

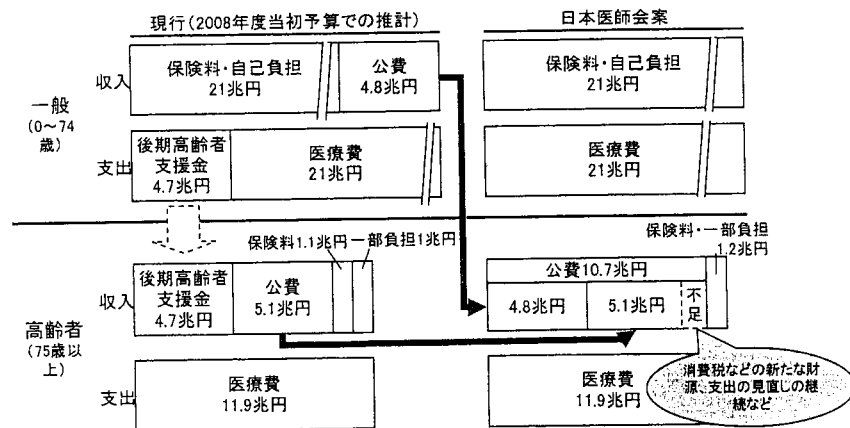
強)、全国健康保険協会(旧政管健保、以下協会けんぽ)で約0.8兆円(給付費の13.0%、後期高齢者支援金の16.4%)である。

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の投入がなくなるが、同時に一般医療保険では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、公費の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(詳しくは後述)。

また、一般医療保険で給付費に対して公費が投入されているのは、国保、協会けんぽのみであり⁷³、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(特に消費税)配分の見直しも必要になる。

図2-2-2 医療費財源の概要



*生活保護、精神保健福祉等の公費負担医療を除いて図示。一般の医療費は最近の医療費動向からの推計。それ以外は、当初予算ベース。
四捨五入差があるため内訳と合計が合わないところがある。紙面の都合で縮尺は合っていない。

⁷³ 組合健保にも事務費に対する国庫負担(2008年度当初予算49億円、給付費に対する臨時補助(同53億円)がある。

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。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、医療費抑制は公費負担割合に比例して強化されてきたわけではない。

また、後期高齢者医療制度、国民健康保険、協会けんぽに対しては公費負担があり、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、保険者ごとに医療費の締め付けに濃淡があったわけではなく、一律に医療費抑制が強いられてきた。

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のであり、日本医師会は、医療費抑制政策の撤回を最重要課題として取り組んでいく。

④ 保険料と患者一部負担をあわせて1割

現行制度では、患者一部負担は医療費の1割、さらに給付費の1割が保険料負担である。法律には、後期高齢者の保険料の負担割合を、若人減少率の2分の1の割合で引き上げると明記されている⁷⁴。将来的に若年人口の減少が見込まれる中で、保険料の上昇に対する高齢者の不安が増大しており、保険料を賦課しない方式を求める声もある。一方で、保険料を徴収しない仕組みにすれば、高齢者が被保険者として制度運営に積極的に関与、発言できる機会が失われるとの指摘もある。

日本医師会は、保険料負担を限りなく小さくすることも視野に入れ、日本医師会の現時点でのスタンスを「保険料と患者一部負担をあわせて1割」とする。保険料については状況に応じて、柔軟に減免の対応をとる。免除の場合には保険料未払いではなく、現在の資格証明書による窓口全額負担のような問題も回避することができる。

患者一部負担については、所得によらず一律にする。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。

⑤ 都道府県主体の運営に

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。広域連合は各市町村に対し、保険料の徴収、各種申請書の受付、被

⁷⁴ 「高齢者の医療の確保に関する法律」第100条第3項、第104条第3項。
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/hoken83b.pdf>

保険者証の引渡しなどの窓口業務を委託している。高齢者や住民の立場に立てば、広域連合と市町村の役割がわかりにくく、責任の所在も不明確である。

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。ただし、公費の財源は主として国庫負担とし、地域間格差を生じさせない仕組みにする。

(3) 看取りの医療「終末期医療のガイドライン 2009」

2007年5月、厚生労働省の終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会は、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。

日本医師会は、医療現場での実践により即したガイドライン策定が必要との判断から、生命倫理懇談会において検討を重ねるとともに、2007年8月、「グランドデザイン 2007—各論」において、「終末期医療のガイドライン」を提示した。

このガイドラインおよび2008年2月に公表した第X次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインについて」を踏まえ、あらためて日本医師会としての「終末期医療のガイドライン 2009」を提示する。

日本医師会「終末期医療のガイドライン 2009」

1. 終末期とは

(1) 広義の「終末期」（単に「終末期」と表現するときは、これを指す）

担当医を含む複数の医療関係者⁷⁵が、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化⁷⁶することを食い止められずに死期を迎えると判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等⁷⁷が「終末期」であること

⁷⁵ 担当医、担当医以外の1名以上の医師、看護師、准看護師又はソーシャルワーカーその他の医療関係者をいう（以下、「複数の医療関係者」については同様）。

⁷⁶ 数カ月後に死亡することが見られていても、担当医が、病状が安定的に推移していると判断する場合には、この限りではない。

⁷⁷ 患者本人の身近にあって、患者本人の意思を推定し尊重できる家族等。法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている代理人を含む。

