

医療保険の制度体系を考える

福田 素生

岩手県立大学大学院社会福祉学研究科教授

1 はじめに

年金制度について当面の改革が行われたことにより、社会保障政策の最優先課題は、医療の問題に移っていると言ってよい。表1は、「年金」、「医療」、「福祉その他」という各部門別に社会保障の給付と負担の見通しを厚生労働省が示したものである。マクロ経済スライドなどを導入した今回の年金制度改革により、20年後の年金給付は、対国民所得比で従来の制度を維持した場合よりも3ポイントとかなりスリム化され、現在の水準よりも0.5ポイント減少して12%になるとされている。これに対し医療は、このままでは逆に4ポイントも増加して国民所得の11%に達し、ほとんど年金に肩を並べることが予想されている(1)。

これに伴い負担についても、年金の保険料及び公費負担が、従来の制度を維持した場合に比べ、対国民所得比でそれぞれ3及び1ポイント減少し、

上昇がかなり抑制されたのに対し、医療は、保険料が1.5ポイント上昇するのに加え、国民健康保険や老人医療制度に高率で投入されている公費負担が急上昇し、2025年には28兆円と年金に対する公費負担の2倍に達することが予想されている(2)。ちなみに介護保険法の附則で、施行後5年を目途とした制度全般の見直しが規定され、現通常国会に改正法案の提出が予定されている介護保険のマクロ的なプレゼンスは、療養型病床群など本来は医療としてカウントされるべきものを含めて、現時点で医療の2割弱、20年後でも3割強に過ぎない。なお、このような医療費(3)の急上昇の主因は、老人一人当たりの医療費が、他の先進諸国では、若人のその概ね3倍前後であるのに対し、我が国の場合は5倍に近いという特異な状況の中で、急速に高齢化が進行することにある(4)。

医療保障制度の目的は、「医療サービスを必要とする者が、もれなく良質なサービスを利用者本位で、効率的に利用できるようにすること」であり、評価の基準は、「アクセスとその公平性」、「サービスの質」、「効率性」、「利用者本位」である。時として、相反するこれらの要素をバランスよく追求することが重要になるが、これに関連して尾形(2004)は、我が国の医療保障制度の現状を次のように評価している。アクセスの公平性については、国民皆保険体制が採られ、各保険制度

ふくだ もとお

1982年東京大学法学部卒。同年旧厚生省入省。老人保健福祉局課長輔佐、国立社会保障・人口問題研究所室長等を経て、現職。著書に『社会保障の構造改革』(単著)、『保健医療の財政と供給』(共訳)などがある。

表1 社会保障（部門別）の給付と負担の見通し

	2004年度（予算ベース） （平成16）			2025年度 （平成37）		
	兆円	対NI		兆円	対NI	
社会保障給付費	86	23	1/2	152 (176)	29 (31)	1/2
年金	46	12	1/2	64 (84)	12 (15)	
医療	26	7		59 (60)	11 (11)	
福祉等	14	3	1/2	30 (32)	6 (5)	1/2
うち介護	5	1	1/2	19 (20)	3 (3)	1/2
社会保障に係る負担	78	21	1/2	155 (180)	29 (32)	1/2
年金	38	10	1/2	65 (88)	12 (16)	1/2
医療	26	7		59 (60)	11 (11)	
福祉等	14	4		31 (32)	6 (5)	1/2
うち介護	5	1	1/2	19 (20)	3 (3)	1/2
保険料負担	52	14		96 (116)	18 (21)	
年金	30	8		51 (70)	9 (12)	1/2
医療	16	4	1/2	31 (33)	6 (6)	
福祉等	6	1	1/2	14 (14)	2 (2)	1/2
うち介護	2		1/2	8 (9)	1 (1)	1/2
公費負担	26	7		59 (64)	11 (11)	1/2
年金	8	2		14 (19)	2 (3)	1/2
医療	10	3		28 (27)	5 (5)	
福祉等	8	2		17 (18)	3 (3)	1/2
うち介護	3	1		11 (11)	2 (2)	
国民所得	366	—		525 (557)	—	

(注) 括弧内は2002年5月推計（基礎年金の国庫負担割合を2分の1にした場合）による推計値である。

間で給付の差もほとんどなくなっており、医療機関の地域的な偏在などの問題はあっても、全体としてかなり達成されている。サービスの質と効率性については、医療費の対GDP比の国際比較などからマクロ的な効率性（コストコントロール）は今までのところある程度達成されているのに対し、多発する医療事故などを含め、個別の医療サービスの質や効率性には問題がある。また、

