

岡崎委員配布資料

医療制度改革及び医師等確保対策に関する決議

高齢化の進展等に伴う医療費の増嵩は、各医療保険制度の財政運営を圧迫している。とりわけ、国民健康保険は、加入者における高齢者・低所得者の割合が著しく高いうえ、昨今の経済不況に伴う失業者の急増により更に厳しい事態となっている。

このような中、鳩山新内閣は、国民皆保険制度の堅持を前提に後期高齢者医療制度の廃止に向けた新たな制度のあり方や、医療提供体制の充実強化等のための診療報酬の改定等について、現在、検討を進めているところである。

一方、自治体病院等においては、病院の閉鎖等による地域医療の崩壊や医師不足等に伴う様々な問題が生じており、早急な対応が必要となっている。

よって、国は、下記事項について万全の措置を講じられたい。

記

1. 医療保険制度について

- (1) 後期高齢者医療制度の廃止については、現行制度が一定の定着をみていることから、被保険者を始め現場に混乱が生じることのないよう、都市自治体の意見を十分に尊重して検討すること。

また、後期高齢者医療制度を廃止して新たに創設する医療保険制度については、全ての国民を対象とする医療保険制度の一本化に向けて、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・統合などを早急に検討すること。

- (2) 平成21年度までの当面の財政措置とされている国保制度における高額医療費共同事業、保険基盤安定制度及び財政安定化支援事業については、平成22年度以降においても引き続き継続するとともに、国における十分な財政措置を講じること。
- (3) 後期高齢者医療制度の保険料負担軽減等の特別対策については、平成22年度以降においても引き続き継続し、国の責任において十分な財政措置を講じること。

2. 医師・看護師等の確保対策及び地域医療の充実について

- (1) 産科医・小児科医・麻酔科医等をはじめとする医師、看護師等の不足の解消や地域ごと・診療科ごとの医師偏在の是正を図るため、国の主要施策である「医療・介護の再生」等を実効あるものとするとともに、医師・看護師等の絶対数を確保するべく即効性のある施策及び十分な財政措置を早急に講じること。
- (2) 自治体病院をはじめ公的病院については、地域の実情に応じた医療を確保することができるよう、十分な財政措置を講じること。

また、自治体病院をめぐる経営環境が激変していることにかんがみ、制度改革や経営改善に係る具体的な情報の提供など病院経営の改革に向け、更に積極的な支援策を講じること。

以上決議する。

平成 21 年 11 月 20 日

全国市長会

新制度に伴うシステム開発スケジュール等比較表

岡崎・高知市長提出資料

○新制度(前回「高齢者医療制度改革会議」資料より引用)

平成21年度		平成22年度				平成23年度				平成24年度				平成25年度				
10月～ 12月	1月～ 3月	4月～ 6月	7月～ 9月	10月～ 12月	1月～ 3月	4月～ 6月	7月～ 9月	10月～ 12月	1月～ 3月	4月～ 6月	7月～ 9月	10月～ 12月	1月～ 3月	4月～ 6月	7月～ 9月	10月～ 12月	1月～ 3月	
▲検討会議の設置			▲中間とりまとめ	▲最終とりまとめ	▲法案提出	▲法案成立												▲制度施行

○後期高齢者医療制度

平成17年度				平成18年度				平成19年度				平成20年度			
4月～ 6月	7月～ 9月	10月～ 12月	1月～ 3月	4月～ 6月	7月～ 9月	10月～ 12月	1月～ 3月	4月～ 6月	7月～ 9月	10月～ 12月	1月～ 3月	4月～ 6月	7月～ 9月	10月～ 12月	1月～ 3月
		▲医療制度大綱 (12/1)	▲法案提出 (2/10)	▲法案成立 (8/14)	政令・省令改正				▲施行令・施行規則の公布 (10/19)			▲制度施行 (4/1)			
				事前準備 (10/2)	システム開発										

新制度移行のためのシステム開発にあたって

- **開発に着手する前から、早期の情報提供と関係者による事前準備が必要。**
- **十分な開発・テスト期間を確保するためには、仕様の早期確定が必要。**
 - ⇒ **法律・政省令の早期公布及び関係通達の早期の通知が必要。**

注) 市町村においては、平成24年7月までに外国人情報を住民基本台帳に一本化することとなる。同じ時期に、新制度のシステムとのデータ連携等の対応が必要。

⇒ システム開発日程に余裕が必要。

- **システム構築関連経費は、国で負担。**

小島委員配布資料

高齢者医療制度改革会議
議長 岩村正彦様

連合の提案する高齢者医療制度(意見書)

