

## 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)

## 2 後期高齢者医療制度等の問題点・利点について

- ・ 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歳以上と未満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)

- ・ 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)

### 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当たって、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)
- ・ 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在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。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)
- ・ 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)

## (2) 制度の基本的枠組み及び運営主体のあり方

- ・ 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。そのために、後期高齢者医療制度と市町村国保と2つの地域保険が併存するのは問題があるので、都道府県単位の市町村国保とし、後期高齢者医療制度とドッキングすべき。(宮武委員)
- ・ 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)
- ・ 保険者について、市町村別では財政運営上、危険が高すぎるとすれば、都道府県単位が良い。(鎌田委員)
- ・ 県内の市町村国保を統合する場合の問題点として、所得の捉え方が異なる点、保険料の算定方式が異なる点を解消しなければならない。統合に向けた動きとして、保険財政安定化共同事業などの再保険事業がある。この事業の効果を検証する必要がある。(池上委員)
- ・ 協会けんぽについては、所得と年齢によって財政調整している。市町村国保については、医療費については財政調整しているが、年齢について財政調整していない。後期高齢者医療制度については、所得については調整しているが、各都道府県の平均年齢に格差がないため調整していない。よって、国民を現役世代と高齢者世代とで二分する制度としないためには、協会けんぽの様に都道府県ごとの年齢構成の相違を財政調整する必要である。(池上委員)
- ・ 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)
- ・ 現行の広域連合は1年ごとに市町村からの職員が入れ替わる状況である。都道府県単位の保険者としては、都道府県とすべき。(岡崎委員)
- ・ 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。(樋口委員)

- ・ 新たな制度の運営主体は、都道府県とすべきと考える。新制度への移行時に体制上困難だということでも2年後なら2年後に都道府県とすることを法律に明記すべき。(阿部委員)
- ・ 保険者については、都道府県単位を念頭に行政から独立した公法人とし、保険者機能を発揮できるしくみとすべき。(対馬委員)
- ・ 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)
- ・ 都道府県はこれまでも市町村に対して指導監督を行ってきた経験があり、制度についても熟知されているため、事務処理に関するノウハウの蓄積がないというのは、必ずしも当てはまらない。(横尾委員)
- ・ 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)
- ・ 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と。また、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)
- ・ 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)
- ・ 今後は、雇用されて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)
- ・ 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ことを検討すべき。(阿部委員)
- ・ 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。65歳以上でも働き続ける高齢者(家族)は被用者保険に加入させることを検討する余地がある。(対馬委員)
- ・ 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。(小島委員)
- ・ サラリーマン〇B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べき。(小島委員)
- ・ 被用者保険については、市町村国保に加入している非正規労働者や失業者を被用者保険に加入させることについて検討すべき。(小島委員)
- ・ 市町村国保については、都道府県単位に広域化し、公費を重点的に投入すべき。(小島委員)
- ・ 非正規労働者等の受け皿である国民健康保険を再建し、皆保険制度を維持できる制度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、それらの方をにおいてけぼりにするという点で疑問がある。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、過去の職歴を探す作業は大変なものになる。(宮武委員)
- ・ 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)

### (3) 費用負担のあり方

- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 支援金は基本的に人数割となっているが、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。(対馬委員)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 廃止が前提で、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)
- ・ 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)
- ・ 老人保健制度や後期高齢者医療制度が創設された経過を見ても、突き詰めれば高齢者と

無職の方が多く国保の財政問題であり、被用者保険はそれを支援してきた。国民健康保険と被用者保険のあり方をもう一度考えるべき。(小島委員)

- ・ 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)
- ・ 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案分し、それぞれが保険料を負担する。(対馬委員)

#### (4) 保険料、給付等のあり方

- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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る。(阿部委員)
- ・ 新たな制度の給付は必要な医療を保障し、70歳未満は8割給付、70歳以上は9割給付とすべき。(阿部委員)
- ・ 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)

#### 4 高齢者のための医療サービスについて

- ・ 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)
- ・ 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)

- ・ 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、せつ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、高齢者に必要なリハビリについても検討すべき。(樋口委員)

## 5 現行制度における対応について

- ・ 次期保険料率の上昇抑制のため「財政安定化基金」を活用する措置が案として出ているが、年明け2月頃には広域連合議会において保険料率の審議が必要となる。「決まっていないものを可決していいのか」という議論にならないよう、国の予算措置・法改正、都道府県の議決などの「確たるもの」または、「間違いなくこうなる」、「国としてここまでやる」という「担保」が必要である。(横尾委員)
- ・ 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)