

## 高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）

### <案>

#### I はじめに

- 本改革会議は、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰による会議として、昨年11月に設置され、以来、今日まで●回にわたり会議を重ねてきた。
- この間、本年8月には、制度の基本骨格について中間とりまとめを公表するとともに、厚生労働省においては、その前後に国民の意識調査を2回、地方公聴会を7回開催するなど、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って、幅広く国民の意見を伺う取組も進められてきた。
- 中間とりまとめでは、
  - ①加入する制度を年齢で区分せず、75歳以上の高齢者の方も現役世代と同じ国保か被用者保険に加入し、年齢による差別的な扱いを解消すること
  - ②多くの高齢者の受け皿となる国保について、第一段階で高齢者に関し都道府県単位の財政運営とし、第二段階で現役世代についても都道府県単位化を図ることを基本とした新たな制度の骨格を示した。
- この最終とりまとめは、中間とりまとめで積み残した課題を中心に9月以降に行った議論の結果を基に、新たな制度の具体的なあり方についてとりまとめたものである。
- 高齢者の医療費を賄う財源は、公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担しかない。そして、公費も保険料も患者負担も国民にとっては負担にほかならず、高齢化の進展に伴い医療費が増大する中で、仮に現行制度を維持しても、また、新たな制度をどのようなものにするにしても、負担増を伴わない解決策はない。

- したがって、世代間・世代内の公平等に配慮しつつ、無理のない負担となるように、支え合い・助け合いを進め、より納得のいく公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担の組み合わせによる制度を実現しなければならない。
- このような負担を巡る議論であるため、各委員が全ての点で納得・合意することは困難な面があり、この最終とりまとめは、委員の意見の大勢をとりまとめたものである。

## II 改革の基本的な方向

- かつての老人保健制度は、75歳以上の医療給付費を公費5割と各保険者からの拠出金5割で賄っていたが、①拠出金の中で高齢者と現役世代の保険料が区分されておらず高齢者と現役世代の負担割合が不明確であったこと、②加入する制度や市町村により高齢者の保険料額に大きな差があったこと等の問題点があった。
- これを改善するため、現行の後期高齢者医療制度は、国保・被用者保険から分離・区分した独立型の制度を創設し、高齢者と現役世代の負担割合を明確にして世代間の連帯で支えるとともに、高齢者一人一人に保険料負担を求め、原則として同じ都道府県で同じ所得であれば同じ保険料とすることで高齢者の保険料負担の公平化を図ろうとした。
- しかしながら、後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分するという基本的な構造において国民の理解を得ることができなかった。この点は、意識調査の結果を見ても、一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて、「適切でない、あまり適切でない」とする割合が44%（有識者に同様の調査を行うと約53%）と、「適切である、やや適切である」とする割合約30%（有識者；約35%）を上回っている。
- また、後期高齢者医療制度は、75歳以上の「高齢者間の負担の公平」を図るため、サラリーマンや被扶養者の方々を被用者保険から分

離・区分したことから、75歳以上のサラリーマンの方は傷病手当金等を受けられず、保険料も全額本人負担となり、被扶養者であった方も保険料を負担することとなった。このため、サラリーマンや被扶養者の方々については、75歳を境に保険料や保険給付等が異なることとなり、「世代間の不公平」が発生することとなった。

- このため、今回の改革では、独立型の後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同じ国保か被用者保険に加入することとした上で、①公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化、②都道府県単位の財政運営といった現行制度の利点はできる限り維持し、よりよい制度とする。
- これにより、75歳以上のサラリーマンの方も傷病手当金等を受けることができるようになるとともに、保険料については事業主と原則折半で負担となる。また、被用者保険に移る被扶養者については被保険者全体で保険料を負担することとなる。
- このほかにも、後期高齢者医療制度は、
  - ①高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを基本的に上回る構造であること
  - ②患者負担の上限は、同じ世帯でも、加入する制度ごとに適用されていること
  - ③健康診査が努力義務となる中で、受診率が低下したこと等の問題がある。
- 新たな仕組みの下では、
  - ①高齢者の保険料の負担率を見直すとともに、各都道府県に財政安定化基金を設置し、高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みとする
  - ②現役世代と同じ制度に加入することで、患者負担が世帯単位で合算され、高額療養費により世帯当たりの負担額は軽減される
  - ③高齢者の健康診査は、各保険者の義務とする等により、後期高齢者医療制度の問題点は改められる。

### **Ⅲ 新たな制度の具体的な内容**

## 1. 制度の基本的枠組み、加入関係

- 後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する。
- 加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 新たな制度の施行に伴う資格の移行は確実かつ簡素な仕組みで行う必要がある。このため、後期高齢者医療制度の被保険者のうち、被用者保険・国保組合に加入する方以外は、自動的に市町村国保に加入することとし、世帯主からの市町村国保への加入手続を不要とする。一方、被用者保険等においては、通常資格取得時・被扶養認定の手続と同様の手続が必要となることから、届出漏れが生じないように、国は保険者と連携し、周知・広報を徹底する。
- なお、国保組合については、被用者保険と同様、高齢者であっても加入要件を満たす組合員及び組合員の世帯に属する方は当該組合に加入できるものとする。特定健保（厚生労働大臣の認可を受けて、一定の要件を満たす退職者及びその被扶養者に対する保険給付、保険料の徴収等を行う健保組合をいう。）については、現在、75歳になるまで加入するものとなっているが、制度として年齢による一律の区分はなくすこととし、75歳以上の扱いは、個々の特定健保が規約で定める。

## 2. 国保の運営のあり方

### (1) 国保の構造的問題への総合的な対応

- 無職者・失業者・非正規雇用者などを含め低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える市町村国保については、平成22年の通常国会において、平成21年度で暫定措置の期限を迎えた財政基盤強化策を4年間延長し、低所得者を多く抱える保険者に対する財政支援措置や、高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和する措置などの対応が講じられることとなった。
- また、これまで、収納率向上が課題となっている中で、年金からの保険料の天引きや、収納対策緊急プランの実施などの取組が進められ

てきた。

- 今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、こうした取組の充実に加え、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠である。

## **(2) 都道府県単位の財政運営**

- これまで医療保険制度においては、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、地域の医療提供のまとまりに見合った保険者となるよう、保険者の再編・統合が進められてきた。再編・統合に当たっては、安定的な財政運営ができる規模が必要であること、各都道府県において医療計画が策定され、医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があること等から、都道府県単位を軸として、協会けんぽの財政運営の都道府県単位化や、健保組合の都道府県単位での再編・統合を図るための地域型健保組合の仕組みが導入されてきた。
- 一方、市町村国保においては、保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による部分的な対応は図られてきたものの、財政運営自体を都道府県単位化することは長年の課題として残されてきた。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に市町村国保に戻ることとなれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する（市町村国保から都道府県単位の後期高齢者医療制度への移行により、全国における格差は5倍から2倍に縮小し、全国的には多くの世帯で保険料も減少したが、この逆のことが起きる）。
- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者3,600万人の保険料が大きく変化することとなるため、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、第二段階

において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。

### **(3) 都道府県単位の運営主体のあり方**

- 都道府県単位化されている現行の後期高齢者医療制度については、市町村が保険料の徴収及び窓口業務を担い、それ以外の財政運営、資格管理、保険料の決定・賦課、保険給付、保健事業といった業務を後期高齢者医療広域連合が担っている。
- 後期高齢者医療広域連合については、制度施行当初から市町村等からの出向職員が精力的に業務を遂行し、現在では、施行当初から比べると安定的な運営が図られている状況にある。
- しかしながら、後期高齢者医療広域連合については、①都道府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない、②広域連合長は、運用上、住民から直接選ばれていないので、責任が明確でない、③市町村に対する調整機能が十分に働いていない、といった構造的な問題点が指摘されている。
- 都道府県単位の運営主体のあり方については、
  - ①都道府県が国保の保険財政に責任を持つことにより、都道府県が行っている健康増進や医療の効率的な提供に向けた取組がより推進されることが期待できること
  - ②都道府県が担うことにより現行の後期高齢者医療広域連合に対して指摘されている問題点の改善が期待できること等から、市町村による広域連合ではなく、都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢である。なお、財政運営を担うという大きな問題であることから、国は、引き続き、都道府県をはじめとする地方関係者との調整を精力的に行うなど、その理解と納得を得るための努力を重ねることが必要である。

### **(4) 第一段階における運営の仕組み**

#### **ア 事務の分担等**

- 財政運営、標準（基準）保険料率の設定は、都道府県が行う。

- 世帯単位で保険料を徴収することから、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収は市町村が行う。
- 保険料率の決定・賦課・徴収・納付における都道府県と市町村の具体的な分担は、次のとおりとする。
  - ・ 都道府県は、高齢者の保険給付及び保健事業に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準（基準）保険料率を定める。なお、離島など医療の確保が著しく困難である地域については、現行制度同様、不均一保険料率の設定を可能とする。
  - ・ 市町村は、標準（基準）保険料率を基に、条例で高齢者の保険料率を定める。
  - ・ 市町村は、現役世代の被保険者の保険料率を条例で別途定める。
  - ・ 市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の他の現役世代の被保険者の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。
  - ・ 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付する。
- 75歳以上の高齢者も市町村国保に加入するため、保険証の発行を含む資格管理は市町村が行う。
- 75歳以上の給付事務については、「都道府県」が行うとすると、給付事務が複雑になり、被保険者から分かりにくく、事務処理に時間を要する。また、全ての都道府県において事務処理体制を整え、給付事務を円滑に行うことは現実的に困難な面もある。このため、給付事務については「市町村」の事務とする。
- 給付事務をはじめとする各種事務については、事務処理や体制の効率化を図ることができるよう、市町村等の意向に沿って、国保保険者の共同処理機関としての国民健康保険団体連合会を最大限活用できるようにする必要がある。
- 以上のことから、都道府県と市町村の事務の分担については、「都道府県」は、財政運営、標準（基準）保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、地域の総合力により共同運営する仕組みとする。

- なお、これらの事務については、それぞれ都道府県及び市町村が処理することが基本となるが、地域の実情に応じ、自主的な判断によって地方自治法に基づく広域連合を活用することや市町村の事務の一部を都道府県が行うこととすることも考えられる。
- 国においては、国保の運営が健全かつ円滑に図られるよう、引き続き、財政上の責任を十分に果たしていくとともに、国保間や国保と被用者保険間の調整など各般にわたる支援を行う。

## イ 財政リスクの軽減

- 現行の後期高齢者医療制度同様、次の財政安定化のための方策を講じる。

### ①財政安定化基金

- ・ 都道府県に財政安定化基金を設置し、給付の増加や保険料の収納不足に対応する（給付の増加は貸付、保険料の収納不足は1/2 交付、1/2 貸付）。また、現役世代の市町村国保の保険料の伸びとの均衡を図る観点から、保険料の上昇抑制のためにも交付できるものとする（後述）。財政安定化基金の財源は、国：都道府県：保険料＝1：1：1の割合で負担する。

### ②2年を一期とした財政運営

- ・ 保険料は、おおむね2年を通じ財政の均衡を保つことができるものとして設定する。

### ③都道府県間の財政力格差の調整（調整交付金）

- ・ 高齢者の所得分布による都道府県間の財政力格差を調整し、医療費水準や所得水準が同じであれば、標準（基準）保険料率は同じ水準とする。

### ④保険基盤安定制度

- ・ 所得の低い方に対する保険料軽減制度（7割・5割・2割）を設け、軽減分を公費で負担する。

### ⑤高額医療費の公費負担等

- ・ 高額な医療費については保険料で賄うべき部分の5割を公費負担

とし、更に特に高額な医療費については保険料で賄うべき部分は全国レベルの共同事業とする。

#### ⑥保険料の特別徴収

- ・ 65 歳以上世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの天引きを実施できるようにするほか、収納率の低下を防止するための措置を講じる（後述）。

### (5) 全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて

- 第二段階に向けては、①保険料の設定（高齢者と現役世代の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか等）、②財政調整のあり方（被用者保険と国保の間の財政調整の方法をどうするのか）、③事務体制のあり方（都道府県と市町村の役割分担について見直す必要があるのか）等について結論を得ることが必要であるが、これらの点については、現時点で拙速に判断することは適当ではなく、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら検討することが必要である。
- 一方、第二段階への移行の目標時期については、①できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること、②そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化等の取組が計画的に進められることが必要であるが、具体的な時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、目標とする具体的な時期を設定することが必要である。
- 具体的には、第一段階の施行状況を確認し、第二段階の検討・施行準備に必要な期間、法定外一般会計繰入・繰上充用の解消に向けた取組に必要な期間、保険料の平準化を円滑に行うために必要な期間を勘案して、第一段階の施行から 5 年後（平成 30 年度）を目標とすることとし、法律上これを明記する。
- この第二段階への移行の目標時期までに、保険料の平準化に向けて、「広域化等支援方針」に基づき、
  - ①保険財政共同安定化事業の対象医療費（現行 30 万円超）の拡大
  - ②保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し（医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大）

- ③保険料算定方式の標準化
- ④収納率向上や医療費適正化等への取組
- ⑤法定外一般会計繰入・繰上充用の段階的・計画的な解消に向けた取組

等について、都道府県のリーダーシップの下に、市町村は利害を超えて取り組む必要があり、国においても必要な助言・支援を行う。

- 特に、市町村国保の法定外一般会計繰入や繰上充用については、市町村の政策的判断によって行っている部分もあるが、市町村国保の財政運営の健全化を図るためには、保険料引上げ、収納率向上、医療費適正化など総合的な取組を行うことにより、段階的かつ計画的に解消していくことが望ましい。今後、第二段階への円滑な移行を図るという観点も踏まえ、国においては、市町村間で不公平が生じないように配慮しつつ、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方について検討する。
- なお、広域化等支援方針に基づく取組を進める前提として、第二段階における標準（基準）保険料の算定方式については、2方式で賦課される後期高齢者医療制度と異なり国保の保険料は4方式・3方式が幅広く採用されている現状等を踏まえ、各都道府県の判断により、移行しやすい算定方式をそれぞれ採用することとする。
- また、第一段階では、高齢者の保険料の収納率は高く、市町村間の格差も僅かであることから、標準（基準）保険料率を基に市町村が保険料率を定め、市町村は徴収した高齢者分の保険料を納付する仕組みとなる。しかしながら、全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、現役世代の保険料は、高齢者より収納率は低く、市町村間の格差も大きいことから、市町村が責任を持って収納対策に取り組む仕組みとする。その具体的なあり方については、第一段階の施行状況も踏まえつつ、地域の医療費格差の保険料率への反映方法、市町村間で取組が異なる保健事業の保険料率への反映方法等を含めて検討する。

## **（6）国と地方の協議の場の設置**

- 国保の構造的問題の解決及び全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて、費用負担のあり方や国保の運営の具体的なあり方等について、厚生労働省と地方の協議の場を設置し、具体的な検討を行う。

- 具体的には、平成 25 年度で暫定措置の期限を迎えることとなる財政基盤強化策の平成 26 年度以降のあり方、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方、第二段階の都道府県単位化を図る際の保険料の設定、事務体制等の国保の運営のあり方について幅広く検討を行う。

### 3. 費用負担

#### (1) 支え合いの仕組み

- 新たな仕組みの下では、高齢者も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなるが、65 歳以上については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、これらの方の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。
- 現行の後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分すること等について国民の理解を得ることができなかったことから、独立型制度を廃止し、75 歳以上の方も国保・被用者保険に加入することとなるが、75 歳以上の医療給付費については、公費、75 歳以上の高齢者の保険料、74 歳以下の加入者数・総報酬に応じて負担する支援金で支える。
- このような費用負担とすることにより、75 歳以上の方の偏在により生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなるが、加えて、65 歳から 74 歳までの方についても、国保に偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。
- また、前期財政調整と同様、次の措置を設ける。
  - ① 75 歳未満の加入者に対する 65 歳から 74 歳までの加入率が著しく低い保険者の負担が過大とならないよう、加入率の下限を定める。
  - ② 65 歳から 74 歳までの方に係る給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える部分を調整の対象から外すことにより、各保険者の医療費の効率化を促進する。
  - ③ 納付金等の他保険者への持出しが、給付費等の義務的支出の合計額に比して著しく過大となる保険者の納付金のうち、その過大となる

部分について、全保険者で再按分する。

## (2) 公費

- 公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要である。
- 現行の高齢者医療制度は、75歳以上の医療給付費に約5割の公費（平成22年度予算ベース；5.5兆円）を投入しているが、現役並み所得を有する高齢者（約120万人、約7%）の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、まず新たな制度への移行時に、これを改善し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げる。
- 現在、75歳以上の医療給付費に対する公費については、国：都道府県：市町村が4：1：1の比率で負担しているが、75歳以上の医療費を国民全体で支え合うという考え方や、新たな制度が地域保険と職域保険に分離されることを踏まえ、国及び地方が適切に財政責任を果たす。
- 現在、「政府・与党社会保障改革検討本部」が設置され、社会保障改革の全体像及びその安定的な財源の確保について議論が進められているところであるが、医療費財源をどのように確保していくかについては、その時々々の社会経済情勢等を踏まえながら、国と地方の財源のあり方を含め、政府全体として適切に対応することが必要である。このため、定期的に、医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。

## (3) 高齢者の保険料

- 国保に加入する75歳以上の方の保険料については、同じ都道府県で同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、その水準については、現行の後期高齢者医療制度より増加することのないよう、引き続き、負担能力を考慮した応分の負担として医療給付費の1割相当を保険料で賄う。
- 現行制度においては、現役世代の負担の増加に配慮し、「現役世

代人口の減少」による現役世代の保険料の増加分を 75 歳以上の高齢者とそれ以下の現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる仕組みになっている。しかしながら、現行制度では、高齢者と現役世代の保険料規模の違いを考慮していないため、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造にある。また、高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていないという問題点がある。

- このため、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」に伴う現役世代の保険料の増加分を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。これにより、高齢者と現役世代の 1 人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなる。なお、現行制度は平成 24 年度に次期保険料の改定を迎えるため、新たな制度の施行に先立って見直す。
- また、国保については、まず第一段階は 75 歳以上を都道府県単位の財政運営とし、第二段階で全年齢で都道府県単位の財政運営とするため、少なくとも一定期間は、75 歳以上と 75 歳未満で保険料水準や伸び率が異なるものとなる。同じ国保に加入しながら、1 人当たり医療費の伸び率に差が生じ、1 人当たり保険料の伸びが 75 歳以上と 75 歳未満とで大きく異なることは適当ではないことから、第一段階の間、75 歳以上の保険料について財政安定化基金を活用して伸びを抑制できる仕組みを設ける。
- 高齢者の保険料については、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付することとなるが、その際、65 歳以上の世帯主が年金からの天引きを希望する場合は、現行制度同様に実施できるようにする。また、現在、国保と介護保険の保険料の合計額が年金額の 2 分の 1 を超える場合や、世帯内に 65 歳未満の被保険者がいる場合には、天引きの対象とならないが、この場合も世帯主が希望する場合は、天引きを行うことができるようにする。
- 保険料の上限については、現在、後期高齢者医療制度は 50 万円（個人単位）、国保 63 万円（世帯単位）となっているが、国保の世帯単位の上限に一本化した上で、被用者保険の上限額も勘案しつつ、段階的に引き上げる。

- 75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置（均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減）については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。
- 75歳以上の方の保険料軽減判定については、新たな制度への移行を要因とする高齢者の負担増を生じさせない観点から、全年齢を対象にした都道府県単位化を実施するまでの間（第一段階の間）の措置として、世帯単位の判定に加え、後期高齢者医療制度と同様の方法による判定を行った上で、より高い割合の軽減を適用する。
- 一方、被用者保険に加入する高齢者の保険料は、職域内の連帯・公平の観点から、各被用者保険者の算定方法・徴収方法を適用する。

#### **（４）現役世代の保険料による支援**

- 現行の後期高齢者医療制度の支援金について、被用者保険者間では、各保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなっている。
- このため、負担能力に応じた負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者数割とする負担方法が導入されたところである。
- 今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法をすべて総報酬割とする。
- これにより比較的所得の高い共済組合や健保組合の負担が増加することになるが、負担能力に応じた公平な負担とする趣旨であることについて理解を求めていくことが必要である。

## (5) 患者負担

- 患者負担については、これまで、義務教育就学前は2割、それ以降69歳までは3割、70歳から74歳まで2割、75歳以上は1割と、制度横断的に年齢に応じて負担割合を設定する方向で見直しが行われてきた。しかしながら、70歳から74歳までの方の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されているところであり、70歳を境に急に負担割合が低下することとなっている。
- 仮に、負担割合を単純に引き上げることとした場合には、今まで1割負担であった方の負担が急に2割へと増加する一方、1割負担に恒久化することとした場合には、各保険者の負担が増え、現役世代の保険料負担が増加する。
- このため、個々人の負担が増加しないように配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70歳から74歳までの方の患者負担について、新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。
- すなわち、個々人に着目してみれば、既に1割負担となった方の患者負担を2割に引き上げるものではなく、69歳までは3割負担だった方が70歳に到達するときから順次2割負担となるものであり、個々人の患者負担が増加するものではない。また、特に配慮すべき低所得の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする。
- なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げべきものであるとの意見があった。

## 4. 健康づくり、医療の効率的な提供等

- 平成18年の制度改正で、都道府県が、市町村・保険者等と協力し、医療費適正化及び関連する3計画（健康増進計画・医療計画・介護保険事業支援計画）を策定・実施することにより、都道府県単位で医療費適正化を進める仕組みが導入された。新たな制度においても、同様の仕組みを設け、都道府県単位で医療費の効率化できる部分を

効率化する取組を更に推進する。また、都道府県・市町村・保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備する。

- 各保険者において壮年期からの健康づくりの取組を推進することが必要であり、特に特定健診・特定保健指導については、実施率の向上が課題となっている中で、実施率が高い保険者の具体的な取組状況等を踏まえ、実施率向上に向けた取組を進める。
- また、新たな仕組みの下では 75 歳以上の方も国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなることから、健康診査・保健指導についても 75 歳未満の方と同様に、各保険者の義務として行うこととする。なお、国保の健診等の費用については、75 歳未満同様、国・都道府県はそれぞれ 1/3 を負担することとする。高齢者への対応を含め、健診項目、保健指導のプログラムなど、技術的な問題については別途の場を設置し、検討を進める。
- 現在、特定健診・特定保健指導の実施状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みが設けられているが、①状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか、②加減算される金額が過大ではないか等の問題点が指摘されている。各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じたインセンティブの仕組みは必要であることから、現行と同様の支援金を加減算する仕組みを新たな制度にも設けることとした上で、これらの問題点を踏まえて関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第 2 期のスタート（平成 25 年度～）までに結論を得る。
- 保険者による特定健診等のハイリスクアプローチに加え、健康づくりの普及啓発等のポピュレーションアプローチにより、個人の行動変容に結び付けていくことが重要である。保険者、産業界、学校、マスコミなどを含めた社会全体を巻き込んだ国民運動が展開されるよう、介護予防の取組とも連携しつつ、環境整備等を進めていくことが必要である。
- 高齢期における医療の効率的な提供を図るための取組を推進することが必要であり、後発医薬品の使用促進、レセプト点検、医療費通知、重複・頻回受診者への訪問指導、適正受診の普及・啓発など、各

保険者における取組の更なる充実を図ることが必要である。

## 5. その他の重要事項

- 65歳から74歳までで一定の障害の状態にある方については、患者負担割合や公費・支援金の取扱いを75歳以上の方と同様とする仕組みを設ける。
- 診療月の翌月にレセプト審査がなされ、診療報酬が支払われるため、医療保険制度の会計年度（4月から3月まで）は、診療月ベースで見ると3月から2月までとなる。新たな制度の施行日を4月1日とすると、その直前の3月分の診療は、次の会計年度で1カ月分だけ旧制度として処理することが必要となることから、このような状況を生じさせないよう、3月1日施行とする。

## 6. 施行準備

- 円滑に新たな制度を運営するためには、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であることから、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、既に設置された「高齢者医療システム検討会」等において地方自治体等の意見を十分に聞きつつ、システムの詳細設計を早急に行い、着実にシステム改修を進めることが必要である。
- 被用者保険における事務処理についても、既に関係者の参加を得て後期高齢者医療制度からの移行手続などについて実務的な検討会議が設けられているが、各保険者の状況も十分に踏まえながら、対応に遺漏が生じることのないよう計画的な取組を進めることが必要である。
- このようなシステム改修や被保険者の移行手続については、約2年の準備期間が必要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って適切に準備期間を確保することが必要である。
- 併せて、国民に新たな制度の趣旨・内容を正しく理解していただくため、国は、地方自治体や保険者等と連携・協力しながら、国民に対する丁寧で分かりやすい広報に計画的に取り組むことが必要である。

# 新たな制度に関する基本資料

厚生労働省保険局  
平成22年12月8日

# 改革の基本的な方向

○ 後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、現行制度の利点はできる限り維持し、更に後期高齢者医療制度の廃止を契機として国保の広域化を実現する。

後期高齢者医療制度は老人保健制度の問題点を改善するための制度であったが、**独立型の制度としたことによる問題が生じている**

## 後期高齢者医療制度の問題点

<b>I 年齢による区分(保険証)</b> 75歳到達で、これまでの保険制度から分離・区分。保険証も別。
<b>II サラリーマン本人の給付と保険料</b> 75歳以上のサラリーマンの方は傷病手当金等を受けられず、保険料も全額本人負担。
<b>III 被扶養者の保険料負担</b> 個人単位で保険料を徴収するため、扶養されている高齢者も保険料負担。
<b>IV 高齢者の保険料の増加</b> 高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを基本的に上回る構造。
<b>V 患者負担</b> 患者負担の上限は、同じ世帯でも、加入する制度ごとに適用される。
<b>VI 健康診査</b> 広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。

## 新制度

<b>I 年齢で区分しない。保険証も現役世代と同じ。</b>
<b>II 被用者保険に加入することにより、傷病手当金等を受けられるようになり、保険料も事業主と原則折半で負担。</b>
<b>III 国保は世帯主がまとめて保険料負担。被用者保険に移る被扶養者については被保険者全体で保険料負担。</b>
<b>IV 高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回らないよう抑制する仕組みを導入。</b>
<b>V 現役世代と同じ制度に加入することで、世帯当たりの負担は軽減。</b>
<b>VI 国保・健保組合等に健康診査の実施義務。</b>

改善

高齢者も現役世代と同じ制度(国保又は被用者保険)に加入すること等で改善が図られる

## 後期高齢者医療制度の利点

- ① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。
- ② 原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

維持

- ① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。
- ② 国保に加入する高齢者は、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

国保の高齢者医療を都道府県単位化すること等で維持  
⇒次の段階で現役世代も都道府県単位化

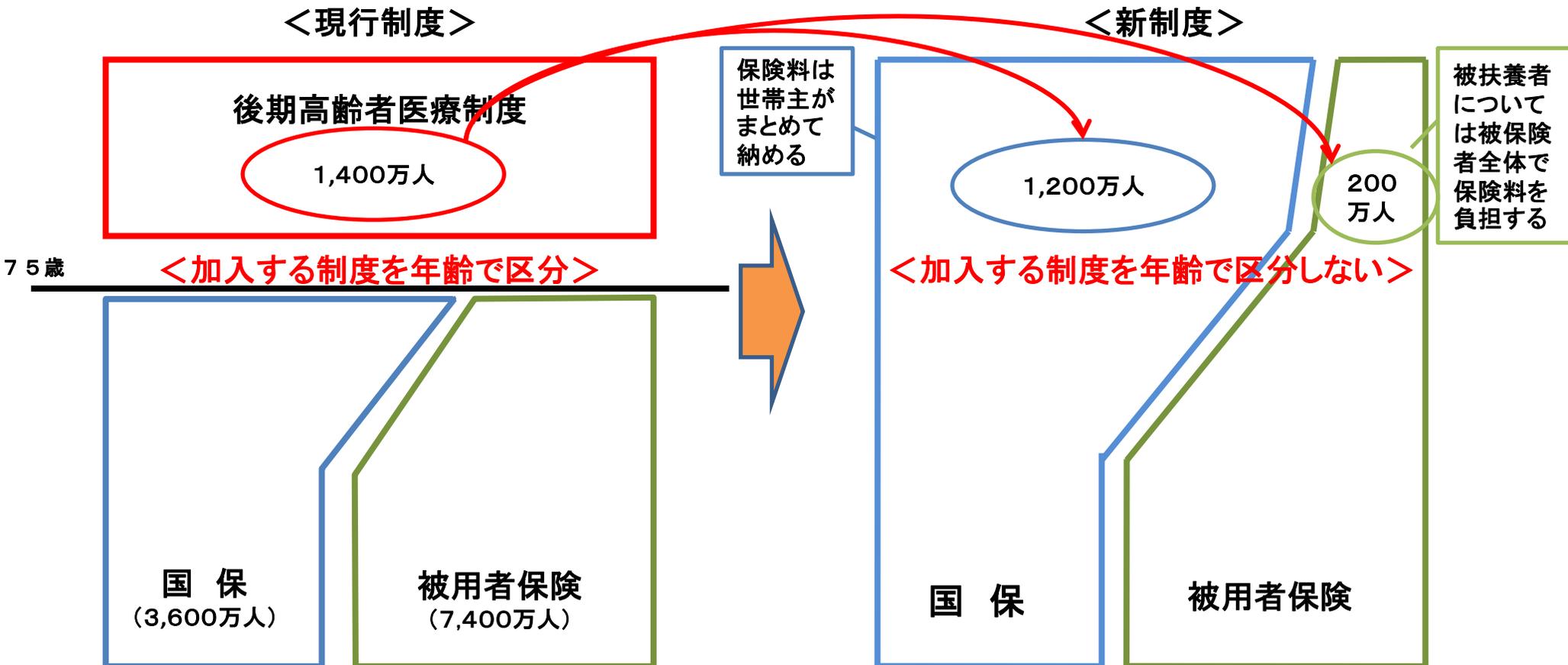
## 旧老人保健制度の問題点

- ①**負担割合**  
高齢者と現役世代の負担割合が不明確。
- ②**高齢者の保険料負担**  
それぞれ市町村国保・被用者保険に加入しているため、同じ所得であっても、保険料負担が異なる。

改善

# 制度の基本的枠組み、加入関係

- 加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢による差別と受け止められている点を解消する。また、世帯によっては、保険料・高額療養費等の面でメリットが生じる。



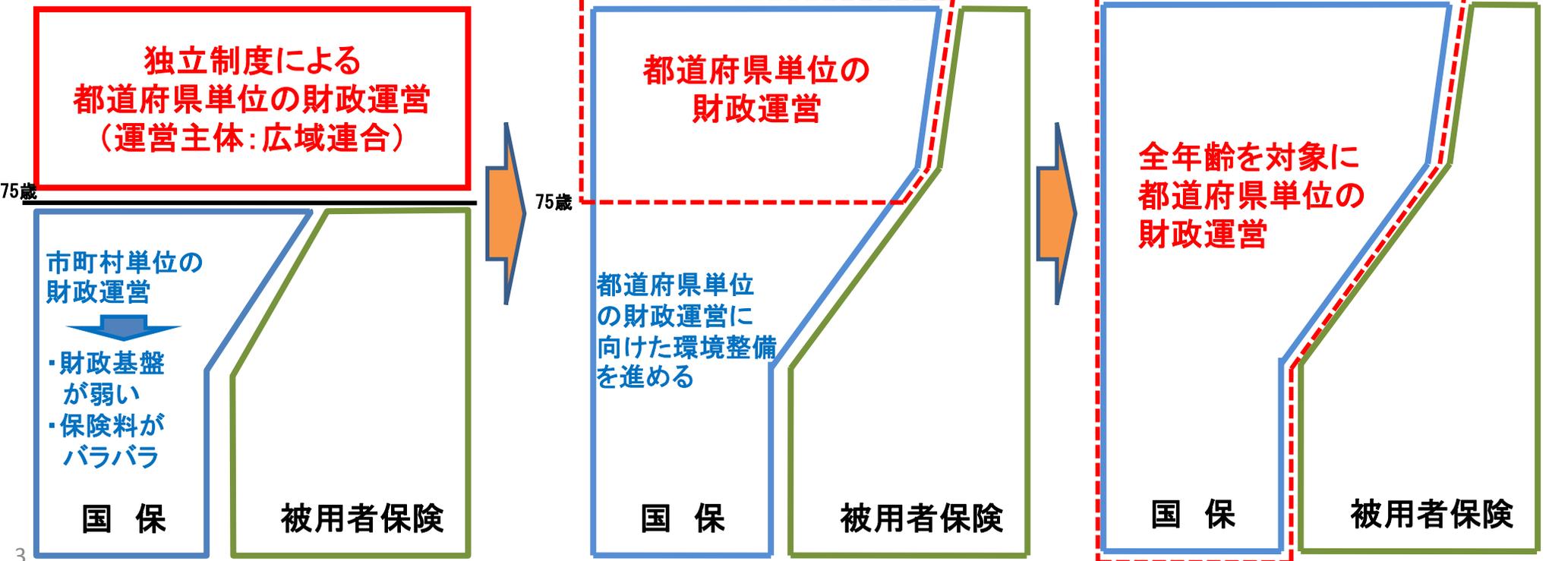
# 国保の財政運営の都道府県単位化

- 低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える市町村国保については、財政基盤強化策や収納率向上に向けた取組に加え、今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に市町村国保に戻ることであれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する。
- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者3,600万人の保険料が大きく変化することとなるため、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。

## 〈現行制度〉

## 〈第一段階(平成25年度～)〉

## 〈第二段階(5年後の平成30年度～)〉



# 運営主体及び事務の分担

- 財政運営、標準(基準)保険料率の設定は、都道府県が行う。
  - 世帯単位で保険料を徴収することから、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収は市町村が行う。
  - 75歳以上の高齢者も市町村国保に加入するため、保険証の発行を含む資格管理は市町村が行う。
  - 75歳以上の給付事務については、「都道府県」が行うとすると、給付事務が複雑になり、被保険者から分かりにくく、事務処理に時間を要すること等から、市町村が行う。
- ※ 高齢者分は「都道府県」が行い、若人分は「市町村」が行うため、例えば、現金給付について、高齢者に係る現金給付を「都道府県」から世帯主(若人の世帯主を含む)に、若人に係る現金給付を「市町村」から世帯主(高齢の世帯主を含む)に行うこととなる。
- ※ 高齢者分の給付事務は、都道府県(支給決定等)と市町村(窓口業務、照会対応等)の両者で対応することとなり、時間を要する。
- ※ 全ての都道府県において事務処理体制を整え、給付事務を円滑に行うことは現実的に困難な面もある(広域連合において給付事務に携わっている職員数313名;平成22年度実施状況調査)。
- ⇒ したがって、「都道府県」は、財政運営、標準(基準)保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、地域の総合力により共同運営する仕組みとする。

## (参考) 後期高齢者医療制度(現行方式)

### 広域連合

- ・財政運営
- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・均一保険料率の決定
- ・保険料の賦課
- ・保険給付

### 市町村

- ・保険料の徴収

## 新制度の運営主体と事務分担

### 都道府県

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定

### 市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付

○ これらの事務については、それぞれ都道府県及び市町村が処理することが基本となるが、地域の実情に応じ、自主的な判断によって地方自治法に基づく広域連合を活用することや市町村の事務の一部を都道府県が行うこととすることも考えられる。

① 例えば、都道府県の事務と市町村の給付事務を持ち寄り、都道府県と全ての市町村による「広域連合」を設立し、「広域連合」において、財政運営、標準(基準)保険料率の設定、保険給付を行い、「市町村」において、資格管理、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収を行う場合

② 例えば、市町村の給付事務を都道府県が行うこととし、「都道府県」において、財政運営、標準(基準)保険料率の設定、保険給付を行い、「市町村」において、資格管理、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収を行う場合

### 基本の仕組み

#### 都道府県

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定

#### 市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付

### ① 都道府県と市町村で広域連合を設立する場合

#### 広域連合

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定
- ・保険給付

#### 市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収

### ② 市町村の給付事務を都道府県が行うこととした場合

#### 都道府県

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定
- ・保険給付

#### 市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収

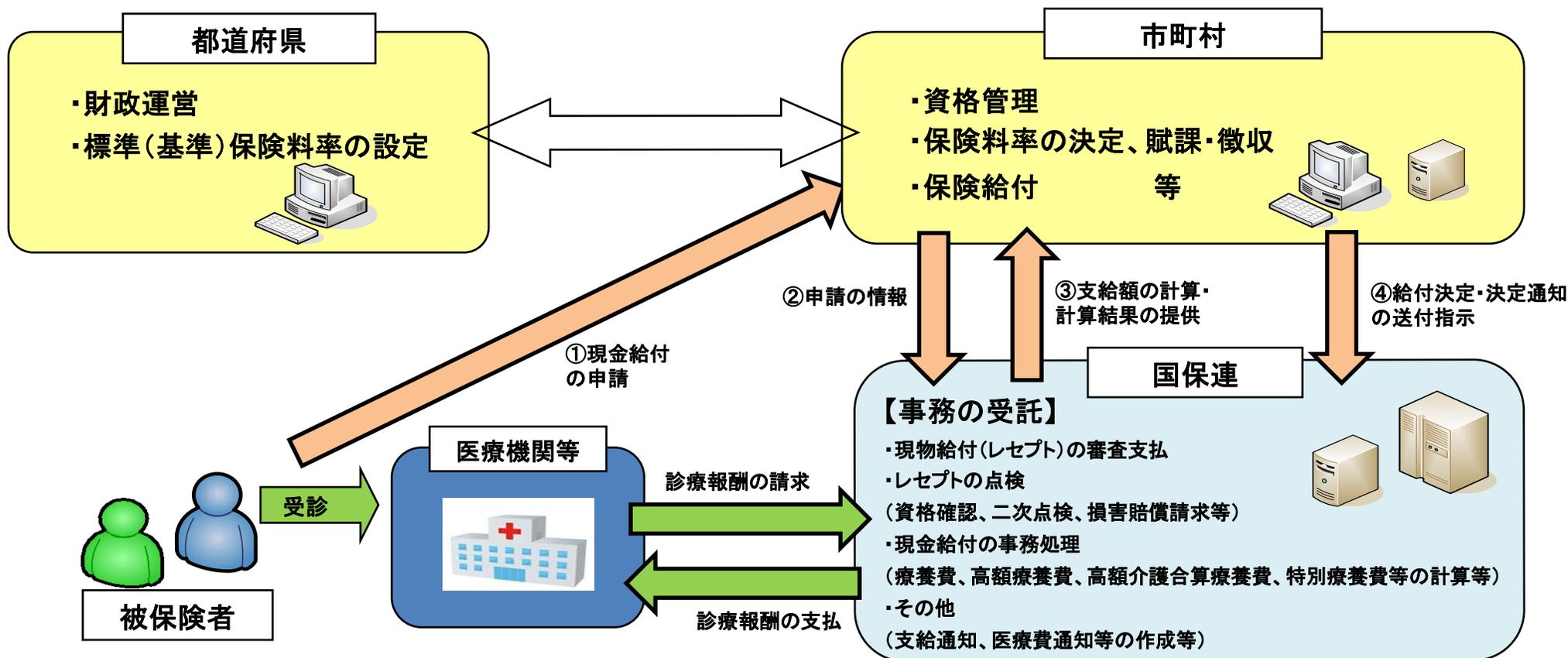
※ ①②いずれの場合であっても、75歳以上の給付事務を「都道府県単位の運営主体(広域連合・都道府県)」で行い、75歳未満の給付事務を「市町村」で行うため、5 高齢者と若人で世帯合算して給付を行う高額療養費については、両者が連携して事務処理を行う等、住民に分かりやすいものにすることが必要。

# 給付事務等の各種事務の市町村からの委託

○ 給付事務をはじめとする各種事務について、事務処理や体制の効率化を図ることができるよう、市町村等の意向に沿って、国保保険者の共同処理機関としての国民健康保険団体連合会(国保連)を最大限活用できるようにする必要がある。

※ 現在、各広域連合や市町村によって国保連への委託状況は異なっている。

※ 現金給付の支給決定など保険者としての決定行為については市町村が行う必要があるが、支給額の計算・確認など支給決定に付随する事務処理については国保連が行うことができるようにする必要がある。



# 保険料率の決定・賦課・徴収・納付の仕組み(第一段階)

都道府県

- ① 都道府県は、高齢者の保険給付及び保健事業に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準（基準）保険料率を定める。  
※ 離島など医療の確保が著しく困難である地域については、現行制度同様、不均一保険料率の設定を可能とする。

- ② 市町村は、標準（基準）保険料率を基に、条例で高齢者の保険料率を定める。

- ③ 市町村は、現役世代の被保険者の保険料率を条例で別途定める（広域化等支援方針に基づき標準化を進める）。

- ④ 市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の他の現役世代の被保険者の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。

- ⑤ 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付する。

- 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付することとし、保険料の収納不足が生じた場合には、都道府県が財政安定化基金を活用する。  
（現行制度同様、1/2交付、1/2貸付）

〔 仮に、市町村において、都道府県が定めた標準（基準）保険料率より低い保険料率を決定する場合、標準（基準）保険料率を適用すれば徴収できた額との差額は、市町村が一般会計から補填する仕組みとすることが必要。 〕

※ 全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、市町村が責任を持って収納対策に取り組む仕組みとする。その具体的なあり方については、第一段階の施行状況も踏まえつつ検討する。

納付

市町村

# 全年齢での都道府県単位化(第二段階)に向けて

○ 第二段階に向けては、以下の点について結論を得ることが必要。

## ① 保険料の設定

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、高齢者と現役世代の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか。
- ・ 市町村の収納率や医療費格差を保険料率に反映するか。また、保健事業、国保直診などへの保険料の充当をどうするか。

## ② 財政調整のあり方

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、高齢者と現役世代の会計を区分する必要があるのか。(高齢者と現役世代の保険料を別々とするのかどうかとも関係)
- ・ 被用者保険と国保の間の財政調整の方法をどうするのか。

## ③ 事務体制のあり方

- ・ 都道府県と市町村の役割分担について見直す必要があるのか。

⇒ これらの点については、現時点で拙速に判断することは適当ではなく、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら検討することが必要。

⇒ 一方、第二段階への移行の目標時期については、

- ① できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること
- ② そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化の取組が計画的に進められることが必要であるが、具体的な時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、目標とする具体的な時期を設定することが必要。

⇒ 具体的には、第一段階の施行状況を確認し、第二段階の検討・施行準備に必要な期間、法定外一般会計繰入・繰上充用の解消に向けた取組に必要な期間、保険料の平準化を円滑に行うために必要な期間を勘案して、第一段階の施行から5年後(平成30年度)を目標とすることとし、法律上これを明記する。

# 保険料の平準化に向けた取組

○ 第二段階への移行の目標時期までに、保険料の平準化に向けて、「広域化等支援方針」に基づき、

- ① 保険財政共同安定化事業の対象医療費(現行30万円超)の拡大
- ② 保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し  
(医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大)
- ③ 保険料算定方式の標準化
- ④ 収納率向上や医療費適正化等への取組
- ⑤ 法定外一般会計繰入、繰上充用の段階的・計画的な解消に向けた取組

等について、都道府県のリーダーシップの下に、市町村が利害を超えて取り組むことが必要があり、国においても必要な助言・支援を行う。

平成22年度

平成23～24年度

平成25年度～  
(第一段階)

＜5年間＞

平成30年度～  
(第二段階)

広域化等支援方針に基づいた環境整備			若人部分も含めた 都道府県単位化
保険財政共同安定化事業	・検討	保険財政共同安定化事業(いわゆる再保険)の対象医療費(現行30万円超)の拡大 → 段階的に財政運営の都道府県単位化が進む	
		保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し (医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大) → 段階的に保険料水準が平準化する	
保険料算定方式の標準化	・検討	・標準化された保険料算定方式への変更	
収納率の格差	・分析 ・収納率 目標設定	・収納率の向上	
法定外一般会計繰入・繰上充用	・分析	・法定外一般会計繰入の段階的縮小 ・繰上充用の段階的縮小	



# 国と地方の協議の場

- 国保の構造的問題の解決及び全年齢での都道府県単位化(第二段階)に向けて、費用負担のあり方や国保の運営の具体的なあり方等について、厚生労働省と地方の協議の場を設定し、具体的な検討を行う。
- 具体的には、平成25年度で暫定措置の期限を迎えることとなる財政基盤強化策の平成26年度以降のあり方、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方、第二段階の都道府県単位化を図る際の保険料の設定、事務体制等の国保の運営のあり方について幅広く検討を行う。

## (参考)

### 1. 国保財政基盤強化策(暫定措置)／平成22～25年度

#### (1) 高額医療費共同事業の継続

- 1人1か月80万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有(負担区分)市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4

#### (2) 保険財政共同安定化事業の見直し(都道府県の役割と権限の強化)

- 1人1か月30万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有
- 保険料平準化や国保財政の広域化等の観点から、都道府県が次の内容について「広域化等支援方針」で定めることができるようにする。
  - ・ 事業の対象となる医療費の範囲の拡大(30万円以下でも可)
  - ・ 市町村国保からの拠出金の拠出方法の基準

#### (3) 保険者支援制度の継続

- 低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援(負担区分)国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

### 2. 法定外一般会計繰入・繰上充用の状況

※ 平成20年度の市町村国保の単年度収入は12兆4,589億円。法定外一般会計繰入は3,670億円であるが、保険給付以外の支出である保健事業や直営診療施設等の繰入、東京都の財政調整分等を除いた額は2,592億円(単年度収入の2.1%)。さらに、2,592億円の内訳には地方単独事業の実施に伴うものが450億円含まれている。1,778保険者のうち1,223保険者において、法定外一般会計繰入を行っている。

※ 平成20年度の前年度繰上充用は1,714億円。1,778保険者のうち191保険者において、前年度繰上充用を行っている。

### 3. 第二段階に向けた検討事項

- 保険料の設定
- 財政調整のあり方
- 事務体制のあり方

# 費用負担(第一段階)

- 独立型制度を廃止し、75歳以上の方も国保・被用者保険に加入することとなるが、75歳以上の医療給付費については、公費、75歳以上の高齢者の保険料、74歳以下の加入者数・総報酬に応じて負担する支援金で支える。
- このような費用負担とすることにより、75歳以上の方の偏在により生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなるが、加えて、65歳から74歳までの方についても、国保に偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。

## <現行制度>

## <新制度(第一段階)>

保険料の伸びを抑制する仕組みを導入(保険料負担率の見直し・財政安定化基金の設置)

加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して支援金を投入(被用者保険からの支援は、負担能力に応じた分担とすべく、総報酬割を導入)

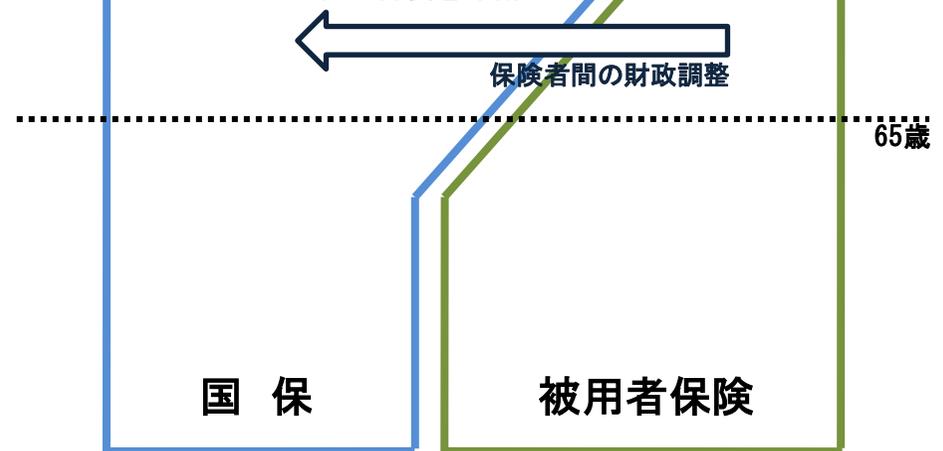
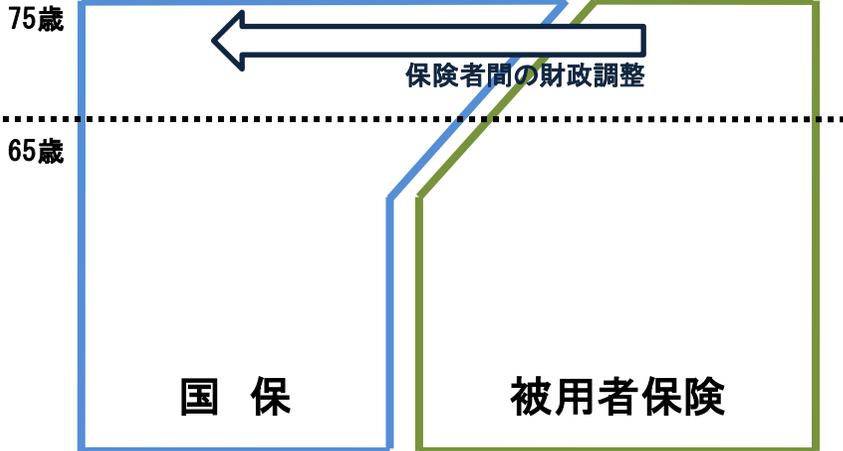
加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して公費を投入(現在47%の公費負担割合を50%に引き上げる)



都道府県単位の  
財政運営

<加入する制度を年齢で区分>

<加入する制度を年齢で区分しない>



※ 第二段階の財政調整のあり方については改めて検討

# 公費のあり方

○ 公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要。

○ 現行の高齢者医療制度は、75歳以上の医療給付費に約5割(※)の公費を投入しているところ。  
(平成22年度予算ベース 5.5兆円(うち国3.7兆円、都道府県0.9兆円、市町村0.9兆円))

(※) 現役並み所得を有する高齢者(約120万人、約7%)の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている(実質47%の公費負担割合)。

⇒ まず新たな制度への移行時に、これを改善し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げる。  
※ 50%への引上げの所要額 2013年度 3,500億円

⇒ 現在、75歳以上の医療給付費に対する公費については、国:都道府県:市町村が4:1:1の比率で負担しているが、75歳の医療費を国民全体で支え合うという考え方や、新たな制度が地域保険と職域保険に分離されることを踏まえ、国及び地方が適切に財政責任を果たす。

⇒ 現在、「政府・与党社会保障改革検討本部」が設置され、社会保障改革の全体像及びその安定的な財源の確保について議論が進められているところであるが、医療費財源をどのように確保していくかについては、その時々<sup>々</sup>の社会経済情勢等を踏まえながら、国と地方の国と地方の財源のあり方を含め、政府全体として適切に対応することが必要である。

このため、定期的に、医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。

## 「高齢者医療制度改革会議」と「政府・与党社会保障改革検討本部」との関係について

- 「政府・与党社会保障改革検討本部」においては、社会保障の全体像について、必要とされるサービスの水準・内容も含め、国民に分かりやすく提示するとともに、社会保障を支える安定的な財源をどう確保するかについて議論しているところ。
- すなわち、今後の中期的な社会保障改革、機能強化に伴う財源の確保、中長期的な安定的社会保障財源の確保についてのマクロの議論を行っており、各分野ごとの制度の詳細や個別の財源論等を議論することは具体的に予定されていない。
- 日程については、年内を目途に、社会保障改革の基本的方向性について、国民的議論の土台となる現段階でのとりまとめを行う予定。このとりまとめを受けた今後のスケジュールは未定である。



⇒ 医療費財源をどのように確保していくかについては、医療費の伸びや賃金の伸びはその時々で大きく異なることから、その時々<sup>の</sup>社会経済情勢等を踏まえながら、適切に判断・対応していくことが必要である。このため、新たな制度では、公費のあり方等を定期的に検討する仕組みを設けることとし、これを法律に明記することとしており、これにより、国と地方の財源のあり方を含め、政府全体として適切に判断・対応する仕組みが作られることになる。

# (参考)「政府・与党社会保障改革検討本部」について

## 政府・与党社会保障改革検討本部について

社会保障改革の全体像については、政府・与党が一体となって、必要とされるサービスの水準・内容を含め、国民に分かり易い選択肢を提示するとともに、その財源の確保について一体的に議論する必要がある。このため、これを検討する場として、内閣総理大臣の下に以下の構成による政府・与党社会保障改革検討本部を平成22年10月28日に設置。

### (参考：社会保障改革に関する有識者検討会)

政府・与党社会保障改革検討本部の議論に資するため、内閣総理大臣が社会保障分野等の有識者の参集を求め、社会保障改革に関する有識者検討会を開催。

#### 【開催状況】

平成22年10月28日 第1回政府・与党社会保障改革検討本部  
議題：社会保障の現状及び課題について

11月9日 第1回社会保障改革に関する有識者検討会  
議題：①今後の進め方  
②社会保障の現状と課題について

16日 第2回社会保障改革に関する有識者検討会  
議題：社会保障の改革について

22日 第3回社会保障改革に関する有識者検討会  
議題：社会保障の改革について

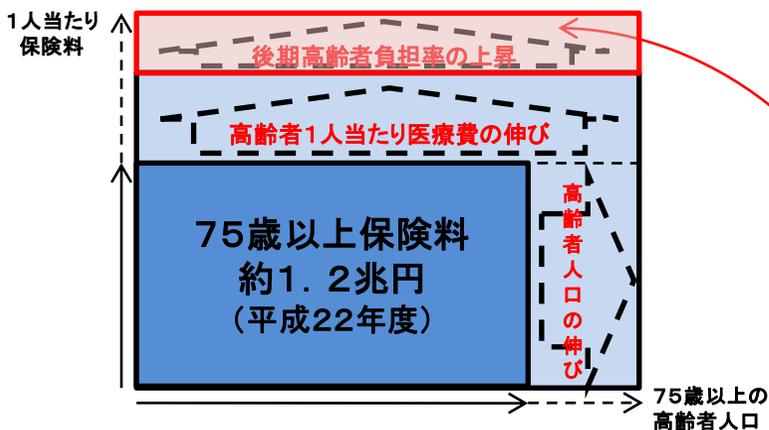
12月1日 第4回社会保障改革に関する有識者検討会  
議題：社会保障の改革について

# 高齢者の保険料の負担率

○ 現行制度においては、現役世代(75歳未満)の負担の増加に配慮し、「現役世代人口の減少」による現役世代の保険料の増加分を75歳以上の高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる仕組みになっている。

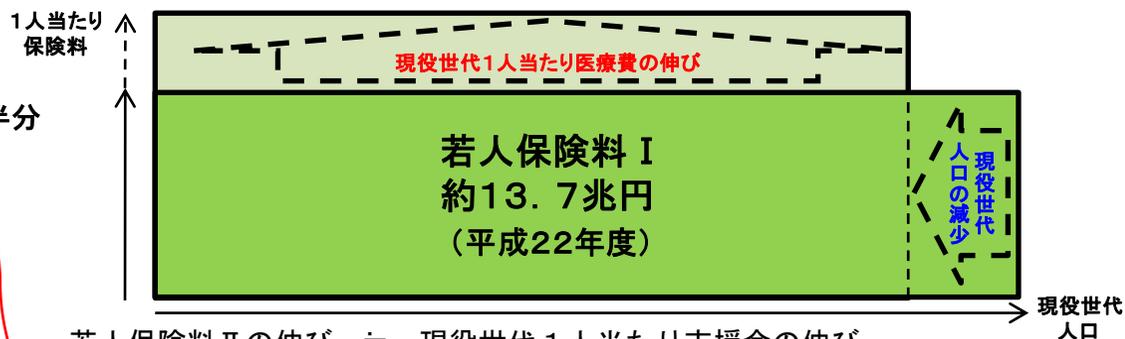
## 高齢者の保険料・・・高齢者医療給付を賄うための保険料

高齢者保険料の伸び  $\equiv$   $\frac{\text{高齢者1人当たり医療費の伸び}}{\text{高齢者人口の伸び}}$   
 + 後期高齢者負担率の上昇

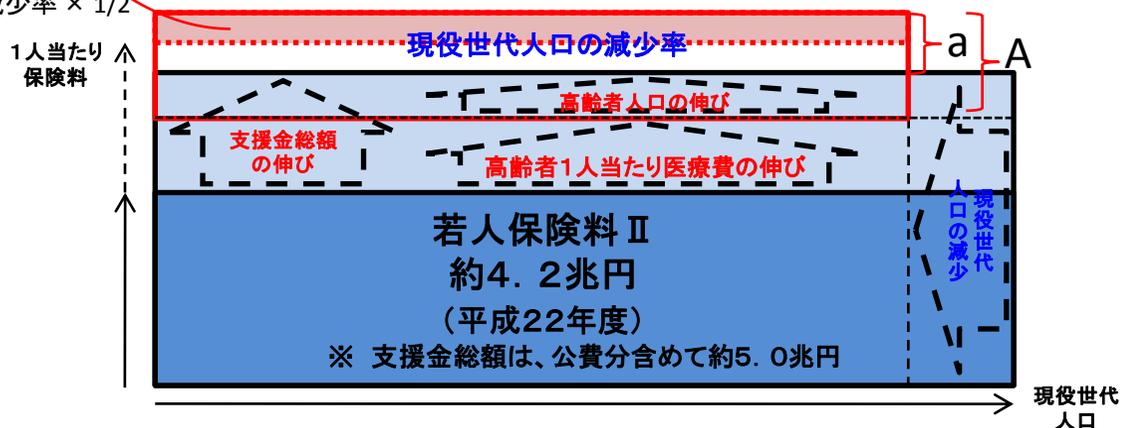


## 現役世代の保険料・・・若人保険料Ⅰ (若人医療給付を賄うための保険料) + 若人保険料Ⅱ (高齢者医療給付を支える保険料(支援金))

若人保険料Ⅰの伸び  $\equiv$   $\frac{\text{現役世代1人当たり医療費の伸び}}{\text{現役世代人口の伸び}}$



若人保険料Ⅱの伸び  $\equiv$   $\frac{\text{現役世代1人当たり支援金の伸び}}{\text{現役世代人口の伸び}}$   
 $\equiv$   $\frac{\text{支援金総額の伸び} + \text{現役世代人口の減少率}}{\text{現役世代人口の伸び}}$   
 $\equiv$   $\frac{\text{高齢者1人当たり医療費の伸び}}{\text{現役世代人口の伸び}}$   
 + 高齢者人口の伸び + 現役世代人口の減少率  
 - 後期高齢者負担率の上昇による支援金の減少分



※ 支援金総額は、公費分含めて約5.0兆円

※ 後期高齢者負担率 = 10% + 平成20年度の現役世代負担割合(約4割) × 平成20年度から改定年度までの現役世代人口の減少率 × 1/2

**(現行制度の問題点)**

- ① 高齢者と現役世代の保険料規模の違い(1:15)を考慮していないため、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造にある。
  - ② 高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていない。
- ⇒ 「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」に伴う現役世代の保険料の増加分(前ページの右下の赤枠A部分)を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。これにより、高齢者と現役世代の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなる。
- ⇒ 現行制度は平成24年度に次期保険料の改定を迎えるため、新たな制度の施行に先立って見直す。

**負担率の変化の見通し**

	(後期高齢者医療制度)			(新制度)				
	20年度	22年度	24年度	25年度	26年度	28年度	30年度	32年度
現行制度	10%	10.26%	10.62%	10.62%	10.92%	11.30%	11.70%	12.06%
見直し後	—	—	10.48%	10.48%	10.64%	10.88%	11.12%	11.25%

(※)平成25年度から現役並み所得を有する高齢者にも公費を投入し、被用者保険間では総報酬割を導入した場合で試算。

**保険料額の変化の見通し**

**<現行制度>**

	25年度	32年度	37年度
75歳以上1人当たり 保険料額(年額)	6.8万円 (※)	8.7万円 (28%増)	10.1万円 (48%増)
75歳未満1人当たり 国保保険料額(年額)	9.6万円	11.5万円 (20%増)	13.2万円 (38%増)

