

〔国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）〕

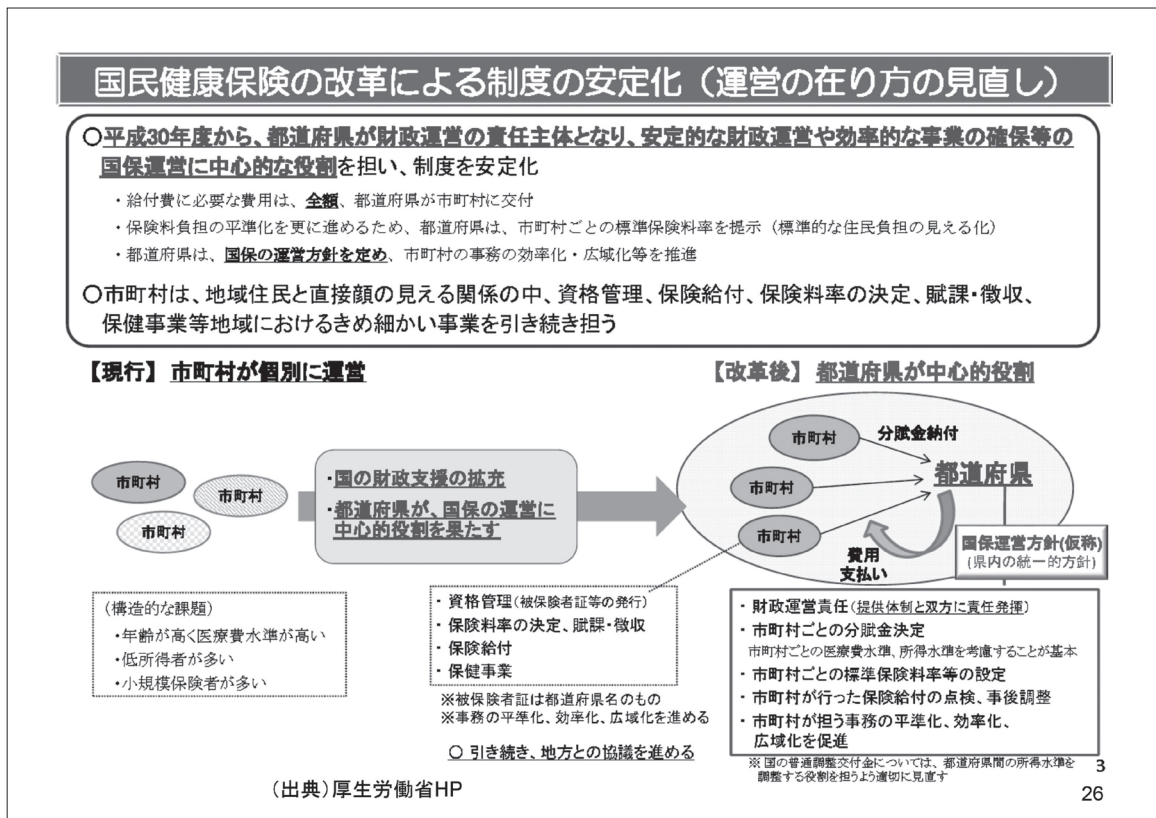
それについては、この図の右側に四角の枠で囲った「財政運営責任」のところに、「提供体制と双方に責任発揮」と書かれています。どういう意味かといいますと、都道府県は本当に医療提供体制の改革をやり切れるか。実は、そこは疑問符が付きまします。なぜかといえば、都道府県は医療の財政責任を負ってないからです。そうであれば、国民健康保険の財政責任を県に負わせれば、都道府県は本腰を入れて医療提供体制の改革にも取り組むだろうということが、一般の国民健康保険制度改革の政策的な含意だということです。

〔図：高齢者医療に関する制度設計（概念図）〕〔健保組合の構造と保険者機能〕

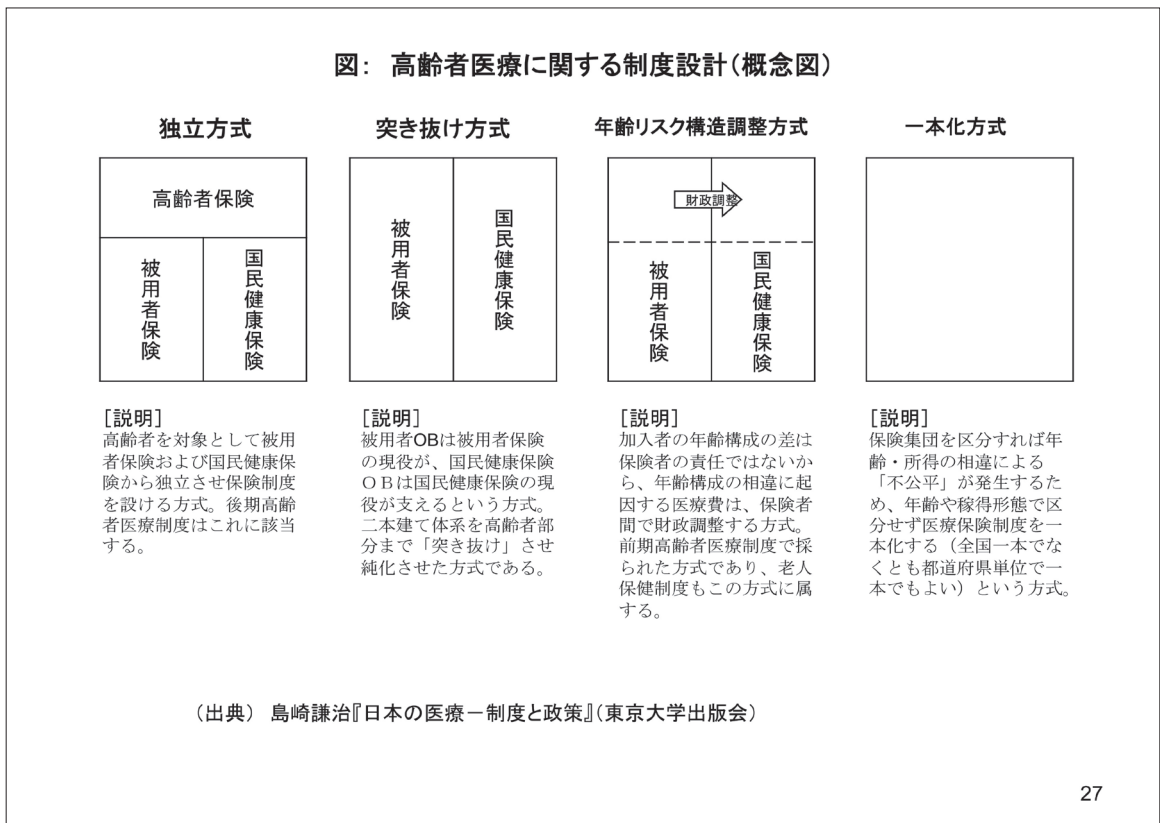
高齢者医療制度の制度設計の問題および健保組合の構造と保険者機能の問題につきましては、後ほどの討論にゆだねたいと思います。

