

対馬委員配布資料

高齢者医療制度の再構築に向けた健保連の考え方

平成21年12月25日
健康保険組合連合会

人口の高齢化等によって医療費の増大は避けられない。高齢者医療制度を持続可能なものにするためには、高齢者の負担もさることながら、自らの医療費と高齢者の医療費を支える若年者の負担にも配慮することが不可欠である。同時に、国民皆保険体制を堅持するうえでも、公費負担を拡大するとともに、そのための安定財源を確保すべきであることは言うまでもない。

厚生労働省は、「後期高齢者医療制度は廃止する」をはじめ6つの考え方を掲げているが、本改革会議においては、現行制度の問題点や高齢者医療制度のあるべき姿について幅広く議論すべきである。そのうえで、高齢者医療制度の再構築を図り、実行、検証、見直し(PDCA)のプロセスを重ねていくことが、制度全体の持続可能性を高めていくうえで重要である。

以下、健保組合、健保連(以下、「健保連」という)の意見を表明する。

I. 健保連が考える高齢者医療制度

(1) 基本設計

高齢者医療制度は、65歳以上の高齢者を対象とする前期・後期の区別のないひとつの制度とすべきである。高齢者の生活実態、年金制度や介護保険制度等との整合性から、「65歳」には一定の合理性があり、国民の理解も得やすい。また、かつての老人保健制度に対する反省を踏まえると、費用負担や運営責任を明確化するために、「別建て」の制度とすることが望ましい。別建てにしたとしても、全体的にみれば、高齢者の医療費を若年者が支える、世代間のつながりを維持した制度体系と言える。

65歳に到達しても働き続ける高齢者(家族を含む)については、現在の後期高齢者医療制度のように年齢によって厳格に区分するのではなく、若年者の各制度に継続加入することは検討する余地がある。

(2) 費用負担

① 公費

高齢化に伴い、今後も増大していく高齢者の医療費を、保険料だけでまかなっていくことはできない。介護保険(給付費に公費負担5割)や年金(基礎年金に国庫負担5割)と同

様に、高齢者医療制度においても、給付費の5割を目途に公費を投入すべきである。

②保険料

高齢者と若年者の保険料の負担は、世代間の公平性に配慮し、納得の得られるものでなければならない。このため、公費以外の部分は高齢者と若年者の人数比で按分し、それぞれが保険料を負担する。国保と被用者保険の負担も人数で分け、公費投入を前提に、被用者保険の保険料は、負担能力(総報酬額)に見合ったしくみ(上限を設定)とすべきである。

なお、ここで言う「負担能力に見合ったしくみ」は、あくまでも、65歳以上の高齢者の給付費に対する5割目途の公費投入が前提である。12月に政府から提案された被用者保険内の後期高齢者支援金の総報酬割案は、協会けんぽの後期高齢者支援金に対する国庫補助の廃止による財源を健保組合等に肩代わりさせようとするものであり、断固反対である。協会けんぽへの国庫補助の拡充は、国の責任で行うべきである。

(3)保険者

都道府県単位を念頭に、行政から独立した公法人が保険者を担うことにより、医療費適正化など保険者機能を発揮できるしくみとすべきである。また、費用負担者が運営に参画することにより、保険者機能強化や効率化努力を支え、チェックする役割を担うべきである。なお、市町村国保の広域化等を通じて財政の安定化を図る方向に異論はない。

(4)その他

若年者の制度体系については、被用者保険は職域を基盤とする健保組合、協会けんぽ、共済組合の各制度が、地域保険は国保が担い、それぞれの特性に応じた保険者機能を発揮し、競い合う、多元的な制度体系が最善である。また、被用者保険においては、保険者機能を重視する観点からも、職域の基盤を最大限に活用できる健保組合方式をよりいっそう推進すべきである。

本改革会議の初会合で厚生労働省から、第一段階として「国保と高齢者医療制度(広域連合)の一元的運用」をめざし、次の段階で「被用者保険と国保の一元的運用」を考えるとの説明があった。後者については、以下のような問題がある。

