

財政調整・一元化阻止特別委員会 最終報告

1. 審議経過

本特別委員会は、政管健保（現協会けんぽ）への支援措置を受け入れる条件とした「20年度限りの措置とすること」を実現するために本年2月に設置され、6月に財政調整・一元化を阻止するためのアクションプラン、社会保障予算等に関する健保連の考え方を含む中間報告をまとめた。

その後、6回の会合を開いて、財政調整・一元化に反論するための理論構築と今後の課題として関係委員会等に検討を求める事項を整理し、ここに最終報告をまとめた。

またこの間、健保連は、21年度政府予算の概算要求基準が決定したのを受けて、7月30日に「平成21年度政府予算編成に関する見解」を公表し、8月には本部と都道府県連合会を中心に国会議員への要請活動を行い、政管健保への支援措置は21年度以降、絶対に認めないことなどについて理解を求めた。11月17日に開催した健保組合全国大会でも、「制度間の財政調整・一元化構想の断固阻止」をスローガンの一つに掲げた。

2. 審議結果

1) 「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」について

財政調整・一元化を阻止するためには、健保連として明確な理論を構築し提示する必要があるとの認識から、これまで健保連が提言等で示した財政調整・一元化に関する考え方を基本に、最近の制度改革の動向等を踏まえた検討を行った。

その結果、医療保険は同質な集団をベースに加入者が連帯感をもって運営に参加することが望ましく、制度の合理性、実現可能性から考えても、一元化・一本化は行うべきではないこと、また、加入者の所得水準の違いによる負担の不均衡是正は税により行うべきであり、制度間の財政調整は、健保組合の自主性・自立性を失わせるとともに、現在でも過大な健保組合の高齢者医療費負担をさらに増加させ、健保組合制度の崩壊、ひいては皆保険体制の破綻を招く恐れがあるという結論に達した。

理論構築の結果は、別添1の「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」としてまとめた。

2) 「今後の課題として他の委員会等に検討を求める事項」について

理論構築に関する審議を進めるなかで、反対活動や理論構築をあわせて、財政調整・一元化を阻止するために検討が必要な課題が明確になった。別添2に示した①高齢者医療制度の見直し、②組合方式推進のための方策、③健保組合間の共同事業のあり方、④健保組合の設立・解散基準のあり方、⑤非正規雇用に対する医療保険適用のあり方の5項目である。

なかでも、高齢者医療制度の見直しは最も重要である。前期高齢者への公費投入、さらには65歳以上を対象とする別建ての制度の実現により、健保組合の将来展望を開く必要がある。また、健保組合に集う加入者を拡大し、その事業や活動を通じて優位性を示すことは、財政調整・一元化に対する大きな歯止めとなる。健保組合間の共同事業は、健保組合の基盤強化のみならず、「いいとこ取り」といった批判への対抗措置としても重要である。

今後、関係委員会、事務局において検討いただきたい。

3. 現状と今後の対応

政管健保支援特例措置法案は、2月に国会に提出されて以降、一度も審議されないまま継続審議となり、臨時国会においても審議開始の見通しが立っていない。現在の情勢では、同法案が成立する可能性は低いと考えられる。

社会保障費の一律削減については、野党にとどまらず与党内でも批判が強く、社会保障国民会議が社会保障の機能強化を内容とする最終報告をまとめ、社会保障に対する安定的財源確保のための改革を求めるなど、見直しの気運が高まっている。

しかし、政府は歳出・歳入一体改革路線を維持しており、財政制度等審議会が11月26日にまとめた「平成21年度予算の編成等に関する建議」でも、21年度以降も被用者保険制度間の財政調整を行うよう求めている。年末の政府予算案の決定に向けて、財政調整案が再浮上する可能性がまったくないとは言いきれない。また、高齢者医療制度の見直し論議に関連して、財政調整・一元化論が勢いを増すことも考えられる。

