

ヒューマンケア通信 (Vol.10 H23年4月1日)

= 医療保険者の都道府県単位と機能強化 =

今回は、読者の方からあった下記の問いかけについて 私の考えをまとめてみました。

国保、政管・・・と保険者が乱立している一方で、保険証があれば全国どこの医療機関も受診できるというのは、国民視点で考えれば利便性は高いが、保険者機能という点からは受診抑制や予防事業の強化、ひいては保険者と医療機関との契約過程での医師の偏在化是正などができていない問題があると思う。極論をいえば、国保だけがあればいいのではないかと。こうした点での考えを聞きたい。

<日本の医療保険者の状況>

日本では、その働き方により、ほぼ自動的に右表のいずれかの制度に強制的に加入することになります。日本の保険者単位は、基本的には、職域等で区分され、その後は地域単位で区分しています。

日本全体で約3,600の保険単位、単純平均で1保険単位で3.5万人の規模です。特に町村国保は、人口減少、高齢化で危機的な保険者が増えたとされています。

同じ保険者制をとるドイツ（国民皆保険ではない）では、8千万の人口で、疾病金庫（保険者）の数は200

～300です。フランスでは、6千万の人口で、被用者一般制度の初級疾病金庫は行政区画の県（96）単位で構成されています。1保険単位で概ね30万～40万人の規模と考えられ、日本の10倍の規模です。ドイツでは、この規模を3～4倍とすることが望ましいとする政府の考え方もあります。

一方、日本の保険者の機能は、他国より限定的といわれており、保険契約の相手方である医療機関の選定、支払診療報酬の額、医療機関の不正経理のチェックなどは、日本では国の業務（ドイツ、フランスなどは、当事者の自立原則に基づき、保険者と医療機関の合意等で実施されるものが多い）とされています。実質、日本の保険者に期待されているのは、健診事業、レセプト（医療機関の医療費にかかる請求書）チェック等に限定されていますが、多くの保険者では、こうした役割は、規模や専門性の限界のため、十分に実施されておらず、いわば保険料を集め、医療費を支払うだけの「資金団体」と揶揄する声もあります。

<なぜ 都道府県単位なのか？>

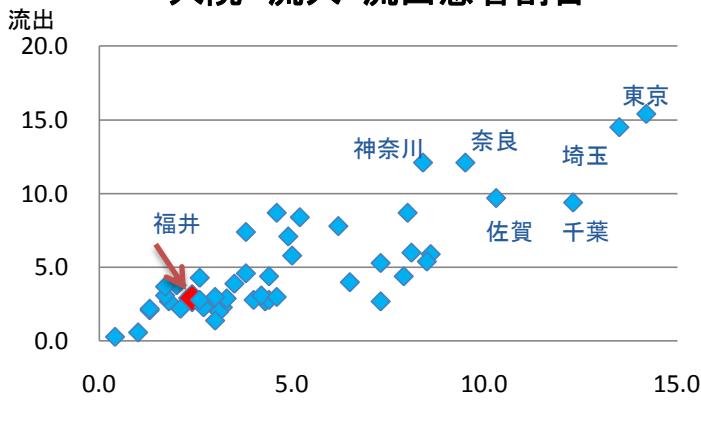
廃止すると決めたものの、成案がまとまらない高齢者医療制度の見直しで、国民健康保険を都道府県単位とすることが指向されていますが、なぜ都道府県単位なのでしょう？

厚労省案を見る限りは、財政的な理由＝小規模は保険運営上不安定という点に限られています。単純計算すれば、現在1保険者平均で約2万人の規模が、80万人の規模（後期高齢者を加えると100万人）に拡大します。しかし、実際は、現住の東京では国保加入者数（市町村のみ）は384万人（後期高齢者を加えると498万人、地元福井では19万人（同じく40万人）と20倍の格差が、後期高齢者を加えると10倍の格差があります。規模だけ考えれば、国保も昔の政府管掌健康保険のように、国一つの制度のほうが良いはず。

