

## 「医療制度改革大綱と市町村国保」

### はじめに

昨年12月1日、政府・与党医療制度改革協議会は「医療制度改革大綱」（以下、「大綱」という。）を決定した。ここ数年間、医療保険分野では「制度の抜本改革」がスローガンであったが、ようやくその回答を得た。

2002年の健康保険法等の一部改正法の附則で、今後の医療保険制度改革についての規定が明記され、2003年3月に「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」（以下、「基本方針」という。）が閣議決定されて以来、2年9か月を経て、具体的な内容がまとまったことになる。基本方針では、平成18年度通常国会に法案を提出予定と定めていた。厚生労働省では、一昨年7月から社会保障審議会医療保険部会において医療制度改革に関する議論を進め、昨年10月19日、「医療制度構造改革試案」（以下、「試案」という。）を公表した。この試案をたたき台として、政府・与党医療制度改革協議会で調整が行われ、紆余曲折があったものの当初の予定通り成案がとりまとめられた。この間の厚生労働省関係者や与党関係者、関係団体の方々のご苦勞に敬意を表したい。

今般の医療制度改革案は、今後のわが国の医療制度の方向を定めることとなる大変重要なものである。国民健康保険制度にも大きな影響を与えるであろう。本稿では、大綱を基に今後の医療保険制度の方向性と課題について解説する。なお、意見にわたる部分は筆者の個人的見解であり、現在の職務とは無関係であることをあらかじめお断りしたい。

### 改革のポイント

大綱に提示された医療制度改革の中で、特に話題を集めたものや国保制度と関係が深いものをあげると、次のとおりである。

### いくつかの論点

### (1) 医療費適正化をめぐる

厚生労働省の試算では、わが国の国民医療費は、2006年度の28兆円から、2025年度には56兆円と約2倍に増大する。そこで、医療費の増大をいかに抑制するか、というのが今回の改革論議の最も大きなテーマであった。

経済財政諮問会議の民間議員は、国内総生産（CDP）など経済指標と連動する管理指標を設定し、実績がこれを上回ったときは調整措置を講じる仕組みを導入することにより、2025年度には42兆円に抑制するという案を出した。これに対して、厚生労働省では、高齢化の一層の進展等から増大する医療費に対してあらかじめ限度枠を設定することは不適切であり、医療費適正化策の積み上げにより抑制を図ることを主張した。

今回の医療費の伸びに関する「目安指標」は、医療費適正化方策の効果を検証する「ものさし」のようなものであって、厳格な管理指標という性格はない。大綱では、「医療給付費の実績が目安となる指標を超過した場合であっても、一律、機械的、事後的（遡及的）な調整を行うものではない」と注記している。その上、大綱には、「目安指標」の具体的な内容は明確にされていないので、どのように設定するのかは今後の課題である。

厚生労働省の考え方では、医療費適正化等の推進により、2025年度の国民医療費を49兆円と、予想よりも7兆円縮減することを意図している。したがって、生活習慣病の予防や平均在院日数の短縮など、今後、国及び都道府県、医療保険者が一体となって取り組んでいく医療費適正化計画が実効をあげるかどうか、今回の医療制度改革の成否をにぎることになる。

### (2) 高齢者医療制度をめぐる

大綱策定にあたってのもうひとつの課題が、新しい高齢者医療制度の創設である。これについては、日本経団連や健康保険組合連合会は、65歳以上の高齢者を対象とした制度創設を主張していたが、基本方針どおり、75歳以上の高齢者を対象とすることとなった。財源構成は、患者負担（基本的に1割負担）を除いて、公費（約5割）、現役世代からの支援（約4割）のほか、高齢者から保険料（1割）を徴収する。現役世代と高齢者の負担割合は、高齢者数の増大に応じて、高齢者の保険料負担割合が増大する仕組みとする。

新しい高齢者医療制度の運営主体については、厚生労働省の試案では市町村となっていたが、地方団体からの反対が強く、結局、「保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行う」こととなった。これにより個別の市町村の事務負担は軽減するが、広域連合が、単に財政管理を行うだけだとすると、老人医療費の無駄の排除や効率化を図る等の適正化が期待できないであろう。広域連合が主体的に保険者としての機能を発揮できるのか、ということが今後の課題である。

### (3) 高齢者の患者負担をめぐる

高齢者の患者負担は、70歳未満の者については3割負担、70歳から74歳の者は2割負担（現役並みの所得を有する者は3割負担）75歳以上の者は1割負担（現役並みの所得を有する者は3割負担）となる。現役並みの所得（高齢者夫婦世帯で年収約620万円以上）の高齢者の負担割合が、現行の2割から3割に引き上げられたが、世論の反対は強くなかった。高齢者も所得がある人は応分の負担をするという考え方が一般化してきた証左である。

## 今後の行方

3年前の基本方針では、市町村国保については、「都道府県単位を軸に再編・統合」という考え方が打ち出されていたが、大綱では、現行の市町村国保を維持しながら、医療費共同事業の拡充により保険財政の安定化を図るという道が選択された。あえて再編・統合の道を選ばなくても、いわゆる「平成の大合併」により、市町村数が3,232（2000年3月）から1,822（2006年3月、予定）へと減少、つまり市町村国保の広域化が事実上進んでいるということが背景にある。

しかし、市町村合併の状況は都道府県によって差が大きいことや、2006年3月時点でも、被保険者数3千人未満の保険者数が320にのぼるということは、今後とも市町村国保の不安定要因は消えないものと予想される。また、前期高齢者については他の保険者と財政調整を行い、75歳以上の高齢者は新制度に移行するということになる。ここまでターゲットがしぼられてきたときに、それでも今後とも市町村ごとに保険制度を維持するのが適当かどうか、保険運営の効率化や市町村の行財政改革という観点から検討が必要ではないかと考えられる。

一方、新しい高齢者医療制度の運営主体である「都道府県単位で全市町村が加入する広域連合」の所掌権限や具体的な組織・人員体制は今後の課題であるが、単に財政管理をするだけで新たに創設するのであれば、「保険者の再編・統合」をスローガンにした基本方針とも合わない。個人的には、介護保険との連携という考え方から介護保険と保険者を合わせるという方法があったと思うが、介護保険と別にするのであれば、社会保険庁を改組して設置される全国単位の公法人が担ってもよいのではないかとともに考える。新たな広域連合を立ち上げるよりは、効率的ではないだろうか。

最後に今回の改革で特徴的であったのは、医療費抑制のための手段として診療報酬の引き下げが全面に出てきたことである。患者の一部負担の引き上げという手法がそろそろ限界となってきており、今後とも医療費適正化の手段として診療報酬に対する見直しが課題になってくることであろう。

# 新たな高齢者医療制度の創設

