

健保連八十年の歩み

健保連八十年の歩み



令和4年度 健康保険組合全国大会
—健康保険法制定100年—
これからも健康を支え、皆保険を守る
健保組合であるために



健康寿命の延伸に向けた保健事業の更なる推進

オンライン資格確認などICT化の推進による
医療の効率化・質の向上



国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」の推進

現役世代の負担軽減、
全世代で支え合う制度への転換



令和4年度の全国大会は、「—健康保険法制定100年—これからも健康を支え、皆保険を守る健保組合であるために」をテーマに4本のスローガンを掲げ、全健保組合の総意として決議を採択した。新型コロナウイルス感染対策の観点から会場の参加人数を縮小するなどの対面形式に加え、オンライン視聴も可能なハイブリッド形式で実施した。



宮永俊一会長は令和4年度健保組合全国大会で基調演説し、急増する高齢者医療費を現役世代だけで支えていくことは不可能と指摘したうえで、「負担能力に応じ皆が支え合う全世代型社会保障制度への転換を強力に進めていく必要がある」と訴えた（令和4年10月18日）。



令和4年度健保組合全国大会が終了した後、宮永俊一会長、佐野雅宏副会長など代表者が要請行動を展開。写真は宮永会長らが自民党・茂木敏充幹事長を訪ね、大会決議への理解を求め、健保連の主張実現へ協力を要請した（令和4年10月18日）。



白川修二副会長は参院厚生労働委員会に参考人として出席し、後期高齢者支援金の全面総報酬割導入を含む医療保険制度改革関連法案に意見陳述。「評価できる部分も多い」と述べるとともに、高齢者医療費の負担構造改革の必要性を強調した（平成27年5月22日）。



保険者、経済団体、自治体、医療関係
 団体等の民間組織で構成する「日本健康
 会議」が発足式を開催。実行委員を代表
 して大塚陸毅会長が同会議の活動方針と
 なる「健康なまち・職場づくり宣言20
 20」8項目を宣言した（平成27年7月
 10日）。



後期高齢者の2割負担導入を含む医
 療保険制度改革関連法案審議の衆院厚生労
 働委員会にて参考人質疑が行われ、佐野雅宏
 副会長が出席し、2割負担の早期かつ着実
 な実施を要請した（令和3年4月20日）。



健保組合と加入者である現役世代の
 意見を踏まえて、必要な対策を検討す
 ることを目的に自民党の「国民皆保険
 を守る国会議員連盟」が令和2年8月
 に発足。写真は議連の第6回総会。健保
 組合への財政支援などを柱とする議連とし
 ての提言を議論した（令和4年10月17日）。



佐野雅宏副会長は首相官邸に加藤勝信官房長官を訪ね、新型コロナウイルスワクチンの職域接種に向けて、ワクチンの安定供給など課題解決に向けた要請書を提出。政府側から協力要請を受けて職域接種に積極的に協力する考えを表明した（令和3年5月31日）。



後期高齢者の原則2割負担などを柱とする「今、必要な医療保険の重点施策―2022年危機に向けた健保連の提案―」をまとめ、佐野雅宏副会長が会見で発表した。団塊世代が後期高齢者に入り始めて拠出金負担が急増する2022年に焦点を当てた（令和元年9月9日）。



医療保険者関係6団体は、令和2年度診療報酬改定に関する共同の要請書を加藤勝信厚生労働大臣に提出。国民皆保険堅持の観点から「診療報酬はマイナス改定とすべき」と主張した。写真は、要請後の記者会見で6団体を代表して見解を述べる幸野庄司理事（令和元年11月27日）。



健保連は記者会見で健保組合の令和3年度決算見込みを発表。経常収支差引額は平成25年度以来、8年ぶりの赤字に転じた。拠出金等が保険料収入を大きく上回るペースで伸びたことが要因。佐野雅宏副会長は財政悪化に強い危機感を示した（令和4年10月6日）。



健保連は記者会見で「かかりつけ医」の制度・環境の整備について」と題する議論の整理を発表。河本滋史専務理事は「国民・患者の選択が大前提で、強制や割り当てではない。国民・患者を支援するのが保険者の役割」との基本認識を示した（令和4年11月8日）。



河本滋史専務理事は日本記者クラブ主催の「かかりつけ医を考える」と題するセミナーで講演。かかりつけ医機能に関する医療機関の質の担保などの制度整備について、健保連がめざす仕組みに近づけるための主張を展開する考えを示した（令和4年12月19日）。



△第12代会長（平成26年4月～令和2年4月）
大塚 陸 毅 氏

大塚氏は、昭和40年に日本国有鉄道に入社。平成2年6月東日本旅客鉄道取締役、平成4年6月同社常務取締役、平成9年6月代表取締役副社長、平成12年6月代表取締役社長、平成18年4月取締役会長、平成24年4月相談役に就任。健保連会長に就任した平成26年4月に高齢者医療の負担構造改革など健保連の主張を医療保険制度改革に反映することを目的に、常任理事会に要求実現対策本部を設置。対策本部の本部長も務め、組織一丸となった活動を展開した。健保組合の主張を世論に強くアピールするための広報活動も重視し、全世代型社会保障検討会議が令和元年12月にまとめた中間報告では後期高齢者の窓口負担2割導入の方針が示されるなどの成果を得た。令和2年4月、健保連顧問。



△第11代会長（平成20年4月～平成26年4月）
平井 克 彦 氏

平井氏は、昭和37年に東洋レーヨン（現・東レ株式会社）に入社。平成5年6月同社取締役、平成8年6月専務取締役、平成9年6月代表取締役社長、平成14年6月取締役副会長、平成16年6月相談役に就任。健保連会長就任後、保険者機能の発揮を通じた健保組合制度の維持と一層の向上・発展を重視するとともに、高齢者医療制度に対する支援金・納付金など過大な負担を問題視し、健保組合財政を圧迫させる負担増の施策に一貫して反対する姿勢を示した。健保連の会長として、健保組合の団結強化のため、各地の地域懇談会で健保組合の考えを聞くなど精力的に活動し、健保連・健保組合の主張実現に向けた政策活動に尽力した。平成26年4月、健保連顧問。



△第13代会長（令和2年4月～現在）
宮永俊一氏

宮永氏は、昭和47年に三菱重工業に入社。平成23年4月同社取締役、副社長執行役員、社長室長、平成25年4月取締役社長、平成26年4月取締役社長、CEO、平成31年4月取締役会長に就任。令和2年4月に健保連会長に就任し、真に現役世代の負担軽減につながり、健保組合の将来展望が見通せる制度改革に全力で取り組む決意を表明した。全世代型社会保障制度の構築に向けて、後期高齢者の窓口負担2割導入の実現など、高齢者医療の負担構造をはじめとする医療保険制度の改革活動を推進。こうした活動が令和5年の制度改革において、健保組合に対する円滑化等補助金の拡充、財政支援の制度化につながる原動力となった。国民皆保険制度の維持・発展のための公平で持続性ある制度構築と保険者の中核である健保組合の保険者機能の強化・充実につながる改革実現へ陣頭指揮を執っている。

※平成25年度から令和4年度における歴代会長。



健保連本部ビルの施設の老朽化などに伴い、健保連本部所有地（東京都港区南青山）を令和4年12月に売却した。写真は売却前の所有地に建つ健保連本部ビル全景（地下1階、地上5階）。旧所有地に建設されるビル1階の一部を政策実現のための健保連所有のミーティングルームとして活用する。



健保連新本部ビル（東京都渋谷区千駄ヶ谷）は令和6年1月着工、7年秋ごろの竣工予定。イラストは完成予定図（地下1階、地上5階）。



健保連直営として急性期ならびに予防（健診センター）を中心に医療を提供した大阪中央病院（大阪市北区梅田）。令和2年7月1日に医療法人伯鳳会に事業譲渡され、再出発した。

刊行にあたって

健保連は昭和18年に公法人として設立され、令和5年で80年の節目を迎えました。これまで、年史については、健保連が公法人として発足して以来、ほぼ10年ごとに刊行してきております。

今回の「健保連八十年の歩み」は、平成25年度から令和4年度までの10年間を中心に日本の医療保険制度の動きと、同制度の動向と深く関わりをもつ健保連の諸活動をまとめたものです。また、健康保険法が大正11年に制定されてから令和4年で100年を迎えたことを鑑み、本年史では100年の軌跡とその後の医療・医療保険制度の展望も独立したテーマとして取り上げました。

この10年間において、まずは社会保障・税一体改革に関連する施策が順次進められてきました。消費税率の段階的な引き上げを通じて社会保障の充実が図られる一方で、医療保険制度改革では被用者保険間の後期高齢者支援金の全面総報酬割が導入されるなど、健保組合は全体として大幅な負担増を課せられることとなり、現在も高齢者医療への過重な拠出金が財政をひっ迫させる大きな要因となっております。

令和3年6月、「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」が成立し、一定所得以上の後期高齢者に2割負担が導入されることとなりました。この法律は、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直す転換点となり、高齢者も含めて全ての世代が支え合う「全世代型社会保障」の構築へと一歩を踏み出したといえます。

さらに、令和5年5月に成立した「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」は、後期高齢者の保険料負担割合の見直しや健保組合への財政支援の制度化などを含み、現役世代の負担軽減という改革の趣旨は継続されています。65歳以上の高齢者人口がピークに達する2040年に向けても、こうした改革の流れを止めるわけにはいきません。

本年史の構成は、「解説篇」「資料篇」「健保連の組織及び事業活動」「健康保険法100年の軌跡と展望」の4部構成及び年表を付しております。「解説篇」では医療保険制度改革などを中心に健保連をめぐる諸情勢、政治の動きなどを記述いたしました。「資料篇」は関連する資料を掲載、「健保連の組織及び事業活動」では10年間の主だった活動などを取り上げました。「健康保険法100年の軌跡と展望」では健康保険法制定にはじまる日本の医療保険制度の軌跡について、3つの時期に大別して各時期のポイントを論述しております。年表は10年間の社会保障関係と健保連をめぐる主な動きとともに、健康保険法制定前から制定後100年の変遷を掲載しております。「解説篇」は日本経済新聞社編集委員の大林尚氏に、「健康保険法100年の軌跡と展望」は国際医療福祉大学大学院教授の島崎謙治氏にご執筆いただきました。

最後になりますが、健保組合の関係者をはじめとする多くの方々から本年史を医療保険の関連資料のひとつとして、将来に向けた健保組合運営の参考資料として、お役に立てただけであれば幸いです。

目次

刊行にあたって

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	3
第2章	全世代型社会保障改革の実像	39
第3章	骨太方針にみる社会保障改革と健保連の対応	73
第4章	診療報酬改定の経緯	88
第5章	データヘルス計画による効果的な保健事業	100
第6章	医療法改正を振り返る	104
第7章	給付拡大する介護保険	113
第8章	コロナ禍の重圧のなかで健保連が果たした役割	123
第9章	医療DXの基盤整備	141
参考	大林尚氏ご執筆の日本経済新聞記事	154

第2部 資料篇

I 平成25年度（2013年度）

資料1 健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（抜粋）

（参議院厚生労働委員会 平成25年5月23日）

資料2	健康保険法等の一部を改正する法律の概要（平成25年5月24日成立）	166
資料3	健康保険法等一部改正法の成立にあたって（会長コメント）（健保連 平成25年5月24日）	166
資料4	社会保障制度改革国民会議の議論について	166

（被用者保険関係5団体 平成25年5月24日）

資料5	「データヘルス計画」の推進に関する政府の方針（平成25年6月14日）	167
-----	------------------------------------	-----

資料6	医療提供体制に関する健保連の見解（健保連 平成25年7月4日）	168
-----	---------------------------------	-----

資料7	社会保障制度改革国民会議報告書（抜粋）（社会保障制度改革国民会議 平成25年8月6日）	171
-----	---	-----

資料8	社会保障制度改革国民会議の報告書について（会長コメント）（健保連 平成25年8月7日）	174
-----	---	-----

資料9	社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について（抜粋）	174
-----	--	-----

（閣議決定 平成25年8月21日）

資料10	社会保障制度改革に対する健保連の考え方について（健保連 平成25年9月12日）	177
------	---	-----

資料11	平成26年度診療報酬改定に関する要請（医療保険者関係6団体 平成25年11月15日）	179
------	--	-----

資料12	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の概要	179
------	------------------------------------	-----

（平成25年12月5日成立）

資料13	平成26年度政府予算案の閣議決定について（健保連 平成25年12月25日）	180
------	---------------------------------------	-----

II 平成26年度（2014年度）

資料14	主張・要求実現のための体制づくりについて（要求実現対策本部及び特別委員会の設置）	180
------	--	-----

（健保連 平成26年4月15日）

資料15	医療保険制度改革に関する被用者保険関係5団体の要望について	182
------	-------------------------------	-----

（被用者保険関係5団体 平成26年5月19日）

資料16	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	183
------	----------------------------------	-----

整備等に関する法律の概要（平成26年6月18日成立）

資料17	健保連の具体的な主張について（健保連 平成26年10月2日）	185
------	--------------------------------	-----

資料18	医療保険制度改革骨子（社会保障制度改革推進本部決定 平成27年1月13日）	185
------	---------------------------------------	-----

資料19	医療保険制度改革案の決定にあたって（会長コメント）（健保連 平成27年1月15日）	187
資料20	医療保険制度改革案に対する評価と今後の主張点について（抜粋） （健保連 平成27年2月12日）	188

資料21	医療保険制度改革案に対する被用者保険関係5団体の意見 （被用者保険関係5団体 平成27年2月20日）	189
------	---	-----

III 平成27年度（2015年度）

資料22	医療提供体制改革に関する要請（健保連・協会けんぽ 平成27年5月7日）	191
資料23	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 法律案に対する附帯決議（抜粋）（参議院厚生労働委員会 平成27年5月26日）	192

資料24	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の概要 （平成27年5月27日成立）	192
------	--	-----

資料25	医療保険制度改革関連法の成立にあたって（会長コメント）（健保連 平成27年5月27日）	194
------	---	-----

資料26	「骨太方針2015」の策定に向けた被用者保険関係5団体の意見 （被用者保険関係5団体 平成27年6月5日）	194
------	--	-----

資料27	平成28年度診療報酬改定に関する要請（医療保険者関係6団体 平成27年11月18日）	195
資料28	平成28年度診療報酬の改定について（健保連 平成27年12月21日）	196

IV 平成28年度（2016年度）

資料29	平成28年熊本地震の地震対策に関する緊急要望書（健保連・協会けんぽ 平成28年4月28日）	198
資料30	今後の主張について（消費税率引き上げ再延期方針を受けて）（健保連 平成28年7月7日）	198

資料31	医療提供体制の諸課題に関する健保連の考え方（健保連 平成28年10月17日）	199
資料32	大臣折衝事項（抜粋）（平成28年12月19日）	203

資料33	薬価制度の抜本改革に向けた基本方針（平成28年12月20日）	206
資料34	医療保険・介護保険制度改革案の決定にあたって（会長コメント） （健保連 平成28年12月26日）	207

V 平成29年度（2017年度）

資料35 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント
 （平成29年5月26日成立）……………208

資料36 介護保険法等改正法の成立にあたって（会長コメント）（健保連 平成29年5月29日）……………209

資料37 支払基金業務効率化・高度化計画

（厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金 平成29年7月4日）……………210

資料38 2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について（抜粋）

（健保連 平成29年9月25日）……………217

資料39 平成30年度診療報酬改定に関する要請（医療保険者関係6団体 平成29年11月22日）……………220

資料40 平成30年度診療報酬・介護報酬の改定について（健保連 平成29年12月19日）……………221

VI 平成30年度（2018年度）

資料41 「骨太方針2018」の策定に向けた被用者保険関係5団体の意見

（被用者保険関係5団体 平成30年5月25日）……………222

資料42 「骨太方針2018」の閣議決定にあたって（副会長コメント）

（健保連 平成30年6月18日）……………223

資料43 2019年度政府予算案と「新経済・財政再生計画改革工程表2018」の決定について

（副会長コメント）（健保連 平成30年12月25日）……………224

資料44 『2022年危機』に向けた健保連の取組み（健保連 平成31年2月8日）……………225

VII 令和元年度（2019年度）

資料45 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する

法律案に対する附帯決議（抜粋）（参議院厚生労働委員会 令和元年5月14日）……………227

資料46 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する

法律の概要（令和元年5月15日成立）……………227

資料47 「保険給付範囲の見直し」に向けた意見（健保連・協会けんぽ 令和元年5月15日）……………230

(健保連 令和2年12月15日) 251

IX 令和3年度(2021年度)

資料62 健康保険組合におけるテレワークについて(厚生労働省保険局保険課 令和3年4月26日) 253

資料63 新型コロナウイルススワクチンの職域接種に関して(要請)(健保連 令和3年5月31日) 254

資料64 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
法律案に対する附帯決議(抜粋)(参議院厚生労働委員会 令和3年6月3日) 254

資料65 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の概要
(令和3年6月4日成立) 255

(健保連 令和3年6月4日) 255

資料66 医療保険制度改革関連法の成立にあたって(会長コメント)(健保連 令和3年6月4日) 256

資料67 骨太の方針に対する要望(健保連 令和3年6月8日) 256

資料68 『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―
(健保連 令和3年10月19日) 257

(健保連 令和3年10月19日) 257

資料69 令和4年度診療報酬改定に関する要請(医療保険者関係6団体 令和3年11月24日) 259

資料70 令和4年度政府予算編成及び診療報酬・薬価等改定への見解(健保連 令和3年12月22日) 260

X 令和4年度(2022年度)

資料71 「かかりつけ医」の制度・環境の整備について(議論の整理)(健保連 令和4年11月8日) 262

資料72 医療保険制度改革に向けた被用者保険関係5団体の意見
(被用者保険関係5団体 令和4年12月1日) 263

(健保連 令和4年12月1日) 263

資料73 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する
法律の概要(抜粋)(令和4年12月2日成立) 264

(健保連 令和4年12月2日) 264

資料74 全世代型社会保障構築会議報告書(抜粋)(全世代型社会保障構築会議 令和4年12月16日) 265

資料75 全世代型社会保障の構築に向けた医療保険制度改革等について(会長コメント)
(健保連 令和4年12月21日) 273

(健保連 令和4年12月21日) 273

資料76 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

第3部 健保連の組織及び事業活動

Ⅰ 健保連の組織……………	277
Ⅱ 健保連の事業活動……………	279
歴代の役員等……………	323
主な各種関係審議会等における本会の代表者……………	328
健康保険組合設立、合併、解散状況一覧……………	329

第4部 健康保険法100年の軌跡と展望 国際医療福祉大学大学院教授 島崎 謙治

第1章 序論―本稿の目的および構成……………	339
第2章 軌跡―基盤形成期……………	340
第3章 軌跡―確立・拡充期……………	348
第4章 軌跡―見直し・改革期……………	356
第5章 軌跡―論点と考察……………	365
第6章 展望―社会経済の変容と制約条件……………	370
第7章 展望―医療提供体制をめぐる課題と改革……………	374
第8章 展望―医療保険制度の課題と改革……………	380
第9章 結論……………	385

年表

平成25(2013)～令和4(2022)年度(社会保険関係／健保連関係)	389
健康保険法制定から100年(制定前も含む)	419

あとがき

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、これではいつまでも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、協議はより実内容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て向上しない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マー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保険者機能を發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能負担化など、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ために扱わない不祥事がもとで、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とは言い難い」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・丸の内のレストラン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」などと述べた。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る。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ぶつける「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推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^{さつたつ}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・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・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。この先送りや言うまでもなく、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る。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賞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。

もともと、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、そもそもも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)骨太の議論をさせていただければ」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開始させ、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。

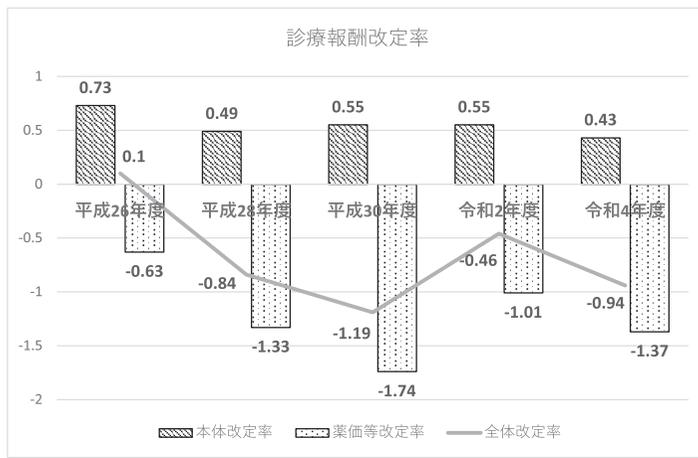
中医協としては、支払側の意見を踏まえて、患者・国民の声をよく聴き、オンライン資格確認システムを通じて取得した情報の活用による医療の質の向上について調査・検証することを答申書の附帯意見に明記し、それまでの「電子的保健医療情報活用加算」を同年10月から「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」に改めて、マイナ保険証で受診した場合の加算額を下げ、通常の保険証で受診した場合の加算額を上げる見直しをすることとなった。

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、個人情報漏洩する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。

仕上がりを見ると、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の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に着目した値決めだ。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(CO₂)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。

この具体的な使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。事実上の使途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、ご多分に漏れず使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。スピード成立とあってよいだろう。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らう。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、日本医師会は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にした。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」やり方が色濃いのが実態である。

●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

国会審議の場では、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^{ふかん}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、更なる取組みが不可欠である」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^{ほんりゅう}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ぬ。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変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押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」が行われているだけに、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発揮した際にも、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、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は話したのも、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っている。

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、すぎ焼きの類いだ。塩爺語録が泣く。

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年間で、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。

第2部 資料篇

I 平成25年度（2013年度）

平成25年の通常国会では、22年度から3年間の時限立法にもとづく協会けんぽへの財政支援措置を、25年度以降も2年間延長する「健康保険法等の一部を改正する法律案」が3月8日に提出され、施行期日を当初案の25年4月1日から公布日に修正のうえ、5月24日の参院本会議で可決、成立した（資料2）。

これを受けて健保連は同日、平井克彦会長のコメント（資料3）を発表した。改正法の成立を「極めて遺憾」とし、参院の附帯決議（資料1）を踏まえ、拠出金負担に苦しむ健保組合への財政支援の継続・充実などを求めた。

健保連は4月4日の社会保障制度改革国民会議（以下、国民会議）に出席し、意見表明を行った。高齢者医療への公費拡充や医療費適正化の推進、70〜74歳の2割負担の早期実施と合わせて75歳以上の原則2割負担導入などを提案した。一方、国民会議では、国保の財政問題の解決という側面に偏り、高齢者医療制度の費用負担のあり方に関する議論が深められることはなかった。

健保連の白川修二専務理事など社会保障審議会・医療保険部会の被用者保険関係5団体の委員は5月24日、こうした国民会議の議論に抗議する連名の意見書（資料4）を作成し、国民会議の会長代理も務める遠藤久夫部会長に提出した。

国民会議は8月6日、報告書（資料7）をまとめた。報告書には、高齢者医療制度への公費拡充等は反映されず、翌7日、健保連は「改革への大きな期待を裏切るもの」と批判する平井会長のコメント（資料8）を発表した。

政府は、国民会議の審議結果を踏まえ、社会保障制度改革推進法施行後1年以内に講じる「法制上の措置」の骨子（資料9）を、期限となる8月21日に閣議決定した。これを受けて健保連

は、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」（資料10）をまとめ、同日の記者会見で発表した。

「法制上の措置」の骨子を踏まえた社会保障制度改革の全体像、検討事項、改革の実施時期等を明示した社会保障改革プログラム法案（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）は、平成25年臨時国会において10月15日に提出され、12月5日の参院本会議で可決、成立した（資料12）。

次期医療法改正を視野に医療提供体制改革の動きも本格化するなか、健保連は7月4日、「医療提供体制に関する健保連の見解」（資料6）を公表した。

保健事業関連施策では、政府の方針として、レセプト等のデータ分析にもとづく「データヘルス計画」の考えが打ち出された（資料5）。平成26年度中に全健保組合がデータヘルス計画を作成し、27年度からスタートすることとなった。

平成26年度診療報酬改定に向けては、健保連など医療保険者関係6団体が11月15日、田村憲久厚労相にマイナス改定を求める要請書（資料11）を提出した。26年度政府予算編成における改定率は、財務、厚労両相の折衝で消費税引き上げ分も含めて+0.1%（診療報酬本体+0.73%、薬価・医療材料▲0.63%）となった。

平成26年度予算編成では、▽70歳未満の高額療養費制度について、これまでの3区分を5区分に細分化する、▽70〜74歳の患者負担は、26年4月に70歳に到達する者から段階的に法定の2割を適用する―こととなった。健保連は12月25日、26年度政府予算案の閣議決定を受け白川専務理事の見解（資料13）を発表した。

政府は平成26年2月12日の閣議で、医療法や介護保険法などの改正案を一括した医療介護総合確保推進法案（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）を決定し、同年の通常国会へ提出した。

〈資料1〉

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（抜粋）

（参議院厚生労働委員会 平成25年5月23日）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一、後期高齢者医療制度及び前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整による拠出金によって、運営に困難をきたしている保険者に対する財政支援を、同法案の措置期限である平成26年度までの間、継続し、かつ更に充実すること。

二、高齢者医療制度に係る保険者間の費用負担の調整については、その再構築に向け、広く関係者の意見を聴取するとともに、若年者の負担が過大なものとならないよう、公費負担を充実すること。

〈資料2〉

健康保険法等の一部を改正する法律の概要

（平成25年5月24日成立）

協会けんぽに対する平成22年度から平成24年度までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を2年間延長する等の措置を講ずる。

1. 法律の概要

I 協会けんぽへの財政支援措置

① 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16・4%への引き上げ措置を2年間延長する。

② 後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長する。

③ 協会けんぽの準備金について、平成26年度まで取り崩すことができることとする。

↓ 以上の措置により、現行の協会けんぽの保険料率10・0%が平成26年度まで維持できる見通し。

II その他

① 健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷等について、労災の給付対象とならない場合は、原則として、健康保険の給付対象とする。

② 保険給付に関する厚生労働大臣の事業主への立入調査に係る事務を協会けんぽに委任する。

2. 施行期日

公布の日（平成25年5月31日）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

〈資料3〉

健康保険法等一部改正法の成立にあたって（平井克彦会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成25年5月24日）

本日の参議院本会議において、健康保険法等一部改正法案が可決され、成立した。これまで健保連は、この法案に一貫して反対し、関係各方面に理解を求めてきたが、今般、成立に至ったことは極めて遺憾である。

同法は、協会けんぽの財政基盤強化等を目的に、平成22年度から24年度まで実施された協会けんぽに対する特例支援措置を25年度と26年度の2年間延長することを柱としている。この措置は、後期高齢者支援金への「3分の1総報酬割」を導入することにより、本来、国が負担すべき協会けんぽの給付費等に対する国庫補助の財源を健保組合等に「肩代わり」させるものである。そのため、健保連は、22年度のこの措置の導入時から一貫して反対を訴えてきた。

結果として、同法は成立したが、政府は、参議院で採択された同法の「附帯決議」の趣旨を尊重し、高齢者医療への拠出金負担に苦しむ健保組合に対する財政支援の継続・充実、ならびに、高齢者医療に係る若年

層の過重な負担が軽減されるよう公費負担の充実に取り組まれることを望む。

また、現在、社会保障制度改革国民会議において、改革に向けた議論が進められているが、政府、与党においては、将来にわたり持続可能な制度構築の核心である高齢者医療制度の負担構造改革に重点を置いた具体案をとりまとめ、実現されることを強く要望する。

〈資料4〉

社会保障制度改革国民会議の議論について

(社会保障審議会医療保険部会委員(小林剛・白川修二・菅家功・森千年・山下一平)より社会保障審議会医療保険部会遠藤久夫部会長あて

平成25年5月24日)

社会保障制度改革推進法・第2条(基本的な考え方)においては、「社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること」と規定している。

また、第6条(医療保険制度)においては、「財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること」とされ、さらに、「今後の高齢者医療制度については、(中略)社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること」としている。

しかしながら、4月22日に公表された「国民会議における議論の整理(医療・介護)案」によれば、後期高齢者支援金の全面総報酬導入による国庫補助削減分を国民健康保険の財源対策に流用する等、短期的な弥縫策などに議論が矮小化され、推進法の趣旨に沿った持続可能な制度への道筋、すなわち、現役世代が減少するなかで如何に高齢者医療・介護制度を支えるのかという将来像が示されていない。

国民会議には8月21日の設置期限が定められており、残された時間は少ない。今後は、特に下記の点に関する論議をさらに深め、将来にわたって持続可能な制度の実現に向けた改革の提示につなげるよう切に要望

する。

記

■ 現役世代に過度に依存する制度を見直す方向で議論すべきである。具体的には、今後も増大する被用者保険の高齢者医療への拠出金負担を軽減するため、高齢者医療制度への公費投入を拡充する方向でとりまとめるべきである。

■ 上記負担構造の改革に要する財源としては、消費税の税率引き上げ分を活用、充当すべきである。併せて、高齢者の負担のあり方の見直しや医療費の重点化・効率化に向けた種々の施策を着実に実行し、保険料負担の増大を抑制することによって、制度の持続性を図っていくべきである。

■ 医療費の増加が避けられない中、医療費の効率化を進める保険者の役割はますます重要になる。今後とも、国民健康保険と被用者保険が共存し、地域と職域、それぞれの加入者特性に応じた保険者機能を發揮する制度体系を維持すべきである。

〈資料5〉

「データヘルス計画」の推進に関する政府の方針

○日本再興戦略…(平成25年6月14日閣議決定)

健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針(告示)を今年度中に改正し、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とともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。

○健康・医療戦略…(平成25年6月14日関係大臣申合せ)

保険者によるレセプト等データの分析・利用が全国展開されるよう国による支援や指導を行うことを検討する。具体的には、①加入者の健康づくりや予防活動の促進が保険者の本来業務であることを周知、②医療費分析システム利用を促進するとともに、医療費分析に基づく事業に関して国が定める指針の内容を充実させる等により、保険者の

取組を促進する。被用者保険に関しては、「健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」を今年度中に改訂し、平成26年度中には、全ての健康保険組合に対しレセプト等のデータの分析、それに基づく事業計画「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。

〈資料6〉

医療提供体制に関する健保連の見解

（健康保険組合連合会 平成25年7月4日）

I. はじめに

健保連は、患者中心の効率的な医療提供体制を構築するため、平成19年6月に「これからの医療提供体制と健保組合の役割（提言）」を公表し、医療機能の分化・連携の推進、総合的な視点に立った診療を行う医師・医療機関の整備の必要性などを訴えた。

その後、今日に至る6年間、政府においては、社会保障制度の持続可能性の確保を図るため、制度改革に向けた検討が進められ、23年6月に取りまとめた社会保障と税の一体改革成案では、将来のあるべき医療提供体制の方向性が示された。また、厚生労働省では、19年の第5次医療法改正以降の医療提供体制の課題を整理するため、社会保障審議会・医療部会で集中的な審議を行い、23年12月に「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめた。それに基づいた改革の具体化を図るための議論が現在も行われており、その結果を踏まえ、今秋に開会が見込まれる臨時国会に医療法等改正案を提出する予定である。さらに、25年4月からの新たな医療計画では、これまでの4疾病5事業に加え、精神疾患と在宅医療についての医療連携体制の整備目標や役割分担等を盛り込むことが求められるなど、国民の医療ニーズに合わせた見直しが進められている。

この見解は、こうした提言以降の状況に対応し、今後目指すべき医療提供体制に関する健保連としての考え方をまとめたものである。

II. 医療を取り巻く環境の変化と課題

わが国の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は、2010年（平成22年）に23・0%だったが、2025年（平成37年）には30・3%、2040年（平成52年）には36・1%に達する見込みであり、今後も急速に高齢化が進展する。それに伴い、世帯構造や疾病構造、国民の医療に対するニーズなど、医療を取り巻く環境が大きく変化していくが、医療提供体制はこの変化に十分に対応できていない。さらに、OECD諸国と比べ、平均在院日数が長く、人口当たりの病床数や高額な医療機器が多い一方で、病床当たりの医療従事者（医師や看護職員）が少なく、医師の地域偏在や診療科偏在などの問題は、長年指摘され続けているにもかかわらず、あまり改善されていない。

これらの問題にスピード感を持って対応し、危機的な財政状況にある医療保険制度を安定的に持続させるためには、限りある医療資源を有効に活用した、より効率的で効果的な医療提供体制を構築することが必要である。

III. 患者中心の効率的な医療提供体制の構築に向けて

1. 医療機能の分化と連携

〔医療機能の分化〕

現在、病院病床は約160万床あり、そのうち一般病床（精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床以外の病床）は約6割（約90万床）を占めている。しかし、一般病床がどのような機能を持っているかは明確になっておらず、手厚い医療や看護が必要な患者やリハビリが必要な患者など、さまざまな状態の患者が混在している。また、急性期医療を提供する入院体制をとっている病床が多く、急性期後の亜急性期・回復期医療を提供する入院体制の病床が少ないという問題もある。このため、患者の状態に見合った病床で良質かつ適切な医療が効率的に提供されるよう、「二体改革」が示す方向に沿って、現在の一般病床は高度急性期、一般急性期、亜急性期等に機能分化するとともに、それぞれの機能に合った必要病床数をバランスよく整備する必要がある。

併せて、病床間の連携体制を強化することによって、急性期から回復

期リハビリ、亜急性期、慢性期、在宅療養までの医療を切れ目なくつなぐ体制を構築するとともに、患者・家族が納得できる移行（転棟や転院）ができるようにする必要がある。また、介護療養病床については、廃止期限の30年3月末までに介護老人保健施設等への転換を確実に進めなければならない。

当面は、「医療計画」の項で述べるように、都道府県への医療機能情報報告、それにもとづく地域医療ビジョンの策定が行われることになるが、中期的には、地域医療ビジョンの実効性を検証したうえで、医療法に機能を明確にした病床区分を設けることを検討すべきである。

一方、外来医療については、住民に身近な診療所を受診したうえで、必要に応じて急性期病院、専門病院等に紹介し、患者の回復状況に応じて亜急性期病院、診療所へ逆紹介する流れを構築する必要がある。このため、地域医療の入口となる総合診療医を早期に養成し、普及をはかるべきである。また、一定規模以上の病院については紹介を原則とする等の措置を講ずるべきである。こうした方策は、フリーアクセスをある程度制限することとなるが、医療機能の分化と連携をはかるために必要な方策といえよう。

さらに、医療提供の効率化、医療費の適正化という観点からは、ICT化等を通じた医療情報の共有化、それによる重複受診の防止、MRIをはじめとする高額医療機器の共同利用などの取り組みなども必要である。

【医療計画】

今秋に提出が予定されている医療法等改正案が成立すれば、医療機関は自らが担っている医療機能を、病棟ごとに急性期、亜急性期、回復期リハビリテーション等に分けて都道府県に報告し、地域住民に情報提供する仕組みが導入される。また、都道府県は地域の医療需要の将来推計や報告された医療機能に関する情報をもとに、2次医療圏ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、医療機能の分化と連携を推進するための地域医療ビジョンを策定し、27年度以降、医療計画に追記することとなる。

都道府県は、25年度からの新たな医療計画をまとめ公表したが、依然として2次医療圏の設定が適切に行われていない地域があるなどの問題がある。厚生労働省は、都道府県の医療計画の内容を精査し、適切な対応が行われていない場合には、指導を強化する、計画作成指針を見直すなどの対策を講じるべきである。また、地域医療ビジョンについても、内容を精査するとともに、実効性があるかどうかを検証し、実態として実効性が乏しい場合には、基準病床数制度の見直しによる機能別基準病床数の設定や病床過剰地域における病床数の削減、地域医療支援病院の適切な配置、医療機関の開設の制限等を含め、医療法を改正し、医療計画をより強制力のある仕組みに改めるべきである。

【医療情報の提供・活用】

現在、患者・住民による医療機関の適切な選択を支援するため、都道府県はインターネット等を通じて医療機関に関する情報を提供している（医療機能情報提供制度）が、その情報は、名称、所在地、診療科目、診療日など画一的な情報が多く、医療機関の選択に資しているとは言い難い。患者が居住地周辺の医療機関が持つ機能を理解し、より適切な選択をするためには、新たに実施される病棟ごとの医療機能情報提供に加えて、医療の成果（アウトカム）や過程（プロセス）に関する情報を提供できるようにする必要がある。

厚生労働省は、アウトカム指標の標準化等に関する調査研究を継続的に行っているが、早急の結果をまとめ、可能なものから公表できるようにすべきである。また、指標の一つである「患者満足度」は、既に一部の医療機関で公表されており、患者・国民にとっても分かりやすい指標の一つと考えられるため、医療機能情報提供制度で提供を義務づけるべきである。

2. 在宅医療の充実

【在宅医療の推進】

できるだけ住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けて生活することは、多くの国民の願いである。25年度からの医療計画には、新たに在宅医療について達成すべき目標と医療連携体制を明記することと

されており、地域の実情に応じた計画的な整備が進むことが期待される。しかし、在宅医療の要となる在宅療養支援診療所・病院、訪問看護事業所は徐々に増加しているものの、地域偏在があること、看取りを行っている施設が約半数にとどまっていることなど、地域的、機能的に大きなばらつきがある。また、大都市部など急速に高齢化が進む地域もある。

今後は、地域における医療資源や高齢化の状況等を考慮に入れ、高齢者の心身の状態や家庭環境、希望などに応じて、自宅だけではなくサービス付き高齢者住宅や有料老人ホーム、老人保健施設、特別養護老人ホームなど様々な形態、場所で療養生活を送れるよう、施設を整備すべきである。また、在宅医療の推進にあたっては、地域包括ケアシステムのもとでの介護との連携が重要であり、医療と介護が適切に提供できるよう、双方の連携強化に向けた調整が必要である。このため、市町村を中心に連携拠点を整備し、地域ケア会議等を通じて、医師、看護師、ケアマネジャー等多職種が協働して効率的に在宅医療・介護を提供できる体制を構築すべきである。

【看取り機能の強化】

高齢化の進展等により、これまでのように病院で長期療養し、最期を迎えることは難しくなってきた。また、国民の6割が終末期の療養場所として自宅を望んでおり、9割が延命医療を望んでいないという調査結果もある。国民の希望に応える看取り機能の強化と療養場所の確保は喫緊の課題となっている。看取り機能の強化にあたっては、診療所間、診療所・病院間の連携体制の構築や訪問看護事業所の大規模化、特別養護老人ホーム、老人保健施設、有料老人ホーム等の施設における看取り体制の整備・強化が必要である。

また、終末期医療については、患者本人の意思を尊重することを基本に、患者・家族の理解、協力のもとに行われることが重要であり、治療方針等に関して医療従事者と患者・家族の話し合いが十分に行われる体制を整備する必要がある。終末期医療のあり方については、国において検討会を設置して、医の倫理、患者の尊厳・選択（リビング・ウィル）

等を含め総合的に検討し、国民が納得できるルール作りを進めるべきである。

3. 総合診療医の養成

慢性疾患を中心に複数の疾患を持つ高齢者の増加により、全人的な医療を提供できる総合診療医の必要性が増している。また、医療機能の機能分化、医療の質の向上という観点からも、地域医療への入口としての総合診療医の養成は極めて重要である。健保連は、19年の「提言」で総合診療医の養成、普及を強く求めた。総合診療医は、全人的・診療科目横断的な医療の提供や家族を含めた長期にわたる継続的な医療の提供のほか、必要に応じた他の医療機関等への紹介・調整機能を担うなど、地域医療の要、ゲートキーパーとしての役割が期待される。

厚生労働省の専門医の在り方に関する検討会は、「総合診療医」を専門医のひとつに位置づけるとともに、中立的な第三者機関を設立して、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を行うよう求めた。新たな専門医制度のもとで、総合診療医が専門医として認定されるのは31～32年度とされているが、真に中立的な第三者機関のもとでできる限り早期に養成・普及がはかれることを期待したい。政府には、総合診療医の普及（就業・開業）を支援する仕組みを検討し、実施に移すよう要望する。なお、広告可能な専門医資格、診療科名については、総合診療専門医、総合診療科をそれぞれ加えるべきである。

IV. おわりに

医療提供体制改革の必要性が指摘されてから久しい。数次にわたる医療法改正や介護保険制度の創設もあつて、徐々に改革が進みつつあるとはいえ、高齢者医療制度の創設をはじめとする医療保険制度の改革に比べ、医療提供体制改革の歩みは遅いと言わざるをえない。今後の10年から20年は、後期高齢者が急増し、高齢化はこれまでとは次元の異なるものとなる。医療提供体制の改革はまさに喫緊の課題である。

ここで示した改革を実現するためには、政府はもとより、都道府県、医療関係者、保険者が協力して施策を展開する必要がある。中央社会保険医療協議会では、一般病床の機能分化を促すための入院基本料の算定

要件の見直し、患者を総合的に診る医師の評価のあり方など、診療報酬による誘導策が検討課題となる。

加えて、政府にはこれと整合する形での医療法による実効性の確保、医療機関の再編・統合等のための補助金の増額、レセプトのナショナルデータベース等を活用した医療の質の評価、費用対効果の検証、地域連携クリティカルパスの活用等のソフト面での工夫などを期待したい。一方、医療機関には、改革の方向性を見通した経営判断、経営努力が求められる。

また、国民が医療提供体制や医療費の現状・将来、改革の方向性について共通の認識をもつこと、医療にできること、できないことを理解することも必要である。健保組合としては、これらに関する加入者への情報提供や啓発活動をさらに強化しなければならない。加入者の健康の保持・増進を医療機関と連携して促進するために、今後は健診等の情報をかかりつけ医に提供するといった取組みを行うことも望まれる。

健保連は、こうした健保組合の取組みの支援を行うとともに、政府の関係審議会、都道府県の医療審議会等の場で意見を述べるなど、これまで以上に医療提供体制に関与し、患者中心の効率的な医療の提供に取り組んでいく。

〈資料7〉

社会保障制度改革国民会議報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～（抜粋）

（社会保障制度改革国民会議 平成25年8月6日）

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
知事会が「構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟」を表明しており、時機を逸することなくその道筋をつけることこそが国民会議の責務であ

ると先に述べた。この国民健康保険の都道府県化とかかわる課題として、国民会議の最優先課題である医療・介護サービスの提供体制改革に加え、改革推進法（第6条第2号）にも規定されているとおり、医療保険制度について、「財政基盤の安定化」と「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」を図ることも必要である。

改革推進法（第6条）はまず国民皆保険制度の維持の必要性を掲げていることから、「財政基盤の安定化」については、国民皆保険制度の最終的な支え手（ラストリゾート）である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題となる。

具体的には、国民健康保険は、被用者保険と比べて、①無職者・失業者・非正規雇用の労働者などを含め低所得者の加入者が多い、②年齢構成が高く医療費水準が高い、③所得に占める保険料負担が重いといった課題を抱えており、こうしたこともあり、毎年度、市町村が多額の赤字補填目的の法定外繰入を行っている。さらに、保険財政運営が不安定となるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域ごとの保険料格差が非常に大きいという課題もある。国民皆保険制度を守るためには、こうした現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を、現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。

このためには、従来の保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による対応を超えて、財政運営の責任を都道府県にも持たせることが不可欠であり、医療提供体制改革の観点をも踏まえれば、上記2(2)で述べた国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となるう。

ただし、国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政的な構造問題の解決が図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。その財源につ

いては、後述する後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬制にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべきである。

その際には、財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、保険料の適正化など国民健康保険自身の努力によって、国民健康保険が将来にわたって持続可能となるような仕組みについても検討すべきである。さらに、国民健康保険の保険者を都道府県とした後であっても、保険料の賦課徴収等の保険者機能の一部については引き続き市町村が担うことや、前期高齢者に係る財政調整などを通じて被用者保険から国民健康保険に多額の資金が交付されている実態を踏まえると、国民健康保険の運営について、都道府県・市町村・被用者保険の関係者が協議する仕組みを構築しておくことも必要であろう。

なお、多くの非正規雇用の労働者が国民健康保険に加入しており、被用者保険の適用拡大を進めていくことも重要である。

次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。

このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置と併せ、今般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える低所得者への配慮としても適切なものである。もっとも、税制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健

康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

後期高齢者支援金に対する負担方法について、健康保険法等の一部改正により被用者保険者が負担する支援金の3分の1を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とすること（総報酬割）を2013（平成25）年度から2年間延長する措置が講じられているが、支援金の3分の2については加入者数に応じたものとなっており、そのために負担能力が低い被用者保険者の負担が相対的に重くなっている。健保組合の中でも3倍程度の保険料率の格差がある。この支援金負担について、2015（平成27）年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総数約1,400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相当に縮小することにもなる。

その際、協会けんぽの支援金負担への国庫補助が不要となるが、これによって生ずる税財源の取扱いは、限られた財政資金をいかに効率的・効果的に用いるかという観点から、将来世代の負担の抑制に充てるのであれば、他の重点化・効率化策と同様に今般の社会保障・税一体改革における社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用し、国民に広く還元すべきである。こうした財源面での貢献は、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上での保険者の都道府県への円滑な移行を実現するために不可欠である。

また、上記の健康保険法等の一部改正法の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとって、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を

含めた検討を行う必要がある。その際、日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組合間で保険料率に大きな格差があること、その他被用者保険の状況等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組みことも検討が必要である。

加えて、所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助もかねて廃止の方針が示されており、保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要がある。

なお、後期高齢者医療制度については、創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である。

(2) 医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

併せて、改革推進法（第6条第2号）では、医療保険制度について、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等」を図ることも求められている。

まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっていないが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解

してもらわなければならず、患者の意識改革も重要となる。

さらに、今後、患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。

また、現在、暫定的に1割負担となっている70～74歳の医療費の自己負担については、現役世代とのバランスを考慮し、高齢者にも応分の負担を求める観点から、法律上は2割負担となっている。この特例措置については、世代間の公平を図る観点から止めるべきであり、政府においては、その方向で、本年6月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針」のとおり「早期に結論を得る」べきである。その際は、低所得者の負担に配慮しつつ、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わることがないよう、新たに70歳になった者から段階的に進めることが適当である。

高額療養費制度については、所得区分ごとに自己負担の上限が定められているが、現行の仕組みでは、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。低所得者に配慮し、負担能力に応じて応分の負担を求めるという保険料負担における考え方と同様の制度改正が求められる。具体的には、高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である。上記のとおり、70～74歳の医療費の自己負担に係る特例措置が見直されるのであれば、自己負担の上限についても、それに合わせた見直しが必要になるが、そのタイミングについては検討が必要になる。

今後、後発医薬品の使用促進など既往の給付の重点化・効率化策についても効果的な手法を講じながら進めるとともに、上記を含め、患者の自己負担について「年齢別」から「負担能力別」へ負担の原則を転換するなど、中長期的に医療保険制度の持続可能性を高める観点から、引き続き給付の重点化・効率化に取り組む必要がある。

4 介護保険制度改革

介護保険制度については、地域包括ケアシステムの構築こそが最大の課題であるが、それとともに、今後の高齢化の中で、持続可能性を高めていくために、改革推進法（第7条）において、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」こと及び「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」することが求められている。

まず、「範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図る」ことについては、上記2(4)で述べた予防給付の見直しのほか、利用者負担等の見直しが必要である。介護保険制度では利用者負担割合が所得水準に関係なく一律であるが、制度の持続可能性や公平性の観点から、一定以上の所得のある利用者負担は、引き上げるべきである。その際、介護保険は医療保険と異なり、利用者自身が利用するサービスの量を決定しやすいことなど、医療保険との相違点に留意する必要がある。

さらに、施設入所の場合には、世帯の課税状況や課税対象の所得（フロー）を勘案して、利用者負担となる居住費や食費について補足給付により助成を受けることとなっている。その結果、保有する居住用資産や預貯金が保全されることとなる可能性があり、世代内の公平の確保の観点から、補足給付に当たっては資産（ストック）も勘案すべきである。また、低所得と認定する所得や世帯のとらえ方について、遺族年金等の非課税年金や世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう、見直すべきである。

加えて、介護を要する高齢者が増加していく中で、特別養護老人ホームは中重度者に重点化を図り、併せて軽度の要介護者を含めた低所得の高齢者の住まいの確保を推進していくことも求められている。また、デイサービスについては、重度化予防に効果のある給付への重点化を図る必要がある。

次に、「低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制」する観点からは、今後の高齢化の進展に伴う保険料水準の上昇

に対応するため、低所得者の第1号保険料について基準額に乗じることで負担を軽減している割合を更に引き下げ、軽減措置を拡充すべきである。

第2号被保険者の加入する医療保険者が負担する介護納付金については、現在、第2号被保険者の人数に応じたものになっており、負担の公平化の観点から、被用者保険について、被保険者の総報酬額に応じたものとしていくべきであるが、後期高齢者支援金の全面総報酬割の状況も踏まえつつ検討すべきである。

こうした取組も含め、負担の公平にも配慮しながら、介護保険料の負担をできるだけ適正な範囲に抑えつつ、介護保険制度の持続可能性を高めるため、引き続き、介護サービスの効率化・重点化に取り組み必要がある。

〔資料8〕

社会保障制度改革国民会議の報告書について（平井克彦会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成25年8月7日）
このほど、社会保障制度改革国民会議において報告書がまとめられたが、その内容には、国民皆保険と高齢者医療を支えるための拠出金負担に苦しんでいる健保組合の厳しい財政状況に関する認識がまったく感じられない。改革への大きな期待を裏切るものであり、健保連として、到底、納得できるものではない。

国民会議は、社会保障制度改革推進法にもとづき、医療、介護、年金、少子化対策の4分野の改革について議論してきた。このうち医療については、今後も増え続ける高齢者医療にかかる費用負担のあり方を見直し、持続可能な制度への再構築を図ることが最重要課題であったはずだが、この問題について、議論が尽くされず、将来展望につながる具体策は見出されなかった。

かねてより健保連は、高齢者医療制度の持続性を担保するためには、とくに前期高齢者医療への公費投入・拡充が必要と訴えてきたが、結果

として、報告書に反映されなかったのは極めて残念である。併せて、伸び続ける医療費の効率化、適正化のために諸策を講ずることも求めてきたが、70歳から74歳の患者負担の見直し等、一部、方策が見られるものの、充分とは言えない。

また、後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入によって削減される国庫財源を、被用者保険ではなく、国民健康保険の財政補填のために転用するといった方策が、強い反対意見があったにもかかわらず、報告書に打ち出された。これは、現在すでに、国保のために過重な財政負担を強いられている被用者保険に対して、さらなる負担増を求めるものである。国保財政の分析と改善の努力が不十分のまま、国の財政責任を被用者保険に転嫁する方策は、国民の理解を得られるはずもなく、強く反対する。

今後、この報告書の内容を踏まえた法制上の措置が講ぜられることになるが、政府・与党においては、現役世代の負担軽減、持続可能な制度への再構築につながる真の改革の実現に向けた熟慮を求めたい。その際、本年通常国会の健康保険法等一部改正法の審議で採択された「附帯決議」の趣旨を尊重し、過重な拠出金負担の軽減を実現されることを改めて強く要請する。

〈資料9〉

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について（抜粋）

（閣議決定 平成25年8月21日）

一 講ずべき社会保障制度改革の措置等

2. 医療制度
高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、国民皆保険制度を維持することを旨として以下のとおり、必要な改革を行う。

(1) 個人の選択を尊重しつつ、健康管理や疾病予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な健康の維

持増進への取組を奨励する。

(2) 情報通信技術、レセプト等を適正に活用しつつ、事業主、地方公共団体及び保険者等の多様な主体による保健事業の推進、後発医薬品の使用の促進及び外来受診の適正化その他必要な措置を講ずる。

(3) 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、地域包括ケアシステム（医療、介護、住まい、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項その他診療報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

① 病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項

イ 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設

ロ 地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等）

ハ 新たな財政支援の制度の創設

ニ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し

② 地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策

③ 医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し

(4) (3)に掲げる医療提供体制及び地域包括ケアシステムを構築するに当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努める。

(5) 次期医療計画の策定期間が平成30年度であることを踏まえ、(3)に掲げる必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる。その一環としてこのために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを旨とする。

(6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等につい

て検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

① 医療保険制度の財政基盤の安定化について次に掲げる措置

イ 国民健康保険（国保）の財政支援の拡充

ロ 国保の保険者、運営等の在り方に関し、保険料の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国保の運営業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県・市区町村で適切に役割分担するために必要な措置

ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）附則第2条に規定する所要の措置

② 保険料に係る国民の負担に関する公平の確保について次に掲げる措置

イ 国保及び後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置

ロ 被用者保険者に係る後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置

ハ 所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し

③ 二 国保の保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う、70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し

ロ 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し

(7) 次期医療計画の策定期が平成30年度であることも踏まえ、(6)に掲げる必要な措置を平成26年度から平成29年度までを目的に順次講ずる

る。法改正が必要な措置については、必要な法律案を平成27年通常国会に提出することを旨とする。

(8) (6)に掲げる措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方等について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行う。

(9) 難病対策に係る都道府県の超過負担の解消を図るとともに、難病及び小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な医療費助成の制度を確立するため、必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

(10) (9)に掲げる必要な措置を平成26年度を目的に講ずる。このために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを旨とする。

3. 介護保険制度

(1) 個人の選択を尊重しつつ、介護予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な取組を奨励する。

(2) 低所得者を始めとする国民の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、給付範囲の適正化等による介護サービス効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じて必要な介護サービスを確保する観点から、次に掲げる事項その他介護報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

① 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しによる次に掲げる措置

イ 在宅医療及び在宅介護の連携の強化

ロ 高齢者の生活支援及び介護予防に関する基盤整備

ハ 認知症に係る施策

② 地域支援事業の見直しと併せた地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し

③ 一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し
④ いわゆる補足給付の支給の要件に資産を勘案する等の見直し
⑤ 特別養護老人ホームに係る施設介護サービス費の支給対象の見直し

⑥ 低所得の第一号被保険者の介護保険料の負担軽減

(3) 第6期介護保険事業計画が平成27年度から始まることを踏まえ、(2)に掲げる必要な措置を平成27年度を目的に講ずる。このために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを目指す。

(4) (2)に併せて、後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置に係る検討状況等を踏まえ、介護納付金の算定の方法を被用者保険者については総報酬割とする措置について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

〔資料10〕

社会保障制度改革に対する健保連の考え方について

(健康保険組合連合会 平成25年9月12日)

社会保障制度改革国民会議（国民会議）の報告書を踏まえ、政府は「法制上の措置」の骨子を閣議決定（8月21日）、現在、社会保障制度改革の全体像及び進め方を明らかにする法律案を作成中である。国民会議から閣議決定までの議論の経過等を踏まえ、「骨子」に示された改革の措置等に対する健保連の考え方は以下の通りである。

〔健保連の基本的なスタンス〕

■ 医療保険制度全体の持続性を担保するためには、財政の安定化が必須である。そのためには、高齢者医療への拠出金などで過重となっている現役世代の負担の軽減や高齢者の患者負担の見直し等により、高齢世代と現役世代の負担の公平性の確保を図っていく必要がある。改革のポイントは次の2点。

① 国民医療費の6割近くを占める高齢者医療の負担構造の改革（現役世代の拠出金負担の軽減）。

② 医療費の伸びを抑制しない限り、医療保険財政は早晚破綻する懸念がある。保険者による保健事業の推進はもとより、医療提供体制も含めた医療の重点化・効率化、医療費適正化の仕組み・制度の構築を図っていくことが必要。

〔医療保険制度改革〕

1. 国保の財政支援の拡充について

■ 本来、国の責任で行うもの。国民会議の報告書で示されたような後期高齢者支援金の総報酬割導入による財源を国保に転用する方策は、国の責任を被用者保険に転嫁するものであり、断固反対。

2. 国保の都道府県移行について

■ 国保の安定化のために望ましい方向だが、あわせて、前期高齢者にかかる財政調整のあり方を見直すべき。

▽ 国保の財政を65歳以上と64歳以下に区分し、65歳以上の前期高齢者の保険料および「被用者保険からの納付金＝国保への交付金」の使途を前期高齢者（65歳以上）の給付費等に特定すべき（現状では、一体的な運用で結果として若年者（64歳以下）の給付費等にも充てられている）。

▽ 国保に加入する前期高齢者にかかる後期高齢者支援金まで被用者保険に負担させる納付金の仕組みの是正等も必要（併せて、退職者医療制度についても同様の問題があり、是正が必要）。

3. 被用者保険に係る後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置について

■ 国庫補助削減分の「肩代わり」の手法ならば反対。被用者保険の拠出金負担（特に前期高齢者納付金）の軽減のための公費拡充とセットで考えるべき。

4. 70歳から74歳の患者自己負担の取扱いについて

■ 段階的ではなく、早期に法定の2割負担に戻すべき。75歳以上も2割負担への引き上げの検討が必要。

5. 高額療養費制度の見直しについて

■ 同制度の持つ意義は理解しているが、見直しのための財源を危機的な財政状況にある医療保険者の負担増に求めることには賛成できない。財政中立が基本であり、財源対策とセットで提示されるべき。

6. 外来・入院に関する給付の見直しについて

■ 紹介状のない大病院外来の定額自己負担は、外来医療の機能分化を

図るための一つの方策として評価できる。

■ 入院における給食給付等の自己負担の引き上げも必要。

7. 高齢者医療制度の在り方の見直し等について

■ 「骨子」では、上記項目の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方等について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行う—という文言が盛り込まれた。そのことは評価できるが、具体的な検討スケジュールや実施時期等を早期に示すべき。

■ 医療保険財政の危機的な状況を鑑みても、早急な対応が必要であり、平成27年度の法案提出を待たずに、可能なものから見直しに取り組みべき。特に、平成26年度は危機が深まることが予想され、短期的な対応を含め何らかの手当てが必要。

■ 「骨子」に掲げられた項目以外の課題（例えば、現金給付や任意継続被保険者制度の見直し等）についても幅広く検討を加え、持続可能な制度の構築を目指すべき。

〔医療提供体制の改革〕

1. 病床の機能分化と連携について

■ 現在の一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期等に機能分化するとともに、不足している亜急性期病床を増やすなど、それぞれの機能に応じた必要病床数をバランスよく整備すべき。

2. 総合診療医の養成・普及について

■ 地域医療への入口として、全人的・診療科目横断的な医療の提供や、家族を含めた長期にわたる継続的な医療の提供のほか、必要に応じた他の医療機関への紹介・調整機能を担う総合診療医の早期養成・普及をはかるべき。

3. フリーアクセスの一定の制限について

■ 機能分化を進めるためには、紹介状のない大病院の外来患者に特別の負担を求めることなどにより、フリーアクセスをある程度制限することも必要。

4. 医療分野におけるICT化の推進について

■ 医療分野のICT化を推進し、医療機関間の情報連携や、医療機関

の選択に資する国民への医療情報提供を強化すべき。

5. 医療法の改正について

■ 病床機能報告制度の導入、地域医療ビジョンの策定等を内容とする医療法改正を早期に行うべき。また、改正後の状況を検証し、実効性が乏しい場合には、医療法を再度改正し、医療計画を強制力のある仕組みに改めることを検討すべき。医療提供体制に関する都道府県の権限を強化するにあたっては、国による一定の指導権限を担保すること、被用者保険が関与する仕組みを設けることが必要。

6. 医療のあり方について

■ 終末期を含めた医療のあり方については、国民の関心と理解を喚起し、コンセンサスの形成をはかることが必要。

7. 改革の推進について

■ 医療提供体制の改革は、診療報酬、医療法、補助金の特性を勘案し、たうえで、適切に組み合わせる推進をはかるべき。

〔介護保険制度の改革〕

1. 地域包括ケアシステムの構築について

■ 住み慣れた地域で医療と介護が一体的に提供されるような体制整備を目指す方向性については賛成。在宅医療・介護の連携推進を通して、介護給付費の適正化につなげる視点も必要。

2. 要支援者への支援の見直しについて

■ 要支援者に対する介護予防給付を市町村の柔軟な取組みが可能な地域支援事業に移行する方向性は、給付の重点化（軽度者への給付の見直し）という面から支持する。ただし、事業に係る費用を抑えつつ効果が高まるような事業展開とそれを担保する仕組みが必要。

3. 一定以上所得者の利用者負担の見直しについて

■ 第1号被保険者と第2号被保険者の保険料負担、また、高齢者医療の患者負担とのバランス等を考慮し、一定以上所得者の利用者負担の引き上げはもとより、要介護度に応じた負担割合の設定等の検討も含め、利用者負担全体について見直すべき。

4. 介護納付金の総報酬割導入について

■ 第2号被保険者については、直接的な受益がなく、親の世代が介護を受けるという間接的な受益に対する公平な負担方法として、加入者が選択された」という経緯がある。制度そのものの理念にかかわる重要な問題。

■ また、第2号被保険者の介護保険料負担に大きな変動を生じさせることとなり、引き続き反対。

〈資料11〉

平成26年度診療報酬改定に関する要請

(健康保険組合連合会平井克彦会長・国民健康保険中央会柴田雅人理事
長・全国健康保険協会小林剛理事長・全日本海員組合大内教正組合長・
日本経済団体連合会米倉弘昌会長・日本労働組合総連合会古賀伸明会長)

より田村憲久厚生労働大臣あて 平成25年11月15日)

平成26年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり意見をまとめましたので、現下の厳しい国民生活の状況や保険者の財政についてご理解いただき、改定率及び改定の基本方針の策定に適切に反映されるよう、強く要請いたします。

記

わが国の経済・社会情勢は、アベノミクスに基づく金融緩和政策等により景気が持ち直しつつありますが、賃金が伸び悩むなか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ます。また、過去12年間（平成12年度～24年度）の名目GDPが7%以上減少したのに対し、同時期の国民医療費は約28%も増加するなど、デフレ不況が長引くなかで、急増する医療費負担が国民生活を圧迫し続けてきました。今後はさらなる少子・高齢化の進展により、現役世代を中心に社会保障負担は一層増加するものと予測されます。

こうしたなかで医療保険財政は、高齢者医療制度に対する支援金・納付金の増加等により危機的な状況に陥っており、健保組合は毎年保険料率を引上げているにもかかわらず5年連続の巨額な赤字、また、協会けんぽも大幅に保険料率を引上げて、既に負担は限界にある状況です。さ

らに、国民健康保険においては、厳しい財政状況が続いており、支援策の強化が余儀なくされています。

一方で、先頃公表された医療経済実態調査をみると、医療機関の経営状況は、病院、診療所、薬局とも安定しており、他産業と比較しても、例えば一般診療所（医療法人・無床）は、業種別の利益率比較で上位にある業種と同等の利益率を計上しています。加えて、開業医を中心に医師の給与は概ね増加傾向にあります。これは、過去3回の改定において、日本経済がデフレ状況に苛まれていたにも関わらず、診療報酬本体がプラス改定されてきたことを如実に表しています。

また、26年度からの消費税率引上げに伴って国民の負担が増加するなかで、さらに診療報酬が引上げられ、国民や事業主の保険料負担が一段と増加することになれば、消費や賃金の伸びを大きく抑制し、足もとの経済再生の動きにブレーキをかける懸念もあります。

従って、26年度の診療報酬改定率をプラスとすることは、国民の理解と納得が得られません。これまで賃金・物価の伸びを上回る改定が行われてきていることや、年間1兆円以上の医療費の自然増があることを踏まえるとともに、現下の賃金・物価の動向、保険者の財政状況、医療機関の経営状況等を考慮して改定するという本来あるべき原則に基づいた対応を行うべきです。

併せて、これまでの改定でしばしば行われてきた薬価・特定保険医療材料改定分（引下げ分）を診療報酬本体の引上げに充当するやり方を取り止め、薬価等改定分は国民に還元する必要があります。このため、診療報酬全体では、マイナス改定とすべきです。

26年度改定にあたっては、限りある財源を効率的かつ効果的に配分することを主眼に、高度急性期から急性期、亜急性期、慢性期に至る病床の役割を明確化したうえで機能に応じた評価を行うとともに、一般病床における長期入院の是正による入院期間の短縮、社会的入院の解消、主治医機能の強化による外来受診の適正化、後発医薬品の使用促進等、全体としての医療費の適正化を図っていくことを基本方針とすべきです。

26年度の診療報酬改定が、医療保険制度の持続性の確保と差し迫る超

高齢社会に向けた医療提供体制の構築を指向したものとすることを期待します。

〈資料12〉 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の概要

(平成25年12月5日成立)

【法律の趣旨等】

○ 社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」を閣議決定(平成25年8月21日)

○ この骨子に基づき、「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示するものとして提出(平成25年12月5日成立、同13日公布・施行)

【法律の主な概要】

■ 講ずべき社会保障制度改革の措置等

受益と負担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、医療制度、介護保険制度等の改革について、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の用途を明らかにするもの

○ 少子化対策(既に成立した子ども・子育て関連法、待機児童解消加速化プランの着実な実施等)

○ 医療制度(病床機能報告制度の創設・地域の医療提供体制の構想の策定等による病床機能の分化及び連携、国保の保険者・運営等の在り方の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70〜74歳の患者負担・高額療養費の見直し、難病対策等)

○ 介護保険制度(地域包括ケアの推進、予防給付の見直し、低所得者の介護保険料の軽減等)

○ 公的年金制度(既に成立した年金関連法の着実な実施、マクロ経済スライドの在り方等)

※ 医療サービスの提供体制、介護保険制度及び難病対策等について

ては平成26年通常国会に、医療保険制度については平成27年通常国会に、必要な法律案を提出することを目指すものと規定。

■ 改革推進体制

上記の措置の円滑な実施を推進するとともに、引き続き、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための検討等を行うため、関係閣僚からなる社会保障制度改革推進本部、有識者からなる社会保障制度改革推進会議を設置

■ 施行期日

公布の日(平成25年12月13日)(一部を除く。)

〈資料13〉

平成26年度政府予算案の閣議決定について

(健康保険組合連合会白川修二専務理事 平成25年12月25日)

政府は12月24日の閣議で、平成26年度予算案を閣議決定した。このなかで厚生労働省関係施策としては、特例で1割に据え置いてきた70〜74歳の患者負担について、26年度から新たに70歳に達した者から段階的に法律本則の2割を適用し、合わせて27年1月に高額療養費の所得区分、限度額等を見直す方針が決まった。

70〜74歳の患者負担については、予算措置による特例措置が6年間も続いてきたことがそもそも問題であり、われわれは、段階的ではなく早急に法定の2割負担に戻すべきと主張してきた。今回、段階的にでも見直しに踏み切ったことは評価するが、高齢者と現役世代の負担の不均衡の是正という観点からは不十分と言わざるを得ない。

また、高額療養費の見直しについては、審議会で示された3案のうち、最も保険者への財政影響が大きい案が採用された。応能負担の観点から、同制度を見直す方向に異論はないが、全ての医療保険者が危機的な財政状況にある中で、最も「財政中立」とかけ離れた改正内容となったことについては、今後の医療保険財政への懸念が残り、何らかの配慮が必要である。

この他、今回の予算案では、健保組合等への財政支援に対する減額措

置がとられている。特に、高齢者医療運営円滑化等補助金、健康保険組合給付費等臨時補助金について、先の通常国会で成立した健保法等一部改正法の「附帯決議」などの中でその充実が謳われていたにもかかわらず減額されたことは誠に遺憾である。

平成26年度は、健保組合をはじめ各医療保険者にとってより一層厳しい財政運営を強いられる年となることが予測されるが、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（社会保障改革プログラム法）に沿って、高齢者医療制度の改革が実現されるよう、われわれもさらに積極的な活動に取り組んでいく所存である。

II 平成26年度（2014年度）

健保連は、平成26年4月15日の常任理事会で「要求実現対策本部」および「特別委員会」の設置（資料14）を決定し、主張・要求実現のための体制を強化した。

社会保障改革プログラム法に則し、医療介護総合確保推進法が6月18日の参院本会議で可決、成立（資料16）。続いて、平成27年通常国会への法案提出をめざすとされた医療保険制度改革の具体化が社会保障・税一体改革関連施策の最大の焦点となった。

健保連は全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会と連携した被用者保険関係5団体として、現役世代に過度に依存する制度を構造的に見直すなど医療保険制度改革に関する要望書（資料15）をまとめ、5月19日に田村憲久厚生労働相、医療保険部に提出した。

改革議論が進むなか、健保連は10月2日の要求実現特別委員会および要求実現対策本部（常任理事会）において「健保連の具体的な主張について」（資料17）を決定した。

厚労省は平成27年1月9日の医療保険部会で、これまでの議論を踏まえた医療保険制度改革骨子案を提示。1月13日には、政府の社会保障制度改革推進本部が医療保険制度改革の内容を盛り込んだ「医療保険制度改革骨子」（資料18）を決定した。

医療保険制度改革骨子を受けて、健保連は平成27年1月15日、大塚陸毅会長のコメント（資料19）を発表した。「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」と総括し、後期高齢者支援金の全面総報酬制導入に伴う国保の財政政策を批判。一方、国費投入による拠出金の負担軽減の方向性を限定的に評価した。

また、健保連は2月12日、要求実現特別委員会および要求実現

対策本部（常任理事会）で「医療保険制度改革案に対する評価と今後の主張点について」（資料20）をまとめた。2月20日の医療保険部会では、健保連など被用者保険関係5団体が改革案の問題点を指摘するなどの共同の意見書（資料21）を提出した。

政府は、医療保険制度改革骨子にもとづく医療保険制度改革関連法案（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）を3月3日に閣議決定し、平成27年の通常国会に提出した。

平成27年度介護報酬改定率については、財務、厚労両相が27年1月11日の折衝で▲2・27%とすることを合意した。

〈資料14〉

主張・要求実現のための体制づくりについて

（要求実現対策本部及び特別委員会の設置）

（健康保険組合連合会 平成26年4月15日）

1. 趣旨・目的

健保組合・健保連にとつてまさに正念場となる平成26年において、前期高齢者医療への公費投入、後期高齢者支援金の全面総報酬制による財源の拠出金負担軽減への活用など、主張・要求の実現に向け積極的かつ効果的な活動を展開していくため、「主張・要求実現のための活動について」「工程表」等を、先の常任理事会（26年3月6日）、理事会（26年3月20日）において決定し、次期役員に申し送りしたところである。

これを受け、健保組合・健保連がより一層連携・協力し、さらに集中的かつ効果的に活動を実施するため、「要求実現対策本部」を設置するとともに、機動的対応に向けた「特別委員会」を設置することとする。

2. 設置日：平成26年4月15日

3. 要求実現対策本部について

○常任理事会に対策本部を設置する。

○対策本部の構成は、①本部長を会長、②副本部長を白川副会長、③本部長を副会長、常務理事、常任監事とする。

○対策本部では、主張・要求の実現に向けた施策、活動等を実行する。本部員は要請活動等に積極的に参加する。

4. 特別委員会について

○対策本部の下に特別委員会を設置する。

○特別委員会の構成は、①委員長は医療制度等対策委員会委員長、②委員は白川副会長、組織等委員会、広報委員会、診療報酬対策委員会、大会企画委員会、交付金交付事業委員会の各委員長とする。

また、必要に応じて正副会長が出席することとする。

○特別委員会は、①基本的には常任理事会の前に開催することとし、このため当面の間、重要案件がある場合を除き正副会長会議は休会とする。②機動的かつ効果的な意思決定を行うため、適宜開催する。委員会においては、主張・要求実現に向けた基本的な方針の決定、要請活動等を展開するにあたっての活動方針・政策等を審議・決定し実行する。

5. 対策本部及び特別委員会の事務局について

○対策本部及び特別委員会の事務局は、①事務局長は白川副会長、②事務局員は事務局理事、各部長、各参与とする。

〈資料15〉

医療保険制度改革に関する被用者保険関係5団体の要望について

(健康保険組合連合会大塚陸毅会長・全国健康保険協会小林剛理事長・日本経済団体連合会米倉弘昌会長・日本商工会議所三村明夫会長・日本労働組合総連合会古賀伸明会長より田村憲久厚生労働大臣あて)

平成26年5月19日

2013年12月に成立した「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（プログラム法）」では、今後の医療保険制度改革について、「必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを旨す」とともに、最重要課題である高齢者医療制度のあり方については、「必要に応じ、見直しに向けた検討を行う」と規

定された。それを受け、社会保障審議会医療保険部会では、今まさに医療保険制度全体の見直しに向けて議論が開始されたところである。

被用者保険は、医療保険制度の中核として国民皆保険を支えてきたが、高齢者を中心に医療費が増加するなか、なによりも高齢者医療への拠出金負担により、かつてない厳しい状況に追い込まれている。就労人口が減少する一方、団塊の世代がすべて前期高齢者に入っていく超高齢社会にあつては、今後も医療保険財政は厳しさを増すばかりであり、このままでは公的医療保険制度の維持は困難な状況に直面しかねない。この危機を回避するためには、最大の要因である高齢者医療制度の財源のあり方を早急に見直すとともに、伸び続ける医療費の適正化策を着実に実行することが必要不可欠である。

われわれ被用者保険関係5団体は、現役世代の納得性を確保するとともに、重い拠出金負担を軽減し、将来にわたり持続可能な制度を構築することをめざして、一致して下記の要望事項をとりまとめた。

政府・与党におかれては、次期改革案の取りまとめにあたり、われわれの総意を受け止め、その実現方に真摯に臨まれるよう切に要望する。

記

■ 医療保険制度改革にあたっては、現役世代の納得性を確保するとともに、現役世代に過度に依存する制度を構造的に見直すべきである。具体的には、75歳以上の医療費への公費5割を事実確保することはもとより、特に、前期高齢者の財政調整の仕組みを見直し、新たに公費投入を行うべきである。さらに、現役世代の拠出金負担に一定の上限を設定する等、負担増に歯止めをかける仕組みを導入する必要がある。また、これらの負担構造の改革に要する財源としては、消費税の税率引上げ分を活用、充たすべきである。

■ プログラム法では、被用者保険における後期高齢者支援金の全面総報酬割導入が検討課題とされているが、これによる国庫補助削減分を国民健康保険の赤字補填に流用することは、国の財政責任を被用者保険に転嫁するものであり、断固反対である。

■ 超高齢社会においても持続可能な医療保険制度を構築するために

は、診療報酬の仕組みの再構築、医療機関の機能分化・連携の推進、ジェネリック医薬品の使用促進、療養の範囲の見直し等様々な医療費適正化対策を更に推進すべきである。

■ 被用者保険の保険者が医療費の適正化・効率化や加入者の健康の維持・増進に効果的に取り組んできた努力を十分尊重するとともに、今後とも国保と被用者保険が共存し、地域と職域それぞれが各々の連帯を基礎に、保険者機能を發揮できる制度体系を維持すべきである。

〈資料16〉

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の概要

(平成26年6月18日成立)

趣旨

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に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（医療介護総合確保促進法関係）

① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域

医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定

② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 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）

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、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・介護保険財源で市町村が取り組む事業

② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中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

4. その他

① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

② 医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ

③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置

④ 介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日

公布日（平成26年6月25日）。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

〈資料17〉

健保連の具体的な主張について

(健康保険組合連合会 平成26年10月2日)

主張の基本スタンス

(1) 少子高齢化が進む中、高齢者医療費に対する現役世代の拠出金負担は現状でもすでに限界に達しており、今後さらに増大することは確実。被用者保険の保険料収入に占める拠出金の割合は早晚50%を超える。現役世代の負担軽減が図られなければ、皆保険制度の持続は困難。

(2) 現状の医療費の伸びが続けば、皆保険制度の持続は困難。実効性のある、より踏み込んだ医療費の重点化・効率化策の実施が必須。健保組合も皆保険制度を担う中核的存在として、保険者機能の発揮に努める。

具体的な主張

(1) 高齢者医療費の負担構造改革が皆保険制度を維持するための最優先課題。消費増税分を高齢者医療制度に投入する等、現役世代の負担軽減策を確立すべき。特に、団塊世代の前期高齢者参入という特別の事情に鑑み、前期高齢者納付金の負担緩和を求める。

(2) 前期高齢者医療への公費投入の具体的な方法は、納付金算定式の変更など制度見直しにより実現すべき。

(3) 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入は、削減される国費を高齢者医療費の負担構造改革の財源として活用することを条件とする。この財源を市町村国保の財政赤字の補填のために転用する案については断固反対。

また、後期高齢者医療制度の公費負担割合を47%から50%に拡充すべき。

(4) 医療費の重点化・効率化で生まれる財源は、高齢者医療費の負担構造改革に活用すべき。

(5) 健保組合は、データヘルスの取り組み等を通して、加入者の健康増進及び医療費の重点化・効率化に向けて引き続き最大限の努力をす

る。

〈資料18〉

医療保険制度改革骨子

(社会保障制度改革推進本部決定 平成27年1月13日)

医療保険制度改革については、持続可能な制度を構築し、将来にわたり国民皆保険を堅持することができるよう、以下の骨子に基づき、各年度において必要な予算措置を講ずるとともに、本年の通常国会に所要の法案を提出するものとする。

1. 国民健康保険の安定化

○ 国保への財政支援の拡充等により、財政基盤を強化する。具体的には、平成27年度から保険者支援制度の拡充(約1,700億円)を実施する。これに加えて、更なる公費の投入を平成27年度(約200億円)から行い、平成29年度には、高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴い生じる国費を優先的に活用し、約1,700億円を投入する。

公費追加の投入方法として、国の国保財政に対する責任を高める観点からの財政調整機能の強化、自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応、医療費の適正化に向けた取組等に対する支援、財政安定化基金による財政リスクの分散・軽減等を実施する。

○ また、平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営について中心的な役割を担うこととし、制度の安定化を図る。

具体的には、都道府県は県内の統一的な国保の運営方針を定め、市町村ごとの分賦金決定及び標準保険料率等の設定、保険給付に要する費用の支払い、市町村の事務の効率化・広域化等の促進を実施する。市町村は、地域住民と直接顔の見える関係の中、保険料の徴収、資格管理・保険給付の決定、保健事業など、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う。引き続き、地方との協議を進める。

○ 財政運営に当たっては、都道府県が医療費の見込みを立て、市町村ごとの分賦金の額を決定することとし、市町村ごとの分賦金の額は、市町村ごとの医療費水準及び所得水準を反映する。国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す。保険給付に要した費用は都道府県が市町村に対して確実に支払う。

2. 高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

○ 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とし、制度の持続可能性を確保する観点から、総報酬割部分（現行制度では3分の1）を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施する。

○ 被用者保険の負担が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施する。（平成27年度は約110億円。全面総報酬割が実施される平成29年度には約700億円の見込み。これに加え、既存の高齢者医療運営円滑化等補助金が後期高齢者支援金部分の縮減に対応して、平成27年度は約200億円。平成29年度は約120億円の見込み。）

3. 協会けんぽの国庫補助率の安定化と財政特例措置

○ 国庫補助率の特例措置が平成26年度末で期限切れとなる協会けんぽについて、国庫補助率を当分の間16・4%と定め、その安定化を図る。ただし、現下の経済情勢、財政状況等を踏まえ、準備金残高が法定準備金を超えて積み上がっていく場合に、新たな超過分の国庫補助相当額を翌年度減額する特例措置を講じる。

4. 医療費適正化計画の見直し

○ 都道府県が、医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築を図るために策定される地域医療構想と整合的な目標（医療費の水準、医療の効率的な提供の推進）を計画の中に設定し、国においてこの設定に必要な指標等を定めることとする。

○ 上記の見直しにあわせて現行の指標（特定健診・保健指導実施率、平均在院日数等）について必要な見直しを行うとともに、後発

医薬品の使用割合等を追加する。

○ 計画について、毎年度の進捗状況管理、計画期間終了前の暫定評価等を行い、目標が実績と乖離した場合は、都道府県はその要因分析を行うとともに、必要な対策を検討し、講ずるよう努めるものとする。

○ 都道府県は地域医療構想の策定後、同構想と整合性が図られるよう医療費適正化計画を見直すこととし、第3期計画（平成30～35年度）を前倒して実施する。

5. 個人や保険者による予防・健康づくりの促進

○ 個人の予防・健康づくりのインセンティブを強化するため、加入者の予防・健康づくりに向けた取組に応じたヘルスケアポイントの付与や保険料への支援等について、国が策定するガイドラインに沿って保険者が保健事業の中で実施できることを明確化する。また、データヘルス（保険者がレセプト・健診等のデータ分析に基づき加入者の健康状態等に応じて行う保健事業）を推進する。

○ 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視するため、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算する仕組みへと見直し、平成30年度から開始する。特定健診・保健指導実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みとする。

○ 平成28年度から、後期高齢者医療広域連合において、栄養指導等の高齢者の特性に応じた保健事業を実施する。

6. 負担の公平化等

① 入院時食事療養費等の見直し

○ 入院時の食事代（現行・1食260円）について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求めることとし、平成28年度から1食360円、平成30年度から1食460円に段階的に引き上げる。

○ ただし、低所得者は引上げを行わない。難病患者、小児慢性特

定疾病患者は現在の負担額を据え置く。

② 紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

○ フリーアクセスの基本は守りつつ、外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院及び500床以上の病院を受診する場合には、選定療養として、初診時又は再診時に原則的に定額負担を患者に求めることとする。定額負担の額は、例えば5,000円～1万円などが考えられるが、今後検討する。

③ 所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

○ 所得水準の高い国保組合の国庫補助について、負担能力に応じた負担とする観点から、平成28年度から5年かけて段階的に見直すこととし、所得水準に応じて13%から32%の補助率とする。

○ 具体的には、所得水準が150万円未満の組合には32%の定率補助を維持し、150万円以上の組合については所得水準に応じて引き下げ、240万円以上の組合については13%とする。

○ また、所得水準の低い国保組合の国庫補助には影響が生じないようにするため、調整補助金の総額を医療給付費等の15・4%まで段階的に増額する。

④ 後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）の見直し

○ 後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）については、特例として実施してから7年が経過する中で、後期高齢者医療制度に加入する前に被用者保険の被扶養者であった者は所得水準にかかわらず軽減特例の対象となるほか、国保での軽減割合は最大7割となつていないことなど不公平をもたらしており、見直しが求められている。

○ このため、後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）については、段階的に縮小する。その実施に当たっては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成29年度から原則的に本則に戻すとともに、急激な負担増となる者については、

きめ細かな激変緩和措置を講ずることとする。激変緩和措置の具体的な内容については、今後検討し結論を得る。

⑤ 標準報酬月額の上限額の見直し等

○ 健康保険の保険料について、平成28年度から、標準報酬月額に3等級追加し、上限額を121万円から139万円に引き上げる。併せて標準賞与額についても、年間上限額を540万円から573万円に引き上げる。

○ 健康保険の一般保険料率の上限について、平成28年度から13%に引き上げる。また、船員保険の保険料率の上限も、同様に13%に引き上げる。

○ 国保の保険料（税）の賦課限度額について、段階的に引き上げることとし、平成27年度は4万円引き上げる。

7. 患者申出療養（仮称）の創設

○ 困難な病氣と闘う患者の国内未承認薬等を迅速に保険外併用療養として使用したいという思いに応えるため、患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとして患者申出療養（仮称）を創設し、平成28年度から実施する。

8. 今後さらに検討を進めるべき事項

○ 今後、引き続き、医療保険制度の安定化と持続可能性の確保等に向けた施策のあり方（国保の安定的な運営の確保、医療費適正化、保険給付の範囲、患者負担について年齢に関わりなく更に負担能力に応じた負担とすることなど）について検討を進める。

〈資料19〉

医療保険制度改革案の決定にあたって（大塚陸毅会長コメント）

（健康保険組合連合会）平成27年1月15日

政府は1月13日、社会保障制度改革推進本部において、医療保険制度改革骨子案を承認するとともに、翌14日、平成27年度予算案を閣議決定した。

われわれはこれまで、医療保険制度改革の最大の課題は、超高齢化・人口減少が進む中で増加し続けている高齢者医療費に対する負担構造の見直しであり、現役世代に過度に依存する現行制度の是正を改革の核心とすべきと主張してきた。しかしながら、今回決定された改革案は、国民健康保険の財政対策に偏向したものとなっており、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とは言い難い。

さらに、被用者保険の後期高齢者支援金に全面総報酬割を導入し、それによって生じる国費財源を国保の赤字補填のために投入するとの方針が示された。健保連は全面総報酬割導入そのものに反対しているわけではないが、その構図は、国保に対する国の財政責任を現役世代の保険料負担に押し付ける「肩代わり」そのものであり、全く容認できるものではない。

また、医療費適正化対策についても不十分である。毎年1兆円規模で伸び続ける医療費をそのまま放置し続けることは、皆保険制度の崩壊につながる。医療提供体制の改革のみならず、保険給付範囲の見直し、高齢者の患者負担割合の引き上げ等、より実効性のある施策を早期に実行すべきと考える。

一方、国費投入による高齢者医療への拠出金の負担軽減の方向性など、限定的ではあるが評価できる施策も示されている。政府における今後の検討の中で、その具体的な構図が示されることとなるが、どのような形となるのかを注視してまいりたい。

健保組合は、保険料収入の半分を高齢者医療に拠出しているという異常な状況に置かれている。平成27年度には、全ての団塊世代が前期高齢者に移行し、異常な事態に拍車がかかる。拠出金負担がさらに膨らむ現役世代の負担軽減のため、予算措置と合わせ、高齢者医療の負担構造改革につながる施策をより一層強力に進めることを求めたい。

世界に冠たる皆保険制度を将来世代に引き継ぐためには、全ての世代で負担を分かち合い、真に持続可能で納得できる公平な制度を構築しなければならぬ。政府においては、健保組合をはじめとする被用者保険の声を真摯に受け止め、施策に十分反映するとともに、平成29年度に消

費税率を10%へ引き上げる際には、より踏み込んだ改革を断行するよう強く要望する。

〔資料20〕

医療保険制度改革案に対する評価と今後の主張点について 〔抜粋〕

（健康保険組合連合会 平成27年2月12日）

1. 制度改革案に対する総括的な評価（個別項目ごとの評価は別添）

〔評価できる点〕

- (1) 拠出金の負担軽減措置において、制度化対応による公費投入（29年度・約100億円）が初めて実現したこと、また、高齢者医療運営円滑化等補助金（29年度・約720億円）において、団塊世代の高齢化に伴う前期納付金負担増に着目した措置が入ったことは、本年度における健保組合の総力を挙げた改革実現活動による一定の成果。

- (2) 健保組合の中でも比較的報酬が低く、拠出金負担の重いところの負担が、高齢者医療運営円滑化等補助金の拡大等によって一定程度軽減されることとなった。

- (3) 入院時食事療養費、所得水準の高い国保組合の国庫補助、後期高齢者の保険料軽減特例措置―など、医療費の適正化並びに負担の公平化に向けた課題に不十分ながら切り込めた。

〔問題点〕

- (1) 全面総報酬割導入による国費財源の約7割を国保の財政対策のために転用したことは、われわれが反対してきた「肩代わり」の構図にほかならない。理不尽な制度間財政調整を野放図に拡大させ、高齢者医療への拠出金に対する納得性をより一層損なうものであり、全く容認できるものではない。

- (2) 制度化対応による公費投入が実現したものの、限定的であり、健保連の年来の主張である「前期納付金への公費投入による負担軽減」には程遠い。今回の改革によっても、結果として、比較的報酬の高い健

保組合の保険料負担増によって拠出金負担の重い健保組合のみならず他制度の負担軽減まで図る構図は変わらず、われわれが求める負担構造改革とは言い難い。

(3) 医療費適正化に向けた取り組みは、保険給付の範囲や高齢者の患者負担の見直し等について、「今後さらに検討を進めるべき事項」として整理されるに止まった。制度の持続可能性を確保する上で欠かせない実効性のある施策の検討が先送りされた形であり、不十分だ。

2. 今後の主張点

(1) 高齢者医療の負担構造に関する将来ビジョンを確立するとともに、その改革を今後の検討課題に明確に位置づけるべき。その上で、消費税率10%への引き上げ（平成29年4月）に合わせ、その財源を高齢者医療制度に投入し、制度対応による負担軽減措置をさらに拡充するなど、現役世代の負担軽減につながる負担構造改革に早急に着手すべき。

(2) 上記の負担軽減措置が実現するまでの間については、団塊世代の高齢化の状況や総報酬割拡大の影響等も踏まえながら、必要な予算措置を講じること。

(3) 国保の財政支援の拡充については、高齢者医療の負担において既に多額の支援をしている被用者保険の納得性の確保が必要。そのためには、保険料の水準や収納率など国保の構造問題の改革推進を優先することはもとより、都道府県単位の財政運営に合わせて、前期高齢者とそれ以外の財政区分を明確化し、納付金が前期高齢者以外に補填されない仕組みに見直すべき。

(4) 医療費の重点化・効率化は、持続可能な制度の構築に向けた高齢者医療の負担構造改革と並ぶもう一つの柱である。医療費適正化計画の見直しの実効性を確保するとともに、高齢者の自己負担の見直し、保険給付の範囲の見直しといった今後の課題についても、早急に検討し、実現を図るべき。

(5) 平成28年10月からの短時間労働者の適用拡大については、影響の大きい健保組合に対する負担軽減措置が別途必要。さらに、任意継続被

保険者や現金給付並びに資格喪失後給付といった制度の見直しについても、引き続き検討の上、対応するべき。

〔資料21〕

医療保険制度改革案に対する被用者保険関係5団体の意見

（社会保障審議会・医療保険部会委員（健康保険組合連合会白川修二副会長・全国健康保険協会小林剛理事長・日本労働組合総連合会高橋睦子副事務局長・日本商工会議所社会保険専門委員会藤井隆太委員・日本経済団体連合会社会保険委員会医療改革部会望月篤部会長）

平成27年2月20日

政府は医療保険制度改革案を取りまとめ、今の通常国会に関連法案を提出しようとしている。ここに至るまでの議論過程を振り返ると、被用者保険関係5団体の意見（26年5月の要望書を含む）が尊重されていないばかりか、改革骨子案に関する医療保険部会の議論も十分に深まったとは言い難い。このような経過を踏まえて、我々は、以下により、この改革案の問題点を指摘するとともに、今後のさらなる改革の実現を求めて意見を申し述べる。

1. 国保財政対策、全面総報酬割関連

○ 被用者保険における後期高齢者支援金の全面総報酬割導入（29年度実施予定）によって生じる国庫補助削減分（2,400億円）の使途については、本来、被用者保険の負担軽減に活用すべきであるが、改革案は、7割相当部分（1,700億円）を国保の財政対策に優先投入している。これは国保に対する国の財政責任を被用者保険の負担増に転嫁するものである。我々が当初から明確に反対してきたとおり、被用者保険にさらなる負担を求める財源捻出策は容認できない。

○ 国保財政に対しては、定率の公費負担のほか、被用者保険が負担する前期高齢者納付金等も充当されている。今後、医療費の共同負担による基盤強化策（27年度実施）に加え、改革案による保険者支援制度の拡充や都道府県単位数化等による財政安定化を図りつつ、指

摘されている法定外繰り入れや保険料収納など、国固有の問題の改善を優先すべきである。

- なお、全面総報酬導入による財政影響については、中長期的な見通しを明らかにするとともに、実施後も、拠出率の上昇による負担の変動等について継続的な評価が行われることが必要である。

2. 医療費適正化等

- 医療保険制度の持続可能性を確保するには、実効ある医療費適正化対策が不可欠である。そのために、改革案による医療費適正化計画の取り組みを強化するほか、診療報酬の仕組みの再構築、医療機関の機能分化・連携の推進、ジェネリック医薬品の使用促進、療養の範囲の見直し等により積極的に取り組み、これらを通じ、医療保険制度全体の保険料負担の上昇抑制を図るべきである。

3. さらなる改革の実現

- 我々は、医療保険制度改革において、高齢者のみならず、現役世代の納付性を確保することが重要であり、現役世代に過度に依存する制度を構造的に見直すべきであると主張してきた。後期高齢者医療費と前期高齢者医療費への公費投入・拡充のほか、現役世代の拠出金負担の上限設定等、負担増に歯止めをかける仕組みの導入を求めたが、改革案は、こうした要求を満たすものとは言えない。今回の改革案にとどまることなく、高齢者医療制度の負担構造の改革をはじめとして、医療保険制度全体のさらなる改革に取り組むべく、議論を継続させ、積極的に進められることを強く要望する。

Ⅲ 平成27年度（2015年度）

医療提供体制の関係では、平成26年6月の医療介護総合確保推進法の成立を受け、都道府県は「地域医療構想」を策定することとなり、策定作業が27年度から本格化した。保険者協議会は法定化され、同構想を策定する際は保険者協議会から意見を聴取することになるなど、保険者の役割がこれまで以上に重要となった。健保連と全国健康保険協会は5月7日、地域医療構想の策定に向けて、保険者が役割を十分に発揮できる態勢を整えるよう求める連名の要請書（資料22）を厚労省医政局長に提出した。

後期高齢者支援金の全面総報酬導入を含む医療保険制度改革関連法（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）は平成27年5月27日、参院本会議で可決、成立した（資料24）。総報酬制部分の負担をこれまでの3分の1から27年度に2分の1、28年度に3分の2へ拡大する施行期日が当初案の27年4月1日から公布日に修正され、5月29日に公布、施行された。健保連は5月27日、改正法の成立を受けて大塚陸毅会長のコメント（資料25）を発表した。

法案審査の過程で健保連の白川修二副会長は平成27年5月22日、参院厚生労働委員会に参考人として出席し、同法案に対して意見陳述した。白川副会長は、後期高齢者支援金の全面総報酬で生じる国費2、400億円のうち7割相当額を国保の財政支援に投入することの問題点を指摘するとともに、高齢者医療費の負担構造改革が法案に含まれていない点を問題視し、医療保険制度全体のさらなる改革に取り組むよう訴えた。

参院厚労委員会は5月26日に同法案を採決。これに合わせて与野党の賛成多数で附帯決議（資料23）が採択され、健保組合・健保連の主張が一定程度反映される形となった。

財務省の財政制度等審議会は6月1日、歳出抑制を主眼とする「財政健全化計画等に関する建議」をまとめ、医療・介護分野では「負担能力に応じた公平な負担」を進める観点から、前期高齢者納付金と介護納付金への総報酬制導入を提起した。

これに対し、健保連は6月5日、全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会の被用者保険関係5団体として、総報酬制の一層の拡大に反対するなど「骨太方針2015」の策定に向けた意見書（資料26）をまとめた。6月30日に閣議決定された政府の「骨太方針2015」では、「介護納付金の総報酬制やその他の課題について検討を行う」と明記された。

平成28年度診療報酬改定に向けては、健保連など医療保険者関係6団体が27年11月18日、塩崎恭久厚労相にマイナス改定を求める要請書（資料27）を提出した。28年度政府予算編成における改定率は、財務、厚労両相の折衝で診療報酬本体+0.49%（内科+0.56%、歯科+0.61%、調剤+0.17%）、薬価・医療材料▲1.33%とし、全体で▲0.84%となった。白川副会長は改定率の決定を受け見解（資料28）を発表した。

〈資料22〉

医療提供体制改革に関する要請

（健康保険組合連合会白川修二副会長・専務理事・全国健康保険協会小林剛理事長より厚生労働省二川一男医政局長あて 平成27年5月7日）
先般、地域医療構想策定ガイドラインが取りまとめられたことを受け、都道府県は、医療計画の一部として将来目指すべき姿を示す地域医療構想の策定を開始することとなりました。

地域医療構想の策定や実行にあたっては、都道府県医療審議会や保険者協議会からの意見聴取や新たに設置される地域医療構想調整会議への参画など保険者も重要な場面に関与することとなります。

地域医療構想の策定に向けて、保険者が役割を十分に発揮できるよ

う、今後、都道府県知事あてに発出される通知等では、都道府県が以下の対応を図ることが示されるよう要請いたします。

○地域医療構想の策定に当たっては、現状維持を前提とするのではなく、将来のあるべき姿について議論をすること

○地域医療構想調整会議の参加者の選定については、ガイドラインに示されているよう公平性・公正性に留意すること

○各地域医療構想調整会議の参加者については幅広い関係者の参加を求めることとし、保険者委員については複数名とした上で、被用者保険の代表として、原則、健保組合、協会けんぽの各1名を参画させること

○地域医療構想策定段階において、既存の会議体を活用する場合も同様の措置を講ずること

○地域医療構想策定のために収集されたデータおよび医療需要や医療供給などの推計について速やかに保険者協議会にも提示すること

○医療計画（地域医療構想含む）に関する保険者協議会の意見に対しては、明確な回答を文書にて行うこと

○全ての都道府県医療審議会に保険者代表が委員として参画できるように参画機会を拡大することと併せ、委員構成の是正を行うこと

また、厚生労働省におかれては、医療法施行令を改正し、医療保険者が都道府県医療審議会の委員として例示されるようご配慮をお願いいたします。

より実効性のある地域医療構想を策定するには、こうした対応を図った上で、医療提供者、保険者、学識経験者および医療受療者など立場を異とする関係者が連携を図りつつ、議論を重ねることの意義を鑑み、お取り語りいただきますようお願いいたします。

〈資料23〉

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に対する附帯決議（抜粋）

（参議院厚生労働委員会 平成27年5月26日）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

二、高齢者医療制度及び被用者保険について

1 高齢者の医療費の増加等に伴い、現役世代の負担が大きくなっていく中で、持続可能な医療保険制度の確立に向けて、更なる医療保険制度改革を促進するとともに、負担の公平性等の観点から高齢者医療制度に関する検討を行うこと。

2 前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金については、今後高齢化の一層の進展が見込まれていることを踏まえ、現役世代の拠出金負担が過大とならないよう、本法に規定された拠出金負担が特に重い保険者に対する拠出金負担軽減措置を講ずるとともに、将来にわたって高齢者医療運営円滑化等補助金の財源を確保するよう努めること。

3 後期高齢者支援金の総報酬割の拡大に当たっては、被用者保険の保険財政への影響の評価及び検証を行うとともに、被用者保険の保険者及び被保険者に十分な説明を行い、その理解と納得を得るよう努めること。

〈資料24〉

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の概要

（平成27年5月27日成立）

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に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

○国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化（27年度から約1,700億円、29年度以降は毎年約3,400億円）

○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

○被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施（現行：1/3総報酬割→27年度：1/2総報酬割→28年度：2/3総報酬割→29年度：全面総報酬割）

3. 負担の公平化等

① 入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ（現行：1食260円→28年度：1食360円→30年度：1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない）

② 特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする（紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入）

③ 健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ（121万円から139万円に）

4. その他

① 協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16・4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる

② 被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し（被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないよう、調整補助金を増額）

③ 医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
・都道府県が地域医療構想と整合的な目標（医療費の水準、医療の効率的な提供の推進）を計画の中に設定

・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加

④ 患者申出療養を創設（患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み）

【施行期日】

平成30年4月1日（4①は公布の日（平成27年5月29日）、2は公布の日及び平成29年4月1日、3及び4②～④は平成28年4月1日）

27年・医療保険制度改革関連法の概要

1. 国民健康保険の安定化	
30年度～	国保の財政運営主体を都道府県に移行
2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入	
27年度～	総報酬割を2分の1に拡大
28年度～	〃 3分の2に拡大
29年度～	全面総報酬割の実施 ・前期高齢者にかかる後期支援金に前期高齢者の加入率調整を導入
3. 被用者保険者への支援	
27年度～	高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充（29年度600億円）※予算措置
29年度～	前期納付金の負担軽減措置を拡大、拡大分の2分の1に国費を投入（29年度100億円）
4. 協会けんぽの国庫補助率見直し	
27年度～	給付費に対する国庫補助率16・4%への引き上げを実質恒久化準備金残高にもとづく国庫補助減額の特例措置を導入
5. 入院時食事療養費等の見直し	
28年度～	一般所得者の食事負担額を360円に引き上げ
30年度～	460円に引き上げ
6. 健康保険の標準報酬月額上限、保険料率上限の引き上げ	
28年度～	標準報酬月額の上限を139万円に、標準賞与の年間上限を573万円に引き上げ 一般保険料率の上限を1,000分の130に引き上げ

7.	紹介状なしの大病院受診の定額負担導入
28年度	特定機能病院などに選定療養による定額負担の徴収を義務化
8.	国保組合の国庫補助率の見直し
28年度	所得水準の高い国保組合の国庫補助率を5年かけて段階的に引き下げ
9.	医療費適正化計画の見直し
28年度	都道府県が医療計画に医療費の水準などの目標を設定、計画期間を5年から6年に変更
10.	患者申出療養の創設
28年度	患者の申出にもとづき高度の医療技術を用いた療養を保険外併用療養の支給対象とする
11.	傷病手当金・出産手当金の支給額の見直し
28年度	支給額の算定に用いる標準報酬月額を直近1年間の平均に見直す
12.	特例退職被保険者制度の見直し
28年度	規約に定める標準報酬月額等の2分の1上限を撤廃
13.	支払基金の業務範囲拡大
28年度	正常分娩の出産育児一時金の支払業務、番号制度関連業務の保険者からの受託を可能とする

法改正事項の施行期日 1は30年4月1日、2は27年5月29日（2分の1、3分の2総報酬制）および29年4月1日（全面総報酬制）、3は29年4月1日、4は27年5月29日、5～13は28年4月1日

〈資料25〉

医療保険制度改革関連法の成立にあたって（大塚陸教会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成27年5月27日）
 本日、参院本会議において、「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改正法」（医療保険制度改革関連法）が可決され、成立した。ここに至るまでの関係者の尽力には改めて敬意を表

するとともに、改革の趣旨に則した適切な施行を要望する。

同法には、拠出金負担の重い健保組合などへの国費による負担軽減策の創設など評価できる部分も含まれているが、その中心は国保の財政基盤強化策に偏り、医療保険制度全体の持続可能性を確保するという大局的な視点から見れば、不十分な点もあり決して満足できる内容とはいえない。特に、被用者保険関係5団体の強い反対にもかかわらず、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。

その一方で、国会会の法案審議を通じて、党派を超えて、過重な拠出金負担に苦しむ健保組合の実情や健保連の主張に対する理解の深まりを認識することができた。この結果、衆参両院の厚生労働委員会では附帯決議が採択され、健保連の主張に沿った項目も数多く含まれることとなった。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ものと評価するところである。

同法は成立し、改革が進められることとなるが、医療費の適正化対策や高齢者医療制度の負担構造改革等、医療保険制度には多くの課題が残されたままである。

政府におかれては、国会審議や附帯決議の内容を尊重し、その実現を図るとともに、真に医療保険制度の持続可能性を追求するために、抜本的改革を断行するよう強く要望する。

〈資料26〉

「骨太方針2015」の策定に向けた被用者保険関係5団体の意見

（健康保険組合連合会・全国健康保険協会・日本経済団体連合会・日本商工会議所・日本労働組合総連合会 平成27年6月5日）
 現在、政府は、財政健全化計画を含む骨太方針の策定に向けた議論を進めている。そのなかで、社会保障費の抑制、とりわけ医療、介護にかかる費用の適正化・効率化等の必要性が強く打ち出されている。

被用者保険関係5団体は、現状、以下のような共通する問題意識を持つており、今後、政府におかれては、適切な方向性を導き出されることを強く要望する。

○ 持続可能な制度を構築していくためにも、医療、介護の費用の適正化・効率化に取り組むことは不可欠である。後発医薬品のさらなる使用促進に向けた実効性ある取り組みを一層推進するとともに、医療・介護のICT化等による検査や投薬等の無駄の排除、不正請求の一扫、医療の標準化・診療報酬の包括化の推進、医療提供体制の効率化、医療費や要介護認定率の地域差の是正、医薬品や医療機器の保険適用等にかかわる費用対効果評価の導入等についても検討すべきである。また、改革を進めるなかで、公平性の観点から、高齢者を一律に弱者と捉えることなく、負担能力に着目した患者や介護サービス利用者の負担のあり方についても検討する必要がある。

