第 12 回中央執行委員会／2014.9.19

医療保険制度改革に対する連合の考え方と今後の対応

１．はじめに

「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」（いわゆるプログラム法）にもとづき、医療保険制度改革の具体的な論点に関する議論が社会保障審議会医療保険部会で行われている。厚生労働省は、同部会において年内に論点整理を行ない、2015 年の通常国会に改正法案を提出する予定としている。

連合は同議論に向けて、「2014～2015 年度 連合 政策・制度 要求と提言」、「今後の社会保障制度改革に対する連合の対応（その１）」、「2015 年度 連合の重点政策」および連合「今後の被用者医療保険制度のあり方に関する検討会」での議論を踏まえ、以下のとおり医療保険制度改革の課題と具体的改革内容に対する考え方を整理し、今後の対応を進めていく。

２．医療保険制度改革にあたっての基本的な視点について

（１）皆保険制度の維持に向けて

○ 急速な高齢化や医療の高度化などにより、国民医療費は毎年約 1 兆円増加しているが、誰もが全国どこでも安心して質の高い医療を受けられることが必要である。

○ 医療保険は、強制加入とされ、保険料が徴収されているがこれは、逆選択を防止し、「保険給付を受ける被保険者をなるべく保険事故を生ずべき者の全部とし、保険事故により生じる個人の経済的損害を加入者相互に分担すべきもの」とされている。このことから、国民皆保険の堅持と持続可能な医療保険制度の確立が不可欠である。

○ 保険には、個々人の加入者が支払う保険料が、その受け取る給付の期待値と同額になるという原則があるが（給付対反対給付の原則）、社会保険においては、高所得者から低所得者への所得再分配が行われていることが重要である。

○ なお、国民健康保険には財源の 6 割以上の公費が投入されてはいることについては、これによって社会保険の性格としての「保険料と保険給付を受け得る地位との牽連（けんれん）性が断ち切られる」ものではないと判示されている（国民健康保険料賦課処分取消等請求事件（旭川市国保条例事件）2006 年 3 月 1 日最高裁判決）。

○ 医療保険における組合健保、協会けんぽ、国民健康保険の分立は、集団内の連帯にもとづく仕組みや、集団員の公平感や納得感の下、保険集団による自律的、積極的な運営によって、保険者機能が発揮され、それによって国民医療費の効率化や健康増進というメリットが生じている。しかしながら、保険者によって、加入者の年齢構成、所得の違いなど、構造的に抱える財政リスクの解消と、負担の公平性・納得性の確保が重要となっている。制度改革に向けては、国、自治体、保険者、事業

主、加入者で、被用者保険と地域保険の 2 本建てによる社会保険制度を支え合う社会連帯の考え方を基本に置き検討すべきである。

○ 同時に、週 20 時間以上働く短時間勤務者へ確実に適用させるとともに、すべての雇用労働者に社会保険の原則適用を推進する必要がある。

（2）保険者機能の発揮に向けて

○ 保険者自身による加入者の健康維持･増進と医療費適正化への努力も欠かせない。医療保険制度改革の検討では、保険者機能（※注１）を積極的に推進できる運営を確保することが重要である。

○ しかし現在、被用者医療保険においては、高齢者医療への支援金・納付金が財政の約 5 割を占め、保険者の財政硬直化が進んでおり、保険者による保険者機能の発揮を困難にしている。そのため、高齢者医療とその支援のあり方を検討する必要がある。

○ また、地域包括ケアシステムの実現に向けて、病院完結型の医療から地域で支える医療への転換が進められている。そのため、地域における質の高い医療の確保、医療費の適正化を含め、医療提供体制を保険者としても関与できる改革を実行すべきである。

（※注１）保険者機能については、厚生労働省委託事業「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究」において、①被保険者の適用・加入管理、②保険料の設定・賦課・徴収、③療養（費）の給付・支給、④健康管理・健康増進、⑤レセプト審査・支払い、⑥医療の質・効率性向上に関する医療提供側への働きかけ、という 6 つの主な役割に整理されている。

