

一般医療保険の公費4.8兆円の内訳は、国民健康保険で約4.0兆円（給付費の5割強）、政管健保（2008年10月より全国健康保険協会（通称「協会けんぽ」）以下「協会けんぽ」という）で約0.8兆円（給付費の13.0%、後期高齢者支援金の16.4%）である。

日本医師会案では、公費を高齢者に集中することで、一般医療保険への公費投入がなくなるが、同時に一般医療保険からの後期高齢者支援金の負担もなくなる。2008年度当初予算をもとにした試算では、公費投入がなくても後期高齢者支援金がなくなれば、収支はほぼ均衡する。しかし今後は一般医療保険の中でも高齢化が進むので、財政が悪化すると予測される。その際には保険料率の見直し等で対応する。

また、一般医療保険で給付費に対して経常的に公費が投入されているのは、国保、協会けんぽのみであり、ここへの公費がなくなるので、組合健保、共済組合との財政調整が不可欠になる。

なお現在は、国保の給付費に対する公費5割強の1割弱は地方公費である。日本医師会は、公費は主として国が負担することを提案するが、この場合、国と地方の財源配分の見直しも必要になる。

## 2) 公費負担割合の拡大と医療費総枠管理

公費負担割合の拡大は、国による医療費の総枠管理につながるおそれがあるとの指摘がある。しかし、過去にも老人保健において、公費負担割合が引き上げられてきたが、医療費抑制はこれに比例して強化されてきたわけではなく、医療費は長期にわたって抑制されてきた。

また、従来、老人保健（現在は後期高齢者医療）、国民健康保険、政管健保（現在は協会けんぽ）には公費負担はあり、組合健保、共済組合には給付費に対する公費負担はないが、保険者ごとの公費負担割合に沿って医療費の管理（締め付け）に濃淡があったわけではなく、一律に医療費の抑制が強いられてきた。

したがって、根源的な問題は公費負担割合にあるのではなく、医療費抑制政策そのものにある。これを撤回させることが最重要課題である。

#### (4) 保険料徴収と患者一部負担のあり方

##### 1) 保険料徴収のあり方

現行の後期高齢者医療制度は、新たに保険料が徴収される人や保険料が増える人があったこと、また保険料が年金から天引きされるようになったことなどから、高齢者の不安、困窮に拍車をかけた。

保険料を徴収しない仕組みにすれば、保険料にかかわる諸問題は解決するが、高齢者の被保険者としての主体性が弱まるおそれがある。逆に保険料を徴収する場合には、被保険者として高齢者が制度運営に積極的に発言できるとも考えられるが、これまでの医療費抑制策の下では、被保険者の発言力はほとんど失われてきたのが実態である。

このようなメリット・デメリットを踏まえ（表2参照）、現時点での日本医師会のスタンスは「保険料と一部負担とを合わせて1割」とする。

表2 保険料徴収の有無によるメリット・デメリット

	保険料を徴収しない場合	保険料を徴収する場合
メリット	<ul style="list-style-type: none"><li>- 保険料廃止に伴い、将来の保険料引き上げの心配もなくなり、高齢者の安心感は極めて大きい。</li><li>- 徴収事務がなくなるため、保険者をスリム化できる。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 一定の財源を確保できる。</li><li>- 被保険者としての意識、制度への関心が高まる。</li></ul>
デメリット	<ul style="list-style-type: none"><li>- 被保険者意識がなくなり、制度への関心が薄れる。</li><li>- 高齢者自身の意向が制度に反映されにくくなる。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 保険料引き上げの不安から逃れられない。</li></ul>

## 2) 患者一部負担の考え方

日本医師会は、所得によらず、患者一部負担を一律とすることを提案する。高齢者は疾病が長期化しやすい傾向にあり、高所得者であっても、高負担は先行きに対する不安を増大させるからである。

所得の高い方は、保険料を徴収する場合には所得額が反映される保険料で貢献し、保険料を徴収しない場合には所得税で貢献するかたちとなる。

## (5) 都道府県主体の制度運営

現行の後期高齢者医療制度は、高齢者への説明不足のために混乱を招いたとも指摘されている。

現在、後期高齢者医療制度の運営主体は、都道府県内のすべての市町村が加入する広域連合である。そして広域連合は各市町村に対し、保険料の徴収、各種申請の受付、被保険者証の引渡しなどの窓口業務を委託している。厚生労働省の説明不足の上、高齢者から見ると、広域連合なのか市町村なのかが曖昧であったことが、不信感を助長した一因と推察される。

