

＝Vol.38 新たな医療保険者のあり方(職域・地域の二本立てをどうするか)＝

今回から3回は、研究所HPにも掲載しましたが、医療経済研究機構の出版物である「Monthly IHEP」に掲載していただいた拙著「データで分かる病院経営の実学」の書評(評者は、日本年金機構財務部長の本田達郎氏)において、指摘された次の3点について、3月に実施した医療経済研究機構での講演結果も踏まえて、まとめてみます。まず、新たな医療保険者のあり方についてです。

<医療保険の加入状況と仕組み>

日本の医療保険制度は、企業に勤務する人を保険集団とする職域保険＝被用者保険(健康保険、共済組合)と、同じ住所地に住む人を保険集団とする地域保険(国民健康保険・後期高齢者医療制度)で構成されています。

厚労省のHPに掲載されている右図では、職域保険に加入する人が概ね6割、地域保険に加入する人が概ね4割となっています。

歴史的には、大正時代に、当時の主力産業であった鉱山労働者が負傷・疾病で離職する比率が高いことを踏まえ、健康の確保を通じた労働力の再生産を目的に、被用者保険が始められ、長らく被用者保険だけの仕組みでしたが、昭和30年台の高度成長による税収等の大幅な伸びを背景に、自営業者を中心とした国民健康保険(当時は高齢者の数が少なかった)が義務実施となりました。

しかし、法律の構成では、

- ① 国民は、全員、制度的には地域保険に加入することが前提であり、
- ② 一定規模以上の企業に勤める被用者は、地域保険(国民健康保険)から適用除外され、
- ③ さらに、公務員は共済組合に加入する際には、健康保険から適用除外される

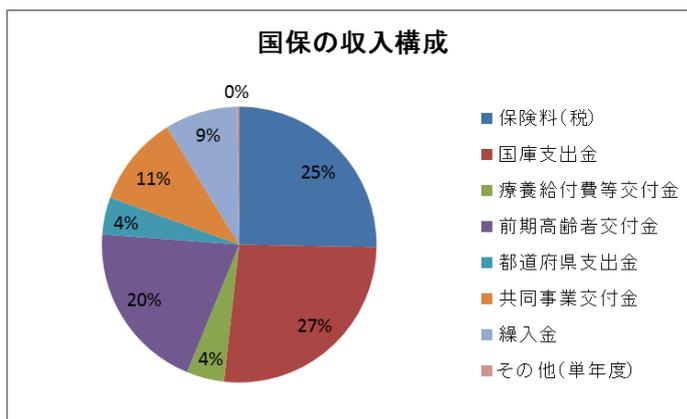
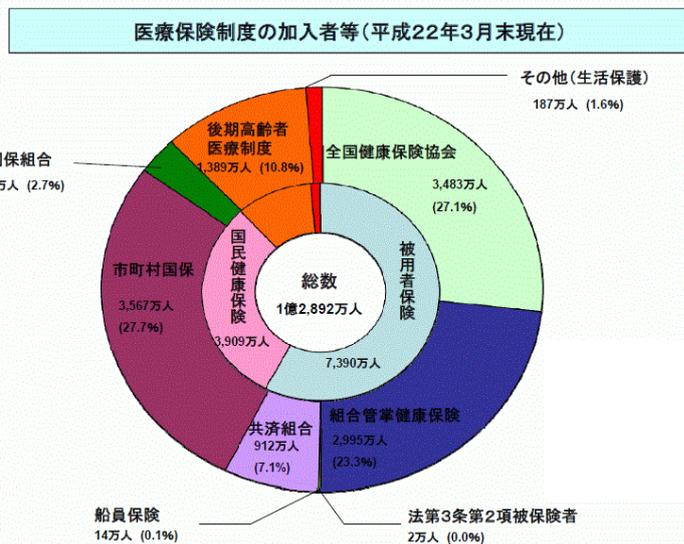
という形式であり、地域保険が、日本の基礎的な仕組みとなっています。被用者保険の枠組みを廃止すれば、自動的に全員が国民健康保険に加入するということです。

私が最初に医療保険にかかわった約20年前には、国民健康保険の財政力の弱さも反映し、医療給付の自己負担率も国保は3割(外来)、健保は1割(外来)と格差がありましたが、その後の、医療財政の厳しさや、高齢者・少子化配慮という政治的な意図もあり、今では、国保・健保を通じて、3割負担を原則に、義務教育前と70歳以上は2割負担、後期高齢者になれば1割負担と、加入する制度による差異はなくなっています。(傷病手当金といった、病気になって仕事を休んだ際の所得保障の有無だけは差がありますが、雇用保険等で給付すれば良いだけなので本質的なものではありません。)

