

各都道府県後期高齢者医療広域連合別の保険料収納率

	平成20年度			
	全体	順位	普通徴収のみ	順位
全 国 平 均	98.75	—	96.95	
北海道	98.90	26	97.06	26
青森県	98.84	31	96.44	37
岩手県	99.21	10	97.43	16
宮城県	98.63	41	96.05	46
秋田県	99.29	7	97.57	14
山形県	99.36	3	97.75	8
福島県	98.86	30	96.33	40
茨城県	98.82	34	96.61	32
栃木県	98.82	33	96.71	31
群馬県	99.19	12	97.69	10
埼玉県	98.63	42	97.39	18
千葉県	98.73	36	96.60	33
東京都	97.85	46	96.24	43
神奈川県	98.76	35	97.68	12
新潟県	99.35	4	97.98	5
富山県	99.08	17	97.15	24
石川県	99.28	9	98.10	3
福井県	98.90	27	96.80	29
山梨県	98.62	43	96.16	44
長野県	99.32	5	97.91	6
岐阜県	99.19	11	97.71	9
静岡県	98.71	37	96.56	35
愛知県	99.12	15	97.88	7
三重県	98.91	25	96.48	36
滋賀県	99.41	2	98.21	2
京都府	98.98	22	97.47	15
大阪府	98.40	45	96.27	42
兵庫県	98.87	29	96.92	28
奈良県	98.96	24	97.21	23
和歌山県	98.70	39	96.35	39
鳥取県	99.29	8	97.68	13
島根県	99.64	1	99.09	1
岡山県	99.02	20	97.29	21
広島県	99.18	13	97.69	11
山口県	98.99	21	96.77	30
徳島県	98.71	38	96.36	38
香川県	99.30	6	98.04	4
愛媛県	99.08	16	97.41	17
高知県	98.88	28	96.95	27
福岡県	98.61	44	96.33	41
佐賀県	99.07	18	97.25	22
長崎県	99.17	14	97.32	19
熊本県	98.83	32	96.60	34
大分県	98.97	23	97.08	25
宮崎県	98.70	40	96.11	45
鹿児島県	99.02	19	97.29	20
沖縄県	96.33	47	92.92	47

(注1) 速報値であるため、数値は変わり得る。

(注2) 「全体」は、普通徴収及び特別徴収の合計の収納率である。

(注3) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。

(※小数点第2位未満四捨五入) (出所：後期高齢者医療事業年報)

各都道府県後期高齢者医療広域連合別の滞納被保険者数等

	被保険者数 人	滞納		資格証明書		短期被保険者証	
		被保険者数 人	割合 %	交付者数 人	割合 %	交付者数 人	割合 %
全国合計	13,509,482	280,391	2.08	0	-	7	0.00
北海道	638,908	10,522	1.65	0	-	0	-
青森県	174,216	2,487	1.43	0	-	0	-
岩手県	189,200	1,829	0.97	0	-	0	-
宮城県	256,058	4,740	1.85	0	-	0	-
秋田県	172,094	2,010	1.17	0	-	0	-
山形県	180,105	1,899	1.05	0	-	0	-
福島県	270,612	4,667	1.72	0	-	0	-
茨城県	310,209	4,443	1.43	0	-	0	-
栃木県	213,934	3,881	1.81	0	-	0	-
群馬県	230,620	3,301	1.43	0	-	0	-
埼玉県	539,840	13,812	2.56	0	-	0	-
千葉県	514,270	11,304	2.20	0	-	0	-
東京都	1,109,578	55,658	5.02	0	-	0	-
神奈川県	715,307	21,907	3.06	0	-	0	-
新潟県	328,750	3,501	1.06	0	-	0	-
富山県	149,196	2,161	1.45	0	-	0	-
石川県	139,182	2,038	1.46	0	-	0	-
福井県	106,823	1,486	1.39	0	-	0	-
山梨県	109,389	1,128	1.03	0	-	0	-
長野県	305,260	2,755	0.90	0	-	0	-
岐阜県	239,823	2,640	1.10	0	-	0	-
静岡県	418,264	8,440	2.02	0	-	0	-
愛知県	642,907	11,324	1.76	0	-	0	-
三重県	216,241	3,769	1.74	0	-	0	-
滋賀県	137,472	1,335	0.97	0	-	0	-
京都府	276,820	4,259	1.54	0	-	0	-
大阪府	757,604	19,700	2.60	0	-	0	-
兵庫県	578,165	12,555	2.17	0	-	0	-
奈良県	148,166	2,357	1.59	0	-	0	-
和歌山県	138,096	2,529	1.83	0	-	0	-
鳥取県	84,364	699	0.83	0	-	0	-
島根県	118,813	711	0.60	0	-	0	-
岡山県	243,271	3,934	1.62	0	-	0	-
広島県	330,153	9,087	2.75	0	-	0	-
山口県	209,591	3,267	1.56	0	-	0	-
徳島県	111,503	1,433	1.29	0	-	0	-
香川県	133,167	1,283	0.96	0	-	0	-
愛媛県	198,398	1,834	0.92	0	-	0	-
高知県	116,508	2,008	1.72	0	-	0	-
福岡県	530,356	13,487	2.54	0	-	0	-
佐賀県	110,254	1,556	1.41	0	-	0	-
長崎県	191,506	2,221	1.16	0	-	0	-
熊本県	248,215	3,991	1.61	0	-	0	-
大分県	163,462	2,588	1.58	0	-	0	-
宮崎県	151,247	2,561	1.69	0	-	7	0.00
鹿児島県	249,764	3,593	1.44	0	-	0	-
沖縄県	111,801	1,701	1.52	0	-	0	-

