

高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）〈案〉

平成 22 年 12 月 20 日
高齢者医療制度改革会議

I はじめに

- 本改革会議は、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る会議として、昨年 11 月に設置され、以来、今日まで 14 回にわたり会議を重ねてきた。
- 検討に当たっては、厚生労働大臣より示された次の 6 原則を踏まえ、検討を進めてきた。
 - ① 後期高齢者医療制度は廃止する
 - ② 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
 - 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
- また、この間、本年 8 月には、制度の基本骨格について中間とりまとめを公表するとともに、厚生労働省においては、その前後に国民の意識調査を 2 回、地方公聴会を 7 回開催するなど、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って、幅広く国民の意見を伺う取組も進められてきた。
- 中間とりまとめでは、
 - ①加入する制度を年齢で区分せず、75 歳以上の高齢者の方も現役世代と同じ国民健康保険（以下「国保」という。）か被用者保険に加入し、年齢による差別的な扱いを解消すること

②多くの高齢者が加入することの受け皿となる国保について、第一段階で高齢者に関し都道府県単位の財政運営とし、第二段階で現役世代についても都道府県単位化を図ることを基本とした新たな制度の骨格を示した。

○ この最終とりまとめは、中間とりまとめで積み残した課題を中心に9月以降に行った議論の結果を基に、新たな制度の具体的なあり方についてとりまとめたものである。

○ ~~高齢者の医療費を賄う財源は、公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担しかない。そして、公費も保険料も患者負担も国民にとっては負担にほかならず、高齢化の進展に伴い医療費が増大する中で、仮に現行制度を維持しても、また、新たな制度をどのようなものにするにしても、負担増を伴わない解決策はない。~~

○ ~~したがって、世代間・世代内の公平等に配慮しつつ、無理のない負担となるように、支え合い・助け合いを進め、より納得のいく公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担の組み合わせによる制度を実現しなければならない。~~

○ なお、議論の中心は、高齢化の進展に伴って増大する医療費の負担をどう分かち合うかという点を巡るものこのような負担を巡る議論であるため、各委員が全ての点で納得・合意することは困難な面があり、この最終とりまとめは、委員の意見の大勢をとりまとめたものである。

II 改革の基本的な方向

○ かつての老人保健制度は、75歳以上の医療給付費を公費5割と各保険者からの拠出金5割で賄っていたが、①拠出金の中で高齢者と現役世代の保険料が区分されておらず高齢者と現役世代の負担割合が不明確であったこと、②加入する制度や市町村により高齢者の保険料額に大きな差があったこと等の問題点があった。

○ これらの問題点を改善するため、現行の後期高齢者医療制度は、国

保・被用者保険から分離・区分した独立型の制度を創設し、高齢者と現役世代の負担割合を明確にして世代間の連帯で支えるとともに、高齢者一人ひとり一人に保険料負担を求め、原則として同じ都道府県で同じ所得であれば同じ保険料とすることで高齢者の保険料負担の公平化を図ろうとした。

- しかしながら、後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分するという基本的な構造において問題があり、国民の十分な理解もを得ることができなかった。この点は、意識調査の結果を見ても、一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて、「適切でない、あまり適切でない」とする割合が44%（有識者に同様の調査を行うと約53%）と、「適切である、やや適切である」とする割合約30%（有識者；約35%）を上回っていることから明らかである。
- また、後期高齢者医療制度では、75歳以上の「高齢者間の負担の公平」を図るため、被用者サラリーマンや被扶養者の方々を被用者保険から分離・区分したことから、75歳以上の被用者サラリーマンの方は傷病手当金等を受けられず、保険料も全額本人負担となり、被扶養者であった方も保険料を負担することとなった。このため、被用者サラリーマンや被扶養者の方々については、75歳を境に保険料や保険給付等が異なることとなり、「世代間の不公平」が発生することとなった。
- このため、今回の改革では、独立型の後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同様に同じ国保か被用者保険に加入することとした上で、①公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化、②都道府県単位の財政運営といった現行制度の利点はできる限り維持し、より良いよい制度を目指すこととしたとする。
- これにより、75歳以上の被用者サラリーマンの方も傷病手当金等を受けられるようになるとともに、保険料については事業主と原則折半での負担となる。また、被用者保険に移る被扶養者については被保険者全体で保険料を負担することとなる。
- このほかにも、後期高齢者医療制度においては、
①高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを基本的に上回

る構造であること

- ②患者負担の上限は、同じ世帯でも、加入する制度ごとに適用されていること
- ③健康診査が努力義務となる中で、受診率が低下したこと等の問題も指摘されたがある。

○ 新たな仕組みの下では、

- ①高齢者の保険料の負担率を見直すとともに、各都道府県に財政安定化基金を設置し、高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みとする
 - ②現役世代と同じ制度に加入することで、患者負担が世帯単位で合算され、高額療養費により世帯当たりの負担額は軽減される
 - ③高齢者の健康診査は、各保険者の義務とする
- 等により、現状の後期高齢者医療制度の問題点は改められる。

○ また、後期高齢者医療制度の廃止を契機として、長年の課題であった国保の財政運営の都道府県単位化を実現し、国民皆保険の最後の砦である国保の安定的かつ持続的な運営を確保する。

Ⅲ 新たな制度の具体的な内容

1. 制度の基本的枠組み、加入関係

- 後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する。
- 加入する制度を年齢で区分することなく、~~何歳になっても、被用者サラリーマン~~である高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 新たな制度の施行に伴う資格の移行は確実かつ簡素な仕組みで行う必要がある。このため、後期高齢者医療制度の被保険者のうち、被用者保険・国保組合に加入する方以外は、自動的に市町村国保に加入することとし、世帯主からの市町村国保への加入手続を不要とする。一方、被用者保険等においては、通常資格取得時・被扶養認定の手続と同様の手続が必要となることから、届出漏れが生じないよう、国は保険者と連携し、周知・広報を徹底する。

- なお、国保組合については、被用者保険と同様、高齢者であっても加入要件を満たす組合員及び組合員の世帯に属する方は当該組合に加入できるものとする。特定健保（厚生労働大臣の認可を受けて、一定の要件を満たす退職者及びその被扶養者に対する保険給付、保険料の徴収等を行う健保組合をいう。）については、現在、75歳になるまで加入するものとなっているが、制度として年齢による一律の区分はなくすこととし、75歳以上の扱いは、個々の特定健保が規約で定める。

2. 国保の運営のあり方

(1) 国保の構造的問題への総合的な対応

- 無職者・失業者・非正規雇用者などを含め低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える~~市町村~~国保については、平成22年の通常国会において、平成21年度で暫定措置の期限を迎えた財政基盤強化策を4年間延長し、低所得者を多く抱える保険者に対する財政支援措置や、高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和する措置などの対応が講じられることとなった。
- また、~~これまで~~、収納率向上が課題であったことから、これまでと~~なっている中で~~、年金からの保険料の引き落とし天引きや、収納対策緊急プランの実施などの取組が進められてきた。
- 今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、こうした取組の充実に加え、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠である。

(2) 都道府県単位の財政運営

- これまで医療保険制度においては、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、地域の医療提供のまとまりに見合った保険者となるよう、保険者の再編・統合が進められてきた。再編・統合に当たっては、安定的な財政運営ができる規模が必要であること、各都道府県において医療計画が策定され、医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があること等から、都道府県単位を軸として、協会けん

ばの財政運営の都道府県単位化や、健保組合の都道府県単位での再編・統合を図るための地域型健保組合の仕組みが導入されてきた。

- 一方、**市町村**国保においては、保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による部分的な対応は図られてきたものの、財政運営自体を都道府県単位化することは長年の課題として残されてきた。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に**従前の**市町村国保に戻ることとなれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する（市町村国保から都道府県単位の後期高齢者医療制度への移行により、全国における格差は5倍から2倍に縮小し、全国的には多くの世帯で保険料も減少したが、この逆のことが起きる）。
- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者3,600万人の保険料が大きく変化することとなるため、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。

(3) 都道府県単位の運営主体のあり方

- 都道府県単位化されている現行の後期高齢者医療制度については、市町村が保険料の徴収及び窓口業務を担い、それ以外の財政運営、資格管理、保険料の決定・賦課、保険給付、保健事業といった業務を後期高齢者医療広域連合が担っている。
- 後期高齢者医療広域連合については、制度施行当初から市町村等からの出向職員が精力的に業務を遂行し、現在では、施行当初**にから**比べると安定的**にな**運営**されが**図**られ**ている状況にある。
- しかしながら、後期高齢者医療広域連合については、①都道府県

や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない、②広域連合長は、運用上、住民から直接選ばれていないので、責任が明確でない、③市町村に対する調整機能が必ずしも十分に働いていない、といった構造的な問題点が指摘されている。

- 都道府県単位の運営主体のあり方については、
 - ①都道府県が国保の保険財政に責任を持つことにより、都道府県が行っている健康増進や医療の効率的な提供に向けた取組がより有効に推進されることが期待できること
 - ②都道府県が担うことにより現行の後期高齢者医療広域連合に対して指摘されている問題点の改善が期待できること
- 等から、市町村による広域連合ではなく、都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢である。なお、財政運営を担うという大きな問題であることから、国は、引き続き、都道府県をはじめとする地方関係者との調整を精力的に行うなど、その理解と納得を得るための努力を重ねることが必要である。

(4) 第一段階における運営の仕組み

ア 事務の分担等

- 財政運営、標準（基準）保険料率の設定は、都道府県が行う。
- 世帯単位で保険料を徴収することから、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収は市町村が行う。
- 保険料率の決定・賦課・徴収・納付における都道府県と市町村の具体的な分担は、次のとおりとする。
 - ・ 都道府県は、高齢者の保険給付及び保健事業に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準（基準）保険料率を定める。なお、離島など医療の確保が著しく困難である地域については、現行制度同様、不均一保険料率の設定を可能とする。
 - ・ 市町村は、標準（基準）保険料率を基に、条例で高齢者の保険料率を定める。
 - ・ 市町村は、現役世代の被保険者の保険料率を条例で別途定める。
 - ・ 市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の他の現役世代の被保険者の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。
 - ・ 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付する。

- 75 歳以上の高齢者~~に係るも市町村国保に加入するため~~、保険証の発行を含む資格管理は市町村が行う。
- 75 歳以上の給付事務については、「都道府県」が行うとすると、給付事務が複雑になり、被保険者から分かりにくく、事務処理に時間を要する。また、全ての都道府県において事務処理体制を整え、給付事務を円滑に行うことは現実的に困難な面もある。このため、給付事務については「市町村」の事務とする。
- 給付事務をはじめとする各種事務については、事務処理や体制の効率化を図ることができるよう、市町村等の意向に沿って、国保保険者の共同処理機関としての国民健康保険団体連合会~~等~~を最大限活用できるようにする必要がある。
- 以上のことから、都道府県と市町村の事務の分担については、「都道府県」は、財政運営、標準（基準）保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、~~地域の総合力により~~共同運営する仕組みとする。
- なお、これらの事務については、それぞれ都道府県及び市町村が処理することが基本となるが、地域の実情に応じ、自主的な判断によって地方自治法に基づく広域連合を活用することや市町村の事務の一部を都道府県が行うこととすることも考えられる。
- 国~~においては~~、全国にわたって国保の運営が健全かつ円滑に図られるよう、引き続き、財政上の責任を十分に果たしていくとともに、国保間や国保と被用者保険間の調整など各般にわたる支援を行う。

イ 財政リスクの軽減

- 現行の後期高齢者医療制度と同様に、次の財政安定化のための方策を講じる。

①財政安定化基金

- ・ 都道府県に財政安定化基金を設置し、給付の増加や保険料の収納不足に対応する（給付の増加は貸付^け、保険料の収納不足は 1/2 交付、1/2 貸付^け）。また、現役世代の市町村国保の保険料の伸びとの均衡を図る観点から、保険料の上昇抑制のためにも交付できるものとする（後述）。財政安定化基金の財源は、国：都道府県：保険料＝1：1：1 の割合で負担する。

②2年を一期とした財政運営

- ・ 保険料は、おおむね2年を通じ財政の均衡を保つことができるものとして設定する。

③都道府県間の財政力格差の調整（調整交付金）

- ・ 高齢者の所得分布による都道府県間の財政力格差を調整し、医療費水準や所得水準が同じであれば、標準（基準）保険料率は同じ水準とする。

④保険基盤安定制度

- ・ 所得の低い方に対する保険料軽減制度（7割・5割・2割）を設け、軽減分を公費で負担する。

⑤高額医療費の公費負担等

- ・ 高額な医療費については保険料で賄うべき部分の5割を公費負担とし、更に特に高額な医療費については保険料で賄うべき部分は全国レベルの共同事業とする。

⑥保険料の特別徴収

- ・ 65歳以上世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの^引き落とし天引きを実施できるようにするほか、収納率の低下を防止するための措置を講じる（後述）。

（5）全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて

- 第二段階に向けては、①保険料の設定（高齢者と現役世代の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか等）、②費用負担のあり方（被用者保険と国保の間の財政調整の方法をどうするのか）、③事務体制のあり方（都道府県と市町村の役割分担について見直す必要があるのか）等について結論を得ることが必要であるが、これらの点につ

いては、現時点で拙速に判断することは適当ではなく、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら検討することが必要である。

- 一方、第二段階への移行の目標時期については、①第一段階はあくまで暫定的なものであり、できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること、②そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化等の取組が計画的に進められることが必要であるが、具体的な時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、目標とする具体的な時期を設定することが必要である。
- 具体的には、第一段階の施行状況を確認し、第二段階の検討・施行準備に必要な期間、法定外一般会計繰入・繰上充用の解消に向けた取組に必要な期間、保険料の平準化を円滑に行うために必要な期間を勘案して、第一段階の施行から5年後（平成30年度）を目標とすることとし、法律上これを明記する。
- この第二段階への移行の目標時期までに、保険料の平準化に向けて、「広域化等支援方針」に基づき、
 - ①保険財政共同安定化事業の対象医療費（現行30万円超）の拡大
 - ②保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し（医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大）
 - ③保険料算定方式の標準化
 - ④収納率向上や医療費適正化等への取組
 - ⑤法定外一般会計繰入・繰上充用の段階的・計画的な解消に向けた取組等について、都道府県のリーダーシップの下に、市町村は利害を超えて取り組む必要があり、国においても必要な助言・支援を行う。
- 特に、市町村国保の法定外一般会計繰入や繰上充用については、市町村の政策的判断によって行っている部分もあるが、市町村国保の財政運営の健全化を図るためには、保険料引上げ、収納率向上、医療費適正化など総合的な取組を行うことにより、段階的かつ計画的に解消していくことが望ましい。今後、第二段階への円滑な移行を図るという観点も踏まえ、国においては、市町村間で不公平が生じないように配慮しつつ、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に

対する支援のあり方について検討する。

- なお、広域化等支援方針に基づく取組を進める前提として、第二段階における標準（基準）保険料の算定方式については、2方式で賦課される後期高齢者医療制度と異なり国保の保険料は4方式・3方式が幅広く採用されている現状等を踏まえ、各都道府県の判断により、移行しやすい算定方式をそれぞれ採用することとする。
- また、第一段階では、高齢者の保険料の収納率は高く、市町村間の格差も僅かであることから、標準（基準）保険料率を基に市町村が保険料率を定め、市町村は徴収した高齢者分の保険料を納付する仕組みとなる。しかしながら、全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、現役世代の保険料は、高齢者より収納率は低く、市町村間の格差も大きいことから、市町村が責任を持って収納対策に取り組む仕組みとする。その具体的なあり方については、第一段階の施行状況も踏まえつつ、地域の医療費格差の保険料率への反映方法、市町村間で取組が異なる保健事業の保険料率への反映方法等を含めて検討する。
- なお、国保全般のあり方について十分な議論が尽くされないままに、第二段階の方針・時期・運営主体等を法律に明記することは適当ではないとの意見がある一方で、第二段階の実現こそが重要であるとの意見や、第二段階を実現することを前提に第一段階を経過的に行うという位置づけを明確にしておく必要があるとの意見があった。

（6）国と地方の協議の場の設置

- 国保の構造的問題の解決及び全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて、費用負担のあり方や国保の運営の具体的なあり方等について、厚生労働省と地方の協議の場を設置し、具体的な検討を行う。
- 具体的には、平成25年度で暫定措置の期限を迎えることとなる財政基盤強化策の平成26年度以降のあり方、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方、第二段階の都道府県単位化を図る際の保険料の設定、事務体制等の国保の運営のあり方について幅広く検討を行う。

3. 費用負担

(1) 支え合いの仕組み

- 新たな仕組みの下では、高齢者も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなるが、65 歳以上については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、これらの方の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。
- 現行の後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分すること等について国民の理解を得ることができなかったことから、独立型制度を廃止し、75 歳以上の方も国保・被用者保険に加入することとなるが、75 歳以上の医療給付費については、公費、75 歳以上の高齢者の保険料、75 歳未満 74 歳以下の加入者数・総報酬に応じて負担する支援金で支える。
- このような費用負担とすることにより、75 歳以上の方の偏在により生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなるが、加えて、65 歳から 74 歳までの方についても、国保に偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。
- また、前期財政調整と同様、次の措置を設ける。
 - ① 75 歳未満の加入者に対する 65 歳から 74 歳までの加入率が著しく低い保険者の負担が過大とならないよう、加入率の下限を定める。
 - ② 65 歳から 74 歳までの方に係る給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える部分を調整の対象から外すことにより、各保険者の医療費の効率化を促進する。
 - ③ 納付金等の他保険者への持出しが、給付費等の義務的支出の合計額に比して著しく過大となる保険者の納付金のうち、その過大となる部分について、全保険者で再按分する。
- なお、現行の高齢者医療制度においては、支援金・納付金の負担により、現役世代の多くが加入する被用者保険の負担が増加し、財政の悪化が見られることから、負担を軽減する措置が必要であるとの意見、前期財政調整による健保組合等の負担の問題について十分な議論が尽くされていないという意見、支援金・納付金による現役世代の過重な負担が続けば、働く意欲や活力を削ぎ、景気にも悪影響を及ぼすこ

と等から、負担総額に一定の上限を設けることや公費投入の対象年齢の引下げを含む更なる公費拡充を併せて図るべき等の意見があった。一方、こうした意見に対しては、被用者保険の利益を優先して考えており、市町村国保を含め各保険者の負担が公平なものにならない限り、また、財源確保のめどが立たない限り、適当ではないとの意見があった。

(2) 公費

- 公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要である。
- 現行の高齢者医療制度は、75歳以上の医療給付費に約5割の公費（平成22年度予算ベース；5.5兆円）を投入しているが、現役並み所得を有する高齢者（約120万人、約7%）の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、まず新たな制度への移行時に、これを改善し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げる。
- 現在、75歳以上の医療給付費に対する公費については、国：都道府県：市町村が4：1：1の比率で負担しているが、75歳以上の医療費を国民全体で支え合うという考え方や、新たな制度が地域保険と職域保険に分離されることを踏まえ、国及び地方が適切に財政責任を果たす。
- 現在、「政府・与党社会保障改革検討本部」が設置され、社会保障改革の全体像及びその安定的な財源の確保について議論が進められているところであるが、医療費財源をどのように確保していくかについては、その時々^々の社会経済情勢等を踏まえながら、国と地方の財源のあり方を含め、政府全体として適切に対応することが必要である。このため、定期的に、医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。
- なお、「政府・与党社会保障改革検討本部」での議論を通じて、早急に社会保障制度全体のグランドデザインを描き、医療保険制度の財源のあり方についても結論を得た上で、高齢者医療制度の改革の内容をとりまとめるのが適切な手順であるとの意見がある一方で、新しい

制度の結論を出し、それを受けて社会保障全体の財源について最終的に結論を得るべきとの意見があった。

(3) 高齢者の保険料

- 国保に加入する 75 歳以上の方の保険料については、同じ都道府県で同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、その水準については、現行の後期高齢者医療制度より増加することのないよう、引き続き、負担能力を考慮した応分の負担として医療給付費の 1 割相当を保険料で賄う。
- 現行制度においては、75 歳未満の現役世代の負担の増加に配慮し、「現役世代人口の減少」による現役世代の保険料の増加分を 75 歳以上の高齢者とそれ以下の現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる仕組みになっている。しかしながら、現行制度では、高齢者と現役世代の保険料規模の違いを考慮していないため、基本的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構造にある。また、高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていないという問題点がある。
- このため、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」に伴う現役世代の保険料の増加分を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。これにより、高齢者と現役世代の 1 人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなる。なお、現行制度は平成 24 年度に次期保険料の改定を迎えるため、新たな制度の施行に先立って見直す。
- また、国保については、まず第一段階は 75 歳以上を都道府県単位の財政運営とし、第二段階で全年齢で都道府県単位の財政運営とするため、少なくとも一定期間は、75 歳以上と 75 歳未満で保険料水準や伸び率が異なるものとなる。同じ国保に加入しながら、1 人当たり医療費の伸び率に差が生じ、1 人当たり保険料の伸びが 75 歳以上と 75 歳未満とで大きく異なることは適当ではないことから、第一段階の間、75 歳以上の保険料について財政安定化基金を活用して伸びを抑制できる仕組みを設ける。なお、保険料の上昇抑制に基金を活用するかどうか、どの程度活用するかは、基金を設置する都道府県の判断に

よることとなるが、そもそも基金を保険料の上昇抑制のために活用すべきではないとの意見もあった。

- 高齢者の保険料については、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付することとなるが、その際、65歳以上の世帯主が年金からの引き落とし天引きを希望する場合は、現行制度同様に実施できるようにする。また、現在、国保と介護保険の保険料の合計額が年金額の2分の1を超える場合や、世帯内に65歳未満の被保険者がいる場合には、引き落とし天引きの対象とならないが、この場合も世帯主が希望する場合は、実施天引きを行うことができるようにする。
- 保険料の上限については、現在、後期高齢者医療制度は50万円（個人単位）、国保63万円（世帯単位）となっているが、国保の世帯単位の上限に一本化した上で、被用者保険の上限額も勘案しつつ、段階的に引き上げる。
- 75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置（均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減）については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。なお、実施に当たっては、75歳以上の1人当たり医療費は高く、毎月その85%の方がサービスを受けている一方で、9割軽減の保険料は全国平均で月額350円程度に抑制されていること、75歳未満の国保では最大で7割までの軽減であり世代間の公平を考慮する必要があること等について、十分な説明を行い、国民に理解を求めながら丁寧に進める必要がある。
- 75歳以上の方の保険料軽減判定については、新たな制度への移行を要因とする高齢者の負担増を生じさせない観点から、全年齢を対象にした都道府県単位化を実施するまでの間（第一段階の間）の措置として、世帯単位の判定に加え、後期高齢者医療制度と同様の方法による判定を行った上で、より高い割合の軽減を適用する。
- 一方、被用者保険に加入する高齢者の保険料は、職域内の連帯・公平の観点から、各被用者保険者の算定方法・徴収方法を適用する。

(4) 現役世代の保険料による支援

- 現行の後期高齢者医療制度の支援金について、被用者保険者間では、各保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなっている。
- このため、負担能力に応じた負担とする観点から、平成 22 年度から 24 年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を 3 分の 1 を総報酬割、3 分の 2 を加入者数割とする負担方法が導入されたところである。
- 今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法を全すべて総報酬割とする。
- これにより比較的所得の高い共済組合や健保組合の負担が増加することになるが、負担能力に応じた公平な負担とする趣旨であることについて理解を求めていくことが必要である。
- なお、総報酬割の導入により協会けんぽに対する国庫負担が不要となり、その分を健保組合等が肩代わりする構図となっていることは問題であり、更なる公費拡充によって負担軽減がなされなければ総報酬割導入には反対であるとの意見があった。また、不要となる国庫負担分は、協会けんぽに対する国庫負担割合の引上げ、財政力の弱い健保組合への支援、前期高齢者への公費投入など、被用者保険のために活用すべきとの意見があった。一方、こうした意見に対しては、健保組合等と市町村国保の財政状況の違い等を考慮すれば、被用者保険だけの利益を考えることは適当ではないとの意見があった。

(5) 患者負担

- 患者負担については、これまで、義務教育就学前は 2 割、それ以降 69 歳までは 3 割、70 歳から 74 歳まで 2 割、75 歳以上は 1 割と、制度横断的に年齢に応じて負担割合を設定する方向で見直しが行われてきた。しかしながら、70 歳から 74 歳までの方の患者負担については、現在、2 割負担と法定されている中で、毎年度、約 2 千億円の予

算措置により 1 割負担に凍結されているところであり、70 歳を境に急に負担割合が低下することとなっている。

- 仮に、負担割合を単純に引き上げることとした場合には、今まで 1 割負担であった方の負担が急に 2 割へと増加する一方、1 割負担に恒久化することとした場合には、各保険者の負担が増え、現役世代の保険料負担が増加する。
- このため、個々人の負担が増加しないように配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70 歳から 74 歳までの方の患者負担について、新たな制度の施行日以後、70 歳に到達する方から段階的に本来の 2 割負担とする。
- すなわち、個々人に着目してみれば、既に 1 割負担となった方の患者負担を 2 割に引き上げるものではなく、69 歳までは 3 割負担だった方が 70 歳に到達するときから順次 2 割負担となるものであり、個々人の患者負担が増加するものではない。また、特に配慮すべき低所得の方については、1 割負担でも 2 割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする。
- なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げるべきものであるとの意見があった。