を十分に理解⁷⁸したものと担当医が判断した時点から死亡まで。

(2) 狭義の終末期（臨死状態）

臨死の状態で、死期が切迫している時期。

2. 終末期医療の基本的あり方

(1) 患者本人・家族等との十分な話し合いの上で行う。

(2) 患者本人の個別状況に配慮して行う。

(3) 可能な限り、疼痛やその他不快な症状を緩和し、患者本人・家族等の精神的ケア、社会生活に関する援助を総合的に行う。

(4) いかなる場合においても、治療の中止以上に死期を早める処置（積極的安楽死や自殺補助など）は行わない。

3. 終末期における治療方針の決定手続き

患者本人・家族等の意思は、①患者の意思、②家族等が推定する患者の意思、③家族等の意思、の順に優先とする。

(1) 終末期と判断されてから、死亡までにある程度の時間が見込める場合

1) 担当医が医学的見地から、患者本人および家族等が病状について十分に理解できるよう説明し、今後の治療について多様な選択肢を示す。この時点での「病名告知」・「予後告知」の問題は、患者本人・家族等の意思を踏まえて担当医が総合的に判断する。

2) 今後の治療内容について、患者本人・家族等の意思を確認し、文書に記録する。

3) 担当医を含む複数の医療関係者が、患者本人・家族等の意思を踏まえて総合的に治療を決定し、文書で、患者本人・家族等の承諾を得る。

4) 病状に変化があったときにはあらためて説明を行い、従前の患者本人・家族等の意思やいったん決定した方針にこだわらず柔軟に対応する。

(2) 一定の終末期を経て臨死状態に入った場合

1) 患者本人に意識がある場合には、基本的にも上記3-(1)に準ずる。

2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には次のとおりとする。

⁷⁸ 患者もしくは家族等が十分に理解したことを文書に残すことが望ましい。

①担当医は、複数の医療関係者の下で、家族等に対し、患者本人の従前の意思が記録された文書を示し、患者本人の意思を伝える。その上で、家族等の意思を確認する。

②家族等が患者本人の従前の意思を覆す意思を示した場合には、再度、患者本人の従前の意思を伝えるよう努める。

③患者本人が従前、臨死状態に入った場合に治療を中止することを要望しているも、治療の中止には家族等の同意⁷⁹が必要である。

④患者本人が従前、臨死状態での治療の中止について明確な意思表示をしていない場合には、家族等の要望があれば治療を中止できる。

(3) 急性期治療中で臨死状態に入った場合

1) 患者本人に意識がある場合には、基本的に上記3-(1)に準ずる。

2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には、基本的に上記3-(2)に準ずる。

3) 患者本人・家族等が意思をまとめる時間的余裕がない場合、または意思をまとめることが困難な場合で、かつ患者本人・家族等から「担当医の判断にゆだねたい」という意思表示⁸⁰がある場合には、担当医を含む複数の医療関係者が方針を決定し、患者本人・家族等の承諾を得る。

付帯事項

1. 「終末期」ではない場合の対応

担当医を含む複数の医療関係者が「終末期」と判断していないにもかかわらず、患者本人・家族等から治療の縮小・中止を求められる場合がある。この場合も患者本人・家族等の意思を尊重するが、終末期に入っておらず治療の可能性が残されていることの説明を繰り返す行などの慎重な対応が望まれる。

⁷⁹ 家族等の同意は文書上で行うことを基本とする（以下、同じ）。

⁸⁰ 原則として文書で患者本人・家族等の承諾を得るべきである。その時間的余裕もない場合には、できるだけ、担当医が複数の医療関係者の立会いの下に家族等に口頭で方針を伝え、口頭で承諾を得る。

2. PVS (Persistent Vegetative State: 遷延性植物状態) 患者について

PVSは、しばしば脳死患者と混同されるが、栄養補給、感染症予防などの医学的な全身管理によって長期の生存が可能であるため、本ガイドラインの終末期の定義「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず、本ガイドラインでは治療を中止することはできない。ただし、PVS患者が前述したような経過で本ガイドラインの定義に該当するようになった場合は、その対象となる。

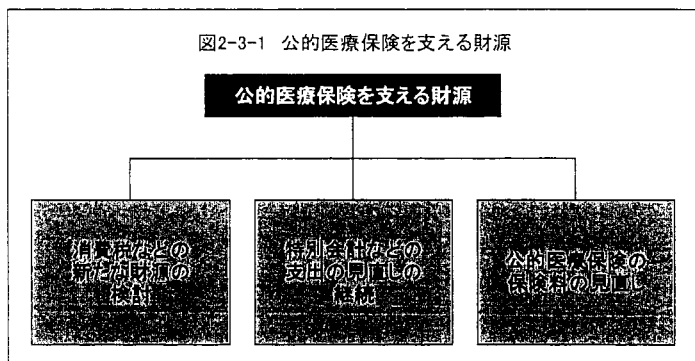
3. ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis: 筋萎縮性側索硬化症) 患者について

ALS患者が予め、救急事態が生じた場合の呼吸器装着を明確に拒否していたにもかかわらず、急変した際に運び込まれた救急センターで、呼吸器を装着されたため、意識を取り戻した患者がその抜管を求めた、あるいは呼吸困難な状態で本人の同意により呼吸器等が装着されたが、後日、患者がその取り外しを求めたというような場合がある。本ガイドラインの終末期の定義「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず、本ガイドラインでは治療を中止することはできない。

3. 公的医療保険を支える財源

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）に公費を投入せず、保険原則で運営することを提案する。図2-2・2（65頁）に示したように、一般医療保険について2008年度を例に試算すると、公費の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、保険料収入が減少し、給付費支出が増加すると予測される。またさらなる高齢化に伴い、高齢者のための公費の確保も重要になる。

そこで、日本医師会は、①消費税などの新たな財源の検討、②特別会計などの支出の見直しの継続、③公的医療保険の保険料の見直し、の3つを同時並行で進め、財源を確保することを提案する（図2-3-1）。



(1) 消費税などの新たな財源の検討

現在、消費税は一般会計の予算総則で、基礎年金、後期高齢者医療、介護の国庫負担に充てることが定められている。一般医療保険にも国庫負担はあるが、財源は消費税以外の一般財源である。