したがって、今後は、政府の予算編成、税制改革論議、高齢者医療制度に関する議論等の動向を注視し、中間報告のアクションプランにもとづいて、時機を逸しない行動を展開するとともに、最終報告でまとめた「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」を健保組合の共通認識とし、主張を展開することが重要である。

平成20年12月4日

財政調整・一元化阻止特別委員会
委員長 東芝健康保険組合理事長
白川 修二

財政調整・一元化に対する健保連の考え方

はじめに

1) 財政調整・一元化論の現状

政府は、平成 15 年 3 月に閣議決定した医療制度改革の基本方針のなかで、「保険者の自立性・自主性を尊重した上で、医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指す」とした。

給付については、これまでの改革で給付率が 7 割（70 歳以上の高齢者等を除く）に統一され、また負担については、18 年の制度改革にもとづいて 20 年から高齢者医療制度が実施されたことにより、われわれの主張とは合致しないが、政府の狙いは実現されたとも言える。

しかし、医療保険制度間の負担には依然として不公平があるとして、制度の一本化や制度間の財政調整を求める意見がある。最近の議論は、国の財政事情や格差論を背景にしているのが特徴で、地域保険への一元化といった主張もある。

厚生労働省が 20 年度予算編成に際して提案した財政調整案は、格差解消を名目としながら、その実態は社会保障費 2200 億円を削減するために、健保組合等に拠出させた財源の大半を政管健保に対する国庫補助の削減に充てる「肩代わり」であった。

2) 皆保険体制の破綻を招く財政調整・一元化

健保組合・健保連は、従来から老人保健制度のような拠出金による負担方式や、昨年、政府が提案したような所得にもとづく財政調整、制度そのもの一元化・一本化に反対してきたが、本年 2 月以降、特別委員会を設けて改めてその問題点を検討してきた。

その結果、以下の結論に達した。

- ① 医療保険は同質な集団をベースに加入者が連帯感をもって運営に参加することが望ましく、制度の合理性、実現可能性から考えても、一元化・一本化は行うべきではない。
- ② 加入者の所得水準の違いによる負担の不均衡の是正は税により行うべきであり、制度間の財政調整は、健保組合の自主性・自立性を失わせるとともに、現在でも過大な健保組合の高齢者医療費負担をさらに増加させ、健保組合制度の崩壊、ひいては皆保険体制の破綻を招く恐れがある。

〔参考資料 1. 一本化、一元化、財政調整に関する概念整理〕

〔参考資料 2-1. 財政調整・一元化に対する団体等の考え方〕

〔参考資料 2-2. 財政調整・一元化に関する国会答弁〕

1. 一元化の問題点

1) 医療保険の特質への不適合

一元化は、制度の基本にかかわる重要な問題である。制度のあり方に関する本質的な議論を行わないまま、国の財政事情や格差問題に対する批判の高まりに安易に同調して制度の基本を変更するようなことは、絶対にあってはならない。

医療保険は、人口構成や賃金・物価、保険料収入等にもとづく財政計算が主体の年金保険とは異なり、医療をめぐる保険者、患者・被保険者、医療提供者等がかかわる複雑な制度である。

このため、医療保険制度は、望ましい医療・保健サービスの実現に向けて、保険料を負担する加入者が連帯感を持って運営に参加することが重要である。加入者・患者の声を代弁するために、また疾病予防、医療費適正化等のために、保険者が果たすべき役割も大きい。

医療保険のこうした特質から考えると、制度体系は、その多くが退職者とその配偶者で地域のなかで生活することが多い高齢者の制度を別建てとしつつ、会社で働く現役世代の被用者は健保組合、協会けんぽ（旧政管健保）等の被用者保険に、地域とのつながりが強い自営業者や法人以外の小規模事業所で働く被用者は国保（国民健康保険）に加入する多元的な体系とし、それぞれの保険者が運営に努力する体制をとるべきである。

2) 欠落している健保組合の実績評価

また、医療保険の運営方式は、同質的な集団をベースとし、加入者が参加する民主的で自主的な組織が担う組合方式が最も適している。一元化の主張には、健保組合の実績に対する評価が欠落している。