4. 健康づくり、良質で効率的な医療の効率的な提供等

- 今後増大が見込まれる医療費を広く国民の納得を得て負担いただくためには、国民が安心して過ごすことのできる医療の内容・水準を確保するとともに、国民一人ひとりが積極的に健康づくりに取り組む環境を整備すること等で医療費の効率化できる部分を効率化することが必要である。
- 平成 18 年の制度改正で、都道府県が、市町村・保険者等と協力し、医療費適正化及び関連する 3 計画（健康増進計画・医療計画・介護保険事業支援計画）を策定・実施することにより、都道府県単位で医療費適正化を進める仕組みが導入された。新たな制度においても、同様の仕組みを設け、都道府県単位で医療費の効率化できる部分を

効率化する取組を更に推進する。また、都道府県・市町村・保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備する。

- 各保険者が保険者機能を十分に発揮しながらにおいて壮年期からの健康づくりの取組を推進することが重要必要であり、特に特定健診・特定保健指導については、実施率の向上が課題となっている中で、実施率が高い保険者の具体的な取組状況等を踏まえ、実施率向上に向けた取組を進める。
- また、新たな仕組みの下では ~~75歳以上の方も国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなることから~~、健康診査・保健指導について、75歳以上の方も 75歳未満の方と同様に、各保険者の義務として行うこととする。なお、国保の健診等の費用については、75歳未満同様、国・都道府県はそれぞれ 1/3 を負担することとする。高齢者への対応を含め、健診項目、保健指導のプログラムなど、技術的な問題については別途の場を設置し、検討を進める。
- 現在、特定健診・特定保健指導の実施状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みが設けられているが、①状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか、②加減算される金額が過大ではないか等の問題点が指摘されている。各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じたインセンティブの仕組みは必要であることから、現行と同様の支援金を加減算する仕組みを新たな制度にも設けることとした上で、これらの問題点を踏まえて関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第2期のスタート（平成25年度～）までに結論を得る。
- 保険者による特定健診等のハイリスクアプローチに加え、健康づくりの普及啓発等のポピュレーションアプローチにより、個人の行動変容に結び付けていくことが重要である。保険者、産業界、学校、マスコミなどを含めた社会全体を巻き込んだ国民運動が展開されるよう、介護予防の取組とも連携しつつ、環境整備等を進めていくことが必要である。
- 高齢期における医療の効率的な提供を図るための取組を推進する ためが必要であり、後発医薬品の使用促進、レセプト点検、医療

費通知、重複・頻回受診者への訪問指導、適正受診の普及・啓発など、各保険者における取組の更なる充実を図ることが必要である。

- 一方、医療サービスについては、病院・病床の機能分化の推進、急性期医療から慢性期医療、在宅医療までの切れ目のないサービス、地域医療のネットワーク化などが求められる。特に、医療と介護の両方のニーズを持つことの多い高齢者にとっては、地域ごとに医療・介護・福祉サービスが継続的・包括的に提供される体制づくりを進めることが求められる。
- 平成24年4月には、6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定が見込まれており、これに向けて、医療提供体制の見直しや診療報酬・介護報酬の改定について別途の場で検討されることとなるが、上記の観点を中心に踏まえた医療・介護の一体的見直しを行うことが必要である。

5. その他の重要事項

- 65歳から74歳までで一定の障害の状態にある方については、患者負担割合や公費・支援金の取扱いを75歳以上の方と同様とする仕組みを設ける。
- 診療月の翌月にレセプト審査がなされ、診療報酬が支払われるため、医療保険制度の会計年度（4月から3月まで）は、診療月ベースで見ると3月から2月までとなる。新たな制度の施行日を4月1日とすると、その直前の3月分の診療は、次の会計年度で1 か月分だけ旧制度として処理することが必要となることから、このような状況を生じさせないように、3月1日施行とする。

6. 施行準備等

- 円滑に新たな制度を運営するためには、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であることから、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、既に設置された「高齢者医療システム検討会」等において地方自治体等の意見を十分に聞きつつ、システムの詳細設計を早急に行い、着実にシステム改修を進めることが必要である。

- 被用者保険における事務処理についても、既に関係者の参加を得て後期高齢者医療制度からの移行手続などについて実務的な検討会議が設けられているが、各保険者の状況も十分に踏まえながら、対応に遺漏が生じることのないよう計画的な取組を進めることが必要である。
- このようなシステム改修や被保険者の移行手続については、約2年の準備期間が必要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って適切に準備期間を確保することが必要である。
- また、新たな制度への移行に伴う運営主体の変更により、混乱が生じることのないよう、保険給付等の権利義務の承継、広域連合の解散などについて、国及び関係機関において円滑かつ確実に対応することが必要である。
- 併せて、国民に新たな制度の趣旨・内容を正しく理解していただくため、国は、地方自治体や保険者等と連携・協力しながら、国民に対する丁寧で分かりやすい広報に計画的に取り組むことが必要である。
- 制度施行後においては、費用負担の見直しをはじめとする今回の改正事項全般について、国は、継続的に検証（モニタリング）を行い、適宜、必要な見直しを行っていく必要がある。

IV おわりに

- 1961(昭和 36)年度に、全ての市町村において国保の運営を行うこととなり、国民皆保険が達成されたが、来年度で国民皆保険 50 周年を迎える。世界に冠たる我が国の国民皆保険制度は、国民の安心感の基盤であり、将来にわたって堅持していかなければならない。
- 一方で、「安心感」を確保するためには、相応の「負担」により、「国民全員で医療保険制度を支えていく」ことが必要となることは言うまでもない。高齢者の医療費を賄う財源は、公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担によって構成されている。そして、公費も保険料も患者負担も国民が負担者であることには変わりはない。高

齢化の進展に伴い医療費が増大していく以上、仮に現行制度を維持しても、また、新たな制度をどのようなものにするにしても、負担増を伴わざるを得ない。

- このような中で、今回の新たな制度は、世代間・世代内の公平等に配慮しつつ、無理のない負担となるように、支え合い・助け合いを進め、より納得のいく公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担の組み合わせによる制度の実現を目指したものである。
- 特に、国費をはじめとする公費の拡充を図るべきことは本改革会議の意見の大勢である。現在、政府与党において社会保障・税の一体改革の議論が進められているところであり、医療保険制度の財源のあり方については、その議論の方向性に対応したものとする必要がある。
- また、医療サービスが良質で効率的なものでなければ、そのための費用を負担することに国民の納得は得られない。医療提供体制と医療保険制度は車の両輪であり、あるべき医療提供の姿、それを実現するための診療報酬、介護等との連携といった医療サービスに関する総合的な議論を精力的に進め、早期に国民に具体策を示していく必要がある。
- この 50 年間で社会経済情勢は大きく変化した。特に国保は、制度発足当時と異なり、高齢者や低所得者の加入率が高く、更に今後の人口減少を考えれば、保険財政の安定化のためには、財政基盤の強化と広域化の推進が不可欠である。国民皆保険 50 周年という節目の年に、国保の都道府県単位化に道筋をつけることは、医療保険制度の歴史において極めて大きな一歩である。
- 今後、厚生労働省においては、この最終とりまとめを踏まえ、法案提出に向けて取り組むこととなるが、国民皆保険を堅持し、持続的で安定的な医療保険制度を構築する責任を有する国においては、運営を担う都道府県・市町村の十分な理解を得て対応することが不可欠である。また、負担が増加することとなる保険者・被保険者の理解を求めていくことも必要である。
- 医療保険制度は、セーフティネットとして国民の暮らしを支える重要な社会基盤の一つであり、制度が支持され安定しなければ国民の暮

らしも安定しない。厚生労働大臣におかれては、この1年間にわたる本改革会議の議論を踏まえ、現行制度の問題点や新制度の意義を国民に丁寧に分かりやすい言葉で説明し、広く国民の納得・信頼・安心の得られる医療制度改革を実現されることを強く望む。

高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）〈案〉

平成 22 年 12 月 20 日
高齢者医療制度改革会議

I はじめに

- 本改革会議は、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る会議として、昨年 11 月に設置され、以来、今日まで 14 回にわたり会議を重ねてきた。
- 検討に当たっては、厚生労働大臣より示された次の 6 原則を踏まえ、検討を進めてきた。
 - ① 後期高齢者医療制度は廃止する
 - ② 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
 - 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
- また、この間、本年 8 月には、制度の基本骨格について中間とりまとめを公表するとともに、厚生労働省において、その前後に国民の意識調査を 2 回、地方公聴会を 7 回開催するなど、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って、幅広く国民の意見を伺う取組も進めてきた。
- 中間とりまとめでは、
 - ①加入する制度を年齢で区分せず、75 歳以上の高齢者の方も現役世代と同じ国民健康保険（以下「国保」という。）か被用者保険に加入し、年齢による差別的な扱いを解消すること
 - ②多くの高齢者が加入することとなる国保について、第一段階で高齢

者に関し都道府県単位の財政運営とし、第二段階で現役世代についても都道府県単位化を図ることを基本とした新たな制度の骨格を示した。

- この最終とりまとめは、中間とりまとめで積み残した課題を中心に9月以降に行った議論の結果を基に、新たな制度の具体的なあり方についてとりまとめたものである。
- なお、議論の中心は、高齢化の進展に伴って増大する医療費の負担をどう分かち合うかという点を巡るものであるため、各委員が全ての点で納得・合意することは困難な面があり、この最終とりまとめは、委員の意見の大勢をとりまとめたものである。

II 改革の基本的な方向

- かつての老人保健制度は、75歳以上の医療給付費を公費5割と各保険者からの拠出金5割で賄っていたが、①拠出金の中で高齢者と現役世代の保険料が区分されておらず高齢者と現役世代の負担割合が不明確であったこと、②加入する制度や市町村により高齢者の保険料額に大きな差があったこと等の問題点があった。
- これらの問題点を改善するため、現行の後期高齢者医療制度は、国保・被用者保険から分離・区分した独立型の制度を創設し、高齢者と現役世代の負担割合を明確にして世代間の連帯で支えるとともに、高齢者一人ひとりに保険料負担を求め、原則として同じ都道府県で同じ所得であれば同じ保険料とすることで高齢者の保険料負担の公平化を図ろうとした。
- しかしながら、後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分するという基本的な構造において問題があり、国民の十分な理解も得ることができなかった。この点は、意識調査の結果を見ても、一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて、「適切でない、あまり適切でない」とする割合が44%（有識者に同様の調査を行うと約53%）と、「適切である、やや適切である」とする割合約30%（有識者；約35%）を上回っていること

からも明らかである。

- また、後期高齢者医療制度では、75 歳以上の「高齢者間の負担の公平」を図るため、被用者や被扶養者の方々を被用者保険から分離・区分したことから、75 歳以上の被用者の方は傷病手当金等を受けられず、保険料も全額本人負担となり、被扶養者であった方も保険料を負担することとなった。このため、被用者や被扶養者の方々については、75 歳を境に保険料や保険給付等が異なることとなり、「世代間の不公平」が発生することとなった。
- このため、今回の改革では、独立型の後期高齢者医療制度を廃止し、75 歳以上の方も現役世代と同様に国保か被用者保険に加入することとした上で、①公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化、②都道府県単位の財政運営といった現行制度の利点はできる限り維持し、より良い制度を目指すこととした。
- これにより、75 歳以上の被用者の方も傷病手当金等を受けることができるようになるとともに、保険料については事業主と原則折半での負担となる。また、被用者保険に移る被扶養者については被保険者全体で保険料を負担することとなる。
- このほか、後期高齢者医療制度においては、
 - ①高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを基本的に上回る構造であること
 - ②患者負担の上限は、同じ世帯でも、加入する制度ごとに適用されていること
 - ③健康診査が努力義務となる中で、受診率が低下したこと等の問題も指摘された。
- 新たな仕組みの下では、
 - ①高齢者の保険料の負担率を見直すとともに、各都道府県に財政安定化基金を設置し、高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みとする
 - ②現役世代と同じ制度に加入することで、患者負担が世帯単位で合算され、高額療養費により世帯当たりの負担額は軽減される
 - ③高齢者の健康診査は、各保険者の義務とする等により、現状の後期高齢者医療制度の問題点は改められる。

- また、後期高齢者医療制度の廃止を契機として、長年の課題であった国保の財政運営の都道府県単位化を実現し、国民皆保険の最後の砦である国保の安定的かつ持続的な運営を確保する。

Ⅲ 新たな制度の具体的な内容

1. 制度の基本的枠組み、加入関係

- 後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する。
- 加入する制度を年齢で区分することなく、被用者である高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 新たな制度の施行に伴う資格の移行は確実かつ簡素な仕組みで行う必要がある。このため、後期高齢者医療制度の被保険者のうち、被用者保険・国保組合に加入する方以外は、自動的に国保に加入することとし、世帯主からの国保への加入手続を不要とする。一方、被用者保険等においては、通常資格取得時・被扶養認定の手続と同様の手続が必要となることから、届出漏れが生じないように、国は保険者と連携し、周知・広報を徹底する。
- なお、国保組合については、被用者保険と同様、高齢者であっても加入要件を満たす組合員及び組合員の世帯に属する方は当該組合に加入できるものとする。特定健保（厚生労働大臣の認可を受けて、一定の要件を満たす退職者及びその被扶養者に対する保険給付、保険料の徴収等を行う健保組合をいう。）については、現在、75歳になるまで加入するものとなっているが、制度として年齢による一律の区分はなくすこととし、75歳以上の扱いは、個々の特定健保が規約で定める。

2. 国保の運営のあり方

(1) 国保の構造的課題への総合的な対応

- 無職者・失業者・非正規雇用者などを含め低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的課題を抱える国保については、平成 22

年の通常国会において、平成 21 年度で暫定措置の期限を迎えた財政基盤強化策を 4 年間延長し、低所得者を多く抱える保険者に対する財政支援措置や、高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和する措置などの対応が講じられることとなった。

- また、収納率向上が課題であったことから、これまで、年金からの保険料の引き落としや、収納対策緊急プランの実施などの取組が進められてきた。
- 今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、こうした取組の充実に加え、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠である。

(2) 都道府県単位の財政運営

- これまで医療保険制度においては、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、地域の医療提供のまとまりに見合った保険者となるよう、保険者の再編・統合が進められてきた。再編・統合に当たっては、安定的な財政運営ができる規模が必要であること、各都道府県において医療計画が策定され、医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があること等から、都道府県単位を軸として、協会けんぽの財政運営の都道府県単位化や、健保組合の都道府県単位での再編・統合を図るための地域型健保組合の仕組みが導入されてきた。
- 一方、国保においては、保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による部分的な対応は図られてきたものの、財政運営自体を都道府県単位化することは長年の課題として残されてきた。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に従前の市町村国保に戻ることであれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する（市町村国保から都道府県単位の後期高齢者医療制度への移行により、全国における格差は 5 倍から 2 倍に縮小し、全国的には多くの世帯で保険料も減少したが、この逆のことが起きる）。
- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75 歳以上に

ついて都道府県単位の財政運営とする。

- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者3,600万人の保険料が大きく変化することとなるため、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。

(3) 都道府県単位の運営主体のあり方

- 都道府県単位化されている現行の後期高齢者医療制度については、市町村が保険料の徴収及び窓口業務を担い、それ以外の財政運営、資格管理、保険料の決定・賦課、保険給付、保健事業といった業務を後期高齢者医療広域連合が担っている。
- 後期高齢者医療広域連合については、制度施行当初から市町村等からの出向職員が精力的に業務を遂行し、現在では、施行当初に比べると安定的に運営されている状況にある。
- しかしながら、後期高齢者医療広域連合については、①都道府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない、②広域連合長は、運用上、住民から直接選ばれていないので、責任が明確でない、③市町村に対する調整機能が必ずしも十分に働いていない、といった構造的な問題点が指摘されている。
- 都道府県単位の運営主体のあり方については、
 - ①都道府県が国保の保険財政に責任を持つことにより、都道府県が行っている健康増進や医療の効率的な提供に向けた取組がより有効に推進されることが期待できること
 - ②都道府県が担うことにより現行の後期高齢者医療広域連合に対して指摘されている問題点の改善が期待できること等から、市町村による広域連合ではなく、都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢である。なお、財政運営を担うという大きな問題であることから、国は、引き続き、都道府県をはじめとする地方関係者との調整を精力的に行うなど、その理解と納得を得るた

めの努力を重ねることが必要である。

(4) 第一段階における運営の仕組み

ア 事務の分担等

- 財政運営、標準（基準）保険料率の設定は、都道府県が行う。
- 世帯単位で保険料を徴収することから、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収は市町村が行う。
- 保険料率の決定・賦課・徴収・納付における都道府県と市町村の具体的な分担は、次のとおりとする。
 - ・ 都道府県は、高齢者の保険給付及び保健事業に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準（基準）保険料率を定める。なお、離島など医療の確保が著しく困難である地域については、現行制度同様、不均一保険料率の設定を可能とする。
 - ・ 市町村は、標準（基準）保険料率を基に、条例で高齢者の保険料率を定める。
 - ・ 市町村は、現役世代の被保険者の保険料率を条例で別途定める。
 - ・ 市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の他の現役世代の被保険者の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。
 - ・ 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付する。
- 75歳以上の高齢者に係る保険証の発行を含む資格管理は市町村が行う。
- 75歳以上の給付事務については、「都道府県」が行うとすると、給付事務が複雑になり、被保険者から分かりにくく、事務処理に時間を要する。また、全ての都道府県において事務処理体制を整え、給付事務を円滑に行うことは現実的に困難な面もある。このため、給付事務については「市町村」の事務とする。
- 給付事務をはじめとする各種事務については、事務処理や体制の効率化を図ることができるよう、市町村等の意向に沿って、国保保険者の共同処理機関としての国民健康保険団体連合会等を最大限活用できるようにする必要がある。

- 以上のことから、都道府県と市町村の事務の分担については、「都道府県」は、財政運営、標準（基準）保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、共同運営する仕組みとする。
- なお、これらの事務については、それぞれ都道府県及び市町村が処理することが基本となるが、地域の実情に応じ、自主的な判断によって地方自治法に基づく広域連合を活用することや市町村の事務の一部を都道府県が行うこととするとも考えられる。
- 国は、全国にわたって国保の運営が健全かつ円滑に図られるよう、引き続き、財政上の責任を十分に果たしていくとともに、国保間や国保と被用者保険間の調整など各般にわたる支援を行う。

イ 財政リスクの軽減

- 現行の後期高齢者医療制度と同様に、次の財政安定化のための方策を講じる。

①財政安定化基金

- ・ 都道府県に財政安定化基金を設置し、給付の増加や保険料の収納不足に対応する（給付の増加は貸付け、保険料の収納不足は 1/2 交付、1/2 貸付け）。また、現役世代の市町村国保の保険料の伸びとの均衡を図る観点から、保険料の上昇抑制のためにも交付できるものとする（後述）。財政安定化基金の財源は、国：都道府県：保険料＝1：1：1 の割合で負担する。

②2年を一期とした財政運営

- ・ 保険料は、おおむね2年を通じ財政の均衡を保つことができるものとして設定する。

③都道府県間の財政力格差の調整（調整交付金）

- ・ 高齢者の所得分布による都道府県間の財政力格差を調整し、医療費水準や所得水準が同じであれば、標準（基準）保険料率は同じ水準とする。

④保険基盤安定制度

- ・ 所得の低い方に対する保険料軽減制度（7割・5割・2割）を設け、軽減分を公費で負担する。

⑤高額医療費の公費負担等

- ・ 高額な医療費については保険料で賄うべき部分の5割を公費負担とし、更に特に高額な医療費については保険料で賄うべき部分は全国レベルの共同事業とする。

⑥保険料の特別徴収

- ・ 65歳以上世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの引き落としを実施できるようにするほか、収納率の低下を防止するための措置を講じる（後述）。

（5）全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて

- 第二段階に向けては、①保険料の設定（高齢者と現役世代の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか等）、②費用負担のあり方（被用者保険と国保の間の財政調整の方法をどうするのか）、③事務体制のあり方（都道府県と市町村の役割分担について見直す必要があるのか）等について結論を得ることが必要であるが、これらの点については、現時点で拙速に判断することは適当ではなく、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら検討することが必要である。
- 一方、第二段階への移行の目標時期については、①第一段階はあくまで暫定的なものであり、できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること、②そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化等の取組が計画的に進められることが必要であるが、具体的な時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、目標とする具体的な時期を設定することが必要である。
- 具体的には、第一段階の施行状況を確認し、第二段階の検討・施行準備に必要な期間、法定外一般会計繰入・繰上充用の解消に向けた取組に必要な期間、保険料の平準化を円滑に行うために必要な期間を勘案して、第一段階の施行から5年後（平成30年度）を目標とすることとし、法律上これを明記する。

- この第二段階への移行の目標時期までに、保険料の平準化に向けて、「広域化等支援方針」に基づき、
 - ①保険財政共同安定化事業の対象医療費（現行 30 万円超）の拡大
 - ②保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し（医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大）
 - ③保険料算定方式の標準化
 - ④収納率向上や医療費適正化等への取組
 - ⑤法定外一般会計繰入・繰上充用の段階的・計画的な解消に向けた取組等について、都道府県のリーダーシップの下に、市町村は利害を超えて取り組む必要があり、国においても必要な助言・支援を行う。

- 特に、市町村国保の法定外一般会計繰入や繰上充用については、市町村の政策的判断によって行っている部分もあるが、市町村国保の財政運営の健全化を図るためには、保険料引上げ、収納率向上、医療費適正化など総合的な取組を行うことにより、段階的かつ計画的に解消していくことが望ましい。今後、第二段階への円滑な移行を図るという観点も踏まえ、国においては、市町村間で不公平が生じないように配慮しつつ、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方について検討する。

- なお、広域化等支援方針に基づく取組を進める前提として、第二段階における標準（基準）保険料の算定方式については、2 方式で賦課される後期高齢者医療制度と異なり国保の保険料は 4 方式・3 方式が幅広く採用されている現状等を踏まえ、各都道府県の判断により、移行しやすい算定方式をそれぞれ採用することとする。

- また、第一段階では、高齢者の保険料の収納率は高く、市町村間の格差も僅かであることから、標準（基準）保険料率を基に市町村が保険料率を定め、市町村は徴収した高齢者分の保険料を納付する仕組みとなる。しかしながら、全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、現役世代の保険料は、高齢者より収納率は低く、市町村間の格差も大きいことから、市町村が責任を持って収納対策に取り組む仕組みとする。その具体的なあり方については、第一段階の施行状況も踏まえつつ、地域の医療費格差の保険料率への反映方法、市町村間で取組が異なる保健事業の保険料率への反映方法等を

含めて検討する。

- なお、国保全般のあり方について十分な議論が尽くされないままに、第二段階の方針・時期・運営主体等を法律に明記することは適当ではないとの意見がある一方で、第二段階の実現こそが重要であるとの意見や、第二段階を実現することを前提に第一段階を経過的に行うという位置づけを明確にしておく必要があるとの意見があった。

(6) 国と地方の協議の場の設置

- 国保の構造的問題の解決及び全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて、費用負担のあり方や国保の運営の具体的なあり方等について、厚生労働省と地方の協議の場を設置し、具体的な検討を行う。
- 具体的には、平成 25 年度で暫定措置の期限を迎えることとなる財政基盤強化策の平成 26 年度以降のあり方、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方、第二段階の都道府県単位化を図る際の保険料の設定、事務体制等の国保の運営のあり方について幅広く検討を行う。

3. 費用負担

(1) 支え合いの仕組み

- 新たな仕組みの下では、高齢者も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなるが、65 歳以上については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、これらの方の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。
- 現行の後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分すること等について国民の理解を得ることができなかったことから、独立型制度を廃止し、75 歳以上の方も国保・被用者保険に加入することとなるが、75 歳以上の医療給付費については、公費、75 歳以上の高齢者の保険料、75 歳未満の加入者数・総報酬に応じて負担する支援金で支える。
- このような費用負担とすることにより、75 歳以上の方の偏在によ

り生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなるが、加えて、65歳から74歳までの方についても、国保に偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。

- また、前期財政調整と同様、次の措置を設ける。
 - ① 75歳未満の加入者に対する65歳から74歳までの加入率が著しく低い保険者の負担が過大とならないよう、加入率の下限を定める。
 - ② 65歳から74歳までの方に係る給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える部分を調整の対象から外すことにより、各保険者の医療費の効率化を促進する。
 - ③ 納付金等の他保険者への持出しが、給付費等の義務的支出の合計額に比して著しく過大となる保険者の納付金のうち、その過大となる部分について、全保険者で再按分する。

