

# 参考資料

平成22年5月17日  
厚生労働省保険局

# 目 次

○ 後期高齢者医療制度に係る現内閣の方針等について	2
○ 高齢者医療制度改革会議これまでの経緯	5
○ 新たな制度のあり方に関する各委員の意見の概要等	6
○ 65歳以上の高齢者は国保又は被用者保険に加入し、高齢者の医療給付費を公費、 高齢者の保険料・現役世代の保険料で支える仕組みとした場合の財政影響	9
・ 現行制度の財源構成について	10
・ A案、B案、C案の財政試算	11
・ 被用者保険の被保険者及び被扶養者の取扱いについて	20
・ 被用者保険の被保険者及び被扶養者の人数について	21
○ 運営主体のあり方等について	23
○ 論点と各委員の主な御意見等	27
・ 費用負担のあり方に関する論点と各委員の主な御意見	27
・ 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	31

# 後期高齢者医療制度に係る現内閣の方針等について

## ○ 平成21年10月26日 第173回臨時国会 鳩山内閣総理大臣所信表明演説(抄)

後期高齢者を年齢で差別する後期高齢者医療制度については、廃止に向けて、新たな制度の検討を進めてまいります。

## ○ 三党連立政権合意書(抄)

後期高齢者医療制度は廃止し、医療制度に対する国民の信頼を高め、国民皆保険を守る。廃止に伴う国民健康保険の負担増は国が支援する。

## ○ 「民主党マニフェスト2009」(抄)

### 21. 後期高齢者医療制度を廃止し、国民皆保険を守る。

#### 【政策目的】

- ・ 年齢で差別する制度を廃止して、医療制度に対する国民の信頼を高める。
- ・ 医療保険制度の一元的運用を通じて、国民皆保険制度を守る。

#### 【具体策】

- ・ 後期高齢者医療制度・関連法は廃止する。廃止に伴う国民健康保険の負担増は国が支援する。
- ・ 被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る。

## ○ 民主党マニフェストの工程表(抄)

### 後期高齢者医療制度廃止等

平成22年度～平成25年度 財源を確保しつつ、順次実施

## ○ 平成21年11月12日 第173回臨時国会 長妻厚生労働大臣所信表明演説(抄)

- ・ 後期高齢者医療制度につきましては、これを廃止します。廃止後の新たな制度のあり方を検討するため、私が主宰する「高齢者医療制度改革会議」を設置しました。
- ・ 高齢者をはじめ様々な関係者の御意見をいただきながら、具体的な制度設計の議論を着実に進め、一期四年の中で、国民の納得と信頼が得られる新たな制度への移行を実現します。

# 検討に当たっての基本的な考え方について

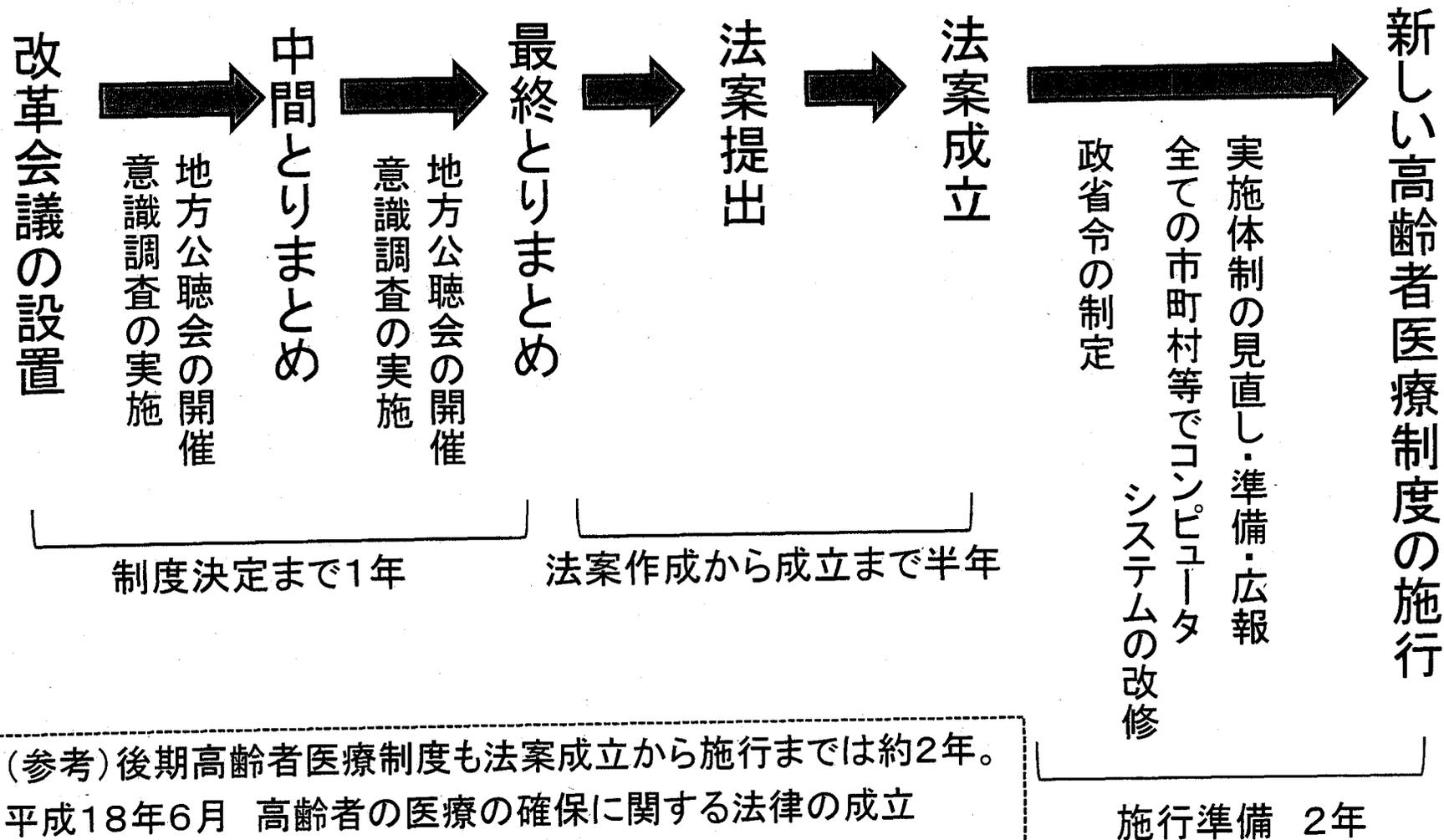
※平成21年11月30日開催の第1回高齢者医療制度改革会議において、  
長妻厚生労働大臣より示された基本的な考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

- 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

# 新しい高齢者医療制度の創設までのスケジュール(見込み)

平成21年11月      平成22年夏      平成22年末      平成23年1月      平成23年春      平成25年4月



(参考)後期高齢者医療制度も法案成立から施行までは約2年。  
平成18年6月 高齢者の医療の確保に関する法律の成立  
平成20年4月 後期高齢者医療制度の施行

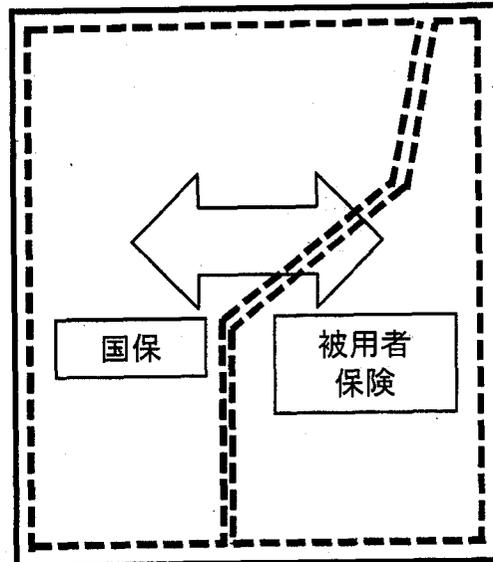
## 高齢者医療制度改革会議 これまでの経緯

- 第1回(11月30日) 総括的なフリーディスカッション①
- 第2回(1月12日) 総括的なフリーディスカッション②
- 第3回(2月9日) 制度の基本的枠組み及び運営主体のあり方
- 第4回(3月8日) 費用負担のあり方
- 第5回(4月14日) 保険料、給付、医療サービス等のあり方

# 新たな制度のあり方に関する各委員の意見の概要等

## 1: 年齢構成・所得構成でリスク構造調整を行った上で、都道府県単位で一本化する案【池上委員】

- 医療保険全体で、各保険者の保険加入者の年齢構成(5歳階級毎の一人当たり医療費の差)・所得構成の相違による保険料負担の格差を調整する財政調整を、制度ごとに導入。
- 財政調整を進めつつ、医療保険の統合を以下のとおり段階的に行う。
  - ① 後期高齢者医療制度に代わる「地域医療保険」を創設(広域連合が運営)。ただし、現役で働く高齢者とその家族は被用者保険に継続加入。市町村国保は都道府県内で賦課方式を統一し、一般会計からの繰入れを廃止した上で、財政調整を進める。健保組合・共済は、それぞれ全国単位で財政調整を進め、都道府県単位で支部を設置。
  - ② 「地域医療保険」と「協会けんぽ」を統合。市町村国保を都道府県単位で統合。健保組合・共済を都道府県単位で統合・再編。
  - ③ 全ての保険者を都道府県単位で一本化



### (主なメリット)

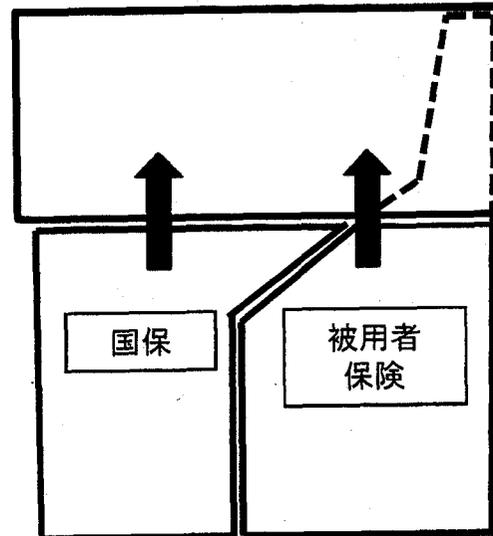
- 年齢による区分がない。
- 運営責任が明確。
- 高齢者であっても、サラリーマン及びその被扶養者は、被用者保険に加入するという合理的な仕組みとなる(第一段階)。

### (主な論点)

- 被用者保険を都道府県単位に分割・統合すること等について、企業や同種同業の連帯を基礎とした健保組合等をどのように位置づけるか。
- 「地域医療保険」と被用者保険である協会けんぽを統合することについて、どのように考えるか。
- 自営業者とサラリーマンでは所得捕捉の状況が異なる中で、国保と被用者保険では保険料の算定方法が異なっているが、これをどのように統合するのか。

## 2: 一定年齢以上の「別建て」保険方式を基本とする案【対馬委員(健保連)】

- 65歳以上の高齢者を対象に前期・後期の区別のない一つの制度とする。
- 費用負担や運営責任を明確化するために、「別建て」の制度とした上で、高齢者の医療費を若年者が支える仕組みとする。
- 現役で働く高齢者とその家族については、若年者の各制度への継続加入を検討。
- 運営主体については、都道府県単位を念頭に、行政から独立した公法人が保険者を担う。



### 【65歳以上の高齢者を一つの制度とした場合】

#### (主なメリット)

- 若年者と高齢者の負担ルールや運営責任が明確。
- 高齢者間において、所得に応じた公平な保険料負担。

#### (主な論点)

- 「年齢で区分するという問題を解消する制度とする」との関係について、どのように考えるか。

※ 「65歳」は、介護や年金等との関係から理解が得られやすいのではないかと。

### 【現役で働く高齢者とその家族について、若年者の各制度へ継続加入させることとした場合】

#### (主なメリット)

- 高齢者であっても、サラリーマン及びその被扶養者は、被用者保険に加入するという合理的な仕組みとなる。

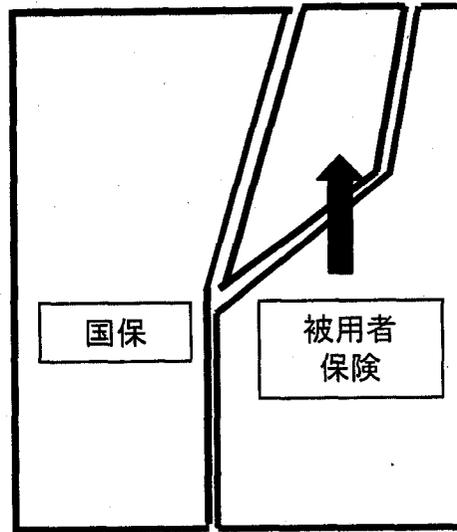
#### (主な論点)

- 「地域保険としての一元的運用」との関係について、どのように考えるか。
- 現在の制度では同じ都道府県内で高齢者の保険料の公平が図られていることについて、どのように考えるか。

## 新たな制度のあり方に関する各委員の意見の概要等

### 3: 突き抜け方式とする案【小島委員(連合)】

- 被用者保険の退職者は、国民健康保険に加入するのではなく、被用者保険グループが共同で運営する新たな制度(「退職者健康保険制度」(仮称))に引き続き加入。
- 対象者は、被保険者期間が通算して一定期間(例えば25年)を超える退職者とその扶養家族とする。
- 運営主体は、全被用者保険の代表者及び労使代表者で構成する管理運営機関とする。
- 市町村国保と高齢者医療は都道府県単位に広域化し、国保連合会、後期高齢者医療広域連合と一体的な運用を図る。
- 現役で働く高齢者とその家族については、若年者の各制度に継続加入。



(主なメリット)

