

2012年4月13日 全15頁

# 医療保険制度の持続可能性を高めるために

調査提言企画室長  
鈴木 準

コスト意識の共有を進めながら、国民の健康を増進させよう

## [要約]

- 医療保険制度は、人口高齢化によって特に財政面から構造的な問題を抱えている。日本の医療が長寿化を実現していることを私たちは誇ってよいが、だからこそ長寿化は医療費というある種のコストをかけて実現していることを改めて踏まえたい。ヘルスケアは産業だが、医療サービスや薬品の需要・供給が拡大することと、それを需要者が購入するコストをどう賄うかは、別の問題である。医療保険財政の維持可能性を回復させるには、何らかの負担増、給付の抑制、国民の健康増進が必要である。
- 近年の国民医療費の伸びの大部分は、高齢者医療費で説明できる。高齢者医療費は高齢患者1人当たりの医療費増加と高齢者数の増加で増えている。制度上、高齢者医療費が増加すれば、現役層と企業の負担が増加する。現在、現役層の保険料からの後期高齢者支援金は5.3兆円に達している。公費負担（税からの移転）の5.8兆円の多くの部分も現役層（と将来世代）が負担しているものと捉えられる。高齢者医療費をどうコントロールするかが課題解決のカギだが、本稿執筆時点で後期高齢者医療制度廃止後の姿は十分に見通せない。
- 各種の医療保険者の中で、従来は財政状況が比較的良好と考えられてきた健康保険組合も、深刻な財政問題を抱えるに至っている。健保組合における財政悪化の原因も高齢者医療への拠出拡大である。健保組合の場合はそれだけにとどまらず、国庫や他の保険者の負担の実質的な肩代わりを、いわば便宜主義的に求められる傾向が強まっているように見える。負担能力の観点からの公平性について一定の理解をすべきとはいえ、大企業における労働コストの急激な上昇が生産活動や日本経済に与える影響という視点からも議論が必要だろう。
- 高齢者医療費については、患者自己負担や保険料負担等についてはまず本則通りとし、また、自己負担の引上げや受診時定額負担の導入などによってコスト意識を国民全体で共有することが求められる。また、健保組合など保険者の機能と役割を、被保険者（加入者）との連携という観点から強化し、国民医療費の増加を長期的に抑制するような健康増進政策の推進が望まれる。生活習慣病対策が国民的課題となっている中、将来の高齢者である現在の若・壮年層の健康を維持し、国民一人ひとりの意識改革を促す上で、保険者に期待される役割は大きい。

## 1. 医療保険制度の全体像と課題

### (1) 長寿化実現も超高齢化で制度の先行きに大きな不安

#### 世界に誇れる国民皆保険制度

日本は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの保健医療水準を実現しているといわれる。平均寿命だけでなく、健康寿命（肉体的・精神的及び社会的に健全な状態でいられる寿命）も世界一を維持している日本の医療とその関連制度を私たちは誇ってよい。国民全員が公的医療保険で保障され、比較的低い自己負担で自らが選択する医療機関にアクセスできる体制は、国民の安心や経済の成長にとって不可欠な社会システムである。

#### 逼迫する医療保険財政

ただ、そうした社会システムの長期的な維持可能性が疑われる事態に立ち至っている。例えば、年齢構成が高く加入者の平均所得水準が低い市町村国保では、保険料（税）の収納率低下や市町村財政からの法定外繰入・繰上充用（翌年度収入の先食い）の拡大がみられている。主に中小企業従業員が加入している協会けんぽ（全国健康保険協会、旧政府管掌健康保険）は、財政状況が急速に悪化しており、その立て直しが重要な政策課題になっている。健康保険組合（以下、健保組合）においても、約8割の組合が経常赤字に陥っている。

#### 高齢化に対し脆弱な賦課方式財政

特に財政面からみて、医療保険制度が構造的な問題を抱えるようになった最大の原因は、いうまでもなく人口高齢化である。人間は高齢期になれば疾病に罹る確率が高くなるから、高齢者数の増加は医療費の増大に直結する。医療費が拡大すれば、その負担を国民全体に配分しなければならないが、一般に高齢者層の負担能力が低いとすれば、現役層と企業の負担を、いわば、なりゆきの増加させていく政策がとられがちになる。医療保険に限らず、社会保障制度はその時点の国民の負担でその時点の社会保障給付を賄う賦課方式で財政運営されている。賦課方式財政は高齢化に対し極めて脆弱だが、公的保険について賦課方式自体は変えようがないのだから、その脆弱性をどう克服するかが課題になっている。

図表 1 日本の医療保険の全体像と各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成22年3月末)	1,723	165	1	1,473	83	47
加入者数 (平成22年3月末)	3,566万人 (2,033万世帯)	343万人	3,483万人 (被保険者 1,952万人) (被扶養者 1,531万人)	2,995万人 (被保険者 1,572万人) (被扶養者 1,423万人)	912万人 (被保険者 447万人) (被扶養者 465万人)	1,389万人
加入者平均年齢 (平成21年度)	49.5歳	38.9歳	36.2歳	33.9歳	33.4歳	81.9歳
加入者一人当たり 平均所得 (平成21年度)	91万円 (一世帯あたり 158万円)	347万円 (一世帯あたり 743万円 (平成20年度))	139万円 (一世帯あたり 245万円)	195万円 (一世帯あたり 370万円)	236万円 (一世帯あたり 479万円)	80万円 (平成22年度)
加入者一人当たりの 保険料の賦課対象 となる額(平成21年度)	74万円 (一世帯あたり 129万円)	-	211万円 (一世帯あたり 374万円)	280万円 (一世帯あたり 530万円)	326万円 (一世帯あたり 666万円)	67万円 (平成22年度)
加入者一人当たり医療費 (平成21年度)	29.0万円	17.1万円	15.2万円	13.3万円	13.5万円	88.2万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成21年度) <事業主負担込>	8.3万円 (一世帯あたり 14.6万円)	12.4万円	8.6万円<17.1万円> (被保険者一人あたり 15.2万円<30.3万円>) 健康保険料率9.50% (平成23年度)	9.0万円<20.0万円> (被保険者一人あたり 16.9万円<37.6万円>) 健康保険料率7.67% (平成22年度決算見込)	11.0万円<22.0万円> (被保険者一人あたり 22.4万円<44.8万円>) 健康保険料率 7.83%	6.3万円
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の43%	給付費等の16.4%	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額 (平成23年度予算ベース)	3兆4,411億円	2,900億円	1兆1,108億円	18億円		5兆8,006億円