- なお、現行の高齢者医療制度においては、支援金・納付金の負担により、現役世代の多くが加入する被用者保険の負担が増加し、財政の悪化が見られることから、負担を軽減する措置が必要であるとの意見、前期財政調整による健保組合等の負担の問題について十分な議論が尽くされていないという意見、支援金・納付金による現役世代の過重な負担が続けば、働く意欲や活力を削ぎ、景気にも悪影響を及ぼすこと等から、負担総額に一定の上限を設けることや公費投入の対象年齢の引下げを含む更なる公費拡充を併せて図るべき等の意見があった。一方、こうした意見に対しては、被用者保険の利益を優先して考えており、市町村国保を含め各保険者の負担が公平なものにならない限り、また、財源確保のめどが立たない限り、適当ではないとの意見があった。

(2) 公費

- 公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要である。

- 現行の高齢者医療制度は、75歳以上の医療給付費に約5割の公費（平成22年度予算ベース；5.5兆円）を投入しているが、現役並み所得を有する高齢者（約120万人、約7%）の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることか

ら、まず新たな制度への移行時に、これを改善し、実質 47%となっている公費負担割合を 50%に引き上げる。

- 現在、75 歳以上の医療給付費に対する公費については、国：都道府県：市町村が 4：1：1 の比率で負担しているが、75 歳以上の医療費を国民全体で支え合うという考え方や、新たな制度が地域保険と職域保険に分離されることを踏まえ、国及び地方が適切に財政責任を果たす。
- 現在、「政府・与党社会保障改革検討本部」が設置され、社会保障改革の全体像及びその安定的な財源の確保について議論が進められているところであるが、医療費財源をどのように確保していくかについては、その時々社会経済情勢等を踏まえながら、国と地方の財源のあり方を含め、政府全体として適切に対応することが必要である。このため、定期的に、医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。
- なお、「政府・与党社会保障改革検討本部」での議論を通じて、早急に社会保障制度全体のグランドデザインを描き、医療保険制度の財源のあり方についても結論を得た上で、高齢者医療制度の改革の内容をとりまとめるのが適切な手順であるとの意見がある一方で、新しい制度の結論を出し、それを受けて社会保障全体の財源について最終的に結論を得るべきとの意見があった。

(3) 高齢者の保険料

- 国保に加入する 75 歳以上の方の保険料については、同じ都道府県で同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、その水準については、現行の後期高齢者医療制度より増加することのないよう、引き続き、負担能力を考慮した応分の負担として医療給付費の 1 割相当を保険料で賄う。
- 現行制度においては、75 歳未満の現役世代の負担の増加に配慮し、「現役世代人口の減少」による現役世代の保険料の増加分を 75 歳以上の高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる仕組みになっている。しかしながら、現行制度では、高齢者と現役世代の保険料規模の違いを考慮していないため、基本

的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構造にある。また、高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていないという問題点がある。

- このため、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」に伴う現役世代の保険料の増加分を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。これにより、高齢者と現役世代の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなる。なお、現行制度は平成24年度に次期保険料の改定を迎えるため、新たな制度の施行に先立って見直す。
- また、国保については、まず第一段階は75歳以上を都道府県単位の財政運営とし、第二段階で全年齢で都道府県単位の財政運営とするため、少なくとも一定期間は、75歳以上と75歳未満で保険料水準や伸び率が異なるものとなる。同じ国保に加入しながら、1人当たり医療費の伸び率に差が生じ、1人当たり保険料の伸びが75歳以上と75歳未満とで大きく異なることは適当ではないことから、第一段階の間、75歳以上の保険料について財政安定化基金を活用して伸びを抑制できる仕組みを設ける。なお、保険料の上昇抑制に基金を活用するかどうか、どの程度活用するかは、基金を設置する都道府県の判断によることとなるが、そもそも基金を保険料の上昇抑制のために活用すべきではないとの意見もあった。
- 高齢者の保険料については、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付することとなるが、その際、65歳以上の世帯主が年金からの引き落としを希望する場合は、現行制度同様に実施できるようにする。また、現在、国保と介護保険の保険料の合計額が年金額の2分の1を超える場合や、世帯内に65歳未満の被保険者がいる場合には、引き落としの対象とならないが、この場合も世帯主が希望する場合は、実施できるようにする。
- 保険料の上限については、現在、後期高齢者医療制度は50万円（個人単位）、国保63万円（世帯単位）となっているが、国保の世帯単位の上限に一本化した上で、被用者保険の上限額も勘案しつつ、段階的に引き上げる。

- 75 歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置（均等割の 9 割・8.5 割軽減、所得割の 5 割軽減）については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75 歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。なお、実施に当たっては、75 歳以上の 1 人当たり医療費は高く、毎月その 85%の方がサービスを受けている一方で、9 割軽減の保険料は全国平均で月額 350 円程度に抑制されていること、75 歳未満の国保では最大で 7 割までの軽減であり世代間の公平を考慮する必要があること等について、十分な説明を行い、国民に理解を求めながら丁寧に進める必要がある。
- 75 歳以上の方の保険料軽減判定については、新たな制度への移行を要因とする高齢者の負担増を生じさせない観点から、全年齢を対象にした都道府県単位化を実施するまでの間（第一段階の間）の措置として、世帯単位の判定に加え、後期高齢者医療制度と同様の方法による判定を行った上で、より高い割合の軽減を適用する。
- 一方、被用者保険に加入する高齢者の保険料は、職域内の連帯・公平の観点から、各被用者保険者の算定方法・徴収方法を適用する。

（４）現役世代の保険料による支援

- 現行の後期高齢者医療制度の支援金について、被用者保険者間では、各保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなっている。
- このため、負担能力に応じた負担とする観点から、平成 22 年度から 24 年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を 3 分の 1 を総報酬割、3 分の 2 を加入者割とする負担方法が導入されたところである。
- 今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法を全て総報酬割とする。
- これにより比較的所得の高い共済組合や健保組合の負担が増加す

ることになるが、負担能力に応じた公平な負担とする趣旨であることについて理解を求めていくことが必要である。

- なお、総報酬割の導入により協会けんぽに対する国庫負担が不要となり、その分を健保組合等が肩代わりする構図となっていることは問題であり、更なる公費拡充によって負担軽減がなされなければ総報酬割導入には反対であるとの意見があった。また、不要となる国庫負担分は、協会けんぽに対する国庫負担割合の引上げ、財政力の弱い健保組合への支援、前期高齢者への公費投入など、被用者保険のために活用すべきとの意見があった。一方、こうした意見に対しては、健保組合等と市町村国保の財政状況の違い等を考慮すれば、被用者保険だけの利益を考えることは適当ではないとの意見があった。

(5) 患者負担

- 患者負担については、これまで、義務教育就学前は2割、それ以降69歳までは3割、70歳から74歳まで2割、75歳以上は1割と、制度横断的に年齢に応じて負担割合を設定する方向で見直しが行われてきた。しかしながら、70歳から74歳までの方の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されているところであり、70歳を境に急に負担割合が低下することとなっている。
- 仮に、負担割合を単純に引き上げることとした場合には、今まで1割負担であった方の負担が急に2割へと増加する一方、1割負担に恒久化することとした場合には、各保険者の負担が増え、現役世代の保険料負担が増加する。
- このため、個々人の負担が増加しないように配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70歳から74歳までの方の患者負担について、新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。
- すなわち、個々人に着目してみれば、既に1割負担となった方の患者負担を2割に引き上げるものではなく、69歳までは3割負担だった方が70歳に到達するときから順次2割負担となるものであり、個々人の患者負担が増加するものではない。また、特に配慮すべき低所得

の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする。

- なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げるべきとの意見があった。

4. 健康づくり、良質で効率的な医療の提供等

- 今後増大が見込まれる医療費を広く国民の納得を得て負担いただくためには、国民が安心して過ごすことのできる医療の内容・水準を確保するとともに、国民一人ひとりが積極的に健康づくりに取り組む環境を整備すること等で医療費の効率化できる部分を効率化することが必要である。
- 平成18年の制度改正で、都道府県が、市町村・保険者等と協力し、医療費適正化及び関連する3計画（健康増進計画・医療計画・介護保険事業支援計画）を策定・実施することにより、都道府県単位で医療費適正化を進める仕組みが導入された。新たな制度においても、同様の仕組みを設け、都道府県単位で医療費の効率化できる部分を効率化する取組を更に推進する。また、都道府県・市町村・保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備する。
- 各保険者が保険者機能を十分に発揮しながら壮年期からの健康づくりの取組を推進することが重要であり、特に特定健診・特定保健指導については、実施率の向上が課題となっている中で、実施率が高い保険者の具体的な取組状況等を踏まえ、実施率向上に向けた取組を進める。
- また、新たな仕組みの下では、健康診査・保健指導について、75歳以上の方も75歳未満の方と同様に、各保険者の義務として行うこととする。なお、国保の健診等の費用については、75歳未満同様、国・都道府県はそれぞれ1/3を負担することとする。高齢者への対応を含め、健診項目、保健指導のプログラムなど、技術的な問題については別途の場を設置し、検討を進める。

- 現在、特定健診・特定保健指導の実施状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みが設けられているが、①状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか、②加減算される金額が過大ではないか等の問題点が指摘されている。各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じたインセンティブの仕組みは必要であることから、現行と同様の支援金を加減算する仕組みを新たな制度にも設けることとした上で、これらの問題点を踏まえて関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第2期のスタート（平成25年度～）までに結論を得る。
- 保険者による特定健診等のハイリスクアプローチに加え、健康づくりの普及啓発等のポピュレーションアプローチにより、個人の行動変容に結び付けていくことが重要である。保険者、産業界、学校、マスコミなどを含めた社会全体を巻き込んだ国民運動が展開されるよう、介護予防の取組とも連携しつつ、環境整備等を進めていくことが必要である。
- 高齢期における医療の効率的な提供を図るための取組を推進するため、後発医薬品の使用促進、レセプト点検、医療費通知、重複・頻回受診者への訪問指導、適正受診の普及・啓発など、各保険者における取組の更なる充実を図ることが必要である。
- 一方、医療サービスについては、病院・病床の機能分化の推進、急性期医療から慢性期医療、在宅医療までの切れ目のないサービス、地域医療のネットワーク化などが求められる。特に、医療と介護の両方のニーズを持つことの多い高齢者にとっては、地域ごとに医療・介護・福祉サービスが継続的・包括的に提供される体制づくりを進めることが求められる。
- 平成24年4月には、6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定が見込まれており、これに向けて、医療提供体制の見直しや診療報酬・介護報酬の改定について別途の場で検討されることとなるが、上記の観点を十分に踏まえた医療・介護の一体的見直しを行うことが必要である。

5. その他の重要事項

- 65歳から74歳までで一定の障害の状態にある方については、患者負担割合や公費・支援金の取扱いを75歳以上の方と同様とする仕組みを設ける。
- 診療月の翌月にレセプト審査がなされ、診療報酬が支払われるため、医療保険制度の会計年度（4月から3月まで）は、診療月ベースで見ると3月から2月までとなる。新たな制度の施行日を4月1日とすると、その直前の3月分の診療は、次の会計年度で1か月分だけ旧制度として処理することが必要となることから、このような状況を生じさせないよう、3月1日施行とする。

6. 施行準備等

- 円滑に新たな制度を運営するためには、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であることから、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、既に設置された「高齢者医療システム検討会」等において地方自治体等の意見を十分に聞きつつ、システムの詳細設計を早急に行い、着実にシステム改修を進めることが必要である。
- 被用者保険における事務処理についても、既に関係者の参加を得て後期高齢者医療制度からの移行手続などについて実務的な検討会議が設けられているが、各保険者の状況も十分に踏まえながら、対応に遺漏が生じることのないよう計画的な取組を進めることが必要である。
- このようなシステム改修や被保険者の移行手続については、約2年の準備期間が必要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って適切に準備期間を確保することが必要である。
- また、新たな制度への移行に伴う運営主体の変更により、混乱が生じることのないよう、保険給付等の権利義務の承継、広域連合の解散などについて、国及び関係機関において円滑かつ確実に対応することが必要である。
- 併せて、国民に新たな制度の趣旨・内容を正しく理解していただくため、国は、地方自治体や保険者等と連携・協力しながら、国民に対する丁寧で分かりやすい広報に計画的に取り組むことが必要である。

- 制度施行後においては、費用負担の見直しをはじめとする今回の改正事項全般について、国は、継続的に検証（モニタリング）を行い、適宜、必要な見直しを行っていく必要がある。

IV おわりに

- 1961(昭和 36)年度に、全ての市町村において国保の運営を行うこととなり、国民皆保険が達成されたが、来年度で国民皆保険 50 周年を迎える。世界に冠たる我が国の国民皆保険制度は、国民の安心感の基盤であり、将来にわたって堅持していかなければならない。
- 一方で、「安心感」を確保するためには、相応の「負担」により、「国民全員で医療保険制度を支えていく」ことが必要となることは言うまでもない。高齢者の医療費を賄う財源は、公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担によって構成されている。そして、公費も保険料も患者負担も国民が負担者であることには変わりはない。高齢化の進展に伴い医療費が増大していく以上、仮に現行制度を維持しても、また、新たな制度をどのようなものにするにしても、負担増を伴わざるを得ない。
- このような中で、今回の新たな制度は、世代間・世代内の公平等に配慮しつつ、無理のない負担となるように、支え合い・助け合いを進め、より納得のいく公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担の組み合わせによる制度の実現を目指したものである。
- 特に、国費をはじめとする公費の拡充を図るべきことは本改革会議の意見の大勢である。現在、政府与党において社会保障・税の一体改革の議論が進められているところであり、医療保険制度の財源のあり方については、その議論の方向性に対応したものとする必要がある。
- また、医療サービスが良質で効率的なものでなければ、そのための費用を負担することに国民の納得は得られない。医療提供体制と医療保険制度は車の両輪であり、あるべき医療提供の姿、それを実現するための診療報酬、介護等との連携といった医療サービスに関する総合

的な議論を精力的に進め、早期に国民に具体策を示していく必要がある。

- この 50 年間で社会経済情勢は大きく変化した。特に国保は、制度発足当時と異なり、高齢者や低所得者の加入率が高く、更に今後の人口減少を考えれば、保険財政の安定化のためには、財政基盤の強化と広域化の推進が不可欠である。国民皆保険 50 周年という節目の年に、国保の都道府県単位化に道筋をつけることは、医療保険制度の歴史において極めて大きな一歩である。
- 今後、厚生労働省においては、この最終とりまとめを踏まえ、法案提出に向けて取り組むこととなるが、国民皆保険を堅持し、持続的で安定的な医療保険制度を構築する責任を有する国においては、運営を担う都道府県・市町村の十分な理解を得て対応することが不可欠である。また、負担が増加することとなる保険者・被保険者の理解を求めていくことも必要である。
- 医療保険制度は、セーフティネットとして国民の暮らしを支える重要な社会基盤の一つであり、制度が支持され安定しなければ国民の暮らしも安定しない。厚生労働大臣におかれては、この 1 年間にわたる本改革会議の議論を踏まえ、現行制度の問題点や新制度の意義を国民に丁寧に分かりやすい言葉で説明し、広く国民の納得・信頼・安心の得られる医療制度改革を実現されることを強く望む。

新たな制度に関する基本資料

厚生労働省保険局

平成22年12月20日

改革の基本的な方向

○ 後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、現行制度の利点はできる限り維持し、更に後期高齢者医療制度の廃止を契機として国保の広域化を実現する。

後期高齢者医療制度の問題点

- I 年齢による区分(保険証)
75歳到達で、これまでの保険制度から分離・区分。保険証も別。
- II 被用者本人の給付と保険料
75歳以上の被用者の方は傷病手当金等を受けられず、保険料も全額本人負担。
- III 被扶養者の保険料負担
個人単位で保険料を徴収するため、扶養されている高齢者も保険料負担。
- IV 高齢者の保険料の増加
高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを基本的に上回る構造。
- V 患者負担
患者負担の上限は、同じ世帯でも、加入する制度ごとに適用される。
- VI 健康診査
広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。

新制度

- I 年齢で区分しない。保険証も現役世代と同じ。
- II 被用者保険に加入することにより、傷病手当金等を受けることができるようになり、保険料も事業主と原則折半で負担。
- III 国保は世帯主がまとめて保険料負担。被用者保険に移る被扶養者については被保険者全体で保険料負担。
- IV 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らないよう抑制する仕組みを導入。
- V 現役世代と同じ制度に加入することで、世帯当たりの負担は軽減。
- VI 国保・健保組合等に健康診査の実施義務。

後期高齢者医療制度は老人保健制度の問題点を改善するための制度であったが、**独立型の制度としたことによる問題が生じている**

改善

旧老人保健制度の問題点

- ①負担割合
高齢者と現役世代の負担割合が不明確。
- ②高齢者の保険料負担
それぞれ市町村国保・被用者保険に加入しているため、同じ所得であっても、保険料負担が異なる。

改善

後期高齢者医療制度の利点

- ① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。
- ② 原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

維持

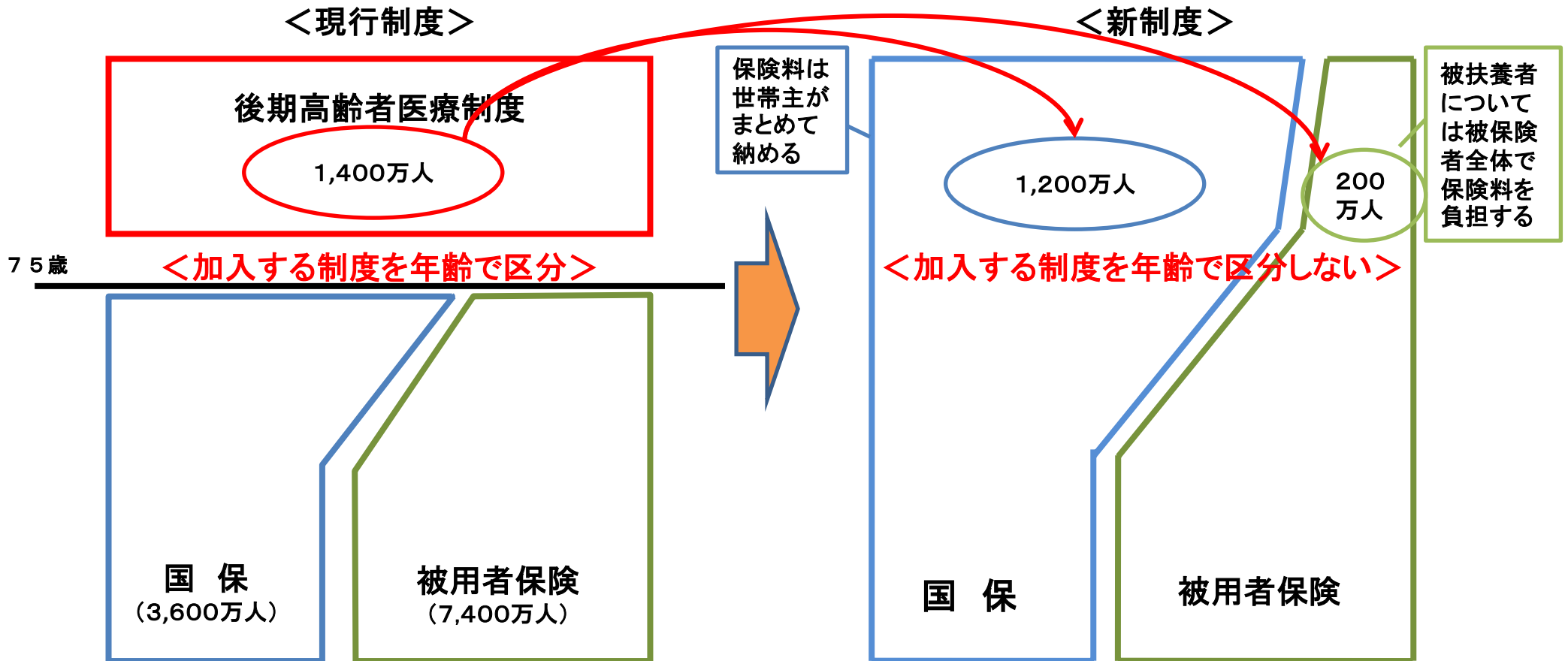
- ① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。
- ② 国保に加入する高齢者は、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

高齢者も現役世代と同じ制度(国保又は被用者保険)に加入すること等で改善が図られる

国保の高齢者医療を都道府県単位化すること等で維持
⇒次の段階で現役世代も都道府県単位化

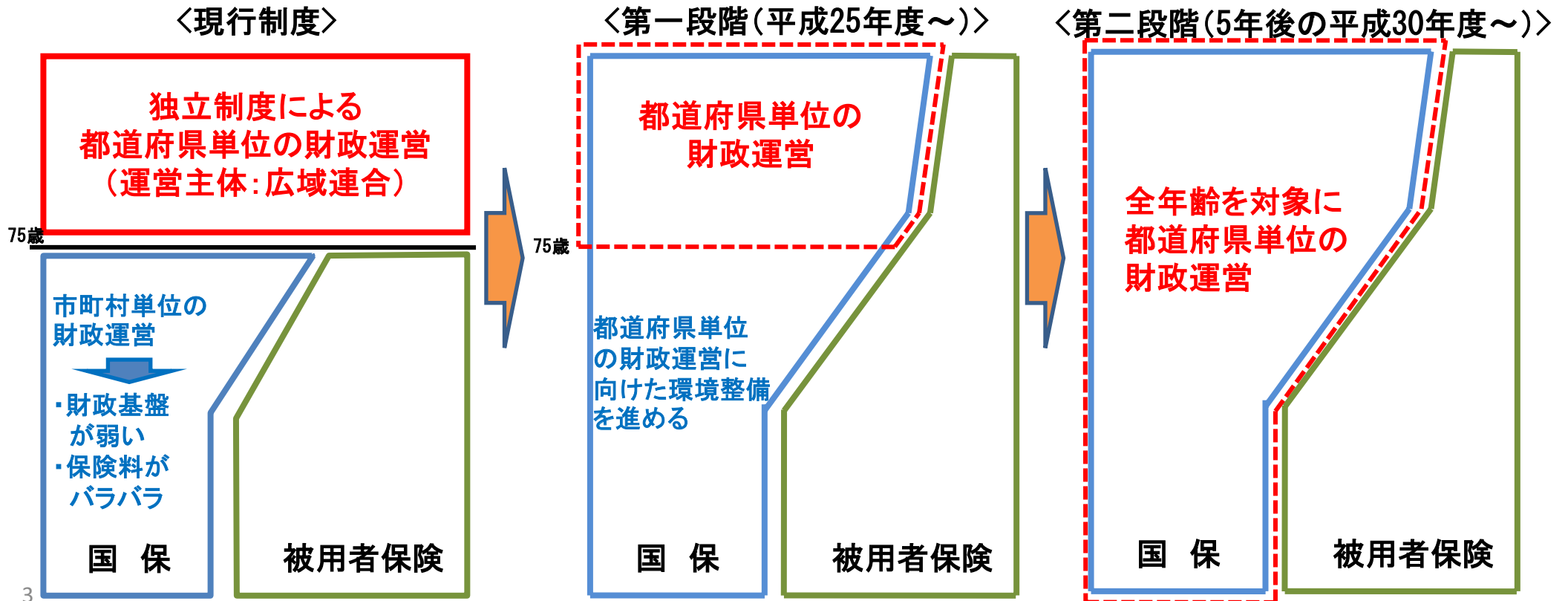
制度の基本的枠組み、加入関係

- 加入する制度を年齢で区分することなく、被用者である高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢による差別と受け止められている点を解消する。また、世帯によっては、保険料・高額療養費等の面でメリットが生じる。



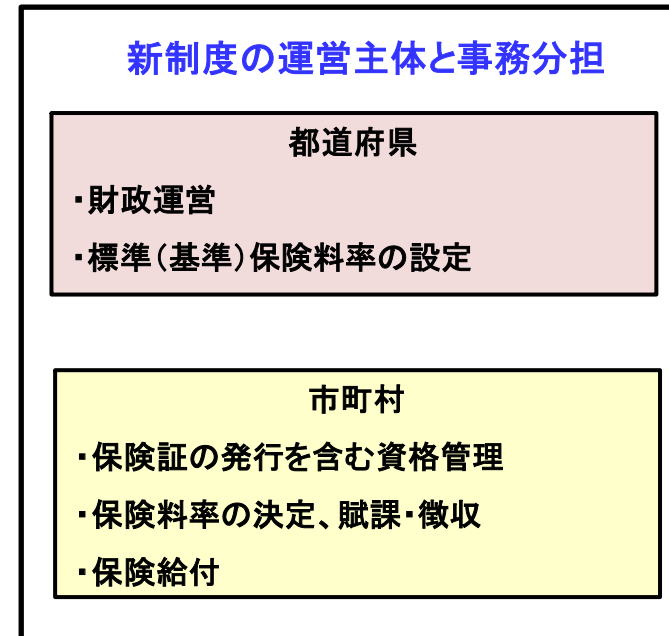
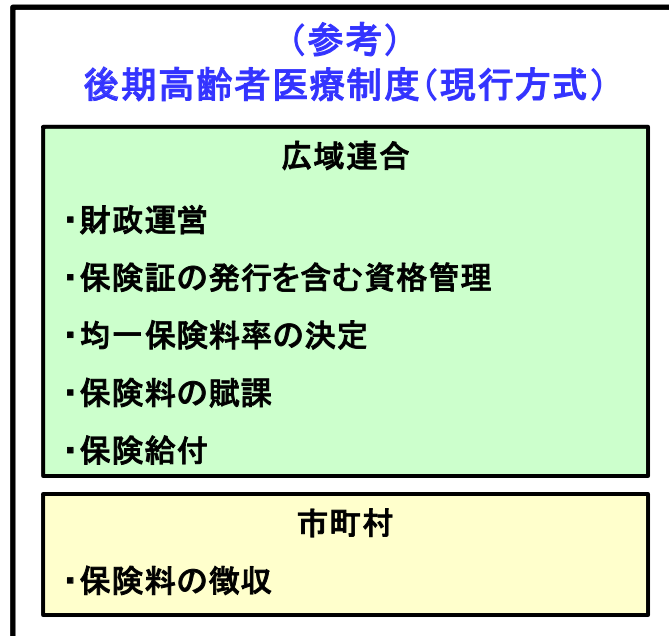
国保の財政運営の都道府県単位化