高齢者の保険料の  
伸び率の方が大きい

**<見直し後>**

	25年度	32年度	37年度
75歳以上1人当たり 国保保険料額(年額)	7.0万円 (※)	8.5万円 (20%増)	9.5万円 (35%増)
75歳未満1人当たり 国保保険料額(年額)	9.4万円	11.2万円 (19%増)	12.9万円 (37%増)

保険料の伸び率  
がほぼ均衡

(※) 現行制度の75歳以上1人当たり保険料額の6.8万円は、9割軽減を受けている被扶養者などを含む加入者1人当たりの保険料額であり、見直し後の7.0万円は、被用者保険に移行した者を除いた国保加入者の1人当たり保険料額であり、対象者が異なっている。こうした理由により、1人当たり保険料額に差が生じているものであり、制度移行に伴い、75歳以上の国保加入者の保険料負担が増加するものではない。

# 被用者保険者間の支援金の按分方法

- 現行の後期高齢者医療制度の支援金について、被用者保険者間では、各保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなっている。
- このため、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者数割とする負担方法が導入された。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)



⇒ 今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法をすべて総報酬割とする。

※ 支援金の負担が応能負担となった場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担(3分の2加入者割分の16.4%、2013年度2,100億円)は不要となる。

## (参考)総報酬割導入による支援金の負担額の変化

(2013年度推計)

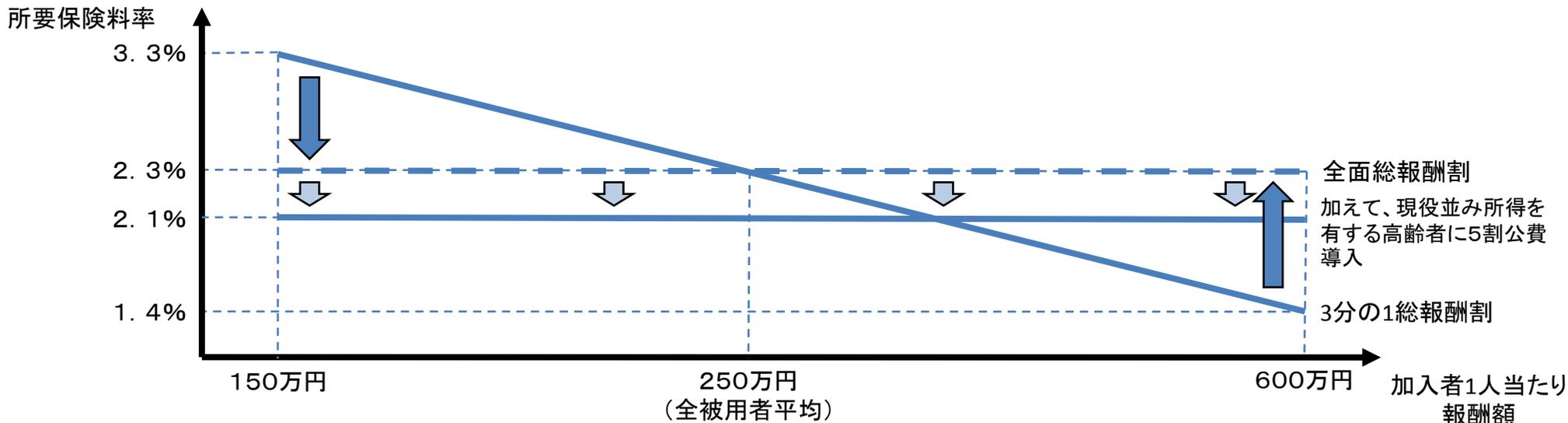
	協会けんぽ	健保組合	共済組合	被用者保険 計
2/3 加入者割	1兆2,700億円 (加入者数3,370万人／全体比47%)	1兆900億円 (加入者数2,850万人／全体比40%)	3,400億円 (加入者数890万人／全体比12%)	2兆7,300億円 (加入者数7,160万人)
1/3 総報酬割	5,300億円	6,100億円	2,100億円	1兆3,700億円
計(①)	1兆8,100億円	1兆7,000億円	5,600億円	4兆1,000億円
全面総報酬割 (②)	1兆6,000億円 (総報酬69.6兆円／全体比39%)	1兆8,300億円 (総報酬79.7兆円／全体比45%)	6,400億円 (総報酬28.0兆円／全体比16%)	4兆1,000億円 (総報酬178.7兆円)
負担額の変化 (②-①)	▲2,100億円	+1,300億円	+800億円	±0

(注) ・加入者数・総報酬は75歳未満。  
・支援金に係る前期財政調整後の額である。

・被用者保険計には全国土木国保組合を含む。  
・健保組合には、65歳未満の特例退職被保険者分を除く。

# (参考) 新制度において支援金を総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)

— 2013年度(平成25)推計 —



(注1) 2013年度の所要保険料率は、賃金上昇率が0%の前提で算出。また、前期財政調整を加味した支援金負担を算定。

(注2) 協会けんぽの加入者1人当たり報酬額は207万円。1人当たり報酬額が協会けんぽより高い健保組合は1,338、低い健保組合は124。

## (参考1) 支援金の総報酬割導入等による負担増(負担減)の保険者数 (2013年度推計)

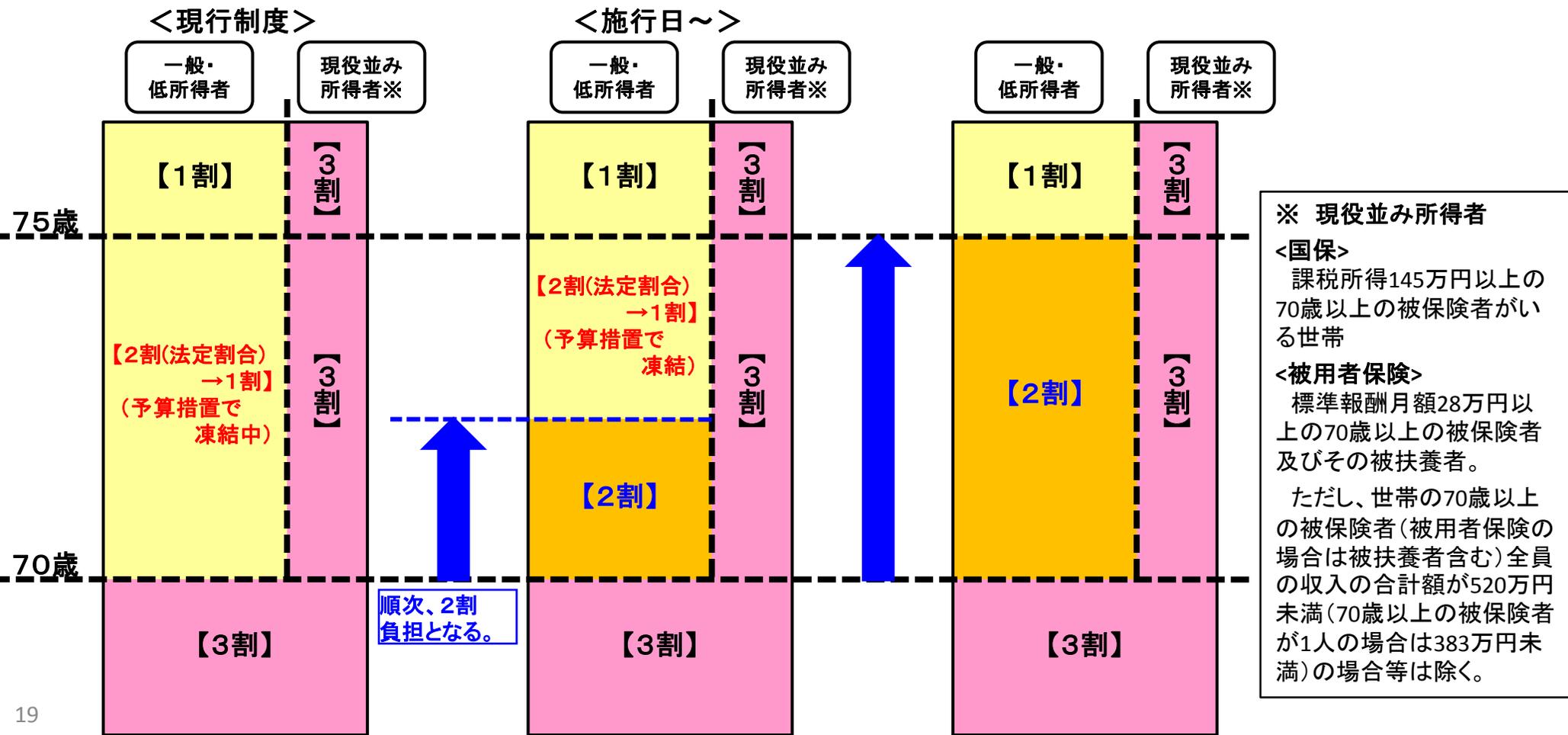
	全面総報酬割導入		加えて、現役並み所得を有する高齢者に5割公費を導入した場合	
	健保組合	共済組合	健保組合	共済組合
負担増 保険者数	872	82	540	62
負担減 保険者数	590	1	922	21

## (参考2) 支援金の負担額の変化の例 (2013年度推計)

	加入者数 (75歳未満)	加入者一人当たり報酬額 (75歳未満)	3分の1総報酬割	全面総報酬割	加えて、現役並み所得を有する 高齢者に5割公費を導入した場合
A健保組合	1,840人	501万円 (総報酬9,220百万円)	142百万円	212百万円	197百万円
			所要保険料率 1.5%	所要保険料率 2.3%	所要保険料率 2.1%
B健保組合	1,939人	164万円 (総報酬3,184百万円)	99百万円	73百万円	68百万円
			所要保険料率 3.1%	所要保険料率 2.3%	所要保険料率 2.1%

# 患者負担割合(特に70~74歳の患者負担割合)

- 70~74歳の方の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結しているところであり、70歳を境に急に負担が低下することとなっている。
- 仮に、負担割合を単純に引き上げることとした場合には、今まで1割負担であった方の負担が急に2割へと増加する一方、1割負担に恒久化することとした場合には、各保険者の負担が増え、現役世代の保険料が増加する。  
※ 仮に1割負担で恒久化した場合の財政影響 +2,000億円(協会けんぽ500、健保組合500、共済200、市町村国保300、公費500)
- このため、個々人の負担が増加しないよう配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70~74歳の方の患者負担について、新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。



# (参考)高額療養費の自己負担限度額

○ 特に配慮すべき低所得の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする。

70歳未満  
(3割負担)

上位所得者 (月収53万円以上等)	150,000円+1% (83,400円)
一般	80,100円+1% (44,400円)
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 (24,600円)

変更なし

70歳未満  
(3割負担)

上位所得者	150,000円+1% (83,400円)
一般	80,100円+1% (44,400円)
低所得者	35,400円 (24,600円)

70歳以上(原則1割負担)

		外来 (個人ごと)	自己負担 限度額
現役並み所得者 (月収28万円以上、 課税所得145万円以上)		44,400円	80,100円+1% (44,400円)
一般		12,000円	44,400円
低所得者 (住民税非課税)	II	8,000円	24,600円
	I (年金収入80万円以下等)		15,000円

一般のみ変更

70歳以上75歳未満(原則2割負担)

		外来 (個人ごと)	自己負担 限度額
現役並み所得者		44,400円	80,100円+1% (44,400円)
一般		24,600円	62,100円 (44,400円)
低所得者	II	<u>8,000円</u>	<u>24,600円</u>
	I		<u>15,000円</u>

75歳以上(原則1割負担)

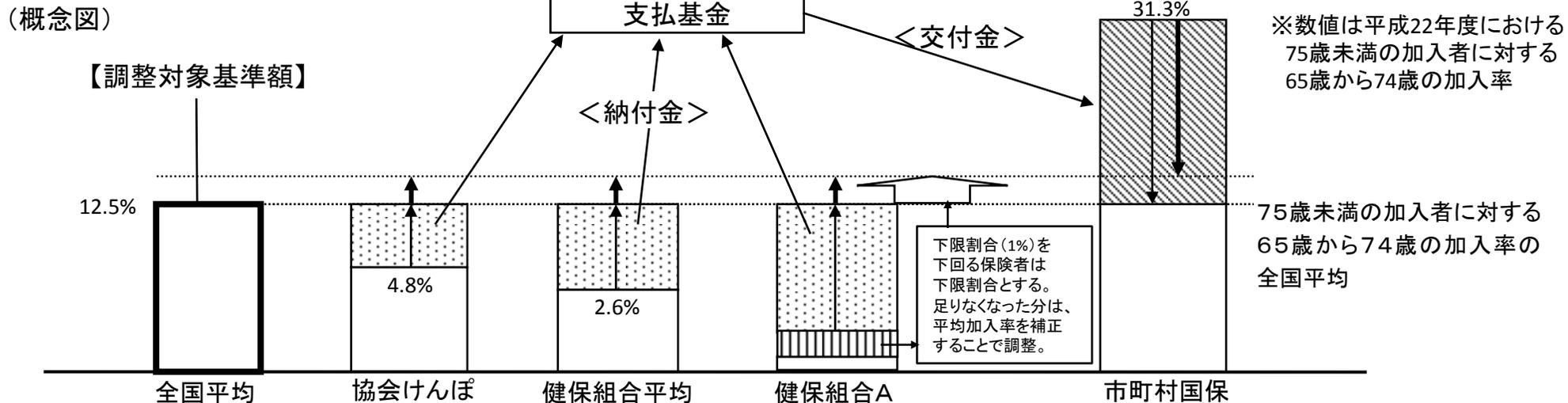
現役並み所得者		44,400円	80,100円+1% (44,400円)
一般		12,000円	44,400円
低所得者	II	<u>8,000円</u>	<u>24,600円</u>
	I		<u>15,000円</u>

変更なし

20 (注) 金額は1月当たりの限度額。( )内の金額は、多数該当(過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当)の場合。

# 保険者間の財政調整 (65歳から74歳までの方の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整する仕組み)

- 新たな制度においても、65歳から74歳までの方の偏在により保険者間の負担の不均衡が生じることとなる。これを是正するため、保険者間の財政調整の仕組み(現行の前期財政調整)を継続する。
- 具体的には、各保険者は、65歳から74歳までの方に係る給付費及び支援金について、75歳未満の加入者に対する65歳から74歳の加入率が全国平均と同じであるとみなして算定された額(調整対象基準額)を負担する。
  - ※ 給付費のみならず、65歳から74歳までの方に係る支援金についても、これらの方の偏在に伴う負担であり、全ての保険者で負担を分かち合うべきであることから、現行の前期財政調整においても調整対象となっている。(旧退職者医療制度でも、退職者に係る老健拠出金は、被用者保険が負担)
  - ※ 被用者保険グループにおいては、支援金を全面総報酬割で負担することとすれば、65歳から74歳までの方に係る支援金についても、全面総報酬割で負担することとなる。(現在は、3分の1が総報酬割、3分の2が加入者割)
- また、現行と同様、以下の措置を引き続き設ける。
  - ① 75歳未満の加入者に対する65歳から74歳までの加入率が著しく低い保険者の負担が過大とならないよう、加入率の下限を定める。【現在の下限 1%(平成22年度)】
  - ② 65～74歳の方に係る給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える部分を調整の対象から外すことにより、各保険者の医療費の効率化を促進する。【1人当たり医療費が全国平均の1.46倍を超える部分を調整対象外(平成22年度)】
  - ③ 納付金等の他保険者への持出しが、給付費等の義務的支出の合計額に比して著しく過大となる保険者の納付金のうち、その過大となる部分について、全保険者で再按分する。【全保険者の3%が調整の対象となるよう設定】



# 健康づくり・医療の効率的な提供等

## 【現状・課題】

## 【見直しの方向性】

### 論点Ⅰ 各地域における 医療費適正化の 取組

- 都道府県単位での健康づくりや医療の効率的な提供に向けた取組を一層推進するための体制や具体的仕組みについて検討が必要。

### 論点Ⅱ 各保険者における 壮年期からの 健康づくり等

- 特定健診等の実施率の向上が課題。  
特定健診実施率38.3%  
特定保健指導終了率7.8%  
(平成20年度)
- 75歳以上の方の健康診査について、広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。  
(平成20年度21%)

### 論点Ⅲ 高齢期における 医療の効率的な 提供を図るため の取組

- 必要な医療の提供が妨げられることのないよう配慮しつつ、効率化できる部分を効率化する取組の強化は必要。
  - ・ 医療費通知が未実施  
…4広域連合
  - ・ 後発医薬品希望カードの配布が未実施…6広域連合
  - ・ 重複・頻回受診者への訪問指導が未実施…28広域連合(全市町村で実施している広域連合は8)

- 医療費適正化計画等の策定主体である都道府県が、国保の財政運営を担うことで、医療費適正化計画等がより実効あるものになる。
- 都道府県・市町村・保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備。

- 特定健診等の実施率向上に向けた取組の検討・実施。
- 75歳以上の方々に対しても保険者に実施を義務付け。国保の特定健診等の費用について、国・都道府県はそれぞれ1/3を負担。
  - ※ 高齢者への対応を含め、健診項目、保健指導のプログラムなど、技術的な問題については別途検討。
- 保険者による特定健診等のハイリスクアプローチに加え、健康づくりの普及啓発等のポピュレーションアプローチにより個人の行動変容に結び付けていく。

- 医療費通知の100%実施。
- 後発医薬品希望カードの配布及び利用差額通知の100%実施。
- 重複・頻回受診者への訪問指導の強化。
- レセプト点検、適正受診の普及・啓発等の取組の強化。

# 支援金の加算・減算の仕組みについて

- 現在、後期高齢者支援金については、各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じて、±10%の範囲内で加減算する仕組みとなっている。(平成25年度から施行)

現行の加減算制度については、以下のような問題点が指摘されている。

- そもそも実施率の低い保険者へのペナルティーである等の理由により、加減算制度自体を廃止すべき、との意見をどう考えるか。
  - 保険財政全体に貢献をした保険者にメリットを与えるのが加減算制度の本来の趣旨。既に20年度において国の定める参酌基準を達成した保険者も存在。
- 状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか。(被用者保険と市町村国保の達成状況の相違など)
  - 保険者毎の状況に配慮し保険者の種別・規模等を勘案する必要があるか。
- 加減算される金額(最大で後期高齢者支援金の±10%)が過大ではないか。(特定健診等の全保険者の事業規模は約1,000億円程度である一方、後期高齢者支援金の10%は、約5,000億円程度(平成22年度予算ベース))
  - 保険者毎の財政状況を勘案し適正な加減算の規模とする必要があるか。
- 生活習慣病対策による将来的な医療費への効果と加減算される支援金の対応関係をどのようにつけるか。
  - 中期的な実施状況やデータの蓄積状況を勘案する必要があるのではないか。

⇒ 各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じたインセンティブの仕組みは必要であることから、現行と同様の支援金を加減算する仕組みを新たな制度にも設けることとした上で、これらの問題点を踏まえて関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第2期のスタート(平成25年度～)までに結論を得る。

# 新制度における医療費、給付費の将来見通し

- 医療費、給付費の将来見通しについては、近年の実績を踏まえて1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定し、高齢化の影響を反映した人口推計を基に、将来に投影して推計を行うと、
- ・ 国民医療費は、2010年度37.5兆円から2025年度52.3兆円に14.8兆円増加(年平均伸び1.0兆円、2.2%)
  - ・ 医療給付費は、2010年度31.9兆円から2025年度45.0兆円に13.1兆円増加(年平均伸び0.9兆円、2.3%)
- となる見通し。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

(兆円)

	2010年度 (平成22・賦課ベース)	2013年度 (平成25)	2015年度 (平成27)	2020年度 (平成32)	2025年度 (平成37)	年平均伸び(2010→2025)	
						増減	伸び率
国民医療費	37.5	40.4	42.3	47.2	52.3	1.0	2.2%
(医療保険分)	35.1	37.9	39.7	44.2	49.0	0.9	2.2%
65歳未満	15.9	16.0	15.9	16.3	17.3	0.1	0.6%
65～74歳	6.4	7.1	7.7	8.2	7.6	0.1	1.2%
75歳以上	12.8	14.8	16.1	19.7	24.1	0.8	4.3%
医療給付費	31.9	34.5	36.1	40.4	45.0	0.9	2.3%
(医療保険分)	29.4	31.8	33.4	37.5	41.8	0.8	2.4%
65歳未満	12.4	12.5	12.3	12.7	13.5	0.1	0.5%
65～74歳	5.3	5.8	6.4	6.8	6.3	0.1	1.2%
75歳以上	11.7	13.5	14.7	18.0	22.0	0.7	4.3%

※ 医療給付費(2025年度45.0兆円)という水準は、平成18年度制度改正時の見通しの医療給付費(2025年度48兆円)を下回る。  
また、当時の48兆円という推計値は、医療費適正化の中長期的方策である平均在院日数短縮及び生活習慣病対策による6兆円の適正化効果を織り込んだものである一方、上記45.0兆円は、こうした適正化効果を織り込んでいない数字。

※ 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)について、平成18年度制度改正時は、介護保険導入等の影響を適切に除去することが困難であるため、その前の平成7年度から平成11年度の実績を用いて、70歳未満2.1%、70歳以上3.2%と設定。平成15年度の3割負担の導入以後、大きな制度改正がないことから、今回の試算では、平成17年度から平成21年度の直近の実績を用いて、70歳未満、70歳以上ともに1.5%と設定。

# 新制度における制度改正等の影響

## (1) 高齢者の保険料の負担率の見直し

○ 高齢者の保険料負担率は、現役世代の人口減少を踏まえ、平成20年度の10%から保険料改定の都度、引き上げる仕組みとなっているが、現行制度では、高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造となっている。(平成25年度→37年度の保険料の伸び率:75歳以上48%増、75歳未満38%増)

このため、高齢者と現役世代の一人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びがほぼ均衡する仕組みに改める。(平成25年度→37年度の保険料の伸び率:75歳以上35%増、75歳未満37%増)

この点については、新制度の施行に先立って、現行制度の次期保険料改定時(2012年度(平成24年度))から見直すこととして試算。

## (2) 新制度への移行による財政影響

○ 以下の点から新制度への移行による各保険制度への財政影響を試算。

(A) 75歳以上の高齢者も現役世代と同じ制度に加入(適用関係の変更)

- ・ 後期高齢者医療制度を廃止して、75歳以上の高齢者も現役世代と同じ制度に加入すると、被用者保険に本人約30万人、被扶養者約190万人が戻る事となるが、被用者保険では被扶養者から保険料を徴収しないことから、被用者保険にとっては負担増。

(B) 75歳以上の医療給付費に対する被用者保険者の支援金を総報酬割

- ・ 75歳以上の医療給付費に対する支援金は、現在、先の制度改正により、総報酬割3分の1、加入者割3分の2となっているが、これをすべて総報酬割にすることにより、健保組合・共済組合全体では負担増。

(C) 現役並み所得を有する高齢者に5割公費

- ・ 現在公費が投入されていない75歳以上の現役並み所得を有する高齢者にも5割公費を投入し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げることにより、すべての保険制度において負担減。

(D) 70~74歳の患者負担の段階的見直し

- ・ 個々の患者が負担増とならないよう、既に70歳に達し1割負担となった方は引き続き1割負担とし、それ以外の方は70歳到達後、順次2割負担としていくことにより、医療給付費は段階的に縮減し、すべての保険制度において負担減。

# 新制度における制度改正等の影響

(億円)

		75歳未満保険料					75歳以上保険料		公費(補正分除く)			
		計	(再)協会 けんぽ	(再)健保 組合	(再)共済 組合	(再)市町村 国保	計	(再)市町村 国保	計	国	都道府県	市町村
2010年度 (平成22)	現行制度	173,100	59,400	57,500	19,800	32,200	8,900	8,000	111,000	80,900	18,600	11,500
2013年度 (平成25)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	184,000	62,900	61,400	21,100	34,000	10,600	9,500	123,100	89,200	20,700	13,100
	新制度	183,500	62,300	61,600	21,700	33,400	10,400	9,300	123,700	89,200	20,900	13,600
	影響額	-400	-600	200	600	-600	-200	-200	700	0	200	500
2015年度 (平成27)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	190,500	64,700	63,700	22,000	35,400	11,700	10,600	131,800	95,300	22,300	14,100
	新制度	189,500	63,900	63,800	22,600	34,600	11,600	10,400	132,200	95,100	22,400	14,700
	影響額	-1,000	-800	100	600	-800	-200	-200	500	-200	100	600
2020年度 (平成32)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	204,800	68,900	67,900	23,600	39,300	15,300	13,900	156,000	112,200	26,800	17,000
	新制度	202,600	67,500	67,700	24,200	38,200	15,200	13,800	156,300	111,600	26,900	17,700
	影響額	-2,200	-1,400	-200	600	-1,100	-100	-100	200	-600	100	700
2025年度 (平成37)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	218,400	73,600	72,100	25,100	42,000	19,900	18,200	180,200	128,400	31,300	20,500
	新制度	215,900	71,800	72,000	26,000	40,800	19,900	18,200	180,800	127,900	31,600	21,300
	影響額	-2,500	-1,800	-200	800	-1,200	0	-100	600	-500	200	900

※1 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。

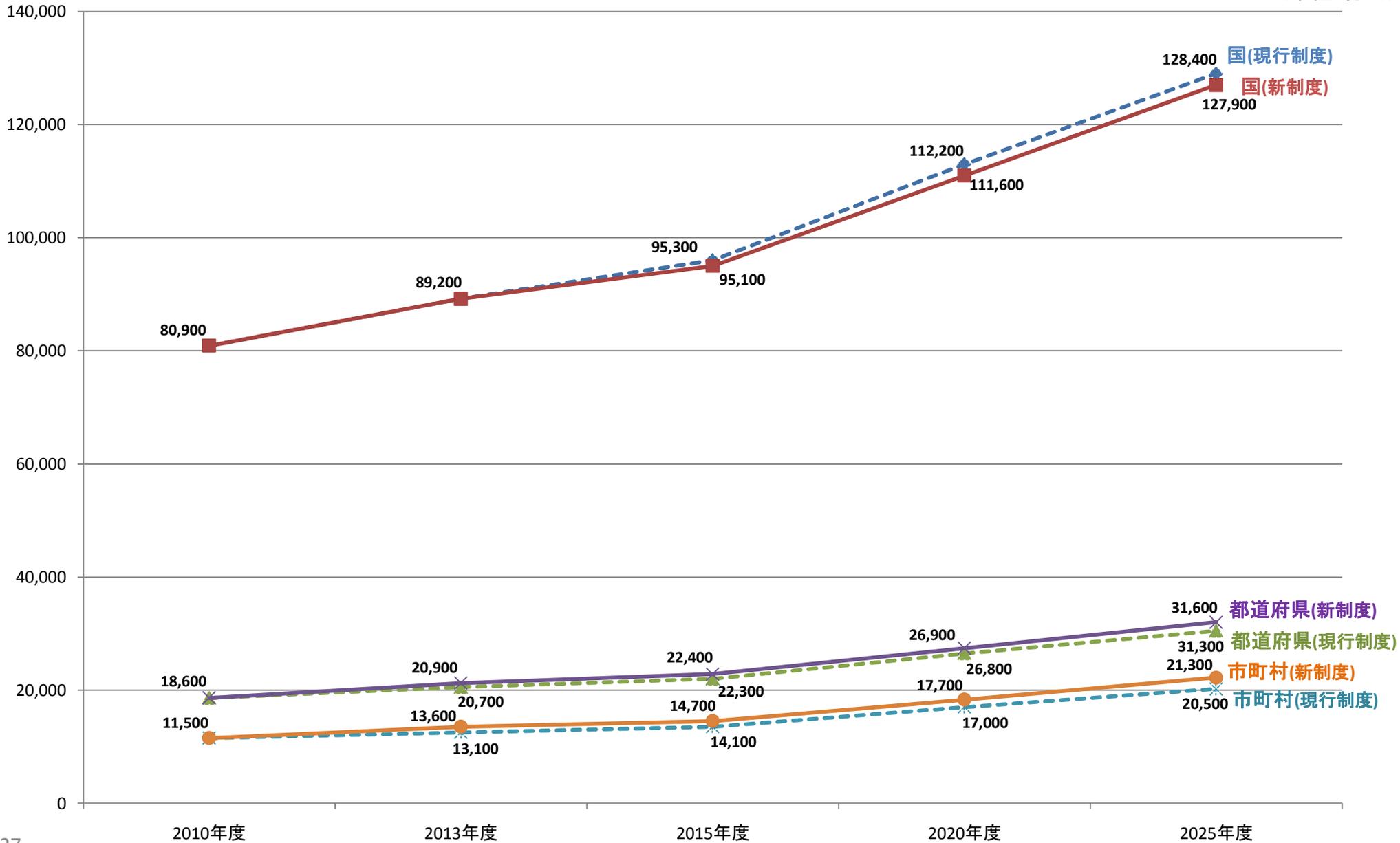
なお、診療報酬改定は見込んでいない。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

※2 保険料は保険料軽減や高額医療費共同事業に係る公費等を控除した後のものである。

また、医療給付に必要な保険料(所要保険料)の見通しであり、市町村国保の法定外繰入がないものとしている。

# 今後の公費の見込み(現行制度と新制度)

(単位: 億円)



# 参考資料

厚生労働省保険局  
平成22年12月8日

# 目次

1. 制度の基本的枠組み、加入関係	2
2. 国保の運営のあり方	9
3. 費用負担	27
(1) 支え合いの仕組み	28
(2) 公費	30
(3) 高齢者の保険料	37
(4) 現役世代の保険料による支援	48
(5) 患者負担	51
4. 健康づくり、医療の効率的な提供等	55
5. その他の重要事項	71
6. 意識調査の概要	74

# 1. 制度の基本的枠組み、加入関係

# 「高齢者医療制度改革会議」の開催

三党連立政権合意及び民主党マニフェスト(※)を踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を平成21年11月より開催。

(※) 「民主党マニフェスト2010」(抄)

後期高齢者医療制度は廃止し、2013年度から新しい高齢者医療制度をスタートさせます。

## ○ 検討に当たっての基本的考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

- ① 後期高齢者医療制度は廃止する
- ② マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- ③ 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- ④ 市町村国保などの負担増に十分配慮する
- ⑤ 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
- ⑥ 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

### ※ 参集者（敬称略）

- |                            |           |                           |       |
|----------------------------|-----------|---------------------------|-------|
| ・日本高齢・退職者団体連合 事務局長         | 阿部 保吉     | ・日本福祉大学社会福祉学部教授           | 近藤 克則 |
| ・慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授     | 池上 直己     | ・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 |
| ・政治評論家・毎日新聞客員編集委員          | 岩見 隆夫     | ・健康保険組合連合会 専務理事           | 白川 修二 |
| ・東京大学大学院法学政治学研究科教授         | 岩村 正彦(座長) | ・前千葉県知事                   | 堂本 暁子 |
| ・全国市長会 国民健康保険対策特別委員長(高知市長) | 岡崎 誠也     | ・高齢社会をよくする女性の会 理事長        | 樋口 恵子 |
| ・日本労働組合総連合会 総合政策局長         | 小島 茂      | ・日本医師会 常任理事               | 三上 裕司 |
| ・諏訪中央病院名誉院長                | 鎌田 實      | ・目白大学大学院生涯福祉研究科教授         | 宮武 剛  |
| ・全国知事会 社会文教常任委員会委員長(愛知県知事) | 神田 真秋     | ・全国町村会長(長野県川上村長)          | 藤原 忠彦 |
| ・全国老人クラブ連合会 相談役・理事         | 見坊 和雄     | ・全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長      | 横尾 俊彦 |
| 3 全国健康保険協会 理事長             | 小林 剛      | (佐賀県後期高齢者医療広域連合長、多久市長)    |       |

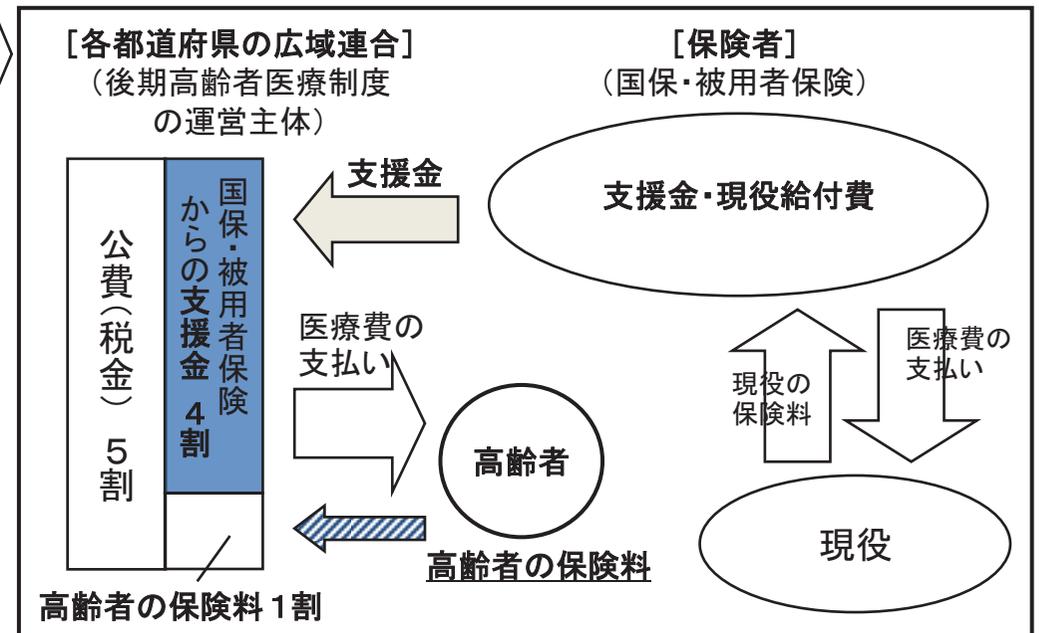
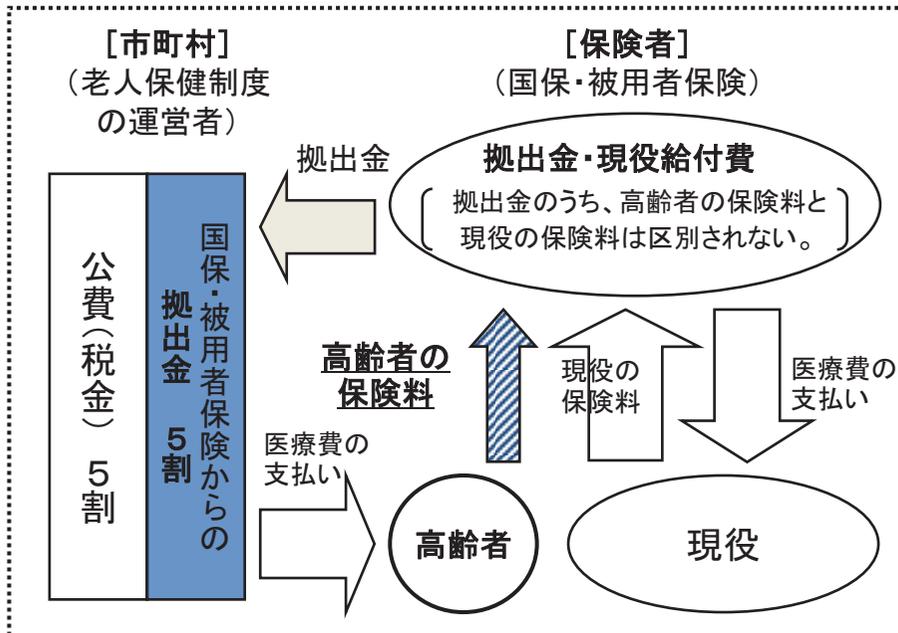
# 老人保健制度の問題点と後期高齢者医療制度

## 旧老人保健制度

- ・若人と高齢者の費用負担関係が不明確
- ・保険料を納める所(健保組合等の保険者)とそれを使う所(市町村)が分離
- ・加入する制度や市区町村により、保険料額に高低

## 後期高齢者医療制度

- ・若人と高齢者の分担ルールを明確化(若人が給付費の4割、高齢者が1割)
- ・保険料を納める所とそれを使う所を都道府県ごとの広域連合に一元化し、財政・運営責任を明確化
- ・都道府県ごとの医療費水準に応じた保険料を、高齢者全員で公平に負担。

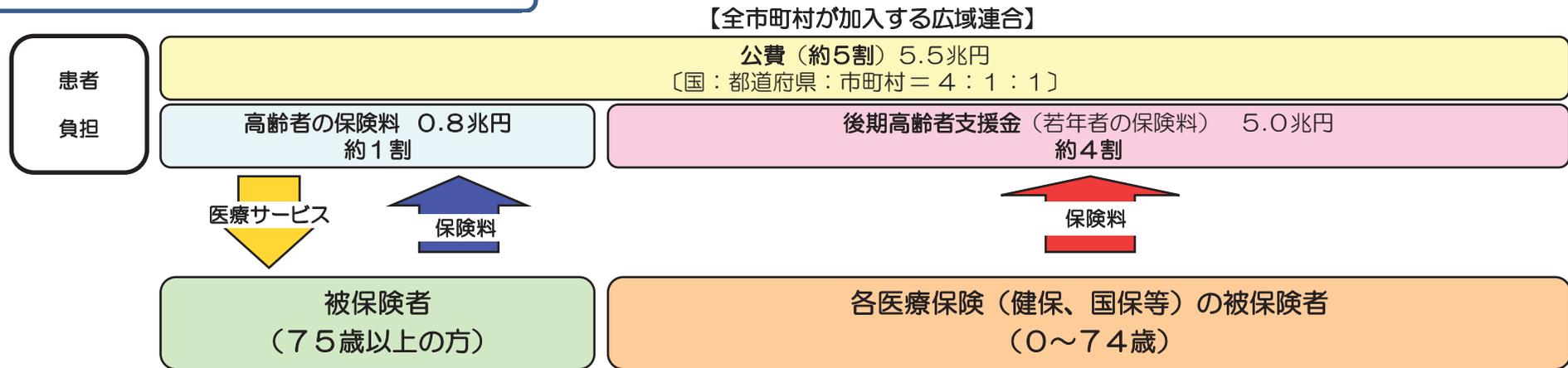


# 現行の高齢者医療制度

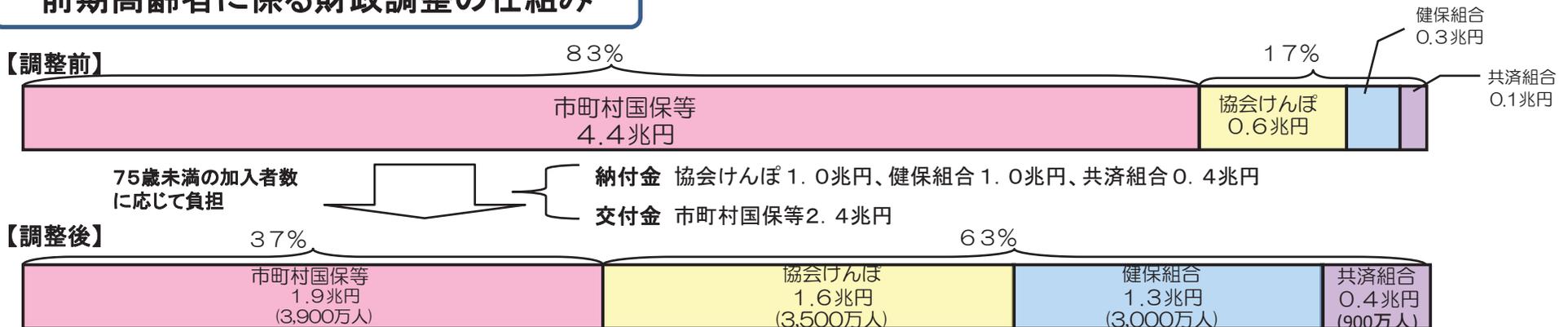
## 制度の概要

- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢者と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

## 後期高齢者医療制度の仕組み



## 前期高齢者に係る財政調整の仕組み



# 後期高齢者医療制度廃止までのこれまでの取組

○ 制度本体の見直しに先行して、既に現行制度の様々な問題点を速やかに解消するための取組を実施。

課 題	問 題 点	取 組 状 況
①保険料の増加	○ 平成22年度の保険料の改定において、平成21年度と比較し、全国平均で14.2%の増加が見込まれた。	○ 財政安定化基金の取崩しや広域連合の剰余金の活用等により、全国平均で2.1%(平成23年度においても保険料率は同じ)に抑制。
②資格証明書	○ 資格証明書の交付を受けると、一旦窓口で医療費の全額を支払うこととなり、高齢者が必要な医療を受けられなくなる恐れ。	○ 原則として交付しないとする基本方針等を通知で明示。 ○ 現時点における資格証明書の交付実績はない。
③健康診査	○ 法律で市町村の実施義務から広域連合の努力義務とされ、受診率が低下。	○ 各広域連合で受診率向上計画を策定。 ○ 平成22年度予算において補助金を拡充。(44.8億円 前年度比27%増)  ※ 受診率; 平成19年度:26% →平成20年度:21% → 平成21年度:24%→平成22年度:27%(見込み)
④人間ドック	○ 後期高齢者医療制度に移行した高齢者に対し、市町村が人間ドックの費用助成を廃止。	○ 市町村に対し再実施を要請。(財政支援も実施)  ※ 実施市町村数;723(19年度末)→141(20年5月) →234(20年度末)→373(現時点) ＜各市町村における取組について、引き続き要請中＞
⑤75歳以上に着目した診療報酬(17項目)	○ 年齢で一律に医療内容を区分することは不適當。	○ 平成22年4月の診療報酬改定において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬を廃止。  ※ 一旦廃止した上で、全年齢等を対象として新設したものもある。(9項目)

# 新たな制度への資格の移行

- 加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
  - 現行制度における資格取得の際には、①国保では、世帯主が市町村に届出を行い、②被用者保険では、事業主が保険者に対して届出を行う必要があるが、新制度の施行に伴う資格の移行は確実かつ簡素な仕組みで行う必要がある。
- ⇒ 後期高齢者医療制度の被保険者のうち、被用者保険・国保組合に加入する方以外は、自動的に市町村国保に加入することとし、世帯主から市町村国保への加入手続を不要とする。

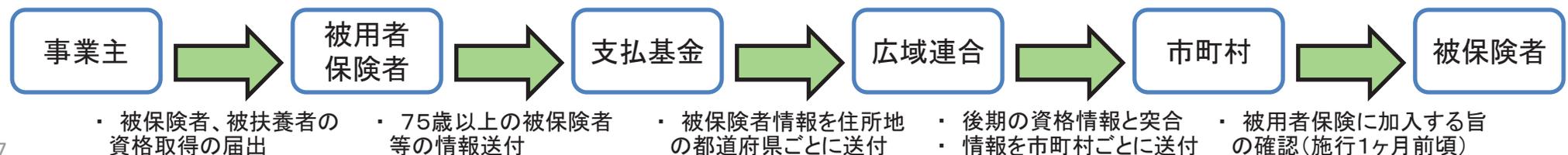
## 【市町村国保への資格の移行】

- 被用者保険に加入することとなる方については、その加入情報を被用者保険者から支払基金及び広域連合を經由して市町村に送付する仕組みとし、その方については市町村国保の資格がないものとして取扱う。
  - ※ 市町村への情報の送付後に、退職・転職等の資格取得予定の変更が生じた場合には、被保険者が市町村に対して、その旨の申告を行う必要がある。
- 被用者保険等への加入者を除き、市町村において国保の被保険者となるものとして職権で加入させ、世帯主から市町村への国保の被保険者資格取得届出を不要とする。

## 【被用者保険等への加入手続】

- 被用者保険においては、通常の資格取得時の手続と同様に、事業主が保険者に対し、雇用している75歳以上の高齢者の資格取得の届出を行う。また、被扶養者に関しては、被保険者本人から事業主を經由して保険者に届出を行う。
  - ※各保険者等と連携し、届出漏れが生じないよう、周知・広報を徹底する。

## <被用者保険加入者についての情報送付の基本的な流れ>

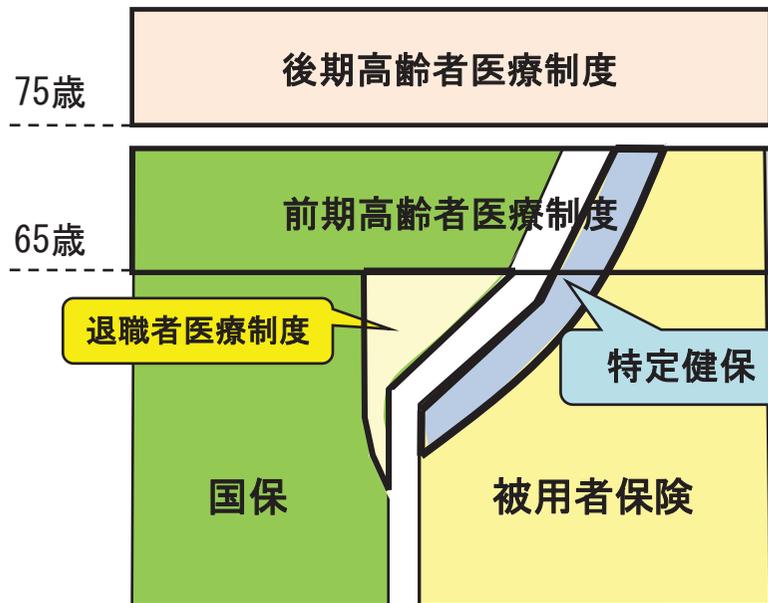


# 特定健保のあり方

- 特定健保については、現在、75歳になるまで加入するものとなっているが、以下の点から、制度として年齢による一律の区分はなくすこととし、75歳以上の扱いは、個々の特定健保が規約で定める。

## <考え方>

- ① 制度として一律に年齢で加入する制度を区分しないという新制度の基本的考え方を踏まえ、年齢による区分を設けるべきでない。
- ② その一方で、退職者への医療給付を行うかどうかの考え方は個々の組合の財政基盤や企業風土等によって異なり、制度として一律に75歳以上も加入するという取扱いを強制することも馴染まない(そもそも特定健保となること自体が個別組合の任意)。



## <特定健保の仕組み>

特定健保は、厚生労働大臣の認可を受けて、健保組合の被保険者であった退職者に対し、退職後も引き続き現役被保険者と同様の保険給付及び保健事業を行う組合。昭和59年の退職者医療制度の創設と併せて、創設された。

## <特定健保の給付費等の費用負担>

- 特例退職被保険者の保険料(※)は、全額自己負担。  
※ ただし、保険料算定の基礎となる標準報酬月額、当該組合の標準報酬月額の平均の2分の1の範囲内で組合が規約で定める。
- 退職者給付拠出金については、64歳までの退職者全体の給付費等に基づく拠出金相当額から、当該特定健保の64歳までの特例退職被保険者の給付費等を除いた額を退職者給付拠出金として負担する。
- 65歳~74歳の被保険者の給付費等の費用負担については、前期高齢者医療制度の中で財政調整される。

【平成22年4月現在】

- ・ 特定健保数 64組合
- ・ 特定健保の被保険者(特例退職被保険者)とその被扶養者 約54万人(被保険者28万人、被扶養者26万人)

## 2. 国保の運営のあり方

## 各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合	後期高齢者医療制度
被保険者	自営業者・無職等	自営業者等	主として中小企業のサラリーマン	主として大企業のサラリーマン	公務員・教職員等	75歳以上の高齢者
保険者数 (平成21年3月末)	1,788	165	1	1,497	77	47
加入者数 (平成21年3月末)	3,597万人 (2,033万世帯)	352万人	3,472万人 〔被保険者1,951万人 被扶養者1,522万人〕	3,034万人 〔被保険者1,591万人 被扶養者1,443万人〕	902万人 〔被保険者439万人 被扶養者462万人〕	1,346万人
加入者平均年齢 (平成20年度)	49.2歳	38.8歳	36.0歳	33.8歳	33.4歳	81.8歳
加入者一人当たり 平均所得 (平成20年度)	79万円 (旧但し書き所得(※1)) 〔一世帯あたり 138.9万円〕	217万円 (市町村民税 課税標準額)	218万円(収入) 〔被保険者一人あたり 385万円〕	293万円(収入) 〔被保険者一人あたり 554万円〕	321万円(収入) 〔被保険者一人あたり 681万円 (平成19年度)〕	75.8万円 (旧但し書き所得(※1))
加入者一人当たり 医療費(平成20年度) (※2)	28.2万円	16.7万円	14.8万円	13.0万円	13.3万円	86.5万円
加入者一人当たり 保険料(平成20年度) (※3) 〈事業主負担込〉	8.3万円 〔一世帯あたり 14.4万円〕	12.4万円	8.8万円<17.6万円> 〔被保険者一人あたり 15.6万円<31.3万円>〕 平均保険料率8.2% (8.15~8.26%) (平成21年度)	9.1万円<20.3万円> 〔被保険者一人あたり 17.3万円<38.5万円>〕 平均保険料率7.38% (3.12~10.0%) (平成20年度決算見込)	10.9万円<21.9万円> 〔被保険者一人あたり 22.4万円<44.8万円>〕 平均保険料率 7.676%	6.4万円
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の39%	給付費等の16.4% (※4)	財政窮迫組合 に対する 定額補助	なし	給付費の約50%
公費負担額(※5) (平成22年度予算ベース)	3兆7,011億円	2,902億円	1兆447億円	24億円	なし	5兆5,427億円

(※1) 旧但し書き所得とは、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎とされているもので、収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除及び基礎控除等を差し引いた額のこと。

(※2) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保は速報値であり、共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)。

(※3) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※4) 平成22年度予算における22年7月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金に係る分を除き、13.0%。

(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

# 市町村国保の抱える構造的な課題と対応

## 低所得の被保険者

被保険者1人当たり所得:95.6万円  
無所得世帯割合:26.3%  
保険料軽減世帯割合:40.6%

## 保険料(税)の格差

〈一人当たり保険料の全国格差〉  
最高:13.5万円(北海道さるふつ猿払村)  
最低:2.8万円(沖縄県いへや伊平屋村) 格差:4.8倍  
〈一人当たり保険料の都道府県内格差〉  
最高:2.7倍(東京都)  
最低:1.3倍(富山県)

## 財政基盤が不安定になるリスク の高い小規模保険者の存在

被保険者数最大:93万人(神奈川県横浜市)  
被保険者数最小:92人(東京都みくらしま御蔵島村)

## 保険料の収納率低下

平均収納率:88.4%  
最高収納率:100%(18市町村)  
最低収納率:75.8%(沖縄県となき渡名喜村)

## 一般会計繰入・繰上充用

市町村による一般会計繰入額:約3,700億円  
うち赤字補填目的:約2,600億円  
繰上充用額:約1,700億円

## 平成22年通常国会で 国保財政基盤強化策を4年間延長

- ① 高額医療費共同事業  
高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和
- ② 保険者支援制度  
低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援
- ③ 保険財政共同安定化事業  
市町村国保の保険料(税)の平準化、財政の安定化

## 収納率向上対策を推進

- ① 国保料(税)の年金特別徴収(H20)  
市町村国保においても年金特別徴収を開始
- ② 収納対策緊急プランの策定(H17)  
市町村による総合的な収納対策の実施
- ③ 収納率向上アドバイザーの設置、口座振替の推進等

## 今後、全年齢を対象とした 都道府県単位化を図る

- ① 広域化等支援方針の策定(H22)  
市町村国保の都道府県単位化に向けた環境整備
- ② 保険財政共同安定化事業の拡充(H22)  
対象医療費の拡大、拠出方法の見直し
- ③ 広域化等支援基金の活用促進(H22)  
広域化等の推進を財政面で支援

# 都道府県単位の運営主体

## 【中間とりまとめ(抜粋)】

「都道府県単位の運営主体」を具体的にどこにすべきかについては、都道府県が担うべきとする意見が多数であったが、慎重な意見もあり、今回の中間とりまとめにより明らかになる新制度の全体像を踏まえ、また、将来的な財政試算等を明らかにしつつ、引き続き検討する。



## 【全国知事会 後期高齢者医療制度改革プロジェクトチーム中間とりまとめ(抜粋)】

被保険者管理や保険料徴収等の円滑な事務処理等、従来のノウハウとシステムを生かせることから、市町村広域連合が、新たな高齢者医療制度において区分する高齢者部分の保険運営主体となることが適当と考えられる。

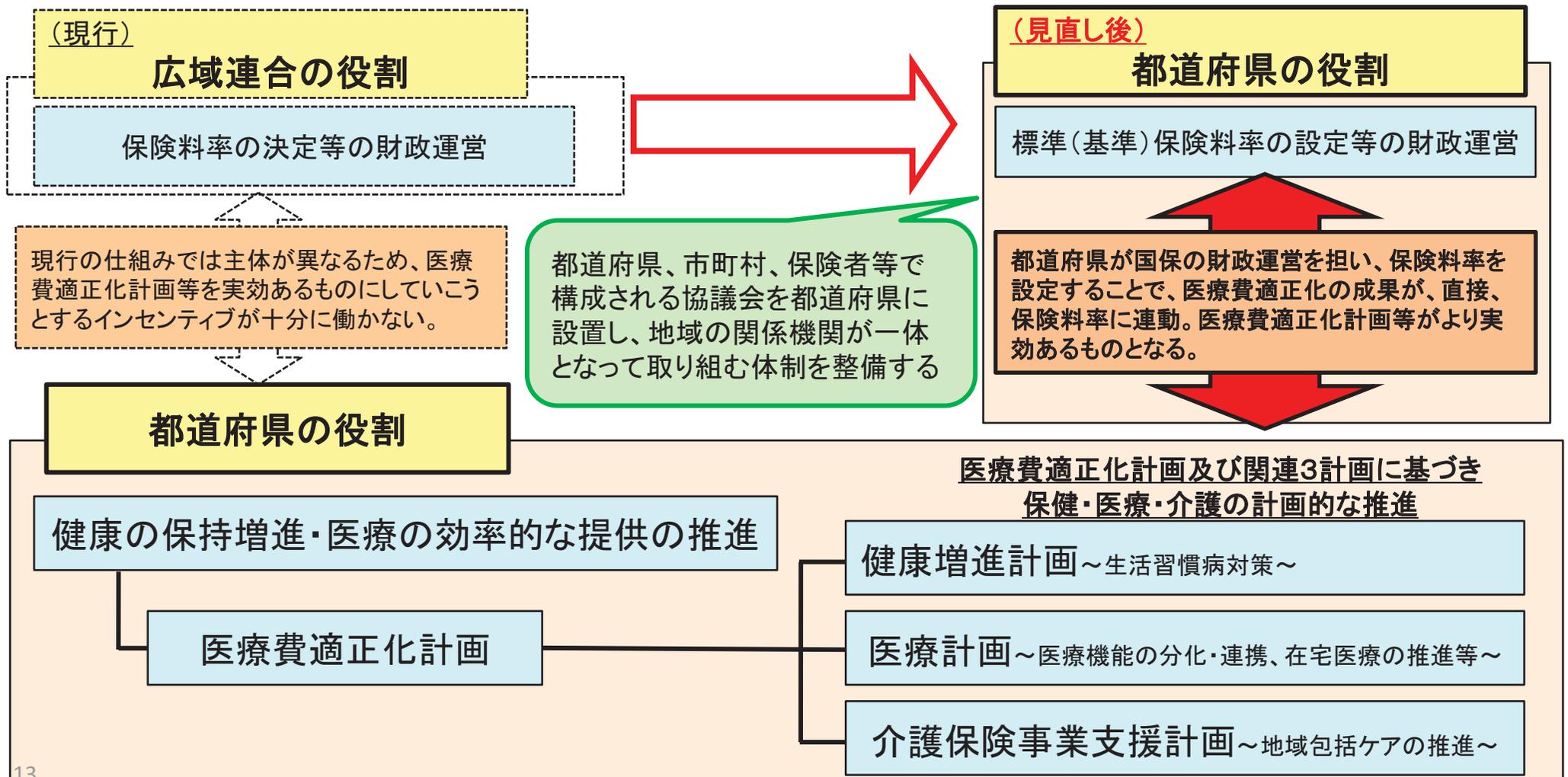
都道府県の役割としては、市町村広域連合が円滑に保険運営できるよう人的支援、効果的な保健指導に関する助言、医療保険と介護保険の給付情報の共有化・状況分析の支援等を行い、また、安定的で円滑な保険財政の運営のための基金を国とともに新たに設置するなど、市町村広域連合への支援を強化していくことが適当である。

## 【都道府県が担う場合のメリット】

- 都道府県が国保の保険財政に責任を持つことにより、都道府県が行っている健康増進や医療の効率的な提供に向けた取組がより推進されることが期待できる。〔参考〕医療費適正化計画等と保険運営の一体的取組によるメリット
- 現行の後期高齢者医療広域連合に対して指摘されている以下のような問題点の改善が期待できる。
  - ① 都道府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない  
(広域連合について知らない方 約73%、75歳以上でみても約63%が広域連合を知らない;「高齢者医療制度に関する世論調査」)
  - ② 広域連合長は、運用上、住民から直接選ばれていないので、責任が明確でない  
(例えば、A市住民とは関係のないB市長が広域連合長としてA市住民の保険料を決定している)
  - ③ 市町村に対する調整機能が十分に働いていない

# 【参考】医療費適正化計画等と保険運営の一体的取組によるメリット

- 平成18年の制度改正で、都道府県が、市町村、保険者等と協力し、医療費適正化及び関連する3計画を策定・実施することで、都道府県単位で医療費適正化を進める仕組みが導入された。
  - あわせて、医療保険も各都道府県の医療費の水準と保険料が連動する仕組みに改められた(老人保健制度から都道府県単位の後期高齢者医療制度へ。協会けんぽの財政単位も都道府県単位へ。)
- ⇒ さらに、医療費適正化計画等の策定主体である都道府県が、国保の財政運営を担うことで、国保財政の安定化に加えて、医療費適正化計画等やそれに基づく取組がより実効あるものになる。



