

# 高齢者医療と市町村国保の運営のあり方について

平成22年2月9日  
第3回高齢者医療制度改革会議資料

- 新たな制度のあり方の検討に当たっての基本的な考え方(6原則)において、『マニフェストで掲げている「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』としているところ。
- 平成22年度に国保制度の見直し(参考資料参照)の一環として、市町村国保の広域化を進めることとしてい  
る中で、今後、高齢者医療と市町村国保の一体的な運営を図っていくことについて、どのように考えるか。

## <論点>

【わかりやすさ・効率性】

- 同一地域に年齢で区分された2つの地域保険が併存している状況を解消することができる。

【財政運営】

- 高齢者医療と市町村国保を都道府県単位で運営することにより、財政運営の安定化を図ることができる。
- 現在の後期高齢者医療制度、前期高齢者に係る財政調整、市町村国保については、それぞれ財源や仕組みが異なる中で、どのような財政運営の仕組みを設けることが適切か。

【保険料負担】

- 世帯主がまとめて保険料を納付している市町村国保と一体的な運営を図ることにより、後期高齢者医療制度において個人単位で保険料を徴収したことにより生じた問題点を解消できる。
- 市町村国保では、保険料額にバラつきがある(同一都道府県内の市町村国保における被保険者一人当たりの平均保険料額の格差は、最大約3倍)中で、どのようにして保険料基準・額の統一を図るべきか。

【保険料徴収】

- 市町村国保では、収納率の向上が大きな課題となっている中で、財政運営は都道府県単位とした場合、どのようにして市町村が収納対策に責任を果たすことのできる仕組みを設けることが可能か。

【給付】

- 世帯員が年齢で区分されず、同じ制度に加入することにより、高額療養費において不利益を被る事例が解消できる。

【保健事業】

- 市町村国保では、保健事業の推進による医療費の適正化が大きな課題となっている中で、財政運営は都道府県単位とした場合、どのようにして市町村が保健事業に責任を果たすことのできる仕組みを設けることが可能か。

# 市町村国保の運営の広域化・地方分権の推進

平成22年2月9日  
第3回高齢者医療制度改革会議参考資料

○ 平成22年度の国保制度の見直しの一環として、市町村国保の広域化を以下のとおり図ることとしているが、こうした現行の国保制度の広域化の推進と、高齢者医療制度における見直しとの関係について、どのように考えるか。

## 平成22年度の国保制度見直し案(骨子)

- 地方分権改革推進委員会第3次勧告(※)で指摘された規定については、**勧告に従って廃止**。  
※地方分権改革推進委員会第3次勧告(概要)(平成21年10月7日)
  - ・ 市町村が保険料率の変更や任意給付の創設をする場合などにおける**都道府県知事への事前協議義務** → **廃止すべき**
  - ・ 医療費が著しく高額として厚生労働大臣の指定を受けた市町村による**運営安定化計画の策定義務** → **廃止すべき**
- 民主党マニフェストで盛り込まれた地域保険としての一元的運用の方向性及び地方分権改革推進要綱の趣旨を踏まえ、市町村国保の都道府県単位化を進めるための環境整備として、**新たに都道府県の判断により、以下のことを実施できることとする**。
  - ① **保険財政共同安定化事業の拡大**(対象医療費の引下げ等)
  - ② **「広域化等支援方針(仮称)」の策定**
- 「地域保険としての一元的運用」のあり方については、高齢者医療制度の見直しにあわせて議論を行う。

### ☆ 「広域化等支援方針(仮称)」のイメージ

都道府県が、市町村の意見を聞きつつ、国保の都道府県単位化に向けた3～5年程度の支援方針を策定。

<b>(1) 事業運営の広域化</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 収納対策の共同実施</li><li>・ 医療費適正化策の共同実施</li><li>・ 広域的な保健事業の実施</li><li>・ 保険者事務の共通化 など</li></ul>	<b>(2) 財政運営の広域化</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 保険財政共同安定化事業の拡充</li><li>・ 都道府県調整交付金の活用</li><li>・ 広域化等支援基金の活用など</li></ul>	<b>(3) 都道府県内の標準設定</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 保険者規模別の収納率目標</li><li>・ 赤字解消の目標年次</li><li>・ 標準的な保険料算定方式</li><li>・ 標準的な応益割合 など</li></ul>
---	---	--

