

委員配布資料

阿部委員配布資料	1
池上委員配布資料	3
岡崎委員配布資料	16
小島委員配布資料	21
見坊委員配布資料	28
小林委員配布資料	34
近藤委員配布資料	38
齊藤委員配布資料	61
対馬委員配布資料	65
樋口委員配布資料	71
宮武委員配布資料	74

阿部委員配布資料

新たな医療制度に対する退職者連合の考え方

新たな医療(保険)制度については、以下の考え方を基本に検討を進める。

1. 公的保険による国民皆保険制度を堅持する。

そのために、地域保険として国民皆保険を支えている国民健康保険制度(以下「国保」)を充実する。また、国保は都道府県規模への広域化を図る。

2. 負担と給付について

(1) 保険料は「応能負担」を原則とし格差のない料率を設定する。

(2) 給付は必要な医療を保障し70歳未満は8割給付、70歳以上は9割給付とする。

3. 事業主の負担は現状を下回らない制度とする。また、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。

4. 新たな制度への移行にあたっては、都道府県規模の「地域保険としての一元的運用」を展望する。

池上委員配布資料

特定健診と介護予防

制度の検証と改革私案

●慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授

池上直己

●同助教、ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員

石橋智昭

○二つの予防施策

予防において二つの施策が新たに確立された。一つは、生活習慣病の予防であり、従来の一般健診は、2008年度より特定健診・特定保健指導に変わる。メタボリック症候群に着目した健診でハイリスクグループを把握し、保健指導を徹底することによって将来における脳卒中、心臓病患者を減らすことが目的である。

もう一つの施策は、要介護状態になることに対する予防である。2006年度より介護保険の「要支援者」に対する給付内容は、

「要介護者」にならないための「予防給付」に限定され、また市町村が独自に実施する介護予防事業において、ハイリスクグループである「特定高齢者」を把握し、事業に参加させる体制が確立された。これら二つの施策は別個に考案されたが、両者とも予防手段としては運動と栄養にそれぞれ据えている。このように「保健」の「健康増進・早期発見」と「介護」における虚弱化を防止するための維持期の「リハビリテーション」は、包括医療のスペクトラムの両極に位置するが、特に高齢者において両者に求められる対応は基本的に同じであり、また「診断・治療」

との境界も不明確である。

そこで、プライマリケアとして予防施策に対応する必要はあるが、現状では医療と断絶しており、また二つの予防施策も基本的には独自に運営されている。さらに、これら予防施策導入の主目的は医療保険と介護保険の給付費の抑制であるため、制度内や制度間の多くの問題を抱えている。本稿では、これらの課題を整理し、改革するための私案を提示する。

1 今、なぜ特定健診・保健指導か

特定健診・保健指導が注目されているのは、それが医療費適正化

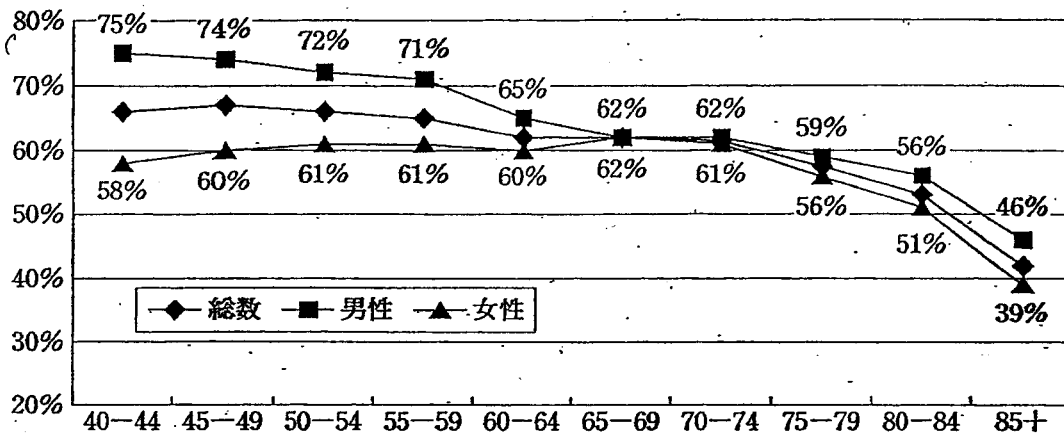
の中長期的方策の一翼を担っているからである。すなわち、厚生労働省は生活習慣病対策と平均在院日数の短縮により、2015年度で2兆円、2025年度に6兆円を削減できると発表している。

生活習慣病対策は、メタボリック症候群が中心であり、40歳以上から75歳未満の一般人口を対象に、特定健診で高血圧症、高脂血症、糖尿病の患者・予備群を早期に発見し、特定保健指導で運動習慣とバランスのとれた食事の摂取を指導することを内容としている。

特定健診・保健指導の検査項目は一般健診とほぼ同じであるが、実施義務は市町村より保険者に移る。すなわち、被用者保険においては、専業主婦等の被扶養者に対する実施義務が明確になり、また国保も健診業務を引き継ぐことになる。

2012年度の目標値が設定されており、それは現在の一般健診の受診率45%を70%まで高め、また保健指導の実施率を対象者の45%とし、こうした介入によりメタボリック症候群の該当者・予備群を10%減少（2008年度対比）させることである。そして、こ

図1 一般健診、年齢階層別受診率



2004年度国民生活基礎調査より作成

これらの数値目標を達成できなかった場合には、後期高齢者医療に対する保険者の支援金が最大10%までの範囲で増減されることになっている。

◎健診施策の基本的な問題

メタボリック症候群に対する予防策の本質的な問題点は、第一に本人にとって、予防のメリッ

トは感染症と比べて明確でなく、また順守する負担も格段に重いことにある。例えばインフルエンザの予防接種であれば、1回の注射で直近の発症を軽微化できるが、生活習慣病の予防は、現時点の高血圧症・糖尿病・高脂血症を長期に渡って持続的にコントロールして始めて将来における脳卒中や心臓病になる確率を低下させることができる。

第二に、メタボリック症候群は、長年の食事内容や運動という「生活習慣」に根ざしているだけに、「指導」によって容易に変えられないことにある。このように生活習慣を変えるよりは、例えば高血圧症に対して降圧剤を飲んだほうがはるかに楽である。したがって、早期の発見は早期の服薬開始につながって医療費はむしろ増加する可能性がある

り、ちなみにアメリカのメディアエアではメタボリック症候群に対する積極的治療が増えたことにより医療費は増加している(注1)。

第三に、仮に脳卒中や心臓病による死亡を低下させることができても、がんによる死亡率が高まる可能性があり、そうなる単に死因が変わるだけであるので、予防の介入によって個人の死に方についての選択権を奪っている可能性も指摘されている(注2)。さらに高齢になるに従って、認知症の有病率は高まるので、社会的コストが増える点にも留意すべきである(注3)。

以上のように、高齢者医療確保法に基づく新しい予防策による医療費の抑制には疑問があるので、少なくとも健診受診率等の目標値の達成と高齢者医療に対する支援金の増減とをリンクさせず、予防施策の成否は健康寿命の延長によって評価するべきであろう。

◎健診施策の方法論上の問題点

方法論上の問題点として、まず対象とすべき人口について、2004年の国民生活基礎調査のデー

タを用いて分析する。40歳以上の一般人口における健診受診率を年齢階層別にみると、図1に示すとおり、男性は職場健診があるので、60歳未満までは7割を超えているが、60歳以後は徐々に下がっていく。一方、女性は60歳代までは6割程度でほぼ一定しているが、70歳以後は下がっている。

健診を受診しなかった理由をみると、約1割(9.1%)が「医療機関に入通院していたから」と答えている。これを年齢階層別にみると、40代では3.5%だが、80代では2割近く(19.7%)に達している。ところが、実際に受診している割合は図2に示すとおりであり、65-74歳の前期高齢者については61.5%が通院中であって、健診を受けなかった理由として挙げられた割合(14.3%)の4倍である。

さらに通院者の通院理由をみると、図3に示すとおり、65歳以上の4分の1は高血圧症であり、複数回答ゆえ単純に合計できないが、高脂血症と糖尿病を加えると、65歳以上の一般人口の約3割は、健診対象疾患のいずれかによって、すでに受診していることがわかる。

また、40～64歳でも2～5割が通院中であり、そのうち5分の1から3分の1は高血圧症、高脂血症、糖尿病を有している。

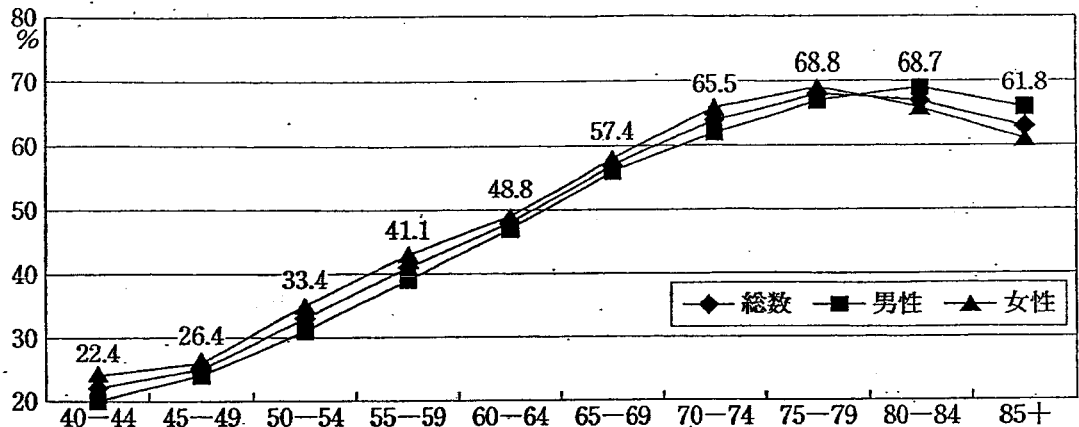
健診は本来、自覚的に健康な者が対象であり、現に通院している患者が健診の必要性を感じないのは当然である。したがって、高齢

になるほど通院率は高まるので、高齢者の健診受診率が低いのも当然であり、むしろ「高血圧症」、「高脂血症」、「糖尿病」で通院し

限定していることにある。次に、「保健」における「特定保健指導」は、実は診療報酬の「生活習慣管理料」としてすでに

図2 一般人口における通院者の年齢階層別割合

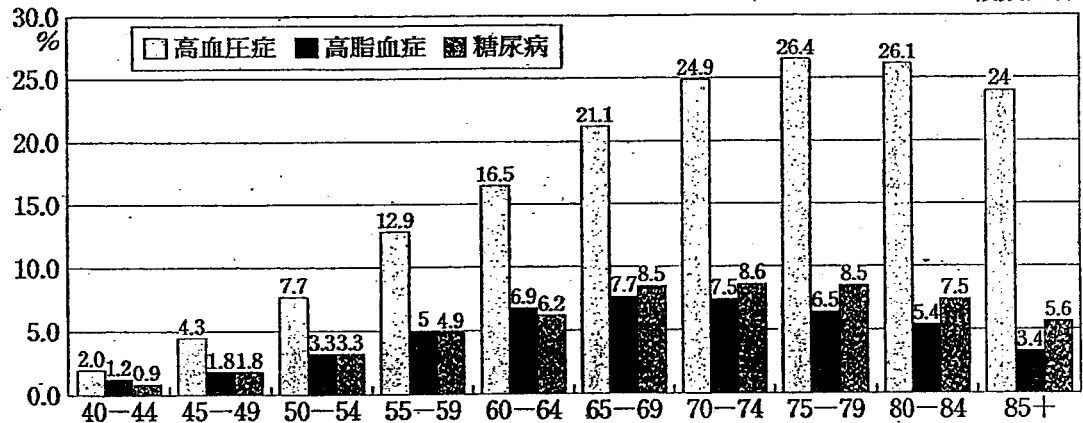
(※設問「あなたは現在、病気やけがで病院や診療所、あんま・針灸に通っていますか?」)



2004年度国民生活基礎調査より作成

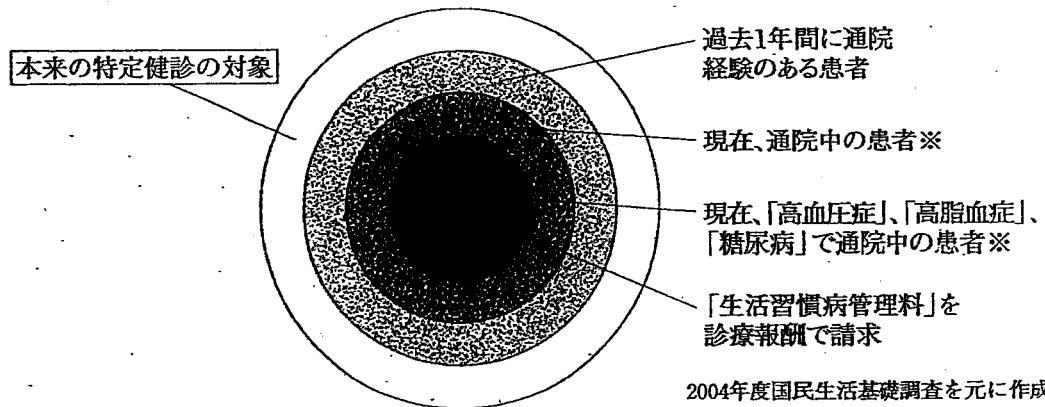
図3 一般人口において生活習慣病で通院している者の年齢階層別割合

複数回答



2004年度国民生活基礎調査より作成

図4 前期高齢者における本来の健診対象者



2004年度国民生活基礎調査を元に作成

ているのに健診を受けていなければ、そのほうが問題である。こうした観点から、高脂血症、高血圧症、糖尿病で通院治療を開始した時点で、順次、特定健診の対象より除外するプロセスを確立する必要がある。

さらに調査時点における通院者だけではなく、過去1年間に通院経験のある者についても、健診対象からの除外を検討すべきである。なぜなら、健診は風邪などの病気でプライマリーケア医を受診した時に実施したほうが効果的だからである(注4)。すなわち、医療の一環として健診を行うべきであり、それを阻んでいるのが、日本における「保健」と「医療」の分断であり、健康保険法が給付を「診断治療」に

請求されていることに着目する必要がある。「生活習慣病管理料」は、高脂血症、高血圧症、糖尿病の患者を対象としており、請求する際には、所定の書式に達成目標、行動目標、重点を置く領域をそれぞれ記載する必要がある、この書式は「特定保健指導」にそのまま準用できよう。

以上のように、健診と指導はプライマリケア医が、通院中の患者に対して診療の一環で行うべきであり、そのために必要な技能は産業医やスポーツ医とは似て非なるものである。今後新たに取組む必要がある。また、保健師や管理栄養士については地域医師会等でプールし、必要に応じて各医療機関に派遣するのも一つの方法であろう。

◎保健と医療の関係

以上のように、「特定健診」、「特定保健指導」の課題を整理し、「保健予防」の対象者を厳密に規定すると、図4の白の部分に限られる。「生活習慣病管理料請求患者」、「高血圧症、高脂血症、糖尿病の通院者」は必ず除外するべき

であり、さらに「現在の通院者」、「過去1年間の通院経験者」についても除外を考慮すべきである。両者を合計すると、前期高齢者の8割以上に達すると想定できる。なお、「生活習慣病管理料」の請求件数は、2005年社会医療診療行為別調査によると、一般診療の0・6%に相当するが、老人医療では請求できない。

日常診療の一環で健診と指導を行い、医療保険で給付することは可能であり、現に2007年7月5日の社会保障審議会・後期高齢者医療の在り方に関する特別部会で、後期高齢者に対して年2回程度の定期的な検査（Ⅱ健診）を外来診療で実施することが提言されている。筆者は75歳未満に対して、同様に医療保険の枠内で給付するべきと考える。

しかしながら、医療保険で給付する際の障壁として、健康保険法以外にも、「保健」と「医療」とでは、次の基本的な相違点があり、これらの課題を一つずつ解決しなければいけない。

① 健診における利用負担は原則的になく、本人が追加検査を希望した場合には、その部分だけが有料

である。これに対して医療には患者負担があり、高齢者は原則1割、一般は3割である。その背景には、健診の受診は望ましいが、医療の場合は安易な受診を抑制するべきである、という政策判断の相違がある。

② サービスを提供する機関は、ともに契約機関に限定されるが、医療の場合は原則的に全てであるのに対して、健診の場合は各保険者との個別契約である。

③ 健診結果は電子媒体での報告が義務付けられており、医療のレポート請求も2008年度より順次オンライン化されるが、病名等の標準化などに未だ大きな課題を抱えており、両者の突合は容易でない。

④ 健診・指導の財源は一般財源から保険料に変わるの、医療と一本化される。だが、健診はこれまで国からの助成と市町村の一般予算で実施されてきたため、国保の特別会計で賄ううえで課題が残っている。

2 今、なぜ介護予防か

介護予防施策に力点が置かれる

ようになったのは、特定健診・指導が医療費の抑制を目的としたのと同じく、介護給付費の抑制であった。すなわち、給付対象者の増加が最も著しかった要支援、要介護1の増加を抑制し、それによって現時点の要支援、要介護1の給付費を抑制するだけではなく、これらの認定者が訪問介護を受けることによって虚弱化が促進されるので、将来における給付もいっそう押し上げられる、と判断されたからであり、こうした危機的状況に対応するため以下の3つの水際作戦が採られた。

① 要支援1、2に対するサービスを予防に限定する。具体的には、介護報酬を下げ、包括化することで訪問介護を抑制し、通所における筋力トレーニングを中心に据える。

② 要支援に認定されないが、ハイリスクの高齢者である「特定高齢者」を新たに規定し、予防施策を整備する。

③ 「一般高齢者」に対する事業を集団に対する健康教室等に限定し、個人を対象とした配食等は原則的に受けられないように改める。

以上のように介護予防施策が体

系化されたが、これら3つの介護予防施策の対象者に、介護保険の要介護者を加えて整理すると、図5の通りになる。重い順に、要介護高齢者、要支援高齢者、特定高齢者、一般高齢者と並ぶが、対象者の把握は二つの流れに分断されている。すなわち、一つは一般健診（2008年度より特定健診）を受ける65歳以上の高齢者が併せて回答する「基本チェックリスト」に基づく流れであり、もう一つは介護保険に申請し、訪問調査後の認定審査に基づく流れである。そのため後述するように、これら二つの異なるプロセスで把握された対象者の間の階層関係が担保されていない。

