

## 医療保険制度 編

### 医療費効率化を促す高齢者医療制度と活力ある保険者の実現

#### I. 高齢者医療制度の創設

医療費の中でも特に、急増する高齢者医療費の効率化・重点化が重要な課題である。現行の老人保健制度では、財政責任を負う保険者がなく、高齢者にとっても保険料負担と給付が連動していない。このため、医療費効率化のインセンティブが働かないまま、各医療保険者に対して老健拠出金の負担が求められている現状がある。

国民が高齢者医療制度を納得して支えるようにするためには、高齢者を対象とした独立した保険者を設け、そこに責任と権限を移譲するとともに、高齢者にも適正な保険料や自己負担を求めて、効率化を促す仕組みを制度内にビルトインする必要がある。

#### 1. 独立した保険者を創設し、効率化を進める

高齢者医療制度の保険者は地域保険として、高齢者にとって身近な市町村を軸に広域化された形態とすべきである。地域の被保険者に密着した様々な活動を通じて、地域の高齢者医療費の効率化を進めることが可能となる。例えば、当該地域の被保険者への生活習慣病予防のための健康指導や、高齢者の地域での活動の場の提供等、高齢者の健康や生き甲斐にも資する活動なども積極的に行なうことができる。

また、高齢者にとっても、主に市町村を単位とする生活圏で暮らしていることから、保険者が身近にあれば、健診や健康指導、医療機関選択のアドバイス等を受けやすく、また、保険料負担と給付の関係を容易に認識することができると思う。

#### 2. 被保険者の対象年齢は 65 歳以上

公的年金の受給開始年齢や、介護保険の受給対象年齢との整合性を勘案すれば、65 歳以上の高齢者を一括して被保険者とすべきである。

75 歳を境目に前期高齢者と後期高齢者に分けることに伴い、高齢者における給付と負担の仕組みに差異を設けることは、納得性がないだけでなく合理的でもない。効果的な疾病予防や健康管理を進めるには、高齢期を通じて継続的・一体的に考える必要がある。

### 3. 給付財源は、高齢者保険料、公費、若年者からの支援の組み合わせで

#### (1) 全ての高齢者に保険料負担を求める

これまでの社会保障は、その多くを現役世代の支援によって支えられてきたが、少子高齢化の急速な進展の中で現役世代の負担余力は少なくなってきたおり、このままでは制度を支える基盤そのものが崩壊しかねない。

高齢者を一律に「弱者」と捉えるのではなく、高齢者の世代内での支え合いの視点も必要である。全ての高齢者が、預貯金なども考慮に入れた上で負担能力に応じて保険料を負担する制度とし、年金から徴収できるようにすべきである。また、保険料負担を通じて、給付の効率化に向けた問題意識を醸成する必要がある。

#### (2) 公費は給付費の5割以上に引き上げる

高齢者医療制度は、効率化を進めるとしても、高齢者の保険料のみで賄うことはできず、全ての国民で支えることが不可欠である。その財源は、公平・公正に支えるために、原則、税を中心とすべきであり、今後の消費税の引き上げを含む税・財政の一体改革の中で、必要な財源を確保しつつ、公費負担割合を少なくとも5割以上に引き上げるべきである。

#### (3) 若年者（65歳未満）からの支援

公費財源の限られた現状においては、ある程度の現役世代からの支援は避けられない。負担の分担に際しては、一定のルールを定め、負担の決定の際には負担者も関与できるような仕組みを設けるなど、現役世代を含め、関係者の十分な合意を得た上で負担を求める必要がある。

若年者からの支援は、高齢者医療費の適正化を大前提として、65歳以上の高齢者と一定年齢以上65歳未満の若年者との人口比に応じて分担する仕組みとすべきである。その際、一般医療保険者における若年者への生活習慣病対策などの実施状況を勘案する必要がある。具体的には、保険者が有効な生活習慣病対策などを積極的に実施する上でのインセンティブを与えるために、若年者からの支援金を増減するなど保険者間に競争原理が働く仕組みを設けるべきである。

また、一般医療保険者の間での財政調整は行なうべきではない。各保険者ごとに保険者機能発揮への取り組み度合が異なる状況下では、新たな財政調整の仕組みを設けても真に公平な負担は達成されず、むしろ保険財政の運営に対するモラルハザードを招くだけである。

#### (4) 公費等の配分方法は予算制で

保険者による医療費効率化の取り組みを制度面からも後押しし、各保険者の医療費効率化へのインセンティブを働かせる意味でも、公費と若年者からの支援金については、実際の給付費の一定割合ではなく、あるべき給付費を念頭に予算制による配分とすることが必要である。

