

# 「社会保障・税一体改革」後の医療政策

松田 亮三

---

はじめに

- 1 「社会保障・税一体改革」における改革理念と医療
  - 2 改革のプログラム：医療の場合
  - 3 分析と考察
- むすび

はじめに

民主党政権下において2012年に打ち出された「社会保障・税一体改革」は、同年の「社会保障制度改革推進法」（以下、推進法）とそれにもとづく社会保障制度改革国民会議の設置、翌2013年に成立した「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」（社会保障改革プログラム法）の制定に連なり、それゆえ自公政権移行後も実施されている一連の社会保障制度改革の起点として考えることができる。この「社会保障・税一体改革」には、社会保障のあり方についての理念的な整理とともに、子育て、年金、医療、就労促進、貧困・格差対策などの幅広い具体的施策が含まれている（内閣 2012）。

本稿では、「社会保障・税一体改革」により進められてきている社会保障改革の中で、特に医療機構の改革がどのような目的をもって、またどのような政策手段をもって実施されてきているかについて検討する。「国民の自立を支え安心して生活ができる社会基盤を整備する、という社会保障の原点に立ち返り、社会保障の機能強化を確実に実施するとともに社会保障全体の持続可能性の確保を図る」（内閣 2012, p. 2）という改革の目的は、医療分野の改革においていかに具現化されてきたであろうか。この点を検討するのが、本稿の目的である。その際、「社会保障・税一体改革」に先立って議論され、進められてきた改革を踏まえて検討したい。

というのは、社会保障の改革そしてその中でも医療機構の改革は、20世紀末からの継続した課題だったからである。社会保障全体に関する議論としては、1995年に社会保障制度審議会が21世紀における社会保障のあり方を展望して社会保障の再構築をなすことを勧告していた（社会保障制度審議会 1995）。21世紀に入っても自公政権のもとで社会保障全体に関わる改革が議論されており、たとえば2008年に閣議により設置された社会保障国民会議の報告はその射程において幅広い議論をしていた（社会保障国民会議 2008）。医療については、90年代後半から2000年代前半にか

けて、21世紀の医療保険のあり方、とりわけ高齢者医療の財源をめぐる議論がなされ、医療保険の「抜本改革」や構造改革が議論された（二木 2001；厚生労働省 2005）。これらの議論をふまえてなされた2006年の健康保険法・医療法等の改正は、医療機構の「構造改革」を目標と定めて行われたものであった（栄畑 2007；厚生労働省 2007）。

本論の前に、「社会保障・税一体改革」の経緯について、医療分野を中心に手短かにみると以下のようなになる。「社会保障・税一体改革」の構想は、民主党政権への移行から2年4ヶ月を経て、野田佳彦政権によってまとめられた。2012年1月6日政府・与党社会保障改革本部が「社会保障・税一体改革素案」をまとめ（政府・与党社会保障改革本部 2012）、2月17日には「社会保障・税一体改革大綱」が内閣によって定められた（内閣 2012）。これにもとづき、「社会保障制度改革推進法」が上程され、両院を通過し、2012年8月22日に交付された（平成24年8月22日法律第64号）。さらに、同法にもとづき、社会保障制度改革国民会議が設置され、改革の各種方策が検討された。同会議は、推進法が定める「基本方針に基づき社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議する」ために設定されたものである。一方、同年12月には総選挙の結果をうけて自公連立による第二次安倍晋三内閣が発足した。社会保障制度改革国民会議の報告書「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」は2013年8月に同政権のもとで公表された（社会保障制度改革国民会議 2013）。以後、法制化を含めた改革の具体化が行われてきている。

以下、「社会保障・税一体改革」における改革理念と医療がどのようにかかわっているか、改革の構想がどう具体化されたかを概観した上で、上記の諸点に係る分析と考察を行う。

## 1 「社会保障・税一体改革」における改革理念と医療

### 「社会保障・税一体改革」大綱における医療

まず、閣議決定によりながら「社会保障・税一体改革」の改革理念をみておこう。同決定では社会保障の現状を全体として優れたものとして評価しつつ、人口構成・経済状況・家族と地域などの社会状況の変化の中で「セーフティネットに生じたほころびや貧困・格差の拡大、など新たな課題への対応」と、とりわけ人口構成の変化を見越した「その機能を維持し制度の持続可能性を確保するための改革」の必要性が述べられている。

