

## 社会保障審議会医療保険部会における主な議論(案)

平成 25 年 月 日  
社会保障審議会医療保険部会

- この資料は、平成25年4月22日の第10回社会保障制度改革国民会議提出資料「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理(医療・介護分野)(案)」の項目に沿って、同年5月10日及び16日の社会保障審議会医療保険部会における主な議論を整理したものである。

### ■ 基本的な考え方

- 日本の医療保険制度を守る視点から、全体のビジョンを示すような議論をしてほしい。
- 2025年まで皆保険制度の持続性をどうやって担保するかというビジョンがほしい。負担構造を含めて高齢者医療をどうしていくかが最大の問題であり、国民会議において議論すべき。
- 国民会議の医療保険の議論は、後期高齢者支援金の在り方と国保の保険者をどうするかということに絞られており、相当程度偏った狭い幅の中での議論にすぎない。医療保険財政の逼迫は、外的な要因でいえば、それぞれの医療保険財政の半分近くを強制的に移転させられることが大きな要因であり、それをどう解決するかということを経験すべき。
- 国民健康保険の都道府県単位化や後期高齢者医療制度の負担面での全面総報酬割の導入という局所的な議論のまま、医療、介護に関する議論が一巡したと整理されたことについては極めて残念。
- 国民会議の議論は、非常に新鮮で、やはり国保の保険者は都道府県でやるべきだという方向性を打ち出した点は高く評価する。
- 消費税引上げ分の財源配分計画では、被用者保険の窮状に対して何ら手当することになっておらず、一体改革の重点化と効率化の実現性も不明確。国民会議では、高齢者層と現役世代の負担をどうしていくかという部分に、この財源をうまく活用していくような検討をしてほしい。

- 命を守り、長寿を育んでいくにはどのような医療制度があるべきか、また、医療と主張する前に、健康福祉をどのように高めていくかということも含めた議論が、本来、国民会議に求められている。
- 実際に医療現場の中で、どのように効率化したら国民に対して一番いい医療が行われて、しかもコストもかからないかというような、真髓をついた議論をしてほしい。
- 「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療に転換すべき」という点は、現状、日本は先進諸国に比べて医療費が低いので、不適切。
- 医療資源には、限りがあるということを考え、国民にも理解・協力をしていただくことが必要。

### ■ 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見

- 疾病の早期発見には、健診をきっちり受けるということが必要であり、受診率を高くしていく必要がある。そのためには、個々人の行動を変えることを明確に意識した方針や対応を行うべき。
- わが国の健診受診率の現状は先進国の中でも高くない。国として受診率6割以上にする、総理の施政方針演説で重要性を訴えるなど、意識改革を実行しないと早期発見も進まない。
- 市町村の保健師が予防施策を立てる際に、データが分散していることが問題であり、早期にデータ集約・統合していくような政策が必要。

## ■医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等

### 【医療・介護の提供体制の在り方】

(医療提供体制の在り方)

- 医療提供体制の見直し、医療給付の重点化・効率化については、制度面から見直すことが不可欠。
- 医療機能の分化・連携の際は、急激な変革は、現実の医療の現場に無用の混乱を起こす可能性がある。ただし、将来的には、病院の再編・統合、病床数の削減、高額医療機器の適正配置についても計画に織り込んで進めてほしい。
- 報告制度について、手上げ方式では、皆が急性期を希望するなど必要な病床を確保できず、地域医療が混乱するので、国が大まかな目標を示した上で、その高みに向かって努力するというふうにするべき。

(補助金的手法と診療報酬)

- 2025年の医療のあるべき姿にいかになら近づけていくか、病院、病床の機能分化、連携に向けて、医療法、診療報酬、補助金等をどう組み合わせるかについては、それぞれの手法が地域医療の方向性を左右する要素を多く含んでいるため、何より医療機関から理解を得られる内容とすることが必要であり、手順を踏んだ丁寧な議論が国と地方、関係団体との間で行われる必要がある。
- 診療報酬と補助金はそれぞれ一長一短あるので、それぞれの利点というものを生かしながら、最適な組み合わせというものを考えていくというのが一番政策的にはよい。その際には、消費税の引上げによって生まれる財源を活用していく形で、2014年度から実施していくことがよい。
- 診療報酬、医療法、補助金の相互の連携が必ずしもうまくとれていなかった。国レベルでの工夫が必要。
- 診療報酬はあまねく全ての医療機関に行きわたる一方、補助金はどうしても公的なところ中心となってしまうので、両方の手法が必要であるが、診療報酬がメインで、補助金はサブとすべき
- 補助金は、底辺を底上げするためのものであり、一般の事業者に対しては、診療報酬で自己改革を促すことが、地域の医療資源、医療機能のアップになるのではないか。

