

高齢者医療制度改革会議の「中間とりまとめ」に対する意見

2010年9月28日
全国保険医団体連合会

I 意見の趣旨

後期高齢者医療制度を巡っては、国民の運動によって、08年6月に後期高齢者医療制度・関連法の廃止法案を参議院で可決させたり、10年4月に診療報酬上の差別をなくさせたりして、いくつかの点で成果を挙げてきました。

しかし、高齢者医療制度改革会議が8月20日に示した「中間とりまとめ」は、現行制度の廃止を13年4月以降に先送りし、大本である「高齢者の医療の確保に関する法律」の廃止についても何ら言及していません。しかも、高齢者の医療給付費総額と保険料負担が連動する仕組みを継承し、さらに、市町村国保を都道府県単位に広域化して、国庫負担は低水準のままに放置する方針です。

民主党政権は、公約どおり、現行制度を速やかに廃止し、元の老人保健制度に戻すとともに、国庫負担を増額して、社会保障としての高齢者医療制度の拡充を図るべきです。

II 「中間とりまとめ」に対する意見

1. 給付抑制と負担増の仕組みは廃止する

(1) 別勘定にして給付と負担を連動させる仕組みを「利点」として継承すべきでない

「中間とりまとめ」は、現行制度の加入者1400万人のうち、85%の1200万人は国保に加入させ、都道府県単位の財政運営とし、会社員の高齢者とその扶養家族、会社員の家族に扶養される高齢者200万人は協会けんぽや組合健保などに移ることで、別建て制度の解決を図ろうとしています。

しかし、年齢で保険証が変わらないというだけでは、年齢区分の解消とはなりません。「高齢者の医療費が別会計という要の部分は今と変わらず、廃止よりは修正に近い」（毎日新聞7月24日）と報道されているように、国保に移る75歳以上の高齢者の医療給付費は、現役世代から切り離れた別勘定で管理し、医療給付費の1割を高齢者自身の保険料で賄うというとしています。さらに、この仕組みを国保加入の全年齢に拡大しようとしています。

高齢者を別勘定で管理し、医療給付費総額が高齢者の保険料に跳ね返り、保険料の引き上げが困難になれば、医療給付の抑制に向かわざるを得なくなるという根本問題に対して、国民の怒りが集中したにも係わらず、「利点があった」と評価し、誤りであることを認めず、むしろ継承させようとしていることは許されません。

この間の国民の運動によって保険料負担は、年金収入211万円以下は所得割を半減、均等割にも低所得者には9割軽減や8.5割軽減を導入するなど保険料負担を引き下げさせてきました。実質7%程度の負担割合となった成果を無視せず、医療給付費の1割以上を保険料負担とする仕組みはきっぱりと廃止すべきです。

「中間とりまとめに対する厚労省の考え方」では、老人保健制度でも75歳以上で区分した財政運営が行われていたが、年齢差別という指摘はなかったと述べています。しかし、老人保健制度は高齢者の医療給付と保健事業について、各保険者の共同事業として、市町村で統一的に行われていたもので、高齢者に「痛みを感じさせる」ために医療給付費に比例した保険料を負担させる仕組み(「保険料：支援金：公費」の負担割合の法定化)はありませんでした。

(2) 世帯単位にして納付義務者を変更しても負担軽減にはならない

「中間とりまとめ」は、市町村国保の「世帯主ではない高齢者は、保険料を納める義務がなくなる」ことを強調しています。世帯単位での保険料負担を否定するものではありませんが、これは国保法が保険料の納付義務を世帯主に課しているため、保険料の負担軽減を意味するものではありません。

(3) 高齢人口の伸び率の保険料上乘せは、もともと廃止すべき

「中間とりまとめ」は、高齢者の保険料負担で賄う割合が高齢者人口の増加により1割から自動的に引き上がることについて、現行より一定割合を抑制することを提起しました。「現役世代よりも高齢者の保険料がより大きく上がる仕組み」に9割の人が、「非常に問題・やや問題」と回答(「日本の医療に関する2010年世論調査」日本医療政策機構)していることを反映した形です。

しかし、財源とする財政安定化基金は恒久財源ではなく、将来を保障するものではありません。また、負担割合を抑制した分は「支援金」に肩代わりさせる仕組みです。保険料を医療給付費の1割以上とする前提そのものを廃止すべきものです。