◎ 特定高齢者とは？

特定高齢者は、要支援ほど重くないが、ハイリスクの高齢者である。表1の「基本チェックリスト」に示すA運動機能、B栄養、C口腔、D閉じこもり、E認知機能、Fうつに関する各設問項目に対して、健診を受診する際に記載した回答結果によって「特定高齢者」の「候補者」が選定される（ただ

し、BMIの計算は健診機関が行い、またうつ状態に関する項目は選定に直接関係していない）。

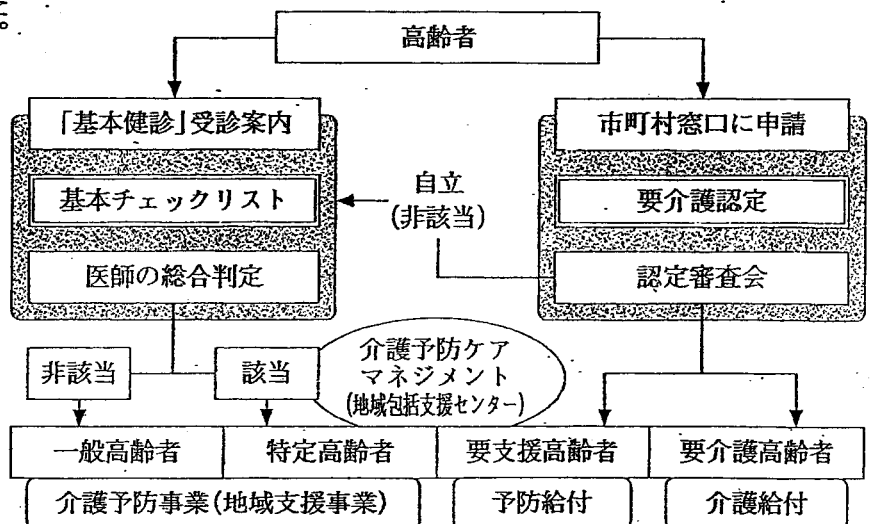
次いで健診機関の医師が、A～Fの各基準への該当を確認したうえで、事業への参加が適切と判断すれば「特定高齢者」となるが、実際の参加は地域包括支援センターでの面談で意思が確認された後に決まる。なお、「特定高齢者の候補者」、「特定高齢者」、「同事業参加者」の区別は現場担当者にも徹底されておらず、混乱に拍車をかけている。

事業内容としては、これまでの老人保健事業（予防）と介護予防・地域支え合い事業（福祉）を統合し、再構築している。例えば、従来の老人保健事業の通所型機能訓練（A、B）における閉じこもり予防・支援事業と、介護予防・地域支え合い事業の生きがいと健康づくり推進事業が統合された。また財源については、一般財源から介護保険財源に移管され、介護保険財源の中から高齢者が負担する介護保険料で賄われ、介護給付費の1・5%が上限となっている。

特定高齢者施策は2006年度から導入され、事業参加者の目標値は65歳以上の高齢者人口の5%であった。しかし、導入初年度（2006年度）の実測値は、候補者が高齢者人口の1・18%、医師の判定後は0・44%と目標の10分の1であり、さらに事業参加者は0・14%で、目標の3分の1の値であった。そこで国は、2007年4月より候補者を把握するための基本チェックリストの基準を以下の通りに改め、その結果、該当する候補者は、健診受診者の20人に1人から4人に1人に増えると推計した。

- ① (1)～(2)のうち、12項目↓10項目以上が該当
 - ② (6)～(9)の5問（運動器）全て↓3項目以上が該当
 - ③ (11)、(12)の2問（栄養）全てが該当↓変更なし
 - ④ (13)～(15)の3問（口腔）全て↓2項目以上が該当
- さらに医師の評価区分について

図5 介護予防施策の対象者を把握する2つのプロセス



も、表2に示すとおり、事業への参加を除外する選択肢が選ばれにくいように工夫され、これにより「候補者」からの除外は、62%から20%に減少すると推計した。その結果、特定高齢者の候補者は、高齢人口の0・44%より10%に、また事業の参加率も3分の1より2分の1に上がって、0・14%より

表1 「基本チェックリスト」の設問

1	バスや電車で1人で外出していますか	(はい・いいえ)	
2	日用品の買物をしていますか	(はい・いいえ)	
3	預貯金の出し入れをしていますか	
4	友人の家を訪ねていますか		
5	家族や友人の相談にのっていますか		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		A 運動機能
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか		
8	15分位続けて歩いていますか		
9	この1年間に転んだことがありますか		
10	転倒に対する不安は大きいですか		
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか		B 栄養
12	身長 cm 体重 kg (BMI=18.5未満)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		C 口腔
14	お茶や汁物等でむせることがありますか		
15	口の渇きが気になりますか		
16	週に1回以上は外出していますか		D 閉じこもり
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか		E 認知機能
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか		
21	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった		
22	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる		F うつ
23	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない		
24	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする		
25	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない		

表2 医師による評価区分の改正

<p>【改正前】 ア 医療を優先すべき ※ イ 生活機能の著しい低下有り ウ 生活機能の著しい低下無し ※</p>	<p>【改正後】 ア 生活機能の低下有り ア-(ア) 介護予防事業の利用が望ましい ア-(イ) 医学的な理由により、次の介護予防事業の利用は不適当 <input type="checkbox"/> 全て ※ <input type="checkbox"/> 運動器の機能向上 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 口腔機能の向上 <input type="checkbox"/> その他() イ 生活機能の低下無し* ※</p>
---	---

※ 選択された場合には特定高齢者の候補から除外
 *表1のA~Fの各基準に全て該当しなかった場合にのみ選択できる

◎ 特定高齢者施策の問題点

第一に、基準の緩和により、選定される特定高齢者が増えても、事業に参加する割合は厚生労働省

り5%まで大幅に増え、当初の目標値を達成できると見込んでいる。

が期待したようには増えず、むしろ、改定前よりも低下すると予想されることである。ちなみに、東京都A市で、基準が緩和される前に行った調査でも、不参加の理由として「健康、何も支障ない」が4割、「セルフケアで十分」が12%であり、両者を合わせると過半数

に達していた。したがって、基準の緩和でより健康な対象者が「特定高齢者」になるので、参加率は低下すると考えられる。

第二に、医師の評価方法の変更により、特定高齢者事業への参加を「不適切」と判定しにくくなつたが、介護認定する際の主治医意

見書と異なり、評価のみで、高齢者の特性について記載する箇所はない。したがって、事業に参加して状態が悪化した場合の免責条項が必要であろう。

第三に、最も重大な問題は、前提となっている階層構造である。すなわち、「一般高齢者」が虚弱

化すると「特定高齢者」になり、さらに虚弱化すると「要支援者」に、次いで「要介護者」になるという階層構造を前提としているが、その根拠は乏しい。なぜなら、図5で示した通り、「特定高齢者」の選定は、基本健診と併せて行う基本チェックリストでなされるが、「要支援者」、「要介護者」の選定は本人の申請による79項目の介護認定基準に従って行われ、全く別のプロセスによるからである（注5）。

その結果、先のA市の調査によると、要支援の4人に1人、要介護認定者の6人に1人は、改定後の緩和された特定高齢者候補の選定基準を用いても満足しない。したがって、健診の際の基本チェックリストで特定高齢者の候補に選定されなくても、介護保険の認定審査を受ければ要支援・要介護になる場合があり、逆に要支援・要介護に認定されても特定高齢者の候補に選定されない場合もある。

最後に、以上のように特定高齢者と要支援者として把握する方法が分断されているだけでなく、用意されているそれぞれのサービスの間に整合性がない。また利用者

の負担も、特定高齢者施策は「予防」であるので無料のプログラムもあるが、介護給付の場合は「保険」ゆえ1割の負担となっている。確かに地域包括支援センターは両者を所管しているが、それぞれの担当者が異なることもあって、利用者に対して両者のサービス内容と自己負担額を比較するメニューも提示できていないのが現状である。

3 改革私案

プライマリケア医は、患者の生活面全体の医学的側面を管理する責任があり、健診から介護サービスまでの各分野に対応すべきである。こうした観点から以下を提言する。

① 健診、保健指導をプライマリケア医が日常診療の一環で提供し、医療保険で給付するように改める。そのためには外来主治医の体制を順次整備する必要がある。その一つの方法は、患者が選んだ外来主治医は療養管理料を、また他の医師が処方内容や検査結果の情報を外来主治医に提供した場合には情報提供料を、それぞれ後期

高齢者の診療報酬においてまず確立する。

② 健診の内容を各個人のリスクプロフィールに基づいて決める指針、および患者の生活機能に十分留意して医学的管理を行うための指針をそれぞれ策定し、併せて講習会を開催する。

③ 外来主治医に患者の「保健」と「介護」のサービスとアウトカムの情報が集約される体制を整備する。健診、保健指導の情報については、外来主治医が日常診療の中で実施できるようにすれば、診療データとの突合やプライバシーの問題はなくなる。そのうえで外来主治医からの情報を個人が識別できない形で地域に集約し、医療計画・介護保険事業支援計画に反映できる体制を構築する。

④ 外来主治医が、介護予防事業と介護保険のサービスを受ける適否、内容について意見を提出する場合は、患者のリスクを十分に評価すべきであるが、結果的に事故が発生した場合には免責とする。次に、現行制度の矛盾を解決するため、以下を提言する。

① 特定高齢者をスクリーニングするプロセスと、要支援者を認定

するプロセスを統合一本化する。

前者の基準の妥当性は公表されておらず、また後者の基準は特別養護老人ホーム等の施設における入所者の特性と、ケアの内容の統計解析によって開発されているので、こうした施設入所者のサンプルを用いて導き出された「自立」と「要支援」を仕分ける基準の妥当性には疑問がある。したがって、2012年に抜本改革を行う際は、両者を統合し、抜本的に新たな選定方法を開発するべきである。

② 介護予防施策を再検討し、介護給付費の抑制策とは分けて議論する。訪問介護を受けることによる自立性を損ねている状況もあろうが、逆に地域での生活の継続を支えている場合もあり、例えば昼間独居の要支援者に対する提供を一律に統制するべきではない。また、運動による予防効果を、効果の持続性を含めて、きめ細かく検証する必要がある。

③ 年齢による分断を無くす。現状では75歳以上には特定健診は義務化されていないが、実施されなければ特定高齢者候補として把握できない。一方、介護保険では40歳以上64歳では加齢性疾患による要介護

【注】

- (1) Thorpe, K. E., Howard, D. H. (2006). The rise in spending among Medicare beneficiaries: The role of chronic disease prevalence and changes in treatment intensity. Health Affairs Web Exclusive, 178-188.
- (2) Mangin, D., Sweeney, K. & Heath, I. (2007). Preventive health care in elderly people needs rethinking. BMJ 335: 285-287
- (3) Brayne, C., Gao, L., Dewey, M., Matthews, F. E. (2007). Dementia before death in ageing societies — The Promise of prevention and the reality. www.medscape.com/viewarticle/550283
- (4) U.S. Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services, William and Wilkins, Baltimore, 1989 (p. xxiii)
- (5) 石橋智昭、池上直己：介護予防施策における対象者抽出の課題—特定高齢者と要支援者の階層的な関係の検証—、厚生指標54 (5) : 24-29、2007

状態でない限り給付の対象とならない。したがって、現状では40歳で交通事故により要介護状態になった場合には、25年間介護保険料は払うが介護保険サービスは受けられない。

④ 患者・利用者の自己負担のあり方を白紙で再検討する。現状では、「保健」は公衆衛生的な観点から無料、医療保険は1〜3割負担、介護保険は1割に規定されて

いるが、「保健」に対する規定を抜本的に見直し、利用者の選択に任すべきである。例えば、特定高齢者の事業参加率が低い一つの理由は魅力的なサービスが用意されていないこととあり、応分の実費を徴収して民間のフィットネスクラブ等に委託すれば向上することが期待できよう。

以上の私案に対するご意見をお寄せいただければ幸いです。

論説

保険者の統合・再編を考える

改革の理念と方向性

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授 池上直己

1 はじめに

医療制度を抜本改革する必要性が指摘されながら、遅々として進まないのはそれなりの理由がある。

それは医療を受ける患者の立場と、医療費を負担する国民の立場とが本質的に対立していることにある。すなわち、患者の立場からすれば、お金に糸目をつけずに、常に最高の医療を受けることを望んでいる。ところが、その費用の九割近くを負担するのは国民であり、国民としては保険料や税金の負担ができるだけ少ないことを望んでいる。

そこで、保険者としての合理的な対

応は、医療費のかかる高齢者等や低所得者ができるだけ他の保険者に移すことによつて、保険料率を低く抑えることである。その結果、保険の原理に任せる時、移すことのできる保険者と、できない保険者の保険料率の格差は益々拡大することになる。こうした動きを抑制する措置が採られているが、それがまた日本の制度全体を複雑にしている。

今回の健保法等一部改正に、「保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方」が附則に記され、その後発表された坂口厚生労働大臣の私案によつて現行制度を改める方向性が示された。

今後、関係者の利害を調整するため

に妥協も必要であろうが、将来を見越した医療の公平性の原則に立脚した抜本改革が求められており、本稿はこうした観点から改革を進めるうえでの基本理念と行動計画を提示する。

2 税と財政調整による 補完

保険者における財政基盤はどのようになっているのか、既知の事実であるが簡単に触れておこう。

保険者は全国に五千以上も存在しており、大きく三つに分類することができ、それぞれに国民の約三分の一ずつが加入している。

第一は、組合健保、共済組合など、

大企業や公務員が加入しているもので、被保険者の保険料のみで医療費は賄われている。保険料は労使折半が原則であるが、使用者側は最高八割まで負担することができるので、平均すると五五%を負担している。

第二は、中小企業の勤労者が加入している政管健保である。中小企業の勤労者は大企業と比べて収入が低く、病気にかかりやすい傾向にあるため、保険料だけでは賄いきれず、国庫負担、つまり国の一般財源から保険料の不足分として、全体の一四%を補填している。

第三は、自営業者や年金生活者が加入している国民健康保険である。これらの加入者には使用者の負担もなく、さらに一般的に所得も低く、病気にもかかりやすいので、保険料の不足分として、国が平均してその半分を税金で補填している。保険者である市町村はそれでも不足する場合は、保険料を上げるか、自分たちの一般財源から補填している。

以上のように、日本の医療保険制度は職場や地域を単位とした社会保険方式を取っている。しかし、各保険者の保険料による収入と、医療サービスの給付のアンバランスを是正するために税で補填されており、さらに老人加入率の格差を是正するために老人保健法

による財政調整が行われている。

3 改革私案の基本的な考え方

改革を進めるにあたって、筆者は次の点に留意して行うべきであると考え

第一に、医療費を「適正化」する必要は認めるが、一律に「抑制」するべきではない。確かに経済不況の中で医療費だけが増えるのは問題かもしれないが、もともと諸外国と比べて低い水準にある医療費と、突出して高い水準にある公共事業費を同じ基準に従って伸びを抑えようとするのは、現在のひずみを固定化するばかりでなく、医療技術の進歩と超高齢社会への対応をきわめて困難にする。

第二に、医療改革に取り組む際の方性は、アメリカのように保険者が健康な人々を加入させるために行っている市場競争よりは、ヨーロッパ諸国のように、国民に対して平等な医療を提供するという基本原則を堅持し、その枠の中で競争を導入すべきである。こうした選択の方が医療制度として望ましいばかりでなく、日本はアメリカと違って、医療が国民の権利として明確に確立しており、また格差を認めるこ

とに対する抵抗が格別強いので、より現実的である。

第三に、透明でわかりやすい制度にすることである。日本の医療制度は国際的にみて高い評価を得ているにもかかわらず、国民の支持を十分得ることができないのは、制度全体がわかりにくいからである。そこで、いくら負担をしたら、どこまでのサービスが保障されるかについての対応関係がより明確な制度に改める必要があると考える。

第四に、政府としての最大課題である行財政改革と整合性を保って医療改革を進める必要がある。医療の場合は、その中で特に国から都道府県（以下、県と略）への権限の委譲が重要となっている。地方分権は一般に基礎自治体である市町村が対象となっているが、医療は介護等と異なり、より広域的に対応する必要がある、たとえば市町村ごとに高度の医療が提供できる病院を整備するのはきわめて非効率である。

また、権限が市町村に委譲されれば、県としての役割は徐々になくなるので、新たな役割を用意する必要もある。ちなみに、カナダやスウェーデンでは、県が医療を所管しており、医療が県のもっとも大きな政策課題であると同時に、最大の選挙争点となっており、地方自治を活性化させている。つまり、

県によって制度や公的保障の範囲と負担の程度を国の基本枠の中で変えることができるので、多様性のある政策上の選択肢が用意されている。

第五に、改革の理念と方向性を明確にしたうえで、それに至るプロセスについては、現状を十分踏まえた具体的な工程表が必要である。医療は国民生活に密着しており、医師の診療方法も患者の受診形態も、一片の法律だけで変えることは困難であるので、漸進的なアプローチが確かに必要である。しかし、それと同時に、将来の方向性についての明確なビジョンと、目標の達成度を測る客観的な評価尺度の開発、およびそれをモニターし、フィードバックできる体制が求められる。

4 改革私案の骨子

① 県主体と財政調整

医療保険制度の最大の問題は、高齢者と低所得者の医療費が国保に集中しており、国保が制度全体の最大のアクシズとなつてきていることである。したがって、国保の改革なくしては、抜本的にはありえない。そこで、国保を中心に、県を主体とする筆者の改革私案を以下、提示する。

まず県として緊急的対応として、第

一に、県内の各国保の徴収実態を正確に把握することである。現状では、国保の保険料(税)の算定は、応能割合や応益割合、資産評価の有無等でバラつきが大きく、そのため保険者間の相違を比較しにくい。そこで、県として一つの標準的な方式を用いて各市町村の保険料負担を算定する必要がある。具体的には、一般会計からの繰り入れがなく、基金からの繰り入れ、繰り出しもないという前提で、給付実績に基づいて各市町村の保険料を算定することである。そのうえで、可能な範囲で標準世帯における所得階層別保険料負担額を算定し、市町村間の格差を県民に広報することである。なお、国保に加入している住民のみが利益を受ける一般会計からの繰り入れは、公平性の観点から問題ゆえ除外されている。

