

## 4. 医療サービス

# 後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方

～平成19年4月11日 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会～

## 後期高齢者の心身の特性

- 1 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患(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、認知症の問題が見られる。
- 3 新制度の被保険者である後期高齢者は、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となる。

## 基本的な視点

- 1 後期高齢者の生活を重視した医療
- 2 後期高齢者の尊厳に配慮した医療
- 3 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

## 後期高齢者医療における課題

- 1 複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要。
- 2 慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考えることが必要。
- 3 複数医療機関を頻回受診し、検査や投薬が多数・重複となる傾向。
- 4 地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要。
- 5 患者自身が、正しく理解をして自分の治療法を選択することの重要性が高い。

## 後期高齢者にふさわしい医療の体系

- 1 急性期入院医療にあっても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要
- 2 在宅(居住系施設を含む)を重視した医療
  - ・ 訪問診療、訪問看護等、在宅医療の提供
  - ・ 複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
  - ・ 医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携
- 3 介護保険等他のサービスと連携の取れた一体的なサービス提供
- 4 安らかな終末期を迎えるための医療
  - ・ 十分に理解した上での患者の自己決定の重視
  - ・ 十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制

後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬については、この「基本的考え方」に基づき、今後、診療報酬体系の骨子を取りまとめるべく検討を進める。

# 平成22年度診療報酬改定の基本方針

平成21年12月8日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

抜 粋

## I 平成22年度診療報酬改定に係る基本的考え方

### 2. 改定の視点

- また、患者の視点に立った場合、質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるが、これを実現するためには、国民一人一人が日頃から自らの健康管理に気を付けることはもちろんのこと、生活習慣病等の発症を予防する保健施策との連携を図るとともに、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。  
このため、「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

## II 平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点から）

### (3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- 患者一人一人の心身の状態にあった質の高いサービスをより効率的に受けられるようにするためには、医療と介護の機能分化と連携を推進していくことなどが必要であり、医療機関・介護事業所間の連携や医療職種・介護職種間の連携などを推進していくことが必要である。
- このため、質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進や、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価について検討するべきである。
- その際には、医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価についても検討するべきである。

## III 後期高齢者医療の診療報酬について

- 75歳以上の方のみに適用される診療報酬については、若人と比較した場合、複数の疾病に罹患しやすく、また、治療が長期化しやすいという高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられたものであるが、行政の周知不足もあり、高齢者をはじめ国民の方々の理解を得られなかったところであり、また、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになったところである。
- このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとするべきである。

# 平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 **+0.19%**(約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) **+1.55%**(約5,700億円)

医科 **+1.74%**  
(約4,800億円)

入院 **+3.03%**  
(約4,400億円)  
外来 **+0.31%**  
(約400億円)

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

歯科 **+2.09%**(約600億円)

調剤 **+0.52%**(約300億円)

薬価等 **▲1.36%**(約5,000億円)

## 社会保障審議会の「基本方針」

### 1. 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減

### 2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

### 3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

## 重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

## 後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

# 後期高齢者医療の診療報酬について

## 後期高齢者診療料関連の点数の廃止

- ・心身全体の管理を行う担当医の評価は高齢者に限って行われるべきでない
- ・本点数と機能が重複している生活習慣病管理料を全年齢対象とする

後期高齢者診療料 600点 → 廃止

## 後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない

後期高齢者終末期相談支援料 200点 → 廃止

## その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

### ➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

(退院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 → 歯科疾患在宅療養管理料

後期高齢者退院時薬剤情報提供料

薬剤管理指導料退院時服薬指導加算

} → 退院時薬剤情報管理指導料



### ➤ その他の見直し

(例) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止 (栄養サポートチーム加算で対応)

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)

# 平成22年度診療報酬改定における主要改定項目について

## V 高齢者医療の診療報酬についての診療報酬について

### 第1 基本的な考え方

社会保障審議会医療保険部会において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとされた。この方針に基づき、診療報酬体系において「後期高齢者」という名称を削除するとともに、各項目の趣旨・目的を踏まえた見直しを行い、原則として対象者を全年齢に拡大する。

### 第2 具体的な内容

#### 1. 対象者を全年齢に拡大する項目

##### (1) 医科診療報酬における項目

##### ① 後期高齢者特定入院基本料

後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を全年齢に拡大する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により当該入院基本料の算定ではなく従来どおりの出来高による算定も可能とする。

「重点課題2-1-①」の第2の5. を参照のこと。

→ (参照) 5. 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料の算定ではなく、従来どおりの出来高による算定も可能とする。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者特定入院基本料】 (1日につき)</p> <p>[対象者]</p> <p>特定患者 (高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者 (以下「後期高齢者」という。)) である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者 (別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。))</p>	<p>【特定入院基本料】 (1日につき)</p> <p>[対象者]</p> <p>特定患者 (当該病棟に90日を超えて入院する患者 (別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。))</p>

##### ② 薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算

現在、入院中又は入院外において使用又は投薬された主な薬剤や副作用の情報を、薬剤の重複投与や副作用の防止等の観点から、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳 (いわゆる「お薬手帳」) に記載し、地域の医療機関や薬局で共有し、管理できるようにする取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。ただし、必ずしも「お薬手帳」への記載を要しない場合もあることから、患者の求めがあった場合にのみ算定することとする。

現 行	改定案
<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <p>注2 後期高齢者手帳記載加算 5点</p> <p>後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>	<p>【薬剤情報提供料】 10点</p> <p>注2 手帳記載加算 3点改</p> <p>処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>

③後期高齢者退院時薬剤情報提供料

後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理が退院後にも継続的に行えるような取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大するとともに、現在では同趣旨の評価であるため併算定できないこととされている薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算と統合した評価とする。

現 行	改定案
<p><b>【後期高齢者退院時薬剤情報提供料】</b> 100点</p> <p>注 後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合には、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p><b>【薬剤管理指導料】</b> 注 退院時服薬指導加算 50点 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、加算する。</p>	<p><b>【退院時薬剤情報管理指導料】</b> 90点 改</p> <p>注 患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合には、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>（廃止）</p>

④後期高齢者処置及び後期高齢者精神病棟等処置料

医療機関において褥瘡等を予防する取組を促進するため、入院期間が1年を超える後期高齢者に対して褥瘡等の処置を行った場合の費用を現行上包括評価としている。

こうした長期の入院医療を要する患者における褥瘡等の予防は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者処置】  (1日につき) 12点  注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>【後期高齢者精神病棟等処置料】  15点  注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）  (1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満  (2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置  (1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満  (2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p>	<p>【長期療養患者褥瘡等処置】  (1日につき) 24点 改  注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】  30点 改  注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。）  (1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満  (2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置  (1) 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満  (2) 500cm<sup>2</sup>以上 3,000cm<sup>2</sup>未満</p>

(2) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（歯科診療報酬）

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理を行うため、後期高齢者口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

「Ⅲ-5」の第2の3. を参照のこと。

→（参照）3. 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の廃止及び歯科疾患在宅療養管理料の新設

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その心身の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理の評価を行うため、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（月1回）180点 → 廃止

新 歯科疾患在宅療養管理料（月1回）  
在宅療養支援歯科診療所の場合 140点  
（口腔機能管理加算 50点）  
その他の場合 130点



[算定要件]

- (1) 在宅療養支援歯科診療所又はその他の歯科保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、在宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な患者に対して歯科訪問診療料を算定した場合であって、歯科診療を行うに当たり、当該患者の心身の特性や、歯科疾患の状態、口腔機能の状態、総合的な医療管理の必要性等を踏まえ、継続的な管理を行う必要がある患者を対象とする。
- (2) 患者又はその家族の同意を得て、管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合又は1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供した場合に月1回に限り算定する。
- (3) 2回目の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料の算定月の翌月以降月1回に限り算定する。
- (4) 管理計画書には、患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、実施した検査結果の要点等の情報を記載する。
- (5) 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が当該患者の口腔内の状態に応じて口腔機能評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理を行った場合には、口腔機能管理加算として、月1回に限り所定点数に加算する。
- (6) 歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料及び歯科矯正管理料は別に算定できない。

(3) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（調剤報酬）

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

「Ⅲ-7-④」を参照のこと。

→（参照）④ 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し

第1 基本的な考え方

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料（患者の薬歴を踏まえた上での薬剤に関する基本的な説明と服薬指導に対する評価）と薬剤情報提供料（「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することに対する評価）を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別個の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

第2 具体的な内容

現 行	改定案
<p>【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】            (処方せんの受付1回につき) 35点            注 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。            イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと            ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと            ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】            (処方せんの受付1回につき) 30点            注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。            イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと            ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと            【薬剤情報提供料】            (処方せんの受付1回につき) 15点            調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回(処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回)に限り算定する</p>

2. 特に議論のあった項目

(1) 後期高齢者診療料関連

重複疾患を有しやすい等の後期高齢者の特性に配慮し、心身全体の管理を行う担当医の評価を行ったものであったが、こうした取組は高齢者に限って行われるべきものでないことから、廃止する。

その上で、本点数と機能が重複している生活習慣病管理料について、年齢要件を廃止し、全年齢を対象とする。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者診療料】            (1月につき) 600点</p>	(廃止)
<p>【後期高齢者外来患者緊急入院診療加算】            (入院初日) 500点</p>	(廃止)
<p>【後期高齢者外来継続指導料】            (退院後最初の診療日) 200点</p>	(廃止)

(2) 後期高齢者終末期相談支援料関連

終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民からも望まれているものの、それを診療報酬上評価することについては国民的合意が得られていない。こうした検証結果を踏まえ、現在凍結されている後期高齢者終末期相談支援料を廃止する。

現 行	改定案
【後期高齢者終末期相談支援料（医科）】 （1回限り） 200点	（廃止）
【後期高齢者終末期相談支援料（調剤）】 （1回限り） 200点	（廃止）
【後期高齢者終末期相談支援加算】 （1回限り） 200点	（廃止）

3. 例外的な見直しを行う項目

(1) 診療所後期高齢者医療管理料

有床診療所における初期加算の新設、医師配置加算の見直し、入院基本料等加算の拡充に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。なお、当該点数を算定していた有床診療所については、介護保険サービスにおける短期入所療養介護の施設基準を満たすことから、引き続き同様のサービスを提供することが可能である。

「重点課題1-3-②」の第2の1.の(4)を参照のこと。

→（参照）有床診療所の一般病床が有する後方病床機能の評価

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

(2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

今回改定で新設される栄養サポートチーム加算において、低栄養の高齢者に対する栄養管理の評価を含んでいることから、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

「重点課題2-1-②」の第2の2.(2)を参照のこと。

→（参照）(2) 栄養サポートチーム加算の新設に合わせ、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

(3) 後期高齢者総合評価加算

病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

「Ⅲ-6」の第2の1.を参照のこと。

→（参照）1. 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者総合評価加算】            (入院中1回) 50点            保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>	<p>【総合評価加算】 改            (入院中1回) 50点            保険医療機関が、入院中の患者（65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者であって介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限る）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、<u>退院後の介護サービスの必要性等</u>について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>

(4) 後期高齢者退院調整加算

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

「重点課題2-3-①」の第2の2. を参照のこと。

→(参照) 2. 主に急性期医療を担う病棟における退院調整加算の新設

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。

改 急性期病棟等退院調整加算1 140点(退院時1回)  
 急性期病棟等退院調整加算2 100点(退院時1回)

[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料(いずれも特定入院基本料を除く。)を算定している患者。

[算定要件]

適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算2:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

## 5. 保健事業等

# 後期高齢者の健康診査について

老人保健法(～H19)

高齢者医療確保法(H20～)

名称	基本健康診査
対象	40歳以上
実施主体 〔補助先〕	市町村(実施義務)
費用負担	国1/3、県1/3、市町村1/3

特定健康診査
40～74歳
医療保険者(実施義務)
国1/3、県1/3、保険者(国保)1/3 ※医療保険者が市町村国保の場合
後期高齢者の健康診査
75歳以上
広域連合(努力義務)
国庫補助(1/3):44.8億円(H22年度)
国1/3、残りは県又は市町村又は保険料 ※本人負担は各自治体で設定

この他に、健診経費に補助をする市町村への地財措置あり。:44.8億円(H22年度)

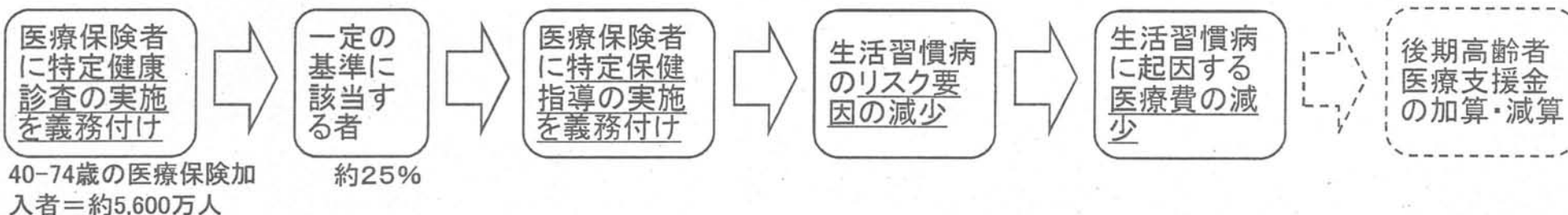
# 特定健診・特定保健指導について

## 基本的な枠組み

- 医療保険者(国保・被用者保険)に対し、40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づけ(平成20年度より)。

## 主な内容

- 各医療保険者は、作成した特定健康診査等実施計画に基づき、計画的に健診・保健指導を実施
- 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底を図る。
- 被用者保険の被扶養者等については、地元の市町村で健診・保健指導を受けられるよう配慮
  - ⇒ 医療保険者は、集合契約等により、市町村国保における事業提供の活用が可能(費用負担及びデータ管理は、利用者の属する医療保険者が行う)
  - ⇒ 都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって、効率的なサービス提供がなされるよう、各医療保険者間の調整や助言を行う。
- 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。また、被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供する。
- 市町村国保や被用者保険(被扶養者)の健診について、一部公費による支援措置を行う。



# 特定健康診査と75歳以上の健康診査の健診項目比較

○ 75歳以上の健康診査の健診項目については、腹囲の計測を除き、特定健診と同様。

健診項目		特定健診	健康診査(75歳以上)
問診	服薬歴、既往歴、生活習慣に関する項目	○	○
	自覚症状等	○	○
計測	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	血圧	○	○
	腹囲	○	
診察	理学的所見(身体診察)	○	○
脂質	中性脂肪	○	○
	HDL	○	○
	LDL	○	○
肝機能	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
代謝系	空腹時血糖	■	■
	ヘモグロビンA1c	■	■
尿・腎機能	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
貧血検査 (血液一般)	血色素量	●	●
	赤血球数	●	●
	ヘマトクリット値	●	●
心機能	心電図検査	●	●
眼底検査	眼底検査	●	●
医師の判断	医師の判断欄の記載	○	○

○: 必須項目

●: 医師の判断に基づき選択的に実施する項目

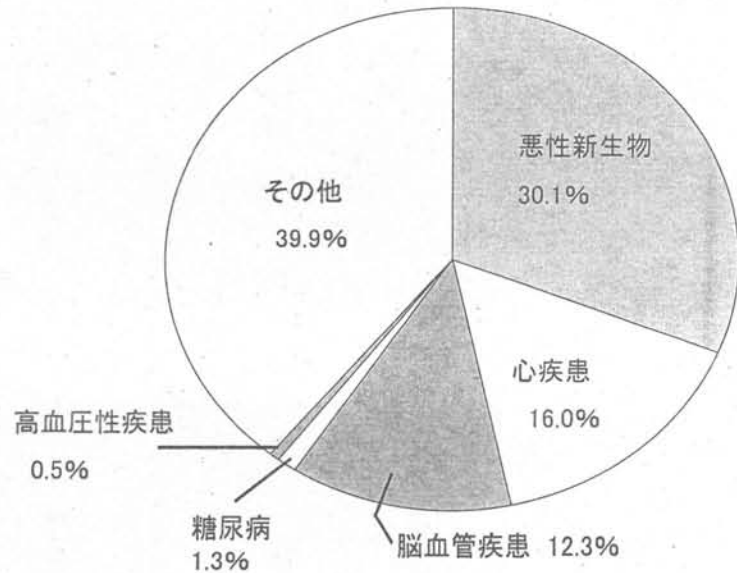
■: 空腹時血糖とヘモグロビンA1cのいずれか一方を実施



# 生活習慣病対策について

生活習慣病は死亡割合の約6割を占めている。

死因別死亡割合(平成17年) 生活習慣病…60.1%

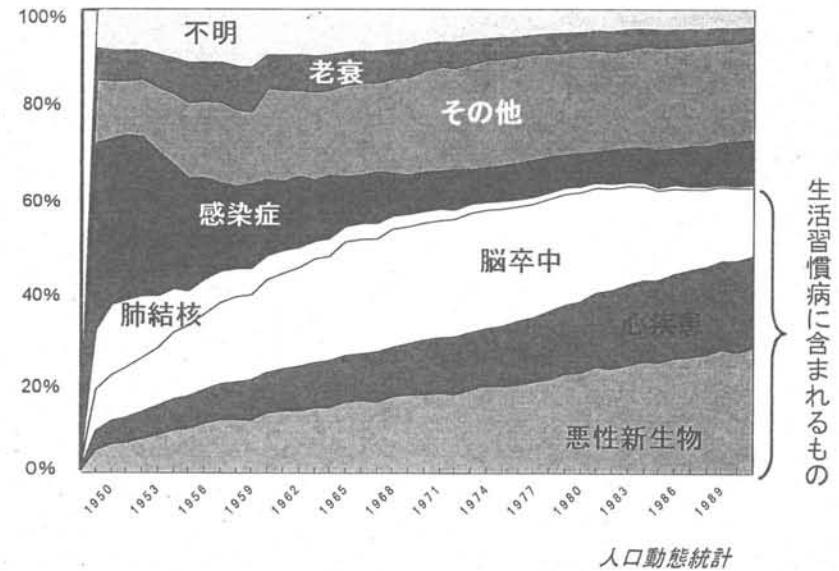


(注)人口動態統計(平成17年)により作成

※ 生活習慣病に係る医療費は、国民医療費(約33兆円)の約3分の1(10.7兆円)(平成17年)