- 低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える国保については、財政基盤強化策や収納率向上に向けた取組に加え、今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に従前の市町村国保に戻ることであれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する。
- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者3,600万人の保険料が大きく変化することとなるため、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。



運営主体及び事務の分担

- 財政運営、標準(基準)保険料率の設定は、都道府県が行う。
 - 世帯単位で保険料を徴収することから、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収は市町村が行う。
 - 75歳以上の高齢者に係る保険証の発行を含む資格管理は市町村が行う。
 - 75歳以上の給付事務については、「都道府県」が行うとすると、給付事務が複雑になり、被保険者から分かりにくく、事務処理に時間を要すること等から、市町村が行う。
- ※ 高齢者分は「都道府県」が行い、若人分は「市町村」が行うため、例えば、現金給付について、高齢者に係る現金給付を「都道府県」から世帯主(若人の世帯主を含む)に、若人に係る現金給付を「市町村」から世帯主(高齢の世帯主を含む)に行うこととなる。
- ※ 高齢者分の給付事務は、都道府県(支給決定等)と市町村(窓口業務、照会対応等)の両者で対応することとなり、時間を要する。
- ※ 全ての都道府県において事務処理体制を整え、給付事務を円滑に行うことは現実的に困難な面もある(広域連合において給付事務に携わっている職員数313名;平成22年度実施状況調査)。
- ⇒ 「都道府県」は、財政運営、標準(基準)保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、共同運営する仕組みとする。



○ これらの事務については、それぞれ都道府県及び市町村が処理することが基本となるが、地域の実情に応じ、自主的な判断によって地方自治法に基づく広域連合を活用することや市町村の事務の一部を都道府県が行うこととすることも考えられる。

- ① 例えば、都道府県の事務と市町村の給付事務を持ち寄り、都道府県と全ての市町村による「広域連合」を設立し、「広域連合」において、財政運営、標準(基準)保険料率の設定、保険給付を行い、「市町村」において、資格管理、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収を行う場合
- ② 例えば、市町村の給付事務を都道府県が行うこととし、「都道府県」において、財政運営、標準(基準)保険料率の設定、保険給付を行い、「市町村」において、資格管理、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収を行う場合

基本の仕組み

都道府県

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付

① 都道府県と市町村で広域連合を設立する場合

広域連合

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定
- ・保険給付

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収

② 市町村の給付事務を都道府県が行うこととした場合

都道府県

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定
- ・保険給付

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収

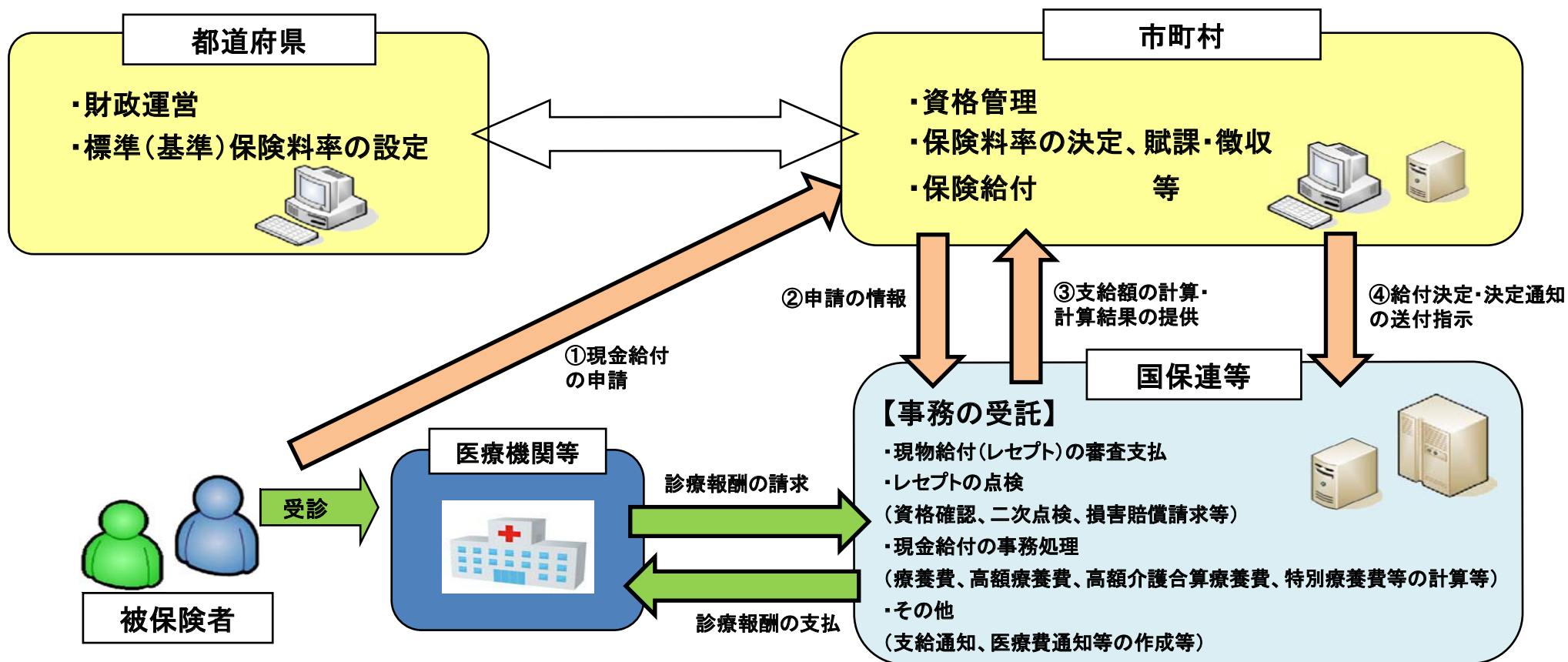
※ ①②いずれの場合であっても、75歳以上の給付事務を「都道府県単位の運営主体(広域連合・都道府県)」で行い、75歳未満の給付事務を「市町村」で行うため、
5 高齢者と若人で世帯合算して給付を行う高額療養費については、両者が連携して事務処理を行う等、住民に分かりやすいものにすることが必要。

給付事務等の各種事務の市町村からの委託

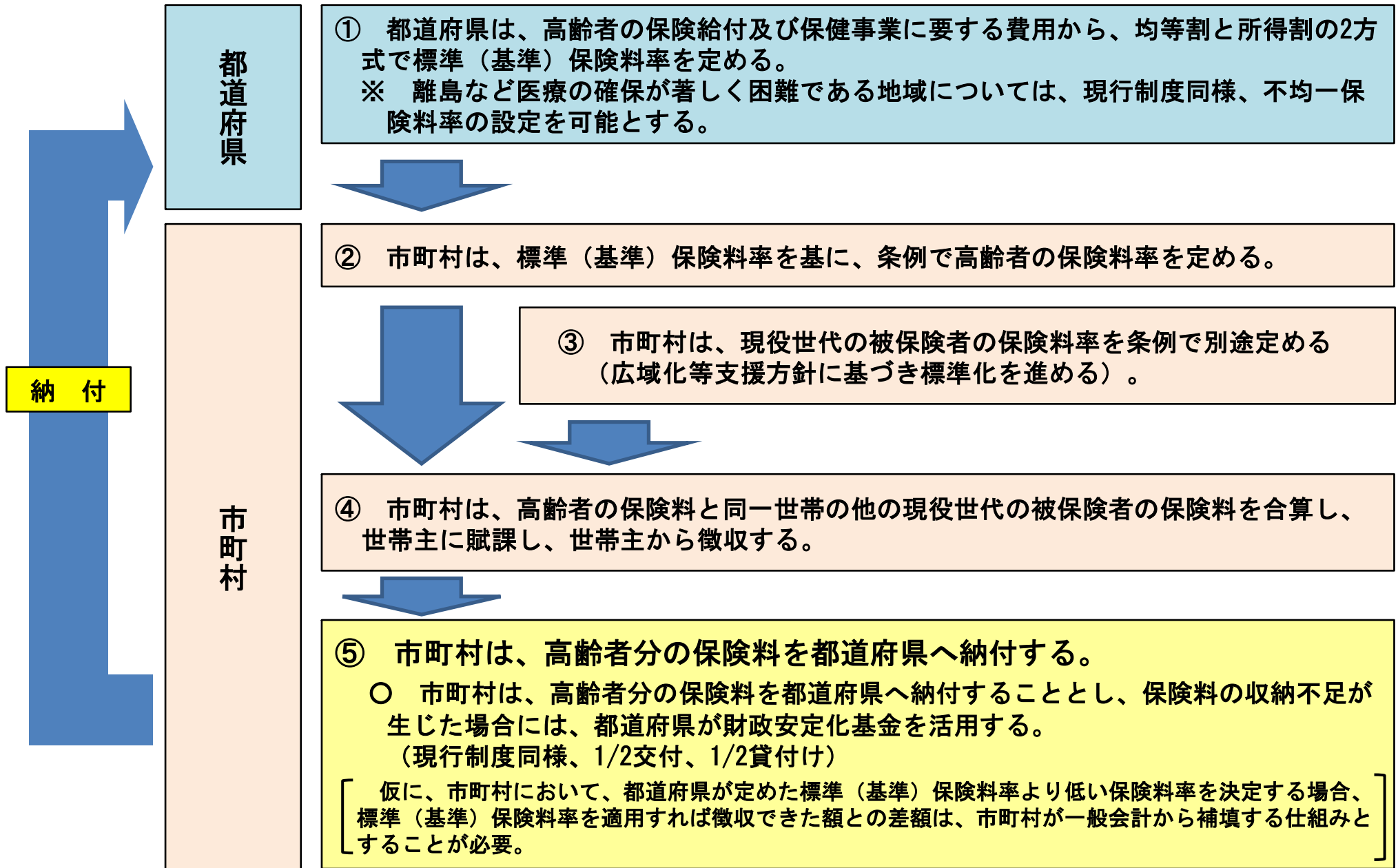
○ 給付事務をはじめとする各種事務については、事務処理や体制の効率化を図ることができるよう、市町村等の意向に沿って、国保保険者の共同処理機関としての国民健康保険団体連合会(国保連)等を最大限活用できるようにする必要がある。

※ 現在、各広域連合や市町村によって国保連等への委託状況は異なっている。

※ 現金給付の支給決定など保険者としての決定行為については市町村が行う必要があるが、支給額の計算・確認など支給決定に付随する事務処理については国保連等が行うことができるようにする必要がある。



保険料率の決定・賦課・徴収・納付の仕組み(第一段階)



※ 全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、市町村が責任を持って収納対策に取り組む仕組みとする。その具体的なあり方については、第一段階の施行状況も踏まえつつ検討する。

全年齢での都道府県単位化(第二段階)に向けて

○ 第二段階に向けては、以下の点について結論を得ることが必要。

① 保険料の設定

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、高齢者と現役世代の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか。
- ・ 市町村の収納率や医療費格差を保険料率に反映するか。また、保健事業、国保直診などへの保険料の充当をどうするか。

② 費用負担のあり方

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、高齢者と現役世代の会計を区分する必要があるのか。(高齢者と現役世代の保険料を別々とするのかどうかとも関係)
- ・ 被用者保険と国保の間の財政調整の方法をどうするのか。

③ 事務体制のあり方

- ・ 都道府県と市町村の役割分担について見直す必要があるのか。

⇒ これらの点については、現時点で拙速に判断することは適当ではなく、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら検討することが必要。

⇒ 一方、第二段階への移行の目標時期については、

- ① 第一段階はあくまで暫定的なものであり、できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること
- ② そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化等の取組が計画的に進められることが必要であるが、具体的な時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、目標とする具体的な時期を設定することが必要。

⇒ 具体的には、第一段階の施行状況を確認し、第二段階の検討・施行準備に必要な期間、法定外一般会計繰入・繰上充用の解消に向けた取組に必要な期間、保険料の平準化を円滑に行うために必要な期間を勘案して、第一段階の施行から5年後(平成30年度)を目標とすることとし、法律上これを明記する。

保険料の平準化に向けた取組

- 第二段階への移行の目標時期までに、保険料の平準化に向けて、「広域化等支援方針」に基づき、
- ① 保険財政共同安定化事業の対象医療費(現行30万円超)の拡大
 - ② 保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し
(医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大)
 - ③ 保険料算定方式の標準化
 - ④ 収納率向上や医療費適正化等への取組
 - ⑤ 法定外一般会計繰入・繰上充用の段階的・計画的な解消に向けた取組
- 等について、都道府県のリーダーシップの下に、市町村は利害を超えて取り組む必要があり、国においても必要な助言・支援を行う。

平成22年度

平成23～24年度

平成25年度～
(第一段階)

→
<5年間>

平成30年度～
(第二段階)

広域化等支援方針に基づいた環境整備			若人部分も含めた 都道府県単位化
保険財政共同安定化事業	・検討	保険財政共同安定化事業(いわゆる再保険)の対象医療費(現行30万円超)の拡大 → 段階的に財政運営の都道府県単位化が進む	
		保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し(医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大) → 段階的に保険料水準が平準化する	
保険料算定方式の標準化	・検討	・標準化された保険料算定方式への変更	
収納率の格差	・分析 ・収納率目標設定	・収納率の向上	→
法定外一般会計繰入・繰上充用	・分析	・法定外一般会計繰入の段階的縮小 ・繰上充用の段階的縮小	→

国と地方の協議の場

- 国保の構造的問題の解決及び全年齢での都道府県単位化(第二段階)に向けて、費用負担のあり方や国保の運営の具体的なあり方等について、厚生労働省と地方の協議の場を設置し、具体的な検討を行う。
- 具体的には、平成25年度で暫定措置の期限を迎えることとなる財政基盤強化策の平成26年度以降のあり方、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方、第二段階の都道府県単位化を図る際の保険料の設定、事務体制等の国保の運営のあり方について幅広く検討を行う。

(参考)

1. 国保財政基盤強化策(暫定措置)／平成22～25年度

(1) 高額医療費共同事業の継続

- 1人1か月80万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有(負担区分)市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4

(2) 保険財政共同安定化事業の見直し(都道府県の役割と権限の強化)

- 1人1か月30万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有
- 保険料平準化や国保財政の広域化等の観点から、都道府県が次の内容について「広域化等支援方針」で定めることができるようにする。
 - ・ 事業の対象となる医療費の範囲の拡大(30万円以下でも可)
 - ・ 市町村国保からの拠出金の拠出方法の基準

(3) 保険者支援制度の継続

- 低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援(負担区分)国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

2. 法定外一般会計繰入・繰上充用の状況

※ 平成20年度の市町村国保の単年度収入は12兆4,589億円。法定外一般会計繰入は3,670億円であるが、保険給付以外の支出である保健事業や直営診療施設等の繰入、東京都の財政調整分等を除いた額は2,592億円(単年度収入の2.1%)。さらに、2,592億円の内訳には地方単独事業の実施に伴うものが450億円含まれている。1,778保険者のうち1,223保険者において、法定外一般会計繰入を行っている。

※ 平成20年度の前年度繰上充用は1,714億円。1,778保険者のうち191保険者において、前年度繰上充用を行っている。

3. 第二段階に向けた検討事項

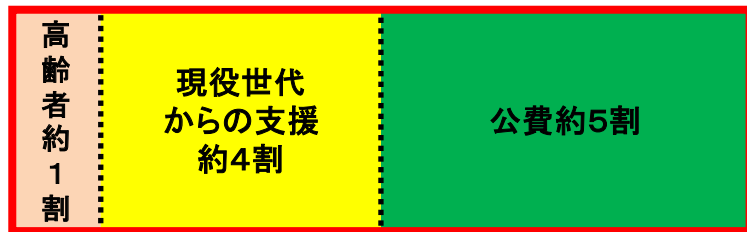
- 保険料の設定
- 費用負担のあり方
- 事務体制のあり方

費用負担(第一段階)

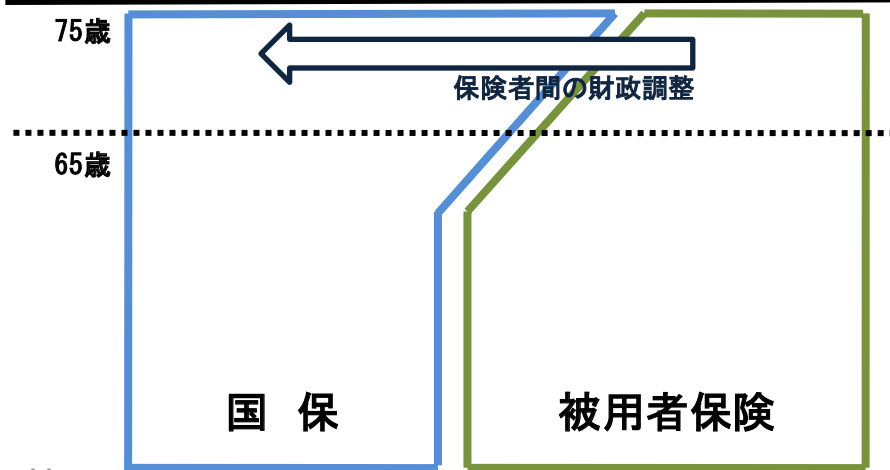
- 独立型制度を廃止し、75歳以上の方も国保・被用者保険に加入することとなるが、75歳以上の医療給付費については、公費、75歳以上の高齢者の保険料、75歳未満の加入者数・総報酬に応じて負担する支援金で支える。
- このような費用負担とすることにより、75歳以上の方の偏在により生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなるが、加えて、65歳から74歳までの方についても、国保に偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。

<現行制度>

保険料の伸びを抑制する仕組みを導入(保険料負担率の見直し・財政安定化基金の設置)



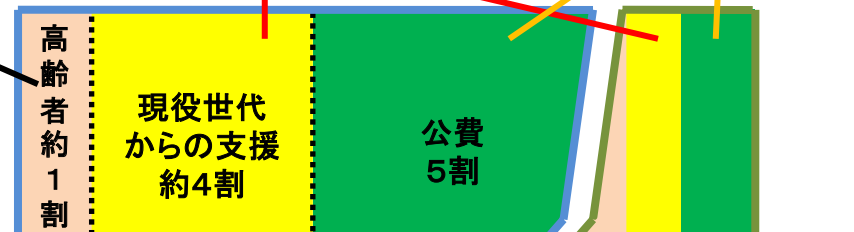
<加入する制度を年齢で区分>



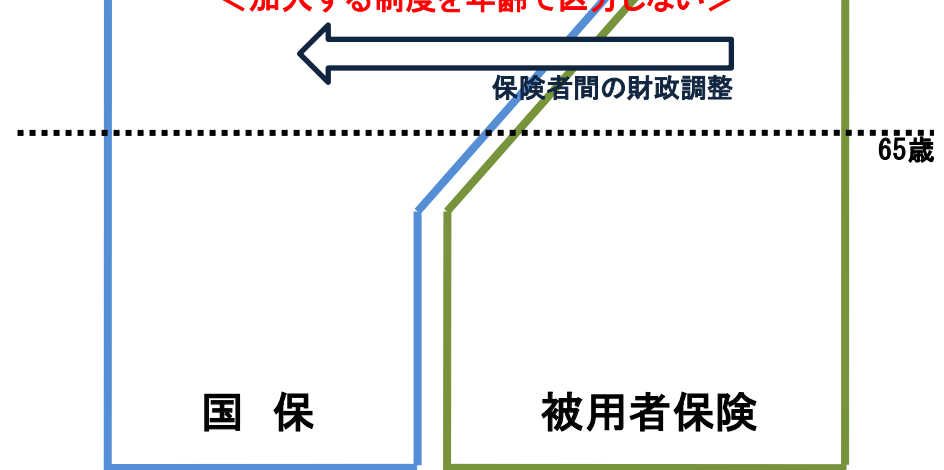
<新制度(第一段階)>

加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して支援金を投入(被用者保険からの支援は、負担能力に応じた分担とすべく、総報酬割を導入)

加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して公費を投入(現在47%の公費負担割合を50%に引き上げる)



<加入する制度を年齢で区分しない>



都道府県単位の
財政運営



※ 第二段階の財政調整のあり方については改めて検討

公費のあり方

○ 公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要。

○ 現行の高齢者医療制度は、75歳以上の医療給付費に約5割(※)の公費を投入しているところ。
(平成22年度予算ベース 5.5兆円(うち国3.7兆円、都道府県0.9兆円、市町村0.9兆円))

(※) 現役並み所得を有する高齢者(約120万人、約7%)の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている(実質47%の公費負担割合)。

⇒ まず新たな制度への移行時に、これを改善し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げる。
※ 50%への引上げの所要額 2013年度 3,500億円

⇒ 現在、75歳以上の医療給付費に対する公費については、国:都道府県:市町村が4:1:1の比率で負担しているが、75歳以上の医療費を国民全体で支え合うという考え方や、新たな制度が地域保険と職域保険に分離されることを踏まえ、国及び地方が適切に財政責任を果たす。

⇒ 現在、「政府・与党社会保障改革検討本部」が設置され、社会保障改革の全体像及びその安定的な財源の確保について議論が進められているところであるが、医療費財源をどのように確保していくかについては、その時々^の社会経済情勢等を踏まえながら、国と地方の財源のあり方を含め、政府全体として適切に対応することが必要である。
このため、定期的に、医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。

政府・与党社会保障改革検討本部

- 社会保障改革の全体像については、政府・与党が一体となって、必要とされるサービスの水準・内容を含め、国民に分かり易い選択肢を提示するとともに、その財源の確保について一体的に議論する必要がある。このため、これを検討する場として、内閣総理大臣の下に政府・与党社会保障改革検討本部を平成22年10月28日に設置。
- 平成22年12月14日、「社会保障改革の推進について」が閣議決定されたところであり、今後、社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図ることとされている。

【開催状況】

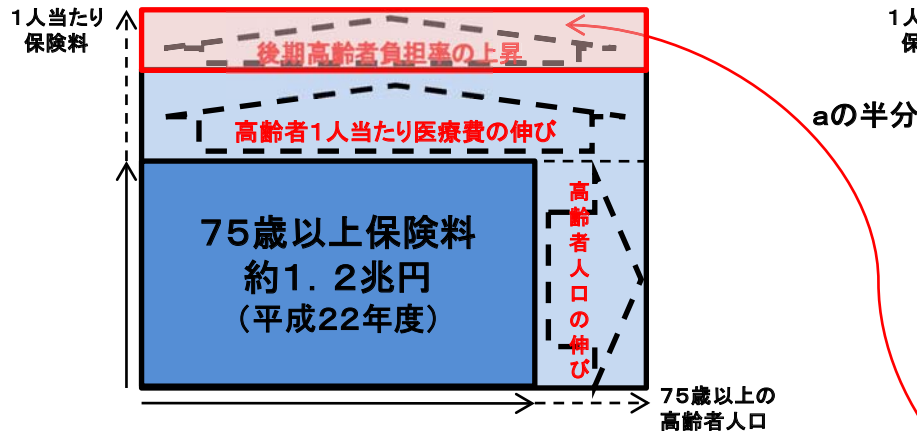
平成22年10月28日	第1回政府・与党社会保障改革検討本部	議題： 社会保障の現状及び課題について
11月 9日	第1回社会保障改革に関する有識者検討会	議題： ①今後の進め方 ②社会保障の現状と課題について
16日	第2回社会保障改革に関する有識者検討会	議題： 社会保障の改革について
22日	第3回社会保障改革に関する有識者検討会	議題： 社会保障の改革について
12月 1日	第4回社会保障改革に関する有識者検討会	議題： 社会保障の改革について
8日	第5回社会保障改革に関する有識者検討会	議題： 社会保障の改革について
10日	第2回政府・与党社会保障改革検討本部	議題： 社会保障改革の推進について

高齢者の保険料の負担率

○ 現行制度においては、現役世代(75歳未満)の負担の増加に配慮し、「現役世代人口の減少」による現役世代の保険料の増加分を75歳以上の高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる仕組みになっている。

