

# 国民皆保険下で

# 自治的な保険者が担う役割



健保連の医療保障総合政策調査・研究基金事業として行われた「健康保険組合論(医療政策と健康保険組合の役割)の構築に関する調査研究」の報告書は、「健康保険組合の法的な位置づけ」、「自治組織としての健保組合のメリット」、さらには今日的な課題である「保険者機能と健康保険組合」といった課題まで、その考察の範囲は広範に及ぶ。本号では同研究会の座長をつとめられ、報告書の最終的なとりまとめに当たられた一圓光彌氏(関西大学政策創造学部教授)に、報告書が目指す方向性や今後取り組むべき課題などについて話を伺った。

## 健保組合と国の関係

— 国の代行機関ではない

今回の調査研究の大きな意味は、国民皆保険体制のもとで自治的な健康保険のあり方、保険者のあり方がいかに重要かを改めて問い直した点です。報告書では、健保組合は国の代行機関ではない、との立場を確認しましたが、その理由は、職域の自治的な保険組織のほうが被保険者の合意にもとづく効率的な保険運営が可能であると考えからです。国が決めたことを国の代わりに実施するだけでは加入者の満足度を高め、納得できる保険運営はできません。自治的な保険者だからこそ無駄を省いて効率的な保険運営を実現できるし、また必要に応じて十分な保険料を確保することもでき

ます。保険に加入する被保険者・家族の疾病予防や健康づくり事業に積極的に取り組むことにより、医療費の適正化に取り組んでいる健保組合も多いです。法定料率を上回る保険料率を負担してでも自分たちの保険を守ろうとしている健保組合も少なくありません。こうした健保組合の強みはもう少し踏み込んで検証する必要があるでしょう。

### 歴史的に確認されていた 健保組合のメリット

自治的な組織である健保組合のメリットは健康保険法が成立する当時から指摘されてきました。にもかかわらず、政管健保ができたのは、日本では自主的な組合の経験が乏しく、政府が保険者とならざるを得なかったからです。ここから、国が保険事業を行い、健保組合が設立できるところは、健保組合が国に代わって保険事業を代行するという理解が一般化したといえます。たしかに、保険料を徴収し、その財源で必要な給付を行う、基礎的な保険者機能で十分だった時代は、国の事業代行でよかったかも知れませんが、組合で採用されていた出来高払いに

よる診療報酬制度が政管健保を含めた全制度の支払方式として採用されるようになり、また、健保組合独自の付加給付が政管健保や国民健康保険の給付水準改善の目標になるなど、健保組合は日本の医療保障制度の推進に先導的な役割を果たしてきた点は、看過できないと思います。

### 健保組合の保険者モデル —時代の大きな変化に対応する必要

医療、医療保険を取り巻く環境は時代的に大きく変化しています。医療供給体制が整備され、医療政策の目標も、より効率的・包括的なサービスの提供に重点を移すようになり、また、医療需要の側でも疾病構造が変化し生活習慣病に関連する医療が重要な地位を占めるようになり、市場で発生した医療費を後追的に支払うというだけでは保険者機能を十分に果たせない時代になっています。

### 公益性を担う自立的な組織

その意味で、健保組合は法に基づく事

業を行うだけでなく、より大きな自治の権限が付与され、医療供給を担う主体とも連携して、よりよい医療提供のあり方を追求することが望ましいし、生活習慣病などの予防に取り組むには、被保険者が保険運営に直接間接に参加し、保険料や給付について身近に考えることができることが大切です。報告書では、「公益性を担う自立的な組織としての健保組合」という考え方で、この健保組合の性格を明示的に示しています。

また健保組合は、社会保障の一翼を担う自治的な組織であり、被保険者相互の契約で成り立つ「被保険者先行型の中間団体」であると位置づけています。被保険者が自分たちで保険を維持するとういう考え方がないと、自分たちのこととして積極的に健康管理や保健活動には取り組みません。報告書が提案している「保険者モデル」は、国民の医療保障の一翼を担うとともに、自分たちで納得できる助け合いの仕組みをつくっていく組織形態であると考えれば理解しやすいと思います。

### 大きな成果を上げている健保組合

自治的な保険者といっても、実際の健

保組合には医療供給側と直接契約を結んで独自の診療報酬を支払うなどの権限は認められていません。予防事業に取り組む場合も事業運営基準等で行政が示す枠内で実施されています。しかし、自立的な運営にこれだけ制約があるなかで、医療費の適正化ではかなりの成果を上げています。この点については、政管健保と比べて健保組合が1人当たり医療費で3割以上低いといった具体的なデータも示されています。健保組合方式を全保険制度に適用するには多くの解決すべき課題がありますが、目指すべき改革の方向は組合方式の推進のほです。一元化など現にある健保組合をなくすような改革は、時代の要請に逆行するものだと思います。

## 財政調整と自治組織

— 欠かせない透明性高い仕組みの導入

自立的な組合方式が重要であるからといって、健保組合だけがよければいいということにはなりません。

日本は先進諸国に先駆けて、社会保険による皆保険を達成しました。被用者保

険の適用を受けていないすべての人は国保に加入することになりました。国保の被保険者には雇い主のいない農林漁業者や自営業者とともに、企業で採用されない無職の人なども加わることになり、こうした所得が十分でない人びとに医療保険を適用するには、財政的にこれを補う必要があります。給付費に対する国庫負担が制度化されました。その意味で、国庫負担が財政調整の役割を果たしてきたといつていいでしょう。当時の国庫負担は、主として国保の低所得者を支援することを目的とし、制度間のリスク構造調整を果たすものであったということです。

