

第2回 ヘルスケア部会 議事録メモ

2020.5.28

日本大学商学部 河本ゼミ 井上舞美 堤光 小又真子 水本妃芽夏

日時) 2020年5月27日 17:15~19:00

場所) Zoom ミーティング (リモート開催)

参加) 19人

前室 17:15~

雑談

部会 17:30~19:00 (敬称略)

◇今回のテーマ: 団体福祉とヘルスケア

◇ご登壇担当者; 東京海上日動火災保険(株) 専門部長 小坂雅人

(日本大学 河本淳孝)

- ・本日はご案内の通り団体福祉とヘルスケアというタイトル
- ・海外の事例、主に欧州の研究
- ・終了後質疑応答の時間。

(東京海上日動火災保険 小坂雅人)

- ・前回少し予告した通り、日本と欧米諸国との比較から何か見えることはないか考えた。
- ・今回は公的医療制度と民間の保険役割分担に加え共済とはどういうものなのか勉強

◇欧米先進諸国との比較

- ・先進諸国は何らかの形で公的医療システムが存在する。
- ・民間保険が中心といわれるアメリカにおいても、低所得者やリスクが高い高齢者については公的医療システムが存在。全くないということは先進諸国ではないのではないか。
- ・公的医療システムとは現物給付もしくは治療費用の給付を行う。いろんなバリエーションが存在。公的医療システムの給付が手厚い場合は民間による補完は限定的。全額公的負担ならば他はいらないということになる。
- ・各国において公的医療システムの拡大が民間医療保険の縮小に係るとの研究蓄積がある。反対に、公的医療システムが縮小すると私的医療保険のマーケット拡大に繋がる。

- ・公私ミックスは歴史的に形成されたものであり、国ごとに多様なバリエーションが存在するが必ずしも最適な組み合わせではなく、積み重ねて完成した結果であることが多い。
- ・先進諸国における事例の比較を通じて、今後の日本における団体福祉とヘルスケアのあり方について示唆を得ることを目的とする。

◇団体福祉と医療システム

≪公的医療システムの存在意義≫

- ・公的医療システムとの関係性が団体福祉のあり方を考える上で重要である。公的医療システムの存在意義とは何か、教科書的には以下のように説明される。
- ・自分の生涯を通じて、個人がいつ病気にかかり、どれくらい医療費がかかるのか、個人レベルで予測することは困難であり、保険システムを活用して集団の中でリスク分散することが有効である。
- ・保険には任意加入の保険もあれば法定加入の保険もあるが、任意加入の保険（民間保険）において、例えば保険料を加入者のリスクと無関係とすると、逆選択によって保険システムとして存続しえない。
- ・逆選択とは、同じ保険料であれば自分はリスク高いと思う人だけが加入する。強制加入でなく任意加入であればリスク高いと思う人だけが加入するため、次第に集団のリスクが高まり最終的にはリスクが高すぎるにより保険として成り立たない。そのため、任意加入の民間保険ではリスクに応じた保険料設定が必要となる。
- ・そうすると高齢者・有病者・低所得者といった保険が必要な人たちが保険のシステムから排除されてしまう怖れがあることから、先進諸国では、社会保険料を主財源とする強制加入の公的医療保険、もしくは、税を財源として全国民に普遍的に医療サービスを提供する公営医療システムといった多様な医療システムが整備されている。

◇医療システム — 5つの類型

- ・医療システムについて、社会保険を使用する国、税金で賄う国、民間保険を中心としている国という3つに分けて語られることが多いが、医療システムには、このような財政面ばかりではなく、規制や医療サービス供給においてもバリエーションがある。
- ・システムの担い手として、国（福祉国家）、民間部門、この2つの中間である societal な中間的な組織があり、日本において財政面を担っているのは、主として健保組合や共済組合といった、国でもなければ民間でもない中間組織。
- ・National Health Service はイギリスに代表される。規制、財政ともに国（税金）で行っており、医療サービスの供給も国が主体。（民間の病院もある）
- ・National Health Insurance は National Health Service の派生形であり、医療サービスの供給が民間の病院主体。
- ・Social Health Insurance は社会保険。ドイツに代表され、規制も財政も Societal（健保組

合が自主的な規制に基づいて運営する)