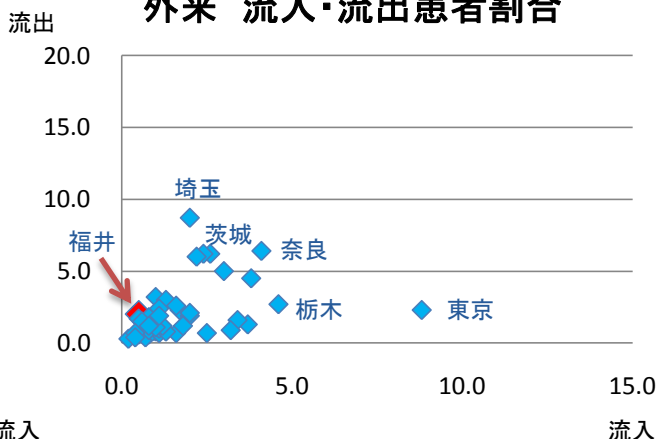
現在の政府案を考えている方の発想は不明ですが、後期高齢者医療制度等の骨子を考えていた時代の都道府県単位の発想は次の通りです。

保険制度	保険者数	加入者数
国民健康保険	1,953	3,900万人
全国保険協会	1（47勘定）	3,500万人
健康保険組合	1,497	3,000万人
共済組合	77	900万人
後期高齢者医療制度	47	1,300万人
日本全体	3,575	12,600万人

入院 流入・流出患者割合



外来 流入・流出患者割合



このグラフは、2005年の患者調査による都道府県別の流入・流出の患者数（2008年の調査では調査項目からなくなっています・・・）の推計値です。流入・流出が大きいのは、東京・大阪等の近郊の県であり、なぜか、救急搬送に時間を要する地域、医療崩壊等して紹介される県（母子搬送が話題となった奈良）と重複しています。

医療は地域性が強いということの裏返しかもしれません。例えば入院では、埼玉、千葉、神奈川から東京の急性期病院に入院し、その後、地元の病院に転院してリハビリ等を受ける入院形態を想定すると、これら4県の流入・流出は大きいことが理解できます。こうした大都市圏では、医療提供は県域を跨いで広がっていますが、他の地域では、概ね出入りも少なく一つの都道府県でまわっていると考えられます。

当時の発想は、こうした医療単位と保険単位のサイズをあわせて、その枠組みの中で、保険者側と医療提供側の協議・自治により、地域医療の見直しを進められないかというものでした。

市町村国保に限っていえば、1次医療圏（身近な医療を提供する医療圏＝市町村）と保険単位は揃っているのですが、実際の患者の動きは、医療連携の強化で、1次医療圏ではなく、2次医療圏（特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏＝複数の市町村で構成・現在全国で400か所超。地元福井は4圏域に区分）又は3次医療圏（最先端、高度な技術を提供する特殊な医療を行う医療圏＝都道府県）に広域化しており、規模の利益を活かした財政安定の理由に加えて、広域化する地域医療＝地域保険の発想で保険単位を拡大するというものです。

理論的には、

- ① 都道府県の規模が違いすぎ、東京等の大規模都道府県では大きすぎて、本来求める地域単位の取り組みは難しいのではないか
- ② 地域保険の単位として30万人程度の規模であれば、事務管理、統計分析等も含めて現実的な規模であり、ガバナンスの利いた運営ができるのではないか

等の面から、都道府県単位より、2次医療圏単位のほうが適切と考えていましたが、実際上の問題として、当時、全国1単位の政府管掌健康保険を400以上の勘定を区分することは非現実的であり、また、400以上もの専門集団を育成するのは難しいことから都道府県単位としたものです。

個人的には、当時進み始めていた市町村の「平成の大合併」に期待しており、全国の基礎的自治体が300～400程度にまとまるのであれば、医療保険制度運営の基礎も変わり、この新基礎的自治体に任せることを基礎に、再構築可能かと思っていましたが、残念ながら1,800を超える数が残ってしまい、日本の医療保険者の状況を変えるようなものにはなりませんでした。

<地域単位の保険集団を何で構築するか？>

医療保険に関する現在の保険集団を概ね区分すると下記ようになります。医療保険の保険集団を複雑にしているのは、公務員保険集団の複雑さ、特に地方公務員です。現在、総務大臣の片山氏が、地方公務員は国保に加入するくらいでないと、国保の問題は解決しないとの発言もありました。

都道府県単位	協会健保（中小企業）、市町村職員共済組合（公務員）、後期高齢者（年金受給者）、東京都職員組合、一部の健保組合等
市町村単位	国保（自営業、年金受給者）、指定都市共済職員組合等
全国単位	国家公務員共済組合、地方職員共済組合（道府県公務員）、警察共済組合、公立学校共済組合、健保組合等

