

高齢者のための新たな医療制度等について（中間とりまとめ） ＜案＞

I 現行制度の問題点

- 現行の高齢者医療制度は、75歳以上の方は、独立した都道府県単位の後期高齢者医療制度に加入し、その医療給付費を高齢者の保険料（約1割）、現役世代からの支援金（約4割）、公費（約5割）により支える仕組みとなっている。また、65歳から74歳までの方については、これらの方の偏在に伴い保険者間で医療費の負担に不均衡が生じないように、これを保険者間で財政調整する仕組みとなっている。
- 現行の後期高齢者医療制度は、かつての老人保健制度が抱えていた問題点を改善し、高齢者の医療費に関する負担の明確化が図られたことや、都道府県単位の運営とすることにより財政運営の安定化と保険料負担の公平化が図られたことは、一定の利点があったと評価できる。
- 一方、後期高齢者医療制度の最大の問題点は、家族関係や医療保険の連続性等を考慮することなく、75歳に到達した途端に、これまでの制度から区分された独立型の制度に加入させることにあり、これが多くの国民から差別的な制度と受け止められた。また、高齢者の方々の心情に全く配慮することなく、「後期高齢者」という名称が用いられた。さらに、高齢者の医療費の増加に比例して高齢者の保険料が増加するため、将来に不安を抱かせるものともなっている。運営主体についても、市町村が共同で設立した広域連合としたことに対して、様々な問題点が指摘されている。
- また、国民皆保険の最後の砦である国保は、市町村が運営主体であるため、小規模な市町村の国保は、保険財政が不安定になりやすく、運営の広域化を図ることが長年の課題となっている。

Ⅱ 新たな制度の基本骨格

1. 制度の基本的枠組み

- 現在、地域保険としては、広域連合を保険者とする「後期高齢者医療」と、市町村を保険者とする「国保」が並立しているが、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。
- 高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢によって保険証が変わるようなことはなくなり、保険料・高額療養費等の面でもメリットが生じることとなる。
- 具体的には、
 - ① 現在はすべての高齢者に保険料の納付義務が課せられているが、市町村国保では世帯主が納付義務を負うこととなるため、世帯主以外の高齢者の方は保険料の納付義務がなくなる
 - ② 現行の独立した制度では、保険料の軽減判定が国保の加入者とは別に行われ、保険料負担が増加した方は、世帯全体で軽減判定が行われることにより、負担の増加が解消される
 - ③ 高額療養費の自己負担限度額の適用は制度ごとに行われているため、同一世帯内の高齢者と現役世代が同じ制度に加入することにより自己負担が軽減される等のメリットが生じる。
- また、働いている高齢者の方は、若いサラリーマンと同様に、被用者保険に加入することにより、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することとなり、被扶養者の保険料負担はなくなるといったメリットが生じる。

- 新制度への移行に際して、後期高齢者医療制度から市町村国保に移行する方は特段の手続は不要であるが、被用者保険に移行する方は一定の手続が必要になることから、混乱を招かないようにするための丁寧な周知等の対応が必要である。
- 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するものとする。また、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、加入する高齢者の保険給付に係る費用負担を含め、そのあり方を引き続き検討する。

2. 国保の運営のあり方

(1) 財政運営単位

- 現在、75 歳以上の方々が加入している後期高齢者医療制度は、都道府県単位による財政運営が行われている。
- 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、多くの高齢者の保険料が増加し、保険料格差も復活する(国保から後期高齢者医療制度への移行により、約7割の世帯で保険料は減少し、格差は5倍から2倍に縮小したが、この逆のことが起きる)。また、市町村国保の財政基盤を考えれば、再び市町村国保が高齢者医療の財政運営を担うことは不適当である。
- したがって、市町村国保の中の、少なくとも75歳以上の高齢者医療については、都道府県単位の財政運営とすることが不可欠となる。
- この場合の都道府県単位の財政運営とする高齢者医療の対象年齢は、75歳以上とする場合と、退職年齢・年金受給開始年齢・一般的な高齢者の概念等を考慮して65歳以上とする場合が考えられるが、個々の高齢者の保険料に与える影響や個々の保険者に与える財政影響を含め、引き続き検討する。

- なお、見直し後における市町村国保の加入者は、65歳未満2500万人、65歳以上75歳未満1100万人、75歳以上1200万人であり、高齢者医療の対象年齢を65歳以上とすれば加入者のほぼ半分、75歳以上とすれば加入者の約4分の1が都道府県単位による財政運営の対象となる。いずれにせよ、65歳又は75歳という年齢区分は、国保の財政運営の安定化を図り、高齢者の負担の増加等を生じさせないようにするための財政運営上の区分にとどまるものである。
- また、市町村国保の財政基盤を考えると、高齢者のみならず全年齢を対象に、国保の広域化を図ることが不可欠であり、今回の法改正で導入した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、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、全年齢を対象に都道府県単位化を図る。
- その移行手順については、平成25年度以降のある時期までと期限を定めて全国一律に都道府県単位化すべきという意見と、合意された都道府県から順次、都道府県単位化すべきという意見があり、引き続き検討する。

(2) 運営の仕組み

- 市町村国保を都道府県単位の財政運営とする場合においても、すべての事務が「都道府県単位の運営主体」で行われるものではない。被保険者の利便性や保険者機能の発揮といった視点から、窓口サービスや保険料の徴収、健康づくりなどの保健事業は、市町村が行うことが必要である。
- また、現行の後期高齢者医療制度の利点の一つとして、保険料の算定方式が統一され、都道府県単位で保険料負担の公平が図られた点がある一方で、問題点の一つとして、市町村が徴収できた額を広域連合に納めるだけの仕組みとなっている点がある。
- このため、収納率の向上が大きな課題となっている市町村国保の現役世代も含めた広域化の実現も視野に入れ、都道府県単位の保険料という考え方は維持しつつ、保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みに改めることが必要である。

- 具体的には次のような仕組みとすることが適当である。
 - ・ 「都道府県単位の運営主体」は、高齢者の給付に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準保険料率を算出し、それを基に、市町村ごとに「都道府県単位の運営主体」に納付すべき額を算定する。
 - ・ これを受け、市町村は、当該市町村の収納状況等を勘案し、当該市町村における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従来どおりの方法で定める。
 - ・ 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。

- このような仕組みとすることにより、市町村は収納率を高めるほど当該市町村の被保険者の保険料を安く設定することができ、一般会計からの多額の繰入れを行っている市町村における保険料の急激な増加を回避することもできる。

- 以上を踏まえ、市町村国保については、新たな制度においては、まずは、①「都道府県単位の運営主体」は、都道府県単位の標準保険料率の算出・会計の処理等の事務を行い、②市町村は、保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業等の事務を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みとすることが考えられるが、全年齢を対象とした都道府県単位化の実現までの段階を考慮しつつ、より具体的な設計について引き続き検討する。

(3) 運営主体

- 現行の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、④市町村からの派遣職員を中心に運営しており、組織としてのノウハウの承継が困難である、といった問題点が指摘されている。

- このような中、「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。

(4) 財政リスクの軽減

- 保険料の収納不足や給付の増加といった財政リスクを軽減するため、公費と保険料を財源とする財政安定化基金を設置し、安定的な運営を図ることができる仕組みとする。

3. 費用負担

(1) 支え合いの仕組みの必要性

- 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歳以上の方については、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、高齢者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。
- 高齢者が偏在して加入することに対する保険者間の調整の仕組みとしては、
 - ① 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、これら以外の分を各保険者が現役世代の加入者数等に応じて支援する方法
 - ② 老人保健制度や現行の前期高齢者に係る財政調整のように、充当される公費以外の分を各保険者がその加入者数等に応じて費用負担を行う方法（高齢者の保険料は、加入する各保険者にそれぞれ納められる）
 - ③ 両者を組み合わせる方法があるが、どのような仕組みが適切か、財政試算を明らかにしつつ、引き続き検討する。
- また、新たな制度への移行に伴い、高齢者の保険料負担・患者負担や、市町村国保・協会けんぽ・健保組合・共済組合等の各保険者の負担が大幅に増加することのないようにする。

(2) 公費

- 現行の高齢者医療制度は、75 歳以上の方の医療給付費に約 5 割の公費（平成 22 年度予算ベース；5.5 兆円）を投入するとともに、市町村国保・協会けんぽ等が負担する後期高齢者支援金及び前期高齢者納付金等に一定割合の公費（同；2.0 兆円）を投入している。
- 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り、今後の高齢化の進行等に応じた公費の投入のあり方について引き続き検討する。

(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、医療給付費の 1 割相当を保険料で賄うこととする。
- また、都道府県単位の財政運営とする対象年齢を 65 歳以上とした場合、65 歳から 74 歳までの方にも 75 歳以上の方と同じ保険料率の水準を適用すべきか、現行の保険料水準を維持すべきか、引き続き検討する。
- 前者の場合には、65 歳から 74 歳までの方の保険料は、総額としては減少するが、個々の保険料は変化することから、あらかじめ、高齢者の保険料の変化に関する調査を行うことが必要となる。また、急激な負担増が生じないように、緩和措置を講じることが必要となる。
- さらに、現行制度では、現役世代の人口の減少による現役世代の保険料の増加分を高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合（後期高齢者負担率）を段階的に引き上げる仕組みになっているが、高齢者と現役世代の保険料規模は大きく異なるため、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となっている。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、高齢者と現役世代とで適切に分担する仕組みを設ける。

- 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が、1 人当たり医療費の伸びに差があった場合に、高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びよりも大きく乖離することとならないよう、財政安定化基金を活用して高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みを設けることとし、その具体的なあり方については引き続き検討する。
- 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。
- これにより、世帯主以外の高齢者は保険料の納付義務が無くなり、こうした高齢者においては年金からの天引きは必要ないものとなるが、高齢者世帯の世帯主で希望される方は、引き続き、年金からの天引きも実施できるようにする。
- 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（93 万円；協会けんぽの本人負担分）も勘案しつつ、段階的に引き上げる。
- 現在、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ことや、介護保険との整合性を踏まえつつ、新たな制度の下で合理的な仕組みに改めることとし、その具体的なあり方については引き続き検討する。
- 一方、被用者保険に加入する高齢者の保険料は、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

- 高齢者の医療給付費については、公費と高齢者の保険料に加え、国民全体で支えるという社会連帯の考え方にに基づき、国保・被用者保険の現役世代の保険料で支えることが必要である。

- その際、国保と被用者保険者間には加入者数による按分となるが、被用者保険者間では、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、負担能力に応じた支え合いにすべきであり、その具体的な按分方法については、引き続き検討する。

(5) 高齢者の患者負担

- 高齢者の医療費の増加に伴い、公費、高齢者の保険料、現役世代の保険料はいずれも増加せざるを得ないが、高齢者の患者負担については、負担能力に応じた適切な負担にとどめることを基本とする。
- 特に、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、予算措置により1割負担に凍結しているが、個々の患者の負担の増加と各保険者の負担の増加の両面に配慮しつつ、そのあり方について引き続き検討する。
- 高額療養費については、所得再分配機能を強化する観点から、所得の高い方の限度額は引き上げ、所得の低い方の限度額は引き下げる方向で見直すべきであり、現役世代を含む高額療養費全体の見直しの中で引き続き検討する。

4. 医療サービス

- 今般の診療報酬改定によって、平成22年度より、75歳という年齢に着目した診療報酬体系は廃止された。
- 今後の高齢者に対する医療サービス等の具体的なあり方については、平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、別途の場において議論が進められるが、以下の基本的な視点に立って取り組むことが必要である。
 - ・ それぞれの地域において、入院に頼りすぎることなく、リハビリも含めた必要な医療・介護が切れ目なく受けられる体制を構築する。
 - ・ かかりつけ医等の普及を図ることや、必要な医療費は拡充しつつ効率化できる部分は効率化すること等を通じて、真に高齢者の立場に立った医療提供体制を構築する。
 - ・ 様々な高齢者のニーズに応じた多様なケアの提供体制の充実や医

療・福祉の人材育成をはじめとする長期的・総合的な構想を策定し、モニタリングを行いながら実行する。

5. 保健事業等

- 75 歳以上の方の健康診査の実施について、現行制度前は市町村に実施義務が課せられていたが、広域連合の努力義務となった中で受診率が低下した。
- 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り、健康診査等についても、国保・被用者保険の下で各保険者の義務として行うこととする。
- 特定健診・特定保健指導については、生活習慣病を予防し、高齢期等の医療費の効率化できる部分を効率化する取組であり、保険者機能の強化の点からも、引き続き、取組を進めていくが、今後の具体的なあり方については、高齢者への対応を含め、別途、技術的な検討を進める必要がある。
- 一方、現在、特定健診・特定保健指導の達成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、新たな制度の下でも、特定健診等をより円滑に推進するための方策を講じる。
- また、国保における都道府県単位の財政運営の導入に際し、都道府県の健康増進計画・医療計画・介護保険事業支援計画などとも整合性の取れた、都道府県単位での健康増進や医療費の効率化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を進める。
- 併せて、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、各保険者における医療費効率化の取組の更なる充実を図る。

Ⅲ 今後の検討等の進め方

- 上記のうち、引き続き検討することとした事項については、更に議論を深め、年末までに結論を得る。
- 今後、医療費等の将来推計などを行いつつ、地方自治体、保険者等の関係者や高齢者を始め広く国民の御意見を聞きながら、細部を含めた検討を更に進め、年末までに、新たな制度の具体的な内容を取りまとめる。
- 本改革会議のとりまとめを踏まえ、平成 25 年 4 月を目途に新たな制度が施行される予定であるが、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、現時点から、地方自治体等の意見を十分に聞きながら、着実にシステム改修や広報等の諸準備を進めることが必要である。

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7月23日

新制度の方向性

○ 後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、利点は残し、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の問題点

I 年齢による区分(保険証) 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。
II 高齢者の保険料の増加 高齢者の医療費の増加に比例して高齢者の保険料が増加。
III 被扶養者の保険料負担 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。
IV 患者負担 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。
V 健康診査 広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。

新制度

I 年齢で区分しない。保険証も現役世代と同じ。
II 高齢者の保険料の伸びが、現役世代の保険料の伸びよりも大きく乖離しないよう抑制する仕組みを導入。
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は負担なし。
IV 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。
V 国保・健保組合等に健康診査の実施義務。

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メリットが生じる

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**

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

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。

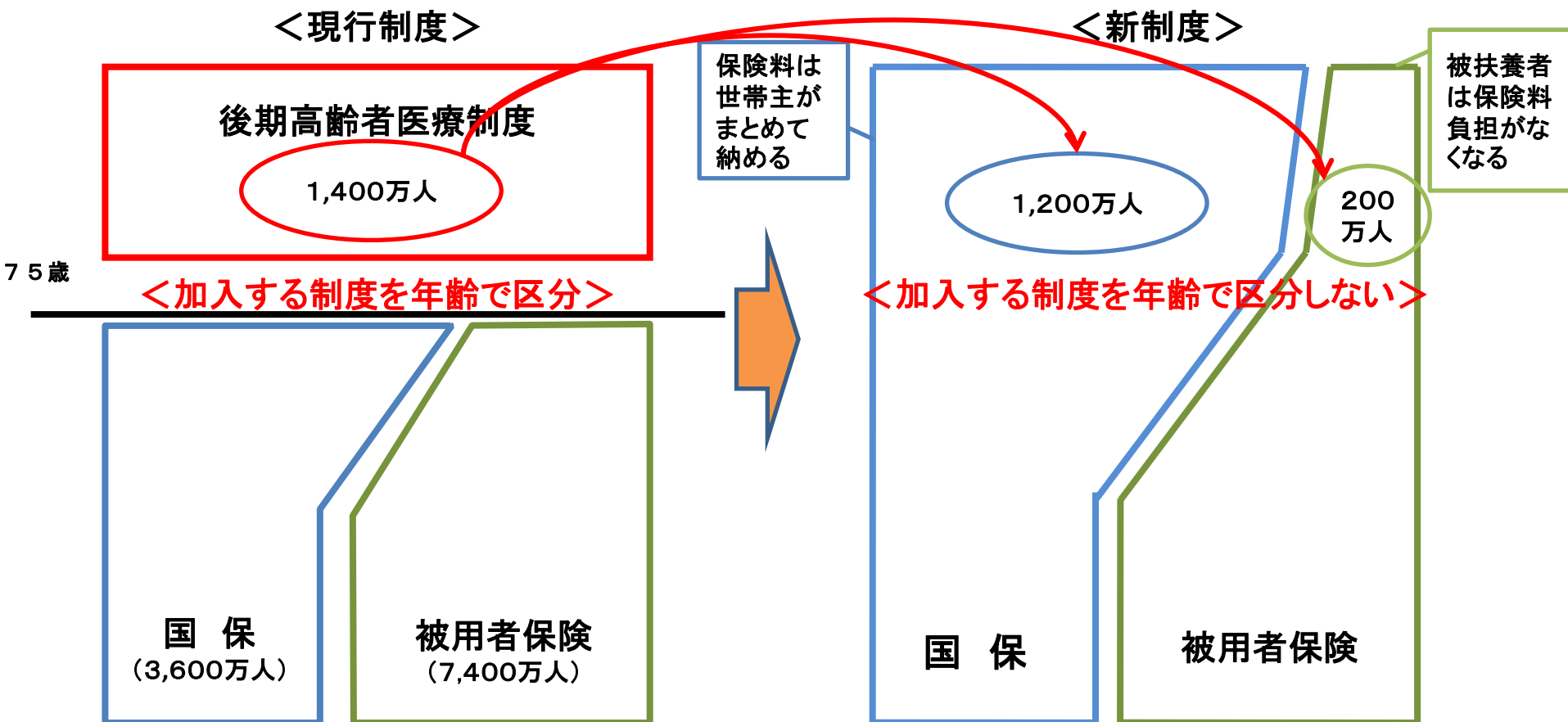
維持

- 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

制度の基本的枠組み

- 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、年齢によって保険証が変わることはなくなり、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。(別紙)



新たな制度における高齢者のメリット

(別紙)

- 高齢者の方々も、現役世代と同じ国民健康保険や被用者保険に加入することにより、以下の例のようなメリットが生じる。

現行制度（後期高齢者医療制度）	新たな制度																	
<p>○ 保険料の納付義務は高齢者の個々人。 ⇒ 国保の世帯員であった高齢者や被用者保険の被扶養者であった高齢者にも納付義務が生じる。</p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 後期高齢者医療）：Aの保険料を納付 世帯員B（75歳 後期高齢者医療）：Bの保険料を納付 世帯主C（45歳 国保）：C・Dの保険料をまとめて納付 世帯員D（40歳 国保）：保険料の納付義務無し</p>	<p>○ 保険料の納付義務は世帯主。 ⇒ <u>世帯主以外の高齢者は保険料の納付義務が無くなる。</u></p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 国保）：保険料の納付義務無し 世帯員B（75歳 国保）：保険料の納付義務無し 世帯主C（45歳 国保）：A・B・C・Dの保険料をまとめて納付 世帯員D（40歳 国保）：保険料の納付義務無し</p>																	
<p>○ 保険料の軽減判定は、医療保険ごとに行う。 ⇒ 同じ世帯であっても軽減判定は別に行うため、保険料負担が増加する事例が生じる。</p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 後期高齢者医療 年金収入165万円）：2割軽減※ 世帯員B（75歳 後期高齢者医療 年金収入 80万円）：2割軽減※ 世帯主C（45歳 国保 給与収入120万円）：5割軽減 世帯員D（40歳 国保 給与収入 50万円）：5割軽減</p> <p>※ A及びBの軽減判定方法 A所得30万円+B所得0円+C所得55万円 >33万円+24.5万円×2人（5割軽減非該当） <33万円+35万円×2人（2割軽減該当）</p>	<p>○ 保険料の軽減判定は、世帯全体で行う。 ⇒ <u>同じ国保世帯として最終的な軽減判定が行われるため、保険料負担の増加が解消される。</u></p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 国保 年金収入165万円）：5割軽減※ 世帯員B（75歳 国保 年金収入 80万円）：5割軽減※ 世帯主C（45歳 国保 給与収入120万円）：5割軽減 世帯員D（40歳 国保 給与収入 50万円）：5割軽減</p> <p>※ A及びBの軽減判定方法 A所得30万円+B所得0円+C所得55万円+D所得0円 <33万円+24.5万円×3人（5割軽減該当）</p>																	
<p>○ 高額療養費の自己負担限度額は、医療保険ごとに適用。 ⇒ 同じ世帯であっても加入する医療保険の自己負担限度額がそれぞれ適用される。</p> <p>【具体例】</p> <table border="1" data-bbox="19 1128 966 1385"> <thead> <tr> <th></th> <th>自己負担限度額</th> <th>世帯の負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>世帯員A（80歳 後期高齢者医療）</td> <td rowspan="2">A・Bで 24,600円 (低所得Ⅱ区分)</td> <td rowspan="4">60,000円</td> </tr> <tr> <td>世帯員B（75歳 後期高齢者医療）</td> </tr> <tr> <td>世帯主C（45歳 国保）</td> <td rowspan="2">C・Dで 35,400円 (低所得者区分)</td> </tr> <tr> <td>世帯員D（40歳 国保）</td> </tr> </tbody> </table>		自己負担限度額	世帯の負担額	世帯員A（80歳 後期高齢者医療）	A・Bで 24,600円 (低所得Ⅱ区分)	60,000円	世帯員B（75歳 後期高齢者医療）	世帯主C（45歳 国保）	C・Dで 35,400円 (低所得者区分)	世帯員D（40歳 国保）	<p>○ 高額療養費の自己負担限度額は、世帯全体で適用。 ⇒ <u>同じ国保世帯として自己負担限度額が一本化され、世帯の負担が軽減される。</u></p> <p>【具体例】</p> <table border="1" data-bbox="1004 1128 1874 1385"> <thead> <tr> <th></th> <th>自己負担限度額（＝世帯の負担額）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>世帯員A（80歳 国保）</td> <td rowspan="4">35,400円 (低所得者区分)</td> </tr> <tr> <td>世帯員B（75歳 国保）</td> </tr> <tr> <td>世帯主C（45歳 国保）</td> </tr> <tr> <td>世帯員D（40歳 国保）</td> </tr> </tbody> </table>		自己負担限度額（＝世帯の負担額）	世帯員A（80歳 国保）	35,400円 (低所得者区分)	世帯員B（75歳 国保）	世帯主C（45歳 国保）	世帯員D（40歳 国保）
	自己負担限度額	世帯の負担額																
世帯員A（80歳 後期高齢者医療）	A・Bで 24,600円 (低所得Ⅱ区分)	60,000円																
世帯員B（75歳 後期高齢者医療）																		
世帯主C（45歳 国保）	C・Dで 35,400円 (低所得者区分)																	
世帯員D（40歳 国保）																		
	自己負担限度額（＝世帯の負担額）																	
世帯員A（80歳 国保）	35,400円 (低所得者区分)																	
世帯員B（75歳 国保）																		
世帯主C（45歳 国保）																		
世帯員D（40歳 国保）																		

国保の広域化

- 市町村国保の中の、少なくとも75歳以上の高齢者医療については、都道府県単位の財政運営とすることが不可欠。
- 市町村国保の財政基盤を考えると、高齢者のみならず全年齢を対象に、国保の広域化を図ることが不可欠。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など、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、全年齢を対象に都道府県単位化を図る。

< 現行制度 >

独立制度による
都道府県単位の財政運営
(運営主体: 広域連合)

市町村単位
の財政運営

- ・財政基盤
が弱い
- ・保険料が
バラバラ

国保

被用者保険

< 新制度 >

都道府県単位の
財政運営

都道府県単位
の財政運営に
向けた環境整
備を進める

国保

被用者保険

全年齢を対象に
都道府県単位
の財政運営

国保

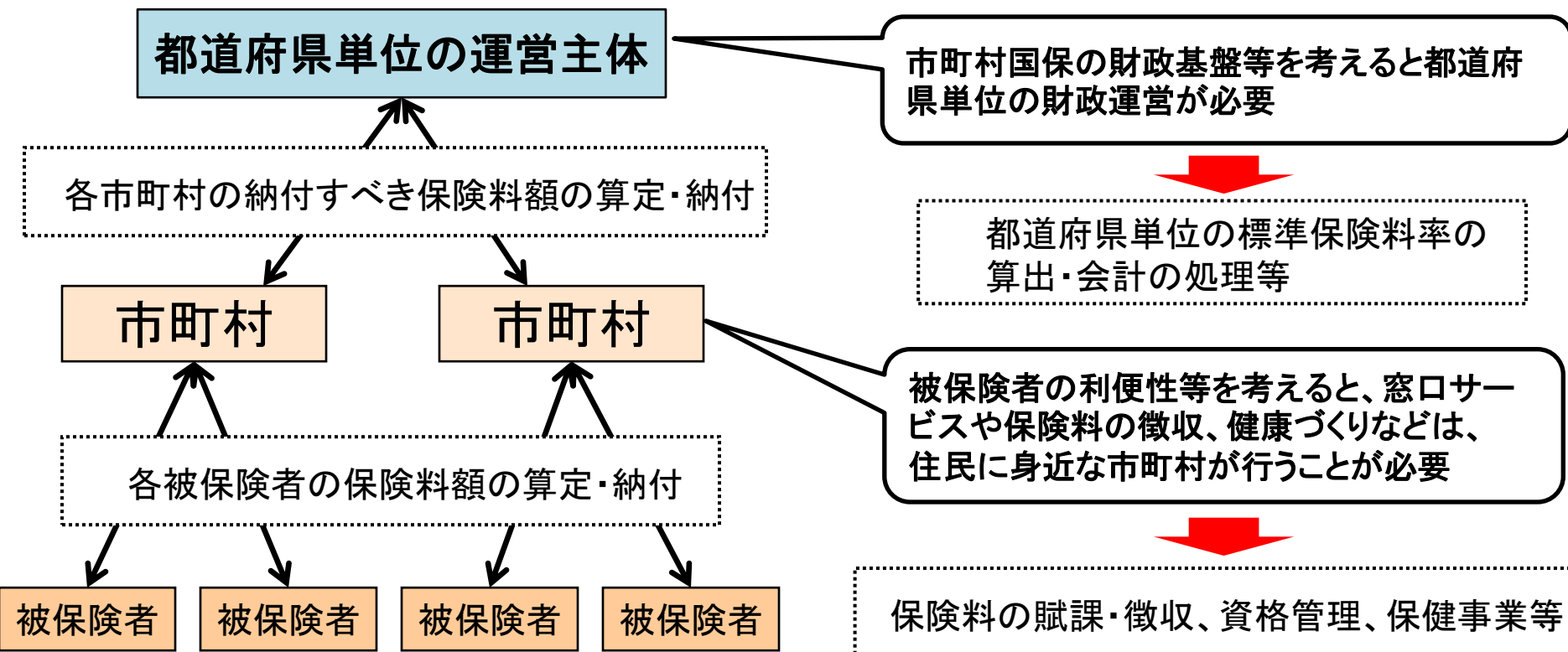
被用者保険

対象を
65歳
以上と
すること
も検討。

※「都道府県単位の財政運営」の主体を具体的にどこにすべきか、引き続き検討する。

都道府県単位の財政運営とした場合の国保の運営のスキーム

- 「都道府県単位の運営主体」と「市町村」が、分担と責任を明確にしつつ、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みとする。
- 具体的には、「都道府県単位の運営主体」は、都道府県単位の標準保険料率の算出・会計の処理等の事務を行う。
- 「市町村」は、保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業などの事務を行う。
※給付事務については、いずれの主体で行うべきか、引き続き、検討。



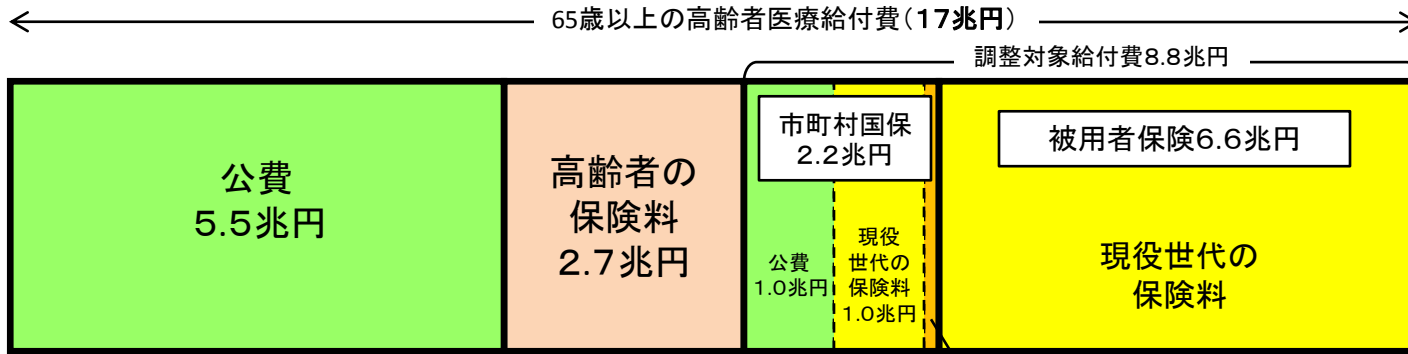
※高齢者の保険料は、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付

保険者間の調整の仕組み

高齢者が偏在して加入することに対する保険者間の調整の仕組みとしては、以下の方法が考えられる。

- ① 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、これら以外の分を各保険者が現役世代の加入者数等に応じて支援する方法
- ② 老人保健制度や現行の前期高齢者に係る保険者間の財政調整のように、充当される公費以外の分を各保険者がその加入者数等に応じて費用負担を行う方法（高齢者の保険料は、加入する各保険者にそれぞれ納められる）
- ③ 両者を組み合わせる方法

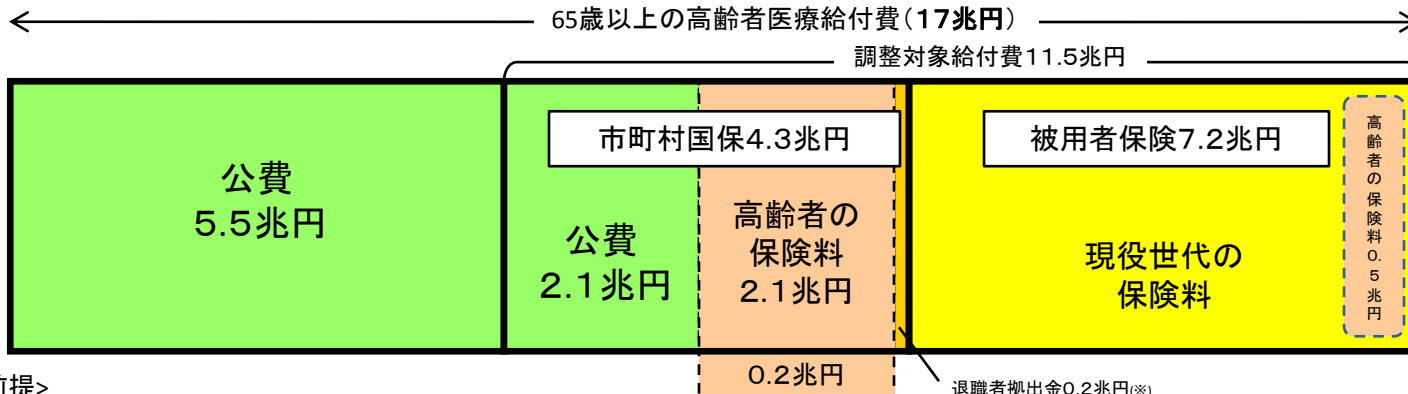
<①の方法による一つのシミュレーション>



高齢者の保険料2.7兆円(国保2.2兆円、被用者保険0.5兆円)が高齢者の医療給付費に直接充てられることから、調整対象給付費が小さくなる。

ただし、市町村国保にとっては、前期高齢者の保険料が入らないことにより負担は増加する。

<②の方法による一つのシミュレーション>



高齢者の保険料2.7兆円(国保2.2兆円、被用者保険0.5兆円)は各保険者に入ることから、調整対象給付費が大きくなる。

ただし、市町村国保にとっては、前期高齢者に加えて、後期高齢者の保険料(約8割)が入ることにより、負担は減少する。

<前提>

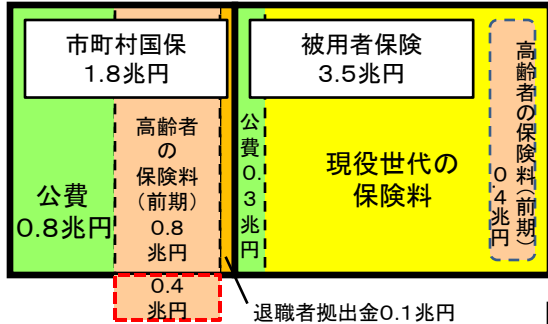
- ・75歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入。
- ・被用者保険の65歳以上被保険者及び被扶養者は、被用者保険に加入。
- ・市町村国保の高齢者の保険料総額は現行水準。(保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。)
- ・市町村国保と被用者保険の間は加入者数に応じて按分し、被用者保険者間には総報酬額に応じて按分する。(被用者保険に加入する65歳以上の医療給付費についても調整対象としている。)

※被用者保険には国保組合を含む。ただし、国保組合の現役世代の保険料(支援金、交付金)に対する公費は記載していない。

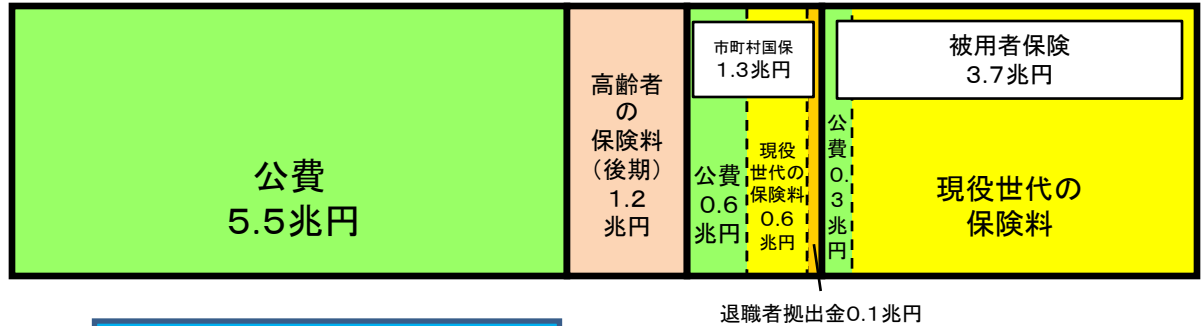
(※)退職者拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る支援金で、被用者保険が負担

(参考) 現行制度の財源構成について(平成22年度予算ベース)

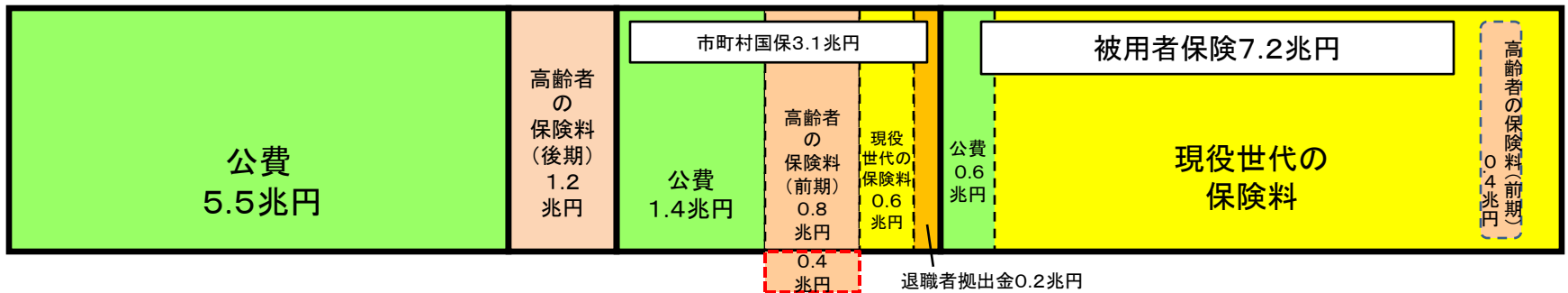
<65歳から74歳までの高齢者医療給付費の財源構成 5.3兆円>



<75歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 11.7兆円>



<65歳以上の高齢者医療給付費全体の財源構成 17兆円>



(※)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、まず、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。

(※)市町村国保0.4兆円(赤字点線部分)は、市町村国保の後期高齢者支援金(市町村国保の保険料0.6兆円の部分)及び現役世代の給付費に充当されている。

(※)退職者拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る支援金で、被用者保険が負担している。

(※)被用者保険には国保組合を含む。

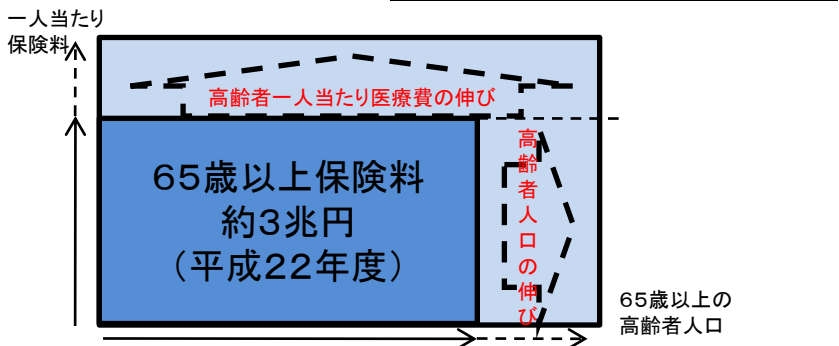
高齢者の保険料と若人の保険料の伸びについて

<高齢者と若人の保険料の伸びについて>

新たな制度は、どのような制度であっても、公費・若人の保険料・高齢者の保険料等の組み合わせにより支えることとなり、その割合を定率で固定する場合、高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同程度であれば、若人の保険料の伸びは、高齢者の保険料の伸びより大きくなる。

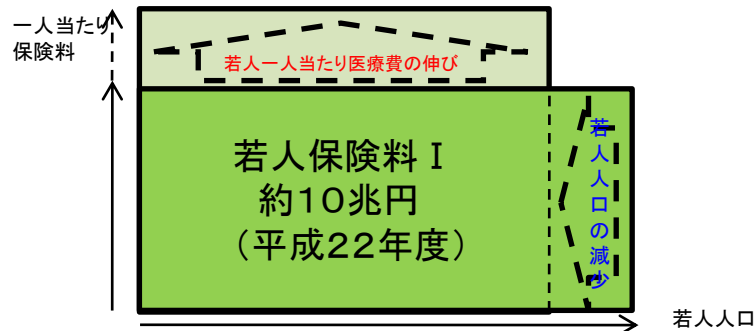
高齢者の保険料・・・高齢者医療給付を賄うための保険料

高齢者保険料の伸び ≡ 高齢者1人当たり医療費の伸び



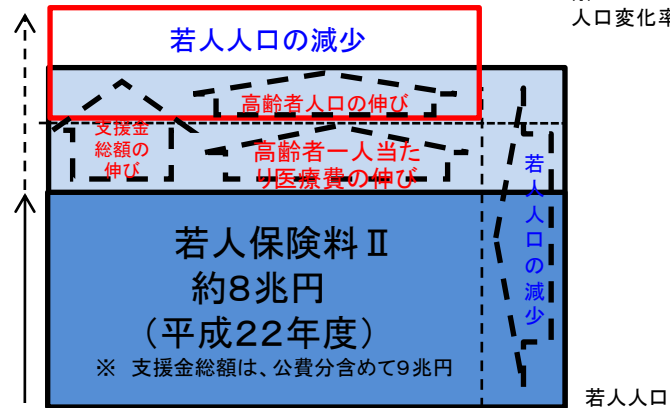
若人の保険料・・・若人保険料Ⅰ（若人医療給付を賄うための保険料）＋若人保険料Ⅱ（高齢者医療給付を支える保険料（支援金））

若人保険料Ⅰの伸び ≡ 若人1人当たり医療費の伸び



若人保険料Ⅱの伸び ≡ 若人1人当たり支援金の伸び
 ≡ 支援金総額の伸び + 若人人数の減少率
 ≡ 高齢者1人当たり医療費の伸び + **高齢者人口の伸び** + **若人人口の減少率**
 (約2.8%) (約1.3%)

※ 2010～2015年の人口変化率の平均値



※ 支援金総額は、公費分を含めて9兆円

○ 高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、
 若人保険料Ⅰの伸び = 高齢者保険料の伸び
 若人保険料Ⅱの伸び > 高齢者保険料の伸び
 となり、若人の保険料の伸びは高齢者の保険料の伸びを上回る。

○ こうした中で、現行制度においては、後期高齢者の保険料の負担割合について、若人人数の減少率の1/2の割合で引き上げることとなっている。(20年度10%→22年度10.26%)
 仮に、平成22年度の状況をもとに、高齢者人口の伸びを約2.8%、若人人口の減少率を約1.3%と仮定した場合、現行制度の仕組みに当てはめると、高齢者と若人の保険料規模が大きく異なるため、
 高齢者の保険料の伸び = 1人当たり医療費の伸び + 2.2%
 若人の保険料の伸び = 1人当たり医療費の伸び + 1.5%
 となり、高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、0.7%程度、高齢者の保険料の伸びが若人の保険料の伸びを上回る。

保険料の伸びを調整する仕組み

- 「高齢者人口の伸び」及び「若人人口の減少」に伴う若人保険料Ⅱの負担増分について、高齢者と若人の保険料規模を考慮しつつ、高齢者と若人で負担しあう仕組みとする。
⇒これにより、高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と若人の保険料の伸びはほぼ均衡する。

※ 高齢者と若人の区分を65歳とした場合、65歳以上の保険料と64歳以下の若人の保険料の比率は、現時点で1:6であり、負担増分について、その割合で分け合う。

高齢者人口の伸び2.8%、若人人口の減少1.3%とした場合の高齢者負担分

新たな制度 $(2.8\% + 1.3\%) \times 1/7 = 0.59\%$

現行と同様の仕組み $1.3\% \times 1/2 = 0.65\%$

※ 高齢者と若人の区分を75歳とした場合は、75歳以上の保険料と74歳以下の若人の保険料の比率は、現時点で1:15であり、負担増分について、その割合で分け合う。

高齢者人口の伸び3.0%、若人人口の減少0.7%とした場合の高齢者負担分

新たな制度 $(3.0\% + 0.7\%) \times 1/16 = 0.23\%$

現行と同様の仕組み $0.7\% \times 1/2 = 0.35\%$

注) 保険料の比率は、現行制度のものであり、保険料軽減等の定額公費を保険料に含めて算出したもの。

- 高齢者の一人当たり医療費の伸びの見込みが、若人の国保の一人当たり医療費(都道府県平均)の伸びの見込みを上回ること等により、高齢者の保険料の伸びが若人の国保保険料の伸び(都道府県平均)を上回る場合には、都道府県ごとに設置する財政安定化基金を活用し、高齢者の保険料の伸びを抑制することができる仕組みとする。

