

「平成」を振り返り これからの 健保組合に期待 すること

田中 耕太郎 ● 放送大学 客員教授

「平成」の医療政策に 影響した社会経済の環境

(1) 1980年代から続く財政制約下の

国庫負担の削減・抑制

30年余りに及ぶ「平成」の時代の医療保険や医療提供体制の改革を巡る動向を見渡すとき、まず、これに作用した社会経済環境について考える必要がある。「平成」期にはそれまでの時代とは明らかに画する新たな取り組みがみられるのと同時に、その前の1980年代に形成された枠組みも継続している。

では、80年代から「平成」を通じて通底した枠組みとは何か。それは社会保障費を中心として拡大する財政支出に必要な租税収入を確保できず、いや応なしに国の強い財政制約の下で全ての施策を展開せざるを得なかったということである。

79年以降の一般消費税導入の試みの相次ぐ挫折から、政府は大型の財源の拡大をいったん断念し、81年に第二次臨時行政調査会を発足させて「増税なき財政再建」に踏み切った。日本の政治史においては珍しい、こうした国を挙げての統一した強い枠組みの下で、社会保障においては、大きく被用者グループと農林水産業者・自営業者・

無職者などの非被用者グループに分けて

構築された医療保険、年金、児童手当などの社会保障分野において、財政調整が進められた。具体的には、グループ間の財政力格差を埋めるために巨額の国庫負担で賄われてきた国民健康保険、国民年金などの制度を対象に、両グループ間で財政調整、端的に言えば比較的经济力のある被用者グループに費用を拠出させ、その分、国庫負担・補助を削減するという手法が導入された。81年の児童手当の特例給付の導入、82年の老人保健法、84年の健康保険法改正による退職者医療制度の創設、85年の基礎年金の導入などは、いずれも共通する構造

を見いだすことができる。

(2) 消費税の導入と批判、 税率引き上げの難しさ

社会保障の財政基盤に関わって、「平成」の時代を一貫して特徴づける重要なキーワードが「消費税」である。財政当局の悲願であった、課税ベースの広い付加価値税としての消費税が導入されたのは、まさしく平成元年(1989年)の4月であった。しかし、導入後初の国政選挙となる同年夏の参議院議員選挙で自民党が大敗し、これを受けて、国民の負担への理解を求めするため、この年の冬に「高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)」が策定された。これにより90年代を通して高齢者ケアに関わるサービスの飛躍的拡充が図られ、97年の介護保険法につながっていった。

しかし、消費税については、その後もいばらの道が続き、94年、細川首相が深夜の突然の会見で打ち出した国民福祉税7%構想は、各方面からの強い反発にあって直後に撤回され、首相の退陣につながった。さらにその3年後に5%への引き上げが決まったが、97年にこれを実施に移した橋本首相も、引き上げによる景気悪化もあって短命で退陣した。

極め付きは民主党の野田政権で、これからの社会保障の財政基盤の確立と危機的な国の財政の立て直しのために2012年に「社会保障と税の一体改革」を断行し、消費税率を14年4月から8%へ、さらに15年10月から10%へと2段階で引き上げるとともに、子ども・子育て支援法など社会保障の新たな課題への財源の投入などが決まった。

しかし、この決断は、結果的にこれに強く反対する小沢元代表らの同党からの大量離党を招き、自民党に代わる2大政党制の一翼を担う政党としての期待を担って誕生した民主党を吹き飛ばす結果となった。その後、12年末の総選挙で圧勝した安倍首相率いる自民党が政権復帰し、1強状態が続いて現在に至っている。

安倍政権では経済成長が最優先課題とされ、これに対するマイナスの影響を恐れるあまり、第2弾の引き上げを2度にわたって延期し、ようやく「平成」最後の年であり、すでに元号が変わった後となる19年10月に実施される見通しとなった。

