

# 高齢者医療制度に関する検討会 議事次第

平成20年10月7日(火)  
18時00分～19時00分  
厚生労働省専用第18～20会議室  
中央合同庁舎第5号館 17階

(議題)

- 年齢で区分することについて(制度の建て方、名称等)
- 広域連合について

(資料)

資料1 前回の議論の概要

資料2 高齢者医療制度について(本日の議題に関する参考資料)

(委員配付資料)

岩本委員配布資料

川渕委員配布資料(机上配布のみ)

山崎委員配付資料

## 前回の議論の概要

1. 今回の改革の評価と今後の見直しの基本的な考え方・進め方について
  - ・ これだけ批判を受けた以上、抜本的に見直すべきではないか。(岩本委員)
  - ・ 10年に渡る議論の中で、どこの意志決定で失敗したのかを検討しなければならない。(岩本委員)
  - ・ 「物語・介護保険」に書いたのだが、介護保険が提案されたときは8割以上の方が負担増に賛成した。それは、事務次官が本部長になり、当事者の意見を聞いた上で検討していったからだ。その先例を学ぶべきだったのではないか。(大熊委員)
  - ・ 長寿医療制度はスタートから6ヶ月が経過したが、どうしてうまくいっていない(とされる)のか、その失敗原因を分析すべきではないか。(川淵委員)
  - ・ 今の制度は改革以前と比べて悪いところばかりではなく、評価に値する点もある。制度は、直線的に進化するものでもないから、失敗したところは直し良いところは伸ばす方向に議論を重ねていけばいい。(権丈委員)
  - ・ 医療費を増やすべきであるこの国の現状と高齢者の医療費抑制の目標は矛盾する。現在の医療費の老若の比率の大きさを問題視するというのであれば、他国に比して少ない若人の一人当たり医療費を増やして高齢者医療費との差を小さくすべきではないか。それは救急、産科、小児医療を充実させたりすることにより可能である。(権丈委員)
  - ・ 政府で検討した際のメンバーに75歳以上のメンバーが一人しかおらず、当事者不在で、75歳以上の意見を聞く姿勢がなかったのではないか。(樋口委員)
  - ・ 高齢者医療確保法の冒頭で、医療費適正化が謳われており、介護保険法等と違い、高齢者に敬意を払っていないのではないか。(樋口委員)
  - ・ 高齢者医療制度については、これまで、さんざん議論してきたのだから、そんなに新しい抜本改革案はないだろう。(山崎委員)
2. 年齢で区分することについて(制度の建て方、名称等)
  - ・ 75歳で区切る理由は、75歳以上の高齢者の特性に応じた医療が必要との説明であったが、目新しい医療サービスがない。(岩本委員)
  - ・ 全国健康保険協会が導入した「リスク構造調整方式」が良いのではないか。(岩本委員)
  - ・ 介護保険も40歳で区切ったが、時間をかけていろいろな意見を聞いたので、理解が得られた。(大熊委員)
  - ・ 平成18年4月26日の衆議院厚生労働委員会の参考人質疑でも申し上げたが、年金が60(→65)歳、(高齢者)医療が75歳、介護が65歳で果たして整合性がとれるのかどうか。(川淵委員)
  - ・ 現行の長寿医療制度を廃止して、医療保険制度の一元化を求める意見もあ

るが、これが日本で実現可能かどうか。韓国やドイツの医療保険制度が一元化できた理由も含めて分析すべき。(川淵委員)

- ・ 長寿医療制度において、若人の一人当たり老人医療費の負担が、過重にならないように、若人と高齢者の老人医療費負担割合を自動調整化できたことは、75歳で区切った長所と考える。(権丈委員)
- ・ 新制度において、若人の一人当たり老人医療費の負担が、過重にならないように、若人と高齢者の老人医療費負担割合を自動調整化できたこと、および個人単位の加入にして保険料負担の水平的公平が改善されたことは、今回の改革の長所ということもできる。しかし、この長所は75歳で区切ったから可能となっている。75歳以上の独立した医療制度を設けることの弊害を鑑みれば、それら長所を犠牲にしてでも、前期高齢者の財政調整の仕組みを後期高齢者に拡大して65歳以上でリスク構造調整をする方が望ましいのではないか。もっとも、先に挙げた長所を享受しながら75歳で区切らないですむ方法があるのならば、その方がベターである。(権丈委員)
- ・ 職業上の属性等を無視し、75歳で区切るのは問題ではないか。夫婦別れ、親子別れなどの世帯の分離を促している。(樋口委員)
- ・ 後期高齢者は学問上の概念定義。後期高齢者と呼ばれた人の気持ちをもっと考えるべきではないか。(樋口委員)
- ・ 障害認定者を長寿医療制度の被保険者とすることで厄介払いをしているのではないか。(樋口委員)
- ・ 75歳という年齢で一律分離するのが最大の問題である。ただし、財政的に現役世代と高齢者の負担区分を明確化したのは良い面である。(宮武委員)
- ・ 老人保健制度に対する不満を解決するために、各団体の主張の折り合いをつけて、今回の制度ができた。(山崎委員)
- ・ 批判が強い中でも、制度の枠組みに対する議論は低調。関係者は、当面は現在の制度でいってほしいのが本音と思われる。(山崎委員)
- ・ 医療保険制度の一元化は簡単ではなく、大変難しい問題である。(山崎委員)
- ・ 75歳という年齢を下げて、介護保険と同様、65歳以上の人を対象とすればうまくいくのではないか、その場合には、リスク構造調整型と介護保険型の二つの考え方がある。(山崎委員)
- ・ 前期財政調整についても、被用者保険の保険者については、財政力按分とする等あり方を検討すべきではないか。(山崎委員)

### 3. 広域連合について

- ・ 都道府県単位で運営し、保険者機能を強化するとのことであつたが、広域連合の保険者としての積極的な活動が見られない。(岩本委員)
- ・ 10月1日からスタートした「全国健康保険協会」では、都道府県ごとに政

管健保の保険料率を決定することになるが、これで「国民すべからく平等に医療を受けられるかどうか」リスク構造調整のあり方が問われる。(川淵委員)

- ・ 国民健康保険も都道府県単位の広域連合に発展させれば、今回の改革以前の制度よりも良い制度ができる。もっとも、広域連合の責任主体を明確にする等、組織そのものについては考える必要がある。(権丈委員)
- ・ 長寿医療制度は、都道府県単位で運営することとした良い面がある。ただし、本来は全市町村参加の広域連合ではなく都道府県が直接に運営すべきではないか。(宮武委員)
- ・ 75歳未満が対象になった市町村の国民健康保険についても、まず広域連合化を図り、75歳以上も75歳未満も同じ構造の制度にしてドッキングさせる、いわば二階建てに改造すれば75歳で別制度にした欠点を是正できる。(宮武委員)
- ・ 広域連合は住民に見えない。これは、市町村との妥協の産物だからであり、都道府県が運営主体となるべきではないか。(山崎委員)

#### 4. 医療サービスについて

- ・ 長寿医療制度には、家庭医をもつ、人生の最期の迎え方を自分で決める、などの良い面もある。ただ、これは、75歳になったら突然必要になる、という仕組みではない。(大熊委員)
- ・ 他の国では、医療ではなく、ホームヘルプや住宅政策で受け止めている高齢者を、日本では「患者」にして、医療で扱っている。介護報酬が低いために介護職が足りず、本来医療でやらなくても良いもののために高齢者医療費が増大している。この状況を放置したのでは、根本的解決は図れないのではないか。(大熊委員)
- ・ 同じ年金天引きの介護保険制度と違い、長寿医療制度は目新しい給付が無く、むしろ「制限医療」の色彩が強い診療報酬改定が行われたため、理解が得られなかったのではないか。(川淵委員)
- ・ イギリスでの家庭医をモデルとして、担当医を作ろうとしていることは理解できるが、家庭医の養成自体がまだできていないのではないか。(樋口委員)
- ・ スパゲッティ状態になりたくないというターミナルケアに関する国民的議論がせつかく成熟していたのに、それを無視したのではないか。(樋口委員)

#### 5. 保険料の算定方法・支払い方法について

- ・ 長寿医療制度には、保険料の個人単位化など公平性の観点から良い面もある。この点は、女性たちが長いこと提言していたものである。(大熊委員)
- ・ 高齢化により医療費が増えると、高齢者の負担も増えることをきちんとアピールしていなかったから、混乱を招いた。事実、厚生労働省高齢者医療

制度等改革推進本部事務局編「医療制度改革の課題と視点～解説・資料編」を見ると、「若年世代からの支援を行う場合」として、高齢者一人当たり保険料は現行制度 6.4 万円（平成 11 年度）から 6.8 万円に上昇すると試算している。その一方で保険組合は、加入者一人当たり保険料が 1.5 万円減少すると試算している。しかし、実際は総額 3900 億円の負担増となっており、これが現役世代の不信を招いているのではないか。（川淵委員）

- ・ 天引きをする場合に、社会保険料控除の問題について、きちんと周知していない。（樋口委員）
- ・ 現役並みの 600 万円の所得がある勤労者に対して、上限の 50 万円の保険料を賦課することはすれすれの所得層には勤労意欲を削減するものであり、問題ではないか。（樋口委員）

## 6. 世代間の納得と共感の得られる財源のあり方について

- ・ 高齢化で負担が増えることについて、国民が理解した上で、制度改革を行うべきではないか。（岩本委員）
- ・ 制度をどのように変えるにしても、現役世代の支援は不可欠。その納得が得られる制度にすべき。（岩本委員）
- ・ いつも健保財政赤字と報道されるが、保険料率一定のもとでは医療費が増えれば赤字になるのは当たり前の話である。GDPに占める社会保険料の割合が日本は他の国に比べて低いこと、被用者保険の保険料率が低いことを国民共有の知識として議論の前提に置いてもいいのではないか。（権丈委員）
- ・ 改革前の老人保健制度、改革後の前期高齢者医療制度の財政調整では、国保・被用者保険の各保険者の老人加入率が全制度平均と同一であると仮定して、公平な負担を行っている。まずは、これら財政調整の仕組みを広く国民は理解した上で、制度の善し悪しを議論するべきではないか。（権丈委員）
- ・ 税を多く投入して税による負担を大きくすれば、財政当局から口出しがしやすくなるので慎重に考えるべきである。ただし現状では、保険者が低所得者を抱えるというリスクは、税によって調整せざるを得ない側面がある。（権丈委員）

## 7. その他

- ・ 与党の強行採決で決まったものであり、説明責任が履行されていないのではないか。（樋口委員）
- ・ 制度の運営にあたり、事務ミスが多すぎるのではないか。（樋口委員）
- ・ 制度運営で事務ミスが生じたのは、昨年 10 月、つまり制度開始のわずか半年前になって激変緩和措置が講じられ、自治体に大幅なシステム改修を求めたことにも原因があったと思っている。（権丈委員）

# 高齢者医療制度について (本日の議題に関する参考資料)

平成20年10月7日  
厚生労働省保険局

# 目次

## 【年齢で区分することについて(制度の建て方、名称等)】

- 新しい高齢者医療制度のかたちの検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 後期高齢者医療制度の運営の仕組み(平成20年度)・・・・・・・・・・ 2
- 老人保健制度と新たな高齢者医療制度の比較・・・・・・・・・・ 3
- 前期高齢者の財政調整の全体イメージ・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
- 老人保健拠出金のイメージ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 退職者医療制度(旧制度)の仕組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- 長寿医療制度における障害認定の仕組み等について・・・・・・・・ 7
- 韓国・ドイツの医療保険制度の一元化の状況・・・・・・・・・・ 8

