

高齢者医療制度に対する健保連の考え方

平成 21 年 3 月 6 日
健康保険組合連合会

1. 健保組合の過重な負担

- 平成20年度の納付金・支援金等は4100億円の負担増(実賦課額。被保険者1人当たり2.6万円の保険料引き上げに相当)の2兆7400億円。保険料収入の46%を占める。
- 20年度予算は過去最大6200億円の赤字。健保組合の9割が赤字。
- 納付金・支援金等の急激な負担増によって、西濃運輸、京樽をはじめ、解散を余儀なくされる健保組合も増えている。
- 21年度以降も健保組合には過重な負担が続き、加えて、未曾有の経済危機による保険料収入の減少もあり、極めて困難な運営を迫られている。

(別添資料①～④参照)

2. 65歳以上の別建ての制度を

- 健保連は17年の「提言」で“65歳以上の別建ての制度、“公費5割目途、などを主張。
- これに沿って、前期高齢者医療制度と長寿医療制度(以下、後期高齢者医療制度)の区分のないひとつの高齢者医療制度(公費5割投入)にすべき。

(別添資料⑤参照)

3. 公費投入の早期実現と現行制度の見直し

- 健保組合の安定運営のため、さらには、協会けんぽや国保を含めた医療保険制度全体の持続可能性を高めるためにも、前期高齢者の層への公費投入は不可欠であり、早期実現が望まれる。当面、健保組合の解散に歯止めをかけるために、国庫補助の大幅な増額が必要。
- あわせて、納付金・支援金の負担方法など現行制度の問題点を見直し、前期・後期の区分のない制度の構築につなげるべき。(別記参照)

4. 社会保障のための安定財源確保

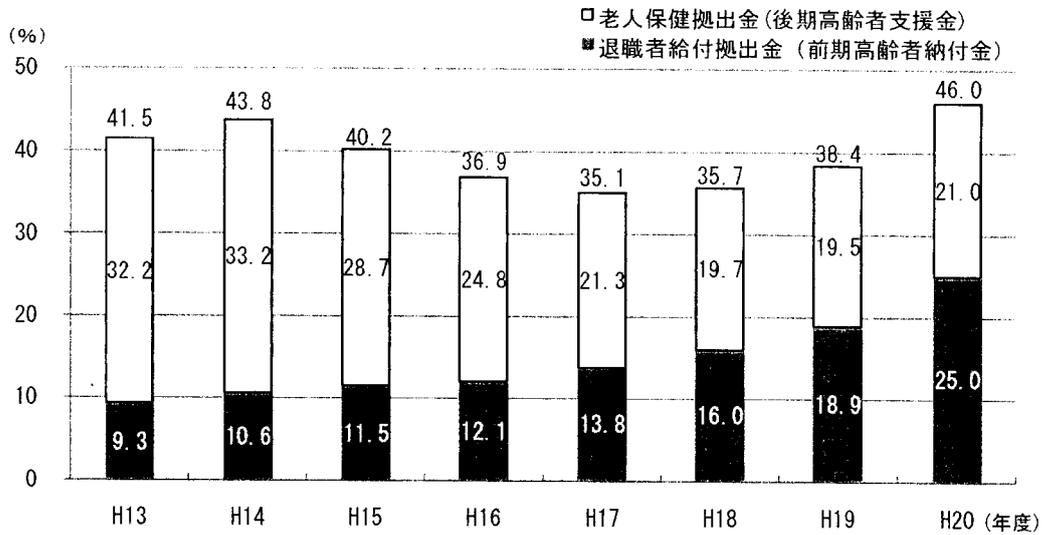
- 今後も増えつづける医療費。しかし、健保組合の負担はすでに限界。
- 社会保障費の一律削減(2200億円)方針を撤廃するとともに、消費税、たばこ税などの抜本的な税制改革により、社会保障の安定財源を確保すべき。

(別記)

現行制度における負担方法等の見直し

- (1) 前期高齢者の層への公費の投入が必要である。納付金・支援金の負担は、基本的に加入者数に応じたものとなっているため、所得水準の低い健保組合ほど負担が大きい。同公費投入を前提に、被用者保険の負担は各保険者の負担能力に見合ったものとする必要がある。また、各保険者の負担が過大にならないよう、十分な軽減措置を講じるべきである。【前期・後期共通】
- (2) 負担能力のない子供等、一定年齢以下の被扶養者は、納付金等の算定対象から除外すべきである。【前期・後期共通】
- (3) 前期高齢者医療制度の調整によって、健保組合は実人員の約5倍(70万人→360万人)の給付費を負担することになるが、後期高齢者支援金まで360万人相当分を負担することは不合理であり、見直すべきである。(“水増し問題、”)。【前期】
- (4) 前期高齢者医療制度は、基本的には給付費を調整する仕組みであるが、前期高齢者が負担する保険料をまず給付費に充て、そのうえで不足分を調整する仕組みとすべきである。【前期】
- (5) 後期高齢者医療制度では、若年者の支援金は給付費の約4割とされているが、現役並み所得のある高齢者の給付費に公費負担がなされていないため、その分が支援金に上乗せされている(→44%)。支援金ではなく、公費や高齢者の保険料で賄うべきである。【後期】
- (6) 現行制度では、納付金・支援金を一方的に賦課される。費用を負担する保険者等が直接その運営に参加する仕組み(運営協議会等)を設けるべきである。【前期・後期共通】