本来であれば、保険単位の財政力の違いに応じて、給付率(自己負担率)は違って当然とは思いますが、この20年は、加入する国民に対しては全国一律の給付(現実には受けているサービス総量は医療提供体制により違うのですが)を目指しつつ、それにより生ずる国保側の財政負担については、被用者保険からの財政支援を強化することで凌いできたと言えます。

右図は国保の収入構成ですが、一般的には、国庫負担は1/2というイメージですが、実際には、1/4程度にとどまり、前期高齢者交付金という被用者保険からの財政支援が2割を占めるなど、被用者保険への依存が高まっています。

これは、HPに掲載しているレポート「国民健康保険の改革が進まない理由(<http://humancare-sys.jp/reports>)」に詳述しているように、国保加入の高齢者が増加し、従来の自営業者の国民健康保険という前提が崩壊しているからです。



<地域保険と職域保険の2本立ての現在的な意味はあるのか>

① 地域保険と職域保険の間では不毛な議論が続く

長年、地域保険と職域保険との間では、高齢化の問題・低所得者の問題に起因する制度間の財政力の差異を調整するための、制度間財政調整の方法、規模を巡って論争が続いています。

地域保険と職域保険が2本立てであり、その加入者の医療費の使用量や経済力が大きく違う以上、制度間の財政調整(保険料による調整)や税金による調整は避け得ないのですが、国の財政が危機的な状況が継続する中、どうしても保険料による調整が志向されます。

その際、財政支援を行う側の職域保険側からは、保険料賦課の前提となる所得捕捉の問題(サラリーマンは捕捉率が高く、自営業は捕捉率が低いという不公平問題)、保険料賦課後の徴収率の問題(被用者保険は100%で、国保は90%以下という問題)が、常に提起されます。保険料面において、地域保険と職域保険では不公平ということでしょう。

しかし、職域保険自体が、条件の良い者(定期収入がある・若い世代中心で医療費が少ない等)だけを集めて、地域保険から抜け出ている訳ですから、加入者の立場では、あまり説得的な主張とは見えません。加入者は、どこに加入していても、医療給付費の1/3(現状)は、全国民の一人として負担するわけですから、結局のところ、その配分の問題にすぎません。どこに加入するかが問題ではなく、全国民で、どのように公平に負担するかが最大の問題のはずです。労働組合関係者が、2本立てを維持しようと主張するのは、その意味では違和感があります。数年前に、某知事経験者が、国保の健全化のためには、所在の公務員が全員加入するくらいでないといけないと主張されたのは、正鵠を得ています。

一方では、加入者と同額(以上)の保険料負担を行う企業は深刻な問題でしょう。国・地方が税で負担するか企業で負担するかが、どこに加入するかのルールを変えたり、財政調整ルールを変えることで大きな影響を受けるからです。

特に、税は、法律で税率が決まっており、毎年変わるようなことはありませんので、経営方針を考える際に障害とはなりません。保険料は、職域保険の協会健保(旧政府管掌健康保険)が、3年連続で保険料率を引き上げたように、一定の上限内では、保険者の判断で変更できますので、企業経営的には、大きなリスクになります。調達努力などで生み出した利益が、保険料増で一瞬にして消えることになるからです。

その意味では、地域保険・職域保険の2本立ては、従来は企業負担を軽減しつつ社員の福利厚生に資するというメリットがありましたが、現在では、大規模な財政調整が避け得ない以上(税による調整余力がないため)、企業にとっては、デメリットばかりが目立つものと思われます。

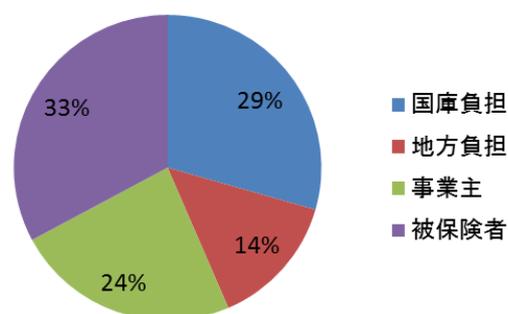
② 2本立ての維持は、国・地方の財政にとって意味がある

こうして考えると、仮に、職域保険を全廃し地域保険だけにすると誰が困るかと言えば、企業負担がなくなり、それに代わって、税負担を増やす必要のある国や地方だけになります。

社会保障と税の一体改革でも、短時間労働者の待遇改善を「旗」に、その加入先を国保から健保に変えることが予定されていますが、これも国・地方の財政的に言えば、国庫負担・地方負担を企業負担に変えるということしかありません。単純化すれば、政治的な弱さから、税率の引き上げが事実上できない税金ではなく、引き上げが容易な保険料の形式で企業負担に振り替えるということです(加入者本人は、額の多寡はありますが保険料負担することには変わりありません)。