- ・日本は実はドイツを真似て制度が導入されたといわれているが、少し異なるくくり分けで、Etatist (国家主義的な) 社会保険に分類される。ドイツが regulation についても組合が行っているのに対し、日本では regulation については国がかなり力を強く持っている。
- ・Private Health System はアメリカであり民間保険が中心。
- ・このように 5 つの類型があるが、アメリカは制度が大きく異なるため比較してもどうかと思ひ、イギリス・ドイツ・フランス・日本の比較にした。

◇イギリスの医療システム

≪公的医療の概要≫

- ・1948 年 NHS (一般税を財源とする公的医療システム) が創設。今でも原則全国民に無料で医療サービスを提供 (一部、処方薬や歯の治療が自己負担)
- ・NHS は税を財源としているため予算制約があり、供給量を増やせない。また、入院や専門治療に関しては公的な病院のみが NHS の給付対象であり、民間病院は給付対象外。
- ・公的病院のベッドが足りないため救命的医療が優先され、非救命的な医療に対しては待ち行列がある。待ち行列は過去ひどかったが次第に予算拡大により減ってはいる。代表例である大腿骨骨頭置換術は数か月から 1 年といった待ち時間である。

≪公的医療システムの補完≫

- ・待機時間の短縮のために民間病院でのプライベート医療 (自費診療) が存在し、その費用を民間医療保険が保障。加入率は国民の 11% であり、大手企業が従業員の福利厚生制度の一環として提供。8 割が企業の団体保険からの加入者である。

◇ドイツの医療システム

≪公的医療システムの概要≫

- ・1883 年疾病保険法が成立。社会保険方式による公的医療保険が導入された。当時は工場、鉱山労働者が対象であり次第に拡大。
- ・それ以前から労働者の相互扶助としての共済組合が存在しており、疾病保険法において共済組合を疾病金庫へ改編し運営にあたらせた。
- ・外来診療の患者負担なし。入院医療や医療薬品については基本 1 割。ただし税引前収入の 2% が年間負担上限となる。

≪公的医療システムの補完≫

- ・日本のモデルではあるが公的医療保険への強制加入が免除されている層 (高所得の被用者。官吏、自営業者など) は公的保険と民間保険 (代替保険) のいずれかを選択可能。
- ・代替保険は公的医療保険と同様の給付を行うもので、一般に公的医療保険よりも高い独自の診療報酬体系 (約 2~3 倍) を持つ。医者は高い診療報酬の人の診療を優先しがちであるため社会問題にもなっている。

◇フランスの医療システム

≪公的医療システムの概要≫

- ・1930年 社会保険方式による公的医療保険を導入。当初は賃金が一定水準以下の商工業被用者が対象であり、1946年に強制加入の社会保険制度となった。（ドイツと同様に、最初は限定的な職域福利厚生としての導入。）
- ・従来から存在した共済組合は補足的な役割を果たすことになった。
- ・医療行為や医薬品の種類によって患者負担割合が大きく異なる。日本ではすべての医療費の3割だが、フランスでは薬の効果などによって負担割合が異なる。また負担額の上限も存在しない。
- ・診療報酬は「患者が保険者に対して償還を求めることのできる費用」であり、超過診療報酬を自由に設定できる医師が存在する。これは資格制だが腕の良さで上乘せチャージすることが法的に認められている。

≪公的医療システムの補完≫

- ・患者負担や医師への超過料金をカバーする補足的医療保険が広く普及している。
- ・1989年 補足的医療保険法のもとに共済組合、労使共済組合、保険会社の3種類の保険者が存在。

◇公的医療システムの給付範囲

≪給付範囲を規定する3軸≫

- ・公的保障の1つ目の軸は Population Coverage。例えば、ドイツのような公的医療システムへの加入義務が課されない人々に対しては、公的保障と同様の補完機能が求められる。日本においては公的保険に全員加入しているのでこのような部分への補完機能が必要されていない。
- ・2つ目の軸は Service Coverage。公的な医療保険がすべての医療サービスをカバーしている訳ではない。カバーされていない医療サービスに対する補完機能。
- ・3つ目の軸は Cost Coverage。一部負担（日本の3割負担）の部分に対する補完機能。
- ・イギリスにおける民間保険はこれらに当てはまらない類型。

◇日本の医療システム

≪公的医療システムの概要≫

- ・1961年皆保険といわれているが、遡ること1927年に健康保険法が施行。当初は工場法・鉱業法適用事業の労働者が対象であり、団体福祉として設定。
- ・現在は国、市町村、公的な性格を持つ特殊団体や法人が運営主体。国家公務員は共済組合。
- ・患者負担割合は原則3割（高齢者と未就学児は軽減）。また、高額療養費制度があり負担上限が設定されている。被用者保険では法定外の付加給付を行う保険者が存在する。