- 所得把握や保険料収納率の違い等から、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り、収納率低下のおそれもある。
- 地域住民が加入する制度に事業主負担を求めることが困難である。
- 健保組合が自主、自己責任のもとで行ってきた保険者機能の強化、拡大の方向に反する。
- とりわけ健保組合が事業主との協力のもとで行ってきた一体的、効果的な保健事業等が実施できなくなる。

Ⅱ. 当面の対応

(1) 健保組合の財政状況

平成21年度予算において、健保組合は、赤字組合が9割を超え、全体で6150億円の赤字を計上した。経済情勢の影響から保険料収入が落ち込む(▲1500億円規模)など、21年度は当初の予測よりもさらに悪化する見通しである。

財政悪化の最大の要因は高齢者医療制度による支援金、納付金等の負担である。制度が導入された20年度は健保組合全体で4250億円もの負担増となり、21年度もこれと同水準の過重な負担が続いている。21年度予算では、保険料収入に対する支援金、納付金等の割合が45.2%(50%以上の組合が3分の1)に達しており、保険料を負担する被保険者や事業主の理解を得にくい状態となっている。この支援金、納付金の過重な負担は、健保組合のみならず、被用者保険全体の問題となってきた。

(2) 新制度施行までの課題等

後期高齢者の層にはすでに給付費の約5割に公費が投入されているが、前期高齢者の層には公費投入がなされていない。そのために健保組合等の負担が過重になっている。医療保険制度全体の安定化のためにも、前期高齢者の層に5割を目途とする公費投入をめざすべきである。

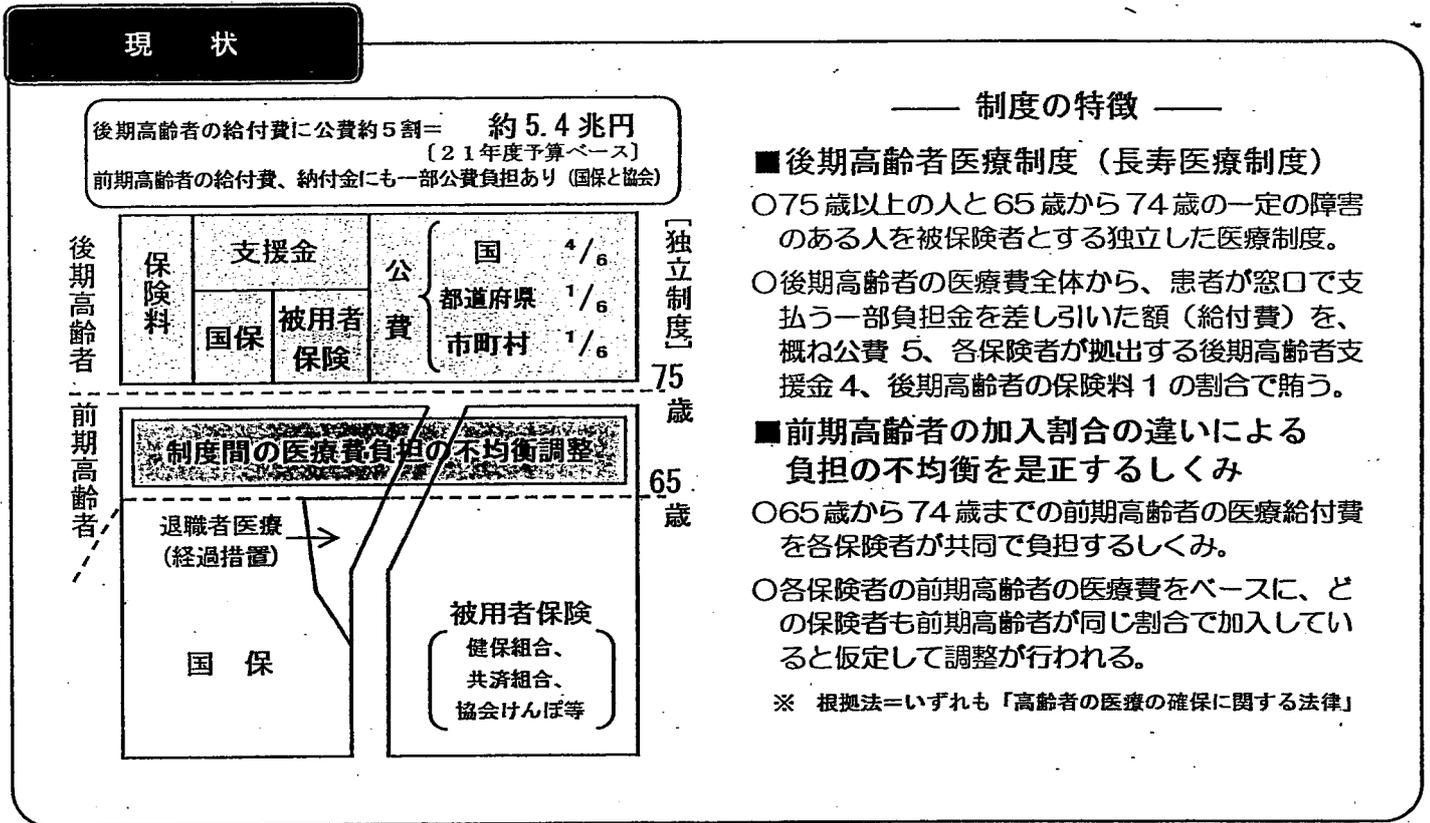
また、新制度に移行するまでの間、支援金、納付金の負担等により財政事情の厳しい健保組合への財政支援の継続、強化が不可欠である。こうした支援強化が健保組合の解散抑止となり、受け皿である協会けんぽに対する国庫補助の抑制にも寄与する。

