第1005号
受
22.11.16
付
小郡三井医師会

日医発第760号（総医5号）
平成22年11月11日

郡市区医師会長　殿

日本医師会
会長　原中　勝征

「日本医師会　国民の安心を約束する医療保険制度」送付について

平素より、本会会務遂行にご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

本年4月、代議員会において、現執行部は、これまでのグランドデザイン、とりわけ「高齢者のための医療制度」を進化させることをお約束しました。

その後、検討を重ねた結果、すべての国民が、公平な負担の下で、同じ医療を受けられることを基本理念とした公的医療保険制度の全国一本化の実現を目指した改革案を提案することといたしました。

標記「日本医師会　国民の安心を約束する医療保険制度」は、その提案を取りまとめたもので、本日11月11日（木）の定例記者会見で公表いたしました。

本会では、今後ロビー活動等の様々な場面で、当該資料を活用していく予定でありますが、貴会におかれましても、今後多くの方々の目に触れ、議論に資することをご期待申し上げます。

なお、当該資料は電子データでもお送りいたしますと共に、日本医師会ホームページ上にも掲載しておりますことを申し添えます。

なお、追加でご入用の場合は、本会総合医療政策課宛にお申し出いただきますよう、お願いいたします。

記

お問合わせ先：日本医師会　総合医療政策課

Tel：03－3946－2121、Fax：03－3942－6295
Email：seisaku@po.med.or.jp

以上

小郡三井医師会より

医療保険担当理事　山下拓郎
会長　蒲池　壽

日本医師会
国民の安心を約束する医療保険制度

2010 年 11 月 2 日

社団法人 日本医師会

目　次

1.　日本医師会のこれまでの医療保険制度改革についての提案 1
1.1.　「地域保険、老齢健康保険、産業保険」の提案..... 1
1.2.　統合一本化の提案..... 2
1.3.　医療構造改革構想中間報告..... 2
1.4.　「グランドデザイン」等における提案..... 6
2.　厚生労働省のこれまでの医療制度改革案 11
3.　医療保険制度改革にむけた論点整理 16
4.　日本医師会が考えるあるべき医療保険制度 17
4.1.　基本方針..... 17
4.1.1.　基本理念 17
4.1.2.　医療保険制度改革の道筋 18
4.2.　公的医療保険の給付範囲..... 22
4.3.　診療報酬体系および支払方式..... 24
4.4.　医療費..... 28
4.5.　患者一部負担割合..... 30
4.6.　財源..... 32
4.6.1.　公的医療保険における公費負担割合 32
4.6.2.　公的医療保険を支える財源 33

1. 日本医師会のこれまでの医療保険制度改革についての提案

1.1. 「地域保険、老齢健康保険、産業保険」の提案

1967（昭和 42）年 11 月 1 日、日本医師会全理事会（武見太郎会長）で、「地域保険、老齢健康保険、産業保険」からなる「健康保険の抜本改正案」が了承された。

翌 1968（昭和 43）年 8 月 13 日、日本医師会「医療保険の抜本改正を調査審議するための特別委員会」は、「健康保険の抜本改正案」をおおむね踏襲する答申をとりまとめた。これは、同年 9 月 28 日の第 48 回臨時代議員会で報告され、代議員会特別委員会に協議が委ねられることになった。その結果、特別委員会は「答申原案の大綱を承認し、細部にわたり検討を要する事項および本案の遂行は執行部に一任する」と報告して、代議員会で承認された。

そして同年 10 月 1 日、日本医師会（武見太郎会長）は、次のとおり「医療保険制度の抜本改正に関する意見」を公表した。なお、前年 1967 年の提案では、「地域保険」であったが、ここでは、「地域健康保険」として提案された。

「医療保険制度の抜本改正に関する意見」1968 年 10 月 1 日（抜粋）

政管健保・組合健保・国保等の医療部門を一括統合し、次の 3 つの医療保険制度に再編成する

① 地域健康保険（保険者は都道府県単位）

② 老齢健康保険（65 歳以上　保険者は厚生省）

③ 産業保険（労災保険を発展　労働省の所管）

1.2.　統合一本化の提案

1984（昭和 59）年 8 月 10 日、日本医師会（羽田春兎会長）・日本歯科医師会・日本薬剤師会と自民党が、医療保険制度の統合一本化を行なう趣旨の覚書を取り交わした。日本医師会は、それまで「3 本立て」（地域健康保険、老齢健康保険、産業保険）を主張してきたが、ここで「統合一本化」に転換した。

「覚書」1984 年 8 月 10 日（抜粋）

医療保険制度の統合一本化を 5 年後に行う。特に負担の公平と給付の平等を図る。

① 時期については、党が責任をもって判断する。

② 国会終了直後に、時期を示す。

1.3.　医療構造改革構想中間報告

1999（平成 11）年 7 月、日本医師会（坪井栄孝会長）は「医療構造改革構想の具体化に向けてー中間報告ー」を発表した。ここでは、統合一本化には課題があるとして、一般医療保険については財政調整のみを提案した。高齢者については、独立した高齢者医療制度を創設し、将来は介護保険制度と統合することを提案した。

「医療構造改革構想の具体化に向けてー中間報告ー」1999 年 7 月
（抜粋要約）

独立した高齢者医療制度の創設

① 高齢者の位置づけ（年齢設定）

現行の 70 歳以上、介護保険制度の 65 歳以上との整合性の問題はあるが、老人保健法施行時からの平均寿命の変化、寝たきり・痴呆等の発生割合、年齢階級別医療費の現状などから、75 歳以上を対象とする。

なお、0～74 歳は一般医療保険として、保険原理を原則とした運営とし、60 歳からはその時点での加入保険の「突き抜け方式」とする。

② 保険者

地方自治体を保険者とする。

③ 財源

10%程度を高齢者からの保険料と自己負担とし、90%の公費投入を最終目標とする。一般医療保険のうち国保については、当面の措置として、所得捕捉を再検討したうえで、公費や被用者保険からの財源投入による財政調整を行なう。

④ 支払方式

包括払いを中心とする支払方式に特化する。

⑤ 高額療養費

一部負担金の徴収方法と併せて、高齢者独自の高額療養費助成制度を設定する。

⑥ 中・長期的展望

老人保健制度の改革と介護保険制度の 5 年間の運用を経て、両保険制度の整合性や問題点を解決したうえで両制度の統合を行なう。

1999 年の「医療構造改革構想の具体化に向けて－中間報告－」では、医科の診療報酬体系を一般系統（診療所、一般病院、大規模病院）と特定系統（大学病院、国立病院）に分け、一般系統を、技術報酬系、薬・材料報酬系、在院報酬系に分けることも提案された。この考え方は、2003 年に、日本医師会医療保険制度検討会議がとりまとめた「診療報酬体系の考え方（中間報告）～診療報酬体系見直しに対する基本方針の提案～」にも受け継がれた。

2001 年 11 月 7 日、日本医師会（坪井栄孝会長）は、「医療制度改革に関する 5 つの反対・5 つの提案」を発表し、一般医療保険を地域保険として一元化することを提案した。

「医療制度改革に関する 5 つの反対・5 つの提案」2001 年 11 月 7 日
（抜粋要約）

（５つの反対）

１．老人医療費伸び率管理制度

２．患者負担増

３．小手先だけの老人保健制度の見直し

４．保険者による直接審査支払・割引契約

５．むやみな特定療養費の拡大

（５つの提案）

１．高齢者医療制度の創設

２．被用者保険における保険料総報酬制の導入

３．薬価・医療材料価格の引き下げ

４．たばこ税引き上げによる公費財源の確保

５．一般医療保険の地域保険への一元化

一般医療保険の地域保険への一元化を提案します。国民が公平かつ平等に医療を受けられる医療保険制度が必要です。

第 1 段階として市町村国保は広域連合化を進めるとともに国保間での強力な財政調整システムを設けます。組合健保も財政調整を行います。次に組合健保と政管健保間での財政調整を行います。

第 2 段階として、被用者保険と国保との間での財政調整システムを導入します。

最終段階として、都道府県単位で被用者保険と国保を「地域保険」として一元化します。

1.4. 「グランドデザイン」等における提案

「2015 年医療のグランドデザイン」（2000 年 8 月）

2000 年 8 月、日本医師会（坪井栄孝会長）は、あらためて独立した高齢者医療制度を提案した。また、民間保険や使途を医療に限定した貯蓄を活用する自立投資の概念を提示した。

「2015 年医療のグランドデザイン」2000 年 8 月（抜粋要約）

高齢者医療制度の基本骨格

（1）75 歳以上のすべての後期高齢者を被保険者とする独立した医療制度

（2）財源として公費を重点的に投入する

高齢者医療制度については、公費を重点的（財源の 90%程度）に投入する。一般医療保険制度は保険料（80%程度）と自己負担（20%程度）のみによる保険原理で運営する。

（3）独自の診療報酬支払方式を設定する

慢性期の患者に対しては、独自の包括支払方式を開発することが合理的。

（4）保険者を都道府県とする

国民の合意を形成しながら終末期医療に対する医療の適正化を推進する、あるいは慢性疾患が中心となる高齢者医療については独自の診療報酬支払制度を構築することによって、医療費単価の伸びを抑制していく。

自立投資とは

選択性のある医療については、国民自らが個々の意志で健康的に自立するための「投資」と位置付け、財源としては民間保険や使途を医療に限定した貯蓄を活用することが適当である。

「医療のグランドデザイン 2017 年版」（2003 年 6 月）

2003 年 6 月、日本医師会（坪井栄孝会長）は、「医療のグランドデザイン 2017 年版」で、「国家安全保障としての医療区分体系」を提示した。

「医療のグランドデザイン 2017 年版」2003 年 6 月（抜粋要約）

国家安全保障としての医療区分体系

医療の区分	対象者	給付方法	推計規模(円)
選択性の高い医療	希望者	自立投資 （自由診療）	約 3,000 億
普遍的な医療	すべての国民	保険 （国民皆保険）	約 26 兆
安全保障としての医療 （難病・生活保護など）	少数	保障 （公費負担）	約 2 兆

