

国民皆保険制度は守り抜けるか

～日本の公的医療保険制度の課題と方向性～

荘銀総合研究所 主席研究員 加藤 和 徳

■寄せ木細工の国民皆保険制度

前回の医療特集（第2回）でも指摘したように、日本の医療は、健康寿命の長さや平等性などの面において、世界の中で高く評価されている。

これは、日本の医療制度が「国民皆保険制度」のもとで運営されており、病気やケガをした場合、いつでも希望する医療機関で、必要な診断や治療を受けられ

ることが大きく貢献している。しかし、医療は私たちの日常生活に深く密着しているために、自分が加入している保険制度や、その財政上の仕組みなどについて、あらためて意識する機会は少ない。

国民皆保険制度は、1961年の国民健康保険法の改正によって、日本国民は生活保護受給者など一部を除き公的医療保険に加入することが定められ、スタートした。だが、その改正は抜本改革ではなく、従来からの

図表1 医療保険制度の概要

制 度 名		加入者（被保険者）	保険者数 (2007年3月末)	加入者数（千人） (2007年3月末) 〔本人 家族〕	一部自己 負担割合
被用者保険 (職域保険)	健康 保 険	組合健保	健康保険組合 1,541	30,474 〔15,456 15,018〕	義務教育修学後から 70歳未満 3割 義務教育就学前 2割 70歳以上75歳未満 2割 (現役並み所得者3割) 注1
		政管健保	国 (社会保険庁)	35,938 〔19,501 16,437〕	
	健康保険法 第3条第2項 被保険者	健康保険の適用事業所に臨時に使用される人や季節的事業に従事する人（一定期間を超えて使用される人を除く）	国 (社会保険庁)	22 〔13 8〕	
	共済 組 合	国家公務員	21共済組合	9,437 〔4,399 5,038〕	
		地方公務員等 私学教職員	国家公務員、地方公務員、私学の教職員 1事業団		
船員保険	船員として船舶所有者に使用される人	国 (社会保険庁)	161 〔63 98〕		
国民健康 保 険 (地域 保 険)	農業者 自営業者等	健康保険・船員保険・共済組合等に加 入している勤労者以外の一般住民	市町村 1,818 国保組合 165	51,268 市町村 47,380 国保組合 3,888	
	退職者医療制度 (被用者保険の退職者)	会社などを退職して年金を受けている人 で75歳未満（寝たきりの場合は65歳未 満）の人と、その扶養家族	市町村 1,818		
長寿医療制度 (後期高齢者医療制度)		75歳以上の者、及び65歳以上75歳未満で 一定の障害にある旨の広域連合の認定を 受けた者	[運営主体] 後期高齢者医療 広域連合	約13,000 (平成20年度見込み)	1割 (現役並み所得者3割)

※加入者数（平成19年3月末）の数値は速報値。また、各項目の数値は、それぞれ四捨五入によっているので、合計とは合致しない場合がある。
(注1) 現役並み所得者は、課税所得145万円(月収28万円以上)及び高齢者複数世帯520万円以上若しくは高齢者単身世帯383万円以上の収入がある者。
資料：『平成20年度厚生労働白書』資料編より作成

体系やしがらみを引きずった形で導入されたために、極めて複雑な体系になっている。

保険制度は、図表1に示すように、サラリーマンを対象にした被用者保険（職域保険）と、自営業者などを対象とした国民健康保険（地域保険）のふたつに大別される。前者は1922年に一部のブルーカラーを対象に施行された健康保険法をルーツとしており、また、後者は昭和の初期から市町村によって設立された協同組合を支援するために1938年に施行された国民健康保険法がその原型である。

被用者保険はさらに、主に大企業などが個別に設置する健康保険組合を保険者とする組合管掌健康保険（組合健保）、中小企業の勤労者を対象に作られた政府管掌健康保険（政管健保、政府＝厚生労働省が管理している）のでこの名称、公務員等の共済組合などに分かれる。