◀公的医療システムの補完▶

- ・補完に対するニーズはそこまで高くないと考える。
- ・患者負担は比較的低額に抑えられている。また、混合診療の禁止によって一部の保険外併用療養を除き、自費による診療はほとんど存在しない
- ・そのため自己負担部分もあまりない中で、入院一日あたりの定額給付(1日5000円など)や診断時一時金(癌と診断されれば100万円)を中心に医療費負担と所得喪失の双方に充当できる定額給付タイプの民間保険が普及。

◇医療システムの礎としての団体福祉

◀医療財源面での団体福祉 – 社会保険▶

- ・フランス、ドイツも最初は職域の一部の労働者を対象とし、そこから社会システムへと拡張した。また、職域保険は健保組合、共済組合などといったPrivateでもなくStateでもない社会的集団によって運営されており、今も職域保険は団体福祉といってもいいのではないか。

◀医療供給面での団体福祉 – 企業立病院▶

- ・最初は従業員の福利厚生のために設立され、従業員の家族だけの診療を行っていたが、現在は地域住民の受診を受け入れている。
- ・医療法施行(1948年)により営利を目的とする医療機関の開設が制限されたため、実質的には企業立病院は新規認可されていない。また、1990年頃から地域の医療機関への委託や譲渡が進んでおり、企業立病院は減少している。

◇ここで、日本における公的医療保険についてももう少し詳しく見ておきたい。

- ・高齢者の自己負担が大きくなってきている。(現役並みの所得がある人は3割負担)
- ・もう1つ触れておきたい所が、高額療養費の部分。70歳未満の者とそれ以上で区分が異なるが、年収別に月当たり家族当たりの負担の上限というものが設定されている。
- ・年収1,160万円以上から770万、370万、住民税非課税世帯まで所得に応じて、自己負担の上限額が3割負担、2割負担とは別に設定されている。
- ・特に高齢者については1割負担2割負担だが、歴史的にみると高齢者の負担というものは相当なスピードで拡大されている。
- ・高齢者は全く負担をしなくてよかった時代がある。昭和58年入院1日300円、外来月400円の形ばかりの負担が導入。平成13年には定率で1割負担となり、定率1割負担が段々と高齢者の中でも現役並みの所得者は2割、3割負担になっていく。平成20年には70歳~74歳は2割の負担、75歳以上は1割の負担というように徐々に拡大。
- ・昨今の論議の中では、高齢者の自己負担の割合をさらに引き上げていきたいという支払側の意見もかなり強まっているとされる。

◇保険外併用療養費制度について

- ・もう1つの公的保険における負担は保険外併用療養費である。特別な治療、保険から給付されない治療をした場合には、入院代など保険が出る部分も全部自腹というルールがある。
- ・ただし、その適用を除外するものを限定列挙しているものが保険外併用療養費である。評価療養と呼ばれるもののうち有名なのは先進医療だが、それに加えて患者申出療養という先進医療ではカバーできないようなものについて適用するようなもの、若しくは選定療養で一番有名な差額ベッドなどといったものについては公的医療保険の給付とミックスしてよいということになっている。

◇公的保険と民間保険の比較

- ・財源については、公的保険は公費と社会保険料。民間保険は個人が払う保険料。若しくは企業が団体で加入する場合は企業が払うケースもある。
- ・保険料の決め方は、公的保険は支払い能力に応じて負担する。社会保険料は収入に掛ける保険料率のため支払い能力に応じて家族単位で保険料が決まる。一方で民間保険は健康リスクに応じた負担でこれは個人単位。
- ・保険の加入について公的保険は全員加入。一方で民間保険は任意加入。リスク選択により加入時に保険に入れないということが起こり得るが、公的保険はない。全員入ることが出来る。ただし、民間保険については健康状態の告知という言い方をするが既往症対象外などのリスク選択もある。
- ・社会保険は保険期間の概念はおそらくない（若しくは1年かもしれない）。民間保険は契約の期間が決まっている。
- ・給付の内容についても公的医療は診療報酬点数表というところで国が定めた公定価格がある。民間保険は約款において定額、実損払いなどで定められている。
- ・リスクの低減、保険者機能と呼ばれるが、これについても公的な医療保険では保健事業やデータヘルスと言われているものもある。民間の医療保険では昨今、健康増進型保険といわれるような健康増進、インセンティブを提供するような保険商品もある。
- ・根拠法についてもそれぞれ異なる。

