

基礎研 レター

健康保険組合の役割の拡大

公平性の確保と、連帯意識の醸成を、どう両立させるか？

保険研究部 主任研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

1—はじめに

日本の現役世代向けの公的医療保険は、企業の従業員が加入する健康保険組合や協会けんぽ等の被用者保険と、自営業者等が加入する市町村国保等の国民健康保険の2つに分かれている。このうち、被用者保険は、1927年の健康保険法施行によって、職域をもとに制度化されたもので、国民健康保険よりも起源が古い。被用者保険は、被保険者と被扶養者を合わせて、7,000万人以上に、医療保障を提供しており、日本の医療制度の根幹をなしている。近年、高齢化が進み、高齢者医療への支援金・納付金が増加しており、財政面の厳しさが増している。一方、健康寿命の延伸に向けて、特定健康診査や特定保健指導の実施をはじめ、様々な予防医療への取り組みも進められている。

本稿では、被用者保険の現状を概観して、その役割の拡大に関する論点を見ていくこととしたい。²

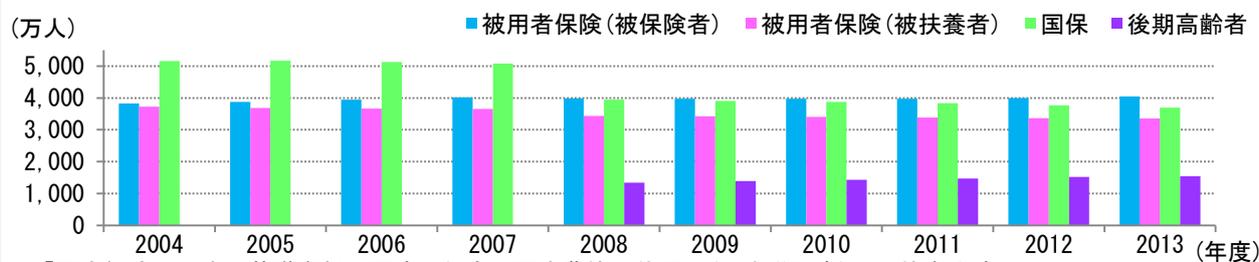
2—被用者保険の現状

まず、政府等が公表している統計をもとに、被用者保険の現状を見ることとしたい。

1 | 加入者数は減少しつつも7,000万人以上を維持しているが、組合数は年々減少

近年、被用者保険の被保険者数は、4,000万人程度で微増している。一方、被扶養者数は、3,000万人台で徐々に減少している。この背景には、少子化や、専業主婦の減少があるものと見られる。