※ 後期高齢者医療制度における財政安定化基金は、当初、保険料の収納不足や給付の増加に対応することを目的としていたが、先の通常国会において「高齢者の医療の確保に関する法律」を改正し、一定の残高を残した上で、保険料上昇を抑制するために取り崩すことを可能とした。

※ 財政安定化基金の活用は、都道府県の判断によるものであり、基金の規模・具体的活用方法等については、今後、更に検討。

参考資料

平成22年7月23日
厚生労働省保険局

目 次

1. 制度の基本的枠組み	3
2. 国保の運営のあり方	15
3. 費用負担	22
4. 医療サービス	54
5. 保健事業等	66

1. 制度の基本的枠組み

「高齢者医療制度改革会議」の開催について

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 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

現行の高齢者医療制度について

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

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,400万人

<後期高齢者医療費>

12.8兆円（平成22年度予算案ベース）

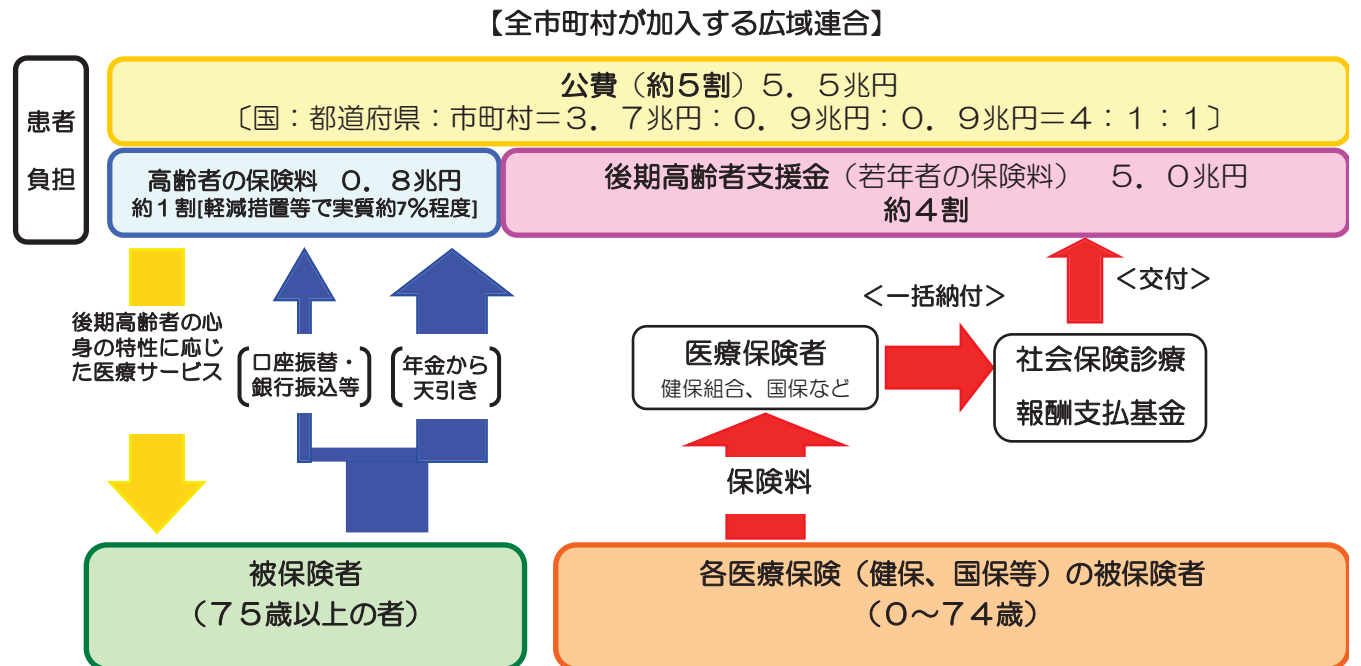
給付費 11.7兆円

患者負担1.1兆円

<保険料額（平成22年度）>

全国平均 約63,300円/年

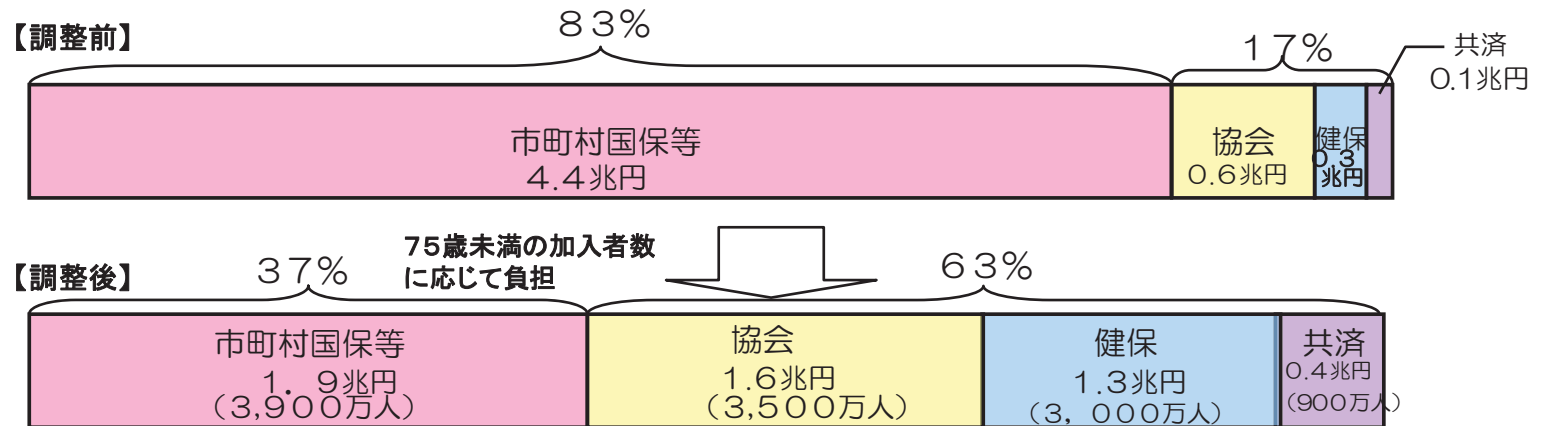
※ 基礎年金のみを受給されている方は
約4,200円/年



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

＜対象者数＞
65～74歳の高齢者
約1,400万人

＜前期高齢者給付費＞
5.3兆円



制度の改善策及び当面の課題

○ 制度の施行状況等を踏まえ、以下の改善策を実施。

1. 70～74歳の方の患者負担の見直し(1割→2割への引き上げ)の凍結
2. 低所得者に対する保険料の軽減
所得が低い方について均等割の9割軽減・8.5割軽減及び所得割の5割軽減措置を実施
3. 被用者保険の被扶養者であった方の均等割9割軽減措置
4. 年金からの保険料の支払いに係る改善
平成21年度より口座振替と年金からの支払いとの選択制を実施

現行制度の問題点と利点について

現行制度の問題点は改めるとともに、利点は残す方向で、新たな制度を検討する必要がある。

後期高齢者医療制度の問題点

項目	概要
独立制度による本質的な問題	<ul style="list-style-type: none"> ○ 75歳以上の高齢者のみを区分し、保険証も別になり、差別的。 ○ 高齢者医療費の増加に比例して、高齢者の保険料が増加する仕組み。
保険料負担	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者であった方については、被用者保険における事業主負担が無くなったこと等により、多くの方の保険料負担が増加。 ○ 被用者保険の被扶養者であった方については、新たに保険料負担が発生。
保険料徴収	<ul style="list-style-type: none"> ○ 個人単位で保険料を徴収することとなったため、扶養されている配偶者も納付する必要が生じ、年金からの天引きも実施。(世帯当たりの税負担が増加する場合があります。)
高額療養費	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国保世帯内の高齢者が、後期高齢者医療制度に移行し、世帯内で別になったことにより、それぞれの医療保険制度において、高額療養費の自己限度額が適用されることとなり、世帯当たりの自己負担が増加。
健康診査	<ul style="list-style-type: none"> ○ 従前は、市町村の実施義務であったが、広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。
名称	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「後期高齢者」という名称は、高齢者の心情に配慮していない。

※ 以上のほか、①制度開始までの政省令整備及びシステムリリースの遅れによる広域連合及び市町村の業務への支障、②システムの不具合による広域連合及び市町村の実務への支障が生じたところ。

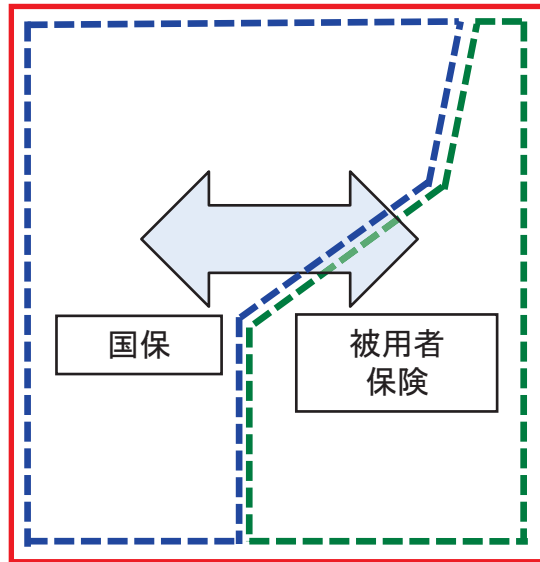
後期高齢者医療制度の利点

項目	概要
都道府県単位の財政運営・財政運営責任の明確化	<p>(老人保健制度の問題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者医療費の増大により、市町村単位での財政運営は困難。 ○ 保険料の納める所とそれを使う所が異なり、財政・運営責任が明確でない。 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(後期高齢者医療制度での改善)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県単位の後期高齢者医療広域連合を運営主体としたことにより、財政運営が安定。 ○ 保険料を納める所とそれを使う所が一元化され、財政・運営責任が明確化。
高齢者と若人の負担割合の明確化	<p>(老人保健制度の問題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者と若人の負担割合が明確でない。 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(後期高齢者医療制度での改善)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者の医療給付費について、公費(5割)・若人(4割)・高齢者(1割)の負担割合を明確化。
高齢者間の保険料負担の公平性	<p>(老人保健制度の問題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ それぞれの医療保険(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。 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(後期高齢者医療制度での改善)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料となる。

新たな制度のあり方に関する各委員の意見の概要等

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案【池上委員】

- 医療保険全体で、各保険者の保険加入者の年齢構成(5歳階級毎の一人当たり医療費の差)・所得構成の相違による保険料負担の格差を調整する財政調整を、制度ごとに導入。
- 財政調整を進めつつ、医療保険の統合を以下のとおり段階的に行う。
 - ① 後期高齢者医療制度に代わる「地域医療保険」を創設(広域連合が運営)。ただし、現役で働く高齢者とその家族は被用者保険に継続加入。
市町村国保は都道府県内で賦課方式を統一し、一般会計からの繰入れを廃止した上で、財政調整を進める。
健保組合・共済は、それぞれ全国単位で財政調整を進め、都道府県単位で支部を設置。
 - ② 「地域医療保険」と「協会けんぽ」を統合。
市町村国保を都道府県単位で統合。
健保組合・共済を都道府県単位で統合・再編。
 - ③ 全ての保険者を都道府県単位で一本化



(主なメリット)

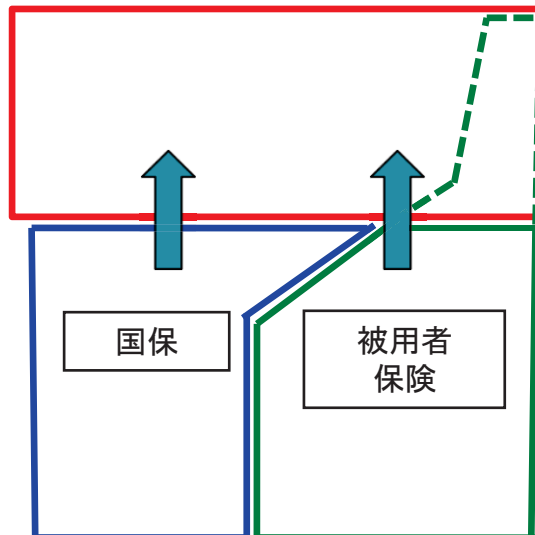
- 年齢による区分がない。
- 運営責任が明確。
- 高齢者であっても、サラリーマン及びその被扶養者は、被用者保険に加入するという合理的な仕組みとなる(第一段階)。

(主な論点)

- 被用者保険を都道府県単位に分割・統合すること等について、企業や同種同業の連帯を基礎とした健保組合等をどのように位置づけるか。
- 「地域医療保険」と被用者保険である協会けんぽを統合することについて、どのように考えるか。
- 自営業者とサラリーマンでは所得捕捉の状況が異なる中で、国保と被用者保険では保険料の算定方法が異なっているが、これをどのように統合するのか。

2: 一定年齢以上の「別建て」保険方式を基本とする案【対馬委員(健保連)】

- 65歳以上の高齢者を対象に前期・後期の区別のない一つの制度とする。
- 費用負担や運営責任を明確化するために、「別建て」の制度とした上で、高齢者の医療費を若年者が支える仕組みとする。
- 現役で働く高齢者とその家族については、若年者の各制度への継続加入を検討。
- 運営主体については、都道府県単位を念頭に、行政から独立した公法人が保険者を担う。



【65歳以上の高齢者を一つの制度とした場合】

(主なメリット)

- 若年者と高齢者の負担ルールや運営責任が明確。
- 高齢者間において、所得に応じた公平な保険料負担。

(主な論点)

- 「年齢で区分するという問題を解消する制度とする」との関係について、どのように考えるか。

※「65歳」は、介護や年金等との関係から理解が得られやすいのではないか。

【現役で働く高齢者とその家族について、若年者の各制度へ継続加入させることとした場合】

(主なメリット)

- 高齢者であっても、サラリーマン及びその被扶養者は、被用者保険に加入するという合理的な仕組みとなる。

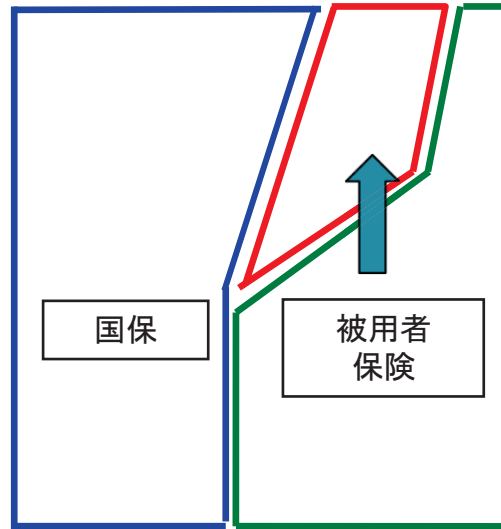
(主な論点)

- 「地域保険としての一元的運用」との関係について、どのように考えるか。
- 現在の制度では同じ都道府県内で高齢者の保険料の公平が図られていることについて、どのように考えるか。

新たな制度のあり方に関する各委員の意見の概要等

3: 突き抜け方式とする案【小島委員(連合)】

- 被用者保険の退職者は、国民健康保険に加入するのではなく、被用者保険グループが共同で運営する新たな制度(「退職者健康保険制度」(仮称))に引き続き加入。
- 対象者は、被保険者期間が通算して一定期間(例えば25年)を超える退職者とその扶養家族とする。
- 運営主体は、全被用者保険の代表者及び労使代表者で構成する管理運営機関とする。
- 市町村国保と高齢者医療は都道府県単位に広域化し、国保連合会、後期高齢者医療広域連合と一体的な運用を図る。
- 現役で働く高齢者とその家族については、若年者の各制度に継続加入。



(主なメリット)

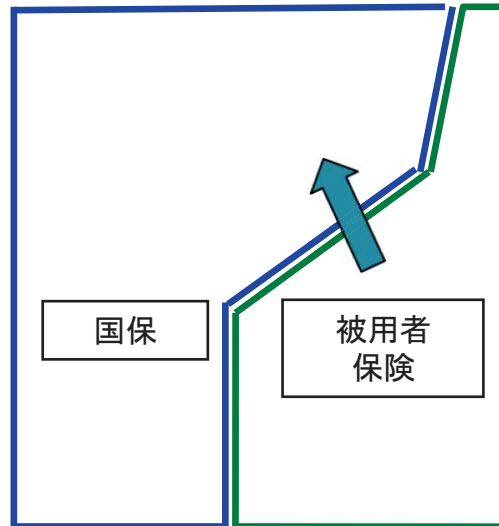
- 年齢による区分がない。
- 運営責任が明確。
- 被用者グループ内での助け合いとすることで、若年被用者の納得を得られやすい。(若年者と高齢者の負担ルールが明確)

(主な論点)

- 高齢者が職域保険と地域保険に加入することとなるが、「地域保険としての一元的運用」との関係について、どのように考えるか。
- 現在の制度では同じ都道府県内で高齢者の保険料の公平が図られていることについて、どのように考えるか。
- 従来より指摘されている以下の課題について、どのように考えるか。
 - ・ 市町村国保が負担増となる点
 - ・ 就業構造が流動化している中、高齢期においても被用者・非被用者を区分する点

4: 高齢者医療と市町村国保の一体的運営を図る案【宮武委員】

- 都道府県単位の国民健康保険を創設し、定年退職者等を迎える。現役で働く高齢者とその家族については、若年者の各制度に継続加入。
- 市町村国保の運営を都道府県単位に広域化し、都道府県が市町村との役割分担の下に、高齢者を含めて一体的に運営する仕組み。
- 若人の国保の保険料についても、都道府県単位でできるだけ統一(地域ブロック別の賦課方式等を含む)。



(主なメリット)

- 年齢による区分がない。
- 運営責任が明確。
- 財政運営の安定化を図ることができる。
- 高齢者間において、所得に応じた公平な保険料負担。
- 高齢者であっても、サラリーマン及びその被扶養者は、被用者保険に加入するという合理的な仕組みとなる。

(主な論点)

- 高齢者医療と市町村国保の一体的運用のあり方について、保険料の設定など具体的にどのように考えるか。
- 現在の後期高齢者医療制度、前期高齢者に係る財政調整、市町村国保については、それぞれ財源や仕組みが異なる中で、どのような財政運営の仕組みを設けることが適切か。

4案における新たな制度への移行方策について

	平成25年4月時点の制度の概要	将来的な各保険制度の概要
年齢構成・所得構成でリスク構造調整を行った上で、都道府県単位に一本化する案 【池上委員】	<後期高齢者医療制度の対象者の加入制度> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新たに創設される「地域医療保険」に加入 ・ ただし、現役サラリーマン及びその被扶養者は被用者保険に加入し、75歳以上の方(現役サラリーマンを除く)に扶養される75歳未満の方は「地域医療保険」に加入 <当該制度の運営主体> <ul style="list-style-type: none"> ・ 組織を強化した広域連合 <国保・健保組合・共済> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村国保は、都道府県内での賦課方式の統一、一般会計からの繰入れの廃止を行い、財政調整を進める ・ 健保組合・共済は、それぞれ全国単位で財政調整し、都道府県単位で支部を設置 	【国保】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 保険料の賦課方式の統一、一般会計からの繰入れの廃止を行った上で、市町村国保間のリスク構造調整を開始 【協会けんぽ】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 「地域医療保険」と統合 【健保組合・共済】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県単位化された保険者から順に「地域医療保険」とのリスク構造調整を開始 <p style="text-align: center;">↓</p> 全ての保険者が都道府県単位で「地域医療保険」に統合一本化。この間に税・社会保障の番号制度の導入より所得捕捉・保険料賦課方式の統一、被扶養者に係る保険料負担の公平化等の課題に対処
一定年齢以上の「別建て」保険方式を基本とする案 【対馬委員】 (健保連)	<後期高齢者医療制度の対象者の加入制度> <ul style="list-style-type: none"> ・ 65歳以上の高齢者を対象とする別建ての新たな制度に加入 ・ ただし、被用者保険の被保険者及び被扶養者は、被用者保険に加入するかどうか検討 <当該制度の運営主体> <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県単位の行政から独立した公法人(保険者)が運営 	【国保】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 広域化等により財政安定化 【協会けんぽ・健保組合・共済】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行制度と同様
突き抜け方式とする案 【小島委員】 (連合)	<後期高齢者医療制度の対象者の加入制度> <ul style="list-style-type: none"> ・ 被用者保険OBは、新たな制度(退職者健康保険制度)に加入(新制度発足後の対象者から順次加入することも検討。) ・ 被用者保険の被保険者及び被扶養者は被用者保険に加入 ・ 上記以外の方は、国保に加入することとし、国保の広域化を推進 <当該制度の運営主体> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退職者健康保険制度は、各被用者保険が協会けんぽに運営を委託 	【国保】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県単位の公法人が運営(平成25年4月実施も視野) 【協会けんぽ・健保組合・共済】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行制度と同様 【退職者健康保険制度】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 被用者保険の代表による管理運営機関を設置し、実務を協会けんぽに委託
高齢者医療と市町村国保の一体的運営を図る案 【宮武委員】	<後期高齢者医療制度の対象者の加入制度> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国保に加入 ・ 被用者保険の被保険者及び被扶養者は、被用者保険に継続して加入 <当該制度の運営主体> <ul style="list-style-type: none"> ・ 65歳以上の国保の財政運営は都道府県 ・ 65歳未満の国保についても、都道府県及び市町村の判断により、上記と併せて都道府県による財政運営を可能とする 	【国保】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 65歳未満の国保についても、すべての都道府県において、都道府県が運営 【協会けんぽ・健保組合・共済】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行制度と同様

被用者保険の被保険者本人及び被扶養者の取扱いについて

- 自営業者や退職者など地域で生活している高齢者は、国保に加入。
- 一方、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者(65歳以上)については、被用者保険に加入いただくこととするのか、国保に加入いただくこととするのか、以下の点を考慮し、検討する必要がある。

案	メリット	課題
<p><A案> 被保険者 及び被扶養者 ↓ 国保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ すべての高齢者が同じルールで保険料を負担することとなり、高齢者間の負担の公平が図られる。 ○ 介護保険と同様、全ての高齢者について、市町村が対応することとなるため、市町村において総合的・一元的に高齢者に対する相談等に対応することが可能となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者であった方は、事業主負担がなくなること等により、多くの場合、負担が増加する可能性がある。 → 保険料軽減措置の検討が必要 ○ 被扶養者であった方は、これまで保険料負担がなかったため、すべての方の負担が増加する。 → 保険料軽減措置の検討が必要 ○ 被用者保険の被保険者であった方は、従前受けていた付加給付や傷病手当金が受けられなくなり、負担が増加する。 → 被用者保険から傷病手当金を受けられる仕組みの検討が必要 ○ 高額療養費制度は医療保険ごとに自己負担限度額が設けられていることから、国保と被用者保険に分かれる世帯において、負担が増加する可能性がある。 → 負担を軽減する仕組みの検討が必要
<p><B案> 被保険者 及び被扶養者 ↓ 被用者保険</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者は、職域内の若人と同じルールで保険料を負担することとなり、職域内での負担の公平が図られる。 ○ 被用者保険の被保険者は、引き続き傷病手当金や付加給付等を受けられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者は、他の高齢者と保険料負担のルールが異なり、事業主負担もあることから、高齢者間の負担の公平が図られない。 ○ 被扶養者は保険料負担がないことから、高齢者間の負担の公平が図られない。 ○ 被用者保険者（特に協会けんぽ）の負担増が生じる。 → 協会けんぽ等の負担を軽減する仕組みの検討が必要
<p><C案> 被保険者 ↓ 被用者保険 被扶養者 ↓ 国保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者は、職域内の若人と同じルールで保険料を負担することとなり、職域内での負担の公平が図られる。 ○ 被保険者は、引き続き付加給付や傷病手当金等を受けられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者は、他の高齢者と保険料負担のルールが異なり、事業主負担もあることから、高齢者間の負担の公平が図られない。 ○ 被扶養者であった方は、これまで保険料負担がなかったため、すべての方の負担が増加する。 → 保険料軽減措置の検討が必要 ○ 被扶養者であった方は、従前受けていた付加給付等を受けられなくなり、負担が増加する。 → 被用者保険から付加給付等を受けられる仕組みの検討が必要 ○ 高額療養費制度は医療保険ごとに自己負担限度額が設けられていることから、国保と被用者保険に分かれる世帯において、負担が増加する可能性がある。 → 負担を軽減する仕組みの検討が必要

被用者保険の被保険者とその被扶養者の人数と動きについて(1)

(平成22年度予算案ベースの粗い推計)

現行制度

	75歳以上	65～74歳	65歳未満	合計
被用者保険の被保険者	〔 後期 約30万人 〕	協会 約90万人 組合 約40万人 共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人	約4000万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	後期 約5万人	国保 約5万人	国保 約2万人	約10万人
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	後期 約5万人	協会 約20万人 組合 約15万人 共済等 約1万人	協会 約30万人 組合 約15万人 共済等 約2万人	約90万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	後期 約180万人	協会 約50万人 組合 約25万人 共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人	約3500万人
合計	約210万人	約260万人	約7100万人	約7600万人

A案: 被用者保険の被保険者及び被扶養者についても、市町村国保に加入する。

	75歳以上	65～74歳	65歳未満
被用者保険の被保険者	国保 約30万人	国保 約135万人 ・協会 約90万人 ・組合 約40万人 ・共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約5万人	国保 約2万人
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約35万人 ・協会 約20万人 ・組合 約15万人 ・共済等 約1万人	国保 約50万人 ・協会 約30万人 ・組合 約15万人 ・共済等 約2万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	国保 約180万人	国保 約85万人 ・協会 約50万人 ・組合 約25万人 ・共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人

被用者保険から市町村国保に移行する方 約300万人

被用者保険の被保険者とその被扶養者の人数と動きについて(2) (平成22年度予算案ベースの粗い推計)

B案: 被用者保険の被保険者及び被扶養者についても、被用者保険に加入する。

	75歳以上	65～74歳	65歳未満
被用者保険の被保険者	協会 約25万人 組合 約3万人 共済等 1万人未満	協会 約90万人 組合 約40万人 共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	協会 約4万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満	協会 約4万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満	協会 約1万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	協会 約3万人 組合 約1万人 共済等 1万人未満	協会 約20万人 組合 約15万人 共済等 約1万人	協会 約30万人 組合 約15万人 共済等 約2万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	協会 約100万人 組合 約50万人 共済等 約30万人	協会 約50万人 組合 約25万人 共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人

後期高齢者医療制度から被用者保険に移行する方 約210万人 (協会; 約130万人、組合; 約50万人、共済等; 約30万人)
市町村国保から被用者保険に移行する方 約7万人

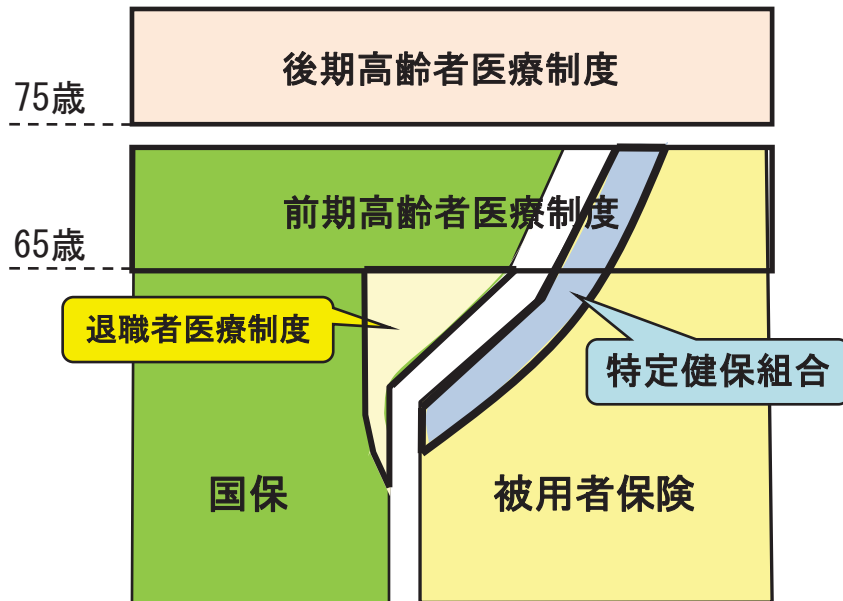
C案: 被用者保険の被保険者については、被用者保険に加入し、被扶養者については、市町村国保に加入する。

	75歳以上	65～74歳	65歳未満
被用者保険の被保険者	協会 約25万人 組合 約3万人 共済等 1万人未満	協会 約90万人 組合 約40万人 共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約5万人	協会 約1万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約35万人 ・協会 約20万人 ・組合 約15万人 ・共済等 約1万人	協会 約30万人 組合 約15万人 共済等 約2万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	国保 約180万人	国保 約85万人 ・協会 約50万人 ・組合 約25万人 ・共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人

後期高齢者医療制度から被用者保険に移行する方 約30万人
被用者保険から市町村国保に移行する方 約120万人
市町村国保から被用者保険に移行する方 約2万人

特定健保組合制度について

- 健保組合のうち一定の要件を満たすものは、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ことができる「特定健保組合」となることができる（根拠：健康保険法附則第3条）。
- 特定健保組合制度は、昭和59年に退職者医療制度が創設されたことに併せて創設された。



＜特定健保組合の給付費等の費用負担＞

- 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、当該特定健保組合の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。
- 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は、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。

＜主な特徴＞

- 健保組合にとって、現役時代に組合の財政運営に寄与した者に対し、退職後の保険給付の必要性が増える時期に還元することができる。
- 現役時代から退職後にかけて、自ら保険給付と保健事業を行うため、効果的な医療費適正化が期待できる。

＜平成22年4月現在＞

- ・ 特定健保組合数：64組合
- ・ 特定健保組合の被保険者（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）

設立の要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健保組合の被保険者（特例退職被保険者）が将来にわたり相当数見込まれる。 ・ 特例退職被保険者及びその被扶養者に対する健康保険事業の実施が将来にわたり当該健保組合の事業運営に支障をおよぼさない ・ 保険給付及び保険料等の徴収を適切かつ確実に行うことができる 等
加入の要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該健保組合における被保険者期間が退職日まで20年以上、又は40歳以降10年以上ある ・ 老齢年金の受給資格がある

2. 国保の運営のあり方

高齢者の加入する医療保険の運営主体のあり方について

- これまでの会議において、多くの委員より、高齢者の加入する医療保険の運営主体は都道府県単位とすべきであるとの意見があったが、具体的にどのような運営主体とすることが適切か。

(1) 都道府県

※(1)・(2)・(4)については、保険料徴収、窓口相談等の業務は市町村が行うことを前提として整理。

メリット

- 住民の認知度が高い。
- 都道府県知事は住民から直接選ばれているため、責任が明確になる。
- 医療費適正化や医療サービスの提供等の政策と有機的な連携を図ることができる。
- 市町村に助言・勧告する権限があるため、市町村に対する調整機能を発揮することができる。
- 事務を実施する上で、組織内でのノウハウが承継しやすい。

デメリット

- 市町村に対し必要な指導及び助言を行ってきたが、直接、医療保険の事務を実施してきた実績がない。
- 保険料等の決定については都道府県が行い、市町村は関与しないこととなれば、市町村は、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が問われない状況になるとともに、保険料の収納対策のインセンティブが働かなくなるおそれがある。
- 保健事業については、基本的に市町村が事業を実施することとなるが、きめ細やかな事業展開を図るインセンティブが働かなくなるおそれがある。

(2) 広域連合(都道府県内のすべての市町村が加入)

メリット

- 市町村からの出向職員が中心となって事務処理を行うため、保険料決定や保険料徴収等について、広域連合と市町村の密接な連携が可能となる。
- 広域連合議会は、都道府県議会や市町村議会と異なり、高齢者医療に限定した詳細な審議を行うことができる。

デメリット

- 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。
- 広域連合長は住民から直接選ばれていないので、責任が明確でないとの指摘がある。
※地方自治法上は、直接公選とすることも可能。
- 市町村に対する調整機能が十分に働いていない。
- 保険料等の決定については広域連合が行い、市町村は関与しないこととなれば、市町村は、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が問われない状況になるとともに、保険料の収納対策のインセンティブが働かなくなるおそれがある。
- 保健事業については、基本的に市町村が事業を実施することとなるが、きめ細やかな事業展開を図るインセンティブが働かなくなるおそれがある。

(3)市町村

メリット

- 住民の認知度が高い。
- 市町村長は、住民から直接選ばれているため、責任が明確になる。
- 保険料等の決定について市町村が行うことから、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が明確になる。
- 事務を実施する上で、組織内でのノウハウが承継しやすい。

デメリット

- 高齢化の進展に伴い、高齢者医療費は増大することが見込まれており、市町村単位で財政運営を行うことには限界がある。
- 医療保険制度においては、保険財政規模の広域化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進しているが、こうした取組に逆行する。
(市町村国保;保険財政共同安定化事業等の実施、協会けんぽ;国から都道府県単位の公法人による運営)
- 市町村間において保険料基準にバラつきが生じることとなる。
- 国保と同様に、市町村によっては、一般会計からの繰り入れを行うことによる財政負担が生じるおそれがある。

(4)国

メリット

- 住民の認知度が高い。
- 厚生労働大臣が直接の責任者となるため、責任が明確になる。
- 一律の保険料基準を設けることができれば、全国において、同じ所得であれば、同じ保険料となる。

デメリット

- 「中央集権から、地域主権へ」という基本的な流れに逆行する。
- 医療保険制度においては、保険財政規模の広域化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進しているが、こうした取組に逆行する。
(市町村国保;保険財政共同安定化事業等の実施、協会けんぽ;国から都道府県単位の公法人による運営)
- 地域ごとに医療費が異なる中で、国が一律の保険料基準を設けることが適当か。
※ 後期高齢者医療制度においては、被保険者一人当たりの平均保険料額について、最大約2倍の地域格差があり、全国一律の保険料基準とした場合、著しい保険料の増減が生じる。
- 地域における保健事業等の取組によって、地域の医療費を抑えて保険料率に反映させるといったインセンティブが働かなくなるおそれがある。

高齢者医療と市町村国保の運営のあり方について

- 新たな制度のあり方の検討に当たっての基本的な考え方(6原則)において、『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』としているところ。
- 平成22年度に国保制度の見直し(参考資料参照)の一環として、市町村国保の広域化を進めることとしている中で、今後、高齢者医療と市町村国保の一体的な運営を図っていくことについて、どのように考えるか。

<論点>

【わかりやすさ ・効率性】

- 同一地域に年齢で区分された2つの地域保険が併存している状況を解消することができる。

【財政運営】

- 高齢者医療と市町村国保を都道府県単位で運営することにより、財政運営の安定化を図ることができる。
- 現在の後期高齢者医療制度、前期高齢者に係る財政調整、市町村国保については、それぞれ財源や仕組みが異なる中で、どのような財政運営の仕組みを設けることが適切か。

【保険料負担】

- 世帯主がまとめて保険料を納付している市町村国保と一体的な運営を図ることにより、後期高齢者医療制度において個人単位で保険料を徴収したことにより生じた問題点を解消できる。
- 市町村国保では、保険料額にバラつきがある(同一都道府県内の市町村国保における被保険者一人当たりの平均保険料額の格差は、最大約3倍)中で、どのようにして保険料基準・額の統一を図るべきか。

【保険料徴収】

- 市町村国保では、収納率の向上が大きな課題となっている中で、財政運営は都道府県単位とした場合、どのようにして市町村が収納対策に責任を果たすことのできる仕組みを設けることが可能か。

【給付】

- 世帯員が年齢で区分されず、同じ制度に加入することにより、高額療養費において不利益を被る事例が解消できる。

【保健事業】

- 市町村国保では、保健事業の推進による医療費の適正化が大きな課題となっている中で、財政運営は都道府県単位とした場合、どのようにして市町村が保健事業に責任を果たすことのできる仕組みを設けることが可能か。

(参考)改正国保法による「広域化等支援方針」の策定について

- ① 改正法により、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に。**
- 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

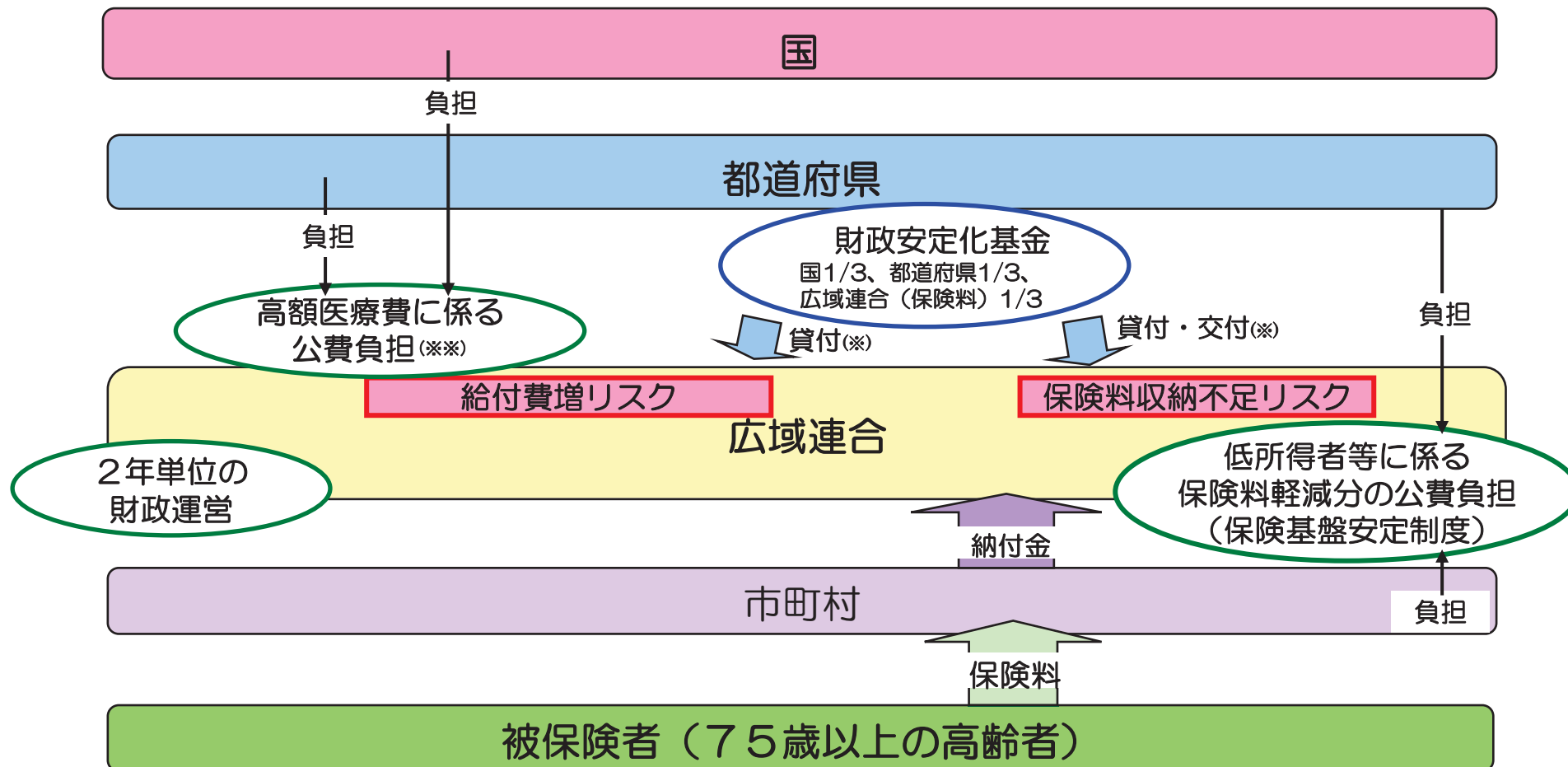
- ・保険財政共同安定化事業の拡充
- ・都道府県調整交付金の活用
- ・広域化等支援基金の活用など

(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

後期高齢者医療制度における財政リスクの軽減の仕組み

運営については、保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行う。広域連合の財政リスクの軽減については、国・都道府県が共同して責任を果たす仕組み。



※ 給付の見込額以上の増加、保険料の収納不足による財源不足に対しては毎年度「貸付」を行い、保険料の収納不足により、2年間の財政運営期間を通して財源不足が見込まれる場合には、不足分の1/2を「交付」する。

- ※※ ①レセプト1件あたり80万円を超える医療費
80万円を超える額のうち、保険料で賄うべき部分の1/2を公費で負担(国1/4、都道府県1/4)
②レセプト1件あたり400万円を超える医療費(特別高額医療費)
200万円を超える額のうち、保険料で賄うべき部分から①の公費負担を除いた額について、各広域連合の拠出金(*)により交付金を交付。
(*)平成21年度は、拠出金15.6億円について、国費により10億円の補助を実施

