

高齢者医療制度改革会議（第4回）

議事次第

平成22年3月8日（月）

17時20分～19時20分

厚生労働省 9F 省議室

（議 題）

費用負担のあり方

（資 料）

資料1：各委員の主な意見の概要

資料2：本日の議題に関する基本資料

資料3：参考資料

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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)

2 後期高齢者医療制度等の問題点・利点について

- ・ 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。(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)
- ・ 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組みとなっており、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)

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当たって、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い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)

- ・ 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在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。若い方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)
- ・ 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)

(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>

- ・ 国民を現役世代と高齢者世代で二分する制度としないために、都道府県単位で統合し、全年齢、性、所得に着目したリスク・負担構造調整を行う。
- ・ 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などの再保険事業があり、この事業の効果を検証すべき。
- ・ 最終的な保険者の単位については、保険者機能を発揮するためにも、都道府県単位とすべき。
- ・ 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、所得捕捉の問題や社会保障番号の議論が不可欠である。

<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はあると思うが、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)

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。
- ・ 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。

- ・ 市町村国保については、都道府県単位に広域化し、国保連合会と後期高齢者医療広域連合を統合した組織で運営を行うべき。
- ・ 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。

<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と。(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には疑問である。(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だ。

- ・ 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、国保を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）という区別が必要である。
- ・ 働いている高齢者については、①すべて都道府県単位の国保に加入していただくこととするのか、②本人のみ被用者保険に残るのか、③本人とその被扶養者も被用者保険に残るのかの3つのパターンがあり、さらに議論する必要がある。

<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）

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労使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ことを検討すべき。（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った理想を掲げるべき。(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。基本的な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

- ・ 保険者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ー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)

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を示してもらいたい。(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考えるべき。(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)

(4) 費用負担のあり方

- ・ 高齢者医療を支える各制度間での負担の在り方については、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、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)
- ・ 支援金は基本的に人数割となっているが、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。(対馬委員)
- ・ 保険料・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)

- ・ 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、一定の公費を入れるということを明確にすべき。(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)
- ・ 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い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)
- ・ 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)
- ・ 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案分し、それぞれが保険料を負担する。(対馬委員)
- ・ 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)

(5) 保険料、給付等のあり方

- ・ 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)
- ・ 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るべき。(齊藤委員)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 新たな制度の給付は必要な医療を保障し、70歳未満は8割給付、70歳以上は9割給付とすべき。(阿部委員)
- ・ 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)
- ・ 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)

- ・ 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)

4 高齢者のための医療サービスについて

- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)

5 現行制度における対応について

- ・ 次期保険料率の上昇抑制のため「財政安定化基金」を活用する措置が案として出ているが、年明け2月頃には広域連合議会において保険料率の審議が必要となる。「決まっていないものを可決していいのか」という議論にならないよう、国の予算措置・法改正、都道府県の議決などの「確たるもの」または、「間違いなくこうなる」、「国としてここまでやる」という「担保」が必要である。(横尾委員)

- ・ 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)

本日の議題に関する基本資料

平成22年3月8日
厚生労働省保険局

「費用負担のあり方」に関する論点と各委員の主な御意見

新たな制度がどのような制度になるとしても、高齢者の医療費は、公費・高齢者の保険料・若人の保険料・患者負担の組み合わせで支えることになるが、以下の論点について、どのように考えるか。

1. 公費のあり方について

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 新たな制度における公費のあり方について、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の後期高齢者医療制度においては、75歳以上の高齢者の医療給付費に対して約5割の公費が投入。 ・ 後期高齢者医療制度における公費の負担割合は、国、都道府県、市町村が、4:1:1。 ・ 65歳～74歳の高齢者の医療給付費については、若人と同様、市町村国保では約5割、協会けんぽでは13%(来年度から16.4%)の公費が投入。 <p><池上案の論点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所得等に着目した全年齢リスク構造調整とした場合、公費の役割が薄まるのではないか。 <p><対馬案(健保連)の論点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 65歳から74歳の高齢者の公費負担割合を5割とした場合、新たに1.2兆円の公費が必要となる。(P7参照) <p><小島案(連合)の論点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 70歳以上の高齢者の公費負担割合を5割とした場合、新たに多額の公費が必要となる。 ・ 比較的高所得な被用者保険のOBに、国保に加入する高齢者と同様に公費を投入することは適当か。 <p><宮武案の論点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の公費負担割合についてどのように考えるか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、一定の公費を入れるということを明確にすべき。(岡崎委員) ・ 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) ・ 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) ・ 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) ・ 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) ・ 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) ・ 池上案については、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)

2. 若人の保険料について

主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 新たな制度における若人の保険料による負担(支援金)について、国保と被用者保険間、被用者保険内での按分方法をどのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行制度においては、75歳以上の高齢者の医療給付費の約4割を支援金による負担としている。 ・ 現行の後期高齢者支援金・前期高齢者の財政調整制度においては、国保と被用者保険は所得捕捉が異なることから加入者数で按分している。 ・ 被用者保険者間でも加入者数で按分してきたが、平成22～24年度の特例措置として、後期高齢者支援金の1/3については、総報酬割により按分することとしている。(改正法案を今国会に提出中) <p>○ 社会保障・税に関わる番号制度の検討状況を踏まえ、国保と被用者保険間の按分方法は改めて検討すべきではないか。</p> <p><池上案の論点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国保保険者間、被用者保険者間での財政調整は、総報酬割が可能であるが、国保と被用者保険者間では、公平な所得捕捉の実現が前提となるため、当面は年齢構成・性別の違いのみによる調整となる。 <p><対馬案(健保連)の論点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 被用者保険間の支援金の按分方法を総報酬割とすることについて、65歳以上に5割の公費が投入されることを前提としていることをどのように考えるか。 <p><小島案(連合)の論点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 被用者保険が比較的所得の高い被用者OBのみを支えることについて、どのように考えるか。 <p><宮武案の論点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 被用者保険者間の支援金の按分方法について、どのように考えるか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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) ・ 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のルール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維持すべき。(岡崎委員、齋藤委員、小林委員、神田委員) ・ 高齢者医療を支える各制度間での負担の在り方については、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) ・ 保険料・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) ・ 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) ・ 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) ・ 小島案は、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、低所得者が多い国保の財政が成り立たないのではないかと。(岡崎委員) ・ 小島案は、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)

