

社会保障審議会医療保険部会（第24回）議事次第

平成17年11月25日（金）

13時～15時

於：グランドアーク半蔵門4階富士東

議 題

1. 平成18年度診療報酬改定の基本方針（案）について
2. 医療保険制度体系に関する改革について
3. その他

平成18年度診療報酬改定の基本方針（案）

平成17年11月 日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

1 平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方

- 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持とが不可欠である。
- 今後の基本的な医療政策の方向性としては、
 - ・ 医療を受ける主体である患者本人が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みを構築していくこと
 - ・ 生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっても、早期に在宅に復帰し、生活の質（QOL）を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと
 - ・ 人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに、国民の安心や制度の持続可能性を確保するといった観点から見直しを行い、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくことが求められていると言える。
- 平成18年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、今後の基本的な医療政策の方向性に係る上記のような認識に立って行われるべきであり、具体的には、以下の4つの視点から改定が行われるべきである。
 - ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点
 - ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
 - ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評

価の在り方について検討する視点

④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とするべきである。
- 一方、基本的な医療政策の方向性に必ずしも沿ったものではない医療については、単に診療報酬点数上の評価の適正化を行うだけでなく、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えつつ、特に患者の選択に係るようなものについては、保険診療と保険外診療との併用を認める制度の活用により、応分の負担をしていただくことも含め、検討していくべきである。

2 4つの視点から見た平成18年度改定の基本方針

① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

- 必要な情報に基づき患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療を実現するためには、まず患者から見て分かりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供していくことが必要である。
- このため、診療報酬体系の見直しに当たっては、そもそも診療報酬体系自体を患者にとって分かりやすい体系とする視点に立って、見直しを推進すべきである。
とりわけ、診療報酬上評価されている医療のうちには、実際に提供されているが、患者が明確に分からないままに費用を負担しているものもあるとの指摘もあり、現行の診療報酬の名称等の位置付けも含め、点検を行っていくべきである。

○ 患者への情報提供の推進の観点からは、患者が保険医療機関を受診等した場合に医療費の内容の分かる領収書の発行を受けることができるよう、診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組と併せ、現状を考慮して所要の経過措置を講じた上で、保険医療機関や保険薬局に医療費の個別単価など詳細な内容の分かる領収書の発行を義務付けることを視野に入れて、情報提供を強力に推進するべきである。

○ また、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供する観点からは、不適切な食生活、運動不足、喫煙等の生活習慣に起因した生活習慣病等の重症化予防を推進するための方策について検討するべきである。

② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

○ 質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みを作ることが必要である。

このため、地域における疾患ごとの医療機能の連携体制に係る評価の在り方について検討するべきである。

○ また、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるように、支援していく体制を構築することが必要である。

このため、入院から在宅への円滑な移行を図りつつ、介護保険との適切な役割分担の下、24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価の在り方について検討するべきである。

○ さらに、我が国の医療については、諸外国と比べ平均在院日数が長いという指摘があり、医療機能の分化・連携を図りつつ、医療資源を集中的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、平均在院日数の短縮を図っていくことが必要である。

このため、平均在院日数の短縮の促進に資するような入院医療の評価の在

り方や、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の拡大等について検討するべきである。

- このほか、病院・診療所の機能分化・連携を推進する観点から、病院と診療所の初再診料の格差の問題など、外来医療に対する評価の在り方について検討するべきである。

③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域については、国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡がとれたものとするといった観点も踏まえつつ、その評価の在り方について検討していくことが必要である。
- 例えば、産科や小児科、救急医療等については、診療科・部門による医師の偏在により地域において必要な医療が確保されていないとの指摘があることも踏まえ、特に休日、夜間等における医療機関の連携体制を確保していく観点からも、これらの領域に対する診療報酬上の適切な評価について検討するべきである。
- また、医療分野においてはIT化が遅れているが、IT化を推進していくことは、被保険者、医療機関、保険者、審査支払機関等のそれぞれにとってメリットのあることであり、解決すべき課題を整理しつつ、これを集中的に推進していくための方策についても検討するべきである。
- さらに、医療の安全性の更なる向上の観点から、医療安全に係るコストの実態を踏まえつつ、診療報酬上の更なる取組の可能性についても検討していくべきである。
- このほか、医療技術については、難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価を進めるとともに、新しい医療技術については、有効性、安全性等のほか、その導入の効果についても十分に確認した上で、適切に保険導入を図っていくことが必要であるが、その際には、保険導入手続の透明化・明確化の視点に十分配慮していくべきである。