## 後期高齢者医療広域連合の組織形態

- 広域連合長 都道府県庁所在地の市区町村長・・・24県  
その他の市区町村長・・・23県（平成22年6月1日時点）

- 議員定数（平成22年4月1日時点）

20人未満	20人～29人	30人～39人	40人～49人	54人	72人
11都道府県	20都道府県	11都道府県	3都道府県	1都道府県	1都道府県

- 職員数（平成22年4月1日時点）

20人未満	20人～29人	30人～39人	40人～49人	64人
9都道府県	25都道府県	9都道府県	3都道府県	1都道府県

- 全職員数 1,258人 内訳（平成22年4月1日時点）

市区町村からの派遣	都道府県からの派遣	国保連からの派遣	その他
1,201人	35人	12人	10人
47都道府県	24都道府県	9都道府県	8都道府県

# 各都道府県後期高齢者医療広域連合職員一般職業業務内訳一覧(平成22年4月1日現在)

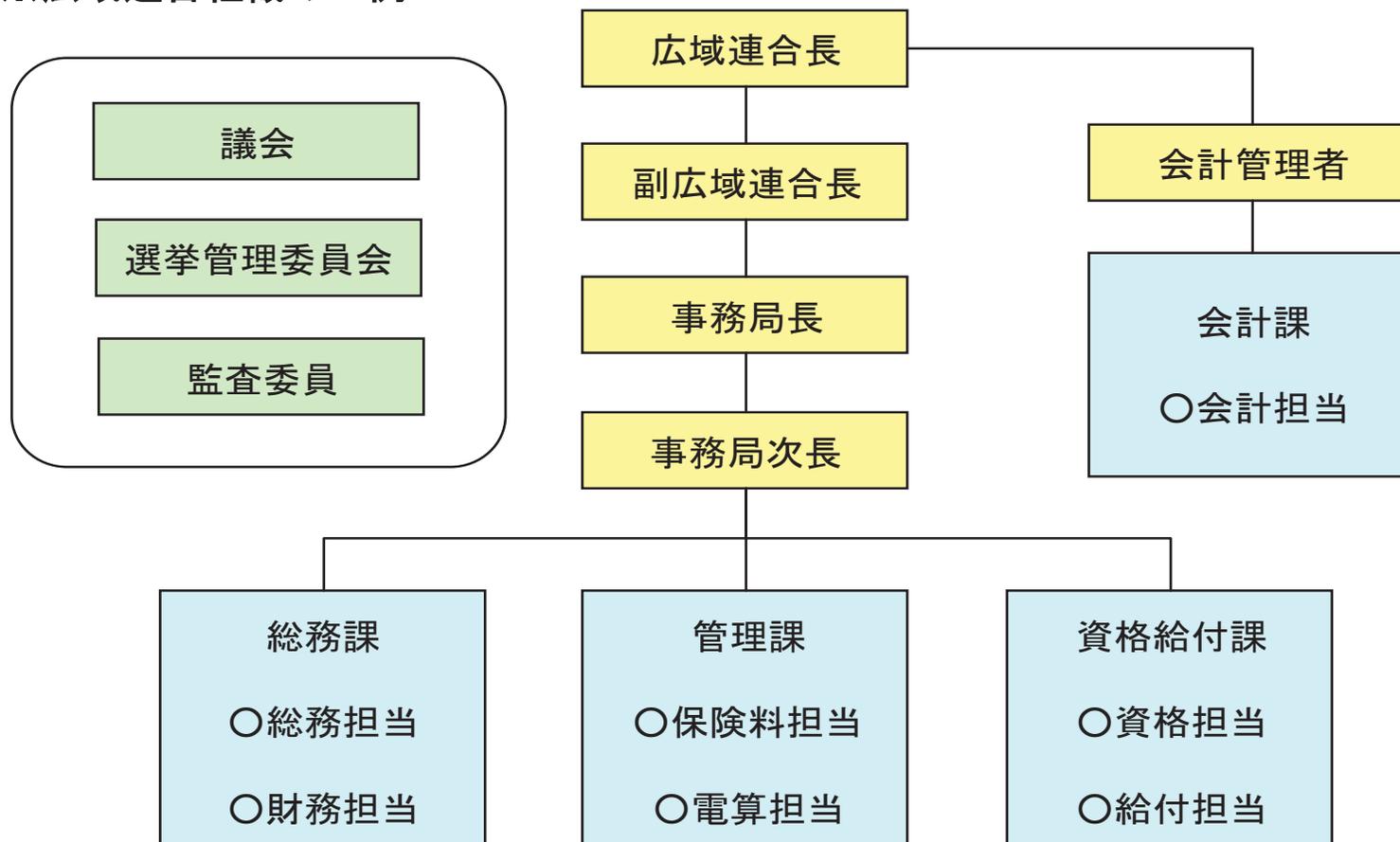
広域連合名	職員数	一般職 業務 内訳 (人)					
		適用 (資格等)	給付	保険料	保健 事業	電算	庶務・ その他
北海道	43	3	8	7	1	8	16
青森県	21	3	6	3	1	0	8
岩手県	23	3	6	3	1	0	10
宮城県	29	2	7	4	1	4	11
秋田県	23	1	4	2	1	2	13
山形県	21	2	6	2	1	1	9
福島県	23	5	7	3	0	0	8
茨城県	32	3	7	3	3	1	15
栃木県	25	4	3	4	3	3	8
群馬県	27	2	6	4	2	4	9
埼玉県	33	4	8	5	2	1	13
千葉県	39	6	7	5	6	1	14
東京都	64	8	17	6	2	5	26
神奈川県	48	5	13	6	0	3	21
新潟県	26	4	4	5	1	3	9
富山県	18	4	3	3	2	0	6
石川県	20	1	4	2	1	1	11
福井県	16	3	3	1	1	1	7
山梨県	20	2	6	2	1	1	8
長野県	27	5	6	4	0	3	9
岐阜県	28	4	9	3	0	3	9
静岡県	30	3	5	6	2	5	9
愛知県	39	4	11	7	1	4	12
三重県	19	2	4	2	1	1	9

広域連合名	職員数	一般職 業務 内訳 (人)					
		適用 (資格等)	給付	保険料	保健 事業	電算	庶務・ その他
滋賀県	16	1	2	2	2	2	7
京都府	21	2	5	2	1	2	9
大阪府	40	10	13	6	0	0	11
兵庫県	30	5	7	6	0	4	8
奈良県	19	2	3	2	1	0	11
和歌山県	15	2	2	2	1	1	7
鳥取県	14	1	3	1	0	1	8
島根県	20	2	5	2	1	1	9
岡山県	22	5	8	4	0	0	5
広島県	35	7	9	3	1	2	13
山口県	28	3	8	5	1	2	9
徳島県	19	2	4	1	1	1	10
香川県	22	4	7	3	1	0	7
愛媛県	25	3	9	3	1	1	8
高知県	19	3	6	2	0	0	8
福岡県	32	6	8	2	3	3	10
佐賀県	25	4	8	3	0	0	10
長崎県	24	2	6	2	3	2	9
熊本県	32	2	10	3	2	1	14
大分県	29	3	8	3	1	1	13
宮崎県	22	1	5	2	0	1	13
鹿児島県	28	2	9	4	2	2	9
沖縄県	27	6	8	3	2	0	8
<b>合 計</b>	<b>1,258人</b>	<b>161人</b>	<b>313人</b>	<b>158人</b>	<b>58人</b>	<b>82人</b>	<b>486人</b>

## ○ 広域連合の処理する事務

- ① 被保険者の資格の管理に関する事務
- ② 医療給付に関する事務
- ③ 保険料の賦課に関する事務
- ④ 保健事業に関する事務

### ※広域連合組織の一例



# 財政安定化のための方策

○ 現行の後期高齢者医療制度同様、以下のような財政安定化のための方策を講じる。

## ① 財政安定化基金

都道府県に財政安定化基金を設置し、給付の増加や保険料の収納不足に対応する(給付の増加は貸付、保険料の収納不足は1/2交付、1/2貸付)。また、現役世代の市町村国保の保険料の伸びとの均衡を図る観点から、保険料の上昇抑制のためにも交付できるものとする。財政安定化基金の財源は、国:都道府県:保険料=1:1:1の割合で負担する。

## ② 2年を1期とした財政運営

保険料は、おおむね2年を通じ財政の均衡を保つことができるものとして設定する。

## ③ 都道府県間の財政力格差の調整(調整交付金)

高齢者の所得分布による都道府県間の財政力格差を調整し、医療費水準や所得水準が同じであれば、標準(基準)保険料率は同じ水準とする。

## ④ 保険基盤安定制度

所得の低い方に対する保険料軽減制度(7割・5割・2割)を設け、軽減分を公費で負担する。

## ⑤ 高額医療費の公費負担等

高額な医療費については保険料で賄うべき部分の5割を公費負担とし、更に特に高額な医療費については保険料で賄うべき部分は全国レベルの共同事業とする。

## ⑥ 保険料の特別徴収

65歳以上世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの天引きを実施できるようにするほか、収納率の低下を防止するための措置を講じる。

# 財政安定化基金の規模・負担割合

後期高齢者医療制度の基金	新制度の基金
<p>○ 安定的な運営を図るため、単年度財政リスクの6年分を保有するものとし、平成20年度からの6年間で、全国2,000億円程度の積立目標を設定。</p> <p>○ 平成20年度からの6年間の保険料で賄う標準的な<u>拠出率</u>を0.09%とし、これと同額を国と都道府県が負担(国:都道府県:保険料=1:1:1の割合で負担)。</p> <p>※拠出率:財政安定化基金の財源を積み立てるため、保険料で負担する割合のこと。</p>	<p>○ 財政運営の期間を2年としている中で、単年度財政リスクの6年分の基金を保有することは過大とも言える。想定上の財政リスクを2年連続で上回る事態が生じた場合にも対応できる規模として、<u>3年分</u>の保有とすることが適当。</p> <p>○ 平成25年度からの3年間の保険料で賄う標準的な<u>拠出率</u>を0.096%とし、これを国:都道府県:保険料=1:1:1の割合で負担。</p> <p>※ 拠出率は別紙のとおり。なお、現時点の見込みであり、施行までに、より適切なリスクの見込み方を検討した上で、直近のデータに基づいて設定することが必要。</p> <p>※ 後期高齢者医療制度の基金を承継することとするため、各都道府県によって新制度施行当初の保有額に差が生じ、実際の拠出率は各都道府県によって異なるものとなる。 ⇒ 国が示すのは標準的な拠出率であり、実際の積立額は各都道府県の条例の定めるところによることとなる。</p> <p>※ 現行の後期高齢者医療制度や介護保険制度の財政安定化基金同様、国:都道府県:保険料=1:1:1の負担割合とする。</p> <p><b>【参考】</b>            介護保険制度の負担割合            給付費 国:都道府県:市町村=2:1:1(但し施設給付は都道府県の負担割合を高くしている)            財政安定化基金 国:都道府県:保険料=1:1:1</p> <p>現行の後期高齢者医療制度の負担割合            給付費 国:都道府県:市町村=4:1:1            財政安定化基金 国:都道府県:保険料=1:1:1</p>

## (別紙) 財政安定化基金の標準的な拠出率

○ 施行までに改めて検討の上、直近のデータに基づき標準的な拠出率を設定することが必要となるが、現時点におけるデータに基づいて算出すると下記のとおり。

	後期高齢者医療制度における財政リスク	新制度における財政リスクの見込
給付の増加リスク	<p>0.23%</p> <p>・老人保健制度における平成13年度から平成17年度までの毎年度の都道府県ごとの国庫負担申請時と実績報告時の医療給付費を比較し、実績報告時の額が上回る都道府県分を集計し、5年間の平均乖離率2.3%に保険料負担割合10%を乗じて算出</p>	<p>0.236%</p> <p>・平成12年度から平成21年度までの毎年度の都道府県ごとの国庫負担申請時と実績報告時の医療給付費を比較し、実績報告時の額が上回る都道府県分を集計し、10年間の平均乖離率を試算(2.232%)                      ・事業規模への影響: 給付費増割合 × 保険料負担率(3年間平均)  <math>2.232\% \times 10.59\% = 0.2364\%</math></p>
保険料の収納不足リスク	<p>0.04%</p> <p>・収納リスク × 保険料負担割合 × 普通徴収割合  <math>2\% \times 10\% \times 20\% = 0.04\%</math></p>	<p>0.035%</p> <p>・平成20年度から平成21年度までの保険料予定収納率と実績収納率を比較し、予定収納率を下回った都道府県の平均的な乖離率を試算(0.332%)                      ・事業規模: 保険料収納不足リスク × 保険料負担率(3年間平均)  <math>0.332\% \times 10.59\% = 0.0352\%</math></p>
保険料の上昇抑制リスク	<p>—</p> <p>・制度廃止までの措置であり、残高もあったことから、給付増リスク・保険料収納不足リスクに必要な基金残高を確保した上で、保険料の上昇抑制のために交付できるようにした</p>	<p>0.016%</p> <p>・平成12年度から平成21年度までの70歳以上と70歳未満の一人当たり医療費の伸びを比較して、70歳以上の医療費の伸びが、70歳未満の医療費の伸びを上回ったのが10年で3回あり、いずれも0.5%乖離しているため、標準化する割合を試算                      ・事業規模: <math>0.5\% \times 3回 \div 10年 \times 10.59\% = 0.0159\%</math></p>
標準的な拠出率	<p>0.27%</p> <p>(国・都道府県・保険料の各拠出率 0.09%)</p> <p>・事業規模: 給付費増加リスク + 保険料収納不足リスク <math>0.23\% + 0.04\% = 0.27\%</math></p> <p>・積立規模 2,000億円程度</p>	<p>0.288%</p> <p>(国・都道府県・保険料の各拠出率 0.096%)</p> <p>・事業規模: 給付費増加リスク + 保険料収納不足リスク + 保険料の上昇抑制リスク <math>0.2364\% + 0.0352\% + 0.0159\% = 0.2875\%</math></p> <p>・積立規模 1,200億円程度</p>

# 広域化等支援方針の策定

- ① 平成22年の国民健康保険法の改正により、市町村国保の都道府県単位化を進めるための環境整備として、新たに都道府県の判断により「広域化等支援方針」(※)の策定ができることとした。
- ② 都道府県は市町村の意見を聴いて策定することとなるが、可能なものから早期に策定するよう要請。
- ③ 現在新たな高齢者医療制度について検討されており、広域化等支援方針の内容についても、この影響を受けることが予想されるため、将来目指すべき方向性を掲げつつ、当面、平成24年度までに取り組むべきものを中心に定めるよう要請。

## (※) 広域化等支援方針のイメージ

都道府県が、国保事業の運営の広域化又は国保財政の安定化を推進するため、市町村の意見を聴きつつ、国保の都道府県単位化に向けて策定する方針。

内容はおおむね以下に掲げる事項。

### (1) 事業運営の広域化

- ・収納対策の共同実施
- ・医療費適正化策の共同実施
- ・広域的な保健事業の実施
- ・保険者事務の共通化 など

### (2) 財政運営の広域化

- ・保険財政共同安定化事業の拡充
- ・都道府県調整交付金の活用
- ・広域化等支援基金の活用など

### (3) 都道府県内の標準設定

- ・保険者規模別の収納率目標
- ・赤字解消の目標年次
- ・標準的な保険料算定方式
- ・標準的な応益割合 など

# 「広域化等支援方針」の策定状況(アンケート調査の結果)

(平成22年11月1日現在)

## 1. 広域化等支援方針策定の予定

- ① 平成22年12月末までに策定を予定している都道府県 **39都道府県**  
北海道・岩手県・青森県・宮城県・秋田県  
茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県  
富山県・石川県・山梨県・長野県・岐阜県・静岡県・愛知県・三重県  
滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県  
鳥取県・岡山県・広島県・山口県  
香川県・愛媛県・高知県  
福岡県・長崎県・熊本県・大分県・宮崎県・沖縄県
- ② 本年中の策定を検討中であるが、時期が未定の都道府県 **6都道府県**
- ③ 本年中の策定を予定していない都道府県 **2都道府県**

## 2. 本年末までに策定を予定している39都道府県が盛り込む予定の項目

- |                    |        |               |        |
|--------------------|--------|---------------|--------|
| ①保険者事務の共同実施        | 8都道府県  | ⑦都道府県調整交付金の活用 | 10都道府県 |
| ②医療費適正化の共同実施       | 12都道府県 | ⑧広域化等支援基金の活用  | 8都道府県  |
| ③収納対策の共同実施         | 11都道府県 | ⑨収納率目標の活用     | 36都道府県 |
| ④保健事業の共同実施         | 8都道府県  | ⑩赤字解消目標年次の設定  | 3都道府県  |
| ⑤共同安定化事業(対象医療費引下げ) | 1都道府県  | ⑪標準的な応益割合の設定  | 2都道府県  |
| ⑥共同安定化事業(拠出方法変更)   | 3都道府県  |               |        |

# 高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

## ○高額医療費共同事業

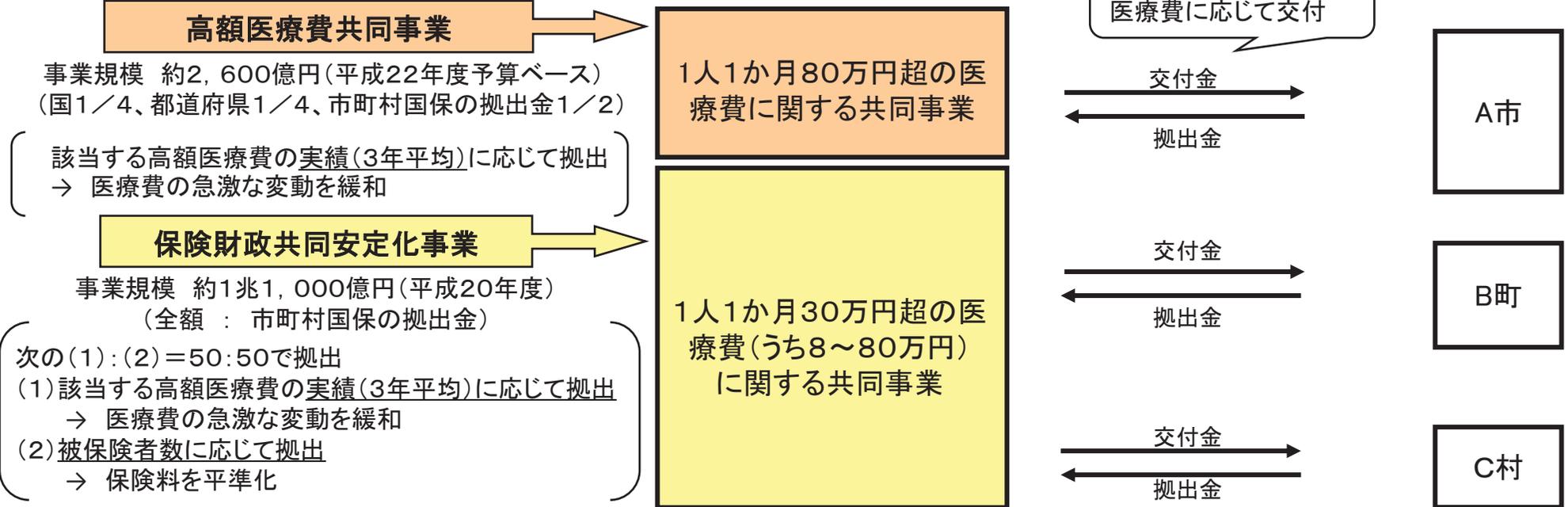
高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、市町村国保からの拠出金を財源として、市町村が負担を共有。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県及び国が財政支援。

## ○保険財政共同安定化事業

都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円を超える医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する共同事業を実施。

### 都道府県単位の共同事業

(事業主体:各都道府県の国民健康保険団体連合会)



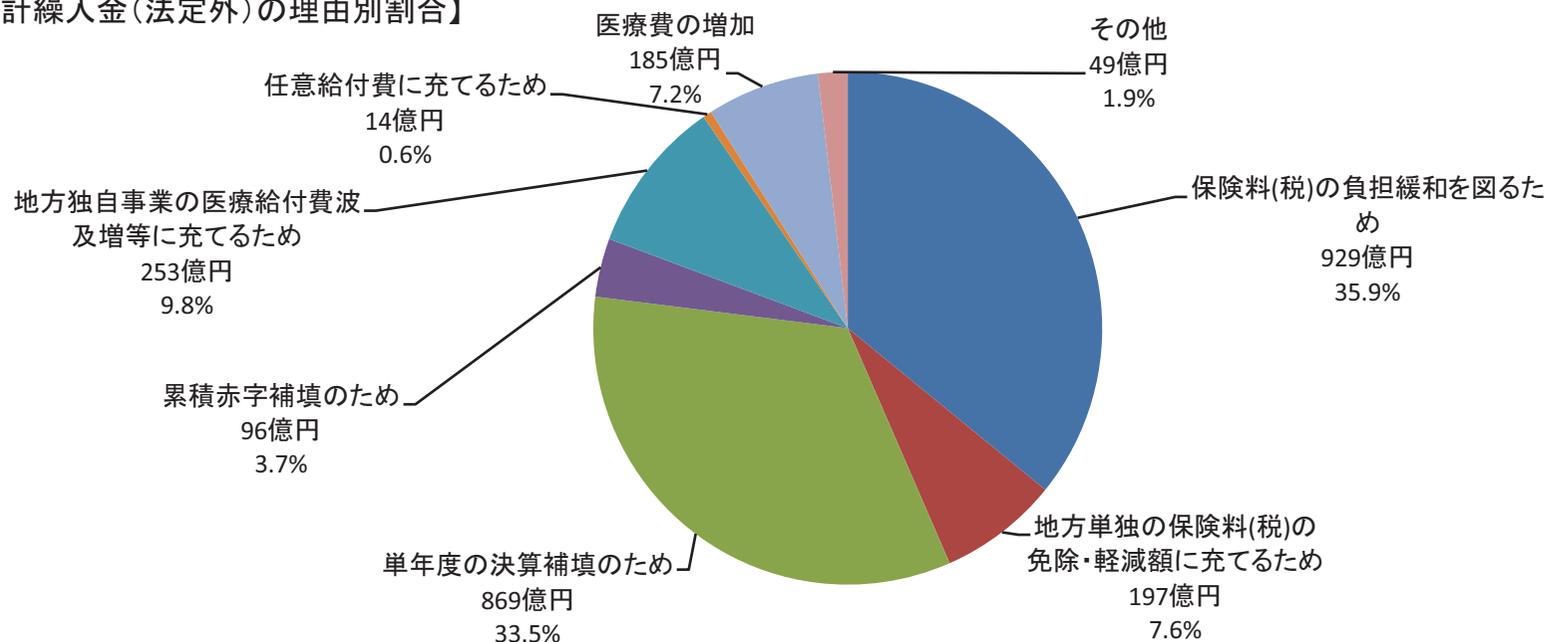
保険財政共同安定化事業について、**都道府県が広域化等支援方針に定めることにより、**

- ①30万円以下の額から行うこと、②被保険者数に応じて拠出する割合を50%以上にすること、
- ③高額医療費の実績や被保険者数に応じた拠出だけでなく、所得に応じた拠出を行うことが可能となる。

## 市町村による法定外一般会計繰入等

- 市町村国保の法定外一般会計繰入や繰上充用については、市町村の政策的判断によって行っている部分もあるが、市町村国保の財政運営の健全化を図るためには、保険料引上げ、収納率向上、医療費適正化など総合的な取組を行うことにより、段階的かつ計画的に解消していくことが望ましい。今後、第二段階への円滑な移行を図るといった観点も踏まえ、国においては、市町村間で不公平が生じないように配慮しつつ、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方について検討する。

【平成20年度一般会計繰入金(法定外)の理由別割合】



- ・ 平成20年度の市町村国保の単年度収入は12兆4,589億円
- ・ 法定外一般会計繰入は3,670億円であるが、保険給付以外の支出である保健事業や直営診療施設等の繰入、東京都の財政調整分等を除いた額(2,592億円)の内訳を示している。(単年度収入の2.1%)
- ・ 「保険料(税)の負担緩和を図るため」とは、保険料水準全体を抑制する場合、「地方単独の保険料(税)の免除・軽減額に充てるため」とは、被保険者の所得等に応じて独自に減免する場合をいう。

## 市町村による法定外一般会計繰入の状況(平成20年度)

法定外一般会計繰入のある保険者 1,223 (1,788保険者中)

	保険者	繰入額 (百万円)	医療給付費 等に対する 割合(%)		保険者	繰入額 (百万円)	医療給付費 等に対する 割合(%)
1	大阪市	17,211	7.10	1	御蔵島村(東京)	9	40.40
2	横浜市	13,132	5.66	2	本部町(沖縄)	450	29.77
3	札幌市	11,438	8.41	3	青ヶ島村(東京)	8	21.67
4	川崎市	10,898	11.79	4	平谷村(長野)	8	19.64
5	足立区	10,648	17.16	5	三好町(愛知)	522	18.84
6	名古屋市	10,383	6.57	6	川北町(石川)	60	18.31
7	江戸川区	8,437	15.42	7	瑞穂町(東京)	497	17.95
8	広島市	7,900	9.11	8	赤平市(北海道)	303	17.80
9	福岡市	6,634	6.47	9	文京区(東京)	2,282	17.57
10	葛飾区	5,769	14.86	10	府中市(東京)	2,814	17.86

(資料)平成20年度国民健康保険事業年報

## 前年度繰上充用の状況(平成20年度)

前年度繰上充用を行っている保険者 191 (1,788保険者中)

	繰上充用の金額が 大きい保険者	繰上 充用額 (億円)	保険給付 費等に対 する割合 (%)		繰上充用の保険給 付費等に占める割 合が大きい保険者	繰上 充用額 (億円)	保険給付 費等に対 する割合 (%)
1	大阪市(大阪)	385.7	17.8	1	瀬戸内町(鹿児島)	6.6	64.3
2	京都市(京都)	104.4	12.1	2	赤平市(北海道)	7.8	58.4
3	福岡市(福岡)	82.9	9.2	3	門真市(大阪)	58.5	53.8
4	熊本市(熊本)	78.8	17.7	4	本部町(沖縄)	7.5	51.6
5	札幌市(北海道)	61.5	5.3	5	川崎町(福岡)	6.4	45.6
6	門真市(大阪)	58.5	53.8	6	阪南市(大阪)	15.4	37.7
7	堺市(大阪)	57.0	9.2	7	大島町(東京)	3.5	36.0
8	和歌山市(和歌山)	53.8	20.5	8	斑鳩町(奈良)	6.5	35.8
9	東大阪市(大阪)	43.5	11.5	9	守口市(大阪)	37.1	33.8
10	寝屋川市(大阪)	37.8	21.5	10	積丹町(北海道)	1.1	33.5

(資料)1. 厚生労働省保険局「平成20年度国民健康保険事業年報」による。

2. 保険給付費等は、保険給付費、後期高齢者支援金、老健拠出金及び介護納付金の合計から前期高齢者交付金を差し引いたもの。

# 都道府県別・国保保険料(税)賦課状況(市町村、医療給付分、均一賦課)

## (1) 保険者数

	保険料・保険税別		保険税(料)賦課方式別			所得割算定基礎別			
	保険料	保険税	4方式	3方式	2方式	旧ただし書方式	本文方式	市町村民税の所得割額	市町村民税額
01 北海道	20	145	134	31	0	165	0	0	0
02 青森	1	38	34	5	0	39	0	0	0
03 岩手	0	30	26	4	0	30	0	0	0
04 宮城	1	33	30	4	0	33	0	0	1
05 秋田	0	23	12	10	1	23	0	0	0
06 山形	1	30	30	1	0	31	0	0	0
07 福島	0	55	54	1	0	55	0	0	0
08 茨城	1	42	33	10	0	43	0	0	0
09 栃木	0	29	27	2	0	29	0	0	0
10 群馬	0	34	29	5	0	34	0	0	0
11 埼玉	0	69	61	0	8	69	0	0	0
12 千葉	11	43	28	25	1	54	0	0	0
13 東京	25	37	28	2	32	38	0	1	23
14 神奈川	15	18	22	10	1	28	0	1	4
15 新潟	4	25	8	20	1	29	0	0	0
16 富山	1	13	3	11	0	14	0	0	0
17 石川	1	16	16	1	0	16	0	1	0
18 福井	0	16	16	0	0	16	0	0	0
19 山梨	1	26	24	3	0	27	0	0	0
20 長野	2	74	74	2	0	76	0	0	0
21 岐阜	15	27	36	4	2	41	0	0	1
22 静岡	1	31	30	2	0	32	0	0	0
23 愛知	6	53	52	5	2	55	1	2	1
24 三重	10	17	21	6	0	27	0	0	0
25 滋賀	4	21	18	7	0	25	0	0	0
26 京都	9	16	13	12	0	25	0	0	0
27 大阪	37	5	8	32	2	42	0	0	0
28 兵庫	7	32	23	16	0	38	0	0	1
29 奈良	3	36	34	5	0	39	0	0	0
30 和歌山	3	21	23	1	0	24	0	0	0
31 鳥取	2	15	17	0	0	17	0	0	0
32 島根	10	10	14	6	0	20	0	0	0
33 岡山	3	23	8	18	0	26	0	0	0
34 広島	4	19	19	4	0	22	0	1	0
35 山口	9	10	7	12	0	19	0	0	0
36 徳島	2	22	24	0	0	24	0	0	0
37 香川	0	16	16	0	0	16	0	0	0
38 愛媛	3	16	17	2	0	19	0	0	0
39 高知	1	32	31	2	0	33	0	0	0
40 福岡	2	61	35	27	1	63	0	0	0
41 佐賀	0	19	2	17	0	19	0	0	0
42 長崎	2	19	14	7	0	21	0	0	0
43 熊本	0	45	22	23	0	45	0	0	0
44 大分	0	14	5	9	0	14	0	0	0
45 宮崎	0	26	23	3	0	26	0	0	0
46 鹿児島	0	41	30	11	0	41	0	0	0
47 沖縄	1	40	32	9	0	41	0	0	0
総計	218	1483	1263	387	51	1663	1	6	31

(注) 1 平成20年度末現在の保険者における保険料(税)賦課状況別の保険者数を集計したものである。

ただし、平成20年度中に合併や広域化を行い、合併後に保険料(税)を賦課していない保険者は除いている。

## (2) 被保険者数

(単位:万人)

	保険料・保険税別		保険税(料)賦課方式別			所得割算定基礎別			
	保険料	保険税	4方式	3方式	2方式	旧ただし書方式	本文方式	市町村民税の所得割額	市町村民税額
01 北海道	79	55	40	94	0	134	0	0	0
02 青森	6	42	23	25	0	48	0	0	0
03 岩手	0	21	18	3	0	21	0	0	0
04 宮城	25	32	30	27	0	32	0	0	25
05 秋田	0	28	6	21	1	28	0	0	0
06 山形	1	27	22	6	0	28	0	0	0
07 福島	0	46	37	9	0	46	0	0	0
08 茨城	5	81	56	30	0	86	0	0	0
09 栃木	0	58	44	15	0	58	0	0	0
10 群馬	0	43	33	10	0	43	0	0	0
11 埼玉	0	206	140	0	66	206	0	0	0
12 千葉	96	82	38	124	16	178	0	0	0
13 東京	278	106	52	14	319	114	0	4	267
14 神奈川	184	61	63	88	93	97	0	1	146
15 新潟	28	30	7	51	0	58	0	0	0
16 富山	9	11	1	19	0	20	0	0	0
17 石川	11	15	15	11	0	15	0	11	0
18 福井	0	19	19	0	0	19	0	0	0
19 山梨	0	21	16	5	0	21	0	0	0
20 長野	10	38	38	10	0	48	0	0	0
21 岐阜	37	23	55	5	1	47	0	0	13
22 静岡	6	44	46	5	0	51	0	0	0
23 愛知	75	112	96	27	64	106	1	19	61
24 三重	22	25	20	26	0	47	0	0	0
25 滋賀	15	16	11	20	0	31	0	0	0
26 京都	55	11	9	58	0	66	0	0	0
27 大阪	231	10	14	219	8	241	0	0	0
28 兵庫	86	48	31	103	0	93	0	0	41
29 奈良	13	26	20	19	0	39	0	0	0
30 和歌山	11	17	18	11	0	28	0	0	0
31 鳥取	6	5	11	0	0	11	0	0	0
32 島根	12	5	6	10	0	16	0	0	0
33 岡山	16	15	4	28	0	31	0	0	0
34 広島	39	32	21	50	0	42	0	29	0
35 山口	28	7	5	29	0	34	0	0	0
36 徳島	8	12	20	0	0	20	0	0	0
37 香川	0	15	15	0	0	15	0	0	0
38 愛媛	19	20	25	14	0	39	0	0	0
39 高知	9	14	14	10	0	23	0	0	0
40 福岡	63	61	29	95	0	124	0	0	0
41 佐賀	0	23	1	23	0	23	0	0	0
42 長崎	4	39	13	30	0	43	0	0	0
43 熊本	0	37	12	24	0	37	0	0	0
44 大分	0	27	5	22	0	27	0	0	0
45 宮崎	0	30	17	12	0	30	0	0	0
46 鹿児島	0	46	25	21	0	46	0	0	0
47 沖縄	5	47	19	33	0	52	0	0	0
総計	1492	1790	1259	1454	569	2664	1	63	554

2 被保険者数は3~2月の年度平均(老人保健受給対象者を除く。)である。

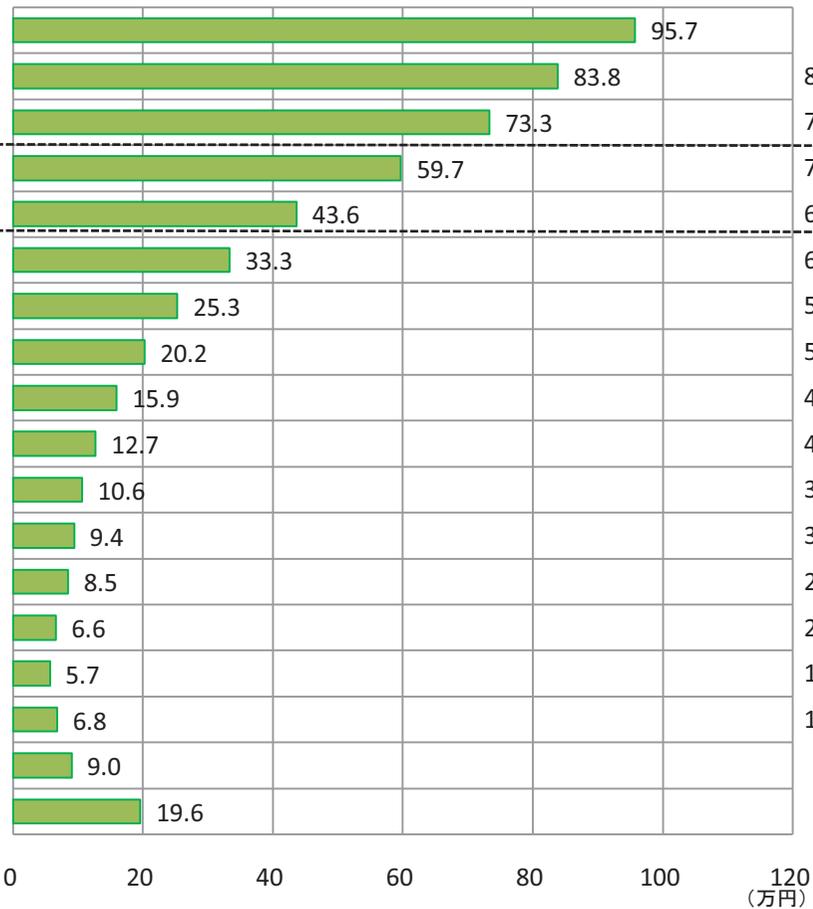
# 3. 費用負担

## (1) 支え合いの仕組み

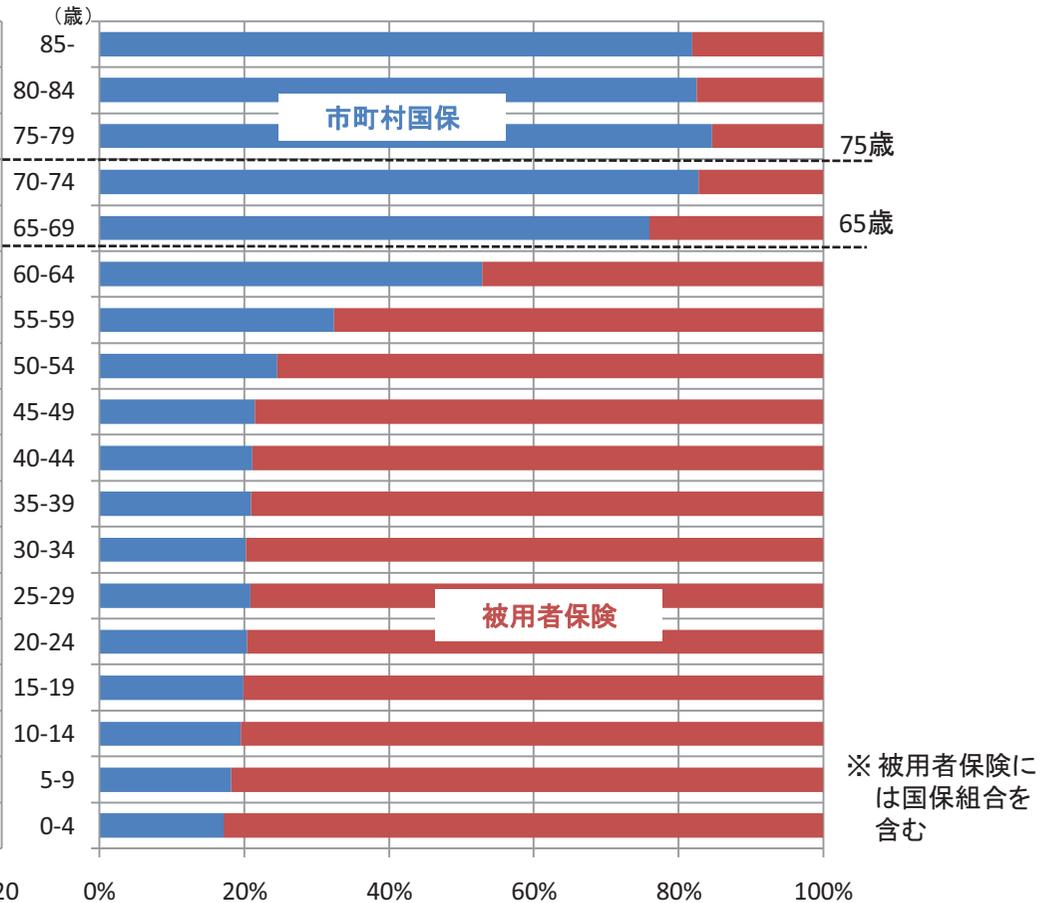
# 財政調整の必要性

○ 新たな仕組みの下では、高齢者も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなるが、65歳以上については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、これらの方の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。

1人当たり医療費(平成19年度)



市町村国保・被用者保険 加入者割合(平成22年度推計)



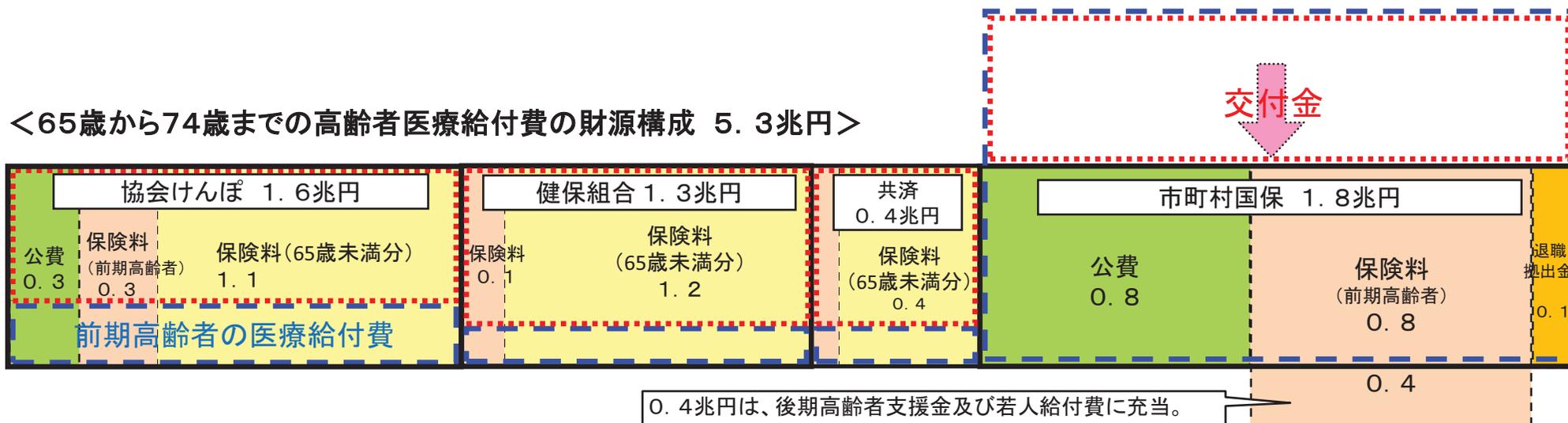
高齢の方ほど、1人当たり医療費は増加する

高齢者は退職を主たる要因として、市町村国保に偏在して加入する

## (2) 公費

# 現行制度の財源構成について(平成22年度予算ベース)

## <65歳から74歳までの高齢者医療給付費の財源構成 5.3兆円>



## <75歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 11.7兆円>



※ 上段は後期高齢者支援金の加入者割(2/3)の部分、下段は総報酬割(1/3)の部分

- ※ 後期高齢者支援金の被用者保険者内の総報酬割については、1/3(12ヶ月分)としている。
- ※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれている。
- ※ 前期高齢者の保険料収入は、全額、前期高齢者の医療給付費に充てられるものとして整理している。
- ※ 退職者拠出金は、上段は退職者医療制度の対象者に係る市町村国保の前期財政調整における負担増分であり、下段は退職者医療制度の対象者に係る後期高齢者支援金であり、いずれも被用者保険者が負担している。

## 高齢者医療制度における公費負担

	国	都道府県	市町村	計
75歳以上の 医療給付費 (定率公費)	3.7兆円	0.9兆円	0.9兆円	5.5兆円
後期支援金・ 前期納付金等 に対する公費	1.8兆円	0.2兆円	—	2.0兆円
計	5.5兆円	1.1兆円	0.9兆円	7.5兆円

※平成22年度予算ベース

## 政府・与党社会保障改革検討本部の設置について

平成 22 年 10 月 28 日  
政 府 ・ 与 党

### 1. 趣旨

社会保障改革の全体像については、政府・与党が一体となって、必要とされるサービスの水準・内容を含め、国民に分かり易い選択肢を提示するとともに、その財源の確保について一体的に議論する必要がある。このため、これを検討する場として、内閣総理大臣の下に以下の構成による政府・与党社会保障改革検討本部（以下「本部という」）を設置する。

### 2. 構成

本部の本部長及び構成員は別紙のとおりとする。また、本部長は、必要があると認められるときは、関係者に出席を求めることができる。

### 3. 運営

内閣総理大臣（本部長）の下、内閣官房長官が主宰する。その他、本部の運営に関する事項その他必要な事項は、本部長が定める。

(本部長)

内閣総理大臣

菅 直人

(本部長代理)

内閣官房長官

仙谷 由人

(政府側構成員)

総務大臣

片山 善博

財務大臣

野田 佳彦

厚生労働大臣

細川 律夫

経済産業大臣

大畠 章宏

内閣府特命担当大臣 (少子化対策)

岡崎 トミ子

内閣府特命担当大臣 (経済財政政策)

海江田 万里

国家戦略担当大臣

玄葉 光一郎

内閣官房副長官

古川 元久

内閣官房副長官

福山 哲郎

内閣官房参与 (事務局長)

峰崎 直樹

(与党側構成員)

民主党幹事長

岡田 克也

民主党政策調査会長

玄葉 光一郎

民主党税と社会保障の抜本改革調査会会長

藤井 裕久

民主党参議院幹事長

平田 健二

民主党幹事長代理

枝野 幸男

民主党筆頭副幹事長

長妻 昭

民主党政策調査会長代理

城島 光力

民主党政策調査会長代理

一川 保夫

国民新党幹事長

下地 幹郎

国民新党政務調査会長

亀井 亜紀子

## 社会保障改革に関する有識者検討会の開催について

〔平成22年11月5日〕  
〔内閣総理大臣決裁〕

### 1. 趣旨

社会保障改革の全体像については、政府・与党が一体となって、必要とされるサービスの水準・内容を含め、国民に分かり易い選択肢を提示するとともに、その財源の確保について一体的に議論する必要がある。

この議論に資するため、内閣総理大臣が社会保障分野等の有識者の参集を求め、社会保障改革に関する有識者検討会（以下「検討会」という。）を開催する。

### 2. 構成

- (1) 検討会は、有識者により構成し、内閣総理大臣が開催する。
- (2) 内閣総理大臣は、構成員の中から、検討会の座長を依頼する。
- (3) 検討会は、必要があると認めるときは、構成員以外の有識者を、臨時構成員として検討会に出席させることができる。

### 3. 運営

検討会の庶務は、厚生労働省その他関係省庁の協力を得て、内閣官房において処理する。

### 4. その他

前各項に定めるもののほか、検討会の運営に関する事項その他必要な事項は、座長が定める。

社会保障改革に関する有識者検討会 構成員

座長 宮本 太郎 北海道大学大学院法学研究科教授

副座長 駒村 康平 慶應義塾大学経済学部教授

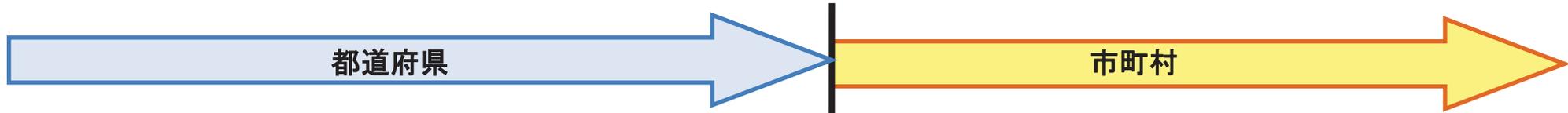
井伊 雅子 一橋大学国際・公共政策大学院教授

土居 丈朗 慶應義塾大学経済学部教授

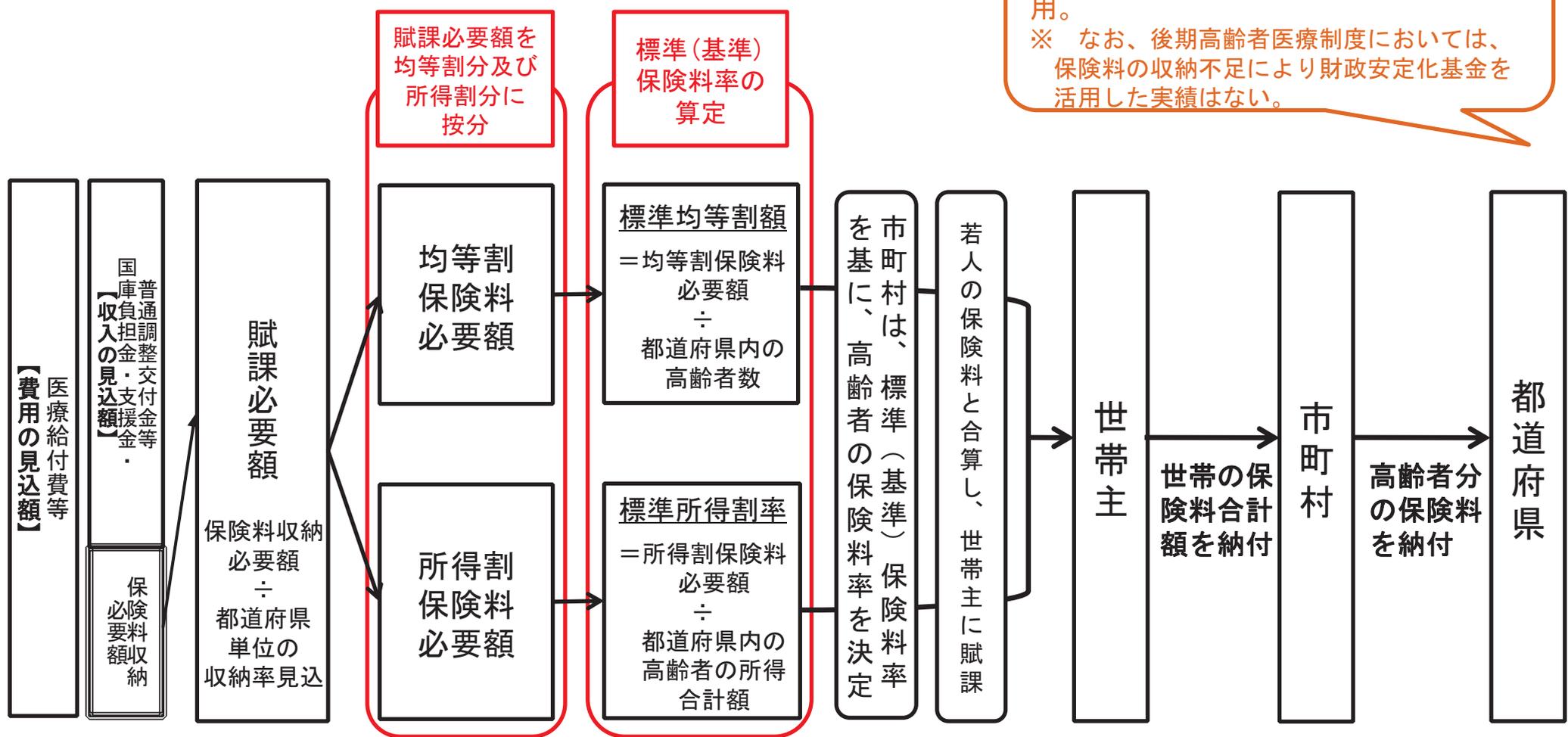
臨時構成員 大沢 真理 東京大学社会科学研究所教授

## (3) 高齢者の保険料

# 第一段階における保険料率の決定・賦課・徴収・納付の仕組み



保険料の収納不足が生じた場合には、都道府県が財政安定化基金を活用。  
 ※ なお、後期高齢者医療制度においては、保険料の収納不足により財政安定化基金を活用した実績はない。



## 新制度における保険料収納率の見込み（粗い試算）

○ 新制度において若人の世帯主が納付義務を負うこととなった場合、収納率が低下することが懸念されているが、粗く試算すると以下のとおりと見込まれる。

### ① 平成19年度国民健康保険実態調査における75歳以上の被保険者の内訳

被保険者の属性	人数（千人）	割合
世帯主が国保の被保険者である世帯に属する被保険者	9,564	95.5%
世帯主が75歳以上である世帯に属する被保険者	8,259	82.5% (A)
世帯主が65歳から74歳である世帯に属する被保険者	413	4.1% (B)
世帯主が65歳未満である世帯に属する被保険者	892	8.9% (C)
世帯主が国保以外の医療保険の被保険者である世帯に属する被保険者	448	4.5% (D)
合 計	10,012	100.0%

### ② 平成19年度国民健康保険実態調査における世帯主の年齢階級別収納率

世帯主の属性	収納率
国保被保険者	92.0%
75歳以上	98.5% (E)
65歳から74歳	97.0% (F)
65歳未満	84.9% (G)
国保以外の医療保険の被保険者	92.9% (H)
合 計	92.0%

⇒ ①及び②から粗く推計すると、 $(A \times E) + (B \times F) + (C \times G) + (D \times H) = 97\%$ 程度以上（現年度分）となることが見込まれる。

※ 平成19年度の保険料及び世帯構成に基づいた試算であり、幅をもって考える必要がある。

※ 平成19年度においては特別徴収が実施されていなかったことから、上記の数値は普通徴収のみ行った場合の収納率であり、世帯主が65歳以上である世帯について特別徴収を行ったとみなして収納率を試算すると、上記以上の数値となることが想定される。

※ 上記の現年度分に加えて、翌年度以降、滞納繰越分の収納も一定程度見込まれる。

## 保険料収納率の差により生じる保険料の格差（見込み）

- 都道府県単位で標準（基準）保険料率を設定した上で各市町村がそれぞれの収納状況を勘案して最終的な高齢者の保険料率を決定する場合、後期高齢者医療制度の保険料収納率を基に各都道府県内の市町村間の保険料乖離幅を推計すると平均2%程度。

（平成20年度保険料納期別収納状況調査）

広域連合	都道府県単位の平均収納率 (a)	市町村単位の最大収納率 (b)	市町村単位の最小収納率 (c)	収納率の格差 (b)/(c)	平均収納率と最大収納率との格差 (a)/(b)	平均収納率と最小収納率との格差 (a)/(c)	広域連合	都道府県単位の平均収納率 (a)	市町村単位の最大収納率 (b)	市町村単位の最小収納率 (c)	収納率の格差 (b)/(c)	平均収納率と最大収納率との格差 (a)/(b)	平均収納率と最小収納率との格差 (a)/(c)
北海道	98.89%	100.00%	82.32%	1.2147	0.9889	1.2012	滋賀県	99.41%	100.00%	99.07%	1.0094	0.9941	1.0034
青森県	98.83%	100.00%	96.71%	1.0340	0.9883	1.0219	京都府	98.94%	99.79%	98.38%	1.0143	0.9915	1.0057
岩手県	99.20%	100.00%	97.85%	1.0219	0.9920	1.0138	大阪府	98.39%	99.64%	97.22%	1.0249	0.9874	1.0120
宮城県	98.63%	100.00%	97.98%	1.0206	0.9863	1.0066	兵庫県	98.87%	99.89%	98.39%	1.0152	0.9898	1.0049
秋田県	99.16%	100.00%	98.64%	1.0138	0.9916	1.0053	奈良県	98.96%	100.00%	96.56%	1.0357	0.9896	1.0249
山形県	99.36%	100.00%	98.73%	1.0129	0.9936	1.0064	和歌山県	98.71%	99.93%	96.23%	1.0384	0.9878	1.0258
福島県	98.86%	100.00%	96.40%	1.0373	0.9886	1.0255	鳥取県	99.28%	100.00%	98.60%	1.0142	0.9928	1.0069
茨城県	98.87%	99.80%	98.10%	1.0173	0.9907	1.0079	島根県	99.54%	100.00%	99.21%	1.0079	0.9954	1.0033
栃木県	98.83%	99.81%	97.81%	1.0205	0.9902	1.0104	岡山県	99.01%	100.00%	98.70%	1.0132	0.9901	1.0032
群馬県	99.18%	100.00%	98.08%	1.0196	0.9918	1.0112	広島県	99.17%	100.00%	98.90%	1.0111	0.9917	1.0027
埼玉県	98.62%	100.00%	96.67%	1.0344	0.9862	1.0201	山口県	98.98%	100.00%	98.50%	1.0152	0.9898	1.0049
千葉県	98.74%	99.87%	96.78%	1.0319	0.9886	1.0202	徳島県	98.71%	100.00%	97.89%	1.0215	0.9871	1.0083
東京都	97.84% (100.00%)	100.00%	80.34%	1.2446	0.9784	1.2178	香川県	99.29%	100.00%	98.89%	1.0112	0.9929	1.0040
神奈川県	98.76%	99.99%	97.93%	1.0209	0.9877	1.0084	愛媛県	99.08%	99.97%	98.69%	1.0130	0.9911	1.0039
新潟県	99.35%	100.00%	98.79%	1.0123	0.9935	1.0057	高知県	98.87%	100.00%	98.02%	1.0202	0.9887	1.0087
富山県	99.07%	99.97%	98.64%	1.0135	0.9910	1.0044	福岡県	98.60%	100.00%	97.98%	1.0206	0.9860	1.0063
石川県	99.28%	100.00%	98.09%	1.0194	0.9928	1.0121	佐賀県	99.06%	99.81%	98.60%	1.0122	0.9925	1.0046
福井県	98.89%	100.00%	98.24%	1.0180	0.9889	1.0067	長崎県	99.17%	100.00%	98.05%	1.0199	0.9917	1.0115
山梨県	98.61%	100.00%	95.28%	1.0496	0.9861	1.0350	熊本県	98.80%	100.00%	98.13%	1.0191	0.9880	1.0069
長野県	99.31%	100.00%	97.46%	1.0260	0.9931	1.0190	大分県	98.97%	99.66%	97.39%	1.0233	0.9930	1.0162
岐阜県	99.19%	100.00%	98.05%	1.0199	0.9919	1.0116	宮崎県	98.76%	100.00%	96.56%	1.0357	0.9876	1.0228
静岡県	98.71%	99.95%	97.90%	1.0209	0.9876	1.0082	鹿児島県	99.02%	100.00%	93.72%	1.0670	0.9902	1.0566
愛知県	99.11%	99.99%	97.48%	1.0257	0.9912	1.0167	沖縄県	96.27%	100.00%	90.65%	1.1031	0.9627	1.0620
三重県	98.91%	100.00%	97.98%	1.0206	0.9891	1.0095	全国(※)	98.75%	99.95%	98.17%	1.0182	0.9879	1.0059

（注1）東京都は、市町村における保険料の未収分を市町村の一般会計から補填しているため、実質的には100%の収納率となる。

（注2）北海道及び東京都における最小収納率は、被保険者数が少ない村における高額所得者の滞納といった特殊な要因によるもの。仮にこうした特殊な要因を有する村を除いた場合、最小収納率は95%程度となる。

（注3）新制度の保険料の納付義務者は世帯主になるが、75歳以上の高齢者のうち8割強が75歳以上の世帯主の世帯に属する。

（※）全国平均欄の「市町村単位の最大（最小）収納率」は、各都道府県において収納率が最大（最小）の各市町村の、保険料収納額の合計を保険料調定額の合計で除したものの。

# 保険料の算定方法

◎ 市町村国保の保険料は、被保険者個人単位で算定し、世帯単位の保険料の納付義務を世帯主が負う。

## 1. 高齢者及び若人についての保険料額をそれぞれ算定する。

(1) 高齢者

$$\text{均等割額} + \text{高齢者の旧ただし書き所得 (総所得金額等から基礎控除を除いたもの)} \times \text{所得割率} = \text{保険料額}$$

(2) 若人 (4方式の場合) 他に所得割・均等割・平等割により算定する3方式、所得割・均等割により算定する2方式がある。

$$\begin{aligned} & \text{所得割率} \times \text{若人の旧ただし書き所得 (総所得金額等から基礎控除を除いたもの)} \\ & \text{資産割率} \times \text{若人の固定資産税額} \\ & \text{均等割額} \\ & \text{平等割額} \end{aligned} \left. \vphantom{\begin{aligned} & \text{所得割率} \times \text{若人の旧ただし書き所得 (総所得金額等から基礎控除を除いたもの)} \\ & \text{資産割率} \times \text{若人の固定資産税額} \\ & \text{均等割額} \\ & \text{平等割額} \end{aligned}} \right\} \text{保険料額}$$

## 2. 世帯主及び世帯に属する被保険者の所得の合計額に応じて、均等割額及び平等割額に軽減を適用する。

軽減基準所得

年金受給者 (65歳以上) : 年金収入 - 公的年金等控除 - 15万円  
 給与所得者 : 給与収入 - 給与所得控除

世帯主及び世帯に属する被保険者分を  
 合算した額

均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、被保険者全員が、年金収入  
 80万円以下 (その他各種所得がない) の場合

→ 9割軽減

[33万円] 以下

→ 7割 (8.5割) 軽減※

[33万円 + (24.5万円 × 世帯主以外の被保険者数)] 以下

→ 5割軽減※

[33万円 + (35万円 × 世帯に属する被保険者数)] 以下

→ 2割軽減

※ 若人についての応益割7割及び5割軽減は、市町村における応益割合により、6割及び4割軽減又は5割及び3割軽減が適用される。

## 3. 被保険者の所得に応じて、所得割額に軽減を適用する。

旧ただし書き所得58万円 (年金収入のみの場合153万円  
 から211万円まで) 以下の場合 (個人単位で判定)

→ 5割軽減

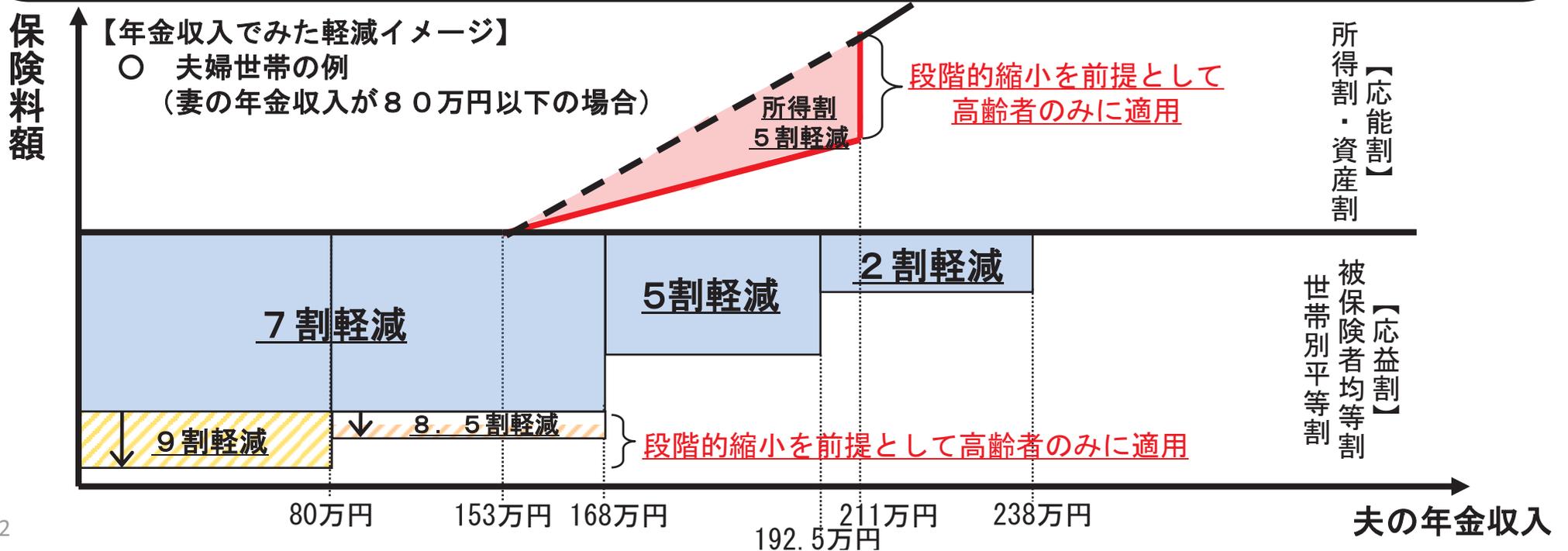
○ 第一段階においては、高齢者の負担の増加を回避するための軽減判定の特例措置を実施。(別紙参照)