保険料収納率

都道府県別の保険料(税)収納率

	市町村国保				後期高齢者医療制度			
	平成19年度		平成20年度		平成20年度		平成20年度	
	%	順位	%	順位	全体 %	全体 順位	普通徴収のみ %	普通徴収のみ 順位
全国	90.49	-	88.35	-	98.75	-	96.95	-
北海道	90.34	37	88.32	37	98.90	26	97.06	26
青森県	89.97	39	88.22	38	98.84	31	96.44	37
岩手県	92.40	22	91.00	16	99.21	10	97.43	16
宮城県	89.10	42	86.75	42	98.63	41	96.05	46
秋田県	91.68	30	90.15	25	99.29	7	97.57	14
山形県	92.70	15	90.95	17	99.36	3	97.75	8
福島県	90.12	38	87.88	39	98.86	30	96.33	40
茨城県	89.32	41	87.32	40	98.82	33	96.61	32
栃木県	87.48	45	85.14	46	98.82	33	96.71	31
群馬県	90.89	34	88.47	36	99.19	11	97.69	10
埼玉県	88.55	44	86.34	43	98.63	41	97.39	18
千葉県	88.65	43	86.31	44	98.73	36	96.60	33
東京都	86.87	47	84.26	47	97.85	46	96.24	43
神奈川県	89.81	40	87.29	41	98.76	35	97.68	12
新潟県	94.01	4	92.22	4	99.35	4	97.98	5
富山県	95.07	2	93.76	2	99.08	16	97.15	24
石川県	92.69	16	91.12	14	99.28	9	98.10	3
福井県	93.09	12	91.14	13	98.90	26	96.80	29
山梨県	90.82	35	88.64	34	98.62	43	96.16	44
長野県	93.81	6	92.08	5	99.32	5	97.91	6
岐阜県	93.41	7	91.66	9	99.19	11	97.71	9
静岡県	91.44	32	89.30	32	98.71	37	96.56	35
愛知県	91.97	27	90.51	21	99.12	15	97.88	7
三重県	91.16	33	89.19	33	98.91	25	96.48	36
滋賀県	93.23	10	91.71	8	99.41	2	98.21	2
京都府	93.36	9	91.66	9	98.98	22	97.47	15
大阪府	87.42	46	85.49	45	98.40	45	96.27	42
兵庫県	91.85	28	89.94	28	98.87	29	96.92	28
奈良県	92.43	21	90.17	24	98.96	24	97.21	23
和歌山県	93.08	13	91.53	11	98.70	39	96.35	39
鳥取県	92.25	24	90.13	26	99.29	7	97.68	12
島根県	95.34	1	94.19	1	99.64	1	99.09	1
岡山県	90.75	36	88.52	35	99.02	19	97.29	20
広島県	91.83	29	89.57	30	99.18	13	97.69	10
山口県	93.15	11	90.77	20	98.99	21	96.77	30
徳島県	92.76	14	90.34	22	98.71	37	96.36	38
香川県	93.97	5	92.07	6	99.30	6	98.04	4
愛媛県	94.06	3	92.45	3	99.08	16	97.41	17
高知県	92.49	20	90.92	18	98.88	28	96.95	27
福岡県	92.13	25	90.11	27	98.61	44	96.33	40
佐賀県	93.38	8	91.84	7	99.07	18	97.25	22
長崎県	92.64	17	91.10	15	99.17	14	97.32	19
熊本県	91.56	31	89.80	29	98.83	32	96.60	33
大分県	92.10	26	89.40	31	98.97	23	97.08	25
宮崎県	92.54	19	90.80	19	98.70	39	96.11	45
鹿児島県	92.31	23	90.22	23	99.02	19	97.29	20
沖縄県	92.58	18	91.27	12	96.33	47	92.92	47

保険料(税)収納率別の保険者数(市町村)

年度	85%未満	85%以上 90%未満	90%以上 92%未満	92%以上 94%未満	94%以上 96%未満	96%以上 98%未満	98%以上 100%未満	100%	合計
18	36 2.0%	248 13.6%	259 14.2%	423 23.3%	479 26.3%	259 14.2%	93 5.1%	21 1.2%	1,818 100.0%
19	29 1.6%	260 14.4%	245 13.6%	427 23.7%	473 26.2%	265 14.7%	89 4.9%	16 0.9%	1,804 100.0%
20 (速報)	95 5.3%	396 22.1%	345 19.3%	408 22.8%	316 17.7%	155 8.7%	54 3.0%	19 1.1%	1,788 100.0%

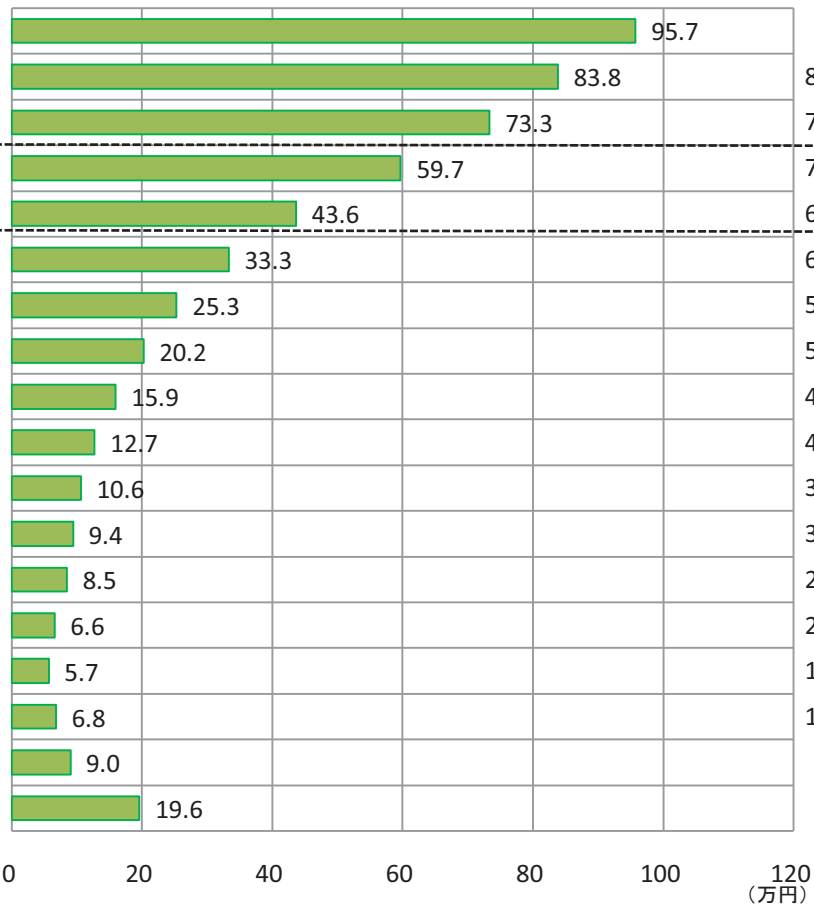
※平成20年度の最低は沖縄県 渡名喜村の75.8%

3. 費用負担

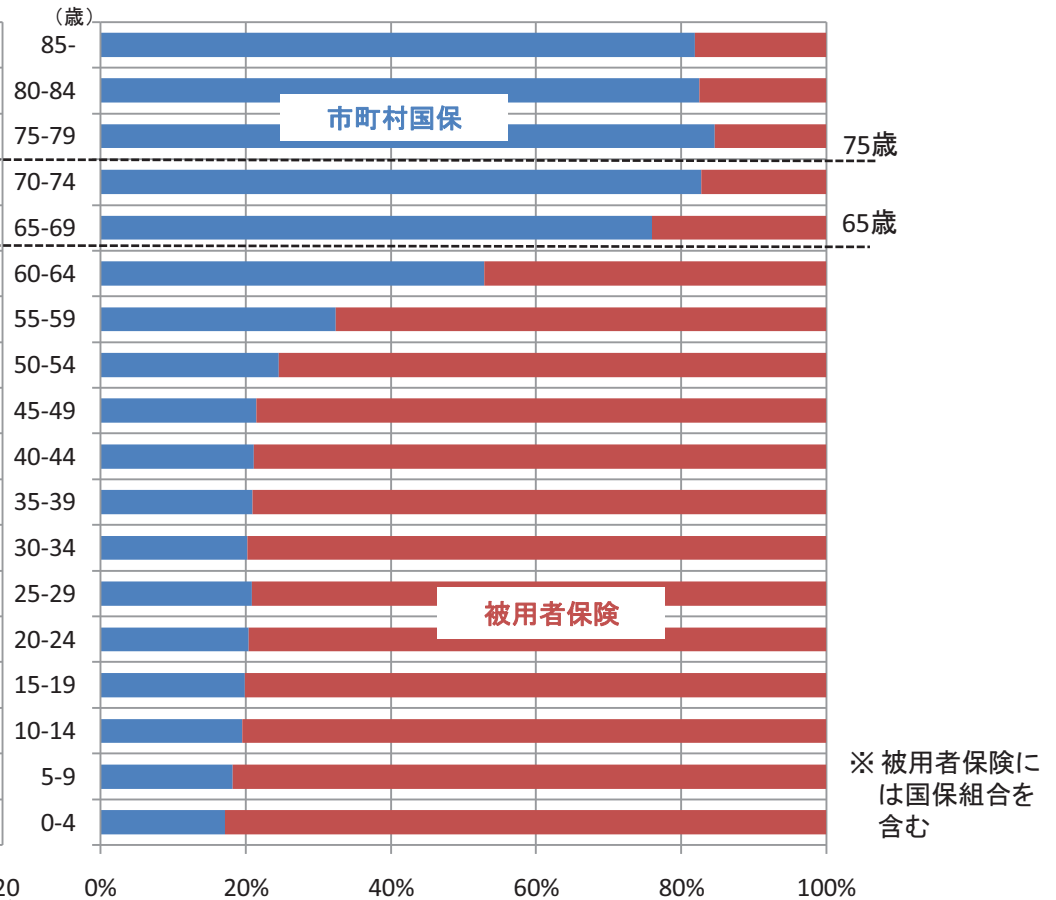
財政調整の必要性

○ 65歳以上の方については、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一方で、その医療費を世代内のみで賄うことはできないことから、引き続き、高齢者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

国民医療費、医療給付費、後期高齢者医療費の将来見通し <平成18年制度改正時の試算>

年度	平成18 予算ベース (2006)	平成27 (2015)	平成37 (2025)
国民医療費(兆円)	33.0	44	56
後期高齢者医療費(兆円)	10.8	16	25
医療給付費(兆円)	27.5	37	48

(注)後期高齢者医療費は、平成18年度については老人医療費であり74歳以上の高齢者等が対象、また、平成27年、平成37年度は75歳以上の高齢者等が対象。

※ 新しい将来見通しについては、現時点では、現行の暫定措置(70～74歳の患者負担、後期高齢者の保険料軽減措置、後期高齢者支援金の総報酬制等)や医療費適正化の取扱い等についての前提の設定が困難であることから、今後、高齢者医療改革会議において、新制度の基本的な内容が明らかになっていく段階でお示しする予定。

後期高齢者医療費の財政負担の将来見通し <平成18年制度改正時の試算>

(億円)

	平成20年度 (2008)	平成27年度 (2015)
後期高齢者医療費	113,700	163,900
公費	49,200	70,500
後期高齢者支援金	45,400	64,400
公費負担分	9,900	14,100
保険料負担分	35,500	50,300
後期高齢者保険料分	8,100	13,500
患者負担	11,000	15,500

※ 保険料は当該年度の医療給付費を賄うために必要な保険料額である。

医療保険制度における所要保険料及び公費負担の将来見通し <平成18年制度改正時の試算>

(億円)

	所要保険料			公費		
	協会健保	健保組合	市町村国保	国庫	都道府県	市町村
平成20年度 (2008)	57,400	52,400	30,500	71,600	16,500	10,100
平成27年度 (2015)	68,900	63,200	37,100	94,600	21,500	13,800

※ 所要保険料とは当該年度の医療給付費を賄うために必要な保険料額である。

高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びの状況について

	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
70歳未満	2.1%	▲1.2%	0.4%	0.9%	1.5%	▲0.9%	1.6%	2.0%
70歳以上	1.2%	▲3.6%	0.9%	0.2%	2.0%	▲1.5%	2.1%	▲0.1%

- ※ 65～69歳で後期高齢者医療制度(平成19年度以前は老人保健制度)の対象となっている者は、「70歳以上」に含まれる。
- ※ 診療報酬改定については、平成14年(▲2.7%)、平成16年(▲1.0%)、平成18年(▲3.16%)、平成20年(▲0.82%)の影響がある。
- ※ 診療報酬改定のほか、医療費の伸びに影響を与える主な制度改正は以下のとおり。

平成14年;70歳以上の高齢者の定率(1割)負担の徹底、現役並みに所得がある方の患者負担割合の引き上げ(1割→2割)

平成15年;被用者保険の被保険者等の患者負担割合の引き上げ(2割→3割)

平成18年;70歳以上の高齢者のうち、現役並みに所得がある方の患者負担割合の引き上げ(2割→3割)

現行の医療保険・介護保険制度の保険料の比較

	後期高齢者医療制度	市町村国保	被用者保険	介護保険(第1号被保険者)
平均所得 (総報酬) (H20年度)	加入者1人当たり旧但し書き所得 73.7万円	加入者1人当たり旧但し書き所得 78.9万円	被保険者1人当たり総報酬 485万円 加入者1人当たり総報酬 261万円 (参考) 平均総報酬に相当する加入者1人当たり 旧但し書き所得 162万円	保険料額の算定上、必要となる 情報ではなく、把握していない
加入者 一人当たり 保険料 (H20年度)	6.5万円	8.3万円	19.3万円	4.9万円 ※平成18～20年度の保険料の全国平均額 4,090円(月額)の12か月分
保険料の 仕組み	○ 都道府県単位で料率設定 ○ 個人単位で賦課	○ 市町村単位で料率設定 ○ 世帯主に賦課	○ 被用者保険者単位で料率設定 ○ 被保険者に賦課 ※ 事業主負担が発生するため、本 人負担額は保険料額の半分程度	○ 市町村単位で保険料額を設定 (段階別の定額制) ○ 個人単位で賦課
保険料の 上限	50万円(個人単位)	63万円(世帯単位)	186万円(被保険者単位)	市町村ごとに定めた保険料段階の 最高段階の額
保険料の 軽減	【低所得者】 均等割額;9割、8.5割、5割、2 割を軽減、 所得割額;5割を軽減 【被用者保険の被扶養者であった方】 均等割額;9割を軽減	【低所得者】 応益割額;7割、5割、2割を軽減 【後期高齢者医療制度の激変緩和】 後期高齢者医療制度の施行に伴い、後期と国 保で別れる世帯の負担の増加を抑えるため、応 益割の軽減判定の際、後期に加入する国保の被 保険者であった方についても、算定対象とし、従 前と同じ軽減割合を適用できるようにしている。	—	【低所得者】 保険料基準額に対し、5割、2.5割 を軽減 ※軽減の割合は、市町村が定める割合に 基づき変更可能
保険料の 徴収	○ 個人単位で徴収 ○ 原則、年金からの支払い ※ 年金からの支払いに変えて、 口座振替による支払いも可	○ 世帯主から徴収 ○ 65歳以上の世帯については、 原則、世帯主の年金からの支払い ※ 年金からの支払いに変えて、 口座振替による支払いも可 ○ 65歳未満の世帯については、 窓口・口座振替による支払い	○ 被保険者及び事業主から徴収 ○ 被保険者の給与から支払い	○ 個人単位で徴収 ○ 原則、年金からの支払い

(注1) 数値はいずれも平成20年度の速報値である。ただし、共済組合の被保険者1人当たり総報酬、加入者1人当たり総報酬及び被保険者1人当たり保険料額は平成19年度の確定値を用いている。また、加入者一人当たり前期納付金は、被用者保険の平成21年度賦課ベースの前期納付金を平成21年度賦課ベースの総加入者見込み数で除して得た額である。

(注2) 加入者1人当たり保険料額は、後期高齢者医療制度は平成20年9月時点の保険料調定額(但し、被用者保険の被扶養者であった方の所得は算入されていない)、市町村国保は平成20年度における現年分保険料調定額であり、被用者保険は決算における保険料額を基に推計している。

また、保険料額には介護分を含んでいない。

(注3) 後期高齢者医療制度の加入者1人当たり旧但し書き所得の分母には、所得不詳の者を含む。

(注4) 被用者保険の保険料の上限は、法律上定められている標準報酬月額および標準賞与の上限額、平成22年度の協会けんぽの保険料率(9.34%)を基に算定したもの。

モデル世帯における後期高齢者医療制度・市町村国保・被用者保険の保険料の比較

	後期高齢者医療制度	市町村国保	被用者保険(協会けんぽ)
【例Ⅰ 単身・厚生年金】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 単身 年金収入 201万円 協会けんぽでは、 単身 給与収入 201万円 と仮定。	【全国平均】 52,300円	【全国平均】 93,900円	【協会けんぽ】 187,700円 自己負担 93,900円(事業主負担を除く)
【例Ⅱ 夫婦・厚生年金】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 夫 年金収入 201万円 妻 年金収入 79万円 協会けんぽでは、 夫 給与収入 201万円 妻 給与収入 79万円 と仮定。	【全国平均】 夫 52,300円 妻 33,400円 世帯合計 85,700円	【全国平均】 世帯合計 115,800円	【協会けんぽ】 夫 187,700円 妻 0円 世帯合計 187,700円 自己負担 93,900円(事業主負担を除く) ※ 妻は、被用者保険の被扶養者に該当するため、保険料負担無し。
【例Ⅲ 単身・標準報酬】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 単身 年金収入 380万円 協会けんぽでは、 単身 給与収入 380万円 と仮定。	【全国平均】 210,700円	【全国平均】 226,900円	【協会けんぽ】 354,900円 177,500円(事業主負担を除く)
【例Ⅳ 夫婦・高収入】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 夫 年金収入 600万円 妻 年金収入 79万円 協会けんぽでは、 夫 給与収入 600万円 妻 給与収入 79万円	【全国平均】 夫 355,700円 妻 41,700円 世帯合計 397,400円	【全国平均】 世帯合計 389,500円	【協会けんぽ】 夫 560,400円 妻 0円 夫婦合計 560,400円 自己負担 280,200円(事業主負担を除く) ※ 妻は、被用者保険の被扶養者に該当するため、保険料負担無し。

※1 年金収入201万円;平均的な厚生年金受給額、年金収入79万円;基礎年金受給額(満額)給与収入380万円;旧政府管掌健康保険における平均的な標準報酬

※2 後期高齢者医療制度においては、平成22・23年度の全国平均の保険料率;均等割額 41,700円、所得割率7.88%を使用。

※3 市町村国保においては、旧ただし書・4方式の全国平均保険料率等(所得割率 7.35%、資産割額 16,141円、均等割額 27,376円、平等割額 25,741円)を使用。(平成20年度国民健康保険事業年報より)。

※4 協会けんぽにおいては、平成22年度の保険料率(9.34%)を使用。

後期高齢者医療制度の保険料の算定方法について

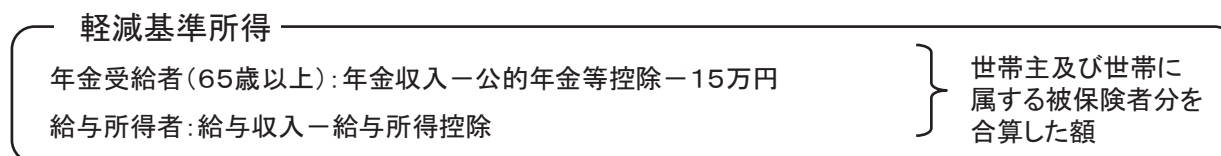
◎ 後期高齢者医療制度は、個人単位で保険料を算定し、被保険者が納付義務を負う。

1. 被保険者の均等割額及び所得割額を合算したものを保険料額とする。

$$\boxed{\text{均等割額}} + \boxed{\text{被保険者の旧ただし書き所得}} \times \boxed{\text{所得割率}} = \boxed{\text{保険料額}}$$

(41,500円) (総所得金額から基礎控除を除いたもの) (7.65%) ()内は平成20・21年度は全国平均値。

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、均等割額に軽減を適用する。



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	⇒	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	

3. 被保険者の所得に応じて、所得割額に軽減を適用する。

所得割を負担する方のうち、所得の低い方(具体的には年金収入153万円から211万円まで)の場合

$$\boxed{\text{被保険者の旧ただし書き所得}} \times \boxed{\text{所得割率}} \times 5\text{割軽減}$$

※ 施行当初は、「保険料の均等割;7割・5割・2割軽減」であったが、施行後の見直しにより、「保険料の均等割;9割・8.5割・5割・2割軽減、所得割;5割軽減」となっている。

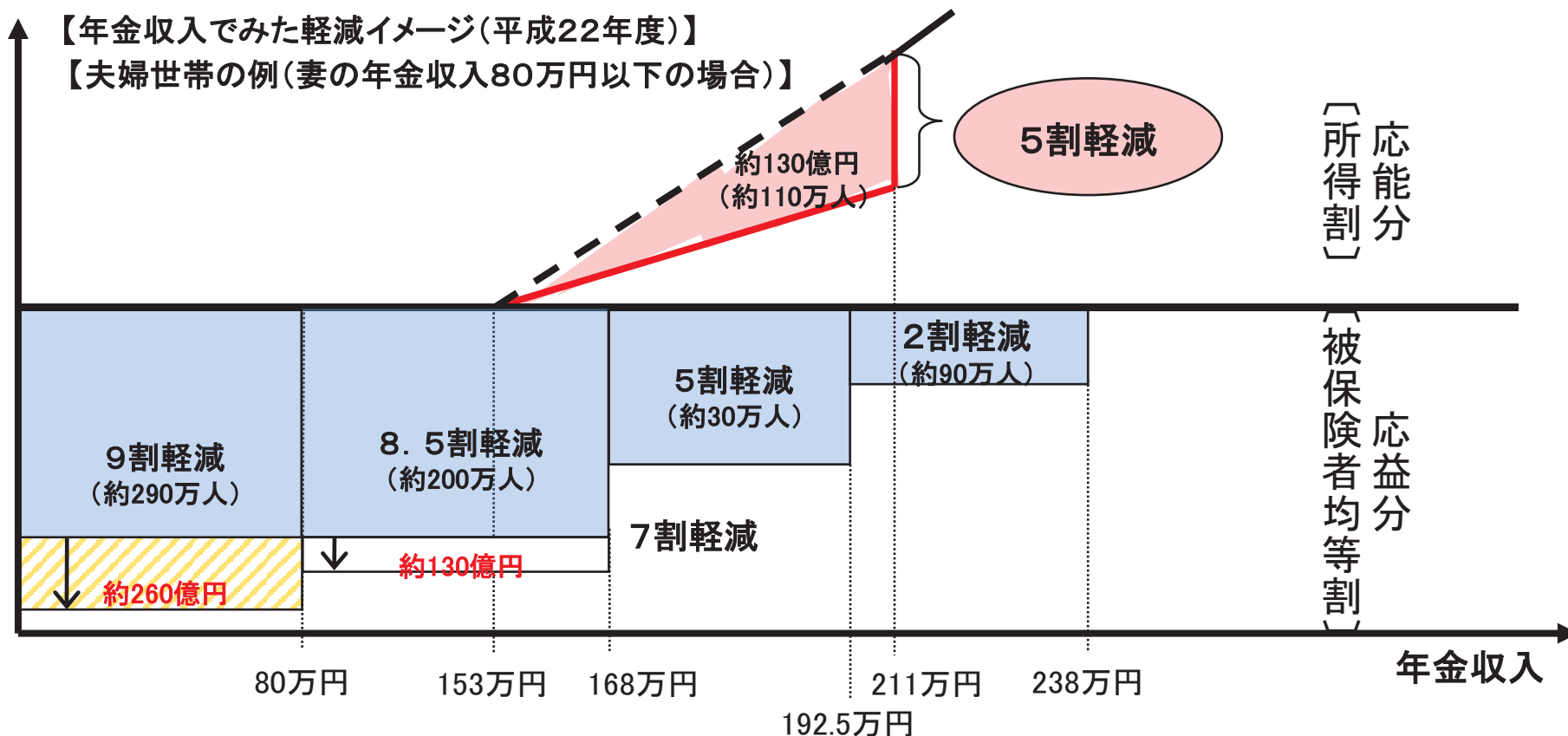
4. 被用者保険の被扶養者であった方については、均等割額のみとし、当該均等割額に9割の軽減を適用する。

※ 当初、制度加入時から2年間の軽減措置(均等割5割軽減)を講じることにしていたが、施行前に、①平成20年4月～9月の半年間は凍結し、②平成20年10月～平成21年3月の半年間は、均等割を「9割軽減」することとした。
また、平成21年度以降においても、毎年、同措置の延長が必要。

後期高齢者医療制度の保険料軽減

【これまでの経緯】

- 制度施行時は、均等割7割・5割・2割軽減
- 平成20年6月の政府・与党決定に基づき、
 1. 平成20年度から、所得割を負担する方のうち、所得の低い方(具体的には年金収入153万円から211万円まで)の「5割軽減」を設けた。
 2. 平成21年度から、均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、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(その他各種所得がない)の場合の「9割軽減」を設けた。
 3. その間の経過的措置として、平成20年度は、均等割7割軽減を受ける方は、一律8.5割軽減とした。
(4・6・8月の年金から保険料をお支払いいただいている方については、10・12・2月の保険料の徴収を行わない。)
- 均等割8.5割軽減については、負担の増加を回避するため、平成21年度以降においても継続することとした。

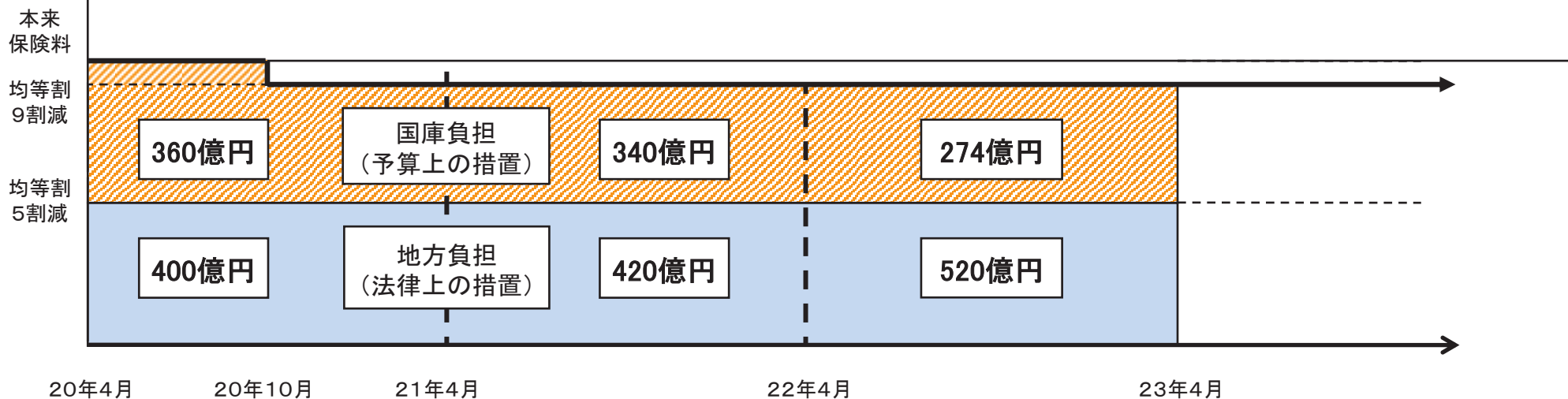


被用者保険の被扶養者の9割軽減措置の継続について

【これまでの経緯】

- 被用者保険の被扶養者であった方については、制度加入時から2年間の軽減措置(均等割5割軽減)に加えて、
 - ・ 平成20年4月～9月の半年間は凍結し、
 - ・ 平成20年10月～平成21年3月の半年間は、均等割を9割軽減した額とした。
- 平成21年4月から平成22年3月までの1年間においても、同様に9割軽減の措置を継続。
- 平成22年度以降についても、同措置を延長するため、高齢者医療確保法を改正し、地方負担の期間を延長。
 - ※ 被用者保険の被扶養者であった方の均等割の軽減(5割分)に対して行う地方負担の財源措置については、法律上「加入後2年間」とされているが、これを削除し、当該財源措置を「当分の間」延長することとした。

<所要経費等>

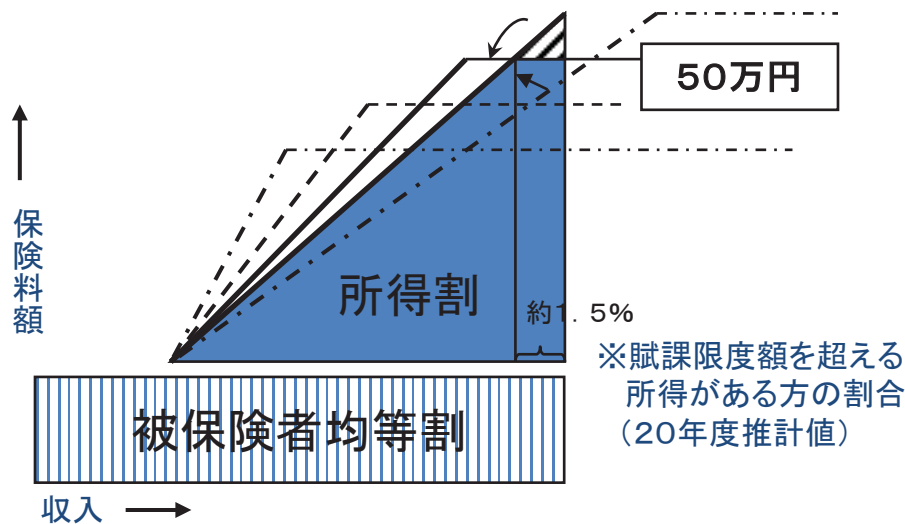


後期高齢者医療制度の賦課限度額の設定の考え方について

○以下の理由により、後期高齢者医療制度の賦課限度額を50万円と設定している。

- ・ 限度額を低く設定すればするほど、この傾きがきつくなり、中間所得層の負担が重くなる。
- ・ 限度額を高く設定すればするほど、この傾きが緩やかとなり、限度額に近い高所得者の負担が増え、給付と保険料賦課額のバランスが悪くなる。

所得水準と保険料賦課のイメージ



(参考) 後期高齢者医療制度において、年間保険料額が上限(50万円)に達する年収について

東京都・・・年金収入9,410,000円
給与収入9,530,000円
(所得割率6.56%、均等割額37,800円)

福岡県・・・年金収入7,050,000円
給与収入7,120,000円
(所得割率9.24%、均等割額50,935円)

全国平均・・・年金収入8,300,000円
給与収入8,380,000円
(所得割率7.65%、均等割額41,500円)

後期高齢者医療制度における不均一保険料率の特例について

保険料率は、広域連合区域内均一を原則とするが、次の場合には、不均一の保険料率を設定することができる。

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:3地区)

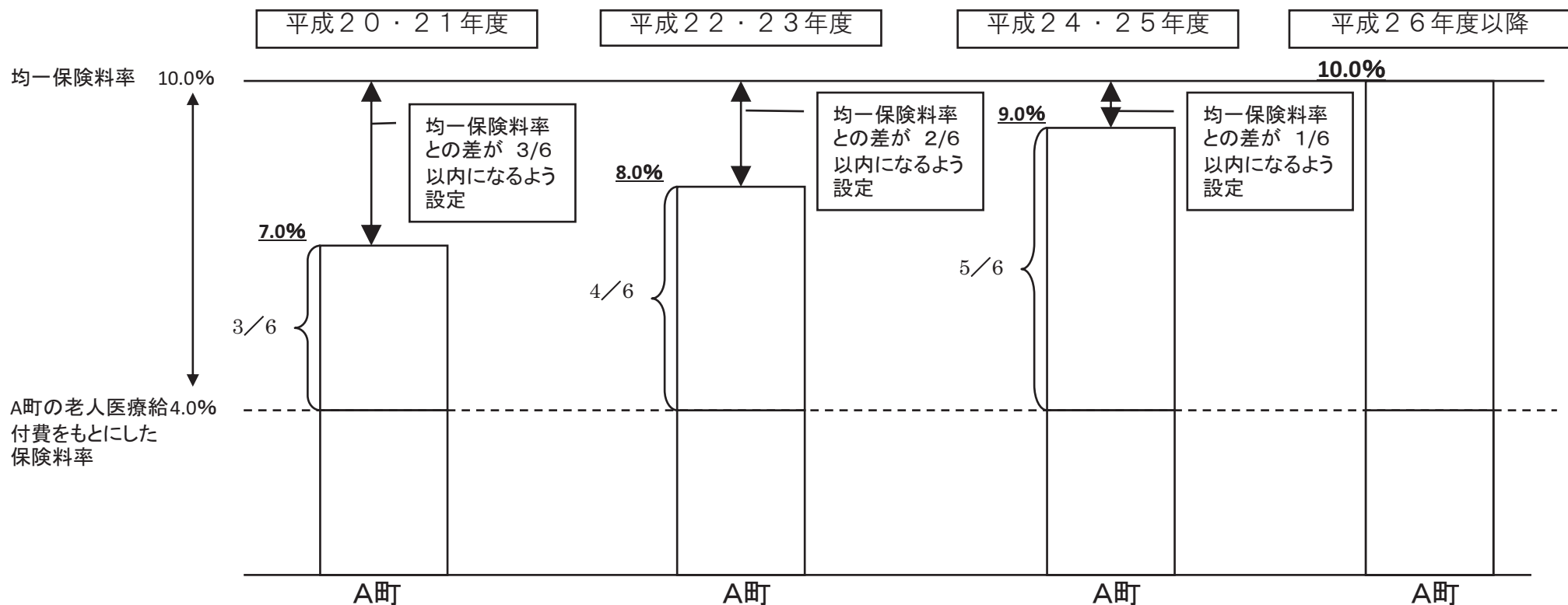
無医地区及びこれに準じる地区においては、当該広域連合の均一保険料率、後期高齢者医療給付費等を勘案して、均一保険料率の50%を下回らない範囲内で、均一保険料率よりも低い保険料率を設定することができる。

② 医療費の地域格差の特例(経過措置:99市町村)

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の20%以上低く乖離している市町村においては、施行後最長6年の範囲内で広域連合の条例で定める期間、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。(下図参照)

※均一保険料との差額については、公費(国1/2、都道府県1/2)で負担する。

◎医療費の地域格差の特例のイメージ (例:条例で定める期間を「6年」とした場合)



後期高齢者医療制度の平成22年度及び23年度の保険料率等について(1)

	均一保険料率				被保険者一人当たり保険料額 (年額：円)			収入別の保険料額の例 (年額：円)			
	平成20年度・21年度		平成22年度・23年度		平成21年度	平成22年度（見込額）		平成21年度		平成22年度・23年度	
	均等割額 (円)	所得割率 (%)	均等割額 (円)	所得割率 (%)		増加率	基礎年金 受給者 <small>(年金収入79万円)</small>	平均的な 厚生年金受給者 <small>(年金収入201万円)</small>	基礎年金 受給者 <small>(年金収入79万円)</small>	平均的な 厚生年金受給者 <small>(年金収入201万円)</small>	
北海道	43,143	9.63	44,192	10.28	62,217	65,319	1.050	4,300	57,600	4,400	60,000
青森県	40,514	7.41	40,514	7.41	39,975	39,939	0.999	4,000	50,100	4,000	50,100
岩手県	35,800	6.62	35,800	6.62	38,270	38,342	1.002	3,500	44,500	3,500	44,500
宮城県	38,760	7.14	40,020	7.32	52,308	53,998	1.032	3,800	48,100	4,000	49,500
秋田県	38,426	7.12	38,925	7.18	37,108	38,110	1.027	3,800	47,800	3,800	48,300
山形県	37,300	6.85	38,400	7.12	38,782	40,678	1.049	3,700	46,200	3,800	47,800
福島県	40,000	7.45	40,000	7.60	45,083	45,473	1.009	4,000	49,800	4,000	50,200
茨城県	37,462	7.60	37,462	7.60	49,660	46,992	0.946	3,700	48,200	3,700	48,200
栃木県	37,800	7.14	37,800	7.18	48,939	48,886	0.999	3,700	47,300	3,700	47,400
群馬県	39,600	7.36	39,600	7.36	51,786	52,349	1.011	3,900	49,300	3,900	49,300
埼玉県	42,530	7.96	40,300	7.75	74,230	71,609	0.965	4,250	53,120	4,030	50,840
千葉県	37,400	7.12	37,400	7.29	64,279	64,909	1.010	3,700	47,000	3,700	47,400
東京都	37,800	6.56	37,800	7.18	84,274	88,439	1.049	3,700	45,900	3,700	47,400
神奈川県	39,860	7.45	39,260	7.42	85,890	85,724	0.998	3,980	49,760	3,920	49,210
新潟県	35,300	7.15	35,300	7.15	43,137	42,206	0.978	3,500	45,400	3,500	45,400
富山県	40,800	7.50	40,800	7.50	54,959	54,951	0.999	4,000	50,600	4,000	50,600
石川県	45,240	8.26	45,240	8.26	59,481	59,973	1.008	4,524	56,016	4,524	56,016
福井県	43,700	7.90	43,700	7.90	54,386	54,178	0.996	4,300	53,900	4,300	53,900
山梨県	38,710	7.28	38,710	7.28	46,325	46,195	0.997	3,870	48,440	3,870	48,440
長野県	35,787	6.53	36,225	6.89	45,770	48,023	1.049	3,500	44,300	3,600	45,500
岐阜県	39,310	7.39	39,310	7.39	54,576	55,162	1.011	3,900	49,100	3,900	49,100
静岡県	36,000	6.84	36,400	7.11	59,100	59,571	1.008	3,600	45,200	3,600	46,100
愛知県	40,175	7.43	41,844	7.85	73,998	77,658	1.049	4,000	49,900	4,100	52,300
三重県	36,758	6.79	36,800	6.83	49,321	50,102	1.016	3,675	45,702	3,680	45,832
滋賀県	38,175	6.85	38,645	7.18	54,369	56,103	1.032	3,817	46,980	3,864	48,148

後期高齢者医療制度の平成22年度及び23年度の保険料率等について（2）

	均一保険料率				被保険者一人当たり保険料額 (年額：円)			収入別の保険料額の例 (年額：円)			
	平成20年度・21年度		平成22年度・23年度		平成21年度	平成22年度（見込額）		平成21年度		平成22年度・23年度	
	均等割額 (円)	所得割率 (%)	均等割額 (円)	所得割率 (%)		増加率	基礎年金 受給者 <small>(年金収入79万円)</small>	平均的な 厚生年金受給者 <small>(年金収入201万円)</small>	基礎年金 受給者 <small>(年金収入79万円)</small>	平均的な 厚生年金受給者 <small>(年金収入201万円)</small>	
京都府	45,110	8.29	44,410	8.68	70,665	70,969	1.004	4,511	55,984	4,441	56,360
大阪府	47,415	8.68	49,036	9.34	76,833	80,728	1.051	4,741	58,764	4,903	61,644
兵庫県	43,924	8.07	43,924	8.23	70,041	71,095	1.015	4,392	54,507	4,392	54,891
奈良県	39,900	7.50	40,800	7.70	62,202	63,881	1.027	3,900	49,900	4,000	51,100
和歌山県	43,375	7.92	42,649	7.91	50,196	50,196	1.000	4,300	53,700	4,200	53,100
鳥取県	41,592	7.75	40,773	7.71	48,097	47,569	0.989	4,100	51,800	4,000	51,100
島根県	39,670	7.35	39,670	7.35	43,067	43,342	1.006	3,960	49,370	3,960	49,370
岡山県	43,500	7.89	44,000	8.55	56,621	59,013	1.042	4,300	53,700	4,400	55,700
広島県	40,467	7.14	41,791	7.53	60,310	63,801	1.058	4,046	49,509	4,179	51,504
山口県	47,272	8.71	46,241	8.73	64,779	64,299	0.993	4,727	58,721	4,624	57,944
徳島県	40,774	7.43	43,990	8.03	44,913	48,391	1.077	4,000	50,400	4,300	54,400
香川県	47,700	8.98	47,200	8.81	63,540	63,422	0.998	4,700	59,700	4,700	58,900
愛媛県	41,659	7.85	41,227	7.84	49,801	49,779	0.999	4,160	52,160	4,120	51,790
高知県	48,569	8.88	48,931	8.94	52,331	53,106	1.015	4,856	60,167	4,893	60,600
福岡県	50,935	9.24	52,213	9.87	71,851	75,401	1.049	5,090	62,920	5,220	65,450
佐賀県	47,400	8.80	47,400	8.80	53,795	53,720	0.999	4,700	59,000	4,700	59,000
長崎県	42,400	7.80	42,400	7.80	49,334	49,496	1.003	4,200	52,600	4,200	52,600
熊本県	46,700	8.62	47,000	9.03	50,443	51,931	1.030	4,600	58,000	4,700	59,200
大分県	47,100	8.78	47,100	8.78	52,710	53,159	1.009	4,700	58,700	4,700	58,700
宮崎県	42,800	7.95	42,500	7.55	43,965	42,760	0.973	4,200	53,300	4,200	52,100
鹿児島県	45,900	8.63	45,900	8.63	44,215	44,488	1.006	4,500	57,400	4,500	57,400
沖縄県	48,440	8.80	48,440	8.80	52,510	52,964	1.009	4,844	59,872	4,844	59,872
全国	41,500	7.65	41,700	7.88	62,000	63,300	1.021	4,150	51,600	4,170	52,300

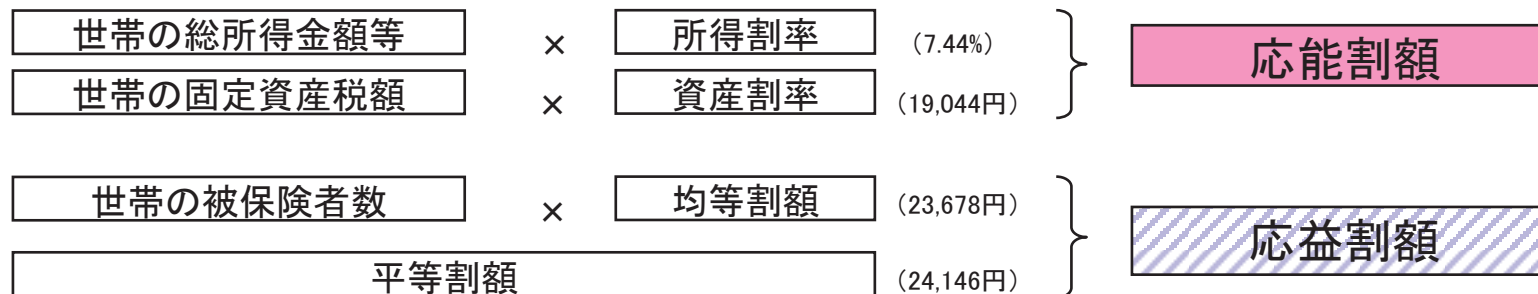
○ 均一保険料率（均等割額及び所得割率）は、平成22年度及び23年度とも同じであるが、被保険者一人当たり保険料額は、被保険者の所得水準の変化等の影響を受けることから、各年度において異なる額となる。このため、均一保険料率の据置き又は引下げを行った広域連合においても、被保険者一人当たり保険料額は増加している場合がある。