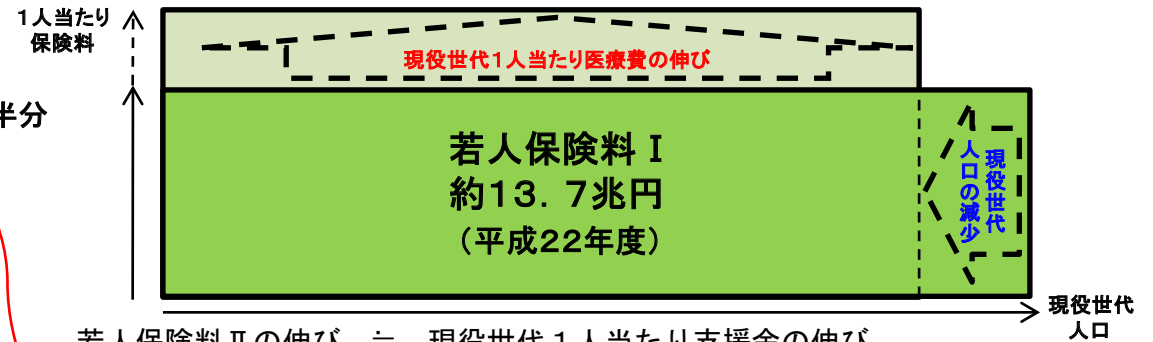
高齢者の保険料・・・高齢者医療給付を賄うための保険料

高齢者保険料の伸び \equiv 高齢者1人当たり医療費の伸び
 + 後期高齢者負担率の上昇

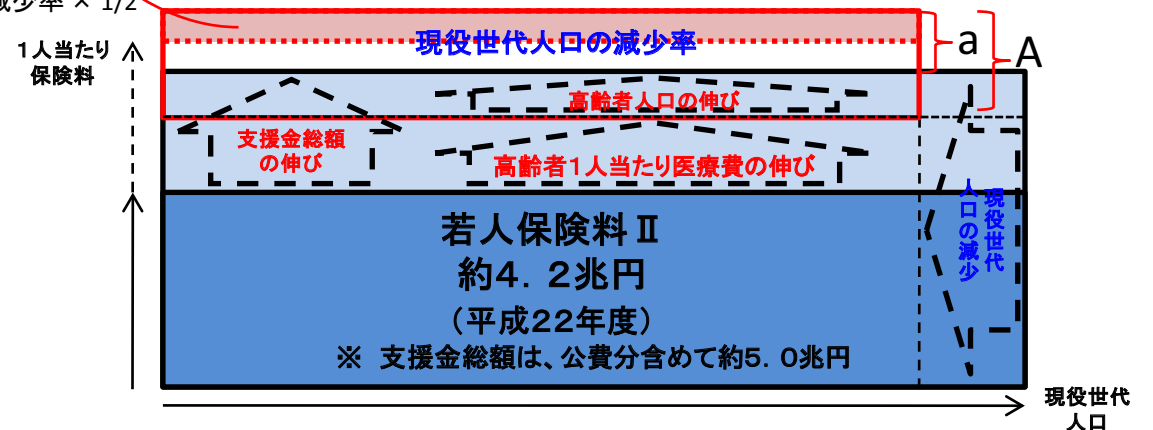


現役世代の保険料・・・若人保険料 I (若人医療給付を賄うための保険料) + 若人保険料 II (高齢者医療給付を支える保険料(支援金))

若人保険料 I の伸び \equiv 現役世代1人当たり医療費の伸び



若人保険料 II の伸び \equiv 現役世代1人当たり支援金の伸び
 \equiv 支援金総額の伸び + 現役世代人口の減少率
 \equiv 高齢者1人当たり医療費の伸び
 + 高齢者人口の伸び + 現役世代人口の減少率
 - 後期高齢者負担率の上昇による支援金の減少分



※ 後期高齢者負担率 = 10% + 平成20年度の現役世代負担割合(約4割)
 × 平成20年度から改定年度までの現役世代人口の減少率 × 1/2

(現行制度の問題点)

- ① 高齢者と現役世代の保険料規模の違い(1:15)を考慮していないため、基本的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構造にある。
 - ② 高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていない。
- ⇒ 「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」に伴う現役世代の保険料の増加分(前ページの右下の赤枠A部分)を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。これにより、高齢者と現役世代の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなる。
- ⇒ 現行制度は平成24年度に次期保険料の改定を迎えるため、新たな制度の施行に先立って見直す。

負担率の変化の見通し

	(後期高齢者医療制度)			(新制度)				
	20年度	22年度	24年度	25年度	26年度	28年度	30年度	32年度
現行制度	10%	10.26%	10.62%	10.62%	10.92%	11.30%	11.70%	12.06%
見直し後	—	—	10.48%	10.48%	10.64%	10.88%	11.12%	11.25%

(※)平成25年度から現役並み所得を有する高齢者にも公費を投入し、被用者保険間では総報酬割を導入した場合で試算。

保険料額の変化の見通し

	<現行制度>				<見直し後>		
	25年度	32年度	37年度		25年度	32年度	37年度
75歳以上1人当たり 保険料額(年額)	6.8万円 (※)	8.7万円 (28%増)	10.1万円 (48%増)	75歳以上1人当たり 国保保険料額(年額)	7.0万円 (※)	8.5万円 (20%増)	9.5万円 (35%増)
75歳未満1人当たり 国保保険料額(年額)	9.6万円	11.5万円 (20%増)	13.2万円 (38%増)	75歳未満1人当たり 国保保険料額(年額)	9.4万円	11.2万円 (19%増)	12.9万円 (37%増)

高年齢者の保険料の伸び率の方が大きい
保険料の伸び率がほぼ均衡

(※) 現行制度の75歳以上1人当たり保険料額の6.8万円は、9割軽減を受けている被扶養者などを含む加入者1人当たりの保険料額であり、見直し後の7.0万円は、被用者保険に移行した者を除いた国保加入者の1人当たり保険料額であり、対象者が異なっている。こうした理由により、1人当たり保険料額に差が生じているものであり、制度移行に伴い、15 75歳以上の国保加入者の保険料負担が増加するものではない。

被用者保険者間の支援金の按分方法

- 現行の後期高齢者医療制度の支援金について、被用者保険者間では、各保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなっている。
- このため、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法が導入された。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)



⇒ 今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法をすべて総報酬割とする。

※ 支援金の負担が応能負担となった場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担(3分の2加入者割分の16.4%、2013年度2,100億円)は不要となる。

(参考) 総報酬割導入による支援金の負担額の変化

(2013年度推計)

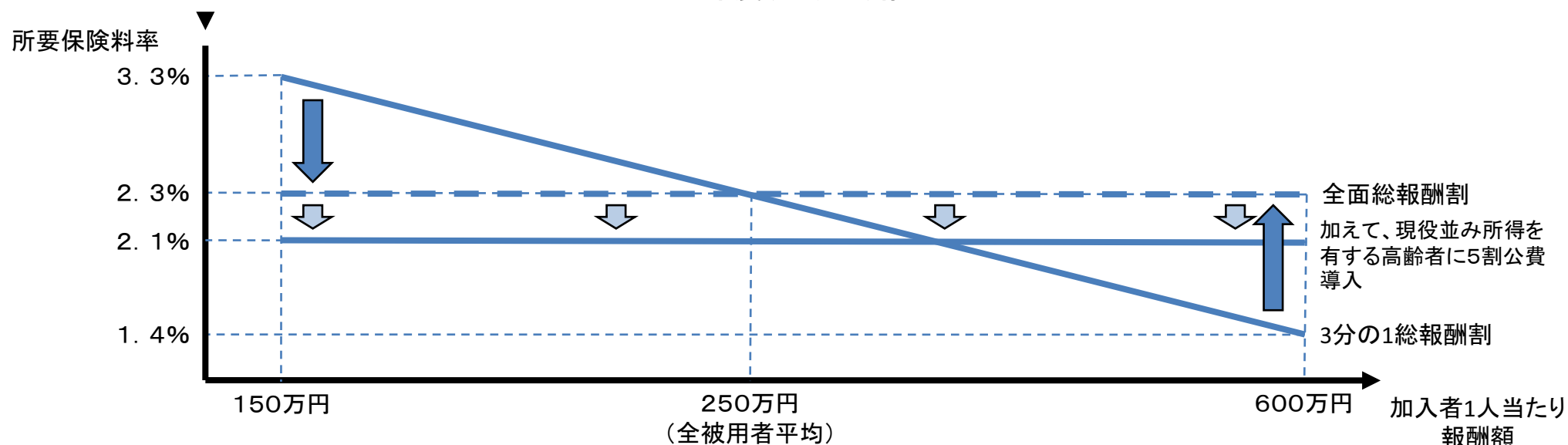
	協会けんぽ	健保組合	共済組合	被用者保険 計
2/3 加入者割	1兆2,700億円 (加入者数3,370万人／全体比47%)	1兆900億円 (加入者数2,850万人／全体比40%)	3,400億円 (加入者数890万人／全体比12%)	2兆7,300億円 (加入者数7,160万人)
1/3 総報酬割	5,300億円	6,100億円	2,100億円	1兆3,700億円
計(①)	1兆8,100億円	1兆7,000億円	5,600億円	4兆1,000億円
全面総報酬割 (②)	1兆6,000億円 (総報酬69.6兆円／全体比39%)	1兆8,300億円 (総報酬79.7兆円／全体比45%)	6,400億円 (総報酬28.0兆円／全体比16%)	4兆1,000億円 (総報酬178.7兆円)
負担額の変化 (②-①)	▲2,100億円	+1,300億円	+800億円	±0

(注) ・加入者数・総報酬は75歳未満。
・支援金に係る前期財政調整後の額である。

・被用者保険計には全国土木国保組合を含む。
・健保組合には、65歳未満の特例退職被保険者分を除く。

(参考) 新制度において支援金を総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)

— 2013年度(平成25)推計 —



(注1) 2013年度の所要保険料率は、賃金上昇率が0%の前提で算出。また、前期財政調整を加味した支援金負担を算定。

(注2) 協会けんぽの加入者1人当たり報酬額は207万円。1人当たり報酬額が協会けんぽより高い健保組合は1,338、低い健保組合は124。

(参考1) 支援金の総報酬割導入等による負担増(負担減)の保険者数 (2013年度推計)

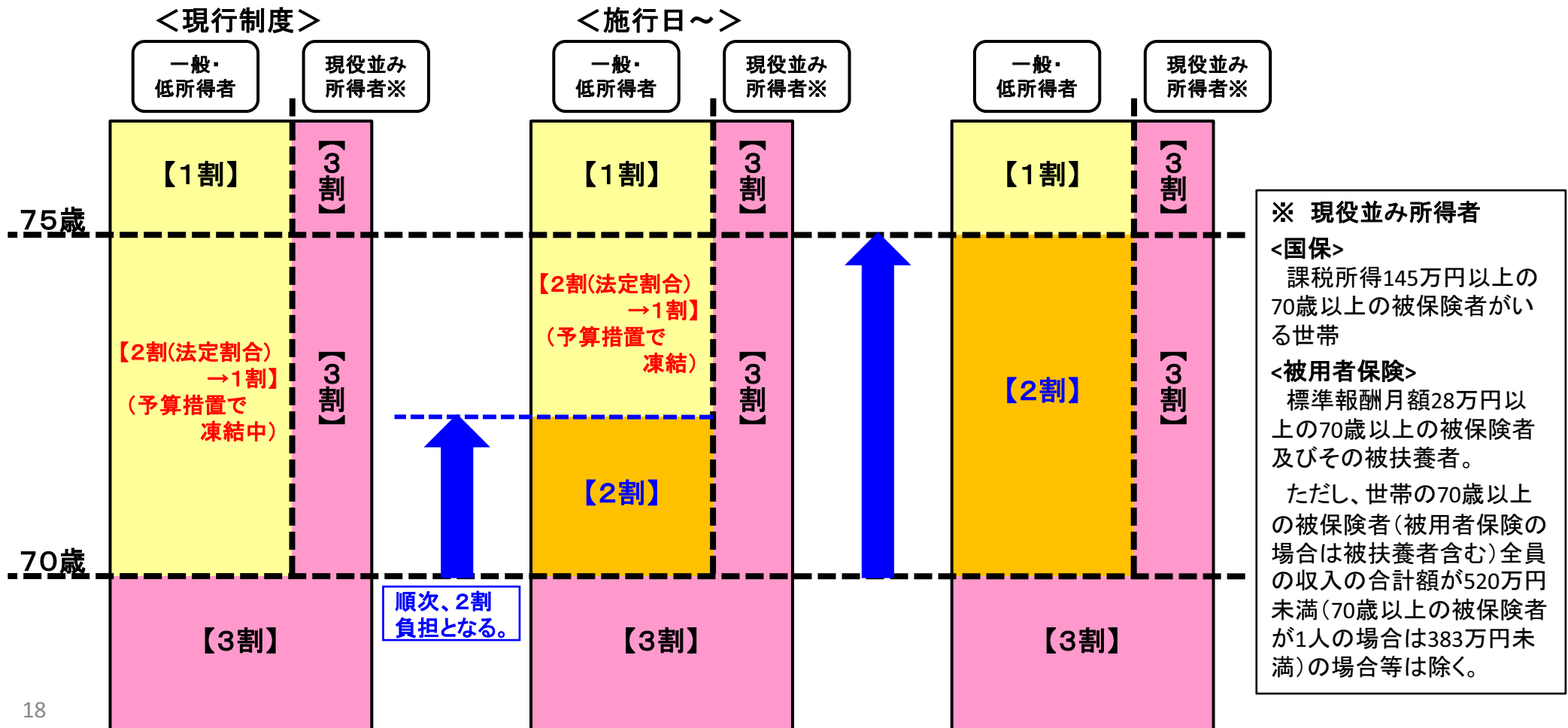
	全面総報酬割導入		加えて、現役並み所得を有する高齢者に5割公費を導入した場合	
	健保組合	共済組合	健保組合	共済組合
負担増 保険者数	872	82	540	62
負担減 保険者数	590	1	922	21

(参考2) 支援金の負担額の変化の例 (2013年度推計)

	加入者数 (75歳未満)	加入者一人当たり報酬額 (75歳未満)	3分の1総報酬割	全面総報酬割	加えて、現役並み所得を有する 高齢者に5割公費を導入した場合
A健保組合	1,840人	501万円 (総報酬9,220百万円)	142百万円 所要保険料率 1.5%	212百万円 所要保険料率 2.3%	197百万円 所要保険料率 2.1%
B健保組合	1,939人	164万円 (総報酬3,184百万円)	99百万円 所要保険料率 3.1%	73百万円 所要保険料率 2.3%	68百万円 所要保険料率 2.1%

患者負担割合(特に70~74歳の患者負担割合)

- 70~74歳の方の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されているところであり、70歳を境に急に負担割合が低下することとなっている。
- 仮に、負担割合を単純に引き上げることとした場合には、今まで1割負担であった方の負担が急に2割へと増加する一方、1割負担に恒久化することとした場合には、各保険者の負担が増え、現役世代の保険料負担が増加する。
※ 仮に1割負担で恒久化した場合の財政影響 +2,000億円(協会けんぽ500、健保組合500、共済200、市町村国保300、公費500)
- このため、個々人の負担が増加しないように配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70~74歳の方の患者負担について、新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。



(参考)高額療養費の自己負担限度額

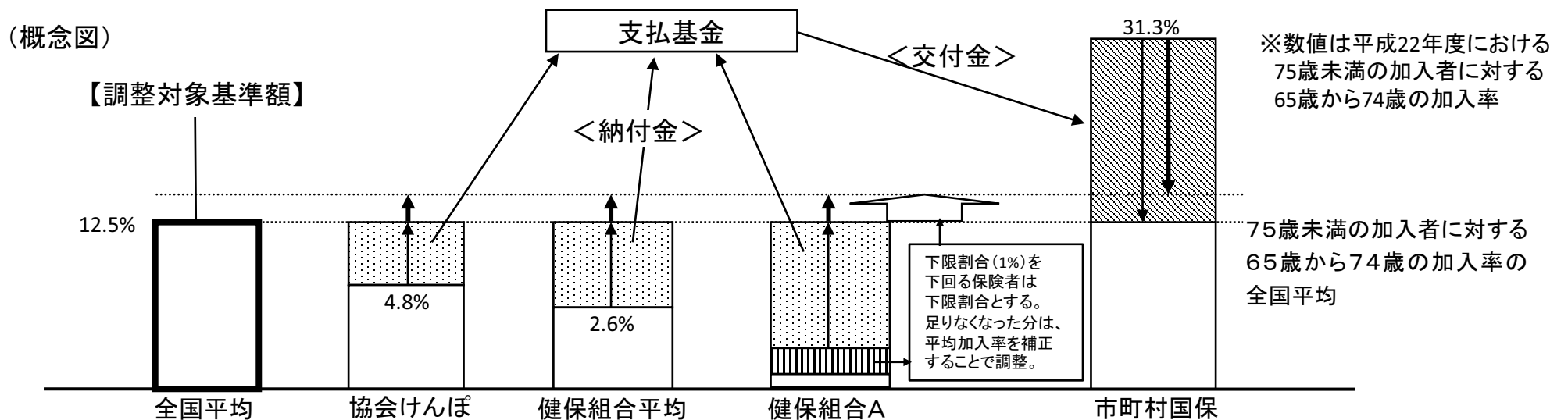
○ 特に配慮すべき低所得の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする。

70歳未満 (3割負担)	上位所得者 (月収53万円以上等)	150,000円+1% (83,400円)		変更なし	70歳未満 (3割負担)	上位所得者	150,000円+1% (83,400円)			
	一般	80,100円+1% (44,400円)				一般	80,100円+1% (44,400円)			
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 (24,600円)				低所得者	35,400円 (24,600円)			
70歳以上 (原則1割負担)			外来 (個人ごと)	自己負担 限度額	一般のみ変更			外来 (個人ごと)	自己負担 限度額	
	現役並み所得者 (月収28万円以上、 課税所得145万円以上)		44,400円	80,100円+1% (44,400円)		現役並み所得者		44,400円	80,100円+1% (44,400円)	
	一般		12,000円	44,400円		一般		24,600円	62,100円 (44,400円)	
	低所得者 (住民税非課税)	II	8,000円	24,600円		低所得者		II	<u>8,000円</u>	<u>24,600円</u>
		I (年金収入80万円以下等)		15,000円				I		<u>15,000円</u>
						変更なし				
現役並み所得者			44,400円	現役並み所得者			44,400円	80,100円+1% (44,400円)		
一般			12,000円	一般		12,000円	44,400円			
低所得者	II	<u>8,000円</u>			低所得者		II	<u>24,600円</u>		
	I						I		<u>15,000円</u>	

19 (注) 金額は1月当たりの限度額。()内の金額は、多数該当(過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当)の場合。

保険者間の財政調整 (65歳から74歳までの方の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整する仕組み)

- 新たな制度においても、65歳から74歳までの方の偏在により保険者間の負担の不均衡が生じることとなる。これを是正するため、保険者間の財政調整の仕組み(現行の前期財政調整)を継続する。
- 具体的には、各保険者は、65歳から74歳までの方に係る給付費及び支援金について、75歳未満の加入者に対する65歳から74歳の加入率が全国平均と同じであるとみなして算定された額(調整対象基準額)を負担する。
 - ※ 給付費のみならず、65歳から74歳までの方に係る支援金についても、これらの方の偏在に伴う負担であり、全ての保険者で負担を分かち合うべきであることから、現行の前期財政調整においても調整対象となっている。(旧退職者医療制度でも、退職者に係る老健拠出金は、被用者保険が負担)
 - ※ 被用者保険グループにおいては、支援金を全面総報酬割で負担することとすれば、65歳から74歳までの方に係る支援金についても、全面総報酬割で負担することとなる。(現在は、3分の1が総報酬割、3分の2が加入者割)
- また、現行と同様、以下の措置を引き続き設ける。
 - ① 75歳未満の加入者に対する65歳から74歳までの加入率が著しく低い保険者の負担が過大とならないよう、加入率の下限を定める。【現在の下限 1%(平成22年度)】
 - ② 65~74歳の方に係る給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える部分を調整の対象から外すことにより、各保険者の医療費の効率化を促進する。【1人当たり医療費が全国平均の1.46倍を超える部分を調整対象外(平成22年度)】
 - ③ 納付金等の他保険者への持出しが、給付費等の義務的支出の合計額に比して著しく過大となる保険者の納付金のうち、その過大となる部分について、全保険者で再按分する。【全保険者の3%が調整の対象となるよう設定】



健康づくり・医療の効率的な提供等

【現状・課題】

【見直しの方向性】

論点Ⅰ 各地域における 医療費適正化の 取組

- 都道府県単位での健康づくりや医療の効率的な提供に向けた取組を一層推進するための体制や具体的仕組みについて検討が必要。

論点Ⅱ 各保険者における 壮年期からの 健康づくり等

- 特定健診等の実施率の向上が課題。
特定健診実施率38.3%
特定保健指導終了率7.8%
(平成20年度)
- 75歳以上の方の健康診査について、広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。
(平成20年度21%)

論点Ⅲ 高齢期における 医療の効率的な 提供を図るため の取組

- 必要な医療の提供が妨げられることのないよう配慮しつつ、効率化できる部分を効率化する取組の強化は必要。
 - ・ 医療費通知が未実施
…4広域連合
 - ・ 後発医薬品希望カードの配布が未実施…6広域連合
 - ・ 重複・頻回受診者への訪問指導が未実施…28広域連合(全市町村で実施している広域連合は8)

- 医療費適正化計画等の策定主体である都道府県が、国保の財政運営を担うことで、医療費適正化計画等がより実効あるものになる。
- 都道府県・市町村・保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備。

- 特定健診等の実施率向上に向けた取組の検討・実施。
- 75歳以上の方々に対しても保険者に実施を義務付け。国保の特定健診等の費用について、国・都道府県はそれぞれ1/3を負担。
※ 高齢者への対応を含め、健診項目、保健指導のプログラムなど、技術的な問題については別途検討。
- 保険者による特定健診等のハイリスクアプローチに加え、健康づくりの普及啓発等のポピュレーションアプローチにより個人の行動変容に結び付けていく。

- 医療費通知の100%実施。
- 後発医薬品希望カードの配布及び利用差額通知の100%実施。
- 重複・頻回受診者への訪問指導の強化。
- レセプト点検、適正受診の普及・啓発等の取組の強化。

支援金の加算・減算の仕組みについて

- 現在、後期高齢者支援金については、各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じて、±10%の範囲内で加減算する仕組みとなっている。(平成25年度から施行)

現行の加減算制度については、以下のような問題点が指摘されている。

- そもそも実施率の低い保険者へのペナルティーである等の理由により、加減算制度自体を廃止すべき、との意見をどう考えるか。
 - 保険財政全体に貢献をした保険者にメリットを与えるのが加減算制度の本来の趣旨。既に20年度において国の定める参酌基準を達成した保険者も存在。
- 状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか。(被用者保険と市町村国保の達成状況の相違など)
 - 保険者毎の状況に配慮し保険者の種別・規模等を勘案する必要があるか。
- 加減算される金額(最大で後期高齢者支援金の±10%)が過大ではないか。(特定健診等の全保険者の事業規模は約1,000億円程度である一方、後期高齢者支援金の10%は、約5,000億円程度(平成22年度予算ベース))
 - 保険者毎の財政状況を勘案し適正な加減算の規模とする必要があるか。
- 生活習慣病対策による将来的な医療費への効果と加減算される支援金の対応関係をどのようにつけるか。
 - 中期的な実施状況やデータの蓄積状況を勘案する必要があるのではないか。

⇒ 各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じたインセンティブの仕組みは必要であることから、現行と同様の支援金を加減算する仕組みを新たな制度にも設けることとした上で、これらの問題点を踏まえて関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第2期のスタート(平成25年度～)までに結論を得る。

新制度における医療費、給付費の将来見通し

- 医療費、給付費の将来見通しについては、近年の実績を踏まえて1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定し、高齢化の影響を反映した人口推計を基に、将来に投影して推計を行うと、
- ・ 国民医療費は、2010年度37.5兆円から2025年度52.3兆円に14.8兆円増加(年平均伸び1.0兆円、2.2%)
 - ・ 医療給付費は、2010年度31.9兆円から2025年度45.0兆円に13.1兆円増加(年平均伸び0.9兆円、2.3%)となる見通し。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

	2010年度 (平成22・賦課ベース)	2013年度 (平成25)	2015年度 (平成27)	2020年度 (平成32)	2025年度 (平成37)	(兆円)	
						年平均伸び(2010→2025) 増減	伸び率
国民医療費	37.5	40.4	42.3	47.2	52.3	1.0	2.2%
(医療保険分)	35.1	37.9	39.7	44.2	49.0	0.9	2.2%
65歳未満	15.9	16.0	15.9	16.3	17.3	0.1	0.6%
65～74歳	6.4	7.1	7.7	8.2	7.6	0.1	1.2%
75歳以上	12.8	14.8	16.1	19.7	24.1	0.8	4.3%
医療給付費	31.9	34.5	36.1	40.4	45.0	0.9	2.3%
(医療保険分)	29.4	31.8	33.4	37.5	41.8	0.8	2.4%
65歳未満	12.4	12.5	12.3	12.7	13.5	0.1	0.5%
65～74歳	5.3	5.8	6.4	6.8	6.3	0.1	1.2%
75歳以上	11.7	13.5	14.7	18.0	22.0	0.7	4.3%