## 【広域連合について】

- 広域連合の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- 国民健康保険制度の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15

# 新しい高齢者医療制度のかたちの検討

～抜本改革の理念型～

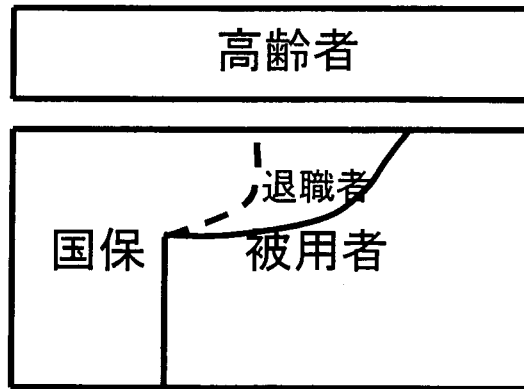
以下の4つの方式が提案され、議論。  
関係者が全面的に賛同できる案はなし。



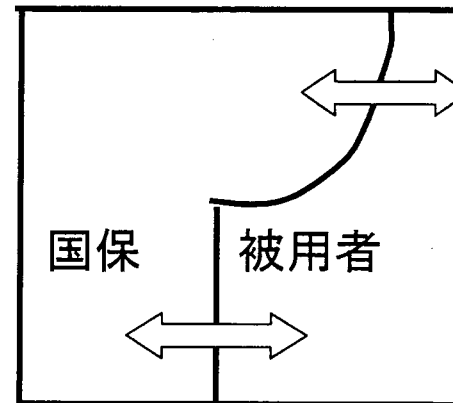
約10年にわたる議論の結果、  
独立型(75歳～)と財政調整(65～74歳)  
の組み合わせ)で合意。

【独立型】(支持団体:日医、健保連、経団連)

【リスク構造調整】



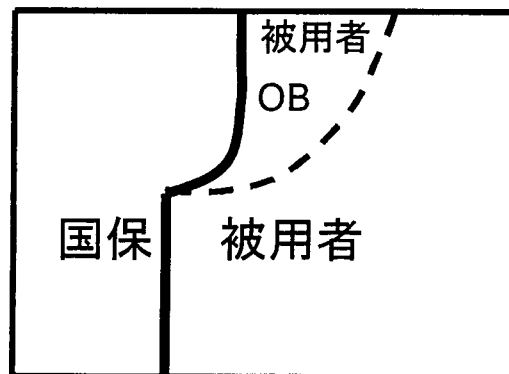
・公費重点投入や高齢者にふさわしい医療がわかりやすい  
・支持団体の見解は、公費負担割合、対象年齢等について様々



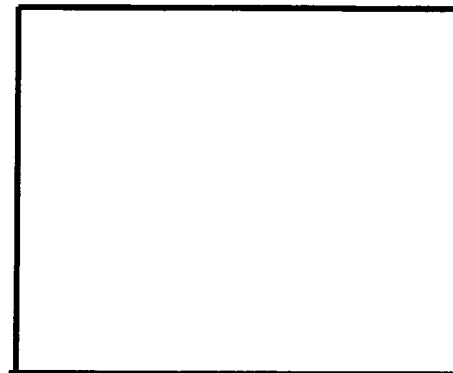
・所得形態、所得捕捉の問題がある  
・被用者保険の持ち出しが多くなる

【突き抜け型】(支持団体:連合)

【一元化】



・就業構造が流動化している中で、高齢期になっても被用者・非被用者を区分することは、社会連帯の理念が老健制度より後退  
・被用者年金の加入期間を満たさない者は国保の負担となり、国保の財政がもたない



・何千もの保険者をどうするか  
・所得形態・所得捕捉が異なる者の保険料基準をどうするか  
・事業主負担をどうするか  
・保険集団構成員の連帯感や保険運営の効率性の観点から問題



# 長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の運営の仕組み(平成20年度)

## <75歳以上の方を対象とする理由>

- ① 75歳以上の高齢者については、生活習慣病を中心に入院が増加するなどの特性があり、一般に心身機能の低下が見られることから、病気だけではなく心身全体をみたサービスを提供する必要がある。
- ② 65歳から74歳までの高齢者については、男性で4割、女性で2割の方が就業していることから、制度を支える側に回っていただく必要がある。
- ③ 限られた財源の中で、公費を重点的に投入する観点から、対象者を重点化する必要がある。

参考)介護保険において、被保険者の範囲を40歳以上とした理由

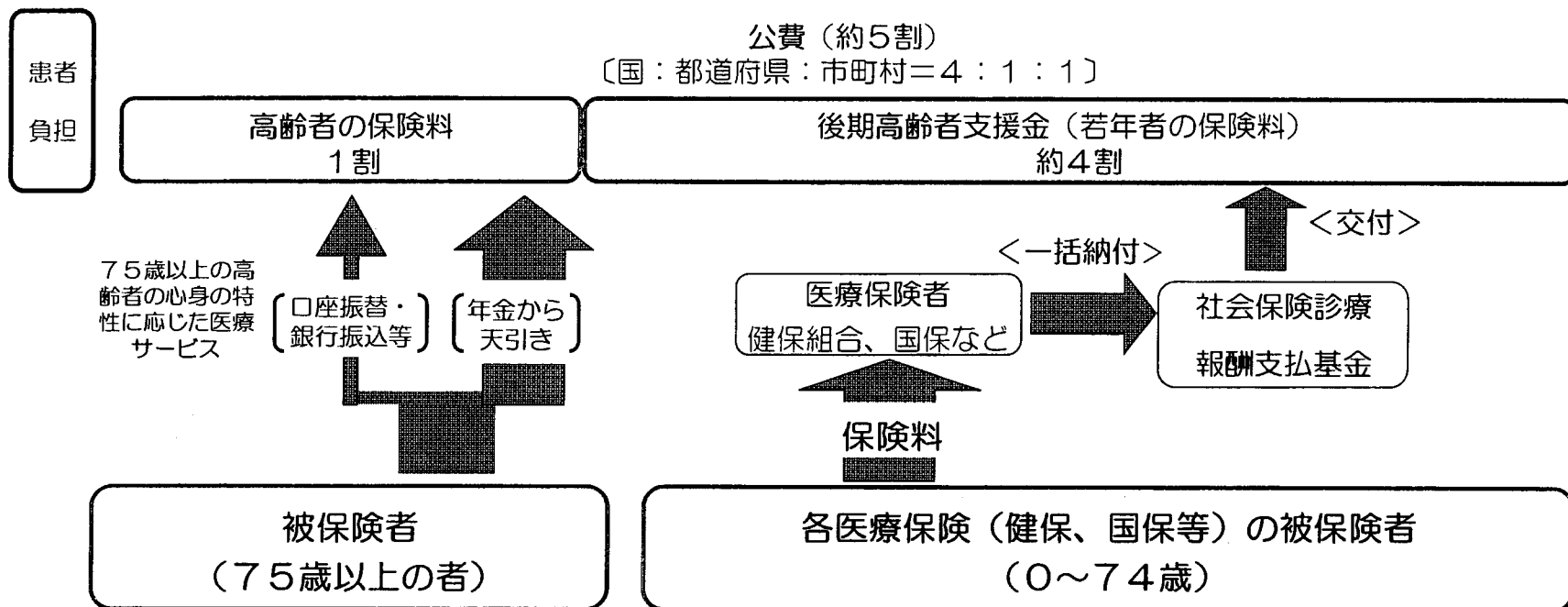
初老期認知症や脳血管疾患による介護ニーズの可能性が高くなることや、自らの親も介護を要する状態になる可能性が高くなるため、介護保険制度により介護の負担が軽減されること等を勘案したもの。

<対象者数> 75歳以上の高齢者 約1,300万人

<75歳以上の高齢者の医療費> 11.9兆円(平成20年度予算ベース:満年度)

給付費 10.8兆円 患者負担1.1兆円

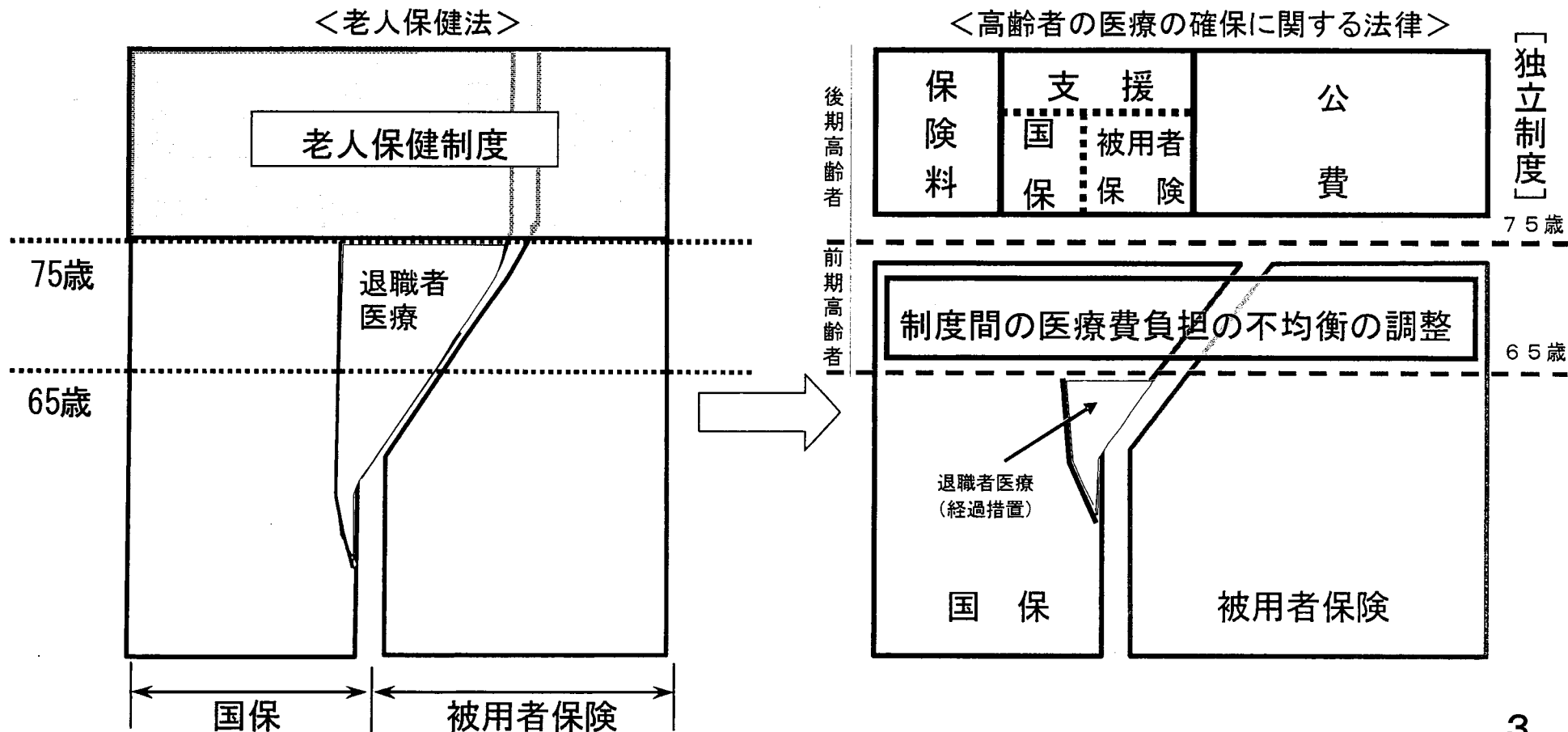
【都道府県単位で全ての市町村が加入する広域連合】



各医療保険者の支援金負担額は、0~74歳の加入者数に応じて決まる仕組み

# 老人保健制度と新たな高齢者医療制度の比較

- 75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。
- あわせて、65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。
- 現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる。

