

第10章 医療保障制度改革

高齢化に伴う医療費の増大，医療保険の財政悪化に対応するため，1997年の健康保険法等の改正をはじめに，数次の医療制度見直し（1997年健康保険法改正等）が行われ，診療報酬の引き下げや，患者自己負担の引き上げが行われた。こうした改革により，危機的な状況は一時回避したが，団塊の世代が60歳にさしかかり，そして後期高齢者となる2025年に備えて，医療保障制度の抜本的な改革が必要となった。2000年を目標にして進められた医療保障の抜本改革であったが，医師会，保険者，労使などの利害が対立し，2005年ようやく改革の骨子である「医療制度改革大綱」がとりまとめられた。2006年に，老人保健制度導入以来，約20年ぶりの大がかりな医療保障制度改革が行われ，老人保健制度は後期高齢者医療制度に切りかわった。

その後，2015年には医療保険制度関連改革法案が成立し，国民健康保険の再編など，大がかりな改革が行われた。2015年の改革法案を含む，近年の医療保障制度改革では，被保険者，保険者に対するインセンティブの強化，負担の垂直的公平性を高める，医療・介護の連携と機能分化，保険者の財政基盤や機能の強化，といった点が重要視されている。

第1節 2006年医療制度改革

(1) 医療制度改革の背景

高齢化などの要因によって、医療保険財政は急速に悪化している。高齢者の増加、特に75歳以上の後期高齢者の増加で、慢性疾患などが増加し、罹患期間も長期化し、一方、高齢化により十分な保険料を負担できる人は減少する。

これまでの医療保険制度は職業別、地域別に分立しており、高齢化や就業構造の変化によって、保険別の年齢構成、所得水準の格差は拡大傾向にある。なかでも非被用者が加入する国民健康保険は、高齢者が多く、所得水準が低いため、財政が急激に悪化した。老人医療費を確保するための老人保健制度は、このような高齢者の偏在を調整するために設立された。老人保健制度の費用は、3割が公費で、残り7割が保険者の拠出金で、拠出金は年齢構成が若い保険者ほど負担が多かった。しかし、各保険者の支出に占める老人保健医療費拠出金の負担の割合は年々増加し、各保険者にとっては大きな負担となった。

1990年代に入ると、高齢化による医療費増大と長期化する景気後退などで被用者の給与、人数が頭打ちになり、被用者保険の財政余力はなくなり、老人保健制度を通じた医療をめぐる世代間の移転についての不満が増大した。このため、安定的な高齢者向け医療の財源の確保、高齢者医療の効率化が議論されるようになった。特に、医療における世代間の移転、世代間の公平性をめぐる問題に対応するため、高齢者医療費の負担をどのように分担するのか、財政面について、高齢者の範囲、高齢者患者の一部負担のあり方、保険料負担のあり方、財源確保が検討された。いくつかの案が議論されたが、主な案は、1) 突き抜け方式、2) 高齢者医療分離方式、3) すべての医療保険の一本化、4) 年齢を基準にした財政調整方式の4つであった。1) はサラリーマングループ、健康保険組合連合会、財界、労働組合が主張する案で、若い時に入っていた医療保険に老後も入り続けるというものである。2) は医師会などが主張した案で、高齢者の医療保障制度を独立させ、税財源でその財政を確保しようとする考えである。3) はすべての医療保険の一本化、4) は年齢を基準にした財政調整方式で、

保険者間の年齢構成の違いを調整するよう、年齢構成の若い医療保険から高齢化の進んだ医療保険へ財政支援を行う方式である。こうした議論を経て、2)と4)を組み合わせたような形の医療保険制度改革が行われることとなった。

(2) 2006年改革の課題になった医療保障給付の抑制

高齢化による医療費増大を回避するために、経済財政諮問会議では、医療費の伸びをGDPの伸び率以内に抑える伸び率管理、あるいは人口構成の変化を加味した高齢化修正GDP伸び率管理が主張された。この考えは、2004年年金改革で公的年金支出の伸び率を抑えたマクロ経済スライドと通じるものである。一方、厚生労働省は、伸び率管理ではなく、給付範囲の見直しという短期政策と生活習慣病対策を中心とした中長期政策からなる医療費適正化で医療費抑制を行うことをめざした。2006年の医療制度改革は、この厚生労働省の主張に従うような形で決着した。この結果、図表10-1で見ると、2025年

図表10-1 医療給付金の将来見通し（平成18年医療制度改革ベース）

	2006年度 (平成18) 予算ベース	2010年度 (平成22)	2015年度 (平成27)	2025年度 (平成37)
改革後	27.5兆円	31.2兆円	37兆円	48兆円
国民所得比	7.3%	7.4%~7.7%	8.0%~8.5%	8.8%~9.7%
GDP比	5.4%	5.4%~5.6%	5.8%~6.1%	6.4%~7.0%
改革実施前	28.5兆円	33.2兆円	40兆円	56兆円
国民所得比	7.6%	7.9%~8.2%	8.7%~9.2%	10.3%~11.4%
GDP比	5.5%	5.8%~5.9%	6.3%~6.6%	7.5%~8.2%
国民所得	375.6兆円	403 ~ 420兆円	432 ~ 461兆円	492 ~ 540兆円
GDP	513.9兆円	558 ~ 576兆円	601 ~ 634兆円	684 ~ 742兆円

(試算の前提)

- 「改革実施前」は、平成18年度の診療報酬改定及び健康保険法等改正を実施しなかった場合を起算点とし、1人当たり医療費の伸びについては従前通り、70歳未満2.1%、70歳以上3.2%と設定して試算している。
- 「改革後」は、平成18年度予算を起算点とし、平成18年度の診療報酬改定及び健康保険法等改正の効果を織り込んで試算したもの。
- 「国民所得比及びGDP比の算出に用いた名目経済成長率は、2011年度までは「改革と展望2005」参考試算、2012年度以降は平成16年年金財政再計算の前提を用いて、「基本ケース」及び「リスクケース」の2つのケースを設定している。

名目経済成長率の推移

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012~
基本ケース	2.0%	2.5%	2.9%	3.1%	3.1%	3.2%	1.6%
リスクケース	2.0%	1.9%	2.1%	2.2%	2.1%	2.2%	1.3%

出典：厚生労働省保険局「「医療費の将来見通しに関する検討会」議論の整理について」（平成19年7月27日）。

図表10-2 短期の医療費の抑制政策

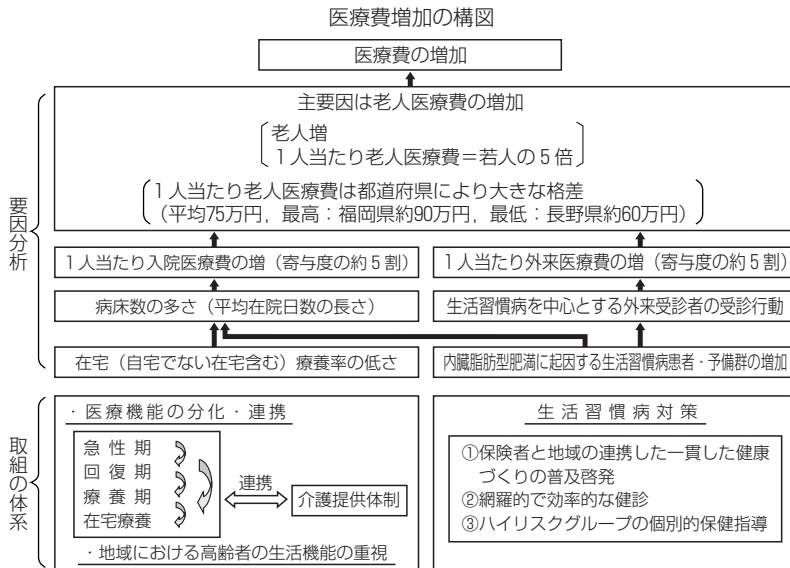
3. 医療費の伸びの抑制（短期的対策）	
(1) 公的医療保険の給付範囲の見直し等	
①	高齢者の患者負担の見直し（現行：70歳未満3割、70歳以上1割（ただし、現役並み所得者2割））
ア	平成18年度から現役並み所得の70歳以上の者は3割負担
イ	平成20年度から新たな高齢者医療制度の創設に併せて高齢者の負担を見直し 70～74歳 2割負担、75歳以上 1割負担（現行どおり）
②	療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担引上げ
③	高額療養費の自己負担限度額の引上げ 高額療養費の自己負担限度額について、低所得者に配慮しつつ、賞与を含む報酬総額に見合った水準に引上げ。（現行72,300円→見直し後80,100円）
④	出産育児一時金の見直し 出産育児一時金を現行の30万円から35万円に引き上げる。
⑤	乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大 高齢者医療制度の創設に併せて、乳幼児に対する自己負担軽減（2割負担）の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前までに拡大する。 等
⑥	レセプトオンライン化
(2) 診療報酬の適正化	
	平成18年度診療報酬改定→全体改定率▲3.16%（本体▲1.36% 薬価等▲1.8%）