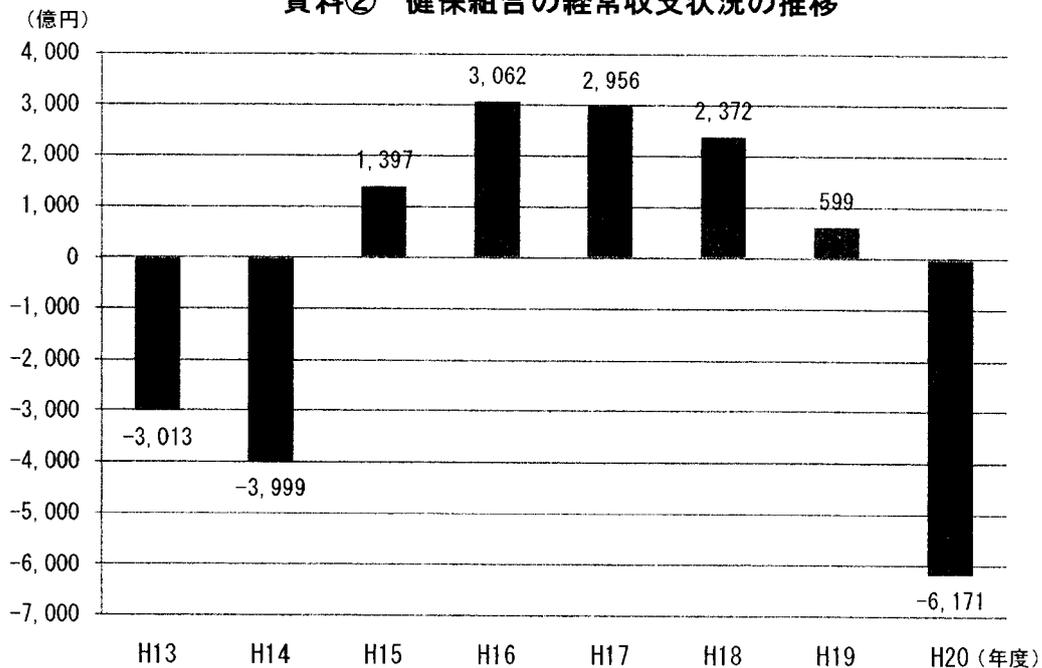
資料① 健保組合の保険料収入に占める拠出金割合の推移



(注1) 平成13年度～18年度までは決算、19年度は決算見込み、20年度は予算。

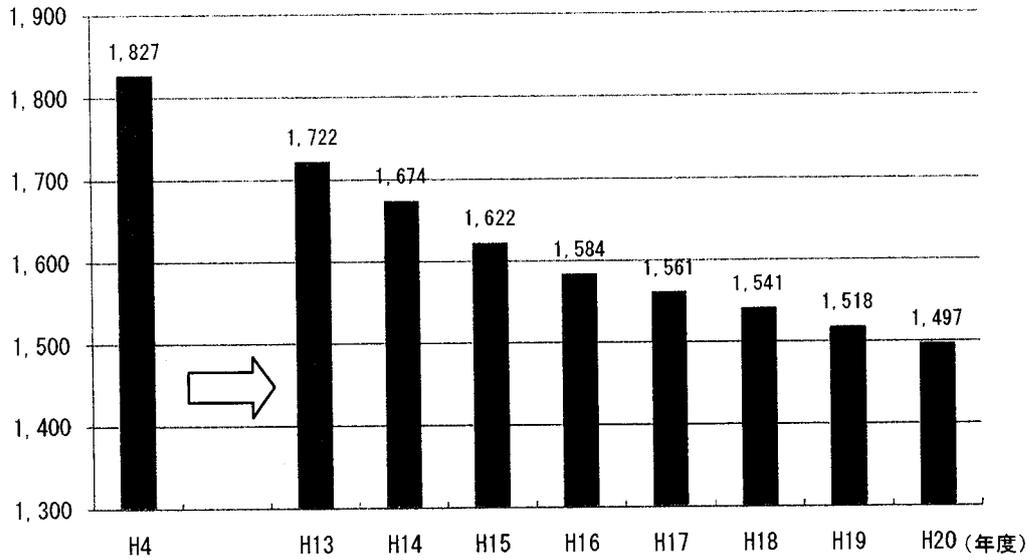
(注2) 20年度の後期高齢者支援金には20年3月分の老人保健拠出金の負担分を、前期高齢者納付金には20年3月および4月以降の経過措置に伴う退職者拠出金の負担分を含む。