こうした方法は、当面の時間稼ぎとしてはわかりますが、この方法論の先に、高齢化のピーク時には、全く展望が描けないだろうと懸念されます。これから大事なものは、医療費の避け得ない増加に伴う、保険料・税の増加＝負担感の増について、負担者側が納得できるものにできるかと考えられます。

国民医療費(給付費)の財政構成



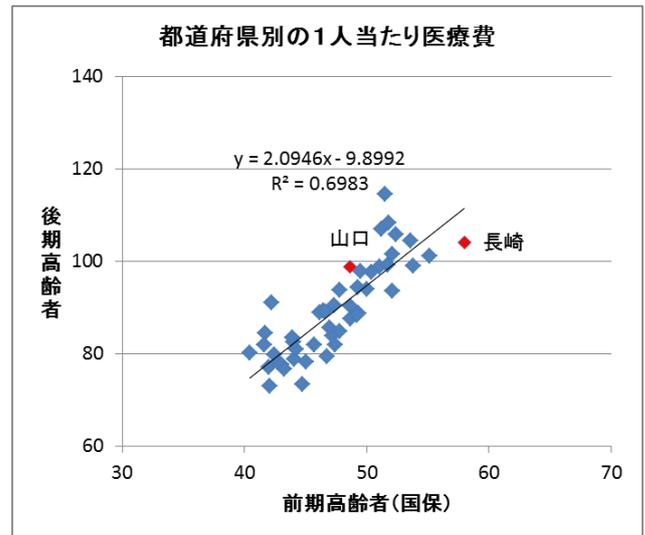
<医療費財政・負担の側面で最も問題があるのは地域格差>

保険料・税の負担増を行う際に、常に、患者負担の減や医療サービスの改善(診療報酬改定)などが「風鈴(目先の良いモノという意味の業界用語)」として示されますが、これは、本質的な問題を見えなくしているものと考えられます。

地域保険でカバーされる高齢者世代は、都道府県別の1人当たり医療費が公表されています(職域保険が中心の現役世代では、都道府県別の状況は、現時点では集計公表されていない)が、右図は、縦軸を後期高齢者、横軸を国保加入の前期高齢者(全前期高齢者の8割以上を占める)として、都道府県別に、それぞれの1人当たり医療費の額を示したものです。

後期、前期、いずれも最低と最高で1.5倍の格差があり、後期高齢者と前期高齢者とで、傾向が大きく異なる都道府県はありません。

こうした医療費の格差は、医療提供体制の違いに起因していますが、こうした格差があるにも関わらず、全国的に負担ルールが同じとすると、医療提供体制が平均(以下)の地域の方は、納得できるのでしょうか？

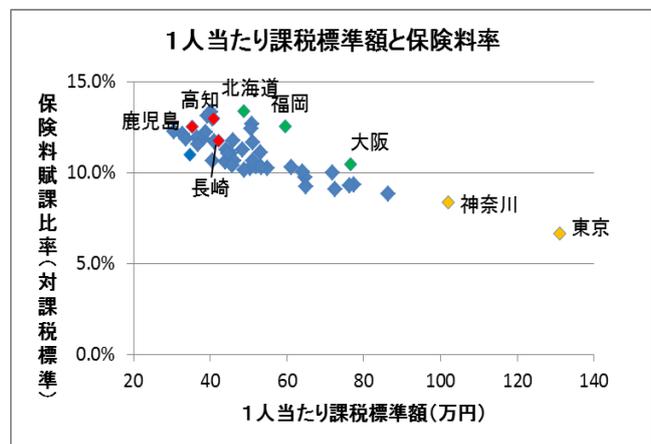
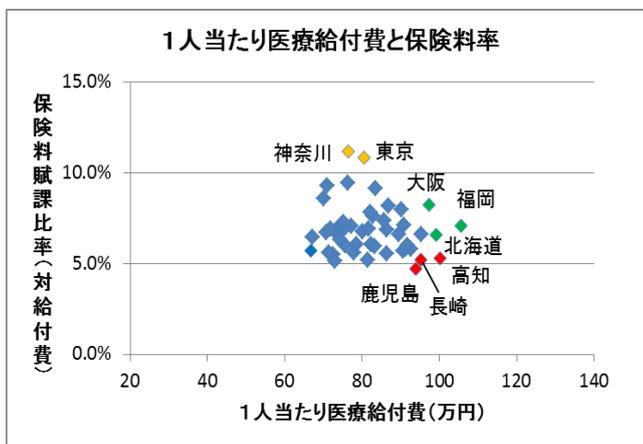


下左図は、後期高齢者の1人当たり医療給付費と保険料率(対給付費)の関係を示すものですが、医療費の大きさは保険料率には、ほぼ影響がないことがわかります。

一方、下右図は1人当たり課税標準額(保険料賦課標準額)と保険料率(対課税標準)の関係を示すものですが、明確な相関はあるものの、高所得地域ほど料率が低くなる傾向があります。