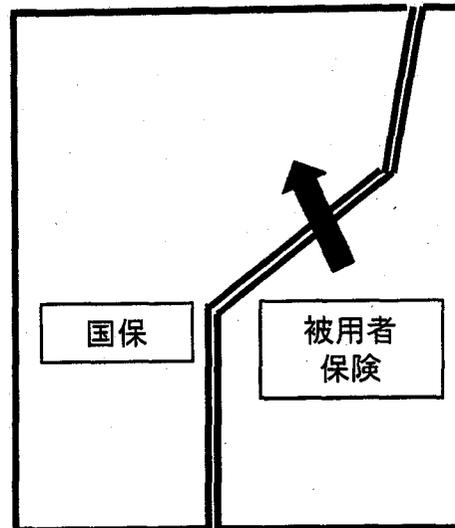
- 年齢による区分がない。
- 運営責任が明確。
- 被用者グループ内での助け合いとすることで、若年被用者の納得を得られやすい。(若年者と高齢者の負担ルールが明確)

(主な論点)

- 高齢者が職域保険と地域保険に加入することとなるが、「地域保険としての一元的運用」との関係について、どのように考えるか。
- 現在の制度では同じ都道府県内で高齢者の保険料の公平が図られていることについて、どのように考えるか。
- 従来より指摘されている以下の課題について、どのように考えるか。
  - ・ 市町村国保が負担増となる点
  - ・ 就業構造が流動化している中、高齢期においても被用者・非被用者を区分する点

### 4: 高齢者医療と市町村国保の一体的運営を図る案【宮武委員】

- 都道府県単位の国民健康保険を創設し、定年退職者等を迎える。現役で働く高齢者とその家族については、若年者の各制度に継続加入。
- 市町村国保の運営を都道府県単位に広域化し、都道府県が市町村との役割分担の下に、高齢者を含めて一体的に運営する仕組み。
- 若人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(地域ブロック別の賦課方式等を含む)。



(主なメリット)

- 年齢による区分がない。
- 運営責任が明確。
- 財政運営の安定化を図ることができる。
- 高齢者間において、所得に応じた公平な保険料負担。
- 高齢者であっても、サラリーマン及びその被扶養者は、被用者保険に加入するという合理的な仕組みとなる。

(主な論点)

- 高齢者医療と市町村国保の一体的運営のあり方について、保険料の設定など具体的にどのように考えるか。
- 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。

## 4案における新たな制度への移行方策について

	平成25年4月時点の制度の概要	将来的な各保険制度の概要
年齢構成・所得構成でリスク構造調整を行った上で、都道府県単位に一本化する案 【池上委員】	<後期高齢者医療制度の対象者の加入制度> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新たに創設される「地域医療保険」に加入</li> <li>・ ただし、現役サラリーマン及びその被扶養者は被用者保険に加入し、75歳以上の方(現役サラリーマンを除く)に扶養される75歳未満の方は「地域医療保険」に加入</li> </ul> <当該制度の運営主体> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 組織を強化した広域連合</li> </ul> <国保・健保組合・共済> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村国保は、都道府県内での賦課方式の統一、一般会計からの繰入れの廃止を行い、財政調整を進める</li> <li>・ 健保組合・共済は、それぞれ全国単位で財政調整し、都道府県単位で支部を設置</li> </ul>	【国保】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険料の賦課方式の統一、一般会計からの繰入れの廃止を行った上で、市町村国保間のリスク構造調整を開始</li> </ul> 【協会けんぽ】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「地域医療保険」と統合</li> </ul> 【健保組合・共済】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県単位化された保険者から順に「地域医療保険」とのリスク構造調整を開始</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> 全ての保険者が都道府県単位で「地域医療保険」に統合一本化。この間に税・社会保障の番号制度の導入より所得捕捉・保険料賦課方式の統一、被扶養者に係る保険料負担の公平化等の課題に対処
一定年齢以上の「別建て」保険方式を基本とする案 【対馬委員】 (健保連)	<後期高齢者医療制度の対象者の加入制度> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上の高齢者を対象とする別建ての新たな制度に加入</li> <li>・ ただし、被用者保険の被保険者及び被扶養者は、被用者保険に加入するかどうか検討</li> </ul> <当該制度の運営主体> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県単位の行政から独立した公法人(保険者)が運営</li> </ul>	【国保】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 広域化等により財政安定化</li> </ul> 【協会けんぽ・健保組合・共済】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行制度と同様</li> </ul>
突き抜け方式とする案 【小島委員】 (連合)	<後期高齢者医療制度の対象者の加入制度> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被用者保険OBは、新たな制度(退職者健康保険制度)に加入(新制度発足後の対象者から順次加入することも検討。)</li> <li>・ 被用者保険の被保険者及び被扶養者は被用者保険に加入</li> <li>・ 上記以外の方は、国保に加入することとし、国保の広域化を推進</li> </ul> <当該制度の運営主体> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退職者健康保険制度は、各被用者保険が協会けんぽに運営を委託</li> </ul>	【国保】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県単位の公法人が運営(平成25年4月実施も視野)</li> </ul> 【協会けんぽ・健保組合・共済】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行制度と同様</li> </ul> 【退職者健康保険制度】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被用者保険の代表による管理運営機関を設置し、実務を協会けんぽに委託。</li> </ul>
高齢者医療と市町村国保の一体的運営を図る案 【宮武委員】	<後期高齢者医療制度の対象者の加入制度> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保に加入</li> <li>・ 被用者保険の被保険者及び被扶養者は、被用者保険に継続して加入</li> </ul> <当該制度の運営主体> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上の国保の財政運営は都道府県</li> <li>・ 65歳未満の国保についても、都道府県及び市町村の判断により、上記と併せて都道府県による財政運営を可能とする</li> </ul>	【国保】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳未満の国保についても、すべての都道府県において、都道府県が運営</li> </ul> 【協会けんぽ・健保組合・共済】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行制度と同様</li> </ul>

65歳以上の高齢者は国保又は被用者保険に加入し、高齢者の医療給付費を公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料で支える仕組みとした場合の財政影響  
(平成22年度予算ベースにおける現行制度からの比較)

<単位 兆円>

65歳以上の被用者保険の被保険者及び被扶養者の取扱い		<A案> 被保険者及び被扶養者 ↓ 国保			<B案> 被保険者及び被扶養者 ↓ 被用者保険			<C案> 被保険者 ↓ 被用者保険			被扶養者 ↓ 国保		
		I 75歳以上	II 70歳以上	III 65歳以上	I 75歳以上	II 70歳以上	III 65歳以上	I 75歳以上	II 70歳以上	III 65歳以上	I 75歳以上	II 70歳以上	III 65歳以上
65歳未満の保険料	協会けんぽ	▲0.2	▲0.6	▲0.9	0.3	▲0.1	▲0.5	0	▲0.4	▲0.7			
	健保組合	0.1	▲0.3	▲0.7	0	▲0.5	▲0.8	0.1	▲0.4	▲0.7			
	共済	0.1	▲0.1	▲0.2	0	▲0.1	▲0.2	0	▲0.1	▲0.2			
	市町村国保	0.9	0.7	0.6	0.6	0.5	0.4	0.8	0.6	0.5			
	公費	▲0.9	0.3	1.2	▲0.9	0.2	1.2	▲0.9	0.3	1.3			

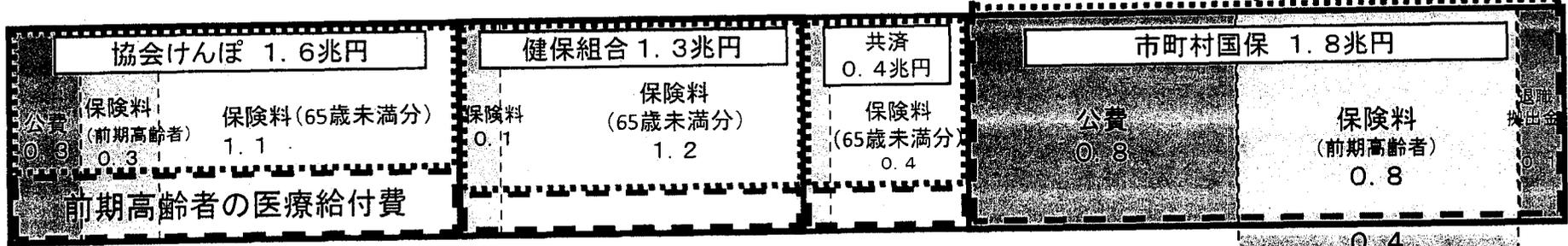
※ 上記の被扶養者は、①65歳以上の被保険者に扶養されている65歳以上及び65歳未満の方、②65歳未満の被保険者に扶養されている65歳以上の方。

<留意点>

- 「A案-I」及び「C案-I」については、公費が減少することも踏まえ、市町村国保等の負担軽減策を講じる必要がある。
- 「B案-I」については、公費が減少することも踏まえ、市町村国保及び協会けんぽの負担軽減策を講じる必要がある。
- 上記以外の場合については、公費を増加させる必要に加え、市町村国保の負担軽減策を講じる必要がある。

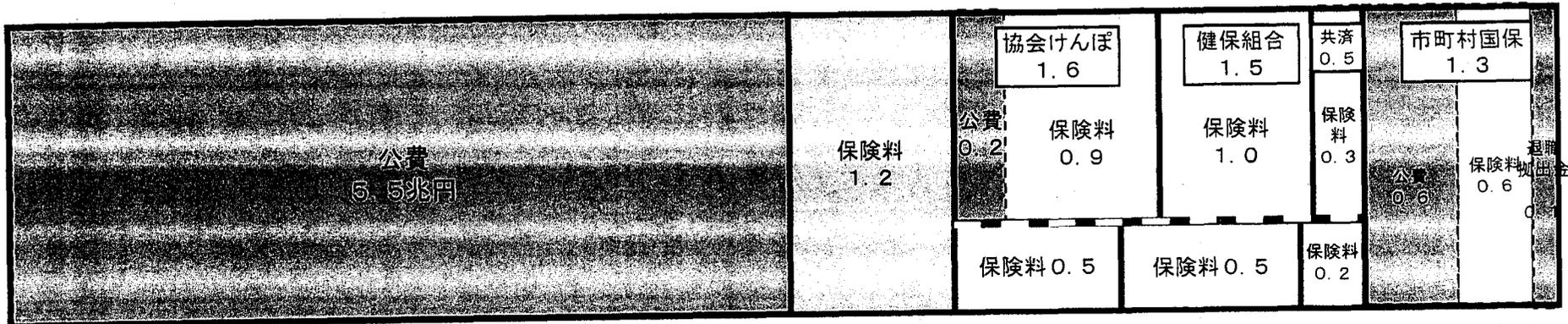
# 現行制度の財源構成について(平成22年度予算ベース)

<65歳から74歳までの高齢者医療給付費の財源構成 5.3兆円>



0.4兆円は、後期高齢者支援金及び若人給付費に充当。

<75歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 11.7兆円>



※ 上段は後期高齢者支援金の加入者割(2/3)の部分、下段は総報酬割(1/3)の部分

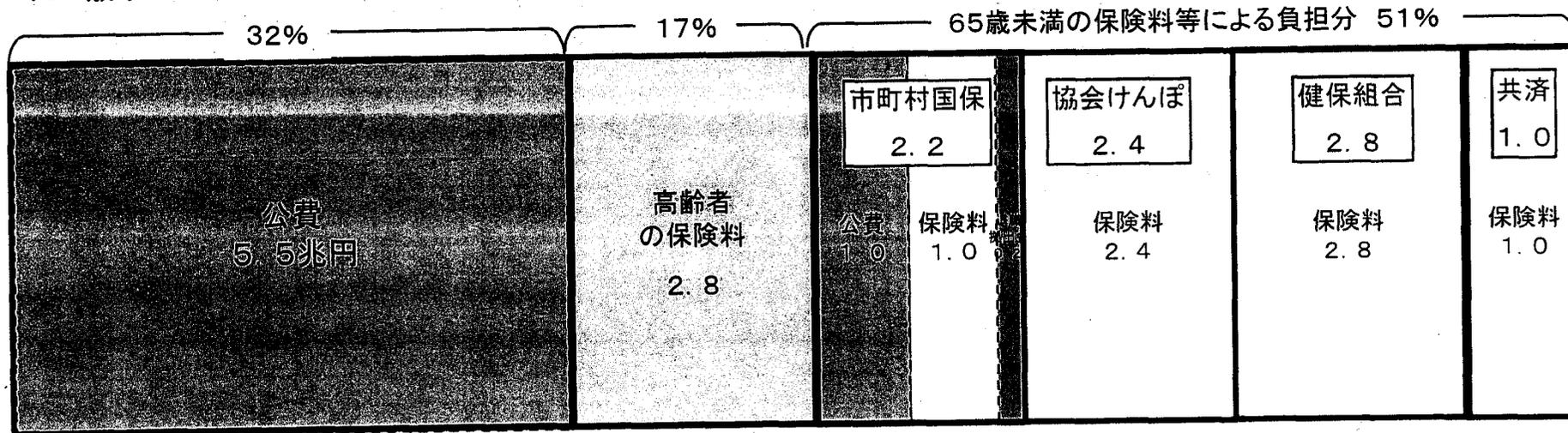
- ※ 後期高齢者支援金の被用者保険者内の総報酬割については、1/3(12ヶ月分)としている。
- ※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれている。
- ※ 前期高齢者の保険料収入は、全額、前期高齢者の医療給付費に充てられるものとして整理している。
- ※ 退職者拠出金は、上段は退職者医療制度の対象者に係る市町村国保の前期財政調整における負担増分であり、下段は退職者医療制度の対象者に係る後期高齢者支援金であり、いずれも被用者保険者が負担している。

# A案-I

## <前提>

- ① 65歳以上の高齢者は全員国保に加入  
※ 国保に加入する高齢者:約2830万人
- ② 75歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入
- ③ 高齢者の保険料の総額は現行と同額
- ④ 65歳未満の保険料による負担分については、市町村国保と被用者保険の間は加入者数に応じて按分し、被用者保険者間は総報酬額に応じて按分