- 通常11月下旬に出ている診療報酬改定の基本方針について、その一体改革関連部分の基本方針を前倒しで出すべき。

(保険医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与)

- 国保の保険者を市町村から都道府県にするのは賛成だが、都道府県に指定・取消権を設けることは、都道府県によって基準の公平さが保てないおそれがあるので、地方厚生局が行う方がよい。
- 指定・取消権限が都道府県に移譲されたときに、都道府県格差が出てくる懸念があるので、慎重に議論をお願いしたい。
- 指定・取消権限を都道府県に付与すると、都道府県ごとに異なった基準ができてくるため、なじまない。
- 都道府県に保険医療機関の指定あるいは取消権限を移譲すると、保険医療機関としてふさわしいかどうか、あるいは適格かどうかというよりも、地元の事情に左右されかねないという懸念があるため、全国統一の考え方の下で、引き続き国が実施すべき。
- 指定・取消権限は、公平な目で全国一律の基準で運営していくべきと考える。
- 指定・取消権限は、公的医療保険の適正な運営の観点から、医療機関などに対する監督を担保するものであり、国保だけではなく、全国規模の協会けんぽや健保組合も関わっているため、国が指定と取消の権限を持つというのが法の趣旨、目的に適う。また、公的な医療保険の適正な運営とは直接関係しない事項を理由に指定・取消を行うことになると法制上の問題や、憲法が保障している営業の自由との整合性の問題があるのではないか。
- 都道府県は医療計画、医療費適正化計画、健康増進計画の作成、推進などを通じて、地域の保健医療政策に大きな責任を担っており、今後も責任を果たしていく。医療提供体制整備に関する権限の強化と都道府県が国保の保険者となることの関係性やメリットが現時点で明確になっていない。国の責任と役割について十分議論し、人的体制、ノウハウ、財政面の課題など、実施の可否を含めて、地方と十分協議すべき。

(地域ごとの診療報酬)

- 診療報酬については、一物一価、全国统一にしないと国民の納得は得られない。
- 地域ごとの診療報酬については、ドイツでも全国统一に苦勞した状況があるので、全国统一で単価を決めた上で、地域の特性は要件の緩和とか加算等で対応するのがよい。

【外来の役割分担の在り方】

(かかりつけ医等)

- 日本型総合医、かかりつけ医については、国民意識の改革を含めて推進し、定着させていくべき。
- 日本型のかかりつけ医、いわゆる日本型総合医を中心に、市町村ごとに、地域包括ケアを地域医師会と連携して構築していくことが必要。

(外来受診の定額自己負担等)

- フリーアクセスの緩やかな制限に賛成。
- 過度なフリーアクセスを多少抑制するため、ある程度需要サイドに対してインセンティブを働かせることは必要であり、(一定病床数以上の病院の紹介のない外来受診の)定額自己負担に賛成。
- (一定病床数以上の病院の紹介のない外来受診の)定額自己負担を導入した場合、低所得者は免除することになると思うので、病院の窓口での判定方法や、保険者の中での区分の方法など、技術的な課題が残る。
- 大病院の一般外来の在り方については、1万円定額負担が必ずしも良いわけではないが、見直しが必要。
- 1万円払っても、病院に行った方が安心だと思う人が出てきてしまう問題もあるのではないかと。一般の国民の、病院と診療所という言葉の使い方、意識の持ち方から変えていくような議論が必要ではないか。
- フリーアクセスへの制限もある程度は仕方がないが、経済の格差が寿命の格差に直結しないような政策をお願いしたい。

