邸で記者会見し、消費税の税率10%への引き上げを2019（令和元）年10月まで2年半先延ばしすると表明した。新興国の景気の落ち込みなど世界経済の下振れリスクを理由にあげて「リスクには備えなければならない」と指摘し、世界経済が新たな危機に陥ることを避けるために政策総動員が必要だと述べた。増税の再延期について7月の参院選で「国民の信を問いたい」とも話した。

会見で首相は経済情勢について「世界経済は大きなリスクに直面している」との見方を披露し、消費税増税の延期要件としてきた「リーマン・ショック級や大震災級の事態」は起きていないが、増税すれば「内需を腰折れさせかねないと判断した」と説明した。再延期の可能性を強く否定していたことに関しては「これまでの約束と異なる新しい判断だ。公約違反ではないかとの批判を真摯に受け止める」と語ったものの、謝罪はしなかった。

### ●健保連が再延期を踏まえ「今後の主張」を整理

健保連は首相の方針表明を受け、7月7日の常任理事会で、今後の主張の重点事項をまとめた。その内容は、①高齢者医療の負担構造改革の実現、②医療費適正化対策の推進、③健保組合に対する財政支援の継続、拡充、④介護保険制度の見直し―の4本柱とした。このうち①については国民皆保険の維持と現役世代の負担軽減の観点から高齢者医療への公費拡充とともに、高齢者にも応分の負担を求める改革を併記した。さらに④では、給付の適正化・重点化を通じた保険料負担の軽減とともに、介護納付金の総報酬割導入には

断固として反対すると盛り込んだ。

また大塚陸毅会長は翌7月8日の理事会で、消費税増税の再延期について「非常に残念だ」「(現役世代の負担軽減のための)財源をどのように確保してゆくのが非常に大きな問題である」などと述べた。健保組合・健保連の主張を実現するために、引き続き国会議員などへの要請活動を強力に展開する必要性を強調した。

### ●令和元年10月に消費税率10%

結局、標準税率10% (軽減税率8%)への引き上げが成ったのは令和元年10月である。このときも増収分の使い道を独自に決めることにこだわった安倍首相は厚労省や財務省の官僚の尻をたたき、子育て支援策や返済不要の学生奨学金の充実に回す仕組みをつくらせた。今に至る全世代型社会保障の萌芽といつてよからう。

税率引き上げを控えた令和元年7月、日本記者クラブ(東京・内幸町)主催の各党党首討論会で、首相が「安倍政権において消費税をこれ以上引き上げることは全く考えていない。今後10年間ぐらいは上げる必要はないと思っている」と言い切ったのは、3党合意といういわば「他人」から押しつけられた増税を双肩に背負い、政治的な手練手管を駆使して実行したという自負からではなからうか。

一方、健保組合・健保連にとっては高齢者医療制度の負担構造改革など、元来の主張がすんなり実現しにくく、消費税率10%への長い道のりを通じてかつかさうよう隔靴搔痒感を拭い去ることができなかつたと総括できよう。

## 第6節 ポスト一体改革の課題と対応

令和元年10月1日、消費税率の標準税率を8%から10%に引き上げる一方、酒類を除く飲食料品などへの軽減税率8%を導入した。この年の5月、天皇・皇后両陛下の譲位に伴い、平成から令和へと改元された。

小泉純一郎政権が着手した歳入・歳出一体改革は、第1次安倍政権時代に社会保障・税一体改革へと深化し、民主党の野田佳彦政権時代に交わされた民自公3党合意を経て、安倍晋三氏が再び首相に返り咲いた

後、紆余曲折をたどりつつも、一応の完成をみたことになる。消費税率を3%から5%に引き上げたのは、橋本龍太郎政権時の平成9年4月だったことを思い返すと、一体改革の完成までに実に22年半の長きにわたる歳月を要したことになる。一方で、消費税率10%への引き上げ再延期、飲食料品などへの8%軽減税率の導入、幼稚園・保育所の無償化などへの消費税率の充当など一体改革が当初、見込んでいなかった安倍政権による政治的政策変更によって、当然のことながら2020（令和2）年度に国・地方のプライマリーバランスを黒字化するという公約は反故にされた。加えて、昭和22〜24年の戦後第1次ベビーブーム期に生を受けた団塊の世代の「1期生」が75歳以上の後期高齢者になる2022年が目前に迫っていた。2025年にはすべての団塊世代が後期高齢化し、医療・介護サービスを旺盛に消費するようになる。医療・介護給付費の膨張をいかに抑え込むか、またそれでも不足する財源をいかに調達するか。こうした新たな政治的課題への対応が求められる局面に入ろうとしていた。「2025年問題」である。消費税率10%への引き上げによって一区切りついたとされる社会保障・税一体改革は、そもそも2025年を念頭に進められてきたものだが、はたして「2025年問題」を克服したといえるのであろうか。さらに65歳以上人口がピークに達する2040年を展望した社会保障とこれを支える財源はどうあるべきなのか。

医療・介護問題や社会保障制度の研究者の一部から「ポスト社会保障・税一体改革」を求める声が出るようになった。しかし今後10年、消費税増税は必要ないと公言した安倍首相である。医療給付費の増大抑制論も増税論もほぼ封印したままの政権運営が続くかに見えた。

一方、健保連は「全世代で支え合う医療保険制度」の方向性を支持する立場で、政府や与野党関係議員への要請運動を強化していた。令和元年11月22日には令和元年度健康保険組合全国大会が東京・丸の内、東京国際フォーラムで開かれた。スローガンとして掲げたのは、①皆保険の維持に向けて、まずは高齢者の原則2割負担の実現、②必要な公費の拡充。現役世代の負担増に歯止め、③保険給付範囲の見直しによる医療費の適正化、④人生100年時代。健康寿命延伸に資する保健事業の推進―を決議し、健保組合・健保連の主張をアピールした。全国大会で基調演説した大塚陸毅会長は「現在は世代間・世代内の給付と負担のアンバランスが顕著になっている」と指摘し、現役世代の過重な負担を軽減し、国民皆保険を将来にわたって維持してゆく必要性を強調した。そのうえで「今こそ、全世代で支え合う医療保険制度への改革が不可欠であ

る」と訴えた。今に至る「全世代型社会保障」に健保連が本格的に関与し始めたことになる。

### ●全世代型へ一定以上所得の後期高齢者は2割負担

一方、政府サイドではこの年の9月、首相官邸に「全世代型社会保障検討会議」（議長・安倍晋三首相）を新設し、人生100年時代を見据え、高齢者のみならず子どもと子育て中の若い世代、さらには現役世代まで包摂した社会保障改革の検討に着手した。検討会議は12月19日に中間報告を取りまとめた。このなかで医療保険制度改革について、原則1割になっている後期高齢者の窓口負担を、一定以上の所得がある者という条件つきで2割に引き上げる方針を政府として正式に打ち出した。さらに、医師の紹介状を持たない患者が大病院を外来受診した際の定額負担を拡大し、対象になる病院を増やすことが明記された。これによる医療費の増収分は病院の収入とせず、医療保険財政に充当することを確認した。

健保連の大塚陸毅会長は「2割負担導入の方向性を打ち出したことは評価できる」などとするコメントを出した。その後の全世代型社会保障の帰趨については、次章で詳述することとしたい。

首相在任期間が歴代首位となった安倍首相は、グローバルにも知名度が高く、安定した政権運営が続くかに見えた。その足をすくったのは、令和2年1月に初めて日本国内で感染が確認された中国・武漢発の新型コロナウイルスのパンデミックであった。2月には大型クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」の船内で集団感染が発生し、横浜港の沖合に停泊するという前代未聞の事態を招いた。3年あまりの長きにわたって続く新型コロナウイルスとの闘いの緒戦であった。

安倍首相は、文字どおりカネに糸目をつけず、補正予算案を矢継ぎ早に編成、与党などの協力で国会での早期成立を図り、コロナ対策費をみるみる積み上げていった。令和2年5月25日、第1次の緊急事態宣言を全面解除した首相が首相官邸で臨んだ記者会見で力説したのは、政府が用意しようとしているコロナ対策のスピードと巨額さだった。

「多くの事業者がこの瞬間にも経営上ぎりぎりの困難に直面しているなかで、さらなる時間を要することは死活問題だ。希望は見えてきた。事業と雇用は何としても守りぬく。その決意のもとに（令和2年度の）第2次補正予算を決定する。第1次補正予算と合わせて事業規模は200兆円を超す。GDP（国内総生

産)の4割にのぼる空前絶後の規模、世界最大の対策で100年に一度の危機から日本経済を守りぬく」  
ニューヨーク市場をはじめ、世界の株式相場は大変動を来していた。官邸中枢の念頭にあったのは、平成20年の米大手証券リーマン・ブラザーズの経営破綻に端を発した世界的な経済危機の再来は何としても防ぎたいという思いであったろう。その問題意識は正しかったといつてよい。しかし対策費の「空前絶後」「世界最大」のアピールが目的化していたきらいは否定できない。

8月28日、安倍首相は官邸で臨時記者会見を開き、平成19年の第1次政権時に退陣に追い込まれた主因である持病の潰瘍性大腸炎が再発したことを明らかにし、首相を辞する意向を表明した。新政権への移行について安倍氏は「現下の最大の課題である新型コロナウイルス感染症の対応に障害が生じることを避けるために、7月以降の感染拡大が減少傾向に転じ、冬を見据えて実施すべき対応策を取りまとめたこのタイミングしかない」と述べた。政策立案と政局動向がともにコロナ禍に翻弄され、ポスト一体改革どころではない、という空気が永田町と霞が関を覆っていた。

### ●消費税論議は封印

安倍首相の後を襲ったのは安倍政権で官房長官の任にあった菅義偉氏であった。内閣の要として安倍首相を一貫して支え続けてきた菅氏の社会保障・税に関するスタンスは、安倍氏のやり方を踏襲するように見えた。だが、こんなエピソードがあった。

安倍首相後継を決める自民党総裁選は、菅義偉官房長官、石破茂元幹事長、岸田文雄政調会長の3候補による争いの構図が固まっていた。争点のひとつは、ポスト一体改革に直結する「消費税率10%後の課題」である。最有力の菅氏は令和2年9月10日夜、テレビ東京のニュース番組に出演し、10%を超える消費税率の引き上げについて「将来的なことを考えたら行政改革を徹底したうえで、国民にお願いして引き上げざるを得ない」と話した。「これだけの少子高齢化社会でどんなに頑張っても人口減少を避けることはできない」とも述べて、社会保障財源として消費税率の増加が必要になると説明したのだ。このとき、ポスト一体改革の号砲が鳴らされたように見えた。

しかし翌9月11日、官房長官としての記者会見で「安倍首相は今後10年ぐらい上げる必要がないと発言し

た。私も同じ考えだ」と述べた。前夜のテレビ番組での発言は「その先のことを念頭に置いた話だ」と語った。同日、菅氏と競う石破氏は「消費税が低所得者に負担になっているのは間違いない」と話し、岸田氏は「新型コロナウイルスとの闘いのなかで消費税を増税するのは難しい」と述べた。ただし社会保障の新たな財源などを見極めたうえで「必要なら引き上げも考える」とも語った。

自民党総裁3候補とも、ポスト一体改革にはひとまず距離を置く姿勢を鮮明にしたことになる。総裁選で石破、岸田両氏に圧勝し、首相に就いた菅氏が1年あまりの在任中に消費税の問題に手をつけることはなかった。ワクチン接種などコロナとの闘いに邁進していたのだから、それは無理からぬことであろう。

#### ● 一体改革の経験活かし与野党で合意点を

民自公3党合意を起点とすると、政府が消費税率を5%から10%に引き上げるための社会保障・税一体改革に費やした期間は10年あまりに及んだ。すぐに消費税を増税するのは現実的でないにしても、ポスト消費税10%へ向け地ならしを始めておく必要はあろう。消費税増税の先送りが国民負担の構造をゆがませていく。例えば政府は現役世代から健康保険料の一部を召し上げ、高齢者医療費に回す「ステルス増税」でしのできた。このような「取りやすいところから取る」やり方には終止符を打つべきである。社会保障と消費税に関する改革を政争の具にしているのは、実現はおぼつかない。一体改革の経験を活かし、国会で与野党がひざ詰めで協議し、超党派で合意点を見いだす努力を怠ってはなるまい。

## 第2章 全世代型社会保障改革の実像

「全世代型社会保障」という言葉はいつごろから使われるようになったのか。日本経済新聞のデータベース「日経テレコン」で主な新聞・通信社の記事を検索すると、初出は意外に古い。ロイター通信が平成19年1月に配信した清家篤・慶応義塾長へのインタビュー記事にこうある。

財政再建の視点を踏まえると、今回の税と社会保障改革では給付の増加抑制に加え、どのような点がポイントになるか、という記者の問いに対し、「3つのポイントがある。給付の増加抑制がそのひとつ。さらに今回の社会保障改革のもうひとつの目的は全世代型社会保障、つまり、高齢者の年金・医療・介護にウエイトがあったものを若年層の子育て支援や若者の能力開発、就業支援などにもう少し振り向けていこうということ」と、清家氏は答えている。これは、第1次安倍晋三政権のときである。

全世代型社会保障という言葉が日本経済新聞に初めて登場したのは、それから10年後の平成29年9月である。時の首相はやはり安倍晋三氏だった。首相官邸で開いた人生100年時代構想会議の初会合にロンドン・ビジネススクールのリンダ・グラットン教授を招き、首相自らが提唱した「人づくり革命」とは何たるかを解説した記事に登場する。本人が意図したかしないかは別にして、全世代型社会保障は安倍晋三氏という政治リーダーと切っても切れない関係にあるのかもしれない。

そもそも全世代型社会保障は社会保障・税一体改革の流れを受け継ぐ概念だ。平成22年11月に設置された社会保障改革に関する有識者検討会の報告書に全世代型社会保障への転換が示されていたことが、それを裏づけている。その背景には、日本で国民皆保険制度が成立した1960年代に比べると社会保障制度がカバーすべき範囲が格段に広がったにもかかわらず、現実の制度設計がそれに追いついていないという構造的な問題があった。具体的には、若い世代に対する少子化対策と子育て支援、雇用市場での非正規社員の増加、失業や稼得収入の減少、リスキリングやリカレント教育などの学び直しの必要性などである。

給付と負担の関係でも、若い世代は高齢世代に比べて負担感ばかりが増し、その対価としての給付を充分

に受けられていない、という不満が高じつつあった。安倍晋三・菅義偉の両政権が推し進めた全世代型社会保障には、後期高齢者の一部について医療費の窓口負担を1割から2割に引き上げ、その見返りとして現役世代の保険料負担を相対的に緩和することが含まれていた。そこへ至る道は政治的に極めて険しいものではあったが、健保連がさまざまなかたちで正論を政策当局者につける「要求活動」の成果であったともいえるだろう。

以上の背景を踏まえ、第2章では全世代型社会保障改革の実像と変遷、またそれに健保連がどう関与し、医療保険制度改革にどんな影響をもたらしてきたかを振り返ってみたい。

## 第1節 全世代型社会保障検討会議の発足

令和元年9月11日、第4次安倍再改造内閣が発足した。首相は麻生太郎副総理・財務相と菅義偉官房長官を除く17閣僚を交代させた。初入閣は13人と、平成24年の第2次安倍内閣発足以降、最多になった。皇居での認証式を終えた安倍氏は首相官邸で記者会見し、社会保障制度改革について「関係閣僚の総力をあげて全世代が安心できる社会保障制度を大胆に構想する」と話し、子どもから高齢者までを包摂する「全世代型社会保障改革」に取り組み考えを明らかにした。内閣に全世代型社会保障改革担当相を新たに置き、西村康稔経済財政・再生相に兼務させた。

また厚労相には自らに近い加藤勝信氏を再登板させた。新設する全世代型社会保障検討会議は首相が議長を務め、西村氏や加藤氏、麻生氏ら関係閣僚と有識者をメンバーとした。

### ●年金・医療・介護・雇用など全般を改革

安倍首相は、年金・医療・介護に加えて、少子化対策や雇用制度改革など従来の社会保障制度の枠を超えて具体的な政策の方向性を打ち出すことをこの会議の目的にした。雇用制度については記者会見で「70歳までの就業機会を確保する」と語った。年金制度改革に関しては「受給年齢の選択肢を拡大する」と述べた。70歳までとなっている年金の受け取り開始年齢を75歳まで延ばす仕組みが首相の念頭にあった。



社会保障の財源を確保するための消費税増税については予定どおり実施する考えを改めて表明する一方、「世界経済が抱える下ぶれリスクが顕在化すれば、機動的かつ万全の政策対応をする」と留保条件をつけるのを忘れなかった。また飲食料品の税率を標準税率の10%より低い8%に抑える軽減税率については「導入の準備に万全を期する。十二分な説明を心がけたい」と述べた。

以上が、安倍首相が全世代型社会保障検討会議の新設を表明した経緯である。しかし、引っかかる点もあった。全世代型社会保障改革会議ではなく、検討会議という会議名である。「検討」というのは、お役所言葉、つまりいわゆる霞が関文学では「一応、検討はするけど、具体的な対応はしない」という意味で使われる場合が通例である。首相が記者会見で表明した70歳までの就業機会確保などは人口構造の長寿化が進展する時代にあつて重要な論点ではあるが、医療・介護制度の持続性向上や財源対策といった社会保障制度改革の本丸は微妙に避けて通ることを示唆しているような印象を与えるものであった。実は、この会議が本物の制度改革といえるような本領を発揮したのは安倍首相の退陣後、菅義偉内閣になってからであるが、それについては後述する。

さて、再改造内閣の発足から9日後の9月20日、安倍首相は全世代型社会保障検討会議の初会合を官邸で開いた。議長を務めた首相は席上、誰もが安心できる社会保障のあり方について、改革の基本的な考え方と具体的な方針を決めることを表明した。安倍政権として検討会議で年末までに中間報告、また社会保障に関する給付と負担の見直しを含む総合的かつ重点的な政策を令和2年6月に策定する予定の「骨太の方針2020」に反映させるべく、来年の夏までに最終報告をまとめる方針を確認した。

#### ● 自民党は人生100年時代戦略本部を始動

「官邸主導」「官高党低」などと言われた安倍政権であったが、自民党も官邸の動きに呼応して9月24日に「人生100年時代戦略本部」の会合を開催した。同本部の岸田文雄本部長（党政調会長）は全世代型社会保障制度改革を議題にして「就労しやすい社会」「個性や多様性を尊重した不公平が生じない仕組み」「持続可能性」の3原則を念頭に置いて議論を進めるよう求めた。この会議では、内閣官房の全世代型社会保障検討室から担当幹部の出席を求め、官邸での議論の概要などを聴き取ったうえで意見を交わした。

## ●給付と負担の見直しが主要論点

内閣官房の同室が公開した検討会議の初会合議事録によると、医療保険制度改革の論点として有識者委員の多くが給付と負担の見直しの必要性を指摘した。なかでも中西宏経団連会長（故人）は、①後期高齢者の医療費窓口負担の原則1割から2割への引き上げ、②外来受診時の定額負担の導入―の2点について「やむを得ない話ではないかと認識している」と述べ、制度改革の必要性を強調した。中西氏はさらに社会保障の現状について「高齢者に手厚くなりすぎている面が非常にある」などとも語った。社会保障給付費の高齢者偏重を緩和して、少子化対策や若い世代の雇用確保などにもつと振り向ける必要性を説いた発言として、極めて重要であろう。こうした考え方こそが、本来の全世代型社会保障改革に欠かせない視点であることは、言うまでもない。

## ●健保連は政党への要請活動を展開

こうしたなかで、健保連は10月18日に公明党が開催した社会保障制度に関する合同会議に幹部らが出席し、全世代型社会保障改革と令和2年度の政府予算の編成について、後期高齢者の窓口2割負担の導入と拠出金負担の軽減措置の拡充などを求めた。医療保険制度に精通している同党の榎屋敬悟・政調会長代理は、健保連の要請を受けて安倍官邸への申し入れを含めて党内で検討する考えを表明した。また、この日の意見交換では「健保組合財政と2022年危機」「人口構造の変化と医療費の増加」「健保組合の解散問題」などが俎上に載ることとなった。

さらに10月24日、健保連は自民党の人生100年時代戦略本部のヒアリングで医療保険制度改革に向けて①後期高齢者の窓口負担を原則2割に引き上げる、②現役並みの所得がある人への給付費財源の公費投入割合を5割にする―などを要請した。この席で自民党の複数の議員が窓口負担を原則2割に引き上げることに賛意を表明した。また公費割合を5割にすることに理解を示す発言も出た。

10月30日の健保連の理事会で、大塚陸毅会長は政府や与党内での全世代型社会保障改革に関する議論開始に歓迎の意を表明し、健保連の主張を政府・国会・世論が受け止め、国民各層の理解が広がってきたという認識を表明した。そのうえで「これからが踏ん張りどころである」と述べて、政府・与党などへの要請活動

や広報展開などの要求実現活動を強化する考えを示した。

一方、首相官邸では11月26日に4回目の全世代型社会保障検討会議が開かれた。会議では中間報告に向けての具体論について議論が交わされた。安倍首相は「年金・医療・介護だけではなく、働き方を含めた改革をパッケージでやっていく」と語り、西村担当相、加藤厚労相ら関係閣僚に具体策を取りまとめるとともに、与党側との議論の擦り合わせを急ぐよう指示した。この首相発言からは、全世代型社会保障検討会議で安倍政権は医療・介護の財政問題よりも働き方改革の実現を優先して進める意向であることが読み取れるだろう。

12月に入り、自民党が開いた人生100年時代戦略本部の会合では、後期高齢者医療の窓口負担について年齢別に負担割合を決めるのではなく、年金の受給額や金融資産の多寡など負担能力に応じた割合にすることを提言に盛り込むことで一致した。もともと、仮に金融資産まで含めて負担能力を測るとすれば、マイナンバー（社会保障・税共通番号制度）などを活用した政府による国民の資産把握が必要になる。党側の考え方はもちろん押し進めるべきテーマではあるが、一方で「言うは易く、行は難し」でもある。

### ●検討会議が後期高齢者の2割負担導入などを柱に中間報告

党側との擦り合わせを踏まえて官邸の全世代型社会保障検討会議が中間報告をまとめたのは12月19日であった。毎年12月下旬は翌年度の政府予算案を閣議決定する時期であり、検討会議も当面の政策課題について予算案の編成に間に合わせるべく、中間報告の取りまとめを急いだ。

焦点のひとつである後期高齢者医療の窓口負担割合については、一定以上の所得がある者について1割から2割に引き上げる方針を明記した。さらに、紹介状を持たずに大病院の外来を受診した患者に対する定額負担額を引き上げ、併せてその対象となる病院を増やすことにした。これによる増収分は病院の収入にはせず、医療保険財政の改善に充てるのが要諦である。一方、2割負担の対象とする後期高齢者の所得要件については、この段階では明記されなかった。この調整は菅政権まで持ち越されることになる。

同日には官邸で安倍首相が議長を務める経済財政諮問会議も開かれた。この席では、3割負担の後期高齢者の範囲を定める「現役並みの所得の判定基準の見直し」などを引き続きの検討課題として、これらを含む

医療保険制度の給付と負担の見直しについて、翌年6月に政府として閣議決定する骨太の方針2020に明記すべく、関係する政府審議会などで検討を進めることを確認した。

### ●大塚健保連会長が「一歩前進」と評価

12月20日、健保連の大塚陸毅会長は理事会で検討会議が中間報告で後期高齢者医療の窓口負担割合を一定の条件のもとで2割に引き上げる方向性を示したことについて「一歩前進した」と評価した。そのうえで令和2年度に向けて「われわれの要求を実現するための各種活動を継続して展開する」などと、決意を表明した。

改めて、安倍首相が鳴り物入りで発足させた全世代型社会保障検討会議の中間報告を総括してみたい。

高齢者医療費の増大を抑える策として、後期高齢者の窓口負担は「一定の所得以上は2割、それ以外は1割」という考え方を示したのは前進であった。現役世代の保険料負担が過重となり国民皆保険制度が揺らぐのをくい止めるためには、無年金・低年金者などには配慮しつつも原則2割に引き上げる制度改革は避けられまい。しかし、2割の対象となる範囲について半年後の最終報告に持ち越されたのは先送りであり、残念な結果だった。

また、新たな2割負担の対象はこれから75歳になる人だけでなく、すべての後期高齢者を含めることにした。これはあるべき姿だが、網を広げたことが改革を後退させる面もある。70〜74歳の窓口負担は原則2割なので、今後75歳になる人から順送りで2割負担にする「学年方式」を採用すれば、対象者の負担感はずらずスムーズに導入できていたのではないか。

政府は2割への引き上げを原則とする方針で全世代型社会保障検討会議に臨んでいた。もともとは2割負担に慎重だった日本医師会なども原則2割を容認する方向に傾いていた。しかし土壇場で「原則2割」に待たされたのは、与党の自民・公明両党であった。中間報告の前文には「最終報告に向け、与党の意見をさらにしっかりと聞く」と明記されていた。最初から与党の意向を取り入れた報告にするなら、首相が主導して官邸に会議を設けた意義が問われることにもなるだろう。

現役世代の会社員などが月々負担する健康保険料は右肩上がりが続いており、厚生年金と介護保険などを

合わせた労使の社会保険料率は、30%の太台に乗ろうとしている。その点で、検討会議の中間報告は現役世代にとつての「負担の限界」への配慮は乏しいものだった。

日本経済は構造的に低い成長が続いている。こうしたなかで、真に医療を必要とする患者に質の高いサービスを提供するためにも、給付費の抑制策は避けて通れまい。

## 第2節 後期制度にメスを入れた全世代型社会保障検討会議報告書

前述のとおり、全世代型社会保障改革が具体的に大きな動きをみせるのは、菅義偉政権になってからである。同政権のもと、令和2年12月に取りまとめられた最終報告には、後期高齢者の医療費窓口負担を一定以上の収入を得ている人について1割から2割に引き上げる方針が盛り込まれた。

もっともそこに至るまでには、歴史に残る大きな攪乱要因があった。令和2年初に表面化した新型コロナウイルス感染症のパンデミックである。日本のみならず、世界中の政治指導者たちがコロナ対応に奔走することになり、政策や制度の運営は平時の体制から逸脱することになる。むしろ日本も例外ではなかった。最終報告への道のりを振り返ろう。

### ●安倍首相が全世代型改革を「内閣最大のチャレンジ」

令和2年1月7日、東京都内のホテルにある大宴会場で開かれた経済3団体（経団連・日本商工会議所・経済同友会）が共催する新年祝賀会に主賓として招かれた安倍晋三首相は、立錫りっすいの余地もないほどに会場を埋め尽くした企業経営者らを前に、壇上からこう決心を語った。「今年の内閣の最大のチャレンジである全世代型社会保障改革を成し遂げ、少子高齢化に立ち向かっていきたい」。その前日の記者会見では、1964年に開催した東京五輪を引き合いに出して「（1960年代は）世界に誇る国民皆年金、皆保険が形成された」とも語っている。

祖父の岸信介が首相時代に路線を敷いた皆年金・皆保険制度にあえて言及したのは、安倍氏が若手議員時代に自民党社会部会長（今の党厚生労働部会長）を務めた経験から、自身が社会保障制度に精通しているこ

とをアピールする狙いがあった。

安倍首相は、民主党から政権を奪取して以降、当初はアベノミクスの「3本の矢」を前面に押し出し、株価を上げて円安を演出し、企業収益を引き上げ、投資家の金融資産を増やすことを優先してきた。しかし令和2年初のこの発言は、憲政史上の最長内閣を実現させた自信から、政権終盤に取り組む政策課題として全世代型社会保障改革に重点を置くことを示していたといえよう。

首相は2段階で法整備を進める腹つもりであった。第1段階として、令和2年1月に召集する通常国会に雇用・年金・介護の関連法案を提出し、働く高齢者やパート労働者へ年金給付を拡大し、社会保障の支え手を拡大することを企図した。そして第2段階では、一定以上の収入がある75歳以上の後期高齢者に、新たに2割の医療費窓口負担を求める制度を打ち出し、秋に開く臨時国会に関連法案を提出する、というものである。

世論にもこの方針を支持する声が少なからずあった。例えば日本経済新聞社とテレビ東京が令和元年12月に実施した世論調査では、後期高齢者の窓口負担を2割に引き上げる方針について「賛成」が52%と過半数を占め、「反対」の41%を上回っていた。首相はこの結果に一定の手応えを感じていたとみられる。なにより、戦後の第1次ベビーブーム期（昭和22～24年）に生を受けた「団塊の世代」がすべて後期高齢者になる「2025年問題」が明確に視野に入っていた。

安倍政権は比較的、若い世代に支えられてきた内閣といつてよい。その若い支持基盤は後期高齢者の負担引き上げにおおむね好意的だったと解釈できるだろう。平成19年の第1次政権時は旧社会保険庁の年金記録問題につまずき、結局は内閣退陣を余儀なくされた安倍氏であったが、令和2年はその蹉跌<sup>さつたつ</sup>を糧にして、高齢者に一定の痛みを求める制度改革を成し遂げる自信をみせていた。

## ●2割負担の対象範囲が焦点、医療保険部会で具体案を議論

安倍首相が掲げた全世代型社会保障の柱となる医療制度改革の具体案作成は、主に厚労相の諮問機関である社会保障審議会の医療保険部会などの議論に委ねられることになった。後期高齢者が医療機関の窓口で払う負担の割合を1割から2割に引き上げる対象者の線引きが最大の焦点である。2割負担の人が多ければ、

その分、現役世代が払う保険料負担などは緩和される。しかし当然、当事者の反発は高まる。つまり、線引きの確定は典型的な世代間の対立色を帯びることになる。

首相が議長を務める全世代型社会保障検討会議は令和元年12月の中間報告に①後期高齢者に対する窓口2割負担を新設する、②紹介状を持たない患者が大病院を外来受診する際は「特別料金」を徴収する制度の拡大の2本柱を打ち出していた。このうち、後期高齢者に対する2割負担の新設は、対象となる所得水準が最大の焦点になっていた。

例えば介護保険は収入が年金だけで年収280万円以上の人は利用者負担が2割、同340万円以上の人は3割負担を適用している。もともと2割負担の人は34万人、3割負担にいたっては26万人である。2割負担の人は要支援認定・要介護認定を受けた人の5%程度と限定的である（平成30年度時点）。

一方、与党の側は後期高齢者の窓口負担割合の線引き作業におしなべて慎重な姿勢を示していた。自民党は令和元年12月に公表した提言で「2割」という具体的な数字を明記することなく、「引き上げる」と記述した。また公明党は「1割負担が基本」とするなど、自民党よりも慎重な姿勢をみせていた。2割負担対象者の拡大は、政治的には大きな困難を伴うことが予想された。

### ●紹介状なし「特別料金」徴収は200床以上に拡大

また、紹介状を持たずに大病院を受診した患者に「特別料金」を求める制度の拡大については、対象病院をどこまで広げるかが主要な課題となった。従来は、高度医療を提供する特定機能病院と地域医療の拠点となる地域医療支援病院のうち400床以上の420の病院を対象に、最低5,000円の特別料金を徴収していた。この範囲をどこまで広げるかが焦点になったが、全世代型社会保障検討会議は令和4年度までに200床以上の一般病院に広げるという考え方を打ち出していた。患者にとってプライマリー・ケアはまず身近な診療所を受診することを基本とし、大学病院などは高度急性期医療などに専念できる医療体制を確立するのが狙いだ。

もともと、プライマリー・ケアの問題は病院への患者のアクセスを金銭的な負担を重くする「懲罰的なやり方」だけで解決するものではない。複数の診療科目を総合的に診ることができ、患者にとって真に信頼

に足る「かかりつけ医」を育てる一方で、大病院は専門的な診療に特化する医療提供体制を確立できるかどうかのカギを握っている。例えばイギリスなど欧州で一般化している家庭医（ジェネラル・プラクティショナー、G P）制度には、参考になる面もある。

ただ、このときは、まだ新型コロナウイルス流行の影響は顕在化しておらず、厚労省は議論を淡々と進める手筈だった。その後のコロナ禍が、この前提を覆すことになろうとは、誰一人想像していなかったに違いない。令和4年以降、かかりつけ医機能のあり方が政府内で真剣に議論されるようになったのは、発熱外来のあり方などが問題化した怪我の功名であったとも解釈できるだろう。

2月19日に開かれた全世代型社会保障検討会議は、「介護サービスの生産性向上」を主な議題とした。介護福祉士など現場で深刻化している人材不足問題に対応するために、デジタル化を推し進める必要性で一致した。席上、安倍首相は「制度の持続可能性を確保して基盤整備や人材確保を進める。見守りセンサーなどのテクノロジーを活用し、介護サービスの質を維持しながら需要の伸びに対応する。行政に提出する文書の簡素化を進め、自治体ごとに異なる文書の様式について国が標準的な様式を示す」などと表明した。

首相が指摘した介護サービスへのデジタルの活用、地方自治体の申請文書の書式（フォーマット）統一なども、コロナ禍のなかでその重要さが改めて再認識されることになる。

### ●政府をあげてコロナ対策を優先

もっとも、このころには豪華クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」（D P号）で発生した新型コロナウイルスの集団感染問題への対応に政府は追われるようになり、医療・介護の制度に関する議論は後回しにされるようになっていた。経緯は次のようなものだった。

1月20日に横浜港からクルーズの旅に出たD P号の乗船客のうち、1月25日に香港で降りた80代の人のコロナ感染が確認されたのが、始まりだった。香港当局から厚労省にこの連絡が入ったのは2月2日だ。同省は翌3日の夜、検疫官が船内に立ち入り、すべての乗組員と乗船客への検疫を実施した。紆余曲折を経て4月15日までにコロナ罹患の確定症例として712例を確認し、少なくとも14人の死亡が確認されるなどした。



政府は非常事態の様相を帯びた。5月に入り、令和3年度の政府予算編成に向けた概算要求の締め切りについて、財務省は例年の8月末から9月末に延ばす方針を決めた。安倍官邸が主導するコロナ対応のための2年度第2次補正予算案の編成が最優先の課題になったためだ。同時に、3年度の本予算案は日程や要求基準を簡素かつ柔軟にし、コロナ関連の十分な支出の確保に重点を置く方針も固まった。