さて、ご指摘のあった都道府県単位国保に一本化するとした場合に、何が問題になるかを考えます。この一本化に対して、一貫して反対しているのは、被用者保険側（経済団体・労働団体）です。その主張は、「保険集団の連帯」「保険料課税標準の違い」「所得補足率の違い」に集約されます。

① 保険集団の連帯

ドイツ、フランス流の、当事者自治を前提とした保険者制で強調される考え方です。私の理解は、自治的な保険運営を行う以上、その集団には連帯感が必要という意味です。極めて哲学的な考え方ですが、ドイツ・フランスでは、これを実践する形態として、企業単位の保険集団は少なく、産業別の労働者集団、地域別の労働者集団が中心です。

日本の健保組合は、「連帯」と言っても、ほとんどが企業単位で、企業の福利厚生 of 延長線で留まっているとともに、近年では、雇用の流動化が進み、企業内でも連帯の観念は薄れています。個人的には、今や職域連帯より、地域連帯・世代間連帯の時代と思います。

② 保険料課税標準の違い

確かに現時点では、被用者保険者は標準報酬（＝収入）、国民健康保険は課税標準（＝課税所得）となっていますが、これは制度変更を行えば足りることであり、第6回で お話したような「夫婦で所得を分けて課税・保険料負担」という方式にすれば、企業サラリーマンにも適用することは可能です。今でも、所得税、住民税は、サラリーマンは源泉徴収ですので。

③ 所得捕捉率の違い

これも根強い反対の理由です。サラリーマンと自営業の所得捕捉の違いです。私も自営業の一員となりましたが、確かに、事業に伴う経費の計上などサラリーマン時代からみると面食らうこともありますが、特に税の面で捕捉率が低いとはあまり感じません。サラリーマンの配偶者控除や被扶養者による負担軽減措置等のほうが有利とも考えます。

しかし、考えてみるに、この捕捉率が違うという主張は、今の所得税、住民税が不公平という主張だと思いますが、以前これを強く主張していた労働組合の皆様も今や政権側の立場ですので、ぜひ、不公平のない形に税制や捕捉制度を整えていただければ、解決すると思います。

納税者番号・社会保障番号の共通化が実現できれば、この問題は解消するでしょう。

さらに、制度運営面でみると「誰が保険料徴収するのか」「事業主負担と公費負担」「滞納等があった場合の財政責任」という問題があります。

④ 誰が保険料徴収をするのか？

地域保険をベースとすると、徴収できる能力があるのは市町村だけです。国民年金の保険料徴収事務を市町村から国直轄に変えて、徴収率が低下したこともその一例です。都道府県民税も結局のところは、市町村民税に上乘せして一括徴収しているだけで、徴収の実力はありません。

後期高齢者医療制度を含め、どのような仕組みとしても、市町村抜きに地域保険が成立する余地はありません。この意味で、高齢者医療制度の厚労省案が、都道府県を保険者にとすると明記していないものと考えます。保険料徴収は保険者の仕事なので、都道府県を保険者にとすると市町村の徴収機構を活用できなくなるからです。

その意味で、もし新制度が実施されても今の後期高齢者医療制度の広域連合と実は大差のない運用実態になるはずです。

⑤ 事業主負担と公費負担

被用者保険では個人保険料を個人と事業主で折半し、国保では個人保険料だけです。

したがって、現状では、被用者保険料×1/2≒国保保険料となっていますので、どのように共通の保険料を設定するかという問題になります。

事業主分を保険料とせず外形標準課税として徴収する方式と、国保保険料を2倍の水準にして個人と市町村が折半（当該市町負担分は、現在の国保国庫負担＝5兆を地方交付税に振替えて裏打ちする）する方式等が考えられます。いずれも技術的には可能ですが、政治的に合意できるかは不明です。

⑥ 滞納等があった場合の財政責任は？

これも制度運営面では重要な問題です。被用者保険では、まず生じませんが、地域保険では必ず生じます。特に、制度が一本化されると、負担能力があるとされるサラリーマンの保険料に安易に転嫁される可能性があります。

これは保険者に対する信頼の問題でもあり、滞納等がやむを得ないものと加入者が納得できるのであれば全体に転嫁されても文句はなく、納得できなければ徴収義務者等が一定の負担をするということになり、この場合はルール決めができるか？ということなのです。