#### 4. 一部負担割合の見直し

真に必要な医療サービスを確実に確保していくためには、限られた財源をより有効に活用する観点、また、高齢者のコスト意識の喚起の観点から、低所得者等に対する十分な配慮をした上で、患者の一部負担割合を引き上げる必要がある。具体的には、若年者が既に3割負担に統一されていることも踏まえ、原則として入院2割負担、外来3割負担とすべきである。

#### 5. その他

高齢者の病態を踏まえれば、診療報酬体系について、一層の包括化は必要不可欠である。

## II. 保険者の再編・統合

保険者の再編・統合を進めるに際しては、被保険者にとって保険者が「身近な存在」になるような視点が不可欠である。「身近な存在」とは、保険者からの働きかけによって左右される感覚的な距離を意味するものであり、その距離を短くするためには、保険者の自主的な判断により柔軟な対応を図ることができる環境づくりが求められる。

若年者（65歳未満）の保険者については、①医療費の適正化など保険者機能が発揮できる規模であり、②運営責任と財政責任を一体とした主体となるよう、組織・ガバナンスの改革・強化を図る必要がある。特に保険者として、医療機関へのチェック機能を高めることが求められており、医療機関との直接審査・支払や直接契約の実施などを進めるべきである。また、保険者には、例えば生活習慣病対策をはじめとして、疾病予防や健康増進などへの積極的な取り組みが求められることから、健診受診率の引き上げや健診後の事後指導（保健指導）を徹底するとともに、地域の実情にあわせた保健事業を充実、展開する必要がある。その際、保険者協議会が実施する共同事業を活用することも選択肢の一つである。また、すでに述べたように、一般医療保険者における保健事業の実施状況を勘案して、高齢者医療制度における若年者からの支援金を増減するなどインセンティブを与える仕組みが求められる。

さらには、医療情報の提供などを通じて、被保険者の最適な医療サービスの選択が可能となるように支援すべきである。

そのためには、手続きの簡素化、組織の集約化、業務の外部委託化が促進されるように規制緩和を一層図り、責任や権限を委譲することが求められる。なお、保険者の再編・統合に伴って、医療保険者の自主・自律性を損なうような形での財政調整の仕組みを導入することについては、容認することができない。

### 1. 健保組合

健保組合は基本的に自主、自律、自己責任の原則で運営されており、再編・統合については、健保組合の個別判断に委ねるべきである。安易な再編・統合は、健保組合が果たしてきた保険者機能を歪めることになりかねないので、行なうべきではない。

また、解散する健保組合に対しては、受入れ先の保険料率の高さ、提供サービスの内容や水準などを勘案して、同一県内に複数設立の場合、どの地域型健保組合に加入するのか、また、地域型健保組合と政管健保のいずれに加入するのかなど、選択権を付与すべきである。

### 2. 政管健保

政管健保の再編を検討するにあたっては、現行の全国一本の組織に比べて、管理・運営コストが増えないことが前提であり、無駄遣いは排除し、効率化を進めることが求められる。財政運営は支部単位とし、その規模は、①加入者数が少ないことで財政の不安定問題が生ずるおそれがあること、②受療動向を考えれば近隣県にまたがる場合もあることから、県単位かブロック単位かの選択制を導入することが必要である。

支部ごとに保険料率が設定できる仕組みを導入し、その際、支部間の財政調整については、年齢構造の格差調整に限って認めるべきである。また、現行の国庫補助については、継続することとし、保険者の効率化努力を促す仕組みとするためには、予算制など公費の配分方法を工夫すべきである。

### 3. 国民健康保険

市町村国保は、国保財政が比較的健全である中核的な市が存在する形で広域化を進め、地域保険者として積極的な役割を担うべきである。

国保組合については、公平性や納得性の観点から国費投入の是非を判断する必要がある。被保険者の所得状況を勘案して、国庫補助をなくすか、現行よりもその割合を引き下げるべきである。また、機能・性格からみて被用者保険と

同じとみなせる場合には、被用者保険への転換を促すことについても検討することが求められる。

### Ⅲ. 公的給付範囲の見直し

限りある財源を考えれば、医療給付費の重点化は不可欠である。また、現金給付については、現金給付全体の中で、スクラップ・アンド・ビルドすることは必要であり、その中で、目的と効果を勘案し、優先順位をつけて判断すべきである。