日本労働組合総連合会
総合政策局長 小島 茂

1. 後期高齢者医療制度の問題点

2008年4月1日からスタートした後期高齢者医療制度は、若年者に比べ、医療リスクの高い75歳以上の高齢者を切り離した医療保険制度であるという制度上の問題点だけでなく、政府や地方自治体からの事前の周知徹底不足、低所得の被保険者を中心とする想定外の負担増等により、高齢者の不満が爆発し、大きな社会的混乱を引き起こす結果となった。

後期高齢者医療制度は、医療費削減が目的で創設された矛盾だらけの制度であり、高齢者が安心して医療の受けられる持続可能な保険制度ではない。

後期高齢者医療制度のここが問題！

- 公費負担の削減・抑制が狙い。将来的に給付削減・サービス低下
- 高齢者には「前期」も「後期」もない
- 75歳以上を「特別扱い」し、ユニバーサルサービスに反する
- 高齢者を年齢で輪切りにした「医療保険制度」は成り立たない
- 被用者保険の被扶養者も含めて、すべての75歳以上の高齢者が保険料を自ら負担
- 後期高齢者医療制度の財源の4割は現役世代からの支援金で、その「支え手」は、生まれたばかりの赤ちゃんも含めて計算された頭割り
- 65歳～74歳の前期高齢者の制度間政調整は、被用者保険が市町村国保を支える仕組みで現役の保険料もアップ（従来の老人保健制度と同じ）
- 2014年までの経過措置として残された65歳までの「退職者医療制度」も、公費負担を増やしたくない国の場当たりの措置
- 後期高齢者診療料・終末期相談料は、高齢者に限定すべきでない
- 前政府・与党の見直しは、小手先の対策

2. 連合の「退職者健康保険制度（仮称）」の提案

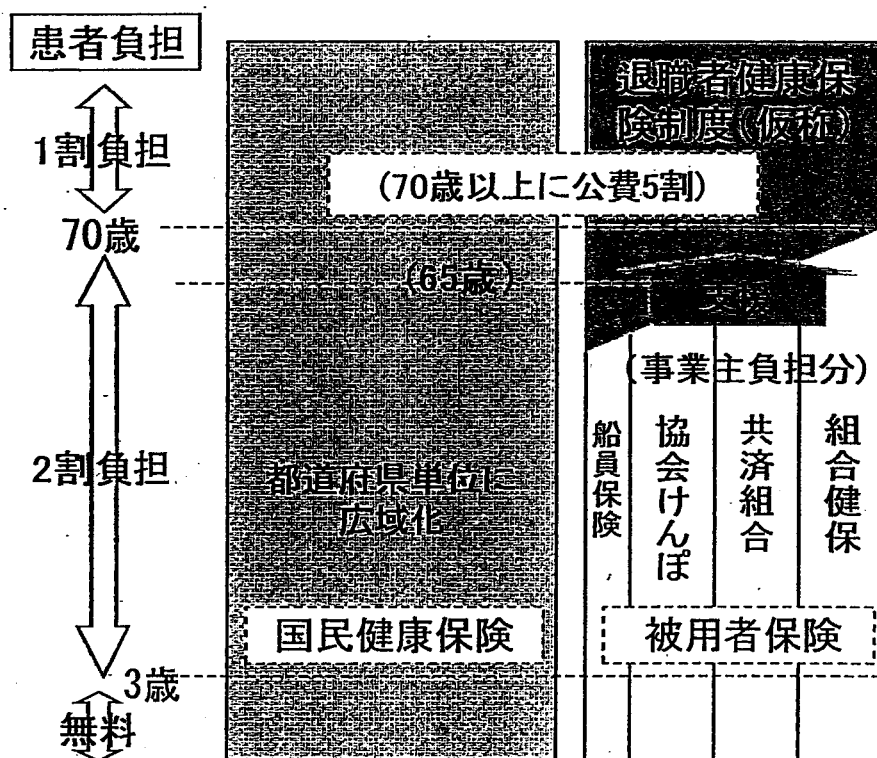
連合は、被用者保険の加入者が退職後も引き続き健康保険法の適用を受ける医療保険制度への加入が出来るよう、新たな制度として「退職者健康保険制度（仮称）」の創設を提案する。基本的な考え方としては、国民健康保険と被用者保険グループの2本立てを前提として、被用者保険の退職者は、国民健康保険に加入するのではなく、被用者保険グループが共同で運営する新たな制度（退職者健康保険制度（仮称））に引き続き加入する。（突き抜け方式）