※ 医療給付費(2025年度45.0兆円)という水準は、平成18年度制度改正時の見通しの医療給付費(2025年度48兆円)を下回る。
また、当時の48兆円という推計値は、医療費適正化の中長期的方策である平均在院日数短縮及び生活習慣病対策による6兆円の適正化効果を織り込んだものである一方、上記45.0兆円は、こうした適正化効果を織り込んでいない数字。

※ 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)について、平成18年度制度改正時は、介護保険導入等の影響を適切に除去することが困難であるため、その前の平成7年度から平成11年度の実績を用いて、70歳未満2.1%、70歳以上3.2%と設定。平成15年度の3割負担の導入以後、大きな制度改正がないことから、今回の試算では、平成17年度から平成21年度の直近の実績を用いて、70歳未満、70歳以上ともに1.5%と設定。

新制度における制度改正等の影響

(1) 高齢者の保険料の負担率の見直し

- 高齢者の保険料負担率は、現役世代の人口減少を踏まえ、平成20年度の10%から保険料改定の都度、引き上げる仕組みとなっているが、現行制度では、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構造となっている。(平成25年度→37年度の保険料の伸び率:75歳以上48%増、75歳未満38%増)
このため、高齢者と現役世代の一人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びがほぼ均衡する仕組みに改める。(平成25年度→37年度の保険料の伸び率:75歳以上35%増、75歳未満37%増)
この点については、新制度の施行に先立って、現行制度の次期保険料改定時(2012年度(平成24年度))から見直すこととして試算。

(2) 新制度への移行による財政影響

- 以下の点から新制度への移行による各保険制度への財政影響を試算。
 - (A) 75歳以上の高齢者も現役世代と同じ制度に加入(適用関係の変更)
 - ・ 後期高齢者医療制度を廃止して、75歳以上の高齢者も現役世代と同じ制度に加入すると、被用者保険に本人約30万人、被扶養者約190万人が戻ることとなるが、被用者保険では被扶養者から保険料を徴収しないことから、被用者保険にとっては負担増。
 - (B) 75歳以上の医療給付費に対する被用者保険者の支援金を総報酬割
 - ・ 75歳以上の医療給付費に対する支援金は、現在、先の制度改正により、総報酬割3分の1、加入者割3分の2となっているが、これをすべて総報酬割にすることにより、健保組合・共済組合全体では負担増。
 - (C) 現役並み所得を有する高齢者に5割公費
 - ・ 現在公費が投入されていない75歳以上の現役並み所得を有する高齢者にも5割公費を投入し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げることにより、すべての保険制度において負担減。
 - (D) 70~74歳の患者負担の段階的見直し
 - ・ 個々の患者が負担増とならないよう、既に70歳に達し1割負担となった方は引き続き1割負担とし、それ以外の方は70歳到達後、順次2割負担としていくことにより、医療給付費は段階的に縮減し、すべての保険制度において負担減。

新制度における制度改正等の影響

(億円)

		75歳未満保険料					75歳以上保険料		公費(補正分除く)			
		計	(再)協会 けんぽ	(再)健保 組合	(再)共済 組合	(再)市町村 国保	計	(再)市町村 国保	計	国	都道府県	市町村
2010年度 (平成22)	現行制度	173,100	59,400	57,500	19,800	32,200	8,900	8,000	111,000	80,900	18,600	11,500
2013年度 (平成25)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	184,000	62,900	61,400	21,100	34,000	10,600	9,500	123,100	89,200	20,700	13,100
	新制度	183,500	62,300	61,600	21,700	33,400	10,400	9,300	123,700	89,200	20,900	13,600
	影響額	-400	-600	200	600	-600	-200	-200	700	0	200	500
2015年度 (平成27)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	190,500	64,700	63,700	22,000	35,400	11,700	10,600	131,800	95,300	22,300	14,100
	新制度	189,500	63,900	63,800	22,600	34,600	11,600	10,400	132,200	95,100	22,400	14,700
	影響額	-1,000	-800	100	600	-800	-200	-200	500	-200	100	600
2020年度 (平成32)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	204,800	68,900	67,900	23,600	39,300	15,300	13,900	156,000	112,200	26,800	17,000
	新制度	202,600	67,500	67,700	24,200	38,200	15,200	13,800	156,300	111,600	26,900	17,700
	影響額	-2,200	-1,400	-200	600	-1,100	-100	-100	200	-600	100	700
2025年度 (平成37)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	218,400	73,600	72,100	25,100	42,000	19,900	18,200	180,200	128,400	31,300	20,500
	新制度	215,900	71,800	72,000	26,000	40,800	19,900	18,200	180,800	127,900	31,600	21,300
	影響額	-2,500	-1,800	-200	800	-1,200	0	-100	600	-500	200	900

※1 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。

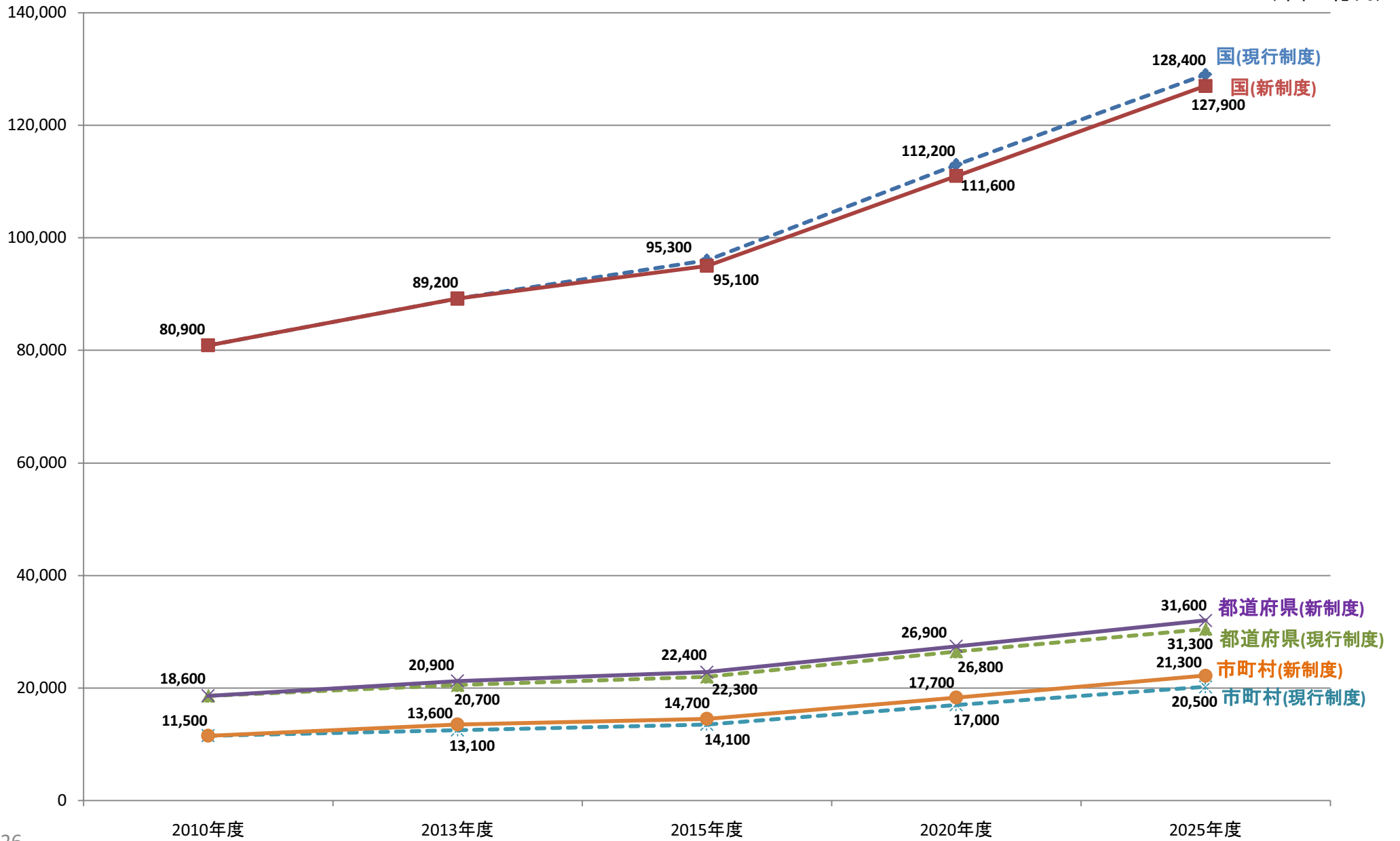
なお、診療報酬改定は見込んでいない。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

※2 保険料は保険料軽減や高額医療費共同事業に係る公費等を控除した後のものである。

また、医療給付に必要な保険料(所要保険料)の見通しであり、市町村国保の法定外繰入がないものとしている。

今後の公費の見込み(現行制度と新制度)

(単位: 億円)



第10～13回会議における意見の概要

I はじめに

- ・ 大勢という表現で一括整理したことには問題がある。2論、3論あるのが当然であり、その意見を併記すべき。（見坊委員/第13回）
- ・ 改革会議の冒頭に、大臣から6原則が示されている。この6原則は、国民の側が決めた原則ではなく、政権内閣から示されたもので、改革会議の論議の一番重要な根拠になっている。特に後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題の解消が最も重要な原則の一つであると思っている。（見坊委員/第13回）
- ・ 委員の意見の大勢をとりまとめたという断定的な表現になっているが、盛り込まれていない意見や被用者保険関係4団体で提出した意見書の意見、地方公聴会で出された意見なども付記すべき。（白川委員/第13回）
- ・ 平成20年度の高齢者医療制度改革を境に、被用者保険の保険者の財政は急速に悪化した。現役世代の負担も限界に達しており、保険者の厳しい財政状況についても記述していただきたい。（白川委員/第13回）

II 改革の基本的な方向

- ・ 現行制度が創設されて3年経ち、それなりに定着してきている。制度の改善は必要ではあるが、いいところ、骨格は維持すべき。（藤原委員/第13回）
- ・ 示された案は、区分経理は残すなど、実態は看板の掛け替えに過ぎない。拙速に新制度に移行する必要はないと考えている。持続可能な医療保険制度の構築に向けた本質的な検討を求める。（神田委員/第13回）
- ・ 国民皆保険制度という非常にすぐれた制度を守るためにどうしたらいいかという議論を何回も繰り返してきた。このままでは日本の宝である国民皆保険制度は危ないということを文書にきちっと落とすべき。（鎌田委員/第13回）
- ・ 一般及び高齢者の医療保険制度を一体的に検討し、その方向性が固まった時点で新たな制度の実施を設定すべき。拙速に廃止するのではなく、それまでの間は、現行の制度を弾力的に運用して対応すべき。（三上委員/第13回）
- ・ 現行制度に対するこだわりが、まだあちこちに見える。現政権が廃止すると決めたわけであるから、そこのところの踏ん切りはつけてもらわないと、次の段階に進んでいかないのではないかと。（岩見委員/第13回）

- ・ 皆保険制度が確立されて50年目を迎える節目の年に、もう一度皆保険制度を守るという強いメッセージを示す必要がある。(小島委員/第13回)
- ・ 市町村の国民健康保険を都道府県の国民健康保険に変えるのは、皆保険発足半世紀以来の大改革。(宮武委員/第13回)
- ・ 最終とりまとめ自体が、第一段階、第二段階という形で、この後何年間かの期間における一つのビジョン、特に国民健康保険のあり方のビジョンを示したものではないか。国民皆保険はきちっと堅持して守るということが確かな内容と思っている。(岩村座長/第13回)

Ⅲ 新たな制度の具体的な内容

1. 制度の基本的枠組み、加入関係

○ 制度の基本的枠組み

- ・ 高齢者が増えるということは、この国にとっては喜ばしいこと。「何歳になっても」という表現には、高齢者の方が増えて実際お荷物だなという感じが出てくるので、そこは細かな配慮を加えていただかないと困る。(岩見委員/第13回)

○ 資格の移行

- ・ 新制度に伴う被保険者資格の移行については、実務的に保険者間等で連携をしていく必要がある。制度設計に当たっては、過誤払いが発生した際にも、的確に連携して対応できるという視点が重要。(小林委員/第12回)

○ 特定健保

- ・ 特定健保組合制度は健保組合の保険者機能を果たし、医療費の適正化という意味で非常に効果のある仕組み。是非残していただきたい。(白川委員/第11回)
- ・ 特定健保組合の運営にインセンティブをつけるような詳細設計をお願いしたい。(白川委員/第11回)
- ・ 全被用者グループでこの特定健保の考え方を導入すれば、突き抜け方式になると言えるので、その第一歩と受け止める。75歳以上の方については任意と規約で定めることとしているのは、現実的で妥当と考える。(小島委員/第11回)

2. 国保の運営のあり方

(1) 国保の構造的な問題への総合的な対応

- ・ 中山間では人口が減り、国保の継続は非常に困難。国保の広域化は避けて通れない大きな課題となっている。国の責任を明確にした上で、都道府県を保険者とし、市町村との適切な役割分担のもとに、国保の再編と統合を行うべき。(岡崎委員/第13回)

- ・市町村国保の議論に入る以上は、高齢化や低所得者層の増加といった国保の構造的な問題の解決に取り組むべきだが、自治体側からの再三の意見にも関わらず、抜本的な解決策が示されていない。（神田委員/第13回）
- ・将来の人口構造の変化がなだれのようにやってくることを思うと、今回を機会に国保の都道府県単位化をすることには概ね賛成。（樋口委員/第13回）
- ・大規模化するだけで、国保の構造的な問題は解決しないのは、まさにそのとおり。ただ、少子・高齢化の加速度的な進行を考えると、可能なところから手を打っていくことが大事ではないか。その1つが市町村国保を再編成して県単位へ持っていくことである。（宮武委員/第13回）

（2）都道府県単位の財政運営

- ・一気に全年齢を対象に切り替えることはやってやれないことなのか。（岩見委員/第10回）
- ・第一段階で年齢区分をしない国保というものが絶対にできない理由をもう一度承りたい。（樋口委員/第10回）
- ・白地に絵を描くことはできないわけで、制度面・財政面においても実現可能性の高い選択肢をとるしかない。しかし、国民皆保険半世紀の歴史の中で、今回最大の改革は、市町村の国民健康保険を都道府県単位に切り替え、再編成し、持続可能性を高めるという取組を始めることであり、その目標は高く掲げ、段階的にそこへ着実につなげていく方式をとらざるをえない。（宮武委員/第10回）
- ・システム構築等に要する社会的コストを含め、第一段階が必要であることの補足説明をいただきたい。第一段階、第二段階と経て前へ進んでいくときに、現行のものをマイナーチェンジするか、大きく変えるかで、かなりコストが変わってくる。大変大きな支出になり、最後は結局国民が払うことになるので、そういった部分を踏まえて御検討いただきたい。（横尾委員/第10回）
- ・65歳以上とした場合、負担増や混乱が予想されるため、75歳以上とすることがより現実的ではないか。（藤原委員/第10回）
- ・中間とりまとめにあるとおり、財政試算で検証する中で、公費の投入の仕方、被用者健保等からの支援金、財政調整のあり方も総合的に勘案して、年齢については検討が必要である。（小島委員/第10回）
- ・65歳以上とした論点に、二度にわたる保険料の上下動が混乱の源になる、とあるが、第一段階と第二段階の間の期間によってその印象は変わる。時期が明示されない中では議論は尽くせないのではないか。（見坊委員代理/第10回）
- ・次のステップを示さなければ、75歳以上だけを都道府県単位化するというものの意味合いが理解されないだろう。（白川委員/第10回）
- ・期間が切られている中で第一段階に移行しなければいけないということと、被保険者の保険料負担、各保険者側の財政状況に大きな変動があまり起きないこと

を前提としつつ、次の第二段階を考えるとということであると、75歳以上でまず第一段階を考えるとというのが現実的。(岩村座長/第10回)

- ・ 全年齢での都道府県単位化(第二段階)を実現することを前提に、75歳以上の都道府県単位化(第一段階)を経過的に行うという位置づけを明確にしておく必要がある。(小島委員/第11回・第13回)
- ・ 相互扶助を基本とする現役世代の保険と、世代間扶助を基本とする高齢者を対象とする医療保険は、財政構成が明らかに異なるため、会計区分は必要。(藤原本部長(齊藤委員代理)/第12回)
- ・ 改革会議で出された4つの改革案は、最終的な姿は違えども、すべて都道府県単位化ということによって一致しており、その考え方は重く見ていただきたい。(宮武委員/第12回)

(3) 都道府県単位の運営主体のあり方

- ・ 都道府県が財政運営の責任を担うという前提から、市町村で一定の実務を担うと申し述べてきた。都道府県が医療提供を続けるとともに、国保の運営を担い、市町村は地域における健康増進施策を行うとともに、国保を実務面で支えるという理想像が描けていることが、今回の改革の大きな意義。(藤原委員/第12回・第13回)
- ・ 健康増進は、今、ほとんど市町村が中心になって行われている。県がどう市町村とタイアップしてやっていくかが重要であり、財政運営の主体がどこかと、医療計画云々を結びつけるのは安易な考え。(神田委員/第12回)
- ・ 広域連合が担うとして、全県内の市町村の広域連合ということだけでは、今の後期高齢者医療広域連合とほとんど変わらなくなってしまうため、全市町村プラス都道府県ということが想定できるのか、可能なのか確認したい。(小島委員/第12回)
- ・ 運営主体について、政権側はどういう方向を考え、どちらの案をとろうとしているのか伺いたい。(見坊委員/第12回)
- ・ 運営主体について、最終的に厚生労働大臣が決めるにしても、関係する方々の考えを聞かないことには決定はできないものである。(岩村座長/第12回)
- ・ 選挙で選ばれた知事が市町村国保を担っていくべき。(阿部委員/第12回)
- ・ 広域連合の中に都道府県が入ってやるという道がないわけではないと思うが、やはり都道府県に受けてもらうのが好ましい。(阿部委員/第12回)
- ・ 同じ県内で2つ地域保険があって、それぞれ職員を張り付け、システム改修を行うなど、社会的コストとしてもかなり無駄なことをやっている。両方とも市町村が運営しており、市町村国保は広域化しつつある中で、何故合併しないのか。(宮武委員/第12回)
- ・ 都道府県が何で自分の県の医療に参画しないのか。保険の財政運営と基準保険

料をやっていただけないかと市町村は切望しており、それ以外の事務作業は市町村で引き受けると言っている。(宮武委員/第12回)

- ・ 市町村の合併が進んでいく方向である中、県が保険者の役割を果たしていただけないのは理解に苦しむ。(樋口委員/第12回)
- ・ 県がやる、あるいは県単位の広域連合やるような意見が強まっているが、私は勿論県がやるべきと思っている。(鎌田委員/第12回)
- ・ 新制度の運営主体は、既に医療費適正化等に見識及び実績を持つ都道府県とし、都道府県及び市区町村の役割分担を明確化するとともに、全年齢の都道府県単位化への道筋を示すこと。(横尾委員/第13回)
- ・ 第一段階において都道府県が財政運営を担うのであれば、第二段階も当然、都道府県が担わなければいけないのではないか。(藤原委員/第13回)
- ・ 後期高齢者医療制度を廃止して地域保険を国保に一本化すること、国保の運営を広域化して都道府県単位とすること、国保の財政運営の主体を都道府県としたこと、全年齢を対象とした都道府県への移行年度を法律上明確にすることにしたい。(阿部委員/第13回)
- ・ 運営主体のところは、必ずしも合意形成ができていない中で、本当にこの時点でとりまとめを行うべきか再検討してはどうか。(久保田専務理事(齊藤委員代理)/第13回)

(4) 第一段階における運営の仕組み

ア 事務の分担等

○ 地域の総合力により共同運営する仕組み

- ・ 提案されているスキームで、都道府県が運営責任を担うと言えるのか疑問。(藤原委員/第10回)
- ・ 都道府県単位の運営主体が決まらないと、実務的な検討ができない。(藤原委員/第10回)
- ・ 都道府県が保険者となって、しっかり県民の健康と医療を守るという観点が一番ではないか。(岡崎委員/第10回)
- ・ 給付事務は保険と一体のものであり、都道府県は財政と保険給付をセットで担うべき。(岡崎委員/第12回)
- ・ 給付事務は、住民に身近な市町村が行うことに意味がある。住民から少し距離があり、現在そうした実務を担っていない都道府県が担うことの問題点はとても心配。(神田委員/第12回)
- ・ 現実的には、都道府県単位の運営主体が財政のみを担って、給付と保健事業は市町村が担う案でないと動かないと考える。(白川委員/第12回)
- ・ 保健事業を実施する主体は保険者機能を発揮することが重要であり、支援金を負担する立場から、より効果が上がる制度であることが望ましく、現状の評価等、

その判断材料を確認させていただきたい。(小林委員/第12回)

- ・ 国保連合会や国保直診が都道府県の味方になってやれば、むしろ今以上にダイナミックな健康づくり運動はやれるのではないかと。都道府県にもっとお金と権限を与えることで、都道府県が担っていく意味が見えてくる。(鎌田委員/第12回)
- ・ 市町村の自主性を大事にしたとき、もし県にやれと言うのであれば、それだけの権限をきちっと都道府県に与えるだけの法定事項をつくらないと、都道府県としてはできないだろう。(堂本委員/第12回)
- ・ 都道府県と市町村で役割分担する共同運営の仕組みでは、保険者はどちらなのか判然としない。そこを明確にしないと、責任も不明確になるのではないかと。(横尾委員/第13回)
- ・ 地方自治法に基づく広域連合の活用とあるが、今回、広域連合制度での後期高齢者医療制度は廃止としている中、一般的にはまた何か分からないように残っていくととられかねないので、誤解を与えないような対応をすべき。(横尾委員/第13回)
- ・ 給付事務について、資料から総合的に判断すると「国保連に頼め」とも読める。今後の十分な補足説明等が必要。(横尾委員/第13回)
- ・ 運営審議会的なものを国と都道府県段階に設置して、被保険者を含めた関係者が集まって、将来の医療費、財源について議論することを検討いただきたい。(阿部委員/第13回)

○ 保険料の設定・賦課・徴収・納付の仕組み

- ・ 現行の後期高齢者医療制度では、都道府県ごとに設定された保険料を各市町村が徴収して、それぞれの広域連合に納める形になっており、市町村の過不足があっても、それは最終的に市町村が補てんする仕組みではなく、都道府県1本の広域連合の中で収支を合わせるという責任区分になっている。今回の案では、市町村が集められなければ、各市町村が基金から借入をしてでも納めるというものになっており、今の制度より後退したイメージがある。(岡崎委員/第10回)
- ・ 広域連合・市町村の現場では収納率に大変気を使っている。これが停滞、低迷しないよう、場合によっては、分賦金方式を含めた検討を慎重にする必要があるのではないかとという声もある。(横尾委員/第12回)
- ・ 分賦金方式は、市町村も財政負担の一端を担い、保険料の収納インセンティブを確保するという意味で大変重要。これがなくなると、共同運営方式というものの根底が揺らいでくる。(神田委員/第12回)
- ・ 市町村の保険料徴収のインセンティブ確保の仕組みすら外され、都道府県が到底担い得ないような矛盾した案となっている。(神田委員/第13回)

イ 財政リスクの軽減

○ 財政安定化基金

- ・ 貸付のみで対応することになると、国保の広域化に関して将来的に障害になりえるため、避けるべき。(横尾委員/第11回)
- ・ 財政安定化基金は保険料の上昇を抑えるために使うべきではない。それでも基金を使うのであれば、現行制度の基金とは性格が全く違うため、1:1:1ではなく、4:1:1の負担割合とすべき。(神田委員/第11回)
- ・ 財政安定化基金は元々、緊急的な対応に使うものであり、常に保険料の伸びに對して取り崩して使うという趣旨ではないはず。(岡崎委員/第13回)

(5) 全年齢での都道府県単位化(第二段階)に向けて

○ 移行手順

- ・ 全年齢の都道府県単位化は期限を定めて移行すべき。(阿部委員/第10回)
- ・ 合意できたところから順次ということでは、都道府県ごとの進捗度に差が出ることや、技術的な課題が出てくるのが想定されるため、期限を定めて全国一律に行うことが現実的ではないか。(藤原委員/第10回)
- ・ 全年齢を統一した第二段階へ、一律の時期に早い段階で移行できるようにすべき。(見坊委員代理/第10回)
- ・ できるところからとすると、様子見のところが出てくるリスクも考えられるため、そういう意味では期間を定めて一律に移行するのが合理的。(岩村座長/第10回)