「医療保険制度改革における日本医師会の考え方」（2005 年 6 月）

2005 年 6 月、日本医師会（植松治雄会長）は、「医療保険制度改革における日本医師会の考え方」について記者会見を行ない、新しい高齢者医療保険制度を提言した。また、ここでは国民的共助という考え方が示された。

「医療保険制度改革における日本医師会の考え方」2005 年 6 月 7 日（抜粋）

１．医療保険制度改革における基本方針

・国民皆保険制度を堅持する。

・新たな高齢者医療保険制度を創設し、国民の不安を払拭する。

・高齢者医療保険制度においては、高齢者の特性ならびに個々の疾患に配慮するが、医療内容が年齢によって急に規制されるものであってはならない。

・高齢者医療保険制度においても、保険制度であることを堅持し、自助・共助・公助を基本とする。

・医療保険制度は国民に必要十分な医療を給付するため現物給付によって成り立っている。現金給付である介護保険制度とは統合し得ない。

２．新たな高齢者医療保険制度の創設

・対象：75 歳以上の高齢者

・保険者：国とする。ただし一定期間後、都道府県単位とすることも検討する。

・財源構成：患者自己負担 10%、保険料 10%（ただし低所得者への配慮を行う）。残りは公費ならびに国民的共助によって構成する。

３．一般医療保険制度の改革

・老健拠出金、退職者給付拠出金は廃止する。

・被用者は退職後、すべて国民健康保険に加入し、その場合、患者自己負担以外の給付金を保険料および被用者保険による制度間共助により賄う。

「グランドデザイン 2007 総論」（2007 年 3 月）

2007 年 3 月、日本医師会（唐澤祥人会長）は、「グランドデザイン 2007 総論」を発表し、後期高齢者医療制度の基本的スキームを提示した。

「グランドデザイン 2007 総論」2007 年 3 月 28 日（抜粋）

後期高齢者医療制度の基本的スキーム

１．目的

国民が「格差」に苦しむことなく、安心して高齢期を迎えることができるよう、公平な医療を受けられることを約束する。

２．対象　75 歳以上（以下、75 歳以上を「後期高齢者」という）。

３．保険者　都道府県を単位とする。

４．理念

後期高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は後期高齢者にとって大きな負担になる。したがって、後期高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

５．財源

「保障」の理念の下、給付割合を高め、財源には公費を重点的（医療費の 9 割）に投入する。公費は原則国庫が負担し、財源の地域間格差が生じないようにする。

保険料と患者一部負担は合わせて医療費の 1 割とする。保険料の一部は所得に応じた負担（応能負担）とし、極力地域間格差が生じないような対策を講じる。患者一部負担割合は所得によらず一律とし、さらに将来の引き下げを検討する。

６．診療報酬

外来は出来高払いとする。入院も原則出来高払いとし、慢性期の一部を選択性の包括払いとする。いずれの場合も、個々の病態に配慮しない画一的な支払方式に陥らないよう、柔軟な対応を行う。

「グランドデザイン 2009」（2009 年 2 月）

2009年2月に日本医師会(唐澤祥人会長)が発表した「グランドデザイン2009」では、75 歳以上について「後期高齢者」ではなく、「高齢者」と呼称することとした。また、公的医療保険を支える財源として、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（保険料上限の見直し、保険料率の公平化、保険者間の財政調整）－の 3 本柱を提案した。

「グランドデザイン 2009」2009 年 2 月 18 日（抜粋）

日本医師会「高齢者のための医療制度」基本的スキーム

1．保障の理念の下、75 歳以上を手厚く支える。

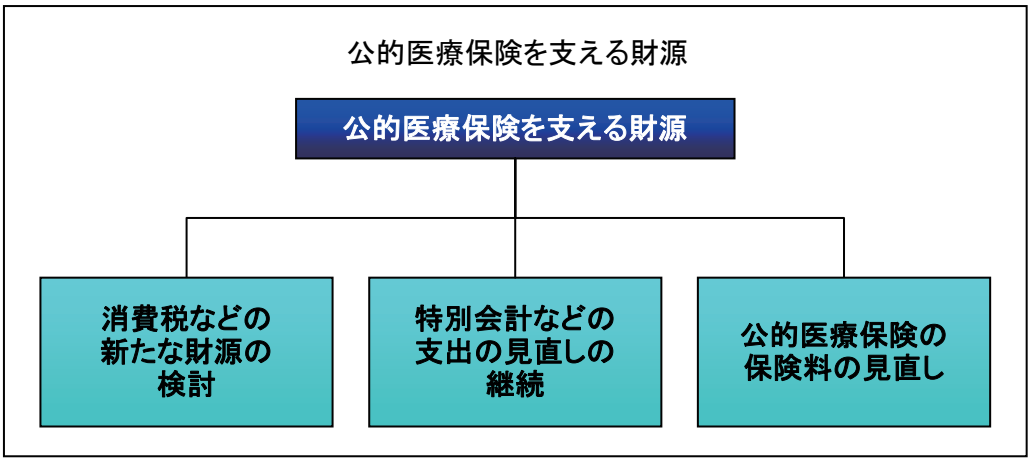
2．若者から高齢者まで、急性期から慢性期まで切れ目のない医療を提供する。

3．医療費の 9 割は公費（主として国）負担とする。

4．保険料と患者一部負担はあわせて医療費の 1 割とし、患者一部負担割合は所得によらず一律とする。

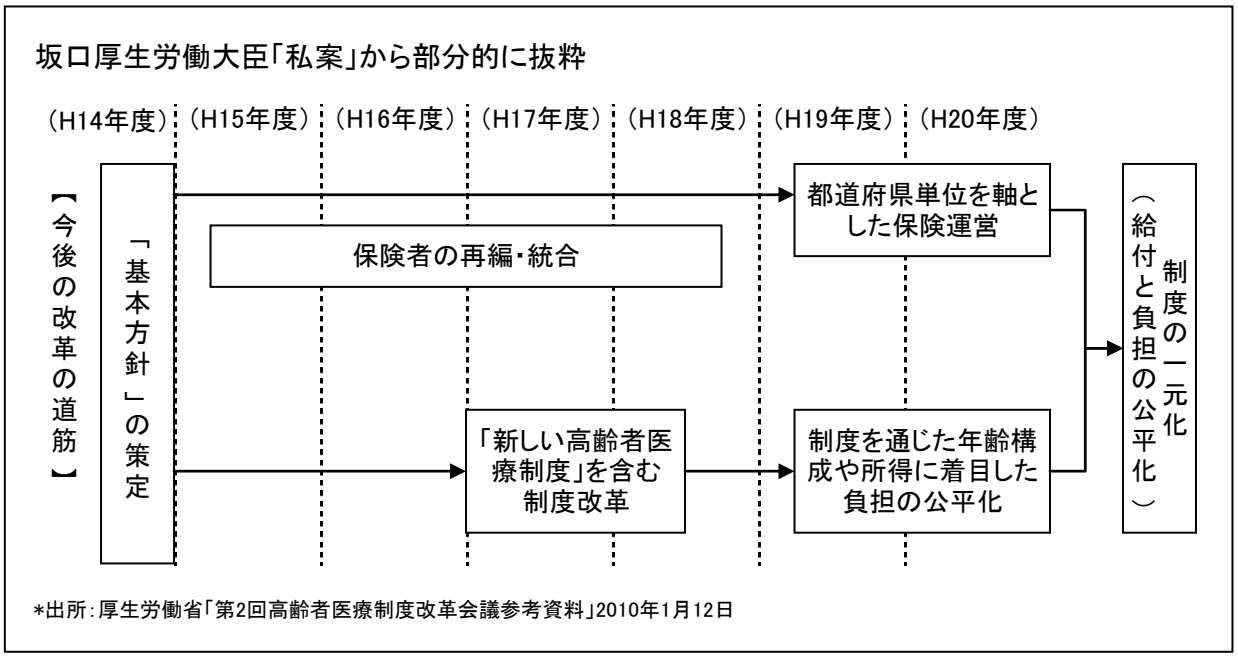
5．運営主体は都道府県とする。

「グランドデザイン 2009」（抜粋）



2. 厚生労働省のこれまでの医療制度改革案

2002 年 9 月 25 日、坂口力厚生労働大臣は私案を発表し、都道府県単位を軸とした保険運営を行なった後、制度の一元化（給付と負担の公平化）を目指すとした。



2005 年 10 月、厚生労働省は「医療制度構造改革試案」を発表し、都道府県単位の保険者の再編・統合と、新たな高齢者医療制度の創設を打ち出した。

これを受けて、2005 年 12 月、政府・与党医療改革協議会が「医療制度改革大綱」をとりまとめ、2006 年 6 月、「健康保険法等の一部を改正する法律」が公布された。

その後、2008 年 4 月に現行の後期高齢者医療制度が創設された。また、2008 年 10 月には政管健保を公法人化した全国健康保険協会が設立され、都道府県ごとに保険料率が設定されるようになった。

厚生労働省「医療制度構造改革試案」2005 年 10 月 19 日（抜粋）

医療保険制度体系の見直し

１．都道府県単位の保険者の再編・統合

（１）政管健保：保険者として国から独立した公法人を設立し、都道府県単位で財政運営

（２）市町村国保：都道府県単位での広域化を推進

２．　新たな高齢者医療制度の創設

（１）独立した「後期高齢者医療制度」（75 歳以上）の創設

・運営主体は市町村。国、都道府県、医療保険者が重層的に支える

・高齢者保険料 1 割、医療保険者からの支援金 4 割、公費 5 割

（２）前期高齢者（65～74 歳）は被用者保険との財政調整により国保の負担を軽減

（３）高齢者の生活の質（QOL）を重視した医療サービスを提供

2008 年 4 月に創設された現行の後期高齢者医療制度は、年齢で区分した独立保険方式であり、現役時代の保険をやめて新たに後期高齢者医療制度に加入しなければならなかったこと、後期高齢者自身が保険料を負担することになり、被用者保険の被扶養者は新たに保険料の支払いが発生した（それまでは被用者本人のみが支払っていた）ことなどから、「高齢者の切り捨て」であるとの批判が起きた。