基礎年金の国庫負担は2003年度まで給付費の1/3であったが、2009年度から、給付費の1/2である。

後期高齢者医療制度の給付費の構成は大まかに、公費50%（国庫33%）、一般医療保険からの支援金40%、保険料10%である。

介護給付費は、公費50%（国庫は施設20%、居宅は25%）、保険料50%で構成されている（図2-3-2）。

図2-3-2 社会保障給付費の構成と消費税を充てるべき国庫負担（2008年度）

| 消費税を充てるべき経費 | | | | |
|--|---|-----------------|--------------|---------|
| 基礎年金 | 国 (2003年度まで1/3。その後、段階的に引き上げて2009年度以降1/2) | | 保険料 | |
| 後期高齢者医療 | 国 3.4兆円 33% | 地方 1.7兆円 17% | 一般からの支援金 40% | 保険料 10% |
| 一般医療 | 国 5.5兆円 公費負担医療 | | 地方 | 保険料 |
| | 国保 協会けんぽ | 支援金 納付金 | | |
| <small>国庫負担国保・定率国庫負担34%、調整交付金9%、政管：一般給付費の13%、後期高齢者医療支援金・介護納付金の16.4%</small> | | | | |
| 介護 | 国 1.9兆円 | 地方 | 第2号被保険者納付金 | 第1号保険料 |
| <small>国・地方の内訳 施設：国20%、都道府県17.5%、市町村12.5% 居宅：国25%、都道府県12.5%、市町村12.5% 第2号被保険者納付金：第1号被保険者保険料＝31%：19%</small> | | | | |

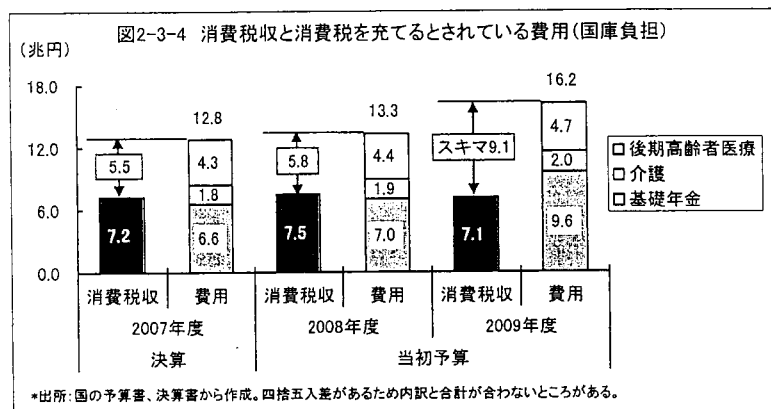
*紙面の都合で縮尺は含っていない。
*出所：国の予算書
後期高齢者の地方分は厚生労働省「後期高齢者医療財政の概要(案)」(全国老人医療・国民健康保険課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議資料、2008年2月6日)より。

消費税率5%は、国税4%、地方消費税1%に分けられる。さらに国税4%のうち29.5%は、地方交付税として地方に交付される。2009年度予算では国税10.1兆円のうち、国分は7.1兆円である(図2-3-3)。

図2-3-3 消費税の構成(2009年度)

| | | |
|----------------------|---------------------|---------------------------------------|
| 消費税率 5% | | |
| 地方消費税 (地方税) 1% | 消費税(国税) 4% (10.1兆円) | |
| | 地方交付税 4% × 29.5% | 国分(7.1兆円) 4% × 70.5% (全体の56.4%) |

消費税を充てる経費の合計額は、消費税収(国分)よりも多い(図2-3-4)。この差は「スキマ」と呼ばれ、消費税以外の財源でまかなわれる。基礎年金国庫負担割合が1/2に引き上げられる2009年度には、基礎年金国庫負担だけで消費税収を上回る。基礎年金は、2009年度、2010年度には、財政投融资特別会計から一般会計への繰り入れによって財源を手当てするが、その後の財源確保は喫緊の課題である。



社会保障国民会議の「最終報告」⁸¹では、基礎年金を全額税方式とした場合の消費税率も試算されている。消費税の使途として基礎年金が優先されてしまえば、後期高齢者医療、介護には他の一般財源の税収を充てるか、保険料や一部負担を引き上げるしかなく、医療費、介護費のさらなる抑制が懸念される。

日本医師会は、これまで歳出改革等が徹底されるよう、新たな財源(消費税)については「最終手段」であるとしてきた。しかし、社会保障の中で年金の財源確保を優先するかのような議論が進んでいることから、2008年5月に方針転換を図り、公的医療保険の再構築、特別会計の見直し、独立行政法人の見直し等と「同時並行で」、消費税について検討すべきとした。

消費税の議論を行なう際には、同じ社会保障として年金、高齢者医療、介護に対する国庫負担のあり方を同じ土俵にあげなければならない。日本医師会は、そのためにも、高齢者医療については、公費(主として国庫負担)割合を9割にし、消費税の受け皿にすることを主張する。

また社会保障が平時の国家安全保障であるという認識に立てば、消費税に限定せず、累進性の高いといわれる所得税⁸²など、幅広く財源のあり方を検討すべきである。また国民医療費における事業主負担は、1992年度には25.1%であったが、2006年度には20.2%にまで低下しており、医療費負担のあり方も検討課題である。

なお、たばこ税については、日本医師会は健康面からの増税を主張している。

⁸¹ 社会保障国民会議「最終報告」2008年11月4日、<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/saishu.html>

⁸² 所得税は最高税率が引き下げられてきた経緯がある。所得税の最高税率: 1984年70%、1988年60%、1989年50%、1999年37%、2007年40%

(2) 特別会計などの支出の見直しの継続

特別会計には2007年度末で204.9兆円の積立金がある(図2-3-5)。このうち年金積立金136.1兆円(厚生年金127.1兆円、国民年金9.0兆円)は、将来の国民に対する債務であるが、年金積立金以外にも68.9兆円の積立金がある。