資料② 健保組合の経常収支状況の推移



(注) 平成13年～18年度までは決算、19年度は決算見込み、20年度は予算の数値。

資料③ 健保組合数の推移

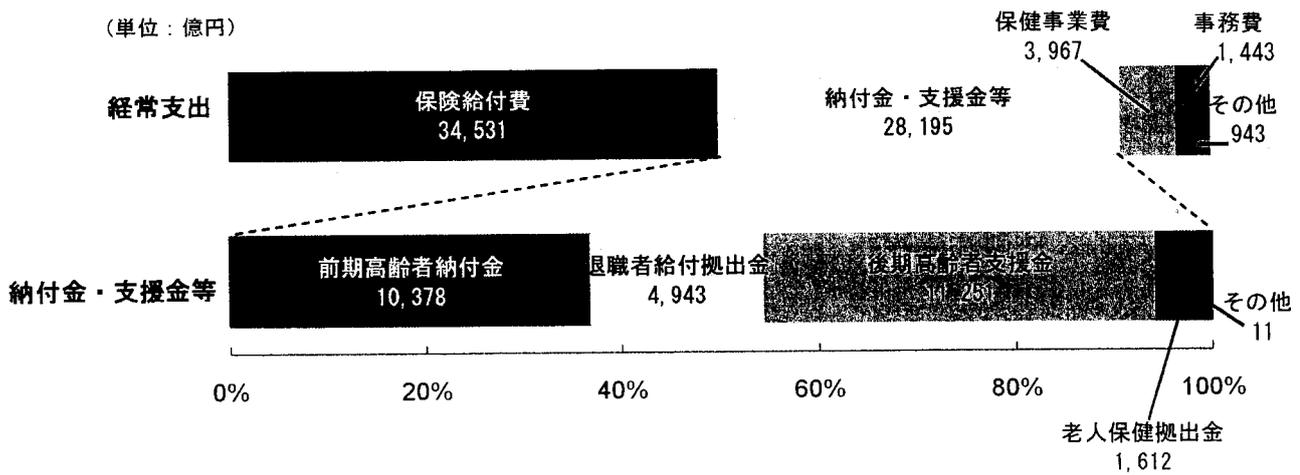


(注) 平成 19 年度以前は年度末、20 年度は 21 年 3 月 1 日現在の数値。

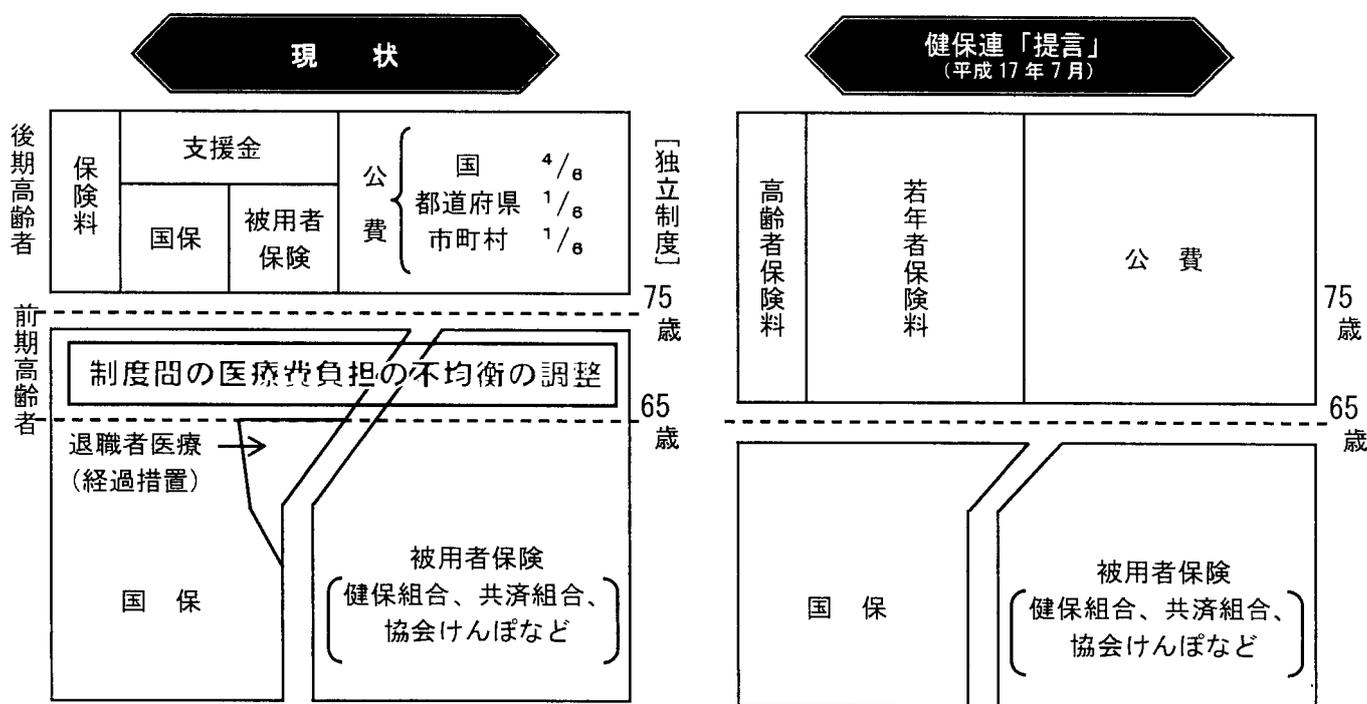
健保組合数のピークは平成 4 年の 1,827 組合。

資料④ 健保組合の経常支出および納付金・支援金等の内訳 (20 年度予算)

(単位：億円)



資料⑤ 高齢者医療制度に関する健保連の考え方



制度の特徴

■後期高齢者医療制度 (長寿医療制度)

- 75歳以上の人と65歳から74歳の一定の障害のある人を被保険者とする独立した医療制度。
- 後期高齢者の医療費全体から、患者が窓口で支払う一部負担金を差し引いた額を、概ね公費5、各保険者が拠出する後期高齢者支援金4、後期高齢者の保険料1の割合で賄う。

■前期高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡を是正するしくみ

- 65歳から74歳までの前期高齢者の医療費を各保険者が共同で負担するしくみ。
- 各保険者の前期高齢者の医療費をベースに、どの保険者も前期高齢者が同じ割合で加入していると仮定して調整が行われる。

制度の特徴

- 65歳以上の高齢者を対象とした独立型の制度。
- 現行の後期高齢者医療制度を前期高齢者の層に拡大するイメージ
- 運営責任主体となる保険者は、都道府県単位で行政から独立した公法人。費用負担者が運営に参画するしくみ。
- 患者一部負担をのぞく医療給付費について、公費負担5割を目的。それ以外の部分を、高齢被保険者と若年被保険者の人数比で按分し、それぞれ保険料として負担。
- 若年者の負担は、被用者保険と国保の若年者数で按分し、被用者保険では報酬(負担能力)に見合ったものとする(上限を設ける)。

財政調整・一元化阻止特別委員会 最終報告

平成20年12月4日



www.kenporen.com

目次

財政調整・一元化阻止特別委員会 最終報告	1
別添1 財政調整・一元化に対する健保連の考え方	3
はじめに	3
1. 一元化の問題点	4
2. 財政調整の問題点	6
3. 望ましい制度運営と財源政策	9
おわりに	11
参考資料1. 一本化、一元化、財政調整に関する概念整理	12
参考資料2-1. 財政調整・一元化に対する団体等の考え方	13
参考資料2-2. 財政調整・一元化に関する国会答弁	14
参考資料3. 医療保険制度における財政移転	15
参考資料4. 国民健康保険（市町村）・政府管掌健康保険・組合管掌健康保険の比較	16
参考資料5. 制度別医療費実績	17
参考資料6. 健保組合数の年次推移	18
参考資料7. 保険料収入に対する支援金・納付金の割合別組合数	18
参考資料8. 高齢者医療制度に関する健保連の考え方	19
参考資料9. 世帯主の年齢階級別1人当たり所得再分配状況	20
参考資料10. 世帯主の年齢階級別1世帯当たり家計資産額	20
参考資料11. 国保の所得階級別保険料負担率	21
参考資料12. 国保財政の現状	22
参考資料13. 諸外国の医療制度改革	23
付属資料 健保組合の活動事例	27
別添2 今後の課題として他の委員会等に検討を求める事項	36
別添3 特別委員会の審議経過	37
別添4 財政調整・一元化阻止特別委員会委員名簿	39

財政調整・一元化阻止特別委員会 最終報告

1. 審議経過

本特別委員会は、政管健保（現協会けんぽ）への支援措置を受け入れる条件とした「20年度限りの措置とすること」を実現するために本年2月に設置され、6月に財政調整・一元化を阻止するためのアクションプラン、社会保障予算等に関する健保連の考え方を含む中間報告をまとめた。

その後、6回の会合を開いて、財政調整・一元化に反論するための理論構築と今後の課題として関係委員会等に検討を求める事項を整理し、ここに最終報告をまとめた。

またこの間、健保連は、21年度政府予算の概算要求基準が決定したのを受けて、7月30日に「平成21年度政府予算編成に関する見解」を公表し、8月には本部と都道府県連合会を中心に国会議員への要請活動を行い、政管健保への支援措置は21年度以降、絶対に認めないことなどについて理解を求めた。11月17日に開催した健保組合全国大会でも、「制度間の財政調整・一元化構想の断固阻止」をスローガンの一つに掲げた。