保険料の徴収方法や、公的負担の仕組みもそれぞれ異なっており、被用者保険では給料から保険料が天引きされるが、国保の場合は申告した所得に基づいて保険料が決まる。また、被用者保険は扶養家族の人数にかかわらず同じ保険料だが、国保は家族の人数によって保険料が異なる。さらに、国保では、市町村が保険者となっているため、同じ所得でも、住む市町村によって保険料に数倍もの格差があるなどの課題も生じている。

各保険の収入状況を見ると（図表2、上段）、被用者保険では保険料は労使折半が原則であるのに対し、自営業者や年金生活者が加入している国保では、雇用主の負担がないため、保険料の不足分として、国と都道府県が保険料の約半分を税金で補てんしている。保険者である市町村はそれでも不足するので、自分たちの一般財源からさらに10%弱の補てんを行っている。

図表2 主な医療保険制度の財政状況（2006年度）

（単位：億円）

		被用者保険（職域保健）						国民健康保険（地域保健）		合計
		健康保険		共済組合			船員保険	市町村	組合	
		組合健保	政管健保	国家公務員共済	地方公務員共済	私学共済				
経常収入	保険料	58,645 (97.6%)	61,442 (88.4%)	4,541 (99.3%)	12,535 (94.6%)	1,888 (99.8%)	364 (92.2%)	34,439 (31.1%)	4,555 (59.7%)	178,409 (66.6%)
	国庫負担	48 (0.1%)	7,888 (11.4%)	—	—	—	30 (7.6%)	30,151 (27.3%)	2,843 (37.3%)	40,961 (15.3%)
	都道府県負担	—	—	—	—	—	—	7,914 (7.2%)	77 (1.0%)	7,991 (3.0%)
	市町村負担	—	—	—	—	—	—	7,829 (7.1%)	—	7,829 (2.9%)
	退職交付金	—	—	—	—	—	—	23,432 (21.2%)	—	23,432 (8.7%)
	その他	1,386 (2.3%)	157 (0.2%)	32 (0.7%)	715 (5.4%)	4 (0.2%)	2 (0.5%)	6,805 (6.2%)	152 (2.0%)	9,252 (3.5%)
	合計	60,079 (100.0%)	69,487 (100.0%)	4,573 (100.0%)	13,250 (100.0%)	1,892 (100.0%)	395 (100.3%)	110,570 (100.0%)	7,628 (100.0%)	267,875 (100.0%)
経常支出	法定給付費	30,626 (53.1%)	40,851 (59.7%)	2,304 (53.8%)	6,981 (54.9%)	984 (53.4%)	257 (71.2%)	77,766 (70.1%)	4,911 (65.3%)	164,680 (62.5%)
	付加給付費	886 (1.5%)	—	68 (1.6%)	153 (1.2%)	55 (3.0%)	—	—	—	1,162 (0.4%)
	老人保健拠出金	11,567 (20.0%)	17,200 (25.2%)	1,003 (23.4%)	2,361 (18.6%)	452 (24.5%)	64 (17.7%)	22,571 (20.4%)	1,855 (24.7%)	57,073 (21.6%)
	退職拠出金	9,397 (16.3%)	9,306 (13.6%)	874 (20.4%)	2,430 (19.1%)	351 (19.0%)	40 (11.1%)	—	132 (1.8%)	22,530 (8.5%)
	その他	5,231 (9.1%)	1,013 (1.5%)	30 (0.7%)	788 (6.2%)	1 (0.1%)	0 (0.0%)	10,556 (9.5%)	617 (8.2%)	18,238 (6.9%)
	合計	57,707 (100.0%)	68,370 (100.0%)	4,279 (100.0%)	12,714 (100.0%)	1,843 (100.0%)	361 (100.0%)	110,893 (100.0%)	7,515 (100.0%)	263,683 (100.0%)
経常収支差		2,372	1,117	294	535	49	35	▲323	112	4,192

※端数の関係上、合計及び収支差がずれることがある。

※市町村国保の経常収入には、市町村一般会計繰り入れに含まれている赤字補てん額2,413億円を含んでいる。

資料：平成20年6月中央社会保険医療協議会『第16回医療経済実態調査（保険者調査）報告』より作成

また、同じ被用者保険の中でも、組合健保や共済組合などでは保険料だけで加入者の医療費を賄っているのに対し、政管健保では、中小企業の勤労者は大企業と比べて一般に収入が低く病気にもかかりやすい傾向があるため、国の一般財源から保険料の不足分として全体の10%余りを補てんしている。