◇日本における民間保険の加入構造

- ・少し前の数字だが、生命保険文化センターの生活保障に関する調査のデータをクロス集計してみると医療保険とがん保険が相当数売れている。
- ・医療保険とがん保険二つの加入構造を見てみると、四つのグループに分割することが出来る。Aが医療保険・がん保険共に加入していない。Bは医療保険だけ加入している。Cは重複で加入している。Dはがん保険のみ加入している。
- ・2001年と2013年でAは共に非加入という人が25%~23%、裏を返せば75%~77%くらいは何かしらの保険に加入している。

- ・ B に当たる医療保険のみは、2001 年 53%、2013 年 38%。C 重複加入は 20.8%、36.4%。
- ・ 特徴的なのは D のがん保険のみ加入している人はほとんどいない。
- ・ がん保険に加入している人は医療保険にも加入している構造になっていた。
- ・ がん保険というものは医療保険、医療保険というものはどんな病気でもお金が出る保険のため、プラス α でがんの時はもっとお金がかかるため上乗せで入っているというような構造になっている。

◇医療保険・がん保険の加入率

- ・ 先ほどは 2001 年と 2013 年だったが、さらに 2019 年を加えて、年齢・職業・年収などでのくらの差があるのかを並べてみた
- ・ 全体としてみると、医療保険といわれるものの加入率はそれほど変わっていない。2001 年よりもっと前からずっと同じくらの数字が続いている。
- ・ ここで言われている医療保険というものは民間の保険会社が提供しているものや、もしくは、簡保・制度共済に加入している人も含めてこのような数字になっている。
- ・ さらに、この中で医療保険に関しては変化が小さいが、がん保険については 21%、37%、42%と加入が増加してきている状況にある。
- ・ 年齢別にみると、大体 20 歳代は保険に入る必要もないということから加入率が低い。30 代、40 代、50 代くらいまで加入率が上がっていき 60 代では下がる。70 代、80 代の数字はないがおそらくさらに下がっていることが予想される。
- ・ ただし、年代別にみると 60 歳代のところは 2001 年が 71%、2013 年が 76%くらい。2019 年も 76%くらいでだんだんと 60 代の加入率も上がってきている。これは恐らく 2001 年に民間の保険会社で第三分野の自由化と呼ばれる出来事があり、このあたりから終身契約の医療保険が販売されたことの影響による。この時期に 30 代、40 代、保険加入のボリュームゾーンにいる人たちが保険に入り、長期で加入している人たちが増えてきて高齢期の加入者が段々増えてきていると予想される。
- ・ そのほか、職業別にみても自営業者と常雇用者ではあまり加入率に変わりがない。2001 年の段階では非正規社員といわれる人たちの加入率が低かったが、加入率が上昇してきており常雇用者と加入率があまり変わらないような状況が起きている。
- ・ あとは、年収については年収の低いゾーンの加入者が低く、年収が高くなってもそこまで上がるわけではない。セグメント別の傾向はこのような傾向にある。

◇公的医療システムと民間保険

- ・ 有病者、高齢者、低所得者といった社会的弱者への対応というのはどう違うのか、公的な医療システムと民間保険を比較してみたい。
- ・ 公的な医療システムにおいては有病者であっても全員加入のため排除されることはない。保険料は健康リスクと無関係で所得に応じて負担。さらに、難病や透析患者については患

者負担が極めて小さく軽減されている。一方で民間保険については、有病者について割増の保険料が科せられることが一般的。既往症についてはカバーの対象外にしたり、若しくは保険に加入してから3年間は払わなかったりする。また、加入できないというケースもある。

- ・次が高齢者だが、高齢者について公的医療システムは一部負担割合が軽減される（2割や1割）。所得の高い高齢者については徐々に高額療養費限度額が引き上げられてきた経緯がある。民間保険では、例えば高齢者が新規で加入しようとする、相当程度保険料は高くかなり難しい。ただし、若年で加入していた人たちはずっと同じ保険料が続くため若年期に加入することを前提として高齢期の保障が可能である。加入率については40代から50代の加入率がピーク。70代以上の数字はないがおそらく低下していくであろう。
- ・低所得者は、公的医療システムの中で高額療養費自己負担限度額は世帯所得に応じて設定されている。そのため患者負担は小さく抑えられる。さらに、生活保護などの世帯については医療扶助により負担を免除される。民間保険については低所得層の加入率は低い、公的な給付が手厚く自己負担があまりないため加入が不要であるとも考えられる。