具体的には、

- (1) 被用者保険の被保険者が、定年退職後等に医療リスクが高くなってから国民健康保険に移動するのではなく、各被用者保険共通の医療保険として、『退職者健康保険制度（仮称）』を創設し、そのまま被用者保険OB（退職者）として、引き続き健康保険法において医療給付が受けられる仕組みとする。（いわば、現行の「退職者医療制度」の年齢上限を撤廃し、被用者保険に位置づけるものである。）
- (2) 国民健康保険は、地域格差を是正するため、都道府県単位の広域化する。
- (3) 低所得の高齢者等に対しては、統一的な基準による保険料減免措置の制度化等、公費による支援の充実をはかる。

この機能分担、役割整理によって、被用者保険グループと国民健康保険の双方の保険者が、自立して保険者機能を発揮することを可能とする。

(図1) 連合の退職者健康保険制度(仮称)の考え方



退職者健康保険制度（仮称）の基本的な仕組み

1. 基本的な考え方

- 若年層に比べ、健康リスク、医療リスクの高い高齢者を独立させた制度は保険原理に馴染まない。
- 少子高齢化と医療技術の進歩により、医療費の増加は必然であるが、これに対して、医療の質は確保しながら、不必要な支出を抑制し、医療費の適正化を図るために、医療保険者が強力な保険者機能を発揮することが必要である。
- 保険者機能が適正に機能するためには、旧政管健保のような全国一保険者では規模が大きすぎ、市町村国保では、逆にリスク分散の観点から規模が小さすぎる。保険者機能が適正に発揮できる規模を維持しつつ、自立した運営を確保することが必要である。

2. 対象者

- 被保険者期間が通算して一定期間(25年)を超える退職者とその扶養家族を対象とする。
(※「一定期間」については、現在の雇用労働の実態を踏まえ、厚生年金の適用期間の見直し等と併せて今後検討する。)

3. 保険料

- 給付と負担については、健康保険法を適用する。
- 保険料については、都道府県毎に整理することとし、退職者を含めた各都道府県の被用者保険医療費の総額から自己負担分を除いた給付費総額を(被保険者数×標準報酬)を除いて、その2分の1を退職者の保険料率とする。各退職者の所得(年金)総額に保険料率を乗じて保険料を算出する。残りの2分の1の保険料分(事業主負担相当分)については、都道府県単位ではなく、全国一本とした上で、被用者保険全体での按分とする。
- 退職者の保険料は年金からの天引きを原則とするが、普通徴収の選択も検討する。

4. 公費

- 70歳以上の医療給付費への公費は5割とし、国保と被用者保険集団(退職者健康保険)の高齢者比率に応じて按分する。

5. 保険者間の財政調整と支援金・拠出金

- 現行の「後期高齢者医療制度」、「退職者医療制度」は廃止するため、それに伴う各支援金・拠出金制度も廃止する。
- 65歳～74歳を対象とした国民健康保険と被用者保険の制度間財政調整は廃止する。

6. 運営主体

- 退職者健保を含む全被用者保険の代表者及び労使代表者で構成する管理運営機関を中央と各県に設置する。(連合・21世紀社会保障ビジョン『社会保障基金』(仮称)の創設)
- 被保険者は、基礎年金番号を活用し、各都道府県で把握する。
- 被用者保険の現役世代は既存の保険者(組合健保、協会けんぽ、共済等)に引き続き加入する。
- 市町村国保についても、都道府県単位に広域化し、安定運営を目指す。

7. 患者窓口負担

- 窓口一部負担は、保険制度の種類に関わらず70歳以上は一律で1割負担とする。(69歳以下2割負担、乳幼児は無料)

3. 「退職者健康保険制度（仮称）」の課題と対応

(1) 国民健康保険への財政的影響

被用者保険の被保険者であった退職者は、現状では、一般的に国民健康保険の加入者と比べ、厚生年金の給付等、比較的に安定して高い収入がある場合が多く、連合の「突き抜け方式＝退職者健康保険制度（仮称）」が実現すると、国民健康保険に“優良な”保険料納付者がいなくなり、国保財政が破綻するとの指摘もある。