(注1) 速報値であるため、数値は変わり得る。

(注2) 被保険者数は、平成21年5月31日時点(出所:後期高齢者医療事業月報)

(注3) 滞納被保険者数は、平成21年6月1日時点の被保険者のうち、平成20年度保険料に一部でも滞納がある被保険者数である。(出所:厚生労働省保険局高齢者医療課調べ)

(注4) 資格証明書交付者数及び短期被保険者証交付者数は、平成21年6月1日時点(出所:厚生労働省保険局高齢者医療課調べ)

「高齢者のための医療制度」 の提案

目 次

はじめに	1
1. 現行後期高齢者医療制度の問題点	2
(1) 75歳以上からの保険料徴収と保険料負担増	2
(2) 患者一部負担と受診抑制	2
2. 高齢者医療制度改革の経緯	3
3. 日本医師会が提案する「高齢者のための医療制度」	5
(1) 基本的スキーム	5
(2) なぜ75歳以上を独立させるのか	6
(3) 医療費の9割を公費（国）で	7
(4) 保険料徴収と患者一部負担のあり方	9
(5) 都道府県主体の制度運営	10
4. 一般医療保険についての考え方-財源の確保のための提案-	11
(1) 保険料の上限の見直し	11
(2) 被用者保険の保険料率の公平化	13
(3) 保険者間の財政調整	14
おわりに	15

2008年10月

社団法人 日本医師会

はじめに

いま、後期高齢者医療制度の見直しに関する議論が、厚生労働省や与野党から起こっている。

今後さらに高齢化が進行することが予測されるなかで、単に現行制度を否定するのではなく、真に高齢者の視点に立ち、中長期的な制度設計に基づいた見直しが論じられるべきである。

日本医師会は、高齢者のための医療制度は、加入者の疾病リスクが高いことなどから、保険原理ではなく、「保障」の理念で国が手厚く支えるものであるべきと考えている。

制度見直しの機運のなかで、あらためて日本医師会が考える「高齢者のための医療制度」を提案する。

1. 現行後期高齢者医療制度の共通点

2008年4月、75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度が施行されたが、すでにさまざまな問題点が指摘され、多くの加入者が新制度に対する不安を抱えてのスタートとなった。

(1) 75歳以上からの保険料徴収と保険料負担増

老人保健法のもとでは、75歳以上の高齢者も、国民健康保険または被用者保険に加入していた。保険料は、国民健康保険では世帯単位、また被用者保険では被用者本人が支払い、被扶養者は直接支払ってはいなかった。2008年4月以降、75歳以上の高齢者は、独立した医療保険の下で被保険者として保険料を支払うことになった。

政府は、新制度においては平均的には保険料が下がるという見解を示していたが、制度施行後あらためて実態調査を行い、「75歳以上の者がいる市町村国保世帯のうち、長寿医療制度の創設に伴い、保険料額が減少する世帯割合は全国で69%」と言い換えた。

さらに新制度では保険料の年金からの天引きも始まり、いわゆる「年金記録問題」と相俟って後期高齢者の不安を強めた。

(2) 患者一部負担と受診抑制

日本医師会が行なった「2008年度緊急レセプト調査(4～6月分)」の結果をもとに、人口増減を補正して、2008年4月～6月の入院外の総件数の前年同期比を見ると、一般(0～74歳)では病院0.51%増、診療所0.35%増とプラスであったが、後期高齢者では病院5.53%減、診療所4.97%減と一般と対照的にマイナスであった。

後期高齢者医療制度では、患者一部負担割合は原則1割(現役なみ所得者は3割)であり、2008年3月以前と同じである。しかし保険料負担や年金天引きが、患者一部負担も増えるかのようなニュアンスで伝わったためか、受診抑制と見られる現象が生じている。

