

## 国保財政とジェネリック医薬品

公益社団法人 国民健康保険中央会  
野島 康一

厚生労働省主催の「後発医薬品使用促進ロードマップ検証検討事業」検討委員会(委員長:武藤正樹国際医療福祉大学大学院教授)に委員として参加させていただいており、この3年間、委員の皆様方の活発なご議論の中で、現在のジェネリック医薬品の開発、生産、流通、使用の状況を勉強させていただきました。

私はかつて厚生省(現厚生労働省)に長く勤務したことがあり、かなり昔ですが薬務局経済課(現医政局経済課)というセクションで医薬品の流通や医薬品産業の振興に係る業務を担当していたことがあります。当時を思い起こすとジェネリック医薬品に関してはまだ、そのような呼び名はなく、残念ながら好ましからざる俗称で呼ばれていたことなどを思い出します。その当時(30年以上前)とは隔世の感のあるジェネリック医薬品の品質、生産体制・供給体制の向上といった状況が冒頭の委員会での議論の中で示され、認識を新たにさせられた次第です。もっとも本ニュースをお読みの方々からは、今頃何を言っているのか、とお叱りを受けるとは思いますが…。

私事に属する話はともかく、現在私が所属している国民健康保険中央会は各都道府県にある国民健康保険団体連合会、これは国保や後期高齢者医療、介護保険などの保険者のための事業を行う公法上の組織ですが、その事業を支援するための組織です。詳細な業務内容は控えますが、市町村等の国保保険者などが事業を行う上でのインフラの整備や厚労省との各種窓口や制度改正提案などを行っています。

さて、この国民健康保険制度、国民皆保険制度の要であり、その最後の拠り所としての機能を果たすために昭和36年に現行制度がスタートしてから既に半世紀以上が経過しました。当初は農林水産業、自営業者等が主体の制度でしたが、これまでの社会経済情勢の変化などにより大きく様変わりしています。世帯主の職業別で最も多いのは無職であり、(非正規)雇用者がそれに続きます。また平均年齢は50歳超、所得階層で見ると年収がゼロから百万円未満が5割超であり、一方ひとり当たりの医療費は年齢構成が高いことなどにより協会けんぽの2倍といったといった保険制度としては極めて脆弱な状況に至っています。

もともと被用者保険と違い事業主拠出が期待できないこともあり、多くの公費投入を行うことが制度設計上の前提でしたが、近年ではそれにとどまらず、赤字補填のための市町村一般会計からの繰入れが年間三千億円にも上る状況が続いています。

このような状況を打開すべく、平成27年に国保法等の大改正が行われ、今年の4月から新たな仕組みが



スタートしました。最も大きな変更点は保険者が変わったことです。保険制度にとって保険者は最も基本的な要素ですが、これまでの市町村に加え(代わりではありません)、都道府県も保険者となり、主として財政責任は新たに加わった都道府県が担うことになりました。

本ニュースをお読みの方で国保の被保険者の方はあまり多くないかもしれませんが、この夏新たに加入者の手元に届いた被保険者証をご覧になると、〇〇県国民健康保険被保険者証などとなっていることがおわかりかと思います。従来は、保険者名△△市などとなっていたはずで、(県単位の制度になったので今後は県内の住所移転であれば国保の資格は喪失せず継続します)

財政責任を都道府県が担うといっても、これまでの赤字体質のままの市町村国保をそのまま引き受けるはずはありません。今回の大改正の二つ目の柱は、公費による支援の大幅拡充で、新たに毎年三千億円以上の公費が追加投入されることになっています。

原資の半分は前回の消費税引上げによる増収分から、残りは後期高齢者医療制度への各保険者からの支援金の拠出の算出方法の変更(全面総報酬割化)に伴う国庫補助の減額分から賄う(変更に伴い負担の減る協会けんぽへの国庫補助金減額分の一部を国保へ振り向ける)ことにより実現しています。

後者については、特に負担の増える健保組合の皆様方から、国保を助けるために自分たちの負担が増えるのは理屈が合わない大変な批判がありましたが、そう思われるのは当然のことかも知れません。もちろん外部の人間として厚生労働省がどういう政策判断をされたかはわかりませんが、このような批判を想定しつつも国保の財政安定化を図ることが喫緊の課題であったということは確かだということだと思います。

三千億円以上の公費という規模は、これまで全国の市町村が一般会計から赤字補填のために毎年繰り入れてきた金額にほぼ相当しています。

さて、都道府県が財政責任の主体として加わり、公費の大幅投入がなされるという改正がスタートしました。しかしながら、これによって国保加入者の属性、つまり高齢、低所得、高医療費といったものが変わるわけではなく、今後の人口の高齢化、産業構造の変化等により、その傾向がより顕著になっていくことは容易に予想されます。

そこで医療保険制度にとって最大かつ永遠の課題である医療費適正化です。その徹底を図ることがより強く求められますが、それでは医療費適正化を進める上で今回の大改正はどのような意味を持つのでしょうか。

今回の改正で国保の財政運営は主として都道府県が担うことになりましたが、それにとどまらず都道府県は管内の国保の統一的運営方針を定め、これに基づきこれまで市町村ごとにまちまちだった制度運営を中長期的に平準化していくことになりました。

ジェネリック医薬品の使用促進など医療費適正化への取り組みなども市町村ごとにまちまちな状況を、今後は都道府県がリーダーシップをもって底上げしていくことが期待されます。そして、このような市町村への指導という側面だけではなく、都道府県が国保の財政責任の主体となったことには別の積極的な意味づけもできると思います。



つまり都道府県は医療法に基づく医療計画や地域医療構想の策定推進主体であり、地域の医療供給体制の整備等に係る責務を負っているという側面との関係です。もちろんこれらの仕組みは医療費適正化を目的とするものではないことに議論の余地はありませんが、ご承知の通り医療というサービスの性質上、供給が需要を喚起する側面があり、供給体制が地域の需要に即したものとなることにより結果として医療費の適正化に資することとなります。

また都道府県は今年度から第三期がスタートした医療費適正化計画の策定推進主体でもあり、第三期の計画ではジェネリック医薬品の普及(80%)なども含まれていますが、都道府県は保険者や医療関係者と連携を取りながら医療費適正化計画の実現に向けた施策を展開していくこととなっています。

このような医療供給体制に係る責任、医療費適正化計画の推進主体である都道府県は、今回、国保の財政責任の主体である保険者にもなりました。都道府県には可能なあらゆる手段を講じて医療費適正化の推進を図るインセンティブが加わったというべきでしょう。これらの仕組みを実効あるものとするため、ぜひ都道府県内の組織連携が進むことが期待されます。

以上、今回の国保制度の大改正による都道府県の権限・責任と医療費適正化にまつわる話をまとめてみましたが、本ニュースの読者の方々には周知の事実だったかもしれません。繰り返しになりますが、医療費適正化は医療保険制度にとって永遠の課題であり、あらゆる手段を模索して実施していく必要があります。ジェネリック医薬品の使用促進は即効性のある手段でもあり、今後は各都道府県のリーダーシップの下、強力に進めていただきたいと強く希望しています。

日本ジェネリック製薬協会の皆様におかれては、これまでも医療関係者や行政、保険者といった方々に対しジェネリック医薬品使用促進にかかる普及、啓発、要望等を展開されてきたと思います。敬意を表するとともに今後のさらなるご尽力を期待いたします。