■税と財政調整による補完

このように、日本の医療保険制度は職場や地域を単位とした社会保険方式をとっているが、国民皆保険は、それぞれの保険制度によって仕組みや保険料が異なる寄せ木細工のうえに成立している。

一方、現役の時には被用者保険に加入していたサラリーマンも、退職した時点で国保に移ることになる。したがって、高齢者の大半は国保に加入することになり、国や市町村の補てんだけでは賄いきれない。

このような矛盾を是正するため、1982年に制度改正が行われ、70歳以上（2007年より75歳以上）の高齢者の医療費を保険者間の財政調整で主に賄う「老人保健法」が施行された。具体的には、各保険者に対して自分の保険に加入している高齢者の数に関係なく、全国平均と同じ割合で高齢者が加入しているものとして、各保険者が「拠出」する制度が導入された。このような財政調整により、高齢者の医療費の7割が賄われ、残り2割を国、1割を県と市町村で折半することになった。

さらに1984年からは、70歳未満（現在は75歳未満）の退職者で老人保健法の対象にならない被用者年金の受給者（及びその扶養家族）の保険料を被用者保険から拠出する「退職者医療制度」が設けられた。

この結果、被用者保険のそれぞれの保険者において、「老人保健拠出金」「退職拠出金」を合わせると、被保険者から徴収した保険料の4割前後を高齢者の医療費のために拠出することになり、保険財政を大きく圧迫している（図表2、下段）。

以上のように、日本の医療保険制度は、税による補てんと、保険者間の財政調整を行って、各保険者による収入と医療サービスの給付のアンバランスを是正しており、実質的には社会保険と税の混合方式である。

2006年度の国民医療費の財源別内訳をみると、図表3に示すように、国民医療費約33兆円のうち、国税による補てんが約4分の1（約8.2兆円）に達しており、これは国の一般会計予算の1割強を占めている。このため、国として歳出を削減するためには医療費を抑制する必要がある、それが医療改革を進める大きな原動力になっている。

■混合診療の解禁が皆保険に風穴を開ける

2001年7月に、小泉内閣のもとで経済財政諮問会議が発表した『骨太の方針』において、医療費総額の伸びの抑制を図る方針とともに、「公的保険による診療と保険によらない診療（自由診療）との併用に関する規制の緩和」、すなわち混合診療を解禁する方針が示された。また、同時期に、総合規制改革会議（後に、規制改革・民間開放推進会議）の答申にもほぼ同様の内容が盛り込まれた。

現在の日本では、保険が利く「保険診療」と、保険が利かない「保険外診療」（自由診療）を一人の患者に同時に行おうとした場合、本来保険でカバーできる部分までも保険が適用されなくなり、かかった費用全額が自己負担になる。だから、ある病気の治療をうけている人が、日本で未承認の薬などを使うと、全額が自己負担になってしまう。

そこで解禁推進派は、混合診療を解禁すれば、自己負担となるのは国（厚生労働省）が公認していない部分だけになり、診察代や入院費など通常の経費は保険でカバーされるため、日本で未承認の新薬や治療法がもっと利用しやすくなり、患者本位の医療が可能になると主張する。

しかし、そこには大きな落とし穴が潜んでいる。日本の診療報酬は、各診療行為や薬剤ごとに細分化され、全国一律の単価として、厚生労働省（の諮問機関である中央社会保険医療協議会）が事細かに定めている。この仕組みによって、厚生労働省は日本の医療費を低い水準にとどめることに成功してきたが、未認可の薬や治療法については、製薬会社や医療機関が自由に価格を設定できる。したがって、混合診療が解禁される

図表3 財源別国民医療費（2006年度）（億円）

財源		推計額	構成割合	
公費	国庫	81,895	24.7%	36.6%
	地方	39,379	11.9%	
保険料	事業主	66,923	20.2%	49.0%
	被保険者	95,322	28.8%	
患者負担		47,555	14.4%	
その他		202	0.1%	
合計		331,276	100.0%	