◇民間による補完的給付ニーズの高まり

- ・民間による補完に対するニーズの高まりの背景についてまとめてみた。
- ・医療保険財政の逼迫。少子高齢化、経済成長の鈍化、医療技術の進歩などがよく言われるが、さらにコロナの影響により医療サービスの体制の見直し、感染症に対する備えなど今まで以上にコストがかさむ。一方で、所得が減少するため、社会保険料や税収が不足する。
- ・これまでの制度改革論議で挙げられてきた見直し案がいくつかある。まず Cost Coverage の見直し案として、患者負担割合の引き上げ（後期高齢者の負担を1割から2割に上げる、医薬品給付率をフランスのように効能によって変えるなど）。さらに、高額医療費自己負担限度額の引き上げなどもある。
- ・もう1つが、Service Coverage の給付の範囲の見直し案。市販品がある風邪薬や湿布などのOTC類似薬の給付除外や、保険外併用療養を拡充し公的給付の削減に充てることなどが挙げられる。
- ・このような状況に対して、民間保険は公的医療システムの補完手段となり得るのか。民間保険の特徴についてまとめてみる。

◇保険の原理

- ・保険には3つの原理がある。
- ・大数の法則とは、個々人には偶発的な事故であっても、大量に観察すれば一定の発生率が予測可能となることをいう。
- ・収支相等の原則とは、保険集団における収支バランスをいい、保険が継続的に安定して運営されるためには、保険者が均一のリスクを持つ契約者集団から集めた保険料の総額（収

入)と、保険者がその集団の中で支払う保険金の総額(支出)とは等しくなくてはならない。

- ・大数の法則と収支相等の原則は公的保険も民間保険もどちらにも該当するものであるが、給付・反対給付均等の原則は民間保険のみが該当し、公的保険では適用されていない。これは、個々の保険契約者が払い込む保険料は、保険事故発生により保険者が支払う保険金の期待値と等しい関係になければならないというもので、保険の数理的基礎となっており、事故発生確率が高い者ほど保険料は高くなる。

◇民間保険の特徴ーリスク管理

- ・民間保険の特徴としてリスク管理があるが、これは任意で加入するという部分が影響している。高リスクであるほど加入する動機があるが、高リスク者ばかりが加入すると保険が成り立たない。このような逆選択を防ぐため、個人の健康リスクに応じた保険料(性・年齢別が基本)設定、告知・医務診査によるリスク選択、既往症や先天疾患の給付対象外、団体契約による全員加入といった手段が用いられる。
- ・保険は加入も任意だが、やめるのも任意。加入後に高リスクになると解約しないと考えられ、これをリスク濃縮と呼ぶ。そうすると保険の集団が高リスクの人だけになってしまいこれも保険が成り立たなくなってしまう。新規契約の獲得による集団リスクの平準化を行って対応しているのが現状。
- ・モラルハザードには、事前的モラルハザードと事後的モラルハザードがある。
- ・事前的モラルハザードとは、保険に加入したため健康管理を怠る傾向があることをいい、保険会社は、人間ドック割引、健康相談(効果は限定的)、健康増進型保険といった対応を行っている。
- ・事後的モラルハザードとは、保険で賄えるため過剰にサービスを利用する可能性があることをいい、その対応として、新規契約における保険料の引き上げや、P2P保険(割り勘保険と言って保険の支払いが発生したら事後的に加入者が割り勘で負担する保険)などが挙げられる。

◇健康増進型保険

- ・健康増進型保険とは、加入後のリスク管理を可能とする最近出てきた保険である。
- ・健康診断の結果や健康増進に向けた行動(歩数、運動、禁煙など)を評価し、保険料割引や各種特典などのインセンティブによって、生活習慣の改善を促し疾病予防に繋げることを意図している。
- ・肯定的評価も否定的評価ある。現時点では評価は定まっていないが、今までは難しかった加入後の加入者のリスク管理の部分に保険会社が踏み出したといえる。