3. 高齢者の保険料について

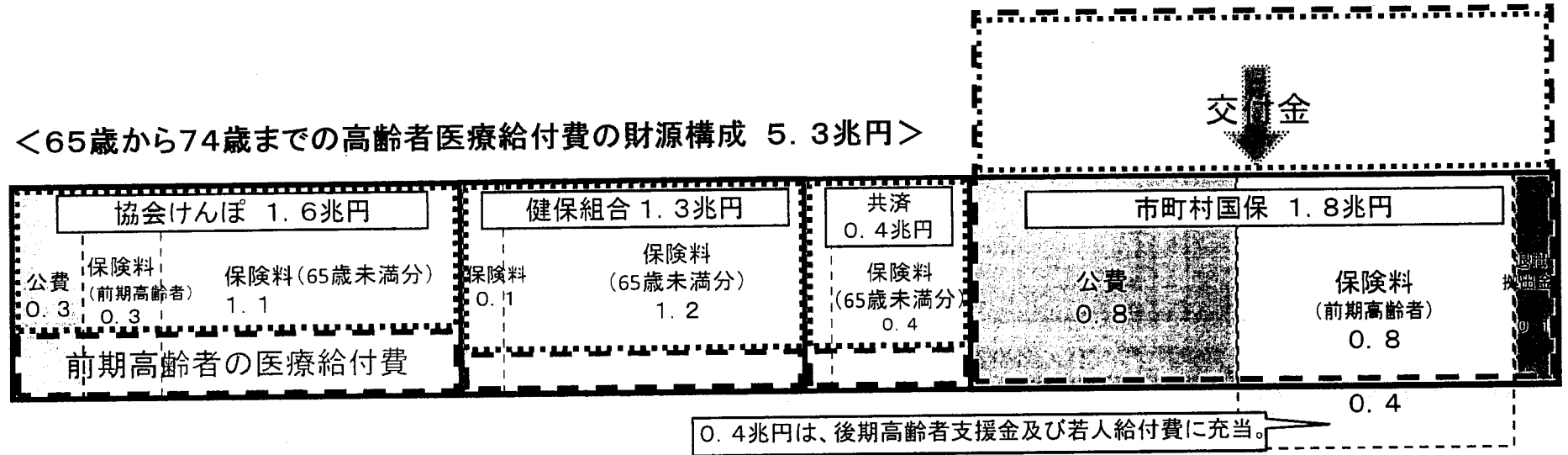
主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 新たな制度における高齢者の保険料の負担割合について、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の後期高齢者医療制度においては、75歳以上の高齢者の医療給付費の約1割(低所得者等への保険料軽減措置により、実質約7%)を保険料としている。 ・ 65歳から74歳の高齢者については、それぞれが加入している医療保険の保険料率によることとなっている。(負担割合の平均は、約3割) <p>○ 今後の人口構成に占める高齢者と若人の比率の変化を考慮し、どのような調整の仕組みを設けるべきか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の後期高齢者医療制度においては、「若人人口の減少」による若人一人当たりの負担の増加分について、75歳以上の高齢者と若人とで半分ずつ負担する仕組みとしている。 <p>○ 高齢者と若人の一人当たりの医療費の伸びについては、どちらが高いか見込むことが困難となっている状況も踏まえて、伸びの違いが生じた場合を考慮し、どのような仕組みを設けるべきか。</p> <p><池上案・小島案(連合)の論点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者と若人の負担割合が不明確になることについて、どのように考えるか。 <p><対馬案(健保連)の論点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 公費以外の部分を、高齢者と若年者の人数比で按分することとした場合、制度発足時は高齢者の負担が減少し、若年者の負担が増加する一方、今後、現行制度と比較すると、医療費の増加に比例し、高齢者の負担の増加率の方が大きくなっていくことをどう考えるか。 <p><宮武案の論点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 65歳以上の高齢者の負担割合を、現行の75歳以上の高齢者の負担水準とした場合、若人の負担か公費が増加することとなる。 ・ 75歳以上の高齢者の負担割合を、現行の65歳から74歳の高齢者の負担水準とした場合、75歳以上の高齢者の負担が増加することとなる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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) ・ 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のルール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維持すべき。(岡崎委員、齋藤委員、小林委員、神田委員)(再掲) ・ 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) ・ 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るべき。(齋藤委員) ・ 国民皆保険制度では、世代間の連帯が重要である。若い方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) ・ 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) ・ 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)

4. 患者負担のあり方について

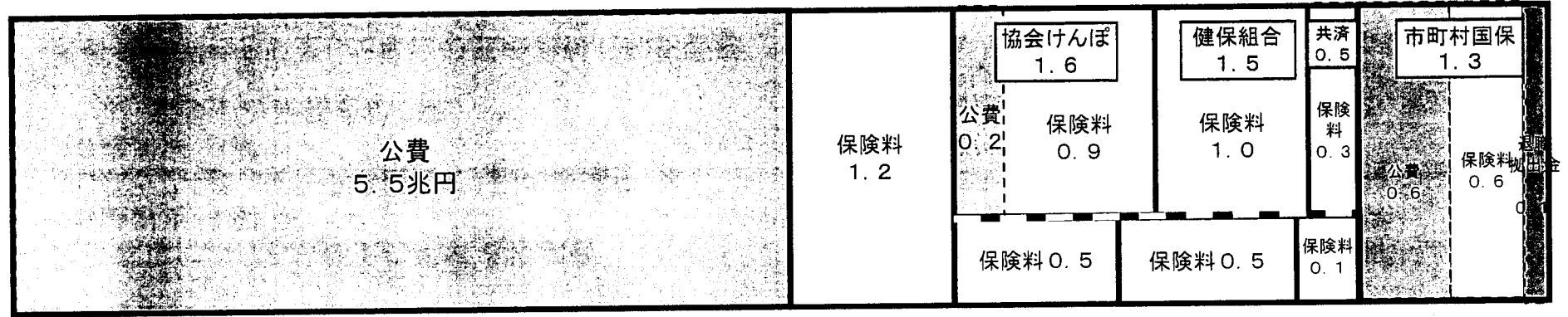
主な論点	これまでの委員の主な御意見
<p>○ 新たな制度における患者負担割合について、どのように考えるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行制度における法律上の患者負担割合 75歳以上:1割 ※ 70歳～74歳:2割(予算措置で1割に凍結中)※ 70歳未満:3割 ※ 現役並み所得者は3割 ・ 患者負担割合を変更した場合の医療給付費の影響額 70歳～74歳:1割で恒久化 +2,000億円 2割で恒久化 -1,600億円 65歳～69歳:3割 → 2割 +3,500億円 3割 → 1割 +7,200億円 (P8参照) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新たな制度の給付は必要な医療を保障し、70歳未満は8割給付、70歳以上は9割給付とすべき。(阿部委員) ・ 窓口一部負担は、保険制度の種類に関わらず70歳以上は一律で1割負担とすべき。(69歳以下2割負担)(小島委員) ・ 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るべき。(齊藤委員)(再掲) ・ 国民皆保険制度では、世代間の連帯が重要である。若い方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、国民の生涯を見据えた公平を考えていく必要がある。(堂本委員)(再掲) ・ 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)(再掲) ・ 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)

現行制度の財源構成について(平成22年度予算案ベース)