健保組合は、生活習慣病予防などの保健事業を積極的に展開してきたほか、他制度に先駆けてレセプト点検、医療費通知に取り組むなど、医療保険のリーダー的な存在となっている。健保組合には以下のような優れた点がある。

- ① 小集団による行き届いた管理運営が可能であり、職域における疾病発生の状況・特徴などに対応した予防対策、被保険者・家族への適切な健康教育・相談などの活動を、事業主との協力のもとで効率的かつ効果的に進め、加入者の健康を支援すると同時に、医療費の適正化に向けた様々な活動を行うことができる。とくに、急速に高齢化が進むわが国において

ては、生活習慣病に積極的に対応することが重要であり、健保組合の疾病予防の先駆的取組みを他の保険者にも広げていくことが求められる。

- ② 同一企業あるいは同種同業の集団という構造から、連帯感や共同意識が強く、運営における責任体制が確保される。
- ③ 事業主、被保険者が積極的に事業運営に参加し、自分の健康は自分たちで守るという意識のもとに、経営感覚を活かした運営が実現できる。

健保組合のなかには、大企業の組合だけではなく、協会けんぽに加入しているような中小規模の企業が複数集まって組織する総合組合も多数存在する。総合組合には、健保組合加入者の約3分の1にあたる1000万人が加入しており、給付費に対する国庫補助を受けずに、事業主・被保険者が一体となって効率的な運営を行っている。

3) 一元化の非合理性と非現実性

国や都道府県を運営主体として一元化（一本化を含む）した制度は、実質的には税を財源として医療保障を行うに等しい。医療保険制度とは言いがたく、財政規律や経営努力へのインセンティブを喪失する恐れがある。

また、制度の一元化には以下のような問題があり、実現可能性は極めて小さい。

- ① 運営を国や都道府県が担うとすれば、健保組合は解散することになり、これまで培ってきたノウハウや人材は失われる。今以上に効率的な運営が行われる保証はなく、むしろ医療費の増大や、疾病予防・健康増進活動でのサービスの低下が懸念される。民営化、「官から民へ」という公的サービス提供の流れにも逆行する。
- ② 被用者、退職者、自営業者等が加入する一元化された制度のなかで、公平で統一的な保険料賦課方法を確立することは極めて困難である。一元化した制度では、所得把握や保険料収納率の違いから、総じて被用者が不合理かつ多額な負担を強いられる可能性が高い。
- ③ この他に、事業主負担が法定化できるのか、国庫負担をどのように投入するのかといった問題もある。

制度を一元化すれば全ての問題が解決し、合理的な制度が実現できるような主張がみられるが、問題は解決するどころか新たな矛盾や不合理が生じ、加入者の不満が高まることは明らかである。

一元化には、制度間に存在する所得把握や保険料収納率、経営努力の違い等を隠蔽する面があり、高齢社会において求められる保険者機能の強化の方向に逆行することも大きな問題である。

〔付属資料. 健保組合の活動事例〕

2. 財政調整の問題点

1) 意識されていない税と保険料の違い

多角的な制度体系のもとでは、加入者の所得、年齢等の違いによって、制度間の負担に不均衡が生じるが、行政が運営する市町村国保と公法人が運営する被用者保険、また同じ被用者保険でも、企業や業種を単位に平均 2 万人が加入する 1500 の健保組合と、3600 万人が加入する単一組織の協会けんぽでは、制度の存立基盤や運営組織、加入者の就労・稼得の実態等が異なることから、原則的に制度間の財政移転は行うべきではない。

しかし、負担の不均衡が、高齢者の加入割合の違いなど、多角的な制度体系から生じるものであって、社会通念が許容する範囲を超えるほど大きい場合は、何らかの方法で調整することはやむを得ない。

わが国の医療保険制度においては、所得水準の違いによる負担の不均衡は国庫負担・国庫補助、高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡は医療費の共同負担で調整する体制が整えられてきた。