出典：厚生労働省ホームページ「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」。

に56兆円に達すると予測された医療給付費は48兆円まで抑制された。医療給付費とは、国民医療費から患者負担を除いた医療費である。短期の医療給付費抑制政策は、2006年4月に決定した診療報酬の引き下げに加えて、高齢者の患者自己負担の引き上げ、療養病床における食費・居住費の引き上げ、高額医療費の自己負担限度額の引き上げといった内容である。このほか、保険免責制度なども検討されたが見送られた（図表10-2）。

中長期抑制策は、生活習慣病対策を柱にした医療費適正化計画であり、国の目標とする全国医療費適正化計画に基づき、各都道府県は2008年度を初年度にした5年計画を策定、その実績評価を行い、その結果によっては、都道府県の診療報酬に特例、格差をつけることができる仕組みとなっている。

図表10-3 2006年医療制度改革



出典：図表10-2と同じ。

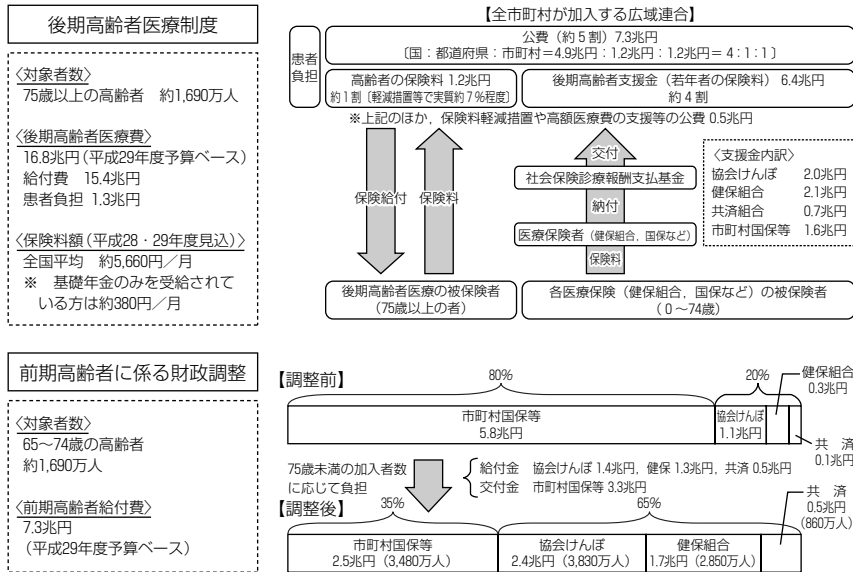
(3) 2006年医療制度改革—保険単位の見直し

2006年医療制度改革の概要は、図表10-3で示してある。2006年改革の概要について説明しよう。本格的な高齢化社会に対応するための安定的な財政システムの確立が目標であった2006年改革では、大幅に保険単位の見直しが行われた。

第8章でみたように従来の日本の医療保険は、職業・地域によって分立していたが、高齢者は独立した保険ではなかった。

2006年改革では、1) 前期高齢者の医療財源に対する保険者間の財政調整の徹底化、2) 後期高齢者医療制度を若年者から独立させ、その費用の半分は税財源、40%は若年者の保険料からの拠出金(後期高齢者支援金)、10%は高齢者の保険料でまかなうことにした(図表10-4)、3) 社会保険庁は廃止・民営化され、それまで全国一律の保険料で運営されていた政府管掌健康保険は、各都道府県に設置される健康保険協会(協会けんぽ)によって都道府県単位で運営

図表10-4 後期高齢者医療制度の運営の仕組（平成20年度）



出典：厚生労働省ホームページ『我が国の医療保険について』。

されることになった、4) 市町村国保の財政調整機能を高め、事実上の都道府県単位化を進めることになった。4) について、少し補足説明を加える。その内容は、①同一都道府県内の健康保険組合の再編・統合、②政府管掌健康保険の都道府県単位化、③小規模国保の運営の広域化、④後期高齢者に関する広域連合、⑤保険財政共同安定化事業の創設・保険基盤安定化制度による、都道府県単位での市町村国保間の保険料の平準化、安定化などである。こうした改革によって、医療保険の保険単位が都道府県単位に再編される方向に進み、それに合わせて、都道府県にとっては、医療費適正化計画として、地域医療計画、健康増進計画、介護保険事業支援計画の3計画の作成が重要な責務になった。

医療費適正化計画とは、生活習慣病予防の徹底と平均在院日数の短縮であり、2008年から2012年末までに、生活習慣病患者とその予備群を25%減少させ、平均在院日数を短縮させ、最終的には2025年に医療費8兆円を削減することをめざした。都道府県は、それぞれ医療費適正化計画を策定し、保険者の特定

健診・特定保健指導と連携し、さらに医療機能の分化、連携、在宅医療の推進、療養病床の転換を進めることになった。また、都道府県は5年ごとに計画の見直しを行い、計画を達成できなかった都道府県には、国が診療報酬を引き下げるというペナルティーも用意した。医療費適正化の成果は3節で扱う。

地域医療計画も新しい段階に入り、1) 従来の1次、2次、3次医療圏を見直し、2) 脳卒中、がん、心疾患、糖尿病などの4疾患と、3) 救急、災害、へき地、周産期、小児医療の5事業別に、かかりつけ医を中心とした医療定型ネットワークを構築することになっている。入院日数の短縮や在宅での看取り率でその評価が行われる。健康増進計画では、国の示した基本方針と健康増進計画改訂ガイドラインに基づき、都道府県別に計画と目標が設定され、具体的には特定健診、指導の拡大をめざすことになった。

(4) 後期高齢者向け診療報酬体系の見直し

後期高齢者医療制度の成立とともに、後期高齢者医療制度における診療報酬体系の構築が課題となった。日本の1人当たり高齢者の医療費は、若年者の医療費の5倍程度となっている。身体の衰えとともに医療費が上昇するのは避けがたいが、他の先進国における高齢者の医療費は若年者の2-3倍程度であるのと比較すると、日本の高齢者の医療費は高すぎるのではないか、無駄遣いがあるのではないかという見方もある。この高齢者医療サービスの効率化のために、慢性疾患に対応し過剰な治療、投薬を誘発しないような診療報酬体系、薬価体系の確立が急務となり、診療報酬の包括化、定額化が焦点となっている。この他、在宅医療、医療と介護の連携なども進められている。

2006年改革では、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬体系の確立が確認され、1) 終末期医療の評価、2) 在宅における日常的な医学管理から看取りまで一貫した対応ができる主治医の普及、3) 医師、看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパー等の連携による医療・介護の提供、4) 在宅医療の補完的な役割を担う、入院による包括的なホスピスケアの普及などが重点事項とされた。