（3）高齢者医療をめぐる状況について

○ 後期高齢者医療の給付費は約 14.4 兆円（2014 年度予算ベース）と前年比約 4.3%増加し、同様に前期高齢者医療の給付費は 6.5 兆円で前年比約 6.6%増加と見込まれている。団塊の世代が 2015 年に皆 65 歳に達し、2025 年には 75 歳に到達する中、後期高齢者医療支援金、前期高齢者納付金は今後も増加し、保険料収入に占める拠出金・支援金の割合もさらに高まることとなる。

○ 連合は「2014～2015 年度 政策・制度 要求と提言」において、保険者機能が十分に発揮される仕組みとするため、被用者保険全体で退職者を共同で支える「退職者健康保険制度」（仮称）を創設し、給付と負担のあり方は被用者保険と共通のルール適用を原則とすべきことを求めてきた。

○ しかし当面は、現行制度を前提とした場合、社会連帯を基本に高齢者医療制度を支える考え方に立ちつつ、高齢者医療のあり方、後期高齢者医療制度、前期高齢者財政調整制度の財源および支援金・納付金のあり方について、検討する必要がある。

３．医療保険制度の具体的な改革項目に対する連合の考え方について

現在、プログラム法に沿って、医療保険制度の改革項目が、医療保険部会に提示されている。しかしその具体的内容・水準については不明な点が多いため、現時点において明らかになっている論点に対する考え方を示すこととする。
（※枠内には医療保険部会で示された内容を記載する。）

（１）医療保険制度の財政基盤の安定化について

① 国保に対する財政支援の拡充

【具体的内容】

・現在の赤字の原因や運営上の課題の分析を踏まえ、国保が抱える財政上の構造問題を解決するための効果的・効率的な公費投入方法の検討。

※財源として、今後、具体的な検討が始められることとなる後期高齢者支援金の全面総報酬割を導入した場合に生ずる税財源の活用について検討することを含め、予算編成過程を通じて確保。

・財政リスクへの制度的な対応、財政上の構造問題に着目した効果的・効率的な追加公費の投入などにより、法定外繰入の必要性を大幅に解消することの検討。

※市町村国保の構造的な問題：
（１）年齢構成の問題（①年齢構成が高く、医療費水準が高い）
（２）財政基盤の問題（②所得水準が低い。③保険料負担が重い。④保険料（税）の収納率低下。⑤一般会計繰入・繰上充用）
（３）財政の安定性・市町村格差の問題（⑥財政規模が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在、⑦市町村間の格差）

【市町村国保の現状】

○ 市町村国保には、無職者・失業者・非正規雇用労働者など所得水準の低い被保険者が多く加入しており、財政上の構造問題を抱えている。また、精神疾患の患者が被用者医療保険から市町村国保へ移行し、結果として、市町村国保における現役世代の１人当たり入院医療費を押し上げているという問題もある。

○ 一方、年齢構成で 65 歳以上高齢者の割合が多いという問題に対しては、対策としてすでに前期高齢者財政調整によって、被用者医療保険からの支援が行われてきた。

○ 小規模保険者の財政リスクを分散化する対策としては、2015 年度より高額療養費共同事業など財政措置が恒久化される。また、市町村格差の問題に対しては、格差を縮小するための保険財政共同安定化事業（保険料の平準化）や都道府県調整交付金（医療費水準や所得水準の不均衡の調整）の拡大が、2015 年度

より恒久化されるなど、一定程度、制度として確立しつつある。

【連合の考え方】

○ 財政基盤の問題として、一部の市町村国保の財政は、一般会計からの法定外繰入により単年度収支の均衡が保たれているという実態がある。中には、東京、神奈川、埼玉、愛知などの大都市を中心に、保険給付を賄うには不十分な低水準の保険料設定でありながら、決算補填を目的に法定外繰入が行われているとの問題指摘がある。これに対しては、本来、保険料の引き上げで対応すべき問題であると考える。

○ しかし、高い保険料負担率となっている県の中には、病床数が多いことなどにより医療費が高いために法定外繰入を行っている保険者もあり、この問題に対しては、地域ごとに医療費水準に差が見られる問題も含めた、総合的な検討が必要である。

○ また、低所得者が多いことや、被保険者が地域に広く点在して暮らしていることから、保険料の徴収においては、被用者保険と比較して、事務的な負担が大きいことも考慮すべきである。