○ 被保険者一人当たり保険料額は、保険料改定に係る条例改正案提出時における見込額であり、被保険者ごとの保険料額が確定する6月から7月時点の額とは異なる。

国民健康保険料(税)の算定方法

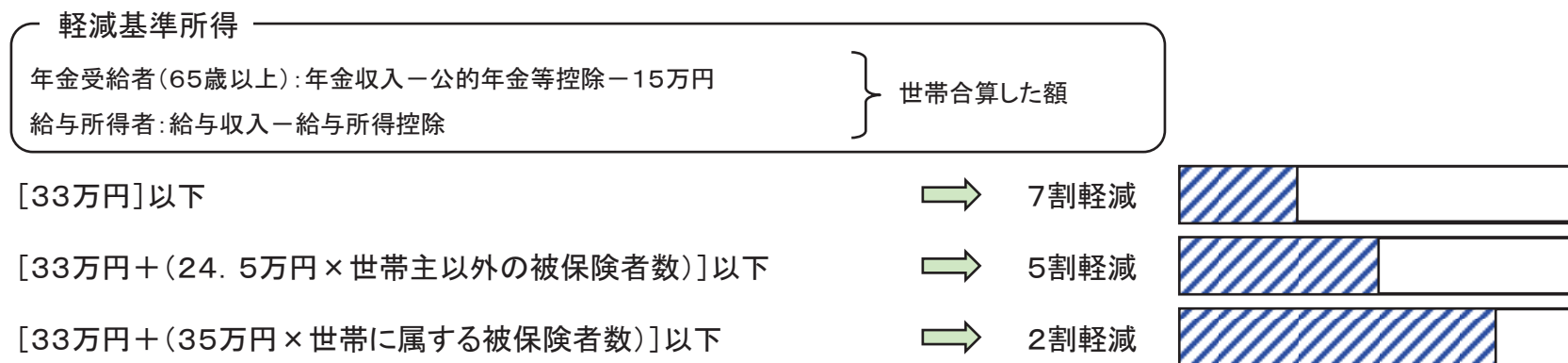
◎ 国民健康保険は、世帯毎に保険料を算定し、世帯主が納付義務を負う。

1. 各世帯の応能割額、応益割額を算定する(4方式) 他に所得割・均等割・平等割の3方式、所得割・均等割の2方式がある。

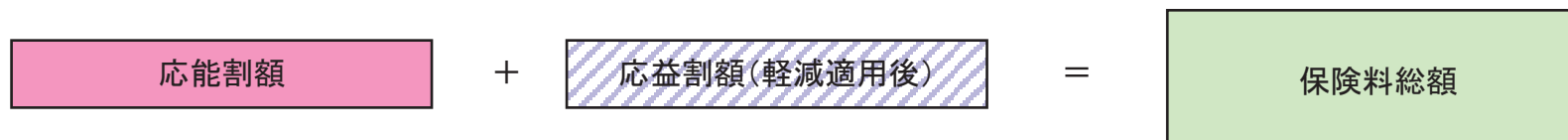


()内は平成19年度の4方式の全国平均値。ただし資産割は定額として算定。

2. 各世帯に属する被保険者の所得の合計額に応じて、応益割額に軽減を適用する。



3. 各世帯の応能割額、応益割額(軽減適用後)を合算して、保険料総額を決定する。



国民健康保険料(税)における所得割の算定基礎

○ 国民健康保険料(税)の所得割算定方式は7通りある。

※保険者数は平成20年度末の数値

1. 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(旧ただし書方式／1,663保険者)

$$\boxed{\text{総所得金額}} - \boxed{\text{基礎控除}} = \boxed{\text{算定基礎 (旧ただし書き所得)}}$$

33万円

2. 各種控除後の総所得金額を算定基礎とした保険料算定方式(本文方式／1保険者 ※平成22年度からは採用している保険者は無し)

$$\boxed{\text{総所得金額}} - \boxed{\text{基礎控除}} - \boxed{\text{所得控除}} = \boxed{\text{算定基礎 (本文方式所得)}}$$

※ 住民税非課税世帯は所得をゼロとして、保険料は賦課しない保険料算定方式(算定特例方式／1保険者)

3. 住民税額(注)を算定基礎とした保険料算定方式(住民税方式／37保険者)

$$\left(\boxed{\text{総所得金額}} - \boxed{\text{基礎控除}} - \boxed{\text{所得控除}} \right) \times \boxed{\text{住民税率}} - \boxed{\text{税額控除}} = \boxed{\text{算定基礎 (住民税方式所得)}}$$

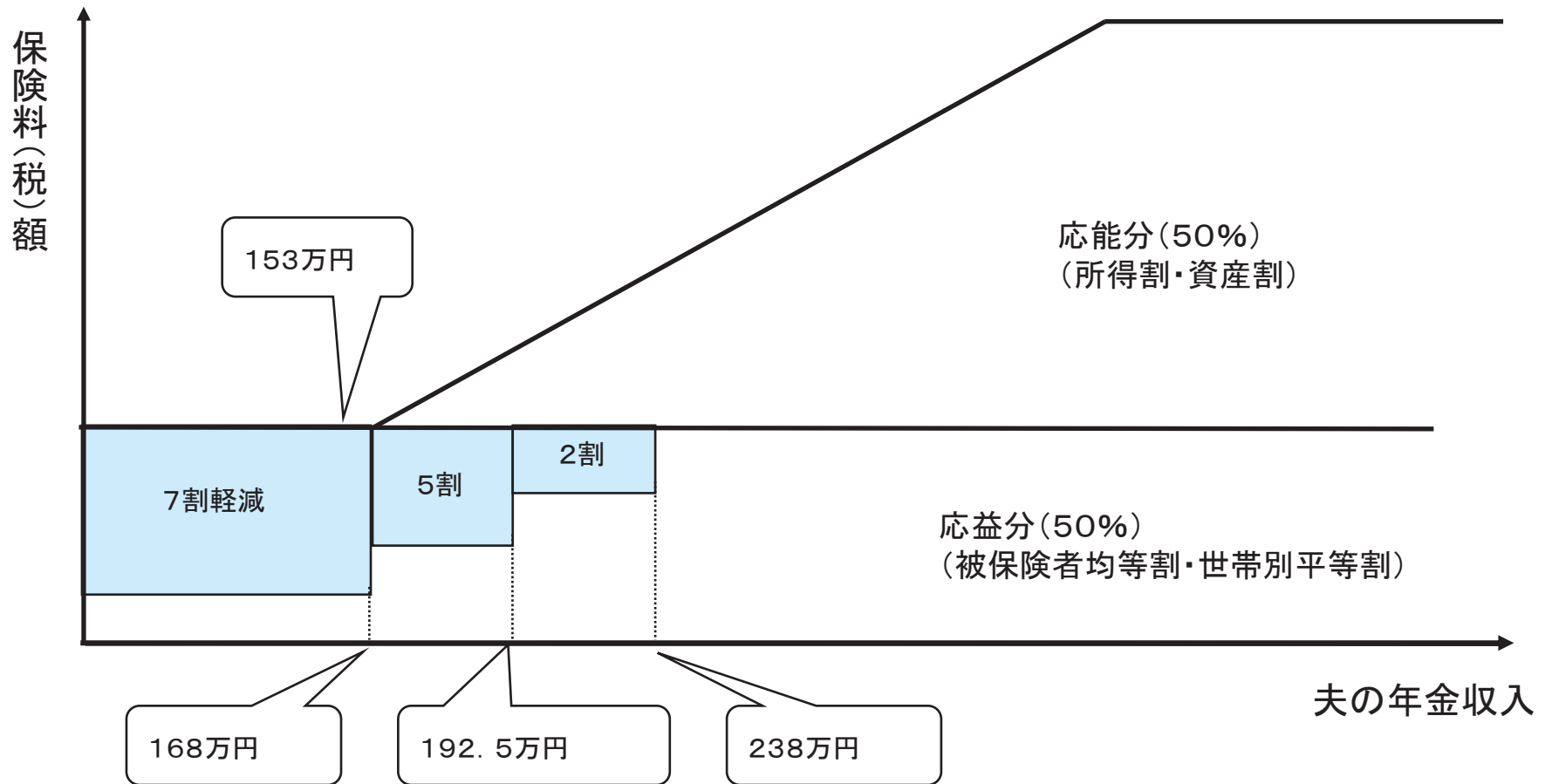
(注1) 算定基礎となる住民税額は以下3通り(上の模式図は①)

①市町村民税所得割額、②市町村民税額、③市町村民税及び道府県民税の合計額

(注2) 所得に応じてそもそも住民税非課税となる場合がある。

国民健康保険料(税)の軽減等について

- 市町村(保険者)は、国民健康保険の給付費の約50%を被保険者が負担する国民健康保険料(税)により賄うこととされている。
- 国民健康保険の保険料(税)については、被保険者の保険料負担能力に応じて賦課される応能分(所得割、資産割)と、受益に応じて等しく被保険者に賦課される応益分(被保険者均等割、世帯別平等割)から構成される。
- 低所得等の事情のある被保険者については、応益分を軽減(7割、5割、2割)する制度を設けている。



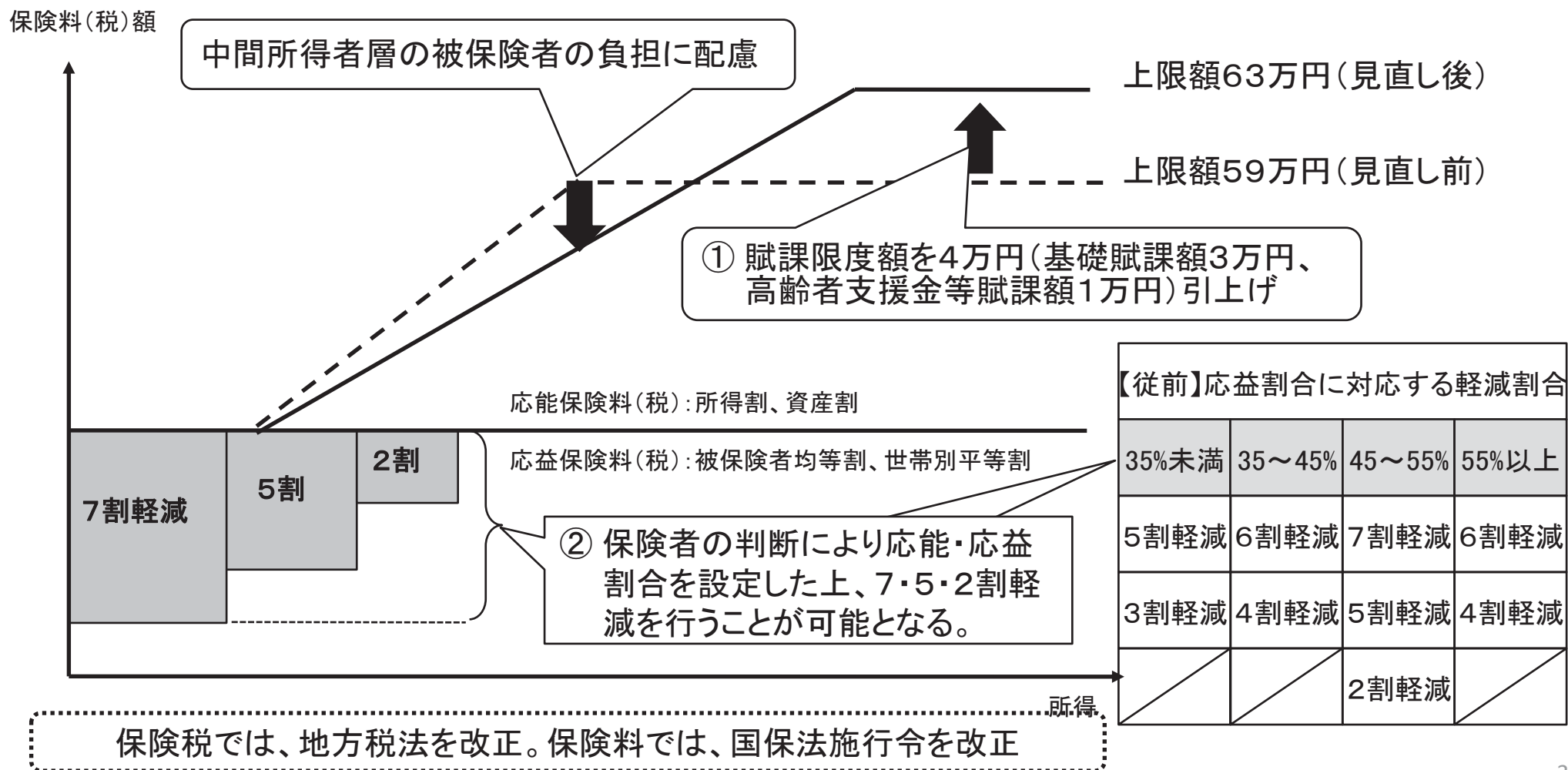
(注) 年金受給者(65歳以上)+配偶者(年79.2万円)の2人世帯の場合
(基礎控除後の総所得金額を算定基礎とした保険料算定方式(旧ただし書方式))

平成22年度における市町村国保の保険料(税)の見直し

市町村の実情に応じた保険料(税)の設定

【平成22年4月施行】

- ① 保険料(税)の保険料賦課限度額を4万円引き上げる。
- ② 保険料(税)を減額賦課する際、応益割合にかかわらず7・5・2割軽減を可能とする。



国民健康保険料(税)の保険料の上限額の設定について

- 現行の国民健康保険料(税)の賦課上限については、
 - ① 基礎賦課額(医療給付費を賄うためのもの) 47万円
 - ② 高齢者支援金等賦課額(後期高齢者支援金等を賄うためのもの) 12万円を合わせて、59万円としていたところ。
- これまで賦課上限を、毎年度見直し、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、被保険者の所得の伸びが見込まれず、これまでどおり、賦課上限額を超える世帯が全体の4%となるように設定していると、中間所得者層の負担が重くなること等を考慮し、平成22年度から
 - ① 基礎賦課額 50万円(3万円引き上げ)
 - ② 高齢者支援金等賦課額 13万円(1万円引き上げ)を合わせて、63万円とすることとした。

※ 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)

被用者保険の保険料に係る標準報酬月額等の上限の設定について

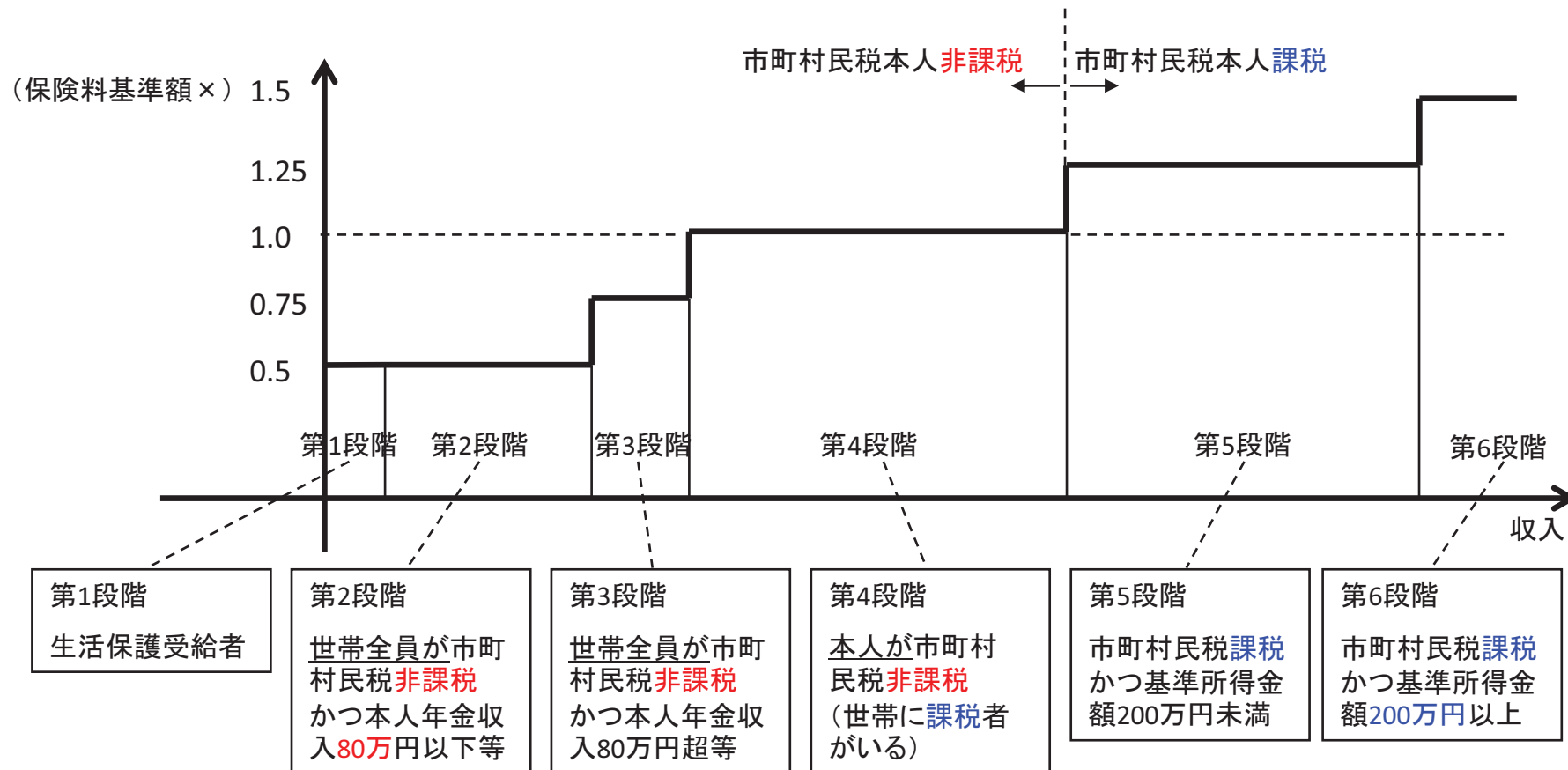
- 被用者保険の保険料の算出基礎となる標準報酬月額については、被保険者全体に占める標準報酬月額等級の上限に該当する被保険者の割合が1%となるよう、その上限については、報酬月額が1,175千円以上の場合に1,210千円としている。
- 被用者保険の保険料の算出基礎となる賞与の賦課上限額については、標準報酬月額の上限(1,210千円)×4.46ヶ月(平成17年度人事院勧告において比較対象としている民間の年間賞与月数)を基に、540万円としている。

※ 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

介護保険料(第1号保険料)について

- 介護保険の給付費の50%を、65歳以上の高齢者と40歳～64歳の者の人口比で按分し、市町村(保険者)は、その約20%を高齢者に個人単位で課した介護保険料により賄う。
- 介護保険料は、低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。(標準は6段階)

※ H21～23年度の保険料の全国平均額(月額)は、4,160円となっている。



後期高齢者医療制度の保険料の年金からの支払いについて

1 年金からの支払い(天引き)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

※ 年金からの支払いの主な理由

- 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

2 年金からの支払いの対象者

- ①公的年金の年額が18万以上であり、かつ、②介護保険料と合算した保険料額が年金額の1/2を超えない方

※ 75歳以上の高齢者の約8割が対象



3 保険料の口座振替

原則として、全ての方について、平成21年4月から、口座振替と年金からの支払いとの選択により、保険料の納付をできるようにした。

※平成22年4月;年金からの支払い件数 約1077万件、口座振替へ切り替えた件数 約75万件(平成20年10月からの累計)

国民健康保険料(税)の年金からのお支払いの対象者について

○ 国民健康保険における特別徴収対象者

国民健康保険では、原則として、平成20年4月より、世帯内の国民健康保険の被保険者が、世帯主の方も含めて全員、65歳から74歳までだけの世帯の世帯主の方の受給している年金から、保険料をお支払いいただく仕組みを導入しているところ。

<特別徴収・普通徴収の判定例>

【例1】	世帯主(国保)72歳、妻(国保)68歳の場合	→	特別徴収
【例2】	世帯主(国保)72歳、妻(国保)63歳の場合	→	普通徴収
【例3】	世帯主(後期)78歳、妻(国保)68歳の場合	→	普通徴収
【例4】	世帯主(国保)72歳、妻(国保)68歳、子(社保)40歳の場合	→	特別徴収

また、後期高齢者医療制度と同様、

- ① 年金額が年額18万円(月額1万5千円)未満の場合
- ② 介護保険料とあわせた保険料(税)額が年金額の1/2を超える場合
は、年金からの徴収の対象としない取扱いとしているところ。

原則として、全ての方について、平成21年4月から、口座振替と年金からの支払いとの選択により、保険料の納付をできるようにした。

※平成22年4月;年金からの支払い件数 約174万件、口座振替へ切り替えた件数 約51万件(平成20年10月からの累計)

新制度における保険料の納付方法について

【後期高齢者医療制度における保険料の納付】

- 後期高齢者医療制度の保険料の納付義務者は、高齢者の個々人。
- 以下の要件を満たす高齢者の保険料については、年金からの特別徴収を実施。

<要件>

- ① 公的年金の受給額が年額18万円以上
- ② 後期高齢者医療制度の保険料と介護保険の保険料との合算額が年金受給額の1/2以下
- ③ 保険料を口座振替の方法により納付することについての申し出がない

※ 国民健康保険においては、上記の要件に加え、世帯主を含む被保険者全員が65歳以上の世帯のみ年金からの特別徴収の対象としている。

<対象者数>

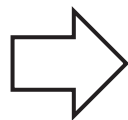
約1,077万人（平成22年4月の年金支給時）



【新たな制度における保険料の納付】

- 新たな制度においては、
 - ・ 国保に加入す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
 - ・ 被用者保険に加入する高齢者の保険料は、各被用者保険の算定方法・徴収方法を適用
- したがって、以下の75歳以上の高齢者は保険料の納付義務がなくなる。

75歳以上の高齢者
約1,400万人



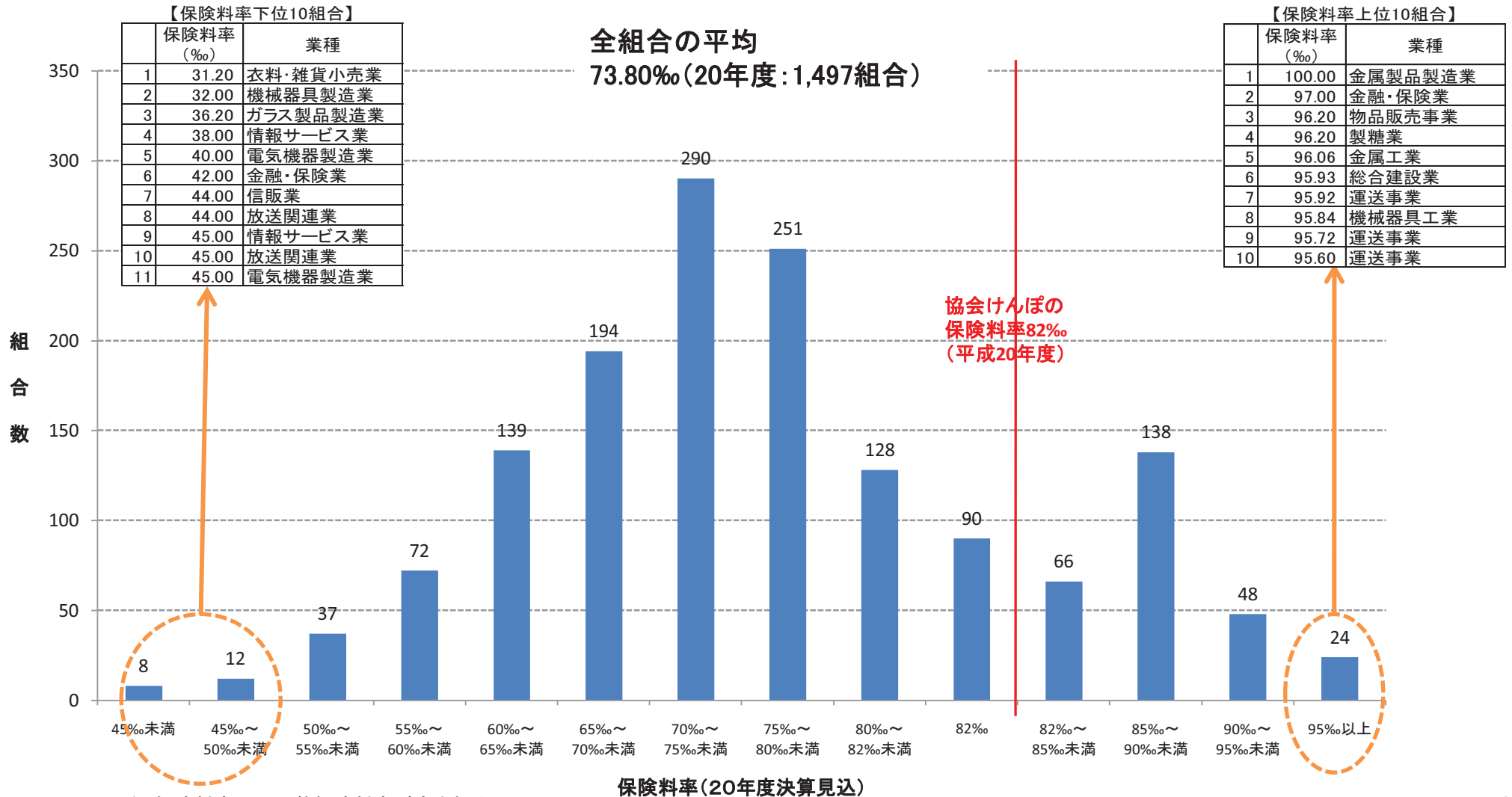
- 被用者保険へ移行する75歳以上の高齢者
 - ・ 本人：事業主が本人負担分と事業主負担分を合わせて被用者保険者へ納付 ⇒ 約30万人
 - ・ 被扶養者：保険料負担無し ⇒ 約190万人

- 国保の世帯員となる75歳以上の高齢者：世帯主が納付
⇒ 約300万人 ※ 平成19年度国保実態調査より

健保組合間の保険料率のばらつき

○ 被用者保険者間では、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、負担能力に応じた支え合いにすべきであり、その具体的な按分方法については、引き続き検討する。

- ・ 個々の健保組合の保険料率を見れば、45%未満から95%超まで、ばらつきがある。



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 外来400円/月		→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担		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			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 74歳		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		3割		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		3割 薬剤一部負担の 廃止		3割		70歳未 満		3割 (義務教育就学前2割)				
			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		3割 薬剤一部負担の 廃止		3割		70歳未 満		3割 (義務教育就学前2割)					

(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

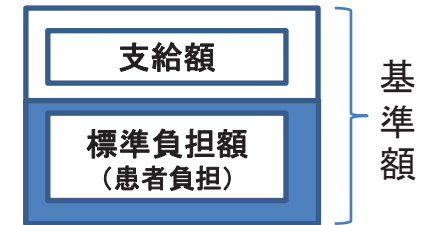
各医療保険制度における給付の内容

給付の種類	概要	給付の内容		
		後期高齢者医療制度	市町村国保	被用者保険
療養の給付	診療、薬剤の支給その他の医療サービス(現物給付)	医療費の1割 (現役並み所得者は3割)	【義務教育就学前の方】医療費の2割	
保険外併用療養費			【70～74歳の方】医療費の2割(1割に凍結中) (現役並み所得者は3割)	
訪問看護療養費			【上記以外の方】医療費の3割	
療養費	医療サービスに係る現物給付ができない等の場合に支給(現金給付)			
入院時食事療養・生活療養費	別紙のとおり			
高額療養費				
高額介護合算療養費				
移送費	医療サービスを受けるために病院等に移送されたとき、その費用として支給(現金給付)	必要な医療を行える最寄りの医療機関まで、その傷病の状態に応じ最も経済的な経路及び方法により移送された場合の交通費等の費用		
葬祭費・埋葬料	被保険者等が死亡したとき、葬祭の費用として支給(現金給付)	広域連合の条例に規定する金額(2～5万円程度)	市町村の条例に規定する金額(1～5万円程度)	5万円
出産育児一時金	出産等の費用として支給(現金給付)	—	原則として38万円(平成23年3月までは42万円)	
出産手当金	被保険者が出産又は傷病により労務に服することができないときに支給(現金給付)	—		1日につき標準報酬日額の3分の2相当額
傷病手当金		広域連合又は市町村の条例に規定して実施することができることとされているが、実施しているところはない。		

【患者負担】

入院時食事療養・生活療養費

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給し、患者負担の軽減を図る仕組み。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の方が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる居住費について、その一部を支給し、患者負担の軽減を図る仕組み。
- それぞれの支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式



<標準負担額の例>

区分	療養病床に入院する 65歳以上の方(※1)	左以外の方 (一般病床など)
一般の方	(食費) 1食460円 (※2) (居住費) 1日320円	1食につき 260円
市町村民税非課税の世帯 に属する方等	(食費) 1食210円 (居住費) 1日320円	1食につき 210円(※3)
上記のうち、世帯全員が 一定の所得以下	(食費) 1食130円 (居住費) 1日320円(※4)	1食につき 100円

(参考)介護保険施設(多床室)に入所している方の例	
標準的な利用者負担額	(食費) 1日1380円 (居住費) 1日320円
年金80万円超で市町村民 税非課税の方	(食費) 1日650円 (居住費) 1日320円
年金80万円以下の方	(食費) 1日390円 (居住費) 1日320円
生活保護を受給している方	(食費) 320円 (居住費) 0円

※1: 難病等の入院医療の必要性の高い方の負担額は、1食260円等(居住費の負担なし。)

※2: 管理栄養士等による栄養管理、適時・適温の食事等が提供されている場合に限る。

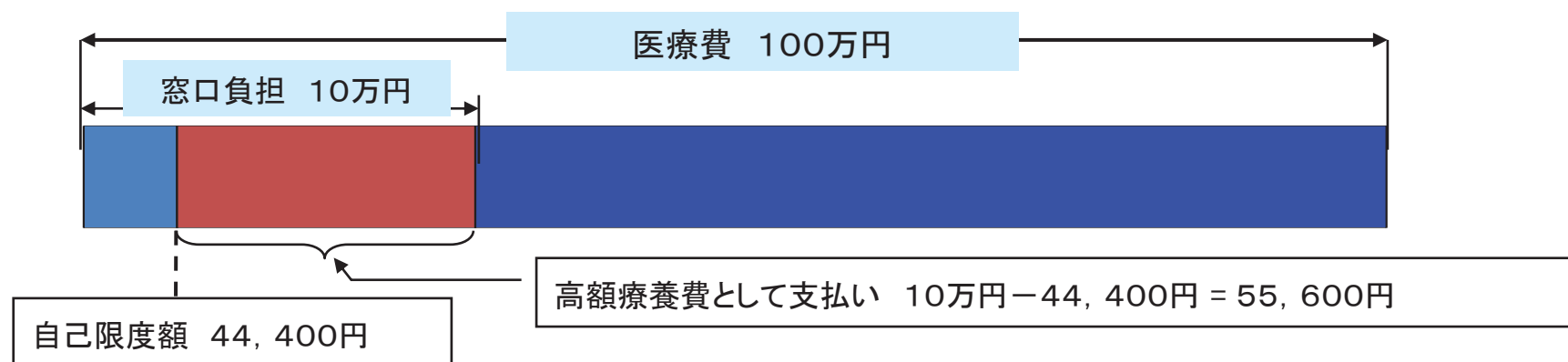
※3 過去1年間の入院日数が90日超の場合、160円

※4 老齢福祉年金受給者の場合はさらに軽減

高額療養費制度の概要

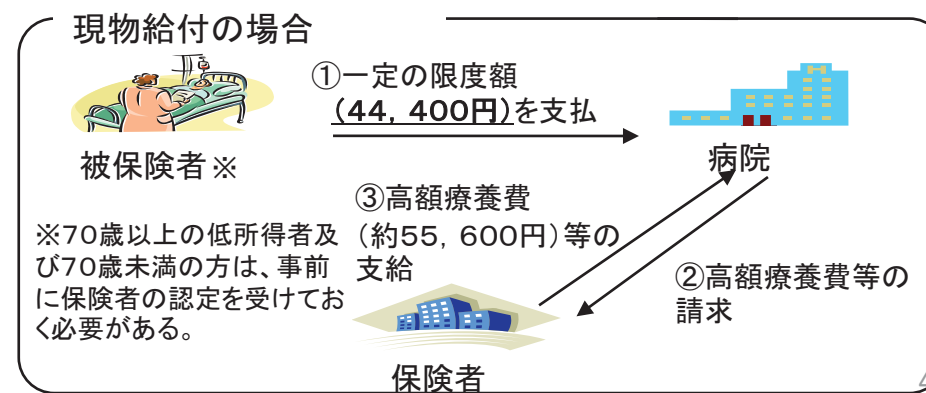
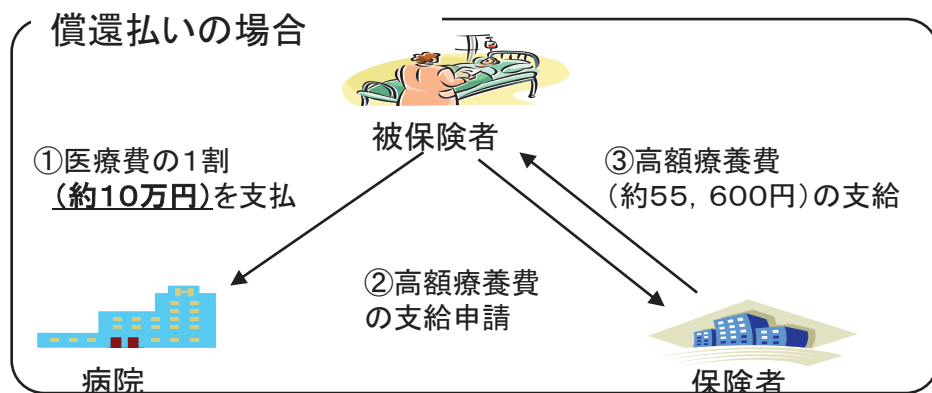
- 高額療養費制度は、被保険者が診療等を受ける際に支払うこととなっている患者負担が過重なものとならないよう、月ごとに限度額を設け、それを超える負担額を各医療保険者から高額療養費として事後的に払い戻す仕組み
- 自己負担限度額は、被保険者等の所得・年齢に応じてきめ細かく設定

<後期高齢者医療制度における一般的なケース（患者負担割合「1割」・限度額「一般」）>



- なお、保険医療機関に入院した場合には、高額療養費を現物給付化し、窓口での支払を自己負担限度額までにとどめている。

(例) 75歳の被保険者(患者負担割合「1割」、自己負担限度額44,400円)が入院し、医療費が約100万円かった場合。



高額療養費の自己負担限度額について

○ 医療保険制度においては、以下のとおり被保険者の所得・年齢に応じて月ごとの患者負担の限度額を設定している。

70歳未満の方	上位所得者 (月収53万円以上)	150,000円+医療費の1% (83,400円) ^{※1}	
	一般	80,100円+医療費の1% (44,400円) ^{※1}	
	低所得者 (市町村民税非課税)	35,400円 (24,600円) ^{※1}	
70歳以上の方			自己負担限度額 (世帯単位)
		外来(個人ごと)	
	現役並み所得者	44,400円	80,100円+医療費の1% (44,400円) ^{※1}
	一般	12,000円 ^{※2}	44,400円 ^{※2}
	低所得者Ⅱ(市町村民税非課税)	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ(年金収入80万円以下等)	15,000円		

※1 カッコ内の金額は、多数回該当の場合(過去12月に3回以上高額療養費の支給を受けていること)

※2 70~74歳の方については、患者負担割合の見直しの凍結(1割→2割)を踏まえ、限度額も据え置かれているもの。

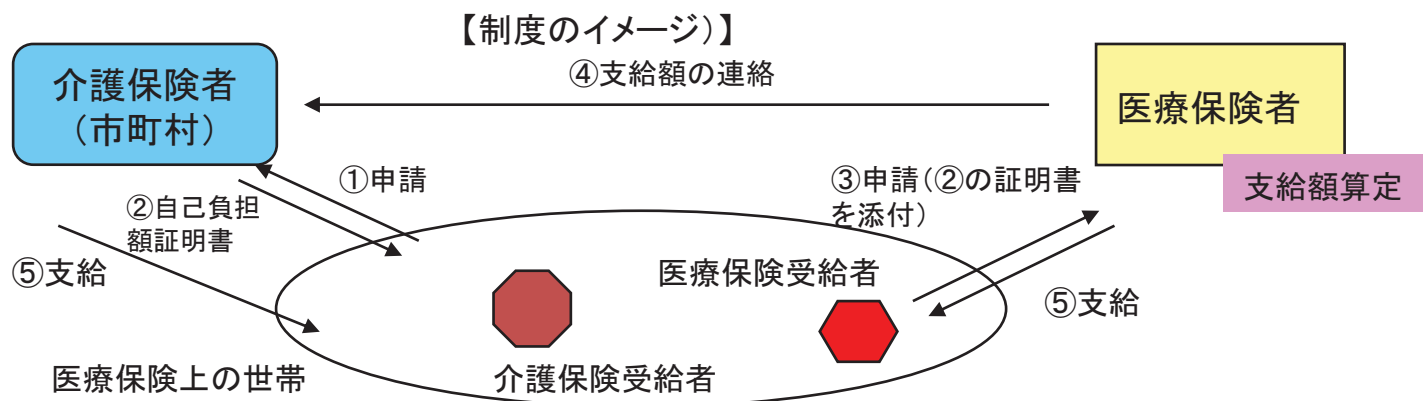
【参考】介護保険制度

所得区分	世帯の上限額
(1) 下記(2)または(3)に該当しない場合	37,200円
(2) ○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	24,600円
○市町村民税世帯非課税で[公的年金等収入金額+合計所得金額]が80万円以下である場合 ○市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	個人15,000円
(3) ①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	①個人15,000円 ②15,000円

高額介護合算療養費の概要

○ 1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の医療保険と介護保険における自己負担の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み。

- ①支給要件 医療保険上の世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、限度額及び支給基準額(500円)の合計額を超えた場合に、当該自己負担額を合算した額から限度額を控除した額を支給する。
- ②限度額 年額56万円を基本とし、被保険者の所得・年齢に応じてきめ細かく設定。
- ③費用負担 医療保険者、介護保険者の双方が自己負担額の比率に応じて負担し合う。



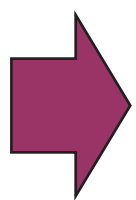
○ 夫婦とも75歳以上(住民税非課税)で、夫が医療サービス、妻が介護サービスを受けている世帯の場合
 (医療サービス)病院に入院 (介護サービス)特別養護老人ホームに入所
 (年金収入)夫婦で年間211万円以下(住民税非課税)

今まで(20年3月まで)

医療の自己負担 30万円

介護の自己負担 30万円

自己負担:年間60万円



これから(20年4月から)

医療費と介護費の自己負担(合計60万円)を支払った後、各保険者に請求

自己負担限度額(31万円)を一定程度超えた場合に、当該超えた額(29万円)を支給

保険者

自己負担:年間31万円(29万円の軽減)

高額介護合算療養費の自己負担限度額について

○ 年額56万円(高齢者医療と介護保険の自己負担を合算した額の分布状況を踏まえて設定)を基本とし、被保険者等の所得・年齢に応じてきめ細かく設定している。

		後期高齢者医療制度 ＋介護保険	被用者保険又は国保 ＋介護保険 (70歳～74歳がいる世帯(※1))	被用者保険又は国保 ＋介護保険 (70歳未満がいる世帯(※2))
現役並み所得者 (上位所得者)		67万円	67万円	126万円
一 般		<u>56万円</u>	62万円 →56万円(※3)	67万円
低所得者	Ⅱ	31万円	31万円	34万円
	Ⅰ	19万円	19万円	

※1・2 対象となる世帯に、70～74歳の方と70歳未満の方が混在する場合には、

①70～74歳の方に係る自己負担の合算額に、(※1)の区分の自己負担限度額を適用した後、

②なお残る負担額と、70歳未満の方に係る自己負担の合算額とを合算した額に、(※2)の区分の自己負担限度額を適用する。

※3 70～74歳の患者負担割合の見直し(1割→2割)の凍結を踏まえ、限度額についても75歳以上の方と同等に設定

現役並み所得者について

- 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※ ¹ の額が145万円※ ² 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※ ³ 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。

【要件】

後期高齢者医療制度	世帯の被保険者全員の収入※ ¹ の合計額が520万円※ ² 未満(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円※ ³ 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. 医療サービス

後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方

～平成19年4月11日 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会～

後期高齢者の心身の特性

- 1 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患(特に慢性疾患)が見られる。
- 2 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
- 3 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることのできない死を迎えることとなる。

基本的な視点

- 1 後期高齢者の生活を重視した医療
- 2 後期高齢者の尊厳に配慮した医療
- 3 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

後期高齢者医療における課題

- 1 複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要。
- 2 慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考えることが必要。
- 3 複数医療機関を頻回受診し、検査や投薬が多数・重複となる傾向。
- 4 地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要。
- 5 患者自身が、正しく理解をして自分の治療法を選択することの重要性が高い。

後期高齢者にふさわしい医療の体系

- 1 急性期入院医療にあっても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要
- 2 在宅(居住系施設を含む)を重視した医療
 - ・ 訪問診療、訪問看護等、在宅医療の提供
 - ・ 複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
 - ・ 医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携
- 3 介護保険等他のサービスと連携の取れた一体的なサービス提供
- 4 安らかな終末期を迎えるための医療
 - ・ 十分に理解した上での患者の自己決定の重視
 - ・ 十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制

後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬については、この「基本的考え方」に基づき、今後、診療報酬体系の骨子を取りまとめるべく検討を進める。

平成22年度診療報酬改定の基本方針

平成21年12月8日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

抜 粋

I 平成22年度診療報酬改定に係る基本的考え方

2. 改定の視点

- また、患者の視点に立った場合、質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるが、これを実現するためには、国民一人一人が日頃から自らの健康管理に気を付けることはもちろんのこと、生活習慣病等の発症を予防する保健施策との連携を図るとともに、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。
このため、「**医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