これは、拠出金方式等の問題を残しつつも、先に述べたような医療保険の特質のほか、給付と負担の対応関係の確保、制度の効率的運営、被用者保険における組合方式の推進、制度間の財政力格差の是正、医療保障に対する国の責任といった理念と制度を現実的に調和させる方法として構築され、法制化されたものである。

所得水準の違いによる負担の不均衡を是正するための制度間の財政調整は、実質的に所得と負担に着目した所得の再分配にはかならないが、医療保険制度は所得再分配を主要な目的とするものではない。所得再分配は、税によって行うのが本来のあり方である。

また、医療保険制度間において所得再分配を行うことは、高齢化にともなって急増する医療費の負担を、主に賃金によって生計を立て、所得が相対的に高く税負担が多い健保組合の加入者により重く課す結果となる。この点からも、所得再分配は保険料ではなく、賦課ベースの広い税によって行うべきである。

医療と並ぶ社会保障の大きな柱である年金制度においては、基本的に保険料負担額に対応した年金額が支給され、保険料による所得再分配は低所得者への給付等に限定されている。税と保険料は、公的な負担という点では類似しているが、その目的や機能は異なることを銘記すべきである。

2) 負担の不均衡是正の現状と健保組合の過大な負担

医療保険制度の財源をみると、健保組合は収入のほぼ全額が保険料である。一方、健保連の試算では、20 年度は国保に 4 兆 1100 億円の国庫負担等と被用

者保険からの納付金等を財源とする 3 兆 3600 億円の前期高齢者交付金等が、協会けんぽには 9400 億円の国庫補助が投入される。

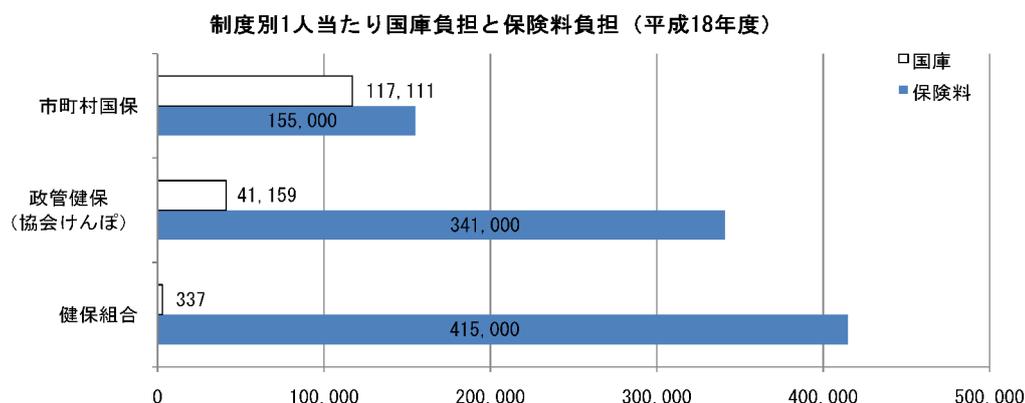
負担については、政府が財政制度等審議会などに提出した資料によると、18 年度における 1 世帯当たり保険料（被用者保険は事業主負担を含む被保険者 1 人当たり保険料）は、国保が 15.5 万円、政管健保が 34.1 万円、健保組合が 41.5 万円で、健保組合が最も多い。

また、20 年度は、高齢者医療制度が実施されたことにより、支援金等の額は 19 年度と比べ国保が 4500 億円の大幅減、協会けんぽが 300 億円の微増となっている一方で、健保組合は 4100 億円も増加しており、健保組合の負担は単純計算でも被保険者 1 人当たり 2.6 万円増加する。

こうした各制度の財政移転と負担の現状から、以下のようなことが言える。

- ① 高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡は、健保組合、協会けんぽなどの被用者保険が拠出した前期高齢者納付金等を国保に投入することによって是正されている。
- ② 所得水準の違いによる負担の不均衡は、国保については給付費と後期高齢者支援金に対する国庫負担によって是正されている。協会けんぽについては、給付費と前期・後期高齢者医療制度の支援金等に対する国庫補助によって一定程度まで是正されている。
- ③ 一方で、国庫補助をほとんど受けずに自立的な財政運営を行っている健保組合が、多額かつ過大な負担を強いられている。