このような中で重視される方向とされるのは、「全世代対応型の制度」であり、「制度を支える基盤」の強化である。後者が意味するのは、以下のことである。

国民すべてが人生の様々な段階で受益者となり得る社会保障を支える経費は、国民全体が皆で分かち合わなければならない。世代を通じて幅広い国民が負担する消費税の税率を引き上げるとともに、世代内でも、より負担能力に応じて社会保障の負担を分かち合う仕組みとしていくことにより、世代間・世代内の公平性を確保しつつ、社会保障の給付水準に見合った負担を国民全体で担っていかなければならない（内閣 2012, p. 3）。

つまり、税負担、特に消費税の増加、とともに、社会保障費負担の原理として「負担能力に応じた負担」という原理が打ち出されている。このように社会保障の財源としての租税の役割を引き続き認めつつその財源基盤の拡大を図り、同時に社会保障制度枠内での費用負担の原理をより能力に応

じた負担という原理において明確化する方向が示されている。

給付面での基本的考え方として、「地方自治体との役割分担・連携」を図りつつ、「社会保障の機能強化を図る」ことが示されている。医療においてこの「機能強化」とはまず「医療・介護サービス保障の強化，社会保険制度のセーフティネット機能の強化」（p. 5）であり、「高度急性期への医療資源集中投入など入院医療強化，地域包括ケアシステムの構築等を図り，「どこに住んでいても，その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる」ことの実現である（p. 6）。

同時に，労働市場の変化に対応して「皆保険」を実現する枠組みについても方向が示されている。つまり「多様な働き方を支える社会保障制度」を実現することであり，そのために，「短時間労働者への社会保険適用拡大や，被用者年金の一元化などにより，出産・子育てを含めた多様な生き方や働き方に公平な社会保障制度を構築する」（p. 6）ことが述べられている。

この短時間労働者への社会保険適用拡大は，「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年法律62号）に盛り込まれた。同法は年金に関わる改正を多く含むが，被用者健康保険に関わっては，①所定労働時間が二十時間以上，②勤務期間1年以上，③月額賃金8.8万円（年賃金106万円相当）以上，④学生でないこと，⑤従業員数501人以上の企業で就労，という5つの条件をすべて満たす場合（約25万人が該当との試算）に，厚生年金と合わせて，2016年10月から強制適用とすることが定められた。同時に，産休期間中の保険料が免除されることが定められ，2014年（平成26年）4月より実施された。

また，この法律は施行後3年を目途として，「この法律の施行の状況等を勘案し，基礎年金の最低保障機能の強化その他の事項について総合的に検討を加え，必要があると認めるときは，その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」（付則第2条）とされ，さらに「短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲」については，2019年9月30日までに検討を加えて，必要な措置を行うことが定められた（付則第2条2）。

### 社会保障改革推進法における医療

社会保障改革推進法は，社会保障制度改革国民会議の検討内容を踏まえ，社会保障改革の理念や基本の方針を規定しているという点において，「社会保障・税一体改革」において重要な意味を持つ法である。まず，推進法では社会保障制度改革の基本となる事項を以下のように規定している。

一 自助，共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ，国民が自立した生活を営むことができるよう，家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。

二 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行い，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。

三 年金，医療及び介護においては，社会保険制度を基本とし，国及び地方公共団体の負担は，社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること。

四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点等から，社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には，消費税

及び地方消費税の収入を充てるものとする（推進法 第2条）。

これらは抽象的な理念であるが、医療との関わりでは、以下の点が重要であろう。第1項については、社会保険を基本としつつ各種の施策の最適化をめざすが、その際の指導理念が「国民が自立した生活を営む」とされていることである。第2項については、社会保障の機能の充実を行うが、同時に給付の重点化と効率化、さらに負担増大（すなわち社会保険支出等）の抑制を行うという複合的目標が出されていることである。第3項は、財源に関する原理を定めたものであり、第4項はどのような意味で「社会保障・税一体改革」なのかを具体的に示している。

推進法では、個別政策分野についても「改革の基本方針」を明記している。医療については、以下の点が基本方針とされた。

政府は、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、…（中略）…医療保険制度（以下単に「医療保険制度」という。）に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