一方で、負債をかかえる特別会計もあるため、貸借対照表の資産から負債を除いた正味財産にも着目した。貸借対照表では、年金積立金は「公的年金預り金」として負債に計上されている。2007年度末には、特別会計全体で資産635.0兆円、負債534.3兆円、正味財産(資産-負債)は100.8兆円であった(図2-3-6)。積立金(年金を除く68.9兆円)以外の正味財産も少なくないことを示している。

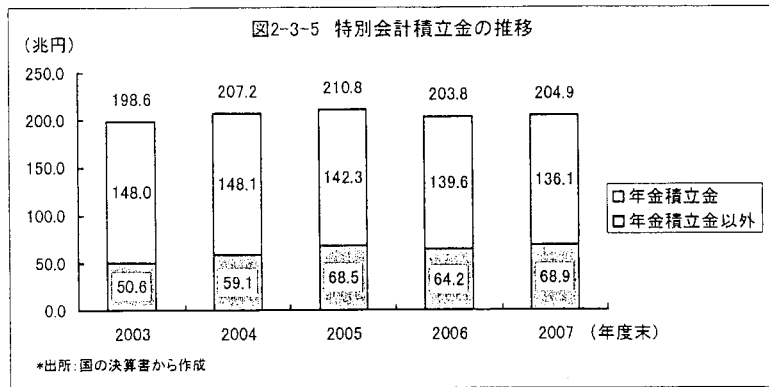


図2-3-6 特別会計の貸借対照表(2007年度決算)

| 資産 635.0兆円 | 負債 534.3兆円 |
|--|---|
| 現金・預金 有価証券 貸付金 運用寄託金(年金) 有形固定資産 (土地・建物等) 出資金など | 政府短期証券 公債 借入金 預託金 公的年金預り金 など |
| | 正味財産 100.8兆円 |

*出所: 財務省『平成19年度特別会計財務書類の主要計数一覧表』
四捨五入差があるため左右バランスしない

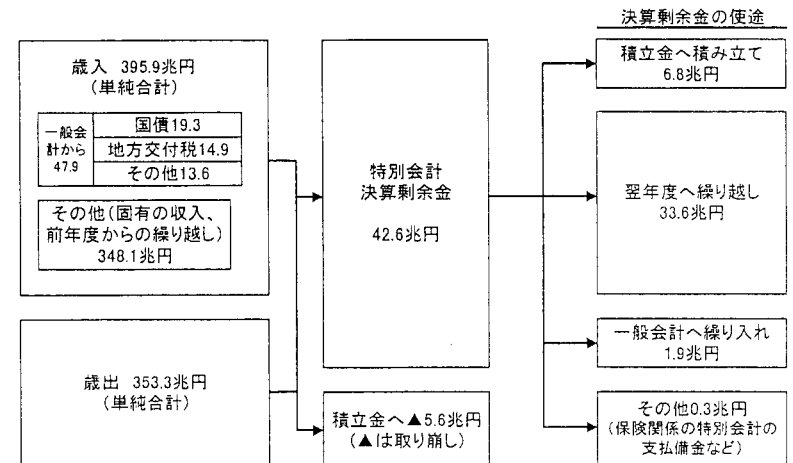
特別会計には、一般会計からの繰り入れもあり、2007年度の繰入額は47.9兆円であった(図2-3-7)。

特別会計では剰余金も発生している。2007年度決算では、特別会計の歳入は395.9兆円(会計間の重複控除前の単純合計)、歳出は353.3兆円(同じく単純合計)であり、剰余金は42.6兆円であった(図2-3-8)。一般会計からの繰入額に相当する大きさである。また毎年の決算では、予算を大きく上回る剰余金が出ている。

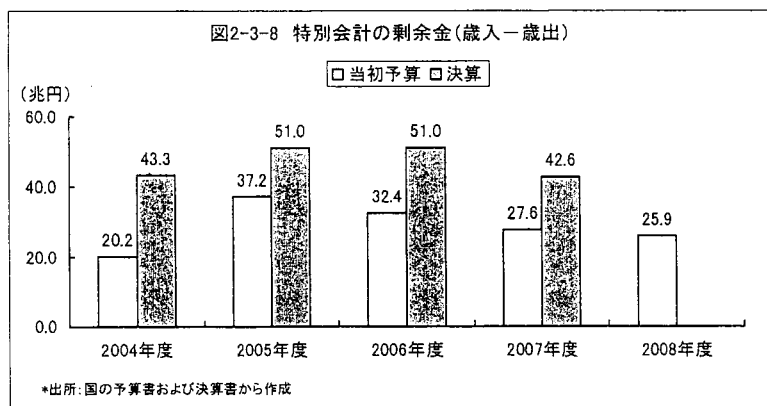
2007年度決算では、剰余金のうち、6.8兆円が積立金に積み立てられ、33.6兆円が会計内で翌年度に繰り越され、1.9兆円が一般会計に繰り入れられる。剰余金が出ない仕組みにしなければ、積立金は今後も増加する。

社会保障費をはじめ一般会計の歳出は厳しく抑制されている。特別会計については、2009年度当初予算等で、積立金が活用されることになったが、さらに会計の透明性を高めること、決算を重視して剰余金が発生しづらい仕組みにすること、そして、剰余金が出た場合には、原則一般会計等へ繰り戻すといった見直しが求められる。

図2-3-7 特別会計のお金の流れ-2007年度決算(推計)-



※注) 歳入・歳出は、会計間・勘定間の合計を含む単純合計。四捨五入差のため内訳と合計が合わない箇所がある。
*出所: 国の決算書から作成



独立行政法人は2006年度には104法人⁸³あり、国から3.4兆円の財政支援⁸⁴が行なわれた(図2-3-9)。2005年度の4.6兆円に比べて、2006年度は減少しているように見えるが、2005年度には年金資金運用基金に1.1兆円が支援された⁸⁵。この要因を除けば、2005年度3.4兆円、2006年度3.4兆円と、法人数が減少しつつあるにもかかわらず、まったく減っていない。2007年度以降も、ほぼ横ばいである。

