

有識者ヒアリングにおける主なご発言

1. 一圓光彌 教授

- 高齢者の医療費をできるだけ低く抑えられるよう、住民の健康や従業員、家族の健康管理に力を注いで保険運営をしているという保険者は少なくない。そういう保険者の努力が今後とも強化されていくことが一番大切なことである。
- 後期高齢者医療制度を考えると、高齢者の医療費を別枠の制度にしたことで、保険者の努力が保険料に反映されない結果になった。これが後期高齢者医療制度の最大の問題ではないか。
- 新しい医療制度の枠組みとしては、地域や職域の保険者が自主運営できるような形を残すことが重要である。その観点に立つと、高齢者については年齢に関係なく退職すれば地域が生活の基盤になるわけであり、地域の国保に加入することが一番自然で、理にかなったものではないか。この考え方は宮武案に非常に近い。
- ただ、宮武案の国保の運営を都道府県単位で広域化することに関しては、市町村の保健事業等の取組みが、その市町村の保険料にきちんと反映できるような枠組みは維持しながら広域化を考えていく必要がある。
- 以上のように、制度体系として地域保険と職域保険の二大体系を残すとすると、両制度間のリスクを調整することが必要であり、具体的には国保に対する国庫負担及び被用者保険からの拠出金によりリスク構造調整を行うことが必要になる。
- その場合、国保が必要とするリスク調整というのは2つの面がある。退職者・高齢者(世帯主が無職である人たち)の所得の不足と、高齢者の高い医療費を補填しなければならない。そのほか、低所得層のリスクも調整する必要がある。

2. 加藤 智章 教授

- 後期高齢者医療制度の問題点
 - ・ 被保険者の保険料負担が財源の1割であり、財政規律の基盤を確保する道筋という点で評価できるが、1割だけで財政的な規律を発揮できるのか疑問である。
 - ・ 保険料徴収義務は市町村に委ねて、保険料率の決定は広域連合で行うという構図の中で、どこまで保険者機能を果たすことができるのか。
 - ・ 広域連合の意思決定システムが、当事者自治のシステムとして適正なものであるのか。
 - ・ 支援金・拠出金については、いわゆる保険料の租税化という考え方であり、保険給付と直接的に関連のない負担が社会保険料と一体的に徴収されることをどのように考えるのか、という問題が提起されている。
- 改革会議の議論を進めていく中での「基本的考え方」では、一元的運用について、国保と被用者保険を一元化するという事は、恐らく所得捕捉率の問題を抜きにしては、一元化というプロセスには移行できないのではないかと。また、被用者保険と市町村国保との関係の中で、いわゆる非正社員が市町村国保の中に組み込まれている体制があり、非正社員の処遇をどう考えるかという点も重要な問題になってくる。
- 「市町村国保等の負担増に十分配慮する」、「高齢者の保険料は急に増加したり、不公平なものにならないようにする」といった点については、保険者の負担増も抑制し、高齢者の負担も緩和することが、果たして実現可能なのかという点に強い疑問を抱かざるを得ない。
- 市町村国保の広域化については、法律に基づいて保険者を解体し得るのか。例えば、法律によって健保組合を解散することは、果たして可能であるのか。
- 各案については、いずれにしても所得捕捉率の問題を解決しなければ、リスク構造調整の機能は十分発揮されないのではないかと。

3. 関ふ佐子 准教授

- 若いときから安心して世の中で生活していくためには、ある一定の年齢以上の者に対する保障は充実させるべきではないかと思っている。
- そういう意味では、年齢を理由とした保障は必要に応じて提供する必要があるが、他方で、年齢で境界線を引くと、年齢差別が起こるという現実もある。後期高齢者医療制度は、その年齢差別の観点から、色々と批判が出てきたと思っている。
- アメリカでは、差別禁止ということで、ある一定の年齢を保障することと、ある一定の年齢を理由に差別することが、どのような関係にあるのかという、エイジズムの議論がされてきている。
エイジズムには2つあると言われ、1つは、高齢者世代を役に立たない、働けない世代といったイメージによって差別したり偏見を持ったりする「否定的エイジズム」。一方、高齢者のみを対象としたメディケアや年金といった社会保障制度は、高齢者に好意的な区別であり、これは「肯定的エイジズム」と捉えて良いのではないか、という議論がある。
- ある一定の年齢以上の者に対する保障は充実すべきであるが、年齢による区分が問題であるという考えもあり、それは保険者自治が機能しなくなるという点である。医療というのは、生涯にわたる健康管理や予防の努力が制度に反映し、その結果として保険料が安くなるという制度でない、中々機能しづらいと思っている。
そういった意味では、区分するのはよくないと考えている。
- 医療サービスについては、一生にわたって同じ制度がよいと考えるが、他方で、一定の年齢以上については公費を投入し、財政的には他の年齢で支えていくべきと考える。
65歳以上の人口が7%を超えた時に、国連は「高齢化」という言葉を使ったが、その当時は日本では65歳以上の人口は5.7%で、それぐらいだったら皆で支えるというのは非常に納得しやすい割合であるが、これだけ寿命が伸びてくると、一体どれぐらいの人たちを社会で支えるのかということは、改めて考えていかなければならない。当時のパーセンテージを今に当てはめると、大体75歳以上というのが社会で支える年齢として適切と考えているが、どれぐらいの年齢であれば若い人たちは支えていいと考えているのかということ、調査などに基づいて考え、そして公費を投入する年齢を検討すべきではないかと思っている。
- 新たな制度の在り方としては、年齢で区分しない一方、年齢を理由とした保障に公費を投入する、そして今は65歳と言っても色々な方がいるので、世代内でもお互いに負担し合って扶養し合うということが可能な制度が良いと考える。