こうして、日本では「平成」の時代を通して、消費税の導入による新たな大型財源の確保にはこぎ着けたものの、これに対する国民の理解は深まらず、今や国の一般歳出

の56%と過半を占める社会保障費用の増大に対応した税率の引き上げは実現できずに終わった。その結果、国の財政は、毎年の歳入の3分の1以上を国債という名の借金で賄い、累積した債務の利払いと償還に毎年の歳入の4分の1を支出せざるを得ないという、財政の危機的な状況は一向に改善しないどころか、悪化の一途をたどっている。

振り返れば、「平成」の30年余りの期間、消費税の導入から引き上げの過程を通して、わが国では消費税の扱いは政治の鬼門となった感すらある。しかし、社会保障はすでに現在の国民生活の隅々にまで浸透して人びとの暮らしを支えており、今後さらに進む社会の少子高齢化の下で、費用の大幅な増大は不可避である。

このため、高齢化のピークが見込まれる40年前後に向けて、将来の社会保障をどう構想するか、それに必要な費用を誰がどう負担するか、ポスト一体改革に向けた青写真を早急に作成し、国民の間の合意を形成することが急がれる。

(3) 超高齢社会の出現

厚生白書(現・厚生労働白書)が初めて「高齢者問題をとらえつつ」というテーマを取

り上げた1970年は、日本社会がちょうど国連が高齢化の始まりと定義した高齢化率7%に達した年であった。それからわずか24年後の94年には、欧米の倍から数倍のスピードで上昇して14%の高齢社会に到達した。高齢化は「平成」の時代を通してさらに加速し、今やその倍の28%（総務省）人口推計（2017年10月1日現在）と、世界でも断トツの超高齢社会が人類史上初めて日本に誕生した。

その内実をみると、まだ比較的活動的で就労や社会参加の比率の高い60歳代の高齢者の増加もさることながら、この時代には、医療や介護など社会的支援が必要になるリスクの高い75歳以上の後期高齢者の増加が著しい。今や後期高齢者の数は1700万人（同）を超え、すでに15歳未満の年少人口を上回り、総人口に占める比率も四半世紀前の高齢化率に匹敵する14%（同）にまで達している。

一方で、「平成」の時代は、平成元年（1989年）の合計特殊出生率が戦後最低を記録した丙午（ひのえうま）の1966年を下回り、「1.57ショック」として、少子化の問題が目に見える形で見えなくなった時期でもあった。

出生率はその後も低下を続け、2005

する政策が繰り返され拡大されてきた結果は明白である。加入者の共通の帰属意識を核とした中間団体としての健保組合は、その自律的な保険運営の財政基盤を著しく損なわれ、存立のメリットを失い解散が相次ぐ危機的な状況に立ち至っている。

（2）患者一部負担の引き上げ
1980年代から「平成」の時代を通じて通底する、日本の医療政策の第2の特徴が、受診時の患者一部負担の引き上げへの過度の依存である。これを通じた財源確保と、医師・患者双方に対するコスト意識の喚起を通じた医療費全体の効率化を目指し、83年以来、何度となく同じ手法が繰り返されてきた。

被用者本人については、84年の法律改正により初めて1割負担が導入され、これが97年には2割へ、さらに2003年からは国民健康保険と同じ3割へと引き上げられた。

年の1.26を底に若干上昇したものの、その後も1.4前後で推移し、本格的な反転の兆しはみえないままに「平成」の時代は終わろうとしている。

「平成」期の医療政策の特徴とその評価

（1）財政調整による被用者保険への負担の転嫁

1980年代に形成された財政調整の枠組みは、「平成」の時代を通じてさらに拡大・強化された。このような国の財政負担の軽減・抑制と、そのために不足する費用を被用者グループ、とりわけ相対的に財政余力のある企業と公務員グループへの負担の転嫁により調達するという手法は、小刻みに継続、拡大を続けて現在に至っている。

83年施行の老人保健法による拠出金を通じた被用者グループによる老人医療費の肩代わりは、86年の改正によって、拠出

治的に容易ではなく、当初はわずか外来400円/月、入院300円/日（2カ月を限度）という微々たる額から始まった。その後は小刻みな額の引き上げが相次ぎ実施され、患者一部負担の復活から20年も経つ2002年になって、ようやく例外なく1割の定率負担にまでたどり着いた。その後、現役並み所得者については2割、さらには3割まで引き上げられて現役世代と同水準に正常化されたが、70歳代前半はようやく2割に引き上げが完了したものの、後期高齢者はなお原則1割のまま手が付けられていない。