〔まとめ〕

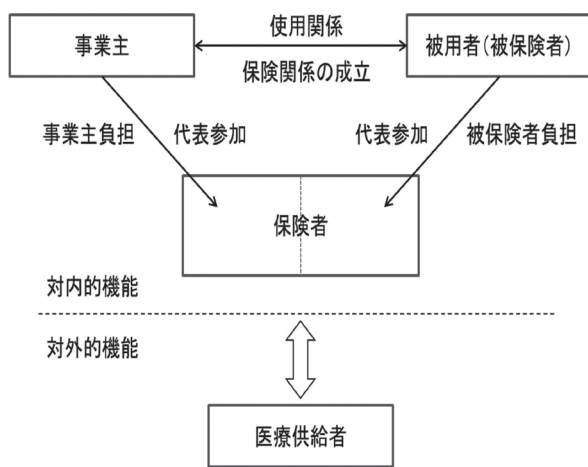
私のプレゼンテーションの要旨はこの「まとめ」に書いてある通りですが、後ほど、ディスカッションのなかでもう少しコメントさせていただきたいと思います。なお、私の問題意識や主張につきましては、最近筑摩書房から発刊しました『医療政策を問いなおす—国民皆保険の将来』で詳しく論じておりますので、ご関心があればそれをお読みいただければありがたく存じます。



図：高齢者医療に関する制度設計(概念図)



## 健保組合の構造と保険者機能



### 【対内的機能】

- ①被保険者の適用・管理
- ②給付見積と保険料設定
- ③保険料の賦課・徴収
- ④療養(費)の給付・支給
- ⑤保健事業

### 【対外的機能】

- ⑥レセプトの審査・支払
- ⑦医療供給側への働きかけ

(出典)島崎謙治(2015)『医療政策を問いなおす』(ちくま新書)140-141頁。

## まとめ

1. 1961年から73年にかけて国民皆保険が実現・成熟した要因は社会経済が「右肩上がり」であったこと。「右肩下がりに」になれば、その逆(国民皆保険の形骸化)が生じるリスクがある。
2. 人口構造の変容は医療に直接あるいは(経済等のバイパスを通じ)間接的に甚大な影響を及ぼす。財政制約および人的資源制約は非常に厳しい。
3. 社会保障の持続可能性の焦点は年金よりも医療・介護に移る。さらに、医療制度改革の重点は提供体制の改革に置かれる。
4. 今後とも診療報酬は最も重要な政策ツールであるが、診療報酬一本槍ではなく、計画的手法や医学教育の見直し等を含めたポリシー・ミックスが必要。ただし、克服すべき課題は山積。
5. 主要な医療制度改革は2018年度に結節する。この数年が正念場であり時間的余裕はまったくない。
6. 保険者機能の発揮は重要であるが、わが国の保険者のガバナンス構造および実態等を十分踏まえる必要がある。

29

時間を超過して申しわけありませんでした。以上で私のプレゼンテーションを終わらせていただきます。(拍手)

白川 修二 氏(健康保険組合連合会 副会長、注3)

「医療保険財政と保険者機能」

〔目次〕

本日までございますけれども、医療保険財政の現状、問題点、課題。それから、わが国の医療提供体制の特徴。最後に、ガバナンスというテーマに即して、保険者機能というのはどういうものかということをご紹介させていただきたいと思います。

〔(1)健保組合の財政状況〕

まず健保組合の財政状況ですが、ご案内の通り、棒グラフが経常収支です。平成20年度以降、ずっと赤字でございまして、うえにあります通



白川副会長

(注3)〔プロフィール〕1971年九州大学経済学部卒業。同年東芝入社。2007年東芝健康保険組合理事長、2009年健康保険組合連合会常務理事、2010年同専務理事、2014年より現職。2009年から2015年中央社会保険医療協議会委員、2010年社会保障審議会医療保険部会委員、2013年次世代ヘルスケア産業協議会委員

# 医療保険財政と保険者機能

2015年12月9日

健康保険組合連合会  
副会長・専務理事 白川 修二

## < 目 次 >

I.医療保険財政の現状	1
II.医療保険財政の問題点	6
III.我が国の医療提供体制の特徴	14
IV.保険者機能	19

健康保険。みらいのために、今、変えよう。  
おしほの健保プロジェクト

## I. 医療保険財政の現状

健康保険組合連合会 1

り、折れ線グラフが保険料率ですけれども、平成20年（2008年）から平成26年の間に保険料率が1.5%上がりました。金額にすると約1兆4,000億円の増収を図って、しかし赤字の累計は約2兆円です。実は、保険者は赤字というわけにいきませんので、この2兆円は経常外で埋めることになります。要は、積立金を取り崩して赤字を埋める、簡単に言うと、こういうことです。