当時の政府は、後期高齢者医療制度施行直後の 2008 年 6 月、保険料の軽減措置（2008 年度の経過措置を経て、2009 年度から対応）[1]を、同年 9 月には被用者保険の被扶養者の保険料軽減措置の継続[2]を打ち出した。

また 70 歳から 74 歳の患者一部負担割合は、2009 年 4 月に 1 割から 2 割に引き上げられることになっていたが、2010 年 3 月までの 1 年間、1 割負担を継続することを決定した[3]。

2008 年 6 月「高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等について」

● 低所得者に対する保険料の軽減（7 割軽減世帯のうち、後期高齢者医療制度の被保険者全員が年金収入 80 万円以下の世帯について 9 割軽減）。

2008 年 9 月「平成 21 年（度）における高齢者医療の負担のあり方について」

● 被用者保険の被扶養者が後期高齢者医療制度に加入した場合の均等割保険料の 9 割軽減措置の継続（当初、2008 年 4 月～9 月は凍結し、2008 年 10 月～2009 年 3 月は均等割を 9 割軽減とする措置であったが、2009 年度も継続することとした）。

[1] 政府・与党「高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等について」2008 年 6 月 12 日
[2] 与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム「平成 21 年（度)における高齢者医療の負担のあり方について」2008 年 9 月 9 日
[3] 同上

2009 年 9 月、政権が交代した。新政権は、2009 年度の第 2 次補正予算で、2010 年度中も、保険料軽減と 70 歳から 74 歳までの患者一部負担割合の引き上げ凍結を継続することを措置した一方、後期高齢者医療制度を廃止することで合意した[4]。

2009 年 11 月 30 日、第 1 回高齢者医療制度改革会議で、長妻昭厚生労働大臣が、検討にあたっての基本的な考え方を提示した。ここでは、後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険としての一元的運用を目指す方向性が示されている。

[4] 「三党連立政権合意書」2009 年 9 月 9 日

厚生労働省「『高齢者医療制度改革会議』の開催について」
2009 年 11 月 30 日（抜粋）

１．趣旨

三党連立政権合意及び民主党マニフェストを踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を開催する。

２．検討に当たっての基本的な考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

① 後期高齢者医療制度は廃止する
② 「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
③ 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
④ 市町村国保などの負担増に十分配慮する
⑤ 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
⑥ 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

3. 医療保険制度改革にむけた論点整理

これまでの日本医師会の主張の概略は以下のとおりである。これらの論点について次章以降、日本医師会の主張をあらためて述べる。

1. 基本方針

独立した高齢者医療制度の創設、一般医療保険の地域保険への一元化などを提案してきた。

2. 公的医療保険の給付範囲

普遍性のある医療は、完全に公的医療保険の給付対象にすべきであると主張してきた。

3. 診療報酬体系および支払方式

かつては、診療報酬を一般系統、特定系統に区分することを提案した。また、支払方式については、高齢者の医療費の増加が非常に懸念された時期に、高齢者の慢性期患者に対して包括払いを導入することを提案したこともある。しかし、原則的には出来高払いを主張してきた。

4. 医療費

高齢者の医療費単価の伸びを抑制していくと提案したこともあるが、最近では、医療費は大幅かつ全体的に引き上げるべきであると主張している[5]。

5. 患者一部負担割合

一般は 2 割、高齢者は 1 割以下[6]にすべきであると主張してきた。

6. 財源

公的医療保険を支える財源として、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ーを提案してきた[7]。

---

[5] （社）日本医師会「自民党および民主党の政権公約に対する日本医師会の見解」2009 年 8 月 19 日，定例記者会見

[6] 日本医師会は、基本的に高齢者の患者一部負担割合を 1 割にすべきと主張してきたが、「グランドデザイン 2007」で「保険料と患者負担は合わせて医療費の 1 割」とし、高齢者の患者一部負担割合を 1 割以下にすることも視野に入れていた。

[7] （社）日本医師会「グランドデザイン 2009」

4. 日本医師会が考えるあるべき医療保険制度

4.1. 基本方針

4.1.1. 基本理念

日本医師会は、すべての国民が、公平な負担の下で、同じ医療を受けられることが公的医療保険制度の根幹であると考える。それは、年齢や、地域や、所得の違いによる格差のない制度である。

これまで財政面からの一元化については各方面で検討が行なわれてきたが、財政調整で抜本的な解決を見出すことは困難であり、いずれかの制度に皺寄せされ、「皆保険」としての納得感を得られない。

そこで、日本医師会は、公的医療保険制度の全国一本化を提案する。

日本医師会が考える公的医療保険制度の基本理念

- すべての国民が、同じ医療を受けられる制度
- すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度
- 将来にわたって持続可能性のある制度

ここでは、「一本化」「一元化」を次のように定義する。

一本化：制度としてひとつに統合すること。なお一本化しても、現行制度と同様に高齢者や低所得者に配慮し、保険料や一部負担割合の軽減措置を講じる方向とする。

一元化：財政調整により財源面で一体的運用を図ること。日本医師会が提案する全国一本化が実現するまでの間は、保険者間の財政調整が必須である。

4.1.2. 医療保険制度改革の道筋

公的医療保険制度の全国一本化までの道筋を、以下のとおり提案する。なお、それぞれの段階ごとに問題点を洗い出し、その対策を講じた上で、次の段階に進むものとする。

第１段階　高齢者医療制度も含めた医療保険制度全体の方向性の検討

現行の後期高齢者医療制度は、2012 年度末に廃止され、2013 年度から新たな制度に移行する予定であるが、一般および高齢者の医療保険制度を一体的に検討し、その方向性がかたまった時点で、新たな制度の実施時期を設定すべきと考える。それまでの間は、現行の後期高齢者医療制度を弾力的に運用して対応する。

第２段階　地域保険の創設と職域保険の段階的統合

高齢者医療制度と市町村国保を都道府県単位で統合し、地域保険を創設する。また職域保険として、共済組合を協会けんぽに統合し、組合健保を段階的に協会けんぽに統合する。なお、高齢者の現役サラリーマンは、希望があれば職域保険等に加入しなおすことができるようにする。

第３段階　職域保険の完全統合

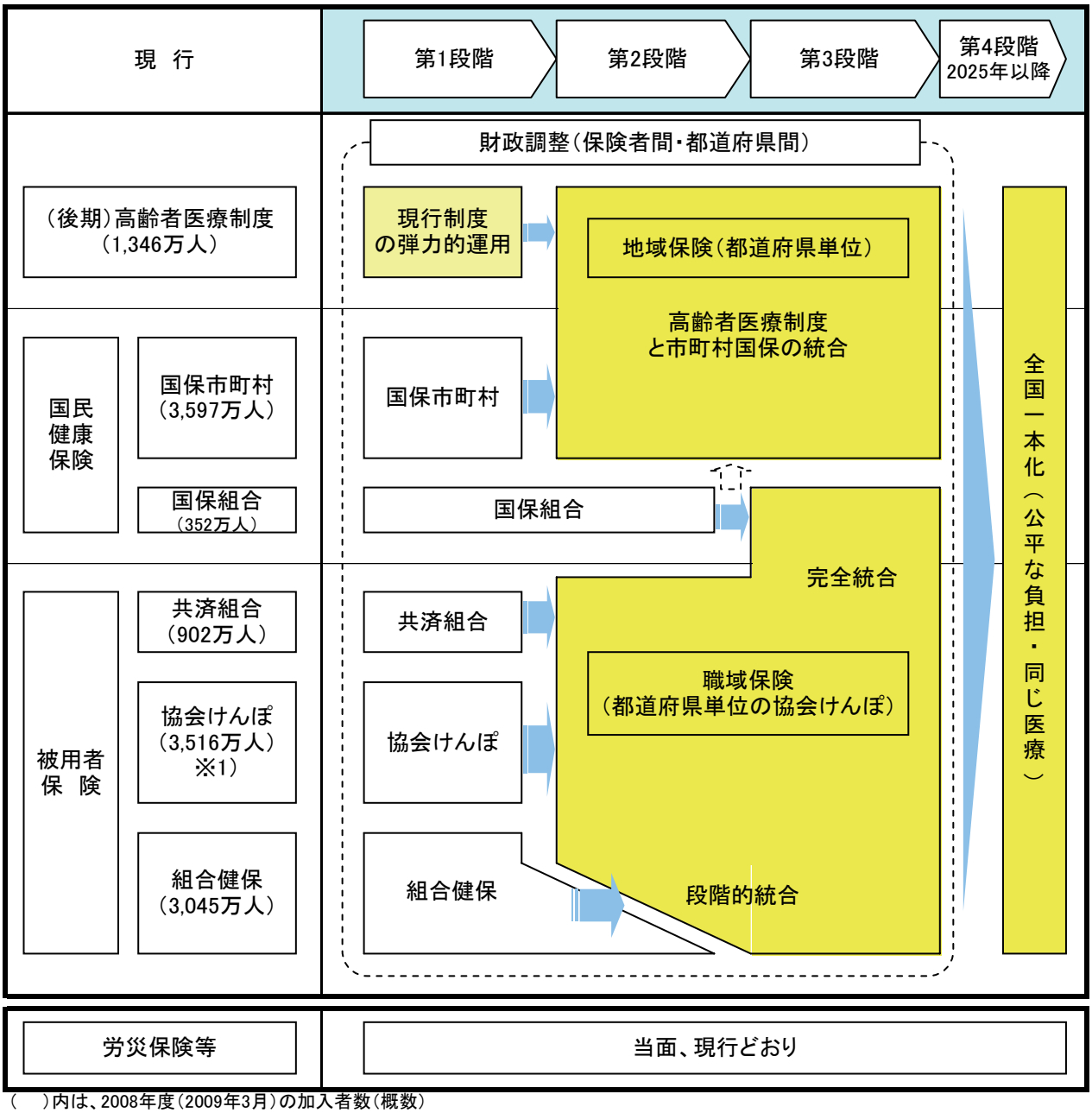
職域保険（協会けんぽ）に、国保組合を統合していく。ただし地域保険的な国保組合については、地域保険への移行も可能にする。