わが国では主要先進国の中では異色と言っているほど患者一部負担の引き上げが政策手法として重用されており、財政当局など一部ではさらなる引き上げを求める声もある。現役世代との逆差別を解消するために、高齢者の一部負担を現役と同じ3割の水準まで引き上げていくことは当然として、それ以上の患者一部負担の引き上げは公的医療保障として限界であり、選択すべき道ではない。

（3）診療報酬と薬価の改定による総医療費のコントロール

前述の2つの手法が保険診療の費用の枠

金算定における加入者按分率が50%から100%に引き上げられ、保険者の経営努力を考慮しない形で被用者グループの負担はさらに高まった。

この老人保健法を引き継いで2008年から実施された新しい高齢者医療制度の下では、さらなる支援金負担の増加、現役並み所得の後期高齢者の医療給付費に対する公費負担の廃止、前期高齢者医療の財政調整に対する公費負担の排除といった一連の施策により、年々、被用者保険からの保険料財源の流出は拡大していった。

こうした傾向にさらに輪をかけたのが被用者保険内部での財政調整の導入である。まず、後期高齢者支援金において、17年度から総報酬割が段階的に導入され、14年度には対象経費の100%が総報酬割に切り替わった。これに追い打ちをかけるように、介護保険の第2号被保険者保険料についても17年度から段階的に総報酬割が導入され、20年度には全てこれに切り替わることとされている。これらの仕組みを通じて、健保組合の保険料への負担の転嫁により協会けんぽの国庫補助の削減を図っている。

こうした本来自律されるべき保険集団の枠を超えて、負担を求めやすい所に転嫁

内での負担を分配する手法であるのに対し、わが国で一貫して採用されてきた3つ目の医療政策の手段が、診療報酬と薬価基準の改定を通じた医療費総体のコントロールと医療提供体制の誘導である。この分野では、費用を負担する保険者を構成する労使の支払側と、医療費を受け取る病院や開業医などの診療側との診療報酬を巡る激しい攻防が続いてきたが、戦後は、とりわけ中央社会保険医療協議会の場を通じてせめぎ合う一方で、最後の決着はつねに高度の政治判断に委ねられてきた。

「平成」の時代は、経済の基調が長期のデフレ下にあつて、保険料賦課対象となる給与水準もマイナスや据え置きが続いてきたため、昭和期のような大幅な診療報酬の引き上げは望むべくもなく、小幅な引き上げを巡る攻防が続いた。

低迷する経済と国の財政危機の下では、診療報酬の引き上げといつても、結局は薬価基準の引き下げによって生み出される財源の取り合いを巡る攻防が繰り返されてきた。小泉政権下の02年や06年の改定のように、薬価基準と同時に診療報酬本体もマイナス改定が断行された年もあったが、多くの改定では、薬価基準を引き下げて、その財源を用いて診療報酬のわずかなプラ

ス改定が行われてきた。
 こうした狭い改定幅の中で病院・診療所
 間や診療科間のバランスを取りつつ診療
 報酬の組み替え再編を行うのはかなり困
 難な作業だが、毎回改定幅が小さかった割
 には、今後のあるべき医療の姿の実現に向
 けた積極的な改定の努力が行われてきた
 と評価することができる。

しかし一方で、診療報酬は医療機関の経
 営と直結するだけに、望ましくない医療機
 関の対応を是正するにも、緩やかな誘導手
 段や経過措置を講じるなど、対応が微温的
 になり医療費の是正などには限界があっ
 たことも事実である。

7対1看護基準の導入による急性期病棟
 の急増の是正や、本来削減・廃止を目指した
 療養病床への対応、国際的にみても明らか
 に過剰な入院偏重の精神医療の病床削減
 と地域移行の実現など、医療提供のあり方
 に変革を迫る改定は、国の明確な方針決定
 や、さらには法律上の措置にもかかわらず、
 残念ながら実現できていない。