## <65歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 17兆円>



※ 仮に、前提を③ではなく、65歳から74歳の高齢者にも後期高齢者医療制度の保険料率を適用した場合、高齢者の保険料は約0.1~0.2兆円減少し、その減少分は若人の保険料等の負担となる。

## <現行制度からの財政影響>

保険料(65歳未満)				公費
協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	
▲0.2兆円	0.1兆円	0.1兆円	0.9兆円	▲0.9兆円

※ 公費が減少することも踏まえ、市町村国保等の負担軽減策を講じる必要がある。

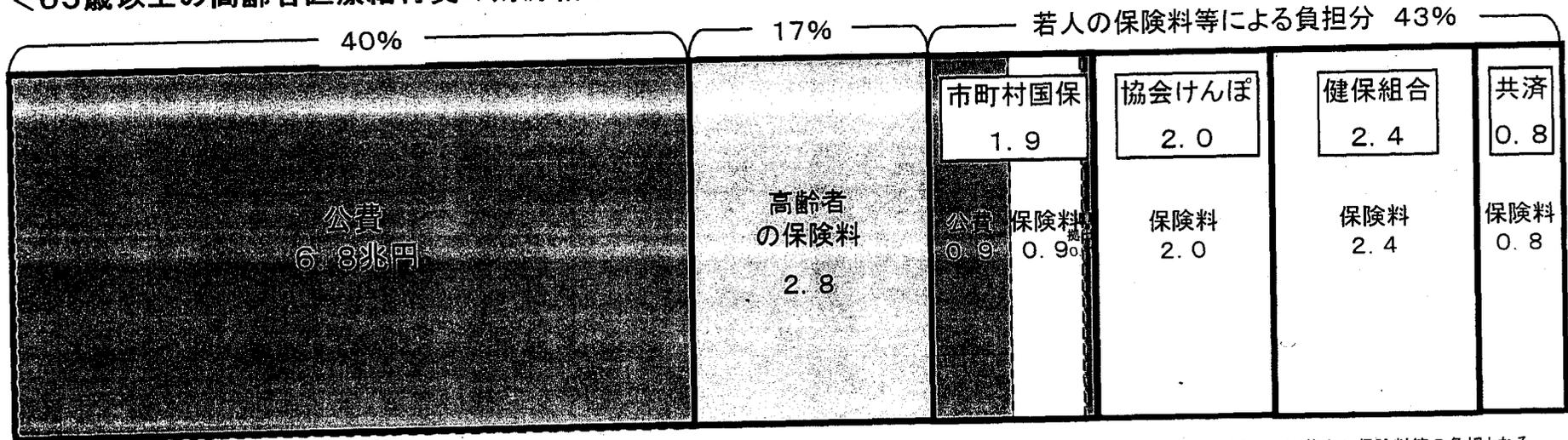
- ※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。
- ※ 退職拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る高齢者医療の支援金である。
- ※ 65歳未満の被用者保険の被扶養者が国保に移行する影響を含む。

# A案-Ⅱ

## <前提>

- ① 65歳以上の高齢者は全員国保に加入  
※ 国保に加入する高齢者;約2830万人
- ② 70歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入
- ③ 高齢者の保険料の総額は現行と同額
- ④ 65歳未満の保険料による負担分については、市町村国保と被用者保険の間は加入者数に応じて按分し、被用者保険者間は総報酬額に応じて按分

## <65歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 17兆円>



※ 仮に、前提を③ではなく、65歳から74歳の高齢者にも後期高齢者医療制度の保険料率を適用した場合、高齢者の保険料は約0.1~0.2兆円減少し、その減少分は若人の保険料等の負担となる。

## <現行制度からの財政影響>

保険料(65歳未満)				公費
協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	
▲0.6兆円	▲0.3兆円	▲0.1兆円	0.7兆円	0.3兆円

※ 公費を増加させることに加え、市町村国保の負担軽減策を講じる必要がある。

- ※ 高齢者の医療給付費の定率公費については、70歳以上の高齢者の現役並み所得者の割合から47%とした。
- ※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。
- ※ 退職拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る高齢者医療の支援金である。
- ※ 65歳未満の被用者保険の被扶養者が国保に移行する影響を含む。

# A案-Ⅲ

## <前提>

① 65歳以上の高齢者は全員国保に加入

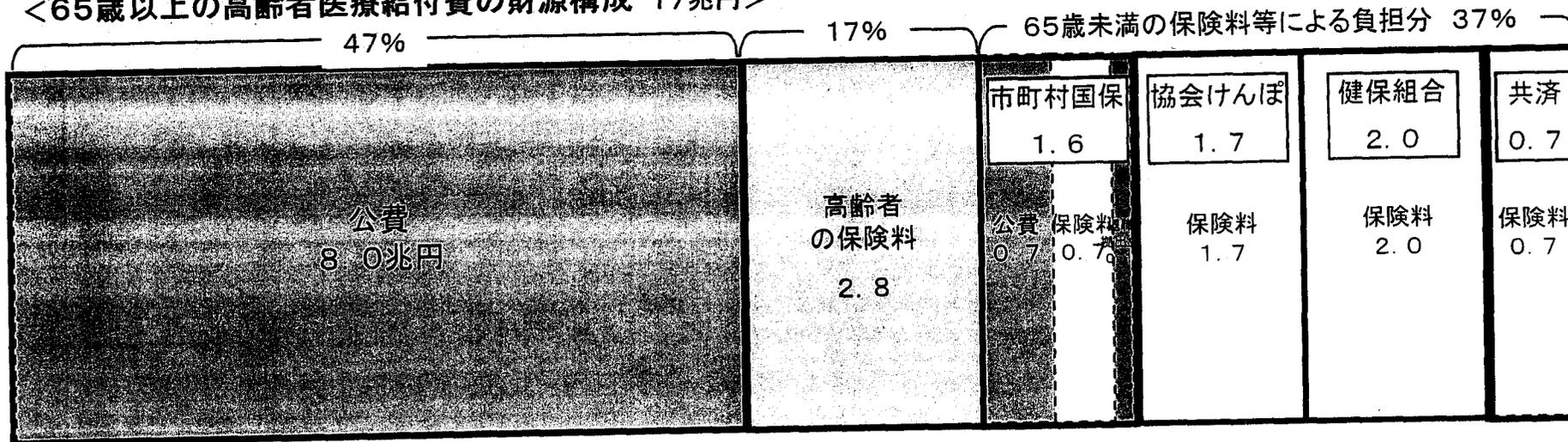
※ 国保に加入する高齢者;約2830万人

① 65歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入

② 高齢者の保険料の総額は現行と同額

③ 65歳未満の保険料による負担分については、市町村国保と被用者保険の間は加入者数に応じて按分し、被用者保険者間は総報酬額に応じて按分

## <65歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 17兆円>



※ 仮に、前提③ではなく、65歳から74歳の高齢者にも後期高齢者医療制度の保険料率を適用した場合、高齢者の保険料は約0.1~0.2兆円減少し、その減少分は若人の保険料等の負担となる。

## <現行制度からの財政影響>

保険料(65歳未満)				公費
協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	
▲0.9兆円	▲0.7兆円	▲0.2兆円	0.6兆円	1.2兆円

※ 公費を増加させることに加え、市町村国保の負担軽減策を講じる必要がある。

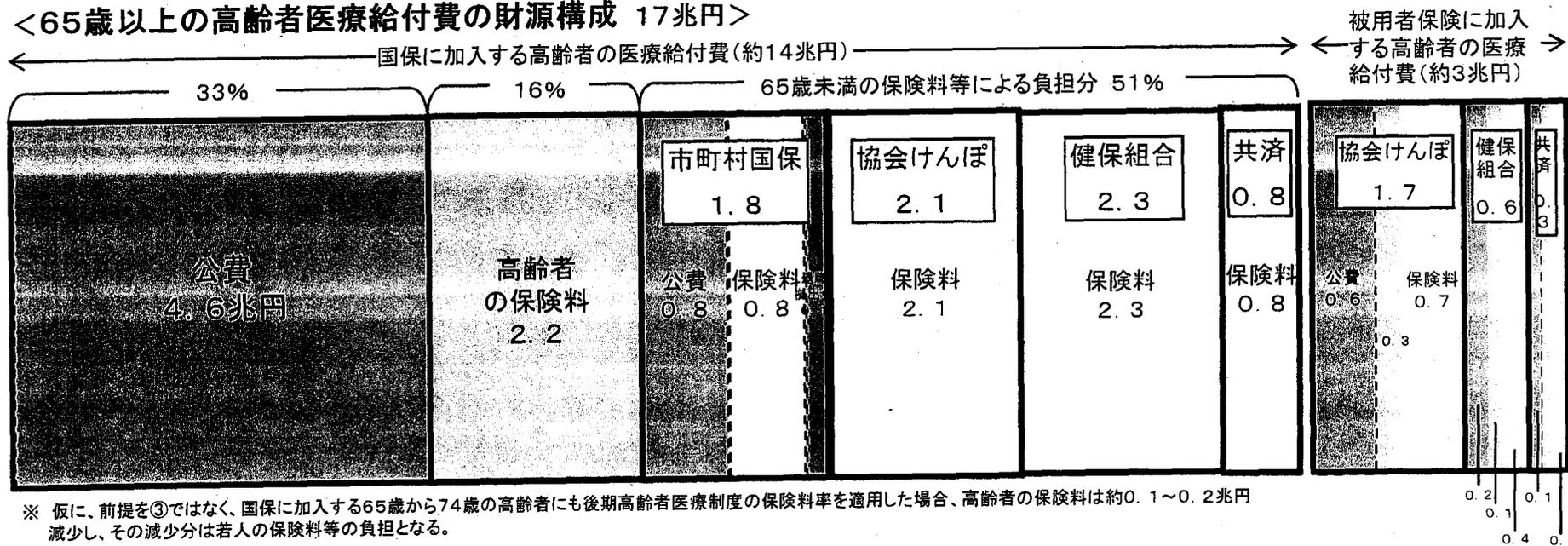
- ※ 高齢者の医療給付費の定率公費については、70歳以上の高齢者の現役並み所得者の割合から47%とした。
- ※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。
- ※ 退職拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る高齢者医療の支援金である。
- ※ 65歳未満の被用者保険の被扶養者が国保に移行する影響を含む。

# B案-I

## <前提>

- ① 65歳以上の高齢者は国保(但し、被用者保険の被保険者及び被扶養者は被用者保険)に加入
  - ※ 国保に加入する高齢者;約2300万人、被用者保険に加入する高齢者;470万人
- ② 75歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入
  - ※ 高齢者の医療給付費については、国民全体で支えるという考え方の下に、被用者保険に移行する高齢者に対する医療給付費についても、引き続き、国及び地方自治体からの公費を投入
- ③ 国保に加入する高齢者の保険料の総額は現行と同額
- ④ 65歳未満の保険料による負担分については、市町村国保と被用者保険の間は加入者数に応じて按分し、被用者保険者間は総報酬額に応じて按分

## <65歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 17兆円>



## <現行制度からの財政影響>

保険料(65歳未満)				公費
協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	
0.3兆円	0兆円	0兆円	0.6兆円	▲0.9兆円

※ 公費が減少することも踏まえ、市町村国保及び協会けんぽの負担軽減策を講じる必要がある。

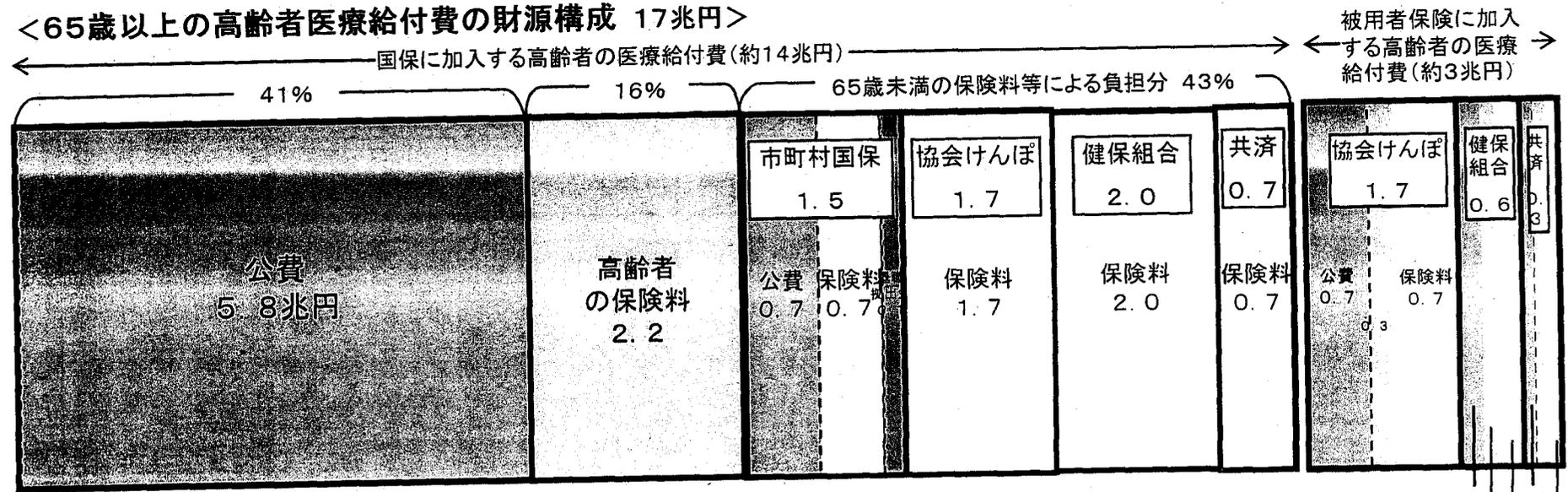
※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。  
 ※ 退職拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る高齢者医療の支援金である。