一 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。

二 医療保険制度については、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。

三 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。

四 今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第九条に規定する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（推進法第6条）。

ここでは、「全ての国民が加入する」という意味での皆保険の堅持をしつつ、資源配分については、「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保する」と確保と効率化をはかることが、また医療保険の財源については、「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」とが、さらに「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化」が述べられている。

国民会議の議論の最終報告は、安倍自公連立政権後の2013年8月に出され（社会保障制度改革国民会議 2013）、それにもとづき内閣は「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」（内閣 2013）を定め、同年12月に「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）が成立した。

国民会議での議論は、盛んな議論を呼んだ「自助・共助・公助」という社会保障制度に関わる理念的再整理を含んでいた。

日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべきとされている。これは、国民の生活は、自らが働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本としながら、高齢や疾病・介護を始めとする生活上のリスクに対しては、社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える仕組みである「共助」が自助を支え、自助や共助では対応できない困窮などの状況については、受給要件を定めた上で必要な生活保障を行

う公的扶助や社会福祉などの「公助」が補完する仕組みとするものである（社会保障制度改革国民会議 2013, p. 2）。

そして「共助」の理念に対応するものは、「国民の参加意識や権利意識を確保し、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みである社会保険方式」が基本となり、この「自助の共同化」を体現する社会保険方式を基本とし、「国の責務としての最低限度の生活保障を行う公的扶助等の『公助』は自助・共助を補完する」という位置づけが与えられた（p. 2）。プログラム法ではこの観点から「政府は、住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立のための環境整備等の推進を図る」（第2条の2）という条文が盛り込まれている。

財源については、社会保障制度改革国民会議が制度間調整に関わって、次のような一般的原理を述べた点が重要であろう。すなわち、社会保障への公費投入は「無職者や低所得者も保険に加入できるように、保険料の負担水準を引き下げるべく」行われるが、制度分立が即座に公費投入の理由にはならず、「基本的には保険制度の中での調整が求められ、原則としては公費投入に頼るべきでなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情のある場合とすべきである」と述べている（社会保障制度改革国民会議 2013, p. 5）。

## 2 改革のプログラム：医療の場合

### 医療改革のプログラム

社会保障改革プログラム法第4条では医療に関連する改革課題が列挙されている。内容は多岐に渡るが、それを政策的意味合いからみると、理念的事項と規制枠組みに関する事項に分けることができる。

理念的事項では、まず加入という意味での皆保険が述べられている。すなわち、「政府は、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、医療保険各法…（中略）…による医療保険制度及び高齢者医療確保法による後期高齢者医療制度…（中略）…に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として、医療制度について、この条に定めるところにより、必要な改革を行うものとする。」（第1項）。次に、「政府は、個人の選択を尊重しつつ、個人の健康管理、疾病の予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励するものとする」（第2項）と個人を中心にすえた仕組みを形成していく方向が述べられている。そして、サービス提供にあたって遵守されるべき理念として、「政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、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ものとする。」（第5項）とされている。

規制枠組みとしては、まず費用負担の抑制に関する実施の仕組みが述べられている（第3項）。保険者、そして事業者等によって「情報通信技術、診療報酬請求書等」の活用を行いつつ、負担増大の抑制をすすめることが述べられているが、そこでの具体的取り組みは「健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等」の積極的促進であり、「保健事業等の推進、後発医薬品の使用及び外来受診の適正化の促進」である。

また、資源配分の効率化を促進するために、地域包括ケアシステムの構築、病床の再編成を行うことが述べられている。地域包括ケアシステムの定義はここでは「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」である（第4項）。これに関わっては、「病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療及び在宅介護」の推進のために、病床機能について都道府県知事に報告する制度（病床機能報告制度）、その情報等を活用した「都道府県による地域の医療提供体制の構想の策定及び必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化その他の当該構想を実現するために必要な方策」、病床の機能の分化及び連携等に伴う介護サービスの充実と地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機関の施設及び設備の整備等の推進に向けた新たな財政支援制度の創設、医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し、をすすめることが定められた。資源配分の効率化と地域包括ケアの推進については、「地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保及び勤務環境の改善」、「医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し」も課題とされた。さらに、法改正だけでなく、診療報酬その他必要な事項での対応を求めることが書き込まれた。