(出所)厚生労働省資料より大和総研作成

## 長寿社会でのコスト負担を考える必要

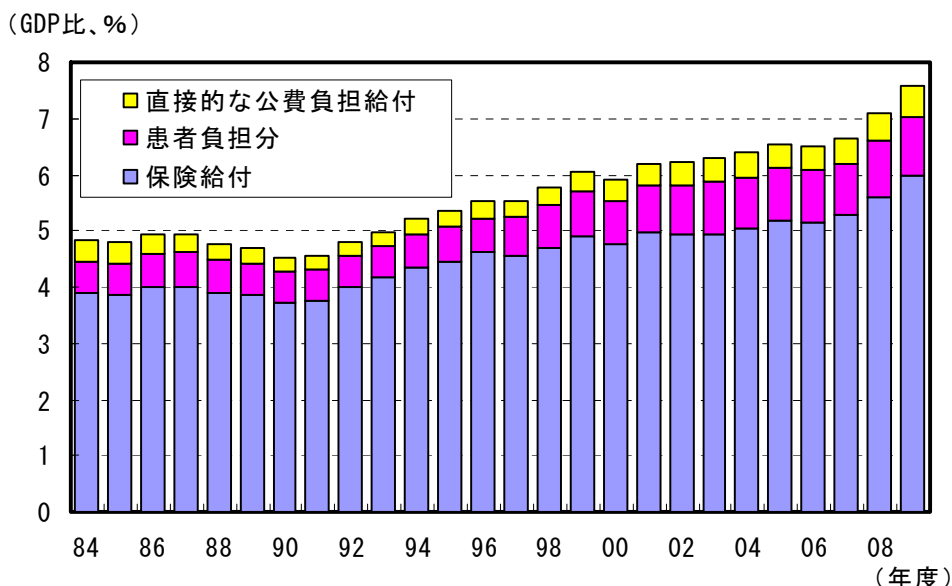
日本の医療が長寿化を実現しているのは、間違いなく喜ばしいことだ。だからこそ、長寿化は医療費というある種のコストをかけて実現していることを改めて踏まえない。実際には、国立社会保障・人口問題研究所による人口推計で毎回想定する以上に長寿化は進んできており、予想以上の長寿化は医療費を予想以上に増やすことになる。喜ばしい長寿化によって、それを維持する社会システムの持続性が低下するというのは、どこかに歪みがあるということだろう。医療の貢献で長寿化が進み、健康な高齢者が増えれば、そうした方々に一定の負担を求めることも可能になってよいはずである。超少子化と超高齢化を乗り越えるために、様々な知恵が必要になっている。

## (2) 需要拡大と費用負担は別の問題

### 国民医療費増大の意味

図表 2 にみるように、国民医療費は実額だけでなく、1990 年頃以降は経済規模 (GDP) 対比で増加の一途を辿っている。それに伴って保険給付の GDP 比が上昇しており、それだけ国民負担率が高まっている。もちろん、医療 (ヘルスケア) や薬品は産業であり、それが GDP を拡大させているとも言えるのだから、医療費の増加が直ちに問題というわけではない。ただ、通常消費と異なり、医療サービスや処方薬は現物保険給付として、公的部門が大部分の費用を提供している。ライフイノベーションは成長戦略になりうるが、医療サービスや薬品の需要・供給が拡大することと、それを需要者が購入するためのコストをどう賄うかは、別の問題である<sup>1</sup>。

図表 2 国民医療費の推移 (GDP 比)

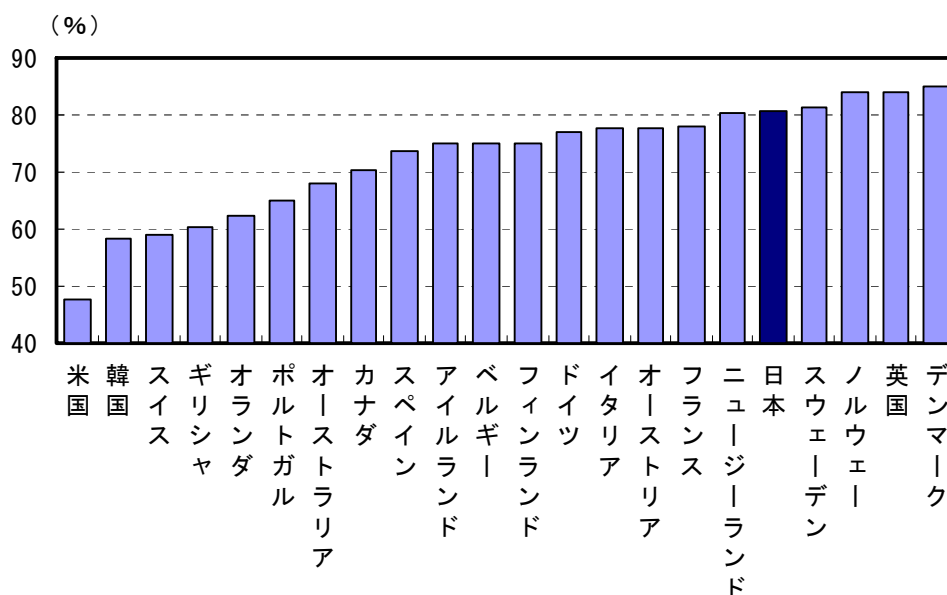


(注) 直接的な公費負担給付とは、生活保護での医療扶助などのこと。保険給付の財源には保険料だけでなく多額の税も投入されている。

(出所) 厚生労働省「国民医療費」、内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

<sup>1</sup> また、医療サービスや薬品の価格は公定であり、自由な市場の需給関係で決まっているわけではない。通常の財やサービスのように価格メカニズムを通じた資源配分の効率化が十分には期待できないという点を踏まえて、医療の供給が効率的に行われているか、需要量が適正かなどのチェックは、政策的に行われる必要がある。

図表3 総医療支出に占める公的支出の割合



(注) データが得られた直近年の値。

(出所) OECD “Health Data 2011”より大和総研作成

高い公的支出割合と低い国民負担率は財政赤字を拡大させやすい

具体的に図表 2 から計算すると、現在、社会保険財政ではなく患者自己負担等（個人や民間保険がファイナンスする部分）が医療費総額に占める割合は約 14% である。OECD のデータで国際比較をすると（図表 3）、日本は公的支出の割合が高く、福祉国家といわれる北欧諸国並みに公的保険財政によってファイナンスされている割合が高い。公的保険によって大部分の医療費を賄うためには、国民負担（保険料や税）もそれなりの高さでなければ制度を維持できない。しかし、日本の国民負担率は諸外国よりも低く、財政赤字（費用負担の先送り）が拡大しやすい構造になっている。

どのように負担増をしていくかが課題

今後、超高齢化で国民医療費がさらに増加するのが確実とみられる中、医療保険財政の維持可能性を回復させ、世界に誇る皆保険制度を守るためには、何らかの負担増が不可避である。受益者である患者負担割合を高めるのか、保険料や税で広く国民に負担増を求めるのか、いずれにせよ負担を求めるとしたら公平な負担構造とはどのようなものであるのかという難しい問題に日本は直面している。

遠回りなようで長期的に意味があるのは、国民が健康になること

また、医療需要の過剰な部分を抑制するなどして、増やさずに済む負担増を避ける、すなわちそれだけでなくも構造的に増加する負担の増加率を引き下げることにも最大限の努力を払うべきだろう。医療制度や医療保険の仕組みの効率化や国民の健康増進によって国民医療費の増加を抑制するのは、負担増の条件でもある。高齢者はもちろんのこと、現役層においてもシステムティックに健康を管理する工夫をすることは、もとより国民の幸福度を引き上げることであり、結果的に国民負担を減らす（増加率を抑制する）ことになる。