利用者本位については、診療情報の開示など最も遅れている分野であり、改善の余地が大きいとしている。筆者の評価も概ね尾形と共通で、医療保障制度は、公平なアクセスという長所を堅持しながら、将来にわたって医療費の負担が過大にならないよう、社会的入院⁽⁵⁾など相当の無駄がある老人医療費を中心に医療費の徹底した効率化を進めるとともに、カルテの開示やインフォームドコ

表2 日本の公的医療保険制度の概要

	制度名	保険者 (数)	加入者数 (万人)	医療給付 (一部負担)	国庫 負担・補助	老人加入率 (%)
職 域	政府管掌 健康保険	国 (1)	3,585	3割 ただし、 3歳未満 2割 70歳以上 1割 (一定以上所得者は2割) 高額療養費も 各制度共通	給付費の13% (老健拠出金分16.4%)	5.4
	組合健保	健保組合 (1,674)	3,057		なし	2.6
	各種共済	共済組合等 (78)	979		なし	4.2
	国民健康保険	国保組合 (166)	411		給付費等の32%~52%	25.1
市町村 (3,224)		4,619	給付費の50%			
地 域						

(注)平成16年版厚生労働白書から作成。船員保険等については省略している。

ンセントの推進など利用者本位のシステムとする方向で改革されるべきであると考えられる。

本稿では、我が国の医療保障制度の基本的構造と近年の改革の動向について概観し、次に一昨年の3月に閣議決定された基本方針を参考に医療保険の制度体系について検討し、今後の医療保障制度の基本的なあり方について考えてみることにしたい。なお、本稿において、意見にかかわる部分については、すべて筆者個人のものであることをあらかじめお断りしておきたい。

2 我が国の医療保障制度の基本的構造と近年の改革の動向

(1) 医療保障制度の基本的構造

我が国の医療保障制度の最大の特徴は、職域または地域をベースに約5,000に分立した公的な医療保険制度により、原則としてすべての国民が、何らかの公的医療保険制度によってカバーされる国民皆保険体制をとっていることである(表2)。つまり、国民皆保険といっても、一国単位で国民が相互に医療費を支えあっているわけではなく、老人医療費を除けば、原則として健康保険組合など各保険者単位でそれぞれの加入者同士が医療費を支えあっているわけである。そして、その土台としての役割を果たしているのが、地域保険とし

ての市町村国民健康保険である。健康保険など職域の公的医療保険制度によってカバーされない者は、すべて居住地の国民健康保険の被保険者となることとされており、その結果、市町村国民健康保険には、農業者、自営業者といった従来からの加入者(6)に加え、定年退職した高齢者、失業者など(7)が加わることになるため、加入者の平均年齢が上昇する一方、その平均所得は低く、高率の公費負担なしには成り立たなくなる。また、国民健康保険が市町村を保険者としていることもあって、保険者の規模は自治体規模をほぼそのまま反映することになり、加入者が数百人の小規模なものから指定都市のように100万人を超えるものまでばらつきが大きい。さらに、制度間で老人加入率に大きな格差が存在するため負担の集中する市町村国民健康保険を被用者保険(拠出金)及び公費の負担で支え、国民皆保険を維持する目的で老人保健制度が設けられ、制度間で財政調整が行われている。

これらの基本的な構造は、職域ごとの保険制度からスタートして適用対象の順次拡大による皆保険体制の構築、経済成長と就労構造の変化、無料化を契機に急増した老人医療費への対応などの歴史的経緯に由来するものである。国際的には、ドイツ、フランスなど主として大陸ヨーロッパ諸国で採られている社会保険方式に近いものと位置づ

けられようが、独自の性格を有する部分も少なくない(8)。

例えば、ドイツでは保険給付費を基本的にすべて保険料で賄っているのに対し、我が国では前述のように、保険と言いながら国民健康保険などへ大量の公費(租税)を投入している。また、医療費の公的保障の度合いが高い反面、ドイツなどと比べ、生産手段の私的所有の比率が高い。さらに、制度を通じた給付と負担の面での公平とは裏腹に保険者の自律性が弱い。中でも保険者と医療提供主体との関係では、保険者の自律性が特に制約されており、サービス提供主体の選択やサービスの価格など本来であれば診療委託契約の内容として各保険者が一方の当事者として決定すべき事項を政府がすべての保険に共通するものとして一括して公定するという世界的にも例のない特異な仕組みがとられている(9)。このため、誰でも希望する医療機関をほぼ同等の負担で受診できる一方、医療提供主体間で競争が生じにくく、非効率な主体などが淘汰されず、温存されることになる。また、ドイツなどでは疾病金庫という(政府から独立した)公法人が保険者となっているのに対し、我が国では政府自らが保険者になる(政府管掌健康保険、国民健康保険)など政府の役割が大きい。