# B案-Ⅱ

## <前提>

- ① 65歳以上の高齢者は国保(但し、被用者保険の被保険者及び被扶養者は被用者保険)に加入
  - ※ 国保に加入する高齢者:約2300万人、被用者保険に加入する高齢者:470万人
- ② 70歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入
  - ※ 高齢者の医療給付費については、国民全体で支えるという考え方の下に、被用者保険に移行する高齢者に対する医療給付費についても、引き続き、国及び地方自治体からの公費を投入
- ③ 国保に加入する高齢者の保険料の総額は現行と同額
- ④ 65歳未満の保険料による負担分については、市町村国保と被用者保険の間は加入者数に応じて按分し、被用者保険者間には総報酬額に応じて按分

## <65歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 17兆円>



※ 仮に、前提を③ではなく、国保に加入する65歳から74歳の高齢者にも後期高齢者医療制度の保険料率を適用した場合、高齢者の保険料は約0.1~0.2兆円減少し、その減少分は若人の保険料等の負担となる。

## <現行制度からの財政影響>

保険料(65歳未満)				公費
協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	
▲0.1兆円	▲0.5兆円	▲0.1兆円	0.5兆円	0.2兆円

※ 公費の増加に加え、市町村国保の負担軽減策を講じるが必要となる。

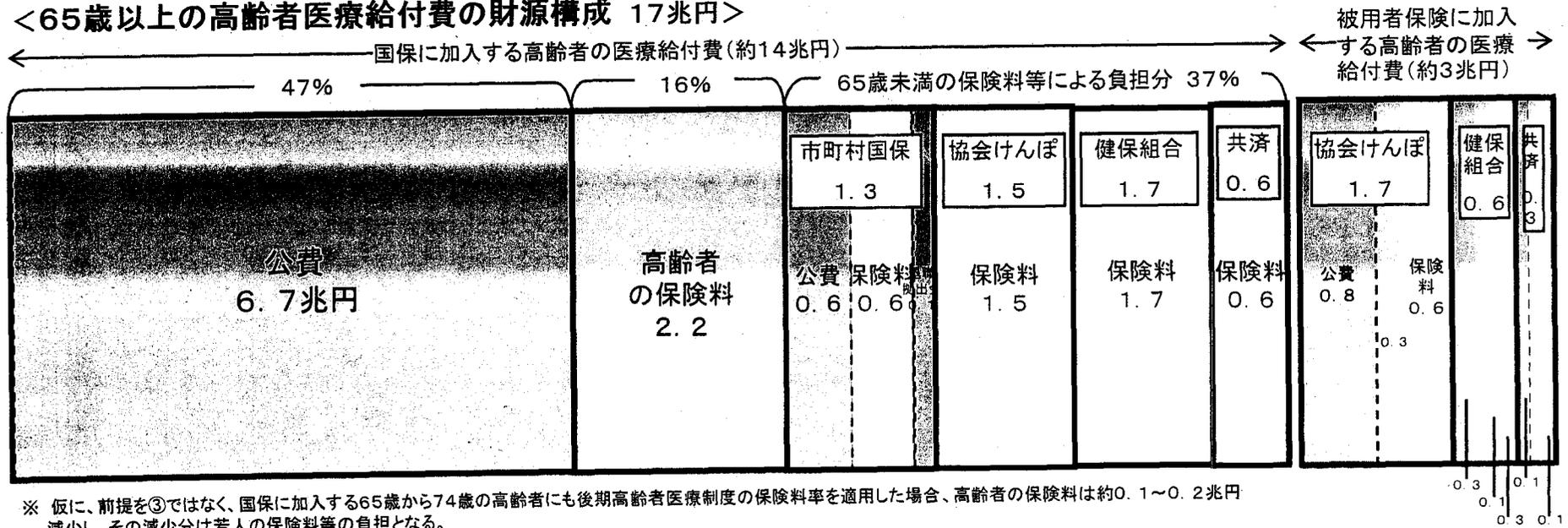
※ 高齢者の医療給付費の定率公費については、70歳以上の高齢者の現役並み所得者の割合から47%とした。  
 ※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。  
 ※ 退職拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る高齢者医療の支援金である。

# B案一Ⅲ

## <前提>

- ① 65歳以上の高齢者は国保(但し、被用者保険の被保険者及び被扶養者は被用者保険)に加入
  - ※ 国保に加入する高齢者;約2300万人、被用者保険に加入する高齢者;470万人
- ② 65歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入
  - ※ 高齢者の医療給付費については、国民全体で支えるという考え方の下に、被用者保険に移行する高齢者に対する医療給付費についても、引き続き、国及び地方自治体からの公費を投入
- ③ 国保に加入する高齢者の保険料の総額は現行と同額
- ④ 65歳未満の保険料による負担分については、市町村国保と被用者保険の間は加入者数に応じて按分し、被用者保険者間では総報酬額に応じて按分

## <65歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 17兆円>



## <現行制度からの財政影響>

保険料(65歳未満)				公費
協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	
▲0.5兆円	▲0.8兆円	▲0.2兆円	0.4兆円	1.2兆円

※ 公費を増加させることに加え、市町村国保の負担軽減策を講じる必要がある。

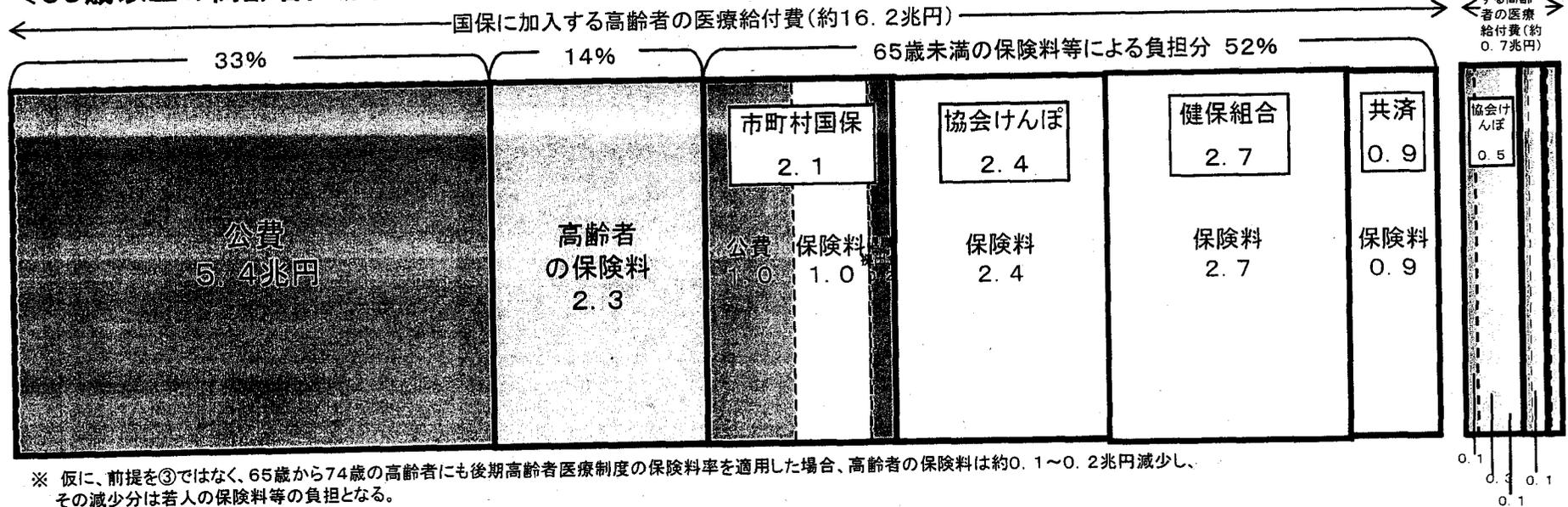
- ※ 高齢者の医療給付費の定率公費については、70歳以上の高齢者の現役並み所得者の割合から47%とした。
- ※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。
- ※ 退職拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る高齢者医療の支援金である。

# C案-I

## <前提>

- ① 65歳以上の高齢者は国保(但し、被用者保険の被保険者は被用者保険)に加入  
 ※ 国保に加入する高齢者:約2650万人、被用者保険に加入する高齢者:160万人
- ② 75歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入  
 ※ 高齢者の医療給付費については、国民全体で支えるという考え方の下に、被用者保険に移行する高齢者に対する医療給付費についても、引き続き、国及び地方自治体からの公費を投入
- ③ 国保に加入する高齢者の保険料の総額は現行と同額
- ④ 65歳未満の保険料による負担分については、市町村国保と被用者保険の間は加入者数に応じて按分し、被用者保険者間は総報酬額に応じて按分

## <65歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 17兆円>



## <現行制度からの財政影響>

保険料(65歳未満)				公費
協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	
0兆円	0.1兆円	0兆円	0.8兆円	▲0.9兆円

※ 公費が減少することも踏まえ、市町村国保の負担軽減策を講じる必要がある。

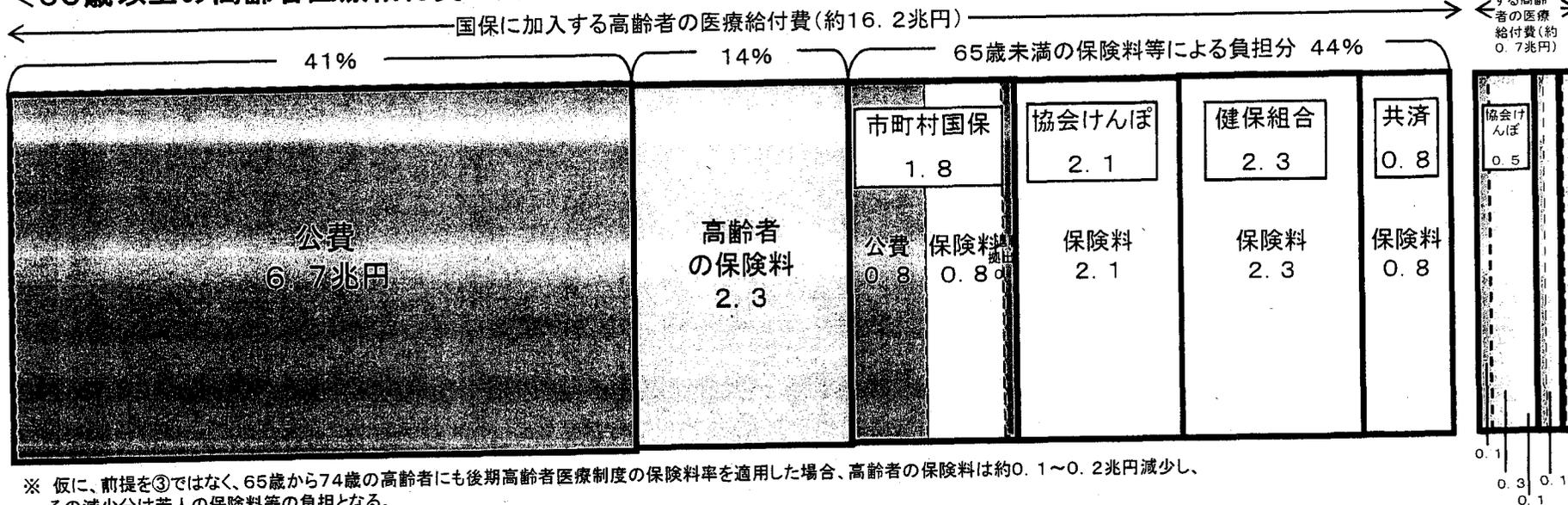
- ※ 高齢者の医療給付費の定率公費については、70歳以上の高齢者の現役並み所得者の割合から同じ47%とした。
- ※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。
- ※ 65歳未満の被用者保険の被扶養者が国保に移行する影響を含む。
- ※ 退職拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る高齢者医療の支援金である。

# C案-Ⅱ

## <前提>

- ① 65歳以上の高齢者は国保(但し、被用者保険の被保険者は被用者保険)に加入  
 ※ 国保に加入する高齢者;約2650万人、被用者保険に加入する高齢者;160万人
- ② 70歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入  
 ※ 高齢者の医療給付費については、国民全体で支えるという考え方の下に、被用者保険に移行する高齢者に対する医療給付費についても、引き続き、国及び地方自治体からの公費を投入
- ③ 国保に加入する高齢者の保険料の総額は現行と同額
- ④ 65歳未満の保険料による負担分については、市町村国保と被用者保険の間は加入者数に応じて按分し、被用者保険者間は総報酬額に応じて按分

## <65歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 17兆円>



## <現行制度からの財政影響>

保険料(65歳未満)				公費
協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	
▲0.4兆円	▲0.4兆円	▲0.1兆円	0.6兆円	0.3兆円

- ※ 高齢者の医療給付費の定率公費については、70歳以上の高齢者の現役並み所得者の割合から47%とした。
- ※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。
- ※ 退職拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る高齢者医療の支援金である。