### 〔(2)協会けんぽの単年度収支差と準備金の残高の推移〕

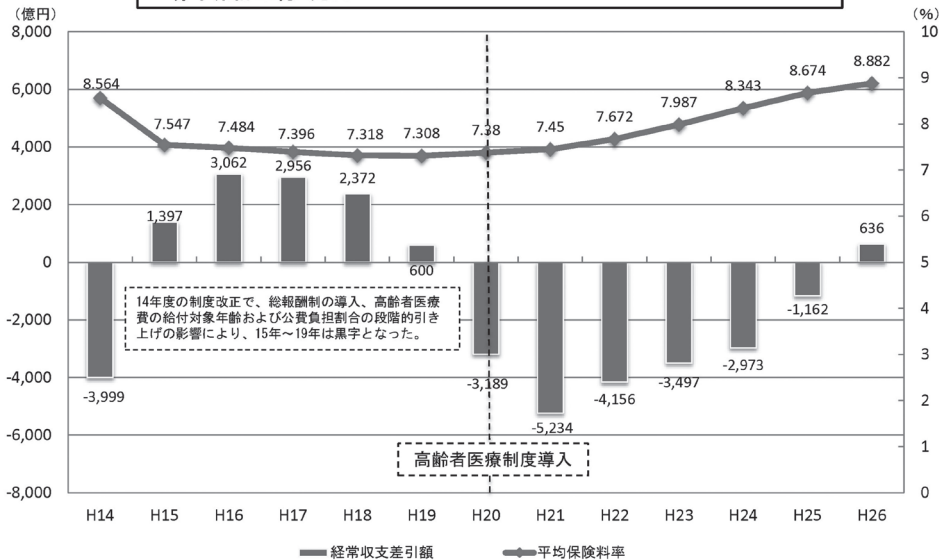
次は、協会けんぽです。一時期、財政危機に陥りまして、右端の網かけをしている部分ですけれども、ここでいろんな手を打って、何とか立ち直ったということです。ポイントは、右下に枠囲みの部分がありますけれども、保険料率が10%ということ。それから、そのうえに、小さい字ですが、国からの補助金が16.4%入っているということです。

### 〔(3)国保の財政状況〕

次は国保です。国保の給付費の総額11兆5,000億円ですけれども、保険料で賄っている部分は、左上の部分で、3兆400億円、わずか26%です。右の前期高齢者交付金は、被用者保険から前期高齢者の納付金として納めてもらった額でして、これが31%ぐらいあります。左の列の保険料以外と真ん中の列が国または地方からの税金の投入でして、全部足しますと4.8兆円、大体43%に相当するということです。加えて、これでも3,500億円ぐらい、毎年赤字が出ており、それは一般の住民税、市民税から補填して

## (1) 健保組合の財政状況

- ◆20年～26年の間に
  - ・保険料率は1.5%増(約1兆4,000億円)
  - ・赤字累計は約2兆円

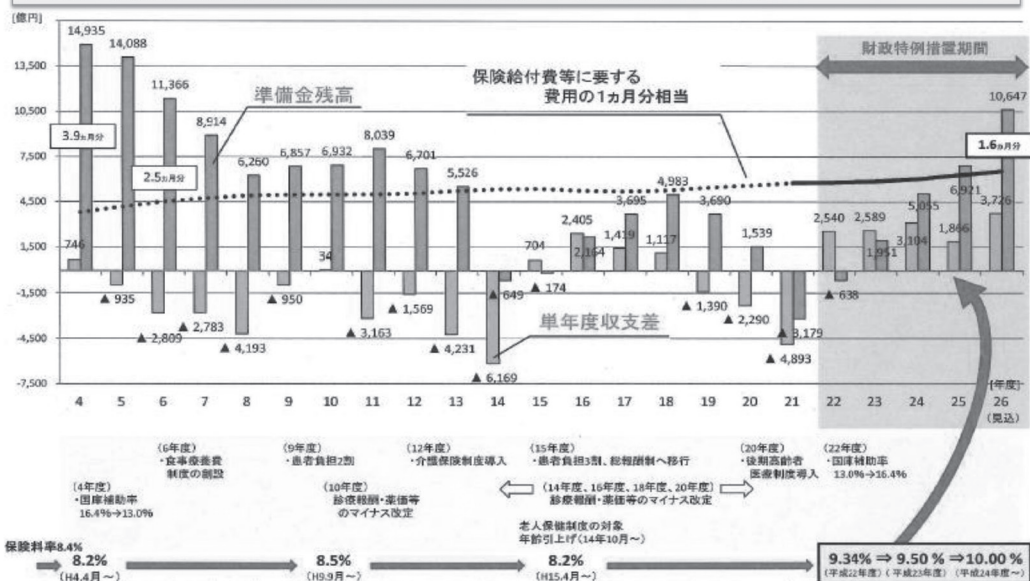


(注)平成14～25年度までは決算、26年度は決算見込の数値である。

◎ 健康保険組合連合会

## (2) 協会けんぽの単年度収支差と準備金の残高の推移

- 19年度から単年度赤字に陥り、18年度に5,000億円あった準備金(累積 黒字・赤字)は、21年度末で▲3,200億円に悪化。この▲3,200億円は、財政特例措置と保険料率の引上げにより、2カ年で解消。
- 平成26年度決算では、単年度収支差は3,726億円の黒字、準備金残高は10,647億円



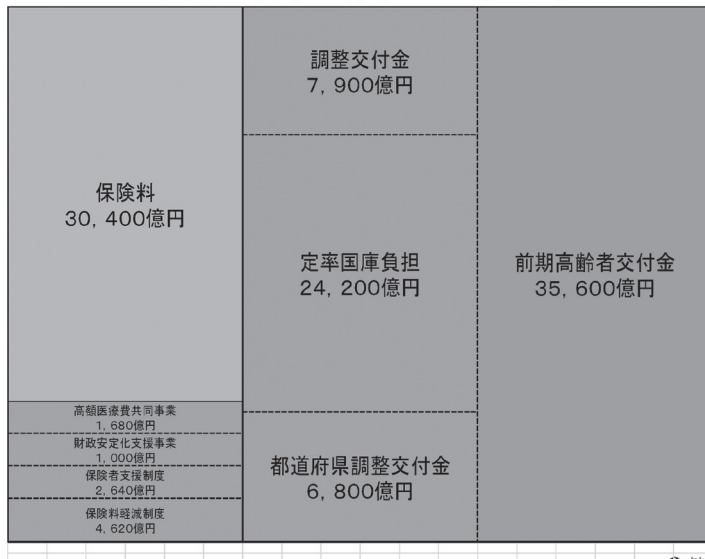
(注)1.平成5年度、6年度、8年度、9年度、13年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延返の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。  
2.平成21年度以前は国庫補助の清算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。