独立行政法人は、事業を「効率的かつ効果的に行わせることを目的として」(独立行政法人通則法)設置されている。効率的、効果的とは、自立的な運営が期待されているということでもあるが、国からの財政支援のうち運営費交付金(経常的な運営のための補助金)だけで2006年度は1.7兆円に達している。また、独立行政法人の約2割では、経常収益⁸⁶に占める運営費交付金の割合が90%以上である。

また、国は独立行政法人に対して出資もしており、政府出資金残高は、2006年度末で17.7兆円である。出資金を元に、利益を上げていけば問題はないが、赤字が累積し、出資金が目減りしている法人が半数以上ある。

⁸³ 医療分野でいえば、(独)国立病院機構は含まれるが、国立大学は国立大学法人でありこの外敷。

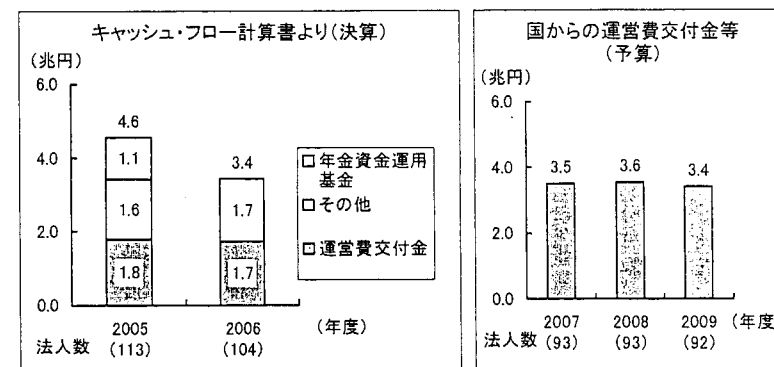
⁸⁴ 各独立行政法人キャッシュフロー計算書の、運営費交付金、補給金、補助金、受託収入、施設費補助金等の合計。

⁸⁵ 年金資金運用基金の承継一般勘定は、解散した年金福祉事業団から住宅資金の貸付金、保養所資産を承継した。2005年度に得た政府交付金により、資産を圧縮し、保養所資産も整理して累積赤字を解消した。2006年度からは年金積立金管理運用独立行政法人。

⁸⁶ 造幣局、国立印刷局については、売上高と営業外収益の合計を経常収益とした。

出資金が目減りした法人や、債務償還能力がない法人では新たに借入れをするか、国から追加の財政支援を仰がざるを得ない。しかし、国からの支援は、一般会計、特別会計からの支出であり、社会保障費などにも大きな影響を与える。現在進められている「独立行政法人整理合理化計画」⁸⁷の徹底および強化を求めたい。

図2-3-9 独立行政法人に対する国の財政支援



*出所: 2005年度の年金資金運用基金は、2008年12月民間企業仮定損益計算書。2007年度以降は、財務省「独立行政法人向け財政支出等について(政府案)」から作成。国からの財政支出がある法人のみ。

⁸⁷ 「独立行政法人整理合理化計画」2007年12月24日閣議決定。独立行政法人の統廃合、民営化、非公務員化などが盛り込まれている。http://www.kantei.go.jp/jp/singi/gyokaku/keitei/071224honbun2.pdf

(3) 公的医療保険の保険料の見直し

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。そこで、保険料は原則として所得（または年収）に比例させることとする。

① 被用者保険において保険料を年収に比例させた場合

被用者保険の保険料は「(標準報酬月額+標準賞与額)×保険料率」で計算される。報酬月額が117.5万円以上の場合、標準報酬月額は一律121.0万円、標準賞与の上限は540万円である。つまり、保険料は年収1,950万円(117.5万円×12カ月+540万円)までしか比例せず、年収1,950万円超の人はすべて年収1,950万円(以下、約2,000万円として計算⁸⁸⁾)で計算されている。

年収2,000万円を超える給与所得者は2007年には22万人で、給与所得者の0.4%である。仮に全員年収2,000万円として計算すると、給与合計は4.5兆円であり、年収2,000万円以下の人の給与も含めた給与総額は203.1兆円になる。しかし、実際の給与総額は205.8兆円(1.03倍)である。このことは、仮に保険料を完全に年収に比例させれば、保険料収入が1.03倍になることを意味している。現状の保険料は14.3兆円であるので、1.03倍になれば、保険料収入は14.5兆円になり、被用者保険で保険料を年収比例させた場合には、約0.2兆円の保険料増収効果が得られると試算される(表2-3-1、図2-3-10)。

表2-3-1 保険料を年収に完全に比例させた場合

| 給与階級 | 給与所得者 (万人) | 保険料が課せられて いる給与 ^{*1)} (兆円) | 給与総額 (兆円) |
|-----------|---------------|--|--------------|
| 2,000万円以下 | 5,310 | 198.6 | 198.6 |
| 2,000万円超 | 22 | 4.5 | 7.2 |
| 合計 | 5,333 | 203.1 | 205.8 |

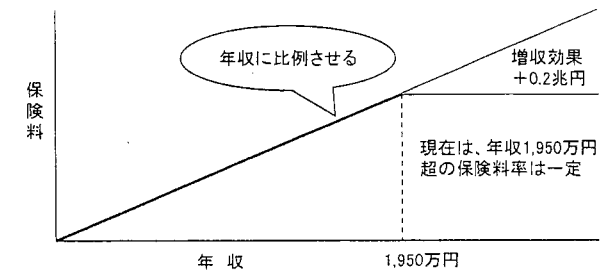
*出所: 給与所得者: 国税庁「平成19年分民間給与実態調査」

*1) 上限2,000万円で計算

| 保険料を年収に完全に比例させた場合 | | (兆円) | |
|-------------------|------|---------|----------------|
| | 現状 | 年収比例の場合 | |
| 保険料 | 14.3 | 14.5 | 増収効果 +0.2兆円 |