Ⅲ. 社会保障のための安定財源の確保

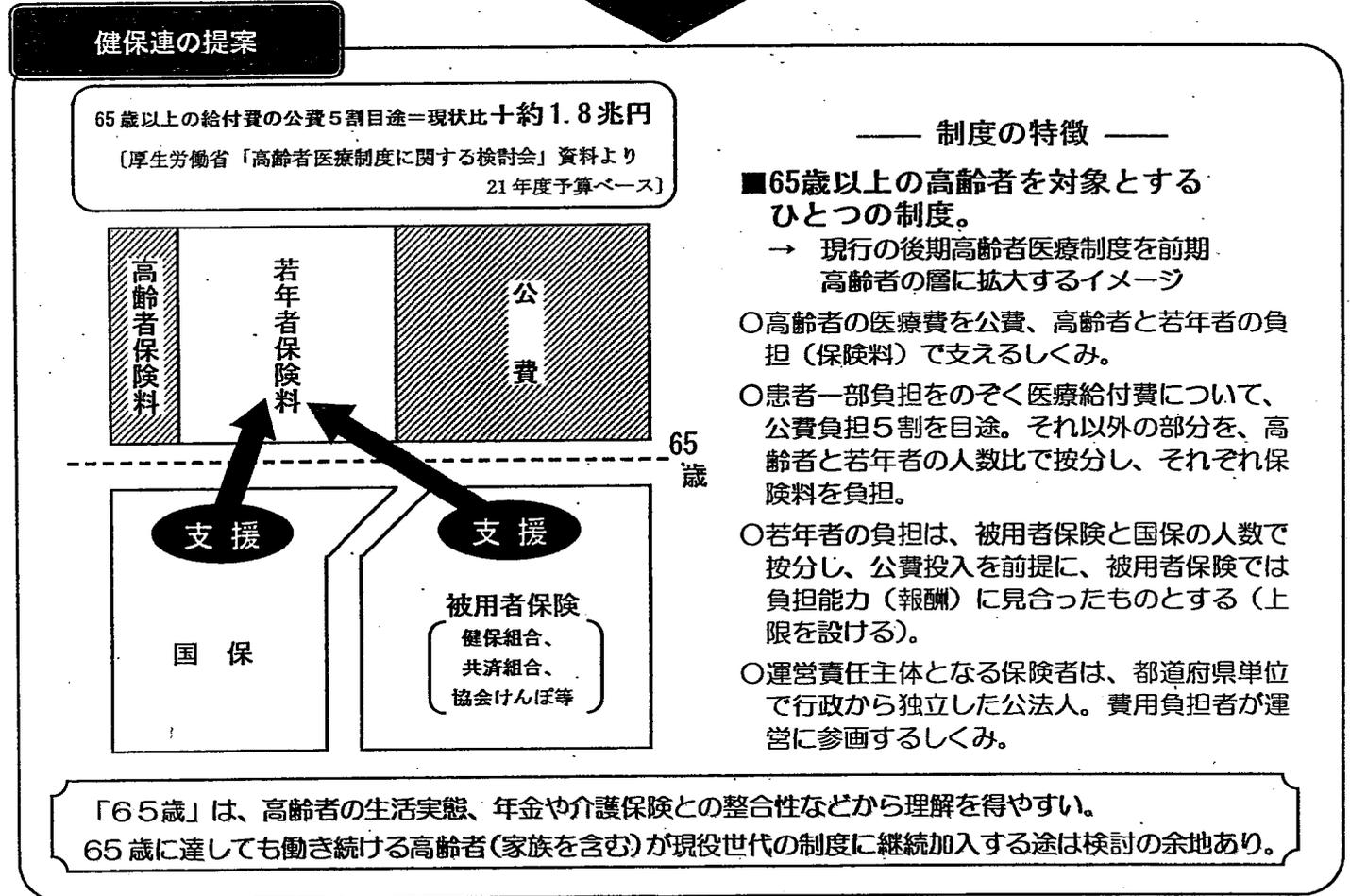
増大する高齢者の医療費をまかなうには、消費税率の引き上げ(1%=2.5兆円相当)や社会保障目的税化を含む抜本的な税制改革が早晚避けられないと考える。平成25年度と想定される新制度の施行に向けて、安定的な財源確保の道筋を描いておく必要があるのではないか。

