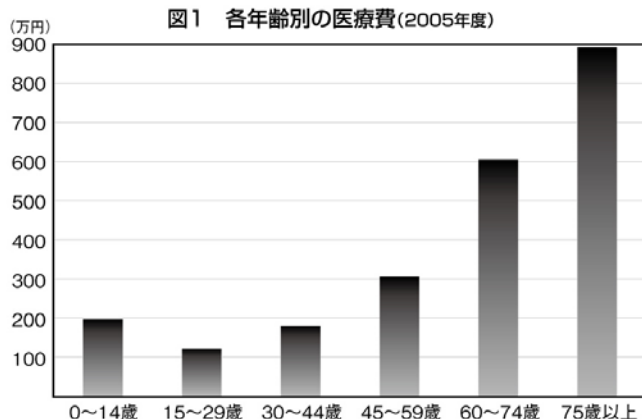




(注) 平均的な人が各年齢において消費する医療費
(出所) 厚生労働省資料より筆者作成

問題は、今回のケースを問題とし、と片付けてしまっただけで、よいとは言えない。日本の医療保険制度には2つの大きな問題があり、その問題が今回の健保解散の裏に隠れているのだ。

問題の1つが保険者間の格差である。

欧州には、中世のギルド(同業者組合)に遡る職業単位の互助組織の伝統があり、これが19世紀末のドイツで、社会保険として制度化された。日本の健保組合はこれらをモデルとしており、1905年に設立された鐘淵紡績(後のカネボウ、現

クラシエホールディングス)の鐘淵共済組合が第1号である。その後、八幡製鉄所などの大企業がこれに追随して健保組合を設立した。長い歴史があることから、企業単位で数多くの健保組合が分立することに疑問を持つ人は、ほとんどいないであろう。

ところが、日本がモデルとした欧州は、現在では事情が全く異なっている。まず、健保や国保といった保険者の数が、日本と比べてはるかに少ない。職業・地域別に細分化されてきた歴史から、多くの保険者(疾病金庫と呼ばれる)が分立していたドイツでも、その数は200強に留まっている。それと比べると、日本の保険者数はけた違いの多さだ。

実はドイツでも、90年代初頭には疾病金庫数が1200以上もあり、日本と大差なかったのだが、その後、急速に集約が進んだ経緯がある。そのきっかけが、94年に導入されたリスク調整メカニズムだ。

疾病金庫が分立していると、加入者の負担能力(経済力)や疾病リスク(健康状態)が、保険者によってばらつくことが避けられない。ある疾病金庫は高所得で健康な加入者が多いため低負担で済むが、別の疾病金庫は低所得で不健康な加入者が多いため高負担を余儀なくされる、といった具合である。これは、公的保

険の理念である「国民全体で疾病による経済的損失を応能負担する」ということは相容れない。そのため、加入者の属性によって疾病金庫間格差が生じないように、高所得者や健康な人が多い疾病金庫には別途負担を課し、その財源を低所得者や病気の人が多い疾病金庫に回すことで、負担を均等化するわけだ。

リスク調整導入以前は、負担が平均以下の疾病金庫(の加入者)にとつて、負担の大きい疾病金庫と統合することは経済的な利益を享受することを意味していたため、統合がなかなか進まなかった。しかし、リスク調整が導入され、この利益が無くなると、今度は集約による運営の効率化という別の利益を求める動きが始まり、一気に疾病金庫の集約化・大型化が進んだ。リスク調整の導入には、保険者の集約化による運営効率化というメリットがあることも注目されよう。

リスク調整は、ドイツに限らず多くの先進国で導入されており、世界の医療制度改革の常識となっている。ところが、日本では、02年に坂口力厚労相(当時)が導入を推進したにもかかわらず、関係者の理解をほとんど得られずに見送られ、これが後期高齢者医療制度の導入につながった経緯がある。国民皆保険を謳っているながら、保険者間格差が放置

置かれている。健保組合の連合組織である健康保険組合連合会(健保連)は9月1日、07年度の健保組合の決算見込み集計結果を発表。健保組合全体の約9割が赤字に陥る見通しで、政管健保より高い保険料率を設定している組合が全体の17%(253)を占め、法令で義務付けられている3カ月分の準備金を保有できていない組合も29(1・9%)ある現状を明らかにした。国が健保組合に対して何らかの対策を講じない限り、今後も健保組合の解散が続くことは間違いないだろう。

保健者の統合・集約化が世界の「常識」

それでは、今回のケースを問題な

ただ、健保組合が解散しても、企業と加入者に及ぶ悪影響はほとんどないと言える。企業・加入者双方とも保険料負担は軽くなるし、政管健保から従来通りの給付を受けられるからだ。あえてデメリットを挙げるとすれば、出産一時金の付加金や人間ドックの補助といった付加給付(健保組合が独自に支給する付加的な給付)がなくなる程度である。

ところが、日本がモデルとした欧州は、現在では事情が全く異なっている。まず、健保や国保といった保険者の数が、日本と比べてはるかに少ない。職業・地域別に細分化されてきた歴史から、多くの保険者(疾病金庫と呼ばれる)が分立していたドイツでも、その数は200強に留まっている。それと比べると、日本の保険者数はけた違いの多さだ。

実はドイツでも、90年代初頭には疾病金庫数が1200以上もあり、日本と大差なかったのだが、その後、急速に集約が進んだ経緯がある。そのきっかけが、94年に導入されたリスク調整メカニズムだ。

疾病金庫が分立していると、加入者の負担能力(経済力)や疾病リスク(健康状態)が、保険者によってばらつくことが避けられない。ある疾病金庫は高所得で健康な加入者が多いため低負担で済むが、別の疾病金庫は低所得で不健康な加入者が多いため高負担を余儀なくされる、といった具合である。これは、公的保

険の理念である「国民全体で疾病による経済的損失を応能負担する」ということは相容れない。そのため、加入者の属性によって疾病金庫間格差が生じないように、高所得者や健康な人が多い疾病金庫には別途負担を課し、その財源を低所得者や病気の人が多い疾病金庫に回すことで、負担を均等化するわけだ。

リスク調整導入以前は、負担が平均以下の疾病金庫(の加入者)にとつて、負担の大きい疾病金庫と統合することは経済的な利益を享受することを意味していたため、統合がなかなか進まなかった。しかし、リスク調整が導入され、この利益が無くなると、今度は集約による運営の効率化という別の利益を求める動きが始まり、一気に疾病金庫の集約化・大型化が進んだ。リスク調整の導入には、保険者の集約化による運営効率化というメリットがあることも注目されよう。

リスク調整は、ドイツに限らず多くの先進国で導入されており、世界の医療制度改革の常識となっている。ところが、日本では、02年に坂口力厚労相(当時)が導入を推進したにもかかわらず、関係者の理解をほとんど得られずに見送られ、これが後期高齢者医療制度の導入につながった経緯がある。国民皆保険を謳っているながら、保険者間格差が放置