○ 均等割9割及び8.5割並びに所得割5割軽減は、段階的に縮小することを前提として高齢者のみに適用。

## 41 4. 各世帯の被保険者ごとの保険料額 (軽減適用後) を合算して、世帯単位の保険料額を算定する。

## 所得の低い方の保険料

- 新制度の保険料は、以下の基準に従い世帯単位で軽減判定を行う。
    - ・ 応益割 7 割軽減：軽減判定所得が 33 万円以下
    - ・ 応益割 5 割軽減：軽減判定所得が 33 万円 + (24.5 万円 × 世帯主以外の国保被保険者数) 以下
    - ・ 応益割 2 割軽減：軽減判定所得が 33 万円 + (35 万円 × 被保険者数) 以下
  - 高齢者については、段階的廃止を前提として以下の軽減を適用する。
    - ・ 応益割 9 割軽減：応益割 7 割軽減を受ける世帯のうち、被保険者全員が年金収入 80 万円以下
    - ・ 応益割 8.5 割軽減：応益割 7 割軽減を受ける世帯（9 割軽減を受ける世帯を除く。）に属する高齢者
    - ・ 所得割 5 割軽減（個人単位で判定）：旧ただし書き所得が 58 万円（年金収入のみの場合 211 万円）以下
- ※ 新たな制度への移行を要因とする高齢者の負担増を生じさせない観点から、第一段階の間の措置として、高齢者の軽減判定については、世帯単位の判定に加え、後期高齢者医療制度と同様の方法による判定を行った上で、より高い割合の軽減を適用する。
- ※ 若人についての応益割 7 割及び 5 割軽減は、市町村における応益割合により、6 割及び 4 割軽減又は 5 割及び 3 割軽減が適用される。
- 【軽減判定所得（世帯主及び世帯に属する国保被保険者分を合算）】
- ・ 年金受給者（65歳以上）：公的年金収入－公的年金等控除額－15 万円
  - ・ 給与所得者：給与収入－給与所得控除額
  - ・ その他：その他の収入－必要経費額



# 保険料軽減の判定方法

- 市町村国保においては、世帯の負担能力に着目し、世帯単位で保険料軽減の判定を行っているため、75歳以上の方の軽減判定に75歳未満の方の所得及び人数が加わることにより、75歳以上の方に適用される軽減割合に変動が生じる場合がある。
- 新たな制度への移行を要因とする高齢者の負担増を生じさせない観点から、全年齢を対象にした都道府県単位化を実施するまでの間（第一段階の間）の措置として、以下の①のとおり、75歳以上の方の軽減判定については、世帯単位の判定に加え、後期高齢者医療制度と同様の方法による判定を行った上で、より高い割合の軽減を適用する。

	現行制度	考えられる判定方法	
		①（高齢者のみの判定も実施）	②（世帯単位で判定）
高齢者	<p>後期高齢者 医療制度 後期被保険者 + 世帯主</p>	<p>高齢者の特例 市町村国保の被保険者 である高齢者 + 世帯主</p>	<p>市町村国保被保険者 + 世帯主</p>
若人	<p>市町村国保 市町村国保被保険者 + 後期被保険者※ + 世帯主</p>	<p>市町村国保被保険者 + 世帯主</p>	

※ 市町村国保においては、同一世帯の高齢者が後期高齢者医療制度へ移行した後、継続して同一の世帯に属する場合、5年間、当該高齢者の所得及び人数を含めて軽減判定を行っている。

## 不均一保険料率の特例

○ 高齢者については、標準（基準）保険料率を基に、基本的には都道府県の区域内の全市町村において均一な保険料率が適用されることとなるが、以下に該当する地区及び市町村に居住する高齢者については、標準（基準）保険料率より低い保険料率（以下「不均一保険料率」という。）を基に算定する保険料率を適用することができることとする。

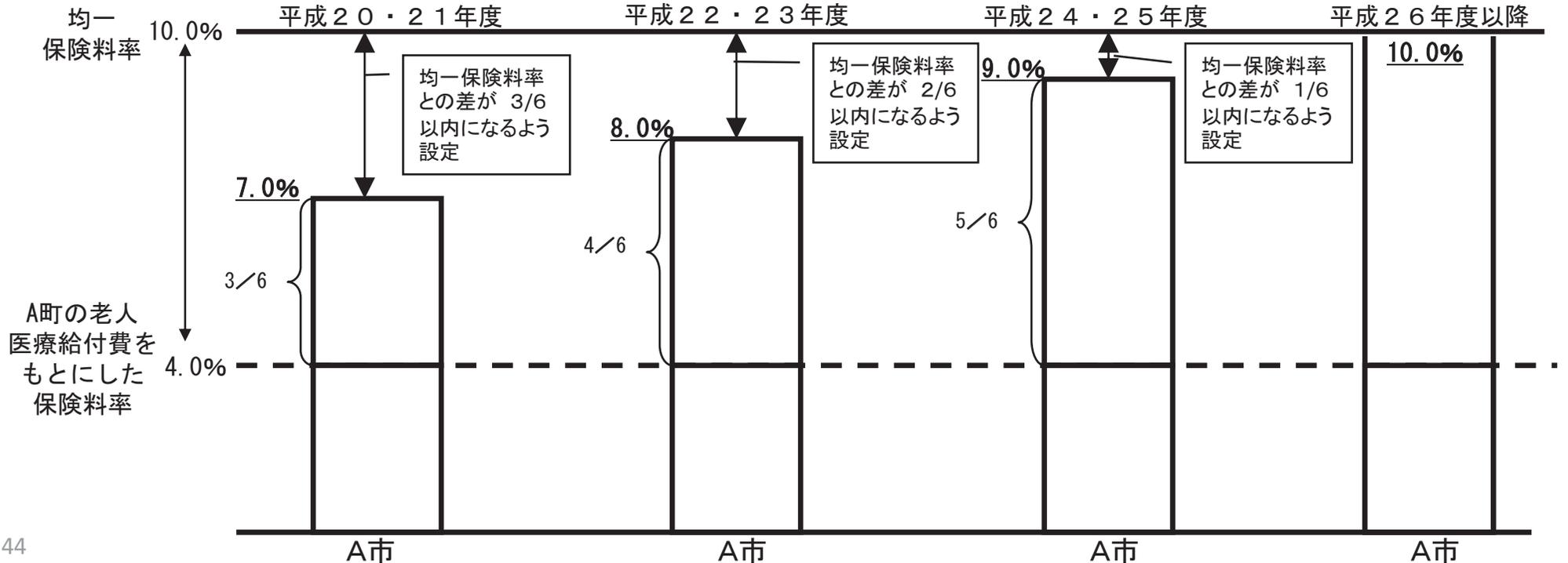
① 医療の確保が著しく困難である地域における特例（恒久措置：現行3地区）

無医地区及びこれに準じる地区においては、当該地区に居住する高齢者についての医療給付費等を勘案して、標準（基準）保険料率の50%を下回らない範囲内で当該地区について算定される不均一保険料率を基に算定した保険料率を適用することができる。

② 医療費の地域格差の特例（経過措置：現行97市町村）

後期高齢者医療制度施行前3年間の一人当たり老人医療給付費実績が広域連合区域全体に比べ20%以上低く乖離している市町村においては、同制度施行後最長6年以内で均一保険料率よりも低い保険料率を設定することができることとしているが、平成20年度から起算して6年間の措置とされている市町村においては、平成25年度までの間、当該措置が適用されることとなる。（下図参照）

※ ②については、国（1/2）及び都道府県（1/2）が公費補填を行う



## 保険料の上限額の設定

○ 現行の国民健康保険料の上限額については、これまで、上限額を超える世帯が全体の4%となるよう、毎年度見直した上で必要に応じて引き上げてきたところであるが、厳しい経済情勢が続くなか、被保険者の所得の増加が見込まれないことにより、中間所得者層の負担が重くなること等を考慮し、平成22年度においては、

① 基礎賦課額 50万円（3万円引き上げ）

② 後期高齢者支援金等賦課額 13万円（1万円引き上げ）

まで引上げ、合わせて63万円とすることとした。

※ 平成23年度の上限額についても、基礎賦課額及び高齢者支援金等賦課額を1万円引き上げることとして、税制改正要望を行っているところ。

○ 新制度の保険料の上限額については、市町村国保の世帯単位の上限額に一本化した上で、被用者保険の保険料の上限額も勘案しつつ、段階的に引き上げることとする。

※ 保険料が賦課上限額に達する収入は、単身世帯の場合、給与収入のみ：1,017万円、年金収入のみ：1,001万円となる。4方式を採用する市町村国保における以下の平成20年度の保険料率の全国平均値から試算。

（均等割額：27,376円 平等割額：25,741円 所得割率：7.35% 資産割額：16,141円）

## （参考）被用者保険の保険料に係る標準報酬月額等の上限額の設定

○ 被用者保険の保険料の算出基礎となる標準報酬月額については、被保険者全体に占める標準報酬月額等級の上限額に該当する被保険者の割合が1%となるよう、その上限額については、報酬月額が1,175千円以上の場合に1,210千円としている。

○ 被用者保険の保険料の算出基礎となる賞与の上限額については、標準報酬月額の上限額（1,210千円）×4.46ヶ月を基に、540万円としている。

（平成17年度人事院勧告において比較対象としている民間の年間賞与月数）

※ 考えられる保険料の上限額は以下のとおり。（事業主負担分を含む）

標準報酬月額及び賞与の上限額 × 協会けんぽの保険料率（平成22年度）  
（1,210千円×12ヶ月+5,400千円） × 9.34% = 約186万円

## 保険料の上限額超過分の取扱い

- 保険料の上限額を超過する額については、賦課及び収納することができず、その分、保険料収入が不足することになることから、「都道府県」及び「市町村」において、当該不足分を賄うことが可能となる水準まで応能保険料率を引き上げることとする。

(例)

	賦課上限額 (世帯の保険料合計額)	賦課上限額を加味 しないで算定した 保険料額	按分率	按分後の 保険料額	上限超過 保険料額
高齢者	63万円※	40万円	2/5	25.2万円	14.8万円
若人		60万円	3/5	37.8万円	22.2万円

※ 平成22年度における市町村国保の賦課上限額であり、今後、段階的に引上げる。

### <具体的な取扱い>

- ① 上表のとおり、世帯の保険料合計額を、上限額を加味しないで算定した高齢者分の保険料額と若人分の保険料額との比率で按分し、按分後の保険料額及び上限超過保険料額を算出する。
- ② 「都道府県」及び「市町村」において、各世帯の高齢者分及び若人分の上限超過保険料額を合算し、都道府県単位及び市町村単位の上限超過保険料額を算出する。
- ③ 当該上限超過保険料額を賄うことが可能となる水準まで、高齢者及び若人の応能保険料率を引き上げる。

# 保険料の年金からの支払い

## ○ 新制度の保険料の年金からの支払い

65歳以上の国保の世帯主が年金からの天引きを希望する場合には、現行制度同様に実施できるようにする。

## ○ 年金からの支払いの仕組み

- ・ 2ヶ月毎の年金支給の際に、公的年金から、2ヶ月分の保険料を引き落とし
- ・ 平成12年に介護保険において保険料の年金からの支払いを導入

※ 年金からの支払いを行う主な理由

- ① 被保険者の皆様に、個別に金融機関等の窓口でお支払いいただくなどの手間をおかけしない
- ② 保険料の徴収に係る行政の余分なコストを省く

## ○ 年金からの支払いの対象者

以下の要件を満たす世帯の国保の世帯主について年金からの支払いの対象とする。

- ① 公的年金給付額が年額18万円以上
- ② 介護保険料と国保の保険料との合算額が年金給付額の1/2以下
- ③ 世帯内に65歳未満の国保被保険者がいない
- ④ 口座振替の方法による支払いを選択しない

## ○ 年金からの支払いに係る適用除外規定の弾力的運用

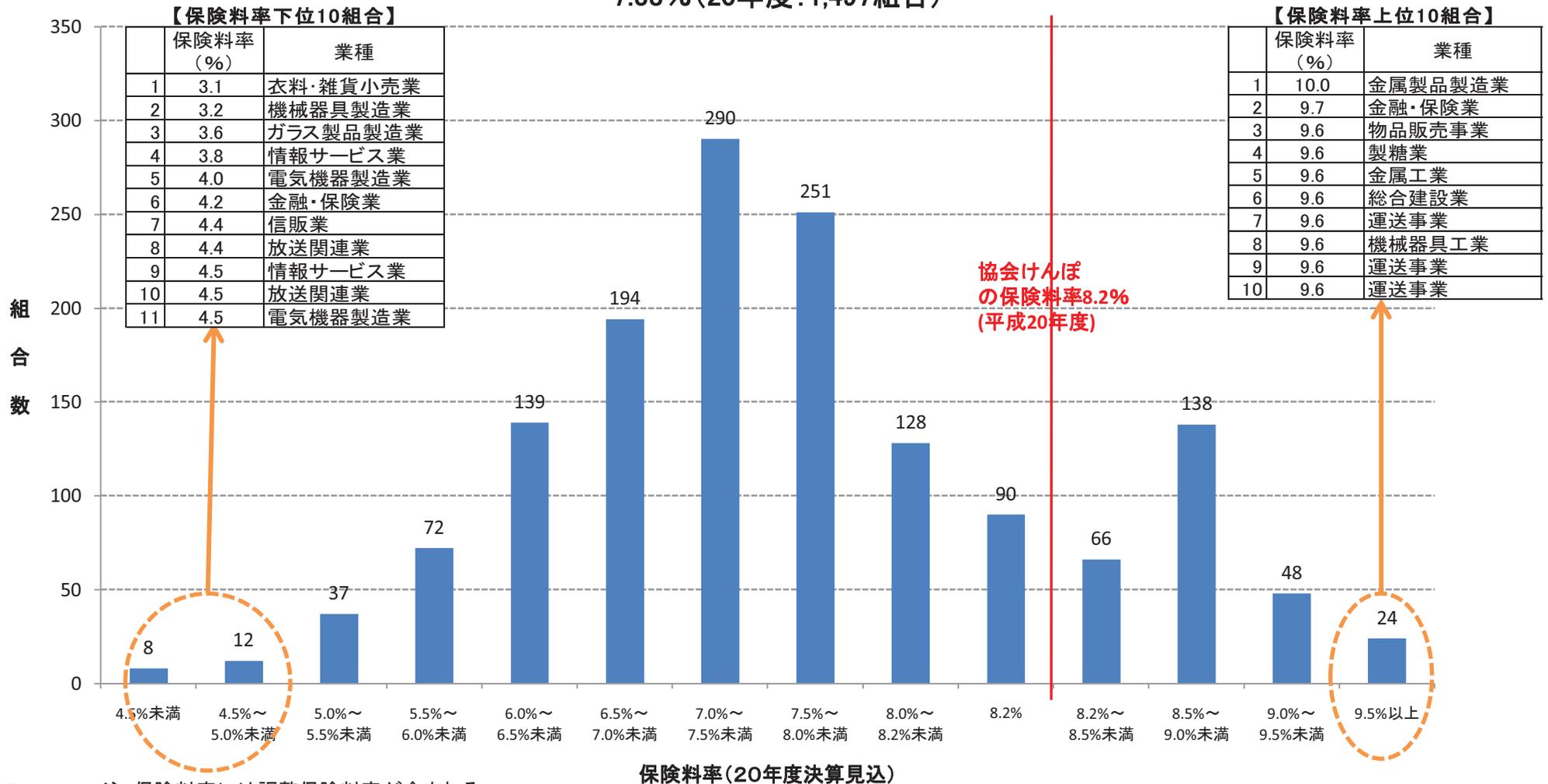
年金からの支払いの対象者を拡大し、収納率の向上を図る観点から、上記の②及び③を満たさない世帯主であっても、希望する場合は、年金からの支払いを行うことを可能とする。

## (4) 現役世代の保険料による支援

# 健保組合間の保険料率のばらつき

○ 個々の健保組合の保険料率を見れば、4.5%未満から9.5%超まで、ばらつきがある。

全組合の平均  
7.38% (20年度: 1,497組合)

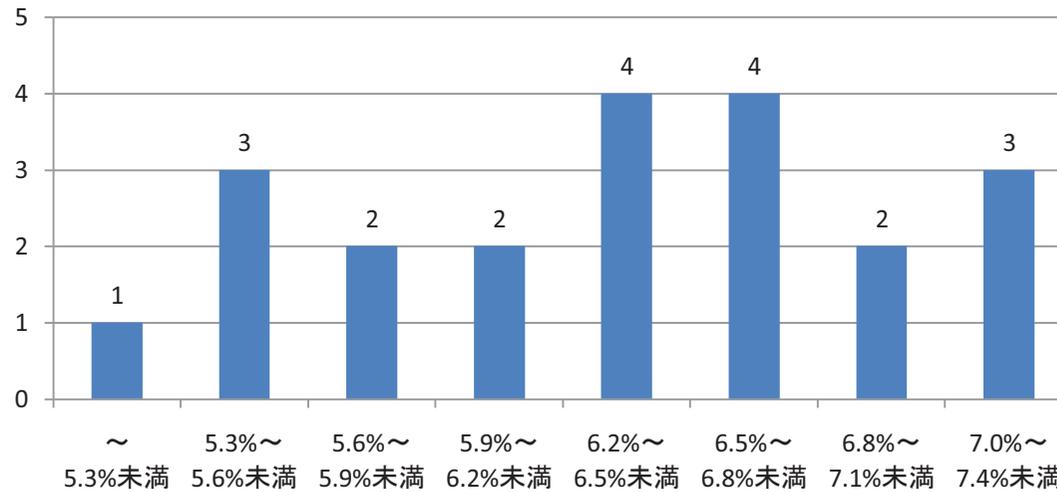


注: 保険料率には調整保険料率が含まれる。

# 制度別 共済組合における保険料率のばらつき(平成20年度末現在)

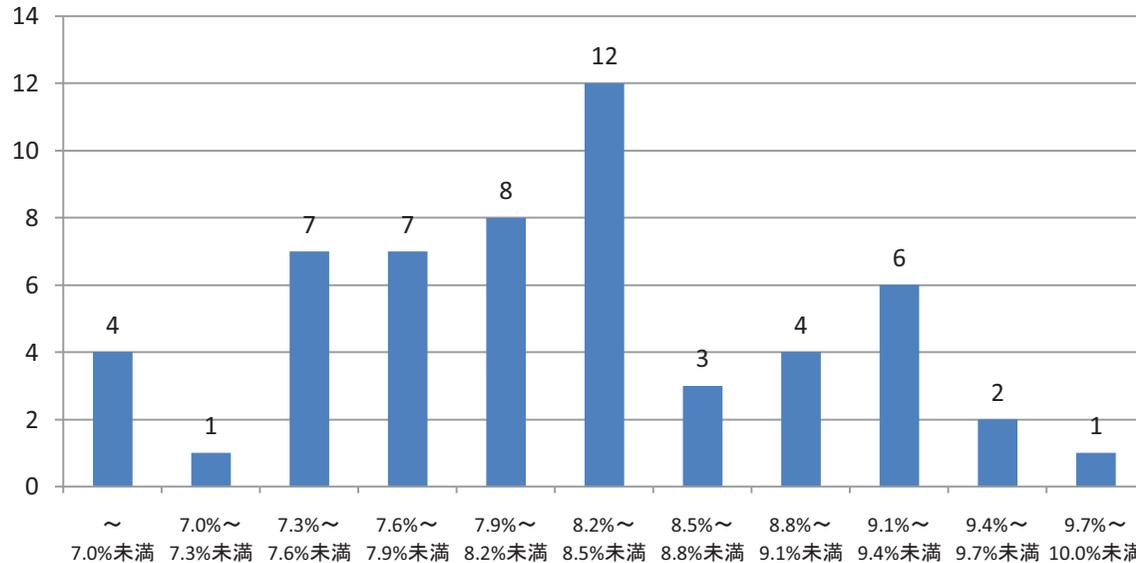
(全国平均:7.68%)※

## 国家公務員共済組合 短期保険料率



最高:7.15%  
最低:5.17%

## 地方公務員共済組合 短期保険料率



最高:9.71%  
最低:6.44%

## 私立学校教職員共済 短期保険料率

6.64%

(注)外務省在外・在勤俸は除く

※ 全国平均は平成20年度保険料率の単純平均(地共済は総報酬ベースに換算)

## (5) 患者負担

# 医療保険制度における患者負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～			
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度														後期高齢者 医療制度	
国 保	3割	老 人	なし	入院300円/日	→1,000円/日	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は 定額制を選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み 所得者3割)	75歳以上	1割負担 (現役並み所得者3割)									
	被 用 者 本 人			定額 負担	外来400円/月					→500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	2割負担(※) (現役並み所得者3割)  ※1割に凍結								
被 用 者 家 族	5割	若 人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)		入院3割 外来3割+薬剤一部負担		3割 薬剤一部負担の 廃止	70歳未 満	3割 (義務教育就学前2割)									
			被 用 者 本 人	定額	→1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担													
			被 用 者 家 族	3割(S48～)→入院2割(S56～) 高額療養費創設	外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担													

(注)・1994(平成6)年10月から入院時食事療養費制度創設、2006(平成18)年10月から入院時生活療養費制度創設

・2002(平成14)年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、2008(平成20)年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

# 現役並み所得者

- 70歳以上の方の患者負担(保険医療機関の窓口で支払う金額)の割合は、原則「1割」としているが、現役世代と同等の負担能力を有する方については、現役世代と同じ「3割」を負担していただくこととしている。

## 【要件】

後期高齢者医療制度	世帯内に課税所得 <sup>※1</sup> の額が145万円 <sup>※2</sup> 以上の被保険者がいる場合
国民健康保険	世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者(70～74歳の方に限る。)がいる場合
被用者保険	被保険者が70歳以上であって、その方の標準報酬月額が28万円 <sup>※3</sup> 以上である場合

※1 収入から公的年金等控除、必要経費、基礎控除、給与所得控除等の地方税法上の控除金額を差し引いた後の額。

※2 現役世代の夫婦2人世帯をモデルとし、平成16年度の政管健保平均標準報酬月額を基礎として、現役世代の平均収入額を算出し(約383万円)、その金額から諸控除を差し引き、現役世代の平均的な課税所得を算出したもの。

※3 平成16年度の政管健保平均標準報酬月額

- ただし、上記の場合であっても、以下の要件に該当する場合は、負担割合は「1割」となる。<sup>※4</sup>

## 【要件】

後期高齢者医療制度	世帯の被保険者全員の収入 <sup>※1</sup> の合計額が520万円 <sup>※2</sup> 未満(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円 <sup>※3</sup> 未満)である場合等
国民健康保険	世帯の被保険者(70～74歳の方に限る。)全員の収入の合計額が520万円未満(世帯の被保険者(70～74歳の方に限る。)が一人の場合は、383万円未満)である場合等
被用者保険	被保険者及びその被扶養者(70～74歳の方に限る。)の収入の合計額が520万円未満(被扶養者(70～74歳の方に限る。)がいない場合は、383万円未満)である場合等

※1 地方税法上の収入額であり、公的年金等控除、必要経費等を差し引く前の金額。

※2 高齢者複数世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となるような収入額を算出したもの。

145万円+(基礎控除(33万円)+給与所得控除(90万円)+配偶者控除(38万円)+社会保険料控除(14万円)+公的年金等控除(199万円)) ÷ 520万円

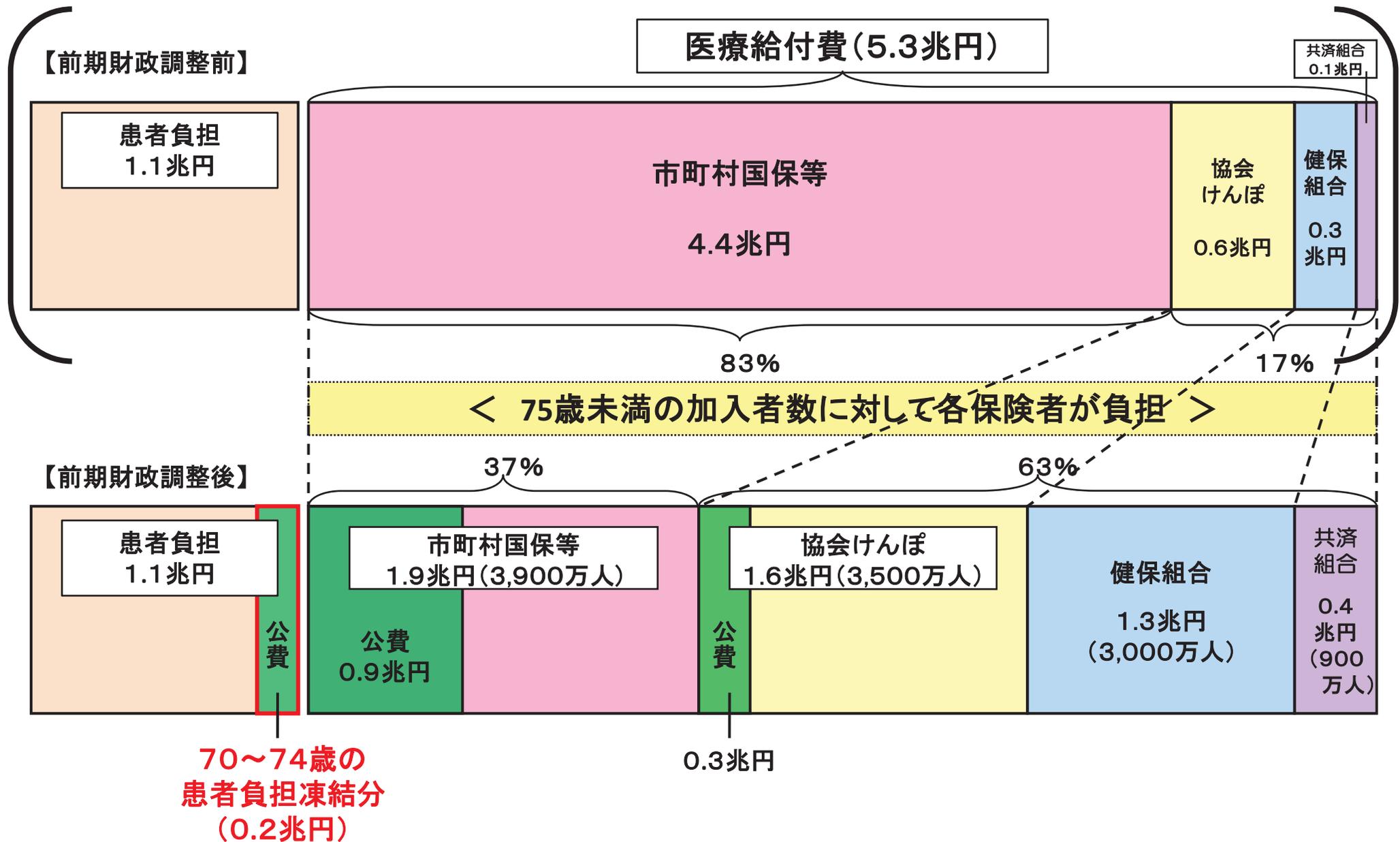
※3 高齢者単身世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となるような収入額を算出したもの。

145万円+(基礎控除(33万円)+給与所得控除(73万円)+社会保険料控除(11万円)+公的年金等控除(120万円)) ÷ 383万円

※4 負担能力の判定基準については、公平な判定を行うため、被保険者一人ひとりの課税所得を基本としている。

しかしながら、税法上の控除の関係から、実際には、収入額が少ないにもかかわらず、課税所得が145万円以上となるケース(例:夫婦ともに無年金で、夫の給与収入のみ)が存在する。このようなケースを救済するため、課税所得だけでなく、収入による判定も行うもの。

# 前期高齢者の費用負担の現状(平成22年度予算ベース)



## 4. 健康づくり、医療の効率的な提供等

# 医療費増加の構図

医療費の増加

要因分析

主要因は老人医療費の増加  
 (老人増  
 1人当たり老人医療費=若人の5倍)  
 (1人当たり老人医療費は都道府県により大きな格差(平均82万円、最高:福岡県約102万円、最低:長野県約67万円))

1人当たり入院医療費の増(寄与度の約5割)

1人当たり外来医療費の増(寄与度の約5割)

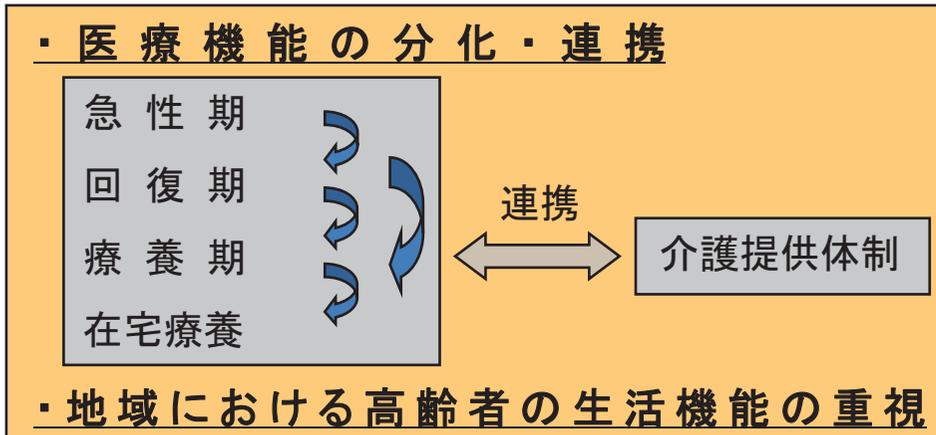
病床数の多さ(平均在院日数の長さ)

生活習慣病を中心とする外来受診者の受診行動

在宅(自宅でない在宅含む)療養率の低さ

内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病患者・予備群の増加

取組の体系



- 生活習慣病対策
- ①保険者と地域の連携した一貫した健康づくりの普及啓発
  - ②網羅的で効率的な健診
  - ③ハイリスクグループの個別的保健指導

# 中長期的な医療費適正化方策

## 基本的な考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
  - ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少(平成27(2015)年度)
  - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小(同上)

国

共同作業

都道府県

- 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針の作成
- 都道府県における事業実施への支援
  - ・ 平均在院日数の短縮に資する診療報酬の見直し
  - ・ 医療提供体制の整備
  - ・ 人材養成
  - ・ 病床転換に関する財政支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

- 都道府県医療費適正化計画の作成
- 事業実施
  - (生活習慣病対策)
  - ・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導
  - ・ 市町村の啓発事業の指導
  - (在院日数の短縮)
  - ・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進
  - ・ 病床転換の支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

### 実績評価の結果を踏まえた措置

- 都道府県に配慮して診療報酬を定めるように努める(※)
- 都道府県と協議の上、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲で、都道府県の診療報酬の特例を設定することができる
- ※設定にあたっては中医協において審議

- 診療報酬に関する意見を提出することができる(※)

- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等(※)

(※)については中間年における進捗状況の評価時も同様

保険者

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

# 平成20年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況

## ○ 特定健診の受診率

### (1) 全体

対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
51,919,920	19,870,439	38.3%

### (2) 保険者種別毎

市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
30.8%	31.3%	29.5%	58.0%	22.6%	58.7%

## ○ 特定保健指導の終了率

### (1) 全体

対象者数	終了者数	特定保健指導終了率
3,942,621	307,847	7.8%

### (2) 保険者種別毎

市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
14.1%	2.4%	3.1%	7.0%	7.2%	4.3%

## 特定健診・保健指導の目標達成状況(平成20年度)

- 平成24年度における目標値(参酌標準)を、平成20年度において既に達成している保険者も存在。
- 特定健診の受診率の目標達成は健保組合において高いなど、保険者種別毎に異なる傾向。

(保険者数)

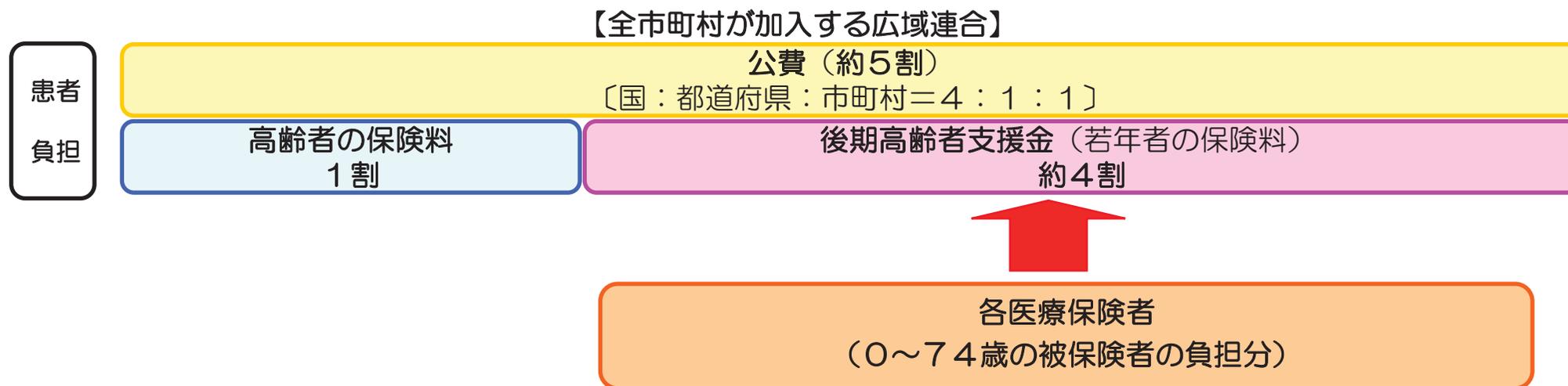
	特定健診実施率 80・70・65%	特定保健指導終了率 45%	左記の2目標を 達成している者	全保険者数
健保組合	156 (単一:113 総合:43)	57	17	1,480
市町村国保	22	262	4	1,794
国保組合	0	0	0	165
協会けんぽ	0	0	0	1
共済組合	3	3	1	77
船員保険	0	0	0	1
計	181	322	22	3,518

(注1) 特定保健指導の終了率については、そもそも保険加入者が極端に少ないことや特定健診の実施率が低いこと、保健指導の対象とならない服薬者が多くいること、などの事由により高くなることに留意。

(注2) 特定健診実施率の参酌標準は、単一健保組合、共済:80%、総合健保、協会けんぽ、国保組合、共済、船員保険:70%、市町村国保:65%

# 後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金の加算・減算制度(平成25年度以降実施)

## ○ 後期高齢者医療制度における財政調整



各保険者について、特定健診・保健指導の実施状況等に応じて後期高齢者支援金を加減算。

〈加算・減算の方法〉

### ① 目標の達成状況

- ・ 特定健診・保健指導の実施率
- ・ 内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率

### ② 保険者の実績を比較

- 実績を上げている保険者 ⇒ 支援金の減算
- 実績の上がない保険者 ⇒ 支援金の加算

◆ 減算と加算は最大±10%の範囲内で設定

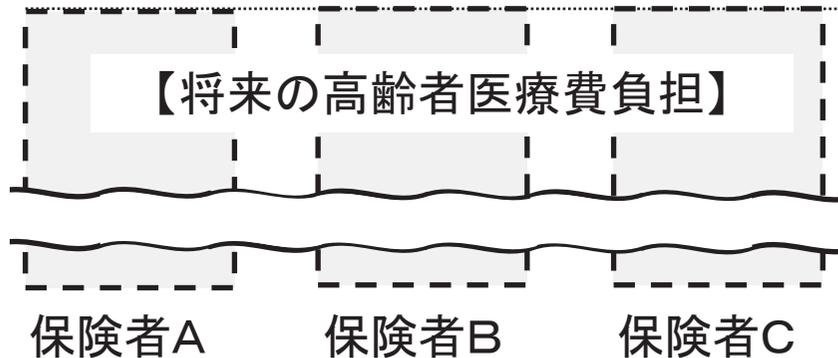
◆ 減算額と加算額の総額は±ゼロ

# 後期高齢者支援金の加減算制度の考え方

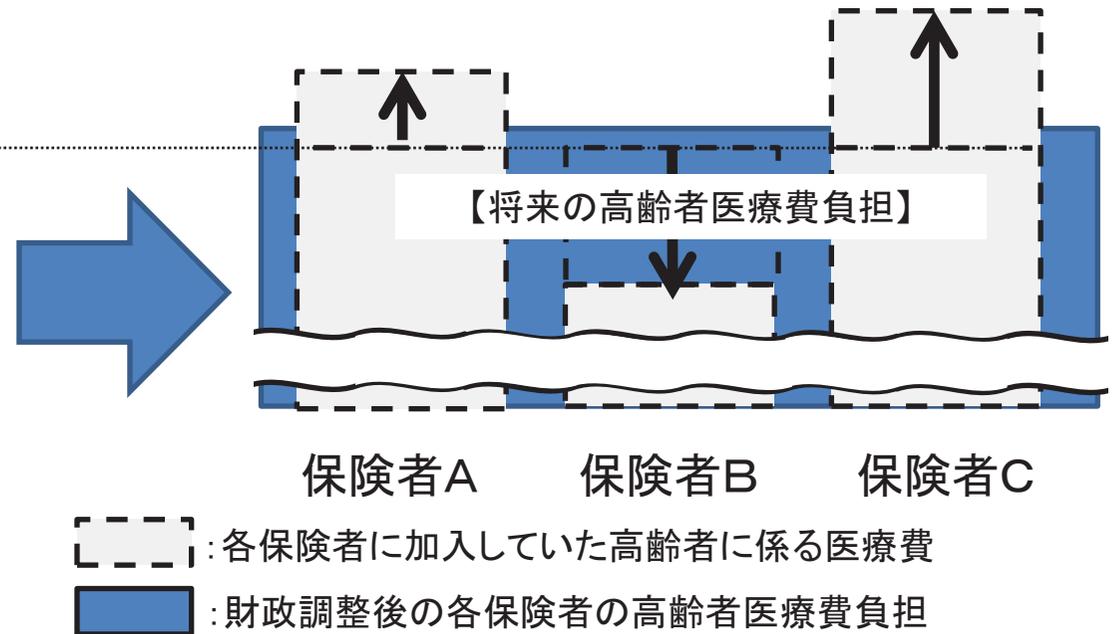
## 【イメージ】

○ 健診・保健指導の実施率が同一の場合。

※加入者数の規模、保険者種別及び  
高齢者加入割合等の他の諸条件を同一と仮定。



○ 健診・保健指導の実施率が保険者A及びCは低く、Bが高い場合。



- 高齢者の方々の医療費を広く保険者全体で負担し合う仕組み(後期高齢者支援金制度)を前提とすると、生活習慣病対策の取組みにより、相対的に医療費のかからない高齢者の方々を輩出した保険者は、保険財政全体に貢献。
- 保険財政全体の改善による恩恵を享受する他の保険者の負担により、こうした生活習慣病対策に取り組んだ保険者の負担を軽減することが、加減算制度の本来の目的。

# 後期高齢者医療制度の保健事業等

## 健康診査の充実

### 財政支援について

<国の支援> 平成22年度については、受診率の向上を見込み、9.6億円(前年度比27%)増額。

この他に市町村への地方財政措置あり  
44.8億円

平成20年度 30.4億円

平成21年度 35.2億円

平成22年度 44.8億円

受診率 21%(実績)

受診率 22%(実績)

受診率 27%(予算ベース)

【参考】平成19年度受診率 26% (老人保健制度における基本健康診査受診率)

<都道府県の支援> 11都道府県 約11.4億円(平成21年度)

<市町村の支援> 9広域連合管内の296市町村 約8.5億円(平成21年度)

### 受診率向上計画の策定について

各広域連合において、市区町村等と協議の上、

- ① 平成22年度目標受診率
- ② 目標受診率達成に向けた具体的な取組

を掲げた健康診査受診率向上計画を策定したところであり、各広域連合において、計画に基づく取組を着実に実施。

## 人間ドックの再開

### これまでの対応

平成20年7月より、各広域連合に対する特別調整交付金を活用して、後期高齢者の健康づくりのための「長寿・健康増進事業」の一環として、市町村における人間ドックの実施を含め支援しているところ。

【平成20年度交付額】 長寿・健康増進事業 約10.7億円(うち人間ドックへの助成 約2.3億円)

【平成21年度交付額】 長寿・健康増進事業 約19.7億円(うち人間ドックへの助成 約5.4億円)

【実施市区町村数】 723(19年度末) → 141(20年5月) → 234(20年度末) [うち166市区町村が交付金を活用]  
→ 373(21年度) [うち276市区町村が交付金を活用]

### 実施に向けた検討について

各広域連合において、従来人間ドックを実施していた市区町村等に、長寿・健康増進事業の周知と次年度の実施に向けた検討6を要請するよう重ねて依頼(H21.10・H22.1)。

## 長寿・健康増進事業の実施

### 事業のねらい

平成20年7月から、広域連合が高齢者の健康づくりに取り組む事業を支援するため、特別調整交付金の一部を活用して、「長寿・健康増進事業」を実施している。

### 事業内容

- (ア)健康教育・健康相談事業
- (イ)健康に関するリーフレットの提供
- (ウ)スポーツクラブ、保養施設等の利用助成
- (エ)スポーツ大会、レクリエーションの運営費の助成
- (オ)その他、被保険者の健康増進のための事業(人間ドック等助成事業・はり・きゅう等助成事業・運動教室等実施事業等)

## 広域連合の行うモデル的な事業の支援

「長寿健康増進事業」では、広域連合の行うモデル的な事業については、特に重点的に支援を行っている。

### 高齢者健康づくり基盤整備モデル推進事業(滋賀県広域連合)

**目的** …高齢者の健康増進を推し進めるため、介護保険との連携による地域での高齢者の居場所づくりや生きがい活動(元気づくり)を推進し、重複頻回受診訪問指導のあり方を検討することにより、高齢者の健康寿命の延伸を図り、適正な医療受診を目指すモデル事業に取り組む。

**事業内容**…保健・医療・福祉の関係者で構成するモデル推進委員会を設置するとともに、専門知識を有する京都大学医学部に業務委託し、健康づくり施策等の成果が上がっている市町などの先進事例の調査・研究を行い、この結果を踏まえて、モデル市町に対し、健康づくり施策の構築・重複頻回受診等に対する指導・支援を行う。

### 高齢者元気づくり事業「いきいき教室」(鹿児島県広域連合)

**目的** …元気で長生きする高齢者の健康づくりを支援する保健事業を実施することにより、将来における医療費の伸びの鈍化を目指す。

**事業内容**…県域を3地区に分け、各地区から老人クラブを各2団体(運動実施群と未実施群)を選出する。

#### ア 運動実施群

- (1)「いきいき教室」において習得した筋力アップ運動や筋膜マッサージを2か月間行い、この運動実施期間の前後に、
  - ①体力測定及び②アンケート調査を実施し、筋力アップ運動や筋膜マッサージの効果を調査する。
  - (2)医療費の変動を追跡し、筋力アップ運動や筋膜マッサージの効果を調査する。

#### イ 未実施群

筋力アップ運動や筋膜マッサージの効果を検証するために、筋力アップ運動や筋膜マッサージ未実施者に対しても同様の上記ア(1)－②アンケート調査と(2)医療費調査を行い、比較分析する。

# 医療費の効率化を図るための事業

## 重複・頻回受診者への訪問指導の強化

レセプト情報等により選定した重複・頻回受診者に対して、保健師等による適正受診の促進のための訪問指導を実施。

重複受診者：同一傷病について、同一診療科目の複数の医療機関に同一月内に受診した方（概ね3箇所以上を3ヶ月連続）  
（診療所からの紹介や検査のための重複受診は除く）  
頻回受診者：同一傷病について、同一月内に同一診療科目を多数受診した方（概ね15回以上を3ヶ月連続）

【実施状況】 <平成20年度> 12広域連合 <平成21年度> 14広域連合

## 後発医薬品の使用促進等のための普及・啓発

後発医薬品の使用促進のためのチラシ・パンフレット等の作成・配布やジェネリック医薬品希望カード（患者がジェネリック医薬品の処方・調剤を希望する際に医療機関や薬局の窓口に提示する意思表示カード）の作成・配布。

【実施状況】 <平成20年度> 25広域連合 <平成21年度> 37広域連合※  
※うち23広域連合においてジェネリック医薬品希望カードを作成（平成21年度）  
※平成22年度から後発医薬品利用差額通知についても補助

## レセプト点検

医療機関から請求されたレセプトの内容を、資格や請求点数等の観点から点検することにより、再審査請求等を実施。

【実施状況】 <平成20・21年度> 47広域連合  
※平成20年度審査支払件数：約3億7,000万件

## 医療費通知

被保険者に対し、医療費に対する認識を高めてもらうために、本人の受診状況・自己負担額等を通知。

【実施状況】 <平成20年度> 39広域連合 <平成21年度> 43広域連合

## 適正受診の普及・啓発

中央社会保険医療協議会（中医協）においてとりまとめられた答申書の付帯意見の趣旨を踏まえ、全医療保険者において医療機関の適正受診を64図るための周知啓発を実施。

# 後期高齢者医療制度 健康診査 受診率推移

広域連合	受診率			
	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度 (目標値)
北海道	14%	6%	9%	15%
青森県	19%	11%	11%	23%
岩手県	27%	21%	22%	27%
宮城県	27%	23%	24%	30%
秋田県	20%	13%	15%	16%
山形県	22%	16%	16%	21%
福島県	27%	15%	15%	22%
茨城県	19%	16%	16%	19%
栃木県	24%	20%	22%	31%
群馬県	39%	35%	35%	39%
埼玉県	32%	28%	27%	40%
千葉県	31%	25%	25%	32%
東京都	48%	48%	51%	58%
神奈川県	30%	21%	22%	25%
新潟県	29%	21%	20%	26%
富山県	40%	37%	38%	43%
石川県	34%	26%	28%	30%
福井県	21%	14%	16%	26%
山梨県	18%	14%	14%	18%
長野県	26%	23%	24%	25%
岐阜県	23%	12%	11%	23%
静岡県	25%	23%	22%	29%
愛知県	29%	20%	30%	31%
三重県	37%	25%	32%	34%
滋賀県	34%	30%	28%	29%
京都府	19%	17%	18%	19%
大阪府	19%	16%	19%	23%
兵庫県	20%	15%	12%	20%
奈良県	28%	15%	14%	25%
和歌山県	13%	5%	4%	6%
鳥取県	27%	21%	20%	25%
島根県	50%	26%	24%	29%
岡山県	30%	13%	12%	26%
広島県	10%	7%	7%	9%
山口県	26%	16%	16%	23%
徳島県	37%	21%	23%	35%
香川県	39%	32%	33%	39%
愛媛県	13%	8%	9%	10%
高知県	13%	15%	13%	19%
福岡県	15%	15%	17%	23%
佐賀県	16%	8%	9%	12%
長崎県	12%	10%	10%	13%
熊本県	17%	8%	8%	20%
大分県	21%	19%	21%	23%
宮崎県	21%	19%	18%	18%
鹿児島県	15%	12%	13%	15%
沖縄県	23%	19%	24%	26%
全国平均	26%	21%	22%	27%

※ 19年度から21年度は実績。(19年度は老人保健制度における75歳以上の基本健康診査受診率。)

※ 22年度は各広域連合から提出された健康診査受診率向上計画における目標受診率。

※ 20年度から22年度の受診率は、各年度の受診(見込)者数を分子とし、各年度の受診対象者(見込)者数(被保険者数)から各広域連合で規定する受診対象外の方の数を除いた人数を分母として算出。

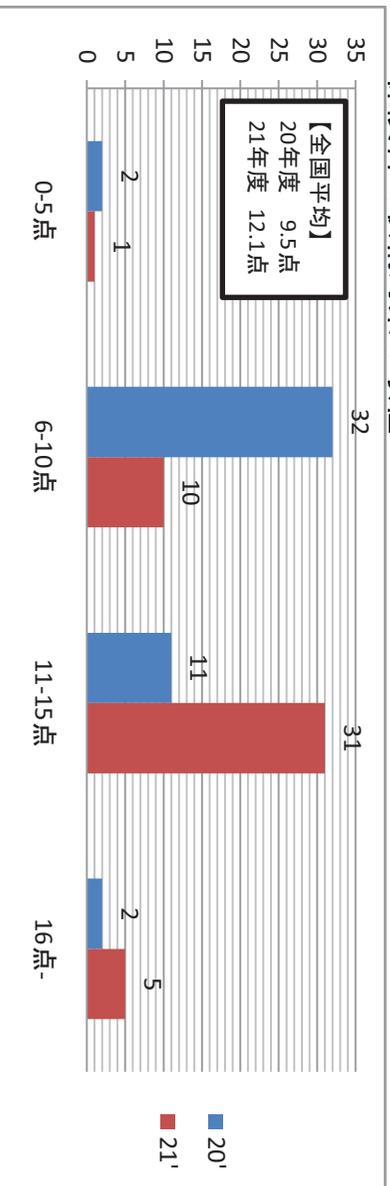
後期高齢者医療制度における保険者機能評価結果（平成21年度）広域連合別一覧

〔今年度の保険者機能評価基準に基づく評価結果であり、この結果のみをもって各広域連合の活動を評価することは、必ずしも適切でないことに御留意ください。〕

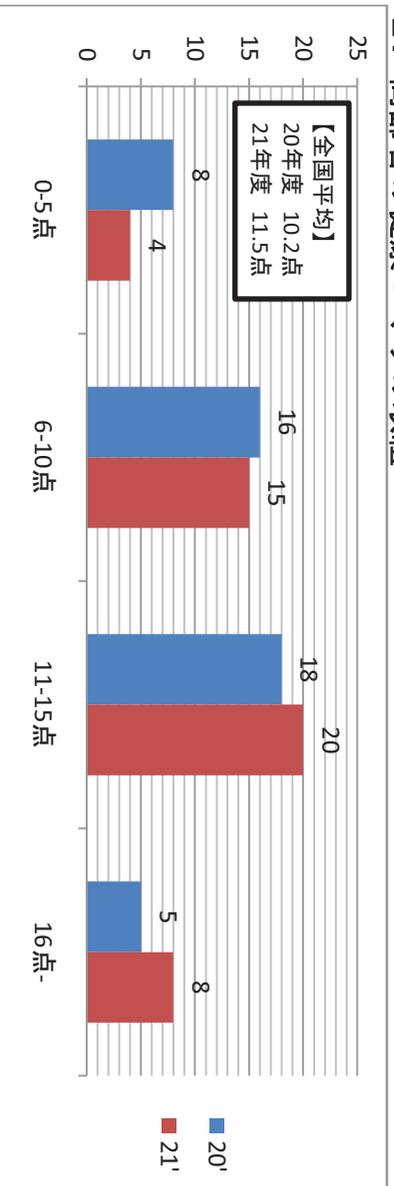
No.	広域連合名	1. 保険料の収納対策の取組		2. 高齢者の健康づくりの取組		3. 医療費適正化の取組		合計	
		20年度	21年度	20年度	21年度	20年度	21年度	20年度	21年度
1	北海道	8	12	5	5	13	15	26	32
2	青森県	4	5	8	9	12	14	24	28
3	岩手県	11	10	19	20	14	15	44	45
4	宮城県	6	11	9	10	11	16	26	37
5	秋田県	10	8	11	14	13	16	34	38
6	山形県	10	13	15	16	12	17	37	46
7	福島県	8	12	7	8	17	18	32	38
8	茨城県	12	12	14	15	15	17	41	44
9	栃木県	9	12	6	12	14	15	29	39
10	群馬県	6	6	19	21	14	20	39	47
11	埼玉県	14	15	14	15	8	15	36	45
12	千葉県	7	11	9	14	4	15	20	40
13	東京都	10	11	13	18	11	18	34	47
14	神奈川県	7	12	12	11	11	15	30	38
15	新潟県	11	13	9	13	8	9	28	35
16	富山県	7	8	11	11	14	19	32	38
17	石川県	9	11	10	11	13	16	32	38
18	福井県	13	12	10	13	17	19	40	44
19	山梨県	9	11	11	11	16	16	36	38
20	長野県	12	13	10	11	10	12	32	36
21	岐阜県	10	12	8	8	14	15	32	35
22	静岡県	6	10	5	6	14	15	25	31
23	愛知県	6	13	14	15	11	12	31	40
24	三重県	13	14	14	16	13	15	40	45
25	滋賀県	14	20	12	15	13	17	39	52
26	京都府	10	12	12	11	10	14	32	37
27	大阪府	10	13	6	8	11	13	27	34
28	兵庫県	8	12	7	8	9	9	24	29
29	奈良県	10	16	8	8	13	15	31	39
30	和歌山県	7	18	18	18	12	13	37	49
31	鳥取県	6	8	8	7	10	13	24	28
32	島根県	14	13	11	12	8	9	33	34
33	岡山県	9	11	12	12	10	14	31	37
34	広島県	7	10	13	13	15	16	35	39
35	山口県	10	12	10	9	13	17	33	38
36	徳島県	6	20	4	9	8	15	18	44
37	香川県	9	10	14	14	15	21	38	45
38	愛媛県	14	15	5	9	13	15	32	39
39	高知県	8	10	12	9	14	15	34	34
40	福岡県	10	12	6	9	15	15	31	36
41	佐賀県	9	12	1	2	11	13	21	27
42	長崎県	17	15	16	16	21	20	54	51
43	熊本県	9	12	5	5	15	17	29	34
44	大分県	16	19	17	18	16	18	49	55
45	宮崎県	7	11	3	7	13	14	23	32
46	鹿児島県	13	14	13	13	17	19	43	46
47	沖縄県	4	8	4	5	17	19	25	32

# 保険者機能評価結果（平成21年度）（点数分布グラフ）

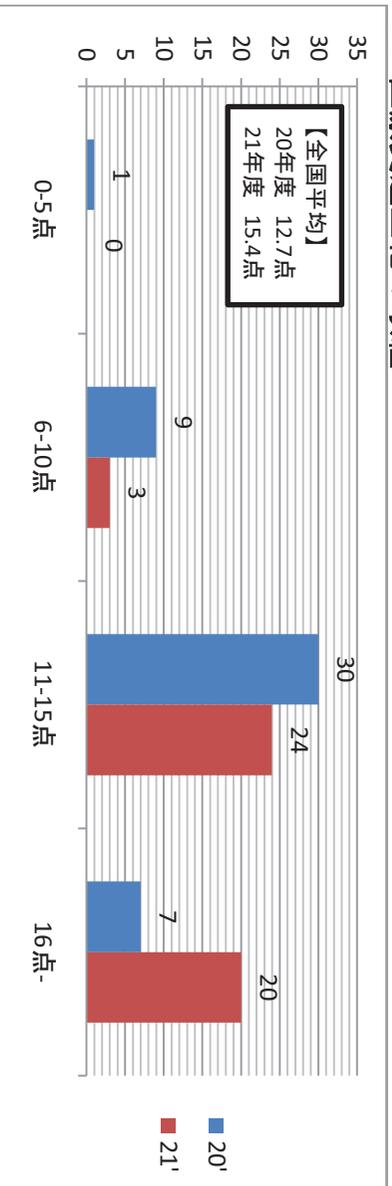
## 1. 保険料の収納対策の取組



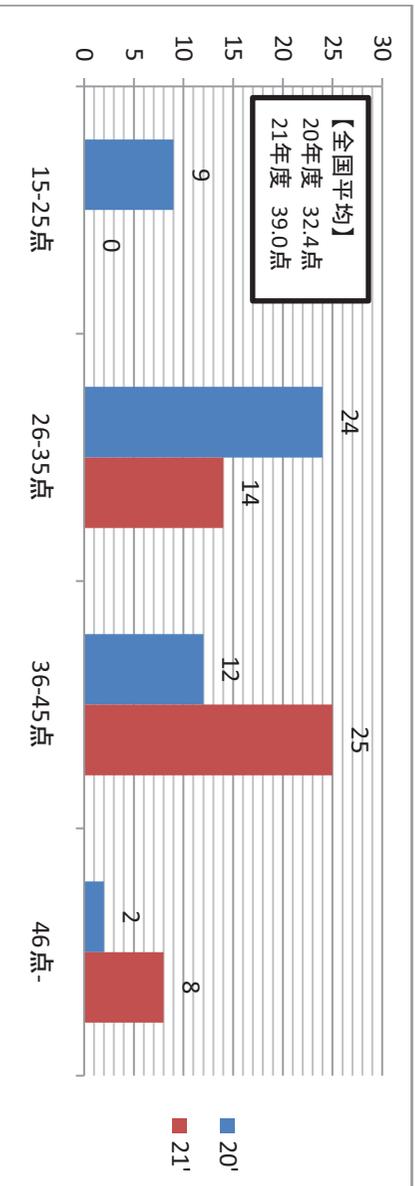
## 2. 高齢者の健康づくりの取組



## 3. 医療費適正化の取組



## 合計



保険者機能評価結果(平成21年度)(個表)

1. 保険料の収納対策の取組

評価項目	実施項目等	評価基準		20年度	21年度	増減
① 収納率の向上(現年度分)	区域内全市町村の普通徴収対象者に係る出納閉鎖後の調定額に占める収納額の割合	99%以上	5	0	0	0
		98%以上99%未満	4	4	15	11
		97%以上98%未満	3	23	30	7
		96%以上97%未満	2	19	1	▲18
		95%以上96%未満	1	0	1	1
		95%未満	0	1	0	▲1
		小計(全国平均)		2.6	3.3	0.7
② 口座振替の推進	区域内全市町村の普通徴収対象者に占める口座振替納付者(特別徴収から変更した者を除く)の割合	75%以上	5	0	0	0
		60%以上75%未満	4	0	1	1
		45%以上60%未満	3	5	8	3
		30%以上45%未満	2	16	22	6
		15%以上30%未満	1	22	14	▲8
		15%未満	0	4	2	▲2
		小計(全国平均)		1.5	1.8	0.3
③ 納付勧奨等	・区域内の全市町村での催告書の送付	実施している	1	6	14	8
	・区域内の全市町村での連帯納付義務者への催告書の送付	実施している	1	0	0	0
	・区域内の過半数の市町村での平日夜間又は休日における電話による納付勧奨及び臨戸訪問の実施	実施している	1	42	42	0
	・区域内の過半数の市町村での平日夜間又は休日における納付相談窓口の設置	設置している	1	6	7	1
	・区域内の全市町村での短期被保険者証の活用による収納の確保	実施している	1	4	19	15
	・区域内の全市町村での被保険者の生活状況等に配慮した納付計画の作成を通じた適切な収納の確保	実施している	1	10	15	5
	・区域内の全市町村での滞納処分の的確な実施による保険料収納の確保	実施している	1	1	3	2
		小計(全国平均)		1.5	2.1	0.6
④ 広報	・広域連合及び区域内の全市町村でのホームページの活用	実施している	1	13	18	5
	・広域連合及び区域内の全市町村での広報紙等の活用	実施している	1	26	29	3
	・区域内で発行される新聞、雑誌等への広報の掲示	実施している	1	19	28	9
	・広域連合及び区域内の全市町村での被保険者への郵送物へのリーフレット等の同封	実施している	1	24	35	11
	・広域連合及び区域内の全市町村での納付勧奨ポスターの作成及び掲示	実施している	1	5	5	0
	・広域連合又は区域内の過半数の市町村での出前講座の実施又は地域イベントの活用	実施している	1	19	14	▲5
	・広域連合又は区域内の過半数の市町村での公共の電波(ケーブルテレビ、防災無線等)の利用	実施している	1	11	8	▲3
	・広域連合又は区域内の過半数の市町村での公共交通機関への広告の掲示	実施している	1	3	1	▲2
		小計(全国平均)		2.5	2.9	0.4
⑤ 体制の整備 (広域連合における取組)	・広域連合における納期ごとの定期的な市町村別収納率の把握及び当該結果に基づく助言	実施している	1	33	41	8
	・広域連合による収納対策に係る研修の実施	実施している	1	12	18	6
	・都道府県、広域連合及び市町村の担当者による保険料収納対策に係る合同会議の定期的な実施	実施している	1	9	16	7
	・税部門等との滞納者情報の共有化を図るための市町村における徴収対策本部の設置の支援	実施している	1	2	1	▲1
	・複数の市町村の連携による収納対策の広域的な実施に対する支援	実施している	1	2	5	3
	・市町村における滞納処分の実施計画及びマニュアル作成に対する支援又は調整	実施している	1	7	13	6
	・市町村における民生委員、福祉・介護関係者等との連携を図った上での被保険者の地域での生活状況の的確な把握に対する支援			2	0	▲2
		小計(全国平均)		1.4	2	0.6
		合計(全国平均)		9.5	12.1	2.6