○ 今般の法改正により、後期高齢者支援金の全面総報酬割が導入されたが、それによって生じた国庫補助削減分は、国民健康保険の財政対策に活用され、被用者保険が国の財政責任を「肩代わり」させられることとなった。このうえさらに、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。今後も増大していく現役世代の拠出金を抑制するための施策を構ずるよう求める。

○ なお、政府内には、負担能力に応じた公平な負担を実現するために、被用者保険を統合すべきといった指摘も一部にあるようだが、これは保険者機能の低下を招き、結果として医療費、ひいては国全体の負担を拡大させるものである。今後とも、設立の歴史的経緯や役割を踏まえ、制度の持続可能性を高める観点から、個々の保険者が、事業主との協力のもと、それぞれの職域の連帯を基礎に、保険者機能を発揮できる制度体系を維持すべきである。

〈資料27〉

平成28年度診療報酬改定に関する要請

(健康保険組合連合会大塚陸毅会長・国民健康保険中央会柴田雅人理事
長・全国健康保険協会小林剛理事長・全日本海員組合森田保己組合長・
日本経済団体連合会榊原定征会長・日本労働組合総連合会神津里季生会
長より塩崎恭久厚生労働大臣あて 平成27年11月18日)

平成28年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり医療保険者関係団体の意見をまとめましたので、改定率及び改定の基本方針の策定に適切に反映されるよう、強く要請いたします。

記

わが国は、急速な高齢化の進展に伴い、医療費は増加の一途を辿り、25年度にはついに国民医療費が40兆円を超えました。今後、一段と高齢化が加速する中にあるのは、さらなる増加は避けられない状況にあります。

国内経済は、足もとでは緩やかな回復基調が続いているものの、政府の掲げる強い経済の実現には未だ道半ばです。医療費を含めた国民の社会保障費負担の増加を抑制しなければ、労働者の手取賃金の伸びが抑えられ、消費の下押し要因となるほか、企業においても事業コストの増大に直結することから、国内外からの投資が減退し、経済成長が大きく鈍化するのではないかと懸念されます。

医療保険者の財政は、保険料収入の伸びを上回る医療費の伸びに加え、高齢者医療制度に対する支援金・納付金の増大などにより深刻な状況に陥っています。被用者保険では、20年度の現行制度創設以降、大幅な保険料率の引き上げを余儀なくされ、被保険者に重い負担を求めるところで、財政危機をしのいでいますが、今後さらなる引き上げも懸念されます。また、国民健康保険においても、依然として財政状況は窮迫しており、今次法改正により財政運営主体等の見直しとともに消費税財源を用いて財政支援の拡大措置がとられたところです。

このような背景から、政府はいわゆる「骨太方針2015」において、社会保障料を含む国民の負担増は極力抑制するとの方向性の中で

「社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引き上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめること」を目指すこととして
います。

一方、先日公表された医療経済実態調査結果では、一部の病院の経営状況にやや悪化の傾向は見られるものの、医療機関等の経営は全体としてはおおむね堅調に推移していると考えられます。足もとで賃金・物価に改善傾向が見られるとしても、長年に亘り賃金・物価の伸びを上回る診療報酬改定が行われてきていることを考慮すれば、次期改定において患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬の引き上げを行うことは、到底、国民の理解と納得が得られないものと考えます。

このため、28年度改定において診療報酬はマイナス改定とすべきです。

併せて、26年度改定と同様に薬価・特定保険医療材料改定分（引き下げ分）を診療報酬本体に充当せず、国民に還元する必要があります。

28年度改定にあたっては、急性期をはじめ患者の状態像に応じた適切な評価を行うほか、医薬品等への費用対効果評価の導入、いわゆる「かかりつけ薬剤師」の機能の發揮などによる残薬解消、調剤報酬の適正化や多剤投与の是正、新たな目標を踏まえた後発医薬品の使用促進など、全体として医療費の適正化を図っていくことを基本方針とすべきです。

また、前回改定において重点的に取り組んだ入院および外来医療の機能分化・連携の推進、長期入院の適正化、主治医機能の強化などの効果を検証し、さらに促進するための施策を講じるべきです。

28年度の診療報酬改定が、国民皆保険制度の持続性の確保と人口・疾病構造の変化に対応した医療提供体制の構築を指向したものとなることを期待します。

〈資料28〉

平成28年度診療報酬の改定について

（健康保険組合連合会白川修二副会長・専務理事 平成27年12月21日）

28年度政府予算案の大臣折衝後、診療報酬を全体で0・84%引き下げることが公表されました。

健保連としては、経団連、連合、協会けんぽ等とともに行った11月18日の塩崎厚労相への要請や、12月2日の中医協に提出した支払側委員7名の連名による改定に関する意見書を通じて、「医療保険者の財政は保険料収入の伸びを上回る医療費の伸びに加え、高齢者医療制度に対する支学金・納付金の増大などにより深刻な状況に陥っている。一方、医療機関等の経営は全体としては中期的なおおむね堅調に推移していることや長年にわたり賃金・物価の伸びを上回る診療報酬改定が行われてきていることなどを踏まえると、診療報酬の引き上げを行うことは国民の理解と納得が得られず、28年度診療報酬改定はマイナス改定とすべき。併せて、薬価等改定分は診療報酬本体に充当することなく、国民に還元すべきである。」と主張してきたところです。

しかしながら、結果として、診療報酬本体が0・49%の引き上げとなり、また、薬価等改定分（マイナス1・33%）の取扱いについて、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、残念というほかありません。

今後は中医協の場において、一般病床や外来医療における機能分化と連携、在宅医療の充実、調剤報酬の適正化や政府における新たな目標値を踏まえた後発医薬品の使用促進などを中心に議論が進められることになりませんが、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していく所存です。

IV 平成28年度（2016年度）

平成28年4月14日に熊本地震が発生し、甚大な被害をもたらした。健保連と全国健康保険協会は4月28日、被災者支援として療費の一部負担金を徴収猶予、減免した保険者に対して財政支援等を講じるよう塩崎恭久厚生労働相宛てに共同の緊急要望書（資料29）を提出した。

安倍晋三首相は6月1日、平成29年4月まで1年半延期してきた消費税率10%への引き上げを平成31年10月まで、さらに2年半再延期する方針を示した。これを受け健保連は、7月7日の常任理事会で、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項目を柱とする「今後の主張について」（資料30）をまとめ、主張の骨格をあらためて整理した。

社会保障審議会・医療保険部会、介護保険部会は平成27年末に策定された経済・財政再生計画改革工程表の検討項目を中心に議論した。

医療保険関係は、平成28年末までの検討課題とされた、▽入院時の居住費負担、▽かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担、▽高額療養費制度の見直し、▽金融資産を考慮した負担の仕組み―などを議論した。

介護保険部会では、平成29年通常国会への法案提出を視野に、被用者保険間での介護納付金の総報酬割導入などが主要論点となった。同部会の委員として参画した健保連の佐野雅宏副会長は、▽介護納付金の総報酬割導入は、制度創設時の理念を逸脱する、▽平成29年度からの後期高齢者支援金の全面総報酬割に続く現役世代への過大かつ急激な負担であり、受益を伴わない一方的な負担増となる―などと指摘し、断固反対を表明した。

こうした医療保険部会や介護保険部会などでの議論、さらに与党内の調整を経て、財務、厚労両相は12月19日、医療保険・介護保険制度改革案の内容を含む平成29年度政府予算編成の重要事項を折衝・合意した（資料32）。

これを受け、健保連は12月26日、大塚陸毅会長のコメント（資料34）を発表した。「制度の持続可能性に対する危機感に欠けた不十分な内容」と指摘し、介護納付金の総報酬割導入の方針には強く反対する考えを強調した。

政府は平成29年2月7日、介護納付金の総報酬割導入などを柱とする「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」を閣議決定し、同年通常国会に提出した。

医療費の動向については、一部の抗がん剤など高額な医薬品が医療費全体を押し上げている実態が明らかになり、平成28年度には対応策が大きな政策課題となった。こうしたなか、政府は12月20日、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」（資料33）を関係4閣僚（内閣官房長官、経済財政政策担当相、財務相、厚労相）でまとめた。

健保連は10月17日、「医療提供体制の諸課題に関する健保連の考え方」（資料31）をまとめた。都道府県が2025（令和7）年の必要病床数を見込む地域医療構想を平成28年度中に策定することを受け、構想が反映される第7次医療計画（平成30～令和5年度）をはじめ、第7期介護保険事業計画（平成30～令和2年度）など関連する計画が平成30年度からスタートする状況を見据え、効率的・効果的な医療提供体制を構築するための対策を整理した。

〈資料29〉

平成28年熊本地震の地震対策に関する緊急要望書

(健康保険組合連合会白川修二副会長・全国健康保険協会小林剛理事長)

より塩崎恭久厚生労働大臣あて 平成28年4月28日

今般の平成28年熊本地震の被災者のために、現在、政府のもとで懸命な救済対策が実施されているところです。あらためて関係者の尽力に敬意を表するとともに、被用者保険(健康保険組合、全国健康保険協会管掌健康保険、船員保険)においても、政府の取り組みに可能な限り協力していく所存であります。

しかしながら、各保険者においては、厳しい財政状況の中、更なる財政負担が生じることが見込まれます。被災者の継続的な支援と各保険者の安定運営を確保するため、政府におかれましては、下記のとおり、特別な財政支援を講じていただきますよう強く要望します。

記

すでに、住宅の全半壊又はこれに類する被災を受けた方には、医療機関に一部負担金等を支払わずに受診でき、各保険者の判断の下、一部負担金等の徴収猶予、減免等の措置を実施しております。

被災者の支援のために、こうした一部負担金等の特例措置を行った保険者に対しては、その影響額に見合った財政支援を講じていただきますようお願いいたします。

あわせて、震災による一時的な賃金の低下(保険料収入の減少)、各保険者の事務所や施設等の損害など、各保険者における影響を把握したうえで、適切な財政支援を検討していただくこともお願いいたします。

〈資料30〉

今後の主張について(消費税率引き上げ再延期方針を受けて)

(健康保険組合連合会 平成28年7月7日)

社会保障の充実・安定化のため、平成29年4月に消費税率を8%から10%へ引き上げることが決まっていたが、平成28年6月1日、安倍首相は、この実施時期について、31年10月まで2年半、「再延期」する方針

を表明した(6月2日、骨太方針を閣議決定)。健保連はこれまで、29年4月の消費税率10%への引き上げにあわせて、高齢者医療制度への公費拡充を実現するよう求めてきたが、現在の状況を踏まえ、今後、以下の事項に重点を置いて主張していくこととする。

(1) 高齢者医療の負担構造改革の実現

・国民皆保険を維持するためには、現役世代の負担軽減の観点からの改革が必要。そのために、高齢者医療への公費拡充を実現すべき(後期高齢者への公費負担47%を50%へ拡充。前期高齢者の調整方法の見直しや特別負担調整の国費100億円の拡充等)。

・あわせて、高齢者にも応分の負担を求める改革を施行すべき(高額療養費の自己負担限度額、外来特例、保険料軽減措置、保険料負担割合、患者負担割合等の見直し)。

(2) 医療費適正化対策の推進

・制度の持続可能性を高めるため、改革工程表の検討項目にとどまらず、さらなる施策を検討し、実行すべき(医療費適正化計画、地域差是正、入院時の居住費負担、受診や医薬品使用等の適正化、後発医薬品、市販品類似薬、生活習慣病薬、高額医薬品、終末期医療等)。

(3) 健保組合に対する財政支援の継続、拡充

・拠出金の負担軽減措置(高齢者医療運営円滑化等補助金)の拡充とともに、短時間労働者の適用拡大にともなう負担増に対する財政支援の拡充が必要。

(4) 介護保険制度の見直し

・同制度においても、持続可能性を高めるため、介護給付費の適正化、給付の重点化等を通じて、保険料負担を軽減することが必要。
・介護納付金の総報酬割については、制度創設時の理念に反するとともに、国庫補助の肩代わりによって現役世代の負担をさらに高めるものであり、断固として反対。

医療提供体制の諸課題に関する健保連の考え方

(健康保険組合連合会 平成28年10月17日)

1. はじめに

わが国では、急速な高齢化の進展や医療の高度化により、2025年に向けて全体の医療費が増大していく一方、財政面で下支えている現役世代は少子化により減少傾向にある。このため、国民皆保険制度の持続性を担保しつつ、国民が将来にわたって良質な医療を受けられるようにするには、効率的・効果的な医療提供体制への再構築と医療費の適正化を同時並行で計画的に進めていかなければならない。

これまで健保連は、「これからの医療提供体制と健保組合の役割（提言）」（2007年6月）、「医療提供体制に関する健保連の見解」（2013年7月）において、患者中心の効率的・効果的な医療提供体制を構築すべきと訴え、関係審議会などでも主張し続けているが、その実現は未だ道半ばである。

国は、社会保障・税一体改革に基づく措置として、いわゆる医療介護総合確保推進法を公布・施行した。同法には、各都道府県の医療計画の実効性を高める観点から、医療機能毎の将来の必要病床数を定める地域医療構想の策定、構想の実現に向けた財政支援としての地域医療介護総合確保基金の設置などが盛り込まれた。

また、医療提供体制の見直しにおける保険者の役割が法律上、明確化されたのも大きな特徴であり、こうした中で2017年度には、2018～2023年を1期とする第7次医療計画のとりまとめ作業が各都道府県で開始される。2018年度は第7期介護保険事業計画の開始期でもあり、診療報酬・介護報酬の同時改定も予定されているため、関係審議会においては2018年度まで一体的な検討が必要となり、地域における将来の医療介護の過不足ない確保に向けて極めて重要なものとなる。

このため、前回の見解以降の動向変化や現下の状況を踏まえ、医療提供体制の諸課題に関する健保連の現時点の考え方について、以下のとお

り整理した。

2. 効率的・効果的な医療提供体制の構築

(1) 医療の機能分化、連携

○病床の機能分化、連携

現在の入院医療は、状態の早期安定に向けた医療の提供を中心とする急性期病床の割合が高く、将来の不足が見込まれている高齢者などの生活復帰を支援する回復期病床等は不足している。また、在宅医療や介護の受入体制も十分でないため、居宅や施設で療養可能な患者もやむを得ず医療機関に長期入院するという状態も解消されていない。

こうした現況の下、患者が高度急性期から急性期、回復期、慢性期に至るまで状態に合った病床や、居宅、施設で適切な医療・介護を切れ目なく受けられるようにするためには、各都道府県において2025年以降の人口動向も見据え、病床機能の分化、連携の推進ならびに在宅医療・介護の体制整備について、地域医療構想を含む医療計画に沿って、PDCAサイクルの中で進捗管理しながら計画的に進めていかなければならない。

○外来医療の機能分化、連携

高齢期を迎えても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるには、医療、介護、生活支援、介護予防が日常生活圏内で包括的に提供される地域包括ケアシステムの構築も急務である。その推進にあたって健保連は、当該圏内において、特定の診療科に偏ることなく、どのような疾患・症状を抱える患者に対しても継続的・一元的な診療や服薬管理・指導が可能で、状態に応じ適宜適切に高機能医療機関を紹介することができる「総合診療医」の早期養成・普及を求めてきた。

国は、これまで新たな専門医制度における専門医の1つとして「総合診療専門医」を作り、2017年度からの養成開始に向けた準備を進めており、健保連としても評価しているが、正式な養成開始は1年先送りされ、2018年度から開始される見通しとなっ

た。

この「総合診療専門医」の養成・普及には相当の時間を要するが、高齢化の進展は待ったなしである。したがって、「総合診療専門医」が各地域に普及するまでの間は、現在、診療報酬上で定義されている「主治医」や「かかりつけ薬剤師」の機能強化を図ること、高齢患者の増加に対応すべきである。

○在宅医療・介護体制の整備

国の「高齢者の健康に関する意識調査」では、治る見込みがない病気になる場合、最期を迎えたい場所として、5割強が「自宅」を希望しており、医療機関や介護施設を上回っている。一方、実態として、医療機関以外の場所における死亡は近年微増傾向にあるが、依然として医療機関での死亡が8割近くを占めている。

このような状況下にあつて、患者が自宅や介護施設等において快適で安心できる療養生活を送れるようにするためには、都道府県が地域医療構想を含む医療計画などにおいて、将来需要も適切に見込んだ上で質の確保された在宅医療・介護サービスの確保に向けた課題を抽出し、課題解消に向けた施策を実施する必要がある。さらに、患者の状態急変時ならびに看取りの対応力向上に資する目標も設定し、介護保険の実施主体である市町村との連携の下で計画的に進捗管理していく必要がある。

現在、社会保障審議会の「療養病床の在り方等に関する特別部会」では、2018年3月末の廃止が法律上決まっている介護療養病床と、医療法による看護配置の緩和措置が同月末に切れる25対1医療療養病床の移行先として、「医療機能を内包した施設」「医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設型」の2つの施設類型の制度化に向けた検討が進んでいる。これらの施設・人員配置の基準については、快適で安心できる療養環境が確保され、医療の必要度は比較的低いさまざまな状態の高齢患者等に適切な医療・介護を提供でき、かつ状態急変時や看取り対応も行えるものとすべきであり、その上で円滑な転換を着実に進める必要がある。

○医療・介護人材の確保

各地域で必要となる医療機能を担う人材の確保はもちろん、在宅患者を支える介護人材の確保も重要な課題である。

既に策定された地域医療構想では、今後の需要増が見込まれる在宅医療を担う医師の確保・養成、在宅医療・介護の連携にあたる人材育成などが課題として挙げられている。これらの医療機能を担う医師など医療従事者の確保が急務となるが、医師の確保に向けては、地域医療構想を踏まえ、都道府県が地域における医療機能毎の医師必要数も推計し、その上で、医療計画に当該医師の確保に関する目標値と施策を設定すべきである。

また、医師に関しては以前から指摘されている地域偏在・診療科偏在の対策が講じられなければならない。

厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会」は、医師偏在対策について年内のとりまとめを目指すとしている。わが国では、診療所は自由に開業することができ、診療科についても自由に標榜できるが、これが医師の地域偏在・診療科偏在の一因との指摘がある。このため、医師の自由開業・自由標榜の見直しを含め、一定の規制的手法による偏在対策についても検討し、解消に向けた方向性を打ち出すべきである。

なお、在宅医療・介護人材の確保に関しては、前述の課題の解消とともに医療計画ならびに介護保険事業計画の双方で整合性のある数値目標と施策を設定し、PDCAサイクルの中で進捗管理しながら一体的に進めていく必要がある。

○地域医療介護総合確保基金の活用

地域医療介護総合確保基金は、病床の機能分化・連携、在宅医療の推進、介護施設等の整備、医療・介護従事者の確保に活用できる。

具体的な使途としては、例えば病床機能の転換であれば、全国的な過剰が指摘されている急性期病床から不足が見込まれる回復期病床への転換に活用すること等が挙げられるが、このような好事例を

収集し、都道府県間で共有できるような対応を国が継続して実施すべきである。

また、基金については、事後評価が重要である。都道府県は前年度の使用実績を評価し、その結果を基金対象事業の実施計画等を定める次年度の都道府県計画に反映させるとともに、「医療機能別の病床数」「在宅復帰した患者の割合」などの数値目標も同計画に盛り込み、効果的に活用することが求められる。

(2) 地域医療構想

○構想の策定、実現

地域医療構想に定める将来の必要病床数については、目指すべき目標であるとの認識を関係者間で共有し、構想上に明確化すべきである。その実現に向けては、将来的に過剰が予想される病床から不足の見込まれる病床への転換、療養病床の地域間格差の解消や在宅医療・介護の体制整備が大きな課題となるが、医療従事者や保険者などによる協議を経て、具体的な工程表に基づきPDCAサイクルの中で進捗管理することが求められる。

都道府県において必要病床数の不足が見込まれる場合でも、構想区域の中には病床が過剰となるところもあると考えられることから、まずは隣県を含め近隣の構想区域との連携により不足する病床機能をカバーすることができないかについて、十分な検討がなされるべきである。また、患者負担や保険料を過重なものとしないうという視点も忘れてはならないため、病床の増床に関しては2025年以降の人口動向や今後の交通網の整備なども見据え、慎重に判断すべきである。

さらに、地域医療構想の実現に向けては、前述の基金の活用だけでなく、病床の機能や患者像に合った適切な診療報酬の設定による後押しも重要となる。2016年度中には、構想の策定が全都道府県で完了するため、2018年度の診療報酬改定に向け中医協などの関係審議会では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能の分化・連携、在宅医療の推進等に資する診療報酬体系・評価に整

理すべきである。

加えて、関係者間の協議や自主的な取り組みに委ねるだけでは機能分化・連携が進まないなどの場合にあっては、医療法の改正により強化された都道府県知事の権限が適切に行使されることを期待する。

○構想の精度の向上

地域医療構想は、医療計画に反映した後、次期医療計画まで見直さなくてよい性質のものではない。将来推計人口の見直し、診療報酬や介護報酬の改定など、特に医療・介護需要への影響が大きい制度改正が行なわれた場合等には随時構想の見直しを検討し、目標としての精度を向上させる必要がある。

現在、必要病床数算出の前提値や計算式は、「地域医療構想策定ガイドライン」に定められているが、都道府県の実態によっては過剰に推計されてしまう懸念があることから、国は定期的に推計の前提値を更新するとともに計算式の妥当性について検証すべきである。特に病床稼働率については、都道府県の判断で実態に基づく値も使えるよう運用上のルールの明確化を求める。

また、必要病床数の比較対象となっている病床機能報告の精度も向上させる必要がある。医療機関が病棟機能を選択する際の基準について、特定集中治療室を持つ病棟は高度急性期を選択するなど一定程度は明確化されたが、病床機能報告でも地域医療構想のように4機能について医療資源投入量に基づく分類（選択）基準を検討すべきである。

○地域住民に対する周知等

地域医療構想に関しては、医療提供体制への住民の理解や適切な医療機関の選択・受療の促進につながるよう、その内容の分かりやすい周知が求められている。

そのためには、都道府県単位または構想区域単位において、各医療機関が高度急性期、急性期、回復期、慢性期のうち主にどの医療機能を担っているか、さらには、医療機関毎のがん診療、救急医

療、産科医療、小児医療、在宅医療への対応状況や、それらの診療実績が分かりやすく示された地図やグラフなどを都道府県のホームページに掲載するほか、冊子として配布するなどの取り組みが必要である。

また、限りある医療資源を効率的に利用する必要性を理解してもらうためには、医療保険制度全体の財政状況や現役世代の負担の現状を併せて周知することも重要であり、このような広報に関しては都道府県や他保険者との連携の下で、健康保険組合も積極的に展開していく必要がある。

(3) 第7次医療計画、第3期医療費適正化計画

○過不足ない医療提供体制の確保

今後、都道府県が国の示す指針に沿って策定していく第7次医療計画では、がん診療、救急医療などのいわゆる5疾病・5事業ならびに入院医療や在宅医療の提供体制について、患者の流出入の実態や今後の交通網の整備、さらに地域医療構想の必要病床数も踏まえた数値目標を設定し、その上で達成に向けて進捗管理することにより、地域で必要な医療が過不足なく確保されなければならない。なお、数値目標の妥当性については、定期的に検証することが重要である。

また、在宅医療に関しては、自宅や介護保険施設等における在宅医療と介護の分担・連携を地域においてどのように推進するかという課題もあることから、介護保険事業計画と整合ある計画となるよう留意すべきである。

○基準病床数と必要病床数の関係整理等

地域医療構想では、将来の医療需要に応じた2025年の必要病床数を定めることとなっており、一方、医療計画における基準病床数は、現時点で必要とされる病床数を定めるものだが、第7次医療計画の期間は2018～23年であり、地域医療構想の目標年度と2年しか差がない。このため、あるべき医療提供体制の整備を阻害しないよう基準病床数の考え方を整理する必要がある。

また、既存の病床数が基準病床数を超過しているものの、2025年の必要病床数は不足が見込まれる都市部の課題が指摘されているが、このような都市部を有する都道府県では、既に述べたように、まずは、構想区域間または都道府県間の連携により不足する医療機能をカバーすることができないかについて、十分な検討が行われるべきである。病床の増床に関しては、高齢化の進展など医療需要の動向についての定期的な検証結果や2025年以降の人口動向も視野に入れ、慎重に判断すべきである。

○医療機器等の医療資源のあり方

わが国では、高額な医療機器であるCT・MRIの台数が諸外国と比べて多いことが以前より指摘されており、そうした中で、人口あたりのCT・MRIの台数が多いと患者数も多くなる傾向にあるほか、CT・MRIの台数が多い地域では患者数が少なく、効率的に利用されていない可能性も示唆されている。

限りある医療資源の効率的・効果的な利用を推し進めるためには、CT・MRIをはじめとした高額な医療機器についても、将来の必要台数を踏まえた適正配置が地域で検討されるべきであり、医療計画に適正配置の数値目標を定めた上で管理すべきである。

また、患者が必要な検査を受けられる体制を確保する観点から、CT・MRIなど高額医療機器の共同利用の推進も重要である。

○第3期医療費適正化計画

2018～2023年までを1期とする第3期医療費適正化計画では、各都道府県が地域医療構想と整合ある医療費目標の設定をはじめ、後発医薬品の数量シェア80%以上、重複投薬の是正など医薬品の適正使用等についても数値目標化する方針が国から示されたが、当該目標の達成に向けては都道府県における定期的な評価が重要であり、評価結果についてはその後の取り組みに反映する必要がある。

さらに、今後、国は後発医薬品の使用促進や重複・多剤投薬などに関して、ナショナルデータベース（NDB）の分析から地域差を

可視化し、都道府県の分析作業の参考データとして提供するとしている。

健康保険組合においても、後発医薬品の使用ならびに投薬状況に関するレポート分析の結果を踏まえたアプローチを通じて加入者の行動変容を促していくべきであり、こうした取り組みから得られた情報の関係者間での共有も求められる。

(4) 医療提供体制の見直しにおける保険者の参画

医療計画・地域医療構想を取りまとめる都道府県の医療審議会に、被用者保険の代表委員が参画していない場合がある。改正医療法などにより、医療提供体制の見直しにおける保険者の役割が明確化された趣旨に沿って、医療審議会にも被用者保険の代表委員を参画させるべきである。

しかし、医療審議会の委員について規定している医療法施行令には、「医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者」の中から任命するとあるだけで、保険者委員に関する記述がない。したがって同施行例を改正し、医療審議会の委員として保険者を明示すべきであるが、差し当たり、委員構成がバランスあるものとなるよう、国から都道府県への働きかけを求める。

地域医療構想調整会議に関しても、医療法において、「診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者」により構成すると定められたものの、被用者保険の代表委員が参画していない事例がみられる。原則、被用者保険の代表者が調整会議の構成員となるよう、国が改善を促すべきである。

また、都道府県が医療計画を策定・変更する際は、あらかじめ保険者協議会の意見を聴かなければならないなど、法改正により、保険者協議会の機能が強化された。

このことにより保険者協議会は、健康保険組合、全国健康保険協会、国民健康保険等の保険者間の相互連携の下、地域医療構想を含む医療計画案に関し、効率的・効果的な医療提供体制を構築するという方針を共有した上で意見を発信する責務を果たさなければならない。

なお、都道府県に対しては、保険者協議会が提出した意見への文書による回答の提示を求める。

〔資料32〕

大臣折衝事項（抜粋）

（平成28年12月19日）

1. 平成29年度社会保障関係費

平成29年度の社会保障関係費の伸びは、2. の「改革工程表」等に沿った医療・介護制度改革の着実な実行、協会けんぽの超過準備金分の国庫補助特例減額等により、平成28年度比+5、000億円程度とする。

2. 「改革工程表」等に沿った医療・介護制度改革の着実な実行

平成27年12月21日の財務大臣・厚生労働大臣合意において、社会保障制度改革について「経済・財政再生計画改革工程表」に沿って着実に実行するとされていること及びその後の関係審議会等における検討の結果を踏まえ、別紙のとおり、結論の得られた医療・介護制度改革を着実に実行するとともに、引き続き検討が必要な事項等についてできるだけ早期に議論を進めていく。

（平成29年度国費▲1,080億円程度）

〈内訳〉

- ・高額療養費の見直し 国費▲220億円程度
- ・後期高齢者の保険料軽減特例の見直し 国費▲190億円程度
- ・入院時の光熱水費の見直し 国費▲20億円程度
- ・高額薬剤（オプジーボ）の薬価引下げ 国費▲200億円程度
- ・高額介護サービス費の見直し 国費▲10億円程度
- ・介護納付金の総報酬割の導入 国費▲440億円程度

3. 社会保障の充実等

- (2) 国民健康保険への財政支援については、医療保険制度改革骨子（平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定）の考え方に沿って国保改革を着実に実施していくため、平成32年度に消費税収

(国分)が満年度化することも踏まえ、後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴い生じる国費を含めた社会保障の充実財源の中で、下記の通り対応すること。

① 国保改革(都道府県単位化)が施行される平成30年度及び平成31年度において、予算措置に加え、財政安定化基金の一部を活用することにより、保険者努力支援制度等の実施のために必要となる約1,700億円を確保すること。

② このため、平成29年度予算においては、都道府県が保険料の激変緩和を目的として市町村に資金を交付するための約300億円及び上記①による活用も念頭に置いた約500億円を別途財政安定化基金の積立てに措置すること。

③ 上記②による積立て分を除く財政安定化基金については、平成29年度はこれまでの積立分と合わせて1,700億円規模を確保し、平成32年度末までに必要な積み増しを行い、2,000億円規模を確保すること。

(3) 以上の措置を含め、社会保障・税一体改革の一環として行う社会保障の充実については、1兆8,390億円を措置すること。

その財源については、消費税増収分と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果を活用して確保すること。

別紙

〈医療制度改革〉

(1) 高額療養費制度の見直し

① 現役並み所得者

— 外来上限特例の上限額を44,400円から57,600円に引き上げる。【平成29年8月施行】

— 外来上限特例を撤廃した上で、所得区分を下記の通り細分化して負担上限額を引き上げる。【平成30年8月施行】
年収約1,160万円、
252,600円+(医療費1842,000円)×1% (14

0,100円)

年収約770〳1,160万円

167,400円+(医療費1558,000円)×1% (93,000円)

年収約370〳770万円

80,100円+(医療費1267,000円)×1% (44,400円)

(注)◇内は多数回該当の場合
② 一般所得

— 負担上限額を44,400円から57,600円に引き上げ、多数回該当(44,400円)を設ける。【平成29年8月施行】

— 外来上限特例の上限額について12,000円から14,000円に引き上げ、あわせて、144,000円の年間上限を設ける。

【平成29年8月施行】

・ 外来上限特例の上限額について14,000円から18,000円に引き上げる。【平成30年8月施行】

(2) 高額医療・高額介護合算療養費制度の見直し

— 現役並み所得区分の負担上限額について、下記の通り細分化したうえで上限額を引上げる。【平成30年8月施行】

・ 年収約1,160万円、 212万円

・ 年収約770〳1,160万円 141万円

・ 年収約370〳770万円 67万円(据え置き)

(3) 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

— 所得割の軽減特例及び元被扶養者に対する軽減特例について、下記の通り段階的に本則に戻す。なお、均等割の軽減特例の見直しは、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施する。また、元被扶養者に対する所得割については、賦課開始時期を引き続き検討する。

・ 所得割の軽減特例を2割軽減、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を7割軽減とする。【平成29年4月施行】

- ・ 所得割の軽減特例を廃止し、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を5割軽減とする。【平成30年4月施行】
 - ・ 元被扶養者に対する均等割の軽減特例を廃止する。【平成31年4月施行】
- (4) 入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直し
- 65歳以上の医療療養病床に入院する患者（医療区分Ⅰ）に係る光熱水費相当額について、日額320円から370円に引き上げる。【平成29年10月施行】
 - 65歳以上の医療療養病床に入院する患者（医療区分ⅡⅢ）について、光熱水費相当額として平成29年10月から日額200円、平成30年4月から日額370円の負担を求める。（難病患者を除く）
- (5) 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方
- マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組みを踏まえつつ、引き続き医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。【平成30年度末まで】
- (6) かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担
- かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、関係審議会等において具体的な検討を進め、結論を得る。【平成29年末まで】
 - かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。【平成30年度末まで】
- (7) 市販品類似薬に係る保険給付の見直し
- 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から引き続き関係審議会等において検討
- (8) 高額薬剤への対応
- オプジーボについて、市場が大幅に拡大した状況を踏まえ、薬価を50%引き下げる。【平成29年2月施行】
- 〈介護制度改革〉
- (1) 高額介護サービス費制度の見直し
- 一般区分の月額上限を37,200円から44,400円に引き上げる。【平成29年8月施行】
- (2) 1割負担の被保険者のみの世帯については、平成32年7月末までの時限措置として、446,400円（37,200円×12）の年間上限を設定する。
- (3) 介護保険における利用者負担割合の見直し
- 所得水準が現役世代並みと認められる個人について、利用者負担割合を3割に引き上げる。【平成30年8月施行】
- (4) 介護納付金の総報酬割の導入
- 被用者保険における介護納付金について、現行の加入者割から総報酬割へ段階的に移行する。【平成29年度から段階施行※（平成29年度・平成30年度1／2導入、平成31年度3／4導入、平成32年度全面導入）】
 - ※平成29年8月分の介護納付金から適用（平成29年度分については介護納付金のうちの8／12について導入）
 - 平成31年度末までの時限措置として、総報酬割の導入による負担の増加が特に大きい保険者に対する支援策（年度ごとに被保険者一人当たりの介護納付金の額に上限を設け、その超過分を全ての被用者保険者間で加入者割により再按分して負担※）を導入する。
 - ※各年度の予算で定める範囲内（平成29年度は国費90億円程度）で、一定の被用者保険者に対し、再按分による負担の増加分の全部又は一部を国庫補助
- (4) 生活援助サービスその他の給付の見直し
- 生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和及びそれ

に応じた報酬の設定を行う。【平成30年度介護報酬改定】

― 通所介護などその他の給付の適正化を検討する。【平成30年度介護報酬改定】

― 軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行について、介護予防訪問介護等の移行状況等を踏まえつつ、引き続き検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。【平成31年度末まで】

(5) 福祉用具貸与の見直し

― 国が商品ごとに全国平均貸与価格を公表する。【平成30年10月施行】

― 福祉用具貸与業者に対し、貸与商品の全国平均貸与価格と当該福祉用具貸与業者における貸与価格の両方の利用者への説明及び機能や価格帯の異なる複数の商品の提示を義務付ける。【平成30年10月施行（複数の商品の提示の義務付けは平成30年4月施行）】

― 商品ごとに「全国平均貸与価格＋1標準偏差」を貸与価格の上限として設定する。【平成30年10月施行】

(6) 保険者機能の強化

― 保険者による自立支援、重度化防止等に向けた取組を推進するための財政的インセンティブの付与の在り方について、要介護状態の維持・改善の度合い、年齢調整後の一人当たりの介護給付費の水準等の具体的かつ客観的な成果指標を活用することも含め、平成30年度予算編成過程で検討する。【平成30年4月施行】

〈資料33〉

薬価制度の抜本改革に向けた基本方針

(平成28年12月20日)

昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場しているが、こうした医薬品に対して、現在の薬価制度は柔軟に対応できておらず、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されている。

「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民

が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、薬価制度の抜本改革に向け、PDCAを重視しつつ、以下のとおり取り組むものとする。

1. 薬価制度の抜本改革

(1) 保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。

(2) 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。

そのため、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目（注）について薬価改定を行う。

（注）具体的内容について、来年中に結論を得る。

また、薬価調査に関し、調査結果の正確性や調査手法等について検証し、それらを踏まえて薬価調査自体の見直しを検討し来年中に結論を得る。

(3) 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直すこととし、これとあわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入すること等により、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る。

なお、費用対効果評価を本格的に導入するため、専門的知見を踏まえるとともに、第三者的視点に立った組織・体制をはじめとするその実施のあり方を検討し、来年中に結論を得る。

2. 改革とあわせた今後の取組み

(1) 薬価算定方式の正確性・透明性を徹底する。具体的には、製薬企業にとって機密性の高い情報に配慮しつつ、薬価算定の根拠の明確化や薬価算定プロセスの透明性向上について検討し、結論を得る。また、特に高額医薬品等について、制度の差異を踏まえつつ外国価格をより

正確に把握するなど、外国価格調整の方法の改善を検討し、結論を得る。

(2) 薬価制度の改革により影響を受ける関係者の経営実態についても機動的に把握し、その結果を踏まえ、必要に応じて対応を検討し、結論を得る。

(3) 我が国の製薬産業について、長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造に転換するため、革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充を検討するとともに、ベンチャー企業への支援、後発医薬品企業の市場での競争促進を検討し、結論を得る。

(4) 安定的な医薬品流通が確保されるよう、経営実態に配慮しつつ、流通の効率化を進めるとともに、流通改善の推進、市場環境に伴う収益構造への適切な対処を進める。特に、適切な価格形成を促進するため、単品単価契約の推進と早期妥結の促進について効果的な施策を検討し、結論を得る。

(5) 評価の確立した新たな医療技術について、費用対効果を踏まえつつ国民に迅速に提供するための方策の在り方について検討し、結論を得る。

〈資料34〉

医療保険・介護保険制度改革案の決定にあたって（大塚陸毅 会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成28年12月26日）

政府は22日、平成29年度予算案を閣議決定した。これにあわせて、医療・介護を含む社会保障制度全般にわたる改革案が固まったが、今回の政府案は、少子高齢化が進むなかで、制度の持続可能性に対する危機感に欠けた不十分な内容と言わざるを得ない。

われわれは、現役世代の過重な拠出金負担を軽減するため、高齢者医療費の負担構造の改革を早期に実行すべきと訴えてきた。あわせて、高齢者にも応分の負担を求める改革や給付の適正化・重点化を求めてきた

が、政府案は、医療、介護ともに自己負担の見直しなど、一定の前進が見られるものの、改革内容は踏み込み不足であり、世代間の公平性・納得性および将来の安心が確保される改革とはなっていない。

その一方で、多くの反対意見があったにもかかわらず、29年度からの介護納付金の総報酬割の段階的導入が盛り込まれ、健保組合等の負担増が際立つこととなった。介護納付金の総報酬割は、第2号被保険者（40歳以上64歳以下）共通のルールとして加入者割を選択した制度創設時の理念に反するものである。応能負担の名のもと、国の財政対策のために協会けんぽの国庫補助を削減し、その財源を健保組合等の介護保険料に肩代わりさせることが狙いであり、すでに実施されている後期高齢者支援金の総報酬割と同じ手法である。特に、29年度は後期高齢者支援金の全面総報酬割、短時間労働者の適用拡大の満年度化など新たな負担増要因が重なる中で、同時に実施することにも大きな抵抗があることから、引き続き導入には強く反対する。政府の要請にこたえ賃上げが行われたとしても、社会保険料上昇により国民の実感が薄まったのでは、アベノミクスの成長戦略とは相容れないのではないか。来年の通常国会ではこれらの問題点を踏まえ、慎重な法案審議がなされることを望む。

政府においては、2025年を睨んだ社会保障制度全体の将来展望を描き、現役世代が真に安心・納得できる医療保険・介護保険制度改革を実現するよう強く要望する。

V 平成29年度（2017年度）

介護納付金の総報酬割導入を含む「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が平成29年5月26日、参院本会議で可決、成立した（資料35）。これまで健保連は介護納付金の総報酬割導入に強く反対してきたが、改正法の成立により、後期高齢者支援金の全面総報酬移行と重なる29年度から実施されることとなった。これを受けて健保連は5月29日、介護納付金の総報酬割導入に抗議する大塚陸毅会長のコメント（資料36）を発表した。

健保連は、団塊の世代すべてが後期高齢者となり高齢者医療費の増大が予測される2025年に焦点を当て、義務的経費に占める拠出金割合の上限を50%とするなど高齢者医療制度の見直しを中心とする提言「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」（資料38）をまとめ、9月25日に発表した。

医療保険制度改革をめぐっては、社会保障審議会・医療保険部会で引き続き経済・財政再生計画改革工程表の検討課題を中心に議論が続けた。健保連の白川修二副会長は、「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」をもとに主張を展開した。

同部会が12月21日にまとめた「議論の整理」では、改革工程表で平成30年度までに結論を得るとされた、▽外来時の定額負担、▽後期高齢者の窓口負担、▽薬剤自己負担、▽金融資産等の保有状況を考慮した負担のあり方は引き続きの検討課題とした。

審査支払機関改革などデータヘルス改革について、厚労省と社会保険診療報酬支払基金は7月4日、審査業務の効率化や審査手数料の設定の見直し、組織・体制の見直しなど支払基金改革の方向性を示す「支払基金業務効率化・高度化計画」（資料37）を策

定した。この内容を踏まえ、支払基金改革を柱のひとつとする「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案」は平成31年の通常国会に提出された。

平成30年度予算編成に向けては、診療報酬と介護報酬の同時改定が焦点となった。診療報酬改定について、健保連など医療保険者関係6団体が平成29年11月22日、加藤勝信厚労相にマイナス改定を求める要請書（資料39）を提出した。予算編成をめぐる財務、厚労両相の折衝で診療報酬改定率は診療報酬本体+0・55%（医科+0・63%、歯科+0・69%、調剤+0・19%）、薬価・医療材料▲1・74%とし全体で▲1・19%となった。介護報酬改定率は、+0・54%となった。健保連は12月19日、診療報酬と介護報酬の改定率の決定を受けて白川副会長の見解（資料40）を発表した。

〈資料35〉 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

（平成29年5月26日成立）

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスが必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設

・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

(その他)

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

- ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設
- ※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化

・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40〜64歳の保険料）について、被用者保険間では「総報酬割」（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（II 5は平成29年8月分の介護納付金から適用、II 4は平成30年8月1日施行）

〔資料36〕

介護保険法等改正法の成立にあたって（大塚陸毅会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成29年5月29日）
5月26日の参院本会議において介護納付金の総報酬割導入を盛り込んだ「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部改正法」が可決され、成立した。

健保連は、介護保険制度の持続性を高める観点から、介護給付費の重点化・適正化を求めるとともに、介護納付金の総報酬割導入に断固反対してきたが、政府案通りに成立したことは強い憤りを覚える。

介護納付金の総報酬割導入は、制度創設時の理念に反するだけでなく、国の財政対策のために協会けんぽの国庫補助削減の財源を健保組合等の介護保険料に肩代わりさせるものにはかならない。我々をはじめとする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。

改正法には3年間の負担軽減策も盛り込まれたが、全面総報酬割による健保組合の負担増はおよそ1,100億円にのぼり、負担増は年々拡大していく。健保組合財政は増高する高齢者医療への拠出金負担によって危機的状況に陥っており、これ以上の負担増は解散リスクを一層高め、健保組合の存続自体を揺るがす事態になりかねない。健保組合の解散は、協会けんぽへの移管を通じて逆に国庫負担を増やすこととなるという事実を直視すべきであろう。

一方、国会の法案審議のなかでは、与野党を問わず総報酬割により

大幅な負担増となる健保組合を憂慮する意見も多く聞かれた。審議のなかで指摘されたように、負担が急増する保険者への負担軽減策の継続・拡充や、将来的な制度の見直しについても、引き続き検討するよう、強く求めたい。

将来に亘り安定した社会保障制度を構築するためにも、政府は、安易に現役世代や企業の負担ばかりに頼るのではなく、国民が真に安心・納得できる制度改革を實行すべきである。取れるところから取るという安易な手法を再び繰り返しては、将来に禍根を残すということを認識すべきである。

〈資料37〉 支払基金業務効率化・高度化計画

(厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金 平成29年7月4日)

1. 計画の基本的な考え方

団塊の世代が75歳を迎える2025年を控え、我が国の医療は、その質と医療保険制度の持続可能性の両面に特段の配慮が求められている。このことは医療保険制度において、被用者保険の保険者の委託を受けて審査支払を担う社会保険診療報酬支払基金(以下「支払基金」という。)においても同様である。患者本位の良質な医療を提供する観点から、適切に審査を行うという原点に立ち返って、業務の在り方を根本から見直し、徹底した効率化、高度化をすべきである。

本年1月12日に「データヘルズ時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」報告書(以下「報告書」という。)がとりまとめられた。当該報告書では、規制改革推進会議(旧「規制改革会議」)の指摘も踏まえた審査支払機関の業務効率化や組織の見直し並びに、ビッグデータとICTを最大限活用して医療全体の発展に資する役割を新たに担うことが言及されたが、これらを真摯に受け止め、支払基金の改革については厚生労働省としても責任を持って監督していく。また、昨年6月に支払基金はICTを最大限活用した簡素、効率、高品質、公平・公正、透明な審査支払プロセスを見直すための具体的な提案を公表したが、主体

的な改革を進めるために、その実現についても果敢に取り組みこととする。

今後、本「支払基金業務効率化・高度化計画」(以下「計画」という。)に示す改革が実現すれば、公的医療保険制度の加入者である国民にとつて、異なる症状を持つ患者に最善の医療を提供する際の審査基準の統一化により全国どこでも質が維持され、統一された医療が受けられる。加えて、支払基金の委託者である保険者の審査手数料等について、支払基金の業務効率化、高度化によるコスト削減等を通じた保険料など国民の負担軽減につながる。また、保険者にとつては審査手数料等のコスト削減に止まらず、レセプト審査の充実も見込まれる。医療機関等にとつても、レセプト請求前に自らチェックできる仕組み等の導入など、レセプト請求の利便性が格段に向上することが見込まれる。こうした改革の結果、レセプトの受付から支払までを短期化することができ、保険者の円滑な資金繰りも確保できれば、高額療養費の償還払や医療機関等への支払の早期化も可能である。さらに、「審査委員会」の「審査」にボランティア的に貢献してきた地域の医師等(審査委員数は現在約4、500人)の審査に要する時間(審査委員1人あたり月に約12時間)等を、これまで以上に地域医療活動や患者、住民との対話などの業務に振り向けることが可能となる。

現在、支払基金の業務運営や審査委員会の運営に必要な経費などに支払基金は年間約800億円を要しているが、こうした改革により、かかる運営経費の一層の削減を図り、国民へ還元することを目指すこととする。

そこで、今般、改革の具体的な取組みを「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」(以下「計画・工程表」という。)としてとりまとめた。実施時期も含めた内容を公表する以上は、それが計画通りに着実に実施され、目に見える成果を上げることが当然に求められる。

今後、支払基金は、本部のガバナンスを強化しつつ以下の三つの観点から、計画・工程表に盛り込まれた各取組みを着実に進める。

第一は、ICTの活用に関する考え方の根本の見直しである。これま

でのコンピュータチェックは、あくまで審査委員による審査の前捌きとして行われてきたが、この考え方を180度転換する。今後は医療機関等の請求段階から統一したコンピュータチェックを中心に据え、それに対応しきれないレセプトについては、支払基金が雇用する医師・看護師等の医療専門職等を中心とした職員による対応とし、残る重点審査分に限って審査委員の医学的知見を基に対応することとする。すなわち、請求、審査、支払という業務プロセスの全行程を徹底的に見直し、可能な業務については、すべてコンピュータ処理に置き換えることとする。

第二は、職員の業務体制や支部の在り方等の現体制の全面的見直しである。本来「医療の質の向上」と「経済合理性の実現」のために発揮されるべき保険者機能の一部を保険者に代わって行う支払基金の審査支払業務の効率化、高度化を具現化する中で、現行の業務体制の確実かつ大幅な見直しを行う。これにより今後は、支部も含めた業務体制の徹底したスリム化と最適化を着実に進める。また、AI等の技術革新の活用や、今後、医師・看護師などの医療専門職等の職員をより多く採用し、十分活用して審査の質を向上させていくことを基本とする。

第三は、今後、支払基金が保有するビッグデータの利活用に関して「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に相応しい職員を育成するなどの人材の高度化を図り、医療の質の向上に向けたビッグデータの利活用を促進する。

なお、審査支払の効率化、高度化のための見直しを進めるに当たっては、被用者保険以外の医療保険を取り扱っている国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会（以下、「国保中央会等」という。）についても、同時並行的に支払基金における改革と整合的かつ連携して取組みを進める。また、保健医療データプラットフォームが本格稼働する2020年度（平成32年度）以降、順次具体化を図るとともに、国保中央会等の次期システム刷新時（2024年度（平成36年度））には支払基金と国保中央会等の双方の審査支払業務が整合的かつ効率的に機能することを実現する。これにより、審査関連システムの運用費用を、大幅なコスト削減を目指す。審査支払のシステムの見直しに当たっては、報告書の

以下の記載内容も踏まえ、支払基金と国保中央会等で情報連携を行い、進める。

審査支払機関の審査業務の効率化・審査基準の統一化を検討するに当たっては、支払基金と国保連による改革を一体的に進める必要があり、支払基金については、システム刷新の時期が差し迫っていることや規制改革会議において明示的に指摘を受けていること等も踏まえ、改革の取組みを加速させていく。一方、国保連による改革についても、支払基金との審査基準の統一化も含め、検討し取り組んでいく。

2. 業務の効率化、高度化に向けた具体的な取組

○ 今般、国民皆保険の下での支払基金による審査業務の効率化、高度化として、支払基金の審査プロセスについては、ICTの活用や専門性向上等により、審査委員や職員の業務の負担軽減を行い、データヘルズ時代にふさわしく、「医療の質の向上」と「経済合理性の実現」に繋がるような抜本的な改革を行っていくこととする。

○ まず過去の実績等から、医学的判断であっても、既に判断が定着しているレセプトについてはコンピュータチェック及び直接雇用する医師・看護師等の医療専門職等を中心とした職員段階でのチェックにより審査を完結し、審査の段階化を進める。コンピュータチェックについては後述するように、審査基準（告示・通知等）を明確化するとともに、審査支払システムの刷新を行い、ICTやAI等を活用することによりシステム刷新後2年以内にはレセプト全体の9割程度をコンピュータチェックで完結することを目指す。また、職員のチェックにおいては、その専門性を高めるために本部で統一的な研修を充実させることや、直接雇用する医療専門職等を活用し、レセプト全体の1割程度を職員のチェックで完結させることを目指す。

○ また、審査委員会においては医学的判断が定着していないレセプト審査に重点化し、極小化することにより、審査委員の負担軽減と

ともに、審査業務の効率化と質の向上を図る。その際、在宅勤務なども含め、柔軟な勤務形態や万全な情報管理の下で、ICTによる審査環境の整備等を行うことにより、支部のレセプトを本部等に集約して審査を可能とする。また、審査委員会の中立性をより強化するために利益相反の禁止ルールの厳格化、明文化等を行う。将来的には審査委員会にかけられるレセプトは重点審査分に限り、レセプト全体の1%以下を目指す（韓国HIRAでは既に0.001%程度^{（注）}を達成）。

（注）過去に韓国HIRAへインタビューした際の情報を元に概算したものの。

（目指す審査プロセスのイメージ）

- (1) 医療機関等における事前チェック
- (2) 徹底的なコンピュータチェック【2022年度（平成34年度）までに9割程度の審査の完結を目指す（韓国HIRAでは既に全体の約9割をコンピュータで完結）】
- (3) 直接雇用する医療専門職等を含めた職員によるチェック【2022年度（平成34年度）までに1割程度の審査の完結を目指す】
- (4) 審査委員会による審査【ここまで必要となる審査は1%以下となることを目指す】

2-1. 審査支払新システムの構築等

(1) 審査支払新システムの構築

○ 支払基金は、現行の審査支払業務プロセス全体の棚卸しを速やかに実施するとともに、最新の専門的知見を踏まえたシステムにより、審査の全国的ばらつきを解消するために有効なガバナンスを確立し、審査支払業務のあるべき姿を実現する。支払基金の新システムは、受付・審査・支払のそれぞれの業務単位での「モジュール化」^{（注1）}や、支部署務サーバの本部への一元化^{（注2）}を基本とし、稼働後も、業務内容の変化に応じて、エビデンスに依拠した追加的な対応を柔軟に行うことができる、スケーラブルなシステムとする。【2020年度（平成32年度）に実施】

（注1）現行システムは、受付から審査、支払まで一体的に構成。モジュール化により、必要な機能拡張を行う際、システム全体の改修ではなく、業務単位で、柔軟な対応が可能となる。

（注2）現行システムでは、センターサーバに加え、各支部に業務サーバを設置。業務サーバの本部への一元化により、業務量の変化に応じて、事務処理体制をより柔軟に見直すことができる環境となる。

○ 大量の個人情報扱っていることを踏まえ、新システムに先立ち、現行の審査支払システムにおけるセキュリティ対策の強化を速やかに実施する。また、昨今多発する、標的型攻撃等の様々な攻撃に対して、機械学習等を用いること等によりコストの低減に配慮しつつ、セキュリティ監視の強化を徹底する。【現行システムにおける対応は、2017年度（平成29年度）早期に実施】

○ また、審査の充実や質を向上させるとともに、費用低減を促進するため、AI等の導入・活用により審査を支援する仕組みを順次、導入・推進する。

○ 新システム構築は、府省横断的にITシステムの企画立案に関与する政府CIO等と連携しながら進めるとともに、支払基金に、適宜、本分野に精通した複数の専門家からの助言を継続的に受けることができる仕組みを設ける。【2017年度（平成29年度）から実施】

(2) 審査手数料の設定の在り方の見直し

○ 審査手数料の設定の在り方を見直し、審査手数料を段階化し、現行システムでもコンピュータチェックで審査を完結できるレセプト（判断が明らかなレセプト）については、他のレセプトとは別途の審査手数料を設定する。

○ 現行システムでもコンピュータチェックで審査を完結できるレセプトの導入については、システム刷新を待たずに先行実施を検討する。

2-2. 審査業務の効率化

(3) コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等

○ 今後、コンピュータチェック段階で判別しやすいう、定性的な記載項目については、電子レセプト上で医療機関等が選択できる方式の導入を進める。【2020年度（平成32年度）のシステム刷新時に実施。可能なものは先行実施】

○ また、厚生労働省においてコンピュータチェックに適したレセプト形式への見直しを行うとともに、傷病名について、引き続き国際的な規格への準拠を進める。

○ 医療判断の基となる検査等の動画等を含むエビデンスデータ等の添付などが選択的に可能となる柔軟な仕組みを導入する。

(4) コンピュータチェックルールの公開

○ 支払基金において、コンピュータチェックルールの公開基準を策定し、順次公開を進める。【2017年度（平成29年度）中に基準を策定】

(注) ルール公開の一連の取組は、適正な請求レセプトの増加につなげる趣旨を踏まえ、保険者や医療機関等への事前の説明とともに、公開後の審査結果への影響を定期的に検証するなど、適切な手続きの下で実施する。

(5) 返戻査定理由の明確化

○ 返戻再請求・再審査請求を減少させるため、返戻査定理由を記載する対象レセプトの拡大及び記載内容の充実を図る。【2017年度（平成29年度）から実施】

(6) 請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組みの導入

○ 医療機関等からオンラインで請求されるレセプトのうち、記載の不備など受け付けても明らかに返戻につながるものは、現行ASPを拡充し、支払基金が受け付ける前に速やかに医療機関等へ戻す。または、公開されたコンピュータチェックルールを用いて医療機関等において事前にコンピュータチェックが行える仕組みを導入することにより、誤請求等の減少を図る。その際、医療機関等の情報システムとの連携等も検討し、その結果を踏まえ順次推進する。【ASPの拡充については2020年度（平成32年度）（システム刷新

時）に実施し、システム刷新を待たずに、先行実施も検討】

(注) ASP（アプリケーション・サービス・プロバイダ）とは、一般的にアプリケーションを提供する事業者のサーバに利用者が接続し、サーバ上のアプリケーションを利用できる仕組みのこと。

2-3. 支部門差異の解消

(7) 既存のコンピュータチェックルールの見直し

○ 審査の質の向上を図りつつ、審査結果の見える化により、コンピュータチェックルールの明確化・統一化やコンピュータにより貼付される付せん数の大幅な減少を目指す。

① 本部で設定しているコンピュータチェックルールの見直し

○ 支払基金の高額医薬品等に注意付せんが付くコンピュータチェックルールについては、効果が限定的と見込まれることから、一旦、試行的に中止する。2017年度（平成29年度）中に効果を検証の上、注意付せんの廃止、または、本部のコンピュータチェックルールへの取り込みを行う。【2017年度（平成29年度）に実施】

○ 現行システムにおいても審査基準が統一化できるものはコンピュータチェック段階で審査を完結できるようにすることから、それらについては付せん貼付を減少させる。【整理できたものから2020年度（平成32年度）のシステム刷新時を待たずに先行実施】

② 各支部で設定しているコンピュータチェックルールの見直し

○ 支払基金の各支部で設定しているコンピュータチェックルールについては、国民皆保険の原点を改めて踏まえ、本部でその内容を精査の上、合理性が認められないコンピュータチェックルールは廃止する。

○ 具体的には、各支部における設定事例を分析・類型化するなどし、見える化を行った上で、本部において今後の取扱いに係る基準を策定し、順次、見直しを進める。【2017年度（平成29年度）に基準を策定】

○ 各支部で設定されているコンピュータチェックルールについて、上記の取扱い基準に基づき、本部チェックへの移行、廃止、または、存置とするかを決定し、支部内の全医療機関等に共通設定されている条件（全医設定ルール）は、本部チェックに集約する。

(8) 統一的なコンピュータチェックルールの設定

○ 厚生労働省において、現行の診療報酬点数に係る審査基準（告示・通知等）をより明確化するとともに、医療機関等のICTに組み込めるように基準並びにシステムを標準化する。

○ 明確化し、標準化された審査基準は、支払基金において、最新のICT技術を活用したコンピュータチェック機能に取り込む。

○ なお残る支部間の差異についても、最新のICT技術を活用し、多面的な把握・分析による見える化を行うことにより解消を図り、審査基準の明確化、統一化を促進する。また、審査対象となるレポートに添付される情報について、審査支払業務を効率化する観点から、レポートの原本データを関係者がやりとりするのではなく、関係者が原本データを参照するシステム構築を検討する。

○ また、支払基金において、最新の知見をベースに、全国の各診療行為やコメント、症状詳記等の過去の審査データの分析から、査定内容の一定の規則性、パターン等を特定することや、統計分析^注を用いて、統一的・客観的なコンピュータチェックルールを大幅に増やし、コンピュータチェックで審査を完結させることが可能な事例を拡大する。また、今後、費用対効果を十分考慮しつつ、最新技術を用いて一連のコンピュータチェックの高度化に関する実証を進める。【統一的・客観的なチェックルールの設定については、2017年度（平成29年度）から着手し、整理できたものから2020年度（平成32年度（システム刷新時））を待たずに先行実施】

(注) 例えば、医薬品の投与量に関し、標準偏差等の概念を用いて、概ね全国的に妥当と判断している標準的な投与量を把握する等

審査基準の統一化

○ 審査基準の統一化は、「コンピュータチェックの段階」、「医療専門職等を含む職員によるチェックの段階」及び「審査委員会による審査の段階」のいずれにおいても取り組む。

○ 具体的には、「コンピュータチェックの段階」における対応として、支部で設定されているコンピュータチェックルールの見直し（上記(7)②参照）とともに、これまでの審査事例を分析し、審査結果が一定の幅の範囲内に収まるもの等については、その範囲を基準とする統一的なコンピュータチェックの導入を進める。【2017年度（平成29年度）から基準の検討に着手し、整理できたものから2020年度（平成32年度）のシステム刷新を待たずに先行実施】

○ 「医療専門職等を含む職員によるチェックの段階」における対応として、医学的判断であっても既に定着しているレポートについて、医療専門職等の知見を活用し、コンピュータチェックに組み込めるものについてはコンピュータチェックへの導入を進める。

○ また、「審査委員会による審査の段階」における対応として、支払基金の「審査の一般的な取扱い」の公表を一層促進するとともに、本部の中立した視点を持って再審査に関与する仕組み（下記(13)②参照）を導入する。【2017年度（平成29年度）から実施。再審査に係る新たな仕組みは、2020年度（平成32年度）のシステム刷新時に実施】

(10) 自動的なレポート機能の導入

○ 支払基金の新システムには、請求内容・審査内容の分析機能を抜本的に強化するため、審査内容等について自動的なレポート機能を搭載することにより、本部において審査結果の差異事例の徹底した見える化や、コンピュータチェックルールの機動的な見直しによる標準化・高度化を図る。

○ また、継続的に差異を解消し、新たな差異を見逃さないために、PDCAサイクルの仕組みを新システムに組み込む。この仕組みにより抽出された審査結果の差異事例等は、支払基金と厚生労働省で共有し、速やかに対策検討の対象とする。【2020年度（平

成32年度（システム刷新時）に実施】

2-4 審査委員会のガバナンス強化

(11) 審査委員会の在り方の見直し

○ 日本の診療報酬制度は、患者の個別性や医療の多様性を踏まえた患者本位の医療を提供できるように、審査基準は必ずしも明確とはなっておらず、審査には医学的判断が生じる。こうした医学的判断を要するレセプトの審査判断は、各審査委員会に委ねられている。

○ 今後は、支払基金の審査委員会のガバナンス強化や透明性、予見可能性の向上の観点から、業務効率化等の状況を踏まえつつ、以下の取組を行うとともに、今後の実施状況を踏まえ、さらなる取組を進める。

・ 専門医の少ない地域にあつては、特定の診療科のレセプトについて、ウェブ会議方式の活用などを開始し、本部も含め複数の都道府県単位での合同審査を推進する。【ウェブ会議方式の活用等について2018年度（平成30年度）に開始】

・ 在宅勤務なども含め柔軟な勤務形態や万全な情報管理の下で、ICTによる審査環境の整備等を行うことにより、支部のレセプトを本部等に集約して審査を可能とする。

・ 三者構成の審査委員会における重点審査の審査決定に関して、診療担当者代表と保険者代表の間で意見が相違する事案等が生じた際には、双方の意見を聞いた上で、中立な立場にある公益委員に判断を委ねる仕組みとする。【2018年度（平成30年度）に実施】

・ 中立な立場にある委員については、原則、公的医療機関等の勤務医等から選出することとする。

・ 保険者を代表する審査委員については、原則、公的医療機関等の勤務医等から選出することとする。また、医療保険・医学的知見に精通している者に限って非医療専門職である者の推薦を認めることとする。

審査委員の利益相反の禁止

(12)

○ 支払基金の審査委員の利益相反禁止に係る現行の運用上の取扱い（自らが関連する医療機関等は担当しない、審査を担当する医療機関等の定期的な変更など）は、支払基金の内規上で厳格化・明文化する。【利益相反禁止の厳格化・明文化は、2017年度（平成29年度）に実施】

(13) 本部審査の拡大等

① 本部特別審査委員会の対象レセプトの拡大

○ 支払基金は、現行の高額レセプトの対象基準（例えば、医科40万点以上）の引き下げ、及び、専門医が少ない診療科における専門性が高いレセプト（例えば、高度先進医療から移行した診療行為、移植・難病の治療等）を対象に含めることにより、本部で統一して審査を行うレセプトの対象を拡大する。【2018年度（平成30年度）から実施】

② 再審査の仕組みの改善

○ 再審査は原審査と異なる医師が行い、再審査に必ず本部の中立した視点を持って直接雇用された医師も関与する仕組みとする。再々審査について、本部としての意見を表明し、該当支部における審査決定に活かす方式を導入する。【2020年度（平成32年度（システム刷新時））に実施】

2-5 組織・体制の見直し

(14) 支部組織の見直し

○ 審査事務については、業務効率化に併せて集約化していくことを基本とする。

○ そのため、支払基金は現行業務の棚卸しを行いつつ、遠隔地での審査事務処理に伴う課題なども含め、審査事務の集約に伴う実際上の課題等を把握するため、システム刷新を待つことなく、モデル事業を行う支部において実証テストを実施する。実証テストの結果に基づき、課題等の整理を行った上で、新システムの稼働後に、数か所の支部から先行的に集約化を実施。その際、問題がなければ速やかに審査事務の一部支部への集約化を図る。【遅くとも2018年

度（平成30年度）までに実証テストを実施】

○ さらに、今般の新システムにおいては、業務効率化の状況に応じて、審査事務体制の効率性をより抜本的に見直していくことを可能とするため、まずはサーバを本部に一元化する。

(15) 業務棚卸し等による効率化の推進

○ 支払基金において、上記の取組のほか、引き続き、オンライン請求の促進を図るとともに、現行業務全体の棚卸しを踏まえ、事務職員による入力業務や点検業務のシステム対応や外部委託化などを徹底する。【2017年度（平成29年度）以降順次】

○ 新システムにおいて、レセプト受付処理の平準化により、審査支払業務の平準化が図られる仕組みを順次推進する。また、支払のスケジュールの柔軟化についても早急に検討する。

(16) 支払基金の人員体制のスリム化と高度化

○ 支払基金において、本計画に基づき、業務効率化を着実に進め、システム刷新等を踏まえた審査支払業務の品質向上及び効率化の状況を検証しつつ、遅くとも2024年度（平成36年度）末段階で、現行定員の20%程度（800人程度）の削減を計画的に進める。同時に、医療専門職等、IT等の専門人材の採用拡大等「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に相応しい人材の高度化を格段に図る。

○ 職員には育児期間中などで短時間勤務等を希望する女性医師の活用なども含め、直接雇用する常勤医師などの医療専門職等（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）に必要な研修を行った上で、その活用拡大を大幅かつ短時間勤務等の柔軟な働き方の選択肢を用意する形で図る。

3. 今後の対応

○ 業務効率化に向けた支払基金の各取組は、別添の工程表に沿って着実に進めることとし、厚生労働省が支払基金と緊密な連携の下で改革の進捗状況を常時フォローアップする。

○ 2018年（平成30年）通常国会において、厚生労働省は、社会保険診療報酬支払基金法等について「支払基金業務効率化・高度化

計画・工程表」及び「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画・工程表」の内容に沿った法整備を行う。

○ 今後、支払基金と国保中央会等は保険者の審査支払機能の代行機関として、国民皆保険の下、その機能の最適化、効率化の実現に常に努め、改革を実行していく必要がある。また、この改革を通じて国民負担の最小化と、全国どこでも質の高い、統一された医療の実現を目指していく。

○ 医療情報の集積である「レセプト」の審査において、独立した医師等の関与は必要不可欠である。このため、今後は、支払基金による審査は、支払基金に直接雇用される医師等の判断により完結させることを基本とし、判断に迷う場合やその判断について医療機関等や保険者が不服のある場合には、訴訟の前段階として行政的に「三者構成」の要素を合わせた新たな仕組みの構築などにより、「統一かつ透明なルールベースの保健医療」を実現する。

また、これにより、審査委員の負担を軽減し、これまで以上に地域の医師等の時間を地域医療活動や患者、住民との対話などの業務に注力することが可能になる。

○ これらを踏まえ、上記の改革については速やかに検討を開始し、審査機能の一元化、統一化を推進し、利益相反を防止する観点から、システム本格稼働時期までを目的としてドイツ等其他の先進国の仕組みも参考にしつつ再検証して以下の点について成案を得た上で、法改正を含めた必要な措置を講ずることとする。

- ・ 審査支払機関の法的な位置づけやガバナンス
- ・ 審査委員会の三者構成の役割と必要性
- ・ 各都道府県に設置されている審査委員会の役割と必要性
- ・ 保険者の審査支払機能の代行機関としての支払基金と国保中央会等の最も効率的な在り方
- ・ その他

2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について（抜粋）

（基本的な考え方）

（健康保険組合連合会 平成29年9月25日）

安心の国民皆保険制度を守りたい、守れるか・・・

1961年以来、半世紀を超えて受け継がれてきたわが国の国民皆保険制度は、世界でもっとも優れた制度である。誰もがいつでもどこでも安心して医療を受けることができ、それが現在の長寿社会の実現、健康寿命の延伸に大きく寄与している。この制度が私たちの生活に深く浸透したために、そのありがたみを実感しにくくなっているが、これは決して当たり前のことではない。国民皆保険制度を実現し、それを支え、守っていくために、これまでの国や医療提供者など関係者の努力もさることながら、貴重な保険料や税など多額の国民負担が投じられていることを忘れてはならない。

また、この間、人口の高齢化に加え、医療の高度化などにより、医療費全体が増加してきた。とくに、高齢者の医療費の増加が顕著であり、これを支える現役世代の負担があまりにも重く、今後さらに増加していくことが確実である。このままでは、国民皆保険制度を持続させていくことができなくなってしまう。

私たち健保組合は、自らの加入者のためだけでなく、国民皆保険制度をも支え、守ってきた。これから先、将来世代のためにも、そうありたいと願っている。しかし、本当に支えられるか、守ることができるか・・・。今般、健保連では、団塊の世代がすべて後期高齢者になる2025年度までの国民医療費および健保組合の財政等に関する将来推計を行い、その課題を明らかにするとともに、将来に向けての主張をまとめることにした。

I. 国民皆保険制度を守るために必要なこと

世界が経験したことがない少子・超高齢社会を迎えるなかで、安心の土台となる国民皆保険制度を将来世代につなげるためには、医療保険財

政の安定化が最重要課題である。2025年度に向けて、残された時間は少ない。医療費増高の抑制と高齢者医療費の負担構造改革を中心とした医療保険制度の抜本的改革を、これ以上先送りすることなく、断行すべきである。また、国をはじめ、皆保険制度に関係するすべての者には意識改革と従来にない努力が求められる。

〈国の責務〉●人口構造変化に対応した医療提供体制の整備、●各種の医療費適正化対策の取り組み、●将来にわたって国民が安心して、公平性、納得性の高い医療保険制度のビジョンの提示と改革の実行等

〈国民の心構え〉●国民1人ひとりが自分自身の問題として、国民皆保険制度の大切さを理解するとともに、これを持続させるための課題を正しく認識する、●医療費に関するコスト意識、貴重な保険料を大切に使う意識をもつ、●自らの健康維持とセルフメイケーションの努力、●適切な医療機関選択と適切な受診の努力等

〈保険者の務め〉●疾病予防、健康寿命延伸に向けた保健事業や医療費適正化への積極的な取り組み、●加入者に対する適切な受診等の働きかけ、●特定健診、特定保健指導、レセプト等のデータを活用したデータヘルスの推進、●がん検診など各種健診等の推進、●地域医療構想など効率的な医療提供体制の構築に向けた取り組みへの積極的な参画等

〈医療提供者の役割〉●患者本位の良質な医療の提供、●人口構造変化に対応した医療提供体制への変革、●医療保険制度の財政状況や持続可能性、増加する国民負担を意識した効率的な医療の提供・医療の地域間格差の是正等

上記の努力を通じて、無駄のない、より効率化された医療提供体制、医療保険制度を実現していかなければならない。加えて、2025年、あるいは、それ以降、将来にわたって国民皆保険制度を守っていくため

には、「高齢者＝支えられる側」ということではなく、健康で働く意欲のある高齢者には、積極的に「支える側」に加わっていただくことが重要となる。高齢になっても、社会との関係性を維持しつつ、生きがいをもって暮らしていただくことが「生涯現役社会」につながる。そのために、まずは、国民1人ひとりの意識改革や努力が必要となるが、健保組合をはじめとする医療保険者は、加入者とともに、その健康の維持・増進、健康寿命延伸を図り、健康で働くことができる高齢者が増えていくよう、保険者機能を発揮して「生涯現役社会」の実現を後押しすることができる。私たちの国民皆保険制度をみんなで守っていく。いま、その覚悟が求められている。

Ⅱ 健保組合・健保連の制度改革に向けた基本的な考え方

1. 将来にわたり、社会保険方式を維持すべきである。ただし、高齢者、現役世代ともに、税・保険料・自己負担のバランスおよび給付と負担のバランスのとれた、公平性、納得性が高い適切な組み合わせにしていくことが重要である。

2. 現役世代の制度については、職域は健保組合、協会けんぽ等が、地域は国民健康保険が担い、それぞれの加入者の特性やニーズに応じた保険者機能を発揮する現行の制度体系を維持すべきである。そのなかでも、自らの保険料収入をもとに、きめ細かな保健事業を展開し、加入者の健康寿命延伸に貢献できる健保組合の役割はとくに重要である。

3. 後期高齢者医療制度（*1）については、引き続き、後期高齢者の保険料、公費、現役世代の負担で支える制度を維持すべきである。ただし、後期高齢者の給付と負担のアンバランスを是正していくことが重要である。

*1 75歳以上を対象とする独立した制度。患者負担原則1割のほか、後期高齢者の保険料11%、現役世代の支援金42%、公費47%で賄う。

4. 前期高齢者の財政調整（*2）については、保険集団のなかで給付と負担の均衡が図られるべき保険制度の基本的な考え方に反するものであるが、高齢者の偏在を勘案すれば、一定程度はやむを得ないもの

と考える。ただし、負担する側の納得性を十分に担保することが必須である。現行の前期高齢者納付金のしくみはあまりに過剰な調整と言わざるを得ず、不合理な調整方法の見直し等により、必要最小限の調整にとどめるよう改めるべきである。そのうえで、2025年度に向けて、高齢化の進展や高齢者の就労状況、医療保険制度の加入状況等を踏まえ、そのあり方を改めて検討すべきである。

*2 国民健康保険に偏在する前期高齢者（65～74歳）の費用の一定部分を前期高齢者の加入者が少ない被用者保険が実質的に負担する。

5. 制度の持続可能性を高めるためには、医療費全体の適正化対策が不可欠である。なかでも、高齢者の医療費の適正化は、それを支える国民全体の負担軽減にもつながり、きわめて重要であり、超高齢社会に対応した適正化対策、制度改革を実施すべきである。

6. 国民健康保険には、多額の公費や被用者保険の負担による交付金が投入されている。国保の財政運営の都道府県単位への移行を機に、これまで以上に保険者機能を発揮するとともに、財政運営の適正化と被用者保険側の納得性を高めるよう制度改革を推進すべきである。

Ⅲ 課題と具体的な主張の骨格

1. 高齢者医療費の負担構造の改革

① 現役世代の負担に一定の歯止めを設ける
② 拠出金負担割合に50%の上限を設定し、上限を超える部分は全額国庫負担とすべき

・報酬水準が低い保険者の拠出金負担割合は48%を上限とすべき
・現行の「負担調整」と「特別負担調整」のしくみを拡充

(2) 後期高齢者医療費の公費負担は50%を確保すべき
・公費負担のない現役並み所得者の給付費も公費負担の対象にする

(3) 前期高齢者納付金は前期高齢者の費用だけに充てることとする
など、必要最小限の調整にとどめるべき

・国保の前期高齢者の会計を区分すべき。前期高齢者の保険料と公費を先に充当するしくみとすべき

② 高齢者にも応分の負担

(1) 後期高齢者の患者負担を段階的に2割とすべき

- ・ 2018年度までに70～74歳がすべて2割負担。75歳以降も2割負担を継続すべき

(2) 公的年金等控除等の年金課税のあり方を見直すべき

③ 必要な税財源の確保

(1) 国民が安心できる持続可能な医療保険制度に向けたビジョンを示すべき

(2) 消費税率の引き上げや税制の見直しにより必要な財源確保の長期見直しを示すべき

(3) 社会保障・税一体改革で決められている消費税率引き上げによる増収分の配分方法を改めて見直すべき

2. 医療費の伸びを抑制する

(1) 医療機能の分化・連携を推進すべき

- ・ 過剰な急性期病床の削減等、地域包括ケアシステムの早期構築
- ・ 総合診療専門医の育成

・ 保険者が加入者に対して適切な受診行動を啓発

・ 効率的・効果的な医療提供のための意識改革

(2) 医療の地域間格差を是正すべき

- ・ 医療費の地域間格差の半減
- ・ 情報公開、データ分析による見える化

(3) 終末期医療のあり方を見直すべき

- ・ 厚生労働省ガイドラインの周知
- ・ 事前に十分に合意形成できる体制の構築

・ 「生前の意思表示（リビング・ウィル）」のしくみの推進

・ 在宅や介護施設で看取りができる体制の構築

(4) 薬剤費の伸びを抑制すべき

- ・ 薬価制度の見直し
- ・ 薬局・薬剤師が本来の機能を発揮できる体制の構築（高齢者の多剤処方、重複投薬、残薬等の適正化）

・ 後発医薬品の更なる使用促進

(5) 保険給付範囲を見直すべき

- ・ 保険給付範囲の見直しの検討
- ・ 軽症用医薬品について給付から除外や償還率の変更
- ・ 診療報酬体系を見直すべき

(6) 薬価切り下げによる財源は国民に還元すべき

・ 診療報酬の簡素・合理化。包括払い方式の拡大

(7) その他適正化の推進について（療養費等）

(1) 療養費の適正化

(2) ICTを活用した医療の効率化

(8) 保健事業の推進について

(1) 健保組合の保健事業費の維持・拡大。生涯現役社会の実現の後押し

(2) 各種健診結果フォーマットの統一化

(3) 事業主との健診情報の共有

3. 健康な高齢者「支える側」を増やす

(1) 健康で働く意欲のある高齢者は「支えられる側」から「支える側」へ

(2) 医療保険者は保険者機能を発揮して「生涯現役社会」の後押しを

- ・ 医療保険者は前期高齢者を含む加入者への保健事業等や医療費適正化に積極的に取り組むべき

4. その他

退職者（被用者保険資格喪失者）に対する不合理な給付を見直すべき

(1) 任意継続被保険者の見直し

(2) 資格喪失後給付の見直し（傷病手当金、出産育児一時金、埋葬料）

平成30年度診療報酬改定に関する要請

(健康保険組合連合会大塚陸毅会長・国民健康保険中央会原勝則理事
長・全国健康保険協会安藤伸樹理事長・全日本海員組合森田保己組合
長・日本経済団体連合会榊原定征会長・日本労働組合総連合会神津里季
生会長より加藤勝信厚生労働大臣あて 平成29年11月22日)

平成30年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり医療保険者関係団
体の意見をまとめましたので、改定率及び改定の基本方針の策定に適切
に反映されるよう、強く要請いたします。

記

わが国の国民医療費は、高齢化の進展に伴い急激に増加し続け、27年
度には42兆円を超えました。また、団塊の世代が75歳以上となる37年度
(2025年)にあつては、約61兆円(27年6月19日厚生労働省保険局
総務課資料「医療保険制度改革について」に達するとの推計もあるな
ど、今後さらなる増加は避けられない状況にあります。

国内経済は、緩やかな回復基調にあるものの、デフレ脱却・経済再生
を達成するほどの力強い成長には至っておりません。

このような状況のなかで、医療費を含めた社会保障費の増大は、保険
料負担の増加を通じて、企業と個人の経済活動の足枷ともなり、結果と
して経済成長が大きく鈍化することが懸念されます。

医療保険者の財政は、今後とも医療費の伸びや高齢者医療制度に対す
る拠出金のさらなる増大により一層深刻な状況に陥ることが見込まれま
す。被用者保険では、これまで度重なる保険料率の引き上げ等により財
政危機を凌いできましたが、負担は限界にきております。また、国民健
康保険においても、改革は進められているものの、依然として厳しい財
政状況が続いております。

このような背景から、政府はいわゆる「骨太方針2017」におい
て、「人口・高齢化の要因を上回る医療費の伸びが大きいことや、保険
料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療費の増加に伴う医療機関の
収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえつつ、診療

報酬改定の在り方について検討する」こととしております。

一方、先日公表された医療経済実態調査結果では、全体として経営状
況にやや悪化の傾向は見られるものの、過去5年間を見ても国公立病院
以外は概ね堅調であります。また長年の間、賃金・物価水準が上昇しな
いデフレの下で、診療報酬本体は概ねプラス改定が行われてきたため、
両者のギャップは大きな状況にあります。

今後とも高齢化により医療費は増加が見込まれるのに対し、医療保険
制度を支える現役世代の生産年齢人口は減少するため、国民負担は増大
し、結果として国民皆保険制度崩壊にも繋がりがかねません。

したがって、国民負担抑制のための方策を早急に講じなくては37年度
(2025年)以降を乗り切れるとは到底思えません。

このため、国民負担の抑制といった観点を踏まえ、30年度改定におい
て診療報酬はマイナス改定とすべきです。

併せて、薬価・特定保険医療材料改定及び薬価制度の抜本改革等によ
る引下げ分は診療報酬本体に充当せず、確実に国民に還元する必要があ
ります。

介護報酬との同時改定となる30年度改定にあつては、医療と介護の
連携、効率化を主眼に地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・
強化を推進するための施策を講じるべきです。また、前回改定において
取組んだ急性期をはじめとする患者の状態像に応じた適切な評価をさら
に推進するほか、患者本位の医薬分業に向けた調剤報酬の適正化や「骨
太方針2017」で示された目標を踏まえた後発医薬品の使用促進な
ど、全体として医療費の適正化・効率化を図っていくことを基本方針と
すべきです。

薬価制度に関しては、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」の方
向性に沿い、医薬品等に関する費用対効果評価の導入も含め、医療保険
財政の影響に配慮した抜本的な見直しを講じるべきです。

30年度の診療報酬改定が、国民皆保険制度の持続性の確保と37年度
(2025年)を見据えた医療提供体制の構築を指向したものとすること
を強く要望致します。

〈資料40〉

平成30年度診療報酬・介護報酬の改定について

(健康保険組合連合会白川修二副会長・専務理事 平成29年12月19日)

12月18日に来年度政府予算編成に係る大臣折衝が行われ、診療報酬及び介護報酬改定率が公表されましたが、本会として以下の見解をまとめましたので、お知らせします。

30年度政府予算案の大臣折衝後、診療報酬を全体で1・19%引き下げることが公表されました。

健保連としては、経団連、連合、協会けんぽ等とともに行った11月22日の加藤厚労相への要請や、12月13日の中医協に提出した支払側委員7名の連名による改定に関する意見書を通じて、「医療保険者の財政は、今後とも医療費の伸びや高齢者医療制度に対する拠出金のさらなる増大により一層深刻な状況に陥ることが見込まれる。一方、医療機関等の経営は全体として経営状況にやや悪化の傾向は見られるものの、過去5年間を見ても国公立病院以外は概ね堅調である。また長年の間、賃金・物価水準が上昇しないデフレの下で、診療報酬改定は概ねプラス改定が行われてきたため両者のギャップは大きな状況にある。今後とも高齢化により医療費は増加が見込まれるのに対し、医療保険制度を支える現役世代の生産年齢人口は減少するため、国民負担は増大し、結果として国民皆保険制度崩壊にも繋がりがかねない。このため、国民負担の抑制といった観点を踏まえ、30年度診療報酬改定はマイナス改定とすべき。併せて、薬価・特定保険医療材料改定及び薬価制度の抜本改革等による引下げ分は診療報酬本体に充当することなく、国民に還元すべき。」と主張してきたところです。

しかしながら、結果として、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、残念というほかありません。

今後は中医協の場において、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、外来医療及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められることとなりますが、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していく所存です。

一方、介護報酬においても、0・54%の引き上げが決定されました。健保連としては、これまで介護給付費分科会において、「介護事業者等の収支差率は、前回改定時(平成26年度調査)ほどではないものの、中小企業の実況などを勘案すると、決して悪い状況とは言えない。現在約10兆円の介護費用が2025年には約20兆円になると見込まれており、介護保険制度の持続可能性の確保の視点で考えると、プラス改定する環境にない」と主張してきたところであり、今回引き上げられたことに対しては納得できるものではありません。

政府におかれては、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・介護費の伸びを考慮した中長期的な視点に立って検討されるよう強く望みます。

VI 平成30年度（2018年度）

平成30年度は、日生協と人材派遣の大規模2組合の解散報道（平成31年4月解散）が相次ぐ波乱の幕開けとなった。国会審議の場でもこの問題が取り上げられ、加藤勝信厚生労働相は6月1日の衆院厚労委員会で、財政が悪化する前の段階から健保組合に必要な支援、指導を実施する意向を示した。

健保連は5月25日、全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会とともに被用者保険関係5団体として、政府が6月に策定する「骨太方針2018」に向けた意見書（資料41）を加藤厚労相に提出した。2025年に団塊世代がすべて後期高齢者になるなど高齢化が進展する一方で、現役世代の人口は急減するとして、持続可能な医療保険制度を構築するために踏み込んだ改革が急務と指摘した。

政府は6月15日、「骨太方針2018」を閣議決定した。昨年末に策定された経済・財政再生計画改革工程表では平成30年度末までに結論を出すとした後期高齢者の窓口負担について、4年後となる団塊世代が後期高齢者入りするまでに検討する方針が示された。

健保連は6月18日、「骨太方針2018」に対する佐野雅宏副会長のコメント（資料42）を発表した。後期高齢者の窓口負担の見直しが先送りされかねない内容と懸念し、高齢者医療費の負担構造改革の早期実現に向けて早急に改革議論に取り組むことを強く要望した。

経済財政諮問会議は12月20日、「新経済・財政再生計画改革工程表2018」を決定した。後期高齢者の窓口負担のあり方など医療保険関係の給付と負担の見直しについては、2年後の骨太方針2020で対応する方針が示された。また、12月21日に閣議決

定された平成31年度政府予算案では、健保組合の解散問題に端を発し、新たに保険者機能強化支援事業（18・4億円）が組合関係予算に盛り込まれた。

健保連は12月25日、平成31年度政府予算案と新改革工程表2018の決定について、佐野副会長のコメントを発表した（資料43）。新改革工程表では後期高齢者の窓口負担見直しが先送りされたことなどを受け、「健保組合は先行きを見通せずに危機感が増すばかりである」とし、制度改革の早期実現を求めた。

健保連は平成31年2月8日の常任理事会で、高齢者医療費の負担構造改革などの主張を実現させるための活動方針を承認した（資料44）。団塊世代が後期高齢者になり始めて拠出金が急増する「2022年危機」に焦点を当て、政策実現活動を強力に推進する。このため、要求実現対策本部のもと、高齢者医療費の負担構造改革等の政策活動を中心とする「2022年対策プロジェクトチーム」、健保組合の財政健全化などサポート事業を展開する「保険者機能支援強化プロジェクトチーム」の2つのプロジェクトチームを設置するとともに、国会議員への要請活動など健保連の政策への理解促進を図る「渉外連絡チーム」を立ち上げた。

〈資料41〉

「骨太方針2018」の策定に向けた被用者保険関係5団体の

意見

（健康保険組合連合会・全国健康保険協会・日本経済団体連合会・日本商工会議所・日本労働組合総連合会より加藤勝信厚生労働大臣あて

平成30年5月25日）

現在、政府は、財政健全化計画を含む「骨太方針2018」の策定に向けた議論を進めている。2025年には団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者になるなど高齢化が進展する一方、支え手である現役世代の人口が急減していくなか、将来にわたって持続可能な医療保険制度を構築するためには、制度改革など一歩踏み込んだ改革に取り組むことが

急務である。

被用者保険関係5団体は、現状、以下のような共通する問題意識を持っており、今後、政府におかれては、これらを踏まえ骨太方針の策定に取り組み、適切な方向性を導き出されることを強く要望する。

記

○ 後期高齢者の窓口負担について

高齢者の医療給付費は増大し、それを賄うための拠出金が保険者の財政を圧迫し、保険料率引き上げ等により現役世代の負担となっている。現役世代に偏った負担を見直し、高齢者にも応分の負担を求めることで、給付と負担の不均衡を是正し、公平性、納得性を高めていくことが重要である。特に、2018年度中に、70～74歳の高齢者の窓口負担が2割となることを踏まえ、75歳以上の後期高齢者の窓口負担についても、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である。

○ 拠出金負担の軽減について

過重な拠出金の負担に耐え切れず、解散を検討する健保組合も後を絶たない。現役世代の負担に過度に依存する制度では、持続可能性を確保できない。高齢者の医療給付費に対する負担構造改革を早急に断行すべきであり、安定財源を確保した上での公費負担の拡充など、現行制度の見直しを含め、現役世代の負担を軽減し、保険者の健全な運営に資する措置を講じるべきである。

○ 社会保障の持続性確保について

「全世代型の社会保障」の推進のためには、2019年10月の消費税率10%引き上げの確実な実施は不可欠である。さらに、2025年以降の新たな「社会保障と税の一体改革」を検討し、歳入・歳出一体での対応策についても、国民の理解を得ながら、検討を始めるべきである。また、財政健全化の観点のみならず、制度の持続性確保のためには社会保障給付の効率化による伸びの抑制が必要であり、被用者保険の保険料への負担転嫁は行うべきではない。

○ 医療費の適正化について

持続可能な制度を構築していくためにも、医療費の適正化に取り組むことは不可欠である。医療機能の分化・連携による医療の効率化や医療の地域間格差の是正、終末期医療のあり方の見直し（患者の意思の尊重等）、適切な受診行動の促進など医療の有り様を見直していくとともに、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」、「医療の質の向上」を実現するための薬価制度の抜本改革の推進や後発医薬品のさらなる使用促進、診療報酬の包括化、ICTを活用した医療の適正化・効率化など保険診療や診療報酬のあり方に踏み込んだ見直しに取り組むべきである。

○ 保険者機能の強化について

健康寿命をより延伸させ、健康な高齢者には社会保障を支える側に加わっていただくことが、制度の持続可能性を高めることにつながる。そのためには、職域・地域に関わらず、すべての医療保険者には、加入者に対する健康増進などこれまで以上に重要な役割が求められる。個々の保険者が、それぞれの特性を活かして保険者機能を発揮できる制度体系を維持し、保険者機能をより強化していくべきである。

〈資料42〉

「骨太方針2018」の閣議決定にあたって（佐野雅宏副会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成30年6月18日）

政府は6月15日の閣議で「経済財政運営と改革の基本方針2018」（骨太方針2018）を決定した。

本会としては骨太方針2018において、経済成長と財政を持続可能なものとするため、○社会保障財源としての消費税率10%への引き上げ、○社会保障改革を軸とする「基盤強化期間」（2019～2021年度）の設定、○2020年度の骨太方針で給付と負担のあり方を含め社会保障の重点政策をとりまとめる「などの改革に向けた方針が示されたことに強い関心を持って注目する。

また、本会が主張してきた社会保障費の伸びを抑制し、国民負担の増加を抑制していく方向性が示されるとともに、健康な高齢者「支える側」を増やすための施策などが盛り込まれた。

しかし、国民皆保険の維持に不可欠な高齢者医療費の負担構造改革については、「経済・財政再生計画改革工程表2017改定版」において今年度に結論を得ることとしている後期高齢者の窓口負担の見直しを送りきれかねない内容となっている。現役世代の減少などの人口構造の変動に対応していく姿勢を打ち出し、世界に冠たる我が国の国民皆保険を次世代に継承し、国民の安心と安全を確保するとした決意は評価するが、現行制度のままでは国民皆保険の崩壊が危惧される。加えて、勤労世代の高齢者医療の負担増に配慮する方向性は見られるものの、拠出金上限の設定などの負担軽減策については、具体的に触れられていない。すでに現役世代の負担は限界に達しており、国民皆保険の持続性を確保するために、高齢者医療費の負担構造改革の早期の実現を強く求める。

本会としては、引き続き国民の議論を喚起しつつ、関係団体とも連携しながら、関係審議会等で要求実現に向けて必要な主張をしていく。合わせて、国会議員などの関係各方面の理解を求め、改革実現に向けて活動を継続していく方針であり、政府においても、早急に改革議論に取り組みことを強く望む。

〈資料43〉

2019年度政府予算案と「新経済・財政再生計画改革工程表2018」の決定について（佐野雅宏副会長コメント）

（健康保険組合連合会 平成30年12月25日）

政府は2019年度政府予算案及び「新経済・財政再生計画改革工程表2018」を決定した。

2019年度予算案は10月からの消費税の増収を見込むものの、社会保障費の伸びの抑制（概算要求時から1、200億円の削減）、軽減税率導入のための補填が求められるなど、財政的な制約のもとで厳しい予算編成となった。本会が増額を要請していた被用者保険の拠出金支援及

び介護納付金の総報酬制導入に伴う負担軽減措置は、昨年度と同額の予算は計上され、新たに措置された保険者機能強化支援事業については概算要求時から減額される結果となった。今回示された予算措置では、健保組合の財政健全化には程遠い。

また、新工程表については、企業と健保組合等保険者との連携による健康経営の促進やデータヘルスの推進などの健康づくりに関する事項や医療費の適正化など、着実に取組みを進めるべき事項が決定されている。一方で、給付と負担の見直しについては、骨太方針2020において政策を取りまとめ、早期に改革が具体化されるよう検討することとなっている。なかでも、本会の懸念どおり、後期高齢者窓口負担の見直しが先送りされたことについては、極めて遺憾であると言わざるを得ない。

今回の予算案や改革工程表の内容では、健保組合は先行きを見通せずに危機感が増すばかりである。国は将来の展望が見出せないことが、健保組合の解散につながっていることをしっかりと認識すべきである。国民皆保険の持続性確保のためにも、必要な財政支援を行いつつ、可能な限り早期に高齢者医療費の負担構造改革の議論を開始し、遅くとも団塊の世代が75歳に到達し始める2022年度を迎える前までに一連の改革を完了する必要がある。

本会としては、制度改革の実現と財政支援策の継続・拡充に向け、引き続き国民の議論を喚起しつつ、関係団体とも緊密に連携しながら、関係審議会等で必要な主張を行うとともに、国会議員などの関係各方面の一層の理解を求めていく方針である。政府においても、全世代型社会保障を実現する観点から、早急に制度改革等の措置に取り組みことを強く望む。

- 健保連はこれまで、「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」(2017年9月発表)にもとづき活動を展開してきたところ。
- 団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年の問題は、75歳に到達しはじめる2022年から顕在化し、以後、急速に深刻化することが明白。⇒『2022年危機』
- 政府は、2040年に向けた改革の必要性を示す一方で、2019年度から2021年度までの3年間(基盤強化期間)に「全世代型社会保障」への改革を進める方針であり、目前に迫る『2022年危機』を乗り越える改革が不可欠。
- こうした状況のもと、健康増進を含め、保険者機能を発揮する健保組合の役割がより一層重要となる。

《参考》

『2022年危機』(健保連試算)
～現行制度維持の場合～

- 保険料率10%以上=603組合(43%)
- 平均保険料率=9.8%
- 健保組合全体の拠出金割合=49.6%
⇒ さらに2025年度に向けて急激に悪化

※1人当たり医療費伸び率1.8%で推計。保険料率は経常収支均衡。

- 健保連は、『2022年危機』にフォーカスした政策実現活動を強力に推進。
- 「骨太方針2020」に向け迅速に取り組む。
- 常任理事会(要求実現対策本部)のもとに2つのプロジェクトチームを設置(2/8)。あわせて、対外的には渉外活動を強化。
①2022年対策PT
②保険者機能支援強化PT

Ⅶ 令和元年度（2019年度）

平成31年召集の通常国会では、オンライン資格確認の導入や被扶養者の要件見直し、社会保険診療報酬支払基金改革などを柱とする「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」（資料46）が、令和元年5月15日の参院本会議で可決、成立した。同法の成立に先立ち、衆参両院の厚生労働委員会では附帯決議（資料45）が採択され、いずれも後期高齢者支援金や介護納付金の総報酬割導入に伴い財政状況が厳しい健保組合への支援を検討することを求めた。

健保連は5月15日、全国健康保険協会と共同で「保険給付範囲の見直し」に向けた意見（資料47）を発表した。団塊世代が後期高齢者に入り始めて保険財政がさらに悪化すると見込まれる2022年以降を見据え、軽症薬について保険適用の対象除外や保険償還率の引き下げなどを求めた。個人負担が困難な重症疾患の治療薬は、高額でも引き続き保険で確実に対応する必要性を指摘した。

健保連は9月9日、現状のままでは現役世代の負担が一層膨らむ3年後の「2022年危機」を回避する観点から、「今、必要な医療保険の重点施策―2022年危機に向けた健保連の提案―」（資料48）を発表した。▽後期高齢者の原則2割負担、▽後期高齢者の現役並み所得者への公費投入、▽市販品類似薬の保険適用除外など保険給付範囲の見直し―を改革が急がれる最重要項目とした。

政府は、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討するため、9月20日に全世代型社会保障検討会議を設置、初会合を開き、令和元年末に中間報告、2年夏に最終報告をまとめることを確認した。

こうした情勢を踏まえ、健保連、全国健康保険協会、日本経済

団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会の被用者保険関係5団体は、後期高齢者の窓口負担を原則2割とするなどの医療保険制度改革に向けた共同の意見書（資料49）をまとめ、11月8日、加藤勝信厚労相宛てに提出した。

全世代型社会保障検討会議は12月19日、中間報告（資料51）をまとめた。後期高齢者の窓口負担については、「一定所得以上の者を2割に引き上げる方針が示された。

令和2年度診療報酬改定に向けては、健保連など医療保険者関係6団体が11月27日、加藤厚労相にマイナス改定を求める要請書（資料50）を提出。2年度診療報酬改定率は12月17日の財務、厚労両相の折衝を経て、診療報酬+0・55%、薬価▲0・99%、材料価格▲0・02%で全体で▲0・46%となった。診療報酬については、救急病院の勤務医対策として消費税財源を活用した特例的な対応に+0・08%を振り分ける枠を設定し、これを除いた+0・47%の内訳は、内科+0・53%、歯科+0・59%、調剤+0・16%とした。

健保連は12月19日、全世代型社会保障検討会議の中間報告と令和2年度診療報酬改定率の決定を受けて、大塚陸毅会長のコメント（資料52）を発表した。

新型コロナウイルス感染症が拡大するなか、健保連は令和2年3月9日、「国難とも言えるこの局面において、あらゆる対策に取り組む決意」を表明する佐野雅宏副会長のコメント（資料53）を発表。同18日には、健保組合の事業運営への配慮を求める佐野副会長名の緊急要望書（資料54）を厚労省保険局長宛てに提出した。

健保連と全国健康保険協会は3月30日、退職者医療制度の経過措置の早期終了を求める共同の要請書（資料55）を加藤厚労相宛てに提出した。令和5年の通常国会に提出された「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」には、経過措置として継続している同制度を令和6年4月に廃止する内容が盛り込まれた。

〈資料45〉

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図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附帯決議（抜粋）

（参議院厚生労働委員会 令和元年5月14日）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一、今回の医療保険制度の運営に関する改正に続き、二〇二五年には団塊の世代が後期高齢者に移行することなどから、少子高齢社会の進展を見据えた取組を早期に開始し、医療保険制度の健全な運営に努めること。

十三、近年の後期高齢者支援金や介護納付金の総報酬割の導入等に伴い、健康保険組合等の財政負担が増加していることを踏まえ、財政状況が厳しい健康保険組合等に対する必要な支援を検討すること。

〈資料46〉

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

（令和元年5月15日成立）

改正の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るため、保険者間で被保険者資格の情報を一元的に管理する仕組みの創設及びその適切な実施等のために医療機関等へ支援を行う医療情報化支援基金の創設、医療及び介護給付の費用の状況等に関する情報の連結解析及び提供に関する仕組みの創設、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する枠組みの構築、被扶養者の要件の適正化、社会保険診療報酬支払基金の組織改革等の措置を講ずる。

改正の概要

1. オンライン資格確認の導入【健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律（高確法）、船員保険法】

・オンライン資格確認の導入に際し、資格確認の方法を法定化するとともに、個人単位化する被保険者番号について、個人情報保護の観点から、健康保険事業の遂行等の目的以外で告知を求めるとを禁止（告知要求制限）する。（公布日から2年を超えない範囲内で政令で定める日）

2. オンライン資格確認や電子カルテ等の普及のための医療情報化支援基金の創設【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】（令和元年10月1日）

3. NDB、介護DB等の連結解析等【高確法、介護保険法、健康保険法】

・医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）と介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）について、各DBの連結解析を可能とするとともに、公益目的での利用促進のため、研究機関等への提供に関する規定の整備（審議会による事前審査、情報管理義務、国による検査等）を行う。（DPCデータベースについても同様の規定を整備。）（令和2年10月1日（一部の規定は令和4年4月1日））

4. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等【高確法、国民健康保険法、介護保険法】

・75歳以上高齢者に対する保健事業を市町村が介護保険の地域支援事業等と一体的に実施することができるよう、国、広域連合、市町村の役割等について定めるとともに、市町村等において、各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるよう規定の整備等を行う。（令和2年4月1日）

5. 被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化【健康保険法、船員保険法、国民年金法、国民健康保険法】

(1) 被用者保険の被扶養者等の要件について、一定の例外を設けつつ、原則として、国内に居住していること等を追加する。（令和2年4月1日）

(2) 市町村による関係者への報告徴収権について、新たに被保険者の

資格取得に関する事項等を追加する。(公布日)

6. 審査支払機関の機能の強化【社会保険診療報酬支払基金法、国民健康保険法】

(1) 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）について、本部の調整機能を強化するため、支部長の権限を本部に集約する。(令和3年4月1日)

(2) 医療保険情報に係るデータ分析等に関する業務を追加する（支払基金・国保連共通）。(令和2年10月1日)

(3) 医療の質の向上に向け公正かつ中立な審査を実施する等、審査支払機関の審査の基本理念を創設する（支払基金・国保連共通）。(令和2年10月1日)

7. その他

・未適用事業所が遡及して社会保険に加入する等の場合に発生し得る国民健康保険と健康保険の間における保険料の二重払いを解消する。【国民健康保険法】(公布日)

オンライン資格確認の導入

(1) オンライン資格確認の導入

① 保険医療機関等で療養の給付等を受ける場合の被保険者資格の確認について、個人番号カードによるオンライン資格確認を導入する。

② 国、保険者、保険医療機関等の関係者は、個人番号カードによるオンライン資格確認等の手続きの電子化により、医療保険事務が円滑に実施されるよう、協力するものとする。

③ オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局の初期導入経費を補助するため医療情報化支援基金を創設する。

(2) 被保険者記号・番号の個人単位化、告知要求制限の創設

① 被保険者記号・番号について、世帯単位にかえて個人単位（被保険者又は被扶養者ごと）に定めることとする。

これにより、保険者を異動しても個々人として資格管理が可能となる。

※ 75歳以上の方の被保険者番号は現在も個人単位なので変わらない。

② プライバシー保護の観点から、健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号の告知を要求することを制限する。

※ 告知要求制限の内容（基礎年金番号、個人番号にも同様の措置あり）

① 健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号の告知を要求することを制限する。

② 健康保険事業とこれに関連する事務以外で、業として、被保険者記号・番号の告知を要求する、又はデータベースを構成することを制限する。これらに違反した場合の勧告・命令、立入検査、罰則を設ける。

被扶養者等の要件の見直し、国民健康保険の資格管理の適正化（法改正事項）

課題

グローバル化が進展する中、医療保険に関して、

・生活の拠点が日本にない親族までが健康保険の給付を受けることができるという在外被扶養者に関する課題

・本来加入資格を有しない外国人が、不正な在留資格により、国保に加入し給付を受けている可能性があるという課題

が指摘されている。

対応

① 被扶養認定における国内居住要件
○ 健康保険の被扶養者の認定において原則として国内に居住しているという要件を導入

・被扶養者の要件に日本に住所を有する者であることを追加する
・留学生その他の日本に住所を有しないものうち、日本に生活の基礎があると認められるものについても、例外的に要件を満たすこととする