老人保健制度が実施される頃には、制度間の財政不均衡の主な原因は年齢構成の違いへと変わってきました。老人保健制度は、年齢構成の差に着目して、制度間のリスク構造を調整するために設けられました。現在の制度間のリスク構造調整の財源は、国庫負担と被用者保険間のリスク構造調整を、どの程度まで国庫負担で行うか保険料財源をどの程度活用するか意見の分かれるところでした。

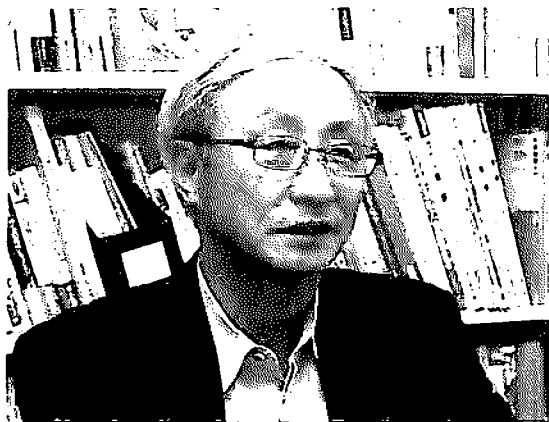
また、これは理論的に決定できる問題

ではありません。現在行われている財政調整の実態を前提に、より透明性の高い仕組みを導き、健保組合や市町村国保の努力が十分に評価される制度とする必要があります。

## 「自治組織」存続に必要な制度間の財政調整

制度間財政調整の必要性は自治組織の重要性と密接に関係します。さまざまな自治的な保険組織を存続させ、かつ皆保険を維持するには、保険者の間で存在する所得や年齢による財政力格差を平準化することが必要です。社会保障制度としては、全国民が同様の負担で同様の給付が受けられる仕組みをつくる必要があります。だからです。この考えがリスク構造調整です。言い換えれば、全国一本の制度にしないで、各保険者が財政的に自立しつつ、全体として皆保険を達成するための技術といえます。

ただ、いずれかの保険制度の財源が不足するから、財源のある保険者に負担させるというのでは自治的な組織は生まれません。負担の公平化にはきっちりとしたルールが必要なことは言うまでもありません。



一國教授は、保険制度間の財政調整を透明性の高い合理的な仕組みに変えていくと同時に、各保険者の保険経営の努力が促進され、また、その努力が十分に評価される制度にすることが重要だと話す。

日本のリスク構造調整の現状は、ドイツのように徹底していません。ドイツの場合は、いわばすべての保険者が健保組合なのですが、日本の場合、保険者として被保険者に向き合って保険者機能を果たそうとしている保険者ばかりではないからです。現実に行われているのは、保険者間のリスク構造調整ではなく、保険制度間の財政調整です。したがって、この現実からスタートし、これを透明性の高い合理的な仕組みに変えていくことが必要です。それと同時に、健保組合や市町村国保の保険経営の努力が促進され、また、協会けんぽについても都道

府県ごとの取り組みが生かされるように、自立性を維持し、高めていくことが重要です。

### 高齢者医療制度改革と市町村国保の広域化

制度間の財政調整を2006年度で整理すると、健保組合は6.5兆円の保険料収入に対し他への拠出は2.6兆円。政管は保険料収入が6.6兆円、他へのネット拠出は2.3兆円です。政管は国庫負担を受けていますが、受け入れた国庫負担以上に他への拠出をしており、差し引きすると「持ち出し」です。これに対し、国保と老人医療の財源は、国保の保険料収入が4.2兆円、被用者制度（共済含む）からの財政移転が5.5兆円程度、これに公費負担の9.7兆円を加えて総額19.4兆円となっています。財政調整の流れを整理すると、国庫負担と被用者制度の保険料からの拠出金が老人医療の支援と国保に対する支援とに回っていることになっています。

しかし問題は、たとえば協会けんぽに国庫負担が投入される一方、その制度か

ら高齢者の医療費のための拠出金が支払われるなど、財源の流れが極めて複雑なことです。財政調整機能を集中させるために、国庫負担と被用者保険からの拠出金を基金化し、その財源で都道府県・市町村国保に一定の基準（高齢者の高い医療費と低所得者の低い負担能力を考慮し）で財政支援する仕組みを考えるべきです。

市町村国保も、職域で組織された健保組合同様に地域で組織された保険者で、保険者機能を発揮しているところは少なくありません。そうした国保が、都道府県単位の一元化で高医療費の市町村国保と統合され、これによって保険料が引き上げられるのでは、保険者機能を維持するインセンティブは失われてしまいます。都道府県単位で保険者を広域化することは必要ですが、これまでの市町村国保の自主性が生かされる工夫が必要で、市町村国保も、被保険者が相互に地域で組織する被保険者先行型の保険者で、地域を基盤に保険者機能を発揮することが求められています。広域化に際しては、市町村の保険者が培ってきたメリットが最大限発揮できるようにすることが重要であると思います。