※国民医療費では、範囲を傷病の治療費に限っているため、(1)正常な妊娠や分娩等に要する費用、(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3)美容整形費、(4)固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢などの費用は含まれていない。

資料：厚生労働省『平成18年度国民医療費の概況』

と、アメリカなどで開発された日本で未承認の“世界最先端”の新薬や治療法が大量に参入してくるが、それは日本の医療費の水準と比べて極めて高価なものであり、何らかの保険でカバーしない限り高く受診できない。その結果、民間保険会社や、製薬業界、医療サービス関連業界にとっては新たな巨大市場が創出される。

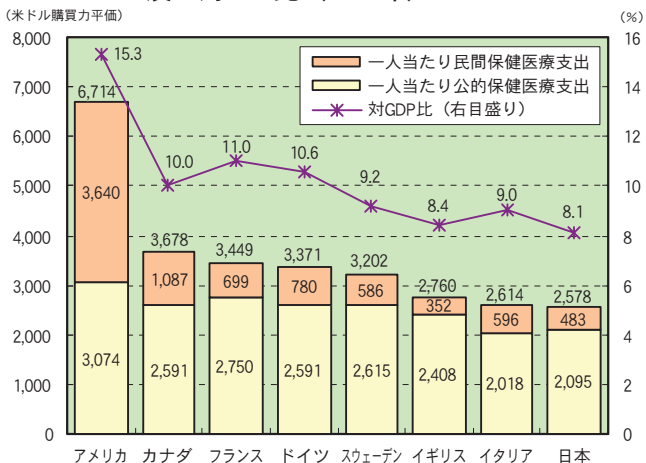
ただし、その場合には、民間保険に加入できる高所得で健康な者と、加入できない低所得で病弱者の医療格差が拡大すると考えられる。また、民間保険のほうが、新しい技術を給付の対象とする場合の基準は、公的保険と差別化する必要があることから緩やかに設定されるが、民間保険で公的保険に先行して薬などの新技術を給付すると、公的保険に対しても給付圧力が加わり、長期的には医療費全体の増え方が加速してしまう可能性がある。

アメリカでは国民皆保険制度は存在せず、高齢者向けや一部の障害者向けの公的保険制度があるだけである。このため、OECD（経済協力開発機構）のデータによれば、国民の約59%が民間保険に加入しているが、無保険者も約14%（2007年1月時点4,700万人、うち子供900万人）ほど存在する。

市場原理優先でアメリカの医療制度改革は行われてきたが、図表4に示すように、アメリカの医療費はGDPに占める割合においても、また、一人当たり医療費においても世界一高い。特に皆保険制度がないにもかかわらず、結果として、公的医療支出が日本を上回っている。

堤未果氏のルポ『貧困大国アメリカ』（岩波新書）によれば、2005年のアメリカの全破産件数208万件のうち、企業破産は4万件に過ぎず、残り204万件は個人破産であり、その原因の半数以上が高額な医療費の負担によるものだという。

図表4 主要先進国の一人当たり保健医療支出、及び対GDP比（2006年）



資料：OECD Health Data 2008より作成

ちなみに、盲腸手術で入院した場合の都市別総費用を比較してみると、図表5に示すように、ニューヨークをはじめとするアメリカの都市は際立って高い。入院日数も1日だけだが、医療費が高額なため、長期入院できないのが現状だ。

日本における混合診療解禁の論争は、2006年の医療法改革関連法において、条件付きで一部の例外を認めたものの、「保険給付外の範囲が無制限に拡大されないよう適切な配慮をすること」との付帯決議が付され、基本的に混合診療は禁止する方向で一応の決着をみた。

日本医師会でも、混合診療の解禁には「国民医療の不平等を引き起こすことになる」などの理由で、当初から強力で反対してきた。しかし、図表4でみたように、日本の医療費は主要先進国の中で最低水準にあり、医療機関のコスト削減努力もすでに限界にきている。混合診療が解禁になれば、財政的に苦しい一部の医療機関にとって、経済的に大きなメリットが期待できる。