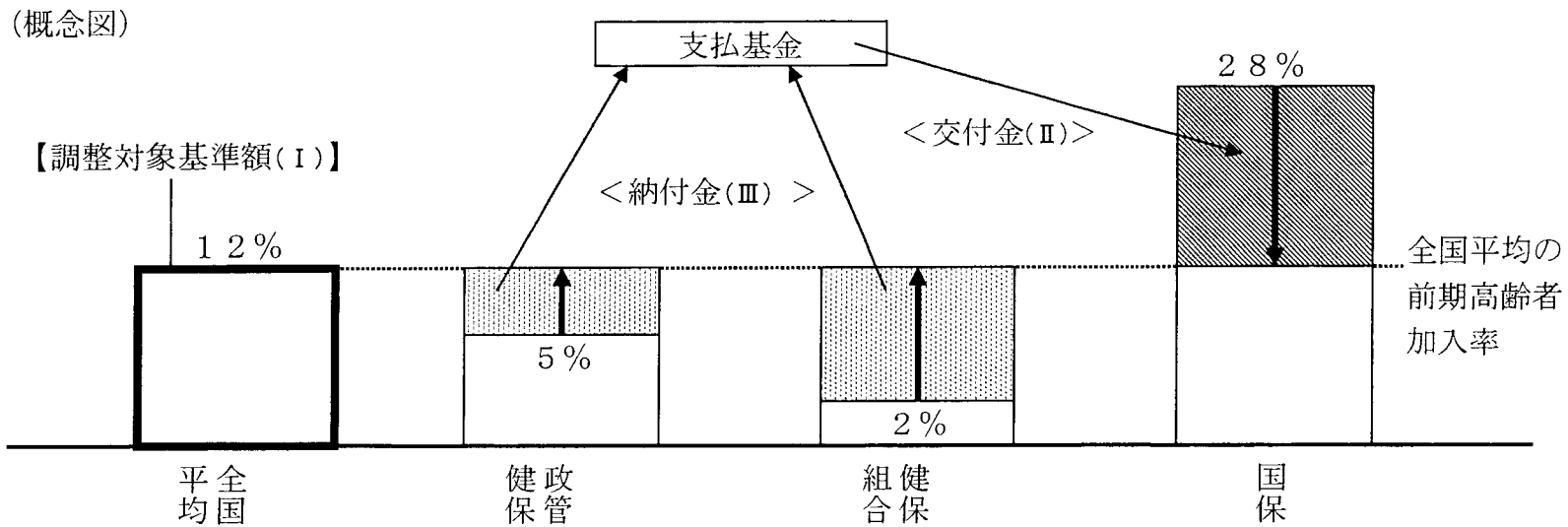


## 前期高齢者の財政調整の全体イメージ

前期高齢者加入率が、全国平均加入率12%を上回る保険者については交付金が交付され、下回る保険者については納付金を納付することとなる。  
 健保組合は、一般的に前期高齢者の加入率が低いので、納付金を納付することとなる。

### 各保険者の納付金

$$= (\text{当該保険者の1人当たり前期高齢者給付費}) \times \text{当該保険者の0~74歳までの加入者数} \\
 \times (\text{全国平均の前期高齢者加入率} - \text{当該保険者の前期高齢者加入率})$$



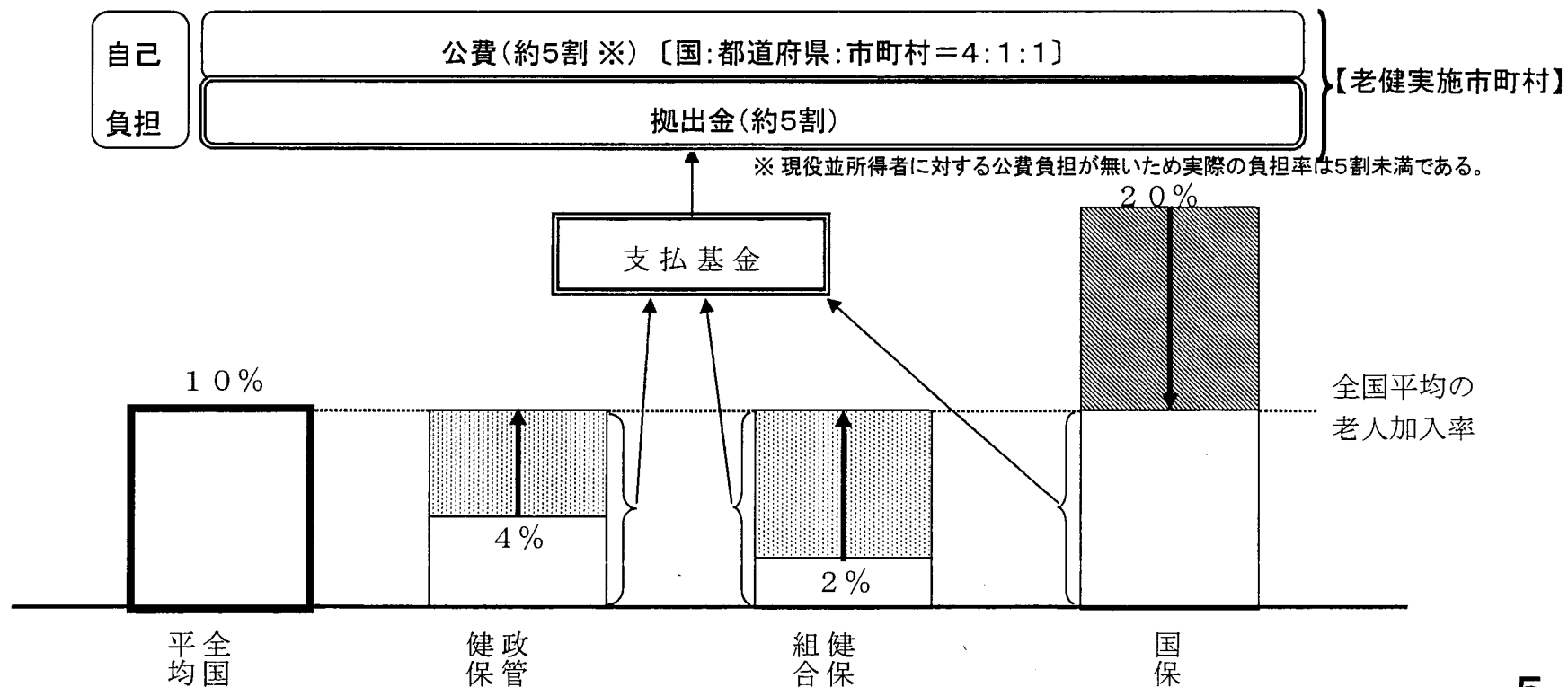
# 老人保健拠出金のイメージ

- 老人医療費については、全国民が公平に負担することを基本として設定。
- 各保険者は、保険者間の老人加入者の偏在による負担の不均衡を調整するため、国保・被用者保険の各保険者の老人加入率が全制度平均と同一であると仮定した場合の老人医療費額を算定し、負担する。

## 各保険者の老人保健拠出金

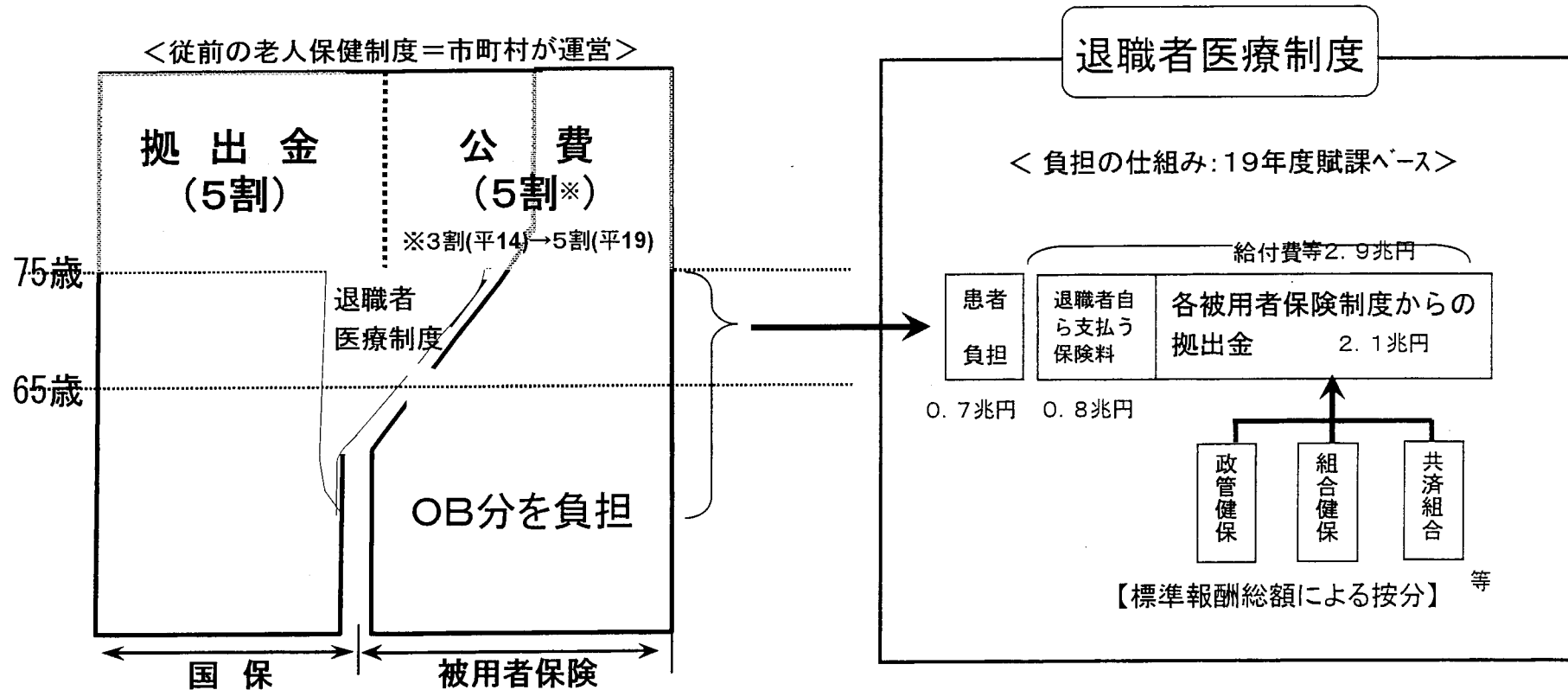
$$= \text{当該保険者の一人当たり老人給付費} \times \text{当該保険者の総加入者数} \times \text{全国平均の老人加入率} \times (1 - \text{公費負担率})$$