※例外となる者の詳細は省令で規定するが、留学生や海外赴任に同行する家族など、日本から海外への渡航理由に照らし、これまで日本で生活しており、今後再び日本で生活する蓋然性の高い者等を例示する予定

・いわゆる「医療滞在ビザ」等で来日して国内に居住する者を被扶養者の対象から除外する

※除外対象の詳細は省令で規定

② 市町村における調査対象の明確化

・日本人を含む国保被保険者の資格管理等の観点から、市町村が関係者に報告を求めること等ができる対象として、被保険者の資格の得喪に関する情報を追加し、市町村における調査対象として明確化する

※関係者としては、例えば、外国人については、留学先である日本語学校等や経営管理を行う企業の取引先等、日本人については、勤務先である企業の雇用主等を想定。

審査支払機関の機能の強化（社会保険診療報酬支払基金法の改正①）

※ 規制改革実施計画（平成30年6月15日閣議決定）においては、「支部の最大限の集約化・統合化の実現」を前提に集約化の在り方を検証し、それを踏まえた法案提出を行う（平成31年措置）こととされている。

① 支部長が担っている権限を本部に集約し、本部によるガバナンスを強化〔法改正事項…2021年4月1日施行〕

・現行法上の支部の都道府県必置規定を廃止〔法改正事項〕

※本部の事務執行機関（権限は理事長から委任）としての審査事務局（仮称）を設置〔基金内部規程事項〕

② 職員によるレセプト事務点検業務の実施場所を全国10か所程度の審査事務センター（仮称）に順次集約〔基金内部規程事項…2022年4月以降〕

③ 審査委員会は、本部のもとに設置（現行は支部のもとに設置）〔法改正事項〕

・地域医療の特性等を踏まえ、設置場所はこれまで同様、47都道府県

〔基金内部規程事項〕

・審査委員の審査補助業務は47の審査事務局で実施

審査支払機関の機能の強化（社会保険診療報酬支払基金法の改正②）

① 基金の業務運営に関する理念規定の創設

○ 支払基金の業務運営に関する基本理念として、以下を規定
・公正・中立な審査の実施やデータ分析等を通じた国民の保健医療の向上及び福祉の増進

・情報通信技術（ICT）の活用による業務運営の効率化
・業務運営の透明性の確保

・適正なレセプトの提出に向けた医療機関等への支援

・国保連との有機的な連携の推進 等

② データ分析等に関する業務の追加等

○ 支払基金が実施できる新たな業務として、「レセプト・特定健診等情報その他の国民の保健医療の向上及び福祉の増進に資する情報の収集、整理及び分析等に関する業務」を追加。目的規定についても所要の見直し。

○ データ分析等に関する業務の実施に当たり、情報通信技術やデータ分析等の専門家の意見を聴く仕組みを新設

③ 手数料の階層化

現行…保険者が支払基金に支払う手数料は「レセプトの枚数」を基準に設定

改正後…レセプトの枚数や審査の内容等を勘案し設定

※新システムの稼働に伴い、コンピュータチェックのみで審査が完了するレセプトが増加すること等を考慮し、例えば審査の内容に応じた単価を変えることなどを今後検討

④ 審査委員の委嘱に関する事項

現行…審査委員は、三者（診療担当者代表、保険者代表、学識経験者代表）から同数を委嘱

改正後…診療担当者代表と保険者代表のみ同数とするよう、見直し
↓機動的な審査委員の確保が可能となる。

「保険給付範囲の見直し」に向けた意見

（健康保険組合連合会・全国健康保険協会 令和元年5月15日）

本日の中央社会保険医療協議会において、白血病治療薬「キムリア」の保険適用が承認された。

この「キムリア」は、費用が高額であるものの、臨床試験の結果などから高い効果が期待されるとして注目されていた新薬であり、このような医薬品の開発と適正な価格での保険収載は、患者に必要な医療を届ける観点から極めて重要である。また、個人で負担しきれないリスクをカバーしていくことは、共助の仕組みである医療保険制度の責務である。

こうした基本的なスタンスを踏まえた上で、医療保険制度の置かれた状況に目を転じると、さらなる高齢化と現役世代の減少が同時進行するなか、団塊の世代が後期高齢者に入り始める2022年以降、医療保険財政はより危機的な状況に直面する。

革新的で高額な新薬の保険適用は今後も続くと見通されており、このような新薬を保険適用しながら国民皆保険制度を維持していくためには、薬価制度に基づく医薬品価格の適正化、さらには高齢者医療費の負担構造改革や医療費適正化策だけではとても追いつかない。国民皆保険制度を堅持するためには、公的医療保険の給付範囲について、除外も含めて、改めて見直しを検討することが喫緊の課題となっている。

具体的には、重症疾患用で個人での負担が困難な医薬品は保険で確実にカバーする一方、軽症疾患用医薬品についてはスイッチO.T.C.をさらに推進すると同時に、医薬品の重要度に応じ、保険償還率に段階を設定している諸外国の事例も参考にしながら、保険給付範囲からの除外や償還率変更を実行すべきである。まずは、関係審議会において、市販品類似薬の除外等に向けた検討を早急に着手するよう求めたい。

今、必要な医療保険の重点施策―2022年危機に向けた健康保険の提案―

（健康保険組合連合会 令和元年9月9日）

現役世代を守りたい！ ―国民皆保険を支えるために―

―国民皆保険制度を脅かす給付と負担のアンバランス―

- 急激な高齢化と現役世代の減少のもと、医療保険制度を通じた現役世代から高齢世代への所得移転はさらに進行。
- 世代間だけでなく、世代内の給付と負担のアンバランスも顕著に。

―2022年危機でさらに膨らむ現役世代の負担。迫る「保険料率30%時代」の到来―

- 団塊の世代が75歳に到達しはじめる2022年から、現役世代の高齢者医療のための拠出金負担がさらに急増。医療保険制度全体の財政悪化が急速に進むと見込まれる＝「2022年危機」。
- 保険料率も急激に上昇し、介護、年金を合わせると、「保険料率30%時代」が目前に迫っている。

	2019年度	2022年度	2025年度
健保組合の平均保険料率 （健保連試算）	9.218% （保険料率10%以上：302組合） （拠出金割合：45.4%）	9.8%（+0.6%ポイント） （保険料率10%以上：601組合） （拠出金割合：49.6%）	10.4%（+0.6%ポイント） （保険料率10%以上：909組合） （拠出金割合：50.5%）
同 介護保険料率（健保連試算）	1.573%	2.0%（+0.4%ポイント）	2.3%（+0.3%ポイント）
年金保険料率（固定）	18.3%	18.3%	18.3%
合計	29.091%	30.1%（+1.0%ポイント）	31.0%（+0.9%ポイント）

―今こそ、全世代で支え合う医療保険制度への改革を―

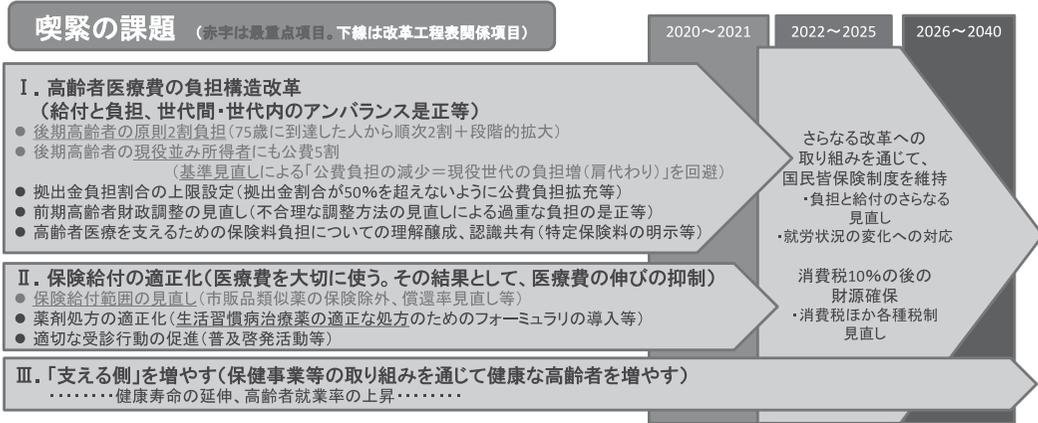
- その改革に向けては、○高齢者医療費の負担構造改革を実現し、世代間、世代内の給付と負担のアンバランスを是正するとともに、必要な公費の拡充等を通じて、現役世代の負担軽減を図ること、○保険給付を適正化し、医療費を大切に使うこと、○保健事業の取り組みを通じて健康な高齢者、「支える側」を増やすことが重要。

―現役世代を守り、みんなで国民皆保険を支えよう―

- 改革を進めるには、国はもとよりすべての関係者がそれぞれの役割を果たし、努力を続けることが重要。
- すべての国民が国民皆保険制度の大切さと課題を正しく認識し、急増する負担を全世代で支え合うことが必要。そのために必要な改革の早期実現を求める。

喫緊の課題

- 政府は、来年の骨太方針2020(例年6月)で、給付と負担の見直しを含む改革に向けた重点政策をとりまとめる方針。それに向けて、以下の「喫緊の課題」に取り組み、各種制度改正等が実現されるよう求める。
- 2022年以降も続く高齢化、現役世代の急激な減少等の見通しを踏まえ、「支える側」の拡大、給付と負担のさらなる見直しなど、国民皆保険制度を持続可能にするための改革に継続的に取り組んでいくよう求める。



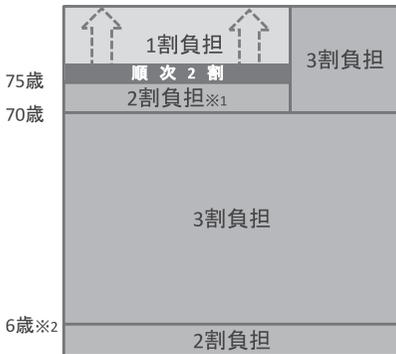
注)介護保険制度、任意継続被保険者制度の見直し等についても対応が必要。

最重点 後期高齢者の原則2割負担

低所得者に配慮しつつ、75歳に到達した人から順次2割負担とすべき1割負担の人もできるだけ早く段階的に2割負担とすべき。中長期的には年齢に関わらず負担能力に応じた患者負担割合のさらなる見直しに向けて検討すべき

◆ 現行の患者負担割合(医療)

(負担割合) 一般・低所得者 現役並み所得者



※1 2014年4月以降70歳になる者から
 ※2 義務教育就学後
 ※このほか高額療養費制度により、所得に応じた自己負担額の軽減がある

今後増加する高齢者の医療費の負担方法として、
 どれがよいと思うか？(複数回答)

	全年齢 (20-70歳代)	60歳代	70歳代
患者自身の自己負担割合を引き上げる	28%	34%	27%
後期高齢者の医療保険の財源として、税金による負担を増やす	24%	32%	36%
後期高齢者の医療保険の財源として、高齢者自身による保険料の負担を増やす	21%	22%	17%
後期高齢者の医療保険の財源として、現役世代が支払う保険料からの支拂金を増やす	7%	7%	8%
その他・わからない	36%	25%	31%

健保連実施「医療・医療保険制度に関する国民意識調査」(2017年)より

高齢者も医療費の「次世代へのつけ回し」は望んでいない

最重点

後期高齢者の現役並み所得者への公費投入

後期高齢者医療制度の財源構成は、本来、公費50%だが、現役並み所得者の給付費には公費が入らないため、公費は全体で47%にとどまっている。その分(約4500億円)が現役世代の負担になっているため、公費を投入すべき。現役並み所得者の基準を見直す場合には、公費負担の減少分が現役世代の負担増「肩代わり」にならないようにすべき(※)

〈対象者数〉 75歳以上の高齢者 約1,800万人 (後期高齢者医療費) (2019年度ベース) 17.7兆円(給付費16.3兆円、患者負担1.4兆円)
 【後期高齢者医療制度全体の財源構成】=16.3兆円 (医療保険に関する基礎資料(2016年度)をもとに健保連で推計)

後期高齢者の保険料 1.8兆円 約11%	現役世代の負担 (後期高齢者支援金) 6.8兆円 約42%	公費 7.7兆円 約47% 現役並み所得者は対象外
----------------------------	--	------------------------------------

【現役並み所得者以外の財源構成】=約15.4兆円

後期高齢者の保険料	現役世代の負担 (後期高齢者支援金) 約40%	公費 50%
-----------	-------------------------------	-----------

【現役並み所得者の財源構成】=約0.9兆円

後期高齢者の保険料	現役世代の負担 (後期高齢者支援金)	4,500億円
-----------	-----------------------	---------

本来公費が入るべき部分

※なお、現役並み所得の対象者を現在の6.7%(121万人)から7.7%(139万人)に拡大すると、現役世代の拠出金が約670億円負担増となる見通し。

最重点

保険給付範囲の見直し

薬剤費が増加し続けているため、皆保険制度の維持の観点から、市販品類似薬について、保険給付範囲からの除外や償還率を変更すべき



【参考:フランスにおける医薬品の保険償還の状況(例)】

SMR評価	保険償還率	対象医薬品の主な例
Important(重要)	100%	抗腫瘍薬、免疫抑制剤、HIV用抗ウイルス薬等
	65%	精神神経用剤、抗てんかん剤、高脂血症治療薬、不整脈治療薬、血圧降下剤等
Modéré(中程度)	30%	抗ヒスタミン剤、その他アレルギー用薬等
Faible(軽度)	15%	胃潰瘍治療薬、催眠鎮静剤、耳鼻科用薬等
Insuffisant(不十分)	0%(保険償還対象外)	去たん剤、外皮用消炎鎮痛剤等

※[1] Haute Autorité de Santé (2014) Pricing & Reimbursement of drugs and HTA policies in France, March 2014.[2] フランス公的医薬品データベース参照。

〈資料49〉

医療保険制度の改革に向けた被用者保険関係5団体の意見

(健康保険組合連合会・全国健康保険協会・日本経済団体連合会・日本商工会議所・日本労働組合総連合会より加藤勝信厚生労働大臣あて)

令和元年11月8日)

現在、政府は、全世代型社会保障検討会議を設置し、社会保障制度を誰も安心してできる制度とするため、議論を進めている。高齢化により医療需要が高まるなか、2022年には団塊の世代が後期高齢者に入り始め、医療給付費の急増が見込まれる一方、支え手である現役世代の人口は急減が見込まれている。医療・介護・年金を合わせた保険料率の30%時代が目前に迫るなど、すでに限界に達している現役世代や企業の拠出金を合わせた保険料負担は、今後一層過重になることが予想されている。こうした状況が現役世代の可処分所得の減少や将来不安を招き、消費活動、ひいては経済活動へ悪影響を及ぼすことが懸念される。

このような共通する問題認識のもと、被用者保険関係5団体は、下記の通り意見をとりまとめた。政府におかれては、将来にわたる制度の機能の発揮と持続性確保に向け、全世代型社会保障検討会議の取りまとめ及び骨太方針2020の策定において下記項目を盛り込み、給付と負担の見直しを含む医療保険制度改革を確実に実行するよう強く要望する。

記

1. 後期高齢者の窓口負担について

高齢者の医療給付費は増大し、それを賄うための拠出金が保険者の財政を圧迫し、保険料率引き上げ等により現役世代の負担となつている。現役世代に偏った負担を見直し、高齢者にも応分の負担を求めることで、給付と負担の世代間のアンバランスを是正し、公平性、納得性を高めていくことが重要である。現在、70〜74歳の高齢者の窓口負担が2割であることを踏まえ、75歳以上の後期高齢者の窓口負担についても、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である。

2. 拠出金負担の軽減について

2022年度から急激に増加する拠出金の負担に耐え切れず、解散を

検討する健保組合がさらに増加する可能性がある。現役世代の負担に過度に依存する制度では、持続可能性を確保できない。高齢者の医療給付費に対する負担構造改革を早急に断行すべきであり、安定財源を確保した上での公費負担の拡充など、現行制度の見直しを含め、現役世代の負担を軽減し、保険者の健全な運営に資する措置を講じるべきである。特に、後期高齢者の現役並み所得者については、それ以外の者と同様に、公費負担50%とするべきである。なお、現役並み所得者の範囲を拡大する場合は、少なくとも拠出金負担増が生じないよう財政支援等の負担軽減措置が必要である。

3. 保険者機能の強化について

健康寿命をより延伸させ、健康な高齢者には社会保障を支える側に加わっていただくことが、制度の持続可能性を高めることにつながる。そのためには、職域・地域に関わらず、すべての医療保険者には、加入者に対する健康増進などこれまで以上に重要な役割が求められる。個々の保険者が、それぞれの特性を活かして保険者機能を発揮できる制度体系を維持し、企業、労働組合との連携を含め、保険者機能をより強化していくべきである。

4. 医療費の適正化等について

持続可能な制度を構築していくためにも、医療費の適正化に取り組むことは不可欠である。地域医療構想の推進や医療機能の分化・連携による医療の効率化や地域間格差の是正とともに、総合診療専門医の積極的育成など、より効率的・効果的な医療の実施を目指すべきである。また、終末期医療のあり方の見直し(患者の意思の尊重等)、適切な受診行動の促進など医療の有り様を見直しいくとともに、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」、「医療の質の向上」を実現するための薬価制度の抜本改革の推進や後発医薬品のさらなる使用促進、フォーミュラリ(生活習慣病治療薬の適正な選択)の導入の推進、薬剤処方適正化(重複・多剤投薬の是正、服薬管理の徹底、向精神薬の使用の適正化など)、診療報酬の包括化、ICTを活用した医療の適正化・効率化など、保険診療や診療報酬のあり

方に踏み込んだ見直しに取り組みべきである。

5. 社会保障の持続性確保について

社会保障制度の持続性を確保するためには、国民の理解を得ながら、社会保障にかかる歳入・歳出面について、さらに検討を進めるべきである。この際、被用者保険の保険料への負担転嫁は行うべきではない。

〈資料50〉

令和2年度診療報酬改定に関する要請

（健康保険組合連合会大塚陸毅会長・国民健康保険中央会原勝則理事長・全国健康保険協会安藤伸樹理事長・全日本海員組合森田保己組合長・日本経済団体連合会中西宏明会長・日本労働組合総連合会神津里季生会長より加藤勝信厚生労働大臣あて 令和元年11月27日）

令和2年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり医療保険者関係団体の意見を取りまとめたので、改定率及び改定の基本方針の策定に適切に反映されるよう、強く要請する。

記

わが国の国民医療費は、高齢化や高額な医薬品の保険適用等の影響で増加の一途を辿っており、令和元年度の予算ベースで約46兆円にまで達した。今後、令和4年（2022年）から団塊の世代が後期高齢者に到達し始めるため、さらなる医療費の急増が見込まれている一方、制度の支え手である現役世代人口は急速に減少すると予測されており、適正化・効率化を通じた制度の安定とその持続可能性を高めていくことが、喫緊かつ重要な課題である。

これまで医療保険各制度の加入者1人当たり保険料額は、現行の高齢者医療制度が創設された平成20年度以降、右肩上がりで見られ続けている。中でも被用者保険の保険料負担の伸びは大きく、国民健康保険も傾向としては同様であり、こうした状況が令和4年（2022年）から令和7年（2025年）にかけて、より顕著になることが強く懸念される。

このため、医療の質を担保しつつ適正化・効率化などにより給付の伸

びを抑制し、過重な保険料負担を軽減しなければ、現役世代の可処分所得の減少が消費活動を停滞させ、社会保障制度の根幹をなす経済そのものにも悪影響を及ぼしかねない。

このような背景から政府は、「骨太の方針2019」において、診療報酬では高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるようアウトカムに基づく支払いの導入を引き続き進めていくとしている。さらに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づいて「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」に取り組むことや、調剤報酬において対物業務から対人業務への転換を推進している。

一方、先日公表された医療経済実態調査結果からは、中期的に見れば国公立・公的病院以外の経営状況は概ね堅調であることが読み取れる。中でも、一般診療所は高い利益率を維持し、同一グループの保険薬局についても店舗数が多いほど高い利益水準となっている。

また、これまでの賃金・物価水準の上昇率と乖離した形で診療報酬本体は概ねプラス改定が行われてきたため、両者の水準には大きな隔たりがある。こうした中、前述のとおり、今後も高齢化・人口減少や医療の高度化などによる給付費の増加に伴い保険料負担は増大すると見込まれており、今後の人口動態の変化を踏まえれば、国民負担の軽減を確実に図りつつ国民皆保険体制を守っていかなければならない。

以上の観点から、令和2年度改定において、診療報酬はマイナス改定とすべきである。併せて、薬価等においては薬価等調査の結果に基づく改定を行なうとともに、イノベーションの推進にも配慮しながら薬価制度の抜本改革に基づく必要な対応も併せて検討すべきである。なお、薬価等の引下げ分は、診療報酬本体に充当することなく国民に還元すべきである。

令和2年度改定にあたっては、加入者が適切な医療を受けられる体制の確保を前提として、効率的・効果的な医療提供の促進を基本方針の軸に据えた上で、入院、外来、在宅ではそれぞれの医療機能において患者像の適切な評価の推進、また、調剤では、対物業務から対人業務への転

換を薬局機能に応じた評価体系への見直しなどで患者本位の医療を実現しつつ、診療報酬全般にわたり、適正化・効率化・重点化を図っていくべきである。併せて、医薬品の適正処方に向け、有効性・安全性を前提に経済性も考慮した処方の推進策を診療報酬上で講じるべきである。さらに、生活習慣病治療の継続に資するオンライン診療の適切な推進を図るべきである。

なお、医療従事者の働き方改革については、地域医療構想の推進をはじめとして、医療提供体制における「三位一体改革」の進捗状況を踏まえつつ、令和2年度改定では、医療従事者の負担軽減や医療安全の向上に明らかにつながる措置に留め、ICTを活用した医療の効率化や患者の受療行動の変容に向けた総合的な取り組みを進めるべきである。

令和2年度の診療報酬改定が、国民皆保険制度の持続性の確保と高齢社会に即した効率的な医療提供体制の構築につながるものとなることを強く求める。

〈資料51〉

全世代型社会保障検討会議中間報告（抜粋）

（全世代型社会保障検討会議 令和元年12月19日）

第1章 基本的考え方

(1) はじめに

政府は、本年9月に全世代型社会保障検討会議を設置し、少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけでなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

与党においても並行して検討が進められ、自由民主党では、①就労しやすい社会づくり、②個性・多様性を尊重し支えていく環境づくり、③社会保障の持続可能性の重視という3つの原則を念頭に議論が行われ、本年12月17日に政府に対する提言が行われた。また、公明党では、誰もが安心して暮らすことのできる全世代型社会保障の構築に向けて、本年

12月18日に政府への中間提言が行われた。

本中間報告は、これら与党からの提言を踏まえ、全世代型社会保障検討会議における現時点での検討成果について、中間的な整理を行ったものである。

来年夏の最終報告に向けて、与党の意見を更にしっかりと聞きつつ、検討を深めていく。

(2) 経済社会の現状

（人生100年時代とライフスタイルの多様化）

我が国は、今、人生100年時代を迎えている。ある海外の研究¹を基にすれば、現在、我が国に生まれる子供の半数が100歳以上の人生を生きると言われている。

こうした人生100年時代には、新卒で一斉に会社に入り、その会社一社で勤め上げて、定年で一斉に退職して老後の生活を送るといった単線型の人生は時代に適合しなくなる。今後は、幾つになっても、学び直しをしながら、新たなチャレンジができるような、複線のかつ多様なマルチステージの人生が視野に入る。

また、人工知能（AI）やロボット、ビッグデータといった第4次産業革命がもたらす技術革新は、我々の生活を画期的に変えていく。技術の進展により、時間や空間の制約にとらわれず、自分らしい学び方や働き方が選びやすくなるようになる。

1 Human Mortality Database, U.C. Berkeley (USA) and Max Planck

Institute for Demographic Research (Germany)

（少子高齢化の克服）

我が国の最大の挑戦は、急速に進む少子高齢化である。しかし、人生100年時代の到来、ライフスタイルの多様化、技術の進展といった世の中の変化をチャンスとして捉え、全ての人が個性を活かすことができる社会を創れば、少子高齢化という大きな壁も克服できる。

日本には、多くのポテンシャルを秘めている女性や、元気で意欲にあふれ、豊かな経験と知恵を持っている高齢者がたくさんおられる。年齢にかかわらず、学び、働くことができる環境を整備すれば、生産年齢人

口が減少する中でも、就業者数を維持できる。

実際、安倍内閣の2012年から2018年までの6年間で、生産年齢人口は503万人減少したが、就業者数は384万人増加した。増加した就業者のうち、60歳以上の男性は23%、60歳以上の女性は27%を占める。

この夏の年金財政検証では、少子高齢化が進む中でも、アベノミクスによる就業者の拡大によって厚生年金の加入者が500万人増えた結果、将来の年金給付に係る所得代替率が改善した。

今後も、少しでも多くの方に「支えられる側」ではなく「支える側」として活躍していただくことで、「支える側」と「支えられる側」のバランスを見直していく必要がある。

(3) 今後の取組の基本的考え方

(一億総活躍社会による「成長と分配の好循環」)

若者も高齢者も、女性も男性も、障害や難病のある方々も、一度失敗を経験した人も、みんなが包摂され活躍できる社会、それが一億総活躍社会である。すなわち、一人一人が、個性と多様性を尊重され、家庭で、地域で、職場で、それぞれの希望がかない、それぞれの能力を発揮でき、それぞれが生きがいを感じる事ができる社会を創る。そのために、一人一人の希望を阻む、あらゆる制約を取り除き、活躍できる環境を整備する。

こうした取組の中で、国民一人一人の安心感が醸成され、将来の見通しが確かなることにより、消費の底上げ、投資の拡大が促され、経済の好循環がより一層強化される。また、個々人の多様な能力が十分に発揮され、多様性が認められる社会を実現していくことにより、新たな着想によるイノベーションの創出を通じた生産性の向上によって経済成長を加速することが期待される。

さらに、強い経済の実現に向けた取組を通じて得られる成長の果実によって、子育てや支援や社会保障の基盤を強化し、それが更に経済を強くするという「成長と分配の好循環」を生み出していく、新たな経済社会システムを目指す必要がある。

(全世界型社会保障への改革)

一億総活躍社会を掲げる安倍内閣にとって、全世界型社会保障への改革は最重要課題である。少子高齢化が急速に進む中で、これまでの社会保障システムの改善にとどまることなく、システム自体の改革を進めていくことが不可欠である。

新しい時代の日本に求められるのは、多様性である。みんなが横並び、画一的な社会システムの在り方を、根本から見直していく必要がある。多様性を認め合い、全ての人が個性を活かすことができる社会を創ることで、少子高齢化という大きな壁を克服する。そのために、多様な学び、多様な働き方、そして多様なライフスタイルに応じて安心できる社会保障制度を確立する必要がある。

これまで社会保障改革といえば、年金、医療、介護が主要なテーマになってきたが、今回の全世界型社会保障改革は、人生100年時代の到来を踏まえて、働き方を含めた改革を行っていくものである。結婚、出産といった人生の各段階に応じて、また、病気になったとき、高齢になったとき、どのような働き方ができるか。年金などの各制度との関わり合いも重要になる。

働き方改革を進め、子育てや介護など様々な事情の下でも就労への意欲を活かせる社会を作る。元気で意欲ある高齢者に就業の機会を確保する。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進める。これにより、現役世代の負担上昇を抑えながら、令和の未来をしっかりと見据えた、全ての世代が安心できる社会保障制度を構想する必要がある。

(これまでの取組)

こうした基本的な考え方に基づき、安倍内閣では、まず消費税の使い道を見直し、子供たち、子育て世代への支援を強化することを決定した。本年10月から3歳から5歳まで、全ての子供たちの幼児教育・保育の無償化を行った。そして来年の4月から、真に必要な子供たちの高等教育を無償化する。

同時に、元気で意欲あふれる高齢者が、年齢にかかわらず働くことができる環境を整えることが必要である。これまで、70歳までの就業機会の確保の法制化や、意欲ある方が兼業・副業できる環境整備、年金の受給開始時期を自分で選択できる範囲の拡大、また疾病・介護予防へのインセンティブ措置の強化などの基本的方向を打ち出してきた。

さらに、全世代型社会保障検討会議では、ライフスタイルが多様となる中で、高齢者についての画一的な捉え方を変え、高齢者だけでなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

(4) 今後の改革の視点

(生涯現役(エイジフリー)で活躍できる社会)

従来の社会保障は年齢による画一的な取扱いがなされることが多かったが、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実には合わなくなっている。現在の高齢者を過去の高齢者と比較すると、肉体的にも精神的にも元氣な方が増加している。

高齢者の歩行速度は、10年で10歳若返っている。また、現在就労している60歳以上の方で、70歳以降まで働くことを希望している高齢者は8割にのぼる。今後は、「高齢者」や「現役世代」についての画一的な捉え方を見直し、生涯現役(エイジフリー)で活躍できる社会を創る必要がある。

(個人の自由で多様な選択を支える社会保障)

人生100年時代を迎え、ライフスタイルが多様化する中で、学びにおいても、仕事においても、老後においても、個人が自由で多様な選択ができるよう、特定の生き方や働き方が不利にならない「選択を支える社会保障」を構築する必要がある。

(現役世代の負担上昇の抑制)

2022年には団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現行の社会保障制度を前提とすると、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、

働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進めることで、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する必要がある。

(全ての世代が公平に支える社会保障)

世界に冠たる我が国の社会保障制度を将来世代に着実に受け継いでいくためには、制度の持続可能性が重要である。このため、改革全般を通じて、自助・共助・公助の適切な役割分担を見直しつつ、大きなリスクに備えるという社会保障制度の重要な役割も踏まえ、年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必要がある。こうした取組と併せて、必要な財源確保を図ることを通じて、中長期的に受益と負担のバランスを確保する努力を継続していく必要がある。

(国民の不安への寄り添い)

全世代型社会保障への改革を補完する取組として、国民の不安に寄り添っていくことが重要である。現在、多くの国民が、「近くに医者がない」「1人で老いていく」「地域のつながりがなくなった」「子や孫の時代にはますます生活が厳しくなっていく」といった漠然とした不安や懸念を持っているとの指摘がある。

特に、地域間格差が指摘される地域の医師不足、独居高齢者・孤独死、「地域」の消滅・崩壊に関する不安は切実であり、こうした国民の不安を正面から受け止める必要がある。今後、世論調査等を通じて、国民が持つ不安の実態把握を進める。

第2章 各分野の具体的方向性

1. 年金

人生100年時代を迎え、働き方やライフスタイルが多様化する中で、年金制度においても、多様な就労への対応、より長く働くことへの支援、自らの選択によって高齢期の経済基盤の充実を図ることができるための環境整備を進める。このため、2020年の通常国会に必要な法案の提出を図る。

(1) 受給開始時期の選択肢の拡大

国民一人一人が老後の生活設計を考えながら年金受給のタイミングを自分で選択できる範囲を拡大するため、60歳から70歳まで自分で選択可能となっている年金受給開始時期について、その上限を75歳に引き上げる。これに併せて、繰上げ・繰下げの増減率を、年金財政への中立を基本に最新の生命表等に応じたものに見直す。

他方、70歳までの就業機会の確保に伴い、現在65歳からとなっている年金支給開始年齢の引上げは行わない。

(2) 厚生年金（被用者保険）の適用範囲の拡大

多様な働き方が拡大し、産業構造や就労構造の変化のスピードも速くなる中でも、全ての世代が安心して働くことができ、老後の安心を確保するためには、働き方の形態にかかわらず充実した社会保障制度を整備する必要がある。

現在は、週労働時間20～30時間の短時間労働者については、従業員500人以下の企業で働く場合、被用者であるにもかかわらず、厚生年金（被用者保険）への加入が強制されていないため、この企業規模要件について見直しを行う必要がある。

一方、中小企業・小規模事業者は、利益率が大企業に比して低く、労働分配率も高水準になっており、最低賃金引上げや働き方改革など多くの課題に直面する中で、適用拡大による新たな事業者負担が大きな影響を及ぼすことが危惧される。

他方、適用拡大の影響は業種によって異なり、特にパート比率の高い卸売・小売業やサービス業などで深刻と思われることから、そうした業界の声をよく聞きながら検討する必要がある。また、改革が実行される場合には、段階的な適用拡大の検討や中小企業・小規模事業者の生産性向上への支援、取引慣行の是正が必要である。

以上を踏まえ、今回の改正では、50人超規模の企業まで厚生年金（被用者保険）の適用範囲を拡大することとする。スケジュールについては、2024年10月に50人超規模の企業まで適用することとし、その施行までの間にも、できるだけ多くの労働者の保障を充実させるため、2

022年10月に100人超規模の企業までは適用することを基本とする。

この際、中小企業・小規模事業者の生産性向上への支援を図るため、先端技術の実装を含め、革新的な製品・サービス開発のための設備投資支援や、小規模事業者に特化した販路開拓支援、ITツールの導入支援等を複数年にわたって継続的に実施する仕組みを構築し、必要な財源を確保することとする。

あわせて、短時間労働者への適用要件のうち、1年以上の勤務期間要件は、実務上の取扱いの現状も踏まえて撤廃し、フルタイムの被保険者と同様の2ヶ月超の要件を適用する。

また、5人以上の個人事業所のうち、弁護士・税理士・社会保険労務士等の法律・会計事務を取り扱う士業について、適用業種に追加する。

3. 医療

(1) 医療提供体制の改革

人生100年時代において国民の安心を確保するため、以下のような医療を取り巻く課題を踏まえ、健康を望む国民一人一人の自主的な取組を可能とする環境を整備するとともに、地域包括ケアシステムの構築、さらには地域共生社会の実現に向けた取組を進めることが重要である。疾病予防・早期対応から病気を抱えた後もその生活を支える医療のあるべき姿を見据え、地域医療の基盤を維持していくことが必要である。

- ・ 団塊の世代が75歳以上を迎える中で高齢化による需要拡大への対応
- ・ 生産年齢人口が減少する中で地域医療の確保
- ・ 平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメデイケーションの推進、ヘルシリテラシ

1の向上

- ・ 働き方改革に対応した医師の職場環境の変化と地域医療の確保の両立
- ・ ゲノム医療等最先端医療の導入やデータヘルス改革の推進

具体的には、地域医療構想の推進、地域間・診療科間の更なる医師偏在対策、卒前・卒後の一貫した医師養成課程の整備、地域における看護職員をはじめとする医療関係人材の確保・育成、看護師・歯科衛生士等

の復職支援・定着の推進、医師・歯科医師等の働き方改革、医療職種の役割分担の見直しにより、地域差を伴う「高齢化による需要増大」と「支え手減少」の進展などの環境変化に対応し、質の向上と効率改善を図り、地域で必要な医療を確保する。

あわせて、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化（後述）、在宅医療・歯科医療の更なる深化と推進、訪問看護体制の強化、中山間地を含む適切な遠隔医療の推進、健康・医療情報の連携・活用を含む健康寿命延伸のための食の確保・健康づくり・早期治療・重症化予防、医療といった一貫した施策の構築、地域における医科歯科連携を含む歯科医療機関の強化、地域における薬剤師・薬局機能の強化、医師の負担軽減の観点を含めた医療のかかり方の変容へ向けた取組促進、尊厳と意思の尊重された人生の最終段階の迎え方支援に取り組むことにより、患者中心の医療を深化させる。そのためにも、学校等における社会保障教育に加え、「かかりつけ医」・「かかりつけ歯科医」・「かかりつけ薬剤師」を通じた、また保険者を通じた社会保障教育の充実が必要である。

さらに、安全で質の高い先端的医療の普及、革新的な医薬品、医療機器等が生み出される環境整備、必要不可欠な医薬品の安定供給体制の確保により、必要な医療を迅速に国民に届ける。

① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わせてなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等に併せて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者とな

り、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年度までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

・後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。

・その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大

病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を發揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

・他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上（医科の場合）の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行うつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。

・具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合（緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当

該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など）の要件の見直しを行う。

〔資料52〕 「全世代型社会保障検討会議」中間報告等について（大塚陸毅 会長コメント）

（健康保険組合連合会 令和元年12月19日）

12月19日、政府の全世代型社会保障検討会議は中間報告を取りまとめた。本会は、団塊の世代が75歳に到達し始め、医療保険財政が急速に悪化すると見込まれる「2022年危機」を乗り切るための活動を行っているところであり、今般、関係者の尽力により中間報告が取りまとめられたことに敬意を表する。

中間報告では、全世代型社会保障の構築に向けて、後期高齢者の窓口負担の2割への引き上げが盛り込まれた。本会としては、低所得者に配慮しつつ原則2割負担を主張してきたところであり、今回、2割負担導入の方向性を打ち出したことは評価できる。しかし、その対象範囲など具体案は今後の議論に委ねられており、財政影響等も踏まえ、現役世代の負担軽減につながるよう引き続き求めていく。

また、紹介状なしで大病院を外来受診した場合の定額負担制度の対象を拡大する方針についても、病院・診療所における外来機能の明確化、公的医療保険の負担軽減を図る見直しの観点から評価したい。

さらに、短時間労働者に対する適用拡大については、健保組合への財政影響を踏まえて、十分な財政支援策を講ずるべきである。

中間報告でも指摘された2022年以降も続く高齢化や現役世代の減少等の見通しを踏まえれば、わが国の医療保険制度は、より一層厳しい状況に直面することが予測される。こうしたなかで、健保組合は、職域を基盤とした効果的な保健事業等の取り組みを通じ、中長期的に「支える側」の拡大に貢献していく所存である。

一方、令和2年度診療報酬改定率については、診療報酬本体が実質0・55%の引き上げとなり、薬価等改定分（マイナス1・01%）につい

て、国民へ還元されることなく本体に充当された。本会として、診療報酬はマイナス改定とし、併せて薬価等引き下げ分は診療報酬本体に充当することなく、国民に還元すべきと主張してきたところであり、誠に遺憾である。今後の議論においては、医師の働き方改革への対応について、引き続き、「真に緊急性が高く、救急医療など厳しい労働環境にある勤務医の負担軽減や医療安全の向上につながる部分に限定すべき」と主張していくとともに、限られた財源を適正かつ効果的に配分していくことを強く求めていく。

最後に、全世代型社会保障検討会議の最終報告及び「骨太方針2020」では、国民皆保険制度の維持に向けて、支え手の中核である健保組合が将来の展望を見出せるよう、制度の持続性の確保に向けて給付と負担の関係、とくに世代間のアンバランスや保険給付の範囲を見直す改革の方向性を打ち出すべきである。本会は、引き続き関係各方面の理解を求め、改革実現に向けた活動を継続していく。政府においても、痛みを伴う改革から目を背けることなく、改革議論に取り組むことを強く望む。

〈資料53〉 新型コロナウイルス感染症への対応について

(健康保険組合連合会佐野雅宏副会長 令和2年3月9日)
新型コロナウイルス感染症については、政府において感染予防の水際対策から感染拡大防止策にわたり、様々な対策が講じられており、3月6日には同感染症のPCR検査の保険適用や、法改正などの施策も打ち出されています。しかしながら、関係者の懸命の努力にもかかわらず、感染者の増が続き未だ終息の見通しがたっていません。

私ども、全国3000万人が加入する健康保険組合は、公的医療保険制度を担う保険者として、加入者ひいてはすべての国民が、症状がある患者の立場として必要な場合に、混乱なく適切にPCR検査や医療を受けられるよう最大限に努力いたします。健康保険組合連合会からも、3月5日付にて会員の健康保険組合をはじめ、事業主、労働組合、加入者

に対し、周知・連絡を行っております。

政府および関係機関におかれては、検査および医療を的確に実施するため、相談・検査体制や医療提供体制の整備、また正確な情報提供に努められ、多くの国民が抱えている不安の解消に一層臨んでいただくよう要望します。

健康保険組合も、これまで実施している加入者に対する健康管理、健康教育などの経験を活かして、同感染症の正確な知識の普及・啓発に努め、国、地方公共団体、医療・医療保険関係者等と連携し、国難とも言えるこの局面において、あらゆる対策に取り組む決意です。

〈資料54〉 新型コロナウイルス感染症にかかる健保組合運営等に関する緊急要望

(健康保険組合連合会佐野雅宏副会長・専務理事より)

厚生労働省濱谷浩樹保険局長あて 令和2年3月18日)
平素から、本会の事業運営につきまして、格別のご指導を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルス感染症にかかる本会の緊急要望を別紙のとおり、取りまとめましたので、特段のご配慮を賜りますよう、お願い申し上げます。

新型コロナウイルス感染症流行に伴う健保組合の事業運営等に対する緊急要望

1. 健保組合業務停止時の対策について

健保組合の基幹業務システムはインターネットから切り離された環境で運用しており、在宅勤務・テレワーク等での対応が困難である。今後、健保組合役員に感染者が発生した場合は、健保組合事務所の閉鎖や一部業務を停止せざるを得ない事態も想定される。被保険者証の発行や傷病手当金等の支給などは組合員・加入者の生活に直ちに影響を及ぼすため、業務停止に伴うルールや取り扱い等、非常時における事業継続のためのガイドラインを早急にお示しいただきたい。

また、国からは、多人数の集会・会議等の自粛要請がなされていることから、組合会等について、例外的な取り扱いとして、事業運営通知や会議規則に定めることで書面による審議及び議決を認めていただきたい。

さらに、令和2年度の実地指導監査については、新型コロナウイルスへの対策に全組合が取り組んでいる現状から、当分の間、延期していただきたい。

2. 特定健診・特定保健指導を始めとした保健事業について

新型コロナウイルス感染症の流行により、人の集まる場所を避けるため多くの保健事業等が中止・延期となっている。特に、労働安全衛生法の事業主健診については、厚労省より令和2年5月末まで実施の延期が認められており、特定健診実施率に大きな支障が出る可能性がある。また、保健指導についても事業主や対象者から中止の要請が相次いでいる状況である。

実施延期により、健保組合に不利益が生じないように、加算・減算の評価、各種事業未達による国庫補助の返還等についてご配慮いただくとともに、労働安全衛生法の健診同様、弾力的な運用について検討いただきたい。

3. オンライン資格確認等の導入について

「オンライン資格確認等導入に関する全国説明会」は、健保組合にとって制度開始に向けた準備等を確認する重要な機会であったと認識している。このたび、集会自粛要請から止むを得ず中止されたが、早急に代替手段を検討するなど、健保組合への丁寧な周知をお願いしたい。

また、オンライン資格確認等の導入にあたっては、現在の状況に鑑み、医療機関の体制整備も含めて十分な準備期間を設けるように配慮いただきたい。

4. 健保組合の財政悪化への対応について

今後、新型コロナウイルス感染症の発生・拡大がさらに続けば、経済活動の低迷・企業業績の悪化による保険料収入の急減など、健保組合財政に多大な悪影響を及ぼしかねない。さらに、PCR検査の保険適用に

伴い、保険者は検査費用のみならず、給付費や拠出金負担も増大し、一層厳しい状況に陥ることが懸念される。

今回の災禍により健保組合に過度な負担が生じないように、政府による緊急経済対策に健保組合への財政支援策を盛り込むなど、特段の配慮をお願いしたい。

5. 予防対策および適切な受診行動の情報発信について

健保組合では予防対策および適切な受診行動を促す広報を実施しているが、国においても、医療崩壊に繋がらないよう、更なる広報の強化と、PCR検査の正しい知識（偽陽性・偽陰性、検査の限界等について）を国民に情報発信していただきたい。

〈資料55〉

退職者医療制度の経過措置の早期終了について（要請）

（健康保険組合連合会・全国健康保険協会より）

加藤勝信厚生労働大臣あて 令和2年3月30日

退職者医療制度は、医療費の多くかかる高齢退職者が被用者保険から国民健康保険に移ることにより、国民健康保険へ過度の負担となることから、国民健康保険の財政を支える調整措置として、昭和59年に創設された。

その後、平成20年度に前期高齢者医療制度が創設され、65歳から74歳までの前期高齢者について、被用者保険と国民健康保険との間での財政調整が行われることとなったため、退職者医療制度は廃止されたが、平成26年度までに新たに適用された者が65歳に達するまでの間は制度が継続する経過措置が設けられた。

昭和59年の制度創設時に約260万人であった対象者は、令和元年度には約5万人まで減少しているが、多くの対象者が元年度に65歳に達するため、2年度には約600人まで激減する見込みである。

このため、被用者保険の拠出額は、大幅に減少し、国民健康保険の財政を支えるという本来の役割を終えている上、一部の特定健保組合を除くすべての被用者保険保険者において、支払基金に支払う事務費が拠出

額を上回る事態となっている。

経過措置は対象者が1人でも存在すれば継続するため、最長で令和7年度まで継続することが見込まれているが、このように最後の1人についてまで調整を行おうとすることは、対象者数、被用者保険の拠出総額、各保険者の拠出金に係る事務、支払基金に係る経費等を鑑みると、極めて不合理と言わざるを得ない。

ついては、現在の対象者がすべて対象から外れるのを待たずに、経過措置を早期に終了することを強く要請する。

VIII 令和2年度（2020年度）

令和2年度は、新型コロナウイルス感染症拡大により、さまざまな影響を受けた。政府は4月7日に東京など7都府県に初の緊急事態宣言を発令し、4月16日には全国に拡大した。厚生労働省保険局保険課はそれに先立つ4月6日、健保組合における事業継続についての事務連絡（資料56）を发出し、極めて重要な対応を担う公法人としての体制整備を求めた。

令和2年の通常国会では、短時間労働者の被用者保険適用拡大を含む「年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律案」が3月3日に提出され、5月29日に可決、成立した（資料57）。適用対象とする企業規模要件を、従業員500人超から4年10月に100人超、6年10月に50人超へと段階的に引き下げる。

政府内の医療保険制度改革の議論は感染拡大の影響で中断され、全世代型社会保障検討会議は夏に予定していた最終報告を年末まで先送りすることを決めた。社会保障審議会・医療保険部会は6月から再開し、後期高齢者の窓口負担2割の対象範囲など制度改革の内容を年末までに議論することとなった。

こうした情勢を受けて、健保連、全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会の被用者保険関係5団体は11月4日、医療保険制度改革に向けた共同の意見書（資料58）を田村憲久厚労相宛てに提出した。後期高齢者の窓口負担の原則2割などを全世代社会保障検討会議が年末に取りまとめる最終報告に反映し、給付と負担の見直しを含む医療保険制度改革を遅くとも2022年度までに確実に実行するよう要望した。

さらに健保連は11月5日、厚労省内で記者会見を開き、医療保

険制度改革に向けた重点要望（資料59）を発表した。重点要望では、後期高齢者の窓口負担2割が適用される範囲を「高額療養費の一般区分該当者すべて」とするよう求めた。

健保連の佐野雅宏副会長は、11月24日に開催された全世代型社会保障検討会議のヒアリングで「現役世代の負担は既に限界である」と訴え、後期高齢者の窓口負担について、原則2割負担とする必要性を強調し、2022年度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要望した。

政府は12月14日、全世代型社会保障検討会議を開き、最終報告である「全世代型社会保障改革の方針」をまとめ、15日に閣議決定した（資料60）。後期高齢者の2割負担の対象については、高額療養費の一般区分全体よりも範囲が狭い、所得上位30%までの一般に該当する本人課税所得28万円以上・年収200万円以上を基準とする。施行時期は、令和4年度後半の政令で定める日とした。この医療保険制度改革関連法案（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）は、令和3年2月5日に閣議決定され、同年の通常国会へ提出された。

健保連は令和2年12月15日、最終報告の閣議決定を受けて宮永俊一会長のコメント（資料61）を発表した。2割負担の対象範囲は十分とは言えず、さらなる負担増軽減と国民皆保険制度の持続可能性の観点から、次なる改革に向けて引き続き取り組むよう要望した。

今回の医療保険制度改革では、健保連が要件の厳格化などを訴え続けてきた任意継続被保険者制度の見直しが盛り込まれ、保険料算定の基礎について、健保組合の規約により退職前の標準報酬月額とすることを可能とするなど、健保連の主張が一部取り入れられた。

健康保険組合における事業継続について

(厚生労働省保険局保険課より健康保険組合あて 令和2年4月6日)

新型コロナウイルス感染症については、これまで水際での対策、まん延防止、医療の提供等を講じてきていますが、国内においては、すでに感染経路の不明な患者の増加している地域が散発的に発生しており、引き続き、持ちこたえているものの、一部の地域で感染拡大が見られます。

このような状況において、医療機関への適時・適切な受診の確保、患者の生活基盤を確立するための労務不能時の所得補償といった対応が極めて重要となります。

健康保険組合は、これら極めて重要な対応を担う公法人として、その事業を継続する体制を整備頂いているものと承知してはいますが、今後、更なる制約が生じる場合も想定し、別紙「外出自粛要請の拡大を踏まえた健保組合における業務継続について」を策定いたしました。

貴組合におかれては、これを踏まえた体制整備等を進めていただくようお願い申し上げます。

なお、テレワーク環境が未整備の健康保険組合事務局において、クラスター発生場所に近い等の理由により職員の生命・身体を保護を図る必要が生じた場合や、職員の感染により健康保険組合事務局が封鎖となる場合など、業務継続が物理的に不可能と理事長が判断した場合は、地方厚生(支)局に対して、業務の中断理由、中断期間(予定)、加入者への周知方法とその内容及び業務中断中の窓口となる者の連絡先を報告いただくよう併せてお願い申し上げます。

別紙

外出自粛要請の拡大を踏まえた健保組合における業務遂行について

○基本方針

- ・新型コロナウイルス感染症対策においては、医療機関への適時・適切な受診が重要であるとともに、患者の生活基盤を確立するための感染症による労務不能時の所得補償も併せて重要である。
- ・このため、これらの業務を担う健康保険組合にあっては、外出自粛要請が拡大されたとしても、不急以外の業務は遂行されなければならない。

○健康保険組合の業務を継続できる環境整備

- ・基本方針に基づき、健康保険組合では業務を継続できる環境を整備されたい。
- ・環境の整備を進めるにあたっては、テレワークの導入・実施を検討されたい。
 ※テレワークの導入にあたり留意すべき事項については、別添「健康保険組合におけるテレワークについて」のとおり。
 なお、別添に示すテレワーク環境の構築にかかる基準は、今後の通常業務体制での導入に当たっても変更はない。
- ・テレワークの導入が困難な健康保険組合については、適用、給付、徴収及び経理事務が執行できる事務局の人的体制を整備されたい。
 なお、人的体制の整備においては、次に留意頂きたい。
 → 最低限の職員の出勤とする
 → 時差出勤の積極的な導入や一部の職員が過剰業務とならないようなシフト制の実施
 → 非常時に伴う職務権限の一時変更や委任(権限変更は書面等で残すこと。)の実施
 → 在宅勤務者と出勤者との意思決定ルールおよび手法の確立(例えば「メールでの意思決定確認」の導入。なお、スカイプは決定経緯が事後に確認できないデメリットがあるため推奨しない。)
 → 出勤者のうがい、手指のアルコール消毒、マスクの着用など、感染予防対策の徹底
 → 出勤者の健康状況について日々管理の実行(発熱が確認された職員の出勤停止など、事前のルール作り)

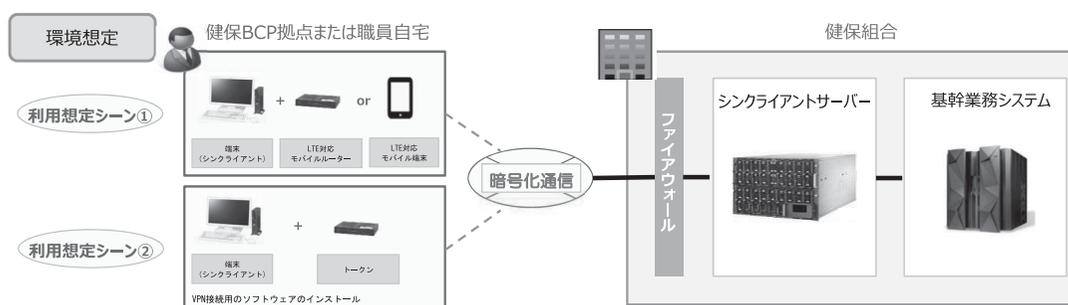
- 外出自粛要請に基づくテレワーク環境下等における制約条件に対する対応
 ・外出自粛要請や外出自粛要請に伴いテレワークにより業務を行う場合、一部の業務に制約が生じることが想定される。このため、制約が生じると想定する業務については、次の対応を検討されたい。

事務	対応内容
資格・限度額証明書の発行	<p>○テレワーク環境では被保険者証の発行が出来ないため、職員自宅等で「資格・限度額証明書」を発行する。</p> <p>○資格取得届等の届出や再交付申請については、メールによる仮申請を認める。</p> <p>※現存加入者に係る「資格・限度額証明書」については、事業主も発行することが出来るため、外出自粛の範囲なども踏まえ、事業所の協力も適宜、求めることも検討されたい。</p> <p>●留意点</p> <p>①この対応は、外出自粛に伴うテレワーク環境時の対応に限ることが望ましいこと。</p> <p>②資格・限度額証明書には照会先を明記するとともに、有効期限の記載が望ましいこと。</p> <p>③申請者が特定できるように、事前に申請者のメールアドレスを把握・管理するなどの対応が望ましいこと。</p> <p>④申請者側の環境に配慮が必要ではあるが、PDF化した申請書や申請書の画像ファイルを添付させることが望ましいこと。</p> <p>⑤資格証明書の真正性を担保するため、事前に資格証明書に組合印の押印又は印影を印刷すること。 押印の際は公印管理者の決裁を経ること、また、印影の印刷の際は印影印刷決裁を起し、印刷枚数を確定すること。</p> <p>⑥印影印刷された資格・限度額証明書については、払出簿で払い出し状況を管理すること。</p> <p>⑦資格・限度額証明書を発行する職員は証明書発行枚数が確認できる日計を作成・管理すること。</p> <p>⑧資格・限度額証明書の送付に用いた個人情報の管理について徹底すること。</p> <p>⑨資格・限度額証明書の発行に伴う費用については、概算払いにより取り扱って差し支えないが、概算払整理簿により管理するとともに、精算にあたっては、各支出について内容を適正に把握すること。</p> <p>⑩職員に対し支出決議の証拠書類となる領収書等の受領など適正な対応を求めること。</p> <p>⑪緊急やむを得ない状況により印影の印刷を行わない場合の資格証明書の発行は妨げないが、医療機関からの照会等には適切に対応すること。なお、不正発行された資格証明書による受診にかかる費用については、組合と受診者間における不法行為に係る損害賠償請求権の問題であることから、医療機関への支払いは拒否できないことに留意すること。</p>

事務	対応内容
インターネットバンキングを利用した支出処理	<p>○銀行振り込みに変え、一時的なインターネットバンキングを利用した支出を行う。</p> <p>●留意点</p> <p>①IDやパスワードなどのアカウント情報を適切に設定し、厳重に管理すること。</p> <p>②ウイルス対策ソフトがインストールされた組合が承認したパソコンの使用に限ること。</p> <p>③ホームページ画面の確認を徹底すること。(httpsで始まっている、ブラウザに鍵マークが表示されている)</p>
傷病手当金等の仮払い	<p>○傷病手当金や高額療養費についてメールでの仮申請及びこれに基づく支給の実施</p> <p>●留意点</p> <p>①資格・限度額証明書の発行の①及び②に同じ。</p> <p>②仮払い処理にかかる決裁ルールを事前に定めておくこと。</p> <p>③レセプトに基づく高額療養費の仮払いに係る精算を適正に行うこと。</p>
組合会の書面審査 *従来の行政指導の見直しを実施 *ただし、都市封鎖等に限定取組	<p>○組合会における審議を書面審査とする</p> <p>●留意点</p> <p>①規約及び組合会会議規則の改正(※)を行ったうえで実施する</p> <p>②書面審査は限定的に取り扱うこと。</p> <p>※規約(例)及び組合会会議規則(例)は健保連より提示する予定。</p>

これ以外に検討している業務がある場合は、厚生労働省や健康保険組合連合会に相談を頂きたい。

- 健康保険組合の職員がテレワーク環境で業務に従事する場合における環境設定基準については、次のとおりとする。
- 基準① テレワークの実施にあたっては、健康保険事業の運営（被保険者証の発行業務、診療報酬や拠出金の支払い、など）に支障がない体制を構築して実施すること。
- 基準② 職員自宅でのテレワークでは特定個人情報及び診療報酬明細書情報を取り扱わないこと。
- 基準③ 「テレワークセキュリティガイドライン第4版」（平成30年4月総務省）にて挙げられている各種対策（以下は厚生労働省として推奨する対策）や、「情報通信技術を利用した事業場外勤務(テレワーク)の適切な導入及び実施のためのガイドライン」（平成30年2月厚生労働省）を踏まえ、システム環境や各種規程の整備をすること。（ただし、会社PCの持ち帰り方式は用いないこと）
- シンククライアント環境での運用とすること。
 - システム管理者が許可もしくは設定された物理端末からのアクセスに限定すること。
 - 健保BCP拠点等の回線は、通信暗号化（例えば「LTE回線」や「Ipsec+IKE」の利用）の対策を行うこと。
 - 健保BCP拠点では、健康保険組合の執務室において求められるセキュリティ対策が講じられていること。
 - 職員の自宅において業務を遂行する時は、印刷は業務上必要な範囲に止める、記憶媒体への書き込み禁止、ディスプレイの覗き見防止フィルムの設置、長時間の離席時の対応等のセキュリティ施策を講じること。



〈資料57〉

年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律の概要（抜粋）

（令和2年5月29日成立）

改正の趣旨

より多くの人がより長く多様な形で働く社会へと変化する中で、長期化する高齢期の経済基盤の充実を図るため、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、在職中の年金受給の在り方の見直し、受給開始時期の選択肢の拡大、確定拠出年金の加入可能要件の見直し等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 被用者保険の適用拡大〔厚生年金保険法、健康保険法、公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律（平成24年改正法）、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法〕

① 短時間労働者を被用者保険の適用対象とすべき事業所の企業規模要件について、段階的に引き上げる（現行500人超↓100人超↓50人超）。

② 5人以上の個人事業所に係る適用業種に、弁護士、税理士等の資格を有する者が行う法律又は会計に係る業務を行う事業を追加する。

③ 厚生年金・健康保険の適用対象である国・自治体等で勤務する短時間労働者に対して、公務員共済の短期給付を適用する。

施行期日

令和4（2022）年4月1日（ただし、1①は令和4（2022）年10月1日・令和6（2024）年10月1日、1②・③は令和4（2022）年10月1日）

医療保険制度の改革に向けた被用者保険関係5団体の意見

(健康保険組合連合会・全国健康保険協会・日本経済団体連合会・日本商工会議所・日本労働組合総連合会より田村憲久厚生労働大臣あて)

令和2年11月4日

2022年度には団塊の世代が後期高齢者に入り始め、医療給付費の急増が見込まれる一方、支え手である現役世代の人口は急減が見込まれ、医療保険制度は危機的状況にある。

また、現役世代や企業の保険料負担はすでに限界に達しており、こうした状況が現役世代の可処分所得の減少や将来不安を招き、消費活動、ひいては経済活動へ一層の悪影響を及ぼすことが懸念されるなか、コロナ禍が追い打ちをかけることとなった。今こそ、将来にわたり国民皆保険を堅持する覚悟を示し、制度の持続可能性の確保に向けた改革を着実に進めることで、国民に安心感をもたらすことが極めて重要となる。

このような共通する問題認識のもと、被用者保険関係5団体は、下記の通り意見をとりとまとめた。政府におかれては、国民皆保険を堅持するために、現在、検討が進められている全世代型社会保障検討会議の最終報告において下記項目を盛り込むなど、給付と負担の見直しを含む医療保険制度改革を遅くとも2022年度までに確実に実行するよう強く要望する。

記

1. 後期高齢者の窓口負担について

全世代型社会保障検討会議の中間報告において、一定所得以上の後期高齢者の自己負担を2割とする方針が示されたが、現役世代に偏った負担を見直し、高齢者にも応分の負担を求めることで、給付と負担の世代間のアンバランスを是正し、公平性、納得性を高めていくことが重要である。

現在、現役世代は所得に関係なく窓口負担は3割であり、70〜74歳の高齢者の窓口負担も2割(一部3割)であることや高額療養費制度により負担の限度額は抑えられていることを踏まえ、75歳以上の後期高齢者

の窓口負担についても、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である。その際、支え手である現役世代の過重な負担増の緩和につながる設定とする必要がある。

2. 拠出金負担の軽減について

今後、急激に増加する拠出金の負担に耐え切れず、解散を検討する健保組合がさらに増加する可能性があるなど、現役世代の負担に過度に依存する現在の制度では、持続可能性は確保できない。そのため、安定財源を確保した上での公費負担の拡充など、現役世代の負担を軽減し、保険者の健全な運営に資する負担構造改革を早急に断行すべきである。

特に、後期高齢者の現役並み所得者については、それ以外の者と同様に、公費負担50%とするべきであり、それを行うことなく現役並み所得者の範囲を拡大する場合は、少なくとも拠出金負担増が生じないよう、財政支援等の負担軽減措置を講じる必要がある。

3. 医療費の適正化等について

持続可能な制度を構築していくためにも、医療費の適正化を図ることが不可欠である。医療の質の向上とあわせ、地域医療構想の推進や医療機能の分化・連携による医療の効率化、人口減少を見据えた医療提供体制を構築するとともに、総合診療専門医の積極的育成やオンライン診療などを活用し、国民の適切な受診行動を促進する必要がある。

また、ヘルスケアデータの活用を推進するとともに、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」、「医療の質の向上」を実現するための薬価制度の抜本改革の推進や後発医薬品のさらなる使用促進(国全体としての新たな目標設定等)、フォーミュラリ(生活習慣病治療薬の適正な選択)の導入の推進、薬剤処方の適正化(重複・多剤投薬の是正、服薬管理の徹底、向精神薬の使用の適正化など)、診療報酬の包括化、医療全体を通じたICT化の促進など、保険診療や診療報酬のあり方に踏み込んだ見直しに取り組むべきである。

4. 保険者機能の強化について

健康寿命をより延伸させ、健康な高齢者には社会保障を支える側に加

わっていただくことが、制度の持続可能性を高めることにつながる。そのためには、職域・地域に関わらず、すべての医療保険者には、加入者に対する健康増進などこれまでに以上に重要な役割が求められる。

個々の保険者が、それぞれの特性を活かして保険者機能を発揮できる制度体系を維持し、企業、労働組合との連携を含め、保険者機能をより強化していくべきである。

〔資料59〕

現役世代を守るために―医療保険制度改革に向けた重点要望

(健康保険組合連合会 令和2年11月5日)

① 後期高齢者の窓口負担の見直し

・ 団塊の世代が後期高齢者に移行する2022年度までに、低所得者の方を除いた上で、高額療養費の一般区分該当者すべて(約53%)に2割負担を導入

② 現役並み所得者の判断基準の見直し

・ 現役並み所得者の対象拡大に合わせ、現役並み所得者の給付費に公費を投入
・ 少なくとも対象者を拡大する場合には、現役世代の負担が増えないようにすべき

③ その他

(1) 大病院の外来受診時定額負担の対象拡大

・ 対象病院の範囲を狭めることなく確実に実施。公的医療保険の負担を軽減するよう見直す。かかりつけ医の普及促進や受診行動の適正化の観点から検討

(2) 薬剤についての適正な処方の方あり方、保険給付範囲の見直し

・ 診療報酬制度に生活習慣病治療薬のフォーミュラリを盛り込む

・ 市販品類似薬等の保険給付範囲からの除外、償還率の変更

(3) 被用者保険の適用拡大に伴う任意継続被保険者制度等の変更

・ 短時間労働者への適用拡大を踏まえ、被用者でない退職者の制度

である任継制度の見直しを実施

〔資料60〕

全世代型社会保障改革の方針(抜粋)

(閣議決定 令和2年12月15日)

第3章 医療

少子高齢化が急速に進む中、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくことは、我々の世代の責任である。こうした観点から、以下の取組を進める。

1. 医療提供体制の改革

第1次中間報告では医療提供体制の改革の方向性が示されたところであるが、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、有事に必要な対策が機動的に講じられるよう、都道府県の医療計画に新興感染症等への対応を位置づけるとともに、地域医療構想については、中長期の医療需要の変化を見据え、各医療機関の役割分担を継続的に協議する基本的枠組みは維持し、その財政支援等を行う。

外来医療においては、大病院における患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の問題に鑑み、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を図る。このため、まずは、医療資源を多く活用する外来に着目して、医療機関が都道府県に外来機能を報告する制度を創設し、地域の実情に応じて、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化する。

あわせて、安全性・信頼性の担保を前提としたオンライン診療を推進するとともに、医師の健康を確保し医療の質・安全の向上を図るための医師の働き方改革、医療関係職種の特長を生かした医療提供体制の推進、医師偏在に関する実効的な対策を進める。

2. 後期高齢者の自己負担割合の在り方

第1次中間報告では、「医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたも

のへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。」とされた上で、「後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。」とされたところである。

少子高齢化が進み、令和4年度（2022年度）以降、団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、若い世代は貯蓄も少なく住居費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題である。

その場合にあっても、何よりも優先すべきは、有病率の高い高齢者に必要な医療が確保されることであり、他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、窓口負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠である。

今回の改革においては、これらを総合的に勘案し、後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても課税所得が28万円以上（所得上位30%）及び年収200万円以上（単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上）の方に限って、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方は1割とする。

今回の改革の施行時期については、施行に要する準備期間等も考慮し、令和4年度（2022年度）後半³で、政令で定めることとする。

また、施行に当たっては、長期頻回受診患者等への配慮措置として、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後3年間、1月分の負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入する。

＜対象範囲拡大のイメージ＞

一般病床数	特定機能病院／地域医療支援病院	その他	
	現在の定額負担（義務）対象病院	紹介患者への外来を基本とする医療機関	
200床以上	666 (7.9%)	688 (8.2%)	
200床未満	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	

- 「1.」及び「2.」については、令和3年（2021年）の通常国会に必要な法案の提出を図る。
- 2 現役並み所得者を除くと23%
令和4年（2022年）10月から令和5年（2023年）3月までの各月の初日を想定。
 - 3 大病院への患者集中を防ぎかけつけ医療

3. 大病院への患者集中を防ぎかけつけ医療の強化を図るための定額負担の拡大

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医療機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とされたところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が高がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組み

を拡充する。

第4章 終わりに

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」の考え方は、今後とも社会保障改革の基本であるべきである。本方針を速やかに実施するとともに、今後そのフォローアップを行いつつ、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、総合的な検討を進め、更なる改革を推進する。

〈資料61〉

「全世代型社会保障改革の方針」(閣議決定) について (宮永俊一会長コメント)

(健康保険組合連合会 令和2年12月15日)

12月15日、政府の全世代型社会保障検討会議の最終報告が閣議決定された。現役世代が減少する中、団塊の世代が後期高齢者に移行し始める2022年度から医療保険財政はより一層厳しくなり、支え手である現役世代の負担増は大きな課題となっている。昨年、同会議の中間報告において、後期高齢者の窓口負担について、「一定所得以上の方を2割負担とする」方向性が示されて以降、本会は現役世代の負担増を軽減するため、その対象範囲を少なくとも高額療養費の一般区分に該当する方すべてとすることを求めて活動してきた。

今回、全世代で社会保障を支えるなかで、現役世代の負担増軽減の必要性が示されたことは評価するが、2割負担の対象範囲が所得基準200万円以上となり、対象者数が370万人にとどまったことについては十分とは言えず、これからも現役世代の更なる負担増軽減及び国民皆保険制度の持続可能性の観点から、国として今回の改革で終わらせることなく、次なる改革に向けて引き続き取り組んでいただくよう強く要望する。

一方、紹介状なしで大病院を外来受診した場合の定額負担制度については、対象を拡大する方針は、「外来機能の明確化」や「かかりつけ機能の強化」の方向性に沿ったものである。また、定額負担を増額し、その増額分を保険給付範囲から控除することは、公的医療保険の負担軽減となることから、併せて評価したい。

我が国において、将来を担う世代が希望を持てる医療保険制度を作るための課題はまだ多い。例えば、後期高齢者の現役並み所得者への公費投入のあり方等、医療保険制度における負担と給付、公費のバランスについては、公平性等の観点から不断の見直しが必要である。

我々健保組合・健保連は、世界に冠たる国民皆保険制度を担う保険者の中核として、制度の持続可能性を確保するため、自らもさらなる保険者機能の発揮を目指していく。

Ⅹ 令和3年度（2021年度）

厚生労働省は令和3年4月26日、新型コロナウイルス感染症の収束後も健保組合における働き方のひとつとしてテレワークを引き続き実施し、診療報酬明細書情報を取り扱う業務も可能とするなどの事務連絡（資料62）を发出了した。

政府は、新型コロナウイルス感染症拡大防止対策として、ワクチン接種の機会を広める方針から、加藤勝信内閣官房長官が令和3年5月31日、首相官邸で佐野雅宏副会長ら役員と面談し、職域接種に関し協力を要請した。佐野副会長は積極的に協力することを表明するとともに、諸課題の解決を求める要請書（資料63）を提出した。

後期高齢者の窓口負担2割導入を含む医療保険制度改革関連法（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）は令和3年6月4日、参院本会議で可決、成立した（資料65）。これを受けて健保連は同日、宮永俊一会長のコメント（資料66）を発表した。2割負担の導入を柱とする今回の改正について、現役世代の負担軽減としては十分ではないが、「全世代対応型の社会保障制度の構築に向けた第一歩」と位置づけた。

法案審査の過程では佐野副会長が4月20日の衆院厚生労働委員会、5月31日の参院厚労委にそれぞれ参考人として出席し、同法案に対して意見陳述した。佐野副会長は、後期高齢者の2割負担の早期実施と、これにとどまらず対象者を拡大するなど、給付と負担の見直しを含めた次期制度改革への検討を求めた。参院厚労委で6月3日に採択された附帯決議（資料64）には、さらなる改革に向けた検討や、財政が厳しい健保組合への支援の必要性に関する項目が盛り込まれた。

後期高齢者2割負担の導入時期は、令和4年度後半とされていたが、年末の4年度予算編成過程における財務、厚労両相の折衝で、最も早い4年10月1日から開始することに決まった。

健保連は4月9日の常任理事会・要求実現対策本部において本部の下に要求実現対策チームを発足し、次なる制度改革に向けた動きを開始した。当面の対応として、政府の「骨太方針2021」に向けた要望（資料67）をまとめ、6月8日に公表した。以降、制度改革に向けた議論を深化させ、10月19日には、かかりつけ医の推進を強く提唱するなどの新たな提言「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて」（資料68）を公表した。

岸田政権が11月に発足させた全世代型社会保障構築会議は、令和3年度中に3回開催され、被用者保険の適用拡大を推進する勤労者皆保険、機能分化と連携を一層重視した医療提供体制改革などを今後の論点とした。

令和4年度診療報酬改定に向けては、健保連など医療保険者関係6団体が11月24日、「診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につながるべき」とする共同の要請書（資料69）を後藤茂之厚労相に提出した。

令和4年度診療報酬改定率は、12月22日の財務、厚労両相の折衝で診療報酬+0・43%、薬価▲1・35%、材料価格▲0・02%となった。4年度改定では健保連が繰り返し提言してきたリフィル処方への導入も決定され、リフィル処方箋の導入・活用促進による診療報酬の効率化効果を▲0・1%とした。

健保連は、診療報酬改定を含む令和4年度政府予算編成の重要事項が合意されたことを受けて、佐野副会長の見解（資料70）を即日発表した。

医療提供体制に関する国の政策では、令和3年2月2日に通常国会に提出された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が5月21日に成立した。同法により、地域の医療機関の外来機能の明確

化・連携に向けて、外来機能報告制度が4年4月から施行されることとなった。

〈資料62〉

健康保険組合におけるテレワークについて

(厚生労働省保険局保険課より健康保険組合あて 令和3年4月26日)
 令和2年4月6日付け事務連絡「健康保険組合における事業継続について」により、外出自粛要請の拡大を踏まえた健保組合における業務継続の一環として、特定個人情報及び診療報酬明細書情報を取り扱わない業務のテレワークを導入・実施したところですが、テレワークの活用は、新型コロナウイルス感染症の収束後においても、健康保険組合の働き方のひとつとして、引き続き実施していくものであることから、今般、テレワーク環境下における特定個人情報及び診療報酬明細書情報を取り扱う業務についても所要の安全管理措置を講じたうえで、実施して差し支えないものとする。

なお、当該事務連絡別添「健康保険組合におけるテレワークについて」は別紙のとおり改正する。

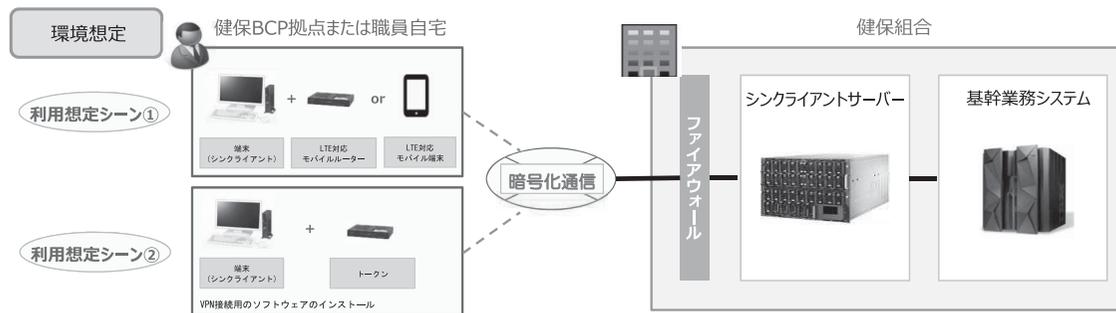
別紙 健康保険組合におけるテレワークについて

■ 健康保険組合の職員がテレワーク環境で業務に従事する場合における環境設定基準については、次のとおりとする。

基準① テレワークの実施にあたっては、健康保険事業の運営（被保険者証の発行業務、診療報酬や拠出金の支払い、など）に支障がない体制を構築して実施すること。

基準② 健保BCP拠点または職員自宅でのテレワークでは特定個人情報及び診療報酬明細書情報を取り扱う業務も所要の安全管理措置を講じたうえで実施可能とする。

基準③ 「テレワークセキュリティガイドライン第4版」（平成30年4月総務省）にて挙げられている各種対策（以下は厚生労働省として推奨する対策）や、「情報通信技術を利用した事業場外



勤務（テレワーク）の適切な導入及び実施のためのガイドライン」（平成30年2月厚生労働省）を踏まえ、システム環境や各種規程の整備をすること。（ただし、会社PCの持ち帰り方は用いないこと）

- シンクライアント環境での運用とすること。
- システム管理者が許可もしくは設定された物理端末からのアクセスに限定すること。
- 健保BCP拠点等の回線は、通信暗号化（例えば「LTE回線」や「IPsec+IKE」の利用）の対策を行うこと。
- 健保BCP拠点では、健康保険組合の執務室において求められるセキュリティ対策が講じられていること。
- 職員の自宅において業務を遂行する時は、印刷は業務上必要な範囲に止める、記憶媒体への書き込み禁止、ディスプレイの覗き見防止フィルムの設置、長時間の離席時の対応等のセキュリティ施策を講じること。

〈資料63〉

新型コロナウイルスワクチンの職域接種に関して（要請）

（健康保険組合連合会宮永俊一会長より加藤勝信内閣官房長官あて

令和3年5月31日）

平素から、健康保険組合及び本会に格別のご理解、ご指導を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、新型コロナウイルスの感染拡大が収まらず、未だ収束が見通せない我が国において、私ども健康保険組合及び本会は、迅速にワクチン接種を進め国民全体の集団免疫を一刻も早く築き上げることが、安心・安全の国民生活、社会・経済のための最重要課題と認識しております。私どもも、国民の健康を守る保険者として、国の進めるワクチン接種に対し積極的に協力させていただきたく考えております。

現在、65歳以上の高齢者の方々に對するワクチン接種が始まっておりますが、今後、一般者へ接種が拡大されるにあたっては、居住市町村に

よる個別接種・集団接種に加え、職域単位で接種を行うことも、勤労者が接種しやすくなるための選択肢の拡大という面でも、国民全体の早期の接種者増、接種率の向上に極めて有効と考えております。私どもは、ワクチン接種に関する事業主、労働組合、加入者からの要望に応えるためにも、職域における接種も進めるべきと考えております。

現状、健康保険組合、あるいは事業主等の診療所等の職域単位での接種については、ワクチンの安定供給、接種者の要件・確保、接種記録の管理、副反応への対応、接種にかかる諸費用への公的支援等、法制上の問題も含め課題が多くあります。しかしながら、この困難にあたって私どもは、早急に課題が解決され、経済団体、関係団体とも連携・協力して職域における接種にあたりたく考えておりますので、政府におかれては、ワクチンの職域接種に関するご決定、ご指導を賜りたくお願い申し上げます。

〈資料64〉

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附帯決議（抜粋）

（参議院厚生労働委員会 令和3年6月3日）

三、後期高齢者医療制度の創設以降、高齢者世代と現役世代の人口バランスが大きく変化し、制度の支え手である現役世代に対する負担が加率的に増していることや、現役並み所得の後期高齢者に係る医療給付費について公費負担が行われておらず現役世代に対する過重な負担となつてゐること等を踏まえ、後期高齢者医療制度における財源の在り方について検討を行うこと。

四、後期高齢者支援金の増大に加え、新型コロナウイルス感染症の流行の影響を受けた保険料収入の急減により、健康保険組合の財政運営が極めて困難な状況にあること等を踏まえ、特に財政状況が厳しい健康保険組合に対する財政支援や保険者機能強化支援事業等の推進を図ること。

十二、二〇二二年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を

抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。

〈資料65〉

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の概要

(令和3年6月4日成立)

改正の趣旨

「全世代型社会保障改革の方針について」(令和2年12月15日閣議決定)等を踏まえ、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、全ての世代で広く安心を支えていく「全世代対応型の社会保障制度」を構築するため、所要の改正を行う。

改正の概要

1. 全ての世代の安心を構築するための給付と負担の見直し

(1) 後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し【高齢者の医療の確保に関する法律】

後期高齢者医療の被保険者のうち、現役並み所得者以外の被保険者であつて、一定所得以上(※)であるものについて、窓口負担割合を2割とする。

※課税所得が28万円以上かつ年収200万円以上(単身世帯の場合。複数世帯の場合は後期高齢者の年収合計が320万円以上)。政令で規定。

※長期頻回受診患者等への配慮措置として、外来受診において、施行後3年間、1ヶ月の負担増を最大でも3,000円とする措置については、政令で規定。

(2) 傷病手当金の支給期間の通算化【健康保険法、船員保険法】

傷病手当金について、出勤に伴い不支給となった期間がある場合、そ

の分の期間を延長して支給を受けられるよう、支給期間の通算化を行う。

(3) 任意継続被保険者制度の見直し【健康保険法、船員保険法】

任意継続被保険者の保険料の算定基礎の見直しや、被保険者からの申請による資格喪失を可能とする。

2. 子ども・子育て支援の拡充

(1) 育児休業中の保険料の免除要件の見直し【健康保険法、船員保険法、厚生年金保険法等】

短期の育児休業の取得に対応して、月内に2週間以上の育児休業を取得した場合には当該月の保険料を免除するとともに、賞与に係る保険料については1月を超える育児休業を取得している場合に限り、免除の対象とすることとする。

(2) 子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置の導入【国民健康保険法、地方税法】

国民健康保険の保険料(税)について、子ども(未就学児)に係る被保険者均等割額を減額し、その減額相当額を公費で支援する制度を創設する。

3. 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進(予防・健康づくり・重症化予防の強化)

○ 保健事業における健診情報等の活用促進【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

① 労働安全衛生法等による健診の情報を保険者が保健事業で活用できるよう、事業者に対し被保険者等の健診情報を求めることを可能とする。

② 健康保険組合等が保存する特定健診等の情報を後期高齢者医療広域連合へ引き継ぐこと等を可能とする。

4. その他

(1) 国民健康保険の財政安定化基金を、都道府県が国民健康保険事業費納付金の著しい上昇抑制等のために充てることを可能とする。【国民健康保険法】

- (2) 都道府県国民健康保険運営方針について、保険料の水準の平準化や財政の均衡に関して記載事項に位置付ける。【国民健康保険法】
- (3) 医療扶助においてオンライン資格確認を導入する。【生活保護法、社会保険診療報酬支払基金法、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】等

施行期日

令和4年1月1日（ただし、1(1)は令和4年10月1日から令和5年3月1日までの間において政令で定める日、2(1)は令和4年10月1日、2(2)及び4(1)は令和4年4月1日、4(2)は令和6年4月1日、4(3)は一部を除き公布の日（令和3年6月11日）から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日）

〈資料66〉

医療保険制度改革関連法の成立にあたって（宮永俊一会長コメント）

（健康保険組合連合会 令和3年6月4日）
 本日、参議院本会議において、「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」（医療保険制度改革関連法）が可決、成立した。ここに至るまでの関係者の尽力に改めて敬意を表す。

団塊の世代が後期高齢者に移行し始める2022年度から医療保険財政はより一層厳しくなり、支え手である現役世代の過重な負担が大きな課題となっている。改正法には、世代間の給付と負担のアンバランスの是正の観点から、後期高齢者の窓口負担について、一定所得以上の方を2割負担とする内容が含まれている。現役世代の負担軽減としては十分ではないものの、全世代対応型の社会保障制度の構築に向けた第一歩として評価できるものであり、早期の施行を強く要望する。

また、国会の法案審議を通じて、既に限界にある現役世代の負担軽減の必要性、過重な拠出金負担に苦しむ健保組合の実情、新型コロナウイルス感染症の影響による財政悪化など、健保組合の窮状に対する理解

は着実に深まっている。例えば、参議院の厚生労働委員会で採択された附帯決議は、健保組合・健保連の要望に非常に配慮された内容となっている。

持続可能な全世代対応型の社会保障制度の構築に向けては、後期高齢者の現役並み所得者への公費投入のあり方など高齢者医療制度のさらなる見直し、医療提供体制の効率化や保険給付範囲の見直し等、多くの課題が残されており、財源の在り方も含めた総合的な検討が不可欠である。

政府におかれては、国会審議や附帯決議の内容を尊重し、その実現を図るとともに、国民皆保険制度の維持と将来を担う世代が希望を持てる医療保険制度の構築に向けた抜本的改革を早期に断行するよう強く要望する。

〈資料67〉

骨太の方針に対する要望

（健康保険組合連合会 令和3年6月8日）

国民皆保険制度の維持・発展のため、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、以下の内容をもとに骨太の方針、改革工程表への反映を求める。

I. 国民が安心できる安全で効率的な医療の実現

1 急性期病床の集約による入院医療体制の強化

○ 今般のコロナ禍で急性期病床の機能と人的資源の散在が露呈した。今後の人口減少や疾病構造の変化、新興感染症への対応として、早急に急性期病床の集約が必要である。そのためには地域医療構想を確実に推進すべき。

○ 入院医療の機能分化・連携の強化に向けて診療報酬での対応を含め推進すべき。

2 国民が身近で信頼できるかかりつけ医の推進

○ コロナ禍での実態を踏まえ、国民が必要な時に必要な医療を受けることができるよう、外来医療の機能分化・連携の強化が必要。

○ そのためには、国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」の推進が重要。

○ まずは国民が求めるかかりつけ医の機能を明確化し、制度化の枠組みを検討すべき。

○ 国民の理解を促進し、かかりつけ医の情報の見える化を進めるべき。

3 新型コロナウイルス対応の医療機関の経営支援は公費で行うべき

○ 診療報酬は診療行為の対価が原則である。新型コロナウイルス患者の受け入れによる医療機関の経営支援は公費で対応すべき。

4 保険給付範囲の見直し等

○ 重症疾患で苦しむ患者の命と健康を守るため、個人での負担が困難な医薬品は保険で確実にカバーする。一方で、スイッチOTCを推進し、市販品類似薬（軽症用）は保険給付範囲からの除外や給付率の見直しを行うべき。保険外併用療養費制度の活用も一つの選択肢。

○ 効率的・効果的な医薬品処方を進進するため、院内、地域においてフォーミュラリを推進すべき。

5 リフィル処方の解禁

○ 慢性疾患等、病状の安定した患者には、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携のもとに、リフィル処方（一定期間内の処方箋の反復使用）を解禁すべき。

II. 全世代型社会保障制度の構築に向けた改革

（総論）

世代間の負担のアンバランスを是正し、制度の持続性を確保することが、国民の安心につながる。今般の後期高齢者の自己負担2割の制度改革は十分とは言えず、現役世代の負担軽減は今後も重要な課題である。全世代型の社会保障制度構築のための次期改革に向け、給付と負担、高齢者医療拠出金、財源の在り方を含めた、総合的な検討の場を設置すべきである。

1 高齢者医療制度の改革

○ 現役との均衡の観点から、現役並み所得者の対象を拡大するとともに

に、現役並み所得者の給付費に公費を投入すべき。

○ 給付と負担のアンバランスの是正に向け、後期高齢者が負担する保険料の割合（後期高齢者の医療給付費の約1割）を見直すべき。

○ 拠出金制度は健保財政を大きく圧迫している。現役世代の負担に一定の歯止めをかけるためにも、拠出金負担割合の上限を設定すべき。また、前期納付金の不合理な調整方法を見直し、必要最小限の調整にとどめるべき。

○ 世代間負担の公平性確保の観点から、高額療養費自己負担限度額等の判定基準にも影響する、公的年金等控除等の年金課税の在り方を見直すべき。

2 介護保険制度の改革

○ 介護保険制度の安定性・持続可能性の確保の観点から、利用者負担は原則2割負担とし、3割負担の範囲も拡大すべき。保険給付範囲の見直しも必要。

〈資料68〉

『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―

（健康保険組合連合会 令和3年10月19日）

・ 我が国は、団塊の世代が全て75歳以上となる「2025年」が迫り、高齢化の大きな波とさらなる現役世代の減少という歴史的な難局に直面している。

・ 誰もが必要な時に必要な医療にアクセスできる体制とそれを支える皆保険制度を維持するためには、地域医療構想の実現をはじめとする「質の高い医療提供体制の構築」と、社会情勢の変化に対応した「全世代で支え合う制度への転換」が急務である。

・ 健保組合・健保連は、2017年に「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」をまとめ、高齢者医療費の負担構造改革を中心とした医療保険制度の抜本改革を求めるとともに、国をはじめ、国民皆保険制度に関係するすべてのプレーヤー（国民、医療提供

者、保険者)に意識改革と従来にない努力を促す提言を行った。

● その後の社会情勢の変化、さらに、一般のコロナ禍を通じて明らかとなった課題について、健保組合・健保連としての考え方とその対応をここにまとめた。

● 健保組合は、事業主との緊密な連携のもと、日本の医療保険制度を牽引し、また、保険者機能を發揮して、医療費適正化の取り組みや疾病予防・重症化予防等、様々な事業を展開してきた。現在のコロナ禍においても、加入者の健康を守るという重要な使命を全うすることに変わりはない。

● 社会システムの変革が急速に進む今、事業主との連携、加入者との距離の近さを生かし、人生100年時代における働き方の多様化にも対応した更なる取り組みに努め、国民の健康寿命の延伸を図ることを通じて、真の健康である「well-being」の向上にも貢献していきたい。

1. コロナ禍を通じて明らかになった課題と対応

―「かかりつけ医」の推進。安全・安心で効率的・効果的な医療の実現に向けて―

● 一般のコロナ禍を通じ、入院・外来ともに医療提供体制の硬直性・脆弱性、医療資源の散在等の諸問題がより顕在化した。

● 医療に対する国民の不安が高まるなか、「安全・安心」で、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」体制を堅持することが最も重要である。

対応の方向性

● 国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」の推進とかかりつけ医制度の構築

↓まずは、かかりつけ医の要件(機能)の法令等での明確化、国民への情報提供・開示の強化等必要な環境整備を進める。

※かかりつけ医の要件(機能)：「患者をよく知っている」、「患者の多様なニーズに応えられる」、「国民・患者に選ばれる」

● 急性期病床の集約・強化等第8次医療計画(2024年度)を見

据えた地域医療構想の着実な推進

2. 社会情勢の変化に応じた課題と対応

―国民皆保険制度の持続性確保へ。医療の重点化・効率化と現役世代の負担軽減が喫緊の課題―

● 国民皆保険制度の持続性を高めるためには、医療費そのものの増加を抑制(医療の重点化・効率化)するとともに、現役世代に過度に依存する制度から全世代で支えあう制度への転換が必要である。

● その際、近年の高齢者像の変化(体力・健康状態の向上や国民の意識、高齢者の就労率の上昇等の社会情勢の変化を考慮しつつ、世代間の給付と負担のアンバランスを是正し、現役世代の負担軽減を図ることが喫緊の課題である。

対応の方向性

① 医療の重点化・効率化(保険給付範囲の見直し、薬剤費の伸びの抑制等)

● 医療費適正化計画の取り組みの強化(地域差是正、医療費が見込みを上回る場合の対応、保険者協議会の関与強化等)

● 市販品類似薬の保険給付範囲からの除外又は給付率の見直し、フオーミュラリの普及・リフィル処方早期導入等

② 人口構造の変化を踏まえた全世代で支える制度の構築(世代間のアンバランスの是正、現役世代の負担軽減等)

● 後期高齢者の保険料負担割合(現行〃給付費の11%)の見直し(後期高齢者と現役世代の負担の伸びの均衡を図る)

● 後期高齢者の窓口負担の原則2割(一定以上所得者の2割負担の早期実施、低所得者を除いて原則2割負担の検討を継続)

● 現役並み所得者の対象範囲拡大と、現役並み所得者の給付費への公費投入

③ 社会保険の保険原理が適正に機能するしくみ

● 高齢者医療への拠出金負担の上限設定、前期高齢者財政調整の見直し(変動抑制、計算式見直し等)

● 拠出金負担の見える化(後期高齢者支援金、介護納付金の保険料

率を国が審議会の意見を聞いて定めるよう見直す)

- 社会保障のための財源確保等の検討(税財源の確保、年金控除や非課税年金の見直し)

※このほか、金融資産も勘案した高齢者の自己負担割合の判定の検討、介護保険制度の給付と負担の見直し、前期高齢者と介護保険制度の年齢区分の65歳から70歳への引き上げの検討等

健保組合の価値向上へ取り組む課題と対応

―コロナ禍でも生きる健保組合の保健事業―

健保組合の組織基盤を生かして実施する予防・健康づくりはコロナ禍でも発揮

- 特定健診・特定保健指導(生活習慣病対策)

↓ 基礎疾患等の予防による新型コロナウイルス感染の重症化予防

- 企業との連携した取り組み(データヘルス・健康経営)

↓ 働き方の変化(在宅勤務等)に応じた健康づくり施策を展開

- 社会環境の変化や加入者のニーズに応じた機動的対応

↓ 感染予防策の周知、新型コロナウイルスの職域接種

健診受診控えによる健康二次被害防止のための啓発

―健保組合としての更なる取り組み―

健保組合は、引き続きコロナポヘルスによる健康経営の推進、加入者への健康教育・広報によるヘルスリテラシー向上等に努めるとともに、社会環境の変化に応じた先駆的な取り組みを実践し、国民全体の健康度を高め、健康寿命の延伸を図る。

社会環境の変化(人生100年時代・デジタル化社会)に対応した取り組み

- 高齢者の就労率上昇、女性の社会進出等多様性ある社会への対応

(ロコモ対策、女性特有の健康課題等)

- データ活用の深化(PHRとスコアリングレポートの活用、集団最

適・個人最適へ向けた適切な情報提供と保健事業の展開)

- 国、関係機関においては、●個人・企業への健康投資の後押し、●国

民のヘルスリテラシー向上や社会保障制度等の教育機会の充実、●ヘルスケア事業者・商品の評価制度等の構築―に取り組み、国民が自発的に予防・健康づくりに取り組む「健康社会の実現」をめざした機運づくりを進めていただきたい。

〔資料69〕

令和4年度診療報酬改定に関する要請

(健康保険組合連合会宮永俊一会長・国民健康保険中央会原勝則理事長・全国健康保険協会安藤伸樹理事長・全日本海員組合松浦満晴組合長・日本経済団体連合会十倉雅和会長・日本労働組合総連合会芳野友子

会長より後藤茂之厚生労働大臣あて 令和3年11月24日)

令和4年度診療報酬改定にあたって、下記のとおり医療保険者関係団体の意見を取りまとめたので、政府の決定において適切に反映されるよう、強く要請する。

記

新型コロナウイルス感染症は、我々の生活・雇用・労働・産業のあらゆる分野に甚大な影響を及ぼした。未知の脅威に対する医療従事者の献身的な活動をはじめ、検査・医薬品・ワクチン等も含めた新型コロナウイルス感染症への対応に関わる方々の尽力に心より敬意を表する。そして何より国民が感染対策の努力を重ねた結果、今秋から新規感染者数や重症者数が落ち着いてきてはいるものの、社会・経済の先行きは依然として不透明である。

一方、令和2年度は一時的に医療費が減少したが、賃金・物価の伸びを医療費の伸びが上回り、医療保険財政を圧迫する構図が長らく続いている。今後も少子高齢化は確実に進み、支え手が減少するなかで、まさに令和4年度から団塊の世代が75歳に到達し始める。コロナ禍においても地域医療構想で想定している人口構造と医療ニーズの変化は止まらない。

国民皆保険制度の長期的な持続可能性を高めつつ、医療提供体制を新興感染症にも強い効率的・効果的な仕組みへ再構築することや、高い水

準の自然増を考えれば、令和4年度は診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につなげるべきであり、配分の見直しに主眼を置いたメリハリのある改定とする必要がある。薬価等については、イノベーションの推進にも配慮しながら、市場実勢価格の低下に伴う公定価格の引き下げ分を、長期的に上昇し続ける負担の抑制のために還元されなければ、国民の理解は得られない。

令和2年度の概算医療費は42・2兆円だった。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う受療行動の変容や感染予防策による呼吸器系疾患等の減少などにより、前年度比▲3・2%で過去最大の減少率となったが、すでに足下では医療費が増加基調に戻りつつある。

昨年2月以降、新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いとして、様々な特例措置が講じられた。また、補助金や交付金を通じて医療機関に対する支援も実施されてきた。

第23回医療経済実態調査の結果、令和2年度における医療機関の経営状況は、令和元年度と比べて、全体として収益が減少した一方で費用が増加し、損益差額が悪化した。医療法人の病院は黒字を維持し、一般診療所、歯科診療所、保険薬局は依然として高い水準の黒字である。さらに、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めた場合には、全体として損益差額は令和元年度から改善し、総じて医療機関の経営は安定している。今回追加された単月調査の結果から直近の状況を見ると、令和3年6月の損益差額は、新型コロナウイルス感染症関連の補助金を含めず、令和2年6月と比べて概ね改善し、一般診療所の損益差額は令和元年6月を上回った。

こうした状況を踏まえ、改定にあたっては、まずは診療報酬と補助金・交付金の役割分担・効果を検証し、整理することが重要である。

未曾有の経験から、医療機能の分化・強化と連携を推進する必要性が改めて浮き彫りになった。入院では、急性期病床における医療資源の集約と、急性期から回復期、慢性期まで目に見えるかたちでの円滑な連携、外来では、幅広い疾患に対応できるかかりつけ医を起点とした安心で安全な医療の確保や、患者のニーズと技術進歩を踏まえたオンライン

診療の推進等が最大の課題である。

限られた医療保険財政のなかで医療の質を高めるためには、総合的な対応が求められる。後発医薬品を患者が安心して使用できる環境のさらなる整備や有効性・安全性を前提に経済性も考慮した処方薬の推進策を講じつつ、創薬力の強化等のイノベーション推進、医療従事者の働き方改革や処遇改善等について、国を挙げた効果的な取組みを強く要請する。

〈資料70〉

令和4年度政府予算編成及び診療報酬・薬価等改定への見解

(健康保険組合連合会佐野雅宏副会長・専務理事 令和3年12月22日)

政府において令和4年度予算編成の重要事項が大臣合意されたことを踏まえ、下記のとおり見解をとりまとめましたので、お知らせします。

記

令和4年度政府予算編成において、一定の所得がある後期高齢者の患者負担割合を令和4年10月1日から2割とすることが示された。想定された範囲で最も早い時期の施行であることは評価できる。しかし、今後の高齢化に伴う現役世代の拠出金負担の増加を考えれば十分とは言えず、次期改革に向けた議論を速やかに開始すべきである。

また、令和4年度の診療報酬・薬価等改定についても合意されたが、今回改定は、団塊の世代が75歳に到達し始め、健保組合の財政が悪化するタイミングとなり、また、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえて行われる初めての改定でもある。

健康保険組合連合会は医療保険者関係団体とともに、「令和4年度は診療報酬を引き上げる環境になく、国民の負担軽減につなげるべきであり、配分の見直しに主眼を置いたメリハリのある改定とする必要がある。薬価等については、イノベーションの推進にも配慮しながら、市場実勢価格の低下に伴う公定価格の引き下げ分を、長期的に上昇し続ける負担の抑制のために還元されなければ、国民の理解は得られない」と一貫して主張してきた。

診療報酬の0・43%引上げが大臣合意されたことは、令和2年度改定

の0・55%引上げに比べて小幅であり、現下の状況を踏まえた判断であると推察されるものの、薬価等の1・37%引下げが国民に還元されず、誠に遺憾である。

一方、リフィル処方箋の導入・活用促進による適正化が示されたことは評価でき、実効性ある仕組みとすべきである。また、入院医療の評価の適正化やかかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方適正化等が示されており、今後この方向性も踏まえて、個別の診療報酬項目について、中央社会保険医療協議会での議論を尊重し、改革を着実に進めるべきである。

X 令和4年度（2022年度）

社会保障審議会・医療保険部会は、政府の全世代型社会保障構築会議が令和4年9月に提示した次期制度改革の論点を踏まえ、▽出産育児一時金関係、▽高齢者医療制度関係、▽被用者保険者間の格差是正―などを主要テーマに年末に向けて集中的に議論した。

被用者保険者間の格差是正では、前期高齢者納付金に「報酬水準に応じた調整」の導入が政府側から提起され、最終的に調整の範囲を1/3とすることとなった。

健保連はこの間、現役世代の負担増となる内容に反発するとともに、削減される公費財源の全額を現役世代の負担軽減に充てるべきと強調した。

また、健保連、全国健康保険協会、日本経済団体連合会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会の被用者保険関係5団体は、▽現役世代の負担軽減に係る施策の確実な実現、▽被用者保険者間の格差是正を通じた保険者基盤強化の実現―を訴える共同の意見書（資料72）をまとめ、12月1日の医療保険部会に提出した。

医療保険部会は12月15日に議論の整理を、全世代型社会保障構築会議は翌16日に報告書（資料74）をまとめた。いずれも報酬調整の導入と合わせて、健保組合の負担上昇を抑制するよう財政支拂する方針が明記された。

同会議の報告書などを受け、健保連は12月21日、全世代型社会保障の構築に向けた医療保険制度改革等について、宮永俊一会長のコメント（資料75）を発表した。

医療提供体制の関係では、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の必要性が全世代型社会保障構築会議など政府側から指摘され、社会保障審議会・医療部会でも具体化に向けて議論を開始し

た。こうしたなか、健保連は11月8日、「かかりつけ医」の制度・環境の整備について「議論の整理」（資料71）を発表し、これに沿った主張を展開した。

政府は、前期財政調整制度への報酬調整の導入や健保組合への財政支援拡充、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備などを盛り込んだ「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」（資料76）を令和5年2月10日に閣議決定し、同年の通常国会に提出した。

令和4年の臨時国会では、改正感染症法が12月2日に成立した（資料73）。改正法は、感染症対応の医療機関による確実な医療を提供するため、都道府県と医療機関の間で協定を締結する仕組みを法定化。一般医療を制限して流行初期の感染症医療に対応する医療機関の減収を補償する「流行初期医療確保措置」を導入し、その費用は、公費と保険者で折半する。

〈資料71〉

「かかりつけ医」の制度・環境の整備について〈議論の整理〉

（健康保険組合連合会 令和4年11月8日）

国民・患者が「かかりつけ医」を持てるようにするために

人口減少と更なる高齢化により保険財政と医療資源が限界を迎え、医療の最適化は必須。さらに、コロナ禍で必要な医療を受けられない問題が顕在化したことも踏まえれば、医療機能の分化・強化と連携に向けた改革として、「かかりつけ医」の制度・環境の整備は最重要課題。

かかりつけ医の制度は「国民・患者の選択」が前提。「国民・患者の支援」が保険者の役割。

地域医療連携の要となる共通の機能

- 幅広い診療・相談
- 情報の一元化
- 他の医療機関と協力

多様なニーズに応える機能

- 普段は受診しない方→健康維持
- 必要なのに未受診の方→医療につなげる
- 仕事や生活と治療を両立の方→継続的医療
- 治療に専念している方→健やかな療養生活

行政の取組み

- 医療機能情報提供制度の充実等

保険者の取組み

- 医療機関が有する機能を公開し、国民・患者が自ら情報にアクセス【プル型】
- 国民・患者のニーズに対応可能な医療機関を個別に紹介【プッシュ型】
- 成功事例を収集・情報共有【満足度調査】

医療関係団体・学会

- 研修や認定の情報公開

機能の明確化

届出・認定

可視化

選択

患者と医師の信頼関係

かかりつけ医を国民・患者が探す際や、保険者が国民・患者の選択を支援する際に、一定の機能を担保する証明があれば選択に役立つ。

医療機関の機能を認定する仕組みの創設

- 医師の認定は医療団体の仕組みを活用。
- 医療機関の認定は、研修を修了した医師等の配置、情報インフラ等の整備、付加的機能を含めた実績一等が条件。
- 医師・医療機関ともに、地域医療連携のネットワークを有することが必須。

患者のかかりつけ医が誰なのか他の医療関係者が知ることができれば、かかりつけ医が「地域医療連携の要」としての役割を果たしやすい。

→ 国民・患者がかかりつけ医を任意で登録
かかりつけ医の役割として、健康医療全般にわたる情報の一元化や調整の窓口となることを想定した場合

→ 登録するかかりつけ医は「1人」

各保険者が自らの判断で、かかりつけ医と連携・協働することにより、それぞれの特性を踏まえて保健事業等を工夫できるようになる。

〈資料72〉

医療保険制度改革に向けた被用者保険関係5団体の意見

(健康保険組合連合会・全国健康保険協会・日本経済団体連合会・日本商工会議所・日本労働組合総連合会より田辺国昭社会保障審議会・医療

保険部会部長あて 令和4年12月1日)

急速な少子高齢化を迎える中、我が国が誇る国民皆保険の維持を見据えた全世代型社会保障の構築は最も重要な命題の一つである。これを踏まえ、全世代型社会保障構築本部及び骨太の方針2022において「給付は高齢者中心、負担は現役世代中心」というこれまでの社会保障を見直すことが示されたところである。

現在、社会保障審議会・医療保険部会において医療保険制度改革の議論が行われているが、今般の改革の最大の目的は「現役世代の負担軽減」の実現にある。全世代型社会保障の構築に向け、分厚い中間層の復活などのためにも、子育て・若者世代をはじめとする現役世代の負担軽減が不可欠である。それらを踏まえ、社会保障審議会・医療保険部会に参画する被用者保険関係5団体において、下記のとおり改めて意見をとりまとめたので提出する。