健康保険。みらいのために、今、変えよう。  
おしめの健保プロジェクト

### (3) 国保の財政状況

(平成27年度予算案ベース)

医療給付費等総額: 約11兆5,000億円

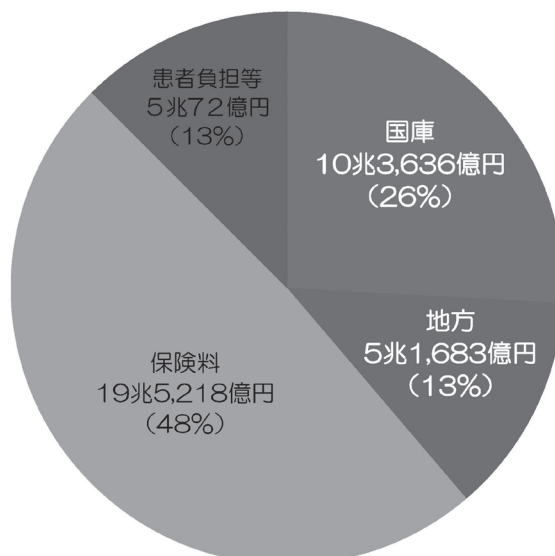


健康保険組合連合会

4

健康保険。みらいのために、今、変えよう。  
おしめの健保プロジェクト

### (4) 国民医療費に占める公費の割合



(注) 1. 軽減特例措置は、国庫に含む  
2. 患者負担等は、患者負担及び原因者負担(公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付等)である

健康保険組合連合会

5

いるという現状です。

#### 〔(4)国民医療費に占める公費の割合〕

これは国全体の話です。国民医療費、今、大体40兆円規模ですけれども、どのような負担構造になっているかと申しますと、左下の保険料が約5割です。左上の患者負担が13%、約1割です。それから、国庫と地方、税金ですが、これが約4割。こういう構成になっております。

#### 〔(1)被用者保険の財政上の問題点 ①高齢者医療への拠出金が保険料収入の40%超〕

では、問題点はどこにあるか。これは被用者保険と国保で随分違いますので、被用者保険でいいますと、一つ目のポイントは、高齢者医療への拠出金が保険料収入の40%を超えている。左側の部分です。自分のところの加入者に使う分が大体5割と少しというような状況です。これが一つ目の問題です。

#### 〔(1)被用者保険の財政上の問題点 ②高齢者医療費の拠出金が急激に増加〕

二つ目です。2010年から2025年までの現役世代——これは一番下ですが——と、そのうえの前期高齢者、65歳から74歳、1番うえが後期高齢者、75歳以上の医療給付費です。要は、本人の自己負担分を除いた、保険を給付される部分の伸び率を見たものです。