安倍政権としても、翌年度の予算編成の指針とするために例年6月に閣議決定する経済財政運営と改革の基本方針（いわゆる「骨太の方針」）を1か月ほど先送りすると決めた。同時に、後期高齢者の医療費窓口負担を2割に引き上げる法案は、国会への提出を令和3年に延ばす方針を固めた。本来であれば2年6月に予定されていた「骨太の方針」閣議決定までに、2割負担へ引き上げる対象などの具体的な制度設計を終え、同年内に国会に出す手筈にしていた。

#### ● 検討会議の最終報告は令和2年末に延期

安倍晋三首相は5月22日に首相官邸で開いた全世代型社会保障検討会議で、こう述べた。「新型コロナウイルスの感染拡大に伴い、（検討会議の）最終報告は令和2年末とし、7月に2回目の中間報告をしてもらう」。まさに、新型コロナウイルス対応で手が回らなくなり、スケジュールの先送りを余儀なくされることとなった。

以上、概観してきたコロナ感染初期の安倍政権の全世代型社会保障改革の後れに対し、健保連もおおむねやむを得ないというスタンスをとった。4月15日、コロナ感染が拡散するリスクを避けるために、第206回臨時総会に諮る議案を書面審議に切り替え、任期満了に伴う役員改選で、大塚陸毅会長の後任会長に宮永俊一・三菱重工業会長（経団連副会長）を選出した。

コロナ禍が深刻化するなかで、健保連の新執行部が動き出した。5月12日に「令和3年度政府予算概算要求に向けた個別要望事項」をまとめ、厚労省保険局長宛てに提出した。このなかで健保連は、①健保組合財政は、過重な拠出金負担によって危機的な状況にある、②新型コロナウイルスの感染拡大の影響による賃金・賞与の減少と、それに伴う健康保険料収入の急減など、過去に類を見ない甚大な悪影響が生じることも想定される―などと訴え、2年度中の緊急的な予算対応とともに、健保組合に対する財政支援措置の早期実施を強く求めた。

こうしたなかで安倍政権が令和2年度第2次補正予算案を閣議決定したのは、5月27日だった。一般会計の歳出総額は32兆円程度と、空前の規模を計上することとなった。厚労省の所管では、①コロナ検査体制の充実、感染拡大防止とワクチン・治療薬の開発に2,700億円程度、②ウイルスとの長期戦を戦い抜くための医療・福祉の提供体制の確保に2兆7,100億円程度、③雇用調整助成金の抜本的拡充をはじめとする生活支援に1兆9,800億円程度――が盛り込まれた。最初の緊急事態宣言の解除に際して記者会見した安倍晋三首相は、この第2次補正予算について「1次補正予算と合わせて事業規模は200兆円を越す。国内総生産（GDP）の4割にのぼる空前絶後の規模、世界最大の対策だ」と誇った。

しかし、空前の規模の予算には、コロナ対策のバックグラウンドとなるデータが示されていないという問題があった。事実、医療・福祉の提供体制確保や雇用調整助成金の拡充による生活支援などには、本来に必要なかが疑わしい費目が紛れ込んでいた。当時はコロナの恐ろしさが未知数だったので、巨額の予算計上にはやむを得ない事情があったと擁護する声もあるが、だからといって根拠が曖昧なままに、ただ資金を積み上げればいいというものではなからう。「対策の規模は大きいほど正義だ」という考え方が、政治の世界に定着した瞬間であった。

#### ● 検討会議が2回目の中間報告

こうしたなかで、全世代型社会保障検討会議が2回目の中間報告をまとめたのは、6月25日だった。中間報告といっても新味には乏しく、最大の焦点である医療保険制度改革については「令和元年12月の（1回目の）中間報告で示された方向性や進め方に沿って、さらに検討を進め、2年末の最終報告において取りまとめる」などと明記されるにとどまる内容だった。この先送りは言うまでもなく、コロナ・パンデミックによって、制度改革の内容を詰める肝心の作業が後回しにされ、議論が中断されたあおりによる。

健保連にとって、看過できない変化もあった。6月27日に日本医師会が開いた代議員会は、任期満了による役員選挙で、現職の会長で再選に臨んだ横倉義武氏を副会長の中川俊男氏が破ったのだ。得票数は中川氏191、横倉氏174であった。就任記者会見で中川新会長は全世代型社会保障改革について「高齢者の負担割合を上げるといふ結論ありきで進んでいる。そもそもの議論から見直していくように（日本医師会とし

て)主張する」などと語り、健保連に真っ向から対峙するスタンスを明らかにした。

政府は7月17日に臨時閣議を開き、「骨太の方針2020」「成長戦略実行計画」「規制改革実施計画」など安倍政権としての重要文書を相次いで決定した。もともと全世代型社会保障改革については議論の中断を受けて、先送り状態のままであった。この議論を再び俎上に載せて前へ進めたのは、安倍晋三首相の退陣後に新首相に就いた菅義偉氏である。

### ●安倍首相が辞任、全世代型改革を引き継ぐ菅政権

安倍晋三首相は8月28日、首相官邸で臨時記者会見を開き、持病の潰瘍性大腸炎が再発したことを明らかにし、首相の職を辞すると表明した。首相はこの時機に辞任表明した理由について、政府のコロナ対応への支障を最小限に抑えるために「7月以降の感染拡大が減少に転じ、冬を見据えて実施すべき対応策を取りまとめたこのタイミングしかない」などと説明した。

自民党総裁選に勝利し、衆参両院での首相指名選挙で第99代首相に選出された菅義偉氏は9月16日、菅内閣を発足させた。厚労相に自民党新型コロナウイルス関連肺炎対策本部長を務めていた田村憲久氏を起用した。田村氏は第2次安倍内閣以来、2度目の厚労相就任である。

### ●検討会議が再始動、菅首相が不妊治療保険適用を表明

菅政権のもとで、全世代型社会保障検討会議が再始動したのは10月に入ってからだった。議長には、安倍氏の後を襲った菅首相が就いた。15日、首相官邸では新政権発足後、初めての検討会議が開かれ、菅首相は自民党総裁選で公約のひとつに掲げていた不妊治療の保険適用について「年末に工程を明らかにする。出産を希望する世帯を広く支援し、ハードルを少しでも下げするため早急に検討する」などと述べた。また保険適用までの間は「現行の助成措置を大幅に拡充する」との考えを示した。

とはいえ、検討会議が12月に公表する最終報告の焦点は、後期高齢者の窓口負担の引き上げであることに変わりはなかった。2割負担に引き上げる線引きについては、医療保険部会の議論に委ねることになったが、日本医師会の新体制は対象者が増えることに難色を強めていた。医師会の意向をおもんばかる厚労省

は、対象を絞る方向に傾きつつあった。

高齢者の負担を増やす制度改革は、むしろ政治的に難路だが、団塊の世代の後期高齢化が始まる2022（令和4）年前に決着させなければ、現役世代の保険料負担がより重くなり、ひいては国民皆保険体制が危機に瀕することにもなる。高齢世代内の所得・資産格差が現役世代より大きいといった個別の事情には十分に配慮しつつも、原則2割化への道を菅政権がどう描くのが焦点となった。

健保連は9月24日、東京・千代田区の東京国際フォーラムで第506回理事会と第208回臨時総会を開いた。コロナ感染拡大の防止策を踏まえた事業執行の見直しに伴う令和2年度事業計画と収入支出予算の変更などを議題とし、いずれも原案どおりに承認した。

この席で宮永俊一会長は、全世代型社会保障検討会議が年末に予定している最終報告の取りまとめに向けて、後期高齢者の医療費窓口負担の2割への引き上げをはじめとする改革案が現役世代の負担軽減に資するよう強く求める考えを重ねて表明した。コロナ禍で甚大な影響を受けた健保組合に対する財政支援では、令和2年度補正予算の予備費や3年度予算できちんと確保するよう政府に訴えたと語った。

また、同日には都道府県連合会の会長会議が開かれた。この席には自民党の「国民皆保険を守る国会議員連盟」の鴨下一郎会長、丸川珠代幹事長、村井英樹事務局長らが招かれた。自民党関係者との意見交換では、健保連側から拠出金負担の軽減など高齢者医療制度の改革を求める意見が出された。議連側からは健保組合への支援に取り組む姿勢が改めて表明された。

### ●健保連など被用者保険関係団体は「原則2割」を主張

こうしたなかで、健保連は11月4日、協会けんぽ（全国健康保険協会）・経団連・日本商工会議所・連合とともに被用者保険関係5団体として、「低所得者に配慮しつつ早急に原則2割とする方向で見直すべき」とする意見書をまとめ、田村厚労相に実現を強く求めた。

与党にも健保連への援軍が出てきた。自民党の財政再建推進本部の小委員会は、窓口負担を1割に据え置く範囲を限定すべきだという趣旨の報告書をまとめた。これらは、対象者の拡大を阻止しようと与党の厚労族議員などへのロビー活動を積極化させていた日本医師会への意趣返しともいえる。

### ●厚労省が後期高齢者の2割負担線引きで5案提示

さて、厚労省が医療費の窓口負担割合を1割から2割に上げる後期高齢者の具体案を医療保険部会に示したのは、11月19日であった。年収が「155万円以上」「240万円以上」など5とおりについて試算を出した。ただし対象者が最も多くなる「155万円以上」の場合でも、その人数は605万人で、現役並み区分を除いた後期高齢者の37%にとどまる内容である。令和4年度で年間およそ7兆2,000億円に達する後期高齢者支援金に対して現役世代の負担軽減額は1,430億円にすぎず、健保連の要求にはまったく届かないレベルにとどまる内容であった。

5つの案の内訳は、年収が①「240万円」、②「220万円」、③「200万円」、④「170万円」、⑤「155万円」——で線を引きくもの。対象になる後期高齢者の数は、①が200万人で全体の13%、最も広くカバーする⑤の場合が605万人、37%に相当する。

これを受けて11月24日に開かれた全世代型社会保障検討会議には健保連の佐野雅宏副会長が出席した。佐野副会長は席上、「現役世代の負担はすでに限界だ」などと窮状を訴えた。現役世代の負担が累増するのを抑制する観点から、後期高齢者の窓口負担は原則2割にするべきだという考えを重ねて主張するとともに、令和4年度の初めまでに現役世代の負担増を抑える改革を進めるよう求めた。

### ●自民党・皆保険議連が2割負担導入を緊急提言

一方、自民党の国民皆保険を守る国会議員連盟は同日、現役世代と高齢世代が負担を分かち合い、国民皆保険制度を将来に引き継ぐための緊急提言を打ち出した。議連の鴨下一郎会長らが核になり、負担能力がある後期高齢者の窓口負担2割への見直し、新型コロナウイルスの感染拡大で影響を受けた健保組合への財政支援などを自民党政調会長や関係閣僚に対し申し入れをした。

自民党の有力な支持基盤である日本医師会は、高齢患者への影響を抑えるため負担増の範囲をなるべく狭めるよう求め、与党内からも厚労省が示した5つの案のなかで、最も範囲が狭い①案を推す声が少なからずあった。日本医師会などは「窓口負担が増えると医療機関への受診を控えるようになり、そのために健康状態が悪化し、かえって医療費が膨らむ可能性がある」などと主張していた。

こうしたなかで、財務相の諮問機関である財政制度等審議会は11月25日、令和3年度政府予算案の編成などに関する建議を麻生太郎副総理・財務相に提出した。このなかで社会保障分野に関しては、「制度の持続可能性を確保するために改革が急務だ」と指摘したうえで、「社会保障関係費について実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめるとの歳出規律に沿った予算編成を行うことはもとより、給付の在り方を見直す制度改革が必要」と訴えた。これは、後期高齢者の窓口負担を2割に引き上げる対象を可能な限り幅広くするよう求めることを示唆しているとも受け取れるだろう。

翌26日、厚労省は医療保険部会に、後期高齢者の窓口負担を1割から2割に引き上げる範囲に関して、高額療養費制度の一般区分に該当する全員を対象にした場合の財政試算値を示した。このなかで、後期高齢者の52%を占める一般区分全員を対象にすると、令和4年度ベースで後期高齢者支援金が2,230億円減少することが明らかになった。給付費は5,820億円、公費負担は3,030億円、後期高齢者の保険料負担は570億円、それぞれ減少することになる。

12月に入ると、全世代型社会保障検討会議の最終報告取りまとめを目掛けて、コロナ禍のなかでも永田町や霞が関の動きは一層慌ただしさを増した。1日、自民党の人生100年時代戦略本部は全世代型社会保障改革に向けた提言を本部長一任のかたちでまとめた。最大の焦点である後期高齢者の2割窓口負担の範囲については、「広範囲」「限定的」の両論併記とした。

翌2日に開かれた医療保険部会で、健保連の佐野雅宏副会長は、2025年度までの4年間累計の後期高齢者支援金の増加額と、後期高齢者の窓口負担を2割に引き上げた場合の支援金の抑制効果について、健保連独自の推計を交えた算出結果を提示した。厚労省の試算では、1割負担のまま推移すると、2025年度の支援金は総額8兆2,000億円となり、2021年度比およそ1兆2,000億円の増加になる。しかし、その間の対前年度の負担額が毎年度、積み上がっていくことを考慮する必要があるため、佐野副会長は健保連推計分を足し合わせて「4年間の累計で総額2兆9,000億円の負担増になる」と強調した。

### ●最終報告で2割負担対象は所得上位30%の範囲

菅首相が議長を務める全世代型社会保障検討会議は12月14日、首相官邸で開いた会合で最終報告を取りま

とめた。後期高齢者の窓口負担引き上げについては「所得上位30%の範囲」を2割負担にする方針が示された。また、2割負担を実施する時期については、令和4年度後半と定め、具体的には政令によることを明記した。この最終決断は菅首相のイニシアチブによるものであった。菅政権として、後期高齢者の窓口負担引き上げを含む医療保険制度改革関連法案を3年の通常国会に提出することを確認した。

#### ●宮永健保連会長が声明、現役世代の負担増軽減策として不十分

この最終報告を受けて翌15日、健保連の宮永俊一会長が声明を発表した。このなかで宮永会長は、2割負担に引き上げる対象を年収200万円以上とする最終報告の内容について、現役世代の負担増軽減策としては不十分との考え方を示した。そのうえで、現役世代の負担増の一段の軽減と、国民皆保険制度の持続可能性を確かにする観点から、次なる制度改革に向けて引き続き取り組む必要性を訴えかけた。

全世代型社会保障検討会議の最終報告を踏まえ、厚労省は後期高齢者への窓口2割負担導入に伴う財政影響の再試算結果を12月17日に開いた医療保険部会に明らかにした。2割の外来自己負担の増加額を施行後3年間は1か月当たり最高3,000円に抑える方針が最終報告で示された。厚労省の当初案は月に最高4,500円だった。この増加額の抑制により、財政効果は当初試算よりも低減するという厳しい現実が浮かび上がることになった。

医療保険部会が医療保険制度改革に関する「議論の整理」をまとめたのは、政府予算案の決定から遅れること2日、12月23日であった。後期高齢者の窓口負担の見直しについては、全世代型社会保障検討会議の最終報告を踏まえ、課税所得28万円以上・年収200万円以上の人を対象に、1割から2割に引き上げる方針が示されたが、引き上げに対して「推進すべき」と「慎重であるべき」の両論を併記する中途半端な内容に終わった。推進へ向けて審議会部会長が指導力を発揮すべきであったが、そのような場面はついに訪れなかった。政治や利益団体に配慮するような審議会運営であるなら、その存在意義が大きく問われることになる。

以上みてきたように、後期高齢者の窓口負担の2割への引き上げと、それに伴う現役世代の保険料負担の増加抑制については、健保連にとって、ある意味で不本意な結果に終わることとなった。後期高齢者が医療

サービスの対価として払う窓口負担は、原則1割が維持されることになったと言い換えられるからだ。健保連が議論に終止符を打つのではなく、2割の対象者を広げる負担改革を続けるべきだという姿勢を示したのは、当然であろう。引き上げの実施時期についても、国政選挙への悪影響を気にする公明党の意を汲み、令和4年秋以降としたのは、あまりにも政治的な決定だった。選挙目当ての政策立案は的外れと言わざるを得まい。

高齢世代内の収入・資産格差は現役世代に比べて概して大きいのが実情である。例えば、年金は少ないが預貯金など金融資産が豊かな世帯もある。本来であれば、窓口負担はこうした収入・資産の多寡に応じて決めるのが理にかなっていよう。そうした収入・資産状況を、政府や地方自治体が正確に把握するためのマイナンバーではなかったのか、という疑問もわいてくる。全世代型社会保障改革は未完のまま令和3年を迎えることになる。

### 第3節 後期高齢者の窓口負担引き上げを政治決断

菅義偉政権は令和3年2月5日、一定の所得以上の後期高齢者の医療費窓口負担を1割から2割に引き上げることなどを柱とする「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」を閣議決定し、直ちに国会に提出した。後期高齢者の窓口負担見直しについては、単身世帯の場合で、所得上位30%（すでに3割の現役並み所得者を除くと23%）までをカバーする課税所得28万円以上かつ年収200万円以上（ただし複数世帯は後期高齢者の年収合計320万円以上）の人を1割から2割に引き上げる内容である。対象者の具体的な所得基準は政令で定めることとした。2割負担への引き上げを実施する時期は4年度後半とし、具体的な施行日もまた政令で定める。

#### ●現役世代の負担増抑制効果は限定的

この法案の内容をみていこう。まず、健保組合が最も重視する現役世代の負担増ほどの程度、軽減されるのだろうか。厚労省の説明によると、その効果は2025年度ベースで現役世代1人当たり年間800円程



度にすぎない。現役世代の人は自身が所属する健保組合などを通じて、後期高齢者の医療費の一部を賄うために健康保険料から資金を提供している。同省によると、2021年度は1人当たりで年間におよそ6万4,000円を提供することになる。2022年度以降は、いよいよ団塊の世代の後期高齢化がスタートする。対象となる後期高齢者が激増する2025年度には、現役世代1人当たりの拠出額はおよそ8万円になる。

政府によるこの法案の国会提出は、初めの一步としては意味があるだろうが、法案に盛り込まれた制度改革が実現しても、2025年度ベースでは拠出金負担を800円軽減させる程度にすぎず、現役世代の負担が過重であることに大きな変化はない。国民皆保険制度の持続性を維持・向上させるためには、高齢者にさらに負担を求めたり、軽症者向けの医薬品の保険給付範囲を狭めたりするなどの医療制度改革が重要であることは、論をまたない。

政府による同法案の国会提出後も、健保連は現役世代の負担増の軽減を求める姿勢を続けた。2月12日に開かれた医療保険部会に出席した健保連の佐野雅宏副会長は、法案の確実な実施を求めるとともに、国民皆保険制度の持続性を確保するために、今後の医療保険制度のあり方について、引き続き検討を進める必要性を強調した。このなかでは、特に現役世代による高齢者医療拠出金の負担軽減を重視し、現行の高齢者医療運営円滑化等補助金の確実な確保と特別負担調整の拡充、さらには拠出金負担の上限設定などを検討するよう求めた。ここに、高齢者医療制度に関して、同法案成立後の政策課題が浮き彫りになったといえるだろう。

健保連は2月18日に予定していた第209回総会を书面審議で実施した。言うまでもなく、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受けてである。審議の結果、令和3年度事業計画などの議案をすべて原案どおりに了承した。事業計画の最重点項目としては、①制度改革における健保組合・健保連の主張実現に向けた活動の継続、②優れた保険者機能を発揮できる健保組合方式の維持・発展に向けた支援策の推進、③事業の検討・見直し—の3点をあげた。併せてこれらの制度改革が早期に具体化するよう、主張・要請活動を展開する方針を確認した。

3月に入ると、政治に動きが出てきた。野党の国民民主党は3月4日に開いた政務調査会会議に「全世代

対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」について健保連から聴き取りをした。健保連からは佐野雅宏副会長、河本滋史常務理事、田河慶太理事の3人が出席した。健保連側は同法案の成立に協力するよう国民民主党に求めた。佐野副会長は平成20年のリーマン・ショック以降、現役世代の賃金が伸び悩み、一方で、高齢者医療費に対する支援金・納付金や保険給付費が年々増加しているため、現役世代の負担の伸びが著しい現状を説明した。また、コロナ禍によって現役世代の収入がさらに減るようなことになれば、その負担が一段と過重になるという懸念を伝えた。

健保連が自公の両与党のみならず、野党各党にこうした説明を尽くすことには、法案の成立を促すためにも、また現役世代の負担増を抑えて国民皆保険制度の持続可能性を維持・向上させるためにも大きな意味がある。

この法案は厚労省の所管だが、国会審議では田村憲久厚労相とともに、菅義偉首相自らが趣旨や狙いを説明する場面が少なからずあった。それだけ菅氏の力がこもっていたといえる。この点で健保連にとっては心強い環境だったといえるだろう。

#### ●菅首相が全世代型社会保障改革を重点課題

3月8日の参院予算委員会に出席した菅首相は、団塊の世代が後期高齢者に入り始める2022（令和4）年を見据えて、現役世代の負担の上昇を抑える必要性に言及した。また、引き続き総合的な検討に取り組む意向を表明した。これは、国民民主党の浜口誠参院議員への答弁である。浜口氏は、現役並みの所得を有する後期高齢者の医療への公費投入など、健保連の主張に沿った政策の実現を首相に提案していた。

コロナ禍のなかでも、国会審議は粛々と進んだ。新年度に入った令和3年4月8日、衆院本会議が開かれ、菅首相が全世代型社会保障制度改革の重点課題のひとつと位置づけた「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」について、田村憲久厚労相が趣旨説明した。これに対して与野党の代表者が質問をし、法案は実質的に審議入りした。また菅首相は「全世代が安心できる社会保障制度を構築することは待ったなしの課題である。能力に応じた負担をしてもらうことが必要だ」と強く訴えかけた。

●佐野副会長が衆院厚労委で参考人意見陳述、早期かつ着実な実施を要望

4月20日、衆院厚労委員会は「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」に対する参考人質疑を実施した。出席した参考人は4人。健保連からは佐野雅宏副会長が意見を述べた。このなかで佐野副会長は、この法案に盛り込まれている後期高齢者の2割負担導入について、「高齢者と現役世代の負担・給付のアンバランスの是正や現役世代の負担軽減の観点から評価できる」と語り、早期かつ着実な実施を求めた。さらに、次の制度改革の課題として、「①後期高齢者の現役並み所得の基準の見直しと公費の投入、②後期高齢者の保険料設定のあり方など、高齢者医療制度のさらなる見直し」などの政策課題に対する早期の検討と、財政状況が厳しい健保組合への財政支援の実施を重ねて要望した。

●コロナ禍で厳しさ増す健保組合財政

こうしたなかで、コロナ禍の影響が健保組合の保険財政を圧迫していることが如実に明らかになった。4月22日、健保連は厚労省の記者クラブで開いた記者会見で、令和3年度の健保組合予算早期集計の結果を公表した。それによると、健保組合全体の経常収支差引額は5,098億円の大幅な赤字になる。赤字の組合数は1,080。これは全組合の8割に迫る数字である。平均保険料率は9・23%、収支均衡に必要な財源を賄うための実質保険料率は過去最高の10・06%となり、初めて10%を突破した。佐野副会長はこの席で「新型コロナウイルスが組合の保険財政に大きな影響を及ぼしている。（団塊の世代の後期高齢化が始まる令和4年と想定していた）危機が1年早く到来した」と、強い危機感を露わにした。

これは、極めて衝撃的な結果である。記者会見を受けて、その持つ意義などを詳しく報道した新聞のひとつに、日本経済新聞があった。4月23日付同紙5面から引用する。見出しは「大企業の健保、78%が赤字 健保連21年度集計 コロナ前から倍増 宿泊や飲食、収入減大きく、解散組合増える恐れ」というものである。

新型コロナウイルスの感染拡大で、大企業の社員らが入る健康保険組合の財政が悪化している。健康保険組合連合会（健保連）が22日まとめた全国約1,400組合の2021年度の予算集計では、78%が赤字を

見込む。収支の均衡に必要な実質保険料率も解散の目安とされる10%を初めて超える見通しだ。

赤字を見込む健保は20年度より12ポイント高まった。「高齢化の影響で22年以降に支出の急増を見込んでいたが、新型コロナで1年早く危機が訪れた」。集計結果を発表した健保連の佐野雅宏副会長はこう述べた。1,387組合を集計したところ、コロナの影響で保険料収入は前年度比2・6%減の8兆60億円に減少することがわかった。高齢化による支出増加の傾向は変わらず、収支が悪化する。

保険料収入は従業員への給与や賞与に連動する。コロナの影響により給与などが減少している宿泊・飲食、生活関連サービス・娯楽関連の企業で特に落ち込みが大きい。

21年度予算の経常赤字は5,098億円と、前年度に比べて赤字幅が約2,800億円も広がる。赤字組合の数は169増えて1,080になる。コロナの感染拡大前の19年度実績と比べると、赤字組合の割合は35%から78%まで倍増する。経常赤字の大きさはリーマン危機後の財政悪化で解散が続出した09年度（5,234億円の赤字）以来の水準に膨らむ。

収支悪化に拍車がかかれれば、保険料率の引き上げや解散する健保組合の増加が懸念される。

21年度の平均保険料率は9・23%と0・01ポイント高まる。料率を引き上げる組合数は115組合だ。健保連によると、予備費や積立金の取り崩しで対応する動きが多いという。

収支を均衡させるのに必要な保険料率を算定すると、10・06%と過去最高の料率になる。前年度から0・35ポイント増で、10%を超えるのは初めてだ。

健保組合にとって料率10%超が持つ意味は重い。中小企業の従業員らが加入する全国健康保険協会（協会けんぽ）の料率が10%だ。10%超となれば企業が自前の健保組合を持つ必要性を失わせかねない。解散を判断する目安が10%とされ、今後、解散を決める組合が増えるおそれがある。

今月1日にはアパレルの製造・販売会社でつくる大阪既製服健康保険組合が解散した。コロナの影響を理由とする初の解散だった。

健保組合が解散すると加入者は協会けんぽに移る。企業が個別に提供する健康増進プログラムなどの手厚い福利厚生を受けることが難しくなり、協会けんぽに対する税負担の増加にもつながる。

感染が拡大する前から健保組合を取り巻く環境は厳しさを増していた。

加入者が医療機関を受診した場合の医療費にかかる給付だけでなく、高齢者の医療費を支える支援金なども拠出している。高齢化により拠出額は年々増加し、21年度は福利厚生プランなどを除いた支出の47%と半分近くになっている。

健保連では従来、「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者になる22年度から拠出額が一段と膨らみ、保険料率が10%を超えるという「22年危機」を想定していた。コロナがその危機を1年早め、健保には厳しい判断が迫られている。

現役世代の保険料負担を軽減するため、年収200万円以上の後期高齢者の医療費窓口負担を1割から2割に引き上げる法案が今国会で審議中だ。佐野副会長は「国民皆保険制度を維持するためにも、後期高齢者の所得基準の見直しなどさらなる改革が必要だ」と強調した。

健保組合が直面している危機について、まさに要諦をついた記事であるといえるだろう。コロナ禍が健保組合の保険財政に及ぼすこうした影響はむろん、一時的な要因ではある。しかし、このような一時的な危機に対する抵抗力を健保組合が蓄えるためにも、高齢者医療への拠出金の軽減など、構造的な制度改革が重要なことは論をまたない。

### ●国会論戦は2割負担是非が最大の争点

5月11日、衆院本会議が開かれ、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」が与党などの賛成多数で可決され、同法案は直ちに参院へ送付された。一部の後期高齢者への窓口2割負担が最大の争点となったこの法案に対し、立憲民主党は反対票を投じた。「後期高齢者の受診抑制を招く」などというのが反対の理由であった。そこには、現役世代に対する負担増を軽減する、国民皆保険制度の持続可能性を維持・向上させる、といった構造的な制度改革への視点が欠落していたと言わざるを得ない。立憲民主党が仮に、対政府・与党という政局的な観点から反対票を投じたとすれば、それはあまりに短視眼的な対応である。

なお、ここに至るまでには、衆院厚労委員会が4月23日に予定していた同法案の採決を見送るといふハプ

ニングがあった。菅原一秀前経済産業相に関する一部報道を受けて、同氏が与党筆頭理事の辞任を申し出たのを理由に、衆院厚労委員会が同日開いた理事会で、与党側が採決の提案を取り下げることを決めたためだ。

この法案が衆院を通過したことで、参院での審議を経て、この通常国会中に成立する公算が大きくなった。窓口2割負担の対象となる所得の基準は、単身世帯が年金を含めた年収200万円以上、複数世帯は後期高齢者の年収が計320万円以上という線引きが、法案の成立によって確定することになる。この適用開始は令和4年10月から5年3月の間で、法案の成立後に政令で定めることになっている。後期高齢者自身の窓口負担が急激に増えるのを防ぐために、適用開始から3年間は外来受診時の負担増加額を月3,000円までにする経過措置が盛り込まれている。

翌12日、健保連は「令和4年度政府予算概算要求に向けた個別要望事項」をまとめ、厚労省保険局長宛てに提出した。このなかでは、4月22日の記者会見で明らかになったように、過重な拠出金負担が続くうえに、コロナ禍の影響が重なるなど、危機的な状況になっている健保組合財政の窮状を訴え、健保組合への財政支援措置を実施するよう強く訴える内容が含まれている。

5月19日、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」が参院本会議で審議入りした。与野党による代表質問では、健保組合の後期高齢者支援金の負担増に伴う財政悪化の問題が取り上げられ、政府側の対応が論点になった。田村憲久厚労相はこれに対し、現役世代の負担軽減を含めて、さらなる改革を推進すると表明した。

#### ●佐野副会長が参院厚労委で「次なる制度改革」の必要性訴える

同月31日、参院厚労委員会が参考人質疑を実施した。出席した健保連の佐野雅宏副会長は、一定以上の所得を有する後期高齢者に対する窓口2割負担化について、「可能な限り早期に実施してほしい」などと訴えた。また、現役世代のさらなる負担軽減に向けて、「次なる制度改革」への期待を表明し、健保組合への財政支援が不可欠だとの考えを重ねて強調した。

この間、菅政権にとって第一の政治的課題は新型コロナウイルスワクチンの接種をどう加速させるか、と

いう難題であった。菅首相は河野太郎規制改革担当相にワクチン担当相を兼務させ、官邸をあげて接種の加速を促すための臨戦態勢をとっていた。首相の河野ワクチン相に対する発破のかけ方は並大抵ではなかった。朝に夕に、河野氏が官邸に顔を出すたびに接種加速へ向けた進捗状況を尋ねるありさまであった。コロナワクチンの接種加速は、まさに日本国をあげての課題になっていた。

こうしたなかで加藤勝信官房長官は5月31日、首相官邸で健保連の佐野雅宏副会長に会い、新型コロナウイルススワクチンの職域接種について協力を要請した。佐野副会長はこれに対し、「健保連として積極的に協力する」などと応じた。また職域接種への協力に向けた課題解決を求める要請書を加藤官房長官に手渡した。その後、官邸の記者団に対し、佐野副会長は1日でも早く、1人でも多くの接種進展に協力する意向を述べた。

#### ●後期高齢者窓口負担引き上げの全世代型社会保障構築法案が成立

さて、後期高齢者の医療費窓口負担の引き上げを柱とする「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」が参院本会議で可決・成立したのは6月4日であった。この採決に先立ち、同月3日に参院厚労委員会では、法案を可決するとともに、附帯決議を採択した。決議の内容として、①特に財政状況が厳しい健保組合に対する財政支援、②後期高齢者医療制度の財源のあり方の検討、③持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備などを講ずることなどが明記された。

#### ●宮永健保連会長は法案成立に全世代型社会保障構築への「第一歩」

法案成立を受けて、健保連の宮永俊一会長は直ちに声明を発表した。声明は、今回の法改正について「全世代対応型の社会保障制度の構築に向けた第一歩」と評価し、早期の施行を強く要望するものだ。さらに、現役並みの所得を有する後期高齢者への公費投入、保険給付範囲の見直しなどを、引き続きの課題として指摘し、政府側に抜本的改革の早期断行を求めた。

医療保険部会が6月25日に開かれ、法案成立などについて意見交換する場が持たれた。健保連など被用者

保険関係団体を代表する委員は、改正法成立を評価した。健保連の佐野雅宏副会長はこの席で、将来世代が希望を持てる医療保険制度の抜本改革に向けて、改正法の附帯決議に定められた総合的な検討を早期に始めるべきだと述べた。

菅首相が主導した、一部の後期高齢者に対して医療費の窓口負担を1割から2割に引き上げる制度改革は、ここに一応の決着をみた。長く険しい道ではあったが、健保連など被用者保険関係団体の要望は一定程度、実現したと評価してよいだろう。もちろん、改正法の附帯決議が定めるように、健保組合と健保連にとつて、総合的な制度改革の検討という次なるハードルが待ち構えているのも事実である。窓口2割負担に引き上げる後期高齢者の範囲が全体の23%に限られるなど、現役世代の負担を大きく軽減し、皆保険制度の持続性を真に高めるには、およそ十分とはいえない。

厚労相も務めた加藤勝信官房長官は当時、改正法案に対する野党の反発が想定していたほどに強くなかったことに、一種の安堵感を抱いていたようだ。これも、健保連をはじめとする被用者保険の代表が、現役世代の負担軽減と国民皆保険制度の持続可能性の維持・向上という、政府・与党はもちろんとして、一部の野党を含めた各政党に納得感を与える観点から、粘り強く地道に要求運動を積み重ねてきた成果にほかならない。また、コロナ禍のなかで安倍晋三首相の後を襲った菅義偉首相の強い政治的リーダーシップの貢献度も大きい。

もっとも、その菅政権はこの年の秋、志半ばで退くことになる。次の首相に就く岸田文雄氏は、自身の政治的スローガンである「新しい資本主義」の実現へ向けて、全世代型社会保障検討会議を「全世代型社会保障構築会議」に衣替えることになる。その展開は次節でみていきたい。