我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化している。

我が国における死因別死亡割合の経年変化  
(死亡割合1947-1989)



## 総合的な生活習慣病対策の実施が急務

→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

医療制度改革において、生活習慣病予防の観点から、メタボリックシンドロームの概念を踏まえた、医療保険者による健康診査や保健指導を導入(平成20年度より実施)

# 後期高齢者医療制度の保健事業等について

## 健康診査の充実

### 財政支援について

＜国の支援＞ 平成22年度については、受診率の向上を見込み、9.6億円(前年度比27%)増額。

この他に市町村への地方財政措置あり  
44.8億円

平成20年度 30.4億円

平成21年度 35.2億円

平成22年度 44.8億円

受診率 21%(実績)

受診率 24%(実績見込)

受診率 27%(予算ベース)

【参考】平成19年度受診率 26% (老人保健制度における基本健康診査受診率)

＜都道府県の支援＞ 11都道府県 約11.4億円(平成21年度)

＜市町村の支援＞ 9広域連合管内の296市町村 約8.5億円(平成21年度)

### 受診率向上計画の策定について

各広域連合において、市区町村等と協議の上、

- ① 平成22年度目標受診率
- ② 目標受診率達成に向けた具体的な取組

を掲げた健康診査受診率向上計画を策定したところであり、各広域連合において、計画に基づく取組を着実に実施。

## 人間ドックの再開

### これまでの対応

平成20年7月より、各広域連合に対する特別調整交付金を活用して、後期高齢者の健康づくりのための「長寿・健康増進事業」の一環として、市町村における人間ドックの実施を含め支援しているところ。

【平成20年度交付額】長寿・健康増進事業 約10.7億円(うち人間ドックへの助成 約2.3億円)

【平成21年度交付額】長寿・健康増進事業 約19.7億円(うち人間ドックへの助成 約5.4億円)

【実施市区町村数】 723(19年度末) → 141(20年5月) → 234(20年度末) [うち166市区町村が交付金を活用] → 373(21年度) [うち276市区町村が交付金を活用]

### 実施に向けた検討について

各広域連合において、従来人間ドックを実施していた市区町村等に、長寿・健康増進事業の周知と次年度の実施に向けた検討を要請するよう重ねて依頼(H21.10・H22.1)。

## 長寿・健康増進事業の実施

### 事業のねらい

平成20年7月から、広域連合が高齢者の健康づくりに取り組む事業を支援するため、特別調整交付金の一部を活用して、「長寿・健康増進事業」を実施している。

### 事業内容

- (ア)健康教育・健康相談事業
- (イ)健康に関するリーフレットの提供
- (ウ)スポーツクラブ、保養施設等の利用助成
- (エ)スポーツ大会、レクリエーションの運営費の助成
- (オ)その他、被保険者の健康増進のための事業(人間ドック等助成事業・はり・きゅう等助成事業・運動教室等実施事業等)

## 広域連合の行うモデル的な事業の支援

「長寿健康増進事業」では、広域連合の行うモデル的な事業については、特に重点的に支援を行っている。

### 高齢者健康づくり基盤整備モデル推進事業(滋賀県広域連合)

目的 …高齢者の健康増進を推し進めるため、介護保険との連携による地域での高齢者の居場所づくりや生きがい活動(元気づくり)を推進し、重複頻回受診訪問指導のあり方を検討することにより、高齢者の健康寿命の延伸を図り、適正な医療受診を目指すモデル事業に取り組む。

事業内容…保健・医療・福祉の関係者で構成するモデル推進委員会を設置するとともに、専門知識を有する京都大学医学部に業務委託し、健康づくり施策等の成果が上がっている市町などの先進事例の調査・研究を行い、この結果を踏まえて、モデル市町に対し、健康づくり施策の構築・重複頻回受診等に対する指導・支援を行う。

### 高齢者元気づくり事業「いきいき教室」(鹿児島県広域連合)

目的 …元気で長生きする高齢者の健康づくりを支援する保健事業を実施することにより、将来における医療費の伸びの鈍化を目指す。

事業内容…県域を3地区に分け、各地区から老人クラブを各2団体(運動実施群と未実施群)を選出する。

#### ア 運動実施群

- (1)「いきいき教室」において習得した筋力アップ運動や筋膜マッサージを2か月間行い、この運動実施期間の前後に、
  - ①体力測定及び②アンケート調査を実施し、筋力アップ運動や筋膜マッサージの効果を調査する。
  - (2)医療費の変動を追跡し、筋力アップ運動や筋膜マッサージの効果を調査する。

#### イ 未実施群

筋力アップ運動や筋膜マッサージの効果を検証するために、筋力アップ運動や筋膜マッサージ未実施者に対しても同様の上記ア(1)－②アンケート調査と(2)医療費調査を行い、比較分析する。

# 医療費の効率化を図るための事業

## 重複・頻回受診者への訪問指導の強化

レセプト情報等により選定した重複・頻回受診者に対して、保健師等による適正受診の促進のための訪問指導を実施。

重複受診者：同一傷病について、同一診療科目の複数の医療機関に同一月内に受診した方（概ね3箇所以上を3ヶ月連続）  
（診療所からの紹介や検査のための重複受診は除く）

頻回受診者：同一傷病について、同一月内に同一診療科目を多数受診した方（概ね15回以上を3ヶ月連続）

【実施状況】 <平成20年度> 12広域連合 <平成21年度> 14広域連合

## 後発医薬品の使用促進等のための普及・啓発

後発医薬品の使用促進のためのチラシ・パンフレット等の作成・配布やジェネリック医薬品希望カード（患者がジェネリック医薬品の処方・調剤を希望する際に医療機関や薬局の窓口に提示する意思表示カード）の作成・配布。

【実施状況】 <平成20年度> 25広域連合 <平成21年度> 37広域連合※  
※うち23広域連合においてジェネリック医薬品希望カードを作成（平成21年度）  
※平成22年度から後発医薬品利用差額通知についても補助

## レセプト点検

医療機関から請求されたレセプトの内容を、資格や請求点数等の観点から点検することにより、再審査請求等を実施。

【実施状況】 <平成20・21年度> 47広域連合  
※平成20年度審査支払件数：約3億7,000万件

## 医療費通知

被保険者に対し、医療費に対する認識を高めてもらうために、本人の受診状況・自己負担額等を通知。

【実施状況】 <平成20年度> 39広域連合 <平成21年度> 43広域連合

## 適正受診の普及・啓発

中央社会保険医療協議会（中医協）においてとりまとめられた答申書の付帯意見の趣旨を踏まえ、全医療保険者において医療機関の適正受診を図るための周知啓発を実施。

# 平成22年度 国保保健事業

## 平成21年度

(1) 国保ヘルスアップ事業  
生活習慣病の一次予防の取組の重点化  
特定健診・保健指導の効果的な実施

- ①先駆的・モデル的事業
- ②受診勧奨者への訪問指導事業
- ③早期介入保健指導事業

(2) 国保保健指導事業  
○重複・多受診者への訪問指導

(3) 健康管理センター等健康管理事業  
①健康管理センターによる事業  
包括的な保健医療の取組の推進  
②歯科保健センターによる事業  
歯科にかかる在宅ケアの推進  
③直営診療施設による事業  
保健・医療・福祉の連携による健康の保持増進

(4) 健康総合対策事業  
(平成22年度廃止)

(5) 生活習慣病予防対策支援事業  
○年度途中加入者対策  
(平成22年度廃止)

○健診等の未受診者対策  
特定健診・保健指導の未受診者等  
に対し、その理由等に応じた取組

## 平成22年度

被保険者の健康の保持増進・QOLの向上と医療費適正化に資するため、被保険者の積極的な健康づくりを推進し、地域の特性や創意工夫を活かした事業の実施を支援する。

○保健事業の中・長期的な実施計画の作成とそれに基づく事業助成

(1) 国保ヘルスアップ事業（先駆的・モデル的事業）【再編】  
市町村保険者が医療機関等と連携し、地域における生活習慣病の発症予防から重症化防止の連携・支援システムを構築し、受療促進や治療・服薬の中断防止などを総合的に行う。

(2) 国保保健指導事業  
①重点的に推進する事業（必須事業）【新規】  
○特定健診・保健指導の未受診者対策  
・地区組織や関係機関と連携した対策  
・生活習慣病予防に関する健康意識の啓発  
○生活習慣病の1次予防のための早期介入  
・40歳以上の特定保健指導予備群に対する早期介入  
(特定保健指導の対象者は除く)  
・40歳未満の被保険者に対する早期介入

②国保一般事業  
○健康教育 ○健康相談 ○保健指導  
○訪問指導 ○歯科保健活動  
○健康づくりを推進する地域活動等の育成等  
○その他（市町村独自の取組）

(3) 健康管理センター等健康管理事業  
①健康管理センターによる事業  
②歯科保健センターによる事業  
③直営診療施設による事業

一律助成  
助成期間 3年

保険者の実施計画に基づいた一括助成方式  
被保険者数に応じた助成

従来の助成の継続

## 協会けんぽにおける医療費適正化対策

保険者機能強化アクションプランを策定し、これに基づき以下の取組を実施。

- 地域の医療費等の分析の推進
  - ・ 都道府県支部ごとに医療費、健診データのレーダーチャート等を公表
  - ・ 地域の医療費分析、健診データと医療費データの突合分析
- 後発医薬品の使用促進
  - ・ 医療費通知等に同封し、希望カード3, 300万枚を加入者に直接配布
  - ・ 後発医薬品に切り替えた場合の自己負担の軽減額を個人ごとに通知

※40歳以上の長期服用者（全国で約170万人の見込み）に重点的に実施。全国展開中。
- インターネットを通じた医療費のお知らせ
- 保健指導の効果的な推進
- 関係方面への積極的な発信
- 調査研究の推進

## 健保組合における医療費適正化対策

「健康保険組合事業運営指針」（保険局長通知）に基づき、各健保組合において、以下の取組を実施。

- 医療費通知、レセプト点検、傷病手当金の適正支給の確認、被保険者証の検認、後発医薬品の使用促進

## 新たな高齢者医療制度に係る意識調査＜5月実施分＞の結果(概要)

### ○ 調査対象

(1) 一般：標本数4,871人 回答数3,265人(回答率67.0%)

① 20～74歳

＜標本数＞ 2,865人

(内訳) ・Webモニター登録者(約139万人)から無作為抽出→2,400人

・厚生労働行政モニター→465人

② 75歳以上

＜標本数＞ 2,006人

(内訳) ・後期高齢者医療広域連合の被保険者から無作為抽出→2,000人

・厚生労働行政モニター→6人

(2) 有識者：標本数220人 回答数116人(回答率52.7%)

### ○ 調査時期

平成22年5月19日～6月7日

### ○ 調査方法

郵送調査法

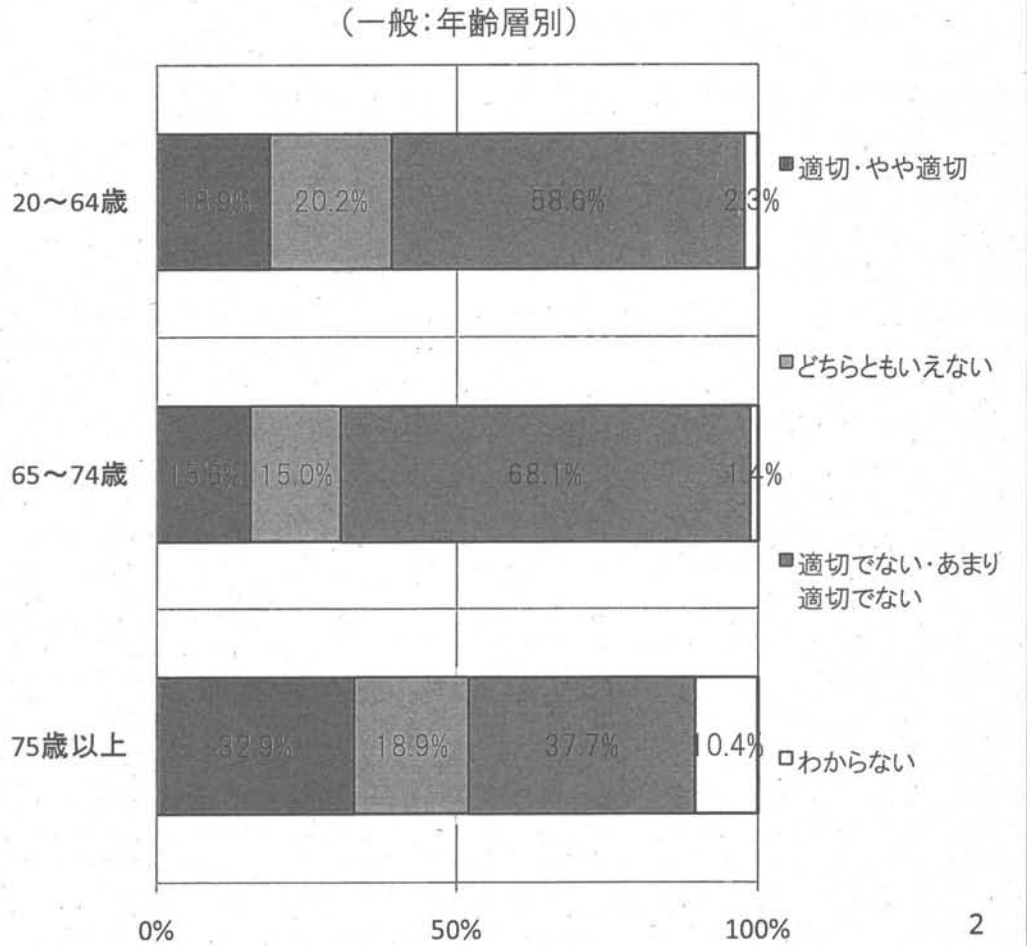
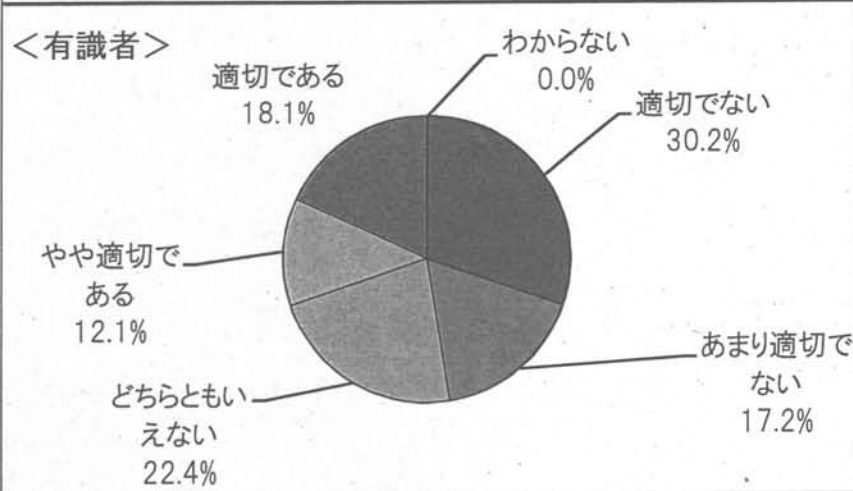
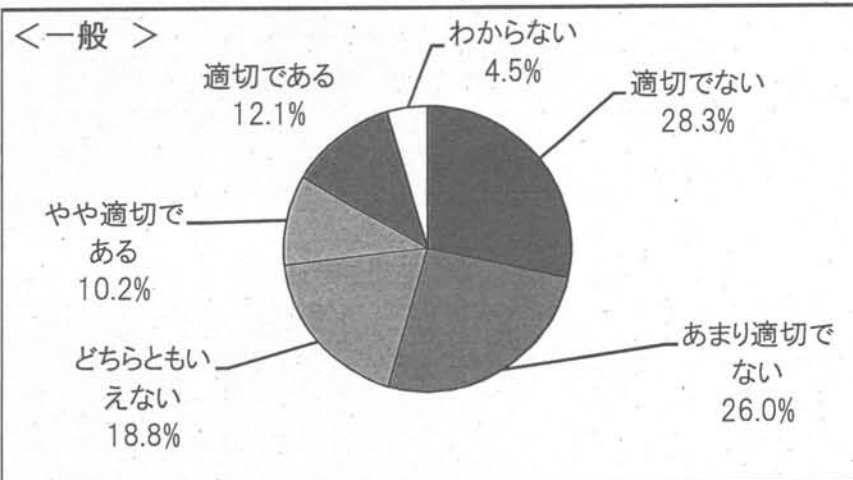


# 「後期高齢者」の名称について

＜質問＞ 「後期高齢者」という名称について、どのように感じられますか。

＜選 択 肢＞	一 般	有 識 者
適切でない・あまり適切でない	約54%	約47%
適切である・やや適切である	約22%	約30%
どちらともいえない	約19%	約22%

【回答結果】  
 「適切でない」、「あまり適切でない」と回答した割合は、一般が5割強、有識者が5割弱。これを一般の年齢層別でみると、65～74歳では7割弱であり、75歳以上では4割弱。