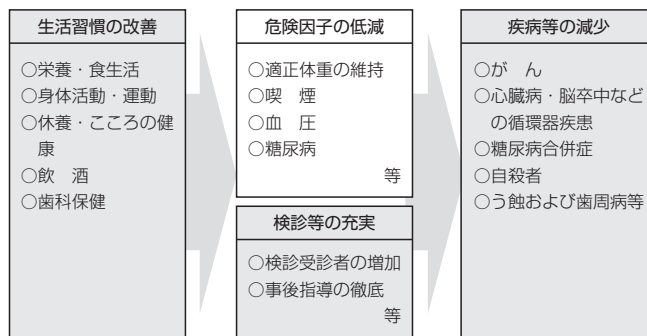
(5) 健康作り・特定健康診査・特定保健指導

疾病構造は、急性疾患中心から高齢者が罹患しやすい慢性疾患、生活習慣病に中心がうつっている。国民医療費の3割近くが生活習慣病とされており、高齢化社会においては、その抑制も重要な課題となり、疾病、介護予防の推進が重要になった。政府はこれまでも、生活習慣病、健康寿命の伸張のために医療増進法を成立させ、健康作り運動の「健康日本21」を推進してきた(図表10-5)。しかし、その普及は不十分で、成果も芳しくないことが明らかになってきた。

日本人の健康寿命は先進国でももっとも長く、北欧をしのぐ水準である。しかし、今後のさらなる長寿化を考えると、一層の健康寿命の伸長が必要となる。健康寿命の伸長は医療費、介護費の抑制にもなる。地域における健康づくりの強化が重要である。

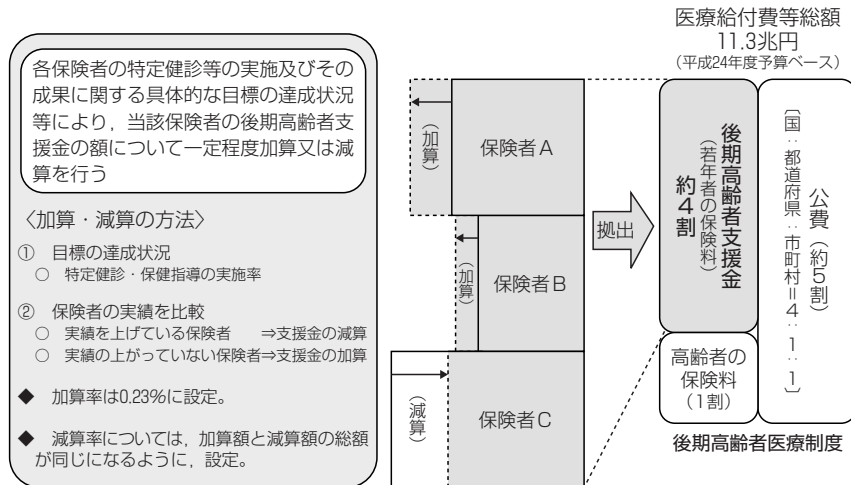
2006年改革では、厚生労働省は健康づくりの普及啓発により生活習慣病を減らし、外来医療費・入院医療費の抑制を通じて医療費全体を抑制することを中長期的な医療費適正化の柱とし、2025年で6兆円の抑制が見込まれていた。そこで、2008年4月より医療保険者には、40歳以上の加入者に対する特定健康診査・特定保健指導という健康診査・保健指導実施が義務づけられることになった。サラリーマンに対しては、従来から労働安全衛生法により健康診断を企業に義務づけてきたが、新しい制度は配偶者も対象になる。職域保険と地域

図表10-5 健康日本21の概要



出典：厚生省（2000）『平成12年版厚生白書』。

図表10-6 後期高齢者支援金と特定健康診査・特定保健指導



出典：厚生労働省『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き』。

保険の連携が不可欠となり、そのため保険者協議会、地域職域連携協議会が始まった。さらに国、都道府県、市町村による健診・保健指導、体系的・計画的・効果的な健康増進計画が進められることになった。

2013年度からは、健診データの把握率や特定健診等保健指導の実施率、目標に比較した生活習慣病患者・予備群などの減少率といった各医療保険者の生活習慣病への取り組みの実施状況や成果に応じて、各保険者の後期高齢者支援金の負担額についての加算・減算が行われた。この仕組みにより、生活習慣病への取り組みが不十分な医療保険の加入者は高い保険料を負担することになり(図表10-6)、各保険者に対してはじめて直接的な医療費抑制のインセンティブが組み込まれた¹⁾。しかしながら、この仕組みではインセンティブが十分ではないということで、2018年度からは加算・減算の仕組みが見直し・強化される。

1) 健診・保健指導に関する業務の増加や効率的な遂行のために、実際の事業をさまざまな事業者アウト・ソーシングすることも推進されている。

図表10-7 患者自己負担の推移

～昭和47年 12月	昭和48年 1月～	昭和58年 2月～	平成 9年 9月～	平成13年 1月～	平成14年 10月～	平成15年 4月～	平成18年 10月～	平成20年 4月～	
老人医療費 支給制度前	老人保健制度							75歳 以上	後期高齢者 医療制度
国保 3割	高齢者 なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日	定率 1割負担 (月額上限付き)	定率 1割負担 (現役並み所得者 2割)	定率 1割負担 (現役並み所得者 3割)	70 ～ 74歳	1割負担(現役 並み所得者 3割)	
被用者本人 定額負担			→500円/日 (月 4 回まで) +薬剤一部 負担	*診療所は 定額制を 選択可 薬剤一部負 担の廃止 高額医療費 創設				2割負担(現役 並み所得者 3割) ※平成26年 3月未 まで70歳に達して いる者は 1割 (平成26年 4月以降70 歳になる者から 2割)	
被用者本人	国保	3割 高額療養費創設 (S48～)	入院 3割 外来 3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児 2割 (H14年10月～))		3割 薬剤一 部負担 の廃止	3割	70 歳未 満	3割 (義務教育就学前 2割)	
	被用者本人	定額→1割 (S59～) 高額療養費創設	入院 2割 外来 2割+薬剤一部負担						
被用者家族	被用者家族	3割 (S48～) 高額療養費創設 →入院 2割 (S56～) 外来 3割 (S48～)	入院 2割 外来 3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児 2割 (H14年10月～))						

注1：昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。

注2：平成6年10月に入院時食事療養費制度創設，平成18年10月に入院時生活療養費制度創設。

注3：平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減，平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大。

参考：介護保険は、これまで1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得がある者については、自己負担割合を平成27年8月から2割とする改正を行った。

出典：厚生労働省保険局『第91回社会保障審議会医療保険部会 資料2-2』。

(6) 2006年改革後の課題－保険間の連帯と保険料の変質

後期高齢者医療制度の財政構成は、給付費に対し公費50%，支援金40%，後期高齢者保険料負担は10%となっている²⁾。75歳以上の患者自己負担分は原則1割，現役並みの所得のある人は3割となった(図表10-7)。

後期高齢者医療制度の特徴は、75歳以上の高齢者から構成される独立保険をつくったことと、若年者からの財政支援を従来の老人医療費拠出金から支援金へ切り替えた点である。ここで拠出金と支援金は、一見ラベルの貼り替えの

ようにもみえるが、その基本的な仕組みや理念はかなり変化することになる。

社会保険は、基本的に被保険者単位で、給付と負担の対応関係が求められる。実際には、職域別に保険が分立し、保険別の人口構成、所得水準の違いを調整するために、基礎年金拠出金、老人保健医療費拠出金（老人保健制度への拠出金、2008年度まで）、退職医療費拠出金（2014年度まで）、介護給付費納付金といった財政調整の仕組みが組み込まれている。このうち基礎年金拠出金は、事実上の世代間移転であるが、拠出金の原資になる各加入者の保険料負担と将来年金給付の対応関係は明確にされている。一方、介護保険の第2号被保険者の保険料は、反対給付の可能性がゼロといえないが、高齢世代（第1号被保険者）への所得移転が強い。老人保健医療費拠出金は、実質的には現役から高齢者への所得移転の性格は強いが、形式上は、高齢者というハイリスクな人々を多く抱える国民健康保険と高齢者の少ない健康保険との間の「保険者間の連帯保険料」（被保険者個人にとってみれば「間接的な連帯」とみることができよう。