第二は、高額医療費の共同事業の範囲を拡大することである。現行の八十万円は国、県の助成を受けて、七十万円に引き下がることは既に決まっている。それとは別に、県の単独事業として、各国保が拠出する再保険料を財源に、高額医療費の対象を毎年十万円ずつ引き下げる措置を導入する。その結果、一部の市町村では保険料は上がることになるが、激変なく医療費負担の平準化を実現できる。なお、このよう

な平準化が予めなされない限り、国保の合併を目指しても、合併によって一方の保険料は必ず上がることになるので実現は困難である。

こうした措置により、県として医療政策を遂行するうえでの主体性を確立する体制を準備できるが、抜本改革を実現するためには、国として次の対応が不可欠である。

第一に、被用者保険を含めて医療保険全体に対して、各保険者の被保険者の性・年齢構成と、所得構成の相違による保険料負担割合の格差を調整するための財政調整を段階的に導入することである。年齢による調整は高齢者の割合だけではなく、五歳階級に従って医療費の相違がきめ細かく反映される必要がある。また、被保険者の負担を一定割合に平準化するためには、所得による調整も必要である。

なお、国保ほど著しくないが、被用者保険の組合健保間においても保険料率の格差は大きく、今後産業構造の変化によってますます拡大する。つまり、従業員の平均年齢が高く、平均賃金が低い斜陽産業の保険料率はますます高くなる。したがって、老人保健法や退職者医療による拠出金の問題が解決したとしても、公平性を確保するために財政調整が必要である。

保険者の統合・再編を考える ～改革の理念と方向性～

プロフィール



いけがみ なおき

慶應義塾大学

医学部医療政策・管理学教室教授

- 1949年 東京生まれ
- 1975年 慶應義塾大学医学部卒業
- 1981年 医学博士
慶應義塾大学総合政策学
部教授、ペンシルベニア
大学訪問教授を経て1996
年に現職

- 著書 「医療の政策選択」(勁草
書房、1992)、「日本の医療」(J・
Cキャンベルと共著、中央公論社、
1996)、「日本版MDS-HC2.0
在宅ケアアセスメントマニュアル」
(J・モリス他と編著、医学
書院、1999)、「臨床のためのQOL
評価ハンドブック」(福原俊一他
と編著、医学書院、2001)、「高齢
者ケアをどうするか—先進国の悩
みと日本の選択」(J・C・キャン
ベルと編著、高木安雄監修、
中央法規出版、2002)、「医療問題
—新版」(日経文庫、2002) など

Profile

第二に、被用者保険を県単位に分割
することである。その先導役であり、
また分割後の受け皿となるのが政管健
保である。このように対応することが、
健保法等の一部改正の附則に記載され
ている政管健保の組織形態の見直しを
行ううえで最善の方法であると考える。

第三に、国保と被用者保険との間に
存在する所得補足や扶養家族の扱い方
等における相違の解消である。これら
は税制改革や社会保険を世帯単位より
個人単位に改める大きな流れの中で解
決するか、あるいは統合に先立って制
度全体を税方式に改めることで解決す
る必要がある。強制徴収される国民の
側からすれば、税も社会保険料も基本
的には同じであり、消費税や外形標準
課税などの税方式の方が効率的である
可能性もある。

以上の国の改革を実現することに
よって、図に示すように医療保険を統
合一本化するための五カ年計画の工程
表を描くことができる。

一) まず、県内の国保は国保内で、被
用者保険は被用者保険内で個別に財
政調整を開始する

二) 次に、県内の国保は国保で、被用
者保険は被用者保険でそれぞれ統合
する

三) 最後に、県内の国保と被用者保険
を地域保険に統合する

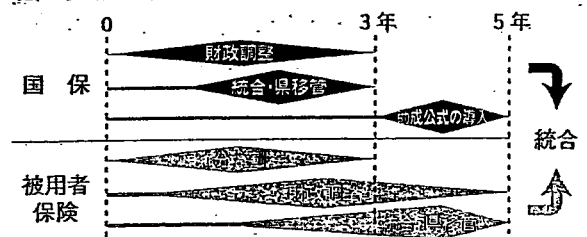
改革途上は、県内の各保険者に対す
る国の助成額を改革前の水準に維持し、
完成した時点においても継続する必要
はあるが、交付先は個々の保険者から
各県に移管される。その結果、高齢化
率が高く、所得水準が低い県は、相對
的に多くの交付額をうけることになる。

なお、県内に複数の保険者を置く案も
想定できるが、財政調整によって保険
料が平準化されれば、一本化したほう
がメリットは大きいと思われる。

以上のように県単位の地域保険に統
合できれば、県は保険者として医療機
関に対して強い発言権を獲得すること
になる。そもそも県知事には地域医療
計画の策定責任者として強い権限があ
るにもかかわらず、それが十分機能し
なかったのは、財政上の責任が不明確
であったからである。それが改革後は、
年齢や所得以外の県間の医療費格差は、
基本的に県の責任で対応することにな
るので、医療計画に従って各医療機関
の医療機能の集約化等によって効率化
を計る強いインセンティブが働くこと
になる。

(詳細は拙著「医療問題—新版」(日経文庫、2002)

図 医療改革を行うための工程表



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) (10/22)			▲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

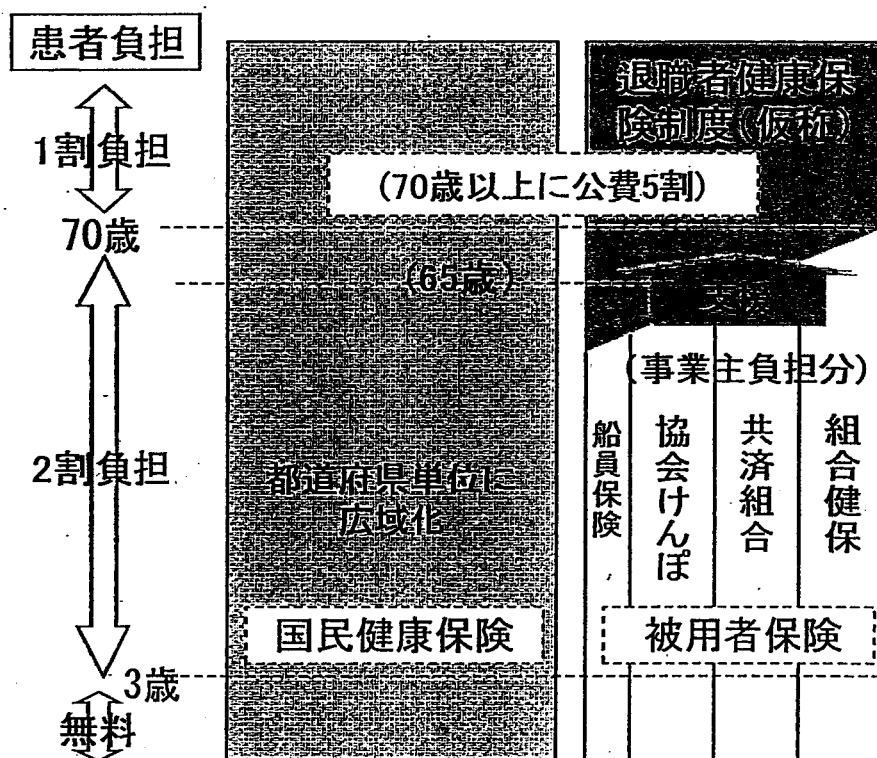
連合は、被用者保険の加入者が退職後も引き続き健康保険法の適用を受ける医療保険制度への加入が出来るよう、新たな制度として「退職者健康保険制度（仮称）」の創設を提案する。基本的な考え方としては、国民健康保険と被用者保険グループの2本立てを前提として、被用者保険の退職者は、国民健康保険に加入するのではなく、被用者保険グループが共同で運営する新たな制度（退職者健康保険制度（仮称））に引き続き加入する。（突き抜け方式）

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)を除して、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。

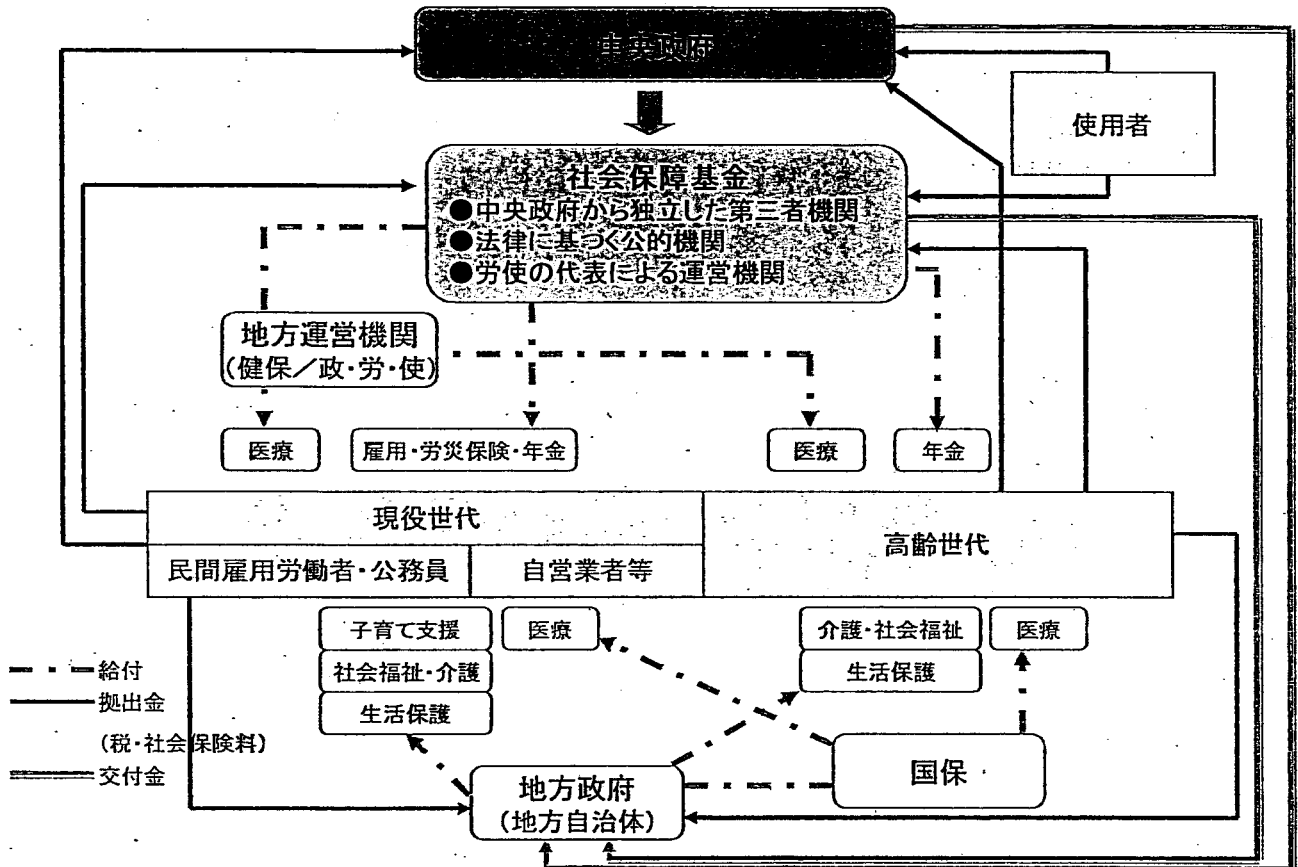
こうした実態も合わせて考えれば、国民健康保険に加入する被用者及び被用者となるべき人々に対して、社会保険を適用させる仕組みを作っていくことこそが必要である。

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」)

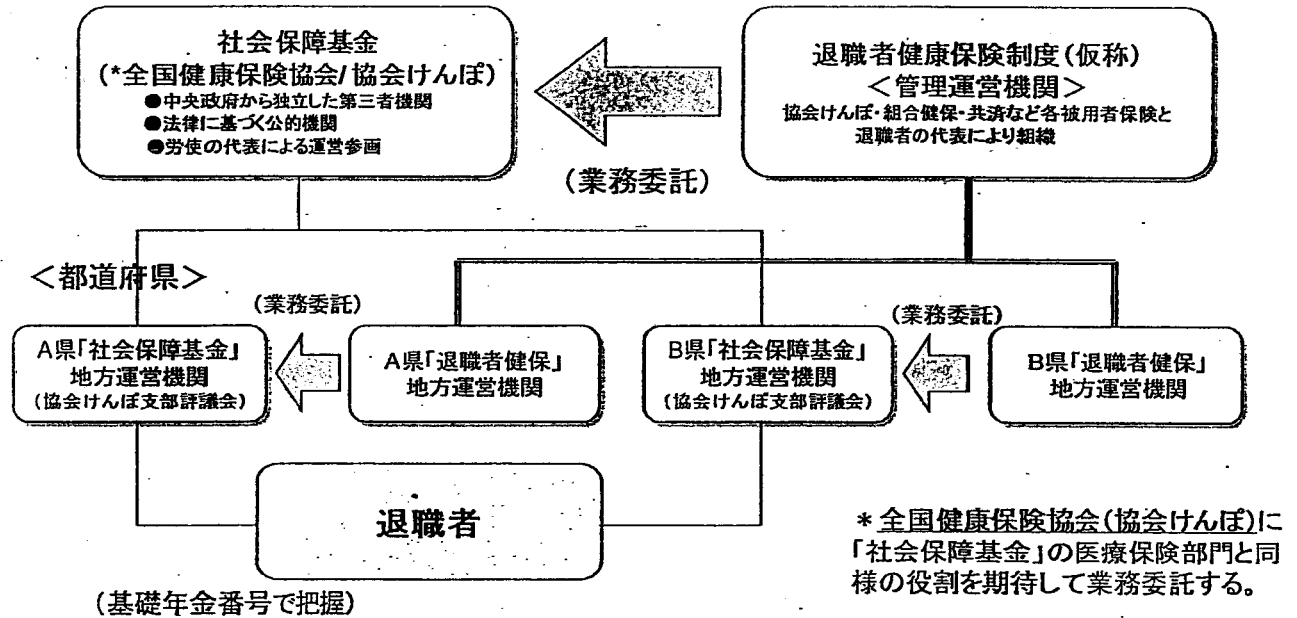


『退職者健康保険制度(仮称)』についても、実際の運営にあたっては、この「社会保障基金」(仮称)に業務委託することを基本とする。

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

見坊委員配布資料

「新たな制度のあり方」に対する意見

平成 22 年 1 月 12 日
高齢者医療制度改革会議
委員 見 坊 和 雄

社会保障制度は、国民の幸せを願う国家百年の大計であり、わが国の医療制度においても、その将来像を明らかにするなかで、高齢者医療のあり方が検討されることを願っています。

高齢者医療制度をめぐる課題について、

- ①1991 年「高齢者のための国連原則」（自立・参加・ケア・自己実現・尊厳）
- ②1999 年「国際高齢者年」のテーマ（「すべての世代のための社会をめざして」）
- ③またわが国では 1995 年の「高齢社会対策基本法」

をもとに、高齢期を国民一人ひとりの生涯にわたる課題としてとらえ、以下のとおり意見を申し上げます。

1. 高齢者の「自立」と「尊厳」が守られる制度に

- 政府が初めて発表した相対的貧困率では、貧困層（年間所得が 114 万円未満）が、先進国の中で高い水準にあり、特に「ひとり親世帯」では 54.3%と半数以上が該当し、経済格差が広がっている。
- 年金額が据え置かれるなかで、保険料は費用の伸びに応じて引き上げられ、このことが高齢者の生活不安を大きくしている。保険料や利用料によって過度な負担が生じないように、低所得者に温かみのある制度に、また長寿を誰もが寿げる制度としていただきたい。

2. 公平でわかりやすい制度に

- 医療サービスは、個々人の状態に応じて提供されるべきものである。諸外国でも例のない年齢による区分を設けるべきではない。
- 保険料や窓口負担は、生涯にわたる負担であり、若い世代と高齢者とといった対立軸で論じるべきではなく、それぞれの年齢期に応じた公平な負担のあり方を講じるべきである。
- また同じ年齢期にある世代内の負担も、公平でわかりやすい制度とすべきである。

3. 高齢者が理解し、選択できる制度に

- 昨今の社会保障制度の改正はめまぐるしく、高齢者の理解が追いつかない状況である。拙速な制度改正を改め、制度の長所・短所、負担と給付の関係を明らかにし、国民の選択に資する制度としていただきたい。
- 制度の理解のために、住民に身近な基礎的自治体である市町村の責任において、十分な説明・周知、きめ細かな対応を行っていただきたい。

言葉をかかせば
みんな仲間。



-30-

すべての世代のための社会をめざして



towards a society for all ages
International Year of Older Persons 1999

総務庁

10月1日は国際高齢者の日

1999年は国際高



towards a society for all ages
International Year of Older Persons 1999

■「国際高齢者年」とは

私たちの住んでいる地球は、いま、全世界的に人口の高齢化が進んでいます。そこで、1992年の国連総会において、1999年を「国際高齢者年」にすることが決まりました。

「高齢者のための国連原則」(1991年国連総会で採択)を促進し、政策及び実際の計画・活動において具体化することを目的としています。

すべての世代のための 社会をめざして

-31-

■高齢者のための国連原則

○自立 independence

- 高齢者は
- ・収入や家族・共同体の支援及び自助努力を通じて十分な食料、水、住居、衣服、医療へのアクセスを得るべきである。
 - ・仕事、あるいは他の収入手段を得る機会を有するべきである。
 - ・退職時期の決定への参加が可能であるべきである。
 - ・適切な教育や職業訓練に参加する機会が与えられるべきである。
 - ・安全な環境に住むことができるべきである。
 - ・可能な限り長く自宅に住むことができるべきである。