保険者機能評価結果(平成21年度)(個表)

2. 高齢者の健康づくりの取組

評価項目	実施項目等	評価基準		20年度	21年度	増減
① 健康診査の受診率	受診率=[A 健診受診者数]÷[B 管内被保険者数-C 受診対象外者数] A:健診受診者数(平成21年度中受診者数) B:管内被保険者数(平成21年4月1日時点) ※健診受診者数:平成21年4月～平成22年3月までの健診受診者数	50%以上	5	0	1	1
		40%以上50%未満	4	1	0	▲1
		30%以上40%未満	3	3	4	1
		20%以上30%未満	2	15	17	2
		10%以上20%未満	1	22	19	▲3
		10%未満	0	6	6	0
		小計(全国平均)		1.4	1.5	0.1
② 健康診査の生活機能評価との同時実施の体制	・健康診査の生活機能評価と同時実施する管内市町村の状況	100%	5	17	16	▲1
		90%台	4	13	11	▲2
		80%台	3	5	6	1
		70%台	2	2	2	0
		60%台	1	1	4	3
		60%未満	0	9	8	▲1
		小計(全国平均)		3.3	3.2	▲0.1
③ 人間ドック助成の実施状況	・人間ドック助成を実施する管内市町村数の状況	50%以上	5	3	5	2
		40%以上50%未満	4	0	1	1
		30%以上40%未満	3	3	3	0
		20%以上30%未満	2	5	5	0
		10%以上20%未満	1	8	13	5
		10%未満	0	28	20	▲8
		小計(全国平均)		0.9	1.3	0.4
④ 長寿・健康増進事業の実施状況	・広域連合と市町村、又は市町村相互の連携を伴う取組を実施	実施している	1	21	24	3
	・広域連合又は区域内の市町村で、市町村以外の関係団体との連携を伴う取組を実施	実施している	1	21	31	10
	・広域連合において将来の管内全域展開を見据えた計画的な取組を実施	実施している	1	6	7	1
	・広域連合又は区域内の市町村で、医療費データや健診データの分析を伴う取組を実施	実施している	1	25	29	4
	・広域連合において高齢者の健康づくり支援に係るプログラムを開発又は管内市町村に対するプログラム開発への支援	実施している	1	0	2	2
	・広域連合又は区域内の市町村で、高齢者の保健事業に係る事業評価指標の策定	策定している	1	12	14	2
	・広域連合又は区域内の市町村で、健康づくりを推進する被保険者の自主的な組織づくりに向けた取組を実施	実施している	1	15	23	8
	・広域連合又は区域内の市町村で、他保険者との連携による診療施設、健康管理センター及び総合保健施設の活用を実施	実施している	1	11	16	5
			小計(全国平均)		2.2	2.9
⑤ その他保健事業の実施状況	・全ての市町村で保健指導を実施	実施している	1	13	16	3
	・全ての市町村で健康教育を実施	実施している	1	18	22	4
	・全ての市町村で健康相談を実施	実施している	1	40	38	▲2
	・全ての市町村で訪問指導(重複頻回受診者への訪問指導を除く)を実施	実施している	1	3	4	1
	・全ての市町村で機能訓練を実施	実施している	1	3	3	0
	・全ての市町村で健康手帳の交付を実施	実施している	1	8	10	2
	・全ての市町村ではりきゅう・マッサージ又は保養施設等利用助成事業のいずれかを実施	実施している	1	3	4	1
	・全ての市町村で健康に関するリーフレット等を配布(個別配布、窓口配布等、配布形態は問わない)	実施している	1	25	28	3
			小計(全国平均)		2.4	2.6
		合計(全国平均)		10.2	11.5	1.3

保険者機能評価結果(平成21年度)(個表)

3. 医療費適正化の取組

評価項目	実施項目等	評価基準		20年度	21年度	増減						
① レセプト点検の実施状況	・内容点検の全月実施(医科入院・入院外・歯科)	実施している	1	44	46	2						
	・縦覧点検の全月実施(医科入院・入院外・歯科)	実施している	1	42	45	3						
	・横覧点検の全月実施(医科入院・入院外)	実施している	1	37	40	3						
	・医科レセプトと調剤レセプトの突合点検を実施	実施している	1	40	44	4						
	・介護保険との給付調整に係るレセプト点検の全月実施	実施している	1	17	25	8						
	・請求誤りの多い事項等の重点事項を定めてのレセプト点検の実施	実施している	1	32	34	2						
	・第三者行為求償事務(レセプト中に外傷性の傷病名が記載されている被保険者に対する負傷原因照会)の実施	実施している	1	33	39	6						
	小計(全国平均)				4.5	4.8	0.3					
② レセプト点検の効果	・レセプト点検における点検効果率の状況 点検効果率=(過誤調整分+返納金等調定分)÷診療報酬保険者負担総額  <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>全 国 計 点 検 効 果 率</td> <td></td> </tr> <tr> <td>平 成 20 年 度</td> <td>0.51%</td> </tr> <tr> <td>平 成 21 年 度</td> <td>0.70%</td> </tr> </table>	全 国 計 点 検 効 果 率		平 成 20 年 度	0.51%	平 成 21 年 度	0.70%	1.0%以上	5	2	9	7
		全 国 計 点 検 効 果 率										
		平 成 20 年 度	0.51%									
		平 成 21 年 度	0.70%									
		0.8%以上1.0%未満	4	3	3	0						
		0.6%以上0.8%未満	3	10	14	4						
0.4%以上0.6%未満	2	16	10	▲6								
0.2%以上0.4%未満	1	15	11	▲4								
0.2%未満	0	1	0	▲1								
小計(全国平均)				2.1	2.8	0.7						
③ 重複・頻回受診者への訪問指導の実施状況	・管内全域を対象に訪問指導を実施し、効果測定・分析、再指導を実施	実施している	5	1	2	1						
	・管内全域を対象に訪問指導を実施し、効果測定を実施(再指導を実施しない)	実施している	4	1	2	1						
	・地域を限定して訪問指導を実施し、効果測定・分析、再指導を実施	実施している	3	4	4	0						
	・地域を限定して訪問指導を実施し、効果測定を実施(再指導を実施しない)	実施している	2	3	5	2						
	・市町村への重複・頻回受診者のデータ提供のみ実施	実施している	1	0	1	1						
	・実施していない	実施していない	0	38	33	▲5						
小計(全国平均)				0.6	0.9	0.3						
④ 医療費通知等の実施状況	・全受診者を通知対象者として実施	実施している	1	40	39	▲1						
	・年3回以上実施	実施している	1	27	32	5						
	・通知対象月を限定せず、全月分を対象として通知	実施している	1	25	33	8						
	・受診年月、入院・入院外・歯・薬、入院・通院の日数、医療費の総額、医療機関名の全てを通知	実施している	1	40	43	3						
	・療養費(柔道整復・鍼灸・マッサージ等)を通知	実施している	1	33	38	5						
	・減額査定通知の実施(医療費通知に表示)	実施している	1	13	14	1						
	・減額査定通知の実施(個別に送付)	実施している	1	9	12	3						
	小計(全国平均)				3.8	4.2	0.4					
⑤ その他適正化事業の実施状況	・医療費分析による疾病分類統計等を作成し、都道府県・市町村・広域連合が共有して適正化のために活用	実施している	1	18	22	4						
	・適正化に関する広報(パンフレット、チラシの配布等)の実施	実施している	1	29	33	4						
	・受診マナーについての啓発事業を実施	実施している	1	6	11	5						
	・重複受診等による複数の薬剤を処方されている方について、飲み合わせ等による弊害について、薬剤師会等と協力して服薬指導を実施	実施している	1	1	1	0						
	・効果的な適正化事業の実施を目指し、「意見を聞く場」等の諮問組織の意見・要望を事業運営に反映	実施している	1	23	33	10						
	・ジェネリック医薬品お祝いカードの作成配布	実施している	1	5	28	23						
	・ジェネリック医薬品を使用した場合における個別影響額のお知らせの実施	実施している	1	0	0	0						
	小計(全国平均)				1.7	2.7	1.0					
合計(全国平均)				12.7	15.4	2.7						

## 5. その他の重要事項

## 65歳～74歳で一定の障害の状態にある方

- 現行制度においては、65歳～74歳で一定の障害の状態にある方は、申請を行い保険者の認定を受けることで、後期高齢者医療制度に加入できることとしている(障害認定)。平成22年度7月末現在、44.3万人が認定を受けている。

### <障害認定の必要性>

障害の状態にある方は、一般的に医療を受ける必要性が高い場合が多く、医療費も高額となりやすいため、75歳以上の方と同様に後期高齢者医療制度の対象とすることで、

- ① 窓口負担割合を1割(現役並み所得者を除く)とするとともに、
- ② その医療費を、特定の保険者のみが負うのではなく、公費や支援金により支える。

⇒ 新たな制度においても、65歳～74歳で一定の障害の状態にある方については、患者負担割合や公費・支援金の取扱いを75歳以上の方と同様とする仕組みを設ける。

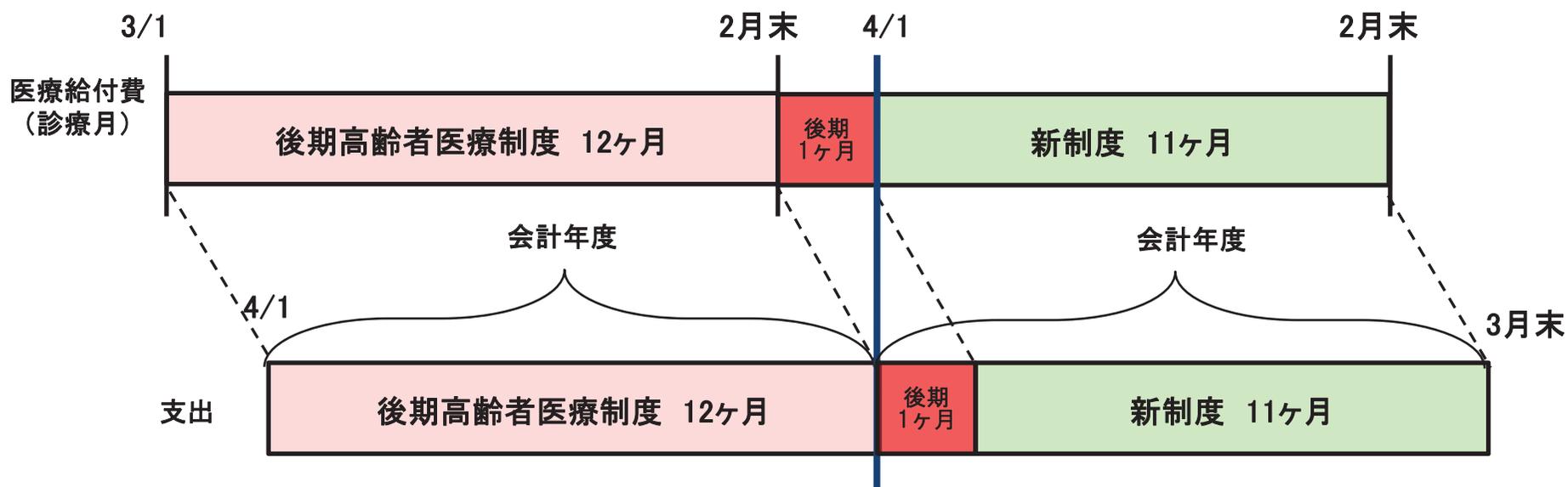
### 新たな制度での障害認定の仕組み

- 65歳～74歳で一定の障害(現行と同じ基準)の状態にある方を対象とする。
- 加入するそれぞれの保険者が認定することとし、認定を受けた方はその方が加入する保険に加入したまま、75歳以上の高齢者と同様の取扱いを受けることとする。
  - <国保の被保険者> 障害認定を受けた場合に窓口負担割合を原則1割とするとともに、都道府県単位の財政運営の対象とし、75歳以上の高齢者と同様の費用負担(公費及び支援金)とする。
  - <被用者保険の被保険者> 障害認定を受けた場合に窓口負担割合を原則1割とするとともに、75歳以上の高齢者と同様の費用負担(公費及び支援金)とする。
- 認定に当たっては、国民年金証書、身体障害者手帳等に基づき、客観的に行うこととなる。ただし、一部これらによっては障害の程度が確認できない場合があるが、この場合は、都道府県等に協議の上、医師の診断により個別に認定することとなる。

# 新制度の施行日

- 診療月の翌月にレセプト審査がなされ、診療報酬が支払われるため、医療保険制度の会計年度(4月から3月まで)は、診療月ベースでみると3月から2月までとなる。
  - 新たな制度の施行日を4月1日とすると、その直前の3月分の診療は、次の会計年度で1ヵ月分だけ旧制度として処理することが必要となる。
    - ※ 後期高齢者医療制度の施行が平成20年4月1日だったため、20年3月診療分については老健制度として20年度の処理を行い、後期高齢者医療制度の20年度は11ヶ月の診療分に対応するものとなっていた。これにより、20年度・21年度の保険料で賄うべき医療給付費が23ヶ月で、22年度・23年度は24ヶ月となったため、保険料の増加要因となった。また、20年3月診療の1ヶ月分に対応する20年度の老健拠出金が各保険者に発生した。
    - ※ 新制度においても、4月1日施行とすると、これと同じ問題が発生するとともに、旧後期高齢者医療制度の1ヶ月分の保険料を元の被保険者に対し賦課・徴収することも必要となる。
- ⇒ このような状況を生じさせないよう、3月1日施行とする。

## 【4月施行とする場合】



## 6. 意識調査の概要

# 新たな高齢者医療制度に係る意識調査＜5月実施分＞の結果(概要)

## ○ 調査対象

(1) 一般：標本数4,871人 回答数3,265人(回答率67.0%)

① 20～74歳

＜標本数＞ 2,865人

(内訳) ・Webモニター登録者(約139万人)から無作為抽出→2,400人

・厚生労働行政モニター→465人

② 75歳以上

＜標本数＞ 2,006人

(内訳) ・後期高齢者医療広域連合の被保険者から無作為抽出→2,000人

・厚生労働行政モニター→6人

(2) 有識者：標本数220人 回答数116人(回答率52.7%)

## ○ 調査時期

平成22年5月19日～6月7日

## ○ 調査方法

郵送調査法

# 「後期高齢者」の名称について

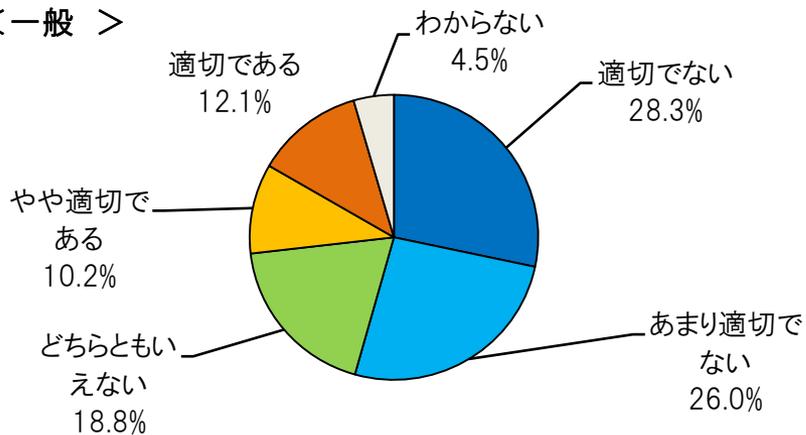
＜質問＞ 「後期高齢者」という名称について、どのように感じられますか。

＜選 択 肢＞	一 般	有識者
適切でない・あまり適切でない	約54%	約47%
適切である・やや適切である	約22%	約30%
どちらともいえない	約19%	約22%

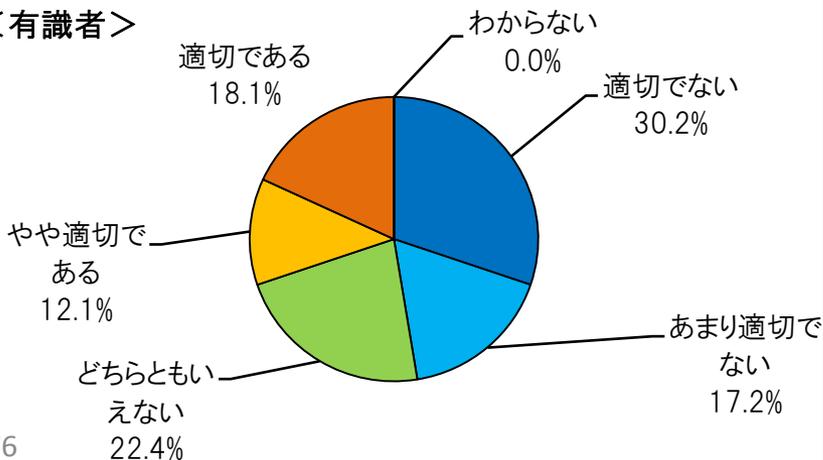
## 【回答結果】

「適切でない」、「あまり適切でない」と回答した割合は、一般が5割強、有識者が5割弱。これを一般の年齢層別でみると、65～74歳では7割弱であり、75歳以上では4割弱。

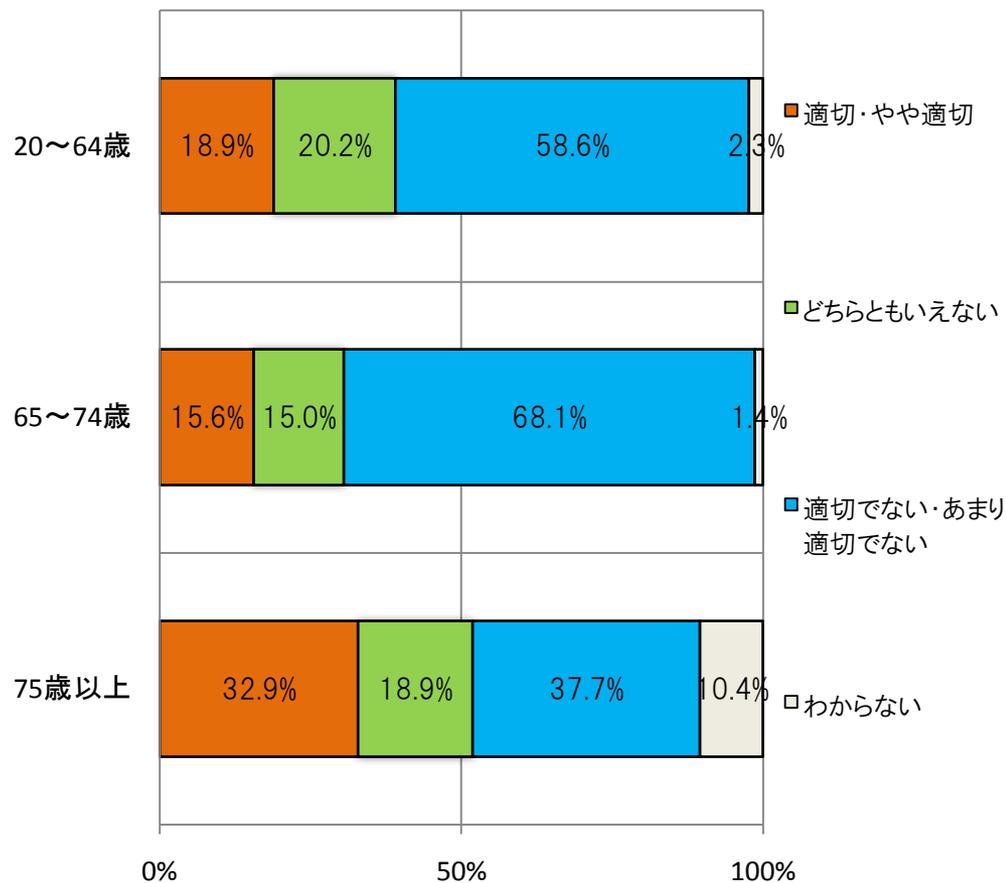
## ＜一般＞



## ＜有識者＞



## （一般：年齢層別）



# 一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて

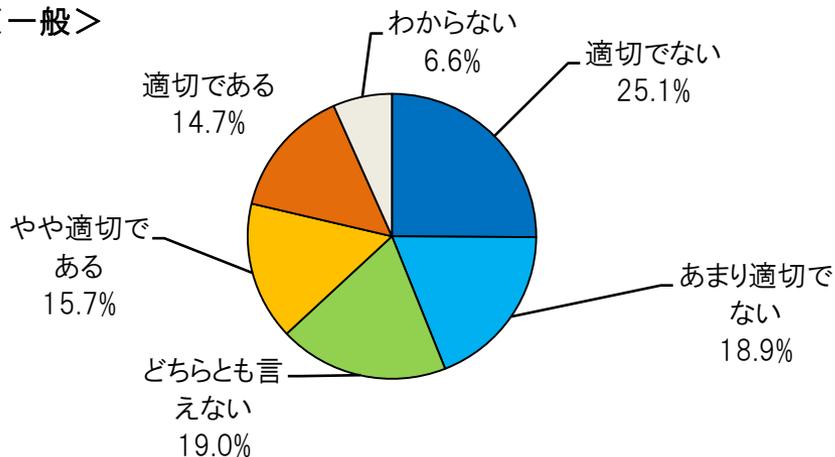
<質問> 一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて、どのように感じられますか。

<選択肢>	一般	有識者
適切でない・あまり適切でない	約44%	約53%
適切である・やや適切である	約30%	約35%
どちらともいえない	約19%	約12%

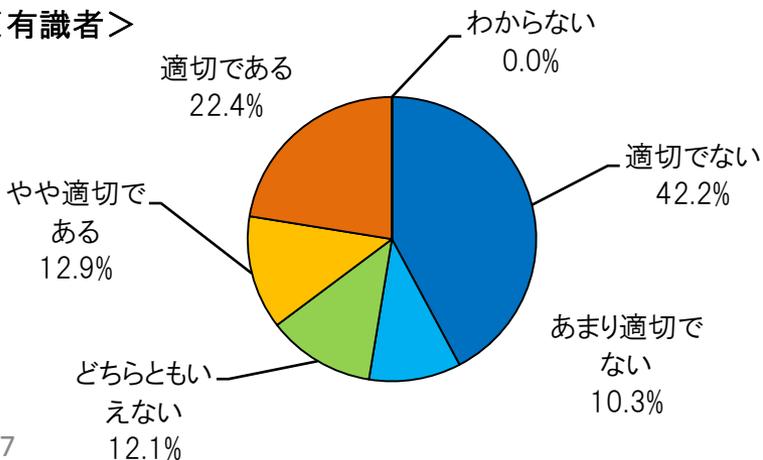
## 【回答結果】

「適切でない」、「あまり適切でない」と回答した割合は、一般が4割強、有識者が5割強。これを一般の年齢層別で見ると、65～74歳では6割強であり、75歳以上では3割強。

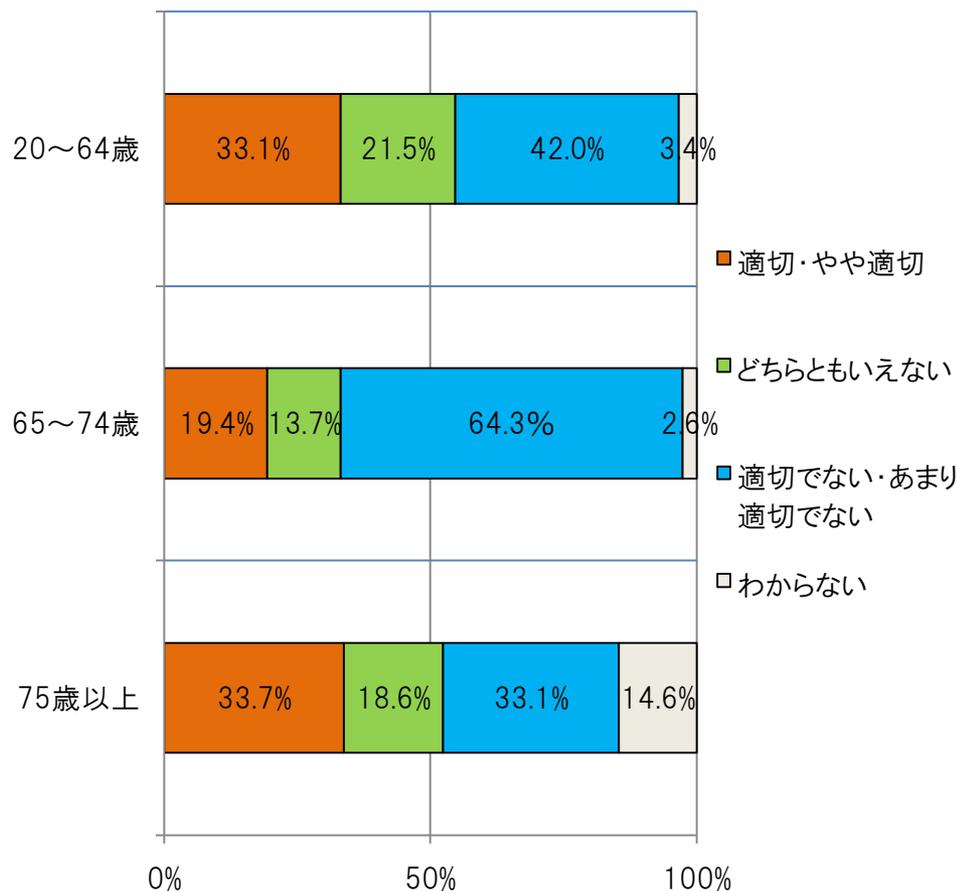
## <一般>



## <有識者>



## (一般:年齢層別)

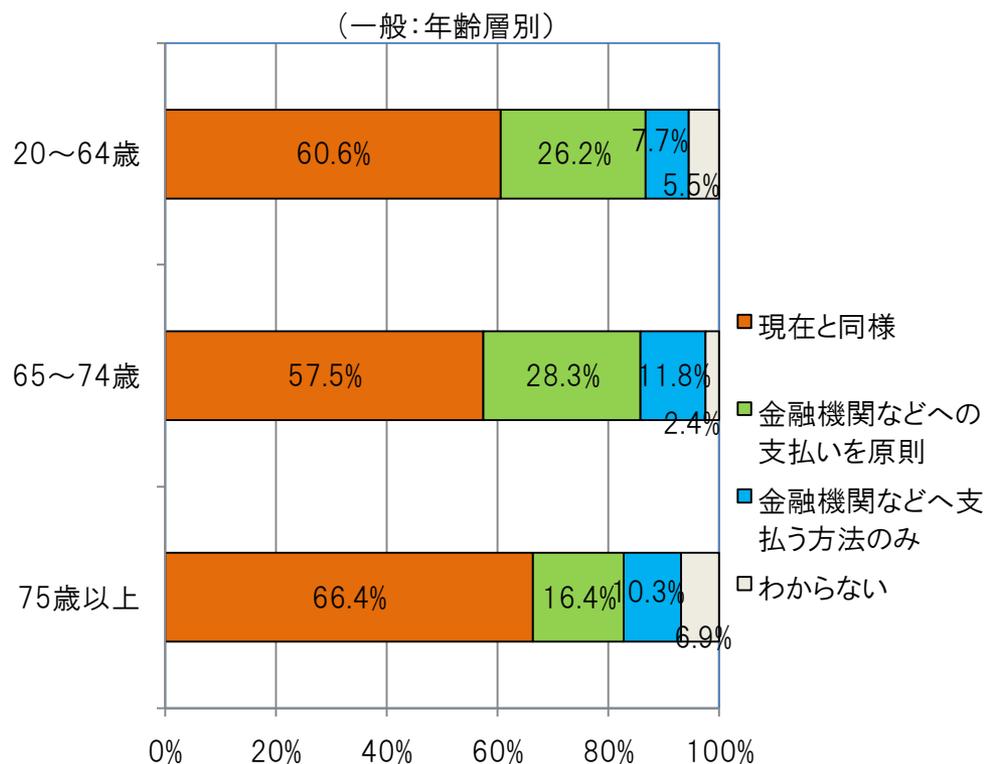
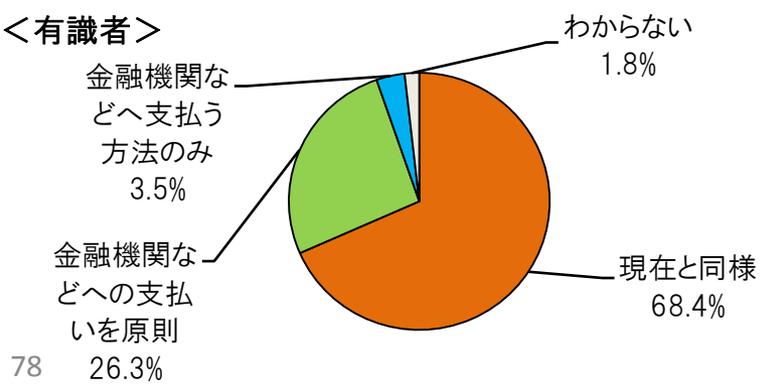
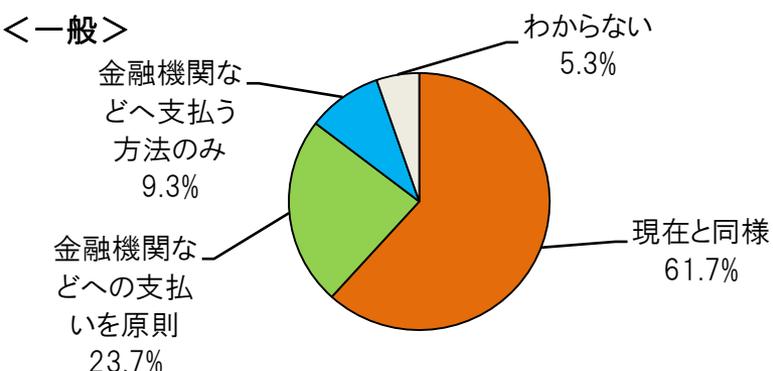


# 保険料の年金天引きについて

＜質問＞「後期高齢者医療制度」での保険料のお支払いは、年金からの天引きが原則ですが、金融機関などへのお支払いも選択できるようにしています。保険料のお支払い方法について、どのようにお考えですか。

＜選 択 肢＞	一 般	有識者
現在と同様に、年金からの天引きを原則とし、金融機関などへの支払いも選択できるようにした方がよい	約62%	約68%
金融機関などへの支払いを原則とし、年金からの天引きも選択できるようにしたほうがよい	約24%	約26%
金融機関などへ支払う方法のみとし、年金からの天引きは一切やめたほうがよい	約9%	約4%

【回答結果】  
「現在と同様の支払い方法がよい」と回答した割合は、一般では6割強、有識者では7割弱。

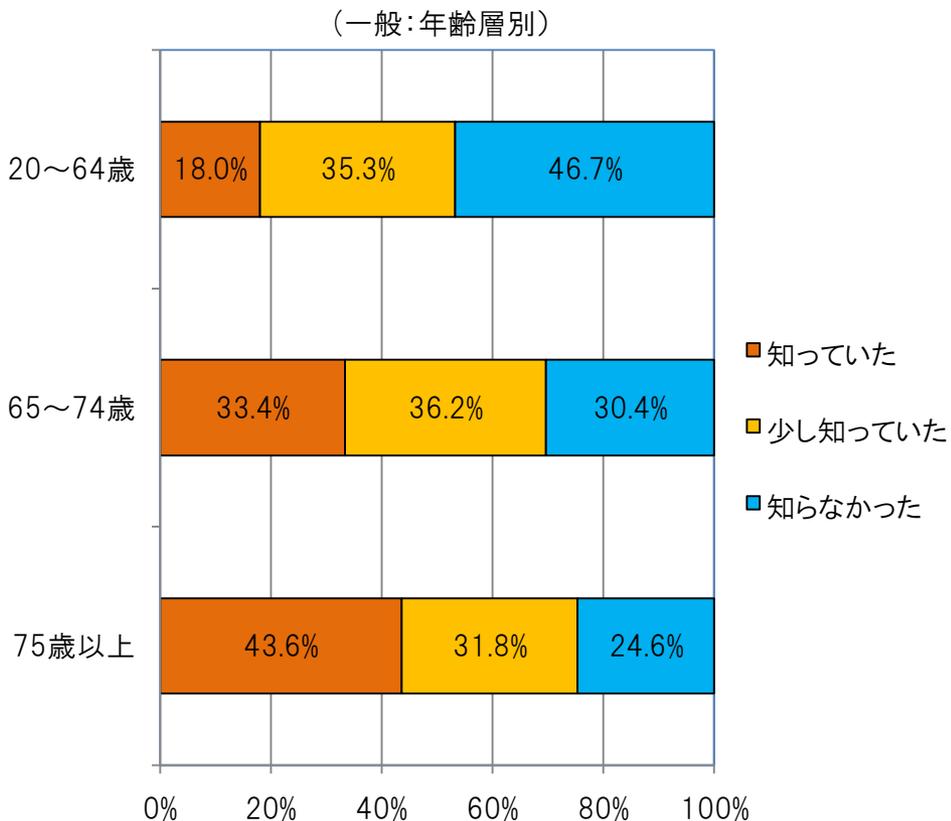
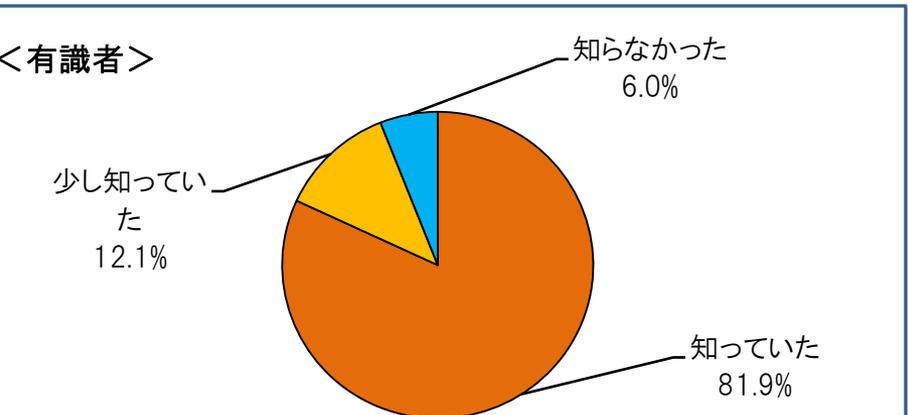
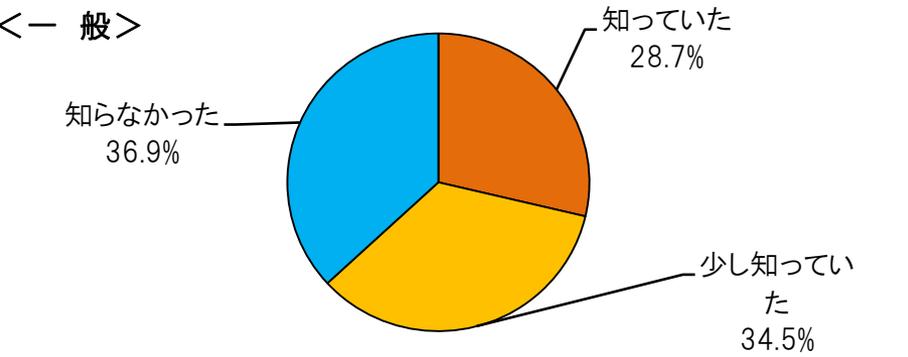


# 現行の費用負担の認知度について

＜質問＞ 現在の「後期高齢者医療制度」では、高齢者の方々に、かかった医療費の一部を医療機関の窓口で負担していただき、それ以外の費用については、①税金による負担が約5割、②現役世代の保険料による負担が約4割、③高齢者の保険料による負担が約1割という割合で負担していますが、このような費用負担の仕組みであったことについて、ご存じでしたか。

＜選 択 肢＞	一 般	有識者
知っていた	約29%	約82%
少し知っていた	約34%	約12%
知らなかった	約37%	約6%

【回答結果】  
 一般では、高齢になるほど認知度が高い。  
 有識者では、8割強が「知っていた」と回答。



# 70歳以上の方々の医療機関での窓口負担について

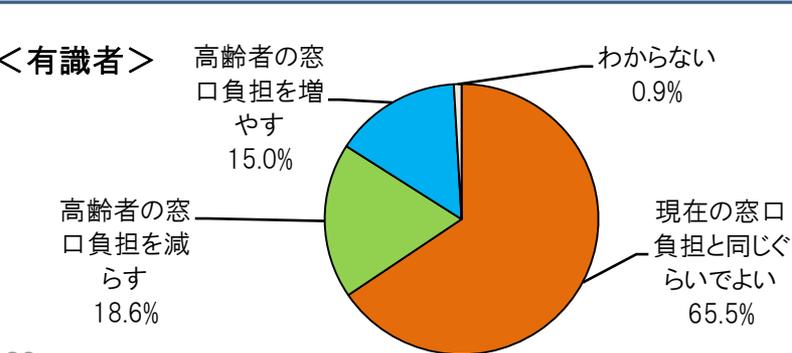
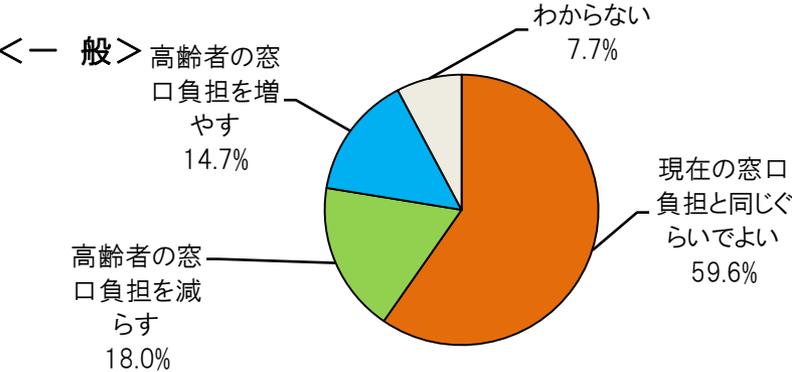
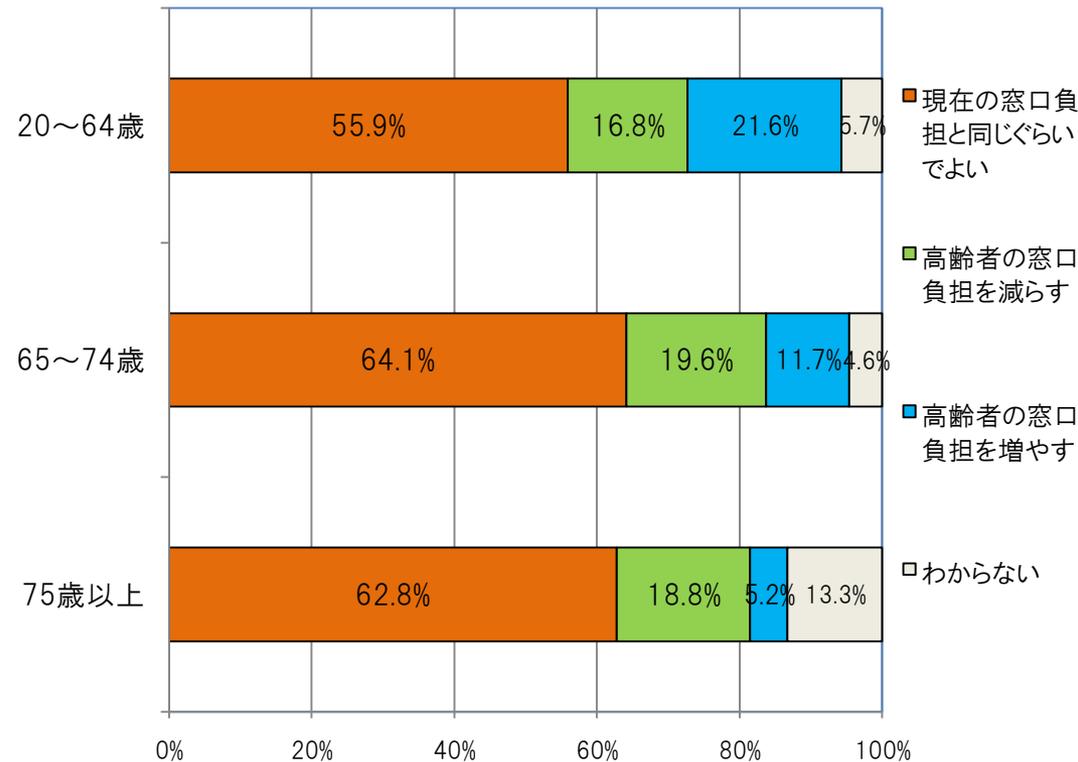
＜質問＞ 70歳以上の方々の医療機関の窓口でのご負担は、かかった医療費の1割となっています。ただし、一定以上の所得がある方は、現役世代と同様に、かかった医療費の3割のご負担となっています。こうした高齢者の窓口負担について、どのようにお考えですか。

＜選択肢＞	一般	有識者
現在の窓口負担と同じぐらいでよい	約60%	約66%
税金や現役世代の保険料による負担を増やして、高齢者の窓口負担を減らしたほうがよい	約18%	約19%
高齢者の窓口負担を増やして、税金や現役世代の保険料による負担を減らしたほうがよい	約15%	約15%

## 【回答結果】

「現在の窓口負担と同じぐらいでよい」と回答した割合は、一般では6割、有識者では約6.5割。  
 一般で「高齢者の窓口負担を増やした方がよい」と回答した割合は、高齢になるほど低い。

（一般：年齢層別）



# 今後の高齢者の医療費の負担割合について

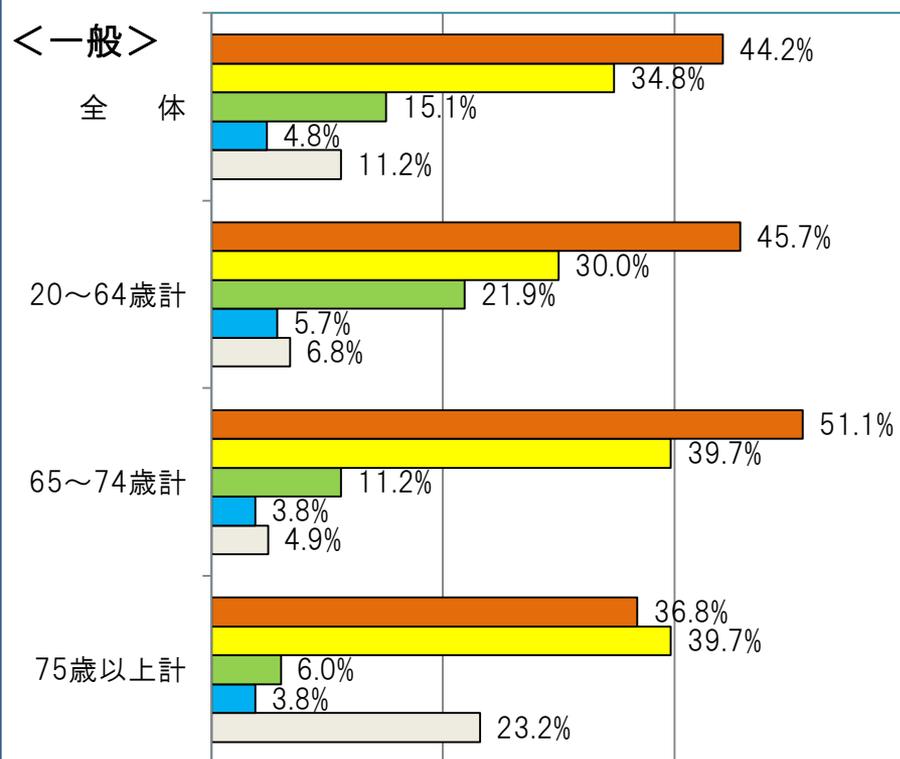
＜質問＞ 今後、高齢化の進行により、高齢者の医療費は増加することが見込まれますが、高齢者の医療費を、どのようにして支えるべきだと思いますか。

＜選択肢＞ 複数回答可	一般	有識者
税金による負担の割合を増やしていく	約44%	約45%
現在の仕組みと同じぐらいの負担割合で、それぞれの負担額を増やしていく	約35%	約42%
高齢者の保険料による負担の割合を増やしていく	約15%	約18%
現役世代の保険料による負担の割合を増やしていく	約5%	約9%

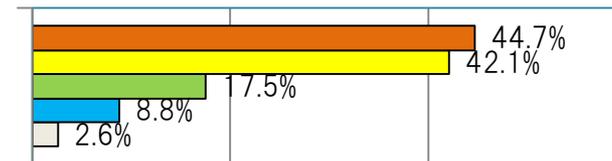
## 【回答結果】

一般、有識者ともに、「税金による負担の割合を増やしていく」と回答した割合が最も高いが、一般の75歳以上では、「現在の仕組みと同じぐらいの負担の割合で、それぞれの負担額を増やしていく」と回答した割合が最も高い。

また、一般で「高齢者の保険料による負担割合を増やしていく」と回答した割合は、高齢になるほど低い。



### ＜有識者＞



- 税金による負担の割合を増やす
- 現在の仕組みと同じぐらいの負担割合でそれぞれ増やす
- 高齢者の保険料による負担の割合を増やす
- 現役世代の保険料による負担の割合を増やす
- わからない

# 新たな高齢者医療制度に望む重要な点について

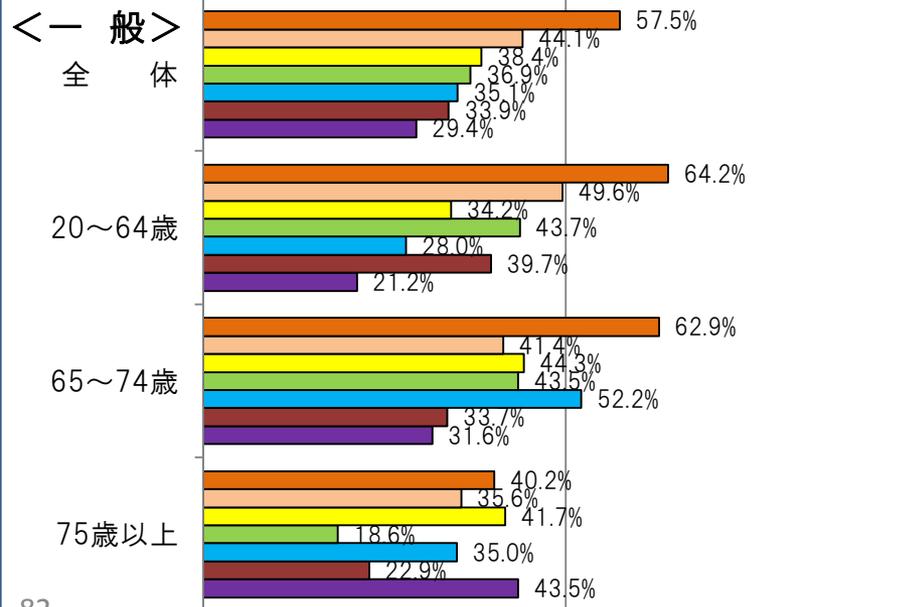
＜質問＞ 新たな高齢者医療制度のあり方について、重要と思うことは何ですか。

＜選 択 肢＞ 複数回答可	一 般	有識者
高齢者の保険料負担について、同じ所得であれば、同じ保険料にするなど、公平な仕組みになっていること	約58%	約72%
高齢者の医療費について、高齢者と現役世代がどの程度ずつ負担するのが明確にされていること	約44%	約55%
高齢者の保険料負担の伸びには、一定の歯止めがかけられていること	約38%	約27%
高齢者であっても、サラリーマンやサラリーマンに扶養されている家族は、被用者保険(健康保険組合や協会けんぽなど)に加入できるようになっていること	約37%	約27%
一定の年齢以上の高齢者だけが一つの医療制度に区分されるようなものにはしないこと	約35%	約43%
高齢者医療のための現役世代の保険料負担の伸びには、一定の歯止めがかけられていること	約34%	約31%
高齢者の保険料負担の伸びが、現役世代の保険料負担の伸びより上回らないこと	約29%	約8%

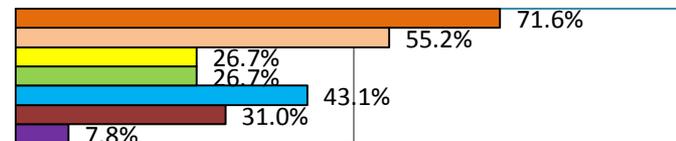
## 【回答結果】

一般、有識者ともに、「同じ所得であれば、同じ保険料にするなど、公平な仕組みになっていること」と回答した割合が最も高いが、一般では、高齢になるほど、その割合は低い。このほか一般では、

- ・「高齢者であっても、サラリーマンとその扶養家族は、被用者保険に加入できるようになっていること」と回答した割合は、74歳まででは4割強であり、75歳以上では2割弱。
- ・「一定の年齢以上で区分されるようなものにはしないこと」と回答した割合は、65～74歳で5割強であり、75歳以上では約3.5割。
- ・「高齢者の保険料の伸びが、現役世代の伸びより上回らないこと」と回答した割合は、高齢になるほど高い。



### ＜有識者＞

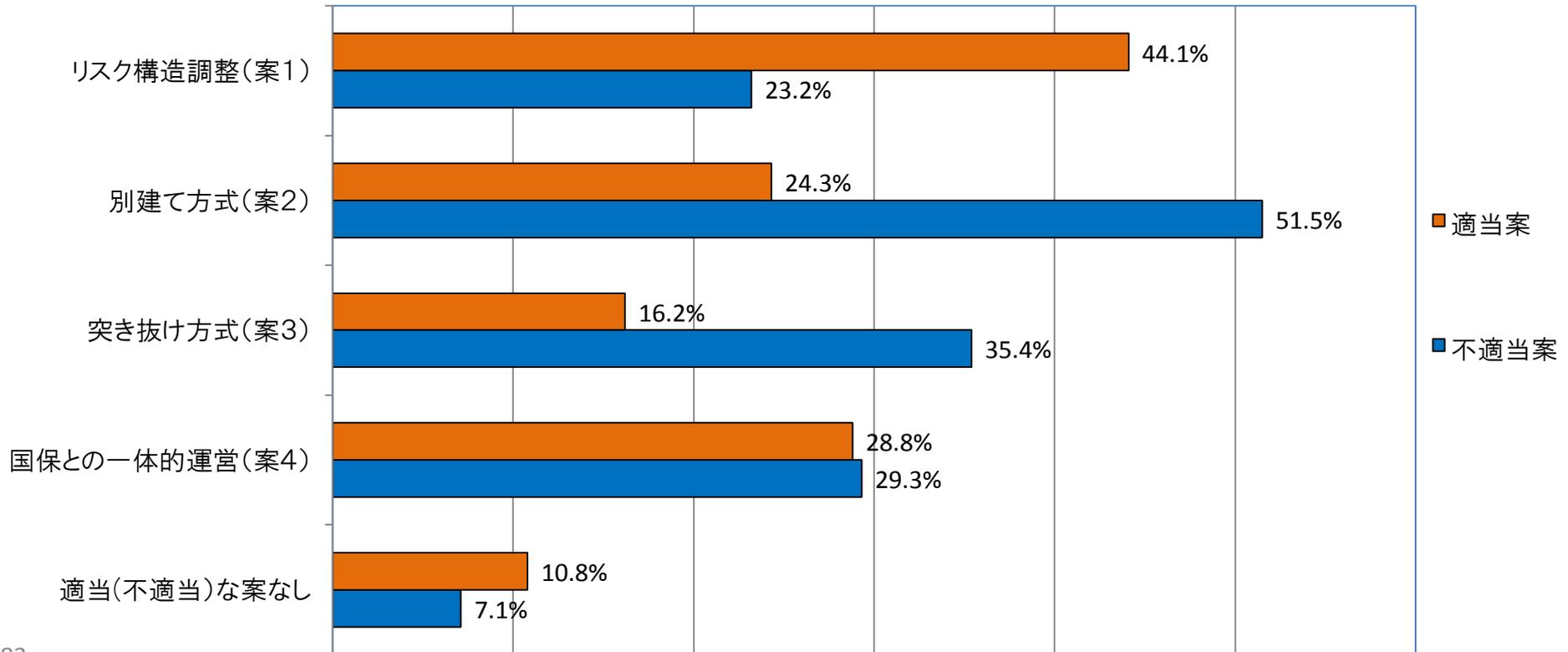


- 同じ所得であれば、同じ保険料とするなど、公平な仕組み
- 高齢者と現役世代の負担割合が明確
- 高齢者の保険料の伸びに歯止め
- 高齢者であっても、サラリーマンとその扶養家族は、被用者保険に加入
- 一定の年齢以上で区分されるようなものにはしない
- 現役世代の保険料の伸びに歯止め
- 高齢者の保険料の伸びが、現役世代の伸びより上回らない

# 「高齢者医療制度改革会議」で提示された4案について

＜質問＞ あなたが適当(不適当)であると考える案があれば、それはどれですか。(有識者のみの調査)

＜選択肢＞ 複数回答可	適 当	不 適 当
(案1)年齢構成・所得構成でリスク構造調整を行った上で、都道府県単位で一本化する	約44%(49名)	約23%(23名)
(案2)一定年齢以上の「別建て」保険方式を基本とする	約24%(27名)	約52%(51名)
(案3)突き抜け方式とする	約16%(18名)	約35%(35名)
(案4)高齢者医療と市町村国保の一体的運営を図る	約29%(32名)	約29%(29名)
適当(不適当)であると考える案はない	約11%(12名)	約 7%( 7名)



## 後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度に係る意識調査＜9月実施分＞の結果(概要)

### ○ 調査対象（内閣府の世論調査を活用）

標本数 3, 000人      回答数 1, 941人（回答率 64.7%）

- |   |        |     |        |
|---|--------|-----|--------|
| ① | 20～64歳 | 回答数 | 1,344人 |
| ② | 65～74歳 | 回答数 | 356人   |
| ③ | 75歳以上  | 回答数 | 241人   |

### ○ 調査時期

平成22年9月 9日～ 9月19日

### ○ 調査方法

調査員による個別面接聴取法

※ 内閣府の世論調査公表ホームページ: <http://www8.cao.go.jp/survey/index.html>

# 後期高齢者医療制度の認知度について

## <質問>

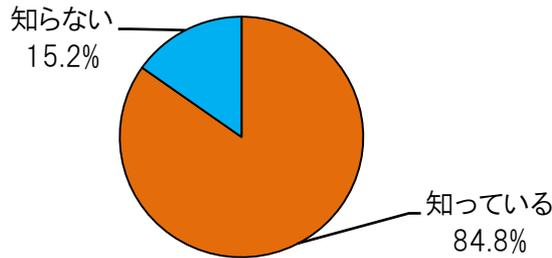
平成20年度からスタートした75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度について知っていますか。

<選択肢>	回答割合
知っている	約85%
知らない	約15%

## 【回答結果】

「知っている」と回答した割合は、約8.5割。  
 年齢層別でみると、20歳代、30歳代で「知っている」と回答した割合が低い。  
 「知っている」と回答した人の情報源の割合は、テレビ・ラジオが8割強、新聞が6割弱。

## <全体>



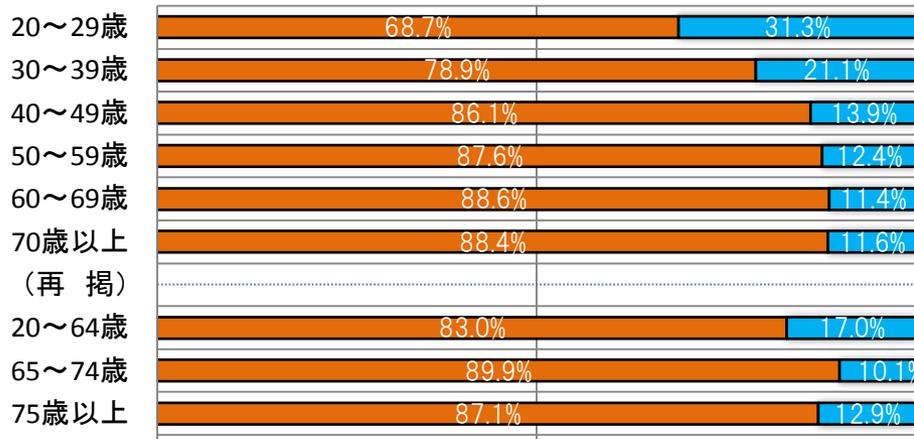
## <SQ「知っている」と回答した人>

後期高齢者医療制度について、どこから情報を得ていますか。(複数回答可)

<選択肢>	世論調査
テレビ・ラジオ	81.5%
新聞	58.6%
人との会話(家族、友人、職場等)	26.1%
自治体が配布する広報誌やパンフレット	17.9%
医療機関等に掲示されているポスター	10.6%
インターネット	8.6%
加入する医療保険の広報誌	5.7%
雑誌	5.4%
住民説明会や懇談会等、自治体が開催する場	1.5%
特にどこからも得ていない	0.2%