図表1. 公的医療保険の加入者数(年度末現在)推移

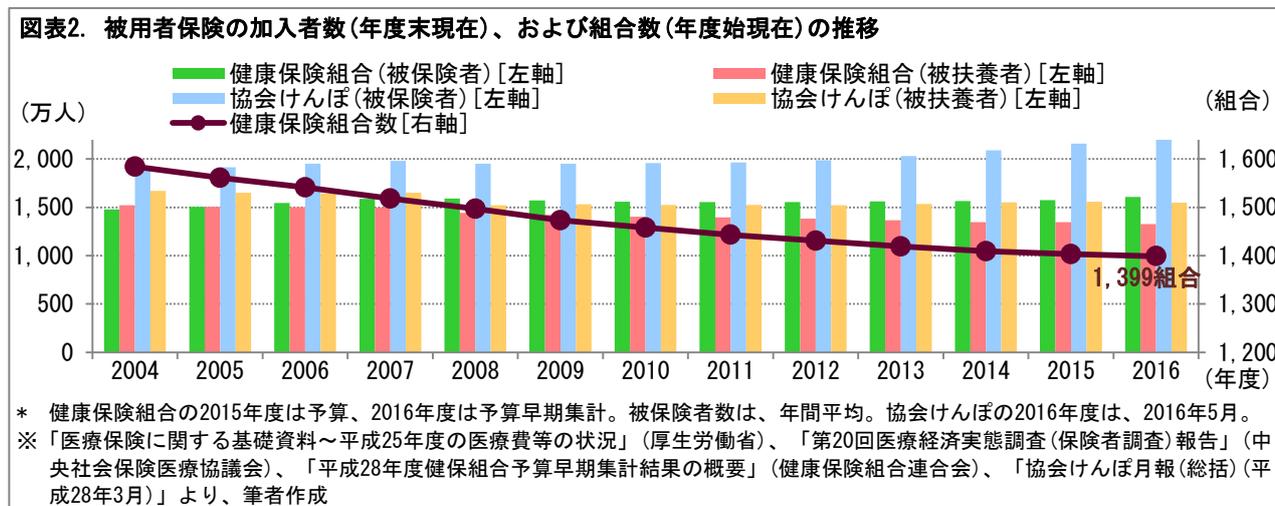


※「医療保険に関する基礎資料～平成25年度の医療費等の状況」(厚生労働省)より筆者作成

¹ 国民健康保険法は1938年に施行された。

² 本稿は、「日本の医療—制度と政策」島崎謙治(東京大学出版会, 2011年)を参考にしている。

健康保険組合と協会けんぽに分けて見ると、被保険者数は、健康保険組合で横這い、協会けんぽで微増の傾向を示している。被扶養者数は、健康保険組合で減少、協会けんぽで横這いとなっている。また、健康保険組合の組合数は、年々減少して、2016年度始には、1,399組合となっている。



2 | 保険財政は厳しい状態が続いており、保険料率が引き上げられてきている

次に、保険事業の財政状況を見てみよう。高齢者医療を支えるための支援金・納付金の負担は、健康保険組合、協会けんぽに対し、それぞれ毎年約3兆円の負担となっている。このため、健康保険組合では、2016年度に1,000億円以上の経常赤字が見通されている。協会けんぽは、毎年約1兆2,000億円の公費補助を受けている³。これにより、2016年度は4,000億円程度の黒字の見込みとなっている。

図表3. 健康保険組合と協会けんぽの収支(年度別) (億円)

| | 健康保険組合 | | | 協会けんぽ | | |
|------------------|------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2014 決算見込 | 2015 予算 | 2016 早期集計 | 2014 決算 | 2015 直近見込 | 2016 見込 |
| 収入 | 76,000 | 76,500 | 78,200 | 91,000 | 92,200 | 94,300 |
| うち公費補助 | — | — | — | 12,600 | 11,800 | 11,900 |
| 支出 | 75,400 | 77,900 | 79,500 | 87,300 | 89,500 | 90,400 |
| うち高齢者医療への支援金・納付金 | 29,900 | 31,200 | 31,800 | 31,900 | 32,500 | 32,500 |
| 収支 | 600 | -1,400 | -1,400 | 3,700 | 2,700 | 3,900 |

(注) 健康保険組合は経常収支差引額、協会けんぽは単年度収支差 (金額は、100億円未満を四捨五入して表示)
 高齢者医療への支援金・納付金は、後期高齢者支援金と、前期高齢者納付金の合計
 協会けんぽの2016年度は、政府予算案を踏まえた見込み

※「平成26年度健保組合決算見込の概要」「平成28年度健保組合予算早期集計結果の概要」(健康保険組合連合会)および、「第72回全国健康保険協会運営委員会(平成27年12月25日)資料1-2」(全国健康保険協会)より、筆者作成

健康保険組合では、2016年度に経常収支が赤字となる組合が、901組合(組合全体の64%)に上る(予算早期集計ベース)。これまでに、厳しい収支状況を受けて、多くの組合が保険料率を引き上げてきた。保険料率の推移を見ると、健康保険組合の平均は年々上昇し、2016年度には、9.1%に達している。

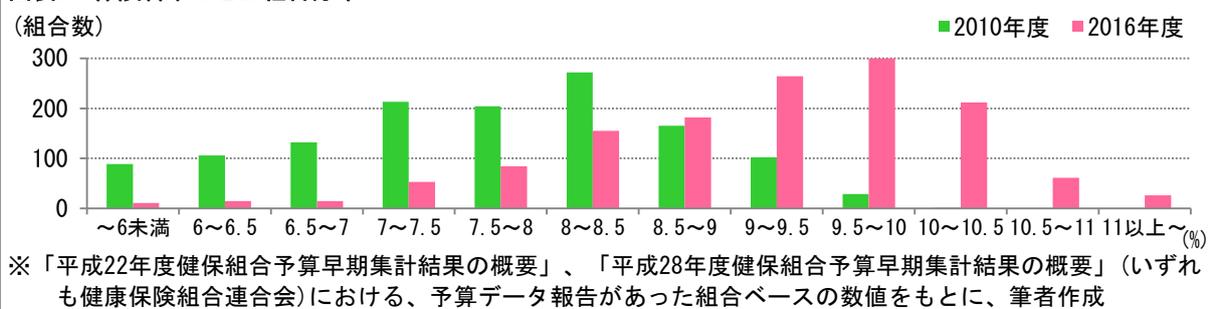
³ 協会けんぽは、保険給付費等の16.4%分が、国から補助されている。

図表4. 健康保険組合と協会けんぽの保険料率の推移



保険料率ごとの組合の分布は、高い保険料率にシフトしており、2016年度は、保険料率を9%台後半に設定している組合が、最も多くなっている。保険料率を、協会けんぽの全国平均料率である10%以上としている組合は、299組合(組合全体の2割超)となっている。一方で、保険料率を6%未満としている組合もあり、組合間の格差が拡大している⁴。