○参加 participation

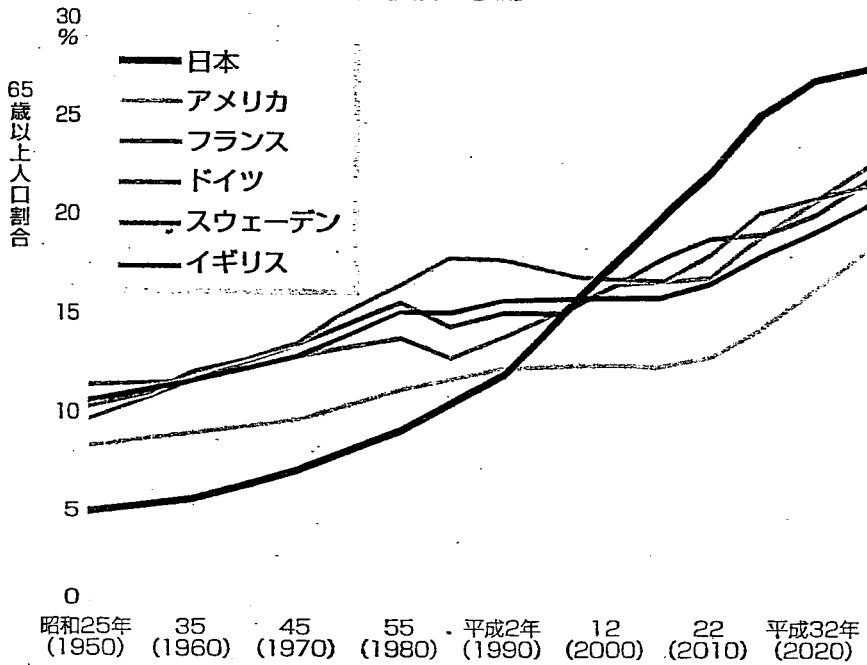
- 高齢者は
- ・社会の一員として、自己に直接影響を及ぼすような政策の決定に積極的に参加し、若年世代と自己の経験と知識を分かち合うべきである。
 - ・自己の趣味と能力に合致したボランティアとして共同体へ奉仕する機会を求めることができるべきである。
 - ・高齢者の集会や運動を組織することができるべきである。

○ケア care

- 高齢者は
- ・家族及び共同体の介護と保護を享受できるべきである。
 - ・発病を防止あるいは延期し、肉体・精神の最適な状態でいられるための医療を受ける機会が与えられるべきである。
 - ・自主性、保護及び介護を発展させるための社会的及び法律的サービスへのアクセスを得るべきである。
 - ・思いやりがあり、かつ、安全な環境で、保護、リハビリテーション、社会的及び精神的刺激を得られる施設を利用することができるべきである。
 - ・いかなる場所に住み、あるいはいかなる状態であろうとも、自己の尊厳、信念、要求、プライバシー及び、自己の介護と生活の質を決定する権利に対する尊重を含む基本的人権や自由を享受することができるべきである。

高齢者年。 International Year of Older Persons 1999

■先進諸国の高齢化率の推移及び予測

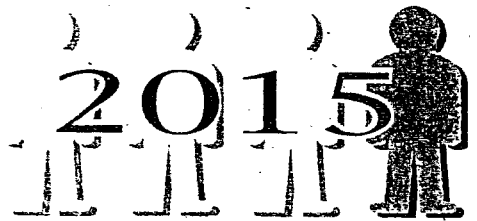


資料：総務庁統計局「国勢調査」
厚生省国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成9年1月推計)(中位推計)
UN, World Population Prospects: The 1996 Revision

■我が国の高齢化の状況

左のグラフを見てわかるとおり、我が国の高齢化は、世界にも類を見ない速さで進んでいます。2015年には、国民の4人に1人が65歳以上の高齢者という本格的な高齢社会が到来するものと予測されています。

また、我が国は医療の発達などにより、人生80年時代を迎えました。誰もが生涯を通じて、健康で生きがいをもって、安心して暮らせることが重要な課題となっています。



■活力ある高齢社会

高齢者は社会を支える重要な一員です。本格的な高齢社会をいきいきとした社会にするためには、高齢者の自立と社会参加を一層進めていく必要があります。

現在はまだ若い世代も、目前の本格的な高齢社会について自分の問題として考えていく必要があります。すべての世代が助け合って豊かで活力ある高齢社会を築くため、世代間の理解と協力を進めていきましょう。

○自己実現 self-fulfilment

- 高齢者は
- ・自己の可能性を発展させる機会を追究できるべきである。
 - ・社会の教育的・文化的・精神的・娯楽的資源を利用することができるべきである。

○尊厳 dignity

- 高齢者は
- ・尊厳及び保障を持って、肉体的・精神的虐待から解放された生活を送ることができるべきである。
 - ・年齢、性別、人種、民族的背景、障害等に関わらず公平に扱われ、自己の経済的貢献に関わらず尊重されるべきである。

「実をかわせばみんな仲間。」

社会参加活動例

地域(町内会・自治会)活動

趣味・健康・スポーツ・
教育・文化等の活動

ボランティア(社会奉仕)活動

シルバー人材センターなどにおける
生産・就業活動 など

■「社会参加活動」と 「世代間交流」

趣味・スポーツ活動、学習・文化活動、社会貢献活動、自治会活動、生産・就業活動などの地域での各種社会活動に参加することによって、社会や他の人々とのつながりを持つことができます。これらを「社会参加活動」といいます。

また、子どもからお年寄りまですべての世代が理解し合い、助け合うため、異なる世代と一緒に活動を行うことを「世代間交流」といいます。

より良い高齢社会を迎えるために、これらの活動をみんなで進めていきましょう。

世代間交流例

各種スポーツ

文通

施設訪問

文化・技能の伝承 など

我が国の高齢社会対策

我が国においては高齢社会対策大綱に基づき、就業・所得、健康・福祉、学習・社会参加等、各分野にわたる施策を推進しています。



Towards a society for all ages
International Year of Older Persons 1999

このロゴマークは、活力、多様性、助け合い、運動、発展を表しています。

問い合わせ先

総務庁長官官房高齢社会対策室
〒100-8905 東京都千代田区霞が関3-1-1
TEL 03-3581-6361 (内線4795)
FAX 03-3581-6170
ホームページアドレス
<http://www.somucho.go.jp/>

小林委員配布資料

平成21年12月25日

全国健康保険協会
理事長 小林 剛

高齢者医療制度の在り方に関する意見について

標記について、下記のとおり、現時点における意見を述べます。

なお、今後、「高齢者医療制度改革会議」における議論や協会の運営委員会における議論を踏まえて、追加の意見もありうることを申し添えます。

記

1. 基本的な考え方

- 協会けんぽは、中小企業等の従業員やその家族の方々が加入している健康保険であり、当協会としては、加入者や事業主の方々の利益の実現・増進を図るため、よりよい高齢者医療制度を目指していく必要があると考えています。
- 高齢者医療費を中心に医療費が増大する中で、国民皆保険を維持していくためには、増大する医療費の負担については、現役世代と高齢者世代の負担を明確化し、高齢者医療に係る費用を負担する加入者や事業主の方々の理解と納得が得られる制度としていくことが重要であると考えています。また、高齢者医療制度は、協会けんぽの加入者が将来、加入又は適用を受ける制度であり、単に財政負担の仕組みということではなく、利用者の視点からみて、わかりやすい仕組みとしていくことが、加入者の方々の理解を得るためにも重要であると考えています。
- また、今回の制度が、四半世紀（昭和58年（1983年）から平成20年（2008年）まで）にわたり続いてきた老人保健制度の反省点を踏まえて出来たという観点から、良い点は残し、次の制度でも活かしていただきたいと思えます。
- 例えば、費用負担の面で言えば、高齢者医療費を中心に増大する医療費の負

担については、現役世代と高齢者世代の負担を明確化し、高齢者医療に係る費用を負担する加入者や事業主の方々の理解と納得が得られる制度としていくことが重要であると考えていますので、現役世代と高齢者の負担の関係が見えにくかったものから、現役世代が高齢者世代を支えるための負担がどれくらいか見えるようになった点は評価できます。

- また、運営主体の面而言えば、後期高齢者医療制度については、年齢で区切る点で理解を得られない点がありますが、都道府県ごとに設置される広域連合が運営主体となっている点は、従来の老人保健制度において指摘されていた財政責任が不明確であり、保険者機能が働きにくい等の問題点を踏まえてのものであると思いますので、財政責任を負う主体が明確にされた点についても十分に評価すべきものと考えています。

2. 費用負担、財源の在り方について

- 国民皆保険を維持していくためには、高齢者にかかる1人当たり医療費が現役世代に比べて高いことから、何らかの形で現役世代の支援を組み合わせしていくことは必要ですが、その負担については、支え手である現役世代の負担が過重なものとならず、理解と納得が得られる在り方を考えていく必要があります。
- 一方で、後期高齢者医療制度の財源の4割は、医療保険制度からの支援となっており、また協会けんぽの保険料率のうち約4割は後期高齢者医療制度の支援金や前期高齢者納付金等に充てられています。このような状況については、現役の方の保険料負担という点で非常に重くなっていると同時に、保険集団にとって全く給付に充てられない費用が「保険料」という形で徴収されていることに疑問が出ております。
- さらに、保険料での負担のあり方についても、高齢者医療を支える各制度間での負担は、各制度の負担能力を反映したものとなることが重要であると考えています。
- 現役被保険者の負担の現状などを考慮すれば、今後、高齢化に伴う医療費の増大や所得水準の低下、高齢化率の上昇に対し、負担能力のある高齢者世代の方に一定の負担をお願いするとともに、社会全体で支え合う観点から公費の役割の拡大も含めた財源の在り方について検討していくことが必要と考えています。

3. 特定健診・保健指導について

- 平成20年度から医療保険者に実施が義務付けられた特定健診・保健指導については、特定健診・保健指導の導入により、国民の間にメタボリックシンドローム、生活習慣病に対する意識が高まり、また保険者も保健事業の取組みを進めたという点は評価すべきものと考えています。
- 一方で、特定健診・保健指導の実施率などをもとに平成25年度から後期高齢者医療制度の支援金の加算・減算が実施されることとなっていますが、加算・減算のルールについては、平成20年10月の協会けんぽ設立後の状況からすると、事業主や地域との関係が薄いことや、中小零細企業が大多数で効率的な事業遂行が難しいこと等もあり、他の各保険者と前提条件が大きく違うのではないかと考えています。
- 保険者機能の強化や、保健事業の取組み強化によって個々人の生活の質の向上を図り、また中長期的に医療費の伸びを抑制するという特定健診・保健指導の考え方は活かしながら、現在の加算・減算の仕組みは、廃止を含めて見直す必要があると考えています。

近藤委員配布資料

高齢者医療制度改革の課題と戦略 (日本版NSF)策定に向けて

2007.12.20版

日本福祉大学社会福祉学部
近藤克則

後期高齢者医療制度を巡る論議 に対する現状認識

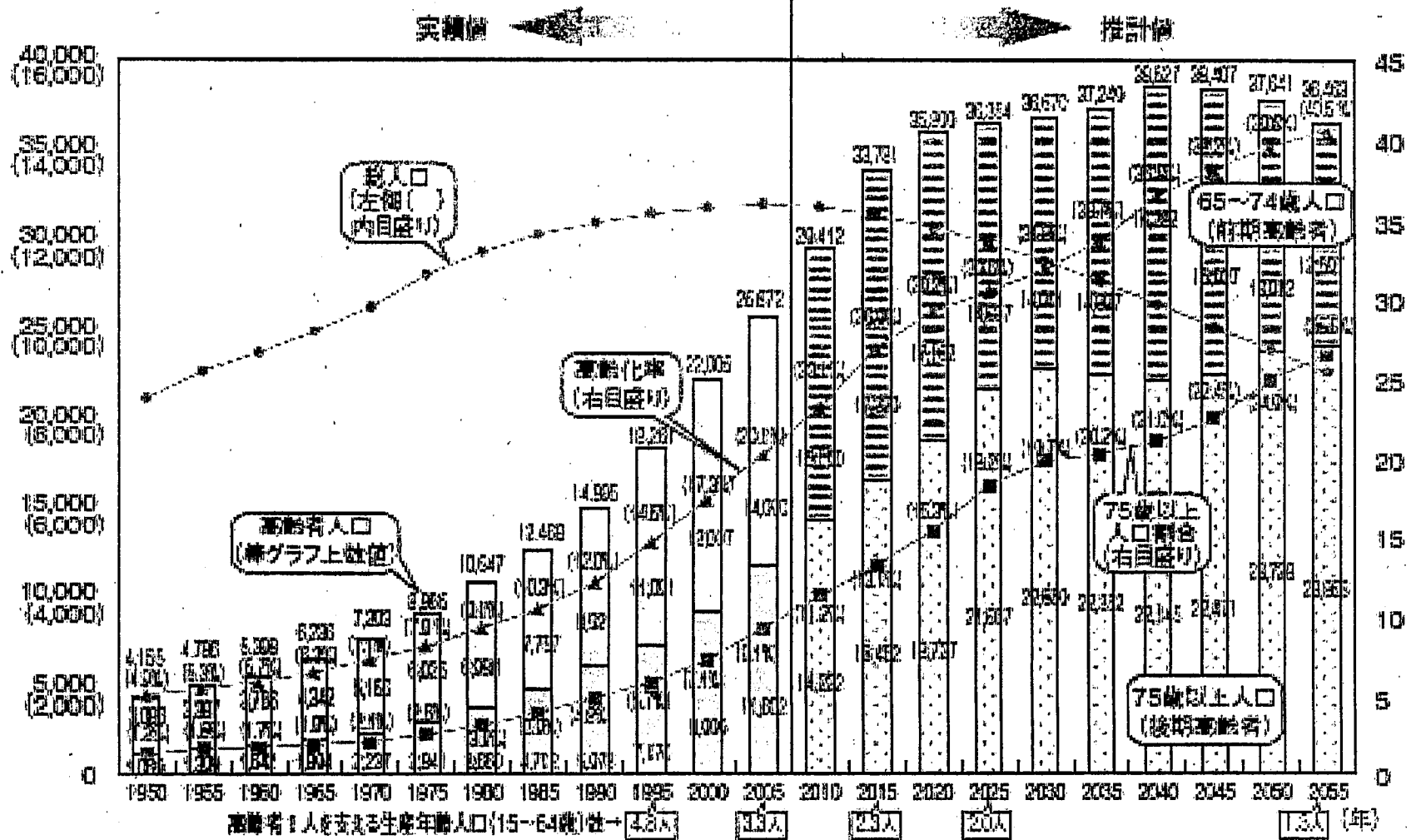
- 医療制度には、財政と医療提供の両面がある
- 今まで保険財政の側面に関する論議に偏重
 - 「基本的な考え方」6項目の多くは保険や負担に関するもの
 - 提供されるべき医療内容とその提供体制に関する論議が弱い
 - 提供される医療の中身が分からなければ、財政(対価)の妥当な水準は分からない
- 今から準備しなければ、医師数など量的不足問題だけでなく、診療科・医療内容とニーズとのミスマッチなど質的な問題を生じるのは確実
 - 診療報酬による誘導策だけでは対応できない構造的な変化
 - 医師を育てるには10年、医師養成・提供システムを作るにはそれ以上の時間がかかる

後期高齢者は急増する

(平成21年版高齢社会白書, p4)

単位：千人 (高齢者人口、65～74歳人口、75歳以上人口)
万人 (総人口 () 内)

高齢化率、総人口に対する75歳以上人口の割合 (%)



資料：2005年までは総務省「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」の出生中位・死亡中位假定による推計結果

後期高齢者の急増に備える 総合的な構想と目標・計画が必要

- 高齢化で急増するのは後期高齢者
 - 後期高齢者数は、1160万人(2005)から2167万人(2025)へ
- 保険財政面だけでなく、後期高齢者の増加による医療ニーズの量的・質的な変化への対策が必要
 - 医療・福祉職の不足、健康格差・地域格差是正
 - 介護予防、リハビリテーション、独居高齢者の在宅ケア、緩和ケアなどニーズの構造的な変化への対応
 - ケアの質と効率の改善を図れるシステムが必要
 - これらは診療報酬による誘導だけでは無理
 - 人材養成やケア提供の構想・目標、計画、それらの進捗状況評価によるマネジメントシステムが必要
- 日本版NSF (National Service Framework) が必要

NSF (National Service Framework) とは

- 日本より10年早く「医療崩壊」を経験したイギリス政府が、そこからの脱却・再生に向けて策定したもの
- 現状評価に基づき課題抽出、全英で達成されるべき10年後の数値目標、目標に至る戦略を、領域・疾患別に示したもの
- 日本の高齢者医療で、今後10～20年間に起きる構造的なニーズの変化に対応するには構造改革のための「日本版NSF」の策定論議の場が必要である

日本版NSF策定のための指針(案)

- 現状評価・将来推計から課題を設定
- 各課題について・10年後目標(&中間評価する5年後の目標)を設定. できる限り数値目標を, 高・中・低の3段階で設定
- その数値目標を設定するために必要な戦略と予算規模も示す
- 診療報酬による誘導だけでなく, 医療提供に関わる計画, 人材育成計画をも含むものとする
- 策定過程には, 当事者である高齢者・家族・医療提供者・介護事業者なども参加していただく
- 予防・医療・リハビリテーション・緩和ケアまで対象とする
- 都市と地方など, 地域偏在や地域差にも留意する
- モニタリングシステムの構想・開発も同時に行う

構成と取り上げる課題の例

背景：高齢者人口・世帯の増加と対応

基本構想：医療の目標と戦略の構築

対象領域別の目標と戦略

- ① 介護予防の現状評価と拡充戦略
- ② 狭義の高齢者医療
- ③ リハビリテーション医療の拡充
- ④ 維持期の在宅・居宅・施設ケア
- ⑤ 施設内での医療の拡充
- ⑥ 緩和ケアの拡充

構造を変えるための総合的な戦略

- ⑦ 医療・福祉の人材養成：卒前教育
- ⑧ 医療・福祉の人材養成：卒後教育
- ⑨ 科学的な根拠に基づいた戦略づくり
- ⑩ 効率・質・公正のモニタリング

10カ年戦略策定とマネジメント

- 2010年：第1期NSFの策定と必要な法制化
- 2011-12年：必要なモデル事業と評価の実施，指標やモニタリングシステムの開発，領域別NSFの策定，目標値（上・中・下）別の予算試算と公表，国民的論議で目標設定
- 2013-16年：モデル事業の中から優れたものを選別し，改良を加えて普及，人材養成などの本格化，開発した指標やモニタリングシステムの一部導入，それらを活用したNSFの中間評価と計画の見直し
- 2017-19年：経年的評価と見直し，
- 2020年：第2期NSFの策定