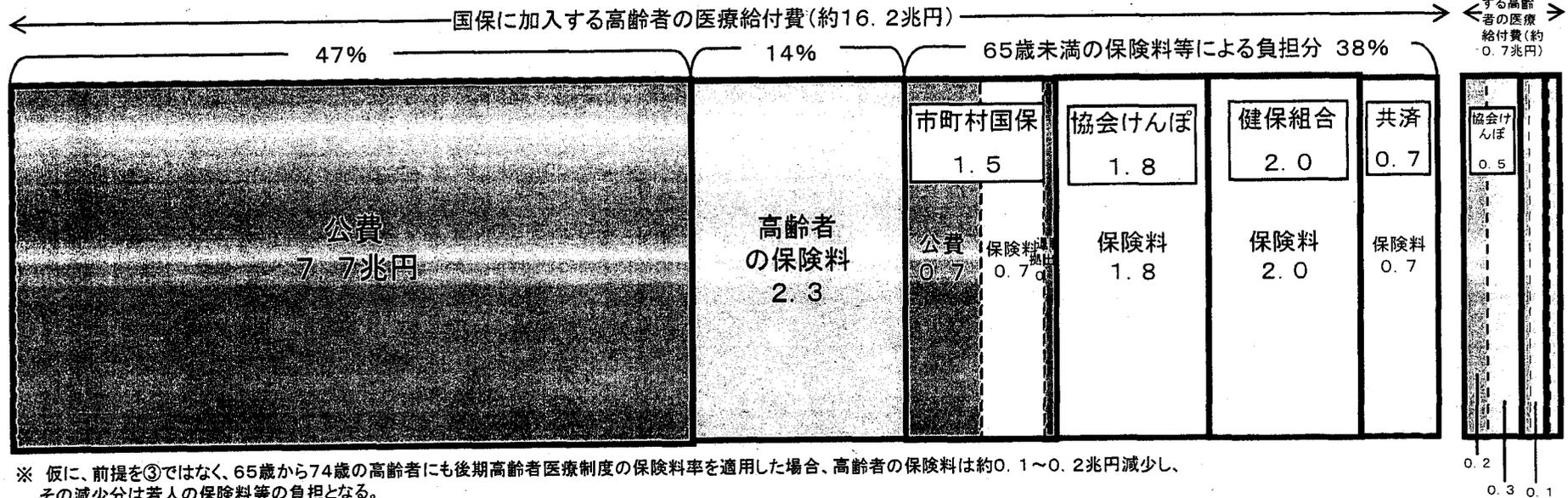
※ 公費を増加させることに加え、市町村国保の負担軽減策を講じる必要がある。

# C案-III

## <前提>

- ① 65歳以上の高齢者は国保(但し、被用者保険の被保険者は被用者保険)に加入
  - ※ 国保に加入する高齢者;約2650万人、被用者保険に加入する高齢者;160万人
- ② 65歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入
  - ※ 高齢者の医療給付費については、国民全体で支えるという考え方の下に、被用者保険に移行する高齢者に対する医療給付費についても、引き続き、国及び地方自治体からの公費を投入
- ③ 国保に加入する高齢者の保険料の総額は現行と同額
- ④ 65歳未満の保険料による負担分については、市町村国保と被用者保険の間は加入者数に応じて按分し、被用者保険者間は総報酬額に応じて按分

## <65歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 17兆円>



※ 仮に、前提を③ではなく、65歳から74歳の高齢者にも後期高齢者医療制度の保険料率を適用した場合、高齢者の保険料は約0.1~0.2兆円減少し、その減少分は若人の保険料等の負担となる。

## <現行制度からの財政影響>

保険料(65歳未満)				公費
協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	
▲0.7兆円	▲0.7兆円	▲0.2兆円	0.5兆円	1.3兆円

※ 公費を増加させることに加え、市町村国保の負担軽減策を講じることが必要となる。

- ※ 高齢者の医療給付費の定率公費については、70歳以上の高齢者の現役並み所得者の割合から47%とした。
- ※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。
- ※ 退職拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る高齢者医療の支援金である。

# 被用者保険の被保険者及び被扶養者の取扱いについて

○ 65歳以上の高齢者の医療制度と国保の一体的運用を図る場合、65歳以上の被用者保険の被保険者及び被扶養者については、国保に加入いただくこととするのか、被用者保険に加入いただくこととするのか、以下の点を考慮し、検討する必要がある。

案	メリット	課題
<p>&lt;A案&gt; 被保険者 及び被扶養者 ↓ 国保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ すべての高齢者が同じルールで保険料を負担することとなり、高齢者間の負担の公平が図られる。</li> <li>○ 介護保険と同様、全ての高齢者について、市町村が対応することとなるため、市町村において総合的・一元的に高齢者に対する相談等に対応することが可能となる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 65歳以上75歳未満の被保険者であった方は、事業主負担がなくなること等により、多くの場合、負担が増加する場合がある。 → 保険料軽減措置の検討が必要</li> <li>○ 75歳未満の被扶養者であった方は、これまで保険料負担がなかったため、すべての方の負担が増加する。(65歳以上の被保険者に扶養される65歳未満の方も同様) → 保険料軽減措置の検討が必要</li> <li>○ 被用者保険加入者であった方は、従前受けていた付加給付や傷病手当金が受けられなくなり、負担が増加する。 → 被用者保険から傷病手当金を受けられる仕組みの検討が必要</li> <li>○ 高額療養費制度は医療保険ごとに自己負担限度額が設けられていることから、65歳未満の被用者保険の被保険者に扶養される65歳以上の方(約265万人)がいる世帯において、負担が増加する場合がある。 → 負担を軽減する仕組みの検討が必要</li> </ul>
<p>&lt;B案&gt; 被保険者 及び被扶養者 ↓ 被用者保険</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被用者保険加入者は、職域内の若人と同じルールで保険料を負担することとなり、職域内での負担の公平が図られる。</li> <li>○ 被用者保険加入者は、引き続き付加給付や傷病手当金等を受けられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被用者保険の被保険者は、他の高齢者と保険料負担のルールが異なり、事業主負担もあることから、高齢者間の負担の公平が図られない。</li> <li>○ 被扶養者は保険料負担がないことから、高齢者間の負担の公平が図られない。</li> <li>○ 被用者保険者(特に協会けんぽ)の負担増が生じる。 → 協会けんぽ等の負担を軽減する仕組みの検討が必要</li> </ul>
<p>&lt;C案&gt; 被保険者 ↓ 被用者保険  被扶養者 ↓ 国保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被用者保険の被保険者は、職域内の若人と同じルールで保険料を負担することとなり、職域内での負担の公平が図られる。</li> <li>○ 被保険者は、引き続き付加給付や傷病手当金等を受けられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被用者保険の被保険者は、他の高齢者と保険料負担のルールが異なり、事業主負担もあることから、高齢者間の負担の公平が図られない。</li> <li>○ 75歳未満の被扶養者であった方は、これまで保険料負担がなかったため、すべての方の負担が増加する。 → 保険料軽減措置の検討が必要</li> <li>○ 被扶養者であった方は、従前受けていた付加給付等が受けられなくなり、負担が増加する。 → 被用者保険から付加給付等を受けられる仕組みの検討が必要</li> <li>○ 高額療養費制度は医療保険ごとに自己負担限度額が設けられていることから、被用者保険の被保険者に扶養される65歳以上の方(約314万人)がいる世帯において、負担が増加する場合がある。 → 負担を軽減する仕組みの検討が必要</li> </ul>

# 被用者保険の被保険者と被扶養者の人数について(1)

## (平成22年度予算案ベースの粗い推計)

平成22年3月8日

第4回高齢者医療制度改革会議参考資料

### 現行制度

	75歳以上	65～74歳	65歳未満	合計
被用者保険の被保険者	〔後期〕 約30万人	協会 約90万人 組合 約40万人 共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人	約4000万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	後期 約5万人	国保 約5万人	国保 約2万人	約10万人
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	後期 約5万人	協会 約20万人 組合 約15万人 共済等 約1万人	協会 約30万人 組合 約15万人 共済等 約2万人	約90万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	後期 約180万人	協会 約50万人 組合 約25万人 共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人	約3500万人
合計	約210万人	約260万人	約7100万人	約7600万人

### A案: 被用者保険の被保険者及び被扶養者についても、市町村国保に加入する。

	75歳以上	65～74歳	65歳未満
被用者保険の被保険者	国保 約30万人	国保 約135万人 ・協会 約90万人 ・組合 約40万人 ・共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約5万人	国保 約2万人
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約35万人 ・協会 約20万人 ・組合 約15万人 ・共済等 約1万人	国保 約50万人 ・協会 約30万人 ・組合 約15万人 ・共済等 約2万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	国保 約180万人	国保 約85万人 ・協会 約50万人 ・組合 約25万人 ・共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人

被用者保険から市町村国保に移行する方 約300万人

# 被用者保険の被保険者と被扶養者の人数について(2)

## (平成22年度予算案ベースの粗い推計)

平成22年3月8日  
第4回高齢者医療制度改革会議参考資料

B案：被用者保険の被保険者及び被扶養者についても、被用者保険に加入する。

	75歳以上	65～74歳	65歳未満
被用者保険の被保険者	協会 約25万人 組合 約3万人 共済等 1万人未満	協会 約90万人 組合 約40万人 共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	協会 約4万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満	協会 約4万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満	協会 約1万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	協会 約3万人 組合 約1万人 共済等 1万人未満	協会 約20万人 組合 約15万人 共済等 約1万人	協会 約30万人 組合 約15万人 共済等 約2万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	協会 約100万人 組合 約50万人 共済等 約30万人	協会 約50万人 組合 約25万人 共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人

後期高齢者医療制度から被用者保険に移行する方 約210万人 (協会：約130万人、組合：約50万人、共済等：約30万人)  
市町村国保から被用者保険に移行する方 約7万人

C案：被用者保険の被保険者については、被用者保険に加入し、被扶養者については、市町村国保に加入する。

	75歳以上	65～74歳	65歳未満
被用者保険の被保険者	協会 約25万人 組合 約3万人 共済等 1万人未満	協会 約90万人 組合 約40万人 共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約5万人	協会 約1万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約35万人 協会 約20万人 組合 約15万人 共済等 約1万人	協会 約30万人 組合 約15万人 共済等 約2万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	国保 約180万人	国保 約85万人 協会 約50万人 組合 約25万人 共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人

後期高齢者医療制度から被用者保険に移行する方 約30万人  
被用者保険から市町村国保に移行する方 約120万人  
市町村国保から被用者保険に移行する方 約2万人

# 高齢者の加入する医療保険の運営主体のあり方について

○ これまでの会議において、多くの委員より、高齢者の加入する医療保険の運営主体は都道府県単位とすべきであるとの意見があったが、具体的にどのような運営主体とすることが適切か。

## (1) 都道府県

※(1)・(2)・(4)については、保険料徴収、窓口相談等の業務は市町村が行うことを前提として整理。

### メリット

- 住民の認知度が高い。
- 都道府県知事は住民から直接選ばれているため、責任が明確になる。
- 医療費適正化や医療サービスの提供等の政策と有機的な連携を図ることができる。
- 市町村に助言・勧告する権限があるため、市町村に対する調整機能を発揮することができる。
- 事務を実施する上で、組織内でのノウハウが承継しやすい。

### デメリット

- 市町村に対し必要な指導及び助言を行ってきたが、直接、医療保険の事務を実施してきた実績がない。
- 保険料等の決定については都道府県が行い、市町村は関与しないこととなれば、市町村は、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が問われない状況になるとともに、保険料の収納対策のインセンティブが働かなくなるおそれがある。
- 保健事業については、基本的に市町村が事業を実施することとなるが、きめ細やかな事業展開を図るインセンティブが働かなくなるおそれがある。

## (2) 広域連合(都道府県内のすべての市町村が加入)

### メリット

- 市町村からの出向職員が中心となって事務処理を行うため、保険料決定や保険料徴収等について、広域連合と市町村の密接な連携が可能となる。
- 広域連合議会は、都道府県議会や市町村議会と異なり、高齢者医療に限定した詳細な審議を行うことができる。

### デメリット

- 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。
- 広域連合長は住民から直接選ばれていないので、責任が明確でないとの指摘がある。  
※地方自治法上は、直接公選とすることも可能。
- 市町村に助言・勧告する権限がないため、市町村に対する調整機能が働きにくい。
- 保険料等の決定については広域連合が行い、市町村は関与しないこととなれば、市町村は、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が問われない状況になるとともに、保険料の収納対策のインセンティブが働かなくなるおそれがある。
- 保健事業については、基本的に市町村が事業を実施することとなるが、きめ細やかな事業展開を図るインセンティブが働かなくなるおそれがある。

### (3)市町村

#### メリット

- 住民の認知度が高い。
- 市町村長は、住民から直接選ばれているため、責任が明確になる。
- 保険料等の決定について市町村が行うことから、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が明確になる。
- 事務を実施する上で、組織内でのノウハウが承継しやすい。

#### デメリット

- 高齢化の進展に伴い、高齢者医療費は増大することが見込まれており、市町村単位で財政運営を行うことには限界がある。
- 医療保険制度においては、保険財政規模の広域化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進しているが、こうした取組に逆行する。  
(市町村国保; 保険財政共同安定化事業等の実施、協会けんぽ; 国から都道府県単位の公法人による運営)
- 市町村間において保険料基準にバラつきが生じることとなる。
- 国保と同様に、市町村によっては、一般会計からの繰り入れを行うことによる財政負担が生じるおそれがある。

### (4)国

#### メリット

- 住民の認知度が高い。
- 厚生労働大臣が直接の責任者となるため、責任が明確になる。
- 一律の保険料基準を設けることができれば、全国において、同じ所得であれば、同じ保険料となる。

#### デメリット

- 「中央集権から、地域主権へ」という基本的な流れに逆行する。
- 医療保険制度においては、保険財政規模の広域化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進しているが、こうした取組に逆行する。  
(市町村国保; 保険財政共同安定化事業等の実施、協会けんぽ; 国から都道府県単位の公法人による運営)
- 地域ごとに医療費が異なる中で、国が一律の保険料基準を設けることが適当か。  
※ 後期高齢者医療制度においては、被保険者一人当たりの平均保険料額について、最大約2倍の地域格差があり、全国一律の保険料基準とした場合、著しい保険料の増減が生じる。
- 地域における保健事業等の取組によって、地域の医療費を抑えて保険料率に反映させるといったインセンティブが働かなくなるおそれがある。

# 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い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、低所得者が多い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てつつある段階で、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>