これに対し、新たな後期高齢者医療制度における若い世代からの支援金は、老人医療費拠出金のもっていた保険者間の連帯という性格は後退し、「世代間移転」、「賦課方式」の性質をもっている。

これまで老人保健制度の下では、現役労働者にとって自分自身の保険料と高齢者向け移転部分の区別は不明確であったが、後期高齢者医療制度では、高齢者は独立医療保険制度に加入し、若い世代から支援金という財政移転を受けることになった³⁾。支援金という名の世代間移転分が明らかにされるならば、その点については評価すべきであろう⁴⁾。しかし、このことにより、支援金という反対給付のない保険料、すなわち「事実上の目的税」を現役労働者や事業主に対し課す根拠を示す必要が出てくる⁵⁾。老人保健医療費拠出金と支援金の違

2) 自己負担も加えた医療費について見ると、15.1兆円の医療費に対し、自己負担1.2兆円（7.8%）、保険料負担1.1兆円（7.1%）、支援金5.9兆円（39%）、残額を公費負担と考えると7.0兆円（46%）の構成になる（厚生労働省『後期高齢者医療事業状況報告 平成27年度』参照）。

3) 支援金という事実上の目的税と公費で給付の9割近くをまかなっている制度が保険と呼べるのかということになり、高齢者医療保障制度には「保険」という名前がつかなくなった。

いは、単なるラベルの付け替えの問題ではすまない。

従来の老人保健制度とそれに対する拠出金は、高齢化率の異なる保険間の連帯、形式上は「横の連帯」であったが、後期高齢者医療制度とそれに対する支援金は、形式的にも実質的にも世代間の連帯（縦の連帯）、世代間移転の仕組みになった。また同時に保険料の徴収方式も、後期高齢者については個人単位での年金からの天引きに統一され、すでに行われている介護保険の天引きも考慮すると手取りの年金はいっそう抑制されることになる。一方、支援金を支払う現役世代についても、従来と異なり自分自身や家族の保険料分である基本保険料率と、後期高齢者支援金分・前期高齢者納付金分などからなる特定保険料率⁶⁾が区分されることになる。しかし、2020～2025年頃には、保険料負担全体に占める世代間移転分（特定保険料率）の割合が50%を超える可能性があり、現役世代にとって、医療保険料の「高齢者医療目的税化」が強まってくるようになった。このように社会保険料の性格が変化しているが、さらに高額療養費の自己負担分の設定や高齢者の受診時の自己負担額が所得によって異なることなどが強化された結果、給付時には所得再分配を行わないという社会保険の原則は大きく変質している。

第2節 社会保障税一体改革と2015年医療制度改革

(1) 改革までの経緯と社会保障税一体改革

2009年9月に民主党政権がスタートすると、高齢者を分離する後期高齢者

4) 堤(2006)はこの点について、次のような厳しい指摘をしている。「(法案では)後期高齢者支援金に要する費用のための保険料率は、前期高齢者納付金に要する費用と合わせて特定保険料率として一般とは別の料率とされているが、保険料自体は「特定保険料」として別立ての保険料とはされていない。後期高齢者支援金を被保険者が世代間扶養の観点から納める保険料(中略)の東であるとするならば、保険料自体も「後期高齢者支援保険料」といった形で別立てにすべきであろう。そのことによって、被保険者にとっても自分たちが後期高齢者の医療費の一部を負担していることの自覚が生まれ、その医療費の適正化に対する関心も高まるはずである。」

5) 堤(2006)参照。

6) これには療養型病床を老人保健施設等に転換する転換支援金分も含められている。

医療制度は廃止し、2013年3月を目標に新たに新高齢者医療制度を導入することになった。その制度内容は、1) 財政構造は、50%を税財源、40%を現役世代からの支援金、10%を高齢者の保険料でまかなうという後期高齢者医療の財源構造の大枠は維持しつつも、高所得の被用者からの負担を引き上げ、2) 75歳以上の8割は国民健康保険に加入し、ほかは被用者保険加入者や被扶養者として位置づけ、3) 70-74歳の窓口負担を引き上げ、4) 国民健康保険の財政を都道府県で運営する、というものである。

2012年7月に民主党政権から自民政権に政権交代したため、これらの改革は結局実行されなかったものの、1) 高所得の被用者からの負担引き上げ、3) 70-74歳の窓口負担を引き上げ、4) 国民健康保険の財政を都道府県で運営する、については、その後の医療保険改革に引き継がれた。

2012年12月からは社会保障制度改革国民会議にて、少子化対策、医療・介護、年金などの分野を横断する形で、社会保障税一体改革のあり方に関する議論が行われた。そのなかで、医療・介護サービスの提供体制改革については、(1) 病床機能報告制度の導入と地域医療構想の策定、(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移管、(3) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築といった論点が、医療保険制度については、①財政基盤の安定化、②保険料に係わる国民負担に関する公平性の確保、③医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)、④難病対策等の改革、といった論点が、それぞれ提示された。2014年には、これらの課題に取り組むべく、社会保障制度改革プログラム法が成立、施行され、引き続き改革関連の各個別法案も成立、施行された。上記のうち、都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移管、財政基盤の安定化、医療給付の重点化・効率化については、2015年医療保険改革法案に盛り込まれることとなった。

一連の改革では、(1) 負担能力が高い者の負担を強化して、負担能力が低い者の負担を軽減することによって、保険料等の負担の垂直的公平性を高める、(2) 医療と介護、あるいは医療機関同士の機能分化や連携を強化する、(3) 国保、協会けんぽなど、財政基盤が弱い保険者に対する財政支援の3点が重要な考え方になっている。

図表10-8 高額療養費の自己負担上限

1. 見直しの趣旨

○高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する。(70~74歳患者負担特例措置の見直しに併せて行うもの。)

2. 見直しの内容

(見直し前)		月単位の上限額 (円)		(見直し後)		月単位の上限額 (円)	
70歳未満	上位所得者 (年収約770万円~)	150,000+	(医療費-500,000) × 1% <多数回該当: 83,400>	年収約1,160万円~	252,600+	(医療費-842,000) × 1% <多数回該当: 140,100>	約1,330万人
	健保: 標準53万円以上 国保: 旧ただし書き所得600万円超			健保: 標準83万円以上 国保: 旧ただし書き所得901万円超			
	一般所得者 (上位所得者以外)	80,100+	(医療費-267,000) × 1% <多数回該当: 44,400>	年収約770~約1,160万円	167,400+	(医療費-558,000) × 1% <多数回該当: 93,000>	約4,060万人
3人世帯 (給与所得者/夫婦子1人の場合: 年収約210万円~約770万円)			健保: 標準53万~79万円 国保: 旧ただし書き所得800万~901万円				
	住民税非課税	35,400	<多数回該当: 24,600>	年収約370~約770万円	80,100+	(医療費-267,000) × 1% <多数回該当: 44,400>	
				健保: 標準28万~50万円 国保: 旧ただし書き所得210万~600万円			
70~74歳	現役並み所得者 (年収約370万円~)	窓口負担割合 外 来 (総医療費-267,000) × 1% 44,400	<多数回該当: 44,400>	~年収約370万円	57,600	<多数回該当: 44,400>	約4,060万人
	健保: 標準28万円以上 国保: 課税所得145万以上	3割		健保: 標準26万円以下 国保: 旧ただし書き所得210万円以下			
	一般 (~年収約370万円)	12,000	44,400	住民税非課税	35,400	<多数回該当: 24,600>	
	健保: 標準26万円以下 ^{※1} 国保: 課税所得145万円未満 ^{※1}	2割 ^{※3}					
	住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000	15,000				
				現役並み所得者 (年収約370万円~)	80,100+	(総医療費-267,000) × 1% <多数回該当: 44,400>	
				健保: 標準28万円以上 国保: 課税所得145万以上			
				一般 (~年収約370万円)	12,000	44,400	
				健保: 標準26万円以下 ^{※1} 国保: 課税所得145万円未満 ^{※1,※2}	2割 ^{※3}		
				住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000	15,000	