2. 高齢者医療制度改革の経緯

1997年、医療制度抜本改革議論の過程で、厚生省（当時）が高齢者医療制度について独立型、財政調整型の二案を提示した。その後、1998年には、同省の医療保険福祉審議会制度企画部会で、独立保険方式、突き抜け型などの方向について議論が行なわれたが、同部会の意見書では「独立した仕組みとする考え方とこうした独立した仕組みは適切ではないという2つの考え方がある」とまとめられるにとどまった。

2001年3月、厚生労働省は「医療制度改革の課題と視点」をとりまとめ、老人医療費拠出金の増大が保険者財政を圧迫していること、世代間の負担が均衡を失っていることから、高齢者医療制度改革が必要であるとし、あらためて4つの類型に分類して示した。（それぞれの内容と当時の支持団体は表1参照）

なお、健保連は当時「突き抜け型」を支持していたが、2005年に「『突き抜け方式』では、健保が健保OBの面倒だけみるということになり、それがエゴだと取られかねない」として、独立型へ方針転換し、高齢被保険者（65歳以上）からも保険料を徴収し、拠出金制度を廃止することを求めている。

厚生労働省は、年齢構成に応じた財政支援を軸に新制度を検討していたが、2002年11月、自民党の医療基本問題調査会は、医療制度改革についての中間とりまとめで、75歳以上を対象とする独立型の医療保険制度を示し、2003年3月に高齢者の独立型保険を織り込んだ医療制度改革の「基本方針」が閣議決定された。

さらに2005年10月には、厚生労働省が「医療制度構造改革試案」を発表し、運営主体や費用負担のあり方、保険料の年金天引きが示された。

翌2006年6月14日に「高齢者の医療の確保に関する法律」を含む医療制度改革関連法案が成立し、2008年4月の後期高齢者医療制度の施行が決定した。

表1 高齢者医療制度の類型と支持団体

類型	内容	支持団体
① 独立保険方式	すべての高齢者を対象とする、各医療保険制度から独立した高齢者医療保険制度	日本医師会 経団連 経済同友会 健保連
② 突き抜け方式	被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、被用者保険グループ全体で支援	健保連 運合
③ 年齢リスク構造調整方式	現行の保険者を前提とし、加入者の年齢構成の違いによって生じる医療費支出の相違を調整	
④ 一本化方式	現行の医療保険制度を一本化し、すべての者を対象とする新たな医療保険制度	国保中央会、全国市長会、全国町村会

*内容は、厚生労働省「医療制度改革の課題と視点」から要約
*支持団体は、主に1998年11月6日、朝日新聞朝刊4面等より

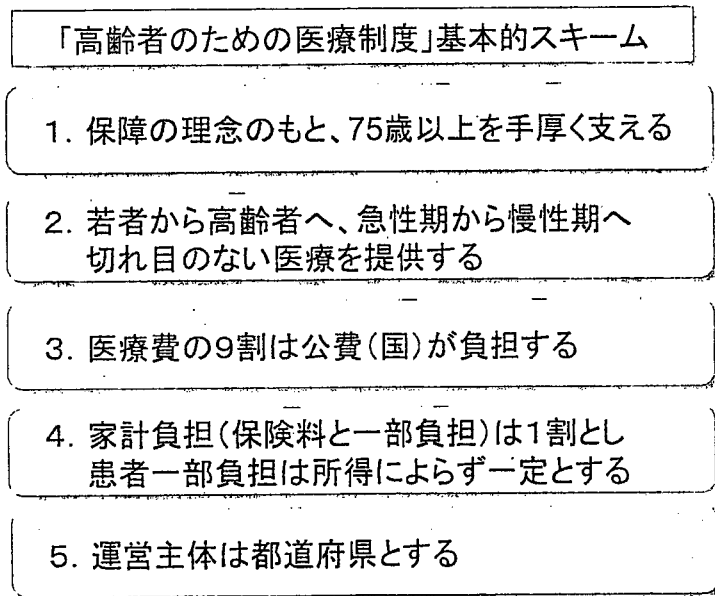
3. 日本医師会が提案する「高齢者のための医療制度」

(1) 基本的スキーム

高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は高齢者にとって大きな負担になる。したがって、高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