記

1. 現役世代の負担軽減に係る施策の確実な実現

本年10月から、一定以上所得の後期高齢者窓口負担2割が導入されたが、現役世代の負担は依然大きい。現在、議論が進められている、「後期高齢者の保険料賦課限度額の引き上げ」、「高齢者支援金の負担割合の見直し」および「後期高齢者医療制度も含めた出産育児一時金の負担の仕組みの導入」については、低所得者に配慮しつつ確実に実施すべきである。

2. 被用者保険者間の格差是正を通じた保険者基盤強化の実現

被用者保険者間の格差是正を行う場合、企業、労働組合との連携を含め、保険者機能の発揮を阻害しないようにするとともに、各保険者における財政等の影響を勘案することが要諦である。また、これにより削減した公費財源は、現役世代の負担軽減に全額充てるべきである。

なお、全世代型社会保障構築会議で示された「賃上げ努力を促進する形」での支援の見直しについては、拠出金負担の軽減や保険者の解散抑止など既存の必要な支援の充実・強化をまず検討すべきである。

〈資料73〉

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律の概要（抜粋）

（令和4年12月2日成立）

改正の趣旨

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による病床、外来医療及び医療人材並びに感染症対策物資の確保の強化、保健所や検査等の体制の強化、情報基盤の整備、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の実効性の確保等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 感染症発生・まん延時における保健・医療提供体制の整備等【感染症法、地域保健法、健康保険法、医療法等】

(1) 感染症対応の医療機関による確実な医療の提供

- ① 都道府県が定める予防計画等に沿って、都道府県等と医療機関等（含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保険医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請できることとする。

② 初動対応等を行う協定締結医療機関について流行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（流行初期医療確保措置）を導入する。

（その費用については、公費とともに、保険としても負担）。また、協定履行状況の公表や、協定に沿った対応をしない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。

施行期日

令和6年4月1日

流行初期医療確保措置

1. 措置の目的・内容

・「初動対応等を含む特別な協定を締結した医療機関」について、協定に基づく対応により経営の自律性（一般医療の提供）を制限して、大きな経営上のリスクのある流行初期の感染症医療（感染患者への医療）の提供をすることに對し、診療報酬の上乗せや補助金等が充実するまでの一定期間に限り、財政的な支援を行う。

・支援額は、感染症医療の提供を行った月の診療報酬収入が、感染症流行前の同月の診療報酬収入を下回った場合、その差額を支払う（※）。その上で、感染症流行前の診療報酬収入と、当該年度の診療報酬収入に補助金を加えた収入との差額になるよう精算を実施（支援額の範囲内で補助金の額を返還）。

※ 病床確保（入院医療）を行う医療機関には外来も含めた診療報酬全体を勘案し、発熱外来のみを行う医療機関には外来分の診療報酬のみを勘案する。

※ 自己負担分・公費負担医療分も補償するため、診療報酬収入の差額に10/8を乗じる。（国民医療費・医療保険・後期高齢給付分80・5%、自己負担分12・3%、公費負担医療給付分7・3%）

2. 事業実施主体 都道府県

3. 費用負担

措置に関する費用は、公費と保険者で負担することとする。支援額の負担については、今回新型コロナウイルスへの対応を行った病院の収益構造を勘案し、公費（国、都道府県）と保険者（被用者保険、国保、後期高齢広域連合）の負担割合は1…1とする。

・支援額の各保険者の負担は、対象医療機関に対する直近の診療報酬支払実績に応じて按分することとする。また、保険者からの拠出金については、保険者間の財政調整（前期高齢者財政調整、後期高齢者支援金）を実施し、協会けんぽ、国保、後期高齢広域連合からの拠出には、通常の医療給付と同様に公費負担を行う。

〈資料74〉

全世代型社会保障構築会議報告書（抜粋）

（全世代で支え合い、人口減少・超高齢社会の課題を克服する）

（全世代型社会保障構築会議 令和4年12月16日）

Ⅱ. 全世代型社会保障の基本的考え方

1. 目指すべき社会の将来方向

○ 日本は、本格的な「少子高齢化・人口減少時代」を迎えようとしており、今はまさにそれに対処するために舵を切っていくべき重要な時期にあたる。この歴史的転換期において、今後の人口動態の変化や経済社会の変容を見据えつつ、日本が目指すべき社会の姿を描くこと、そして、その実現に向けて社会保障政策が取り組むべき課題を総合的かつ明確に示すことは、極めて重要である。そこで、まず、「全世代型社会保障」の構築を通じて目指すべき社会の将来方向として、次の3点をあげる。

◆ 「少子化・人口減少」の流れを変える

2013年の社会保障制度改革国民会議報告書は、少子化対策は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとする、「社会保障制度改革の基本」であると指摘した。政府は、これまで、この考え方に沿って、保育の受け皿整備や幼児教育・保育の無償化など様々な対策を講じてきたが、いまだに少子化の流れを変えるには至っていない。この流れを変えられなければ、日本の人口は急速かつ長期にわたって減少し続けることとなる。

こうした少子化・人口減少の進行は、経済活動における供給（生産）及び需要（消費）の縮小、社会保障機能の低下をもたらし、さら

には、多くの地域社会を消滅の危機に導くなど、経済社会を「縮小スパイラル」に突入させることになるだろう。少子化は、まさに、国の存続そのものに関わる問題であると言っても過言ではない。

もとより、結婚、妊娠・出産、子育ては個人の自由な意思決定に基づくものであって、子どもを生み育てたいと考える個人の希望を叶えることは、個人の幸福追求を支援するという意味において重要である。他方、このことは同時に、少子化・人口減少の流れを大きく変え、危機的な状況から脱却することによって、経済と社会保障の持続可能性を高め、「成長と分配の好循環」を実現する上で、社会全体にも大きな福音となるものでもある。つまり、少子化対策は、個人の幸福追求と社会の福利向上をあわせて実現するという、極めて価値の大きい社会保障政策なのである。

こうした観点から、今日、最も緊急を要する取組は、「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力に整備することである。少子化の背景には、経済社会の発展によって子育てに関する直接的な費用や就業機会損失などの機会費用が増加する一方で、就業構造や就業環境の変化によって子育て・若者世代の雇用・所得が不安定なものとなっていることなどから、結婚、妊娠・出産、子育てを選択することに不安を感じ、それをためらう国民が増えていることがある。子育て費用を社会全体で分かち合い、子どもを生み育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境を整備することこそ何よりも求められている。

◆ これからも続く「超高齢社会」に備える

大胆な少子化対策によって人口減少の流れを変えると同時に、これからも続く超高齢社会に備えて、社会の持続可能性を高める対応を強化していかなければならない。

働き方に中立的な社会保障制度を構築し、労働力を確保する

具体的には、第一に、超高齢社会にあって、経済社会の支え手となる労働力を確保する必要がある。この点で、女性や高齢者の就労を最

大限に促進し、その能力発揮を実現することが必要であり、誰もが安心して希望どおり働けるようにしていくことが目標となる。このためには、雇用や働き方に対して歪みをもたらすことのない「中立的」な社会保障制度の構築を進め、制度の包摂性を高めることで、女性や高齢者をはじめ誰もが安心して希望どおり働き、活躍できる社会を実現していく必要がある。また、子育て支援や健康寿命延伸、介護サービスに係る社会保障の充実、女性や高齢者の就労を促進し、介護離職を減らすなど、支え手を増やす上でも重要となる。

・ 社会保障を皆で支える仕組みを構築し、ニーズの変化に的確に対応する

第二に、社会保障給付を皆で支え合う仕組みを整備するとともに、国民一人ひとりがそれぞれの多様なニーズに対応するサービスを利用できる環境を創出する必要がある。高齢者人口（65歳）は、いわゆる団塊の世代が2025年までに全て75歳以上となった後、2042年にピークを迎え減少し始めるが、その後も、より若い世代の人口減少も進む中で高齢人口比率は高止まりし、中でも75歳以上人口の比率は増え続けると見込まれる。

こうした見通しを踏まえ、増加する社会保障給付について、負担能力に応じて、全ての世代で、公平に支え合う仕組みを早急に強化するとともに、給付と負担のバランスを確保していく必要がある。さらに、医療や介護ニーズの増大や多様化する福祉ニーズに応える人材の確保・育成、働き方改革に力を注ぐとともに、こうしたニーズの変化に的確に対応した医療・介護サービス提供体制の確立やデジタル技術の積極的な活用により、住民にとって使いやすく、かつ効率的にサービスが利用できる環境を整備することが重要である。

◆ 「地域の支え合い」を強める

さらに、高齢期はもとより、全ての世代において独居者が増加し、2035年頃には、不安定な雇用・生活環境に直面してきた就職氷河期世代が高齢期を迎え始める中で、孤独・孤立の問題も深刻化するおそれがある。また、特に人口減少が急速に進む地域では、地域におけ

る支え合い機能が低下し、日常生活の維持も困難になると想定される。

こうした中で、人々が地域社会とつながりながら安心して生活を送ることのできる社会の構築を目指さなければならない。そのためには、多様なニーズを有する人々を支える観点から、それぞれの地域において、医療・介護・福祉をはじめとする包括的なケアを提供する体制の整備が求められる。また、今後、地域住民の生活を守るためには、住民同士が助け合う「互助」の機能の強化も必要となってくる。さらに、高齢期をはじめ全ての世代の人々にとって、その生活維持の重要な支えとなる「住まい」の確保を社会保障の重要な課題として位置づけ、本格的に取り組まなければならない。

2. 全世代型社会保障の基本理念

○ 日本の社会保障は、戦後70年以上の歴史の中で、国民生活の安定や経済社会の発展に大きく貢献してきた。一方で、これまで、時々の情勢に応じて制度改正を重ねてきた結果として、各制度は複雑化・専門特化し、制度ごとの縦割りや制度間の不整合といった問題も指摘されている状況にある。

○ こうした中で、社会保障の全体像をいま一度俯瞰し、その再構築を図ることが、「全世代型社会保障」に求められていることである。その基本理念は、「1. 目指すべき社会の将来方向」を踏まえ、以下の5点に集約することができる。これらの基本理念に基づいた社会保障の構築は、国民一人ひとりが、互いにリスクに備え合い、社会に参加する個人として、それぞれの生き方を自ら選択することができる、その生き方が尊重される社会を創る上での不可欠な条件と言える。

◆ 「将来世代」の安心を保障する

「全世代型社会保障」とは、全ての世代にとって安心できる社会保障である。この「全世代」は、若年期、壮年期及び高齢期はもとより、これから生まれる「将来世代」も含むものとして考える必要がある。

将来にわたって社会保障制度を持続させ、将来世代が安心して暮ら

していけるようにするためには、負担を将来世代へ先送りせず、同時に、社会保障給付の不断の見直しを図る必要がある。そして、社会保障を含む経済社会の「支え手」を増やししながら、今の世代で制度を支えていくことを基本理念に置かなければならない。このことは、現在の現役世代の安心を確保することにもつながるものである。

◆ 能力に応じて、全世代が支え合う

「全世代型社会保障」は、年齢に関わりなく、全ての国民が、その能力に応じて負担し、支え合うことによって、それぞれの人生のステージに応じて、必要な保障がバランスよく提供されることを目指すものである。

超高齢社会にあつては、社会保障は世代を超えた全ての人が連帯し、困難を分かち合い、未来の社会に向けて協力し合うためにあるという認識を、世代間対立に陥ることなく、全ての世代にわたって広く共有していかなければならない。すなわち、「全世代型社会保障」の要諦は、「社会保障を支えるのは若い世代であり、高齢者は支えられる世代である」という固定観念を払しょくし、「全世代で社会保障を支え、また社会保障は全世代を支える」ということにある。

◆ 個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする

社会保障は、元来、個人の力だけでは備えることに限界がある課題や、リスク、不確実性に対して、社会全体での支え合いによって、個人の幸福増進を図るために存在するものである。例えば、少子化対策はこどもを生み育てたい個人の希望を実現するためのものであり、医療保険は健康な生活を送るため、年金は個人の老後の生活を守るためのものである。しかし、それらは同時に、少子化・人口減少の流れを変え、健康寿命を伸ばし、高齢者による消費、ひいては高齢者の多く住む地方の消費を下支えするという意味では、社会全体も幸福にする。

さらに、個人と社会を共に豊かにするという観点からは、消費の中心的な担い手である「中間層」を厚くし、「成長と分配の好循環」の実現にも寄与するという社会保障の意義を再認識すべきである。すな

わち、市場による働きによって生じた所得分配の歪みに対して、社会保障は、より必要な人たちにより多くの所得を再分配する機能を発揮することによって、格差の是正や貧困の解消を図り、消費や「人への投資」を活発にすることができると加えて、格差の固定化を防ぎ、貧困の連鎖を断ち切る役割を果たすことで、全ての人が未来に向けて果敢に挑戦することのできる活力あふれる社会を創り出す鍵ともなる。こうした意味でも、社会保障は、単なる社会的な支出にとどまらず、社会的に大きな効果をもたらすものであり、財源調達とあわせて、その機能が発揮されるようにすることが重要である。

また、こうした社会保障の機能が十全に発揮されるためには、人々を働き方や勤務先の企業の属性などによって制度的に排除することなく、社会保障制度の内に包摂していくことが重要となる。それによって、社会の分断を防ぎ、統合を強めていくことは、若者世代における格差拡大が懸念される今日において、特に強調されるべきことである。

◆ 制度を支える人材やサービス提供体制を重視する

社会保障は、法令や制度、財源のみによって成り立ち得るものではない。医療・介護・福祉など多くの社会保障サービスを支えているのは現場の人材であつて、これまで、社会保障は、この分野で働く方々の増加によって支えられ、その発展を遂げてきた。しかし、今や事態は変わり、介護、保育をはじめ各分野において、人材不足の傾向が顕著となっている。今後、労働力がさらに減少していく中で、人材の確保・育成や働き方改革、経営の見える化とあわせた処遇改善、医療・介護現場の生産性の向上、業務の効率化がますます重要になってくる。同時に、人が人を受け止め、寄り添いながら支援することが、互いに心を通わせ、生きる力を高めていくことの重要性も忘れてはならない。

そのうえで、医療・介護などのサービス提供体制については、今後の医療・介護ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題も踏まえ、質の高い医療・介護を効率的・効果的に提供できる体制を構

築するため、機能分化と連携をより一層進め、国民目線での改革に取り組むことが重要となる。

◆ 社会保障のDX（デジタルトランスフォーメーション）に積極的に取り組む

社会保障制度全般について、マイナンバー制度の下で保有されるデータを含め、幅広い主体によって保有される関係データを連携し、そのデータの活用を推進するとともに、こうした豊富なデータに基づき、個別の社会保障政策におけるEBPM¹の実現を目指す必要がある。あわせて、社会保障におけるデジタル技術の導入を積極的に図ることによって、社会保障給付に要する事務コストを大幅に効率化するとともに、プッシュ型による現金給付や個別サービスの提供を行うことができる環境を整備していくことが重要である。

このように、日々著しい進展を遂げるデジタル技術を積極的に活用し、社会保障分野に革新的なイノベーションをもたらすことは、人々の生活をさらに豊かなものとする。最新のデジタル技術は、規格の共通化・標準化や業務の効率化にとどまらず、医療技術・医薬品の開発、健康・医療・生活情報に関わる新たなサービスや付加価値の創造にも寄与する。そして、何よりも、「困っている人に対し、公平、迅速、かつ効率的に支援を届ける」という、社会支援のベースとなる社会インフラの整備において制度的な革新をもたらすものである。

こうした視点に立ち、関係省庁が連携をしながら、政府一体となつて、社会保障制度全体におけるデジタル技術の積極的な活用を図っていくことが重要である。また、その際、デジタルではどうしても代替できない部分について、リアルな人と人とのかわりによる支援を適切に組み合わせるといふ視点も重要である。

1 EBPM (Evidence-based policy making: 証拠に基づく政策立案)とは、政策の企画をその場限りのエピソードに頼るのではなく、政策目的を明確化したうえで合理的根拠（エビデンス）に基づくものとする。

3. 全世代型社会保障の構築に向けての取組

○ 「2. 全世代型社会保障の基本理念」に基づき、「全世代型社会保

障」を構築していくにあたっては、それぞれの地域ごとに高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる時期が大きく異なることを前提として、2040年頃までを視野に入れつつ、足元の短期的課題とともに、当面の2025年や2030年を目指した中長期的な課題について、しっかりとした「時間軸」を持って取組を進めていくことが重要である。さらに、社会保障ニーズや活用可能資源の地域的差異を考慮した「地域軸」も踏まえた取組も必要である。

◆ 「時間軸」の視点

「時間軸」を考える上では、課題の緊急性や重大性、さらには一定の効果をあげるまでのリードタイム（所要時間）の長さ、対象となる利用者や関係者の広がりなどを念頭に置いて、計画的に取り組むべき課題の順序を適切に設定する必要がある。

これにより、着実な改革の実施を担保することは、社会保障制度の持続可能性に関する国民の不安を解消することにもつながるものである。

そこで、本会議として、以下「Ⅲ. 各分野における改革の方向性」のとりまとめに際して、それぞれの分野ごとに具体的な「今後の改革の工程」をあわせて提示した。重要なのは、国民や関係者に対して、できる限り早い段階で、今後、取り組むべき課題とその時期を示し、国民的な合意の形成に努めることである。

◆ 「地域軸」の視点

少子高齢化・人口減少が進む中で、地域によって、社会保障をめぐるニーズや、人材など活用が可能な資源の状況は大きく異なってくる。例えば、既に人口減少の急速に進んでいる地域においては、少子化対策をはじめ各分野の課題は、目の前の課題として直ちに取り組むべきものとなる。したがって、「全世代型社会保障」を構築するにあたっては、全国一律の対応ではなく、それぞれの地域が、その特性に応じて取り組むべき課題を摘出し、解決の手法や仕組みを考案していくことが重要である。

このため、国においても、今後明らかになる新たな「地域別将来推

計人口」も踏まえ、各地方自治体において各分野（保健・医療・介護・福祉・地方創生など）の計画・戦略を策定する際にポイントとなる課題や考え方、事例などを提供し、地域における検討の一助としていくことが望まれる。

Ⅲ. 各分野における改革の方向性

1. こども・子育て支援の充実

(2) 取り組むべき課題

① 全ての妊産婦・子育て世帯支援

◆ 出産育児一時金の大幅な増額
増加する出産費用の負担を軽減する観点から、出産育児一時金について、来年4月から50万円に引き上げるとともに、出産費用の見える化及びその効果検証を実施すべきである。

その際、後期高齢者医療制度創設前は、出産育児一時金について、高齢者世代も負担していた経緯や、負担能力のある後期高齢者も含めて医療保険制度全体で支え合うという観点も踏まえ、現役世代・後期高齢者の保険料負担額に基づいて、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入すべきである。

(3) 今後の改革の工程

① 足元の課題

・ 出産育児一時金の引上げと出産費用の見える化等
・ 令和4年度第二次補正予算で措置された、妊娠時から出産・子育てまで一貫した伴走型相談支援と妊娠届出・出生届出を行った妊婦・子育て世帯に対する経済的支援をあわせたパッケージを、恒久的な財源を確保しつつ継続的に実施

2. 働き方に中立的な社会保障制度等の構築

(2) 取り組むべき課題

① 勤労者皆保険の実現に向けた取組

◆ 短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃
週20時間以上勤務する短時間労働者にとって、勤め先の企業の規

模によって被用者保険の適用に違いが生まれる状況の解消を図るべきであり、企業規模要件の撤廃について早急に実現を図るべきである。

◆ 週労働時間20時間未満の短時間労働者への適用拡大

週労働時間20時間未満の短時間労働者についても、被用者にとつてふさわしく、雇用の在り方に中立的な被用者保険を提供する観点からは、被用者保険の適用除外となっている規定を見直し、適用拡大を図ることが適当と考えられることから、そのための具体的な方策について、実務面での課題や国民年金制度との整合性等を踏まえつつ、着実に検討を進めるべきである。

複数の雇用関係に基づき、複数の事業所で勤務する者（マルチワーカー）で、いずれの事業所においても単独では適用要件を満たさないものの、労働時間等を合算すれば適用要件を満たす場合については、実務的な課題の解決を図ったうえで、被用者保険の適用に向けた具体的な検討を進めるべきである。

◆ フリーランス・ギグワーカー⁵⁾について

フリーランス・ギグワーカーについて、その被用者性の捉え方などの検討を深め、必要な整理を行うとともに、より幅広い社会保障の在り方を検討する観点からの議論を着実に進めるべきである。

具体的には、まずは、「フリーランス」として安心して働ける環境を整備するためのガイドライン⁶⁾に照らして、現行の労働基準法上の「労働者」に該当する方々については、「被用者性」も認められ、適用除外の対象となる場合を除いて被用者保険が適用される旨を明確化した上で、その適用が確実なものとなるよう、必要な対応を早急に講ずるべきである。

そのうえで、上記以外の、「労働者性」が認められないフリーランス・ギグワーカーに関しては、新しい類型の検討も含めて、被用者保険の適用を図ることについて、フリーランス・ギグワーカーとして働く方々の実態や諸外国の例なども参考としつつ、引き続き、検討を深めるべきである。

5 フリーランスとは、実店舗がなく、雇人もいない自営業や一人社長であって、自身の経験や知識、スキルを活用して収入を得る者（「フリーランスとして安心して働ける環境を整備するためのガイドライン」の定義）のこと。ギグワーカーは、一般的に、インターネットを通じて短期・単発の仕事を請け負い、個人で働く就業形態で働く者を指す。

6 2021年3月26日内閣官房、公正取引委員会、中小企業庁、厚生労働省策定。

(3) 今後の改革の工程

(勤労者皆保険の実現に向けた取組)

① 次期年金制度改正に向けて検討・実施すべき項目

- ・ 短時間労働者への被用者保険の適用拡大（企業規模要件の撤廃など）
- ・ 常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消
- ・ 週所定労働時間20時間未満の労働者、常時5人未満を使用する個人事業所への被用者保険の適用拡大
- ・ フリーランス・ギグワーカーの社会保険の適用の在り方の整理

3. 医療・介護制度の改革

(1) 基本的方向

○ 超高齢社会への備えを確かなものとするともに、人口減少に対応していく観点から、医療・介護制度の改革を進めることが喫緊の課題である。特に、2025年までに75歳以上の後期高齢者の割合が急激に高まることを踏まえ、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを早急に構築する必要がある。

○ 同時に、コロナ禍での経験は、今後の高齢者人口の増加と生産年齢人口の急減を前にして、限りある資源を有効に活用しながら、地域における医療・介護ニーズの増大に的確に対応することの必要性を強く意識させるものとなった。全ての国民が、それぞれの地域において、質の高い医療・介護サービスを必要に応じて受けることのできる体制を確保していく観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保・育成、働き方改革に力を注ぐとともに、医療・

介護ニーズの変化やデジタル技術の著しい進展に対応した医療・介護サービス提供体制の改革を進めていく必要がある。その際、少子高齢化・人口減少などの状況は地域によって大きく異なり、求められる対応も地域によって異なることに十分留意する必要がある。

(2) 取り組むべき課題

① 医療保険制度

○ まずは、増加する高齢者医療費について、負担能力に応じて、全ての世代で公平に支え合う仕組みを構築する観点から、以下の施策を早急に進めなければならない。

医療保険制度については、今後とも、「全ての世代での支え合い」「世代間・世代内における公平性の確保」「保険者間の格差是正」といった基本的な考え方に沿って、引き続き、給付の在り方、給付と負担のバランスを含めた不断の見直しを図るべきである。

また、医療保険制度において保険者機能を発揮する主体であり、医療提供体制の整備における役割・責務を有する都道府県の役割について検討を深めていく必要がある。

◆ 後期高齢者医療制度の保険料負担の在り方の見直し

後期高齢者の保険料負担と現役世代の支援金について、負担能力のある高齢者に応分の負担を求めつつ、介護保険制度も参考に、一人当たりの伸び率が均衡するよう、必要な見直しを図るべきである。

その際、高齢者の保険料負担については、高齢者世代内で能力に応じた負担を強化する観点から、賦課限度額及び所得割率の引上げを行うつつ、制度改正に伴って、低所得者層の保険料負担が増加しないよう配慮すべきである。

◆ 被用者保険者間の格差是正

報酬の低い健康保険組合の負担を軽減し、被用者保険における保険料率の格差を是正する観点から、前期高齢者（65歳以上74歳以下の高齢者）の医療費の分担について、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、部分的に「報酬水準に応じた調整」（報酬調整）を導入

入することが必要である。あわせて、健康保険組合全体として、今回の後期高齢者医療制度の見直しや報酬調整の導入を通じて、負担上昇が抑制されるよう、健康保険組合を対象として実施されている既存の支援を見直すとともに、更なる支援を行うこととし、その際、企業の質上げ努力を促進する形での支援を行うべきである。

② 医療提供体制

○ 今後、更なる高齢者の増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、地域によって大きく異なる医療・介護ニーズや活用可能な資源の状況を踏まえつつ、介護分野も含めた機能分化と連携、人材の確保等の取組を一層促進することにより、国民・患者から見て、質の高い、効率的で効果的な医療サービスを提供することができるよう、医療提供体制の不断の見直しを図ることが必要である。

○ 今回の新型コロナウイルスの経験を踏まえ、今後の感染症への対応については、まずは改正感染症法に基づき、平時から医療機関の役割分担を明確化し、協定締結医療機関の枠組みが確実に機能するよう準備を進めるべきである。

◆ サービス提供体制の改革に向けた主な課題

将来を見据えた医療提供体制を構築するため、都道府県の責務の明確化等による地域医療構想の推進、医療法人の経営情報のデータベースの構築などの医療法人改革、医師等の働き方改革の確実な実施、医療専門職におけるタスク・シフト／シェア¹²、医療の担い手の確保、医師偏在対策等の課題に着実に対応していく必要がある。

12 医療専門職において、主に医師が担っている業務について、他の医療関係職種との間で「移管」（タスク・シフト）・「共同化」（タスク・シェア）することを念頭に組み立てられているもの。

◆ かかりつけ医機能が発揮される制度整備

今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、その早急な実現に向けて、以下に整理した基本的な考え方のもとで、必要な措置を講ずるべきである。その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受

ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要がある。

また、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるにあたっては、医療従事者、特に医師の育成やキャリアパスの在り方について、大規模病院の果たす役割も含めて検討すべきである。さらに、必要なと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で、地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じ、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべきである。

・ かかりつけ医機能の定義については、現行の医療法施行規則¹³に規定されている「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機能」をベースに検討すべきである。

・ こうした機能の一つとして、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、オンライン資格確認¹⁴も活用して患者の情報を一元的に把握し、日常的な医学管理や健康管理の相談を総合的・継続的に行うことが考えられる。そのほか、例えば、休日・夜間の対応、他の医療機関への紹介・逆紹介、在宅医療、介護施設との連携などが考えられる。

・ このため、医療機関が担うかかりつけ医機能の強化・向上を図ることが重要と考えられる。また、これらの機能について、複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる。

・ かかりつけ医機能の活用については、医療機関、患者それぞれの手挙げ方式、すなわち、患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式とすることが考えられる。そのため、医療機能情報提供制度を拡充することで、医療機関は自らのかかりつけ医機能に関する情報について住民に分かりやすく提供するとともに、医療機関が自ら有するかかりつけ医機能を都道府県に報告する制度を創設することで、都道府県が上記の機能の充足状況を把握できるようにすることが考えられる。また、医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関がかかりつけ医機能として提供す

る医療の内容を書面交付など¹⁵により説明することが重要である。

・ 特に高齢者については、幅広い診療・相談に加え、在宅医療、介護との連携に対するニーズが高いことを踏まえ、これらのかかりつけ医療機能をあわせもつ医療機関を都道府県が確認・公表できるようにすることが重要である。同時に、かかりつけ医療機能を持つ医療機関を患者が的確に認識できるように仕組みを整備すべきである。

・ 地域全体が必要な医療が必要なときに提供できる体制が構築できるように、都道府県が把握した情報に基づいて、地域の関係者が、その地域のかかりつけ医療機能に対する改善点を協議する仕組みを導入すべきである。

これらの枠組みが導入された後、国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医療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である。

13 昭和23年厚生省令第50号。

14 医療機関・薬局において患者が加入する医療保険の資格確認をオンラインで行うシステムのこと。

15 電子的手段を含む。

④ 医療・介護分野等におけるDXの推進

○ 国民目線での医療・介護サービスの提供体制を整備するにあたり、国民一人ひとりの医療・介護ニーズに的確に対応し、最適な医療・ケアを届けることができるよう、最大限、デジタル技術の活用を図るべきである。

◆ 医療・介護分野の関連データの積極的な利活用の推進

国民各層の幅広い合意を得ながら、政府・地方自治体はもとより、医療・介護現場、研究者、関係事業者、国民一人ひとりによる本格的なデータ活用を推進するため、以下のような課題についての具体的な検討を進めるべきである。

・ 個人情報情報の匿名化等によって、個人のプライバシーを保護することを前提に、EBPMを実現すること

・ PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）など、マイナンバー制度の下で公共機関の保有する社会保障関係のデータと、関係事業者の保有する各種のデータの連携を推進すること

・ 健康診断等で得られる自らの健康・医療情報について、自分自身で管理・活用することができる将来像を見据え、個人・患者の視点に立ち、情報の連携・活用の在り方を整理すること

◆ 医療DXの実装化

特に、医療DXについては、現在、政府において、具体的に推進すべき施策として、以下の3点について検討を進めているところであり、早急の実装化すべきである。

・ オンライン資格確認等システムロのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加えて、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療・介護全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォーム（全国医療情報プラットフォーム）を創設すること

・ 医療情報の共有や交換を行うにあたり、その形式等を統一すること（電子カルテ情報の標準化）、その他、電子カルテデータについて、治療最適化やAI等を用いた新しい医療技術の開発、創業のために有効活用すること

・ 医療保険制度全体の運営コスト削減につながるため、デジタル人材の有効活用やシステム費用の低減等の観点から、デジタル技術を活用して、診療報酬やその改定に関する作業を大幅に効率化すること

17 オンライン資格確認システム、薬剤情報閲覧機能、特定健診情報閲覧機能及びレセプト振替機能に関わるシステムの総称のこと。

(3) 今後の改革の工程

① 足元の課題

3. (2)①医療保険制度において記載された項目

・ かかりつけ医療機能を発揮するための制度整備

・ 医療法人改革の推進、医療・介護間での情報連携

② 来年、早急に検討を進めるべき項目

・ 更なる医療制度改革（かかりつけ医機能の制度整備の実施に向けた具体化、地域医療構想の実現に向けた更なる取組、診療報酬・薬価改定に向けた検討）

・ 医療・介護等DXの推進、介護職員の働く環境の改善

・ 次期介護保険事業計画に向けた具体的な改革

③ 2025年度までに取り組むべき項目

・ 医療保険及び介護保険における負担能力に応じた負担と給付の内容の不断の見直し

・ 本格的な人口減少期に向けた地域医療構想の見直し、実効性の確保

・ 地域包括ケアの実現に向けた提供体制の整備と効率化・連携強化

〈資料75〉

全世代型社会保障の構築に向けた医療保険制度改革等について（宮永俊一会長コメント）

（健康保険組合連合会 令和4年12月21日）

12月16日、政府の全世代型社会保障構築会議の報告書がまとめられ、医療保険制度改革等について、厚生労働省・社会保障審議会において議論のとりまとめが行われた。

後期高齢者の保険料負担割合の見直しや、出産育児一時金の一部を後期高齢者が支援する仕組みの導入など、高齢者の方々にもご負担いただく内容となったことは、「現役世代の負担軽減」「世代間・世代内の負担バランスの見直し」「負担能力に応じた見直し」の観点から評価したい。

一方、現役世代においては、被用者保険者間における格差は正の観点から、前期高齢者納付金の一部に報酬水準に応じた調整が導入されることとなった。健保組合全体からみると負担増となるものの、今般の改革において被用者保険への支援として円滑化等補助金の拡充に加え、財政支援への制度化が示されたことは、被用者保険関係5団体とともに、改革により削減した公費財源を現役世代の負担軽減に全額充てていくべきと主

張するなど精力的な要請活動を行った成果であり、大いに評価したい。ただし、さらなる報酬調整の拡大は断じてあってはならないと考え

る。

医療提供体制については、「必要なと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。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、更なる取組みが不可欠である。

また、介護保険制度改革について、一定以上所得の利用者負担の見直しをはじめとする給付と負担の見直しにかかる結論が先送りされたことは大変遺憾である。持続可能な制度の構築、現役世代の負担軽減の観点から、低所得者に配慮しつつ、より踏み込んだ見直しを早急に検討し、確実に実施することを強く要望する。

政府には、現役世代、特に健保組合を取り巻く環境は極めて厳しい状況にあり、負担は限界にあることを踏まえ、後期高齢者の窓口負担の原則2割や現役並み所得者の給付費への公費投入など、さらなる現役世代の負担軽減につながる改革を強く要望する。

〈資料76〉

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

（閣議決定 令和5年2月10日）

改正の趣旨

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

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。

（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。

② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。

② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。

健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。

② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化

（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。

③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。

② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。

③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。

④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。

⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。等

施行期日

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

第3部

健保連の組織及び事業活動

I 健保連の組織

健康保険組合連合会（以下、「健保連」という）は、昭和7年、健康保険組合が診療報酬や医療サービス等に関して医師会やその他の団体と契約を行うための任意団体（当時、日本健康保険組合総連合会）として設立された。健保連は、昭和18年の健康保険法改正で同法にもとづく公法人となり、すべての健保組合が加入する全国組織として再スタートした。令和5年3月末現在の健保組合数は1,383組合である。健保組合を構成員とする健保連は、国が設置する審議機関に代表者を送るなど、健保組合方式の推進や医療保険制度の安定に向けて積極的に活動し、わが国の皆保険制度の維持と医療保険制度の充実・発展において重要な役割を果たしている。

〔組織構成〕

健保連は、すべての健保組合の代表154組合による議員で構成される議決機関である総会の総意にもとづき、役員会（理事会）によって運営されている。執行機関である理事会は、会長、副会長（1組合、2学識経験者）、専務理事（1学識経験者）、常務理事（13組合、1学識経験者）、理事（59組合、4特別選任組合、13学識経験者）で構成される。事務局は東京に連合会本部を置き、各都道府県に支部連合会がある。健保連の組織は278頁の図のとおりである。

〔本部事務局構成〕

健保連本部は平成27年4月に、保健部の「保健師業務グループ」の名称を「保健指導業務グループ」に変更した。保健師などの専門職を対象とした事業だけでなく、保健指導に関する様々な組合支援事業を展開しているグループの実態を名称に反映させた。

平成29年5月には、IT推進部の「データ分析推進グループ」を、①データ分析事業の運営や健保組合におけるデータ分析を支援

する「データ分析推進グループ」と、②IT情報セキュリティ等ネットワークの管理・運用を行う「ネットワーク管理グループ」に分割した。《7部、17グループ、2室》

平成30年10月には、厚生労働省が中心となって進めていた医療保険者向け中間サーバーのリプレイスに対応するために、IT推進部に「情報連携システム対応グループ」を新設した。《7部、18グループ、2室》

平成30年12月には、IT推進部の「健保組合IT推進グループ」の名称を「ICT対策グループ」に変更した。マイナンバー制度が施行されて以降、オンライン資格確認など、ICTを活用した情報連携施策への対応が内外から強く求められるようになり、これを名称に反映させた。

平成31年4月には、IT推進部に、特定健診・特定保健指導共同情報処理システム事業を担う「IT推進グループ」を、医療部に、医療費の適正化を推進するための諸施策に取り組む「適正化対策グループ」を新たに設け、これらの課題に注力して取り組むこととした。《7部、20グループ、2室》

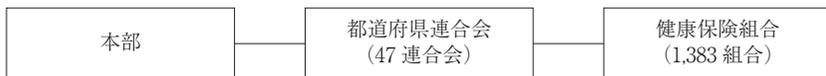
令和2年4月には、健保連本部の各種委員会等の再編に合わせて、事務局の組織体制を「7部、20グループ、2室」体制から「3部・2室」体制に改めた。それまでであった7つの部を、事業の目的や対応先に応じて、「総務部」、「政策部」、「組合サポート部」の3部に再編・統合し、縦割りの組織体制を脱し、臨時的・緊急的な業務にも即応できる組織に改変した。

さらに、部間の政策調整・業務調整や渉外活動などを担う部署として「総合企画室」を新たに設けた。

また、同一部室内であれば、部長が職権で部室員の部室内異動やグループ・チームの設置・改廃の提案などを行えるよう改めることにより、健保組合を取り巻く環境の変化に迅速かつ柔軟に対応し

組織構成

(1) 構成図（令和5年3月末現在）



(2) 機能図

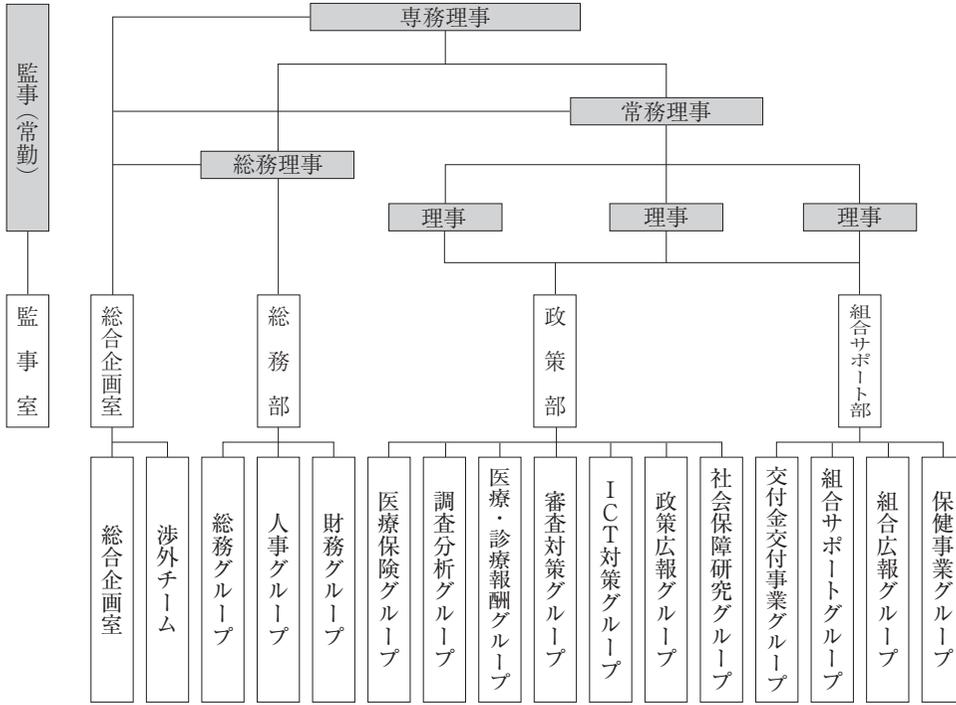


(注) 議員数、理事数は、規約上では各 155、60 組合であるが、現在、会長は健保組合からの選出でないため、それぞれ 1 組合減となっている。

(注) 上記常設の 7 委員会の他に、医療・医療保険制度に関する各種研究事業を行う「医療保障総合政策調査会」や、医療制度改革問題など緊急に対応することが必要な課題に取り組むため、必要に応じて設置される各種ワーキンググループ等がある。

得る体制を築いた。
なお、令和2年4月の新体制発
足時には、14のグループ・チーム
を設置。令和3年4月には、政策
部の「医療保険グループ」を、
「医療保険グループ」と「調査分
析グループ」に分割した。その結
果、令和5年3月末現在の健保連
本部事務局は、「3部・2室、16
グループ・チーム」体制となつて
いる（279頁の図参照）。

本部事務局



Ⅱ 健保連の事業活動

1 主張実現に向けた要請活動

健保組合・健保連の主張・要求の実現に向け積極的かつ効果的な活動を展開していくため、平成26年4月15日の常任理事会において「要求実現対策本部」と、機動的対応に向けた「特別委員会」を設置した。対策本部では、主張・要求の実現に向けた施策、活動等を実行し、特別委員会においては、主張・要求実現に向けた基本的な方針の決定、要請活動等を展開するにあたっての活動方針・政策等を審議、決定した。

平成27年の通常国会に提出された医療保険制度改革関連法案への対応（平成27年5月成立）では、改革案に対する評価、主張点の整理を行い、▽高齢者医療費の負担構造改革の実現、▽後期高齢者支援金の全面総報酬割等に伴う負担軽減措置の拡充、▽医療費の適正化—等を健保組合・健保連の今後の主張・要望に据え、国会審議にあわせ、関係議員や衆参両院の厚生労働委員会を中心に強力な要請活動を展開。審議における質問・答弁、そして附帯決議において一定の成果を得た。

しかし、肝心の高齢者医療費の負担構造改革は実現せず、また、医療費の適正化対策など多くの課題も積み残されたため、今後の改革の実現に向け、▽「要求実現対策本部」は継続して設置、▽「特別委員会」は医療保険制度改革関連法の成立も受け6月12日の常任理事会をもって一旦解散し、情勢・状況に応じて再設置—することとした。

平成29年6月8日の常任理事会（要求実現対策本部）では、要求実現対策本部の下に「ワーキンググループ」を設置し、▽30年度政府予算概算要求に向けた当面の主張、▽対象に応じた要請活動、広

報展開、▽対象を絞った分かりやすい広報展開、▽全国大会に向けた主張・要請活動―等について集中的に検討することを決定した。

その後、数回にわたる議論を重ね、同年9月25日には、高齢者医療費の負担構造の改革、医療費の伸びの抑制、健康な高齢者へ支える側を増やす、の3本柱を中心とする提言「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」を取りまとめ、これらをもとに関係国会議員・政党への重点的な要請活動を実施した。

また、同年11月28日に開催された全国大会では、現役世代の負担軽減の観点から、高齢者医療費の負担構造改革の早期実現を含むスローガン・決議を採択し、都道府県連合会と共同で要請活動を実施したほか、例年実施している都道府県単位での国会議員招致型イベント等によるアピール、要請を行った。

平成30年度は、長年にわたる過重な高齢者医療への拠出金負担や将来の財政改善も見通せないことなどを理由に、大規模組合等がやむを得ず解散を決議するなど、健保組合を取り巻く環境はより一層厳しい状況となった。このような状況の下、「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」を踏まえ、拠出金負担の50%上限、後期高齢者の2割負担といった「高齢者医療費の負担構造の改革」、保険給付範囲の適正化などの「医療費の伸びの抑制」、「健康な高齢者へ支える側を増やす」の3本柱を中心に要請活動を展開した。特に、限界を超えた現役世代の拠出金負担の軽減および財政支援の継続・拡充とともに、いわゆる「団塊の世代」がすべて後期高齢者となる2025年度を見据えた制度改革の実現を求め、関係国会議員・政党への重点的な要請活動を実施した。要請にあたっては、新たに立ちあげた自民党議員との政策懇談会をはじめ、公明党健康保険組合議員懇談会、与野党におけるヒアリングなどを通じて、本会の主張への理解を求めた。

また、平成30年度は、令和元年10月の消費税率引き上げ（8%↓

10%）を含む元年度政府予算編成に向けて、特に重要な年であることから、10月23日に開催された全国大会においても、高齢者医療費の負担構造改革の早期実現を含むスローガン・決議を採択し、都道府県連合会と共同で要請活動を実施したほか、都道府県単位での国会議員招致型イベント等によるアピール、要請を行った。

さらに団塊の世代が75歳に到達し始める2022年から高齢者医療費の増大が顕在化することから「2022年危機」と捉え、平成31年2月8日の常任理事会（要求実現対策本部）において、要求実現対策本部の下に「2022年対策プロジェクトチーム」、「保険者機能支援強化プロジェクトチーム」の2つのPTを設置するとともに「渉外連絡チーム」を立ち上げた。こうした体制強化により差し迫る「2022年危機」に対応し、改革の早期実現とともに、健保組合の価値を高める保険者機能の発揮をより促す要求実現活動を積極的かつ広範に展開した。

令和元年度は、「2022年対策プロジェクトチーム」が取りまとめた「今、必要な医療保険の重点施策―2022年危機に向けた健保連の提案―」にもとづき、▽後期高齢者の原則2割負担、▽後期高齢者の現役並み所得者にも公費5割、▽保険給付範囲の見直し―などの最重要項目をはじめ、健康寿命の延伸などで「支える側」を増やすといった健保組合・健保連の主張を「骨太方針2020」に反映させるため、関係国会議員・政党への重点的な要請活動を展開した。

要請にあたっては、平成30年度に引き続き政策懇談会をはじめ、公明党健康保険組合議員懇談会や与野党におけるヒアリングなどを通じて、主張への理解を求めた。また、全国大会においても「2022年危機」を前面に打ち出し、同施策の最重要項目をベースとしたスローガン・決議を採択し、都道府県連合会と共同で要請活動を実施。さらに各地において都道府県連合会との共同で国会議員招致

イベント等によるアピール、要請活動を行った。

令和2年度は、「2022年危機」はもとより、新型コロナウイルス感染症の影響でさらに厳しくなる健保組合の財政危機を乗り切るため、当初の夏の取りまとめから年末に先送りされた「全世代型社会保障検討会議」の最終報告への主張反映をめざし、本部事務局再編により新設した「涉外チーム」を核に、都道府県連合会とも協調・連携し、より積極的な要請活動を行った。

8月27日には、自民党の有志議員により「国民皆保険を守る国会議員連盟」（会長・鴨下一郎衆議院議員、設立当初会員237人）が設立され、同日の設立総会では健保連の佐野雅宏副会長が来賓として出席。国民皆保険の維持と現役世代の負担軽減の観点から改革の必要性を強く訴えた。さらに、9月24日の都道府県連合会長会議には、同議連の幹部議員を招き、健保組合・健保連の主張に対する理解を求めたほか、11月5日には同議連の第2回総会が開催され、佐野副会長が、全世代型社会保障改革への対応や新型コロナウイルスの影響に対する支援などを要望。これらの要望を踏まえ、同議連は緊急提言をまとめ、11月24日に下村博文自民党政調会長、26日に西村康稔全世代型社会保障改革担当大臣、田村憲久厚生労働大臣、27日に加藤勝信内閣官房長官に提出した。公明党健康保険組合議員懇話会においても佐野副会長が健保組合の窮状を訴え、主張実現を求めた。

こうした精力的な要請活動を経て、令和3年2月5日には、後期高齢者2割負担の導入などが盛り込まれた「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」が通常国会に提出された。

令和3年度は、自民党の「国民皆保険を守る国会議員連盟」や公明党健康保険組合議員懇話会等のほか、与野党のヒアリング等の会合に積極的に出席し、健保組合・健保連の主張実現に向けて精力的

に要請活動を行った。

健保組合・健保連が長年求めてきた後期高齢者の2割負担等の医療保険制度改革を含む改正法は、6月に成立した。法案を審議した衆参両院の厚生労働委員会では、将来にわたり国民皆保険制度を維持する観点から、与野党を問わず多くの委員が健保組合の厳しい財政状況や現役世代の負担軽減を論点とする質疑を行った。さらに、衆参両院の厚生労働委員会で佐野副会長が参考人として意見表明したほか、法案を可決した参院厚生労働委員会では12項目の附帯決議を採択した。「さらなる改革」に向けた検討や財政悪化の健保組合に対する財政支援の必要性など、これまで健保組合・健保連が強く訴えてきた項目も盛り込まれ、健保組合の厳しい実情と要望が国政にも届いていることが何われる結果となった。焦点となっていた後期高齢者2割負担の導入時期は、施行時期としては想定された期間のなかで最も早い令和4年10月1日となることが決定された。

こうした状況を振り返ると、法案の国会審議や成立過程において健保組合や健保連本部・都道府県連合会の連携した積極的な要請活動が実を結ぶ形となったが、一方で、後期高齢者の2割負担の対象範囲が一定以上所得（年収200万円以上）所得上位30%に相当に限られるなど、今次改革は、現役世代の負担を軽減し、皆保険制度の持続性を高めるためには十分な内容とはいえず、全世代型社会保障の構築に向けてさらなる改革が必要となるなど課題が残った。このほか、令和3年10月に実施された衆議院議員総選挙、4年夏の参議院議員選挙に対して、健保組合・健保連の主張・要求について理解を得るための訴求型要請活動を展開した。

令和3年12月3日に開催された「国民皆保険を守る国会議員連盟」の総会では、鴨下一郎会長の政界引退に伴い2代目会長に鈴木俊一衆議院議員が選出された。また、佐野副会長から当面の健保組合・健保連の課題を聴取。議連としての要望書を12月9日に松野博

一内閣官房長官、鈴木俊一財務大臣、16日に後藤茂之厚生労働大臣に健保連役員同席のもと、それぞれ手交した。

団塊の世代が後期高齢者となり始め拠出金が急増すると予想された令和4年度は、2年前の新型コロナによる受診控え・拠出金精算（精算戻り）等の影響により、負担増が令和5年度に先送りとなることが確実であり、健保組合財政は5年度以降、より悪化することが見込まれることとなった。

そのため、現役世代の負担軽減に向けて必要となる健保組合に対する支援を得るために、自民党の「国民皆保険を守る国会議員連盟」や公明党の健康保険組合議員懇話会、与野党のヒアリング等の会合に積極的に参加し、健保組合・健保連の主張実現に向けて精力的に要請活動を行った。

特に、前半では「骨太方針2022」および令和5年度予算概算要求に向けて、3月29日開催の自民党の「国民皆保険を守る国会議員連盟」の総会に出席し、▽コロナ禍を踏まえた国民が安心できる安全で効率的な医療の実現、▽現役世代の負担軽減と世代間の公平性確保、▽健康寿命の延伸に向けた保健事業のさらなる推進、▽健保組合の安定化に向けた当面の取り組みの4点を要望した。その後、4月13日の同議連の総会では、健保連の要望事項を踏まえた「骨太方針2022」および令和5年度予算概算要求に対しての要望書が取りまとめられ、4月26日に鈴木俊一財務大臣へ、27日に牧島かれんデジタル大臣へ健保連役員同席のもと、それぞれ提出された。また、5月18日には公明党による厚生労働部会・健康保険組合議員懇話会の合同会議が開催され、健保連・全総協・東総協の役員がこれに出席し、健保組合・健保連の重点要望について「骨太方針2022」および令和5年度予算概算要求へ反映されるよう要望した。

6月7日に閣議決定された「骨太方針2022」では、出産育児

一時金の増額など新たな負担への懸念もある一方で、要請活動の成果もあり、かかりつけ医制度の構築やリフィル処方箋の普及促進など健保組合・健保連の主張に係る内容が多く盛り込まれる結果となった。

後半では、政府の全世代型社会保障構築会議において年末までに取りまとめられる「子ども・子育て支援の充実」、「医療・介護制度の改革」、「働き方に中立的な社会保障制度の構築」の議論に向けて、健保組合・健保連の重点要望を反映させるべく、10月17日の自民党の「国民皆保険を守る国会議員連盟」の総会に出席し、▽後期高齢者医療制度の保険料負担割合や保険料賦課限度額の見直しなどの「医療制度改革」、▽出産育児一時金増額の負担に向けた「全世代で取り組む少子化対策」、▽医療の質と効率化に向けた「医療DXの推進」、▽健保組合におけるコロナ禍による財政悪化や保険給付費による負担増などに対する財政支援を求める「健保組合が保険者機能を十分に発揮するための財政支援」の4点を要望した。同議連では、健保連の要望を踏まえた要望書を取りまとめ、10月26日に鈴木俊一財務大臣へ、28日に加藤勝信厚生労働大臣へ健保連役員同席のもと、それぞれ提出した。

12月16日に全世代型社会保障構築会議で取りまとめられた報告書には、▽後期高齢者の保険料負担の見直し、▽出産育児一時金の一部を後期高齢者が負担する仕組み、▽被用者保険の格差是正の観点から前期高齢者納付金の報酬調整の1/3導入、▽かかりつけ医機能を発揮させるための制度整備などが盛り込まれた。これらの医療制度改革については、「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」として令和5年の通常国会に提出され、5月12日に参議院本会議において可決、成立した。

成立した改正法については、前期高齢者納付金の一部報酬調整が

導入されたものの、あわせて検討された財政支援策を含めて、概ね健保組合・健保連が主張した現役世代の負担軽減に資する内容となっており、健保組合や健保連本部・都道府県連合会が一体となった要請活動における一定の成果と捉えることができる。しかしながら、現役世代を取り巻く環境は、今後も極めて厳しい状況が続くことが見込まれることから、さらなる現役世代の負担軽減に向けて、後期高齢者の窓口負担を原則2割とすることや現役並み所得者の給付費への公費投入などの課題も残されている。

2 政策提言

少子高齢化が急速に進行し、団塊世代が後期高齢者入りする2022年、また団塊世代がすべて後期高齢者となる2025年に向け、高齢者医療費の負担構造改革の実現が急務となった。こうした背景のもと、この10年間における健保連の政策活動は多岐にわたり、とりわけ世代間、世代内の給付と負担のアンバランスの是正や現役世代の負担軽減等を図ることを主眼に政策提言を取りまとめ、活動してきた。さらに、2040年に向けて生産年齢人口が急速に減少するなかで、高齢化がピークを迎え、現行の医療提供体制のままでは医療保険財政と医療資源がいずれも逼迫するとの危機感から、地域医療構想にもとづく病床再編とかかりつけ医による外来医療の最適化により、効率的で効果的な医療を実現するための主張も展開した。

1. 「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」（平成29年9月）

健保連は、団塊世代がすべて75歳以上の後期高齢者となる2025（令和7）年度に向け、平成29年6月の常任理事会において、国

民医療費及び健保組合の財政等に関する将来推計「2025年度に向けた国民医療費等の推計」と今後の主張の骨格となる「今後の主張について」をまとめた。その後、常任理事会・要求実現対策本部のもとにワーキンググループを設置し、制度改革に対する基本的な考え方や具体的な主張、広報展開等について検討を進め、「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」と題した提言を9月の常任理事会で最終的に取りまとめ、9月25日の記者会見で公表した。

2015（平成27）年度を足元に推計した2025年度の国民医療費は42・3兆円から1・4倍の57・8兆円に上り、特に後期高齢者の医療費は15・2兆円から1・7倍の25・4兆円と急増が予想された。一方、現役世代の減少等により、2025年度には健保組合が負担する高齢者医療拠出金の額は法定給付費を上回ることがわかった。また、380組合は、実質保険料率が全国健康保険協会（協会けんぽ）を上回ることににより、解散危機を迎える可能性が見込まれた。こうした推計のもと、医療費の伸びの抑制と高齢者医療費を国民全体でどのように支えるか（負担するか）が最大の課題となった。

これらの状況等を踏まえ、「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」では、医療保険制度の持続可能性の確保、医療保険財政の安定化に向け、「医療費増高の抑制と高齢者医療費の負担構造改革を中心とした医療保険制度の抜本的改革を、これ以上先送りすることなく、断行すべき」と主張し、皆保険制度のすべての関係者（国、国民、保険者、医療提供者）へ意識改革と従来にない努力を求めるとともに、今後必要な改革として、▽高齢者医療費の負担構造の改革、▽医療費の伸びの抑制、▽健康な高齢者〓「支える側」を増やす〓の3本柱を掲げ、それぞれ具体的な施策を提言した。

高齢者医療制度については、▽拠出金負担割合に50%（報酬水準が低い保険者は48%）の上限を設定し、上限を超える部分を国庫負担とする、▽後期高齢者医療への公費負担は50%を確保、▽前期高齢者財政調整は必要最小限にとどめる、▽後期高齢者の窓口負担は段階的に2割とする、▽消費税率の引き上げや税制見直しにより必要な財源確保の長期見通しを示すべき、▽社会保障・税一体改革で決められた消費税率引き上げによる増収分の配分方法を改めて見直すべき—等の改革の必要性を訴え、現政権が「全世代型」の社会保障への転換をめざすなかで、平成31年10月の消費税率10%引き上げを見据え、負担の限界にある現役世代の拠出金負担の軽減を強く求めた。

医療費の伸びの抑制については、▽医療機能の分化・連携の推進、▽医療の地域格差の是正、▽終末期医療のあり方の見直し、▽薬剤費の伸びの抑制、▽保険給付範囲の見直し、▽診療報酬体系の見直し、▽療養費の見直し・ICT化による医療の効率化、▽保健事業の推進—等、あらゆる方策を通じて医療費全体の伸びを抑制することが不可欠とした。

また、保健事業や医療費適正化への積極的な取り組みにより、健康で働く意欲のある高齢者が「支えられる側」から「支える側」になるようサポートする方向性を打ち出した。

平成29年9月以降、この提言をもとに関係団体や厚生労働関係の国会議員等への要請活動を展開し、健保連の主張への理解を求めた。

2. 「今、必要な医療保険の重点施策—2022年危機に向けた健保連の提案—」（令和元年9月）

団塊世代がすべて75歳以上の後期高齢者となる2025年度に向け、前述の提言のもと活動してきたが、人口のさらなる高齢化と現

役世代の減少が急速に進行するなか、団塊世代が後期高齢者に到達し始める2022年度から、全員が後期高齢者になる2025年度にかけて、後期高齢者の医療費が急増することが見込まれるため、改めて高齢者医療費の負担構造改革について、重点課題等を整理することが必要となった。

平成31年2月8日の常任理事会において提示した新たな推計では政府の推計方法も踏まえて、医療費の伸びを29年度に実施した推計より低い1・8%と仮定して実施した。推計では、▽2022年度の保険料率の平均は9・8%、10%以上の組合は601組合となり、2025年度には料率は10・4%、10%以上の組合は909組合と急激に悪化する、▽健保組合全体の義務的経費に占める拠出金割合は2022年度に49・6%、2025年度は50・5%と保険給付費を上回る、▽年金保険料率18・3%（固定）を足し合わせると2022年度に30・1%、2025年度には31・0%と、3割を超える保険料負担となる—との結果となったが、医療費の伸びを低めに見込んで推計しているため、実際にはより大きな負担増となる恐れがあると見込んだ。

こうした推計を踏まえ、健保連は、2022年から一層、高齢者医療の負担が深刻化することを「2022年危機」と銘打ち、政策実現活動を強力に推進するため、常任理事会のもとに、▽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と、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では、新改革工程表2018への対応をはじめ、高齢者医療費の負担構造改革、医療費の伸びの抑制等、負担と給付の見直しと医療費の適正化等の政策立案を中心に活動を展開し、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助交付金を活用した組合運営サポート事業を立ち上げ、健保組合の財政健全化と解散抑止をめざすこととした。また、渉外連絡チームは、国会議員

への要請活動や関係団体への働きかけなど、健保連の政策への理解促進を図ることとした。

このうち、2022年対策プロジェクトチームでは、令和元年の秋以降に本格化する給付と負担の見直しの議論を見据えて重点課題等の整理を行い、「今、必要な医療保険の重点施策―2022年危機に向けた健保連の提案―」を9月9日に発表した。

このなかで、現役世代を守るために、全世代で支え合う医療保険制度の改革が必要であり、▽高齢者医療費の負担構造改革を実現し、世代間、世代内の給付と負担のアンバランスを是正するとともに、必要な公費の拡充等を通じて、現役世代の負担軽減を図ること、▽保険給付を適正化し、医療費を大切に使うこと、▽保健事業の取り組みを通じて健康な高齢者、「支える側」を増やすこと―が重要と提言した。

具体的には、高齢者医療費の負担構造改革では、▽低所得者に配慮しつつ、75歳に到達した人から順次2割負担とする（後期高齢者の原則2割負担）、▽後期高齢者の現役並み所得者にも公費投入し、現役並み所得者の基準見直しによる公費負担の減少分が現役世代の負担増（「肩代わり」）とならないようにすべき―を重点項目と位置づけた。このほか、拠出金負担割合の上限定（拠出金割合が50%を超えないように公費負担拡充等）や前期高齢者財政調整の見直し（不合理な調整方法の見直しによる過重な負担の是正等）も求めている。また、保険給付の適正化では、市販品類似薬の保険除外、償還率見直しなど保険給付範囲の見直しを重点項目としたほか、薬剤処方適正化（生活習慣病治療薬の適正な処方のためのフォーミュラリの導入等）や適切な受診行動の促進（普及啓発活動等）が必要とした。

こうした健保連の考え方を全世代型社会保障検討会議の中間報告に反映させるため、健保連は自民党等のヒアリングに積極的に参加

するとともに、被用者保険関係5団体（日本経済団体連合会、日本労働組合総連合会、全国健康保険協会、日本商工会議所、健保連）で共同意見書を取りまとめ、11月8日に加藤勝信厚生労働大臣宛てに提出した。意見書では、現役世代の負担軽減のため、後期高齢者の窓口負担について低所得者に配慮しつつ原則2割とすることを求めたほか、拠出金負担の軽減、保険者機能の強化、医療費の適正化等を求めた。

この結果、令和元年12月の中間報告では、後期高齢者の窓口負担の2割への引き上げが盛り込まれたが、その対象範囲など具体案は今後の議論に委ねられる形となった。負担増を求める内容であり、コロナ禍の影響等も受け審議が進まないなか、最終的には2年12月の最終報告において、十分とは言えないものの、一定以上の所得のある後期高齢者の窓口負担を2割とする見直しが盛り込まれた。その最終報告にもとづき、翌年法案が国会に提出され、成立した。全世代で社会保障を支えるなかで、現役世代の負担軽減を行う必要性が示されたことは評価できるが、2割負担の対象者が課税所得が28万円以上（所得上位30%）かつ年収200万円以上となり、370万人にとどまったことは十分とは言えないものであった。

3. 「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて」（令和3年10月）

後期高齢者の窓口負担2割導入を含む「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、令和3年2月5日に第204回通常国会に提出され、衆参両院での審議を経て、6月4日に可決、成立した。審議に際し、4月20日の衆院厚生労働委員会、5月31日の参院厚生労働委員会に、参考人として佐野雅宏副会長が出席し、今回の制度改革は現役世代の過重な負担の軽減には不十分であると指摘し、現役世代の負担を軽減し、

将来に渡る国民皆保険維持のために、給付と負担の抜本的な見直しを含めた次期制度改革へ向けた検討を求めた。

こうしたなか、令和3年秋以降にさらなる改革論議が本格化する
と見込まれたため、次期制度改革に向けた対応をスタートした。3
年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
チームを発足し、骨太方針2021、4年度政府予算への対応を含
め、6年度に控えた診療報酬・介護報酬同時改定、次期医療計画、
医療費適正化計画、介護事業計画策定を見据えて、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検討
を重ねた。6月8日には骨太方針2021へ向け、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まとめ公表した。以降は医療提供体制・医療
の重点化効率化検討グループ、高齢者医療・介護保険制度検討グル
ープ、健保組合の価値向上グループに分かれて、議論を深化させ
た。

こうしてまとめた「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に
向けて―健保組合・健保連の提言―」は、健康保険組合全国大会と
同日の令和3年10月19日に公表した。提言内容は、▽コロナ禍を通
じて明らかになった課題と対応、▽社会情勢の変化に応じた課題と
対応、▽健保組合の価値向上へ取り組む課題と対応―の構成で取り
まとめ、10月19日の全国大会決議に盛り込むとともに、要請活動
等に活用した。

コロナ禍を通じて明らかになった課題と対応では、今般のコロナ
禍を通じ、入院・外来ともに医療提供体制の硬直性・脆弱性、医療
資源の散在等の諸問題が顕在化した。さらにコロナの検査・診療の
混乱等から、医療に対する国民の不安が高まるなか、「安全・安心」
で「必要な時に必要な医療にアクセスできる」体制を堅持すること
が最も重要であると指摘。そのためには、「対応の方向性」として、

国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」の推進と、外来の機能分
化・連携、強化を図る「かかりつけ医制度」の構築が必要であると
した。

かかりつけ医制度の構築に向けては、ステップ1として、かかり
つけ医の要件（機能）の法令等での明確化、国民への情報提供・開
示の強化等必要な環境整備を進め、ステップ2として、健保連とし
て「制度化の考え方」を取りまとめ、かかりつけ医を起点にした外
来医療の機能分化・連携の強化を主張、国民・患者の理解の促進・
醸成等を図るなど、「かかりつけ医」制度の構築に向けた展開を進
めていくとした。

社会情勢の変化に応じた課題と対応については、国民皆保険制度
の持続可能性を高めるためには、医療費そのものの増加を抑制する
とともに、現役世代に過度に依存する制度から全世代で支え合う制
度への転換が必要であり、その際、近年の高齢者像の変化、高齢者
の就労率の上昇等の社会情勢の変化を考慮しつつ、世代間の給付と
負担のアンバランスを是正し、現役世代の負担軽減を図ることが喫
緊の課題であるとした。具体的な対応の方向性としては、▽医療の
重点化・効率化、▽人口構造の変化を踏まえた全世代で支える制度
の構築、▽社会保険の保険原理が適正に機能する仕組み―の3点を
掲げた。

「医療の重点化・効率化」では、地域格差の是正、医療費が見込
みを上回る場合の対応、保険者協議会の関与強化など、医療費適正
化計画の取り組みを強化するとともに、市販品類似薬の保険給付範
囲からの除外または給付率の見直し、フォーミュラリの普及・リフ
イル処方等の早期導入等を重要課題とした。

「人口構造の変化を踏まえた全世代で支える制度の構築」では、
世代間のアンバランスの是正や現役世代の負担軽減等をめざし、▽
後期高齢者と現役世代の負担の伸びの均衡を図るため、後期高齢者

の保険料負担割合（当時Ⅱ給付費の11％）の見直し、▽後期高齢者の窓口負担について、一定以上所得者の2割負担の早期実施（※令和4年10月実施）と、低所得者を除いて原則2割負担の検討の継続、▽現役並み所得者の対象範囲拡大と現役並み所得者の給付費への公費投入—を求めた。

「社会保険の保険原理が適正に機能する仕組み」については、▽過重な拠出金負担を抑制するため、高齢者医療への拠出金負担の上限設定、前期高齢者財政調整の見直し（変動抑制、計算式見直し等）、▽拠出金負担の見える化（全面総報酬割となった後期高齢者支援金、介護納付金のための保険料率を国が審議会の意見を聞いて定めるよう見直す）、▽社会保障のための財源確保等の検討（税財源の確保、年金控除や非課税年金の見直し）—を重要課題としたほか、金融資産も勘案した高齢者の自己負担割合の判定の検討、介護保険制度の給付と負担の見直し、前期高齢者と介護保険制度の年齢区分の65歳から70歳への引き上げ等についても検討していくべきとした。

健保組合の価値向上へ取り組む課題と対応としては、引き続きコラポヘルスによる健康経営の推進、加入者への健康教育・広報によるヘルスリテラシー向上等に努めるとともに、社会環境の変化に応じた先駆的な取り組みを実践し、国民全体の健康度を高め、健康寿命の延伸を図っていくべきとした。社会環境の変化に対応した取り組みでは、高齢者の就業率上昇や女性の社会進出等、多様性ある社会に対応していくため、ロコモティブシンドロームや女性特有の健康課題等への対応が必要としたほか、データ活用を深化を図るため、パーソナルヘルスレコード（PHR）とスコアリングレポートを活用し、集団最適・個人最適へ向けた適切な情報提供と保健事業サービスの展開が重要であるとした。

健保連では、社会情勢の変化や改革論議の局面等にあわせ、令和

3年10月の政策提言を踏まえ、関係審議会等における意見発信や国会議員等に対する要請活動など、対応を図ってきた。全世代型社会保障の構築に向け、▽現役世代の負担軽減、▽世代間・世代内のバランスは正、▽負担能力に応じた全世代で支える仕組み—という基本的な考え方をベースに、全力で政策活動に取り組んだ。こうした活動が、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し等が盛り込まれた、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和5年5月12日成立）につながった。同法律には、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、▽出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、▽前期財政調整制度における3分の1報酬調整の導入、▽医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、▽かかりつけ医機能が発揮される制度整備—等も盛り込まれている。

今後は、報酬調整のさらなる拡大や一元化への検討等が提起される可能性も否定できないため、その動向を注視、対応していくとともに、同法律の附則に規定された、「経済社会情勢の変化と社会の要請に対応し、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更なる改革について速やかに検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」とを踏まえ、後期高齢者の窓口負担の原則2割や現役並み所得者の給付費への公費投入など、さらなる現役世代の負担軽減につながる改革に向けた活動を展開していくことが必要となる。

また、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者人口がピークを迎える2040年も視野に入れた不断の見直しも不可欠であり、全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向け取り組んでいく必要がある。

4. 『かかりつけ医』の制度・環境の整備について（議論の整理） （令和4年11月）

人口構造や疾病構造の変化により、保険財政と医療資源の制約が今後さらに強まることや、コロナ禍で医療の脆弱性が露呈したことを踏まえ、健保連は、かかりつけ医の制度・環境の整備に向けた「議論の整理」を令和4年11月8日に発表した。かかりつけ医機能における医師・医療機関の配置状況等を可視化することにより、質の高い医師・医療機関を患者が選びやすくするほか、患者個々に健康医療全般を調整する医師が誰なのかを他の医師や保険者が把握し、円滑に連携できるように、患者が自分で選んだ医師を任意で1人登録する仕組みを導入することが柱。患者にとって安全・安心で効率的で効果的な医療を実現するために、入院医療における地域医療構想にもとづく病床再編と平行して、外来医療においても機能分化・強化や連携を推進する内容となっている。

検討に際しては、政府の動きも意識した。

岸田内閣は令和3年10月31日の衆院総選挙で国民の信任を得ると、直後の11月に政権の主要施策を検討する場のひとつとして、全世代型社会保障検討会議の後継となる「全世代型社会保障構築会議」を設置した。11月9日の初会合で複数の委員から、コロナ禍の教訓を踏まえかかりつけ医を制度的に推進する必要性が指摘された。さらに3年末から4年初頭にかけて、首相を本部長として関係閣僚で構成する「全世代型社会保障構築本部」が動き出し、全世代型社会保障改革に向けた検討体制が再構築されるなかで、かかりつけ医の制度への関心が政府内でも高まり始めた。その後、4年5月17日に全世代型社会保障構築会議の「議論の中間整理」において、「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」との意見が示され、政府は6月7日に閣議決定した骨太方針2022のなかで「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」との方向性を打ち出した。

こうした動きは、健保組合・健保連の令和3年10月提言「安全・安心な医療と国民皆保険制度の維持に向けて」の実現にとって追い風になるものだが、同提言は、かかりつけ医機能を法令等で明確化する必要性を指摘するにとどまっていた。そのため健保連は、秋以降に全世代型社会保障構築会議や社会保障審議会医療部会等で制度設計の議論が本格化することを想定し、早急に課題を深掘りする必要があると判断した。4年6月21日の政策委員会において『「かかりつけ医」の検討に関する小委員会』の設置が決定され、政策委員会メンバーのうち10名による集中的な議論が7月26日、9月2日、9月22日の3回にわたって行われた。

小委員会には、患者と医師の相互の信頼関係とともに、そこに保険者がどう関わるかといった視点も重視しながら検討を進めた。まず、必要な時に必要な医療を受けられる「フリーアクセス」を堅持することに加え、「国民・患者が自分の希望や自分の状態に合わせて選択する」を制度設計の全般にわたる前提とし、「国民・患者の支援」が保険者の役割であることを出発点として、現状の問題点を解決するために必要な事項を話し合った。

以前から頻回受診、多剤服用、重複検査、患者の大病院志向といった過剰な医療の問題が指摘されているが、その一方で、コロナ禍により発熱外来難民やワクチン接種の混乱といった必要な保健医療が不足する問題が発生した。過不足のない医療を実現するためには、幅広いニーズを受け止めて患者を中心とする健康・医療全般を調整する存在が必要であり、こうした役割をかかりつけ医・かかりつけ医療機関が担うべきとの方向性を確認した。

次に、国民・患者と医師・医療機関の信頼関係を好循環させるた

めに、「かかりつけ医機能の明確化」「かかりつけ医機能を有する医師・医療機関の届出・認定」「かかりつけ医機能を有する医師・医療機関の可視化」「国民・患者によるかかりつけ医の選択」の4つを一連の流れとして動かす制度的な枠組みが必要との認識を共有した。さらに、環境整備の課題として、医師の人材育成や医療機関における情報基盤の充実に向けた取り組みと、責任を果たした医師・医療機関に対する合理的な報酬・評価等を位置づけた。

続いて、国民・患者のタイプ別にかかりつけ医の活用方法や健保組合による加入者支援について、具体的な取り組みをイメージしながら、かかりつけ医機能が発揮されるための運用について話し合った。例えば、普段はほぼ受診しない加入者の場合は、急な体調不良時の対応や健康の維持・増進に関する相談にかかりつけ医を活用できるよう、地域の医療機関の機能を加入者自身が検索できるサービスを提供することが考えられる。健診で異常が見つかったにもかかわらず受診しない加入者の場合は、治療の必要性を患者自身が理解し、早期治療につなげることが重要なため、事前に健康課題を共有して治療に臨むことができる医療機関を加入者へ個別に紹介することが考えられる。慢性疾患等で既にかかりつけ医を持つ加入者には、かかりつけ医の好事例の収集に協力してもらい、他の加入者と情報共有するほか、かかりつけ医の変更を希望する場合に情報提供や個別紹介を実施する。

意見集約では、制度的な枠組みとして一連で動かす4項目を中心に「議論の整理(案)」を取りまとめた。

最初の「かかりつけ医機能の明確化」については、令和3年10月提言を踏襲し、地域医療連携の要となる基本的機能として、▽幅広い診療・相談、▽情報の一元化、▽他の医療機関との連携―等を法令等で定めることを位置づけた。また、健保組合加入者タイプ別に国民・患者のメリットを類型化し、多様なニーズに応える付加的機

能も整理した。

一方、「医師・医療機関の届出・認定」「医師・医療機関の可視化」「国民・患者による選択」に関しては、令和3年10月提言で触れていなかった新しい要素になる。このうち、「医師・医療機関の届出・認定」については、医療の質を担保する観点から、医療機関からの届出だけでは不十分であり、機能を証明する「認定の仕組み」を創設すべきとの姿勢を明確にした。「医師・医療機関の可視化」については、認定医療機関を国民・患者が容易に知ることができるよう、既存の医療機能情報提供制度を充実するとともに、保険者自身も情報提供に取り組み必要があることを表明した。「国民・患者による選択」については、患者ごとに健康医療情報全般を一元的に管理・調整する医師が誰なのかを、他の医療機関や保険者が確認できるよう、国民・患者が自分のかかりつけ医1人を「任意で登録する仕組み」を導入することを提案した。保険者や国から国民・患者への割当てではなく、あくまで患者の自由な意思を尊重したうえで、患者中心の医療を円滑に進めるための選択という位置づけで、他の医師・医療機関の受診を制限するものでもない。

小委員会の「議論の整理(案)」は、10月3日の政策委員会を経て、10月18日の常任理事会で了承され、健保連として「議論の整理」を11月8日に記者会見とホームページへの掲載を通じて発表した。制度設計の詳細や医師・医療機関への支払い等の環境整備は、今後の検討課題としていたため、中間報告的な性格であったが、時期を同じくして公表された日本医師会の意見との対比で、特に医療機関の認定や国民・患者による任意登録が目立った。

社会保障審議会の医療部会では、全世代型社会保障改革の一環として、医療法改正による制度整備の議論が11月下旬から本格化した。河本滋史専務理事は「議論の整理」にもとづき、現役世代を含めた幅広い国民の希望に対応できるように、かかりつけ医の質を担

保する必要性や、患者と医師の原則1対1関係等を主張した。一方、医療関係者からは、かかりつけ医機能は必ずしも1医療機関で完備するものではなく、高齢者を想定した場合、患者が複数のかかりつけ医を持てるようにすべき等の意見が出た。その結果、当面の制度整備においては、医療機関の認定や患者による登録は見送られた。しかし、かかりつけ医機能の定義を医療法上で規定したうえで、国民・患者がかかりつけ医を選びやすくするために、「医療機能情報提供制度」を刷新するほか、かかりつけ医機能を有する地域の医療機関を都道府県が確認・公表する「かかりつけ医機能報告制度」を創設することが合意された。さらに、患者と医師の関係を明確化する観点から、医療機関が提供する医療の内容を患者に書面で交付する仕組みを導入することになった。書面交付の対象は、慢性疾患等の継続的な管理が必要な患者を主に想定するが、12月28日付で公表された医療部会の取りまとめ「医療提供体制の改革に関する意見」のなかで、今後の詳細な制度設計の検討で留意すべき意見として、「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」「情報の二元化やその調整窓口を想定し、患者と医師の関係は1対1にすべき」「情報を都道府県に登録し保険者が把握できるようにすべき」といった健保連の主張が付記された。

3 支払基金抜本改革の10年

1. 支払基金改革の経緯

医療費の高騰等により医療保険制度の存続が危ぶまれるなか、診療報酬の審査支払事務全体の効率化・合理化が大きな課題とされてきた。そのなかで、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）に関して、各方面から運営の非効率性等が指摘され、政府の規制改革会議等を中心に、国民健康保険団体連合会（以下「国保

連」という）との統合や保険者による直接審査支払制度等、様々な検討が行われ、一部実行されてきた。

「支払基金改革」に向けて動き出す大きな転機となったのは、政府が規制改革会議の答申を踏まえ、平成26年6月に閣議決定した「規制改革実施計画」（「規制改革に関する第2次答申」にもとづく計画）で、「保険者がまず全ての診療報酬明細書の点検を可能とする仕組みの導入」を提言したことである。支払基金と保険者が同じレセプトを同様に審査する非効率な運営を是正するため、希望する保険者は、事前に全てのレセプトを点検し、疑義のあるレセプトのみ支払基金に審査依頼を行う仕組みの検討を指示した。

そこで、健保連・健保組合、厚生労働省、支払基金における「事前点検に関する検討グループ」（事務局は健保連）が設置され、具体的検討が進められた。しかし検討過程で、審査水準の維持や健保組合間の審査格差等、様々な課題が挙げられるなかで、費用負担が最も大きな問題となった。参加する保険者（協会けんぽを含む）が不透明なことに加え、システム改修費等が嵩むことから費用削減効果は限定的であり、さらに支払基金からは、仮に参加を希望する保険者の手数料が低くなっても、その分をその他の保険者の手数料に上乘せし、支払基金の総コストを賄う、との姿勢が示された。

当時の支払基金法第26条には、「（支払基金の）業務に関する事務の執行に要する費用を、その提出する診療報酬請求書の数を基準として負担させるものとする」と規定され、どんなに非効率性があっても、かかった費用全ての回収が保障される当該条項は、支払基金の事務効率化、高コスト体質改善への大きな壁となっていた。

同検討グループは、平成27年9月に「中間とりまとめ」（結果として最終とりまとめ）を公表し、「当該制度に多くの保険者が参加し、真に有効な制度として構築していくためには、診療報酬（体系・点数表）、審査支払等の在り方の検討を進め、前提となる支払

基金の体制の在り方（支払基金法の改正等）、点検水準維持のための施策等についてのさらなる検討が必要と考えられる」などと結論づけた。

厚労省よりこの報告を受けた規制改革会議医療・健康WGは、当該結果に不満を持つ一方で、健保連の考え方に理解を示し、その後「支払基金の在り方の検討」に視点をシフトすることとなった。

2. 健保連が支払基金改革を主導

平成27年11月26日、規制改革会議医療・健康WG（河野太郎規制改革担当大臣出席）に招致された健保連は、「審査支払に関する健保連の考え方」を意見陳述した。そのなかで、支払基金の運営に関し「支払基金法の改正を行い、支部の集約を含めた組織体制の抜本的な見直しを通じて、コストの削減とより効果的・効率的なサービス提供を実現する」と提言。そのため、「地区ブロック毎の主要都市に支部機能を集約し、審査事務を一括実施する等の見直しを検討することによって、コストの大幅削減を含めた抜本的な合理化・効率化を目指すべき」などと主張し、河野大臣や同会議委員の賛同を得た。

当時の支払基金法第3条に「基金は、主たる事務所を東京都に、従たる事務所を各都道府県に置く」とあり、全都道府県に支部を設置し、各支部の権限において審査が実行されていた。これが審査事務の非効率性と審査結果の支部間差異の主な要因となっていた。

また当該主張に至る背景として、健保連は、長年にわたる手数料協議において支払基金の組織・業務の効率化を求めてきたが、遅々として進まず、手数料の引き下げが不十分だとの強い不満があった。そのうえに、当時の手数料協議の場で、支払基金が保有している全施設を維持するための長期修繕50年計画や、今後の人口減少（レセプトの減少）等を口実に、手数料単価の引き下げは今後応じ

られなくなるとの姿勢を打ち出してきたこと等に激しく反発していた。

一方、支払基金も12月16日に招致を受け意見陳述したが、組織体制の見直しに関する健保連の主張を全面的に否定するとともに、同会議委員の改革を促す意見に対し応じる姿勢を見せなかったことから、河野大臣や同会議委員の強い反発を受けた。

その後の議論を経て、規制改革会議は、「規制改革に関する第4次答申」をまとめ、これを踏まえ、平成28年6月に「規制改革実施計画」が閣議決定された。このなかで、「医療費の円滑で適切な審査・支払を維持しつつ、社会全体として効率的な組織・体制の在り方を追求する観点から、現行の支払基金を前提とした組織・体制の見直しではなく、診療報酬の審査の在り方をゼロベースで見直すため、具体的な組織・体制等の在り方（業務拠点も含めた職員及びシステムなどの体制、業務範囲、法人形態、ガバナンス体制、事務負担の在り方、法規制の在り方等）」について具体的に検討し、結論を得る」などとされ、支払基金の抜本改革が宣言された。

3. 改革の具体化の検討

厚労省はこうした動きを受け、審査支払機関の在り方に留まらず、ビッグデータとICTの活用も含め広く検討する目的で「データヘルズ時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」を立ち上げた。

同検討会では、主に、①審査支払機関における審査業務の効率化・審査基準の統一化、②ビッグデータを活用した保険者機能の強化及び医療の質の向上、③支払基金の組織・体制の在り方の3点について検討を行った。審査結果の支部間差異や付箋処理等、データにもとづく詳細な実態等を明らかにするとともに、保険者や関係者からヒアリングを実施する等、精力的に議論を重ねた。健保連も

ヒアリングに出席し、支払基金の審査の充実強化による健保組合の二次点検の負荷軽減、審査基準の公開による健保組合の二次点検との役割分担の明確化等により、審査全体の効率化を図るべきと主張した。

その結果、同検討会は平成29年1月に「報告書」をとりまとめた。

報告書では、支払基金の組織・体制の在り方について、「まず、支部の職員体制については、(中略)コンピュータチェックを医療機関等において行う仕組みやコンピュータチェックや付箋貼付状況の差異に係る継続的な見える化等を行い、さらに見える化によるエビデンスベースの議論を踏まえた業務効率化や業務改革等のPDCAを回していくことにより、支払基金の審査共助事務における職員の業務量が減少すると考えられることから、これを踏まえて47都道府県における支部の体制について、その規模を必要最小限のものに縮小していくべきである」などの方針を示した。そのうえで「具体的な支部組織の効率化の在り方については、支払基金と厚労省において、新たな審査・支払システムの設計内容や現在の支払基金の職員の勤務状況なども踏まえて、速やかに具体的な支払基金業務効率化計画・工程表を策定すべきである」などと指示した。

また、ビッグデータ活用における審査支払機関の役割について、「審査業務の効率化・審査基準の統一化を中心とした業務改革によって組織体制のスリム化を行うことはもとより、ビッグデータ活用における国民の健康作り全般にわたる新たな役割を担っていくことで、これまでの「業務集団」から「頭脳集団」へと改革していく必要がある」と提言された。

4. 支払基金改革の実行へ

こうした経緯を経て、関係方面と協議を進めた厚労省と支払基金

は、平成29年7月、ついに「支払基金業務効率化・高度化計画」を公表し、改革の全容を明らかにした。

このなかで、審査業務の効率化、支部間差異の解消、組織・体制の見直し等を柱に大きな方向性を打ち出した。

具体的には、①審査支払新システムの構築(受付・審査・支払の業務単位でのモジュール化、支部業務サーバーの本部一元化、AI等の導入・活用により審査を支援。政府CIO等と連携)、②審査手数料の設定の在り方の見直し(審査手数料を段階化。判断が明らかレセプトと他のレセプトとは別途の審査手数料を設定)、③コンピュータチェックに適したレセプト様式の見直し等、④コンピュータチェックルールの公開、⑤返戻査定理由の明確化、⑥請求前の段階でレセプトのエラーを修正する仕組みの導入、⑦既存のコンピュータチェックルールの見直し、⑧統一的なコンピュータチェックルールの設定、⑨審査基準の統一化、⑩自動的なレポートینگ機能の導入(審査結果の差異事例の徹底した見える化、機動的な見直しによる標準化・高度化)、⑪審査委員会の在り方の見直し、⑫審査委員の利益相反の禁止、⑬本部審査の拡大等、⑭支部組織の見直し(審査事務の業務効率化と集約化)、⑮業務棚卸し等による効率化の推進、⑯支払基金の人員体制のスリム化と高度化(遅くとも平成36年度末段階で、現行定員の20%程度(800人程度)の削減)等と、項目ごとに改革の方向性をまとめ、「この改革を通じて国民負担の最小化と、全国どこでも質の高い、統一された医療の実現をめざしていく」との決意を示した。

さらに、平成30年3月には、「支払基金業務効率化・高度化計画」の具体的な取り組み内容をまとめた「審査支払機関改革における支払基金での今後の取組」を公表。基本的にはこの方針に沿って改革が進められることとされた。

一方、政府は支払基金改革を実行するため、支払基金法の改正案

を提出、令和元年5月に成立（令和2年4月施行）した。このなかで、（第3条）支部長が担っている権限を本部に集約し、支部の都道府県必置規定を廃止するとともに、（第26条）支払基金の事務の執行に要する費用を、診療報酬請求書の数のみならず、審査の内容やその他当該費用を算出するにあたり考慮すべき事項を基準とする旨を加え、効果的な費用負担の設定を可能とするなどの見直しを行った。支払基金改革に向けて法的環境も整えられた。

5. 審査事務・組織見直しの実現

その後、支払基金は、組織集約に向けモデル事業も実施したうえで検討を進め、令和2年3月、組織体制等を含めた審査事務の見直しについて、「審査事務集約化計画工程表」をとりまとめた。

このなかで、組織見直しの目的として、「ICTの活用が可能な業務については、これを最大限に活用することにより、審査事務の効率化・高度化を進めるとともに、審査結果の不合理な差異解消の取組を充実させるため、支部分結型の業務実施体制から、本部を中心とした全国統一的な業務実施体制への転換を図る」との方針を掲げた。

さらに「集約拠点設置に係る基本方針」として、「審査事務センター」及び「審査委員会事務局」の設置と基本的な役割を整理し、審査事務センターは、ブロック又は地域内のレセプト審査事務を集約するとともに、審査結果の不合理な差異解消について調整する業務を行う。審査委員会事務局は、各都道府県に審査委員会を存置することから、その審査補助業務を中心とした業務を行う（再審査を含めた紙レセプトの処理を含む）などと示した。（以下、センターの概要）

○中核審査事務センター（6か所）…ブロック内で審査結果の不合理な差異解消に中心的な役割。「差異解消のための診療科別ワーキ

ンググループ」を設置（仙台、東京、名古屋、大阪、広島、福岡）。

○審査事務センター（4か所）…中核審査事務センターと連携し、一次的な集約の役割（さいたま、札幌、金沢、高松）。

○審査事務センター分室（4か所）…経過措置として設置。審査事務の平準化に資する（盛岡、高崎、米子、熊本。10年を目途に廃止を検討）。

この方針をもとに準備を進めた結果、令和4年10月、審査事務・組織集約が実施され、新たな支払基金体制がスタートした。今後は、本部を含めた各組織の効率的・効果的な運営・連携や、各組織内の効率的な業務フローの確立と適正な人員数・配置の実現が課題となる。

6. 審査業務の高度化

支払基金改革の柱となる「審査業務の高度化」の基盤として、令和3年9月、支払基金は審査支払システムを刷新した。改革議論が起ころ前、同システムの改修時期を控えていた支払基金は、旧来型のシステム構築を準備し、約5百数十億円にもなる費用見込み（全て保険者の負担）を健保連に提示していた。しかし、改革議論を受け、政府CIO（内閣官房）が介入し、システムのモジュール化、サーバーのクラウド化、審査にAIの導入、自動レポートインテグレーション等、ICTを活用し新時代に向けた効率的かつ高度なシステムを設計するとともに、費用を230億円程度に抑え込んだ。

新システム導入で、AIにより、人による審査を必要とするレセプトと必要としないレセプトへの振分け機能を実装し、その精緻化を図り、新システムの稼働後2年以内にはレセプト全体の9割程度をコンピュータチェックで完結することを目指す（1割は審査委員会の目視審査対象）。併せて、自動的なレポートインテグレーションにより、コンピュータチェックにおける審査結果の差異等について見える化

を図り、差異解消に向けた取り組みを進めることとされた。

また、健保連が求め続けてきた審査事務のコスト構造の明確化・透明化についても検討が進み、令和4年12月の手数料協議の場で、5年度からの手数料階層化の導入（医科歯科レセプトを判断が明らかなレセプトとその他一般のレセプトに区分し、コストに応じた手数料を設定）が決定した。この手数料階層化を基点に、さらにコスト構造を分析し、精緻化していく必要がある。

今後は、これら取り組みの確実な達成を図るとともに、審査における保険者との役割分担（レセプト点検の効率化含む）、審査結果の納得性・透明性の向上、（目視審査が減少する）審査委員会の合理化という大きな課題に検討の焦点を移していくことになる。

7. 改革の効果と今後

支払基金は「審査事務集約化計画工程表」において、単年度の改革効果を77億85億円と試算した。紙レセプト減少による効率化、保有資産の売却・活用（「保有資産活用基本方針」を策定）、審査委員会費の縮減等でさらなる上乗せも期待される。

また令和2年度に開催された厚労省の「審査支払機能の在り方に関する検討会」において、オンラインによる再審査申出の義務化、国保連審査システム（再構築中）との統合・共同利用、レセプトデータの一元管理を検討等の方針が示され、さらなる改革も進められている。

日本はすでに人口減少の局面に入り、今後、レセプトも減少が見込まれる。また令和2年度には、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、受診控えによるレセプト減少という新たな危機も経験した。支払基金の適切な運営の継続を確保するためには、支払基金改革の深化、それを反映した中長期的な財政運営、データヘルス事業や医療費分析等の保険者を支援する新たな業務の実行等が不可欠と

なる。

「新生支払基金」と保険者が協力・連携し、来るべき人口減少・少子高齢化社会に向けて国民皆保険制度の維持・発展という大きな共通の目的を果たすべく、継続的に努力していかなければならない。

4 療養費改革の経緯

1. 柔道整復療養費改革の経緯

平成20年代は療養費の不正が大きな社会問題となっていた。政府の行政刷新会議や会計検査院等から厚生労働省に対し柔道整復療養費の不正に対する是正が求められ、またマスコミからも数多く療養費の不正請求が報道されていた。

そうしたなか、平成28年から社会保障審議会の「柔道整復」、「あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう」（以下「あはき」という）、「治療用器具」療養費検討専門委員会それぞれ制度改革の検討が進められた。30年4月には、激論の末、あはき療養費に「受領委任払いと償還払いの保険者裁量制」が導入されるなど、不正対策を含めた大きな制度改正が行われた。

柔道整復療養費においても、「受領委任制度」における不正対策の検討が並行して進められたが、「亜急性」の文言見直し、施術管理者の要件見直し、柔整審査会の権限強化等の内容に留まり、健保連が求める実効性ある対策には至らなかった。

その後も健保連は、専門委員会において、「受領委任制度」が不正の温床となっている現状に鑑み、○患者が申請書の内容を事前に確認できる仕組み（明細書の義務化等）、○申請書に負傷原因を1部位目から記載、○問題のある患者ごとに償還払いに変更できる仕組み、○不適切な広告・看板に対する指導監督、○復委任（請求代

行)の業務範囲等の明確化、○申請の電子化―等の改革を主張してきた。しかし施術者側の反対で不正対策の検討はまったく進まなかった。

健保連は、ついに万策尽きたと判断し、令和2年4月の専門委員会にて「受領委任協定・契約への委任を解除し、償還払いに変更することを希望する健保組合が現れた場合は、健保連としてこれを容認し、必要な手続きを行っていく」と通告した。健康保険法施行規則第66条で療養費は償還払いが原則とされている。制度上、不正対策に問題のある受領委任払いを排し、償還払いにより保険者機能を發揮する道を求めた。

これが大きな反響を呼び、施術者側の猛反発により専門委員会は空転し、膠着状態に陥った。各方面の動きが錯綜するなか、厚労省の調整で、水面下における施術者側との睨み合いの協議が断続的に進められた。

その結果、(1)患者ごとに償還払いに変更できる仕組み、(2)明細書の義務化、(3)施術管理者に確実に支払うための仕組み(復委任対策含む)―の3項目をセットで実現させる方向で優先的に検討する、との政治的合意を得た。健保連としても、現行制度下の不正対策は急務との認識で、これらの解決に向け議論に臨む意を固めた。令和3年8月、ようやく1年4か月ぶりに専門委員会が再開された。

(1) 患者ごとに償還払いに変更できる仕組み

「患者ごとに償還払いに変更できる仕組み」については、①自己施術を行ったことがある者、②いわゆる自家施術(従業員や家族が、関連する施術所の患者となった場合など)、③複数の施術所において、同部位の施術を重複している患者、④施術が、非常に長期にわたり、かつ、非常に頻度が高い患者、⑤保険者が繰り返し患者照会を送付しても回答しない患者―という健保連が提案した5事例を中心に検討が進み、令和4年1月の専門委員会にそのままの形で

提案された。

しかし、厚労省は翌2月の専門委員会で、突然、④「長期・頻回施術の患者」を対象事例から外し、データ・分析不足等を理由に「引き続き検討する」として、他の4事例のみで強行決定した。長期・頻回施術の患者はこの仕組みの本丸であり、健保連は激しく反発した。その後も健保連が強く抗議を重ねた結果、5月の専門委員会で「長期・頻回施術等のデータ分析を行い、データや「患者ごとに償還払いに変更できる事例」の施行状況等を踏まえ令和6年度改定において検討する」との附帯事項が入り、長期・頻回施術患者導入の検討は6年度改定に持ち越した。

(2) 明細書の一部義務化

受領委任払いは、架空、水増し、(保険外施術の)付け回し等が起こりやすいことから、専門委員会において、患者が事前に自分の申請内容を知ることができる仕組みを様々検討してきたが、(申請書内容に則した)「明細書の発行義務化」に議論が集約されてきた。厚労省は、零細施術所への配慮措置を設けたうえで、○医科診療所における明細書の取扱いを踏まえる(平仄を合わせる)、○明細書発行機能があるレセコンを使用している施術所を義務化対象とする、○患者から一部負担金を受けるときは、正当な理由がない限り、毎回無償で患者に交付する―等と提案した。だが、財源不足から明細書発行体制加算の毎回算定が不可能となり、施術者が猛反発したため、義務化対象を大幅に縮小さすべく、要件に「常勤職員3人以上である施術所」を加えたことで、対象施術所は全体のたった1割程度にすぎなくなってしまった。

これに対し、健保連が強く抗議したことから、厚労省は、「令和6年度改定において、調査結果や改定財源を踏まえ、明細書発行体制加算の算定回数、額及び明細書の義務化の対象拡大、交付回数について検討し結論を得る」と、対象拡大の検討継続を約束。さら

に、「その検討状況等を踏まえ、6年度改定において、保険者による受領委任払いの終了手続きを含めた取扱い（保険者単位の償還払いへの変更）についても検討し結論を得る」と、健保連がかねてより強く求めてきた「保険者による償還払いの選択」の検討を正式な議題に挙げると提示したことから、償還払いの議論を将来へつなげるためにも、苦渋の決断で合意した。

(3) 療養費を施術管理者に確実に支払うための仕組み（継続検討）
柔道整復療養費における復委任団体（請求代行団体）の不正等が問題視されるなか、令和3年1月、大型復委任団体の不法行為・破産で、施術管理者に療養費が支払われないという大きな不祥事が起きた。これも踏まえ厚労省は、同年8月の専門委員会再開に合わせ、「復委任団体の中に悪質な団体が存在するが、受領委任規程の当事者ではないため、厚生局による指導・監査等のチェック機能が働かない」と課題を整理。そのうえで、療養費を施術管理者に確実に支払うため、不正防止や事務の効率化・合理化の観点から、公的な関与の下に請求・審査・支払いが行われる仕組みを検討する方針を示した。具体的には、請求をオンライン化し、審査支払機関（支払基金）に療養費の審査・支払いを委託する仕組みの構築を提案した。

健保連としては、○保険者の審査・支給決定権限（健保法第87条）の確保、○支払基金への委託費用が現行経費より低減すること、○医科レセプトとの突合審査、データ分析による傾向審査等を実施し、審査の質が向上すること、○費用対効果を踏まえ、支払基金への委託は保険者裁量とすること、○一斉完全オンライン化（紙は即時廃止）、○施術者側も費用負担すること―等を絶対条件として主張を展開した。

厚労省は、令和4年1月の専門委員会、○復委任・請求代行業者による不正行為の防止、○施術所や保険者の事務の効率化、シス

テム整備・運用の効率化、○審査の質の向上―等の基本方針を示した。

具体的には、①オンラインにより審査支払機関に請求する、②審査支払機関において、システムにより事務点検（形式審査、内容審査、傾向審査、縦覧点検、突合点検等）を実施し、不適切な請求と疑われたものは柔道整復療養費で重点的に審査し、必要な場合は患者照会や面接確認を行ったうえで、審査結果を決定する、③保険者による支給決定や過誤調整の取扱いに関して、療養の給付と同様の業務処理とする、④保険者は、療養費の請求受付・審査・支払いを審査支払機関に委託することを基本とする―等を提案した。

健保連は、①請求のオンライン化、事務点検については賛成。しかし、②③における「審査結果の決定」「支給決定」「過誤調整」の取扱いは健保法第87条第1項に規定する療養費における保険者の権限に抵触しかねない、④「委託することを基本とする」には、委託はあくまでも保険者裁量とすべき―等と見直しを求めた。

こうした多くの課題や事務の詳細について、令和4年以降、関係者のワーキンググループで検討が進められ、その結果を踏まえ、今後、専門委員会で具体的審議が進められることになる。

2. あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費改革の経緯

あはき療養費において、近年の大きな変革は「受領委任制度」（保険者裁量）の導入である。療養費は法令上「償還払い」が原則だが、柔道整復療養費は、その歴史的経緯から例外として、行政・施術者・保険者による協定・契約にもとづく「受領委任払い」が認められてきた。

一方、あはき療養費は、施術者側が、患者の委任を受ける民法上の「代理受領」を活用し、保険者が認めた場合、患者の代わりに療養費の申請・受領を行ってきた（結果的に受領委任払いと類似の

形)。この「代理受領」方式は、厚労省も認めてはいなかったが、実態として全保険者に広がっていた。これに対し、一部の健保組合は、不正の温床となる「代理受領」方式を拒否し、「償還払い」を堅守したことから、トラブルが頻発していた。施術者側には、不安定な「代理受領」方式から「受領委任払い」導入への期待が高まっていた。

そのため、一部のあはき施術者が、国や健保組合を相手取り、「鍼灸マッサージ師差別国家賠償等請求訴訟」を起こし、柔整には認められ、あはきに「受領委任払い」が認められないのは差別である等と主張し、受領委任制度の導入等を求めた。健保連は、柔整で不正が横行している状況から、「受領委任払い」（「代理受領」含む）を不正の温床と位置づけ、被告の国や健保組合を全面支援した。その結果、平成18年に一番・二審とも国、健保組合が全面勝訴し、あはきに「受領委任払い」を認めないことに合理性があるとの司法判断がなされ、この問題は一旦収束した。

しかし、平成26年以降、施術者側は業界を挙げて行政・政治等に働きかけ、再び受領委任制度導入に向けて活発に動き出した。厚労省は、これまで受領委任制度導入を拒否してきたが、突如、受領委任制度導入等を検討する協議の場を設置した。当該検討の場では、保険者の反対で議論が平行線となったことから、本格的な検討の舞台はあはき療養費検討専門委員会に移った。

平成28年3月に専門委員会で議論開始以降、同年12月までに12回開催され、導入を求める施術者側と、反対する保険者側で激しい応酬が繰り返された。

施術者側は、「受領委任払い」のメリットとして、患者の利便性、厚生局の指導監査の実施等を挙げた。一方、保険者側は、柔整の「受領委任払い」で不正が多発している実情、厚生局の指導監査が機能していない実態を挙げ、「償還払い」における不正対策を主張

した。

しかし、翌29年に入ると、国保や広域連合の委員が突如、「導入賛成」に回り、保険者側が分裂した。

一気に潮目が変わり、専門委員会の議論は受領委任制度導入に向け加速していったが、健保連、協会けんぽは最後まで抵抗し、療養費の基本（保険者権限・裁量）の維持、不正対策の強化を求め続けた。

こうした経緯を経て、平成29年3月29日、専門委員会において「受領委任制度」導入の方針が強引に決定された。だが、導入にあたっては、健保連が強硬に求めた「不正対策の具体的制度設計」と「受領委任への参加は保険者裁量（選択）」を絶対条件として死守した。

その後、不正対策について検討を続けた専門委員会は、平成30年4月23日、各種不正対策の導入と合わせ、正式に受領委任制度（保険者裁量）の導入を決定した。これにより、厚労省としては以降、「代理受領」方式を一切認めず、受領委任制度の下で厚生局の指導監査を導入した。保険者は「受領委任払い」か「償還払い」を選択し、届出することとなった（31年1月施行）。

一方、導入された不正対策としては、○毎月「支給申請書」を患者・家族に確認のうえ、申請書に署名・押印、○そのうえで毎月支給申請書の写し（又は明細書）を患者・家族に交付、○再同意書の6か月ごとの文書化、○施術報告書の導入（医師が施術者の報告書を確認し再同意）、○問題のある患者を償還払いに戻せる仕組みの導入、○1年以上かつ16回以上の施術は施術継続理由・状態記入書を記載、○32年度までに往療の距離加算を廃止し「施術料」と「往療料」を包括化、○30年度に「往療・距離加算」4区分を2区分とし適正化、○往療内訳書の導入（距離基点と往療が必要な理由を記載）―等。健保連の主張も取り入れられ、（どちらを選択しても）

かなり踏み込んだ不正対策を実現した。

健保連としては、「受領委任への参加は保険者裁量」を勝ち取ったことから、その後の活動として、全健保組合に対し、「償還払い」を選択し保険者機能を発揮することを推奨した。その結果、健保組合においては、組合会での決定を経て、大多数が「償還払い」を選択した（組合全体の81%、令和5年8月時点。他の保険者はほぼ受領委任払い）。また、「問題のある患者を償還払いに戻せる仕組み」について、専門委員会で具体策を検討し、令和3年7月に施行された。

3. 治療用装具療養費改革の経緯

平成31年、愛知県の大手装具業者による総額1億円規模の大型不正事案を健保連・健保組合が告発した。近年、治療用装具療養費においても不正請求が急増し、健保組合では申請時に写真添付を求める等の対策をとっていた。多くの課題が浮き彫りになるなかで、特に既製品装具の不適切な請求が課題として挙げられていた。