国民健康保険においては、より適切な保険者運営の広域化と、高齢者に対する公費支援の充実によって、保険者機能を強化していくことが、安心と信頼の国民皆保険制度を支える基盤になると考える。

(2) 被用者への健康保険の適用

自営業者を中心とする医療保険であるはずの国民健康保険に、現在、雇用労働者全体のおよそ4分の1が加入している。また、国民健康保険の加入者のうち、無職の割合は5割を超えるといわれるが、そのうちの10%は、60歳未満の、いわゆる「現役世代」として被用者となるべき人々である。

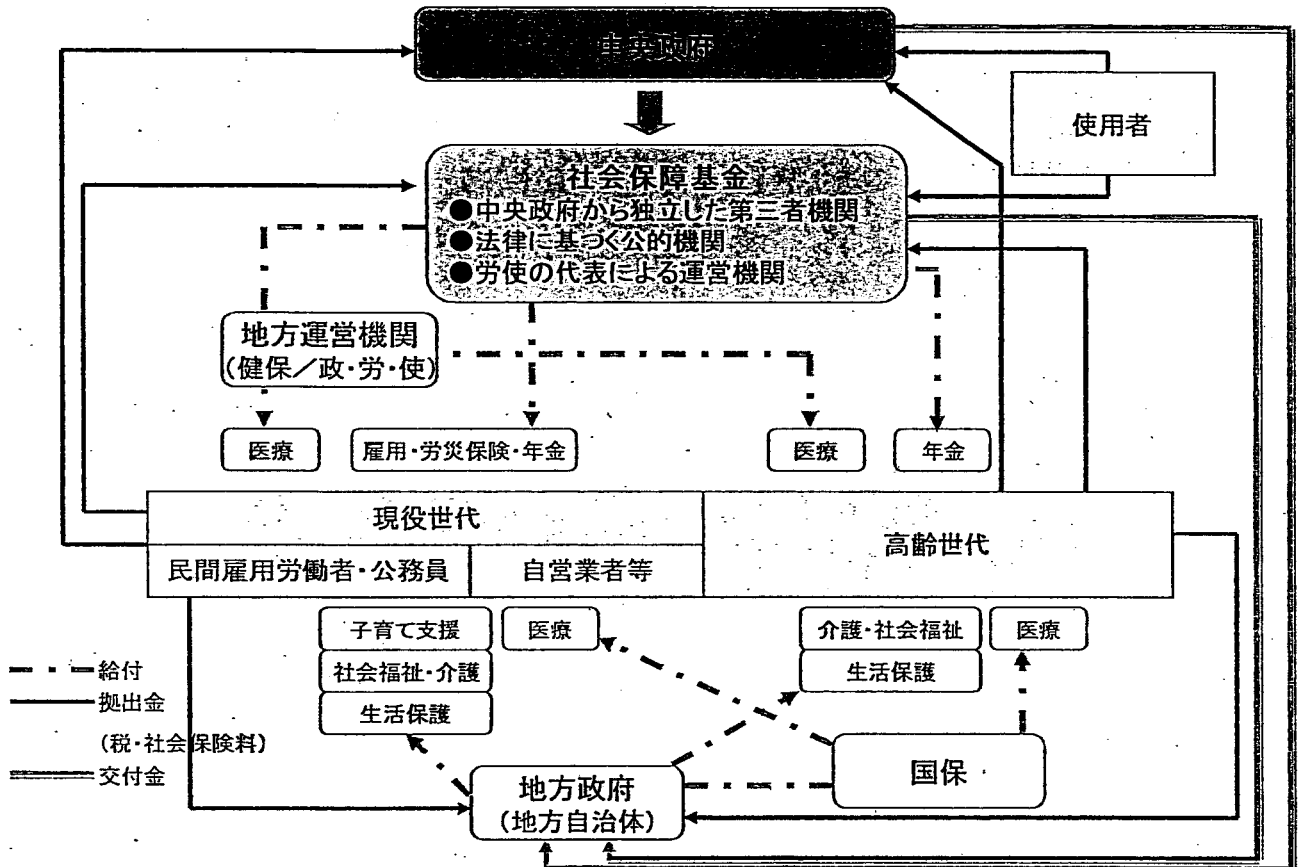
こうした実態も合わせて考えれば、国民健康保険に加入する被用者及び被用者となるべき人々に対して、社会保険を適用させる仕組みを作っていくことこそが必要である。