## 2. 高齢者医療費の現状

### (1) どれだけ増えているのか

増加率高い高齢者医療費

2000 年度に 30.1 兆円だった国民医療費は、2009 年度には 36.0 兆円になってい

る（年率 2.0%の増加）。内訳をみると、この間 65 歳未満の医療費は 15.6 兆円から 16.1 兆円と年率 0.3%の増加だったのに対し、65 歳以上の医療費は 14.6 兆円から 19.9 兆円と年率 3.6%で増えている。うち 70 歳以上でみると年率 4.0%で増加しており、さらに 75 歳以上に限定すれば年率 5.0%で伸びている。

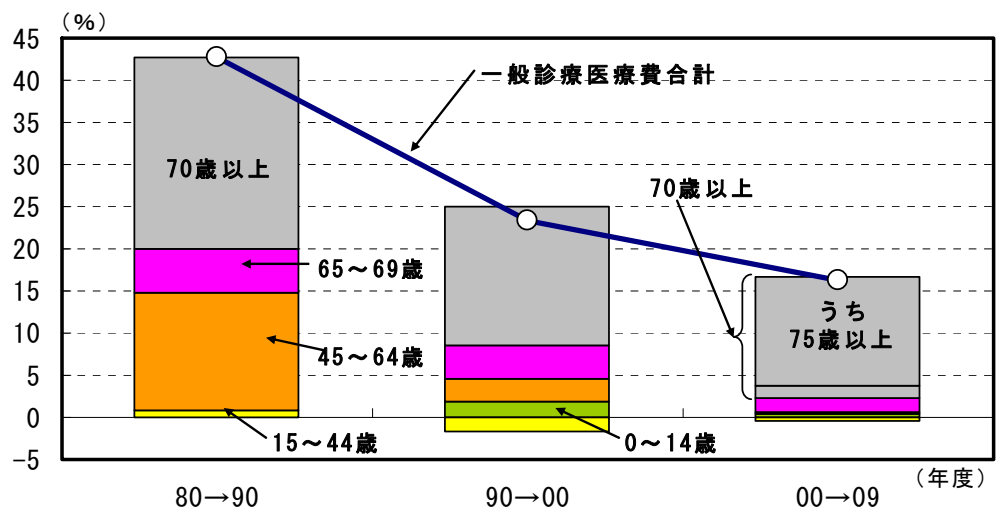
医療費の伸びの大部分は70歳以上医療費の伸びで説明できる

図表 4 は、国民医療費のうち一般診療医療費<sup>2</sup>（入院と入院外の合計）の実質伸び率を年齢層別に分解したものである。一見して明らかだが、近年における医療費の増加分は、高齢者に関する医療費の増大でかなりの部分が説明できる。高齢者医療費の抑制は様々に進められてきているとの声もあるが、75 歳以上人口 1 人当たり医療費が 65 歳未満人口 1 人当たり医療費の 5 倍以上、65 歳以上人口 1 人当たりでも 4 倍以上という状況は、以前と比べて大きくは変わっていない。

高齢者の医療費は高齢患者1人当たりの医療費増と高齢者数の増加で増えている

誰にでも老年期はあり、老年期の医療需要が満たされる必要性は高い。ただ、1990 年代後半以降、高齢者層を含めて国民の受療率（患者数が人口に占める割合）は低下傾向にある。すなわち、高齢者医療費は、高齢者数の増加と高齢患者 1 人当たりの医療費の増加の 2 つの要因で増大している。

図表 4 実質医療費伸び率の年齢層別寄与度



(注) 一般診療医療費(入院・入院外合計)のベース。実質化は、国民経済計算における家計消費支出のうち保健・医療のデフレーターを用いた。00~09年度の変化のみ、70~74歳と75歳以上に分けて表示している。00年度の介護保険導入で減った医療費分は調整していない。

(出所) 厚生労働省「国民医療費」、内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

## (2) 増える高齢者医療費を誰が負担しているのか

高齢者医療費の増加は現役層と企業の負担を増やす

高齢者医療費の増加は、賦課方式という制度設計上、現役層や企業の負担を増やす。現役層や企業の高齢者医療への負担は、「高齢者（患者）1人当たり医療費の増加」と「高齢者人口の増加」と「現役世代の減少」の3つの要素で大きく増えてくる。

後期高齢者医療制度は評価されて良い仕組みだが、廃止が決まっている

この点、多くの問題があった老人保健制度から約10年の議論を経て移行した現行の後期高齢者医療制度（2008年度から施行）は、高齢者医療費の増加分について高齢者と現役との間での分担ルールを透明化するなど、一定の評価ができる仕

<sup>2</sup> 一般診療医療費とは、国民医療費のうち歯科診療医療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費を除いた、一般的な医科診療に係る医療費をいう。

組みである。ただ、当該制度は、国民への説明が不十分だったこともあり、年齢で区別している点が好ましくないなどといった必ずしも合理的とは思えない理由で政治問題化し、2009年の政権交代によって廃止されることが決定されている<sup>3</sup>。その後、厚生労働大臣主宰の高齢者医療制度改革会議が2010年12月に「最終とりまとめ」を公表している。

#### 後期高齢者医療制度 の財政構造

75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度において、高齢者医療給付に充てる財源は、高齢者の保険料負担約1割のほか、現役世代からの支援が約4割として設計されている。公費負担とされる残余の約5割も財源は税であり、多くの現役層（財政赤字の分は将来世代）が負担しているものである。2011年度予算ベースでみると、後期高齢者医療給付費12.3兆円のうち<sup>4</sup>、現役層の保険料からの財政移転（後期高齢者支援金）は5.3兆円に達している（内訳は、協会けんぽ1.5兆円、健保組合1.4兆円、共済組合0.5兆円、市町村国保等1.8兆円）。1割負担とされる75歳以上の保険料は、実際には軽減措置等で約3割減らされており、0.9兆円にとどまっている（保険料の軽減については後述する）。この他に税からの移転が5.8兆円あり、全体の12.3兆円が賄われている。

#### 前期高齢者の給付費 へも現役層から多額 の移転

ちなみに、前期高齢者（65～74歳）への医療給付費は5.5兆円で、保険者間での財政調整のために、協会けんぽが1.1兆円、健保組合が1.0兆円、共済組合が0.4兆円の納付金を負担しており、合計2.5兆円が市町村国保等に財政移転されている（2011年度予算ベース）。

#### 後期高齢者医療制度 の廃止を改めて閣議 決定済

さて、2012年2月17日に閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」では「高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う。（中略）具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する」と述べられている。後期高齢者医療制度が廃止された後は、多くの75歳以上の人々は国民健康保険に戻ることになるだろう。後期高齢者医療制度は都道府県単位の広域連合が保険者だが、一体改革や「最終とりまとめ」では市町村国保の財政運営についても都道府県単位化を強く志向している<sup>5</sup>。