○ 市町村国保は、国民皆保険の最後の砦であり、持続可能な制度としての確立が不可欠である。そのため、財政運営の安定化が不可欠であり、公費の追加負担について、検討せざるを得ない状況にあるが、より多角的な視点からの議論が必要である。

○ ただし、後期高齢者医療支援金の全面総報酬割は、被用者保険間の支え合いであることから、全面総報酬割を導入した場合に生じる財源を国民健康保険への財政支援の原資とすることには反対である。

② 国保の運営について、財政運営をはじ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、保健事業の実施など市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村との適切な役割分担をする方策

【具体的内容】

・財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、市町村による保険料の賦課徴収、保健事業、医療費適正化へのインセンティブが確保される仕組みとなるよう、事務の効率的な運営、被保険者の利便性、医療と介護の連携の確保等の観点も踏まえながら、都道府県と市町村との適切な役割分担を検討する（8 月 8 日に国と地方の「国保基盤強化協議会」が「中間整理」を取りまとめた）。

【連合の考え方】

○ 国民健康保険の保険者を都道府県とする方向で議論されているが、制度の安定的な運営のため、保険者機能の発揮、保健事業や、保険料徴収・医療費の給

付業務の円滑な遂行を可能とする体制を構築すべきである。

○保険料徴収に関して、都道府県には住民基本台帳や課税台帳など被保険者台帳のベースとなる基本情報がなく、それを整備する体制確保も難しいことから、都道府県による保険料徴収は実務的に困難である。さらに、住民との関係が市町村ほど密接でない都道府県が担うことで、収納率の低下が懸念される。

○ 保険料賦課基準については、市町村ごとに賦課基準が異なる中で、都道府県単位に適切な統一基準を設定することは困難が予想される。

○ 都道府県が保健事業を担うことは、実施体制の確保や加入者把握の観点から、困難である。またこのことによって、健診場所へのアクセスや健診率の悪化が懸念される。

○ 現金給付をはじめとする保険給付や保険証発行の業務については、加入者にとって利便性が悪化するなど、都道府県が担うことによる弊害が生じかねない。

○ ただし、財政面では、保険者の規模や所得水準などによる財政リスクの分散化をはかるとともに、都道府県医療計画など医療提供体制に対する働きかけを後押しする観点から、国と地方自治体の合意形成をはかり、円滑な運営を可能とする十分な移行期間を設けて、都道府県単位に広域化すべきである。

○ 以上のことから、財政のリスク分散など国保の最終的な財政責任は都道府県が担うこととし、実務は基本的に市町村や広域連合が担うことをベースに検討すべきである。

③ 協会けんぽの国庫補助率や高齢者医療の費用負担のあり方

【具体的内容】

・2015 年度以降の協会けんぽの国庫補助の水準について、プログラム法の規定などを踏まえ検討。
・高齢者医療の費用負担に関し、増大せざるを得ない高齢者の医療費をどう分かち合うか。

【連合の考え方】

○ 公的医療保険制度の持続可能性を確保するとともに、保険者機能を十分に発揮できる制度設計とし、協会けんぽへの国庫補助率を引き上げるべきである。

（２）医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保について

① 被用者保険等保険者に係る後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

【具体的内容】

・後期高齢者支援金の負担方法を、全面的に各被用者保険者などの総報酬に応じた負担することについて、プログラム法の規定などを踏まえ検討。

＜後期高齢者支援金＞

・負担の平準化を図る観点から、被用者保険者間で全面総報酬割とすることについて、どう考えるか。

・全面総報酬割を実施する際には、どのような点をあわせて検討する必要があるか。

＜前期高齢者納付金＞

・団塊世代の影響により、当面、前期納付金の急増が見込まれること、保険者ごとに見れば大きな負担となる場合があることなどについて、団塊世代がその後、後期高齢者になることなども踏まえ、各保険制度の運営の安定を確保する観点からどのように考えるか。

・個々の保険者の負担が過大にならないようにするため、現在、全保険者による負担調整、被用者保険者に対する円滑化補助金などの方策がとられているが、これらをどう考えるか。