#### 第4節 全世代型社会保障構築会議を新設

突然の幕引きであった。令和3年9月3日、菅義偉首相は首相官邸で記者団に対して、同月に予定されている自民党総裁選（9月17日告示―29日投開票）には出馬せず、首相を退く意向を明らかにした。その理由として、菅氏は「総裁選への出馬と新型コロナウイルス対策の両立には莫大なエネルギーが必要となるた



め、新型コロナ対策に専念したい」などと述べた。なお、菅党総裁の任期は、前任の安倍晋三氏が残した期間である3年9月末までであった。

背景には、菅内閣の支持率低下があった。当時、新型コロナの感染拡大が続き、医療機関の逼迫によって入院治療が受けられない重症患者・中等症患者が全国的に増えていた。これに不満を抱く人が増加するなかで、菅内閣の支持率は8月以降、各メディアの世論調査で30%を割り込むようになっていた。また、8月22日には自らの地元である横浜市長選で、菅氏が後押しした候補が、およそ18万票の大差をつけられて野党推薦の候補に敗れる事態に直面し、菅氏の政治的リーダーシップの陰りを指摘する声が出ていた。

自民党総裁選は、先に立候補を表明していた岸田文雄、高市早苗両氏に加えて、河野太郎、野田聖子の両氏が出馬表明し、4者で争う構図となった。余談になるが、自民党総裁選で2人以上の女性候補が立候補したのは、これが初めてだった。その点で、長らく男性の圧倒的優位が続いてきた自民党の執行部に、新しい息吹が芽生えることを予兆させた選挙でもあった。

さて、この総裁選期間中に、岸田候補が社会保障・税の制度改革に関連して「10年程度は消費税率を上げることは考えない」と明言したのは、特筆に値するだろう。岸田氏は自民党の政調会長の任にあった平成29年に「国際的な日本の信頼確保を考えれば、消費税率の引き上げは不可欠だ。増税を可能にする経済環境をつくる」と決意を語っていた。令和2年に自民党総裁選に立候補した際は、社会保障の新たな財源などを見極めたうえで「必要なら引き上げも考える」と、いくぶんトーンダウンしたものの、消費税増税を明確に否定したわけではなかった。その岸田氏が首相の座を射止めることになった翌3年の党総裁選で、なぜ考えを改めたのかは明らかではない。

### ●岸田政権が発足、全世代型社会保障改革を促進

選挙戦は、新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から街頭演説はなく、投開票の場となる両院議員総会は自民党本部のホールを避けて党大会の会場として使っているグランドプリンスホテル新高輪で実施された。果たして、9月29日の投開票の結果、岸田氏1位、河野氏2位、高市氏3位、野田氏4位という結果だった。もっとも4人とも過半数を獲得できなかったため、1・2位による決選投票が実施された。その結

果、岸田氏が河野氏を大差で破り、第27代自由民主党総裁に選出された。

岸田文雄氏は10月4日、衆参両院の指名を受けて第100代首相に就任し、直ちに組閣に着手し、自民・公明両党連立による岸田政権が発足した。

岸田首相は新内閣で厚労相に大蔵官僚出身の後藤茂之衆院議員を指名した。また、新型コロナウイルス対策担当相として、山際大志郎経済再生担当相を兼務させた。後藤厚労相は就任のあいさつで、「新型コロナウイルス対策について、国民の命と暮らしを守るために重要な課題であるので、これに全力を傾けてゆきたい」と述べた。また、社会保障制度改革については「引き続き全世代型社会保障改革を推進するための検討を進める」と述べた。まずは堅実な受け答えといえるだろう。

「新しい資本主義」をスローガンに掲げた岸田政権のめざす方向は、規制改革を政権のど真ん中に置くと言明していた菅義偉前首相のやり方と明らかに違っていた。10月8日、衆参両院の本会議で首相就任後、初めての所信表明演説に臨んだ岸田文雄氏は、子どもから高齢者まですべてが安心できる「全世代型社会保障の『構築』を進める」と述べ、「公的価格評価検討委員会」という会議体を設けて、看護師・介護職員・保育士などエッセンシャル・ワーカーと呼ばれる働き手の賃金を引き上げる考えを示した。

岸田政権の発足を受けて、経済界にも動きがあった。経団連（十倉雅和会長）は10月12日、令和6年度の医療・介護制度改革に向けた提言をまとめ、公表した。高齢化の加速や現役世代の一段の減少など、人口動態の変化に対応するために、改革の推進役となる組織を政府内に新設し、医療提供体制の見直しを通じた医療費の適正化や介護保険制度に関する給付・負担両面の見直しが不可欠であるというのが、その主な内容であった。

一方、健保連は10月19日、東京・千代田区の東京国際フォーラムで令和3年度健康保険組合全国大会を開いた。大会テーマは「未来のため、皆保険を守るため、全世代で支え合う制度の構築へ」。大会では、①国民が安心できる安全で効率的な医療の実現、②現役世代の負担軽減と世代間の公平性確保、③健康寿命の延伸に向けた保健事業のさらなる推進―というスローガンにもとづく決議を採択し、健保組合・健保連の主張をアピールした。

## ● 「かかりつけ医」推進へ健保連が提言

また同日、健保連は記者会見し、新たな提言「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて」を発表した。コロナ禍の経験を踏まえて、国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」の推進を打ち出し、法令などでその要件（機能）を明確にしたうえで、制度化することを提案した。これは、財務省が財政制度等審議会（財務相の諮問機関）に提示した「かかりつけ医」のあり方と符合するものといっただろう。かかりつけ医機能のあり方は、岸田政権のもと、後述する全世代型社会保障構築会議の議論にとって、大きなテーマになる。

この新たな提言では、当然ながら国民皆保険制度の持続性確保に向けて、医療の重点化・効率化や現役世代の負担増の抑制策も引き続き重点課題であることをうたっている。

またこの日の記者会見で、健保連は令和2年度の健保組合決算見込みを公表した。それによると、経常収入は8兆2,956億円となり、落ち込み幅が前年度より拡大したことが明らかになった。新型コロナウイルス特例納付猶予等未収などによって保険料収入が減少したあたりである。一方、経常支出もコロナの影響を受けて8兆4億円へと、前年度より減少した。この結果、2,952億円の黒字となったが、あくまで特異的な現象であり、3年度以降については、保険料収入の低迷や団塊の世代の後期高齢化といった影響を受けるため、赤字幅が拡大するという見通しを示した。このように、コロナの影響が健康保険財政に如実に影響を及ぼす構図が一段と鮮明になった。

岸田首相が国会での所信表明で述べた全世代型社会保障の構築はどうなったか。首相は10月26日に首相官邸で開いた新しい資本主義実現会議で、新たに全世代型社会保障構築会議の新設を表明した。また、この構築会議のもとに、看護師や介護職員、保育士らの賃金増加策を議論するための公的価格評価検討委員会を置き、早急に議論を進める意向を示した。すでに、年末の令和4年度政府予算案の編成が首相の視野に入っていた。岸田政権の全世代型社会保障改革が緒に就いた瞬間といっただろう。

この2つの会議体の初会合が首相官邸で合同開催されたのは、11月9日であった。まずは、岸田首相が重視する看護師・介護職員・保育士などの賃金上昇策が喫緊の課題として取り上げられることとなった。

## ●政府は看護、介護、保育など処遇改善を優先

新しい資本主義の実現をスローガンに掲げる首相は、同日の合同会議で「看護、介護、保育、幼稚園などの現場で働く方々の収入の引き上げは最優先の課題だ」と述べ、「経済対策で必要な措置を行い、前倒しで引き上げを実施する」ことを公約した。さらに合同会議のメンバーに対して、その後のさらなる賃金引き上げに向けて各制度の見直しを議論し、年末までに中間整理を取りまとめるよう指示した。

介護・保育職の平均月収は全産業の平均額との比較では、5〜6万円程度低いのが実情である。一方、看護師の平均月収は全産業平均より高い。しかし首相は早朝・深夜勤務など厳しい条件で働く人が少なくない点を重くみて、処遇改善が必要と考え、介護・保育職と一体で検討を進めるよう促した。

こうしたエッセンシャル・ワーカーの処遇改善は従来、厚労省が核となつて取り組んできた。特に介護職は3年に1度の介護報酬の改定を基準として給与が決まる仕組みになっており、処遇改善のための加算措置が行われてきた。また、介護事業所への補助金支給によつても処遇改善を実施しており、平成21年度以降の累計で月額7万5,000円を上乗せした事になっている。

それでも、厳しい労働状況に見合わないために、この分野の人手不足は一層深刻になっている。コロナ禍も働き手不足に追い打ちをかけた。厚労省の推計だと、介護職は2025年度に2019年度比で32万人、2040年度には69万人が不足すると見込まれている。介護分野では、政府が外国人労働者の在留資格を拡充したが、思うように海外から働き手が来ていないのが実情である。

問題は、賃上げを一時的に終わらせず、持続性を持たせられるかどうかであろう。その手段を政府補助金に頼るようなら、持続性は期待できまい。介護・保育サービスの質や需要の量に応じて、働き手の処遇を柔軟に設定できるような規制改革がカギを握るのは明らかである。ところが、岸田首相は「改革という言葉には冷たいイメージがある」と公言している。

コロナ禍のなかで、サービスの受け手である子どもや高齢者への感染抑止に心血を注ぎ、体力と気持ちの両面で疲弊してしまったという保育・介護職は少なくないだろう。そもそも保育・介護職の給料は主な財源が税金や社会保険料から成り立っており、引き上げは国民負担の増大に直結する。岸田政権が11月19日の臨時閣議で決めた経済対策に「未来社会を切り拓く『新しい資本主義』の起動」という項目がある。予算計上

額はおよそ20兆円だが、この一部で保育・介護職などの給料を令和4年2月から3%程度上げるという。今後10年間程度の消費税増税を自ら封印した首相は「赤字国債を含めて、あらゆる手段、予備費などの総動員を考える」という。だが、それで持続性を伴う処遇改善は可能なのか。

岸田政権発足当初の全世代型社会保障構築会議は、医療保険や介護保険に関する制度改革よりも、福祉関係の官製市場などで働く人の処遇改善に力点が置かれていた。岸田首相が自民党総裁選で、これを「令和版の所得倍増政策」と呼んで公約の目玉にしたのが、そもそもそのきっかけであった。岸田氏が会長を務める党内派閥「宏池会」（岸田派）を創設した池田勇人の所得倍増計画にあやかっていた公約であった。

年が明け令和4年になると、岸田首相は全世代型社会保障構築会議に関する事務局人事を敢行した。1月1日付で、厚労省出身の山崎史郎氏（前リトアニア大使）を内閣官房参与（社会保障・人口問題担当）に起用するとともに、内閣官房全世代型社会保障構築本部事務局の総括事務局長を兼務させ、構築会議のかじ取りを委ねたのである。山崎氏は旧厚生省時代に介護保険の制度設計に携わり、介護サービスの普及に貢献した実績豊かな社会保障改革のプロといつてよい。「ミスター介護保険」の異名をとるほどである。岸田氏は側近の助言をもとに山崎氏に構築会議の運営を任せることにしたのであった。

岸田首相は何を企図していたのか。ヒントは1月17日の衆参両院本会議での施政方針演説に垣間見える。全世代型社会保障構築会議について、こう述べている。「男女が希望どおり働ける社会づくりや、若者世代の負担増の抑制、勤労者皆保険など、社会保障制度を支える人を増やし、能力に応じて皆が支え合う、持続的な社会保障制度の構築に向け、議論を進める」。

医療保険に引きつけて言えば、このなかで大きな意味を持つのは「若者世代の負担増の抑制」であろう。健保連が一貫して主張してきたように、後期高齢者医療への公費の投入を拡充したり、窓口負担を2割に引き上げる対象者をより増やしたりすることで、現役世代の保険料負担がそのまま拡大するのをくい止め、ひいては国民皆保険制度の維持・向上につなげる、という目標の達成を指しているようにも見える。

### ●育児支援や社会保険適用拡大など「人への投資」が当面の論点

「山崎体制」が本格的に稼働したのは3月に入ってからだ。9日に首相官邸で開いた会合では、育児支援

や厚生年金・健康保険の適用範囲の拡大など「人への投資」を当面の論点に据えることを確認した。参院選を夏に控えていたという事情もあり、社会保障給付を抑制したり、保険料負担を増やしたりする制度改革論は、有権者の反発をおそれた首相官邸と与党サイドが先送りした。会議では、短時間労働者への社会保険適用について「対象となる勤務先の従業員数をさらに下げるべきだ」という意見が出た一方で、パート主婦など配偶者の扶養内で働く人が直面する「年収の壁」がもたらす弊害を問題視する意見が出された。いずれにしても岸田首相としては、参院選での勝利を前提に、政権基盤を固めることが負担増や給付の抑制を含む制度改革論の土台になるという考えだったとみられる。

#### ●全世代型社会保障構築会議が中間整理

5月17日、全世代型社会保障構築会議は「中間整理」と題する報告書を取りまとめた。このなかでは、「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心となっているこれまでの社会保障の構造を見直す」という方針が示されたが、参院選を目前にして構築会議が具体的な改革案に触れることはなかった。国民負担の拡大や給付抑制につながる制度改革は、参院選が終わるまでは俎上に載せるな、と関係府省に縛りをかけていたのは岸田首相その人だった。

健保連の宮永俊一会長は令和3年12月17日の理事会で次のように述べている。「増え続ける拠出金負担に加えて、コロナ禍で苦境に陥っている会員組合のためにも、残された時間は短く、次なる改革へ向けて歩みを止めるわけにはゆかない」。全世代型社会保障構築会議には、宮永会長が求めるような改革を志向する構成員と、反改革を掲げる構成員が混在しているのが実態である。

その点で、経団連の十倉雅和会長が令和3年10月の提言で述べたように、人口動態の変化に即応できる改革推進役としてのしっかりした組織を政府内に設ける必要性が高まっているといえるだろう。

### 第5節 全世代型社会保障改革推進へ改正法案を提出

岸田文雄首相は令和5年1月1日、年頭所感を公表した。このなかで首相は、「先送りできない問題」に

正面から立ち向かい、一つひとつ答えを出す、ということであった。具体的には、新しい資本主義、イノベーション、G7議長国としての広島サミットの主催、防衛力の強化などを列挙した後、「本年は全世代型社会保障改革に取り組む。少子化対策、あるいは、こども政策。これは社会全体を維持できるかどうか、という大きな課題であり、わが国が先送りできない問題であり、しっかりと向き合わなければいけないと考える」と決意を語った。

2月10日、政府は「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」を閣議決定し、開会中の通常国会に提出した。この法案には、出産育児一時金に対する後期高齢者医療制度からの支援金制度の導入、同医療制度に関する75歳以上の後期高齢者保険料負担率の見直し、前期高齢者財政調整に関する報酬調整の導入、かかりつけ医機能が発揮される制度整備などが盛り込まれた。かかりつけ医機能については、いわばコロナ後の医療制度をどう形づくるか、という問題について、岸田政権としての基本的な考え方を色濃く映す内容になった。

法案は衆参両院での審議を経て、5月12日に成立した。これによって何がどう変わるのか。

出産育児一時金は42万円から50万円に増額する。実施は令和5年4月からだ。この一時金の財源は約4、000億円規模で大半を現役世代が負担する健康保険料などで賄っているが、改正法により6年度からは後期高齢者がその一部を負担する仕組みになる。

後期高齢者の保険料負担率の見直しは、現役世代の負担上昇を抑制する観点から、後期高齢者1人当たり保険料と現役世代1人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう設定する。

前期高齢者の医療給付費を財政調整する前期高齢者納付金については、被用者保険間の格差是正に着眼し、現行の加入者数に応じた調整に加え、3分の1の部分に報酬水準に応じた調整を導入する。

健保組合に対する財政支援も決まった。具体的には、令和6年度から特例的な支援として、▽特別負担調整への国費充当の拡大（100億円）、▽健保連が実施する高額医療交付金交付事業に対する財政支援の制度化（100億円）、▽企業の賃上げ努力に配慮した高齢者医療運営円滑化等補助金の拡充（230億円）を実施する。

このほか、後期高齢者医療制度の保険料については、年金収入が年153万円を超える人を対象に引き上

げる。これは75歳以上人口の約4割に当たる。令和6年度から段階的に負担を増やす。ただし低所得者には新たな負担は求めない。

同法案の国会審議にあたり、健保連の佐野雅宏副会長は4月4日の衆院厚労委員会での参考人質疑に出席した。佐野副会長は法案について「現役世代の負担軽減、世代間・世代内のバランスの是正、負担能力に応じて全世代で支える仕組み」などと指摘し、「全世代型社会保障の構築を見据えたもの」と評価した。一方、現役世代の負担軽減に向けたさらなる制度改革を強く求めた。

参院厚労委員会では、法案の採決と合わせて、附帯決議を採択した。そのなかでは、▽財政状況が厳しい健保組合に対して継続的な財政支援を行う、▽前期財政調整での報酬調整が過重なものにならぬようにする、▽現役並み所得の後期高齢者の医療給付費には公費が投入されておらず、現役世代に対する過重な負担となっていることを踏まえ、後期高齢者医療制度の財源のあり方を検討する―といった項目が盛り込まれた。

十分とはいえないが、健保連の考え方の一部が反映された決議であると評価できるだろう。今後は受益と負担の均衡がとれた社会保障制度の確立を図るためのさらなる改革について速やかに検討を加え、後期高齢者の窓口負担の原則2割、現役並み所得者の給付費への公費投入などの実現に向け、全精力を傾注することが大きな課題になる。

健保連の宮永俊一会長は、法案の成立を受けてコメントを発表した。健保組合への財政支援の制度化など「現役世代の負担軽減」を踏まえた内容と評価する一方、「これ以上の報酬調整の拡大が断じてあってはならない」と強調した。



### 第3章 骨太方針にみる社会保障改革と健保連の対応

「骨太の方針」という慣用語が政治や政策の世界ではすっかり定着してしまった。その正式名称は「経済財政運営と改革の基本方針」という。このタイトルの後ろに西暦で表記した年号がつくことになっている。例えば「経済財政運営と改革の基本方針2023」という具合である。なぜ骨太なのか。

そもそもこの文書は、時の政権にとっての経済財政政策の基本方針を示すもので、1年に1度、毎年6月中に首相を議長とする官邸の経済財政諮問会議の議論を経て取りまとめ、閣議決定するのが恒例になっている。骨太の方針に盛り込む事柄は年を追うごとに肥大化するようになっており、経済・財政に関する政策や制度のあり方のみならず、外交・安全保障などの分野も盛り込まれるようになった。

「骨太の方針」の呼び名は、平成13年に経済財政諮問会議ができた当時の宮沢喜一財務相が「予算は財務省に任せて、(経済財政諮問会議は)骨太の議論をしていただければ」という趣旨の発言をしたのが、その始まりだったというのが定説になっている。高齢化の加速とともに、国家財政の大宗を社会保障費が占めるようになり、社会保障政策や医療制度のあり方も、骨太の方針の核となるテーマになって久しい。

この章では、過去10年の主な骨太の方針にみる社会保障改革を概観することとする。

#### 第1節 集中改革期間を定めた「骨太の方針2015」

経済財政諮問会議が取りまとめた安倍政権の骨太の方針2015を閣議決定したのは、平成27年6月30日である。2020年度の財政健全化目標「国・地方財政のプライマリーバランス黒字化」の達成に向けて、今後5年間を対象とする「経済・財政再生計画」を作成した。

●平成28～30年度の社会保障費の伸びを1・5兆円程度に抑制

このなかで、増加を続けていた社会保障費については、「集中改革期間」と位置づけた平成28～30年度の3年間に、安倍政権の取り組みの成果を踏まえて、過去3年間で1兆5、000億円程度の伸びに抑えるという「これまでの基調」を継続することを目安に取り組む方針が示された。

8月末に締め切られた平成28年度政府予算の概算要求の段階では、社会保障費の自然増について財務省が6、700億円を認めたが、12月の予算編成過程では、財務省や経済財政諮問会議から自然増分を5、000億円まで圧縮するよう求められることとなった。

予算編成の最終段階である12月21日、閣僚折衝などを経て平成28年度の診療報酬改定に向けて、報酬本体を0・49%引き上げる一方、薬価・医療材料を合わせて1・33%引き下げ、診療報酬全体では0・84%の引き下げになることが決まった。通例の薬価などの引き下げに加えて、①市場拡大再算定、長期取載品の算定ルール見直しなど高額医薬品などの薬価適正化、②大型門前薬局の評価の適正化、③協会けんぽと国民健康保険組合に対する国庫補助の削減—などで2、200億円の財源を捻出し、社会保障費の自然増1、700億円の圧縮分を差し引いた500億円を診療報酬本体の引き上げに充てた。まさにパッチワークのような予算のやりくりである。

骨太の方針2015では、社会保障改革が財政の健全化に向けた重点課題として位置づけられた。具体的には、平成28～30年度の3年間の「集中改革期間」に社会保障費の伸びを毎年度5、000億円、3年間に1兆5、000億円程度に抑えることを「目安」として、医療・介護サービスの提供体制の適正化、インセンティブ改革、負担能力に応じた公平な負担・給付の適正化、薬価・調剤などの診療報酬改革、医薬品などに関する改革など社会保障分野の改革事項を検討することになっていた。この検討事項は、経済財政諮問会議のもとに設けることになる経済・財政一体改革推進委員会で改革のKPI（重要業績評価指標）とスケジュールなど改革行程表を年末までに作成し、実行することが確認された。

●財政審が「負担能力に応じた公平な負担」を重視

経済財政諮問会議の議論と並行して審議を推し進めていた財務相の諮問機関、財政制度等審議会は骨太の

方針2015の取りまとめに先立つ6月1日に「財政健全化計画等に関する建議」をまとめ、骨太の方針2015に反映させるよう求めた。

建議は、経済再生と財政健全化の両立をめざし、2020（令和2）年度のプライマリーバランス黒字化に向けて社会保障費など歳出分野の改革に取り組むという内容であった。特に医療・介護分野では「負担能力に応じた公平な負担」として、①高額療養費制度の見直し、②75歳以上の後期高齢者の窓口負担の原則2割への引き上げ、③介護保険の利用者負担2割の対象者拡大、④高額介護サービス費の利用者負担限度額引き上げ、⑤金融資産も勘案した負担能力判定の仕組み導入などが盛り込まれた。また、前期高齢者納付金と介護納付金への総報酬割の導入が提起されたのは、健保連にとって手痛い結果であった。

このほかの細目は省くが、健保連は6月5日、協会けんぽ（全国健康保険協会）・経団連・日本商工会議所・連合との被用者保険関係団体と連携し、「財源捻出策として、介護納付金や前期高齢者納付金に総報酬割を導入することは到底容認できるものではない」という趣旨の意見書を取りまとめた。

骨太の方針2015では、この点について「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため（中略）介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う」などと明記されることとなった。以上みたように、介護納付金の総報酬割は骨太の方針で検討課題としてあがることになったが、前期高齢者納付金の総報酬割については、明確に記述されることはなかった。財務・厚労両省が、総報酬割の導入はまず介護納付金を先行させ、次に前期高齢者納付金に手をつける2段階で進めようとしていることがわかる書き方になっていたといえるだろう。

#### ●健保連は骨太方針2015に対する考え方を整理

健保連は12月1日に開いた医療制度等対策委員会で、「骨太方針2015の主な検討項目に対する健保連の考え方」をまとめた。このなかでは、医療保険部会での主な検討項目について、給付の適正化・重点化を推し進める立場から、おおむね賛成の考え方をまとめた。なお、医療保険部会での主な検討項目には、医療に要する費用負担のあり方（医療・介護を通じた居住費負担、外来受診時の定額負担、高額療養費制度のあり方、後期高齢者の窓口負担など）、保険給付の範囲・内容（市販類似薬に関する保険給付など）が含まれ

ていた。

一方、介護保険制度に関する方向性についても、このなかで整理され、社会保障審議会の介護保険部会で始まる議論に備える姿勢を明確にした。その方向性には、介護納付金への総報酬割導入に対する反対、給付のさらなる重点化・効率化の検討、2割負担の対象者の拡大、要介護度に応じた負担割合設定の検討、介護療養病床の廃止後への対応などが含まれていた。

介護保険部会は翌平成28年2月、およそ2年ぶりに再開された。

2月17日の会合に委員として出席した健保連の佐野雅宏副会長は、給付の適正化に向けて、市区町村や後期高齢者医療広域連合の保険者機能の重要性を指摘した。また、高齢者と現役世代との負担の公平化を図る観点から、現役世代の負担軽減を求め、現役世代の保険料負担を高めることになる介護納付金への総報酬割導入には健保連として断固反対する考えを強調した。

健保連としては、「改革工程表」に掲げられた項目のみならず、財政調整・一元化につながる議論を注視しつつ、喫緊の最重要課題である高齢者医療制度への公費投入の拡充を実現させるために、要求活動を強化する必要性を再認識することとなった。

## 第2節 団塊世代の後期高齢化をにらむ「骨太の方針2018」

安倍晋三政権は平成30年6月15日の閣議で、「経済財政運営と改革の基本方針2018」（骨太の方針2018）を決定した。また、アベノミクス（安倍首相の経済政策）の拠り所となる「未来投資戦略2018」〔規制改革実施計画〕も同日、決定された。

同年は、4月に大規模な総合型健保組合（人材派遣健保組合、日生協健保組合）の解散がメディアをにぎわせ、健保連には波乱の年を予兆させた。

骨太の方針にも波乱があった。それは、税収見込みは当初の予測より伸び悩んだうえに、安倍政権が主導した消費税率引き上げ時期の延期、前年末に政権が閣議決定した「新しい経済政策パッケージ」による消費税増税分の使い道の見直しが影響し、2020（令和2）年度を目標年度としていた国・地方財政のプライ

マリーバランス（基礎的財政収支）の黒字化が達成困難になったことによる。

### ●社会保障改革を軸とする基盤強化期間を設定

安倍政権は黒字化の達成時期を5年先延ばしし、2025年度とした。また、団塊の世代が後期高齢化し始める2022年の前の21年度までの3年間（2019～21年度）を、社会保障改革を軸とした基盤強化期間と位置づけ、経済成長と財政構造を持続可能にするために基盤を固める期間とした。

このように、骨太の方針2018は、団塊の世代の後期高齢化を強く意識する内容になった。

政府予算編成時の社会保障関係費の伸びについては、数値目標を定めることはせず、高齢化による増加分（自然増）の範囲に収める方針を決めた。一方、改革工程表で平成30年度末までに結論を得るとしていた、医療費に関する後期高齢者の窓口負担見直し問題を含めた給付・負担改革については、2年後の「骨太の方針2020」で重点政策を取りまとめることとなった。

骨太の方針2018を踏まえ、安倍政権は12月20日の経済財政諮問会議で、「新経済・財政再生計画改革工程表2018」（新改革工程表2018）を決めた。

このなかで、医療分野については、前工程表で積み残しとなっていた、①後期高齢者の窓口負担のあり方、②薬剤自己負担の引き上げ、③外来受診時の定額負担の導入、④医療・介護の負担に対する金融資産などの保有状況の反映—を含めて、骨太の方針2020に反映させることとした。このほか、「保険給付率と患者負担率のバランスなどの定期的な見える化」「医療・介護での現役並み所得者の判断基準の見直し」「新規医薬品、医療技術の保険収載などへの費用対効果と財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用」などの検討事項も骨太の方針2020で対処することにした。

介護分野では利用者負担への金融資産などの保有状況の反映のほか、①ケアプラン作成時の給付のあり方、②介護の多床室料金に関する給付のあり方、③介護軽度者に対する生活援助サービスなどに関する給付のあり方—の3点について、令和3年度からの第8期介護事業計画に反映すべく、検討を加速させることにした。

さらに、被用者保険の適用拡大などによる勤労者皆保険制度の実現、高齢者医療確保法にもとづく地域独

自の診療報酬、国民健康保険財政の健全化に向けた法定外繰り入れなどの解消についても、検討スケジュールが決まった。

健保連は平成29年9月にまとめた提言「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」をベースとして、関連審議会や要請活動に臨んだ。

骨太の方針2018の閣議決定に先立つ平成30年5月、協会けんぽ（全国健康保険協会）・経団連・日本商工会議所・連合との意見交換を開催し、共同意見書を取りまとめた。その骨子は、①後期高齢者の医療費窓口負担の2割への引き上げ、②拠出金負担の軽減、③社会保障の持続性確保、④医療費の適正化、⑤保険者機能の強化などであった。これら被用者保険を代表する5団体は、この骨子の骨太の方針2018への反映を求めて加藤勝信厚労相に共同意見書を提出した。

#### ●佐野副会長が後期高齢者の窓口負担見直し先送りに懸念表明

骨太の方針2018への評価はどうだったか。佐野雅宏副会長が閣議決定後に出したコメントは、基盤強化期間の設定など社会保障関係費の伸びの抑制については評価するものの、後期高齢者の窓口負担の見直しなど、先の工程表の積み残し課題を先送りしたことに対し、懸念を表明する内容であった。

骨太の方針2018の閣議決定後、健保連は予算案の概算要求を念頭に置いて与野党の国会議員への要請活動を積極的に展開した。健保連として政策懇談会を開くなど、主張・政策への理解を求める活動を強化した。7月に大規模な健保組合の解散（平成31年4月付）が組合会で決定され、解散を抑止するための健保組合への財政支援策の必要性が政策当局の間でも意識されるようになっていた。

厚労省は保険財政が悪化する前段階で支援策を実施するための補助金について、新たに30億7,000万円を概算要求した。これは、財務省の査定を経て、平成31年度予算で18億4,000万円に減額された。この補助金は、保険者機能を強化するための保健事業の実施に充てられることとなった。

安倍政権による12月の「新改革工程表2018」の決定を受けて、健保連は平成31年1月の医療制度等対策委員会でも改めて医療・介護に関する検討項目の考え方について整理した。また、団塊の世代が後期高齢化し始め、拠出金負担の急増が想定される2022（令和4）年に向けて、新たに健保組合の財政について推

計することを決めた。

### ●健保連が「2022年危機」対応へ体制を強化

2月8日に開いた常任理事会では、「2022年危機」に向けた取り組みとして、健保連としての新たな推計値を示し、プロジェクトチームの新設を決めた。高齢者医療に対する拠出金負担が一段と深刻化する「2022年危機」を乗り越えるために、健保連は常任理事会（要求実現対策本部）に「2022年対策」「保険者機能支援強化」の2つのプロジェクトチームおよび渉外連絡チームを設置した。

2022年対策プロジェクトチームは新改革工程表2018への対応をはじめ、高齢者医療の負担構造改革、医療費の伸び抑制など、給付・負担の見直しと医療費適正化などの政策活動を主に展開する。保険者機能支援強化プロジェクトチームは、新たな補助金と組合財政支援交付金を活用した組合運営サポート事業を始動させ、健保組合の保険財政健全化と解散の抑止をめざすこととした。また渉外連絡チームは、与野党の国会議員への要請活動や関係団体への働きかけなどを含めて、キーパーソンなどへの健保連の政策や主張への理解増進を図る機能を担う。

健保組合の行く末を左右することになる給付と負担の見直しについては、骨太の方針2020をめざして、令和元年夏に投開票が予定されている参院選後に、審議会などで議論が本格化するとみて、それまでに重点政策や課題の整理を実施し、制度改革の議論への臨戦態勢を整えることにした。

### 第3節 コロナで改革停滞する「骨太の方針2020」

令和2年は誰もが予期せぬ大波乱の年になった。言うまでもなく、新型コロナウイルスのパンデミックが政策や制度の議論・実行を大きく攪乱することになり、安倍晋三政権は何にも増してコロナ対策を優先せざるを得なくなったためだ。国会は多額のコロナ対策費を計上した超大型の補正予算を累次にわたって成立させたことで、財政規律は大きく乱れ、医療や介護制度に関する改革論を後回しにする傾向が顕著になった。

こうした政治の対応は、新型コロナウイルス感染症の特質がまだ詳細に解明されておらず、「恐ろしい感染症」と

の空気が支配的だったなかで、やむを得なかったと捉えることはできよう。しかし、健保連の主張・政策の実現には、給付と負担に関する議論が先送りされるなど、マイナスに働く面もあった。

この年の「経済財政運営と改革の基本方針2020」（骨太の方針2020）は、まさにコロナに翻弄され、名称に「改革」を冠する正当性が問われるほど、改革は停滞することとなった。

前年末にまとまった全世代型社会保障検討会議の中間報告には、後期高齢者の医療費窓口負担について、令和4年度から一定以上の所得を有する人は1割から2割に引き上げる方針が明記されていた。「一定以上」という条件つきながらも、給付と負担の見直しの焦点であった後期高齢者への2割負担の導入が確実視されるようになった。

健保連は令和2年1月に開いた医療制度等対策委員会で、住民税が非課税の低所得世帯を除く「高額療養費の一般区分の人すべて」を2割負担の対象にすることが適当とする方針を固めた。これは、およそ950万人、後期高齢者の約52%に相当する。

この範囲の問題について、医療保険部会で骨太の方針2020および全世代型社会保障検討会議の最終報告をめざして議論を進めることが確認されたのは、1月31日である。この頃にはすでにコロナの国内感染が確認されており、その後の波乱を予兆させた。

### ●医療保険部会は議論を中断

医療保険部会はその後も淡々と開かれたが、感染拡大の影響によって3月26日の会合を最後として、いったん議論を中断することとなった。

安倍首相は4月7日、首都圏・近畿圏などの7都府県に初の緊急事態宣言を発令した。宣言は同16日には全国に拡大された。官邸・厚労省・またほかの府省庁もコロナ対応に追われることになり、財政制度等審議会は、春の建議の策定を見送った。「今後の財政運営について」と題した榊原定征財政審会長名の談話で、「国民の生命と経済社会を守り、不安を解消してゆくことが最優先である」と述べたうえで、感染拡大を経ても変わらない政策課題として、「少子高齢化」「現役世代の減少」を指摘した。また、団塊の世代の後期高齢化に伴う社会保障給付費の増大がもたらす現役世代の負担増に懸念を表明し、給付と負担のアンバランス