(参考)「広域化等支援方針(仮称)」が策定された都道府県については、次の措置を講じる。

- ① 保険料収納率が基準を下回る市町村国保に対する国の交付金の減額措置の廃止
- ② 広域化等支援基金の都道府県による使用の容認(広域化等支援方針策定経費への支出等)

# 「費用負担のあり方」に関する論点と各委員の主な御意見

新たな制度がどのような制度になるとしても、高齢者の医療費は、公費・高齢者の保険料・若人の保険料・患者負担の組み合わせで支えることになるが、以下の論点について、どのように考えるか。

## 1. 公費のあり方について

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 新たな制度における公費のあり方について、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行の後期高齢者医療制度においては、75歳以上の高齢者の医療給付費に対して約5割の公費を投入。</li> <li>・ 後期高齢者医療制度における公費の負担割合は、国、都道府県、市町村が、4:1:1。</li> <li>・ 65歳～74歳の高齢者の医療給付費については、若人と同様、市町村国保では約5割、協会けんぽでは 13% (来年度から16.4%)の公費が投入。</li> </ul> <p>&lt;池上案の論点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所得等に着目した全年齢リスク構造調整とした場合、公費の役割が薄まるのではないか。</li> </ul> <p>&lt;対馬案(健保連)の論点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳から74歳の高齢者の公費負担割合を5割とした場合、新たに1.2兆円の公費が必要となる。</li> </ul> <p>&lt;小島案(連合)の論点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 70歳以上の高齢者の公費負担割合を5割とした場合、新たに多額の公費が必要となる。</li> <li>・ 比較的高所得な被用者保険のOBに、国保に加入する高齢者と同様に公費を投入することは適当か。</li> </ul> <p>&lt;宮武案の論点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の公費負担割合についてどのように考えるか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保と後期高齢者医療制度の統合を考えた場合、国保が有力な基盤となるため、現行の国保も含め財政制度自体を分かりやすくし、一定の公費を入れるということを明確にすべき。(岡崎委員)</li> <li>・ 国民皆保険を維持するためには、公費の増加が不可欠だが、消費税の議論は先送りにされている。国であっても地方自治体であっても公費負担を増やしていかなければ何ともならない事態となると考えるが、国民皆保険を維持していくための国の覚悟が問われている。(神田委員)</li> <li>・ 新たな制度においては、現役世代の負担が加重にならないよう理解と納得の得られる費用負担が必要であり、一定の所得がある高齢者には応分の負担を求めるとともに、公費負担の拡大も含めた財源のあり方を検討すべき。(小林委員)</li> <li>・ 高齢者医療の保険給付財源については、現役世代の保険料に依存するには限界があることから、高齢者医療制度への公費投入割合を高めることが不可欠。そのためにも、税制改革の議論がセットで行われることが期待される。(齊藤委員)</li> <li>・ 公平な制度の実施のためには、誰が費用を負担するのかを明確にし、保険料と財源調整による負担について公平性を感じることでできる仕組みとする必要があるが、その緩衝材となるのが公費である。(堂本委員)</li> <li>・ 公費投入の額を増やさなければ、財政調整を行ったとしても、全ての保険者が納得することは難しい。(三上委員、小島委員、対馬委員)</li> <li>・ 池上案については、財政調整の強化により、財政力格差是正のための公費の役割縮小の可能性があると思うが、国民皆保険を守るためには引き続き必要との観点から検討すべき。(小林委員)</li> </ul>

