

＝医療保険制度の保険単位の未来は～本田氏の懸念に答える＝

拙著「データで分かる病院経営の実学」に対し、日本年金機構財務部長の本田達郎氏から書評をいただいてから、1年を経過しました。

この間、高齢者医療制度の議論も停滞し、昨年末に、廃止をmanifestoに掲げた民主党も政権与党の地位を降りました。現在、社会保障国民会議で、年金、医療等の議論がされていますが、あくまで現行制度のマイナーチェンジにとどまる議論です。

日本は、大きな制度変更ができない土壌にあるのが現実ですが、あえて今後の議論の深まることを期待して、本田氏の「躊躇」に対して、従来の延長線上にない医療保険制度の保険単位論について、再度、考えてみます。

<私の提案した枠組み ～ 通信 Vol.37 から>

私の考え方は、医療費財政・負担の側面で最も問題があるのは地域格差であるという前提から、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、保険料徴収と給付主体を区分する枠組みとし、次のような構成が良いのではないかと提案しました(<http://humancare-sys.jp/newsletter/files/2012/08/vol.37.pdf>)。

- ア 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统一の保険料率の設定とする(共通)
- イ 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)
- ウ 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)
- エ 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)
- オ 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)

この枠組みは、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。

<これに対する本田氏の躊躇とは ～ 通信に対する本田氏の感想から>

この保険料徴収と給付の機能を分けて議論することに対して、本田氏からは、「最終的に財政問題に帰着する年金制度と異なり、医療保険においては、医療という現物サービスを医療提供体制に関与しながら、管理・評価・改善を行う機能が求められるという意味で賛成」という意見をいただいた一方で、「職域・地域の 2 本立て構造を完全になくすことについては、次の理由から躊躇を感じる(※)」との意見をいただきました(当方で論点を再構成しました)。

※全文はこちら <http://humancare-sys.jp/newsletter/20120915001151>

① 加入者の連帯感

社会保険方式の医療保険の保険者としては、保険料負担を求める上で、被保険者が納得しやすいまとまりであることが重要だが、保険料徴収と給付を完全に分離し二本立てを完全に撤廃すれば、同じグループとして保険料を納めることについて共通認識を持つことができる集団・まとまりが無くなる。

② 徴収率の低下・所得捕捉の問題

市町村の徴収機能は活かすとしても、被用者保険において現状で 100%近い徴収率を維持している徴収機能が失われ、しかも事業主負担の根拠が消失する。また、被用者と自営業者の間の所得捕捉率の相違の克服が簡単ではない。

③ 事業主体としての自立性

社会保険方式において、自らが保険料徴収を行うことは事業主体としての独立性の根幹であり、保険料徴収を切り離すことは、事業主体としての独立性の消失につながる。

④ 医療費使用の効率性の誘因

仮に、保険料徴収と切り離して、医療費使用の機能を考える団体を作っても、必ずしも医療費使用について管理・評価・改善を行うことが上手く機能するとは限らないと考えられる(諸外国の例を見ても)。

特に、現在の健保組合は、母体企業のために被保険者の健康状態改善に向けての動機付けが働きやすく、労働安全衛生法に基づき事業主に義務付けられる職場健診等と健保組合の保健事業との相乗効果が期待できるが、そのような効果が失われる。

以下、この 4 点について、論点を深めてみます。

1 加入者の連帯感 ～ 本当に今の20歳～40歳の世代は連帯感を感じているのか～

医療保険に係る学問の世界において、この加入者の「連帯感」という概念は、伝統的に重要視されています。「保険」という仕組みを設ける以上、その前提として、集団の同質性が重要だということが背景にあると考えられます。

しかし、同じく保険制度である年金については、日本においては、その集団の同質性とは無関係に、全ての者が国民基礎年金制度に加入するという構成がとられています。最低の生活を保障するという発想に基づくものです。したがって、医療保険についても、年金のように、国民の健康を保持するためという目的の下、統一の仕組みを設けることは、必ずしも否定されるものではないはずです。

