

医療保険制度改革の動向について

少子高齢化の進展や実体経済に勝る国民医療費の伸びを背景に、医療制度改革の議論が進められています。このうち、医療の供給面である医療提供体制の改革については、平成26年に成立した医療介護総合確保推進法により、病床機能報告制度の創設や地域医療構想の策定等が進められます。さらに、医療保険制度改革に関しては、平成27年に「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）が成立しています。この医療保険制度改革関連法案について、以下に概説します（図1）。主な特徴としてまず挙げられるのが、「75歳以上高齢者の保険料軽減の特例を廃止」のように全世代において相応の負担増を行った点です。続いて、安全性・有効性が未確立な医療を対象に保険外併用療養を拡大する「患者申出療養の創設」が挙げられます。また、国保の財政運営を都道府県に移し市町村と共同で保険者になる制度設計は、医療システムの根幹に関わる動きです。その他、「都道府県が医療費目標値を設定」や「さらなる給付縮小・負担増の検討」も注目されます。

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1700億円、29年度以降は毎年約3400億円）
- 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に、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）

図1 医療保険制度改革の動向について（出典 厚生労働省ホームページ）

国民皆保険制度が抱える問題への受保連の取り組み

日本では、すべての国民が公的医療保険で保障され、少ない自己負担額で高度な医療を受けることができます。この制度を維持するため、国民の医療費は、約5割を「保険料」という形で主に国民が負担し、約4割を公費（国や地方自治体に納めた国民の税金など）で賄い、残りの約1割分を実際に医療を受けた人々が負担しています（図2）。つまり、現在のように疾病を患っても少ない自己負担額で医療が受けられるのは、医療を受けていない国民の負担によって成立しています。

一方で、医療技術の高度化や医療を必要とする人の増加などにより、日本の国民医療費は右肩上がりの増加傾向にあり、国民所得に対する国民医療費の割合も年々増加しています（図3）。そして、医療費の財源である保険料や公費の不足という問題にも直面しています。

言い換えれば、国民が支払う保険料や税金などでは医療費が賄いきれなくなり、現行のままで公的医療保険制度の存続が危ぶまれることを意味しています。

「日本の公的医療保険制度をこれからも維持するために、医療資源（ヒト、モノ、カネなど）をどのように配分すべきか」—この問いについて様々な立場の人（医療を受ける人・その人を支える人・医療を提供する人など）が共に考え、医療の価値を目に見える形で示していくことが、受保連設立時からのねらいでした。その具体的な活動の第一歩として取り組んだのが、在宅医療を受ける人やその家族に尋ねた医療経済に関する意識調査です。今回は、その調査結果をご紹介します。

受保連による研究報告

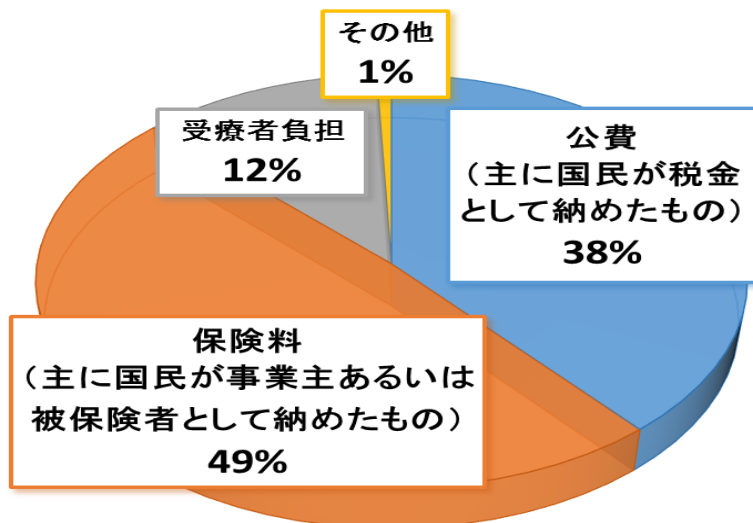
在宅医療を受ける人や家族に尋ねた医療経済に関する意識調査

調査は平成25年7月～8月に実施し、関東地域で在宅医療を受ける人とその家族のうち、255名（20～80歳代、男性34%、女性64%）から回答を得ました。「在宅療養に係る費用について現状と比較して誰の負担をどのくらい増減させるのがよいか」、「医学的に不要と判断された往診に対して1回あたりいくら位まで自己負担するか」など、望ましい費用負担の在り方について尋ねるものでした。

中でも最も注目すべきは、「75歳以上の後期高齢者となった際に、財源不足が理由で公的に提供される医療に何らかの制限が必要となった場合、どのような制限なら受け入れられるか」という問いです。