一目瞭然でございまして、2015年と2025年を比較しますと、一つ目は、総額が大体25%ぐらいの伸び

健康保険。みらいのために、今、変えよう。

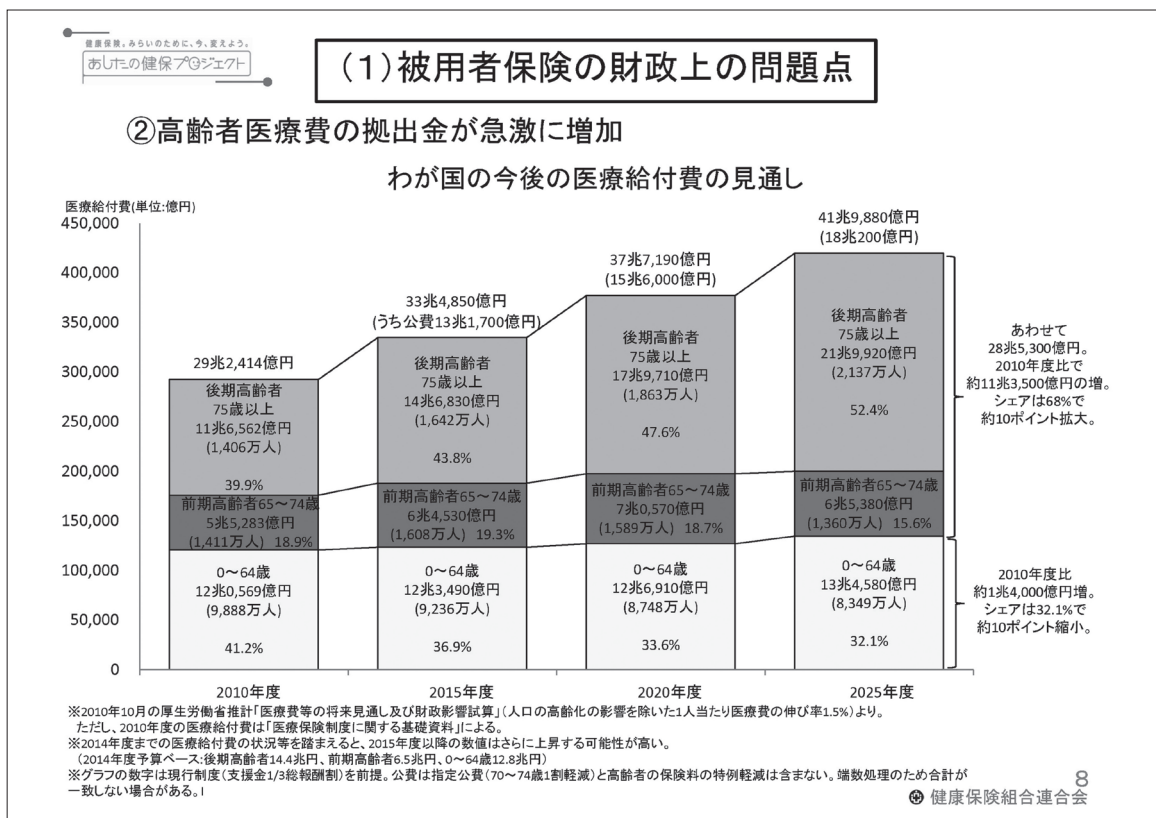
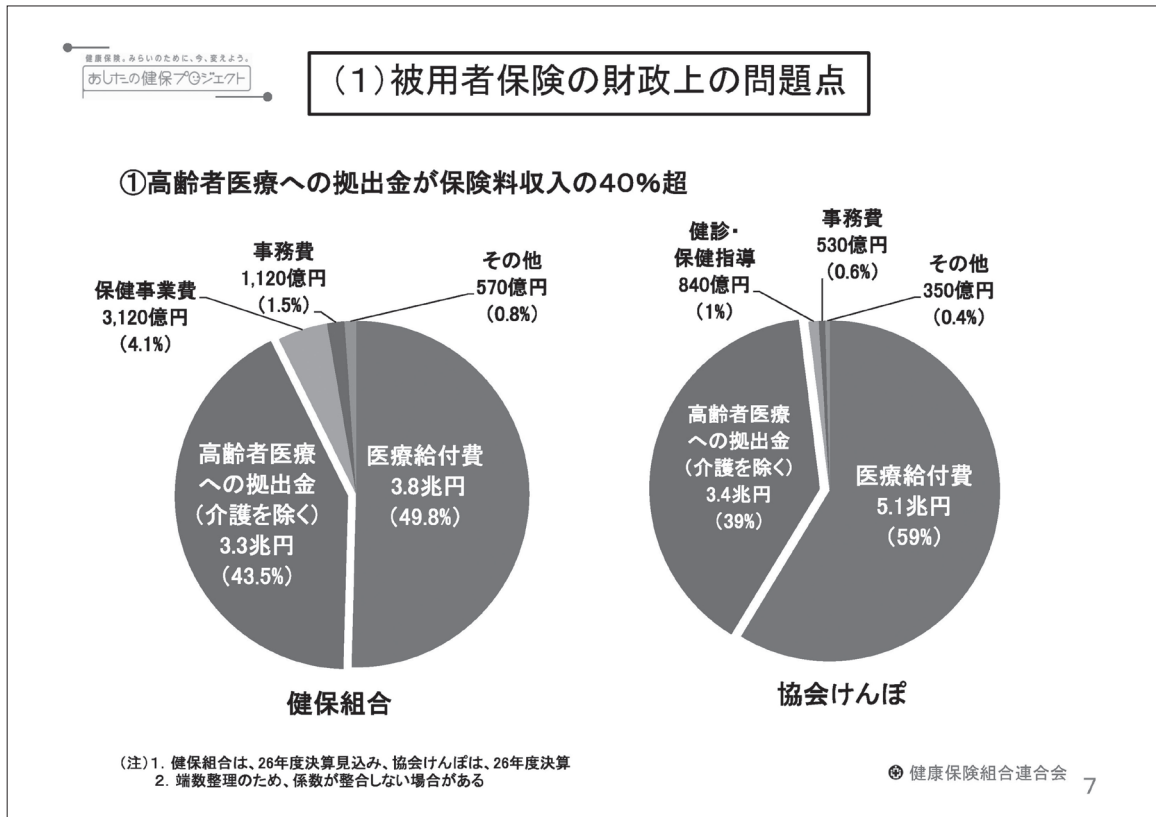
おしエの健保プロジェクト

## II.医療保険財政の問題点

健康保険組合連合会 6





率ということになります。二つ目は、高齢者の医療費ですけれども、前期と後期合わせますと、この割合が2015年は全体の63%ぐらいですけれども、2025年には68%になるということです。

それからもう一つ、先程、島崎先生からもお話がありました通り、現役の人口が減る、約10%減る。要は、10%減った形で、この膨らんだ高齢者医療費を支えなければいけないというのが二つ目の問題です。

〔(1)被用者保険の財政上の問題点 ③保険料率引上げによる対応が限界〕

それから三つ目は、これは保険制度ですので、保険料で賄うしかないわけですが、協会けんぽの10%、それも増収後でも10%ということで、限界がどこかというのは非常に難しい問題ではありますが、相当厳しい保険者財政になっているということです。

〔(2)国保の財政上の問題点 ①公費投入と被用者保険からの支援に依存〕

それから、国保でございます。国保は、先ほど申し上げた通り、皆保険制度と言いながら、保険料で賄っている部分が4分の1しかないという状況です。

〔(2)国保の財政上の問題点 ②保険料収納率約90%、一般会計からの繰入れ約3,500億円/年〕

国保は、一般会計からの繰り入れが3,500億円あるわけです。棒グラフで高いところが繰り入れの多

健康保険。みらいのために、今、変えよう。

おしへの健保プロジェクト

**(1)被用者保険の財政上の問題点**

**③保険料率引上げによる対応が限界**

	19年度	24年度	26年度	増収額 (26年度－19年度)
<b>健保組合</b>	7.3%	8.3%	8.9%	約1兆4千億円
<b>協会けんぽ</b>	8.2%	10%	10%	約1兆4千億円

(注)1. 増収額は、26年度保険料収入から19年度保険料収入を差し引いた額

○協会けんぽの国庫補助率は、22年度から16.4%(26年度1兆2,559億円)  
※21年度までは、保険給付費等に係る国庫補助率13.0%

◎ 健康保険組合連合会

9

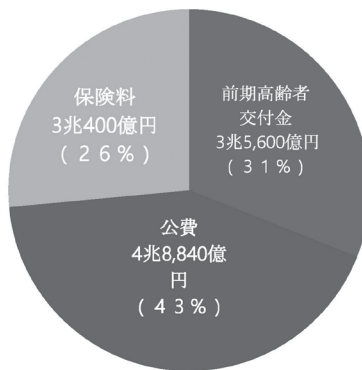
健康保険。みらいのために、今、変えよう。  
おしめの健保プロジェクト

## (2) 国保の財政上の問題点

### ① 公費投入と被用者保険からの支援に依存

#### 国保財政の現状

(平成27年度予算案ベース)