日本医師会が提案する「高齢者のための医療制度」の基本的スキームは図1のとおりである。なお、制度の対象は75歳以上とするが、後期高齢者とは呼ばず「高齢者」とする。

図1



(2) なぜ75歳以上を独立させるのか

若者から高齢者へ、医療は切れ目なく、公平に提供されなければならない。これは大原則である。

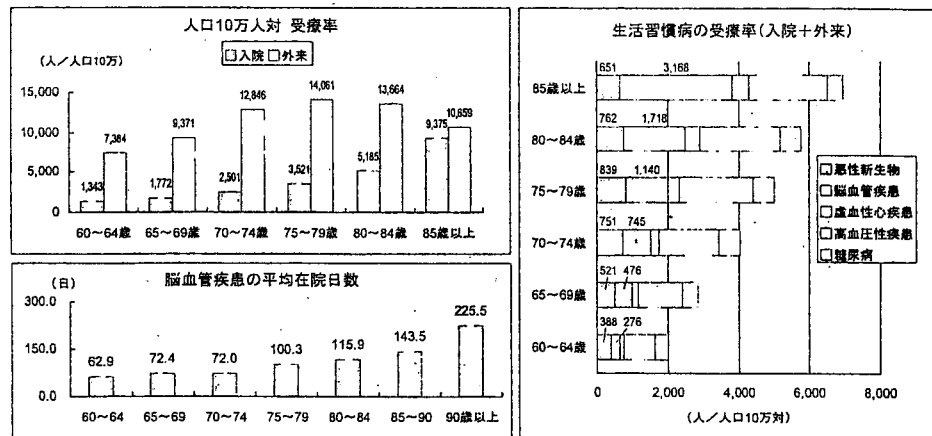
後期高齢者医療制度が施行された際にみられたように、75歳という年齢で必要な医療が切り捨てられるのではないかと加入者の不安がある。日本医師会の提案も、75歳以上のすべてを対象とした独立型の医療保険制度であるが、前述のように、むしろ75歳以上に対する医療を手厚くすることを目指している。

その理由は、次に示すように、75歳以上は疾病が発症するリスクが高く、かつ疾病が長期化しやすいからである(図2参照)。

- 1) 入院受療率は75歳以上から急激に高まり、外来受療率は75~79歳がピークとなる。
- 2) 75歳以上では、脳血管疾患が悪性新生物を上回るようになるなど、疾病構造が変化する。
- 3) 脳血管疾患の場合、75歳以上では平均在院日数が100日を超える。

高齢者が保険財政に制約されることなく医療を受けられるよう、特にリスクの高い75歳以上に対して手厚い制度が必要と考え、独立型の制度を提案する。

図2 75歳以上の疾病発症リスク等



*厚生労働省「平成17年患者調査」

(3) 医療費の9割を公費(国)で

1) 公費9割の可能性(粗い試算)

老人保健法においては、公費負担は給付費の3割であったが、2002年7月に成立した「健康保険法等の一部を改正する法律」により、公費負担の割合を3割から5割に5年間で段階的に引き上げるとともに、対象年齢を70歳以上から75歳以上に5年間で段階的に引き上げることが決まった。

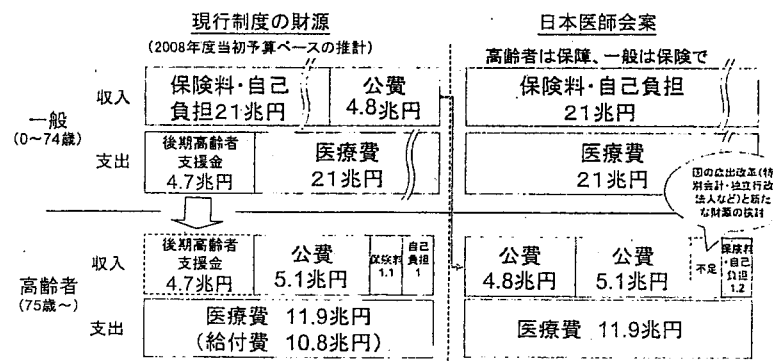
さらに2003年3月の医療制度改革の「基本方針」に、「後期高齢者に公費を重点化するという改正法の考え方を維持する」と明記され、2008年4月の後期高齢者医療制度も給付費に対して公費5割を維持して施行された。

日本医師会では高齢者の「医療費」(給付費に対してではない)に対して、公費(主として国庫負担)9割を投入することを主張する。なお、一般医療保険に与える影響も考慮し、激変緩和の意味からも、公費負担割合の段階的引き上げを提案する。

図3は、医療費財源の概要を示したものである。2008年度の75歳以上の医療費(現行の後期高齢者医療制度の医療費)は11.9兆円、給付費は10.8兆円であり、公費は給付の約5割(5.1兆円)である。

日本医師会案では、公費は「医療費」の9割としており10.7兆円が必要になる。2008年度当初予算では、後期高齢者に公費5.1兆円のほか、一般医療保険にも公費4.8兆円が投入されており、公費は合計9.9兆円である。これらの公費をすべて高齢者に投入する。日本医師会案で必要とする10.7兆円に対してはやや不足するが、不足分は、国の歳出改革や新たな財源で対応する。

図3 医療費財源の概要図



*生活保護、精神保健福祉等の公費負担医療を除いて図示。一般の医療費は最近の医療費動向からの推計。それ以外は、当初予算ベース。四捨五入によるため内訳と合計が合わないところがある。縦横の単位で統一していない。