注: 75歳以上の所得区分、限度額に変更はない。

3. 施行日
平成27年1月から。

※1 収入の合計額が520万円未満 (1人世帯の場合は383万円未満) の場合も含む。
 ※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
 ※3 平成26年3月末日までに70歳に達している者は1割。

出典: 厚生労働省保険局総務課『医療保険制度改革について』。

① 負担の公平性

(a) 高額療養費制度の変更

高額療養費に関する負担の垂直的公平性を高めるために、現役世代を対象に、高額療養費制度について、それまでよりも所得の区分を細かくして、高所得者については月当たり自己負担の上限額を引き上げ、低所得者については引き下げを行った (図表10-8)。自己負担の上限額が引き下げられるのは、住民税課税世帯かつ年収約370万円未満の場合、一方、自己負担の上限額が引き上げられるのは年収約770万円以上の場合で、年収約1,160万円以上の場合引き上げ額が特に大きい。

(b) 低所得の国民健康保険・後期高齢者医療の保険料軽減措置拡充

国民健康保険・後期高齢者医療の保険料については、これまでも所得に応じて2割軽減、5割軽減、7割軽減を受けることができた。このうち、2割軽減となる収入上限が223万円から266万円に、5割軽減となる収入上限が147万円から178万円に引き上げられた。この結果、保険料の軽減対象が約500万人拡大した。この改革も、保険料負担に関する垂直的公平性を高めるためのものといえる。

(c) 70～74歳の患者負担特例措置見直し

後期高齢者医療制度が開始される際、70～74歳の前期高齢者については法定自己負担が2割に定められたものの、それまでの1割負担からの急変を避けるという名目で、特例的に1割負担を維持した状態が続いていた。法定通りの運用を行うべきであるという意見や、世代間の負担の公平化を図るべきだという意見を踏まえ、2014年4月以降に70歳を迎える者については、法定通りの運用がなされることとなり、自己負担率が2割になった。ただし、2014年4月までに70歳を迎えている者については、引き上げの影響は受けず、自己負担割合は原則1割のままとした。70～74歳の現役並み所得者については、3割負担のまま変化はない。

② 難病・小児慢性特定疾病対策

難病患者の負担軽減を目的として、2014年には「難病の患者に対する医療等に関する法律」が成立し、2015年1月から、難病に関する新たな医療費助成制度が開始された。自己負担率がこれまでの3割から2割に引き下げられたことに加えて、負担の上限は2,500円～30,000円/月に設定された（子どもはそれぞれ2分の1の負担）。医療費助成の対象も、それまでの56疾患から拡大し、2017年度時点では330疾病が難病として指定されている。その結果、難病医療費助成を受けられる者は従前の約2倍になった。

また、慢性的な疾患を抱える児童および家族の負担軽減を目的として、2014年には「児童福祉法の一部を改正する法律」が成立し、2015年1月から、「小児慢性特定疾患治療研究事業」が「小児慢性特定疾病医療費制度」に移行した。医療費助成の対象は、それまでの514疾患から、現時点で722疾病にまで拡大

された。自己負担率も、それまでの3割（就学前児童は2割）から一律2割に統一された。また、自己負担の限度額は上位所得者（夫婦2人、子1人世帯の場合、年収850万円が目安）でも15,000円（重傷の場合で10,000円）に定められ、慢性疾患の児童を抱える家族の負担が軽減された。

③ 医療と介護の連携

「医療介護総合確保推進法（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）」が2014年に成立し、以下のことが定められた。

(a) 地域医療介護総合確保基金の創設と医療・介護の連携強化

消費税の増収分を財源として、各都道府県の医療計画にある医療・介護事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のための新たな基金（地域医療介護総合確保基金）を創設した。また、医療と介護の連携を強化するために、厚生労働大臣が基本方針を策定することとなった。各都道府県は、厚生労働省が策定した方針にしたがい医療計画を策定し、それに基づいて、新たに創設された基金を原資として事業が実施される仕組みである。

(b) 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（病床機能報告制度および地域医療構想）

病床機能報告制度は、2014年に成立した医療法改正によって、同年度から開始された制度である。対象となるのは、調査対象年7月1日時点で一般病床・療養病床を有している病院および診療所（歯科診療所含む）である⁷⁾。それぞれの病院は、図表10-9の4つから、保有する各病棟が担っている医療機能を選択し、報告する。また、現時点での医療機能だけでなく、調査時点の6年後、および2025年時点で予定されている医療機能についても同様に報告する。

地域医療構想は、2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」によって定められた概念である。地域医療構想とは、病床の機能分化・連携を進めるた

7) 例外として、(1) 精神病床や結核病床、感染症病床しか有しない場合、(2) 刑事施設、入国者収容所等に設けられた医療機関、(3) 宮内庁病院、(4) 都道府県に全許可病床を返還済み又は返還予定である有床診療所、(5) 休院・廃院済み又は休院・廃院予定である医療機関、(6) 7月2日以降に開設した医療機関、は対象外である。

図表10－9 病床機能報告制度における医療機能

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

出典：厚生労働省『平成29年度 病床機能報告マニュアル① 医療機能の選択にあたっての考え方について』。

めのものである。地域ごとに医療需要や病床の必要量を推計し、病床機能報告制度によって把握した病床数と照らし合わせることで、2025年に向けた医療提供体制を構築することが、この制度の目的である。医療需要や必要量の推計は、各都道府県が行うが、推計の単位は原則、二次医療圏である。後述する国民健康保険財政運営主体の都道府県化と同様に、国民の健康維持・増進における都道府県の役割を強化する改革であるといえる。

(c) 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化

地域の実情に応じたサービスの提供を行うことができるようにするために、全国一律だった予防給付（訪問介護・通所介護）を、2017年度にかけて段階的に、市町村が取り組む地域支援事業に移行することで、給付内容の多様化を図った。また、低所得者の介護保険料軽減を拡充し、一定以上の所得がある利用者の自己負担を1割から2割に引き上げるなどして、負担の垂直的公平性を高めた。高齢者の病院からの早期退院の促進と在宅での介護の充実を包括的に進める地域包括ケアシステムの構築も急がれる。

(d) その他

医療事故が発生した医療機関が院内調査を行い、その調査報告を民間の第三

者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで、医療事故の再発防止につなげるための仕組みを、医療法に位置づけた。その他、各医療機関が勤務環境改善に向けて、PDCAサイクルを活用して計画的に取り組むための仕組みを創設し、外国医師の臨床修練制度について、教授・臨床研究を目的とした来日を認めるなどの改正も行われた。

（２）2015年医療保険改革法

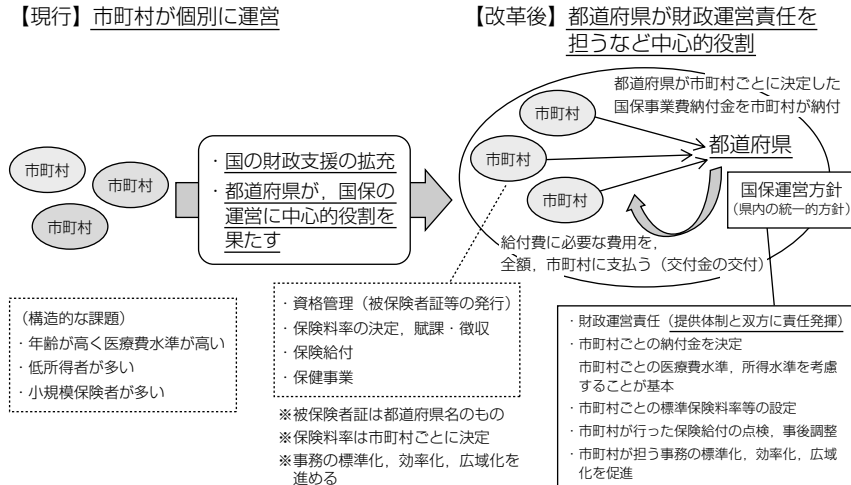
その後、2015年5月には医療保険改革法案が可決された。その主な内容は、1）国民健康保険の安定化、2）後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入、3）負担の公平化等、4）その他に分類できる。この改革では、後述するように、負担能力に応じた負担、財政基盤が弱い被保険者への財政支援の2点が重要な考え方となっている。