第 3 段階から全国一本化までの間は、特に財政調整が重要である。保険料の見直しなどにより、財源面での一体的運用（すなわち「一元化」）を図る。

第４段階　全国一本化

2025 年以降を目標に、都道府県ごとの地域保険および職域保険（協会けんぽ）を全国一本化する。

図 4.1.1　公的医療保険の全国一本化に向けての道筋



（　）内は、2008年度（2009年3月）の加入者数（概数）
※1）協会けんぽには船員保険を含む
*出所：　厚生労働省「平成20年度 後期高齢者医療事業年報」「平成20年度 国民健康保険事業年報」「健康保険事業状況報告」
財務省「平成20年度 国家公務員共済組合事業統計年報」
地方公務員共済組合協議会「平成20年度 地方公務員共済組合等事業年報」
日本私立学校振興・共済事業団「平成20年度 私学共済制度事業統計」
社会保険庁「社会保険事業状況（平成21年3月現在）」

統合一本化にむけた課題および一本化後の課題には、主として次のようなものがある。いずれも、日本医師会の基本理念を実現するために避けて通れない課題であり、日本医師会は課題解決にむけて全力を尽くす。

① 国民健康保険と被用者保険の所得捕捉

国民健康保険に加入する自営業者等の所得と、被用者（サラリーマン）の給与をいかに公平に捕捉できるかという課題である。これについては、現在、給与所得者であっても、国民健康保険に加入しているケースがあること、所得税は自営業者と給与所得者とでは計算方法が異なるものの、ひとつの税体系になっていることなどから、これらを参考に関係者と協議していく。

② 国民健康保険における保険料賦課方式の統一

現在、市町村国保の徴収形態には保険税と保険料があり[8]、徴収方式には均一賦課、不均一賦課がある。また、均一賦課の中にも、所得割、資産割、均等割、平等割を組み合わせた、4 方式、3 方式、2 方式がある[9]。日本医師会は、比較的早い段階で、市町村国保を都道府県単位の地域保険に再編することを提案しており、保険料賦課方式のあり方が当面の課題になる。資産はあっても所得の少ない高齢者等に配慮するなど、公平な賦課方式を検討していく。

③ 保険者による予防・健康増進機能の維持

保険者には保険料の算定、徴収、診療報酬請求の審査・支払いなどの制度運営上の機能や、被保険者の疾病予防、健康増進を図る機能がある。これまで、それぞれが保険者機能を果たしてきた健保組合や、共済組合等では、個々の組合を解体し、公的医療保険を全国一本化することには、反対も少なくないと推察

---

[8] 保険税の時効は 5 年間（地方税法第 18 条）、保険料の時効は 2 年（国民健康保険法第 110 条）などの違いがある。

[9] 市町村国保では保険者 1,788 のうち、保険料 218 保険者（12.2%）、保険税 1,483 保険者（82.9%）。均一賦課 1,701 保険者（95.1%）、不均一賦課（市町村合併後 5 年間に限り、保険者内で不均一の課税ができる）87 保険者（4.9%）、均一賦課のうち保険料賦課方式は、
4 方式（所得割、資産割、均等割、平等割）1,263 保険者
3 方式（所得割、均等割、平等割）387 保険者（札幌市、京都市、大阪市など）
2 方式（所得割、均等割）51 保険者（東京都区部、横浜市、名古屋市など）
厚生労働省「平成 20 年度 国民健康保険事業年報」より

される。しかし、公的医療保険におけるさまざまな格差をなくし、国民に安心をもたらすという観点から、日本医師会は、健保組合等に対して理解を求めていく。

さらに、公的医療保険制度の全国一本化にあたって、日本医師会は、第三者機関の保険者を設置すべきと考えるが、保険者が全国ひとつになるため、地域固有の実情に即応した保険者機能を発揮できないおそれがある。そこで、日本医師会は、都道府県医師会、郡市区医師会とともに、より地域に根ざした活動を行ない、従来の保険者が果たしてきた機能以上に、地域住民の健康を守る役割を強めていく。

④ 医療費抑制、管理医療の阻止

保険者が全国一本化されることにより、管理医療が進み、医療費抑制が強化されることが懸念される。そこで、日本医師会自身が第三者機関である保険者の構成員となり、医療費抑制について徹底的に阻止していく。

また、医療保険制度が全国一本化されても、地域医療が一律に抑制されないよう、現在の審査支払機関の機能を維持、活用し、地域の実情に応じた医療を守っていく。

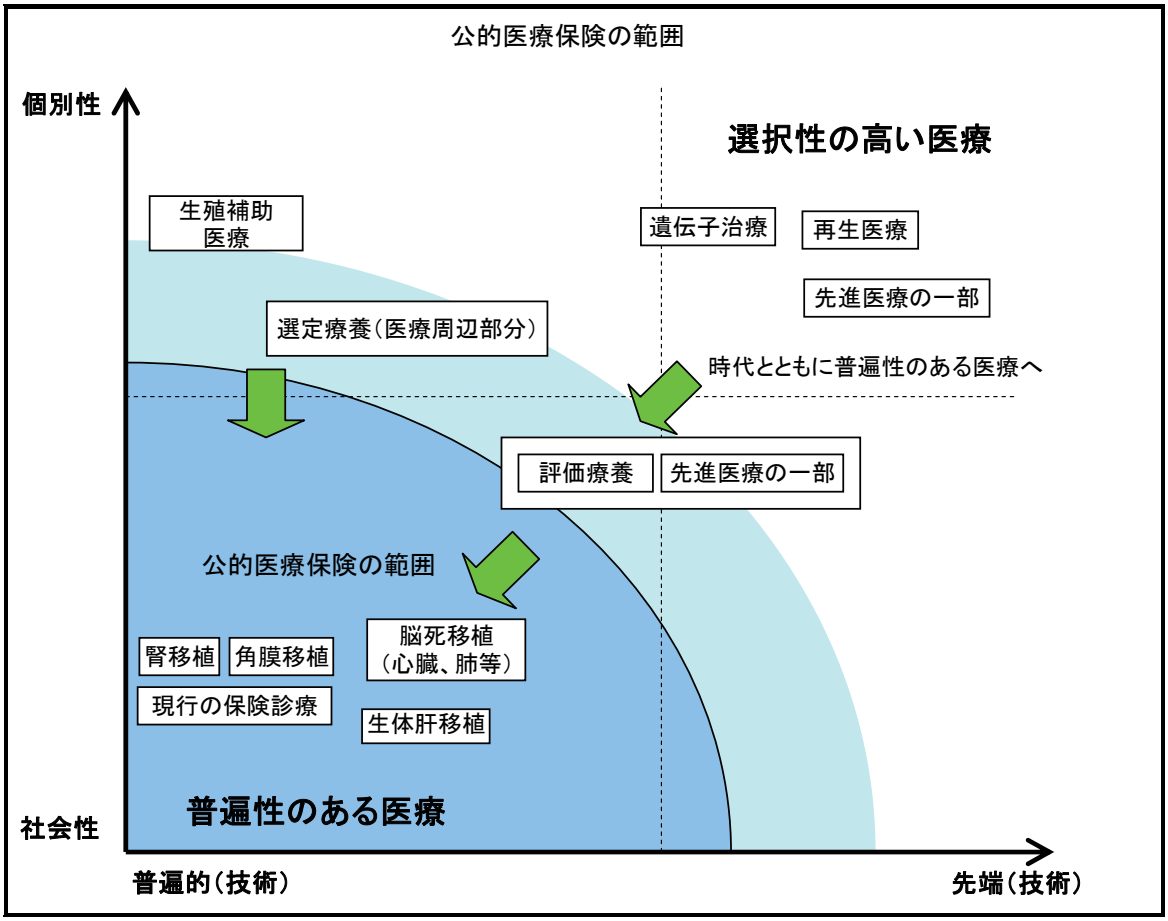
⑤ 事業主負担のあり方

全国一本化後、現行の法律の延長では、事業主負担がなくなるが、新たな法律において、引き続き事業主に健康保険料相当の負担を求める等の対応を検討する。

4.2.　公的医療保険の給付範囲

日本医師会は、有効性、安全性が確認され、国民にとって普遍的であると認められた医療は、すみやかに公的医療保険から給付されるべきであると考える（図 4.2.1）。

図 4.2.1　公的医療保険の範囲



普遍性のある医療を、公的医療保険から給付するためには、じゅうぶんな資源、体制が求められる。具体的には、高度医療評価会議、先進医療専門家会議、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議[10]、医薬品医療機器総合機構（PMDA)、薬事・食品衛生審議会（薬食審）等の体制をより強化し、機動性を高めていかなければならない。そのため、日本医師会としても、国に対して、これらの関係機関の強化を働きかける。

2010 年度の診療報酬改定では、新薬創出加算が導入された。これは特許期間中の新薬の薬価を引き下げない仕組みであり、これにより、研究開発費が早期に回収され、適応外薬等の開発・上市が促進されることが期待される。日本医師会は、その進捗状況を注視するとともに、適応外薬等の開発が進むよう、関係者に働きかけを行なっていく。

現在、混合診療を全面解禁し、公的医療保険から給付されていない先進医療を受けやすくすべきだとの声がある。しかしすでに、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」では保険診療との併用が認められており、たとえば評価療養として認められた先進医療を受ける場合、「先進医療の全額自己負担＋保険診療の一部負担」で良い[11]。