*現状の保険料は表2-3-4参照

図2-3-10 被用者保険における保険料のあり方のイメージ



② 国民健康保険において保険料を所得に比例させた場合

国民健康保険についても、基本的に、保険料を所得に比例させる。ただし国民健康保険については、現在の後期高齢者分を含んだ2006年度以前のデータしかない。したがって、一定の条件を仮置きした粗い試算と位置づけ、2008年4月の後期高齢者医療制度施行後のデータが公開され次第、あらためて検討を行なうこととする。

国民健康保険料(税)の計算方法は保険者によって異なるが、世帯単位で、所得割、資産割、均等割(世帯人数分)、平等割(1世帯当たりいくらか)が課される。

$$\text{所得} \times \text{所得割率} + \text{資産割} (\text{固定資産税}^{*1}) \times \text{資産割率} + \text{均等割} \times \text{世帯人数} + \text{平等割}$$

*1) 固定資産税または固定資産税額のうち土地および家屋に係る部分

⁸⁸⁾ 国税庁「平成19年分民間給与実態統計調査」には1,950万円の区切りがないため、2,000万円で区切って計算した。http://www.nta.go.jp/kohyo/tokei/kokuzeicho/minkan2007/pdf/000.pdf

ここでは、県庁所在地を例に、所得を「前年所得－基礎控除 33 万円」で計算し、資産割を課さない市について、算定式の平均を求めた（表 2-3-2）。

2008 年度の賦課限度額は、一般医療保険分がほとんどの市で 47 万円、後期高齢者支援金分が 12 万円である。

平均世帯人数は、2006 年度末で 1.88 人、うち老人医療受給対象者数 0.40 人⁹⁰である。2008 年度から後期高齢者医療制度が始まっているので、平均世帯人数から老人医療受給対象者を除いて 1.48 人で計算した。

平均世帯人員 1.48 人を保険料算定式に当てはめて逆算すると、一般医療保険分は所得 575 万円、後期高齢者支援金分は所得 519 万円で、それぞれ賦課限度額に達すると計算された（表 2-3-2）。

表 2-3-2 国民健康保険料(税)の平均

・所得割の算定基礎が「前年所得－基礎控除33万円」で、資産割を課さない県庁所在地
・平均世帯人員は1.48人

| | 所得 | 所得割率 (%) | 均等割 (円) | 世帯人数 (人) | 平等割 (円) | 賦課限度額 (万円) | 賦課限度額に達する推計所得 (万円) |
|-----------|---------------|----------|---------|----------|---------|------------|--------------------|
| 一般医療保険分 | 前年所得－基礎控除33万円 | 7.64 | 21,088 | 1.48 | 22,233 | 47 | 575 |
| 後期高齢者支援金分 | 前年所得－基礎控除33万円 | 2.15 | 6,289 | | 6,091 | 12 | 519 |

* 出所：国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「平成19年度版 国民健康保険の実態」

国民健康保険については、所得階級別に所得総額が捕捉できるデータがないので、所得 1,000 万円超の世帯の保険料を一律 100 万円（所得の 10%）にするとして、その部分の増収額を試算する。所得 500 万円台の世帯も、賦課限度額の 59 万円（一般と後期高齢者支援金分の賦課限度額の合計）あるいはそれに近い保険料を支払っており、これは所得の 10%以上になるからである。

国民健康保険全体の世帯数は、2005 年度には 2,701 万世帯⁹¹であるが、国勢調査と同じ比率で後期高齢者世帯がいるとして、後期高齢者のみの世帯を除いた世帯数を

⁹⁰ 国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「平成 19 年度版 国民健康保険の実態」（収載されているデータは 2006 年度のもの）2008 年 3 月

⁹¹ 国民健康保険中央会・都道府県国民健康保険団体連合会「平成 19 年度版 国民健康保険の実態」より 2005 年度の数字を使用。

2,473 万世帯と仮定する⁹¹。このうち所得 1,000 万円超の世帯比率は 1.5%⁹²であり、世帯数は推計 37 万世帯である。

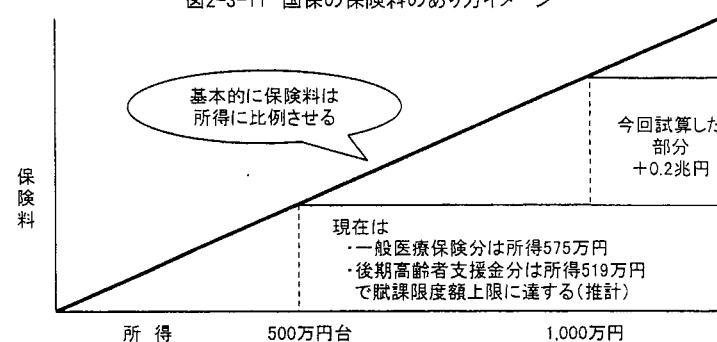
これらの世帯の保険料を 41.2 万円引き上げ 100 万円にするとした場合、その保険料増収効果は 0.2 兆円と推計された（表 2-3-3、図 2-3-11）。

今回は、所得 1,000 万円超の世帯の保険料を一律 100 万円にした部分の増収効果だけを試算したが、所得突き抜けて保険料を所得に比例させると、0.2 兆円を大きく上回る効果が得られると見込まれる。