① 国民健康保険の安定化

国民健康保険の安定化は、財政支援の拡充と、財政運営主体の都道府県化の2点からなる。財政支援の拡充については、2015年度から開始された、各市町村国保が抱える低所得者数に応じた財政支援に毎年約1,700億円、2017年度から実施された、財政調整交付金の実質的な増額、精神疾患・子どもの被保険者数、非自発的失業者数など、自治体の責めによらない要因による負担への対応、医療費の適正化に向けた取組等に対する支援（保険者努力支援制度）、財政安定化基金の創設、高額医療費への対応等に毎年約1,700億円等、のべ年間3,400億円規模で行われる。

一方、財政運営主体の都道府県化については、図表10-10のように整理できる。都道府県の役割は、市町村ごとの納付金、標準保険料の決定、市町村の保険給付の点検や事後調整、市町村が担う事務の標準化、効率化、広域化の促進になる。一方で、市町村の役割は、地域におけるきめ細かい事業、被保険者証の発行、保険料率の決定・賦課・徴収、保険給付、保健事業になる。保険単位を都道府県にすることで、保険の規模を拡大し、保険原理が働きやすくしつつも、事業実施主体は市区町村のままにすることで、各地域の実情に応じた事業が実施されることが期待される。

図表10-10 国保改革（財政運営主体を都道府県に移行）



出典：厚生労働省『市町村セミナー 追加開催：医療保険制度改革について』。

② 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

負担能力と負担の大きさの関係を強め、被用者保険間の格差を解消するという観点から、後期高齢者支援金における全面総報酬割の導入は、かねてから論点となっていた。後期高齢者医療制度の開始当初は、各保険者の加入者に応じて支援金が決定されていた（全面加入者割）。その後、被用者保険間の財政力にばらつきがあることを踏まえ、2010年度からは支援金の3分の1が総報酬割、3分の2が加入者割になっていたが、医療制度改革の一環として、全面総報酬割の導入が決定された。

この改革により、2015年度には2分の1が報酬割に、2016年度には3分の2が報酬割と段階を踏んだ上で、2017年度からは全面的な総報酬割が実施された。全面総報酬割導入の結果、健保組合全体や共済組合全体では負担増になり、協会けんぽでは負担減になる。なお、健保組合のなかでも、報酬水準が低い場合は、これまでよりも支援金が減額になり、報酬水準が高い場合は、支援金が増額になる。

また、全面総報酬割導入によって、公費に余裕が出るため、その分を国保の

財政支援に充てることも検討されていたが、健保組合を中心に反対が根強かったため、浮いた公費による国保の財政支援は見送られることとなった。

③ 負担の公平化

負担の公平化を図るために、入院時食事療養費等の見直し、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、被用者保険や国保における保険料負担の公平化の3つの改革が行われた。

(a) 入院時食事療養費等の見直し

入院時と在宅医療を受ける時の負担を公平化する観点から、在宅療養でも負担する費用として、食料費相当額に加えて、調理費相当額の負担を求めることになった。それまでの1食当たり260円から、2016年度からは360円に引き上げられ、2018年度からは460円に引き上げられる。ただし、住民税非課税世帯の負担は1食210円、住民税非課税かつ一定所得以下の世帯は1食100円で据え置きとなり、低所得者への配慮もなされている。

(b) 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

外来の機能分化を図る目的で、2016年から、紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合、原則、定額負担を求めることとなった。初診時は5,000円（歯科3,000円）、再診時には2,500円（歯科は1,500円）の定額負担が必要となる。この結果、初診患者に占める紹介状なしの患者比率は低下しており、定額負担導入は機能分化に一定の役割を果たしていることがうかがえる⁸⁾。

(c) 被用者保険や国保における保険料負担の公平化

負担能力に応じた負担という観点から、高い負担能力を有する被保険者を対象に、被用者保険、国保における保険料負担の引き上げが行われた。被用者保険の標準報酬月額、これまでの全47等級、上限121万円から、全50等級、上限139万円に引き上げられた。また、被用者保険の一般保険料率の上限が、1000分の120から、1000分の130に引き上げられた。国保の保険料の賦課限度額についても、2014年度の81万円から、2015年度には85万円、2016年度からは89万円に引き上げられた。

8) 厚生労働省保険局（2017）『第107回社会保障審議会医療保険部会 資料2-2 外来時の負担等について』参照。

④ 医療費適正化計画

医療費適正化については、第3節で詳しく述べる。

⑤ その他

その他の改革として、協会けんぽの財政支援、被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し、患者申出療養の創設が行われた。

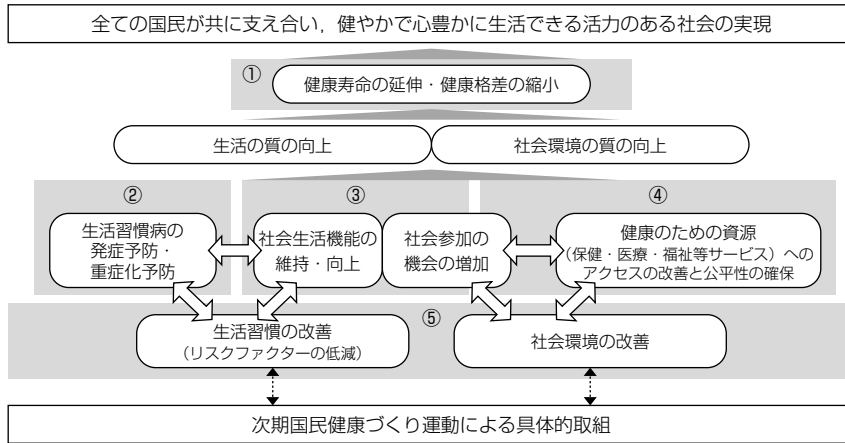
協会けんぽの国庫補助率に関する特例措置は、2014年度で期限切れとなる予定だったが、協会けんぽの財政状況を鑑みて、当面、特例措置を継続し、国庫補助率を16.4%とすることとなった。また、国保組合の国庫補助率の見直しについては、加入者の平均所得水準が150万円未満の場合は32%の定率補助を維持し、150万円以上から所得水準に応じて補助率を段階的に引き下げ、240万円以上の組合については補助率を13%にすることとなった。その他、混合診療に関連して患者申出療養が導入され、将来的な保険収載をめざす先進的医療を、安全性・有効性等を確認した上で、身近な医療機関で受けられるようにし、保険外併用療養費制度の一部に位置づけられた。

第3節 近年の様々な改革・取り組み

わが国の平均寿命は世界でももっとも長い部類に属しているが、平均寿命と健康寿命の差は男性で約9年、女性で約12年あり、2013年度から2022年度の10年間における健康増進政策の基本方針となる『健康日本21（第二次）』においても、健康寿命の延伸は最重要課題とされている（図表10-11）。また、政府が2013年に発表した『日本再興戦略』のなかでも、国民の健康寿命延伸は重要な柱として掲げられており、健康寿命延伸は、現在のわが国がもっとも力を入れて取り組んでいる政策の1つといえよう。

過去数十年の間に生じた疾病構造の転換により、わが国では、生活習慣病が主な疾患となっている。死因の約6割を占める生活習慣病を予防し、健康寿命を延伸するためには、一次予防に相当する生活習慣の改善が重要となる。近年、生活習慣改善や健康寿命延伸に関わる様々な新たな改革が行われているが、これらの改革は、情報技術（ICT、ビッグデータ）の活用、保険者および被保険者

図表10-11 健康日本21（第二次）の概要



出典：厚生労働省（2012）「健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料」。

に対するインセンティブの強化が中核となっている。

（1）医療費適正化計画

2008年度に第一次医療費適正化計画が開始され、2018年度からは第三次医療費適正化計画が実施される。医療費適正化計画とは、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するためのものである。各都道府県は数年単位で計画を作成、その後、計画を実行し、計画の途中段階や終了後に見直しを行いながら、次の適正化計画へとつなげる。第一次、第二次の適正化計画は5年サイクルであったが、第三次適正化計画からは6年サイクルに変更された。