以下は、より具体的な例示

背景：高齢者人口・世帯の増加と対応

- 世界一の水準の超高齢社会
 - 人類が未経験の社会，他国にもモデルがない，創意工夫が必要
- 急増する後期高齢者
 - 団塊の世代が後期高齢者となる2025年に，およそ1.5～2倍に増えるニーズに応える量的規模・目標が必要
- 急増する高齢者のみ世帯，単身世帯
 - 家族介護力の低下，生活を支える介護サービスとの連携が必要，多職種連携できる人材養成が必要
 - 高齢者施設，施設内での医療の確保が必要
- 有限の社会保障財源
 - 効率・質・公正のモニタリングが必要

基本構想：医療の目標と戦略の構築

- 目標は延命期間の最大化でなくQOL(quality of life)の最大化
 - 心身の健康のためにも社会参加・知的活動・情緒的なサポートの授受, 心身が多少不健康でも社会参加できる場の重視へ
 - 延命・臓器別高度専門医療重視からQOL・生活機能の重視へ
- 対象は予防から緩和ケアまで
 - 予防:1次予防(健康的な生活), 2次予防(早期発見・早期介入)
 - 狭義の高齢者医療
 - リハビリテーション(急性期・回復期)
 - 維持期の在宅・居宅・施設ケア
 - 終末期における緩和ケア
- 診療報酬だけに頼らない構造を変える総合的な戦略
 - 人材育成
 - 根拠に基づく政策
 - マネジメントの強化ーモニタリングの重視

①介護予防の現状評価と拡充戦略

- 地域支援事業の一般高齢者介護予防施策
 - 現状：具体化の遅れ，その基礎となる研究の遅れ
 - 5年後：モデル事業を評価
 - 10年後：効果・効率の良いものを選び全国に普及
- 地域支援事業の特定高齢者介護予防施策
 - 現状：現行事業では効果が不明
 - 5年後：改善されたモデルプログラムの評価による効果の検証，評価ができる組織・人材の育成
 - 10年後：効果検証済みプログラムの普及と評価義務化
- 介護予防給付の質（効果）の検証
 - 現状：マクロレベルで見た効果検証方法に疑義
 - 5年後：モデル事業のプログラム評価，事業所単位のモニタリングシステムの開発
 - 10年後：効果検証済みプログラムの普及と評価義務化

②狭義の高齢者医療

- 高齢者に多い疾患についての基本戦略
 - 現状:がん対策基本法はあるが,人材養成が追いついていない.整備状況のモニタリングが不十分
 - 5年後:脳卒中対策基本法,高齢者医療対策基本法などで,高齢者に多い疾患に対する基本戦略を策定.必要な専門職の人材養成,システム開発の疾患別・診療科別・地域別数値目標設定と予算化,整備状況の中間評価
 - 10年後:高齢者に多い疾患を専門とする医師数,診療チーム・拠点数・急性期入院病床数・訪問診療実施件数等で,2025年に必要とされる疾患別・診療科別・地域別目標数値の60%を達成

③リハビリテーション医療の拡充

- 急性期リハビリテーションの拡充
 - 現状:「リハビリテーションは回復期で」という誤解
 - 5年後:半数の脳卒中患者が1週間以内にリハビリテーションを受けられる. 全入院患者の廃用症候群の把握を義務づけ
 - 10年後:廃用症候群のリスクをもつすべての患者がリハビリテーションを受けられる. すべてのDPC病院にリハビリテーション科臨床認定医の配置
- 回復期リハビリテーションの拡充
 - 現状:訓練不足で潜在的な能力を引き出せていない
 - 5年後:30%の患者で1日3時間以上の訓練
 - 10年後:すべての回復期リハビリテーション病棟にリハビリテーション科専門医の配置. 適応ありとされたすべての閑雅で1日3時間以上の訓練

④維持期の在宅・居宅・施設ケア

- 生活を支える介護サービスとの連携
 - 現状：在宅支援診療所：〇〇診療所，介護保険でのリハビリテーション不足，ケアマネジャーの基礎資格で介護福祉士急増
 - 5年後：半数の生活圏域（市町村介護保険事業計画）に複数の在宅支援診療所，介護保険リハビリテーションサービスの倍増，ケアマネ研修に基礎的な医療的内容導入
 - 10年後：すべての生活圏域に複数配置，2025年に必要な介護保険リハビリテーションサービス，医療を受けられる居宅サービス目標値の75%達成。

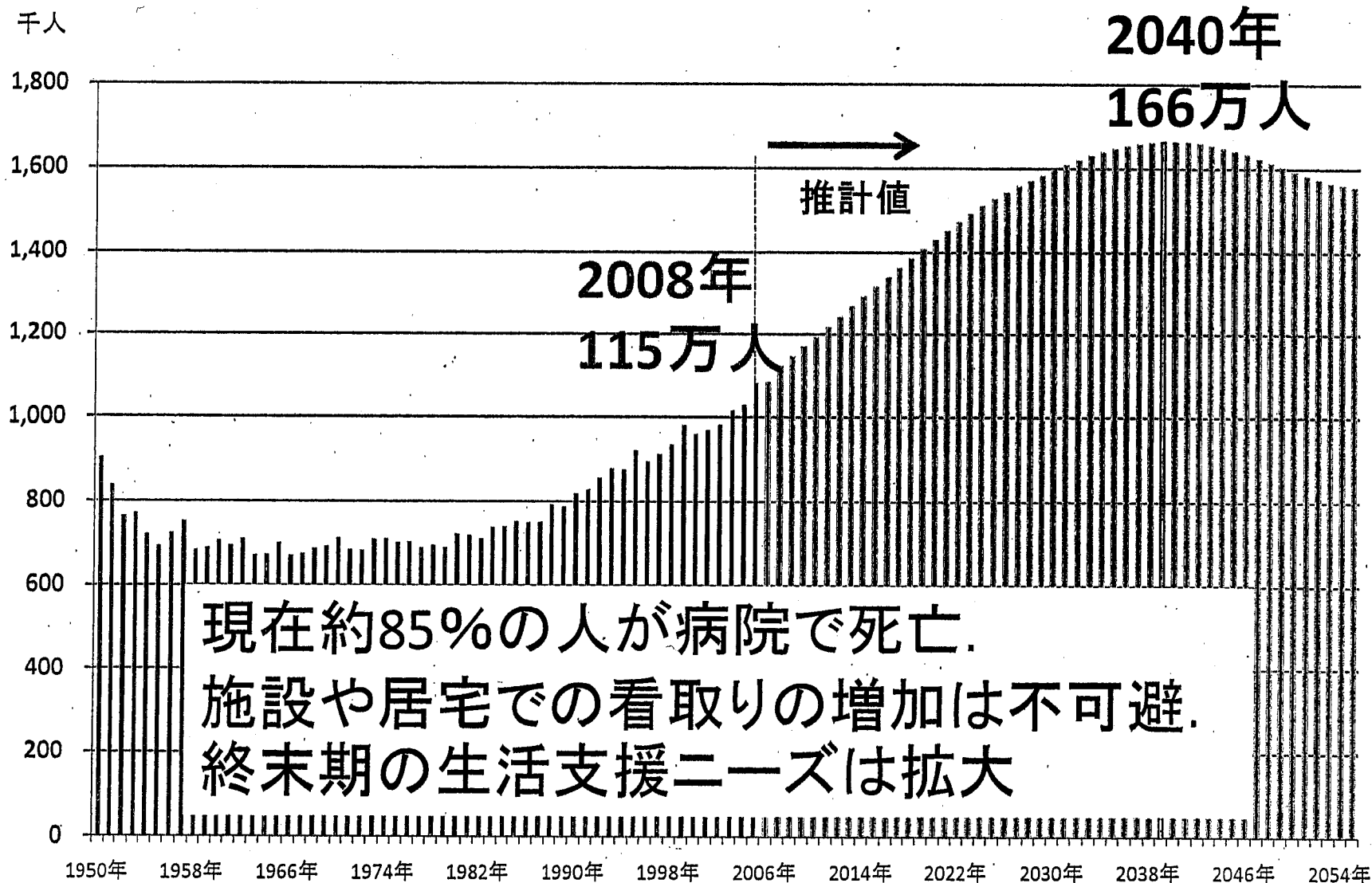
⑤施設内での医療の拡充

- 慢性期・療養期の施設・病棟の整備
 - － 現状：医療・介護保険療養病床・老健で患者像が同じ，特別養護老人ホーム入所待機者38万人，欧米に比して少ない高齢者人口あたり施設定員．
 - － 5年後：施設整備構想・計画の策定，一部実施
 - － 10年後：計画目標値の50%実現
- 医療の過不足
 - － 現状：療養病床の一部で家族・本人が望まない延命治療という指摘，特養での医療不足で看取り困難．
 - － 5年後：施設・病棟における治療方針ガイドライン策定，治療内容モニタリングシステムの開発，相応しい診療報酬・介護報酬制度の策定，必要な人材養成・配置
 - － 10年後：人材配置状況，治療ガイドライン遵守率，治療内容のモニタリング結果の公表

⑥緩和ケアの拡充

- がん患者の緩和ケア
 - 現状：希望する患者が緩和ケアを受けられない
 - 5年後：在宅で緩和ケアを受けられるプログラム(デイホスピタルなど)の開発，緩和ケアを受けられる人を倍増
 - 10年後：すべての希望者が緩和ケアを受けられる
- 緩和ケアチームの整備
 - 現状：大病院にすら緩和ケア科・病棟・チームがない
 - 5年後：25%の病院で緩和ケアチームのサポート
 - 10年後：年間100万人が，病院・施設・在宅で緩和ケアを受けられる(緩和ケアチームによるサポート含む)

死亡者数及び死亡者推計



厚生労働省統計情報部『人口動態統計』

国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成18年12月推計)』

⑦医療・福祉の人材養成：卒前教育

- 養成プログラムの見直し
 - 現状：現場では連携が重要とされながら、養成課程は各職種で独立し連携を経験できない
 - 5年後：養成校の20%に多職種連携教育導入
 - 10年後：養成校の50%に多職種連携教育導入
- 医学教育・研究内容を超高齢社会対応へ
 - 現状：老年科，リハビリテーション科，緩和ケア科など超高齢社会で需要が増える診療科，地域ケア，プログラム評価の研究・教育スタッフの不足
 - 5年後：50%の大学医学部に配置
 - 10年後：100%の大学医学部に設置

⑧医療・福祉の人材養成：卒後教育

- 超高齢社会に対応できる医療福祉職の再教育
 - － 現状：今までに受けた教育では対応困難，臓器別専門性は高いが，高齢者のQOLを高める視点などが弱く，リハビリテーション，緩和ケアなど超高齢社会で不可欠な知識と技術も不足
 - － 5年後：研修プログラムの開発，希望者の25%が修了
 - － 10年後：希望者の75%が受講修了
- ケアの質・経営のマネジメント教育
 - － 現状：卒前教育ではマネジメント教育が欠如・困難
 - － 5年後：25%の医療・福祉系の大学院にマネジメントコース設置，受講者の授業料支援制度などの拡充
 - － 10年後：すべての事業所に修了生

⑨科学的な根拠に基づいた戦略

- 高齢者のQOLを高める予防・医療・リハビリテーション・緩和ケア研究の強化
 - CSDH (Commission on Social Determinants of Health, WHO) の勧告に沿って「健康の社会的決定要因」と「健康格差」に関する測定・インパクト評価の強化
 - 個人レベルの医学生物学的要因だけでなく心理社会的要因、地域社会要因の重視
 - 高齢者のみでなく、家族介護者も視野に入れた評価研究
- ケアの質・公正・効率(費用)を視野に入れた評価研究
 - プログラム評価, 政策評価, マネジメント研究の蓄積
 - 日本版NSFとその各領域版の策定・中間評価研究
- 研究拠点・人材の育成
 - 戦略的厚労科研費を活用した研究・教育拠点の整備, 社会科学系ポスドクの活用

⑩ 効率・質・公正のモニタリング

- 5年後に中間評価と戦略の見直し
- 電子化されたデータを活用したアクセス・プロセス・アウトカムの経年的モニタリング
 - 電子レセプト・DPC・電子カルテ・要介護認定データの活用
- モニタリングのための指標とシステムの開発
 - 米国のHC (Hospital Compare)・NHC (Nursing Home Compare), 英国のPAF (Performance Assessment Framework)・CQC (Care Quality Commission)を参考に
- 医療の質だけでなく、地域偏在・地域格差・健康格差や効率・費用もモニタリング

齊藤委員配布資料

医療制度のあり方について
高齢者医療制度改革会議提出資料

2009年12月25日

(社)日本経済団体連合会

社会保障委員会

医療改革部会長 齊藤正憲

1. 基本認識

社会保障制度は、国民の安心と安全を支え、経済社会の安定につながる最も重要な社会基盤である。とりわけ、安心安全な暮らしの実現には、質が高く効率的な医療の確保が不可欠である。

高齢化の進展や厳しい経済情勢の中、わが国の医療は提供面でも保険財政面でも大きな問題に直面している。産科・小児科・救急医療など医療提供体制の立て直しを図るとともに、高齢化などに伴う医療費の増大や、高齢者医療保険への過重な拠出金への対応が急務である。

2. 目指すべき方向

医療制度改革を進めるにあたり目指すべき方向は以下の通り。

(1) 患者の視点に立った効率的で質の高い医療提供の実現

地域の医療ニーズや疾病動向などの地域特性を踏まえ、在宅医療の充実、医療機関の機能分化と連携や介護施設との連携を強化するなど、医療資源の効率的かつ適正な配置を進める。

(2) 国民に信頼される持続可能で安定的な医療保険制度の確立

他国に類例のない急速な高齢化・現役世代の減少に対応すべく、高齢者医療への公費投入割合を拡大するなど、国民皆保険を支える医療保険財政の安定化を図る。また、自立・自助の視点から、負担能力と受益に見合った負担を求めることも重要である。

(3) 国民一人ひとりが医療を支えるという視点の確立

国民一人ひとりが健康管理や適切な受診行動に努めるなど、国民全体で医療を支える視点が必要である。そのためには、政府・自治体・保険者などによる情報提供・広報が求められる。

3. 医療提供体制の整備

医療ニーズに対応するための機能強化と効率化の同時達成に向けて、当面、都道府県が中心となり、地域の医療・介護ニーズや疾病動向を把握し、地域医

療・介護サービスの充実と効率化に向けた計画策定にあたる。その基盤整備のため、ICTを活用して診療データの蓄積・分析を進めるとともに、医療の透明化、標準化を推進することが必要である。

また、高齢化の進展に伴う医療・介護ニーズに対応するためにも、在宅療養を支える医療支援体制の強化、医療・介護が連携した地域ケア体制の整備を図ることが求められる。

こうした提供体制の充実には診療報酬上の手当てだけでは不十分であり、公費投入も含めた取り組みが不可欠である。

4. 医療保険制度

(1) 改革の方向性

高齢者医療制度への多額の拠出金と経済悪化による保険料収入の減少が、現役世代の保険者の財政基盤を危うくしている。経済状況が好転すれば保険料収入は増加するが、拠出金負担については高齢化の進展に伴い今後とも急速に増大する。世代間扶助を基調とした高齢者医療制度のままでは、保険者の持続可能性の確保は困難である。

現役世代の保険制度については、保険原理に基づく給付と負担のバランスが図られ、保険者機能を発揮できることが重要である。保険原理を超えたりリスクへの対応や世代間扶助にあたっては、税による公助を基本とすべきである。

(2) 高齢者医療制度のあり方について

① 後期高齢者医療制度の評価

財政・運営責任の主体や負担ルールを明確にしたことなど、旧老人保健制度の問題点を解消した点は評価される。こうした点は、新制度でも採り入れるべき。

② 加入対象者

年齢区分ではなく、生活スタイルが大きく変化する公的年金の受給者を被保険者とする体系に組み替える。現役として就業継続する方は、健保組合など若年者の制度に継続的に加入することも検討する。

③ 運営主体

市町村の保険者としての経験や対象者の生活基盤に近くきめ細やかな対応が可能であるなどの利点を踏まえつつ、財政の安定性や医療資源の効率的活用の観点から、現在の後期高齢者医療広域連合をベースに検討を進めることが望ましい。

④保険給付財源について

現行の高齢者医療制度は、現役層からの拠出金に大きく依存した仕組みであり、現役層が負担した保険料の4割以上が高齢者医療に拠出されている。今後、高齢者は増加し、現役世代は減少することは明らかであり、現在の仕組みを続ければ、保険料負担に占める高齢者医療制度への拠出金割合はますます高まる。こうした事態を放置すれば現役層の負担が過重になるばかりでなく、個々の保険者の医療費適正化などへの努力を減退させ、健康増進などに取り組む保険者としての機能が弱体化する。

従って、高齢化の進展を踏まえつつ、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であり、その財源を確保するためにも消費税も含めた税制抜本改革が急務である。

⑤高齢者の負担

2055年には、現役世代1.2人で1人を支える人口構成になることを見据えると、国民皆保険を守る観点から、患者自己負担や保険料について、高齢者にも、その負担能力に応じた適切な負担を求めるべきである。後期高齢者医療制度の負担水準について再検証しつつ、公費投入規模との兼ね合いの中で負担水準を設定する。

国民の負担能力に応じてきめ細かく対応するためにも、税・社会保障共通番号制度の導入に向けた検討が急がれる。

(3) 現役世代の医療保険制度について

現役世代の制度間の財政調整は、個々の保険者の医療費適正化などへの努力を減退させ、保険者機能の弱体化と制度の公平性・持続性の毀損につながることから、断固反対である。

「地域保険としての一元的運用」という方向性については、これまで地域や職域の保険者が果たしてきた役割を十分に踏まえた上で慎重に検討すべきである。

以上

対馬委員配布資料

高齢者医療制度の再構築に向けた健保連の考え方

平成21年12月25日
健康保険組合連合会

人口の高齢化等によって医療費の増大は避けられない。高齢者医療制度を持続可能なものにするためには、高齢者の負担もさることながら、自らの医療費と高齢者の医療費を支える若年者の負担にも配慮することが不可欠である。同時に、国民皆保険体制を堅持するうえでも、公費負担を拡大するとともに、そのための安定財源を確保すべきであることは言うまでもない。