④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡がとれたものとするといった観点を踏まえつつ、今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行っていくためには、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方について検討していくことが必要である。
- このため、患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価の在り方、入院時の食事に係る評価の在り方、外来医療における不適切な頻回受診の抑制のための評価の在り方、コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価の在り方、かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正な評価の在り方等について検討するべきである。
- また、医薬品については、画期的新薬の開発を促進する薬価制度を構築していく一方で、良質かつ廉価な後発医薬品の使用を促進することは、医療保険制度の持続可能性の維持に資するものであることから、後発医薬品の使用促進のための環境整備の方策についても検討するべきである。
- このほか、医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

3 終わりに

- 中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。
- また、平成18年度診療報酬改定の結果については、本基本方針に即した改定であったかどうか、実際の改定の効果がどの程度あったのか等について、中医協において検証を行い、その結果を当部会に報告いただくことを希望する。

平成17年11月25日

社会保障審議会医療保険部会
部会長 星野 進保 様

社会保障審議会医療保険部会委員
逢見 直人
齊藤 正憲
対馬 忠明

平成18年度診療報酬改定の基本方針について

平成17年7月20日に「中医協の在り方に関する有識者会議」が発表した報告書「中央社会保険医療協議会のあらたな出発のために」において、改定率を除く診療報酬改定に係る基本的な医療政策については、社会保障審議会・医療保険部会および医療部会で審議し、両部会で「診療報酬改定に係る基本方針」を定めることとされ、医療保険部会では11月10日、「基本方針」についての考え方が示されたところです。

医療保険部会でのこれまでの議論の経過を踏まえ、医療サービス利用者としての患者・国民の立場、また、医療保険制度の運営実施者という立場から、特に強調しておきたい項目について、下記の通り取りまとめましたので、提出いたします。

記

I. 「基本方針」策定に当たってのスタンスについて

- 医療保険制度が長期的に持続可能となるよう、財源負担者の納得性の確保と効率的で質の高い医療の実現という観点から診療報酬体系を構築する必要があると考えます。
- 診療報酬体系については、度重なる改定に伴い年々複雑化し、利用者にとって極めてわかりにくいものとなっています。医療保険の実務分野におけるIT化の加速を通じて、この状況を是正し、わかりやすい体系に再構築すべきと考えます。
- 18年度診療報酬改定にあたっては、限られた貴重な医療資源・財源の効果的かつ効率的な活用を最優先することとし、メリハリの効いた、従前の点数体系及び加算等の例にとられないことのない合理的かつ効率的な点数配分に徹すべきと考えます。その際には、医療情報の公開など患者の立場に立ち、平均的な医療機関ではなく、より効率的に運営を行っている質の高い医療機関を基準に改定を行うべきであると考えます。

II. 「基本方針」に盛り込むべき具体的項目について

1. 保険医療サービスの適切な評価のための基盤整備について

- 包括化を含めた診療報酬体系の簡素・合理化、さらにはIT化を推進させることは、ひいて

は保険医療サービスの質の適切な評価、効率的な配分につながる基本的な課題と考えます。

- 現在、急性期の入院医療に導入されている診断群分類別包括払い制度(DPC)、また18年度に導入が検討されている慢性期入院医療の患者分類に基づいた包括評価には、いずれも医療に関するデータの収集とその蓄積が不可欠です。これにIT化の要素を加え基盤を強化することにより、医療の標準化及び医療の質を評価するための重要なツールとすることができ、併せて医療の透明性の向上にもつながるものと考えます。
- 特に、情報の蓄積・分析を通じ、医療の科学的評価を可能としていくためには、レセプトやカルテのオンライン化については速やかに対応すべきであると考えます。
- 患者自らが受けた医療の内容について知ることは当然の権利です。この権利を担保すべく、全ての医療機関等に医療の内容の分かる明細付き領収書の無料での発行を義務化すべきであると考えます。