当面の差し迫った課題としては、たばこ税等の引き上げなどにより財源確保を図るべきである。

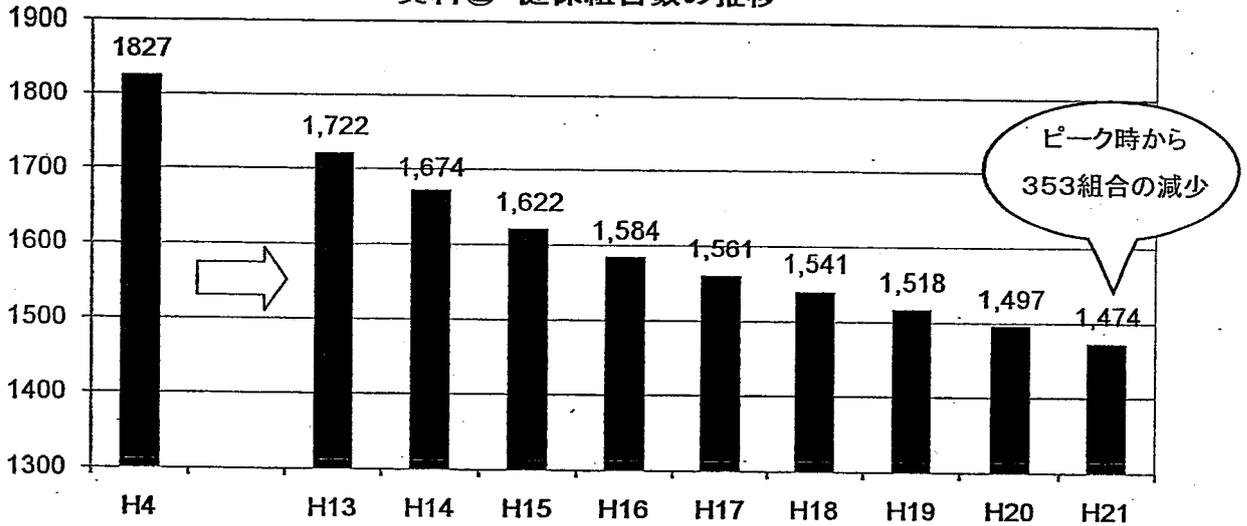
資料① 健保連が考える高齢者医療制度と医療保険制度の全体像



-69-

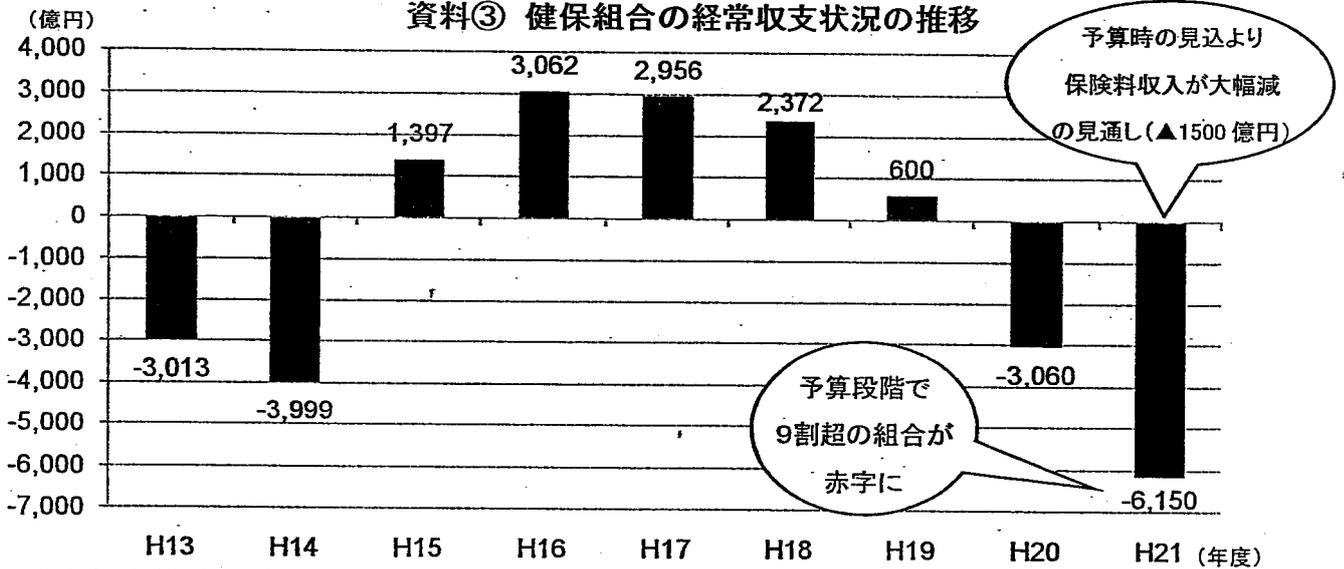


資料② 健保組合数の推移



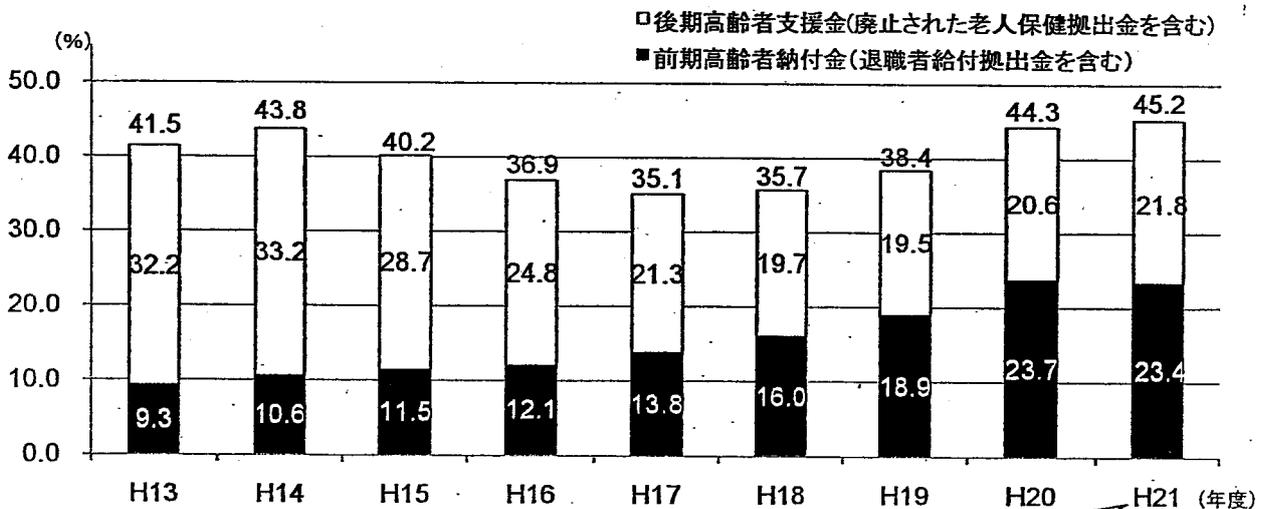
(注) 平成20年度以前は年度末、21年度は21年12月1日現在の数値。

資料③ 健保組合の経常収支状況の推移



(注) 平成21年度は予算の数値。

資料④ 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21年度は予算の数値。

被保険者1人当たり年間保険料は約38万円。
このうち、高齢者の医療費等を支えるための保険料(特定保険料)は約18万円。

樋口委員配布資料

後期高齢者医療制度の7つの大罪

1. 説明責任不履行の罪

いくら郵政選挙大勝利の中とはいえ、強行採決の1つとはいえ、国民への説明不足だった。同じくおかしい制度だが、裁判員制度が多く予算をかけてPRをしているのと比べても差があり過ぎる。

2. 当事者不在の罪

直接関係するのは75歳以上。すべて有権者であるはずなのに、75歳以上の人の意見はほとんど聞かれていない。特別委に75歳以上は1人だけ、しかも医師の立場である。政策決定者は「患者・利用者は〔対象であって当事者ではない〕」と思っているようだ。