## 2. 若人の保険料について

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 新たな制度における若人の保険料による負担(支援金)について、国保と被用者保険間、被用者保険内での按分方法をどのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行制度においては、75歳以上の高齢者の医療給付費の約4割を支援金による負担としている。</li> <li>・ 現行の後期高齢者支援金・前期高齢者の財政調整制度においては、国保と被用者保険は所得捕捉が異なることから加入者数で按分している。</li> <li>・ 被用者保険者間でも加入者数で按分してきたが、平成22～24年度の特例措置として、後期高齢者支援金の1/3については、総報酬割により按分することとしている。(改正法案を今国会に提出中)</li> </ul> <p>○ 社会保障・税に関わる番号制度の検討状況を踏まえ、国保と被用者保険間の按分方法は改めて検討すべきではないか。</p> <p>&lt;池上案の論点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保保険者間、被用者保険者間での財政調整は、総報酬割が可能であるが、国保と被用者保険者間では、公平な所得捕捉の実現が前提となるため、当面は年齢構成の違いのみによる調整となる。</li> </ul> <p>&lt;対馬案(健保連)の論点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被用者保険間の支援金の按分方法を総報酬割とすることについて、65歳以上に5割の公費が投入されることを前提としていることをどのように考えるか。</li> </ul> <p>&lt;小島案(連合)の論点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被用者保険が比較的所得の高い被用者OBのみを支えることについて、どのように考えるか。</li> </ul> <p>&lt;宮武案の論点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被用者保険者間の支援金の按分方法について、どのように考えるか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新たな制度においては、事業主の負担が現状を下回らない制度とすべき。(阿部委員)</li> <li>・ 後期高齢者医療制度については、現役世代と高齢者の負担のルールが明確になったことは良い点であり、新たな制度においても維持すべき。(岡崎委員、齋藤委員、小林委員、神田委員)</li> <li>・ 高齢者医療を支える各制度間での負担の在り方については、各制度の負担能力を反映し、現役世代の納得が得られる制度となることが重要である。(小林委員)</li> <li>・ 新たな制度においては、現行の後期高齢者医療制度の医療給付費に対する財政調整の仕組みを残すか、新たに全年齢に係る公費や支援金等による仕組みを設けるか検討すべき。(宮武委員)</li> <li>・ 老人保健制度や後期高齢者医療制度が創設された経過を見ても、突き詰めれば高齢者と無職の方が多く国保の財政問題であり、被用者保険はそれを支援してきた。国民健康保険と被用者保険のあり方をもう一度考えるべき。(小島委員)</li> <li>・ 小島案は、国民年金受給者が国保に残る一方で、突き抜け方式では健保に厚生年金受給者が加入することとなる。このため、それぞれの制度間の所得格差が大きくなり、低所得者が多く国保の財政が成り立たないのではないかと。(岡崎委員)</li> <li>・ 小島案は、被用者保険内で助け合うことにより、若年被用者の納得は得られやすいことがメリットとあるが、社会連帯という観点から、被用者保険内だけでの助け合いでよいのか。(三上委員)</li> </ul>

### 3. 高齢者の保険料について

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 新たな制度における高齢者の保険料の負担割合について、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行の後期高齢者医療制度においては、75歳以上の高齢者の医療給付費の約1割(低所得者等への保険料軽減措置により、実質約7%)を保険料としている。</li> <li>・ 65歳から74歳の高齢者については、それぞれが加入している医療保険の保険料率によることとなっている。(負担割合の平均は、約3割)</li> </ul> <p>○ 今後の人口構成に占める高齢者と若人の比率の変化を考慮し、どのような調整の仕組みを設けるべきか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行の後期高齢者医療制度においては、「若人人口の減少」による若人一人当たりの負担の増加分について、75歳以上の高齢者と若人で半分ずつ負担する仕組みとしている。</li> </ul> <p>○ 高齢者と若人の一人当たりの医療費の伸びについては、どちらが高いか見込むことが困難となっている状況も踏まえて、伸びの違いが生じた場合を考慮し、どのような仕組みを設けるべきか。</p> <p>&lt;池上案・小島案(連合)の論点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者と若人の負担割合が不明確になることについて、どのように考えるか。</li> </ul> <p>&lt;対馬案(健保連)の論点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公費以外の部分を、高齢者と若年者の人数比で按分することとした場合、制度発足時は高齢者の負担が減少し、若年者の負担が増加する一方、今後、現行制度と比較すると、医療費の増加に比例し、高齢者の負担の増加率の方が大きくなっていくことをどう考えるか。</li> </ul> <p>&lt;宮武案の論点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上の高齢者の負担割合を、現行の75歳以上の高齢者の負担水準とした場合、若人の負担か公費が増加することとなる。</li> <li>・ 75歳以上の高齢者の負担割合を、現行の65歳から74歳の高齢者の負担水準とした場合、75歳以上の高齢者の負担が増加することとなる。</li> </ul>	<p>・ 新たな制度の保険料は「応能負担」を原則とし、格差のない料率を設定すべき。(阿部委員)</p> <p>・ 国民皆保険を守る観点から、高齢者にもその負担能力に応じた適切な負担を求めるべき。(齊藤委員、対馬委員、樋口委員)</p> <p>・ 後期高齢者医療制度については、現役世代と高齢者の負担のルールが明確になったことは良い点であり、新たな制度においても維持すべき。(岡崎委員、齋藤委員、小林委員、神田委員)</p> <p>・ 保険料・保険者間の財政調整の検討にあたっては、その高齢者がこれまでの人生において、どの保険者に属していたのかを可能な限り反映できる制度にすべき。(堂本委員)</p> <p>・ 高齢者医療制度は、高齢者のためだけではなく、次の世代のことも考えた制度とし、若人も含めて誰もが分かりやすく、公平な制度とすべき。また、高齢者の尊厳を守り、低所得者や障害者にとって温かみのある制度とすべき。(見坊委員)</p> <p>・ 国民皆保険制度では、世代間の連帯が重要である。若い方の負担が高齢者より大きいかどうかを比較するのではなく、国民の一生涯を見据えた公平を考えていく必要がある。(堂本委員)</p> <p>・ 高齢者だけが利益を得るのではなく、たとえ低所得であっても高齢者も国民の一人として少額の保険料を負担するなど、全ての高齢者が一定の負担をすべき。(樋口委員)</p> <p>・ 高齢者の医療保険は保障の理念が重要であり、保険料の上限の見直しや保険料率の一本化なども検討すべき。(三上委員)</p>

