

## 今後の議論の整理にあたってのこれまでの医療保険部会における各委員の主な発言

事項と論点案	各委員（団体）の意見・指摘事項
I 基本的考え方	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○安定的で持続可能かつ給付と負担の関係が透明でわかりやすい制度</li> <li>○国民の生活の質（QOL）の向上を通じた医療費の適正化</li> <li>○都道府県単位を軸とした制度運営</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を基礎において、「あるべき医療の姿」を描き、将来にわたり持続可能な医療保険制度を構築すべきである。</li> <li>○高齢者医療の充実のためには、生活習慣病対策を推進し、高齢者になっても健康を維持できるようにする。</li> <li>○制度間の共助がなければ、国民皆保険制度というのは成立しない。</li> <li>○保険者機能が発揮できる仕組みを構築すべきである。</li> </ul>
II 保険者の再編・統合等	
1. 国民健康保険	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○都道府県単位を軸とした保険運営</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○制度の一本化を意図した財政調整には反対。</li> <li>○国保財政は実質的に破綻しており、早期に国を保険者とする制度の一本化を実現すべきであるが、一本化が実現しないのであれば、制度間の財政調整の導入を検討すべき。</li> <li>○財政基盤の弱い保険者が集まっても裕福になることはないことや、市町村合併の範囲と二次医療圏の範囲が必ずしも一致していないことから、二次医療圏単位への広域化に反対する意見がある。</li> <li>○国保保険者は、保健・介護・福祉事業の中心的な実施主体であり、保険者として実績のある市町村が引き続き担い、都道府県は、技術的な助言や調整等必要な支援を行い、国は財政支援を行うべき。</li> </ul>

	<p>○国保財政の基盤強化</p> <p>○国保組合の国庫助成の在り方の見直し</p>	<p>○国保被保険者は、当初は農業者や個人商店が多かったが、現在は少なくなり、リストラされた人や失業者等を多く抱えるという構造的な問題により国保財政は破綻状況におかれている。この点を踏まえて、皆保険制度を維持するため、制度間共助の考えに基づき被用者保険にも責任をもっていただくなど被用者保険との間で財政調整を行う必要がある。</p> <p>○国保の加入者の増加要因と那些人達の所得が、国保財政にとってどれほどの影響を与えているのかという分析をしっかりとやるべき。</p> <p>○国民皆保険を支えている国保が十分に運営できるよう、会社をやめて国保に入ってくる人については、被用者保険との間で制度間共助を行うべき。</p> <p>○財政調整を行うと医療費適正化などの保険者機能の発揮に努めるインセンティブがなくなるのではないか。</p> <p>○国保組合においては、7割給付にするよう指導してもなお、8、9割給付としているところが残っているが、これは補助があれば7割給付する必要がなくなるということであり、抜本的に改革すべきではないか。</p> <p>○所得状況を勘案して国庫補助割合の引き下げをすべき。</p> <p>○被用者保険と同じとみなせる国保組合の組合員については、被用者保険への転換を促すことを検討すべきではないか。</p>
2.	被用者保険	
(1)	再編・統合	
	○政府管掌健康保険	<p>○保険者機能の発揮、保険者の効率化努力が保険料率に反映される仕組み、被保険者によるガバナンスが働く仕組みとすることが必要ではないか。</p> <p>○政管健保の見直しに当たっては、保険料負担者（労使）が参画する評議会を</p>