われわれ健保組合は、制度間における高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡を是正することにやぶさかではない。しかし、現状においても健保組合の前期高齢者納付金等の負担は過大であり、それが高齢者医療を支えている健保組合の存立に危機的な状況をもたらしているのである。



注 1) 市町村国保は 1 世帯当たり、被用者保険は被保険者 1 人当たり額である。

被用者保険の保険料には、事業主負担分を含む。

注 2) 国庫負担は、厚生労働省資料に基づく平成18年度予算ベース。

注 3) 保険料負担は、「財政制度等審議会 財政構造改革部会」資料(平成20年5月13日)に基づく。

保険料額には介護分が含まれている。

なお、上記の政府の資料によると、所得に対する保険料の割合（負担率）は、国保 11.83%、政管健保 14.89%、健保組合 11.22%（保険料率は、政管健保 8.2%、健保組合 7.32%）となり、健保組合が最も低い。しかし、ここに示されているのは税法上の「所得」であり、「収入」ではない。この数値が負担能力の実態を正しく示しているのか、また、他制度との比較に耐えうるかについては、以下の点から問題が多い。

- ① 国保に加入する世帯の 18.5%は自営業者世帯であるが、自営業者については「クロヨン」等といわれるように、従来から所得把握が十分でないとの指摘がある。自営業者は減少しており、所得把握が不十分だとしても大きな影響はないとして、財政調整の実施を求める主張があるが、被用者側の不公平感は依然として強く、無視していい問題ではない。
- ② 国保に多数加入している退職者が受給する公的年金には、給与所得控除の約 2 倍の公的年金等控除が適用されており、資料は同一の条件で比較したものとはいえない。
- ③ 協会けんぽには、いわゆる「法人成り」の事業所が加入している。「法人成り」には節税等の様々なメリットがあるとされることから、協会けんぽに加入する被保険者の標準報酬の把握に疑問なしとしない。

〔参考資料 3. 医療保険制度における財政移転〕

〔参考資料 4. 国民健康保険（市町村）・政府管掌健康保険・組合管掌健康保険の比較〕

3) 限界に達している保険料による不均衡是正

以上のように、健保組合は高齢者の加入割合の違いによる制度間の負担の不均衡を是正するために多額の負担をしており、保険料による不均衡是正はすでに限界に達している。また、以下の理由からも、拠出金による負担方式や所得にもとづく財政調整は行うべきではない。

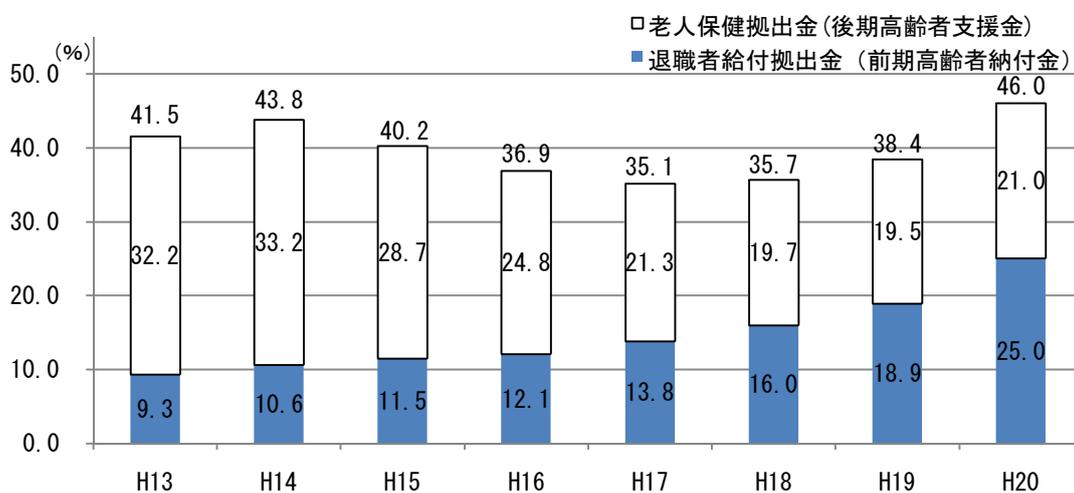
- ① 健保組合は、加入者 1 人当たり医療費が他制度より低いにもかかわらず保険料負担が多い。負担と給付の対応関係から、過大な負担は加入者の納得を得られない。
- ② 負担が増えれば、さらに多くの健保組合が解散に追い込まれ、医療保険を支えてきた健保組合制度自体が崩壊する。
- ③ 負担増によって健保組合の財政が悪化し、解散組合が増えれば、協会けんぽへの国庫補助が増えるという悪循環が生じる。
- ④ 経営努力やその他の要素を考慮せず、負担だけに着目して調整を行うことは過剰な調整であり、公平とはいえない。保険者の経営意欲も減退させる。また、所得にもとづく財政調整はもとより、拠出金による負担方