<老人医療費> 11.1兆円(平成19年度予算ベース) 給付費 10.1兆円 患者負担 1.0億円



# 退職者医療制度(旧制度)の仕組み

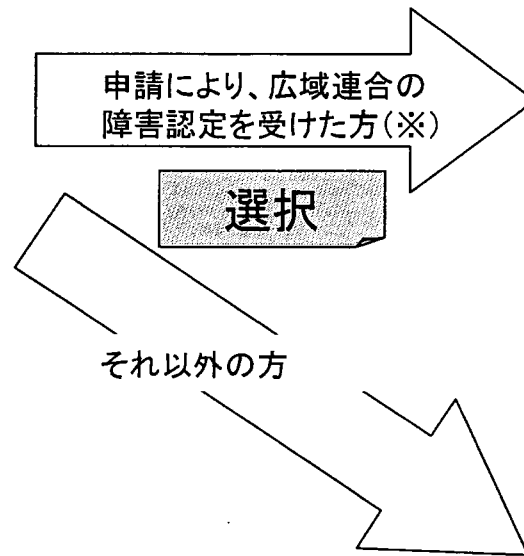
- 退職などによって企業を辞めた者は、国保に加入する。
- 被用者の期間が長期にわたる者(20年以上)の医療費については自ら支払う保険料と各被用者保険制度からの拠出金により賄っている。
- この拠出金については、各被用者保険が財政力に応じて負担。(報酬総額で按分)



※平成20年度以降の退職者医療制度については、平成26年度までの間における65歳未満の退職被保険者等が65歳に達するまでの間、経過的に現行の退職者医療制度を存続させる。

# 長寿医療制度における障害認定の仕組み等について

65歳～74歳で  
一定の障害の  
状態にある方



## 長寿医療制度に加入

### 【患者負担について】

- ・ 原則1割負担(現役並み所得者は3割負担)

## 国保又は被用者保険に加入

### 【患者負担について】

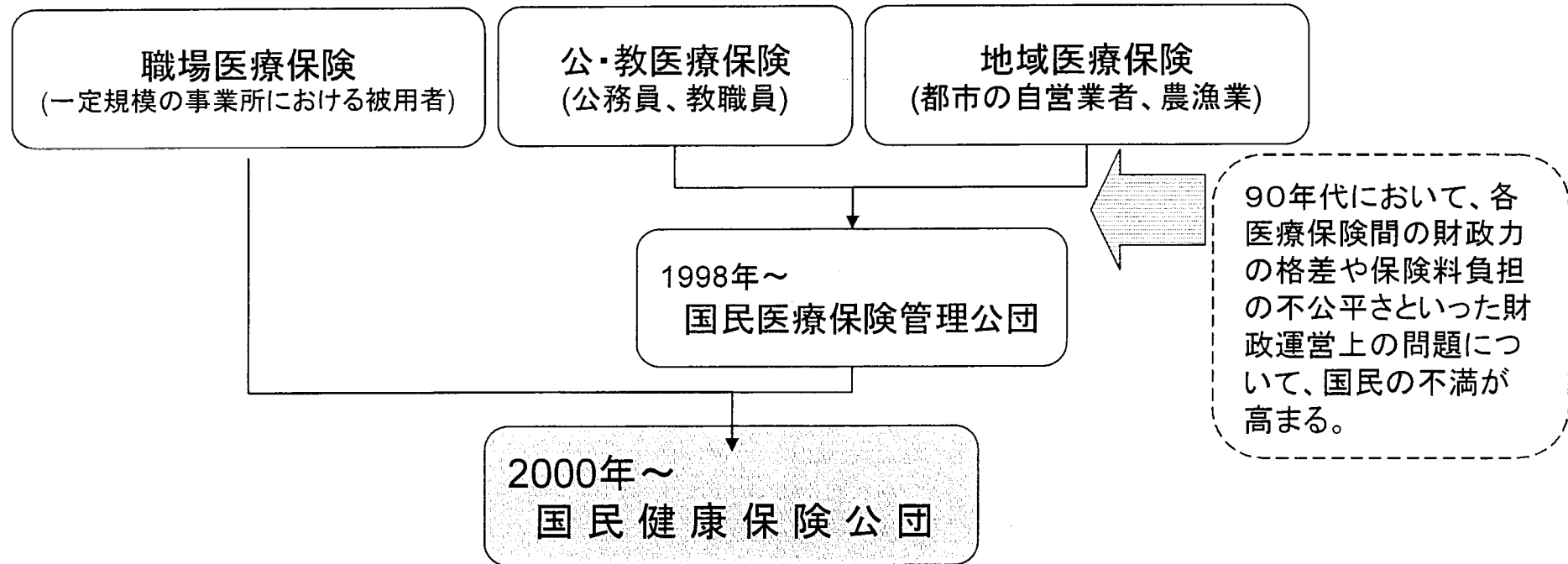
- ・ 65歳～69歳の方は、3割負担
- ・ 70歳～74歳の方は、2割負担(ただし、平成21年度までは1割負担(現役並み所得者は3割負担))

(※) なお、障害認定を受けた方が、その認定に係る申請を撤回する旨の申し出をされた場合、将来に向かってその認定を取り消し、国保又は被用者保険に加入することが可能。

### 【医療費助成事業について】

- ① 地方自治体(10道県)によっては、障害者を対象とした独自の医療費助成事業において「長寿医療制度に加入していること」を助成要件としており、長寿医療制度に加入しなければ当該助成が受けられなくなるとの指摘があった。
- ② これに対して、厚生労働省としては、5月の全国会議において、助成要件の見直し等の検討を依頼するとともに、7月に保険局長通知により、改めて依頼。
- ③ 現在、一部の自治体(山口県、栃木県等)において見直しを決定し、多くの自治体においても見直しの検討あるいは調査を行っているところ。

## 韓国の医療保険制度における一元化の取組について



### 一元化にあたってのポイント

- 運営組織・財政については、一元化されている。
- 加入者については、
  - ① 職場加入者(一般労働者・公務員・教職員、その被扶養者)
  - ② 地域加入者(都市地域の自営業者、農漁村地域の住民)となっている。保険料基準については、それぞれ、
  - ① 標準報酬月額×保険料率
  - ② 所得、財産、生活水準、経済活動参加率等を反映させた負担能力を点数化(保険料賦課点数)し、これをもって、世帯単位で等級別・定額制の保険料を算定となっている。また、①については労使折半が原則であるが、②については(事業主・本人負担分も含め)全額本人負担である。
- したがって、①、②の間で統一した保険料基準が設定されておらず、保険料負担の公平性が課題。

## ドイツの医療保険制度における一元化の取組について

- ドイツの公的医療保険では、公法人である疾病金庫が保険者。地域・産業・職業・企業などによって区分される8種類の疾病金庫からなる。
- また、疾病金庫の管理運営は伝統的に「当事者自治の原則」に基づいて行われ、ドイツの医療保険制度は多元的・分権的な点の特徴であるが、疾病金庫の総数は、1992年 1221金庫 → 2007年 242金庫 とここ15年間で大幅に統合再編が進んでいる。

### 1993年 医療保険構造法の制定

- 加入する疾病金庫を被保険者が自由に選択できるように段階的に措置  
→ 被保険者の獲得をめぐる疾病金庫間の競争が激しくなり、それに伴い疾病金庫の統合再編が進展。

### 2007年 医療保険競争強化法の制定(多くは2009年1月より施行)

- **「医療基金」の創設**
  - 基金は連邦保険庁が運営。基金が全国一律の保険料率による保険料収入及び国庫補助を一括して受け入れ、各疾病金庫に対して、加入者人頭割の交付金と、加入者の年齢・性別・罹患率を指標とするリスク構造調整のための加算金を交付する仕組みを創設。
  - 保険料は、被保険者の保険料算定基礎収入に保険料率を乗じて得た額となる。保険料負担は、被用者については労使折半が原則であるが、自営業者については(事業主・本人負担分も含め)全額本人負担が原則である。また、自営業者に対する保険料基準については、①一般に所得が高いため、保険料算定の限度額の上限、②所得税決定通知書で前年所得が証明できればその額、③所得が少ない場合は予め設定する最低算定基礎額のいずれかを適用している。
  - したがって、被用者と自営業者との間で、保険料負担の仕組みが異なっている。また、基金の創設については、疾病金庫側の反対が強いとも言われており、今後の動向に注意が必要。
- 異なる疾病金庫間での合併が可能となる(2007年施行)。また、各疾病金庫における連邦レベルの連合会を1つに統合。

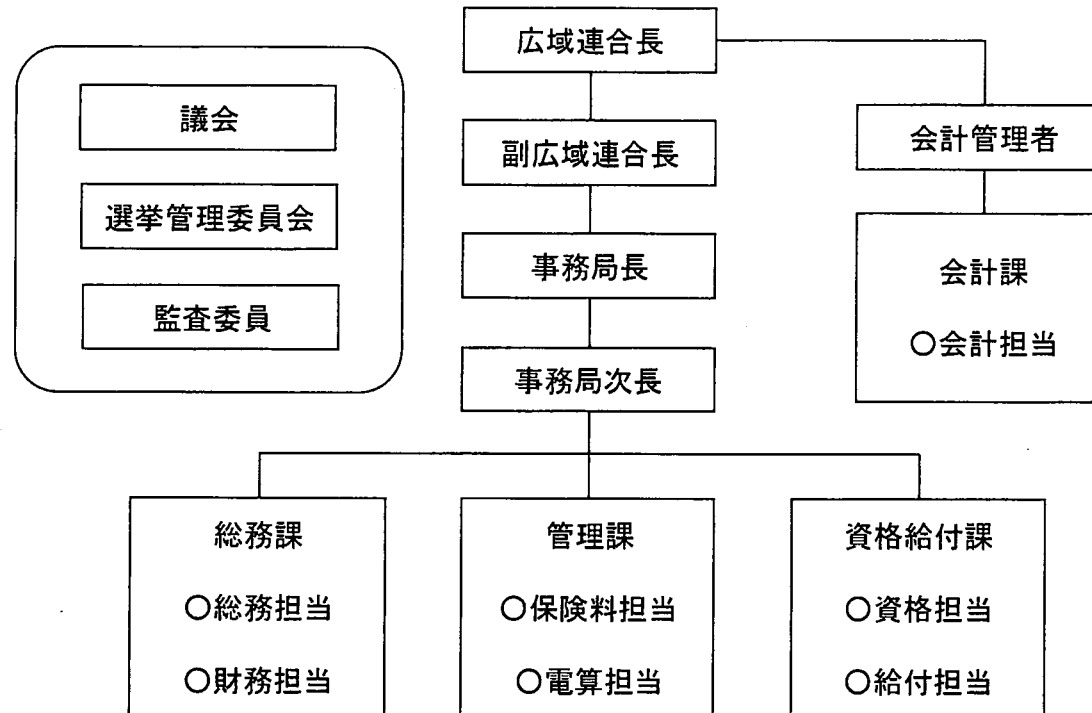




#### 4. 広域連合の処理する事務

- ① 被保険者の資格の管理に関する事務
- ② 医療給付に関する事務
- ③ 保険料の賦課に関する事務
- ④ 保健事業に関する事務

※広域連合組織の一例



## 5. 長寿医療制度の運営主体

長寿医療制度の運営主体については、(1)広域連合の他に、(2)市町村、(3)都道府県、(4)一部事務組合が議論された。

### (1) 広域連合

- 独自の首長及び独自の議会を持っており、責任をもって保険者機能を発揮できる。
- 広域連合における事務処理は、国民健康保険や老人保健制度に精通した市町村の職員が中心となることができ、保険料決定や保険料徴収等について、広域連合と市町村が密接な連携のもとに、事務処理を行っていくことが可能である。