さらに、所得の低い高齢者の保険料を軽減する特例措置についても、「引き続き検討する」として未定です。恒久措置・財源で保険料負担の軽減を図るべきです。

(4) 診療報酬での差別の仕組みの再現は許されない

2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定に向けて、「効率化できる部分は効率化する」ために、「かかりつけ医等の普及」を検討項目に挙げています。複数の疾患に同時に罹っている高齢者に対して、「主病は一つだから、担当医も一人とする」という10年4月の診療報酬改定で廃止された医療差別の仕組みが再現されるおそれがあります。リスクの高い高齢者に対する差別的な取扱いはやめるべきです。

また、「健康診査等についても、各保険者の義務として行う」として、現行の特定健診と同様に、各保険者に実施を義務付けることを提起していますが、健診の実施項目や実施方法は明らかにされていません。医療費抑制を一義的な目標とする特定健診の対象を高齢者にも拡大することが懸念されます。

2. 国庫負担を増やさずに国保を広域化しても財政は改善しません

「中間とりまとめ」は、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づいて、「高齢者のみならず全年齢を対象に、国保の広域化を図る」としています。

しかし、国庫負担を抜本的に増やさずに、都道府県単位で広域化しても、国保の財政状

況が改善されるわけではありません。

「平成 20 年度の国保の財政状況」によると、「全国で 1788 の保険者のうち、赤字の保険者は 812 で 45.4%、1,024 億円の赤字」とほぼ半数が赤字ですが、「赤字補填を目的とする一般会計繰入金(法定外)を除くと 2384 億円の赤字になる」としています。黒字保険者の黒字額 1,116 億円よりも、赤字補填額が 2 倍以上です。一般会計からの法定外繰入を除けば、ほとんどの市町村国保が赤字になるというのが実態ではないでしょうか。赤字の保険者をいくら集めても広域化しても、財政が改善するはずがありません。また、政令市の横浜市、大阪市、札幌市、神戸市、京都市、さいたま市でも法定外繰入をしないと国保財政は赤字になっており、大規模自治体の方が財政難となっています。

さらに、都道府県単位の統一保険料(率)を設け、納入すべき保険料額が市町村に提示されることによって、①各市町村で保険料の引き上げ、②独自の減免措置の廃止、③一般会計からの法定外繰入(08 年度 3,700 億円)の縮小・廃止が危惧されます。

実際、大阪府と府下の市町村とで行われた広域化に向けた懇談では、一般会計からの繰り入れ 300 億円を削減できる、自治体が行っている独自の減免などを整理できるなど、広域化の「利点」が話し合われています。国保加入者にとっては、過酷な保険料を押しつけられ、運動で勝ち取った減免制度をはぎ取られることとなります。その後には、加入者の無保険化による国民皆保険制度の空洞化です。

3. 「医療費適正化計画」や特定健診についても廃止する

「中間とりまとめ」は、都道府県単位での「医療費の効率化に向けた取組を一層推進するための体制や具体的仕組みについて検討を進める」として、「医療費適正化計画」(08～12 年度)に基づき医療費抑制策を強化するとしています。平均在院日数短縮や医療費削減の数値目標を盛り込んだ同計画は廃止すべきです。

また、特定健診・特定保健指導(以下、特定健診)については、「医療費の効率化」の観点から、「引き続き、取組を進めていく」として、特定健診の達成状況による「後期高齢者医療支援金の加算・減算の仕組み」についても残す方向です。国民の健康増進を図るために、医療費抑制を目的とした特定健診は廃止して、早期発見・早期治療を目的とした住民健診に戻し、健診項目を充実すべきです。

4. 70～74 歳の窓口 1 割負担を引き上げないこと

現在、70 歳～74 歳の窓口負担は、法定の 2 割から 1 割に軽減されています。「中間とりまとめ」は、「引き続き検討する」としていますが、日本経済新聞(7 月 24 日)は、「厚労省はこれを見直す方向だが、単純に 2 割に戻すかどうかは未定だ」と報じています。現行の 1 割負担からの引き上げには反対します。

5. 国庫負担の投入の具体案を明確にすること

公費負担については、「保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、

充実させていく」方向です。しかし、最も重要な国庫負担の在り方を提示しておらず、無責任な提案と言わざるを得ません。今後、国庫負担投入の具体案を明確に示すよう求めます。

6. 企業負担を曖昧にする「地域保険一元化」論は社会保険を破壊するもの

(1) 「中間とりまとめ」は、長妻昭厚労大臣が示した「6原則」の柱である「地域保険としての一元的運用」を前提としています。民主党の09年マニフェストでも、国保を都道府県単位化し、協会けんぽや組合健保、共済組合と段階的に統合し、都道府県単位で運用する地域保険に一元化していくとされています。