2. 審議結果

1) 「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」について

財政調整・一元化を阻止するためには、健保連として明確な理論を構築し提示する必要があるとの認識から、これまで健保連が提言等で示した財政調整・一元化に関する考え方を基本に、最近の制度改革の動向等を踏まえた検討を行った。

その結果、医療保険は同質な集団をベースに加入者が連帯感をもって運営に参加することが望ましく、制度の合理性、実現可能性から考えても、一元化・一本化は行うべきではないこと、また、加入者の所得水準の違いによる負担の不均衡は正は税により行うべきであり、制度間の財政調整は、健保組合の自主性・自立性を失わせるとともに、現在でも過大な健保組合の高齢者医療費負担をさらに増加させ、健保組合制度の崩壊、ひいては皆保険体制の破綻を招く恐れがあるという結論に達した。

理論構築の結果は、別添1の「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」としてまとめた。

2) 「今後の課題として他の委員会等に検討をを求める事項」について

理論構築に関する審議を進めるなかで、反対活動や理論構築をあわせて、財政調整・一元化を阻止するために検討が必要な課題が明確になった。別添2に示した①高齢者医療制度の見直し、②組合方式推進のための方策、③健保組合間の共同事業のあり方、④健保組合の設立・解散基準のあり方、⑤非正規雇用に対する医療保険適用のあり方の5項目である。

なかでも、高齢者医療制度の見直しは最も重要である。前期高齢者への公費投入、さらには65歳以上を対象とする別建ての制度の実現により、健保組合の将来展望を開く必要がある。また、健保組合に集う加入者を拡大し、その事業や活動を通じて優位性を示すことは、財政調整・一元化に対する大きな歯止めとなる。健保組合間の共同事業は、健保組合の基盤強化のみならず、「いいとこ取り」といった批判への対抗措置としても重要である。

今後、関係委員会、事務局において検討いただきたい。

3. 現状と今後の対応

政管健保支援特例措置法案は、2月に国会に提出されて以降、一度も審議されないまま継続審議となり、臨時国会においても審議開始の見通しが立っていない。現在の情勢では、同法案が成立する可能性は低いと考えられる。

社会保障費の一律削減については、野党にとどまらず与党内でも批判が強く、社会保障国民会議が社会保障の機能強化を内容とする最終報告をまとめ、社会保障に対する安定的財源確保のための改革を求めるなど、見直しの気運が高まっている。

しかし、政府は歳出・歳入一体改革路線を維持しており、財政制度等審議会が11月26日にまとめた「平成21年度予算の編成等に関する建議」でも、21年度以降も被用者保険制度間の財政調整を行うよう求めている。年末の政府予算案の決定に向けて、財政調整案が再浮上する可能性がまったくないとは言えない。また、高齢者医療制度の見直し論議に関連して、財政調整・一元化論が勢いを増すことも考えられる。

したがって、今後は、政府の予算編成、税制改革論議、高齢者医療制度に関する議論等の動向を注視し、中間報告のアクションプランにもとづいて、時機を逸しない行動を展開するとともに、最終報告でまとめた「財政調整・一元化に対する健保連の考え方」を健保組合の共通認識とし、主張を展開することが重要である。

平成20年12月4日

財政調整・一元化阻止特別委員会
委員長 東芝健康保険組合理事長
白川 修二

財政調整・一元化に対する健保連の考え方

はじめに

1) 財政調整・一元化論の現状

政府は、平成 15 年 3 月に閣議決定した医療制度改革の基本方針のなかで、「保険者の自立性・自主性を尊重した上で、医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指す」とした。

給付については、これまでの改革で給付率が 7 割（70 歳以上の高齢者等を除く）に統一され、また負担については、18 年の制度改革にもとづいて 20 年から高齢者医療制度が実施されたことにより、われわれの主張とは合致しないが、政府の狙いは実現されたとも言える。

しかし、医療保険制度間の負担には依然として不公平があるとして、制度の一本化や制度間の財政調整を求める意見がある。最近の議論は、国の財政事情や格差論を背景にしているのが特徴で、地域保険への一元化といった主張もある。

厚生労働省が 20 年度予算編成に際して提案した財政調整案は、格差解消を名目としながら、その実態は社会保障費 2200 億円を削減するために、健保組合等に拠出させた財源の大半を政管健保に対する国庫補助の削減に充てる「肩代わり」であった。

2) 皆保険体制の破綻を招く財政調整・一元化

健保組合・健保連は、従来から老人保健制度のような拠出金による負担方式や、昨年、政府が提案したような所得にもとづく財政調整、制度そのもの一元化・一本化に反対してきたが、本年 2 月以降、特別委員会を設けて改めてその問題点を検討してきた。

その結果、以下の結論に達した。

- ① 医療保険は同質な集団をベースに加入者が連帯感をもって運営に参加することが望ましく、制度の合理性、実現可能性から考えても、一元化・一本化は行うべきではない。
- ② 加入者の所得水準の違いによる負担の不均衡の是正は税により行うべきであり、制度間の財政調整は、健保組合の自主性・自立性を失わせるとともに、現在でも過大な健保組合の高齢者医療費負担をさらに増加させ、健保組合制度の崩壊、ひいては皆保険体制の破綻を招く恐れがある。

〔参考資料 1. 一本化、一元化、財政調整に関する概念整理〕

〔参考資料 2-1. 財政調整・一元化に対する団体等の考え方〕

〔参考資料 2-2. 財政調整・一元化に関する国会答弁〕

1. 一元化の問題点

1) 医療保険の特質への不適合

一元化は、制度の基本にかかわる重要な問題である。制度のあり方に関する本質的な議論を行わないまま、国の財政事情や格差問題に対する批判の高まりに安易に同調して制度の基本を変更するようなことは、絶対にあってはならない。

医療保険は、人口構成や賃金・物価、保険料収入等にもとづく財政計算が主体の年金保険とは異なり、医療をめぐって保険者、患者・被保険者、医療提供者等がかかわる複雑な制度である。

このため、医療保険制度は、望ましい医療・保健サービスの実現に向けて、保険料を負担する加入者が連帯感を持って運営に参加することが重要である。加入者・患者の声を代弁するために、また疾病予防、医療費適正化等のために、保険者が果たすべき役割も大きい。

医療保険のこうした特質から考えると、制度体系は、その多くが退職者とその配偶者で地域のなかで生活することが多い高齢者の制度を別建てとして、会社で働く現役世代の被用者は健保組合、協会けんぽ（旧政管健保）等の被用者保険に、地域とのつながりが強い自営業者や法人以外の小規模事業所で働く被用者は国保（国民健康保険）に加入する多元的な体系とし、それぞれの保険者が運営に努力する体制をとるべきである。