のは正と制度の持続性確保のために、制度改革を後退させることなく、着実に進める必要性があった。いずれにしても、医療制度改革の議論は事実上、棚上げされた。健保連にとって、改革の先行きは極めて不透明なものになった。全世代型社会保障検討会議は6月25日にまとめた第2次中間報告で、最終報告を年末まで先送りすることを決めた。安倍政権による骨太の方針2020の閣議決定は例年よりひと月遅れの7月17日にずれ込んだ。このなかでは、当初に予定されていた給付と負担の見直しに関する記述はなく、「2022（令和4）年までに基盤強化を進める」とされるにとどまった。特にこれといった見どころが極めて少ないという点では、特筆すべき骨太の方針になったと評価できるだろう。

8月28日の安倍首相の辞任表明を受けて、急遽、実施された自民党総裁選では、菅義偉官房長官が新総裁に選出され、菅氏は9月16日の衆参両院本会議で第99代首相に指名された。

菅首相は官邸での就任記者会見で、コロナ対策を最優先とする一方、経済再生と省庁をまたがる案件を強力に推進するためのデジタル庁の新設、また少子化対策として不妊治療への健康保険の適用をめざす、などと表明した。社会保障改革に関しては「若い人たちが将来も安心できる全世代型社会保障制度を構築する」と語り、安倍政権からの全世代型改革を引き継ぐ考えを示した。

### ●健保連は給付と負担の見直しが急務と訴える

こうしたなかでも、健保連は地道に従来の考え方の主張を続けた。再び始動した医療保険部会では、9月16日に課題に関する論点が示された。健保連は現役世代の負担軽減、国民皆保険制度の持続性確保のためにも、後期高齢者への窓口2割負担の導入など給付と負担の見直しは急務であり、これ以上の見直しの先送りは許されないと強調し、制度改革の確実な実施を要求した。

政治への対応も続けた。11月5日、自民党の有志議員によって設立された国民皆保険を守る国会議員連盟の会合には健保連幹部が出席し、健保組合財政の危機とともに、後期高齢者の窓口2割負担の範囲について、「高額療養費の一般区分の人すべて」という従来の考え方について理解を求めた。同日に開かれた公明党の「健康保険組合議員懇話会」にも幹部が出席し、同様の説明に意を尽くした。11月9日には、自民党の人生100年時代戦略本部の聴き取りにも健保連幹部が出席した。

### ● 検討会議では健保連提案を支持する意見も

11月24日に開かれた全世代型社会保障検討会議の聴き取りには、健保連の佐野雅宏副会長のほか、診療側から日本医師会の中川俊男会長、日本病院会の相澤孝夫会長が出席した。佐野副会長が健保連の従来の主張を丁寧の説明したのに対し、診療側は窓口負担の引き上げは後期高齢者の受診抑制を招きかねない、などと述べ、2割負担の範囲拡大に反対する姿勢を示した。ただ、聴き取り後の質疑では、現役世代の過重な負担を問題視する意見が多かったことは記憶にとどめておく必要がある。一般区分のすべてに2割負担を導入すべきとする健保連の提案を支持する意見もあった。

翌25日、財政制度等審議会は「令和3年度予算の編成等に関する建議」を公表した。このなかでは、「後期高齢者の自己負担については、可能なかぎり広範囲で8割給付（2割負担）を導入し、現役世代の拠出金負担を軽減すべき」などと明記された。

その後、2割負担の範囲について、菅首相が「本人収入170万円」（上位38%、約520万人）という意向を持っていることが伝えられた。これに反発したのが、高齢者の負担引き上げを最小限に抑えようとしていた公明党だ。コロナ禍のなかでも首相官邸と同党との調整はもつれにもつれ、最終報告をまとめる全世代型社会保障検討会議の開催は2度にわたって見送られた。

### ● 2割負担線引きは菅首相、山口公明党代表で政治決着

12月9日、菅首相と山口那津男公明党代表との間に合意が成立し、2割負担となる後期高齢者の範囲は上位30%、約370万人にとどめることで政治決着した。健保連の宮永俊一会長は12月15日、前日の最終報告に対するコメントを発表した。今回の見直しは現役世代の負担増を軽減するのに十分ではないとの認識を示し、給付と負担、公費のバランスについては、公平性を確保する観点から不断の見直しが必要などと、さらなる改革の断行を求めるものであった。

途中まではある程度「いい線」を走っていた健保連の主張であったが、土壇場の政治決着は大きな不満が残る内容になった。その背景には、「骨太の方針2020」がコロナに翻弄され、政治におもねることなく正論を主張すべきである経済財政諮問会議の民間議員の力量が低下したという事情もあったのではないだろ

うか。

#### 第4節 改革立て直しに向けた「骨太の方針2021」

菅義偉政権のもとで、令和3年6月18日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2021」(骨太の方針2021)には、「日本の未来を拓く4つの原動力(グリーン、デジタル、活力ある地方創り、少子化対策)」という副題がついていた。コロナ禍を制圧し、首相が政治信条とするこの4つの課題を着実に推し進め、改革路線を立て直したい、という意図をはっきりさせるものであった。

医療制度・医療保険制度に関する記述を拾ってみよう。

##### ● コロナ禍踏まえ、かかりつけ医機能を強化

コロナ禍が明らかにした医療現場の課題対応として、かかりつけ医機能の強化による医療機能の分化・連携や、オンライン診療の推進、リフィル処方箋の導入などが盛り込まれた。また、令和6年度からの第4期医療費適正化計画を見据えた都道府県の権限強化と課題の把握、目標設定のあり方などが記述された。

もともと医療制度改革については、介護・年金・少子化対策とともに、「総合的な検討を進める」という書き方にとどまり、菅政権としてどういう改革を実現したいのかがわかりにくくなっていた。

9月3日、菅首相が月内に予定されている自民党総裁選への不出馬を表明したことで、政策や制度の議論はまたもや後回しにされることとなった。菅政権の命脈は1年あまりにすぎず、新たに自民党総裁に選出された岸田文雄氏が衆参両院での指名選挙を経て第100代首相に就任した。岸田首相は10月8日、両院での所信表明演説で、「成長と分配の好循環」というコンセプトを打ち出した。自らの政治スローガンとして「新しい資本主義」を掲げ、社会保障分野では勤労者皆保険の実現、全世代型社会保障の構築をめざす、などと述べた。もともと制度改革への意欲は菅政権に比べて、明らかにトーンダウンしていた。

全世代型社会保障検討会議を衣替えた全世代型社会保障構築会議は、岸田政権のもと、令和3年度中に官邸で3回開催された。そのテーマは、勤労者皆保険、医療・介護・福祉分野でのICTの活用、電子カル

テの標準化、地域完結型の医療・介護サービス提供体制の構築、地域医療構想の推進、機能分化と連携を一層重視した医療提供体制改革を論点として記述していた。このメニューからは、政治的な軋轢を招く要素が大きい「給付と負担の見直し」などにはあえて深く踏み込まず、コロナ禍が明らかにした医療・介護サービス提供の問題点の改善を優先したいという岸田氏の意向がうかがえるだろう。そもそも菅政権が閣議決定した骨太の方針2021は岸田政権にとっても政府予算編成の拠り所となるものではあったが、制度改革のあり方については、新たに官邸に設けた新しい資本主義実現会議などでの議論に委ねられることとなった。

### ● 健保連が「次なる改革」へ要求実現対策チームを発足

このような政権側の一連の動きに対し、健保連は次の制度改革へ向けた対応を検討し始めた。4月9日に常任理事会・要求実現対策本部のもとに「要求実現対策チーム」を発足させ、骨太の方針2021や令和4年度政府予算案への対応を含めて、6年度に控えている診療報酬と介護報酬の同時改定などを見据えつつ、医療提供体制、高齢者医療制度、介護保険制度、健保組合の価値向上について議論を積み重ねてきた。骨太の方針2021の閣議決定を前にした6月8日には、国民が安心できる安全で効率的な医療の実現、全世代型社会保障制度の構築に向けた改革について要望を公表した。

この成果が、10月19日に開いた令和3年度健康保険組合全国大会と同時に発表された「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて―健保組合・健保連の提言―」と題する文書であった。この提言では、コロナ禍が露呈させた医療提供体制の脆弱さを鑑みて、国民が「安全かつ安心に」「必要なときに必要な医療にアクセスできる」体制を堅持するために、かかりつけ医の推進を強く提唱した。また高齢者医療制度については、従来の後期高齢者の窓口2割負担を原則とすることに加えて、拠出金の上限設定や後期高齢者の保険料負担割合の見直しを主張した。

健保連はこの提言を踏まえて、厚労相の諮問機関である社会保障審議会の関連部会で意見発信をした。また、与野党の国会議員に対する要請活動を通じて理解を深めてもらうよう説明を尽くした。自民党の国民皆保険を守る国会議員連盟、公明党の健康保険組合議員懇話会のみならず、野党である立憲民主党の社会保障調査会にも健保連幹部が出席し、理解を求めた。

「次なる改革」への議論は、令和4年の参院選後に本格的に始まるという想定のもとに、骨太の方針2022や全世代型社会保障構築会議の議論を見据えつつ、健保連は一丸となって政府・与党、厚労省、関係団体への働きかけを強め、提言内容の浸透を図る方針であった。

## 第5節 制度改革の基本となる「骨太の方針2022」

岸田文雄政権として初めて経済財政運営の基本方針を示したのが、骨太の方針2022である。当然ながらそれは「コロナ後」の政策運営を視野に入れるべきだった。しかし、明確にコロナ後へ踏み出すことに対しては「おそろおそろ感」が拭えない中途半端さが残った。一方、岸田首相の政治信条のひとつである「新しい資本主義」の実現を意識し、その実行計画を同時に閣議決定したのが骨太の方針2022の大きな特徴である。

### ●医療DX、医療提供体制改革がテーマ

医療制度・医療政策に関しては、コロナ禍で露わになった日本の医療の弱点や欠点の修復が骨太の方針にどのように記述されるかが焦点となった。具体的な課題として、マイナンバーカード保険証を通じたオンライン資格確認などによる医療DXの推進、かかりつけ医の制度化など医療提供体制の改革がテーマになった。また、医療財政の面では、コロナ対策を名目にした医療機関などへの補助金が適正に使われたのか、その対策費を確保するために積み上がった政府債務を解消する道筋をどう描くか、などに関心が集まった。

こうしたなかで、健保連は令和4年4月13日に開かれた自民党の国民皆保険を守る国会議員連盟の総会で、3年10月にまとめた「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて」を前提にして、現役世代の負担軽減、健保組合の安定運営に向けた財政支援などを要望した。自民党の同議連はこうした健保連の意見を踏まえた要望書を鈴木俊一財務相や牧島かれんデジタル相に提出した。

骨太の方針の閣議決定は6月7日であった。そのなかで、社会保障制度に関する主な内容をあげると、①かかりつけ医機能が発揮される制度整備、②令和5年4月からの医療機関や調剤薬局などに対するオンライン

ン資格確認の義務づけ、③リフィル処方箋の普及促進―など、健保連の主張に沿った改革の項目が盛り込まれることとなった。出産育児一時金の増額など健保組合にとって新たな負担が発生することへの懸念材料もあつたが、全体としては健保連・健保組合の地道な要求活動が奏功したと評価できる。

一方、コロナ禍のなかで、発熱患者が発熱外来を営む開業医などに十分に診察してもらえないという、日本の医療制度にとって致命的な欠陥が浮き彫りになっていた。こうしたことから、医療提供体制の大きな課題として浮上したのが、「かかりつけ医」をどう医療制度に落とし込むか、という難題であつた。5月には首相官邸の全世代型社会保障構築会議が「議論の中間整理」をまとめ、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである」という方向が示された。「かかりつけ医」に「機能」という単語がついたことで、英国やオランダなどで一般化している家庭医（ジェネラル・プラクティショナー、GP）の登録制とは別の概念が打ち出されたことになり、その点ではこの方向は十分とはいえないが、かかりつけ医機能の制度整備が岸田政権の主な政治課題に位置づけられたのは、健保連・健保組合にとってのプラス材料であつた。

一方、マイナ保険証を活用したオンライン資格確認の義務化は、骨太の方針2022にもとづき、8月に入って厚労相が中央社会保険医療協議会に諮問した。中医協委員である健保連の松本真人理事はほかの支払側委員と連携し、可能な限り多くの医療機関・薬局にオンライン資格確認を義務づけたうえで、診療報酬の加算についてはオンライン資格確認システムを通じた医療情報の活用による患者・国民のメリットが明確になるまで一旦凍結し、改めて加算のあり方を検討するよう求めた。一方、診療側はオンライン資格確認の原則義務化には加算継続が必須と主張した。

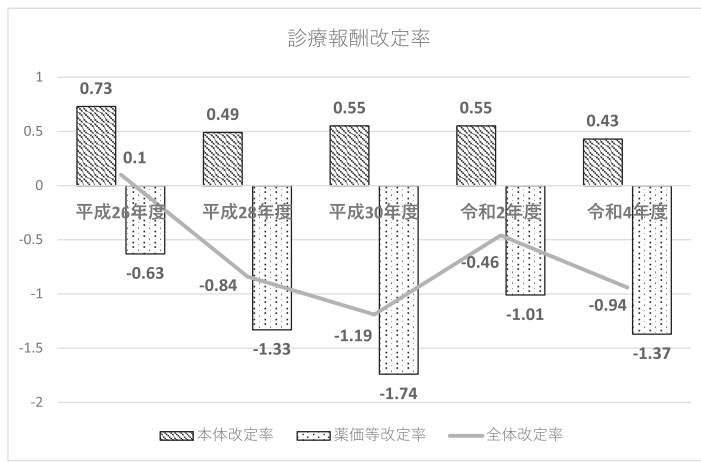
中医協としては、支払側の意見を踏まえて、患者・国民の声をよく聴き、オンライン資格確認システムを通じて取得した情報の活用による医療の質の向上について調査・検証することを答申書の附帯意見に明記し、それまでの「電子的保健医療情報活用加算」を同年10月から「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」に改めて、マイナ保険証で受診した場合の加算額を下げ、通常の保険証で受診した場合の加算額を上げる見直しをすることとなった。

この関連で、河野太郎デジタル相は令和6年秋に現行の健康保険証を原則として廃止し、マイナ保険証に

一本化する方針を明らかにした。健保組合など各保険者は改めてマイナ保険証の登録推進が求められることになったため、健保連は7月、動画による資料説明とチラシを提供した。ただし、マイナ保険証に関連した紐づけミスや登録ミスが令和5年に入り、相次ぎ表面化した。このことはオンライン資格確認のメリットを説いても、個人情報漏洩の可能性に敏感な国民各層の理解を求めることが難しいという構造的な問題をあぶり出すことになる。

一方、骨太の方針2022は、財政健全化に向けた取り組みは不十分な内容にとどまった。政府が定めた基礎的財政収支（プライマリーバランス）の黒字化目標の年度である2025年度という具体的な年限を記さなかった。その背景には、財政政策の運営をめぐる与党内での意見対立があった。政府債務の累増を厭うことなく積極財政を推進しようとするグループが、歳出改革の努力に関する従来の方針の転換を求め、一方、財政健全化を重視するグループは国債の信用を確保するため、健全化目標の維持を主張した。この結果、「骨太方針2021に基づき、経済・財政一体改革を着実に推進する」「重要な政策の選択肢をせばめることがあってはならない」と、骨太の方針が両派の言い分を併記した妥協の産物になってしまったのは、極めて残念であった。

これまでみてきたように、骨太の方針2022は、岸田政権としてのコロナ後の社会保障制度や医療制度に関する改革の基本方針を明示するものとなった。制度改革は書類に方針を明記してからが真の勝負どころになる。特に医療DXの推進やかかりつけ医の制度化について、コロナ後にどういう工程にもとづいて実現させるのか、健保連は主体的に改革の実現にかかわる責務を負っているといえるだろう。



## 第4章 診療報酬改定の経緯

医療政策・制度の要である診療報酬は、政府が2年に1度のペースで改定する。その改定状況は直接・間接に国民医療費、ひいては健保組合など、それぞれの医療保険者の保険財政に大きな影響を及ぼす。医療サービス全体のあり方も左右する。健保連にとっては、医療政策・制度上における最大の関心事のひとつといつてよからう。

健保連は診療報酬政策を議論する厚労相の諮問機関、中医協に、1号側（支払側）として委員を出し、日本医師会など2号側（診療側）委員と向き合うのが使命だ。診療報酬改定の経緯を振り返ろう。なお各年度の改定の冒頭に、全体改定率・本体改定率・薬価等改定率を記すこととする。

### 【平成26年度改定】

- ・ 全体 プラス0・10%
- ・ 本体 プラス0・73%
- ・ 薬価等 マイナス0・63%

平成26年度政府予算案の閣議決定を控えた25年12月、診療報酬をめぐる攻防は大詰めを迎えていた。中医協は11日、改定に対する厚労相宛ての意見書を取りまとめた。診療報酬の減額を求める支払側と増額を求める診療側が鋭く対立し、意見書は両論を併記した。当時、日本経済新聞はこれについて「予算の歳出削減の目玉としてマイナス改定を目指す政府の調整力が問われる」と論評している。

意見書は、支払側の健保連・協会けんぽや経済団体、労働組合団体がこぞってマイナス改定を求めたことを盛り込んだ。その理由として、「賃金が伸び悩む中で物価が上昇傾向にあるなど、国民生活は依然として厳しい状況にあり、医療保険財政が危機的な状況に陥っている」ことをあげた。

一方、診療側はプラス改定を求めた背景として、過去2回連続で増額改定を実施したが、それまでの厳し



い医療費抑制策による医療崩壊の危機を脱していないことなどをあげた。支払側は平成24年度の医療機関経営が増収増益傾向であることなどを根拠に、「医療機関の経営状況は、病院、診療所、薬局とも安定している」として診療側の主張に疑問を投げかけた。

仕上りを見ると、本体改定率ばかりか全体改定率もプラスに落ち着くこととなった。支払側の完敗といつてよからう。

平成26年度の改定を総括すると、支払側のマイナス改定の主張にもかかわらず、0・1%とはいえプラス改定になったことは残念というほかない。また、消費税率の引き上げに伴う診療報酬の上乗せ分に、税率の引き上げが消費者物価に与える影響などを反映させなかったこと、上乗せ分が基本診療料にほぼ全額配分されたことにも不満が残る結果となった。

もつとも、従来とは異なるプラス材料があったことを特筆すべきであろう。それは、薬価などの引き下げ分を診療報酬本体の改定財源に充てず、消費税率を含めても小幅な引き上げにとどめたことである。

また、①医療機関の機能分化と連携、在宅医療の推進など全体として社会保障審議会がまとめた改定の基本方針に沿った改定となった、②急性期入院医療にふさわしい病院の評価や急性期後の受け皿機能を持つ病床の評価を充実させた、③今後の高齢社会を見据えて、「主治医機能」を包括的に評価する仕組みを導入した、④長期収載品薬価の新たな引き下げルールの導入による薬価の適正化や後発医薬品使用促進策が図られたーなどは健保連として評価できる結果となった。

そもそも論であるが、中医協は本来、意見書を出すからにはプラス改定を求めるのかマイナス改定を求めるのか、旗幟鮮明にすべき立ち位置にあるのではないか。ところが支払側・診療側双方の主張の隔たりを調整することができず両論併記になったのは、診療報酬政策を立案する要の審議会である中医協の利害調整機能の低下を物語るエピソードである。双方の間に立つべき公益委員は存在感をもっと発揮すべきであろう。

#### 〔平成28年度改定〕

・全体 マイナス0・84%  
・本体 プラス0・49%

・薬価等 マイナス1・33%

平成27年6月、中医協は森田朗会長の後任に田辺国昭東京大学教授を選任した。田辺氏の専門は森田氏と同じ行政学で、28年度の診療報酬改定に向けた議論を取りしきることとなった。森田氏は4年あまりにわたって会長を務めていた。

11月に入り、厚労省は平成26年度の医療経済実態調査の結果を公表し、中医協に報告した。そのポイントは次の2点に集約できるだろう。第一は、医療法人が経営する診療所の利益率は9・1%と、病院の2・0%を大幅に上回っている。第二は、診療所の院長年収は2,914万円で、病院勤務医(1,544万円)の2倍近い水準に高止まりしている。この結果は、診療報酬のマイナス改定を求める支払側にとって大きな追い風になる。

ところが田辺中医協には確固たる主体性が見えなかった。12月に入り、塩崎恭久厚労相宛てに出した平成28年度改定に向けた意見書は、またもや両論併記であった。2年前の前回改定時と同じ構図である。

中医協の形骸化と対照的に、平成28年度の全体改定率が比較的大きなマイナス改定で決着したのには、政治の力が働いたためだ。

政府予算案の閣議決定を控えた12月21日、麻生太郎財務相と塩崎厚労相は閣僚折衝し、全体改定率をマイナス0・84%とすることに合意した。もともと本体改定率はプラス0・49%とし、診療側の顔を立てる結果となった。

平成28年度の社会保障費の伸びは概算要求段階の6,700億円から5,000億円に抑えるべく、財務・厚労両省の調整が続いていた。診療報酬全体のマイナス改定を受けて、塩崎厚労相は社会保障費の伸びを5,000億円程度に抑えるめどが立ったことを記者会見で明らかにした。しかし、診療側が最も重視する本体改定率をプラスにしたのには、28年に投開票を迎える参院選を意識した与党の意向が働いたのは疑いようがない。医師会の政治力は健保連のそれをしのぐという事実が浮き彫りになったともいえよう。

平成28年度改定を振り返ると、健保連を核とする支払側が患者と国民の負担が過大になるのを抑制する観点からマイナス改定を主張したにもかかわらず、診療報酬本体で0・49%のプラス改定となった。さらに薬価などの改定分を国民へ還元する方向性が明確に示されなかったことには、大きな不満が残った。

一方、具体的な改定内容について、①地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携など、社会保障審議会がまとめた改定の基本方針に沿った見直しになった、②一般病棟7対1入院基本料の施設基準の見直しや「主治医機能」の拡大など医療機能の強化・連携の推進が図られた、③かかりつけ薬剤師・薬局の要件化や後発医薬品の使用促進策など調剤報酬の適正化が図られた、④特例による市場拡大再算定の導入や薬価算定時の「費用対効果評価」の試行的導入など、薬価が適正化された、⑤湿布薬など一部の医療用医薬品は適正な給付に向けた対応が実施された―などは、健保連として評価できる結果となった。

#### 【平成30年度改定】

- ・全体 マイナス1・19%
- ・本体 プラス0・55%
- ・薬価等 マイナス1・74%

平成29年11月に厚労省が公表し、中医協に報告した28年度の医療経済実態調査は、支払側にとって厳しい内容を含むものだった。医療法人が経営する診療所の黒字額は平均1,044万円で、前年度比8%減となった。病院は同13%減の3,495万円。医療機関の経営はおしなべて芳しくないという結果である。その背景には、日本経済がデフレから脱していないにもかかわらず、医師など医療職の人件費負担が増していることがあった。

12月に入り、財務・厚労両相の閣僚折衝では、本体改定率がプラス0・55%と想定を上回る内容に落ち着くこととなった。診療側にとっては、2年前のリベンジを果たしたことになる。与党の有力支援団体である日本医師会は安倍政権との蜜月をいかに発揮した成果ともいえるが、医療費を払う患者や健康保険料を負担する立場は後回しにされたといつてよからう。

この結果を受けて健保連の白川修二副会長は、▽診療報酬本体が0・55%の引き上げとなり、また、薬価等改定分（マイナス1・74%）の取り扱いについて、国民への還元という方向性が示されなかったことは誠に遺憾で残念、▽今後は中医協で、地域包括ケアシステムの構築を見据えた一般病床、療養病床、外来医療および在宅医療における機能分化と連携、調剤報酬の適正化などを中心に議論が進むことになる。健保連と

して、限られた財源を合理的かつ効率的・効果的に配分するよう主張する、▽政府は診療報酬・介護報酬改定にあたり政府予算案策定の視点のみならず、中長期的な医療費・介護費の伸長を考慮した視点に立って検討するよう強く望む」という趣旨のコメントを発表した。

#### 【令和2年度改定】

- ・全体 マイナス0・46%
- ・本体 プラス0・55%
- ・薬価等 マイナス1・01%

厚労省が11月に公表し、中医協に報告した医療経済実態調査によると、医療法人が経営する病院の平成30年度の利益率は2・8%となり、前年度より0・2ポイント改善した。一方、診療所の利益率は6・0%と、高い水準だった。病院の利益率低下はデフレ経済のもとでも人件費負担が膨らんだ影響が大きい。令和2年度の診療報酬改定でも診療報酬本体のプラス改定を促す内容になったことは、支払側にとっては不本意だった。

健保連、協会けんぽ、それに経団連など医療保険者関係6団体は11月27日、「令和2年度診療報酬改定に関する要請」を連名でまとめ、加藤勝信厚労相に提出した。改定率はマイナスとすべきことを大前提として、薬価は薬価調査の結果にもとづく改定をするとともに、イノベーションの推進にも配慮しつつ、薬価制度の抜本改革に即した対応を併せて検討すべきだ、とした。また、この要請には、薬価の引き下げ分を診療報酬本体に充てることなく、広く国民に還元すべきだという大原則を重ねて盛り込んだが、実現することはなかった。

令和2年度の本体改定率は、安倍政権が0・55%の引き上げを早い段階から既定方針にしており、議論が大きなヤマ場を経ないまま、そのとおりに決まった。全体として診療側に甘い内容の決着である。

なおこのとき、安倍晋三首相はむろん、健保連の大塚陸毅会長や日本医師会の横倉義武会長を含めて、診療報酬改定に深いかかわりを持つキーパーソンの誰もが、遠からず直面することになる新型コロナウイルスのパンデミックがもたらす医療提供体制と医療政策の大混乱を予想すべくもなかった。

改定の中身を見ると、勤務医の長時間労働を改善する病院に対する報酬を増額したり、救急車の受け入れが年間に1,000件以上ある中核病院などへの報酬を手厚くしたりするなど、全体として令和6年4月に始まる「勤務医の働き方改革」を意識したものとなった。多くの病院はブラック職場の象徴にもなっていただけに、こうした取り組みはもう一歩踏み込むべきであった。

#### 【令和4年度改定】

- ・全体 マイナス0・94%
- ・本体 プラス0・43%
- ・薬価等 マイナス1・37%

令和2年4月、中医協は田辺会長の後任に小塩隆士一橋大学経済研究所教授を選任した。就任のあいさつで小塩氏は、新型コロナウイルス感染拡大により「日本の医療制度は戦後最大の緊急事態に直面している」と指摘し、危機克服を最大の課題とした。

コロナ禍のさなかに実施された令和4年度改定は、本体がプラス0・43%、薬価等はマイナス1・37%で政治決着した。薬価を大きく引き下げた分を原資にして医療職の人件費などに充てるべく、診療報酬本体の引き上げを図るといやり方がすっかり定着してしまった感がある。

健保連は中医協での審議を通じて入院、外来のいずれも機能の分化・強化と連携をさらに推し進める必要性を強調した。コロナ禍であっても少子高齢化は止まらず、効率的・効果的な医療提供体制が必須であり、それが新興感染症にも強い医療につながるためだ。具体的対応として、①かかりつけ医に関連する診療報酬体系の再構築、②オンライン診療の拡大、③リフィル処方箋の導入、④急性期病床の集約・強化等による地域医療構想の実現、⑤市販品類似薬の保険給付範囲の見直し―を主張の柱とした。

この年度の診療報酬改定はコロナ禍で医療サービスの提供に数々の不具合が表面化したことに、どう対処するかが最大の焦点だった。だが、その点の踏み込みは甘かったと評価せざるを得ない。例えば支払側が求めているオンライン診療の普及については、オンライン初診料を引き上げたとはいえ、対面診療より低い水準にとどめた。

コロナ禍のなかで、オンライン診療の最大のメリットは、感染拡大を防ぎつつ、患者が医療へのアクセスを確保できる点にある。発熱患者に限らず、子どもや高齢者、さらには医療従事者の感染リスクを下げるうえでも有用である。その初診料や再診料を対面診療よりも高い水準の報酬にして医療機関の背中を強く押すべきだった。

なお令和4年度診療報酬改定では是非とも特筆すべきは、厚労・財務両相の閣僚折衝でリフィル処方箋の導入に合意したことであろう。両相の合意を受けて、健保連は佐野雅宏副会長名で、すかさず見解を発表した。その内容は「薬価等の1・37%の引下げが国民に還元されず、誠に遺憾」としつつ、リフィル処方箋導入の道筋がついたことを歓迎し「実効性ある仕組みとすべき」ことを求めるものであった。

●こんなことがあった！ 改定にまつわるトピックス

① 医療費抑制と健保組合の運営に対する平井克彦会長の強い思い

平成25年12月15日付日本経済新聞の9面には健保連の平井会長と医療経済学者で東京医科歯科大教授である川渕孝一氏との対談記事が大きく載っている。対談のテーマは「医療費膨張 どう抑える」である。記事から、平井会長の思いがにじんだ発言を抜き出してみよう。

「高度急性期に偏りすぎている病院の現状を是正し、慢性期の受け入れを増やす。患者が入院する期間を短くすることも急務だ。後発薬の普及、医療の情報技術の活用も重要になる。総じて言えば、何もかもやらなければいけない」

「保険運営者の立場では、健康相談や検診など様々な保健事業を通じた取り組みがある。これをさらに強化することで、病気の予防や重症化の予防につながるができる。予防への取り組みは企業の労働生産性を向上させる。時間はかかるが、現役世代からの健康づくりが将来的な医療費適正化になるという思いを強くしている」

「健保組合などの保険料で高齢者医療を支えることが嫌だと言っているわけではない。ただ、今の仕組みは、現役世代が耐えられるレベルを超えている。65〜74歳の高齢者の医療費を賄うために投じる公費の割合を75歳以上の高齢者と同じ約5割にする。残りを現役世代の保険料による支援と高齢者の自己負担で賄う方

式への改革をこれまで主張してきた。しかし議論が先送りされているのが実情だ」

〔国保財政の支援のために、企業健保の負担を重くする案もあります〕という問いに対して、「公的医療保険という名前だが、我々は民間の保険だ。高齢者医療を中心にお金をいくらでも融通したり、税金の肩代わりをしたりする発想は許されない。健保の負担を相対的に重くする『総報酬割』の全面導入に伴って、浮いた国費を国保に投入する案が出ている。もってのほか、極めて異常な議論だ」

〔平成26年度の診療報酬改定について〕消費増税に伴う一定程度の手当ては必要だが、本体部分をマイナス改定すべきだ。薬価の引き下げ分を原資に、本体に回す手法もやめるべきだ。調査によれば、病院や診療所、薬局の経営は安定し、デフレ下でも堅調に推移してきた。今の時点で、報酬引き上げの根拠はない」

どうだろう。10年あまり前の対談だが、今の医療政策の課題にも通ずる考え方が示されているのではないだろうか。裏を返せば、健保連にとっては、掲げてきた改革の歩みがのろいことを意味する。経済界や労組団体などとの連携を強化し、あるべき改革の実現に向けてタガを締め直す必要性を物語っているともいえるだろう。

## ② オブジーボ、ルール軽視した引き下げ

がん治療薬オブジーボについて厚労省は薬価を平成29年2月から2分の1に引き下げることを決めた。唐突感の拭えない決定だった。前年の10月、同省は中医協に25%の引き下げ方針を説明し、了承を得ていた。しかし首相官邸、財政当局、医師会などが呉越同舟で相次ぎ引き下げ幅を拡大するよう求めだしたことを受けて、11月には半額への引き下げを中医協に打診し、決定する事態に追い込まれた。背景に何があったのか。

オブジーボは体内の免疫細胞に作用し、異物排除能力を高めてがんを治療する画期的な医薬品である。ごく一部のがんに対して極めて有効な薬効が確認されていた。想定された患者数は470人程度と少なく、薬価は高く設定された。

引き下げへの口火を切ったのは財務省だ。財務相の諮問機関である財政制度等審議会に、「オブジーボを5万人が1年間使えば、医療費は1兆7、500億円になる」という趣旨の推計値を日本赤十字社医療セン

ター化学療法科部長の國頭英夫氏が示したのだった。

中医協は受け身の立場に追い込まれた。日本医師会は「薬価が高くなりすぎるのを速やかに改善すべきだ」などと要求した。引き下げ分を原資にして本体を引き上げるための医師会の伝統的な行動原理といえるだろう。はからずも財政当局と診療側の利害が一致する異例の事態になった。「エビデンスにもとづかない引き下げは製薬イノベーションを阻むことになる」という製薬業界の正論はかき消されてしまった。

政治にも翻弄された。共産党が国会質疑で引き下げ幅は25%では不十分だと政府側に迫り、これを機に、首相官邸内にも引き下げ幅拡大論が台頭するようになった。相前後して官邸で開かれた経済財政諮問会議では、民間の有識者議員が半額にするよう求めた。11月、菅義偉官房長官が記者会見で「国民の納得が得られる対応を講じていくことが大事だ」と話した。半額への値下げが公式にオーソライズされた瞬間であった。

日本製薬団体連合会（日薬連）は政治主導による半額への値下げについて「現行ルールを大きく逸脱したものであり、今後二度とあってはならない」との意見を表明した。ルール軽視の薬価引き下げを問題視するその正論は、大多数の引き下げ賛成派の前にむなしく響いた。

### ③ 政治に翻弄された妊婦加算

平成30年12月のある日、医療政策に造詣の深い自民党議員が首相官邸に首相を訪ね、「今のままだと世の母親たちを敵に回すことになるかもしれない」という趣旨を伝えた。首相はその場で日本医師会の幹部に電話し、妊婦に対する診療報酬の加算を凍結したいと述べ、了解を取りつけた。

妊婦加算は、妊娠中の女性は初診料や再診料を通常より高くするものだ。窓口負担が3割の患者の場合、支払額は初診料が230円、再診料は110円高くなる。診療時間外や休日に受診すれば、それぞれ350円、210円増える。深夜受診の場合は、それぞれ650円、510円に跳ね上がる（金額はいずれも概数）。