## <年齢層別>

■ 知っている ■ 知らない



# 後期高齢者医療広域連合の認知度について

## <質問>

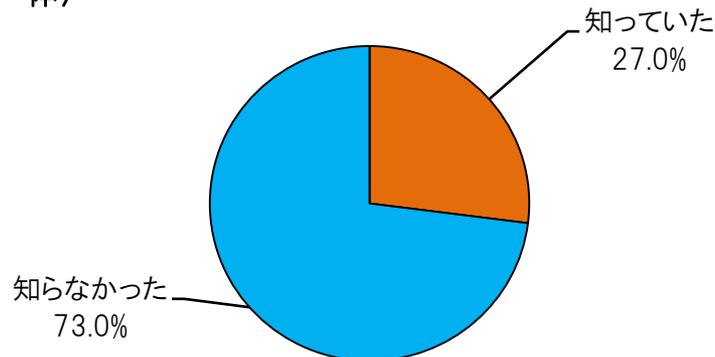
後期高齢者医療制度の広域連合について知っていましたか。

<選択肢>	回答割合
知っていた	約27%
知らなかった	約73%

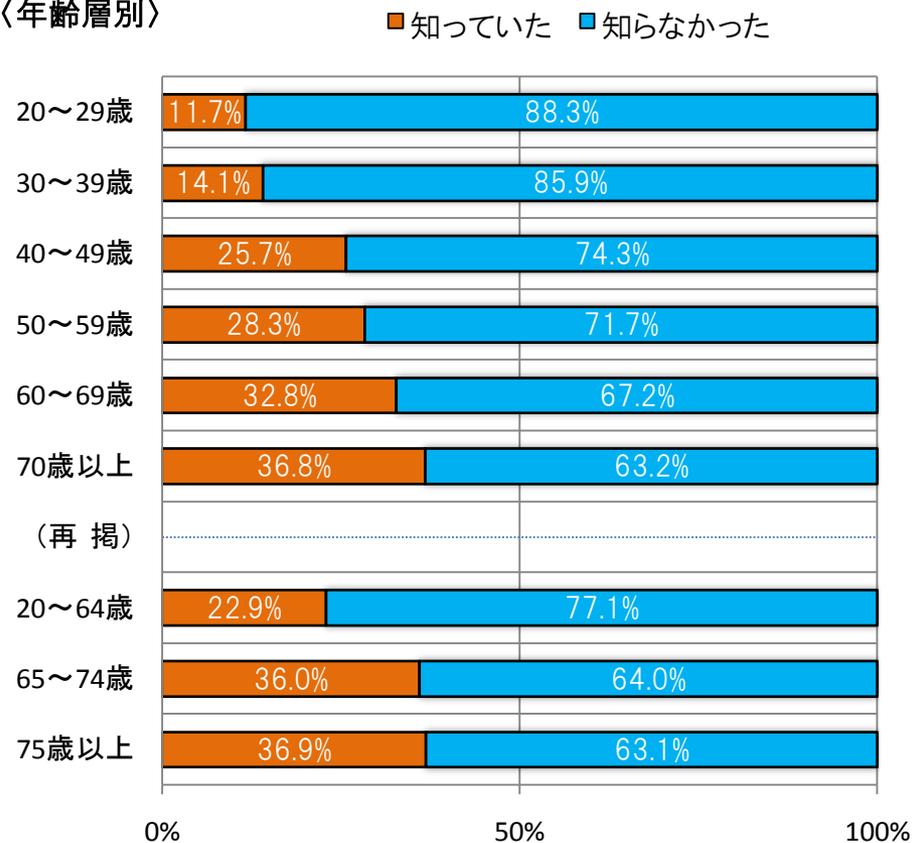
## 【回答結果】

「知っている」と回答した割合は、約3割。  
年齢層別でみると、高齢になるほど「知っている」と回答した割合が高いが、75歳以上でも6割強が知らなかった。

## <全体>



## <年齢層別>



## 後期高齢者医療制度と広域連合の認知度の関係

		広域連合		
		知っていた	知らなかった	計
後期高齢者医療制度	知っている	26.2%	58.6%	84.8%
	知らない	0.9%	14.3%	15.2%
	計	27.0%	73.0%	100.0%

# 後期高齢者医療制度廃止後の検討について

## <質問>

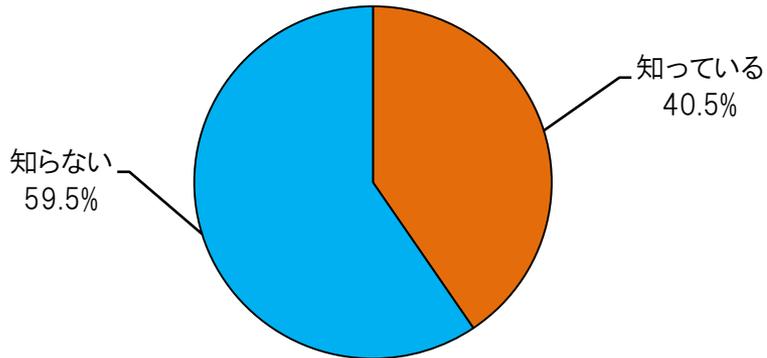
後期高齢者医療制度を平成24年度末までに廃止し、平成25年度からの新たな医療保険制度のスタートに向け、政府が検討を進めていることについて知っていますか。

<選択肢>	回答割合
知っている	約40%
知らない	約60%

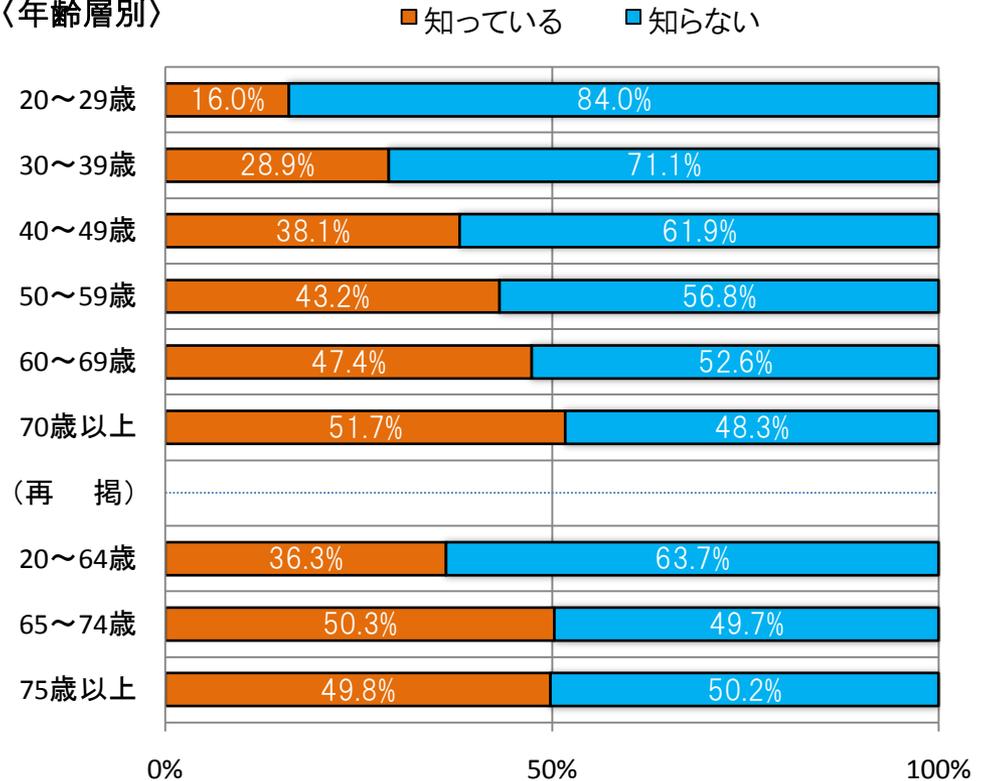
## 【回答結果】

「知っている」と回答した割合は、約4割。  
年齢層別でみると、高齢になるほど「知っている」と回答した割合が高くなる傾向にある。

## <全体>



## <年齢層別>



# 後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度への関心度について

## <質問>

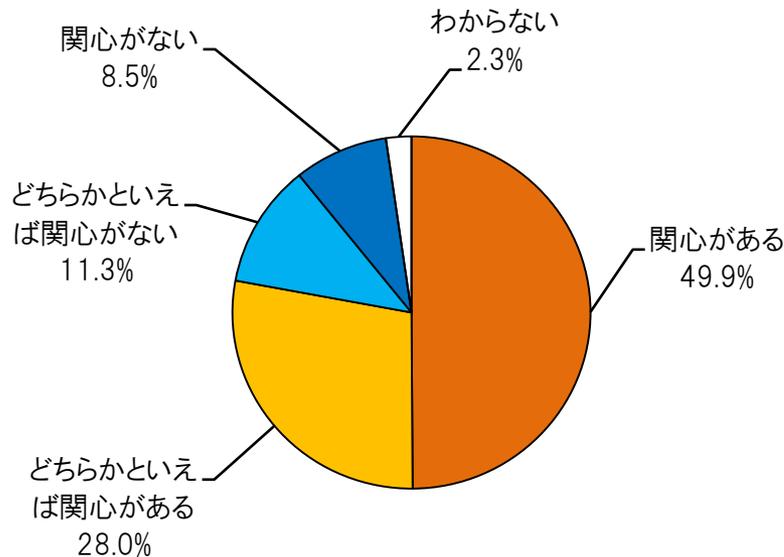
後期高齢者医療制度廃止後の新たな医療保険制度がどのような制度になるか関心がありますか。

<選択肢>	回答割合
関心がある・どちらかといえば関心がある	約78%
関心がない・どちらかといえば関心がない	約20%

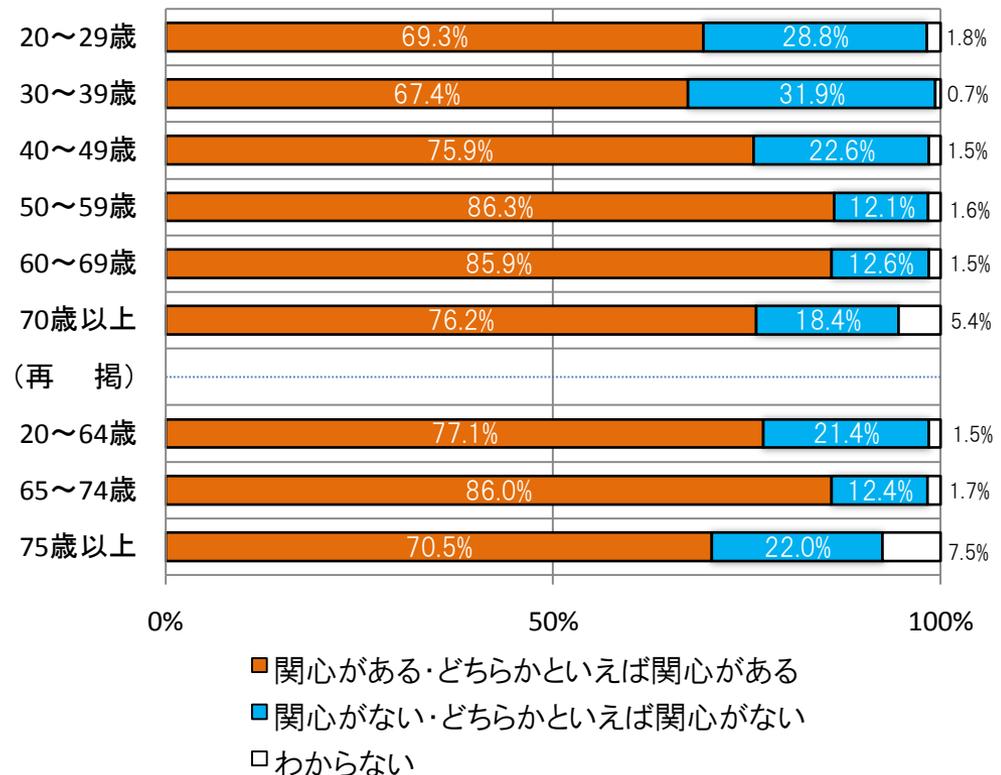
## 【回答結果】

「関心がある」「どちらかといえば関心がある」と回答した割合は、約8割。  
年齢層別でみると、50歳代から70歳代前半で「関心がある」「どちらかといえば関心がある」と回答した割合が高い。

## <全体>



## <年齢層別>



# 新たな高齢者医療制度の基本的枠組みについて

## <質問>

・現在検討している新たな医療保険制度(※)についてどのように思いますか。

※ ①サラリーマンである高齢者の方々やとサラリーマンに扶養されている高齢者の方々は、お勤め先の健康保険などに、②それ以外の高齢者の方々は、お住まいの地域の国民健康保険(国保)などに、それぞれ74歳以下の方々と同じ医療保険制度に加入する。

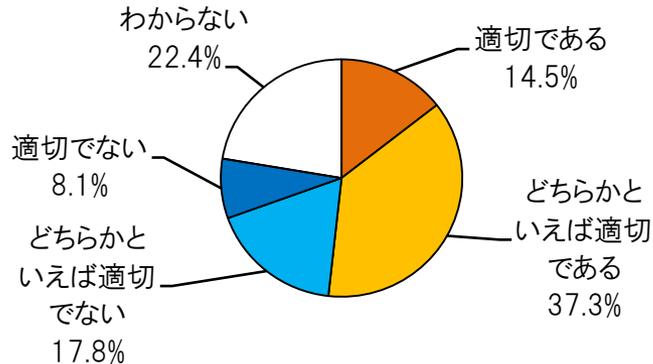
・「適切でない」「どちらかといえば適切でない」と答えられた理由は何ですか。

<選択肢>	回答割合
適切である・どちらかといえば適切である	約52%
適切でない・どちらかといえば適切でない	約26%
わからない	約22%

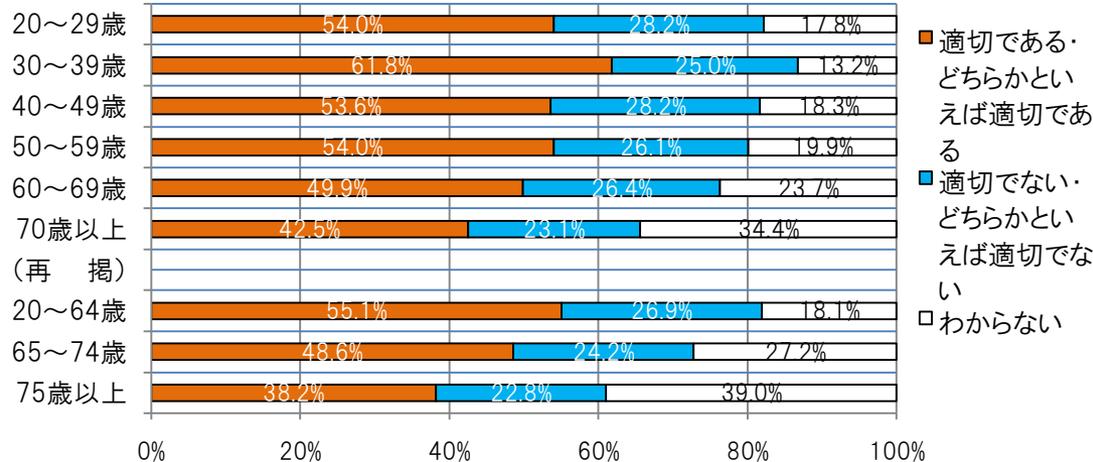
## 【回答結果】

「適切である」「どちらかといえば適切である」と回答した割合は、約5割。

## <全体>



## <年齢層別>



## <「適切でない」、「どちらかといえば適切でない」と回答した理由> 複数回答可

理由	世論調査
サラリーマンに扶養されている75歳以上の方々は保険料の負担がなくなり、高齢者間の不公平が生じるから	約40%
安定的な財政運営ができるかどうか不安だから	約38%
高齢者によって加入する医療保険制度が異なることは適当でないから	約29%
後期高齢者医療制度のままでいいから	約17%

# 今後の高齢者医療費の支え合いの仕組みについて①

## <質問>

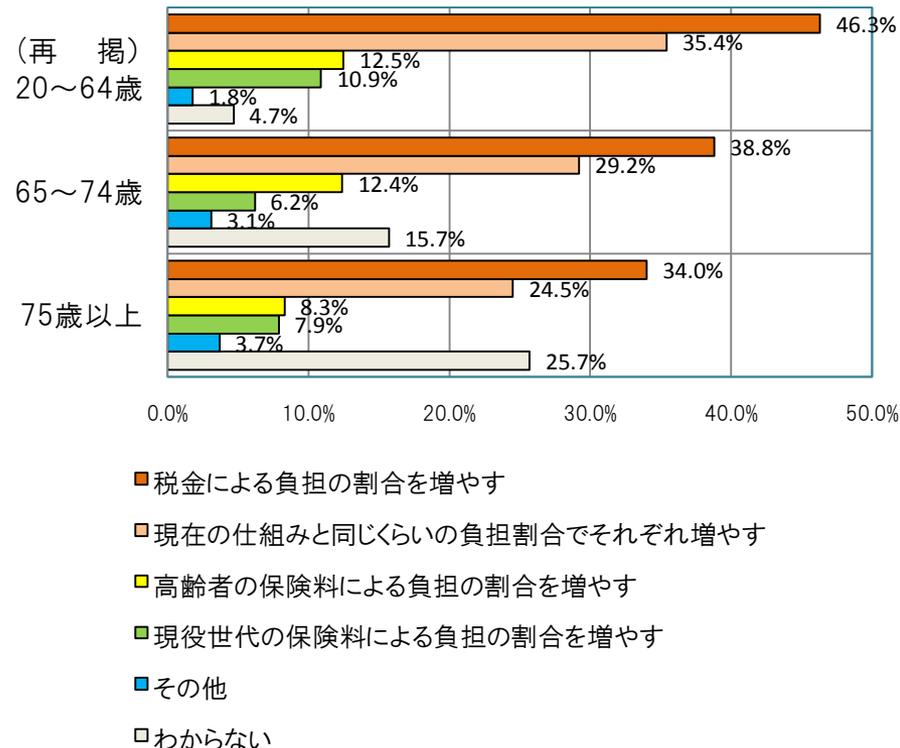
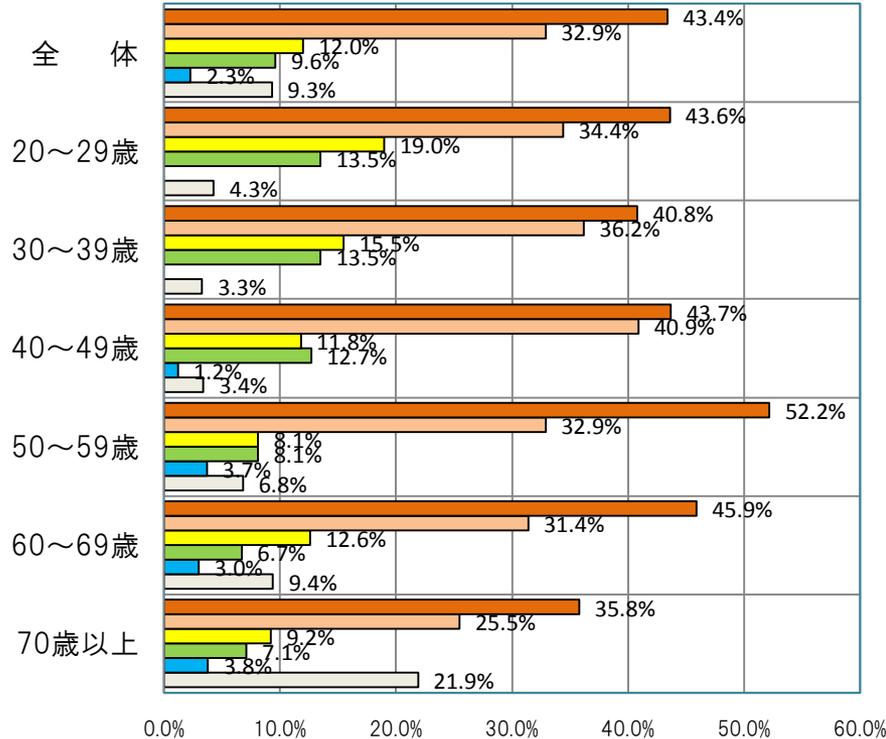
今後、高齢化の進行により、高齢者の医療費は増加することが見込まれますが、75歳以上の方々の医療費を、どのようにして支えるべきだと思いますか。

<選択肢> 複数回答可	回答割合
「税金」による負担の割合を増やしていく	約44%
現在の仕組みと同じぐらいの負担割合で、「税金」「現役世代の保険料」「高齢者の保険料」それぞれの負担額を増やしていく	約33%
「高齢者の保険料」による負担の割合を増やしていく	約12%
「現役世代の保険料」による負担の割合を増やしていく	約10%

## 【回答結果】

「税金による負担の割合を増やしていく」と回答した割合が最も高く、年齢層別でも同様。

## <全体・年齢層別>

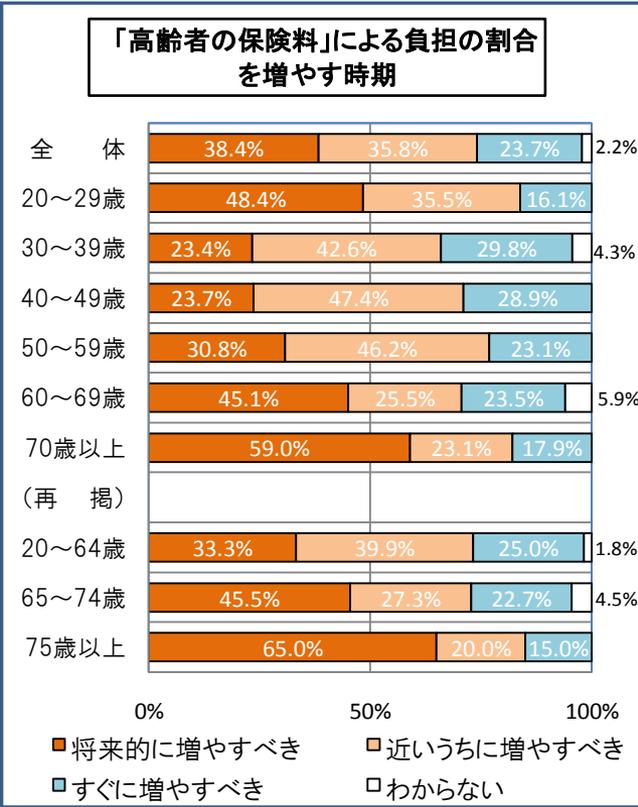
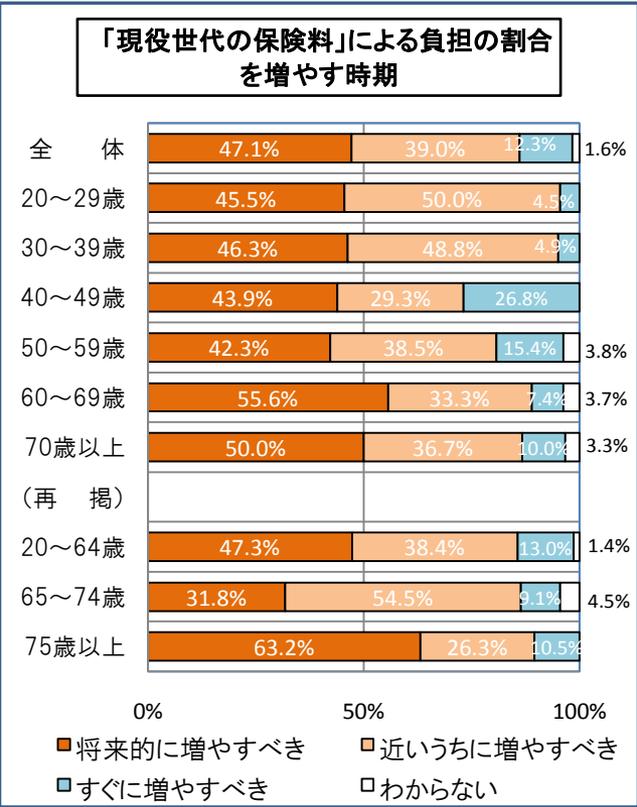
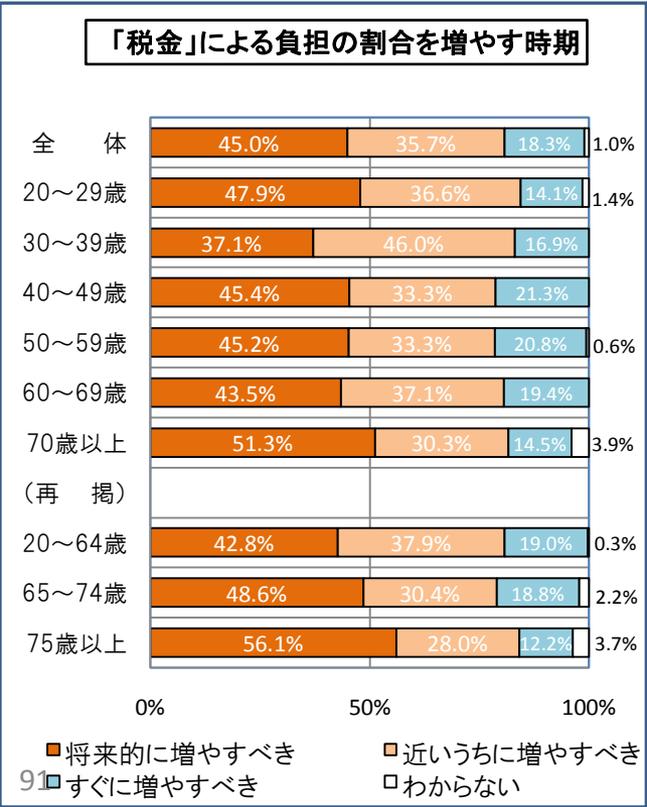


# 今後の高齢者医療費の支え合いの仕組みについて ②

＜質問＞（「税金」「現役世代の保険料」「高齢者の保険料」による負担の割合を増やすと答えられた方のみ回答）  
負担の割合を増やす時期について、どのようにお考えですか。

＜選 択 肢＞	すぐに増やすべき	近いうちに増やすべき	将来的に増やすべき
「税金」による負担の割合を増やす時期について	約18%	約36%	約45%
「現役世代の保険料」による負担の割合を増やす時期について	約12%	約39%	約47%
「高齢者の保険料」による負担の割合を増やす時期について	約24%	約36%	約38%

**【回答結果】**  
いずれの負担割合を増やす時期についても、全体では「将来的に増やすべき」と回答した割合が最も高く、次いで「近いうちに増やすべき」と回答した割合が高い。



# 高齢者の保険料負担について

## <質問>

現在検討している新たな医療保険制度において、国民健康保険(国保)に加入することになる所得の低い75歳以上の方々の保険料の軽減措置について、どのようにするべきとお考えですか。

※現行制度の最も安い月額保険料(全国平均)→後期高齢者医療制度:約350円 国民健康保険(国保):約1,000円

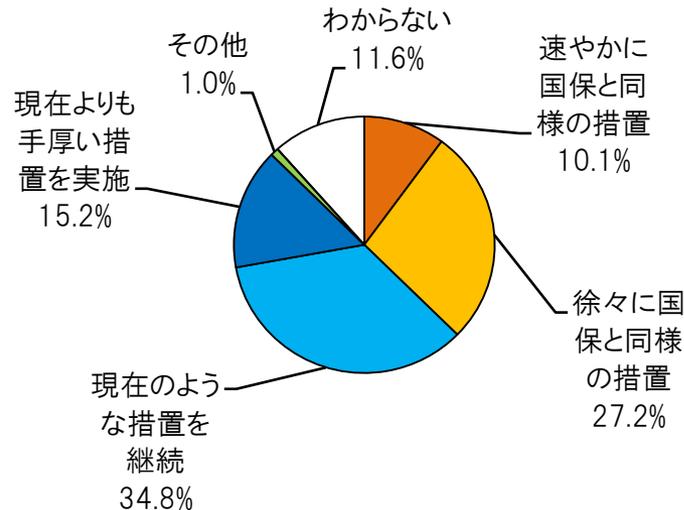
<選択肢>	回答割合
速やかに国保と同様の軽減措置にすべき	約10%
徐々に国保と同様の軽減措置にすべき	約27%
現在のような手厚い軽減措置を継続すべき	約35%
現在よりも手厚い軽減措置を実施すべき	約15%

## 【回答結果】

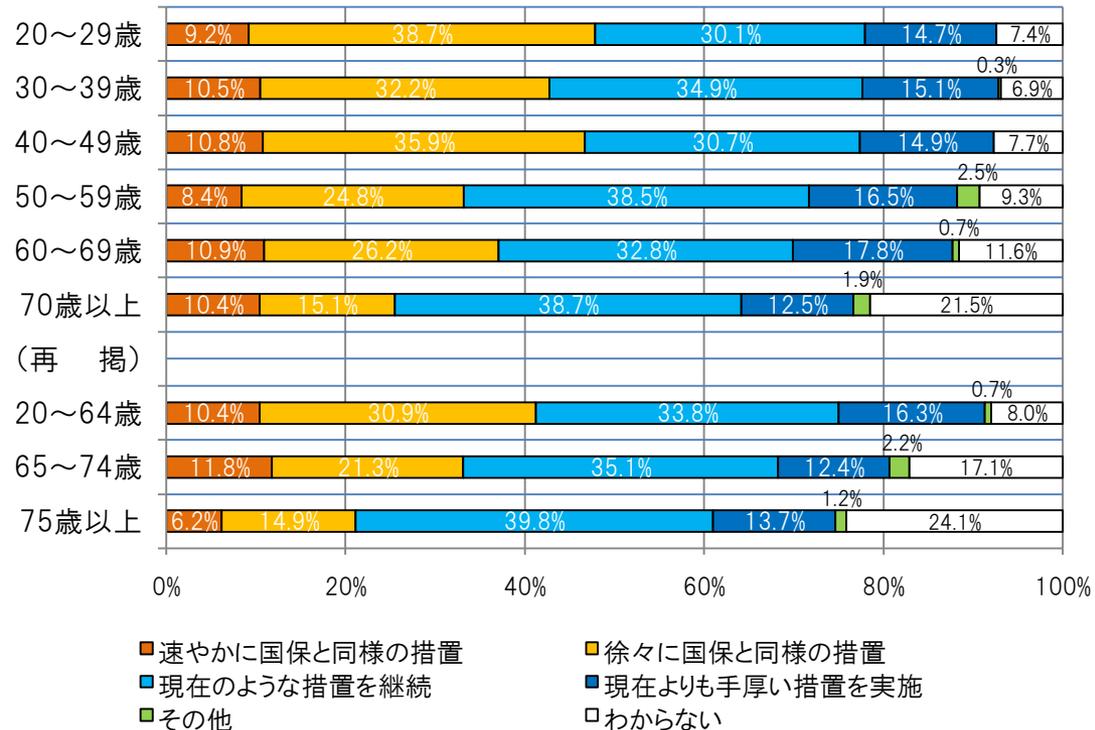
「(速やかに、徐々に)国保と同様の軽減措置にすべき」と回答した割合と、「現在のような手厚い軽減措置を継続すべき」と回答した割合は、それぞれ約3.5割。

年齢層別でみると、高齢になるほど「(速やかに、徐々に)国保と同様の措置にすべき」と回答した割合が低くなる傾向にある。

## <全体>



## <年齢層別>



# 高齢者の窓口負担について

＜質問＞(医療機関の窓口での負担割合を質問した上で)

医療機関の窓口でのご負担が、1割負担から2割負担になった場合、もしくは3割負担から2割負担になった場合、あなたの医療機関への受診頻度はどのようになると思いますか。

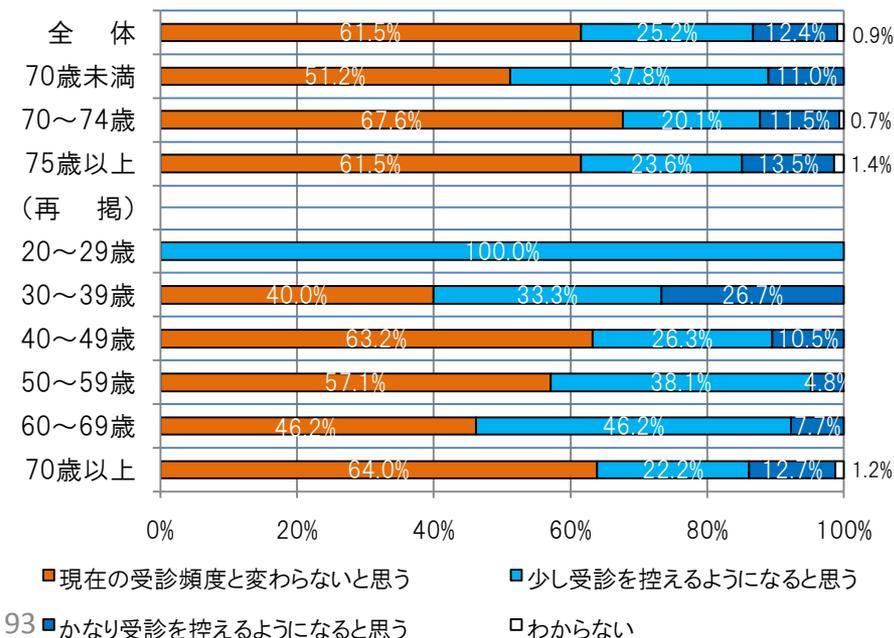
＜選択肢＞1割負担から2割負担になった場合	世論調査(70歳以上)	＜選択肢＞3割負担から2割負担になった場合	世論調査
現在の受診頻度と変わらないと思う	約62%(約64%)	現在の受診頻度と変わらないと思う	約76%
少し受診を控えるようになると思う	約25%(約22%)	少し気軽に受診するようになると思う	約18%
かなり受診を控えるようになると思う	約12%(約13%)	かなり気軽に受診するようになると思う	約6%

※実際には70歳未満で1割負担はないため、70歳以上のみを再掲。

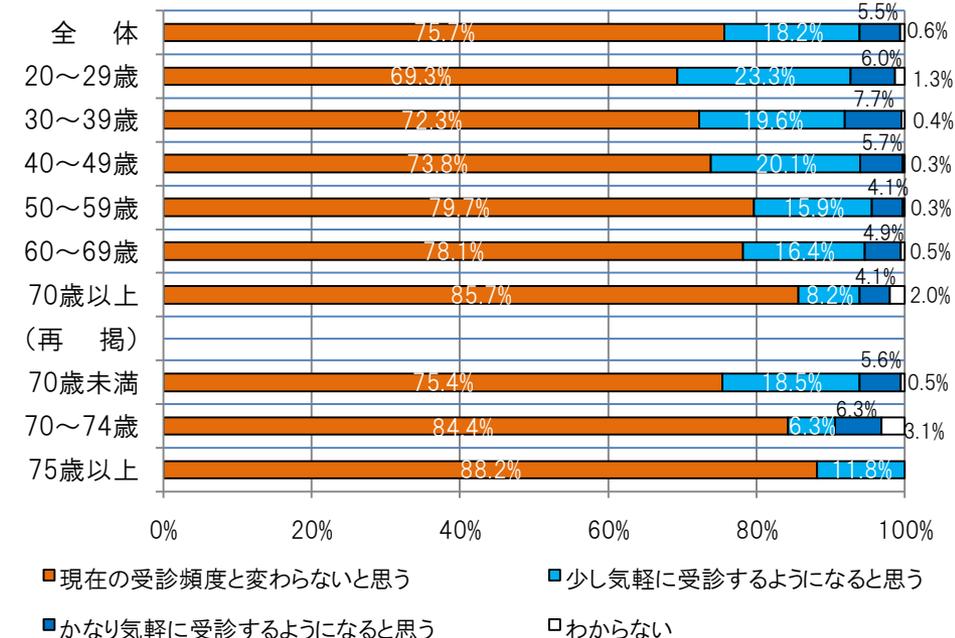
## 【回答結果】

1割負担から2割負担になった場合も、3割負担から2割負担になった場合も、「現在の受診頻度と変わらないと思う」と回答した割合が最も高い。3割負担から2割負担になった場合では、高齢になるほど、「現在の受診頻度と変わらないと思う」と回答した割合が高くなる傾向にある。

### ＜全体・年齢層別＞1割負担から2割負担になった場合



### ＜全体・年齢層別＞3割負担から2割負担になった場合



# 国民健康保険(国保)の運営のあり方について

## <質問>

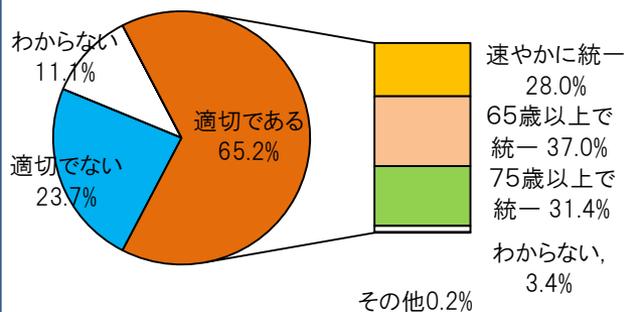
- ・現在検討している国民健康保険(国保)の保険料について、「同じ都道府県に住み、同じ所得であれば、同じ保険料」になるよう、すべての年齢で都道府県ごとに保険料を統一することについて、どのように思いますか。
- ・適切であると答えられた方は、すべての年齢で都道府県ごとに保険料を統一するにあたり、どのように統一を進めるべきとお考えですか。

<選択肢>	回答割合	<選択肢>	回答割合
適切である	約65%	速やかにすべての年齢で統一	約28%
適切でない	約24%	まずは65歳以上から統一	約37%
わからない	約11%	まずは75歳以上から統一	約31%

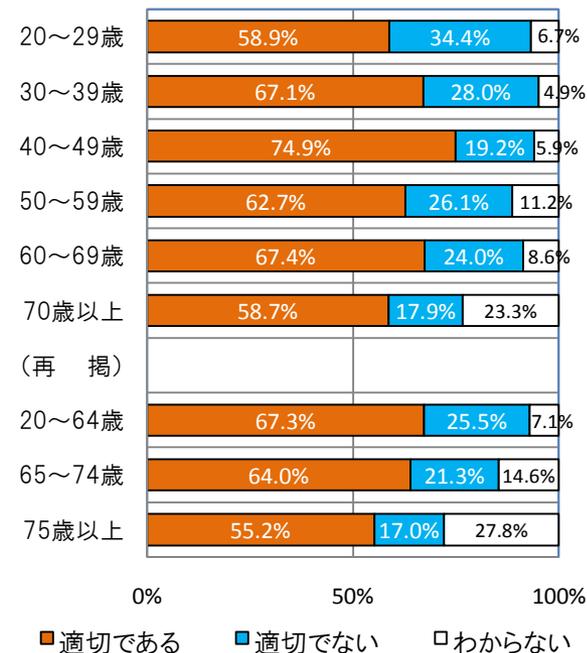
## 【回答結果】

「適切である」と回答した割合は、約6.5割。  
 統一の進め方については、「速やかにすべての年齢で統一」、「まずは65歳以上から統一」、「まずは75歳以上から統一」で回答が分かれた。  
 年齢層別にみると、「まずは75歳以上から統一」と回答した割合が75歳以上で高い。

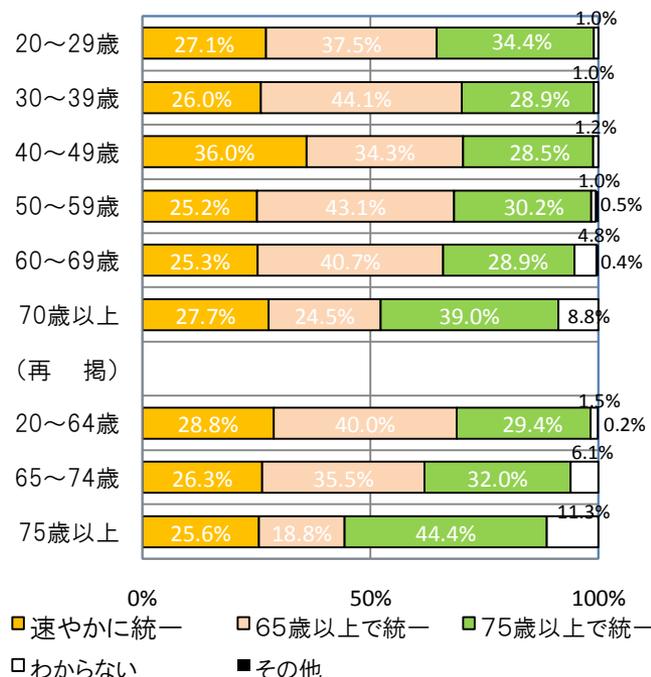
## <全体>



## <年齢層別> 保険料統一の適否



## <年齢層別> 保険料統一の進め方



## 第10～12回会議における意見の概要

### 1. 制度の基本的枠組み、加入関係

#### ○ 資格の移行

- ・ 新制度に伴う被保険者資格の移行については、実務的に保険者間等で連携をしていく必要がある。制度設計に当たっては、過誤払いが発生した際にも、的確に連携して対応できるという視点が重要。(小林委員/第12回)

#### ○ 特定健保

- ・ 特定健保組合制度は健保組合の保険者機能を果たし、医療費の適正化という意味で非常に効果のある仕組み。是非残していただきたい。(白川委員/第11回)
- ・ 特定健保組合の運営にインセンティブをつけるような詳細設計をお願いしたい。(白川委員/第11回)
- ・ 全被用者グループでこの特定健保の考え方を導入すれば、突き抜け方式になると言えるので、その第一歩と受け止める。75歳以上の方については任意と規約で定めることとしているのは、現実的で妥当と考える。(小島委員/第11回)

### 2. 国保の運営のあり方

#### (1) 都道府県単位の財政運営

- ・ 一気に全年齢を対象に切り替えることはやってやれないことなのか。(岩見委員/第10回)
- ・ 第一段階で年齢区分をしない国保というものが絶対にできない理由をもう一度承りたい。(樋口委員/第10回)
- ・ 白地に絵を描くことはできないわけで、制度面・財政面においても実現可能性の高い選択肢をとるしかない。しかし、国民皆保険半世紀の歴史の中で、今回最大の改革は、市町村の国民健康保険を都道府県単位の切り替え、再編成し、持続可能性を高めるという取組を始めることであり、その目標は高く掲げ、段階的にそこへ着実につなげていく方式をとらざるをえない。(宮武委員/第10回)
- ・ システム構築等に要する社会的コストを含め、第一段階が必要であることの補足説明をいただきたい。第一段階、第二段階と経て前へ進んでいくときに、現行のものをマイナーチェンジするか、大きく変えるかで、かなりコストが変わってくる。大変大きな支出になり、最後は結局国民が払うことになるので、そういった部分を踏まえて御検討いただきたい。(横尾委員/第10回)

- ・ 65歳以上とした場合、負担増や混乱が予想されるため、75歳以上とすることがより現実的ではないか。(藤原委員/第10回)
- ・ 中間とりまとめにあるとおり、財政試算で検証する中で、公費の投入の仕方、被用者健保等からの支援金、財政調整のあり方も総合的に勘案して、年齢については検討が必要である。(小島委員/第10回)
- ・ 65歳以上とした論点に、二度にわたる保険料の上下動が混乱の源になる、とあるが、第一段階と第二段階の間の期間によってその印象は変わる。時期が明示されない中では議論は尽くせないのではないか。(見坊委員代理/第10回)
- ・ 次のステップを示さなければ、75歳以上だけを都道府県単位化するということの意味合いが理解されないだろう。(白川委員/第10回)
- ・ 期間が切られている中で第一段階に移行しなければいけないということと、被保険者の保険料負担、各保険者側の財政状況に大きな変動があまり起きないことを前提としつつ、次の第二段階を考えるとということであると、75歳以上でまず第一段階を考えるとというのが現実的。(岩村座長/第10回)
- ・ 全年齢での都道府県単位化(第二段階)を実現することを前提に、75歳以上の都道府県単位化(第一段階)を経過的に行うという位置づけを明確にしておく必要がある。(小島委員/第11回)
- ・ 相互扶助を基本とする現役世代の保険と、世代間扶助を基本とする高齢者を対象とする医療保険は、財政構成が明らかに異なるため、会計区分は必要。(藤原本部長(齊藤委員代理)/第12回)
- ・ 改革会議で出された4つの改革案は、最終的な姿は違えども、すべて都道府県単位化ということで一致しており、その考え方は重く見ていただきたい。(宮武委員/第12回)

## (2) 都道府県単位の運営主体のあり方

- ・ 都道府県が財政運営の責任を担うという前提から、市町村で一定の実務を担うと申し述べてきた。都道府県が医療提供を続けるとともに、国保の運営を担い、市町村は地域における健康増進施策を行うとともに、国保を実務面で支えるという理想像が描けていることが、今回の改革の大きな意義。(藤原委員/第12回)
- ・ 健康増進は、今、ほとんど市町村が中心になって行われている。県がどう市町村とタイアップしてやっていくかが重要であり、財政運営の主体がどこかと、医療計画云々を結びつけるのは安易な考え。(神田委員/第12回)
- ・ 広域連合が担うとして、全県内の市町村の広域連合ということだけでは、今の後期高齢者医療広域連合とほとんど変わらなくなってしまうため、全市町村プラス都道府県ということが想定できるのか、可能なのか確認したい。(小島委員/第12回)
- ・ 運営主体について、政権側はどういう方向を考え、どちらの案をとろうとして

いるのか伺いたい。(見坊委員/第12回)

- ・ 運営主体について、最終的に厚生労働大臣が決めるにしても、関係する方々の考えを聞かないことには決定はできないものである。(岩村座長/第12回)
- ・ 選挙で選ばれた知事が市町村国保を担っていくべき。(阿部委員/第12回)
- ・ 広域連合の中に都道府県が入ってやるという道がないわけではないと思うが、やはり都道府県に受けてもらうのが好ましい。(阿部委員/第12回)
- ・ 同じ県内で2つ地域保険があって、それぞれ職員を張り付け、システム改修を行うなど、社会的コストとしてもかなり無駄なことをやっている。両方とも市町村が運営しており、市町村国保は広域化しつつある中で、何故合併しないのか。(宮武委員/第12回)
- ・ 都道府県が何で自分の県の医療に参画しないのか。保険の財政運営と基準保険料をやっていただけないかと市町村は切望しており、それ以外の事務作業は市町村で引き受けると言っている。(宮武委員/第12回)
- ・ 市町村の合併が進んでいく方向である中、県が保険者の役割を果たしていただけないのは理解に苦しむ。(樋口委員/第12回)
- ・ 県がやる、あるいは県単位の広域連合やるような意見が強まっているが、私は勿論県がやるべきと思っている。(鎌田委員/第12回)

### (3) 第一段階における運営の仕組み

#### ア 事務の分担等

##### ○ 地域の総合力により共同運営する仕組み

- ・ 提案されているスキームで、都道府県が運営責任を担うと言えるのか疑問。(藤原委員/第10回)
- ・ 都道府県単位の運営主体が決まらないと、実務的な検討ができない。(藤原委員/第10回)
- ・ 都道府県が保険者となって、しっかり県民の健康と医療を守るという観点が一番ではないか。(岡崎委員/第10回)
- ・ 給付事務は保険と一体のものであり、都道府県は財政と保険給付をセットで担うべき。(岡崎委員/第12回)
- ・ 給付事務は、住民に身近な市町村が行うことに意味がある。住民から少し距離があり、現在そうした実務を担っていない都道府県が担うことの問題点はとても心配。(神田委員/第12回)
- ・ 現実的には、都道府県単位の運営主体が財政のみを担って、給付と保健事業は市町村が担う案でないと動かないと考える。(白川委員/第12回)
- ・ 保健事業を実施する主体は保険者機能を発揮することが重要であり、支援金を負担する立場から、より効果が上がる制度であることが望ましく、現状の評価等、その判断材料を確認させていただきたい。(小林委員/第12回)

- ・ 国保連合会や国保直診が都道府県の味方になってやれば、むしろ今以上にダイナミックな健康づくり運動はやれるのではないかと。都道府県にもっとお金と権限を与えることで、都道府県が担っていく意味が見えてくる。(鎌田委員/第12回)
- ・ 市町村の自主性を大事にしたとき、もし県にやれと言うのであれば、それだけの権限をきちっと都道府県に与えるだけの法定事項をつくらないと、都道府県としてはできないだろう。(堂本委員/第12回)

#### ○ 保険料の設定・賦課・徴収・納付の仕組み

- ・ 現行の後期高齢者医療制度では、都道府県ごとに設定された保険料を各市町村が徴収して、それぞれの広域連合に納める形になっており、市町村の過不足があっても、それは最終的に市町村が補てんする仕組みではなく、都道府県1本の広域連合の中で収支を合わせるという責任区分になっている。今回の案では、市町村が集められなければ、各市町村が基金から借入をしてでも納めるというものになっており、今の制度より後退したイメージがある。(岡崎委員/第10回)
- ・ 広域連合・市町村の現場では収納率に大変気を使っている。これが停滞、低迷しないよう、場合によっては、分賦金方式を含めた検討を慎重にする必要があるのではないかとという声もある。(横尾委員/第12回)
- ・ 分賦金方式は、市町村も財政負担の一端を担い、保険料の収納インセンティブを確保するという意味で大変重要。これがなくなると、共同運営方式というものの根底が揺らいでくる。(神田委員/第12回)

### イ 財政リスクの軽減

#### ○ 財政安定化基金

- ・ 貸付のみで対応することになると、国保の広域化に関して将来的に障害になりえるため、避けるべき。(横尾委員/第11回)
- ・ 財政安定化基金は保険料の上昇を抑えるために使うべきではない。それでも基金を使うのであれば、現行制度の基金とは性格が全く違うため、1:1:1ではなく、4:1:1の負担割合とすべき。(神田委員/第11回)

### (4) 全年齢での都道府県単位化(第二段階)に向けて

#### ○ 移行手順

- ・ 全年齢の都道府県単位化は期限を定めて移行すべき。(阿部委員/第10回)
- ・ 合意できたところから順次ということでは、都道府県ごとの進捗度に差が出ることや、技術的な課題が出てくるのが想定されるため、期限を定めて全国一律に行うことが現実的ではないか。(藤原委員/第10回)
- ・ 全年齢を統一した第二段階へ、一律の時期に早い段階で移行できるようにすべき。(見坊委員代理/第10回)

- ・ できるところからとすると、様子見のところが出てくるリスクも考えられるため、そういう意味では期間を定めて一律に移行するのが合理的。(岩村座長/第10回)

## ○ 目標時期

- ・ 移行年度は新しい法律に明記すべき。その年度は、最短で新制度施行の2年後、最長で4年後が限界ではないか。(阿部委員/第10回・第11回)
- ・ 時期は明示すべきである。次のステップへ移行するにはシステム改修が伴うこと、新制度の決算状況を踏まえて各都道府県がどういう財政構造になるかを見て調整が必要であることなどを考えると、新制度発足から4年後というのが1つの考え方ではないか。(岡崎委員/第10回)
- ・ 早急に全年齢統一という形にしていきたい。(三上委員/第10回)
- ・ 国保全体をどうしていくかについては、国民皆保険の維持につながる重大な問題であるという認識の下、社会保障審議会等の場において、データを基に構造的な問題を掘り下げて、あるべき姿を根本的に検討すべき。(神田委員代理/第10回)
- ・ 第一段階だけであれば新たな制度をつくる積極的な理由は見出せず、第二段階もある程度の期限等を定めしっかり取り組んでいただきたい。(藤原委員/第12回)
- ・ 遅くとも、平成30年を目途に第二段階へ移行することが適切。(岡崎委員/第12回)
- ・ 保険料の問題、第二段階の運営主体等の話を先送りする中で、安易に目標設定すべきでない。(神田委員/第12回)
- ・ 第二段階への移行時期を明示しなければ、この改革会議というのは一体何をやってきたのかということになる。岡崎委員から2年はちょっと無理だという話があったので、改めて4年で移行すべきと申し上げる。(阿部委員/第12回)

## ○ 第二段階に向けた環境整備

- ・ 次期通常国会に提出する法案において、国保全般のあり方について本格的な議論が行われないうちに、第二段階の全年齢の都道府県単位化について、方針・時期・運営主体等を法案に書き込むことはいかがか。(神田委員代理/第10回)
- ・ 都道府県化に関する枠組みについてだけ、どんどん結論を出していく現状については、非常に危惧を覚えている。(神田委員代理/第10回)
- ・ 若人の国保の都道府県単位化の環境整備を進めるにあたっては、構造的な問題解決のために国費の追加投入が必要ではないか。(藤原委員/第10回)
- ・ 保険料の平準化に伴って、大幅に負担増となる団体が出ないよう緩和措置を組み込んでいただきたい。(藤原委員/第10回)
- ・ 国保の広域化を進めることによって、都道府県単位の地域保険を確たるものと

してつくっていかなければ、医療と保険はもたないというのが大多数の意見である。この多数意見を踏まえ、「都道府県を単位とする地域保険の創出」というのが1つの出口になるので、そのことをイメージしながら作り込んでいくべきではないか。(岡崎委員/第10回)

- ・ 都道府県単位の地域保険が成り立つためには、今以上の国費を投入しないと保険財政そのものが成り立たない。(岡崎委員/第10回)
- ・ 後期高齢者医療制度を廃止する第一段階、国保の都道府県ごとの統合・再編を行う第二段階の先に、被用者保険と国保との統合という第三段階を見据えるべき。(池上委員/第11回)
- ・ 改革会議の中で、第二段階の保険料や財政調整のあり方についても議論し、最終とりまとめに明示する必要がある。(阿部委員/第11回)
- ・ 国保の広域化について、国保の構造的課題への対応策、第二段階の具体的なあり方等の議論がされないまま、今、第二段階のフレームまで作られていくことは適当ではない。(神田委員/第11回)
- ・ 現在、各都道府県で広域化等支援方針についての取組がなされており、その実施の状況、都道府県単位のシミュレーションなどの現実的な情報を踏まえた議論も必要になる。(横尾委員/第12回)
- ・ 現行の後期高齢者の構造と本質的な違いはないのではないかと指摘もあり、第一段階から第二段階への方向性を示していく必要がある。(小島委員/第12回)
- ・ 第二段階においてはどのような方向なのか分からないままに、第一段階でまとめた方向をそのまま延長することになるのはおかしい。(見坊委員/第12回)
- ・ 第二段階に移行する際の、保険料の設定や財政調整についても、この段階で議論して、改革会議で方向性を出すべき。(阿部委員/第12回)
- ・ 第一段階は今の後期高齢者医療制度とあまり変わらないかもしれないが、それは第二段階を前提とした形。その先には、被用者保険の公平化や一元化、一本化といった道筋が示されなければならない。(三上委員/第12回)
- ・ 将来にわたって、国保と被用者保険の両者が共存する制度体系を維持し、地域と職域、それぞれの保険者機能を活かして発展させていくことが基本。(藤原本部長(齊藤委員代理)/第12回)
- ・ 将来にわたり、国保と被用者保険が共存し、地域と職域、それぞれの保険者機能を活かしつつ、発展していくことができる制度体系を維持すべき。(齊藤委員・小島委員・小林委員・白川委員/第12回)

#### ○ 一般会計繰入・繰上充用の解消

- ・ 全年齢を対象とした国保の都道府県単位化を行うには保険料の統一が必要。そのために一般会計からの法定外繰入や繰上充用金を解消しようとするれば、全体として保険料は増額となる。この枠組みを検討するに当たっては、国として財政責

任・負担の考え方を示すことが必要。(神田委員代理/第10回)

- ・ 一般会計繰入等の問題に対して、既に経営努力をしている自治体が不公平感を持つことがないような配慮・支援が必要。(横尾委員/第12回)
- ・ 一般会計繰入や繰上充用を解消するための取組に対する支援のあり方について、具体的にどのような方法でやるか、しっかりと担保していただきたい。(藤原委員/第12回)
- ・ 一般会計繰入をしている部分のうち、構造的収支不足の部分については、国の責任で対応していただきたい。解消の支援については、補足説明をいただきたい。(岡崎委員/第12回)
- ・ 市町村で一般財源から負担しているお金を、都道府県に負担させることがあってはならない。政府として一定の負担をすべき。(阿部委員/第12回)

### ○ 保険料の算定方式

- ・ 第二段階においては、応能負担を原則とした全年齢統一の保険料を設定すべきであり、高齢者と現役世代を別々の保険料とするべきではない。(阿部委員/第10回・第11回)
- ・ 第二段階における国保保険料の賦課方式については、都道府県単位で4方式や3方式など賦課方式を選択できるようにしてよいのではないかと。(阿部委員/第10回)
- ・ 保険料の賦課方式は全国で統一すべきではないか。負担の公平性からいえば、都道府県によって賦課方式が違う方法が本当にいいのか議論すべき。(三上委員/第10回)
- ・ 都道府県ごとに状況が違う中、賦課方式を全国一律とするとかなり大きな影響があり、都道府県ごとに決めてよいのではないかと。(岩村座長/第10回)

## 3. 費用負担

### (1) 支え合いの仕組み

#### ○ 第一段階における財政調整のあり方

- ・ 第一段階における財政調整のあり方については、現行制度が非常になじんできていることもあり、是非踏襲していただきたい。またそれが非常に現実的である。(藤原委員/第10回)
- ・ 現行の後期高齢者に対する支援金と、前期高齢者への納付金の仕組みを踏襲するという点では、現行制度とほとんど変わらないということではないかと。(小島委員)
- ・ 後期高齢者医療制度の財源構成を見ると、老人保健制度とほとんど同じ財源構成で移行していたため、非常にスムーズに移行ができた。今回についても、今の財源構成をかなり尊重した上で移行するしかない。(宮武委員/第10回)

- ・ 被用者保険側としては、65歳から74歳の方々の支援のために納付金を拠出しているので、現役世代の保険制度と財政面できちんと区分していただきたい。（齊藤委員/第10回）
- ・ 大幅な公費の投入がないままに現在の拠出ルールが存続するということは、財政調整による現役世代の負担が大きくなることを意味する。被用者保険の持続可能性や若者の夢・希望を考えると、容認できない。（齊藤委員/第10回）
- ・ 現状の負担割合や現実をある程度踏まえた改革しかできないことは理解できるが、若年層の高齢者に対する支援が限界にきていることも事実。25年度以降の新制度においても今のまま変わらないとなると、若年層はもうもたない。（白川委員/第10回）
- ・ 第一段階について、現行の後期高齢者医療制度のように、高齢者の保険料と公費を高齢者の医療給付費に充てた上で、それ以外の部分を現役世代が支援するという方法は、現役世代と高齢者の負担関係の明確化という観点からはいい方法であり、できるだけ導入すべき。（小林委員/第10回）
- ・ 第一段階では余り大きな変動を起こさず、スムーズな移行を図るという観点からすると、現状の財政調整の仕組みを踏襲するという形で第一段階に入るのが現実的。（岩村座長/第10回）
- ・ 制度の基本的枠組みが、年齢ではなく、国保と被用者保険を区別するものであるならば、全体の財政措置も国保と被用者保険でそれぞれ峻別して考えるべき。（横尾委員/第11回）
- ・ 多少ともゆとりのあるところに御負担をお願いして、今を乗り切る以外ないのではないか。高齢者でも、少しゆとりがある人は応分の負担もやぶさかではない。経営者団体も、一定の負担をよろしくお願いしたい。（樋口委員/第11回）
- ・ 健保組合や共済組合の保険料率を協会けんぽ並みに引き上げれば、その分財源が生まれ、それを財政調整に組み込めば楽になるのではないか。（三上委員/第11回）
- ・ 75歳以上の負担構造については、被用者保険が公費負担の肩代わりをする構図になっている。前期高齢者についても、今と全く同じ財政調整をするのでは、以前から指摘してきた問題点が全く改善されず、非常に不本意な内容である。（白川委員/第11回）
- ・ 前期高齢者負担分の75歳以上への支援金まで前期高齢者に係る財政調整の対象に入れるのは不合理である。「中間とりまとめ」では、被用者保険と国保の間は加入者割にするのが原則であった。合理的な考え方に立って是正すべき。（白川委員/第11回）
- ・ 基本的には財源がなく、一番負担しているところに合わせて、すべての保険者が負担するという考え方にならなければならない。（三上委員/第12回）

## (2) 公費

### ○ 総論

- ・ 高齢者の方々の負担を抑えるなら、国策としてまず国費を政策的に投入して、その国策分は別扱いにし、残された部分の5割を公費負担とするなどして、しっかりした地域保険をつくり込んでいくべきではないか。(岡崎委員/第10回)
- ・ 「公費」という言葉の実態は「国費、都道府県費、市町村費」であり、ポイントでは峻別して使った方が、より正確に伝わっていくのではないか。(横尾委員/第11回)
- ・ 被用者保険者間の按分方法を考える上でも、国費がどう関わるかが非常に重要。(横尾委員/第11回)
- ・ 高齢者医療を支えるために現役世代の保険料収入に過度に依存する形をとると、現役世代の働く意欲、活力をそぐ上に、雇用等にも悪影響を及ぼす。(齊藤委員/第11回)
- ・ 前代未聞の高齢化の中で、ぎりぎりのところでは国に責任を取っていただきたい。(樋口委員/第11回)
- ・ 低所得者に対し、その保険料や一部負担金の減免に重点的に公費を投入することを考えていただきたい。本体の財源構成とは切り離して、福祉的な措置という考え方で公費を投入することは可能ではないか。(宮武委員/第11回)
- ・ 医療保険制度の崩壊を防ぎ、持続可能な制度とすることは政府の責任であり、改めて公費負担の拡充とそのための安定財源の確保を要望する。(齊藤委員・小島委員・小林委員・白川委員/第12回)
- ・ 都道府県がしっかり受けられる状況を作るためにも、国は国民皆保険の最後の砦を守っていく覚悟を明確に示すべき。(藤原委員/第12回)
- ・ 国の財政責任をどう明確にするのか、ということに対して返答をいただけていない。(神田委員/第12回)
- ・ 将来推計から見ても、負担は限界を超えている。公費負担、特に国費の投入が必要。(神田委員/第12回)
- ・ 現在75歳以上に限られている公費投入を前期高齢者の層にも拡大すべき。また、公費拡充により、現役世代の負担を軽減し、拠出金負担額に一定の上限を設けるべきである。(齊藤委員・小島委員・小林委員・白川委員/第12回)