国の医療政策の目標が、質の向上や人材の確保よりも、保険料や税で賄われている給付費を減らすために医療費を抑制することに重点が置かれている限り、混合診療解禁の動きが再燃する火種は消えないだろう。

図表5 盲腸手術入院の都市別総費用ランキング

順位	都市	平均費用(円)	平均入院日数
1	ニューヨーク	2,439,000	1
2	ロサンゼルス	1,939,000	1
3	サンフランシスコ	1,929,000	1
4	ボストン	1,690,000	1
5	香港	1,526,000	4
6	ロンドン	1,142,000	5
7	台北	642,000	5
8	マドリッド	573,000	3
9	バンクーバー	546,000	2
10	トロント	546,000	2
11	グアム	546,000	4
12	ジュネーブ	521,000	4
13	ソウル	512,000	7
	日本(注1)	444,000	7

※外国人が私立病院の個室を利用し手術も複雑でない場合を想定。また、総費用は手術費のほか、看護費用、技術料等及び平均入院日数の病室代を含む。1ドル105円で換算し、千円単位に四捨五入。
資料：2000年AIU調べ（http://aiuhoken.aienu.jp/iryo_mochu.html）
(注1) 日本の費用額は、生命保険文化センター発行の『医療保険ガイド』（2008年8月改訂版）による。

■すでに国民皆保険は崩落を始めている ～「資格証明書」交付の現状～

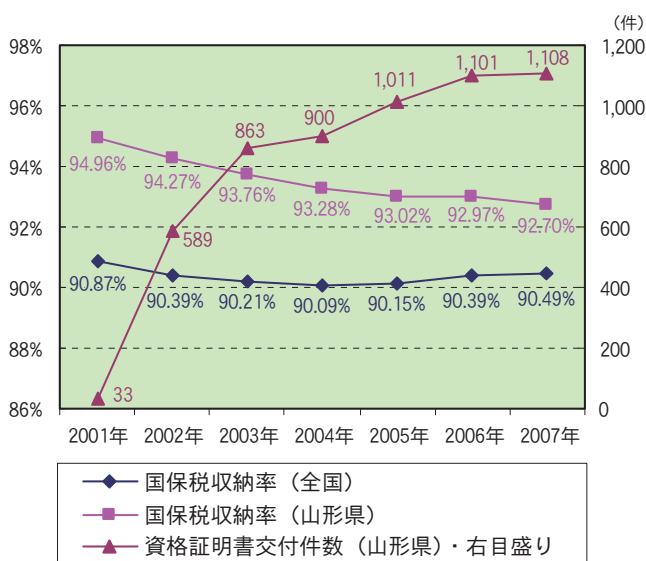
長引く景気低迷の影響などにより、国民健康保険料の滞納が増加している。図表6に示すように、全国的な収納率はここ数年わずかに改善される傾向にあるが、おおむね90%程度で推移している。世帯数でみると、国保の資格を有する世帯うち、約20%程度が滞納世帯である。

山形県内での収納率は、全国平均に比べれば良好であるが、各市町村の懸命の努力にもかかわらず、収納率は年々低下の傾向にある。2007年度の県内の滞納額は26億95百万円であり、これは収入総額の約2.26%にあたる。また、累積では100億59百万円にのぼる。

対応策として、各市町村では、滞納世帯に対し「資格証明書」を交付している。資格証明書を交付されると、医療機関で診療を受ける場合には、いったん治療費の全額を窓口で支払わなければならない。後で領収書を持って市町村の国保窓口へ行けば、医療費の7割を返してもらえる仕組みである。資格証明書の交付は国保税を1年間滞納した場合が目途となっており、2000年4月の国民健康保険法の改正により、市町村の「裁量」から「義務」に変わった。

資格証明書の交付に当たっては、市町村が滞納者と接触を図り、十分状況を勘案したうえで、やむを得ない場合に限ることとされているが、交付件数は年々増加しており、2007年6月1日時点で全国では338,850件（国保加入世帯の1.6%）、県内でも1,108件（加入世帯の0.65%）が交付されている。