## 【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】

- 在宅医療の体制づくりの推進のためには、地域医療再生基金など、国による継続的な財政支援が必要であり、市町村、関係機関等、地域の実情を十分踏まえた議論が必要。
- 在宅だけでなく、入院・入所と在宅を両方使うような日本型高齢者ケアシステムを構築すべき。
- 在宅療養には、訪問看護事業が鍵となるため、訪問看護の事業を、規模別の役割分担に向かうような方向で、整備していくことについて考えるべき。
- 在宅医療と介護の仕組みは、特に給付調整の問題等、医療担当者にとって分かりにくい部分がある。シンプルに対応できるような形を検討してほしい。
- 在宅の推進については、薬局も含めた中で考えてほしい。
- 在宅療養後方病院を地域ごとに作ることで、在宅医療と在宅介護のスムーズな連携、疾患パスのスムーズな連携を軌道に乗せるべき。

## 【医療関連データの収集・分析等】

(ICTの活用の推進)

- 今後ICTの活用が、機能分化や介護・医療の連携にとって非常に重要な役割を持つため、補助金や診療報酬の活用等を含め、ICTの活用と制度面との一体的な運用についてもう少し深掘りして議論してほしい。
- 一日も早く診療情報等を活用する環境整備を図るほか、自治体においては、地域の医療資源や機能に関するデータを把握して、住民等にも伝えながら質の高い医療が効率的に提供できるような体制を目指すべき。
- 生涯健康データの必要性等も出ており、データを統合して保険行政とか医療行政をきちんとできるよう確立すべきである。
- 患者情報を集中して一元管理していくという方向は賛成であるので、データの収集、分析がし易いようなフォーマットを意識してレセプト様式の改定を行うべき。
- レセプト情報の適切な活用には異存ないが、国民への周知と、個人情報保護の観点で、しっかりとルールづくり等をさらに進めてほしい。
- レセプトの電子化率を早期に100%にするべき。また、柔道整復やあんま、マッサージ等の療養費の請求も早急に電子化、オンライン化するべき。
- ICTによる患者の診療情報の共有化により、医薬品の重複の無駄を排除していくことが必要。

- 個人情報保護に留意する必要。
- 保険者がレセプト情報などを使って医療機関の評価を行うこと等については、客観的に使用されるかという懸念があるので、慎重に議論をお願いしたい。

（共通番号制度の活用）

- マイナンバー制度が導入され、ICTを十分に利活用できるという社会を想定して、省庁別に番号や別のカードを作るなどせず統合し、国民負担や余分な自治体負担がないよう、対策をお願いしたい。
- 共通番号制度を活用して総合合算制度を導入するなど、きちんと踏み込んだ議論を国民会議の場では期待したい。
- 国保では、ICTを活用することにより、健診・医療・介護のデータを結びつけて、保健事業に役立てるシステムを作ろうとしている。将来的には、共通番号制度が入ったときに、できるだけ国保と被用者保険との間でデータをやりとりできるようなことが必要ではないか。

（費用対効果）

- 費用対効果については、中医協の費用対効果評価専門部会で検討中であるので、その議論を見ながら、慎重に議論の集約化をしていくことが必要。

## ■医療保険における療養の範囲の適正化等

### （療養の範囲の適正化全般）

- 保険者による医療費適正化努力だけでは、必ずしも医療費の増加の根本的な解決にはつながらないため、療養の範囲の適正化について、根本的、抜本的な見直しが必要。
- 医療費をどのように抑制していくかという観点で、もう少し踏み込んだ取組を考える必要がある。70歳以上の高額療養費の外来特例、入院時食事療養費の見直し、柔道整復師の療養費の適正化について議論すべき。
- 70歳以上の高額療養費外来特例の見直し、疾病の種類に応じた自己負担割合の導入、自己負担の最低限度額の設定、75歳以上の2割負担等については反対。
- 医療提供者としては、国民の方々が給付を受けている保険の範囲を外していくということの議論については強く反対。

### （高齢者の患者負担）

- 70歳～74歳を一律全員2割にするのではなく、段階的に2割ということで、しっかりと実現してほしい。
- 70～74歳の患者負担については、高齢者の団体としては、低所得者への配慮はきっちりとお願ひしたい。その上で、段階的にお願ひしたい。
- 70歳～74歳の患者負担は、低所得者等の対策は当然必要であり、それを踏まえながら、本則とすべき。
- 70～74歳の患者負担については、もう既に決まっていることであるので、段階的に速やかに実施すべき。
- 70～74歳の患者負担についての我々の慎重な立場は変わらないが、今後議論していく上では、低所得者、低年金者への配慮を常に考えるべき。
- 70～74歳の患者負担については、基本的に現行の負担割合を引き上げることに反対であるが、本則であるから2割に引き上げるというのであれば、低所得者への配慮をしつつ、段階的に2割に引き上げることが当然であり、さらに、2割に引き上げることにより浮いた財源については、受診控えが起きないように工夫をするところに使うべき。