#### 1. 食費・居住費

年金給付と医療給付との調整、在宅療養と入院における患者負担の公平性、さらには、介護保険との整合性を考えれば、食費・居住費の自己負担化について検討する必要がある。具体的には、医師の指示に基づいて提供される入院時の食事については、治療食の範囲として保険給付すべきであるが、それ以外は、自己負担とすべきである。また、入院時の居住費（室料）については、少なくとも療養病床においては原則的に自己負担とすべきである。いずれの場合にも、低所得者等への十分な配慮が求められる。

#### 2. 保険免責制等

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ること、また、自己責任による予防効果が期待できる生活習慣病など疾病によっては自己負担率を引き上げることなどを検討すべきである。

#### 3. 高額療養費

高額療養費制度では、家計への影響を考えて一カ月当りの自己負担限度額が設定されており、現行では月収の25%相当となっている。高額療養費については、医療サービスを受けていない者との公平性などを勘案して、見直しを検討すべきである。

#### 4. 出産育児一時金・出産手当金

出産育児一時金（現行30万円）の増額については、実施した場合でも少子化対策としての効果は薄く、現在の厳しい医療保険財政を踏まえれば、慎重に考えたい。また、保険料等を財源に補填されている現状を踏まえれば、出産費用の保険給付化についても慎重に考えたい。

出産手当金についても同様に、現行の給付水準を維持すべきであると考えられる。

## 5. 傷病手当金

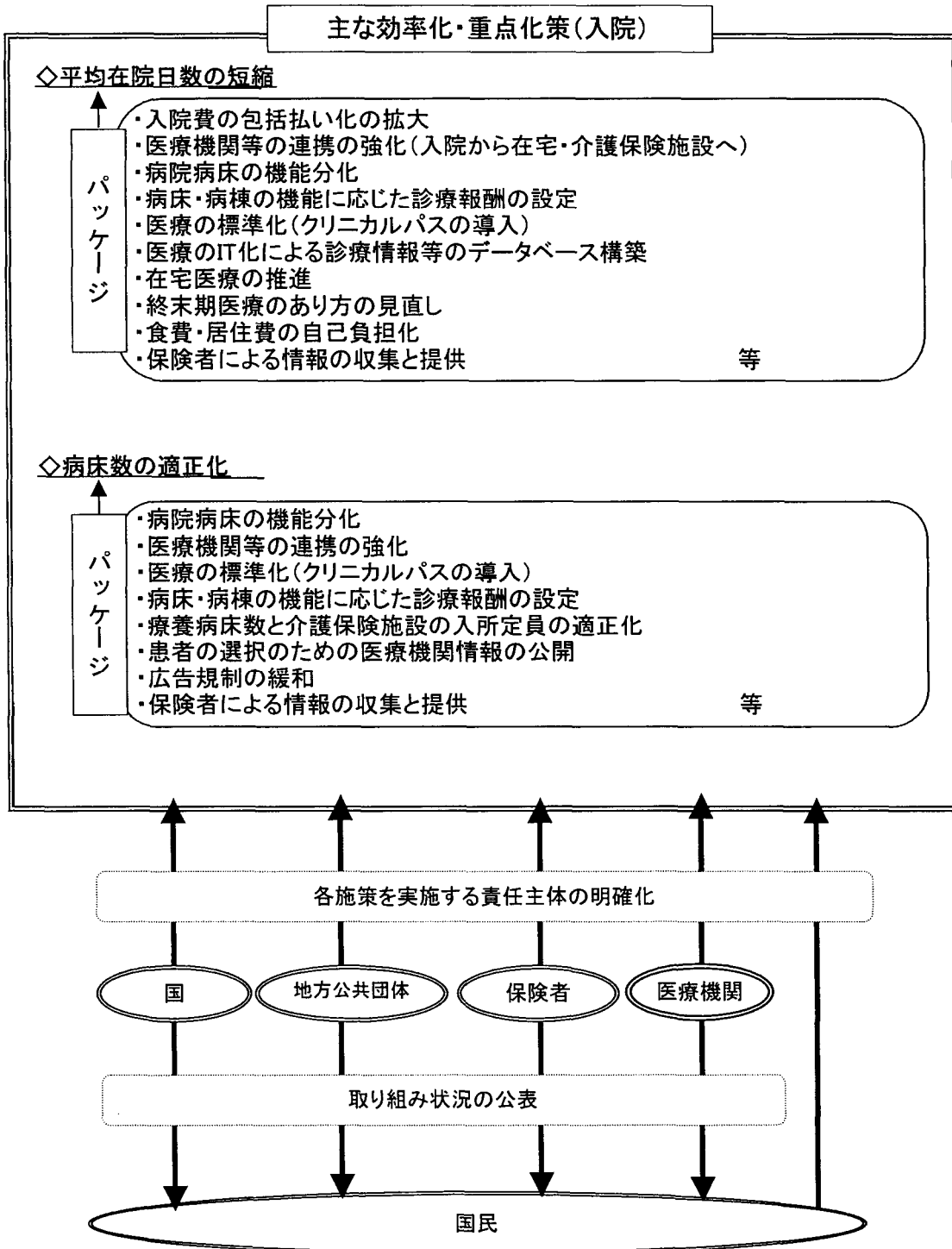
傷病手当金は、1日につき標準報酬日額の6割相当額が支給されているが、家計調査の結果では、衣食住の基本的な支出が報酬の4割強となっており、財政効果などを踏まえて見直しを検討すべきである。