#### 4. 患者負担のあり方について

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 新たな制度における患者負担割合について、どのように考えるか。</p> <p>・ 現行制度における法律上の患者負担割合            75歳以上: 1割 ※            70歳～74歳: 2割(予算措置で1割に凍結中)            ※70歳未満: 3割            ※ 現役並み所得者は3割</p> <p>・ 患者負担割合を変更した場合の医療給付費の影響額            70歳～74歳: 1割で恒久化 +2,000億円                              2割で恒久化 -1,600億円            65歳～69歳: 3割 → 2割 +3,500億円                              3割 → 1割 +7,200億円</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新たな制度の給付は必要な医療を保障し、65歳未満は8割給付、65歳以上は9割給付とすべき。(阿部委員)</li> <li>・ 窓口一部負担は、保険制度の種類に関わらず70歳以上は一律で1割負担とすべき。(69歳以下2割負担)(小島委員)</li> <li>・ 国民皆保険を守る観点から、高齢者にもその負担能力に応じた適切な負担を求めるべき。(齊藤委員)(再掲)</li> <li>・ 国民皆保険制度では、世代間の連帯が重要である。若い方の負担が高齢者より大きいかどうかを比較するのではなく、国民の一生涯を見据えた公平を考えていく必要がある。(堂本委員)(再掲)</li> <li>・ 高齢者だけが利益を得るのではなく、たとえ低所得であっても高齢者も国民の一人として少額の保険料を負担するなど、全ての高齢者が一定の負担をすべき。(樋口委員)(再掲)</li> <li>・ これまで自己負担分を増やして給付を抑制することで医療費を抑えてきたので、新たな制度については、高齢者の自己負担が増えないような制度を検討すべき。(三上委員)</li> <li>・ 自己負担については、無駄な受診を減らし、効率化を図ることを目的に徐々に引き上げられてきたため、低所得者ほど窓口負担が大きいことを理由に受診を控えているという実態がある。自己負担が大きいことは病院への治療費未払いの原因の一つにもなっている。新たな制度においては、自己負担を今よりも引き下げる方向で考えるべき。(近藤委員)</li> <li>・ 患者負担については、負担の公平性の観点から3割が限界である。現行の高齢者の負担割合は、原則として、70～74歳は2割、75歳以上は1割であるが、どの程度の患者負担が世代間の公平の観点から適当であるかという議論をすべき。(知事会(西川代理))</li> <li>・ 現在の窓口負担は、75歳以上が1割、70歳から74歳は2割、それ以外は3割となっているが、これ以上の負担増はすべきではない。(小島委員)</li> <li>・ 現役並み所得者の患者負担については、現役と同じ3割というのは非常に苦しいものかもしれない。まず2割負担にして、さらに高額療養費等の適用のところで工夫すべきではないか。(対馬委員)</li> </ul>