II 平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点から）

(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- 患者一人一人の心身の状態にあった質の高いサービスをより効率的に受けられるようにするためには、医療と介護の機能分化と連携を推進していくことなどが必要であり、医療機関・介護事業所間の連携や医療職種・介護職種間の連携などを推進していくことが必要である。
- このため、質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進や、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価について検討するべきである。
- その際には、医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価についても検討するべきである。

III 後期高齢者医療の診療報酬について

- 75歳以上の方のみに適用される診療報酬については、若人と比較した場合、複数の疾病に罹患しやすく、また、治療が長期化しやすいという高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられたものであるが、行政の周知不足もあり、高齢者をはじめ国民の方々の理解を得られなかったところであり、また、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになったところである。
- このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとするべきである。

平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 +0.19% (約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) +1.55% (約5,700億円)

医科 +1.74%
(約4,800億円)

入院 +3.03%
(約4,400億円)
外来 +0.31%
(約400億円)

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

歯科 +2.09% (約600億円)

調剤 +0.52% (約300億円)

薬価等 ▲1.36% (約5,000億円)

社会保障審議会の「基本方針」

1. 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減

2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者診療料関連の点数の廃止

- ・心身全体の管理を行う担当医の評価は高齢者に限って行われるべきでない
- ・本点数と機能が重複している生活習慣病管理料を全年齢対象とする

後期高齢者診療料 600点 → 廃止

後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない

後期高齢者終末期相談支援料 200点 → 廃止

その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料

(退院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 → 歯科疾患在宅療養管理料

後期高齢者退院時薬剤情報提供料
薬剤管理指導料退院時服薬指導加算 } → 退院時薬剤情報管理指導料



➤ その他の見直し

(例) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止 (栄養サポートチーム加算で対応)

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)

平成22年度診療報酬改定における主要改定項目について

V 高齢者医療の診療報酬についての診療報酬について

第1 基本的な考え方

社会保障審議会医療保険部会において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとされた。この方針に基づき、診療報酬体系において「後期高齢者」という名称を削除するとともに、各項目の趣旨・目的を踏まえた見直しを行い、原則として対象者を全年齢に拡大する。

第2 具体的な内容

1. 対象者を全年齢に拡大する項目

(1) 医科診療報酬における項目

①後期高齢者特定入院基本料

後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を全年齢に拡大する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により当該入院基本料の算定ではなく従来どおりの出来高による算定も可能とする。

「重点課題2-1-①」の第2の5. を参照のこと。

→（参照）5. 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料の算定ではなく、従来どおりの出来高による算定も可能とする。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者特定入院基本料】（1日につき） [対象者] 特定患者（<u>高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける者（以下「後期高齢者」という。）である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）</u>）</p>	<p>【特定入院基本料】（1日につき） [対象者] 特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。））</p>

②薬剤情報提供料の後期高齢者手帳記載加算

現在、入院中又は入院外において使用又は投薬された主な薬剤や副作用の情報を、薬剤の重複投与や副作用の防止等の観点から、薬剤服用歴を経時的に管理できる手帳（いわゆる「お薬手帳」）に記載し、地域の医療機関や薬局で共有し、管理できるようにする取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。ただし、必ずしも「お薬手帳」への記載を要しない場合もあることから、患者の求めがあった場合にのみ算定することとする。

現 行	改定案
<p>【薬剤情報提供料】 10点 注2 後期高齢者手帳記載加算 5点 後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>	<p>【薬剤情報提供料】 10点 注2 手帳記載加算 3点 改 処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、所定点数に加算。</p>

③後期高齢者退院時薬剤情報提供料

後期高齢者が入院中に服用した主な薬剤の情報の管理が退院後にも継続的に行えるような取組を現行上評価している。

こうした薬剤管理に係る取組は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大するとともに、現在では同趣旨の評価であるため併算定できないこととされている薬剤管理指導料の退院時服薬指導加算と統合した評価とする。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者退院時薬剤情報提供料】 100点</p> <p>注 後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>【薬剤管理指導料】 注 退院時服薬指導加算 50点 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、加算する。</p>	<p>【退院時薬剤情報管理指導料】 90点 改</p> <p>注 患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p> <p>（廃止）</p>

④後期高齢者処置及び後期高齢者精神病棟等処置料

医療機関において褥瘡等を予防する取組を促進するため、入院期間が1年を超える後期高齢者に対して褥瘡等の処置を行った場合の費用を現行上包括評価としている。

こうした長期の入院医療を要する患者における褥瘡等の予防は年齢を問わず重要であることから、対象者を全年齢に拡大する。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者処置】 （1日につき） 12点 注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>【後期高齢者精神病棟等処置料】 15点 注1 高齢者医療確保法に規定する療養の給付を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。） （1）100cm²以上 500cm²未満 （2）500cm²以上 3,000cm²未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置 （1）100cm²以上 500cm²未満 （2）500cm²以上 3,000cm²未満</p>	<p>【長期療養患者褥瘡等処置】 （1日につき） 24点 改 注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>【精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置】 30点 改 注1 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対して、創傷処置や皮膚科軟膏処置を行った場合、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>イ 創傷処置（熱傷に対するものを除く。） （1）100cm²以上 500cm²未満 （2）500cm²以上 3,000cm²未満</p> <p>ロ 皮膚科軟膏処置 （1）100cm²以上 500cm²未満 （2）500cm²以上 3,000cm²未満</p>

(2) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（歯科診療報酬）

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理を行うため、後期高齢者口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

「Ⅲ－5」の第2の3. を参照のこと。

→（参照）3. 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の廃止及び歯科疾患在宅療養管理料の新設

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理の評価を行うため、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設する。

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料（月1回）180点 → 廃止

新 歯科疾患在宅療養管理料（月1回）
在宅療養支援歯科診療所の場合 140点
（口腔機能管理加算 50点）
その他の場合 130点

[算定要件]

- (1) 在宅療養支援歯科診療所又はその他の歯科保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、在宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な患者に対して歯科訪問診療料を算定した場合であって、歯科診療を行うに当たり、当該患者の心身の特性や、歯科疾患の状態、口腔機能の状態、総合的な医療管理の必要性等を踏まえ、継続的な管理を行う必要がある患者を対象とする。
- (2) 患者又はその家族の同意を得て、管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合又は1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供した場合に月1回に限り算定する。
- (3) 2回目の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料の算定月の翌月以降月1回に限り算定する。
- (4) 管理計画書には、患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、実施した検査結果の要点等の情報を記載する。
- (5) 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が当該患者の口腔内の状態に応じて口腔機能評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理を行った場合には、口腔機能管理加算として、月1回に限り所定点数に加算する。
- (6) 歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料及び歯科矯正管理料は別に算定できない。

(3) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（調剤報酬）

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

「Ⅲ－7－④」を参照のこと。

→（参照）④ 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の見直し

第1 基本的な考え方

現行の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については、後期高齢者以外の患者における薬剤服用歴管理指導料（患者の薬歴を踏まえた上での薬剤に関する基本的な説明と服薬指導に対する評価）と薬剤情報提供料（「お薬手帳」に薬剤情報や注意事項を記載することに対する評価）を統合した評価となっているが、これを見直し、後期高齢者以外の患者に合わせて別個の評価体系とする（年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一する。）。

第2 具体的な内容

現 行	改定案
<p>【後期高齢者薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 35点</p> <p>注 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと</p> <p>ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点</p> <p>注 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと</p> <p>ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと</p> <p>【薬剤情報提供料】 （処方せんの受付1回につき） 15点 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する</p>

2. 特に議論のあった項目

(1) 後期高齢者診療料関連

重複疾患を有しやすい等の後期高齢者の特性に配慮し、心身全体の管理を行う担当医の評価を行ったものであったが、こうした取組は高齢者に限って行われるべきものでないことから、廃止する。

その上で、本点数と機能が重複している生活習慣病管理料について、年齢要件を廃止し、全年齢を対象とする。

現 行	改定案
【後期高齢者診療料】 （1月につき） 600点	（廃止）
【後期高齢者外来患者緊急入院診療加算】 （入院初日） 500点	（廃止）
【後期高齢者外来継続指導料】 （退院後最初の診療日） 200点	（廃止）

(2) 後期高齢者終末期相談支援料関連

終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民からも望まれているものの、それを診療報酬上評価することについては国民的合意が得られていない。こうした検証結果を踏まえ、現在凍結されている後期高齢者終末期相談支援料を廃止する。

現 行	改定案
【後期高齢者終末期相談支援料（医科）】 （1回限り） 200点	（廃止）
【後期高齢者終末期相談支援料（調剤）】 （1回限り） 200点	（廃止）
【後期高齢者終末期相談支援加算】 （1回限り） 200点	（廃止）

3. 例外的な見直しを行う項目

(1) 診療所後期高齢者医療管理料

有床診療所における初期加算の新設、医師配置加算の見直し、入院基本料等加算の拡充に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。なお、当該点数を算定していた有床診療所については、介護保険サービスにおける短期入所療養介護の施設基準を満たすことから、引き続き同様のサービスを提供することが可能である。

「重点課題1-3-②」の第2の1.の(4)を参照のこと。

→（参照）有床診療所の一般病床が有する後方病床機能の評価

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所について評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

(2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

今回改定で新設される栄養サポートチーム加算において、低栄養の高齢者に対する栄養管理の評価を含んでいることから、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

「重点課題2-1-②」の第2の2.(2)を参照のこと。

→（参照）(2) 栄養サポートチーム加算の新設に合わせ、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

(3) 後期高齢者総合評価加算

病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

「Ⅲ-6」の第2の1.を参照のこと。

→（参照）1. 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行うことを評価した後期高齢者総合評価加算について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

現 行	改定案
<p>【後期高齢者総合評価加算】 (入院中1回) 50点 保険医療機関が、入院中の後期高齢者である患者に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>	<p>【総合評価加算】 改 (入院中1回) 50点 <u>保険医療機関が、入院中の患者（65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者であって介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第3号に規定する要介護者又は同条第4号に規定する要支援者に該当することが見込まれる者に限る）</u> に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲、<u>退院後の介護サービスの必要性等</u>について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。</p>

(4) 後期高齢者退院調整加算

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

「重点課題2-3-①」の第2の2. を参照のこと。

→(参照) 2. 主に急性期医療を担う病棟における退院調整加算の新設

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。

改 急性期病棟等退院調整加算1 140点(退院時1回)
 急性期病棟等退院調整加算2 100点(退院時1回)

[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料(いずれも特定入院基本料を除く。)を算定している患者。

[算定要件]

適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

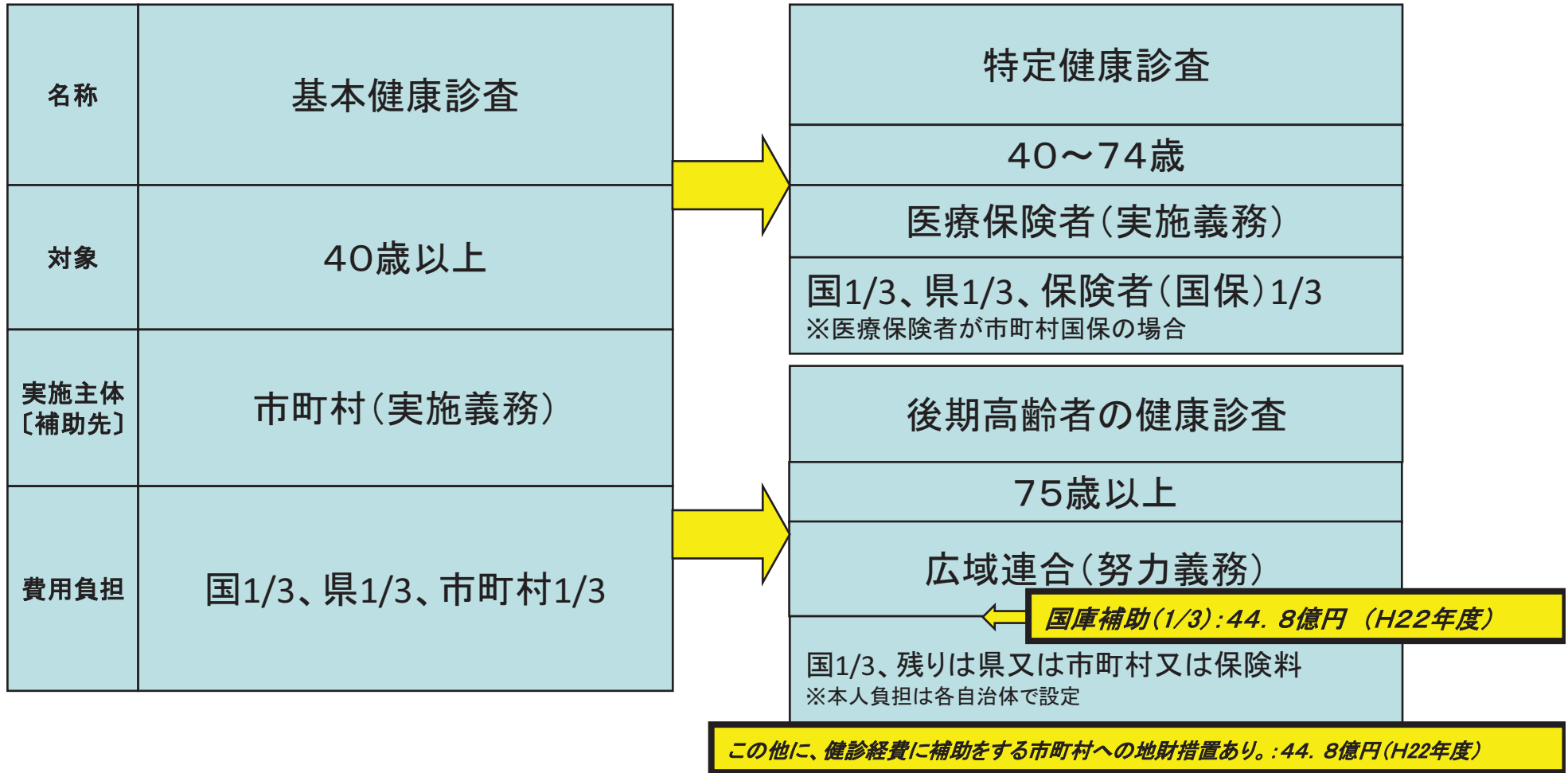
急性期病棟等退院調整加算2:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

5. 保健事業等

後期高齢者の健康診査について

老人保健法(～H19)

高齢者医療確保法(H20～)



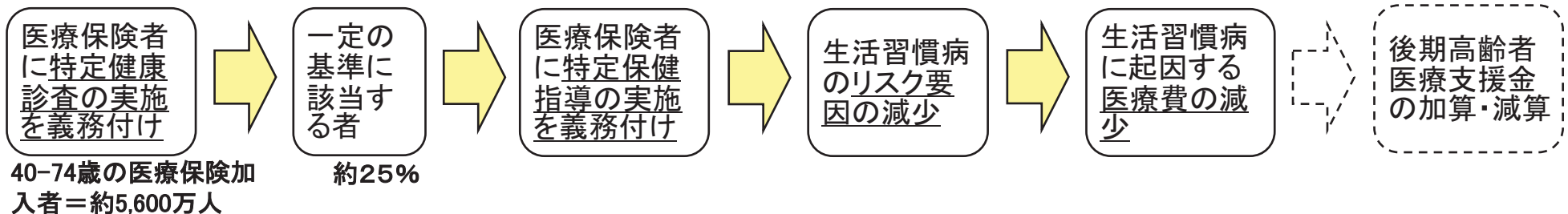
特定健診・特定保健指導について

基本的な枠組み

- 医療保険者(国保・被用者保険)に対し、40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づけ(平成20年度より)。

主な内容

- 各医療保険者は、作成した特定健康診査等実施計画に基づき、計画的に健診・保健指導を実施
- 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底を図る。
- 被用者保険の被扶養者等については、地元の市町村で健診・保健指導を受けられるよう配慮
 - ⇒ 医療保険者は、集合契約等により、市町村国保における事業提供の活用が可能(費用負担及びデータ管理は、利用者の属する医療保険者が行う)
 - ⇒ 都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって、効率的なサービス提供がなされるよう、各医療保険者間の調整や助言を行う。
- 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。また、被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供する。
- 市町村国保や被用者保険(被扶養者)の健診について、一部公費による支援措置を行う。



特定健康診査と75歳以上の健康診査の健診項目比較

○ 75歳以上の健康診査の健診項目については、腹囲の計測を除き、特定健診と同様。

健診項目		特定健診	健康診査(75歳以上)
問診	服薬歴、既往歴、生活習慣に関する項目	○	○
	自覚症状等	○	○
計測	身長	○	○
	体重	○	○
	BMI	○	○
	血圧	○	○
	腹囲	○	
診察	理学的所見(身体診察)	○	○
脂質	中性脂肪	○	○
	HDL	○	○
	LDL	○	○
肝機能	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
代謝系	空腹時血糖	■	■
	ヘモグロビンA1c	■	■
尿・腎機能	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
貧血検査 (血液一般)	血色素量	●	●
	赤血球数	●	●
	ヘマトクリット値	●	●
心機能	心電図検査	●	●
眼底検査	眼底検査	●	●
医師の判断	医師の判断欄の記載	○	○

○: 必須項目

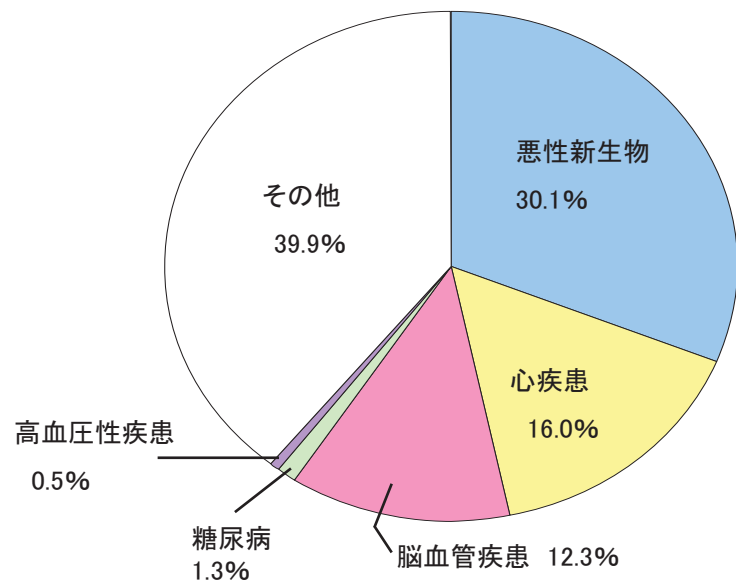
●: 医師の判断に基づき選択的に実施する項目

■: 空腹時血糖とヘモグロビンA1cのいずれか一方を実施

生活習慣病対策について

生活習慣病は死亡割合の約6割を占めている。

死因別死亡割合(平成17年) 生活習慣病・・・60.1%

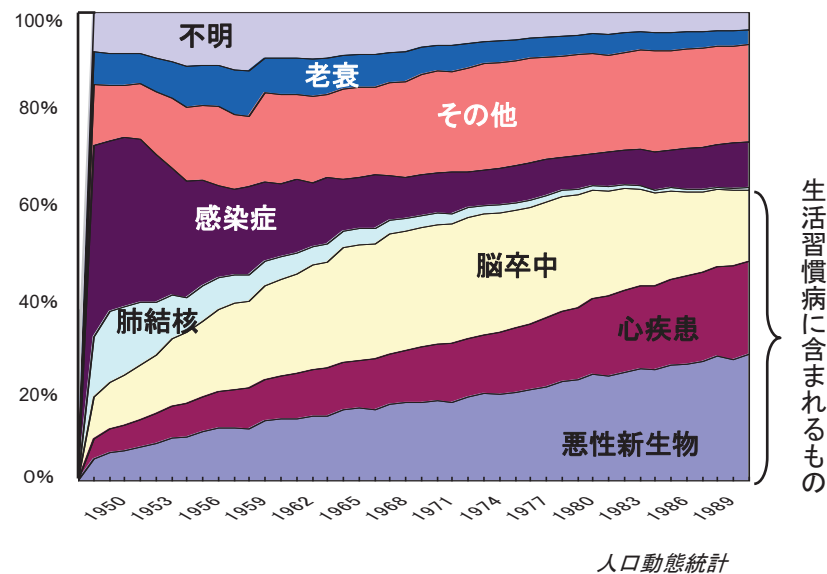


(注)人口動態統計(平成17年)により作成

※ 生活習慣病に係る医療費は、国民医療費(約33兆円)の約3分の1(10.7兆円)(平成17年)

我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化している。

我が国における死因別死亡割合の経年変化
(死亡割合1947-1989)



総合的な生活習慣病対策の実施が急務

→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

医療制度改革において、生活習慣病予防の観点から、メタボリックシンドロームの概念を踏まえた、医療保険者による健康診査や保健指導を導入(平成20年度より実施)

後期高齢者医療制度の保健事業等について

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 24%(実績見込)

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図るための周知啓発を実施。

平成22年度 国保保健事業

平成21年度

(1) 国保ヘルスアップ事業
生活習慣病の一次予防の取組の重点化
特定健診・保健指導の効果的な実施

- ①先駆的・モデル的事業
- ②受診勧奨者への訪問指導事業
- ③早期介入保健指導事業

(2) 国保保健指導事業
○重複・多受診者への訪問指導

(3) 健康管理センター等健康増進事業
①健康管理センターによる事業
包括的な保健医療の取組の推進
②歯科保健センターによる事業
歯科にかかる在宅ケアの推進
③直営診療施設による事業
保健・医療・福祉の連携による健康の保持増進

(4) 健康総合対策事業
(平成22年度廃止)

(5) 生活習慣病予防対策支援事業
○年度途中加入者対策
(平成22年度廃止)

○健診等の未受診者対策
特定健診・保健指導の未受診者等
に対し、その理由等に応じた取組

平成22年度

被保険者の健康の保持増進・QOLの向上と医療費適正化に資するため、被保険者の積極的な健康づくりを推進し、地域の特性や創意工夫を活かした事業の実施を支援する。

○保健事業の中・長期的な実施計画の作成とそれに基づく事業助成

(1) 国保ヘルスアップ事業（先駆的・モデル的事業）【再編】
市町村保険者が医療機関等と連携し、地域における生活習慣病の発症予防から重症化防止の連携・支援システムを構築し、受療促進や治療・服薬の中断防止などを総合的に行う。

(2) 国保保健指導事業
①重点的に推進する事業（必須事業）【新規】
○特定健診・保健指導の未受診者対策
・地区組織や関係機関と連携した対策
・生活習慣病予防に関する健康意識の啓発
○生活習慣病の1次予防のための早期介入
・40歳以上の特定保健指導予備群に対する早期介入（特定保健指導の対象者は除く）
・40歳未満の被保険者に対する早期介入

②国保一般事業
○健康教育 ○健康相談 ○保健指導
○訪問指導 ○歯科保健活動
○健康づくりを推進する地域活動等の育成等
○その他（市町村独自の取組）

(3) 健康管理センター等健康増進事業
①健康管理センターによる事業
②歯科保健センターによる事業
③直営診療施設による事業

一律助成
助成期間 3年

保険者の実施計画に基づいた一括助成方式
被保険者数に応じた助成

従来の助成の継続

協会けんぽにおける医療費適正化対策

保険者機能強化アクションプランを策定し、これに基づき以下の取組を実施。

- 地域の医療費等の分析の推進
 - ・ 都道府県支部ごとに医療費、健診データのレーダーチャート等を公表
 - ・ 地域の医療費分析、健診データと医療費データの突合分析
- 後発医薬品の使用促進
 - ・ 医療費通知等に同封し、希望カード3, 300万枚を加入者に直接配布
 - ・ 後発医薬品に切り替えた場合の自己負担の軽減額を個人ごとに通知
 - ※40歳以上の長期服用者（全国で約170万人の見込み）に重点的に実施。全国展開中。
- インターネットを通じた医療費のお知らせ
- 保健指導の効果的な推進
- 関係方面への積極的な発信
- 調査研究の推進

健保組合における医療費適正化対策

「健康保険組合事業運営指針」（保険局長通知）に基づき、各健保組合において、以下の取組を実施。

- 医療費通知、レセプト点検、傷病手当金の適正支給の確認、被保険者証の検認、後発医薬品の使用促進

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

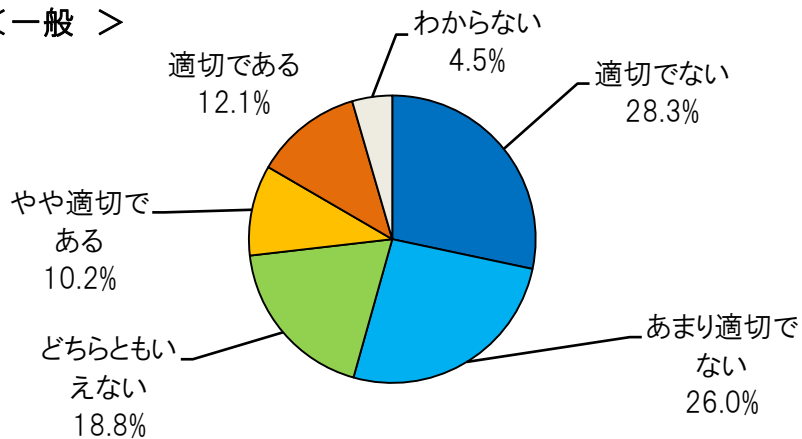
＜質問＞ 「後期高齢者」という名称について、どのように感じられますか。

＜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%

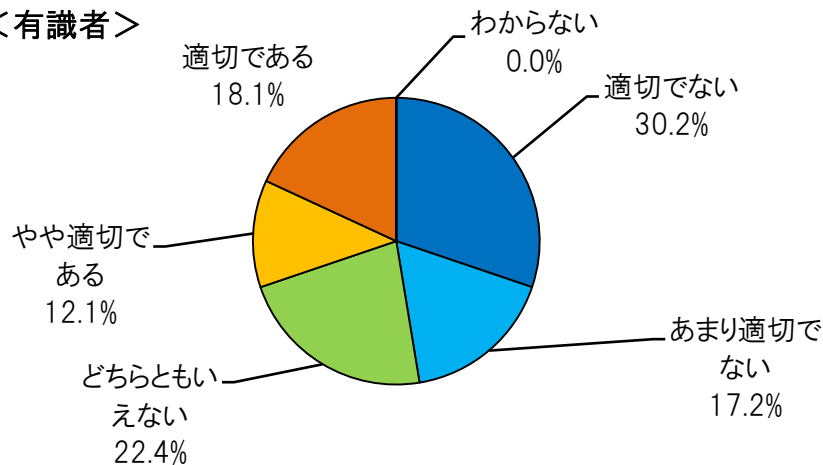
【回答結果】

「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。

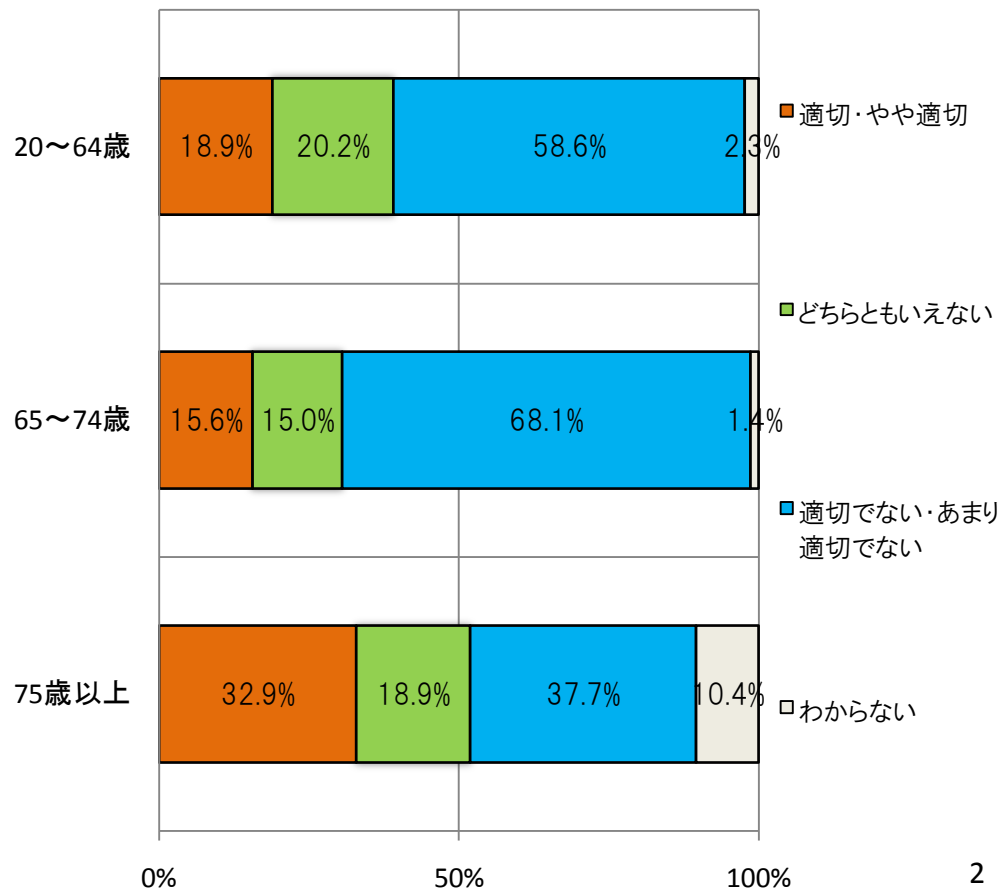
＜一般＞



＜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

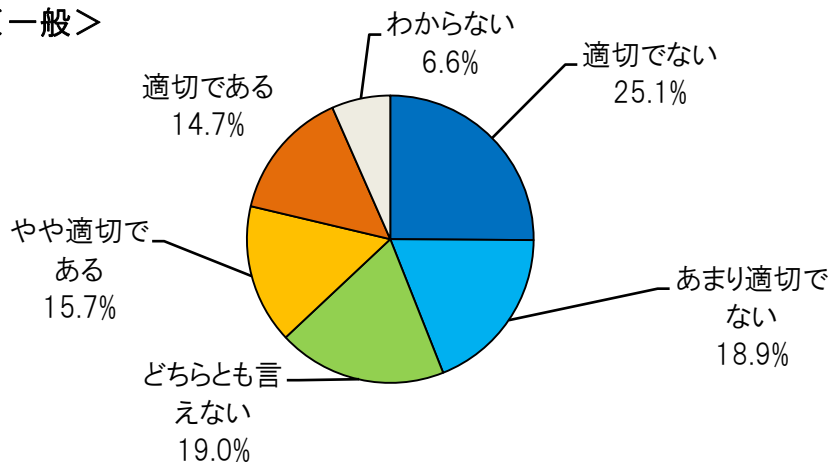
<質問> 一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて、どのように感じられますか。

<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%

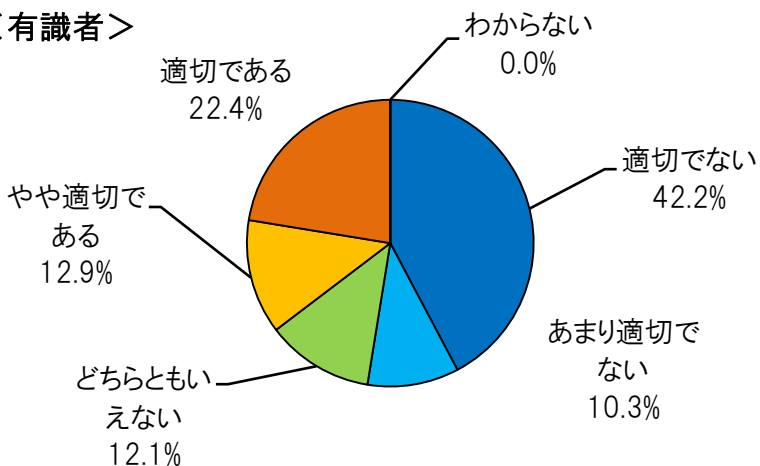
【回答結果】

「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。

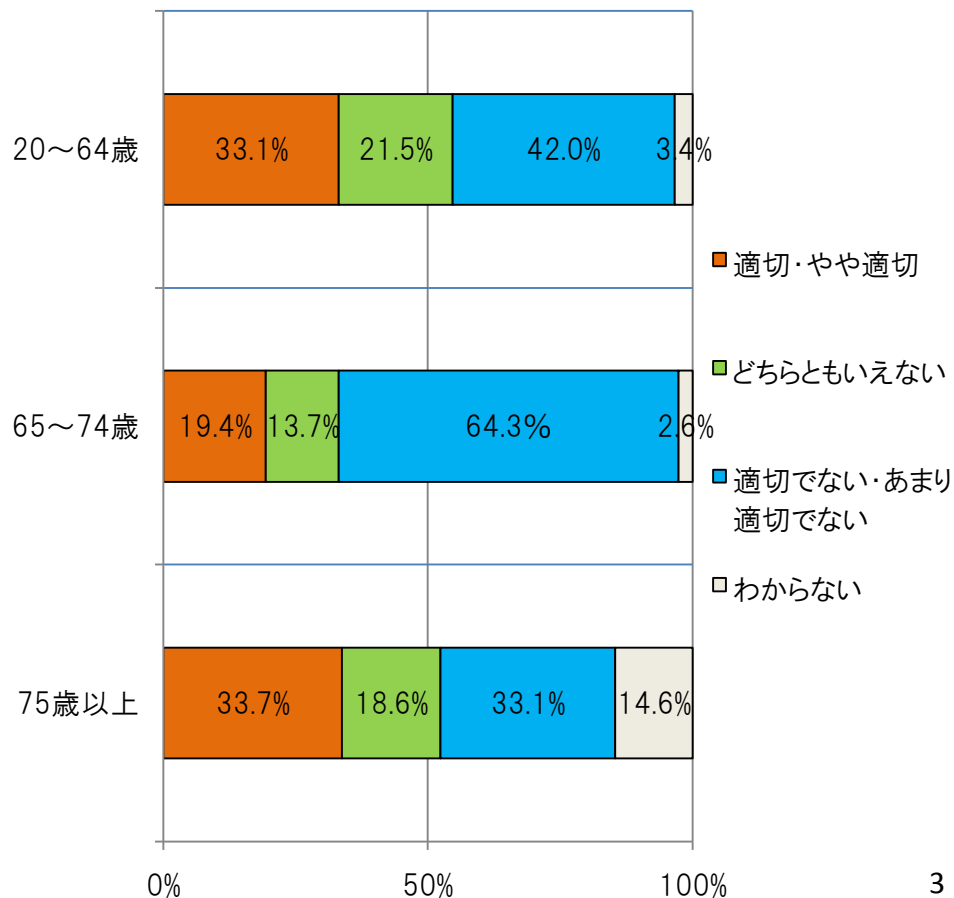
<一般>



<有識者>



(一般:年齢層別)



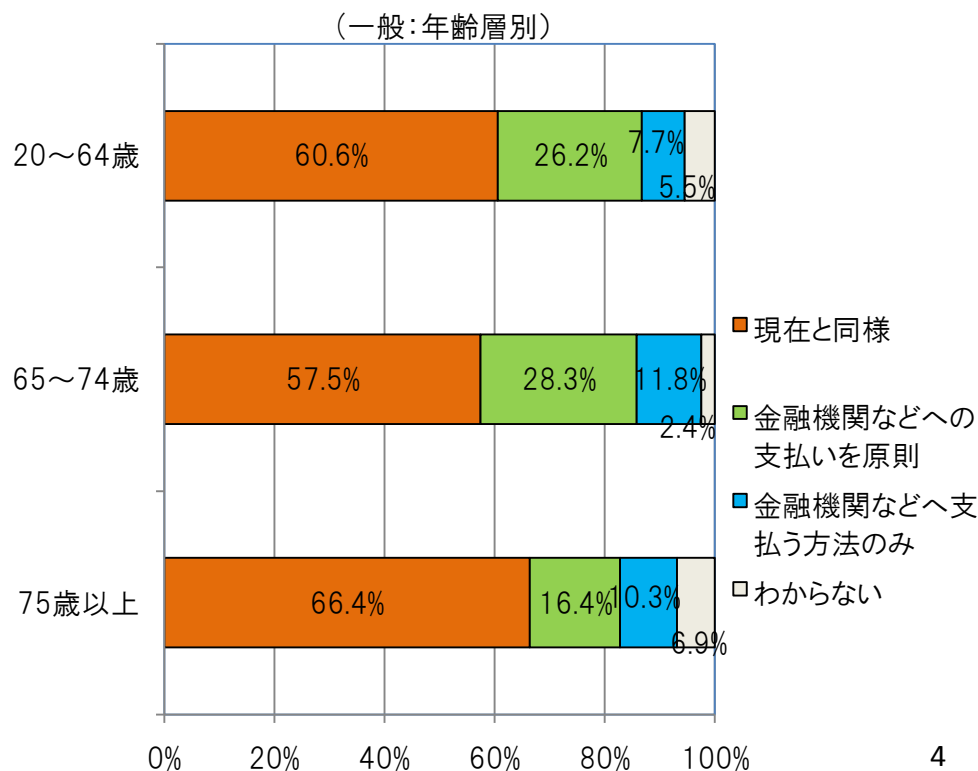
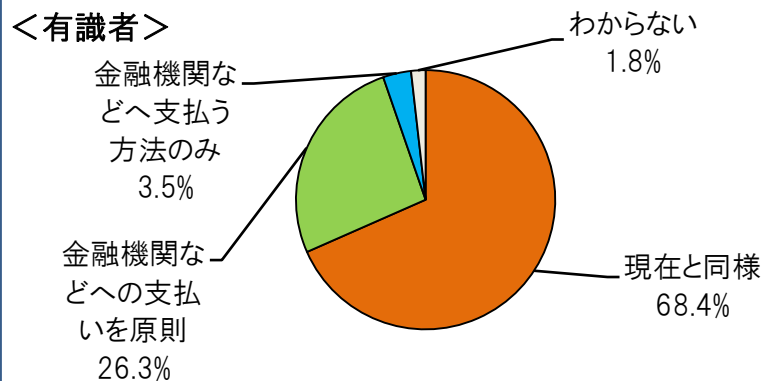
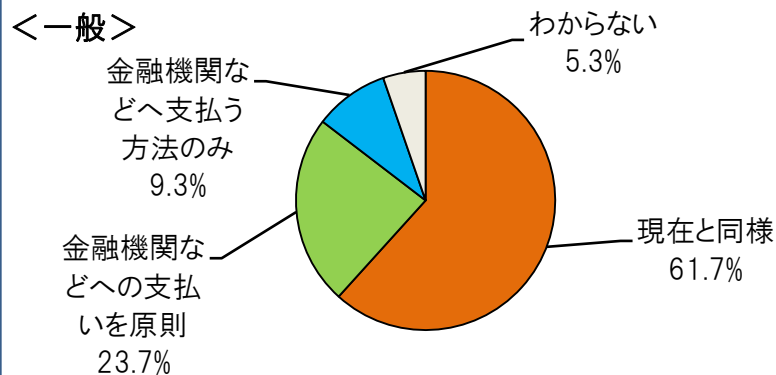
保険料の年金天引きについて

＜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。

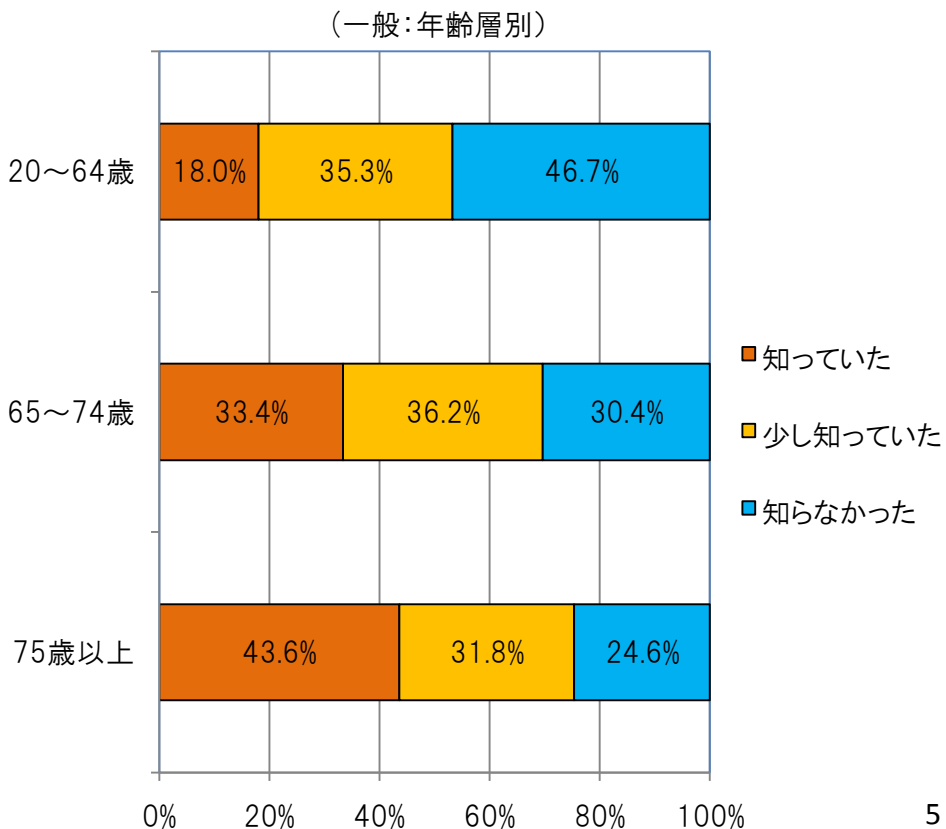
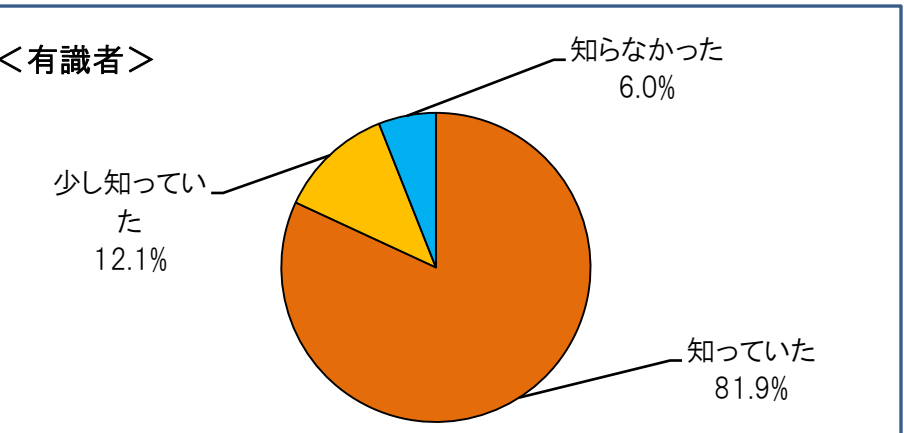
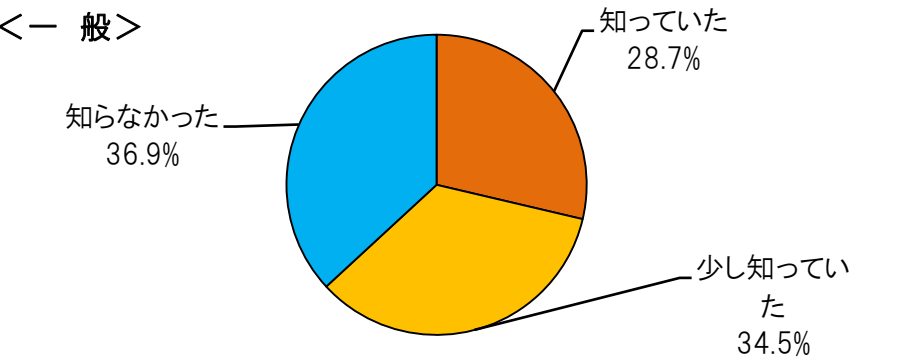