こうした状況について、私自身は、地域の問題は地域で解決すべき=他の地域の負担に依存すべきと考えていますので、この解決なしに、医療費の負担について納得度の高い仕組みにはならないと考えています。

(HPに掲載の「高齢者の医療費の負担按分は公平なのか(<http://humancare-sys.jp/reports-cat/report>)に詳述



<どのような形態を目指すべきか=保険料徴収と給付の主体を区分>

種々の考え方はあるでしょうが、個人的には、負担に対する公平性を強く意識する日本人の特性からして

- ① 医療費の基礎財源となる保険料は、保険料賦課標準に対して全国統一の保険料率の設定とする(共通)
- ② 地域別の医療費に応じて、保険料率に差異が生じる仕組みとする(地域差)
- ③ 地域別の医療給付を行う主体が、当該地域の医療提供体制に関与する仕組みとする(地域経営)
- ④ 医療費の一定割合は国及び地方負担とし、現在の保険料の企業負担は廃止(仕組みの単純化)
- ⑤ 企業負担(責任)は、社会保障連帯税といった形で、税として求める(安定性の確保)

といった枠組みが良いのではないかと考えています。

これは、地域保険でも職域保険でもない仕組みであり、保険料徴収と医療給付の主体を分離して、保険料負担の公平化(料率の均一化)と、地域別の医療運営を目指すという発想のものです。

医療保険・医療費保障制度の持続性を目指すのであれば、加入者が相当程度の負担を負うことは避けられません。その意味では、医療給付費の半数（現在は 1/3 程度）は、加入者が保険料として負担すべきでしょう。

これを前提とすれば、医療費 40 兆円のうち約 15%は患者負担ですので、医療給付費は 34 兆円、その 1/2 である 17 兆円を 1.3 億人で、どのように負担するかという問題設定になります。単純平均では、年額 13 万円を、どのように傾斜配分するかとなりますが、全国一律で運用されているものとしては、所得税・住民税の課税標準を用いて、同じ料率とすることが簡単です。また、徴収機構も現在の市町村を使えば、何ら問題なく実現できるはずで

徴収された財源は、一旦は、全国的な組織に吸い上げ、その後、公費財源を加えて、各都道府県別の医療給付機構に配分されるイメージです。配分は、年齢別の全国平均の1人当たり給付費に、当該地域の年齢別人口を乗じて計算すれば、総額はあうことになります。これで、保険料徴収や財源配分は、各地域の年齢構成や所得水準にかかわらず公平に行われたこととなります。

この場合、公費財源は、既存の税目だけではなく、医療保険の企業負担（現在約7兆円超）を廃止した上で、社会保障連帯税を創設し、企業からの新たな税負担を求めることとします。企業からすれば、毎年のように負担が自動的に増える状態からは解放されます。将来的には、社会保障連帯税の引き上げは必須ですが、資産課税等で個人にも求めることも可能と考えられますので、消費税に並んだ安定財源として期待できます。

さて、各地域の医療給付機構に配分された額は、全国平均的な過不足のない額となりますから、ある地域では財源が余る、ある地域では足りないといったことが当然に生じます。その際に、各地域は、次のような選択肢を持つようになります。この結果、地域での満足度が上がるとともに、地域での工夫が増えると考えられます。

① 足りない地域では

- ア 追加保険料の地域内での賦課（収入の拡大）
- イ 診療報酬単価の切り下げを行うことができる（支出のカット）
- ウ 医療提供体制の効率化を進める仕事を、国の関与を見直して実施できるように（経営責任）

② 余る地域では

- ア 当該地域内加入者へ保険料の返還（料率の引き下げ）
- イ 地域医療を整えるため、診療報酬の増額・追加を可能に（地域限定）
- ウ 将来の基金として積み立てたり、設備投資資金等として地域の資源整備に活用可能に（投資活動）

医療費負担の問題は、保険料負担と医療費使用の問題に区分されますが、

- 保険料負担の問題は、全国的には世代間の公平の問題であり、いわば年金と同じようなもの（全国一律の料率設定が基本）ですが、
- 医療費使用の問題は、地域の医療体制と地域の負担をどのように関連づけるかという別の問題であり、それぞれ区分して、解決のアプローチを検討・実施するほうが、効果的と考えるものです。

少なくとも、今の保険者論の延長で、どのように保険単位を区分しても、保険者間で財政調整を行うのであれば、結局は、これまでと同じことに繰り返しでしかなく、本質的な解決は難しいと思われます。

キーワードは、保険単位をどうするかではなく、「保険料徴収と医療給付を一体で行う保険者という前提を飛び越える」ことではないかと考えるものです。

ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一