式は、健保組合の財産権を侵害するのではないかとの疑いもある。

- ⑤ 健保組合の支援金等の負担は、すでに保険料収入の45%を超えている。本来、加入者への給付に使われるべき保険料の多くを他制度に拠出することは、保険制度の意義や保険者の自主性・自立性を損ねる。
- ⑥ 拠出金による負担方式は、保険者が制度の運営や負担額の決定に関与できないなど、透明性を欠く面がある。

従って、政府は、財政調整によって健保組合の負担を増やすのではなく、高齢者医療に対する国庫負担等の拡大により、医療保障に対する国の責任を果たし、医療保険制度の安定的運営を確保すべきである。

健保組合の保険料収入に占める拠出金割合の推移



注1) 平成13～18年度は決算、19年度は決算見込み、20年度は予算

注2) 20年度の後期高齢者支援金には20年3月分の老人保健拠出金の負担分を、前期高齢者納付金には20年3月および4月以降の経過措置に伴う退職者拠出金の負担分を含む。

〔参考資料5. 制度別医療費実績〕

〔参考資料6. 健保組合数の年次推移〕

〔参考資料7. 保険料収入に対する支援金・納付金の割合別組合数〕

3. 望ましい制度運営と財源政策

1) 組合方式の推進

高齢化による医療費の増加が不可避なかで、医療保険はこれまで以上に効率的かつ効果的に運営し、医療費を合理化・適正化する必要がある。

このため、今後の制度運営は、多元的な制度体系のもとで、自主的・民主的な組織形態による運営を推進すべきであり、それによって保険者としての本来の機能や役割を果たすことが可能となる。とくに、被用者保険においては、組合方式を推進し、健保組合の設立や協会けんぽから健保組合への事業