現行の費用負担の認知度について

＜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。



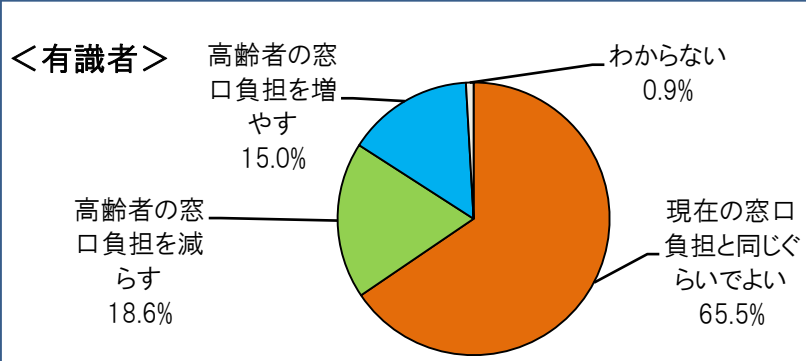
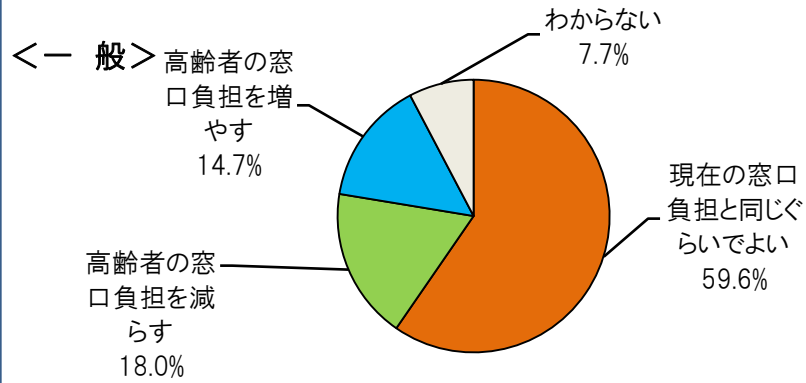
70歳以上の方々の医療機関での窓口負担について

＜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。

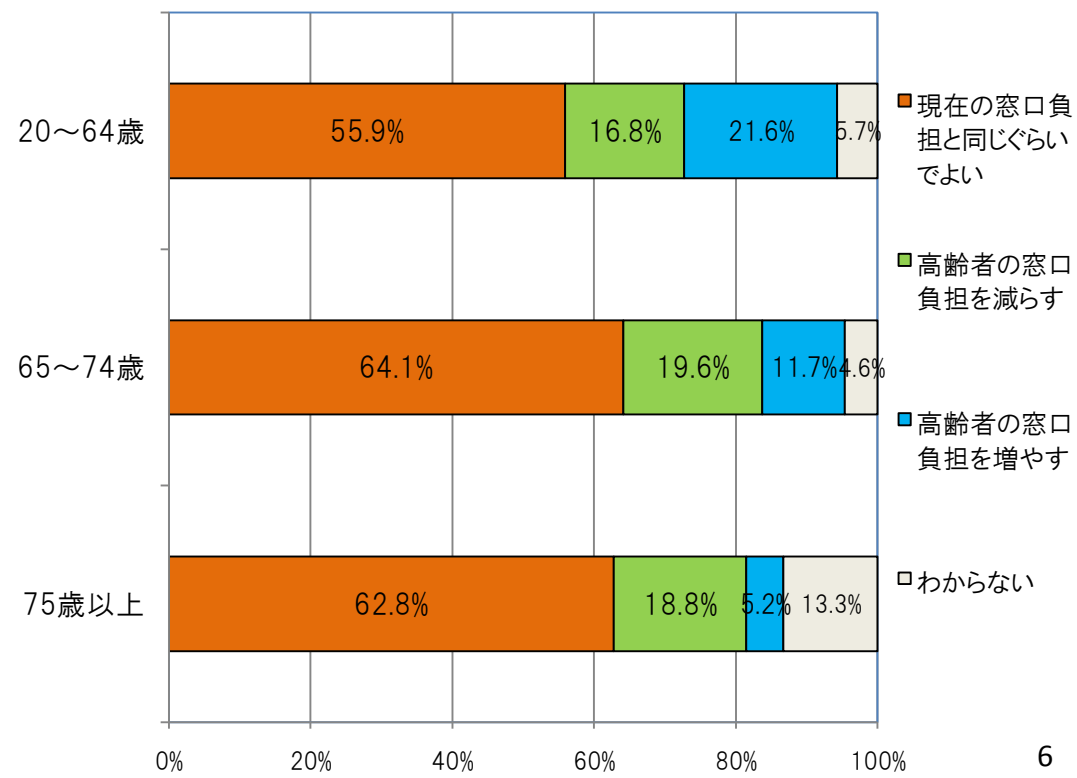
＜選択肢＞	一般	有識者
現在の窓口負担と同じぐらいでよい	約60%	約66%
税金や現役世代の保険料による負担を増やして、高齢者の窓口負担を減らしたほうがよい	約18%	約19%
高齢者の窓口負担を増やして、税金や現役世代の保険料による負担を減らしたほうがよい	約15%	約15%

【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

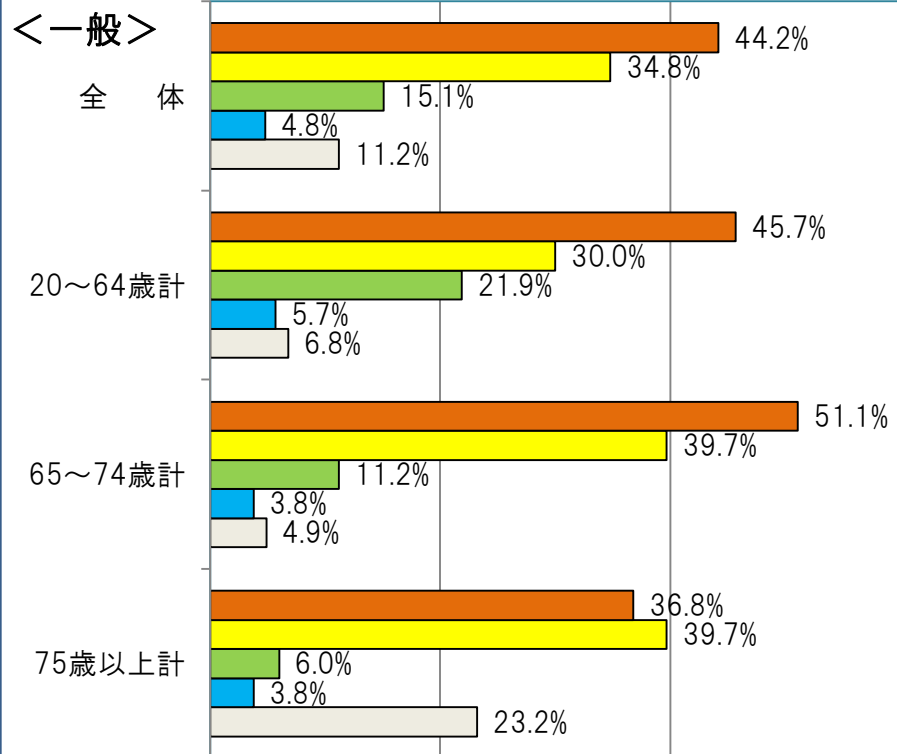
<質問> 今後、高齢化の進行により、高齢者の医療費は増加することが見込まれますが、高齢者の医療費を、どのようにして支えるべきだと思いますか。

<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%

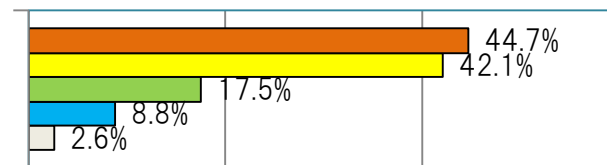
【回答結果】

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

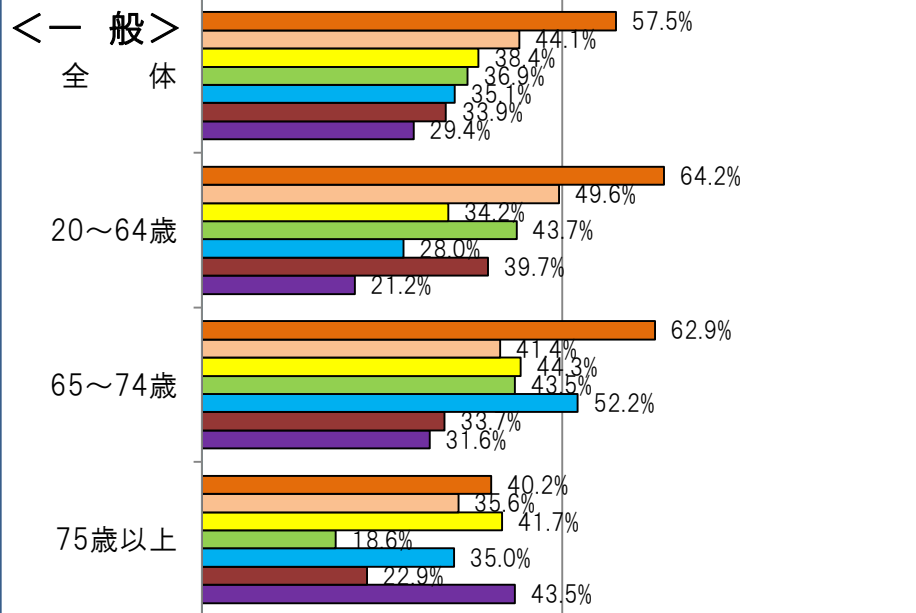
＜質問＞ 新たな高齢者医療制度のあり方について、重要と思うことは何ですか。

＜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%

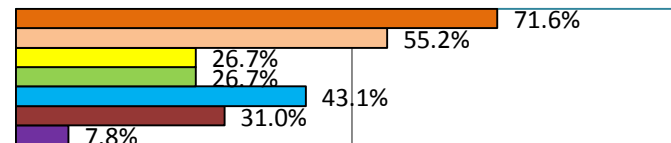
【回答結果】

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＞

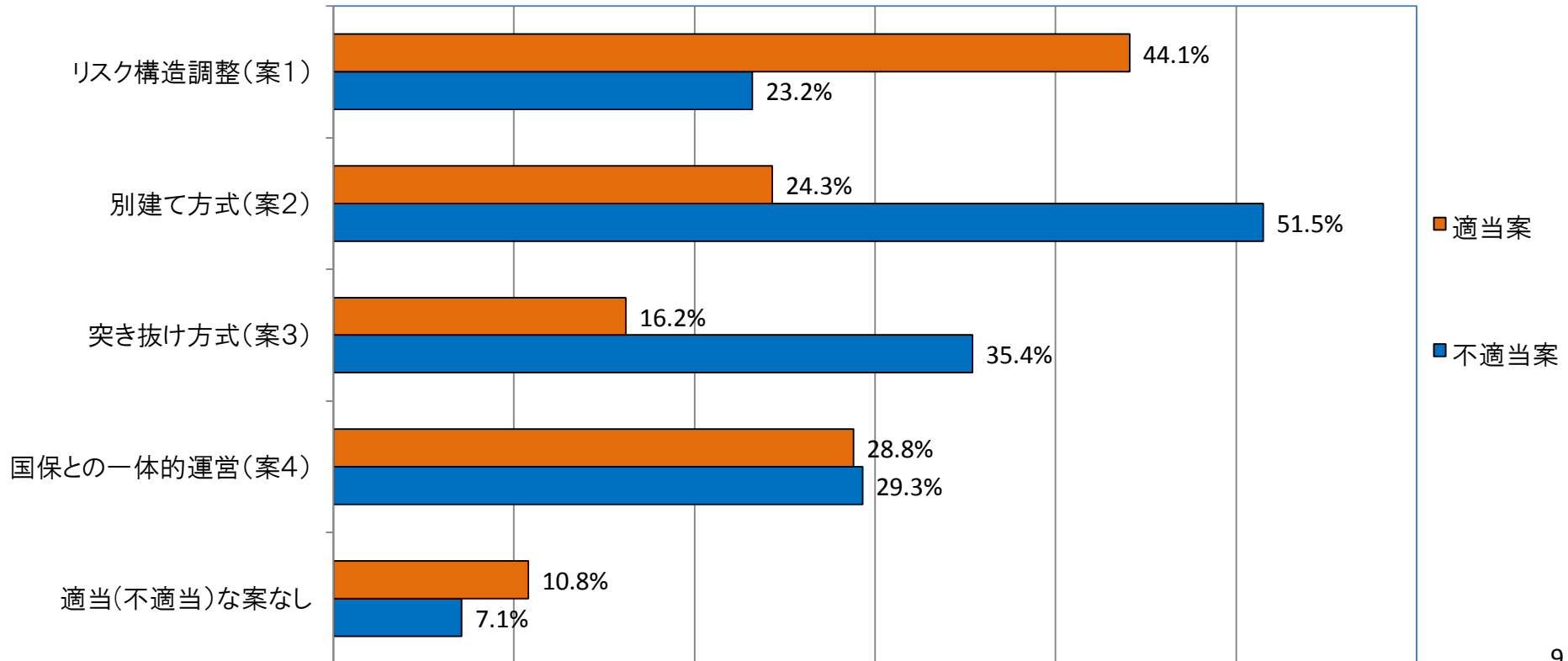


- 同じ所得であれば、同じ保険料とするなど、公平な仕組み
- 高齢者と現役世代の負担割合が明確
- 高齢者の保険料の伸びに歯止め
- 高齢者であっても、サラリーマンとその扶養家族は、被用者保険に加入
- 一定の年齢以上で区分されるようなものにはしない
- 現役世代の保険料の伸びに歯止め
- 高齢者の保険料の伸びが、現役世代の伸びより上回らない

「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)



4案について適当・不適当と考える理由 ①

項 目	適当・不適当と考える理由		
(案1) リスク構造調整	適 当	<p>理想的だが、各保険者、地方自治体等の利害対立や技術的問題等で実現性は乏しい。</p> <p>理想的だが、現実的には、保険料算定の問題(所得捕捉)や制度変更にかかる時間の問題など、壁が多くある。</p> <p>保険者間の競争を前提としたリスク構造調整が望ましいが、都道府県単位の一本化は競争要素を減らすので如何か。</p> <p>各都道府県ごとの所得水準格差が医療保険財政に影響し、不公平であるため、全国で一元化することが望ましい。</p> <p>本来、生涯一保険が理想的。</p> <p>雇用の多様化が進んでいることから、職場や年齢等で区別しない制度が望ましい。</p> <p>保険制度を一本化することで、医療の需給バランスを都道府県単位で検討できる。</p> <p>社会保険方式を採用している先進諸国においては一般的である。</p> <p>若人、高齢者に関わらず、同じ所得水準であれば同じ保険料負担とすべき。</p> <p>制度を一本化しながら、医療保険制度を再生すべき。</p> <p>共済制度をなくし、年金、医療も一本化するのが望ましい。</p> <p>将来像が見えているもの、制度として簡潔なものが適当である。</p> <p>国保の保険料改革なくして、高齢者医療の改革は成功しない。国保の保険料だけ消費税で徴収できないので、必然的に一元化することになる。</p> <p>保険が分断されないよう、統合を目指すことが重要。今後50年はもつ仕組みを構築すべき。</p> <p>自治体の予防活動を評価するため、自治体別に保険料を決めるのがよい。</p> <p>被保険者間の所得再配分の機能を高めるべき。医療保険の管理運営と医療提供体制の整備を、都道府県単位で一体的に進めるべき。</p>	
	不 適 当	<p>都道府県単位で全ての保険者を一体化するのは非現実的。</p> <p>所得の捕捉の問題が解決できれば、一つの選択肢になりうる。</p> <p>都道府県単位では、医療費を設定し、徴収する力が不足している。</p> <p>将来像が見えているもの、制度として簡潔なものが適当である。</p> <p>最終的には都道府県で一本化するものの、人口・産業構造・高齢化率などに起因する都道府県間の格差はそのまま残る。</p> <p>すべての人が、必要な医療を必要だけ受けられるようにするという原則を徹底すべきであり、はじめに財源論、システム論ありきではない。</p>	
	(案2) 別建て方式	適 当	<p>保険料徴収に関しては、市町村が行うという混合方式が、現実的である。</p> <p>介護保険や年金制度を考えると、65才以上の制度をつくるのは整合性がとれる。</p> <p>国保の負担軽減のためには何らかの調整はやむを得ず、最も現実的であり、責任や財政負担も国民に分かりやすい。</p> <p>アメリカのメディケアのように、高齢者・障害者というハイリスク集団を対象とした別建て制度も十分に合理性がある。</p> <p>現行の制度をベースにしているので、大きな混乱が起こりにくそうな点が良い。</p> <p>将来像が見えているもの、制度として簡潔なものが適当である。</p> <p>最も現実的であり、財政負担も一般国民に分かりやすいものである。</p> <p>後期高齢者医療制度は、名称その他に異論はあるが、制度に盛られた哲学には何らおかしいものはない。</p> <p>病気の高齢者の高い高齢者を「別建て」にし、現役世代と異なる医療を提供する方法が必要であるとのコンセンサスを、国民から取るべき。</p>
		不 適 当	<p>生涯現役社会を築くべきであり、年齢で区分する医療保険は不適当。</p> <p>年齢により医療内容に区別が持ち込まれる余地が生じる可能性は排除すべき。</p> <p>雇用の多様化が進んでおり、職場や年齢で区分しない制度が望ましい。</p> <p>高齢者でも高所得の人には負担してもらおうべき。(2)</p> <p>保険は、リスクを公平に負担するのが原則であり、一本化すべき。</p> <p>高齢者もある程度の負担は当然だが、これを「別建て」で考えるのは不適当。</p> <p>高齢者を「別建て」にする案は、リスクの高い人も低い人も助け合うという健康保険の本来の理念から外れている。</p> <p>被用者保険・国保という従来の体系が残り、両制度間に存在する保険給付や負担の不公平さもそのまま残る。</p> <p>すべての人が、必要な医療を必要だけ受けられるようにするという原則を徹底すべきであり、はじめに財源論、システム論ありきではない。</p> <p>医療保険制度として、対象をこれ以上細分化する必要はない。そもそも保険として成り立っていない制度をつくるべきでない。</p> <p>一定年齢以上の者を対象にした独自の医療保険制度を設けることは、保険診療の内容に格差を設けることにつながりやすい。</p> <p>高齢者を区分せず、治療も積極的に行うためには、全世代同様の保険制度を適用すべき。</p>

4案について適当・不適当と考える理由 ②

項 目		適当・不適当と考える理由
(案3) 突き抜け方式	適 当	予防と給付の関係を明確にするには、突き抜け方式が望ましい。
		社会保険方式を採用している先進諸国においては一般的である。
		健康保険組合や共済組合など、職域単位の互助の仕組みは、社会保険の中核として今後とも維持すべき。
		将来像が見えているもの、制度として簡潔なものが適当である。
		被用者保険、非被用者保険の区分は、所得捕捉の問題を解消しえない以上、残すべき。
	不 適 当	保険者機能を発揮するには、自主的・連帯的組織を中核に構成すべきであり、突き抜け方式が望ましい。
		雇用の流動化に対応できない。
		雇用の流動化が進む中で、退職者健保はそぐわない。
		働き方によって医療負担に有利・不利が生じるが、この差が死ぬまで認められるべきとは思えない。
		制度設計の明確な方法が把握できない。
(案4) 国保との一定的運営	適 当	被用者保険は正規労働者のための特権的な制度であり、これを維持する合理的理由がない。
		被用者保険・国保という従来の体系が残り、両制度間に存在する保険給付や負担の不公平さもそのまま残る。
		高齢者でも高所得の人には負担してもらわなければならない。
		保険制度を1本化することで、医療の需給バランスを都道府県単位で検討できる。
		保険料徴収に関しては、市町村が行うという混合方式が、現実的である。
	不 適 当	地域保険として、国保と一体化するのは理解できる。
		制度はできる限りシンプルなものがよく、職の異動、住所変更、年齢の変化等の個人の事情により、制度の中で大きな変化が生じないことが望ましい。
		国民の助け合いにより、保険制度が実現できていることを実感できる制度が好ましい。
		保険が分断されないよう、統合を目指すことが重要。今後50年はもつ仕組みを構築すべき。
		世代間の負担については、形式的公平性でなく、実質的公平性が確保され、需給可能な制度とすべき。
適当・不適当と考える案はない	被用者保険・国保という従来の体系が残り、両制度間に存在する保険給付や負担の不公平さもそのまま残る。(2)	
	市町村間の財政基盤に格差がある。	
	すべての人が、必要な医療を必要なだけ受けられるようにするという原則を徹底すべきであり、はじめに財源論、システム論ありきではない。	
	高齢者医療制度と介護保険を統合するのがよい。	
	都道府県単位での国保、被用者保険の一本化が望ましい。	
医療保険を一元化すべき。		
保険者を政府とし、全世代・全地域で単一の医療保険制度に統合すべき。		
高齢者という定義をやめ、障害者と健常者に分け、障害の内容によりサポートが効率的に行えるようにすべき。		

第7回会議における意見の概要

1. 制度の基本的枠組み

○ 高齢者は国保か被用者保険に加入することについて

- ・ 地域保険と被用者保険を並列した形で運営して、保険者機能を発揮させていくという道が最善である。(白川委員・資料)
- ・ 職域保険に加入しているか否かで分ける考え方は、公的年金受給者を対象とする独立型の制度を構築するという我々の主張と、ほぼ一致する。(齊藤委員)
- ・ 現役で働く高齢の方は被用者保険に加入していただくという、ここに書いてある方式が、納得性が高いと考える。ただ、退職後も75歳になるまで健保に加入できる特定健保組合をどうするかについては検討いただきたい。(白川委員)
- ・ 後期高齢者医療制度は廃止し、高齢者はそれぞれの属性に従って国保あるいは健保に戻るという考え方は、妥当な論点整理。(阿部委員)
- ・ 生涯を通じた保健事業あるいは健康管理などで保険者機能の役割を発揮することが結果的に本人の健康維持ひいては保険財政にもプラスになるという観点や、OBを現役サラリーマン全体で支えるという社会保険の共助の原則、また高齢者全体の医療費はより広い社会連帯という形で公費を通じて支援するという考え方など、突き抜け方式の理念を、新しい制度を考える場合には生かしていくべき。(小島委員)
- ・ 後期高齢者医療制度の廃止によって、被保険者を多く抱えることになる「協会けんぽ」の医療費、および75歳以降も被保険者となる「特定退職者医療制度」を各被用者健保で実施する仕組みと、その高齢者医療費を被用者グループ全体で支え合う仕組みも検討すべき。(小島委員)
- ・ 地域保険と職域保険の2本立てをベースにしながら、皆保険制度の持続性を図っていくことが必要。(小島委員)
- ・ サラリーマンである高齢者の方とその被扶養者の方についてはいずれも被用者保険に加入して、その他の方は国保に加入するという案は、分かりやすい仕組みだが、一部の保険者の負担が増えないように軽減策が必要。(小林委員)
- ・ 誰もが分かるような単純明快な仕組みを本格的に検討する段階にある。(見坊委員)
- ・ 子どもの持ちようによって変わってくる高齢者間の不公平には納得できない。(樋口委員)
- ・ 被用者保険の被保険者本人とその被扶養者を除き、原則75歳以上の大半を市町村国保に再び迎え入れるのがよい。(宮武委員・資料)
- ・ 皆様方からいろいろ寄せられた御意見のうち、取り入れられるものは取り入れるという形で、中間とりまとめに向けて整理させていただきたい。(岩村座長)

○ 年齢や所得といった構造的要因に着目した保険者間の調整について

- ・ 年齢や所得といった構造的要因に着目した保険者間の財政調整は当然やっていかなければならない。(阿部委員)
- ・ 応能負担の原則から、基本的に財政調整は加入者数ではなく総報酬方式に従って行うべきである。被用者保険と国保において所得捕捉の問題があるが、いずれ社会保障番号の導入によって解決できると考えている。(池上委員)
- ・ どういう形にせよ財政調整をしないことには高齢者の医療制度は支えられず、そういう意味では、少なくとも財政調整のところでは、やはり年齢でもって区分をしつつ考えるということは避けて通れないと思っている。(岩村座長)

○ 新制度に移行するまでの準備や周知について

- ・ システム構築に時間がかかるので、制度設計の中身をつめて、システム準備には十分な準備期間を取るべき。(岡崎委員・資料)
- ・ 国民の幅広い理解と納得を得ることが重要であり、そのために性急に結論を出さず、慎重に検討をしていただきたい。市町村における準備にしわ寄せがくることのないよう、準備期間をしっかりと確保していただきたい。(藤原委員・資料)
- ・ 多くの連合長の意見から、現行制度は大方なじみ落ちてきている認識が強い。この混乱が収まった状況を再度混乱させない配慮が必要。テレビや新聞など広報媒体を活用して、国による積極的な広報を実施し、万全を期していただきたい。そのためにも、「国による積極的な広報」ということを明記していただきたい。(横尾委員)
- ・ 完成度の高いシステムをつくっていただき、この安定的な運用を可能にしていくことが重要。そのために必要な費用については、国の責任において全額措置をお願いしたい。(横尾委員)

2. 国保の運営のあり方

○ 市町村国保の中の高齢者医療を、都道府県単位の財政運営とすることについて

- ・ 現在 47 都道府県で運営しているものを、1,800 の市町村国保に分割し、後戻りをさせてはならないという趣旨で、改革の方向としては、国または都道府県を保険者とする国民健康保険制度の再編・統合等を行うべき。(岡崎委員・資料)
- ・ 現行制度で既に運営は広域化されており、運営の責任は都道府県が担っていただきたい。また、まず国が自らの責任を明確に示さない限り、都道府県も役割を果たさそうと思わないだろう。(藤原委員・資料)
- ・ 知事会での議論では、基本的には広域連合を中心として、その上で都道府県がどう積極的に関わり、役割を持っていくか議論をすべき、というのが多数意見。(高尾愛知県副知事)
- ・ 当面 75 歳以上なのか、65 歳以上なのか、ということはあるが、高齢者は都道府県単位の財政運営を共同で始め、それ以下の方々は暫定的に市町村へ制度運営が残ると

なると、実務上大変困難な場面が想定される。都道府県単位で再編成ということがこの改革会議の中で一番意見が多いところでもあり、暫定的なものが長く続かないよう、一定の時期を明示して、最終的には都道府県単位で全体を運営すると決めるべき。(岡崎委員)

- ・ 一時的に 75 歳ないし 65 歳以上の高齢者医療を都道府県単位の財政運営とし、それ以下の年代を市町村で運営するような考え方については、反対である。(阿部委員)
- ・ 運営主体・保険者については都道府県が担っていただくのが一番いい。保険者については都道府県ということで知事会が受け入れられるよう、国の財政負担の拡充を含め全体で努力をしていかなければならないのではないか。(阿部委員)
- ・ 基本的に 75 歳、65 歳という年齢区分は、高齢者としては心外。(見坊委員)
- ・ 「運営主体は都道府県とし、国は将来にわたり国民皆保険制度を維持するために必要な財政支援を拡充する」などの文言を入れれば、より前向きな協議ができるのではないか。(横尾委員)
- ・ 市町村国保の多くは少子高齢化の急進展につれリスク分散が難しい苦境に陥りつつあり、都道府県単位に衣替えすべき時代を迎えたと考える。75 歳以上はもちろん、65 歳～74 歳も現役世代との間に負担能力や医療ニーズに差があるため、原則 65 歳以上を都道府県単位の国保の加入者とし、財政運営のみ異なる調整を図る方策がよいと考える。(宮武委員・資料)

○ 全年齢を対象に国保の広域化を実現していくことについて

- ・ 今回の制度改革を機に、市町村国保の広域化も推進すべきであり、高齢者世帯と同様に、都道府県が運営責任を負い、市町村が実務を担う、というのが我々の考え。(藤原委員・資料)
- ・ 高齢者と現役世代を一緒に都道府県単位の国保として広域化するのが理想ではあるが、地域主権という考え方もあり、地域の自主性を尊重して、段階的な方法も検討する必要があるのではないか。(小島委員)
- ・ 保険料算定方式の統一・都道府県単位の標準保険料率の設定など、算定の仕方自体が統一されていれば国保間での負担の公平は図られるのではないか。(三上委員)
- ・ 国保の広域化には賛成であるが、その際は一般会計の繰り入れや賦課方式の違いなどについて、かなりの準備期間が必要であると考え。(池上委員)
- ・ 地域保険の再編成を一気に実現するのは難しく、各市町村国保がまず 65 歳以上について都道府県単位の財政調整を講じ、次いで現役世代も都道府県単位に再編成する段階的な移行策が実現性が高い。(宮武委員・資料)

○ 国保の運営の仕組みについて

- ・ 「都道府県単位の運営主体」と市町村が共同して運営にあたるという案が示されたが、都道府県がどのような役割を担い、どのような責任を果たすのかが明確ではない。

この案で都道府県が運営責任を果たせるのかどうかは今後慎重な検証が必要。(藤原委員)

- ・ 都道府県を運営主体として、国は将来にわたり財政支援を拡充してサポートし、都道府県や市町村の役割分担等も明確にして保険者機能が十分に発揮できるようにすべき。(横尾委員・資料)
- ・ 福祉について、基礎自治体ができることを都道府県でやることはほとんど不可能であり、どういう協力関係ができるのかという議論はまだ不足している。(堂本委員)
- ・ 高齢者医療制度の安定的な財政運営のためには、運営主体は都道府県単位にすべきだが、高齢者医療制度に関わる保険料の徴収事務や保険者機能の発揮のために、加入者との直接の接点は今と同じ市町村が行うことが、高齢者の利便性にとっても、効率的な制度運営にとってもよいのではないか。(小林委員)
- ・ 都道府県単位で保険料を統一すれば、市町村ごとの格差は解消され財政基盤の安定を図れるが、市町村ごとの収納率の向上の努力が軽視・無視される恐れがあり、保険料が現在より極端に高くなる地域も予測される。それに対応するためには、都道府県が医療費実績に応じて基準保険料を設け、それを基に各市町村の収納率を勘案して納付すべき保険料総額(分賦金)を個別に定める「分賦金方式」が有力な選択肢になると考える。都道府県にとっては納付総額が保障され、各市町村は収納率の向上により保険料の上昇を抑えることができる。(宮武委員・資料)
- ・ 65歳以上を対象とした都道府県単位の財政調整を実施する場合、都道府県は基準保険料の設定・分賦金の算定・国保連合会を通じたレセプト点検・診療報酬の支払・医療計画の策定・高齢者医療費の分析などを引き受け、市町村は高齢者の保険料設定・保険料徴収・保険証発行・窓口サービス・健康診査などの業務を担当する。この役割分担を次第に全年齢層へ拡大することで、都道府県と市町村が地域保険の共同運営に当たる近未来図を描ける。(宮武委員・資料)

3. 費用負担

(1) 支え合いの仕組みの必要性

- ・ 65歳以上の方を新たな制度の対象とするのであれば、前期高齢者の財政調整の仕組みを残すなど、国保の負担増にならないようにしてほしい。(藤原委員)
- ・ 市町村から都道府県単位の運営主体に各市町村の納付すべき保険料額を納付することとなっているが、その額と各市町村が徴収する保険料の額に乖離が生じた場合に、どこがリスクを負うのかは重要な論点になる。(高尾愛知県副知事)
- ・ 国保の立場として、財政調整について、先充てするものと先充てしないものの2つだけの比較で言えば、高齢者医療費を先充てしない形を支持する。1つの案に絞り込むのは難しい点もあるので、他にも幾つかシミュレーションを示していただき、併記すべきと考える。(岡崎委員)
- ・ 国保が中心となる方向性の場合、財政・運営責任の主体や負担ルールを明確にする

ため、国保の現役世代の保険制度とは財政面で区分していただきたい。(齊藤委員)

- ・ 高齢者の保険料は高齢者の医療給付費に先充てし、残りを公費や支援金で充てるのが望ましい。(齊藤委員)
- ・ 国保の財政については、煩雑・複雑になるとの御指摘もあったが、やはり、高齢者と一般の国保の方で、財政を分けて管理すべきと考える。(白川委員)
- ・ 今後の医療費の伸びを考えると、現役世代の負担はますます増える。制度の持続性を担保する観点から、高齢者保険料と公費により賄えない分は現役世代が支援する、という形ではなく、高齢者保険料と現役世代の支援金で賄えない分を公費で負担する、という考え方を取るべき。(白川委員)
- ・ サラリーマンである高齢者とその被扶養者を被用者保険に受け入れると、財政的に厳しい協会けんぽが大半を受け入れることになる。単に協会けんぽの財政救済という意味合いだけではなく、被用者グループ全体で新たに受け入れる高齢者の費用を支え合う仕組みを考える必要がある。(小島委員)
- ・ 高齢者の医療費が全体として増えていく中で、公費を増やしていかないと現役世代の負担がますます過重になると考えている。(小林委員)
- ・ 原則 75 歳以上は現行制度と同様、保険料 1 割・支援金 4 割・公費 5 割の財政調整を行い、65～74 歳は先充て方式を取るのがよい。しかし、現役世代・65 歳～74 歳・75 歳以上と三層構造の保険料体系になるのは複雑であり、65 歳以上のすべてを対象に財政調整を図る方策もあると考える。後者の財政調整を行うにあたっては、詳細な試算が必要。(宮武委員・資料)

(2) 公費

- ・ 国民健康保険制度の負担増は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べき。(岡崎委員・資料)
- ・ 医療保険制度全体を持続可能なものにしていくために、新たな高齢者医療制度の構築に際しては、公費負担を拡充していただきたい。(白川委員・資料)
- ・ 国保が負担増になったとして、公費で補填するための財源は確保されているのか不安。個々の保険者の負担増を前提としない補てん方法があるのかもはっきりしていない。(藤原委員・資料)
- ・ 医療費の将来推計、それを踏まえた保険料や公費負担の試算を示していただかないと判断ができない。(高尾愛知県副知事)
- ・ 新制度の構築の方法として、国保の負担が増えて公費負担が減るという形はおかしい。きちんと負担区分を決めて、保険料でどれだけ賄い、公費負担をどれだけ入れるかを議論すべき。(高尾愛知県副知事)
- ・ 財政試算において市町村国保の負担増分は公費で埋めるとしているが、年金などへの追加財源を公費投入しなければならない状況下で、国保負担増の財源を確保できるか不安。追加の公費負担部分については、新たな地方負担を求めないよう意見を申し

上げたい。(岡崎委員)

- ・ 際限ない拠出を求められると、個々の保険者の医療費適正化等の努力は減退しかねず、保険者機能の弱体に繋がりがねない。年金・介護の負担も考えれば、被用者の保険料負担は既に限界と考えており、拠出金負担をこれ以上増やさないとを前提に、公費を引き上げる方向を明確にしていきたい。(齊藤委員)
- ・ どういう制度であるにしろ、公費負担増が前提であり、参議院厚生労働委員会の附帯決議を重く受け止めるべき。(小島委員)
- ・ いずれの保険者も財政状況が厳しい中で、一部の保険者の負担が増えないような負担の軽減策が必要である。(小林委員)
- ・ 公費負担の拡充が大変重要であるが、その財源も、現役世代の過重な負担とならない財源とすべき。(小林委員)
- ・ 市町村国保・協会けんぽ・健保組合と並べて、1,000 億円単位のお金の出し入れがある「共済組合」も追記すべき。(横尾委員)
- ・ 公費負担と言っても、国や都道府県がお札を刷るのではなく、税金で取ってくるという話であり、公費負担を増やすということは最終的には誰が負担者なのかということ考えた上で議論をしないといけない。(岩村座長)

(3) 高齢者の保険料

○ 高齢者の保険料の世帯単位での納付について

- ・ 後期高齢者医療制度の、世帯単位を個人単位とした点は評価していた。(樋口委員)
- ・ 後期高齢者医療制度を廃止するという中では、本則は国保か被用者保険となり、そうなるとうしても負担をしていただかない被扶養者の方は出てきてしまう。これを見直すというのは、被用者保険・医療保険制度全体をどうするかという議論に繋がってしまう。(岩村座長)
- ・ 特別徴収の対象年金の選択や、月次捕捉等による速やかな特別徴収への移行等を可能にするようなことを追記したら、より事務も適切に行われると考える。(横尾委員)

○ 保険料の上限について

- ・ 新しい制度においては、世帯主と一緒に住んでいる高齢者は保険料を払わなくてよくなるのに、単身世帯の高齢者はこれまで上限 50 万円の保険料のところ、63 万円と高くなる。これは高齢者間の不公平と言わざるをえない。(堂本委員)
- ・ 保険料の上限所得を変えた時の財政的影響がどれぐらいになるかという試算について示していただきたい。(三上委員)
- ・ 保険料の上限について、高齢者の中でも所得比例の観点からより細分化して、そして全体としては増収になるようにしていただきたい。(樋口委員)

○ 低所得者の保険料軽減の特例措置について

- ・ 保険料も都道府県単位に一元化されると考えると、県として当該県の中で最も低い保険料水準の市町村に合わせて保険料を設定することは難しく、それに対応して、後期高齢者医療制度と同様な、応益部分の9割軽減などの措置を繰り返すべきかは課題。（池上委員）
- ・ 低所得者の方も当然おられるので、被保険者に過大な負担とならないような配慮が必要ではないか。（横尾委員）

（４）現役世代の保険料による支援

- ・ 社会保険料の負担が現役世代にとって過度に重いものになれば、現役世代の活力喪失に繋がりがねず、雇用対策の面でも逆行する可能性がある点は留意すべき。（齊藤委員）
- ・ 現役世代の負担を大きくするとモチベーションが下がるということに関して、例えば協会けんぽ並の料率に合わせたとしたら、どの程度の財政的な影響があるのか、示していただきたい。（三上委員）
- ・ 現役世代からの支援の仕組みとしては、支援する保険者間での負担の公平性という観点が必要であり、少なくとも被用者保険者間では負担能力に応じた総報酬按分の仕組みにすることをとりまとめの内容に示していただきたい。（小林委員）
- ・ 高齢者と現役世代とが対立的な関係で論じられ、現役世代が高齢者を担う、いわば肩車型になる、とも述べられているが、現役世代が高齢者を支えるという考え方そのものが基本的に間違っている。（見坊委員）

（４）高齢者の患者負担

- ・ 国民皆保険を守る観点から、高齢者の方にも、その負担能力に応じた適切な負担を求めるべき。70歳から74歳の患者負担については、経過措置をとりながらも、本則通り2割負担としていただきたい。（齊藤委員）
- ・ 医療提供者としては受診抑制に繋がるような対応は好ましくなく、病気がちで有病率の高い高齢者については1割負担が妥当ではないかと考える。（三上委員）
- ・ 3割負担だと明らかに受診抑制が起きているという実態があり、その事実に基づいて、自己負担を引き上げることについては慎重にあるべき。検討に当たっては、1割・2割・3割負担の場合の振る舞いについての意識調査、また、患者本人に多くを負担してもらう制度と、保険料・税金で皆で均等に少しずつ負担する制度のどちらを望むのかについての意識調査を実施すべき。（近藤委員）

4. 医療サービス

- ・ 医師と看護師が非常に不足している分野が出ているので、特に医師確保について十分な配慮をいただきたい。（岡崎委員・資料）

- ・ 制度改正による高齢者にとってのメリットを整理する必要がある。たとえば、診療報酬での対応などが考えられる。高齢者の方々であってもそれなりのご負担をお願いしなければならない中、短期的なメリットだけでなく、中長期的にどのような負担構造になるかを示しながら、サービスの拡充についても説明する必要がある。（白川委員）
- ・ かかりつけ医制度を強めていくことで、医療保険制度の無駄を減らすことに繋がっていくと考える。（鎌田委員）

5. 保健事業等

- ・ 予防等について、保険財源を使うことの是非について、もう一度御議論いただきたい。（三上委員）
- ・ 特定健診・特定保健指導等の努力が保険者機能として医療費適正化にどのような効果があるのかというエビデンスを示していただきたい。（三上委員）
- ・ 各保険者とも置かれた状況が異なっている中で、各保険者の取組の結果に対し、同一の基準により金銭的ペナルティを課す制度は廃止すべき。とりまとめに当たっては廃止を明確に打ち出した上で、これに代わる保健事業の推進方策を考えることを明記していただきたい。（小林委員）
- ・ 高齢者の健診項目や保健指導の内容については、若い世代と全く同じでいいかを含めて検討を進める必要があり、平成 25 年度からの実施に向けて早めに検討を行う必要がある。（小林委員）
- ・ 若い人と差別をつけないという面が強調されているが、高齢者への対応で変えるべき点もあるのではないか。（近藤委員）
- ・ 今回のこの議論をきっかけに国民の健康意識を高めることが必要。今行われている国や都道府県、市町村の役割分担、財政負担を明確にするとともに、健康診査・人間ドック等の助成についても何か加味すべきではないか。また、受診率を高めることを国でも取り上げていただきたい。（横尾委員）
- ・ 保険者になってもらう時に、医療供給体制そのものも都道府県に権限を与えることが非常に大事なのではないか。（鎌田委員）
- ・ 国保を都道府県単位とした時にも、市町村は医療費適正化に努めることで公費負担を抑えることができることから、各都道府県に加えて、各市町村の取組の推進が期待できる。（宮武委員・資料）