さらに、各国で急速に進んでいる診断群
 別件数包括払いの導入についても、いかに
 日本の入院患者の実態や入院期間のばら
 つきが大きいとはいえ、15年もの運用を経
 ていまだに1日包括払いのDPCのまま

で、しかも一般病床にすら強制適用を実現
 できていない。

病院医療の改革は遅々として進んでお
 らず、保険者側もつと問題意識を持つて、
 疾病分類に基づく件数包括払い方式の原
 点に立ち返った改革を訴えるべきである。

こうして「平成」の時代を通じて採用され
 てきた医療政策を総括すると、世界ではさ
 まざまな新しい政策手法が開発され実践
 されてきているにもかかわらず、前述の3
 つの手法を中心に、十年一日の如く、使い慣
 れた古びた手法を繰り返してきた。

その結果、国民所得を超えて増加する医
 療費をコントロールできず、保険集団の枠
 組みを無視した負担の転嫁を通じ、あとか
 も沈みかけた泥船に全員を乗せ、ゆっくり
 と、しかし確実に沈みつつあるように見え
 るのは、筆者だけの危惧だろうか。

健保組合受難の時代

これまで述べてきた一連の措置を通じて、
 本来は国の財政支援を受けず、労使による
 自律的な運営を基盤として、各種の保険者
 を代表しけん引してきた健保組合の財政
 力は低下を続けてきた。

「平成」の時代を通じて、1989年3月
 ず、前述の趣旨にかんがみ、「社会保障年鑑
 (1951年版)」を敢えて刊行し、社会保
 障制度の発展のため、いささか貢献せんこ
 とを期するものである。」

健保組合や健保連が、こうした使命感と
 自負に支えられて医療保険の歴史を切り
 開き、加入者を代表する保険者としてつね
 に先頭に立って、診療側とも厳しい交渉を
 担ってきたことは、立場を超えて誰もが認
 めるところであろう。この「社会保障年鑑」
 が2009年度版をもって廃刊となり、長
 い歴史に幕を閉じたことも、拠出金の負担
 増が健保組合の財政基盤をボディーブロー
 のように痛めつけ、その弱体化をもたらし
 たことを象徴する1つの出来事といえよう。

「貧すれば鈍する」の言葉通り、現在のよ
 うな実質的に租税の肩代わりとしての拠
 出金負担がこれ以上増えれば、健保組合の
 解散がこれからも相次ぎ、早晚、制度自体
 も維持できなくなることは必定である。そ
 れは日本の社会保障の有力な牽引役を失い、
 国に総任せの非効率でダイナミズムのな
 い垂れ流しの医療を招来することになる。
 まだなんとか回復の余力のある今のうちに、
 一刻も早く、個々の健保組合に対する拠出
 金負担の上限の設定を導入した上で、健保
 組合本来の自主的で創意工夫に満ちた活

末に1814あった健保組合は、2018
 年3月末には1394組合と約4分の3
 に減少している。

さらに平均保険料率も、新しい高齢者医
 療制度の導入前の7.3%(07年3月末)か
 ら9.2%(18年3月末)へと上昇を続け、
 今では協会けんぽの保険料率10%に迫る
 勢いである。こうした状況下で、18年には
 日生協と人材派遣という大型の総合健保
 組合が18年度をもつての解散を決定し、衝
 撃が走った。

本来、社会保険とはいっても、保険制度
 である以上、必要な保険給付は自律的に各
 保険者が集める保険料で賄い、その給付と
 負担の水準のバランスを図るのが制度の
 基本であり、保険集団外への拠出の強制は、
 実質的に租税負担と変わらない。いかに保
 険集団間の財政力格差を調整するためと
 はいえ、保険料というものの本来の性格か
 ら考えれば、保険集団の外に流れ出して加
 入者以外に使用される費用は、多めにみて
 も保険料収入の4割が限界であろう。17年
 度決算見込では、約2割の健保組合にお
 いて保険料収入に対する拠出金の割合が
 50%以上である現実の財政状況を考慮す
 るとしても、加入者の保険給付に充てるこ
 とのできる費用が5割を割り込むことは