#### 後期高齢者医療制度 は廃止されない？

ところが、本稿執筆時点では、後期高齢者医療制度の廃止自体を白紙撤回する方針が決まったと報道されている。理由は、全国知事会が「最終とりまとめ」に基づく新制度に拙速に移行する必要はないと主張しているなど、骨格の部分で関係者の理解が得られないためだという。確かに、市町村国保の都道府県単位化を進めようとしている下で、既に47の広域連合が保険者となっていて制度の定着もみられる後期高齢者医療制度を廃止するのは合理的でない面がある。また、仮に、現在よりも透明性や納得性を欠いた格好で高齢者医療費の負担を各保険者に求めることになれば、医療保険システムの構造問題は解決しない。いずれにせよ、国民負担や医療を必要とする人々の負担全体の趨勢を左右する高齢者医療制度の今後が不透明な状況にあり、その議論が政治的にも混乱している状況は問題である。

<sup>3</sup> 2009年9月9日の三党連立政権合意書には「後期高齢者医療制度は廃止し、医療制度に対する国民の信頼を高め、国民皆保険を守る。廃止に伴う国民健康保険の負担増は国が支援する」と記された。また、2009年11月12日、国会での所信表明演説において長妻昭厚生労働相（当時）は「後期高齢者医療制度につきましては、これを廃止します。廃止後の新たな制度のあり方を検討するため、私が主宰する高齢者医療制度改革会議を設置しました」と立法府に対し宣言した。

<sup>4</sup> 患者一部負担1.1兆円を含めた後期高齢者医療費総額は13.4兆円である。従って、受益者の平均的な自己負担割合は約8%（=1.1/13.4）にとどまっている。

<sup>5</sup> 一部その内容は、すでに国会に法案が提出されている。すなわち、市町村国保の財政基盤強化策の恒久化、財政運営の都道府県単位化の推進、都道府県調整交付金の引上げと国庫負担の引下げなどを内容とする「国民健康保険法の一部を改正する法律案」が2012年2月3日に上程されている。

### 3. 健康保険組合財政の現状と企業

#### (1) 企業の視点からみた保険料負担の増加

##### 健保組合に注目

現役層から高齢者医療への財政移転に関して、以下では健保組合に着目したい。主に大企業の従業員が加入している健保組合は、公費による補助が入っておらず、これまで財政状況が比較的良好であると考えられてきた。しかし、国保や協会けんぽが深刻な財政問題を抱えている中、最後の砦かもしれない健保組合までもが既に財政的な危機に陥っている。健保組合をとりまく状況を考察することは、医療保険財政全体を考える上で大きな意味がある。

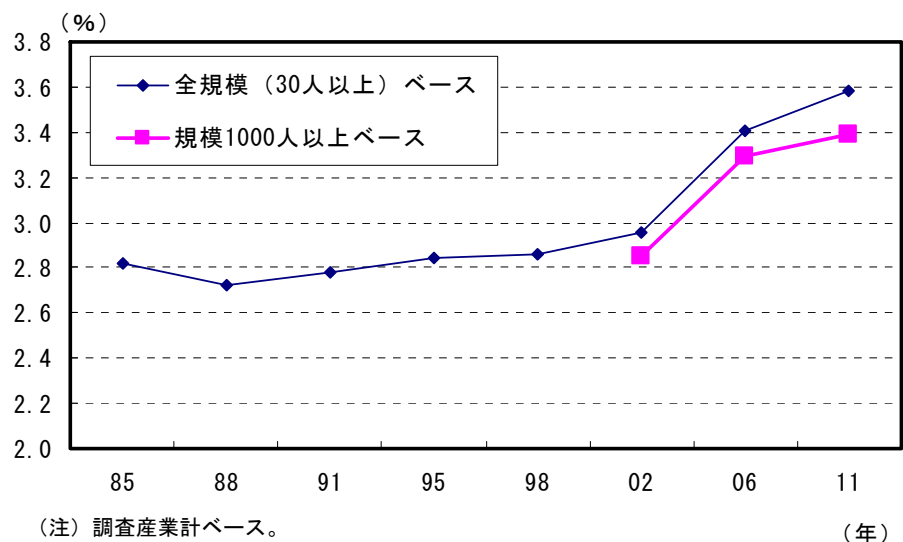
##### 急増する雇主負担の医療保険料

厚生労働省「就労条件総合調査（2011年）」によると、企業規模1000人以上・調査産業計ベース<sup>6</sup>でみた労働者1人1ヵ月当たりの平均労働費用は47万7,136円であり、それに占める法定福利費は10.3%（4万9,130円）に達している。そして、健康保険料・介護保険料1万6,168円が法定福利費の3分の1を占めており、図表5にみるように、労働費用に占める健康保険料・介護保険料の割合が近年になって急上昇している。個々の企業にとってコントロールが難しい医療保険料の増加は企業経営を圧迫する。

##### 日本経団連の調査では健康保険料が労働費用の4.7%に

また、日本経済団体連合会の「福利厚生費調査結果（2010年度）」<sup>7</sup>によれば、従業員1人1ヵ月当たりの現金給与総額平均は54万1,866円で、うち健康保険・介護保険料は2万5,611円というから4.7%を占めていることになる。法定福利費の現金給与総額に占める比率の推移をみると、1970年代半ば頃までは5~6%台だったが、1990年代には10%を超え、2010年度は13.7%となっている。1955年度を1とした指数は、2010年度で現金給与総額22.61、法定外福利費14.52に対し、法定福利費は50.92にもなっている。中でも、近年は健康保険料・介護保険料の伸びが顕著であり、企業の負担感が強まっているとみられる。

図表5 労働費用総額に占める健康保険料・介護保険料の割合



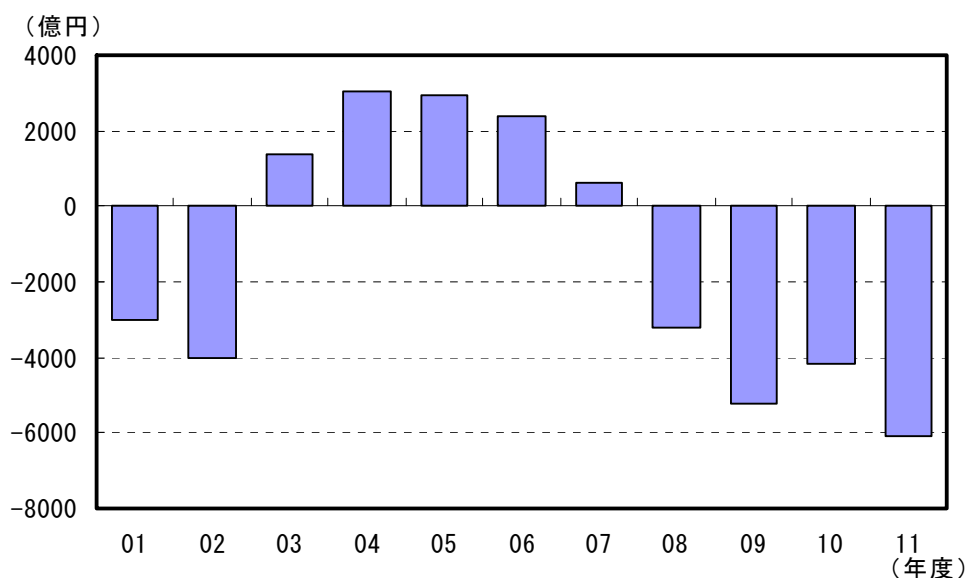
<sup>6</sup> 就労条件総合調査は、日本標準産業分類に基づく15大産業に属する常用労働者が30人以上の民間企業が調査対象である。なお、健保組合の設立認可基準は単一組合で700人、総合組合で3,000人である。