- 75 歳以上についても、原則 2 割とすることについて、どこかのタイミングで踏み込むべき。

#### （高額療養費）

- 増大する医療費をどうするかという議論においては、高額療養費をどうするのかについて、根本的にメスを入れていかないといけない。
- 高額療養費については、低所得者への配慮を何よりも優先した上で、収入がある高齢者は払うということにすることもあり得る。
- 高額療養費については、例えば年収によって月単位での給付の限度額を引き下げるとことを考えるにしても、その対象者の範囲とか幅をどうするか、あるいは、所得区分を細分化するかといったようなことを考える必要があり、その際、保険者への財政影響であるとか、必要な財源の確保といったものも含めて考えるべき。

#### （高齢者の保険料）

- 高齢者の保険料についてももう少し累進性をきちんとした再検討をしてもいいのではないか。
- 後期高齢者に係るその他の特例措置等について、負担の公平性の観点から見直しを行った上で、恒久的な措置とし、制度全体の安定化を図るべき。

#### （医薬品に関する見直し）

- 後発医薬品の目標（平成 30 年 3 月までに数量シェアを 60%以上）は、もう少し目標を高く設定してもいいのではないか。
- 後発医薬品に関しては目標以上に頑張るように努力をしたい。ただし、薬剤師の努力だけで実現できるわけではないので、関係者の協力等が必要。
- 医薬品の給付の範囲の制限により、必要な医薬品が必要な患者に届かないということがないようにすべき。
- 医薬品の重複投与や相互作用の防止については、薬歴、お薬手帳の活用、かかりつけ薬局・薬剤師を推進し取り組んでいるが、限界はある。保険者との連携を含めた対応や仕組みも併せて検討しながら、ゼロに近づけていくべき。

## ■医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保

### 【被用者保険の課題】

(被用者保険の基盤強化)

- 25年、26年の2年間で、被用者保険の最後の受け皿機能を果たしている協会けんぽをはじめ、被用者保険全体の持続可能性を維持するための制度改革を実現する必要。
- 協会けんぽに対する国庫補助割合を健康保険法本則に規定する20%まで引き上げ、高齢者医療制度の抜本的な見直しを行うという最低限必要な改革の実現に向けた道筋をつけるべき。
- 協会けんぽの破綻は被用者保険の破綻、国民皆保険の破綻につながるため、協会けんぽの財政基盤強化が喫緊の課題であり、医療保険部会のこれまでの審議で異論はなかった。
- 高齢者医療の多額な拠出金によって、被用者保険全体が厳しい財政運営になっており、前期高齢者も含めた高齢者医療に対する税投入割合の拡充を検討していく必要がある。

(後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入とそれにより生じる公費の使い途)

- 負担できる能力のある人が負担しながらみんなで支えていくという総報酬割は導入すべき。
- 総報酬割で浮いた公費の使い途については、いろいろな論議をして、最終的にどこへ充てるか決めていけばよいが、被用者保険から退職された方々を国保で受け入れていることを理解していただきたい。
- 国保も含めて、医療保険制度全体での公平の確保について検討すべき。
- 総報酬割で浮いた公費を国保に投入することについては大変心強く、有力な解決策の一つ。国保あつての国民皆保険制度であり、医療保険制度全体を守ることを最優先課題として、まず国保に公費を投入することであれば、今回の改革にふさわしく、国民の理解も得られるのではないか。
- 後期高齢者支援金の全面総報酬割で浮いた2,300億円の国費を国保に投入するという提案については、一つの有効な手段と考えるが、各保険者の理解が必要であり、今後も増高が見込まれる医療費への対応も含めて、国が安定した財源を