逆に本当に「連帯感」を重視するのであれば、保険集団の組み方は、もっと厳格であるべきでしょう。しかし、現実には、例えば、複数県にまたがる医療法人(私が関わるもの)では、同じ法人内であっても、東京の病院等は、東京医業健保組合に属し、福岡の病院等は、協会健保に属しています。こうした事例は、枚挙にいとまがなく、実際には、相当、便宜的に保険集団が選択されているのが実態です。学問上の考えと現実は大きくズレています。

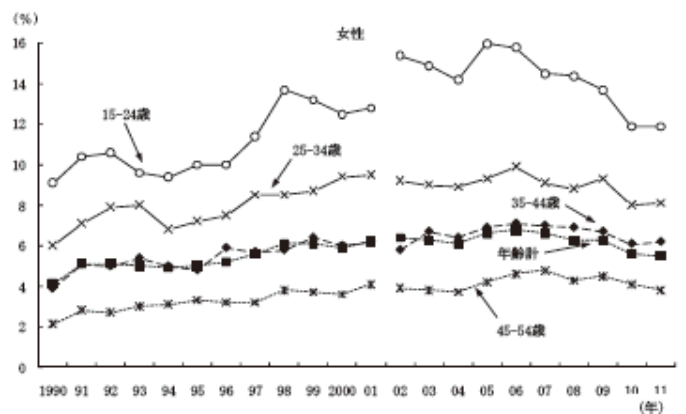
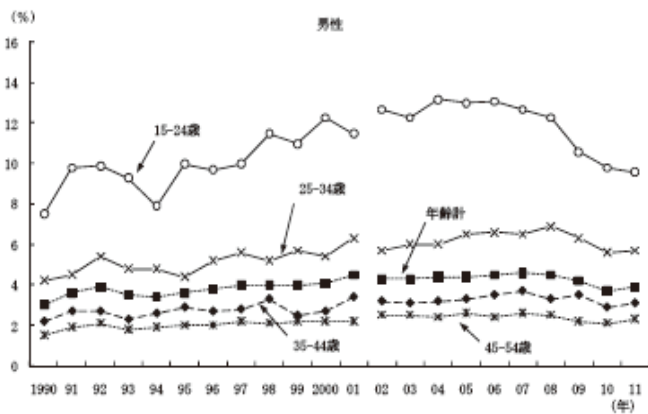
また、私自身、この「連帯感」という言葉は、わが国では、従来の、大企業における終身雇用慣行というものに支えられているのではないかと感じます。昔、高齢者医療制度の一案として存在していた「突き抜け(ある企業・業種の現職が、OBを支える)案」などは、その典型でしょう。また、連帯感を強調する学者の多くが、身分保障されてきた元公務員等であるのも面白いものです。

しかし、下記の「労働力調査」に基づく毎年の転職率をみても、35歳未満の世代は高い転職率となっていますし、業種によっては、宿泊・飲食業などは年間1割程度の転職率を示しており、実際に、これらの人が「被用者」として連帯感を感じているかは疑問です。

また、昨年、新入社員を対象に日本生産性本部が行った調査では、「今の会社に一生勤めようと思っているか」という質問に対しYESと回答した者が、例年、春から秋にかけて数値は落ちるようですが、今回は、春6割程度だった者が秋には3割程度へと、過去最大の落差となったとのこと。これも会社への帰属意識の低下の表れでしょう。

一方、天下り禁止で、無駄に平均年齢が上がるお役所と違い、民間企業、例えば都銀では、私の世代で、概ね他業種の会社に転職ですし、製造業でも勧奨退職などは普通になってきており、40歳代以降でも、大企業では、今や転職は普通と言えます。

こうした環境下で、医療保険制度を語る時に、企業・業種内の「連帯感」を強調するのは、あまりに現実のギャップが大きいと感じます。やはり、年金と同じく、所属・業種に関わらず、一つの制度のとして考えるほうが、今の状況にマッチしていると考えられます。