一般医療保険の公費4.8兆円の内訳は、国民健康保険で約4.0兆円(給付費の5割強)、政管健保(2008年10月より全国健康保険協会(通称「協会けんぽ」)以下「協会けんぽ」という)で約0.8兆円(給付費の13.0%、後期高齢者支援金の16.4%)である。

日本医師会案では、公費を高齢者に集中することで、一般医療保険への公費投入がなくなるが、同時に一般医療保険からの後期高齢者支援金の負担もなくなる。2008年度当初予算をもとにした試算では、公費投入がなくても後期高齢者支援金がなくなれば、収支はほぼ均衡する。しかし今後は一般医療保険の中でも高齢化が進むので、財政が悪化すると予測される。その際には保険料率の見直し等で対応する。

また、一般医療保険で給付費に対して経常的に公費が投入されているのは、国保、協会けんぽのみであり、ここへの公費がなくなるので、組合健保、共済組合との財政調整が不可欠になる。

なお現在は、国保の給付費に対する公費5割強の1割弱は地方公費である。日本医師会では、公費は主として国が負担することを提案するが、この場合、国と地方の財源配分の見直しも必要になる。

2) 公費負担割合の拡大と医療費総枠管理

公費負担割合の拡大は、国による医療費の総枠管理につながるおそれがあるとの指摘がある。しかし、過去にも老人保健において、公費負担割合が引き上げられてきたが、医療費抑制はこれに比例して強化されてきたわけではなく、医療費は長期にわたって抑制されてきた。

また、従来、老人保健(現在は後期高齢者医療)、国民健康保険、政管健保(現在は協会けんぽ)には公費負担はあり、組合健保、共済組合には給付費に対する公費負担はないが、保険者ごとの公費負担割合に沿って医療費の管理(締め付け)に濃淡があったわけではなく、一律に医療費の抑制が強いられてきた。

したがって、根源的な問題は公費負担割合にあるのではなく、医療費抑制政策そのものにある。これを撤回させることが最重要課題である。

(4) 保険料徴収と患者一部負担のあり方

1) 保険料徴収のあり方

現行の後期高齢者医療制度は、新たに保険料が徴収される人や保険料が増える人があったこと、また保険料が年金から天引きされるようになったことなどから、高齢者の不安、困窮に拍車をかけた。

保険料を徴収しない仕組みにすれば、保険料にかかわる諸問題は解決するが、高齢者の被保険者としての主体性が弱まるおそれがある。逆に保険料を徴収する場合には、被保険者として高齢者が制度運営に積極的に発言できるとも考えられるが、これまでの医療費抑制策の下では、被保険者の発言力はほとんど失われてきたのが実態である。

このようなメリット・デメリットを踏まえ（表2参照）、現時点での日本医師会のスタンスは「保険料と一部負担とを合わせて1割」とする。

表2 保険料徴収の有無によるメリット・デメリット

	保険料を徴収しない場合	保険料を徴収する場合
メリット	<ul style="list-style-type: none"> - 保険料廃止に伴い、将来の保険料引き上げの心配もなくなり、高齢者の安心感は極めて大きい。 - 徴収事務がなくなるため、保険者をスリム化できる。 	<ul style="list-style-type: none"> - 一定の財源を確保できる。 - 被保険者としての意識、制度への関心が高まる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> - 被保険者意識がなくなり、制度への関心が薄れる。 - 高齢者自身の意向が制度に反映されにくくなる。 	<ul style="list-style-type: none"> - 保険料引き上げの不安から逃れられない。

2) 患者一部負担の考え方

日本医師会は、所得によらず、患者一部負担を一律とすることを提案する。高齢者は疾病が長期化しやすい傾向にあり、高所得者であっても、高負担は先行きに対する不安を増大させるからである。

所得の高い方は、保険料を徴収する場合には所得額が反映される保険料で貢献し、保険料を徴収しない場合には所得税で貢献するかたちとなる。

(5) 都道府県主体の制度運営

現行の後期高齢者医療制度は、高齢者への説明不足のために混乱を招いたとも指摘されている。

現在、後期高齢者医療制度の運営主体は、都道府県内のすべての市町村が加入する広域連合である。そして広域連合は各市町村に対し、保険料の徴収、各種申請の受付、被保険者証の引渡しなどの窓口業務を委託している。厚生労働省の説明不足の上、高齢者から見ると、広域連合なのか市町村なのかが曖昧であったことが、不信感を助長した一因と推察される。

住民の立場に立てば、都道府県か市町村か、責任の所在を明確にする必要がある。日本医師会は、一定の規模のメリットがある都道府県単位での運営を提案する。都道府県は、地域の医療計画の策定主体でもあり、地域の需給バランスも把握しやすいと考えられる。