<sup>7</sup> 調査対象は、日本経団連の団体会員等への加盟企業と日本経団連の企業会員。回答企業の1社当たりの平均従業員数は4,266人。

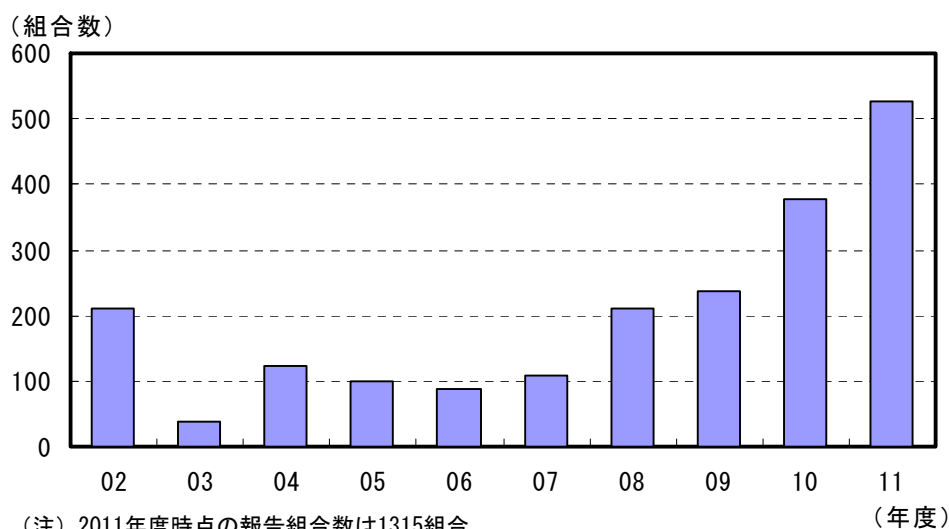
## 困窮著しい健保組合 財政

実際、健保組合全体の経常赤字は大幅に膨らみつつあり（図表6）、保険料率を引き上げる健保組合数が急激に増え始めている（図表7）。その最大の要因は、前述した高齢者医療への財政移転がトレンド的に増大しているためである。健康保険組合連合会によると、健保組合の高齢者医療への拠出金（納付金・支援金等）は2兆8,800億円で、保険料収入6兆4,173億円の45%に達している（2011年度）。保険料収入の半分近くが所属する被保険者以外の保険給付の財源に回るとするのは、保険という観点からは正常な状況とはいえないだろう。

図表6 健康保険組合全体の経常収支



図表7 保険料率を引き上げた健康保険組合数の推移





## 生産活動、日本経済に 影響を与える問題

雇主負担分の社会保険料が実態的・経済的にどこに帰着しているか（誰が最終的に負担しているか）は難しい問題だが、法定福利費が企業やその従業員らにとって強制的な負担であることは間違いない。また、企業の労働需要を決めるのは雇主負担分の社会保険料を含む賃金であると考えられる。生産活動を営む上で健康保険料が事業コストの一部を形成していることは、企業行動や雇用問題に望ましくない影響を与えている可能性が高い。産業の空洞化が懸念されている中で、今後の健康保険料の推移は、経営上ますます重大な関心事になっていくと見込まれる。これは医療保険や財政という問題にとどまらない、日本経済全体をも左右しかねない課題として捉えるべきだろう。

## （２）健保組合に依存したその場しのぎ的な政策運営

### 健保組合は「金の生る木」？

健保組合財政が逼迫する理由は、トレンド的な財政移転の拡大ばかりではない。医療保険財政全体を維持するために、相対的に財政状況が良い健保組合に対して、まるで「金の生る木」のごとく、いわば便宜主義的に様々な形で負担増が求められる事態が続いている。

### 自民党政権下でも負担を肩代わり

具体的には、小泉純一郎内閣の下、いわゆる「骨太の方針 06」に従って 2008 年度に社会保障関連の国費を 2,200 億円削減しなければならなかった際、政府管掌健康保険（現在の協会けんぽ）に対する支援措置として、健保組合に 750 億円、共済組合等に 250 億円の特例支援金が求められた。実態的には政府管掌健康保険に対する国庫負担 1,000 億円を大企業等の従業員や事業主に肩代わりさせる内容で、健保組合の被保険者 1 人当たり平均で 5,000 円の負担増であった。本来、社会保障費全体の抑制や国民全体の負担増で賄われるべき財政再建のコストが、健保組合と共済組合等にしわ寄せされた格好である。

### 民主党政権下でも負担を肩代わり

また、2010 年度には鳩山由紀夫内閣の下、協会けんぽの保険料率引上げを回避しつつ、協会けんぽの後期高齢者医療制度への支援金に係る国庫補助の一部を、協会けんぽの給付費等に対する国庫補助引上げに転用するための辻褄合わせが行われた。すなわち、2012 年度までの 3 年間について、被用者保険に係る後期高齢者支援金総額の 3 分の 1 に総報酬割を導入し、健保組合に 500 億円、共済組合に 350 億円の負担増を求めたのである。この措置により、協会けんぽの後期高齢者支援金を減らし、それによって協会けんぽの給付費への国庫補助率を 13% から 16.4% へ引き上げたのであるから、これは実質的には国庫の負担ないし協会けんぽの加入者の負担の肩代わりである。

### 今回の一体改革でも似た議論が進行中

さらに、今般の社会保障・税一体改革案では、被用者保険の高齢者医療支援金に関して、協会けんぽ支援としての性格をもつ総報酬割の拡大が盛り込まれた。上述したように、協会けんぽの財政再建のための特例措置として、被用者保険における後期高齢者支援金の 3 分の 1 は時限的に総報酬割とされているが、これが全面総報酬割となる可能性がでてきている。3 分の 2 の加入者割も総報酬割となれば、平均賃金が高い健保組合にとっては大幅な負担増となり、健保組合全体で年間 1300 億円（2013 年度）の支援金の増加になると試算されている<sup>8</sup>。しかも、共済組合における支援金の増加 800 億円を合わせた 2100 億円が協会けんぽの支援金の減少となり、それは協会けんぽの支援金負担への国庫補助額に相当するという。その意味は、当該国庫補助が不要になり、さらにはそれを協会けんぽの給付費に