療養費の支給対象となる治療用装具は、オーダーメイドで製作されたものが基本であるが、疾病または負傷の治療遂行上必要な範囲のものであれば、既製品であっても保険者判断により療養費を支給することが可能となっている。近年、既製品にかかる申請が増加しているが、「購入基準」（装具の価格）はオーダーメイドを念頭に作られており、既製品に関する基準ではないことから、既製品に関して、療養費の支給対象となるかどうかや、適正な価格（販売費用は自由価格）等が曖昧で、保険者の判断が難しくなっていた。

健保連はかねてより既製品装具について、支給可否の参考とすべく、治療材料と明確に区分し、対象装具をリスト化したうえで適正な価格を設定すべきと主張してきた。

そのため、平成28年8月から治療用装具療養費検討専門委員会に

おいて検討が行われ、既製品のリスト化対象について、○完成品であること、○疾病または負傷の治療遂行上必要なものであること、○オーダーメイドで製作した場合のものと同等もしくはそれに準ずる機能が得られるものと認められるものとの基準を決定し、リスト化が開始された。さらに30年2月から専門委員会の下に設置された「既製品装具のリスト収載等検討ワーキンググループ」で順次検討が進められた結果、計57品目がリスト収載された（令和5年8月時点）。

また、並行して審議されていた「基準価格」（算定方法等）についても、令和4年2月に専門委員会です承され、リスト収載された全既製品に基準価格が決定された。今後の課題は、リスト化の拡大と、価格の検証にもとづく算定方法の精緻化等となる。

一方、リスト化以外では、既製品装具を指示・装着した際の、医師の診療報酬上の評価が大きな問題となっていた。

診療報酬には「治療用装具採寸法」（トレース等による簡単な工程。装具のSMLを選ぶための簡単な採寸は認められない）200点、「治療用装具採型法」（ギプスを用いて立体的に型をとる工程）700点が設定され、治療用装具製作時の医師の関わり具合により認められるものとされていた。既製品の場合はこうした工程をとることはほとんどないが、既製品を指示・装着した等の理由のみで、一部の医師がいずれかの報酬を請求してくるケースが増加していた。健保連としては、既製品での算定はおかしいと厚労省等に抗議し、令和2年度、4年度診療報酬改定の2回（4年）にわたり議論した結果、既製品においては「治療用装具採寸法」は原則算定不可、「治療用装具採型法」は算定不可とされた。これにより、仮に請求があった場合でも、保険者は必要証拠書類をもって支払基金への再審査請求が可能となった。

5 健保連における新型コロナウイルス対応

令和元年末に中国武漢市から発表された原因不明のウイルス性肺炎は、新型コロナウイルスであることが判明し、世界各地に拡大した。日本でも感染者が増加し、政府による「緊急事態宣言」が発出され、社会全体が大きな変革を迫られる状況となった。

健保連も例外ではなく、会員組合や役職員の健康と安全を最優先とした組織的な対応が求められた。

そのため、これまでの出勤・対面を前提とした業務フローを、オンライン会議や在宅勤務、テレワーク導入といったICTツールを活用した体制に転換し、従来の手法と並行しつつ可能な限り事業の継続を確保するよう組織全体で取り組んだ。

本項では、健保連が事業を継続するためにこの状況下で、どのようなコロナ対応を行ったのか、その経緯と取り組みについて記述する。

1. 各種会議の書面審議への対応

国内での感染者が散発的ではあるものの全国的な広がりを見せ始めた令和2年2月、開催の予定であった第205回総会（定時）を、感染予防および拡大防止に努める必要があることから、急遽中止し、新たな対応を模索することとなった。当初、本会の規約および関係諸規程には書面審議の規定がなかったため、書面審議の実施の同意を求めたうえで、非常時の際の初めての試みとして書面による審議を行うこととした。

同様の対応は、理事会や常任理事会、各種委員会においても行い、令和2年7月、理事会および総会において、災害や感染症、その他やむを得ない理由により会議を招集することが困難な場合には、オンライン会議（※）および書面審議の実施が可能であること

を確保するため、関係諸規程の改正を行った。これにより、対面会議が難しい状況下でも、適切な意思決定が行えることとなった。

以降、総会および理事会については書面審議として開催することで、感染リスクを最小限に抑えながら、事業の継続を確保してきた。そして令和4年7月以降、感染状況を注視しつつ、対面による会議を再開し、より効果的なコミュニケーションを実現した。（※オンライン会議については「2. 各種委員会のオンライン会議への対応」を参照）

2. 各種委員会のオンライン会議への対応

令和2年4月、政府から初めての「緊急事態宣言」が発出され、新型コロナウイルスの感染拡大を抑えるため、国内外でさまざまな制約が課された。健保連もそのなかで、会員組合サービスをはじめとした各種事業の展開や政策提言などに関わる各種委員会の活動を継続する必要がある、安全と健康を保護するために柔軟な対応が求められた。

そのため、厚生労働省や民間企業などでの導入事例を参考にオンライン会議の導入を検討し、機器の導入や各委員組合の環境確認、接続確認など多岐にわたる準備に着手した。そして令和2年6月、初の試みとして、常任理事会をハイブリッド方式で開催した。この導入は、会議の効率性を保ちつつ感染予防策を確立する重要な一歩であった。

オンライン会議の導入は、各種委員会にも拡大され、その後の活動において大きな影響を与えた。オンライン会議の採用により、地理的な制約を超えて参加者が意見を交換し、議論を深めることが可能となった。この新しいコミュニケーション手段は、常任理事会や各種委員会だけでなく、政府の各種審議会や会員組合、都道府県連合会との協議などにおいても取り入れられ、移動時間や日程的な制

約を一定程度、解消することにつながり、多くの成果を上げることができた。

令和5年5月、コロナ感染状況が一定の収束に向かったものの、状況の変動や委員の都合を考慮し、原則として対面参加を行いつつも、オンライン会議の併用を継続している。この新しい運用スタイルは、対面審議や懇親を深める観点からは、十分とは言えない面もあるが、今後のポストコロナ時代において柔軟性を保ちながら効果的なコミュニケーションを実現する重要な手段の1つとなっている。

3. 時差出勤・在宅勤務の導入

新型コロナウイルス感染拡大が続くなか、国と地方自治体から、平日および夜間の外出自粛、時差出勤、在宅勤務等が要請された。当時の状況からは、新型コロナウイルスの影響の長期化について考慮する必要があり、臨時の勤務時間変更措置に加え、職員の在宅勤務を踏まえた勤務体系を暫定的・臨時的に導入することとなった。

令和2年4月より、臨時の勤務時間変更に加え、職員に在宅勤務を取り入れる勤務体系を導入した。導入にあたり、健保連ネットワークにVPN接続を可能とする環境を整備し、各職員の在宅用端末を提供した。さらに、在宅でも内部決裁を可能にする電子決裁システムを導入し、職員が在宅でも事務所内と同等の業務を遂行できる環境を整えた。

この取り組みは、新型コロナウイルス感染症の感染予防法上の分類が5類へ変更される令和5年5月まで継続し、その後、一時的な措置として実施してきた在宅勤務と時差勤務は廃止した。

以降は、新たに創設された在宅勤務制度および柔軟な勤務時間に移行し、職員の健康と業務効率を両立させる環境を確立することができた。

4. 新型コロナウイルスワクチン対応プロジェクトチーム

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、政府は令和2年秋、新型コロナウイルスワクチンの住民接種（自治体接種）を進める方針を打ち出した。さらに、自民党の「新型コロナウイルスに関するワクチン対策プロジェクトチーム」からは「健保組合を通じた職域の接種ルート等の構築」などを含む提言が公表された。

これを受け、健保連では、健保組合、健保連にとって重要課題であるとの認識のもと、急遽、令和3年2月22日の常任理事会（書面審議）において、常務理事組合を中心とする「新型コロナウイルスワクチン対応プロジェクトチーム」（座長：安田日本興亜健保組合）を設置し、健保組合による職域接種の可能性を検討することとした。

初回のPTは3月5日に開催し、健保組合を通じた職域の接種ルート等の構築にあたって、健保組合・健保連として協力する場合の協力体制のあり方などを議論した。

5月に入ると国民世論の高まりもあって、政府の接種事業全体も急展開をみせた。菅義偉総理が「1日100万回接種目標」を表明したほか、自衛隊の大規模接種会場の立ち上げ、河野太郎ワクチン担当相による経済団体等への協力要請なども行われた。

健保連としても、国民の健康を守る保険者としてワクチン接種に積極的に協力する方針のもと、5月31日に、加藤勝信内閣官房長官に要請書を手交。要請書では、▽ワクチン接種に関する事業主、労働組合、加入者からの要望に応えるためにも健保組合も企業と連携しながら職域接種を進める、▽ワクチンの安定供給、接種者の要件・確保、接種記録の管理、副反応への対応、接種にかかる諸費用への公的支援等、法制上の問題の解決などを要望した。

こうした状況のなか、政府は正式に職域接種の実施と募集を開始した。6月21日から企業において職域単位のワクチン接種を開始す

ることとし、ワクチン配送や接種データ登録等の手続きも公表された。

第4回目となった6月4日のPTでは、厚生労働省の大坪寛子大臣官房審議官を招き、急遽、職域接種に関する説明会を開催して、職域接種における健保組合・事業主に求められる接種体制や今後の工程スケジュール等について説明を行った。

さらにPT事務局では、6月22日に「職域接種に係るWEB説明会」を開催。厚生労働省から職域接種の実施にかかる説明とともに、健保組合が職域接種を実施する際の実務的なQ&Aも示された（約1,000名が視聴）。

一方、職域接種に向けた準備が始まりつつあった6月23日、河野ワクチン担当相は、職域接種に用いるモデルナ製ワクチンの供給量が上限に迫り、可能配送量も限界に達しつつあることを理由に、同月25日午後5時で職域接種の新規受付を一時休止することを発表した。突然の方針変更で職域接種を検討中の健保組合や企業にも混乱が広がり、健保連PT事務局にも問い合わせが集中した。

PT事務局では、こうした緊急的な状況に対応し、また、中長期的な実施体制を設計することも想定し、健保組合にとつてより適切な施策の方向性を検討するため、すでに自治体接種事業において経験と知見を有するコンサルティング会社とコンサル契約を締結し、各組合の適切な職域接種の体制・方法を設計・サポートすることとした。

また、職域接種の受付再開を睨み、すでに接種を実施している健保組合の実例を紹介し、円滑な接種事業に資することを目的に、7月27日に健保連主催の「職域接種に係るWEB事例報告会」を開催。座談会形式で4組合の実務担当者が自組合の実例などを紹介し、約300名が視聴した。

7月29日には、健保連役員が公明党の厚生労働部会・健保組合議

員懇話会合同会議のヒアリングに参加し、7月に実施した追加アンケートについて、接種開始の遅延に伴い、医療従事者・会場等の契約期間延長・キャンセル等により9会場で4,700万円強の追加費用が発生しているなどを報告。職域接種においては、多くの健保組合も対応しているとして、▽ワクチンの早期かつ安定的な供給、▽申請中の接種会場の審査の迅速化、▽追加費用が発生した組合への財政支援などを要望した。

その後、衆参両院の厚生労働委員会において職域接種の問題が取り上げられ、ワクチン供給の正常化や接種に取り組む健保組合への必要な支援などの質疑が行われた。

10月8日の第7回PTでは、今後のプロジェクトチームの検討体制について審議した。政府から追加接種（3回目接種、ブースター接種）の実施が表明されていることから、▽健保連本部における国・厚生労働省との交渉や情報収集、健保組合への最新・重要情報の伝達は継続する、▽事例等の蓄積・共有など実施方法を簡素化・標準化したうえで、都道府県連合会等との連携を含めた業務の定常化を図ることとし、PTの会合は今回で休止し、今後状況に応じて開催することが決定された。また、事務局から、最近の動向等や新型コロナウイルスワクチン職域接種にかかる事例集を発行（イントラ掲載）したことを報告した。なお、複数の委員からは、職域接種を行う健保組合等への支援として、健保連のサポート体制が非常に有用であったなどの意見があった。

その後12月1日には、職域における新型コロナウイルスの追加接種について、厚生労働省担当官による説明会を開催した。なお、PT事務局では、最新情報の伝達の一環として、メールマガジンを発行し、健保組合および事業主等への配信を継続した。

6 健保組合間の共同事業

健保組合に対する支援事業は、財政面における支援として、高額な医療費が発生した健保組合を助成する高額医療交付金交付事業や財政が窮迫している健保組合を助成する組合財政支援交付金交付事業を行っている。なお、これらの交付金交付事業は、健康保険法附則第2条に定められており、事業の根幹に関わる事業規模や調整保険料率の決定、事業実施規程の改変などは、厚生労働大臣の承認が必要な事業となっている。事業の実施については、「交付金交付事業委員会」が担っており、同委員会において運営方針や申請・交付等について審議・検討され、必要な案件によっては「理事会」、「総会」にも諮って運営されている。

交付金交付事業の事業規模は、法定事業として開始された昭和56年度以降平成22年度まで基本調整保険料率1000分の1・2（任意事業時代も両事業満年度実施した昭和54年度以降は1000分の1・2）であったが、平成23年度に事業発足後初めて引き上げを行い、現在1000分の1・3となっている。そのうち、両事業にどのように配分するかは、毎年度予算総会で決定しているが、これまでの運営は引き上げ前を含めて原則として高額医療交付金交付事業に1000分の1（平成14年度のみ高額1000分の0・9、財政支援1000分の0・3）、組合財政支援交付金交付事業に1000分の0・3（引き上げ前は0・2）となっている。

しかし、この事業配分については、法定準備金水準の見直しに伴う交付金資産基準の引き下げ等により、組合財政支援交付金の交付額の減少が見込まれること等から、平成28年度に特例的な措置（特例配分）として、高額医療交付金交付事業に1000分の1・1、組合財政支援交付金交付事業に1000分の0・2へと見直しが行われた。これ以降、特例配分については、高額医薬品の保険収載が

相次ぎ、高額医療交付金の交付額の増加が見込まれることへの対応や、組合財政支援交付金の積立金財源を適正な水準に近づけることを目的に、当面の間、これを維持することとした。

1. 過去10年間の高額医療交付金交付事業

交付額の算定について、平成25年度から令和3年度までについては、レセプトの決定金額から交付基準額（一般疾病120万円、特定疾病40万円）を控除したもののうち、200万円以下部分については2分の1、また200万円超は全額を交付対象とした。なお、交付対象部分に乗じられる交付率については、400万円超部分については100%とした。また、医療費の高額化により交付申請件数・交付額が増加傾向であることに加え、拠出金収入の伸びに大きな変動はなく、年々交付率の低下が見込まれていたことから、平成30年度から令和3年度までの間については、組合財政支援交付金の積立金を活用し、概ね交付率60%の維持を図る対応を実施した。その後、特に400万円超の交付対象額の伸びが著しいことや、新型コロナウイルス感染拡大の影響により拠出金収入の減少が見込まれていたこと等を踏まえ、積立金の活用が終了することも見据え、交付基準の見直しを実施することとした。

具体的には、交付対象範囲を縮小し、より高額な医療に重点配分することを基本的な考え方として、当面の交付基準の目標を一般疾病・特定疾病ともに、決定金額200万円超のレセプトに統一し、500万円以下部分については2分の1、また500万円超は全額を交付対象とし、500万円超部分については100%交付に設定することとした。

ただし、基準見直しによる影響を緩和する観点から、交付基準は令和4年度以降に2段階で引き上げることとし、4年度に実施した第1段階目の交付基準は、レセプトの決定金額から交付基準額（一

般疾病150万円、特定疾病100万円)を控除したもののうち、500万円未満部分については2分の1、また500万円超は全額を交付対象とし、交付率については500万円超部分については100%とした。

なお、第2段階目の基準見直しの実施時期については、当初、令和6年度を用途とすることとしたが、5年の通常国会に提出された「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」の成立により、6年度から高額医療交付金交付事業への国庫補助(約100億円)が制度化される見通しとなったこと等を踏まえ、見直し時期を7年度以降とする方針を決定した。

2. 過去10年間の組合財政支援交付金交付事業

(1) 交付基準と交付金算出額等の変遷

組合財政支援交付金交付事業は、法定給付費や高齢者納付金等の所要保険料率が一定水準を超え、かつ保険料率が一定基準以上であり、さらに保有資産が必要準備金の一定割合未満の組合に対し、その組合の財政窮迫度(法定給付費等所要保険料率の度合)に応じて交付金を交付する事業である。ちなみに令和4年度の場合、法定給付費等所要保険料率が1000分の96超、保険料率が1000分の100以上、保有資産が政令で定める必要準備金(保険給付費分の2か月分相当+納付金等分の1か月分相当)の1.5倍未満の3条件に全て該当する組合が申請できる交付金となっている。

この財政支援の基本的仕組みは、平成23年度に交付基準を前年度実績から当該年度実績にもとづく交付に変更したほかは、基準値の見直しはあるものの、ほぼ昭和53年度の事業発足当初から3条件の基準にもとづく仕組みは変わらずに現在に至っている。平成22年度までは、「財政窮迫組合交付金」としていたが、23年度以降の事業

の見直しによって、現在の「組合財政支援交付金」となった。

また、交付を受ける組合の運営努力を反映させる観点から、平成2年度より付加給付を実施している組合については、交付対象額から付加給付実施額を控除することとした。

さらに、平成9年度から①付加給付のうち一部負担還元金及び家族療養費付加金を通年で実施している組合、②賦課保険料率の被保険者負担割合が著しく低い組合、③2年連続して交付を受けた組合で賦課保険料率を引き下げた組合に対して、交付額から一定割合を控除し、当該組合における財政健全化に向けた一層の自助努力を促すこととした。これら交付金の査定控除の取扱いは、これまで理事会決定で別途定めていたが、23年度の改正の際、交付金交付事業実施規程施行細則において、明示することとなった。その際、③の査定控除については、2年連続交付を受けた組合ではなく、交付を受けた当該年度もしくは翌年度に一般保険料率を引き下げた組合は交付対象外とする形で整理した。

平成25年度以降は、直営保養所を有し当該年度も運営する組合については交付額から一定割合を控除することとした。さらに、27年度以降は、同年度以降に1回以上、付加給付実施額を控除されているにもかかわらず、控除を受けた年度の翌年度以降も付加給付を実施している組合については、交付額から一定割合を控除することとした。

平成17年度から21年度の交付基準は、直近の解散組合の増大を踏まえ、組合制度を維持するという観点から、政管健保(後の協会けんぽ)の保険料率を指標にして交付基準の見直しを行った。保険料率基準は政管健保と同率の1000分の82以上とし、同様に法定給付費等所要保険料率基準については1000分の79超とした。保有資産基準は前年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金(3か月分相当)未満で、改正なしとした。

平成20年度の高齢者医療制度の改正にあわせての「財政窮迫組合交付金」の交付基準についての見直しは行わず、20年度から22年度までは新たな交付金事業である高齢者納付金等負担軽減交付金、緊急支援交付金と並行して実施することとなった。23年度以降は、3つの交付金を健保組合の解散抑止を目的とした「組合財政支援交付金」として一本化することとなった。

また、高齢者医療制度の改正後の影響を踏まえて、財政窮迫組合交付金事業の見直しを平成22年度、組合財政支援交付金交付事業の見直しを23年度に行い、①法定給付費等所要保険料率基準は1000分の88超、②保険料率基準は1000分の93・4以上、③保有資産基準は、前年度末（23年度は当年度末）の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（3か月分相当）未満の3条件で整理した。また、23年度から③の保有資産基準で、保有資産が政令で定める必要準備金水準を上回っても、上回った相当額が交付相当額未満であれば、差額分が交付される「基準以上控除方式」を採用した。

平成24年度は、①法定給付費等所要保険料率基準は1000分の90超、②保険料率基準は1000分の95以上、③保有資産基準は前年度と同じの3条件に見直した。

平成25年度から30年度は、①法定給付費等所要保険料率基準は1000分の97超、②保険料率基準は1000分の100以上、③保有資産基準は、当年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（保険給付費分の3か月分相当+納付金等分の1か月分相当）未満、基準以上控除方式の3条件に見直した。また、③保有資産基準について、26年度中の政令改正に伴い、27年度以降の基準においては改正後の政令で定める必要準備金（保険給付費分の2か月分相当+納付金等分の1か月分相当）未満となった。

令和元年度から4年度は、①法定給付費等所要保険料率基準は1000分の96超、②保険料率基準は1000分の100以上、③保

有資産基準は、当年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（保険給付費分の2か月分相当+納付金等分の1か月分相当）の1・5倍未満、基準以上控除方式の3条件とし、健保組合を取り巻く状況や財政状況等を踏まえ、①と③の交付基準を緩和する方向で見直した。

(2) 組合財政支援交付金以外の交付の実施

「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律」の規定による改正健康保険法で定める、1週間の所定労働時間等が同一の事業所に使用される通常の労働者の4分の3以上に満たない短時間労働者のうち、従業員50人以上の企業で週20時間以上働くなど一定の要件を満たす者に対して適用拡大する取扱いが平成28年10月から施行された。

これにより、特定の業種の健保組合においては、報酬の低い被保険者が増加し、1人当たり総報酬額が低下する一方、法定給付費の負担が増大することにより、組合財政が急激に悪化することが想定された。特に組合財政支援交付金の交付対象外の組合でその影響が大きく、解散を検討する組合の増加も懸念されたことから、国の補助金と連携して、組合財政支援交付金とは別建ての「適用拡大緊急支援交付金」の交付を平成28年度から30年度の各年度に実施した。

「適用拡大緊急支援交付金」は、短時間労働者が多く加入する組合に対して、法定給付費の負担増の一定部分を支援することとした。また、国の補助金と連携して事業を実施することとし、軽減対象部分のうち、国の補助金が3分の2、交付金が3分の1をそれぞれ持ち合うこととした。事業の財源は、組合財政支援交付金交付事業分の拠入金収入と交付額との差額を充てることとし、不足する場合には積立金を活用することとした。また、組合財政支援交付金の交付対象組合が、重複して交付対象となる場合には、何れかを選択して申請できることとした。

この交付金の交付基準は、次の⑦から⑩の4条件に全て該当する組合とした。⑦平成28年度の基準が「28年10月から翌年2月までの各月末の被保険者数の平均に占める短時間労働者である被保険者数の平均の割合が3%以上の組合」、29年度及び30年度の基準が「当年3月から翌年2月までの各月末の被保険者数の平均に占める短時間労働者である被保険者数の平均の割合が2%以上の組合」、⑧当年度の法定給付費所要保険料率が27年度の法定給付費所要保険料率より1000分の1・5を超えて上回る組合、⑨当年度4月1日現在の保険料率（一般＋調整）が1000分の97以上の組合、⑩当年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（保険給付費の2か月分相当＋納付金等分の1か月分相当）の300%未満の組合。

なお、交付基準⑦の「短時間労働者」には、特定適用事業所に従事する平成28年4月以降に資格を取得した被保険者で、週の所定労働時間等が一般被保険者の4分の3以上の短時間労働者を含み、交付基準⑧⑨⑩は28年度から30年度の共通の基準となっている。

(3) 組合運営サポート事業の実施

高齢者医療費の負担構造改革がなかなか進まず、解散に踏み切るような組合が増加することが懸念されるなか、厚生労働省は、規模組合の解散報道等を受け、「財政が悪くなる前の段階で適切な財務指導等にもとづく指導・相談体制の構築」等を検討することとし、平成30年8月末に行われた31年度予算概算要求において、「健保組合に係る保険者機能強化支援事業」として新規要求し、財政健全化に向けた取り組みを支援することとした。同事業については、後述の国の保険者機能強化支援事業・補助金の交付財源となる予算額が令和元年度から3年度の政府予算において計上された。

こうした状況等を踏まえ、健保連においても従来の交付金交付事業に加え、財政が苦しいなかで保険者機能を発揮できない等の組合

に対して支援・サポートを行い、保険者機能・運営基盤の強化を図ることを目的とする事業として、「組合運営サポート事業」を実施することとし、平成30年10月の交付金交付事業委員会で実施方針等を決定し、12月の理事会において承認された。

第1期のサポート対象組合については、平成30年11月に対象基準年度である29年度決算見込みにより132組合を選定し、今後の事業運営等の参考とする財政指標・資料を提供するとともに相談対応等を開始した。

令和元年度の組合運営サポート事業は、7月の総会で11のサポートメニューを実施することを決定。11のメニューは、①受診率向上策を盛り込んだ全体研修会、②個別研修会、③個別コンサルティング、④保健事業に関するコンサルティング、⑤特定保健指導、都道府県連合会共同事業分、⑥遠隔特定保健指導、⑦巡回サービスによる被扶養者向けの特定健診、⑧被扶養者向けのイベント型特定健診、⑨健康管理アプリ、⑩健康管理WEBサービス、⑪禁煙サポートとし、各サポート対象組合の参加意向等を踏まえ、必要に応じたサービスを提供した。

併せて、サポート対象組合のなかで特に財政が苦しい組合に対しては、交付財源として令和元年度から3年度の政府予算において計上された国の保険者機能強化支援事業・補助金と合わせて重点的に支援するために、組合運営サポート事業の一環として「組合運営サポート事業緊急支援助成金」の交付を実施した。元年度から3年度の各年度の組合財政支援助成金とは別建ての交付で、助成金の財源は積立金としたが、組合財政支援助成金交付事業分の拠入金収入の範囲内で支出が可能な場合は積立金を活用せず、拠入金収入から充てるものとした。

令和2年度は、対象基準年度である平成30年度決算見込みで、サポート対象となる組合を追加して計142組合となり、サポートメ

ニューに生活習慣病等の重症化予防（前期高齢者対策）を追加した。

令和3年度は、対象基準年度である元年度決算見込みで、サポート対象となる組合を追加して計155組合となった。3年度で第1期は終了。

令和4年度が事業実施初年度となる第2期のサポート対象組合については、対象基準年度である2年度決算見込み及び元年度決算において、98組合を改めて選定した。なお、新型コロナウイルスの影響を踏まえて、2年度決算見込み数値だけでなく元年度決算数値もサポート対象組合の適用対象とした。第2期のサポートメニューは、第1期の実施状況や実施組合からのニーズ等を踏まえ、①研修、②個別コンサルティング、③特定保健指導、都道府県連合会共同事業分、④遠隔特定保健指導、⑤巡回サービスによる被扶養者向けのレディース特定健診、⑥被扶養者向けの施設型レディース特定健診、⑦健康管理アプリ、⑧健康管理アプリ（40歳未満の保健指導を含む）、⑨禁煙サポート、⑩生活習慣病等の重症化予防（前期高齢者対策）の10のメニューとし、サービスを提供した。

サポート対象組合の対象基準は、①対象基準年度の4月1日現在の保険料率（一般＋調整）が1000分の95以上、②対象基準年度の法定給付費等所要保険料率が1000分の90超、③対象基準年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（保険給付費分の2か月分相当＋納付金等分の1か月分相当）の300%未満の3条件に全て該当する組合とした。

「組合運営サポート事業緊急支援助成金」の対象基準は、①平成30年2月1日の保険料率（一般＋調整）が1000分の95以上、②29年度の法定給付費等所要保険料率が1000分の90超、③29年度末の準備金等の保有資産が政令で定める必要準備金（保険給付費分の2か月分相当＋納付金等分の1か月分相当）の200%未満、④

27年度から29年度の経常収支が3年連続赤字、⑤国の保険者機能強化支援事業・補助金の申請、交付組合の5条件に全て該当する組合とした。

7 保健事業の推進

わが国は、昭和61年に男女ともに平均寿命世界一を達成し、高齢化率は29・0%（令和4年10月1日現在）と超高齢社会を迎えた。この過程で、政策目標は長寿をめざすことから健康寿命の延伸に変わり、いま働き盛り世代の健康増進に努める健保組合の役割が注目されている。

これまでも健保組合は他の保険者に先駆け、健康づくり事業を積極的に展開してきたが、その取り組みの変遷を振り返ると、第1の節目¹は平成12年に始まった健康日本21による1次予防の重視の考え方、第2の節目²は20年に施行された「高齢者の医療の確保に関する法律」にもとづく特定健診・特定保健指導の実施義務、第3の節目³は23年からの医療機関のレセプト完全電子化であった。

その後、政府が発表した「日本再興戦略」（平成25年6月閣議決定）では、国民の健康寿命の延伸が重要な柱に掲げられ、データヘルズ計画はこれを実現するための新たな仕組みとして、すべての健保組合に対してレセプト等のデータ分析にもとづく保健事業（データヘルズ）が求められることとなった。

データヘルズ計画は、平成27年度からの3年間を第1期計画とし、この試行期間を経て、30年度からの6年間を第2期計画として本格稼働するに至り、人生100年時代を目前とする世界最高水準の長寿国・日本が抱える社会課題の解決に資する重要な事業基盤として定着することとなった。

健保連は健保組合の予防・健康づくりの深化を支援すべく、健康開発共同事業として、都道府県連合会に対する共同保健事業等への支援・助成事業、保健師の共同設置事業、健保連人間ドック健診による疾病予防事業、健康強調月間の実施、保養所等共同利用事業、各種保健事業研修会の開催、体力づくり優秀組織表彰（文部科学省）への健保組合推薦、保健事業に関する調査研究および情報提供など、各種事業を行っている。

以下、特定健診・特定保健指導ならびにデータヘルス計画を中心に、健康開発共同事業の概要を記述する。

〔健康開発共同事業の概要〕

1. 特定健診・特定保健指導の円滑運営と同事業見直しへの対応等

(1) 特定健診等実施率向上への支援

特定健診・特定保健指導は、保険者の法定義務である。各健保組合は「高齢者の医療の確保に関する法律」にもとづき、特定健康診査等基本指針に即して、特定健康診査等実施計画を定めている。第1期（平成20年度から24年度）および第2期（平成25年度から29年度）は5年・一期としていたが、医療費適正化計画が6年・一期に改正されたことを踏まえ、第3期（平成30年度から令和5年度）以降は実施計画も6年・一期として策定することとなり、令和6年度からは第4期を迎える。

これと合わせ、平成18年の医療制度改革において、特定健診・特定保健指導の実施率等により後期高齢者支援金の額を加算または減算する「後期高齢者支援金加算・減算制度」が創設され、数次の改正を経て現在に至っている。

健保連は特定保健指導の実施率向上への支援として、加入者の働き方など個々の実情に見合った指導内容とすることができ、腹囲2cm以上かつ体重2kg以上の減少という明確な目標が対象者の行動変

容に繋がりやすい「モデル実施」（積極的支援の弾力措置）を都道府県連合会と協働し、横展開を図った。以下、令和3年度の取り組みである。

・健保連本部と新潟連合会との共同研究であるモデル実施「新潟モデル」を日本人間ドック学会へ原著論文として投稿（令和3年日本人間ドック学会学術誌V.01.35に掲載）

・厚生労働省検討会で新潟モデルの効果検証結果を発表（令和4年1月）

・新潟モデルを都道府県連合会の研修会等で教材として使用し普及啓発

・令和2年度組合運営サポート事業で開発した特定保健指導のモデル実施プログラムを円滑化補助金事業（特定保健指導都道府県連合会共同事業）により普及開始 ―等。

(2) 第4期特定健診・特定保健指導への対応

第4期に向けた議論は、令和3年度に厚労省の検討会等で集中的に審議されることとなったが、それに先立ち、第1回検討会（令和3年3月29日・書面審議）では、健保連の保険者機能推進委員会における議論や都道府県連合会に所属する共同設置保健師へのアンケート結果等を踏まえ、意見書を提出。健保連は、今後の対応として以下の基本方針を決定した。

■効果検証：制度開始から10年以上経過したことを踏まえ、様々な観点からの効果検証

■特定健診（健診項目や対象の精査）…

▽特定健診と安衛法健診の健診項目・フォーマットの統一

▽性別ごとの健診項目

■特定保健指導（効果的な保健指導の確立）…

▽180pt未満の特定保健指導であるモデル実施

の制度化

▽情報提供、動機付け支援の拡大

▽受診勧奨の評価

その後、厚労省の検討会に2つのワーキンググループが設置され、実務的な課題の検討が進められた。令和5年3月29日、厚労省の検討会に同ワーキンググループより報告された第4期の主な見直し事項は次のとおり。▽事業主健診との平仄を合わせる、▽質問項目の改善状況把握のための見直し、▽特定保健指導におけるアウトカム評価（腹囲2 cm以上かつ体重2 kg以上の減少の達成等）の制度化と行動変容を評価する仕組みの導入、▽保健指導開始後の服薬者に対する取扱い、▽健診当日の初回面接およびICT活用の推進等。おおむね健保連の主張にもとづいた見直しが行われることとなった。

(3) 第4期以降の後期高齢者支援金加算・減算制度等への対応

令和3年度の保険者機能推進委員会では、翌年度から検討が始まる第4期以降の加算・減算制度のあり方について、厚労省の検討会での議論に備えて健保連としての主張の方向性を確認した。

令和4年度における厚労省の検討会等では、健保連は以下の主張を展開し、制度見直しへの反映を強く求めた。

- ・効果検証を踏まえた制度の抜本的な見直し
- ・減算の財源について、国庫補助金を原資とする見直し
- ・制度横断的な効果検証とインセンティブの原資のあり方等の検討の継続。合わせて、これらの検討に必要な議論の場の設置

令和5年3月30日開催の厚労省の検討会において、第4期後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直しのあり方が決定されたが、このなかで制度横断的な効果検証等については、議論の場を含めて継続して検討する方向が示された。

また、健保連は、後期高齢者支援金の加算対象基準の引き上げに

伴い、令和3年度より加算組合等に対する都道府県連合会と連携した新たな支援に着手。いわゆる算定省令の基準を満たす組合に対する加算除外の申出支援と、次年度以降の特定健診等実施率の底上げ支援の二本立てとして展開し、加算除外に係る申出支援では42組合を加算除外（対前年度比22組合増）へ導いた。

(4) 集合契約Aタイプ・Bタイプに関する対応

集合契約（A）および（B）の円滑な事業運営と健保組合における一層の活用に向け、契約機関・団体との協調体制を強化するとともに、保険者協議会の代表保険者である健保組合・都道府県連合会に対して契約業務等の支援を行った。

また、決済代行業務に係る事務手数料については、適正な単価設定に向け、健保連、協会けんぽ、支払基金の3者による協議を毎年実施し、令和3年度（4年度単価）は前年度比31円減の183円で妥結した。

(5) 都道府県連合会に対する健康開発共同事業等への支援

都道府県連合会に対する健康教育および健康づくり事業等に関する情報の提供、各都道府県連合会が健康開発共同事業を促進するために必要な経費の助成を行った。

2. データヘルス・健康経営の推進に向けた支援

厚労省が推進するデータヘルスの取り組みは、平成27年度の制度施行時から経済産業省が推進する健康経営と省庁の垣根を越え、車の両輪として推進されてきた。健保連が行ったデータヘルス・健康経営に関する支援を中心に、25年度から時系列で紹介する。

(1) データヘルスの黎明（平成25年度～26年度）

平成25年3月、健保連の健康開発共同事業委員会（現・保険者機能推進委員会）に招聘した厚労省保険課長から、健保組合が保有する特定健診等結果データとレセプトデータを用いた分析により、根

拠にもとづいた保健事業を健保組合と事業主が連携して実施する「コラボヘルス」を推進していく方針が示された。同年6月には、全組合に対し、「データヘルス計画」の取り組みを求めるとされた経緯等の説明が行われた。

これと並行し、先駆的に保健事業に取り組み保険者の事例を収集し、情報共有を図るため、厚労省・経産省・内閣府により、健保連、協会けんぽ、国保中央会等関係団体や有識者が参加した、共同ヒアリングおよび有識者の意見聴取等が行われた。これらを踏まえ、『データヘルス事例集』（第一版）を取りまとめ、同年9月13日に公表した。

また、一連の方針を踏まえ、健康保険法にもとづく保健事業の実施等に関する指針が改正され、平成26年3月31日付保発0331第25号として発出された。

さらに、翌27年度から開始されるデータヘルス計画の普及・啓発事業として、国の円滑化事業補助金を活用し、「データ分析に基づく保健事業立ち上げ支援事業（普及啓発・指導）」を実施するとともに、各組合のデータヘルス計画作成に対して、以下のような側面の支援を行った。

- ・データヘルス計画推進会議の設置（厚労省と共同設置）
 - ・データヘルス計画説明会・シンポジウム（事例発表会）の開催
 - ・データヘルス計画作成の手引、データヘルス計画事例集の作成
 - ・データヘルス計画に関する事業主等への周知 ー等。
- (2) 第1期データヘルス計画の始動と健康経営の普及促進（平成27年度～29年度）

平成27年度から始まった「データヘルス計画」（第1期）の普及・啓発事業として、国の円滑化事業補助金を活用し、各組合のデータヘルス計画実施に向けた側面的支援を実施。翌28年度は、データヘルス計画の更なる推進を図るため、以下の支援を実施した。

・実行面にかかる支援（データヘルス計画アドバイスシートを提供するとともに、同シートの活用方法に係る説明会を開催）

・第2期計画作成に向けた支援（適切な評価指標等をテーマに研修会の開催、厚労省と連携しテキストを企画・作成）

・専門職への支援（都道府県連合会と本部による支援体制を整備）

さらに、第1期計画の最終年度である平成29年度には、データヘルスが本格稼働となる第2期計画の考え方等をテーマに全国説明会を開催。計画策定の側面支援として、テキストおよび動画教材の作成、提供も実施した。

また、平成27年7月に保険者団体、経済団体、医療関係団体等32の民間組織や有識者による「日本健康会議」が発足し、8つの宣言「健康なまち・職場づくり宣言2020」が採択されたことから、目標達成に向けて関係省庁・団体と連携を図り、その推進方策を検討した。29年度も、健康経営・健康宣言の普及促進のため、日本健康会議および関連ワーキンググループに引き続き参画したほか、都道府県連合会における健康宣言事業への基盤整備を行い、宣言4「健康経営に取り組み企業500社以上」・宣言5「健康宣言等に取り組み企業1万社以上」に掲げる目標達成に貢献した。

(3) 健康経営・コラボヘルス推進によるデータヘルス計画の円滑実施（平成30年度～令和元年度）

平成30年度より厚労省が発出する「健康スコアリングレポート」について、活用における留意点等を周知したほか、コラボヘルスの一層の推進に向け、健康スコアリングレポート活用に関する説明会を厚労省、経産省連携のもとで開催した。さらに、東京商工会議所が発行する『健康経営ハンドブック2018』の作成に協力し健康経営の普及・啓発を行い、健康経営・コラボヘルス推進に向けた健保組合への側面支援を行った。

令和元年度も日本健康会議および関連ワーキンググループに参画

し、経産省と連携のうえ、都道府県連合会における健康宣言事業を支援し、宣言4「健康経営に取り組み企業500社以上」・宣言5「健康宣言等に取り組み企業3万社以上」に掲げる目標達成に貢献した。

また、平成30年度から始まった第2期データヘルス計画の円滑な実施に向け、厚労省との連携のもとデータヘルス・ポータルサイト活用に資する説明会を開催し、同サイト導入の成果物としてデータ分析結果等を公表した。令和元年度は、健保組合における事業検討への側面支援として、他の被用者保険に先駆け導入したデータヘルス・ポータルサイトに蓄積されたデータを活用し、健康課題や事業内容等をパターン化して集計・分析を行い、結果を公表した。

(4) 第2期計画の中間評価・見直しの支援と分析フィードバック
(令和2年度～3年度)

令和2年度は第2期計画の中間評価・見直しの実施時期に当たることから、これまでの取り組みの評価と後半3年分の見直しを行うための視点等について、パターン別実施状況のフィードバックや各種資料の作成・提供のほか、厚労省と共催でWeb説明会を開催するなど健保組合における計画の見直しを支援した。第2期計画の中間評価・見直しの内容は3年度における都道府県連合会の研修会においてフィードバックし、健保組合における計画の見直しを支援した。

3. データヘルス計画・共同保健事業の推進に向けた支援

令和3年度は共同保健事業の一層の推進が図られることを視野に入れ、都道府県連合会等が主体となる共同保健事業の取り組みをデータヘルス・ポータルサイト上で検索・閲覧することができる機能を実装したほか、厚労省と共同作成した『保健事業の共同実施推進ガイド』の提供、全国説明会・地区別意見交換会（都道府県連合

会）を共催して行うなど多角的な支援を行った。

このほか、厚労省主催の「データヘルス・予防サービス見本市」では、令和3年度に「成果連動型民間委託方式（PFS: Pay For Success）」による保健事業のバリエーションアップに向けて」（厚労省との共同企画）をテーマに講演、2年度に「保険者共同による保健事業の推進に向けて」（厚労省との共同企画）をテーマに講演ならびに有識者とのパネルディスカッションを行った。

4. 各種健康開発共同事業の推進

(1) 特定健診・特定保健指導の集合契約

全国の健診・保健指導機関を利用できる環境を確保する方法として、代表同士で包括的な契約を行う「集合契約（Aタイプ・Bタイプ）」の仕組みが導入された。令和3年度は、Aタイプに890、Bタイプに840の健保組合が委任している。

① 集合契約（Aタイプ）

各健診機関が所属する関係中央団体（日本人間ドック学会・日本病院会、日本総合健診医学会、全日本病院協会、全国労働衛生団体連合会、予防医学事業中央会、結核予防会）との間で特定健診・特定保健指導に関する契約を締結している。全国に2、299（令和4年3月）の契約実施機関がある。

② 集合契約（Bタイプ）

各都道府県の保険者協議会で選出された「代表保険者」と都道府県医師会等の「契約取りまとめ機関」が特定健診・特定保健指導に関する契約を締結している。全国に44、885（令和4年3月）の契約実施機関がある。

健保連は、これら集合契約A、Bの契約先である特定健診・特定保健指導機関の情報を健保連のイントラネットおよびホームページにて、健保組合やその加入者に提供している。

(2) 健保連人間ドック健診による疾病予防事業

昭和34年の日本病院会との契約による短期人間ドックを皮切りに健保連と健診団体とが、各種人間ドックの共同利用契約を交わしている。平成20年度には、ドック種類間で異なっていた検査項目を一泊タイプ（二日ドック、一泊人間ドック）と一日タイプ（一日ドック、総合健診、日帰り人間ドック）の2種類に整理した。その後、健保連人間ドックの利用率の低下に伴い、29年度から宿泊ドックを廃止し、「健保連人間ドック健診」に名称を統一することとした。また、健診団体との協議の結果、健診団体連絡協議会（健団協）が発足し、健保連はオブザーバーとして参画している。

参考）健保連人間ドック指定施設数（令和4年度末現在）

所属団体	施設数
日本病院会・日本人間ドック学会	391
全日本病院協会	432
日本総合健診医学会	259

(3) 健康強調月間

昭和41年から毎年10月を健康強調月間と定め、健保組合加入者の「健康」に対する関心を喚起し、健康で明るい職場生活および家庭生活が営まれるよう疾病予防と健康増進を柱とする啓発活動が行われている。同月間に対しては、厚労省、スポーツ庁、関係団体（健康日本21推進全国連絡協議会、健康・体力づくり事業財団、中央労働災害防止協会、日本赤十字社、結核予防会、日本病院会、全日本病院協会、日本人間ドック学会、日本総合健診医学会、日本人間ドック健診協会）が後援・協力している。

(4) 保養所等施設の共同利用

各健保組合が保有している保養所等の施設を、他の組合所属の加入者にも開放して共同利用に供するもので、昭和42年7月から実施している。施設一覧は健保連のイントラネットおよびホームページ

で紹介している。

参考）共同利用保養所・施設数（令和4年度末現在）

- ・ 健保組合共同利用保養所……………29施設（18組合）
- ・ 健保組合共同利用施設……………4施設（3組合）
- ・ 健保連都道府県連合会契約保養所……………51施設（8連合会）

(5) 健康管理推進研修会

健保組合の常務理事、事務長および健康管理業務担当者を対象に、昭和49年度から実施している。健保組合加入者の健康の保持増進を図るため、知識・技能の研鑽や健保組合の保健事業、健康管理の効率的・効果的な推進に資することを目的としている。令和3年度は新型コロナウイルス感染症対策としてオンデマンド配信にて開催した。

(6) 保健師・看護師等研修会

健保組合および健保組合に加入する事業所に所属する保健師等専門職を対象に、健保組合加入者の健康の保持増進・疾病予防対策を推進するために必要な最新の知識、技術の習得および向上を図ることを目的として実施している。特定健診・特定保健指導制度の創設に伴い、平成19年度からは国の研修ガイドラインにもとづき、「特定保健指導実践者育成研修会（平成21年度）」を毎年開催しているほか、積み上げの研修として「特定健診・特定保健指導スキルアップ研修会（平成23年度）」などを開催している。

(7) 保健師・看護師等全国研修会

昭和37年度から、健保組合および健保組合に加入する事業所に所属する保健師・看護師・管理栄養士を対象に、新しい知識の習得と専門職相互の交流を図るため、事例発表やシンポジウム等を盛り込んだ研修会を毎年度開催している。

(8) 共同設置保健師情報交換会

健康開発共同事業の一環として、都道府県連合会が雇用している

保健師を対象に、平成3年度から毎年度研修会を開催してきた。28年度からは「共同設置保健師情報交換会」として、各都道府県連合会間の情報交換やデータヘルス推進等に寄与する事例発表等を行っている。

(9) 保健師・看護師等連絡協議会

昭和41年に健保連の後援を受けて、自主的に運営する連絡協議会が関東地区を第1号として発足した。同じ都道府県内の健保組合・事業所に勤務する専門職が集まって連携を深め、研修会などを通じて研鑽を積む場である。令和4年3月末現在、27都道府県で活発な活動を展開している。健保連は、連絡協議会の活動を促進するための経費助成、研修会等講師依頼への対応、専門職に役立つ情報提供等の支援を行っている。

8 オンライン資格確認等システムを基盤とする医療DXへの対応

1. 導入の構想から本格運用開始まで

医療DXの基盤となるオンライン資格確認導入の原点となったのは、平成25年5月31日に公布された「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」（いわゆるマイナンバー法）にもとづく社会保障・税番号制度の導入である。

その後、平成27年10月5日にマイナンバー法が施行され、国は国民1人ひとりに個人番号を付番することにより、自治体や医療保険者など複数の機関（以下、各機関）が保有する個人の情報が同一人の情報であることを確認するための個人番号の活用を開始。各機関が保有する情報について、政府が運営する情報提供ネットワークシステムを通じて、個人番号に紐づく符号をキーにした情報連携を可能とする仕組みを構築し、29年7月18日から試行運用を、また同

年11月13日から本格運用を開始した。

各機関は、情報提供ネットワークで連携される情報を管理する「中間サーバー」を設置し、健保組合や協会けんぽ等は、支払基金が保険者の委託を受けて管理・運営する「医療保険者等向け中間サーバー」に、加入者の資格情報や給付に関する情報を登録することとなった。この中間サーバー・情報連携の機能を基盤としてオンライン資格確認等システムが構築された。

オンライン資格確認の導入については、平成27年6月30日に閣議決定された「日本再興戦略2015」において、「マイナンバー制度のインフラを活用して、医療保険のオンライン資格確認システムを整備し、医療機関の窓口において個人番号カードを健康保険証として利用することを可能とし、医療等分野の情報連携の共通基盤を構築する」とされたことを発端に、翌28年の「日本再興戦略2016」や29年の「未来投資戦略2017」において、「2020年からの本格運用」をめざして着実にシステム開発を実行するとされた。その後、骨太の方針2019で、令和3年3月から本格運用を開始することが、また令和元年9月3日のデジタルガバメント閣僚会議で、令和3年3月末に本格運用を開始し医療機関・薬局の6割程度での導入をめざすことが示された。

また、オンライン資格確認の導入と併せて、マイナポータルを通じて患者・国民自らが自身の保健・医療情報を電子的に把握・利用することについても日本再興戦略2015や未来投資戦略2017で取り上げられた。

こうした閣議決定を受けて厚生労働省は、平成29年11月8日の社会保障審議会・医療保険部会で、オンライン資格確認の導入にあたり、▽個人単位で資格情報等のデータをつなげることを容易にするため、被保険者番号を世帯単位から個人単位化する、▽加入する保険によらず資格情報等を連結させて管理するため、個別の保険者に

代わって支払基金・国保中央会が一元的に管理する―とする「被保険者番号の個人単位化と資格履歴の一元管理」の方針を打ち出し、こうした基盤整備を図ったうえで、オンライン資格確認を導入すると説明した。

その後、厚労省は「オンライン資格確認等関係者ワーキンググループ」を設置。年度末の平成30年3月に立て続けに3回会合を開き、医療保険者、医療提供者等関係者から意見を聴取した。健保連は適宜、厚労省と意見交換を行ったが、オンライン資格確認の導入は医療保険者にとって実務、費用の両面にわたって影響が大きい問題であるため、継続的に議論をする場の設置が必要と提起した。

平成30年度に入り、5月25日の医療保険部会で厚労省は、オンライン資格確認の仕組みについて、▽特定健診データの保険者間連携、▽マイナポータルを通じた自身の医療費・薬剤情報の閲覧、▽本人同意のもと特定健診データ、薬剤情報を医療機関・薬局が共有、▽限度額適用認定証等、各種証類もオンライン資格確認により確認―することの機能も盛り込むと説明した。

健保連は、国のICT施策に的確に対応するため、平成30年6月に常任理事会メンバーから成る「ICT対策プロジェクトチーム」を設置。6月4日に1回目の会合を開き、厚労省からオンライン資格確認導入の概要について説明を受けた。委員からは、▽コストのより一層の縮減や導入にあたっての負担軽減についても各健保組合の意見を調整し、早期に具体的に示してほしい、▽今後の検討にあたり、システム設計だけではなく導入前テストの段階でも実務を担う現場の意見を聴くことをお願いしたい。システムが正確に動くことだけではなく、本当に使い勝手が良いものになっているかどうかも含めた検証をユーザーも入れて行うことが理想―等の意見が出され、厚労省からは、▽コスト負担についてはできる限り低減を図っていく、▽導入前のテスト段階でもユーザー目線で検証する。シス

テム構築の検討の段階から、できる限り実務者の意見を聴きながら考えていきたい―との回答があった。

その後、同プロジェクトチームは発展的に改組し、健保連の常設の委員会としてICT委員会に移行し、平成30年8月7日に1回目の会合を開いた。ここでは、オンライン資格確認等導入に係る対応方針として、①保険者の実務的なメリット（資格喪失後受診に係る過誤請求の減少、各種証類の発行業務の減少等）を確実に実現するために、関係者（保険者、医療機関、審査支払機関等）間の業務ルールを定める、②マイナポータル情報連携業務との関係を整理しさらなる改善を図る、③医療機関の体制整備を図る、④保険者の負担を軽減する―を策定した。

その後、厚労省は関係者間の協議の場である「オンライン資格確認等検討会議」及び「オンライン資格確認等実務者ワーキンググループ」を設置して検討を行った。検討会議には河本滋史常務理事が参画し、ICT委員会で策定した基本方針にもとづき、▽導入により保険者がコスト負担に見合ったメリットを確実に享受できること、▽現場の実態を十分に把握したうえで、実務上の課題に関する詰めが必要であること―等を主張した。また、ワーキンググループには健保組合の実務担当者が参画し、現場目線から諸課題について発言した。

厚労省は、オンライン資格確認導入の実務的な作業を行うため、支払基金内に準備室となる「開発プロジェクトチーム」を設置。医療保険者の実務担当者の参画を得て導入準備を進めた。健保連からは、本部職員1名と在京の健保組合から3名の協力を得て合わせて4名を派遣し、中間サーバーの機能改善及びオンライン資格確認等システムの導入に向けた検討・準備に実務者目線から提案を行った。

健保連においては、令和2年度に会員組合を対象とした全国説明

会を各地で行う予定としていたが、年度当初より新型コロナウイルスの流行による外出規制等が行われたため、急遽全国説明会の開催に代えて説明用動画を作成。オンライン資格確認の概要・基本的構造、健保組合のメリット、特定健診データの閲覧・保険者間データ引継ぎ等について説明し、イントラネットで配信した。

厚労省は、オンライン資格確認の本格稼働前にデータの正確性を確保するため、令和2年12月に国において中間サーバーに登録されている加入者情報について全件J-LLIS照会を行い、疑わしいデータについて保険者に点検・修正依頼を行った。

健保連においても、データ登録の正確性に関し、令和2年10月以降イントラネットで周知を図り、登録等に関するサポートを行うとともに、年度末まで登録データの精査について、厚労省及び支払基金と連携し、健保組合に確認を行った。

こうして本格稼働予定の令和3年3月3月を迎え、3月4日からは54医療機関・薬局でプレ運用が開始されたが、医療機関・薬局の準備が当初予定どおりに進んでいないこと、データの正確性が完全には担保できないこと等から、3月26日の医療保険部会で厚労省は、プレ運用を継続したうえで、遅くとも薬剤情報の閲覧開始を予定している同年10月までに本格運用を開始すると説明した。

本格稼働が延期されてから、医療保険者に対しては中間サーバーに登録された加入者情報の正確性の確認等の対応が求められた。加入者情報に誤った個人番号が登録された場合、個人情報漏洩につながる事等から、健保連ではイントラネットを通じて、加入者情報の正確性の確認の重要性等について随時補足情報を提供し、7月には説明動画を配信する等のサポートを行った。

また、厚労省においては、中間サーバー上で誤登録をシステム的にチェックできる機能を具備してデータの正確性を向上させ、その後も新生児等、初めて中間サーバーに登録される者については、自

動的にJ-LLIS照会する機能を追加するなど誤登録チェック機能を強化した。令和3年7月には、医療機関・薬局向けに「オンライン資格確認等システム集中導入開始宣言」を行い、このなかで保険者が登録したデータの正確性が担保されたことを示したうえで、3年10月の本格稼働に至った。

オンライン資格確認に係る運用費用については、令和3年3月からの本格稼働を前提に、保険者が負担する契約を締結していたことから、10月までのプレ運用期間の費用負担について厚労省、支払基金と協議。3年3月分は国庫負担とするが、4月以降については保険者負担とする回答であったため、4月以降も継続して対応を協議。ICT委員会においても継続審議することとした。

その後、厚労省、支払基金から、▽国庫補助の活用、費用削減で当初から1・6億円減額し6・4億円の負担とする（2年後の精算）、▽マイナンバーカードの保険証利用促進の枠組みを活用して、健保組合における関連広報活動等に対する補助金を検討する―等の提案があり、6月のICT委員会で、健保連の対応方針案として、▽オンライン資格確認の運営にあたり今後一層の費用削減の取り組みを求める、▽今後のICT関係の負担については、単にシステム本体が稼働したら保険者の負担とすることではなく、関係者の参加も含めた全体状況が一定程度に達するまでの立上げ時期は、国において費用負担することを強く求める―等を確認したうえで、費用負担について了承した。

2. 本格運用開始以降の状況

オンライン資格確認は、令和3年10月20日に本格運用を開始したが、これに前後して特定健診・特定保健指導データ及び薬剤情報・医療費通知情報の閲覧、審査支払機関におけるレセプトの振替え、特定健診データの保険者間引継ぎも開始された。

本格運用開始時の医療機関・薬局における導入率は、全体の約5%と低く、こうした状況を踏まえ健保連は、オンライン資格確認等システムを活用した医療情報等の整備（医療DXの推進）は医療の質の向上、効率的な医療提供につながるため賛成としたりうえで、▽基盤整備に時間がかかりすぎているため工程管理を含めたスピードアップが必要、▽運用費用の負担については運用開始後、稼働率が一定割合に達するまでは保険者負担とすることなく公費を投入すべき―等について繰り返し主張した。

令和4年1月27日の医療保険部会で厚労省は、依然として導入が進まない状況を踏まえ、「オンライン資格確認の導入加速化に向けた集中的な取組」として、①医療関係団体（3師会）による「推進協議会」の設置、②診療報酬による評価、③医療機関・薬局への支援・働きかけの実施―等を打ち出した。

また、令和4年5月25日の医療保険部会で同省は、「令和4年度上半期に導入加速化が図られるよう、集中的な取り組みを行う」として、▽顔認証付きカードリーダーを未申込の施設、▽カードリーダー申込済で改修工事が未了の施設、▽改修工事は終了しているが運用を開始していない施設―の状況別に応じた対応を図ること、及び同年9月末時点で概ね5割の施設での導入をめざすとした「中間目標」を掲げた。併せて、導入加速化に向けた更なる対策として、①令和5年4月から保険医療機関・薬局におけるシステム導入を原則義務化する、②医療機関・薬局でのシステム導入が進み、患者によるマイナンバーの保険証利用が進むよう、関連する財政措置を見直す（診療報酬上の加算の取扱については、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）で検討）、③6年度中を目標に保険者による保険証発行の選択制の導入をめざす。訪問看護、柔整あはき等のオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止をめざす―とする考えを示した。

義務化については、保険医療機関及び保険医療養担当規則等で規定することから、中医協で審議。併せて、診療報酬上の加算の取扱いについても審議した。

審議の結果、全体の約4%を占める紙レセプト請求の医療機関・薬局を除き、令和5年4月からオンライン資格確認の導入を義務づけるなどとする答申を、8月10日に行った。

この答申内容については、8月19日の医療保険部会で報告があり、このなかで健保連は、オンライン資格確認等システムを含めた医療DXの推進について賛成であるとの考えを示したうえで、中医協で原則義務化が決定されたことを高く評価。義務化の対象となる全医療機関・薬局において、令和5年4月までに運用が開始されるよう、医療現場の積極的な取り組みと、国による進捗管理・支援等を要望した。

その後、12月23日の中医協において、「令和5年2月末までにペーパードクターと契約締結している場合は最大で令和5年9月末までとする」などの、オンライン資格確認の義務化に係る経過措置を設けることとされた。

義務化対象の医療機関が決まった以降、ようやく医療機関・薬局も導入に向けた準備を進め、顔認証付きカードリーダー申込数も全体の58%程度で頭打ちであったものが10月23日時点では義務化対象施設の90・6%に急上昇し、年明けの1月8日時点では97・7%に達した。

こうして、ようやくオンライン資格確認の導入が進んだが、令和4年度中に開始することとされていた電子処方箋の導入について厚労省は、4年8月19日の医療保険部会で、▽5年1月から運用を開始する、▽段階的に導入を拡大し、5年3月末時点でオンライン資格確認等システムの導入施設の7割程度、6年3月末時点で同9割程度、7年3月末時点で概ね全医療機関・薬局での導入をめざす―

との考えを示した。

電子処方箋の導入は、医療機関・薬局がリアルタイムで患者の処方状況を確認できるようになるため、併用禁忌、重複投薬・多剤服用に係るポリファーマシーの防止等、これまで以上に質の高い医療の提供に繋がるものであり、また、重複投薬の防止による医療費適正化効果も期待される。しかし、運用開始の令和5年1月26日時点では154施設と極端に少ない状況のため、今後の導入状況について注意深く点検し、導入促進を求めていく必要がある。

3. マイナンバーカードと健康保険証の一体化

マイナンバーカードと健康保険証の一体化については、骨太の方針2022に、▽令和6年度中を目標に保険者による保険証発行の選択制の導入、▽さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止（加入者から申請があれば保険証は交付される）をめざすことが盛り込まれたが、そのわずか4か月後の10月13日に河野デジタル大臣が記者会見で突然、「令和6年秋に現在の健康保険証の廃止をめざす」と表明。マイナンバーカードへの保険証の一体化構想は一気に加速することとなった。

その後11月29日にデジタル大臣、総務大臣、厚生労働大臣の3大臣による「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会」の設置と、検討会のもとに、専門家ワーキンググループを設置し、関係者ヒアリングを実施するなどして、実務的な検討を行っていくことが明らかにされた。

ワーキンググループには、医療関係者として3師会、医療保険者として健保連、国保中央会が参画（協会けんぽはオブザーバーとして参画）、健保連からは伊藤悦郎常務理事が構成員となった。

こうした突然の一体化発表を受けて健保連は、一体化の検討に的確に対応するため、令和4年11月に「マイナンバーカード・健康保

険証一体化（保険証廃止）」対応チームを組織横断的に設置。厚労省との打ち合わせやワーキンググループにおける意見提示、事業主・加入者向けのリーフレット作成、ICT委員会における審議等に対応した。

検討会のもとに設置されたワーキンググループは、12月から2月にかけて5回開催され、このなかで伊藤常務理事は、「保険証廃止後の資格確認の取扱い」について、▽資格確認書（後述）はスマホアプリの活用等、国におけるデジタル対応も必要、▽発行済み保険証を保険証廃止後も一定期間有効とする過渡的な運用も必要―等を、また「保険者の資格情報入力タイムラグ等への対応」について、▽入社日前から内定者の社会保険手続が可能となれば迅速な保険証発行につながる、▽事業主側に5日以内申請の周知徹底が必要、▽J-LIS照会を効果的なものとするため文字規格や住所表記等の標準化が必要―等を、保険者の業務処理の実態等を踏まえて発言・提案を行った。

検討会はワーキンググループでの検討結果を踏まえ、令和5年2月17日に①健康保険証廃止後の資格確認の取扱い、②保険者の資格情報入力タイムラグ等への対応―など8項目にわたる「中間とりまとめ」を公表。①については、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方については、氏名・生年月日、被保険者等記号・番号、保険者情報等が記載された資格確認書により資格を確認することとされた。

また、②については、中間とりまとめを踏まえ、保険者の迅速かつ正確なデータ登録を確保する方策として、▽被保険者等となることが確実に見込まれる者に係る資格取得届等について、健保組合が事前点検を行うことを可能とする（事務連絡対応）、▽資格取得届への被保険者の個人番号等の記載義務を法令上明確化する（省令改正）、▽事業主から届けられた資格取得届について、保険者による

データ登録を5日以内とする(省令改正)——ことが実施された。併せて、誤入力防止チェックの強化として、新規登録時の全件J—LIS突合を実施することとなった。

なお、検討会においては、令和5年夏を目途に最終取りまとめを行うことをめざして、検討が進められた。

一体化に向けた健保連における審議はICT委員会で行うこととなり、令和5年4月以降は毎月開催し、中間とりまとめを踏まえ、対応すべき諸課題について検討を行った。

また、健保組合における実務状況を把握し、ICT委員会等での審議や関係機関等への意見具申、要請に活用するとともに、適用業務における現状・課題についての共有を図ることを目的とした実態調査も実施しながら審議を進めた。

一方、一体化にあたって、マイナンバーカードに他人の顔写真が記載された事案、マイナポイントが他人に付与された事案、公金受取口座が他人のマイナンバーに紐づいた事案等、マイナンバーの紐づけに誤りのある事案が様々な分野で複数発覚し、医療保険制度においても誤った紐づけにより、第三者が閲覧する事案が発生した。そのため、医療保険においては、中間サーバーに登録されている個人番号の正確性について総点検することとなり、厚労省から点検・修正に関する通知・事務連絡が相次いで発出され、またデジタルPMOからも頻繁に連絡が出されたことから、健保組合がこれらに的確に対応できるよう、健保連からも通知・事務連絡の解釈・作業の手順方法を示した補足資料・説明動画を提供するための支援をした。

一体化については、様々な課題が生じて対応を行ってきたが、マイナンバーカードと保険証の一体化は、今後の医療DXの基盤であり、マイナンバーカードによるオンライン資格確認により、本人の受診履歴にもとづく質の高い医療が実現できる。また、従来の保険証で発生したなりすましによる受診リスクや資格喪失後受診などの

リスクに対応することができ、事務処理負担も合理化が期待されるなど非常に重要な施策である。

保険証の廃止は、令和6年秋をめざすとされている。それに向けて引き続き、実務的な課題への対応が求められることになるが、健保連は、健保組合が一体化に円滑に対応できるよう、また一体化のメリットを加入者・事業主・保険者が確実に享受できるよう、厚労省とも連携を図りながら、ICT委員会で審議・検討し、的確に対応していく。

9 健保連本部ビル老朽化に伴い、本部施設の再構築に着手 新本部ビルは東京都渋谷区千駄ヶ谷に建設

健保連本部ビルは、健保連が保有していた横浜の結核療養所を売却し、その売却益をもとに昭和49年に竣工して以来、約半世紀にわたり、東京都港区南青山の乃木坂の地にて、同施設内での各種委員会の開催をはじめとした健保連の機能を遂行しつつ、かつ職員が安心して働ける環境づくりに取り組んできた。

健保連所有地は、健保連本部ビルと旧健保会館跡地と合わせて2,920㎡で、そのうち健保連本部ビルについては、立地上、事務室を除く共有面積が全体延床面積(約3,500㎡)の約半数以上を占めていた。竣工当時は、比較的余裕があるスペースを確保できていたものの、会員組合へのサービス充実と医療・医療保険制度改革政策立案等に係る業務の拡大により職員数も増加し、近年では事務所として建物の有効活用を行うことが難しくなった。

感染症予防の観点からも、150名強の健保連本部役員等が働く環境としては、かなり密集した状況となっていたことは否めず、一部の部署では隣接するレンタルオフィスを借り業務を行ってきた。

また、健保連本部ビルは、東日本大震災（平成23年3月11日）以後、耐震補強を行ったが、竣工以降約半世紀を迎えることから、改めて令和2年9～11月にかけて健保連本部所有地における既存躯体の耐久性等の実態調査（旧健保会館跡地の地下エリア含む）ならびに3年1月には、健保連本部ビル全館の排水管・給水管の状況調査を行った。

その結果、健保連所有地内の旧健保会館の地下エリア（建物解体後地下部分は空洞化のまま保持）について、構造物（地下構造物を支える鉄骨・コンクリート）が劣化状況（鉄筋腐食確率が10年後には約50%に達するため設計限界状態と判断）となっており、安全面で問題があることが明らかになった。

一方、健保連所有地内における旧健保会館エリアについては、平成20年2月の総会決定にもとづき、耐震性の観点から、それまで健保連の責任で運営してきた健保会館の営業・運営を廃止した。併せて旧健保会館跡地の取り扱いについて、24年4月からは本部ビルを含めた健保連本会施設再構築に関する結論が得られるまでの間、駐車場として賃貸しを行ってきた。

しかしながら、今回の実態調査結果から地下構造物の劣化進行に伴い、大規模地震等が誘因となり、陥没等の不測の事態も起こり得ることから、緊急の措置として、令和2年12月末をもって賃貸し駐車場を中止し、3年2月には、正面口にフェンスを囲み、立ち入り禁止の措置を行った。

こうした状況に立ち至ったため、副会長・専務理事の諮問機関として「健保連本部施設再構築プロジェクトチーム」（以下「プロジェクトチーム」という）を設置（健保連の組織体制等を審議する組織等委員会の委員長ならびに常任理事会メンバーで構成／正副会長会議で決定・令和2年12月）し、喫緊の課題として、今後の旧健保会館跡地エリアの取り扱いと併せ、健保連本部ビルのあり方（貸し

ビルへの移転、再構築等の再検討を含む）についての方向性、ならびにそれにもとづいた具体案について令和3年1月より同年9月まで5回にわたり検討を行った。

検討過程においては、健保連本部ビルの全フロアーの排水管が終焉期状態にあり、至急の対応が必要であることも明らかとなったことから、プロジェクトチームでの検討を急ぎ、早期に結論を得ることとした。なお、プロジェクトチームでは、設計・施工を含む不動産関係のコンサルタント（日建設計コンストラクション・マネジメント株式会社／入札で決定）に参画してもらい検討を重ねた。

健保連本部施設の再構築については、すでに現所有地を売却し、代替地もしくは貸しビルに移転することが総会決定されている（平成22年2月）。

今回改めて、当時の検証も含め、再検討した結果、当時と現在とは地価が全く異なり（平成22年当時はリーマンショックで地価が最安値となっていた）、現資産で新築ビルとの等価交換等を行うことができることが明らかとなった。

それらを踏まえ、同コンサルタントからは、健保連本部施設ならびに代替地での再構築について、4つの案（①健保連現所有地全体を利用した共同建て替え（共同ビルの一部を新本部とし、等価交換）、②健保連所有地の半分を売却し、売却益で残りの健保連所有地に新本部ビルを建設、③健保連所有地を売却、代替地に新本部ビルを建設、④健保連所有地を売却、代替地の既存ビルを改装し、新本部ビルとする）が示された。さらに、資産を持たない「貸しビルへの移転」と比較し、最適案の最終判断を行うこととした。

検討にあたっては、大型プロジェクトとなるため、候補事業者としては、大手デベロッパー、ゼネコン、仲介事業者（大手信託銀行）とし、これら事業者から企画提案を募り、総合評価方式によりプロジェクトチームで1社を決定することとした（令和3年9月）。

その結果、健保連本部所有地（東京都港区南青山1―24―4）を東京建物株式会社に売却し、JR千駄ヶ谷駅近くの代替地（東京都渋谷区千駄ヶ谷1―33）に新本部ビルを建設する（地上11階建て）、との結論に至った。将来的に資産を持たない考え方については、「健保連本部所有地の売却益を原資として賃貸に充ててもいずれば枯渇し、会員組合の多大な負担増となる」とし、取り入れられないとされた。

プロジェクトチームでの検討結果報告は、第513回理事会（令和3年11月17日）、第212回臨時総会・書面審議（3年12月27日）において承認を得るとともに、その後、健保連施設の売却について厚生労働省から重要財産処分認可を得た（4年1月）。

なお、健保連施設再構築に要する事業費用等は全て健保連本部所有地の売却益で賄い、健保組合に新たな負担が生じないようにするとともに、経理の明確化を図るため、令和4年度より健保連本部施設再構築事業に係る特別会計を設けることとした（第213回総会・書面審議／令和4年2月25日）。

また、東京建物の提案にもとづき、乃木坂の地に建設されるビルの一階の一部を制度・政策実現のためのミーティングルーム（原価による等価交換）として活用することとした。

なお、所有する乃木坂の土地（東京都港区南青山1―24―4）を売却するため、健保連新本部ビルが竣工されるまでの間、現所在地の近辺（東京都港区赤坂8―5―26／住友不動産青山ビル西館上層階／2,819・61㎡）に仮移転した。

その後、東京建物とは建物の階層の変更を含む再構築に係る契約内容の一部変更（令和4年10月21日・臨時総会書面審議で議決）などを経て、東京建物と旧健保連本部所有地の売却ならびに新本部ビル代替地（東京都渋谷区千駄ヶ谷）購入に関する売買契約を締結（4年11月24日）し、健保連所有地を令和4年12月1日に東京建物

に売却（4年12月1日／127億円）し、新本部ビル代替地を5年2月28日に取得（32・8億円）した。本件及びその後の契約内容については、常任理事会（5年3月3日）、監事会（5年7月14日）、総会（5年7月28日）で報告を行った。

こうした手続きを踏まえ、健保連新本部ビル建設（令和6年1月着工・7年秋頃の竣工予定）に向け、東京建物と設計等仕様の詰め作業を行っている。

健保連本部事務局は、昭和18年設立当時、厚生省保険局内にあり、その後、聖心女学院、芝白金小学校、結核予防会、済生会とその所在地を移し、23年に東京都港区南青山（乃木坂）の建物を買収し事務所とした。そして38年にこの地に健保会館を建設し、健保連本部の事業拡大のため49年に健保会館隣地を買収し、健保連本部ビルを竣工した。

健保連本部所有地（東京都港区南青山）を令和4年12月1日に東京建物に売却したが、昭和23年から74年にわたり東京都港区南青山の地を拠点とし、医療・医療保険制度改革政策立案、とりわけ健保組合方式の発展のため尽力してきた。

健保連本部は、令和7年度より、オリンピック施設など日本の経済発展や国際交流の未来を切り開いてきた東京都渋谷区千駄ヶ谷の地、ならびにサテライトオフィスとして東京都港区南青山の地（旧本部所有地に建設されるビルの一角をミーティングルーム（竣工予定令和10年春／国会議員、厚生労働省対応）として活用）の2拠点で、医療保険制度発展のための新たな歴史の時を刻むこととなる。

10 大阪中央病院、健保連直営の76年の歴史に終止符。民間病院として新たな船出

大阪中央病院は、昭和19年、大同生命保険相互会社の大同病院を

健保連大阪支部（当時の名称／現・大阪連合会）が買収（当時の額で260万円）して以降、令和2年7月に医療法人伯鳳会に事業譲渡するまで、76年という長きにわたり健保連がその運営を行ってきた。

大同病院は、昭和2年に開設された病院であったが、大阪中央病院は、その大同病院の施設（内科・外科・産婦人科・耳鼻咽喉科・小児科・眼科・放射線科の各科110床）及び職員を引き継ぐ形で開設された。「中央病院」の名称は、必要な周辺地区に分院を設置する理想を持ち、その計画のもとに「中央」という名を付したものとされている。

大同生命保険相互会社からの買収に際しては、大阪支部全員の拠出（90余の組合が拠出・被保険者1人当たり5円を拠出）と健保連本部において厚生年金借入金により資金を調達した。その厚生年金借入金は、大阪中央病院から支出して、大阪支部がこれを全額償還した。

大阪中央病院設立当時は、戦災や疎開により保険診療機関が不足しており、その前年に健康保険法にもとづく公法人として発足した健保連が保険診療の充実に寄与するべく自ら医療機関を保有したものである。また、最小限の医療機関（組合は診療所、健保連は病院）を持ち、医療費の基礎資料を把握することは医療提供者側との議論を行ううえでも意義があったものと考えられる。

健保連本部が大阪中央病院の運営責任主体となったのは、昭和51年からである。その理由は、それまで、実質、大阪支部が同病院の管理・運営を行ってきたが、法人格を有していなかったことから、その運営責任を健保連本部が担う必要があるとの判断によるものである。

その後、病院老朽化に伴い、平成12年には大阪市北区曾根崎の地（跡地は健保連が売却した事業者が転売し、現在、アパホテルが経

営する「アパホテル&リゾート（大阪梅田駅タワー）」となっている）から、大阪市北区梅田に大阪中央病院を再構築（232床）し、移転した。

新たな大阪中央病院再構築（約167億円）は、金融機関から借入することなく、交付金交付事業特別会計積立金ならびに健保連本部一般会計積立金、ならびに大阪中央病院再構築支援出資金（健保連組合から医療用機器等の購入資金を募る）、国庫補助金（国・大阪府）から資金を調達した。

なお、旧病院跡地（大阪市北区曾根崎／2,608・19㎡）については、長年にわたり近接住民との間で境界確定等の確認がとれなかったため売却することができなかった。しかしながら、平成28年に近接住民との境界画定を行うことができたことから、競争入札のうえ、84億円で売却した（第198回定時総会（平成29年2月／非公開）承認。その後、厚生労働省より重要財産処分認可を得る）。なお、本売却益（81・27億円／仲介手数料を除く）と健保連一般会計積立金からの追加借入れ（約4億円）をもって、交付金交付事業特別会計積立金からの借入を全額返済した（平成31年度）。

また、新病院は、都市型急性期病院をめざし、その理念は、①医療費適正化に資するモデル病院、②患者サービスの充実、③医療費適正化・医療の質の評価ならびに改善に貢献、④病院の情報化の推進、⑤自立運営—であった。医療費の適正化ということに関しては、健保連は当時、DRG／PPS（診断群別一入院定額支払方式）の導入・推進を提唱しており、大阪中央病院は、そのための資料収集や理論構築を図るといふ新しい使命を持っていた。なお現在ではDRG／PPSの検討から生まれたDPC方式による診療報酬の支払いは病院において広く普及し、効率的な医療の提供に大きな役割を果たしている。

新病院は、最新の医療機器を導入し、内視鏡手術にも積極的に取

り組み、効率的な医療に努めた結果、入院期間も短い急性期病院として特色のある機能を発揮したが、一方で①JＲ大阪駅からほど近く、かつ近隣に中核となる急性期病院がひしめく激戦区の場合に位置していた、②オフィス街のため住民が少なく、地域密着型の医療を行うことができないことから、新病院竣工後の財政運営は非常に厳しかった。

購入した医療機器等の減価償却費も十分捻出できず、ましてや建設時の債務返済を求める状況とはならなかった。そのため、平成18年に「病院運営問題検討会」（会長の諮問機関）が設置され、その結果、19年度より3か年計画による計画的な事業運営を図るほか、負債の解消に向け減価償却前業利益の2分の1を返済に充てることを決定。また、国の健康寿命の延伸とこれに伴う保険者の疾病予防・健康増進の取り組みにも資するための生活習慣病対策を強化することとして、1病棟を閉鎖し健診フロアに転用することを決定した。その後も予防医療に力を注ぐため病院の病棟を健診センターに切り替えるなどの運営努力を行った結果（病床数を143床に縮小。健診フロアを3フロアに拡大）、健診部門においては、年間7万人を超える健診受診者を確保するまでとなった。また、患者の身体に対する負担を軽減させる内視鏡手術やロボット手術など特徴のある医療にも取り組んできた。

しかしながら、健診部門が医療部門の赤字を補填する構図は変わらず、平成29年度決算において業利益は黒字であったが、経年変化による設備更新による過年度未償却分等の臨時費用が発生し当期利益としては赤字となった。

こうした状況のなかで、大阪中央病院においては、①再構築後18年が経過し、今後、病院における修繕、医療機器等の更新による大きな投資が必要となることが見込まれること、②大阪市北区曾根崎の旧大阪中央病院跡地の売却により、交付金交付事業特別会計積立

金からの借り入れ返済のメドがたつたことから、第5期3か年計画策定（平成31年度～令和3年度）にあたり、「大阪中央病院運営委員会」（組織等委員会の下に設置された委員会）で検討を行うこととなった。

その結果、①大阪中央病院再構築時の考え方は薄れている、②大阪市北部保健医療圏は急性期過剰地域であり、大阪中央病院の病院機能のあり方が問われている、③今後、施設・設備の更新等が必要となり資金繰りに懸念が生じる恐れがあることから、大阪中央病院は大きな岐路に立っているとし、平成31年度からの3か年計画の策定をいったん見合わせ、「大阪中央病院基本問題検討会」（副会長・専務理事の諮問機関）を設置し、1年程度の期間をかけて大阪中央病院のあり方を抜本的かつ早急に検討し結論を得ることとなった。

大阪中央病院のあり方については、大阪中央病院基本問題検討会で平成31年1月より令和元年10月まで10回にわたり、考えられる複数の選択肢（①急性期機能や地域包括ケア機能を強化する考え方、②健診機能を充実する考え方、③事業の譲渡・廃止を行う考え方）に関し、財政面、運営する意義、労務面、地域医療構想との関係性を評価の視点に鋭意検討を行った。

その結果、①財政面や健保連として病院を運営する意義の観点からは、健保連が公的医療機関等として急性期医療を継続する選択肢は厳しいこと、②さらに、地域医療構想では5疾病5事業の実績の観点から公的医療機関等としての位置づけが明確でないとして統廃合の再検証要請医療機関として令和元年9月に公表され、開設者が健保連である限り、病院のあり方の再検討を余儀なくされることなどが課題として浮上したこと、③現役世代が減少し高齢者人口が増加するなかで大阪中央病院を支えてきた健保組合自体の将来の財政問題がこれまで以上に顕在化してきていることから労務面や患者や健診受診者への影響を考えると、大阪中央病院の機能と実績を引

き継いでいくことができる譲渡の選択肢が総合的に見て適当である、との報告をまとめた。

また、譲渡に際しては、病院の運営能力のある譲渡先を選定し、病院の機能や職員の雇用について一定期間の保証を求め、これまでの大阪中央病院の長い歴史と実績を円滑に引き継いでいくことができるよう配慮することが望ましいことについても報告に付記し、譲渡先としては、同検討会において総合評価方式による入札の結果、医療法人伯鳳会（兵庫県赤穂市を基盤とする医療グループ）を選定した。

同報告については、第499回理事会（令和元年10月30日）で承認を得た。大阪中央病院の事業譲渡は、健保連の所有施設の重要財産処分事項となるため、令和2年2月の総会での承認が必要となるが、一方で、病院の事業譲渡については地元関係の各種審議会等が令和元年12月から開催され、それらでの承認なしには行政の手続きが進まない状況であった。そのため、理事組合以外の総会議員組合に対して、健保連イントラネットを通じて事前に状況説明を行い、了承を得た。そのうえで、地元医師会等に対する理解活動を行うとともに、地域医療構想の大阪府・大阪市関係審議会において、医療法人伯鳳会への事業譲渡について説明を行い、承認を得た。

大阪中央病院の事業譲渡については、その後、医療法人伯鳳会と譲渡契約案（①病院機能・健診機能の保持、②譲渡予定日は令和2年7月1日（行政との関係で変更する場合は別途定める日）、③希望する職員の継続雇用等）を取りまとめ、第209回定期総会（令和2年2月25日／書面審議）で承認を得た。

大阪中央病院の事業譲渡については、総会承認後、厚生労働省から重要財産処分の認可を得て、令和2年4月13日に健保連と医療法人伯鳳会との間で事業譲渡契約書を締結した。

円滑な事業譲渡に向けては、医療法人伯鳳会ならびに大阪中央病

院と協議等を重ねるとともに、大阪市保健所に健保連大阪中央病院の廃院申請等も行い、令和2年6月30日に受理され、2年7月1日をもって医療法人伯鳳会に事業譲渡した。

上記のような対応に合わせ、大阪中央病院の役員に対しては、事業譲渡の理解促進活動も並行して行い、401名中384名（17名は、事業譲渡以外の理由により退職希望）から医療法人伯鳳会大阪中央病院への継続雇用確認書の同意を得た。

健保連一般会計積立金からの借入金、病院再構築時における国庫補助金・大阪府補助金、大阪中央病院再構築支援出資金（約200組合が出資）の債務については、事業譲渡金（130億円／消費税含む）の一部をもって全て返済した。

大阪中央病院特別会計は令和2年度をもって廃止し、健保連一般会計に大阪中央病院会計整理特別勘定を設け（第209回定時総会・承認）、事業譲渡後の処理として、医療法人伯鳳会との精算、支払基金等への過誤返戻等を行った。その後数年間は大阪中央病院の経理書類等保管（貸倉庫）のための少額な支出は発生するものの、その他の動きは終焉したため、令和4年度の決算をもって病院関係事業譲渡金について確定とした。確定額は97・3億円であり、今後、組織決定のうえ、会員組合、及び健保連本部・支部連合会等組織強化のための資金として活用することとした。

健保連の大阪中央病院は、民間の大同病院を買収し昭和19年10月に設立されたが、令和2年7月からはこれまでの名前と診療内容を引き継ぎつつ、医療法人伯鳳会大阪中央病院として再出発することとなった。昭和2年の大同病院開設時から考えれば100年近い歴史を持つ病院である。新しい大阪中央病院が、これまでの特徴ある都心型急性期病院としての歴史を踏まえつつ、民間法人による効率性も備え、患者の生命・安全を守る病院として発展していくことを期待する。

歴代の役員等

〔平成25年4月～令和5年3月末現在（）内は同期間における在任期間。元号省略〕

1、名誉会長

千葉一男（25・4～26・4）

2、顧問

岡澤元大（25・4～現在） 杉崎盛一郎（25・4～30・6） 福島龍郎（25・4～現在） 対馬忠明（25・4～現在） 加藤幹雄（25・4～現在） 福岡道生（25・4～3・3） 岡村正（25・4～25・11） 米倉弘昌（25・4～26・6） 古賀伸明（25・4～27・10） 小方浩（25・4～現在） 長谷川閑史（25・4～27・4） 上瀧博正（25・4～現在） 三村明夫（25・11～4・11） 平井克彦（26・4～現在） 柳原定征（26・6～30・5） 小林喜光（27・4～31・4） 安藤力（27・7～28・5） 布施光彦（27・7～現在） 神津里季生（27・10～3・10） 白川修二（30・4～現在） 中西宏明（30・5～3・6） 櫻田謙悟（31・4～現在） 小笹定典（2・4～現在） 大塚陸毅（2・4～現在） 十倉雅和（3・6～現在） 芳野友子（3・10～現在） 小林健（4・11～現在）

3、会長

平井克彦（25・4～26・4） 大塚陸毅（26・4～2・4） 宮永俊一（2・4～現在）

4、副会長

安田（25・4～2・7） 出版（25・4～現在） 安藤力（25・4～27・3） 白川修二（26・4～30・4） 小笹定典（27・7～2・4） 佐野雅宏（30・4～現在） 久保俊裕（3・7～現在）

5、専務理事

白川修二（25・4～30・4） 佐野雅宏（30・4～4・7） 河本滋史（4・7～現在）

6、常務理事

北海道農業団体（25・4～現在） 三菱（25・4～2・4） NXグルー プ（25・4～現在） 日本製鉄（25・4～現在） デパート（25・4～26・4） 日立（25・4～現在） 東芝（25・4～2・10） デンソー（25・4～現在） トヨタ自動車（25・4～現在） パナソニック（25・4～現在） 川崎重工業（25・4～現在） マツダ（25・4～26・4） 中国電力（26・4～30・4） 東京電子機械工業（26・4～30・4） 近畿電子産業（26・4～現在） 関東ITソフトウェア（30・4～4・4） 東京実業（2・4～現在） 安田日本興亜（2・7～現在） 日産自動車（2・10～現在） 東京中央卸売市場（4・4～現在） 河本滋史（30・4～4・7） 伊藤悦郎（4・7～現在）

7、理事

平井克彦（25・4～26・4） 白川修二（25・4～30・4） 置田榮克（25・4～26・4） 大橋秀一（25・4～2・4） 霜鳥一彦（25・4～28・4） 池上秀樹（25・4～28・4） 高智英太郎（25・4～26・4） 稲垣恵正（25・4～26・4） 安藤力（25・4～27・3） 星常夫（25・4～28・4） 大塚陸毅（26・4～2・4） 本多伸行（26・4～2・4） 川隅正尋（26・4～現在） 幸野庄司（27・7～4・4） 小笹定典（27・7～2・4） 那須隆（28・4～30・4） 棟重卓三（28・4～2・4） 佐野雅宏（30・4～現在） 河本滋史（30・4～4・7）

鳥海孝治(30・4) 吉田雄彦(30・4) 現在 田河慶太(30・4) 現在 森岡昭宏(30・4) 現在 宮永俊一(2・4) 現在 新井法博(2・4) 現在 久保俊裕(3・7) 現在 松本真人(3・7) 現在 菅牟田健一(4・4) 現在 今泉礼三(4・7) 現在 伊藤悦郎(4・7) 現在

(北海道地区)

北海道農業団体(25・4) 現在 北海道電力(26・4) 現在 北海道信用金庫(25・4) 26・4)

(東北地区)

青森銀行(4・4) 現在 岩手銀行(25・4) 28・4) 北日本銀行(28・4) 30・4) 岩手県自動車販売(30・4) 2・4) 東北銀行(2・4) 4・4) 東北電力(25・4) 現在 山形銀行(25・4) 現在 東邦銀行(25・4) 現在

(関東地区)

常陽銀行(25・4) 現在 栃木県トラック(25・4) 現在 群馬銀行(26・4) 28・4) ミツバ(28・4) 30・4) サンデン(25・4) 26・4) 30・4) 現在 日本無線(26・4) 28・4) 埼玉機械工業(25・4) 現在 千葉銀行(25・4) 現在 日本電気(26・4) 4・4) トッパングループ(28・4) 2・4) 東京瓦斯(4・4) 現在 横河電機(30・4) 2・4) コニカミノルタ(28・4) 30・4) 日野自動車(2・4) 4・4) 安田日本興亜(25・4) 現在 三菱(25・4) 現在 NXグループ(25・4) 現在 出版(25・4) 現在 三菱UFJ銀行(30・4) 2・4) 東京港(2・4) 4・4) 東京中央卸売市場(4・4) 現在 全国印刷工業(4・4) 現在 東京実業(26・4) 28・4) 2・4) 現在 日本航空(25・4) 現在 東京金属事業(28・4) 現在 日本製鉄(25・4) 現在 管工業(25・4) 28・4) 自動車振興会(25・4) 26・4) ヤマトグループ(26・4)

4・4) 東京文具販売(25・4) 26・4) 全国硝子業(26・4) 28・4) 東京化粧品(2・4) 4・4) 東京都ニット(28・4) 30・4) 東京自動車サービス(25・4) 26・4) 東京都金属プレス工業(25・4) 26・4) 総合警備保障(25・4) 28・4) 玩具人形(30・4) 2・4) BIPROGY(30・4) 4・4) 東京電子機械工業(26・4) 30・4) 4・4) 現在 測量地質(25・4) 現在 デパート(25・4) 26・4) 28・4) 2・4) 全国信用保証協会(25・4) 26・4) 関東ITソフトウェア(26・4) 現在 日立(25・4) 現在 すかいらーくグループ(25・4) 26・4) 4・4) 現在 ジェイアールグループ(4・4) 現在 小松製作所(28・4) 30・4) 日産自動車(25・4) 現在 富士フィルムグループ(25・4) 現在 富士通(4・4) 現在 東芝(25・4) 4・4)

(北陸信越地区)

新潟県農業団体(25・4) 現在 北陸銀行(26・4) 28・4) 北陸電力(30・4) 2・4) 不二越(25・4) 26・4) YKK(28・4) 30・4) 三協・立山(4・4) 現在 TISインテックグループ(2・4) 4・4) 北陸鉄道(25・4) 26・4) 津田駒工業(26・4) 28・4) 石川県自動車販売店(28・4) 30・4) 小松マテール(30・4) 2・4) 北陸地区信用金庫(2・4) 4・4) 北國新聞(4・4) 現在 セーレン(26・4) 30・4) 福井銀行(25・4) 26・4) サカイ(30・4) 2・4) 福井県機械工業(4・4) 現在 三谷(2・4) 4・4) 福邦銀行(4・4) 現在 長野県農業協同組合(28・4) 30・4) 4・4) 現在 長野県機械金属(26・4) 28・4) エプソン(25・4) 26・4) 30・4) 4・4)

(東海地区)

十六フィナンシャルグループ(25・4) 現在 ヤマハ(2・4) 4・4) 静岡県東部機械工業(26・4) 30・4) 静岡県自動車販売(30・4) 2・4) 静岡県トラック運送(25・4) 26・4) 静岡県電気工事

業(4・4)現在)デンソー(25・4)現在)トヨタ自動車(25・4)現在)中部電力(25・4)現在)三重交通(25・4)現在)

(近畿地区)

フジテック(30・4)2・4)東レ(25・4)26・4)滋賀銀行(2・4)4・4)日本電気硝子(26・4)28・4)平和堂(4・4)現在)滋賀県農協(28・4)30・4)京セラ(26・4)30・4、4・4)現在)オムロン(25・4)26・4、30・4)4・4)クボタ(25・4)現在)パナソニック(25・4)現在)日本生命(25・4)現在)関西電力(25・4)現在)大阪府信用金庫(4・4)現在)大阪府建築(28・4)4・4)近畿電子産業(25・4)現在)兼松連合(25・4)28・4)川崎重工業(25・4)現在)神戸製鋼所(25・4)現在)南都銀行(26・4)28・4、30・4)2・4、4・4)現在)紀陽銀行(25・4)26・4、28・4)30・4、2・4)4・4)

(中国地区)

品川リフレクトリーズ(28・4)30・4)中国銀行(2・4)4・4)岡山県自動車販売(30・4)2・4)ベネッセグループ(4・4)現在)トマト銀行(25・4)26・4)倉敷中央病院(26・4)28・4)マツダ(25・4)26・4、4・4)現在)広島ガス電鉄(25・4)26・4)ひろぎんグループ(26・4)28・4)中国電力(26・4)30・4、2・4)4・4)中国新聞(28・4)30・4)中電工(30・4)2・4)UBE(30・4)2・4)トクヤマ(28・4)30・4)東ソー(4・4)現在)東洋鋼鋳(26・4)28・4)山口フィナンシャルグループ(25・4)26・4)西京銀行(2・4)4・4)

(四国地区)

阿波銀行(2・4)4・4)大塚製薬(25・4)26・4)徳島大正銀行(28・4)30・4)百十四銀行(26・4)28・4、30・4)2・4)

4、4・4)現在)帝人グループ(25・4)26・4)井関農機(28・4)30・4)三浦グループ(2・4)4・4)四国銀行(4・4)現在)高知銀行(30・4)2・4)近森会(26・4)28・4)

(九州地区)

山九(26・4)28・4、2・4)4・4)福岡銀行(25・4)26・4)九州電力(25・4)26・4)福岡県農協(4・4)現在)九電工(28・4)30・4)西部瓦斯(30・4)2・4)佐賀銀行(26・4)28・4、30・4)2・4、4・4)現在)十八親和銀行(25・4)26・4、28・4)30・4、2・4)4・4)肥後銀行(26・4)28・4、4・4)現在)平田機工(30・4)2・4)大分銀行(25・4)26・4、28・4)30・4、2・4)4・4)宮崎銀行(28・4)30・4、4・4)現在)南日本銀行(25・4)26・4)鹿児島県信用金庫(30・4)2・4)琉球銀行(26・4)28・4)沖縄海邦銀行(2・4)4・4)

8、監事

東京港(4・4)現在)キリンビール(2・4)4・4)アドバンテクト(25・4)28・4)丸紅(28・4)2・4)アイシン(29・4)現在)豊田合成(25・4)26・4)ユニグループ(26・4)29・4)近畿日本鉄道(5・2)現在)大阪府電設工業(25・4)30・4、4・4)5・2)大阪自動車整備(30・4)4・4)早苗壽男(25・4)28・4)牧野純二(28・4)2・4)瀬川雅晶(2・4)現在)

9、都道府県連合会長

北海道 北海道農業団体(25・4)現在)
青森 北海道的く銀行(25・4)26・3)青森銀行(26・4)28・3)みちのく銀行(28・4)30・3)青森銀行(30・4)2・3)みちのく銀行(2・4)4・3)青森銀行(4・4)

岩手 岩手銀行 (25・4) 28・3) 北日本銀行 (28・4) 30・3) 岩手県自動車販売 (30・4) 2・3) 東北銀行 (2・4) 4・3) 岩手銀行 (4・4) 現在)

宮城 東北電力 (25・4) 現在)

秋田 秋田銀行 (25・4) 現在)

山形 山形銀行 (25・4) 現在)

福島 東邦銀行 (25・4) 現在)

茨城 常陽銀行 (25・4) 現在)

栃木 栃木県トラック (25・4) 現在)

群馬 サンデン (25・4) 26・3) 群馬銀行 (26・4) 28・3) ミツバ (28・4) 30・3) サンデン (30・4) 現在)

埼玉 埼玉機械工業 (25・4) 現在)

千葉 千葉銀行 (25・4) 現在)

東京 安田日本興亜 (25・4) 現在)

神奈川 東芝 (25・4) 2・10) 日産自動車 (2・10) 現在)

新潟 新潟県農業団体 (25・4) 現在)

富山 不二越 (25・4) 26・3) 北陸銀行 (26・4) 28・3) YK (28・4) 30・3) 北陸電力 (30・4) 2・3) T I S インテックグループ (2・4) 4・3) 三協・立山 (4・4) 現在)

石川 北陸鉄道 (25・4) 26・3) 津田駒工業 (26・4) 28・3) 石川県自動車販売店 (28・4) 30・3) 小松精練 (30・4) 2・3) 北陸地区信用金庫 (2・4) 4・3) 北國新聞 (4・4) 現在)

福井 福井銀行 (25・4) 26・3) セーレン (26・4) 30・3) サカイ (30・4) 2・3) 三谷 (2・4) 4・3) 福邦銀行 (4・4) 現在)

山梨 山梨中央銀行 (25・4) 26・3) 山日YBS (26・4) 28・3) ファナック (28・4) 30・3) 山梨県自動車販売整備

長野 BS (4・4) 現在)

山梨 山梨中央銀行 (2・4) 4・3) 山日YBS (4・4) 現在)

岐阜 十六フィナンシャルグループ (25・4) 現在)

静岡 静岡県東部機械工業 (25・4) 30・3) 静岡県自動車販売 (30・4) 2・3) ヤマハ (2・4) 4・3) 静岡県電気工業 (4・4) 現在)

愛知 デンソー (25・4) 26・3) トヨタ自動車 (26・4) 現在)

三重 三重交通 (25・4) 現在)

滋賀 東レ (25・4) 26・3) 日本電気硝子 (26・4) 28・3) 滋賀県農協 (28・4) 30・3) フジテック (30・4) 2・3) 滋賀銀行 (2・4) 4・3) 平和堂 (4・4) 現在)

京都 オムロン (25・4) 26・3) 京セラ (26・4) 30・3) オムロン (30・4) 4・3) 京セラ (4・4) 現在)

大阪 安藤力 (25・4) 27・3) 小笹定典 (27・4) 3・3) 久保俊裕 (3・4) 現在)

兵庫 川崎重工業 (25・4) 現在)

奈良 南都銀行 (25・4) 現在)

和歌山 紀陽銀行 (25・4) 現在)

鳥取 鳥取銀行 (25・4) 現在)

岡山 山陰合同銀行 (25・4) 現在)

岡山 トマト銀行 (25・4) 26・3) 倉敷中央病院 (26・4) 28・3) 品川リフラクトリーズ (28・4) 30・3) 岡山県自動車販売 (30・4) 2・3) 中国銀行 (2・4) 4・3) ベネッセグループ (4・4) 現在)

広島 広島ガス電鉄 (25・4) 26・3) 広島銀行 (26・4) 28・3) 中国新聞 (28・4) 30・3) 中電工 (30・4) 2・3) 中国電力 (2・4) 4・3) マツダ (4・4) 現在)

琉球銀行(4・4)現在)

山口 山口銀行(25・4)26・3) 東洋銅飯(26・4)28・3) ト
クヤマ(28・4)30・3) UBE(30・4)2・3) 西京銀
行(2・4)4・3) 東ソー(4・4)現在)

徳島 大塚製菓(25・4)26・3) 阿波銀行(26・4)28・3) 徳
島銀行(28・4)30・3) 大塚製菓(30・4)2・3) 阿波

銀行(2・4)4・3) 徳島大正銀行(4・4)現在)

香川 百十四銀行(25・4)現在)

愛媛 帝人グループ(25・4)26・3) 伊予銀行(26・4)28・

3) 井関農機(28・4)30・3) 愛媛銀行(30・4)2・

3) 三浦グループ(2・4)4・3) 帝人グループ(4・4
)現在)

高知 高知銀行(25・4)26・3) 近森会(26・4)28・3) 四国

銀行(28・4)30・3) 高知銀行(30・4)2・3) キタム
ラ(2・4)4・3) 四国銀行(4・4)現在)

福岡 福岡銀行(25・4)26・3) 山九(26・4)28・3) 九電工

(28・4)30・3) 西部瓦斯(30・4)2・3) 山九(2・
4)4・3) 福岡県農協(4・4)現在)

佐賀 佐賀銀行(25・4)現在)

長崎 十八親和銀行(25・4)現在)

熊本 チッソ水俣(25・4)26・3) 肥後銀行(26・4)28・3)

熊本県自動車販売店(28・4)30・3) 平田機工(30・4
)2・3) 熊本銀行(2・4)4・3) 肥後銀行(4・4)

現在)

大分 大分銀行(25・4)現在)

宮崎 宮崎銀行(25・4)現在)

鹿児島 南日本銀行(25・4)28・3) 鹿児島銀行(28・4)30・

3) 鹿児島県信用金庫(30・4)2・3) 南日本銀行(2・
4)現在)

沖縄 琉球銀行(25・4)28・3) 沖縄銀行(28・4)30・3) 沖

縄電力(30・4)2・3) 沖縄海邦銀行(2・4)4・3)

主な各種関係審議会等における本会の代表者

〔平成25年4月～令和5年3月末現在
()内は同期間における在任期間〕

■ 社会保障審議会委員

医療分科会

池上秀樹(平25・4～平28・4)、牧野純二(平28・8～令2・8)、中野恵(令2・8～現在)

介護給付費分科会

高智英太郎(平25・4～平26・4)、本多伸行(平26・4～平30・7)、河本滋史(平30・7～令5・2)、伊藤悦郎(令5・2～現在)

医療部会

高智英太郎(平25・4～平27・1)、本多伸行(平27・1～平30・6)、河本滋史(平30・6～現在)

介護保険部会

布施光彦(平25・4～平28・1)、佐野雅宏(平28・2～平29・11)、河本滋史(平30・7～令4・12)、伊藤悦郎(令5・2～現在)

医療保険部会

白川修二(平25・4～平30・4)、佐野雅宏(平30・4～現在)

■ 中央社会保険医療協議会委員

白川修二(平25・4～平27・10)、幸野庄司(平27・10～令3・10)、松本真人(令3・10～現在)

■ 厚生科学審議会委員

地域保健健康増進栄養部会

岡本光正(平25・10～平27・8)、村上顕郎(平27・8～平28・

9)、白川修二(平28・9～平29・9)、木村文裕(平29・10～令3・1)、米川孝(令3・1～現在)

■ スポーツ審議会(スポーツ庁)

健康スポーツ部会

小松原祐介(平29・9～現在)

■ 社会保険診療報酬支払基金

理事

赤塚俊昭(平25・4～平26・8)、鳥海孝治(平26・8～令4・8)、今泉礼三(令4・8～現在)、河本滋史(平22・8～平30・8)、長尾健男(平30・8～現在)

監事

棟重卓三(平25・4～平28・8)、内田好宣(平28・8～令2・8)、吉田雄彦(令2・8～現在)

健康保険組合設立、合併、解散状況一覧

(平成25年4月～令和5年3月末)

○設立

設立年月	組合名	都道府県名	備考
平成25・4	ニトリ	東京都	
25・4	デル	東京都	
25・4	カルビー	栃木県	
25・4	ジャパンディスプレイ	東京都	
25・4	三浦グループ	愛媛県	
25・4	熊本銀行	熊本県	
25・5	CNCグループ	東京都	
25・7	シミックグループ	東京都	
25・11	トータルビュートイー	東京都	
25・12	デクセリアルズ	東京都	
26・4	GE	東京都	
26・4	HGST	東京都	
26・4	共愛会	福岡県	
26・9	小倉記念病院	福岡県	
26・10	フューチャークラウド	東京都	
26・10	大気社グループ	東京都	
27・4	ベンチャーバンク	東京都	
27・4	楽天	東京都	
27・4	ツルハホールディングス	北海道	
27・4	ワークスアプリケーションズ	東京都	
27・8	ンズグループ	東京都	
27・10	GLV	東京都	
27・11	グループ	東京都	
28・4	地域医療振興協会	東京都	
28・4	マクニカ	神奈川県	
28・4	池友会	佐賀県	
28・4	巨樹の会	福岡県	
28・6	愛知県医療	愛知県	
28・10	日本赤十字社	東京都	
29・4	マイクロソフト	東京都	
29・4	CTCグループ	東京都	
29・4	パナソニックヘルスケア	東京都	
29・4	ZARA	東京都	
29・4	C&Rグループ	東京都	
29・4	アマゾンジャパン	東京都	
29・4	ラディックスグループ	東京都	
30・4	ヒロセ電機	東京都	
30・4	YG	東京都	
30・4	リゾートトラスト	東京都	
30・6	尼崎中央病院	兵庫県	
30・10	パルグループ	大阪府	
30・11	きつこう会	大阪府	
31・4	セラクグループ	東京都	
31・4	EAFアーマ	東京都	
31・4	フィリップス・ジャパン	東京都	
31・4	トラスコ中山	東京都	