## 各委員の主な意見の概要

### 1 今後の議論の進め方について

- ・ 示されているスケジュールについては、中間とりまとめや法案提出までの期間が短いことを危惧しており、結論の時期を決めずに、十分議論を行う必要がある。(神田委員)
- ・ 現場の声についてアンケートを取るなど配慮すべき。(神田委員)
- ・ 前政権が講じた負担軽減措置は継続すべきだが、これらの激変緩和措置はあくまで経過措置であり不安定であることから、後期高齢者医療制度の廃止はできるだけ急ぐべき。(阿部委員)
- ・ 自治体が自主的に運営するのが、本来の「広域連合」という制度であるが、国の指示で作られた経緯があるものの、国の決めつけで一方的に地方に負担を求める制度にならないよう、都道府県・広域連合・市町村と協議や検討を十分に行うべき。(横尾委員)
- ・ システムのトラブルや制度的な混乱の問題もあったので、次の制度においては、システムの十分な検証と充実を図るとともに、スケジュール等を十分に検討すべき。(横尾委員)
- ・ 現行の制度の法律が平成18年6月に公布され、その後、整備政令・省令が公布されたが、システム改修が遅れた経緯がある。平成25年4月施行を目指すには、新たな制度の政令・省令を早めに出していただく必要がある。(岡崎委員)
- ・ 制度の議論においては、財政調整、公費、保険料や自己負担の負担割合など、各論が対象となりやすいが、制度そのものが負担の公平を実現していくという根本的な考え方の議論が必要である。(堂本委員)
- ・ 後期高齢者医療制度は定着しつつあり、よりよい形に見直すのであれば、社会保障全体がどうあるべきか、費用負担はどうしていくかといった点について、骨太な議論が必要である。(神田委員)
- ・ 地域や家族の問題を含めて、介護保険との連続性や継続性について議論すべき。(樋口委員)
- ・ 介護保険との連携も含めて、包括的な地域社会づくりの視点で検討すべき。(堂本委員)
- ・ 提供される医療の中身、提供体制、人材の育成など、どのような医療を提供するのかという問題について、診療報酬に限らず幅広く議論すべきであり、別の少人数の議論の場が必要である。(近藤委員)
- ・ 新たな制度の検討を行う前提として、データに基づいた議論を行う必要がある。(岩村座長)

- ・ 医療保険制度については、平成14年までの5年間、さらには10年くらい前から集中して議論が行われていると聞き及んでいる。厚労省で検討され、現制度をスタートされるに至った際のプラスの点、マイナスの点についての情報を共有すべき。(横尾委員)
- ・ だれがどこの保険に加入するかという検討に当たっては、高齢世代の医療費をだれが負担するのかという点と、どの保険者に加入した方が効率的な保険運営がなされるのかという点に分けて議論していく必要があるのではないか。(小林委員)

## 2 後期高齢者医療制度等の問題点・利点について

- ・ 制度の移行を短期間で円滑に行うためには、後期高齢者医療制度の利点をどう生かしていくのか、新たに生じた問題をどう解消していくのか、という視点が必要である。(神田委員)
- ・ 後期高齢者の中には、まだ働いて社会で活動している人もいるにもかかわらず、「高齢者の心身の特性」の名の下、すべての後期高齢者を一つにまとめてしまったことが最も大きな問題である。(見坊委員)
- ・ 後期高齢者医療制度は、社会全体の差別解消・格差解消が国際的にも進んできている中で、それに反する制度である。(見坊委員)
- ・ 75歳という年齢で区分する制度は、社会保険の理念や原理原則に反する。(宮武委員)
- ・ 国会での法案審議の段階から、連合は後期高齢者医療制度に反対であると主張してきたので、廃止を前提にした新たな姿の検討については賛成である。(小島委員)
- ・ 高齢者医療確保法の総則の第1条で医療費適正化について規定されているように、後期高齢者医療制度は、医療費抑制を目的としていることに大きな問題がある。(三上委員)
- ・ 現行制度は財政面と医療サービスの提供と2つの問題があった。財政面は凍結されているから問題になっていないだけであり、国の財政は悪化している。医療サービスについても、後期高齢者診療料が実際に僅かしか算定されていないことが示すように、実施されていないから沈静化しているだけと考える。(樋口委員)
- ・ 現行の医療制度は、後期高齢者医療制度、前期高齢者の財政調整、前期高齢者でも70歳以上と未滿で窓口負担が異なること、退職者医療制度、若人の医療保険制度と複数の制度で成り立つ複雑なものであることに問題がある。特に、75歳で区切ることは理解できない。(対馬委員)
- ・ 後期高齢者医療制度は、負担の仕組みが明確で分かりやすくなったという良い点がある。(岡崎委員)
- ・ 後期高齢者医療制度の財政・運営責任の主体や負担のルールを明確にした点については、新制度でも取り入れるべき。(齊藤委員)
- ・ 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を明確にしたことや、運

営主体を定めて財政責任を明確にし、保険者機能を発揮しやすくしたという良い点もある。(小林委員)

- ・ 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が明確になったことや運営主体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、この点は維持すべき。(神田委員)
- ・ 後期高齢者医療制度は定着しており、苦情もほとんどない状況で運営されている。無用な混乱を避けるため、現行制度の根幹や利点は引き継いだ制度設計を行うことが現実的ではないか。(藤原委員)

### 3 新たな制度のあり方について

#### (1) 総論

- ・ 高齢者医療制度に対する世間の反応は敏感である。新たな制度のあり方については、国民の意見をできるだけ反映させるべき。(岩見委員)
- ・ 民主党のマニフェストにおいて、「医療制度への信頼を高める」とあるが、信頼以前にわかりやすさが重要である。(岩見委員)
- ・ 保険料の軽減措置により高齢者の反応は落ち着いてきたが、75歳で区切ることや、「後期」という名称自体に対する国民の嫌悪感が強かった。持続可能で信頼ができる制度設計が大切であり、実際に医療を受けられる方の身になった検討をすべき。(横尾委員)
- ・ 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)
- ・ 必要な医療が必要な人に必要なだけ与えられる社会となるよう、新たな制度を検討するにあたって、この社会をどういう社会にすべきなのかという理念を掲げるべき。(三上委員)
- ・ 20年後、30年後の超高齢社会を見据えて、若い人と高齢者が一緒になって、人それぞれの生き方を大切にした医療制度を考えていくという理想論的なビジョンが必要である。(樋口委員)
- ・ 高齢者の方々が、医療面でどのような場に置かれたら最も幸福感を持って生涯を終えることができるかという視点で考えるべき。(樋口委員)
- ・ 新たな制度における公平感の実現方法として年金制度のように、医療保険制度の加入歴に応じて按分された給付を受ける方法や、国保と被用者保険のあり方を議論することで実質的な公平を実現する方法が考えられるが、その上で、医療を受ける側の公平と、財源構成の公平の2つを担保する必要がある。(堂本委員)
- ・ そのためには、各論から入るのではなく、まず公平な負担制度を設計し、高齢者医療費の総額(グロス)を念頭に置いた上で、公費と保険財源の割合、一部負担額の設

定を考えるべきであり、そうした段取りで議論した結果、総額が大き過ぎる状況であれば、診療報酬や医療費の適正化の手法を考えればよい。医療費の抑制という視点から議論を始めると、国民の納得が得られないばかりか、今まで以上に複雑で、わかりにくい制度になりかねない。政権交代を機会に、高齢社会の将来を見据えた抜本改革に取り組む姿勢が重要。(堂本委員)

- ・ 国民皆保険制度では、世代間の連帯が重要である。現役世代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)
- ・ すべての国民が、現役世代も高齢者もみんなが、本当に公平な制度なのだと思うようなものにするのであれば、政権交代を成し遂げた政権としての姿勢をお示しいただきたい。(堂本委員)
- ・ 国保と被用者保険の一元化については、所得捕捉が異なることなど、極めて問題がある。(対馬委員)
- ・ 今後の取りまとめに関してはヒアリング等の予定もあると思うが、厚生労働省として、関係者の意見も聴いていただいた上での十分な検証と準備について、配慮と対応をお願いしたい。(横尾委員)
- ・ 高齢者医療制度は支え手となる現役世代の医療保険があって成り立つものであり、新制度の検討にあたり、団塊世代が後期高齢者となる 2025 年時点までを見据え、現役世代の医療保険の持続可能性を検証することが必要。(齊藤委員)
- ・ 新たな制度の設計にあたっては、まず、「先はこうなる」という、ゴールのシンプルやビジョン、「同じ都道府県内で同じ所得なら、同じ負担で、同じ給付が受けられる」といった、分かりやすいシンプルなものをきちんと打ち立てる必要がある。しかし、いきなり実現できるものではないため、ゴールを示しつつ、「1 段目、2 段目でこう変わり、負担はこうなる」とつないでいくようなことも出していく必要がある。そうすれば、国民の皆さんも理解し、納得できるのではないか。(横尾委員)
- ・ 新たな制度には意図しない副作用が常にあるものであり、新制度の影響をモニタリングする仕組みを設け、予期せぬ弊害が発生したらそれを軌道修正できるようにすべき。(近藤委員)
- ・ 地域保険としての一元的運用を目指し、最終的に地域保険になっていくということは、職域保険がなくなるということである。国民全体による社会連帯という形でいくことが前提になるのか、また、同時に組合健保を廃止するということになるのか、合意を得るべき。(三上委員)
- ・ 国民が安心してきて、良い医療が受けられるためにどうしたら良いかという議論に戻りながら、長期的に続く制度を考える必要がある。(鎌田委員)
- ・ 本人が被用者保険に加入する場合には、被扶養者も被用者保険に加入することが基本だと思う。(小島委員)

## (2) 制度の基本的枠組み

### ア 池上委員の案について

#### <池上委員のご意見>

- ・ 新たな制度は、国民を現役世代と高齢者世代で二分しないこととし、かつ、全年齢で所得に着目したリスク・負担構造調整を行った上で、保険者に保険者機能を発揮させるためにも、都道府県単位で統合して「地域医療保険」とすべき。これにより、最終的には、同じ都道府県に住む方は、同じ所得なら同じ保険料を支払うこととなるが、調整の過程において、負担が急激に増加する保険者については、激変緩和措置として公費を投入すべき。
- ・ 市町村国保を都道府県単位に統合する際には、保険料の算定方式が異なる点や一般会計からの繰り入れを解消する必要がある。統合に向けた動きとして、既に保険財政安定化共同事業等の再保険事業があり、この事業の効果を検証すべき。
- ・ 保険者の統合については、段階的に行い、国民の反応や現場の状況を見ながら軌道修正していく必要がある。また、地域医療保険と被用者保険の統合については、所得捕捉の問題や保険料の賦課方式の統一、社会保障番号に関する議論が不可欠である。
- ・ 平成30年度の目標として、地域医療保険と協会けんぽを統合する。

#### <各委員のご意見>

- ・ 都道府県単位で年齢・所得調整を行うことは、加入者間の負担の公平性を追求する点では理解できる。(小林委員)
- ・ 都道府県単位で事業所を分割すると、事業主が健康保険の担い手であるという位置づけが薄まり、職場が連帯の基盤であり、事業主が費用負担するという被用者保険制度が成り立たなくなるのではないかと。(小林委員)
- ・ 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)
- ・ 若年者の制度体系については、職域の被用者保険と地域保険の市町村国保による多元的な制度体系が最善である。(対馬委員)
- ・ リスク構造調整を進めると一元化される。保険者の自主性が保てないこと、事業主の協力を得られないこと、保険者機能を発揮しにくいこと等から極めて困難である。(対馬委員)
- ・ 後期高齢者医療制度の廃止後に高齢者・退職者はどこの保険に加入するのか。また、高齢者と若人の保険料算定はどうなるのかが明らかでない。(小島委員)
- ・ 国保と協会けんぽの統合については、所得捕捉の問題もさることながら、現在、事業所を通じて行っている保険料徴収等の事務を、事業所を通さずに行うこととなるが、協会けんぽには地域保険の事務処理に関するノウハウの蓄積がないことから、現時点では極めて困難である。(小林委員)

- ・ 全年齢リスク構造調整は理論的には正しいと思うが、所得捕捉や賦課方式の違いといった問題があり、国保の都道府県単位化よりも実現が困難である。(宮武委員)

#### イ 対馬委員（健保連）の案について

##### <対馬委員のご意見>

- ・ 高齢者の生活実態、年金制度や介護保険制度との整合性から、国民の理解の得られやすい65歳以上の高齢者を対象とした制度とすべき。ただし、年齢で区分しないとする6原則を踏まえ、65歳以上でも働き続ける高齢者とその家族については被用者保険への継続加入を検討すべき。
- ・ 費用負担や運営責任を明確化するために、「別建て」の制度とした上で、高齢者の医療費を若年者が支える仕組みとする。
- ・ 運営主体については、都道府県単位の公法人等とし、保険者機能を発揮できる仕組みとすべき。

##### <各委員のご意見>

- ・ 後期高齢者は国保に戻すべき。65歳以上の独立型には反対である。(阿部委員)

#### ウ 小島委員（連合）の案について

##### <小島委員のご意見>

- ・ 医療保険の運営は、加入者の雇用・所得形態の同一性が重要であり、被用者健保と国保の二本立てを基本とすべき。このため、サラリーマンOBは退職後も引き続き被用者保険が支えるという「突き抜け方式」(退職者健康保険制度)とし、生涯を通じた予防・保健事業など保険者機能を強化する。
- ・ 退職者健康保険制度の運営主体は、協会けんぽが担うこととし、被用者OBの資格、住所等の管理については、日本年金機構からの情報提供、被用者OB本人からの申請等、さらに議論が必要である。また、新制度発足から、新たな対象者を順次、加入していくことも検討すべき。
- ・ 25年以上被用者保険に加入していた方を対象とするが、女性の進出など現在の雇用状況等を勘案して、被用者であった期間を短縮したり、非正規雇用者・失業者を被用者保険の加入対象とすることを検討すべき。国保に加入している被用者世帯を被用者保険に原則加入させることも、併せて進めるべき。
- ・ 市町村国保については、都道府県単位に広域化し、国保連合会や後期高齢者医療広域連合を活用した組織「公法人」で運営を行うべき。
- ・ 70歳以上の医療給付費への公費は5割とし、国保と退職者健康保険制度の高齢者比率に応じて按分すべき。
- ・ 突き抜け型について、サラリーマンがサラリーマンOBのみを支えるだけで良いのかという指摘については、突き抜け型の財政試算で国保の財政がどうなるかを踏まえて、さらに検討すべき。