<sup>8</sup> 第 50 回社会保障審議会医療保険部会（2011 年 12 月 1 日）資料 2 参照。

対する国庫補助率 20%<sup>9</sup>への引上げに充当できるということである。これは、2010 年度に決めた措置の拡大であり、恒久化に他ならない。

一体改革では、さらに  
様々な負担構造の変  
化が見込まれる

その他、今回の一体改革案では、介護納付金への総報酬割の導入が掲げられており、それによっても健保組合の保険料負担が増加すると見込まれる<sup>10</sup>。また、短時間労働者の被用者保険への加入促進が企図されているが、本人や被保険者の扶養家族が脱退する影響で国保や協会けんぽ、共済組合、国庫では財政が改善するのに対し、逆の影響が出る健保組合では負担増（財政悪化）が生じると見込まれる<sup>11</sup>。

制度の根本を揺るが  
す問題

以上のように、健保組合は、国（国庫）、協会けんぽ、国保などの負担の代替的な役割を、十分な国民的かつ本質的な議論を経ないままに求められる状況が続いてきているように見える。もちろん、負担能力の観点からの公平性について一定の理解をすべきだが、それは給付増加の最大限の抑制策や各保険者ベースでの可能な限りの負担引上げ、さらには国庫を通じた国民全体での負担増の検討が条件だろう。また、負担能力の垂直的な公平という問題を、社会保険の世界にどの程度持ち込むべきかには議論があり、本来は税制や一般の財政支出を含めた政策全体の中でデザインされるべきである。ややもすると「取れるところから取る」という手法が続くことは、「社会保険」という制度の根幹を揺るがす問題である。

## 4. カギとなるコスト意識の共有と健康増進

### （1）超高齢社会における公的医療保険とは

現在のままでは経済  
へも悪影響

以上述べてきた事態を踏まえれば、様々に工夫して医療保険財政全体の持続可能性を高めないと、国民生活、経済活動にとって不可欠な社会インフラとしての公的医療保険が立ち行かなくなる恐れがある。健保組合に限らず、現役層の賃金や企業の利益が向上しなければ、増加する医療費の負担を負っていくことは難しくなる。また、従来と同じようなペースで医療給付を拡大させ続けたのでは、想定以上の負担増が続くという予想が定着してしまい、家計消費や企業の設備投資が低迷することで経済の成長が阻害される可能性もある。

コスト意識が希薄だ  
と需要は過剰に誘発  
される

増大する高齢者医療費をマネージするには、まず何よりも、高齢者を含めた国民全体でそのコスト意識を共有するような取り組みと制度改正が不可欠であると思われる。真に必要な医療が制限されてはならないが、他方、コスト意識が正当に働かない下では過剰な需要を誘発してしまう。過剰な需要を抑制できれば、その分の負担の増加は抑制できる。

まずは本則通りの負  
担を

例えば、現在、70～74 歳の自己負担は法律で 2 割負担とされているにもかかわらず、毎年 2,000 億円の税（補助金）を投入して 1 割に凍結されている。また、75 歳以上の後期高齢者医療制度の保険料について、低所得者に対する均等割 7 割

<sup>9</sup> 健康保険法は、協会けんぽへの国庫補助率について、16.4%から 20.0%への範囲内と規定している。

<sup>10</sup> 後期高齢者医療制度支援金と同様、介護納付金においても、総報酬割が導入されると協会けんぽに対する国庫補助（1,300 億円、2015 年度の時点では 1,600 億円）が不要になるとされている（第 39 回社会保障審議会介護保険部会の資料 3（2011 年 10 月 31 日）、及び、社会保障・税一体改革成案（2011 年 6 月 30 日）別紙 2 参照）。

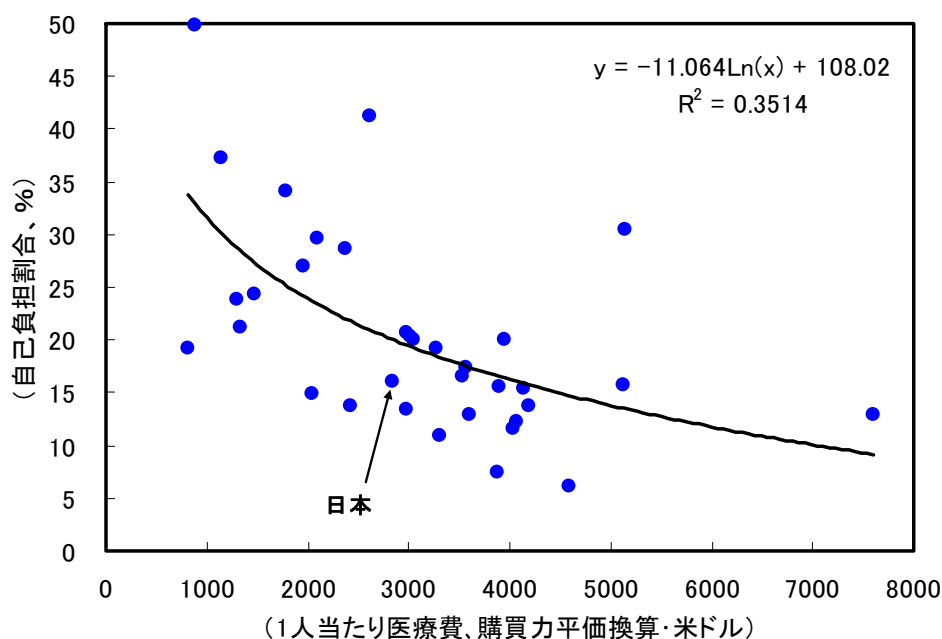
<sup>11</sup> なお、パート労働者比率の高い業種の健保組合では加入者の平均賃金下がると同時に、新加入者の医療給付と後期高齢者支援金や介護納付金が増えるため、保険料率が著しく上昇してしまう。それを回避するため、パート労働者がほとんどいないような業種の健保組合に対しても、パート労働者が被用者健康保険に加入することの負担増を求める措置が、当分の間はとられることになる模様である。

軽減は、政策的に 9 割軽減や 8.5 割軽減に拡大されている。また、年金収入 211 万円までの被保険者の所得割は政策的に 5 割軽減されており、被用者保険の被扶養者であった被保険者の均等割は 9 割軽減が結局続いている。だが、増税を伴う財政再建期には、政治的配慮で本則通りとなっていない部分は出来る限り本来の姿に改めるのは当然ではないだろうか。本則通りの運用で問題が生じるとしたら、それは本来の制度に欠陥があることになる。真の弱者への配慮は必要だが、平均余命が伸長し続けている中で、高齢者に対し一律に配慮する政策は見直されるべきである<sup>12</sup>。

#### 弱者対策をとった上で自己負担割合引上げや受診時定額負担制なども検討を

また、一体改革案に盛り込まれた総合合算制度<sup>13</sup>の導入などを前提に、高齢者医療に関する自己負担限度額の引上げ、現役並み所得基準の引下げ、受診時定額負担や保険免責制の導入といった点も現実の政策として議論を深める必要があるだろう。日本の自己負担割合は高い、あるいは、自己負担割合を高めても需要抑制効果は小さいといった意見があるが、図表 8 にみるように、1 人当たり医療費は自己負担割合が低いと大きいという関係が先進国の中では観察される。負担増を求めずに済むならばそれに越したことはないが、65 歳以上人口の割合が 4 割に向かうという強烈な高齢化に先行例はなく、日本はまったく新しい発想でないと超高齢化を乗り越えない。逆にいえば、超高齢社会でも活力を維持するような医療保険のあり方について、日本が成功モデルを示すことができれば、それは世界の手本とされるだろう。