3・7	3・7	3・6	3・4	3・4	3・4	3・4	3・4	3・4	2・6	2・4	2・4	2・4	2・4	2・4	2・4	2・4	2・4	令和2・4	31・4	31・4	31・4	31・4	設立年月			
JAST	キオクシア	エンターテイメント	イルズ空調	日立ジョンソンコントロール	FWDFW富士生命保険	Works Human Intelligence	グミックス	ダイレクトマーケティング	愛仁会	マーキュリー	トーテックグループ	日本経営サエラグループ	サカイ引越センター	因幡電機産業	けいじゅ	ネクステージグループ	JMA	住友不動産	がん研究会	パーソルキャリア	IQVIAグループ	ライク	iDA	東和薬品	サンゲツ	組合名
大	東	東	東	東	東	東	大	大	東	愛	大	大	大	石	愛	神	東	東	東	東	大	大	大	愛	都道府県名	
阪	京	京	京	京	京	京	阪	阪	京	知	阪	阪	阪	川	知	川	京	京	京	京	阪	阪	阪	知		
				分割(日立)	分割(AIG)	分割(ワークスアプリケーションズグループ)											分割(住友商事)								備考	
																									設立年月	
																									組合名	
																									都道府県名	
																									備考	

○合併

平成25・4	券	みずほインバスターズ証	東	京	みずほ	26・4	日本金属工業	愛	知	日新製鋼	合併後の存続組合
25・4	〃	明治製菓	東	京	明治グループ	26・4	富士火災	大	阪	AIG	
25・4	〃	明治グループ	東	京	明治グループ	26・4	AIG	大	阪	AIG	
25・4	〃	日鐵物流	兵	庫	クラブコスメチックス	26・5	近畿化粧品	大	阪	近畿化粧品	
25・4	〃	日鐵住金網板	兵	庫	アングル	26・9	富士紡	東	京	富士紡	
25・4	〃	日鐵住金溶接工業	東	京	新日鐵住金	27・1	日本興亜	東	京	安田日本興亜	
25・4	〃	日鐵住金建材	東	京	新日鐵住金	27・1	安田	東	京	安田日本興亜	
25・4	〃	新日鐵住金	東	京	新日鐵住金	27・1	利根コカ・コーラ	千	葉	安田日本興亜	
25・4	〃	タチバナ	大	阪	大阪金属問屋	27・4	三国コカ・コーラ	埼	玉	コカ・コーライース	
25・4	〃	大阪金属問屋	大	阪	大阪金属問屋	27・4	コカ・コーラセンターラル	愛	知	トジャパン	
25・4	〃	東電環境	東	京	東京都電気工事	27・4	ジャパン	北	海	大日本印刷	
25・4	〃	東京都電気工事	東	京	東京都電気工事	27・4	北海道コカ・コーラ	東	京	大日本印刷	
25・4	〃	日立国際電気	東	京	日立	27・4	大日本印刷	東	京	大日本印刷	
25・4	〃	日立	東	京	日立	27・4	石川島芝浦タービン長野	長	野	IHIグループ	
25・10	〃	日鐵商事	東	京	日鐵住金物産	27・4	IHIグループ	東	京	IHIグループ	
26・4	〃	住金物産	東	京	日鐵住金物産	27・4	チッソ水保	熊	本	JNC	
26・4	〃	丸善	東	京	大日本印刷	27・4	チッソ本社	東	京	JNC	
26・4	〃	大日本印刷	東	京	大日本印刷	27・4	日立セメント	茨	城	東京都土木建築	
26・4	〃	厚生年金事業振興団	東	京	地域医療機能推進機構	27・4	東京都土木建築	東	京	東京都土木建築	
26・4	〃	社会保険病院	東	京	地域医療機能推進機構	27・4	コマツNTC	富	山	小松製作所	
26・4	〃	メルシヤン	東	京	麒麟ビール	27・10	小松製作所	大	阪	小松製作所	
26・4	〃	麒麟ビール	東	京	麒麟ビール	27・10	共和	東	京	共和	
26・4	〃	東光電気	東	京	東光高岳	27・10	東部ゴム	東	京	東部ゴム	
26・4	〃	高岳製作所	東	京	東光高岳	27・10	東部ゴム	東	京	東部ゴム	

4・4	4・7	4・10	4・10	5・2	4・4	合併年月
日産自動車プリンス 自動車振興会 TAIYO 東京機器 大日本明治製糖 三井製糖北糖 大興製紙 レンゴー 鬼怒川ゴム 東部ゴム	東京機器 大日本明治製糖 三井製糖北糖 大興製紙 レンゴー 鬼怒川ゴム 東部ゴム	東京機器 大日本明治製糖 三井製糖北糖 大興製紙 レンゴー 鬼怒川ゴム 東部ゴム	東京機器 大日本明治製糖 三井製糖北糖 大興製紙 レンゴー 鬼怒川ゴム 東部ゴム	東京機器 大日本明治製糖 三井製糖北糖 大興製紙 レンゴー 鬼怒川ゴム 東部ゴム	日産自動車プリンス 自動車振興会 TAIYO 東京機器 大日本明治製糖 三井製糖北糖 大興製紙 レンゴー 鬼怒川ゴム 東部ゴム	組合名
東 京	東 京	東 京	東 京	東 京	東 京	都道府県名
自動車振興会	東京機器	DM三井製糖グルー	レンゴー	東部ゴム	自動車振興会 東京機器 DM三井製糖グルー レンゴー 東部ゴム	合併後の存続組合
						合併年月
						組合名
						都道府県名
						合併後の存続組合

○解散

解散年月	組合名	都道府県名	備考
平成25・4	山梨交通	山梨	
25・4	栃木県石油業	栃木	
25・4	埼玉県石油業	埼玉	
25・4	香川トヨタグループ	香川	
25・4	大鋼連	大分	
25・4	神姫	兵庫	
25・4	ジャパンバイルグループ	東京	
25・4	熱海市旅館	静岡	
25・8	コカ・コーラウエストグループ	大阪	
25・9	埼玉県自動車販売整備マルコ	埼玉	
25・10	南九州コカ・コーラボトルング	熊本	
26・4	関東鉄道	茨城	
26・4	エヌ・シー・シー	埼玉	
26・4	聖路加	東京	
26・4	赤阪鉄工	静岡	
26・4	阪急バス	大阪	
27・4	新潟県自動車整備販売	新潟	
27・4	トナミ運輸	富山	
27・4	カナサシ	静岡	
27・4	サン・ファイブ	愛知	
28・4	ツヤキン	愛知	
28・4	兵庫県石油	兵庫	
28・4	全国食糧	東京	
28・4	第一貨物	山形	
28・4	天満屋	岡山	
28・4	第一工業製薬	京都	
28・4	京都織物卸商	京都	
28・7	みちのく・コカコーラ	岩手	
29・3	武富士	東京	
29・4	宝幸	東京	
29・4	中越運送	新潟	
29・4	神戸屋	大阪	
29・4	大阪青果	大阪	
29・10	エディオン	大阪	
29・10	岩崎産業	鹿島	
30・4	新興	岩手	
30・4	第一屋製パン	東京	
30・4	長野電鉄	長野	
30・4	藤原運輸	大阪	
30・4	福糧	福岡	
30・4	佐世保重工業	長崎	
31・4	ラサ工業	東京	
31・4	日生協	東京	
31・4	人材派遣	東京	
31・4	日本農産工業	東京	
令和2・4	中井	大阪	
2・4	釜屋	大分	
2・4	エルナー	東京	
2・4	エヌ・ティ・ティ・デー	神奈川	
2・4	タ・ジェットロニクス	神奈川	
2・4	長野県食品	長野	

4・10	4・4	3・8	3・7	3・4	3・4	3・4	2・4	2・4	解散年月
三貴	文祥堂	オーミケンシ	ベスト電器	大阪既製服	ジャパン	コカ・コーラボトラーズ	学生援護会	伊予鉄道	組 合 名
東 京	東 京	大 阪	福 岡	大 阪		愛 知	東 京	愛 媛	都 道 府 県 名
									備 考
									解 散 年 月
									組 合 名
									都 道 府 県 名
									備 考

第4部 健康保険法100年の軌跡と展望

国際医療福祉大学大学院教授 島崎 謙治

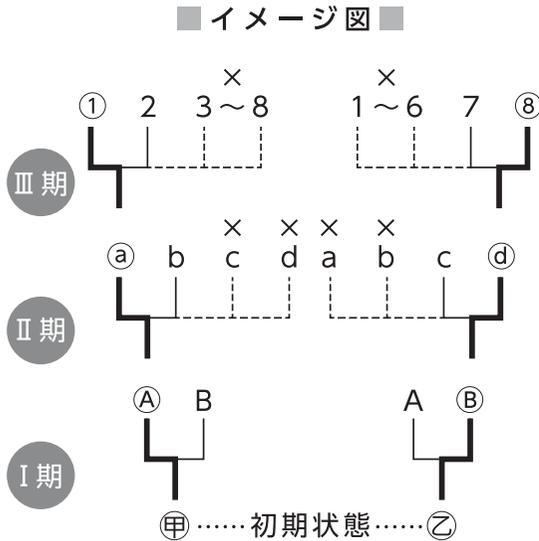
大正11（1922）年に健康保険法（以下「健保法」という）が制定されてから百年余が経つ。医療制度に限ったことではないが、制度は最初の設計によりその後の発展の方向性が規定される。健保法制定の重要な意義は、日本の医療制度が社会保険方式を中心に組み立てられる道筋をつけたことにある。ただし、同時に強調したいことは、その道のりは決して単線的であつたわけではなく、難しい舵取りの連続であつたことである。

経路依存性（path dependence）という言葉がある。これは制度が過去の政策選択や歴史的な偶然等によって拘束されることを説明する経済学の用語である。違う言い方をすれば、初期状態はほぼ同じなのに、その後のわずかな違いによって異なる歩みを辿り、結果的にまったく別箇の制度となってしまうことをいう。図1は経路依存性と政策選択のイメージ図である。初期の状態は同じでも、ある時点での政策選択（政策の失敗等を含む）の違いによって次の政策選択肢が絞られていくことを表している。

現行の制度はそれまでの政策選択の結果の積み重ねである。したがって、各々の政策選択と現行制度との間には因果関係があることは間違いない。そして「正史」では、現在から過去を遡り、いわば「一本道」の説明により政策選択の必然性や正統性を強調しがちである。しかし、実際には、多くの「分かれ道」があり、捨象された選択肢があつたはずである。温故知新という言葉があるが、国民皆保険の行く末が危ぶまれている今日、新しい視座や道標を得る上で役立つのは、先人が分岐点においていかなる判断により政策選択を行ったのかを追体験することだと思われる。

本稿では、そのような観点から健保法100年の軌跡と展望につ

図1 経路依存性と政策選択



出典：筆者作成

■ 説明 ■

1. この「イメージ図」で、初期状態は、左の国（甲）も右の国（乙）も大きな差異はない。
2. しかし、ある時期（図ではI期）に甲がAを選ばると、次の段階での政策の選択肢が絞られる。この図ではaかbに限られ、cやdの選択はできなくなる。一方、乙がBを選ばると、aやbの選択はできなくなり、cかdを選択することになる。以下、同様のことが繰り返される。
3. 現行の制度はこれまでの政策決定と因果関係が存在する。「正史」では、現在から過去をさかのぼり、正統性を強調する。例えば、甲の「正史」では、A → a → 1の正統性を主張しがちである。しかし、実際はそれぞれの時点で政策の選択肢があつたはずである。

いて述べる¹⁾。ただし、健保法を中心に据えつつも、国民健康保険（以下「国保」という）や後期高齢者医療制度を含め医療保険制度全般をカバーする。また、医療制度は医療サービス提供（デリバリー）に関する制度と費用の調達・決済（ファイナンス）に関する制度から成るが、特に展望に関しては、デリバリーについてもファイナンスと同等の紙幅を割いて論じる。その理由は、人口構造が大きく変化するなかで、医療のあり方自体を再考する必要があるとともに、デリバリーの改革なくしてファイナンスの持続可能性は確保できないからである。

本稿の構成は次のとおりである。わが国の医療保険制度の軌跡は、①戦前の基盤形成期、②国民皆保険の実現を経て昭和48（1973）年頃までの確立・拡充期、③それ以降の見直し・改革期の3つの時期に大別される。2章から4章では各時期のポイントについて論述し、続く5章で軌跡の締め括りとして重要な論点を取り上げ考察する。6章から8章では展望について述べる。未来は過去・現在と断絶して存在し得ないが、単純な延長線上にあるわけでもない。過去・現在と将来では社会経済の条件がまったく異なるからである。このため、6章で社会経済の変容と制約条件について述べ、それを踏まえ、7章で医療提供体制の課題、8章では医療保険制度の課題について論じる。最後の9章は、全体の結論である。

第2章 軌跡——基盤形成期——

第1節 健保法の制定と発展

1. 健保法の制定

明治16（1883）年にドイツのビスマルク宰相の下で創設された疾病保険法は、ヨーロッパをはじめ多くの国の社会政策にインパクトを及ぼした。わが国も例外ではない。ドイツ留学時にその存在

を知り帰国後に内務省衛生局長に就いた後藤新平（後に内務大臣等を歴任）は、明治28（1895）年にわが国でも疾病保険法を制定することを時の総理大臣（伊藤博文）に具申ししている。後藤はそれにとどまらず、明治31（1898）年には労働者疾病保険法案を起草し内務大臣の諮問機関である中央衛生会に提出した。これは時期尚早として斥けられたが、明治38（1905）年に八幡官営製鉄所職工共済会が創設されたのを皮切りに官業共済組合の設立が図られた。また、同時期に民間の共済組合や救護基金も現れた。前者の代表は鐘紡社長の武藤山治がドイツの鉄鋼会社クルップ社の疾病金庫をモデルに作った労資協調型の鐘紡共済組合、後者の代表は三菱造船所の職工の傷病・死亡等に対し労使折半拠出の基金から救済金を支給する三菱造船所救護基金である。こうした民間の共済組合や救護基金は必ずしも広く普及したわけではないが、後の健保組合の前身として位置づけられる。

こうした前史を経て、大正11（1922）年に健保法が制定された。この時期に健保法が誕生した直接の契機は第一次世界大戦後の社会経済情勢の急変である。すなわち、大正3（1914）年に勃発した第一次世界大戦は外需の急増等を通じ未曾有の好況をもたらした。しかし、この大戦景気の底は浅く、特に大正9（1920）年の東京株式市場の大暴落を機に始まった戦後恐慌以後、日本経済は深刻な不況に陥った。また、第一次世界大戦は工業の飛躍的發展を促し、特に重工業の発展に伴い男子労働力は、大正3（1914）年から5年間で倍増するなど工業労働者が急増したが、これは労働組合運動発展の素地となった。他方、この当時、労働者保護立法としては、明治38（1905）年に制定された鉱業法や明治44（1911）年に制定された工場法しか存在せず、劣悪な労働条件に加え実質賃金も目減りする中で、1910年代半ば以降労働争議が頻発した。こうした社会情勢に呼応し、野党の憲政会は、大正9（19

20)年2月に疾病保険法案を国会に提出した。これに刺激された立憲政友会内閣は、同年8月に農商務省工務局に労働課を新設し労働保険とりわけ疾病保険法の立案を急がせた。

健保法の要綱が脱稿されたのは、大正10(1921)年11月のことである。そして、翌月に農商務大臣の諮問機関である労働保険調査会に諮問し、大正11(1922)年1月に答申を得た後、同年3月13日に健保法案は第45回帝國議會に提出された。同日の衆議院本會議において政府委員の田中隆三(農商務次官)は、「労働保険の制度を樹立致しまして、生活上の不安を除去すること、また労働者の健康を保持致しまして、労働能力の増進を図りますこと、またその結果と致しまして労資の円満なる協調、それによりまして国家産業の健全なる発達を期することの必要を認め(以下略)」と法案の提案理由を述べている²。つまり、健保法は労働情勢が緊迫の度を強める中で、労資協調により産業の健全な発展を図る労働政策立法としての性格を強く帯びていた。

健保法は画期的な法律でありながら、議會では健保法案の実質的な審議はほとんど行われず、提出からわずか10日後の3月23日に可決成立をみた(公布は4月22日)。これほど短期間で成立したのは、関係団体や議員は労働保険になじみがなく、健保法の影響の正確な瀬踏みができなかったこともあるが、最大の理由は、第45回帝國議會には過激社会運動取締法案が提出されており、その審議に衆目が集まっていたからである。ちなみに、大正11(1922)年は日本共産党が結成された年でもあり、過激社会運動取締法案は野党やマスコミの反対が強く審議未了になったものの、その内容は大正14(1925)年に成立した治安維持法に盛り込まれた。

2. 健保法の内容と特徴

健保法の基本的骨格はドイツの疾病保険法にならっているが、い

くつか異なっている点がある。主な相違点としては、①保険者は政府(政府管掌健康保険。以下「政管健保」という)と健康保険組合(以下「健保組合」という)の二本立てであること、②業務上の傷病も健保法の対象としたこと、③保険料の負担は原則労使折半であることの3つが挙げられる。このうち①については、ギルドやツンフト等の自治組織(共済組合)の歴史が長いドイツと異なり、わが国では共済組合の発達が不十分であったことに加え、保険の基礎となる各業種の傷病統計等が未整備であったという事情がある。このため、健保組合によって保険運営を確実にできる場合にはまずこれによることとし、それ以外は「政府が全部之を拾って此の保険法を運用して行きたい」という方針が採用された³。なお、野党の憲政会が大正9(1920)年に帝國議會に提出していた疾病保険法案では保険者は政府一本であった。その意味では、健保法の立案に当たり、健保組合を政府(政管健保)と並列して保険者として位置づけたことは思い切った政策判断であったと評価できる。

②については、業務起因性の判断は困難であり事実認定をめぐる紛争を避けるという実務上の理由のほか、わが国は中小企業が多く個々の事業主に業務上傷病の責任を負わせることは産業の発達を阻害するおそれがあり、危険負担の分散・緩和を図る必要があるという理由から、業務上傷病も健保法に取り込むこととされた。

③の保険料の労使折半は②と関連する。ドイツの疾病保険(業務

1 本稿は、島崎謙治(2022)「健康保険法制定百年―温故知新と国民皆保険の将来―健康保険(2022年5月号・6月号・7月号)を基に大幅に加筆修正したものである。なお、本稿の執筆に当たっては、吉原健二・和田勝(2008)『日本医療保険制度史(第3版)』東洋経済新報社、土田武史(2011)『国民皆保険50年の軌跡』季刊社会保険研究、47巻3号を参考にさせていただいた。議事速記録の原文は片仮名であるが、平仮名に改めた。また、用字等も適宜改めた。

3 内務省社会局保険部(1935)『健康保険法施行経過記録』1997頁。

外の傷病保険)の保険料負担が労使折半となったのは昭和24(1949)年以降であり、それまでは、事業主3分の1、被用者3分の2であった。これに対し、日本の健保法上の保険料負担割合は制定当初から今日に至るまで原則労使折半である。ドイツと異なり健保法制定当時労使折半とした理由について、当局側は、わが国の健保法は業務上傷病も対象としたことから、業務上・業務外傷病の労使負担率を保険事故発生比率(業務上1に対し業務外4)により加重平均した結果、ほぼ労使折半となる旨の説明を行っている⁴。しかし、一方で当局は、既述したとおり保険統計データの蓄積は不十分であった旨の答弁も行っており、これは理屈の後付けの感が否めない。むしろ、保険料を労使折半としたのは、労資協調を重視したものと考えられる。つまり、労資協調による民主的な保険運営を確保するには、「口」(表決権)の対等の証として「金」(保険料負担)も折半とすることが適切であるという考え方である⁵。なお、健保組合については、保険料は折半ではなく事業主負担の割合を増加できるが、この規定は健保法創設時から存在する。

3. 健保法の施行と開明性

健保法は大正11(1922)年4月22日に公布されたが、施行されたのは約5年後の昭和2(1927)年1月1日である。これは大正12(1923)年9月に関東大震災が勃発し、政府を挙げて救助事業に奔走することになったからであるが、健保法の所管が変わったことについても触れておこう。健保法の立案は農商務省工務局労働課で行われた。これは労働保険が産業政策の一環として捉えられていたからである。しかし、社会事業や治安対策を所管する内務省、海員保険を所管する通信省等との権限争いが絶えなかった。また、農商務省は労働組合を蔑視しており、ILO総会に労働者の代表者を出さず国際的な批判を浴びた。このため、大正11(192

2)年11月に内務省に外局として社会局が新設され、社会保険に関する業務は同局が所掌することとされた。これに伴い農商務省や通信省から職員の転籍や事務の移管も行われたが、注目されるのが2つある。

第1は、農商務省工務局労働課の所掌が「労働保険に関する事項」であったのに対し、社会局の新設に当たり所掌が「社会保険に関する事項」に改められたことである。社会局健康保険課長として健保法の実施を差配した清水玄は、その意義について、「対象をあえて労働者だけに限定せず、さらにひろい視野に立つて検討を加えようとしていたことは疑いない。それはそのまま社会局創設の目標でもあったのである」と述懐している⁶。なお、時代が下がるが、労働保険調査会も昭和10(1935)年7月に廃止され社会保険調査会に衣替えされた。これは、労働保険とは言えない旧国保法案の諮問の受け皿とするためであった。

第2は、健保法施行令(勅令)の立案は内務省社会局が担ったが、開明的な内容が含まれていることである。例えば、健保法施行令では、健保組合の理事や組合会は労使の代表各同数をもつて組織することが規定された。これは現行健保法の18条・21条の淵源であるが、清水は被保険者代表が健保組合の理事長を務めてもよいと考えていた節がある。回顧談の中ではあるが、「事業側から異議あり、遺憾ながら健保組合の理事長は事業側に限る規定となった」(傍線は引用者)と述べている⁷。今日的な目からみても、驚くべき開明性である。

4. 健保法の対象者の拡大

健保法は苦勞の末に施行されたが、労働者、事業主の双方から評判が悪かった。労働者の間では賃金から保険料が徴収され目減りするとして反対論が強く、施行前後にはストライキに訴えて健保法の

実施を阻止する動きもみられた。ただし、施行後は次第にスタンスの変化がみられ、制度を有効に利用しようとする観点から事業主負担の増額や国庫負担の増加を要求するようになった。一方、事業主側は負担の増大に対する不平や被保険者の保険悪用（労働争議への悪用など）を非難する声が強くなり、健保法の廃止論も唱えられた。

議会からは健保法の適用範囲の拡大が要望されていたが、それが困難であったのは、以上のような反対や不満が強かっただけではなない。経済不況の影響により被保険者数や保険料収入が減少し健保財政が窮迫していたという理由も大きい。けれども、昭和6（1931）年に満州事変が勃発して以降、軍需景気により農村を除いて経済が回復し、健保財政も財政危機から脱出した。こうした事情や戦時体制への移行等を背景に、被用者保険の対象拡大が図られていく。すなわち、健保法制定時の適用対象者は工場法または鉱業法が適用される労働者に限られていたが、昭和10（1935）年にはそれ以外のブルーカラー労働者にも拡大された。そして、昭和14（1939）年には、販売・金融等の業務に従事するいわゆるホワイトカラーを対象とする職員健康保険法が制定され、昭和17（1942）年には同法は健保法に一本化された。また、健保法制定時は、保険給付の対象は労働者である被保険者本人に限られており、その家族（被扶養者）は対象外であった。しかし、戦時体制下で「銃後の守り、あるいは職場挺身者の家族の生活安定」を図るため、昭和14（1939）年に家族に対する任意給付の規定が新設され、さらに、昭和17（1942）年に職員健康保険法との統合の際、家族療養費として法定給付化された⁸。かくして、適用範囲という意味では、この時期に健保法は現行制度とほぼ同様の内容を具備するに至った。

昭和17（1942）年の健保法の改正では、健康保険組合連合会（以下「健保連」という）が法定化された。これは、個々の健保組

合では達成し難い事業を共同して実施させるためであり、同年2月9日の第79回帝国議会（貴族院国民体力法中改正法律案特別委員会）における健保法改正の審議において、健保組合や健保連の意義について質疑が行われている。木村清司保険院社会保険局長は、河原田稼吉議員（内務大臣等を歴任。後に初代健保連会長）の「当局におかれましては、（中略）組合側の自治的進歩発達ということをお長される、そういうご方針だろうと思いますが、そう承知してよろしゅうございますか」との質問に対し次のように答弁している。やや長いが、示唆に富む答弁なので原文を引用する⁹。

「健康保険の実際の運営につきましては、工場管理と申しますか、事業管理と密接な関係を有しております。従いまして相当規模以上のしっかりした工場、鉱山等につきましては、政府管掌よりも組合管掌の方がよほど行届いた施設（施策の意味・引用者注）を為し得るものと考えております。ただ中小企業にありましては、財政的方面から見まして、政府管掌でなければならぬと思っておりますが、相当規模以上の事業にあっては、むしろ組合管掌の方がよろしかろうとこう考えております。従いまして今後とも組合管掌がよりよき成績をあげるように努めたいと思っております。この度の健康保険組合の連合会を健康保険法において認めまして個々の組合では比較的困難なことを連合会で公

4 内務省社会局保険部（1935）『健康保険法施行経過記録』64頁。

5 熊谷憲一（1926）『健康保険法詳解』厳松堂書店、429頁。

6 大霞会（1971）『内務省史』地方財務協会、469頁。なお、引用箇所を含め、内務省史第3巻第8章第7節「社会保険行政の展開」（469―488頁）は清水の執筆である。清水玄追悼録刊行会（1975）『清水玄さん』北村社会

7 保険出版株式会社、326頁。

8 清水玄（1974）『健康保険発足のころ』厚生省保険局・社会保険庁医療保険

9 部（1974）『医療保険半世紀の記録』社会保険法研究会、237頁。

厚生省保険局・社会保険庁医療保険部（1974）『医療保険半世紀の記録』社

会保険法研究会、35頁。

原文は片仮名であるが、平仮名に改めた。また、用字等も適宜改めた。

法的な施設としてもやり得るということに致しますとか、そういう点も考えておりますので、健康保険組合のことにつきましては、従来以上の期待をもっている次第であります」。

第2節 旧国保法の制定と普及

1. 旧国保法の制定の背景

明治7（1874）年、医制が制定された。これによりわが国の医療・衛生制度の方向性が示されたが、医制の最も重要な内容の1つは自由開業制を規定したことである。その結果、医師や医療施設の都市偏在が生じ、農民の健康・衛生水準は劣悪を極めた。また、世界恐慌の影響は養蚕を副業とする農家に及ぶとともに、東北地方等の大凶作もあり農村の窮乏が深刻化した。こうした中で、昭和8（1933）年に政府の上層部から内務省社会局長官の丹羽七郎に「健保の農村版を作れ」という下命があった。清水玄は回想録の中で、「昭和8年頃のある日曜日の午後、自宅に社会局長官である丹羽さんから電話があり、農村匡救方策として社会保険を利用する方法はあるまいか考えてみてくれということであった」と述べている¹⁰。

けれども、清水は上述の一文に続き、「そのときにはあまり名案も浮かばなかったので、数日後役所で健康保険のようなことでは、農村に施行は難しいでしょうと返事をしたことがある」と述懐している。清水が消極的な返答をしたのは無理もない。健保では事業主が労働者を雇用（正確には使用）することによって保険関係が成立するが、農民の場合はそのような拠り所が見出せない。また、賃金を基礎に応能負担の保険料を源泉徴収できる健保と異なり、農民の場合は正確な所得捕捉は難しく保険料の滞納も起こる。さらに、仮に保険制度を作っても医療サービスが提供されなければ意味はないが、その当時、全国の町村の約3分の1は無医村であった¹¹。しか

し、政府の上層部からの下命である。しかも時は既に準戦時体制下にあり、農村の医療の確保は健康な兵士を確保し「拳国銃後の護」を固めるためにも必要であった¹²。そこで清水は部下の川村秀文（後に官選の千葉県知事）らに研究を命じ、苦心惨澹の結果、昭和9（1934）年に取りまとめられたのが国民健康保険制度要綱案である。

2. 旧国保法の内容

健保法の基本的骨格は今日に至るまで維持されているのに対し、旧国保法は昭和33（1958）年に制定された新国保法とは大きく異なる。重要な相違点は次の3つである。

第1に、旧国保法は市町村公営主義ではなく組合主義を採っていた。組合には、地区内の世帯主を組合員とする「普通国民健康保険組合」と、同一事業または同種の業務に従事する者を組合員として組織される「特別国民健康保険組合」（現行の医師国保組合や弁護士国保組合等の淵源である）の2つがあったが、いずれにせよ、国民健康保険の運営主体は市町村ではなく組合であった。

第2に、組合設立は任意であり強制されておらず、組合に加入することも原則として任意であった。正確に言えば、地区の組合が設置認可され、組合員資格を有する者の3分の2以上が強制加入に賛成し、全員が加入する必要性がある（例…地方病の撲滅に効果的である）と地方長官が認めるときは、例外的に強制加入とすることができる旨規定されていた¹³。ただし、この場合も組合の設立自体が強制されていたわけではない。また、組合が設立されても、強制加入の例外として、「多額の収入ある者」や「貧困の為法令に依る救護を受ける者」は任意加入とされていた。

第3に、組合には広範な自治・裁量権が与えられていた。例えば、適用除外者等も組合規約により決めることができたばかりでな

く、給付率や一部負担金の設定も組合自治に委ねられていた。また、組合には組合債を発行する権能も付与されていた。

要するに、組合の設立は原則的に任意であるとともに、給付や保険料等は基本的に組合規約に委ねるなど自主運営の要素が非常に大きかったのである。ちなみに、健保法は給付内容や保険料負担等に関する実体的な規定から成り立っているのに対し、旧国保法は組織的な色彩が濃いという法制的な相違があるが、これは以上の理由による。

3. 旧国保法の普及

旧国保法の構想が公表されると、医師会、歯科医師会、薬剤師会のほか売薬業者等を含め医療関係者は経営が脅かされるとして反対の大運動を展開した。また、政府部内でも財政支出の増嵩を危惧する大蔵省は調査費の計上さえ認めなかった。このため、内務省社会局は民間団体（三井報恩会）の助成を得て、埼玉県越谷をはじめ全国12箇所で見証事業（パイロットステディ）を実施した。さらに、内務省内部も一枚岩ではなかった。特に社会保険方式によらない救療事業の拡充に着手していた衛生局は、社会局の国保構想を快く思っていないかった。実際、内務省内の旧国保法案の調整過程（法令審査委員会）において、社会局は逆選択を防止するため強制加入を主張したのに対し、衛生局は強制加入制に強硬に反対論を唱え紛糾した。結局、内務省地方局行政課長が仲裁し、どうにか収拾をみたが、原則任意加入とし例外的に地方長官が認めた場合に加入を強制できるという折衷的な規定となったのは、このような経緯がある¹⁴。

旧国保法は難産の末成立したが、その後は、戦時体制下の「健兵健民対策」に呼応し全国的な普及体制が採られ順調に発展した。そして、昭和17（1942）年には、①任意設立主義が採られていた普通国保組合について地方長官が必要と認めた場合は強制設立させ

得ること、②強制設立の組合が成立したときは組合員の資格を有する者はすべて組合員となること等を内容とする改正が行われた。こうした改正の影響もあり、昭和17・18（1942・43）年頃には、町村部では約98%、全体でも約95%の市町村に普通国保組合が設立された¹⁵。これは、第二次世界大戦後の国民皆保険の達成との対比で「第一次皆保険の完遂」と称されることがある。ただし、決して皆保険の実質が備わっていたわけではない。多くの組合では健康保険に比べ給付内容ははるかに見劣りしており、その中には、数合わせのために「官選市町村長ひとりの手で一夜づけの組合が作られた」ものもあつたからである¹⁶。しかし、多くの地域で曲がりなりにも国保事業を実施したという経験と実績は国民皆保険の礎として重要な意義を有する。

4. 厚生省の創設とその意義

旧国保法は昭和13（1938）年3月15日に成立した（公布は4

10 全国国民健康保険団体中央会（1958）『国民健康保険二十年史』7—8頁を要約したものである。なお、これは「国民健康保険の思い出」国民健康保険誌4巻1号の引用だと述べられているが、同誌同号および周辺号には該当箇所が見当たらない。

11 1927年に全国で2,909であった無医村は1939年には3,655となり、全町村数の約3分の1を占めるに至った。野間正秋（1940）『医療制度改善論』ダイヤモンド社、92頁。なお、この当時の市町村数は現在の約6倍（11,349/1,747）もあるため単純な比較はできない。

12 清水玄は自ら旧国保法の解説書を執筆している。括弧書の「挙国統後の護」の出所は、清水玄（1938）『国民健康保険法』羽田書店の序文である。

13 川村秀文（1974）『国保法制定の思い出』厚生省保険局・社会保険庁医療保険部『医療保険半世紀の記録』社会保険法規研究会、242頁。

14 全国国民健康保険団体中央会（1958）『国民健康保険二十年史』221—298頁。

15 国民健康保険協会（1948）『国民健康保険小史』42頁。

月1日)。同年の1月に厚生省が誕生しており、旧国保法は厚生省の下で成立・公布された最初の法律である。厚生省は2つの異なる構想が結びついたものである。1つは、徴兵検査の結果などから、国民の体力の低下や結核の蔓延を憂慮した陸軍省が主張した衛生省設置構想であった。その中心人物は軍医の小泉親彦（陸軍省医务局長。後に厚生大臣）であった。もう1つは、社会問題や労働問題への対策を強力に進めるため、内務省社会局を独立させ社会省を設けるという構想であった。昭和12（1937）年6月に成立した第一次近衛内閣は、この2つの構想を一本化した「保健社会省」の設置を閣議決定した。この名称をめぐっては、枢密院から、社会という言葉は社会主義を連想させるので不適当である、保健は保険と紛らわしいといった意見が出され、中国の書経左伝の「正徳利用厚生」（徳を正し用を利し生を厚くする）中の語句をとり厚生省という名称となった。

厚生省が創設された意義は大別して2つある。

第1は、社会保険に関する事務が一元化されたことである。厚生省の設置に当たっては、外局として保険院が設けられた。これは内務省および通信省に付属していた保険行政に関する事務を統一的に処理するために設置されたものであり、内務省からは社会局に属していた社会保険に関する一切の事務を継承した。また、通信省からは、船員保険に関する調査立案の事務および簡易保険の企画等の事務を引き継いだ。外局としての保険院は、昭和17（1942）年11月に行政事務簡素化の観点から厚生省に保険局が設置された際に廃止されたが、昭和14（1939）年の職員健康保険法の制定および船員保険法の制定、昭和16（1941）年の労働者年金保険法の制定など社会保険制度の基礎の形成に貢献した。

第2は、社会保険と衛生行政が同一の省庁の所掌とされたことである。医療制度は医療サービスの提供（デリバリー）と費用の調

達・決済（ファイナンス）の2つの仕組みから成る。両者をバラバラではなく統合された制度とすることは容易ではない。また、官庁組織の縄張り意識は強い。実際、内務省の内部でも農村医療の救済方策をめぐり社会局と衛生局の対立があったことは既述した。さらに言えば、厚生省設置後も、医療保険行政を司る部局（保険局）と衛生行政を司る部局（衛生局、戦後は医务局など）の関係は決して良好であったわけではない。とはいえ、同一の省である以上、対立があっても最終的には大臣の決定により収束される。その意味では、成立まで紆余曲折があったものの、保険院（昭和17（1942）年以降は保険局）と衛生局が厚生省という同一の省に置かれたことの意義は大きい。

第3節 医療の実施組織と診療報酬の支払方法

1. 団体自由選択主義と総額請負方式

医療保険制度の実施に当たっては、実施組織（医療の実施をいかなる方法で誰に行わせるか）および診療報酬の支払方式（診療報酬を保険医療機関にどのような方法で支払うか）の2つが大きな問題となる。

実施組織については、健保法の施行に当たって団体自由選択主義を採用した。これは、保険者が個別に保険医を指定するのではなく、日本医師会の会員である医師で保険医になることを希望する者は保険医になることができ、被保険者はその中から自由に選択し診療を受けることができるという方式である。立案者は、被保険者（患者）に医師の選択権を認めた理由として、「傷病の治癒は医師に対する信頼其の他の精神作用に依り影響せらるることが多いからである」と述べている¹⁷。しかし、日本医師会は健保法の実施に当たり団体自由選択主義の採用を強く要望しており、健康保険制度を円滑に実施するには医師会の協力が不可欠であるため、その意向を尊

重したという理由が大きかったと考えられる。

診療報酬の支払方式については、健保組合の場合は統一的な方式ではなく、人頭手当式（総額請負に近い方式）や定額式（点数単価に点数を乗じる方式）など様々な方式が採られたが、政管健保の場合はドイツにならって総額請負方式が採用された。これは、政管健保の保険者たる政府（内務省社会局長官）と日本医師会長との間で包括的な請負契約が締結され、1人当たり単価に被保険者の頭数を乗じた額を政府が日本医師会に一括して支払い、日本医師会が道府県医師会を通じて医師に支払うという方式である。医師会の各医師（保険医）への配分方法は、①日本医師会が規定した点数表に基づき毎月各保険から請求書を出させ、②これを医師会が審査し支払確定総点数を決定し、③当月分の政府からの配分額をこの支払確定総点数で除すことにより1点単価を算定し、④保険医ごとの当月分の稼動点数（出来高）に応じて按分するというものであった。要するに、保険者と医師会との関係に着目すれば人頭割による団体請負契約であり、医師会と各医師（保険医）との関係に着目すれば稼動点数に応じた配分が行われていることになる。

政府と医師会との交渉は毎年度行われたが、政府が支払う金額の基礎となる1人当たり単価の設定をめぐる交渉は難航を極めた。このため、医師会や保険医の不平・不満が募るとともに、保険者や被保険者側からは粗診粗療の批判が高まった。また、被保険者の罹患率や各保険医の稼動点数の相違により道府県ごとに大きな差異が生じただけでなく、同一道府県でも月ごとに1点単価に差異が生じたため紛議が絶えなかった。この後で述べるように、総額請負方式は昭和17（1942）年度末に廃止されるが、その理由の1つには、医師の間でこの方式は不評であり、全国の医師の約半数しか保険医にならなかったことがある。

2. 実施組織および診療報酬支払方式の改正

既述したように、昭和17（1942）年に健保法と職員健康保険法が統合されたが、その際、保険医および診療報酬に関する重要な改正が盛り込まれた。すなわち、それまでは政管健保の場合、政府と医師会の契約に基づき希望する医師だけが保険診療を担当していたが、この法律改正により保険医の強制指定制が導入され、地方長官が一方的に医師を指定し医師は正当な理由がない限り拒否できないこととされた。また、診療報酬の支払いも総額請負方式が廃止され、昭和18（1943）年度からは、厚生大臣が定めた点数単価表により医師会を経由せずに保険者から保険医に支払う方式（点数単価方式）に変更された。つまり、保険医の指定、指導監督、診療報酬など保険医療に関する主導権が医師会から国（政府）に移されたことになる。そして同年には、保険医が療養の給付を担当する際に遵守すべき診療方針も「健康保険療養担当規程」として告示されたが、これは昭和32（1957）年に制定された「保険医療機関及び保険医療養担当規則」の前身である。さらに、昭和19（1944）年には適正な診療報酬を審議する機関として「社会保険診療報酬算定協議会」が厚生省に設置された。これは昭和25（1950）年に発足した「中央社会保険医療協議会」の原型である。

第3章 軌跡―確立・拡充期―

第1節 医療保険制度の再建

1. 健康保険の再建

終戦後、未曾有のインフレ等により医療保険制度は崩壊の危機に瀕した。戦災による工場等の消失や軍需生産の停止等によって大量の失業が生じ、健康保険の適用事業所や被保険者数は激減した。また、インフレが進むなかで、医師や医療機関は報酬が見合わない保険診療を忌避する傾向が強まった。このため、厚生省は診療報酬の相次ぐ引き上げを余儀なくされた。また、保険診療の請求事務が煩瑣^{はんさ}であったことに加え、診療報酬の支払いが「早くて6か月、長いものは1か年を超える」ことも保険医の不満を募らせた¹⁸。これには次のような事情がある。

保険診療の審査支払は医師会・歯科医師会に委嘱し実施されていたが、GHQの指令により両団体が昭和22（1947）年11月に解散された。このため審査支払事務は、政管健保は社会保険協会、健保組合は健康保険組合連合会、国保は国民健康保険団体連合会が行うこととされた。しかし、これらの団体は審査支払に不慣れであり、その結果、診療報酬の支払いは大幅な遅延を招いた。このような事態を踏まえ、診療報酬の請求事務の簡素化と支払いの迅速化を図ることを目的として、昭和23（1948）年に新設されたのが社会保険診療報酬支払基金である。ちなみに、「審査支払基金」ではなく「支払基金」であるのは、診療報酬の支払いの円滑化が主眼であったからである¹⁹。

こうした保険診療に対する信頼確保の取り組みが奏功したこともあって、昭和23（1948）年頃から保険診療の利用が急増したが、その反面、診療報酬支払額の増加によって健保財政は悪化し

た。このため、政府や健保組合は保険料率の引き上げなど保険料増収対策に追われることになった。しかし、昭和25（1950）年に始まった朝鮮戦争の特需景気を機に健保財政は好転し、昭和28（1953）年には、健康保険の適用業種の拡大、給付期間の延長（2年から3年へ）等を内容とする健保法改正が行われた。また、健保法の適用が除外されている日雇労働者の強い要望を受け、昭和29（1954）年に日雇労働者健康保険法が制定された。

2. 労災保険と健保の関係

わが国の健保法の創設に当たって業務上の傷病も保険給付の対象としたことは既述したが、新憲法の下で昭和22（1947）年に労働基準法および労働災害補償保険法（以下「労災保険法」という）が制定された。これに伴い同年に健保法の改正が行われ、業務上の傷病に関する給付は労災保険法で行うこととされた。理論上はこれに伴い健康保険の労使折半規定を見直すべきであるが、GHQは労働者（被用者）の負担割合を引き上げることが好ましくないと考えていたため、労使折半の規定はそのままとされた²⁰。

業務上傷病の分離のほか昭和22（1947）年の健保法の改正で注目されるのは、一定の報酬を超える職員も強制適用の対象とされたことである。ドイツでは一定以上の賃金を得ている被用者は強制加入の適用外であり、わが国でも健保法の制定時は、適用事業所で使用される者であっても、一定の報酬を超える職員（以下「高収入職員」という）は強制被保険者の対象外とされた。しかし、昭和22（1947）年の健保法改正に当たって、こうした高収入職員も強制適用の対象とするよう改められた²¹。この改正の意義は、高収入職員を対象とする民間医療保険の創設を防ぎ、国民皆保険実現のかく乱要因の芽を摘み取ったことにある。その意味では、法人の代表者（会社の取締役等）の健保法上の取り扱いに関し、昭和24（19

49)年に労災保険法とは異なる解釈が採られたことは、それ以上に大きな意義がある。

労災保険法は労働基準法上の使用者の労働災害補償義務を保険で分散するために設けられた法律であり、労働基準法上の使用者である法人の代表者は労災保険法上の労働者に該当しない。問題は法人の代表者が健保法の「使用される者」に該当するか否かである。この点につき、厚生省保険局が、「健康保険法の適用については、法人から労務の対償として報酬を受けている者は、その法人に使用されるものとして被保険者の資格を取得することになる」(昭和24年7月28日保発74号)という解釈通知が発出された²²。簡単に言えば、法人の代表者は労災保険法の対象にはならないが、健保法の適用対象にはなるということである。歴史に「もし」はないが、仮に当時の厚生省がこのような解釈を採らなかつたならば、法人の代表者らを対象とする民間医療保険の新商品の開発が行われた可能性がある。これは筆者の勝手な思い込みではない。伊部英男(新国保法案国会提出時の厚生省保険局国民健康保険課長)も、「もし、重役や高所得者が健康保険の対象とならなければ、私保険の対象となつたであろうから、私保険グループが国民皆保険の有力な反対者となつた可能性がある」と述べている²³。

いずれにせよ、先述した健保法改正および解釈通知の発出は、国民皆保険の実現を阻害しかねない要因を未然に除去したという意味で、先人の「目立たぬフラインプレイ」と評されるべきである。

3. 国保の再建

国保も敗戦によつて壊滅的な状態に陥つた。インフレによる生活難から保険料の滞納が相次ぎ、保険事業を休止する組合が続出した。このため、国保の再建が大きな課題となり昭和23(1948)年に国保法の改正が行われた。その要点は次の2つである。

第1は、国保の保険者が組合ではなく市町村に改められたことである。いわゆる市町村公営主義の採用であるが、その理由は、①自治体が国保事業に直接関わることにより国保の公共的性格を強化できること、②市町村であれば(組合ではできない)保険料の滞納処分を行うことができるため、国保の財政問題の緩和が期待できるとにあった。

第2は、市町村が条例を定め国保事業を実施する場合は、原則として住民は強制加入の対象とされたことである。つまり、各市町村が国保事業を実施するか否かは任意であるが、市町村がいったん実施すると決めたならば、住民はそれに加入することが強制されるということである。これは国民皆保険の素地づくりとして重要な意義を有する。

国保の再建方策としてもう1つ重要なのは、国庫補助の導入・拡大である。具体的には、昭和28(1953)年に国保の給付費の2割相当分に対し国庫補助が行われることとなった。これは財政基盤が脆弱な市町村(保険者)に対し奨励的に補助するものであつた

18 友納武人(1985)「健康保険物語」社会保険新報社、57頁。
19 なお、国保の診療報酬の審査支払いは支払基金ではなく国保連合会が行うこととされた。これは、その当時は国保の診療報酬の支払遅延が健保以上にひどく、国保分まで抱え込むと支払基金の円滑な発足・運営に支障が生じるとの判断が働いたからである。社会保険診療報酬支払基金(1958)「創設十周年誌」340頁。

20 前掲注18の友納(1985)78頁。
21 より正確を期していえば、制定時の日本の健保法では、報酬限度額制限があつたのは職員だけであり、労働者には報酬限度額制限は設けられていない。また、1942年の健康保険法の改正によつて、1,2000円という限度額は1,8000円に引き上げられるとともに、これを超える職員も任意包括加入はできることとされた。

22 なお、下級審判決であるが、裁判所はこの厚生省の通知の解釈を肯定している(広島高判昭和38年8月23日高民集16巻7号514頁)。
23 伊部英男・早川和男編著(1992)「世界の社会政策―統合と発展をめざして」ミネルヴァ書房 104頁。

が、国保の給付費に対し国の補助が行われるようになったことは画期的であった。そして2年後の昭和30（1955）年には国保法が改正され、国保事業を行うすべての市町村に対し、国は給付費の2割を補助しなければならぬことが法定された。これは財政力が豊かな都市部の市町村にも国庫補助が行われることを意味し、農村部に比べ立ち遅れ気味であった都市部の国保事業の推進に寄与した。

第2節 国民皆保険の構想と実現

1. 国民皆保険構想の背景

日本国憲法第25条は生存権を規定するとともに国の社会保障推進の責務を規定した。その影響もあって、戦後間もない時期から各種審議会等は社会保障に関するさまざまな勧告や提言を行った。例えば、ワンデル博士を代表とする米国調査団の勧告を踏まえ、昭和23（1948）年に社会保障制度審議会が創設されたが、同審議会は昭和25（1950）年に公表した「社会保障制度に関する勧告」のなかで既に国民皆保険について触れている。しかし、国（厚生省）はこうした勧告や提言をさほど真剣に受け止めたわけではない。国民皆保険が急速に政治課題に浮上するのは昭和30（1955）年頃からである。これには次のような背景がある。

第1は、日本経済が急速な復興を遂げながら、一方で傷病による貧困が大きな社会問題となっていたことである。戦後間もない時期は国民全員が「喰うや喰わず」の状態にあった。このため、国は生活保護などの救済対策に忙殺されたが、その後、日本経済は急速な復興を遂げ、「もはや戦後ではない」（『昭和31年度版経済白書』42頁）時代を迎えた。しかし、この頃は同時に「果して戦後は終わったか」（『昭和31年度版厚生白書』11頁）という時代でもあり、傷病に起因する貧困が社会問題化していた。実際、昭和31（1956）年当時の推計によれば、2,871万人（総人口の31・9%）にの

ぼる国民が保険未適用状態に置かれ、「このような機会不均等は、社会正義の立場からも、到底見逃しがたい」状況にあった²⁴。

第2は、政治が戦後復興の明るいシンボルを求めていたことである。昭和27（1952）年にサンフランシスコ条約が発効し、日本は独立国としての主権を回復した。しかし、安全保障や憲法改正問題をめぐり、保守陣営と革新陣営の対立構造が顕著となった。こうしたなかで昭和30（1955）年、保守政党である自由党と日本民主党が合同し自由民主党が結成された。自由民主党は政権与党として、国民に対し明るい展望を与える目玉となる政策を探しており、「皆保険はそのアイテム」であった²⁵。

要するに、経済復興と貧困がクロスする時代背景の下で国民皆保険が政治プロセスに上ったのである。

2. 新国保法の内容

昭和31（1956）年1月、鳩山一郎首相は施政方針演説で、「全国民を包含する総合的な医療保障を達成することを目標に計画を進める」ことを打ち出した。これを受け翌年、厚生省は国民皆保険推進本部を設置し、法案の作成をはじめ国民皆保険の実現に向けた取り組みを強化した。そして、昭和32（1957）年3月、①市町村の固有事務であった国保事業を国の団体委任事務と位置づけ、すべての市町村が国保事業を昭和36（1961）年4月までに実施すること、②国民は被用者保険の加入者でない限り住所地の市町村の国保に強制加入すること、③国保に対する国の責務を明確化するため、療養の給付費に対する国の補助金を負担金に改めること、④保険給付の範囲を基本的に健康保険と同一にするとともに、給付率を最低でも5割とすること、などを内容とする法案を国会に提出した。なお、小規模事業所の従業員を被用者保険、国保いずれの対象とするのかは、国民皆保険の制度設計において最後まで議論があっ

た点であるが、従業員が5人未満の零細事業所の従業員は国保の対象とすることとされた。これは、①零細事業所の従業員には経営者の家族である従業員が少なくないこと、②実務上、事業所の改廃等の確な把握・管理が難しいこと、の2つの理由による。

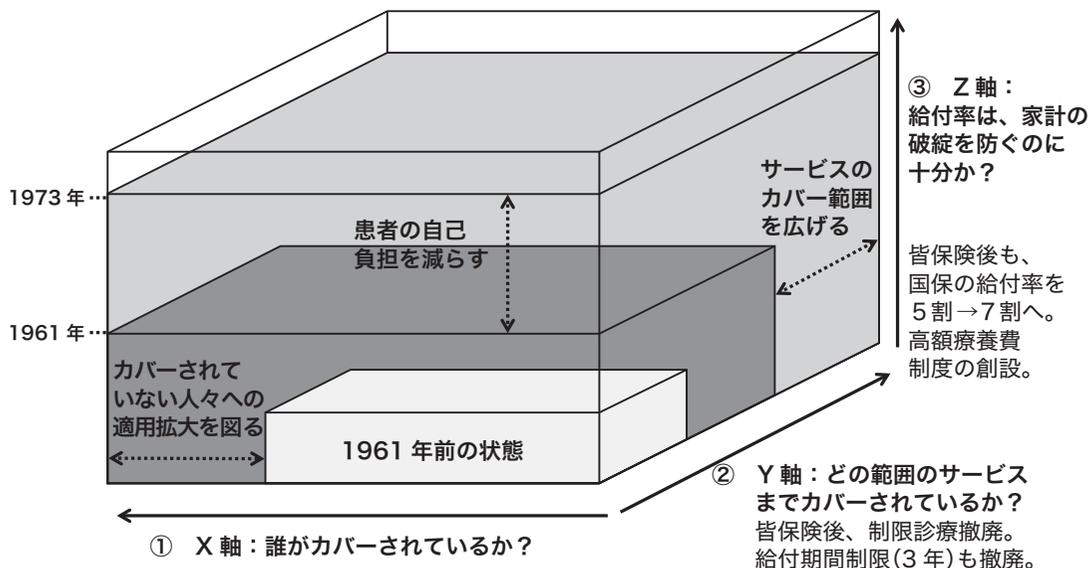
この法案は旧国保法の全部改正という形式をとっているが、実質的には新法と称すべきものであり、昭和33(1958)年12月に可決成立した。短期間で果たして全市町村の実施に漕ぎ着けられるか危惧されたが、昭和36(1961)年4月、奄美大島の無医村の1町5村を除きすべての市町村が国保事業を実施した。国民皆保険という偉業の実現である。

国民皆保険の類似語として、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)という言葉がある。これは、平成17(2005)年のWHO総会で「すべての人が予防を含む適切な医療に負担可能なコストでアクセスすることができる」と定義されている。図2はUHCの概念図に日本の医療保険制度の発展過程を当てはめたものである。この図で、X軸は国民のカバー率、Y軸は給付範囲の広さ、Z軸は保険の給付率を表している。この図を見ると、昭和36(1961)年の体積はそれ以前に比べ大きくなっている。旧国保法時代は、被用者保険に比べて国保の給付内容や給付率が見劣りしていたため、国保の被保険者(患者)は医療機関から忌避される事態さえ生じていた。新国保法により昭和36(1961)年に国民皆保険が実現した意義は、単にすべての国民を保険でカバーしたことだけにあるのではない。国保の保険給付の内容を被用者保険に揃えるとともに、給付率についても最低でも5割とするよう法律で定めたこ

24 未適用者の数字の出典は「昭和31年度版厚生白書」170頁、文言の引用の出典は、1956年に公表された社会保障制度審議会の医療勧告の前文である。

25 医療経済研究機構(2011)「国民皆保険オーラル・ヒストリー」(幸田正孝)「医療経済研究機構」, 21頁。

図2 日本の国民皆保険の達成・成熟過程 (1961年前・1961年・1973年の比較)



出典：筆者作成。立方体の図のコンセプトは「World Health Report2010」による。

とも非常に大きな意義がある。

3. 国民皆保険に対する団体の反応

医療制度の改正は関係者の利害が対立し難航するのが通例である。しかし、国民皆保険は大事業でありながら、関係者の反対がほとんどみられない。新国保法案が国会に提出された当時、与党（保守陣営）と野党（革新陣営）の対立は激しかったが、国民皆保険については野党も賛成した。実は、厚生省は昭和31（1956）年頃までは消極的であった²⁶。その理由としては、国保事業のてこ入れをしても都市部では十分普及が進まず国民皆保険など実現するはずはないと考えていたこと、健康保険の財政赤字対策など優先すべき課題を抱えていたこと等が挙げられる。これに対し地方団体は国民皆保険を強く支持した。とりわけ市町村長や政治家の中には「国保マニア」と称される熱狂的な支持者がいた。彼らは「国民健康保険刷新連盟」を結成し、国民皆保険の早期実現等を求める活動を繰り返し、厚生省の重い腰を上げさせた。そして、昭和32（1957）年以降は厚生省も国民皆保険の実現に邁進した。経済界やマスコミも国民皆保険を支持した。医師会は反対したが、強硬な反対ではなく条件闘争の色彩が強かった。これには次のような事情がある。

日本は戦時中、医師を大量に養成するため、医学部に臨時医学専門部を付置するとともに各地に医学専門学校を設けた。いわゆる臨時医専であるが、その卒業者が国民皆保険の議論が本格化する1950年代半ばに働き盛りを迎えていた。それに加え戦時中に戦地に徴用した医師が復員したこともあって、『昭和31年度版厚生白書（125頁）』が指摘するように、昭和29（1954）年頃には人口当たりの医師数は欧米諸国に比べ遜色のない数に達しており、当時の医療水準を考えると医師はむしろ過剰気味であった。こうした状況の下で、医師会としては、国民皆保険を機に官僚統制が強まるこ

とに対する警戒心を抱きつつも、開業医とりわけ中高年層の開業医の経営悪化を懸念し医療費を取りはぐれるおそれのない国民皆保険を受け入れたものと考えられる²⁷。

第3節 国民皆保険後の保険給付および医療提供体制の拡充

1. 給付改善および老人医療費無料化

昭和36（1961）年の国民皆保険の実現は医療保険史上最も画期的であると評すべきことである。ただし、この時点では国民皆保険の実質が完全に具備されたとは言えない。なぜなら、国民が必要とする医療がすべて保険給付されていたわけではなく制限診療が行われていたからである。例えば、主要な疾病について治療指針が決められていたほか、高価な抗生物質は自由には使えず、まずサルファ剤、次にペニシリンそれでも効果がない場合にはじめて使用できるなど、治療方法の順番まで決められていた。こうした制限診療は1960年代前半にはほぼ撤廃された。また、国保に限らず被用者保険でも3年という療養給付期間の制限が設けられていたが、昭和38（1963）年にこの制限は撤廃された。さらに、国保の給付率について、昭和36（1961）年10月に世帯主の結核等の場合に5割から7割に引き上げられたのを皮切りに段階的に引き上げが図られ、昭和43（1968）年1月、世帯主と世帯員の区別や疾病の種類にかかわらず7割給付が実現された²⁸。そして、被用者保険の被扶養者の給付率も昭和48（1973）年10月に5割から7割に引き上げられるとともに、高額療養費制度が法定化（国保の実施は昭和50（1975）年10月）された。

再び図2を見ると、昭和48（1973）年では昭和36（1961）年に比べY軸の奥行が広がっている。これは、制限診療の撤廃や給付期間制限の撤廃が行われたからである。また、昭和48（1973）年のZ軸の高さが増しているのは、国保の給付率や被用者保

険の被扶養者の給付率が5割から7割に引き上げられるとともに高額療養費制度が設けられたことによる。いずれにせよ、ここで確認しておきたいことは、わが国の国民皆保険は昭和36（1961）年で完了したのではなく、その後10年余の成熟期間があったことである。

こうした一連の給付改善や制限診療の撤廃等により医療費は急増したが、それに拍車をかけたのが老人医療費無料化である。これは1960年代半ばに岩手県沢内村の自治体単独事業として始まったものであるが、1970年代に東京都をはじめ全国に広まり、昭和47（1972）年（施行は翌年）に国の制度として実施された。老人医療費無料化は大蔵省のみならず厚生省内でも反対する声があったが、政治決断として踏み切られたものである。その背景には、東京や大阪をはじめ革新自治体が老人医療費無料化を選挙公約に掲げ勝利していくことに対する自民党の強い危機意識があった²⁹。

筆者は、先述した給付率の7割への引き上げや高額療養費制度の導入は高く評価するが、老人医療費無料化はわが国の医療保険制度史上最大の失敗であったと考えている。コスト意識を喪失させ過剰診療や社会的入院の増大をはじめ数々の弊害を招いたからである。また、甘い政策を打ち出すと元に戻すことがいかに困難かという意味で、老人医療費無料化は「苦い」教訓でもある。老人医療費は平成14（2002）年に原則定率1割負担となったが、ゼロから定率1割負担にするまで約30年の歳月と多大な労力を費やした。そして、今日でも後期高齢者の自己負担率の引き上げや社会的入院の解消等が課題として残されている。

2. 医療提供体制の拡充

国民皆保険の実現後、医療提供体制は急速に拡大した。国民皆保険の議論が生じた当時、医師の過剰が懸念されていたことは既述し

た。しかし、昭和35（1960）年に10・3万人であった医師数は、昭和55（1980）年には15・6万人と20年間でほぼ1・5倍に増加した。その最大の要因は、昭和48（1973）年に採られた「1県1医大構想」（正確には無医大県解消構想）の影響等により、昭和36（1961）年当時は2,840人であった医師養成数（医学部入学定員）が昭和56（1981）年には8,280人と20年間でほぼ3倍に増えたからである。また、病床数も急増した。結核病床・精神病床等を除く一般病床（2001年改正までの医療法上の用語は「その他の病床」）は、昭和35（1960）年の30万床から、昭和45（1970）年に60万床、昭和55（1980）年には90万床と10年ごとにほぼ30万床ずつ増加した。

医療提供体制の拡充に関連し注目すべきことは、病院の設置主体に関する国の方針が変わったことである。わが国は明治7（1874）年に医制が制定された際に自由開業医制が規定されて以来、民間セクター中心の医療提供体制であることに大きな特徴がある。ただし、戦前の昭和17（1942）年に制定された国民医療法によって日本医療団が創設されてから戦後の1950年代までは、例外的に病院整備の軸足は「民」ではなく「公」に置かれていた。例え

26 小山路男編著（1985）『戦後医療保障の証言』総合労働研究所、276―277頁（伊部英男発言）。

27 菅沼隆ほか編（2018）『戦後社会保障の証言―厚生官僚120時間オーラルヒストリー』有斐閣、29頁（幸田正孝発言）。

28 昭和35（1960）年当時、結核は国民医療費の約18%を占めていた。国民皆保険が実現した昭和36（1961）年に、結核予防法の大改正が行われ、①命令入所措置の医療費は全額公費負担とし国庫補助率を5割から8割に引き上げること、②結核医療費については公費負担医療を社会保険各法の給付に優先させたこと、③結核患者登録制度の整備および精密検査を実施すること等が規定された。これに加え結核の画期的な治療薬の普及もあり、結核患者は減少したといえ、国民皆保険実現後も結核に起因する貧困は大きな社会問題であった。

29 医療科学研究所（2022）『徹底研究 医療費の患者負担の在り方』法研、67頁。

ば、医療機関整備中央審議会が昭和25（1950）年2月に公表した答申では、三層構造（各県に1つの中央病院、2・3の保健所地区に地方病院、その下に地区病院を設置する）の体系的な病院整備を行うことが盛り込まれている。そして、この病院網の中核となるべき病院は公的な医療機関とりわけ都道府県立病院が想定されていた。しかし、都道府県の財政難もあって都道府県立病院の設置はそれほど進まず、むしろ市町村立の病院・診療所の方が増加した。その理由は、昭和23（1948）年に国保が市町村公営になったことに加え、昭和36（1961）年の国民皆保険を控え「保険あって医療なし」の状態にならないよう医療過疎地を中心に国保の直営診療施設の整備が進んだためである。

いずれにせよ、1950年代までは「公」中心主義に方針が採られていたが、公立病院数は昭和38（1963）年をピークに減少傾向に転じることとなった。その大きな要因は、1960年代初頭に政策の軸足が明確に「公」中心から「民」中心にシフトしたからである。例えば、昭和38（1963）年には医療制度調査会の答申が出されたが、この答申は「民」の役割を重視したものとなっている。具体的にいえば、医療機関の整備に関し、公的医療機関が戦後の社会情勢の下で果たした役割は大きかったことを認めた上で、「国、公立の医療施設の整備が急速に行われ、また、国民皆保険を迎えた今日においては、そのあり方は基本的に再検討されるべきである」と述べている。そしてさらに、「医師会および歯科医師会等の主導的活動が望まれる」ことを強調している。これは当時の日本医師会長の武見太郎の影響をうかがわせるが、昭和35（1960）年には医療金融公庫が創設され民間医療機関の開設資金の調達が容易になった。また、昭和37（1962）年に医療法改正（議員立法）が行われ、病床過剰地域においては公的医療機関の新設を認めないこととされたことも注目される。これは病院の都市部の偏在是

正が理由とされているが、昭和60（1985）年の医療法改正（議員立法）による病床規制と異なり民間病院については病床規制の対象外であった。その結果、都市部における民間病院の増設（その中には診療所から病院への転換、いわゆる「病院成り」も含まれる）が進むこととなった。

3. 診療報酬をめぐる対立と紛糾

診療報酬は医療機関の経営を左右するため、その改定率や内容等をめぐって国と医師会との間で大きな対立を招いた。その火種の1つとなったのは新医療費体系の導入である。新医療費体系の眼目は、技術料が独立して評価されず薬治料等に含まれているなど、物と技術が未分離であった診療報酬を、医師等の技術料、コメディカル等の人件費、光熱水料等の所要経費、薬代に分け、技術料を正当に評価することであった。これに対し日本医師会は、病院に比べ投薬の割合が高い診療所（開業医）の収入が減少することを懸念し強硬に反対した。

新医療費体系は、紆余曲折を経て、昭和33（1958）年6月に、技術料を評価し投薬等の点数を低くした甲表と、基本的に従来 の点数表どおりの乙表との二本立てからなる新点数表が定められ、同年10月から実施された。甲表・乙表の二本立て・選択制としたのは、妥協の産物であるが、見方によれば、病院は甲表、診療所は乙表に純化させ、病院と診療所の診療報酬を別体系に発展させるチャンスでもあった。しかし、現実はそのようならなかった。その後の診療報酬改定の度に甲表と乙表の差異は小さくなり、平成6（1994）年の診療報酬改定において事務の簡素化等の観点も踏まえ甲表と乙表は一本化され今日に至っている。

日本医師会は中医協を舞台に支払側とも激しく対立し紛糾が絶えなかった。その象徴は昭和40（1965）年の職権告示事件である³⁰。

その発端は、昭和38（1963）年7月末に開催された中医協において、日本医師会をはじめ三師会が、医療費の緊急是正として、乙表に1回10点の再診料の新設を要求したことである。これは診療報酬の大幅な引き上げを意味するだけでなく、乙表を採用しながら医師の技術料として再診料を設定することは筋が通らない。このため、健保連をはじめ支払側は強硬に反対したが、小林武治厚生大臣は、同年末、診療側と支払側の話し合いがつかないまま、中医協に診療報酬の緊急是正について諮問した。中医協は、昭和39（1964）年4月、診療報酬の緊急是正が必要である旨の答申を行ったが、この答申では再診料の設定は見送られ、引き上げ幅も明示されなかったものの、中医協会長の発言から改定幅は8%であることが示唆された。日本医師会はこれを不服として自民党に働きかけ、結局、改定率は1.5%上乘せし9.5%とする政治決着が図られた。神田博厚生大臣はこの改定率による点数表の改正案を中医協に諮問したが、支払側が強く反発したため中医協は実質的な審議に入らず、昭和40（1965）年1月、答申を得ぬまま神田厚生大臣は職権で診療報酬改定の告示を行った。支払側はこれに猛反発し、同年2月、健保連および4つの健保組合（安田、保土谷化学、全国食糧、三井）は、この告示は適正な手続を踏んでおらず違法であるとして、東京地裁に対し、その取消および執行停止を求める行政訴訟を提起した。

東京地裁は、同年4月、健保連は当事者資格がないとして請求を却下したが、4健保組合については請求を認める旨の決定を行った（東京地裁昭和40年4月22日決定。行裁例集16巻4号708頁）。厚生省はこの決定を不服として即時抗告したが、同年5月1日から、「二本立て医療費」（4健保組合は旧点数表、それ以外は新点数表が適用）という異例の事態が生じることとなった。一方、日本医師会は、保険診療はすべて新告示（新点数表）によるという方針をとつ

た。このため、4健保組合の被保険者・被扶養者が保険診療を拒否され、岩手医大付属病院では全国食糧健保組合の被保険者が入院を断られ死亡するという痛ましい事件も生じたが、職権告示問題は急転直下の結末を迎えた。同年5月末、東京高裁が、4健保組合の申立ての違法性は判断せず、緊急性が乏しいという理由で厚生省の即時抗告を認容し原決定を取り消し（東京高裁昭和40年5月31日決定。訟務月報11巻5号756頁）、健保連および4健保組合も訴訟を取り下げたからである。けれども、一連の混乱の責任をとり事務次官（大山正）および保険局長（小山進次郎）が辞職を余儀なくされた³¹。また、政治力を行使し要求を押し通そうとする日本医師会の姿勢は、厚生省や健保連をはじめ支払側の不信感を一層募らせる結果を招いた。

4. 保険財政の悪化と赤字対策

国民皆保険達成以降、給付の拡充、医療提供体制の充実、診療報酬の引き上げ等の影響により、各医療保険の財政状況は急激に悪化した。とりわけ財政基盤が脆弱で赤字体質にあった政管健保は深刻な状況に陥り、政管健保は国鉄・米と並んで3K赤字の1つと称された。そして、昭和42（1967）年の健保臨時特例法（一部負担金と保険料率の臨時特例等）、昭和48（1973）年の健保法改正（政管健保の累積赤字の棚上げ、定率10%国庫補助の導入、保険料

30 職権告示事件については、健康保険組合連合会（1973）『三十年の歩み』37

―40頁のほか、行政側当事者の回顧談である、松尾正雄（当時の厚生省保険局医療課長）（1974）「医療費職権告示問題」厚生省保険局・社会保険庁医療保険部「医療保険半世紀の記録」社会保険法規研究会、303―307頁、大山正（当時の厚生事務次官）（1974）「職権告示の後始末」同上、308―311頁を参照されたい。

31 これは事実上の更迭であり、辞職した事務次官（大山正）と保険局長（小山進次郎）の名前をとり「大山・小山事件」と呼ばれた。

率と国庫補助率連動制の導入)、昭和52(1977)年の健保法改正(ボーナスを対象とした特別保険料の徴収、被保険者本人の定額一部負担金の引き上げ)などに象徴されるように、財政赤字対策に追いまくられた。また、国保制度に対する国庫負担率の引き上げも行われた。すなわち、新国保法制定当時は定率分が医療費の20%、財政調整交付金分が医療費の5%であったが、昭和37(1962)年には定率分が25%に、昭和38(1963)年には財政調整交付金分が10%に引き上げられた。そして、昭和41(1966)年には財政調整交付金分が医療費の5%に戻されたものの、定率分は医療費の40%と大幅に引き上げられた。さらに、老人医療費無料化等に伴う国保財政への影響を緩和するため、臨時財政調整交付金等の助成措置も講じられた。その結果、国民医療費に占める国庫の割合は、昭和35(1960)年から昭和55(1980)年にかけて15・7%から30・4%とほぼ倍増した。

このように政管健保をはじめ各医療保険制度は財政対策に四苦八苦したが、それでも医療費の増加が可能であったのはなぜか。その理由は、幸運なことに、1950年代半ばから第1次オイルショックが起こった昭和48(1973)年まで長期にわたる高度経済成長があったからである。具体的に数字を挙げると、昭和36(1961)年から昭和53(1978)年までの国民医療費は保険医総辞退があった昭和46(1971)年を除き毎年2桁で伸びており、年平均伸び率は19%と非常に高い。ただし、同期間の国民総所得の年平均伸び率も15%となっている。ちなみに、この間の消費者物価の伸び率は年平均8%弱(7・7%)であり、名目だけでなく実質でも医療費や国民所得は非常に高い伸びとなっていることがわかる。また、国庫負担率が引き上げられたのも、高度経済成長により税の自然増収があったからにほかならない。そして、医療保険制度だけでなく年金制度において5万円年金や物価スライドが導入されるな

ど、昭和48(1973)年は「福祉元年」と称されたが、この年の10月に第1次オイルショックが起きたことは皮肉である。社会保障の充実がピークを迎えた年に経済基調が一変し、社会保障制度の見直しの動きが始まることになったからである。

第4章 軌跡—見直し・改革期—

第1節 老人保健制度および退職者医療制度の創設

1. 社会経済の変化と国保の変容

医療保険制度は社会経済の上部構造であり、人口構造および産業構造が変化すれば医療保険制度も見直しを余儀なくされる。

人口構造についてみると、昭和22(1947)年から昭和24(1949)年にかけて合計特殊出生率(以下「出生率」という)は4を超え、出生数も毎年約270万人、3年間の合計は806万人に達した。まさに「団塊の世代」である。しかし、1950年代に入ると出生数は急減し、人口ピラミッドは「底辺」の広がりをもたなくなつた。それに加え、戦後(特に1960年代以降)は中高年の死亡率の低下も進んだ。このため、1950年代半ば頃から高齢化率の上昇が始まった。そして、それに拍車をかけたのが急速な少子化である。すなわち、出生率は1950年代に入り下がったが、それでも1970年代半ばまでは、人口置換水準(その出生率が維持されれば人口が減りも増えもしない水準)前後で推移していたのである。昭和48(1973)年は高度経済成長が終焉しただけでなく、人口学的にも転機の年である。第二次ベビーブームのピーク(出生数は209万人)の年であるとともに、出生率が人口置換水準を上回った最後の年だからである³²。それから半世紀、わが国の出生率は低下傾向に歯止めがかからず今日に至っている。

産業構造も大きく変化した。第1次産業の割合をみると、旧国保

表1 市町村国民健康保険の構造変化

	昭和40 (1965) 年度	昭和60 (1985) 年度	平成17 (2005) 年度	令和2 (参考) (2020) 年度
加入者数	4,193万人	4,173万人	4,778万人	2,648万人
(対国民比)	(42.7%)	(34.5%)	(37.4%)	(24.6%)
老人加入割合	5.0%	12.4%	29.7%	25.9%
1世帯当たり人員	3.78人	2.65人	1.89人	1.53人
世帯主の職業				
農林水産業	42.1%	13.5%	4.4%	2.3%
自営業	25.4%	30.1%	14.9%	16.6%
被用者	19.5%	28.7%	24.0%	33.2%
無職	6.6%	23.7%	53.8%	43.5%
その他	6.4%	4.1%	2.8%	4.3%
所得なし世帯の割合		15.1%	27.1%	34.6%

注：1. 「所得なし世帯」とは、国保保険料（税）徴収上の所得がない世帯をいう。

2. 老人加入率の「老人」は70歳以上である。

3. 2020年度の対国民比の国民数は75歳未満の人口である。

出典：厚生省（厚生労働省）「国民健康保険実態調査報告」に基づき筆者作成。

法が制定された当時は半分弱（昭和15（1940）年で44・3%）、国民皆保険が達成されたところでも約3分の1（昭和35（1960）年で32・7%）を占めていた。しかし、その後、第2次・第3次産業への移行（特に第3次へのシフトが顕著）が急激に進み、第1次産業の割合は、昭和60（1985）年に9・3%、平成17（2005）年には5・1%まで低下した。

わが国の国民皆保険は、被用者保険に属さない者はすべて国保が受け皿となることにより成り立っている。このため、こうした人口構造や産業構造の変化の影響は国保を直撃する。表1は、国民皆保険達成直後の昭和40（1965）年度、後期高齢者医療制度創設前の平成17（2005）年度、その中間年である昭和60（1985）年度の国保加入者の属性を比較したものである。なお、データの連続性はないが、参考として令和2（2020）年度の数字も掲げている。この表の世帯主の職業をみると、昭和40（1965）年度では農林水産業と自営業を合計すると7割弱を占めていた。しかし、その割合は、昭和60（1985）年度には4割強、平成17（2005）年には2割弱まで低下している。今日では国保は農民や自営業者のための保険とはいえず、いわば「寄合所帯保険」というのが実状であるが、ここで強調したいことは、昭和40（1965）年度から昭和60（1985）年度の間の変化も決して小さくないことである。

国保側からすれば、老人医療費の増加を国保だけが受け止めることは容認できない。それまでは保険者間の財政の不均衡は国庫補助の投入により是正されてきた。けれども、高度経済成長が終焉し、

32 この当時の人口置換水準は2・11であり、昭和48（1973）年の合計特殊出生率は2・14と人口置換水準を上回ったが、昭和49（1974）年は2・05と下回り、昭和50（1975）年には1・91と2を切った。

昭和56（1981）年に設置された第2次臨時行政調査会が「増税なき財政再建」を掲げる中で、そのような方途は閉ざされた。となれば、国保側の主張は、医療保険制度を一元（本）化するべきだということになる。そして、それが直ちに実現できないのであれば、せめて老人医療費は保険者間で公平に負担すべきだという主張に結びつく。また、被用者保険に長年加入し一人前の厚生年金を受給できる者については、退職後の医療費も被用者保険で面倒みるべきだという主張も登場する。前者は老人保健制度、後者は退職者医療制度の考え方にほかならない。

2. 老人保健制度の創設

老人保健法は昭和57（1982）年に制定（施行は翌年）された。この法律は、①負担の公平、健康に対する自覚や適正な受診を促すという観点から老人にも一部負担を求めること、②老人医療費を国、地方公共団体、各医療保険者が共同で拠出することにより全国民で公平に負担すること、③疾病予防や健康づくりを含む総合的な老人保健医療対策を推進すること、の3つの柱で成り立っている。留意すべき点が3つある。

第1に、老人保健制度は被用者保険および国保と別建ての制度とするものではない。例えば、国保の被保険者であった者が70歳（平成14（2002）年健保法改正以降は75歳に段階的に移行）になっても、あくまで国保の被保険者であって、老人保健制度という別箇の制度に加入するわけではない。これは独立型である後期高齢者医療制度との相違を理解する上で非常に重要な点である。

第2に、老人保健制度における医療給付事業は、各保険者の共同事業としての性格を有している。この共同事業を実施するために各保険者が負担する分担金が老人保健拠出金である。拠出金の算定式は、細かい要素を捨象すれば別記（囲み）のとおりである。この算

定式中の「加入者按分率」とは、老人医療費のうち老人が加入している割合の格差による負担の不均衡をどの程度まで調整するかという指標であり、老人保健法制定時は老人医療費の完全調整が意図されていたわけではなかった。しかし、加入者按分率は段階的に引き上げられ、平成2（1990）年度には100%となった。その結果、B式をみると、仮に各保険者の老人1人当たり医療費が同一であるならば、各保険者において実際に加入している老人の割合にかかわらず、当該保険者の加入者数に応じて拠出することになった。簡単にいえば、

公費負担分を除く老人医療費を各保険者の加入者の頭数で割り振る（国民全員で負担する）ということである。

第3に、老人保健制度における医療給付事業は市町村が行うが、市町村は保険者ではない。市町村は毎年度国が各保険者に賦課・徴収した拠出金および公費を基に老人医療給付事業を行うが、財源に不足を来たせば精算という形で翌々年度に各保険者に請求する。したがって、市町村は財政責任を負わず老人医療費を効率化するインセンティブを有していない。各保険者とりわけ被用者保険側からすれば、老人保健制度は「金庫番が不在の制度」だという批判が生じ

老人保健拠出金の算定式

- (A式) 当該保険者の老人医療費総額 × (全保険者の平均老人加入率 ÷ 当該保険者の老人加入率) × 加入者按分率 × (1 - 公費負担割合)
- (B式) 当該保険者の老人1人当たり医療費 × 当該保険者の加入者数 × 全保険者の平均老人加入率 × 加入者按分率 × (1 - 公費負担割合)

※ (A式) の「当該保険者の老人医療費総額」を「当該保険者の老人1人当たり医療費 × 当該保険者の老人加入者数」に、「当該保険者の老人加入率」を「当該保険者の老人加入者数 ÷ 当該保険者の加入者数」に置き換えると、(B式) となる。

ることになるゆえんである。

3. 退職者医療制度の創設

昭和59（1984）年に健保法等の大改正が行われた。これは医療費の増加の抑制を正面から掲げ、被用者保険本人の定率1割負担の導入を行った改正として著名である。この改正はそれ以外にも、①退職者医療制度の創設、②国保の国庫負担の合理化（実質引き下げ）、③特定療養費制度の導入、④日雇労働者健康保険の健保法への取り入れ、といった重要な内容を含んでいるが、本稿では①に絞って述べる。

被用者保険の加入者は、定年等により退職すると国保に加入する。しかし、被保険者からみれば給付率が9割（昭和59（1984）年の健保法改正後。改正前は10割）から7割に低下することになり、また、国保側からは、被用者保険に長年属していたサラリーマンを定年退職等とともに抱え込む不合理が指摘されていた。したがって、一定期間（例…20年以上被用者年金加入期間を有する）、被用者保険の対象であった退職被保険者は、住所地の国保の保険料賦課基準に従って保険料を納付するが、それで賄えない医療給付費は各被用者保険の保険者が納める拠出金で賄われることとされた。退職者医療適用対象者も国保の被保険者であるという構成が採られているが、これは、被用者保険側は退職した者の所在を追跡できないので、退職被保険者を的確に管理し保険料を徴収し給付を行うためには、市町村国保の仕組みを便宜的に使わざるを得なかったからである。比喩的にいえば、退職者医療制度は「国保の庇」を借りているが、その本質は、退職被保険者の医療費を被用者保険者が共同で負担する仕組みである。

第2節 医療提供体制の改革と介護保険制度の創設

1. 医療提供体制の改革

国民皆保険達成後、医療をめぐる環境は大きく変化したが、医療提供体制の見直しの検討が本格的に始まるのは1980年代に入ってからである。例えば、昭和59（1984）年の健保法改正の審議中に公表された「今後の医療政策の基本的方向（厚生省試案）―21世紀をめざして」では、①地域医療計画の策定と病床の無秩序な増加の抑制、②医療機能のネットワーク化（特にプライマリ・ケアを重視）、③医師・歯科医師の養成の見直し、④在宅対策の推進および医療と福祉の施策体系の見直し等がうたわれている。また、厚生省の「国民医療総合対策本部」は、昭和62（1987）年6月に公表した中間報告において、質の良い医療サービスを効率的に供給していくためのシステムづくりを今後の医療改革の基本に据えるという考え方を打ち出した。具体的には、この中間報告では、①老人医療の今後のあり方（老人にふさわしい施設ケアの確立と在宅ケアの充実、老人医療のガイドラインづくり等）、②長期入院の是正（入院判定委員会等の設置等）、③大病院等における医療と研修の見直し（卒後研修、医師国家試験の改善）、④患者サービス等の向上（患者に対する情報提供機会の拡大）等に関する改善方策が提言されている。そして、1980年代以降の医療提供体制の改革は、以上のような考え方に沿って展開されることとなるが、注目されることは、その政策手法として、診療報酬による経済的誘導のほか、医療法等の改正による計画的な手法も重要視されるようになったことである。

医療法は、昭和23（1948）年に制定されて以降、昭和25（1950）年の医療法人制度の創設、昭和37（1962）年の議員立法による公的医療機関の病床規制の導入を別にすれば、大きな改正

は行われなかった。しかし、昭和60（1985）年に、地域医療計画の策定および民間病院をも含めた病床規制の導入等を内容とする医療法改正が行われた。そして、これを皮切りに医療法や医師法等の改正が頻繁に行われるようになった。例えば、平成18（2006）年には、医療制度改革の一環として医療法等が改正され、①4疾病・5事業（今日では5疾病・6事業）の医療連携体制の構築をはじめとする地域医療計画制度の見直し、②都道府県医療対策協議会の制度化など地域や診療科による医師不足問題への対応、③医療機関の機能に関する情報公表制度の創設、④持分の定めのある医療法人の新設禁止など医療法人の非営利性の強化などが行われた。また、平成26（2014）年に成立した医療介護総合確保推進法（略称）により医療法が改正され、①病床機能報告制度の創設、②地域医療構想の策定、③地域医療介護総合確保基金の創設などの規定が設けられるとともに、翌年、地域医療連携推進法人の創設等を内容とする医療法改正が行われた。さらに、平成30（2018）年には、①医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設、②都道府県における医師確保計画の策定、③医師養成過程（医学部、臨床研修および専門研修）における医師確保対策の充実、④地域の外来機能の偏在・不足対策への対応等を内容とする医師法および医療法等の改正が行われた。

2. 介護保険制度の創設

1980年代に入ると、高齢化の進展に伴い寝たきりや認知症の高齢者が増加する一方、核家族化の進行や介護者の高齢化等により家族介護の基盤が脆弱化し、介護問題に対する国民の関心や不安が高まった。また、高齢者介護サービスは、老人福祉法の措置制度（行政がサービスを一方的に給付する仕組み）と老人保健法等に基づく医療保険制度の縦割りの仕組みにより提供されていた。このた

め、同じような状態でありながら入院と施設入所とでは費用負担が異なり不公平である、といった批判が生じており、制度的にこうした問題を解決することが迫られた。

介護保険制度の前史としては、平成元（1989）年に特別養護老人ホームやホームヘルパーの大幅な拡充等を内容とする「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）が策定されたことなどが挙げられるが、制度設計の本格的な検討が始まったのは平成6（1994）年に厚生省に高齢者介護対策本部が設置されてからである。そして、それから2年半後の平成8（1996）年11月に介護保険法案が国会に提出され、同法案は平成9（1997）年12月に可決成立し、平成12（2000）年度から施行された。介護保険制度の創設は、介護サービスの提供が従来措置制度中心の方式から社会保険方式に変わり、低所得者を主たる対象とする施策から普遍的な施策に質的に変化したという大きな意義がある。実際、特に在宅サービスは施策のメニューが広がるとともに利用者数が急増した。

第3節 バブル経済の崩壊と医療保険制度改革

1. 平成9（1997）年および平成14（2002）年の健保法改正

老人保健法の制定および健保法の大改正により医療保険財政は一息ついた。そして、バブル経済の余韻があった平成4（1992）年には、政管健保の積立金が巨額となったため、保険料率および国庫補助率の引き下げ等を内容とする健保法等の改正が行われた。また、平成6（1994）年には、食事療養費の導入（入院時食事代を「療養の給付」から切り離し、一定額以上は患者本人負担とする改正）、積年の課題であった付添看護の廃止（法律的には付添看護療養費の廃止）等を内容とする健保法等の改正が行われた。しかし、この頃から保険財政はバブル経済崩壊の影響により急速に悪化

した。このため、これ以降の健保法等の改正は財政対策が正面から打ち出されることになる。平成9（1997）年の健保法等の改正はその典型である。この改正では、被用者保険本人の一部負担の引き上げ（1割から2割へ引き上げ）、薬剤一部負担金（通常の定率負担とは別に外来の薬剤について種類数や日数に応じて患者が支払う定額負担金）の導入、政管健保の保険料率の引き上げが行われた。

そして、平成12（2000）年改正を経て平成14（2002）年に健保法等の改正が行われた。その背景には、政管健保の事業運営安定資金（積立金）が枯渇寸前であったという事情がある。その意味では、久しぶりの政管健保の赤字に端を発する改正であった。ただし、平成14（2002）年の健保法等の改正を促した理由はこれだけではない。政治過程に着目すると、この改正は平成9（1997）年以降の健保法等改正の延長線上にある。

平成9（1997）年の健保法等改正の国会審議において、「国民に負担を求めると、医療保険制度の抜本改革を行うべきである」旨の指摘が再三にわたって行われた。その結果、診療報酬体系、薬価制度、高齢者医療制度、医療提供体制の4つの課題を中心に抜本的な改革を行うこととされた。平成9（1997）年8月に与党（自由民主党、社会民主党、新党さきがけ）がまとめた「21世紀の国民医療―良質な医療と皆保険制度確保の指針」には、原則70歳以上の人を対象とする独立型の高齢者医療保険制度の創設等が既に盛り込まれている。そして、平成12（2000）年度には、抜本改革の第一歩として、診療報酬の改定において薬価差の縮小や診療報酬の包括化の拡大等が行われた。また、患者の病態にふさわしい医療提供を行うための病床区分の見直し等を内容とする医療法の改正も行われた。しかし、最大の懸案事項である高齢者医療制度の見直しについては、関係者の間に様々な意見があり、考え方を1つに

集約するに至らなかった。さらに、平成12（2000）年の健保法等改正法の附則には、「医療保険制度等については（中略）抜本的な改革を行うための検討を行い、その結果に基づいて所要の措置が講ぜられるものとする」という検討規定が盛り込まれた。平成14（2002）年の健保法等改正では、いわば「積み残された課題」について対応することが迫られたのである。

平成14（2002）年の健保法等の改正は、被用者保険本人の3割負担の導入に議論が集中したが、改正内容は広範多岐にわたっている。重要な点は次の4つである。

第1は、各制度・世代を通じた給付と負担の見直しである。具体的には、被用者保険本人の給付率を7割（逆にいえば3割負担）とすることにより、それまで被用者保険と国保、被用者保険本人と家族・外来との間で異なっていた給付率は統一された。なお、少子化対策の観点から3歳未満の乳幼児の給付率については8割とされた。

第2は、政管健保の保険料率の引き上げである。これは、3割負担の導入だけでは政管健保の財政破綻を回避できなかったからである。

第3は、高齢者の患者負担の見直しである。平成12（2000）年の改正で定率1割負担が導入されたが、1割負担にはキャップ（窓口負担の月額上限）が付されていた。平成14（2002）年の改正では、これを取り払い完全定率1割負担の徹底が図られた。なお、この1割負担については現役世代と同等以上の収入がある高齢者（70歳以上）の場合には2割負担とされた。

第4は、老人保健拠出金の負担の軽減である。老人保健拠出金が各保険者の保険料収入全体に占める割合はこの当時約3割にも達し、各保険者にとって重荷となっていた。このため、拠出金負担の軽減を図り、後期高齢者に施策を重点化する観点から、老人保健法の

医療給付の対象年齢を現行の70歳から75歳に、その公費負担割合を3割から5割に、5年間かけて段階的に引き上げることとされた³³。いわば「拠出金の対象となる面積」を小さくする改正であり、実際、この後の数年間は健保組合の財政状況は好転した。

平成14（2002）年の健保法等の改正は負担増を求める改革であり国会審議は難航したが、法案提出の与党審査の段階でも、3割負担導入を求める前に抜本改革を行うべきだという意見が強く出され、大きな政治問題となった。結局、当時の小泉総理が平成15（2003）年4月から3割負担を導入するよう強く指示し、法案の国会提出に至った。その際、医療制度改革（具体的には①医療保険制度体系のあり方、②新しい高齢者医療制度の創設、③診療報酬体系のあり方）に関する基本方針を平成14（2002）年度中（つまり3割負担の施行前）に策定すること等を内容とする政府・与党合意が交され、改正法附則でも明記された。そして、それから約1年をかけ基本方針の検討が重ねられ、平成15（2003）年3月28日に「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」として閣議決定された。平成18（2006）年の医療制度改革のうち医療保険の部分、この基本方針が下敷きとなっている。

2. 平成18（2006）年の医療制度改革

平成18（2006）年の医療制度改革はそれまでとは異なる特徴がある。従来、医療制度改革というと、患者一部負担や保険料率の引き上げや保険給付の見直しといった医療保険制度の改正と同義のように捉えられてきた向きがある。しかし、平成18（2006）年の医療制度改革では、医療機関の機能分化を通じた平均在院日数の短縮や生活習慣病対策の推進など、医療提供体制の改革や医療費適正化対策が前面に打ち出されている。これは、経済財政諮問会議から、医療保険給付費の伸びを経済成長の範囲内に抑えるという医療

費総額抑制の提案が行われたからである。その是非をめぐる、厚生労働省と経済財政諮問会議との間で侃々諤々の議論が展開された。その結果、総額抑制そのものの導入は見送られたが、平成17（2005）年6月、「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し（中略）達成のための必要な措置を講ずることとする。上記目標については（中略）平成17年中に結論を得る。その上で、平成18年度医療制度改革を断行する」旨の閣議決定（「骨太の方針2005」）が行われた。

平成18（2006）年の医療制度改革は広範多岐にわたっているが、医療提供体制の改革に関しては既述したので、医療保険制度の改正事項について述べると次のとおりである。

第1は、医療費適正化の総合的な推進である。これは、生活習慣病対策および長期入院の是正を通じ医療費の伸びを抑制しようとするものである。その具体的な短期的対策としては、後述する保険給付の内容・範囲の見直し、中長期的対策としては、①平均在院日数の短縮化等をはじめとする医療費適正化計画の策定、②保険者による特定健康診査・特定保健指導の導入等が挙げられる。

第2は、新たな高齢者医療制度の創設（平成20（2008）年4月施行）である。これは、後期高齢者（75歳以上）を対象とした後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者（65歳から74歳）の医療費等の不均衡を調整する仕組みの創設の2つから成っている。老人保健制度が被用者保険と国保の共同事業であった（したがって75歳に到達しても被保険者資格は変わらない）のに対し、後期高齢者医療制度は75歳以上の者を被保険者として括り、1つの保険集団として独立させていることが重要な点である。なお、後期高齢者医療制度の被保険者を誰にするかは最後まで調整が難航した点であるが、結局、都道府県ごとに全市町村が加入する広域連合を設け保険料の決定等の運営責任を負うこととされた。

第3は、保険給付の内容・範囲の見直しである。具体的には、①現役並みの所得がある高齢者の患者窓口負担を3割に引き上げること、②70歳から74歳の高齢者の患者窓口負担は原則として1割負担となっているのを2割負担とすること、③療養病床の高齢者の食費・居住費に関し見直しを行うことが主なものである。なお、③の改正は、平成17（2005）年の介護保険法の改正により、特別養護老人ホームなど介護保険適用の3施設の入所者については、食料費、調理コスト相当および光熱水費相当が介護保険の給付対象から除外されたこととのバランスをとったものである。

第4は、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合であり、平成20（2008）年10月から政管健保の運営は国（社会保険庁）ではなく公法人（全国健康保険協会。以下「協会けんぽ」という）が行うこととされた。なお、協会けんぽの財政単位は都道府県とし、保険料率は各都道府県の医療費の高低が反映されることとされた。

第4節 社会保障・税一体改革および全世代型社会保障改革

1. 民主党政権下の医療政策

1990年代後半以降の医療制度改革とりわけ小泉政権下での平成14（2002）年改正および平成18（2006）年改正は、厳しい国家財政や医療保険財政を背景に医療費抑制に軸足が置かれた改革であった。その象徴は、診療報酬本体の改定率が、平成14（2002）年度（▲1・3%）および平成18（2006）年度（▲1・36%）の2度にわたりマイナス改定とされたことである。しかし、圧力が強ければ反作用も大きくなる。医療関係者からは低医療費政策に対する反発が強まり、福田、麻生政権の下で軌道修正が試みられたが、十分な成果を上げられないまま平成21（2009）年8月末の総選挙で民主党が圧勝し、9月に民主党・社会民主党・国民新党の連立政権が誕生した。民主党は総選挙において、①後期高齢者

医療制度の廃止、②診療報酬の大幅引き上げ、③医師数の1・5倍増をマニフェストに掲げた。結局、①は頓挫、②および③は小幅にとどまった。

なお、平成22（2010）年の予算編成過程で、協会けんぽの財政赤字を背景とする制度改革が浮上した。具体的には、平成22（2010）年度から平成24（2012）年度までの間の特例措置として、①後期高齢者支援金に関し、被用者保険に係る支援金総額の3分の1を総報酬割とすること、②平成22（2010）年7月以降暫定的に協会けんぽの国庫補助率を13%から16・4%に引き上げること等を内容とする高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という）の改正および健保法の改正が行われた。ちなみに、①については、平成27（2015）年の高確法改正により段階的に引き上げられ、平成29（2017）年度から全面的に総報酬割となった。また、②については、平成27（2015）年の健保法改正により、期限を設けずに「当分の間16・4%」と定められ国庫補助率の安定化が図られた。

2. 社会保障・税一体改革

2010年代には医療制度をはじめ社会保障制度改革が相次いで行われた。その道筋をつけたのは社会保障・税の一体改革であるが、その萌芽は平成21（2009）年初秋の政権交代前からみられる。すなわち、平成20（2008）年1月に福田政権の下で社会保障の将来像を検討するため「社会保障国民会議」が設けられ、同会議の提言を受け、同年12月に、「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」が閣議決定された。そして、

33 なお、現役並みの所得を有する後期高齢者の給付費については、公費の負担の対象としないこととされた。

その内容は、平成21（2009）年度税制改正法附則104条（以下「附則104条」という）の「年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、（中略）遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の本改革を行うために、平成23（2011）年度までに必要な法制上の措置を講ずる」旨の規定に結びついた。

その後、平成21（2009）年9月に民主党が政権の座についてが、平成22（2010）年夏の参議院選では大敗を喫し「ねじれ国会」の状態を招いた。こうした中で、社会保障制度改革を進めるためには党派を超えた合意が求められることとなり、平成24（2012）年2月、野田内閣の下で附則104条の規定を踏まえ「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、社会保障・税一体改革関連法案が国会に提出された。そして同年6月に、民主、自民、公明の3党間で法案の修正協議が開始され、3党合意を経て同年8月に社会保障制度改革推進法を含む関連8法案が成立した。この推進法に基づき11月に設置された「社会保障制度改革国民会議」は、精力的に議論を重ね、その成果は平成25（2013）年8月6日に報告書として公表された。

この報告書はその後の社会保障制度改革に大きな影響を及ぼしたが、その1つは平成27（2015）年の国保法等の改正により平成30（2018）年度から施行された国保制度改革である。この改革の眼目は都道府県を国保の財政運営の責任主体とすることであり、その背景には、医療提供体制の改革に関し都道府県に本腰を入れさせるという政策意図がある。ただし、都道府県は被保険者と直接向き合うわけではない。市町村も引き続き保険者として被保険者の資格管理や保険料の賦課徴収を行う。その意味では、国保の都道府県営化ではなく都道府県と市町村の共同保険者化という表現が正しい。

この国保制度改革は成案を得るまでさまざまな議論があった。その過程では、都道府県のみを保険者とする案、保険給付も都道府県が直接行うといった案も検討された。結局、財政運営の責任主体は都道府県としつつ、国保の被保険者との関係の事務は市町村で完結することとなったが、これは妥当な「着地点」であったと思われる。市町村関係者の中には、今般の国保制度改革によって市町村は国保の責任を免れると思っていた人が少なくない。しかし、国保の保険関係の成立要件は住所であり、その管理を行っているのは市町村である以上、市町村は国保から逃れることはできない。また、超高齢社会では医療と介護の連携が重要になるが、介護保険の保険者は市町村であり、その意味でも市町村に軸足を残しておくことは適切であったと評価できる。

3. 全世代型社会保障改革

「社会保障・税一体改革大綱」では、5%の消費税率を平成26（2014）年4月から8%に、平成27（2015）年10月から10%に引き上げることとされていたが、安倍政権の下で、8%から10%への引き上げは2度にわたって延期された。しかし、令和元（2019）年10月、消費税率は10%（ただし食料品等の軽減税率あり）に引き上げられ、社会保障・税の一体改革は一区切りついた。

けれども、社会保障制度改革はこれで終わったわけではない。高齢者人口は2040年頃にピークアウトする一方、今後、生産年齢人口の減少は加速する。そうしたなかで、2040年頃を見据え、現役世代の負担の上昇を抑制しつつ、世代間・世代内の給付と負担のバランスを確保し、すべての世代が能力に応じて社会保障制度を公平に支える仕組みを構築することが求められる。このため、2020年代に入っても医療制度改革が相次いで行われている。例えば、後期高齢者の一部負担割合は原則1割負担（現役並み所得者は

3割)であるが、令和3(2021)年に高確法の改正が行われ、翌年10月から、一定の所得がある者については2割負担が導入された。さらに、令和5(2023)年には全世代型社会保障法(通称)が成立し、医療保険各法だけでなく介護保険法や医療法等の改正も行われた。その主な内容としては、①出産育児一時金の大幅な増額と、その費用の一部について現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みの導入、②後期高齢者負担率の設定方法の見直し(後期高齢者1人当たり保険料の伸び率と現役世代1人当たりの後期高齢者支援金の伸び率を同じとする)、③前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みに関し、被用者保険者において報酬調整の部分的(範囲は3分の1)導入、④医療・介護の連携機能、かかりつけ医機能の制度整備をはじめとする医療・介護提供体制の基盤の強化が挙げられる。

第5章 軌跡—論点と考察—

第1節 考察の視点

第2章から第4章では、健保法の制定から100年の軌跡を3つの時期に分け述べた。本章では、政策選択の分岐点という観点から、各時期の重要な論点に焦点をあて考察を行う。

戦前の「基盤形成期」の要点は、工場労働者を対象に大正11(1922)年に健保法が制定され、その後、被保険者の対象拡大が図られるとともに、昭和13(1938)年に旧国保法が成立したことである。その意義は労働保険が社会保険に発展したことにとどまらない。被用者保険と国保の二本立ての体系が形成されたという重要な意義を有する。これは改めて考えてみると不思議な制度設計である。保険集団の組成が、被用者保険は職域、国保は地域という異質の基準で括られているからである。また、清水玄が「農村に施行は

難しい」と返答したように、本来、農民や自営業者等は保険になじみにくい。では、なぜ、わが国では戦前に国保が成立できたのだろうか。第2節では、この1点について論考する。

次に、終戦後から昭和48(1973)年までの「確立・拡充期」のハイライトは、何といっても国民皆保険の実現である。第3節では、2つの論点について考察を行う。1つは、国民皆保険の制度設計に当たり、なぜ被用者保険と国保の二本立てによる国民皆保険としたのである。違う言い方をすれば、国民皆保険が国民的統合の象徴としての意味合いがあるならば、単一の制度とするという政策選択はなかったのかということである。もう1つの論点は、新国保法は旧国保法の延長線上にあるのか、それとも両者には断層があるのかということである。これは国民皆保険の本質や難しさを考える上で重要である。

昭和48(1973)年は健保法制定100年のほぼ中間年に当たる。この年は「福祉元年」と称されたが、その秋に第一次オイルショックが起こり、高度経済成長が終焉した。その後の半世紀は、人口構造の変容や経済の低成長基調を背景に医療保険制度の見直しや改革の歴史であるが、特徴的な点は、高齢者医療をめぐる制度設計のあり方を中心に議論が展開されてきたことである。それはなぜなのか。「見直し・改革期」の総括として、第4節では、その理由と評価の1点に絞り考察を行う。

第2節 国保の成立が可能であった要因

戦前のわが国で国保が実現できた要因は大別して3つある。

第1は、「ムラ」という強固な共同体の存在である。社会保険は連帯意識がないと成り立たないが、村落では灌漑稲作農業を通じ強固な相互扶助意識がみられた。実際、昭和に入っても、頼母子講や無尺講(掛金を出し合い金融を行う互助的仕組み)が伝承されてい

た農村地域は数多くあった。また、内務省の全国調査の結果、福岡県宗像郡などには、農民が米を抛出し医師を雇い上げる「定礼」と呼ばれる仕組みが江戸時代から存在していたことも判明した³⁴。これは住民が米（組合費）を抛出し医師を雇い上げる制度であるが、組合費は応能割・応益割の組み合わせにより徴収されるとともに受診時の一部負担も存在するなど、国保の仕組みと不思議なほど共通点が多い。要するに、国保はわが国の農村の社会実態に適合していたのである。

第2は、国保の実務の基盤となる制度の存在である。地域保険では「住所」（生活の本拠）を基にして被保険者管理を行うよりほかないが、わが国では、戸籍制度を基に住所を管理することが可能であった。また、この当時、既に市町村税の戸数割（一種の住民税）の仕組みが設けられており、それを活用することにより応能負担の保険料を賦課・徴収することもできた。さらに、診療報酬やその審査支払等に関しては健康保険制度における仕組みを援用できた。なお、社会保険を実施するためには基礎となる保険統計が必要になるが、内務省や厚生省に配属された数理技官がこうした統計の整備や分析に当たっていた。長瀬式（自己負担率によって医療需要が変化する相関式）を創案した長瀬恒蔵はその1人である³⁵。

第3は、産業組合（農業協同組合の前身）による農村医療活動が展開されていたことである。実際、産業組合は医療普及活動の一環として医療利用組合を設け、医療過疎地の東北地方等を中心に発展を遂げていた。ちなみに、医療利用組合の診療費は開業医に比べ低廉であり、産業組合と医師会は不倶戴天の敵であった。旧国保法は要綱案の公表から昭和13（1938）年の成立まで約4年の歳月を要したが、その大きな理由の1つは、医療利用組合に国保の代行を認めるか否かをめぐり両者の間で大論争が巻き起こったからである³⁶。逆に言えば、医療利用組合はそのくらい無視できない勢力となつて