① 第一次医療費適正化計画

第一次医療費適正化計画では、1）特定健康診査の受診率を対象者の70%にする、2）特定保健指導の実施率を対象者の45%にする、3）2012年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者および予備群を平成20年度比で10%減らす、の3点に重点が置かれた。2012年度に計画が終了した時点では、1）については受診率が46.2%、2）については実施率が16.4%、3）につ

いては減少率が12.0%で、3)のみが達成された。この結果を受けて、各保険者は、レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画（データヘルス計画）を2014年度中に策定し、2015年度から計画に基づき実施することとされた。

② 第二次医療費適正化計画

2013年度からの第二次医療費適正化計画では、以下のような改正が行われた。特定健康診査の受診率70%、特定保健指導の実施率45%という全体目標は据え置いた上で、1) 2015年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者および予備群を2008年度比で25%減らす、2) 目標達成度合いの違いを考慮して、市町村国保、協会けんぽ、健保組合など、保険者種別ごとに1)の目標値を設定した。3) 平均在院日数についても、医療費適正化の一部として盛り込んだが、全国一律の数字目標は設定せず、各都道府県の医療計画のなかで目標を定める。4) 後発医薬品の使用促進について、都道府県ごとに数量シェア、普及啓発施策等の目標を設定することを推奨する。5) たばこ対策の普及啓発施策等の目標を設定することを推奨する。その他、保険者との連携促進、PDCAサイクルの強化も盛り込まれた。

2015年度時点での進捗状況は以下の通りである。1) 特定健診の受診率、特定保健指導の実施率ともに伸び悩んでおり、2) メタボリックシンドロームの該当者および予備群についても停滞気味であるが、3) 平均在院日数については、各自で定めた目標値をクリアしている都道府県が多い。

③ 第三次医療費適正化計画

2018年度から開始される第三次医療費適正化計画では、1) 引き続き、特定健康診査の受診率70%、特定保健指導の実施率45%を目標とする、2) 後発医薬品の使用割合を80%にする、3) 糖尿病の重症化予防を図る、4) 重複投薬（3医療機関以上）と多剤投与（65歳以上で15種類以上）の適正化を図ることが目標とされている。これらの目標が達成された場合、2023年の医療費に0.6兆円の適正化効果が現われると推計されている⁹⁾。

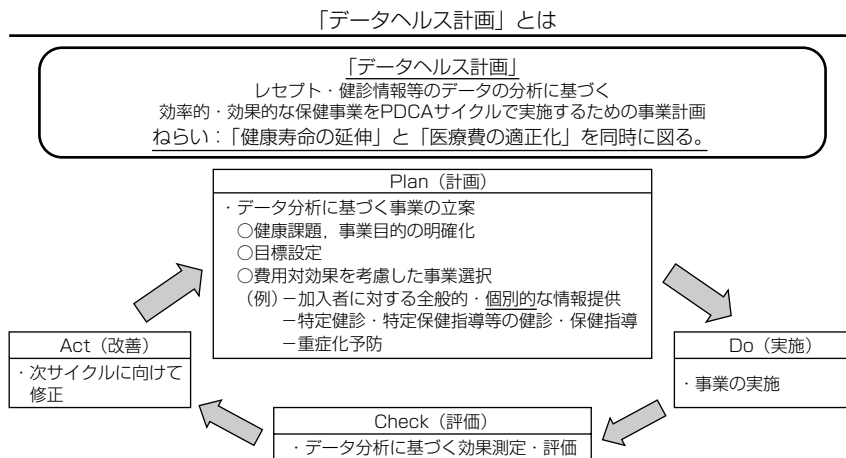
9) 厚生労働省『医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について』参照。

(2) データヘルス

データヘルス計画は、保険者機能強化の一環として推進されている。上述の通り、現在、わが国の健康増進政策では、一次予防の重視、なかでも特定健康診査・特定保健指導の浸透が重視されている。保険者ごとに加入者の特性や行動様式に差があるため、保健事業を効果的に実施するためには、保険者の特性を考慮しない画一的な政策よりも、加入者集団の特性を理解した上で、各保険者が工夫を凝らすことが望ましい。また、データヘルス事業が推進される背景には、レセプトや健診データの電子的標準化が進展したこともあげられる。すでにレセプトの92.9%が電子化されており、56.8%がオンライン化されている¹⁰⁾。

データヘルス事業の内容を簡潔に整理すると、保健事業におけるPDCAサイクルの強化を目的としたものである(図表10-12)。「日本再興戦略」では、

図表10-12 データヘルス事業



出典：厚生労働省（2016）『第96回社会保障審議会医療保険部会 資料3-2』。

10) なお、歯科では比較的電子化率が低いですが、それでも87.3%が電子化されている。また、診療所ではオンライン化の割合が60.7%だが、病院では95%以上がオンライン化されている。いずれも厚生労働省ホームページ『レセプト請求形態別の請求状況（平成28年度）平成29年3月診療分』を参照。

すべての健康保険組合に対して、レセプト等のデータ分析、それに基づいた、加入者の健康保持・増進のための事業計画として、2015年度から2017年度の「データヘルス計画」を作成・公表し、事業実施、評価等を行うことが求められることになった。それに引き続き、2017年度中には、2018年度から2023年度の「第2期 データヘルス計画」が作成された。

データヘルス計画を通じて、被保険者の健康状態改善や医療費の適正化にとどまらず、従業員の健康改善による労働生産性向上も期待されている¹¹⁾。

(3) インセンティブによる健康づくり

2015年の国保法等改正において、保険者が加入者に対して予防・健康づくりのインセンティブを提供することが義務づけられた。特定健診の受診率が当初の目標値70%には遠く及ばないこと¹²⁾、一時は低下傾向にあった喫煙率が徐々に横ばい傾向になりつつあることなど、健康づくりに取り組む者とそうでない者¹³⁾が二分化されたままである状況に対して、インセンティブを利用して行動変容を促そうという考え方が、その背後にある。こうした取り組みが可能になったのは、レセプトや健診データの電子化、それらを活用したデータヘルス事業の進展によるところが大きい。

2016年に厚生労働省が発表した『個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組に係るガイドライン』によれば、インセンティブによる健康づくりとは、1) 自らの健康は自らがつくるという意識をもつ、2) 健康無関心層も含め、国民が健康づくりの取り組みを実践・継続する、ことを目標に、①ポピュレーションアプローチとしての様々なインセンティブの提供、②ICT・民間の創意工夫も活用した多様な選択肢(健康プログラム)の提供、ひいては、③個人が無理なく健康づくりを行える環境づくり、④共に取組を進め

-
- 11) 従業員の健康増進を経営戦略として位置づけ、従業員の健康に積極的に投資することを「健康経営」と呼ぶ。
 - 12) ただし、保険者の種別で受診率に差があり、健保組合(73.9%)や共済組合(75.8%)で受診率が高く、国民健康保険(36.3%)や協会けんぽ(45.6%)において受診率が低い(厚生労働省『平成27年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況』より)。
 - 13) 後者は「健康無関心層」と呼ばれることがある。

ることができる新たなコミュニティの構築などを実行するものである。各自治体や保険者には、普段健康に関心をもたない者も含めて、国民全体が健康づくりに取り組めるようにするために、インセンティブを利用したシステムを構築し、その周辺環境を整備することが求められている。

インセンティブを利用した健康づくりの仕組みを簡潔に述べると、運動、禁煙、健診受診といった、個人の健康づくり活動に対して、ポイント¹⁴⁾を付与し、ポイントは商品券、割引券、健康グッズ等と引き換えられる、というものである。同ガイドライン中によると、インセンティブを提供する際の評価指標としては、参加型（一定の健康づくりの取組やプログラムへの参加を評価）、努力型（プログラム等のなかでの本人の取組を評価）、成果型（本人の取組の成果としての健康指標の改善を評価）の3つが代表的なものである。参加型の評価指標としては、特定健診・特定保健指導、がん検診、歯科検診などへの参加、努力型はウォーキング・ジョギング、日々の食事内容、成果型は検査値の改善や体重の減少などが例示されている。