# 「保険料・給付・医療サービス等のあり方」に関する論点と各委員の主な御意見

## 1. 保険料のあり方について

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 制度の枠組みによっては、高齢者は地域保険又は被用者保険に加入することとなるが、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域保険に加入する方は、               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 現役世代よりも低い保険料水準でよいか。</li> <li>② その場合、75歳以上の方と65歳から74歳までの方では、同じ保険料水準でよいか。</li> <li>③ また、65歳から74歳までの方についても、都道府県単位の保険料設定とした場合、保険料が増加する方と減少する方が生じるが、急激な負担増とならないよう、段階的に緩和する措置等を講じる必要があるのではないか。</li> <li>④ さらに、高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回ることがないように調整する仕組みが必要ではないか。</li> </ol> </li> <li>・ 被用者保険に加入する方は、現役世代と同様の保険料水準でよいか。</li> </ul> <p>○ 後期高齢者医療制度においては、保険料を個人単位で賦課・徴収していたが、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域保険に加入する方の保険料は、一括して世帯主に賦課し、徴収することでよいか。</li> <li>・ 被用者保険に加入する方の保険料は、被保険者から賦課し、徴収することでよいか。</li> </ul> <p>○ 高齢者の保険料の上限については、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域保険に加入する方は、他の世帯員とあわせて、市町村国保における世帯単位の上限とすることでよいか。</li> <li>・ 被用者保険に加入する方は、被用者保険における現役世代と同じ上限とすることでよいか。</li> </ul> <p>※ 現行制度の上限額(平成22年度)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後期高齢者医療制度：50万円(個人単位)</li> <li>・ 市町村国保：63万円(世帯単位)</li> <li>・ 被用者保険：186万円(被保険者単位、事業主負担を含む)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の尊厳を守り、低所得者や障害者にとって温かみのある制度とすべき。(見坊委員)</li> <li>・ 国民皆保険制度では、世代間の連帯が重要である。若い方の負担が高齢者より大きいかどうかを比較するのではなく、国民の一生涯を見据えた公平を考えていく必要がある。(堂本委員)</li> <li>・ 国民皆保険を守る観点から、高齢者にもその負担能力に応じた適切な負担を求めべき。(齊藤委員)</li> <li>・ 新たな制度の保険料は「応能負担」を原則とし、格差のない料率を設定すべき。(阿部委員)</li> <li>・ 高齢者だけが利益を得るのではなく、たとえ低所得であっても高齢者も国民の一人として少額の保険料を負担するなど、全ての高齢者が一定の負担をすべき。(樋口委員)</li> <li>・ 地域保険として国保が受け皿になるならば、現在の世帯単位での上限の見直しが必要である。(小島委員)</li> <li>・ 後期高齢者医療制度における個人単位の保険料賦課は、世帯単位に戻す。地域保険に加入する方の保険料は、世帯主に賦課すべき。(阿部委員、小島委員、岡崎委員)</li> <li>・ 高齢者の医療保険は保障の理念が重要であり、保険料の上限の見直しや保険料率の一本化なども検討すべき。(三上委員)</li> <li>・ 所得のある方の保険料の上限について議論すべき。50万円より高い上限を段階的に設定してもよいのではないか。(樋口委員)</li> <li>・ 若年の国保の保険料についても、都道府県単位でできるだけ統一すべき。(宮武委員)</li> <li>・ 国保の保険料の上限は職域保険と同額まで引き上げるべき。(樋口委員、阿部委員)</li> </ul>