確保するとともに、持続可能な制度となるよう、十分な議論をすべき。

- 総報酬割で削減されるのは公費だけであり、被用者間の助け合いとはならない。総報酬割で浮いた公費を国保に持つていくことは、理不尽かつ、理念も納得性もない案であり、全く認めるわけにはいかない。拠出金負担が保険料収入の4割を超えている状況の中で、現役世代の負担を緩和する方向で活用なければ、総報酬割に賛成するわけにはいかない。
- 全面総報酬割の導入は、被用者保険内の負担の公平性を実現するためであって、国民健康保険の財源を捻出するという事ではない。総報酬割導入で財源が浮くということであれば、被用者保険グループ内の負担の調整によるものであり、協会けんぽの財政基盤の強化など、被用者保険の負担を軽減するというのが筋。
- 後期高齢者支援金への全面的な総報酬割の導入自体は賛成だが、それによって生じた財源は被用者保険の財政基盤の強化、とりわけ協会けんぽの財政基盤の強化に充てるべき。
- 総報酬割によって浮いた国庫負担分をそのまま国保の支援に回すことには反対。協会けんぽの国庫補助率を20%にするための財源にするなど、被用者保険で出たものは、被用者保険で使うべき。
- 全面総報酬割導入で生じた財源は、被用者保険グループ内の負担の調整によって生じた財源であるため、協会けんぽの財政基盤の強化など、被用者保険の負担を軽減するということが筋であって、国保の財政支援のための総報酬割の導入というのは筋違い。その上で優先すべきは、被用者保険の最後の受け皿機能を守るために、協会けんぽに対する国庫補助割合の20%の引上げなどについて道筋をつけること。
- 前期高齢者医療に総報酬割で浮いた公費を入れるべき。国保側の勘定を65歳以上と未満に分けて、前期高齢者の方に投入すれば、被用者保険側の納付金負担が軽減されることになるので、反対しない。

## 【国民健康保険の課題】

(国保の保険者の在り方)

- 国保の保険者の在り方については構造的な問題の抜本的な解決を図った上で検討すべきであり、まずは都道府県保険者ありきで、構造的な問題の解決は二次という国民会議の議論は、順番が違う。
- まずは、構造的な問題の解消策と国保における保険者機能についてきちんと整理が行われるべきであり、医療保険における最後のセーフティネットである国保に関する最終的な責任は国にあることを自覚してもらいたい。
- 都道府県としては、国保の構造的な問題の抜本的な解決が図られ、持続可能な制度が構築されるのであるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟。
  
- 人口減少化の中で、町村国保のほとんどが破綻している状況であり、都市部の国保も赤字状態にある。これを守っていくためにも、広域化(都道府県単位化)をしていくべきと一貫して申し上げている。国保が破綻すれば医療は守れない、住民の健康は守れないので、明確な国保財政の支援の方向性を示していただいて、都道府県国保への再編に向けて課題を一つずつ潰していくことが非常に重要。
- 広域化等支援方針の策定や平成27年度から実施される共同事業の拡大は都道府県保険者化のための環境整備であり、過渡的なもの。
- 国保の財政運営を都道府県が担うことは高齢者医療制度改革会議の最終とりまとめからの既定路線であり、こうした流れを進めていくことは不可欠。
- 小規模保険者の持続可能性や保険料格差を考えると、都道府県保険者化は待ったなしの課題であり、地域医療提供体制整備の責任主体と国民健康保険の保険者を都道府県に一本化し、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することが可能な体制を構築すべき。
- 国民会議の議論は、非常に新鮮で、やはり保険者は都道府県でやるべきだという方向性を打ち出した点は高く評価する。細かい点はこの後関係者間で詰めていけばよい。(一部再掲)
- 国民皆保険制度の中で国保は大変重要。退職者も入ってくる国保をしっかりと支えるためにも、都道府県を保険者として運営すべき。この問題は、議論から実行の段階に入るべき。
- 医療計画の策定者との一致という意味で、スケールメリットも含めて保険者を都道府県単位にしていくことには賛成。
- 国保の広域化について広域連合で行ってはどうかという意見もあるが、広域連合については責任が不明確との指摘も絶えず、これ以上広域連合を増やすべきでない。

- 国保の保険者の在り方については、都道府県だけではなく市町村、市町村広域連合、さらには広域連合に都道府県が加わるなどさまざまな形態が考えられるので、それぞれのパターンについてメリット、デメリットを示し検討していく必要。
- 国保の保険者は都道府県のレベルに持っていくことが適切だと考えるが、保険者の役割全てを都道府県に持っていくとすると、法制面の問題や保険料の賦課ベースが市町村で違うといったことをどう整えていくかという本質的な問題が存在しているので、メリット、デメリットといったものをさまざまな角度から検討、考察した上で結論を出していくことが必要。
- 国民会議において、高齢者医療改革会議の議論を飛ばして、いきなり国保の保険者を都道府県にするという議論が出てきたことには、大変戸惑いを覚える。