### ○ 現役並み所得を有する高齢者への5割公費

- ・ 現役並み所得を有する75歳以上の高齢者の方にも5割の公費を入れる所要費用3,500億円が、すべて公費財源から出るのではなく、総報酬割導入により引き揚げる協会けんぽへの助成金2,100億円を充てる構図になっているのは、被用者保険による公費負担の肩代わりではないか。被用者保険に助成されていた財源を引き揚げるのであれば、それは被用者保険の中で使う形にしていただきたい。(白川委

員/第11回)

- ・ 3,500億円の公費負担増については、新たに真水で手当すべき。(小島委員/第11回)
- ・ 現役並み所得を有する75歳以上の方にも5割公費を投入すると3,500億円の公費増となるが、その内訳として、差し引きすると国費が±0、都道府県が+200億円、市町村が+500億円となっている。これに70~74歳の患者負担割合を2割とすることで、国費が500億円負担減となるが、それで皆が納得するか。(宮武委員/第11回)
- ・ 75歳以上の現役並み所得を有する高齢者の対する公費5割負担は当然のことであり、必要な財源を確保すべきである。(齊藤委員・小島委員・小林委員・白川委員/第12回)

### ○ 被用者保険に対する公費負担

- ・ 被用者保険について国保から直接関わることはできず、権限の有無等を鑑みると、被用者保険に地方負担を投入することは理解しにくい。帳尻合わせ・数字合わせ的な対応ではなく、きちんと理念に合わせたシステムをつくり運営をしていくべき。(横尾委員/第11回)
- ・ 地域保険でない被用者保険分について、地方である都道府県・市町村が費用負担をすることは本質的に問題。(神田委員/第11回)
- ・ 現役の方、あるいは被扶養者約190万人が被用者保険に入ってくることによる1,000億円の負担増は非常に重く、何らかの措置が必要。(白川委員/第11回)
- ・ 被扶養者の方190万人が被用者保険に入ってくることによる1,000億円の負担増に対しても公費を充当すべき。(小島委員/第11回)
- ・ 適用関係の変更に伴う被用者保険の負担増についても国費で対応が必要である。(齊藤委員・小島委員・小林委員・白川委員/第12回)

### ○ 将来的な公費の拡充

- ・ 保険料と自己負担がこれ以上増やせないということであれば、公費の割合を5割から6割・7割へと徐々に変えていく必要があるのではないか。(三上委員/第10回)
- ・ 定期的に、被保険者の負担能力・経済的状況・医療費の動向等を分析した上で、国費としての公費負担のあり方を検討していく仕組みが今後は必要。(横尾委員/第11回)
- ・ 今後の医療保険制度の持続可能性を担保する上で、公費拡充とその定期的な見直しの考え方は極めて重要であり、具体的な制度としてビルトインすべきである。(小林委員/第11回)
- ・ 新制度発足時点だけではなく、将来的にも現役世代にこれ以上負担を求めるこ

とのないよう、公費を拡充すべき。現役の社会保険料から拠出する額に上限を設けることも検討していただきたい。(齊藤委員/第11回)

- ・ 医療・介護・子育て・教育といった広い意味で人間のケアに関わることでは公費を増やしていただきたい。(樋口委員/第11回)
- ・ 保険料率はどこまでも上げるものではなく、一定の上限を加え、公費を投入することが大事。公費を5割から6割に増やすということが踏み込んで書かれたことは今回が初めてであり、歓迎する。(三上委員/第11回)

### ○ 税制改正を含めた恒久財源の確保

- ・ 消費税も含めた、税制改革も含めた安定財源というものを、民主党・政府で早く議論していただきたい。(白川委員/第10回)
- ・ 税と社会保障の一体的な改革の議論とすりあわせをしないで、高齢者医療制度だけを変えるのはいかなものか。(白川委員/第11回)
- ・ 税制改正と切り離して、本当に持続可能な制度設計ができるのか心配。政府・与党の社会保障と税制改正の動きとにらみ合っ事を進めることが必要。(神田委員/第11回)
- ・ 公費のあり方については、まさに政治主導で、どういう形で増やしていくのかということ、この会議を通して決意表明していただきたい。(宮武委員/第11回)
- ・ 公費を拡充するためにも、新たな恒久的な財源の確保が必要。政治的な判断を明確にして、公費負担を増やすこと検討していただきたい。(見坊委員/第11回)
- ・ 改革会議の議論は切り離して行うとして、ここの議論がどう社会保障改革検討本部の議論に反映されていくのかが不透明。(神田委員/第12回)
- ・ 財政論について、社会保障改革検討本部とのすり合わせ、この会議との関係を整理して、厚生労働省としての考え方を次回までに示していただきたい。(神田委員/第12回)
- ・ 政府与党でつくった社会保障改革検討本部との関わり合いが、どうしても理解できない。(白川委員/第12回)
- ・ これからの国民の社会保障、健康保持について重要な制度として存続させるのであれば、高齢者にとって痛いことであっても、政権党としてはこうやりたいという案を示していただきたい。(見坊委員/第12回)
- ・ 協会けんぽも健保組合も赤字、市町村もにっちもさっちもいかない状態。結局行き着くところは財政問題であり、あと2回の会議ではお金の問題に踏み込むべき。(鎌田委員/第12回)

## (3) 高齢者の保険料

### ○ 特別徴収

- ・ 現行制度の原則年金天引きというのは、是非維持していただきたい。(藤原委員

/第10回)

#### ○ 保険料軽減特例措置

- ・ 軽減措置の特例がなくなる場合、保険料が増える人が結構出る。後期高齢者医療制度を廃止したら保険料が高くなったと言われたいよう、きちんとご説明いただきたい。(樋口委員/第10回)
- ・ 保険料軽減の特例措置が、既に恒久措置になっていると理解している高齢者が少ないのではないかと。これがまた混乱を招かない保障はなく、保険者には十分な説明を果たしていただきたい。(見坊委員代理/第10回)
- ・ 保険料軽減特例の扱いについては、第二段階で国保を全年齢について都道府県ごとに1つにまとめるという話になったときには、高齢者だけを別扱いというのは非常に難しくなる。どのようなやり方で調整していくかは、更に議論を深める必要がある。(岩村座長/第10回)
- ・ 今どれだけの年金を持っている人で、今これだけ払っている人が、新しい制度が発足したらどれだけの保険料になるかというモデルを示していただきたい。(樋口委員/第12回)

#### (4) 現役世代の保険料による支援

- ・ 負担の公平性という観点から総報酬割の導入は適当。被用者保険者間の保険料負担の格差が拡大傾向にある中、今後も格差是正につながる検討を。(小林委員/第11回)

#### (5) 患者負担

- ・ 70~74歳の患者負担割合は、法律としては2割負担となっている。5年間かけて順次2割負担に戻していくというのでは、70~74歳の方の中での不公平感にも繋がりがかねないので、できる限り早期に法定の割合とすべき。(白川委員/第11回)
- ・ 70~74歳の患者負担割合は現在特例的に引き下げられているもの。公費だけでなく、保険者にも波及増による財政負担が生じており、高齢者にも相応の負担をしていただくのが適当。(小林委員/第11回)
- ・ 高齢者医療制度の持続可能性を確保する上で、高齢者にも負担能力に応じた適切な負担を求めることが重要であり、70~74歳までの患者負担を本則のとおり段階的に2割とするように求めたい。(齊藤委員/第11回)
- ・ 高齢になれば一人当たり医療費も増えている中、1割負担が2割負担となるとかなりの負担となる。2割負担でも受診抑制に繋がる可能性はあると考える。軽症のときにアクセスを良くしてそのうちに治してしまえば、重症化することなく医療費抑制にも一番効果がある。患者負担引上げについては再考すべき。(三上委員/第11回)

- ・ 老人クラブにおいて行ったアンケート調査においても、窓口負担については1割負担の現状維持を支持する人が多い。窓口負担を増やす方向が正しいという回答は15%程度。また、保険料に関する応能負担と窓口負担に関する応能負担は、はっきり分けていただきたい。(見坊委員/第11回)
- ・ 70～74歳で1割から2割へ引き上げることは反対。中長期的には、全年齢で自己負担を下げるべき。高齢者自身に御負担いただくのなら、窓口負担の代わりに保険料か税で確保するという選択肢も、少なくとも同等の重みで検討すべき。(近藤委員/第11回)
- ・ 国保の窓口で、自己負担額が払えず多くの人が相談に来ている状況下では厳しい。少なくとも所得区分を設ける等のいろいろな配慮が必要ではないか。(横尾委員/第11回)
- ・ 70代における所得の格差は若い人よりも大きい。低所得者は1割・中間の人は2割・現役並みの人は3割負担してもらおうという折衷案はどうか。(樋口委員/第11回)
- ・ 所得の高い方ほど、自己負担が所得に占める割合は低い。こうした実態を踏まえて、70～74歳の窓口負担割合の1割凍結解除については慎重に考えるべき。最終的には、全年齢について窓口負担は下げるべき。(近藤委員/第12回)

## (7) 財政影響試算

- ・ あまりに若年層の負担が過大な試算結果となっており、問題視している。(白川委員/第11回)
- ・ 協会けんぽの被保険者の標準報酬は平成10年度以降ほぼ下がり続けており、試算においては、賃金上昇についてもう少し厳しい前提を併せて提示しなければ、ミスリードにつながるおそれがある。(小林委員/第11回・第12回)
- ・ 保険料率だけでなく、その中で高齢者に係る支援金等がどの程度で推移するかが分かるような資料にしていきたい。(小林委員/第11回)
- ・ 高齢者医療への現役世代からの拠出額の数値と、現役保険料収入に占める割合が示されておらず、次回以降提示していただきたい。現役保険料からの拠出割合が4割から5割に上がるような状況が続くようでは、現役世代の保険料を支払うことへの納得が得られない。(齊藤委員/第11回)
- ・ 2025年に団塊の世代が後期高齢者となった先の2030年・2035年について、追加で試算を行うべき。75歳以上の医療費が飛躍的に伸びるのは2025年以降。(神田委員/第11回)
- ・ 最も経費がかかるシステム改修費は、結局公費負担になっていくので、それについても試算をする必要がある。「国がやめ、国が作り直す制度であるならば、できれば全部国で負担していただきたい」というのが大方の自治体の声ではないか。(横尾委員/第11回)

#### 4. 健康づくり、医療の効率的な提供等

##### ○ 地域の関係機関が一体となって取り組む体制

- ・ 都道府県に協議会を設置して、医療保険者も関与しつつ、医療費適正化などの取組が進められる仕組みは重要。費用負担者の意見が確実に反映されるよう、法律上の制度として機能するようにすべき。（小林委員/第12回）
- ・ 国も含めて予防医療に力を入れていくべきであり、国・都道府県・市町村が三者一体となった予防対策を進めていくべき。（阿部委員/第12回）
- ・ 健康増進計画・医療計画・介護保健事業支援計画を都道府県の大きなコントロール下に置けば、縦割りになっていた問題が横割りになり、連携を取っていくことで、制度疲労を起こしている問題が解決していくのではないかと。（鎌田委員/第12回）

##### ○ 支援金の加算・減算の仕組み

- ・ 保険者間で前提条件が大きく異なり、イコールフットINGになっていないことが最大の問題であることから、ペナルティーとしての加算制度の廃止については繰り返し要望し、また7月23日改革会議で私共の確認に対する当時の担当課長の回答から、新制度では加算・減算の仕組みは基本的に廃止されると理解していた。現行同様の規定を新制度にも設けることは受け入れ難く、新制度における廃止を明記していただくことを強く主張する。（小林委員/第12回）
- ・ 支援金に±10%幅で加減算を付けることは問題だと思っており、加減算については見直すべき、あるいは廃止すべき。（小島委員/第12回）
- ・ 健診率が低いのは保険者の努力不足だと言って、それにペナルティーを与えるようなやり方は、あまりに必要な検討がない段階で導入されているのではないかと。加算・減算には現時点では慎重であるべき。（近藤委員/第12回）

##### ○ 医療の効率的な提供

- ・ 医療提供の中身、それを支える人づくりをどうするかという議論は、改革会議では中心の論点にしないということであるが、これは残された重要な論点であるので、それに対して、どういう形で手だてをとっていくのかについて、11月に是非御提案いただきたい。（近藤委員/第10回）
- ・ 後発医薬品利用による差額通知の実施について、医療費の適正化を実現できるという観点から、是非全国的に積極的な取組を進めていただきたい。（小林委員/第12回）
- ・ かかりつけ医と病院とが提携してきっちりやっていくことは大変有効なことであり、推進すべき。（阿部委員/第12回）
- ・ かかりつけ医と病院が連携することは大切であるが、かかりつけ医は基本的には制度化するものでなく、患者さんの方が、この先生は自分のかかりつけの医師

だと決めるものである。(三上委員/第12回)

- ・ 健診・保健指導にだけ頼りすぎないで、様々なエビデンスに基づいて、もっと総合的な対策を練るべき。(近藤委員/第12回)

## 5. その他の重要事項

### ○ 施行日

- ・ 現場サイドは、現在のスケジュールですら、システムの設計・検証・整備等の心配をしている状況。「平成25年3月」施行をベストとするなら、メリットやデメリット、不安な点への対応をどのように図るかを前もって提示すべき。(横尾委員/第12回)

## 6. 施行準備

- ・ システム関係の実務者レベルの協議が始まっているところではあるが、全体的にスケジュール感がタイトであるため、この改革会議と並行して、都道府県、市町村、広域連合との間で精力的に実務的な検討を行う場を立ち上げながら、具体的な協議が必要と考える。(横尾委員/第10回)

## 7. その他

- ・ 被用者保険については、保険料賦課の対象は給与所得のみ。年金を受給している高齢者については、給与所得以外にも年金所得も保険料賦課の対象としないと、国民の間の不公平感につながる。(池上委員/第11回)
- ・ あらゆる福祉問題は世代間対立になるが、そうではなく、社会保障を通して世代間が協力していくよう進めていただきたい。(樋口委員/第11回)
- ・ 制度改革による影響について、政府がモニタリングすべき。その結果、受診抑制の増加・健康格差の拡大などが見られたら、その是正に向けた制度改革を再検討すべき。(近藤委員/第11回)
- ・ 資料について、事前に漏れて報道に出る。一部が記事になり、問い合わせが広域連合に来ている。事前記者レクをしていただき、メリット、デメリットを併せてきちんと説明していただくことが必要。(横尾委員/第11回)

# 委員配付資料

# 目次

## ○ 岡崎委員配付資料

- ・「医療制度改革及び医師等確保対策に関する決議」

## ○ 横尾委員配付資料

- ・「第13回高齢者医療制度改革会議への意見」

## ○ 神田委員配付資料

- ・「持続可能な医療保険制度の構築に向けた  
本質的な検討を求める」

## ○ 三上委員配付資料

- ・「日本医師会 国民の安心を約束する医療保険制度」

# 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、近年の経済不況に伴う失業者の急増により一段と厳しい事態となっている。

このような中、政府は、国民皆保険制度の堅持を前提に後期高齢者医療制度を廃止し新たな制度を構築するため、昨年11月以降、「高齢者医療制度改革会議」において検討を進め、年末に予定されている最終とりまとめを踏まえ、明年の通常国会に法案を提出し、平成25年4月から新しい高齢者医療制度を施行することとしている。

8月に示された「中間とりまとめ」では、市町村国保については、保険財政の安定化、保険料負担の公平化等の観点から広域化を図ることが不可欠であり、都道府県単位の財政運営に向けた環境整備を進めた上で、早期に全年齢を対象とした都道府県単位化を図ることとしている。

また、自治体病院をはじめ地域の中核病院においては、医師の絶対数の不足等に伴う病院の閉鎖等による地域医療の崩壊など様々な問題が生じ、住民の安心・安全の確保に責任を負う都市自治体や住民生活の根幹を揺るがしかねない事態となっており、早急な対応が喫緊の課題となっている。

よって、国は、特に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を廃止して新たな高齢者医療制度を創設するに当たっては、被保険者をはじめ現場に混乱をもたらさないためにも、運営主体を以前の市町村単位に後戻りさせることはあってはならず、その改革の方向としては、すべての国民を対象と

する医療保険制度の一本化に向け、国の責任を明確にした上で、都道府県を保険者とし、市町村との適切な役割分担のもと、国民健康保険制度の再編・統合等を行うこと。

また、再編・統合の時期については、早期に実施するため、当該施行時期を明確に示すこと。

- (2) 後期高齢者医療制度の廃止に伴い、市町村の負担増を決して招かないよう、国の責任において万全の対策を講じること。
- (3) 新制度発足に伴って発生・波及するシステム経費等については、超過負担を招かないよう必要な額を確実に確保するとともに、速やかな情報提供と十分な準備期間を設けること。

## 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・外科医・麻酔科医等をはじめとする医師、看護師等の不足や地域ごと・診療科ごとの医師偏在の実態を踏まえ、国の主要施策である質の高い医療サービスの安定的な提供を実効あるものとするとともに、地域を支える医師・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) 自治体病院等については、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、経営改善等に係る具体的な情報提供や財政措置などの支援策を積極的に講じること。

以上決議する。

平成 22 年 11 月 18 日

全 国 市 長 会

## 第13回高齢者医療制度改革会議への意見

委員 横尾俊彦

**改革会議も大詰め議論となっておりますが、後期高齢者医療広域連合の現場実務を預かる広域連合の協議会として、過日、厚生労働大臣宛に提出した要望内容を、資料として提出します。委員各位の検討に加えていただければと存じます。**

後期高齢者医療制度に関する要望書（抜粋）

### 新制度に関する重点要望事項

- (1) 新制度の構築に当たっては、現行制度施行時の混乱を教訓とし、国民に制度改正の理念及び意義の周知を徹底するため、十分な検討及び周知期間を確保の上、持続可能で、国民、地方公共団体、保険者、医療機関等から幅広く納得が得られる制度となるよう、国として万全の策を講ずること。
- (2) 新制度の運営主体は、既に医療費適正化等に見識及び実績を持つ都道府県とし、都道府県及び市区町村の役割分担を明確化するとともに、全年齢の都道府県単位化への道筋を示すこと。
- (3) 今後、医療費負担の増大が見込まれる中、国は将来にわたり国民皆保険制度を堅持するため、財政予測を十分に行い、世代間及び保険者間の負担軽減並びに被保険者の負担軽減への財源として国費を拡充すること。
- (4) 電算処理システムの構築に当たっては、現場の意見を反映させるため、現在、高齢者医療システム検討会で検討されている内容について、関係機関への情報提供及び協議を行うとともに、電算処理システムについては、完成度が高く、安定した運用及び予防医学・保健事業等に活用が可能なものとし、支障が生じた際には、迅速かつ適切に対応できる体制を構築すること。  
また、現行システムからの移行内容、手順及びスケジュールを早期に明らかにし、事務処理体制及び電算処理システムを完全に整えることが可能な準備期間を確保する等、スムーズな移行が可能となるよう配慮するとともに、システム構築費用に加え、データ移行に要する経費についても、国の責任において全額措置すること。

## 新制度に関する要望事項

- (1) 賦課限度額については、高齢者分と若人分にそれぞれ設定する方式とすること。  
仮に、市町村ごとに賦課限度額を超える保険料を高齢者分と若人分に按分、応能保険料率をそれぞれ引き上げる方式とした場合、都道府県内の保険料率格差に繋がることとなるため、限度額を超える保険料相当額を国費で補填すること。
- (2) 現行制度で行われている軽減特例措置は、国が決定したものであるため、新制度においても継続又はよりきめ細やかな軽減措置を講ずること。  
仮に、負担増となる見直しを行う場合においては、被保険者及び窓口の混乱が予想されることから、早期に具体的なあり方を提示し、国民的合意を得ること。
- (3) 収納率向上、徴収事務効率化及びコスト削減のため、保険料は原則特別徴収とし、徴収方法の選択、特別徴収の対象年金の拡大、月次捕捉による速やかな特別徴収への移行、保険料変更時の継続実施等を可能とすること。  
また、口座振替における口座情報を新制度へ引き継ぐことが可能となるよう、全国銀行協会等関係機関と調整すること。
- (4) 保険料率算定、被保険者証交付作業等の事務を的確に行うため、被用者保険移行対象者の早期把握に向けた被用者保険者への周知の徹底、加入後のデータ提供の義務化等、円滑な情報連携体制を構築すること。
- (5) 資格適用日は年齢到達の日ではなく月単位とするとともに、75歳未満の障がい者について、現行制度での認定を継続できるようにすること。  
なお、被保険者が高齢者であることに配慮し、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証の交付を受けていた場合等、極力申請を簡素化するため、職権での引継ぎを可能とし、被保険者等に負担を強いることのないようにすること。
- (6) 限度額認定等全ての情報が、一枚の被保険者証に記載できるようにすること。
- (7) 一部負担金負担割合を一律にし、自己負担限度額区分判定基準を分かりやすくする等、シンプルな内容とすること。
- (8) 健康診査については義務とし、政省令において統一基準を設け、費用負担を統一すること。

平成22年11月18日

厚生労働大臣

細川律夫様

全国後期高齢者医療広域連合協議会  
会長 横尾俊彦

## 持続可能な医療保険制度の構築に向けた本質的な検討を求める

高齢者医療制度改革会議で示されている厚生労働省案は、「後期高齢者医療制度の廃止」の名の下に75歳以上の高齢者を再び国保に戻すこととしているため、議論は高齢者医療制度を超え、市町村国保ひいては医療保険制度全体をどうするかの問題へと発展している。

これに対する全国知事会の意見は次のとおりであり、持続可能な医療保険制度の構築に向けた本質的な検討を強く求める。

### 1 単なる看板の掛け替えにすぎない

現行の後期高齢者医療制度は、医療費が急増する75歳以上の高齢者を市町村国保の被保険者としたままでは制度の維持が困難な実態からこれを別建てとし、負担の明確化や公平性を図ったものである。当初の感情的とも言える批判や反発も沈静化し、制度の改善も図られ、概ね安定的に運営されている。厚生労働省案は、形式的には75歳以上を国保と被用者保険に戻し別建てを解消するとしているが、区分経理は残すなど、実態は看板の掛け替えに過ぎない。その一方で、加入する制度の違いにより保険料に違いが出るため新たな不公平感が生まれること、システム整備に多額の費用を要することなど様々な課題を抱えており、拙速に新制度に移行する必要性は無い。

### 2 市町村国保の構造的な課題・財源論に真正面から取り組んでいない

75歳以上を再び市町村国保に戻すこととしたため、議論は高齢者医療制度を超え、国民皆保険の最後の砦である市町村国保をどうするかの問題へと発展している。そうである以上、高齢化や低所得者層の増加といった国保の構造的課題に起因した問題の解決に改めて取り組まなければならない。特に、市町村一般会計からの多額の繰入等の財源問題に対しては、自治体側からの再三の意見にも関わらず、抜本的な解決策が示されていない。

改革を第一段階、第二段階と区分しているが、要は経営責任を都道府県に移そうとするものであり、その一方で今後も増嵩する医療費や保険給付費をどう賄うかといった税制改革を含む財源論は全く欠落している。市町村の保険料徴収のインセンティブ確保の仕組みも外すなど、都道府県が到底担い得ないような矛盾した案になっている。

医療保険制度全体として見た場合も、被用者保険の負担額が今後大幅に増加するにも関わらず、これをどのように賄うかの根本論がなされていない。国費の割合を抜本的に拡充することなく、現役世代に対して過重な負担を求める案となっている。

### 3 社会保障改革検討本部において税制改革との一体的な議論を行うべき

我々都道府県も、高齢化、低所得者層の増加といった課題を抱える市町村国保の抜本的な改革の必要性に異存はなく、積極的に責任を担う覚悟はある。

しかし、今の案は保険運営にとって最も重要な財源論が全く欠如しており、このままでは持続可能な制度とはなり得ない。全国知事会は、このような案を拙速に結論とするのではなく、より本質的かつ本格的な形で検討することを強く求める。

全国知事会は地方消費税の引き上げを含む税制の抜本改革の必要性を一貫して訴えてきた。消費税・地方消費税の引き上げの際には、必ず医療にも充てられるような道筋をつけなければならない。政府・与党におかれては、「社会保障改革検討本部」において、高齢者医療も含めた形で医療・介護・年金など社会保障全体のあり方と国・地方を通じた税制改革を一体的に議論することを強く求める。

平成 22 年 12 月 8 日

全 国 知 事 会

日本医師会  
国民の安心を約束する医療保険制度

2010年11月2日  
社団法人 日本医師会



## 目 次

1.	日本医師会のこれまでの医療保険制度改革についての提案	1
1.1.	「地域保険、老齢健康保険、産業保険」の提案	1
1.2.	統合一本化の提案	2
1.3.	医療構造改革構想中間報告	2
1.4.	「グランドデザイン」等における提案	6
2.	厚生労働省のこれまでの医療制度改革案	11
3.	医療保険制度改革にむけた論点整理	16
4.	日本医師会が考えるあるべき医療保険制度	17
4.1.	基本方針	17
4.1.1.	基本理念	17
4.1.2.	医療保険制度改革の道筋	18
4.2.	公的医療保険の給付範囲	22
4.3.	診療報酬体系および支払方式	24
4.4.	医療費	28
4.5.	患者一部負担割合	30
4.6.	財源	32
4.6.1.	公的医療保険における公費負担割合	32
4.6.2.	公的医療保険を支える財源	33



## 1. 日本医師会のこれまでの医療保険制度改革についての提案

### 1.1. 「地域保険、老齡健康保険、産業保険」の提案

1967（昭和42）年11月1日、日本医師会全理事会（武見太郎会長）で、「地域保険、老齡健康保険、産業保険」からなる「健康保険の抜本改正案」が了承された。

翌1968（昭和43）年8月13日、日本医師会「医療保険の抜本改正を調査審議するための特別委員会」は、「健康保険の抜本改正案」をおおむね踏襲する答申をとりまとめた。これは、同年9月28日の第48回臨時代議員会で報告され、代議員会特別委員会に協議が委ねられることになった。その結果、特別委員会は「答申原案の大綱を承認し、細部にわたり検討を要する事項および本案の遂行は執行部に一任する」と報告して、代議員会で承認された。

そして同年10月1日、日本医師会（武見太郎会長）は、次のとおり「医療保険制度の抜本改正に関する意見」を公表した。なお、前年1967年の提案では、「地域保険」であったが、ここでは、「地域健康保険」として提案された。

「医療保険制度の抜本改正に関する意見」1968年10月1日（抜粋）

政管健保・組合健保・国保等の医療部門を一括統合し、次の3つの医療保険制度に再編成する

- ① 地域健康保険（保険者は都道府県単位）
- ② 老齡健康保険（65歳以上 保険者は厚生省）
- ③ 産業保険（労災保険を発展 労働省の所管）

## 1.2. 統合一本化の提案

1984（昭和 59）年 8 月 10 日、日本医師会（羽田春兔会長）・日本歯科医師会・日本薬剤師会と自民党が、医療保険制度の統合一本化を行なう趣旨の覚書を取り交わした。日本医師会は、それまで「3 本立て」（地域健康保険、老齢健康保険、産業保険）を主張してきたが、ここで「統合一本化」に転換した。

「覚書」1984 年 8 月 10 日（抜粋）

医療保険制度の統合一本化を 5 年後に行う。特に負担の公平と給付の平等を図る。

- ① 時期については、党が責任をもって判断する。
- ② 国会終了直後に、時期を示す。

## 1.3. 医療構造改革構想中間報告

1999（平成 11）年 7 月、日本医師会（坪井栄孝会長）は「医療構造改革構想の具体化に向けて－中間報告－」を発表した。ここでは、統合一本化には課題があるとして、一般医療保険については財政調整のみを提案した。高齢者については、独立した高齢者医療制度を創設し、将来は介護保険制度と統合することを提案した。

「医療構造改革構想の具体化に向けて－中間報告－」 1999年7月  
(抜粋要約)

独立した高齢者医療制度の創設

① 高齢者の位置づけ（年齢設定）

現行の70歳以上、介護保険制度の65歳以上との整合性の問題はあるが、老人保健法施行時からの平均寿命の変化、寝たきり・痴呆等の発生割合、年齢階級別医療費の現状などから、75歳以上を対象とする。

なお、0～74歳は一般医療保険として、保険原理を原則とした運営とし、60歳からはその時点での加入保険の「突き抜け方式」とする。

② 保険者

地方自治体を保険者とする。

③ 財源

10%程度を高齢者からの保険料と自己負担とし、90%の公費投入を最終目標とする。一般医療保険のうち国保については、当面の措置として、所得捕捉を再検討したうえで、公費や被用者保険からの財源投入による財政調整を行なう。

④ 支払方式

包括払いを中心とする支払方式に特化する。

⑤ 高額療養費

一部負担金の徴収方法と併せて、高齢者独自の高額療養費助成制度を設定する。

⑥ 中・長期的展望

老人保健制度の改革と介護保険制度の5年間の運用を経て、両保険制度の整合性や問題点を解決したうえで両制度の統合を行なう。

1999年の「医療構造改革構想の具体化に向けて－中間報告－」では、医科の診療報酬体系を一般系統（診療所、一般病院、大規模病院）と特定系統（大学病院、国立病院）に分け、一般系統を、技術報酬系、薬・材料報酬系、在院報酬系に分けることも提案された。この考え方は、2003年に、日本医師会医療保険制度検討会議がとりまとめた「診療報酬体系の考え方（中間報告）～診療報酬体系見直しに対する基本方針の提案～」にも受け継がれた。

2001年11月7日、日本医師会（坪井栄孝会長）は、「医療制度改革に関する5つの反対・5つの提案」を発表し、一般医療保険を地域保険として一元化することを提案した。

「医療制度改革に関する 5 つの反対・5 つの提案」 2001 年 11 月 7 日

(抜粋要約)

(5 つの反対)

1. 老人医療費伸び率管理制度
2. 患者負担増
3. 小手先だけの老人保健制度の見直し
4. 保険者による直接審査支払・割引契約
5. むやみな特定療養費の拡大

(5 つの提案)

1. 高齢者医療制度の創設
2. 被用者保険における保険料総報酬制の導入
3. 薬価・医療材料価格の引き下げ
4. たばこ税引き上げによる公費財源の確保
5. 一般医療保険の地域保険への一元化

一般医療保険の地域保険への一元化を提案します。国民が公平かつ平等に医療を受けられる医療保険制度が必要です。

第 1 段階として市町村国保は広域連合化を進めるとともに国保間での強力な財政調整システムを設けます。組合健保も財政調整を行います。次に組合健保と政管健保間での財政調整を行います。

第 2 段階として、被用者保険と国保との間での財政調整システムを導入します。

最終段階として、都道府県単位で被用者保険と国保を「地域保険」として一元化します。

## 1.4. 「グランドデザイン」等における提案

### 「2015年医療のグランドデザイン」(2000年8月)

2000年8月、日本医師会（坪井栄孝会長）は、あらためて独立した高齢者医療制度を提案した。また、民間保険や使途を医療に限定した貯蓄を活用する自立投資の概念を提示した。

#### 「2015年医療のグランドデザイン」2000年8月（抜粋要約）

##### 高齢者医療制度の基本骨格

- (1) 75歳以上のすべての後期高齢者を被保険者とする独立した医療制度
- (2) 財源として公費を重点的に投入する

高齢者医療制度については、公費を重点的（財源の90%程度）に投入する。一般医療保険制度は保険料（80%程度）と自己負担（20%程度）のみによる保険原理で運営する。

- (3) 独自の診療報酬支払方式を設定する

慢性期の患者に対しては、独自の包括支払方式を開発することが合理的。

- (4) 保険者を都道府県とする

国民の合意を形成しながら終末期医療に対する医療の適正化を推進する、あるいは慢性疾患が中心となる高齢者医療については独自の診療報酬支払制度を構築することによって、医療費単価の伸びを抑制していく。

##### 自立投資とは

選択性のある医療については、国民自らが個々の意志で健康的に自立するための「投資」と位置付け、財源としては民間保険や使途を医療に限定した貯蓄を活用することが適当である。

「医療のグランドデザイン 2017年版」(2003年6月)

2003年6月、日本医師会(坪井栄孝会長)は、「医療のグランドデザイン 2017年版」で、「国家安全保障としての医療区分体系」を提示した。

「医療のグランドデザイン 2017年版」2003年6月(抜粋要約)

国家安全保障としての医療区分体系

医療の区分	対象者	給付方法	推計規模(円)
選択性の高い医療	希望者	自立投資 (自由診療)	約3,000億
普遍的な医療	すべての国民	保険 (国民皆保険)	約26兆
安全保障としての医療 (難病・生活保護など)	少数	保障 (公費負担)	約2兆

「医療保険制度改革における日本医師会の考え方」(2005年6月)

2005年6月、日本医師会(植松治雄会長)は、「医療保険制度改革における日本医師会の考え方」について記者会見を行ない、新しい高齢者医療保険制度を提言した。また、ここでは国民的共助という考え方が示された。

「医療保険制度改革における日本医師会の考え方」2005年6月7日(抜粋)

1. 医療保険制度改革における基本方針

- ・国民皆保険制度を堅持する。
- ・新たな高齢者医療保険制度を創設し、国民の不安を払拭する。
- ・高齢者医療保険制度においては、高齢者の特性ならびに個々の疾患に配慮するが、医療内容が年齢によって急に規制されるものであってはならない。
- ・高齢者医療保険制度においても、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。
- ・医療保険制度は国民に必要な医療を給付するため現物給付によって成り立っている。現金給付である介護保険制度とは統合し得ない。

2. 新たな高齢者医療保険制度の創設

- ・対象：75歳以上の高齢者
- ・保険者：国とする。ただし一定期間後、都道府県単位とすることも検討する。
- ・財源構成：患者自己負担10%、保険料10%(ただ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。

3. 一般医療保険制度改革

- ・老健拠出金、退職者給付拠出金は廃止する。
- ・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。

## 「グランドデザイン 2007 総論」(2007 年 3 月)

2007 年 3 月、日本医師会(唐澤祥人会長)は、「グランドデザイン 2007 総論」を發表し、後期高齢者医療制度の基本的スキームを提示した。

### 「グランドデザイン 2007 総論」2007 年 3 月 28 日(抜粋)

#### 後期高齢者医療制度の基本的スキーム

##### 1. 目的

国民が「格差」に苦しむことなく、安心して高齢期を迎えることができるよう、公平な医療を受けられることを約束する。

##### 2. 対象 75 歳以上(以下、75 歳以上を「後期高齢者」という)。

##### 3. 保険者 都道府県を単位とする。

##### 4. 理念

後期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、患者一部負担は後期高齢者にとって大きな負担になる。したがって、後期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。

##### 5. 財源

「保障」の理念の下、給付割合を高め、財源には公費を重点的(医療費の 9 割)に投入する。公費は原則国庫が負担し、財源の地域間格差が生じないようにする。

保険料と患者一部負担は合わせて医療費の 1 割とする。保険料の一部は所得に応じた負担(応能負担)とし、極力地域間格差が生じないような対策を講じる。患者一部負担割合は所得によらず一律とし、さらに将来の引き下げを検討する。

##### 6. 診療報酬

外来は出来高払いとする。入院も原則出来高払いとし、慢性期の一部を選択性の包括払いとする。いずれの場合も、個々の病態に配慮しない画一的な支払方式に陥らないよう、柔軟な対応を行う。

「グランドデザイン 2009」(2009年2月)

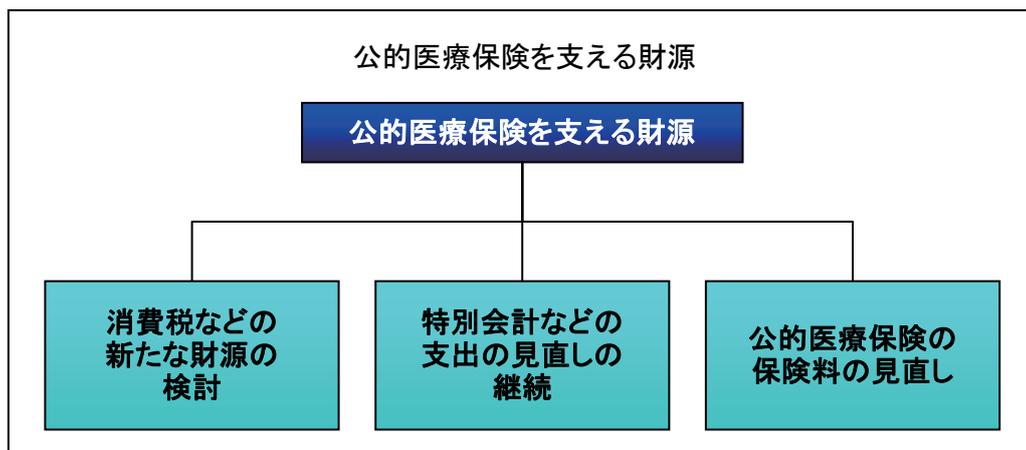
2009年2月に日本医師会(唐澤祥人会長)が発表した「グランドデザイン2009」では、75歳以上について「後期高齢者」ではなく、「高齢者」と呼称することとした。また、公的医療保険を支える財源として、① 消費税などの新たな財源の検討、② 特別会計などの支出の見直しの継続、③ 公的医療保険の保険料の見直し(保険料上限の見直し、保険料率の公平化、保険者間の財政調整) — の3本柱を提案した。

「グランドデザイン 2009」2009年2月18日(抜粋)

日本医師会「高齢者のための医療制度」基本的スキーム

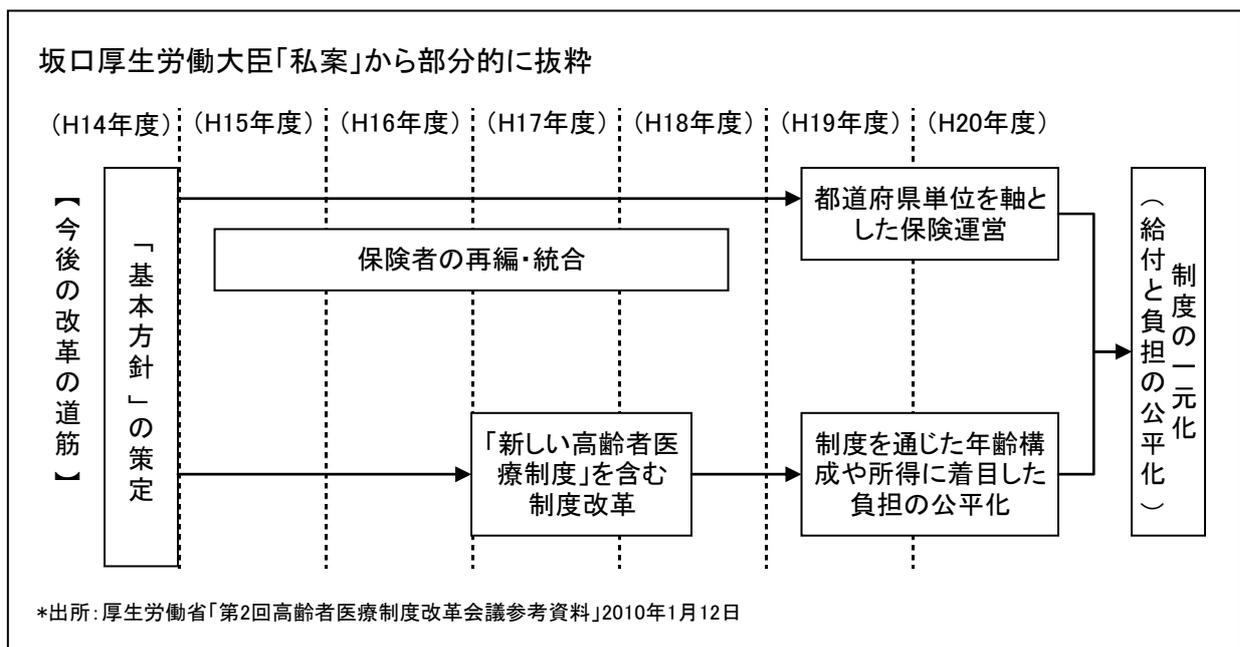
1. 保障の理念の下、75歳以上を手厚く支える。
2. 若者から高齢者まで、急性期から慢性期まで切れ目のない医療を提供する。
3. 医療費の9割は公費(主として国)負担とする。
4. 保険料と患者一部負担をあわせて医療費の1割とし、患者一部負担割合は所得によらず一律とする。
5. 運営主体は都道府県とする。

「グランドデザイン 2009」(抜粋)



## 2. 厚生労働省のこれまでの医療制度改革案

2002年9月25日、坂口力厚生労働大臣は私案を発表し、都道府県単位を軸とした保険運営を行なった後、制度の一元化（給付と負担の公平化）を目指すとした。



2005年10月、厚生労働省は「医療制度構造改革試案」を発表し、都道府県単位の保険者の再編・統合と、新たな高齢者医療制度の創設を打ち出した。

これを受けて、2005年12月、政府・与党医療改革協議会が「医療制度改革大綱」をとりまとめ、2006年6月、「健康保険法等の一部を改正する法律」が公布された。

その後、2008年4月に現行の後期高齢者医療制度が創設された。また、2008年10月には政管健保を公法人化した全国健康保険協会が設立され、都道府県ごとに保険料率が設定されるようになった。

厚生労働省「医療制度構造改革試案」2005年10月19日（抜粋）

医療保険制度体系の見直し

1. 都道府県単位の保険者の再編・統合

- (1) 政管健保：保険者として国から独立した公法人を設立し、都道府県単位で財政運営
- (2) 市町村国保：都道府県単位での広域化を推進

2. 新たな高齢者医療制度の創設

- (1) 独立した「後期高齢者医療制度」（75歳以上）の創設
  - ・運営主体は市町村。国、都道府県、医療保険者が重層的に支える
  - ・高齢者保険料1割、医療保険者からの支援金4割、公費5割
- (2) 前期高齢者（65～74歳）は被用者保険との財政調整により国保の負担を軽減
- (3) 高齢者の生活の質（QOL）を重視した医療サービスを提供

2008年4月に創設された現行の後期高齢者医療制度は、年齢で区分した独立保険方式であり、現役時代の保険をやめて新たに後期高齢者医療制度に加入しなければならなかったこと、後期高齢者自身が保険料を負担することになり、被用者保険の被扶養者は新たに保険料の支払いが発生した（それまでは被用者本人のみが支払っていた）ことなどから、「高齢者の切り捨て」であるとの批判が起きた。

当時の政府は、後期高齢者医療制度施行直後の2008年6月、保険料の軽減措置（2008年度の経過措置を経て、2009年度から対応）<sup>1</sup>を、同年9月には被用者保険の被扶養者の保険料軽減措置の継続<sup>2</sup>を打ち出した。

また70歳から74歳の患者一部負担割合は、2009年4月に1割から2割に引き上げられることになっていたが、2010年3月までの1年間、1割負担を継続することを決定した<sup>3</sup>。

2008年6月「高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等について」

- 低所得者に対する保険料の軽減（7割軽減世帯のうち、後期高齢者医療制度の被保険者全員が年金収入80万円以下の世帯について9割軽減）。

2008年9月「平成21年（度）における高齢者医療の負担のあり方について」

- 被用者保険の被扶養者が後期高齢者医療制度に加入した場合の均等割保険料の9割軽減措置の継続（当初、2008年4月～9月は凍結し、2008年10月～2009年3月は均等割を9割軽減とする措置であったが、2009年度も継続することとした）。

<sup>1</sup> 政府・与党「高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等について」2008年6月12日

<sup>2</sup> 与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム「平成21年（度）における高齢者医療の負担のあり方について」2008年9月9日

<sup>3</sup> 同上

2009年9月、政権が交代した。新政権は、2009年度の第2次補正予算で、2010年度中も、保険料軽減と70歳から74歳までの患者一部負担割合の引き上げ凍結を継続することを措置した一方、後期高齢者医療制度を廃止することで合意した<sup>4</sup>。

2009年11月30日、第1回高齢者医療制度改革会議で、長妻昭厚生労働大臣が、検討にあたっての基本的な考え方を提示した。ここでは、後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険としての一元的運用を目指す方向性が示されている。

---

<sup>4</sup> 「三党連立政権合意書」2009年9月9日

厚生労働省「『高齢者医療制度改革会議』の開催について」

2009年11月30日（抜粋）

## 1. 趣旨

三党連立政権合意及び民主党マニフェストを踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を開催する。

## 2. 検討に当たっての基本的な考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

- ① 後期高齢者医療制度は廃止する
- ② 「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- ③ 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- ④ 市町村国保などの負担増に十分配慮する
- ⑤ 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
- ⑥ 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

### 3. 医療保険制度改革にむけた論点整理

これまでの日本医師会の主張の概略は以下のとおりである。これらの論点について次章以降、日本医師会の主張をあらためて述べる。

#### 1. 基本方針

独立した高齢者医療制度の創設、一般医療保険の地域保険への一元化などを提案してきた。

#### 2. 公的医療保険の給付範囲

普遍性のある医療は、完全に公的医療保険の給付対象にすべきであると主張してきた。

#### 3. 診療報酬体系および支払方式

かつては、診療報酬を一般系統、特定系統に区分することを提案した。また、支払方式については、高齢者の医療費の増加が非常に懸念された時期に、高齢者の慢性期患者に対して包括払いを導入することを提案したこともある。しかし、原則的には出来高払いを主張してきた。

#### 4. 医療費

高齢者の医療費単価の伸びを抑制していくと提案したこともあるが、最近では、医療費は大幅かつ全体的に引き上げるべきであると主張している<sup>5</sup>。

#### 5. 患者一部負担割合

一般は2割、高齢者は1割以下<sup>6</sup>にすべきであると主張してきた。

#### 6. 財源

公的医療保険を支える財源として、① 消費税などの新たな財源の検討、② 特別会計などの支出の見直しの継続、③ 公的医療保険の保険料の見直しを提案してきた<sup>7</sup>。

---

<sup>5</sup> (社)日本医師会「自民党および民主党の政権公約に対する日本医師会の見解」2009年8月19日、定例記者会見

<sup>6</sup> 日本医師会は、基本的に高齢者の患者一部負担割合を1割にすべきと主張してきたが、「グランドデザイン2007」で「保険料と患者負担は合わせて医療費の1割」とし、高齢者の患者一部負担割合を1割以下にすることも視野に入れていた。

<sup>7</sup> (社)日本医師会「グランドデザイン2009」

## 4. 日本医師会が考えるあるべき医療保険制度

### 4.1. 基本方針

#### 4.1.1. 基本理念

日本医師会は、すべての国民が、公平な負担の下で、同じ医療を受けられることが公的医療保険制度の根幹であると考えます。それは、年齢や、地域や、所得の違いによる格差のない制度である。

これまで財政面からの一元化については各方面で検討が行なわれてきたが、財政調整で抜本的な解決を見出すことは困難であり、いずれかの制度に皺寄せされ、「皆保険」としての納得感を得られない。

そこで、日本医師会は、公的医療保険制度の全国一本化を提案する。

#### 日本医師会が考える公的医療保険制度の基本理念

- すべての国民が、同じ医療を受けられる制度
- すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度
- 将来にわたって持続可能性のある制度

ここでは、「一本化」「一元化」を次のように定義する。

一本化：制度としてひとつに統合すること。なお一本化しても、現行制度と同様に高齢者や低所得者に配慮し、保険料や一部負担割合の軽減措置を講じる方向とする。

一元化：財政調整により財源面で一体的運用を図ること。日本医師会が提案する全国一本化が実現するまでの間は、保険者間の財政調整が必須である。

#### 4.1.2. 医療保険制度改革の道筋

公的医療保険制度の全国一本化までの道筋を、以下のとおり提案する。なお、それぞれの段階ごとに問題点を洗い出し、その対策を講じた上で、次の段階に進むものとする。

##### 第1段階 高齢者医療制度も含めた医療保険制度全体の方向性の検討

現行の後期高齢者医療制度は、2012年度末に廃止され、2013年度から新たな制度に移行する予定であるが、一般および高齢者の医療保険制度を一体的に検討し、その方向性がかたまった時点で、新たな制度の実施時期を設定すべきと考える。それまでの間は、現行の後期高齢者医療制度を弾力的に運用して対応する。

##### 第2段階 地域保険の創設と職域保険の段階的統合

高齢者医療制度と市町村国保を都道府県単位で統合し、地域保険を創設する。また職域保険として、共済組合を協会けんぽに統合し、組合健保を段階的に協会けんぽに統合する。なお、高齢者の現役サラリーマンは、希望があれば職域保険等に参加しなおすことができるようにする。

##### 第3段階 職域保険の完全統合

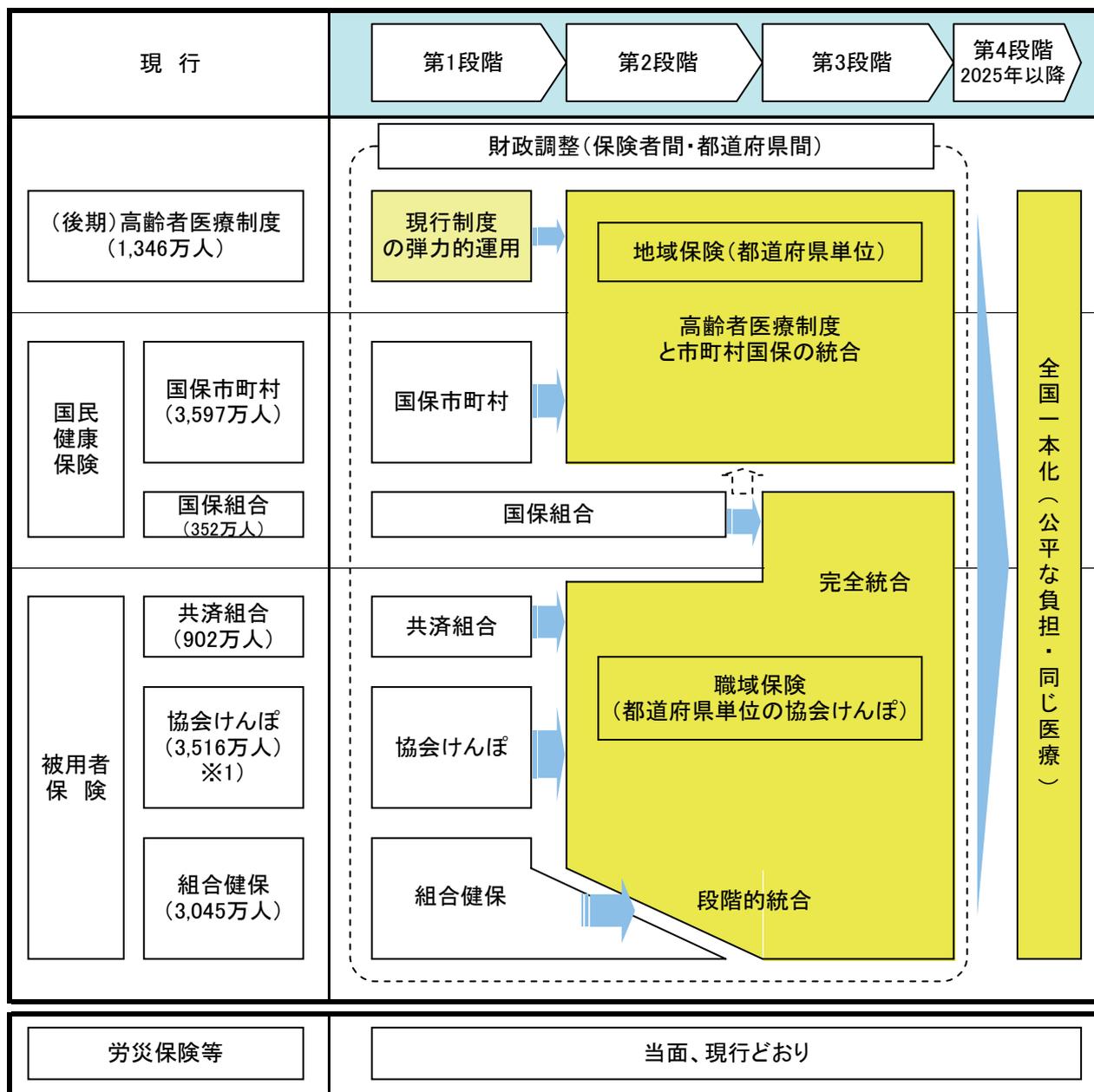
職域保険（協会けんぽ）に、国保組合を統合していく。ただし地域保険的な国保組合については、地域保険への移行も可能にする。

第3段階から全国一本化までの間は、特に財政調整が重要である。保険料の見直しなどにより、財源面での一体的運用（すなわち「一元化」）を図る。

##### 第4段階 全国一本化

2025年以降を目標に、都道府県ごとの地域保険および職域保険（協会けんぽ）を全国一本化する。

図 4.1.1 公的医療保険の全国一本化に向けての道筋



( )内は、2008年度(2009年3月)の加入者数(概数)

※1)協会けんぽには船員保険を含む

\*出所: 厚生労働省「平成20年度 後期高齢者医療事業年報」「平成20年度 国民健康保険事業年報」「健康保険事業状況報告」

財務省「平成20年度 国家公務員共済組合事業統計年報」

地方公務員共済組合協議会「平成20年度 地方公務員共済組合等事業年報」

日本私立学校振興・共済事業団「平成20年度 私学共済制度事業統計」

社会保険庁「社会保険事業状況(平成21年3月現在)」

統合一本化にむけた課題および一本化後の課題には、主として次のようなものがある。いずれも、日本医師会の基本理念を実現するために避けて通れない課題であり、日本医師会は課題解決にむけて全力を尽くす。

### ① 国民健康保険と被用者保険の所得捕捉

国民健康保険に加入する自営業者等の所得と、被用者（サラリーマン）の給与をいかに公平に捕捉できるかという課題である。これについては、現在、給与所得者であっても、国民健康保険に加入しているケースがあること、所得税は自営業者と給与所得者とは計算方法が異なるものの、ひとつの税体系になっていることなどから、これらを参考に関係者と協議していく。

### ② 国民健康保険における保険料賦課方式の統一

現在、市町村国保の徴収形態には保険税と保険料があり<sup>8</sup>、徴収方式には均一賦課、不均一賦課がある。また、均一賦課の中にも、所得割、資産割、均等割、平等割を組み合わせた、4方式、3方式、2方式がある<sup>9</sup>。日本医師会は、比較的早い段階で、市町村国保を都道府県単位の地域保険に再編することを提案しており、保険料賦課方式のあり方が当面の課題になる。資産はあっても所得の少ない高齢者等に配慮するなど、公平な賦課方式を検討していく。

### ③ 保険者による予防・健康増進機能の維持

保険者には保険料の算定、徴収、診療報酬請求の審査・支払いなどの制度運営上の機能や、被保険者の疾病予防、健康増進を図る機能がある。これまで、それぞれが保険者機能を果たしてきた健保組合や、共済組合等では、個々の組合を解体し、公的医療保険を全国一本化することには、反対も少なくないと推察

<sup>8</sup> 保険税の時効は5年間（地方税法第18条）、保険料の時効は2年（国民健康保険法第110条）などの違いがある。

<sup>9</sup> 市町村国保では保険者1,788のうち、保険料218保険者（12.2%）、保険税1,483保険者（82.9%）。均一賦課1,701保険者（95.1%）、不均一賦課（市町村合併後5年間に限り、保険者内で不均一の課税ができる）87保険者（4.9%）、均一賦課のうち保険料賦課方式は、  
4方式（所得割、資産割、均等割、平等割）1,263保険者  
3方式（所得割、均等割、平等割）387保険者（札幌市、京都市、大阪市など）  
2方式（所得割、均等割）51保険者（東京都区部、横浜市、名古屋市など）  
厚生労働省「平成20年度国民健康保険事業年報」より

される。しかし、公的医療保険におけるさまざまな格差をなくし、国民に安心をもたらすという観点から、日本医師会は、健保組合等に対して理解を求めていく。

さらに、公的医療保険制度の全国一本化にあたって、日本医師会は、第三者機関の保険者を設置すべきと考えるが、保険者が全国ひとつになるため、地域固有の実情に即応した保険者機能を発揮できないおそれがある。そこで、日本医師会は、都道府県医師会、郡市区医師会とともに、より地域に根ざした活動を行ない、従来の保険者が果たしてきた機能以上に、地域住民の健康を守る役割を強めていく。

#### ④ 医療費抑制、管理医療の阻止

保険者が全国一本化されることにより、管理医療が進み、医療費抑制が強化されることが懸念される。そこで、日本医師会自身が第三者機関である保険者の構成員となり、医療費抑制について徹底的に阻止していく。

また、医療保険制度が全国一本化されても、地域医療が一律に抑制されないよう、現在の審査支払機関の機能を維持、活用し、地域の実情に応じた医療を守っていく。

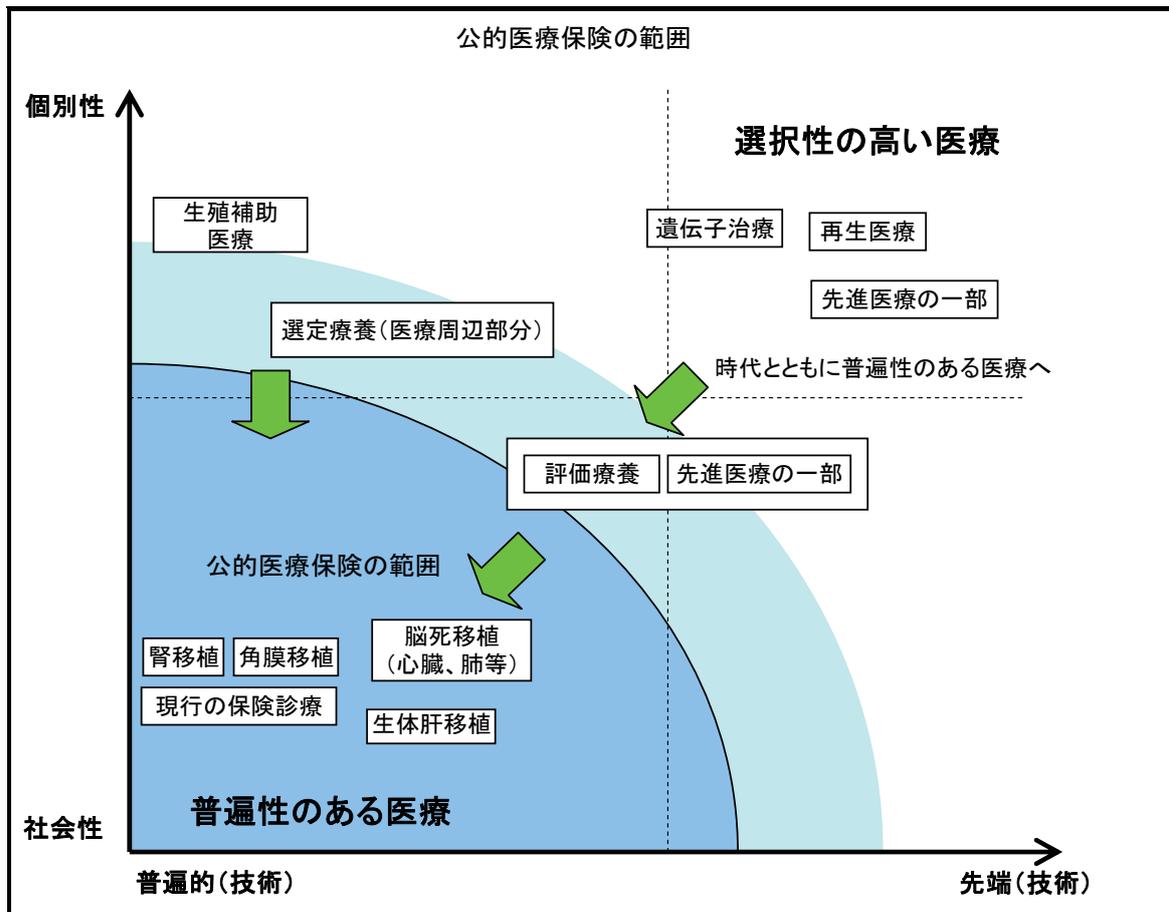
#### ⑤ 事業主負担のあり方

全国一本化後、現行の法律の延長では、事業主負担がなくなるが、新たな法律において、引き続き事業主に健康保険料相当の負担を求める等の対応を検討する。

## 4.2. 公的医療保険の給付範囲

日本医師会は、有効性、安全性が確認され、国民にとって普遍的であると認められた医療は、すみやかに公的医療保険から給付されるべきであると考え（図 4.2.1）。

図 4.2.1 公的医療保険の範囲



普遍性のある医療を、公的医療保険から給付するためには、じゅうぶんな資源、体制が求められる。具体的には、高度医療評価会議、先進医療専門家会議、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議<sup>10</sup>、医薬品医療機器総合機構（PMDA）、薬事・食品衛生審議会（薬食審）等の体制をより強化し、機動性を高めていかなければならない。そのため、日本医師会としても、国に対して、これらの関係機関の強化を働きかける。