- ・ 「社会連帯」は、保険料だけでなく、公費（税）を含めた広い視点から考えるべき。
- ・ サラリーマンOBの保険料の半分を、事業主負担に相当する分として現役被用者グループ全体で負担し、支援するという考え方である。（小島委員）

#### <各委員のご意見>

- ・ 協会けんぽが業務委託を受けるという点については、1,100万人規模の個人を事業所という基盤もない中で把握していくことは、協会けんぽには地域保険の事務処理に関する体制やノウハウの蓄積等が全くないことから事実上困難である。（小林委員）
- ・ 非正規労働者等の受け皿でもある国民健康保険を再建し、皆保険制度を維持できる体制を検討する必要がある中で、連合が主張する「突き抜け方式」は、それらの方を見捨てることにならないか、という疑問がある。また、突き抜け方式にする場合、地域保険に加入している退職者を呼び戻すとすれば、いかに過去の職歴を検証するのか、極めて難しい作業になる。（宮武委員）
- ・ 就業構造や雇用環境が変化し、高齢化が進展する中で、突き抜け型は現実的ではない。（対馬委員）
- ・ 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、低所得者層が多い国保の財政が成り立たないのではないかと。（岡崎委員）
- ・ 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、被用者保険内だけの助け合いでよいのか。（三上委員）
- ・ 25年という要件を満たすサラリーマン退職者は男性が極めて多い。男性だけの圧倒的に多い医療保険というのはいかがなものか。（樋口委員）
- ・ 雇用の状況が変化しており、若人の就労形態も変わっている中、一定の職場を中心に考える案というのには疑問である。（見坊委員）
- ・ 最近、若年労働の問題が課題となり、その形態はパートタイムであったりするため、25年に該当しなくなる。広く国民を救える制度にすべきと思う。政権に近い連合として、新進気鋭の案を期待したい。（横尾委員）

#### エ 宮武委員の案について

##### <宮武委員のご意見>

- ・ 国民健康保険は国民皆保険の基盤であり、高齢化が進み定年退職者等が多く加入しても持続可能な制度にする必要がある。人口が少ない市町村において、保険によってリスク分散を行うのは困難であり、ドイツの疾病金庫やデンマークの自治体の例を見ても、保険者を集約せざるを得ない。そのために、都道府県単位の国保とし、

後期高齢者医療制度とドッキングさせるべき。

- ・ 年齢区分を廃止するとなれば、後期高齢者は市町村国保に戻るほかないが、その際は、市町村国保は都道府県単位とし、都道府県が直接運営するのか、都道府県単位の広域連合が運営するのかの選択となる。
- ・ 一定年齢以上の方々の医療費について財政調整を行うとすれば、介護保険制度のように、同じ制度の中で、第1号被保険者（現役世代）、第2号被保険者（高齢者）というような区別が必要である。
- ・ 現役で働く高齢者とその家族については、若年者の各制度に継続して加入する。
- ・ 国保を都道府県単位化することは難しいことではあるが、危機感をもってやらなければならない。高齢者医療制度の課題は、高齢者の大半が加入する国保の課題であり、国保を持続可能な形に集約していくことが時代の要請である。
- ・ 国保の都道府県単位化に時間がかかるようであれば、例えば、まずは75歳以上の高齢者を市町村国保に移行させ、2階建ての財政調整を行い、若人については、一定の期間の中で、都道府県単位に移行していくという段階的な対応を考えるべき。
- ・ 知事会は国保の都道府県単位化に反対していたが、現在、埼玉県、岐阜県、京都府、奈良県、高知県においては、国保の都道府県単位化又は都道府県直営といった構想を出している。意欲がある都道府県が先行して都道府県単位化を進めることを認めてもよいのではないか。

#### <各委員のご意見>

- ・ 高齢者医療の対象者は何歳以上とするのか。また、高齢者と若人の保険料負担の仕組みについて検討する必要がある。（小島委員）
- ・ 国保を都道府県単位化するのは非常に時間がかかる課題であり、5年以内の実現は難しいのではないか。（池上委員）
- ・ 年齢により財政運営の仕組みを分けているが、年齢で区切らないということが出発点ではないか。（池上委員）

#### オ その他の御意見

- ・ 年齢で区分するあり方を見直し、公的年金の受給者を被保険者として制度設計すべき。（齊藤委員）
- ・ 負担ルールを明確化するために、現役世代の医療保険制度と高齢者の医療保険制度は、何らかの形で別建ての制度にすることが必要。（齊藤委員）
- ・ 保険者について、市町村別では財政運営上、小さな村では、危険が高すぎるとすれば、都道府県単位が良い。（鎌田委員）
- ・ 協会けんぽは都道府県単位の保険料率を導入し、都道府県の支部ごとに労使の代表と有識者からなる評議会を設置して幅広い議論を行うなど、地域の実情を踏まえた保険運営を行っている。また、医療提供の体制は都道府県単位で整備されており、

医療サービスも一定程度市町村単位を超えた広域で行われている実態があるので、新しい高齢者医療については都道府県単位とすることを基本として考えていくことが重要。(小林委員)

- ・ 国保は国で一本化するのが一番いいが、それまでの過程として都道府県単位で一本化することが望ましい。(山本委員)
- ・ 企業に勤務しながら市町村国保に加入している被保険者については、制度本来の職域保険に戻すべきであり、職域保険と地域保険の将来的な統合は否定しないが、当面は分立とすべき。(阿部委員)
- ・ 現役として働く高齢者については、若年者の制度への継続加入を検討すべき。(齊藤委員)
- ・ 今後は、雇用されて働く高齢者はじめ多様な働く高齢者が増えていくことを踏まえた医療保険制度のあり方を考えるべき。(樋口委員)
- ・ 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ってくると考えるが、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)
- ・ 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を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)
- ・ 高齢者や退職者の多い国保を被用者保険が支援することにより、公費の伸びを抑えるため、前期の財政調整や後期高齢者医療制度が作られたと認識している。今後、公費負担の在り方、国保、被用者保険を含めた医療保険制度全体の在り方の検討が重要である。また、被用者保険の一部である退職者医療制度をどう扱うかも含めて議論すべき。(小島委員)
- ・ 医療費通知、明細書の義務化、ジェネリックの使用促進など健保組合は保険者機能を発揮してきた。被用者保険だからこそ、被用者・事業主・労働組合のバックアップを得て、新たな取り組みができる。地域保険だけに視点を当てるのは適当でない。(対馬委員)
- ・ 長野県のように健康づくりに取り組んで医療費水準が低い例もあり、地域保険が適切な保険者となれないという考え方は違う。(鎌田委員)
- ・ 当初、老人医療が議論された際の目標は無料化であった。現在は状況が変わっているが、やはり、75歳で線を引くというのであれば、最終的には無料化するといった理想を掲げるべき。(岩見委員)
- ・ 保険料負担の公平性にも、いくつかの視点があるが、社会保険においては裕福な方からは多くの保険料を納めていただくというようなりスク調整の機能は強めるべき。(近藤委員)
- ・ 公平性の視点には保険料だけではなく、健康状態の公平という視点もある。今の

日本には、低所得者の死亡率が高所得者の2~3倍という健康格差がある。基本的人権が守られていない現実を直視して、その是正につながる制度にすべきである。  
(近藤委員)

### (3) 運営主体のあり方

#### ア 都道府県が担うべきとするご意見

- ・ 国保の運営は都道府県単位とすべきであり、市町村では無理。その上で、都道府県か、全市町村が加入する広域連合かとなるが、保険者は都道府県が担うべきである。都道府県が経験や実績がないという指摘については、都道府県と市町村との間で人事交流・出向をすればよい。(阿部委員)
- ・ 現在、47の都道府県後期高齢者医療広域連合が保険者となっているが、これを約1800の市町村に振り分けることは困難であり、新しい制度の運営主体は都道府県が担うべき。(岡崎委員)
- ・ 広域連合は、市町村からの派遣職員で運営しており、人事異動は2年単位であることから、スキルの積み上げが困難。また、都道府県には国保を指導する部署があり、保険者の業務内容について熟知しているため、医療保険に係る事務の実績がないとの指摘は当たらない。(岡崎委員)
- ・ 運営主体は都道府県にすべきであり、人口が少ない市町村では保険が成り立たない。ただし、保険料の徴収は市町村が行うべき。また、一般の方からすると、県庁は敷居が高いイメージが強いので窓口は市町村が行うべき。保険者として都道府県が保険主体としての運営を担い、市町村は個別の対応と役割を担う形がよい。(岡崎委員)
- ・ 介護福祉は市町村のような小さな団体がむしろいい。医療はそうはいかない、医療は高度医療や3次救急のことを考えると都道府県単位の方が医療計画も立てやすい。都道府県が保険者になるのが理にかなっている。都道府県が運営主体になるとすると、保険料の収納率をどう上げるかが課題。都道府県が市町村に協力を求められるよう、国が支援する必要がある。広域連合では難しい。運営主体は都道府県を軸に、池上委員案と宮武委員案を合わせて、最終的に宮武委員の案を詰めていくのがよいのではないかとというのが私の意見。(鎌田委員)
- ・ 広域連合は組織として広く利用者に認知されておらず、新たな制度の運営主体は都道府県とすべき。その際、市町村の責任も明確にすべき。(樋口委員)
- ・ 運営主体を仮に都道府県にした場合のメリットとして、都道府県が現在実施している健康増進事業や医療費の適正化について、医療サービスの提供等の施策と有機的に連携させながら実施できる。広域連合では十分に連携が図りがたい点が問題である。(横尾委員)
- ・ 仮に財政的に国が支援するとなれば、都道府県でも引き受けることができるか。市町村は良い協力・連携体制をとりながら実務をやる。財政は国がサポートする。

そしてより効率的なマネージメントを一緒に作っていくという形であれば、知事会としても了解が得やすいのではないか。(横尾委員)

- ・ 広域連合の財源は市町村ごとの議決を経て支出しているものであり、一概に安定化とは言えないのではないか。また、広域連合自体にも議会等が設置されており、その運営にも事務負担等が発生している。さらに、市町村から派遣される職員は数年で入れ替わるため、必ずしも事務に精通した職員が対応しているとは限らない。(横尾委員)
- ・ 「広域連合又は都道府県が運営主体となる場合には、窓口業務等は市町村が行う」との記載があるが、県民税等の徴収については、市町村に業務委託をしている例もあり、すべて市町村というわけではなく、広域化・一元化の1つのメニューとして、事務のあり方は今後検討する必要がある。(横尾委員)
- ・ 国がどの程度財政支援をして支えることができるかということが明らかになれば、かなりの部分、都道府県としてもやれるのではないかという認識の方が関係担当幹部にもおられるのではないかという感じがする。(横尾委員)
- ・ 「都道府県としても大いにやってみるべきではないか」、「都道府県としても何か関わるようなこともすべきではないか」という意見等が関係者の中にはあり、こういった姿勢には高く敬意を表したい。(横尾委員)

#### イ 広域連合等が担うべきとするご意見

- ・ 現在の後期高齢者医療広域連合をベースに、運営主体を検討すべき。(齊藤委員)
- ・ どのような見直しが行われるにしても、市町村国保が重要な役割を担うことになる。市町村国保においては、保険料が賄えきれずに、一般会計からの繰り入れが行われている。県の役割というものは十分認識しているが、都道府県単位としても市町村国保と同様の問題が発生することから、国が十分に支援しないと、受け皿となり得ない。(神田委員)
- ・ 運営主体の問題は都道府県と市町村が対立する問題ではない。まず、国がどう関わり、どのような財政の仕組みでやるのか、どのように財源補填をするのか、覚悟を示すべき。(神田委員)
- ・ 福祉分野では市町村が重要な役割を担っている。市町村が行う健康相談や健康診査は医療保険とも関係の深いものであるし、保健センター等も整備されている。都道府県の役割はそれをフォローしていくことではないか。(神田委員)
- ・ 資料に掲げられているメリット・デメリットが形式的ではないか。デメリットにも改善可能なものと重大なものがある。(神田委員)

#### ウ 検討の視点に関するご意見

- ・ 運営主体については、制度論ではなく利用者の視点から検討すべき。都道府県単位の広域連合が役割を担うことも考えられるが、どこが一番サービスを提供するの

に適しているのかという視点から制度設計をすべき。(堂本委員)

- ・ 運営主体については、いくつかの視点から見た考え方がある。財政面からの視点では、大きな単位ということがある。住民の健康状態の確保からの視点では、基礎自治体のきめ細かなサービスがある一方で、都道府県の広域的な健康増進の取組がある。被保険者の利便性、窓口の利用、保険料の収納などについて、都道府県と市町村がいかに協力して高齢者医療制度を支えていくのかという考え方が必要である。(岩村座長)
- ・ 保険者の統一化という点では、京都府での新しい試みなどがあり、その状況など最新の情報も共有すべき。(横尾委員)
- ・ 新制度の受け皿として想定される市町村国保の有様に深く踏み込んだ議論は、十分な時間をかけて行うべき。(神田委員)
- ・ どこが運営主体となるかによって議論が相当変わってくる可能性がある。少なくとも保険の財政運営上の単位としては、保険の数理係数上の原理からしても、まず都道府県単位での広域化は避けて通れないのではないかと。については、市町村国保の都道府県単位化による広域化についても、この会議で十分に議論いただきたい。(藤原委員)
- ・ 市町村国保の広域化は避けられない。国保制度を守っていかないと国民医療は支えきれない。(岡崎委員)
- ・ 市町村国保の広域化について、社会保障審議会医療保険部会とこの改革会議とでは議論の中身に大きなギャップや齟齬があり、また進捗にも大きな差がある。部会と改革会議の広域化の考え方をどう捉えたらいいのか、大変戸惑っている。(神田委員)