### (2) 市町村

- 高齢化の進展に伴い老人医療費は増大することが見込まれており、後期高齢者医療制度の運営に当たっては、財政の安定化を図る観点から広域化を図る必要がある。
- 他方、保険料徴収や各種申請の受付等の窓口業務については、住民に身近な行政主体として、住民情報を保有し、日頃から地域住民に接している市町村が担うことが適当である。
- このような事情や関係者との協議を踏まえ、保険料徴収等の事務は市町村が行うこととした上で、都道府県単位で全市町村が加入する広域連合を設立し、当該広域連合を運営主体とすることにより、財政運営の広域化及び安定化を図ることができる。

### (3) 都道府県

- 都道府県は、住民に関する基礎情報を保有せず、医療保険の事務処理に関するノウハウの蓄積もない。
- また、保険料の徴収等の事務処理に関するノウハウの蓄積がなく、都道府県が、こうした事務を担うことは、現実的には困難である。

## (4) 一部事務組合

○地方公共団体の広域的な事務処理の形態としては、一部事務組合もあるが、広域連合は、平成6年の地方自治法の改正により創設された新しい制度であり、一部事務組合と比較して、

- ア 広域計画の策定が義務づけられており、広域的な行政の推進により適した仕組みであること
- イ 構成団体に規約を変更するよう要請することができるなど、より自立的な組織であること
- ウ 一部事務組合の議会の議員及び管理者の選出については充職が認められるのに対し、広域連合の議会の議員及び執行機関の選出については直接公選又は間接選挙が義務づけられており、より民主的な組織であること などを勘案して、広域連合を選択した。

区 分	広 域 連 合	一 部 事 務 組 合
団体の性格	・特別地方公共団体	・同左
構成団体	・都道府県、市町村及び特別区	・都道府県、市町村及び特別区
設置の目的等	・多様化した広域行政需要に適切かつ効率的に対応するとともに、国からの権限移譲の受け入れ体制を整備。	・構成団体またはその執行機関の事務の一部の共同処理
国等からの事務権限の委任	・国又は都道府県は、広域連合に対して直接に権限・事務に委任を行うことができる。 ・都道府県の加入する広域連合は国に、その他の広域連合は都道府県に、権限・事務を委任するよう要請することができる。	・規定なし
構成団体との関係等	・構成団体に規約を変更するよう要請することができる。 ・広域計画を策定し、その実施について構成団体に対し勧告することができる。広域計画は、他の法定計画と調和が保たれるようにしなければならない。	・規定なし
設置の手續	・関係地方公共団体がその議会の議決を経た協議により規約を定め、都道府県の加入するものは総務大臣、その他のものは都道府県知事の許可を得て設ける。 ただし、総務大臣は、広域連合の許可を行おうとするときは、国の関係行政機関の長に協議するものとする。	・関係地方公共団体がその議会の議決を経た協議により規約を定め、都道府県の加入するものは総務大臣、その他のものは都道府県知事の許可を得て設ける。
組織	・議会 —— 長(執行機関)	・議会 —— 管理者(執行機関) ただし、複合的一部事務組合においては、管理者に代えて理事会を設けることができる。
議員等の選挙の方法等	・議会の議員及び執行機関の選出については、直接公選又は間接選挙による。	・議会の議員及び管理者は、規約の定めるところにより、選挙されまたは選任される(充職も認められる)。

## 6. 広域連合の状況

### 全国の広域連合設立数・・・111広域連合（平成20年4月1日時点）

後期高齢者医療広域連合	介護保険又は国民健康保険に関する事務を行う広域連合	その他の広域連合	合計
47広域連合	49広域連合	15広域連合	111広域連合

※うち介護保険に関する事務を行う広域連合：48広域連合  
国民健康保険に関する事務を行う広域連合：3広域連合

### 広域連合の状況（例）

広域連合の名称	<small>そらち</small> 空知中部広域連合	<small>たいせつ</small> 大雪地区広域連合	<small>しがみ</small> 最上地区広域連合	福岡県介護保険広域連合
広域連合を組織する地方公共団体	北海道内の6市町(1市5町)	北海道内の3町	山形県内の4町村(2町2村)	福岡県内の39市町村(5市30町4村)
主に処理する事務	(1)国民健康保険事業に関する事務 (国民健康保険直営診療施設に係る事務を除く) (2)介護保険事業に関する事務 (3)広域化の調査研究 など	(1)国民健康保険事業に関する事務 (2)介護保険事業に関する事務 (3)長寿医療制度に関する事務 (4)乳幼児医療給付事業、ひとり親家庭等医療給付事業などに関する受託事務 (5)広域化の調査研究	(1)国民健康保険事業に関する事務 (国民健康保険直営診療施設に係る事務を除く) (2)重度心身障害(児)者・乳幼児及び母子家庭等医療給付事業に関する事務 (3)広域化の調査研究	介護保険事業の (1)被保険者の資格の管理に関する事務 (2)要介護認定及び要支援認定に関する事務 (3)保険給付に関する事務 (4)介護保険事業計画の策定に関する事務 (5)保険料の賦課及び徴収に関する事務 (6)その他介護保険制度の施行に関する事務

# 市町村国保の現状について

## 1. 保険者数

被保険者数	～5千	5千～1万	1万～5万	5万～10万	10万～30万	30万～	合計
保険者数	639	385	637	88	57	9	1,815

保険者数は平成19年4月1日現在、被保険者数は平成19年度年間平均

## 2. 一保険者あたりの職員数

役職	課長以上	係長相当職以上	一般職員	嘱託徴収員	レセプト専門員	合計
平均人数	1.4人	3.2人	7.7人	2.0人	0.9人	15.1人
全保険者人数	2,458人	5,877人	13,912人	3,658人	1,619人	27,524人

全保険者人数(平成19年3月末現在)を保険者総数1818(平成19年3月末現在)で除して計算

## 3. 単年度収支差引額赤字保険者数

年度	16	17	18
赤字保険者数	1,495(59.1%)	1,169(63.7%)	948(52.1%)

法定外の一般会計繰り入れ(平成18年度:約3,600億円)を含めた単年度収支の赤字保険者数

( )内は全保険者数に占める割合

## 市町村国保の保険料(税)賦課方式について

### 1. 国民健康保険料と国民健康保険税の保険者数

保険料	保険税
236保険者	1597保険者

平成18年度国民健康保険実態調査報告より(総数1833保険者)

### 2. 保険料(税)賦課方式別の保険者数

賦課方式	4方式	3方式	2方式
保険者数	1474	314	45
被保険者数	22,254千人	18,661千人	7,016千人

平成18年度国民健康保険実態調査報告より(総数1833保険者)

※4方式とは所得割・資産割・均等割・世帯別平等割を保険料(税)の計算に使用

3方式は所得割・均等割・世帯別平等割、2方式は所得割・均等割を保険料(税)の計算に使用

### 3. 所得割算定方式別の保険者数

算定方式	旧ただし書き方式	本文方式	住民税方式
保険者数	1,753	1	38

保険者数は平成20年4月1日現在

「2. 年齢で区分することについて（制度の建て方、名称等）」及び  
「3. 広域連合の是非について」の考え方

岩本 康志

1.

（考え方）

保険制度の単位（加入者集団）には2つの意味があり、2つはかならずしも一体ではない。

2つの意味とは、(1)加入者のリスクをプールして、分散する（いわゆる「保険」の機能）、(2)加入者の代理人として、効率的な医療サービスを実現させる機能（いわゆる「保険者機能」）。現実には、財政調整が導入され、両者はすでに乖離している。

財政調整する理念が理解されれば、2つを分離して制度設計すればよい。

（帰結1）

後者の機能が発揮しやすい形で実体的制度を設計し、リスクを適切にプールする集団の範囲でリスク構造調整をおこなえばいい。

（帰結2）

後期高齢者医療制度の負担ルールを実装する際に、独立制度とする必然性はなかった。負担の構造は別途、計算すればよい。

2.

（考え方）

国保加入者の所得捕捉が困難、はもはや過去の事実である。国保加入者のなかの自営業・農業者は少数派である。

（帰結）

国保保険料は所得比例でよい。

以上



# 75歳で線引き 後期高齢者医療



75歳以上の高齢者が、別建ての制度になっている。尾形 そのが新制度で一番の問題点だ。若い人に比べて病気になるやすく、医療費が多くなるハイリスクなグループを分離して制度を作るといふのは、社会保険本来の考

え方を逸脱している。尾形 病気になるか、やむを得ない健康な人も幅広く加入させてリスクを分散するのが、本来のあり方だ。高齢化が急速に進む中で、社会のさまざまな制度は、年齢



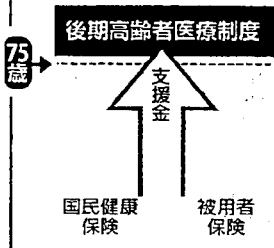
新制度の評価は。尾形 高年齢者と現役世代の制度になっているのか。山崎 これまでの老人保健制度では、老人医療費の負担を公平化するため、各医療保険の間で財政調整を行ってきた。細かい問題点を改善しつつ、当面、この制度を続けていくべきだ。

4月に始まった後期高齢者医療制度(長寿医療制度)で、75歳以上が若い世代と別建ての制度とされたことが議論を呼んでいる。高齢者の医療費を支える仕組みは、どうあるべきか。聞き手・社会保障部 石崎浩

## 陣論

### ポイント

- ①主として大企業が設けている健康保険組合
  - ②中小企業サリマンの政府管掌健康保険
  - ③自営業者や無職の人などが加入する市町村の国民健康保険
- に制度が分かれている。今年3月



までの老人保健制度では、75歳以上の高齢者を各医療保険に加入させたまま、制度間で財政調整を行っていた。新制度では、75歳以上の保険給付に必要な財源について、1割を高年齢者本人の

保険料、4割を現役世代の各医療保険制度からの支学金、残る5割を税でまかなうという負担のルールが明確にされた。これまでサラリーマンの被扶養者だった75歳以上の人も、新たに保険料を徴収される。

元(05年度)の財源構成を見ると、保険料は49%と半分を切り、税が36%、あとは患者の自己負担でまかなわれていた。税の割合がかなり高いため、財務省などから医療費抑制の圧力をかけられやすく、医師不足など医療のさまざまな不具合を生んでいる。中長期的には税の投入を抑え、保険料を引き上げないと、高齢者医療だけでなく、医療全体が貧弱になってしまう恐れがある。

## 山崎 彦彦氏

# 現役と別建て 現実的

主張し、老人保健制度を支持する政治勢力はなかった。そこで、高齢者にも応分の保険料を支払うべきだ。山崎 確かに、若い人も若き人も、富める人も貧しい人も、同じ制度の中で支え合おうのが本来の姿だと思ふ。だが、日本の医療保険は分立し、高齢者は国民健康保険に、現役世代は健康保険組合などの被用者