4. 一般医療保険についての考え方 ～財源の確保のための提案～

日本医師会は、「高齢者のための医療制度」の創設に伴い、一般医療保険（0～74歳が加入する医療保険）には公費を投入せず、保険原理で運営することを提案する。

図3に示したように、2008年度を例に試算すれば、公費投入がなくなる代わりに、後期高齢者支援金の支出もなくなるので収支はほぼ均衡する。しかし今後は、一般医療保険の中でも高齢化が進むため、保険料収入が減少、給付費支出の増加が予測される。そこで、以下に示す方法で財源を確保することを提案する。

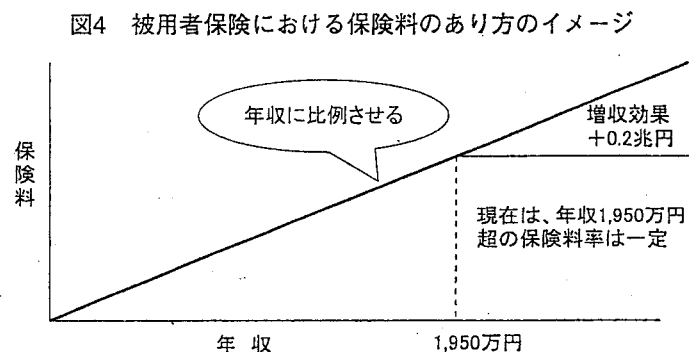
(1) 保険料の上限の見直し

被用者保険、国民健康保険ともに、保険料には上限があるが、高所得者が優遇され、格差拡大が懸念されることから、原則として保険料は所得（または年収）に比例させることとする。

1) 被用者保険の保険料を年収比例させた場合（粗い試算）

被用者保険では、保険料は年収1,950万円（報酬月額上限117.5万円×12か月＋標準賞与上限540万円）までしか比例しない。年収1,950万円超の人はすべて給与1,950万円（約2,000万円）で計算されている。

仮に被用者保険で保険料を年収比例させた場合には、1,923億円（約0.2兆円）の財政効果が得られると試算される。



2) 国民健康保険の保険料を所得比例させた場合（粗い試算）

国民健康保険については、データが現在の後期高齢者分を含んだ2006年度以前のものしかないため、一定の条件を仮置きした粗い試算と位置づける。

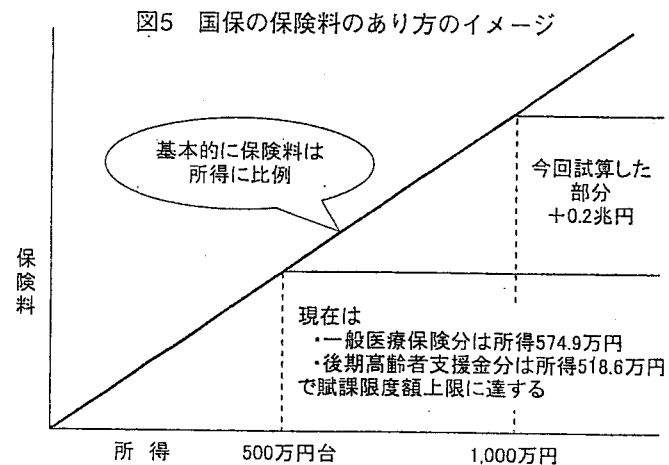
国民健康保険料（税）は世帯単位で、所得割、資産割、均等割（世帯人数ごとにいくら）、平等割（1世帯当たりいくら）が課される。

2008年度の保険料賦課限度額は、一般医療保険分がほとんどの保険者で47万円、後期高齢者支援金分12万円であり、それぞれ所得約575万円、519万円以上で上限に達する。

日本医師会案は、基本的には保険料を所得に比例させることを提案するが、国民健康保険については、所得階級別のデータがないので、所得1,000万円以上の世帯の保険料を一律100万円にするとして、その部分の増収額を試算した。

その結果、財政効果は1,521億円（約0.2兆円）と推計される。

前述のとおり、所得捕捉が困難なため、所得1,000万円以上の世帯の保険料を一律100万円と設定しているため、最低でも0.2兆円の財政効果とすることができる。



(2) 被用者保険の保険料率の公平化 (粗い試算)

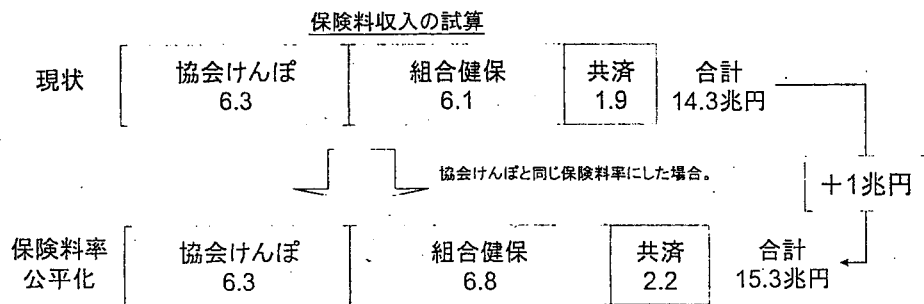
協会けんぽは、被用者保険のなかで平均標準報酬月額が28万5千円と最も低いが、保険料率は82.0%と最も高い。これに対し、相対的に所得の高い組合健保は、平均標準報酬月額37万円で、保険料率は73.9%である (いずれも2008年度見込み)。組合健保や共済組合の保険料率を協会けんぽと同水準に公平化すれば、約1兆円の増収が見込まれる。(図6参照)