第6回会議までの意見の概要

各委員の主な意見の概要

1 今後の議論の進め方について

- ・ 示されているスケジュールについては、中間とりまとめや法案提出までの期間が短いことを危惧しており、結論の時期を決めずに、十分議論を行う必要がある。(神田委員)
- ・ 現場の声についてアンケートを取るなど配慮すべき。(神田委員)
- ・ 前政権が講じた負担軽減措置は継続すべきだが、これらの激変緩和措置はあくまで経過措置であり不安定であることから、後期高齢者医療制度の廃止はできるだけ急ぐべき。(阿部委員)
- ・ 自治体が自主的に運営するのが、本来の「広域連合」という制度であるが、国の指示で作られた経緯があるものの、国の決めつけで一方的に地方に負担を求める制度にならないよう、都道府県・広域連合・市町村と協議や検討を十分に行うべき。(横尾委員)
- ・ システムのトラブルや制度的な混乱の問題もあったので、次の制度においては、システムの十分な検証と充実を図るとともに、スケジュール等を十分に検討すべき。(横尾委員)
- ・ 現行の制度の法律が平成18年6月に公布され、その後、整備政令・省令が公布されたが、システム改修が遅れた経緯がある。平成25年4月施行を目指すには、新たな制度の政令・省令を早めに出していただく必要がある。(岡崎委員)
- ・ 制度の議論においては、財政調整、公費、保険料や自己負担の負担割合など、各論が対象となりやすいが、制度そのものが負担の公平を実現していくという根本的な考え方の議論が必要である。(堂本委員)
- ・ 後期高齢者医療制度は定着しつつあり、よりよい形に見直すのであれば、社会保障全体がどうあるべきか、費用負担はどうしていくかといった点について、骨太な議論が必要である。(神田委員)
- ・ 地域や家族の問題を含めて、介護保険との連続性や継続性について議論すべき。(樋口委員)
- ・ 介護保険との連携も含めて、包括的な地域社会づくりの視点で検討すべき。(堂本委員)
- ・ 提供される医療の中身、提供体制、人材の育成など、どのような医療を提供するのかという問題について、診療報酬に限らず幅広く議論すべきであり、別の少人数の議論の場が必要である。(近藤委員)
- ・ 新たな制度の検討を行う前提として、データに基づいた議論を行う必要がある。(岩

村座長)

- ・ 医療保険制度については、平成14年までの5年間、さらには10年くらい前から集中して議論が行われていると聞き及んでいる。厚労省で検討され、現制度をスタートされるに至った際のプラスの点、マイナスの点についての情報を共有すべき。(横尾委員)
- ・ だれがどこの保険に加入するかという検討に当たっては、高齢世代の医療費をだれが負担するのかという点と、どの保険者に加入した方が効率的な保険運営がなされるのかという点に分けて議論していく必要があるのではないか。(小林委員)
- ・ この会議は高齢者医療制度のあり方がメインテーマである。被用者保険については、まず、どういう思想で高齢者の医療費を支えるかを議論すべき。若年層から高齢者への支援の方法を集約する方向で議論すべきだ。(白川委員)

2 後期高齢者医療制度等の問題点・利点について

- ・ 制度の移行を短期間で円滑に行うためには、後期高齢者医療制度の利点をどう生かしていくのか、新たに生じた問題をどう解消していくのか、という視点が必要である。(神田委員)
- ・ 後期高齢者の中には、まだ働いて社会で活動している人もいるにもかかわらず、「高齢者の心身の特性」の名の下、すべての後期高齢者を一つにまとめてしまったことが最も大きな問題である。(見坊委員)
- ・ 後期高齢者医療制度は、社会全体の差別解消・格差解消が国際的にも進んできている中で、それに反する制度である。(見坊委員)
- ・ 75歳という年齢で区分する制度は、社会保険の理念や原理原則に反する。(宮武委員)
- ・ 国会での法案審議の段階から、連合は後期高齢者医療制度に反対であると主張してきたので、廃止を前提にした新たな姿の検討については賛成である。(小島委員)
- ・ 高齢者医療確保法の総則の第1条で医療費適正化について規定されているように、後期高齢者医療制度は、医療費抑制を目的としていることに大きな問題がある。(三上委員)
- ・ 現行制度は財政面と医療サービスの提供と2つの問題があった。財政面は凍結されているから問題になっていないだけであり、国の財政は悪化している。医療サービスについても、後期高齢者診療料が実際に僅かしか算定されていないことが示すように、実施されていないから沈静化しているだけと考える。(樋口委員)
- ・ 現行の医療制度は、後期高齢者医療制度、前期高齢者の財政調整、前期高齢者でも70歳以上と未満で窓口負担が異なること、退職者医療制度、若人の医療保険制度と複数の制度で成り立つ複雑なものであることに問題がある。特に、75歳で区切ることは理解できない。(対馬委員)
- ・ 後期高齢者医療制度は、負担の仕組みが明確で分かりやすくなったという良い点がある。

ある。(岡崎委員)

- ・ 後期高齢者医療制度の財政・運営責任の主体や負担のルールを明確にした点については、新制度でも取り入れるべき。(齊藤委員)
- ・ 後期高齢者医療制度については、現役世代と高齢者の負担を明確にしたことや、運営主体を定めて財政責任を明確にし、保険者機能を発揮しやすくしたという良い点もある。(小林委員)
- ・ 後期高齢者医療制度については、現役世代と高齢者の負担が明確になったことや運営主体が明確になったことは良い点であり、新たな制度においても、この点は維持すべき。(神田委員)
- ・ 後期高齢者医療制度は定着しており、苦情もほとんどない状況で運営されている。無用な混乱を避けるため、現行制度の根幹や利点は引き継いだ制度設計を行うことが現実的ではないか。(藤原委員)

3 新たな制度のあり方について

(1) 総論

- ・ 高齢者医療制度に対する世間の反応は敏感である。新たな制度のあり方については、国民の意見をできるだけ反映させるべき。(岩見委員)
- ・ 民主党のマニフェストにおいて、「医療制度への信頼を高める」とあるが、信頼以前にわかりやすさが重要である。(岩見委員)
- ・ 保険料の軽減措置により高齢者の反応は落ち着いてきたが、75歳で区切ることや、「後期」という名称自体に対する国民の嫌悪感が強かった。持続可能で信頼ができる制度設計が大切であり、実際に医療を受けられる方の身になった検討をすべき。(横尾委員)
- ・ 高齢者医療制度は、高齢者のためだけではなく、次の世代のことも考えた制度とし、若人も含めて誰もが分かりやすく、公平な制度とすべき。また、高齢者の尊厳を守り、低所得者や障害者にとって温かみのある制度とすべき。(見坊委員)
- ・ 必要な医療が必要な人に必要なだけ与えられる社会となるよう、新たな制度を検討するにあたって、この社会をどういう社会にすべきなのかという理念を掲げるべき。(三上委員)
- ・ 20年後、30年後の超高齢社会を見据えて、若い人と高齢者が一緒になって、人それぞれの生き方を大切にした医療制度を考えていくという理想論的なビジョンが必要である。(樋口委員)
- ・ 高齢者の方々が、医療面でどのような場に置かれたら最も幸福感を持って生涯を終えることができるかという視点で考えるべき。(樋口委員)
- ・ 新たな制度における公平感の実現方法として年金制度のように、医療保険制度の加入歴に応じて按分された給付を受ける方法や、国保と被用者保険のあり方を議論する

ことで実質的な公平を実現する方法が考えられるが、その上で、医療を受ける側の公平と、財源構成の公平の2つを担保する必要がある。(堂本委員)

- ・ そのためには、各論から入るのではなく、まず公平な負担制度を設計し、高齢者医療費の総額(グロス)を念頭に置いた上で、公費と保険財源の割合、一部負担額の設定を考えるべきであり、そうした段取りで議論した結果、総額が大き過ぎる状況であれば、診療報酬や医療費の適正化の手法を考えればよい。医療費の抑制という視点から議論を始めると、国民の納得が得られないばかりか、今まで以上に複雑で、わかりにくい制度になりかねない。政権交代を機会に、高齢社会の将来を見据えた抜本改革に取り組む姿勢が重要。(堂本委員)
- ・ 国民皆保険制度では、世代間の連帯が重要である。現役世代の負担が高齢者より大きいかどうかを比較するのではなく、国民の一生涯を見据えた公平を考えていく必要がある。(堂本委員)
- ・ すべての国民が、現役世代も高齢者もみんなが、本当に公平な制度なのだと思うようなものにするのであれば、政権交代を成し遂げた政権としての姿勢をお示しいただきたい。(堂本委員)
- ・ 国保と被用者保険の一元化については、所得捕捉が異なることなど、極めて問題がある。(対馬委員)
- ・ 今後の取りまとめに関してはヒアリング等の予定もあると思うが、厚生労働省として、関係者の意見も聴いていただいた上での十分な検証と準備について、配慮と対応をお願いしたい。(横尾委員)
- ・ 高齢者医療制度は支え手となる現役世代の医療保険があって成り立つものであり、新制度の検討にあたり、団塊世代が後期高齢者となる2025年時点までを見据え、現役世代の医療保険の持続可能性を検証することが必要。(齊藤委員)
- ・ 新たな制度の設計にあたっては、まず、「先はこうなる」という、ゴールのシンプルやビジョン、「同じ都道府県内で同じ所得なら、同じ負担で、同じ給付が受けられる」といった、分かりやすいシンプルなものをきちんと打ち立てる必要がある。しかし、いきなり実現できるものではないため、ゴールを示しつつ、「1段目、2段目でこう変わり、負担はこうなる」とつないでいくようなことも出していく必要がある。そうすれば、国民の皆さんも理解し、納得できるのではないか。(横尾委員)
- ・ 新たな制度には意図しない副作用が常にあるものであり、新制度の影響をモニタリングする仕組みを設け、予期せぬ弊害が発生したらそれを軌道修正できるようにすべき。(近藤委員)
- ・ 地域保険としての一元的運用を目指し、最終的に地域保険になっていくということは、職域保険がなくなるということである。国民全体による社会連帯という形でいくことが前提になるのか、また、同時に組合健保を廃止するということになるのか、合意を得るべき。(三上委員)
- ・ 国民が安心してきて、良い医療が受けられるためにどうしたら良いかという議論に戻

りながら、長期的に続く制度を考える必要がある。(鎌田委員)

- ・ 本人が被用者保険に加入する場合には、被扶養者も被用者保険に加入することが基本だと思う。(小島委員)
- ・ 所得捕捉の問題も、政府で一部検討が始まったように、社会保障番号や背番号制などの名称はともかく、そのような形での捕捉を行えば可能であるはず。(横尾委員)
- ・ 高齢者医療の事務についても、十分な検証をして、前もって備えていかないとトラブルになる。現制度でも、そのスタート時、減額・軽減措置の時など、その都度にコンピュータトラブルも発生して苦労が絶えなかつただけに、十分な準備と対応が不可欠である。(横尾委員)

(2) 制度の基本的枠組み

ア 池上委員の案について

<池上委員のご意見>

- ・ 新たな制度は、国民を現役世代と高齢者世代で二分しないこととし、かつ、全年齢で所得に着目したリスク・負担構造調整を行った上で、保険者に保険者機能を発揮させるためにも、都道府県単位で統合して「地域医療保険」とすべき。これにより、最終的には、同じ都道府県に住む方は、同じ所得なら同じ保険料を支払うこととなるが、調整の過程において、負担が急激に増加する保険者については、激変緩和措置として公費を投入すべき。
- ・ 市町村国保を都道府県単位に統合する際には、保険料の算定方式が異なる点や一般会計からの繰り入れを解消する必要がある。統合に向けた動きとして、既に保険財政安定化共同事業等の再保険事業があり、この事業の効果を検証すべき。
- ・ 保険者の統合については、段階的に行い、国民の反応や現場の状況を見ながら軌道修正していく必要がある。また、地域医療保険と被用者保険の統合については、所得捕捉の問題や保険料の賦課方式の統一、社会保障番号に関する議論が不可欠である。
- ・ 平成30年度の目標として、地域医療保険と協会けんぽを統合する。

<各委員のご意見>

- ・ 都道府県単位で年齢・所得調整を行うことは、加入者間の負担の公平性を追求する点では理解できる。(小林委員)
- ・ 都道府県単位で事業所を分割すると、事業主が健康保険の担い手であるという位置づけが薄まり、職場が連帯の基盤であり、事業主が費用負担するという被用者保険制度が成り立たなくなるのではないかと。(小林委員)
- ・ 財政調整の強化により、財政力格差是正のための公費の役割縮小の可能性があると思うが、国民皆保険を守るためには引き続き必要との観点から検討すべき。(小林委員)
- ・ 若年者の制度体系については、職域の被用者保険と地域保険の市町村国保による

多元的な制度体系が最善である。(対馬委員)

- ・ リスク構造調整を進めると一元化される。保険者の自主性が保てないこと、事業主の協力を得られないこと、保険者機能を発揮しにくいこと等から極めて困難である。(対馬委員)
- ・ 後期高齢者医療制度の廃止後に高齢者・退職者はどこの保険に加入するのか。また、高齢者と若人の保険料算定はどうなるのかが明らかでない。(小島委員)
- ・ 国保と協会けんぽの統合については、所得捕捉の問題もさることながら、現在、事業所を通じて行っている保険料徴収等の事務を、事業所を通さずに行うこととなるが、協会けんぽには地域保険の事務処理に関するノウハウの蓄積がないことから、現時点では極めて困難である。(小林委員)
- ・ 全年齢リスク構造調整は理論的には正しいと思うが、所得捕捉や賦課方式の違いといった問題があり、国保の都道府県単位化よりも実現が困難である。(宮武委員)
- ・ 被用者保険間の負担の公平化、一元化はどのようにして図られるのかという意味では、長妻6原則には一番近い案ではないかと思う。(三上委員)

イ 対馬委員（健保連）の案について

<対馬委員のご意見>

- ・ 高齢者の生活実態、年金制度や介護保険制度との整合性から、国民の理解の得られやすい65歳以上の高齢者を対象とした制度とすべき。ただし、年齢で区分しないとする6原則を踏まえ、65歳以上でも働き続ける高齢者とその家族については被用者保険への継続加入を検討すべき。
- ・ 費用負担や運営責任を明確化するために、「別建て」の制度とした上で、高齢者の医療費を若年者が支える仕組みとする。
- ・ 運営主体については、都道府県単位の公法人等とし、保険者機能を発揮できる仕組みとすべき。

<各委員のご意見>

- ・ 後期高齢者は国保に戻すべき。65歳以上の独立型には反対である。(阿部委員)

ウ 小島委員（連合）の案について

<小島委員のご意見>

- ・ 医療保険の運営は、加入者の雇用・所得形態の同一性が重要であり、被用者健保と国保の二本立てを基本とすべき。このため、サラリーマンOBは退職後も引き続き被用者保険が支えるという「突き抜け方式」（退職者健康保険制度）とし、生涯を通じた予防・保健事業など保険者機能を強化する。
- ・ 退職者健康保険制度の運営主体は、協会けんぽが担うこととし、被用者OBの資格、住所等の管理については、日本年金機構からの情報提供、被用者OB本人からの申請等、さらに議論が必要である。また、新制度発足から、新たな対象者

を順次、加入していくことも検討すべき。

- ・ 25年以上被用者保険に加入していた方を対象とするが、女性の進出など現在の雇用状況等を勘案して、被用者であった期間を短縮したり、非正規雇用者・失業者を被用者保険の加入対象とすることを検討すべき。国保に加入している被用者世帯を被用者保険に原則加入させることも、併せて進めるべき。
- ・ 市町村国保については、都道府県単位の広域化し、国保連合会や後期高齢者医療広域連合を活用した組織「公法人」で運営を行うべき。
- ・ 70歳以上の医療給付費への公費は5割とし、国保と退職者健康保険制度の高齢者比率に応じて按分すべき。
- ・ 突き抜け型について、サラリーマンがサラリーマンOBのみを支えるだけで良いのかという指摘については、突き抜け型の財政試算で国保の財政がどうなるかを踏まえて、さらに検討すべき。
- ・ 「社会連帯」は、保険料だけでなく、公費（税）を含めた広い視点から考えるべき。
- ・ サラリーマンOBの保険料の半分を、事業主負担に相当する分として現役被用者グループ全体で負担し、支援するという考え方である。（小島委員）

<各委員のご意見>

- ・ 協会けんぽが業務委託を受けるという点については、1,100万人規模の個人を事業所という基盤もない中で把握していくことは、協会けんぽには地域保険の事務処理に関する体制やノウハウの蓄積等が全くないことから事実上困難である。（小林委員）
- ・ 非正規労働者等の受け皿でもある国民健康保険を再建し、皆保険制度を維持できる体制を検討する必要がある中で、連合が主張する「突き抜け方式」は、それらの方を見捨てることにならないか、という疑問がある。また、突き抜け方式にする場合、地域保険に加入している退職者を呼び戻すとすれば、いかに過去の職歴を検証するのか、極めて難しい作業になる。（宮武委員）
- ・ 就業構造や雇用環境が変化し、高齢化が進展する中で、突き抜け型は現実的ではない。（対馬委員）
- ・ 国民年金受給者が国保に残る一方で、突き抜け方式では健保に厚生年金受給者が加入することとなる。このため、それぞれの制度間の所得格差が大きくなり、低所得者層が多い国保の財政が成り立たないのではないか。（岡崎委員）
- ・ 被用者保険内で助け合うことにより、若年被用者の納得は得られやすいことがメリットとあるが、社会連帯という観点から、被用者保険内だけでの助け合いでよいのか。（三上委員）
- ・ 25年という要件を満たすサラリーマン退職者は男性が極めて多い。男性だけの圧倒的に多い医療保険というのはいかがなものか。（樋口委員）

- ・ 雇用の状況が変化しており、若人の就労形態も変わっている中、一定の職場を中心に考える案というのは疑問である。(見坊委員)
- ・ 最近、若年労働の問題が課題となり、その形態はパートタイムであったりするため、25年に該当しなくなる。広く国民を救える制度にすべきと思う。政権に近い連合として、新進気鋭の案を期待したい。(横尾委員)

エ 宮武委員の案について

<宮武委員のご意見>

- ・ 国民健康保険は国民皆保険の基盤であり、高齢化が進み定年退職者等が多く加入しても持続可能な制度にする必要がある。人口が少ない市町村において、保険によってリスク分散を行うのは困難であり、ドイツの疾病金庫やデンマークの自治体の例を見ても、保険者を集約せざるを得ない。そのために、都道府県単位の国保とし、後期高齢者医療制度とドッキングさせるべき。
- ・ 年齢区分を廃止するとなれば、後期高齢者は市町村国保に戻るほかないが、その際は、市町村国保は都道府県単位とし、都道府県が直接運営するのか、都道府県単位の広域連合が運営するのかの選択となる。
- ・ 一定年齢以上の方々の医療費について財政調整を行うとすれば、介護保険制度のように、同じ制度の中で、第1号被保険者(現役世代)、第2号被保険者(高齢者)というような区別が必要である。
- ・ 現役で働く高齢者とその家族については、若年者の各制度に継続して加入する。
- ・ 国保を都道府県単位化することは難しいことではあるが、危機感をもってやらなければならない。高齢者医療制度の課題は、高齢者の大半が加入する国保の課題であり、国保を持続可能な形に集約していくことが時代の要請である。
- ・ 国保の都道府県単位化に時間がかかるようであれば、例えば、まずは75歳以上の高齢者を市町村国保に移行させ、2階建ての財政調整を行い、若人については、一定の期間の中で、都道府県単位に移行していくという段階的な対応を考えるべき。
- ・ 知事会は国保の都道府県単位化に反対していたが、現在、埼玉県、岐阜県、京都府、奈良県、高知県においては、国保の都道府県単位化又は都道府県直営といった構想を出している。意欲がある都道府県が先行して都道府県単位化を進めることを認めてもよいのではないか。

<各委員のご意見>

- ・ 高齢者医療の対象者は何歳以上とするのか。また、高齢者と若人の保険料負担の仕組みについて検討する必要がある。(小島委員)
- ・ 国保を都道府県単位化するのは非常に時間がかかる課題であり、5年以内の実現は難しいのではないか。(池上委員)
- ・ 年齢により財政運営の仕組みを分けているが、年齢で区切らないということが出発点ではないか。(池上委員)

オ その他の御意見

- ・ 年齢で区分するあり方を見直し、公的年金の受給者を被保険者として制度設計すべき。(齊藤委員)
- ・ 負担ルールを明確化するために、現役世代の医療保険制度と高齢者の医療保険制度は、何らかの形で別建ての制度にすることが必要。(齊藤委員)
- ・ 保険者について、市町村別では財政運営上、小さな村では、危険が高すぎるとすれば、都道府県単位が良い。(鎌田委員)
- ・ 協会けんぽは都道府県単位の保険料率を導入し、都道府県の支部ごとに事業主および加入者の代表と有識者からなる評議会を設置して幅広い議論を行うなど、地域の実情を踏まえた保険運営を行っている。また、医療提供の体制は都道府県単位で整備されており、医療サービスも一定程度市町村単位を超えた広域で行われている実態があるので、新しい高齢者医療については都道府県単位とすることを基本として考えていくことが重要。(小林委員)
- ・ 国保は国で一本化するのが一番いいが、それまでの過程として都道府県単位で一本化することが望ましい。(山本委員)
- ・ 企業に勤務しながら市町村国保に加入している被保険者については、制度本来の職域保険に戻すべきであり、職域保険と地域保険の将来的な統合は否定しないが、当面は分立とすべき。(阿部委員)
- ・ 現役として働く高齢者については、若年者の制度への継続加入を検討すべき。(齊藤委員)
- ・ 今後は、雇用されて働く高齢者はじめ多様な働く高齢者が増えていくことを踏まえた医療保険制度のあり方を考えるべき。(樋口委員)
- ・ 国民皆保険を維持するためには、公費の増加が不可欠だが、消費税の議論は先送りにされている。国であっても地方自治体であっても公費負担を増やしていかなければ何ともならない事態となってくると考えるが、国民皆保険を維持していくための国の覚悟が問われている。(神田委員)
- ・ 公平な制度の実施のためには、誰が費用を負担するのかを明確にし、保険料と財源調整による負担について公平性を感じることでできる仕組みとする必要があるが、その緩衝材となるのが公費である。(堂本委員)
- ・ 高齢者や退職者の多い国保を被用者保険が支援することにより、公費の伸びを抑えるため、前期の財政調整や後期高齢者医療制度が作られたと認識している。今後、公費負担の在り方、国保、被用者保険を含めた医療保険制度全体の在り方の検討が重要である。また、被用者保険の一部である退職者医療制度をどう扱うかも含めて議論すべき。(小島委員)
- ・ 医療費通知、明細書の義務化、ジェネリックの使用促進など健保組合は保険者機能を発揮してきた。被用者保険だからこそ、被用者・事業主・労働組合のバックア

ップを得て、新たな取り組みができる。地域保険だけに視点を当てるのは適当でない。(対馬委員)

- ・ 長野県のように健康づくりに取り組んで医療費水準が低い例もあり、地域保険が適切な保険者となれないという考え方は違う。(鎌田委員)
- ・ 当初、老人医療が議論された際の目標は無料化であった。現在は状況が変わっているが、やはり、75歳で線を引くというのであれば、最終的には無料化するという理想を掲げるべき。(岩見委員)
- ・ 保険料負担の公平性にも、いくつかの視点があるが、社会保険においては裕福な方からは多くの保険料を納めていただくというようなりスク調整の機能は強めるべき。(近藤委員)
- ・ 公平性の視点には保険料だけではなく、健康状態の公平という視点もある。今の日本には、低所得者の死亡率が高所得者の2~3倍という健康格差がある。基本的人権が守られていない現実を直視して、その是正につながる制度にすべきである。(近藤委員)

(3) 運営主体のあり方

ア 都道府県が担うべきとするご意見

- ・ 国保の運営は都道府県単位とすべきであり、市町村では無理。その上で、都道府県か、全市町村が加入する広域連合かとなるが、保険者は都道府県が担うべきである。都道府県が経験や実績がないという指摘については、都道府県と市町村との間で人事交流・出向をすればよい。(阿部委員)
- ・ 現在、47の都道府県後期高齢者医療広域連合が保険者となっているが、これを約1800の市町村に振り分けることは困難であり、新しい制度の運営主体は都道府県が担うべき。(岡崎委員)
- ・ 広域連合は、市町村からの派遣職員で運営しており、人事異動は2年単位であることから、スキルの積み上げが困難。また、都道府県には国保を指導する部署があり、保険者の業務内容について熟知しているため、医療保険に係る事務の実績がないとの指摘は当たらない。(岡崎委員)
- ・ 運営主体は都道府県にすべきであり、人口が少ない市町村では保険が成り立たない。ただし、保険料の徴収は市町村が行うべき。また、一般の方からすると、県庁は敷居が高いイメージが強いので窓口は市町村が行うべき。保険者として都道府県が保険主体としての運営を担い、市町村は個別の対応と役割を担う形がよい。(岡崎委員)
- ・ 介護福祉は市町村のような小さな団体がむしろいい。医療はそうはいかない、医療は高度医療や3次救急のことを考えると都道府県単位の方が医療計画も立てやすい。都道府県が保険者になるのが理にかなっている。都道府県が運営主体になるとすると、保険料の収納率をどう上げるかが課題。都道府県が市町村に協力を求め

られるよう、国が支援する必要がある。広域連合では難しい。運営主体は都道府県を軸に、池上委員案と宮武委員案を合わせて、最終的に宮武委員の案を詰めていくのがよいのではないかとというのが私の意見。(鎌田委員)

- ・ 広域連合は組織として広く利用者に認知されておらず、新たな制度の運営主体は都道府県とすべき。その際、市町村の責任も明確にすべき。(樋口委員)
- ・ 運営主体を仮に都道府県にした場合のメリットとして、都道府県が現在実施している健康増進事業や医療費の適正化について、医療サービスの提供等の施策と有機的に連携させながら実施できる。広域連合では十分に連携が図りがたい点が問題である。(横尾委員)
- ・ 仮に財政的に国が支援するとなれば、都道府県でも引き受けることができるか。市町村は良い協力・連携体制をとりながら実務をやる。財政は国がサポートする。そしてより効率的なマネジメントを一緒に作っていくという形であれば、知事会としても了解が得やすいのではないかと。(横尾委員)
- ・ 広域連合の財源は市町村ごとの議決を経て支出しているものであり、一概に安定化とは言えないのではないかと。また、広域連合自体にも議会等が設置されており、その運営にも事務負担等が発生している。さらに、市町村から派遣される職員は数年で入れ替わるため、必ずしも事務に精通した職員が対応しているとは限らない。(横尾委員)
- ・ 「広域連合又は都道府県が運営主体となる場合には、窓口業務等は市町村が行う」との記載があるが、県民税等の徴収については、市町村に業務委託をしている例もあり、すべて市町村というわけではなく、広域化・一元化の1つのメニューとして、事務のあり方は今後検討する必要がある。(横尾委員)
- ・ 国がどの程度財政支援をして支えることができるかということが明らかになれば、かなりの部分、都道府県としてもやれるのではないかと認識の方が関係担当幹部にもおられるのではないかと感じる。(横尾委員)
- ・ 「都道府県としても大いにやってみるべきではないか」、「都道府県としても何か関わるようなこともすべきではないか」という意見等が関係者の中にはあり、こういった姿勢には高く敬意を表したい。(横尾委員)
- ・ 本来は住民と最も向き合っている市町村が保険者であるのが望ましいが、これから先の少子高齢化において、保険者としてリスク分散ができない市町村が極めて多くなっていくことを考えると、都道府県による運営を考えざるをえない。その際に、一番身近な市町村の役割をどうやって担保していくのかが大きな課題。(宮武委員)
- ・ 市町村国保はいずれ人口減少で行き詰るため、都道府県に権限を逆委譲すべき。(岡崎委員)

イ 広域連合等が担うべきとするご意見

- ・ 現在の後期高齢者医療広域連合をベースに、運営主体を検討すべき。(齊藤委員)

- ・ どのような見直しが行われるにしても、市町村国保が重要な役割を担うことになる。市町村国保においては、保険料が賄えきれずに、一般会計からの繰り入れが行われている。県の役割というものは十分認識しているが、都道府県単位としても市町村国保と同様の問題が発生することから、国が十分に支援しないと、受け皿となり得ない。(神田委員)
- ・ 運営主体の問題は都道府県と市町村が対立する問題ではない。まず、国がどう関わり、どのような財政の仕組みでやるのか、どのように財源補填をするのか、覚悟を示すべき。(神田委員)
- ・ 福祉分野では市町村が重要な役割を担っている。市町村が行う健康相談や健康診査は医療保険とも関係の深いものであるし、保健センター等も整備されている。都道府県の役割はそれをフォローしていくことではないか。(神田委員)
- ・ 資料に掲げられているメリット・デメリットが形式的ではないか。デメリットにも改善可能なものと重大なものがある。(神田委員)

ウ 検討の視点に関するご意見

- ・ 運営主体については、制度論ではなく利用者の視点から検討すべき。都道府県単位の広域連合が役割を担うことも考えられるが、どこが一番サービスを提供するのに適しているのかという視点から制度設計をすべき。(堂本委員)
- ・ 運営主体については、いくつかの視点から見た考え方がある。財政面からの視点では、大きな単位ということがある。住民の健康状態の確保からの視点では、基礎自治体のきめ細かなサービスがある一方で、都道府県の広域的な健康増進の取組がある。被保険者の利便性、窓口の利用、保険料の収納などについて、都道府県と市町村がいかに協力して高齢者医療制度を支えていくのかという考え方が必要である。(岩村座長)
- ・ 保険者の統一化という点では、京都府での新しい試みなどがあり、その状況など最新の情報も共有すべき。(横尾委員)
- ・ 新制度の受け皿として想定される市町村国保の有様に深く踏み込んだ議論は、十分な時間をかけて行うべき。(神田委員)
- ・ どこが運営主体となるかによって議論が相当変わってくる可能性がある。少なくとも保険の財政運営上の単位としては、保険の数理係数上の原理からしても、まず都道府県単位での広域化は避けて通れないのではないか。については、市町村国保の都道府県単位化による広域化についても、この会議で十分に議論いただきたい。(藤原委員)
- ・ 市町村国保の広域化は避けられない。国保制度を守っていかないと国民医療は支えきれない。(岡崎委員)
- ・ 市町村国保の広域化について、社会保障審議会医療保険部会とこの改革会議とでは議論の中身に大きなギャップや齟齬があり、また進捗にも大きな差がある。部

会と改革会議の広域化の考え方をどう捉えたらいいのか、大変戸惑っている。(神田委員)

- ・ 合意形成ができた都道府県から順次広域化を行うということになると恐らく広域化は進まないため、一定期限を切りながら広域化を行うべき。(岡崎委員)
- ・ 法律により保険者を解体できるかという点については、医療保険制度というのは基本的に国が枠組みを決めながら、それを法律で制定し、保険者を設立して、被保険者を設定するという形で成り立ってきたことを考えれば、法律で十分合意ができれば、保険者の組み替え、広域化は可能である。(岡崎委員)

(4) 費用負担のあり方

ア 公費について

- ・ 国保と後期高齢者医療制度の統合を考えた場合、国保が有力な基盤となるが、約7割の国保が単年度赤字であり、約3,800億円を一般財源から繰り入れている現状がある。このため、現行の国保も含め財政制度自体を分かりやすくし、一定の公費を入れ、国保の財政基盤を強化すべき。(岡崎委員)
- ・ 新たな制度においては、現役世代の負担が加重にならないよう理解と納得の得られる費用負担が必要であり、一定の所得がある高齢者には応分の負担を求めるとともに、公費負担の拡大も含めた財源のあり方を検討すべき。(小林委員)
- ・ どういう制度設計をするにしても、公費の負担増を検討していくということでない限り、医療保険制度全体の持続可能性はない。(小島委員)
- ・ 今の費用負担の方法では現役世代の保険料が過剰なものとなっている。今後の新しい制度の財源負担を考える場合には、公費を増やしていくという方向がないと、現役世代の負担がますます過重になっていくと考えている。この点は、制度を議論する大前提として強調しておきたい。(小林委員)
- ・ 社会全体で支える公費の割合と現役世代を中心とする保険料部分の負担割合についても、固定化せずに高齢化の進展に応じて公費を増やすような調整の仕組みの導入を検討すべき。(小林委員)
- ・ 高齢者医療の保険給付財源については、現役世代の保険料に依存するには限界があることから、高齢者医療制度への公費投入割合を高めることが不可欠。そのためにも、税制改革の議論がセットで行われることが期待される。(齊藤委員)
- ・ 新たな制度においては、介護保険と同様、5割の公費を投入すべきである。公費以外の部分は、高齢者と若年者の人数比で按分し、それぞれが保険料を負担する。(対馬委員)
- ・ 健保組合等の支援金・納付金の負担は、保険料収入の45.2%と過重であるので、前期高齢者の層にも5割を目途とする公費投入を目指すべきである。また、財政事情の厳しい健保組合への財政支援の継続、強化が不可欠である。(対馬委員)
- ・ 65歳から74歳までの前期財政調整の仕組みを75歳以上に拡大し、75歳以

上の方の医療費の5割に公費を投入すべき。(阿部委員)

- ・ 今後の高齢者医療費の見通しを踏まえると、その財源について深刻な事態が生じることが考えられるため、将来の恒久的な財源の確保が重要であり、国における財政負担を明確に示すべき。(知事会(西川代理))
- ・ 今後の少子高齢化の進展を考えると、公費の拡大をお願いせざるを得ない。(樋口委員)
- ・ 高齢化の進行に伴い増え続ける医療費の負担に対し、公費の役割の拡大を明確に位置付けた上で議論を進めていく必要がある。(小林委員)
- ・ 公費投入の額を増やさなければ、財政調整を行ったとしても、全ての保険者が納得することは難しい。(三上委員)
- ・ 公費の投入については、所得捕捉することや、消費税を議論しなければ前に進まないのではないか。(横尾委員)
- ・ これからの社会保障制度を支える財源のあり方については、公費においてもできるだけ特定の世代に偏らない負担ということが重要である。社会保険料と同様の現役世代の賃金に着目した税と、各世代において幅広く負担する税を併せて考えていくことが今後の社会保障の安定的な運営には大事である。(小林委員)
- ・ 高齢者医療制度の見直しにあたり、真水の公費投入を拡大するという方向性について、委員の間で認識を共有したい。(齊藤委員)
- ・ 健保組合では、自分たちが集めた保険料の半分をそれ以外の方々に拠出するということであると、事業主、被保険者の納得を得るのは難しいという状況もある。そういうことも含めて、国費の投入ということを全体的に共有すべき。(対馬委員)
- ・ 試算の中では、公費負担が減り、国保の負担が増えることとなっている。公費負担減少の理由は、総報酬割の導入を前提としているが、実施可能なのか疑問である。その場合、国保の過大な負担は、どこから補填するのか。(岡崎委員)

イ 若人の保険料について

- ・ 高齢者医療を支える各制度間での負担のあり方については、各制度の負担能力を反映し、現役世代の納得が得られる制度となることが重要である。(小林委員)
- ・ 新たな制度においては、現行の後期高齢者医療制度の医療給付費に対する財政調整の仕組みを残すか、新たに全年齢に係る公費や支援金等による仕組みを設けるか検討すべき。(宮武委員)
- ・ 被用者保険は国保に比べて、一般的に若人が多く、所得水準が高く、さらに一人当たり医療費が安いなど、相対的に恵まれた保険運営環境にある。したがって、国民皆保険の基盤となっている国保に高齢者が加入するのであれば、被用者保険からの財政調整による支援が不可欠であり、現在の加入者数に応じた調整ではなく、所得を考慮した負担能力に見合った財政調整を行うべき。(知事会(西川代理))
- ・ 支援金のあり方については、高齢者の医療費を社会全体で支えるという観点から、

各医療保険制度間で公平に負担することとなるよう、被用者保険者間は総報酬按分とすべき。(小林委員)

- ・ 老人保健制度や後期高齢者医療制度が創設された経過を見ても、突き詰めれば高齢者と無職の方が多き国保の財政問題であり、被用者保険はそれを支援してきた。国民健康保険と被用者保険のあり方をもう一度考えるべき。(小島委員)
- ・ 若人の保険料については、65歳以上に5割の公費投入を前提として、被用者保険者内は、保険者の負担能力に応じた負担とすべきであるが、総報酬割については、予算や公費の節減の観点ではなく、制度論としての公平性・納得感・整合性・経緯という観点から、本当に総報酬割がいいのかどうかを議論すべき。その際は、原則、65歳以上が給付対象で、(保険料について)総報酬割をしていない介護保険制度との関係も考慮すべき。(対馬委員)
- ・ 総報酬割を導入すると、現在の前期高齢者の財政調整制度における医療費適正化に対する保険者のインセンティブを働かせる仕組みがなくなってしまうという問題もある。さらに、総報酬割を導入する場合には、従来以上に所得の把握を厳格に行う仕組みが必要である。(対馬委員)
- ・ 経済が活性化して保険料収入が増加するといった良い循環を作るためにも、現役世代のやる気と活力が重要である。若人において高齢者医療制度への拠出感が過大なものとなり、活力をそぐような事態とならないような仕組みとすべき。(齊藤委員)
- ・ 現役世代にとって過度に重い保険料負担にならないような制度改革をお願いしたい。(齊藤委員)
- ・ 保険者や団体を代表する方が、それぞれの立場で発言しているが、医療保険制度の議論においては社会連帯の理念が重要であり、それぞれの保険者が集めた保険料は、国民全体のものであるという考え方の下に議論を行う必要がある。(三上委員)
- ・ 新たな制度においては、事業主の負担が現状を下回らない制度とすべき。(阿部委員)
- ・ 企業においても、法人税や社会保険料により社会保障制度を支えている。これら企業の負担についての国際比較等も踏まえて議論すべき。(知事会(西川代理))

ウ 高齢者の保険料について

- ・ 国民皆保険を守る観点から、高齢者にもその負担能力に応じた適切な負担を求めべき。(齊藤委員)
- ・ 高齢者の方々から、応能負担とか応益負担という意見が出るということに敬服する。(対馬委員)
- ・ 収入のある高齢者は、応分の負担をして、ただ乗りする気などは決してない。(樋口委員)
- ・ 高齢者の保険料については、若人と高齢者の負担の透明性が確保された仕組みと

すべき。(対馬委員)

- ・ 保険料及び保険者間の財政調整の検討にあたっては、その高齢者がこれまでの人生において、どの保険者に属していたのかを可能な限り反映できる制度にすべき。(堂本委員)
- ・ 高齢者だけが利益を得るのではなく、たとえ低所得であっても高齢者も国民の一人として少額の保険料を負担するなど、全ての高齢者が一定の負担をすべき。(樋口委員)
- ・ 年齢のみを区分とした保険料の減免はない方が良いという意見に賛成である。(樋口委員)
- ・ 国民皆保険が国民全体の連帯だと考えると、保険者間の差を明らかにすることは非常に問題ではないかと考える。(三上委員)

エ 患者負担について

- ・ 新たな制度においては、必要な医療を保障し、65歳以上の方は原則として9割給付とすべき(1割負担とする)。(阿部委員)
- ・ 65歳未満の窓口負担についても、現行の3割負担というのは非常に高すぎるので、2割負担にすべき。(阿部委員)
- ・ これまで自己負担分を増やして給付を抑制することで医療費を抑えてきたので、新たな制度については、高齢者の自己負担が増えないような制度を検討すべき。(三上委員)
- ・ 患者負担については、負担の公平性の観点から3割が限界である。現行の高齢者の負担割合は、原則として、70～74歳は2割、75歳以上は1割であるが、どの程度の患者負担が世代間の公平の観点から適当であるかという議論をすべき。(知事会(西川代理))
- ・ 現在の窓口負担、75歳以上が1割、70歳から74歳は2割、それ以外は3割となっているが、これ以上の負担増はすべきではない。(小島委員)
- ・ むしろ70歳以上については1割負担ということで、高齢者の窓口負担を軽減することを基本的に考えるべきではないか。(小島委員)
- ・ 自己負担については、無駄な受診を減らし、効率化を図ることを目的に徐々に引き上げられてきた。しかし、調べてみると低所得者ほど窓口負担が大きいことを理由に受診を控えているという実態があり、必要な医療が抑制されていると考えられる。また、病院で治療費を支払わない方が増加しており、公立病院では自治体の税金を投入して支えている実態もある。自己負担が大きいことも治療費未払いの原因の一つになっている。したがって、新たな制度においては、自己負担を今よりも引き下げる方向で考えるべき。(近藤委員)
- ・ 患者負担については、現役と同じ3割というのは非常に苦しいかもしれない。まず2割にして、さらに高額療養費等の適用のところで工夫すべきではないか。(対

馬委員)

- ・ 応益負担の問題では、窓口負担があるが、これについては年齢によって病気がちの方、何度も病院にかかるような方については、窓口負担は一定程度引き下げることが適当である。(三上委員)

※ 財源構成の試算について

- ・ 国保が負担増となり、財政がもたない。国保の財政基盤をしっかりと確立させる方向で整理すべき。(岡崎委員)
- ・ 基本的な考え方の6原則にあるように、国保の負担増に配慮するという観点から、一定の工夫が必要である。そうでなければ、都道府県が運営主体となることも困難ではないか。(横尾委員)
- ・ 75歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入する場合には、国保は負担が増加するが、ほぼ同額が負担減となる公費を充てることとすれば、それほどひどい負担増にはならない。しかしながら、今後の急速な少子高齢化の中にあっては、公費を段階的に投入し、被用者保険を中心として保険料の負担増を抑えていくという仕組みを導入しなければ、被用者保険側は納得しないのではないか。(宮武委員)
- ・ 65歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入する場合には、国保及び公費の負担が大幅に増加するが、その財源を確保するには消費税率を1%増加させる必要があり、短期間での実現は極めて難しいのではないか。(宮武委員)