- 前期高齢者と64歳以下での会計区分なし  
→ 前期高齢者交付金のうち約2,000億円を64歳以下で使用
- 平成30年度都道府県単位化で更に3,400億円を追加補助
- このほか、①自営業者の所得把握率は低い、②保険料の賦課限度額が被用者保険に比べて低い、このため、中間所得層の負担が重い—などの問題がある

健康保険組合連合会

10

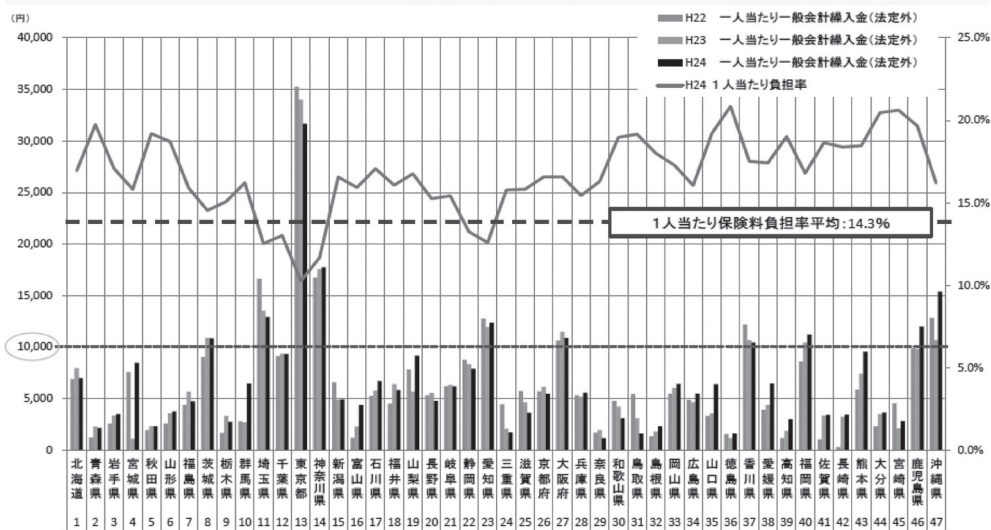
健康保険。みらいのために、今、変えよう。  
おしめの健保プロジェクト

## (2) 国保の財政上の問題点

### ② 保険収納率約90%、一般会計からの繰入れ約3,500億円/年

#### 1人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入 (都道府県別状況)

- 平成24年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、鹿児島、沖縄。そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知の保険料負担率は平均(14.3%)よりも低く、茨城、大阪、香川、福岡、鹿児島、沖縄の保険料負担率は平均よりも高い。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業の実施状況報告、国民健康保険実施調査報告  
(注1) 一般会計繰入金(法定外)は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。  
(注2) 一人当たり負担率は、一人当たり保険料(税)課定額を一人当たり旧ただし書き所得で除したものである。

健康保険組合連合会 11



い都道府県ですが、簡単に言うと、大都市圏——東京、神奈川、愛知、大阪あたりが突出して一般会計から繰り入れているという状況でございます。

〔(2)国保の財政上の問題点 ③国保の都道府県単位化（平成30年度）の成否？〕

これは、先ほど、島崎先生の資料にも入っておりましたが、平成30年度には、国保は都道府県単位でまとめられるという方向になっております。島崎先生は、都道府県が保険者としての役割を果たせるかと発言しておりましたが、私も非常に疑問符がつくと考えております。

〔(3)国家財政—消費税引上げ財源の配分〕

これは国家財政で、消費税引き上げの財源の配分です。細かい表なので省略をさせていただきます。

〔Ⅲ. わが国の医療提供体制の特徴〕

次に、わが国の医療提供体制の特徴でございます。

〔(1)医療機関数〕

まず医療機関の数、左半分ですが、病院の数でございます。アメリカが5,756、日本が約9,000という数です。人口10万当たりの病院数で見ますと、圧倒的に多い。そこらじゅう病院だらけ、とくに大都市



## Ⅲ. 我が国の医療提供体制の特徴

に行くという感じがいたします。それから、それ以外、一般診療所が約10万、歯科診療所が6万8,000、薬局が5万7,000でございます。

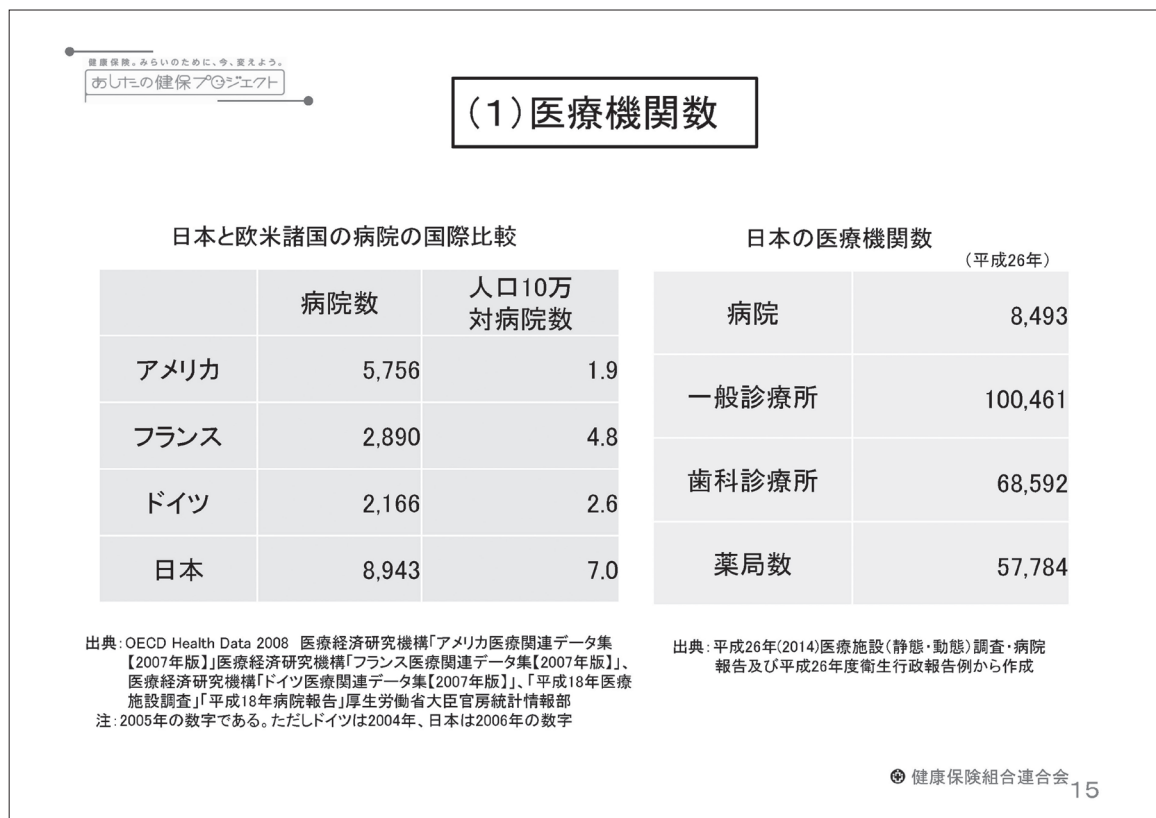
国民医療費40兆円のうち、実は、歯科医療費は7%程度で、それに対してこの数ですから、今、歯科診療所は経営難にあえいでいる。薬局、薬は17%程度、国民医療費に占めますけれども、これも相当な数で、コンビニよりも多いということをおっしゃる方もおります。