保険財政改革の方針も具体的に示されている。基本的理念は、「持続可能な医療保険制度等」であるが、この具体化としては大きく三つの方策が示されている。それは、財政基盤の安定化、保険料に係る国民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である。財政基盤の安定化には市町村国保への財政支援の拡充、国保財政上の構造的問題の解決と都道府県運営の下での都道府県と市町村の役割分担、健康保険組合間の財政調整制度、が書かれている。保険料負担に関する公平については、低所得者負担の軽減、後期高齢者支援金額算定の全面総報酬割、被保険者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、国保における保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等の上限額の引上げ、が言及されている。最後に、保険給付について、70-74歳の高齢者の一部負担金と高額療養費の見直しを低所得者の負担に配慮しつつ行っていくこと、医療提供施設相互間の機能分担を推進するよう外来に関する給付を見直すこと、在宅療養との公平を確保する観点から入院に関する給付を見直すこと、という課題が示されている。

難病・小児慢性特定疾患医療費助成については、「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新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度を確立する」ことが述べられている。ここでは、「新制度を制度として確立された医療の社会保障給付とする」ことを通じた制度の安定化や、対象疾患の拡大、患者の認定基準の見直しとともに、「新制度の自己負担の新制度以外の医療費に係る患者の負担の軽減を図る制度との均衡を考慮した見直し」が述べられている。

このように、プログラム法は、推進法の理念をふまえつつ、制度の具体的課題、そしてそれに対する方策を述べている点が特徴である。これらの方策は、日程をおよそ定めて、それを実施することを明確にしているという点で、同法はまさに改革の「工程」を定めているものである。たとえば、資源配分の効率化と地域包括ケアシステムの構築に関わる事項について、政府は「平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする」（第6項）とされた。

## 医療改革の実施

改革プログラム法に盛り込まれている内容は、この間順次、法律改正を経て実施されてきた。主要な法律は、以下の3つである。

- 「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」（「医療介護総合確保推進法」）（2014年6月成立）
- 「難病の患者に対する医療等に関する法律・児童福祉法の改正法」（2014年5月成立）
- 「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」（2015年5月成立）

これらの法制化の内容は多岐に及び、ここで記載することは煩雑になるので<sup>(1)</sup>、特に改革の特徴と思われる点について後の考察で言及することとしたい。また、施策の実施には、2年に1度行われる診療報酬の改定（プログラム法以後では、2014年4月に実施）、3年に1度行われる介護報酬の改定のそれぞれにおける財政インセンティブのあり方が関わる。これ以外にも高額療養費制度のように、プログラム改革法に見直しの必要性が述べられ、それにもとづいて施策が変更されているものもあるが、詳細は略す。

## 3 分析と考察

「社会保障・税一体改革」においてあげられた政策は立法が必要なものについてはそれを経ておおむね実施段階に入っている。この改革においては、その政治手法として、小泉政権が各種の改革において用いたような、「工程」を示すプログラム法が策定されたこと、政権交代の前後において一少なくとも医療分野では一基本的政策が継続していること、社会保障制度改革国民会議のように改革の具体化を諮る機関が期限付きで設置されたこと、など政策過程として興味深い点がある。ただ、この点は本稿の射程を超えており、以下ではむしろこの改革で目指されたものやその特徴について、特に「国民皆保険の維持」と供給に関するガバナンスを中心に検討する。

### 「国民皆保険の維持」と財政調整

#### （1）皆保険の維持と強制加入条件

「国民皆保険の維持」という方向性は、この間の改革で揺らいではない。しかし、皆保険を実現する加入条件・義務に関わる変更が行われた。すなわち、「短時間労働者への社会保険適用拡大」により、職域保険において従来の強制加入義務要件が拡大した。地域保険と職域保険のどちらが優先するかという問題は、実のところ住民全員が加入するという点では本質的には変わりはない。しかし、実際の制度運用をみると、被保険者の負担については地域保険と職域保険には無視できない差があるので、加入要件の変更は費用負担の衡平に影響を与えることになる。それゆえ、衡平の観点からみてこの変更がどのような意味を持つかは、各種負担の変化を綿密に検討して、保険制度横断的な評価が実施されることを待たねばならない。