図表 8 1 人当たり医療費と自己負担割合の関係 (OECD 加盟諸国)



(注)原則として 2009 年のデータによる。ここで自己負担とは、社会保険や民間保険等を除く、直接的な自己負担分である。

(出所)OECD "Health Data 2011"より大和総研作成

<sup>12</sup> 年金分野においても、実質的な給付水準が本来の水準を上回っている分の適正化が、2012 年度から開始される。

<sup>13</sup> 総合合算制度とは、制度単位ではなく家計全体をトータルに考えて、医療や介護、障害、保育などの自己負担の合計額に上限を設定するイメージの制度である。年間の負担上限を年収の一定割合とするなど、所得に応じたきめ細かい制度設計も可能とみられる。ただし、これを実現するためには、社会保障の各制度や税制上での共通番号制度の整備と完全な運用が前提になると考えられる。

## (2) 求められる現役層の健康増進

### 長期的な効果を期待できる国民各層の健康増進

最も健全に医療費を抑制する方策とは、いうまでもなく従来以上に健康を維持することである。すなわち、高齢者だけではなく、現役層への給付拡大もできる限り抑制される必要がある。それは、現在の給付を抑えるという意味においてというよりも、現在の若年層や壮年層が健康の価値をこれまで以上に重視するよう知識をもち、合理的に行動するようしていくことが、当該層が高齢化した時点での医療費を、そうでない場合よりも減らす可能性があるという点で重要である。すでに高齢化した人々の傷病発生率は急に低下させることは困難だとしても、国民各層の健康維持を促すことは、長期的に医療費をコントロールしていく上で小さくない効果をもたらす可能性があるのではないか。医療保険制度の持続可能性を高めるには、息の長い長期的な取り組みが必要である。

### 健康寿命の伸長が高齢化問題の対策の一つ

また、今後、年金支給開始年齢や定年の引上げが国民的な課題である。健康寿命の伸長とは人々が現役でいられる時間を出来る限り伸長させるということであり、現役時代を延ばすには健康大国の実現が条件である。もちろん、これまでも政府は「健康日本 21」<sup>14</sup>などの取り組みを展開してきているが、残念ながら、人々の間に十分な問題意識が普及してきていない<sup>15</sup>。今後は政府だけでなく、民間企業や医療保険の保険者なども全面的にコミットして健康大国の実現を目指す必要がある。

### 運動習慣の減っている現役層の体力が低下している

例えば、図表 9 にみるように、運動習慣がある人の割合は引退層において高まっているのに対し、現役層は横ばいないし低下しているという対照的な状況にある。そうしたことも関連してか、体力テストの結果でいくつかの項目をみると、高齢者の体力は向上しているのに対し、壮年層で低下がみられるようになってしまっている<sup>16</sup>。

### 働き盛り層の生活習慣病対策は国民的課題

また、周知の通り、壮年層では生活習慣病が大問題になっている。30～50 歳代の男性では肥満者割合が一貫して上昇しており、糖尿病患者とその疑いがある者の比率は 40 歳代から目だって高まる。多くの合併症を招く糖尿病を減らすためには、20～40 歳代のうちから早めに対策を打っておくことが効果的だろう。脂質異常症や高血圧も問題だ。日本人の血圧は長年の治療の普及によって平均的には低下してきたが、高齢者で最も医療費がかさんでいるのが高血圧性疾患を中心とする循環器系の疾患であることに鑑みれば、高血圧症の問題は依然として大きい。脂質異常症は動脈硬化の要因であり、高血圧や動脈硬化は心臓病や脳卒中の原因である。

### 45～64歳層で医療費が大きいのは循環器系の疾患

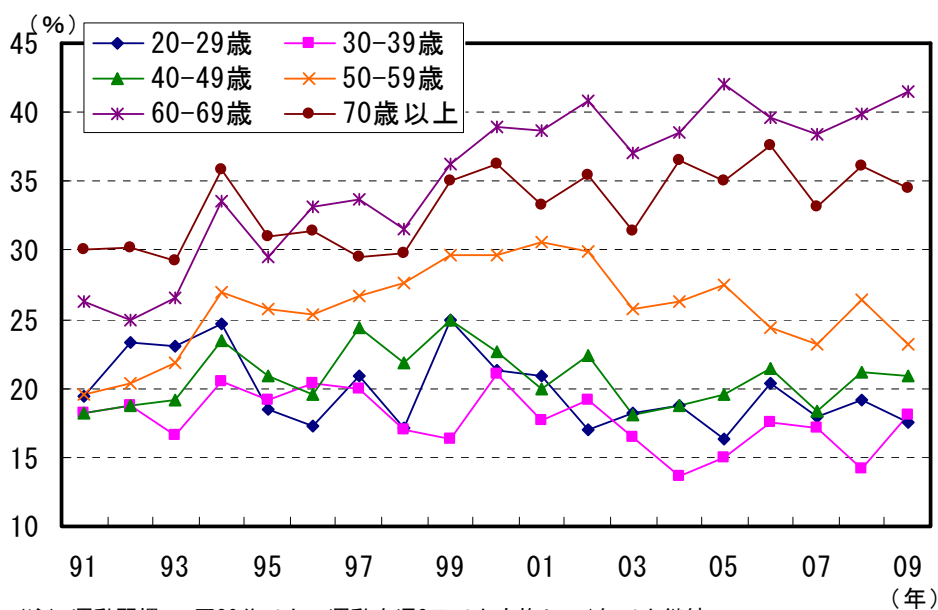
働き盛り世代における生活習慣病が医療保険財政の観点からも問題であることは、図表 10 に示した年齢階級別にみた疾病別の医療費シェアからも明らかである。すなわち、45～64 歳層でも医療費シェアが最大であるのは、「循環器系の疾患」である（全体の 18.2%）。また、糖尿病などの「内分泌、栄養及び代謝疾患」も 8.9%を占めており、これは 65 歳以上より割合が高い。疾病構造は慢性疾患の構成比が高まる方向に変化しており、地道な対策が必要になっている。

<sup>14</sup> 正式名称を「21 世紀における国民健康づくり運動」といい、2000～2012 年を対象期間としている。

<sup>15</sup> 厚生労働省「国民健康・栄養調査（2009 年）」によると、20 歳以上において「健康日本 21」の「内容を知っている」のは 3.2%しかない。「知らない」（「健康日本 21」という言葉も知らない）のは 81.6%に達している。

<sup>16</sup> 例えば、文部科学省「体力・運動能力調査」によると、70 歳以上の握力は徐々に改善しているが、30～40 歳代のそれは低下トレンドにある。

