

「第3回 高齢者医療制度に関する検討会」

国保を都道府県単位で統合 大臣のイメージは“保険料も都道府県単位”

高齢者医療制度に関する検討会（座長＝塩川正十郎・東洋大学総長、元衆議院議員）は12月4日、高知県国民健康保険制度広域化勉強会と福岡県介護保険広域連合からヒアリングを行った。



「保険料は都道府県単位で1本化すべき」と述べる舛添要一厚生労働大臣。右端は塩川正十郎座長

国保事務の広域化を検討した高知県

高知県の国保制度広域化勉強会は、県が呼びかけ、県内7市町と国保連合会の実務担当者が参加した勉強会を開催し、国保事務の共同処理、賦課方法や保険料率、徴収方法、事務分担などについて検討してきた。勉強会では、保険料の統一等で財政基盤が安定するメリットがあるが、保険料の水準が現行より高くなる市町村が出てくる点や、市町村の参加状況によって保険料が変動する可能性を指摘した。その上で、国保事業の広域連合化の実現に向けた課題として、広域の手法（広域連合、一部事務組合、全市町村、一部の市町村） 賦課方式（統一賦課方式、分賦金方式） システム構築費などを挙げた。

介護保険の広域化を実現している福岡県

一方、広域連合が介護保険の運営を行っている福岡県は、高齢者1人当たりの給付費の格差が最大2.5倍あったため、統一の保険料ではなく、構成市町村を3グループに分けて、給付費の多いところは高く、少ないところは低く保険料を設定した「グループ別保険料」を導入した。ただ、中山間地では所得段階が低いなど、地域の特殊性や社会的要因に基づく地域間格差は「解消が困難」としている。

大臣私案は「経過措置必要だが、最終的には県単位で一本化」

都道府県単位で後期高齢者医療制度と国保をドッキングする実現性については、「市町村が自らの情報を持ち寄って連携し、共同事務処理をしようとする発想であり、市町村でできることは広域連合でも可能。ただ、県単位でどうこうという話ではない」（高知県）「県内の医療費の地域差が大きい。医療の地域性を考えると県単位では無理がある」（福岡県）と、いずれも否定的な意見を述べた。

高知県の担当者は、これまで広域化が進まなかった要因の1つに保険料の問題があると

指摘。権丈善一委員（慶應義塾大学商学部教授）は、「保険料を都道府県で統一する必要はなく、地域あるいは市町村で保険料率に差を設ける形で、都道府県単位にすることも考えられる」とし、舛添厚労大臣に「都道府県単位での統合とは、1つの保険料とするイメージなのか、分賦金方式やグループ保険料を許容した形のイメージなのか」と尋ねた。それに対して大臣は、「経過措置は必要だが、最終的には保険料を統一するイメージ。都道府県単位にしたときに、保険料の自由度を認めるかどうかは議論の大きなポイントになる」と述べた。関連して宮武剛委員（目白大学大学院生涯福祉学研究科教授、元毎日新聞論説副委員長）は、高知県の担当者に「直接賦課方式と分賦金方式が併記されているが、現場ではどちらをやりたいのか」と質問。それには、「“全国どこにいても、同じ負担で同じ水準”という県民の願望は強いが、地方自治の根幹的なことであり、市町村の自主的な判断に任せたい。重要なのはどのように医療費を適正化するかだ」とした。

財政面から舛添厚労大臣は、「都道府県単位でも小さい。道州規模になれば財政基盤はより強化する」と、さらに広範囲で統合する考えを示した。それについて権丈委員は、「徴収率で差が出てきたときにどんな批判が出るかを考慮すると、グループ単位でやらざるを得ないのではないか」とし、山崎泰彦委員（神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授）は、「保険者を統一するなら単一保険料にするのが普通。だが、そこまで徹底して保険者を統一する前に、事務処理の効率化や財政の統一化でもかなりの部分が改善できる」とした。

被用者保険間の格差を是正する財政調整案が委員から提示

保険料率の算定方法等に関する議論では、権丈委員が前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大する案を提示した（下表）。

前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合

（2008年度の医療給付費等を基礎とした極めて粗い計算）

<前提条件>

現行の長寿医療制度の加入者は、長寿医療制度導入前の制度に加入するものとし、前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大して適用。

現行の長寿医療制度の医療給付に対して5割の公費負担（現役並み所得者の交付負担なし）と仮定。

	被用者保険	協会健保	組合健保
65歳以上医療給付に係る負担(5割公費を除く) <65歳以上給付費+納付金>	6.5兆円	3.2兆円	2.5兆円
総報酬	196兆円	78兆円	88兆円
保険料率換算(5割公費を除く) /	3.3% [3.1%]	4.1% [3.5%]	2.8% (1.5% ~ 4.7%)

注1:協会健保の保険料率換算の〔〕内は給付金に係る協会健保の国庫負担分(75歳以上分の16.4%及び75歳未満分の13%)を除いたものである。

2:健保組合の()は、健保組合の保険料率換算について、加入者1人当たり総報酬の格差による変動範囲を粗く計算したものである。

3:現行の長寿医療制度の給付に対する公費(支援金に対する公費及び保険料軽減等に対する公費を除く)は、現役並み所得者には公費がつかないことから長寿医療制度の給付費に対する割合は46%(2008年度)となっている。したがって、今回の試算においては、公費割合を46%とした。

4:納付金は、2008年度における前期高齢者納付金及び2008年3月分の老人保健の給付費及び拠出金を年度換算したものを基礎に算出。

5:総報酬は、2008年度の総報酬を基礎に75歳以上の被保険者本人が長寿医療制度導入前の制度に加入することにより1%増加すると仮定した。

「高齢者医療制度に関する検討会」資料をもとに作成

協会健保と組合健保の格差に対する指摘は多いが「実は組合健保内の較差が大きい」と指摘。権丈委員は、「同じ高齢者割合（高齢者加入率）で計算しても、所得が高い保険グループと所得が低い保険グループでは、保険料率には差が出る。しかも、若年者が多い保険グループは持ち出し率が高くなる」とし、医療給付に対する拠出は、現在の頭割による負担を総報酬に対する負担に変え、協会健保と組合健保を一本化した3.3%を負担割合とすることで、被用者保険間の格差は是正できるとした。