<65歳から74歳までの高齢者医療給付費の財源構成 5.3兆円>



<75歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 11.7兆円>



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

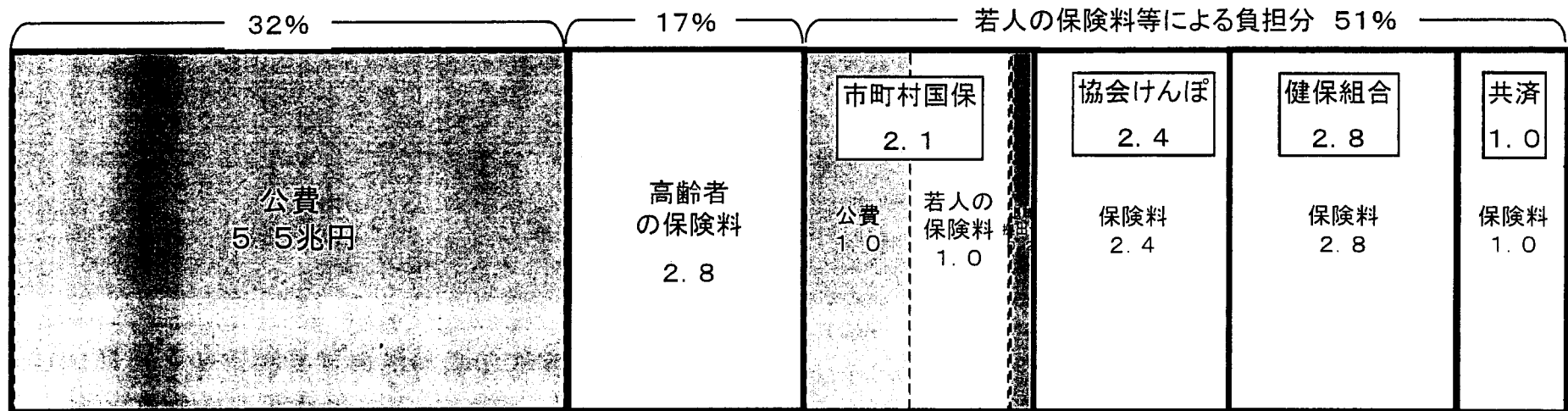
- ※ 後期高齢者支援金の被用者保険者内の総報酬割については、1/3(12ヶ月分)としている。
- ※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれている。
- ※ 前期高齢者の保険料収入は、全額、前期高齢者の医療給付費に充てられるものとして整理している。
- ※ 退職者拠出金は、上段は退職者医療制度の対象者に係る市町村国保の前期財政調整における負担増分であり、下段は退職者医療制度の対象者に係る後期高齢者支援金であり、いずれも被用者保険者が負担している。

65歳以上は全員市町村国保に加入し、高齢者の医療給付費を公費・高齢者の保険料・若人の保険料で支える仕組みとした場合の財源構成(平成22年度予算案ベース)

<前提>

- ① 75歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入
- ② 高齢者の保険料の総額は現行と同額
- ③ 若人の保険料による負担分については、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、被用者保険者間は総報酬額に応じて按分

<65歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 17兆円>



※ 仮に、前提を②ではなく、65歳から74歳の高齢者にも後期高齢者医療制度の保険料率を適用した場合、高齢者の保険料は約0.1兆円減少し、その減少分は若人の保険料等の負担となる。

<現行制度からの財政影響>

保険料(65歳未満)				公費
協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	
▲0.1兆円	0.2兆円	0.1兆円	0.8兆円	▲0.9兆円

※ 公費が減少することも踏まえ、市町村国保等の負担軽減策を講じる必要がある。

※ 保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。

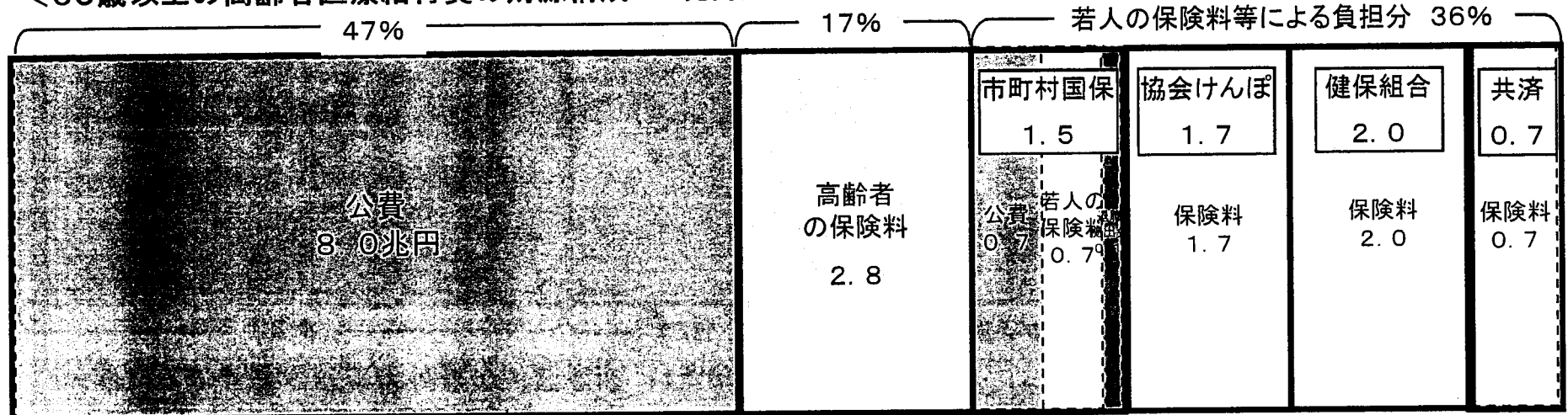
※ 退職拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る高齢者医療の支援金である。

65歳以上は全員市町村国保に加入し、高齢者の医療給付費を公費・高齢者の保険料・若人の保険料で支える仕組みとした場合の財源構成(平成22年度予算案ベース)

<前提>

- ① 65歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入
- ② 高齢者の保険料の総額は現行と同額
- ③ 若人の保険料による負担分については、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、被用者保険者間は総報酬額に応じて按分

<65歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 17兆円>



※ 仮に、前提②ではなく、65歳から74歳の高齢者にも後期高齢者医療制度の保険料率を適用した場合、高齢者の保険料は約0.1兆円減少し、その減少分は若人の保険料等の負担となる。

<現行制度からの財政影響>

保険料(65歳未満)				公費
協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	
▲0.8兆円	▲0.7兆円	▲0.2兆円	0.5兆円	1.2兆円

※ 公費の増加に加え、市町村国保の負担軽減策を講じることが必要となる。

- ※ 高齢者の医療給付費の定率公費については、75歳以上の高齢者(現役並み所得者を除く)の定率公費と同じ47%とした。
- ※ 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。
- ※ 退職拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る高齢者医療の支援金である。