加算した根拠は何か。①処方にあたって医師は胎児への影響にも留意する、②合併症や診断が難しい病気を念頭に置く―など、妊娠中の女性への診察は医師の負担が重くなる、という考え方があった。リスクが大きいなどとして妊婦の診察を敬遠する内科医などが少数ながらいることへの対応も兼ねていた。



妊婦加算の導入は平成30年4月だ。ツイッターに加算疑問を投げかける投稿が増え始めたのは、半年ほど経ったときだ。「妊婦狙い撃ちの妊婦税」「少子化対策に逆行」。令和元年夏に参院選が控える折、「妊婦税」というレッテルを野党に貼られれば選挙を戦いにくくなると、与党議員らは懸念していた。

この顛末の問題は次の3点に集約できる。

第一は、政治の行政への露骨な介入だ。加算によって診療報酬にゆがみや患者への不利益などが生じているのなら、正すのは当然だ。ただしそれは科学的なエビデンス（根拠）を示すのが前提になる。そのため審議会が中医協であるはずだ。「根拠にもとづく政策決定」をないがしろにし、官邸と医療界の手打ちを承認するような審議会は存在意義が問われる。

第二は、患者側の身勝手。診療報酬には乳幼児加算もある。その歴史は古く、導入したのは1970年前後だ。厚生省を退官した元医系官僚は「乳児や幼い子どもを診る医師は、付き添いの親にも丁寧な説明が必要になる。親子2人を診ているようなものだ」と、その根拠を解説していた。

これは、丁寧な診察・説明が必要という点で妊婦加算と似ている。にもかかわらず乳幼児加算への親の不満が表面化しないのは、多くの自治体が子ども医療費の窓口負担を肩代わりしているからだ。「妊婦税」批判は自分の懐が痛まなければいいという親のエゴイズムだったということができよう。

第三は、加算によって医師の行動に影響を及ぼそうとする診療報酬政策の限界が明らかになったことだ。妊婦の診察を避けてきた医師に「収入が増えるようにするから」と誘導するのは、医療サービスの供給側だけでなく目した値決めた。患者の利益を考えようという視点は乏しい。

妊婦を診る医師には注意事項が多々ある。より丁寧な診察が必要というなら、その見合いで医療費が高くなる事実を患者側にも説明し、納得してもらわねばなるまい。皮膚科医の診察を受けた妊娠中の女性が会計で「あなたは妊娠していますね。それなら金額が変わります」と言われ、高い窓口負担を払わされたケースがあったと聞く。供給側のその振る舞いに、患者の納得が大切だという意識は、まったく感じられない。

#### ④ 政治と蜜月を築いた日医執行部

平成30年度の診療報酬改定は本体改定率が0・55%のプラスで決着したことは先述した。政府が改定率を

正式に決める数日前、財務相が日本医師会幹部に電話して、こう伝えたと言われる。「四捨五入すれば0・6%のプラス改定だ」。世間相場の想定よりも高い改定率を診療側が勝ち取った瞬間である。

このような政治劇から疎外されていたのが中医協である。多くの中医協委員はこの決着を報道で知ることとなった。支払側委員の1人は「私たちが意見を表明する前に改定率が決まるのは前代未聞」と悔しがったが、後の祭り。

中医協はまたもや存在感の低下をさらけ出してしまった。

#### ⑤ アイデアは良し、頓挫した都道府県別の診療報酬

診療報酬は原則として全国一律だが、これに風穴を開けようという動きが2019年にかけて表面化した。奈良県の荒井正吾知事が県独自の診療報酬を自分で決めたいと厚労省などに提案したのだ。

診療報酬の地域差が大きくなりすぎるのは望ましくないが、国民健康保険の運営主体が市区町村から都道府県に変わり、医療費の抑制に都道府県がかかわりを深めるのは自然なことではないか。その利点・欠点を探るためにも県単位の診療報酬を試す価値があった。

「1点≒10円」の診療報酬単価を、県独自の判断で例えば9円90銭に引き下げ、県内の医療機関に適用するというのが、荒井氏のアイデアだ。県内の医療費は計算上、全国水準より1%下がることになる。日本医師会がこれに反発するのは当然として、厚労省も反対にまわった。

法技術的には問題ないのか。実は、医療費適正化のために必要ときは地域の実情を踏まえて合理的な範囲で、ある県について他県と違う診療報酬を厚労相が決められるという趣旨の規定が高齢者医療確保法にあるのだ。地方主権の観点からも、この規定は意味を持つであろう。

もちろん課題もある。都道府県別に診療報酬を設定するなら、その前提条件として、住民の保険料負担を軽くするために県の一般会計から公費を拠出する法定外繰り入れを解消したり、市町村ごとに差がある国民健康保険料を県内で一本化したりすることが課題になる。要は、県の医療政策として、医療費の負担・受益の関係をはっきりさせることだ。

これが実現すれば、医療費が膨らみそうなときに住民が払う保険料を増やすか、診療報酬の単価を下げる

か、県当局が住民に選択を問いやすくなるう。

このアイデアを荒井氏に持ちかけたのは、財務省から奈良県に向向した官僚だった。荒井氏の提案は政府内の会議でも検討されたが、医師会の意向をおもんぱかる厚労省や一部の御用学者の反対で、医療費決定に新風を吹き込むアイデアは結局、棚上げされた。しかし国家戦略特区などを活用することで、このやり方の利点や問題点を洗い出すことはできるだろう。都道府県別の診療報酬制度をお蔵入りにしてしまうのは、まことにもつたない。

## 第5章 データヘルス計画による効果的な保健事業

平成25年6月、安倍晋三首相は政権が推し進める経済政策「アベノミクス」について、3本の矢の核となる「民間投資を喚起する成長戦略」の具体策「日本再興戦略」を取りまとめ、公表した。そのなかでは「戦略市場創造プラン」として、国際的に強みを持ち、グローバル市場での成長が期待できる4つのテーマを選び、研究開発から規制緩和までの政策資源を集中投入するためのロードマップを作ることをうたっている。4テーマの最初の項目が「国民の『健康寿命』の延伸」であり、次のように記述されている。

「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として『データヘルス計画（仮称）』の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求める」

この成長戦略に沿うかたちで、厚労省は全国におよそ1,400ある健保組合に対し、医療費を抑える効果が期待できる加入者向けの保健指導の計画づくりを促した。「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」を改正し、すべての健保組合にデータヘルス計画の作成と公表を求めた。健保組合ごとに健診等データを分析して、肥満、高血圧、高血糖などメタボリックシンドロームの加入者には優先して運動や食事改善のプログラムへ参加してもらう仕組みだ。

例えば糖尿病患者などに行われる人工透析は、1人当たり年間およそ500万円の医療費がかかるとされている。厚労省の試算によると、平成27年度にメタボリックシンドロームの該当者と予備群の数を20年度の約1,400万人より25%減らすことができれば、3,000億円の医療費削減効果がある。

これに関連して、健保連はすべての健保組合のデータの集約・分析に乗り出した。各健保組合の業態、性別、年齢別のリスクを分析し、その結果を各健保組合にフィードバックして役立ててもらおうというものだ。その成否のカギを握るのは、大量の健診結果のデータ分析だ。それには、レセプトデータの電子化が不可欠になる。レセプトの電子化は平成20年度に始まり、26年度時点で94%のデータが電子化された。各健保組合がデータヘルス計画を遂行するには、電子化率を100%にもってゆく必要がある。

政府の経済財政諮問会議（議長・安倍晋三首相）が財政健全化に向けた改革工程表を取りまとめたのは、平成27年12月下旬である。工程表のなかで特に重視された社会保障分野の目標については、高血圧や糖尿病に陥るリスクが高まるメタボリックシンドロームの患者と予備群の人数を2020年度までに約1、400万人から25%減らす目標が再掲された。また健康診断の受診率は40%から80%に高める。また、データヘルス計画の一環として、健保組合や協会けんぽに対しては健診結果のデータを活用して加入者に健康になるよう促す健診機関の活用を求めた。

データヘルス計画の普及・啓発を図るために、健保連は被用者保険運営円滑化助成金を使い、各健保組合を側面支援することとなった。先進的なモデルとなる保健事業の事例集を出したり、計画作成・評価時の適切なアウトプット・アウトカムを設定するためのガイドブックや健保組合側から母体企業の経営者などにデータヘルス計画の内容について説明する際に参考となるリーフレット『データヘルス・健康経営』を作成したりした。

同時に、計画書を作る際の内部体制、外部委託の状況、分析手法、母体企業との連携、意識の変化などを把握するのを目的に、データヘルス計画における保険者調査を実施し、各健保組合に助言するフィードバックシートの基礎資料としてまとめた。

データヘルスの推進とともに、国民の健康寿命延伸に向けた取り組みを関係者が一体となって全国的に展開しようと、保険者団体、経済団体、医療関係団体など32の民間組織や有識者などによる「日本健康会議」が平成27年7月に発足した。同会議は「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択し、その目標の達成に向けて関係する府省庁や団体と連携を深めることを確認した。

さらに、平成26年度に実施した保健事業実施状況等調査の結果を踏まえ、健保連が保有している月報や決算データなどとクロス分析した健保組合における保健事業の運営実態と医療費との関連分析を実施した。この分析の結果、保健事業の種目ごとに多様な傾向が表れ、健保組合の優位性と保健事業をするうえでの母体企業との連携・協働の重要性を再確認することとなった。

データヘルス計画の作成では、各健保組合が形態・業態・規模などに応じて、ほかの健保組合と比較分析するための医療費分析全体集計データベースを運用し、分析時の共通指標になる全体集計結果のデータを提

供した。医療費データ、特定健診・特定保健指導データの活用による調査分析事業は以下の9項目について実施し、レポートとしてまとめるとともに、健保連ウェブサイト公表した。

1. 特定健診・特定保健指導の実施状況
  2. 健診レベル判定分布と健診検査値の判定値別分布状況
  3. 特定健診・特定保健指導の問診回答
  4. 特定健診の受診者の医療受診状況と医療費
  5. 特定保健指導の効果
  6. 健保組合の医療費に関する動向
  7. 風邪、インフルエンザなど季節性疾患の動向
  8. 生活習慣病の医療費動向
  9. メンタル系疾患の動向
- 平成28年度は、データヘルス計画を推進するために次のように主に3つの支援に力を置いた。

1. 実行面にかかる支援

各健保組合がデータヘルス計画の充実度をほかの健保組合と比べることで認識し、計画修正の材料や母体企業への説明資料として活用することを目的にアドバイスシートを提供し、説明会を開いた。

2. 第2期計画作成に向けた支援

適切なアウトプット・アウトカムの設定を根付かせるための研修会を開いた。

3. 専門職への支援

共同設置保健師をはじめとする専門職による意見交換会などを開催し、共同設置保健師事業実施要領を作成した。コラボヘルス推進を支援するために、日本健康会議が採択した「健康なまち・職場づくり宣言2020」達成に向けた活動として、各ワーキンググループに参画した。データヘルス計画の中枢をなす各種の健診については、健診団体、健診機関ごとの項目・判定基準・結果フォーマットのばらつきや質に関する差異が計画のスムーズな実施の妨げになるという認識のもとに、健診関連6団体による健診団体協議会の発足に貢献した。

平成29年度は、健康経営・健康宣言の普及促進に力を注いだ。さらに30年度は健康経営・コラボヘルス推進に向けて、都道府県連合会の健康宣言事業をサポートし、日本健康会議の宣言達成に寄与した。データヘルス・ポータルサイトに関しては、後期高齢者支援金の減算指標に関する点数確認機能の追加改修を行うとともに、各健保組合の利便性を高めるために、担当者からヒアリングして改修項目を洗い出した。厚労省が主催するデータヘルス・予防サービス見本市には健保連のブースを出展した。

平成31（令和元）年度には、経済産業省とも連携し、都道府県連合会の健康宣言事業を支援した。令和2年度は特にマンパワーとノウハウの不足や財源の問題を抱える健保組合への支援を強化した。

令和3年度、コロナ禍の影響が色濃く出るなかでも、データヘルス計画への支援は継続された。また、マインポータルを活用したパーソナル・ヘルス・レコード（PHR）の運用開始に向けて、労働安全衛生法と特定健診項目の平仄化、健診フォーマットの統一を政府と関係団体に要望した。

こうしたなかで厚労省は令和3年6月、データヘルス改革推進本部（本部長・田村憲久厚労相）を持ち回りで開催し、「データヘルス改革に関する工程表」を決定した。この工程表では、社会保険診療報酬支払基金と全国47の国民健康保険団体連合会（国保連）のデータヘルス関連業務を順次拡大してゆくとともに、マインポータル等を通じて自身の保健医療情報（健診情報、レセプト・処方箋情報、電子カルテ情報、介護情報等）を閲覧できるようにすることや、本人同意のもと、医療機関や介護事業所でも閲覧可能とすることが示された。

## 第6章 医療法改正を振り返る

### 第1節 医療介護総合確保推進法が成立

安倍晋三政権はアベノミクス推進のかたわらで、医療提供体制および介護保険制度の改革について平成25年度を通じて社会保障制度改革国民会議などで議論を進めた。その成果を踏まえて、政府は26年2月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」（医療介護総合確保推進法案）を開会中の通常国会に提出した。同法案は6月に成立をみた。

この法改正によって医療制度を政府がどう変えようとしているのかを概括しよう。

田村憲久厚労相は国会で、医療、介護の一括法とした理由について、「急速な少子高齢化のもとで、地域で安心して医療や介護サービスを受けられるようにするためには、急性期医療や急性期後の受け皿病床の整備、退院後の生活を支える在宅医療、介護まで一連のサービスを総合的に確保する必要がある」と答弁した。団塊の世代が後期高齢者となる2025年の高齢社会を見据え、患者の状態に応じた適切な医療提供体制に見直すと同時に、地域包括ケアシステムの構築に向けて医療と介護が連携する必要性を指摘したものだ。

#### ●地域包括ケアシステムを明記

地域包括ケアシステムは、社会保障改革プログラム法に明記され、また「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に定義が定められている。それは「地域の実情に応じて、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」とされている。



## ●病床機能報告制度の導入と地域医療構想の策定

平成26年10月、病院がどんな医療サービスを提供する病床がそれぞれ何床あるかを都道府県に報告する仕組みが導入された。病床機能報告制度である。また厚労省のガイドライン（指針）に沿って各都道府県が地域医療構想を策定することも決められた。ガイドラインを踏まえて、自治体・病院関係者などによる調整会議での協議を経て、地域ごとにどんな機能の病床をどの程度配置すべきかの目標を設定する。

病床機能報告制度と地域医療構想は車の両輪といえる。双方が機能して初めて、効率的で必要かつ十分、かつコストがかかりにくい医療サービスの提供体制が各地域で形づくられることになる。

ただし問題もある。調整会議が病床再編を進めるための手段をもつばら関係者同士の話し合いに委ねていることが問題のひとつだ。当事者や関係者の利害が錯綜するのに、その合意形成を話し合いで進めようとするのには、非現実的な面がある。強い経済的インセンティブの導入が課題になろう。

医療制度・医療経済を研究している学習院大の鈴木亘教授は、日本経済新聞「経済教室」への寄稿で、具  
体策を2つ提案している。

第一は、地域別の診療報酬制度と地域版中医協の活用だ。

「インセンティブを付与する一つの方法は、診療報酬を活用することだが、現在の中医協による仕組みでは、全国一律の価格設定しかできず、地域ごとに大きく異なるニーズに対応できない。そこで小回りの利かない中医協を補う機関として、都道府県別の地域版中医協を設けることが考えられる。診療報酬の緻密な設計は全国一律でよいが、それをベースに地域ごとに加算・減算をして、病床再編を促す。加算・減算については、地域内の総医療費が増加しないように縛りをつける。地域版中医協の副次的効果として、診療報酬の引き上げ圧力を抑制することが期待できる。地域間で診療報酬が異なると価格競争が働くため、互いにけん制して診療報酬を上げにくくなる。また厚労省の中医協で強い政治力を発揮している医療団体も地域間で利害がぶつかり、力が分散されるので一枚岩で動くことが難しくなる。その分、診療報酬の引き上げ圧力は弱まる」

第二は、病床取引市場の創設である。

「地域ごとに市場をつくり、病院間の病床の売買を認める。ある地域で、地域全体で急性期病床を20%削

減することが目標となったでしょう。まず急性期病床をもつ地域内の全病院に、いったん急性期病床を一律20%減らして回復期病床に転換する義務を課す。そのなかには、重症患者が多く、急性期病床を絶対に減らしたくない病院もあろう。一方、急性期病床の稼働率が低く、40%減らしてもよいという病院もあるかもしれない。その場合、前者が後者の急性期病床を買い取り、両者合計して20%の削減目標を達成する。実際には多数の病院間で1床から自由に売買できるようにする。物理的な病床ではなく、病床をもつ権利を取引するのである。医療界では新奇なアイデアだが、二酸化炭素(CO<sub>2</sub>)の排出枠取引では以前から一般的な手法だ」

これらのアイデアは、市場原理を最大限活用して医療サービスの提供体制を効率化するという経済学者ならではの提案だ。健保連にとっても、今後の政策提言の立案に活かせる素地があるのではないか。

### ●消費税込による基金創設の問題点

社会保障・税一体改革に伴う消費税の増税分の用途のひとつに「地域医療介護総合確保基金」というファンドの創設がある。病床再編に必要な資金を提供するのが目的だが、鈴木亘氏が経済教室で述べたように、再編を促すための経済的インセンティブとしては弱い。民間病院の多くは急性期病床が主体だ。団塊の世代が後期高齢者になる2025年を目標に、病床再編したいと、厚労省は考えている。

同省はそれまで、主に診療報酬政策を使って病床再編を促そうとしてきたが、さほど効果をあげてこなかった。そこで、病院経営者に直接、補助金を出す策に舵を切った。

この具体的な用途について社会保障制度改革国民会議の報告書は、「病院等の施設や設備の整備に限らず、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化及び連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とした柔軟なものとする」と記述した。事実上の使用制限なしを危惧する委員が国民会議にはいたが、報告書に反映されることはなかった。

この種の政府系基金は、ご多分に漏れず用途がおのずと広がり、それに対するチェック機能も働きにくいという問題点を抱えている。例えば厚労省は介護分野の人材確保を狙い、各自治体に介護事業の入門研修を導入するよう促した。この研修は無料とし、修了者がどんな事業所で働くのがいいかなどのマッチング機能

にも自治体がかかわるようにした。財源として平成30年度から基金を使えるようにした。国民会議の委員の危惧が現実になった事例である。

基金の運営については、医療関係者や保険者などで構成する厚労省の「医療介護総合確保促進会議」において用途や配分などを議論しているが、適正に執行されているのか監視を強める必要がある。

## 第2節 改正医療法等成立で医師確保計画を策定

平成30年3月、政府は都道府県への医師確保計画の作成義務づけなどを盛り込んだ医療法・医師法の改正案を閣議決定し、開会中の通常国会に提出した。狙いは医師偏在問題の解消である。確保計画は医師偏在指標を踏まえて策定するが、この指標によって診療科目や入院・外来の別ごとに、地域単位で医師が過剰か過少かを把握できるようにする。

衆院本会議で改正医療法・医師法が与党などの賛成多数によって可決、成立したのは7月に入ってからだ。法成立によって、厚労省は都道府県に医師確保計画の策定を義務づけることになった。また、医師偏在の度合いを示す指標をつくり、対策を進めることを法に規定した。具体的には、人口当たり医師数をベースに住民の男女比、年齢、近隣医療圏へのアクセスのしやすさなどを考慮し、指標を算出する。それにもとづき医療圏ごとに順位づけをする。下位3分の1を「少数区域」、上位3分の1を「多数区域」と認定する。少数区域と多数区域に該当する医療圏は都道府県が指定する。都道府県が原則として3年ごとの医師確保計画を作成し、医療圏ごとに目標の医師数を設定し、偏在緩和対策を作成する。

厚労省が即効性を期待する対策に、多数区域から少数区域への医師の派遣がある。少数区域で勤務経験が一定期間ある医師の認定制度を新設し、この認定を地域医療を担う病院の管理者になる要件とする。

ただし、このような偏在緩和策をとったとしても民間医療機関の医師の採用を制限するのは難しく、実際に偏在を緩和できるか実効性を疑問視する声は当初からあった。

厚労省は平成31年2月、地域ごとの医師過不足の将来推計を公表した。全国に335ある2次医療圏でみると、2036年時点で医師が必要数を下回るのは約220地域。合計2万4,000人が不足する。必要

数を満たせるのは少なくとも約60地域で、合計4万2,000人が過剰になる。全体では1万8,000人の医師が余ることになるが、少ない地域の患者は必要な医療を受けにくくなり、多い地域では過剰受診につながるおそれがある。

改正医療法・医師法にもとづき、都道府県は平成31（令和元）年度中に医師確保計画を作成し、令和2年から少数地域への派遣や、少数地域で働く医師の養成など対策を強化する段取りにしていた。しかし2年初から始まった新型コロナウイルスのパンデミックによって、こうした計画は水泡に帰すことになる。

### 第3節 再改正、医療計画での感染症対応が焦点に

医療法に定める医療計画から「感染症への対応」が漏れていることを皆が認識したのは、新型コロナウイルスのパンデミックに直面したのがきっかけであった。

コロナ対策として政府が発出した緊急事態宣言は当初、感染拡大に危機感を抱いた都道府県が求めたものだ。重症患者の急増に病院の治療体制が追いつかず、病床が逼迫する。これを少しでも抑止したいと考えた知事らの焦りが、政府への統一要求につながった。

安倍政権が最初の緊急事態宣言を解除した令和2年5月末、政府専門家会議は「クラスターが突然発生することを想定し、常に備えるべきだ。病床を平時に戻すのではなく、空床にしたり患者の移動などで速やかに確保したりできるようにする」ことを政権に提言した。感染症対策を想定していない医療計画や地域医療構想の不備が明らかになり、日本医師会が医療計画に感染症対策を追加するよう求めた。首都圏には人口100万人規模に対して感染症指定医療機関のない地域もある。このような偏在を緩和するためにも、計画的な感染症病床の確保が政治的な課題になった。

政府は令和3年2月、都道府県が作成する医療計画に「感染症への備え」等を追加することなどを盛り込んだ医療法改正案を閣議決定し、開会中の通常国会に提出した。法案のポイントをみてゆこう。

まず、政府は感染症患者を受け入れる医療機関を都道府県が事前に選定し、都道府県が作成する地域医療計画に盛り込むよう求める。都道府県は地域医療計画でがん、脳卒中、糖尿病などの疾病をはじめ、救急医

療、災害医療などを対象に受け入れ体制を定めている。令和6年度からの次期計画には、これらに加えて「新興感染症等の感染拡大時における医療」を盛り込む。

都道府県知事は平時から感染症患者の受け入れ病床や専門人材の確保、医療機関での感染防護具の備蓄などについて計画し、明記する義務を負う。感染拡大時には一般病床での患者受け入れ体制の確保や臨時増床計画を求める。

コロナ禍を教訓に、感染症対策を充実させる必要性は立法府に共有されていた。改正医療法は5月21日の参院本会議で可決、成立した。スピード成立といってよいだろう。改正法にもとづき、政府はパンデミックに対応できる医療機関や専門人材の確保を平時から都道府県に求めるようになった。またマスクや防護服などの医療資材を計画備蓄させる。

これに関連して田村憲久厚労相が参院厚労委員会で「民間も公立も、ある地域の医療機関を統合的に差配できる仕組みを考えないといけない」と述べたのは特筆に値する。コロナ対応をめぐっては、病床などの医療資源が地域によって広く薄く散らばっていることが病床確保を困難にした一因になっていた。政府としては、病院の再編を推し進め、専門人材や病床・設備を集約させて感染症への対応力を底上げすることを狙っている。

改正法には足りない視点もある。

医療現場が置かれた状況は地域差が大きい。医療計画の作成は都道府県に委ねるのが理にかなっている。令和4年12月に成立した改正感染症法によって知事は平時から医療機関と協定を結び、パンデミック時は医療サービスの提供について勧告などができるようになった。一方で、新型コロナウイルス危機は国全体の危機だったともいえる。真の危機時には、国が前へ出て医療逼迫度が低い都道府県に医療人材の派遣を「指示」できるようにすることも課題になる。

#### 第4節 「かかりつけ医機能」の制度整備

新型コロナウイルス感染者に対する医療現場では、重い肺炎にかかった患者を集中治療室（ICU）で献

身的に治療・看護する病院や、発熱外来で熱心に検査に取り組む診療所がある一方、発熱者を門前払いする開業医が現れるなど、医療機関の対応が二分された。あつてはならないフリーアクセスの制限が現実になったのである。

これは、健保連にとっても想定外の事態であつたろう。患者や家族の批判の高まりを受け、岸田文雄首相は令和4年4月、「コロナ禍での経験や受診行動の変容を踏まえ、かかりつけ機能が発揮される制度整備に取り組む」(経済財政諮問会議の議事録から抜粋)と表明した。

11月に入り、厚労省がかかりつけ医が果たすべき役割を法案に明記する方針を固めた。かかりつけ医機能の定義をクリアにし、医療サービスの拡充につなげるのが狙いだ。それまで、「かかりつけ医」は厚労省令で「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能として厚生労働大臣が定めるもの」と規定されていた。

この法改正によって、厚労省は国民・患者が医療機関を選びやすくなるよう情報公開のやり方を改め、都道府県が独自に公開している「医療情報ネット」を全国統一の仕様に改めることにした。患者が自宅や職場の近くにある病院・診療所の特徴や得意分野を調べやすくなり、自分に合った医師を選ぶ一助になる。

これより前に、政府の全世代型社会保障構築会議はかかりつけ医機能の制度整備について、医療機関と患者双方の自主性に委ねるやり方を提案した。厚労省の方針はこの提案に沿ったものだが、財務省や健保連が求めている認定制や登録制は見送った。

最大の問題は、「かかりつけ医」に明確な定義がないことだ。かかりつけ医は英国やオランダなどで定着している家庭医(ジェネラル・プラクティシヨナー、GP)のような医師の資格制度とは似て非なる概念だが、定義をはっきりさせないままに制度化するのは不可能ではないか。

かかりつけ医機能の制度整備について、健保連は令和4年11月の提言(「かかりつけ医」の制度・環境の整備について(議論の整理))で、明確な方向性を打ち出している。その内容は、①国民と患者がかかりつけ医を探す際に役立つよう一定の機能を担保する証明として、医療機関の機能を認定する仕組みを創設する、②国民と患者はかかりつけ医を1人、任意で登録する、③登録医以外での受診は妨げないが、かかりつけ医は看護・介護などとの連携を促す要の役割を果たす―の3点に集約できる。

英国のGPのように、病気の治療だけでなく、人全体を診る力を備えた医師が日本には少ない。特に高齢者が急増する今後は、頭のとっぺんからつま先までを、さらに生活面やメンタルな面を含めて診る力を持つ医師の養成が急務だ。医学部のカリキュラムをそれに合わせる必要がある。臓器別に専門医を養成する医学教育が根づいた日本の大学で、GPのような医師を養成する課程を持つ医学部は数えるほどしかない。

健保連の河本滋史専務理事は令和4年12月、東京・内幸町の日本記者クラブで「かかりつけ医を考える」をテーマに記者会見し、かかりつけ医の養成について「時間がかかる話だ。まずは今のドクターをどう再教育するかだ」と話していた。

じつは、日本医師会がかつて家庭医資格の創設を推進していた。

昭和32年から四半世紀にわたって日本医師会会長を務めた武見太郎氏が著書『医心伝真』にこんな趣旨を残している。「家庭医制度や主治医制度は疾病と健康の地域性を知悉し、広範で多様な立場から健康の維持・増進を考える人だが、今ではそのような医師の養成はこの大学でも行われなくなった」「医学が進歩して細分化したことが、地域医療荒廃の原因になる逆転現象をもたらした」

当時、事あるごとに厚生省と鋭く対立し、「けんか太郎」の異名をとった武見氏だが、家庭医養成が重要課題になるという考え方は一致していた。こうして厚生省が制度化したのが、臨床研修指導医の海外派遣制度である。

ところが武見氏が没すると、日医は考え方を百八十度転換させた。水野肇著『誰も書かなかった日本医師会』は、武見氏の3代後の日医会長である村瀬敏郎氏（在任平成4～8年）について、こう記している。「厚生省の家庭医構想に副会長時から徹底して反対し、かかりつけ医という言葉をつくった。厚生省に家庭医という言葉を使うなど言っていた」

このようにして、日本の医療界や医療行政の場で「家庭医」という単語を使うのがタブー視されるようになった。しかし「かかりつけの医者」は「行きつけの蕎麦屋」と似たニュアンスを持つ。法律に規定しても、曖昧さを拭うのは難しいのではないか。

コロナ禍は患者にとって「かかりつけ医」の意味を問い直す機会をもたらした。複数の診療科に精通し、さまざまな種類の病気をひととおり診る力を備えた家庭医制度を導入するのが、本来あるべき制度改革であ

ろう。特に高齢の患者は病院に通院する前に「まず家庭医へ」を徹底させ、家庭医との信頼関係をベースにして、生活全般のあり方を含めて指導を受ける。家庭医は、自らの手に負えないと判断した難しい患者を診断したら、遅滞なく病院の専門医につなぐ。医療圈ごとに患者・家庭医・専門医のネットワークを確立し、三者の信頼関係を醸成するのが課題になる。

健保連はかかりつけ医機能に関する提言で、健保組合の役割について「個人が特定されないようにして医療機関が加入者のニーズを確認できるようにし、手をあげた医療機関を加入者に紹介する」というプッシュ型の情報提供を例示している。

#### ●愛知県で健保組合・医師会協力のモデル事業

愛知県内の健保組合で組織する健保連愛知連合会は県医師会や地区医師会と協力して医療機関にデータを提供し、健保加入者の家族の特定健診（メタボ健診）受診率を高めるモデル事業を始めている。加入者本人に比べ、家族の受診率が低い現状の打開が狙いだ。

レセプト（診療報酬明細書）情報をもとに、普段かかっている診療所などでの健診受診率を上げ、見逃されがちだった糖尿病や高血圧症などの罹患リスクを見つけやすくした。デンソー健保、愛鉄連健保の2組合を対象に始めたモデル事業には、令和4年度からトヨタ自動車や中部電力などの9健保組合が加わっている。対応する医療機関は三河地域の約1,300から県全域の約5,000に増やした。個々の健保組合には、医師との橋渡し役を果たすよう期待したい。

日本医師会はいま、患者と医師が一对一の関係になる登録制の導入が検討課題として浮上するのを警戒している。だからこそ健保連が実現に向けて行動しようとする意義は大きい。



## 第7章 給付拡大する介護保険

### 第1節 負担改革も柱とした医療介護総合確保推進法

介護サービス業は日本経済にとって近年まれに見る成長著しい産業である。

介護保険が始まった平成12年度の総費用は3兆6、000億円だった。それが令和4年度には13兆3、000億円へと、猛烈な勢いで伸びている。22年間でほぼ4倍増である。要介護リスクが高い75歳以上の後期高齢者の急増が、その第一の背景として考えられる。2025年に向けて後期高齢者はさらに増える。戦後の第1次ベビーブーム期に生を受けた団塊の世代が後期高齢化するためだ。しかし、この間の医療保険（国民医療費）の伸びが1・6倍程度にとどまっているのと比較すると、介護保険はそうした高齢化要因以外にも、給付が増えやすい構造を抱えていると考えるのが素直な見方であろう。

うなぎ登りの介護費用は当然、介護保険料の引き上げに直結する。65歳以上の1号保険料は月額2、900円から6、000円に、40～64歳の2号保険料は同2、100円から6、100円（いずれも概数）に伸びた。1号は2・1倍、2号は2・9倍になったわけだ。この間の健康保険料率の伸びは協会けんぽ（全国健康保険協会）の場合、8・5%から10・0%への上昇である。現役世代にとって、保険料負担という面でも、介護保険が重くのしかかってくる実態がわかるだろう。

#### ●一定以上所得者の介護利用者負担を2割に引き上げ

介護保険を制度化している国は日本のほか、韓国、ドイツなどまださほど多くない。その点で、これから高齢化が進む国・地域の当局者は、日本が加速する高齢化のなかで、こうした介護保険の給付費膨張に対し、ガバナンスをうまく働かせることができるかどうかについて、強い関心を持って見守っているといえる

だろう。現役世代の介護保険料の徴収は、健保組合など医療保険者が担っていることもあり、健保連もこの問題に主体的に向き合ってきた。平成26年の法改正によって、介護保険の一部利用者の自己負担が1割から2割に引き上げられた。その経緯をみてゆこう。

平成26年4月、医療法と介護保険法の改正案を一括した医療介護総合確保推進法案が衆院本会議で審議入りした。介護保険に関しては費用負担やサービス提供体制の改革が改正法案の柱である。民主党は法案に盛り込まれた利用者負担の引き上げや介護サービスの効率化に反対し、政府・与党への対決姿勢を鮮明にした。

この法改正によって、政府が介護保険制度をどう変えようとしているのかを概括しよう。

医療介護総合確保推進法では「地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化」（介護保険法関係）について、次のように整理されている。

- ① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化（地域支援事業は介護保険財源で市町村が取り組む事業を指す）
- ② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③ 低所得者の保険料軽減を拡充
- ④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引き上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

このなかで、特に重要なのは④の一定以上の所得がある利用者の自己負担割合を2割に引き上げる方針を法に定めたことである。

安倍首相は同法案の国会審議中に「社会保障の財政基盤の安定性を考えると、自助の精神がなければ維持できない」と答弁した。介護保険の利用者負担をそれぞれの経済力に対応して引き上げる一方、給付面でも制度を効率化するための改革に理解を求めた。

改革の具体策をみてゆこう。まず自己負担の引き上げだ。自己負担は平成12年の介護保険導入から一律1割だったが、27年8月から年金収入が単身で年間280万円以上の利用者は2割負担に引き上げる。夫と専