2. 保険医療のあり方等について

- 新規医療技術の保険導入については、手続きの迅速性・透明性を確保することは当然です。あわせて、適切な保険医療の確保、効率化の観点から、新規技術と代替できる既存技術の洗い出しを進め、保険適用の継続の可否を含めた再評価が必要であると考えます。
- 患者の生活の質(QOL)を高める医療の観点から、食生活、運動、喫煙等の生活習慣に起因した生活習慣病等の重症化予防の推進は必要ですが、保険料を財源とした診療報酬で評価する場合には、個別具体的な費用対効果という視点が必要であると考えます。その際には、生活習慣病指導管理料をはじめとする指導管理料等について、患者の視点に立って再評価し、その実効性を十分に検証し、運用時に保険者がチェックできるようなシステム等の構築を含め、的確な見直しをすべきと考えます。
- 医薬品、医療材料、検査等については、市場実勢価格等を踏まえた適正化を進めるとともに、保険給付の在り方に関する検討についても引き続き医療保険部会で行うべきであると考えます。
- 患者が後発医薬品の使用を希望する場合には、その意思を最大限尊重できる体制とすべきです。その際、まず処方せん様式の変更により、速やかに実現を図るべきと考えます。
- 入院時の食費、居住費については、介護保険制度との整合性を図るべきであると考えます。

3. その他

- 医療事故への対応について、保険医の取り消し等罰則強化を図る一方、医師の再教育を徹底すべきです。あわせて、適切な保険医療の確保という観点から、医師の免許更新制、保険医の定年制、医療機関の指導・監査体制の強化についても議論すべきです。

国保共同事業の実例について

国民健康保険財政の安定化と都道府県単位での保険運営の推進

現行事業 (平成17年度までの時限措置)

① 高額医療費共同事業 1,932億円 (国、県、市町村で負担)

高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。

② 保険者支援制度 824億円 (国、県、市町村で負担)

低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で補填

③ 財政安定化支援事業 約1,000億円 (交付税措置)

国保財政の安定化、保険料(税)負担の平準化に資するために一般会計から国保特会に繰入れを行うことができるものとする。

※ 金額は事業規模

見直しの方向

- ・ ①～③については、必要な見直しを行うとともに、新たに**保険財政共同安定化事業**を創設する。
- ・ ①及び②の事業に要する**国費550億円**については、平成17年度までの時限措置なので、18年度の子算編成過程の手当を検討することが必要となる。

保険財政共同安定化事業(仮称)の概要

1. 趣旨

- ・ 共同事業の対象を拡充し(レセプト1件30万円超^(注))、財政運営の規模を拡大することにより、高額医療費が国保財政に与える影響を更に緩和し、小規模保険者等の財政の安定化を図る。
- ・ 発生した医療費にかかわらず、被保険者数に応じて拠出する分を加えることにより、都道府県内の保険料の平準化を図る。
- ・ 本事業を通じ、将来は都道府県単位の国保財政運営を目指す。
(注)レセプト1件の金額については、実績を踏まえて今後更に検討

2. 事業の実施主体

各都道府県の国保連合会

3. 拠出金

過去に発生した高額医療費の実績、及び被保険者数に応じて市町村が拠出

4. 交付金

実際に発生した高額医療費に応じて、市町村に交

付

(参考)