図表6 国保税収納率（金額ベース）と山形県の「資格証明書」交付件数の推移



資料：山形県地域福祉課『平成19年度国民健康保険事業年報』等より作成

資格証明書の交付先には、中学生以下の子供がいる世帯も含まれていることから、昨年9月に国の要請により、全国の市町村が一斉に「子供に係る資格証明書の発行状況の調査」を行った。その結果、全国では、資格証明書交付世帯の5.5%にあたる18,240世帯、県内では交付世帯の6.6%にあたる68世帯が子供のいる世帯であった。

この結果を受け、「子供に保険料滞納の責任はない」との認識から、2008年12月に国民健康保険法が改正され、今年4月から15歳以下の子供がいる世帯に対しては、有効期限を6ヵ月とする被保険者証が交付されることになった。

すでに、国保の被保険者のうち、無職者の占める割合は5割に達しているが、今後、失業率の上昇などによりこの傾向にさらに拍車がかかることが懸念される。また、フリーターや非正規就労者などの増加によって、職場にも属さず、地域にも帰属しない（捕捉できない）人々が増えることが予想される。

職域と地域を基本とする現在の皆保険体制では、対応の困難な状況が生じつつあり、制度の抜本的な改革が必要な時期を迎えているのではないだろうか。

■後期高齢者医療制度の功罪

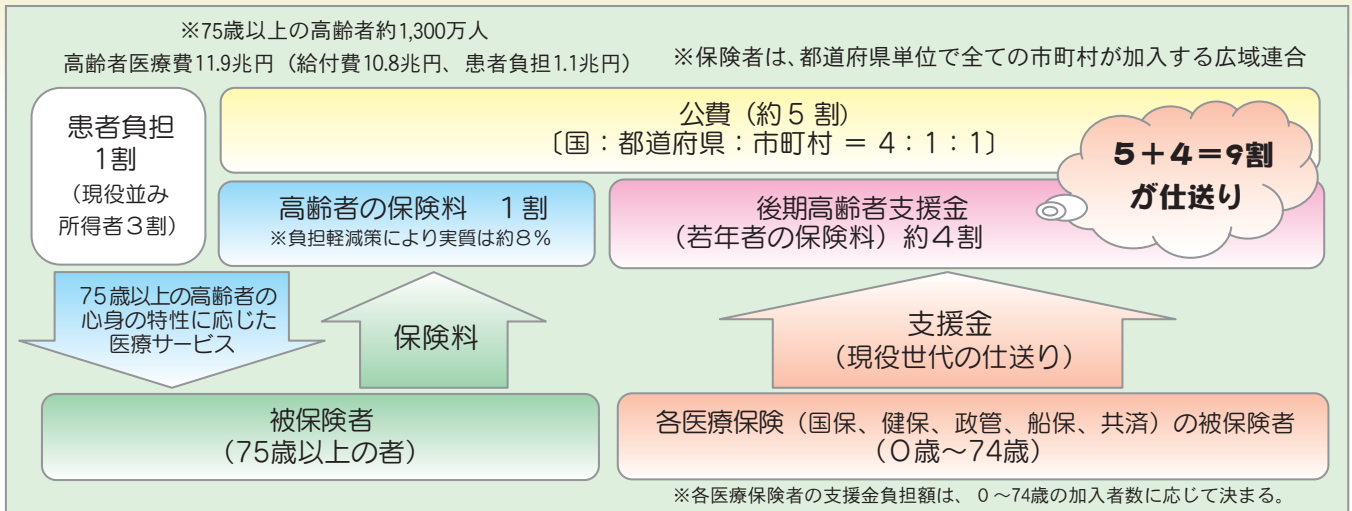
2008年4月から後期高齢者医療制度（長寿医療制度）が施行された。この制度は、図表7に示すように、75歳以上の高齢者の医療費に対する公的給付費の5割を公費（税金）で負担し、4割を国保や被用者保険の「支援金」で補てんし、残り1割を75歳以上の高齢者からの保険料で賄う仕組みである。