業主婦のモデル夫婦世帯の場合、年収346万円以上が2割負担の対象になる。これは高齢者全体の約20%に相当する。

次に、特別養護老人ホームと、在宅復帰をめざしてリハビリテーションなどの目的で入る老人保健施設の食事代や入居費補助を減らす。住民税非課税などの要件を満たせば補助が出ているが、単身で1千万円を越す預貯金を持つ入所者への補助をなくす。時期は平成27年8月からだ。

さらに、平成27年4月からは障害者や認知症を患っている人を除いて、特別養護老人ホームの入居要件を要介護3〜5に認定された人に限るようになる。要介護1、2の人は新たには入所はできない。

最後に、介護度がより軽い要支援1、2の高齢者が要介護に陥らぬよう運動指導するなどの予防サービスの一部を市区町村の事業に移行させる。予防サービスが高コストになるのを抑制するために、各自治体が独自にボランティア、NGO（非政府組織）、企業などに委託する仕組みを取り入れる。

厚労省はこれらの改革によって平成27〜29年度平均で年間1、430億円の給付費削減を見込んでいる。もともと介護給付費の著しい伸びを考えると、焼け石に水程度の削減効果しかないとの見方もできよう。

医療介護総合確保推進法が成立をみたのは、平成26年6月18日だった。政府・与党側が意図した改革方針への風当たりが強かったのがこの法案審議の特徴である。介護保険の要支援者向け予防給付のうち、訪問・通所介護を市区町村が実施する地域支援事業に移行させるという改革案に対し、野党各党から批判が集中した。民主党は特に高齢者世論の共感を得ようとして、この見直しに「要支援切り」などというレッテルを貼る作戦を前面に押し出し、政府・与党を激しく攻撃した。

#### ●医療介護総合確保促進会議を発足

同法の成立を受けて、厚労省は医療介護総合確保促進会議を省内に立ち上げた。初会合を開いたのは7月25日である。法が定める考え方に則って、効率的で質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築するための「総合確保方針」の作成に向けて議論を深め、9月上旬をめどに決定・告示することとなった。

この会議は医療・介護界、地方自治体の代表、医療・介護制度の専門家、それに医療・介護費の支払側代表などで構成し、健保連からは白川修二副会長が参加した。促進会議のスピード議論を経て、厚労省は9月

12日、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」を告示した。その趣旨は、医療・介護計画に横串を刺し、整合性と連携強化を図るとともに、医療・介護サービスの提供体制改革を目的とする新たな財政支援制度の対象事業を明示するものだ。これを受けて、塩崎恭久厚労相を本部長とする「医療介護改革推進本部」を厚労省が立ち上げたのは、10月10日であった。同日の初会合で、地域包括ケアシステムの構築などに向けて、国民各層の理解増進や関連団体との協議などに組織横断で取り組むことを確認した。

ところが、それから間もなくして改革本部の活動は停滞することになる。政治的な要因によるものだ。改革推進本部は11月13日の会合と医療保険制度改革に関する試案の公表の見送りを唐突に決めた。衆院解散の流れが強まったことで、高齢者などの負担引き上げにつながる改革を公にすることが選挙結果にマイナスの影響を及ぼすことを恐れた首相官邸・与党側の圧力に屈した。第47回衆院選は12月14日に投票票され、与党の自公両党は合わせて3分の2を上回る議席を獲得する地滑りの勝利をおさめた。

## 第2節 適正化に踏み込んだ平成27年度介護報酬改定

厚労省は、医療介護総合確保推進法案の国会審議と並行するかたちで平成27年度の介護報酬改定に向けた作業に着手した。介護報酬の改定は3年に1度のペースで実施されている。26年4月28日、厚労相の諮問機関である社会保障審議会の介護給付費分科会は、次期改定に向けたキックオフの会合を開いた。分科会は、地域包括ケアの推進に向けて、医療と介護の連携、在宅サービス・施設サービスの充実、介護給付費の適正化・効率化などを重点課題にすることで合意した。

年が明け、平成27年2月6日、介護給付費分科会は27年度の介護報酬改定の諮問を受けて、西村周三社保審会長が塩崎厚労相に答申した。改定率はマイナス2・27%で、介護サービスに関する大半の基本報酬を引き下げることとした。一方、介護職員の処遇改善加算については、消費税の収収を財源として、1人当たり月額約1万2,000円引き上げることとした。

この介護報酬改定に対して健保連はどういう対応をとったか。平成26年10月に4月時点の各介護サービス

収支状況を示した26年介護事業経営実態調査の結果について、各サービスの事業収支差はおおむね黒字・改善したと報告されていた。健保連は全体として高い収支差率を示す結果になっているのを根拠に、「介護報酬全体ではマイナス改定でもよい状況だ」と主張した。また、地域包括ケアシステムの構築を後押ししながら介護保険の持続性を確保するには、各介護サービスの評価にメリハリをつけることの重要性を指摘した。

介護職員の処遇改善加算については、現行の仕組みを維持しつつ評価を拡充するという提案に対して、処遇改善は本来、労使が自律的に実施するものであり、特定の業種の処遇改善に介護報酬を充てるのは、被保険者や事業主の理解を得られないと強く反発した。そのうえで「例外的かつ経過的な取り扱い」という位置づけで創設された経緯がある加算の廃止を要求した。

さらに、廃止期限が平成29年度末まで延長された介護療養病床については、老人保健施設に転換するという基本的な政策方針が維持されている以上、この転換を促進させる介護報酬上のさらなる工夫こそを介護給付費分科会で議論すべきだとの意見を表明した。また看取りなど介護療養病床の機能を重点評価する提案に反対した。

同分科会は平成27年1月9日、27年度介護報酬改定に関する審議報告をまとめた。それは、①中重度の要介護者や認知症高齢者への対応のさらなる強化、②介護人材確保対策の推進、③サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築―の3本柱からなる。介護職員の処遇改善加算と介護療養型医療施設については、事務局提案を踏まえた内容になった。健保連は、介護療養病床についてはあくまでも27年度改定での機能評価を整理するにすぎない点を確認するとともに、処遇改善加算は3年後の次期改定までに介護報酬で手当てすることの妥当性を議論すべきだなどと、クギを刺すのを忘れなかった。

### 第3節 介護納付金への総報酬割導入の問題点

企業の健保組合は健康保険料とともに介護保険料を被保険者から徴収している。健康保険料は組合員や家族が受けた医療サービスの対価（保険医療給付費）を支出することに保険者として直接かかっている。一

方、介護保険料はその保険者たる地方自治体に代わって徴収しているもので、健保組合は保険者ではないが、介護保険料の徴収と介護納付金の納付を義務づけられている。

平成29年の改正介護保険法では、そうした健保組合の善意に水を差すような制度改悪が実施された。介護納付金への「総報酬割」の導入である。その経緯を振り返るとともに、健保連の対応をレビューしてみたい。

平成29年2月、安倍晋三政権は介護保険法等改正案を閣議決定し、開会中の通常国会に提出した。その柱は、①大手企業など収入が多い会社員の介護保険料を増やす、②現役世代並みの所得がある要介護高齢者の自己負担を3割に引き上げる―などである。厚労省はこれらの負担制度改革によって介護保険の持続性を向上させると言うが、大手企業の従業員など「取りやすいところから取る」やり方が色濃いのを実態である。

#### ●平成29年8月から段階的に導入

改正案は、40〜64歳から徴収する介護保険料からの納付金について、被用者保険においては、総報酬水準に応じて増減する「総報酬割」を平成29年8月から4年かけて段階的に導入することを規定している。従来の制度は加入者の人数に応じた負担にしており、報酬水準が低い健保組合は負担率が高くなっていた。収入に連動させることで、厚労省は負担を平準化させることを狙っていると説明している。この負担制度改革によって実際に保険料が増えるのは報酬水準の高い健保組合に加入する会社員などになる。改革が完全に実施される平成32（令和2）年度には約1,300万人が負担引き上げ、約1,700万人が負担引き下げの対象になる。年収456万円の大手企業の従業員の場合、労使合わせて月額727円の負担増となる。一方、中小企業の従業員の場合は保険料が月241円下がることになる。

#### ●保険料による国庫補助の肩代わり

この総報酬割の導入によって被用者保険の各保険者は同じ負担率となる。そのため、厚労省は中小企業の従業員等が加入する協会けんぽの介護納付金に対する国庫補助をなくす考えであった。ただこれは、税の役

割を保険料に置き換える負担の付け替えにすぎず、国庫補助を肩代わりさせる構図である。所得が比較的高い会社員を狙い撃ちにした負担制度改革といえ、加入者の負担が増える健保組合を傘下に多く抱える健保連にとっても、由々しき事態であるといえるだろう。

国会審議は与党が主導するペースで進んでいった。平成29年4月12日、衆院厚労委員会は総報酬割の導入を盛り込んだ介護保険法などの改正案を原案どおりに可決した。野党民進党は審議が不十分ななかでの強行採決だと批判し、採決時に委員長席に詰め寄って抗議した。審議時間は実質審議入りした3月31日以降、参考人質疑を含めて計24時間40分だった。

この審議で、衆院厚労委員会では介護納付金に対する総報酬割の導入がテーマになることが多かった。導入によって健保組合の負担が増えることには与野党から懸念が示された。激変緩和措置として、平成29年度中に予定している94億円の財政支援の増額、31年度までの3年間とする時限措置の延長など健保組合の負担が増えることへの対策が求められた。法案は18日、衆院本会議で可決、参院送付された。

参院で法案が審議入りしたのは5月17日であった。塩崎恭久厚労相は参院本会議で、介護納付金への総報酬割導入に伴う負担軽減措置として、平成29年度に94億円を充当する財政支援策について、30年度以降の対応は「毎年度の予算編成過程で精査・検討する」などと答弁した。5月25日、介護保険法などの改正案は自公両与党などの賛成多数によって、参院厚労委員会で可決され、翌26日の参院本会議で原案どおり可決、成立した。

#### ●大塚健保連会長が政府案成立に憤りのコメント

健保連の大塚陸毅会長は5月29日、改正介護保険法が与党などの賛成多数で成立したことを受けてコメントを出した。その内容は、介護納付金の総報酬割導入に断固として反対してきた健保連の主張に反して政府案どおりに成立したことに強い憤りを示すものであった。そのうえで、負担が急激に増える保険者への負担軽減策の継続・拡充を引き続き検討するよう強く求めた。

健保連が7月5日に開いた理事会では、大塚会長が介護納付金への総報酬割導入を含む近年の制度改革が健康保険財政を一層悪化させ、皆保険制度を崩壊させかねないなどと指摘した。健保連の要求実現対策本部

ワーキンググループで、主張実現のための具体策を集中的に議論し、負担構造改革の早期実現に向けた活動を継続することを重ねて強調した。

8月3日の内閣改造によって厚労相が塩崎恭久氏から加藤勝信氏に代わった。社会保障について加藤新厚労相は「必要なサービスを確保すると同時に、効果的・効率的にすることを通じて持続可能な制度をつくる」と記者団に語った。医療・介護・障害福祉の平成30年度同時改定を含めて、充実と効率化の両面が課題になるという基本認識も示した。

#### ●激変緩和措置として介護納付金に上限

8月14日、政府は介護納付金が同月から2分の1総報酬割になったことに伴い、激変緩和措置として納付金に上限額（概算負担調整基準額）を設定する政令を公布した。平成29年度はその額を1人当たり4万1,220円とした。また、上限を超える費用を、協会けんぽを含む被用者保険全体で再按分して負担する負担調整見込額は1,199円で、16日付で告示された。

社会保険診療報酬支払基金は8月28日、29年度の介護納付金などの徴収額の決定状況を改めて公表した。健保組合の負担額は8,225億円となり、全面加入者割と比べて326億円、率にして4・1%負担が増えることとなった。全体の8割にあたる1,071健保組合の負担が引き上げられる。

9月29日、厚労省は2分の1総報酬割の導入により、平成29年度の国庫補助94億円の交付に向けて、算定基準を明記した通知を医療保険者1,100組合の理事長に送った。健保組合全体の7割超が交付対象だった。

こうしてみると、介護納付金への総報酬割導入は、軽減措置などが取り入れられたとはいえ一貫して厚労省ペースで進んできたといえるだろう。健保連はさまざまな機会をとらえて「取りやすいところから取る」やり方に歯止めをかけるべく、正論を唱えてはきたが、結局は政府・与党に押し切られる形となった。健保組合は介護給付費については保険者機能を発揮できない。給付費を適正化することに対し、自らの力には限界がある。このため、負担軽減策の継続・拡充を求める改善の策をとらざるを得なかった面がある。

納付金への総報酬割導入を盛り込んだ介護保険法などの改正案の審議では、衆院厚労委員会と野党議員



から健保組合の負担増や解散組合の増加を懸念する声が多数出された。だが結局、政府案どおりに可決、成立し、前述のような懸念事項に関して法案への附帯決議が採択されることもなかった。

一方、参院厚労委員会の審議では、政府案を原案どおり可決したものの、6項目の附帯決議を採択した。しかし結果として、健保連が強く求めていた負担軽減措置の継続・拡充など、現役世代の負担増に配慮した項目が盛り込まれることもなかった。参院本会議では自公両与党をはじめ、日本維新の会などが政府案に賛成した。

介護納付金はこの年の8月から2分の1総報酬割が導入され、賦課替えが実施された。平成30年度は2分の1、31（令和元）年度は4分の3、令和2年度から全面総報酬割となる既定路線が敷かれてしまった。

成立を受けた大塚陸毅会長のコメントは、「政府案どおりに成立したことは強い憤りを覚える」と述べたうえで、総報酬割の導入に対して「関係者の強い反対を押し切り、合理性も納得感もないまま実行されることに断固抗議する」と、極めて強い調子で法を成立させた政府・与党を非難するものとなった。

#### 第4節 平成30年度の診療報酬・介護報酬同時改定

こうしたなかで、介護報酬の次期改定に向けた準備も進んでいった。10月27日、厚労省は介護施設・事業所の平成28年度決算の収支差率が平均3・3%だったことを、介護給付費分科会に報告した。健保連の本多伸行理事は、「決して悪い状況とはいえない」と述べて、「持続可能性の観点でみると、プラス改定する環境にはない」と主張した。

同分科会は12月18日、「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告」をまとめた。団塊の世代のすべてが後期高齢者になる「2025年問題」が迫り来るなかで、6年に1度となる診療報酬・介護報酬の同時改定によって、審議報告は、医療・介護制度の連携強化を重視する内容になった。18日に30年度の診療報酬・介護報酬の改定率が決まったことを受けて、健保連の白川修二副会長は19日、薬価等改定率がマイナス1・74%、診療報酬本体がプラス0・55%になったことに対し薬価等引き下げ分の費用の取り扱いに関して、「国民への還元という方向性が示されなかったことは誠に遺憾で、残念」と不満を表明した。

年が明けた平成30年1月26日、介護給付費分科会は30年度介護報酬改定案を了承した。同日付で社会保障審議会会長から加藤厚労相に答申した。プラス0・54%の改定財源から高齢者の自立支援や医療・介護の連携強化に対する取り組みに1%程度を振り向ける。また、福祉用具貸与の価格上限設定や大規模な通所系サービス事業所への基本報酬を引き下げるなどして、0・5%程度適正化することとなった。

## 第8章 コロナ禍の重圧のなかで健保連が果たした役割

### 第1節 感染症法改正が意味するもの

新型コロナウイルス感染症が終息したとしても、人類は常に新たな感染症のリスクにさらされている。令和4年12月、感染症のパンデミック時などに病床の確保などを大病院に義務づけることを柱とする感染症法などの改正案が、自公両与党と立憲民主、日本維新、国民民主各党などの賛成多数により、開会中の臨時国会で成立した。政府・与党側は野党が提出した対案の内容を改正法の附則に盛り込み、対立を避ける戦術をとった。

政府としては、この法改正によってコロナ禍のさなかうまく対処できなかった病床確保問題などの解決をめざしている。その柱は、政府と都道府県当局の医療機関などに対する権限の強化だ。地域の中核となる医療機関に病床の提供や外来診療の確保を義務づける。都道府県が事前に感染症の予防計画を作成し、医療機関と協定を結び、病院側が協定に沿った対応をしなければ、勧告や指示を経て病院名を公表できるようにした。

#### ●医療機関の減収補償に保険者も負担

これによって、特定機能病院や地域医療支援病院に対し、診療報酬上の優遇措置を取り消すという厳しい対応が可能になる。一見すると、次のパンデミックへの備えが整ったようにも見えるが、健保連・健保組合にとっては、改正法に容認しがたい制度改正が盛り込まれたことには留意する必要がある。それは、医療機関に対する減収補償の財源について、公費と保険者負担を半々とした点である。健保組合が減収分を肩代わりする理屈は立たない。要は、健康保険料から出すいわれはまったくないにもかかわらず、政府・与党のみ

ならず、改正法案に賛成した野党を含め、例によって「取りやすいところから取る」やり方に出たことになる。

健保連は令和4年9月2日に開いた政策委員会で、厚労省の保険課長からこの改正法案の説明を受けた。それによると、初動対応などを含む特別協定を締結した医療機関について、一般医療の提供という経営の自律性を制限し、経営リスクが大きい流行初期の感染症医療を提供することに対し、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの期間に限って、財政支援するものであるとされた。

支援額の各保険者の負担は、対象になる医療機関の直近の診療報酬の支払実績に依りて按分する考え方だという。保険課長は「唐突な提案となり、不快感や不信感を持たれると推察する。今後、社会保障審議会の医療保険部会でも議論するが、事情を理解してほしい」と釈明した。

これに対し、出席した健保組関係者からは「全額を公費で負担すべきだ」「従業員の収入が減っているなかで、加入者に納得してもらおうのはかなり難しい」「8月の医療保険部会では全額公費で負担すべきとの発言が多かったなかで、なぜ保険者に応分負担を求めめるのか」などと、反論の嵐となった。保険課長は「あくまで流行初期の限定的な対応と位置づけ、補助金が出るまでの期間の支援である」「対象は減収した医療機関であり、増収の医療機関は対象外だ」などと説明した。

健保連の佐野雅宏副会長は、減収補償の必要性は理解できるが、その補償の負担を誰がするのかという議論とは異なるものだ、などと正論を述べた。健保連としては、①新たな感染症発生時に対応する医療機関を支援することは総論として賛成するが、本来であれば全額を公費で負担すべきである、②仮に保険者負担を検討するとしても、あくまで緊急時の暫定的な措置であり、例外的かつ限定的な取り扱いとすべきである、③減収補償は協定の発動要件や終了要件を具体化・明確化し、例外的かつ限定的な取り扱いであることを踏まえて、対象期間を例えば原則として流行初期の3か月を上限とするなど、可能な限りの短期間とし、その後は政府の責任で補助金などの対応を迅速に図るべきである、④保険者の負担については、各保険者における給付実績に一定の負担割合を乗じた部分に限定し、最大限公費を投入すべきである―という基本原則を認めることとなった。

厚労省は9月8日の社会保障審議会・医療保険部会で、減収補償の費用を公費と保険者で半分ずつ負担す

る仕組みを提案した。これに対して健保連の佐野副会長は、健保組合からは「怒りの声」が噴出しており、「事務費の負担も含めて公費で賄うべきである」と主張した。また、仮に緊急対応としても、▽対象期間はせいぜい数か月に限定する、▽あくまでも補助金などの公的制度が整うまでの暫定措置であり、それまでの間のいわば立替払いであることを明確にし、公的制度が整った際には、補助金などを優先的に充当して保険者に返還するなど、実質的な負担が生じない措置を講ずる、▽減収補償は例外的かつ限定的であること  
を明確にする—などの必要性を強調した。

### ●衆参厚労委の附帯決議は保険者負担に配慮

国会審議の間では、衆参両院の厚労委員会では同法案に対する附帯決議が採択され、いずれも保険者の負担に配慮する項目が盛り込まれた。特に参院厚労委員会の附帯決議は、感染症流行の初期に、医療機関の初動対応を担保するための「流行初期医療確保措置は、その費用の一部に保険料が充当される例外的かつ限定的な措置であり、実施される期間について、保険者等の負担に鑑み、速やかな補助金、診療報酬の上乗せにより、3か月を基本として必要最小限の期間とすること」と期限が示された。

この附帯決議には、健保連の意向がある程度、反映されていると評価できるであろう。一方で、すったもんだの末に成立した改正感染症法は、例外的・限定的とはいえ、一足りないときの「保険料」とでもいえるような、保険者が都合のよい財布扱いされているという事実を白日の下にさらすこととなった。健保連には社会保障財源のあり方についてあるべき正論を発し続ける役割が求められているといえるだろう。

## 第2節 コロナ禍で減少した医療費、膨張した医療機関補助金

新型コロナウイルスのパンデミックは医療費の動向を一変させた。

令和2年初来、「不要不急」という言葉がいたるところで聞かれた。では、この四字熟語は医療にもあてはまるのか。コロナ禍初期の医療費の動きをレビューしよう。被用者保険の2年3月の医療費動向は、総額が1兆1,515億円、患者が医療機関にかかった延日数は5,418万日だった。コロナ前の前年同月と比

べると、医療費は3・5%の減少だったが、通院延日数は14・2%の大幅な減少を記録した。

ここから読み取れるのは、軽い風邪や腹痛、花粉症などにかかった人は通院を控え、薬局で薬剤師や登録販売者に相談し処方箋がなくても買えるOTC医薬品などで手当てした。コロナ前であれば、診療所や病院の外来診療に頼っていた軽い病気の治療が、セルフメディケーションに取って代わった。手洗い、マスク着用やアルコール消毒の徹底による予防効果もあったであろう。かたや、大学病院や専門病院はコロナ治療を含めて高額な医療費がかかる医療の提供を大きくは減らさなかった。この結果、件数の急減に対し医療費はさほど減らなかった。

病院や診療所の待合室で長時間過ごすのを避けようと、通院を見合わせた人もいるだろう。それが原因で病状が重くなることがあるとはならないが、医療に「不要不急」はあり得ないというコロナ前の業界常識は見事に覆ったといえるだろう。

医療機関にとっては減収要因となるが、この間の通院件数の減少にセルフメディケーションへの移行や予防の徹底が寄与しているとすれば、健康保険料などを元手とする診療報酬で補填するのは筋が通らない。

#### ●令和2年度概算医療費は前年度比3・2%減

では、年間ではどうだったか。令和3年8月に公表された2年度の概算医療費は42兆2,000億円となり、前年度比1兆4,000億円、率にして3・2%減少した。概算医療費は国民医療費のうち、労災保険や全額自己負担などの医療費を除いたものだ。国民医療費のおよそ98%を占める。2年度の減少幅は金額・率ともに昭和29年以来、過去最大であった。コロナ禍のなかで、真に必要な受診の絞り込みなど、医療コストの効率化の余地が大きいことを如実に表した結果となった。

診療科別では、特に未就学児の受診が激減するなど、小児科医療に大きな影響が及んだ。コロナ禍で小児科の医療機関は診療報酬の臨時上乗せを受けたが、受診控えの影響はそれよりもはるかに大きく、大きなマイナスとなった。重要なのは、医療費の助成が大きい小児科などは過剰受診の傾向があったということではないだろうか。もつとも、令和3年3月の時点で医療費が前年同期比で増加に転じていたことには留意が必要であろう。

もう少し引いた位置から医療費の動向を俯瞰<sup>ふかん</sup>してみよう。コロナ初年度の令和2年度はコロナ対応を理由とする医療機関への補助金として、約4兆6,000億円の緊急包括支援交付金などが支給された。このうち、2年度末までの支給額の40%程度がコロナ患者の受け入れ病床を確保した病院の病床確保料として使われた。一方、パンデミック前の平成30年度の国民医療費は、入院医療費が年間約16兆6,000億円で、このうち、がん治療にかかった総額が4兆5,000億円程度だった。こうしてみると、コロナ患者の病床確保にいかにも多額の費用を充てたかが実感できるだろう。

こうした状況下で健保連は令和3年9月21日、4年度の次期診療報酬改定に向けた政策提言を公表した。このなかでは、「新型コロナウイルス感染症の教訓を生かした医療」に焦点をあて、患者の受療行動の変容を検証したうえで、①安心して効率的な治療の継続を実現、②かかりつけ医機能の評価を再構築—などの具体策を提言した。多くの国民がかかりつけ医を持つための環境整備として、患者の視点から診療報酬体系を整理する必要性を訴えたのも、この提言の特徴である。

#### ●令和3年度医療費は増加に転じる

ところが令和4年9月に厚労省が発表した3年度の概算医療費は、一転、前年度に比べて4・6%増の4兆2,000億円となった。受診控えて医療費が減少した2年度の反動増が大きく出た。コロナ前の元年度と比べても1・4%の増加である。患者が医療機関の受療行動を控える傾向は依然として続いていたが、PCR検査など単価が高いコロナ関係の診療が急増したのである。診療科別に見ると、内科や小児科などの診療所は元年度と比べて外来などの医療費が増えた。小児科は元年度比で10・7%増と増加率が最も大きかった。先祖返りの様相である。

令和5年に入り、岸田文雄首相は新型コロナウイルス感染症の感染症法上の扱いを、2類相当から季節性インフルエンザなどと同様の5類に緩和する方針を固めた。実施時期は5月の大型連休明けを想定していた。

これは、新型コロナウイルス感染症という病気を特別視するのをやめ、普通の感染症とみなすのと同義といえるだろう。であれば、コロナに関する医療費も健康保険を通常どおりに適用するのが筋だ。例えばワ

クチン接種は自己負担にする、コロナ治療で医療機関にかかったときは原則3割の窓口負担を払う、などがある。同時に、政府に課せられているのは、これまで3年間のコロナ禍中に一体幾らの医療費が消費されたのかの検証だが、岸田政権は未だそれに明確な回答を示していない。

### ●コロナ関係補助金に不適切事例

コロナ初年度の令和2年度の国民医療費について、厚労省は「42兆9、655億円となり、前年度より3・2%減少した」と発表した。一方、肝心のコロナ関係医療費はどうだったか。2年度に政府が医療機関に配ったコロナ関係補助金は、累計約2兆5、000億円であった。国民医療費と足し合わせると、およそ45兆5、000億円の医療費を使ったことになる。3年度のコロナ関係補助金は3兆8、000億円、4年度は3兆5、000億円が計上された。この結果、医療費の総計は3年度が約48兆円、4年度はコロナ特例の診療報酬のかさ上げもあって50兆円規模に達する。

コロナ対策を名目にした補助金には、前述したように「幽霊病床」と皮肉られた病床確保料が含まれる。会計検査院は医療機関が病床確保料を不適切に受け取った事例が9都道府県で計55億円あると指摘したが、これは氷山の一角ではないか。

健保連など中医協の支払側は保険診療に費やされる医療費、つまり診療報酬を抑制することに力を注いできた。だが、コロナ禍の3年強あまりを振り返るとき、診療報酬以外にもさまざまな名目で医療機関に補助金が給付されてきた事実を見逃すことはできない。まさに「医療費50兆円時代」である。日本はデータとファクトにもとづく客観的な分析や検証が十分ではない。欧州などの主要国がコロナ対策にどういう予算の使い方をしてきたのか、その比較考量なども踏まえつつ、日本のコロナ関係補助金の使われ方の妥当性を問うのも、これからの支払側の使命になるであろう。

### 第3節 診療報酬の特例の効果は？

安倍晋三首相は令和2年4月7日に東京、神奈川、埼玉、千葉、大阪、兵庫、福岡の7都府県に緊急事態



宣言を発売し、同16日には宣言の対象を日本全国に拡大した。首相は17日の記者会見で、新型コロナウイルスの対応にあたる医師や看護師の待遇改善のために、「診療報酬を倍増するなど処遇改善にもしつかり取り組んでいく」などと語った。政府・与党が一体になり、医療機関に補助金を配ることに血道をあげるようになった瞬間である。

これに先立つ4月9日、与党自民党の稲田朋美幹事長代行は早速、首相官邸で安倍首相と会談した。稲田氏は席上、医療・介護の関連団体から受けた陳情を踏まえて、感染症対策の現場を担う看護師らに10万円程度の手当を支給するよう首相に要請した。これを受けて政府側は令和2年度補正予算案の予備費や診療報酬の上乗せ分を活用して補助金を配る方針を固めた。稲田氏は記者団に「第一線で頑張っている看護師らの手当の問題について首相から前向きな姿勢が感じられた」と語っていた。

### ●重症・中等症患者の診療報酬を大幅増

厚労省も動き出した。4月17日、同省はコロナ感染した重症患者の入院治療にあたった医療機関が受け取る診療報酬を倍増させると決めた。集中治療室（ICU）は入院料を1日16万〜28万円程度とする。1日8万〜14万円程度と定められている本来の額を大きく引き上げる。この特例は、18日から感染が収まるまでの間、適用するとした。患者は通常の保険診療では医療費の1〜3割相当を医療機関で窓口負担するが、コロナの入院治療は自己負担が発生しない仕組みを維持することとした。

また、中等症患者への治療の診療報酬も増額する。通常の入院料に1日最大1万2,000円を上乗せする既存の特例措置に加えて中等症患者は最大2万1,500円まで増やせるようにした。必要になる予算300億円程度は予備費で対応する。これらの特例は、中医協が持ち回りで開いた総会で了承された。いわば「何でもあり」、すなわち医療機関に対する大盤振る舞いの幕開けであった。

こうした動きに対し、健保連の幸野庄司理事は4月24日に開かれた中医協総会で、コロナ禍のなかで保険者が医療給付費の動向を見通せるように、コロナ感染症による医療費の変動を厚労省が適宜、中医協に報告するよう求めた。席上、幸野氏は「新型コロナウイルスの影響がどこまで続くかまったく見通せないなか、健保組合では母体企業の業績が悪化の一途をたどっている。公的保険の財源となる保険料収入が激減し、極

めて厳しい保険財政となることが想定される」などと述べ、重症・中等症患者への診療報酬上の評価を倍増するなどの特例的な対応が実施されていることに伴い、一定程度の医療費の増加が見込まれる、と強調した。

さらに9月に入り、厚労省はコロナ入院患者を治療する病院の診療報酬を一段と引き上げることを決めた。酸素投与が必要な中等症患者の1日当たりの入院基本料を1万9,000円上乗せし、約7万円程度にするのが柱であった。中等症患者の入院治療で病院が受け取る基本料は、1床当たり1日約5万円と、本来の額に約3万円を特例で加えている。そのうえに、呼吸不全の患者には他職種が連携して手厚い診療が求められているなどという名目で、さらに1万9,000円を上乗せするものだ。財源は令和2年度の2次補正予算の予備費から10億円程度を充てる。

#### ●健保連は診療報酬特例の検証を要求

健保連の幸野理事は、これまで実施されてきたさまざまな診療報酬上の特例について、どこかの時点で算定回数や医療費に及ぼす影響などについて検証し、継続すべき事項や点数設定・要件などの見直し事項を整理するよう厚労省保険局に求めた。至極まっとうな要望であるが、「何でもあり」がまかり通る空気の中、幸野氏の要望はかき消されがちであった。

12月に入り、厚労省は6歳未満の子どもの外来診療について、診療報酬を上乗せすることを決めた。コロナ感染拡大期は初診・再診料に1,000円を加算する。14日に中医協総会を持ち回りで開いて決めた。感染予防策を講じたうえで、保護者の同意を得ることを条件に、歯科は550円、調剤薬局は120円を加算する。子どもの医療費の窓口負担は自治体の補助金で無償化しているケースが圧倒的に多く、特例による患者負担は増えないが、それだけに問題の大きな特例といえるだろう。

#### ●中医協の審議省略した特例も

年が明けた令和3年1月22日、コロナ感染症から回復した患者の転院を促すため、回復後の患者を引き受ける病院の診療報酬を上乗せすると発表した。入院料に最大90日間、1日当たり9,500円を上乗せする。

大病院での治療後に中小病院がその患者を引き受ける役割分担を進めるのが狙いとされた。診療報酬は2年12月から1日7,500円を上乗せしている。さらに9,500円増やし、加算額を1万7,000円とする。

1月27日に開かれた中医協総会で、健保連の幸野理事はこの特例が中医協の事前手続きを踏まずに厚労省が発出したことについて「今回の事務連絡は、診療報酬として比較的大きな臨時的措置と考える」と述べたうえで、政府による交付金や補助金ではなく、診療報酬で対応する場合は、中医協の持ち回り開催など事前手続きを行う必要性を指摘した。中医協の審議を経ずに厚労省が事務連絡を出したことを「非常に問題だ」と強く批判した。

さて、この年の8月16日、厚労省はコロナの自宅療養感染者などにオンラインで診療した場合の診療報酬を2倍以上に引き上げると各自治体に通知した。デルタ型の変異株が猛威を振るい、コロナ病床の逼迫によって自宅やホテルなどで療養する人が急増していることに対応したものだ。オンライン診療の診療報酬を対面診療よりも低く抑えてきた従来のやり方の転換である。この異例の対策は、菅義偉首相が指示したものであった。首相は同日、記者団に「医療体制の構築が極めて大事だ。自宅にいる患者への電話による診療報酬を引き上げる」と述べていた。具体的には、電話やオンラインでの初診料を従来の2,140円に2,500円上乗せする。再診料も730円に2,500円を加算する。対面診療では感染防護対策などを理由に診療報酬を加算していたが、オンラインには認めていなかった。

8月26日、中医協は持ち回りで総会を開き、コロナ医療についてさらなる特例的な対応を決めた。「救急医療管理加算1」の項目について、3倍・5倍の加算を算定できるとしていた中等症コロナ患者の診療に関する評価を4倍・6倍にそれぞれ引き上げ、27日から実施するという内容であった。幸野理事は「重症患者の増加で受け入れ病床と人材の確保が難しい医療機関が、病床と人材を確保するために必要な費用への特例的な加算だと理解する」と述べたうえで、これまでの対応や診療報酬以外の対応によって受け入れ可能病床が着実に増えているかをしっかりと検証する必要がある、と厚労省側に対応を要求した。

9月28日、田村憲久厚労相は閣議後の記者会見で、感染症対策として補助金でかかり増し経費を医療機関へ直接給付するとともに、報酬上の特例を拡充すると表明した。4～9月期の半年間、診療報酬上の特例加算で支援してきた医療機関などに対する感染症対策について、10～12月期の四半期は補助金で支援を継続す