2 徴収率の低下・所得捕捉の問題 ～ 税金との比較で、本当にこうした問題があると言えるのか～

(1) 徴収率

被用者保険は徴収率が高く、地域保険は徴収率が低いのは現実ですが、一方では、地域保険の一種である高齢者医療制度の徴収率は、国保に比べると飛躍的に高い水準(差は約10ポイント)にあります。これは、年金からの源泉徴収に負うところが多いと考えるのが現実的です。高齢者医療制度は、当初は完全な源泉徴収でしたが、先の民主党政権下で年金源泉徴収と口座振替の選択制がとられた結果、徴収率が低下したことが、逆に、徴収率を確保するには源泉徴収という仕組みが重要であるという証左になると考えます。

また、地方税でも、給与からの源泉徴収や口座振替が可能な集団では、徴収率が高くなっていますので、地域＝徴収率低下と考えるのは、論理が飛躍しているのではないかと考えます。どのように源泉徴収という仕組みを確立するかが、ポイントというだけと考えます。(その意味では後期高齢者医療制度の見直しは、制度の自殺行為)

(2) 所得捕捉

同じく、所得捕捉の問題も、昔ながらの 964(クロヨン)、1053(トゴサン)といった指摘を前提にしているのですが、実際に、私自身自営業の世界に入ってみると、収入自体の捕捉は十分されており、どちらかと言えば、費用計上面での取扱いの違い(給与所得控除と事業所得の損金等)が負担感の違いに影響しているものと感じます。

一方、被用者保険が所得捕捉面で十分かと言えば、決してそうではありません。

被用者保険では、複数の収入源があっても、主たる収入のみを対象にして、その個人の収入全体を対象としていません。そのため、ダブルワークをする人(私も被用者と自営の双方の収入あり)、不動産所得や配当所得のあるサラリーマンなどは、所得の一部しか医療保険の面では捕捉されていません。所得税等の課税標準と医療保険の標準報酬に大きな差が生じているということです。こうした多様な収入源を持つ人が、今後、増えていくことが容易に予測される中で、従来のような、捕捉率の観念的な違いを強調するだけでは、問題の本質が失われるのではないのでしょうか。今の医療保険は、個人の所得全体を捕捉していないという意味では、公平な負担にはなっていません。

さらに言えば、被用者保険内には、一定の収入があるが保険料負担をしなくて済む被扶養者という仕組みもありますが、こうした存在は、個人・世帯ベースの比較では、地域保険と不均衡を生じています。これからの医療費急増時代に、高所得のみに着目するだけでは、何ら安定財源は確保できません。保険料の負担ベースを広げないと安定しないという現実からして、被扶養者なども、所得のある者は、最低限の保険料負担をすることを考えていかないと、制度が安定するはずありません。

今回、番号制度(マイ・ナンバー)が、法案として提出されましたが、これが効果的に実現すれば、地方税等の課税標準を用い、市町村の徴収組織(源泉徴収含む)を活用することで、捕捉の問題の多くは解決できると思うのですが、いかがでしょうか？

(3) 事業主負担

私の提案は、事業主負担(右図の緑色の部分)を廃止して、社会保障税で対応するというものですから、本田氏のいう「事業主負担の根拠が失われる」自体は、問題となりません。議論になるべきは、今の事業主負担分を税で行うという考え方が妥当かという点でしょう。

日本の医療保険制度は、歴史的な沿革はともかく、国保が基本的な制度で、企業・役所に属する者は、そこから適用が除外されるという健保は国保の例外的な存在というのが法律的な建前です。

事業主負担は、学問的に、その意味はいろいろな考え方があるようですが、医療財政の面からは、国庫負担等に代わる存在と言えます。事業主は、人を雇うと、国等に代わって費用負担をする義務を引き受けているということです。実際に、個人分の負担額の平均は各制度とも似たようなものです。