患者負担割合を変更した場合の影響額(平成22年度予算案ベースに基づく粗い試算)

現行の医療費、医療給付費、患者負担(医療保険分)

単位:億円

年齢階級		患者負担割合	医療費	医療給付費	患者負担
～64歳		3割(22%)	159,400	124,100	35,300
65～69歳		3割(21%)	30,200	24,000	6,200
70～74歳	一般	1割(8%)	31,100	26,600(2,000)	2,500
	現役並み所得者	3割(23%)	2,700	2,100	600
75歳～	一般	1割(8%)	119,400	109,900	9,400
	現役並み所得者	3割(18%)	8,600	7,000	1,500
計		(16%)	351,400	293,800(2,000)	55,600

注1 「70～74歳」一般の医療給付費の括弧内は、患者負担補填分(医療給付費のうち患者負担を補填するために公費負担医療で賄われている額)を別掲したものである。

注2 患者負担割合の括弧内は高額療養費を考慮した患者負担割合である。

患者負担割合を変更したことによる影響額

単位:億円

年齢階級		患者負担割合	医療費	医療給付費	患者負担
65～69歳		3割(21%) → 2割(14%)	+1,900	+3,500	▲1,600
		3割(21%) → 1割(8%)	+3,700	+7,200	▲3,500
70～74歳	一般	1割の公費による患者負担補填分を医療給付費とした場合	0	+2,000(▲2,000)	0
		1割(8%) → 2割(14%)	▲1,900	▲1,600(▲2,000)	1,700

注3 変更後の患者負担割合については以下のとおりと仮定した。

・2割負担: 現行の「70～74歳」一般において、患者負担補填分を患者負担に加えて算出した割合

・「65～69歳」の1割負担: 現行の「70～74歳」一般の患者負担割合 ・「70歳～」現役並み所得者の1割負担: 現行の70歳以上一般の患者負担割合

注4 「75歳～」及び「70歳～」には、65～74歳の障害認定者も含まれている。

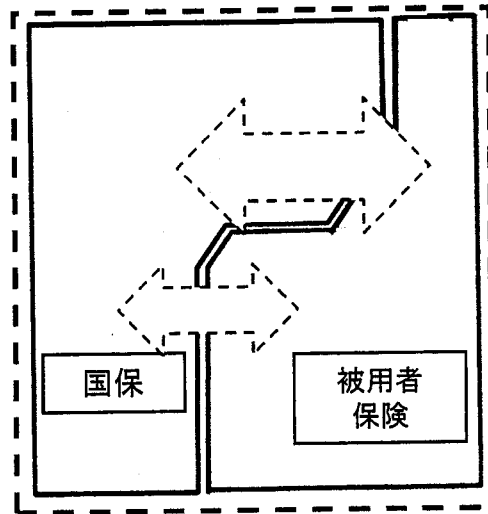
注5 影響額を算出するにあたっては、患者負担割合の変更に伴う医療費への波及効果(長瀬効果)を見込んでいる。

新たな制度のあり方に関する各委員の意見の概要等

(参考1)

1: 全年齢でリスク構造調整を行った上で、都道府県単位で一元化する案【池上委員】

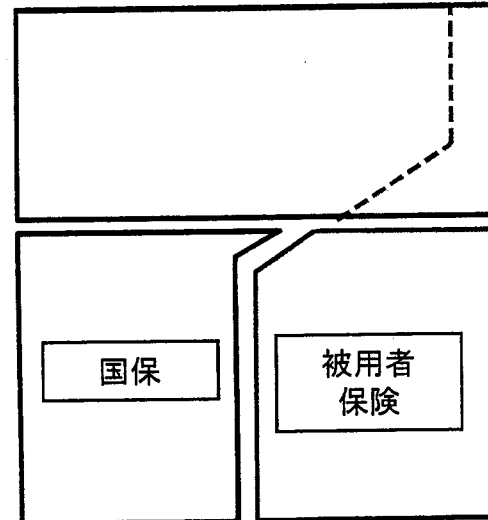
- 医療保険全体で、各保険者の被保険者の性・年齢構成(5歳階級毎の一人当たり医療費の差)・所得構成の相違による保険料負担の格差を調整する財政調整を、段階的に導入。
- 医療保険の統合を以下のとおり段階的に行う。
 - ① 市町村国保については都道府県内において財政調整を進めた上で、都道府県単位に統合し、広域連合が運営。
 - ② 健保組合・共済については、それぞれ全国単位で財政調整を進めた上で、都道府県単位に事業所を分割。
 - ③ 都道府県単位で市町村国保と協会けんぽを統合するとともに、都道府県単位で健保組合・共済を統合。
 - ④ 都道府県単位で、全ての保険者を統合。



- (主なメリット)
- 年齢による区分がない。
 - 運営責任が明確。
- (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。
 - 市町村国保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。

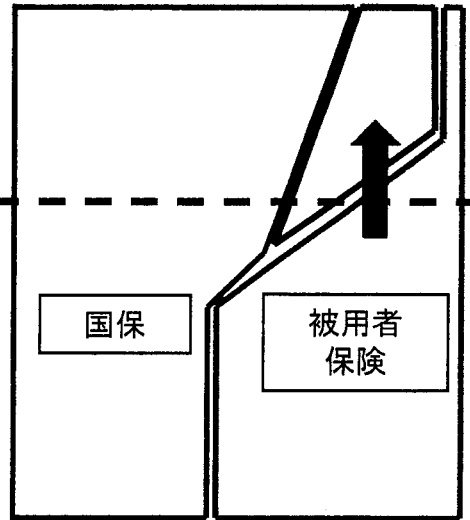


- 【65歳以上の高齢者を一つの制度とした場合】
- (主なメリット)
- 若年者と高齢者の負担ルールや運営責任が明確。
 - 高齢者間において、所得に応じた公平な保険料負担。
- (主な論点)
- 「年齢で区分するという問題を解消する制度とする」との関係について、どのように考えるか。
- ※「65歳」は、介護や年金等との関係から理解が得られやすいのではないかと。
- 【現役で働く高齢者とその家族について、若年者の各制度へ継続加入させることとした場合】
- (主なメリット)
- 高齢者であっても、サラリーマンは、被用者保険に加入するという合理的な仕組みとなる。
- (主な論点)
- 「地域保険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(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の広域化し、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。



(主なメリット)

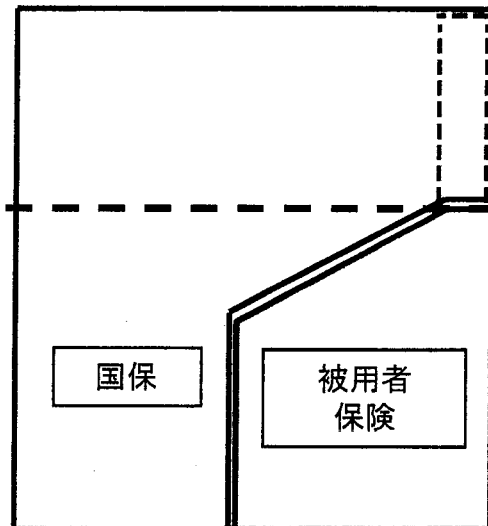
- 年齢による区分がない。
- 運営責任が明確。
- 被用者グループ内での助け合いとすることで、若年被用者の納得を得られやすい。(若年者と高齢者の負担ルールが明確)