2) 欠落している健保組合の実績評価

また、医療保険の運営方式は、同質な集団をベースとし、加入者が参加する民主的で自主的な組織が担う組合方式が最も適している。一元化の主張には、健保組合の実績に対する評価が欠落している。

健保組合は、生活習慣病予防などの保健事業を積極的に展開してきたほか、他制度に先駆けてレセプト点検、医療費通知に取り組むなど、医療保険のリーダー的な存在となっている。健保組合には以下のような優れた点がある。

- ① 小集団による行き届いた管理運営が可能であり、職域における疾病発生の状況・特徴などに対応した予防対策、被保険者・家族への適切な健康教育・相談などの活動を、事業主との協力のもとで効率的かつ効果的に進め、加入者の健康を支援すると同時に、医療費の適正化に向けた様々な活動を行うことができる。とくに、急速に高齢化が進むわが国において

ては、生活習慣病に積極的に対応することが重要であり、健保組合の疾病予防の先駆的取組みを他の保険者にも広げていくことが求められる。

- ② 同一企業あるいは同種同業の集団という構造から、連帯感や共同意識が強く、運営における責任体制が確保される。
- ③ 事業主、被保険者が積極的に事業運営に参加し、自分の健康は自分たちで守るという意識のもとに、経営感覚を活かした運営が実現できる。

健保組合のなかには、大企業の組合だけではなく、協会けんぽに加入しているような中小規模の企業が複数集まって組織する総合組合も多数存在する。総合組合には、健保組合加入者の約3分の1にあたる1000万人が加入しており、給付費に対する国庫補助を受けずに、事業主・被保険者が一体となって効率的な運営を行っている。

3) 一元化の非合理性と非現実性

国や都道府県を運営主体として一元化（一本化を含む）した制度は、実質的には税を財源として医療保障を行うに等しい。医療保険制度とは言いがたく、財政規律や経営努力へのインセンティブを喪失する恐れがある。

また、制度の一元化には以下のような問題があり、実現可能性は極めて小さい。

- ① 運営を国や都道府県が担うとすれば、健保組合は解散することになり、これまで培ってきたノウハウや人材は失われる。今以上に効率的な運営が行われる保証はなく、むしろ医療費の増大や、疾病予防・健康増進活動でのサービスの低下が懸念される。民営化、「官から民へ」という公的サービス提供の流れにも逆行する。
- ② 被用者、退職者、自営業者等が加入する一元化された制度のなかで、公平で統一的な保険料賦課方法を確立することは極めて困難である。一元化した制度では、所得把握や保険料収納率の違いから、総じて被用者が不合理かつ多額な負担を強いられる可能性が高い。
- ③ この他に、事業主負担が法定化できるのか、国庫負担をどのように投入するのかといった問題もある。

制度を一元化すれば全ての問題が解決し、合理的な制度が実現できるような主張がみられるが、問題は解決するどころか新たな矛盾や不合理が生じ、加入者の不満が高まることは明らかである。

一元化には、制度間に存在する所得把握や保険料収納率、経営努力の違い等を隠蔽する面があり、高齢社会において求められる保険者機能の強化の方向に逆行することも大きな問題である。

〔付属資料 健保組合の活動事例〕

2. 財政調整の問題点

1) 意識されていない税と保険料の違い

多面的な制度体系のもとでは、加入者の所得、年齢等の違いによって、制度間の負担に不均衡が生じるが、行政が運営する市町村国保と公法人が運営する被用者保険、また同じ被用者保険でも、企業や業種を単位に平均2万人が加入する1500の健保組合と、3600万人が加入する単一組織の協会けんぽでは、制度の存立基盤や運営組織、加入者の就労・稼得の実態等が異なることから、原則的に制度間の財政移転は行うべきではない。

しかし、負担の不均衡が、高齢者の加入割合の違いなど、多面的な制度体系から生じるものであって、社会通念が許容する範囲を超えるほど大きい場合は、何らかの方法で調整することはやむを得ない。

わが国の医療保険制度においては、所得水準の違いによる負担の不均衡は国庫負担・国庫補助、高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡は医療費の共同負担で調整する体制が整えられてきた。

これは、拠出金方式等の問題を残しつつも、先に述べたような医療保険の特質のほか、給付と負担の対応関係の確保、制度の効率的運営、被用者保険における組合方式の推進、制度間の財政力格差の是正、医療保障に対する国の責任といった理念と制度を現実的に調和させる方法として構築され、法制化されたものである。

所得水準の違いによる負担の不均衡を是正するための制度間の財政調整は、実質的に所得と負担に着目した所得の再分配にほかならないが、医療保険制度は所得再分配を主要な目的とするものではない。所得再分配は、税によって行うのが本来のあり方である。

また、医療保険制度間において所得再分配を行うことは、高齢化にともなって急増する医療費の負担を、主に賃金によって生計を立て、所得が相対的に高く税負担が多い健保組合の加入者により重く課す結果となる。この点からも、所得再分配は保険料ではなく、賦課ベースの広い税によって行うべきである。

医療と並ぶ社会保障の大きな柱である年金制度においては、基本的に保険料負担額に対応した年金額が支給され、保険料による所得再分配は低所得者への給付等に限定されている。税と保険料は、公的な負担という点では類似しているが、その目的や機能は異なることを銘記すべきである。

2) 負担の不均衡是正の現状と健保組合の過大な負担

医療保険制度の財源をみると、健保組合は収入のほぼ全額が保険料である。一方、健保連の試算では、20年度は国保に4兆1100億円の国庫負担等と被用

者保険からの納付金等を財源とする3兆3600億円の前期高齢者交付金等が、協会けんぽには9400億円の国庫補助が投入される。

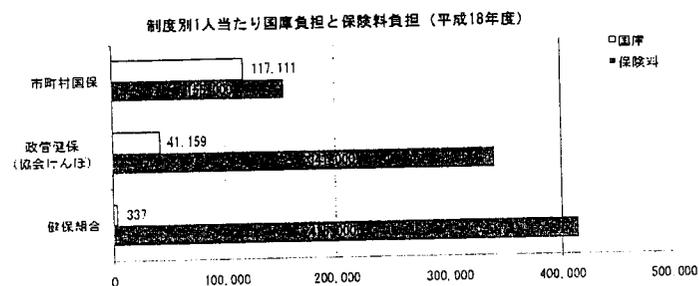
負担については、政府が財政制度等審議会などに提出した資料によると、18年度における1世帯当たり保険料（被用者保険は事業主負担を含む被保険者1人当たり保険料）は、国保が15.5万円、政管健保が34.1万円、健保組合が41.5万円、健保組合が最も多い。