表 2-3-3 国民健康保険の賦課限度額を引き上げた場合の粗い試算
－所得1,000万円超の世帯の保険料を100万円にした場合－

| | |
|------------------------------------|-----------|
| ① 国保世帯(後期高齢者のみの世帯を除く推計) | 2,473 万世帯 |
| ② 所得1,000万円以上の世帯比率 | 1.5 % |
| ③ 所得1,000万円以上の世帯(①×②) | 37 万世帯 |
| ④ 賦課限度額の引き上げ分(100万円－(46.8万円＋12万円)) | 41.2 万円 |
| ⑤ 保険料増収効果(③×④) | 0.2 兆円 |

図 2-3-11 国保の保険料のあり方イメージ



⁹¹ 総務省「平成 17 年 国勢調査」によると、75 歳以上人口は 11,602 千人、75 歳以上のみの世帯数は 2,912 千世帯である。国民健康保険では、75 歳以上の被保険者数は 9,089 千人。

<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/index.htm>

⁹² 厚生労働省「平成 17 年 国民健康保険実態調査」。この時点では、75 歳以上（2008 年度以降、後期高齢者医療制度に移行）を含むが、75 歳以上を除いた場合も、所得 1,000 万円以上の世帯の比率は同じとして計算した。
http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/index/kk_15_8.html

2) 保険料率の公平化

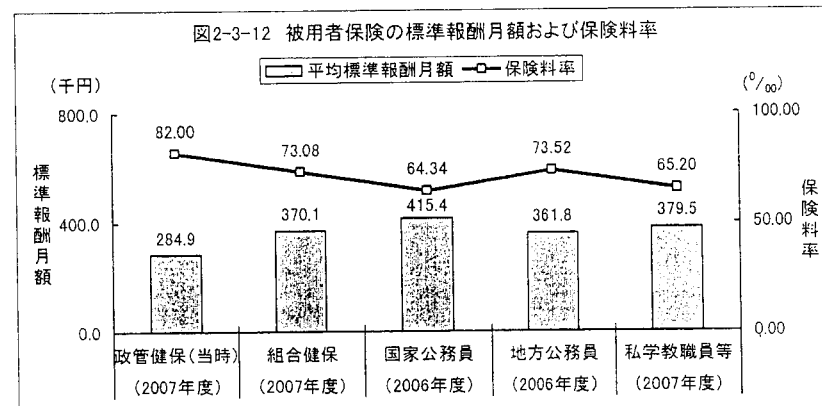
被用者保険の保険料は、標準報酬月額および標準賞与に保険料率（共済組合では掛金率）を乗じて決まる。

政管健保（現在は協会けんぽ）の2007年度の平均標準報酬月額は284.9千円ともっとも低いが、保険料率は82.00（‰）ともっとも高い。

政管健保は、2008年10月1日に協会けんぽに移行しており、1年以内に都道府県ごとの保険料率が設定される⁹³。厚生労働省の試算⁹⁴によると、最高は北海道の87.00（‰）、最低が長野県の76.00（‰）であり、11.00（‰）の差が開く。日本医師会は保険料率を一定にし、協会けんぽ内での財政調整を行なうことを提案する⁹⁵。

組合健保の保険料率の平均は2007年度73.08（‰）、2008年度73.90（‰）である。共済組合は、医療保険のほか年金等も扱っており、単純に比較はできないが、医療給付に相当する「短期給付」を取り上げると、国家公務員では2006年度平均標準報酬額は415.4千円であるが、保険料率（公務員共済の場合は掛金率と負担金率の合計）64.34（‰）であり、被用者保険中もっとも低い（図2-3-12）。

日本医師会は、被用者保険の保険料率を協会けんぽ（旧政管健保、都道府県別保険料ではなく全国一律）と同じ82.00（‰）にすることを提案する。その場合の保険料増収効果は約1兆円と試算される⁹⁶（表2-3-4）。



*出所：社会保険庁「政府管掌健康保険の平成19年度単年度収支決算の概要」2008年8月8日
健康保険組合連合会「平成19年度健保組合決算見込みの概要」2008年9月10日
財務省「平成18年度国家公務員共済組合事業統計年報」2008年2月
地方公務員共済組合協議会「平成18年度地方公務員共済組合等事業年報」2008年3月
日本私立学校振興・共済事業団「平成19年度 私学共済制度事業統計」2008年8月29日
※共済組合は介護分を含む

表2-3-4 保険料率を公平化した場合の効果の粗い試算

| | 現 状 | | 保険料率の公平化 | | 保険料増収効果 (B)-(A) |
|--------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------------|
| | 保険料率 (‰) | 保険料収入 (A) | 保険料率 (‰) | 保険料収入 (B) | |
| 協会けんぽ(2008年度見込み) | 82.00 | 6.3 | 82.00 | 6.3 | 0.0 |
| 組合健保(2008年度見込み) | 73.90 | 6.1 | 82.00 | 6.8 | 0.7 |
| 国家公務員共済組合(2006年度) | 64.34 | 0.5 | 82.00 | 0.6 | 0.1 |
| 地方公務員共済組合(2006年度) | 73.52 | 1.3 | 82.00 | 1.4 | 0.1 |
| 私学教職員等共済組合(2007年度) | 65.20 | 0.2 | 82.00 | 0.2 | 0.0 |
| 合計 | — | 14.3 | — | 15.3 | 1.0 |

*出所：社会保険庁「政府管掌健康保険及び全国健康保険管掌健康保険の単年度収支イメージ(医療分)」2008年9月3日
健康保険組合連合会「平成20年度健保組合予算早期集計結果の概要」2008年4月21日
共済組合は介護分を含む。保険料収入は、中衛協「医療経済実態調査(保険者調査)一平成19年6月実施一」。

⁹³ 健康保険法第160条。http://law.e.go.jp/htmldata/T11/T11HO070.html

⁹⁴ 「都道府県単位保険料率の機械的試算(平成15年度)」, 医療制度改革関連法に関する都道府県説明会配付資料
保険課説明資料, 2006年7月10日。

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/ryouseido01/pdf/tdfk02-03-03.pdf