	<p>○健康保険組合</p>	<p>作り運営に参加することで、被保険者の意見を反映させることが重要である。また、被保険者サービスや相談機能といった点を飛躍的に高めることが必要ではないか。</p> <p>○政管健保は都道府県ごとに分割ということではなく、財政運営を都道府県単位とし、全国的な財政調整は全国一本で国庫補助を行うという基本的な考え方で対応すべきではないか。</p> <p>○政管健保については、健保組合に近い形の公法人がよいのではないか。</p> <p>○財政運営は、都道府県単位ではなく、ブロック単位に分割することもあるのではないか。</p> <p>○厚生年金との一体徴収は必要であるが、徴収と給付の分離により保険者としての一体的な運営や保険者機能が弱められないような仕組みとすることが必要ではないか。</p> <p>○政管健保は中小企業が多く加入しており、全国一律の料率にすべきではないか。</p> <p>○保険料率は国が決めるべきではないか。</p> <p>○政管の国庫負担13%は当然維持すべきではないか。</p> <p>○健保組合の再編統合については、保険者機能をいかに発揮できるようにするかというのがポイント。小規模であることのみをもって保険者機能に必ずしも支障があるわけではない。</p> <p>○健保組合については自主・自律・自己決定で再編・統合が選択できるようにすべきである。また、全国規模の健保組合もあり、必ずしも都道府県単位に集約するというのではなく、多様な形の健保組合を認め、規制緩和により選択肢を増やすという施策とすることが必要ではないか。</p>
--	----------------	---

Ⅲ 新たな高齢者医療制度の創設	
1. 後期高齢者医療制度	
(1) 基本的な枠組み	
	<p>○老健拠出金は廃止する。</p> <p>○新たな高齢者医療保険制度を創設し、高齢者医療制度においても保険制度であることを堅持し、自助・共助・公助を基本とする。</p> <p>○高齢者医療制度については、財政責任を有する独立した保険とするべきである。</p> <p>○年齢階層とは無関係なリスク分散を図りながら、一定のルールに基づき給付を受け、かつ費用を負担する医療保険制度の趣旨に沿った制度にすべきであり、退職して病気になる確率が高くなってから国民健康保険に移るのではなく、一定期間被用者保険にいた人はずっと被用者保険集団で支えるような仕組みとするべきではないか。</p> <p>○「安定的で持続可能、給付と負担の公平性、分かりやすい」という3つの目標に対してよく考えた議論が必要。</p>
(2) 被保険者	
	<p>○75歳以上の高齢者</p> <p>○医療の現場から見て、サービスを受ける側から見て、75歳というのは一つ線を引くいいところ。逆に65歳とする積極的な説明はないのではないか。</p> <p>○対象者は年金制度等との整合性や分かりやすさの観点から65歳以上とするべきではないか。</p> <p>○給付費は65歳から一気に上がるのであって、75歳という区切りは不適當ではないか。支え手を増やす観点から75歳独立というのは分からないではないが、疾病傾向等の面からは75歳では区切れないのではないか。</p>

		<p>○被用者保険の加入期間が通算25年以上の退職者とその被扶養者を対象とするべきではないか。</p> <p>○新たな高齢者医療制度は保険者機能を持たせることが必要ではないか。そのためには突き抜け方式で保険者に責任を持たせるべきではないか。75歳以上のハイリスクグループだけを独立させて財政的に持続できるのか。</p>
	(3) 高齢者の保険料と国保及び被用者保険からの支援	
		<p>○患者自己負担10%、保険料10%（但し低所得者への配慮を行う）。残りは公費ならびに国民的共助によって構成する。</p> <p>○公費、患者負担、高齢者自身の保険料、被用者保険・国保からの支援で賄う。</p> <p>○公費負担以外については、高齢者と一定年齢以上の若年者が人数比に応じて負担する。</p> <p>○一般制度からの支援分に係る保険料は別建てで明確化するべきではないか。</p> <p>○社会連帯的保険料と現行拠出金との相違をよく整理することが必要ではないか。</p> <p>○保険料は退職者の年金等、収入による標準報酬月額に被用者保険の平均料率を乗じて算出して、事業主負担相当分は被用者全体で負担する仕組みとするべきではないか。</p>
	(4) 公費負担	
		<p>○給付費の5割を公費負担</p> <p>○給付費の5割を公費負担とし、国保と被用者保険で70歳以上の高齢者加入率に応じて按分するべきではないか。</p>