(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】

- 市町村国保の運営を都道府県単位の広域化し、都道府県又は現行の後期高齢者医療広域連合を活用し、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。

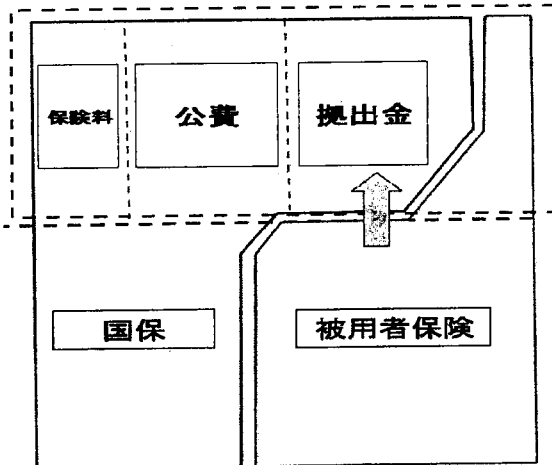
(主な論点)

- 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。

これまでの高齢者医療制度のあり方に関する案

A: 一定年齢以上でリスク構造調整を行う案

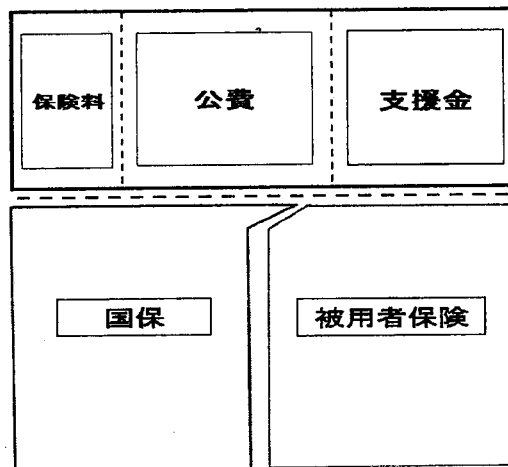
○ 国保・被用者保険のそれぞれの保険者に加入し、各保険者の責めによらない年齢構成の相違による医療費を拠出金により賄う仕組みとする。



- (主なメリット)
- 年齢による区分がない。
- (主な問題点)
- 旧老人保健制度に見られた問題が再び生じる。
 - ① 若年者と高齢者の負担ルールが不明確。
 - ② 加入する制度によって高齢者の保険料が異なり、不公平。
 - 被用者保険が負担増となる。
- ※ 全年齢でリスク構造調整を行う案も考えられるが、その場合、若人は被用者保険の被保険者が多いため、国保の負担増となる。

B: 一定年齢以上の独立保険方式とする案

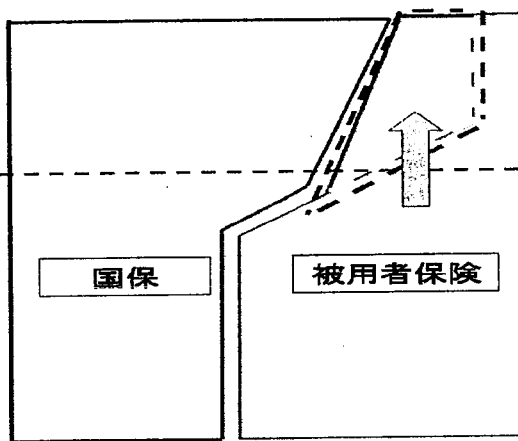
○ すべての高齢者を独立した保険制度の対象とし、高齢者の医療費を公費と各保険者からの支援金等により支える仕組みとする。



- (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。
- (主な問題点)
- 一定の年齢により独立した制度に区分される。

C: 突き抜け方式とする案

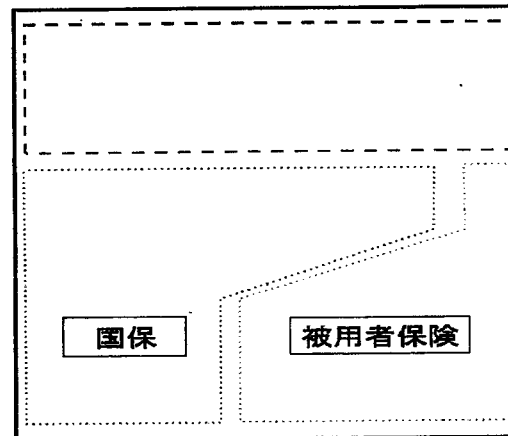
○ 被用者OBの高齢者は被用者保険の対象とし、被用者保険の負担により支える仕組みとする。



- (主なメリット)
- 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)
 - 運営責任が明確。
 - 年齢による区分がない。
- (主な問題点)
- 就業構造が流動化している中で、高齢期になっても被用者・非被用者を区分することは、社会連帯の理念が希薄なものとなる。
 - 被用者であった期間が短い方も多く、国保の負担増となる。
 - 高齢者間の保険料負担が不公平。

D: 完全な一元化とする案

○ すべての被保険者を国保と被用者保険を一元化した保険制度の対象とし、制度間の負担と給付の格差を解消する仕組みとする。



- (主なメリット)
- 運営責任が明確。
 - 年齢による区分がない。
- (主な問題点)
- 健保組合等について、すべて解散させることになる。
 - 地域保険に一元化した場合、事業主の負担が軽減され、サラリーマンの負担が増えることになる。
 - 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、これをどのように一元化するのか。

現行制度の問題点と利点について

(参考3)

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のではないか。

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。 ○ 若人に比べて医療費の伸び率が高い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発生。)
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。

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。

※ 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。

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

- 65歳以上の高齢者の医療制度と国保の一体的運用を図る場合、65歳以上の被用者保険の被保険者及び被扶養者については、国保に加入いただくこととするのか、被用者保険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"> ○ 65歳以上75歳未満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、負担が増加する場合がある。 → 保険料軽減措置の検討が必要 ○ 75歳未満の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。(65歳以上の被保険者に扶養される65歳未満の方も同様) → 保険料軽減措置の検討が必要 ○ 被用者保険加入者であった方は、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、65歳未満の被用者保険の被保険者に扶養される65歳以上の方(約265万人)がいる世帯において、負担が増加する場合がある。 → 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"> ○ 被用者保険加入者は、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。 ○ 被用者保険加入者は、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。 ○ 75歳未満の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が受けられなくなり、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、被用者保険の被保険者に扶養される65歳以上の方(約314万人)がいる世帯において、負担が増加する場合がある。 → 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) (参考)