⁹⁵ 現行制度でも、年齢調整、所得調整の仕組みはある。

⁹⁶ 後期高齢者医療制度施行後の2008年度のデータで試算すべきであるが、国家公務員および地方公務員の共済組合のディスクロズが遅れているため、2006年度の数字を用いており2008年度以降の後期高齢者の保険料収入が含まれている。このため、「粗い試算」との位置づけである。なお、被保険者に占める75歳以上の比率は、2006年度の政管健保(当時)のデータ(社会保険庁「事業年報」)によれば1.1%であった。

3) 保険者間の財政調整

2008 年度の見込みでは、一般医療保険の保険料および公費合計は約 22 兆円、ここから後期高齢者支援金として 4.8 兆円が支出され、残りが一般医療保険の給付費等に充てられる。

日本医師会案は、高齢者に公費を集中投入するため、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、一般医療保険の財源すべてを、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（65 頁、図 2-2-2）。今後も、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財政調整が不可欠である。

索引

【英字】

ALS (二次救命処置) 31,32,34
ALS (筋萎縮性側索硬化症) 70
CBT 33
DPC 42,43
GDP 48,49
OECD 20,22,25,39,48,49
OSCE 33

【あ】

医学部 20-22,28-33,35,37,38
医業収入 53
医師確保 22,26,27,28,30,37,38
医師患者関係 1,8
医師数 20,22,23,25,26-29,53,54
医師派遣 21,37,38
医師不足 1-3,5,15,19,20,21,22,24
,25,26,28,30,31,33,37,38,40
医師法第 17 条 32
一般会計 72,73,76,78
一般病床 41,46,47,54-56
医療安全 13,39,52,53
医療区分 44
医療費 1,2,3,5,15,19,28,41,44
,45,48,50-59,62,64-66,74
医療保険 9,44,48,58,59,64,65
,71,72,81-83,85

医療保険医療費 51
医療保険制度 58,59,64
医療療養病床 44,46,47,54-56

【か】

介護費 45,53-55,74
介護療養病床 44,47,54,55
介護老人保健施設 4,20,25
外来受療率 63
かかりつけの医師 10,11,12,19
患者一部負担 62,66
緩和ケア 6,7
基礎年金 60,72,73,74
救急医療 4,12,19,23,24
救急医療体制 4,16
給与 17,79,80
協会けんぽ 65,66,72,83-85
共済組合 65,66,83,84
組合健保 65,66,83,84
クリティカルパス 43
研修医 21,26,27,30-32,34-38
後期高齢者 60-62,64,66
,72-74,80-83
後期高齢者医療制度 50,51,58-60
,62,64,66,72,80,81-83
後期高齢者支援金 65,71,72,81,82,85
公的医療保険 71,74,79
公費 50,51,57,62,64-67,71,72,74,85

高齢者の医療の確保に関する法律
41,44,59,66
国保 59,65,72,82
国民医療費 48,50,51,53,55,74
国民健康保険 59,64,66,72,79-82,85
固定資産 53,75,80

【さ】

再生産 52,53
財政投融资特別会計 73
在宅医療 4,5,6,12,16,19,41,45,47
債務償還能力 78
社会保障 19,44,45,48,51
,61,72,74,76,78
社会保障国民会議 45,53-56,74
社会保障費抑制 45
終末期医療 6,7,60,61,67,68
終末期医療に関するガイドライン 67
受診抑制 61,63
受療率 62,63
小児救急 37,38
消費税 64,65,71,72,73,74
剰余金 76,77
将来推計 46,48, 50, 51
所得格差 62
新医師臨床研修制度 21,30-33
人口 1,000 人当たり医師数 20,25
人口 1,000 人当たり看護職員数 39
診療報酬 17,42,43,46,50-53
,55,56,59,60,61,64

スキマ 73
生活習慣病 61,63,64
政管健保 65,83,84
精神病床 41,47,55
全額自費 51
総医療費 48,49
先進医療 4,16
訴訟 14,17,19

【た】

地域医療研修ネットワーク 31,32
,35,36
地域間格差 67
中医協 (中央社会保険医療協議会)
42-44,52,53,60,61,84
賃金上昇率 53, 54
特別会計 71,74-78
独立行政法人 74,77,78

【な】

入院受療率 62
年金積立金 75,77

【は】

被用者保険 58,59,79,80,83,84
標準報酬月額 79,83,84
病床数 44,46,47,53-55
病床利用率 44,46,54
病診連携 16
物価上昇率 53,54

| | |
|----------|----------------------------------|
| プライマリ・ケア | 21,30-32 |
| フリーアクセス | 61 |
| 平均在院日数 | 1,4,41,42,45,46,56,63 |
| 保険料 | 58-60,62,65,66 71,72,74,79-85 |
| 保険料収入 | 71,79,83,84 |
| 保険料率 | 65,79,80,83-85 |
| ホスピス | 6 |

【ま】

| | |
|-------|----------|
| マッチング | 31,32,36 |
| 慢性期 | 44,62 |

| | |
|-------|--------------|
| 満足度 | 1,2,15,42,43 |
| 看取り | 67 |
| 無床診療所 | 52 |

【や】

| | |
|-------|----------|
| 有床診療所 | 46-47,52 |
|-------|----------|

【ら】

| | |
|--------|----------------------|
| リスク | 40,59,62,63 |
| 療養病床 | 1,4,5,19,41,44,46,54 |
| 臨床研修病院 | 30-32,35,36 |
| 老人保健 | 50,60,64,66 |

グランドデザイン2009

—国民の幸せを支える医療であるために—

2009年2月発行

■発行 社団法人日本医師会
〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
電話 (03) 3946-2121 (代表)

■発行人 唐澤 祥人

©(社)日本医師会 2009 Printed in Japan