		<p>○公費負担は5割以上とする。</p> <p>○公費については効率化のインセンティブが働く配分方法が必要ではないか。</p>
(5) 保険者		
		<p>○地域保険として、市町村をベースとした広域連合の活用を視野に入れるべきではないか。</p> <p>○都道府県（当面の間は国）とする。将来は広域市町村または医療圏への移行も考慮する。</p> <p>○国とする。但し、一定期間後、都道府県単位とすることも検討する。</p> <p>○保険者機能の発揮の観点から、一定規模の広域的な市町村を単位とし、行政から独立した公法人を保険者とすべきではないか。</p> <p>○現在のように財政が厳しい中では、市町村が新たな高齢者医療制度を引き受けることは不可能であり、国保の今後の在り方についても議論を重ね、良い姿にしていくことが非常に重要。国等を保険者とする。</p> <p>○高齢者の保険料は年金から徴収する仕組みを設けるべきではないか。</p>
2. 前期高齢者医療制度		
(1) 基本的な枠組み		
		<p>○退職者拠出金は廃止する。</p> <p>○前期高齢者については、就労者は被用者保険とし、退職者、無職の者、自営業者はすべて国保加入とし、財源等は別途考慮する。</p> <p>○被用者は退職後、すべて国民健康保険に加入し、その場合、患者自己負担以外の給付金を保険料および被用者保険による制度間共助により賄う。</p> <p>○前期高齢者医療制度に関連し、「年齢構成の相違に着目した財政調整」拡大</p>

		<p>の意見が出されているが、このような財政調整は、保険者機能を否定するものであり、また、医療の国家統制につながるものであり、容認できない。</p> <p>○年金や介護、定年年齢を踏まえ、65歳以上の高齢者を一般医療制度とは別建ての保険制度とすべきではないか。</p> <p>○被用者保険の加入期間が通算25年以上の退職者とその被扶養者を対象とするべきではないか。</p> <p>○一人当たり医療費という点から考えると、55歳以上について調整すべき。</p> <p>○一般制度の所得調整は行うべきではないのではないか。</p>
	(2) 被扶養者の保険料負担	
		<p>○高齢者の方にも応分の負担ということであれば、扶養・被扶養の区分無く原則として保険料を負担すべきではないか。</p> <p>○介護保険の2号保険料を定額で徴収する仕組みはあるが、採用している健保組合はなく、全健保組合は標準報酬に応じて徴収しており、被扶養者に係る保険料負担も現行通りの標準報酬に応じた負担でよいのではないか。子どもの数も含めて保険料を負担させることは少子高齢化の中で問題があるのではないか。</p> <p>○医療保険だけで個人単位の保険料負担を考えるのではなく、社会保障制度全体の改革の中で検討すべきではないか。</p>
	(3) 公費負担	
		○給付費の5割を公費負担
	3. 高齢者の負担	
	(1) 患者負担	
		○患者自己負担は軽減すべきであり、少なくとも現状を超えるものであってはならない。

		<p>○前期高齢者は65歳から69歳までを2割（現行3割）、70歳から74歳までを1割とする。</p> <p>○患者負担は2割負担、高所得者3割負担とするべきではないか。</p> <p>○入院は8割給付、外来は7割給付とし、入院時の食住費は基本的に保険給付から外すべきではないか。</p> <p>○現役は2割負担とし、70歳以上については1割負担としてはどうか。</p>
	(2) 高額医療費・介護費合算制度	
		○いくつかの種類にまたがって給付を受けるときの限度額が過大にならないように調整する仕組みを導入すべき。
	4. その他	
		<p>○負担の決定に当たっては負担者が関与する全国的な仕組みを設けるべきではないか。また、若人に対する生活習慣病対策の実施状況による負担を加減するべきではないか。</p> <p>○健保組合の組織と類似した組織構成の調整管理組織を設ける。</p> <p>○中央に各被用者保険の代表者で構成する管理運営機関を設置し、全国的な財政調整を行う。そして同様の機関を都道府県ごとに作り、適用・保険料徴収・給付・検診であるとか、レセプト点検等々を含めましてそこで保険者機能を発揮するという事としてはどうか。</p>
	IV 医療費適正化について	
	○伸び率管理	<p>○医療費に関して、財政の観点だけを考えることについては反対であり、経済との関係を見ないにしても、全体でキャップをはかしてGDPの伸び率等で管理するという方法は問題ではないか。</p> <p>○GDP等の経済指標を基本とする医療費の伸び率管理は、必要かつ安全な医療の確保を阻害する点から容認できない。</p> <p>○医療費の適正化方策については、健診の充実、在院日数や終末期医療といった</p>