(2) 近年の改革の動向

こうした状況の中、医療保障制度については、近年、従来に比べると比較的大幅な改革が行われてきた。まず、2000年の改正により、高齢者一部負担の一部定率化(1割)などが実施され、2002年の改正では、高齢者の一部負担の完全定率化(原則1割、上位所得者2割)、老人医療対象年齢(70歳から75歳へ)及び公費負担率(3割から5割へ)の段階的引上げ、被用者本人負担の3割への引き上げ、保険料賦課にかかる総報酬制の導入などが行われた。これらにより、保険者が約5,000に分立しているにもかかわらず、高齢者以外については、保険給付の面で給付率が原則7割

で統一され、基本的な格差はなくなった。また、大量の公費の投入により、世帯当たりの保険料もほぼ均衡しており、制度を通じた給付と負担の公平は、ほぼ達成されたということもできよう(10)。しかし、これらの改革は、いずれも分立した医療保険制度による国民皆保険体制という前述の基本的な構造を前提とした給付と負担の見直しによる保険財政対策としての色彩が濃く、「小泉構造改革」という位置づけにもかかわらず、医療保険制度の再編成など医療保障制度の基本的な構造自体を変革するものではなかった。

3 医療保険の制度体系に関する基本方針の検討

前述の2002年改正法の附則で、政府は、(1)「保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方」、(2)「新しい高齢者医療制度の創設」、(3)「診療報酬体系の見直し」について、具体的内容、手順などを明らかにした「基本方針」を策定するものとされ、2003年3月に閣議決定された。ここでは、B.エイベルスミスの「各国は、それぞれ独自の医療保障システムを発展させてきたが、それらは利害関係者—医療供給者、消費者、政府、企業、労組など—の相対的な政治的力関係に依存する。」という含蓄ある言葉(11)も踏まえながら、2008年度の実現(12)に向け、改革のベースとなることが予想される「基本方針」に沿って、(1)の医療保険の制度体系について、大きな変化が提案されている国民健康保険(以下「国保」という。)と政府管掌健康保険(以下「政管健保」という。)を中心に検討してみたい(13)。

「基本方針」では、「保険者の財政基盤の安定を図るとともに、保険者としての機能を発揮しやすくするため、再編・統合を推進する」とし、①安定的な運営規模、②都道府県における医療計画の策定、③サービスが概ね都道府県の中で提供されている実態、の3点を根拠に「都道府県単位を軸

とした保険運営について検討」するという基本的な方向が示されている。キーワードは、「都道府県単位」である。具体的には、国保については、「広域連合等の活用により都道府県において、より安定した運営を目指す」とし、政管健保については、都道府県単位で財政運営を行うとしているが、いずれも都道府県の直営になるのかなど具体的な保険者の形態については明らかではない。

自律性が弱い我が国の保険者を、良質なサービスの効率的な提供のため、保険者本来の機能を発揮できる高い専門性を有する自律的な主体とするためには、新しい保険者は、政府（都道府県）から独立し⁽¹⁴⁾、かつ被保険者の参加が民主的に保障された公法人が相応しいということになろう⁽¹⁵⁾。国保、政管健保とも給付費に対する公費の支援は、国保の財政調整交付金を含めこれまで国だけが行っていたが⁽¹⁶⁾、都道府県単位化に伴い、特に国保については、住民福祉の向上などに責任を有する都道府県も応分の財政負担を担う方が自然であろう。ただ現在のように、保険者が給付費をコントロールする手段が実質的にほとんどない、青天井の制度のままでは、将来的な負担増が予想される都道府県が都道府県単位化を簡単に受け入れるとはとても思えない。給付が住民の負担能力に収まるような仕組み、具体的には、総医療費の額や伸びの上限設定、保険者と医療提供主体の直接契約や価格交渉などについても抱き合わせで導入することが不可欠であろう。