【連合の考え方】

○ 「２.」の基本的な視点で触れたように、医療保険における組合健保、協会けんぽ、国民健康保険の分立は、集団内の連帯にもとづく仕組みや、集団員の公平感や納得感の下、保険集団による自律的、積極的な運営によって、保険者機能が発揮され、それによって国民医療費の効率化や健康増進というメリットが生じているという考え方によるものである。

○ 一方、こうした分立する被用者保険の加入者は、退職後に市町村国保や後期高齢者医療制度に移行しているため、制度間を超えた支え合いの仕組みとして、後期高齢者支援金の拠出と前期高齢者財政調整が行われている。しかし、今後ますます高齢化が進行する中、現行の仕組みでは持続可能な医療保険制度を維持することは困難である。

○ 社会保険の所得再分配機能や、2016 年施行の短時間勤務労働者への適用拡大を踏まえ、後期高齢者支援金について、総報酬割を 3 分の 1 から拡大することや全面総報酬割の検討が求められている。

○ 総報酬割の拡大については、

・公的医療保険は、社会保険であると同時に社会保障であり、所得再分配の仕組みが含まれる。

・支援金を加入者割する仕組みでは、短時間労働者への社会保険の適用拡大

によって、所得水準の低い保険者の負担がますます重くなる。

・これ以上の負担を所得水準の低い人に強いることのないよう、働く者の代表である連合として総報酬割の導入を打ち出すべき。

という意見が出された。一方で、

・高齢者医療に対する支援金・納付金の増加により、社会保険でありながら給付と負担の対応関係が不明確になりつつある。

・医療保険の給付は保険料に比例せずフラットであることから、所得に比例した保険料は必ずしも社会保険に馴染まない。所得水準の違いなどリスク構造による格差の縮小は公費で対応すべき。

との意見も出された。

また、さらに以下のような課題への対応も必要である。

・多剤投薬、頻回受診、長期入院の是正など、高齢者医療の適正化は不十分である。また、病床数の違いを背景に都道府県別医療費の差が大きい。これらの改革が不十分なまま、現在の高齢者医療費の伸びを前提に、被用者保険から支援金・納付金の負担を求めることは、納得できない。

・景気回復基調にあるとは言え、多くの生活者が景気回復を実感するには至っていない。これまでもそれぞれの組合健保は財政効率化に取り組んできた。このような状況にあって、保険者の約 65%は、全面総報酬割が組合員の保険料引き上げに直結するため、十分な検討期間が必要。

そのため、総報酬割についてさらに議論を進め、医療保険部会の議論を見極めて意見集約をめざす。

○ また、後期高齢者医療支援金を全面総報酬割とした場合に生じる財源を、国民健康保険への財政支援の原資とすることには反対である。生じる財源の配分先については、被用者保険の中で活用すべきである。

② 所得水準の高い国保組合への国庫補助の見直し

【具体的内容】

・国保組合は、同種同業の者を対象に国保事業を行うことができる公法人であり（2012 年度末現在、164 組合、被保険者約 302 万人）、被保険者の所得水準にかかわらず、医療給付費などへの国庫補助（32%）が投入されている。

保険料について、国民の負担の公平をはかる観点から、「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」について、どう考えるか。

【連合の考え方】

○ 被保険者の所得水準が高い国保組合に対しては、国庫補助を廃止する方向で見直す一方で、所得水準の低い国保組合に対しては、一定の国庫補助を行うべきである。

③ 被用者保険の標準報酬月額の引き上げ

【具体的内容】

・標準報酬月額の等級は、5.8～121 万円まで 47 等級あり、最高等級該当者の全体に占める割合が 1.5%を超えた場合に、政令で等級を追加できることとされている（2012 年度末現在、最高等級該当者の割合は 0.95%）。

国民会議報告書やプログラム法の規定では、世代内の公平をはかる観点から、標準報酬月額の上限や国民健康保険料の賦課限度額の引き上げについて検討を行うこととされているが、どのような見直しが考えられるか。

【連合の考え方】

○ 医療保険制度の給付額は、保険料負担に比例していない中で、政令による上限改定の条件を満たしていない場合に、法改正をしてまで上限を引き上げることには慎重に考えるべきである。