高額医療費共同事業

(1) 事業対象

著しく高額な医療費(レセプト1件70万円超^(注))の医療費のうち、70万円を超える額を対象

(注)レセプト1件の金額については、実績を踏まえ見直しが必要

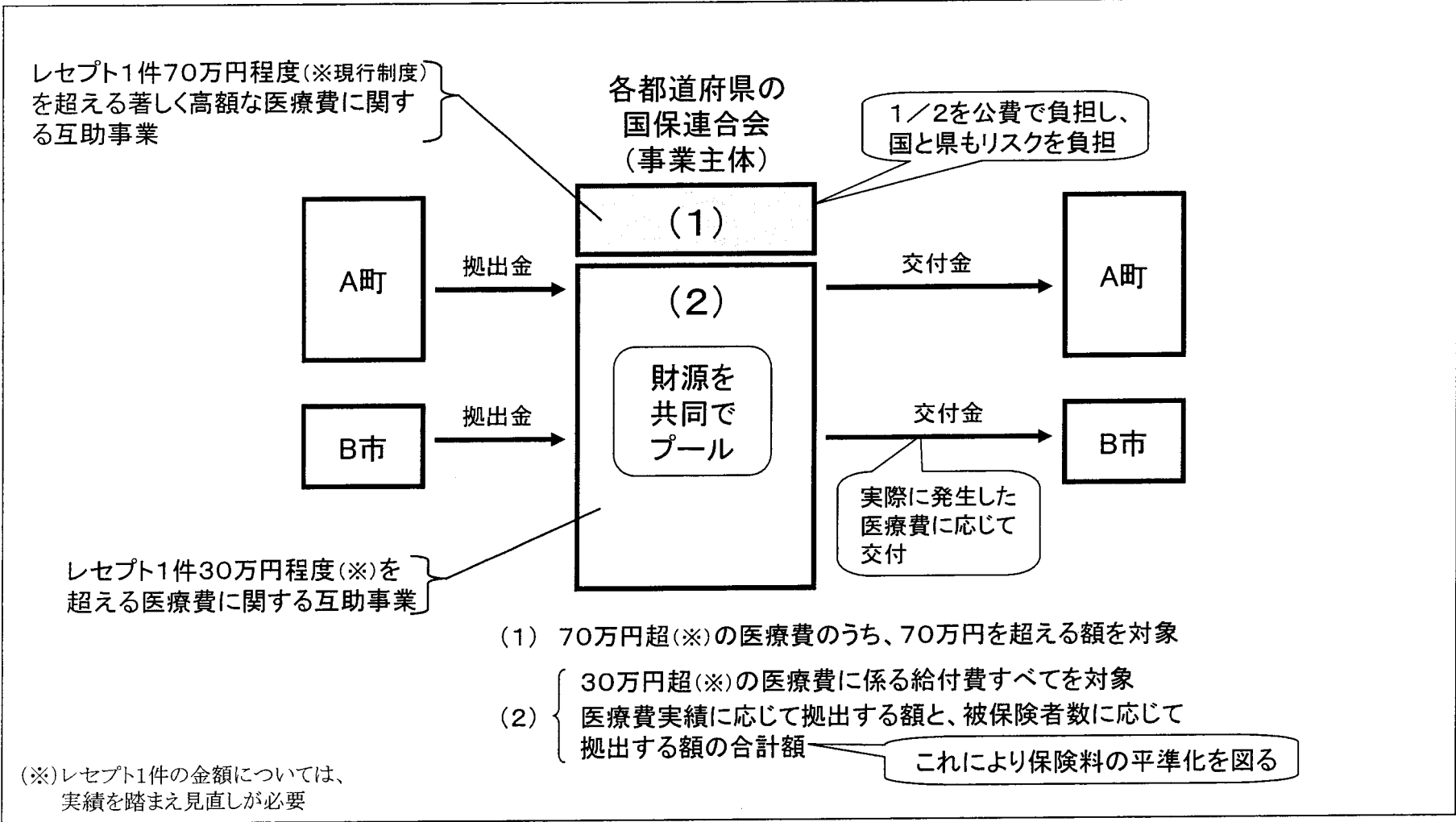
(2) 拠出金

過去に発生した、著しく高額な医療費の実績に応じて市町村が拠出し、1/2を公費負担(国・県で折半)