国保の場合、都道府県単位の公法人化により、財政基盤の安定化は一定程度進むであろう。また、現在市町村国保において恒常化してしまった一般会計からの繰入⁽¹⁷⁾も、事業が赤字になったからといって都道府県の直営ではないので都道府県が当然に求められるわけではない。他方、現在のような国保を土台とした国民皆保険体制を維持するのであれば、事業が赤字になった場合でも、公法人の財政が破綻し事業の継続が不可能になることがないよう何らかの財政的な下支えが必要とな

る。ただその場合でも、介護保険の財政安定化基金の仕組みのように、保険料による償還を条件とする貸付の制度を原則とすべきであろう。また「基本方針」は、「財政調整交付金の配分方法の見直し」を図るとしているが、現在の収支差補填を基本とする事後的調整から、年齢構成など保険者の責に帰さない要素の調整を目的とする介護保険の調整交付金のような事前的調整に変え、安易な公費依存から脱却し、保険者の努力を促す仕組みとすべきであろう。

問題は、公法人の具体的な担い手と実際の保険料の徴収である。現実的には、担い手として都道府県の国民健康保険団体連合会が頭に浮かぶが、余剰とされる都市部の金融部門の人材の積極的受入れなどによる専門性の向上が不可欠である。また、保険料の徴収を公法人が自ら行うのであれば、保険者の自律の観点からそれに越したことはないが、事務コストが膨大になることが予想され、現実には市町村に徴収事務を委託せざるをえないだろう。その場合、保険者としての財政責任から解放された市町村に従来通りの保険料徴収努力を期待するのは容易ではない。保険料を負担しない者は、給付を受けられないという原則に基づき、介護保険同様、未納者・滞納者に対する給付制限の強化に加え、堤（2004）が提案している保険料徴収率の高い市町村を優遇するメリット制などの導入により、市町村を動機付けする必要があるだろう。

政管健保については、現在国を単位に一つの保険で行われているため、医療費の高い地域の分を、低い地域の被保険者（及び事業者）がかぶる形になっている。都道府県単位化により、年齢構成や所得など保険者の責めに帰さない要素の調整が公費により行われれば、保険料は都道府県間の医療費格差⁽¹⁸⁾をそのまま反映したものとなるので、都道府県で医療費効率化のインセンティブが働くことになる。レセプト点検の強化なども重要であるが、医療費の地域格差は、病床数、医師数など供給側の要因と強い相関関係があることが知られ

ており、既述の医療供給主体との関係における保険者機能の強化が特に重要になる。また、都道府県ごとに独立した公法人を設立するか、会計単位のみ独立させるかも論点になるが、前述の財政調整と保険者機能の強化を前提に前者が望ましいと考える。いずれにしろ、現行一律の保険料率が地域によって相当変動することが予想され、ソフトランディングのため一定の経過措置は導入せざるをえないように思われる。

4 おわりに

1で見たように急増が予想されている医療費を、将来にわたって国民の負担能力の範囲にコントロールするには相当の効率化が必要であるが、基本方針に示されている今回の改革で十分かどうかについて筆者は懐疑的である(19)。医療費の負担はますます深刻な問題になると危惧され、今回の改革を踏まえた抜本改革が不可避になると予想される。中期的には、都道府県域を基本に、標準的な給付を行う公的に認証された(競争が働く程度の)複数の保険があり、年齢構成、所得などのリスク構造調整を前提に、住民(被保険者)は、選択してそのいずれかに加入する義務を負うという形での皆保険体制とし、アクセスの公平を維持しながら保険者間の競争促進による医療費の効率化を図るべきであると考えられる。

市民参加などにより、患者、被保険者の利益のために医療提供主体と対等に向き合い、交渉できる自律性、専門性の高い保険者主体を育てられるか、そうした主体が参入し、活躍、成長できるシステムを整備できるか(20)が、今私たちに問われているのではないだろうか。■

《注》

(1) 1994年に厚生省の研究会から発表された「21世紀福祉ビジョン」では、将来的には医療費の伸びを抑制する一方、介護や育児などの福

祉サービスを充実して、「年金」、「医療」、「福祉その他」の構成比を(現在の5:4:1から)5:3:2に変えていくことが望ましいとしているが、現状はそれとは逆の方向に動いていることになる。