料負担を求めつつ、税を重点的に投入し、現役世代からも支援する独立方式になった。尾形 高年齢者も現役世代と同じ制度に加入させるべきだとする主張もある。

山崎 確かに、若い人も若き人も、富める人も貧しい人も、同じ制度の中で支え合おうのが本来の姿だと思ふ。だが、日本の医療保険は分立し、高齢者は国民健康保険に、現役世代は健康保険組合などの被用者

の合意を得るのは難しい。今回の制度改正も、10年以上にわたって議論を続けた末に、やっとこの形に落ち着いた。当面、高齢者に限定して社会連帯の基盤を強化したということ、現実的な対応と言え

山崎 ただ単に廃止して、元の老人保健制度に戻せばいいのはあまりにも無責任だ。関係者の合意を得られる、現実的な対案を示すべきだ。

## 尾形 裕也氏

# 世代間対立強まる恐れ

「エイジズム」の制度は、賢明な政策選択と思えない。尾形 以前、各医療保険制度が高齢

75歳以上の人がまったく加入していないのに、なぜ後期高齢者医療制度に多額の支学金を払わなくてはならないのか。尾形 以前、各医療保険制度が高齢

尾形 高年齢者から保険料徴収については、反発の声を強いている。尾形 高年齢者の負担は、これからは増える。今後は支代負担も増える。今後は支

尾形 日本が手本にしてきたドイツやフランスなど、国民の大多数が対象となる本格的な医療保険制度を採用している国には、年齢で制度を区切っているところは少ない。

尾形 国民医療費約33兆円(05年度)の財源構成を見ると、保険料は49%と半分を切り、税が36%、あとは患者の自己負担でまかなわれていた。税の割合がかなり高いため、財務省などから医療費抑制の圧力をかけられやすく、医師不足など医療のさまざまな不具合を生んでいる。中長期的には税の投入を抑え、保険料を引き上げないと、高齢者医療だけでなく、医療全体が貧弱になってしまう恐れがある。

尾形 高年齢者と現役世代の制度になっているのか。山崎 これまでの老人保健制度では、老人医療費の負担を公平化するため、各医療保険の間で財政調整を行ってきた。細かい問題点を改善しつつ、当面、この制度を続けていくべきだ。

山崎 ただ単に廃止して、元の老人保健制度に戻せばいいのはあまりにも無責任だ。関係者の合意を得られる、現実的な対案を示すべきだ。

山崎 高年齢者も現役世代と同じ制度に加入させるべきだとする主張もある。

山崎 高年齢者も現役世代と同じ制度に加入させ、保険料が貧弱になってしまう恐れがある。

山崎 高年齢者も現役世代と同じ制度に加入させ、保険料が貧弱になってしまう恐れがある。

七十五歳以上の後期高齢者を対象とした新たな医療保険制度の保険者は市町村しかありません。国・都道府県による重層的な支援体制が必要である。また、保険医療機関の指定や診療報酬の決定など医療に関する権限を国から地方に移譲していくべきである。

### 基本方針は 妥協の産物

来年度の医療保険制度改革に向けて、社会保障審議会の審議が最終段階を迎えている。テーマは、政府が二〇〇三年の「基本方針」で掲げた、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編、診療報酬体系の見直しのこと。本稿では高齢者医療制度の創設を中心に、主



な論点と現実を考へる改革の方向について、私見を述べてみた。

医療保険制度改革論の両極に位置するのが、被用者と自営業者のグループを生産にわたって分離する「突き抜け方式論」と、両者を完全に統合する「一本化論」である。その中間が制度分立を前提とした上での「財政調整論」で、その一つが年齢構成や所得水準など保険者の責任に帰したい構造的な要因に着目した「リスク構造調整論」である。

## 高齢者医療改革

# 市町村が保険者に

## 国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

高齢者については一本化された独立保険を創設し、六十五歳以上七十五歳未満の前期高齢者は年齢構成と財政調整という異なる制度を並立させるのは、脱力に乏しい。利害調整の可能性と現行制度からのスムーズな移行に配慮した、妥協の産物だろう。

基本方針の策定前、自民党内では六十五歳以上を対象とした独立保険方式が有力視され、日本医師会が七十五歳以上を対

筆者は、改革を高齢者医療に限定するのではなく、六十五歳以上を対象とする独立保険(将来的には高齢者介護と統合)を望ましいと考えている。しかし、錯誤(くわく)した利害関係のことで表現は困難な状況にある。そこで以下では、基本方針をベースに漸進的改善案を提案したい。

**公費負担割合**  
検討の課題に  
後期高齢者対象の独立保険の成否は、保険者の負担にかかっている。町村が、全国市長会「国保・介護保険の保険

がつかず、被用者保険の各保険者が報酬総額に応じて負担している。一方、介護保険と老人医療の保険者負担は加入者数に応じた負担であり、政官健保の負担分には国庫負担が配分されている。リスに構造調整の観点からすると、退職者医療の方式が望ましい。

前期高齢者医療制度の最大の論点は、被用者保険の被扶養者からの保険料徴収の是非であろう。個人単位の後期高齢者医療制度ではすべての高齢者から保険料を徴収する一方、被用者保険の被扶養者である前期高齢者からは保険料を徴収しない、というわけにはいかない。となると、若年の被扶養者からの保険料徴収も考えざるを得なくなる。この問題は、年金の第三号被保険者の問題にまで波及する可能性がある。



山崎 泰彦  
神奈川県立保健福祉大学教授

象にした公費主体の高齢者医療制度、民主党と連合は突き抜け方式、国民健康保険関係団体は一本化を目指しつつ当面はリスク構造調整を求めた。これら隔たりの大きな諸提案に配慮すれば、基本方針のような折衷案にならざるを得ない。

また、前回の二〇〇二年改正で、老人医療制度の対象を七十五歳以上に引き上げ、公費負担割合を原則五〇％に拡大するとともに、被用者保険から国保へ財政支援する返戻率を財政調整の対象を七十五歳未満までに広げ、十五歳未満までをカバーすることを盛り込んだ。基本方針は、この流れを徹底するものとする

医療の権限  
地方に移譲  
基本方針では、政官健保の財政運営を都道府県単位とし、年齢構成と所得水準を調整した上で、都道府県ごとに医療費水準を保険料水準に反映させる。保険料率の試算では、最高が北海道、最低が長野になる。これにより、医療保険制度全体がおおむね地域単位の再編が、被用者保険と国保がともに地域で医療と向

国保の枠内で整備  
国・都道府県の厚い支援を  
国保の枠内で整備するにあたり、国・都道府県の厚い支援が必要である。国保の枠内では、国庫負担が配分されている。リスに構造調整の観点からすると、退職者医療の方式が望ましい。

国保の枠内で整備  
国・都道府県の厚い支援を  
国保の枠内では、国庫負担が配分されている。リスに構造調整の観点からすると、退職者医療の方式が望ましい。

国保の枠内で整備  
国・都道府県の厚い支援を  
国保の枠内では、国庫負担が配分されている。リスに構造調整の観点からすると、退職者医療の方式が望ましい。

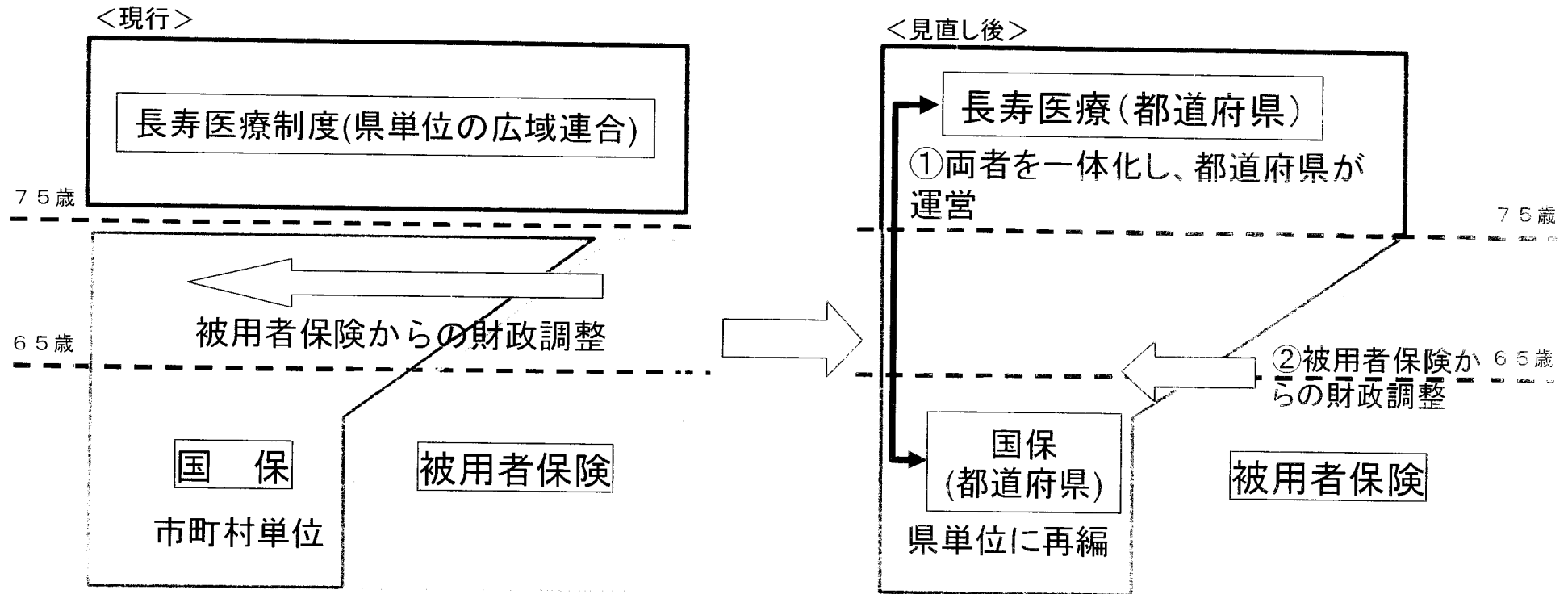
これに対して基本方針は、七十五歳以上の後期後一層顕著になるため、

高齡化進展の影響が今後一層顕著になるため、

高齡化進展の影響が今後一層顕著になるため、

高齡化進展の影響が今後一層顕著になるため、

# 長寿医療制度と国民健康保険の一体化に関する舩添大臣の私案のイメージ



## (制度のねらい)

- ① 制度としては、年齢にかかわらず一本化。
- ② 国保を都道府県単位とすることで、国保の財政が安定化。
- ③ 地域医療において、都道府県が主体的な役割を果たす。

## (今後解決すべき課題) ※詳細は1年を目途に検討

- ① 高齢者の保険料に配慮しながら、制度を一体化する具体的な方法や、財政調整の仕組み。
- ② 地域の国保保険料を統一する際の激変緩和措置。
- ③ 都道府県が運営主体を引き受けてくれるための条件整備

いいバスだと思っただけどこんなに不満があるんだなあ...