4. 土田 武史 教授

- 新たな制度を検討するにあたって求められているものは、以下の5点である。
 - ① 公平性の確保
 - ・ 年齢差別の解消、高齢者負担の軽減化、医療給付及び診療報酬体系の改定、保険者間のリスク構造格差(特に国保)の是正、の4つが課題である。
 - ② 財政の安定化
 - ・ 1つ目の課題は、財政調整・保険者間のリスク構造調整・国庫負担の見直し。財政調整は高齢者医療費の負担をどう分配するか、リスク構造調整はリスク格差をどうやって平準化するか、ということであり、財政調整が事後的な対応策なら、リスク構造調整は事前の対応策。しかし、国保被保険者の所得把握は難しく、その場合の財政調整の在り方に国庫負担がある。こうしたことを含め、財政安定化のための対応策が必要。
 - 2つ目の課題は市町村国保の負担増の回避。
 - 3つ目の課題は保険者組織の改編。保険者機能の側面から組合方式を高く評価すべき。
 - ③ 世代間連帯の強化
 - ・ 高齢者医療制度の支援金の見直しを通じた対応が必要。
 - ④ 当事者自治(保険者機能)強化
 - ・ 6原則から落ちているが、考慮する必要がある。
 - ⑤ 制度のわかりやすさ(国民の納得)
 - ・ 財政調整の計算は複雑であっても構わないが、理念は、単純明快でわかりやすいものにする必要がある。
- 5つの視点からの各案の評価
 - ・ 池上案は、公平性の確保や世代間連帯ということで非常に高く評価できる一方、各都道府県に健保組合を区分すると、保険者機能を損なう点で非常にマイナス。また、国庫負担が少なくなり、財政的な安定性にも不安がある。
 - ・ 対馬案は、世代間の負担関係が明確で、高齢者間の負担の公平化について評価できるが、年齢区分において差別論が再燃する危険性がある。また、被用者保険・国保・高齢者医療制度間のリスク構造格差への対応が明確でない。
 - ・ 小島案は、被用者保険の連帯が強化され、保険者機能も強化される点で評価できるが、制度間・保険者間のリスク構造調整・財政調整による対応が必要となる。また、雇用の流動化等が進む中で、退職者健保制度の詳細が不明な点に大きな不安が残る。
 - ・ 宮武案は、制度が分かりやすく、世代間連帯の確保、高齢者の負担の公平化、年齢差別の解消といった点で非常に評価できる。ただ、都道府県が強い保険者機能を保持する可能性はあるが、現在の市町村よりも保険者機能が落ちることもあり得る。また、国保と被用者保険とのリスク構造格差の是正、財政格差の是正、国庫負担のあり方の検討が必要。

5. 山崎泰彦教授

- 新制度の枠組みは、新たな高齢者医療制度の対象を年金、介護保険と合わせて65歳以上として、前期、後期の区分を解消すべき。そして、国保を高齢者医療制度の一般制度としての役割を担う保険者として位置づける。
- 各被用者保険者が、国保の高齢者医療事業を代行することができることとし、被用者保険加入者は、被用者保険と高齢者医療制度に二重加入する。これにより、年齢を理由とする強制的な移動はなくなり、被用者保険独自の現金給付等は継続して受けることができる。
- なお、既に75歳以上の被用者は後期高齢者医療制度に移っているので、混乱を避けるため、これらの方々は原因になるので、原則として住所地の国保に戻す。
- そして、高齢者医療勘定を設けて、高齢者医療費について各制度、保険者が財政を共同化する。
- 給付と負担については、年齢のみを基準とした過度な一部負担や保険料負担の軽減はやめるべき。
- この方式のメリットは一般制度である国保については医療と介護の保険者の単位が一致し、両者の連携がとりやすくなることであり、患者負担、保険料負担、公費の負担割合等も整合性のとれたものにすべき。これにより、将来、介護保険と高齢者医療を融合・ドッキングさせる可能性も開けてくる。
- 財政調整については、年齢や所得といった構造的要因に着目してリスク構造調整を行う。制度間では年齢、各制度内では所得を調整基準として、当面65歳以上に限定して適用し、国保内は、少なくとも現在導入している程度の公費は投入する。
- 今の支援金というのは保険者努力が中々反映し難い仕組みであり、それは問題。年齢リスク構造調整と応能負担の要素を組み合わせるのが、被用者保険のグループでの拠出金の決め方かと思う。
- 国保については、軸足は市町村に置いた上で、広域化の努力をすべき。関係者の合意が得られるところから都道府県が保険者になる道も開いたらどうか。ただ、市町村の努力が反映されるような分権的な運営を行う事が望ましい。
- 平成25年施行という極めて制約されたスケジュールは、普通に考えれば極めて困難。その困難な中で合意形成を図り、スムーズな施行に結びつけるとすると、当面、高齢者医療制度を廃止し、年齢で区分するという問題を解消することの1点に改革のターゲットを絞る代替案は考えられないか。
- そのような観点からは、75歳未満の財政調整は残し、75歳以降も国保か被用者保険に継続加入させて、各保険者が現在の後期高齢者医療の事業を代行する形で継承し、高齢者の医療費について財政の共同化を図るという案が考えられる。