評価療養:保険給付の対象とすべきものであるか否かについて適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うもの
例：先進医療、薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用など
選定療養：特別の病室の提供など被保険者の選定に係るもの
例：差額ベッド、歯科の金合金等、制限回数を超える医療行為など

[10] 2010 年 8 月 25 日、中医協総会で「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」が有効性・安全性のエビデンスが十分あり、医療上の必要性が高いと判断した適応外薬は、薬食審の事前評価が終了した時点で、中医協の了承を経て、保険適用することが了承された。これまでも、日本において有効性や安全性が公知である適応外薬については、日本で臨床試験（治験）を行なうことなく、薬事承認の申請をすることが認められていたが（公知申請)、新たなスキームにより、薬食審の事前評価が終了した時点で保険適用されるので、公知申請から薬事承認までの約 6 か月間が短縮される。
[11] 保険診療の一部負担についてのみ高額療養費制度が適用される。

4.3.　診療報酬体系および支払方式

日本医師会は、診療報酬体系および支払方式について、あらためて以下の提案を行なう。

① 特定機能病院のあり方の見直し

特定機能病院には、高度の医療を提供する能力を有すること、高度の医療技術の開発及び評価を行なう能力を有すること、高度の医療に関する研修を行なわせる能力を有することなどが求められており[12]、それ以外の病院とは機能が異なる。

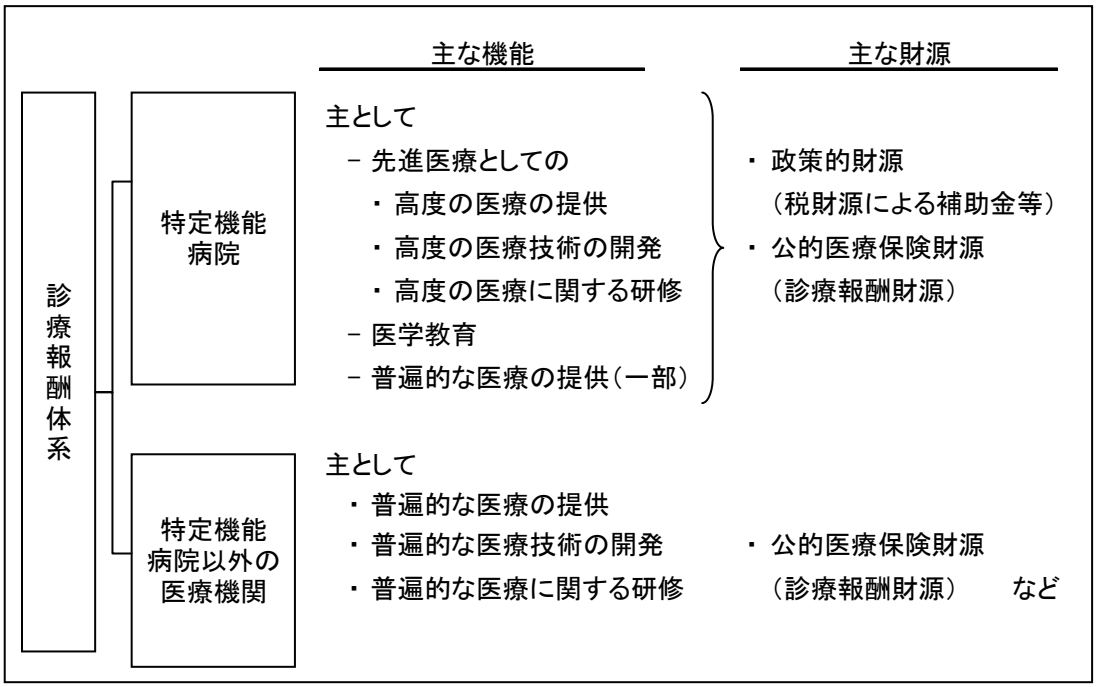
日本医師会は、特定機能病院のあり方を見直し、特定機能病院とそれ以外の医療機関との機能分化を行なう必要があると考える。具体的には、特定機能病院は、主として高度の医療の提供と医学教育を担い、それ以外の医療機関は、主として普遍性のある医療を担当する方向とする。

その上で、新しい機能に応じた診療報酬体系を検討する。たとえば、特定機能病院のあり方を見直した後、その診療報酬体系を別建てにすることを提案する（図 4.3.1）。

財源は、高度の医療の提供および医学教育に対しては政策的財源（税財源による補助金等）を、普遍性のある医療に対しては公的医療保険財源（診療報酬財源）を充当する。なお、高度の医療を担う医療機関が、それ以外の医療機関が主として担う普遍性のある医療のうち、紹介のない外来などを行なった場合には、診療報酬の給付割合を変更するなどの仕組みを検討する。

[12] 医療法第 4 条の 2

図 4.3.1　日本医師会の診療報酬体系の提案



② 診療報酬における「モノ」の切り分け

現在は、手術、処置等に、医薬品、診療材料、医療消耗器具備品などのいわゆる「モノ」が包括されているが、診療報酬本体を適切に評価するためには、診療報酬本体から「モノ」を切り分けることが不可欠である。

また、公共料金は、再投資のための適正利潤を含んで設定されているが[13]、診療報酬には、それらのコストは広く浅く吸収されていると言われているものの、具体的な検証は行なわれていない。診療報酬において「モノ」を切り分け、再投資の費用（地域医療の維持確保のための費用）を別途評価すべきである。

ところで、医師の技術料を評価する手段として、医師個人に直接報酬を支払う「ドクターフィー」[14]を導入すべきとの意見がある。しかし、日本では、チーム医療の下で高水準の医療が提供されており、今後もそれは変わらない。「ドクターフィー」の導入は、医師同士および関係職種間の財源配分の問題を複雑化、深刻化させ、チームを分断させかねないものであり、現時点での導入は拙速である。日本医師会は医師の技術をいかに評価していくべきか、研究、議論を重ねていきたい。

同時に、医師および関係職種の技術については、それぞれの医療機関がきちんと処遇できるよう、日本医師会は診療報酬の全体的な引き上げを求めていく。

13 消費者庁「公共料金の窓」http://www.caa.go.jp/seikatsu/koukyou/

14 中医協は、2010 年度診療報酬改定答申書で「いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、更なる取組の必要性について、検討を行うこと」としている。ここで「いわゆる」とあるように、ドクターフィーが明確に定義されているわけではない。

③ 診療報酬は原則出来高払いとする

診療報酬は原則出来高払いにより、提供された医療を適切に評価すべきである。急性期入院医療については、DPC の導入が進んでいるが[15]、日本医師会は、2008 年、中医協診療側委員として、急性期病院に対する診療報酬は、DPC と出来高払いの二本の柱であるべきと主張した。今後とも、DPC は限定した範囲に止め、出来高払いを適切に評価していくべきである。

2008 年 10 月 22 日　中医協診療報酬基本問題小委員会　二号側提出資料

「DPC に関する方向性について」（抜粋）

1．急性期病院に対する診療報酬上の評価は、DPC、出来高払いの二本の柱である。
2．急性期病院に対するコストを適切に反映した診療報酬のあり方について、検討する。
3．DPC、出来高払いを採用する急性期病院それぞれについて、適切に評価していく。
4．DPC 準備病院、DPC 対象病院ともに、個々の医療機関が、一定のルールの下に、自主的に DPC を辞退することができるようにする。

なお、診療側委員の提案を受けて DPC 病院のいわゆる「退出ルール」[16]が承認され、2009 年に 1 病院が退出している[17]。

[15] 2010 年 7 月 1 日（見込み）、DPC 対象病院 1,391 病院（一般病院 7,714 病院の 18.0%）。DPC 算定病床数 458,707 床（一般病床 909,437 床の 50.4%）。「DPC 対象病院・準備病院の現況について」2010 年 7 月 14 日, 中医協総会

[16] 退出の要件：「原則として DPC 対象病院の基準（ア.急性期入院医療を提供する病院、イ.診療録管理体制加算に係る届出、ウ.データの適切な提出、エ.過去 2 年間の調査期間の（データ/病床）比が 8.75 以上）のいずれかを満たせなくなった場合」2009 年 6 月 3 日, 中医協診療報酬基本問題小委員会

[17] 「平成 21 年度 DPC 退出病院」2009 年 12 月 11 日, 中医協診療報酬基本問題小委員会

4.4. 医療費

日本の対 GDP 総医療費は 8.1%であり、OECD 加盟 31 か国中 22 位である（図 4.4.1）。OECD の示す総医療費には、日本の国民医療費に相当する費用のほか、介護保険サービス、予防・健康管理サービス、医療制度の管理業務、保健医療における研究開発等の費用が含まれる。そこで、医療の新自由主義的改革を進めようとする一部の人々の中には、日本において混合診療を全面解禁するなどして、公的医療保険から給付されない私的支出[18]の医療費を増加させ、これによって、OECD 加盟国平均並みの対 GDP 総医療費を達成する時期に来ているのではないかとの意見がある。しかし、医療費の増加は、私的支出（患者負担）の増加ではなく、公的医療給付費の増加によって達成されるべきである。

ただし、GDP マイナス成長の時期に、医療費増加政策がとられたり、高齢化が進展したりすると、対 GDP 総医療費が急激に上昇することがある[19]。経済の先行きが不透明である現在、対 GDP 総医療費のような指標が、中長期的な目標になりにくいことに注意しておく必要がある。

以上を踏まえて、日本医師会は、今後の医療費のあり方について、次のように主張する。

[18] 公的医療保険から給付されない医療費（患者一部負担、全額自己負担分）。
[19] 日本では逆に、1980 年代後半のいわゆるバブル景気下で医療費が伸びず、対 GDP 総医療費が減少した時期がある。日医総研「医療関連データの国際比較 2010－OECD Health Data 2010 より－」2010 年 9 月，日医総研ワーキングペーパーNo.223