(1) 各法律の内容は、寺澤（2015）、寺澤・根岸（2014）、藤田（2014）に詳しい。

健康保険の機能を医療利用時の費用負担に関わる社会的リスクの共有化と、傷病治療にともなう所得減少リスクの共有化に分けて考えると、前者の意味での普遍主義的保険加入という点では変化がなく、後者の意味では今回の変更により、より広範な人々が職域保険によるリスク共有化を行うことになる。ただし、短時間労働者の中で、かなりの人々が加入対象にならないことを考えると<sup>(2)</sup>、この点での共有化はなお不徹底でありさらなる拡張（社会保障審議会年金部会）が課題となるのも当然であろう。

## （2） 財政調整の枠組み パッチワークと所得原理・財源調整原理の強化

社会保険制度間の相互の調整と公費導入については、「社会保障・税一体改革」によってその原理に対応した施策が強化された。すなわち、低所得等の理由の明確な国保への財政投入が増加されるとともに、所得原理を徹底する性質をもつ後期高齢者支援金の総報酬割が全面的に実施（平成27年度から段階的に引き上げ、平成29年度に全面実施）されることとなった（社会保障制度改革推進本部 2015）。特に、国保については、「自治体の責めによらない要因による医療費増・負担」には公費で対応するという原理がより明確にされた。ただし、前期高齢者における財政調整が行われているとはいえ、社会保険制度間の調整をいかなる原理を基本として行うかはいまだ確立していないといえる。

一方で、拠出金負担の重い保険者への補助や協会けんぽへの国庫補助率の安定化については、「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も盛り込まれているが、これがいかなる論理に支えられているかは必ずしも明らかでなく、これまでのような一種のパッチワークのようにも考えられる。これは、高齢者医療への拠出金の原理そのものや保険者間財政調整の原理や手段がなお確立していないなかで料率が急激に上昇してきた（平均料率は、平成21年度で8.2%、平成26年は10.0%<sup>(3)</sup>）協会けんぽ加入被保険者・雇用者の負担を和らげる措置がさしあたりとられたものといえる。なお協会けんぽの保険料率と国庫補助との関係が関連づけられるなど、今後のさらなる改革の手段も埋め込まれた。この点は国保組合に対する国庫補助の見直しにもあてはまる。負担の公平を図ったものとはいえ、基準となる原理は必ずしも明らかではない。

負担能力に応じた保険料負担という原理は、後期高齢者の保険料軽減特例の廃止の方向や、国保への支援金の増額など、一定程度制度内で強化されてきた。しかし、制度間の保険料賦課の仕組みの違いを越えて、制度横断的な負担の水平的ならびに垂直的公平について、より精密な検討を行う課題は残されている。

---

(2) 社会保障審議会年金部会では、さらなる適用拡大の方向が必要との認識にたつて、強制適用の諸条件について議論されている（社会保障審議会年金部会「社会保障審議会年金部会における議論の整理」2015年1月17日）。この議論は関連する社会保障審議会医療保険部会においても報告された（第86回社会保障審議会医療保険部会 2015年2月20日）。

(3) 全国健康保険協会のウェブ（[www.kyokaikenpo.or.jp](http://www.kyokaikenpo.or.jp)）での公表統計による（2015年7月10日取得）。



### （3） 給付水準

2006年医療制度改革により、医療の現物給付についての水準は保険制度間の格差を基本的には解消し、制度横断的に高齢者・子ども等での優遇を行う仕組みが形成された。また、優遇されている高齢者についても「現役並み所得を有する」場合は除外されるなど、所得原理を重視する仕組みとなった。

「社会保障・税一体改革」ではこの点について大きな変更はないが、プログラム法では利用時における負担水準に関してむしろそれを徹底する方向で4つの課題が示された。すなわち「低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い」ならびに「これと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し」（第4条7項三のイ）、と「医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し」と「在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し」である（第4条7項三のロ）。

70-74歳の患者負担は2014（平成26）年度から70歳になる現役並み所得者でない被保険者について2割負担とすることが実施され、2018（平成30）年度には移行が終了する。また、70歳未満の一般の被保険者の場合に係る高額療養費制度の利用時負担算定法が所得によって5区分（従前は3区分）となり、高額所得者の負担が引き上げられている。利用時の負担が過度にならないようにする措置は、70歳未満の保険者の入院に係る高額療養費の現物給付化（2007年）、高額医療・高額介護合算療養費制度の創設（2008年）、にみられるよう一体改革の前から行われてきていた。