◇保険加入者のリスク偏移

- ・縦軸が疾病のリスク、横軸が年齢（保険加入からの期間）を示す。二重の太線が世の中の平均的なリスク、青い線が従来型の保険を示している。一番左の保険加入時点で「リスク選択」と書いているが、高いリスクの人たちを加入から除いたり、保険の給付に制限をしたりすることにより、加入時点では平均リスクよりもかなり低く抑える。しかし、年を追うごとにリスクは上がっていき、リスク濃縮が起これると赤い線のように突き抜けてしまい収支が合わなくなってしまう。
- ・健康増進型保険は、加入の時点から健康的な行動をとってもらうインセンティブを提供することによってリスクが上がらないようにするというもの。

◇民間保険と共済の特性の比較

- ・民間保険の特性としては、以下のようなものが挙げられる。保険技術・保険契約によって不特定多数の集団を形成するもので、加入者間に相互扶助意識は存在しない（経済合理性で加入の有無を決める）。そのため、顧客の獲得と維持に要する募集コストが大きい、保険原理に基づくリスクに応じた負担と危険選択が必要（逆選択を抑止）であり、モラルハザードへの対応は困難（対応策は、新規契約獲得によるリスクの低下、健康増進型保険）と考えられる。
- ・共済の特性としては、母体組織が構成員の福利厚生として共済事業を実施しているため、所属組織の関係性や互報性に基づく相互扶助意識が存在する。そのため、顔が見える環境が極めて重要な役割を果たしている。募集コストが小さい（自発的な加入推進が可能）こと、リスクへの集団的対応を重視（民間保険に比べて、比較的緩やかなリスク区分をすることが可能であり極端な場合何歳であろうと保険料が同じといったやり方が可能。）することに加えて、顔が見える関係のため、モラルハザードを抑制、解約・失効率を下げる効果があるといわれ、リスク濃縮が起これにくいような集団である。
- ・ただし、共済と言っても制度共済や国民共済などの規模が大きい制度共済では民間保険に特性が近づいてきているとの指摘もある。では、共済の独自性とは何なのか。

◇公的医療システム補完の選択肢

- ・民間による補完給付のあり方として、企業内の共済について考えてみたい。
- ・民間保険は、個人加入の終身契約によって高齢期の保障も確保することができるが、そもそも高リスク者は加入しにくい。また、保障額が加入時に固定されるため、デフレーション下ではあまり影響がないが、お金の価値が変わった際にも保障金額が変わらない。また、有病者や高リスク者は加入しにくい。民間保険であっても、団体加入（全員）であればリスク選択を行わないことも可能であるが退職後の保障は確保されない。退職後の保障を任意加入とすると健康不安を抱えている人のみが加入しリスク濃縮の懸念があるため、民間保険は受け皿を用意しにくい。
- ・共済（特に企業内共済）は、母体組織の連帯意識に基づき高リスク者も包含することがで

きる。また、相互扶助・顔の見える関係によりモラルハザードが抑制され、全員加入の退職者共済であればリスク濃縮の懸念はないだろう。

- ・このように、企業内共済を中心とした団体福祉は、特に高齢者の医療に対する対応は優位性があるのではないか。

◇フランスにおける補足制度の加入促進策

- ・フランスの補足制度は加入率 95%に達するが、純粋な民間の制度というより、国が強く関与し加入促進を進めている。団体契約を提供する企業への税還付や、保険料の所得控除に加え、2016 年には、民間企業に対して、雇用する被用者を補足制度に加入させることが義務付けられた（保険料は労使折半）。
- ・また、社会的弱者に対する加入促進策も存在する。
- ・リスク選択を行わない（被保険者の医療情報を収集しない、被保険者の健康状態に応じた保険料を設定しない）「連帯契約」については、保険契約税（印紙税のようなもの）を減額することにより、有病者も加入しやすくなっている。
- ・高齢者については、団体契約に加入していた退職者には、同様の保障を個人契約として引き受けること（保険料の引き上げ率は 50%以内）を保険会社や共済に義務付けた。
- ・低所得者には、一定の所得基準を下回る世帯に対して無償（税金）で補足制度への加入を保障したり、同所得基準の 135%以下の世帯には保険料補助制度を導入したりしている。
- ・このように、いろいろな補助制度、加入促進策をとることにより、民間による補完が加入率 95%を実現していることから、国による関与、支援策・促進策というものが加入率を上げるために必要ではないか。