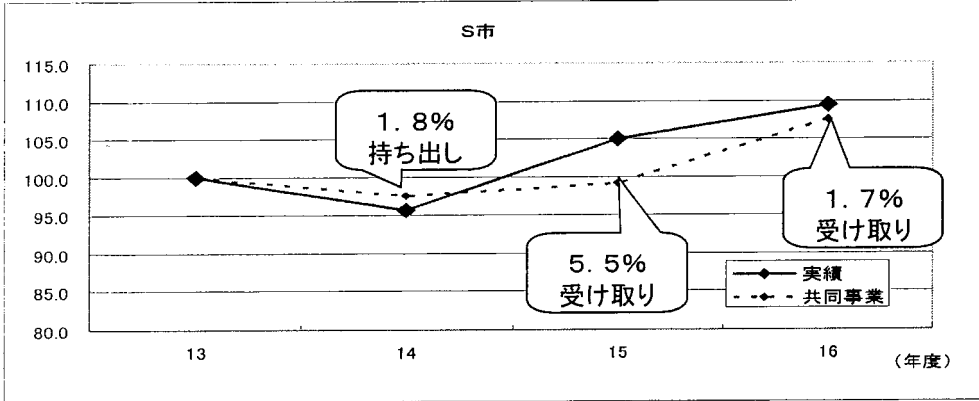
(3) 交付金

実際に発生した、著しく高額な医療費に応じて市町村に交付

保険財政共同安定化事業(仮称)のイメージ



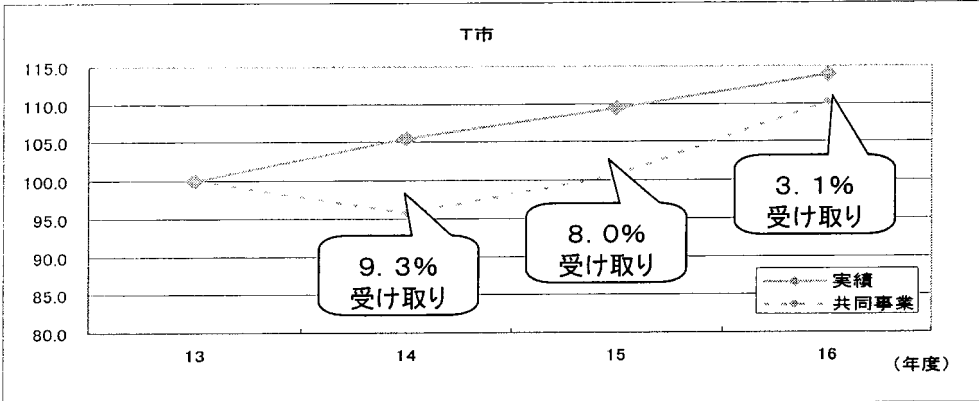
国民健康保険共同事業モデル計算例



(16年度データ)

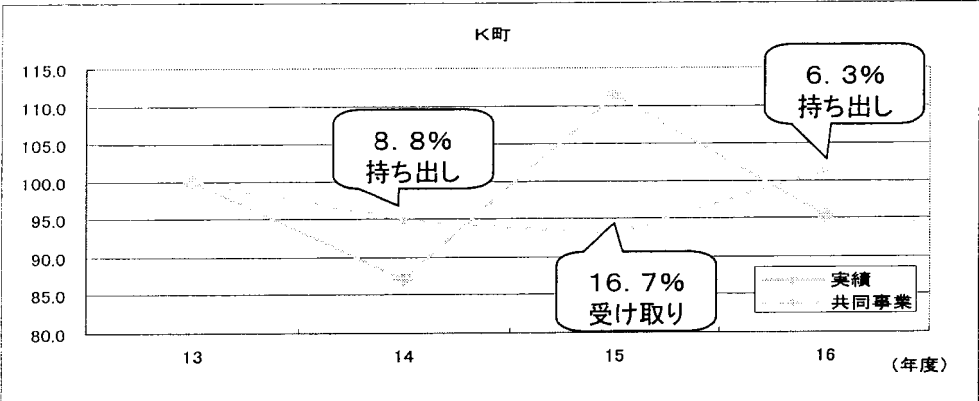
S市
 被保険者数: 32,000人
 事業対象額: 18.6億円

被保険者数が多く、年度ごとの医療費の振れ幅が小さい



T市
 被保険者数: 10,500人
 事業対象額: 6.6億円

共同事業の実施により、医療費増の発生リスクが都道府県単位で緩和。



K町
 被保険者数: 1,700人
 事業対象額: 1.0億円

被保険者数が少なく、年度ごとの医療費の振れ幅が大きい。

※事業対象額・・・1件当たり30万円以上医療の給付費のうち保険料及び国調整交付金で賄われる部分

医療保険制度改革について（案）

平成17年11月 日
社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療保険部会は、「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」（平成15年3月28日閣議決定）を受けて、平成15年7月16日以降、医療保険制度体系に関する改革について、これまで24回にわたり精力的に審議を重ねてきたところである。

この間、昨年7月28日及び本年8月24日には中間的な議論の整理を行い、さらに、さる10月19日に厚生労働省の「医療制度構造改革試案」が公表された後は、これを基に具体的な検討を深めてきたところである。