3. 名称の罪

後期高齢者はもともと学問上の概念定義。それを安易に制度の名称にすると。新車でも化粧品でも、新製品を売り出すとき、どんなに顧客の意向を重んじ、くふうを凝らすことか。

4. 線引きの罪

75歳以上の人間から、職業上、家族関係上のあらゆる属性を奪い取り、「75歳以上」という一室に厄介払いした。

家族関係上、サラリーマンの扶養家族として医療保険に入っていた人はざっと200万人。夫婦別れ、親子別れで別制度に追い出される。高齢者も年金をもらっている以上一定の保険料の支払いは求めてもいいが、別の方法を考えられなかったのか。

5. 就労意欲削減の罪

4から派生することだが、全国で約40万人の75歳以上の企業に働く就労者がいる。この人たちも医療保険から追い出され、企業はその負担分が軽減される勘定だ。また現役並み所得600万円以上は全員保険料50万！すれすれ600万円の人にはつらい。それなら働かないほうがいと勤労意欲が減退する。

6. 天引きの罪

この制度の特徴は線引きと天引きにある。天引きはとくに低所得につらい。低所得層への負担増は当初の大問題であった。

この天引きの罪には「天引き増税」という不思議なおまけがついている。振替納付の時は控除がきくが、天引きではそれが無いというので問題になった。どちらを選択するか、という質問書がたしかに届いたが、そのメリット・デメリットは何1つ説明されていなかった。これは一種の消費者法違反ではあるまいか。