(国保の保険者を都道府県とした場合の収納率、保健事業等との関係)

- 広域化によって保険料の負担を平準化できる反面、やはり保険料が高くなる地域が出るという問題点や事務処理をどうするのかという課題を1回整理した上で進んでいくべき。
- 仮に、都道府県を保険者にした上で、市町村が保険料の徴収事務などをやるということになったときに、都道府県と市町村との関係を法制的にどう整理するかというのはかなりの難問ではないか。
- 広域化したときに、特に生活習慣病の受診勧奨や重症化予防など、市町村の抱える健康問題に着目したきめ細やかな健康教育サービスが本当にできるのか懸念。これらがきちんと担保できることが前提でないと広域化は厳しいのではないか。
- 都道府県が国保の運営を担った場合、特定健診・特定保健指導の実施主体や後期高齢者支援金の加算・減算の措置について、市町村でどうするか、保健事業が低下しないような仕組みを構築できるか考えないといけない。
- 保険料の賦課・徴収、保健事業の運営、地域包括ケア化を進めてきている介護保険との整合性の面で、解決すべき課題が多く存在するので、短絡的な議論ではなく、もう少しきちっといろいろなステップを踏んで考えることが必要。
- 医療と介護の連携の観点からは、介護保険が地域包括ケアになる中で、医療保険が都道府県単位の保険者になると、連携のイメージが沸かない。
- 現在、市町村が国保、介護保険の保険者であることによって市町村にその2つのデータがあって、潜在的にはこの2つを結びつけてさまざまなことを考えられる余地があるが、国保の保険者が都道府県になると、これが変わってしまうという点が懸念される。

- 住民の方々の健康づくりに対するニーズは非常に大きいので、国保の都道府県化によって、健康づくりの様々な活動が衰退するものではない。
- 組織の規模が大きくなるとサービスが落ちるという意見はおかしい。マネジメントの問題。
- 都道府県国保によって健康づくりが後退するということにはならないし、後退させてはいけない。
- 保険者が都道府県になると、保険料収納率の低下や地域の健康づくりが後退するという懸念は全くない。
- 都道府県内の市町村の平均保険料と最低保険料の差をもって、保険者を都道府県としたら保険料が大幅に上昇するという資料があったが、分析が不十分ではないか。
- 都道府県と市町村の事務の分担については、高齢者医療制度改革会議等で既に議論されており、そうした議論の蓄積を前提に議論を進めるべき。
- 保険料の徴収、細かな窓口対応については、市町村が積極的に都道府県に関わり、連携しながらやっていくべき。
- 保険料徴収や細かいケアの問題等については、市町村が都道府県と連携することで対応可能であり、そのためのマネジメントが極めて重要。
- 収納率の低下や、細やかなサービス提供ができるのかという問題があるので、様々な施策を打っていくべき。
- 国保の広域化に向けた取組は賛成だが、保険料の徴収の問題や、今後、地域包括ケアが市町村単位になっていくということとの整合性をどうするかしっかり議論すべき。

#### (国保の財政基盤)

- 国保は毎年 3,000～4,000 億円の赤字を出し、破綻している。国保は退職した方々を全て受け入れている。国保が破綻すると医療が根幹から崩れるので、国民健康保険をいかにして維持し、守っていくかが重要。
- 国保の財政をしっかりと支えるような改革をすべき。
- 国保の状況は危機的であり、国保改革は待ったなしの状況。今回の改革で国保の構造問題の抜本改革を図るべきという考え方を地方は完全に共有している。