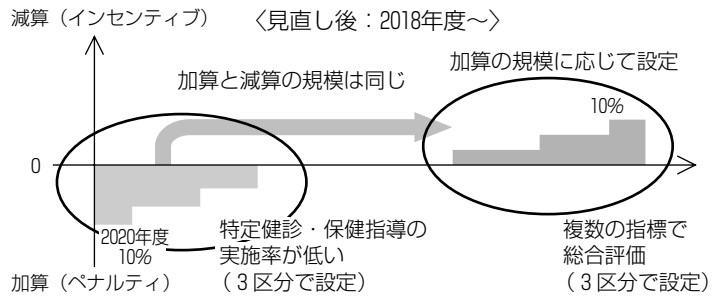
（４）保険者に対するインセンティブの強化

後期高齢者支援金の加算・減算という形で、保険者に対するインセンティブの仕組みはすでに取り入れられていたものの、これまでは、被保険者の特定健診・保健指導実施率のみで支援金の加算・減算が決定されていた。2017年に閣議決定された「未来投資戦略2017」において、加入者の予防・健康づくりに向けた取り組みを推進するため、保険者に対するインセンティブを強化することが定められた。見直しの概要は図表10-13の通りである。

保険者種別によらない共通の評価項目は、これまでも評価対象であった1) 特定健診・特定保健指導実施率に加え、2) その他健診（がん検診、歯科検診など）実施率、3) 糖尿病の重症化予防、4) ヘルスケアポイントなど個人へのインセンティブの提供、5) 重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、6) 後発医薬品の使用促進である。各保険者には、加入者の特定健診受診率や

14) ヘルスケアポイント、健康ポイントなどと呼ばれることがある。

図表10-13 後期高齢者支援金によるインセンティブ



出典：厚生労働省保険局（2017）『第30回保険者による健診・保健指導等に関する検討会資料 資料5』。

特定保健指導実施率を引き上げるだけでなく、加入者の健康づくりをより多角的に支援することが求められることになる。

保険者種別特有の課題を踏まえて、健康保険組合・共済組合においては被扶養者の健診受診率や事業主との連携、協会けんぽにおいては医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率、国保においては保険料収納率向上、後期高齢者医療広域連合においては高齢者の特性を踏まえた保健事業の実施も評価指標として取り入れられる。

また、保険者に対するインセンティブの見直しによって、インセンティブの内容は国保と被用者保険で異なることになった。これらのうち、市町村国保を対象とした仕組みを、保険者努力支援制度といい、後期高齢者支援金の加算・減算が行われなくなった代わりに、目標の達成度合いに応じた補助金が交付されることとなった。一方で、被用者保険については、これまで通り、後期高齢者支援金の加算・減算がインセンティブとなっている（図表10-14）。

第4節 患者による医療機関の評価・選択

医療においても消費者主権の原則が浸透しつつあり、患者が医療サービス、病院を選択できる時代に入り、医療サービスの質的向上が重要になっている。

図表10-14 後期高齢者支援金に関する制度変更

〈現行（2015年度まで）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	後期高齢者支援金の加算・減算制度 ⇒ 特定健診・保健指導の実施率がゼロの保険者は加算率0.23% ⇔ 減算率は0.05%			

〈2016、2017年度〉 ※全保険者の特定健診等の実施率を、2017年度実績から公表

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	同上	2017年度に試行実施 (保険料への反映なし)	2018年度以降の取組を前倒し実施 (2016年度は150億円、2017年度は250億円)	2018年度以降の取組を前倒し実施 (20~50億円)

〈2018年度以降〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	後期高齢者医療広域連合
手法等	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し ⇒ 加算率：段階的に引上げ、 2020年度に最大10% 減算率：最大10%～1%	加入者・事業主等の行動努力に係る評価指標の結果を都道府県支部ごとの保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設 (700~800億円)	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映 (100億円)
共通指標	①特定健診・保健指導、②特定健診以外の健診（がん検診、歯科検診など）、③糖尿病等の重症化予防、④ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、⑤重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、⑥後発医薬品の使用促進			
独自指標	被扶養者の健診実施率向上・事業主との連携（受動喫煙防止等）等の取組を評価	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率等	保険料収納率向上等	高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施等

出典：厚生労働省保険局（2017）『第30回保険者による健診・保健指導等に関する検討会資料 資料5』。

これは、①医療費の膨張と関連し、無駄な治療、投薬をさける必要、②より高い治療パフォーマンスの必要性、③増加する医療過誤などと密接に関連がある。

（1）医療機能情報制度

第9章で説明したように、広告規制についても大きく見直され、さらに、各医療機関の予約診療、差額ベッド料金、専門医の数、地域連携の体制などの情報から構成される医療機能情報制度の導入が都道府県によって進められており、患者・住民の病院を選ぶ手がかりとして機能することが期待されている。

（2）インフォームド・コンセント

これまでの医療サービスは医師のパターナリズムに基づき、経済学的にいえ

ば供給者優先に行われてきた。こうした背景には、情報の非対称性の前提や医療従事者の倫理性¹⁵⁾への依存があった。しかし、今日、医療サービスも通常の財と同様に、患者あるいは患者の家族の選択を反映すべきであるという方向に変化しつつある。患者は治療の内容について理解した上で、自分の意志で選択することになる。この際の1つの重要な概念としてインフォームド・コンセント¹⁶⁾がある。また、治療内容について情報開示をするためにカルテ開示、レセプト開示も重要である。

(3) 医療機関の評価

通常の財・サービスと異なり、患者は医療機関に関する評価をすることはできない。そのため、患者以外の専門家による医療機関のパフォーマンス評価があれば、医療サービスに関する情報の非対称性を克服できる。こうした病院のパフォーマンスに対する評価は、アメリカにおいては一般的になっている¹⁷⁾。日本では、公益財団法人日本医療機能評価機構による医療機能の評価が広まりつつある¹⁸⁾。

(4) かかりつけ医

近年の医療機能分化の流れのなかで、かかりつけ医の役割が重要視されるようになってきている。かかりつけ医には、患者の健康状態や生活関係を把握し、患

15) 医療従事者の職業倫理規範として「ヒポクラテスの誓い」が尊重されてきた。

16) 説明と同意を意味する。医師は患者や家族に症状と治療法を詳しく説明し、患者が納得したうえで、治療に同意することを意味する。

17) アメリカでは保険医療機関認可合同委員会（JCAHO）が中心に病院等の機能評価を行っており、約9割の病院が認可を受けている。

18) 評価の構成は、

- 1) 患者中心の医療の推進
- 2) 良質な医療の実践 1
- 3) 良質な医療の実践 2
- 4) 理念達成に向けた組織運営

であり、同機構で評価された認定病院は2,179病院である（2018年2月2日現在。全病院数はおよそ8,440病院）。

者の健康に関することは何でも相談に乗り、必要に応じて専門医や専門医療機関を紹介する総合医であることが期待されている。

国民の約5割が「自分にはかかりつけ医がいる」と考えているが、そのうち約半数は現在かかっている病気の主治医を「かかりつけ医」と認識しており、自分の健康を総合的に診てくれる、上記の意図どおりの「かかりつけ医」がいると考えているのは、国民の約4分の1に過ぎない¹⁹⁾。現在、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担導入、2018年診療報酬改定におけるかかりつけ医加算の新設などで、かかりつけ医のさらなる浸透が図られているところである。医師側から見た場合、かかりつけ医として患者に24時間対応することが大きな負担だと受け止められている²⁰⁾。負担軽減策として、2018年の診療報酬改定では、連携する医療機関との協力等により24時間の往診体制および24時間の連絡体制を構築した場合の評価（継続診療加算）が新設された。

19) 日本医師会総合政策研究機構（2014）『第5回日本の医療に関する意識調査』参照。

20) 同上。