また、「退職者健康保険制度」において被用者期間を設定することについて、雇用の流動化に対応できないとの指摘もある。現役時代における被用者への社会保険の完全適用が行われることより、雇用形態を問わず被用者の生涯にわたる医療保険の保障が可能となると考える。

「社会保障基金」(仮称)の創設と退職者健康保険制度(仮称)の運営について

連合は、「21世紀社会保障ビジョン」において、年金や、労働保険(雇用・労災)も含めた、雇用労働者の社会保障制度全体の運営について、政府から切り離した第三者機関として『社会保障基金』(仮称)を創設し、当事者である労使代表の参画によって、民主的に運営していく構想を提案している。

(図2) 社会保障基金のイメージ図 (連合「21世紀社会保障ビジョン」)

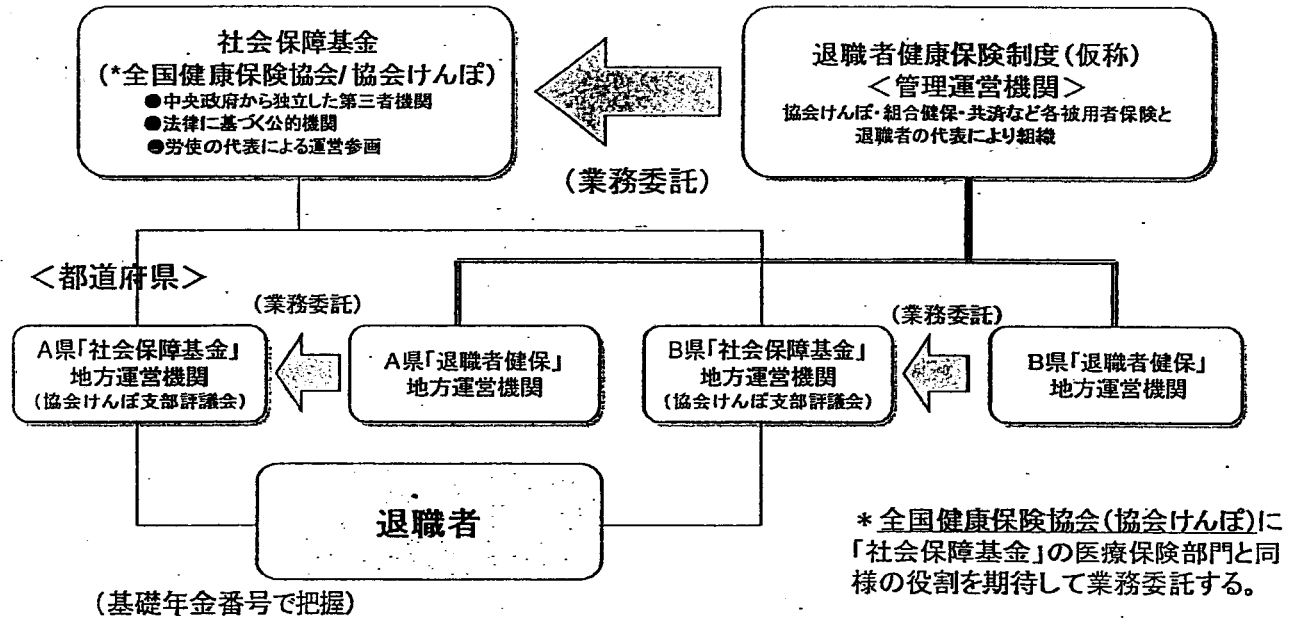


『退職者健康保険制度(仮称)』についても、実際の運営にあたっては、この「社会保障基金」(仮称)に業務委託することを基本とする。

その上で、2008年10月からスタートしている「全国健康保険協会」が、都道府県単位で労使代表が参画する評議会を設置し、保険料や事業計画等、実質的な保険者運営を行なう役割を担っているところであり、連合の提案と方向性が一致する部分も多いため、当面の現実的かつ、暫定的な構想として、この「全国健康保険協会」に退職者健康保険制度(仮称)の運営を委託することも含めて検討する。

(図3) 退職者健康保険制度(仮称)の保険者運営の具体化

○退職者健康保険制度(仮称)は、全ての被用者保険の保険者が共同により運営する管理運営機関を設置し、実際の事務運営に当たっては、「社会保障基金」の中に設置する現役被用者の医療保険を運営する地方運営機関に業務委託する。(管理運営機関として、各被用者保険の保険者代表と、退職者の代表による「運営協議会」を定期的を開催する。)
(連合・21世紀社会保障ビジョン)



以上