○ 目標時期

- ・ 移行年度は新しい法律に明記すべき。その年度は、最短で新制度施行の2年後、最長で4年後が限界ではないか。(阿部委員/第10回・第11回)
- ・ 時期は明示すべきである。次のステップへ移行するにはシステム改修が伴うこと、新制度の決算状況を踏まえて各都道府県がどういう財政構造になるかを見て調整が必要であることなどを考えると、新制度発足から4年後というのが1つの考え方ではないか。(岡崎委員/第10回)
- ・ 早急に全年齢統一という形にしていきたい。(三上委員/第10回)
- ・ 国保全体をどうしていくかについては、国民皆保険の維持につながる重大な問題であるという認識の下、社会保障審議会等の場において、データを基に構造的な問題を掘り下げて、あるべき姿を根本的に検討すべき。(神田委員代理/第10回)
- ・ 第一段階だけであれば新たな制度をつくる積極的な理由は見出せず、第二段階もある程度の期限等を定めしっかり取り組んでいきたい。(藤原委員/第12回)
- ・ 遅くとも、平成30年を目途に第二段階へ移行することが適切。(岡崎委員/第12回)

回)

- ・ 保険料の問題、第二段階の運営主体等の話を先送りする中で、安易に目標設定すべきでない。(神田委員/第12回・第13回)
- ・ 第二段階への移行時期を明示しなければ、この改革会議というのは一体何をやってきたのかということになる。岡崎委員から2年はちょっと無理だという話があったので、改めて4年で移行すべきと申し上げる。(阿部委員/第12回)

○ 第二段階に向けた環境整備

- ・ 次期通常国会に提出する法案において、国保全般のあり方について本格的な議論が行われぬままに、第二段階の全年齢の都道府県単位化について、方針・時期・運営主体等を法案に書き込むことはいかがか。(神田委員代理/第10回)
- ・ 都道府県化に関する枠組みについてだけ、どんどん結論を出していく現状については、非常に危惧を覚えている。(神田委員代理/第10回)
- ・ 若人の国保の都道府県単位化の環境整備を進めるにあたっては、構造的な問題解決のために国費の追加投入が必要ではないか。(藤原委員/第10回)
- ・ 保険料の平準化に伴って、大幅に負担増となる団体が出ないように緩和措置を組み込んでいただきたい。(藤原委員/第10回)
- ・ 国保の広域化を進めることによって、都道府県単位の地域保険を確たるものとしてつくっていかなければ、医療と保険はもたないというのが大多数の意見である。この多数意見を踏まえ、「都道府県を単位とする地域保険の創出」というのが1つの出口になるので、そのことをイメージしながら作り込んでいくべきではないか。(岡崎委員/第10回)
- ・ 都道府県単位の地域保険が成り立つためには、今以上の国費を投入しないと保険財政そのものが成り立たない。(岡崎委員/第10回)
- ・ 後期高齢者医療制度を廃止する第一段階、国保の都道府県ごとの統合・再編を行う第二段階の先に、被用者保険と国保との統合という第三段階を見据えるべき。(池上委員/第11回)
- ・ 改革会議の中で、第二段階の保険料や財政調整のあり方についても議論し、最終とりまとめに明示する必要がある。(阿部委員/第11回)
- ・ 国保の広域化について、国保の構造的な問題への対応策、第二段階の具体的なあり方等の議論がされないまま、今、第二段階のフレームまで作られていくことは適当ではない。(神田委員/第11回)
- ・ 現在、各都道府県で広域化等支援方針についての取組がなされており、その実施の状況、都道府県単位のシミュレーションなどの現実的な情報を踏まえた議論も必要になる。(横尾委員/第12回)
- ・ 現行の後期高齢者の構造と本質的な違いはないのではないかと指摘もあり、第一段階から第二段階への方向性を示していく必要がある。(小島委員/第12回)

- ・ 第二段階においてはどのような方向なのか分からないままに、第一段階でまとまった方向をそのまま延長することになるのはおかしい。(見坊委員/第12回)
- ・ 第二段階に移行する際の、保険料の設定や財政調整についても、この段階で議論して、改革会議で方向性を出すべき。(阿部委員/第12回)
- ・ 第一段階は今の後期高齢者医療制度とあまり変わらないかもしれないが、それは第二段階を前提とした形。その先には、被用者保険の公平化や一元化、一本化といった道筋が示されなければならない。(三上委員/第12回)
- ・ 将来にわたって、国保と被用者保険の両者が共存する制度体系を維持し、地域と職域、それぞれの保険者機能を活かして発展させていくことが基本。(藤原本部長(齊藤委員代理)/第12回)
- ・ 将来にわたり、国保と被用者保険が共存し、地域と職域、それぞれの保険者機能を活かしつつ、発展していくことができる制度体系を維持すべき。(齊藤委員・小島委員・小林委員・白川委員/第12回)
- ・ 最終的な財政責任は国に負っていただかないと、非常に脆弱な現在の国保の財政構造のままでは広域化してもいずれ立ち行かなくなる。国保の財源の強化をお願いしたい。(岡崎委員/第13回)
- ・ 第二段階が実現できて初めて、今回の改革が実現できるものであり、第二段階へ向けての道筋や財源の確保について明らかにしておかなければいけない。(藤原委員/第13回)

○ 一般会計繰入・繰上充用の解消

- ・ 全年齢を対象とした国保の都道府県単位化を行うには保険料の統一が必要。そのために一般会計からの法定外繰入や繰上充用金を解消しようとするれば、全体として保険料は増額となる。この枠組みを検討するに当たっては、国として財政責任・負担の考え方を示すことが必要。(神田委員代理/第10回)
- ・ 一般会計繰入等の問題に対して、既に経営努力をしている自治体が不公平感を持つことがないような配慮・支援が必要。(横尾委員/第12回)
- ・ 一般会計繰入や繰上充用を解消するための取組に対する支援のあり方について、具体的にどのような方法でやるか、しっかりと担保していただきたい。(藤原委員/第12回・第13回)
- ・ 一般会計繰入をしている部分のうち、構造的収支不足の部分については、国の責任で対応していただきたい。解消の支援については、補足説明をいただきたい。(岡崎委員/第12回)
- ・ 市町村で一般財源から負担しているお金を、都道府県に負担させることがあってはならない。政府として一定の負担をすべき。(阿部委員/第12回)
- ・ 「法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援」は、財政的な国保の赤字に対する国の責任を明確にさせていただいて、支援を強化して

いただくと読み取る。(岡崎委員/第13回)

○ 保険料の算定方式

- ・ 第二段階においては、応能負担を原則とした全年齢統一の保険料を設定すべきであり、高齢者と現役世代を別々の保険料とするべきではない。(阿部委員/第10回・第11回)
- ・ 第二段階における国保保険料の賦課方式については、都道府県単位で4方式や3方式など賦課方式を選択できるようにしてよいのではないかと。(阿部委員/第10回)
- ・ 保険料の賦課方式は全国で統一すべきではないかと。負担の公平性からいえば、都道府県によって賦課方式が違う方法が本当にいいのか議論すべき。(三上委員/第10回)
- ・ 都道府県ごとに状況が違う中、賦課方式を全国一律とするとかなり大きな影響があり、都道府県ごとに決めてよいのではないかと。(岩村座長/第10回)
- ・ 国保は税で徴収し、後期高齢者は保険料で徴収しているところがあるため、厚労省において、この整理・統合をしていかないと行く行くは混乱するのではないかと。(横尾委員/第13回)
- ・ 第二段階における保険料については、改革会議において大体の輪郭をはっきりして、そして引き継いでいくべきではないかと。(阿部委員/第13回)

(6) 国と地方の協議の場の設置

- ・ 第二段階に向けて国と地方の協議の場を持つというのではなく、現段階から地方と協議をしていくべき。関係団体間に共通の理解が得られるよう、拙速を避けてじっくりとした論議をお願いしたい。(藤原委員/第13回)

3. 費用負担

(1) 支え合いの仕組み

○ 第一段階における財政調整のあり方

- ・ 第一段階における財政調整のあり方については、現行制度が非常になじんできていることもあり、是非踏襲していただきたい。またそれが非常に現実的である。(藤原委員/第10回)
- ・ 現行の後期高齢者に対する支援金と、前期高齢者への納付金の仕組みを踏襲するということでは、現行制度とほとんど変わらないということではないかと。(小島委員)
- ・ 後期高齢者医療制度の財源構成を見ると、老人保健制度とほとんど同じ財源構成で移行していたため、非常にスムーズに移行ができた。今回についても、今の財源構成をかなり尊重した上で移行するしかない。(宮武委員/第10回)

- ・ 被用者保険側としては、65歳から74歳の方々の支援のために納付金を拠出しているので、現役世代の保険制度と財政面できちんと区分していただきたい。（齊藤委員/第10回）
- ・ 大幅な公費の投入がないままに現在の拠出ルールが存続するということは、財政調整による現役世代の負担が大きくなることを意味する。被用者保険の持続可能性や若者の夢・希望を考えると、容認できない。（齊藤委員/第10回）
- ・ 現状の負担割合や現実をある程度踏まえた改革しかできないことは理解できるが、若年層の高齢者に対する支援が限界にきていることも事実。25年度以降の新制度においても今のまま変わらないとなると、若年層はもうもたない。（白川委員/第10回）
- ・ 第一段階について、現行の後期高齢者医療制度のように、高齢者の保険料と公費を高齢者の医療給付費に充てた上で、それ以外の部分を現役世代が支援するという方法は、現役世代と高齢者の負担関係の明確化という観点からはいい方法であり、できるだけ導入すべき。（小林委員/第10回）
- ・ 第一段階では余り大きな変動を起こさず、スムーズな移行を図るという観点からすると、現状の財政調整の仕組みを踏襲するという形で第一段階に入るのが現実的。（岩村座長/第10回）
- ・ 制度の基本的枠組みが、年齢ではなく、国保と被用者保険を区別するものであるならば、全体の財政措置も国保と被用者保険でそれぞれ峻別して考えるべき。（横尾委員/第11回）
- ・ 多少ともゆとりのあるところに御負担をお願いして、今を乗り切る以外ないのではないか。高齢者でも、少しゆとりがある人は応分の負担もやぶさかではない。経営者団体も、一定の負担をよろしくお願いしたい。（樋口委員/第11回）
- ・ 健保組合や共済組合の保険料率を協会けんぽ並みに引き上げれば、その分財源が生まれ、それを財政調整に組み込めば楽になるのではないか。（三上委員/第11回・第13回）
- ・ 75歳以上の負担構造については、被用者保険が公費負担の肩代わりをする構図になっている。前期高齢者についても、今と全く同じ財政調整をするのでは、以前から指摘してきた問題点が全く改善されず、非常に不本意な内容である。（白川委員/第11回）
- ・ 前期高齢者負担分の75歳以上への支援金まで前期高齢者に係る財政調整の対象に入れるのは不合理である。「中間とりまとめ」では、被用者保険と国保の間は加入者割にするのが原則であった。合理的な考え方に立って是正すべき。（白川委員/第11回）
- ・ 基本的には財源がなく、一番負担しているところに合わせて、すべての保険者が負担するという考え方にならなければならない。（三上委員/第12回）
- ・ 前期高齢者の財政調整の問題については現行どおりとされているが、ほとんど

議論されていない。我々は問題があると認識している。「高齢者のための新たな医療制度等について」という表題であるのに、65歳以上を高齢者とする中で、70～74歳の方の患者負担割合以外では65歳以上の方についての言及はなく、あまりに75歳以上のところに偏り過ぎているという問題意識を持っている。（白川委員/第13回）

- ・ 後期高齢者医療制度の廃止は、広域連合の解体、あるいは被用者保険と国保に再加入してもらう形にすれば十分と認識しており、それを契機に負担構造を変える必要性が理解できない。負担構造を変えるなら、財源を確保して、65歳以上の高齢者全体を捉えた制度の持続性の観点から議論すべきだ。（白川委員/第13回）

（２）公費

○ 総論

- ・ 高齢者の方々の負担を抑えるなら、国策としてまず国費を政策的に投入して、その国策分は別扱いにし、残された部分の5割を公費負担とするなどして、しっかりした地域保険をつくり込んでいくべきではないか。（岡崎委員/第10回）
- ・ 「公費」という言葉の実態は「国費、都道府県費、市町村費」であり、ポイントでは峻別して使った方が、より正確に伝わっていくのではないか。（横尾委員/第11回）
- ・ 被用者保険者間の按分方法を考える上でも、国費がどう関わるかが非常に重要。（横尾委員/第11回）
- ・ 高齢者医療を支えるために現役世代の保険料収入に過度に依存する形をとると、現役世代の働く意欲、活力をそぐ上に、雇用等にも悪影響を及ぼす。（齊藤委員/第11回）
- ・ 前代未聞の高齢化の中で、ぎりぎりのところでは国に責任を取っていただきたい。（樋口委員/第11回）
- ・ 低所得者に対し、その保険料や一部負担金の減免に重点的に公費を投入することを考えていただきたい。本体の財源構成とは切り離して、福祉的な措置という考え方で公費を投入することは可能ではないか。（宮武委員/第11回）
- ・ 医療保険制度の崩壊を防ぎ、持続可能な制度とすることは政府の責任であり、改めて公費負担の拡充とそのための安定財源の確保を要望する。（齊藤委員・小島委員・小林委員・白川委員/第12回）
- ・ 都道府県がしっかり受けられる状況を作るためにも、国は国民皆保険の最後の砦を守っていく覚悟を明確に示すべき。（藤原委員/第12回）
- ・ 国の財政責任をどう明確にするのか、ということに対して返答をいただけない。（神田委員/第12回）
- ・ 将来推計から見ても、負担は限界を超えている。公費負担、特に国費の投入が

必要。(神田委員/第12回)

- ・ 現在75歳以上に限られている公費投入を前期高齢者の層にも拡大すべき。また、公費拡充により、現役世代の負担を軽減し、拠出金負担額に一定の上限を設けるべきである。(齊藤委員・小島委員・小林委員・白川委員/第12回)
- ・ 国の役割はいくつか書かれているが、結局、国がやるというのは何も書いておらず、いつでも引くことができる文章になっている。もう少し明らかにすべきではないか。(横尾委員/第13回)

○ 現役並み所得を有する高齢者への5割公費

- ・ 現役並み所得を有する75歳以上の高齢者の方にも5割の公費を入れる所要費用3,500億円が、すべて公費財源から出るのではなく、総報酬割導入により引き揚げる協会けんぽへの助成金2,100億円を充てる構図になっているのは、被用者保険による公費負担の肩代わりではないか。被用者保険に助成されていた財源を引き揚げるのであれば、それは被用者保険の中で使う形にしていきたい。(白川委員/第11回)
- ・ 3,500億円の公費負担増については、新たに真水で手当すべき。(小島委員/第11回)
- ・ 現役並み所得を有する75歳以上の方にも5割公費を投入すると3,500億円の公費増となるが、その内訳として、差し引きすると国費が±0、都道府県が+200億円、市町村が+500億円となっている。これに70~74歳の患者負担割合を2割とすることで、国費が500億円負担減となるが、それで皆が納得するか。(宮武委員/第11回)
- ・ 75歳以上の現役並み所得を有する高齢者の対する公費5割負担は当然のことであり、必要な財源を確保すべきである。(齊藤委員・小島委員・小林委員・白川委員/第12回)
- ・ 総報酬割導入によって国費が助かる分は真水のプラス財源として使えるような形にしなければならない。(三上委員/第13回)
- ・ 被用者保険による公費負担の肩代わりの構図は容認できないとはっきり申し上げる。(白川委員/第13回)

○ 被用者保険に対する公費負担

- ・ 被用者保険について国保から直接関わることはできず、権限の有無等を鑑みると、被用者保険に地方負担を投入することは理解しにくい。帳尻合わせ・数字合わせ的な対応ではなく、きちんと理念に合わせたシステムをつくり運営をしていくべき。(横尾委員/第11回)
- ・ 地域保険でない被用者保険分について、地方である都道府県・市町村が費用負担をすることは本質的に問題。(神田委員/第11回)

- ・ 現役の方、あるいは被扶養者約 190 万人が被用者保険に入ってくることによる 1,000 億円の負担増は非常に重く、何らかの措置が必要。(白川委員/第 11 回)
- ・ 被扶養者の方 190 万人が被用者保険に入ってくることによる 1,000 億円の負担増に対しても公費を充当すべき。(小島委員/第 11 回・第 13 回)
- ・ 適用関係の変更に伴う被用者保険の負担増についても国費で対応が必要である。(齊藤委員・小島委員・小林委員・白川委員/第 12 回)
- ・ 被用者保険については、国の責任と被用者の皆様の財源で成り立っており、その部分に対して地方負担が振り替えられないようお願いしたい。(岡崎委員/第 13 回)

○ 将来的な公費の拡充

- ・ 保険料と自己負担がこれ以上増やせないということであれば、公費の割合を 5 割から 6 割・7 割へと徐々に変えていく必要があるのではないか。(三上委員/第 10 回)
- ・ 定期的に、被保険者の負担能力・経済的状況・医療費の動向等を分析した上で、国費としての公費負担のあり方を検討していく仕組みが今後は必要。(横尾委員/第 11 回)
- ・ 今後の医療保険制度の持続可能性を担保する上で、公費拡充とその定期的な見直しの考え方は極めて重要であり、具体的な制度としてビルトインすべきである。(小林委員/第 11 回・第 13 回)
- ・ 新制度発足時点だけではなく、将来的にも現役世代にこれ以上負担を求めることのないよう、公費を拡充すべき。現役の社会保険料から拠出する額に上限を設けることも検討していただきたい。(齊藤委員/第 11 回)
- ・ 医療・介護・子育て・教育といった広い意味で人間のケアに関わることでは公費を増やしていただきたい。(樋口委員/第 11 回)
- ・ 保険料率はどこまでも上げるものではなく、一定の上限を加え、公費を投入することが大事。公費を 5 割から 6 割に増やすということが踏み込んで書かれたことは今回が初めてであり、歓迎する。(三上委員/第 11 回)
- ・ 現役世代の高齢者医療に対する拠出金には、一定の上限・歯止めが必要ではないか。(小島委員/第 13 回)
- ・ 公費投入のあり方を見直す点が十分でなく、持続可能な医療保険制度をいかに構築するかという点をきちっと書いていただきたい。現役世代の働く意欲・活力がそがれてしまい、雇用にも悪影響を及ぼす。(久保田専務理事(齊藤委員代理)/第 13 回)

○ 税制改正を含めた恒久財源の確保

- ・ 消費税も含めた、税制改革も含めた安定財源というものを、民主党・政府で早

く議論していただきたい。(白川委員/第10回)

- ・ 税と社会保障の一体的な改革の議論とすりあわせをしないで、高齢者医療制度だけを変えるのはいかなものか。(白川委員/第11回)
- ・ 税制改正と切り離して、本当に持続可能な制度設計ができるのか心配。政府・与党の社会保障と税制改正の動きとにらみ合っ事を進めることが必要。(神田委員/第11回)
- ・ 公費のあり方については、まさに政治主導で、どういう形で増やしていくのかということ、この会議を通して決意表明していただきたい。(宮武委員/第11回)
- ・ 公費を拡充するためにも、新たな恒久的な財源の確保が必要。政治的な判断を明確にして、公費負担を増やすこと検討していただきたい。(見坊委員/第11回)
- ・ 改革会議の議論は切り離して行うとして、ここの議論がどう社会保障改革検討本部の議論に反映されていくのかが不透明。(神田委員/第12回)
- ・ 財政論について、社会保障改革検討本部とのすり合わせ、この会議との関係を整理して、厚生労働省としての考え方を次回までに示していただきたい。(神田委員/第12回)
- ・ 政府与党でつくった社会保障改革検討本部との関わり合いが、どうしても理解できない。(白川委員/第12回)
- ・ これからの国民の社会保障、健康保持について重要な制度として存続させるのであれば、高齢者にとって痛いことであっても、政権党としてはこうやりたいという案を示していただきたい。(見坊委員/第12回)
- ・ 協会けんぽも健保組合も赤字、市町村もにっちもさっちもいかない状態。結局行き着くところは財政問題であり、あと2回の会議ではお金の問題に踏み込むべき。(鎌田委員/第12回)
- ・ 財源議論が非常に重要な問題。消費税議論も含めて、タブー視しないで税財源議論をしていただきたい。(横尾委員/第13回)
- ・ 今回の改革の議論において、財源論が欠如している点が最大の問題。現在と同程度の財政責任という構造から一步も踏み出しておらず、試算で示されたような保険料負担・現役世代の負担が本当に可能なのか、その検証が欠落している。(神田委員/第13回)
- ・ 社会保障改革検討本部の中できちんと位置づけ、あるいは議論を深めて、後期高齢者医療制度のありようについても議論を進めていただく必要がある。(神田委員/第13回)
- ・ 世代内の不公平というものを、新しく税制などを抜本的に改革するとき、意識の隅に入れていただきたい。(樋口委員/第13回)
- ・ 委員の総意として消費税を含めた財源の問題を検討すべきということを文章に落とすべき。(鎌田委員/第13回)
- ・ 公的保険の持続性を高めるためには、安定財源として消費税改革は不可欠。更

に、国の歳出改革として、特別会計や独立行政法人の見直し等、現在行われている仕分け作業を継続していく必要がある。（三上委員/第13回）

- ・ 改革会議は税制改革を議論する場所ではなく、新しい制度のシステムの結論を出せば事足りる。当然財源問題の議論には限界があり、それを最終的に処理するのは現行制度の廃止を決めた民主党政権の責任。（岩見委員/第13回）
- ・ 満足できる医療サービスを得ようと思えば、それに応じた負担をしなければならぬ。そういう意味で、財源の確保策を政府はきちんと考えてくれという要望を報告書の中に書くのには何の遠慮も要らないと思う。（宮武委員/第13回）
- ・ 高齢者の医療費にかかる財源の問題は大きい。（堂本委員/第13回）
- ・ 社会保障改革検討本部から社会保障に関する全体的なビジョン・財源論が出されるのを待ってから、個別の高齢者医療制度等について議論を行うのが常識的プロセスではないか。（白川委員/第13回）

（3）高齢者の保険料

○ 特別徴収

- ・ 現行制度の原則年金天引きというのは、是非維持していただきたい。（藤原委員/第10回）
- ・ 保険料の徴収率に関わる問題であり、原則的に年金天引きをしていただきたい。（岡崎委員/第13回）
- ・ 特別徴収をむしろ原則とすることを十分考えてやった方が、徴収率・利便性からしても妥当。（横尾委員/第13回）
- ・ 自民政権で後期高齢者医療制度が問題になったときに、年金天引きはやめて選択制とした。民主党政権でそれを復活させるというのはとんでもない。高齢者に対してではなく、収納率の低い、金があっても納めないような人からの徴収努力があってもよいのではないか。（阿部委員/第13回）

○ 保険料軽減特例措置

- ・ 軽減措置の特例がなくなる場合、保険料が増える人が結構出る。後期高齢者医療制度を廃止したら保険料が高くなったと言われぬよう、きちんとご説明いただきたい。（樋口委員/第10回）
- ・ 保険料軽減の特例措置が、既に恒久措置になっていると理解している高齢者が少なくないのではないか。これがまた混乱を招かない保障はなく、保険者には十分な説明を果たしていただきたい。（見坊委員代理/第10回）
- ・ 保険料軽減特例の扱いについては、第二段階で国保を全年齢について都道府県ごとに1つにまとめるという話になったときには、高齢者だけを別扱いというのは非常に難しくなる。どういうやり方で調整していくかは、更に議論を深める必要があろう。（岩村座長/第10回）

- ・ 今どれだけの年金を持っている人で、今これだけ払っている人が、新しい制度が発足したらどれだけの保険料になるかというモデルを示していただきたい。
(樋口委員/第12回)
- ・ 現行制度で行われている軽減特例措置は、国が決定したものであるため、新制度においても継続又はきめ細やかな軽減措置を講ずること。仮に負担増となる見直しを行う場合においては、被保険者及び窓口の混乱が予想されることから、早期に具体的なあり方を提示し、国民的合意を得ること。(横尾委員/第13回)
- ・ 一番安い方は350円というのは、日本の医療保険の水準から見れば驚くべき安さであることも事実であり、若年層の負担と整合性を持って上げていくことには納得する。しかし、それを、今低くなっている高齢者にしっかりと納得していただけるよう、説明しなければならない。(樋口委員/第13回)

(4) 現役世代の保険料による支援

- ・ 負担の公平性という観点から総報酬割の導入は適当。被用者保険者間の保険料負担の格差が拡大傾向にある中、今後も格差是正につながる検討を。(小林委員/第11回)
- ・ 65歳～74歳のところを含めて公費を拡充するという前提に立って、総報酬割ということを議論すべき。(小島委員/第13回)