発な取り組みを生み出せる環境を整えたい。

これからの健保組合の使命

自立した保険者として、これからの健保
 組合に期待される役割について、ドイツの
 疾病金庫の活動も参考にしながら、以下に
 述べてみたい。

(1)加入者に必要とされる保険者への変身
 ドイツでは、かつては日本と同様に職種、
 勤務先、所在地などに応じて数種類の疾病
 金庫が併存し、それぞれの加入者は基本的
 に法律により帰属先の疾病金庫が決まっ
 ていた。それが1993年の医療保険構造
 改革法(GSG)により、各疾病金庫間の加
 入者の性別・年齢別などの構造的なリスク
 格差をリスク構造調整(RSA)によりな
 らして競争条件を整えた上で、被保険者に
 よる自由な保険者選択の仕組みが96年か
 ら全面的に導入された。

これにより、各疾病金庫は加入者の獲得
 を巡って競争環境に置かれることとなり、
 効率的な事業運営やほかの疾病金庫との
 合併などによる保険料率の引き下げ、積極
 的な加入者サービスの実施、独自の選択的
 な診療形態の開発と提供などの経営努力

を重ねてきた。

こうした生き残りを懸けて被保険者に選ばれた努力をしなければならなくなった疾病金庫と、今でも職業や勤務先、住所などに応じて法律により加入先が一義的に決められ、いわば経営努力をしなくても加入者が集められる日本の医療保険者とは、置かれた環境は大きく異なる。しかし、健保組合において、かつては母体企業にとっても、そこで働く従業員にとっても最大の魅力であった低い保険料率は、現在ではほとんど通用しなくなりつつあり、協会けんぽ(平均10%)以上の保険料率を設定している健保組合すら2018年2月末現在、314組合と全体の約23%に上る。

こうした状況下で、これからも健保組合が母体企業の経営陣からも、加入者からも必要とされ続けるためには、企業と連携した健康経営の実現や、加入者の健康増進・予防に役立つ存在となることが不可欠である。

さらに、いまだ取り組みが不十分であると思われる、加入者の保健コンピテンシー(行動特性)の向上のための情報発信や研修、個別の健康相談、受診先医療機関の選択にあたっての助言や紹介、さらにはがんや透

析などをはじめ各種の病気を抱えている加入者の就労との両立の支援など、新たな活動領域に積極的に取り組みの幅を広げていく必要がある。そのためには、看護師や保健師などの専門職を配置した相談室やコールセンターの開設などの組織的な取り組みが欠かせない。

その際に重要なことは、健保組合の役員がしっかりと知識・情報を持ち、たとえ母体企業の人事による一時的な異動であったとしても、企業トップに対して対等にももの申すことのできる関係を築くことである。

もう1つの重要な点は、加入者の健康や医療に関する個人情報についての厳重な守秘義務の徹底である。不都合な情報が企業の人事・総務部門などに伝わって人事評価で不利になるのではないかと、という不安や不信を加入者に抱かせることのないように、信頼醸成への取り組みが欠かせない。

また、個々の健保組合単独での取り組みには限界があるのかもしれないが、さまざまな病気を抱えた加入者への自助グループの紹介やそうした活動への支援も、これからの保険者としての新たな役割となり得るのではないだろうか。

保険者は何よりも加入者の代弁者であり、

セプトに記録された膨大な量の健康・医療に関するビッグデータの分析・活用を通じた疾病予防や健康増進活動の進展が求められる。健保組合が有するレセプトデータや健診データなどの膨大なルーティン・データベースは、いわば宝の山であり、母体企業の従業員の特性を踏まえた精緻な分析を通じて、当該職場に固有の健康管理上の問題やその改善に必要な要因を明らかにすることも可能である。さらにその結果を踏まえて、企業の労働安全衛生の担当部署とも連携して、例えばシフト勤務の職場の従業員の食事の取り方や健康管理、社員食堂のメニューの改善など、職場の構造的な健康環境の改善を目指す視点が重要である。