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 地域保険に加入する低所得の方の保険料の軽減措置をどのようにすべきか。その際、介護保険との整合性をどのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後期高齢者医療制度の低所得者の保険料軽減措置については、施行当初は、「保険料の均等割;7割・5割・2割軽減」であったが、施行後の見直しにより、「保険料の均等割;9割・8.5割・5割・2割軽減、所得割;5割軽減」となっている。</li> <li>・ 市町村国保の低所得者の保険料軽減措置については、「保険料の応益割(均等割及び平等割);7割・5割・2割軽減」となっている。</li> </ul> <p>※ 各制度の最も低い保険料額 &lt;全国平均の月額&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後期高齢者医療制度; 約350円(均等割;9割軽減)</li> <li>・ 市町村国保; 約1,000円(均等割;7割軽減)</li> <li>・ 介護保険; 約2,000円(基準額;5割軽減)</li> </ul> <p>○ 被用者保険の被扶養者が地域保険に加入する場合、保険料の軽減措置をどのようにすべきか。その際、軽減措置がない国保の世帯員との公平性をどう考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後期高齢者医療制度においては、当初は、制度加入時から2年間の軽減措置(均等割;5割軽減)を講じることとしていたが、施行後の見直しにより、「保険料の均等割;9割軽減」となっている。</li> <li>・ 被扶養者の保険料の軽減措置は、制度加入時に被扶養者であったことにより対象としているが、その後、扶養関係がなくなった方の取扱いについても考慮する必要がある。</li> </ul> <p>○ 後期高齢者医療制度及び市町村国保(65歳以上の被保険者のみが加入する世帯)の保険料の徴収においては、現在、年金からの支払いと口座振替との選択によりお支払いいただいているが、年金からの支払いについてどのように考えるべきか。</p>	<p>○被扶養者の保険料の軽減措置</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被扶養者の保険料の軽減措置は、制度加入時に被扶養者であったことにより対象としているが、その後、夫がなくなり扶養関係がなくなった方の取扱いについても考慮する必要がある。(樋口委員)</li> </ul> <p>○保険料の徴収方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険料の徴収のあり方として、年金天引きか口座振替にするかは、年金受給者については選択制にすることが適当である。(小島委員)</li> </ul>



## 2. 給付のあり方について

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 新たな制度における患者負担割合について、どのように考えるか。</p> <p>※ 現行制度における法律上の患者負担割合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 75歳以上; 1割 (現役並み所得者は3割)</li> <li>・ 70歳～74歳; 2割 (予算措置で1割に凍結中)</li> <li>(現役並み所得者は3割)</li> <li>・ 70歳未満; 3割</li> </ul> <p>※ 患者負担割合を変更した場合の医療給付費の影響額</p> <p>70歳～74歳: 1割で恒久化 +2,000億円、 2割で恒久化 -1,600億円</p> <p>65歳～69歳: 3割→2割 +3,500億円、 3割→1割 +7,200億円</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新たな制度の給付は必要な医療を保障し、65歳未満は8割給付、65歳以上は9割給付とすべき。(阿部委員)</li> <li>・ 窓口一部負担は、保険制度の種類に関わらず70歳以上は一律で1割負担とすべき。(69歳以下2割負担)(小島委員)</li> <li>・ 国民皆保険を守る観点から、高齢者にもその負担能力に応じた適切な負担を求めるべき。(齊藤委員)(再掲)</li> <li>・ 国民皆保険制度では、世代間の連帯が重要である。若い方の負担が高齢者より大きいかどうかを比較するのではなく、国民の一生涯を見据えた公平を考えていく必要がある。(堂本委員)(再掲)</li> <li>・ 高齢者だけが利益を得るのではなく、たとえ低所得であっても高齢者も国民の一人として少額の保険料を負担するなど、全ての高齢者が一定の負担をすべき。(樋口委員)(再掲)</li> <li>・ これまで自己負担分を増やして給付を抑制することで医療費を抑えてきたので、新たな制度については、高齢者の自己負担が増えないような制度を検討すべき。(三上委員)</li> <li>・ 自己負担については、無駄な受診を減らし、効率化を図ることを目的に徐々に引き上げられてきたため、低所得者ほど窓口負担が大きいことを理由に受診を控えているという実態がある。自己負担が大きいことは病院への治療費未払いの原因の一つにもなっている。新たな制度においては、自己負担を今よりも引き下げる方向で考えるべき。(近藤委員)</li> <li>・ 患者負担については、負担の公平性の観点から3割が限界である。現行の高齢者の負担割合は、原則として、70～74歳は2割、75歳以上は1割であるが、どの程度の患者負担が世代間の公平の観点から適当であるかという議論をすべき。(知事会(西川代理))</li> <li>・ 現在の窓口負担は、75歳以上が1割、70歳から74歳は2割、それ以外は3割となっているが、これ以上の負担とすべきではない。(小島委員)</li> <li>・ 現役並み所得者の患者負担については、現役と同じ3割というのは非常に苦しいものかもしれない。まず2割負担にして、さらに高額療養費等の適用のところで工夫すべきではないか。(対馬委員)</li> </ul>