(5) 患者負担

- ・ 70～74歳の患者負担割合は、法律としては2割負担となっている。5年間かけて順次2割負担に戻していくというのでは、70～74歳の方の中での不公平感にも繋がりがかねないので、できる限り早期に法定の割合とすべき。(白川委員/第11回)
- ・ 70～74歳の患者負担割合は現在特例的に引き下げられているもの。公費だけでなく、保険者にも波及増による財政負担が生じており、高齢者にも相応の負担をしていただくのが適当。(小林委員/第11回)
- ・ 高齢者医療制度の持続可能性を確保する上で、高齢者にも負担能力に応じた適切な負担を求めることが重要であり、70～74歳までの患者負担を本則のとおり段階的に2割とするように求めたい。(齊藤委員/第11回)
- ・ 高齢になれば一人当たり医療費も増えている中、1割負担が2割負担となるとかなりの負担となる。2割負担でも受診抑制に繋がる可能性はあると考える。軽症のときにアクセスを良くしてそのうちに治してしまえば、重症化することなく医療費抑制にも一番効果がある。患者負担引上げについては再考すべき。(三上委員/第11回)
- ・ 老人クラブにおいて行ったアンケート調査においても、窓口負担については1割負担の現状維持を支持する人が多い。窓口負担を増やす方向が正しいという回答は15%程度。また、保険料に関する応能負担と窓口負担に関する応能負担は、

はっきり分けていただきたい。(見坊委員/第11回)

- ・ 70～74歳で1割から2割へ引き上げることは反対。中長期的には、全年齢で自己負担を下げるべき。高齢者自身に御負担いただくのなら、窓口負担の代わりに保険料か税で確保するという選択肢も、少なくとも同等の重みで検討すべき。(近藤委員/第11回)
- ・ 国保の窓口で、自己負担額が払えず多くの人が相談に来ている状況下では厳しい。少なくとも所得区分を設ける等のいろいろな配慮が必要ではないか。(横尾委員/第11回)
- ・ 70代における所得の格差は若い人よりも大きい。低所得者は1割・中間の人は2割・現役並みの人は3割負担してもらおうという折衷案はどうか。(樋口委員/第11回)
- ・ 所得の高い方ほど、自己負担が所得に占める割合は低い。こうした実態を踏まえて、70～74歳の窓口負担割合の1割凍結解除については慎重に考えるべき。最終的には、全年齢について窓口負担は下げるべき。(近藤委員/第12回)
- ・ 64歳までは2割負担、65歳以上は1割負担という我々の主張を、今後の検討課題にしていきたい。(阿部委員/第13回)
- ・ 現在2割という法定割合を理解している高齢者は非常に少ない。70歳から5歳刻みであることや、75歳以上が一律1割の根拠等も含めて、もう少し分かるように書いていただきたい。(見坊委員/第13回)
- ・ 医療給付費に対する5割公費の投入を75歳から70歳まで引き下げること前提に、引き続き70歳以上の患者負担については1割を堅持すべき。(小島委員/第13回)
- ・ 70～74歳の方々の患者負担については、個々人の負担が増加しないよう配慮しながら応分に御負担いただくことが適当と考える。(小林委員/第13回)

(7) 財政影響試算

- ・ あまりに若年層の負担が過大な試算結果となっており、問題視している。(白川委員/第11回)
- ・ 協会けんぽの被保険者の標準報酬は平成10年度以降ほぼ下がり続けており、試算においては、賃金上昇についてもう少し厳しい前提を併せて提示しなければ、ミスリードにつながるおそれがある。(小林委員/第11回・第12回)
- ・ 保険料率だけでなく、その中で高齢者に係る支援金等がどの程度で推移するかが分かるような資料にしていきたい。(小林委員/第11回)
- ・ 高齢者医療への現役世代からの拠出額の数値と、現役保険料収入に占める割合が示されておらず、次回以降提示していただきたい。現役保険料からの拠出割合が4割から5割に上がるような状況が続くようでは、現役世代の保険料を支払うことへの納得が得られない。(齊藤委員/第11回)

- ・ 2025年に団塊の世代が後期高齢者となった先の2030年・2035年について、追加で試算を行うべき。75歳以上の医療費が飛躍的に伸びるのは2025年以降。(神田委員/第11回)
- ・ 最も経費がかかるシステム改修費は、結局公費負担になっていくので、それについても試算をする必要がある。「国がやめ、国が作り直す制度であるならば、できれば全部国で負担していただきたい」というのが大方の自治体の声ではないか。(横尾委員/第11回)

4. 健康づくり、良質で効率的な医療の提供等

○ 地域の関係機関が一体となって取り組む体制

- ・ 都道府県に協議会を設置して、医療保険者も関与しつつ、医療費適正化などの取組が進められる仕組みは重要。費用負担者の意見が確実に反映されるよう、法律上の制度として機能するようにすべき。(小林委員/第12回)
- ・ 国も含めて予防医療に力を入れていくべきであり、国・都道府県・市町村が三者一体となった予防対策を進めていくべき。(阿部委員/第12回)
- ・ 健康増進計画・医療計画・介護保健事業支援計画を都道府県の大きなコントロール下に置けば、縦割りになっていた問題が横割りになり、連携を取っていくことで、制度疲労を起こしている問題が解決していくのではないか。(鎌田委員/第12回)
- ・ 医療費の効率化あるいは保険者機能の強化がますます重要であり、職域と地域の特性を活かした保険者機能が十分に発揮できるような仕組みを堅持することが必要。(小島委員/第13回)

○ 支援金の加算・減算の仕組み

- ・ 保険者間で前提条件が大きく異なり、イコールフットINGになっていないことが最大の問題であることから、ペナルティーとしての加算制度の廃止については繰り返し要望し、また7月23日改革会議で私共の確認に対する当時の担当課長の回答から、新制度では加算・減算の仕組みは基本的に廃止されると理解していた。現行同様の規定を新制度にも設けることは受け入れ難く、新制度における廃止を明記していただくことを強く主張する。(小林委員/第12回)
- ・ 支援金に±10%幅で加減算を付けることは問題だと思っており、加減算については見直すべき、あるいは廃止すべき。(小島委員/第12回)
- ・ 健診率が低いのは保険者の努力不足だと言って、それにペナルティーを与えるようなやり方は、あまりに必要な検討がない段階で導入されているのではないか。加算・減算には現時点では慎重であるべき。(近藤委員/第12回)
- ・ 保険者間で競い合う方向でインセンティブを付与することについて、保険者間でイコールフットINGになっていることが大前提。新しい制度においては、イ

コールフティングの考え方が仕組みとして法律上もより明確にされなければならない。(小林委員/第13回)

○ 医療の効率的な提供

- ・ 医療提供の中身、それを支える人づくりをどうするかという議論は、改革会議では中心の論点にしないということであるが、これは残された重要な論点であるので、それに対して、どういう形で手だてをとっていくのかについて、11月には是非御提案いただきたい。(近藤委員/第10回)
- ・ 後発医薬品利用による差額通知の実施について、医療費の適正化を実現できるという観点から、是非全国的に積極的な取組を進めていただきたい。(小林委員/第12回)
- ・ かかりつけ医と病院とが提携してきっちりやっていくことは大変有効なことであり、推進すべき。(阿部委員/第12回)
- ・ かかりつけ医と病院が連携することは大切であるが、かかりつけ医は基本的には制度化するものでなく、患者さんの方が、この先生は自分のかかりつけの医師だと決めるものである。(三上委員/第12回)
- ・ 健診・保健指導にだけ頼りすぎないで、様々なエビデンスに基づいて、もっと総合的な対策を練るべき。(近藤委員/第12回)

○ 医療サービス

- ・ 長寿社会における医療のビジョンというものが余り語られなかったと思っている。(樋口委員/第13回)
- ・ 制度の枠内でどんな医療サービスを提供するのか考えてほしいという意見が多くあった。枠組みと中身の両輪が揃わないと、医療改革は脱線転覆していく。別に協議の場を設けるということであれば、是非その約束を果たしていただきたい。(宮武委員/第13回)
- ・ 医療の質の問題、医療制度そのものの問題について、医療制度改革と保険制度と連動した形での議論をどこかできちっとする必要がある。(堂本委員/第13回)
- ・ 特に後期高齢者は女性の独居老人が多く、終末期にどのような地域医療サービスが提供できるかが今後の課題である。(堂本委員/第13回)
- ・ 制度論、負担、財源の話ばかりのとりまとめでは、受けられる医療の中身について全く検討しなかったということになる。それは本来は検討すべき大事なことであり、別の検討の場を持つ、ということを入れていただきたい。(近藤委員/第13回)
- ・ 良質な医療や公正なアクセスを保障するという意味から、医療の質や必要な医療が抑制されないかどうかについてのモニタリングは必要。(近藤委員/第13回)

5. その他の重要事項

○ 施行日

- ・ 現場サイドは、現在のスケジュールですら、システムの設計・検証・整備等の心配をしている状況。「平成 25 年 3 月」施行をベストとするなら、メリットやデメリット、不安な点への対応をどのように図るかを前もって提示すべき。(横尾委員/第 12 回)

6. 施行準備等

- ・ システム関係の実務者レベルの協議が始まっているところではあるが、全体的にスケジュール感がタイトであるため、この改革会議と並行して、都道府県、市町村、広域連合との間で精力的に実務的な検討を行う場を立ち上げながら、具体的な協議が必要と考える。(横尾委員/第 10 回)
- ・ 制度改革による影響について、政府がモニタリングすべき。その結果、受診抑制の増加・健康格差の拡大などが見られたら、その是正に向けた制度改革を再検討すべき。(近藤委員/第 11 回)
- ・ 移行手続については、準備期間が必要だし、後期高齢者医療制度導入時の反省に基づいて、きちんと準備をしてほしい。また、現実に国民もちゃんと納得できる言葉をもって説明していただきたい。(樋口委員/第 13 回)

7. その他

- ・ 被用者保険については、保険料賦課の対象は給与所得のみ。年金を受給している高齢者については、給与所得以外にも年金所得も保険料賦課の対象としないと、国民の間の不公平感につながる。(池上委員/第 11 回)
- ・ あらゆる福祉問題は世代間対立になるが、そうではなく、社会保障を通して世代間が協力していくよう進めていただきたい。(樋口委員/第 11 回)
- ・ 資料について、事前に漏れて報道に出る。一部が記事になり、問い合わせが広域連合に来ている。事前記者レクをしていただき、メリット、デメリットを併せてきちんと説明していただくことが必要。(横尾委員/第 11 回)

「国民健康保険に関する国と地方の協議」の開催について（案）

1. 趣旨

高齢者医療制度改革会議の最終とりまとめを踏まえ、法案の提出に向けて、厚生労働省（大臣はじめ政務3役）と地方（知事・市長・町村長・広域連合長の代表）の協議の場を設置する。

※併せて、事務レベルのWGを設置する。

2. 具体的な検討・確認事項

- 国保の抱える構造的な問題への対応
 - ・ 市町村国保の構造的な問題への対応のあり方
 - ・ 次期財政基盤強化策のあり方
 - ・ 法定外一般会計繰り入れ等を解消する市町村の取組に対する支援のあり方
- 第一段階における国保の運営の具体的なあり方
 - ・ 保険料の設定・賦課・納付の仕組み等
- 第二段階における国保の運営の基本的方向
 - ・ 保険料の設定、事務体制、費用負担、財政リスクの軽減策等

3. 当面の日程

平成23年1月に第一回の協議又はWGを開催する。

4. 庶務

厚生労働省保険局国民健康保険課及び高齢者医療課が、全国知事会・全国市長会・全国町村会・全国後期高齢者医療広域連合協議会の協力を得て行う。

委員配付資料

目次

○ 見坊委員配付資料

○ 樋口委員配付資料

○ 神田委員配付資料

「新たな高齢者医療制度」のとりまとめに関する意見書

平成 22 年 12 月 20 日

委員 見 坊 和 雄

(全国老人クラブ連合会)

- この会議は、厚生労働大臣から示された基本的考え方に関する 6 原則のもとに、政権公約の「後期高齢者医療制度の廃止」について、「4 年後をめどに制度を廃止すると同時に新しい制度に移行するスケジュール感で議論を」という要請によって開始されたものである。
- 人口構造のアンバランスによって、すでに現役世代が高齢者世代を支える社会保障方式の仕組みに困難が生じている。これに対する各世代の主張を世代間の対立軸で論じてはならず、また対立を助長する論調は制度の発展を損なうものである。
- 医療制度はもとより、年金、介護など、わが国の社会保障制度は国難・非常事態とも言える状況である。この難局に対し、各世代は相互の置かれている現状への認識をあらたにし、社会保障の理念である連帯の意識を持って解決する必要がある。
- のべ 14 回にわたる会議のまとめは、大臣・政権サイドに対する報告であるが、「まとめ」案は大臣挨拶の趣旨と、会議の実情に即していないような面があるように思われる。

よって、以下のとおり高齢者代表として意見を提出する。

1. 財源論を封じて本質的な議論を行わず、

後期高齢者の医療費を別勘定とした制度の移行に反対である

- ・ 医療費の増加が避けられないなか、「ペイアズユーゴー原則」にとらわれ、財政収支の辻褃あわせの感が強い「まとめ」案であり、「年齢区分を解消する案」と言えるものではない。
- ・ 各委員が発言した、国・公の責任・役割の明確化と、公費負担の増額を図ると同時に、強い社会保障制度実現のための安定財源の確保を最優先とすべきことは、言うまでもないところである。各委員から繰り返し提起された財源論議を避けたことが、本会議の「まとめ」を曖昧なものにしたと考える。

2. 第一段階への移行を廃し、全年齢を対象とする

第二段階に向けての本質的論議を開始すべきである

- ・ 新制度への完全移行は、8年後の平成30年度実施を目標としている。現行制度については、75歳以上の診療報酬体系の廃止、低所得者に対する特別軽減措置、70歳から74歳までの窓口負担の凍結など、批判された項目は廃止・凍結されており、国民の多くは当分継続されるものと信じている。
- ・ 政権公約に縛られた形式的な制度廃止のために、多額のシステム改修経費と全市町村の膨大な事務負担を要する第一段階を設定する意義は乏しいと考える。

3. 国民に理解できない制度が崩壊することは自明の理である

- ・ 見直しを重ねるごとに複雑化した制度内容を判りやすい内容に改善すべきである。

平成 22 年 12 月 20 日

所 感

後期高齢者医療制度検討会メンバー

NPO法人高齢社会をよくする女性の会

理事長 樋口 恵子

1. はじめに

後期高齢者医療制度の廃止をめざして、厚生労働大臣（当時）の6つの原則に基づきまとめられた本日の意見書に対して、強く反対する理由はありません。副産物ともいうべき国民健康保険の都道府県化に関しては、日本の近未来の人口動態の変化を思えば、積極的に賛成です。自治体選出の委員が主張されたように、国が国民の健康に対して基本的責任を果たし、市町村が実施にあたって責任を分担するのは当然のことです。

2. 出発点に立ち返ると

この論議に高齢者の1人として参加させていただき、当事者年齢の意見も聞いていただいたのはありがたいことです。現在の後期高齢者医療制度の検討メンバーで75歳を超えた方はたった1人、それも医療の専門家の立場でした。

今回、会議を終わるにあたって、過去の文書を読み返してみました。

「後期高齢者の心身の特性」（社会保障審議会 後期高齢者医療に関する特別部会）の記述には、今も怒りを禁じ得ません。その内容は概ね以下のとおりでした。

- 「1 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患（特に慢性疾患）が見られる。
- 2 多くの高齢者に症状の軽重は別として認知症の問題点が見られる。
- 3 後期高齢者はこの制度の中で、いずれ避けることのできない死を迎えることになる。」

1 に関しては、たしかにそれはそうだろう、と思いましたが、2 に関して「多くの」と決め付けられては、70代の就労を推進しようとしている私には不快でした。3 に至っては、高齢者への想像力の欠如に腹が立ちました。一部のメディアから「感情的反対」と批判されましたが、そもそもこのような後期高齢者への定義を下す側が、人間らしい「感情」を欠いていたとしか思えません。老化による身体的衰退はもとより、「認知症」のように知的能力に関わる症状にしても、加齢とともに増えていくのは厳然たる事実であり、

社会も個人も冷静に受容すべきと思います。しかし75歳以上の心身特性を誇大に列記し、一般の医療から排除しようとしたこの制度は、違憲とまで言わなくても行政上の一種の怠慢だったと思います。ちなみに一般に「多くの」というときは50%程度以上を指すと思われませんが、2における「多くの」は明らかに誇大表現です。

3に至っては、高齢者がだれ1人頼んだわけでもない制度をつくり、「この制度の中で……死を迎える」とはなんと傲慢なことでしょう。まるで「遠島」による「死」です。高齢者の1人は「罪人みたい」とその思いを表現しました。

法制度は国民を代表した人たちが示す国家の意思です。その国家の意思が75歳以上をこのような考え方で排除してよいかどうか、この改革会議においても財政論負担論より前に問われるべきでした。歳入歳出バランスが崩れる一方の今、無駄を省き歳出抑制をはかるのは当然であります。しかし後期高齢者医療制度の問題が該当高齢者への認識（端的に言えばご用済みの金食い虫扱い）であったことを思うと、今回の会議も、75歳以上の高齢者を、たしかに存在するその心身特性を踏まえながら、社会全体にどう位置付けどう認識するかについての議論を加えていただきたかったと存じます。

当該年齢層はすでに全人口の1割を越えます。この年齢層を元気にして、社会参加でき、物心両面の社会的価値創造に貢献できる社会にするかどうかによって、21世紀半ばの日本のあり方が左右されます。医療制度が疾病・治療の側面からアクセスするのは当然ながら、保健・予防の視点を含めて、超高齢人生100年社会における高齢者を、社会の一員として包摂し、元気づけていくか、今後にわたってご配慮いただきたいと存じます。法律制度は国民に送られる国家社会からの重大なメッセージです。

3. 世代間対立を防ぎ、世代間交流をサポートへ

不況を含め若年層の雇用の劣化・収入減は、ときに若年層の高齢者へ向ける視線を冷たくします。若年層は医療費窓口負担すでに利用料3割という限度まで負担しています。一方、前例のない長寿社会とは「だれでも必ず年を取る」社会で、一部の人以上だけ長生きする社会ではなくなった、ということです。

人生前半の子育て期の社会保障はこれまでたしかに手薄だったので子育て支援、就労支援、再チャレンジ支援などもっと手厚くすることに大賛成です。同時に人生後半とくに最終ステージで、人は疾病・介護など広い意味でケアという名のメンテナンス費用がかかることも確かです。個人で対応するのは不確実で非効率で、そのために私たちは、社会的に支えあう社会保障制度を選択しました。若いも若きも「人生100年」というスパンで見れば、世代間の支え合いの仕組みは、その時の人口構成に左右されると言っても、概ね似通っています。

若い世代にも中高年層にも、社会の「縁」をつなぐ「援」。いまだき「無縁社会」と言われる現実を「援」（たとえば社会保障）によって地域、国家における人々の新たな「縁」をつくりあげる、そんな啓発広報に努めていただきたいと存じます。

それぞれの世代の言い分に耳を傾けていただきたいと思いますが、世代間対立は百害あって一利なし、です。歴史的、時代的環境が違うのですから、世代間の絶対的公平はありません。

人生100年の各世代が共存する日本は、歴史的にも国際的にも異例なほど年代というタテの多様性が豊かな社会です。同じ空気と空間で息づかいを共にしながら、このように離れた世代がコミュニケーションできる稀有の社会です。地域づくりに、ひいては地域の健康づくりに、この「世代の多様性」を生かして、高齢者の子育て支援の仕組みづくりなど、高齢者の健康保持にも役立つはずで

4. 現制度はなぜ「定着」したのか

今回の論議の途中で「現制度は定着している」「このままでもいいのではないか」というご意見が随所で各方面から出されました。私も、制度を変えて元に戻し、また新たな制度に、というようなコンピューターシステムひとつとっても二度手間になるような方向を敢えて求めるものではありません。したがって今回の意見書の大要に関わらず、明示された方向が実施されるならば、国保の都道府県化まで現行制度を続行することは容認してよいと思います。

いったいなぜ「現行制度が定着し、反対も沈静化している」のでしょうか。それは会議中も繰り返し申し述べたところですが、反対の火の手を前に前政権時代から保険料の9割から5割減額、さまざまな制度の廃止、凍結がつづいたからです。要するに現行機能は財源配分は別として、利用者、高齢者の側から見ると何一つ機能せず、実害がなかったからです。

施行当初、反対論が強かったのは、負担の問題以上に医療サービス内容でした。すでに廃止された「終末期相談支援料」。まるで75歳以上にだけ死へのパスポートを発給するような制度でした。高齢者の診療制限（月額6,000円）につながる「かかりつけ医」制度も実施されていません。高齢者は基本的に以前と変わらない受診行動を取っています。

現在の制度を一定期間持続するとしたら、その期間内に高齢者に制度の内容をよく説明し、今後の負担がどれだけ、どのような経緯で増えるのかきちんと説明責任を果たしてくださるようお願い申し上げます。年寄りにはわかりっこない、という態度で臨まれては、高齢者が納得するはずがありません。

5. 提起された問題 —— たとえば延命治療

にもかかわらず、後期高齢者医療制度の中には、引き続き国民的に論議すべき課題がいくつか含まれています。

1つは、社会保険制度の個人化の問題。今回は結果として世代間の不公平を抱え込みました。

1つは「かかりつけ医」の問題。高齢者から始めようとして失敗しましたが、他の先進国ではさして不満なく行なわれています。私は多数疾病を抱える高齢者のほうが主治医を定めにくいと思いますが、国民的に検討する必要を感じています。

もう1つは終末期医療の問題です。今回のような出し方は論外ですが、第二次大戦後の日本人は生のみを見つめ死から目をそむけてきました。長い充実した人生の終わりにどのような平安な死を迎えるか。年金詐取事件に見るような「つくられた生」は、だれしも認めたくありません。何が「尊厳死」なのか、本人の意思はどんな方法で認められるべきか。今度こそ冷静に広く国民的論議の推進をリードしてくださるようお願いところです。

6. 社会保障に公費投入、は人生100年社会の必然

最終的には国民の社会保障を支える財源の問題です。長寿社会は医療をはじめ介護、保育、教育にお金が掛かる社会です。それは人間と次代への投資でもあります。消費税論議にも取り組み、日本国民連帯の支柱であり1人1人の人生を支え合う社会保障費の増加により多くの公費を投入し、世界に誇る国民皆保険の医療制度をすべての世代の国民が享受できますようお願いしています。それらを通して、ワークライフケアバランスのとれた長寿社会のモデルを日本が世界に提起できるよう念じています。

このような論議の機会を与えてくださったすべての方々に心より御礼申し上げます。

持続可能な国民健康保険制度の構築に向け 国の財政責任を含めた本質的な検討を求める

全国知事会では、新しい高齢者医療制度について、12月8日の改革会議で、新制度に移行する必要性の乏しさ、市町村国保の構造的な問題解決や財源に関する議論の欠如などを指摘し、意見を提出した。

我々都道府県も、国民健康保険を抜本的に改革することに異存はなく、また積極的に責任を担う覚悟はある。しかし、今回の最終とりまとめ案では、我々が求めたことに対して、何ら具体的な答えが示されなかったことは誠に遺憾である。改めて最終とりまとめ案の問題点を以下に掲げる。

1 混乱を招きかねない拙速な議論

スケジュールありきで、1年余りという短期間で結論づけようとするあまり、拙速に議論が進められた。後期高齢者医療制度導入時のような混乱は決して繰り返すことがあってはならない。

2 高齢者間の不公平の復活

高齢者間の負担の公平性を図った後期高齢者医療制度の利点がなくなり、加入する制度の違いにより保険料に違いが出るため、高齢者間の格差が発生し、再び不公平が生じることになる。

3 構造的問題の議論なき市町村国保の都道府県化

改革会議の議論は、高齢者医療制度にとどまらず、市町村国保自体をどうするかの問題にまで拡げられた。

市町村国保は、高齢化、低所得者層の増加により、十分な保険料収入が確保できず保険財政が恒常的に逼迫している。こうした構造的な問題について議論することなく、単に財政運営を都道府県に移しても巨大な赤字団体をつくるだけで、問題を先送りするだけである。

4 現状維持の国の財政責任

安定した保険財政のためには公費、特に国費の拡充が不可欠であるが、国は現在と同程度の財政責任から一步も踏み出していないのみならず、地方への財政影響が国より過重なものとなっている。また、現役世代に対しても過重な負担を求めるものとなっている。

5 財源論の欠如

今後も増嵩する医療費を誰がどのように賄うかという財源論が欠如している。政府が設置した社会保障改革検討本部において、社会保障と消費税を含む税制改革の一体的な議論が不可欠である。

6 世論を軽視した改革案

高齢者医療制度や市町村国保のあり方をどうするかは、国民皆保険を堅持する上で非常に重要な課題である。十分に時間をかけて国民が納得できる制度を構築すべきであるというのが世論の大勢である。

このような多くの問題点がある案をもとに都道府県が保険運営を担うこととされても、到底責任を果たせるものではない。

したがって、この案で最終とりまとめを行い、新制度に移行することについては反対であり、持続可能な国民健康保険制度の構築に向け国の財政責任を含めた本質的な検討を求める。

平成22年12月20日

全国知事会