厚生労働省は、「後期高齢者医療制度は廃止する」をはじめ6つの考え方を掲げているが、本改革会議においては、現行制度の問題点や高齢者医療制度のあるべき姿について幅広く議論すべきである。そのうえで、高齢者医療制度の再構築を図り、実行、検証、見直し(PDCA)のプロセスを重ねていくことが、制度全体の持続可能性を高めていくうえで重要である。

以下、健保組合、健保連(以下、「健保連」という)の意見を表明する。

I. 健保連が考える高齢者医療制度

(1) 基本設計

高齢者医療制度は、65歳以上の高齢者を対象とする前期・後期の区別のないひとつの制度とすべきである。高齢者の生活実態、年金制度や介護保険制度等との整合性から、「65歳」には一定の合理性があり、国民の理解も得やすい。また、かつての老人保健制度に対する反省を踏まえると、費用負担や運営責任を明確化するために、「別建て」の制度とすることが望ましい。別建てにしたとしても、全体的にみれば、高齢者の医療費を若年者が支える、世代間のつながりを維持した制度体系と言える。

65歳に到達しても働き続ける高齢者(家族を含む)については、現在の後期高齢者医療制度のように年齢によって厳格に区分するのではなく、若年者の各制度に継続加入することは検討する余地がある。

(2) 費用負担

① 公費

高齢化に伴い、今後も増大していく高齢者の医療費を、保険料だけでまかなっていくことはできない。介護保険(給付費に公費負担5割)や年金(基礎年金に国庫負担5割)と同

様に、高齢者医療制度においても、給付費の5割を目途に公費を投入すべきである。

②保険料

高齢者と若年者の保険料の負担は、世代間の公平性に配慮し、納得の得られるものでなければならない。このため、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。国保と被用者保険の負担も人数で分け、公費投入を前提に、被用者保険の保険料は、負担能力(総報酬額)に見合ったしくみ(上限を設定)とすべきである。

なお、ここで言う「負担能力に見合ったしくみ」は、あくまでも、65歳以上の高齢者の給付費に対する5割目途の公費投入が前提である。12月に政府から提案された被用者保険内の後期高齢者支援金の総報酬割案は、協会けんぽの後期高齢者支援金に対する国庫補助の廃止による財源を健保組合等に肩代わりさせようとするものであり、断固反対である。協会けんぽへの国庫補助の拡充は、国の責任で行うべきである。

(3)保険者

都道府県単位を念頭に、行政から独立した公法人が保険者を担うことにより、医療費適正化など保険者機能を発揮できるしくみとすべきである。また、費用負担者が運営に参画することにより、保険者機能強化や効率化努力を支え、チェックする役割を担うべきである。なお、市町村国保の広域化等を通じて財政の安定化を図る方向に異論はない。

(4)その他

若年者の制度体系については、被用者保険は職域を基盤とする健保組合、協会けんぽ、共済組合の各制度が、地域保険は国保が担い、それぞれの特性に応じた保険者機能を発揮し、競い合う、多元的な制度体系が最善である。また、被用者保険においては、保険者機能を重視する観点からも、職域の基盤を最大限に活用できる健保組合方式をよりいっそう推進すべきである。

本改革会議の初会合で厚生労働省から、第一段階として「国保と高齢者医療制度(広域連合)の一元的運用」をめざし、次の段階で「被用者保険と国保の一元的運用」を考えるとの説明があった。後者については、以下のような問題がある。

- 所得把握や保険料収納率の違い等から、公平で統一的な保険料賦課方法を確立することは極めて困難であり、収納率低下のおそれもある。
- 地域住民が加入する制度に事業主負担を求めることが困難である。
- 健保組合が自主、自己責任のもとで行ってきた保険者機能の強化、拡大の方向に反する。
- とりわけ健保組合が事業主との協力のもとで行ってきた一体的、効果的な保健事業等が実施できなくなる。

Ⅱ. 当面の対応

(1) 健保組合の財政状況

平成21年度予算において、健保組合は、赤字組合が9割を超え、全体で6150億円の赤字を計上した。経済情勢の影響から保険料収入が落ち込む(▲1500億円規模)など、21年度は当初の予測よりもさらに悪化する見通しである。

財政悪化の最大の要因は高齢者医療制度による支援金、納付金等の負担である。制度が導入された20年度は健保組合全体で4250億円もの負担増となり、21年度もこれと同水準の過重な負担が続いている。21年度予算では、保険料収入に対する支援金、納付金等の割合が45.2%(50%以上の組合が3分の1)に達しており、保険料を負担する被保険者や事業主の理解を得にくい状態となっている。この支援金、納付金の過重な負担は、健保組合のみならず、被用者保険全体の問題となってきた。

(2) 新制度施行までの課題等

後期高齢者の層にはすでに給付費の約5割に公費が投入されているが、前期高齢者の層には公費投入がなされていない。そのために健保組合等の負担が過重になっている。医療保険制度全体の安定化のためにも、前期高齢者の層に5割を目途とする公費投入をめざすべきである。

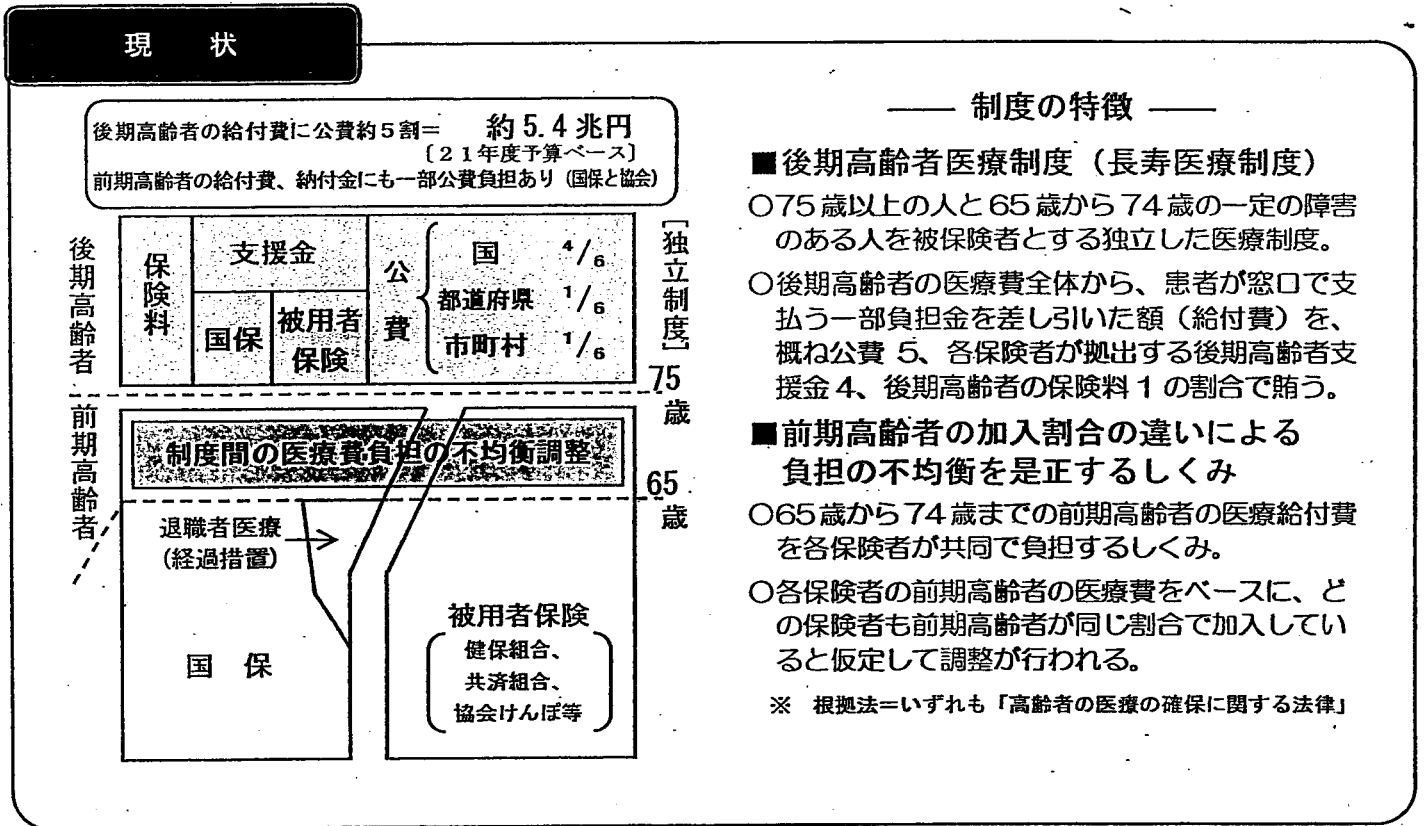
また、新制度に移行するまでの間、支援金、納付金の負担等により財政事情の厳しい健保組合への財政支援の継続、強化が不可欠である。こうした支援強化が健保組合の解散抑止となり、受け皿である協会けんぽに対する国庫補助の抑制にも寄与する。

Ⅲ. 社会保障のための安定財源の確保

増大する高齢者の医療費をまかなうには、消費税率の引き上げ(1%=2.5兆円相当)や社会保障目的税化を含む抜本的な税制改革が早晚避けられないと考える。平成25年度と想定される新制度の施行に向けて、安定的な財源確保の道筋を描いておく必要があるのではないか。

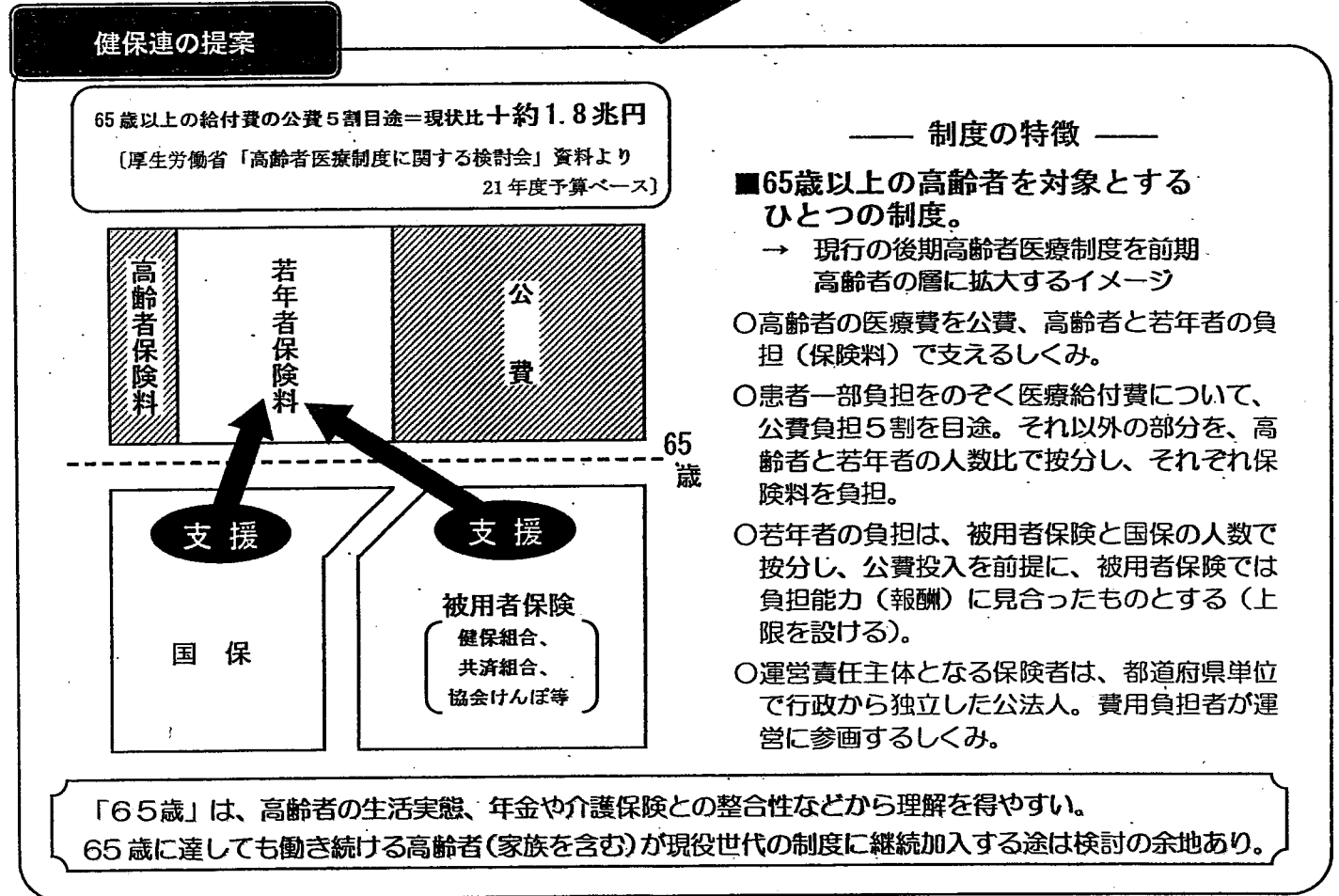
当面の差し迫った課題としては、たばこ税等の引き上げなどにより財源確保を図るべきである。

資料① 健保連が考える高齢者医療制度と医療保険制度の全体像



— 制度の特徴 —

- 後期高齢者医療制度 (長寿医療制度)
 - 75歳以上の人と65歳から74歳の一定の障害のある人を被保険者とする独立した医療制度。
 - 後期高齢者の医療費全体から、患者が窓口で支払う一部負担金を差し引いた額 (給付費) を、概ね公費 5、各保険者が拠出する後期高齢者支援金 4、後期高齢者の保険料 1 の割合で賄う。
 - 前期高齢者の加入割合の違いによる負担の不均衡を是正するしくみ
 - 65歳から74歳までの前期高齢者の医療給付費を各保険者が共同で負担するしくみ。
 - 各保険者の前期高齢者の医療費をベースに、どの保険者も前期高齢者が同じ割合で加入していると仮定して調整が行われる。
- ※ 根拠法=いずれも「高齢者の医療の確保に関する法律」

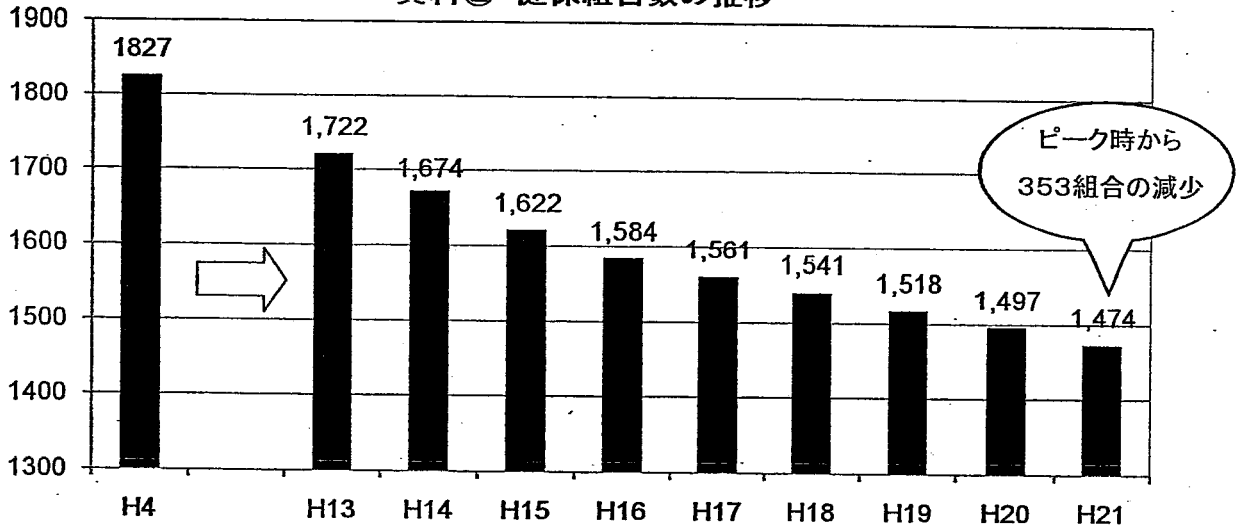


— 制度の特徴 —

- 65歳以上の高齢者を対象とするひとつの制度。
 - 現行の後期高齢者医療制度を前期高齢者の層に拡大するイメージ
 - 高齢者の医療費を公費、高齢者と若年者の負担 (保険料) で支えるしくみ。
 - 患者一部負担をのぞく医療給付費について、公費負担5割を目途。それ以外の部分を、高齢者と若年者の人数比で按分し、それぞれ保険料を負担。
 - 若年者の負担は、被用者保険と国保の人数で按分し、公費投入を前提に、被用者保険では負担能力 (報酬) に見合ったものとする (上限を設ける)。
 - 運営責任主体となる保険者は、都道府県単位で行政から独立した公法人。費用負担者が運営に参画するしくみ。

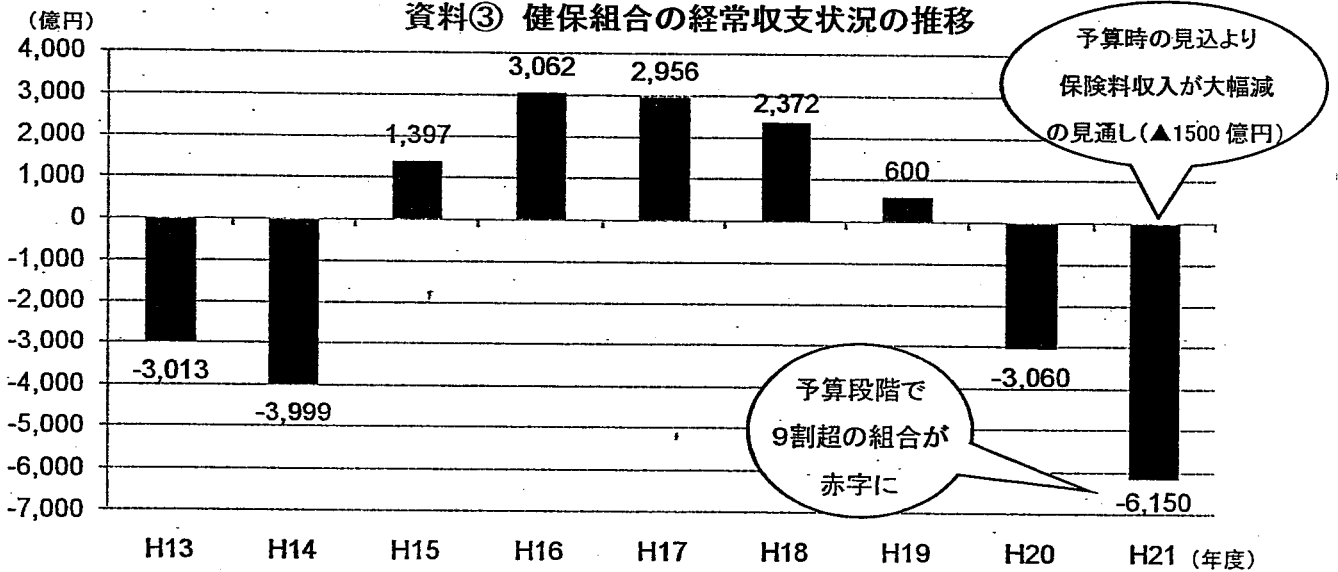
「65歳」は、高齢者の生活実態、年金や介護保険との整合性などから理解を得やすい。
 65歳に達しても働き続ける高齢者 (家族を含む) が現役世代の制度に継続加入する途は検討の余地あり。