図表5. 保険料率ごとの組合分布



2015年5月に「医療保険制度改革関連法」が成立し、高齢者医療への支援金を各保険制度間で分担する際の基準を、人数基準である加入者割から、所得基準である総報酬割に移行させることとなった。総報酬割部分の割合は、2015年度に2分の1、2016年度に3分の2に引き上げられ、2017年度には全面総報酬割となる予定である。これにより、協会けんぽや、低所得者の多い健康保険組合等では、負担が軽減する。一方、高所得者の多い健康保険組合等では、負担が高まり、財政は、更に厳しくなる可能性がある。

3—被用者保険の保険者の役割

被用者保険の保険者の役割は、大きく2つに分けられる。それぞれについて、見てみよう。

1 | 被用者保険には、事業主や被保険者に対する対内的機能と、医療機関等に対する対外的機能がある

保険事業の運営に関する、基本的な機能がいくつかある。主なものを、次表にまとめている。

まず、事業主や被保険者に対する機能として、加入管理や、保険料の徴収などがある。①~④は、保険給付事業、⑤は、保健事業と呼ばれることもある。一方、医療機関や支払基金に対する機能として、レセプトの審査や、診療報酬の払込みなどがある。⑧の診療報酬改定は、中央社会保険医療協議

⁴ 法律上、健康保険組合と協会けんぽの保険料率は、3~13%の範囲内で決定するものとされている(健康保険法 第160条 第1項および第13項)。範囲の上限は、2016年度に、それまでの12%から引き上げられた。

会(中医協)で行われる。被用者保険の保険者は、支払側委員の一角として、審議に加わっている⁵。

図表 6. 被用者保険の機能 (主なもの)

| 対内的機能(事業主や被保険者に対する機能) | 対外的機能(医療機関や支払基金等に対する機能) |
|-------------------------|----------------------------|
| ①被保険者等の適用・加入管理 | ⑥レセプトの審査 |
| ②給付額の見積り、それに見合った保険料率の設定 | ⑦診療報酬の払込み |
| ③保険料の賦課・徴収 | ⑧診療報酬改定時の交渉 |
| ④医療費の負担、給付金の支給 | ⑨地域医療構想等の医療計画策定への参画 |
| ⑤保健事業による被保険者等の健康保持・増進 | ⑩医療費等の分析、医療機関への働きかけ(質・効率性) |

※ 注記2の資料をもとに、筆者作成

2 | 対内的機能の実施や、予防医療等の新規事業を進めるために、実務の体制整備が重要

これまで、医療制度改革の検討において、被用者保険の対外的機能について、議論されることが多かった。例えば、被用者保険どうしの競争を促すことで、医療の効率性を高めて、医療費の削減を図るべきではないか、といったことが論じられてきた。しかし、保険者の根幹は、自立して、加入管理、給付額の見積り、保険料率の設定等を行うことであろう。近年は、医療費の削減とともに、加入者の健康を保持し、予防医療等の保健事業を展開することが、急務となってきている。

3 | 被用者保険の事務体制は脆弱で改善の余地がある

被用者保険は、多くの重要な機能を担っているが、それを支える事務職員の規模を見てみよう。

図表 7. 被用者保険の事務職員規模 (2015年3月末)

| ①事務職員数 | ②組合数 | ③1組合あたり事務職員数 (=①÷②) | ④被保険者数 | ⑤事務職員1人あたり被保険者数 (=④÷①) |
|--------|---------|------------------------|----------|---------------------------|
| 9,027人 | 1,409組合 | 6.4人 | 1564.4万人 | 1,733人 |

※「健保組合の現勢(平成27年3月末現在)」健康保険組合連合会(健保ニュース2015年11月上旬号)より、筆者作成

被用者保険1組合あたりの事務職員数は、平均6.4人。これは、被保険者1,733人に、1人の割合に相当している。また、被保険者が少ない組合の場合、事務職員の割合は、更に少ない模様である。

このように、現在の事務職員体制は、人員が限られている。このままでは、加入管理やレセプトの審査といった、従来の業務を進めることで手一杯なのではないかと考えられる。今後、健康保険組合は、事業主と協力して、従業員の健康に取り組む、コラボヘルス⁶の動きが進むと見られる。そのためには、事業主と連携を強化する必要がある。事務職員の拡充を含めた、体制の強化が必要であろう。