以下、これまでの当部会における審議を整理し、意見書として取りまとめる。

I. 基本的考え方

- 世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を実現してきた我が国の医療保険制度は、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民の生活や意識の変化等大きな環境変化に直面しており、21世紀においても真に安定し、生命と健康に対する国民の安心に応えられる制度としていく必要がある。
- その際、国民が安心できる国民皆保険制度を堅持していくことが重要であり、そのためには、適切な方法による医療費の適正化を進めるとともに、制度体系の見直しを通じて給付の平等、負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指すことが必要である。この場合、「一元化」については、被用者保険と国保の一本化を目指すべきとの意見がある一方、保険者機能を弱体化させるような一元化には反対との意見があった。

II. 医療費適正化に向けた総合的な対策の推進

- 医療費の適正化は、国民の生活の質（QOL）の向上、医療の安全確保や質の向上を図ることを前提に行う必要がある、こうした観点からは、医療そのものを効率化し、医療費の伸びを徐々に適正化していく中長期的な方策を基本とすべきである。

1. 中長期的な医療費の適正化

- 今後の国民の健康と医療の在り方を展望し、国民の生活の質（QOL）を確保・向上する形で医療そのものを効率化する中長期的な方策として、生活習慣病の予防、入院から在宅医療まで切れ目のない形での地域の医療機能の分化・連携、医療と介護の両面にわたる地域ケア体制の推進といった取組を進める必要がある。

- このため、国と都道府県の共同により、
 - ① 生活習慣病の患者・予備群の減少
 - ② 平均在院日数の短縮
 を政策目標として掲げ、総合的・計画的に推進するための枠組みを設けるべきである。
- 具体的には、国の主導の下で、都道府県が「医療費適正化計画（仮称）」を策定し、上記の政策目標の実現に向けて取組を進めていくこととし、中間時点で進捗状況を検証するとともに、計画終了時においては、政策目標の実施状況を踏まえた都道府県の負担の特例や都道府県別の特例的な診療報酬の設定を行うべきである。これに関しては、計画終了時の政策目標の実施状況を踏まえた特例については、反対の意見があった。
- 医療費適正化対策を進める際には、国民の生活の質（QOL）の向上等に常に配慮し、医療費総枠管理につながるような運用をしないことが求められる。
- 生活習慣病の予防については、保険者が積極的な取組を行っていくことが求められており、40歳以上について、生活習慣病に着目した健診・保健指導の事業実施を義務づけるべきである。その際、費用対効果等を踏まえつつ、市町村の協力の下に段階的な事業展開ができるようにする必要がある。

2. 保険給付の内容及び範囲の在り方の見直し

- 公的保険給付の内容・範囲の見直しをはじめとする短期的な医療費適正化方策については、過度の患者負担増は公的医療保険の意義を損なうおそれがあり、効果も一時的であることから、国民的合意を得つつ、中長期的な方策を補完するものとして検討していくべきである。しかしながら、これに関しては、患者に対する現行以上の負担増には全て反対との強い意見があった。

(1) 高齢者の患者負担の見直し

- 高齢者のうち現役並みの所得を有する者の患者負担については、現役とのバランスを考慮して応分の負担を求めべきとの考え方に基づいて、現行の2割を3割とすべきとの意見が多かった。しかしながら、高齢者の受診回数を考慮すると、慎重に対応すべきとの意見もあった。また、新たな高齢者医療制度の創設とあわせ、現役並みの所得を有する高齢者の患者負担は3割とした上で、前期高齢者（65歳～74歳）は原則2割、後期高齢者（75歳～）は原則1割の患者負担とすることについては、高齢者の患者負担をさらに求めるべきとの意見がある一方、患者負担を引き上げることには絶対反対との意見があった。
- なお、高齢者の患者負担を引き上げる場合においても、低所得者への十分な配慮を行う必要がある。

(2) 入院時の食費・居住費の負担の見直し

- 介護保険で食費・居住費を入所者負担としたことを踏まえ、医療保険においても、低所得者に配慮しつつ、療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の負担の見直しを行うべきとの意見があった。これに関しては、さらに一般病床についても同様の負担の見直しを行うべきとの意見がある一方、医療は介護とは同様に考

えることができず、療養病床も含め見直しを行うべきではないとの意見があった。

(3) 高額療養費の見直し

- 総報酬制の導入を踏まえ、負担の公平を図る観点から、低所得者に対するきめ細かな配慮を行いつつ、高額療養費の基準額（自己負担限度額）の定額部分を引き上げるべきとの意見が多かった。しかし、定額の限度額を超えた部分について求められる定率負担は廃止すべきとの意見や定額部分も含め引き上げるべきではないとの意見があった。
- 医療保険と介護保険の双方を利用する場合には、両制度の自己負担額を合算した上限を設けるようにすべきである。