(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) (参考)

(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

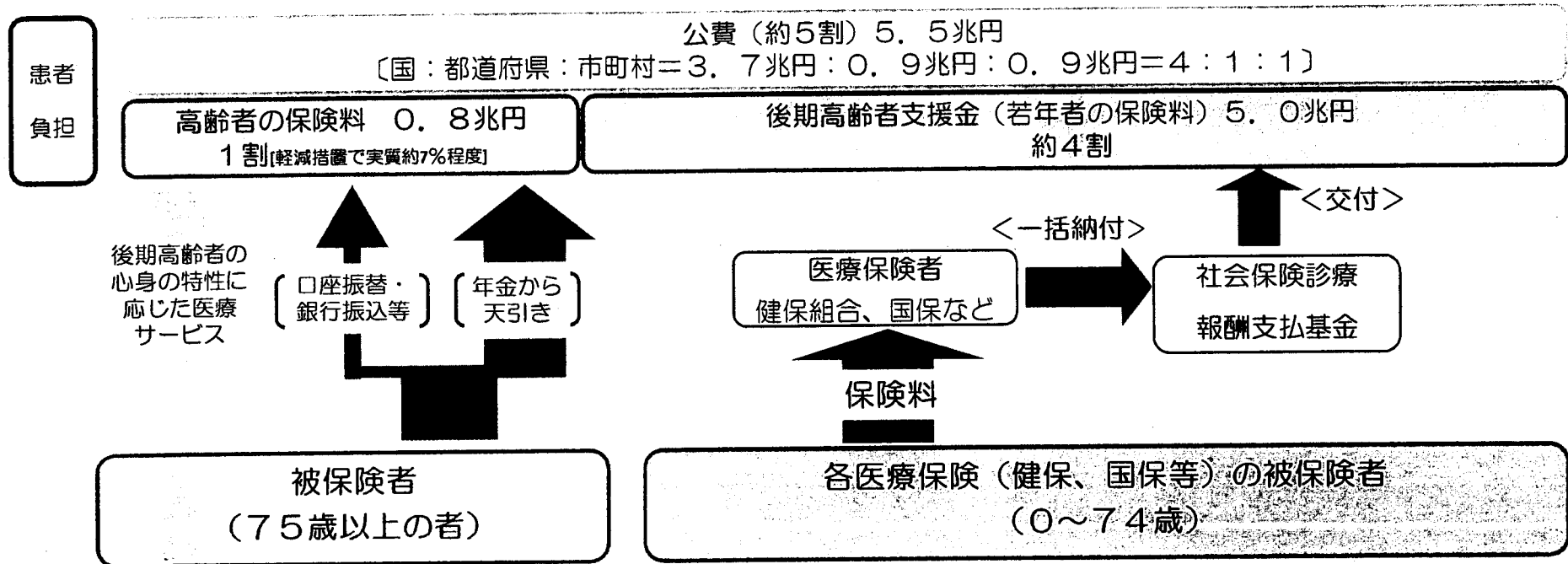
参考資料

平成22年3月8日
厚生労働省保険局

後期高齢者医療制度の運営の仕組み

<対象者数> 75歳以上の後期高齢者 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

【全市町村が加入する広域連合が運営】

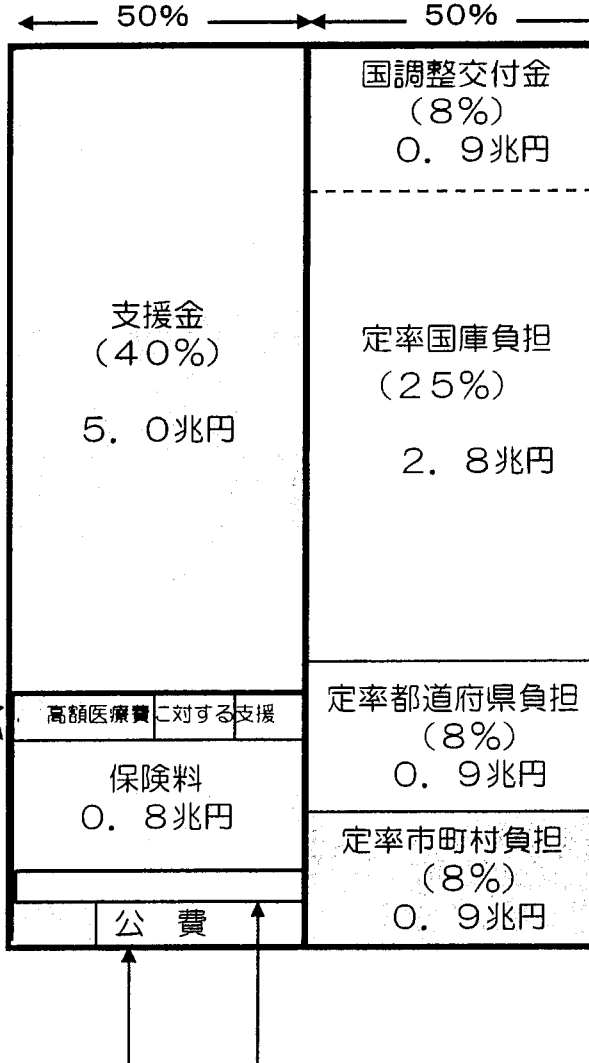


後期高齢者医療制度の財政の概要(22年度)

医療給付費等総額：11.7兆円

22年度予算案ベース

都道府県単位の広域連合



財政安定化基金

○保険料未納リスク、給付増リスク等による後期高齢者医療広域連合の財政影響に対応するため、国・都道府県・広域連合(保険料)が1/3ずつ拠出して、都道府県に基金を設置し、貸付等を行う。

事業規模 0.2兆円程度

高額医療費に対する支援

○高額な医療費の発生による後期高齢者医療広域連合の財政リスクの緩和を図るため、レセプト1件当たり80万円を超える医療費の部分について、国及び都道府県が1/4ずつ負担する。

事業規模 0.1兆円

特別高額医療費共同事業

○著しい高額な医療費の発生による財政影響を緩和するため、各広域連合からの拠出金を財源として、レセプト1件当たり400万円超の医療費の200万円超の部分について、財政調整を行う。

事業規模 1.4億円

調整交付金(国)