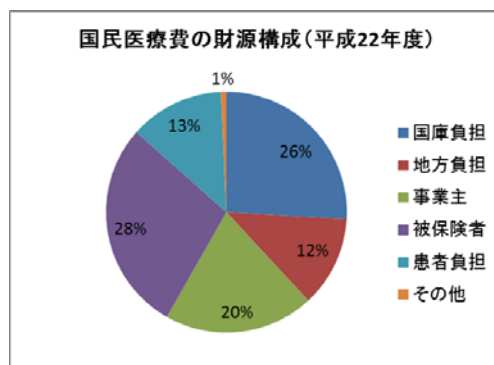
したがって、これを保険料として徴収しても、税として徴収しても、大きな差はないと考えます。学問的には、いろいろあるでしょうが・・・

さて、今、企業側の医療保険に対する不満・不安は、自分の関与ができないところで、高齢者医療費はどんどん増え、その「割り勘」の負担である支援金等が、急増している点にあります。保険料率は、現在、法律根拠は不要(一定の法律上の上限はありますが)とされているため、医療費増とともに保険料率は引き上がり(現に協会健保が2年連続で保険料率を引き上げ)ますが、これでは事業経営の安定性からはマイナスです。

税となれば、医療費が上がったからと言って、勝手に税率を見直すことなどありませんので、企業からみれば、保険料率より、法律改正が必要とされる税率のほうが、安定経営に資すると考えます。現在の保険料の企業経営に与える不安定さを解消できれば、中期的な企業経営に係る判断も安定(安易な海外移転等も収まる)し、かえって医療保険財源が充実することになるのではないかと考えます。

しかし、事業主負担の水準について各国比較をすると、税や社会保険料を合計した政府全体の歳入総額に占める事業主社会保険料負担の割合で見ると、日本はドイツやフランスより低い水準にあることから、もっと企業は負担できるとの主張もあります。

本田さんからご教示いただいたことを紹介すると、「OECD(2007)Revenue Statistics 1965-2006」によれば、各国政府の歳入総額に占める事業主負担分社会保険料の割合は、日本 16.7%、ドイツ 19.2%、フランス 25.0%(個人負担の保険料率は、日本の6割程度と、労使の負担割合が企業側に重いという別の特徴あり)となっています。



確かに、企業負担の面だけをとらえれば、日本の企業負担は低く見えますが、一方、生産性本部の資料によって労働生産性を比較する(http://www.jpc-net.jp/annual_trend/index.html)と、日本 73,374 \$、ドイツ 81,327 \$、フランス 87,239 \$と、ドイツで1割、フランスで2割程度、日本より高くなっています。

これは日本の製造業は高い生産性を持っていますが、他の国内産業分野では低い生産性の状態が継続しており、国全体としては、低い水準に停滞していることを反映しています。医療保険等の企業負担の議論は、こうした生産性の議論と並行して行わないと、間違った結論を導き出しかねません。

仮に、前ページの図の緑色の部分を税と考えると、個人の支払う保険料の水準が、いかに低いかはわかりません。患者負担等を除いた半分を国民が負担するとすれば、あと 15 ポイント負担を増やす(今の約 5 割増)必要があります。これを各世代間で、どのように負担するかと考えると、賦課ベースの拡大(被扶養者など)は、避けて通れない課題とわかるはずで、今の日本の医療保険は、加入者は、保険料とし 3 割に満たない負担をしているだけです。さすがに、これで「皆で支える医療保険」などとは言えず、将来、持たない仕組みであることは自明と思われます。問題は、どのように国民負担を増やす・ここに尽きるのではないのでしょうか。これは税も保険料も同じです。

3 事業主体としての自立性 ～ 公費の比率を高める主張をする現状では既に自立性はないのではないかな～

本田氏の懸念される事業主体の自立性は、必ずしも明確ではありませんが、ここでは事業主体の経営責任という意味と理解して、以下、考えます(違っていたら、申し訳ありません)。

対象は違いますが、拙著「データで分かる病院経営の実学」でも、病院の経営環境として、内部環境と外部環境に区分し、経営問題を外部環境で説明・解決しようとする風潮が強いことを「制度依存症」と名付けました。外部に依存するだけでは、何も改善しないというメッセージです。