◇退職者に対する補完的給付の価値

- ・ひとりあたりの平均医療費は、高齢期に急激に上昇することから、今後、高齢者の一部負担割合が引き上げられると、高齢期における医療費負担増大への備えとして補完的給付が重要になる。
- ・また、高齢期の医療費抑制には、現役時代からの健康づくりが求められるため、データヘルスやコラボヘルスといった取り組みが推進されている。しかしながら、公的保険制度は現役時代に加入する保険者と高齢期に加入する保険者が異なるため、健康づくりの費用負担者（現役世代が加入する保険）とその受益者（退職者や高齢者が加入する保険）が異なる状況が生じる。現在は、後期高齢者支援金の加減算により対応しているが、退職者共済の保険金削減は生涯を通じた健康投資のインセンティブになり得るものであり、高齢期の医療費コントロールにも寄与するのではないか。

◇本日のサマリー

≪従来の補完的給付の役割≫

・従来は、公的医療給付の守備範囲が広く、医療費による家計破綻のリスクは小さいという状況だった。そのため、民間による補完的な医療給付へのニーズは小さく、先進医療の自費負担保障などの限定的な役割にとどまってきた。

《今後の補完的給付の役割》

・今後は、医薬品の給付率見直しや給付除外等の公的給付範囲の縮小や、高齢者の自己負担割合引き上げが論議されている。公的給付が縮小した場合には、民間による補完的な医療給付へのニーズが高まるが、個人加入の民間保険には有病者や高齢者が加入しにくく、団体福祉による対応に優位性がある。さらに退職者共済は生涯を通じた健康投資のインセンティブとなり得るため、退職者共済への支援策を検討する価値があるのではないか。

質疑応答

(株)フジクラ CHO 補佐 浅野健一郎)

- ・私も知らない話が多かった。
- ・各国で制度の違う中で、日本は医療の負担が高くなってきて、こままだと維持できなくなると思う。
- ・他の制度の国、イギリス、ドイツ、フランスと違いがあるのか。また社会保障に対する課題の大小を教えてください。

(東京海上日動火災保険(株) 専門部長 小坂雅人)

- ・イギリスの医療は基本的に税金で成り立っていて、医者も公務員が多い。
- ・税収なので、年度末になると予算がないので、年度明けまで待たされることがあり得る。
- ・そこにたいして民間の病院が自費診療を提供しており、民間保険がその費用をカバーしている。待ち行列が伸びていることは国としても対応が図られている

(株)フジクラ CHO 補佐 浅野健一郎)

・それは要するに社会保障的な意味合いで考えたときに、医療を受けられず死亡率が高くなったとかではなくて、待ちが増えて緊急性のないものが後回しになってうまくバランスがとれているのか

(東京海上日動火災保険(株) 専門部長 小坂雅人)

- ・日本で一カ月待たされることは誰も納得しない
- ・イギリスはNHSで待ち時間があつたとしても、優れた制度だと国民の間での共通認識となっている

(日本生命保険相互会社 武田大介)

- ・退職者の給付は、今後人がどれだけ流動化するかなど影響してくると思うが
- ・退職してしまった人まで枠を作ってまでやってあげるのか
- ・それをどういう形で退職者という団体の枠でかこっていくのか、すごく難しいと思っている

(東京海上日動火災保険(株) 専門部長 小坂雅人)

- ・保険会社は退職後の人が毎年でてきていることは認識しながらも、リスク濃縮を恐れて、そこに保障が提供できないのが現状である
- ・大きなマーケットがあるのにこわくて手出しができない。
- ・退職者共済のほぼ全員加入はどういった工夫でなりたっているのか関心がある
- ・もしそれが横展開できるのであれば、そこを拡大していくことで高齢期に対する保障は確保することができたらいいなと思っている。

(山梨大学 教授 西久保浩二)

- ・退職者の相互扶助で強制加入ということですよ
- ・武田さんの言う通り企業がこういうものを創設する動機は何か
- ・論理的な効果が期待できないということが一番大きいのか
- ・リスクの高い OB に対して医療サービスを提供するモチベーションが日本の企業にあるのか

(東京海上日動火災保険(株) 専門部長 小坂雅人)

- ・フランスも日本も公的制度に対する規制も国が強くやっている
- ・フランスは公的制度の自己負担を大きくする代わりに、民間による補完に対して、いろいろな規制をかけたり加入促進をしたりしている
- ・フランスのようにだんだん自己負担が大きくなっていくのであれば、そこに対して民間の補完を促進する策を国が用意するということがないと、企業の自主的なものでは進んでいけないと思う