また、20年度は、高齢者医療制度が実施されたことにより、支援金等の額は19年度と比べ国保が4500億円の大増減、協会けんぽが300億円の微増となっている一方で、健保組合は4100億円も増加しており、健保組合の負担は単純計算でも被保険者1人当たり2.6万円増加する。

こうした各制度の財政移転と負担の現状から、以下のようなことが言える。

- ① 高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡は、健保組合、協会けんぽなどの被用者保険が拠出した前期高齢者納付金等を国保に投入することによって是正されている。
- ② 所得水準の違いによる負担の不均衡は、国保については給付費と後期高齢者支援金に対する国庫負担によって是正されている。協会けんぽについては、給付費と前期・後期高齢者医療制度の支援金等に対する国庫補助によって一定程度まで是正されている。
- ③ 一方で、国庫補助をほとんど受けずに自立的な財政運営を行っている健保組合が、多額かつ過大な負担を強いられている。

われわれ健保組合は、制度間における高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡を是正することにやぶさかではない。しかし、現状においても健保組合の前期高齢者納付金等の負担は過大であり、それが高齢者医療を支えている健保組合の存立に危機的な状況をもたらしているのである。



注1：市町村国保は1世帯当たり、被用者保険は被保険者1人当たり額である。
 被用者保険の保険料には、事業主負担分を含む。
 注2：国庫負担は、厚生労働省資料に基づく平成18年度予算ベース。
 注3：保険料負担は、「財政制度等審議会 財政構造改革研究会」資料（平成20年5月13日）に基づく。
 保険料額には介護分が含まれている。

なお、上記の政府の資料によると、所得に対する保険料の割合（負担率）は、国保11.83%、政管健保14.89%、健保組合11.22%（保険料率は、政管健保8.2%、健保組合7.32%）となり、健保組合が最も低い。しかし、ここに示されているのは税法上の「所得」であり、「収入」ではない。この数値が負担能力の実態を正しく示しているのか、また、他制度との比較に耐えるかについては、以下の点から問題が多い。

- ① 国保に加入する世帯の18.5%は自営業者世帯であるが、自営業者については「クロヨン」等といわれるように、従来から所得把握が十分でないとの指摘がある。自営業者は減少しており、所得把握が不十分だとしても大きな影響はないとして、財政調整の実施を求める主張があるが、被用者側の不公平感は依然として強く、無視していい問題ではない。
- ② 国保に多数加入している退職者が受給する公的年金には、給与所得控除の約2倍の公的年金等控除が適用されており、資料は同一の条件で比較したもとはいえない。
- ③ 協会けんぽには、いわゆる「法人成り」の事業所が加入している。「法人成り」には節税等の様々なメリットがあるとされることから、協会けんぽに加入する被保険者の標準報酬の把握に疑問なしとしない。

【参考資料3】 医療保険制度における財政移転

【参考資料4】 国民健康保険（市町村）・政府管掌健康保険・組合管掌健康保険の比較

3) 限界に達している保険料による不均衡是正

以上のように、健保組合は高齢者の加入割合の違いによる制度間の負担の不均衡を是正するために多額の負担をしており、保険料による不均衡是正はすでに限界に達している。また、以下の理由からも、拠出金による負担方式や所得にもとづく財政調整は行うべきではない。

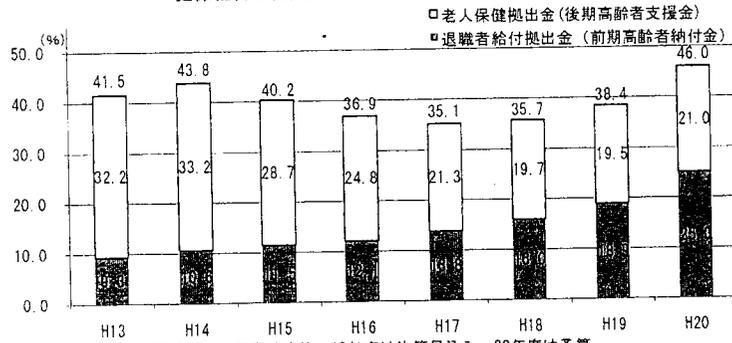
- ① 健保組合は、加入者1人当たり医療費が他制度より低いにもかかわらず保険料負担が多い。負担と給付の対応関係から、過大な負担は加入者の納得を得られない。
- ② 負担が増えれば、さらに多くの健保組合が解散に追い込まれ、医療保険を支えてきた健保組合制度自体が崩壊する。
- ③ 負担増によって健保組合の財政が悪化し、解散組合が増えれば、協会けんぽへの国庫補助が増えるという悪循環が生じる。
- ④ 経営努力やその他の要素を考慮せず、負担だけに着目して調整を行うことは過剰な調整であり、公平とはいえない。保険者の経営意欲も減退させる。また、所得にもとづく財政調整はもとより、拠出金による負担方

式は、健保組合の財産権を侵害するのではないかと疑いもある。

- ⑤ 健保組合の支援金等の負担は、すでに保険料収入の45%を超えている。本来、加入者への給付に使われるべき保険料の多くを他制度に拠出することは、保険制度の意義や保険者の自主性・自立性を損ねる。
- ⑥ 拠出金による負担方式は、保険者が制度の運営や負担額の決定に関与できないなど、透明性を欠く面がある。

従って、政府は、財政調整によって健保組合の負担を増やすのではなく、高齢者医療に対する国庫負担等の拡大により、医療保障に対する国の責任を果たし、医療保険制度の安定的運営を確保すべきである。

健保組合の保険料収入に占める拠出金割合の推移



注1) 平成13～18年度は決算、19年度は決算見込み、20年度は予算
 注2) 20年度の後期高齢者支援金には20年3月分の老人保健拠出金の負担分を、前期高齢者納付金には20年3月および4月以降の経過措置に伴う退職者拠出金の負担分を含む。

- [参考資料5. 制度別医療費実績]
- [参考資料6. 健保組合数の年次推移]
- [参考資料7. 保険料収入に対する支援金・納付金の割合別組合数]