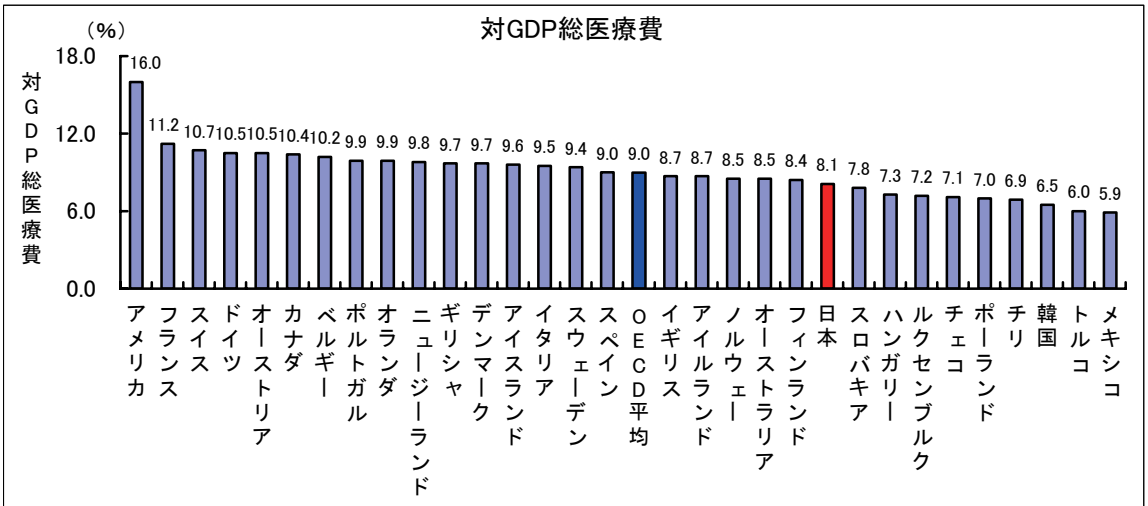
医療費の確保に向けての日本医師会の主張

● 国民皆保険を堅持する日本としては、国際社会において誇りの持てる医療費水準を確保していくべきである。

● 日本の対 GDP 総医療費については、短期的目標として、現状の比較において OECD 加盟国平均並みを目標とする。ただし、経済環境の変化もあるため、今後の社会情勢も踏まえて柔軟に目標を見直すこととし、その場合、対 GDP 総医療費については、OECD 加盟国平均を上回る目標を設定することもある。

● 医療費の増加は、混合診療の全面解禁や医療周辺産業の拡大などを通じた私的支出（患者負担）の増加によるものではなく、国民皆保険の下で、公的医療給付費の増加によって達成されるべきである。

図 4.4.1　対 GDP 総医療費



*出所：OECD Health Data 2010 Release version –June 2010
ルクセンブルク、ポルトガルは2006年のデータ、オーストラリア、デンマーク、ギリシャ、日本、トルコは2007年のデータ、アイスランド、イタリアは2009年のデータ、それ以外は2008年のデータで計算。

4.5.　患者一部負担割合

日本医師会は、これまでほぼ一貫して、患者一部負担割合について、一般は 2 割、高齢者は 1 割以下にすべきであると主張してきた。先進諸国では、公的医療保険における患者一部負担がないところもある（図 4.5.1）。日本医師会は、当面は一定の患者一部負担割合を維持することとするが、小児や低所得者にじゅうぶん配慮し、財政影響も勘案しつつ、できるだけ引き下げる方向で検討する。当面の提案は次のとおりである。

患者一部負担割合についての日本医師会の提案

- 原則として、一般 2 割、高齢者 1 割とする。
  現在、一般は 3 割であるが、所得格差による受診抑制が生じないよう[20]、財政影響を勘案しつつ、できる限り引き下げる。高齢者を何歳以上と定義するかについては、今後の議論を踏まえて判断する。
- 低所得者の一部負担割合は軽減する。
- 小児（中学校卒業まで）は無料とする。
- 高額療養費の上限についても、財政影響を勘案しつつ、できる限り引き下げる。

ところで、現在、医療機関においては、未収金が大きな負担になっている[21]。窓口負担をなくし、医療機関が全額を保険者に請求できるようにすべきである[22]。

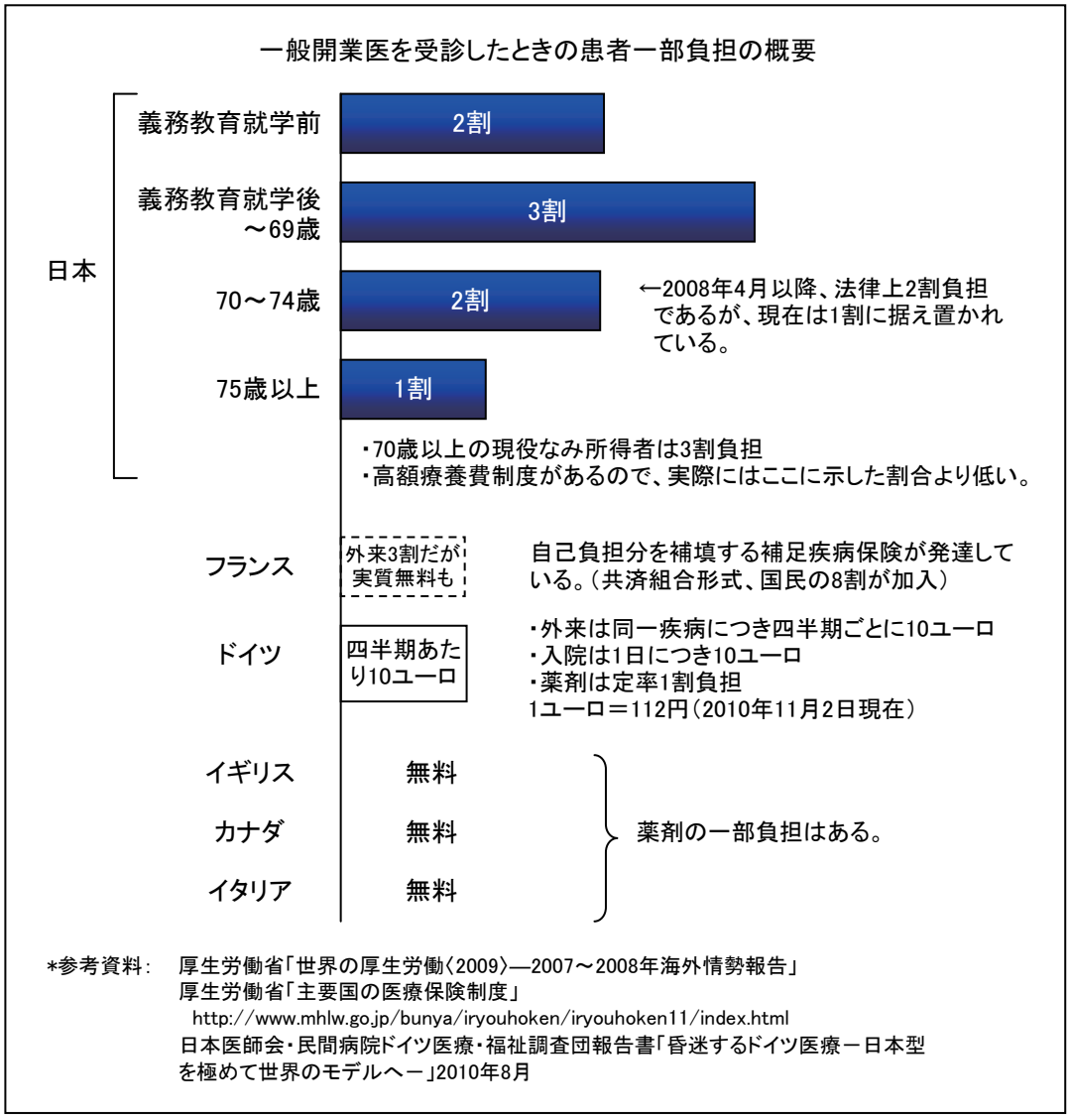
[20] 「現在の自己負担割合では高齢者に受診抑制が起きている」ことが報告されている。2010 年 3 月 8 日, 第 4 回高齢者医療制度改革会議, 近藤委員提出資料

[21] 国は、2007 年に「医療機関の未収金問題に関する検討会」を設置し検討を重ねたが、抜本的な解決にはいたっていない。2009 年には「医療機関未収金対策支援事業」（未収金対策として有効な事業等への補助金）が創設されたが、2009 年度には申請がまったくなく、2010 年 5 月の厚生労働省の行政事業レビューにおいて事業を廃止すべきとの結論にいたった。

[22] 現在の健康保険法では、被保険者については、疾病又は負傷に関しては療養の給付を行うこと（第 63 条）、一部負担金を 100 分の 30 等にすること（第 74 条）が定められている。家族については、家族療養費（100 分の 70 など）を支給することになっている（第 110 条）。日本医師会の提案を実現するためには、法改正が必要である。

この場合、保険者は被保険者が医療機関を受診した際には、被保険者に対して、毎月の保険料に加えて患者一部負担金相当分を請求することとする。

図 4.5.1　一般開業医を受診したときの患者一部負担の概要



4.6. 財源

4.6.1. 公的医療保険における公費負担割合

日本医師会はこれまで、高齢者の医療保険制度において医療費の 9 割を公費で負担することを主張してきた。今回は、公的医療保険制度の全国一本化を提案しており、一般と高齢者はひとつの保険に加入することになる。その場合にも、制度全体に対してより手厚く公費を投入し、高齢者、さらには低所得者の負担をできるだけ少なくしていくべきと考える。

公費負担割合の引き上げは、管理医療につながり、医療費の抑制が強化されるのではないかとの指摘がある。

しかし、国家財源により、原則無料で医療を受けることができるイギリスの公的医療サービスである NHS（National Health Service）に対しては、1997 年に誕生したブレア政権（1997～2007 年）が、医療費削減政策と訣別し、医療支出をそれまでの 2 倍以上に引き上げた[23]。