〔(2)入院期間・病床数等〕

もう一つは、入院期間とか病床数が非常に多いという点です。平均在院日数32日。他の国を見ていただきますと、大体1桁、10日前後でございます。それから、人口千人当たりの総病床数も突出して高く、ベッド数が多い。ベッド数が多いうえに平均在院日数が高いということですから、医療費は当然高騰することになります。

〔(3)受診率〕

さらに外来でございますけれども、日本は1年間に13.1回、外来に行くということですので、これも、2倍とは言いませんけれども、諸外国に比べてかなり高い割合ということになります。



健康保険。みらいのために、今、変えよう。  
おしほの健保プロジェクト

## (2) 入院期間・病床数等

医療提供体制の各国比較(2010年)

国名	平均在院 日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員 数	人口千人当たり 臨床看護職員 数
日本	32.0 (17.9)	13.4	16.4※1	2.2※1	74.3※1	10.0※1
ドイツ	9.3 (7.9)	8.3	46.5	3.8	137.5	11.4
フランス	12.6 (5.1)	6.4	48.1※2	3.3※2	136.7※2	8.7※2
イギリス	7.3 (6.5)	3.0	95.2	2.8	290.6	8.6
アメリカ	6.1 (5.4)	3.1※1	79.9※1	2.5	366.6※1・2	11.1※1・2

(出典)「OECD Health Data 2013」

注1:「※1」は2010年のデータ。「※2」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注2: 平均在院日数の( )書は、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

16

健康保険。みらいのために、今、変えよう。  
おしほの健保プロジェクト

## (3) 受診率

年間外来受診回数の各国比較(2009年)

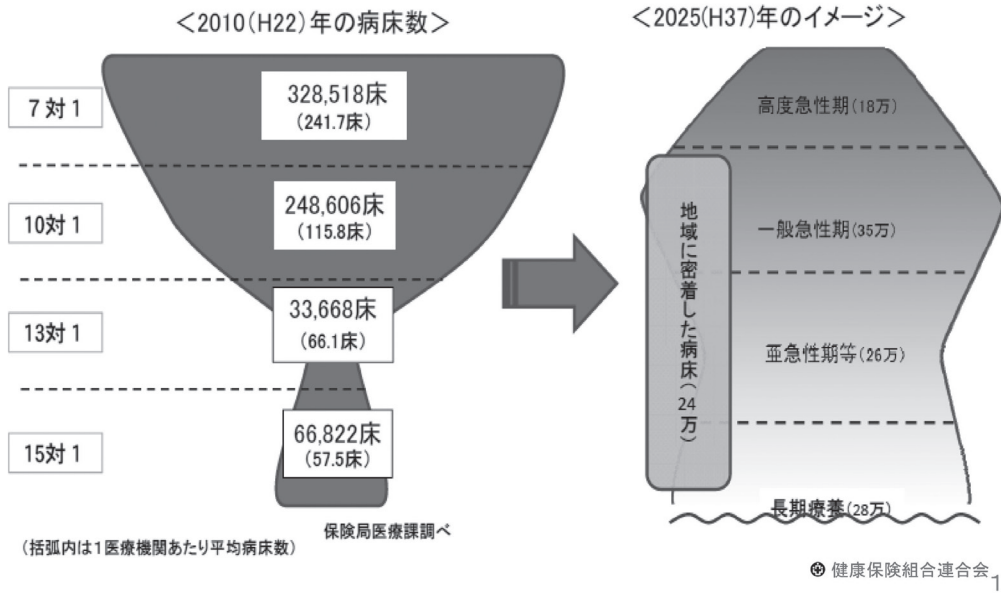
日 本	13.1回
ド イ ツ	8.4回
フ ラ ン ス	6.7回
イ ギ リ ス	5.0回
ア メ リ カ	3.9回
ス ウ ェ ー デ ン	2.9回

(出典) OECD「Health data 2012」  
※アメリカは2008年の値

健康保険組合連合会 17

### (4) 一般病床の機能別病床数

一般病棟入院基本料の将来方向(社会保障と税の一体改革)



#### 〔(4) 一般病床の機能別病床数〕

さらに、一般病床の機能別病床数という図ですが、これは7対1、10対1と書いておられますのは、いわゆる急性期の病床で、1日当たりの入院基本料が上に行くほど高いという構造になっています。したがって、7対1がこれだけの数ありますから、入院料自体も相当高いということになります。

図右は、将来的にはこの形にしたいという政府の計画です。

#### 〔Ⅳ. 保険者機能〕

最後に、保険者機能について少しお話ししたいと思います。

##### 〔(1) わが国の医療保険者の現状〕

わが国の医療保険者とは、国保と協会けんぽと健保組合と共済組合のことになります。保険者数を合計すると、3,200の保険者が分割して保険者機能を果たしているという状況です。