従来の老人保健制度においては、高齢者の保険料と若い世代の保険料の区分けが明確ではなく、必要な費用が際限なく現役世代に回されるなどの課題があった。高齢化の進展につれ、健保組合などが負担する拠出金の割合も増大したことから、制度改正の必要性が高まり、2006年に「高齢者の医療の確保に関する法律」が衆院で可決され、「老人保健制度」が「後期高齢者医療制度」に改められた。

この改正により、老人保健制度の「拠出金」が「支援金」へと呼称が変わったが、被用者保険等から高齢者への「仕送り」（厚生労働省資料の表現による）によって財政調整を行う大枠の仕組みは従来と変わらない。また、被用者保険等から後期高齢者への拠出金は減少したが、同時に、前期高齢者（65歳～74歳）への財政調整の案分方法が変更になり増加したため、結果的に現役世代からの持ち出しは大きく変化しない。

制度の大きな特徴のひとつは、75歳以上高齢者の保険料負担を明確化するとともに、「後期高齢者診療料」

図表7 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）の仕組み（2008年度）



資料：厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/info02d.html>）掲載資料より作成

などの独自の診療報酬が導入されたことである。

「後期高齢者診療料」とは、75歳以上の高齢者を「高齢者担当医」が総合的に診察する制度だが、医師会からは反発する意見が多く、山形県医師会も「医療機関同士の連携バランスが崩れ、患者に良い医療を提供できない」などの理由で反対の立場を表明している。

加齢により医療費が増加するのは事実だが、医療費の増加は、死期を迎える年齢と大きく相関しており、75歳から急激に医療費が増加するわけではない。したがって、75歳で線引きをする必然性は乏しい。社会保障の原則からすれば、医療を受ける権利も、保険料や患者負担分を支払う責務も、ともに年齢に関係のない制度の方が、超高齢社会への対応という観点からも望ましいだろう。

新制度のもうひとつの大きな特徴は、保険料の徴収窓口は市町村としながらも、保険者が、都道府県単位ですべての市町村が加入する「広域連合」となった点である。従来の老人保健制度では、各市町村が保険者であったが、小さな自治体では財政基盤が脆弱であり、大病をする高齢者が数人出るだけで保険財政が圧迫されてしまい、運営が不安定になる。一方、全国一律の運営では物価水準や年齢構成などの地域性が反映されず、利用者の声も届きにくい。医療サービスの利用は、おおむね県域内で完結することからも、都道府県の規模は保険者としてバランスが良い。今後の医療改革における保険者の規模として、ひとつの方向性を示したといえよう。

しかし、今のところ、広域連合は独自の財源を持たない医療費管理のための事務運営組織の域にとどまっており、住民からは見えにくく、責任主体も必ずしも明確ではない。

後期高齢者医療制度の導入が医療制度についての国

民的な議論を喚起し、今後の抜本的な改革に向けた契機になることを期待したい。

■地域の主体性の発揮と国の役割

昨年10月7日に開催された「高齢者医療制度に関する検討会」において、舛添厚生労働大臣の「後期高齢者医療制度と国民健康保険を都道府県で一本化したうえで、都道府県が運営する」という趣旨の“私案”が公表されて、議論を呼んだ。

これまで都道府県は国の政策を市町村に徹底する中間的な存在であり、保険者としての経験はなかった。しかし、市町村の保険料の平準化や財政の安定化を図るため、すでに都道府県単位での保険財政共同安定化事業などが実施されている。

また、昨年10月より社会保険庁から「全国健康保険協会」が民間組織として分離し、政管健保は「全国健康保険協会管掌健康保険」（愛称、協会けんぽ）となり、今年10月より都道府県別の保険料に移行する。

このように、都道府県が医療政策において主体的な役割を果たす環境は次第に整ってきている。

医療は住民の生活に深く関わり、サービスの利用が地域内でおおむね完結することからも、都道府県がその存在感を示すうえで最もふさわしい分野であると考えられる。国と地方の役割分担を明確にしつつ、医療政策において地域が主体的な役割を担っていくことは、今後の地方分権社会を築いていくためにも避けて通れない道であろう。

今回の医療特集では、今回検討した公的保険制度の現状を踏まえ、地域が社会保障政策に主体的に関わるための制度改革の方向性と、そのために必要な条件整備について、さらに検討してみたい。