図6 被用者保険の保険料率の見直し

被用者保険の平均標準報酬月額と保険料率

	協会けんぽ	組合健保	共済組合		
			国家公務員	地方公務員	私学教職員
平均標準報酬月額(千円)	285.2	369.5	415.4	361.8	378.7
保険料率(0/100)	82.00	73.90	64.34	73.52	65.20

*協会けんぽ、組合健保は2008年度見込み。共済組合は2006年度実績。共済は医療給付に相当する短期給付のみを抽出しているものの、医療以外の給付も行っており完全に単純比較はできない。



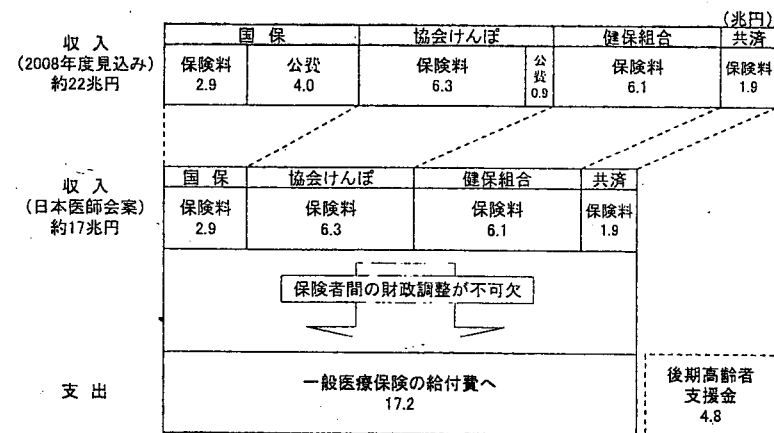
(3) 保険者間の財政調整 (粗い試算)

日本医師会案は、高齢者に公費を集中投入することに伴い、後期高齢者支援金をなくし、一般医療保険に公費を投入しないというものである。したがって、一般医療保険の給付費のすべてを、保険料でまかなわなければならない。

一般医療保険の保険料と給付に必要な費用は、現在はほぼ均衡している。今後、保険料上限の見直し、保険料率の公平化により、当面の財政は維持できると考えられる。

しかし、財政の厳しい国民健康保険、協会けんぽの公費がなくなってしまうことになり、特に国民健康保険では収入が大幅に減少する。高齢者のための医療制度において公費9割を実現するためには、一般医療保険における保険者間の強力な財政調整が不可欠である。

図7 一般医療保険の財源のイメージ



*国保組合、船員保険は除いて図示。共済組合は最新データがないため、やむなく2006年度実績を置いている。それ以外は、2008年度の見込み。

おわりに

冒頭に記したとおり、日本医師会が提案する「高齢者のための医療制度」は、保障の理念の下、75歳以上を手厚く支え、若者から高齢者へ、急性期から慢性期へ切れ目のない医療を提供することを目的に制度設計されている。

本書では、現行の制度の問題点を指摘するとともに、1990年代後半からはじまった高齢者医療制度改革の経緯を振り返ったうえで、「高齢者のための医療制度」の基本的な考え方と制度設計の概要を示している。合わせて、一般医療保険における財源の確保のあり方についても提案している。