3. 望ましい制度運営と財源政策

1) 組合方式の推進

高齢化による医療費の増加が避けられななかで、医療保険はこれまで以上に効率的かつ効果的に運営し、医療費を合理化・適正化する必要がある。

このため、今後の制度運営は、多面的な制度体系のもとで、自主的・民主的な組織形態による運営を推進すべきであり、それによって保険者としての本来の機能や役割を果たすことが可能となる。とくに、被用者保険においては、組合方式を推進し、健保組合の設立や協会けんぽから健保組合への事業

所編入を進めることが重要である。健保組合の設立等を促進することで、協会けんぽへの国庫補助も削減できる。

また、国保についても、行政から分離した独立の組織形態による運営を導入すべきである。

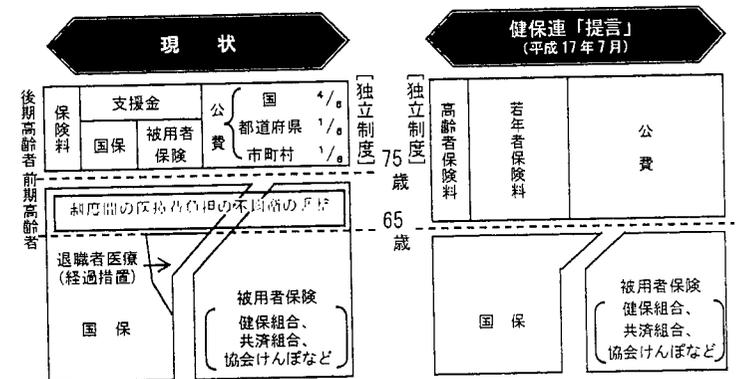
2) 高齢者医療制度の改革

健保組合の過大な負担を是正し適正なものとするためには、高齢者医療制度の見直しが必要である。健保連は、17年7月に公表した「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」のなかで、高齢者医療制度は65歳以上を対象とする別建ての制度とするよう求めている。

現在の定年制度や雇用制度から考えると、被用者の多くが65歳までに退職し、収入が給与所得から年金所得へ移行するなど、65歳を境に生活の様相が大きく変化する。今後、団塊世代を中心に65歳以上人口が増加すること等から、現在、前期と後期に区分されている高齢者医療制度は、前期高齢者への公費投入を行うとともに、後期高齢者医療制度の対象年齢を65歳以上とすることにより、ひとつの制度に統合するべきである。

この場合、保険料、支援金、公費負担、給付率等について、基本的な見直しを行うが必要になる。その際には、現役世代と高齢者の負担の公平をはかる観点から、高齢者世帯は現役世代に比べ所得や資産の格差が大きいことに配慮しつつ、高齢者の1人当たり再分配所得や資産保有額が現役世代より多いことを踏まえた検討が必要である。

運営主体については、財源を負担する医療保険者や被保険者である住民が直接、運営に参加する仕組みをつくるべきである。



参考資料1. 一本化、一元化、財政調整に関する概念整理

[参考資料8. 高齢者医療制度に関する健保連の考え方]

[参考資料9. 世帯主の年齢階級別1人当たり所得再分配状況]

[参考資料10. 世帯主の年齢階級別1世帯当たり家計資産額]

3) 国保と協会けんぽの改革

国保については、同一保険者のなかで保険料負担率が低所得者ほど高く高所得者ほど低い、一般会計からの多額な法定外繰入れを行っているなどの問題がある。少なくとも賦課限度額の引上げを直ちに実施し、問題解決をはかるべきである。

また、国保組合についても、そのあり方や国庫負担について見直す必要がある。

協会けんぽは、公法人化の目的に沿って、まずは自主的・自立的な運営が行われるよう、最大限の努力をする必要がある。

また、財政状況、事業計画とその執行状況、運営上の諸規定等の情報公開を徹底し、運営を透明化すべきである。

[参考資料11. 国保の所得階級別保険料負担率]

[参考資料12. 国保財政の現状]

4) 社会保障のための安定的財源の確保

政府は、国民が安心して納得できる医療を受けられるようにするため、診療報酬体系の簡素・合理化、医療機関の機能分化と連携強化、療養病床の再編、生活習慣病予防対策の推進等に努めるべきである。

また、高齢化による医療費の増加が確実ななかで、公費の果たす役割はますます大きくなる。消費税やたばこ税の引上げ等の税制改革により、社会保障のための安定的な財源を早急に確保すべきである。

おわりに

財政調整・一元化に対する健保組合・健保連の考え方は以上のとおりであり、断固として反対する。

これをもとに、今後、関係者はもとより広く国民の間で活発な議論が行われることを期待したい。

なお、その際の参考として諸外国の医療制度改革の動向をまとめたので、活用いただきたい。

[参考資料13. 諸外国の医療制度改革]

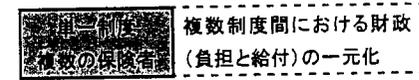
＜保険者の一本化＞

＜保険者の分立・財政等自己責任＞

1. 一本化



2. 一元化



3. 財政調整



4. 共同事業



1. 一本化

一本化は、その言葉どおり典型的な形としては、「単一の制度、単一の保険者(例えば国が保険者)」を意味する。ただし、論者によっては、「単一の制度のもと、保険者が複数存在(例えば国が統括し、地方公共団体が保険者)」を含めて一本化という場合がある。

2. 一元化

一元化とは、その言葉どおり大もとが一つであることを意味し、二元論、多元論に対峙する概念である。典型的な形としては、「地域保険による一元化」にみられるように、単一の制度、複数保険者を意味する。ただし、論者によっては複数制度間において負担・給付が概ね同一の場合を含めて(財政の一元化)という場合がある。

3. 財政調整

財政調整とは、その言葉どおり複数の制度間において財政の不均衡を調整する仕組み、概念である。その形態は様々であるが概ね次のとおり。

- 制度、保険者の視点からみれば、全保険者間、被用者保険間でのケース(支援金等)があり、また、国庫負担による調整もある。
- 調整対象の視点からは、①年齢リスク、②所得の大きく2つの要素に区分される。
- また、財政調整を一定限度に限定せず踏み込んで行くと、結果的に財政の一元化とあまり変わらないことになる。