このように給付水準においても、全体として応能負担原理（あるいは低所得者に限定した優遇という原則）が強化されている。さらに、「医療保険制度改革骨子」では、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が検討課題とされている（社会保障制度改革推進本部 2015）。これら給付水準における所得原理の徹底に向けた改革では、標準の給付水準（すなわち7割給付）にあわせる方向で議論がされている。

しかし、普遍主義の実質的内容を考えるならば、現行の原則3割という給付水準の妥当性については、医療利用の衡平が実現されているかどうかという観点からより立ち入って検討すべきであろう。実証的研究では、高所得者の利用が優位であることを示す研究があることを考えると（Murata, Yamada et al. 2010；豊川智之，村上慶子 et al. 2012），現行の給付水準を改めて普遍主義の立場から検討する必要がある。

給付水準における優遇政策については、「負担能力に応じた負担」という原則を考えるならば、所得水準を基本に議論すべきと思われるが、一方で現行の少なからぬ負担に結びつく可能性がある給付水準を考えると、特段に医療を必要とする集団について給付水準の上昇を行うことも一定の合理性をもつ可能性がある。そのような文脈からすると、難病医療に係る改革において、「病気がちであったり、費用が高額な治療を長期にわたり継続しなければならない患者（高齢者、障害者等）を対象とする他制度の給付との均衡を図る」（厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会 2013）（p.12）ことが方向と示されたのも理解ができないことなく、普遍主義を進める観点からはむしろ正統化される。しかしながら、このような場合でもなお医療利用の衡平の観点からは現実にはどのような影響が生じたのか、実態についての検討をさらに行うことが必要である。

なお、「入院と在宅療養の負担の公平」<sup>(4)</sup>と、医療機関の機能分化に向けたインセンティブとしての負担も当然のことながら、財政的な意味での負担の公平や利用負担の公平に係る。この点は今のところそうした観点から相対的に独立して検討されているものの、さらなる検討が必要である。

## ガバナンスと供給の改革

「社会保障・税一体改革」は、上記のように医療保険の加入や財政面での改革を含むものであるが、2012年以降の医療改革においては、供給面の改革が目立っている。それらの政策の多くは従来からすすめられていたものを踏襲しているものであるが、「地域包括ケア」概念の政策への導入、機能別の病床数規制、地域医療介護総合確保基金等の新たな政策手段、都道府県単位での保険者運営ならびに地域医療ビジョンの策定など地域医療における都道府県という舞台の焦点化、などが含まれている。以下では戦略的に進められている都道府県単位でのガバナンスを中心にみておく。

### (1) ガバナンス改革—都道府県を軸としたガバナンスの緩やかな形成

2006年医療改革法から徐々に実施されてきている医療改革においては、都道府県という地理的・行政的単位が医療政策の重要な舞台になりつつあり、都道府県単位での医療の統治（ガバナンス）が問われるようになってきている。この変化は、一挙にもたらされているものではなく、時間をおいて実施されているいくつかの関連づけられた医療保険の組織改革、保険者へのインセンティブ改革、都道府県による計画機能の強化、そして医療機関に関する国家の規制能力の強化、などが、相互に影響しながら進捗してきている。

都道府県単位での保険者運営の構築は、2015年の国保法改正による市町村国民健康保険運営の都道府県への移管、2006年法による健康保険協会の支部単位での運営の強化、等の組織改革によってなされている。それと同時に、各保険者のパフォーマンスが、なんらかの政策的意図との関わりにおいて評価され、それに対応するインセンティブが導入された。現在導入されているのは、特定健康診査・保健指導の実施率によって後期高齢者支援金の加算・減算が行われる仕組みであるが、それに加えて「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」が構築されることとされている（社会保障制度改革推進本部 2015, p 3）。このように、国の政策の方向に沿って保険者の評価基準とそれに呼応するインセンティブが形成されつつあるといえる。

このようなインセンティブは、保険者の取り組みの幅を広げることと合わせて展開されている。2015年の国保法等の改革では、従来医療保険各法ならびに生活保護法等に書き込まれていた「特定健康診査等」、「健康教育、健康相談その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業」に加えて、「健康診査並びに健康管理」及び「疾病の予防に係る」被保険者などの「自助努力についての支援」を行うことが努力義務として導入された（国民健康保険法第82条他）。