一方、今後とも後期高齢者人口の増加が見込まれるなかで、公費を重点的に投入する高齢者の医療費については、新たな財源を確保する必要がある。

これらについては、本年中に発行を予定している「グランドデザイン2008」で詳細に述べることにしたい。その際にはぜひ本書と合わせてご覧いただければ幸いである。

関係各方面の理解を得ながら、日本医師会の「高齢者のための医療制度」が具体化されることを切に願うものである。



「高齢者のための医療制度」の提案

発行 日本医師会

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

TEL.03-3946-2121

発行人 日本医師会 唐澤 祥人

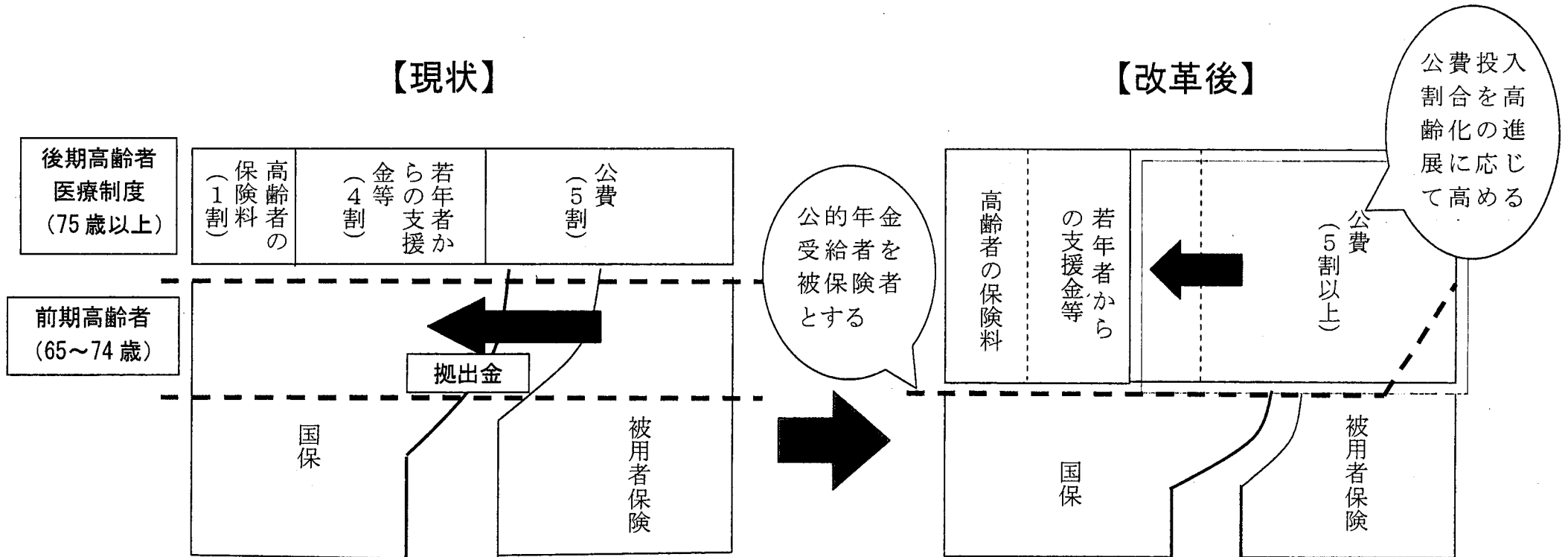
2008年10月発行

高齢者医療制度改革の基本的枠組みについて

2010年2月9日

日本経団連

1. 生活スタイルが大きく変化する公的年金受給者を被保険者とする体系に組み替える。
2. 運営主体は財政の安定性等の観点から、現在の後期高齢者医療広域連合をベースとする。
3. 現役世代の医療保険制度と高齢者の医療保険制度は、給付財源の構成（公費投入割合等）が異なる。負担ルールを明確化するために何らかの形で別建ての制度にすることが必要。



第3回高齢者医療制度改革会議の議題に対する意見

全国後期高齢者医療広域連合協議会
会長 横尾俊彦

後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の創設に当たり、当協議会の考え方については、昨年9月30日及び11月20日に長妻厚生労働大臣に別添の要望書を提出したところである。

特に、本日の議題である「運営主体のあり方」については、次のように示している。

- ① 国又は都道府県の立場を明確にすること。
- ② 国及び都道府県が主体的な役割を果たす制度とすること。

また、本日の資料に挙げられている「広域連合のメリット・デメリット」については、次のようなことも検討すべきである。

- 保険業務はもとより、行政処分事務、企画調整事務等もあり、常に法律等に長けた職員等が必要だが、広域連合職員は、概ね2～3年を期間とする派遣職員であり、こうした職員の確保は難しく、制度に対するスキルアップを図り難いこと
- 広域連合のためだけに議会や各種委員会などが設置されており、このための事務負担も大きく、また非効率な面も内包していること
- 運営主体を都道府県とすれば、都道府県民を対象として健康増進策を含む医療費適正化や医療サービスの提供等の政策と有機的な連携を図ることができるが広域連合では十分に連携を図ることができない

なお、以下の点にも特段の配慮が必要と考えられる。

- ① 中間とりまとめに向け、改革会議として各論ごとに、ある程度の意見集約を諮り、方向性について適宜示すことが望まれる。
- ② 意識調査の実施や地方公聴会の開催について、どの時期に、何を実施し、何を決めるのかについて、より詳細で具体的なスケジュールを明らかにすべき。
- ③ 広域連合や関係団体等からの意見を改革会議にフィードバックすることで議論をより深化させる必要があると考えられるが、今後、広域連合に対して意見聴取を行い、再度改革会議において議論する機会があるべきではないか。

→ 関係者からの十分な意見聴取を行わず、徒に時間だけが経過し、十分な検証等もないまま、見切り発車状態で移行することで、現行制度施行時の二の舞になることだけは避けるべき。