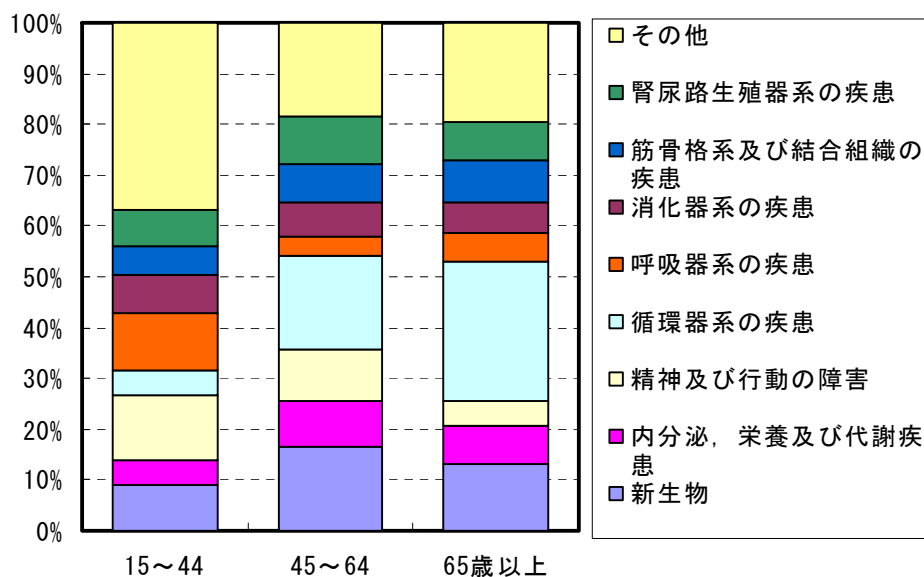
図表9 運動習慣のある人の割合の年齢層別推移



(注) 運動習慣: 1回30分以上の運動を週2日以上実施し、1年以上継続。

(出所) 厚生労働省「国民健康・栄養調査」より大和総研作成

図表10 年齢階層別にみた医療費の疾病別シェア (2009年度)



(注) 一般診療医療費 (入院と入院外の合計) について。

(出所) 厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

15~44歳層で医療費  
が大きいのは精神的  
な疾患

一方、近年、15~44歳層で医療費が最大のウェイトを占めているのは、「呼吸器系の疾患」に変わって「精神及び行動の障害」となっている (図表10)。今後の医療費を考える上で、メンタルヘルスの向上もますます重要となっていく。メンタルヘルスの維持は日常生活や職場の中での対応が重要であり、これまで以上に民間部門 (企業等) の責任が求められる部分だろう。

### (3) 健康増進と医療費適正化のための保険者機能強化

医療保険者が果たせる役割は潜在的に大きい

WHO（世界保健機関）は、心臓疾患、脳卒中、2型糖尿病の80%までと3分の1以上のがんは、これらの疾患に共通する危険因子（主として喫煙、不健康な食事、運動不足、過度の飲酒）を取り除くことで予防できる、としている<sup>17</sup>。そうした観点から現役層の健康を長期的に維持していくための処方箋の一つは、保険者機能の強化であろう。レセプトを通じた医療費の状況と健康診断の結果の両方の情報をもつ医療保険者は、加入者に対して様々に有益な情報提供ができる大きなポテンシャルを有している。保険給付と保健事業、健康管理を一体的に運用していけば、医療サービスや健康増進サービスを効率よく提供できるようになるはずである。

健診データと医療費データを組み合わせた活用が可能

一般的に言って、購入した医療サービスや薬品の中身を人々は十分に把握できないという点で、医療は他の消費財と異なる。そうした、いわゆる情報の非対称性の問題を緩和・解消できるのが保険者である。また、健康診断データが健康維持のためにシステムとして有意に活用されてこなかったことは否めず、ましてやそれと治療データや医療費データを有機的に組み合わせることで医療費全体を減らしていくという発想はまったく普及していないといつてよいだろう。

ITの活用、社会的なテーマへの拡張

今後は、IT機器とインターネット等を使って、保険者が被保険者（加入者）に対して健康指導を行うことも考えられるし、加入者が購入している医療サービスの質と量、コストなどをデータベース化して医療機関に関する情報を提供したり、ジェネリック医薬品の利用を促したりすることなどが考えられる。さらには、女性特有の健康問題への対応やメンタルヘルスの維持、メタボリック症候群対策や介護教室など、ワークライフバランスや男女共同参画といった、社会的に強い要請があるテーマとリンクさせた仕組みづくりにおいて、医療保険者が貢献できる余地は小さくないと思われる。

企業にもインセンティブはある

そのためには、企業側によるある程度の人的・金銭的な資源投入が求められるが、企業にはそのインセンティブがあるだろう。従業員の健康な生活を維持することは、生産性や収益力の向上の最も基本的な条件であり、また、そうした問題意識を持つ企業への様々な角度からの支持は、企業価値を向上させるからである。日本政策投資銀行が、従業員の健康配慮への取組みが優れた企業を評価・選定し、「健康経営格付」に応じて融資条件を決定するなど、新しい時代にふさわしい経済取引もみられるようになっている。

健康診断や特定検診の結果を有効に活用する企業や保険者を支援してはどうか

現実的には、労働安全衛生法によって事業主に健康診断が、高齢者の医療の確保に関する法律によって保険者に特定健康診査が義務付けられている下、実際に十分なカバレッジでそれらを実施している企業・健保組合等から制度的・財政的に取り組みを支援していくことが考えられる。健保組合の場合、業種や企業によって加入者には特性があるだろうから、それぞれの事情に合わせた疾病予防や健康管理を展開できるのではないかと。

国民一人ひとりの意識改革が望まれる

また、保険者や企業の取り組み強化は、保険加入者（国民一人ひとり）の意識改革を促すものでなければ十分な効果は得られないだろう。健康を害することの損害の大きさを事前に認識し、健康を自ら守る意識の向上がなければ、医療に関

<sup>17</sup> World Health Organization “2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases”(http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418\_eng.pdf の5頁)、http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418\_jpn.pdf の5頁) 参照。

するコストを社会全体として持続的に抑制することはできない。そのためには、保険者によるきめ細かく分かりやすい情報提供が何より必要である。例えば、世代ごとに健康状態の経過をトレースすることで、現在の生活習慣を続けた場合の将来の健康状態の予想モデルを個々人に示すといったことも効果的かもしれない。

**個々人の側にも健康生活を支援する情報ニーズがある**

個々の加入者側でも、健康生活を支援するような情報への潜在的なニーズは強まっているものと考えられる。また、今後、個々人としても受動的に保険料負担の上昇を受け入れることには限界が生じる可能性がある。被保険者が十分に医療保険の費用と便益の関係を理解し、意識できるようなコミュニケーション——加入者と保険者、企業の間での真の連携——が今こそ必要になっている。

**負担の分配論ではなく、好循環で持続可能性を実現せよ**

国民一人ひとりの健康意識が変わり、受益と負担のバランス感覚やコスト感覚が進歩することは、健康増進ニーズを捉えた産業の拡大につながって経済の成長戦略にもなるだろう。そうした好循環を官民上げて作りだすことが、本来の高齢化対策、社会保障制度改革、財政改革である。負担をどう配分するかというゼロサムゲームではなく、本来の改革によって人々がこれまで以上に健康になり、経済成長を実現していくことが、医療保険制度の持続可能性を高めることになる。