オ 将来推計について

- ・ 新たな制度を中長期的な観点から考える上で、高齢者の医療費の推移、保険区分ごとの医療費・公費負担・保険料・支援金等の将来推計を踏まえて、議論すべき。(神田委員)
- ・ 医療保険制度の抜本的な改革を行うのなら、医療費の将来推計をきちんと踏まえて議論すべき。(山本委員)
- ・ 持続性という意味から、現時点のみならず、団塊世代が後期高齢者となる2025年時点までの財政影響をしっかりと見て検討していきたい。(齊藤委員)
- ・ 足元だけの議論ではなく、2025年までの試算を踏まえて議論すべきだ。(対馬委員)
- ・ 将来の医療費の負担や現役世代の負担の水準がどうなるかという将来の負担の推計も、複数のシナリオで示していただくことが必要である。(小林委員)

(5) 保険料、給付等のあり方

- ・ 新たな制度の保険料は「応能負担」を原則とし、格差のない料率を設定すべき。(阿部委員)

- ・ 税制改正で65歳以上の年金の老年者控除が廃止され、公的年金等控除の最低保障も減額された結果、住民税が上がリ、国保料や介護保険料が上がっており、これは元に戻すべき。(阿部委員)
- ・ 後期高齢者医療制度における個人単位の保険料賦課は、世帯単位に戻す。地域保険に加入する方の保険料は、世帯主に賦課すべき。(阿部委員)
- ・ 国民健康保険をベースにした受け皿となれば、世帯単位という流れではないか。(小島委員)
- ・ 75歳以上は個人で保険料を払っているが、国保は基本的に世帯単位での保険料賦課になるので、ここもどういう調整をしていくか、技術的に難しい問題もある。(岡崎委員)
- ・ 高齢者の医療保険は保障の理念が重要であり、保険料の上限の見直しや保険料率の一本化なども検討すべき。(三上委員)
- ・ 地域保険で国民健康保険の方が受け皿となれば、現在の世帯単位での上限の見直しも必要ではないか。(小島委員)
- ・ 国保の賦課の上限は職域保険と均衡するように引き上げるべき。(阿部委員)
- ・ 国保の保険料の上限は職域保険と同額まで引き上げるべきではないか。(樋口委員)
- ・ 所得のある方の保険料の上限について議論すべき。50万円より高い上限を段階的に設定してもよいのではないか。(樋口委員)
- ・ 若年の国保の保険料についても、都道府県単位でできるだけ統一すべき。(宮武委員)
- ・ 現在の保険料の徴収のあり方として、年金天引きかあるいは口座振替の選択。これは、本人の同意を前提にするべきであるので、基本的には年金天引きにするか口座振替にするかは、年金受給者については選択制にすることが適当である。(小島委員)
- ・ 負担の公平と給付の平等を図ることについては、委員全員の理念として一致しているのではないか。(三上委員)
- ・ 被扶養者の保険料の軽減措置は、制度加入時に被扶養者であったことにより対象としているが、その後、扶養関係がなくなった方の取扱いについても考慮する必要がある。(樋口委員)
- ・ 女性の立場からは、夫が亡くなり被扶養関係がなくなると負担が増えてしまうという二重の問題が起こってくる。(樋口委員)

4 高齢者のための医療サービス等について

- ・ 本会議においては、各論的な議論はできないが、高齢者に関わりの深い医療サービスの基本的な考え方については議論すべき。(近藤委員)
- ・ 診療や健康診断についても年齢による区分はしないことを明確にすべき。(阿部委員)
- ・ 医療サービスや保健サービスについては、高齢者と現役世代で基本的に差をつけるべ

きではない。(対馬委員)

- ・ 新たな制度の枠組みについては、6つの原則に則って議論することになる。医療サービス全般については、別途議論する必要があるが、高齢者にふさわしい医療の考え方については、この会議で打ち出すべきである。(宮武委員)
- ・ イギリスでは、医療崩壊と言われる状況から立ち直る際に、NSFと呼ばれる疾患領域ごとの10カ年の長期計画を策定しており、この中に高齢者医療版というものもある。日本版NSFにより、10年後の目標設定を行い、それを実現する手立てを考えてモニタリングするような考え方を行うべき。(近藤委員)
- ・ 日本の医療費をOECD平均並みに上げつつ、それ以上に上がらないシステムについて検討していく必要がある。そのために、かかりつけ医制度や終末期相談支援料が、どのような役割を担えるのか考えていく必要がある。(鎌田委員)
- ・ 高齢者は慢性的な疾患を抱えやすく、かかりつけ医制度については、他の先進諸国と同様、必要である。(宮武委員)
- ・ かかりつけ医を制度として導入するには、まだ無理がある。(阿部委員)
- ・ 後期高齢者終末期相談支援料については、導入の仕方に問題があったが、自分がどのように最期を迎えるかについて、看護師や医者と相談していくといった制度は必要である。(宮武委員)
- ・ 病院に頼りすぎていた日本の医療を、自宅や自宅に近い環境で最期まで暮らし、看取ることができるような体制に変えていくべき。(宮武委員)
- ・ 終末期医療制度は、せっかく国民的合意ができつつある段階で、打ち出し方が悪く、議論が後退してしまった。新たに国民・高齢者が論議できるようにするべき。(樋口委員)
- ・ 新たな制度の医療サービスについては、高齢者の健康維持・諸機能維持に必要なリハビリについても検討すべき。(樋口委員)
- ・ それぞれの地域において、入院に頼り過ぎることなく、切れ目なく必要な医療・介護・リハビリが受けられる体制を構築することが重要である。(神田委員)
- ・ 新たな制度のあり方の前提として、救急医療、周産期や小児科医療などをはじめとする医療崩壊を防止するために医療費総額を拡大し、診療報酬をさらに引き上げるべき。(阿部委員)
- ・ 75歳に着目した診療報酬体系が廃止されたが、複数の疾患あるいは重複受診をどう避けて、より効果的な医療にするかは重要である。(神田委員)
- ・ 高齢者が医療を過剰に受けているようにも思えるので、医療を受ける高齢者のあり方についても考える必要がある。(岩見委員)
- ・ 都道府県別ぐらいで競争原理がきちっと働くような保険者機能というものを持って、そこで3次救急はどうするか、健康づくり運動はどうするかという競争がきちっと行われていくことによって、国民は安心できるのではないか。(鎌田委員)
- ・ 高齢者医療確保法に規定されている特定健診や特定保健指導は非常に斬新な考え方で

ある。20年度は混乱もあったが、健保組合としても、保険者機能を発揮しながら積極的に取り組んでいる。(対馬委員)

- ・ 特定健診及び特定保健指導は、保険者機能の強化のために効果的な取り組みとなり、更に進めていく必要があるが、健診等の実施率による支援金の加算・減算の仕組みは、廃止を含めて見直すべき。(小林委員)
- ・ 5年後には後期高齢者支援金について10%の加算・減算という措置が導入されることになっているが、加算・減算の仕組みはやめるべき。(小島委員)
- ・ 生活習慣病の予防について、今までどちらかという自治体任せで、国として本腰を入れてやってこなかったのではないかと。今回、政府、自治体、医療機関を挙げて予防医療に取り組むという方針を示すべきである。(阿部委員)
- ・ 医療費の増大が見込まれる中で、健全な方法により医療費の伸びを抑制していくことは重要である。新たな制度においても、健康づくり事業などの受益と負担を連動させる仕組みを導入すべき。(知事会(西川代理))
- ・ これからは健康づくりであれば、健康相談・指導・保健サービスといった点が重要になる。(神田委員)
- ・ 保健サービスについて、「サービスは受けるもの」という認識があるが、「国民の健康の維持」というのは、受けるものでも、与えるものでもなく、国民一人ひとりが自ら育まない限りできないものである。サービスという言葉をそのまま本当に使って良いのかとも感じている。(横尾委員)
- ・ ジェネリック医薬品の使用促進のパイロット事業として、後発医薬品を使うと費用が軽減される通知を広島支部の加入者に送らせていただいた結果、約2割の方が先発医薬品から後発医薬品に切替えている。今年度は、この事業を全国展開しているが、広域連合でも国の支援をいただいでぜひ進めていただきたい。高齢者医療費の効率化、高齢者の方の窓口負担の軽減につながる。(小林委員)

有識者ヒアリングにおける主なご発言

1. 一圓光彌教授

- 高齢者の医療費をできるだけ低く抑えられるよう、住民の健康や従業員、家族の健康管理に力を注いで保険運営をしているという保険者は少なくない。そういう保険者の努力が今後とも強化されていくことが一番大切なことである。
- 後期高齢者医療制度を考えると、高齢者の医療費を別枠の制度にしたことで、保険者の努力が保険料に反映されない結果になった。これが後期高齢者医療制度の最大の問題ではないか。
- 新しい医療制度の枠組みとしては、地域や職域の保険者が自主運営できるような形を残すことが重要である。

その観点に立つと、高齢者については年齢に関係なく退職すれば地域が生活の基盤になるわけであり、地域の国保に加入することが一番自然で、理にかなったものではないか。この考え方は宮武案に非常に近い。
- ただ、宮武案の国保の運営を都道府県単位で広域化することに関しては、市町村の保健事業等の取組みが、その市町村の保険料にきちんと反映できるような枠組みは維持しながら広域化を考えていく必要がある。
- 以上のように、制度体系として地域保険と職域保険の二大体系を残すとすると、両制度間のリスクを調整することが必要であり、具体的には国保に対する国庫負担及び被用者保険からの拠出金によりリスク構造調整を行うことが必要になる。
- その場合、国保が必要とするリスク調整というのは2つの面がある。退職者・高齢者（世帯主が無職である人たち）の所得の不足と、高齢者の高い医療費を補填しなければならない。そのほか、低所得層のリスクも調整する必要がある。

2. 加藤 智章 教授

- 後期高齢者医療制度の問題点
 - ・ 被保険者の保険料負担が財源の1割であり、財政規律の基盤を確保する道筋という点で評価できるが、1割だけで財政的な規律を発揮できるのか疑問である。
 - ・ 保険料徴収義務は市町村に委ねて、保険料率の決定は広域連合で行うという構図の中で、どこまで保険者機能を果たすことができるのか。
 - ・ 広域連合の意思決定システムが、当事者自治のシステムとして適正なものであるのか。
 - ・ 支援金・拠出金については、いわゆる保険料の租税化という考え方であり、保険給付と直接的に関連のない負担が社会保険料と一体的に徴収されることをどのように考えるのか、という問題が提起されている。

- 改革会議の議論を進めていく中での「基本的考え方」では、一元的運用について、国保と被用者保険を一元化するということは、恐らく所得捕捉率の問題を抜きにしては、一元化というプロセスには移行できないのではないかと。
- また、被用者保険と市町村国保との関係の中で、いわゆる非正社員が市町村国保の中に組み込まれている体制があり、非正社員の処遇をどう考えるかという点も重要な問題になってくる。
- 「市町村国保等の負担増に十分配慮する」、「高齢者の保険料は急に増加したり、不公平なものにならないようにする」といった点については、保険者の負担増も抑制し、高齢者の負担も緩和することが、果たして実現可能なのかという点に強い疑問を抱かざるを得ない。
- 市町村国保の広域化については、法律に基づいて保険者を解体し得るのか。例えば、法律によって健保組合を解散することは、果たして可能であるのか。
- 各案については、いずれにしても所得捕捉率の問題を解決しなければ、リスク構造調整の機能は十分発揮されないのではないかと。

3. 関 ふ佐子 准教授

- 若いときから安心して世の中で生活していくためには、ある一定の年齢以上の者に対する保障は充実させるべきではないかと思っている。
- そういう意味では、年齢を理由とした保障は必要に応じて提供する必要があるが、他方で、年齢で境界線を引くと、年齢差別が起こるという現実もある。後期高齢者医療制度は、その年齢差別の観点から、色々と批判が出てきたと思っている。
- アメリカでは、差別禁止ということで、ある一定の年齢を保障することと、ある一定の年齢を理由に差別することが、どのような関係にあるのかという、エイジズムの議論がされてきている。

エイジズムには2つあると言われ、1つは、高齢者世代を役に立たない、働けない世代といったイメージによって差別したり偏見を持ったりする「否定的エイジズム」。一方、高齢者のみを対象としたメディケアや年金といった社会保障制度は、高齢者に好意的な区別であり、これは「肯定的エイジズム」と捉えて良いのではないかと、という議論がある。

- ある一定の年齢以上の者に対する保障は充実すべきであるが、年齢による区分が問題であるという考えもあり、それは保険者自治が機能しなくなるという点である。医療というのは、生涯にわたる健康管理や予防の努力が制度に反映し、その結果として保険料が安くなるという制度でないと、中々機能しづらいと思っている。

そういった意味では、区分するのはよくないと考えている。

- 医療サービスについては、一生にわたって同じ制度がよいと考えるが、他方で、一定の年齢以上については公費を投入し、財政的には他の年齢で支えていくべきと考え

る。

65歳以上の人口が7%を超えた時に、国連は「高齢化」という言葉を使ったが、その当時は日本では65歳以上の人口は5.7%で、それぐらいだったら皆で支えるというのは非常に納得しやすい割合であるが、これだけ寿命が伸びてくると、一体どれぐらいの人たちを社会で支えるのかということは、改めて考えていかなければならない。当時のパーセンテージを今に当てはめると、大体75歳以上というのが社会で支える年齢として適切と考えているが、どれぐらいの年齢であれば若い人たちは支えていいと考えているのかということ、調査などに基づいて考え、そして公費を投入する年齢を検討すべきではないかと思っている。

- 新たな制度の在り方としては、年齢で区分しない一方、年齢を理由とした保障に公費を投入する、そして今は65歳と言っても色々な方がいるので、世代内でもお互いに負担し合って扶養し合うということが可能な制度が良いと考える。

4. 土田 武史 教授

- 新たな制度を検討するにあたって求められているものは、以下の5点である。

- ① 公平性の確保

- ・ 年齢差別の解消、高齢者負担の軽減化、医療給付及び診療報酬体系の改定、保険者間のリスク構造格差(特に国保)の是正、の4つが課題である。

- ② 財政の安定化

- ・ 1つ目の課題は、財政調整・保険者間のリスク構造調整・国庫負担の見直し。財政調整は高齢者医療費の負担をどう分配するか、リスク構造調整はリスク格差をどうやって平準化するか、ということであり、財政調整が事後的な対応策なら、リスク構造調整は事前的な対応策。しかし、国保被保険者の所得把握は難しく、その場合の財政調整の在り方に国庫負担がある。こうしたことを含め、財政安定化のための対応策が必要。

2つ目の課題は市町村国保の負担増の回避。

3つ目の課題は保険者組織の改編。保険者機能の側面から組合方式を高く評価すべき。

- ③ 世代間連帯の強化

- ・ 高齢者医療制度の支援金の見直しを通じた対応が必要。

- ④ 当事者自治(保険者機能)強化

- ・ 6原則から落ちているが、考慮する必要がある。

- ⑤ 制度のわかりやすさ(国民の納得)

- ・ 財政調整の計算は複雑であっても構わないが、理念は、単純明快でわかりやすいものにする必要がある。

- 5つの視点からの各案の評価
 - ・ 池上案は、公平性の確保や世代間連帯ということで非常に高く評価できる一方、各都道府県に健保組合を区分すると、保険者機能を損なう点で非常にマイナス。また、国庫負担が少なくなり、財政的な安定性にも不安がある。
 - ・ 対馬案は、世代間の負担関係が明確で、高齢者間の負担の公平化について評価できるが、年齢区分において差別論が再燃する危険性がある。また、被用者保険・国保・高齢者医療制度間のリスク構造格差への対応が明確でない。
 - ・ 小島案は、被用者保険の連帯が強化され、保険者機能も強化される点で評価できるが、制度間・保険者間のリスク構造調整・財政調整による対応が必要となる。また、雇用の流動化等が進む中で、退職者健保制度の詳細が不明な点に大きな不安が残る。
 - ・ 宮武案は、制度が分かりやすく、世代間連帯の確保、高齢者の負担の公平化、年齢差別の解消といった点で非常に評価できる。ただ、都道府県が強い保険者機能を保持する可能性はあるが、現在の市町村よりも保険者機能が落ちることもあり得る。また、国保と被用者保険とのリスク構造格差の是正、財政格差の是正、国庫負担のあり方の検討が必要。

5. 山崎 泰彦 教授

- 新制度の枠組みは、新たな高齢者医療制度の対象を年金、介護保険と合わせて65歳以上として、前期、後期の区分を解消すべき。そして、国保を高齢者医療制度の一般制度としての役割を担う保険者として位置づける。
- 各被用者保険者が、国保の高齢者医療事業を代行することができることとし、被用者保険加入者は、被用者保険と高齢者医療制度に二重加入する。これにより、年齢を理由とする強制的な移動はなくなり、被用者保険独自の現金給付等は継続して受けることができる。
- なお、既に75歳以上の被用者は後期高齢者医療制度に移っているので、混乱を避けるため、これらの方々は原因になるので、原則として住所地の国保に戻す。
- そして、高齢者医療勘定を設けて、高齢者医療費について各制度、保険者が財政を共同化する。
- 給付と負担については、年齢のみを基準とした過度な一部負担や保険料負担の軽減はやめるべき。
- この方式のメリットは一般制度である国保については医療と介護の保険者の単位が一致し、両者の連携がとりやすくなることであり、患者負担、保険料負担、公費の負担割合等も整合性のとれたものにすべき。これにより、将来、介護保険と高齢者医療を融合・ドッキングさせる可能性も開けてくる。
- 財政調整については、年齢や所得といった構造的要因に着目してリスク構造調整を行

う。制度間では年齢、各制度内では所得を調整基準として、当面 65 歳以上に限定して適用し、国保内は、少なくとも現在導入している程度の公費は投入する。

- 今の支援金というのは保険者努力が中々反映し難い仕組みであり、それは問題。年齢リスク構造調整と応能負担の要素を組み合わせるのが、被用者保険のグループでの拠出金の決め方かと思う。
- 国保については、軸足は市町村に置いた上で、広域化の努力をすべき。関係者の合意が得られるところから都道府県が保険者になる道も開いたらどうか。ただ、市町村の努力が反映されるような分権的な運営を行う事が望ましい。
- 平成 25 年施行という極めて制約されたスケジュールは、普通に考えれば極めて困難。その困難な中で合意形成を図り、スムーズな施行に結びつけるとすると、当面、高齢者医療制度を廃止し、年齢で区分するという問題を解消することの 1 点に改革のターゲットを絞る代替案は考えられないか。
- そのような観点からは、75 歳未満の財政調整は残し、75 歳以降も国保か被用者保険に継続加入させて、各保険者が現在の後期高齢者医療の事業を代行する形で継承し、高齢者の医療費について財政の共同化を図るという案が考えられる。

委員配付資料

新たな高齢者医療制度に関する 中間取りまとめ

平成22年6月29日

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

はじめに

- 全国知事会としては、「医療保険制度の全国レベルでの一元化を目指すべき」という主張は引き続き堅持していく。
- 本来、医療保険制度の改革については、多方面に大きな影響を及ぼすものであること、また、将来にわたり持続可能な制度としなければならないことから、医療費の将来推計等の詳細なデータを基に、十分な議論を尽くすべきである。
- 国は、国民皆保険制度を堅持し、持続可能な高齢者医療制度を構築するため、どのような財政責任を果たしていくのかを明確に示すことが不可欠である。
- しかし、高齢者医療制度改革会議で新たな制度の骨子がまとめられようとしている状況の中で、現時点での考え方をまとめたものである。

- ・ 平成 21 年 8 月の政権交代により、国において、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平成 25 年 4 月に導入する方向性が打ち出された。このための検討の場として、平成 21 年 11 月に厚生労働大臣が主宰する「高齢者医療制度改革会議」が設置され、議論が行われてきている。
- ・ 高齢者医療制度改革会議では、厚生労働省が会議の冒頭に示した「地域保険としての一元的運用を図る」等の『6つの基本的考え方』を制度見直しの前提条件とし、この夏までという短期間で制度の骨子をまとめようとしており、また、その中で、新たな高齢者医療制度の受け皿として想定される市町村国保のあり方にまで踏み込んだ議論がなされるに至っている。
- ・ 全国知事会としては、毎年度の「国の施策並びに予算に関する提案・要望」等で要望してきている「医療保険制度の全国レベルでの一元化を目指すべき」という主張は、引き続き堅持していくべきものと考えるところであるが、こうした国の動きに対応する必要があることから、平成 21 年 11 月、全国知事会内に「後期高齢者医療制度改革プロジェクトチーム」を設置し、高齢者医療制度改革会議の議論に合わせ検討を重ねてきた。
- ・ 本来、医療保険制度の改革については、対象となる者、各保険者、公費負担等多方面に大きな影響を及ぼすものであり、また、将来にわたり持続可能な制度としなければならないことから、医療費の将来推計等の詳細なデータを基に、十分な議論を尽くす必要がある。
- ・ 国は、国民皆保険制度を堅持し、持続可能な高齢者医療制度を構築するため、どのような財政責任を果たしていくのかを明確に示すことが不可欠である。
- ・ しかし、全国知事会としても早急に制度のあり方に関する考え方を高齢者医療制度改革会議に提案していく必要があることから、当プロジェクトチームで論点整理・検討を行うとともに、必要に応じて社会文教常任委員会構成都県や全都道府県の意見集約を図りながら、現時点での考え方を中間取りまとめとしてまとめたものである。

1 高齢者医療制度の基本的枠組みについて

- 新たな高齢者医療制度は、市町村国保を受け皿として実施する。
- 市町村国保内において、高齢者部分と若年者部分は区分して運営する。
- 対象者は、主たる収入が年金に移行し、また、介護保険の第1号被保険者となる65歳以上の者とすることが考えられるが、今後、保険財政面と一体的に検討していく。ただし、年齢に関わらず、被用者保険の本人及び被扶養者（65歳未満の者に扶養されている者を含む）については、被用者保険に加入するものとする。

- ・ 高齢者医療制度改革会議において、国は、『「6つの基本的考え方」中の「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」の意味は、新たな高齢者医療制度は後期高齢者医療制度のような独立型とはせず、既存の医療保険の中に繰り入れることである』としている。また、受け皿となる医療保険については、「6つの基本的考え方」中に「地域保険としての一元的運用」、「市町村国保の広域化につながる見直し」とあることから、市町村国保が有力視されている。このような情勢を踏まえつつ、短期間での制度移行が前提とされていることから、市町村国保を受け皿とすることが現実的である。
- ・ 高齢者と若年者では、一人当たりの医療費に大きな差異がある一方で、保険料等の費用の負担能力においても一般的に差異がある。このため、高齢者部分については、若年者部分とは別に、保険料を設定し、また、公費負担、財政支援により財源を確保する必要がある。このことから、市町村国保内において、高齢者部分と若年者部分は区分して運営する必要がある。
- ・ 対象年齢について、後期高齢者医療制度においては、75歳以上を「後期高齢者」という名称で区分したことが問題となった。一般的に職業生活を引退して主たる収入が年金に移行し、また、介護保険の第1号被保険者となる65歳以上について、若年者とは区分して「高齢者」として括ることが現実的であると考えられるが、保険財政に大きな影響を及ぼす要素であることから、今後、保険財政面と一体的に検討していく。
- ・ 被用者保険の本人については、被用者保険から外れて後期高齢者医療制度に加入するとされたことにより、従前よりも保険料が増額となるなどの問題が生じた。また、保険運営の財政面から見ると、対象となる高齢者が少ない方が財政負担が軽減される。これらを勘案し、年齢に関わらず、被用者保険の本人及び被扶養者（65歳未満の者に扶養されている者を含む）については、被用者保険に加入するものとする。

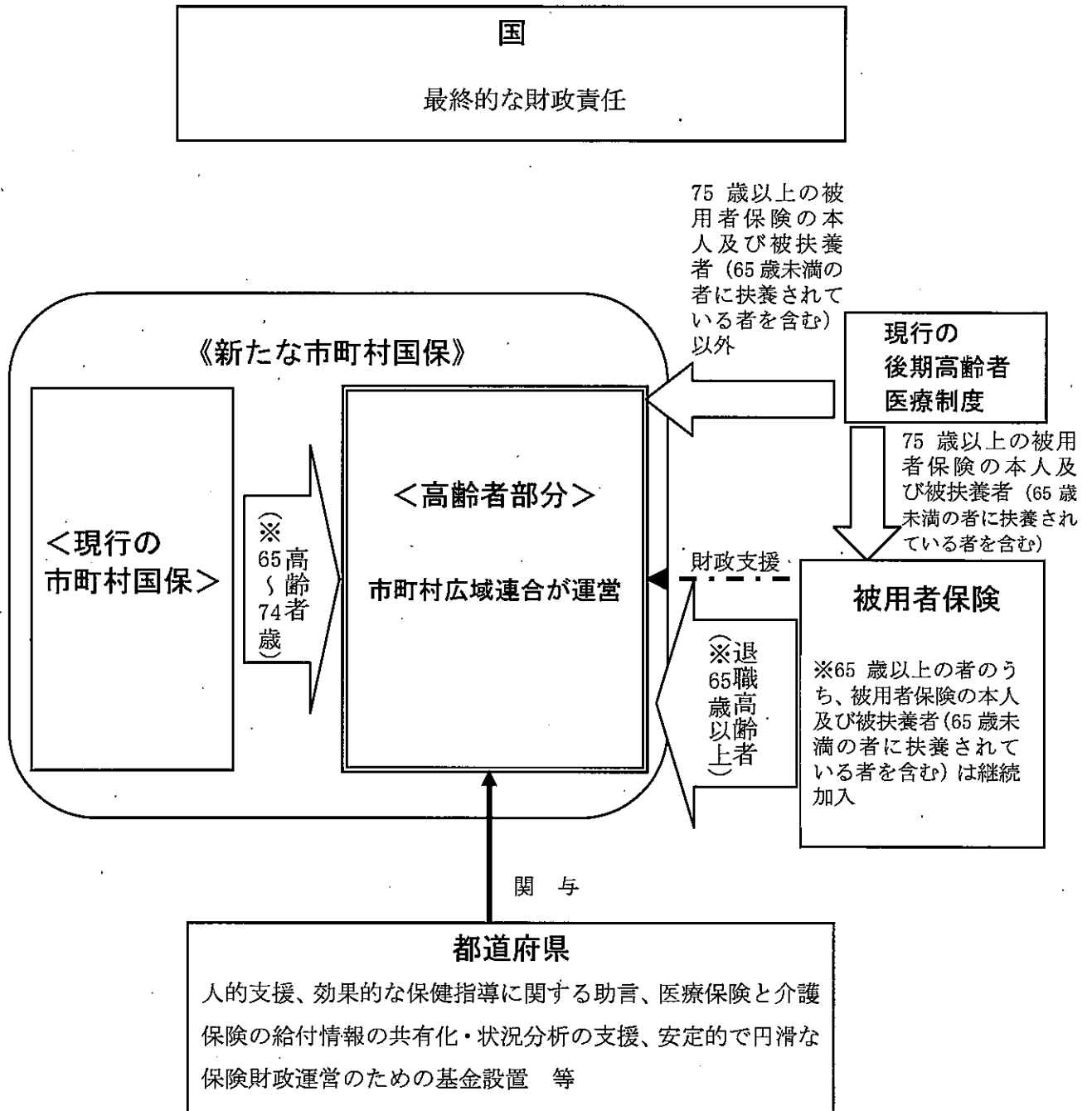
2 高齢者医療制度における運営主体について

- 区分する高齢者部分の運営主体は、市町村広域連合が適当と考える。その場合の都道府県の役割として、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、安定的で円滑な保険財政の運営のための新たな基金の設置等により、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。
- 一方で、少数意見として、都道府県が保険運営により積極的に関わるべきとの考え方から、都道府県と市町村がそれぞれの役割を分担し、共同して保険運営する意見などもある。

- ・ 現行の後期高齢者医療制度において、市町村広域連合は、市町村からの派遣職員が中心となって運営を行い、構成団体である市町村は、保険料徴収等の窓口業務を行うなど、これまでも両者が緊密な連携を図りながら、被保険者の声、現場の声に耳を傾け、規約や広域計画に定められた役割分担に基づき、被保険者に対する責任を果たしてきた。
- ・ それらの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。
- ・ 一方で、少数意見として、都道府県が保険運営により積極的に関わるべきとの考え方から都道府県と市町村がそれぞれの役割を分担し、共同して保険運営する意見や、国が運営すべきとの意見などもある。

<新たな高齢者医療制度のイメージ図>

※年齢区分については、今後さらに検討



3 高齢者医療制度の保険料について

- 対象者を 65 歳以上とした場合、65 歳以上は一律の保険料率とする。
- 保険料の賦課は世帯単位で行う。
- 公費（特に国費）負担を拡充し、負担可能な保険料水準とする。

- ・ 対象者を 65 歳以上とした場合、65 歳以上では主たる収入は年金収入となることから、例えば 65～74 歳、75 歳以上で保険料負担に差を設けることは適切でない。
- ・ 後期高齢者医療制度で 75 歳以上の全員が同じ保険に加入し、個人単位で保険料を負担することとしたことは、高齢者間の負担と給付の公平化を図るための一つの考え方であった。しかし、従来、医療保険制度が扶養関係と世帯単位をもとに運用されてきたことからの転換は、次のような状況を生じ混乱を招いた。新たな制度では、こうした点の解消を図る必要がある。

- ・ 保険料は個人単位で賦課するものの、保険料軽減の判定は世帯単位で行うとされ、また、一部負担金の負担割合の決定も世帯単位で行うとされたことにより、高齢者が世帯分離をした方が経済的に有利という現象が生じた。
- ・ 75 歳以上の被扶養者については、従前は保険料負担がなかったところを新たに負担することとされた。
- ・ 75 歳以上の者に扶養される 75 歳未満の被扶養者について、被用者保険を外れ市町村国保に加入せざるを得なくなった。

- ・ 市町村国保の保険料は、主たる生計維持者である世帯主に納付義務を課す世帯課税主義を取っていることから、高齢者が市町村国保に加入するのであれば世帯単位で保険料を賦課するのが適当である。
- ・ 今後、一層の医療費の増嵩が見込まれる中、高齢者の負担や他の保険者からの財政支援に限界があることから、公費（特に国費）の負担を拡充していくことにより、高齢者の収入状況に配慮しつつ負担可能な保険料水準としていくべきである。

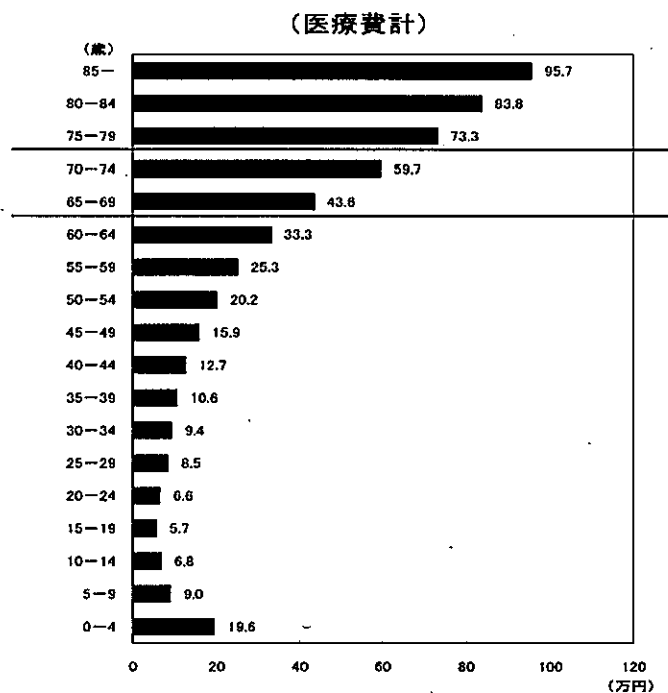
4 高齢者医療制度の一部負担金について

- 3割を上限として、一定の年齢区分に応じて異なる負担割合とすべきである。
- 現役並みの所得者は、年齢区分にかかわらず現役並みの3割の負担割合とすべきである。その場合の所得の捉え方としては、世帯単位とすることが適当である。

- ・ 対象者を65歳以上とした場合、65歳以上では、一般的に収入に大きな差異がない一方で、年齢階級により一人当たり医療費にはかなりの差異があることから、個人が医療機関の窓口で支払う一部負担金が増額とならないよう配慮する必要がある。したがって、一定の年齢区分により、1～3割の負担割合を設定すべきである。
- ・ 現役並みの所得者については、年齢区分にかかわらず現役並みの3割の負担割合とすべきである。その場合の所得の捉え方としては、生計維持の単位である世帯としての負担能力に着目し、世帯単位の所得とすることが適当である。

<年齢階級別一人当たり医療費（平成19年度）>

* 一人当たり医療費は、平成19年度で、65～69歳43万6千円、70～74歳59万7千円、75～79歳73万3千円となっている。



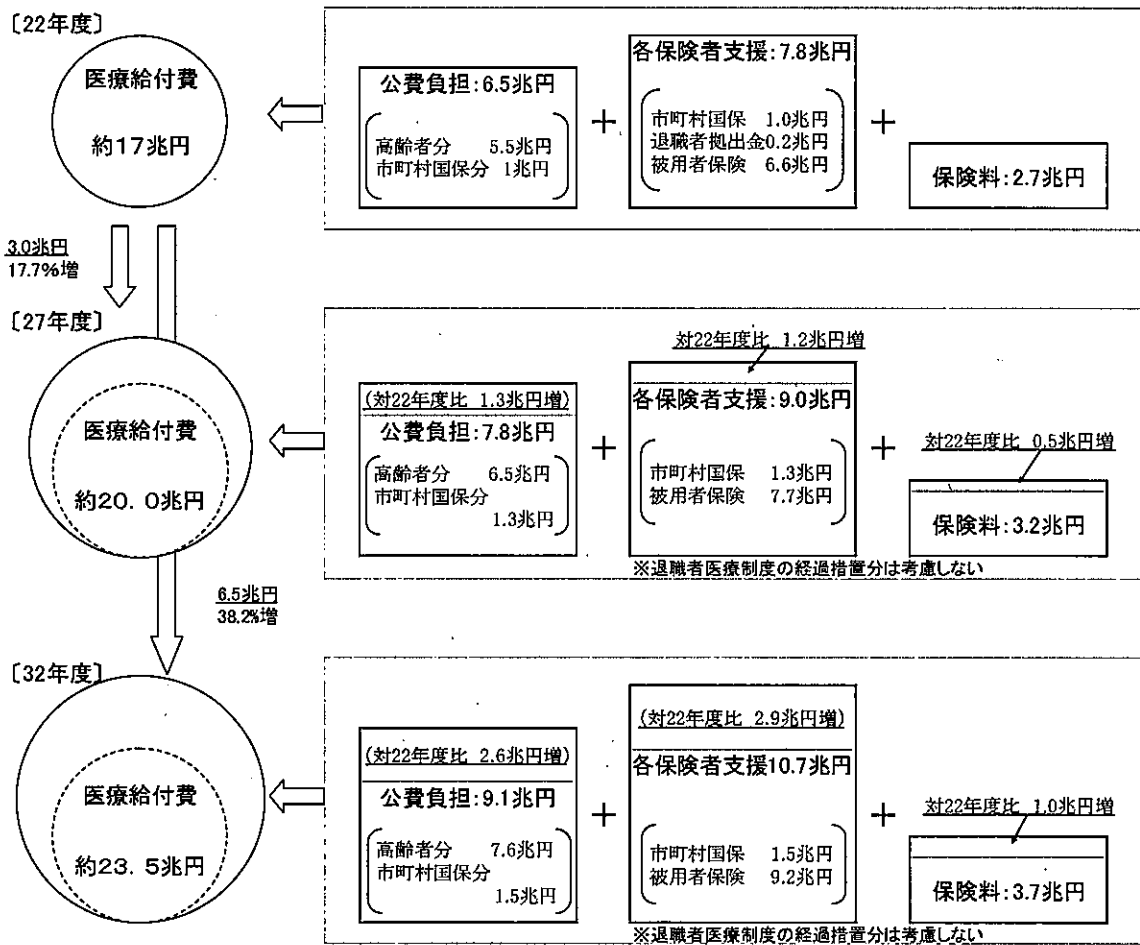
5 高齢者医療制度の公費負担・財政支援について

- 保険料、公費（特に国費）負担、他の保険者からの財政支援により運営することとし、その割合は将来推計に基づき明確化すべきである。
- 今後の高齢者医療費の増嵩を見据えた、国・地方を通じた恒久財源の確保が必要である。

- ・ 現行の後期高齢者医療制度における財政負担の明確化という利点は維持していくべきであり、対象者を65歳以上とした場合、65～74歳の者についても、保険料、公費（特に国費）負担、他の保険者からの財政支援により運営することとし、その割合は明確化する必要がある。
- ・ ただし、公費をどれだけ投入するか、65～74歳と75歳以上では公費の割合を変えるのか、高齢者に対する保険料負担、若年者からの支援をどこまで求めるかについては、医療費の適確な将来推計に基づきシミュレーションを行った上で決めていく必要がある。
- ※ 新たな高齢者医療制度の医療給付費と財源について、一定の条件により簡易推計した結果については、P8「新たな高齢者医療制度についての医療給付費及び財源に関する簡易推計」を参照。（簡易推計の条件：医療給付費は、平成18年度に厚生労働省から示された伸び率（年3.3%）を使用。／対象者は、被用者保険の本人及び被扶養者を含め65歳以上の者全員。／財源構成は、属する保険者に関わらず75歳以上の医療給付費について5割を公費負担、各保険者の現役世代の加入者数に応じて財政調整。）
- ・ 新たな高齢者医療制度については、保険運営のリスクを保険者が一般財源で補填するような仕組みであってはならず、国は、ナショナルミニマムの問題として財政責任を果たすべきである。この観点から、今後の医療費の増嵩に対応した安定的で持続可能な制度とするためには、国・地方を通じた恒久財源の確保が不可欠である。

＜新たな高齢者医療制度についての医療給付費及び財源に関する簡易推計＞
 (全国知事会作成)

- 【簡易推計の条件】
- ・医療給付費は、平成18年度に厚生労働省から示された伸び率（年3.3%）を使用。
 - ・対象者は、被用者保険の本人及び被扶養者を含め65歳以上の者全員。
 - ・財源構成は、属する保険者に関わらず75歳以上の医療給付費について5割を公費負担、各保険者の現役世代の加入者数に応じて財政調整。



おわりに

- 新たな高齢者医療制度のあり方は、医療保険制度全体に影響を及ぼすものであることから、十分な議論を尽くすべきであり、短期間の議論をもって拙速に行うべきではない。
- 国は、国民皆保険を守り、持続可能性のある制度とするため、どのように財政責任を果たしていくのかを明確に示さなければならない。
- 新たな高齢者医療制度の受け皿として想定される市町村国保の広域化を進めるに当たっては、国の責任において、多額の一般会計からの繰入の解消や保険料の適切な水準の設定等、保険運営の改善につながるように、しっかりとした対応を行うべきである。
また、新たな高齢者医療制度への公費負担・財政支援の設計に当たっては、市町村国保の財政運営において、少なくとも現行と比較してマイナスの影響を及ぼすようなことがあってはならない。

- ・ 新たな高齢者医療制度のあり方は、医療保険制度全体に影響を及ぼすものであることから、医療費の将来推計等の詳細なデータを基に十分な議論を尽くすべきであり、社会保障審議会でも慎重に議論しなければならない問題である。短期間の議論をもって拙速に行うべきものではない。
- ・ 今後も医療費は増嵩し続けることとなるが、医療保険制度の構築はナショナルミニマムの問題であり、国は、持続可能性のある制度とするため、将来にわたりどのように財政責任を果たしていくのかを明確に示さなければならない。
- ・ 新たな高齢者医療制度の受け皿として想定される市町村国保は、国民皆保険の最後の砦であるが、加入者に低所得者の割合が多く、保険料収入の確保が困難という構造的な問題を抱え、市町村が一般会計からの繰入（平成19年度：全国で1兆1,700億円（うち法定外繰入3,800億円））で保険財政を運営しているのが現状である。このため、今後、市町村国保の広域化を進めるに当たっては、制度設計を行う国の責任において、多額の一般会計からの繰入の解消はもとより、保険料の適切な水準の設定や財政支援等、保険運営の改善につながるように、しっかりとした対応を行うべきである。
- ・ また、新たな高齢者医療制度への公費負担・財政支援の設計に当たっては、市町村国保の財政運営において、少なくとも現行と比較してマイナスの影響を及ぼすようなことがあってはならない。

高齢者医療に係る医療費等の将来推計に関する申入れ

国においては、平成21年11月に「高齢者医療制度改革会議」を設置して新たな高齢者医療制度のあり方について検討を進めており、この8月にはこれまでの議論を踏まえて中間取りまとめを行う予定とされている。

高齢者医療制度は、超高齢社会における医療保険制度の中核をなすものであり、地方にとっても極めて影響が大きいことから、医療費の将来推計等の詳細なデータを基に、十分な議論を尽くす必要がある。

しかし、中間取りまとめを行おうとしているこの時期にあっても、国は未だに医療費の将来推計やそれに基づく財源負担を示していない。将来に禍根を残さないために、議論の前提として、直近の医療費実績をもとに、別紙の項目について、向こう20年間程度の将来推計を速やかに示されたい。

平成22年7月8日

全国知事会

(別紙)

将来推計の項目

※いずれも、5年刻みで、向こう20年間程度のもの

1 医療費・医療給付費の将来推計

医療費及び負担割合を現行どおりとした場合の医療給付費について、総額及び65歳未満、65歳～74歳、75歳以上で年齢区分したもの

2 高齢者医療給付費の財源構成（保険料、公費（国費及び地方負担別）、保険者間の財政調整等）の将来推計

- (1) 現行制度のままとした場合の、65歳以上の医療給付費に関するもの
- (2) これまでの高齢者医療制度改革会議で示されたA案-IからC案-IIIの9ケースごとに、
 - ① 現行の保険料率を維持するとした場合のもの
 - ② 保険料総額を医療給付費と同じ伸び率で増額するとした場合のもの
- (3) 第7回高齢者医療制度改革会議の基本資料中の「①の方法による一つのシミュレーション」及び「②の方法による一つのシミュレーション」ごとに、
 - ① 現行の保険料率を維持するとした場合のもの
 - ② 保険料総額を医療給付費と同じ伸び率で増額するとした場合のもの