住民の立場に立てば、都道府県か市町村か、責任の所在を明確にする必要がある。日本医師会は、一定の規模のメリットがある都道府県単位での運営を提案する。都道府県は、地域の医療計画の策定主体でもあり、地域の需給バランスも把握しやすいと考えられる。

## 4. 一般医療保険についての考え方 － 財源の確保のための提案－

日本医師会は、「高齢者のための医療制度」の創設に伴い、一般医療保険（0～74歳が加入する医療保険）には公費を投入せず、保険原理で運営することを提案する。

図3に示したように、2008年度を例に試算すれば、公費投入がなくなる代わりに、後期高齢者支援金の支出もなくなるので収支はほぼ均衡する。しかし今後は、一般医療保険の中でも高齢化が進むため、保険料収入が減少、給付費支出の増加が予測される。そこで、以下に示す方法で財源を確保することを提案する。

### （1）保険料の上限の見直し

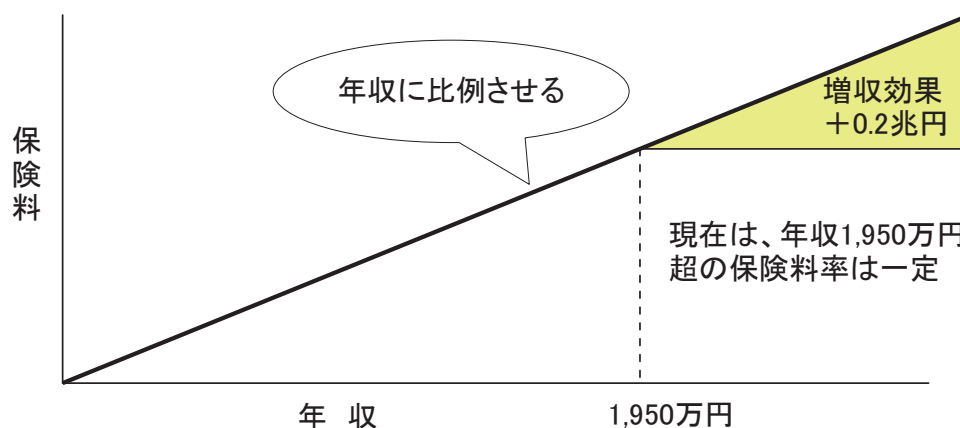
被用者保険、国民健康保険ともに、保険料には上限があるが、高所得者が優遇され、格差拡大が懸念されることから、原則として保険料は所得（または年収）に比例させることとする。

#### 1) 被用者保険の保険料を年収比例させた場合（粗い試算）

被用者保険では、保険料は年収1,950万円（報酬月額上限117.5万円×12か月＋標準賞与上限540万円）までしか比例しない。年収1,950万円超の人はすべて給与1,950万円（約2,000万円）で計算されている。

仮に被用者保険で保険料を年収比例させた場合には、1,923億円（約0.2兆円）の財政効果が得られると試算される。

図4 被用者保険における保険料のあり方のイメージ



## 2) 国民健康保険の保険料を所得比例させた場合（粗い試算）

国民健康保険については、データが現在の後期高齢者分を含んだ2006年度以前のものしかないため、一定の条件を仮置きした粗い試算と位置づける。

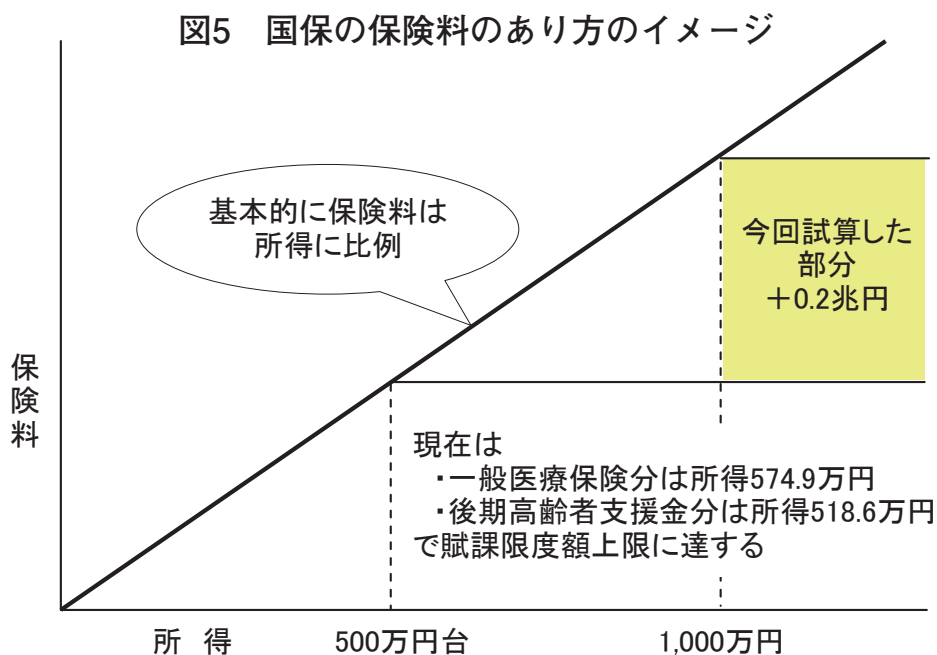
国民健康保険料（税）は世帯単位で、所得割、資産割、均等割（世帯人数ごとにいくら）、平等割（1世帯当たりいくら）が課される。