(4) 「在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し」に係って、「医療保険制度改革骨子」では、給付水準については入院時食事療養費の増加が述べられている。すなわち、「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。」という方針である。

一方で、都道府県については、医療供給の確保とともに医療費の「適正化」がその責務となっており、それらの実施方向と内容は、国の指針等によって示されている。一方で国・都道府県を含めた行政機関の医療供給機関への監査・介入権限は強まっており、いわば全国的目標の下での分権的規制強化が進められている。

医療介護総合確保推進法によって、都道府県は従来の医療計画の中に「構想区域」ごとに定める「地域医療構想」を定め、機能別に病床の状況を把握し、供給体制の状況を継続的に把握し、将来的な展開を見据えて助言・指導・監督等を行っていくこととなった。この計画にはまた、地域包括ケアシステムの構築と密接に関連しており、「居宅等における医療の確保に係る医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制）」（医療法第30条の4第2項）の構築が含まれている。

この「構想」を含めて医療計画の策定に係る協議への医療機関の参加の努力義務が定められ、また「構想」に医療機関が従わない場合は勧告や、勧告に従わなかった場合にその旨を公表する権限が都道府県知事に与えられた。都道府県は2014（平成26）年度から交付されている「地域医療介護確保基金」を活用しつつ、地域の医療介護供給体制に係る施策を行っていく体制となっている。

## （2）供給政策—「持続可能性」と「効率化」

このように医療のガバナンスは、国が診療報酬と基準を用いて医療機関を緩やかに規制する方策から、都道府県を中間ガバナンス機関としたより直接的で目標志向なガバナンスに変化しつつある。ただし、より直接的とはいえ、現状では行政機関による直接実施を行う権限は限られており、その意味で上意下達的なモデルというよりは、目標設定については政府主導で、実際の施策決定を地方に委ね、インセンティブを導入しつつ関係者の協力を組織する方策がとられている。

このガバナンスの変化の中で追求されている供給政策目標は「国民に対し良質かつ適切な医療」を提供するというだけでなく、それを「効率的に」行うようにしなければならないというものである（医療法第1条の三）。これは「医療費適正化」を推進することも関連しており、国が策定する指針にもとづき都道府県医療費適正化計画が策定されている（第2期全国計画は、平成25年から29年度までを対象としている）。

このように、緊縮圧力が強い医療保険財政を前提として、都道府県が供給体制の調整を行っていくことを想定した構図となっているのであるが、実際のところ都道府県がどのようにその調整をなすのか、各種規制・インセンティブにどのような有効性があるかについては今後検証されるべき課題といえる。

## むすび

本稿では「社会保障・税一体改革」で打ち出された考え方と医療分野での施策を概観し、国民皆保険体制の枠組みの調整ならびに財政調整・給付水準の変化、そこで強められている応能原理と保険間財政調整と租税投入原理の明確化、さらに都道府県での中間ガバナンス形成と保険者の工夫等の中間アクターを国が定める目標の下で実施する仕組みの構築を指摘してきた。

改革で目指されている施策の方向については、従来からのものが基本的に維持されている。「社会保障・税一体改革」には社会保障と税改革とを明確な形で一緒に議論するという新しい政治改革の手法があるとしても、社会保障制度改革国民会議が「社会保障国民会議以来の社会保障制度改革の議論については、2回の政権交代を超えて共有できる一連の流れがある」（社会保障制度改革国民会議 2013, p. 2）としているように、そこでの改革の方向は政権が交代する中でも大きくは揺るがずに維持されている。つまり、財政緊縮圧力が強くありつつも、医療・介護の必要が増し社会保障費の支出が増大することが見込まれる中で、皆保険体制あるいは利用の公平を維持しつつ効率を高めていくことが追求されているという点では従前と大きな変化はないように思われる<sup>(5)</sup>。

ただし、「社会保障・税一体改革」では、以下の3つの特徴が明瞭になってきているように思われる。第一の特徴は、短時間雇用者への社会保険の強制適用の拡大にみられるような、労働市場の変化に応じた皆保険維持の枠組みの調整である。この点は、地域保険への加入か職域保険への加入かという問題だけでなく、どのようにして皆保険を実現するかという論点について大きな問題を投げかけているように思われる。雇用の機会均等の促進、生涯教育などを考えた場合に就労の多様性は今後いっそう広がるであろう。その際に、どのような加入の組織が望ましいのかは引き続き実証的に検討されていく必要がある。とりわけ、保険料負担が家計水準からみて支払い可能な水準としていくための検討が求められる。