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 患者負担については、高額療養費制度により月ごとの限度額を設けるとともに、70歳以上の高齢者については、以下の措置を講じ、更なる負担軽減を図っているが、どのように考えるか。</p> <p>① 被保険者の所得等に応じて4段階(現役世代は3段階)の限度額を設定している。</p> <p>② 現役世代に比べて限度額を低く設定している。</p> <p>③ 別に個人ごとに外来だけの低い限度額を設定している。</p> <p>④ 全てのレセプトを対象として、限度額を計算している。(70歳未満の方は、21,000円以上のレセプトのみを対象としている。)</p> <p>※ 高額療養費のあり方については、社会保障審議会医療保険部会において、現役世代のあり方も含めて議論を進める。</p> <p>○ A案(65歳以上の高齢者はすべて国保に加入)及びC案(65歳以上の働いている高齢者は被用者保険に加入し、その被扶養者は国保に加入)の場合には、世帯内で加入する医療保険が別れ、それぞれの医療保険ごとに高額療養費が計算されることにより、世帯全体としての負担が重くなる可能性があるが、こうした場合、負担軽減策を講じることが必要ではないか。</p> <p>※ 被保険者の収入、所得、レセプト等に係る情報は保険者ごとに管理していることから、現在の高額療養費は保険者ごとに限度額の適用及び支給額の算定を行っている。</p> <p>※ 医療保険と介護保険の双方による負担を軽減するため、平成20年度から開始した「高額医療・高額介護合算制度」により、年ごとの限度額を設け、負担軽減を図っている。</p> <p>この制度についても、高額療養費と同様、医療保険上の世帯を単位として限度額の適用及び支給額の算定を行っている。</p>	

### 3. 医療サービス

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 今般の診療報酬改定によって、平成22年度より、75歳という年齢に着目した診療報酬体系は廃止されることとなったところ。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後期高齢者診療料</li> <li>・ 後期高齢者終末期相談支援料</li> <li>・ 後期高齢者特定入院基本料 等の全17項目</li> </ul> <p>○ 今後の高齢者に対する医療サービス等のあり方については、以下の基本的な視点に立って取り組むべきではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ それぞれの地域において、入院に頼りすぎることなく、切れ目なく必要な医療・介護・リハビリが受けられる体制を構築することが必要。</li> <li>・ 必要な医療費は拡充しつつ、かかりつけ医の普及等を図りながら、効率化できる部分は効率化するなど、真に高齢者の立場に立った医療提供体制の構築が必要。</li> <li>・ 高齢者の増加を踏まえ、様々な高齢者のニーズに応じた多様なケアの提供体制の充実や医療・福祉の人材育成をはじめとする長期的・総合的な構想の策定とモニタリングの仕組みが必要。</li> </ul> <p>※ 医療サービス等のあり方については、平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、別途設置する検討の場において、議論を進める。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ イギリスでは、医療崩壊と言われる状況から立ち直る際に、NSFと呼ばれる疾患領域ごとの10カ年の長期計画を策定しており、この中に高齢者医療版というものもある。日本版NSFにより、10年後の目標設定を行い、それを実現する手立てを考えてモニタリングするような考え方を行うべき。(近藤委員)</li> <li>・ 日本の医療費をOECD平均並みに上げつつ、それ以上に上がらないシステムについて検討していく必要がある。そのために、かかりつけ医制度や終末期相談支援料が、どのような役割を担えるのか考えていく必要がある。(鎌田委員)</li> <li>・ 高齢者は慢性的な疾患を抱えやすく、かかりつけ医制度については、他の先進諸国と同様、必要である。(宮武委員)</li> <li>・ 後期高齢者終末期相談支援料については、導入の仕方に問題があったが、自分がどのように最期を迎えるかについて、看護師や医者と相談していくといった制度は必要である。(宮武委員)</li> <li>・ 病院に頼りすぎていた日本の医療を、自宅や自宅に近い環境で最期まで暮らし、看取ることができるような体制に変えていくべき。(宮武委員)</li> <li>・ 終末期医療制度は、せっかく国民的合意ができつつある段階で、打ち出し方が悪く、議論が後退してしまった。新たに国民・高齢者が論議できるようにするべき。(樋口委員)</li> <li>・ 新たな制度の医療サービスについては、高齢者の健康維持・諸機能維持に必要なリハビリについても検討すべき。(樋口委員)</li> <li>・ それぞれの地域において、入院に頼りすぎることなく、切れ目なく必要な医療・介護・リハビリが受けられる体制を構築することが必要。(神田委員)</li> <li>・ 75歳に着目した診療報酬体系が廃止されたが、複数の疾患あるいは重複受診をどう避けて、より効果的な医療にするかが重要である。(神田委員)</li> <li>・ 新たな制度のあり方の前提として、救急医療、周産期や小児科医療などをはじめとする医療崩壊を防止するために、診療報酬をさらに引き上げ、医療費の総額を拡大すべき。(阿部委員)</li> <li>・ 高齢者が医療を過剰に受けているようにも思えるので、医療を受ける高齢者のあり方についても考える必要がある。(岩見委員)</li> </ul>