2010年度の診療報酬改定では、新薬創出加算が導入された。これは特許期間中の新薬の薬価を引き下げない仕組みであり、これにより、研究開発費が早期に回収され、適応外薬等の開発・上市が促進されることが期待される。日本医師会は、その進捗状況を注視するとともに、適応外薬等の開発が進むよう、関係者に働きかけを行なっていく。

現在、混合診療を全面解禁し、公的医療保険から給付されていない先進医療を受けやすくすべきだとの声がある。しかしすでに、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」では保険診療との併用が認められており、たとえば評価療養として認められた先進医療を受ける場合、「先進医療の全額自己負担＋保険診療の一部負担」が良い<sup>11</sup>。

評価療養：保険給付の対象とすべきものであるか否かについて適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うもの

例：先進医療、薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用など

選定療養：特別の病室の提供など被保険者の選定に係るもの

例：差額ベッド、歯科の金合金等、制限回数を超える医療行為など

---

<sup>10</sup> 2010年8月25日、中医協総会で「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」が有効性・安全性のエビデンスが十分あり、医療上の必要性が高いと判断した適応外薬は、薬食審の事前評価が終了した時点で、中医協の了承を経て、保険適用することが了承された。これまでも、日本において有効性や安全性が公知である適応外薬については、日本で臨床試験（治験）を行なうことなく、薬事承認の申請をすることが認められていたが（公知申請）、新たなスキームにより、薬食審の事前評価が終了した時点で保険適用されるので、公知申請から薬事承認までの約6か月間が短縮される。

<sup>11</sup> 保険診療の一部負担についてのみ高額療養費制度が適用される。

### 4.3. 診療報酬体系および支払方式

日本医師会は、診療報酬体系および支払方式について、あらためて以下の提案を行なう。

#### ① 特定機能病院のあり方を見直し

特定機能病院には、高度の医療を提供する能力を有すること、高度の医療技術の開発及び評価を行なう能力を有すること、高度の医療に関する研修を行なわせる能力を有することなどが求められており<sup>12</sup>、それ以外の病院とは機能が異なる。

日本医師会は、特定機能病院のあり方を見直し、特定機能病院とそれ以外の医療機関との機能分化を行なう必要があると考える。具体的には、特定機能病院は、主として高度の医療の提供と医学教育を担い、それ以外の医療機関は、主として普遍性のある医療を担当する方向とする。

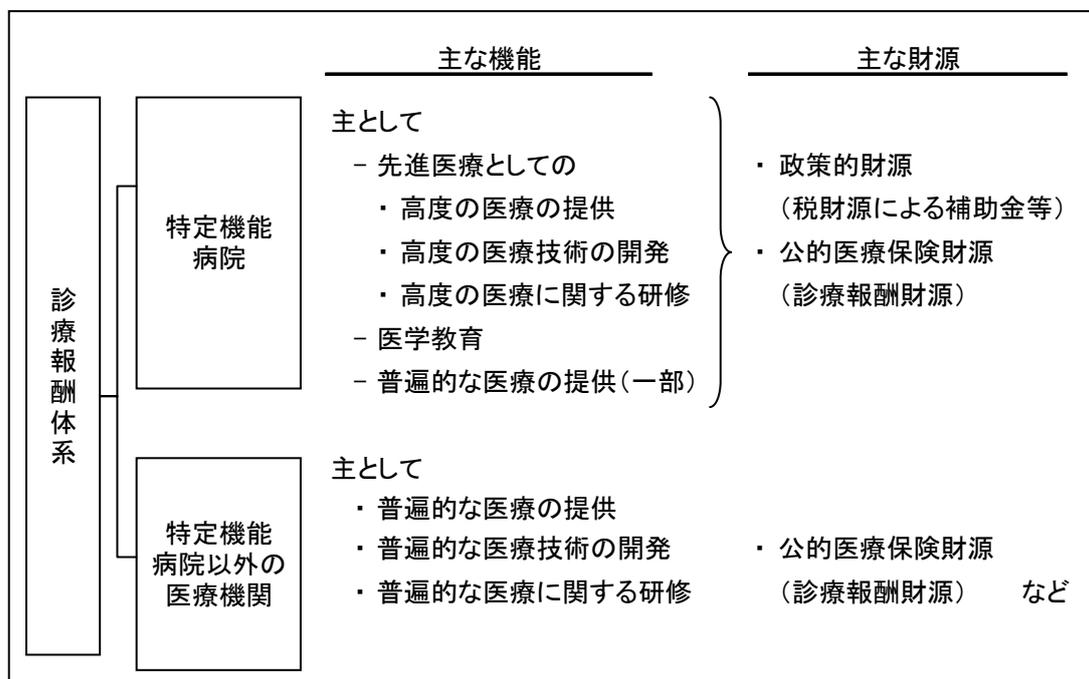
その上で、新しい機能に応じた診療報酬体系を検討する。たとえば、特定機能病院のあり方を見直した後、その診療報酬体系を別建てにすることを提案する（図 4.3.1）。

財源は、高度の医療の提供および医学教育に対しては政策的財源（税財源による補助金等）を、普遍性のある医療に対しては公的医療保険財源（診療報酬財源）を充当する。なお、高度の医療を担う医療機関が、それ以外の医療機関が主として担う普遍性のある医療のうち、紹介のない外来などを行なった場合には、診療報酬の給付割合を変更するなどの仕組みを検討する。

---

<sup>12</sup> 医療法第4条の2

図 4.3.1 日本医師会の診療報酬体系の提案



## ② 診療報酬における「モノ」の切り分け

現在は、手術、処置等に、医薬品、診療材料、医療消耗器具備品などのいわゆる「モノ」が包括されているが、診療報酬本体を適切に評価するためには、診療報酬本体から「モノ」を切り分けることが不可欠である。

また、公共料金は、再投資のための適正利潤を含んで設定されているが<sup>13</sup>、診療報酬には、それらのコストは広く浅く吸収されていると言われているものの、具体的な検証は行なわれていない。診療報酬において「モノ」を切り分け、再投資の費用（地域医療の維持確保のための費用）を別途評価すべきである。

ところで、医師の技術料を評価する手段として、医師個人に直接報酬を支払う「ドクターフィー」<sup>14</sup>を導入すべきとの意見がある。しかし、日本では、チーム医療の下で高水準の医療が提供されており、今後もそれは変わらない。「ドクターフィー」の導入は、医師同士および関係職種間の財源配分の問題を複雑化、深刻化させ、チームを分断させかねないものであり、現時点での導入は拙速である。日本医師会は医師の技術をいかに評価していくべきか、研究、議論を重ねていきたい。

同時に、医師および関係職種の技術については、それぞれの医療機関がきちんと処遇できるよう、日本医師会は診療報酬の全体的な引き上げを求めていく。

---

<sup>13</sup> 消費者庁「公共料金の窓」<http://www.caa.go.jp/seikatsu/koukyou/>

<sup>14</sup> 中医協は、2010年度診療報酬改定答申書で「いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、更なる取組の必要性について、検討を行うこと」としている。ここで「いわゆる」とあるように、ドクターフィーが明確に定義されているわけではない。

### ③ 診療報酬は原則出来高払いとする

診療報酬は原則出来高払いにより、提供された医療を適切に評価すべきである。急性期入院医療については、DPCの導入が進んでいるが<sup>15</sup>、日本医師会は、2008年、中医協診療側委員として、急性期病院に対する診療報酬は、DPCと出来高払いの二本の柱であるべきと主張した。今後とも、DPCは限定した範囲に止め、出来高払いを適切に評価していくべきである。

2008年10月22日 中医協診療報酬基本問題小委員会 二号側提出資料

「DPCに関する方向性について」（抜粋）

1. 急性期病院に対する診療報酬上の評価は、DPC、出来高払いの二本の柱である。
2. 急性期病院に対するコストを適切に反映した診療報酬のあり方について、検討する。
3. DPC、出来高払いを採用する急性期病院それぞれについて、適切に評価していく。
4. DPC準備病院、DPC対象病院ともに、個々の医療機関が、一定のルールの下に、自主的にDPCを辞退することができるようにする。

なお、診療側委員の提案を受けてDPC病院のいわゆる「退出ルール」<sup>16</sup>が承認され、2009年に1病院が退出している<sup>17</sup>。

<sup>15</sup> 2010年7月1日（見込み）、DPC対象病院1,391病院（一般病院7,714病院の18.0%）。DPC算定病床数458,707床（一般病床909,437床の50.4%）。「DPC対象病院・準備病院の現況について」2010年7月14日、中医協総会

<sup>16</sup> 退出の要件：「原則としてDPC対象病院の基準（ア.急性期入院医療を提供する病院、イ.診療録管理体制加算に係る届出、ウ.データの適切な提出、エ.過去2年間の調査期間の（データ/病床）比が8.75以上のいずれかを満たせなくなった場合」2009年6月3日、中医協診療報酬基本問題小委員会

<sup>17</sup> 「平成21年度DPC退出病院」2009年12月11日、中医協診療報酬基本問題小委員会

## 4.4. 医療費

日本の対 GDP 総医療費は 8.1%であり、OECD 加盟 31 か国中 22 位である(図 4.4.1)。OECD の示す総医療費には、日本の国民医療費に相当する費用のほか、介護保険サービス、予防・健康管理サービス、医療制度の管理業務、保健医療における研究開発等の費用が含まれる。そこで、医療の新自由主義的改革を進めようとする一部の人々の中には、日本において混合診療を全面解禁するなどして、公的医療保険から給付されない私的支出<sup>18</sup>の医療費を増加させ、これによって、OECD 加盟国平均並みの対 GDP 総医療費を達成する時期に来ているのではないかとの意見がある。しかし、医療費の増加は、私的支出（患者負担）の増加ではなく、公的医療給付費の増加によって達成されるべきである。

ただし、GDP マイナス成長の時期に、医療費増加政策がとられたり、高齢化が進展したりすると、対 GDP 総医療費が急激に上昇することがある<sup>19</sup>。経済の先行きが不透明である現在、対 GDP 総医療費のような指標が、中長期的な目標になりにくいことに注意しておく必要がある。

以上を踏まえて、日本医師会は、今後の医療費のあり方について、次のように主張する。

---

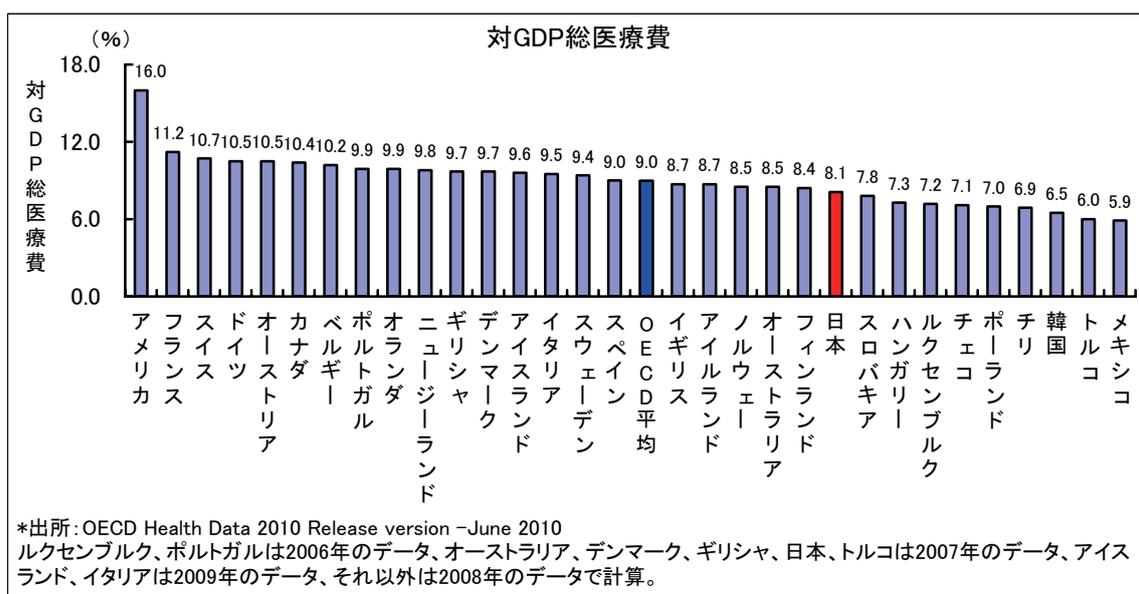
<sup>18</sup> 公的医療保険から給付されない医療費（患者一部負担、全額自己負担分）。

<sup>19</sup> 日本では逆に、1980 年代後半のいわゆるバブル景気下で医療費が伸びず、対 GDP 総医療費が減少した時期がある。日医総研「医療関連データの国際比較 2010—OECD Health Data 2010 より—」2010 年 9 月、日医総研ワーキングペーパーNo.223

## 医療費の確保に向けての日本医師会の主張

- 国民皆保険を堅持する日本としては、国際社会において誇りの持てる医療費水準を確保していくべきである。
- 日本の対 GDP 総医療費については、短期的目標として、現状の比較において OECD 加盟国平均並みを目標とする。ただし、経済環境の変化もあるため、今後の社会情勢も踏まえて柔軟に目標を見直すこととし、その場合、対 GDP 総医療費については、OECD 加盟国平均を上回る目標を設定することもある。
- 医療費の増加は、混合診療の全面解禁や医療周辺産業の拡大などを通じた私的支出（患者負担）の増加によるものではなく、国民皆保険の下で、公的医療給付費の増加によって達成されるべきである。

図 4.4.1 対 GDP 総医療費



## 4.5. 患者一部負担割合

日本医師会は、これまでほぼ一貫して、患者一部負担割合について、一般は2割、高齢者は1割以下にすべきであると主張してきた。先進諸国では、公的医療保険における患者一部負担がないところもある（図 4.5.1）。日本医師会は、当面は一定の患者一部負担割合を維持することとするが、小児や低所得者にじゅうぶん配慮し、財政影響も勘案しつつ、できるだけ引き下げる方向で検討する。当面の提案は次のとおりである。

### 患者一部負担割合についての日本医師会の提案

- 原則として、一般2割、高齢者1割とする。

現在、一般は3割であるが、所得格差による受診抑制が生じないよう<sup>20</sup>、財政影響を勘案しつつ、できる限り引き下げる。高齢者を何歳以上と定義するかについては、今後の議論を踏まえて判断する。

- 低所得者の一部負担割合は軽減する。
- 小児（中学校卒業まで）は無料とする。
- 高額療養費の上限についても、財政影響を勘案しつつ、できる限り引き下げる。

ところで、現在、医療機関においては、未収金が大きな負担になっている<sup>21</sup>。窓口負担をなくし、医療機関が全額を保険者に請求できるようにすべきである<sup>22</sup>。

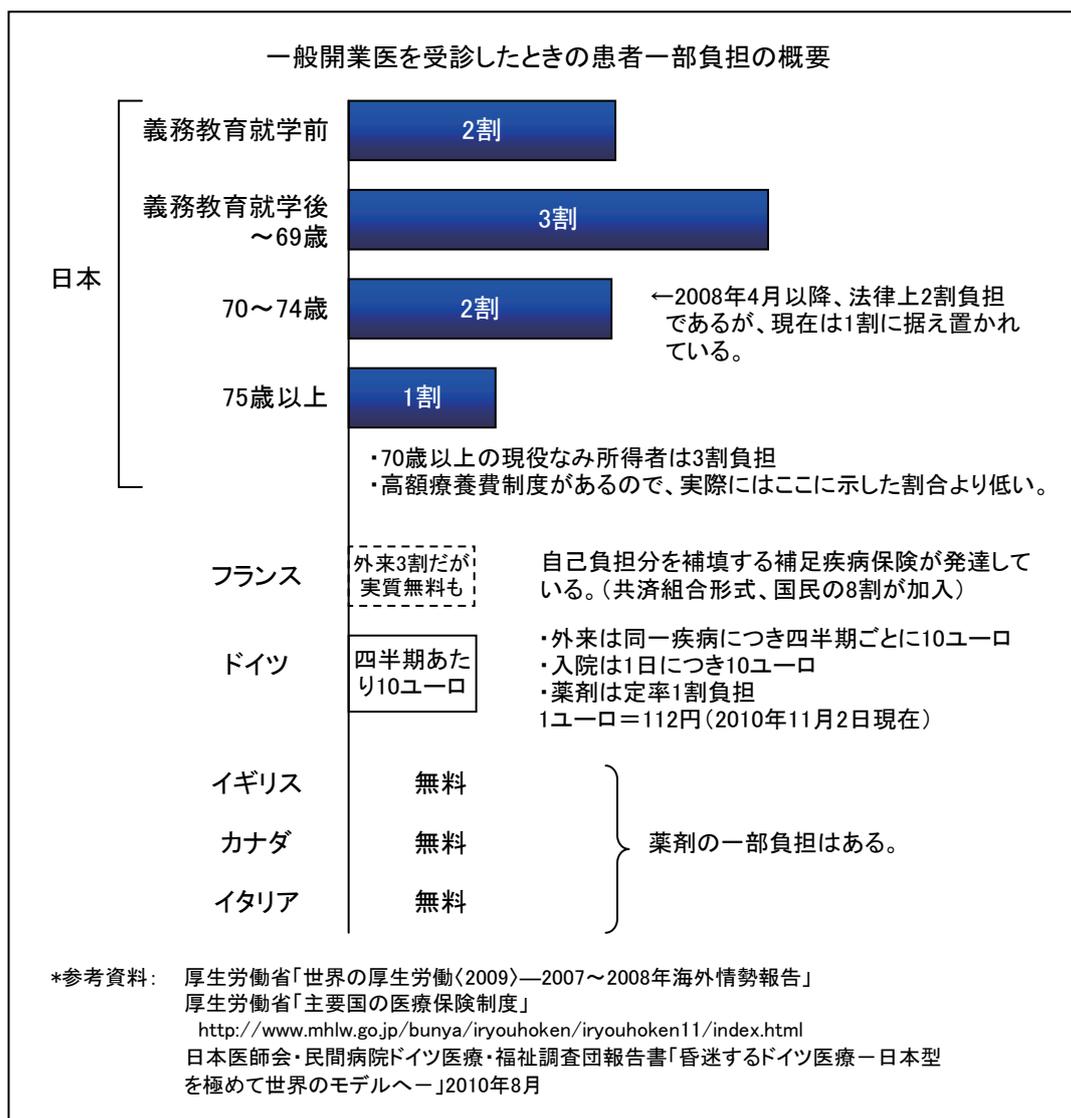
<sup>20</sup> 「現在の自己負担割合では高齢者に受診抑制が起きている」ことが報告されている。2010年3月8日、第4回高齢者医療制度改革会議、近藤委員提出資料

<sup>21</sup> 国は、2007年に「医療機関の未収金問題に関する検討会」を設置し検討を重ねたが、抜本的な解決にはいたっていない。2009年には「医療機関未収金対策支援事業」（未収金対策として有効な事業等への補助金）が創設されたが、2009年度には申請がまったくなく、2010年5月の厚生労働省の行政事業レビューにおいて事業を廃止すべきとの結論にいたった。

<sup>22</sup> 現在の健康保険法では、被保険者については、疾病又は負傷に関しては療養の給付を行うこと（第63条）、一部負担金を100分の30等にする（第74条）が定められている。家族については、家族療養費（100分の70など）を支給することになっている（第110条）。日本医師会の提案を実現するためには、法改正が必要である。

この場合、保険者は被保険者が医療機関を受診した際には、被保険者に対して、毎月の保険料に加えて患者一部負担金相当分を請求することとする。

図 4.5.1 一般開業医を受診したときの患者一部負担の概要



## 4.6. 財源

### 4.6.1. 公的医療保険における公費負担割合

日本医師会はこれまで、高齢者の医療保険制度において医療費の 9 割を公費で負担することを主張してきた。今回は、公的医療保険制度の全国一本化を提案しており、一般と高齢者はひとつの保険に加入することになる。その場合にも、制度全体に対してより手厚く公費を投入し、高齢者、さらには低所得者の負担をできるだけ少なくしていくべきと考える。

公費負担割合の引き上げは、管理医療につながり、医療費の抑制が強化されるのではないかとの指摘がある。

しかし、国家財源により、原則無料で医療を受けることができるイギリスの公的医療サービスである NHS (National Health Service) に対しては、1997 年に誕生したブレア政権 (1997～2007 年) が、医療費削減政策と訣別し、医療支出をそれまでの 2 倍以上に引き上げた<sup>23</sup>。

また日本では、医療費に対する国庫支出割合は現在 4 分の 1 に過ぎないが<sup>24</sup>、それでも医療費は、国庫支出を少なくするため、厳しく抑制されてきた。今後も、医療給付費に対する公費負担割合の大きさに関わりなく、財務省は医療費を抑制しつづけるであろう。したがって、公費負担割合を引き上げなければ医療費の抑制が緩和されると考えることはできない。日本医師会は、医療費抑制を懸念するあまり、公費負担割合を引き上げないという考え方はとらず、医療費抑制については、これからも徹底的に阻止していく。

---

<sup>23</sup> イギリスの 2008 年度について見ると、GDP は 1998 年度比で 1.61 倍になっているのに対して、NHS への公的支出は 2.38 倍になっている。日医総研「労働党政権による英国 NHS 改革はどう進んでいるか？」2009 年 12 月、日医総研ワーキングペーパー No.210

なお、その後イギリスでは、リーマンショック後の不況による税収の落ち込みに対応して、2009 年 6 月に 2 年後の医療費を 15%削減する方針が発表された。日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書「昏迷するドイツ医療—日本型を極めて世界のモデルへ—」2010 年 8 月

<sup>24</sup> 国民医療費 34.1 兆円のうち、国 8.4 兆円 (24.7%)、地方 4.1 兆円 (12.0%)、事業主保険料 6.9 兆円 (20.3%)、被保険者保険料 9.9 兆円 (28.9%)、患者負担等 4.8 兆円 (14.1%)。国・地方の合計は 12.5 兆円 (36.7%)。厚生労働省「平成 19 年度 国民医療費」より。

#### 4.6.2. 公的医療保険を支える財源

日本医師会は、公的医療保険を支える財源として、保険料改革、消費税改革、国の歳出改革を、同時並行で行なうことをあらためて提案する。日本医師会は公的医療保険制度の全国一本化を提案しており、保険料改革や国の歳出改革によってもたらされる財源は一本化までの間の財政調整財源、消費税改革等による財源は長期的な安定的財源として期待される。

##### 1. 保険料改革

保険者間の財政調整財源とするため、保険料率等を見直し、保険料収入の増収を図る。

- ① 被用者保険の保険料率を、もっとも保険料率の高い協会けんぽの水準に引き上げる。
- ② 国民健康保険の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額の上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求める。一方、低所得者や高齢者の負担軽減に配慮する。

##### 2. 消費税などの改革

公的医療保険の持続性を高めるためには、安定的な税財源が不可欠である。日本医師会は、安定的財源の重要な選択肢のひとつである消費税についても、検討を行なっていく。

##### 3. 国の歳出改革

特別会計の見直し、独立行政法人の見直し、公務員制度改革の徹底など、歳出改革を継続していく必要がある。

(参考) 被用者保険の保険料率の格差

2010年度の保険料率は、協会けんぽ 93.40%、組合健保 76.16%である(表4.6.1)。

仮に、組合健保の保険料率を 82.00% (2009年度の協会けんぽの保険料率) に引き上げた場合、保険料の増収効果は約 4,600 億円である。さらに組合健保の保険料率を 93.40% (2010年度の協会けんぽの保険料率) に引き上げた場合、保険料の増収効果は約 1 兆 3,600 億円である。

表 4.6.1 被用者保険の保険料率を引き上げた場合の粗い試算

	協会けんぽ	組合健保	国家公務員 共済組合	地方公務員 共済組合	私学教職員等 共済組合
2008年度	82.00	73.80	63.67	79.99	65.20
2009年度	82.00	74.51	未公表	未公表	65.20
2010年度	93.40	76.16	未公表	未公表	未公表

	協会けんぽ	組合健保	計	増収額
2010年度	70,721	60,145	130,866	—
組合健保の保険料率を 82.00%にした場合	70,721	64,757	135,478	4,612
組合健保の保険料率を 93.40%にした場合	70,721	73,760	144,481	13,615

\*出所:

協会けんぽ

全国健康保険協会「平成21年度 保険料額表」2009年6月11日  
 全国健康保険協会「平成22年度の保険料率」2010年2月12日  
 協会けんぽは都道府県の保険料率の平均  
 全国健康保険協会「平成22年度予算」

組合健保

健康保険組合連合会「平成21年度 健保組合決算見込みの概要について」2010年9月10日  
 健康保険組合連合会「平成22年度 健保組合予算早期集計結果の概要」2010年4月7日  
 一般保険料率と調整保険料率の合計

国家公務員共済組合

財務省「平成20年度 国家公務員共済組合事業統計年報」2010年2月

地方公務員共済組合

地方公務員共済組合協議会「平成20年度 地方公務員共済組合等事業年報」2010年3月

私学教職員等共済組合

日本私立学校振興・共済事業団「平成20年度 私学共済制度事業統計」2010年8月31日

(参考) 国民健康保険の賦課限度額

国民健康保険の賦課限度額（保険料の上限）は年間 63 万円（基礎賦課額 50 万円、後期高齢者支援金等賦課額 13 万円）である。

国民健康保険の保険料は次のように計算され、給与所得のみの場合、単身世帯では年間給与所得 796 万円<sup>25</sup>、平均的な世帯（世帯人数 1.8 人）では年間給与所得 768 万円で賦課限度額に到達する（表 4.6.2）。

<b>保険料</b> $= (\text{所得} - \text{基礎控除}) \times \text{所得割率} + \text{資産割額} + (\text{均等割額} \times \text{世帯人数}) + \text{平等割額}$
---

表 4.6.2 国民健康保険における賦課限度額に達する所得（給与所得のみの場合）

単身世帯		1.0 人／世帯				賦課限度額 (円)	賦課限度額に達する 年間所得(円)
基礎控除 (円)	所得割率	資産割額 (円)	均等割額 (円)	平等割額 (円)			
330,000	7.35%	16,141	27,376	25,741	630,000	7,962,509	

平均的な世帯		1.8 人／世帯				賦課限度額 (円)	賦課限度額に達する 年間所得(円)
基礎控除 (円)	所得割率	資産割額 (円)	均等割額 (円)	平等割額 (円)			
330,000	7.35%	16,141	48,443	25,741	630,000	7,675,756	

\*出所:厚生労働省「平成20年度 国民健康保険事業年報」

保険料算定方式が4方式でかつ所得割算定方式が旧ただし書き方式(基礎控除後の総所得金額を算定基礎とした保険料算定方式)の市町村の計算式。

国民健康保険において年間所得 800 万円以上の世帯は世帯全体の 2.1% (42.9 万世帯) <sup>26</sup>である。

仮に、年間所得 800 万円以上の世帯について、賦課限度額 63 万円を撤廃して、完全に所得比例にした場合、数千億円規模の増収になると試算される。

<sup>25</sup> 給与所得控除があるので、給与収入ベースでは、単身世帯 1,017 万円、平均的な世帯の場合 986 万円で賦課限度額に到達する。

<sup>26</sup> 厚生労働省「国民健康保険実態調査 平成 20 年度」

### (参考) 被用者保険の保険料上限

被用者保険においては、標準報酬月額の上限は、報酬月額が 117.5 万円以上の場合 121 万円である<sup>27</sup>。また、標準賞与の上限は年間 540 万円<sup>28</sup>である。したがって、総報酬 1,992 万円(標準報酬月額 121 万円×12 か月+標準賞与 540 万円)で、保険料支払額は一定になる。これを協会けんぽの保険料率で計算すると、年間保険料は最大で 186 万円である。つまり、総報酬が 1,992 万円を超過すると、年間保険料は 186 万円で頭打ちになる。

$$\boxed{(\text{標準報酬月額 } 121 \text{ 万円} \times 12 \text{ か月} + \text{標準賞与 } 540 \text{ 万円}) \times 93.40\% = 186 \text{ 万円}}$$

総報酬 2,000 万円以上の被保険者の割合は、2008 年調査では、政管健保(当時。現在は協会けんぽ) 0.01%、組合健保 0.03%である<sup>29</sup>。保険料増収効果はそれほど大きくないかもしれないが、日本医師会は、「すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度」を基本理念として掲げており、報酬に比例して保険料を徴収すべきであると考えている。

---

<sup>27</sup> 被保険者全体に占める標準報酬月額等級の上限に該当する被保険者の割合が 1%になるように設定されている。

<sup>28</sup> 「標準報酬月額の上限 121 万円×4.46 か月(2005 年度の人事院勧告で比較対象とした民間企業の平均賞与月数)」で計算されている。

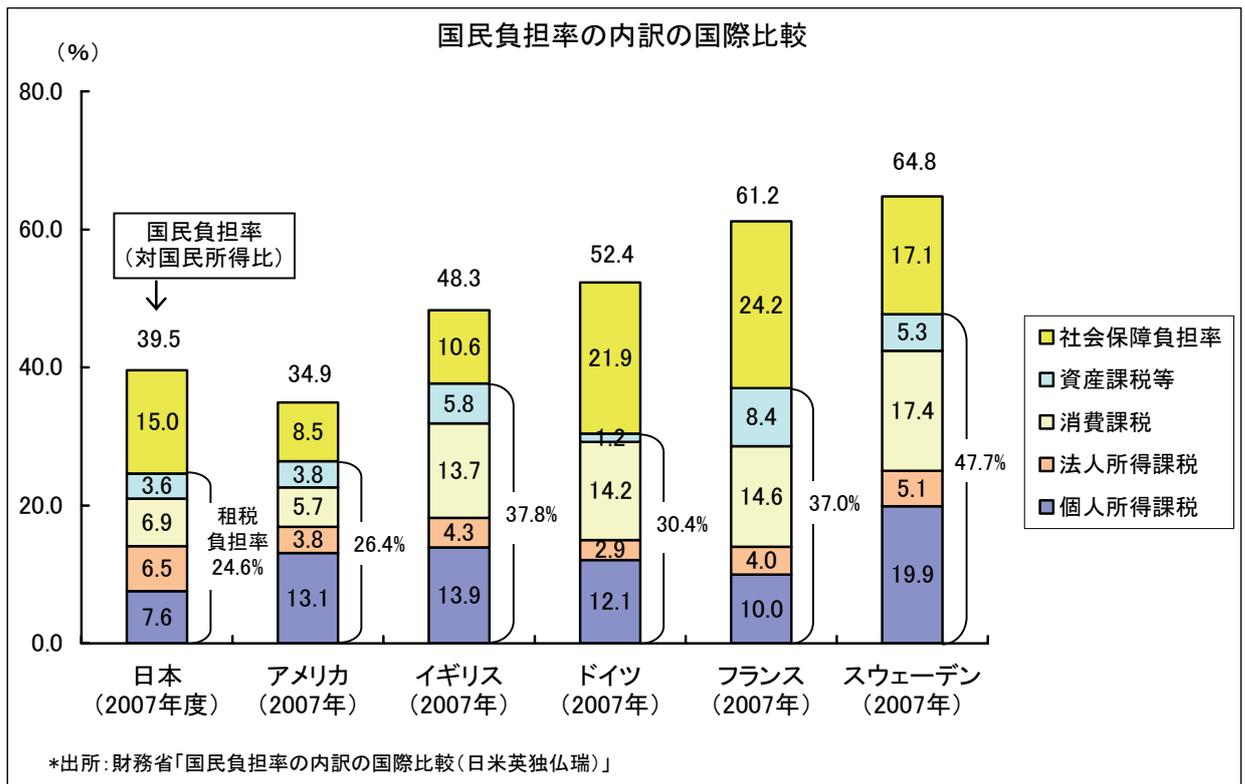
<sup>29</sup> 厚生労働省「健康保険被保険者実態調査 平成 20 年 10 月」

(参考) 安定的財源としての消費税込

日本医師会が提案する公的医療保険制度の全国一本化までの間は、保険料改革による財政調整を強化するが、その間も、また一本化後の持続性を高めるためにも、安定的財源は不可欠である。

日本は主要国（除アメリカ）に比べると、国民負担率が低い。国民に対し、あるべき社会保障の姿を示すとともに、負担の現状の理解を得て、負担のあり方を緊急的に議論していかなければならない。特に日本は、主要国に比べて、租税負担率が低い（図 4.6.1）。日本医師会は、国の歳出改革を継続しつつ、安定的財源として、消費税その他の税収について検討を具体化すべきと考える。

図 4.6.1 国民負担率の内訳の国際比較



ただし、消費税を検討するにあたっては、いくつかの課題がある。

第一に、控除対象外消費税の問題である。

医療機関の収入である社会保険診療は非課税であり、患者から消費税を徴収しない。一方で、医療機関は社会保険診療のための医薬品などの仕入れや、医療機器などの設備投資に対して消費税を支払っている。自由診療のように課税されていれば、患者から預かった消費税から、仕入れにかかった消費税を差し引いた額を納付または還付する仕組みとなるため、医療機関に消費税負担は生じない。しかし、社会保険診療は非課税のため、仕入れにかかった消費税は、医療機関の負担（控除対象外消費税）となる。

日本医師会の調査によれば、医療機関が負担している控除対象外消費税は、社会保険診療収入の 2.22% であった<sup>30</sup>。厚生労働省は、過去に診療報酬 1.53%（1989 年度改定 0.76%、1997 年度改定 0.77%）を上乗せし、これで解決済みとの姿勢を示しているが、当時の診療報酬項目は、その後の廃止、見直しを経て、既に多くの項目で検証不可能な状況になっている。患者負担が発生しないような形で、早急に控除対象外消費税の解消を図るべきである。

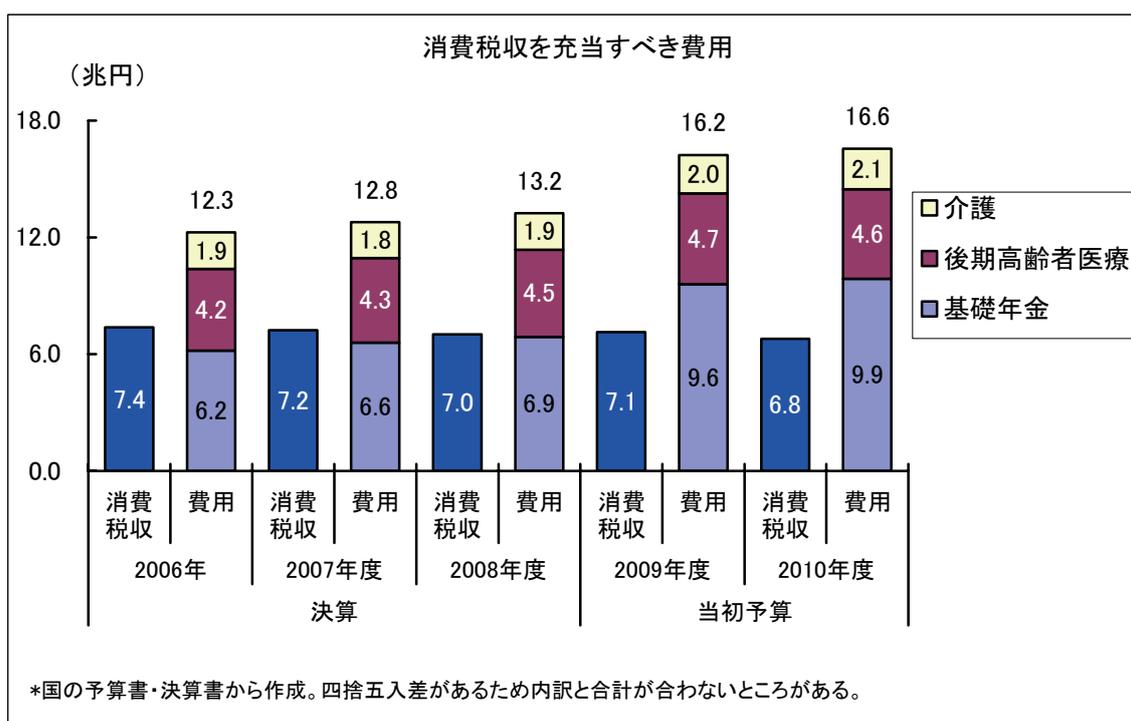
---

<sup>30</sup> （社）日本医師会「平成 23 年度税制改正要望 重点項目より」2010 年 9 月 1 日、定例記者会見

第二に、現在も、消費税込（国分）は、国の一般会計の予算総則で、基礎年金、後期高齢者医療、介護の国庫負担に充てられることになっている。2010年度の必要費用は16.6兆円、消費税込（国分）は6.8兆円であり、不足分は、消費税以外の税財源や国債を発行してまかなわれている（図4.6.2）。

今後、消費税率をかなり引き上げない限り、不足分は埋まらないが、不足分にはどのような財源を充てるのか、また年金、医療、介護に対して、それぞれどのように消費税込を配分していくのかについて、しっかりと国民的合意を得る必要がある。

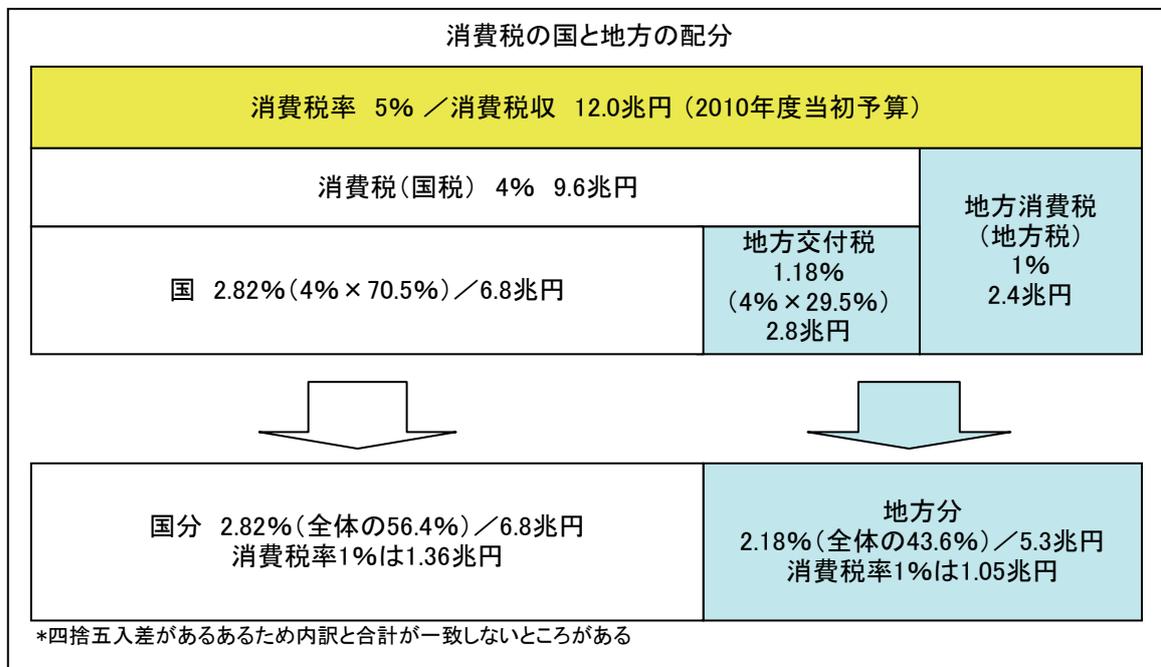
図 4.6.2 消費税込を充当すべき費用



第三に、消費税収のうち国分は 56.4%で、地方分が 43.6%である(図 4.6.3)。

日本医師会は、公的医療保険制度の全国一本化を提案しており、消費税率引き上げ分の増収額のうち、医療に充当する部分は、国分の収入とすることを想定している。しかし、地方分権化の流れの中で、地域主体で行なわれる福祉政策などもある。仮に消費税率を引き上げる場合、社会保障において国と地方がどのような役割を担うのかもあわせて検討する必要がある。

図 4.6.3 消費税の国と地方の配分





## 全国市長会提出資料に対する厚生労働省の考え方

全国市長会の御意見	厚生労働省の考え方
<p>(1)後期高齢者医療制度を廃止して新たな高齢者医療制度を創設するに当たっては、被保険者をはじめ現場に混乱をもたらさないためにも、運営主体を以前の市町村単位に戻りさせることはあってはならず、その改革の方向としては、すべての国民を対象とする医療保険制度の一本化に向け、国の責任を明確にした上で、都道府県を保険者とし、市町村との適切な役割分担のもと、国民健康保険制度の再編・統合等を行うこと。また、再編・統合の時期については、早期に実施するため、当該施行時期を明確に示すこと。</p>	<p>無職者・失業者・非正規雇用者などを含め低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える市町村国保については、これまでも、財政基盤強化策や収納率向上の取組を行ってきたが、今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、こうした取組の充実に加え、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、<u>国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠であり、国は制度の責任者として、その責任を十分に果たしていく。</u></p> <p>その際、都道府県単位の運営主体のあり方については、①都道府県が国保の保険財政に責任を持つことにより、都道府県が行っている健康増進や医療の効率的な提供に向けた取組がより推進されることが期待できること、②都道府県が担うことにより現行の後期高齢者医療広域連合に対して指摘されている問題点の改善が期待できること等から、市町村による広域連合ではなく、<u>都道府県が担うことが適当であるというのが改革会議における意見の大勢である</u>と考える。</p> <p>都道府県と市町村の事務の分担については、都道府県・市町村の特性に鑑み、「都道府県」は、財政運営、標準（基準）保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、地域の総合力により共同運営する仕組みとする。</p> <p>また、第一段階では75歳以上について都道府県単位化を図るが、75歳未満についても、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、<u>第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図るべきと考えており、その目標時期を第一段階の施行から5年後（平成30年度）とし、法律上これを明記する。</u></p>

(2) 後期高齢者医療制度の廃止に伴い、市町村の負担増を決して招かないよう、国の責任において万全の対策を講じること。

制度改正による財政影響は、制度のあり方の一つ一つ（どの制度に加入するか、公費をどうするか、支援金の負担方法をどうするか等）について、適切と考えられる見直しを行う結果として、国・都道府県・市町村の負担の変化に違いが生じるものである。

10月25日第11回改革会議において提出した財政影響試算では、制度改正の影響額は地方が負担増（2013年度 都道府県+200億円、市町村+500億円）となっているが、そもそも75歳以上高齢者の医療給付費に対する公費の負担割合は4:1:1と国が高率のため、2010年度→2025年度の実額の変化は、国8.1兆円→12.8兆円（年0.3兆円）に対して、都道府県1.9兆円→3.2兆円（年0.1兆円）、市町村1.2兆円→2.1兆円（年0.1兆円）となっており、国の負担額は、毎年度、制度改正による地方への影響額とは比較にならない大きな増加が生じる。（別紙参照）

（単位；兆円）

公費負担	2010 (H22)	2013 (H25)	2015 (H27)	2020 (H32)	2025 (H37)	年平均増減額 2010→2025
国	8.1	8.9	9.5	11.2	12.8	<u>0.3</u>
都道府県	1.9	2.1	2.2	2.7	3.2	<u>0.1</u>
市町村	1.2	1.4	1.5	1.8	2.1	<u>0.1</u>

厚生労働省においては、関係省庁と協議の上、国費の増加に必要な財源を確実に確保するとともに、地方負担分については適切に地方財政措置を講じてまいりたい。

(3) 新制度発足に伴って発生・波及するシステム経費等については、超過負担を招かないよう必要な額を確実に確保するとともに、速やかな情報提供と十分な準備期間を設けること。

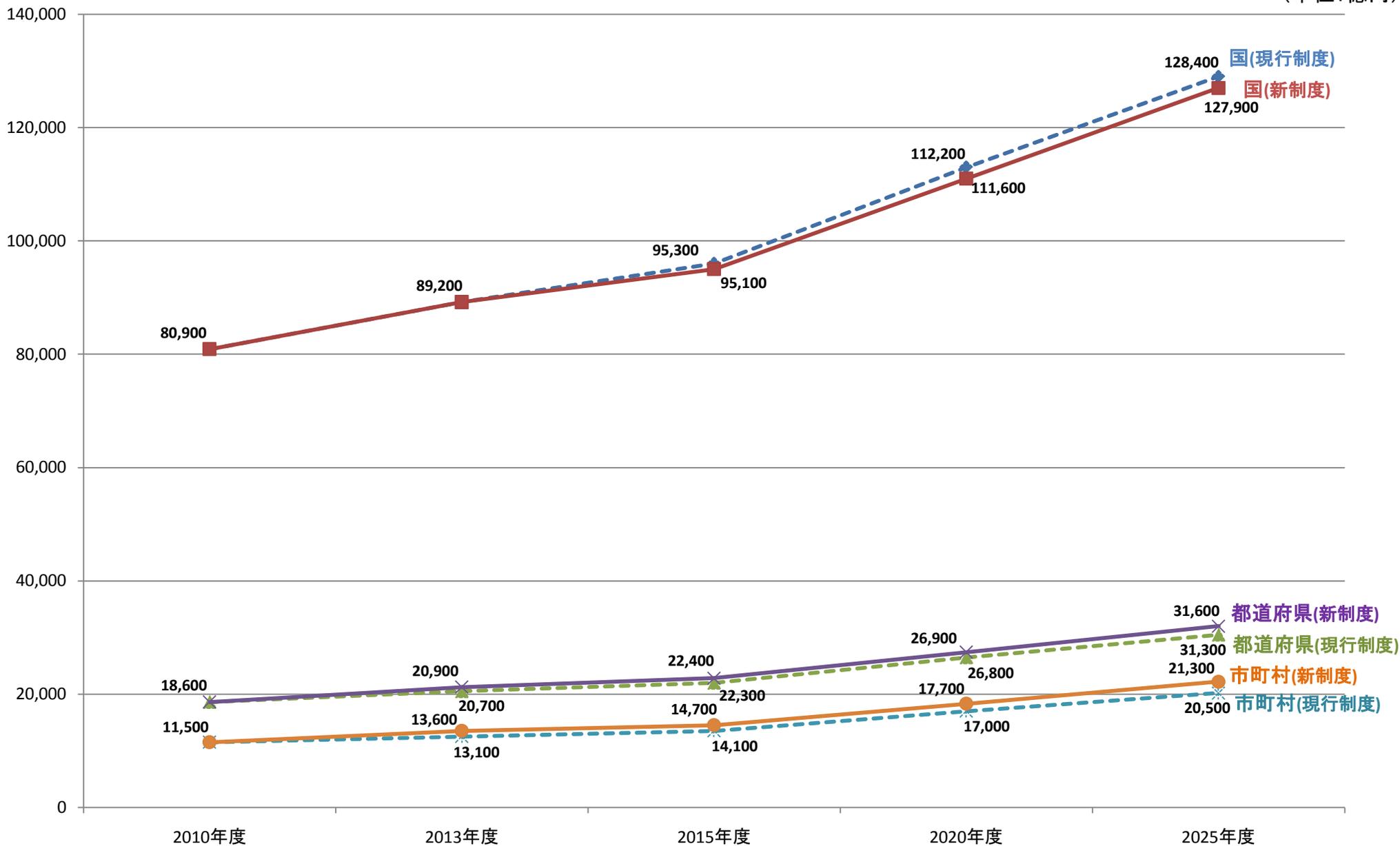
新制度におけるシステムの構築に当たっては、市町村や広域連合の代表にも参加していただき、「高齢者医療システム検討会」を既に立ち上げ、最も効率的な改修を目指して、前倒しで具体的な検討を進めており、改修経費についても必要な財源の確保に最大限努めていく。

また、システム改修や被保険者の移行手続については、約2年の準備期間が必要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って適切に準備期間を確保することが必要であると考えている。

# 今後の公費の見込み(現行制度と新制度)

(別紙)

(単位:億円)



## 全国後期高齢者医療広域連合協議会提出資料に対する厚生労働省の考え方

全国後期高齢者医療広域連合協議会の御意見	厚生労働省の考え方
<p>(1) 新制度の構築に当たっては、現行制度施行時の混乱を教訓とし、国民に制度改革の理念及び意義の周知を徹底するため、十分な検討及び周知期間を確保の上、持続可能で、国民、地方公共団体、保険者、医療機関等から幅広く納得が得られる制度となるよう、国として万全の策を講ずること。</p>	<p>後期高齢者医療制度については、定まったスケジュールの中で改革会議と併行して、それぞれの関係者とも個別に意見交換を行い、<u>年末までに具体的な成案がまとめられるように引き続き努力してまいりたい。</u></p> <p>また、世論調査の結果からも制度の廃止を知らない方が多数であったことから、高齢者の方々に不安を与え、現場に混乱を招くことがないように、<u>十分な周知期間の下で、きめ細かく新制度の周知を行ってまいりたい。</u></p>
<p>(2) 新制度の運営主体は、既に医療費適正化等に見識及び実績を持つ都道府県とし、都道府県及び市区町村の役割分担を明確化するとともに、全年齢の都道府県単位化への道筋を示すこと。</p>	<p>都道府県単位の運営主体のあり方については、①都道府県が国保の保険財政に責任を持つことにより、都道府県が行っている健康増進や医療の効率的な提供に向けた取組がより推進されることが期待できること、②都道府県が担うことにより現行の後期高齢者医療広域連合に対して指摘されている問題点の改善が期待できること等から、市町村による広域連合ではなく、<u>都道府県が担うことが適当であるというのが改革会議における意見の大勢である</u>と考える。</p> <p>都道府県と市町村の事務の分担については、都道府県・市町村の特性に鑑み、「都道府県」は、財政運営、標準（基準）保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、地域の総合力により共同運営する仕組みとする。</p> <p>また、第一段階では75歳以上について都道府県単位化を図るが、75歳未満についても、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、<u>第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図るべきと考えており、その目標時期を第一段階の施行から5年後（平成30年度）とし、法律上これを明記する。</u></p>

(3) 今後、医療費負担の増大が見込まれる中、国は将来にわたり国民皆保険制度を堅持するため、財政予測を十分に行い、世代間及び保険者間の負担軽減並びに被保険者の負担軽減への財源として国費を拡充すること。

10月25日第11回改革会議において、医療費等の将来見通し及び財政影響試算をお示ししたところ。

国費をはじめとする公費については、今後高齢化が更に進行する中で、高齢者や現役世代の保険料の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要であり、このため、①まず、新たな制度への移行時に、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げるとともに、②定期的に医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みを設けることとしている。

(4) 電算処理システムの構築に当たっては、現場の意見を反映させるため、現在、高齢者医療システム検討会で検討されている内容について、関係機関への情報提供及び協議を行うとともに、電算処理システムについては、完成度が高く、安定した運用及び予防医学・保健事業等に活用が可能なものとし、支障が生じた際には、迅速かつ適切に対応できる体制を構築すること。

新制度におけるシステムの構築に当たっては、市町村や広域連合の代表にも参加していただき、「高齢者医療システム検討会」を既に立ち上げ、最も効率的な改修を目指して、前倒しで具体的な検討を進めており、改修経費についても必要な財源の確保に最大限努めていく。

また、システム改修や被保険者の移行手続については、約2年の準備期間が必要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って、適切に準備期間を確保の上、スケジュール等も明らかにしつつ、計画的に取り組んでまいりたい。

また、現行システムからの移行内容、手順及びスケジュールを早期に明らかにし、事務処理体制及び電算処理システムを完全に整えることが可能な準備期間を確保する等、スムーズな移行が可能となるよう配慮するとともに、システム構築費用に加え、データ移行に要する経費についても、国の責任において全額措置すること。

## 全国知事会提出資料に対する厚生労働省の考え方

全国知事会の御意見	厚生労働省の考え方
<p><b>1 単なる看板の掛け替えにすぎない</b></p> <p>現行の後期高齢者医療制度は、医療費が急増する 75 歳以上の高齢者を市町村国保の被保険者としたままでは制度の維持が困難な実態からこれを別建てとし、負担の明確化や公平性を図ったものである。当初の感情的とも言える批判や反発も沈静化し、制度の改善も図られ、概ね安定的に運営されている。厚生労働省案は、形式的には 75 歳以上を国保と被用者保険に戻し別建てを解消するとしているが、区分経理は残すなど、実態は看板の掛け替えに過ぎない。その一方で、加入する制度の違いにより保険料に違いが出るため新たな不公平感が生まれること、システム整備に多額の費用を要することなど様々な課題を抱えており、拙速に新制度に移行する必要性は無い。</p>	<p><u>後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分するという基本的な構造が最大の問題点であった。</u>このため、今回の改革では、独立型の後期高齢者医療制度を廃止し、75 歳以上の方も現役世代と同じ国保か被用者保険に加入することとした上で、①公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化、②都道府県単位の財政運営といった現行制度の利点はできる限り維持し、よりよい制度とするものである。</p> <p><u>この制度の分離・区分を解消するためには、現行制度を廃止する以外にない。</u></p> <p>なお、この点については、意識調査（平成 22 年 5 月）の結果を見ても、一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて、「適切でない、あまり適切でない」と回答した割合が 44%と、「適切である、やや適切である」と回答した割合の約 30%を上回っている。また、内閣府が実施した世論調査（後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度に係る意識調査；平成 22 年 9 月）によれば、75 歳以上の方も現役世代と同じ国保か被用者保険に加入することについて、「適切である、どちらかといえば適切である」と回答した割合が約 52%と、「適切でない、どちらかといえば適切でない」と回答した割合の約 26%を上回っている。</p> <p>後期高齢者医療制度は、75 歳以上の高齢者一人一人から保険料を徴収し、「高齢者間の負担の公平」を図ることを目指したが、被用者保険の被扶養者であった方については、その負担の発生に配慮し、施行当初は保険料の徴収を凍結し、その後現在に至るまで 9</p>

割軽減を行っているのが現状であり、必ずしも「高齢者間の負担の公平」の確保には至っていない面がある。一方で、75歳未満の被扶養者の方は、被用者保険に加入し保険料負担はないが、75歳以上の方は、後期高齢者医療制度に加入し保険料負担が生じることとなったところであり、新たな制度では、こうした「世代間の不公平」が解消されることとなる。

新制度におけるシステムの構築に当たっては、市町村や広域連合の代表にも参加していただき、「高齢者医療システム検討会」を既に立ち上げ、最も効率的な改修を目指して、前倒しで具体的な検討を進めており、改修経費についても必要な財源の確保に最大限努めていく。

## 2 市町村国保の構造的な課題・財源論に真正面から取り組んでいない

75歳以上を再び市町村国保に戻すこととしたため、議論は高齢者医療制度を超え、国民皆保険の最後の砦である市町村国保をどうするかの問題へと発展している。そうである以上、高齢化や低所得者層の増加といった国保の構造的課題に起因した問題の解決に改めて取り組まなければならない。特に、市町村一般会計からの多額の繰入等の財源問題に対しては、自治体側からの再三の意見にも関わらず、抜本的な解決策が示されていない。

改革を第一段階、第二段階と区分しているが、要は経営責任を都道府県に移そうとするものであり、その一方で今後も増嵩する医療費や保険給付費をどう賄うかといった税制改革を含む財源論は全く欠落している。市町村の保険料徴収のインセンティブ確保の仕組みも外すなど、都道府県が到底担い得ないような矛盾した案になっている。

医療保険制度全体として見た場合も、被用者保険の負担額が今後大幅に増加するにも関わらず、これをどのように賄うかの根本論がなされていない。国費の割合を抜本的に拡充することなく、現役世代に対して過重な負担を求める案となっている。

無職者・失業者・非正規雇用者などを含め低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える市町村国保については、これまでも、財政基盤強化策や収納率向上の取組を行ってきたが、今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、こうした取組の充実に加え、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠である。

国は制度の責任者として、その責任を十分に果たしていく考えであり、国保の構造的課題の解決及び全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて、費用負担のあり方や国保の運営の具体的なあり方等について、厚生労働省と地方の協議の場を設置し、具体的な検討を行ってまいりたい。

具体的には、平成25年度で暫定措置の期限を迎えることとなる財政基盤強化策の平成26年度以降のあり方、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方、第二段階の都道府県単位化を図る際の保険料の設定、事務体制等の国保の運営のあり方について幅広く検討を行う。

また、第一段階では、高齢者の保険料の収納率は高く、市町村間の格差も僅かであることから、標準（基準）保険料率を基に市町村が保険料率を定め、市町村は徴収した高齢者分の保険料を納付する仕組みとなる。しかしながら、全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、現役世代の保険料は、高齢者より収納率は低く、市町村間の格差も大きいことから、市町村が責任を持って収納対策に取り組む仕組みとする。その具体的なあり方については、第一段階の施行状況も踏まえつつ、地域の医療費格差の保険料率への反映方法、市町村間で取組が異なる保健事業の保険料率への反映方法等を含めて検討する。

財源問題については、3を参照。

### 3 社会保障改革検討本部において税制改革との一体的な議論を行うべき

我々都道府県も、高齢化、低所得者層の増加といった課題を抱える市町村国保の抜本的な改革の必要性に異存はなく、積極的に責任を担う覚悟はある。

しかし、今の案は保険運営にとって最も重要な財源論が全く欠如しており、このままでは持続可能な制度とはなり得ない。全国知事会は、このような案を拙速に結論とするのではなく、より本質的かつ本格的な形で検討することを強く求める。

全国知事会は地方消費税の引き上げを含む税制の抜本改革の必要性を一貫して訴えてきた。消費税・地方消費税の引き上げの際には、必ず医療にも充てられるような道筋をつけないといけない。政府・与党におかれては、「社会保障改革検討本部」において、高齢者医療も含めた形で医療・介護・年金など社会保障全体のあり方と国・地方を通じた税制改革を一体的に議論することを強く求める。

現在、「政府・与党社会保障改革検討本部」が設置され、社会保障改革の全体像及びその安定的な財源の確保について議論が進められているところであるが、医療費財源をどのように確保していくかについては、医療費の伸びや賃金の伸びはその時々で大きく異なることから、その時々<sup>の</sup>社会経済情勢等を踏まえながら、適切に判断・対応していくことが必要である。このため、新たな制度では、公費のあり方等を定期的に検討する仕組みを設けることとし、これを法律に明記することとしており、これにより、国と地方の財源のあり方を含め、政府全体として適切に判断・対応する仕組みが作られることになる。