第二の特徴は、給付・負担は所得を基準として対応するという原理（応能原理）が、そして財源調達においては低所得など明確な理由がある場合以外には社会保険制度間の調整を基本とする原理が、それぞれより明確にされ、施策上も徐々にその観点が強化されてきている、という点である。この原理の明確化を踏まえ、また社会保障・税番号制度が実施されることを踏まえ、それぞれの保険制度の負担や財政構造を精緻に検討し、より精密なリスク財政調整等を行うことは先の支払い可能な保険料負担を実現するという観点からも重要であろう。

第三の特徴は、医療保険者と都道府県という医療保険制度の財源・供給に係る組織が、国の定める政策目標に合致するように被保険者・医療機関に工夫しつつ取り組む仕組み、保険運営の中間的アクターの役割を重視した仕組みを構築しつつあることである。

こうした原理をめぐる議論は、並行してその原理の徹底をいかに把握し、評価するかという問題と呼応することになる。各アクターのそれぞれの対応をより一般的に求める体制は、イノベーションを促進する体制を必要とすることになる、一方、成果を図る評価軸は、それ自体が各種の中間アクターの行動を変化させる可能性もある。これらの点については今後の検討課題といえる。

以上をまとめるならば、「社会保障・税一体改革」後の医療政策では、それまで検討されていた課題がより明確化し、原理的な明確化が行われるとともに、新たな実施枠組みあるいはガバナンス構造が具体的になってきたといえる。

最後に、本稿では、主に改革の主な論点をとりあげ検討したので、「総合医」制度のように議論が継続している課題や、法人改革やいわゆる「混合診療」など、重要ではあるが、実際の「社会保

---

(5) 効率の問題には、医薬品・技術の経済評価等本稿では検討しなかった重要な政策論点があるが、ここではそのことを指摘するにとどめる。

障・税一体改革」では中心的課題とはならなかった点については言及できなかったことをお断りしておく（二木 2011；二木 2014）。

（まつだ・りょうぞう 立命館大学産業社会学部教授）

#### 【文献】

- 柴畑潤（2007）「医療保険の構造改革：平成18年改革の軌跡とポイント」東京，法研。
- 厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会（2013）「難病対策の改革について（提言）」。
- 厚生労働省（2005）「医療制度構造改革試案」。
- 厚生労働省（2007）『医療構造改革の目指すもの（平成19年度版厚生労働白書）』東京，ぎょうせい。
- 社会保障国民会議（2008）「社会保障国民会議最終報告」。
- 社会保障制度改革国民会議（2013）「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～（平成25年8月6日）」。
- 社会保障制度改革推進本部（2015）「医療保険制度改革骨子」。
- 社会保障制度審議会（1995）「社会保障体制の再構築（勧告）～安心して暮らせる21世紀の社会をめざして～」。
- 政府・与党社会保障改革本部（2012）「社会保障・税一体改革素案」。
- 内閣（2012）「社会保障・税一体改革大綱（2012年2月17日）」。
- 内閣（2013）「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（2013年8月21日）」。
- 二木立（2001）『21世紀初頭の医療と介護：幻想の「抜本改革」を超えて』東京，勁草書房。
- 二木立（2011）『民主党政権の医療政策』東京，勁草書房。
- 二木立（2014）『安倍政権の医療・社会保障改革』東京，勁草書房。
- 寺澤泰大（2015）「医療保険制度改革関連法案の概要と論点」『立法と調査』（363）：25-44。
- 寺澤泰大・根岸隆史（2014）「医療提供体制及び介護保険制度改革の概要と論点」『立法と調査』（351）：21-67。
- 豊川智之，村上慶子，et al.（2012）「医療サービスへのアクセスと水平的公平性」『医療と社会』22（1）：69-78。
- 藤田雄大（2014）「難病対策の法制化——難病の患者に対する医療費等に関する法律案——」『立法と調査』（351）：68-86。
- Murata, C., T. Yamada, et al. (2010) "Barriers to Health Care among the Elderly in Japan." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 7 (4) : 1330-1341.