# 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

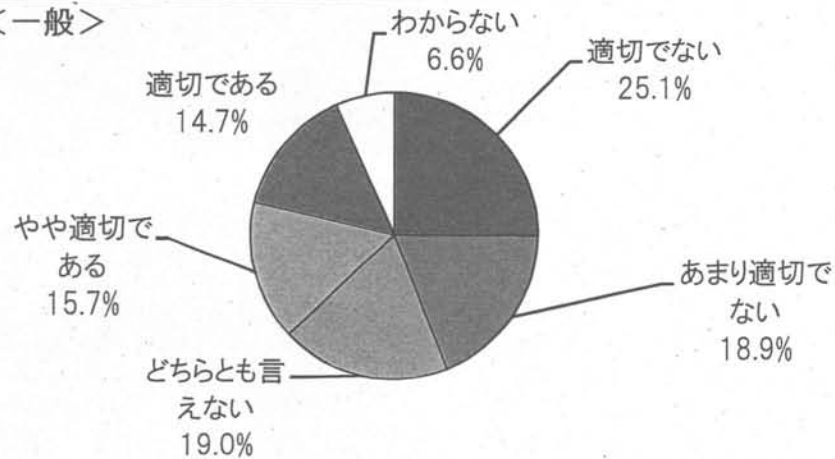
〈質問〉 一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて、どのように感じられますか。

〈選択肢〉	一般	有識者
適切でない・あまり適切でない	約44%	約53%
適切である・やや適切である	約30%	約35%
どちらともいえない	約19%	約12%

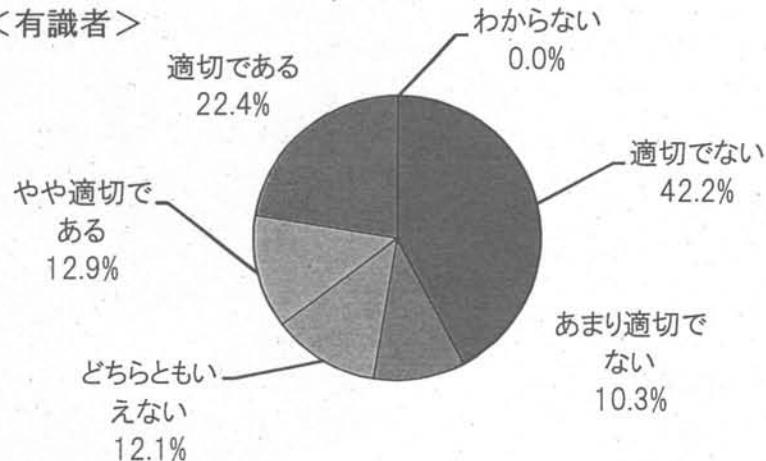
## 【回答結果】

「適切でない」、「あまり適切でない」と回答した割合は、一般が4割強、有識者が5割強。これを一般の年齢層別で見ると、65～74歳では6割強であり、75歳以上では3割強。

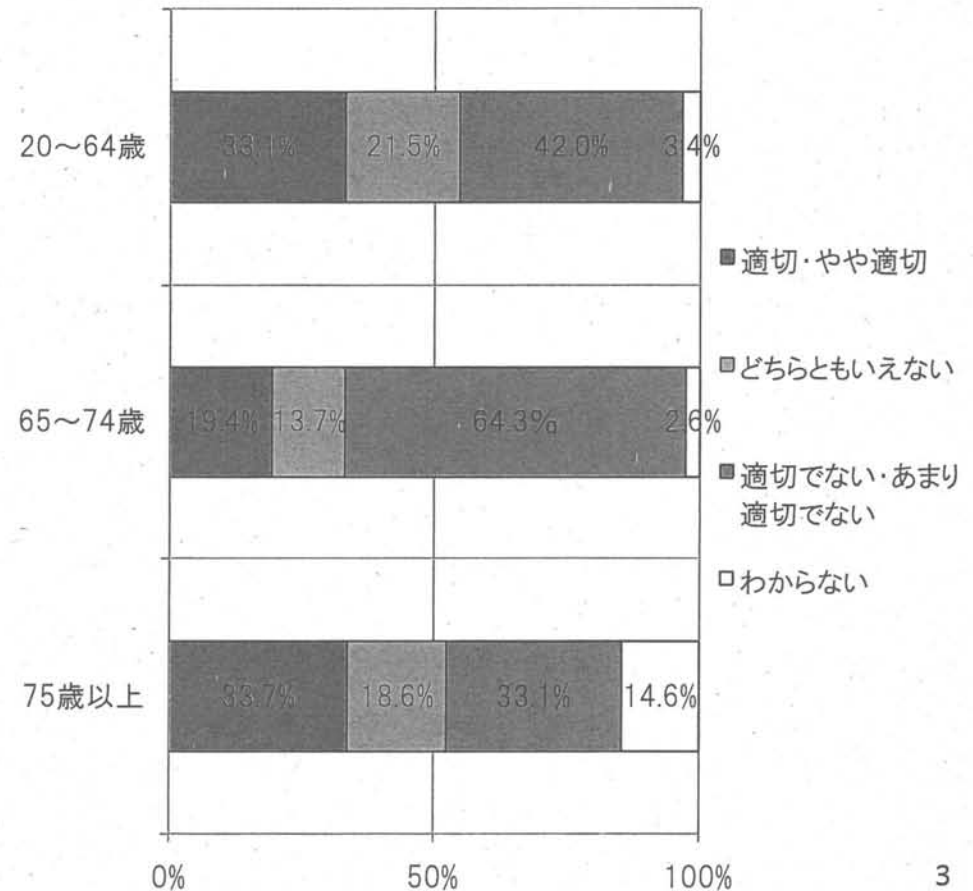
### 〈一般〉



### 〈有識者〉



### (一般:年齢層別)



## 保険料の年金天引きについて

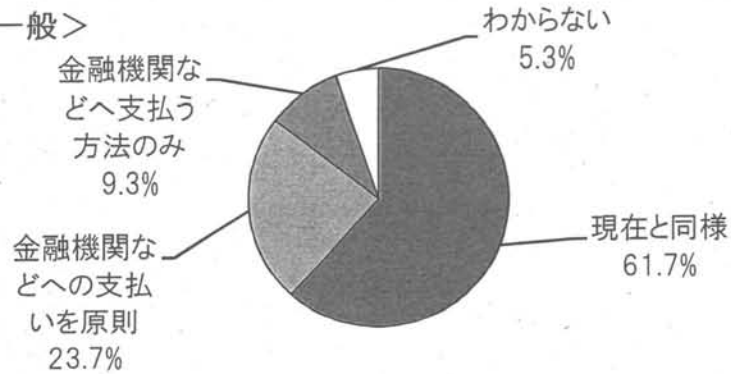
〈質問〉「後期高齢者医療制度」での保険料のお支払いは、年金からの天引きが原則ですが、金融機関などへのお支払いも選択できるようにしています。保険料のお支払い方法について、どのようにお考えですか。

〈選 択 肢〉	一 般	有識者
現在と同様に、年金からの天引きを原則とし、金融機関などへの支払いも選択できるようにした方がよい	約62%	約68%
金融機関などへの支払いを原則とし、年金からの天引きも選択できるようにしたほうがよい	約24%	約26%
金融機関などへ支払う方法のみとし、年金からの天引きは一切やめたほうがよい	約9%	約4%

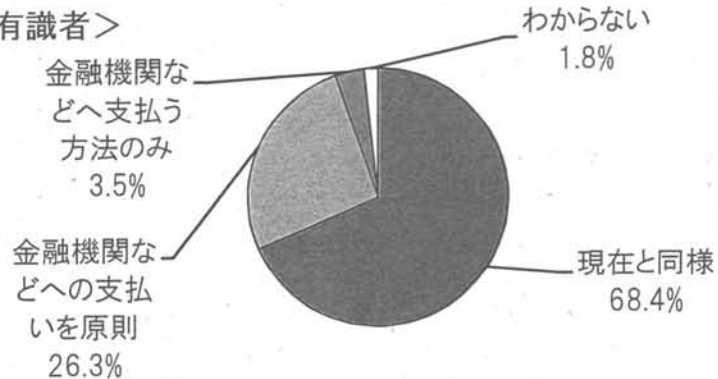
### 【回答結果】

「現在と同様の支払い方法がよい」と回答した割合は、一般では6割強、有識者では7割弱。

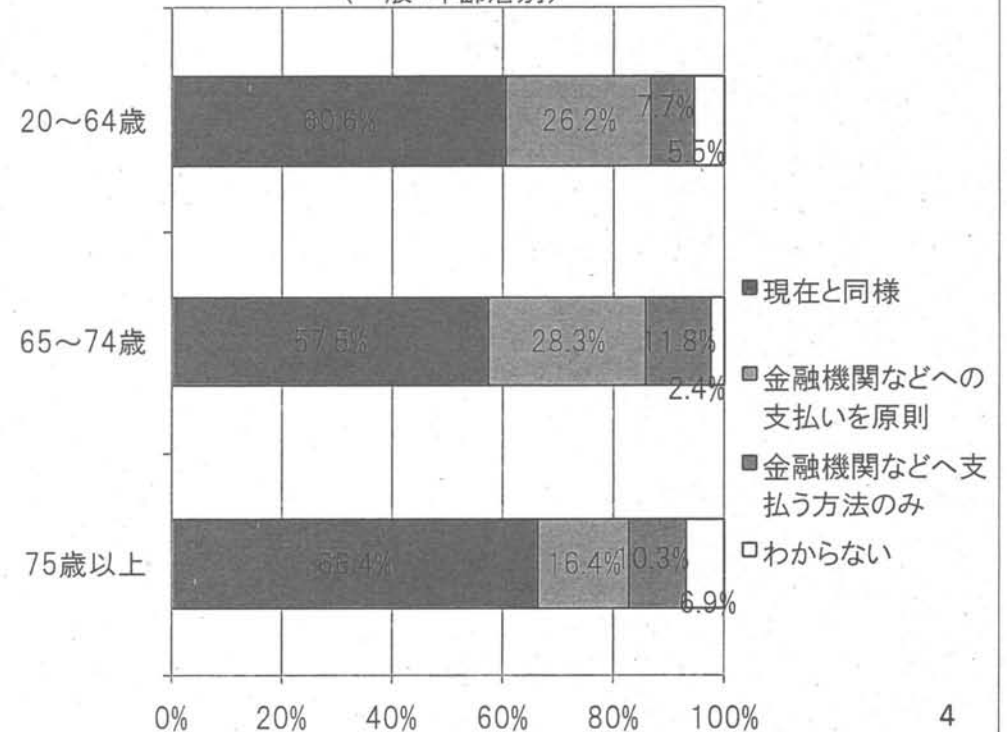
### 〈一般〉



### 〈有識者〉



### (一般:年齢層別)



## 現行の費用負担の認知度について

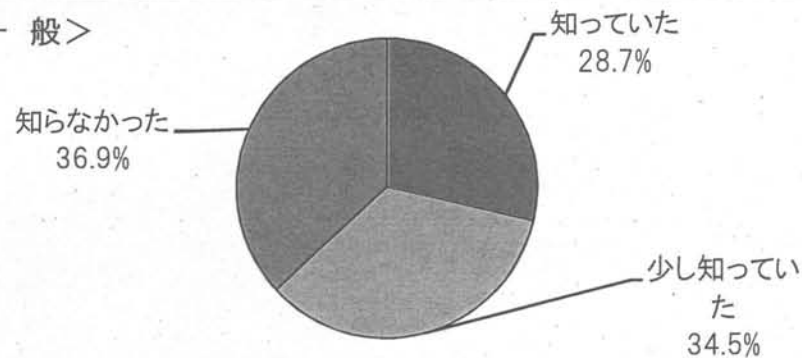
〈質問〉 現在の「後期高齢者医療制度」では、高齢者の方々に、かかった医療費の一部を医療機関の窓口で負担していただき、それ以外の費用については、①税金による負担が約5割、②現役世代の保険料による負担が約4割、③高齢者の保険料による負担が約1割という割合で負担していますが、このような費用負担の仕組みであったことについて、ご存じでしたか。

〈選択肢〉	一般	有識者
知っていた	約29%	約82%
少し知っていた	約34%	約12%
知らなかった	約37%	約6%

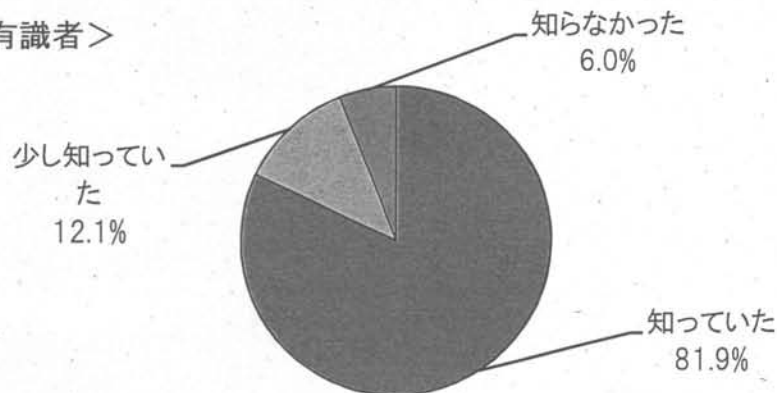
### 【回答結果】

一般では、高齢になるほど認知度が高い。  
有識者では、8割強が「知っていた」と回答。

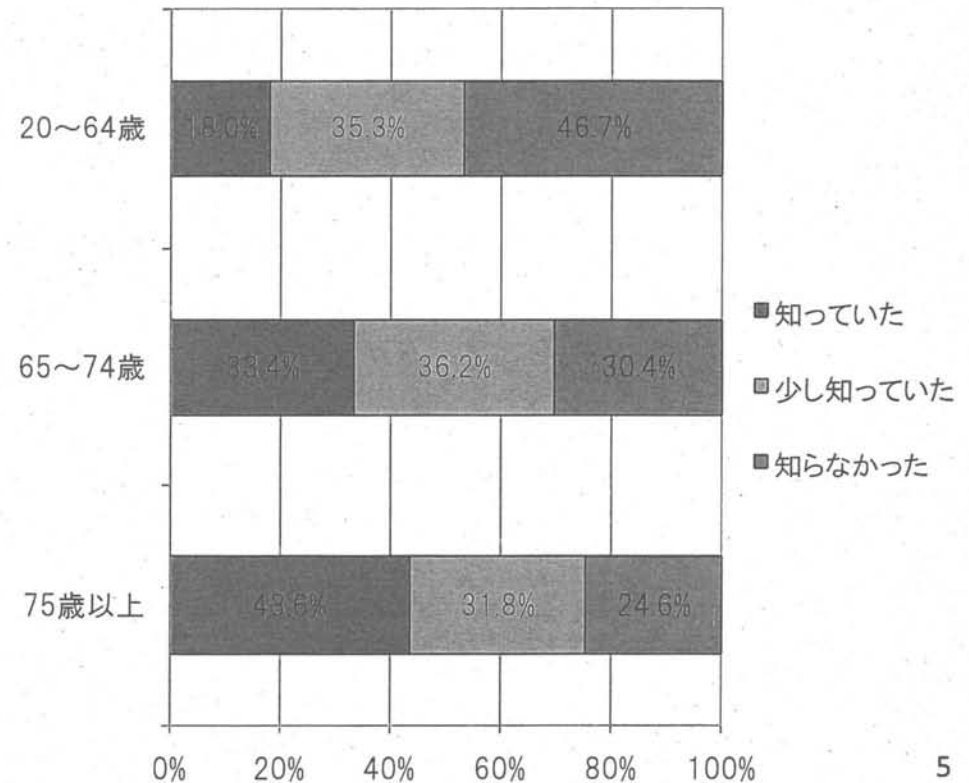
### 〈一般〉



### 〈有識者〉



### (一般:年齢層別)



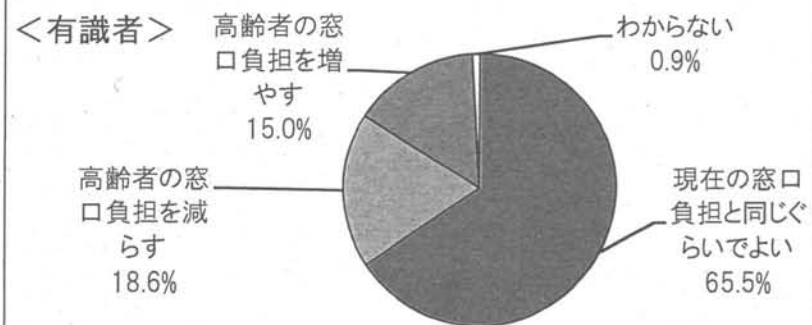
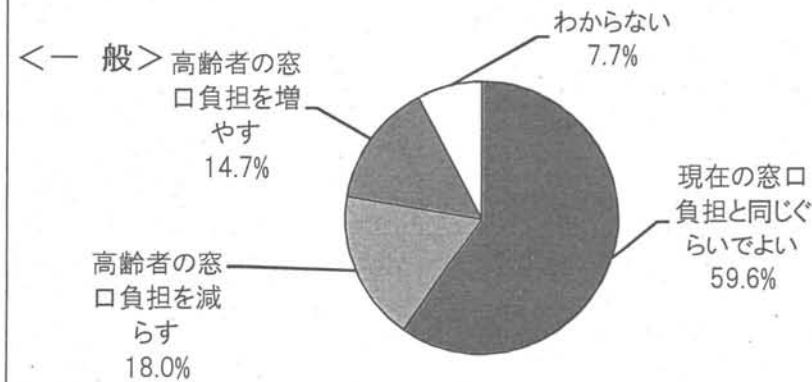
## 70歳以上の方々の医療機関での窓口負担について