一方、任意継続被保険者への支給の場合、被保険者期間が最短で2カ月であるにもかかわらず、最長で1年6カ月の間、受給できる不合理な仕組みになっていることから、廃止もしくは給付要件の見直し（例えば、被保険者期間に応じて受給期間を設定することなど）が必要である。

## 6. 埋葬料

埋葬料（現行、標準報酬月額相当）は、保険給付する必要性が薄くなっていることから、廃止を含めて見直すべきである。

以上



主な効率化・重点化策(外来・薬剤)

◇外来受診回数の適正化

↑  
パッケージ

- ・医療機関の連携の強化
- ・カルテの電子化等による患者情報の共有化
- ・予防、健康増進活動の実施
- ・適正な投薬期間の設定
- ・免責制の導入
- ・高齢者の一部負担割合の引上げ
- ・患者の自己選択に資するスイッチOTCの拡大
- ・電話相談システムの拡充
- ・保険者による情報の収集と提供

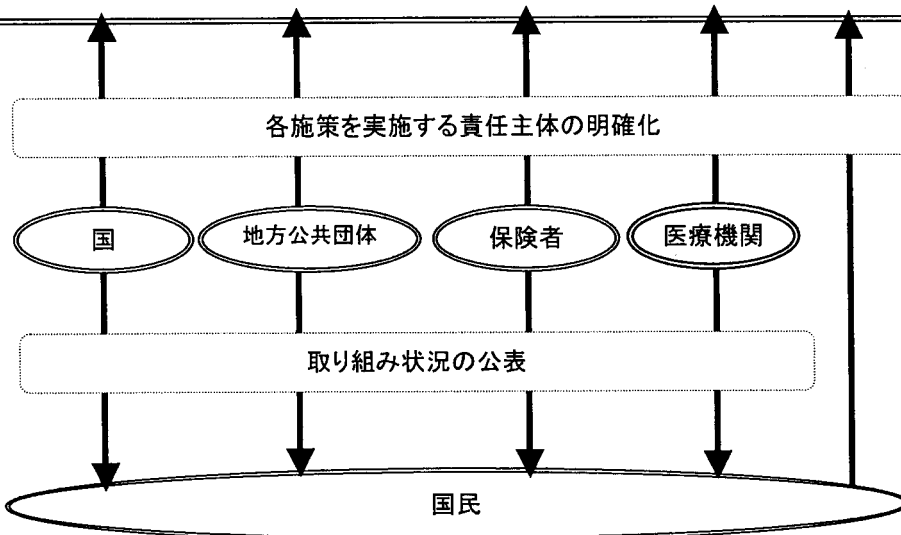
等

◇薬剤費の適正化

↑  
パッケージ

- ・薬剤選択の多様化(一般名処方導入)
- ・地域の薬局機能の見直し
- ・適正な投薬期間の設定
- ・重複投薬の防止
- ・地域連携のためのIT化の推進
- ・高齢者の一部負担割合の引上げ
- ・患者の自己選択に資するスイッチOTCの拡大
- ・保険者による情報の収集と提供