(4) 現金給付の見直し

- 傷病手当金及び出産手当金については、支給額に賞与（ボーナス）を反映させるようにするとともに、埋葬料については、定額化すべきである。
- 出産育児一時金については、出産費用の水準に照らし引き上げるべきとの意見がある一方、少子化対策としての政策効果や財源等の面から疑問視する意見、少子化対策として引き上げるのであれば国の予算で対応すべきとの意見があった。
- なお、出産に関しては、健康診査も含めて保険適用とすべきとの意見がある一方、保険給付の重点化の要請や保険原則を勘案すれば保険適用する必要性は乏しいとの意見があった。

(5) 保険免責制

- 外来受診1回ごとに一定額までを全額自己負担とするという、いわゆる「保険免責制」については、患者負担は将来にわたり3割を限度とするとの14年健保法改正時の規定の趣旨に照らして問題があることや、国民皆保険の崩壊につながりかねない等の理由から、導入すべきでないとの意見が多かった。一方、医療資源を真に必要な患者へ重点的に投入するためには、保険免責制を導入すべきとの意見もあった。

3. IT化を活用した医療保険事務の効率化等

- 医療保険事務全体の効率化を図るため、レセプトについて、保険医療機関、審査支払機関、保険者を通じて、個人情報保護を十分確保し、解決すべき課題を整理しつつ、段階的に原則としてオンライン化すべきである。あわせて、医療機関への適切なインセンティブ方策について検討する必要がある。オンライン化に関しては、時期尚早との意見もあった。
- また、被保険者の利便性の向上等のため、被保険者証の個人カード化を進めるべきである。

4. 保険料賦課の見直し

- 標準報酬月額の上下限の範囲の拡大及び標準賞与額の範囲の見直しを行う必要がある。また、国保保険料の上限額の引き上げについても検討すべきとの意見

があった。

5. 医療に関する積極的な情報提供

- 診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組とあわせ、現状を考慮して所要の経過措置を講じた上で、保険医療機関や保険薬局に医療費の個別単価など詳細な内容の分かる領収書の発行を義務づけることを視野に入れて、情報提供を強力に推進するべきである。

Ⅲ. 保険者の再編・統合等

- 被用者保険、国保それぞれについて、各保険者の歴史的経緯や実績を十分尊重しながら、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、保険者としての機能を発揮しやすくするため、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進する必要がある。

1. 国民健康保険

- 都道府県単位での保険運営を推進するため、各市町村における高額医療費の発生リスクを都道府県単位で分散させるとともに、保険財政運営の安定と保険料平準化を促進する観点から、共同事業の拡充等を図る必要がある。また、国保財政基盤強化策について所要の見直しを行いつつ、引き続き措置を講じる必要がある。これに関しては、こうした取組だけでなく、低所得者や高齢者が多いといった国保の構造的な問題に対応する抜本的な財政措置を講ずるべきとの意見があった。
- 国保組合の国庫補助について、機能と役割を考慮しつつ、所得調査の結果等を踏まえ、財政力に応じて適切に見直すべきである。また、被用者保険との制度上の区分という観点から、制度そのものの在り方を見直すべきとの意見があった。

2. 政管健保

- 政管健保については、被保険者等の保険料を負担する者の意見が反映され、保険者機能が発揮されるようにすることに留意しつつ、国とは切り離された全国単位の公法人において運営されるようにすべきである。
- その際、財政運営は都道府県単位を基本とし、都道府県間の年齢格差に起因する医療費格差及び所得格差を調整した上で、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料を設定するべきである。一方、医療保険制度の公的な性格を踏まえ、全国一律の料率にすべきとの意見があった。

3. 健保組合

- 健保組合の再編・統合については、健保組合の自主性・自律性を尊重しつつ、同一都道府県内における健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えて健保組合同士が合併して形成する地域型健保組合の設立を規制緩和等による選択肢のひとつとして認めるべきである。