＜質問＞ 70歳以上の方々の医療機関の窓口でのご負担は、かかった医療費の1割となっています。ただし、一定以上の所得がある方は、現役世代と同様に、かかった医療費の3割のご負担となっています。こうした高齢者の窓口負担について、どのようにお考えですか。

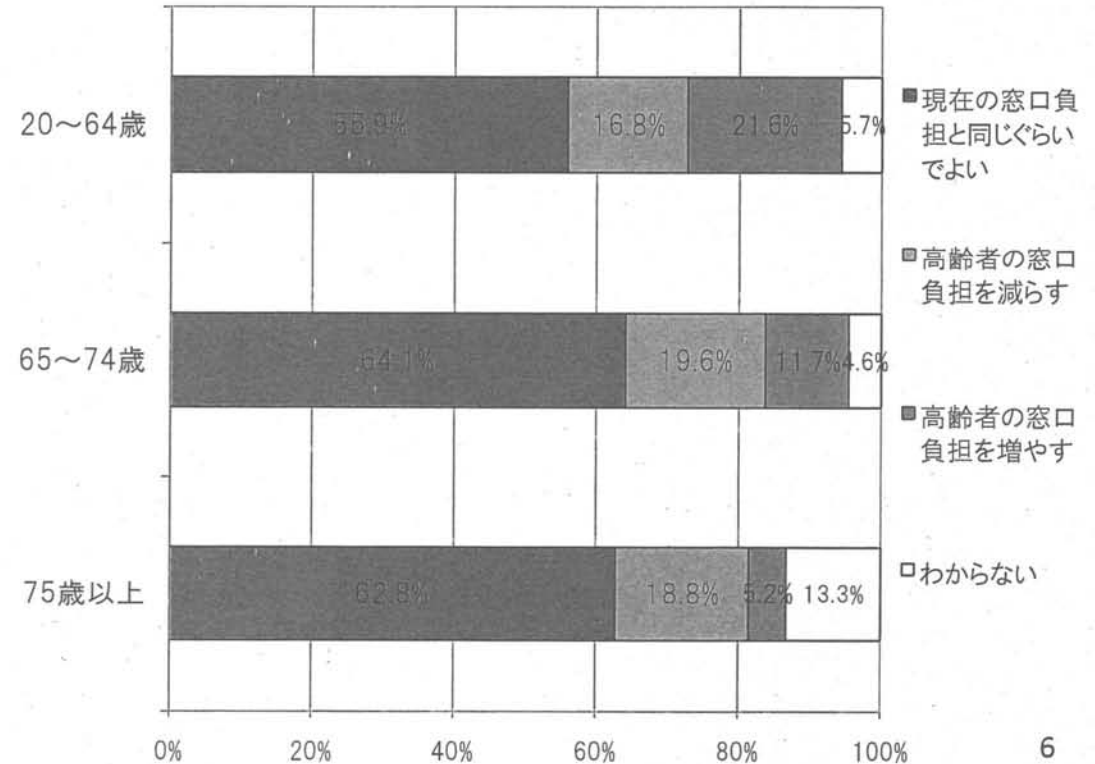
＜選択肢＞	一般	有識者
現在の窓口負担と同じぐらいでよい	約60%	約66%
税金や現役世代の保険料による負担を増やして、高齢者の窓口負担を減らしたほうがよい	約18%	約19%
高齢者の窓口負担を増やして、税金や現役世代の保険料による負担を減らしたほうがよい	約15%	約15%

### 【回答結果】

「現在の窓口負担と同じぐらいでよい」と回答した割合は、一般では6割、有識者では約6.5割。  
 一般で「高齢者の窓口負担を増やしたほうがよい」と回答した割合は、高齢になるほど低い。



（一般：年齢層別）



## 今後の高齢者の医療費の負担割合について

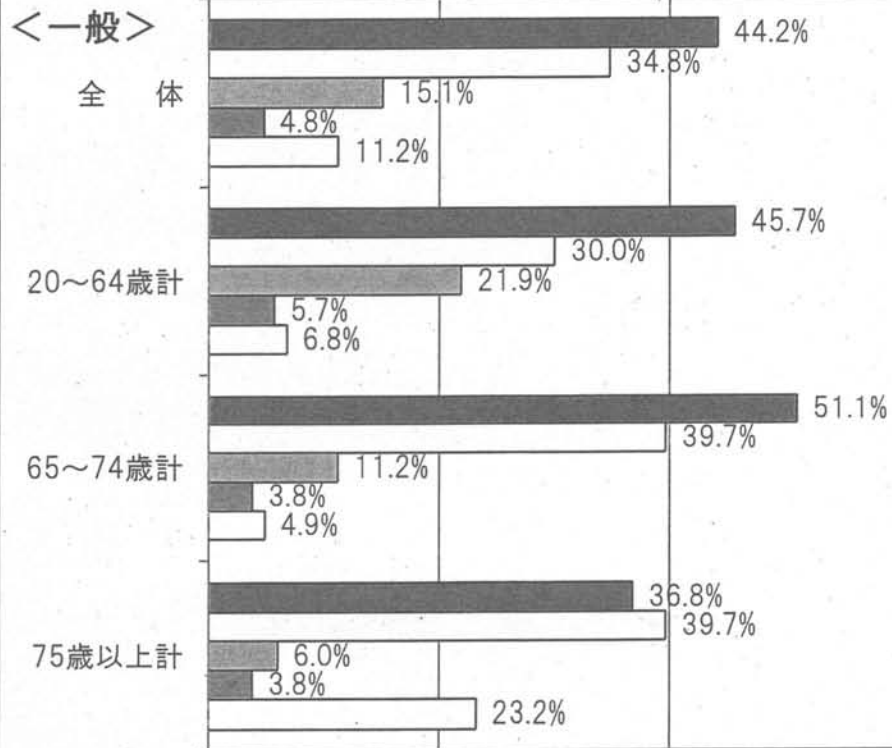
〈質問〉 今後、高齢化の進行により、高齢者の医療費は増加することが見込まれますが、高齢者の医療費を、どのようにして支えるべきだと思いますか。

〈選択肢〉 複数回答可	一般	有識者
税金による負担の割合を増やしていく	約44%	約45%
現在の仕組みと同じぐらいの負担割合で、それぞれの負担額を増やしていく	約35%	約42%
高齢者の保険料による負担の割合を増やしていく	約15%	約18%
現役世代の保険料による負担の割合を増やしていく	約5%	約9%

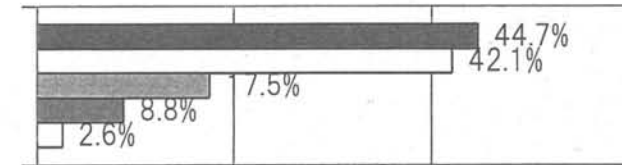
### 【回答結果】

一般、有識者ともに、「税金による負担の割合を増やしていく」と回答した割合が最も高いが、一般の75歳以上では、「現在の仕組みと同じぐらいの負担の割合で、それぞれの負担額を増やしていく」と回答した割合が最も高い。

また、一般で「高齢者の保険料による負担割合を増やしていく」と回答した割合は、高齢になるほど低い。



### 〈有識者〉



- 税金による負担の割合を増やす
- 現在の仕組みと同じぐらいの負担割合でそれぞれ増やす
- 高齢者の保険料による負担の割合を増やす
- 現役世代の保険料による負担の割合を増やす
- わからない



## 新たな高齢者医療制度に望む重要な点について

<質問> 新たな高齢者医療制度のあり方について、重要と思うことは何ですか。

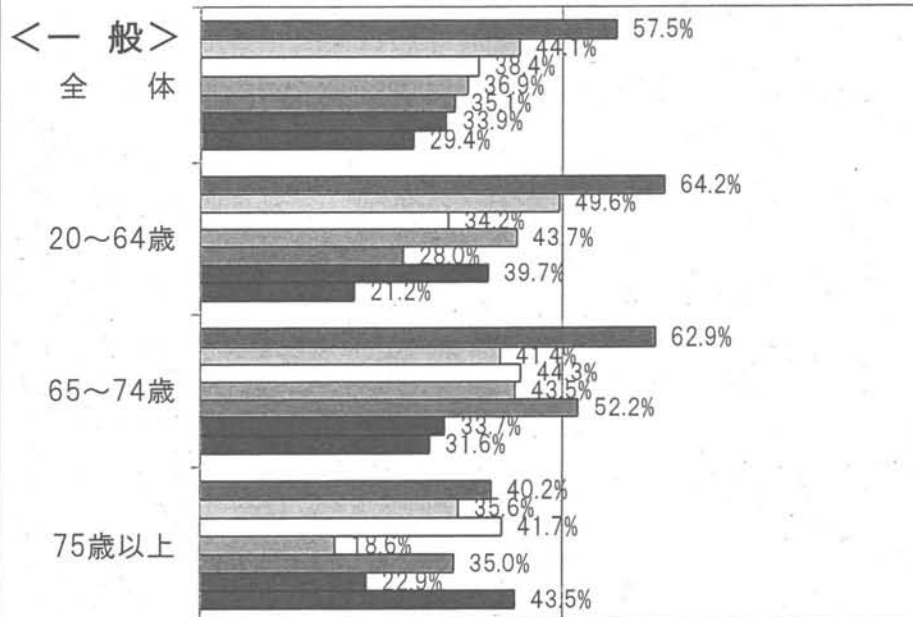
<選択肢> 複数回答可	一般	有識者
高齢者の保険料負担について、同じ所得であれば、同じ保険料にするなど、公平な仕組みになっていること	約58%	約72%
高齢者の医療費について、高齢者と現役世代がどの程度ずつ負担するのが明確にされていること	約44%	約55%
高齢者の保険料負担の伸びには、一定の歯止めがかげられていること	約38%	約27%
高齢者であっても、サラリーマンやサラリーマンに扶養されている家族は、被用者保険(健康保険組合や協会けんぽなど)に加入できるようになっていること	約37%	約27%
一定の年齢以上の高齢者だけが一つの医療制度に区分されるようなものにはしないこと	約35%	約43%
高齢者医療のための現役世代の保険料負担の伸びには、一定の歯止めがかげられていること	約34%	約31%
高齢者の保険料負担の伸びが、現役世代の保険料負担の伸びより上回らないこと	約29%	約8%

### 【回答結果】

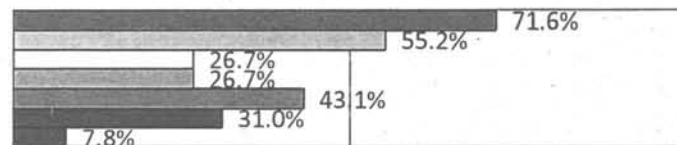
一般、有識者ともに、「同じ所得であれば、同じ保険料にするなど、公平な仕組みになっていること」と回答した割合が最も高いが、一般では、高齢になるほど、その割合は低い。このほか一般では、

- ・「高齢者であっても、サラリーマンとその扶養家族は、被用者保険に加入できるようになっていること」と回答した割合は、74歳まででは4割強であり、75歳以上では2割弱。
- ・「一定の年齢以上で区分されるようなものにはしないこと」と回答した割合は、65～74歳で5割強であり、75歳以上では約3.5割。
- ・「高齢者の保険料の伸びが、現役世代の伸びより上回らないこと」と回答した割合は、高齢になるほど高い。

### <一般>



### <有識者>

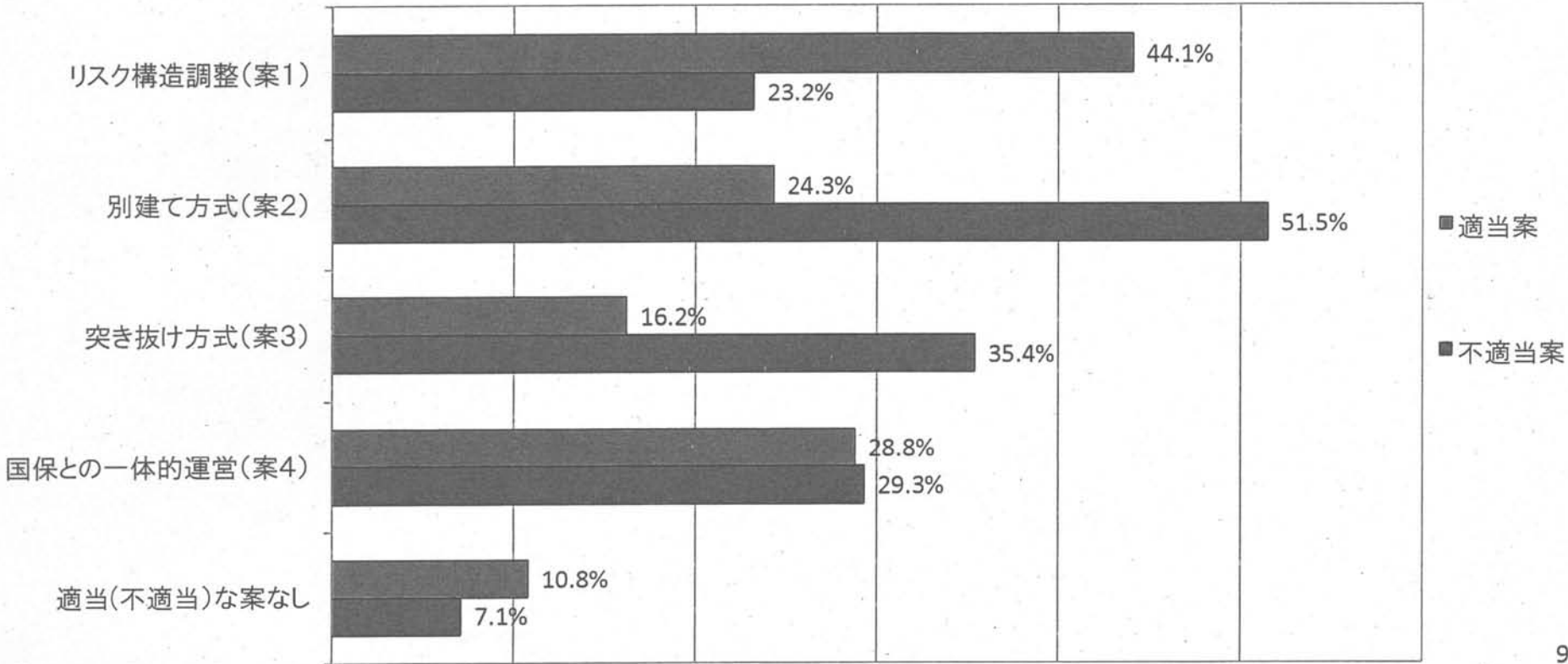


- 同じ所得であれば、同じ保険料とするなど、公平な仕組み
- 高齢者と現役世代の負担割合が明確
- 高齢者の保険料の伸びに歯止め
- 高齢者であっても、サラリーマンとその扶養家族は、被用者保険に加入
- 一定の年齢以上で区分されるようなものにはしない
- 現役世代の保険料の伸びに歯止め
- 高齢者の保険料の伸びが、現役世代の伸びより上回らない

## 「高齢者医療制度改革会議」で提示された4案について

＜質問＞ あなたが適当(不適当)であると考える案があれば、それはどれですか。(有識者のみの調査)

＜選 択 肢＞ 複数回答可	適 当	不 適 当
(案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	約44%(49名)	約23%(23名)
(案2)一定年齢以上の「別建て」保険方式を基本とする	約24%(27名)	約52%(51名)
(案3)突き抜け方式とする	約16%(18名)	約35%(35名)
(案4)高齢者医療と市町村国保の一体的運営を図る	約29%(32名)	約29%(29名)
適当(不適当)であると考える案はない	約11%(12名)	約 7%( 7名)