## 県単位75歳専用バス



### B町国保バス

### D町国保バス

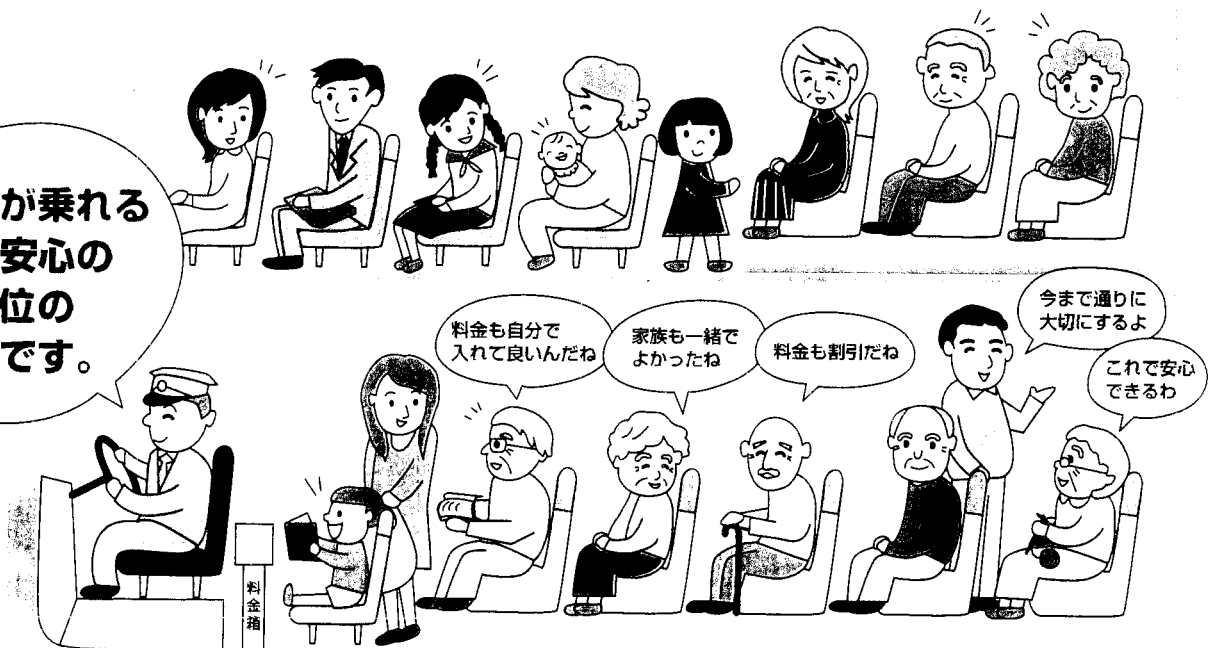
### A市国保バス

### C村国保バス



## 県単位の大型バス

誰もが乗れる安全安心の県単位のバスです。



# 問題の核心を見極めろ

新制度は寄り道だ

川淵孝一／東京医科歯科大学大学院教授

急増する後期高齢者の医療費

原則七十五歳以上（一定の障害のある六十五歳以上を含む）の高齢者約一三〇〇万人を対象にした後期高齢者医療制度（通称、長寿医療制度）が今四月からスタートした。厚生労働省（以下、厚労省）の不振や説明不足もあって評判が悪い。新制度では、職業に関係なく加入者全員が個人単位で保険料を負担するのが大きな特徴だ。年額

一八万円以上の年金受給者の保険料は介護保険と同様、各自の年金から天引きされる。

これに対して、年額一八万円以下の低年金者と、高齢女性に多いといわれる無年金者は、免除かと思つたら大間違い。自ら保険料を振り込む。一年以上の滞納者には保険料を支払うまで全額負担の「資格証」が交付される。

保険料は、被保険者の所得割額（所得に応じて負担する部分）と均等割額

（すべての人が等しく負担する部分）の合計額となる。都道府県単位の後期高齢者医療広域連合ごとに計算されるので、住んでいる県によって保険料は異なる。厚生年金受給額二〇八万円（年額・単身者）の場合は、平均月額六二〇〇円（厚労省試算）で、最高の福岡県（八四七九円）と最低の長野県（五九七五円）とでは一・四二倍の開きがある（二〇〇七年十一月二十六日付『しんぶん赤旗』）。

これまで夫や子供の被扶養者だった人たちは、当面は軽減措置がとられるが、最終的には介護保険料と合わせ、平均して月一万円程度になる。このほかに病院にかかった場合は、一〇％（現役並み所得者は三〇％）の自己負担が課せられる。

後期高齢者といえども相当の負担を課するのは、二〇〇六～二〇一二年のわずか六年間で、わが国の七十五歳以上人口が三三・六％も増える（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成十四年一月推計）」からだ。二〇〇八年版の高齢社会白書によれば、二〇五五年には総人口の二六・五％に達するという。事実、三三兆円を超えたわが国の国民医療費を見ても、七十五歳以上の医療費は九兆五三三六億円と全体の約三割を占めている。そして二〇二五年度には医療給付費は五六兆円に増え、その内の半分は後期高齢者が占めるという推計もある。

一人当たり医療費で見ると、二〇〇

五年度では、七十五歳未満が二〇・三万円なのに対し、七十五歳以上の後期高齢者では、八四万二五〇〇円と四倍を超える。したがって今後は、高齢者特に七十五歳以上の医療費をどう適正化するかが国民的課題になるだろう。

通常、医療費の抑制策として考えられるのは窓口負担の引き上げだ。だが、これももう限界に達している。例えば、療養病床という長期の入院を要する医療機関では、自己負担のほかに食費・居住費が自費となり、全部で七・五～一〇・五万円かかる。OECD三〇カ国の中でこれだけの窓口負担をお年寄りに課しているのは日本だけだ。

そこで登場したのが、七十五歳以上のお年寄りにも一定の負担をせよという考えである。

新制度は妥協の産物

併添要一厚生労働相は理念自体に問題はないというが、予期しなかったラブルが表面化している。

一番の問題は、厚労省の事前の調査不足もあって保険料が思いのほか高いこと。従前の国民健康保険料と比べて国は「ほとんど変わりない」「低所得者ほど下がる」などと説明していたが、むしろ保険料が上がる例が見られる。特に低所得者にとって、なげなしの年金からの引き落としは死活問題だ。

あきれたことに、厚労省は七十五歳以上のお年寄りが払っていた国民健康保険の保険料と新制度の保険料がどの程度変化したかをこれから調べるといって、年金と同様、最近の厚労省の事務手続きはあまりにずさんだ。全国的な非難の大合唱を受け、さすがの政府・与党も低所得者の保険料を軽減する対策を講じる方針を示している。

しかし、本当に国民が目を向けなければならぬことは、一連の厚労省の不祥事よりむしろ制度設計そのものだ。仮に、政府が激突緩和措置を講じたとしても、それは一過性の話にすぎない。というのは、高齢者の保険料は二

年ごとに見直されることになっており、医療費が推計どおり伸び続ければ、保険料の水準が高齢者の経済力を超えてしまい、破綻する危険性ははらんでいくからだ。ポイントは二つ。

まず第一は七十五歳で線引きし、「独立型」にした功罪。

そもそも医療制度改革が議論されたのは二〇〇〇年九月の社会保障制度審議会に遡る。つまり、八年越しの議論なのである。同審議会は「新しい世紀に向けた社会保障」を森総理大臣(当時)に提出したが、医療については、年金と同様、「今後とも社会保険方式を基本とする」ということが確認されただけで、何一つ、目新しいものがなかった。国民が求めているのは、医療制度の将来ビジョンなのに、これがまったく書かれていなかったのである。

そうした中で、厚労省は、二〇〇一年九月二十五日、二〇〇〇年度実施を旨指す医療制度改革試案「少子高齢社会に対応した医療制度の構築」をまと

め、同日の政府・与党社会保障改革協議会に報告した。

同試案は、今後の幅広い制度改革論議のたたき台として集約したもので、

①改革の基本方向、②高齢者医療制度の見直しを軸とする持続可能で安定的な医療保険制度の構築、③予防や医療提供体制に関する保健医療システムの改革——の三本柱で構成される。厚労省が自信を持って発表した試案だったが、これもすこぶる評判が悪かった。その理由は、小泉内閣のモットーである「痛みを伴う構造改革」をバックに待ちに待った試案だったが、蓋を開けてみれば既存の枠組みをベースとした「当面の打開案」にすぎなかったから。ここに「官僚依存改革の限界」を感じるわけだが、かと言って日本の政治家に保険の一元化や目的消費税の導入などの抜本策を打ち出せる逸材はいない。そこで同試案を中心に、厚労省は医療制度改革を進めた。

二〇〇一年十一月二十九日に政府・

「同床異夢」の関係にあった。

このように、一言で高齢者医療制度と言ってもお互いの利害が錯綜するの二筋縄ではいかない。そこで考え出されたのが、すべての団体の意見を少しずつ取り入れた「妥協の産物」だった。つまり、この制度は最初から問題をはらんだ仕組みだったのである。

将来、制度は維持できるのか

従来の老人保健制度では、七十五歳以上の人は国保または健保組合・政管健保に加入して保険料を支払っていた。老人保健制度は市町村が運営、一定の財政調整の仕組みで、健保は加入者割合に応じて老人保健医療を賄う拠出金を支払っていた。この仕組みを抜本的に変えて独立したのが今回の制度だ。

従来の老人保健制度の財政は、公費四六・五％＋公費拠出金一二・七％を合わせた約六割を公費が担っていたが、後期高齢者医療制度では公費負担割合は約五割に減る。まさに、財務省の

与党から厚労省案と「瓜二つ」の「医療制度改革大綱」が示され、同制度は〇六年六月の第一六四通常国会で、無修正で成立している。筆者も参考人として自説を述べたが、そのかい空しく与党強行採決で可決した。

実は、厚労省の試案が出る前までは、高齢者医療制度に関する議論が白熱していた。

その一つが七十五歳以上もしくは六十五歳以上を対象に独立した制度をつくり、医療費の六五〇％を公費で賄うという「独立方式」。日本医師会および経団連が提唱していた。これに対して健保組合の全国組織である健保連や連合は「突き抜け方式」を主張。サラリーマンが定年後に無職になっても、これまでのように国保や老人医療に任せっぱなしにせず、サラリーマンの健保で面倒を見るという考え方だ。

このほかに、すべての健保制度の統合・一本化を図るといふ、国民健保の団体や市長会、町村長会が主張する案。

「一人勝ち」である。保険料は医療給付費の一〇％で設定。しかし、国保や健保から拠出される支援金は四〇％が上限とされ、後期高齢者の数が増えれば後期高齢者の負担が増やされる。この部分がこの制度の最大の弱点である。年金以外に新たな収入の目処が立たない後期高齢者がどこまで負担増に耐えられるかは未知数だ。

特に、介護保険で「味をしめた」年金天引きという手法が皮肉にも自らの首を絞める。元社会保険庁長官・堤修三氏も指摘しているように「基礎年金から天引きされる保険料を際限なく引き上げることには抵抗がある」(〇八年四月三日付「しんぶん赤旗」)からだ。とりあえず、二〇〇四年度の年金改正で年金保険料の引き上げを一八・三％に留めることにしたが、その将来は必ずしも明るいとは言えない。その理由は年金給付を「マクロ経済スライド方式」に準拠することにしたため、経済情勢や少子化の動向のいかんによつ

さらに現行の制度の仕組みは変えずに、各制度の年齢構造を調整することで公平化を図るといふ案もあった。しかし、ここで留意すべきは、いずれの案を採用しても、国民の負担が増えるということだ。