(3) 保険者主導による新たな診療形態の

開発・普及

以上の取り組みとは違って、まだ日本では遅れているのが、加入者に対して良質な効率的な医療を提供するという保険者の役割の自覚と、そのための医療機関との提携や働きかけである。医療保険の保険者とは、被保険者から保険料を徴収し、被扶養者を含めた加入者が傷病にかかったときに必要な医療サービスを保険給付として提供するが仕事であるということをしっ

かりと認識する必要がある。もちろん、医療サービスの提供や保険診療の資格、内容の基準、監督などについては、国の法令に基づくさまざまな基準や規制があるが、決して国に任せておけば保険者は無関心でよいという話ではなく、保険診療に関する限り、保険者は当事者であるという自覚が必要である。

ドイツでは、被保険者による保険者選択制という仕組みを通じて、各疾病金庫が提供できる選択的な診療形態を巡る競争を通じ、より効率的で質の高い医療サービスを創出、普及させる試みが続いている。その結果、糖尿病I型・II型、冠動脈疾患、慢性閉塞性肺疾患(COPD)などの疾患を対象とした疾病管理プログラム(DMP)は、各疾病金庫が連邦保険庁の認可を得て提供するプログラムへの参加者がすでに数百万人を超え、対象疾患をさらにうつ病などへ拡大しつつある。また、疾病金庫が個別のかかりつけ医、専門医、病院、介護機関、コーディネーターに当たるコンサルタントなどのチームと契約してトータルな医療や介護を保障する統合型診療も、保険協会との強い抵抗にもかかわらず一定の展開をみせているほか、家庭医主導型診療も各地域の実情に応じて広く普及している。

どこまで寄り添って頼られる存在となるかが、最終的に保険料率が高い・低いという損得を超えて、必要とされ生き残る鍵を握ることになる。

(2) 被保険者とその家族の疾病予防と

健康増進

保険者によるこの分野の活動は、日本でも06年の法律改正により、生活習慣病の予防に着目した特定健診・特定保健指導の実施が医療保険の保険者の責務とされ、その実績に基づき後期高齢者支援金の加算・減算の対象とされたこともあり、まだ改善の余地は大きいものの、着実に取り組みが進んでいる。とりわけ母体企業との結びつきが強い健保組合は、この領域の活動では地の利があり、さらに全体のけん引役となることが期待される。

また、従業員の健康の保持増進が企業経営自体に対してもプラスの効果があり、経営理念・目標としてこれを取り上げようという健康経営という考え方も、国・経済界を挙げて推進されており、これが中小零細も含めた経済界全体に広がっていくことが望まれる。

さらに、データヘルスの活用も国の強力な推奨の下で基盤整備が進みつつあり、レ

残念ながら日本では、個別の医療技術の開発や革新は世界と互してすさまじいスピードで進んでいるのに対し、これが適用される社会システムとしての医療サービスの形態については、疾病構造がこれだけ変化し、医療保険財政も肥大化してその思い切った効率化が求められているにもかかわらず、旧態依然としたままで変化の兆しもみられない。

健保組合は、こうした保険者の新たな役割の実現に向けて先陣を切って、現行法でも認められている保健福祉事業や付加給付に関する規定をギリギリまで活用し、疾病管理プログラムのプラットフォーム構築費用への助成など、新たな診療形態の開発、支援、普及の可能性を追求してほしい。

また、言うまでもなく国においても、保険者におけるこうした自主的な独自の取り組みに水を差すのではなく、逆に、ドイツのように法律でモデル事業に関する規定を整備し、対象、手続き、財政支援、評価のための専門家の参加などのルールを明確にして、保険者による医療機関との提携・協力を促進し、今日および将来の変化する疾病構造に最適の、効率的で質の高い医療の保障に向けて革新が進むよう、積極的な支援策を講じてほしい。