## 4案について適当・不適当と考える理由 ①

項 目	適当・不適当と考える理由		
(案1) リスク構造調整	適 当	<p>理想的だが、各保険者、地方自治体等の利害対立や技術的問題等で実現性は乏しい。</p> <p>理想的だが、現実的には、保険料算定の問題(所得捕捉)や制度改変にかかる時間の問題など、壁が多くある。</p> <p>保険者間の競争を前提としたリスク構造調整が望ましいが、都道府県単位の一本化は競争要素を減らすので如何か。</p> <p>各都道府県ごとの所得水準格差が医療保険財政に影響し、不公平であるため、全国で一元化することが望ましい。</p> <p>本来、生涯一保険が理想的。</p> <p>雇用の多様化が進んでいることから、職場や年齢等で区別しない制度が望ましい。</p> <p>保険制度を一本化することで、医療の需給バランスを都道府県単位で検討できる。</p> <p>社会保険方式を採用している先進諸国においては一般的である。</p> <p>若人、高齢者に関わらず、同じ所得水準であれば同じ保険料負担とすべき。</p> <p>制度を一本化しながら、医療保険制度を再生すべき。</p> <p>共済制度をなくし、年金、医療も一本化するのが望ましい。</p> <p>将来像が見えているもの、制度として簡潔なものが適当である。</p> <p>国保の保険料改革なくして、高齢者医療の改革は成功しない。国保の保険料だけ消費税で徴収できないので、必然的に一元化することになる。</p> <p>保険が分断されないよう、統合を目指すことが重要。今後50年はもつ仕組みを構築すべき。</p> <p>自治体の予防活動を評価するため、自治体別に保険料を決めるのがよい。</p> <p>被保険者間の所得再配分の機能を高めるべき。医療保険の管理運営と医療提供体制の整備を、都道府県単位で一体的に進めるべき。</p>	
	不 適 当	<p>都道府県単位で全ての保険者を一体化するのは非現実的。</p> <p>所得の捕捉の問題が解決できれば、一つの選択肢になりうる。</p> <p>都道府県単位では、医療費を設定し、徴収する力が不足している。</p> <p>将来像が見えているもの、制度として簡潔なものが適当である。</p> <p>最終的には都道府県で一本化するものの、人口・産業構造・高齢化率などに起因する都道府県間の格差はそのまま残る。</p> <p>すべての人が、必要な医療を必要なだけ受けられるようにするという原則を徹底すべきであり、はじめに財源論、システム論ありきではない。</p>	
	適 当	<p>保険料徴収に関しては、市町村が行うという混合方式が、現実的である。</p> <p>介護保険や年金制度を考えると、65才以上の制度をつくるのは整合性がとれる。</p> <p>国保の負担軽減のためには何らかの調整はやむを得ず、最も現実的であり、責任や財政負担も国民に分かりやすい。</p> <p>アメリカのメディケアのように、高齢者・障害者というハイリスク集団を対象とした別建て制度も十分に合理性がある。</p> <p>現行の制度をベースにしているもので、大きな混乱が起こりにくそうな点が良い。</p> <p>将来像が見えているもの、制度として簡潔なものが適当である。</p> <p>最も現実的であり、財政負担も一般国民に分かりやすいものである。</p> <p>後期高齢者医療制度は、名称その他に異論はあるが、制度に盛られた哲学には何らおかしいものはない。</p> <p>病気のリスクの高い高齢者を「別建て」にし、現役世代と異なる医療を提供する方法が必要であるとのコンセンサスを、国民から取るべき。</p>	
	不 適 当	<p>生涯現役社会を築くべきであり、年齢で区分する医療保険は不適当。</p> <p>年齢により医療内容に区別が持ち込まれる余地が生じる可能性は排除すべき。</p> <p>雇用の多様化が進んでおり、職場や年齢で区分しない制度が望ましい。</p> <p>高齢者でも高所得の人には負担してもらうべき。(2)</p> <p>保険は、リスクを公平に負担するのが原則であり、一本化すべき。</p> <p>高齢者もある程度の負担は当然だが、これを「別建て」で考えるのは不適当。</p> <p>高齢者を「別建て」にする案は、リスクの高い人も低い人も助け合うという健康保険の本来の理念から外れている。</p> <p>被用者保険・国保という従来の体系が残り、両制度間に存在する保険給付や負担の不公平さもそのまま残る。</p> <p>すべての人が、必要な医療を必要なだけ受けられるようにするという原則を徹底すべきであり、はじめに財源論、システム論ありきではない。</p> <p>医療保険制度として、対象をこれ以上細分化する必要はない。そもそも保険として成り立っていない制度をつくるべきでない。</p> <p>一定年齢以上の者を対象にした独自の医療保険制度を設けることは、保険診療の内容に格差を設けることにつながりやすい。</p> <p>高齢者を区分せず、治療も積極的に行うためには、全世代同様の保険制度を適用すべき。</p>	
	(案2) 別建て方式	適 当	<p>保険料徴収に関しては、市町村が行うという混合方式が、現実的である。</p> <p>介護保険や年金制度を考えると、65才以上の制度をつくるのは整合性がとれる。</p> <p>国保の負担軽減のためには何らかの調整はやむを得ず、最も現実的であり、責任や財政負担も国民に分かりやすい。</p> <p>アメリカのメディケアのように、高齢者・障害者というハイリスク集団を対象とした別建て制度も十分に合理性がある。</p> <p>現行の制度をベースにしているもので、大きな混乱が起こりにくそうな点が良い。</p> <p>将来像が見えているもの、制度として簡潔なものが適当である。</p> <p>最も現実的であり、財政負担も一般国民に分かりやすいものである。</p> <p>後期高齢者医療制度は、名称その他に異論はあるが、制度に盛られた哲学には何らおかしいものはない。</p> <p>病気のリスクの高い高齢者を「別建て」にし、現役世代と異なる医療を提供する方法が必要であるとのコンセンサスを、国民から取るべき。</p>
		不 適 当	<p>生涯現役社会を築くべきであり、年齢で区分する医療保険は不適当。</p> <p>年齢により医療内容に区別が持ち込まれる余地が生じる可能性は排除すべき。</p> <p>雇用の多様化が進んでおり、職場や年齢で区分しない制度が望ましい。</p> <p>高齢者でも高所得の人には負担してもらうべき。(2)</p> <p>保険は、リスクを公平に負担するのが原則であり、一本化すべき。</p> <p>高齢者もある程度の負担は当然だが、これを「別建て」で考えるのは不適当。</p> <p>高齢者を「別建て」にする案は、リスクの高い人も低い人も助け合うという健康保険の本来の理念から外れている。</p> <p>被用者保険・国保という従来の体系が残り、両制度間に存在する保険給付や負担の不公平さもそのまま残る。</p> <p>すべての人が、必要な医療を必要なだけ受けられるようにするという原則を徹底すべきであり、はじめに財源論、システム論ありきではない。</p> <p>医療保険制度として、対象をこれ以上細分化する必要はない。そもそも保険として成り立っていない制度をつくるべきでない。</p> <p>一定年齢以上の者を対象にした独自の医療保険制度を設けることは、保険診療の内容に格差を設けることにつながりやすい。</p> <p>高齢者を区分せず、治療も積極的に行うためには、全世代同様の保険制度を適用すべき。</p>



4案について適当・不適当と考える理由 ②

項目	適当・不適当と考える理由
(案3) 突き抜け方式	適当 予防と給付の関係を明確にするには、突き抜け方式が望ましい。 社会保険方式を採用している先進諸国においては一般的である。 健康保険組合や共済組合など、職域単位の互助の仕組みは、社会保険の中核として今後とも維持すべき。 将来像が見えているもの、制度として簡潔なものが適当である。 被用者保険、非被用者保険の区分は、所得捕捉の問題を解消しえない以上、残すべき。 保険者機能を発揮するには、自主的・連帯的組織を中核に構成すべきであり、突き抜け方式が望ましい。
	不適当 雇用の流動化に対応できない。 雇用の流動化が進む中で、退職者健保はそぐわない。 働き方によって医療負担に有利・不利が生じるが、この差が死ぬまで認められるべきとは思えない。 制度設計の明確な方法が把握できない。 被用者保険は正規労働者のための特権的な制度であり、これを維持する合理的理由がない。 被用者保険・国保という従来の体系が残り、両制度間に存在する保険給付や負担の不公平さもそのまま残る。 高齢者でも高所得の人には負担してもらわなければならない。
(案4) 国保との一定的運営	適当 保険制度を1本化することで、医療の需給バランスを都道府県単位で検討できる。 保険料徴収に関しては、市町村が行うという混合方式が、現実的である。 地域保険として、国保と一体化するのは理解できる。 制度はできる限りシンプルなものがよく、職の異動、住所変更、年齢の変化等の個人の事情により、制度の中で大きな変化が生じないことが望ましい。 国民の助け合いにより、保険制度が実現できていることを実感できる制度が好ましい。 保険が分断されないよう、統合を目指すことが重要。今後50年をもつ仕組みを構築すべき。 世代間の負担については、形式的公平性でなく、実質的公平性が確保され、需給可能な制度とすべき。
	不適当 被用者保険・国保という従来の体系が残り、両制度間に存在する保険給付や負担の不公平さもそのまま残る。(2) 市町村間の財政基盤に格差がある。
適当・不適当と考える案はない	すべての人が、必要な医療を必要なだけ受けられるようにするという原則を徹底すべきであり、はじめに財源論、システム論ありきではない。 高齢者医療制度と介護保険を統合するのがよい。 都道府県単位での国保、被用者保険の一本化が望ましい。 医療保険を一元化すべき。 保険者を政府とし、全世代・全地域で単一の医療保険制度に統合すべき。 高齢者という定義をやめ、障害者と健常者に分け、障害の内容によりサポートが効率的に行えるようにすべき。

## 第7回会議における意見の概要

### 1. 制度の基本的枠組み

#### ○ 高齢者は国保か被用者保険に加入することについて

- ・ 地域保険と被用者保険を並列した形で運営して、保険者機能を発揮させていくという道が最善である。(白川委員・資料)
- ・ 職域保険に加入しているか否かで分ける考え方は、公的年金受給者を対象とする独立型の制度を構築するという我々の主張と、ほぼ一致する。(齊藤委員)
- ・ 現役で働く高齢の方は被用者保険に加入していただくという、ここに書いてある方式が、納得性が高いと考える。ただ、退職後も75歳になるまで健保に加入できる特定健保組合をどうするかについては検討いただきたい。(白川委員)
- ・ 後期高齢者医療制度は廃止し、高齢者はそれぞれの属性に従って国保あるいは健保に戻るという考え方は、妥当な論点整理。(阿部委員)
- ・ 生涯を通じた保健事業あるいは健康管理などで保険者機能の役割を發揮することが結果的に本人の健康維持については保険財政にもプラスになるという観点や、OBを現役サラリーマン全体で支えるという社会保険の共助の原則、また高齢者全体の医療費はより広い社会連帯という形で公費を通じて支援するという考え方など、突き抜け方式の理念を、新しい制度を考える場合には生かしていくべき。(小島委員)
- ・ 後期高齢者医療制度の廃止によって、被保険者を多く抱えることになる「協会けんぽ」の医療費、および75歳以降も被保険者となる「特定退職者医療制度」を各被用者健保で実施する仕組みと、その高齢者医療費を被用者グループ全体で支え合う仕組みも検討すべき。(小島委員)
- ・ 地域保険と職域保険の2本立てをベースにしながら、皆保険制度の持続性を図っていくことが必要。(小島委員)
- ・ サラリーマンである高齢者の方とその被扶養者の方についてはいずれも被用者保険に加入して、その他の方は国保に加入するという案は、分かりやすい仕組みだが、一部の保険者の負担が増えないように軽減策が必要。(小林委員)
- ・ 誰もが分かるような単純明快な仕組みを本格的に検討する段階にある。(見坊委員)
- ・ 子どもの持ちようによって変わってくる高齢者間の不公平には納得できない。(樋口委員)
- ・ 被用者保険の被保険者本人とその被扶養者を除き、原則75歳以上の大半を市町村国保に再び迎え入れるのがよい。(宮武委員・資料)
- ・ 皆様方からいろいろ寄せられた御意見のうち、取り入れられるものは取り入れるという形で、中間とりまとめに向けて整理させていただきたい。(岩村座長)

○ 年齢や所得といった構造的要因に着目した保険者間の調整について

- ・ 年齢や所得といった構造的要因に着目した保険者間の財政調整は当然やっていかなければならない。(阿部委員)
- ・ 応能負担の原則から、基本的に財政調整は加入者数ではなく総報酬方式に従って行うべきである。被用者保険と国保において所得捕捉の問題があるが、いずれ社会保障番号の導入によって解決できると考えている。(池上委員)
- ・ どういう形にせよ財政調整をしないことには高齢者の医療制度は支えられず、そういう意味では、少なくとも財政調整のところでは、やはり年齢でもって区分をしつつ考えるということは避けて通れないと思っている。(岩村座長)

○ 新制度に移行するまでの準備や周知について

- ・ システム構築に時間がかかるので、制度設計の中身をつめて、システム準備には十分な準備期間を取るべき。(岡崎委員・資料)
- ・ 国民の幅広い理解と納得を得ることが重要であり、そのために性急に結論を出さず、慎重に検討をしていただきたい。市町村における準備にしわ寄せがくることのないよう、準備期間をしっかりと確保していただきたい。(藤原委員・資料)
- ・ 多くの連合長の意見から、現行制度は大方なじみ落ち着いてきている認識が強い。この混乱が収まった状況を再度混乱させない配慮が必要。テレビや新聞など広報媒体を活用して、国による積極的な広報を実施し、万全を期していただきたい。そのためにも、「国による積極的な広報」ということを明記していただきたい。(横尾委員)
- ・ 完成度の高いシステムをつくっていただき、この安定的な運用を可能にしていくことが重要。そのために必要な費用については、国の責任において全額措置をお願いしたい。(横尾委員)

## 2. 国保の運営のあり方

○ 市町村国保の中の高齢者医療を、都道府県単位の財政運営とすることについて

- ・ 現在 47 都道府県で運営しているものを、1,800 の市町村国保に分割し、後戻りをさせてはならないという趣旨で、改革の方向としては、国または都道府県を保険者とする国民健康保険制度の再編・統合等を行うべき。(岡崎委員・資料)
- ・ 現行制度で既に運営は広域化されており、運営の責任は都道府県が担っていただきたい。また、まず国が自らの責任を明確に示さない限り、都道府県も役割を果たさそうと思わないだろう。(藤原委員・資料)
- ・ 知事会での議論では、基本的には広域連合を中心として、その上で都道府県がどう積極的に関わり、役割を持っていくか議論をすべき、というのが多数意見。(高尾愛知県副知事)
- ・ 当面 75 歳以上なのか、65 歳以上なのか、ということはあるが、高齢者は都道府県単位の財政運営を共同で始め、それ以下の方々は暫定的に市町村へ制度運営が残ると

なると、実務上大変困難な場面が想定される。都道府県単位で再編成ということがこの改革会議の中で一番意見が多いところでもあり、暫定的なものが長く続かないよう、一定の時期を明示して、最終的には都道府県単位で全体を運営すると決めるべき。(岡崎委員)

- ・ 一時的に 75 歳ないし 65 歳以上の高齢者医療を都道府県単位の財政運営とし、それ以下の年代を市町村で運営するような考え方については、反対である。(阿部委員)
- ・ 運営主体・保険者については都道府県が担っていただくのが一番いい。保険者については都道府県ということで知事会が受け入れられるよう、国の財政負担の拡充を含め全体で努力をしていかなければならないのではないかと。(阿部委員)
- ・ 基本的に 75 歳、65 歳という年齢区分は、高齢者としては心外。(見坊委員)
- ・ 「運営主体は都道府県とし、国は将来にわたり国民皆保険制度を維持するために必要な財政支援を拡充する」などの文言を入れれば、より前向きな協議ができるのではないかと。(横尾委員)
- ・ 市町村国保の多くは少子高齢化の急進展につれリスク分散が難しい苦境に陥りつつあり、都道府県単位に衣替えすべき時代を迎えたと考える。75 歳以上はもちろん、65 歳～74 歳も現役世代との間に負担能力や医療ニーズに差があるため、原則 65 歳以上を都道府県単位の国保の加入者とし、財政運営のみ異なる調整を図る方策がよいと考える。(宮武委員・資料)

#### ○ 全年齢を対象に国保の広域化を実現していくことについて

- ・ 今回の制度改革を機に、市町村国保の広域化も推進すべきであり、高齢者世帯と同様に、都道府県が運営責任を負い、市町村が実務を担う、というのが我々の考え。(藤原委員・資料)
- ・ 高齢者と現役世代を一緒に都道府県単位の国保として広域化するのが理想ではあるが、地域主権という考え方もあり、地域の自主性を尊重して、段階的な方法も検討する必要があるのではないかと。(小島委員)
- ・ 保険料算定方式の統一・都道府県単位の標準保険料率の設定など、算定の仕方自体が統一されていけば国保間での負担の公平は図られるのではないかと。(三上委員)
- ・ 国保の広域化には賛成であるが、その際は一般会計の繰り入れや賦課方式の違いなどについて、かなりの準備期間が必要であると考えた。(池上委員)
- ・ 地域保険の再編成を一気に実現するのは難しく、各市町村国保がまず 65 歳以上について都道府県単位の財政調整を講じ、次いで現役世代も都道府県単位に再編成する段階的な移行策が実現性が高い。(宮武委員・資料)

#### ○ 国保の運営の仕組みについて

- ・ 「都道府県単位の運営主体」と市町村が共同して運営にあたるという案が示されたが、都道府県がどのような役割を担い、どのような責任を果たすのかが明確ではない。

この案で都道府県が運営責任を果たせるのかどうかは今後慎重な検証が必要。(藤原委員)

- ・ 都道府県を運営主体として、国は将来にわたり財政支援を拡充してサポートし、都道府県や市町村の役割分担等も明確にして保険者機能が十分に発揮できるようにすべき。(横尾委員・資料)
- ・ 福祉について、基礎自治体ができることを都道府県でやることはほとんど不可能であり、どういう協力関係ができるのかという議論はまだ不足している。(堂本委員)
- ・ 高齢者医療制度の安定的な財政運営のためには、運営主体は都道府県単位にすべきだが、高齢者医療制度に関わる保険料の徴収事務や保険者機能の発揮のために、加入者との直接の接点は今と同じ市町村が行うことが、高齢者の利便性にとっても、効率的な制度運営にとってもよいのではないか。(小林委員)
- ・ 都道府県単位で保険料を統一すれば、市町村ごとの格差は解消され財政基盤の安定を図れるが、市町村ごとの収納率の向上の努力が軽視・無視される恐れがあり、保険料が現在より極端に高くなる地域も予測される。それに対応するためには、都道府県が医療費実績に応じて基準保険料を設け、それを基に各市町村の収納率を勘案して納付すべき保険料総額(分賦金)を個別に定める「分賦金方式」が有力な選択肢になると考える。都道府県にとっては納付総額が保障され、各市町村は収納率の向上により保険料の上昇を抑えることができる。(宮武委員・資料)
- ・ 65歳以上を対象とした都道府県単位の財政調整を実施する場合、都道府県は基準保険料の設定・分賦金の算定・国保連合会を通じたレセプト点検・診療報酬の支払・医療計画の策定・高齢者医療費の分析などを引き受け、市町村は高齢者の保険料設定・保険料徴収・保険証発行・窓口サービス・健康診査などの業務を担当する。この役割分担を次第に全年齢層へ拡大することで、都道府県と市町村が地域保険の共同運営に当たる近未来図を描ける。(宮武委員・資料)