- 医療費適正化については、医療費に多大なる影響を与える診療報酬制度等に権限を有する国が主導的に推進すべき。
- 「医療費適正化計画」を実効性あるものにするためには、まず国全体として数値目標と工程表を作成・公表し、国民に示すことが不可欠。
- 市町村は、保健事業の実施主体として、老人医療費をはじめとした医療費適正化に資する取り組みを効果的に推進できる立場にあるので、国の方針をふまえ、地域の実情に合わせた施策を進める役割を担うべき。
- 各市町村における「健康増進プラン」の策定を義務づける。地域における保険者の連携や、教育機関、企業、NPO、労働組合も含め一体的な連携ネットワークを構築し、生活習慣病等に対する総合的予防対策、健康増進施策を進める。
- 都道府県は、国の方針を踏まえ、広域的自治体として、市町村が果たす役割を効果的に果たすための専門的・技術的支援、関係者間の連携を促進するための調整を行う役割を担っており、医療費適正化の主導的立場にない都道府県が新たに「医療費適正化計画」を策定しても実効性に乏しいと考えられるため、一律にその策定を求めるべきではない。
- 実効性のある医療費適正化を行うべき。
- 医療費の抑制という観点からも、医療の質と量をチェックするシステムが非常に重要。
- データに基づいた議論というのが基本となるので、レセプトを電子化するインセンティブを制度改革の中に入れることが必要。
- 既に様々な協議会が設置されており、医療費適正化のための協議会組織を設置する場合には既存の同種の組織との関係を整理することが必要ではないか。
- 医療費適正化指針に基づく具体的取組は今どうなっているのか。また、保険者協議会の設置状況、参加メンバー、進捗状況というのが具体的にどこまで



		<p>○病床規制を強化し、地域医療計画に高度医療機器の設置数と診療所を加え、高額医療機器の共同利用を含め実効性を確保する。</p> <p>○在院日数を短縮したことで、退院した患者がその後どこへ流れているのかという精査が必要ではないか。</p> <p>○入院から在宅へというのは生活の質を上げていくためには、非常に有効なことだが、入院医療よりも在宅医療の方が本当に効率的なのか財政的シミュレーションが十分行われていないために、在宅への流れがなかなか起きないのではないか。</p> <p>○医療機関の転換等で多様な居住の場を確保することによって、医療費は適正化されても、かえって介護給付費がそれ以上に増えるようなことがないような診療報酬・介護報酬・自己負担の制度設計を行うことが必要ではないか。</p>
3.	公的保険給付の内容の見直し等	
	○食費・居住費	<p>○介護保険との整合性を考えれば少なくとも療養病床において食費と居住費は保険給付の対象から外すべきではないか。</p> <p>○医療と介護における食費と居住費の関係は、制度の仕掛けとしては異なるのかもしれないが、その実態を踏まえた上でどうするかという判断が必要ではないか。</p> <p>○介護保険における食費・居住費の取り扱いを踏まえ、医療におけるこれら費用の在り方を検討すべきではないか。</p> <p>○医療における食費・居住費の徴収は原則やむを得ないが、その理由が在宅との負担の均衡というのであれば、徴収対象者は在宅と同様の環境が確保されている個室入所者に限定すべきではないか。</p> <p>○介護保険における居住費は年金からも給付されており二重給付となっているが、医療保険はあくまでも入院して自宅に帰ることが原則であり、二重給付とはなっ</p>





	○その他	○所得の二極化を踏まえ、高所得者の負担の在り方について検討すべきではないか。 ○終末期における医療費の問題は、治療方法の内容も含めて医学的妥当性をもう少し検証すべきではないか。 ○高額医療に関しての医学的妥当性ということの検証がないまま、高額医療費制度における患者負担の見直しを検討するのは慎重であるべきではないか。
--	------	--