資料② 健保組合数の推移



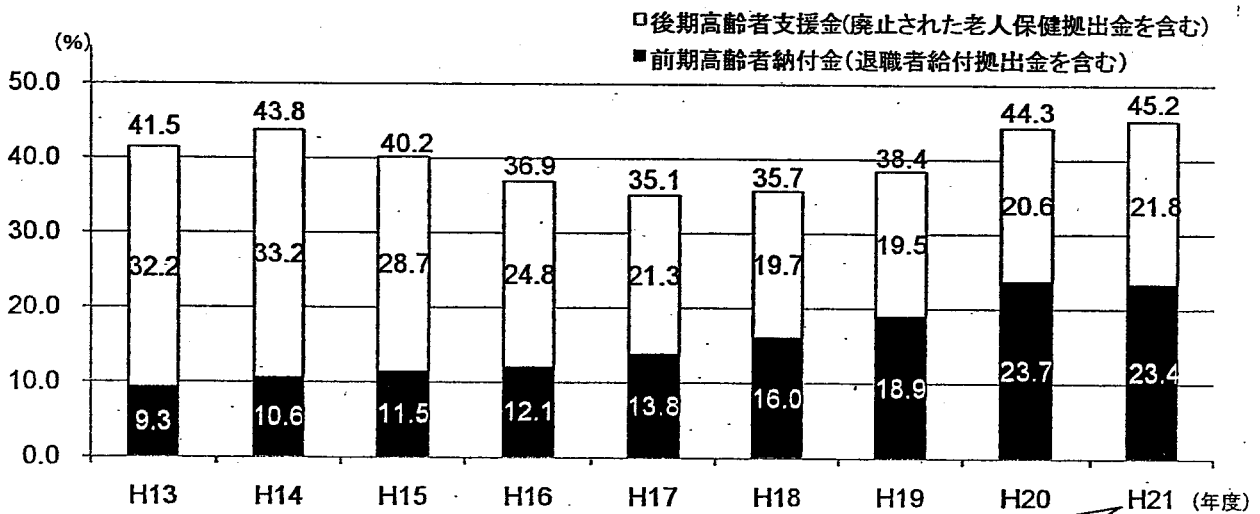
(注) 平成20年度以前は年度末、21年度は21年12月1日現在の数値。

資料③ 健保組合の経常収支状況の推移



(注) 平成21年度は予算の数値。

資料④ 健保組合の保険料収入に占める拠出金割合の推移



注1) 平成21年度は予算の数値。

被保険者1人当たり年間保険料は約38万円。
このうち、高齢者の医療費等を支えるための保険料(特定保険料)は約18万円。

樋口委員配布資料

後期高齢者医療制度の7つの大罪

1. 説明責任不履行の罪

いくら郵政選挙大勝利の中とはいえ、強行採決の1つとはいえ、国民への説明不足だった。同じくおかしい制度だが、裁判員制度が多く予算をかけてPRをしているのと比べても差があり過ぎる。

2. 当事者不在の罪

直接関係するのは75歳以上。すべて有権者であるはずなのに、75歳以上の人の意見はほとんど聞かれていない。特別委に75歳以上は1人だけ、しかも医師の立場である。政策決定者は「患者・利用者は〔対象であって当事者ではない〕」と思っているようだ。

3. 名称の罪

後期高齢者はもともと学問上の概念定義。それを安易に制度の名称にすると。新車でも化粧品でも、新製品を売り出すとき、どんなに顧客の意向を重んじ、くふうを凝らすことか。

4. 線引きの罪

75歳以上の人間から、職業上、家族関係上のあらゆる属性を奪い取り、「75歳以上」という一室に厄介払いした。

家族関係上、サラリーマンの扶養家族として医療保険に入っていた人はざっと200万人。夫婦別れ、親子別れで別制度に追い出される。高齢者も年金をもらっている以上一定の保険料の支払いは求めてもいいが、別の方法を考えられなかったのか。

5. 就労意欲削減の罪

4から派生することだが、全国で約40万人の75歳以上の企業に働く就労者がいる。この人たちも医療保険から追い出され、企業はその負担分が軽減される勘定だ。また現役並み所得600万円以上は全員保険料50万！すれすれ600万円の人にはつらい。それなら働かないほうがいと勤労意欲が減退する。

6. 天引きの罪

この制度の特徴は線引きと天引きにある。天引きはとくに低所得につらい。低所得層への負担増は当初の大問題であった。

この天引きの罪には「天引き増税」という不思議なおまけがついている。振替納付の時は控除がきくが、天引きではそれが無いというので問題になった。どちらを選択するか、という質問書がたしかに届いたが、そのメリット・デメリットは何1つ説明されていなかった。これは一種の消費者法違反ではあるまいか。

7. 運営責任不明確の罪

これまでの老人保険制度では、責任の所在が不明確だから、都道府県単位で広域連合をつくったという。どこが明確になったのかさっぱりわからん。ほんとうにこれですむのか。高齢者の負担はいったいどこまで増えるのか。先行きの視界不良の中で高齢者は立ちすくんでいる；

付録 7つ+3つ

7つではどうしても間に合わない。1つは主治医制度がどのように機能するのか、すでによく機能している場合もあり得るが、イギリスなどのようにGPが育っていない分、結局専門診療科へのアクセスを悪くするだけではないのだろうか。

もう一つは、悪評サクサクでしばらく打ち止めになっているようだが、例のターミナル時の質問票である。私はターミナルにおける医療費の「使いすぎ」には反対で、無用の延命治療は個人的にも願ひ下げである。ターミナルのあり方については、ようやく高齢社会が成熟し、国民的論議に向かう機運が高まってきた。それを一挙にストップさせ、高齢者の感情を逆なでした。本来感情的になるのは、どちらにとってもよいことではない。しかし、高齢者に対する同情も共感も自分が老いるという想像力も欠いた政策が当事者を感情的にしまった。ターミナルに関する国民の合意形成を振り出しに戻してしまった罪は大きい。

付録の3つ目は障がい者差別の罪である。後期高齢者医療制度は75歳以上で線引きしているけれど、実は65歳~74歳の重度障がい者が加えられている。全盲であみ物で立派に生計を立てている女性も加えられた。これは何の意味があるのだろうか。

宮武委員配布資料

日以降は後期高齢者医療制度へ移ったものの再手術を受け、さらに50万円かかった(同)。

こんなケースはどうなるか。

両制度で使った医療費を合計して高額医療費の上限を適用する仕組みにはなっていない。患者は両制度に各4万4400円を払う。通常の倍額になるのだから、確かに患者・家族にはどうにも説明しにくい。とりわけ低所得者にとつては切実な二重取りである(表参照)。

ちなみに既存の保険制度間でも被保険者の移動期にぶつかると同じ矛盾が生じている。診療報酬請求の電子化を進めながら是正を図るべき課題だ。

高齢者担当医の資格とは？

原則75歳以上を対象とする独立制度になって、診療報酬も独自の体系・内容を自由に盛り込める。代表例の1つが「後期高齢者診療料」(月額6000円)である。

高血圧、糖尿病、高脂血症、不整脈などの慢性病患者を対象に患者の同意を得て算定できる。

開業医が患者に「あなたはインスリ

表 70歳以上の自己負担限度額 (高額医療費支給制度)

限度額	月額医療費		
	外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)	
現役並み所得者 (課税所得145万円以上)	4万4400円	8万100円+(医療費-26万7000円)×1% (多数月該当は4万4400円)	
一般	1万2000円	4万4400円	
低所得者	II (所得20万円以下)	8000円	2万4600円
	I (所得10万円以下)		1万5000円

ン投与で費用がかかるから、こんな制度を使ってはだめですよ」と論ず。そんな場面が某民放テレビで放映されていた。

包括払いの対象は医学管理、検査、画像診断、処置で、薬や注射は含まれない。医師側は先刻ご承知のはずだが、こんな発言に患者・家族たちは感わされる。

当然ながら病状の急性増悪期に実施した検査、画像診断および処置のうち5500円以上かかった医療行為は別に請求できる。それにしても病状はいつ悪化するか、分からない。月の途中

でも、この診療料自体を中止して出来高払いに切り換えられるのか。正解は「翌月」まで待つて出来高に切り換える。

この程度は常識的に判断できるのだが、もともと研修を受けた「高齢者担当医」を条件に設ける包括払いのはずだった。

長年にわたり在宅医療・地域医療に取り組む医師にとつては、いまさら研修でもないだろう。しかし、大半の開業医は診療所で患者を待つだけの現状ではないか。

日本医師会の反発で「認知症サポート医養成研修」等の受講が条件になったが、受講の確認方法もあいまいなまま見切り発車された。

厚生労働省がこの種の研修まで一律に押しつける必要性はないのかも知らない。その代わり、日本医師会が自主的に「かかりつけ医」にふさわしい知見や技術の取得機会を設け、患者・家族向けに公表・推薦してほしい。

宮武剛(みやたけこう)

早稲田大学政経学部卒。毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学教授を経て、現在、目白大学教授。近著に「健康保険の再出発 医療を変える・福祉も変わる」保鮮同人社。

● 後期高齢者医療制度 ●

修正は可能か、 改造は可能か

世論も与野党もあけて後期高齢者医療制度の改修や白紙撤回を求めつつある。何を、どう修正するか。廃止ならいったいどんな対案があるのか。

激しい反発の主因は何か

当事者の75歳以上を中心に、これほどに強い批判が渦巻くのはなぜか。

新しい制度へ強制的に引越させられた戸惑い、周知不足のうえ大量の保険証が届かない事務的ミスも多発した。年金からの保険料天引きに対する

抵抗、その保険料は従来に比べ高いのか、低いのかも分かりづらい苛立ち、保険料算定のミスまで加わって事態は悪化した。

しかし、根本的には75歳以上が一律に別扱いされることへの反発ではないか。

社会保険は年齢、性別、所得レベル、有病率などの差を超え、できるだけ多くの人々が集まり、支払い能力に応じて負担し、ニーズに応じて給付されるシステムである。この理念と機能から

考え、75歳以上のみで作る新制度は異例の設計であった。

この素案が発表された際、筆者は「75歳以上を巨大な病院船に収容するような制度ではないか」と、批評したのを思い出す。もちろん前例のない制度設計を迫る時代と環境にあることも事実だ。

75歳以上人口は2005年の総人口比9・1%から35年には20・2%へ急増し、その医療費の調達方法は「国民皆保険」を維持するための最難問に違いない。

75歳以上・未達の統合化

政府・厚労省の「超高齢社会を展望した新たな制度体系」の狙いは、①新制度によつて高齢世代と、現役世代の負担を明確化・公平化する、②各保険制度とも都道府県単位を軸に再編・統合を進め保険財政の安定化を図ること。

確かに75歳以上の保険料は1割、各制度からの支援金4割、公費5割の負担割合が確定され、県単位で全市町村参加の広域連合によつて運営される。同時に75歳未満対象に変わった市町村国保には「保険財政共同化安定事業」が

導入され、レセプト一件月額30万円超は県単位でまかなわれる。つまり県内医療費の約40%がカバーされ、事実上の広域連合化への第一歩とも言える。

この流れに沿って先行きのあるべき制度設計を考えてはどうか。

75歳未満も県単位の広域連合に運営を移管し、75歳以上のドッキングを図れないか。その際、市町村ごとに異なる75歳未満の保険料体系も県単位の統一できないか。75歳以上に対する負担割合は財政調整策として残すか、新たに全年齢対象の公費補助や支援金を設けるのか。

難しい作業だが、責任ある保険者を確保し、給付と負担の連動を強めながら75歳以上を別扱いしない地域保険の近未来像が浮かぶ。

高知県による広域化の提案

高齢化や人口減少を背景に市町村国保の運営はますます厳しくなっている。最近、高知県は「国保事業の事務の広域化」を提案した。

現状では①高齢者、低所得者が多く保険財政は脆弱で、財政規模も小さく運営は不安定、②個別の市町村では煩

雑な事務やシステム改修・維持に対応が難しい(要旨)。

このため県内34市町村で構成する広域連合を組織し、資格・給付・保険料賦課などを一元的に共同化する。ただし各市町村の担当職員は広域連合職員と併任させる。

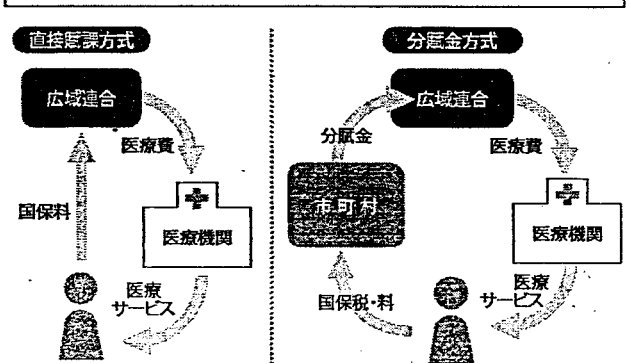
これにより運営基盤の強化・安定や人件費・システム費等のコストを削減できる。さらに最難問である市町村ごとに異なる保険料についても複数案を検討している。

①「直接賦課方式」で全市町村の保険料を統一すると、負担の平準化や財政基盤の安定化を図れるが、広域連合には課税権はなく国保税を国保料に切り換えたり、負担増の市町村が出たりする。

②「分賦金方式」で市町村が独自に国保料・税を定めると、広域連合への分賦金の支払いが義務付けられ納付率は100%になり、各市町村の単独事業や減免も維持できる。しかし、財政基盤の安定化には繋がりにくい(図参照)。

なお、模索の段階ながら県単位で広域連合を目指す意義は大きい。この提案を後期高齢者医療制度も含め近未来

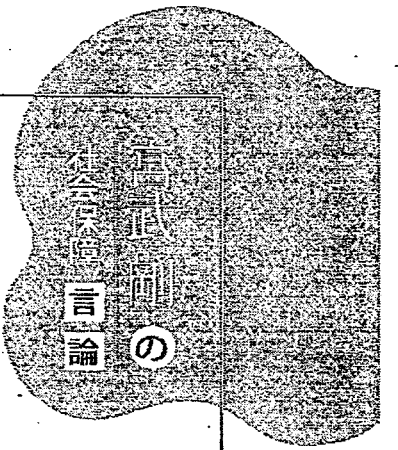
図 保険料の賦課方法 (イメージ図)



「高知県国保広域化勉強会」資料より

の地域保険像を描く契機にしたい。高齢者の怒りを怖れ、わずかな保険料軽減や徴収猶予の延長など小手先の対応では先行きを切り開けない。大事なものは、国民皆保険の基盤である「地域保険」をいかに再生・持続させるか、に焦点を絞ることだ。

宮武 剛(みやたけ 剛) 早稲田大学政経学部卒。毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学教授を経て、現在、目白大学教授。近著に「介護保険の再出発 医療を変える。福祉も変わる」保健同人社。



●後期高齢者医療制度●

よみがえる論争と 仕切りなおし

対象者の大半が猛反発した後期高齢者医療制度が発足して1年、矢継ぎ早の手直しで世論は変化したのか。制度自体の見直し作業はどう進むのか。

昨春の嵐は収まったのか

日本医療政策機構の世論調査では「細かな点を修正し、現行制度の骨格を維持」(40・3%)と「現行制度の維持」(8・5%)で、賛成派がほぼ半数を占めた(有効回答1016人)。

日経新聞の意識調査では、「廃止」(32%)、「分からない」(29・4%)、「現行

制度の存続」(20%)、「見直して存続」(17・3%)の順だった(有効回答、1407人)。

厚労省幹部は「一定の理解を得られつつある」と、一息つくのだが、「休火山」に過ぎない、との見方もある。

1人当たり年額の保険料は全国平均7・2万円から特別対策で約6・5万円に値引きされ、国民年金79万円の単身者は同6200円、厚生年金201万円の平均的な受給者でも同5万1600円。ゴースカウントが反発を和らげたのか。ただし、軽減策は基本的に期限限定のほずで、先行きはどうか。

日本医療機構の世論調査で、反対派は「廃止」(28・5%)と「新制度をつくる」(13・9%)に分かれたが、新制度の中身は不明である。日経調査では「分からない」が2位。具体的な代案がない現状に世論は戸惑っている。

時計の針が十数年戻る

見直し作業は二本立てで進む。舛添要一・厚労相が指示した有識者で構成の「高齢者医療制度に関する検討会」と、自民党の社会保障制度調査会医療委員会である。

筆者も一員の有識者会議は3月17日、「議論の整理」をまとめた。

代表的な主張は、①75歳で区切る現行の独立型を改善しながら維持、②年齢区分をやめて各制度の年齢構成の相違による負担の不均衡を全年齢で財政調整、③国民健康保険を都道府県単位に集約し、75歳以上の後期高齢者医療制度を包含する設計に切り換える(いわゆる「県民国保」構想)。その際、④65歳で区切り、後期高齢者制度と同様の

財政調整を行なう、あるいは⑤65歳以上に対する支援額は、国保と被用者保険との間で加入者数によって均等に分け、各被用者保険制度側では保険者の財政力に従う応能負担でまかなう。