### 3. 費用負担

#### (1) 支え合いの仕組みの必要性

- ・ 65歳以上の方を新たな制度の対象とするのであれば、前期高齢者の財政調整の仕組みを残すなど、国保の負担増にならないようにしてほしい。(藤原委員)
- ・ 市町村から都道府県単位の運営主体に各市町村の納付すべき保険料額を納付することとなっているが、その額と各市町村が徴収する保険料の額に乖離が生じた場合に、どこがリスクを負うのかは重要な論点になる。(高尾愛知県副知事)
- ・ 国保の立場として、財政調整について、先充てするものと先充てしないものの2つだけの比較で言えば、高齢者医療費を先充てしない形を支持する。1つの案に絞り込むのは難しい点もあるので、他にも幾つかシミュレーションを示していただき、併記すべきと考える。(岡崎委員)
- ・ 国保が中心となる方向性の場合、財政・運営責任の主体や負担ルールを明確にする

ため、国保の現役世代の保険制度とは財政面で区分していただきたい。(齊藤委員)

- ・ 高齢者の保険料は高齢者の医療給付費に先充てし、残りを公費や支援金で充てるのが望ましい。(齊藤委員)
- ・ 国保の財政については、煩雑・複雑になるとの御指摘もあったが、やはり、高齢者と一般の国保の方で、財政を分けて管理すべきと考える。(白川委員)
- ・ 今後の医療費の伸びを考えると、現役世代の負担はますます増える。制度の持続性を担保する観点から、高齢者保険料と公費により賄えない分は現役世代が支援する、という形ではなく、高齢者保険料と現役世代の支援金で賄えない分を公費で負担する、という考え方を取るべき。(白川委員)
- ・ サラリーマンである高齢者とその被扶養者を被用者保険に受け入れると、財政的に厳しい協会けんぽが大半を受け入れることになる。単に協会けんぽの財政救済という意味合いだけではなく、被用者グループ全体で新たに受け入れる高齢者の費用を支え合う仕組みを考える必要がある。(小島委員)
- ・ 高齢者の医療費が全体として増えていく中で、公費を増やしていかないと現役世代の負担がますます過重になると考えている。(小林委員)
- ・ 原則 75 歳以上は現行制度と同様、保険料 1 割・支援金 4 割・公費 5 割の財政調整を行い、65～74 歳は先充て方式を取るのがよい。しかし、現役世代・65 歳～74 歳・75 歳以上と三層構造の保険料体系になるのは複雑であり、65 歳以上のすべてを対象に財政調整を図る方策もあると考える。後者の財政調整を行うにあたっては、詳細な試算が必要。(宮武委員・資料)

## (2) 公費

- ・ 国民健康保険制度の負担増は決して招かないよう、国の責任において万全の対策を講じるべき。(岡崎委員・資料)
- ・ 医療保険制度全体を持続可能なものにしていくために、新たな高齢者医療制度の構築に際しては、公費負担を拡充していただきたい。(白川委員・資料)
- ・ 国保が負担増になったとして、公費で補填するための財源は確保されているのか不安。個々の保険者の負担増を前提としない補てん方法があるのかもはっきりしていない。(藤原委員・資料)
- ・ 医療費の将来推計、それを踏まえた保険料や公費負担の試算を示していただかないと判断ができない。(高尾愛知県副知事)
- ・ 新制度の構築の方法として、国保の負担が増えて公費負担が減るという形はおかしい。きちんと負担区分を決めて、保険料でどれだけ賄い、公費負担をどれだけ入れるかを議論すべき。(高尾愛知県副知事)
- ・ 財政試算において市町村国保の負担増分は公費で埋めるとしているが、年金などへの追加財源を公費投入しなければならない状況下で、国保負担増の財源を確保できるか不安。追加の公費負担部分については、新たな地方負担を求めないよう意見を申し

上げたい。(岡崎委員)

- ・ 際限ない拠出を求められると、個々の保険者の医療費適正化等の努力は減退しかねず、保険者機能の弱体に繋がりがかねない。年金・介護の負担も考えれば、被用者の保険料負担は既に限界と考えており、拠出金負担をこれ以上増やさないことを前提に、公費を引き上げる方向を明確にしていきたい。(齊藤委員)
- ・ どういう制度であるにしろ、公費負担増が前提であり、参議院厚生労働委員会の附帯決議を重く受け止めるべき。(小島委員)
- ・ いずれの保険者も財政状況が厳しい中で、一部の保険者の負担が増えないような負担の軽減策が必要である。(小林委員)
- ・ 公費負担の拡充が大変重要であるが、その財源も、現役世代の過重な負担とならない財源とすべき。(小林委員)
- ・ 市町村国保・協会けんぽ・健保組合と並べて、1,000 億円単位のお金の出し入れがある「共済組合」も追記すべき。(横尾委員)
- ・ 公費負担と言っても、国や都道府県がお札を刷るのではなく、税金で取ってくるという話であり、公費負担を増やすということは最終的には誰が負担者なのかということを考えて上で議論をしないといけない。(岩村座長)

### (3) 高齢者の保険料

#### ○ 高齢者の保険料の世帯単位での納付について

- ・ 後期高齢者医療制度の、世帯単位を個人単位とした点は評価していた。(樋口委員)
- ・ 後期高齢者医療制度を廃止するという中では、本則は国保か被用者保険となり、そうなるとうしても負担をしていただかない被扶養者の方は出てきてしまう。これを見直すというのは、被用者保険・医療保険制度全体をどうするかという議論に繋がってしまう。(岩村座長)
- ・ 特別徴収の対象年金の選択や、月次捕捉等による速やかな特別徴収への移行等を可能にするようなことを追記したら、より事務も適切に行われると考える。(横尾委員)

#### ○ 保険料の上限について

- ・ 新しい制度においては、世帯主と一緒に住んでいる高齢者は保険料を払わなくてよくなるのに、単身世帯の高齢者はこれまで上限 50 万円の保険料のところ、63 万円と高くなる。これは高齢者間の不公平と言わざるをえない。(堂本委員)
- ・ 保険料の上限所得を変えた時の財政的影響がどれぐらいになるかという試算について示していただきたい。(三上委員)
- ・ 保険料の上限について、高齢者の中でも所得比例の観点からより細分化して、そして全体としては増収になるようにしていただきたい。(樋口委員)

#### ○ 低所得者の保険料軽減の特例措置について

- ・ 保険料も都道府県単位に一元化されると考えると、県として当該県の中で最も低い保険料水準の市町村に合わせて保険料を設定することは難しく、それに対応して、後期高齢者医療制度と同様な、応益部分の9割軽減などの措置を繰り返すべきかは課題。(池上委員)
- ・ 低所得者の方も当然おられるので、被保険者に過大な負担とならないような配慮が必要ではないか。(横尾委員)

#### (4) 現役世代の保険料による支援

- ・ 社会保険料の負担が現役世代にとって過度に重いものになれば、現役世代の活力喪失に繋がりがねず、雇用対策の面でも逆行する可能性がある点は留意すべき。(齊藤委員)
- ・ 現役世代の負担を大きくするとモチベーションが下がるということに関して、例えば協会けんぽ並の料率に合わせたとしたら、どの程度の財政的な影響があるのか、示していただきたい。(三上委員)
- ・ 現役世代からの支援の仕組みとしては、支援する保険者間での負担の公平性という観点が重要であり、少なくとも被用者保険者間では負担能力に応じた総報酬按分の仕組みにすることをとりまとめた内容にしていただきたい。(小林委員)
- ・ 高齢者と現役世代とが対立的な関係で論じられ、現役世代が高齢者を担う、いわば肩車型になる、とも述べられているが、現役世代が高齢者を支えるという考え方そのものが基本的に間違っている。(見坊委員)

#### (4) 高齢者の患者負担

- ・ 国民皆保険を守る観点から、高齢者の方にも、その負担能力に応じた適切な負担を求めるべき。70歳から74歳の患者負担については、経過措置をとりながらも、本則通り2割負担としていただきたい。(齊藤委員)
- ・ 医療提供者としては受診抑制に繋がるような対応は好ましくなく、病気がちで有病率の高い高齢者については1割負担が妥当ではないかと考える。(三上委員)
- ・ 3割負担だと明らかに受診抑制が起きているという実態があり、その事実に基づいて、自己負担を引き上げることについては慎重にあるべき。検討に当たっては、1割・2割・3割負担の場合の振る舞いについての意識調査、また、患者本人に多くを負担してもらう制度と、保険料・税金で皆で均等に少しずつ負担する制度のどちらを望むのかについての意識調査を実施すべき。(近藤委員)

#### 4. 医療サービス

- ・ 医師と看護師が非常に不足している分野が出ているので、特に医師確保について十分な配慮をいただきたい。(岡崎委員・資料)



- ・ 制度改正による高齢者にとってのメリットを整理する必要がある。たとえば、診療報酬での対応などが考えられる。高齢者の方々であってもそれなりのご負担をお願いしなければならない中、短期的なメリットだけでなく、中長期的にどういう負担構造になるかを示しながら、サービスの拡充についても説明する必要がある。(白川委員)
- ・ かかりつけ医制度を強めていくことで、医療保険制度の無駄を減らすことに繋がっていくと考える。(鎌田委員)

## 5. 保健事業等

- ・ 予防等について、保険財源を使うことの是非について、もう一度御議論いただきたい。(三上委員)
- ・ 特定健診・特定保健指導等の努力が保険者機能として医療費適正化にどのような効果があるのかというエビデンスを示していただきたい。(三上委員)
- ・ 各保険者とも置かれた状況が異なっている中で、各保険者の取組の結果に対し、同一の基準により金銭的ペナルティを課す制度は廃止すべき。とりまとめに当たっては廃止を明確に打ち出した上で、これに代わる保健事業の推進方策を考えることを明記していただきたい。(小林委員)
- ・ 高齢者の健診項目や保健指導の内容については、若い世代と全く同じでいいかを含めて検討を進める必要があり、平成 25 年度からの実施に向けて早めに検討を行う必要がある。(小林委員)
- ・ 若い人と差別をつけないという面が強調されているが、高齢者への対応で変えるべき点もあるのではないかと。(近藤委員)
- ・ 今回のこの議論をきっかけに国民の健康意識を高めることが必要。今行われている国や都道府県、市町村の役割分担、財政負担を明確にするとともに、健康診査・人間ドック等の助成についても何か加味するべきではないか。また、受診率を高めることを国でも取り上げていただきたい。(横尾委員)
- ・ 保険者になってもらう時に、医療供給体制そのものも都道府県に権限を与えることが非常に大事なのではないかと。(鎌田委員)
- ・ 国保を都道府県単位とした時にも、市町村は医療費適正化に努めることで公費負担を抑えることができることから、各都道府県に加えて、各市町村の取組の推進が期待できる。(宮武委員・資料)

## 第6回会議までの意見の概要

### 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向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と。(小林委員)
- ・ この会議は高齢者医療制度のあり方がメインテーマである。被用者保険については、まず、どういう思想で高齢者の医療費を支えるかを議論すべき。若年層から高齢者への支援の方法を集約する方向で議論すべきだ。(白川委員)

## 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。

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中心に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段階目、2段階目でこう変わり、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)
- ・ 国民が安心できて、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)
- ・ 所得捕捉の問題も、政府で一部検討が始まったように、社会保障番号や背番号制などの名称はともかく、そのような形での捕捉を行えば可能であるはず。(横尾委員)
- ・ 高齢者医療の事務についても、十分な検証をして、前もって備えていかないとトラブルになる。現制度でも、そのスタート時、減額・軽減措置の時など、その都度にコンピュータトラブルも発生して苦労が絶えなかつただけに、十分な準備と対応が不可欠である。(横尾委員)

## (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。(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)
- ・ 被用者保険間の負担の公平化、一元化はどのようにして図られるのかという意味では、長妻6原則には一番近い案ではないかと思う。(三上委員)

#### 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、被用者保険内だけで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)
- ・ 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う理想を掲げるべき。(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と。(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と。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認識の方が関係担当幹部にもおられるのではないかと感じる。(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)
- ・ 本来は住民と最も向き合っている市町村が保険者であるのが望ましいが、これから先の少子高齢化において、保険者としてリスク分散ができない市町村が極めて多くなっていくことを考えると、都道府県による運営を考えざるを得ない。その際に、一番身近な市町村の役割をどうやって担保していくのかが大きな課題。(宮武委員)
- ・ 市町村国保はいずれ人口減少で行き詰るため、都道府県に権限を逆委譲すべき。(岡崎委員)

#### 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)

- ・ 合意形成ができた都道府県から順次広域化を行うということになると恐らく広域化は進まないため、一定期限を切りながら広域化を行うべき。(岡崎委員)
- ・ 法律により保険者を解体できるかという点については、医療保険制度というのは基本的に国が枠組みを決めながら、それを法律で制定し、保険者を設立して、被保険者を設定するという形で成り立ってきたことを考えれば、法律で十分合意ができれば、保険者の組み替え、広域化は可能である。(岡崎委員)

#### (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ない限り、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点であると、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き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拠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)
- ・ 年齢のみを区分とした保険料の減免はない方が良いという意見に賛成である。(樋口委員)
- ・ 国民皆保険が国民全体の連帯だと考えると、保険者間の差を明らかにつけることは非常に問題ではないかと考える。(三上委員)

## 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。(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)
- ・ 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と自治体任せで、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)



## 有識者ヒアリングにおける主なご発言

### 1. 一圓光彌教授

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

### 2. 加藤 智章 教授

- 後期高齢者医療制度の問題点
  - ・ 被保険者の保険料負担が財源の1割であり、財政規律の基盤を確保する道筋という点で評価できるが、1割だけで財政的な規律を発揮できるのか疑問である。
  - ・ 保険料徴収義務は市町村に委ねて、保険料率の決定は広域連合で行うという構図の中で、どこまで保険者機能を果たすことができるのか。
  - ・ 広域連合の意思決定システムが、当事者自治のシステムとして適正なものであるのか。
  - ・ 支援金・拠出金については、いわゆる保険料の租税化という考え方であり、保険給付と直接的に関連のない負担が社会保険料と一体的に徴収されることをどのように考えるのか、という問題が提起されている。

- 改革会議の議論を進めていく中での「基本的考え方」では、一元的運用について、国保と被用者保険を一元化するという事は、恐らく所得捕捉率の問題を抜きにしては、一元化というプロセスには移行できないのではないかと。

また、被用者保険と市町村国保との関係の中で、いわゆる非正社員が市町村国保の中に組み込まれている体制があり、非正社員の処遇をどう考えるかという点も重要な問題になってくる。

- 「市町村国保等の負担増に十分配慮する」、「高齢者の保険料は急に増加したり、不公平なものにならないようにする」といった点については、保険者の負担増も抑制し、高齢者の負担も緩和することが、果たして実現可能なのかという点に強い疑問を抱かざるを得ない。
- 市町村国保の広域化については、法律に基づいて保険者を解体し得るのか。例えば、法律によって健保組合を解散することは、果たして可能であるのか。
- 各案については、いずれにしても所得捕捉率の問題を解決しなければ、リスク構造調整の機能は十分発揮されないのではないかと。

### 3. 関 ふ佐子 准教授

- 若いときから安心して世の中で生活していくためには、ある一定の年齢以上の者に対する保障は充実させるべきではないかと思っている。
- そういう意味では、年齢を理由とした保障は必要に応じて提供する必要があるが、他方で、年齢で境界線を引くと、年齢差別が起こるという現実もある。後期高齢者医療制度は、その年齢差別の観点から、色々と批判が出てきたと思っている。
- アメリカでは、差別禁止ということで、ある一定の年齢を保障することと、ある一定の年齢を理由に差別することが、どのような関係にあるのかという、エイジズムの議論がされてきている。

エイジズムには2つあると言われ、1つは、高齢者世代を役に立たない、働けない世代といったイメージによって差別したり偏見を持ったりする「否定的エイジズム」。一方、高齢者のみを対象としたメディケアや年金といった社会保障制度は、高齢者に好意的な区別であり、これは「肯定的エイジズム」と捉えて良いのではないかと、という議論がある。

- ある一定の年齢以上の者に対する保障は充実すべきであるが、年齢による区分が問題であるという考えもあり、それは保険者自治が機能しなくなるという点である。医療というのは、生涯にわたる健康管理や予防の努力が制度に反映し、その結果として保険料が安くなるという制度でないと、中々機能しづらいと思っている。

そういった意味では、区分するのはよくないと考えている。

- 医療サービスについては、一生にわたって同じ制度がよいと考えるが、他方で、一定の年齢以上については公費を投入し、財政的には他の年齢で支えていくべきと考え

る。

65歳以上の人口が7%を超えた時に、国連は「高齢化」という言葉を使ったが、その当時は日本では65歳以上の人口は5.7%で、それぐらいだったら皆で支えるというのは非常に納得しやすい割合であるが、これだけ寿命が伸びてくると、一体どれぐらいの人たちを社会で支えるのかということは、改めて考えていかなければならない。当時のパーセンテージを今に当てはめると、大体75歳以上というのが社会で支える年齢として適切と考えているが、どれぐらいの年齢であれば若い人たちは支えていいと考えているのかということ、調査などに基づいて考え、そして公費を投入する年齢を検討すべきではないかと思っている。

- 新たな制度の在り方としては、年齢で区分しない一方、年齢を理由とした保障に公費を投入する、そして今は65歳と言っても色々な方がいるので、世代内でもお互いに負担し合って扶養し合うということが可能な制度が良いと考える。