##### 〔(2) 保険者機能とは〕

では、保険者機能とは何か。これはいろいろ言われますけれども、簡単に言うと、①適用、②保険料の設定・徴収、③保険給付、④審査・支払があり、日本では保険者、ヨーロッパでは疾病金庫という言い方をしますけれども、この①から④までは必ず最低限やらなければいけないことと位置付けられる。



健康保険。みらいのために、今、変えよう。  
おしほの健保プロジェクト

## IV. 保険者機能

健康保険組合連合会 19

健康保険。みらいのために、今、変えよう。  
おしほの健保プロジェクト

### (1) 我が国の医療保険者の現状

	国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合
保険者数 (平成25年3月末)	1,717	1	1,431	85
加入者数 (平成25年3月末)	3,466万人 (2,025万世帯)	3,510万人 被保険者1,987万人 被扶養者1,523万人	2,935万人 被保険者1,554万人 被扶養者1,382万人	900万人 被保険者450万人 被扶養者450万人
加入者平均年齢 (平成24年度)	50.4歳	36.4歳	34.3歳	33.3歳
65～74歳の割合 (平成24年度)	32.5%	5.0%	2.6%	1.4%
加入者一人当たり医療費 (平成24年度)	31.6万円	16.1万円	14.4万円	14.8万円
加入者一人当たり 平均所得(※3) (平成24年度)	83万円 一世帯当たり 142万円	137万円 一世帯当たり(※4) 242万円	200万円 一世帯当たり(※4) 376万円	230万円 一世帯当たり(※4) 460万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成24年度)(※5) 〈事業主負担込〉	8.3万円 一世帯当たり 14.2万円	10.5万円<20.9万円> 被保険者一人当たり 18.4万円<36.8万円>	10.6万円<23.4万円> 被保険者一人当たり 19.9万円<43.9万円>	12.6万円<25.3万円> 被保険者一人当たり 25.3万円<50.6万円>
保険料負担率(※6)	9.9%	7.6%	5.3%	5.5%
公費負担	給付費等の50%	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への補助 (※8)	なし
公費負担額(※7) (平成26年度予算へ入)	3兆5,006億円	1兆2,405億円	274億円	

(※1) 組合健保の加入者一人当たり平均保険料及び保険料負担率については速報値である。  
 (※2) 一定の階層の状態にある種の広域連合の認定を受けた者の割合である。  
 (※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「収入総額」(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額に「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している)  
 協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。  
 (※4) 被保険者一人当たりの金額を表す。  
 (※5) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。  
 (※6) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。  
 (※7) 介護料付金及び特定世帯・特定保健指導・保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。  
 (※8) 共済組合も補助対象となるが、平成23年度以降実績なし。

出典：財政制度分科会資料(平成26年10月8日)

健康保険組合連合会 20

## (2) 保険者機能とは

### 保険者の機能と役割

- ① 適用
- ② 保険料の設定・徴収
- ③ 保険給付
- ④ 審査・支払
- ⑤ 保健事業等を通じた加入者の健康管理
- ⑥ 医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

出典：平成24年度厚生労働省委託事業「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」

それから、⑤は保健事業を通じた加入者の健康管理を行う。そのため、健康保険組合と言う名称です。保健事業等ですね。それから⑥、医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ。これが今日の一つの議題になっているガバナンスという問題かと思います。

### 〔(3) 医療保険制度、医療提供体制への政策提言の場〕

それでは、⑥について、どんなことを日本でやっているんだというのをまとめたものが、その次でございます。厚生労働省の社会保障審議会、医療保険制度とか医療提供体制の設計、デザインを議論するところ。2番目は中央社会保険医療協議会、これはいわゆる中医協で、診療報酬の点数を決める。点数を決めるだけではなくて、各種施設基準や適用要件などを決めて、医療機関等を政策誘導するというとちょっとおこがましいですけども、そういう機能を果たしている。その次に地方の社会保険医療協議会とか都道府県医療審議会というのがあり、ここで地域医療構想でありますとか、あるいは医療費適正化計画、こういったことを審議するわけでございます。こういったところに保険者として代表を送り込むという形で議論をしているという現状です。

### 〔(4) わが国の保険者機能の評価（被用者保険）〕

では、全体として保険者機能はどうかということを言いますと、わが国は組織内のガバナンス能力、とくに事業主との関係は被用者保険は非常に強いですから、この能力は高い。ヨーロッパに比べても高

健康保険。みらいのために、今、変えよう。  
おしとろの健保プロジェクト

### (3) 医療保険制度、医療提供体制への政策提言の場

- **厚生労働省社会保障審議会** (厚生労働大臣の諮問機関)  
社会保障制度や人口問題等に関する基本的な事項を調査審議する
- **中央社会保険医療協議会** ( " )  
診療報酬改定や薬価、保険材料価格などについて審議し、答申する。診療報酬点数や施設基準等により医療機関を政策誘導する
- **地方社会保険医療協議会** ( " )  
保険医療機関・保険薬局の指定及び指定の取消し並びに保険医・保険薬剤師の登録の取消しについて審議し、文書をもって答申するほか、自ら厚生労働大臣に文書をもって建議する
- **都道府県医療審議会** (都道府県知事の諮問機関)  
当該都道府県における医療提供体制の確保に関する重要事項を調査審議する  
(地域医療支援病院の承認、病院の開設・増床等に係る勧告・不許可、医療法人の設立・解散・合併の認可、地域医療構想を含む医療計画の策定、変更など)
- **都道府県保険者協議会**  
特定健診等と高齢者医療制度に関する保険者や関係者間の連絡調整、保険者に対する助言と援助、医療費用等に関する情報についての調査及び分析、医療計画の策定及び変更に関する意見提出

— など

健康保険組合連合会 22

健康保険。みらいのために、今、変えよう。  
おしとろの健保プロジェクト

### (4) わが国の保険者機能の評価(被用者保険)

- 組織内のガバナンス能力は高い — 事業主との関係
- 政策提言、医療提供体制へ働きかけが弱い



#### 【理由】

- ①保険者が細分化 保険者数は全体で約3200
- ②医療提供体制に関する情報不足
- ③協会けんぽは元々「政管けんぽ」
- ④国と地方の権限が不明瞭

健康保険組合連合会 23