(山梨大学 教授 西久保浩二)

- ・企業が税還付できるということは準公的保障ですよ

(東京海上日動火災保険(株) 専門部長 小坂雅人)

- ・そうですね。
- ・民間の保険というよりは、一階部分が公的な保険で二階部分が補足制度と呼ばれるものという位置づけになっている。

(日本大学 教授 河本淳孝)

- ・これは実質法定福利費ですよ。
- ・フランスでは、企業がやりたくてやっているわけではなくて、法的福利の制度が拡張されて義務として行っている。ただし、商品は民間保険会社が供給している。
- ・国だけでは医療保険を支えられない、とくに退職者の集団である高齢者の医療は、国だけで支えるのは限界がある。日本も同じです。
- ・日本の医療制度の成熟度は、先進国の中ではフランスに近い。日本もフランスの後を追う可能性は低くない。
- ・企業経営から見ると、新たな法定福利費の事業主負担となる。せめて、制度の中身は民営化してもらって自前で福利厚生としてやらせてもらう。そういう選択肢があるということ
- ・国がやるより、或いは民間保険会社に委託するより、自前の福利厚生のほうが効率がよいならば、それでよいではないか、ということ。
- ・高齢者医療を効率化していくためには、医療保険の縦割り化が不可避。つまり、1つの保険者が現役と退職者を終身で一貫して面倒見ることになる。
- ・組合健保は退職者を終身でみる。そうなると、本気で医療費削減に取り組み始める。結果として赤字が減れば、健保保険料の事業主負担も減る。そういう仕組みにしていく必要がある。

(東京海上日動火災保険(株) 専門部長 小坂雅人)

- ・おそらく日本は低所得者に対する保障を手厚いままにするのだと思う
- ・日本では、高額療養費の自己負担限度額は所得の高い層を引き上げて所得の低い層は引き上げないというやり方を行っている。
- ・所得の高い層については相当程度フランスに近いまたは、近づいているのかなと。

(山梨大学 教授 西久保浩二)

- ・ドイツは賦課方式ですか？税源は消費税ですか？
- ・20%くらいあるんですけど？
- ・ドイツの公的保証は高額療養費が高いが、賦課方式ですよ？

(東京海上日動火災保険(株) 専門部長 小坂雅人)

- ・ドイツは賦課方式ですね。

(日本大学 教授 河本淳孝)

- ・ドイツの高額療養費ですが、一般人は年間所得の2%が負担上限、慢性疾患患者は年間所得の1%が負担上限。一般人で年間所得1千万の人は年間20万円が医療費の自己負担上限です。日本とどちらが手厚いかは、意見が分かれる。

(山梨大学 教授 西久保浩二)

- ・財源は間接税ですか消費税ですか？

(東京海上日動火災保険(株) 専門部長 小坂雅人)

- ・社会保険料がメインだが最近では段々と税金が増えてきています

(山梨大学 教授 西久保浩二)

- ・2割ぐらいあったと思うが、そこで支えているんですかね

(FR 健康保険組合 常務理事 奥村芳弘)

- ・一人当たりの医療費の件で、日本は70歳を超えると急激に医療費が増加するがこの傾向はイギリス、フランス、ドイツも同じような傾向なのだろうか

(東京海上日動火災保険(株) 専門部長 小坂雅人)

- ・日本ほど大きな差はない、うろ覚えだが日本が最も大きい
- ・厚生労働省の資料でみた覚えがある

(FR 健康保険組合 常務理事 奥村芳弘)

- ・日本があまりにも高齢者の医療費が高いため、それを何とかしようとする結構政財的にも大変なのではないだろうかという気がしてくる。

(日本生命保険相互会社 武田大介)

- ・今後の流れでは社会保障は結局年金だとマクロ経済世代をキャップはめにいっていると思うが、医療・介護も同じような動きになってきた時に、民間なのか共済なのかでできた時にいずれ企業が持つのであれば、退職者だけくくるというよりは退職者も含めてくくるというほうがスタンダードなのではないか。という気がしないでもない

(山梨大学 教授 西久保浩二)

- ・そのほうが健康経営のモチベーションもあるし、企業の中で接続して現役と高齢者が一緒に共済に入ったほうがリスクコントロールできる。保険者側にしても。

以上