#### 4. 土田 武史 教授

- 新たな制度を検討するにあたって求められているものは、以下の5点である。

- ① 公平性の確保

- ・ 年齢差別の解消、高齢者負担の軽減化、医療給付及び診療報酬体系の改定、保険者間のリスク構造格差(特に国保)の是正、の4つが課題である。

- ② 財政の安定化

- ・ 1つ目の課題は、財政調整・保険者間のリスク構造調整・国庫負担の見直し。財政調整は高齢者医療費の負担をどう分配するか、リスク構造調整はリスク格差をどうやって平準化するか、ということであり、財政調整が事後的な対応策なら、リスク構造調整は事前的な対応策。しかし、国保被保険者の所得把握は難しく、その場合の財政調整の在り方に国庫負担がある。こうしたことを含め、財政安定化のための対応策が必要。

- ・ 2つ目の課題は市町村国保の負担増の回避。

- ・ 3つ目の課題は保険者組織の改編。保険者機能の側面から組合方式を高く評価すべき。

- ③ 世代間連帯の強化

- ・ 高齢者医療制度の支援金の見直しを通じた対応が必要。

- ④ 当事者自治(保険者機能)強化

- ・ 6原則から落ちているが、考慮する必要がある。

- ⑤ 制度のわかりやすさ(国民の納得)

- ・ 財政調整の計算は複雑であっても構わないが、理念は、単純明快でわかりやすいものにする必要がある。

○ 5つの視点からの各案の評価

- ・ 池上案は、公平性の確保や世代間連帯ということで非常に高く評価できる一方、各都道府県に健保組合を区分するとすると、保険者機能を損なう点で非常にマイナス。また、国庫負担が少なくなり、財政的な安定性にも不安がある。
- ・ 対馬案は、世代間の負担関係が明確で、高齢者間の負担の公平化について評価できるが、年齢区分において差別論が再燃する危険性がある。また、被用者保険・国保・高齢者医療制度間のリスク構造格差への対応が明確でない。
- ・ 小島案は、被用者保険の連帯が強化され、保険者機能も強化される点で評価できるが、制度間・保険者間のリスク構造調整・財政調整による対応が必要となる。また、雇用の流動化等が進む中で、退職者健保制度の詳細が不明な点に大きな不安が残る。
- ・ 宮武案は、制度が分かりやすく、世代間連帯の確保、高齢者の負担の公平化、年齢差別の解消といった点で非常に評価できる。ただ、都道府県が強い保険者機能を保持する可能性はあるが、現在の市町村よりも保険者機能が落ちることもあり得る。また、国保と被用者保険とのリスク構造格差の是正、財政格差の是正、国庫負担のあり方の検討が必要。

5. 山崎 泰彦 教授

- 新制度の枠組みは、新たな高齢者医療制度の対象を年金、介護保険と合わせて65歳以上として、前期、後期の区分を解消すべき。そして、国保を高齢者医療制度の一般制度としての役割を担う保険者として位置づける。
- 各被用者保険者が、国保の高齢者医療事業を代行することができることとし、被用者保険加入者は、被用者保険と高齢者医療制度に二重加入する。これにより、年齢を理由とする強制的な移動はなくなり、被用者保険独自の現金給付等は継続して受けることができる。
- なお、既に75歳以上の被用者は後期高齢者医療制度に移っているので、混乱を避けるため、これらの方々は原因になるので、原則として住所地の国保に戻す。
- そして、高齢者医療勘定を設けて、高齢者医療費について各制度、保険者が財政を共同化する。
- 給付と負担については、年齢のみを基準とした過度な一部負担や保険料負担の軽減はやめるべき。
- この方式のメリットは一般制度である国保については医療と介護の保険者の単位が一致し、両者の連携がとりやすくなることであり、患者負担、保険料負担、公費の負担割合等も整合性のとれたものにすべき。これにより、将来、介護保険と高齢者医療を融合・ドッキングさせる可能性も開けてくる。
- 財政調整については、年齢や所得といった構造的要因に着目してリスク構造調整を行

う。制度間では年齢、各制度内では所得を調整基準として、当面 65 歳以上に限定して適用し、国保内は、少なくとも現在導入している程度の公費は投入する。

- 今の支援金というのは保険者努力が中々反映し難い仕組みであり、それは問題。年齢リスク構造調整と応能負担の要素を組み合わせるのが、被用者保険のグループでの拠出金の決め方かと思う。
- 国保については、軸足は市町村に置いた上で、広域化の努力をすべき。関係者の合意が得られるところから都道府県が保険者になる道も開いたらどうか。ただ、市町村の努力が反映されるような分権的な運営を行う事が望ましい。
- 平成 25 年施行という極めて制約されたスケジュールは、普通に考えれば極めて困難。その困難な中で合意形成を図り、スムーズな施行に結びつけるとすると、当面、高齢者医療制度を廃止し、年齢で区分するという問題を解消することの 1 点に改革のターゲットを絞る代替案は考えられないか。
- そのような観点からは、75 歳未満の財政調整は残し、75 歳以降も国保か被用者保険に継続加入させて、各保険者が現在の後期高齢者医療の事業を代行する形で継承し、高齢者の医療費について財政の共同化を図るという案が考えられる。

# 委員配付資料

# 新たな高齢者医療制度に関する 中間取りまとめ

平成22年6月29日

全 国 知 事 会

後期高齢者医療制度改革プロジェクトチーム



## はじめに

- 全国知事会としては、「医療保険制度の全国レベルでの一元化を目指すべき」という主張は引き続き堅持していく。
- 本来、医療保険制度の改革については、多方面に大きな影響を及ぼすものであること、また、将来にわたり持続可能な制度としなければならないことから、医療費の将来推計等の詳細なデータを基に、十分な議論を尽くすべきである。
- 国は、国民皆保険制度を堅持し、持続可能な高齢者医療制度を構築するため、どのような財政責任を果たしていくのかを明確に示すことが不可欠である。
- しかし、高齢者医療制度改革会議で新たな制度の骨子がまとめられようとしている状況の中で、現時点での考え方をまとめたものである。

- ・ 平成 21 年 8 月の政権交代により、国において、後期高齢者医療制度を廃止して新たな高齢者医療制度を平成 25 年 4 月に導入する方向性が打ち出された。このための検討の場として、平成 21 年 11 月に厚生労働大臣が主宰する「高齢者医療制度改革会議」が設置され、議論が行われてきている。
- ・ 高齢者医療制度改革会議では、厚生労働省が会議の冒頭に示した「地域保険としての一元的運用を図る」等の『6つの基本的考え方』を制度見直しの前提条件とし、この夏までという短期間で制度の骨子をまとめようとしており、また、その中で、新たな高齢者医療制度の受け皿として想定される市町村国保のあり方にまで踏み込んだ議論がなされるに至っている。
- ・ 全国知事会としては、毎年度の「国の施策並びに予算に関する提案・要望」等で要望してきている「医療保険制度の全国レベルでの一元化を目指すべき」という主張は、引き続き堅持していくべきものと考えるところであるが、こうした国の動きに対応する必要があることから、平成 21 年 11 月、全国知事会内に「後期高齢者医療制度改革プロジェクトチーム」を設置し、高齢者医療制度改革会議の議論に合わせ検討を重ねてきた。
- ・ 本来、医療保険制度の改革については、対象となる者、各保険者、公費負担等多方面に大きな影響を及ぼすものであり、また、将来にわたり持続可能な制度としなければならないことから、医療費の将来推計等の詳細なデータを基に、十分な議論を尽くす必要がある。
- ・ 国は、国民皆保険制度を堅持し、持続可能な高齢者医療制度を構築するため、どのような財政責任を果たしていくのかを明確に示すことが不可欠である。
- ・ しかし、全国知事会としても早急に制度のあり方に関する考え方を高齢者医療制度改革会議に提案していく必要があることから、当プロジェクトチームで論点整理・検討を行うとともに、必要に応じて社会文教常任委員会構成都県や全都道府県の意見集約を図りながら、現時点での考え方を中間取りまとめとしてまとめたものである。

## 1 高齢者医療制度の基本的枠組みについて

- 新たな高齢者医療制度は、市町村国保を受け皿として実施する。
- 市町村国保内において、高齢者部分と若年者部分は区分して運営する。
- 対象者は、主たる収入が年金に移行し、また、介護保険の第1号被保険者となる65歳以上の者とするのが考えられるが、今後、保険財政面と一体的に検討していく。ただし、年齢に関わらず、被用者保険の本人及び被扶養者（65歳未満の者に扶養されている者を含む）については、被用者保険に加入するものとする。

- ・ 高齢者医療制度改革会議において、国は、『「6つの基本的考え方」中の「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」の意味は、新たな高齢者医療制度は後期高齢者医療制度のような独立型とはせず、既存の医療保険の中に繰り入れることである』としている。また、受け皿となる医療保険については、「6つの基本的考え方」中に「地域保険としての一元的運用」、「市町村国保の広域化につながる見直し」とあることから、市町村国保が有力視されている。このような情勢を踏まえつつ、短期間での制度移行が前提とされていることから、市町村国保を受け皿とすることが現実的である。
- ・ 高齢者と若年者では、一人当たりの医療費に大きな差異がある一方で、保険料等の費用の負担能力においても一般的に差異がある。このため、高齢者部分については、若年者部分とは別に、保険料を設定し、また、公費負担、財政支援により財源を確保する必要がある。このことから、市町村国保内において、高齢者部分と若年者部分は区分して運営する必要がある。
- ・ 対象年齢について、後期高齢者医療制度においては、75歳以上を「後期高齢者」という名称で区分したことが問題となった。一般的に職業生活を引退して主たる収入が年金に移行し、また、介護保険の第1号被保険者となる65歳以上について、若年者とは区分して「高齢者」として括ることが現実的であると考えられるが、保険財政に大きな影響を及ぼす要素であることから、今後、保険財政面と一体的に検討していく。
- ・ 被用者保険の本人については、被用者保険から外れて後期高齢者医療制度に加入するとされたことにより、従前よりも保険料が増額となるなどの問題が生じた。また、保険運営の財政面から見ると、対象となる高齢者が少ない方が財政負担が軽減される。これらを勘案し、年齢に関わらず、被用者保険の本人及び被扶養者（65歳未満の者に扶養されている者を含む）については、被用者保険に加入するものとする。

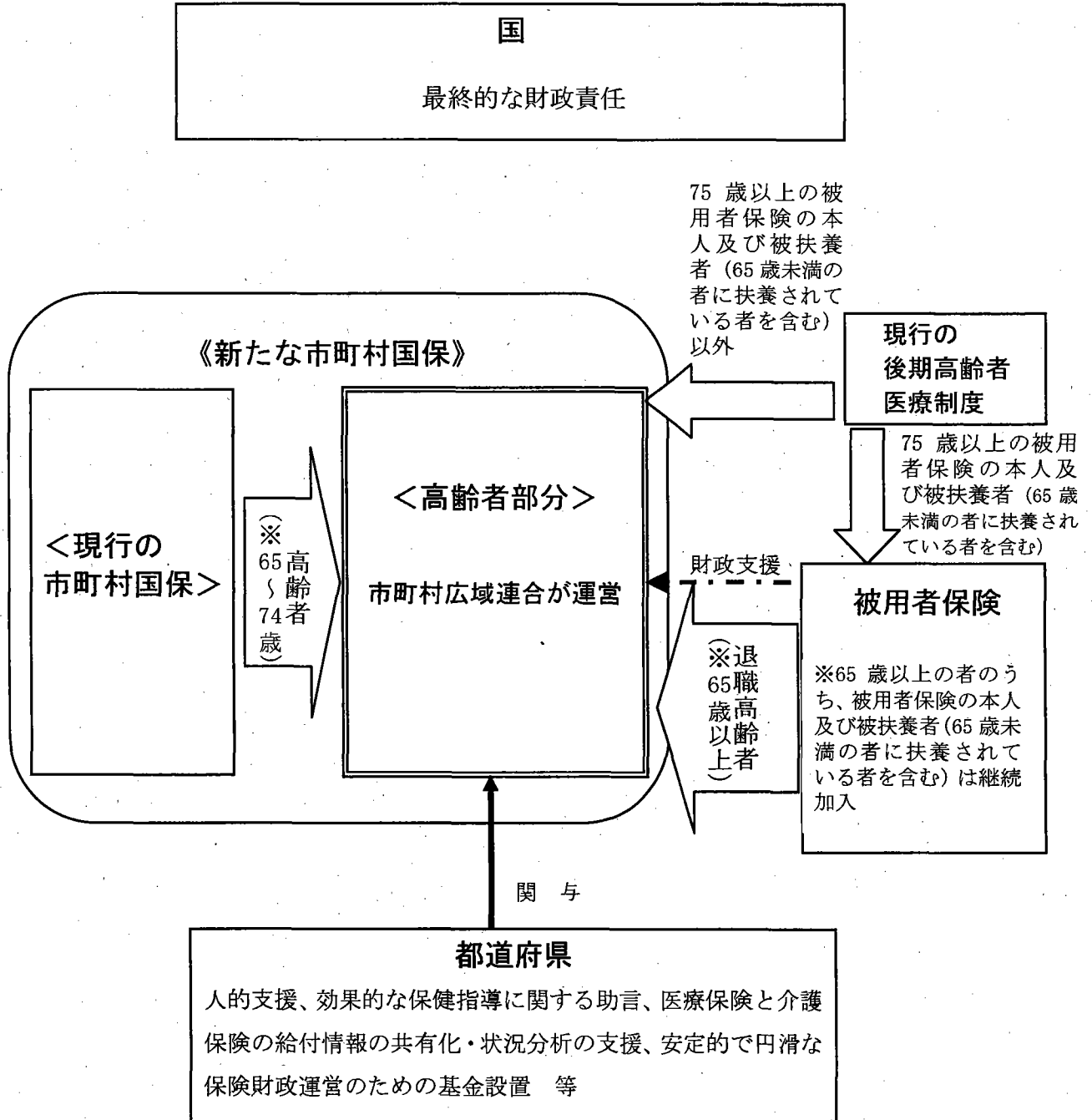
## 2 高齢者医療制度における運営主体について

- 区分する高齢者部分の運営主体は、市町村広域連合が適当と考える。その場合の都道府県の役割として、市町村広域連合が円滑に保険運営できるような人的支援、効果的な保健指導に関する助言、安定的で円滑な保険財政の運営のための新たな基金の設置等により、市町村広域連合への支援を強化していくことが適当である。
- 一方で、少数意見として、都道府県が保険運営により積極的に関わるべきとの考え方から、都道府県と市町村がそれぞれの役割を分担し、共同して保険運営する意見などもある。

- ・ 現行の後期高齢者医療制度において、市町村広域連合は、市町村からの派遣職員が中心となって運営を行い、構成団体である市町村は、保険料徴収等の窓口業務を行うなど、これまでも両者が緊密な連携を図りながら、被保険者の声、現場の声に耳を傾け、規約や広域計画に定められた役割分担に基づき、被保険者に対する責任を果たしてきた。
- ・ それらの被保険者管理や保険料徴収等の円滑な事務処理等、従来のノウハウとシステムを生かせることから、市町村広域連合が、新たな高齢者医療制度において区分する高齢者部分の保険運営主体となることが適当と考えられる。
- ・ 都道府県の役割としては、市町村広域連合が円滑に保険運営できるような人的支援、効果的な保健指導に関する助言、医療保険と介護保険の給付情報の共有化・状況分析の支援等を行い、また、安定的で円滑な保険財政の運営のための基金を国とともに新たに設置するなど、市町村広域連合への支援を強化していくことが適当である。
- ・ 一方で、少数意見として、都道府県が保険運営により積極的に関わるべきとの考え方から都道府県と市町村がそれぞれの役割を分担し、共同して保険運営する意見や、国が運営すべきとの意見などもある。

# <新たな高齢者医療制度のイメージ図>

※年齢区分については、今後さらに検討



### 3 高齢者医療制度の保険料について

- 対象者を 65 歳以上とした場合、65 歳以上は一律の保険料率とする。
- 保険料の賦課は世帯単位で行う。
- 公費（特に国費）負担を拡充し、負担可能な保険料水準とする。

- ・ 対象者を 65 歳以上とした場合、65 歳以上では主たる収入は年金収入となることから、例えば 65～74 歳、75 歳以上で保険料負担に差を設けることは適切でない。
- ・ 後期高齢者医療制度で 75 歳以上の全員が同じ保険に加入し、個人単位で保険料を負担することとしたことは、高齢者間の負担と給付の公平化を図るための一つの考え方であった。しかし、従来、医療保険制度が扶養関係と世帯単位をもとに運用されてきたことからの転換は、次のような状況を生じ混乱を招いた。新たな制度では、こうした点の解消を図る必要がある。

- ・ 保険料は個人単位で賦課するものの、保険料軽減の判定は世帯単位で行うとされ、また、一部負担金の負担割合の決定も世帯単位で行うとされたことにより、高齢者が世帯分離をした方が経済的に有利という現象が生じた。
- ・ 75 歳以上の被扶養者については、従前は保険料負担がなかったところを新たに負担することとされた。
- ・ 75 歳以上の者に扶養される 75 歳未満の被扶養者について、被用者保険を外れ市町村国保に加入せざるを得なくなった。

- ・ 市町村国保の保険料は、主たる生計維持者である世帯主に納付義務を課す世帯課税主義を取っていることから、高齢者が市町村国保に加入するのであれば世帯単位で保険料を賦課するのが適当である。
- ・ 今後、一層の医療費の増嵩が見込まれる中、高齢者の負担や他の保険者からの財政支援に限界があることから、公費（特に国費）の負担を拡充していくことにより、高齢者の収入状況に配慮しつつ負担可能な保険料水準としていくべきである。