しかし、国民皆保険制度の被用者保険は、事業主負担と勤労者が保険料を負担しあう仕組みで成り立ってきました。「地域保険としての一元的運用」の名目で、事業主負担を曖昧にすることは許されません。

(2) 医療給付費と保険料を連動させる仕組みを「地域保険としての一元的運用」の中でも位置づけて、すべての国民、医療保険制度に広げることが危惧されます。「地方分権・地域主権改革」の名目で、全国民共通のナショナルミニマム保障に対する国の責任を後退させ、地方に責任を押しつけ、地域間の医療格差を一層拡大する医療制度に変質させることは、憲法25条に規定された生存権保障を形骸化させるだけでなく、住民の福祉増進を図る地方自治の在り方から言っても、容認できるものではありません。

現行制度のもと、短期保険証の発行が3万件を超えるなど高齢者の被害が拡大・進行しています。民主党政権は、公約どおり、現行の後期高齢者医療制度を速やかに廃止し、元の老人保健制度に戻すとともに、国庫負担を増額し、社会保障としての高齢者医療制度の拡充を図るべきです。そのための国民的議論を始めるべきです。

Ⅲ 高齢者医療制度に対する私たちの考え—「中間とりまとめ」に対する対案

1. 基本的な考え方

1963年に施行された老人福祉法第2条(基本理念)では、高齢者は「多年にわたり社会の発展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障される」とされています。今、必要なことは、老人福祉法の基本理念を踏まえ、現役を退職した後の、公的年金が支給される65歳以上の医療を保障する制度です。

2. 具体的な提案

(1) 制度の骨格

- ①対象年齢は、公的年金の支給開始にあわせて、65歳以上とします。
- ②就労の形態、職域等によって、被用者保険と国保のいずれかに加入します。

- ③住民の身近なところで医療給付を保障する市町村国保や国保組合は維持します。
- ④医療給付と保健事業は、被用者保険と国保の各保険者の共同事業として、市町村において統一的に行います(給付主体は市町村、財政主体は国と全保険者)。

(2)財政運営

- ①65歳以上の医療給付・保健事業の費用の50%は公費を投入し、50%は各保険者が拠出します。保険者間で年齢リスク構造調整を行い、財政負担を平準化します。
 - 注1) 年齢リスク構造調整とは…加入者の年齢構成の違いによって生じる各保険者の医療費支出の相違を調整し、保険者間の負担の不均衡を是正します。
 - 注2) 現行制度の「支援金」は、ゼロ歳の赤ん坊からも徴収する「人头税」のような負担です。老人保健制度の拠出金は、各保険者に加入する高齢者数の違いによる医療費支出の相違を調整して負担します。
- ②「現役並み所得者」の取扱いは廃止します。

(3)保険料

- ①所得に応じた保険料とします。累進型所得比例方式で計算し、報酬上限は撤廃します。
- ②国保保険料の応益負担(均等割、平等割)は縮小・廃止します(資産割は資産が現金収入化した時点で所得として合算して賦課します)。
- ③低所得者の国保保険料は、減額制度の拡充と職権で適用する免除制度を新設します。
- ④現物給付の原則から、短期保険証や資格証明書の制度は廃止します。
- ⑤高齢者の保険料は、原則的には国保の保険料を適用することとしますが、国保保険料が改善されるまでの間は、特例措置を設けて負担を軽減します。

(4)窓口負担

- ①窓口負担は65歳以上、74歳までは1割(定率プラス月額上限額、或いは定額負担の選択制)とします。75歳以上については無料化します。

(5)健診・保健事業

- ①保健事業をすべての市町村で実施できるようにし、早期発見・早期治療を目的とした健康診査をすべての対象者が受診できるようにします。

(6)国保、被用者保険の改善

- ①国保財政に対する国庫負担を抜本的に増額し、市町村国保会計に対する国庫負担を08年度の24.5%から、少なくとも1984年の水準である49.8%まで戻します。あわせて、高すぎる国保料を引き下げます。
- ②非正規雇用や低収入勤労者の雇用改善と被用者保険への加入を増やし(中小零細企業には事業所規模による公費助成を行う)、国民医療費の事業主負担を07年度の20.3%から、少なくとも1992年の水準である25.1%まで戻します。

以上