いた。

第3節 国民皆保険の制度設計と相克

1. 被用者保険と国保の二本立てによる国民皆保険

民間の医療保険では、保険料＝保険金額×事故発生確率、という等式が成り立つ。この式は「給付・反対給付均等の原則」を表している。右辺の保険金額の確率的な期待値（保険者からみて「給付」と、保険者がリスクを負担することの対価として加入者が支払う保険料（保険者からみて「反対給付」）が数理的に等価（均等）だからである。しかし、社会保険ではリスクに見合って保険料が設定されるわけではなく、「給付・反対給付均等原則」が成り立たない。これは、病気がちの人であっても救済し家計の破綻を防ぐという社会政策上の目的を達成するためであるが、この結果、社会保険では健康な人から病気がちの人へ所得移転が行われていることになる。また、保険料の賦課に当たって応能負担を導入すれば、高所得者から低所得者にも所得移転が行われる。このため、健康な者や高所得者の不満を顕在化させないようにするためには、保険者は共同体意識を持てる集団を単位に組成することが合理的である。日本の医療制度の最大の特徴は被用者保険と国保の二本立てにより国民皆保険を達成していることにあるが、被用者保険は「カイシャ」という共同体、国保は「ムラ」という共同体を基盤に成立した。

それでは、国民皆保険の実現の段階ではどうか。国民皆保険という旗印を掲げるのであれば、保険者を統一した方が公平の理念に叶うだけでなく、保険制度の統合性が高まるという議論が生じても不思議ではない。しかし、国（厚生省）は国民皆保険の制度設計に当たって二本立ての枠組みを基本とした。その理由としては、①短期間で国民皆保険という難題を実現するためには、既存の枠組みを大きく崩さない方が適当であること、②当時の日本は第一次産業のウ

エイトが高く、昭和33（1958）年度末の被用者保険の適用人口（約3,800万人）と国保の適用人口（約3,700万人）はほぼ拮抗しており、被用者保険、国保のいずれかの枠組みに吸収することは現実的でなかったこと、③被用者とそれ以外（自営業者や農民等）では、稼得形態が異なる上に所得捕捉率が異なるため、被用者保険と国保を一本化すると、かえって実質的な負担の不公平を招くことが挙げられる。

ただし、被用者保険と国保の二本立ての体系で国民皆保険を実現するには、その狭間の人々をいずれの保険でカバーするかという問題が生じる。零細事業所の従業員の取り扱いはその典型である。これに関し国（厚生省）は割り切った方針を採った。すなわち、零細事業所の従業員は雇われている以上、本来は被用者保険の被保険者であるが、零細事業所の改廃の把握が困難であること等を理由に国保でカバーすることとした。実務（オペレーション）が回らなければ制度は機能しない。また、国民皆保険実現の期限が設定されているなかで、これは現実的な判断であったと思われる。しかし、それは将来の政策課題を内包する選択でもあった。

2. 新旧の国保法の相違と国民皆保険の相克

戦前から昭和36（1961）年の国民皆保険の達成までの歴史を振り返ると、敗戦による壊滅的危機を挟みながらも、1つひとつの制度改正や取り組みが積み重ねられ国民皆保険に結実したように見える。実際、新国保法が制定される1年前の昭和32（1957）年時点において、全国の約3分の2の市町村が曲がりなりにも国保事業を実施していた³⁷。また、昭和30（1955）年に岩手県が全県実施（県内の全市町村が国保事業を実施すること）を実現したのを皮切りに、昭和33（1958）年度末には47都道府県中7県が全県実施を達成していた。仮にこのような積み重ねの基盤がなければ、

昭和36（1961）年に国民皆保険が実現できたとは考えにくい。しかし、筆者は、新国保法の制定によって国保制度はやはり質的に変わったと評価すべきだと考える。

旧国保法（制定時）の要点を再度確認すれば、任意設立組合主義が採られ、その参加は世帯単位で任意であり、組合には広範な自治権能が認められていた。このことは、組合と組合員の間に一種の意思の結合関係が存在していたことを意味する。つまり、旧国保法は新国保法に比べて保険の原型に近いのである。ところが、その後、社会保険の「社会」部分が強化され、任意組合設立・任意加入方式は、昭和23（1948）年改正によって市町村公営（ただし任意設立）方式に移り代わる。そして、国民皆保険の実現という理念の下で新国保法が制定され、国保は強制実施・強制加入方式に移行する。これに伴い、発意や意思の結合という要素は不要となる。被保険者資格は、住民1人ひとりの保険加入の意思とは無関係に、外形的な「住所」という要件によって自動的に発生させることが必要となるからである。

これは次のように言い換えることもできる。本来、個人の意思や保険料負担能力にかかわらずなく強制的に保険に加入させることと保険原理を貫徹することとは、基本的には融合しない。実際、国民皆保険を実現する際にもその相克らしきものがうかがえる。その典型

34 定礼制度について詳しくは、井上隆三郎（1979）『健保の源流―筑前宗像の定礼』西日本新聞社を参照。

35 長瀬式については、長瀬恒蔵（1935）『傷病統計論』健康保険医報社148―150頁を参照。

36 医療利用組合の実態について詳しくは、青木郁夫（2017）『医療利用組合運動と保健国策』高学出版を参照。なお、代行問題は、旧国保法において代行規定を設けた上で、原則として一町村の区域を単位とする等の条件を満たすものに限るなど例外的に認めることで決着した。

37 全国国民健康保険団体中央会（1958）『国民健康保険二十年史』492頁。

例は、「国民健康保険の健全な運営を阻害してまで、この思想（引用者注・国民皆保険のことを指す）を貫くことも、また問題である」という理由から、「貧困のため市町村民税を免除されている者及びその世帯に属する者」は適用除外する旨の条例準則の規定が設けられたことである³⁸。つまり、市町村民税が免除される者は保険料の納付が困難であるから適用除外するという考え方である。保険原理に忠実であろうとすれば、それが帰結である。しかし、それでは国民皆保険を達成することはできない。このため、当然のことながらこの条例準則の規定は後に廃止されたが、その改正通知（昭和36（1961）年3月23日保発13号）が発出されたのは、国民皆保険実現のわずか1週間前のことであった。他方、保険原理よりも皆保険の理念に「引っ張られている」と思われる取り扱いも存在した。例えば、現行の国保制度では生活保護の被保護者となった時点で国保の対象から外れるが、新国保法施行時は生活保護法の被保護者も生活保護に移行して3か月間は国保の対象とされていた。これは昭和38（1963）年の国保法改正によって現行のような取り扱いに改められるが、それまでは生活保護受給者でありながら国保の医療給付を受ける者が存在していた。

要するに、国民皆保険の実現前後の数年間、低所得者の取り扱いをめぐる国（厚生省）の方針は首尾一貫せず揺れ動いたのである。これは、その当時、行政官の間でも、皆保険の理念と保険原理との関係がうまく咀嚼（そくく）されていなかったことの証左として興味深い。

第4節 高齢者医療制度の制度設計をめぐる政策選択

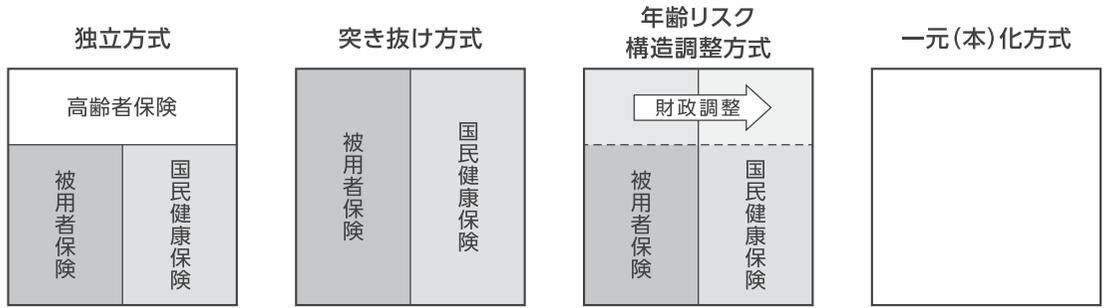
わが国は、被用者保険に属さない者はすべて国保が受け止めるという制度設計により国民皆保険を実現した。この制度設計の下では、国保の加入率は若年世代では低く、サラリーマンが退職を迎え

る高齢世代では高くなる。そして、第一次産業の減少と人口の高齢化が進展すれば、この傾向は一層強まる。国保の側からみれば、高齢者の偏在は日本の医療保険制度の設計に起因するものである以上、制度設計そのものを見直すべきだという主張になる。老人保健制度の創設はこれに対する「回答」であったが、国保関係者の間ではこれだけでは不十分だという不満が募った。一方、被用者保険側からも老人保健拠出金等の負担が増大することに対する批判が高まった。とりわけ健保組合の反発は強く、平成11（1999）年には「拠出金不払い運動」（延納）にまで発展した。こうした事情に加え、医療保険財政の悪化に伴い健保法等の改正が相次いで行われる中で、老人保健制度に代わる高齢者医療制度のあり方をめぐる論議が活発化した。その際に議論の対象となったのは、平成9（1997）年に医療保険福祉審議会制度企画部会が高齢者医療制度の改革案を整理した4つの方式であった。

4方式とは、①独立（保険）方式、②突き抜け方式、③年齢リスク構造調整方式、④一元（本）化方式であり、**図3**はその概念図である。医療保険制度体系の型は、「縦の線」（被用者と国保の二本立てとする）を入れるか否か、「横の線」（年齢で切る）を入れるか否かの組み合わせしかない。すなわち、75歳であれ65歳であれ「横の線」を明確に入れるのが独立方式である。突き抜け方式は「縦の線」だけ入れ「横の線」を入れない方式である。年齢リスク構造調整方式は、「縦の線」は入れ、「横の線」は明確には入れない（いわば実線ではなく破線を入れる）方式である。そして、「横の線」も「縦の線」も入れないのが一元（本）化方式である。

この4つの方式はいずれも一長一短がある。また、いずれの方式を選択するにせよ、基本的に「ゼロサム・ゲーム」であり、すべてのプレイヤー（利害関係者）が満足する方式はあり得ない。例えば、一元（本）化方式は、国保側は支持しても被用者保険側は絶対

図3 高齢者医療に関する制度設計（概念図）



【説明】

高齢者を対象として被用者保険および国民健康保険から独立させ保険制度を設ける方式。後期高齢者医療制度はこれに該当する。

【説明】

被用者〇Bは被用者保険の現役が、国民健康保険〇Bは国民健康保険の現役が支えるという方式。二本建て体系を高齢者部分まで「突き抜け」させ純化させた方式である。

【説明】

加入者の年齢構成の差は保険者の責任ではないから、年齢構成の相違に起因する医療費は、保険者間で財政調整する方式。前期高齢者医療制度で採られた方式であり、老人保健制度もこの方式に属する。

【説明】

保険集団を区分すれば年齢・所得の相違による「不公平」が発生するため、年齢や稼得形態で区分せず医療保険制度を一本化する（全国一本でなくとも都道府県単位で一本でもよい）という方式。

出典：島崎謙治『日本の医療—制度と政策』（東京大学出版会）297頁の図を一部改変。

に受け入れることはできない。しかし、抜本改革に対する期待（幻想）という意味では共通しており、それが声高に叫ばれる中で、同床異夢ではあるが、4方式の選択の決着をつけることが抜本改革の焦点となった。

この4方式のうち日経連は平成9（1997）年8月に突き抜け方式を提言し、健保連も同月19日に公表した「厚生省案に対する健保連の見解」の中で退職者健康保険（実質は突き抜け方式）という考え方があることを強調した³⁹。けれども、平成14（2002）年5月に日経連が経団連（独立方式を支持）に統合された影響もあって、健保連はこの頃から条件付きで独立方式を支持する方針に転じ、突き抜け方式を主張する団体は連合だけとなった⁴⁰。一方、独立方式は、日本医師会も支持し、自民党医療基本問題調査会長の丹羽雄哉議員らもこの方式を支持した。ちなみに、厚生労働省は必ずしも独立方式がよいと考えていたわけではない。独立方式には、生活・就労実態や世帯構成等は何も変わらないにもかかわらず、一定の年齢に到達するだけで被保険者資格が変更され、権利・義務関係が変わるといふ大きな難点があるからである。むしろ、老人保健制度はできのよい制度であり、それを改良するのが最善であると考えていたように思われる。実際、平成14（2002）年の健保法等改正の高齢者医療制度の部分（老人保健拠出金の負担軽減）は老人保

39 38 厚生省保険局国民健康保険課（1996）『詳解国民健康保険』209頁。
 なお、健保連の高齢者医療制度に対する考え方については、平成17（2005）年7月に公表された「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」も参照。

40 ちなみに、経団連が独立方式を支持し、突き抜け方式に反対したのは、平成12（2000）年度から導入された退職給付会計との関係上、退職者に係る医療費見込額を退職給付債務として母体企業の貸借対照表に計上すべきだとの議論が生じかねず、それを避けるためであったと筆者は考えている。特に、特定健保組合（退職後も引き続き現役被保険者と同様の保険給付を行う健保組合）では、その母体企業が米国で上場する際、そのような指摘を受けることがあった。

健制度の改良版である。しかし、これは抜本改革ではないと批判され、被用者の3割負担が施行される前までに「新しい高齢者医療制度の創設」を含む基本方針を策定することとされた。端的に言えば、高齢者医療制度の4方式の選択の決着に関し明確に期限が切られたということであり、平成15（2003）年3月28日に公表された基本方針では、後期高齢者について独立方式、前期高齢者については年齢リスク構造調整方式（年齢による医療費等の不均衡を調整する仕組み）を採る方向性が示された。そして、制度設計の肉付けや細部の検討が行われ、平成18（2006）年の医療制度改革関連法により新しい高齢者医療制度が平成20（2008）年度から実施された。

既述したように、独立型の後期高齢者医療制度では、75歳という年齢に到達しただけで権利義務が変更される。これは決して制度設計上の小さな傷とは言えない。それならば、なぜ「年齢で切る」という制度設計を行ったのか。その理由は、少子高齢化が急速に進むなかで、高齢者医療費の負担を世代間でどのように分担するかという問題に正面から向き合わざるを得ないからである。この制度は年齢差別であるという批判があるが、これは当たらない。今日、高齢者は有権者の3分の1以上を占めており、その政治的影響力を無視できるはずがない。むしろ、高齢世代と現役世代（さらに潜在的には将来世代）の負担の不均衡が拡大し深刻な世代間対立を招くリスクの方が大きい。

それを防ぐためには、まだ比較的冷静に議論できるうちに、①高齢者の窓口一部負担、②高齢者自らが納める保険料、③若年世代からの支援金、④公費、の負担関係を可視化し、この世代間の負担の配分ルールのあり方について真摯に議論し合意を得ることが大切である。その際、白紙に絵を描くことはできないが、現行の制度にとられ過ぎることは適当ではない。ちなみに、現行制度が充足した

際、激変緩和の名目で、各種の特例措置や経過措置（例…被用者保険の被扶養者であった者の保険料の9割軽減、予算措置による70歳から74歳の患者負担の1割据置き）が講じられたが、国はこれらの特例措置や経過措置を本則に戻すことに汲々としてきたきらいがある。また、平成21（2009）年に政権に就いた民主党が後期高齢者医療制度の廃止を掲げていたという経緯もあり、その後の自民党・公明党連立政権下では、「寝た子は起こさない」として、この制度の根幹に関わる議論を避けてきた面がある。しかし、第4節の3で述べたように、2020年代に入り、ようやく本格的な見直しに手が着けられた。ただし、医療保険制度の持続可能性を確保するためには、これで十分とは言えず、検討すべき課題は数多く残されている。

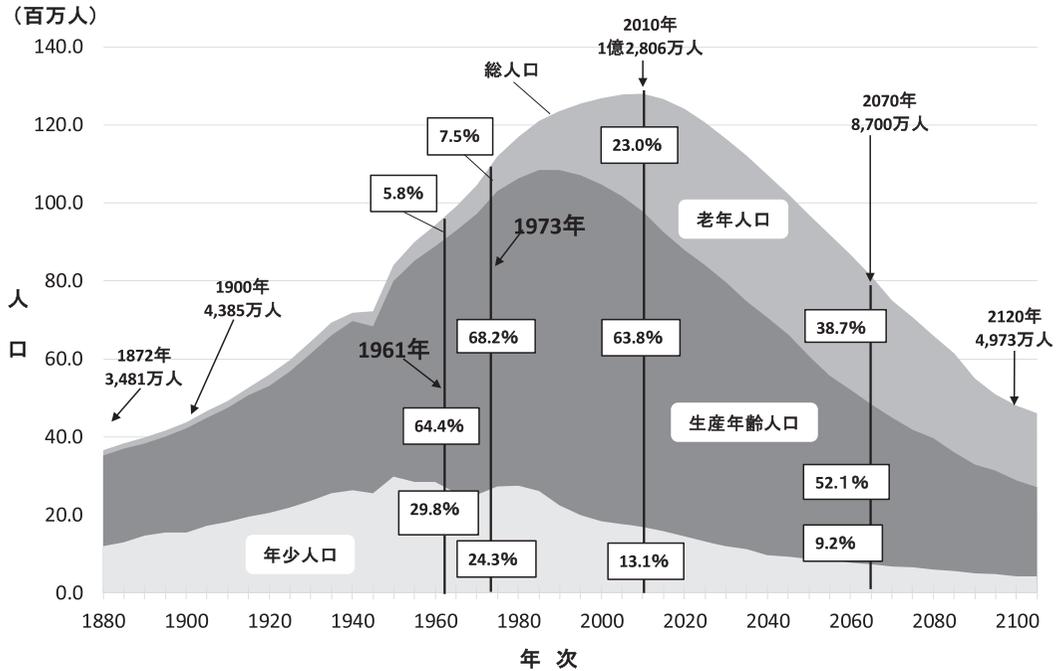
第6章 展望——社会経済の変容と制約条件——

第1節 社会経済と国民皆保険

政策は制約条件下での将来に向けた選択であるが、現在と未来の与件は同じではない。このため、将来を予測することが必要になる。その際、最も重要なのは人口動態の変化である。将来を完璧に見通すことは不可能であるが、人口については、20年程度先であれば、ほぼ確実に予測できる。また、人口は医療に直接的あるいは経済等のパイパスを通じ間接的に大きな影響を及ぼす。

わが国の国民皆保険は、1950年代半ばに政治課題に浮上し、昭和36（1961）年の実現を経て昭和48（1973）年頃まで拡充した。それが可能であった最大の要因は、昭和30（1955）年から第一次オイルショックが起きた昭和48（1973）年までの長期にわたる高度経済成長である。では、なぜわが国は高度経済成長を謳歌できたのか。固定相場制と自由貿易体制が維持されたという

図4 日本の人口の推移（年齢3区分） 1872—2120年



出典：「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計（2023年推計）」を基に筆者作成。

国際経済環境等も無視できないが、ファンダメンタルな理由としては、人口が増えていた上、人口構造が「若かった」ことが挙げられる。

図4は、長期の日本の人口の推移である。昭和30（1955）年から昭和48（1973）年にかけて人口は約2千万人も増加している。また、平成20（2008）年ないし平成22（2010）年頃を軸に総人口は左右対称をなすが、人口構成はまったく異なっている。例えば、現在の高齢化率（65歳以上人口の総人口に占める比率）は30%近いが、昭和36（1961）年は5・8%、昭和48（1973）年でも7・5%にすぎない。さらに注目されるのは、昭和48（1973）年の生産年齢人口比率（15歳から64歳人口の総人口に占める比率）が68・2%と3分の2を超えていることである。いずれにせよ、昭和36（1961）年に国民皆保険が実現し昭和48（1973）年にかけて給付の拡充等が可能であったのは高度経済成長があったからであり、高度経済成長を謳歌できた理由は人口構造が若く「右肩上がり」の社会であったからにはかならない。

これは「逆も真なり」のはずである。再び第3章第2節の図2をご覧いただきたい。社会経済が「右肩下がり」になれば、国民皆保険はいわば昭和48（1973）年から昭和36（1961）年に遡る歩みを辿る可能性がある。すなわち、①国民全員をカバーすることの放棄（X軸の縮小）、②給付範囲の縮減（Y軸の縮小）、③給付率の引き下げ（Z軸の縮小）、の議論が生じ得る。もとより、この国民皆保険が形骸化するシナリオが望ましいわけではない。①、②、③のいずれの選択も人々の生活に直結するため安直な政策選択は許されない。また、図2は医療保険というファイナンスだけに着目しているが、その前に、超高齢社会における医療のあり方を含め医療提供体制の見直しの議論を行うことが不可欠である。そして、医療保険制度についても、社会経済の変容を見据え、既成の枠組みにと

表2 将来人口の基本指標

年	総人口 (A) (万人)	人口3区分					高齢化率 (D/A)	老年人口 の生産年 齢人口に 対する割 合(D/C)	(参考) 生産年齢 人口を20 ～69歳、 老年人口 を70歳 以上とし た場合の 老年人口 の生産年 齢人口に 対する割 合
		年少人口 (B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15～64歳) (万人)	老年人口 (D) (65歳以上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以上) (万人)	(参考) 再掲 (85歳以上) (万人)			
2020	12,615 (100)	1,503 (100)	7,509 (100)	3,603 (100)	1,860 (100)	613 (100)	28.6%	2.1人で 1人を 支える	2.8人で 1人を 支える
2040	11,284 (89)	1,142 (76)	6,213 (83)	3,929 (109)	2,228 (120)	1,006 (164)	34.8%	1.6人で 1人を 支える	2.2人で 1人を 支える
2070	8,700 (69)	797 (53)	4,535 (60)	3,367 (93)	2,180 (117)	1,117 (182)	38.7%	1.3人で 1人を 支える	1.7人で 1人を 支える

(注) 括弧書は2020年を100とした場合の割合。

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2023年推計）」（出生中位・死亡中位の場合）を
基に筆者作成。

らわれずに議論を行うことが求められる。

第2節 将来の人口構造の変容

図4は人口の長期的動態を視覚的に捉えることができるが、政策の検討を行うためには具体的な数字に基づいて議論する必要がある。表2は、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（2023年推計）」（出生中位・死亡中位）に基づき、基点となる2020年、20年後の2040年、半世紀後2070年の人口の基本指標をまとめたものである。強調したい点は次の4つである。

第1は、総人口の減少である⁴¹。注目すべきことは、日本の総人口が半世紀の間に約3割も減ることもさることながら、人口の減少幅が拡大することである。表2の2040年から2070年の総人口減少数を30年で割ると86万人となる。つまり、小さな県1つ分の人口が毎年失われていくということである。

第2は、高齢化の進展である。老年人口（65歳以上人口）は2040年頃まで増加する。その主因は、「団塊ジュニア世代」（1971年から74年生まれ）が2040年にはすべて65歳以上となるからである。その後、老年人口は減少に転じるが、85歳以上の人口は増加し続ける。これは医療・介護の需要を考える上で留意すべき点である。

第3は、生産年齢人口（15歳から64歳までの人口）が、2020年の7,509万人に比べ、2040年は6,213万人と急減し、2070年は4,535万人まで減少することである。これは、労働力人口の減少を通じ経済成長を減速させる大きな要因となるだけでなく、医療・介護の人材確保に甚大な影響を及ぼす。

第4は、老年人口の生産年齢人口に対する比率（老年従属人口指数）の急騰である。これは、社会保障における世代間の給付と負担のアンバランスを拡大させる。なお、日本では、生産年齢人口が15

歳から64歳、老年人口が65歳以上というのは社会実態に合わない。そこで、表2では、参考として、生産年齢人口を20歳から69歳、老年人口を70歳以上とした場合の割合も掲げている。これをみると、老年従属人口指数の変化のピッチはやや緩和されるが、それでも相対的な勢いで上昇することがわかる。

以上、日本全体の人口構造の変化について述べたが、地域により実情は大きく異なる⁴²。例えば、東京をはじめ大都市圏の高齢化率が急上昇するのは、高齢者の実数が激増するだけでなく増加率も高いためである。これに対し、農村部・中山間地では、高齢者数はピークアウトしても、年少人口や生産年齢人口がそれ以上に減少するため、高齢化率が上昇する地域が多い。

医療や介護の問題を考える上では世帯構造の変容も重要である。国立社会保障・人口問題研究所の「日本の世帯数の将来推計（2018年推計）」によれば、わが国の世帯は、三世代同居世帯が減り、単独世帯（1人暮らし世帯）や夫婦のみの世帯が急増する。例えば、特に世帯主が65歳以上の世帯数は、2015年の1,918万から2040年には2,242万に増加するが、このうち1人暮らし高齢者（世帯）は625万人（男性206万人、女性420万人）から896万人（男性356万人、女性540万人）に急増し、世帯主が65歳以上の世帯数の4割に達すると見込まれる⁴³。

一般に、2人以上世帯に比べ、単独世帯の方が経済的リスクや社会的に孤立するリスクが高い。また、一口に1人暮らしといっても、子どもが近居の場合、遠方に居住している場合、子どもがいない場合では、家族による支援の可能性や緊急時の対応はまったく異なる。これは、成年後見人をつければ済むという問題ではない。家族の代替機能を地域の中で誰がどのように担うのかという難題が突きつけられている。

第3節 2040年の社会保障の将来推計

人口構造の変容は医療をはじめ社会保障に甚大な影響を及ぼす。内閣官房、内閣府、財務省、厚生労働省が経済財政諮問会議（2018年5月21日）に提出した「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」によれば、社会保障給付費は、2018年度の121.3兆円（対GDP比21.5%）から、2040年度は190.0兆円（同24.0%）に増加する⁴⁴。対GDP比24%への増加（1.1倍増）は、フランスやスウェーデンでは現在でも24%を上回っていること等を考えると、制御可能な範囲に収まっていると評価すべきだと思われる。ただし、①この推計以降に発生したコロナ禍の影響等によって、足元の経済成長率が落ち込むとともに赤字国債の増発を含め多額の財政出動を行ったこと、②社会保障費などの財源不足を賄うために多額の特例（赤字）国債を発行しており、現状でも社会保障給付費はファイナンスできていないこと、③対GDP比の増

41 今回の推計では、合計特殊出生率の将来の仮定値（出生率中位）が前回推計の1.44から1.36に低下したにもかかわらず、人口減少のペースが緩んだ。その理由は、前回推計では外国人の人口超過数を年6.9万人と見込んでいたが、新推計においては16.4万人と2倍以上に設定されたからである。新推計の16.4万人という仮定値は、コロナ感染拡大の影響を受けた2020年を除く2016年から2019年の人口超過数の平均値であり、それを未来に投影（projection）したものである。

42 筆者の見解を含め詳しくは、島崎謙治（2020）『日本の医療・制度と政策（増補改訂版）』東京大学出版会、13―14頁を参照されたい。

43 平均寿命の相違や男女の結婚の年齢差があるため、1人暮らし高齢者は女性の方が多いが、増加数は男性の方が多い（増加率も高い）ことが注目される。これは男性の未婚が増えているからである。例えば、2015年の「国勢調査」による50歳時の未婚率（45.49歳と50.54歳の未婚率の平均）は、女性が14.06%であるのに対し、男性は23.37%と高い。

44 この推計は旧人口推計（2017年に公表された推計）をベースにしている。また、コロナ禍による財政支出の増大や経済基調の変化、少子化対策の大幅な拡充など前提条件が大きく変わっている。このため、社会保障の将来見通しは改訂する必要がある。

加分2・5ポイント(24・0%―21・5%)は2018年度ベースで14兆円(消費税率換算で約5%)に相当し決して小さい数字とはいえないことから、社会保障給付費の伸びを抑制する圧力が高まることは覚悟しなければならない。

財政制約もさることながら、それ以上に深刻なのは人的資源の制約(人手不足)である。「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」の「医療福祉分野における就業者の見通し」によれば、2018年度から2040年度にかけて、介護需要の増加等に伴い医療福祉の就業者数は823万人から1,065万人に増加する。一方、就業者総数は、生産年齢人口の激減に伴い6,580万人から5,654万人に減少する。その結果、就業者総数に占める医療福祉分野の就業者数の割合は、2018年度の12・5%から2040年度には18・8%と6・3ポイント上昇する。煎じ詰めれば「お金の移転」だけの仕組みである年金制度と異なり、医療・介護・福祉制度ではサービスを産み出す人がいなければ成り立たず、人手不足が制度の持続性のアキレス腱になることが危惧される。

人手不足は介護以外の建設や農業等の分野でも深刻であり、国は2018年に入出国管理法等を改正し外国人労働力の受け入れ拡大に大きく舵を切った。しかし、外国人労働力に過度な期待を抱くべきではない。これは治安の悪化や賃金構造の二層化に対する懸念だけによるのではない。最大の理由は、外国人労働者は日本の都合に合わせて来てくれないことにある。東アジア諸国の合計特殊出生率(以下「出生率」という)をみると、シンガポール、韓国、台湾は日本より低く、タイは日本と同程度である。また、ベトナムの出生率も既に人口置換水準を割り込んでいる。こうした開発途上国の出生率の低下や各国の今後の経済発展(国内成長)を考慮すれば、外国人労働力の供給自体が低下する可能性が高い。さらにいえば、ベトナムの労働者に対してはオセアニアやヨーロッパ諸国を含め引く

手あまたであり、外国人労働力は今でも「買い手市場」ではない。製造業の場合は生産拠点を海外に移転することも経営の選択肢となるが、医療・介護・福祉の場合はそのような方策は採り得ず、国内で必要な労働力を確保することを基本的に据えるよりほかない。

第7章 展望―医療提供体制をめぐる課題と改革―

第1節 医療提供体制の改革の方向性

「医療は医学の社会的適用である」という言葉がある。しかし、適用すべき社会の実態が変われば、医学や医療のあり方自体の見直しが求められる。医療提供体制の課題と方向性を一口で表現すれば、「超高齢・人口減少社会仕様」に改めることにほかならない。これに関連し強調すべきことが3つある。

第1は、マクロ的にみれば、人口減少に加え高齢者数も2040年頃には減少に転じることから、医療需要は2030年代半ばにピークアウトすると見込まれることである。したがって、医療はかつての「拡大再生産」ではなく「撤退戦」が強いられる。ただし、医療の提供形態や地域によってピークアウトの時期は大きく異なる⁴⁵。外来は、大都市およびその周辺を除くほとんどの地域で既にピークアウトしているが、在宅医療は2040年以降も増加する地域が少なくない⁴⁶。また、入院は2030年代半ば頃までにピークアウトする地域が多いが、大都市部やその周辺ではピークアウトの時期は2040年以降にずれ込むと見込まれる。

第2は、地域包括ケアと急性期医療の両面の充実が求められることである。「令和2(2020)年患者調査」によれば、入院の約4分の3(74・7%)、外来でも過半(50・7%)は65歳以上の患者が占める。高齢者の疾患の多くは加齢が関係しているため完治は難しい。「治し、支える医療」や地域包括ケアが強調されるゆえん

であるが、留意すべきことは、人の生活は医療のみで成り立たない以上、「生活を支える医療」と言った途端、「医療政策の「視界」（守備範囲）は、隣接する保健・福祉・介護はもとより、住まい・就労や地域づくりまで一挙に広がることである。ただし、これは「治す医療」の重要性が低下することを意味しない。象徴的なのは、日本の人口当たりの病床数は先進諸国の中で際立って多いにもかかわらず、コロナ禍で病床の逼迫が生じたことである。逆説的であるが、その最大の理由は、病床が多すぎため医療資源が薄く広く分散しているからであり、急性期医療の充実強化を図るために医療機関の集約・再編を行うことは避けて通れない。

第3は、医療の生産性の向上が強く求められることである。人的資源の制約（人手不足）が厳しさを増すことは既述したが、働き方改革による労働時間の上限規制により、1人当たりの労働時間も短縮される。だからこそ、多様な働き方を認めるとともに時間当たりの労働生産性の向上を図り、医療の付加価値（アウトプット）を増大させ、賃金の向上に繋げるという好循環を実現する必要がある。そのためには、ICTやAIの活用を含む医療DX（デジタル・トランスフォーメーション）の推進、ロボットの活用を図るほか、チーム医療やタスクシェア・タスクシフト（職務権限の移譲）を推進するなど、あらゆる方策を総動員することが求められる。また、医療現場の業務をセグメントに分け、働き方の多様化や職員の適性等を踏まえ適任者に割り振るといったマネジメントが大切になる。さらに、医療分野で大切なことは、地域の人口動態や医療需要の将来を見据え、医療機関の統合・再編や医療資源の再配置を行うことである。これは、「地域全体の医療の生産性の向上」とでも言うべきものである。

第2節 地域医療構想の推進

1. 地域医療構想の意義と問題点

医療提供体制の改革で難しいのは、それを実現する方法である。特にわが国は民間セクター中心の医療提供体制であり、憲法で保障された営業の自由や財産権の保護との兼ね合いもあって、強制的な合併や高額医療機器の共同利用といった強権的な手法を採ることが難しい。このため、医療提供体制の改革は診療報酬による経済的誘導に依拠してきた。しかし、診療報酬は万能ではない。診療報酬は診療の対価であり医療機関の統合・集約化等にはなじみにくい。また、診療報酬による政策誘導は医療を拡大する場合はうまく機能するが、縮小の方向には効が悪い。したがって、「診療報酬一本足打法」ではなく、計画的な手法など他の政策手法との組み合わせ（ポリシー・ミックス）が必要となる⁴⁷。計画的な手法の代表例は地域医療構想であり、国（厚生労働省）が最も力を入れている施策の1つである。

筆者は地域医療構想を進めることには賛成である。今後、地域医療をめぐる状況が激変するなかで、医療関係者や住民が地域医療の将来像と課題について共通認識を持つことは非常に大切だからである。問題はその内容と実効性である。まず前者から言えば、論点は大きく3つある。

第1は、医療機能の区分および病床機能報告制度との関係であ

45 「医療計画の見直し等に関する検討会」（2020年2月28日）資料を参照された。

46 これは、患者は加齢に伴い通院しづらくなるため、通院回数数の最頻値は80歳代前半であり、代わって在宅医療が増えるからである。

47 医療提供体制の改革手法の比較等については、島崎謙治（2016）「医療提供制度を改革する政策手法―診療報酬、計画規制、補助金―」社会保障研究、1巻3号を参照。

る。地域医療構想の病床の必要量は、2025年に必要となる病床数を4つの医療機能区分ごとに推計し、その機能別の患者数を病床数に置き換えたものである。これに対し病床機能報告制度は病床単位であり、様々な病態の患者が混合している病床であっても、最も適する機能1つを選択して報告する。このため、例えば急性期と報告された病床にも回復期に相当する患者は存在する。そもそも地域医療構想の病床の必要量と病床機能報告制度の集計結果は捉え方が異なる以上、単純に比較対照すべきものではない。また、高度急性期、急性期、回復期の区分は、診療報酬による資源投入量の多寡で区分されているにすぎず、回復期にはポスト・アキュート（例：回復期リハビリテーション）とサブ・アキュート（例：比較的軽易な手術や在宅医療のバックアップ機能）という異なる機能が混在する。

第2は、医療圏域の線引きおよび範囲の妥当性である。地域医療構想の構想区域は原則2次医療圏とされている。この2次医療圏は昭和60（1985）年の医療法改正により病床規制が導入されたときに設けられた概念であるが、保健所等の行政管轄区域や郡市医師会のエリアを考慮し設定した都道府県が少なくない。それに加え、その後の人口動態や交通事情の変化を踏まえた見直しがほとんど行われていない。その結果、生活圈や患者の流れと適合していない2次医療圏が多い。また、地域（圏域）は医療の内容によっても異なる。がんのように専門性が高く「待てる医療」の場合も必ずしも2次医療圏で完結させる必要はなく、基幹病院に高次の医療機能を集積させる方が医療の質や効率性が高まる場合が少なくない。

第3は、病床機能と在宅医療等の関係である。地域における入院医療の需要や病床機能は在宅医療等の推進状況と独立して決まるわけではない。実際、地域医療構想のガイドラインでも、慢性期病床は在宅医療等と一体的な区分となっており、療養病床の医療区分1

の患者の7割は在宅医療等に移行するなどの仮定が置かれている。しかし、これは「割切り」であって7割という数字の根拠は乏しい。また、在宅医療等の「等」の場所は、狭義の住宅のほか、サービス付き高齢者向け住宅等による集住形態、介護保険施設等を含むが、住宅の訪問診療と入所施設系で対応するのでは、必要となるリソース（人材や施設設備）が異なる。したがって、都道府県は市町村と協議し、退院後の受け皿となる在宅医療等の需要や実現可能性について、いわば「ミクロからの積上げ」を行う必要があるが、現実にはペーパープランとなっている地域が多い。

2. 地域医療構想の実効性の確保方策

以上の3つはいずれも地域医療構想の基本フレームに関わる問題点であるが、地域医療構想の実効性が乏しい理由はそれだけではない。本質的な理由は、地域医療構想が「チキンレース」の構図になりがちなことにある。例えば、急性期機能病床が過剰な地域において、将来「共倒れ」のリスクがあっても急性期病院の経営者は病床転換に踏み切らない。他の急性期病院が先に病床転換してくれば、自院は生き延びられると思うからであり、その結果、根比べ・消耗戦に陥ることとなる。では、どうすればいいのか。

第1は、現在の令和7（2025）年とされている目標年を適切にリセットすることが必要である。未来から逆算して今なすべきことを考えるバックキャストという思考法があるが、数年程度先だと現在の違いが小さいため、課題を正確に認識し危機感を持つことができない。病院のポジショニングの判断は20年程度先を見据えて行われるものであること等を考慮すると、2040年頃の人口構造や疾病構造・患者数の推計を行い議論することが適当だと思われる。

第2は、診療報酬上、医療機関の経営者に対し、地域の医療需要

の将来動向を見据え、適切なポジションをとる決断を促すことである。実は、平成30(2018)年度の診療報酬改定の入院医療の新しい評価体系は、このような考え方に立っている。すなわち、この改定では、①急性期医療、②急性期医療から長期療養、③長期療養、の3つの類型ごとに、「基本部分」(看護配置や平均在院日数など基本的な医療の評価部分)と「実績部分」(診療実績に応じた段階的な評価部分)を組み合わせた報酬体系に再編する方針が示された。この3つの類型のうちいずれを目指すかは各医療機関の経営判断による。ただし、これは地域の医療需要を無視しても採算が取れるということではない。例えば、地域の医療需要に適合しない医療機能を選択すれば、その対象となる患者は集まらず「実績部分」の報酬を確保することはできない。今後の診療報酬改定に当たっては、こうしたメッセージを強力に伝達し賢明な経営判断を促すことが重要であると考えられる。

第3は、地域医療構想を病床の削減や再編に矮小化せず、自治体の総合計画など大きな枠組みの中に位置づけることである。地域医療構想はいわば「地域総合生活構想」として捉えるべきものである。人口構造の急激な変容は、医療・介護だけでなく地域の社会経済そのものに甚大なインパクトを及ぼす。大都市圏では高齢者の急増に対応した住宅等のインフラ整備が求められる。一方、人口が急減する農村部や過疎地では、地域医療構想を、地域の経済・産業・雇用・住宅・交通等まで含め地方創生の事業に組み込むといった戦略的な発想が求められる。地域医療連携推進法人の導入も、そうした議論の一環に組み入れるべきであり、さらに医療を含め地域の拠点に限られた都市機能を集積し支所等と連携する「コンパクト・アンド・ネットワーク」の検討も必要になると思われる。

第3節 医療従事者の確保と偏在是正

1. 医師の養成数と偏在是正

医師数の増減は医学部卒業生数(正確には医師国家試験合格者数)から死亡・リタイア等の差し引きで決まるが、現在、年平均で4,000人以上増加している。令和6(2024)年度から医師の働き方改革が施行されると、医師を増やすべきだという議論が起る可能性があるが、医師の養成方針の影響は長期に及ぶことに留意すべきである。医師の養成は開始(医学部入学)から臨床研修・専門医研修の終了まで10年以上のタイムラグがあるとともに、医師は臨床研修終了後40年以上も稼働するからである。わが国の医療需要は人口減少の加速等により、2030年代にはピークアウトすること等を考えると、少なくとも現在の養成数(医学部入学定員数・令和5(2023)年度で約9,400人)を増やすことは適当ではない。ちなみに、医学部入学定員が同じだとしても、少子化の影響により18歳人口に対する医学部入学者の比率が高まるが、これは貴重な人的資源の適正な配分という観点からも好ましくない⁴⁸。

医師数が増加すれば、医師は相対的に不足がちな地域や診療科に就職することを通じ、地域偏在や診療科偏在が是正されると考えられがちであるが、事実はこちらに反する。つまり、医師数は増えても、その多くは都市部の病院に吸収され、医師の地域偏在は是正さ

48

端的に言えば、医学部は人気が高いが、偏差値の高い学生を医学部に集中させてよいのかということである。医学部入学定員9,420人を2019年の18歳人口(118万人)で割ると0.8%(125人に1人)であるが、仮に医学部入学定員を維持すると、この比率は(2019年の出生人口は86万人であるため)2037年頃は1.1%(90人に1人)まで上昇する。ちなみに、団塊の世代が18歳に到達した1965年頃の医学部入学定員は約4,000人であったから、これを当時の18歳人口である約250万人で割ると0.17%(600人に1人)であった。

れるどころか拡大している。また、診療科についても、麻酔科、精神科、放射線科等の医師数が増加する一方、外科や産科・産婦人科は横ばいであり、診療科間の格差が広がっている。医師の偏在是正については、平成30（2018）年6月に医療法及び医師法の一部改正法が成立した。これは医師の偏在是正に特化した法律改正であり、①医師少数地域での勤務を促す環境整備、②医師確保のための都道府県の体制整備、③医師養成プロセスに着目した確保対策、④外来機能の偏在・不足への対応、の4本の柱から成る。

医師の偏在是正に関しては、戦前の国民医療法による勤務地指定制のような強制的手法、市場メカニズムに委ねる手法を両極端として多くの政策手法があるが、わが国の歴史を振り返っても、また、世界各国をみても、決め手がないのが実状である。そうしたなかで平成30（2018）年の法改正による偏在対策は、客観的な情報を開示し賢明な選択を促しつつも、都道府県に一定の権限を付与する計画的手法が組み合わされており、必要な「道具立て」は概ね盛り込まれている。これに対しては、実効性が乏しいとの批判があるが、方向性が間違っていないのであれば、まず実行し、その上で施策の検証・評価を行い必要な取り組みを強化するというステップを踏むことが適当である。

そのことを指摘した上で言えば、大学医学部（医局）や大学病院、医学に関する各学会が、大局的な見地から医師の地域偏在や診療科偏在に取り組むことが求められる。しばしば、プロフェッショナル・オートノミーやフリーダムが強調されるが、これは国民の負託に基づく政策的なものであり、言論の自由のような自然権とは異なる。換言すれば、国民の期待に応えることができなければ、国家が介入せざるを得なくなることに留意すべきである。また、大学病院や地域の病院も、特定の診療科の医師や僻地等の医師に負担が偏らないよう、医師の働き方改革に積極的に取り組むことが求められる。

る。

2. かかりつけ医機能の充実・強化

医療提供体制は各国の歴史・文化・経済等を反映し固有の形態をとるが、特に国による相違が顕著に現れるのは、ファーストコンタクト（患者の医師や病院への最初の接触）の部分である。欧米諸国では専門医と総合医（あるいは家庭医）の明確な区分があるが、日本ではそのような区分がない。ちなみに、わが国でも、昭和60（1985）年に厚生省に「家庭医に関する懇談会」が設けられたが、医師の分断化（専門医と家庭医の二層化）と官僚統制による医療費削減（特に人頭払い制）を警戒する医師会等の強硬な反対に遭い頓挫した経緯がある。その意味では、平成27（2015）年に「専門医の在り方に関する検討会」が、内科や外科など18の診療科別専門医と並ぶ「19番目の専門医」として総合診療専門医を位置づけた意義は大きい。ただし、平成30（2018）年度（第1期）の専攻医のうち総合診療領域を選択した者は2%にとどまり、その後も同程度で推移している。また、仮にこの率が多少高まったとしても超高齢社会に間に合わないため、代替補完策として、かかりつけ医機能の強化が求められる。

かかりつけ医機能については、令和5（2023）年5月に成立した全世代型社会保障法（通称）により医療法の一部改正が行われ、かかりつけ医機能は、「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義された。そして、①既存の医療機能情報提供制度を拡充し、国民・患者による医療機関の適切な選択に資するよう、都道府県がかかりつけ医機能に関する情報を提供するとともに、②かかりつけ医機能報告制度を創設し、地域ごとに、かかりつけ医機能の充足状況等を確認し、不足する機能を強化するための方策を検討することとされた。

ただし、かかりつけ医機能として何を重視するのかについて十分なコンセンサスがあるわけではない。筆者は、①コモンディージーズ（一般的な疾患）を診療できる能力を有すること、②臓器別・疾患別でなく全人的な診療を行うこと、③24時間・365日対応できること、の3つが重要であると考えられる。これに対しては、1人ひとりの医師の診療能力ではなく、複数の医師が弱点を補完しチームあるいは医療機関として、かかりつけ医機能が発揮できればよいとする見解がある。しかし、少なくとも、かかりつけ医機能の中心的な役割を果たす医師が、上述の①および②の能力を有することは必要である。そして、研修等を通じその質が担保されなければ、国民の期待や信頼に背くだけでなく、医療の質や効率性の向上にも繋がらない。いずれにせよ、かかりつけ医機能をめぐる議論は法律改正により定義したことで終わりではなく、その肉付け作業を丁寧に行うことが求められる。

3. 看護師および介護職員等の確保

医療は医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT（理学療法士）、OT（作業療法士）など多くの医療関係職種により成り立っている。介護施設では介護福祉士をはじめとする介護職員が多くを占めている。また、病院等では患者の介護等を行う看護補助者（看護助手）も大切な役割を担っている。現状でもこれらの職員の確保に苦労している病院や施設・事業所は少なくないが、今後、人手不足が一層進むことが危惧される。重要な施策を3つに絞って述べる。

第1は、養成数の適正化である。医療関係職種が行う行為のほとんどは業務独占行為である。また、その費用は保険料や租税を財源とする公的医療保険によりファイナンスされる。したがって、医療関係職種の養成については、医師ほど厳格ではないにせよ一定の計画性が求められる。このことを強調するのは、多くの医療関係職種

で需要と供給のアンバランスが生じているからである。例えば、世界的にみて日本の人口10万人当たりの薬剤師数は際立って多い⁴⁹。PT・OTもかつては不足していたが、現在は供給が上回っており、2040年頃には供給数が需要数の約1.5倍になると推計されている⁵⁰。養成数の抑制は職業選択の自由や営業の自由との関係で微妙な問題をはらむが、必要数以上に養成することは貴重な人的資源の無駄遣いであるだけでなく、賃金水準の低下を招き、養成された者にとっても不幸である。なお、需給の推計や対策の検討に当たっては、養成の総数だけでなく領域別や地域別の分析等も行うべきである。例えば、人口10万人当たりの薬剤師数は多いが、都市に集中する傾向がみられるとともに病院に勤務する薬剤師は不足している。医薬分業や調剤報酬のあり方を含め検討する必要がある。

第2は、看護師の養成・確保である。医療関係職種の中で最も数が多く、その需給の影響は他の職種に及ぶ。看護職員需給分科会が令和元（2019）年11月に公表した「中間まとめ」によれば、看護職員の需要は足元の平成28（2016）年の166万人に比べ、令和7（2025）年には188万〜202万人に増加する一方、供給は175万〜182万人程度と見込まれる。ただし、この需給ギャップは、前提として仮定したワーク・アンド・ライフバランスの状況や地域医療構想の実現状況等によって大きく左右される。看護職員の確保方策としては、①養成数の確保、②離職の防止（定着促進）、③潜在看護師の活用、が3本柱である。新卒看護師（5・

49 OECD Health Statistics 2019によれば、人口千人当たり薬剤師数は、日本

（1・81）、フランス（1・04）、ドイツ（0・65）、米国（0・95）である。また、人口千人当たり歯科医師数は、日本（0・80）、フランス（0・65）、ドイツ（0・85）、米国（0・61）である。

50 「医療従事者の需給に関する検討会 理学療法士・作業療法士需給分科会」（2016年4月22日）資料。

5万人)の多くは病院に就職するが、病院は「大量採用・大量離職」する職場である。今後、18歳から22歳人口の減少を考えると、数を増やすことは難しいだけでなく適当でもない。また、潜在看護師の活用も重要であるが、一度辞めて年数が経てば復職は難しくなる。したがって、最も重要なことは離職の防止であり、①個々の看護師の能力・適性や労働可能時間を考慮し、適切な働き方のマネジメントを行うこと、②「働きがい」(ワーク・エンゲイジメント)を高めることである。②については、看護能力の向上を通じキャリアパスを構築できるよう、各種研修(例・認定看護師研修、特定行為研修)に積極的に参加させるとともに、資格取得者に対する適切な処遇を行うことが重要である。

第3は、介護職員の確保である。第7期介護保険事業計画によれば、介護人材の必要数は令和2(2020)年度末には216万人、令和7(2025)年度には245万人と見込まれており、年平均6万人ずつ増やす必要がある。しかし、介護関係職種の有効求人倍率は都市部を中心に際立って高い一方、介護福祉士養成施設は大幅な定員割れが生じている。介護職員の賃金については、平成24(2012)年度以来、介護報酬における処遇改善加算により引き上げられてきたが、本来は、介護職員の専門性や生産性を高め、それが労働市場で評価されることにより賃金が上がるというのが望ましい姿であり、介護職員の確保策の正攻法でもある。そのためには、①意欲のある者のキャリアアップの道を用意すること、②介護福祉士を単なる名称独占資格ではなく、(限られた範囲であれ)業務独占の領域を設けること、の2つが重要である。このうち①については、民間資格であるが認定介護福祉士という資格が設けられ、介護職にグループのリーダーが育ちつつある。②については、一定の条件の下で介護福祉士等も喀痰吸引や経管栄養を行えるようになってきているが、その定着を図るとともに対象業務の拡大について検討

する必要がある。

第8章 展望——医療保険制度の課題と改革——

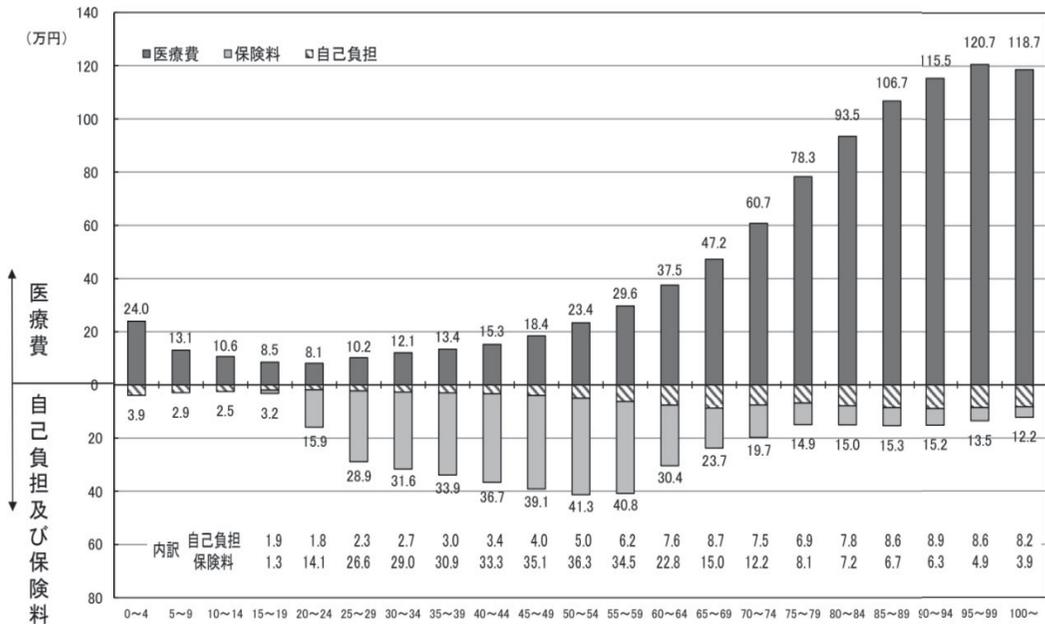
第1節 医療保険制度の基本的課題と論点

医療保険制度の基本的課題は、将来にわたり医療のファイナンスを持続可能なものとすることである。そのためには、医療需要の増加をできるだけ抑制すること、医療費の適正かつ公平な負担(保険料、公費、患者一部負担)を確保すること、の2つが求められる。

このうち医療需要の増加抑制については、前章で述べた医療提供体制の機能分化と連携等により効率化を図ることが王道である。なお、医療費の2大増加要因は、①高額薬剤の開発等による医療の高度化、②人口の高齢化の進展であるが、①については、高額薬剤の適正な価格設定と適応の遵守の徹底が重要である⁵¹。②については、予防を徹底し健康寿命を延伸すれば生涯医療費を抑制できるという明確なエビデンスは存在しない⁵²。ただし、疾病やフレイル等の予防は、個人の健康やQOLを維持・向上させること自体に価値がある。また、高齢者が社会との関わりを持ち続けるとともに労働参加率を高める観点からも重要である。

医療費の適正・公平な負担の確保については、①被用者保険と国保の二本立ての体系、②高齢者医療制度の見直し、③安定的な公費の財源確保が主な論点となる。このうち①は日本の医療保険制度の制度設計の基本に関わる問題であり、その評価や今後のあり方について次節で詳述する。また、②および③については、図5をご覧ください。この図は、年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額および保険料の比較である。ここで強調したいことは、高齢者の場合は、1人当たり医療費に比べ自己負担および保険料が少ないこと、20歳から59歳までは1人当たり医療費よりも自己負担および保

図5 年齢階級別1人当たり医療費・自己負担額・保険料(年額)
(2019年度実績に基づく推計値)



出典：厚生労働省保険局調査課「医療保険の基礎資料」

保険料の方が多いことである。つまり、医療保険制度も世代間扶養の性格を強く帯びているが、これを被用者保険の側からみれば、後期高齢者医療制度の支援金および前期高齢者の調整金を拠出することにより国民皆保険を支えている。そして、今後、老年人口が増える一方、生産年齢人口が減少するため、世代間扶養の傾向はさらに強まる。世代間・世代内の負担の公平の議論は避けて通れない。

第2節 働き方の多様化と二本立ての体系

1. 医療保険制度の一元化の是非

わが国は「カイシャ」と「ムラ」という共同体を基盤として国民皆保険を実現した。しかし、産業構造や人口構造の変容に伴い、その基盤が脆弱化するとともに被用者保険と国保の「境界線」が曖昧になっている。医療保険制度を地域保険に一元化すべきだという見解が登場する背景である。けれども、筆者は医療保険制度を一元化することには賛成できない。その理由は3つある。

第1は、稼得形態の本質的な相違である。自営業者や農業者は生産手段を有し自らの権限と責任で事業を営んでいる。これに対し、生産手段を持たず他人に雇われ賃金によって生計を維持せざるを得ない被用者（労働者）については、労働保険（労災保険および雇用保険）だけでなく医療保険においても一定の配慮を必要とする。被用者保険の法定給付として傷病手当金が設けられているのはその例である。また、保険料が労使折半とされているのもそのためである。仮に地域保険に一元化した場合、事業主は保険運営に関わらな

51 筆者の見解について詳しくは、島崎謙治（2023）「診療報酬および薬価基準の算定をめぐる法的課題」社会保障法研究、12号を参照されたい。

52 その理由は、生活習慣病等の予防は病気になるタイミングを先送りしているだけで、生涯にかかる医療費の総額を減らすことはできない。英語文献のサーベイを含め、二本立（2015）「地域包括ケアと地域医療連携」勁草書房、2022―218頁を参照されたい。

いたため保険料の事業主負担の根拠は喪失する。これは被用者の負担増が現実的かということもさることながら、被用者に対する社会保障政策のあり方の根本に関わる問題であり、単に財源対策の観点から事業主負担に代えて雇用税を徴収すればよいという問題ではない。

第2は、所得捕捉率の相違である。この問題は、①収入そのものの捕捉の問題、②必要経費の捕捉の問題に分けられる。①の問題については、所得（賃金）の発生時点で100%捕捉され、それを賦課ベースとして保険料が源泉徴収される被用者と、それが不可能な（申告によらざるを得ない）自営業者等とは同じではない。また、マイナンバーカードが普及しても、所得の発生の情報が税務署や社会保険事務所に伝わらなければ、この問題は解消されない。さらに難しいのは②の問題である。給与所得者の場合には必要経費は原則として給与所得控除により一律に計算される。これに対し、自営業者等の場合には個々の収益構造が異なるため画一的に処理することはできないが、必要経費が営業用か個人消費（家事）用かという識別・認定を税務署が完璧に行うことは困難である。

第3は、原則と例外の関係である。被用者保険と国保を比べると、前者の方がはるかにしつかりとした仕組みである。被用者保険は雇用（厳密には使用）を基礎に被保険者管理を行うことができるとともに、賃金から保険料を源泉徴収することもできるからである。また、厚生労働省保険局「医療保険に関する基礎資料」によれば、令和3（2021）年3月末の医療保険加入者数約1億2,475万人の加入者内訳は、協会けんぽが約4,030万人（32%）、組合健保が約2,868万人（23%）、共済組合が約868万人（7%）、市町村国保が約2,619万人（21%）、後期高齢者医療制度が約2,806万人（14%）、その他（国保組合、船員保険等）が約284万人（2%）となっている。つまり、被用者保険加入者が全体の

6割以上を占めている。また、非正規労働者が増えているので、市町村国保の被保険者数が増え被用者保険の加入者が減っていると思われがちであるが、実際には、平成29年（2017）年から令和3（2021）年にかけて、市町村国保の被保険者数は394万人減少する一方、被用者保険の加入者数は143万人増えている。これは被用者保険の適用拡大により非正規労働者を被用者保険で取り込んできたからである。したがって、行うべきことは、原則を例外に合わせることはない。被用者保険と国保の二本立ての体系は維持した上で、後述するように、被用者の範囲等について必要な見直しを行うことである。

2. 被用者保険の一元化の是非

被用者保険と国保の一元化が適当ではないにしても、被用者保険制度は雇用労働という同じ稼得形態であり一元化すべきだという議論があり得る。また、被用者年金は平成27（2015）年度から一元化されたではないか、医療保険の保険料は賃金という共通の「物差し」により賦課されるにもかかわらず被用者保険間で保険料率の差異があるのは不公平ではないか、という疑問もあろう。たしかに、公的医療保険において公平は重要な規範である。しかし、公平が唯一絶対の規範だというわけではない。さらに、所得移転だけの仕組みである年金制度と医療サービス給付（保健事業を含む）のファイナンスの仕組みである医療保険制度は同一には論じられない。わが国が被用者医療保険において保険者の分立を認めているのは、被用者医療保険は基本的に企業単位で成り立っており、その職域連帯を基盤として自律的に保険者機能を発揮できるという利点があるためである。保険料率の格差をなくすために保険者を一元化するというのは、「角を矯めて牛を殺す」ことになりかねない。ただし、強制加入制の下で被保険者は自由に保険者を選べないことから、保

険者間の著しい保険料率の格差は是正する必要がある。

3. 働き方の多様化と被用者保険の適用拡大

本節の冒頭で被用者保険と国保の「境界線」が曖昧になっていると述べたが、これは古くて新しい問題である。「古くて」という意味は、第5章第3節でも触れたとおり、国民皆保険の実現に当たって、零細事業所の従業員は国保でカバーするという「割り切り」を行なった⁵³。一方、「新しい」という意味は、スマートフォンアプリ等を介して単発で仕事を請け負うギグワーカーやフリーランスといった就業形態が広がっている。これらの者は企業等に雇用されているわけではないが、生産手段を持たないという点では被用者（雇用労働者）に類似する。筆者はこの問題について次のように考えている。

第1は、現在、週の所定労働時間が20時間以上である等の要件を満たす者の取り扱いである。これについては、社会保険の適用拡大が段階的に実施されているが、企業規模要件の撤廃を含めさらに推進する必要がある。本来、企業等に雇用され労働の対価である賃金で生計を営んでいる者は、原則として被用者保険の適用対象とすべきだからである。また、個人事業所の非適用業種の本格的な見直し、換言すれば適用業種を17業種に限定している取り扱いも撤廃すべきである。

第2は、①常時使用される者が5人未満の個人事業所の従業員、②複数就労の取り扱いである。①は、事業所の把握など実務の対応が困難であるという理由やその多くが家内労働的であるという理由から適用外となっている。また、②は、個々の事業所（企業）での就労時間は20時間（あるいは現行では30時間）要件を満たさないが、各々の労働時間を通算するとその要件を満たすケースがある。実務上の問題や事業主負担の問題はあるが、いずれも被用者保険に

よる保護の必要性が高いことから検討を要する課題である。なお、②については、労働時間を合算し保険料は複数の事業所で時間按分し負担することを検討すべきである。

第3に、フリーランス、ギグワーカーといった雇用類似の働き方への対応である。こうした就労形態は以前から存在したが、特にコロナ禍を機に世間の注目が高まり、令和3（2021）年9月から、自転車を使用して貨物運送を行う者やITのフリーランサーは労災への特別加入が認められた。健康保険や厚生年金保険（以下「健保等」という）についても被用者性が認められる者は適用すべきである。留意すべきことは、健保法における被用者とは「使用される者」であり、雇用契約ではなく請負契約や委託契約であつても、事業の統制管理の独立性の程度が低く「使用関係」が認められれば被用者に該当することである。例えば、特定の企業の仕事だけを請け負う個人事業主の場合は、経済的従属性や人的従属性等からみて被用者に該当する場合が少なくないと考えられる。また、ギグワーカーでも業務委託元の企業が業務の進め方を指図するなど、「使用関係」が認められるケースがある⁵⁴。いずれにせよ、まず健保等の適用の検討を行い、それでも被用者性が認められない者について、市町村国保か国保組合で受け止め、傷病手当金の支給等の是非

53 なお、零細事業所の従業員問題のほか、日雇労働者や一人親方をどのように取り扱うかという問題があった。日雇労働者については、昭和28（1953）年に日雇労働者健康保険法が創設されたが、昭和59（1984）年の健保法等の改正において、日雇労働者は日雇特例被保険者として健保法に取り入れられ日雇労働者健康保険法は廃止された。また、大工・左官等の一人親方については、これらの者が設立した任意組合を日雇労働者健康保険法の事業所として擬制し同法を適用していたが、昭和45（1970）年に擬制適用を廃止し、その受け皿として国保組合を新設し対応することされた。

54 アマゾンの宅配業者から業務委託された個人事業主のドライバーについて、運送会社から指揮命令を受けており事実上の雇用関係があるとして、労働基準監督署が当該運送会社に労働基準法違反では正告した事案がある。読売新聞2022年5月29日朝刊28面。

を検討するという順番になろう。ただし、いずれの場合も被保険者の管理や所得捕捉は非常に難しい。理念倒れにならないよう、適用実務の問題等についても十分詰めた上で結論を出す必要がある。

第3節 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度については、全世代型社会保障法（通称）により高確法等の改正が行われ、①後期高齢者の保険料負担の現役世代との調整規定（後期高齢者負担率）の見直し、②後期高齢者の保険料賦課限度額の引き上げ等、③被用者保険に係る前期高齢者納付金の報酬調整が導入された。ただし、高齢者医療制度の見直しはこれで終わりではない。特に見直しを要する点が3つある。

第1は、後期高齢者の窓口一部負担である。令和4（2022）年10月から一定以上の所得者について2割負担が導入された。しかし、本来は3割負担（それが無理でも2割負担）を原則とすべきである。また、70歳以上の「現役並み所得」者の一部負担は3割であるが、その判定基準の見直しも必要である。現行の判定基準は、①課税所得145万円以上、かつ、②世帯収入合計520万円（1人世帯の場合は383万円）以上である。問題は、①は公的年金等控除が効くこと等から高齢者に有利に働くとともに、②はモデル世帯の設定により世帯収入額が大きく変わることである。例えば、②の520万円は給与所得控除と公的年金等控除がダブルで効くように高齢モデル世帯の設定が行われているため、現役世代に比べ高齢者に有利に働いている。公的年金等控除のあり方の見直し（後述する）を行うとともに、実態に近いモデル世帯（例・夫婦ともに年金収入）を設定し世帯収入を算定するなど、現役並み所得の判定基準の見直しを行うべきである。

第2は、支援金および公費である。後期高齢者医療制度の財源構成は給付費の50%を公費で負担するのが原則であるが、現役並み所

得者の給付費は公費負担の対象外とされ、その分だけ支援金が増える結果となっている。上述したとおり、現役並み所得の判定基準の見直しが必要であるが、それにより単に公費が減り支援金に振り替わる（現役世代の負担が増える）ことがないよう、給付費の50%は公費で負担するよう改正すべきである。その上で、残余の50%部分につき保険料と支援金で分担することになるが、その際、保険料水準は国保並みに引き上げ、それに見合う形で支援金の割合を引き下げるべきである。

第3は、後期高齢者医療制度の運営主体（保険者）である。現行制度では広域連合が運営主体であるが、被保険者（住民）からは「顔が見えない」存在であり、ガバナンスが働いていない。広域連合の長は間接選挙で有力市の長が持ち回りで務めるのが通例であるとともに、広域連合の議員は被保険者による公選制でない上に多くは「宛て職」であるからである。また、都道府県は広域連合に参加しておらず都道府県の関与が弱い。したがって、国保が都道府県と市町村の共同保険者となったことを契機に、後期高齢者医療制度も広域連合を廃止し国保と同様の仕組みとすべきである。これは後期高齢者医療制度と介護保険制度の連携を強化する観点からも重要であるが、将来的には、さらに後期高齢者医療制度と介護保険を一体化することも検討する必要がある⁵⁵。

第4節 公費財源の確保と公的年金等控除の見直し

医療保険の主たる財源は保険料とすべきであるが、これは公費（租税）の重要性が乏しいことを意味しない。公費の必要性を一口で言えば、制度間の財政力格差等を調整する必要があるからである。国民の嫌気感強いが、医療をはじめ社会保障の持続可能性を確保するためには、安定した公費財源の確保は避けて通れない。また、公平な負担という観点から税制の見直しを図る必要がある。特

に強調したいことは次の2つである。

第1は、消費税率の引き上げである。公費財源の確保に当たっては、所得税（特に分離課税になっている金融所得課税の強化）や相続税のほか、タバコ税や酒税等を含め幅広く検討する必要がある。また、フランスの一般社会拠出金（CSG）のような賦課ベースの広い所得課税も検討すべきである。しかし、本命はやはり消費税である。その理由は、①財源調達力および税収の安定性、②世代間の負担の公平性および労働に対する中立性、③輸出に対する中立性である。③について付言すれば、消費税は国内消費に負担を求める税であり、輸取出引は免税される。この消費地課税原則（仕向地課税主義）による「国境税調整」のルールは、消費税（付加価値税）を導入している世界各国が採用しており、いわば国際的慣行となっている。グローバル化が進んでいるなかで、社会保障のためとはいえ国際競争力に負の影響を及ぼす税目の引き上げは適当ではなく、③の消費税の特性は重要な意味を持つ。

第2は、年金税制とりわけ公的年金等控除および老齢遺族年金の非課税の見直しである。公的年金等控除は給与所得控除のような必要経費の概算控除ではない。「経済的稼働力が減退する局面にある者の生計手段とするため公的な社会保険制度から給付される年金であること等を考慮すれば、他の所得との間で何らかの負担調整措置が必要とされる事情があると認められる」として設けられた政策的な所得控除である⁵⁶。筆者は、公的年金等控除の定率部分は廃止するとともに、その最低保障額（65歳以上は110万円）についても、少なくとも給与所得控除の最低保障額（55万円）の水準まで引き下げるべきだと考えている。その最大の理由は、公的年金等控除の優遇が税の世界のみならず社会保険の保険料や患者窓口負担等にも波及するからである。例えば、国保や後期高齢者医療制度の保険料の賦課において、公的年金等の受給額が153万円（最低保障額

110万円に市町村民税の基礎控除額43万円を足した額）以下であれば「所得なし」となり、その結果、応能割（所得比例部分）の負担がないだけでなく応益割の負担も7割軽減の対象となる。また、老齢遺族年金は税制上全額が非課税であるため、国保や後期高齢者医療制度においても一切「所得」としてカウントされず、世代間だけでなく高齢世代内でも大きな不公平を生んでいる。老齢遺族年金も一定額以上は課税対象とするとともに、国保や後期高齢者医療制度の保険料の賦課の対象とすべきである。

第9章 結論

健保法制定半世紀を経た昭和49（1974）年、厚生省は『医療保険半世紀の記録』を刊行した。その前年の昭和48（1973）年には、家族（被扶養者）の医療給付について7割給付の実施および高額療養費の導入、政管健保の累積赤字の棚上げと保険給付費に対する定率10%の国庫負担の実現、保険料率の弾力条項と国庫補助の上乗せ（保険料率0・1%引き上げごとに国庫補助率を0・8%上乗せ）などを内容とする健保法等の改正が成立している。このため、この著作は給付改善と財政対策に一区切りをつけたという自負と安堵に満ち溢れている。そして同時に、財政対策に明け暮れた歴史に終止符を打ちたいという思いが表れている。保険局長の北川力

55 具体的な検討を行った論文として、保険制度研究会（2023）「高齢者包括ケア保険構想（上）・（下）」社会保険旬報、2894号、13―27頁、2895号、12―17頁を参照されたい。

56 引用は1986年10月の税制調査会答申である。なお、公的年金等は1987年までは給与所得として課税され、給与所得控除および老年者年金特別控除が適用されていたが、1988年に雑所得課税に変更された際に公的年金等控除が創設されたという経緯がある。

夫は、そのあとがきの中で、歴史を回顧しつつ次のように述べている⁵⁷。

医療保険半世紀の流れに、われわれは、昭和半世紀の歴史の投影を見る。不況と戦争に明け暮れた二十年まで、戦後の混迷を脱し、世界にも類例を見ない高度成長期を経て、いまポストインダストリアルサイエティといわれる時点に至るまで、医療保険は、そのときそのときの社会経済事情に大きく左右され、揺れ動いてきた。とりわけ最近約十年は、皆保険達成後の医療と財政との織りなす複雑な図式が、医療保険を一転して国政の場におけるスターにまで仕立て上げた感がある。歴史は繰り返すというが、もはや戦争があつてはならぬのと同じように、医療保険にも果てしない財政対策の連続があつてはならない。

では、現実はどうであつたか。高度経済成長の終焉に伴う経済基調の変化に加え、人口構造や産業構造の変容を背景に、その後の半世紀、医療制度は高齢者医療制度のあり方を中心に毎年のように改革を迫られてきた。そして、未来に目を向ければ、第6章で述べたように、社会経済の基底的条件が大きく変容しており、乗り越えなければならぬ壁は高い。けれども、歴史を振り返れば、社会経済に医療をめぐる状況が平穏だったときは一度たりとてない。そうしたなかで、先人は知恵を絞り努力を重ね、戦前に被用者保険と国保の二本立ての体系を築き、戦後、それを礎として国民皆保険を実現し、修正を施しながら今日まで持ちこたえてきた。そのことに思いを致すとき、制度は意志の産物であり先人から引き継いだ財産であるという意味が得心できる。我々は、将来の制約条件が厳しいがゆえに、叡智と力を結集し医療制度をより良いものとするよう努めなければならぬ。それは決して自分達のためだけではない。将来世代に対し我々に課せられた社会的責務である。

57

北川力夫（1974）「あとがきにかえて―これからの医療保険の道―」厚生省保険局・社会保険庁医療保険部（1974）『医療保険半世紀の記録』社会保険法規研究会、334頁。

年表

平成25(2013)～令和4(2022)年度(社会保険関係／健保連関係)……………	389
健康保険法制定から100年(制定前も含む)……………	419

平成25年度
(2013年度)

月日

社会保険関係

月日

健保連関係

4・4
4・5
4・23

政府の社会保障制度改革国民会議は「医療・介護」をテーマに集中審議し、健保連など保険者4団体を交え議論
厚生労働省は後発医薬品の数量シェアを平成29年度までに60%以上とする新たな目標を定めた工程表を公表
被用者保険間の後期高齢者支援金の3分の1総報酬割を2年延長する健保法等改正案は衆院本会議で可決、参院に送付。施行日を当初案の平成25年4月1日から公布日に修正

5・7
5・24
5・15
5・24

政府は平成24年8月に成立した「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律」にもとづく産前産後の休業期間中の社会保険料の免除について、施行日を平成26年4月1日とする政令を閣議決定
平成25年度政府予算が参院本会議で可決、成立
後期高齢者支援金の3分の1総報酬割など、協会けんぽの特例支援措置を平成26年度まで2年延長する改正健保法等が参院本会議で可決、成立(31日施行)
マイナンバー関連法が参院本会議で可決、成立。平成27年秋頃から国民1人ひとりに番号が通知され、28年1月から順次利用を開始

6・14
6・26
6・27

政府は「日本再興戦略」を閣議決定。関係9閣僚申し合わせの「健康・医療戦略」も策定。「データヘルス計画(仮称)」にもとづく健保組合の保健事業推進が盛り込まれる
政府は安倍政権の経済財政運営の方向性を示す「経済財政運営と改革の基本方針」(骨太方針)を閣議決定
第183回通常国会が閉会
厚生労働省は「平成24年社会医療診療行為別調査」の結果を公表。医科診療の1件

4・1
4・1
4・10
4・22

健保組合数は1,420組合に
社会保険診療報酬支払基金と平成25年度の審査・支払事務にかかる契約を締結。これに合わせ、電子レセプトに対応した審査体制の構築などの要請事項を支払基金に提出。厚生労働省に対しても支払基金の業務範囲の見直しなどを要請
白川専務理事は社会保障制度改革国民会議に出席し、意見を表明。高齢者医療への公費5割の投入や70歳以上の全高齢者の患者負担を2割とすることを提案
健保連と国保中央会は、番号制度関連法案に関する要請書を厚生労働省に提出。初期費用や維持費等は全額公費で賄うよう要請
平成25年度予算早期集計結果を公表。健保組合全体で4,573億円の経常赤字を見込んだ

5・24
5・24
5・30

平井会長は同日成立した改正健保法等に対するコメントを発表。後期高齢者支援金の3分の1総報酬割を26年度まで2年延長する改正に「極めて遺憾である」と表明
健保連など社会保障審議会医療保険部会の被用者保険関係5団体の代表委員は、社会保障制度改革国民会議の「医療・介護」の改革議論に対する共同意見をまとめ、遠藤久夫部会長に提出
平成26年度政府予算概算要求に向けた要望事項をまとめ、厚生労働省保険局長に提出。拠出金負担に対する財政支援措置や臨給補助金の継続・充実などを要請

月日	社会保険関係	月日	健保連関係
7・9	<p>全国健康保険協会は協会けんぽの平成24年度決算見込みを公表。医療分の収支は3、104億円の黒字計上で、準備金残高は5、054億円</p>	7・4	<p>「医療提供体制に関する健保連の見解」を発表。一般病床の機能分化・連携強化、在宅医療の推進に必要な基盤整備、総合診療医の早期養成などの施策を進めるべきと指摘</p>
8・5	<p>社会保障制度改革国民会議は報告書をまとめた。被用者保険間の後期高齢者支援金の負担方法を平成27年度から全面総報酬制とすることを提案。総報酬制で不要となる国費は、国保財政の基盤強化に充てる方針</p>	8・7	<p>平井会長は社会保障制度改革国民会議の報告書に対しコメントを発表。前期高齢者医療への公費投入・拡充が反映されていないなど、改革の期待を裏切る内容だと不満を表明</p>
8・8	<p>政府は閣議で平成26年度予算の概算要求基準を了解</p>	9・12	<p>「社会保障制度改革に対する健保連の考え方」を発表。高齢者医療の負担構造改革、医療提供体制を含めた医療の重点化・効率化、医療費適正化の制度構築を柱に据えた</p>
8・21	<p>政府は社会保障制度改革国民会議の報告書にもとづき、社会保障改革プログラムの骨子を閣議決定</p>	9・12	<p>平成24年度健保組合決算見込みの概要を発表。経常収支差引額は2、976億円の赤字。高齢者医療拠出金が初めて3兆円を超える</p>
8・27	<p>厚生労働省は平成26年度予算概算要求をまとめた。社会保障費は29兆1、235億円を計上</p>	9・12	<p>平成24年度1か月で1千万円以上の超高額医療費レセプトは254件</p>
9・10	<p>厚生労働省は「平成24年度医療費の動向」を公表。概算医療費は前年度に比べ1・7%増加し、過去最高の38・4兆円</p>	9・12	<p>平成26年度診療報酬改定に向けて、健保組合のレセプトデータにもとづき実施した「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究」結果をまとめた。診療報酬包括化の推進を提言</p>
9・12	<p>厚生労働省は健康づくり大キャンペーンの一環として、健康づくり推進本部（本部長・田村憲久厚生労働大臣）を設置し、初会合</p>	10・23	<p>第466回理事会を開き、平成25年度健保組合全国大会の開催要領を審議、了承</p>
9・18	<p>厚生労働省の医療・介護サービス提供体制改革推進本部（本部長・田村憲久厚生労働大臣）が初会合</p>	10・23	<p>第466回理事会を開き、平成25年度健保組合全国大会の開催要領を審議、了承</p>
10・11	<p>政府は消費税率を現行の5%から平成26年4月に8%へ引き上げること閣議決定</p>	10・23	<p>第466回理事会を開き、平成25年度健保組合全国大会の開催要領を審議、了承</p>
10・15	<p>社会保障・税一体改革関連法にもとづき、増収分を社会保障の充実・安定化に充てる</p>	10・23	<p>第466回理事会を開き、平成25年度健保組合全国大会の開催要領を審議、了承</p>
11・1	<p>厚生労働省は「平成23年度国民医療費の概況」を公表。総額は前年度比3・1%増</p>	11・1	<p>第466回理事会を開き、平成25年度健保組合全国大会の開催要領を審議、了承</p>
11・14	<p>厚生労働省は「平成23年度国民医療費の概況」を公表。総額は前年度比3・1%増</p>	11・1	<p>第466回理事会を開き、平成25年度健保組合全国大会の開催要領を審議、了承</p>

月日	社会保険関係	月日	健保連関係
2・12	<p>平成26年度診療報酬改定について、中医協が田村憲久厚生労働大臣に答申 政府は医療法と介護保険法の改正案を一括した「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一部を改正する法律案」（医療介護総合確保推進法案）を閣議決定し、第186回通常国会に提出 政府の社会保障制度改革推進本部は、首相官邸で初会合。安倍晋三首相を本部長に田村憲久厚生労働大臣など関係閣僚で構成</p>	2・14	<p>第190回定時総会を開き、平成26年度事業計画とこれにもとづく一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり承認、決定。平井会長は消費税増収分を活用した前期高齢者医療への公費投入・拡充の実現に不退転の決意で臨む考えを表明</p>
3・31	<p>平成26年度政府予算案が参院本会議で可決、成立 田村憲久厚生労働大臣は、健保法にもとづく保健事業の実施等に関する指針の改正を告示。レセプトや健診結果などのデータを活用したデータヘルスの取り組みが盛り込まれる</p>	3・20	<p>第469回理事会を開き、主張・要求実現のための活動、平成25年度一般会計収入支出変更予算などを審議、原案どおり了承</p>
平成26年度 (2014年度)	<p>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</p>	4・1	<p>健保組合数は1,410組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成26年度の審査・支払事務にかかる契約を締結。これに合わせ電子レセプトに対応した審査体制の強化を柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省には正常分娩にかかる出産育児一時金の支払業務を可能にするなど、支払基金の業務拡大を要望 第191回臨時総会を開催。任期満了に伴う役員改選を行い、会長に大塚陸毅氏、副会長に安田、出版の2健保組合と大阪連合会会長の安藤力氏を選出。白川修二専務理事を副会長兼専務理事に選出。平井克彦前会長は顧問に就任。大塚会長は就任のあいさつで、改革の実現と健保組合の安定運営に向けた施策の実現に全力で取り組む考えを表明 常任理事会において、主張・要求の実現に向けて改革活動の要とする「要求実現対策本部」の設置を決定。対策本部の下に「特別委員会」を設置</p>
	<p>社会保障審議会医療保険部会は平成27年通常国会への法案提出に向けた医療保険制度改革の議論を開始。後期高齢者支援金の全面総報酬割導入など社会保障改革プログラム法に沿った検討項目が主要課題</p>	4・15	<p>平成26年度予算早期集計結果を公表。健保組合全体で3、689億円の経常赤字を見込んだ</p>
4・21		4・18	<p>健保連など被用者保険関係5団体は、前期高齢者医療への公費投入などを柱とする医療保険制度改革の共同要望書をまとめ、田村憲久厚生労働大臣、社会保障審議会医療保険部会に提出 都道府県連合会長会議を開催。前期高齢者医療への公費投入などの要求実現に向けて一丸となって活動を展開するこ</p>
5・21		5・19	

10・14	10・8	10・6	9・12	9・3	8・26	8・26	7・25	7・25	7・17	7・10	7・4	6・24	6・22	6・18	6・18	6・10
<p>安倍晋三首相は、患者の申し出により国内未承認薬などを迅速に保険外併用療養費制度の対象とする新たな仕組みの「患者申出療養」の創設を表明</p> <p>医療介護総合確保推進法が参院本会議で可決、成立</p> <p>厚生労働省は「平成25年度社会医療診療行為別調査」の結果を公表。医科診療の1件当たり点数は入院が4万9,255・4点、外来は1,326・3点</p> <p>第186回通常国会が閉会</p> <p>政府は「経済財政運営と改革の基本方針2014」（骨太方針2014）、成長戦略を具体化する「日本再興戦略改訂2014」、「規制改革実施計画」を閣議決定</p> <p>厚生労働省は平成24年度の特定健診・保健指導実施率を公表。保険者全体の平均は特定健診46・2%、特定保健指導16・4%。健保組合は特定健診70・1%、特定保健指導18・1%</p> <p>全国健康保険協会は協会けんぽの平成25年度決算見込みを公表。医療分の収支は1,866億円の黒字計上で、準備金残高は6,921億円</p> <p>有識者で構成する政府の社会保障制度改革推進会議が初会合。団塊世代が75歳に達する2025年に向けて社会保障改革を総合的に検討することを確認</p> <p>政府は閣議で平成27年度予算の概算要求基準を了解</p> <p>厚生労働省の医療介護総合確保促進会議が初会合</p> <p>厚生労働省は平成27年度概算要求をまとめた。社会保障費は29兆8,558億円を計上</p> <p>厚生労働省は「平成25年度医療費の動向」を公表。概算医療費は前年度に比べ2・2%増加し、過去最高の39・3兆円</p> <p>第2次安倍改造内閣が発足。厚生労働大臣には第1次安倍内閣で官房長官を務めた塩崎恭久氏が就任</p> <p>厚生労働省は「地域における医療と介護を総合的に確保するための基本方針」（総合確保方針）を告示</p> <p>厚生労働省は社会保障審議会医療保険部会で、被用者保険間の後期高齢者支援金の負担方法を全面総報酬制とする案を提示</p> <p>厚生労働省は「平成24年度国民医療費の概況」を公表。総額は前年度比1・6%増の39兆2,117億円。対国民所得比は11・17%。年齢別では、65歳以上は22兆860億円。全体の56・3%を占める</p> <p>厚生労働省の医療介護改革推進本部（本部長・塩崎恭久厚生労働大臣）が初会合</p> <p>厚生労働省は健保組合が平成26年度中に策定し、27年度から実施するデータヘルス計画について、健保連と共同でまとめた「計画作成の手引き」を公表</p>																
10・30			9・11	9・11					7・18	7・10	7・4					5・30
<p>とを確認</p> <p>平成27年度政府予算概算要求に向けた要望書をまとめ、厚生労働省保険局長に提出。消費税率引き上げ財源を活用した高齢者医療への公費拡充を求めた</p> <p>第471回理事会を開き、平成25年度一般会計・各特別会計収入支出決算などを審議、原案どおり了承</p> <p>白川副会長は、自民党の社会保障制度に関する特命委員会・医療に関するプロジェクトチームの会合に出席し、前期高齢者医療の公費拡充を要請</p> <p>第192回定時総会を開き、平成25年度一般会計・各特別会計収入支出決算などを審議、原案どおり承認、決定。大塚会長は高齢者医療への公費投入を重点に要請活動を展開する考えを表明</p> <p>平成25年度健保組合決算見込みの概要を発表。経常収支差引額は1,162億円の赤字。高齢者医療制度創設以降6年連続の赤字</p> <p>平成25年度超高額医療費レセプトは336件</p> <p>第472回理事会を開き、平成26年度健保組合全国大会の</p>																

月日	社会保険関係	月日	健康保険関係
10・23	<p>日本経済団体連合会、日本商工会議所、経済同友会の経済3団体は医療保険制度改革への共同要望をまとめ、塩崎恭久厚生労働大臣に提出</p> <p>政府は健保組合の法定準備金の保有水準を「保険給付費2か月分および納付金等1か月分」に引き下げるなど、健保法施行令の一部改正を閣議決定</p> <p>安倍晋三首相は、来年10月に予定する消費税率10%への引き上げを平成29年4月に1年半先送りする考えを表明</p>	11・26	<p>開催要領、26年度一般会計収入支出変更予算などを審議、原案どおり了承</p> <p>東京・千代田区の東京国際フォーラムで、平成26年度健康保険組合全国大会―皆保険を次世代へつなぐ改革実現総決起大会―を開催。①前期高齢者医療への公費投入の実現、②高齢者医療費の負担構造改革と持続可能な制度の構築―の2スローガンにもとづく決議文を採択。実現を期し、要請活動を展開</p>
11・14	<p>第188回特別国会が召集され、衆参両院本会議での首相指名選挙により、第97代首相に安倍晋三氏を選出。第3次安倍内閣が発足し、厚生労働大臣には塩崎恭久氏を再任</p> <p>財務省の財政制度等審議会は平成27年度予算編成に向けた建議をまとめ、麻生太郎財務大臣に提出。社会保障費の自然増として認める範囲は高齢化分までと指摘</p>	12・19	<p>第473回理事会を開き、平成27年度一般会計予算編成の基本方針、27年度以降の組合財政支援助交付金の見直しなどを審議、原案どおり了承</p>
12・24	<p>麻生財務大臣と塩崎厚生労働大臣は平成27年度厚労省予算編成にあたっての大臣折衝で介護報酬を2・27%のマイナス改定することを合意。マイナス改定は9年ぶり</p> <p>政府の社会保障制度改革推進本部は、第189回通常国会に提出する医療保険制度改革関連法案の基本方針となる「医療保険制度改革骨子」を決定</p>	1・15	<p>大塚会長は次期医療保険制度改革案に対するコメントを発表。社会保障制度改革推進本部が決定した改革骨子に対し、「被用者保険を含めた持続可能な制度の構築を志向したのとは言い難い」と指摘</p>
12・25	<p>政府は平成27年度政府予算案を閣議決定。厚生労働省の予算案は総額で26年度当初予算比3・0%増の29兆9、146億円。うち、社会保障関係費は3・2%増の29兆4、505億円</p> <p>第189回通常国会召集</p>	1・23	<p>第474回理事会を開き、平成27年度の事業計画、一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり了承</p>
1・11	<p>社会保障審議会は平成27年度介護報酬改定案（全体で2・27%引き下げ）の諮問を受け、了承の答申</p>	2・13	<p>第193回定時総会を開き、平成27年度事業計画とこれにもとづく一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり承認、決定</p>
1・14	<p>財務省は平成27年度の国民負担率が43・4%（前年度実績見込みに比べ0・8ポイント増）になるとの見通しを公表</p>	2・20	<p>健保連など被用者保険関係5団体は、医療保険制度改革に対する共同意見をまとめ、社会保障審議会医療保険部会に提出。高齢者医療制度の負担構造改革などの必要性を強調</p>
2・6	<p>政府は、後期高齢者支援金の全面総報酬割導入などを柱とする「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」（医療保険制度改革関連法案）を閣議決定し、第189回通常国会に提出</p>	3・13	<p>第475回理事会を開き、平成26年度一般会計収入支出変更予算、27年度支払基金との契約などを審議、原案どおり了承。大塚会長は27年通常国会に提出された医療保険制度改革関連法案について「抜本改革には程遠いものと言わざるを得ない」と総括</p>
2・26	<p>「市民の目線で医療と介護を考える会」（代表・坂口力元厚生労働大臣）は、高齢者医療への抛出金負担を保険料の4割に抑えることなどを提言する報告書をまとめ、塩崎恭久厚生労働大臣に提出</p>	3・20	<p>経済産業省と東京証券取引所は、初の「健康経営銘柄」に22社を選定。従業員の健康管理に優れた企業を選出</p>
3・3	<p>塩崎恭久厚生労働大臣に提出</p>	3・20	<p>第475回理事会を開き、平成26年度一般会計収入支出変更予算、27年度支払基金との契約などを審議、原案どおり了承。大塚会長は27年通常国会に提出された医療保険制度改革関連法案について「抜本改革には程遠いものと言わざるを得ない」と総括</p>
3・4	<p>塩崎恭久厚生労働大臣に提出</p>	3・20	<p>第475回理事会を開き、平成26年度一般会計収入支出変更予算、27年度支払基金との契約などを審議、原案どおり了承。大塚会長は27年通常国会に提出された医療保険制度改革関連法案について「抜本改革には程遠いものと言わざるを得ない」と総括</p>
3・25	<p>塩崎恭久厚生労働大臣に提出</p>	3・20	<p>第475回理事会を開き、平成26年度一般会計収入支出変更予算、27年度支払基金との契約などを審議、原案どおり了承。大塚会長は27年通常国会に提出された医療保険制度改革関連法案について「抜本改革には程遠いものと言わざるを得ない」と総括</p>

8・21	7・24	7・17	7・10	7・8	6・30	6・30	6・17	6・16	5・27	4・28	4・14	4・9
厚生労働省は平成25年度の特定健診・保健指導実施率を公表。保険者全体の平均は	厚生労働省は生活習慣病の発症・重症化予防の状況など、健康日本21(第2次)が掲げる各目標の進捗状況を公表	厚生労働省は「8項目を宣言」	「健康なまち・職場づくり宣言2020」	「日本健康会議」が発足式を開催。実行委員を代表して健保連の大塚会長が「健康なまち・職場づくり宣言2020」	全国健康保険協会は協会けんぽの平成26年度決算見込みを公表。医療分の収支は3、726億円の黒字計上で、準備金残高は1兆647億円	「日本健康会議」が発足式を開催。実行委員を代表して健保連の大塚会長が「健康なまち・職場づくり宣言2020」	「骨太方針2015」を閣議決定。平成28〜30年度の3年間の社会保障費の自然増を高齢化に伴う伸びに相当する1・5兆円程度に抑制する。後発品の数量シェアは29年央に70%以上、30〜32年度末の間の早期に80%以上とする目標を設定	政府は「日本再興戦略改訂2015」を閣議決定。医療等分野ではマイナンバー制度を活用したICT化の推進を盛り込んだ	医療保険制度改革閣連法が参院本会議で可決、成立。これにより後期高齢者支援金の算定方法は、総報酬割部分を3分の1から平成27年度に2分の1、28年度に3分の2と段階的に広げ、29年度から全面实施	医療保険制度改革閣連法が衆院本会議で可決、参院に送付	度改革閣連法が衆院本会議で審議入り	平成27年度政府予算が参院本会議で可決、成立
			7・17	7・3	6・2	5・27	5・22	5・7	4・22	4・1	4・1	
<p>健保組合数は1,403組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成27年度の審査・支払事務にかかる契約を締結。これに合わせ、審査の充実強化を柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省には電子による再審査請求の義務化を要望</p> <p>平成27年度予算早期集計結果を公表。健保組合全体で1、429億円の経常赤字を見込んだ。平均保険料率が初めて9%を突破</p> <p>健保連と全国健康保険協会は、医療提供体制改革に関する連名の要請書を厚生労働省に提出。地域医療構想調整会議の保険者委員を複数とすることなどを要請</p> <p>白川副会長は参院厚生労働委員会で意見陳述。今回の医療保険制度改革閣連法に含まれていない重要事項として、高齢者医療費の負担構造改革などを指摘</p> <p>大塚会長は医療保険制度改革閣連法の成立を受けてコメントを発表。国保の財政対策に偏った内容を批判</p> <p>平成28年度政府予算概算要求に向け、拠出金負担の軽減措置の拡充や、総報酬割導入の激変緩和などを柱とする要望事項をまとめ、厚生労働省保険局長に提出</p> <p>第476回理事会を開き、平成26年度一般会計・各特別会計収入支出決算などを審議、原案どおり了承</p> <p>第194回定時総会を開き、平成26年度一般会計・各特別会計収入支出決算、本会役員人事などを審議、原案どおり承認、決定。本会役員人事では、副会長に大阪連合会会長の小笹定典氏、理事(本部事務局)に幸野庄司氏(前日本航空健保組合常務理事)を選任。安藤力前健保連副会長、布施光彦前健保連副会長は顧問に就任</p>												

月日	社会保険関係	月日	健保連関係
12・2	<p>特定健診47・6%、特定保健指導17・7%。健保組合は特定健診71・8%、特定保健指導18・0%。</p> <p>厚生労働省は平成28年度予算概算要求をまとめた。社会保障費は28兆7、126億円を計上。</p> <p>厚生労働省は「平成25年社会保障制度改革に関する意識等調査」結果を公表。社会保障の給付水準を今後も「維持すべき」と考える人の割合は48・2%。</p> <p>厚生労働省は「平成26年度医療費の動向」を公表。概算医療費は前年度に比べ1・8%増加し約40・0兆円</p> <p>第189回通常国会が閉会</p> <p>第3次安倍改造内閣が発足。厚生労働大臣には塩崎恭久氏を再任</p> <p>厚生労働省は「平成25年度国民医療費の概況」を公表。総額は前年度比2・2%増の40兆610億円。対国民所得比は11・06%。年齢別では、65歳以上は23兆1、112億円。全体の57・7%を占める</p> <p>安倍政権の政策目標「1億総活躍社会」の実現に向けて、具体策を検討する「厚生労働省1億総活躍社会実現本部」（本部長・塩崎恭久厚生労働大臣）が初会合</p> <p>政府は1億総活躍社会の具体策を検討する「1億総活躍国民会議」の初会合を開催</p> <p>財務省の財政制度等審議会は平成28年度予算の編成等に関する建議をまとめ、麻生太郎財務大臣に提出。社会保障費の自然増を高年齢化相当分の範囲内に圧縮するため、診療報酬本体のマイナス改定を提言</p>	11・24	<p>平成28年度診療報酬改定に向けて、「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅱ」結果を発表。第一世代湿布薬の保険適用の除外などを提言</p> <p>平成26年度健保組合決算見込みの概要を発表。経常収支差引額は636億円。7年ぶりに黒字</p> <p>平成26年度超高額医療費レセプトは300件</p> <p>第477回理事会を開き、平成27年度健保組合全国大会の開催要領、病院情報「ぼすびたるー」の廃止などを審議、原案どおり了承。「ぼすびたるー」については、医療機関の情報提供の急速な拡大や充実など情報検索サイトの取り巻く環境が変化し、健保連が運営する意義や費用対効果の観点から、27年度末をもって廃止することとした</p> <p>健保連など医療保険者関係6団体は、「平成28年度診療報酬改定に関する要請」を塩崎恭久厚生労働大臣に提出</p> <p>健保連と全国健康保険協会は、連名で「国保改革の施行に関する要望」を厚生労働省に提出。平成30年度からの国保の都道府県化に合わせ、都道府県国保運営協議会への被用者保険代表委員の参加を必須とすることを要請</p> <p>東京・千代田区の東京国際フォーラムで、平成27年度健康保険組合全国大会―現役世代が納得できる公平な制度の実現へ―を開催。①高齢者医療費の負担構造改革の実現、②安定した組合運営に向けた財政支援の継続・拡充、③実効ある医療費適正化対策の実施、④保険者機能の発揮に効果的な健保組合方式の維持・発展の4スローガンにもとづく決議文を採択。実現を期し、要請活動を展開</p> <p>大会では、健保組合の取り組みを紹介するVTRを上映。VTRの合間には、フリーアナウンサーの平原沖恵さんを司会に、健保連の白川副会長、日本通運健保組合の安藤伸樹理事長、セーレン健保組合の野路日出男専務理事の3氏がトークセッションを実施</p>

平成28年度 (2016年度)	3・31	3・11	2・17	2・12	2・10	1・26	1・4	12・24	12・21	12・11	12・7
<p>側が意見書を提出 社会保障審議会医療保険、医療両部会は平成28年度診療報酬改定の基本方針を決定 中医協は平成28年度診療報酬改定に関する意見書をまとめ、塩崎恭久厚生労働大臣に提出 政府は平成28年度診療報酬改定率について、診療報酬本体の0・49%引き上げを決定。本体引き上げ分から薬価等引き下げ分を差し引いた全体の改定率は0・84%の引き下げ。全体マイナスイメージは8年ぶり 政府は平成28年度政府予算案を閣議決定。厚生労働省の予算案は総額で27年度当初予算比1・3%増の3兆3,110億円。うち、社会保障関係費は1・4%増の29兆8,631億円 第190回通常国会召集 政府は、平成28、29年度の後期高齢者負担率について前期（平成26、27年度）から0・26ポイント引き上げて10・99%とする政令改正を閣議決定 平成28年度診療報酬改定について、中医協が塩崎恭久厚生労働大臣に答申 財務省は平成28年度の国民負担率が43・9%（前年度実績見込み）に比べ0・5ポイント低下）になるとの見通しを発表。21年度以来7年ぶりに低下 社会保障審議会介護保険部会は約2年ぶりに再開し、次期制度改革の議論を開始。介護納付金の総報酬割増導入などが論点 政府は従業員500人以下の企業が短時間労働者に被用者保険を任意で適用できるようにするなど「公的年金制度の持続可能性の向上を図るための国民年金法等の一部を改正する法律案」（年金改革関連法案）を閣議決定し、第190回通常国会に出 平成28年度政府予算が参院本会議で可決、成立 厚生労働省は平成30年度から6年間を対象とする「第3期医療費適正化基本方針」を告示。後発医薬品の数量割合80%以上を数値目標に追加した一方、平均在院日数の短縮を目標から除外 厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」は、個人の健康づくりに対するインセンティブの具体策を示すガイドライン案を大筋合意</p>	4・4	4・1	4・15	4・1	4・1	4・1	4・1	4・1	4・1	4・1	4・1
<p>第478回理事会を開き、平成28年度一般会計予算編成の基本方針、28年度以降の組合財政支援助交付金の見直しなどを審議、原案どおり了承 第479回理事会を開き、平成28年度事業計画と一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり了承 第195回定時総会を開き、平成28年度事業計画とこれにもとづく一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり承認、決定 第480回理事会を開き、平成27年度一般会計収入支出変更予算、28年度支払基金との契約などを審議、原案どおり了承 健保組合数は1,399組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成28年度の審査・支払事務にかかる契約を締結。これに合わせ、組織体制の見直しなどを柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省には電子レポートの特性を生かした取り組みなどを要望 第196回臨時総会を開催。任期満了に伴う役員改選を行い、会長に大塚陸毅氏、副会長に安田日本興亜、出版の2健保組合と大阪連合会会長の小笹定典氏、副会長兼専務理事に白川修二氏を選出</p>	3・18	2・19	1・22	12・18	12・18	12・18	12・18	12・18	12・18	12・18	12・18

月日	社会保険関係	月日	健康保険関係
4・25	<p>厚生労働省の「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」が初会合。ICTとビッグデータを活用して保険者機能を強化するための具体策の議論に着手</p> <p>厚生労働省の「がん検診のあり方に関する検討会」が開かれ、白川副会長が委員として加入。職域のガイドライン策定へ検討</p> <p>政府の規制改革会議は第4次答申を安倍晋三首相に提出。社会保険診療報酬支払基金の組織・体制を含めて審査のあり方を抜本的に見直す必要性を指摘</p> <p>第190回通常国会が閉会</p> <p>安倍晋三首相は記者会見し、消費税率10%への引き上げ時期を平成29年4月から31年10月まで2年半延期すると表明</p> <p>政府は「経済財政運営と改革の基本方針2016」（骨太方針2016）、「日本再興戦略2016」、「規制改革実施計画」、「ニッポン一億総活躍プラン」を閣議決定</p> <p>厚生労働省は「平成27年度社会医療診療行為別統計」の結果を公表。医科診療の1件当たり点数は入院が5万237・8点、外来は1,309・6点</p> <p>全国健康保険協会は協会けんぽの平成27年度決算見込みを公表。医療分の収支は2,453億円の黒字計上、準備金残高は1兆3,100億円で法定水準の1・9倍</p> <p>厚生労働省は平成26年度の特定健診・保健指導実施率を公表。保険者全体の平均は特定健診48・6%、特定保健指導17・8%。健保組合は特定健診72・5%、特定保健指導17・7%</p> <p>政府は閣議で平成29年度予算概算要求基準を了解</p> <p>第3次安倍第2次改造内閣が発足。厚生労働大臣には塩崎恭久氏を再任</p> <p>厚生労働省は平成29年度予算概算要求をまとめた。社会保障費は29兆1,060億円を計上</p> <p>厚生労働省は「平成27年度医療費の動向」を発表。概算医療費は前年度から1・5兆円増加して41・5兆円。C型肝炎治療薬「ソバルディ」、「ハーボニー」の薬剤料の大幅な増加等により、高い伸びに</p> <p>厚生労働省は「平成26年度国民医療費の概況」を公表。総額は前年度比1・9%増の40兆8,071億円で対国民所得比は11・20%。年齢別では、65歳以上は23兆9,066億円で全体の58・6%を占める</p> <p>日本経済団体連合会は医療・介護制度改革に関する意見を発表。介護納付金の総報酬導入に反対を表明</p>	9・28	<p>平成28年度予算早期集計結果を公表。健保組合全体で1,384億円の経常赤字を見込んだ</p> <p>健保連と全国健康保険協会は、熊本地震に伴う被災者支援として医療費の一部負担金を徴収猶予、減免した保険者に財政支援を講じるよう、共同の緊急要望書を塩崎恭久厚生労働大臣に提出</p> <p>第482回理事会を開き、平成27年度一般会計・各特別会計収入支出決算などを審議、原案どおり了承</p> <p>第197回定時総会を開き、平成27年度一般会計・各特別会計収入支出決算などを審議、原案どおり承認、決定。消費税増税が2年半延期されたが、大塚会長は引き続き高齢者医療費の負担構造改革の実現をめざしていく考えを強調</p> <p>健保連と全国健康保険協会は、平成28年度療養費改定の引き下げと不正請求対策を柱とする共同の意見書をまとめ、厚生労働省保険局長に提出</p> <p>平成27年度健保組合決算見込みの概要を発表。経常収支差引額は1,278億円の黒字。保険料率の引き上げや高齢者医療拠出金の過払い精算が影響したもので、半数近い健保組合が赤字</p> <p>平成27年度超高額医療費レポートは361件</p> <p>「医療提供体制の諸課題に関する健保連の考え方」をまとめた</p>
5・12		9・9	
5・19		9・9	
6・1		8・9	
6・1		7・8	
6・2		7・22	
6・15		7・8	
7・8		10・17	
7・11		10・17	
8・2		10・17	
8・3		10・17	
8・26		10・17	
9・13		10・17	
9・28		10・17	
10・18		10・17	