#### 4. 保健サービス等

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 制度の枠組みによっては、高齢者は地域保険又は被用者保険に加入することとなるが、地域保険の場合は、健康診査や健康づくり等の保健事業は、市町村・都道府県・広域連合のどこが担うべきか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在の後期高齢者医療制度においては、一義的には運営主体である広域連合が保健事業の実施主体となっているが、実際には市町村が広域連合からの委託等を受けて実施している。</li> <li>・ 市町村国保においては、保険者である市町村が保健事業を実施。</li> </ul> <p>※ 実施主体が市町村から広域連合に変わったこと等により、人間ドックが受けられなくなるという問題も生じたところ。</p> <p>○ 後期高齢者医療制度においては、現役世代の健康診査と異なり、健康診査の実施は広域連合の努力義務とされた。こうした中で受診率の低下が生じており、健康診査の実施を義務化すべきではないか。</p> <p>※ 受診率推移  H19年度; 26%→H20年度; 21%→H21年度; 24%  (19年度・20年度は実績。21年度は各広域連合から提出された健康診査受診率向上計画に基づく受診率見込み。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県単位ぐらいで競争原理がきちっと働くような保険者機能というものを持って、そこで3次救急はどうするか、健康づくり運動はどうするかという対応が適切に行われていくことによって、国民は安心できるのではないか。  (鎌田委員)</li> </ul>

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 高齢者の健康づくりを推進するため、新たにどのような地域における取組が必要か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在、各広域連合が行う高齢者の健康づくり事業(健康教育・健康相談事業等)については、「長寿・健康増進事業」により、国からの財政支援を行っているところ。</li> <li>・ 特に、広域連合の行うモデル的な事業については、重点的な財政支援を行っているところ。</li> </ul> <p>○ 特定健診・特定保健指導については、生活習慣病を予防し、高齢期等の医療費の効率化できる部分を効率化する取組であり、引き続き、同様の仕組みが必要ではないか。</p> <p>※ 特定健診・特定保健指導の今後のあり方については、別途の検討の場において、議論を進める。</p> <p>○ 現在、医療費の効率化を図るための事業については、重複・頻回受診者への訪問指導、後発医薬品の普及・促進等を行っているが、今後、どのような取組が必要か。</p>	<p>○ 高齢者の健康づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ これからは健康づくりであれば、健康相談・指導・保健サービスといった点が重要になる。(神田委員)</li> <li>・ 医療費の増大が見込まれる中で、健全な方法により医療費の伸びを抑制していくことは重要である。新たな制度においても、健康づくり事業などの受益と負担を連動させる仕組みを導入すべき。(知事会(西川代理))</li> </ul> <p>○ 生活習慣病対策</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活習慣病の予防について、今まで、どちらかという自治体任せで国として本腰を入れてやってこなかったのではないか。今回、政府、自治体、医療機関を挙げて予防医療に取り組むという方針を示すべきである。(阿部委員)</li> <li>・ 高齢者医療確保法に規定されている特定健診や特定保健指導は非常に斬新な考え方である。20年度は混乱もあったが、健保組合としても、保険者機能を発揮しながら積極的に取り組んでいる。(対馬委員)</li> <li>・ 特定健診及び特定保健指導は、保険者機能の強化のために効果的な取組となっており、更に進めていく必要があるが、健診等の実施率による支援金の加算・減算の仕組みは、廃止を含めて見直すべき。(小林委員)</li> </ul> <p>○ 医療費適正化の事業</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 広域連合でもジェネリック医薬品を使った場合の負担軽減額をお知らせする取組などを、国の支援をいただいでぜひ進めていただきたい。高齢者医療費の効率化、高齢者の方の窓口負担の軽減につながる。(小林委員)</li> </ul>