2008年度の保険料賦課限度額は、一般医療保険分がほとんどの保険者で47万円、後期高齢者支援金分12万円であり、それぞれ所得約575万円、519万円以上で上限に達する。

日本医師会案は、基本的には保険料を所得に比例させることを提案するが、国民健康保険については、所得階級別のデータがないので、所得1,000万円以上の世帯の保険料を一律100万円にするとして、その部分の増収額を試算した。

その結果、財政効果は1,521億円（約0.2兆円）と推計される。

前述のとおり、所得捕捉が困難なため、所得1,000万円以上の世帯の保険料を一律100万円と設定しているため、最低でも0.2兆円の財政効果とすることができる。



## (2) 被用者保険の保険料率の公平化（粗い試算）

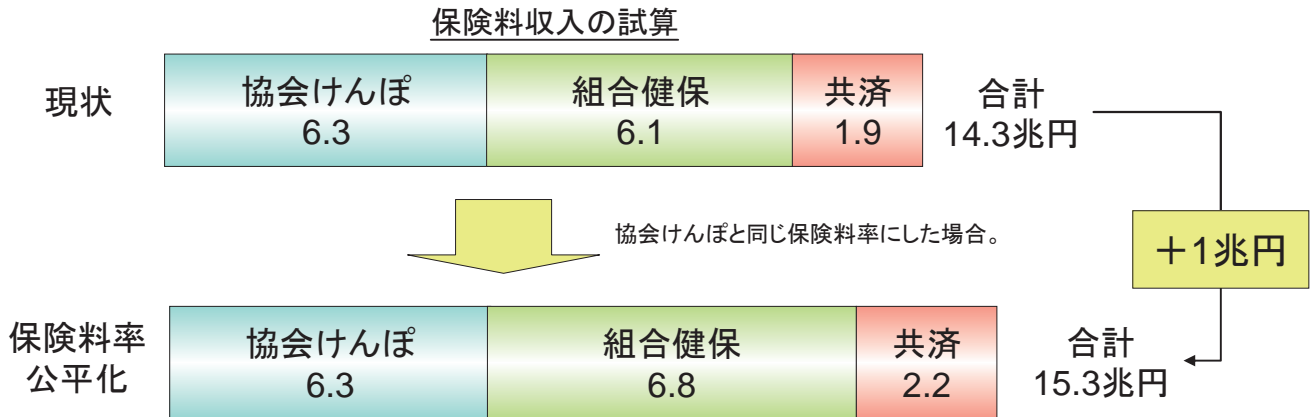
協会けんぽは、被用者保険のなかで平均標準報酬月額が28万5千円と最も低いが、保険料率は82.0%と最も高い。これに対し、相対的に所得の高い組合健保は、平均標準報酬月額37万円で、保険料率は73.9%である（いずれも2008年度見込み）。組合健保や共済組合の保険料率を協会けんぽと同水準に公平化すれば、約1兆円の増収が見込まれる。（図6参照）

図6 被用者保険の保険料率の見直し

被用者保険の平均標準報酬月額と保険料率

	協会けんぽ	組合健保	共済組合		
			国家公務員	地方公務員	私学教職員
平均標準報酬月額(千円)	285.2	369.5	415.4	361.8	378.7
保険料率(0/00)	82.00	73.90	64.34	73.52	65.20