しかし、保険者側も、既に同じような、いやそれ以上の状況(制度依存症)にあるのではないのでしょうか？

自らが保険料徴収を行うことは事業主体としての独立性の根幹というのは「考え」としてはわかりますが、現実の世界では、被用者保険における保険料徴収は源泉徴収(事業所側の労力)であり、ほぼ自らの努力はありません。あるとすれば、協会けんぽの事業所に対する適用の適正化、未納の徴収ですが、自ら行っているのでしょうか？ 年金一体適用ですから、保険者自ら行っているとは言えないでしょう。

また、協会けんぽの HP には、「保険料負担軽減に向けた署名活動へご協力いただき、ありがとうございました」という記事が掲載(<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/g1/h24-11/1089-112520>)されています。

その昔、政管健保の頃には、厚生省保険局(当時)は、料率を大きく引き上げないように、いろいろと地道な努力をしていましたが、政府組織から出て協会けんぽとなった途端に、健保組合と同じく、料率引き上げに対して保険局の感度が落ちた(保険者を顧みなくなり医療側にウエイトが移行した)ことに業を煮やしてのこととは思ふものの、個人的には、末期症状だな・・と思っています。

確かに、高齢者の医療費増で、健保の保険料の半分近くは、高齢者の支援に回ってはいますが、考えてみると・・加入者からみれば、保険料負担は減っても税金負担が増えるだけのことであり、何の問題解決にもなっていません。医療費は、患者負担、保険料、税金のいずれかで負担するしかないのですから。もし、助かる人がいるとすれば、事業主負担の減る企業だけであり、本丸の「高齢者医療費をどのように効率化し国民負担を公平化するか」という問題とは、全く関係のない、ただの負担の押し付け合いです。

医療にかかわる主たるステイクホルダー(直接・間接的な利害関係を有する者)が、これでは何ら展望は見えません。既に、自立性があるとも思えず、本田氏の思い、期待とは別に、保険者は、もう期待する存在ではないのではないのでしょうか？

4 医療費使用の効率性の誘因 ～問題は、どのように誘因を持たせるかではないかな～

「保険料徴収と切り離して、医療費使用の機能を考える団体を作っても、必ずしも医療費使用について管理・評価・改善を行うことが上手く機能するとは限らない」という本田氏の意見は、現時点では、私も同感です。

医療政策は都道府県で、福祉政策は市町村でというのが、長年の枠組みですが、医療に関していえば、次のような現状がその進展を阻害しています。事業経営で言えば、経営管理の基礎的要素が何もないということです。

ア 税金負担のバランスの悪さ(財政責任)

国・都道府県・市町村の負担割合は都道府県が最も低く、都道府県で効率化しようという意欲自体が起きず、かえって、福祉で対応すべき者を医療でとする傾向も強くあります(これにより地方負担が減るから)。

地方負担を増やし、地方交付税の額を増やせば、こうした弊害は減るでしょうが、誰も言及する人はいません。

イ 都道府県単位の医療情報の集積不足(判断材料)

国保では見たことがあります、未だに健保では、各都道府県の年齢別の一人当たり医療費などの必要最低限の情報を見たことがありません。これで、医療政策を考えるというほうが無理と言うものです。

ウ 都道府県での意思決定機構がない(経営判断)

福井で外から見ていると、県の医療行政の中心は県立病院の運営です。昔から南北問題などは言われ続けていますが、個人的には、福井市内にある県立病院を建て替えのときに南に移転するなどの判断もあったと思いますが、日赤、済生会、県立、大学付属と、人口40万に満たない地域に4つも急性期病院はいりません。

これらは地域の医療のバランスを限られた資源の再配置で解決するという意志決定機構がないことの証左とと思っています。こうした意思決定機構がない限り、常に、無駄な医療費の投入が続くでしょう。

実は、私の提案する方式でなくても、こうした仕組みを整備していくことができれば、地域の医療問題の解決は早まるはずですが、こうした考えは、「制度の形式」を中心とした国の議論では、制度根幹を大きく変えないと出てこないのではないかというのが、私の意見です。