また、同じ独立型でも「経団連案」と「医師会案」では全く異なる。一見すると、線引きする年齢対象のみが異なるように見えるが、実は①公費負担、②事業者負担、③現役負担、④高齢者負担、さらには⑤国民一人当たり負担の世代間格差——という点で大きく異なる。たとえば経団連案では、従来の老健拠出金廃止による事業主負担の軽減と追加的な消費税の影響のため、現役世代・前期高齢者・後期高齢者でほぼ同水準の負担となる。これに対して「医療保障」をベースとした医師会案は、後期高齢者の負担を軽減するとしており、この案を採用すると、従来の制度以上に現役世代と後期高齢者との世代間格差が拡大する。まさに両者は、

ては、老後に十分な年金給付を享受できない可能性が出てきたからだ。

年金には老後の生活保障という側面があり、特に、今の高齢者無職世帯には十分な配慮が必要である。総務庁統計局の資料（二〇〇四年）によれば、高齢無職世帯の一カ月当たりの平均収入は二〇万一千六二円で、そのうちの公的年金などの社会保障給付の割合は七八・一％となっている。一方、消費支出は二五万七三〇円で、可処分所得一七万五五〇九円を八万一千七二一円上回っている。つまり、高齢者無職世帯の家計は支出超過になっているのだ。不足分は貯蓄を取り崩して賄っていると考えられるが、これが今後も可能かどうかである。

同資料によれば高齢無職世帯の貯蓄現在高は約二八五万円で、そのうちの五三・九％は定期性預貯金が占めている。しかし、貯蓄高は、世帯間にバラツキが多く、三〇〇万円以上の高額世帯が全体の二四・〇％を占めてい

る一方で、六〇〇万円未満の世帯が一・九％存在する。

『老若論争が絆社会の崩壊に』

いま一つの懸念事項は「老若戦争」の危険性を秘めている点だ。

後期高齢者医療制度の運営は都道府県単位となり「適正化目標」に達しない場合は、厚労大臣が他の府県と異なる診療報酬を導入できるようにする（高齢者の医療の確保に関する法律、第一四条）。例えば、本来、一点一〇円だが、九円に引き下げられることもできるのである。そうすると、一人当たり老人医療費の高い福岡県や北海道のお年寄りは「バッシング」を受けるかもしれない。

さらに、恐ろしいのは、同制度の支援金の算定には、今四月から保険者に義務づけた特定検診・保健指導の推進による医療費の適正化の仕掛けが組み込まれていることである。端的に言えば、被用者保険の医療費の抑制が進め

負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整する仕組みが創設されたわけである。国の試算によれば、この財政調整で健保組合の負担は何と〇・二兆円から一・一兆円にアップする。しかし、実際の〇八年度予算推計ではさらに四〇〇億円伸びて一・五兆円に増えるという。また、主に中小企業が加入している政管健保は〇・六兆円から

一・五兆円に負担が増える。つまり、後期高齢者の負担もさることながら現役世代の負担も増大するのだ。実はこれが、同制度の目くらましの部分である。確かに、未曾有の超高齢社会に向けて世代内扶助と世代間扶助の組み合わせはある程度必要だが、一つ間違えと新たな世代間対立が生まれる可能性がある。現に現役世代の「給与表」（健康保険料）の表記は、「基本保険料」と「特定保険料」に区分される。「特定保険料」は、後期高齢者医療への支援金と前期高齢者医療への納付金である。それぞれが区分表記されることに

問題の核心を見極めろ

よって、高齢者医療区分として天引きされる金額に対する不満が醸成されると、姥捨て促進制度に発展する恐れがある。

これが制度改革の最大のメリットと厚労省の高官は豪語しているが、むしろ日本の美徳である「絆社会」の崩壊を危惧するのは筆者だけだろうか。

医療費総額抑制より歳入増大を！

わが国の皆保険制度は世界に冠たる素晴らしいシステムであり、今後も維持すべきである。しかし、そのためには、歳入を増やすしかない。

これまで高齢者の医療費を抑え込むと、政府は高齢者の自己負担額を引き上げてきたが、その効果は芳しくない。

内閣府の「構造改革評価報告書―医療制度改革」によれば、所得の高い高齢者の負担は二〇〇二年に一割から二割になったが、外来診療日数の低下は

ば、高齢者医療制度の保険料は高くなる。換言すれば、後期高齢者医療制度の支援金の増減（最大で一〇％）がメタボ対策の多寡によって決定されるということだ。アメとムチ政策が高じると「お前が肥えているから支援金が増えたではないか」「〇〇健康保険組合がメタボ対策に積極的に取り組んだおかげで、七十五歳を超えた私の保険料が上がってしまった！」となる可能性がある。市場原理もここまでくると「優生思想」と直結する恐れがある。

このほか、見逃されがちなのが、同制度と併せて前期高齢者（六十五〜七十四歳）の医療費に係る財政調整制度もスタートしたことだ。

従前、六十〜七十四歳の人は、国保や健保に加入していた。それが新たな前期高齢者医療制度では、原則六十から六十五歳に引き上げられ、新たに制度間の財政調整制度が実施された。

つまり、六十五〜七十四歳の人は国保・健保に加入したまま、保険者間のわずかで、「自己負担率上昇による外来診療日数削減効果は非常に小さい」としている。他方、一般の七十歳以上でも所得による影響の違いは統計的に認められなかった。つまり、高齢者を対象とした医療費抑制策は、短期的に財源は確保できても受診抑制効果はあまりないのである。

そこで、経済財政諮問会議が提案したのが、経済指標と連動した医療給付費の総額管理である。この案はとりあえず見送りとなったが、高齢者医療費の推移いかんによっては再び浮上する可能性がある。

確かに医療費の伸び率に一定のたがをはめるといふ総枠予算制はドイツやフランスで広く採用されているが、中長期的な実効性は極めて乏しいと言わざるをえない。医療需要が不確実なことに加え、医療には絶えず割高な技術進歩が伴うからである。また、「諸外国に倣って人頭払いを導入しては」という提案もあるが、やみくもに医療費

をコントロールしようとする。医療の質の低下を招く恐れがある。であればむしろ歳入を増やすことを考えたほうが得策ではないか。問題はその財源をどこに求めるかである。

仮に、医療・介護・年金といった社会保障費の増大分をすべて保険料で賄うとして、筆者らが政管健保をベースに推計したところ、二〇二五年時点の年収に対する保険料率は低く見積もっても三二・三％にも上る。

現在の保険料（医療八・二％、介護一・一三％、年金一四・九六％、合計二四・三三六％）でも、かなり家計が逼迫しているというのに、これだけ負担が増えるとなると、現役世代が働く意欲さえ失いかねない。

では、たびたび議論されている「社会保障・目的消費税」を導入するのはどうか。給付費の増加分をすべて目的消費税で賄おうとすると、二〇二五年に必要な目的消費税率は一五・三〇一六・一％。現在の消費税率が五％なの

ない。むしろ、保健・医療から介護まで一貫して提供する「地域包括ケア」の導入が望まれているのではないだろうか。

実際、厚労省も年金、医療、介護を統合した「社会保障カード」を意識してか、①医療・介護保険料の年金天引きに加えて、②共済年金の「職域加算」を廃止して、厚生年金との一元化を図る、③高齢者医療保険と介護保険の高額療養費制度を合算制にする、④年金保険の未納者に対しては、健康保険証を交付しない——といった方策を実施している。しかし、こうした「信賞必罰」の制度ではなくて、今、求められているのは医療保険と介護保険の併給ではないだろうか。例えば、末期がんや難病で苦しむ患者が医療保険を使うと、介護保険を利用することはできない。素人には大変わかりにくい、こうした理不尽な制度がまかり通っている。仮に、高齢者医療と介護保険制度の統合が進めば急性期・回復期リハ

で、最終的には二〇・三〇二一・一％になる。しかし、消費税は国民に「不人気な税金」。このため政治家は、二けた台の消費税率への移行は選択肢として有権者に示してさえこなかった。

#### 高齢者医療と介護保険を統合せよ

それではどうしたらよいか。

野党は年金天引きを即刻、廃止して、〇九年四月一日から従来の「老人保健制度」に戻すことを提案している。その理由は、七十五歳以上で線を引く科学的根拠などないからだという。

実際、筆者らが全国八四の一般病院から回収した入院データを分析すると、悪性新生物では確かに七十五歳以上の医療費が高いが、心疾患や脳血管疾患では、七十五歳未満のほうがむしろ高いという結果だった。この推計が正しいとすれば、マクロ分析でよく指摘される「お年寄りは高くつく」という「常識」はあやしいと言わざるをえない。

しかし、九九・九％の後期高齢者に

ビリは医療保険で、維持期のリハビリは介護保険という「縦割り行政」も打破できるのではないか。

ちなみに、筆者らが高齢者のデータを使って医療費や介護費用が介護予防に及ぼす効果やその持続性について検討したところ、二つの知見を得た。

一つは疾病等により認知症が進むにしても、医療費をかけることは認知症の進行を遅らせるということ。また、介護費用を増加させることは利用者の自立を促す傾向がある。つまり、医療費や介護費用は、望ましいアウトカム（成果）をもたらすということだ。さらに、認知症の程度と介護費用には正の相関があった。したがって、医療費を増加させて認知症の程度を改善することにより介護費用を削減することができる。

いま一つは、医療費には相当の「持続性」があり、一旦病気になるると持続的に医療費がかかるということ。特に、高齢者、医療費が高額な人、認知症の

保険証がすでに届いていることを考えると廃止にかかるコストも馬鹿にならない。確かに「高齢者の医療保険料と介護保険料はゼロにします」というマニフェストはお年寄りにとっては魅力的だが、問題はタダにした財源をどうやって工面するかである。医療・介護で月額一万円を超えた保険料を免除した場合の財源一兆五六〇〇億円（①一億円×二一ヵ月分×一三〇〇万人）を誰がどう負担するかを国民に問う必要がある。二〇二五年には筆者の推計では約四・六兆円（今の二・七倍）に増えるだけに事は重大だ。

そこで提案したいのが、（後期）高齢者医療制度と介護保険制度をドッキングさせて保険制度を効率化する案。政府は、医学的には退院が可能だが、受け皿がないために在院を余儀なくされている、いわゆる「社会的入院」を是正するために、医療と介護を峻別しようとしている。だが、「要医療」と「要介護」の線引きほど難しいものは

患者は持続性が高くなっており、当該患者は、病苦に加えて持続的に医療費を支払わなければならないという「二重の負担」を強いられている。

以上からも多くの後期高齢者が負担増に耐えられなくなつた際、安定した財源をいかに確保するか、即刻、本音で議論しておく必要がある。北欧並みに消費税を増やして皆保険制度を維持させるのか、それとも、自己責任に重きを置き、民間保険中心の米国型にするのか。超高齢社会に突入するわが国の将来は「きれいごとではすまされない」。もちろんムダ遣いは排除しなければならぬが、もはや、先送りには不可能だ。次回の選挙は社会保障を争点にすべきだ。国民も現実を直視する必要があるだろう。

かわぶちこういち 一九五九年富山県生まれ。一橋大学商学部卒業。シカゴ大学経営大学院修士課程修了。民間病院・企業勤務の後、旧厚生省国立医療・病院管理研究所などを経て現職。専門は、医療経済学、医療政策、医業経営。