- (2) このことは、低迷する経済状況の中で医療保障制度の持続可能性を危うくすると同時に、先進国で最悪の状況にあるとされるわが国の財政の再建に際しても医療が最大の課題になることを意味する。
- (3) 医療費の中味を見ると、そのほぼ半分が医師など医療従事者の人件費である。
- (4) 我が国では、高齢化により医療費は必然的に増加するといった短絡的な議論が多いが、医療システム論の泰斗B.エイベルスミス(1996)は、高齢化は、後期高齢者の(福祉的な)ケアの費用を増加させるかもしれないが、医療費の増加にとっては大きな要因ではなかったとし、将来にわたって高齢化が大きな医療費増加要因になっているのは先進国では日本だけであるとして我が国の老人医療費の特異性を指摘している。
- (5) 日本医師会の幹部が、1996年度に6ヶ月以上入院している65歳以上の高齢者30万人のうち、半数近くが退院可能であるとするなど、1973年の老人医療費無料化を契機に高齢者介護サービスが大量の社会的入院によって肩代わりされてきたことが知られており、介護保険自体が社会的入院を追認するものだったこともあり、介護保険導入後も状況に大きな変化はないように思われる。なお、社会的入院は、精神医療の分野でも深刻な問題になっていることを付言しておきたい。
- (6) 国民健康保険は、総動員体制下の1938年に兵士の供給源だった農村の健康問題に対処するため「健民強兵策」としてスタートした。
- (7) また、約4分の1が原則として職域でカバーされる被用者が占めていることにも留意する必要がある。
- (8) 先進諸国の医療保障制度は、社会保険モデルに加え、英国に代表される一般租税を財源とし、生産手段の公有又は統制を特徴とする国営医療モデル、アメリカの私保険モデル(生産手段は私有が中心)の3つに大別すること

- ができる (OECD(1987))。
- (9) 戦時体制下の1942年に、医療機関を統制下において協力させる趣旨で制度化されたものが、半世紀以上にわたって基本的にそのまま維持されている (福田 (2002))。
 - (10) ただし、国保組合に対する公費の投入などの問題は残っている。
 - (11) B.Abel-smith(1996)pp.17-18
 - (12) 来年の通常国会に関連法案が提出される予定である。
 - (13) (2) の高齢者医療制度も多くの論点、問題点を含んでおり、(1) ととも密接に関係するが、紙幅の関係で本稿では立ち入らない。
 - (14) 政府は、様々な場面で医療供給主体の協力を必要としており、保険者としての政府が、保険の効率的な運営を求める合理的な主体としての立場を貫いて医療供給主体 (の団体) に対峙できるか疑問である。
 - (15) 国保の運営は、被保険者の範囲を超えて条約により定められており、被保険者自治が貫徹されておらず、政治介入の恐れも否定できない。なお、政管健保については、社会保険庁の見直しと重ねて議論されている。
 - (16) いわゆる三位一体改革により来年度から、国保に都道府県財政調整交付金が導入されることになった。
 - (17) 一般会計繰入は、総額で約4,000億円にも達しており、給付と負担の対応関係を不鮮明にし、社会保険の自律性を減殺してきた。
 - (18) 都道府県間の医療費格差は、最大で1.3倍である。
 - (19) ただ、現在の検討状況、政治状況を見る限り、不十分な改革の実現すら楽観できないと筆者は感じている。

- (20) それは、良質な医療提供主体が正当な評価を受けられるようになることを意味し、我が国の医療水準全体の向上につながることを期待できる。

《参考文献》

- 尾形裕也 (2004) 「医療保険制度論」『季刊家計経済研究』2004 Spring No.62
- 菊池馨実 (2003) 「医療保険制度の方向性—医療保険改革のあり方を中心に—」『社会保険旬報』No.2174、No.2175
- 堤 修三 (2004) 『社会保障の構造転換—国家社会保障から自律社会保障へ』社会保険研究所
- 福田素生 (2000a) 「雇用と医療保険制度—コーポラティズムと保険者機能の調和」総理府雇用・福祉研究会『雇用の変化と社会保障法との関係に関する研究報告』
- (2000b) 「介護保険制度により提供される「介護」サービスについて—医療や福祉との関係を中心に—」『季刊社会保障研究』第36巻第2号
- (2003) 「保険者と医療供給主体の関係—日独の制度史を踏まえて—」『医療制度改革と保険者機能』山崎康彦・尾形裕也編著、東洋経済新報社
- B.Abel-smith (1996) “The Escalation of Health Care Costs : How Did We Get There?” in OECD. Health Care Reform : The Will to Change.
- OECD (1987) “FINANCING AND DELIVERING HEALTH CARE” 福田素生・岡本悦司訳『保健医療の財政と供給—OECD諸国の比較分析』社会保険研究所 (1991)
- (1999) “A CARING WORLD THE NEW SOCIAL POLICY AGENDA”