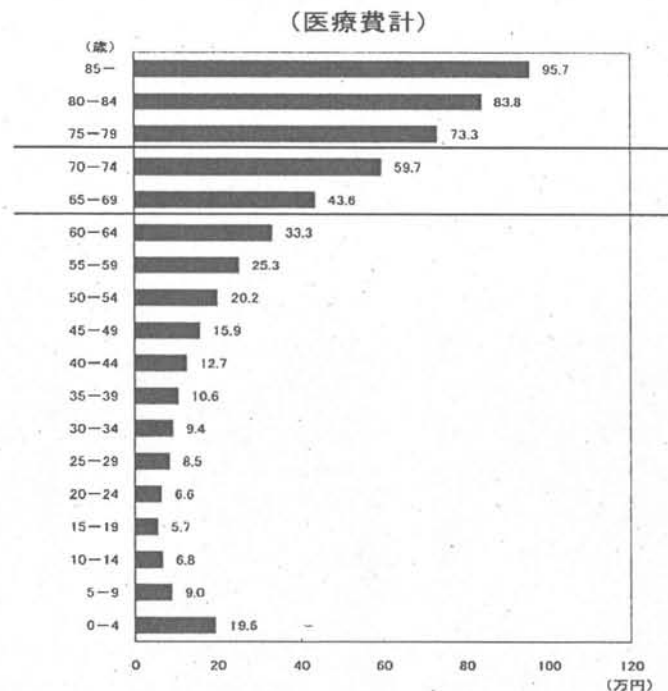
#### 4 高齢者医療制度の一部負担金について

- 3割を上限として、一定の年齢区分に応じて異なる負担割合とすべきである。
- 現役並みの所得者は、年齢区分にかかわらず現役並みの3割の負担割合とすべきである。その場合の所得の捉え方としては、世帯単位とすることが適当である。

- ・ 対象者を65歳以上とした場合、65歳以上では、一般的に収入に大きな差異がない一方で、年齢階級により一人当たり医療費にはかなりの差異があることから、個人が医療機関の窓口で支払う一部負担金が増額とならないよう配慮する必要がある。したがって、一定の年齢区分により、1～3割の負担割合を設定すべきである。
- ・ 現役並みの所得者については、年齢区分にかかわらず現役並みの3割の負担割合とすべきである。その場合の所得の捉え方としては、生計維持の単位である世帯としての負担能力に着目し、世帯単位の所得とすることが適当である。

#### <年齢階級別一人当たり医療費（平成19年度）>

- \* 一人当たり医療費は、平成19年度で、65～69歳43万6千円、70～74歳59万7千円、75～79歳73万3千円となっている。



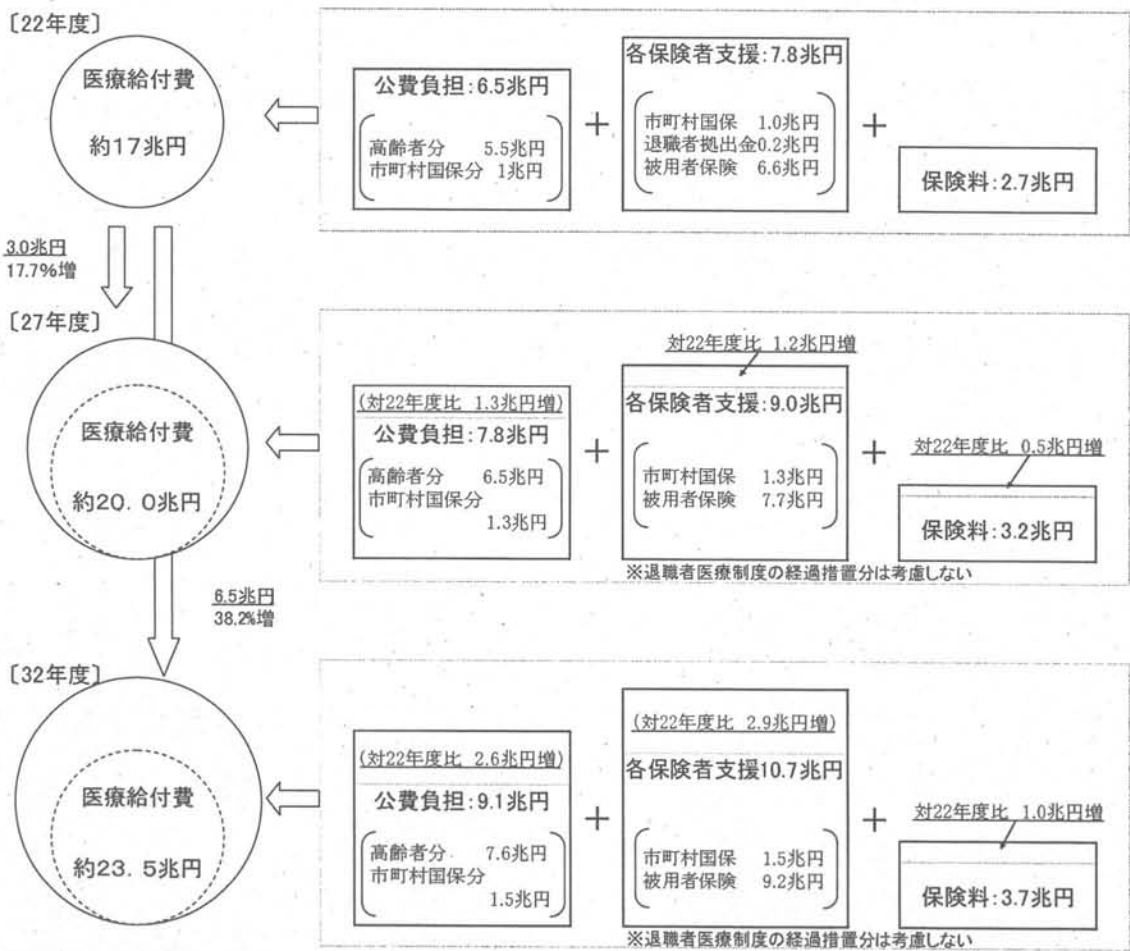
## 5 高齢者医療制度の公費負担・財政支援について

- 保険料、公費（特に国費）負担、他の保険者からの財政支援により運営することとし、その割合は将来推計に基づき明確化すべきである。
- 今後の高齢者医療費の増嵩を見据えた、国・地方を通じた恒久財源の確保が必要である。

- ・ 現行の後期高齢者医療制度における財政負担の明確化という利点は維持していくべきであり、対象者を65歳以上とした場合、65～74歳の者についても、保険料、公費（特に国費）負担、他の保険者からの財政支援により運営することとし、その割合は明確化する必要がある。
- ・ ただし、公費をどれだけ投入するか、65～74歳と75歳以上では公費の割合を変えるのか、高齢者に対する保険料負担、若年者からの支援をどこまで求めるかについては、医療費の適確な将来推計に基づきシミュレーションを行った上で決めていく必要がある。
- ※ 新たな高齢者医療制度の医療給付費と財源について、一定の条件により簡易推計した結果については、P8「新たな高齢者医療制度についての医療給付費及び財源に関する簡易推計」を参照。（簡易推計の条件：医療給付費は、平成18年度に厚生労働省から示された伸び率（年3.3%）を使用。／対象者は、被用者保険の本人及び被扶養者を含め65歳以上の者全員。／財源構成は、属する保険者に関わらず75歳以上の医療給付費について5割を公費負担、各保険者の現役世代の加入者数に応じて財政調整。）
- ・ 新たな高齢者医療制度については、保険運営のリスクを保険者が一般財源で補填するような仕組みであってはならず、国は、ナショナルミニマムの問題として財政責任を果たすべきである。この観点から、今後の医療費の増嵩に対応した安定的で持続可能な制度とするためには、国・地方を通じた恒久財源の確保が不可欠である。

＜新たな高齢者医療制度についての医療給付費及び財源に関する簡易推計＞  
 (全国知事会作成)

- 【簡易推計の条件】
- ・医療給付費は、平成18年度に厚生労働省から示された伸び率（年3.3%）を使用。
  - ・対象者は、被用者保険の本人及び被扶養者を含め65歳以上の者全員。
  - ・財源構成は、属する保険者に関わらず75歳以上の医療給付費について5割を公費負担、各保険者の現役世代の加入者数に応じて財政調整。





おわりに

- 新たな高齢者医療制度のあり方は、医療保険制度全体に影響を及ぼすものであることから、十分な議論を尽くすべきであり、短期間の議論をもって拙速に行うべきではない。
- 国は、国民皆保険を守り、持続可能性のある制度とするため、どのように財政責任を果たしていくのかを明確に示さなければならない。
- 新たな高齢者医療制度の受け皿として想定される市町村国保の広域化を進めるに当たっては、国の責任において、多額の一般会計からの繰入の解消や保険料の適切な水準の設定等、保険運営の改善につながるように、しっかりとした対応を行うべきである。  
また、新たな高齢者医療制度への公費負担・財政支援の設計に当たっては、市町村国保の財政運営において、少なくとも現行と比較してマイナスの影響を及ぼすようなことがあってはならない。

- ・ 新たな高齢者医療制度のあり方は、医療保険制度全体に影響を及ぼすものであることから、医療費の将来推計等の詳細なデータを基に十分な議論を尽くすべきであり、社会保障審議会でも慎重に議論しなければならない問題である。短期間の議論をもって拙速に行うべきものではない。
- ・ 今後も医療費は増嵩し続けることとなるが、医療保険制度の構築はナショナルミニマムの問題であり、国は、持続可能性のある制度とするため、将来にわたりどのように財政責任を果たしていくのかを明確に示さなければならない。
- ・ 新たな高齢者医療制度の受け皿として想定される市町村国保は、国民皆保険の最後の砦であるが、加入者に低所得者の割合が多く、保険料収入の確保が困難という構造的な問題を抱え、市町村が一般会計からの繰入（平成 19 年度：全国で 1 兆 1,700 億円（うち法定外繰入 3,800 億円））で保険財政を運営しているのが現状である。このため、今後、市町村国保の広域化を進めるに当たっては、制度設計を行う国の責任において、多額の一般会計からの繰入の解消はもとより、保険料の適切な水準の設定や財政支援等、保険運営の改善につながるように、しっかりとした対応を行うべきである。
- ・ また、新たな高齢者医療制度への公費負担・財政支援の設計に当たっては、市町村国保の財政運営において、少なくとも現行と比較してマイナスの影響を及ぼすようなことがあってはならない。

## 高齢者医療に係る医療費等の将来推計に関する申入れ

国においては、平成21年11月に「高齢者医療制度改革会議」を設置して新たな高齢者医療制度のあり方について検討を進めており、この8月にはこれまでの議論を踏まえて中間取りまとめを行う予定とされている。

高齢者医療制度は、超高齢社会における医療保険制度の中核をなすものであり、地方にとっても極めて影響が大きいことから、医療費の将来推計等の詳細なデータを基に、十分な議論を尽くす必要がある。

しかし、中間取りまとめを行おうとしているこの時期にあっても、国は未だに医療費の将来推計やそれに基づく財源負担を示していない。将来に禍根を残さないために、議論の前提として、直近の医療費実績をもとに、別紙の項目について、向こう20年間程度の将来推計を速やかに示されたい。

平成22年7月8日

全国知事会

(別紙)

## 将来推計の項目

※いずれも、5年刻みで、向こう20年間程度のもの

### 1 医療費・医療給付費の将来推計

医療費及び負担割合を現行どおりとした場合の医療給付費について、総額及び65歳未満、65歳～74歳、75歳以上で年齢区分したもの

### 2 高齢者医療給付費の財源構成（保険料、公費（国費及び地方負担別）、保険者間の財政調整等）の将来推計

- (1) 現行制度のままとした場合の、65歳以上の医療給付費に関するもの
- (2) これまでの高齢者医療制度改革会議で示されたA案-IからC案-IIIの9ケースごとに、
  - ① 現行の保険料率を維持するとした場合のもの
  - ② 保険料総額を医療給付費と同じ伸び率で増額するとした場合のもの
- (3) 第7回高齢者医療制度改革会議の基本資料中の「①の方法による一つのシミュレーション」及び「②の方法による一つのシミュレーション」ごとに、
  - ① 現行の保険料率を維持するとした場合のもの
  - ② 保険料総額を医療給付費と同じ伸び率で増額するとした場合のもの

# 新たな高齢者医療制度のあり方について、 皆様のご意見をお伺いします。

## — 公聴会開催のご案内 —

後期高齢者医療制度については廃止することとしており、現在、政府において、廃止後の新たな制度の検討を進めています。

検討に当たり、国民の皆様のご意見を幅広く反映できるよう、各地で公聴会を開催致します。皆様のお越しをお待ちしております。

【主催】 厚生労働省

【プログラム】 ○ 新たな高齢者医療制度案の概要説明  
○ 参加者との意見交換

【開催日程】

開催地	開催日	会場
福岡県	8月2日(月)	アクロス福岡イベントホール (福岡市中央区天神1丁目1番1号)
宮城県	8月4日(水)	太白区文化センター楽楽楽ホール (仙台市太白区長町5丁目3番2号)
大阪府	8月10日(火)	大阪市中央公会堂大集会室 (大阪市北区中之島1丁目1番27号)
愛知県	10月1日(金)	ウィルあいちウィルホール (名古屋市東区上笠杉町1番)
広島県	10月2日(土)	中国新聞ビル中国新聞ホール (広島市中区土橋町7番1号)
東京都	10月5日(火)	新宿文化センター大ホール (新宿区新宿6丁目14番1号)

【時間】 いずれも13時から15時30分まで(開場12時)

【参加費】 無料(会場までの交通費は各自ご負担ください。)

— 参加申込みについては裏面をご覧ください —

**「新たな高齢者医療制度に係る公聴会」参加申込書**

参加希望開催地 (いずれかに○)	福岡県・宮城県・大阪府・愛知県・広島県・東京都
(フリガナ) 氏名	
連絡先	住所 〒 —
	電話番号 — —
職業	
年齢 (いずれかに○)	20歳未満 ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 60～64歳 ・ 65～69歳 ・ 70～74歳 ・ 75歳以上

※ 入場券を郵送しますので、必ず連絡先をご記入下さい。

**【参加申込方法】**

上記の参加申込書を、FAX又は郵送でお送りください。

(申込者多数の場合は抽選となります。)

FAX : 03-3595-3506

郵送 : 〒100-8916 東京都千代田区霞が関1丁目2番2号  
厚生労働省保険局高齢者医療課

※ 開催日の1週間前までに、会場への入場券をお送りします。

※ 次の必要事項を記載のうえ、電子メール、はがきでお申し込みいただくことも可能です。

電子メールアドレス : kochokai@mhlw.go.jp

- ①「高齢者医療制度公聴会」参加希望と記載、②参加を希望する開催地、
- ③氏名(フリガナ)、④郵便番号・住所、⑤電話番号、⑥職業、⑦年齢

**【申込期限】**

各開催日の2週間前まで(郵送の場合は2週間前までの消印有効)

＜お問合せ＞

厚生労働省保険局高齢者医療課

電話 : 03-5253-1111 (内線) 3198, 3192

長妻大臣と語る！

# 「新たな高齢者医療制度のあり方」 意見交換会の参加者募集

後期高齢者医療制度については廃止することとしており、現在、政府において、廃止後の新たな制度の検討を進めています。

検討に当たり、国民の皆様の御意見を幅広く反映できるよう、グループ討議による意見交換会を開催します。

長妻大臣が皆様の御意見を直接お伺いしますので、是非、御参加ください。

## 意見交換会の内容

一般公募の参加者の方々等に6グループ(1グループ16名程度)に分かれていただき、新たな高齢者医療制度のあり方に関する「中間とりまとめ(案)」(※)について、グループ討議を行います。

※ 新たな制度のあり方については、長妻大臣が主宰する「高齢者医療制度改革会議」において検討を行っており、8月中に中間とりまとめを行うこととしています。

## 【日 時】

平成22年8月7日(土) 13:30~16:00

## 【場 所】

厚生労働省講堂

(東京都千代田区霞が関1-2-2中央合同庁舎第5号館)

— 参加申込みについては裏面をご覧ください —



厚生労働省

ひとくらし  
みらいのため

Ministry of Health, Labour and Welfare

**「新たな高齢者医療制度のあり方」意見交換会 参加申込書**

(フリガナ) 氏 名	
連絡先	住所 〒                   —  電話番号                   —                   —
職 業	
年 齢 (いずれか1つに○)	20歳未満 ・ 20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 60～64歳 ・ 65～69歳 ・ 70～74歳 ・ 75歳以上

※ 入場券を郵送しますので、必ず連絡先をご記入下さい。

**【参加申込方法】**

上記の参加申込書を、FAX又は郵送でお送りください。  
(申込者多数の場合は抽選となります。)

FAX : 03-3595-3506

郵 送 : 〒100-8916 東京都千代田区霞が関1丁目2番2号  
厚生労働省保険局高齢者医療課

※ 開催日の1週間前までに、会場への入場券をお送りします。(抽選に漏れた方に対しては、特段通知いたしませんので、ご了承ください。)

※ 次の必要事項を記載のうえ、電子メール、はがきでお申し込みいただくことも可能です。

電子メールアドレス : [ikenkokan@mhlw.go.jp](mailto:ikenkokan@mhlw.go.jp)

- ①「高齢者医療制度意見交換会」参加希望と記載、
- ②氏名(フリガナ)、③郵便番号・住所、④電話番号、⑤職業、⑥年齢

※ 当日はカメラの撮影があることをご了承ください。

**【申込期限】**

7月20日(火) (郵送の場合は、その日の消印まで有効です。)

<お問合せ>

厚生労働省保険局高齢者医療課      電話 : 03-5253-1111 (内線) 3198, 3192