4——被用者保険における公平性の確保と、連帯意識の醸成

被用者保険では、被保険者は保険者を、保険者は被保険者を、相互に選択できない。また、保険料は、被保険者と事業主が折半して負担する、という特徴がある⁷。これらの特徴が、事業運営に、どのような影響を及ぼしているかを、見ていくこととしたい。

1 | 被保険者と保険者に相互に選択をさせないことで、リスク選別の発生を防止している

公的医療保険制度では、対象者全員が、所定の保険制度に加入する。被保険者個々のリスクの大き

⁵ 中医協は、支払側委員(健保組合の保険者・被保険者等)7人、診療側委員(医師等)7人、公益委員6人の、20人からなる。

⁶ 一般に、従業員に、健康保険組合が個別にアプローチして保健指導を行うことには限界がある。通常、従業員に対する事業主の影響力は大きい。この影響力を、保健事業に活かして、予防医療等を推進しよう、とする動きが始まっている。

⁷ 規約により、事業主負担割合を、加重することができる。

さは、保険料に反映されない。この条件の下で、被用者保険では、原則として、被保険者と保険者は相互に選択できないこととされている。

仮に、自由な選択を許せば、リスクの低い被保険者は、今よりも安い保険料を提示する保険制度に加入できる。一方、リスクの高い被保険者は、高額な保険料の保険制度にしか加入できなくなる。そして、もし保険料が負担できなければ、保険非加入状態となる。これは、リスクに応じた保険料の負担という公平性を高める一方で、国民皆保険が揺らぐことに、つながりかねない。

このように、現在の制度では、被保険者は保険者を、保険者は被保険者を、相互に選択できないようにすることで、リスク選別の発生を防止している、と見ることができる。

2 | 保険料の事業主負担を通じて、事業主の健康保険事業への関与を求め、医療費の増加を抑止している

被用者保険では、保険料を労使で折半して負担している。事業主負担には、事業主を保険事業に関与させるという意味合いがある。仮に、これを廃止した場合、事業主にとって、健康保険事業は、コスト削減の対象ではなくなり、その効率化には、関心が向かなくなるであろう。そうなれば、医療制度において、医療サービスを提供する側の声が強まり、医療費は高騰する可能性が高い。即ち、現在の制度は、保険料の事業主負担を通じて、事業主の健康保険事業への関与を求め、医療費の増加を抑止している、と見ることができる。

3 | 日本の被用者保険では、職域連帯が実現しており、適度な公平性と両立が図られている

こうして見ていくと、被用者保険の目指すものは何か、ということに考えが至る。一般に、公的医療保険制度では、国民皆保険の前提のもとで、加入者の公平性の確保と、連帯意識の醸成を、両立させることが図られている。

被用者保険の場合、職域連帯を維持しながら、適度な公平性を実現していくことになる。仮に、被保険者のリスクを反映して保険料率を設定すれば、公平性は、現在よりも高まるだろう。しかし、その一方で、被保険者の職域連帯の意識は、薄れてしまう。そうなれば、社会全体としての医療費の高騰、個人の財力に応じた医療格差の助長など、多くの課題が生じる可能性がある⁸。

5—おわりに（私見）

これまで、被用者保険は、医療制度のファイナンスを担う仕組みとして、国民健康保険とともに、中心的な役割を果たしてきた。しかし、少子高齢化を受けて、現在の財政は逼迫している。更に高齢化が進んでいけば、その厳しさは、増していくものと考えられる。今後、医療費を削減するために、予防医療を充実させることは、避けては通れないであろう。そのために、まず、事務体制の強化や、ガバナンスの充実など、保険者の体制の整備を進めることが、必要と考えられる。また、併せて、被保険者の連帯意識の向上を図ることで、予防医療の効果が高まるものと期待される。

今後も、被用者保険を含む、公的医療保険制度の動向に、引き続き、留意が必要と思われる。

⁸ これに関して、ドイツの医療保険制度のように、被保険者による保険者の選択を認めただうえで、事後的に保険者間のリスク調整を行えばよい、という考え方があるかもしれない。保険者間のリスク調整を突き詰めていけば、実質的に、保険制度を一元化することにつながっていく。これは、職域から、リスク調整を行った保険制度全体に、連帯の範囲が広がることを意味する。一般に、連帯の範囲が広がれば、そこに含まれる被保険者や事業主の連帯意識は希薄となる。このため、コスト削減の取り組みは、疎かになるものと考えられる。