るという内容であった。

政府は、一律加算を延長すべきだという医療団体からの要望を受け入れず、10月以降は実績に応じた補助金に切り替えることとした。背景には、政府・与党内に、コロナ対策に関する日本医師会への不満があったとされている。コロナ感染防止を名目にした診療報酬の特例はこの年の4月に始まっていた。医科と歯科の初診・再診料は1回50円、入院は1日100円、調剤は1回40円、訪問看護は1回50円を見なし経費として一律上乘せしていたが、新しい補助金は有床の医療機関で10万円、無床の診療所で8万円を上限に感染対策に要した費用を精算する形式とした。期限は年内いっぱいとした。

話を進めよう。岸田政権が令和4年12月に決定した5年度政府予算案には、コロナ対策と次の感染症危機に備えた対応に97億円が盛り込まれた。これは、4年度当初予算より1割あまり少ない。4年度2次補正予算で確保した3兆3,000億円と合わせ、危機モードから通常モードに切り替え、ワクチンや治療薬の確保、検査体制の整備を一体的に推し進める狙いがあった。過去3年間、有事対応として異例の規模の予算を割ってきたやり方から、少しずつではあるが平常時に戻していこうという政権の意志の表れでもあった。

診療報酬の特例加算は、コロナ初期では致し方ない面があったといえるが、これまで縷々みてきたように、特例や上乘せが半ば常態化したのは、医療財政史に特異な点として刻まれることになるのではないかと、医療機関に対する前例のない支援が、コロナ医療に対してどの程度貢献したのか、これだけの補助金をつぎ込んだからには、検証が不可欠である。むろん緊急時には政治主導で補助金を決定・実行しなければならぬ場面はあろう。一方で、さほど急ぐ必要もないのに、中医協での議論を飛ばして決定された特例もあった。その点では、中医協の機能を改めて問い直すこともコロナ後の大きな政治課題となるであろう。

#### 第4節 ワクチン普及などに健保組合はどう対応したか

新型コロナウイルスに対するワクチンの開発で、日本の製薬企業は欧米のメガファーマに大きく後れを取った。菅義偉首相は塩野義製薬の手代木功社長らに開発を急ぐように要請したが、感染の広がりを考えると、国内生産を待つ時間の余裕はなかった。結局、国内勢からの供給を断念した首相は、米ファイザー、米

モデルナ、英アストラゼネカの海外3社から供給を受け、接種を加速させることを決めた。

菅首相が唐突に言い出した「1日に100万回接種を実現させる」という目標は当初、不可能に思われたが、ワクチン接種担当を兼務することになった河野太郎・規制改革担当相が中心となって厚労省健康局や内閣官房の新型コロナウイルス感染症対策推進室の尻をたたき、さらには接種の主体となる基礎自治体（市区町村）をも巻き込み、結果として1日に100万回接種以上の実績を築いた。

その間、ワクチン接種の場は、住民を対象とした市区町村だけでなく、企業・大学のほか、自衛隊が東京と大阪に特設会場を設置するなど各方面に広がっていった。特に職域での接種で黒子として活躍したのが健保連・健保組合であった。

企業・大学でワクチン接種が始まったのは令和3年夏だ。同時に、厚労省は接種者にそれまでの医師・歯科医師・看護師に加え、臨床検査技師と救急救命士を加えることを決めた。もともと欧米などでみられた薬剤師による接種は、最後まで認めなかった。背後には、接種者を一段と増やすのを嫌がる医療団体などの意向が働いていたとされる。

これに先立ち、菅首相は5月31日の自民党役員会で「6月中には基礎疾患のある方を含めて一般の接種を開始する。企業の職場や大学でも進めていきたい。これから3週間が感染防止とワクチン接種に成果を上げるために極めて重要な時期になる。内閣としても総力をあげて取り組む」と強調した。

### ●健保連が職域接種に協力表明

関連して加藤勝信官房長官は同日の記者会見で「どう進めるかは企業の意向も聞きながら検討する」と話した。加藤氏は健保連の佐野雅宏副会長ら幹部と面会し、職域接種への協力を求めた。佐野副会長は積極的に協力する考えを表明し、協力へ向けた課題の解決を求めるための要請書を加藤氏に提出した。その後、佐野副会長は記者団に対し、1日でも早く、1人でも多くの接種の進展に協力する意向を表明した。

自治体の接種にはファイザー製のワクチンが供給されたが、職域接種はモデルナ製のワクチンが使われることになった。しかし、ワクチンの供給が遅れ、職域接種のため確保していた医療関係者のキャンセル料が発生する事態にもなった。健保連によると、キャンセル料は当初、全国の6健保組合に発生し、合計およそ

4、000万円になったという。その後も職域接種で実施を希望していた会場のキャンセルが1、000件を超えていることがわかった。モデルナ製ワクチンの供給遅れのためだ。予定した被接種者が十分に集まらなかったり、医療関係者の確保が難航したりして、職域接種をやめるケースも出た。

もつとも、コロナ禍という国難を考えると、医療関係者がキャンセル料の受領を辞退するくらいの度量をみせるべきだったのではないだろうか。

このように当初の混乱はあったが、健保連・健保組合の協力の成果もあり、ワクチンの職域接種は徐々に軌道に乗るようになった。令和4年4月6日、健保連は臨時常任理事会を開き、2年間の活動を総括した。冒頭あいさつに立った宮永俊一会長は、「新型コロナウイルス感染症による世界的なパンデミックから2年が経った。未曾有の事態のなかでも加入者の健康と安心を支えるために、健保組合の事業運営に真摯に取り組む皆さんに心から敬意を表する。国難というべき状況に対し、ワクチンの職域接種等の協力についても深くお礼を申し上げる」などと、健保組合に謝意を表した。

感染症パンデミック時のワクチン接種にこうした組織的・機動的な協力をしたのは、健保連にとっても個々の健保組合にとっても、初めての経験であった。この経験を活かしつつ、いざというときに何をすべきか、反省と検証を重ね、次の感染症危機への備えを万全にする必要がある。

## 第5節 発熱外来とかかりつけ医機能の強化

コロナ禍のさなかに、はからずも露呈したのが、発熱外来を営む医療機関の頼りなさである。

私たちが発熱などコロナ感染の疑いを示す症状が出た場合に、まず受診すべき医療機関が「発熱外来」を標榜する診療所（開業医）や病院である。発熱外来は都道府県が指定する。PCR検査で感染の有無を判定したうえで、検査陽性であれば速やかに保健所などに連絡する義務を負う。

厚生省は発熱患者に対し、まずはかかりつけ医など身近な医療機関に電話で相談するよう求め、かかりつけ医がない場合は各地の相談センターに連絡すると受診可能な医療機関の紹介を受けられることになっていた。感染拡大当初は、コロナ患者を受け入れる医療機関はさほど公表されていなかった。風評被害やコロ

ナ以外の患者への影響を懸念したものだだったが、発熱外来がどこにあるのかがわからなければ、発熱患者は途方に暮れる。のちに厚労省は発熱外来の標榜を積極的に公表するように方針を転換させたが、感染初期の本末転倒な対応は、発熱外来を営む医療機関への不信感を醸成させることとなった。

### ●政府内で浮上したかかりつけ医の制度化論

こうしたなかで、おのずと浮上したのが、かかりつけ医の制度化論である。「かかりつけ」という曖昧な概念を正し、その役割や機能を明確にできないか。そんな議論が湧き上がったのである。

令和4年4月13日、首相官邸で開かれた経済財政諮問会議で議長の岸田文雄首相は「かかりつけ機能が発揮される制度整備など、医療・介護サービス改革の継続・強化に取り組み」と表明した。古くからかかりつけ医の制度化に反対してきた日本医師会は早速、首相発言を牽制した。中川俊男会長が同月27日の記者会見で「かかりつけ医は定量的に測れるものではなく、全国一律でもない」と語った。

5月に入ると、政府の全世代型社会保障構築会議が「議論の中間整理」をまとめ、そのなかで「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線の改革を進めるべき」という考え方を打ち出した。その後、6月に閣議決定した「骨太の方針2022」で、岸田政権は「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」方向性を再確認し、かかりつけ医の明確化と制度化が文字どおり、政権の重要課題に位置づけられることとなった。一方の日本医師会は6月に会長が松本吉郎氏に交代したが、政権の方針に背を向ける姿勢は一貫していた。

それは、仮に英国のNHS（国民保健サービス）で運営されている家庭医（ジェネラル・プラクティショナー、GP）と同様に患者の登録制になれば、従来のフリーアクセスが阻害されるだけでなく、診療報酬体系が出来高払い制から患者の登録数に応じた包括払い制に変わり、収入が減る診療所が増えることを懸念していることという見方が強い。「かかりつけ医を持つ」というのは、もともとは日本医師会を中心に推し進められてきた運動だ。心身に不調を感じたときだけではなく、日ごろから健康や病気の予防について気兼ねなく相談できる医師を誰もが持つように勧めてきた。かかりつけ医を選ぶのは患者であり国民である。その機能を法定するのであれば、誰もがあるべきかかりつけ医をイメージできるようにすべきだ。

では、支払側はこの議論にどう関与してきたのだろうか。

### ●健保連はかかりつけ医機能の議論深める

健保連はこの年の秋以降、政府の全世代型社会保障構築会議や厚労相の諮問機関である社会保障審議会の医療部会などで本格的な具体論が始まるのを見据えて、健保組合とかかりつけ医とのかわり方などを含めて、前年10月に出した提言「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて」を早急に深掘りする必要があると判断した。6月21日の政策委員会では、「かかりつけ医」の検討に関する小委員会の設置を決めた。政策委員会のメンバーのうち10人で構成するこの小委員会は9月にかけて集中議論した。前提条件として、「国民・患者が自分の希望に沿ってかかりつけ医を選び、自分の状態に合ったかかりつけ医の使い方を選ぶ」ことを基本概念とし、国民・患者の選択を支援するのが保険者の役割であるという認識にもとづき、問題点を解決するための議論を深めた。

頻回受診など過剰医療の問題とともに、発熱外来難民など必要な医療が不足した問題を教訓として、国民・患者が受療行動や意識を変革させ、幅広い健康・医療ニーズを受け止めること、また種々の患者情報を一元管理して患者中心の医療全体を調整する医師・医療機関が必要であることを再確認した。

政府内では、11月下旬から医療部会で制度改革の議論が本格化した。健保連の河本滋史専務理事は高齢者のみならず現役世代にも対応したかかりつけ医機能の整備を主張した。

かかりつけ医の制度化は結局、医療機関の認定や患者の登録制に対する日本医師会などの反対論を反映してひとまず見送られることとなった。一方で、かかりつけ医機能が法定されることとなり、厚労省が医療機能情報提供制度を拡充して「かかりつけ医機能報告制度」を創設することになった。また、医療部会が12月28日にまとめた「医療提供体制の改革に関する意見」では、これからの検討で留意すべき点として、「継続的な管理が必要と判断される患者に限定すべきではない」「情報の一元化やその調整窓口を想定し、患者と医師との関係は1対1にすべき」などの健保連の主張が盛り込まれた。



## ●全世代型社会保障構築会議が報告書、「今回の制度整備は第一步」

全世代型社会保障構築会議が12月16日にまとめた報告書は「国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医機能が実現するまでには、各医療機関、各地域の取組が必要であり、今回の制度整備はそれに向けた第一歩と捉えるべき」と、今後のさらなる展開を求める文言が盛り込まれた。健保連の宮永俊一会長は12月21日、「必要なきに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセス』の考え方のもと、地域の医療機関が連携しつつ、かかりつけ医機能の発揮を促すとの方向性が示されたことは医療の質の向上につながるものとして評価できる」という趣旨の声明を出した。そのうえで「今回は、かかりつけ医機能が実現するための第一歩とされており、今後、地域における医療費適正化の施策とともに、更なる取組が不可欠である」と付け加えた。

かかりつけ医機能の制度整備を実現するための医療法改正案を岸田政権が閣議決定し、開会中の通常国会に出したのは、令和5年2月10日のことであった。

## 第6節 コロナ禍で加速したオンライン診療の可能性

加速するデジタル化の奔流<sup>ほんりゅう</sup>は不可逆である。医療の世界でも、それは例外ではない。デジタルをフルに活用して患者に提供する医療サービスをより安全に、かつ効果的に、さらには効率的にするのが、医療DX（デジタル・トランスフォーメーション）の狙いである。

ところが日本は欧米アジアの国・地域に比べて医療DXの歩みがのろい。新型コロナウイルス感染症のパンデミックが、日本の医療DXの後進性を浮き彫りにしたにもかかわらず、海外に追いつき、追い越す気概が乏しいままだ。まずは、オンライン診療を普及させることを、この後れを取り戻す第一歩にすべきであろう。健保連・健保組合もその実現に向けた協力が求められている。

日本の医療界のデジタル技術への向き合い方は海外と対照的だ。IT（情報技術）やテックの業界では、ある目標に向かってトライ・アンド・エラーを繰り返しつつ、走りながら考えるのが通例だが、日本の医療政策は「まずは確立した知識をもとに議論し、さらにピアレビューする」のが習い性になっている。もちろん

ん人の健康に直結する問題だけに、デジタル技術を取り入れることによって安全性がないがしろにされることが寸分もあつてはならないのは当然だ。しかし、日本の医療DXはデジタル化に対してあまりにも保守的にすぎないだろうか。

### ●医療界に根強い対面診療へのこだわり

オンライン診療は、高速・大容量の次世代通信技術や4K画像などの実用化とともに、その可能性が飛躍的に広がっている。ところが、一部の医療団体をはじめとする医療界には、オンライン診療を忌避し、対面診療にこだわろうとする意見が根強い。

例えば、対面診療とオンライン診療の診療報酬上の扱いについて、厚労相の諮問機関である中医協の場で、かつてオンライン診療の初診料を対面診療よりも低くするよう訴えてきたのは、診療側の委員だ。厚労省保険局も、診療側のこうした意向を重くみる傾向があった。初診料などを低く抑えることで、オンライン診療に取り組もうという医師側のインセンティブを削ぐ狙いがあった。こうしたやり方には、医療サービスの主役である患者側の意向を汲み取ろうという観点が欠けていると言わざるを得ない。

令和2年2月、中医協は2年度の診療報酬改定を答申した。前年12月の政府予算の編成過程で、0・55%のプラス改定を安倍政権が既定方針にしていたこともあって、答申は総じて診療側への配慮が強く感じられる内容となった。本来であれば、この増額分を活かしてオンライン診療を広げる工夫が必要だったといえるだろう。

こんなこともあった。この年の3月、安倍首相は全閣僚で構成するコロナ対策本部を開き、緊急対応策の第2弾を決めた。その第1の柱である「医療提供体制の整備」をめぐり奇妙なことが起こった。前日まで(案)とされていた「情報通信機器を用いた診療などのための遠隔医療設備整備事業」の項目が、当日の正式文書から削られていたのである。オンライン診療を新たに始めようという医療機関に対し、必要になるシステムの導入費を全額、国費で面倒をみようという気前のよい対策だったが、政府筋によると、正式決定の直前になって厚労省が財務省に取り下げを申し出たという。

医療界にも高齢化の波が押し寄せ、デジタルに苦手意識を持つ高齢開業医が増えている。オンライン診療

の普及は、対応できる開業医とできない開業医の経営格差を広げるおそれがある。こう懸念した医療団体が対策費をなかつたことにさせたのではないかとみられている。

### ●存在感を高めた規制改革推進会議

一方、政府内で存在感を高めたのは首相の諮問機関である規制改革推進会議だった。令和2年4月、受診歴がない初診患者を含めてオンライン診療の解禁に道を開いた。特命タスクフォースを組織し、厚労省と戦略的に交渉した成果である。これを受けて、中医協は持ち回りで総会を開き、情報通信機器を用いたオンライン診療や電話による初診に対する診療報酬上の臨時の取り扱いについて了承した。初診からオンライン診療を実施する場合は、初診料として214点を算定できるようにした。対面診療に比べて医師が得られる情報が限定されるという理由で、対面診療の4分の3程度の水準を適用した。しかし、本当に対面診療より医師が得る患者情報が少ないのだろうか、という疑問は拭いがたい。

5月19日、政府の国家戦略特別区域諮問会議（議長・安倍首相）はコロナ禍のなかで解禁されたオンライン診療などの時限的・特例的措置について、緊急事態宣言の解除後も効力を有することを確認した。特区諮問会議は同時に、オンライン初診などの恒久化について、患者側などの具体的なニーズや課題を検討し、年内をめどに方向性を出すことを決めた。

診療側の主な考え方は、「情報が限られている初診患者をオンラインで診るのはリスクが大きい。また、オンラインでは医師が入手できない情報がある。糖尿病や肝臓病の患者に特有な匂いはわからない。オンラインで得られる情報は対面の半分もない。診断を下すには限界がある。オンラインの診療報酬を上げれば医師側にとって利用しようという誘因にはなるが、医療サービスの質は担保しなければならない。人の生命・身体を守る医療はできるだけリスクを避ける方向で考えるべきだ」というものだ。

しかし、オンライン診療のメリットは厳然としてある。例えば、初診から再診の間に患者の状態がどう変化したかなどのデジタルデータを収集できるので、そのデータを医師が治療に活かすことで効果や安全性がより高まる。また、患者への指導がよりの確になり、行動変容を促し重症化を予防できるという利点もある。さらに、自宅や職場の至近に医療機関がない人のアクセスが向上し、患者が主体的に医療に参加しやす

くなる。予防効果を高めたり重症化や再入院を防いだりする効用を通じて、国民医療費の増大を抑制してゆくのもオンライン診療の理念といえるだろう。

そもそも論だが、日本の医学教育は明治以来、一貫して医師が患者と対面して向き合うことを前提に組み立てられてきた。診療側が主張するように、触診や視診の重要性は論をまたない。五感を使った診療を医療の土台に位置づける考え方も理解できるだろう。しかし、オンライン診療には患者の医療へのアクセス向上にとどまらず、医師が患者データの变化を円滑に把握し生活指導しやすくなるという今までにないメリットがあることを、診療側ももっと強く共有すべきではないだろうか。パソコンやスマートフォンにとどまらず、ウェアラブル端末の普及も医療DXを不可逆的に加速させることになる。まずは、医学部のカリキュラムにオンライン診療を取り入れるのが喫緊の課題といえるだろう。各健保組合も加入者に対して、オンライン診療の受け方や受けるときの注意点などを丁寧に知らせるべきであろう。

コロナ禍に伴う初診オンライン解禁を受けて、健保連が継続的に医療機関を受診している人を対象に、コロナ禍の前後でオンライン診療・電話診療など非対面診療をした患者の割合を比べたところ、コロナ後も非対面は1・5%にすぎないという結果が得られた（令和3年9月「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究V」）。一方、英国は非対面診療の割合が対面診療とほぼ同じ水準である48%に高まった。

この彼我の差はどこから来るのか。さらなる分析が待たれる。

## 第9章 医療DXの基盤整備

令和2年初に始まった新型コロナウイルスのパンデミックは、日本の医療提供体制の弱点をあぶり出すきっかけになった。代表例は、医療サービス分野のデジタル化、すなわち医療DX（デジタル・トランスフォーメーション）が未成熟だったという事実である。欧米アジアの国・地域との比較で、日本の医療DXは周回遅れであった。それは、オンライン診療の普及率が低いことなどにはとどまらない。患者や国民個人の医療データ、健診データを医療機関と本人がデジタルで共有するシステムがいまだに整っていないことが最大の弱点といえるだろう。その点では、マイナンバーカードに健康保険証の機能を一体化させる「マイナ保険証」の普及を医療DXの切り札にするための取り組みに、健保連・健保組合が果たす役割は極めて大きい。

### 第1節 マイナンバーカードとオンライン資格確認

健康保険証の機能をマイナンバーカード（以下「マイナカード」という）に一体化させる「マイナ保険証」とそれを使った医療機関でのオンライン資格確認システムは、医療・健診データをデジタルで共有するための基盤となるものだ。

政府がマイナ保険証の普及を推し進める方針を打ち出したのは、実はコロナ前のことであった。安倍晋三政権の時代、マイナ保険証の普及を主導したのは菅義偉官房長官である。

令和3年3月から原則すべての保険医療機関でマイナカードを健康保険証として使えるようにする方針を菅氏が固めたのは平成31年の初め頃だった。当時、マイナカードの普及率は日本の総人口の10%台と、極めて低い水準にとどまっていた。この事態を打開するために、菅氏はマイナカードの個人認証機能を行政分野にとどまらず、民間企業などが提供するサービスにも広げることをめざし、厚労省、総務省など関係する府省庁に大号令をかけた。マイナ保険証を使ったオンライン資格確認システムの仕組みは、次のようなもので

ある。医療機関を訪れた患者は、マイナ保険証のICチップを医療機関の受付に設置されたカードリーダーにかざす。これにより、診療報酬に関する事務を担う社会保険診療報酬支払基金から健康保険証の情報が医療機関にオンライン送信される。医療機関の職員が情報を書き取ったりする必要がなくなり、患者の資格確認手続きが大幅に簡略化されることになる。

菅氏はカードリーダーを設置していない医療機関に対し、導入費用を補助するよう厚労省に指示した。それまでカードリーダーの設置は医療機関の任意であったが、事実上の義務づけに向けて動き出したことになる。ポイントとなるのは、マイナ保険証のチップは外部から読み取られる心配がないという事実だ。したがって、仮にカードを紛失して他人に拾われたとしても、拾得者がカードの持ち主の個人情報を読み見たり情報を悪用したりはできない。ただし、この事実は十分に周知されておらず、令和5年になって炎上することになるマイナカードの紐づけミスをめぐる一連の騒動のなかで、マイナ保険証を地元自治体に返納する人が出てくることになった。その点では、デジタル庁、厚労省などの政府機関だけでなく、健保連と各健保組合も、マイナ保険証をめぐる不安にもっと丁寧にわかりやすくPRする責務を負っているといえるだろう。

一方、マイナ保険証によって被保険者・被扶養者の情報がデジタル処理されることによって、健保組合にとっては極めて厄介な問題になっていた「なりすまし」や「保険証の使い回し」が封じられることになる。なかでも、外国人グループなどによる保険証の売買を含め、組織的な「なりすまし」「使い回し」が横行しているだけに、デジタル技術を活用した確実な本人確認は、健保組合にとって喫緊の課題になっていた。

### ●政府がマイナカード普及へ総合対策

令和元年6月4日、首相官邸で「デジタル・ガバメント閣僚会議」が開かれ、マイナカード普及に向けた総合対策を政府として決定した。その柱は、令和3年3月からマイナカードを健康保険証としても使えるようにし、4年度中にはほぼすべての保険医療機関が対応するようシステムの整備を厚労省が支援するというものだ。3年分の確定申告からは、マイナカードで簡単に医療費控除の申請ができるようにすることも盛り込まれた。

菅氏の主導によって、マイナカードを保険証の代わりに医療関連サービスで利用できるようにすることに

力点が置かれた。保険証は日常的に利用する人が多いため、代用できれば普及が進むとみてのことだ。医療機関の受付にカードリーダーが必要になるため、厚生省がその設置費を補助する。被保険者や被扶養者の資格をオンラインで確認するため、保険証の不正利用が防げる。

また、医療費控除の手続きも簡単にできるようにする。仕組みは次のようなものだ。まず確定申告の際に国税庁サイトからマイナカードで個人認証する。「医療費通知」のボタンを押すと、当該年1年分の医療費の合計額がサイト上で閲覧できる。合計額が控除の適用基準を超える場合は、サイト上で申告できるようにする。

さらに、マイナポータル上で自らの医療情報も閲覧できるようにする。令和3年3月からは特定健康診査（メタボ健診）の結果、また同年10月からはこれまでに投票を受けた履歴を見ることができるようになる、というものである。この会議の席上、菅氏は「行政のあり方を大きく変革する、今後を左右する取り組みになる。具体化にあたっては、従来の考え方や慣習にとらわれず取り組んでいただきたい」と語っていた。

#### ●佐野副会長がマイナカード普及に国の役割求める

このように、マイナ保険証の定着をめざして政府内の動きが加速したが、健保連には警戒感もあった。佐野雅宏副会長は令和元年6月12日の社会保障審議会の医療保険部会で、保険者から加入者にマイナカード取得を促す考え方を政府が示したことについて「マイナカードの普及促進策があたかも保険者の義務、責務であるかのような印象を受ける」などと述べ、「国民や企業・事業主の認識に働きかける部分も相当に必要になる。国として利用拡大をめざすための取り組みをさらに進めてもらいたい」などと注文をつけた。

健保組合などの保険者に対し、マイナカードに保険証の機能を搭載する際の実務的な手続きを委ねたことは、のちに紐づけ時の手違いやミスが発生し、表面化した。それが岸田内閣の支持率低下の一因になるなど、政治問題として炎上することになる。その点では、佐野副会長が医療保険部会で言外に匂わせた「普及策が保険者に押しつけられることによる弊害」という懸念が現実化することになる。この問題については、次節で述べる。

菅義偉氏という政治指導者が政策・制度の改革を推し進める際の特徴のひとつに、さまざまな困難があ

り、乗り越えなければならぬ壁がいくつもあるのを前提に、遮二無二、改革を実現させるよう、行政府・行政官の尻をたたくやり方がある。それは、第8章でみたように、新型コロナウイルスのワクチン接種の加速で、如実にあらわれた。

官房長官としてマイナカードの普及を推し進めようとしてイニシアチブを發揮した際にも、同様の特徴がみられた。菅氏はマイナカードに載せる機能を健康保険証だけにとどめず、運転免許証にも広げるべく、今度は警察官僚に発破をかけることになる。

翌令和2年6月23日、政府は首相官邸で「マイナンバー制度及び国と地方のデジタル基盤抜本改善ワーキンググループ」(WG)の初会合を開いた。安倍政権として免許証など国家資格証のデジタル化やマイナカードとの一体化を政策・制度改革の俎上に載せたのは、この場である。席上、菅氏は新型コロナウイルス対応を受けて「マイナンバー制度と国・地方のデジタル基盤を抜本的に改善する必要がある」「運転免許証をはじめとする各種免許証や国家資格証のデジタル化など、できるものから実施したい」などと述べた。この後、体調を崩した安倍晋三首相の退任によって菅氏が首相に就くことになり、この改革の推進路線に一段と弾みがつくことになる。「マイナカードとオンライン資格確認」も、そうした政治情勢の渦に巻き込まれてゆくことになる。

## 第2節 マイナカードと健康保険証の一体化

令和2年9月16日に発足した菅義偉内閣は早速、マイナカードの利用範囲を広げることを起点にした医療分野のデジタル化(医療DX)を推し進める方針を打ち出した。マイナカードと健康保険証の一体化を手始めに、矢継ぎ早に改革案を打ち出すことになる。

### ●菅政権がデジタル化を促進

新政権の発足から間もない9月23日、政権の看板政策である「デジタル改革関係閣僚会議」が首相官邸で開かれた。菅首相はこの席上、行政のデジタル化の牽引役としての「デジタル庁」の新設に向けた基本方針



を年内にまとめるよう、関係閣僚に指示した。菅首相は翌令和3年1月に召集される通常国会に、デジタル庁の新設に必要な関連法案を提出する方針について、この場で明言した。政府のマイナ保険証普及策の真の起点は、この閣僚会議にあったといつてよいだろう。

閣僚会議には、主担当の平井卓也デジタル改革相をはじめ、河野太郎行政改革・規制改革相らを含むすべての閣僚が出席した。政策テーマ別で全閣僚が参加する政府会議は菅政権の発足後、この会議が初めてであった。このことから、菅首相がマイナ保険証の普及をはじめとする行政や医療分野のデジタル化に政治生命をかけようとしていたことがうかがえるであろう。

閣僚会議の席上、菅首相は自らが構想するデジタル庁について「官民を問わず、能力の高い人材が集まって社会全体のデジタル化をリードする強力な組織とする必要がある」「そのための検討を加速させ、（令和2年の）年末には基本方針を定め、次の通常国会に必要な法案を提出したい」などと発言した。

会議後、平井氏は官邸で記者団に対し、デジタル庁の設置準備室を9月中旬に立ち上げるとの考えを明らかにした。内閣官房、総務省、経済産業省など関係省庁から50人規模を集める計画である。デジタル庁の設置時期について平井氏はこの場で「令和3年中には設立しなければいけない」と話していた。

菅政権の動きは10月に入り、加速する。首相指示を受けて、平井、河野両相と小此木八郎国家公安委員長が会談し、運転免許証のデジタル化に向けた政府の工程表が確定した。まず、免許証の情報を管理する都道府県警がバラバラのIT（情報技術）システムになっているのを統一する。バラバラではマイナカードと免許証機能の一体化ができないためだ。令和4～7年度の4年間に共通のクラウドシステムに移行させるとした。この共通システムをマイナカードのシステムと連携させることで、免許証を持つ人の更新手続きなどが大幅に簡略化されることになる。住所変更届などはオンライン申請でよく、警察署に行く必要はなくなる。免許証更新時の講習はオンラインで受けられるようにする。

一方、警察官が交通違反者などの免許証を確認する際は、マイナカードのICチップをカードリーダーにかざすことで完結できるようにする。警察の行政手続きはデジタル化が最も遅れた分野のひとつとされている。マイナカードと免許証機能の一本化は第2次安倍政権でも検討課題にあがっていたが、進展がなかった。その点では、健康保険証機能のマイナカードへの一体化と同じ構図といえるだろう。菅政権になってよ

うやく動き出すことになるが、マイナ保険証はマイナ免許証への試金石、いわば先行事例として成否が問われることになった。

しかし、マイナ保険証普及への道のりは険しく厳しいものになった。菅首相が発破をかける行政・医療のデジタル化について、そのスピード感についてゆけない省庁に厚労省があった。

#### ●オンライン資格確認システムの導入準備が低調

令和3年3月4日、同省保険局は医療保険部会で、オンライン資格確認システムの進捗状況を報告した。それによると、マイナ保険証を使う際に必要となる顔認証の機能が付いたカードリーダーを申し込んだ保険医療機関・保険調剤薬局は同年2月21日時点で計7万4,830施設となった。これは全体の32・8%という低い水準である。健保連の佐野雅宏副会長はこれに対し、医療機関や薬局の導入準備が不十分であると指摘し、システムが本格的に稼働する4月以降の導入促進策に着手する必要性を強調した。

健保連は同月12日に予定していた第510回理事会を书面審議で実施し、令和2年度の組合財政支援交付金の交付、3年度の社会保険診療報酬支払基金との契約など全8議案を原案どおり承認した。議決日は18日である。このなかで支払基金との契約のうち、「支払基金との社会保障・税番号制度（マイナンバー制度）の中間サーバー等情報連携事務およびオンライン資格確認等事務に関する3年度契約」については、2年度に別建てで契約していた中間サーバー等情報連携事務とオンライン資格確認等事務の契約を一本化したうえで、オンライン資格確認等事務は、薬剤情報、医療費情報、レセプト（診療報酬明細書）振り替えに関する事務の本格運用が3年10月から開始されることを踏まえた内容に見直すこととなった。

このように、健保連側はマイナ保険証の普及を見越した事務的な対応に、コロナ禍の逆風のなかでも地道に取り組んでいた。しかし、まことに残念なことに、3月4日の医療保険部会で表明した佐野副会長の懸念は現実のものとなる。

#### ●オンライン資格確認の開始時期を令和3年10月に延期

マイナカードに保険証の機能を搭載し、医療機関での患者の本人確認をデジタル化する取り組みについ

て、田村憲久厚労相が開始を最長で同年10月に先送りすることを表明したのは、この年の3月下旬であった。厚労省は3月初めに54の医療機関・薬局でマイナ保険証によるオンライン資格確認のテストを始め、安倍政権時代の閣議決定に沿って3月末には正式運用する段取りだった。だが不具合を理由に、土壇場になって延期したのである。

腑に落ちないのは、健保組合などが管理する加入者データが不正確だったという厚労相の釈明だった。しかし、カードリーダーそのものが作動しなかった病院があった。健保組合に責任転嫁するような姿勢は容認しがたい。当時、平井デジタル相は「半年の遅れを有効に使うのが重要だ」などと、記者会見で他人事のように話したのも、健保連などにとっては理解に苦しむことだったのではないか。厚労相の釈明をうのみにするならば、デジタル相は務まらない。

もちろん、新しいシステムの開始時に不具合が起きるのはやむを得ない面がある。厚労省はシステム全体を早急に総点検する必要に迫り込まれたといえる。マイナ保険証は本人確認の正確さや迅速さを高め、医療機関や調剤薬局でのなりすましを防ぐ決め手になる。健診の結果などを本人や医師がデジタルデータとして共有できるようにする入り口にもなる。これは、誤診のリスクを最少化するだけではなく、大きな災害時に既往症や常用薬を正しく把握するのに有用である。

コロナ接触確認アプリ「COCOA」の失態をはじめ、厚労省が所管する行政・医療のデジタル化には暗雲が漂っていた。このタイミングで、マイナ保険証によるオンライン資格確認の遅れが表面化したのを逆手にとり、行政・医療のデジタル化を揺るぎなく推し進めることについて、菅首相を先頭に政府全体で足を固め直す必要性を物語っていた。

令和3年6月1日、政府の規制改革推進会議は答申をまとめて菅首相に提出した。答申は「デジタル社会に向けた規制改革の実現」を副題とし、医療分野に関しては「オンライン診療・オンライン服薬指導の普及」「DX化の促進」を提言している。また翌2日には成長戦略会議に菅政権としての「成長戦略実行計画案」が提示された。医療分野ではオンライン診療について、「安全性と信頼性をベースに、かかりつけ医の場合は初診から原則解禁する」などと明記された。

オンライン診療・オンライン服薬指導がごく一般的に実施されるようになることは、マイナ保険証による

オンライン資格確認を起点とする医療DXの柱を構成するものである。健保連は推進の立場で、これら両会議が打ち出した方向性を支持した。医療分野のDX推進が盛り込まれた「規制改革実施計画」「成長戦略実行計画」「骨太の方針2021」の政府3文書は、与党との調整を経て閣議決定された。