また日本では、医療費に対する国庫支出割合は現在 4 分の 1 に過ぎないが[24]、それでも医療費は、国庫支出を少なくするため、厳しく抑制されてきた。今後も、医療給付費に対する公費負担割合の大きさに関わりなく、財務省は医療費を抑制しつづけるであろう。したがって、公費負担割合を引き上げなければ医療費の抑制が緩和されると考えることはできない。日本医師会は、医療費抑制を懸念するあまり、公費負担割合を引き上げないという考え方はとらず、医療費抑制については、これからも徹底的に阻止していく。

---

[23] イギリスの 2008 年度について見ると、GDP は 1998 年度比で 1.61 倍になっているのに対して、ＮＨＳへの公的支出は 2.38 倍になっている。日医総研「労働党政権による英国 NHS 改革はどう進んでいるか？」2009 年 12 月，日医総研ワーキングペーパーNo.210
なお、その後イギリスでは、リーマンショック後の不況による税収の落ち込みに対応して、2009 年 6 月に 2 年後の医療費を 15%削減する方針が発表された。日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書「昏迷するドイツ医療－日本型を極めて世界のモデルへ－」2010 年 8 月

[24] 国民医療費 34.1 兆円のうち、国 8.4 兆円（24.7%）、地方 4.1 兆円（12.0%）、事業主保険料 6.9 兆円（20.3%）、被保険者保険料 9.9 兆円（28.9%）、患者負担等 4.8 兆円（14.1%）。国・地方の合計は 12.5 兆円（36.7%）。厚生労働省「平成 19 年度 国民医療費」より。

4.6.2. 公的医療保険を支える財源

日本医師会は、公的医療保険を支える財源として、保険料改革、消費税改革、国の歳出改革を、同時並行で行なうことをあらためて提案する。日本医師会は公的医療保険制度の全国一本化を提案しており、保険料改革や国の歳出改革によってもたらされる財源は一本化までの間の財政調整財源、消費税改革等による財源は長期的な安定的財源として期待される。

1. 保険料改革

保険者間の財政調整財源とするため、保険料率等を見直し、保険料収入の増収を図る。

① 被用者保険の保険料率を、もっとも保険料率の高い協会けんぽの水準に引き上げる。

② 国民健康保険の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額の上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求める。一方、低所得者や高齢者の負担軽減に配慮する。

2. 消費税などの改革

公的医療保険の持続性を高めるためには、安定的な税財源が不可欠である。日本医師会は、安定的財源の重要な選択肢のひとつである消費税についても、検討を行なっていく。

3. 国の歳出改革

特別会計の見直し、独立行政法人の見直し、公務員制度改革の徹底など、歳出改革を継続していく必要がある。

（参考）被用者保険の保険料率の格差

2010 年度の保険料率は、協会けんぽ 93.40‰、組合健保 76.16‰である（表 4.6.1）。

仮に、組合健保の保険料率を 82.00‰（2009 年度の協会けんぽの保険料率）に引き上げた場合、保険料の増収効果は約 4,600 億円である。さらに組合健保の保険料率を 93.40‰（2010 年度の協会けんぽの保険料率）に引き上げた場合、保険料の増収効果は約 1 兆 3,600 億円である。

表 4.6.1　被用者保険の保険料率を引き上げた場合の粗い試算

保険料率　（‰）

	協会けんぽ	組合健保	国家公務員共済組合	地方公務員共済組合	私学教職員等共済組合
2008年度	82.00	73.80	63.67	79.99	65.20
2009年度	82.00	74.51	未公表	未公表	65.20
2010年度	93.40	76.16	未公表	未公表	未公表

保険料収入　（億円）

	協会けんぽ	組合健保	計	増収額
2010年度	70,721	60,145	130,866	ー
組合健保の保険料率を82.00‰にした場合	70,721	64,757	135,478	4,612
組合健保の保険料率を93.40‰にした場合	70,721	73,760	144,481	13,615

*出所：

協会けんぽ	全国健康保険協会「平成21年度 保険料額表」2009年6月11日
	全国健康保険協会「平成22年度の保険料率」2010年2月12日
	協会けんぽは都道府県の保険料率の平均
	全国健康保険協会「平成22年度予算」
組合健保	健康保険組合連合会「平成21年度 健保組合決算見込みの概要について」2010年9月10日
	健康保険組合連合会「平成22年度 健保組合予算早期集計結果の概要」2010年4月7日
	一般保険料率と調整保険料率の合計
国家公務員共済組合	財務省「平成20年度 国家公務員共済組合事業統計年報」2010年2月
地方公務員共済組合	地方公務員共済組合協議会「平成20年度 地方公務員共済組合等事業年報」2010年3月
私学教職員等共済組合	日本私立学校振興・共済事業団「平成20年度 私学共済制度事業統計」2010年8月31日

（参考）国民健康保険の賦課限度額

国民健康保険の賦課限度額（保険料の上限）は年間 63 万円（基礎賦課額 50 万円、後期高齢者支援金等賦課額 13 万円）である。

国民健康保険の保険料は次のように計算され、給与所得のみの場合、単身世帯では年間給与所得 796 万円[25]、平均的な世帯（世帯人数 1.8 人）では年間給与所得 768 万円で賦課限度額に到達する（表 4.6.2）。

保険料

＝（所得－基礎控除）×所得割率＋資産割額＋（均等割額×世帯人数）＋平等割額

表 4.6.2　国民健康保険における賦課限度額に達する所得（給与所得のみの場合）

単身世帯　　1.0　人／世帯

基礎控除（円）	所得割率	資産割額（円）	均等割額（円）	平等割額（円）	賦課限度額（円）	賦課限度額に達する年間所得（円）
330,000	7.35%	16,141	27,376	25,741	630,000	7,962,509

平均的な世帯　　1.8　人／世帯

基礎控除（円）	所得割率	資産割額（円）	均等割額（円）	平等割額（円）	賦課限度額（円）	賦課限度額に達する年間所得（円）
330,000	7.35%	16,141	48,443	25,741	630,000	7,675,756

*出所：厚生労働省「平成20年度　国民健康保険事業年報」
保険料算定方式が4方式でかつ所得割算定方式が旧ただし書き方式（基礎控除後の総所得金額を算定基礎とした保険料算定方式）の市町村の計算式。

国民健康保険において年間所得 800 万円以上の世帯は世帯全体の 2.1%（42.9 万世帯）[26]である。

仮に、年間所得 800 万円以上の世帯について、賦課限度額 63 万円を撤廃して、完全に所得比例にした場合、数千億円規模の増収になると試算される。

[25] 給与所得控除があるので、給与収入ベースでは、単身世帯 1,017 万円、平均的な世帯の場合 986 万円で賦課限度額に到達する。
[26] 厚生労働省「国民健康保険実態調査　平成 20 年度」

（参考）被用者保険の保険料上限

被用者保険においては、標準報酬月額の上限は、報酬月額が 117.5 万円以上の場合 121 万円である[27]。また、標準賞与の上限は年間 540 万円[28]である。したがって、総報酬 1,992 万円（標準報酬月額 121 万円×12 か月＋標準賞与 540 万円）で、保険料支払額は一定になる。これを協会けんぽの保険料率で計算すると、年間保険料は最大で 186 万円である。つまり、総報酬が 1,992 万円を超過すると、年間保険料は 186 万円で頭打ちになる。

（標準報酬月額 121 万円×12 か月＋標準賞与 540 万円）×93.40‰＝186 万円

総報酬 2,000 万円以上の被保険者の割合は、2008 年調査では、政管健保（当時。現在は協会けんぽ）0.01%、組合健保 0.03%である[29]。保険料増収効果はそれほど大きくないかもしれないが、日本医師会は、「すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度」を基本理念として掲げており、報酬に比例して保険料を徴収すべきであると考える。

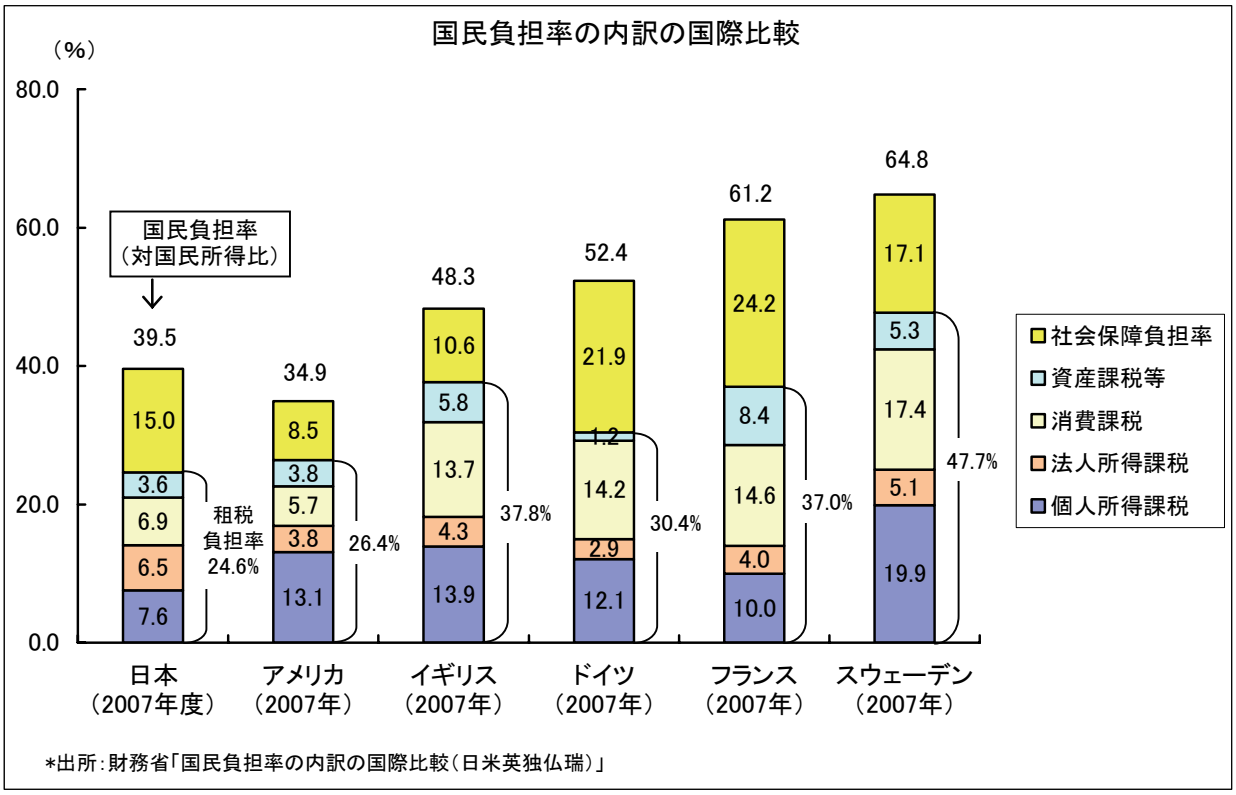
[27] 被保険者全体に占める標準報酬月額等級の上限に該当する被保険者の割合が 1%になるように設定されている。
[28] 「標準報酬月額の上限 121 万円×4.46 か月（2005 年度の人事院勧告で比較対象とした民間企業の平均賞与月数)」で計算されている。
[29] 厚生労働省「健康保険被保険者実態調査 平成 20 年 10 月」