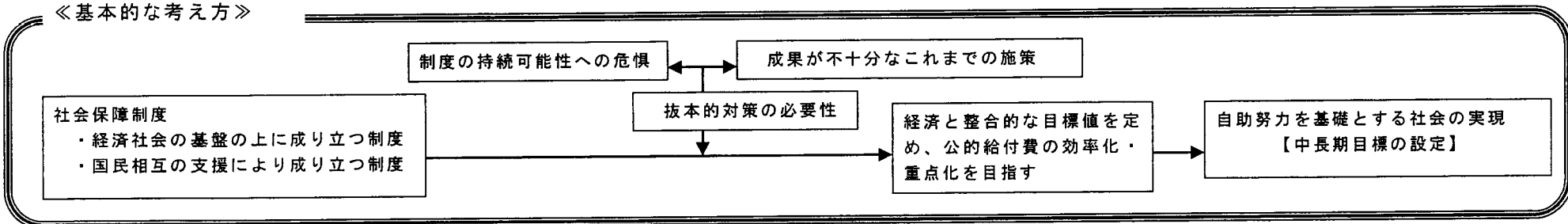
等



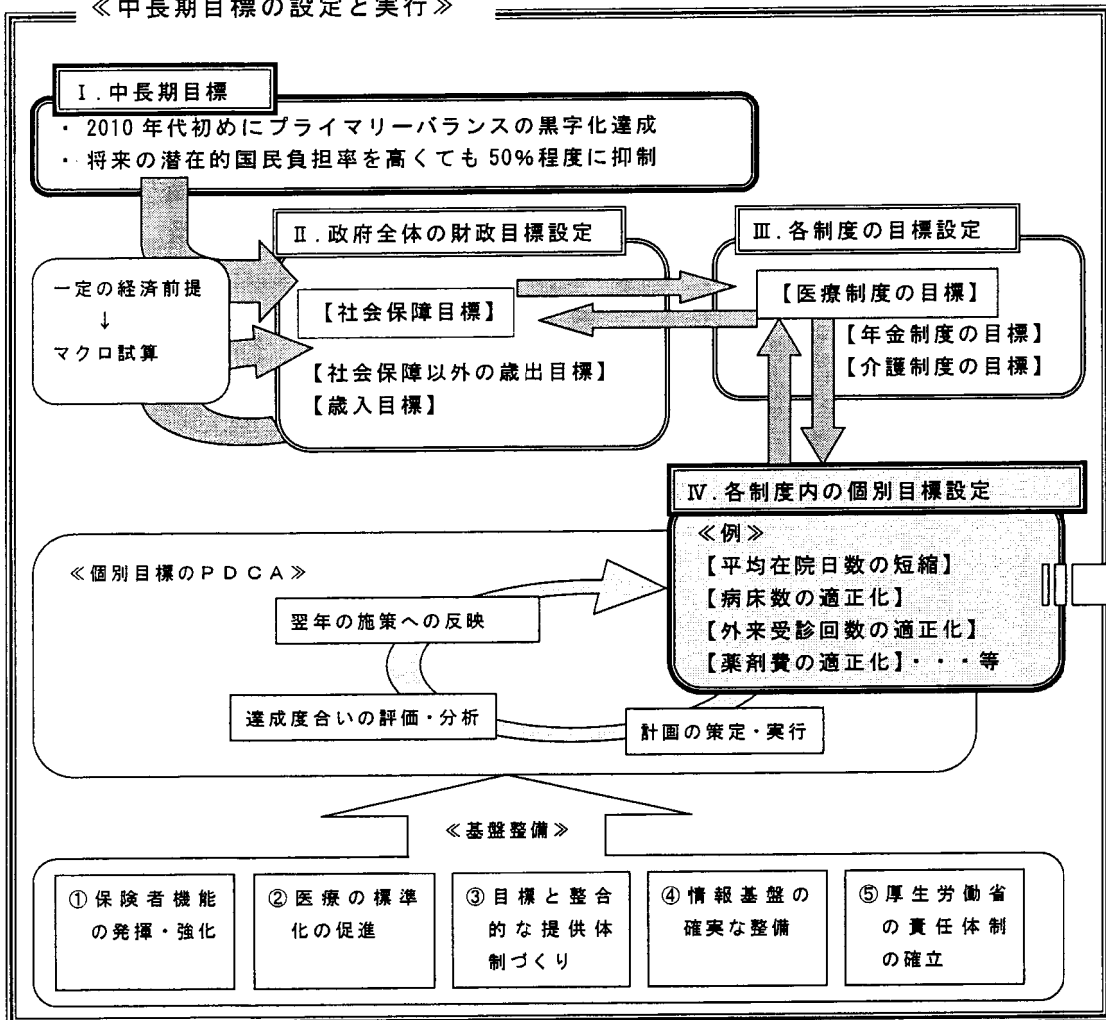


医療制度のあり方について～制度存続のための公的給付費の効率化・重点化～ (概要)

《基本的な考え方》



《中長期目標の設定と実行》



《個別目標と実施計画のイメージ》