所編入を進めることが重要である。健保組合の設立等を促進することで、協会けんぽへの国庫補助も削減できる。

また、国保についても、行政から分離した独立の組織形態による運営を導入すべきである。

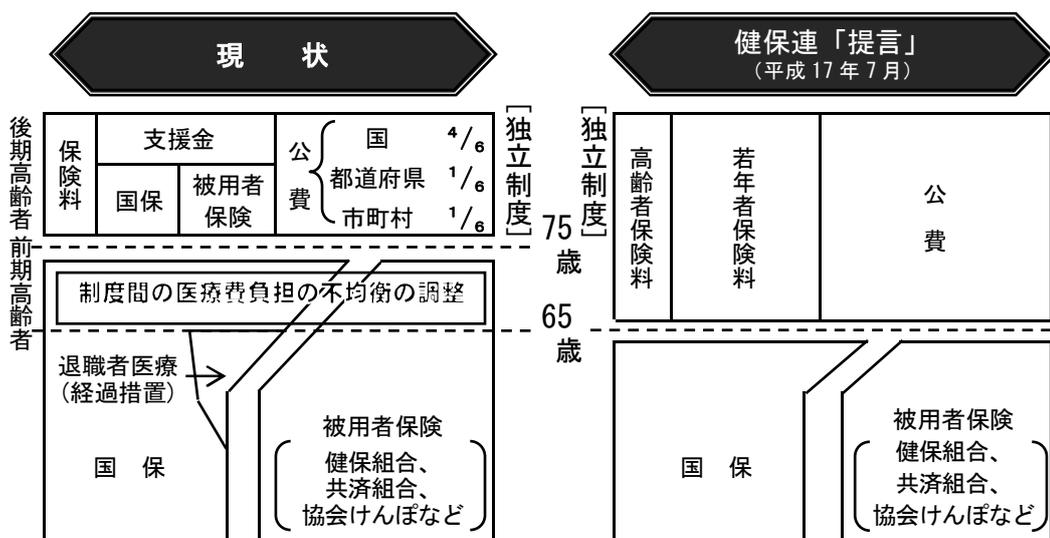
2) 高齢者医療制度の改革

健保組合の過大な負担を是正し適正なものとするためには、高齢者医療制度の見直しが必要である。健保連は、17年7月に公表した「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」のなかで、高齢者医療制度は65歳以上を対象とする別建ての制度とするよう求めている。

現在の定年制度や雇用制度から考えると、被用者の多くが65歳までに退職し、収入が給与所得から年金所得へ移行するなど、65歳を境に生活の態様が大きく変化すること、今後、団塊世代を中心に65歳以上人口が増加すること等から、現在、前期と後期に区分されている高齢者医療制度は、前期高齢者への公費投入を行うとともに、後期高齢者医療制度の対象年齢を65歳以上とすることにより、ひとつの制度に統合すべきである。

この場合、保険料、支援金、公費負担、給付率等について、基本的な見直しを行うことが必要になる。その際には、現役世代と高齢者の負担の公平をはかる観点から、高齢者世帯は現役世代に比べ所得や資産の格差が大きいことに配慮しつつ、高齢者の1人当たり再分配所得や資産保有額が現役世代より多いことを踏まえた検討が必要である。

運営主体については、財源を負担する医療保険者や被保険者である住民が直接、運営に参加する仕組みをつくるべきである。



〔参考資料 8. 高齢者医療制度に関する健保連の考え方〕

〔参考資料 9. 世帯主の年齢階級別 1 人当たり所得再分配状況〕

〔参考資料 10. 世帯主の年齢階級別 1 世帯当たり家計資産額〕

3) 国保と協会けんぽの改革

国保については、同一保険者のなかで保険料負担率が低所得者ほど高く高所得者ほど低い、一般会計からの多額な法定外繰入れを行っているなどの問題がある。少なくとも賦課限度額の引上げを直ちに実施し、問題解決をはかるべきである。

また、国保組合についても、そのあり方や国庫負担について見直す必要がある。

協会けんぽは、公法人化の目的に沿って、まずは自主的・自立的な運営が行われるよう、最大限の努力をする必要がある。

また、財政状況、事業計画とその執行状況、運営上の諸規定等の情報公開を徹底し、運営を透明化すべきである。

〔参考資料 11. 国保の所得階級別保険料負担率〕

〔参考資料 12. 国保財政の現状〕

4) 社会保障のための安定的財源の確保

政府は、国民が安心して納得できる医療を受けられるようにするため、診療報酬体系の簡素・合理化、医療機関の機能分化と連携強化、療養病床の再編、生活習慣病予防対策の推進等に努めるべきである。

また、高齢化による医療費の増加が確実ななかで、公費の果たす役割はますます大きくなる。消費税やたばこ税の引上げ等の税制改革により、社会保障のための安定的な財源を早急に確保すべきである。

おわりに

財政調整・一元化に対する健保組合・健保連の考え方は以上のおりであり、断固として反対する。

これをもとに、今後、関係者はもとより広く国民の間で活発な議論が行われることを期待したい。

なお、その際の参考として諸外国の医療制度改革の動向をまとめたので、活用いただきたい。

〔参考資料 13. 諸外国の医療制度改革〕