健保連は第511回理事会をコロナの影響に配慮して書面審議で実施し、令和3年度のオンライン資格確認等運営負担金などについて7月15日に原案どおり了承した。支払基金との当初契約にもとづき、加入者1人当たり月額1・22円を負担する。ただしオンライン資格確認が厚労省の不手際もあつて3年10月に先送りされたことに伴い、減額調整することとなった。年間を通じて1・11円相当に減額されることになり、その分の払い戻しは2年後に精算することで決着した。

9月22日、厚労省保険局は医療保険部会に、マイナンバー保険証を活用して受診するオンライン資格確認の本格運用を10月20日から始める方針を示した。もっとも院内システムの改修など、準備を終えた保険医療機関・調剤薬局は9月中旬時点でおよそ1万3,000施設にとどまっており、低調な滑り出しとなる見込みであることが明るみに出た。

#### ●佐野副会長がマイナ保険証一本化を提起

こうした情勢に対し、健保連の佐野雅宏副会長はマイナカードの普及と併せて、国民の利便性を高めるために、①マイナ保険証が使える医療機関の大幅な増加、②被保険者証について、既存の保険証とマイナカードを併用する現行体制から、マイナ保険証への一本化に向けた体制の整備などを強く訴えた。現行の紙やプラスチックカードの保険証を廃止する方針は、今でこそ当たり前のことだが、コロナ禍まったただ中のこの時点で一本化への体制整備を訴えていたのは、健保連に先見の明があったということであろう。

さて、マイナ保険証に一気に弾みをつけたのは、意外にも10月4日に菅義偉政権の後を襲って新たな内閣を発足させた岸田文雄首相であった。自民党総裁選を争った河野太郎衆院議員をデジタル相に就けたのが、その始まりであった。

## ●河野大臣が現行保険証を令和6年秋に廃止方針

唐突感は確かにあった。河野太郎デジタル相は令和4年10月13日の記者会見で、現行の健康保険証を、6年秋をめどに廃止する方針を発表した。要は、厚労省や日本医師会に有無を言う隙を与えず、マイナ保険証への一本化を宣言したのである。その狙いは、コロナ禍で欧米アジアに比べて周回遅れが明らかになっていた医療DXの加速である。河野氏は6年度末としていたマイナカードと運転免許証の機能一体化の時期も前倒しすると表明した。

この記者会見に先立ち、首相官邸で河野氏、加藤勝信厚労相、寺田稔総務相と会談し、マイナカードの利便拡大について関係閣僚で協力するよう指示していた。この場で岸田氏はマイナ保険証について「細部にわたり、きめ細かく環境を整備する必要がある」と語り、関係する各閣僚に「医療を受ける国民、医療を提供する医療機関関係者などの理解が得られるよう丁寧に取り組んでいく必要がある」と伝えた。菅前首相が新設に心を砕いたデジタル庁の担当者は、この方針について「健康保険証の廃止は『原則』という断りなく実施する」と明言した。

もともと政府は令和6年度をめどに現行の保険証とマイナ保険証のどちらを使うかについて、健保組合などの選択に委ねる計画であった。マイナ保険証の原則義務化はマイナカードの普及や医療機関のカードリーダー設置体制などが整うのを待つことにして、期限を区切っていなかった。

この時点では、マイナ保険証への一本化という健保連の要望は令和6年秋をもって達成されるかにみえていた。しかし5年に入り、マイナ保険証の機能をマイナカードに一本化する過程で、健保組合の職員などによる紐づけミスが発覚することで、現行保険証の廃止という岸田政権の方針にすさまじい風が吹くことになる。

5月12日、加藤勝信厚労相は記者会見で、マイナ保険証に他人の情報が紐づけられている事例があると明らかにした。

「カードに別人の情報が紐づけされていたことが取材で発覚した。厚労省は把握しているか。また、どう対応するのか」という記者側からの問いに対して「認識している。入力時におけるミスがあってマイナカードに本人以外の人の情報がくっついてきたケースだ」と認め、「今、一斉にチェックし、こうしたことが起こらぬよう入力時に十分に配慮してもらうことを徹底させる」と述べた。

23日には、政府・自治体からの給付金が振り込まれる銀行などの口座をマイナンバーと紐づける作業で間違った登録があったと、河野太郎デジタル相が記者会見で公表した。マイナンバーは「誤登録のデパート」の様相を呈し始めたといつてよい。

この後、紐づけミスがほかにもあることが明るみに出て、政府が釈明に追われる事態が続いた。こうしななかで、岸田文雄首相は6月12日、衆院決算行政監視委員会で答弁に立ち、マイナカードの紐づけミスについて、政府として総点検をする考えを明らかにした。首相は「誤り事案を重く受け止め、国民に心配をかけることを申し訳なく思っている」と、謝罪した。

首相は8月4日、首相官邸で記者会見し、令和6年秋と定めた現行の紙やプラスチックカードの健康保険証を廃止する時期について当面維持する方針を明らかにした。総点検の中間報告を河野太郎デジタル相が公表するのを前にしたタイミングでの表明であった。この場で首相は、マイナ保険証への移行について「国民の不安払拭を最優先とした対応をとっていく」と約束した。一方、マイナ保険証を持たない人が円滑に医療サービスを受けられるようにするために、資格確認書を発行する考えを示した。

マイナ保険証は「医療データや個人情報漏洩して危ない」などと報じるメディアが一部にある。インターネットやソーシャル・メディア上にも似たような情報があふれている。政府はまず、このようなデマを払拭することに全力を傾注すべきだ。それとともに、なぜマイナ保険証が必要なのかをわかりやすく丁寧に伝える努力を惜しまずに続ける必要がある。

それは、マイナ保険証を活用した医療機関でのオンライン資格確認が、患者と医療界の双方にとって、より効果的で効率的かつ低コストな医療サービスを促進させる起点になるというものだ。患者本人の同意を大前提として医師など医療関係者が患者情報をデジタルで隣時に共有できる。これが患者と医療機関の双方に有形無形の恩恵をもたらすメリットは計り知れない。

マイナンバー法はその理念について次のような趣旨を定めている。「個人や法人の情報管理を一層効率化し、国民の利便性の向上と行政運営の効率化に資する」「情報システムを利用して迅速・安全に情報を授受・共有することで、社会保障や税に関する給付・負担の適切な関係の維持に資する」。

岸田首相をはじめ、関係閣僚に求められているのは、現行保険証の廃止時期を先送りすることなく、マイ

ナンバー法の規定をかみしめ、番号制度とそのツールとしてのマイナカードを真に国民の利器にするための知恵を絞ることである。健保連・健保組合は、政府が行政・医療DXを完遂するよう後押しする必要がある。

### 第3節 全国医療情報プラットフォームの構築

コロナ禍も3年目に入っていた令和4年6月7日、岸田政権は「経済財政運営と改革の基本方針2022」（骨太の方針2022）を閣議決定した。医療分野の改革に関しては、「かかりつけ医機能」が発揮される制度整備とともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化に必要な法制上の措置を含めて、地域医療構想を推進することなどが明記された。

医療DXを推し進める観点からは、保険医療機関・調剤薬局に令和5年4月からオンライン資格確認の導入を原則として義務化することを求めるとともに、電子カルテの仕様を全国で標準化して医療機関同士が患者の医療情報を交換できるようにする。そのうえで、オンライン資格確認システムのネットワークを拡充して医療・介護全般の情報共有を可能とする「全国医療情報プラットフォーム」の創設がうたわれた。これによって、電子カルテや予防接種、電子処方箋などの患者情報を一元的に把握できるようにして、医療サービスの効率化や質の向上を図ろうとするものであった。

この全国医療情報プラットフォームは、オンライン資格確認システムのネットワークを拡充し、レセプト（診療報酬明細書）や特定健診などの情報のほか、予防接種、電子処方箋、自治体の検診、電子カルテなど医療・介護全般にわたる情報を全国レベルで共有できるようにするプラットフォームを指す。

プラットフォームの構築で、患者の病歴・治療歴・薬剤服用歴などの情報をどの医療機関でも簡単に確認でき、医師は患者の病状を迅速かつ的確に把握できるようになる。重複検査・投薬を大きく減らすことで、無駄な医療費の支出を抑える効果も大きい。地方自治体や介護サービス事業者がプラットフォーム上の情報を共有できるようにする計画もあり、地域医療の活性化にも一役買うことになろう。厚生省は要介護認定に関する情報、介護報酬の請求・給付情報、ケアプランに関する情報などを候補にあげている。

9月に入り、厚労省は「医療DX令和ビジョン2030」の推進チームを発足させた。骨太の方針2022を踏まえて全国医療情報プラットフォームの創設など医療DXを推進する。これを受けて10月12日、政府は首相官邸で医療DX推進本部（本部長・岸田首相）の初会合を開いた。席上、首相は電子カルテ情報の標準化や医療情報基盤の創設などを府省庁横断で進めるよう関係閣僚に指示した。具体的には、①全国医療情報プラットフォームの創設、②電子カルテの仕様を全国で統一して正確な情報共有につながる電子カルテ情報の標準化、③診療報酬の算定にかかる計算様式を共通化する診療報酬改定DX―の3点が重点項目に定められた。

令和5年4月26日に開かれた中医協は医療DXがテーマになった。この席で健保連の松本真人理事は、診療報酬改定DXに関連して診療報酬改定の施行時期が後ろ倒しされる可能性を取り沙汰されていることについて、「医療機関やベンダーだけでなく、基幹業務システムの改修対応や予算編成対応など保険者の通常業務にも影響してくる」と述べ、丁寧な議論が必要だと指摘した。また、「毎年9月に薬価調査を実施して翌年度に薬価改定するサイクルを前提とすれば、4月に薬価改定を施行しなければ薬価制度の根幹を揺るがすことになりかねない」とも提起した。

いずれにしても、全国医療情報プラットフォームの構築を核とする医療DXの推進は、一歩も後戻りできないどころか、強力に前進させる必要性が健保連をはじめとする多くの医療関係者の共通認識になっている。関係者間の利害を乗り越えて早期にシステムを完成させ、一段と効率的・効果的で質の高い医療サービスの提供を実現させるのを後押しすることが、健保連・健保組合に求められているといえるだろう。



## あとがきにかえて

第1部「解説篇」の執筆にあたっては、日本経済新聞を中心とする全国紙の報道、ならびに吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史【第3版】』（東洋経済新報社）、森信茂樹著『日本の消費税―社会保障・税一体改革の経緯と重要資料』（中央経済社）を参考に事実・史実を確認した。また、文中の意見にかかわる箇所は、筆者個人の考え方を述べたものである。事実の確認には万全を期したつもりだが、万が一、文中の記載に誤りなどがあった場合は、その責は筆者に帰すものである。

## 「社説」高齢者支える企業健保の負担は限界だ

日本経済新聞 2013年4月23日

親への仕送りに追われ、自らの家計は赤字続き。今、企業の健康保険組合が置かれている状況を例えると、こんなふうになる。高齢者の医療費をまかなうための支援金などに多くの資金が使われ、負担はもう限界だ。

高齢化が進むなか、高齢者が安心して医療を受けられる仕組みは大切だ。だが、組合の大半が赤字となっている。「取りやすいところから取る」という発想をやめ、消費税増税の一部を高齢者医療費にあてるなど、持続可能な仕組みにする必要がある。

全国約1,400の健保で構成する健康保険組合連合会の集計によると、収入から支出を差し引いた2013年度の経常赤字の総額は4,573億円となる見込みだ。

12年度に比べ赤字は縮小するが、これは多くの企業健保が保険料率の引き上げで収入を増やすからだ。平均保険料率は8.6%で、会社員や企業の負担は重くなっている。中小の組合を中心に、保険料率が10%以上の組合は前年度より100以上増えた。

高齢者の医療費にあてる支援金などが、企業健保の財政を圧迫している。保険料収入のうち、支援金などに使われる割合は過去最高の46.25%となる。労使で折半して負担している保険料の半分弱が回されることになる。

こうした負担に耐えかね、解散する組合もある。このまま現役世代の負担が重くなれば、やがて行き詰まる。公費の投入を増やすなど、対策が欠かせない。

また、高齢者自身にもっと負担してもらおう余地はないのか。70歳〜74歳の患者の窓口負担は、法定では2割だが、1割に軽減されている。安倍晋三首相は国会で引き上げを検討する意向を示した。早急に具体化すべきだ。

高齢者医療費が本来、必要でない使われ方をしているなら、そこを見直すことも大事だ。いくつもの医療機関から重複して薬の処方を受けていけば、本人の健康にもかかわる。重複受診・重複投薬の解消には、安心できるかかりつけ医を増やすことも一手だろう。

高齢者に限らず、新薬より安い後発薬の利用を促すことも、医療費抑制につながる。

団塊の世代が65歳以上の仲間入りをし始め、高齢者の医療費は一層、増えていく。医療提供のあり方も含め、効率的で、高齢者も安心できる仕組みにすることが大切だ。

## 「社説」マイナンバーを医療に生かせ

日本経済新聞 2017年5月11日

日本に住む人すべてに12桁の番号をふり、社会保障・税などに関する国と自治体のサービス向上に生かすマイナンバー制度が始まって1年半になろうとしている。だが制度について理解はさほど進んでいない。

問題は番号を医療情報に結びつける肝心の制度設計が行きづまっていることだ。マイナンバーはもともと医療の無駄を省き、患者の利便性を高め、大災害などの非常時に病院や診療所が困らないようにする社会基盤として設計した。

東日本大震災では津波で診療録や処方箋が流され適切な医療を受けられなかった高齢患者が多かった。番号から電子カルテなどをたぐり寄せられるようにすれば、同様の災害があった際に医師や看護師は遅滞なく対処できるはずだ。

また診療報酬明細（レセプト）の情報とつなげば病院や診療所ごとの医療費の動向をつかみやすくなる。匿名のビッグデータを生かして医療提供が標準化・効率化できる。政府はこの利点への理解を促す努力を改めて強化し、制度設計を加速させる必要がある。

医療情報は取り扱いに特に慎重を要するプライバシー情報だ。マインナーとつなぐにあたっては堅固なセキュリティ対策を施すのは、言うまでもない。

公の身分証明になるICチップ入りカードの普及も課題だ。初年度に3千万枚を配る政府の目算に対し、1,300万枚にとどまっているのは、発行元である「情報システム機構」の大規模システム障害が尾を引いているためだ。

機構は旧自治省の出身者などが役員に名を連ねる。信頼される組織になるには役所仕事を排すべく自らを厳しく律すべきだ。

政府はカードに国家公務員の職員証の役割を持たせたが、警察庁など一部の役所が使用を拒むなど行政府内の足並みが乱れているのも問題だ。国・自治体の公務員は当然として、国民健康保険や民間企業の健康保険証として使うなど「不可欠なカード」にするのが普及拡大への特効薬であろう。

## 隠密増税に目を凝らそう ―負担こそ全世代型に

日本経済新聞 2018年4月16日

本紙の土曜連載「平成の30年」の取材で先月、杉本和行元財務次官を訪ねた。年金と医療・介護について、小泉純一郎政権のもと、財務省が制度改革を率先提案した経緯を振り返ってもらった。

「社会保障予算を査定するだけでは国の財政の持続性は保てないと思った」「塩川正十郎財務相は当初いぶかしがっていたが財政と社会保障が直結していると悟り、前へ出る役目を引き受けられた」塩爺しほぢいのあだ名を持つ塩川氏は2015年に93歳で亡くなった。泰然とした風貌に歯に衣着せぬ物言い。「母屋ではおかゆを食ってけちけち節約しているのに、離れ座敷で子供がすき焼きを食っておる」

国の特別会計予算の放漫さをたとえた衆院の委員会答弁が財政史に残る。母屋でおかゆは財務省が査定する一般会計予算。離れですき焼きは道路特定財源や年金保険料を元手とする特別会計を指す。すき焼きは同省のふるいに掛からない。特別会計改革の遂行にはそれから数年を要した。

族議員と官僚が自分の財布感覚で特別会計を流用する不祥事は影を潜めた。だがちよつと油断すると似たことが起こる。東日本震災の発生から8カ月後、野田佳彦民主党政権は補正予算に反捕鯨団体シー・シェパード対策を計上した。「鯨のまち石巻の復興に資するよう捕鯨調査を安定的に実施する」（水産庁）

国を挙げて震災復興に取り組んでいたさなかだ。復興の名がつけば査定がゆるむ時代の空気につけ込んだと言われても反論に窮しよう。正面切って当初予算で要求するのが筋だ。補正には目をつむりがちな財務省にも問題がある。

この3月末に成立した18年度税制改正法にも、使い道に財務省の査定を逃れようとした跡が残る。観光庁の国際観光旅客税と林野庁の森林環境税だ。出国税は19年1月7日以降に国外へ出る人から1人千円を取る。環境税は自治体の温暖化対策として約6、200万人に定額を求める。

狙いに異論はない。だがなぜ目的税か。監視が甘くなり使い道が野放図に広がるおそれが強い。そればかりか目的税は負担者と受益者が対応するのが原則なのに「環境税の受益が都市圏の納税者におよぶ経路がみえにくい」（西沢和彦日本総合研究所主席研究員）。これもまた、すき焼きの類いだ。塩釜語録が泣く。

税の名を冠した出国税と環境税は、それでもまだ良心的かもしれない。たちが悪いのは現役世代を狙った保険料という名の隠密増税だ。企業の健康保険組合や公務員共済組合を政府が都合のよい財布として使っている現実がある。

18年度は約1、400の健保組合のうち6割強の経常収支が赤字になる見通しだ。高額な薬や治療法の開発が相次ぎ、医療費が増えたのが原因のひとつ。もうひとつ、75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度への支援金という理不尽な理由がある。健保組合が召し上げられる支援金は総額1兆9千億円。診療報酬明細のチェックや社員の健康指導を通じた医療費の節約努力は、焼け石に水だ。

若者に比べ後期高齢者はけがをしたり慢性疾患になったりするリスクが高い。保険原理が働きにくく、医療費は税財源を主体にするのが理にかなう。そのため消費税を増税すれば高齢者本人も資力に応じ負担する。世代間の不公平がやわらぐ利点がある。

それを知りつつ厚生労働、財務省が隠密増税を仕組んだのは、ひとえに増税が見通せないからだ。その空気は政治に伝わる。昨年6月、自民党の若手リーダー小泉進次郎氏は日本記者クラブで子ども保険の創設を訴える傍ら「10%から先の増税などいつできるのか。

新聞が軽減税率の要望を撤回すれば増税に説得力が生まれるが」と言い放った。

社会保障給付が高齢層にかたよる現状に一石を投じた意義は大きい。だが財源を年金保険料に上乘せして賄う制度設計は、取れるところから取る発想の域を出ていない。ましてや軽減税率を持ち出して増税を忌避したのは、論理のすり替えではないか。民主政治を守護するために「知識への課税」を避けるのが、政治家自身の努めである。

純一郎首相も一貫して増税を避けた。父子の考えが似ていると評する声があるが「歳出削減の徹底こそが増税の条件だ」を政治信条に、道路財源などの改革に突き進んだ父は、筋を通していた。

社会保障財源は保険料、消費税、受益者負担——に大別できる。今世紀、政府は保険料を間断なく上げてきた。04年に13%台だった厚生年金は今や18%台。現役世代の医療窓口負担は20%を30%に、介護保険は一定以上の所得者の自己負担を10%から20%に上げた。かたや14年の消費税増税はじつに17年ぶりだった。

この先はどうか。来年10月の10%への増税について安倍晋三首相は「育児世代への投資と社会保障の安定に充て、財政再建も実現する」と全世代型への転換を公約した。

もともと、そこに10%後の見取り図はない。隠密増税ではなく、負担にこそ全世代型を浸透させねば社会保障は立ちゆくまい。なにより、高齢者への給付の膨張を圧縮する歳出改革がどうしてもいる。

麻生太郎財務相に、それに関する首相時代の語録が残っている。「たらたら飲んで食べて何もしない人の医療費を何で私が払うんだ」。乱暴な物言いはいただけないが、一面で日本の医療現場の深層を突いた至言であろう。

## 「社説」現役の負担を抑え患者本位の診療報酬に

日本経済新聞 2019年11月13日

国の2020年度予算編成の焦点のひとつ、診療報酬改定が年末に向けて本格化する。

人口構造の高齢化が一段と進むなかで、医療財源の多くを負担する現役世代に配慮しつつ、患者本位の医療を確保できる診療報酬政策の立案を安倍政権に求めたい。

診療報酬は厚生労働省が決める保険医療サービスの公定価格だ。原則として2年に1度、予算案の決定に合わせて政権が全体の改定率を決め、それをもとに同省が具体的に値付けする。

医師・看護師など主に医療従事者の人件費などに回る診療報酬本体と、薬の公定価格である薬価に大別され、全体の改定率はそれぞれの増減率に基づくしくみだ。

病院・診療所や調剤薬局が仕入れる薬の実勢価格は、公定価格を下回る場合が少なくない。改定のたびに薬価を実勢価格にさや寄せさせるのが通例になっている。これによって一定の財源を確保し、本体を引き上げる原資に充てるのが常態化している。

公費財源がかぎられるなかで、医師会などの求めに応じるための窮余の策だ。しかし本体引き上げありきでは医療サービスの効率性が二の次になるおそれがある。質と効率性の両面について一段の向上に資する改定にすべきだ。

たとえば薬局で扱う市販薬と効果・効能が同様な医療用医薬品の一部は、患者の窓口負担を上げたり健康保険の適用外にしたりするのが理にかなっていないよう。

生活習慣病などの薬は有効性と安全性を第一に、より低コストの処方指針をつくり、診療時はその処方を原則にするやり方も検討に

値する。それは重複処方や過剰投与を減らし、患者の身体的・経済的な負担の軽減にも有用だ。

また超高速・大容量の次世代通信規格「5G」を視野に、オンライン診療・処方の普及を促す診療報酬体系を工夫してほしい。

企業の健康保険組合や協会けんぽは、高齢者医療への支援金の増大もあって保険財政が窮迫している。一方、戦後ベビーブーム期に生まれた団塊の世代が、病气やけがをするリスクがそれまでより高まる後期高齢者になる日は近い。

これは、働く現役世代の保険料負担が過重になるおそれを意味する。医療サービスの質を一段と向上させ、同時に国民医療費の増大を経済成長の範囲に抑える。二兎を追う診療報酬政策が今ほど大切なきはない。

## 「社説」75歳以上は窓口負担原則2割を明記せよ

日本経済新聞 2020年11月1日

政府の全世代型社会保障検討会議（議長・菅義偉首相）が議論を再開した。12月に出す最終報告の焦点は、75歳以上の後期高齢者が病院や診療所にかかったときに払う窓口負担の引き上げである。

若い世代が健康保険料の重荷を背負い込むことがないよう、もてる高齢者には相応の負担を求める必要がある。私たちはそう繰り返してきてきた。原則1割（例外として現役並み所得者は3割）の窓口負担を、同2割へ上げる方針を首相は最終報告に明記すべきだ。

全世代型会議は安倍政権時の2019年末に出した中間報告で、後期高齢者の窓口負担は「一定所得以上は2割、それ以外は1割」

という考え方を示した。ことし半ばに最終報告をまとめる段取りにしていたが、コロナ禍で審議が中断し半年先送りされた。

具体的な所得の線引きは、厚生労働相の諮問機関である社会保障審議会の部会が11月に幾通りかの基準を示す。同省は負担上げに難色を示す日本医師会の意を受け、対象を絞る方向に傾いている。

負担上げは政治的に難路だが、団塊世代の後期高齢化が始まる22年が迫っている。その前に決着させねば現役世代の保険料負担が過重になり、国民皆保険体制は危機にひんする。後期高齢者の受診行動に規律をもたせるためにも、引き上げは避けて通れまい。

ただし高齢世代内の所得・資産格差は、概して現役世代より大きい。月々の窓口負担の上限を定めた高額療養費制度を維持し、無年金・低年金者などを1割に据え置くのは当然である。

経団連と企業の健康保険組合で組織する健康保険組合連合会は、1割負担の人のうち後期高齢人口の半数強にあたる900万人を2割負担にすべきだという意見書を出した。日商、連合、協会けんぽとともに厚労相に実現を求める。

また自民党の財政再建推進本部の小委員会は、1割に据え置く範囲を限定すべきだという趣旨の報告書をまとめた。

政府は今のすべての後期高齢者を対象に2割負担の適用を線引きする方針だ。70〜74歳の窓口負担が原則2割であることを踏まえ、これから75歳になる人を順次2割負担にする方式なら負担感は変わらず、円滑に導入できよう。

介護保険についても、65歳以上の利用者の自己負担は原則1割から2割に上げる制度改革の必要性を付言しておきたい。

## 「社説」 高齢者医療の負担改革に終止符を打つな

日本経済新聞 2020年12月15日

75歳以上の後期高齢者が医療サービスの対価として払う窓口負担は、原則1割が維持される。菅義偉首相が公明党の山口那津男代表との与党党首会談で決め、自らが議長を務める全世代型社会保障検討会議の最終報告に盛り込んだ。

高齢者医療費の一部に充てている若い世代の健康保険料を過重にしないために、後期高齢者の窓口負担は原則2割にするよう私たちは繰り返し訴えてきた。菅政権はこれで議論に終止符を打つのではなく、2割の対象者を広げる負担改革を続けるべきである。

後期高齢者の窓口負担は現在、現役世代並みの所得があると思われる人を除いて原則1割。全体の93%を占める1割対象者のどの程度を2割にするかが焦点だった。

首相は単身世帯で年金収入170万円以上の31%を、公明党は240万円以上の13%を唱え、党首会談では間をとって200万円以上の23%で政治決着した。半歩前進と言えなくもないが、後期高齢者の70%は1割負担が続く。

実施時期は国政選挙への悪影響を気にする公明党の意をくみ、2022年秋以降としたが、前倒しすべきである。負担引き上げの必要性を理解を示す高齢有権者は増えつつある。選挙目当ての政策立案は的外れと言わざるを得ない。

高齢世代内の収入・資産格差は概して大きい。年金は少ないが預貯金などが豊かな世帯はある。本来、窓口負担は収入・資産の多寡に応じて決めるのが理にかなう。

収入・資産状況を把握するためのインフラとしてマイナンバーを生かすべきだ。社会保障と税制に関する負担の公正さを高めるため

にも、政権はマイナンバー制度の原点に立ち戻ってほしい。

最終報告のもう一つの柱は子育て支援だ。児童手当について政府・与党の調整を受けて、子供1人5千円の特例給付を世帯主の年収が1,200万円以上の家庭はなくす方針を明記した。

これによって浮く年370億円の財源を待機児童対策に充てる。「現金給付からサービス給付へ」や応能原則という、あるべき姿を考えれば高所得世帯に我慢してもらうのは致し方ない。

出生数は今後、コロナ禍もあって激減するだろう。父親が育児休業を取りやすくする環境を整えるとともに、保育所や幼稚園だけでなくベビーシッター事業も生かして子育ての負担をやわらげる。対策総動員のときである。

## 「社説」やる気あるのかマイナ保険証

日本経済新聞 2021年3月27日

厚生労働省の行政デジタル化はでたらめの度が過ぎないか。

マイナンバーカードに健康保険証データを載せ、医療機関での患者の本人確認をデジタル化する取り組みについて田村憲久厚労相が開始を10月に延ばすと表明した。医療データのデジタル化は政権肝煎りの政策である。本気でやる気があるのか、ただしたい。

同省は今月初めに54の病院・薬局で試行を始め、安倍政権の閣議決定に従って月末に正式運用する段取りだった。だが不具合を理由に、土壇場になって延期した。

腑に落ちないのは、企業の健保組合などが管理する加入者データが不正確だったという釈明だ。しかしカードリーダーそのものが作

動しなかった病院があるという。健保組合に責任転嫁するような姿勢は容認しがたい。

マイナンバー制度を担当する平井卓也デジタル相が「半年の遅れを有効に使うのが重要」などと、記者会見で人ごとのように話したのも理解しがたい。釈明をうのみにするなら担当相は務まるまい。

新しいシステムの開始時に不具合が起きるのはやむを得ない。田村氏は非を認め、システム全体を早急に総点検すべきである。

保険証のマイナカード化は本人確認の正確さや迅速さを高め、医療機関や調剤薬局でのなりすましを防ぐ決め手になる。カルテや処方箋、健診結果を本人や医師がデジタルデータとして一覽できるようにする入り口にもなる。

誤診リスクを最小化するばかりか、大災害時に既往症や常用薬を正しく把握するのに有用だ。私たちはマイナンバーの制度設計時から繰り返し実現を求めてきた。ただし医療データは個人情報なのなかでも特に機微に触れる。漏洩を許さぬ堅固なシステムが前提だ。

保険証カード化は菅義偉首相が官房長官時代に、消極的な厚生労働省の尻をたたいて着手させた。コロナ接触確認アプリの失態をはじめ行政デジタル化には暗雲が漂ってきた。緩んだタガを、政権を挙げて締め直すときだ。

## 全世代型会議、高齢者保険料上げ提起 健保危機救うか

日本経済新聞 2022年10月18日

政府の全世代型社会保障構築会議（座長・清家篤日本赤十字社長）がすべての75歳以上の人を対象とする後期高齢者医療制度（後期制度）の保険料を引き上げる方向性を打ち出した。折しも岸田文雄首相の誕生から1年がたった。内閣不支持率が支持率を逆転する逆風が政権に吹くが、この1年間、医療財政について改革らしい改革に手を着けてこなかった首相である。この改革から逃げるわけにはいかない。

### ■「増田ペーパー」が投げかける現役世代の負担軽減

9月28日の全世代型会議に増田寛也・座長代理（東大大学院客員教授）が「医療・介護制度の改革について」という資料を出した。そのなかで「負担能力に応じて、すべての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを強化する観点をふまえた、高齢者の保険料賦課限度額や高齢者医療制度への支援金のあり方、被用者保険者間の格差是正の方策など」を改革の論点の一つに挙げた。

後期制度は現役世代1人あたりの支援金の伸びが後期高齢者本人の1人あたり保険料の伸びを大きく上回っている。増田ペーパーは、双方の伸びを同じ程度にするよう求める内容とみられる。ポイントになるのは、後期制度の支援金名目で召し上げている現役世代の健康保険料の負担がどの程度、軽減され、その見返りとして高齢者本人の保険料負担をどの程度引き上げるかだ。

健康保険組合連合会（健保連）の集計によると、全国1、388健保組合の2021年度決算見込みは825億円の赤字になった。

13年度以来、8年ぶりの赤字決算である。内訳をみると、赤字を計上したのは全体の53%にあたる740健保組合。前年度の33%から大きく増えた。

新型コロナウイルス禍初年度の20年度は医療機関への受診を控える傾向が国民のあいだに広がり、健保組合が被保険者・被扶養者らの医療費として支出する保険給付費は低く抑えられた。21年度はその反動が表れ、保険給付費は前年度比8.7%増の4兆2、469億円となった。

### ■始まった団塊世代の後期高齢化

一方、前期高齢者納付金を含む高齢者拠出金は同3.0%増の3兆6、513億円。加入者が使った医療費のじつに85%相当が、高齢者が消費した医療サービスの対価の一部として召し上げられていることになる。22年度は健保組合の義務的経費に占める拠出金の割合が47.6%になる見通しだ。さらに深刻なのは、戦後ベビーブーム期に生まれた団塊世代が後期高齢化するこれからだ。23年度は高齢者拠出金が22年度より2、700億円増の3兆6、700億円になり、5年後の27年度には4兆2、100億円に膨らむと、健保連は推計している。

多くの健保組合は保険給付費を抑えようと、経営努力を重ねてきた。医療機関が請求してくる診療報酬明細書（レセプト）の監視を強める▽効果・効能は新薬と同等だが薬価が低いジェネリック医薬品（後発医薬品）をもっと使うよう加入者に促す▽加入者への健康指導を通じて病気の維持増進に役立つ情報をスマートフォンアプリでプッシュ通知する仕組みなどをつくれれば、医療費の無駄を省く余地はさらに広がる。

もっとも健保組合が努力を重ねても、有無を言わず召し上げら



れる高齢者拠出金の重荷からは逃れられない。まさに「取りやすいところから取る」やり方の典型である。23年度以降の拠出金の膨張を考えると、経営努力も焼け石に水だ。保険料率を引き上げる余裕がある健保組合はよいが、解散して協会けんぽに移行する企業が増える可能性がある。

### ■社会保障・税一体改革の後継会議体の設置を

これまで一部の健保組合の経営危機が政治問題になることはほとんどなかった。与野党ともに多くの政治家は高齢者が払う社会保障・税の負担抑制には熱心だが、現役世代や企業の負担が増えることにはおろかだ。政治家が高齢者の利益を優先しがちな「シルバードモクラシー」が健保組合危機への対応を後回しにしてきたといつてよい。

こうした状況のなかで、全世代型会議が「すべての世代が医療費を公平に支え合う仕組み」を提起したのは一歩前進だ。具体策は厚生労働相の諮問機関である社会保障審議会の部会で検討する。だが本来であれば高齢者医療の中長期のあり方を含めた抜本的な制度改革を論ずる場が必要ではないか。消費税率の5%から10%への引き上げに道筋をつけた社会保障・税一体改革を引き継ぐ、新たな後継会議の設置である。

後期高齢世代は現役世代に比べてけがをしたり慢性疾患になったりするリスクが高く、一般に保険原理が働きにくい。この点で、医療費は税財源を主体にするのが理にかなっている。仮に消費税を増税するなら高齢者にも資力に応じた負担を求めることになり、世代間の不公平を根本から和らげることにつながる。

厚労省は一定以上の年金収入などがある一部の後期高齢者について、今月から医療費の窓口負担割合を1割から2割に上げた。これは、菅義偉氏が首相時代に与党内の一部の慎重論を押し切って決断

した改革だった。じつは、増田ペーパーの提出に先立つ9月7日、岸田首相は「負担能力に応じて、すべての世代で、増加する医療費を公平に支えあう仕組みが必要だ」と述べている（全世代型社会保障構築本部での本部長発言）。高まるであろう党内の慎重論を御せるか、改革らしい改革に挑む指導力の見せどころだ。

154～161頁は、日本経済新聞社の許諾を得て転載しています。無断で複写・転載することは禁じられています。