（3）医療保険の給付対象となる療養範囲の見直しについて

① 医療提供施設相互間の機能分担を推進する観点から外来給付の見直し、および在宅療養との公平性確保の観点から入院給付の見直し

【具体的内容】

・紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担のあり方をどう考えるか。

・大病院の範囲、対象患者の範囲をどうするか。
・療養に要する費用に加えて追加的負担を求めるかどうか。
・負担額の水準はどうするか。
・高額療養費の対象に定額負担を加えるかどうか。
※パターン 1: 初再診料相当の保険給付を患者負担とする。
※パターン 2：一定額の保険給付を患者負担とする。
※パターン 3: 保険給付範囲は縮小せずに、一定額の新たな患者負担を上乗せする。

・在宅療養との公平を確保する観点から、入院時食事療養費の調理費相当分を自己負担にすべきかどうか。

【連合の考え方】

○ 紹介状なしで大病院を受診する患者に定額の追加的自己負担を求めることは、医療機関の役割分担をいっそう推進するため、やむを得ない。ただし、保険の給付範囲の縮小には賛成できない。

○ また、紹介状のない患者に対して選定療養費を請求できる既存の仕組みとの

関係を整理する必要がある。同時に、初期医療や主治医機能を担う「家庭医（仮称）」の認定制度を構築し、患者が安心して受療行動を変えられるような環境整備を行うべきである。

○ 入院時食事療養費に係る自己負担割合の引き上げについては、一律に見直す必要に迫られた状況にあるのかどうか、実態も含め調査することが必要であり、拙速に議論を進めるべきではない。

② 新たな保険外併用療養として「患者申出療養制度（仮称）」を創設。

【具体的内容】

※「規制改革実施計画」（6.24 閣議決定）の内容

・患者の申出を起点として、医薬品の適応外使用や未承認医薬品の使用などについて、迅速に保険外併用療養として使用できるようにする。

・前例がない診療については、臨床研究中核病院を通じて国が申請を受け、原則 6 週間以内に国が判断する。

・前例がある診療については、臨床研究中核病院が申請を受け、原則 2 週間以内に臨床研究中核病院が判断する。

・当該診療を行う医療機関については、臨床研究中核病院が一定の要件を満たす協力医療機関をリスト化し（随時追加）、患者が身近な医療機関で診療を受けられるようにする。

【連合の考え方】

○ 必要かつ適切な医療は基本的に保険診療で行うことを基本とし、「保険外併用療養費」は、患者の安全性の確保を最優先し、安易な拡大を行うべきではないが、当初、規制改革会議で提起されたような、いわゆる「混合診療」の全面解禁には反対である。今後、「患者申出療養制度（仮称）」の詳細が明らかになった後に連合の考え方を整理することとする。

③ 現金給付の見直し

【具体的内容】

・傷病手当金および出産手当金：

休業前の標準報酬日額を基礎に支給額が決定される仕組みであるため、休業直前に標準報酬を相当高額に改定し、高額な手当金を受給することが可能となっているが、不正受給対策として、どのような制度の見直しが考えられるか。

【連合の考え方】

○ 傷病手当金の支給状況は、近年、「精神及び行動の障害」を理由とする支給

が最も多く、支給日数・額とも増加傾向にある。この問題に対しては、2011 年 12 月の「心理的負荷による精神障害の認定基準」にもとづく労災認定が着実に履行されているのか確認する必要があるとともに、職場におけるメンタルヘルス対策の強化など、精神疾患を未然に防ぐ総合的な対策が必要である。

○ また、不適切な受給への対策として、過去の一定期間の標準報酬月額の平均額にもとづき、傷病手当金および出産手当金を支給するよう見直す必要がある。

○ 一方で、傷病手当金や出産手当金は、「収入の喪失または減少を来たした場合に、これをある程度補てんし、生活保障を行う」ことも目的とする法定給付であり、不適切な受給への対策として、傷病手当金、出産手当金の支給額上限を引き下げることや、加入期間の要件を設けることには、反対である。

○ 同様に、資格喪失者に対する傷病手当金、出産手当金は廃止せず維持すべきである。

＜主な支給要件＞

※傷病手当金：退職時に支給を受けている、支給を受けられる状態にある場合。

※出産手当金：　同上

以　上