コラムでも書いていますが、日本の役所は、改革と言いながら、実際には、現状からの変化を嫌う政治・社会との関係でマイナーチェンジの見直しにならざるを得ず、「突破口」がなかなか出せません。だからこそ、政策議論を深める意味でも、「被用者・国保の保険者二元論を捨てる」という大胆な議論展開が必要ではないかと考えているものです。できるかどうかではなく、それを突き詰めてみると、どんな制度にも共通の必要要素が見つかるということです。

10数年前に、医療課にいたときに、医薬品の保険償還額を決める仕組みとして、「参照価格」という制度議論がありましたが、結果的には、採用しませんでした。しかし、当時の報告書案を私自身が書きましたが、その時にまとめた政策的な切り口で、概ね10年間、既存の薬価制度を基盤に、その見直しが進みました。

今、後発品使用が、医療費効率化のメインのように騒がれています(規模が小さいのにこれしか話題にならないのは、逆に政策的な検討が深められていない証左でしょう)が、既に、当時の報告書には、先発品と後発品に関する今後の方針が記載され、その後、後発品に関わる不信感・問題等を、一つひとつ取り除いて、やっと今に至るとというのが私の実感です。

日本の政策変更は、この程度の時間がかかるということを前提に考えることが必要なのです。

今、検討されている、社会保障と税の一体改革の中では、こうした議論は無理だとはわかっていますが、少なくとも、厚生労働省内部では、過去の延長線にない議論を深めて欲しいと願っています。

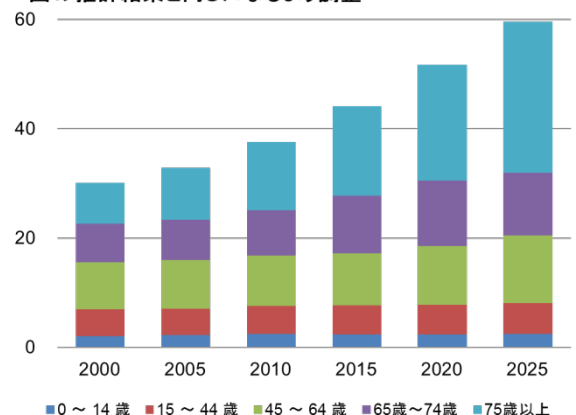
また、健保組合の健康管理の点も本田氏は指摘しています。

これも伝統的な発想ですが、現実には、10年後には、高齢者の医療費は、全体の2/3を占めますので、現職職員への健康管理による医療費影響は、ごく限られたものです。今後の医療費増の要因となる世代(団塊の世代)は、概ね退職し、企業健診の世界からは離脱しています。

私は、従来から、特定健診に高額な費用をかける今の仕組みに疑問を呈していますが、その背景は、この点です。

本来関わるべきターゲットとは、ズレている対象に、将来の生活習慣病予防を名目に、お金を投入するという構図が変だと考えるからです。相変わらず、その効果も何ら示されていませんし、(示すことができないとは予測できますが)

将来の国民医療費(推計)
～国の推計結果と同じになるよう調整～



この健診を推奨した元事務次官は、最近、これも自ら推奨した「介護療養病床」の廃止は誤りだったと、現職がいる公の場で発言したようです(これを聞いた団体から担当課長は、元次官の発言通り、廃止を撤回すべきと言われた由)ので、特定健診も、一度、冷静になって、財政投入規模の縮小などを検討したほうが良いと思っています。限られた資金を、どう使うか、もう一度、過去の経験や先入観にとらわれることなく、問題を一から考えてみる時だと考えます。

もちろん、現役世代の健康管理・健康投資は、高齢者が医療の中心となり、埋没していく可能性の高い中で、極めて、重要な課題ではありますので、次回の通信で、現役世代の健康投資と予防医療という観点で、まとめてみたいと考えています。

以上、本田氏からの示された「躊躇の理由」に対して、私の考えを、再度、まとめてみました。

これが、厚生労働省の現職の皆さんの目に触れ、内部での検討が活性化する素材となれば幸いですし、また、本田氏からの反論等も、いただけると幸いです。

こうした議論を経て、はじめて、次の時代を担う考え、人材、制度ができるのだと思います。過去の延長線に、未来はないと考えます。

ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一