以上のように、国保に一本化することは、いくつかの制度の条件を整えれば、技術的には実現可能と考えますが、最終的に実現するかどうかは、被用者保険側、特に労働者側＝労働組合の合意形成が可能かという点に尽きます。

高齢者医療制度の見直しで、経営者団体・労働者団体は、現在の負担が限界と主張されていますがドイツ・フランスと比較すると、現状では、2/3くらいの保険料率水準で留まっています。国保一本化すると、この国際比較では低率の保険料水準が、確実に上がることになり、現状では合意は難しいでしょう。**国公労、自治労、連合等の関係者が、既得権を捨て自己の負担率を上げてでも、本気で医療制度を支えるという意識になれば可能性はあります。**

<保険者を行政機関にして うまく行くか？>

高齢者医療制度や国保再編等の地域保険を考える上で、保険者を都道府県、市町村という行政主体として良いのかという点は、再検討が必要ではないかと考えています。

具体的には、公的な力を重視して公費等の投入を増やすか？ それとも保険制度として民間部門の知恵・力を活かすか？ という点です。今回の都道府県の関与を強める厚労省案は、公的な力を重視していく方向であり、その延長線上には、保険者機能というものは期待できません。

例えば、今回、機能強化を求められる都道府県の役割を全体として見てみると、

ア 大幅赤字の自治体病院を抱え、医療費を増やしたいという立場を持つ

イ 医師不足等についても、自治体病院対策として数を増やしたいという誘因を持つ

ウ 一般会計不足分を、自前の保健事業を保険料財源で置き替える可能性を持つ

等の保険者としての機能と相反する顔を数多く持ちます。**都道府県が医療保険財政における負担分を相当増やさないと 他の顔を重視し健全な制度運営は難しい**のではないかと思います。

その昔、ある都道府県の幹部が、国保医療費の適正化をすべきと主張したところ、「民間病院で勤務する者の雇用数が落ちたり、都道府県病院の経営も悪化します」と担当部局に言われて、発言を撤回したという逸話も残っています。時代が違うと言われればそれまでですが、国の財務省が、なぜこれほど医療保険制度に関心を持つかをとすると、一般歳出の2割を、医療保険の国庫負担が占めるからです。医療保険の国庫負担がなければ、医療の問題をこれほど考えないはずで

また、国や都道府県は短期の人事異動があり、複数の分野を経験して昇格する仕組みのため、専門家が育ちにくい環境にあり、公務員が保険者機能等を果たすには限界が強いと考えています。公務員が得意なのは、ジャッジ（判断）と補助金配布です。多くの方は、「実践」は苦手と思います。

私は、都道府県単位を進めていくのであれば、公的な力ではなく、民間部門の知恵・活力を活かす方向に進む方が、未来があると考えています。現在、保険者機能を発揮しているとされる一部健保組合も、実際はレセプト（医療機関からの請求書）のチェックや健診事業の仕事で留まり、地域医療の再編、再構築に関わるという本来の保険者機能は担えていません。自己のデータはあっても、地域のデータがないからです。

こうした地域全体の力量を上げるため、せつかく都道府県単位に作った、協会けんぽの組織を活かせないかと考えています。今は、できたばかりで従来の社会保険事務所の色彩が強く残っていると思いますが、ドイツやフランスのような独立性・専門性の高い疾病金庫に育てるべきと考えています。健保組合の専門職員、医療経済学者、数理専門家などの力を結集できればと思います。

日本の医療は地域性が強いにも関わらず、

ア 国で一律に議論する傾向が強すぎる（本来、地方分権的であるべき分野）

イ 各地域で、地域医療の動きを数字で把握する等の体制が弱く、分析等を行う力量が低い。

ウ 各地域で、保険者と医療側が正式に継続して協議する場もほとんどない

といった状況では、地域の知識レベルも上がらず、合意形成のきっかけもなく、なかなか問題解決は図られないでしょう。こうした地域の医療・医療費問題を継続して、利用者側から考える組織が、地域単位で必要だと思えます。その中心に、都道府県ではなく、プロ集団に成長できた（今は違いますが・・・）協会けんぽがあればと考えています。

いずれチャンスがあれば、福井の問題には、関わりたいと思っています。

ヒューマンケア・システム研究所
代表 北川博一