IV. 新たな高齢者医療制度の創設

1. 後期高齢者医療制度

(1) 基本的な枠組み

- 高齢者の医療制度について、現行の老人保健制度を廃止し、高齢者の保険料、社会連帯による相互扶助の考え方に基づく国保及び被用者保険からの支援並びに公費を財源とする新たな独立した制度を創設すべきという意見が多かった。
- ただし、被用者保険の加入期間が長期にわたる退職者をそれぞれの被用者保険が支える新たな制度を創設すべきとの意見もあった。

(2) 被保険者

- 独立した高齢者の医療制度を創設する場合の被保険者は、高齢者の生活実態、経済的地位、心身の特性及び支え手を増やすなどの観点から、75歳以上の者とすべきとの意見がある一方、年金制度等との整合性や、75歳以上とした場合には65歳～74歳の者について保険者間の財政調整を行う仕組みは制度が複雑になるとの観点から、65歳以上の者とすべきとの意見があった。

(3) 運営主体

- 運営主体については、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合の方向性に沿って考えるべきであるが、具体的には、市町村をベースとした広域連合等を活用すべきとの意見、公法人とすべきとの意見、都道府県とすべきとの意見、国とすべきとの意見があった。
- 一方、保険者を誰にするにしても、適用・徴収は市町村が実施すべきである。また、保険料を年金から徴収する仕組みを設けるとともに、保険リスクを広域単位でできる限り軽減すべきである。さらに、高齢者の保険料について統一的な保険料を設定すべきとの意見や、近い将来に都道府県単位での財政運営への展望を示すべきとの意見があった。

(4) 費用負担

- 高齢者の保険料負担については、低所得者に対する適切な軽減措置を講ずるなど、現行の国保における保険料の仕組みも勘案して制度設計すべきである。
- 国保及び被用者保険からの支援については、加入者数に応じた負担とすべきとの意見が多かったが、所得にも着目した負担とすべきとの意見、稼得年齢を考慮して例えば20歳以上とすべきとの意見や40歳以上とすべきとの意見があった。

(5) 高齢者の診療報酬

- 高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬体系とし、高齢者医療の質を向上させるよう十分配慮すべきである。
- また、高齢者の診療報酬の設定に当たっては、老年疾患の重症化予防の観点も踏まえつつ、リハビリテーションによる身体機能の維持、生活の質（QOL）の

保持・向上等に十分配慮すべきである。

2. 前期高齢者医療制度

(1) 保険者間の負担の不均衡の是正

- 独立した高齢者の医療制度の対象を75歳以上とする場合においては、前期高齢者について保険者間の財政調整を行うことが必要となる。一方、保険者間の財政調整は法制的にも問題があり、保険者の自主性・自律性を損なうものであることから、反対との意見もあった。
- これに関しては、制度が複雑になることから、前述のとおり、独立制度の対象を65歳以上にすべきとの意見がある一方、所得格差を考慮した十分な調整を行うべきであり、対象年齢も退職時又は55歳程度にまで引き下げるべきとの意見があった。

(2) 退職者医療制度

- 退職者医療制度については、保険者間の財政調整を拡大するものであり、現行制度からの円滑な移行を図るための経過措置として一定期間存続させることについても反対との意見がある一方、経過措置ではなく恒久措置として存続させるべきとの意見があった。

V. まとめ

- 以上のように、医療保険制度改革について、当部会として共通認識を得られた点がある一方で、意見の隔たりが大きかった点もあるが、医療制度の構造改革が強く求められている中、厚生労働省においては、当部会における種々の意見に十分に留意しつつ、早急に検討を進め、医療保険制度改革の成案を得、実現するよう求める。

(以 上)

平成 17 年 11 月 25 日

後期高齢者医療制度に関する意見

社会保障審議会医療保険部会

委員 河内山 哲朗

(全国市長会国民健康保険対策特別委員会委員長)

(同 医療保険制度改革検討小委員会委員長)

- 1 制度設計及び運営の責任主体は国であることを法律に明記する。
- 2 財政運営は、都道府県単位を軸とし、運営主体を国、都道府県及び全市町村が参加する公法人又は広域連合とする。市町村が財政運営の最終責任を持つことはできない。
- 3 低所得者対策については、国の責任において実施するものとする。
- 4 保険料率については、都道府県内同一とする。
- 5 国・都道府県は、試案で示された「財政安定化基金」の創設、再保険制度等のリスク分散策など、財政安定化策の充実を図る。
- 6 保険料徴収等の事務は、市町村が委託を受けて行う。