（参考）安定的財源としての消費税収

日本医師会が提案する公的医療保険制度の全国一本化までの間は、保険料改革による財政調整を強化するが、その間も、また一本化後の持続性を高めるためにも、安定的財源は不可欠である。

日本は主要国（除アメリカ）に比べると、国民負担率が低い。国民に対し、あるべき社会保障の姿を示すとともに、負担の現状の理解を得て、負担のあり方を緊急的に議論していかなければならない。特に日本は、主要国に比べて、租税負担率が低い（図 4.6.1）。日本医師会は、国の歳出改革を継続しつつ、安定的財源として、消費税その他の税収について検討を具体化すべきと考える。

図 4.6.1　国民負担率の内訳の国際比較



ただし、消費税を検討するにあたっては、いくつかの課題がある。

第一に、控除対象外消費税の問題である。

医療機関の収入である社会保険診療は非課税であり、患者から消費税を徴収しない。一方で、医療機関は社会保険診療のための医薬品などの仕入れや、医療機器などの設備投資に対して消費税を支払っている。自由診療のように課税されていれば、患者から預かった消費税から、仕入れにかかった消費税を差し引いた額を納付または還付する仕組みとなるため、医療機関に消費税負担は生じない。しかし、社会保険診療は非課税のため、仕入れにかかった消費税は、医療機関の負担（控除対象外消費税）となる。

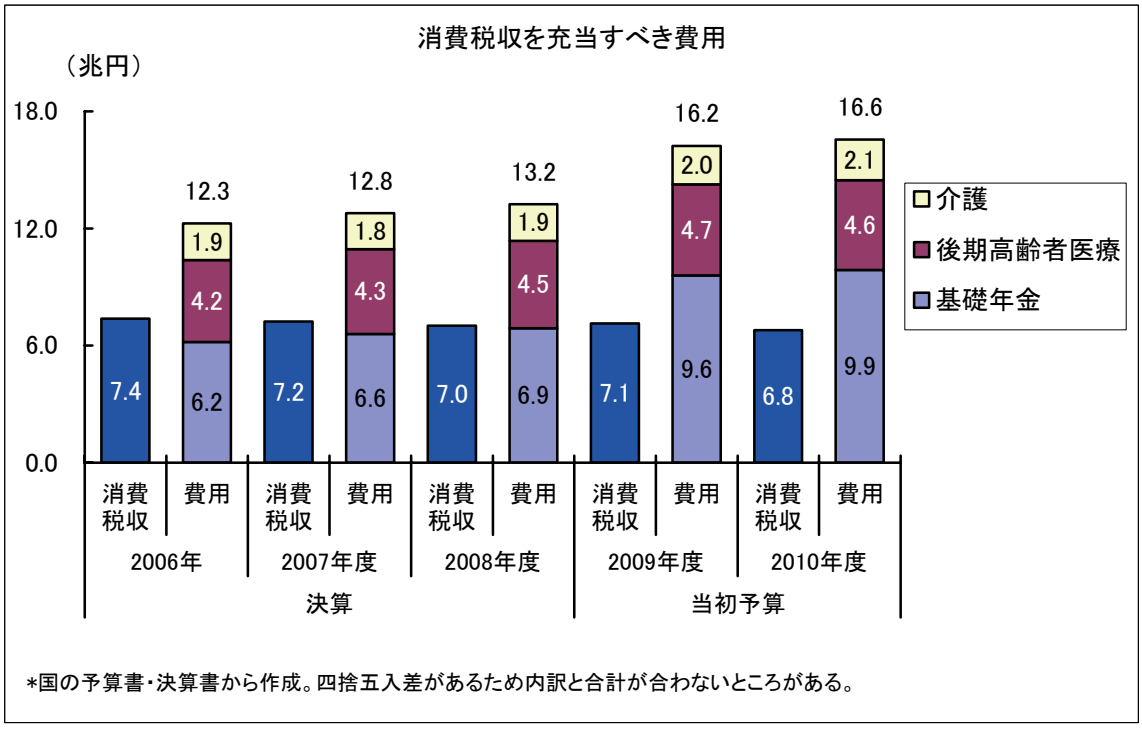
日本医師会の調査によれば、医療機関が負担している控除対象外消費税は、社会保険診療収入の 2.22％であった[30]。厚生労働省は、過去に診療報酬 1.53%（1989 年度改定 0.76%、1997 年度改定 0.77%）を上乗せし、これで解決済みとの姿勢を示しているが、当時の診療報酬項目は、その後の廃止、見直しを経て、既に多くの項目で検証不可能な状況になっている。患者負担が発生しないような形で、早急に控除対象外消費税の解消を図るべきである。

[30] （社）日本医師会「平成 23 年度税制改正要望　重点項目より」2010 年 9 月 1 日, 定例記者会見

第二に、現在も、消費税収（国分）は、国の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られることになっている。2010年度の必要費用は16.6兆円、消費税収（国分）は6.8兆円であり、不足分は、消費税以外の税財源や国債を発行してまかなわれている（図 4.6.2）。

今後、消費税率をかなり引き上げない限り、不足分は埋まらないが、不足分にはどのような財源を充てるのか、また年金、医療、介護に対して、それぞれどのように消費税収を配分していくのかについて、しっかりと国民的合意を得る必要がある。

図 4.6.2　消費税収を充当すべき費用



*国の予算書・決算書から作成。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。

第三に、消費税収のうち国分は 56.4%で、地方分が 43.6%である（図 4.6.3）。

日本医師会は、公的医療保険制度の全国一本化を提案しており、消費税率引き上げ分の増収額のうち、医療に充当する部分は、国分の収入とすることを想定している。しかし、地方分権化の流れの中で、地域主体で行なわれる福祉政策などもある。仮に消費税率を引き上げる場合、社会保障において国と地方がどのような役割を担うのかもあわせて検討する必要がある。

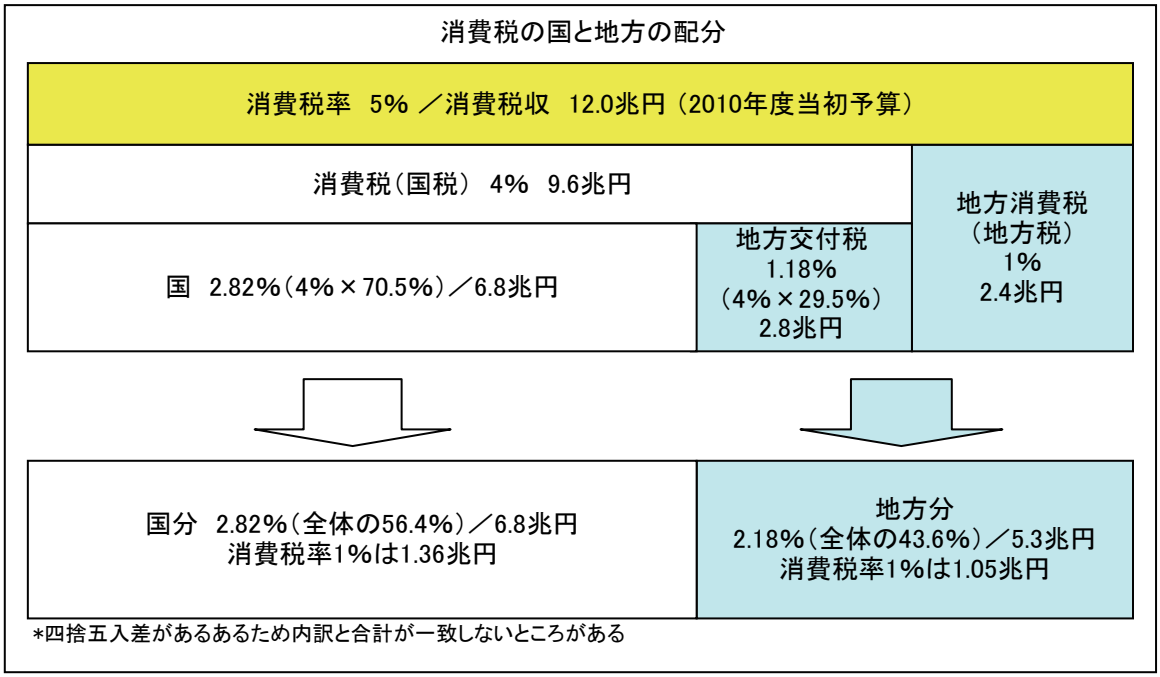



図 4.6.3　消費税の国と地方の配分