3・28	3・27	2・10	2・7	1・20	1・19	1・12	12・22	12・20	12・19	12・14	12・9	11・17	11・16
平成29年度政府予算が参院本会議で可決、成立 介護保険法等改正案が衆院本会議で審議入り	平成29年度政府予算が参院本会議で可決、成立 介護保険法等改正案が衆院本会議で審議入り	政府は、介護納付金総報酬割導入を盛り込んだ「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」（介護保険法等改正案）を閣議決定し、第193回通常国会に提出 財務省は平成29年度の国民負担率が前年度実績見込みから横ばいの42・5%になるとの見通しを公表	厚生労働省の「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」は、社会保険診療報酬支払基金のあり方を柱とする報告書をまとめた 厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」は、第3期特定健診等実施計画期間（平成30～35年度）における特定健診・保健指導の運用の見直しを決定 第193回通常国会召集	厚生労働省の「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」は、社会保険診療報酬支払基金のあり方を柱とする報告書をまとめた 厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」は、第3期特定健診等実施計画期間（平成30～35年度）における特定健診・保健指導の運用の見直しを決定 第193回通常国会召集	厚生労働省の「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」は、社会保険診療報酬支払基金のあり方を柱とする報告書をまとめた 厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」は、第3期特定健診等実施計画期間（平成30～35年度）における特定健診・保健指導の運用の見直しを決定 第193回通常国会召集	厚生労働省の「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」は、社会保険診療報酬支払基金のあり方を柱とする報告書をまとめた 厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」は、第3期特定健診等実施計画期間（平成30～35年度）における特定健診・保健指導の運用の見直しを決定 第193回通常国会召集	社会保障審議会介護保険部会は次期制度改正に向けた意見書を取りまとめた 従業員500人以下の企業が短時間労働者に被用者保険を任意で適用できるようにする年金改革関連法が成立。平成29年4月1日から施行 麻生財務大臣と塩崎厚生労働大臣は、平成29年度政府予算編成の重要事項を合意。介護納付金に総報酬割を導入する一方、納付金の負担増緩和措置も決定 関係4閣僚は薬価制度抜本改革の基本方針を決定。2年ごと実施する薬価改定の谷間に市場実勢価格を調査し、薬価差の大きな品目に限って改定する 政府は平成29年度政府予算案を閣議決定。厚生労働省の予算案は総額で28年度当初予算比1・2%増の30兆6,873億円。うち、社会保障関係費は1・3%増の30兆2,483億円。健保組合関係予算案は、高齢者医療支援金等負担金助成費に同93・7%の大幅増となる738・8億円を計上	社会保障審議会介護保険部会は次期制度改正に向けた意見書を取りまとめた 従業員500人以下の企業が短時間労働者に被用者保険を任意で適用できるようにする年金改革関連法が成立。平成29年4月1日から施行 麻生財務大臣と塩崎厚生労働大臣は、平成29年度政府予算編成の重要事項を合意。介護納付金に総報酬割を導入する一方、納付金の負担増緩和措置も決定 関係4閣僚は薬価制度抜本改革の基本方針を決定。2年ごと実施する薬価改定の谷間に市場実勢価格を調査し、薬価差の大きな品目に限って改定する 政府は平成29年度政府予算案を閣議決定。厚生労働省の予算案は総額で28年度当初予算比1・2%増の30兆6,873億円。うち、社会保障関係費は1・3%増の30兆2,483億円。健保組合関係予算案は、高齢者医療支援金等負担金助成費に同93・7%の大幅増となる738・8億円を計上	社会保障審議会介護保険部会は次期制度改正に向けた意見書を取りまとめた 従業員500人以下の企業が短時間労働者に被用者保険を任意で適用できるようにする年金改革関連法が成立。平成29年4月1日から施行 麻生財務大臣と塩崎厚生労働大臣は、平成29年度政府予算編成の重要事項を合意。介護納付金に総報酬割を導入する一方、納付金の負担増緩和措置も決定 関係4閣僚は薬価制度抜本改革の基本方針を決定。2年ごと実施する薬価改定の谷間に市場実勢価格を調査し、薬価差の大きな品目に限って改定する 政府は平成29年度政府予算案を閣議決定。厚生労働省の予算案は総額で28年度当初予算比1・2%増の30兆6,873億円。うち、社会保障関係費は1・3%増の30兆2,483億円。健保組合関係予算案は、高齢者医療支援金等負担金助成費に同93・7%の大幅増となる738・8億円を計上	社会保障審議会介護保険部会は次期制度改正に向けた意見書を取りまとめた 従業員500人以下の企業が短時間労働者に被用者保険を任意で適用できるようにする年金改革関連法が成立。平成29年4月1日から施行 麻生財務大臣と塩崎厚生労働大臣は、平成29年度政府予算編成の重要事項を合意。介護納付金に総報酬割を導入する一方、納付金の負担増緩和措置も決定 関係4閣僚は薬価制度抜本改革の基本方針を決定。2年ごと実施する薬価改定の谷間に市場実勢価格を調査し、薬価差の大きな品目に限って改定する 政府は平成29年度政府予算案を閣議決定。厚生労働省の予算案は総額で28年度当初予算比1・2%増の30兆6,873億円。うち、社会保障関係費は1・3%増の30兆2,483億円。健保組合関係予算案は、高齢者医療支援金等負担金助成費に同93・7%の大幅増となる738・8億円を計上	中医協は薬剤費が大幅に増加した抗がん剤「オプジーボ」の薬価を来年2月から50%引き下げる方針を了承 財務省の財政制度等審議会は平成29年度予算編成等に関する建議を麻生太郎財務大臣に提出。介護納付金について「速やかに総報酬割に移行すべき」と明記	東京・千代田区の東京国際フォーラムで、平成28年度健康保険組合全国大会―改革の早期実現―次世代へ安心・納得の確保を―を開催。①高齢者医療費の負担構造改革の早期実現、②皆保険の堅持に向けた健保組合の維持・発展、③実効ある医療費適正化対策の確実な実施、④現役世代が納得できる介護保険制度の実現―の4スローガンにもとづく決議文を採択。実現を期し、要請活動を展開 大会では、政策研究大学院大学教授の島崎謙治氏を招き、「医療制度改革の課題と展望―保険者に求められるもの―」をテーマに講演を実施	第483回理事会を開き、平成28年度健保組合全国大会の開催要領などを審議、原案どおり了承
3・17	2・17	2・6	1・20	12・26	12・16	10・28							
第486回理事会を開き、平成28年度の組合財政支援交付金や適用拡大緊急支援交付金の交付、29年度支払基金との	第486回理事会を開き、平成28年度の組合財政支援交付金や適用拡大緊急支援交付金の交付、29年度支払基金との	社会保障・税番号制度の情報連携で医療保険者等が利用する中間サーバーについて、運用コストの大幅な削減を柱とする要望書を大塚会長名で塩崎恭久厚生労働大臣に提出 第198回定時総会を開き、平成29年度事業計画とこれにもとづく一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり承認、決定	第485回理事会を開き、平成29年度の事業計画、一般会計・各特別会計収入支出予算、番号制度における中間サーバー等の必要経費の保険者負担などを審議、原案どおり了承	大塚会長は政府が平成29年度予算案の編成に合わせて決定した医療保険・介護保険改革案に対するコメントを発表。介護納付金の総報酬割導入に強く反対する考えを表明	第484回理事会を開き、平成29年度一般会計予算編成の基本方針、短時間労働者に対する適用拡大にかかる緊急支援事業などを審議、原案どおり了承	第483回理事会を開き、平成28年度健保組合全国大会の開催要領などを審議、原案どおり了承							

月日	社会保険関係係	月日	健保連関係係
3・28	<p>政府は平成29年度前期高齢者納付金の負担軽減措置に関する政令を閣議決定。27年の医療保険制度改革にもとづき特別負担調整基準率を新たに設定</p>	3・23	<p>契約などを審議、原案どおり了承 白川副会長は政府の規制改革推進会議に出席し、社会保険診療報酬支払基金の改革に向けて、地域ブロックごとの主要都市に支部機能を集約する必要性などを指摘</p>
平成29年度 (2017年度)	<p>安倍晋三首相は未来投資会議で、加入者の健康状態や健康投資の実績などについて、健保組合ごとに全国平均と比較する仕組みを導入すると表明</p>	4・1	<p>健保組合数は1,398組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成29年度の審査・支払事務に関する契約を締結。これに合わせて、業務効率化計画・工程表の策定と実行を求める要請書を支払基金に提出。厚生労働省には改革促進など保険者支援を要望</p>
	<p>介護保険法等改正案が衆院本会議で可決、参院に送付</p>	4・14	<p>平成29年度予算早期集計結果を公表。健保組合全体で3,060億円の経常赤字を見込んだ。赤字組合が全組合の7割を超える</p>
4・18	<p>政府の規制改革推進会議は、規制改革実施計画に向けた答申を安倍晋三首相に提出。社会保険診療報酬支払基金の支部の集約化・統合の推進など改革の必要性を指摘。介護納付金の総報酬割導入を柱とする改正介護保険法等が参院本会議で可決、成立</p>	5・8	<p>平成30年度予算概算要求に向けた要望書を厚生労働省保険局長に提出。前期高齢者納付金の負担軽減に充てる国費の増額を要請 大塚会長は改正介護保険法等の成立を受けてコメントを発表。政府案どおり決まった介護納付金の総報酬割導入に強く抗議</p>
5・23	<p>政府は「経済財政運営と改革の基本方針2017」(骨太方針2017)、「未来投資戦略2017」、「規制改革実施計画」を閣議決定。骨太方針で後発医薬品の使用割合を2020年9月までに80%とする目標を設定</p>	5・29	<p>第487回理事会を開き、平成28年度一般会計・各特別会計収入支出決算、社会保障・税番号制度の情報連携業務に関する契約書の一部改正案などを審議、原案どおり了承</p>
5・26	<p>第193回通常国会が閉会</p>	7・5	<p>第199回定時総会を開き、平成28年度一般会計・各特別会計収入支出決算などを審議、原案どおり承認、決定</p>
6・9	<p>厚生労働省は「平成28年国民生活基礎調査」を公表。健康日本21が目標とするがん検診受診率50%を男性の肺がん検診が達成</p>	7・21	<p>厚生労働省は「平成28年社会医療診療行為別統計」の結果を公表。医科診療の1件当たり点数は入院が5万965・6点、外来は1,319・8点</p>
6・27	<p>厚生労働省は「平成28年度決算見込みを公表。工程表を发表</p>	7・21	<p>全国健康保険協会は協会けんぽの平成28年度決算見込みを公表。医療分の収支は4,987億円の黒字計上で、準備金残高は1兆8,086億円</p>
7・4	<p>政府は閣議で平成30年度予算の概算要求基準を了解</p>	7・21	<p>厚生労働省は平成27年度の特定健診・保健指導実施率を公表。保険者全体の平均は特定健診50・1%、特定保健指導17・5%。健保組合は特定健診73・9%、特定保</p>
7・7	<p>厚生労働省は「平成28年社会医療診療行為別統計」の結果を公表。医科診療の1件当たり点数は入院が5万965・6点、外来は1,319・8点</p>	7・21	<p>厚生労働省は平成27年度の特定健診・保健指導実施率を公表。保険者全体の平均は特定健診50・1%、特定保健指導17・5%。健保組合は特定健診73・9%、特定保</p>
7・20	<p>厚生労働省は「平成28年社会医療診療行為別統計」の結果を公表。医科診療の1件当たり点数は入院が5万965・6点、外来は1,319・8点</p>	7・21	<p>厚生労働省は平成27年度の特定健診・保健指導実施率を公表。保険者全体の平均は特定健診50・1%、特定保健指導17・5%。健保組合は特定健診73・9%、特定保</p>
7・31	<p>厚生労働省は「平成28年社会医療診療行為別統計」の結果を公表。医科診療の1件当たり点数は入院が5万965・6点、外来は1,319・8点</p>	7・21	<p>厚生労働省は平成27年度の特定健診・保健指導実施率を公表。保険者全体の平均は特定健診50・1%、特定保健指導17・5%。健保組合は特定健診73・9%、特定保</p>

12・11	12・8	11・29	11・1	10・18	10・4	9・15	9・13	8・24	8・3
<p>健指導 18・2%</p> <p>第3次安倍第3次改造内閣が発足。厚生労働大臣には加藤勝信氏が就任。厚生労働省は平成30年度予算概算要求をまとめた。社会保障費は29兆4、972億円を計上。</p> <p>厚生労働省は「平成27年度国民医療費の概況」を公表。総額は前年度比3・8%増の42兆3、644億円。対国民所得比は10・91%。年齢別では、65歳以上は25兆1、276億円。全体の約6割を占める。</p> <p>厚生労働省は「平成28年度医療費の動向」を公表。概算医療費は前年度比0・4%減少し41・3兆円。診療報酬改定のほか、薬剤料の大幅な減少等によるマイナス。</p> <p>国民健康保険中央会は国保連合会と共同で「国保審査業務充実・高度化基本計画」を取りまとめ、発表。</p> <p>厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」は、健保組合と共済組合を対象に後期高齢者支援金を減算する新たな手法を了承。</p> <p>第4次安倍内閣が発足。厚生労働大臣には加藤勝信氏を再任。</p> <p>財務省の財政制度等審議会は平成30年度予算編成に関する建議を麻生太郎財務大臣へ提出。診療報酬の全体を2%台半ば以上引き下げを求めた。</p> <p>政府は「新しい経済政策パッケージ」を閣議決定。社会保障審議会医療保険、医療両部会は平成30年度診療報酬改定の基本方針を決定。</p>									
		11・28	11・22	11・2	10・30	9・25	9・14	9・8	9・8
<p>平成28年度健保組合決算見込みの概要を発表。経常収支差引額は2、373億円の黒字。</p> <p>平成28年度超高額医療費レセプトは484件。</p> <p>平成30年度診療報酬改定に向けて、「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅲ」結果を発表。保湿剤の単独処方保険適用外とする必要性を指摘。</p> <p>「2025年度に向けた医療・医療保険制度改革について」(提言)を発表。保険者の義務的経費に占める拠出金負担割合に50%の上限を設けることなどを提案。</p> <p>平成30年度診療報酬改定に向けて、「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅲ」にもとづく政策提言の第2弾を発表。</p> <p>第488回理事会を開き、平成29年度健保組合全国大会の開催要領などを審議。原案どおり了承。</p> <p>健保連など医療保険者関係6団体は「平成30年度診療報酬改定に関する要請」を加藤勝信厚生労働大臣へ提出。</p> <p>東京・千代田区の東京国際フォーラムで、平成29年度健康保険組合全国大会「迫る超高齢社会！皆保険の存続へ改革断行!!」を開催。①拠出金負担に50%の上限、現役世代の負担に歯止めを、②高齢者医療費の負担構造改革の早期実現、③実効ある医療費適正化対策の確実な実施、④生涯現役社会を目指し、保健事業等の積極的な推進の4スローガンにもとづく決議文を採択。実現を期し、要請活動を展開。</p> <p>大会では、特別企画として「2025年度に向けた医療保険制度改革」をテーマにパネルディスカッションを実施。医療法人適塾会よどがわ内科クリニック理事長の梅村聡氏をコーディネーターとし、堀真奈美氏(東海大学教養学部人間環境学教授)、山口聡氏(日本経済新聞社シニアエディター)、健保連の棟重卓三理事の3氏が討議。</p>									

月日	社会保険関係係	月日	健康保険連関係係
12・13	<p>中医協総会で平成30年度診療報酬改定への意見取りまとめに向け、支払側、診療側が意見書を提出 中医協は平成30年度診療報酬改定に関する意見書をまとめ、加藤勝信厚生労働大臣に提出 政府は平成30年度診療報酬改定率について、診療報酬本体の0・55%引き上げを決定。本体引き上げ分から薬価等引き下げ分を差し引いた全体の改定率は1・19%の引き下げ。介護報酬改定率は0・54%引き上げ 政府は平成30年度政府予算案を閣議決定。厚生労働省の予算案は総額で29年度当初予算比1・4%増の31兆1,262億円。うち、社会保障関係費は1・5%増の30兆7,073億円 第196回通常国会召集 社会保障審議会は平成30年度介護報酬改定案（全体で0・54%引き上げ）の諮問を受け、了承の答申 政府は、平成30、31年度の後期高齢者負担率について前期（平成28、29年度）から0・19ポイント引き上げて11・18%とする政令改正を閣議決定</p>	12・15	<p>第489回理事会を開き、平成30年度一般会計予算編成の基本方針、30年度以降の組合財政支援交付金のあり方などを審議、原案どおり了承 白川副会長は平成30年度診療報酬と介護報酬の改定率が決定したことを受け見解をまとめた。薬価等引き下げ分の費用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」と指摘</p>
12・18	<p>第200回定時総会を開き、平成30年度事業計画とこれにもとづく一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり承認、決定。大塚会長は「改革・主張を実現させる戦いに向けて決意を新たにすると強調 「2025年の高齢者医療制度を考える―公的医療保険制度の負担のあり方―」をテーマに有識者によるパネルディスカッションを実施</p>	12・19	<p>第490回理事会を開き、平成30年度事業計画、一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり了承</p>
12・22	<p>平成30年度診療報酬改定について、中医協が加藤勝信厚生労働大臣に答申 政府は新たな「高齢社会対策大綱」を閣議決定。後期高齢者の医療費自己負担について、経済・財政再生計画改革工程表に沿って関係審議会を検討することを明記 健康経営に優れた企業・団体を表彰する「健康経営アワード2018」が開かれ、2年目となる健康経営優良法人に初めて健保組合が認定。大規模法人部門（ホワイト500）では541法人が認定され、目標の500社以上を達成 財務省は平成30年度の国民負担率が42・5%（前年度実績見込み）に比べ0・2ポイント低下）になるとの見通しを公表</p>	12・22	<p>健保組合数は1,389組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成30年度の審査・支払事務に関する契約を締結。これに合わせて、システム刷新を見据えた業務効率化を柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省にはビッグデータ活用など保険者への支援を要望 第201回臨時総会を開催。任期満了に伴う役員改選を行</p>
1・26	<p>政府は地域における医療提供体制の確保を目的とする「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を閣議決定し、第196回通常国会へ提出 平成30年度政府予算が参院本会議で可決、成立 厚生労働省は「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を公表</p>	1・26	<p>第491回理事会を開き、平成29年度組合財政支援交付金の交付、30年度支払基金との契約などを審議、原案どおり了承</p>
1・22	<p>第196回通常国会召集 社会保障審議会は平成30年度介護報酬改定案（全体で0・54%引き上げ）の諮問を受け、了承の答申 政府は、平成30、31年度の後期高齢者負担率について前期（平成28、29年度）から0・19ポイント引き上げて11・18%とする政令改正を閣議決定</p>	1・19	<p>第490回理事会を開き、平成30年度事業計画、一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり了承</p>
2・7	<p>平成30年度診療報酬改定について、中医協が加藤勝信厚生労働大臣に答申 政府は新たな「高齢社会対策大綱」を閣議決定。後期高齢者の医療費自己負担について、経済・財政再生計画改革工程表に沿って関係審議会を検討することを明記 健康経営に優れた企業・団体を表彰する「健康経営アワード2018」が開かれ、2年目となる健康経営優良法人に初めて健保組合が認定。大規模法人部門（ホワイト500）では541法人が認定され、目標の500社以上を達成 財務省は平成30年度の国民負担率が42・5%（前年度実績見込み）に比べ0・2ポイント低下）になるとの見通しを公表</p>	2・16	<p>第200回定時総会を開き、平成30年度事業計画とこれにもとづく一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり承認、決定。大塚会長は「改革・主張を実現させる戦いに向けて決意を新たにすると強調 「2025年の高齢者医療制度を考える―公的医療保険制度の負担のあり方―」をテーマに有識者によるパネルディスカッションを実施</p>
2・16	<p>政府は地域における医療提供体制の確保を目的とする「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を閣議決定し、第196回通常国会へ提出 平成30年度政府予算が参院本会議で可決、成立 厚生労働省は「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を公表</p>	2・27	<p>健保組合数は1,389組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成30年度の審査・支払事務に関する契約を締結。これに合わせて、システム刷新を見据えた業務効率化を柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省にはビッグデータ活用など保険者への支援を要望 第201回臨時総会を開催。任期満了に伴う役員改選を行</p>
2・20	<p>政府は地域における医療提供体制の確保を目的とする「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を閣議決定し、第196回通常国会へ提出 平成30年度政府予算が参院本会議で可決、成立 厚生労働省は「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を公表</p>	2・27	<p>健保組合数は1,389組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成30年度の審査・支払事務に関する契約を締結。これに合わせて、システム刷新を見据えた業務効率化を柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省にはビッグデータ活用など保険者への支援を要望 第201回臨時総会を開催。任期満了に伴う役員改選を行</p>
2・23	<p>政府は地域における医療提供体制の確保を目的とする「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を閣議決定し、第196回通常国会へ提出 平成30年度政府予算が参院本会議で可決、成立 厚生労働省は「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を公表</p>	3・9	<p>健保組合数は1,389組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成30年度の審査・支払事務に関する契約を締結。これに合わせて、システム刷新を見据えた業務効率化を柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省にはビッグデータ活用など保険者への支援を要望 第201回臨時総会を開催。任期満了に伴う役員改選を行</p>
3・13	<p>政府は地域における医療提供体制の確保を目的とする「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を閣議決定し、第196回通常国会へ提出 平成30年度政府予算が参院本会議で可決、成立 厚生労働省は「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を公表</p>	3・9	<p>健保組合数は1,389組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成30年度の審査・支払事務に関する契約を締結。これに合わせて、システム刷新を見据えた業務効率化を柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省にはビッグデータ活用など保険者への支援を要望 第201回臨時総会を開催。任期満了に伴う役員改選を行</p>
3・28	<p>政府は地域における医療提供体制の確保を目的とする「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を閣議決定し、第196回通常国会へ提出 平成30年度政府予算が参院本会議で可決、成立 厚生労働省は「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を公表</p>	4・1	<p>健保組合数は1,389組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成30年度の審査・支払事務に関する契約を締結。これに合わせて、システム刷新を見据えた業務効率化を柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省にはビッグデータ活用など保険者への支援を要望 第201回臨時総会を開催。任期満了に伴う役員改選を行</p>
3・29	<p>政府は地域における医療提供体制の確保を目的とする「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を閣議決定し、第196回通常国会へ提出 平成30年度政府予算が参院本会議で可決、成立 厚生労働省は「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を公表</p>	4・1	<p>健保組合数は1,389組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成30年度の審査・支払事務に関する契約を締結。これに合わせて、システム刷新を見据えた業務効率化を柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省にはビッグデータ活用など保険者への支援を要望 第201回臨時総会を開催。任期満了に伴う役員改選を行</p>
4・12	<p>安倍晋三首相は経済財政諮問会議で、平成31年度から3年間程度の社会保障改革の</p>	4・13	<p>健保組合数は1,389組合に 社会保険診療報酬支払基金と平成30年度の審査・支払事務に関する契約を締結。これに合わせて、システム刷新を見据えた業務効率化を柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省にはビッグデータ活用など保険者への支援を要望 第201回臨時総会を開催。任期満了に伴う役員改選を行</p>

方向性について、歳出水準も含めて検討する必要性を指摘

政府は高齢者人口がピークを迎える2040年度を見据えた社会保障給付費の将来見通しを公表。40年度の医療給付費は70兆円前後と推計

加藤勝信厚生労働大臣は衆院厚生労働委員会で、財政が悪化する前段階にある健保組合について、深刻な事態を回避するための支援策を検討していると説明

政府は「経済財政運営と改革の基本方針」(骨太方針2018)を閣議決定。団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の医療費窓口負担のあり方を検討する

厚生労働省は「平成29年度医療診療行為別統計」の結果を公表。医科診療の1件当たり点数は入院が5万1,989・7点、外来は1,341・6点

全国健康保険協会は協会けんぽの平成29年度決算見込みを公表。医療分の収支は4,486億円の黒字計上で、準備金残高は2兆2,573億円

政府は閣議で平成31年度予算の概算要求基準を了解

改正医療法・医師法が衆院本会議で可決、成立

第196回通常国会が閉会

5・21

6・1

6・4

6・15

6・21

7・6

7・10

7・18

7・22

7・30

8・7

8・14

8・29

9・21

4・23

5・8

6・18

7・6

7・20

7・25

い、会長に大塚陸毅氏、副会長に安田日本興亜、出版の2健保組合と大阪連合会会長の小笹定典氏、副会長兼専務理事に佐野雅宏氏を選出。白川修二前副会長は顧問に就任

平成30年度予算早期集計結果を公表。健保組合全体で1,381億円の経常赤字を見込んだ

平成31年度政府予算概算要求に対する要望事項をまとめ、厚生労働省保険局長に提出。10月の消費税率10%への引き上げに伴う増収分の財源を高齢者医療の改革に充てるよう求めた

佐野副会長は「骨太方針2018」に対するコメントを発表。後期高齢者の窓口負担の見直しが先送りされかねない内容であることに懸念を表明

第493回理事会を開き、平成29年度一般会計・各特別会計収入支出決算、オンライン資格確認システムなど国のICT施策への対応などを審議する常設の「ICT委員会」の設置などを審議、原案どおり了承

第202回定時総会を開き、平成29年度一般会計・各特別会計収入支出決算などを審議、原案どおり承認、決定

平成29年度健保組合決算見込みの概要を発表。経常収支差

月日	社会保険関係係	月日	健康保険関係係
9・21	584億円で全体の59・7%を占める厚生労働省は「平成29年度医療費の動向」を公表。概算医療費は前年度に比べ2・3%増加し42・2兆円	9・25	引額は1,346億円の黒字。義務的経費に占める拠出金の割合は47・4%に上昇 平成29年度超高額医療費レポートは532件
10・2	第4次安倍改造内閣が発足。厚生労働大臣には根本匠氏が就任	10・23	第494回理事会を開き、平成30年度健保組合全国大会の開催要領を審議、原案どおり了承 東京・千代田区の東京国際フォーラムで、平成30年度健康保険組合全国大会―STOP現役世代の負担増―改革の先送りには許さない―を開催。①拠出金負担に50%の上限、現役世代の負担に歯止めを、②高齢者の2割負担など負担構造改革の早期実現、③実効ある医療費適正化対策の確実な実施、④保健事業の推進による健康寿命延伸と社会保障の支え手の確保を―の4スローガンにもとづく決議文を採択。実現を期し、要請活動を展開
11・20	財務省の財政制度等審議会は平成31年度予算編成に関する建議を取りまとめ、麻生太郎財務大臣へ提出。社会保障費の伸びを高齢化相当分に抑えるよう改革の実現を訴えた	11・7	佐野副会長は自民党の予算・税制等に関する政策懇談会に出席し、健保組合の義務的経費に占める拠出金の負担割合を50%以下にとどめるための財政対策の必要性を訴えた
12・5	健保組合に関して必要な対策を検討するために「公明党健康保険組合議員懇話会」が発足、初会合を開いた。健保連からの意見聴取で佐野副会長は健保組合の厳しい財政状況を説明し、財政支援の拡充を要望	12・14	第495回理事会を開き、平成31年度一般会計予算編成の基本方針、交付金交付事業のあり方などを審議、原案どおり了承
12・14	自民党のワーキンググループは健康保険の被扶養者認定について、原則として国内居住者に限定することを提言	12・25	佐野副会長は平成31年度政府予算案と「新経済・財政再生計画改革工程表2018」の決定を受けコメントを発表。後期高齢者の窓口負担見直し先送りされたことに遺憾の意を表明
12・18	厚生労働省の「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」が初会合	12・28	第496回理事会を開き、平成31年度の事業計画、一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり了承
12・21	政府の経済財政諮問会議は「新経済・財政再生計画改革工程表2018」を決定	1・18	政府は平成31年度政府予算案を閣議決定。厚生労働省の予算案は総額で30年度当初予算比2・9%増の32兆351億円。うち、社会保障関係費は2・9%増の31兆5、930億円
12・21	政府は来年10月の消費増税に伴う診療報酬の改定率について、本体プラス0・41%、薬価マイナス0・51%、材料価格プラス0・03%と決定。同様に介護報酬改定率は0・39%引き上げ	1・18	政府は毎月勤労統計問題を受けた平成31年度予算案の変更を閣議決定。過去に不足していた失業手当等の追加給付に伴う国庫負担を上積みし、社会保障関係費は総額34兆593億円を計上
1・28	第198回通常国会召集	1・18	

令和元年度 (2019年度)	2・13	2・15	2・28	3・18	3・27 3・29	4・16	4・22	5・15 5・21 5・29	6・4	6・12	6・21
<p>中医協は消費税率10%への引き上げに伴う臨時の診療報酬改定について、根本匠厚生労働大臣に答申。同様に臨時の介護報酬改定も社会保障審議会が厚労大臣に答申。政府は「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案（健保法等改正案）」を閣議決定し、第198回通常国会に提出。オンライン資格確認の導入や被扶養者認定の厳格化、社会保険診療報酬支払基金の組織見直しなどが柱。</p> <p>財務省は平成31年度の国民負担率が前年度実績見込みから横ばいの42・8%になるとの見直しを公表。</p> <p>厚生労働省は平成29年度の特定健診・保健指導実施率を公表。保険者全体の平均は特定健診53・1%、特定保健指導19・5%。健保組合は特定健診77・3%、特定保健指導21・4%。</p> <p>平成31年度政府予算が参院本会議で可決、成立。</p> <p>厚生労働省は平成31年度介護納付金が予算編成時よりも増大することを健保組合に事務連絡。社会保険診療報酬支払基金が介護納付金の算定に用いる諸係数を誤って算出したことによるもの。</p>	2・15	2・21	3・15	3・15	3・27 3・29	4・16	4・22	5・15 5・21 5・29	6・4	6・12	6・21
<p>厚生労働省は介護納付金の係数誤り問題で、予算編成時からの上振れ分の納付を1年間まで猶予するなどの対応策を健保組合に事務連絡。</p> <p>厚生労働省と社会保険診療報酬支払基金はそれぞれ介護納付金の係数誤りの再発防止策を発表。</p> <p>オンライン資格確認の導入などを柱とする改正健保法等が参院本会議で可決、成立。</p> <p>自民党の人生100年時代戦略本部は安倍晋三首相に社会保障改革の提言を提出。</p> <p>厚生労働省の「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」（本部長・根本匠厚生労働大臣）は、多様な就労・社会参加、健康寿命の延伸、医療・福祉サービス改革による生産性の向上を柱とする施策をまとめた。</p>	2・15	2・21	3・15	3・15	3・27 3・29	4・16	4・22	5・15 5・21 5・29	6・4	6・12	6・21
<p>デジタル・ガバメント閣僚会議はマイナンバーの利活用の促進に関する方針を決定。健康保険のオンライン資格確認を柱に位置づけ、「令和4年度中に概ね全ての医療機関での導入を目指す」とした。</p> <p>社会保障審議会医療保険部会は健康保険の被扶養者認定に関する厚生労働省令改正案を了承。</p> <p>政府は「経済財政運営と改革の基本方針2019」（骨太方針2019）、「成長戦略</p>	2・15	2・21	3・15	3・15	3・27 3・29	4・16	4・22	5・15 5・21 5・29	6・4	6・12	6・21
<p>第203回定時総会を開き、平成31年度事業計画とこれにもとづく一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり承認、決定。大塚会長は「2022年危機」を視野に入れ、より強力に政策実現に取り組んでいく考えを強調。</p> <p>佐野副会長は公明党健保組合議員懇話会など合同会議出席し、団塊世代が後期高齢者入りして拠出金負担が急増する「2022年危機」への対応を要請。</p>	2・15	2・21	3・15	3・15	3・27 3・29	4・16	4・22	5・15 5・21 5・29	6・4	6・12	6・21
<p>健保組合数は1,388組合に</p> <p>社会保険診療報酬支払基金と平成31年度の審査・支払事務に関する契約を締結。これに合わせて、支払基金改革の確実な実施などを柱とする要請書を支払基金に提出。厚生労働省にも新たな手数料体系の設定などを要望。</p> <p>平成31年度予算早期集計結果を公表。健保組合全体で986億円の経常赤字を見込んだ。</p> <p>令和2年度政府予算概算要求に向けた要望事項をまとめ、厚生労働省保険局長に提出。高齢者医療費の負担構造改革などの早急な対策が必要と強調。</p> <p>健保連と全国健康保険協会は医薬品の保険給付範囲見直しに向けた共同の意見を発表。軽症の治療薬について保険適用の対象除外や償還率の引き下げを提起。</p>	2・15	2・21	3・15	3・15	3・27 3・29	4・16	4・22	5・15 5・21 5・29	6・4	6・12	6・21

月日	社会保険関係	月日	健保連関係
6・26 6・27	<p>実行計画」「規制改革実施計画」を閣議決定 第198回通常国会が閉会 厚生労働省は「平成30年社会医療診療行為別統計」の結果を公表。医科診療の1件当たり点数は入院が5万3,074・3点、外来は1,539・1点</p>	7・5	<p>第498回理事会を開き、平成30年度一般会計・各特別会計収入支出決算、健保組合IT基本構想の見直しなどを審議、原案どおり了承。IT基本構想の見直しは、オンライン資格確認など政府のICT施策への対応が求められることを踏まえ、「IT基本構想」に替えて、「ICT基盤の利活用に関する基本方針」を策定 第204回定時総会を開き、平成30年度一般会計・各特別会計収入支出決算などを審議、原案どおり承認、決定。大塚会長は「必要な制度改革を一刻も早く実現し、令和の時代の健保組合の展望を切り開いていきたい」と発言</p>
7・5	<p>全国健康保険協会は協会けんぽの平成30年度決算見込みを公表。医療分の収支は過去最大の5,948億円の黒字計上で、準備金残高は2兆8,521億円</p>	7・19	<p>令和2年度診療報酬改定への政策提言を目的とする「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」結果を発表。機能強化加算の要件厳格化などを提言</p>
7・31 8・7	<p>政府は閣議で令和2年度予算の概算要求基準を了解 公明党の厚生労働部会では令和2年度予算概算要求に向けた重点政策提言をまとめ、根本匠厚生労働大臣に提出。高齢者医療拠出金の軽減措置拡充などを要望 厚生労働省は10月の消費増税に合わせた臨時の薬価基準全面改定を告示 厚生労働省は令和2年度予算概算要求をまとめた。社会保障費は30兆5,269億円を計上 社会保障審議会介護保険部会では次期介護保険制度改正に向けた今後の検討課題などについて議論</p>	8・23	<p>平成30年度健保組合決算見込みの概要を発表。経常収支差引額は3,048億円の黒字 「今、必要な医療保険の重点施策―2022年危機に向けた健保連の提案―」を発表。▽後期高齢者の原則2割負担、▽現役並み所得者への公費5割投入、▽保険給付範囲の見直しを重点施策とした</p>
8・29 8・27 8・19	<p>デジタル・ガバメント閣僚会議は「保険者におけるマイナンバーカードの取得促進策等」を公表。保険者から加入者にカードの取得と保険証利用のための初回登録を呼びかけることが柱 第4次安倍第2次改造内閣が発足。厚生労働大臣には加藤勝信氏が就任 政府の全世代型社会保障検討会議が初会合。安倍晋三首相が議長を務め、関係閣僚と有識者で構成 厚生労働省の「働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」は議論の取りまとめ案を了承 自民党の人生100年時代戦略本部は会合を開き、全世代型社会保障制度改革に関する議論を開始 厚生労働省は「平成29年度国民医療費の概況」を公表。総額は前年度比2・2%増の43兆710億円而对国民所得比は10・66%。年齢別では、65歳以上は25兆9,537億円て全体の60・3%を占める 厚生労働省は「平成30年度医療費の動向」を公表。概算医療費は前年度に比べ0・8%増加し42・6兆円</p>	9・9 9・9	<p>平成30年度超高額医療費レセプトは728件</p>
9・3 9・11 9・20 9・20 9・24		9・24	
9・26		10・24	<p>佐野副会長は自民党の人生100年時代戦略本部のヒアリ</p>

1・20	12・20	12・19	12・19	12・17	12・11	12・10	12・6	11・25	11・19	11・12	
第201回通常国会召集	政府の令和2年度診療報酬改定率について、診療報酬本体の0・55%引き上げを決定。本体引き上げ分から薬価等引き下げ分を差し引いた全体の改定率は0・46%の引き下げ										
	12・20	12・19						11・27	11・22	10・30	
	第500回理事会を開き、令和2年度一般会計予算編成の基本方針、2年度交付金交付事業などを審議、原案どおり了承										

月日	社会保険関係	月日	健康保険関係
1・24	政府は、令和2、3年度の後期高齢者負担率について前期(平成30、令和元年度)から0・23ポイント引き上げて11・41%とする政令改正を閣議決定	1・30	第501回理事会を開き、令和2年度の事業計画、一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり了承
2・7	令和2年度診療報酬改定について、中医協が加藤勝信厚生労働大臣に答申	2・28	第205回定時総会は、新型コロナウイルス感染拡大の影響を考慮し、書面による審議を行い、令和2年度事業計画とこれにもとづく一般会計・各特別会計収入支出予算などについて、原案どおり承認、決定。平成20年度から運営してきた特定健診・特定保健指導共同情報処理システム事業については、健保連自ら運営するよりも、安定的・効率的な業務運営の観点から、システム提供を本業とする民間事業者に移管(譲渡)することを決定。令和2年4月1日に株式会社エヌ・ティ・ティ・データに移管することとした
2・26	政府は新型コロナウイルス感染症対策の基本方針を決定		
2・27	財務省は令和2年度の国民負担率が44・6%(前年度実績見込み)に比べ0・7ポイント増)になるとの見通しを公表 社会保障審議会医療保険部会は次期医療保険制度改革に向けて、後期高齢者の自己負担のあり方を議論		
3・3	政府は「年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する法律案」(年金制度改革関連法案)を閣議決定し、第201回通常国会に提出。短時間労働者への被用者保険適用について企業規模要件を段階的に引き下げ、令和6年10月に50人超とする	3・12	佐野副会長は公明党健保組合議員懇話会に出席。2割負担とする後期高齢者の対象を高額療養費の一般区分に該当するすべとすよう要請
3・6	政府は医療・介護のデータ基盤の整備を推進するなどの「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案」(社会福祉法等改正案)を閣議決定し、第201回通常国会に提出	3・18	新型コロナウイルス感染拡大に伴う健保組合の事業運営への配慮を求める佐野副会長名の緊急要望書を、厚生労働省保険局長に提出
3・27	令和2年度政府予算が参院本会議で可決、成立	3・24	第502回理事会は、新型コロナウイルス感染リスクの回避等を考慮し、書面審議を行い、来期における委員会などについて、原案どおり了承。委員会については、これまでの8委員会を▽政策委員会(新設)▽審査支払対策委員会(新設)▽企画委員会(新設)▽保険者機能推進委員会(改組)▽組織等委員会(継続)▽交付金交付事業委員会(継続)▽ICT委員会(継続)―の7委員会に集約
(2020年度) 令和2年度			
4・7	政府は新型コロナウイルス対策を裏つける令和2年度第1次補正予算案を閣議決定。補正予算の追加歳出は16兆8、057億円、緊急経済対策の事業規模は108・2兆円	4・1	健保組合数は1,389組合に
4・7	厚生労働省は新型コロナ対策で健保組合の適用事業所を支援する観点から、健康保険料の全部・一部の納付を最大1年間、猶予できる特例措置の取り扱いについて、健保組合理事長宛てに通知	4・15	社会保険診療報酬支払基金と令和2年度の審査・支払事務に関する契約を締結。これに合わせ、支払基金改革の確実な実施などを求める要請書を支払基金に提出。新たな手数料体系の設定などを求める要請書を厚生労働省に提出
4・10	中医協は持ち回りで総会を開催し、情報通信機器を用いたオンライン初診や電話を用いた初診に対する診療報酬上の臨時的な取り扱いを了承		第206回臨時総会は書面により審議し、任期満了に伴う役員改選で、会長に宮永俊一氏、副会長に安田日本興亜と出版の2健保組合、副会長兼専務理事に佐野雅宏氏を選出。大塚陸毅前会長、小笹定典前副会長は顧問に就任。宮永会長は就任のあいさつ(書面)で現役世代の負担軽減に
4・20	政府は令和2年度第1次補正予算案概算の変更を閣議決定		

4・30	令和2年度補正予算が参院本会議で可決、成立	
5・22	安倍晋三首相は全世代型社会保障検討会議で、夏に取りまとめる予定だった同会議の最終報告を年末に先送りすると表明	
5・27	政府は新型コロナウイルス対策の令和2年度第2次補正予算案を閣議決定。一般会計の歳出総額は31兆9、114億円。厚生労働省の所管分は4兆9、733億円	5・13
5・29	短時間労働者への被用者保険の適用拡大を柱とする年金制度改革関連法が参院本会議で可決、成立	
5・29	政府は令和7年度までの少子化対策の指針とする「少子化社会対策大綱」を閣議決定	
6・5	医療・介護のデータ基盤整備の推進を盛り込んだ改正社会福祉法等が参院本会議で可決、成立	
6・12	令和2年度第2次補正予算が参院本会議で可決、成立	
6・17	第201回通常国会が閉会	
6・19	社会保障審議会医療保険部会は約3か月ぶりに議論を再開	
6・24	厚生労働省は新型コロナウイルス対策として、休業により報酬が著しく下がった場合、その翌月から健康保険料の算定基礎となる標準報酬月額を改定できる特例措置を決定、健保組合理事長宛てに通知	
6・24	厚生労働省は「令和元年社会医療診療行為別統計」の結果を公表。医科診療の1件当たり点数は入院が5万4、226・2点、外来は1、377・1点	
6・25	政府の全世代型社会保障検討会議は第2次中間報告を了承。不妊治療の保険適用拡大など少子化対策が柱	
6・27	日本医師会は任期満了に伴う役員改選で、中川俊男氏が現職の横倉義武氏を破り、新会長に就任	
7・3	全国健康保険協会は協会けんぽの令和元年度決算見込みを公表。医療分の収支は5、399億円の黒字計上で、準備金残高は3兆3、920億円	7・6
7・17	政府は「経済財政運営と改革の基本方針2020」（骨太方針2020）、「成長戦略実行計画」、「規制改革実施計画」を閣議決定	
7・21	麻生太郎財務大臣が閣議で、令和3年度予算概算要求の方針を報告	7・10
7・22	中医協総会は令和3年度からの毎年薬価改定に向けた2年度薬価調査について、規模を縮小して実施することを了承	
8・6	厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」は、新型コロナウイルス対応として初診からオンライン等による診断や処方可能とする時限措置を当面の間、継続することを了承	
8・27	自民党の有志議員による「国民皆保険を守る国会議員連盟」が設立総会を開催。会長に鴨下一郎衆院議員が就任。同議連は、健保組合とその加入者である現役世代の意見を踏まえ、必要な対策を検討することを目的とする。設立趣意書では「支える	
		つながり、健保組合の将来展望が見通せるよう全力で取り組んでいく考えを表明
		令和3年度政府予算概算要求に向けた要望事項をまとめ、厚生労働省保険局長に提出。新型コロナウイルス感染症拡大の影響も踏まえた健保組合財政への対応を要請
		中医協で「ブルゲンスマ」（約1・7億円）の保険適用が承認されたことを受け、「高額医薬品の保険収載にあたり」と題するコメントを全国健康保険協会と連名で発出
		第504回理事会（書面審議）は、令和元年度一般会計・各特別会計収入支出決算などについて、原案どおり了承。10月19日に東京国際フォーラムでの開催を予定していた令和2年度全国大会については、新型コロナウイルスの感染収束が見通せない状況を踏まえ中止を決定
		第207回定時総会（書面審議）は、令和元年度一般会計・各特別会計収入支出決算などについて、原案どおり承認、決定

月日	社会保険関係	月日	健保連関係
8・28	側の現役世代の負担に配慮した高齢者医療費の負担構造改革が急務である」と指摘 安倍晋三首相は記者会見を開き、潰瘍性大腸炎の再発による健康上の問題を理由として辞任する意向を表明 厚生労働省は「令和元年度医療費の動向」を公表。概算医療費は前年度に比べ2・4%増加し43・6兆円	9・4	令和元年度超高額医療費レポートは851件 第506回理事会、第208回臨時総会を開き、令和2年度事業計画の変更などを審議し、原案とおり了承、決定。 臨時総会であいさつした宮永会長は全世代型社会保障検討会議の年末の最終報告に向けて、現役世代の負担軽減につながる制度設計を求めていく考えを示した 都道府県連合会長会議を臨時総会終了後に開催。自民党の国民皆保険を守る国会議員連盟の議員と意見交換等を実施
9・10	公明党の厚生労働部会は令和3年度予算概算要求に向けた重点政策提言をまとめ、加藤勝信厚生労働大臣に提出。新型コロナウイルスによる健保組合財政の影響を把握し、必要な支援に取り組み、必要性を指摘 菅内閣が発足。第99代内閣総理大臣には菅義偉氏が就任、厚生労働大臣には田村憲久氏が就任 菅義偉首相と全閣僚が出席する政府のデジタル改革関係閣僚会議が初会合 厚生労働省は令和3年度予算概算要求をまとめた。社会保障費は30兆8、562億円を計上	9・24	健保連など被用者保険関係5団体は、医療保険制度改革に向けた共同の意見書を田村憲久厚生労働大臣に提出 佐野副会長は自民党の国民皆保険を守る国会議員連盟の第2回総会に出席。新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受けている健保組合の窮状を訴え、財政支援等を要望 佐野副会長は自民党の予算・税制等に関する政策懇談会に出席。新型コロナウイルス感染症に伴う健保組合への支援、現役世代の負担軽減を要請 佐野副会長は公明党健保組合議員懇話会に出席。新型コロナウイルス感染症拡大に伴う健保組合財政への支援等を要請 「現役世代を守るために―医療保険制度改革に向けた重点要望」を発表 「新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査」(速報版)を発表 令和元年度健保組合決算見込みを発表。経常収支差引額は2、501億円の黒字
9・16		9・24	
9・23		9・24	
9・25		9・24	
10・9	田村憲久厚生労働大臣は閣議後記者会見で、新型コロナウイルス対応として特例的に認めている初診も含むオンライン診療について原則、解禁する方針を表明 厚生労働省は平成30年度の特定健診・保健指導実施率を公表。保険者全体の平均は特定健診54・7%、特定保健指導23・2%。健保組合は特定健診が78・2%、特定保健指導は25・9%	9・24	
10・23		9・24	
11・9		11・4	
11・17	自民党のデジタル社会推進本部はデジタル庁創設に向けた第1次提言をまとめた 自民党の国民皆保険を守る国会議員連盟は、負担能力のある後期高齢者の窓口負担を2割とするなどの緊急提言を同党の下村博文政調会長に提出(以後、関係閣僚に提出) 政府の全世代型社会保障検討会議は医療保険制度改革に向けて、健保連や日本医師会などからヒアリングを実施	11・5	
11・24	財務省の財政制度等審議会は令和3年度予算編成等に関する建議を取りまとめ、麻生太郎財務大臣に提出。後期高齢者の医療費窓口負担は可能な限り広範囲で2割を導入することを提言	11・5	
11・25	厚生労働省は「平成30年度国民医療費の概況」を公表。総額は前年度比0・8%増の43兆3、949億円で対国民所得比は10・73%。年齢別では、65歳以上は26兆2、828億円で全体の60・6%を占める	11・5	
11・30		11・5	
		11・9	
		11・5	
		11・5	
		11・5	
		11・5	
		11・5	
		11・5	
		11・5	
		11・5	
		11・5	

3・29	3・26	3・26	3・19	2・26	2・9	2・8	2・5	2・2	1・28	1・18	1・18	12・23	12・21	12・18	12・15	12・15	12・14
<p>全世代型社会保障検討会議は最終報告を了承。所得上位30%の後期高齢者の医療費窓口負担を2割に引き上げる方針 政府は全世代型社会保障検討会議の最終報告である「全世代型社会保障改革の方針」を閣議決定 政府は新型コロナウイルス対策の令和2年度第3次補正予算案を閣議決定 政府の経済財政諮問会議は「新経済・財政再生計画改革工程表2020」を決定 政府は令和3年度政府予算案を閣議決定。厚生労働省の予算案は総額で2年度当初予算比0・5%増の33兆1,380億円。うち、社会保障関係費は0・5%増の32兆7,928億円 社会保障審議会医療保険部会は給付と負担の見直しなど医療保険制度改革に関する「議論の整理」をまとめた 第204回通常国会召集 社会保障審議会は令和3年度介護報酬改定案（全体で0・7%引き上げ）の諮問を受け、了承の答申 令和2年度第3次補正予算が参院本会議で可決、成立 政府は、外来機能報告制度の創設などを柱とする「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案（医療法等改正案）」を閣議決定し、第204回通常国会に提出 政府は、後期高齢者の2割負担導入などを盛り込んだ「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」（医療保険制度改革関連法案）を閣議決定し、第204回通常国会に提出 自民党の「新型コロナウイルスに関するワクチン対策プロジェクトチーム」は、健保組合を含むワクチン接種体制へ向けた提言をまとめた 政府はデジタル庁設置法案を閣議決定し、第204回通常国会に提出 財務省は令和3年度の国民負担率が44・3%（前年度実績見込み）に比べ1・8ポイント低下）になるとの見通しを公表 厚生労働省は令和元年度の特定健診・保健指導実施率を公表。保険者全体の平均は特定健診55・6%、特定保健指導23・2%。健保組合は特定健診79・0%、特定保健指導27・4% 厚生労働省は社会保障審議会医療保険部会で、3月下旬を予定していたオンライン資格確認の本格運用の開始時期を10月まで延期すると報告 令和3年度政府予算が参院本会議で可決、成立 厚生労働省の「審査支払機能の在り方に関する検討会」は審査支払機能の整合的かつ効率的なあり方について方向性を明示した報告書をまとめた</p>																	
3・29			3・18	2・25	2・15				1・28				12・21		12・15		
<p>後期高齢者の窓口負担を原則2割とする必要性などを強調 宮永会長は全世代型社会保障検討会議の最終報告を受けてコメントを発表。後期高齢者の2割負担の対象範囲が十分と指摘し、次なる改革に取り組むよう国に要望 第507回理事会（書面審議）は、令和3年度一般会計予算編成の基本方針、2年度以降の交付金交付事業などについて、原案どおり了承 第508回理事会（書面審議）は、令和3年度の事業計画、一般会計・各特別会計収入支出予算などについて、原案どおり了承 第509回理事会（書面審議）は、支払基金とのオンライン資格確認等事務に関する令和2年度契約の変更等の承認を理事会に委任することを了承 第209回定時総会（書面審議）は、令和3年度事業計画とこれにもとづく一般会計・各特別会計収入支出予算などについて、原案どおり承認、決定 第510回理事会（書面審議）は、令和3年度支払基金との契約、健保連本部施設再構築プロジェクトチーム検討状況などについて、原案どおり了承 「新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査報告書」を発表</p>																	

月日	社会保険関係	月日	健保連関係
4・8	後期高齢者の2割負担導入などを盛り込んだ医療保険制度改革関連法案が衆院本会議で審議入り	4・1	健保組合数は1,387組合に 社会保険診療報酬支払基金と令和3年度の審査・支払事務にかかる契約を締結。これに合わせ、支払基金改革へ向けたり取り組みを求める要請書を支払基金に提出。新たな手数料体系の設定などを求める要請書を厚生労働省に提出 佐野副会長は衆院厚生労働委員会に参事人として出席し、医療保険制度改革関連法案に対して意見陳述。後期高齢者の2割負担について早期実施を要請 令和3年度予算早期集計結果を公表。健保組合全体で5,098億円の経常赤字を見込んだ。実質保険料率は過去最高の10・06%
4・26	厚生労働省は新型コロナウイルス感染症収束後も健保組合の働き方のひとつとしてテレワークを引き続き実施するとし、テレワーク基準を緩和する事務連絡を发出	4・20	
4・27	厚生労働省は経済・財政一体改革推進委員会の社会保障WGで、後発医薬品の数量シエアを令和5年度末まで全都道府県で80%以上とする新目標を明示	4・22	
5・11	医療保険制度改革関連法案が衆院本会議で可決、参院に送付		
5・12	デジタル庁設置法が参院本会議で可決、成立		
5・21	外来機能の明確化・連携などを柱とする改正医療法等が参院本会議で可決、成立		
5・21	財務省の財政制度等審議会は「財政健全化に向けた建議」を麻生太郎財務大臣に提出。「かかりつけ医」を速やかに法制上明確化(制度化)する必要性を指摘		
5・31	加藤勝信内閣官房長官は首相官邸で健保連の佐野副会長に新型コロナウイルスワクチンの職域接種への協力を要請。佐野副会長は健保連として積極的に協力する考えを表明	5・31	佐野副会長は参院厚生労働委員会に参考人として出席し、医療保険制度改革関連法案に対して意見陳述
6・1	政府の規制改革推進会議は答申をまとめた。医療分野ではオンライン診療・オンライン服薬指導の普及やDX化の促進などを提言		
6・4	後期高齢者の窓口負担2割導入などを盛り込んだ医療保険制度改革関連法案が参院本会議で可決、成立	6・4	宮永会長は医療保険制度改革関連法の成立を受けてコメントを発表。今回の改正を「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
6・4	厚生労働省のデータヘルス改革推進本部は「データヘルス改革に関する工程表」を決定	6・8	政府の「骨太方針2021」に向けた要望をまとめ、公表。「国民が安心してできる安全で効率的な医療の実現」などが柱
6・16	第204回通常国会が閉会		
6・18	政府は「経済財政運営と改革の基本方針2021」(骨太方針2021)を閣議決定		
6・30	政府は「規制改革実施計画」を閣議決定。オンライン診療の恒久化を盛り込んだ 厚生労働省は「令和2年社会医療診療行為別統計」の結果を公表。医科診療の1件当たり点数は入院が5万7,074・2点、外来は1,445・0点		
7・2	全国健康保険協会は協会けんぽの令和2年度決算見込みを公表。医療分の収支は6,183億円の黒字計上で、準備金残高は4兆103億円	7・15	第511回理事会(書面審議)は、令和2年度一般会計・各特別会計収入支出決算、3年度オンライン資格確認等運営負担金などについて、原案どおり了承
7・7	政府は閣議で令和4年度予算の概算要求基準を了解	7・29	第210回定時総会(書面審議)は、令和2年度一般会

	令和4年度 (2022年度)			
2・24		厚生労働省は、社会保障審議会医療保険部会の柔道整復療養費検討専門委員会、償還払いに変更可能な対象患者を提案	2・25	第213回定時総会(書面審議)は、令和4年度事業計画とこれにもとづく一般会計・各特別会計収入支出予算などについて、原案とおり承認、決定
2・25		公明党健保組合議員懇話会は、健保連など健保組合関係者と意見交換。同党の政策反映を念頭に継続して協議することを確認。懇話会会長には榊屋敬悟氏の後任に谷合正明氏(参院議員)が就任	2・25	「新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査」の結果を発表
2・28		社会保障審議会は介護人材の処遇改善を図る令和4年度介護報酬改定案の諮問を受け、了承の答申		
3・1		政府は電子処方箋の仕組みの創設を盛り込んだ「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律案」(薬機法等改正案)を閣議決定し、第208回通常国会に提出		
3・8		厚生労働省は令和4年度における健保組合への実地指導監査を地方厚生(支)局に通知。健保組合が保管する歳入簿、歳出簿及び現金出納簿が電子保存可能となったことから、電子データを用いた監査を認めることとした	3・25	第516回理事会(書面審議)は、令和3年度組合財政支援交付金の交付、4年度支払基金との契約などについて、原案どおり了承
3・9		政府の全世代型社会保障構築会議は2回目の会合で、主要施策に勤労者皆保険の実現など「当面の論点」を確認	3・29	佐野副会長は自民党の国民皆保険を守る国会議員連盟の第4回総会に出席。令和5年度予算概算要求等に向けて、かかりつけ医の機能明確化や後期高齢者の保険料負担割合の見直しなどを要望
3・22		令和4年度政府予算が参院本会議で可決、成立		
3・29		全世代型社会保障構築会議は、これまでの議論を整理。勤労者皆保険の実現に向けて、短時間労働者の適用拡大の企業規模要件の撤廃などが検討課題		
4・13		自民党の国民皆保険を守る国会議員連盟は第5回総会を開催。安全・安心のための質の高い効率的な医療の実現、全世代で支え合う医療保険制度の構築などを柱とする「骨太方針2022」と令和5年度予算概算要求に向けた要望書をまとめた(以後、関係閣僚に提出)	4・1	健保組合数は1,387組合に
5・13		電子処方箋の仕組みの創設などを盛り込んだ改正薬機法等が参院本会議で可決、成立	4・15	第214回臨時総会を開催。任期満了に伴う役員改選を行い、会長に宮永俊一氏、副会長に出版健保組合、大阪連合会会長の久保俊裕氏、副会長兼専務理事に佐野雅宏氏を選出
5・17		政府の全世代型社会保障構築会議は医療提供体制改革などを柱とする「議論の中間整理」をまとめた。かかりつけ医機能が発揮される制度整備の必要性を指摘	4・28	令和4年度予算早期集計結果を公表。健保組合全体で2,770億円の経常赤字を見込んだ
5・2		厚生労働省は令和2年度の特定健診・保健指導実施率を公表。保険者全体の平均は特定健診53・4%、特定保健指導22・7%。健保組合は特定健診77・9%、特定保健指導26・9%	5・11	令和5年度政府予算概算要求に向けた要望事項をまとめ、厚生労働省保険局長に提出。拠出金負担増に対する財政支援措置を要請
6・7		政府は「経済財政運営と改革の基本方針2022」(骨太方針2022)を閣議決	5・18	佐野副会長は公明党健保組合議員懇話会など合同会議に出席し「骨太方針2022」と令和5年度予算概算要求に向けた重点要望を提示

月日	社会保険関係	月日	健保連関係
6・7	<p>定。▽マイナンバーカードの保険証利用が進むよう令和6年度中に保険者による保険証発行の選択制を導入、▽全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化等、診療報酬改定DXの取り組みを進めるため、総理を本部長とする「医療DX推進本部（仮称）」を設置し、方針を示す</p> <p>政府は規制改革実施計画を閣議決定。オンライン診療・服薬指導の一層の推進を盛り込む</p> <p>第208回通常国会が閉会</p> <p>厚生労働省は「令和3年度医療診療行為別統計」の結果を公表。医科診療の1件当たり点数は入院が5万8,223・9点、外来は1,455・0点</p> <p>日本医師会は任期満了に伴う役員改選で、松本吉郎氏が副会長の松原謙二氏を破り、新会長に就任</p>	6・25	<p>第518回理事会を開き、令和3年度一般会計・各特別会計収入支出決算、本会役員人事などを審議、原案どおり了承。本会役員人事では、河本滋史常務理事を専務理事に選任。これまで専務理事を兼任していた佐野雅宏副会長は兼務を解除</p> <p>第215回定時総会を開き、令和3年度一般会計・各特別会計収入支出決算、本会役員人事などを審議、原案どおり承認、決定。本会役員人事では、常務理事（本部事務局）に伊藤悦郎氏（元ジェイアールグループ健保組合常務理事）、理事に東京連合会専務理事の今泉礼三氏を選任</p>
7・1	<p>全国健康保険協会は協会けんぽの令和3年度決算見込みを公表。医療分の収支は2,991億円の黒字計上で、準備金残高は4兆3,094億円</p> <p>政府は閣議で令和5年度予算の概算要求基準を了解</p> <p>第2次岸田改造内閣が発足し、厚生労働大臣に加藤勝信氏が就任</p> <p>公明党の厚生労働部会は令和5年度予算概算要求に向けた重点政策提言をまとめ、加藤勝信厚生労働大臣に提出。拠出金負担軽減に向けた財政支援の必要性を強調</p> <p>厚生労働省は令和5年度予算概算要求をまとめた。社会保障費は31兆2,694億円を計上</p>	7・22	<p>令和3年度超高額医療費レポートは1,517件</p> <p>第519回理事会を開き、令和4年度健保組合全国大会の開催要領などを審議、原案どおり了承。宮永会長は2025年度にかけて健保組合の拠出金負担が急増することを受け、「全世代型社会保障への転換をさらに前進させる必要がある」と指摘</p>
8・19・25	<p>厚生労働省は「令和3年度医療費の動向」を公表。概算医療費は前年度に比べ4・6%増加し、過去最高の44・2兆円</p> <p>「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム（チーム長・加藤勝信厚生労働大臣）が初会合</p>	9・16	<p>令和3年度健保組合決算見込みを発表。経常収支差引額は825億円の赤字。全体の5割を超える740組合が赤字</p> <p>佐野副会長は自民党の国民皆保険を守る国会議員連盟の第6回総会に出席。医療制度改革関係の重点要望として被用</p>
9・22	<p>政府は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律案」（感染症法改正案）を閣議決定し、第210回臨時国会に提出。初動対応等を行う協定締結医療機関に対して減収補償の仕組みを導入し、その費用については公費と保険者で折半</p> <p>政府の医療DX推進本部（本部長・岸田文雄首相）が初会合</p>	9・28	
10・7		10・6	
10・12		10・17	

10・13	河野太郎デジタル大臣は記者会見で、令和6年秋に現行の健康保険証を廃止する方針を表明	10・26	自民党の国民皆保険を守る国会議員連盟は、健保組合の保険者機能発揮等の観点から取りまとめた「全世代型社会保障の構築ならびに予算編成に対する要望」を鈴木俊一財務大臣に提出。28日に加藤勝信厚生労働大臣に提出	11・29	財務省の財政制度等審議会は令和5年度予算の編成等に関する建議をまとめ、鈴木俊一財務大臣に提出。かかりつけ医機能を有する医療機関の機能の明確化、法制化を提言	11・30	厚生労働省は「令和2年度国民医療費の概況」を公表。総額は前年度比3・2%減の42兆9,665億円。年齢別では、65歳以上は26兆4,315億円で全体の61・5%を占める	12・10	改正感染症法が参院本会議で可決、成立 岸田文雄首相は記者会見で「来年度から、出産育児一時金を現行の42万円から50万円へ大幅に増加する」と明言 社会保障審議会医療保険部会は次期制度改革に向けた「議論の整理」をまとめた 政府の全世代型社会保障構築会議は報告書をまとめた。医療制度などの改革の方向性を明示	12・15		12・16		12・16		12・16		12・16		12・16	
10・18	者保険者間の格差是正の方策等への対応などを指摘 東京・千代田区の東京国際フォーラムで、令和4年度健康保険組合全国大会「健康保険法制定100年」これからも健康を支え、皆保険を守る健保組合であるためにオンライン配信と組み合わせで開催。①現役世代の負担軽減、全世代で支え合う制度への転換、②国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」の推進、③オンライン資格確認などICT化の推進による医療の効率化・質の向上、④健康寿命の延伸に向けた保健事業の更なる推進の4スローガンにもとづく決議文を採択。実現を期し、要請活動を展開 大会では、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務める山崎史郎氏が「全世代型社会保障制度の構築に向けて」をテーマに特別講演を実施 第216回臨時総会（書面審議）は、健保連本部施設再構築に係る新本部ビル代替地の取り扱いについて、原案どおり承認、決定	10・21	佐野副会長は自民党の予算・税制等に関する政策懇談会に出席し、▽保険者機能強化推進交付金の継続・拡充、▽保険給付費の急増に対する支援、▽高齢者医療運営円滑化等補助金の拡充―を要望 河本専務理事は国民民主党の税制調査会でのヒアリングで、令和5年度予算編成に向けて高齢者医療運営円滑化等補助金の拡充などを要請 河本専務理事は立憲民主党・社民党・無所属の共同会派による厚生労働部会に出席し、令和5年度予算編成に向けて健保組合への財政支援などを要望 「かかりつけ医」の制度・環境の整備について（議論の整理）（提言）を発表 佐野副会長は公明党健保組合議員懇話会など合同会議に出席し、医療保険制度改革などの重点要望を提示。出産育児一時金の引き上げでは、全世代で支え合う仕組みとするよう要望 「医療・介護に関する国民意識調査」の結果を発表	11・7	健保連を含む被用者保険関係5団体は、現役世代の負担軽減が不可欠などとする医療保険制度改革に向けた共同の意見書をまとめ、社会保障審議会医療保険部会に提出 第520回理事会を開き、令和5年度一般会計予算編成の基本方針、5年度の交付金交付事業などを審議、原案どおり了承。宮永会長は全世代型の社会保障制度構築のため、現役世代、健保組合の負担軽減につながる改革をしなければ	11・8		11・9		11・16		12・1		12・16		12・16		12・16		12・16	

月日	社会保険関係	月日	健康保険関係
12・23	<p>政府は令和5年度政府予算案を閣議決定。厚生労働省の予算案は、総額で4年度当初予算比1・6%増の33兆1,686億円。うち、社会保障関係費は1・7%増の32兆8,514億円</p> <p>第211回通常国会召集</p> <p>政府は出産育児一時金を8万円引き上げ、産科医療補償制度の掛金（1・2万円）と合わせて50万円とするための健保法施行令等の改正政令を決定。令和5年4月1日から施行</p> <p>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」（医療保険制度改革関連法案）を閣議決定し、第211回通常国会に提出。後期高齢者負担率の見直し、前期高齢者納付金に3分の1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柱</p> <p>財務省は令和5年度の国民負担率が46・8%（前年度実績見込みに比べ0・7ポイント低下）になるとの見通しを公表</p> <p>政府は、健康保険証を廃止し、マイナンバーカードに一本化するための「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律案」を閣議決定し、第211回通常国会に提出。カードを持たない人には資格確認書を交付</p> <p>医療保険制度改革関連法案が衆院本会議で審議入り</p> <p>令和5年度政府予算が参院本会議で可決、成立</p>	1・23	<p>ばならないと強調</p> <p>宮永会長は全世代型社会保障の構築に向けた医療保険制度改革等についてコメントを発表。被用者保険への支援として財政支援の制度化が示されたことなどを評価</p> <p>第521回理事会を開き、令和5年度の事業計画、一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり了承</p> <p>第217回定時総会を開き、令和5年度事業計画とこれにもとづく一般会計・各特別会計収入支出予算などを審議、原案どおり承認、決定。宮永会長は医療保険制度改革の内容が持続可能な制度の構築をめざすものとなったとし、「皆さんを思いをひとつにして取り組んできた活動の成果」と謝意を表明</p> <p>河本専務理事は立憲民主党の厚生労働部門会議でのヒアリングで、令和5年通常国会提出の医療保険制度改革関連法案について、現役世代の負担軽減などの観点から評価する一方、前期高齢者納付金のさらなる報酬調整の拡大は断じてあってはならないと強調（翌9日の国民民主党・政務調査会第2部会でのヒアリングでも同様の見解を表明）</p> <p>第522回理事会を開き、令和4年度組合財政支援交付金の交付、5年度支払基金との契約などを審議、原案どおり了承</p>
1・23		1・20	
2・10		2・16	
2・21		3・8	
3・7		3・17	
3・16			
3・28			

健康保険法制定から100年（制定前も含む）

※「医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究Ⅰ（制度の変遷と将来構想の検討）」の検討委員会報告書（令和5年5月）に掲載されているものをもとに作成しています。

0. 健康保険法が制定されるまで（大正11（1922）年）

健康保険法は大正11（1922）年3月に制定。わが国で初めての社会保険制度が誕生した。その保険者は、欧州の先進国の例に倣い、また、労使協調、適正な保険運営の観点（仮病、怠業など不正行為の防止等）からも、当事者自治による組合方式が最善と考えられた。任意設立による健康保険組合、それ以外を政府が管掌する被用者保険制度の基礎が形作られた。

年	背景、主な動き	年	背景、主な動き
明治27～28（1894～95）年	日清戦争	明治44（1911）年	3月、「工場法」制定（業務上災害への事業主による扶助等） ↓1916年全面施行。
明治30（1897）年前後	日本における産業革命、急激な工業化。	大正3～7（1914～18）年	第一次世界大戦
明治31（1898）年	1月、ドイツ疾病保険法（1883年）をもとに構想された「労働者疾病保険法案」（後藤新平内務省衛生局長）を内務省中央衛生会に諮問するも否決。	大正9（1920）年	2月、憲政会の「疾病保険法案」を帝国議会に提出するも審議未了、成立に至らず。早期の法制定が求められる。
明治37～38（1904～05）年	日露戦争	大正11（1922）年	3月13日、帝国議会へ「健康保険法案」提出。同15日、衆議院本会議可決。23日、貴族院本会議で満場一致で可決、超スビード成立。「健康保険法」制定。4月22日、公布。わが国で初めての社会保険制度の創設へ。
明治38（1905）年頃	民間企業による共済組合等の誕生（鐘紡、富岡製糸場、富士紡績、北海道製麻、三菱造船所、足尾銅山、日本石油等。官業の共済組合も発足（八幡製鐵所、帝国鉄道、印刷局、海軍等）。		

1. 健康保険法制定からの10年（大正11～昭和6（1922～1931）年）

大正13（1924）年4月に施行予定だった健康保険法は、関東大震災の発生によって施行延期を余儀なくされた。政府と日本医師会による初めての診療契約の締結を経て、昭和2（1927）年1月、健康保険法はようやく全面施行を迎えた。このときすでに316の健康保険組合の設立が認可されていた。

健康保険法制定から10年間の主な動き

年	背景、主な動き	年	背景、主な動き
大正11（1922）年	3月23日、健康保険法制定。4月22日、公布。大正13（1924）年4月施行予定。	昭和2（1927）年	1月1日、健康保険法（保険給付、費用負担等）の全面施行。
大正12（1923）年	11月、内務省に「社会局」を設置。		
大正14（1925）年	7月1日、健康保険法の一部施行。	昭和4（1929）年	健康保険法改正（国庫負担の見直し）定率1割から被保険者1人当たり2円を標準。事業主の協力義務。政府管掌健康保険に保険料強制徴収権。「健康保険署」廃止。
大正15（1926）年	9月1日、関東大震災。死者10万5、385人。健康保険法施行延期へ。	昭和6（1931）年	満州事変。重工業化が進展。
	「普通選挙法」制定。「治安維持法」制定。		
	11月4日、政府と日本医師会との間で政府管掌健康保険に関する診療契約を締結。		
	内務省社会局に「保険部」設置。各都道府県に「健康保険署」設置。		

2. 戦時体制のもとでの制度拡充（昭和7～16（1932～1941）年）

戦時体制のもと、健康な労働力の確保が重要視されるなか、適用事業所の範囲拡大、家族への給付の拡大、事務系職員のための健康保険制度の創設など健康保険制度の拡充が進められた。その一方で、患者一部負担の導入、拡大の議論も始められた。

この10年間の主な動き

年	背景、主な動き
昭和9（1934）年	健康保険法改正（強制被保険者の適用拡大。工場法等の適用事業所以外にも拡大。常時5人以上の事業所に適用）↓翌年4月から施行され、被保険者数が大幅に増加。
昭和11（1936）年	2・26事件（決起に加わった歩兵第一連隊、同第三連隊の所在地は現在、六本木の東京ミッドタウン、国立新美術館）盧溝橋事件、日中戦争へ。
昭和12（1937）年	旧国民健康保険法制定。厚生省創設。
昭和13（1938）年	旧国民健康保険法制定（「健兵健民対策」、「拳国銃後の守り」。農山漁村民や自営業者の病氣による窮乏化の防止と健康状態の改善を目指す。国民健康保険組合の任意設立）。
昭和14（1939）年	ドイツ軍がポーランドに侵攻、第二次世界大戦へ。
昭和15（1940）年	健康保険法改正（家族への任意給付の導入↓法定付加給付、5割給付。結核等の給付期間延長。健康保険組合に保険料強制徴収権）。
昭和16（1941）年	職員健康保険法制定（事務系職種が対象）。船員保険法制定。政府が「社会保険構成基本要綱」策定（健康保険と国民健康保険の二本建て。前者には患者一部負担導入を提言）。健康保険法改正（適用事業所の範囲を拡大）。労働者年金保険法の制定。日本軍が真珠湾攻撃、太平洋戦争へ。

3. 終戦と医療保険制度の基盤強化（昭和17～26（1942～1951）年）

適用範囲の拡大、国民健康保険組合の普及など医療保険制度の拡充が進められるなかで、終戦を迎え、日本国憲法の制定・公布へと、わが国社会は大きな転換を余儀なくされた。その後も医療保険制度はめまぐるしく制度改正を重ね、基盤強化、近代化が図られていった。

この10年間の主な動き

年	背景、主な動き
昭和17（1942）年	健康保険法改正（職員健康保険法を統合、一本化。患者一部負担の導入↓内服薬、注射、手術、入院1日に定額負担。保険医の強制指定制。診療報酬の人頭割団体請負方式を改め「勤労定額式」（点数単価方式）に変更。保険医療費担当規則の制定。適用範囲の拡大。保健施設事業の対象に被扶養者を追加。健康保険組合連合会の法定化。
昭和18（1943）年	国民健康保険法改正（地方長官に国民健康保険組合の強制設立命令権を付与）↓全市町村の95%が普通国民健康保険組合を設立。被保険者数約3700万人。
昭和19（1944）年	イギリス「ベヴァリッジ報告」（全国民を対象に社会保険方式による社会保障の構築を提唱）。
昭和20（1945）年	健康保険組合連合会（公法人）の設立。
昭和21（1946）年	健康保険法改正（業務上傷病の傷病手当金の給付期間の延長等）。健康保険組合被保険者数が政管健保を超える。厚生省に保険局を設置。社会保険診療報酬算定協議会も設置（1950年に中央社会保険医療協議会に改組）。
昭和22（1947）年	敗戦。第二次世界大戦終結。健康保険の被保険者数が半減。健康保険組合の被保険者数は約3分の1に減少。日本国憲法制定、公布（第25条生存権、社会保障の向上・増進等）。生活保護法制定。
昭和23（1948）年	労働者災害補償保険法、労働基準法の制定。健康保険、初の「全国健康保険組合大会」を開催。
昭和24（1949）年	健康保険法改正（被保険者本人一部負担の廃止。保険医強制指定制から任意指定制に。適用事業所の範囲拡大。健保組合の附加給付。家族給付の法定給付化）。
昭和25（1950）年	国民健康保険法改正（市町村公営原則。市町村国民健康保険への強制加入）。
昭和26（1951）年	医療法の制定（病院、診療所の基準等）。社会保険診療報酬支払基金の設置。国家公務員共済組合法の制定。健康保険法改正（患者一部負担の復活。健保連「全国健康保険組合大会」で給付費の3分の1国庫負担等を決議。中央社会保険医療協議会が発足。薬価基準制度の導入（翌年80%パルクライン方式採用）。国民健康保険税の創設（当時、国保の保険料収納率は77%）。

公法人・健康保険組合連合会の誕生

昭和17（1942）年の健康保険法改正により、「健康保険組合連合会」が法律上に明文化。「健康保険組合は共同してその目的を達成するため健康保険組合連合会を設立することができる」と規定された。当時の主な事業は、結核療養所など医療機関の運営、医師会との診療契約、医療費の審査支払い、体育奨励施設、講習会、運動競技大会、功労者表彰などであった。昭和17（1942）年度末の健康保険組合の数は580、被保険者数は約295万人。

年	任意団体から公法人へ	任意団体から公法人へ
昭和6（1931）年頃まで	地域別、業種別の事務研究会（任意団体。医師会と契約も）	
昭和7（1932）年	11月、日本健康保険組合連合会の設立（任意団体）	昭和15（1940）年
昭和11（1936）年	12月、健康保険組合連合会の設立（任意団体。翌年、社団法人化）	昭和17（1942）年
		昭和18（1943）年
		6月、職員健康保険組合連合会の設立（任意団体）
		2月、健康保険法改正（健康保険組合連合会の法定化）
		4月、健康保険組合連合会（公法人）の設立。設立認可4月29日、設立総会5月5日（東京会館）。従前の各団体は発展的に解散。

4. さらなる制度拡充から、国民皆保険の実現へ（昭和27～36（1952～1961）年）

財政悪化が深刻な政府管掌健康保険や国民健康保険への国庫負担拡充で安定化を図りつつ、日雇労働者など各種の新制度を整備。被用者保険の財政調整議論を受け、健保連は自ら健康保険組合の改革を提起。そして、政府の「国民皆保険化計画」のもと、新たな国民健康保険法の制定を経て、昭和36（1961）年4月、国民健康保険の全市町村実施により国民皆保険の実現に至った。

この10年間の主な動き

年	背景、主な動き	年	背景、主な動き
昭和27（1952）年	町村職員恩給組合発足。診療報酬引き上げをめぐり保険医総辞退騒動。 健康保険法改正（強制適用事業所の範囲拡大）。 国民健康保険の給付費に国庫負担2割導入。日雇労働者健康保険法制定（政府が保険者）。私立学校職員共済組合法制定。 政管健保の財政悪化を受け定額国庫補助10億円。	昭和33（1958）年	合の国庫補助は実現せず。保険医療機関指定制と保険医登録制。患者一部負担増額は医師会の反対により実現せず。保険医総辞退騒動。 健保連「組合方式の具体的推進方策基本要綱」（健康保険組合の運営改善、設立推進方策等）。 健康保険組合数が1,000に到達（9月。とくにこの時期、総合健康保険組合の増加が顕著）。 国民健康保険法（新法）制定（全市町村義務化。被用者保険以外に強制加入。5割給付。医療費に国庫補助25%。調整交付金5%を含む。事務費は全額国庫負担）。 新医療費体系導入（診療報酬点数1点10円。物と技術の分離。甲表と乙表）。 健保連と日本病院協会による短期人間ドックの開始。 診療報酬引き上げ、地域差撤廃をめぐり保険医総辞退騒動（実行は回避）。
昭和28（1953）年	国民健康保険法改正（政管健保の財政調整。被用者以外は国保に強制加入。差額徴収。入院時食費一部負担）。 政府が「国民皆保険化計画」を策定。 社会保障制度審議会「医療保険制度に関する勧告」（国民皆保険の実現を提言。被用者保険と国民健康保険の二本建て。政府管掌健康保険の組合方式への移行。健康保険組合の結核医療費と低所得者部分に国庫負担。被用者保険、国民健康保険とも7割給付）。	昭和34（1959）年	
昭和29（1954）年		昭和36（1961）年	国民皆保険の実現（4月。全市町村が国民健康保険を実施）。
昭和30（1955）年			
昭和31（1956）年			
昭和32（1957）年	健康保険法改正（政管健保の定率国庫補助1割。健康保険組		

5. 国民皆保険の実現後、制度改革議論が活発化（昭和37～46（1962～1971）年）

国民皆保険制度の実現後、被用者保険と国民健康保険の二本建てを前提にした財政調整議論が活発化した。一方、厚生大臣による診療報酬改定の職務告示事件等を受けて、健康保険組合と健保連が積極的な活動展開。行政訴訟に発展し、社会問題化した。

この10年間の主な動き

年	背景、主な動き	年	背景、主な動き
昭和37（1962）年	社会保険庁の設置。地方公務員共済組合法の制定。国民健康保険の国庫負担拡充（25%から30%へ）。岩手県沢内村が老人と乳幼児の医療費を無料化。 社会保障制度審議会「社会保障制度の総合調整に関する答申および社会保障制度の推進に関する勧告」（プール制による財政調整、低所得層に対する国庫負担の拡充、7割給付の実現等）。	昭和42（1967）年	健康保険臨時特例法成立（患者一部負担の増額。薬剤一部負担の導入。政管健保の保険料率引き上げ。2年間の時限立法）。 厚生省「医療保険制度改革試案」発表（被用者保険と地域保険の二本建て。被用者本人入院10割給付。外来7割給付。家族7割給付。被用者保険の医療費2分の1財政調整。現物給付と出来高払いを原則）↓各方面から否定的な反応。 国民健康保険の7割給付を完全実施。
昭和38（1963）年	国民健康保険法改正（低所得世帯の保険料軽減、国庫負担割合を35%に引き上げ）。制限診療の撤廃（健康保険、国民健康保険とも療養の給付の期間の3年制限の撤廃）。診療報酬の地域差を撤廃（乙地を甲地並みに引き上げ）。	昭和43（1968）年	健康保険臨時特例法の延長法案が一転廃止。 健康保険法改正（患者一部負担を本則に規定、薬剤一部負担の廃止等）。
昭和39（1964）年	厚生省「医療保険における総合調整実施の可能性を検討するための試案要綱」発表（医療保険調整基金の創設。離職者医療制度と高齢退職者医療制度、家族給付率引き上げ等に要する費用をまかなう）。	昭和44（1969）年	厚生省「老人保健制度要綱試案」発表。自民党「国民医療対策大綱」（社会保険方式を中核、保険料負担の均衡、給付の改善と格差是正、地域保険と職域保険と高齢保険の二本建て。家族を地域保険へ移管。業務上傷病の職域保険への移管）。
昭和40（1965）年	神田厚生大臣が中医協答申を逸脱する診療報酬9・5%引き上げを職権告示（1月）↓支払側委員総辞職。	昭和46（1971）年	社会保険制度審議会の答申（被用者保険と地域保険の二本建て、被用者保険と地域保険はそれぞれ財政調整、プール制）。 中医協「審議用メモ」を機に日本医師会が保険医総辞退を決定↓7万人を超える保険医が辞退届。医療保険制度統合の主張も。
昭和41（1966）年	国民健康保険法改正（国庫負担割合を45%に引き上げ）。		

6. 老人医療費無料化と健保連の共同事業の展開（昭和47～56（1972～1981）年）

老人医療費の無料化が医療費の急増をもたらし、それが、老人保健制度の創設に向けた議論に結び付いた。一方、被用者保険制度間の財政調整議論のなか、健保連が独自に展開した共同事業が法定化された。

この10年間の主な動き

年	背景、主な動き	年	背景、主な動き
昭和47（1972）年	厚生省が社会保障制度審議会等に2分の1財政調整案を含む財政調整案を提案するも反対答申↓2分の1財政調整案を断念。	昭和49（1974）年	健康保険法改正（家族給付率5割から7割へ引き上げ。高額療養費制度新設。政府管掌健康保険の定率国庫負担10% + a
昭和48（1973）年	健康保険法改正案を国会に提出するも廢案に（政府管掌健康保険と健康保険組合による高齢者医療費の共同負担、健保連による健康保険組合間の相互扶助事業等を含む）。	昭和52（1977）年	健康保険法改正（特別保険料）＝賞与の1%＝時限措置、政管健保一部免除、健康保険組合は任意、患者一部負担額引き上げ）。
	老人医療費の無料化（老人福祉法改正、70歳以上の自己負担額を公費負担）。以後、老人医療費の増大を招く。		雇用保険法制定。

年	背景、主な動き	年	背景、主な動き
昭和54 (1979)年	健保連「医療保険に関する基本方針」発表(財政調整に反対。組合方式の健全な発展。医療提供体制整備のための公費投入。診療報酬に出来高払いと登録人頭払い、包括払いなど複数方式の併用。職域保険と地域保険の二本建て+老人医療保健制度と退職者医療給付制度の設置。9割給付確保。健保連組合間の共同事業に健康開発共同事業を追加。自民党議員による医療保険財政調整法案が国会に提出されるも、各方面の反対で廃案へ。	昭和56 (1981)年	「16・4%から20%の間で政令で定める。患者一部負担額の引き上げ。政府管掌健康保険の累積赤字を6年間で償還。健保連組合間の財政調整事業(健保連の共同事業)・高額医療給付費共同負担事業と財政窮乏組合助成事業」を法定化。被用者保険制度間財政調整の前提は削除。 老人保健法案の国会提出。健康保険組合全国大会で「支払い方式改善の道を閉ざす老人保健法案に絶対反対」を決議。 第二次臨時行政調査会設置(第一次答申。増税なき財政再建。支払い方式改革を含む医療費適正化。老人保健制度早期実施)。
昭和55 (1980)年	健康保険法改正(家族入院給付率7割から8割に引き上げ。政府管掌健康保険の国庫負担率10%から16・4%に引き上げ)		

7. 老人保健制度と退職者医療制度の創設 (昭和57〜平成3 (1982〜1991)年)

経済の低成長化のもと、人口の高齢化と生活習慣病等により医療費の増加が続き、医療保険財政はよりいっそう厳しくなり、国庫補助の拡大も限界に来ていた。そうしたなか、老人保健制度が創設され、老人医療費無料化が廃止された一方で、被用者保険と国民健康保険の間の実質的な財政調整が始まった。退職者医療制度も創設され、これらの拠出金負担を通じて、被用者保険が国民皆保険制度を支える役割が大きく拡大した。

この10年間の主な動き

年	背景、主な動き	年	背景、主な動き
昭和57 (1982)年	老人保健法制定(70歳以上の高齢者等を対象に医療給付等を実施。老人医療費無料化の廃止⇨患者定額一部負担導入)。	昭和63 (1988)年	健保連「医療保険制度改革の提言」(被用者保険と国民健康保険の二本建て⇨組合方式推進。老人保健制度は間接税による新税制で負担する仕組みに再編。家庭医の制度化。高度医療機器の共同利用。老人の慢性疾患の包括的定額払い。老人登録医制度と人数に応じた支払い)⇨翌年、当面の改革案として、老人保健制度の公費負担3割を5割への拡充を提言。関係団体も同調。
昭和58 (1983)年	第二次臨時行政調査会の最終答申(これまで複数回の答申。支払い方式改革を含む医療費適正化。高額医療機器の共同利用等の医療供給体制の改革。退職者医療制度の創設を提言。民間の活力を活かし、その調整、補完に重点を置く行政へ。健康保険法改正(被保険者本人定率2割負担⇨国会承認まで1割負担。特定療養費制度の創設⇨高度先進医療と選定療養)。	平成元 (1989)年	国民健康保険法改正(保険基盤安定制度暫定措置導入。高額医療費共同事業拡充。老人保健拠出金の国庫補助率引き下げ)。
昭和59 (1984)年	健康保険法改正(被用者保険OBを対象とする退職者医療制度の創設。あわせて健康保険法改正で特定健康保険組合制度を導入)。	平成2 (1990)年	消費税の創設(税率3%)。厚生省「ゴールドプラン」(高齢者保健福祉推進10か年戦略)策定。天安門事件。ベルリンの壁崩壊。
昭和60 (1985)年	国民健康保険の国庫負担割合を医療費の45%から給付費の50%へ実質引き下げ。	平成3 (1991)年	国民健康保険法改正(保険基盤安定制度の恒久化。国庫補助による財政調整機能の強化)。 老人保健拠出金の加入者按分率100%へ移行⇨健康保険組合財政は急激に悪化。被用者保険財政支援措置900億円。 老人保健法改正(患者一部負担額の引き上げ。介護に着目した公費負担割合5割への拡充。被用者保険財政支援措置1,000億円に増額。中医師で薬価算定方式の見直し(パルクライン方式から加重平均値一定価格幅方式に変更)。パルル崩壊)。
昭和61 (1986)年	老人保健法改正(加入者按分率引き上げ⇨1986年度80%、1987年度から90%、1990年度から100%⇨財政調整の拡大⇨被用者保険の拠出金負担増。患者一部負担額の引き上げ。老人保健施設の創設)⇨健保連ほか関係団体は強硬に反対するも法案成立。		

8. 介護保険制度の創設と医療保険者の新たな役割（平成4～13（1992～2001）年）

人口の高齢化の進展に対応するため、高齢者の介護を社会全体で支えあう仕組みとして、平成9（1997）年に介護保険法が制定され、平成12（2000）年に施行。わが国では5番目の社会保険制度となった。健康保険組合をはじめとする医療保険者は、介護保険料の徴収等の新たな役割を担うことになった。一方、健保連は平成12（2000）年度の医療保険制度の抜本改革実現を求め、新たな提言をまとめることともに、老人保健拠出金の延納実施に踏み切った。

この10年間の主な動き

年	背景、主な動き	年	背景、主な動き
平成4（1992）年	健康保険法改正（政府管掌健康保険に中期財政運営方式を導入。積立金約1兆4、000億円を事業運営安定資金化。国庫補助16・4%を13%に引き下げ。老人保健拠出金は16・4%）。国民健康保険の財政安定化支援事業の創設（地方財政措置）。	平成10（1998）年	支援、施設設備の共同利用。患者への説明と合意の努力義務化等。
平成5（1993）年	第二次医療法改正（医療提供の理念の明文化。療養型病床群、特定機能病院、老人保健施設の法定化等）。	平成11（1999）年	介護保険法制定（保険者は市町村。65歳以上を第1号被保険者。40歳から64歳までの医療保険加入者を第2号被保険者等）。
平成6（1994）年	健康保険法改正（政府管掌健康保険国庫補助の減額1、300億円）。国民健康保険法改正（財政安定化支援事業の恒久制度化等）。	平成12（2000）年	財政構造改革法の制定（財政赤字縮小目標。主要経費の増加に上限設定）↓翌年凍結。
平成7（1995）年	健康保険法改正（付き添い看護・介護の解消と療養の給付へ位置づけ。入院時食事療養費制度。訪問看護制度。分娩費を出産育児一時金に変更。健康診査等の保健事業の努力義務化。育児休業中の保険料免除）。	平成13（2001）年	国民健康保険法改正（退職被保険者等にかかる老人保健拠出金の2分の1を被用者保険が負担）。入院の診断群別定額払い試行開始。
平成8（1996）年	厚生省「高齢者介護自立支援システム研究会」報告。		健保連「医療保険制度構造改革への提言」（組合方式による管理運営。新たな高齢者医療制度へ突き抜け方式。入院診療報酬の定額払い方式。かかりつけ医機能の明確化。薬価制度に日本型参照価格制の導入）。抜本改革の促進を求め老人保健拠出金の延納断行。
平成9（1997）年	老人保健法改正（老人保健拠出金の上下限の引き上げ）。社会保険制度審議会勧告「社会保障体制の再構築」安心して暮らせる21世紀の社会をめざして」（公的介護保険システムの創設、社会的入院の是正等を提言）。		健康保険法改正（外来薬剤一部負担の廃止。継続療養制度の廃止。高額療養費制度の自己負担限度額に一定額＋医療費の1%を導入。指定健康保険組合制度）。老人の月額上限付き定額1割負担。目標とされた2000年度の抜本改革実施は第四次。
	厚生省が一般病院の療養型病床群への転換推進を決定。消費税率3%から5%に引き上げ。		介護保険法改正（一般病床と療養病床の病床区分。医療計画の見直し、広告規制の見直し等）。
	厚生省「介護保険制度案大綱」を審議会に提出。介護保険法案を国会に提出。		介護保険法施行（介護保険料徴収凍結、介護納付金納付猶予等）。
	健康保険法改正（被保険者本人定率負担1割から2割へ引き上げ。外来薬剤一部負担制度導入。政府管掌健康保険の保険料率引き上げ等）。		厚生省「健康日本21」策定（生活習慣病予防と健康づくり推進）。
	老人保健法改正（患者定額一部負担の引き上げ、外来薬剤一部負担制度導入）。		省庁再編。厚生労働省に社会保障審議会、内閣府に経済財政諮問会議を設置（政治主導の政策実現を図る）。
	第三次医療法改正（地域医療支援病院制度化）かかりつけ医		アメリカ同時多発テロ。

9. 抜本改革議論を経て新たな高齢者医療制度へ（平成14～23（2002～2011）年）
 健康保険組合の財政は平成14（2002）年の改正法によって小康を得たが、平成20（2008）年に施行された新たな高齢者医療制度により急激な財政悪化に転じた。平成21（2009）年の政権交代後、改革議論が行われるも実現には至らず、社会保障費抑制のため、国庫負担の削減（肩代わり）を図ろうとする制度改正が行われた。
 10年間の主な動き

年	背景、主な動き
平成14（2002）年	健康保険法改正（制定以来のカタカナ文語体からひらがな口語体へ。患者負担割合Ⅱ3歳から69歳まで3割、70歳以上1割（現役並み所得者2割）、0歳から2歳まで2割。保険料賦課に総報酬制導入。将来にわたり7割給付維持等）。健康増進法制定（医療保険者を健康増進事業実施者に）。老人保健法改正（対象年齢を70歳から75歳へ、公費負担割合を3割から5割へ段階的に引き上げ。現役並み所得者は公費負担対象外。老人加入率上限撤廃。患者一部負担に定率1割（現役並み所得者は2割）。外来薬剤一部負担廃止。退職被保険者にかかる老人保健拠出金の被用者負担部分を2分の1から全額へ）。経済財政諮問会議「骨太の方針」（2006年度までの5年間で社会保障費を1・1兆円削減＝毎年2、200億円削減）。
平成15（2003）年	診療報酬改定は初めての本体マイナナス。「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」閣議決定（後期高齢者医療制度と前期高齢者財政調整、都道府県単位の保険者統合再編、急性期入院包括評価の構想等。特定機能病院を対象に急性期入院1日当たり定額払い制度（DPC）導入。WHO「たばこ規制枠組み条約」。SARS発生。
平成16（2004）年	厚生年金保険法、国民年金法の改正（将来の保険料水準を固定。基礎年金の国庫負担2分の1。マクロ経済スライド）。診療報酬改定をめぐる贈収賄事件。
平成17（2005）年	介護保険法改正（新予防給付、地域支援事業の創設、施設入所者の食費・居住費負担、地域密着型サービス・地域包括支援センター等）。健保連「新たな高齢者医療制度を含む医療制度改革に向けての提言」Ⅱ65歳以上別建ての高齢者医療制度に公費負担5割、患者負担割合は原則2割（高所得者は3割）、世代間扶養のための保険料（被用者保険は総報酬割）。健康保険組合再編・事業共同化。医療機能分化・連携。診療報酬包括払い拡大等。
平成18（2006）年	
平成19（2007）年	
平成20（2008）年	
平成21（2009）年	
平成22（2010）年	
平成23（2011）年	
背景、主な動き	健康保険法改正（70歳から74歳まで2割負担。未就学児2割負担。高額医療介護合算制度。保険外併用療養費制度。地域型健康保険組合制度。政管健保を全国健康保険協会「協会けんぽ」へ）。高齢者の医療の確保に関する法律制定（後期高齢者医療制度と前期高齢者財政調整。医療費適正化計画。特定健診・特定保健指導の導入・義務化等）。第五次医療法改正（都道府県の医療情報提供制度。医療計画に4疾病5事業の連携体制）。政管健保国庫負担肩代わり法案国会提出（廃案へ）。健保連「財政調整・一元化阻止最終報告」。「健保組合IT基本構想」による「特定健診・特定保健指導共同情報処理システム」を導入（2年後「データ分析事業」）。後期高齢者医療制度等施行（70歳から74歳患者一部負担と75歳以上の保険料の軽減等）。民主党マニフェスト（医療保険制度の統合、一元的運営。後期高齢者医療制度の廃止。被用者保険適用拡大等。衆議院総選挙で民主党が勝利、民主党・社民党・国民新党による連立政権の発足。前年秋に発生したリーマンショックの影響が深刻化。健康保険法・高齢者医療確保法の改正（協会けんぽに3年間の特別支援措置Ⅱ国庫補助率を13%から16・4%へ引き上げ。後期高齢者支援金3分の1総報酬割導入等）Ⅱ健保連「肩代わり」法案に反対し街頭活動。厚生労働省「高齢者医療制度改革案」改革案（後期高齢者医療制度の廃止。後期高齢者支援金総報酬割の段階的導入。75歳以上の給付費に公費5割。現役並み所得者の給付費にも公費5割。国保の都道府県単位化）Ⅱ法案提出に至らず。介護保険法改正（介護療養病床廃止期限延長、定期巡回・随時対応サービス導入等）。東日本大震災。政府の検討本部「社会保障・税一体改革成案」。

10. 社会保障・税一体改革、全世代型改革を経て健康保険法100年へ(平成24〜令和4(2012〜2022)年)

平成24(2012)年の社会保障・税一体改革関連法により、消費税率の段階的な引き上げ、年金、医療、介護等の改革が推進された。国民健康保険の都道府県単位化を含む平成27(2015)年の国民健康保険法改正は、国民皆保険制度達成以来の大改革とも評された。この間、後期高齢者支援金の全面総報酬割の拡大等により、健康保険組合は大幅な負担増を求められた。団塊の世代が75歳に到達する「2022年危機」と同時に、健康保険法はその制定から100年を迎える。

この10年間の主な動き

年	背景、主な動き	年	背景、主な動き
平成24(2012)年	<p>社会保障・税一体改革関連法成立(消費税率5%から10%へ段階的に引き上げ。消費税を医療、介護、年金、少子化対策の社会保障4経費に充当。基礎年金国庫負担2分の1の恒久化。短時間労働者の被用者保険適用拡大。産休中の保険料免除等)。</p> <p>社会保障制度改革推進法も成立(民主・自民・公明による三党合意で追加提出。社会保障給付の公費負担に消費税充当。国民皆保険制度の維持。高齢者医療制度の検討。社会保障制度改革国民会議の設置と審議結果を踏まえて1年以内に「法制上の措置」等。マイナンバーを含む番号関連4法案成立。衆議院解散、総選挙で自民党が勝利し、自民・公明の連立政権を奪還。厚生労働省「健康日本21(第二次)」策定(健康寿命延伸と健康格差縮小等)。</p> <p>健康保険法等の改正(2010年からの協会けんぽの特例支援助措置を2年間延長。第1条の改正。保険給付の対象について「業務外の事由による疾病・負傷」を「労災保険法上の業務災害以外の疾病・負傷」に)。</p> <p>政府「日本再興戦略」閣議決定(データヘルス計画の実施。社会保障制度改革国民会議の最終報告にもとづき、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(社会保障改革プログラム法)成立(改革の検討項目とスケジュールを明文化。医療は病床機能報告制度、病床機能の分化・連携、国民健康保険の保険者の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70歳から74歳の患者負担の見直し等。介護は予防給付の見直し、介護納付金の総報酬割等が検討項目)。</p> <p>消費税率8%へ引き上げ(4月)。</p> <p>医療介護総合確保推進法成立(消費税財源で総合確保基金の設置。地域医療構想の策定。病床機能報告制度。第6次医療法改正)。</p> <p>介護保険法改正(一定以上所得者の利用者負担割合を1割から2割へ引き上げ。特別養護老人ホームの入所者を要介護3以上に限定。要支援者の予防給付を市町村の地域支援事業に移行等)。</p> <p>「健康経営」の取り組み開始(翌年3月、経済産業省が「健康経営銘柄」を発表)。</p> <p>健康保険法改正(協会けんぽの国庫補助率16.4%の恒久化と国庫補助減額。入院時食事患者負担額の増額。紹介状なし大病院外来受診時定額負担の導入。患者申出療養制度。保健事業に「健康管理及び疾病の予防に係る被保険者と被扶養者の自助努力についての支援」を追加(努力義務)。被用者保険の拠出金負担に対する財政支援の拡充(2017年度以降)</p>	平成29(2017)年	<p>約720億円。</p> <p>高齢者医療確保法改正(後期高齢者支援金全面総報酬割の段階的実施。特別負担調整の導入。医療費適正化計画と地域医療構想との整合)。</p> <p>国民健康保険法等改正(国民健康保険の都道府県単位化。2018年度実施。財政支援拡充3,400億円。消費税1,700億円+全面総報酬割による1,700億円。国保組合の国庫補助の見直し)。</p> <p>第7次医療法改正(地域医療連携推進法人制度。退職者医療制度の退職被保険者の新規適用が2015年3月までで終了。介護保険法改正(介護納付金の全面総報酬割の段階的実施。上位所得者に3割負担導入。保険者機能強化交付金の導入等)。</p> <p>第8次医療法改正(特定機能病院、広告規制の見直し)。</p> <p>政府が「骨太方針2017」を閣議決定(後発医薬品の使用割合を2020年9月までに80%とする目標を設定)。</p> <p>診療報酬・介護報酬同時改定(オンライン診療の評価等)。</p> <p>健康保険法改正(病床過剰地域での保険医療機関の指定の見直し)。</p> <p>健康保険法改正(被扶養者の国内居住要件。医療・介護情報の連結解析。マイナンバーカードを被保険者証とするオンライン資格確認を可能に)。</p> <p>医療介護総合確保推進法改正(医療情報化支援基金の創設。高齢者医療確保法改正(高齢者保健事業と介護予防の一体的実施)。</p> <p>消費税率10%へ引き上げ(10月)。</p> <p>厚生年金保険法・健康保険法改正(短時間労働者等の被用者保険適用拡大)。</p> <p>介護保険法改正(医療・介護データ基盤整備等)。</p> <p>新型コロナウイルス感染症拡大。</p> <p>「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」可決、成立(一定所得以上の後期高齢者に2割負担導入。傷病手当金、任意継続被保険者の見直し等)。</p> <p>医療法等改正法案の可決、成立(医師の働き方改革、地域医療構想実現に向けた医療機関の再編支援、感染症等の医療計画への位置づけ、外来医療の機能の明確化)。</p> <p>上記改革法の順次施行(全世代型社会保障改革の議論がさらに進む)。</p> <p>感染症法改正(発生・蔓延時の医療提供体制整備、流行初期医療確保措置等)。</p>
平成25(2013)年	<p>平成31/令和元(2019)年</p>	<p>平成30(2018)年</p>	
平成26(2014)年	<p>令和2(2020)年</p>	<p>令和3(2021)年</p>	
平成27(2015)年	<p>令和4(2022)年</p>	<p>令和4(2022)年</p>	

【参考文献】

- 「健保連二十五年の歩み」昭和44（1969）年11月、健康保険組合連合会（安田彦四郎会長）発行
- 「健康保険法の歩み」昭和48（1973）年11月、健康保険組合連合会（安田彦四郎会長）発行
- 「健保連四十年の歩み」昭和58（1983）年11月、健康保険組合連合会（西野嘉一郎会長）発行
- 「健保連五十年の歩み」平成5（1993）年12月、健康保険組合連合会（有吉新吾会長）発行
- 「健保連六十年の歩み」平成16（2004）年3月、健康保険組合連合会（千葉一男会長）発行
- 「健保連七十年の歩み」平成26（2014）年3月、健康保険組合連合会（平井克彦会長）発行
- 「日本医療保険制度史」（第3版）令和2（2020）年1月、吉原健二・和田勝共著、東洋経済新報社発行
- 「日本の医療―制度と政策」（増補改訂版）令和2（2020）年4月、島崎謙治著、東京大学出版会発行

あとがき

本年史は、10年前の「健保連七十年の歩み」の後、平成25年度から令和4年度までの10年間を中心に健保組合をめぐる医療・医療保険制度改革などの動きを編集した。このうち、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」の提案から成立に至る経過など、事象の継続性を重視した一部テーマについては、令和5年度に入った内容も記述した。

この10年、多数の医療保険制度改革関連法などが成立したが、今後、超高齢社会がさらに進展するなかで、健保組合は拠出金の増加による財政悪化が見込まれるなど、厳しさを増していくものと考えられる。将来にわたって安定して継続した医療・医療保険制度を構築するために、私たちは持てる叡智のすべてを結集しなければならない。

本年史は、その一助となるべく制作し、平易な解説と資料性も重視した構成を心がけた。特にこの10年の膨大な資料の取捨選択にあたっては、慎重を期した。また、健保連の提言、意見、見解等については、ほぼすべてを収録してあるのでお役に立っていたきたい。

本年史制作にあたって、多くの方々のご協力をいただいた。記して感謝申し上げます。

令和6年3月

「健保連八十年の歩み」編集部

健保連八十年の歩み

令和6年3月31日発行

編集発行 健康保険組合連合会

郵便番号 107-0052

東京都港区赤坂8-5-26

(住友不動産青山ビル西館内)

電話 (03)5843-1756 (総合企画室)

制作協力 (株)法研

禁無断複製・転載