4. 共同事業

多面的な制度体系のもとでは、各制度内の保険者間で財政調整的な事業が実施されており、これは「共同事業」として位置付けられる。

また、老人保健制度(当時)については創設時の政府説明として、財政調整ではなく、保険者による共同事業とされたが、実質的には財政調整と位置付けられる。

参考資料2-1. 財政調整・一元化に対する団体等の考え方

日本経団連 国民が納得して支える 医療制度の実現 (平成17年10月)	一般医療保険者の間での財政調整は行うべきではない。各保険者ごとに保険者機能発揮への取り組み度合いが異なる状況下では、新たな財政調整の仕組みを設けても真に公平な負担は達成されず、むしろ保険財政の運営に対するモラルハザードを招くだけである。
連合 2008～2009年度 政策・制度要求と提言 (平成19年5月)	広域連合による運営が、財政面の見直しを行っても、十分な保険者機能を発揮できない場合は、退職高齢者が被用者健保の被保険者として引き続き継続加入する「退職者健康保険制度」(仮称)を創設し、国民健康保険と被用者健保が自立性を発揮できる仕組みとする。制度間の財政調整は行わない。
日本医師会 「高齢者のための医療 制度」の提案 (平成20年10月)	75歳以上を独立させた高齢者医療制度とし、75歳未満に投入している現行の公費を75歳以上に移管。医療費の9割に公費を投入し、残り1割は高齢者の保険料と自己負担で賄う。公費の移管により75歳未満で不足する財源については、標準報酬、賦課額の上限の引き上げ、健保組合、共済組合の保険料率を協会けんぽと同水準まで引き上げる、保険者間の財政調整の強化等により対応する。
全国市長会 医療保険制度改革及 び医師確保対策等 に関する決議 (平成20年11月)	国の責任において、給付の平等、負担の公平化を図り、安定的で持続可能な制度を構築するため、国を保険者とし、すべての国民を対象とする医療保険制度への一本化を図ること。
財政制度等審議会 平成20年度予算の編 成等に関する建議 (平成19年11月)	健保組合と政管健保の保険料率の格差は拡大しており、健保組合の間でも大きな格差がある状況の中、厳しい国の財政状況を踏まえれば、国庫補助による調整には限度がある。所得などの保険者努力が及ばない要因については、各保険者の自主性・自立性には配慮しつつ、保険料によって調整を行うことが適切である。
財政制度等審議会 平成21年度予算の編 成等に関する建議 (平成20年11月)	平成20年度においては、財政状況の良好な健保組合等により政管健保を支援する措置等を定める法案が国会に提出されたが、平成21年度においても、被用者保険全体として、負担の公平化を図る取組みを行うことが適当。国保組合についても組合間の財政状況に格差があることを踏まえ、更なる負担の公平化にも取り組むべき。
厚生労働省 健保法等一部改正法 附則第2条第2項の規 定に基づく基本方針 (15年3月閣議決定)	保険者の自立性・自主性を尊重した上で、医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指す。
政府・与党医療改革 協議会 医療制度改革大綱 (平成17年12月)	都道府県単位を軸とする保険者の再編・統合を進め、保険財政の基盤の安定を図り、医療保険制度の一元化を目指す。
舛添厚生労働大臣 長寿医療制度と国民 健康保険の一体化に 関する私案 (平成20年10月)	長寿医療制度と国民健康保険を一体化し、都道府県単位の運営に再編する(制度の一体化に伴い被用者健保からの財政調整の仕組みも今後の課題としている)。
民主党 民主党政策 INDEX2008 (平成20年10月)	後期高齢者医療制度を廃止。廃止後は、老人保健制度にいったん戻し、被用者保険と国民健康保険を順次統合しつつ、将来的には、「医療保険の一元化」を実現する。

参考資料2-2. 財政調整・一元化に関する国会答弁

参院厚生労働委員会(平成20年6月3日) 津田弥太郎氏(民主) 老人保健制度はベストな制度とは思っていない。抜本的な解決策は、年齢にかかわらず、同一の保険制度を作っていくことだ。極めて大きな問題となっている世代間のリスク構造調整の問題が根本的に解決するのではないかと、保険制度が分かれていて、さらに後期高齢者医療制度を作ったからこのような問題が生じていると思う。
舛添厚生労働大臣 医療保険の一元化は一つの考え方として十分検討に値するが、問題点もある。例えば、所得の捕捉。サラリーマンのように100%捕捉できる人もいるが、一方で自営業者の捕捉率の問題もある。また、事業主の負担をどうするのかという問題もある。 一元化されることのプラスの面もあるが、逆に、企業が保険を運営し、福利厚生面で被保険者に対してキメの細かい還元ができていところもある。(一元化により)それができなくなれば、優秀な保険者からみて、優秀でない保険者に対してどうして持ち出ししなくてはいけないのかという不満も出ると思う。このようなことについて、国民的な議論をしていかなければいけない。
参院厚生労働委員会(平成18年6月1日) 森ゆうこ氏(民主) 政管は都道府県単位にするとということだが、再編統合を進める中で、健保組合についても同一業種間だけではなく、異業種も含めた地域単位での再編を進めるべきではないかと、川崎厚生労働大臣 健康保険制度の中で、健保組合は自主的かつ効率的な運営を行い、組合の財政状況やサービス向上の観点から被保険者及び事業主が参加する組合会の議決を経て組合の判断により自主財源を用いて付加給付や保健事業を行っている。この制度全体では効率的にやっていると思っている。これを他のものと全部地域ごとに一元化しろというのは議論としてあることは承知しているが、組合健保が効率的にやっているだけに、これを地域健保に全部入れてしまえというのは現段階では様々な議論がある。また、政管健保については、健保組合と比べて財政基盤が脆弱なことから、保険給付費の13%、老健拠出金の16.4%の国庫補助が行われているので、こういった面からも制度を一緒にするのは様々な議論が出てくる。一方で今、財政が逼迫している組合については、地域型健保組合小規模財政組合の再編統合として、地域型健保組合を創設して健保組合の再編統合を考えている。
衆院本会議代表質疑(平成18年4月6日) 仙谷由人氏(民主) 民主党は、全ての国民が同一の制度に加入し、公平な負担のもと、全国で標準的な治療が受けられることが理にかなうと考え、10年後をメドに医療保険制度の一元化を目指すことにした。政府・与党は、医療制度改革大綱で、医療保険制度の将来の一元化を唱えているが、改革法案では一元化のプロセスについて明らかにしていない。政府・与党の「一元化」とは何を意味するのか。 小泉首相 具体的な姿は様々な考え方があるが、給付の平等を図り、公平な負担、財政運営の安定化を図る必要があることは共通しており、都道府県単位を軸に国保、被用者保険双方で再編・統合を行い、新たな高齢者医療制度を創設することとしている。なお、被用者保険と国保を完全に統合する医療保険制度の一元化は、サラリーマンと自営業者の所得把握等の違いや事業主負担の扱いをどうするかといった課題があり、国民的な議論が必要と考えている。