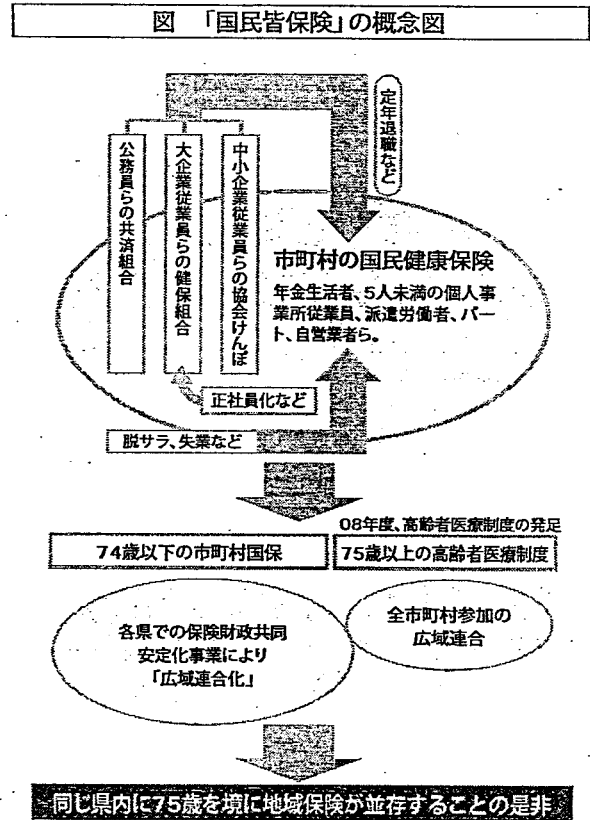
10数年前の論議に似て意見は複雑に分かれ、各案ともに長所と短所を抱え、関係団体の利害も錯綜する。

地域保険の再構築を最大の課題に

当然ながら「皆保険体制」を守り、育てることに異論はなかった。その体制は、市町村国保という大地状に広がる基盤なしには成立しえない。被用者保険は大地に林立するビルのような存在で、急速な高齢化が、このビル群から大量の定年退職者を送り出し、さらに深刻な不況が失業者らを追いつけ出す(図参照)。

収入は乏しく、支出はかさみ、小集団の多い市町村国保をいかに補強するか。その一案として筆者らは都道府県単位への再編成を提案した。保険者が県単位になれば、県単位に創設された後期高齢者制度と75歳以上を別扱いし

図 「国民皆保険」の概念図

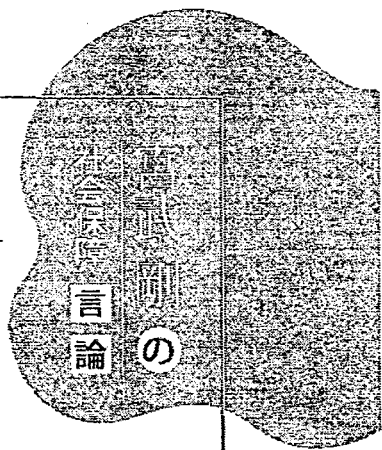


ないで済む。もちろん有識者の検討会でも、住民に身近な市町村が医療に責任を持つべきである、との主張も根強くあった。

しかし、十数年前と違うのは、高知県や京都府から国保の県単位化を模索する提案が出始めたことだ。全国市長会、町村長会も目標は全制度の一元化ながら、その1歩として国保の県単位化を目指す。今後急速な少子高齢化が、この動きを加速するに違いない。

自民党の医療委員会は、4月上旬にも方向性を示し、選挙向けマニフェストに盛り込むようだ。具体的な見直し案は9月を目途にまとめる、という。総選挙後の政権がどう変わっても、地域保険のあり方が問われることに変わりはない。

◎宮武 剛(みやたけ こと) 早稲田大学政経学部卒。毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学教授を経て、現在、目白大学教授。近著に「介護保険の再出発 医療を変える・福祉も変わる」(保健同人社)。



●市町村の国保●

高齢・無職

低所得の三重苦

08年度から75歳以上の約1300万人は「高齢者医療制度」に引越し、「無職」世帯の比率は変わるものの、地域保険を年金生活者中心に組み立て直す時代を迎えた。

9県は軽減世帯がほぼ半数

その年金生活者には低額の老齢基礎年金(国民年金)の受給者、無年金者が少なくない。また、被用者でも、零細事業所の従業員、派遣・パート・有期契約などの勤め人でありながら勤め人扱いされない低所得者が目立つ。

一世帯あたりの平均所得は166.9万円、前年比2000円増だが、中期的には通減傾向にある。一世帯当たり平均保険料・税(調定額)も前年度より微増して年間14.6万円、負担率(所得比)は8.72%だった。

国保では、給付費の半額が租税で補助される(国費34%、市町村間の財政差などを考慮した国の調整交付金9%、都道府県の調整交付金7%)。それでも、負担率は協会けんぽ(旧政管健保)

07年度の「国民健康保険実態調査報告」がまとめられた(全市町村対象の保険者調査と約16万世帯に対する世帯調査)。その統計数値が「国民皆保険」体制の危機状況を教えてくれる。

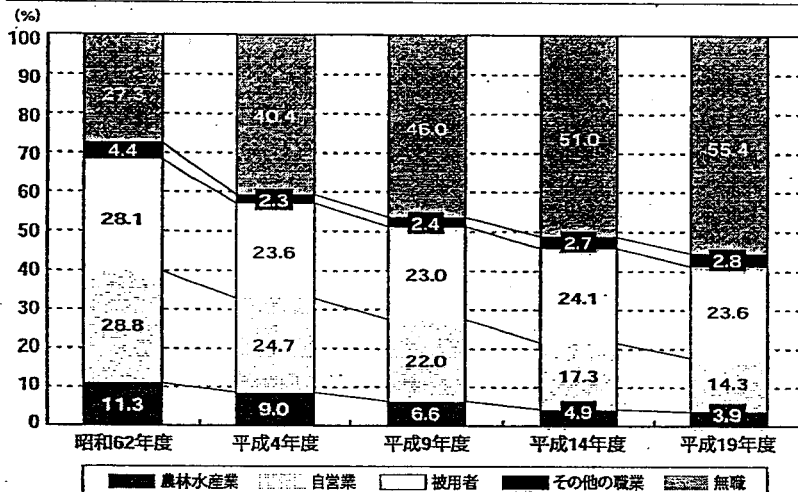
実態は、「年金健保」に变身

国保の加入者は5109.7万人(うち同業者で組織する国保組合386.7万人、07年9月末)。国民の4割をカバーしている。

市町村国保は65歳以上が加入者総数

の45.0%に達した(国保組合は同14.6%)。高齢者の急増は、世帯主の職業に反映され、「無職」世帯が総数の55.4%に上り、そのほぼ9割近い88.7%は60歳以上で主に年金生活者となった。「国民皆保険」施行1年後の1962(昭和37)年度と比べ、国保はまるで別制度に変わった観がある。当時の職業構成は、商業やサービス業等の「自営業」28.8%(現在14.3%)、「農林水産業」11.3%(同3.9%)、零細事業所等の「被用者」28.1%(同23.6%)、「無職」27.3%(同55.4%)。Ⅱ図表参照

図表 世帯主の職業別世帯数構成割合の年次推移



※世帯主は国保の被保険者ではないが、世帯員に被保険者がいる「擬制世帯」を除く

の保険料率8・2%（労使折半）と比べ、実質的に2倍強といえる。「所得なし」世帯は全世帯の27・4%を占めた。とりわけ高齢者のみの世帯では「所得なし」世帯は41・1%に上る。これ

ら低所得者の増加により保険料・税の軽減世帯は、詳細な世帯調査では全世帯の40・35%（減免も4・18%）に達している。一方、市町村対象の保険者調査によると、軽減世帯は課税対象の約2565・6万世帯のうち約938・6万世帯、36・6%にとどまる。所帯調査との差は実態把握の詳細度や調査時点の違いとみられるが、それでも総数5000人未満の小規模な国保では50・4%と軽減世帯は半数を超えた。

保険者調査を都道府県別にみると、軽減世帯割合が5割超は鹿児島、徳島、高知、秋田、熊本の5県。北海道、島根、愛媛、沖縄は辛うじて49%台に残る。2割台にとどまるのは栃木、埼玉、千葉、東京、神奈川県、静岡、愛知の7県にすぎない。

リスク分散は至難の業

自営業者の所得把握が難し

く、国保では複雑な保険料を課している。基本は「所得割」、固定資産税額に応じた「資産割」、家族数に応じた「均等割」、世帯ごとの「平等割」の4方式。市町村1815のうち約8割にあたる1442保険者は、この4方式を採用し、大都市になるほど地価が高く資産割を外した3方式（328保険者）、所得割も外す2方式（45保険者）が多くなる。しかし、自営業者は少数派になり、保険料の賦課方式を再考する時期を迎えたのではないか。

「平成の大合併」で市町村数は劇的に減少したものの、保険料軽減世帯は小規模な保険者になるほど多く、5000〜1万人未満でも45%に達した。都道府県単位の財政運営へ切り換える時代になったのではないか。国保の「今日」を示す統計は、制度変革期の到来を告げているように思えてならない。

【宮武 剛（みやたけ こう）】
早稲田大学政経学部卒。毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学教授を経て、現在、目白大学教授。近著に「介護保険の再出発 医療を変える・福祉も変わる」（保健同人社）。

「公平の観点からの議論」について（再確認）

平成22年1月12日
高齢者医療制度改革会議
委員 堂本あき子

1. まず最初に御礼

- 前回（第1回）の会議で、高齢者の保険医療制度を構築する際のポイントは「負担（感）の公平」であると申し上げました。
- 本日、「公平」のあり方について、議論のポイントにさせていただき、また詳しい参考資料を提示していただき、感謝と御礼を申し上げます。
- 以下の内容は、前回の発言内容を踏まえ、今回の資料を拝見する中で、もう一度、考え方を整理してまとめたものです。

2. 議論の手法・順番について一言

- 高齢者の保険医療制度の問題を考える際、委員一人ひとりの立場で関心ある論点から議論すべきではないと思います。例えば、運営主体の問題（特に県と市の関係）、年齢区分の問題、保険料・財源調整や自己負担額、医療費の適正化（抑制）の問題は、とても重要なポイントですが、同時に関係者間の利害が厳しく対立する問題です。
- したがって、これらの利害の対立する論点から入ってしまうと、この会議が本質的な議論する場ではなく、利害調整の場、すなわち妥協点を見出す場となってしまいます。
- 日本は、世界に誇る国民皆保険制度を構築し、それを維持してきた国です。国民皆保険制度は、国民一人ひとりの「連帯」を基礎として、誰が得をしたとか損をしたとかの議論ではなく、お互いが支え合う気持ちで成立するものです。この国民皆保険制度をこれからも維持し発展させていくためには、国民の「連帯」が不可欠であり、

「連帯」の前提にあるのが「公平」です。「公平」なくして「連帯」はあり得ず、国民皆保険は砂上の楼閣となってしまいます。

- 昨年8月の歴史的な政権交代を踏まえると、この会議、そして私たち委員一人ひとりのミッションは、従来のような対立軸の利害調整をすることではなく、また妥協の産物を探すことではなく、まずは一人の国民として、またこの分野の専門家として、国民や保険者等の誰もが「公平な制度である」、「こういう財源調整であればやむを得ない」と思ってもらえる考え方（制度設計の根幹）を持つことだと思います。その上で、関係者毎の利害調整を図りながら、医療費の総額（グロス）を国民負担の可能な額に適正化していくことも必要な議論であり、そのための妥協点を見出すために、汗をかかなければならないこともあると思います。
- その際、現実には難しいかもしれませんが、過去や現在の制度を前提とせず、また各々の利害やかつての議論の経緯を前提とせず、「真っ白な頭」で、「何が公平な制度か」を考えてみる必要があります。そこで生まれた理想的な姿とこれまでの制度の議論がどのようにかみ合うのか、現実的な制度設計として可能なのかについて、勇気と志をもって挑戦していくことが、私たちの果たすべき役割だと信じています。

3. 公平の論点とは何でしょうか？

- 高齢者の保険医療制度を議論する場合の「公平の論点」としては、高齢者が若い世代に比べて医療にかかる頻度が多くなり、一人あたりの医療費が増えるという面、そして高齢者の数が今後急速に増加するという面、この両面を捉えて、増え続ける高齢者の医療費を誰が負担するのか、言い換えると、誰がどのように負担することが公平なのか、ということに尽きます。
- 高齢者の医療費を誰が支払うのかということについては、大雑把には、①公費（税金）、②医療を受ける際に高齢者自身が支払う自己負担、③若い人や高齢者それぞれが支払う保険料と保険者間の財源調整の3つに分けられると思います。
- この中で、②高齢者の保険料や自己負担については、これまでの経緯と私たちの経験の中で、年金額等を想定すると常識的に考えることができるはずです。（議論が容易だと思います）。
- したがって、残された①公費（税金）と③保険料と保険者間の財源調整をどう考え

るかが重要な議論となりますが、一つの考え方として、全ての医療費を公費（税金）でまかなうということが考えられます。しかし、この場合は、医療費を誰（本人）が払うべきなのか、またどういうグループ（保険者）にこの本人が所属していることにより、そのグループがメリットを享受しているのか（報償責任）といった点を見逃した形式的平等（実質的不平等）を招くこととなります。国民が抱えている税負担の不公平感の中に、医療費負担の不公平感をも抱え込むことになり、国民の社会保障や税制度への不公平感が増大してしまう結果をもたらしてしまいます。

- すなわち、私は、①と③は相対立する問題ではなく、①公費（税金）は、③保険料と保険者の財源調整における「負担の公平感」を担保するための緩衝剤の役割を担うことになると考えています。
- ③保険料と保険者の財源調整が、「負担の公平感」を議論する上で具体的なポイントであり、この点こそ、誰もが平等に負担していると実感できる制度としなければなりません。負担すべき額を負担できる額に調整・圧縮することが、公費（税金）の果たすべき緩衝剤としての重要な役割の一つと言えます。
- 以上、①②そして③の問題について、私見を書きましたが、一つの参考として「公平の観点」からの議論を進めていただければ幸いです。
- なお、公平の議論の際に、よく世代間の公平ということが問題になります。しかし、今は若い人でも時の経過とともに必ず高齢者になります。ある時点で高齢者の方も、若い時にはその当時の高齢者のために必要な負担をしてきたと言えます。将来も同じことが続くのです。そういう連続的な被保険者の立場の変遷を抜きにして、ある時点、その一時点だけを捉えた「世代間の負担の公平」という議論は無意味です。生涯を通じた視点を持った場合、制度設計上に世代間の問題は存在せず、残されるのは高齢者の中でより支払うことができる高齢者（言い換えると若い世代と同様の活動をしている方）に、どの程度負担を求めるべきなのかという問題です。

4. 公平を具体的にどう考えますか？ ーまとめとして3つの提案ー

- ここは、次回（3回目）以降の主な議論と思われる。そして議論の主戦場は、前述の③保険料と保険者間の財源調整になるはず。この点こそ、被保険者一人ひとり、また各保険者の負担の公平を担保し、不公平感を拭いさることができるかが課題です。

- 委員の皆様には三つの提案があります。

第一の提案は、この議論をする際には、最初の間は、各委員の出身母体の利害を超え、一人の国民としてまた一人の専門家として、過去や現在の制度、そして検討経緯はとりあえず横に置いておいて、「頭を真っ白」して、何が一番公平なのかについて考えませんか、ということです。このような観点から議論していく中で、各々の立場による利害の調整と妥協を考えていきませんかということです。誤解をおそれずにあえて申し上げますと、「真実」と「正義」からはずれた制度は、長続きしません。その制度の中に、本質的な不公平や不満感を内在してしまうからです。

- 第二の提案は、負担の公平の議論を考える際に、国民の一生涯を見据えた負担を考える議論をしませんか、ということです。「3. 公平の論点とは何か」で書いたことの繰り返しになりますが、今は若い人でも将来は必ず高齢者になります。またある時点で高齢者の方も、若い世代にはその当時の高齢者のための負担をしてきたと言えま。この構図は将来にわたって、それぞれの世代が平等に受け継いでいくのです。一時点だけを捉えた「世代間の負担の公平」という議論は無意味であり、「世代間の負担の公平」という議論は存在しません。平均的な国民一人ひとりが、一生涯を通じて、いつ、誰のために、いくら医療費を負担すべきなのか（若い時に誰のためにいくら払うのか、その受益はいつ受けるのか）を考えると、このことは自明の理だと思われま。

- 第三の提案は、高齢者の医療費を誰が負担すべきなのかを議論する際の最大の論点である保険料・保険者間の公平（財源調整）の検討にあたっては、その高齢者がそれまでの人生において、どのグループ（保険者）に属していたのかを可能な限り正確に反映できる制度にするべきではないですか、ということです。人が生活し活動する場面においては、それが地域社会であれ、企業社会であれ、その人がその社会にいることにより、その社会は必ず利益をあげているはずで。そうであれば、その人が高齢になってからの医療費も、その社会が受けた利益に応じて支払うことが公平なのではないでしょうか。この点について、形式的・機械的な計算式で財源調整をするのではなく、報償責任の原理に基づく代位責任が担保される計算式こそが議論されるべきと考えま。

前回（第1回）の会議においては、一例として、医療保険制度の加入歴に応じて按分される給付される方法を申し上げま。被保険者一人ひとりの過去の保険制度への加入歴を正確に反映させることは困難だと思われま。この基本的な考え方を踏まえ、財政調整する場合に、どういうデータと計算式を用いれば最も近似の結果となるかを考えることは可能で。

5. 形式的公平のみならず、実質的公平までを目指すべきです！

- 最後に、私がお願いしたいことは、この会議の議論を通じて、国民一人ひとりの実質的な公平を目指したいということです。
- 「4. 公平を具体的にどう考えるか」の提案が仮に実現したとしても、まだ実質的公平が十分には担保されていない制度設計と言えます。高齢者の保険医療制度の設計論だけを考えた場合には、公平が担保されていると言えますが、その前提として、私たち国民一人ひとりが、本来加入すべき保険者に属しているのかという問題が残っています。この点があいまいのままに残ると、保険者に対して、実態に合致しない報償責任を押しつけることになってまいります。
- この問題の解決は、この会議の究極的なミッションではないかもしれませんが、損得ではなく誰もが納得できる制度を構築していく上で、避けることのできない議論です。委員の皆様、厚生労働省の政務三役の皆様、厚生労働省その他関係する省庁の皆様、大変難しい問題かと思われませんが、勇気をもって果敢に挑戦し、ともに国民の負託に応えていくことができればと願っています

以上