\*協会けんぽ、組合健保は2008年度見込み。共済組合は2006年度実績。共済は医療給付に相当する短期給付のみを抽出しているものの、医療以外の給付も行っており完全に単純比較はできない。



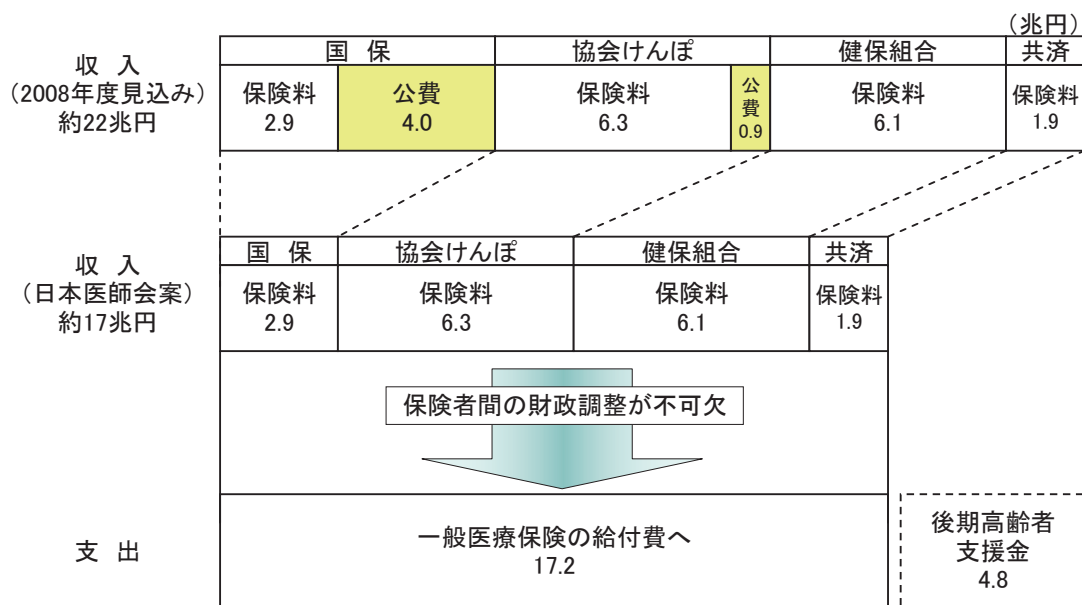
### (3) 保険者間の財政調整 (粗い試算)

日本医師会案は、高齢者に公費を集中投入することに伴い、後期高齢者支援金をなくし、一般医療保険に公費を投入しないというものである。したがって、一般医療保険の給付費のすべてを、保険料でまかなわなければならない。

一般医療保険の保険料と給付に必要な費用は、現在はほぼ均衡している。今後、保険料上限の見直し、保険料率の公平化により、当面の財政は維持できると考えられる。

しかし、財政の厳しい国民健康保険、協会けんぽの公費がなくなってしまうことになり、特に国民健康保険では収入が大幅に減少する。高齢者のための医療制度において公費9割を実現するためには、一般医療保険における保険者間の強力な財政調整が不可欠である。

図7 一般医療保険の財源のイメージ



\*国保組合、船員保険は除いて図示。共済組合は最新データがないため、やむなく2006年度実績を置いている。それ以外は、2008年度の見込み。

## おわりに

冒頭に記したとおり、日本医師会が提案する「高齢者のための医療制度」は、保障の理念の下、75歳以上を手厚く支え、若者から高齢者へ、急性期から慢性期へ切れ目のない医療を提供することを目的に制度設計されている。

本書では、現行の制度の問題点を指摘するとともに、1990年代後半からはじまった高齢者医療制度改革の経緯を振り返ったうえで、「高齢者のための医療制度」の基本的な考え方と制度設計の概要を示している。合わせて、一般医療保険における財源の確保のあり方についても提案している。

一方、今後とも後期高齢者人口の増加が見込まれるなかで、公費を重点的に投入する高齢者の医療費については、新たな財源を確保する必要がある。

これらについては、本年中に発行を予定している「グランドデザイン2008」で詳細に述べることにしたい。その際にはぜひ本書と合わせてご高覧いただければ幸いである。

関係各方面の理解を得ながら、日本医師会の「高齢者のための医療制度」が具体化されることを切に願うものである。





## 「高齢者のための医療制度」の提案

---

発行 日本医師会

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

TEL.03-3946-2121

発行人 日本医師会 唐澤 祥人

---

2008年10月発行