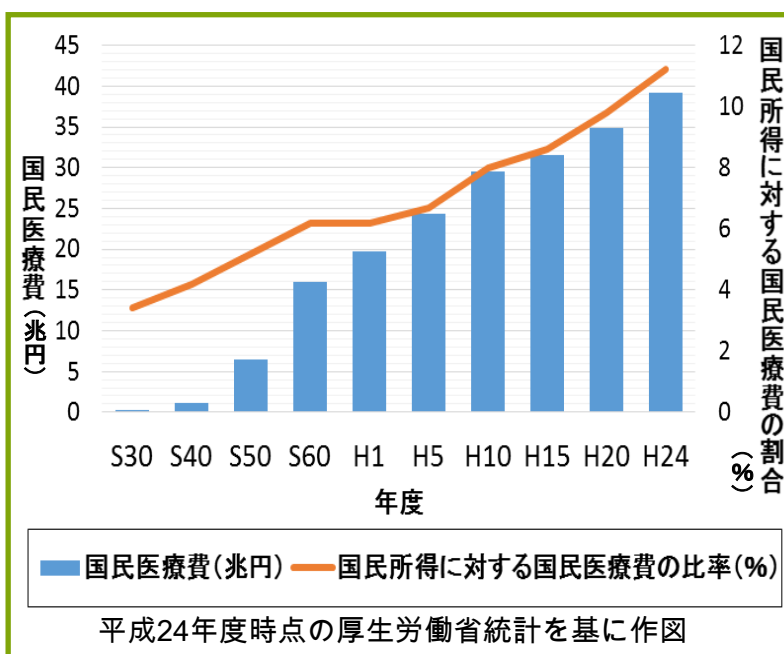
在宅療養費用の資金（貯蓄、保険、不動産など）を準備しているか否かに関わらず、最も多くの方が回答したのは、自己負担の増加を許容することを意味する「給付額の制限」であり、回答者全体の45%を占めました。その一方

日本の医療費の多くは国民が負担



平成24年度時点の厚生労働省統計を基に作図

図2 国民医療費の負担構造



平成24年度時点の厚生労働省統計を基に作図

図3 国民の医療費負担の推移

で、自己負担の増加を拒否する意向を示す「財源を確保して現行通りを望む」を選択した人も34%いました。また、治療内容や治療回数の制限を受け入れるという回答をした人も、それぞれ3割弱ほどいました。

これらの結果から見てきたのは、「医療を受ける人や家族の揺れ動く心」です。公的医療保険による医療を持続的に受けるにあたり、「できるだけ自分の負担を抑えたい」という思いと「医療制度を守るためには何らかの負担増加を想定しなければならない」という気づきの間で、気持ちが揺れ動いている様子が推察されました。

日本の公的医療保険制度の存続のためには、現行のままではいけない、何らかの工夫を皆で考えなければならぬ。今回の調査を通して、回答者や調査結果を目にした人々が、各々に問題意識や関心を持つきっかけとなればよい、そして、こうした機会を今後も作っていきたいと受保連は考えます。

今回ご紹介した調査の報告書『臨床現場（患者・家族）の医療経済に関する調査報告-最終報告サマリ-』は、受保連公式ホームページの「研究成果」内に掲載しています。

活動報告

受保連第五回セミナーの開催（2015年7月2日、ベルサール八重洲）

「低侵襲心臓血管治療の現状と将来－医療経済効果からみたTAVIの有用性－」というテーマのもと、倉谷 徹氏（大阪大学）より 重症大動脈弁狭窄症患者に対する治療法として注目される「経カテーテル的大動脈弁植込み術（TAVI）」について話題提供がなされました。TAVIは、これまで外科的治療適応外となっていた高齢かつ手術困難な患者が治療対象になることや、患者の体への負担が少なく、在院日数が短い点などが患者にとっての利点として挙げられます。一方で、手術台と心・血管 X線撮影装置を組み合わせたハイブリッド手術室と呼ばれる環境が必要であることや、用いられる人工弁の単価が高額であることなどが、現時点でのデメリットと考えられます。参加者からの質疑応答を交えた活発なディスカッションでは、重症度や合併症リスク、認知症の有無、介護必要度などを考慮したTAVI適応判断基準の検討および長期的な経済的評価（費用対効果、QALYなど）の必要性が示唆され、人工弁など治療材料の更なる開発に期待すると共に、治療データの蓄積が求められました。

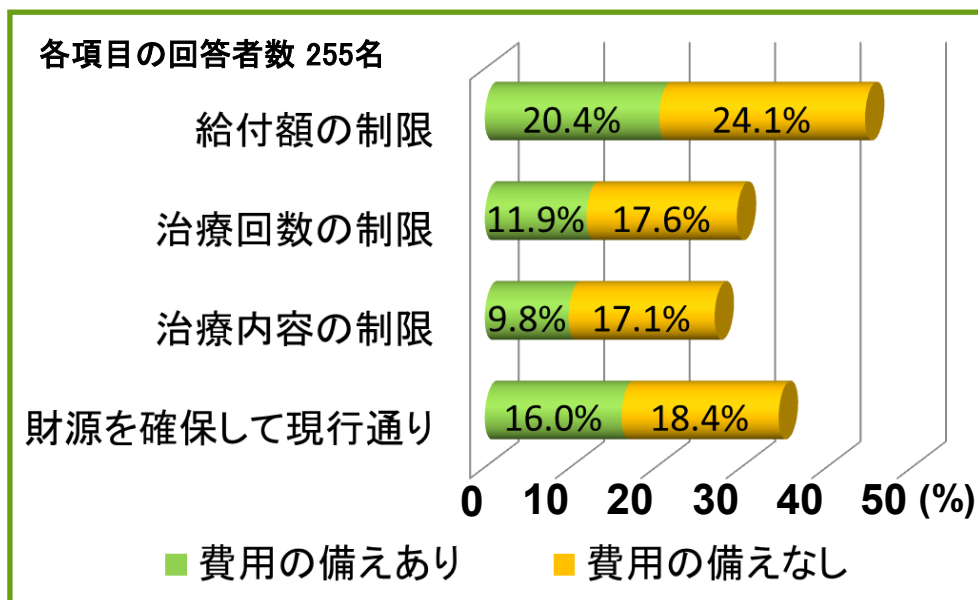


図4 75歳以上の後期高齢者となった時に財源不足が理由で公的に提供される医療に何らかの制限が必要となった場合に自分が受け入れられる制限