○普通調整交付金(全体の9/10)
広域連合間の被保険者に係る所得の格差による財政力の不均衡を調整するために交付する。

○特別調整交付金(全体の1/10)
災害その他特別の事情を考慮して交付する。

保険基盤安定制度 制度施行後の保険料軽減対策

○保険基盤安定制度
・低所得者等の保険料軽減
(均等割7割・5割・2割軽減
及び被扶養者の5割軽減)
<市町村1/4・都道府県3/4>

○制度施行後の保険料軽減対策(国)
・低所得者の更なる保険料軽減
(均等割9割、8.5割
及び所得割5割軽減)
・被扶養者の9割軽減
<4割軽減分;国>

事業規模 0.3兆円程度

- ① 現役並み所得者については、公費負担(50%)がなされないため、実際の割合は50%と異なる。
- ② 市町村国保及び協会けんぽの後期高齢者支援金には、別途各々50%、16.4%(制度改正後は加入者割部分に限る)の公費負担がある。
- ③ 保険料については、各広域連合・都道府県において、剰余金や財政安定化基金を活用して保険料の増加を抑制することが検討されているため、今後、額が変動することが考えられる。

前期高齢者医療費に関する財政調整(平成22年度)

○ 65歳から74歳の前期高齢者については、国保・被用者保険の従来の制度に加入したまま、前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整する仕組みを、平成20年度に創設。

<対象者数> 65～74歳の前期高齢者 約1,400万人

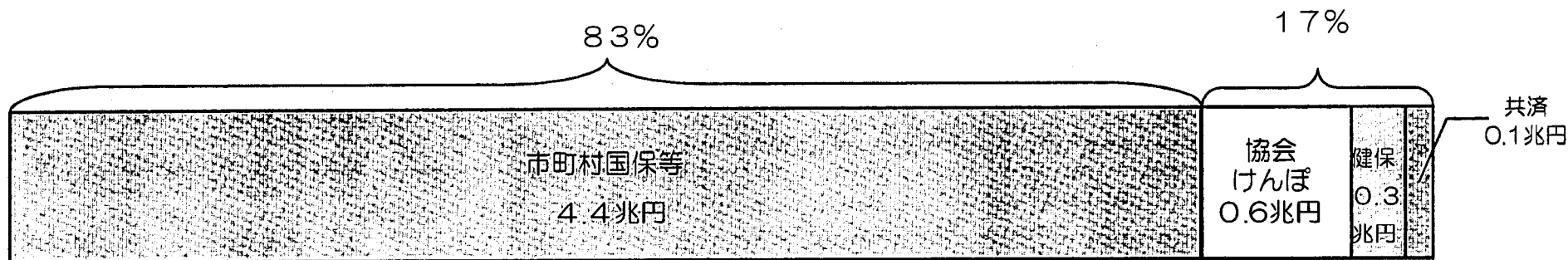
<前期高齢者給付費> 5.3兆円(22'予算)

各保険者の納付金

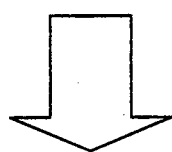
$$= (\text{当該保険者の前期高齢者給付費} + \text{前期高齢者に係る後期高齢者支援金}) \times$$

$$- (\text{当該保険者の前期高齢者給付費} + \text{前期高齢者に係る後期高齢者支援金})$$

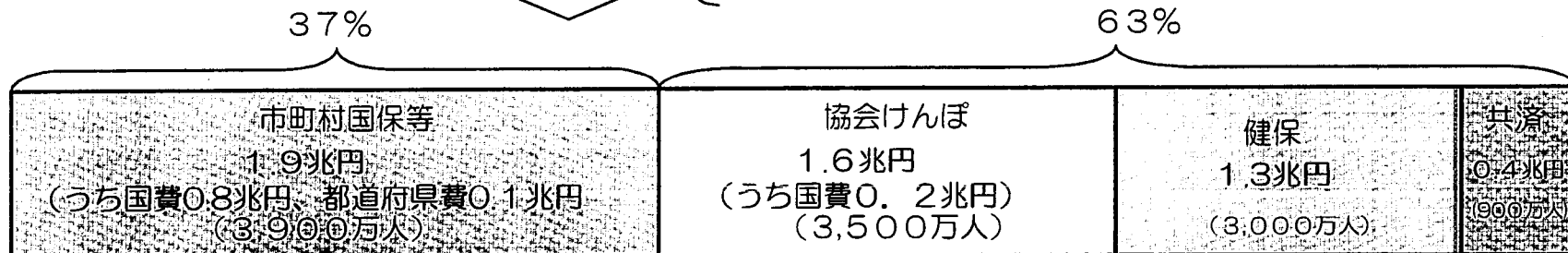
前期高齢者加入率の全国平均
 当該保険者の前期高齢者加入率



制度間の不均衡の調整のため、
75歳未満の加入者数に応じて負担



納付金 協会けんぽ 1.0兆円、健保 1.0兆円、共済 0.4兆円
 交付金 市町村国保等 2.4兆円



(注) 前期高齢者に係る後期高齢者支援金(0.6兆円)についても、同様の調整(一部総報酬割を導入)を行う。

(注) 公費は平成22年度予算案ベース

後期高齢者負担率の改定方法について

○ 世代間の負担の公平を維持するため、人口構成に占める後期高齢者と現役世代の比率の変化に応じて、それぞれの負担割合を変えていく仕組みとしている。これにより、高齢者の保険料による負担割合(1割)は高まり、現役世代の支援の割合は、約4割を上限として減っていくことになる。

(1) 後期高齢者医療制度における後期高齢者の保険料の負担率と若人が負担する後期高齢者支援金(若人の保険料が財源)の負担率は、制度発足時は後期高齢者は1割、若人は約4割である。

(2) しかし、今後、後期高齢者人口は増加すると見込まれる一方、若人人口は減少すると見込まれるため、後期高齢者の負担分は支え手が増えるが、若人の負担分は支え手が減っていく。

したがって、仮に後期高齢者の保険料の負担率と後期高齢者支援金の負担率を変えないこととすると、後期高齢者一人当たりの負担の増加割合と比較して、若人一人当たりの負担はより大きな割合で増加していくこととなる。

(3) このため、「若人人口の減少」による若人一人当たりの負担の増加については、後期高齢者と若人とで半分ずつ負担するよう、後期高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる。

【参考】計算式

(1) 平成20・21年度における後期高齢者の負担割合：10%

(2) 平成22年度以降の後期高齢者の負担割合：2年ごとに、以下のとおり改定

$$10\% + \text{平成20年度の若人負担割合(約4割)} \\ \times \text{平成20年度から改定年度までの若人減少率} \times 1/2$$

$$\text{※若人減少率} = \frac{\text{平成20年度の若人人口} - \text{改定年度の若人人口}}{\text{平成20年度の若人人口}}$$