7. 運営責任不明確の罪

これまでの老人保険制度では、責任の所在が不明確だから、都道府県単位で広域連合をつくったという。どこが明確になったのかさっぱりわからん。ほんとうにこれですむのか。高齢者の負担はいったいどこまで増えるのか。先行きの視界不良の中で高齢者は立ちすくんでいる；

付録 7つ+3つ

7つではどうしても間に合わない。1つは主治医制度がどのように機能するのか、すでによく機能している場合もあり得るが、イギリスなどのようにGPが育っていない分、結局専門診療科へのアクセスを悪くするだけではないのだろうか。

もう一つは、悪評サクサクでしばらく打ち止めになっているようだが、例のターミナル時の質問票である。私はターミナルにおける医療費の「使いすぎ」には反対で、無用の延命治療は個人的にも願ひ下げである。ターミナルのあり方については、ようやく高齢社会が成熟し、国民的論議に向かう機運が高まってきた。それを一挙にストップさせ、高齢者の感情を逆なでした。本来感情的になるのは、どちらにとってもよいことではない。しかし、高齢者に対する同情も共感も自分が老いるという想像力も欠いた政策が当事者を感情的にしまった。ターミナルに関する国民の合意形成を振り出しに戻してしまった罪は大きい。

付録の3つ目は障がい者差別の罪である。後期高齢者医療制度は75歳以上で線引きしているけれど、実は65歳~74歳の重度障がい者が加えられている。全盲であみ物で立派に生計を立てている女性も加えられた。これは何の意味があるのだろうか。