- 総報酬割で浮いた公費を国保に投入することについては大変心強く、有力な解決策の一つ。国保あつての国民皆保険制度であり、医療保険制度全体を守ることを最優先課題として、まず国保に公費を投入するということであれば、今回の改革にふさわしく、国民の理解も得られるのではないか。(再掲)
- 後期高齢者支援金の全面総報酬割で浮いた2,300億円の国費を国保に投入するという提案については、一つの有効な手段と考えるが、各保険者の理解が必要であり、今後も増高が見込まれる医療費への対応も含めて、国が安定した財源を確保するとともに、持続可能な制度となるよう、十分な議論をすべき。(再掲)
- 国保の財政基盤の強化には消費税財源を充てるべき。
- 国民皆保険制度の最後の砦である国保制度を持続可能なものとするため、国保の定率国庫負担を大幅に拡大するなどして、財政基盤の強化を図るべき。
- 国保をしっかり支える意味で、都道府県を核とした保険者として運営していくようにシフトしていくべきであるが、その際は、大所高所から国保財政の赤字構造の問題を打開しながら、新たな持続可能な制度となるよう対応が必要。
- 必要な財源規模や都道府県単位化を議論するのであれば、今後の医療費の増嵩も考慮した緻密なシミュレーションを行って、数値、データをきちんと示した上で地方と十分協議をすべき。また、必要となる費用については安定財源を確保することや国の定率負担を引き上げることなどを検討すべき。
- 市町村によって、財政力の差がある中で、単純に公費を追加的に投下することはあまり効果的な問題の解決にはならないので、必要な公費の投入規模や方法、対象、財源の在り方についても十分に考える必要。
- 消費税の5%から8%の引上げ時の平成26年度から、国と地方で合意した2,200億円を国保財政へ間違いなく入れていただくことを強く要請する。
- 2,200億円の現行の使い途は、所得の低い方々の保険料の一定の軽減に使うという方向性になっているので、これだけでは国保財政の強化にはつながりにくく、市町村国保を抜本的に広域化しながら、我々としては都道府県国保ということをお願いしているが、財政支援策をさらにしっかりとしたものにしてもらいたい。

(スケジュール)

- 国保の広域化のスケジュールは、制度の内容が決まってから議論すべきである。
- 都道府県単位の共同事業の全医療費での拡大というのが2015年度から予定されているので、まずは共同事業の拡大等について都道府県の財政調整を着実に実施して定着させ、その状況を見守る必要がある。
- スケジュールは、医療費の共同事業や医療法・医療計画の見直し、準備期間を考えると、2018年度～2020年度以降となるのではないか。
- 都道府県化する場合に、保険料の統一には時間がかかるため、経過措置をとりながら段階的に保険料をならしていくという作業は必要。

## ■ 高齢者医療制度の在り方

- 全体的に医療保険財政を逼迫している最大の要因は、高齢者に対する財政移転であり、医療保険制度全体が倒れてしまう状況にメスを入れ、制度の自律性をどこで担保するかという根本的な問題を議論すべき。
- 国民会議には、高齢者医療制度が将来に向かって持続可能な制度になるように、医療保険制度全体の枠組みを論議することをお願いしたい。
- 国民会議は、高齢者医療制度を支えていくということについて、将来像、グランドデザインがないまま、被用者保険間の支援金の負担に論議を終始している。このようなことでは、早晚被用者保険制度が維持できなくなるのではないかとことを危惧。
- 現役世代、国民全体で高齢者医療を支えるという哲学を失わないことを前提に、負担構造も含めて、高齢者医療制度をどうしていくのかを国民会議で議論してほしい。
- 高齢者医療への多額の拠出金によって、被用者保険が非常に厳しい運営状況にある中で、現役世代と高齢者の間での負担の関係が将来どうあるべきなのかについて、国民会議等の場でしっかりと議論すべき。
- 後期高齢者医療の仕組みは安定しているので、今さら廃止する必要はないが、前期高齢者財政調整の仕組みは、現役世代に偏った負担構造を変える必要がある。現行の高齢者医療制度の基本的な枠組みの中で、高齢者医療の負担構造をどうしていくかということについて、国民会議で議論してほしい。
- 国保や医療計画の仕組みが変わろうとしている中、高齢者医療制度については、現行制度を前提としながら、その改善ということを検討していくほうが、より適切。
- 地域において、医療・介護を一体的に提供するため、保険者窓口が異なることのないよう、国保の保険者を都道府県とした上で、後期高齢者医療とも一体化するなど、連携を図るべき。また、医療と介護の連携をより実効的なものにするために、国保連合会との連携等も含め、様々な在り方について今後十分な検討をしていくことが大切。
- 被用者が退職して国民健康保険に加入しているという日本の現状は、相当程度問題があり、退職者については、健康保険制度の中で対処すべき。

■ 個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備

- 人間の死の基準がどうあったらいいかというところまで踏み込む気はないが、終末期の医療にどのようなものを望むかということを出して語り合い、最終的には個人の意思というものが医療関係者も含めて尊重されるような、そんな社会をつくるべき。