#### (4) 費用負担のあり方

##### ア 公費について

- ・ 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が、約7割の国保が単年度赤字であり、約3,800億円を一般財源から繰り入れている現状がある。このため、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、国保の財政基盤を強化すべき。(岡崎委員)
- ・ 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)
- ・ どういう制度設計をするにしても、公費の負担増を検討していくということではないと、医療保険制度全体の持続可能性はない。(小島委員)
- ・ 今の費用負担の方法では現役世代の保険料が過剰なものとなっている。今後の新しい制度の財源負担を考える場合には、公費を増やしていくという方向がないと、現役世代の負担がますます過重になっていくと考えている。この点は、制度を議論

する大前提として強調しておきたい。(小林委員)

- ・ 社会全体で支える公費の割合と現役世代を中心とする保険料部分の負担割合についても、固定化せずに高齢化の進展に応じて公費を増やすような調整の仕組みの導入を検討すべき。(小林委員)
- ・ 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)
- ・ 新たな制度においては、介護保険と同様、5割の公費を投入すべきである。公費以外の部分は、高齢者と若年者の人数比で按分し、それぞれが保険料を負担する。(対馬委員)
- ・ 健保組合等の支援金・納付金の負担は、保険料収入の45.2%と過重であるので、前期高齢者の層にも5割を目途とする公費投入を目指すべきである。また、財政事情の厳しい健保組合への財政支援の継続、強化が不可欠である。(対馬委員)
- ・ 65歳から74歳までの前期財政調整の仕組みを75歳以上に拡大し、75歳以上の方の医療費の5割に公費を投入すべき。(阿部委員)
- ・ 今後の高齢者医療費の見通しを踏まえると、その財源について深刻な事態が生じることが考えられるため、将来の恒久的な財源の確保が重要であり、国における財政負担を明確に示すべき。(知事会(西川代理))
- ・ 今後の少子高齢化の進展を考えると、公費の拡大をお願いせざるを得ない。(樋口委員)
- ・ 高齢化の進行に伴い増え続ける医療費の負担に対し、公費の役割の拡大を明確に位置付けた上で議論を進めていく必要がある。(小林委員)
- ・ 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)
- ・ 公費の投入については、所得捕捉することや、消費税を議論しなければ前に進まないのではないか。(横尾委員)
- ・ これからの社会保障制度を支える財源のあり方については、公費においてもできるだけ特定の世代に偏らない負担ということが重要である。社会保険料と同様の現役世代の賃金に着目した税と、各世代において幅広く負担する税を併せて考えていくことが今後の社会保障の安定的な運営には大事である。(小林委員)
- ・ 高齢者医療制度の見直しにあたり、真水の公費投入を拡大するという方向性について、委員の間で認識を共有したい。(齊藤委員)
- ・ 健保組合では、自分たちが集めた保険料の半分をそれ以外の方々に拠出するということであると、事業主、被保険者の納得を得るのは難しいという状況もある。そういうことも含めて、国費の投入ということを含めて、全体的に共有すべき。(対馬委員)
- ・ 試算の中では、公費負担が減り、国保の負担が増えることとなっている。公費負担減少の理由は、総報酬割の導入を前提としているが、実施可能なのか疑問である。

その場合、国保の過大な負担は、どこから補填するのか。(岡崎委員)

イ 若人の保険料について

- ・ 高齢者医療を支える各制度間での負担のあり方については、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)
- ・ 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)
- ・ 被用者保険は国保に比べて、一般的に若人が多く、所得水準が高く、さらに一人当たり医療費が安いなど、相対的に恵まれた保険運営環境にある。したがって、国民皆保険の基盤となっている国保に高齢者が加入するのであれば、被用者保険からの財政調整による支援が不可欠であり、現在の加入者数に応じた調整ではなく、所得を考慮した負担能力に見合った財政調整を行うべき。(知事会(西川代理))
- ・ 支援金のあり方については、高齢者の医療費を社会全体で支えるという観点から、各医療保険制度間で公平に負担することとなるよう、被用者保険者間は総報酬按分とすべき。(小林委員)
- ・ 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い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)
- ・ 若人の保険料については、65歳以上に5割の公費投入を前提として、被用者保険者内は、保険者の負担能力に応じた負担とすべきであるが、総報酬割については、予算や公費の節減の観点ではなく、制度論としての公平性・納得感・整合性・経緯という観点から、本当に総報酬割がいいのかどうかを議論すべき。その際は、原則、65歳以上が給付対象で、(保険料について)総報酬割をしていない介護保険制度との関係も考慮すべき。(対馬委員)
- ・ 総報酬割を導入すると、現在の前期高齢者の財政調整制度における医療費適正化に対する保険者のインセンティブを働かせる仕組みがなくなってしまうという問題もある。さらに、総報酬割を導入する場合には、従来以上に所得の把握を厳格に行う仕組みが必要である。(対馬委員)
- ・ 経済が活性化して保険料収入が増加するといった良い循環を作るためにも、現役世代のやる気と活力が重要である。若人において高齢者医療制度への抛出感が過大なものとなり、活力をそぐような事態とならないような仕組みとすべき。(齊藤委員)
- ・ 現役世代にとって過度に重い保険料負担にならないような制度改革をお願いしたい。(齊藤委員)
- ・ 保険者や団体を代表する方が、それぞれの立場で発言しているが、医療保険制度の議論においては社会連帯の理念が重要であり、それぞれの保険者が集めた保

険料は、国民全体のものであるという考え方の下に議論を行う必要がある。(三上委員)

- ・ 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)
- ・ 企業においても、法人税や社会保険料により社会保障制度を支えている。これら企業の負担についての国際比較等も踏まえて議論すべき。(知事会(西川代理))

#### ウ 高齢者の保険料について

- ・ 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)
- ・ 高齢者の方々から、応能負担とか応益負担という意見が出るということに敬服する。(対馬委員)
- ・ 収入のある高齢者は、応分の負担をして、ただ乗りする気などは決してない。(樋口委員)
- ・ 高齢者の保険料については、若人と高齢者の負担の透明性が確保された仕組みとすべき。(対馬委員)
- ・ 保険料及び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)
- ・ 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)

#### エ 患者負担について

- ・ 新たな制度においては、必要な医療を保障し、65歳以上の方は原則として9割給付とすべき(1割負担とする)。(阿部委員)
- ・ 65歳未満の窓口負担についても、現行の3割負担というのは非常に高すぎるので、2割負担にすべき。(阿部委員)
- ・ 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)
- ・ 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))
- ・ 現在の窓口負担、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)

- ・むしろ70歳以上については1割負担ということで、高齢者の窓口負担を軽減することを基本的に考えるべきではないか。(小島委員)
- ・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。しかし、調べてみると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り、必要な医療が抑制されていると考えられる。また、病院で治療費を支払わない方が増加しており、公立病院では自治体の税金を投入して支えている実態もある。自己負担が大きいことも治療費未払いの原因の一つになっている。したがって、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)
- ・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かもしれない。まず2割にして、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)
- ・応益負担の問題では、窓口負担があるが、これについては年齢によって病気がちの方、何度も病院にかかるような方については、窓口負担は一定程度引き下げることが適当である。(三上委員)

#### ※ 財源構成の試算について

- ・国保が負担増となり、財政がもたない。国保の財政基盤をしっかりと確立させる方向で整理すべき。(岡崎委員)
- ・基本的な考え方の6原則にあるように、国保の負担増に配慮するという観点から、一定の工夫が必要である。そうでなければ、都道府県が運営主体となることも困難ではないか。(横尾委員)
- ・75歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入する場合には、国保は負担が増加するが、ほぼ同額が負担減となる公費を充てることとすれば、それほどひどい負担増にはならない。しかしながら、今後の急速な少子高齢化の中にあっては、公費を段階的に投入し、被用者保険を中心として保険料の負担増を抑えていくという仕組みを導入しなければ、被用者保険側は納得しないのではないか。(宮武委員)
- ・65歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入する場合には、国保及び公費の負担が大幅に増加するが、その財源を確保するには消費税率を1%増加させる必要があり、短期間での実現は極めて難しいのではないか。(宮武委員)

#### オ 将来推計について

- ・新たな制度を中長期的な観点から考える上で、高齢者の医療費の推移、保険区分ごとの医療費・公費負担・保険料・支援金等の将来推計を踏まえて、議論すべき。(神田委員)
- ・医療保険制度の抜本的な改革を行うのなら、医療費の将来推計をきちんと踏ま

えて議論すべき。(山本委員)

- ・ 持続性という意味から、現時点のみならず、団塊世代が後期高齢者となる2025年時点までの財政影響をしっかりと見て検討していきたい。(齊藤委員)
- ・ 足元だけの議論ではなく、2025年までの試算を踏まえて議論すべきだ。(対馬委員)
- ・ 将来の医療費の負担や現役世代の負担の水準がどうなるかという将来の負担の推計も、複数のシナリオで示していただくことが必要である。(小林委員)

#### (5) 保険料、給付等のあり方

- ・ 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)
- ・ 税制改正で65歳以上の年金の老年者控除が廃止され、公的年金等控除の最低保障も減額された結果、住民税が上がり、国保料や介護保険料が上がっており、これは元に戻すべき。(阿部委員)
- ・ 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)
- ・ 国民健康保険をベースにした受け皿となれば、世帯単位という流れではないか。(小島委員)
- ・ 75歳以上は個人で保険料を払っているが、国保は基本的に世帯単位での保険料賦課になるので、ここもどういう調整をしていくか、技術的に難しい問題もある。(岡崎委員)
- ・ 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)
- ・ 地域保険で国民健康保険の方が受け皿となれば、現在の世帯単位での上限の見直しも必要ではないか。(小島委員)
- ・ 国保の賦課の上限は職域保険と均衡するように引き上げるべき。(阿部委員)
- ・ 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ではないか。(樋口委員)
- ・ 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)・ 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)
- ・ 現在の保険料の徴収のあり方として、年金天引きかあるいは口座振替の選択。これは、本人の同意を前提にするべきであるので、基本的には年金天引きにする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)
- ・ 負担の公平と給付の平等を図ることについては、委員全員の理念として一致しているのではないか。(三上委員)
- ・ 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

る。(樋口委員)

- ・ 女性の立場からは、夫が亡くなり被扶養関係がなくなると負担が増えてしまうという二重の問題が起こってくる。(樋口委員)

#### 4 高齢者のための医療サービス等について

- ・ 本会議においては、各論的な議論はできないが、高齢者に関わりの深い医療サービスの基本的な考え方については議論すべき。(近藤委員)
- ・ 診療や健康診断についても年齢による区分はしないことを明確にすべき。(阿部委員)
- ・ 医療サービスや保健サービスについては、高齢者と現役世代で基本的に差をつけるべきではない。(対馬委員)
- ・ 新たな制度の枠組みについては、6つの原則に則って議論することになる。医療サービス全般については、別途議論する必要があるが、高齢者にふさわしい医療の考え方については、この会議で打ち出すべきである。(宮武委員)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ かかりつけ医を制度として導入するには、まだ無理がある。(阿部委員)
- ・ 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)
- ・ 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、看取することができるような体制に変えていくべき。(宮武委員)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ それぞれの地域において、入院に頼り過ぎることなく、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重要である。(神田委員)
- ・ 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

# 新たな高齢者医療制度に係る地方公聴会の開催について

○ 新たな高齢者医療制度の検討に際しては、高齢者をはじめ国民の方々のご意見を丁寧に伺いながら進めることとしており、以下のとおり地方公聴会を開催する。

## 【地方公聴会の概要】

(1) グループ討議方式(高齢者医療制度改革会議の「中間とりまとめ」前(8月上旬))

会場	開催日	定員
厚生労働省講堂	8/7(土)	100名

### ○プログラム

- ① 高齢者医療制度改革会議における「中間とりまとめ(案)」の概要等について解説。
- ② グループ(16名×6グループ程度)ごとに、主な論点等についての討議を行う。

(2) 全体討議方式

I. 高齢者医療制度改革会議の「中間とりまとめ」前(8月上旬)

開催ブロック	開催地	会場	開催日	定員
九州	福岡	アクロス福岡	8/2(月)	900名
北海道・東北	仙台	楽楽楽ホール	8/4(水)	600名
近畿	大阪	中央公会堂	8/10(火)	1,100名

### ○プログラム

- ① 高齢者医療制度改革会議における「中間とりまとめ(案)」の概要等について解説。
- ② 参加者からの意見及び事前に寄せられた意見を紹介し、回答するとともに、参加者から意見発表を行い、意見交換。

II. 高齢者医療制度改革会議の「最終とりまとめ」前(10月上旬)

開催ブロック	開催地	会場	開催日	定員
東海・北陸	名古屋	ウィルホール	10/1(金)	800名
中国・四国	広島	中国新聞ホール	10/2(土)	600名
関東・信越	東京	新宿文化センター	10/5(火)	1,800名

る医療崩壊を防止するために医療費総額を拡大し、診療報酬をさらに引き上げるべき。  
(阿部委員)

- ・ 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は重要である。(神田委員)
- ・ 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)
- ・ 都道府県別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競争がきちっと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)
- ・ 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)
- ・ 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り組みとなり、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)
- ・ 5年後には後期高齢者支援金について10%の加算・減算という措置が導入されることになっているが、加算・減算の仕組みはやめるべき。(小島委員)
- ・ 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)
- ・ 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))
- ・ 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)
- ・ 保健サービスについて、「サービスは受けるもの」という認識があるが、「国民の健康の維持」というのは、受けるものでも、与えるものでもなく、国民一人ひとりが自ら育まない限りできないものである。サービスという言葉をそのまま本当に使って良いのかとも感じている。(横尾委員)
- ・ ジェネリック医薬品の使用促進のパイロット事業として、後発医薬品を使うと費用が軽減される通知を広島支部の加入者に送らせていただいた結果、約2割の方が先発医薬品から後発医薬品に切替えている。今年度は、この事業を全国展開しているが、広域連合でも国の支援をいただいて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)