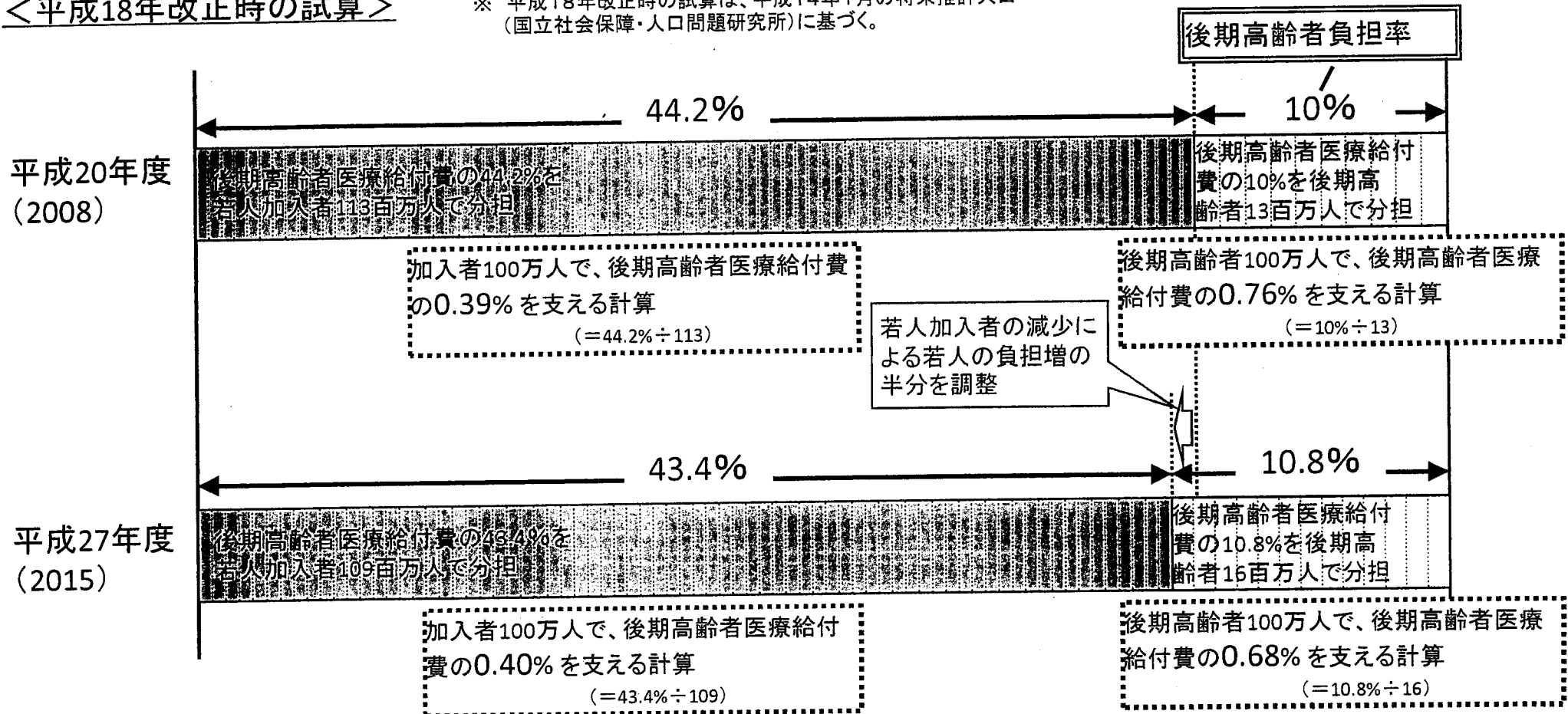
後期高齢者負担率の変動とその効果

2015年度の後期高齢者負担率は、10%→10.8%に上昇する見通しであるが、後期高齢者医療給付費の負担割合を同じ加入者数で比較すると(例えば加入者数100万人当たり)、若人の負担割合は上昇する一方、後期高齢者の負担割合は低下。

- ※1 若人加入者が減少し高齢者が増加するなか、若人と高齢者の1人あたりの負担の増加の公平性を図るため、長寿医療制度では、若人加入者の減少による若人の負担増の半分を後期高齢者が負担する仕組みを導入。
- ※2 後期高齢者の1人当たりの後期高齢者医療給付費を支える割合は低下する見通しであるが、後期高齢者医療費が増加するため、金額は増加する見通し。

<平成18年改正時の試算>

※ 平成18年改正時の試算は、平成14年1月の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)に基づく。



各医療保険制度における公費割合等について

- ・後期高齢者医療制度及び市町村国保については、財政基盤強化のための定率公費と、被保険者の保険料の軽減等のための定額公費が投入されている。
- ・被用者保険のうち、協会けんぽについては、他の被用者保険と比べ、所得が低いことから、財政基盤強化のための定率公費が投入されている。

	後期高齢者医療制度	市町村国保	被用者保険
【定率負担】	医療給付費の約25% (国)	医療給付費の約34% (国)	協会けんぽ 医療給付費等の13% (国) (今国会に提出する法案において、平成22年度から平成24年度までの間、協会けんぽの医療給付費に対する国庫補助率を16.4%に引き上げることとしている。)
	医療給付費の約8% (都道府県)		
【調整交付金】	医療給付費の約8% (市町村)	医療給付費の約9% (国) 医療給付費の約7% (都道府県)	—
	医療給付費の約8% (国)		
【支援金等】		<p style="text-align: center;">後期高齢者支援金</p> <p>全保険者における0～74歳の加入者数による調整 → 国保は公費5割(国:43%、都道府県7%)、協会けんぽは国費16.4%が含まれる。 ※ 今国会に提出する法案において、平成22年度から平成24年度までの間、被用者保険内での一部、総報酬割を導入することとしている。(総報酬割を導入した場合、総報酬割部分の支援金の協会けんぽに対する国費は不要となる。)</p>	
		<p style="text-align: center;">前期高齢者財政調整</p> <p>全保険者における0～74歳の加入者数による調整 → 協会けんぽは、65～74歳の医療給付費分については13%、65～74歳の被保険者が負担する後期高齢者支援金分については16.4%の国費が含まれる。 ※ 今国会に提出する法案において、65～74歳の医療給付費相当分に対する国庫補助率を16.4%に引き上げることとしている。)</p>	
【保険料等】	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得の方の保険料軽減(均等割9割・8.5割・5割・2割及び所得割5割) (低所得の方の保険料均等割7割・5割・2割相当分については都道府県3/4、市町村1/4負担。それ以外の部分については国負担) ・被扶養者であった方の保険料軽減(均等割9割) (5割相当分については、都道府県 3/4、市町村 1/4負担。4割相当分については国負担) ・1件80万円超の医療費に関する支援(国及び都道府県1/4) 	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得の方の保険料軽減(都道府県3/4、市町村1/4) ・低所得者数に応じ、保険料の一定割合を補填(国1/2、都道府県及び市町村1/4) ・1件80万円超の医療費に関する共同事業(国及び都道府県1/4) ・法定外一般会計繰入等(市町村) 	<ul style="list-style-type: none"> ・健保組合等における前期高齢者納付金等の負担軽減措置(国)
		1割	
【窓口負担】		<ul style="list-style-type: none"> ・70歳～74歳の窓口負担引上げ(1割→2割)の凍結(国) 	

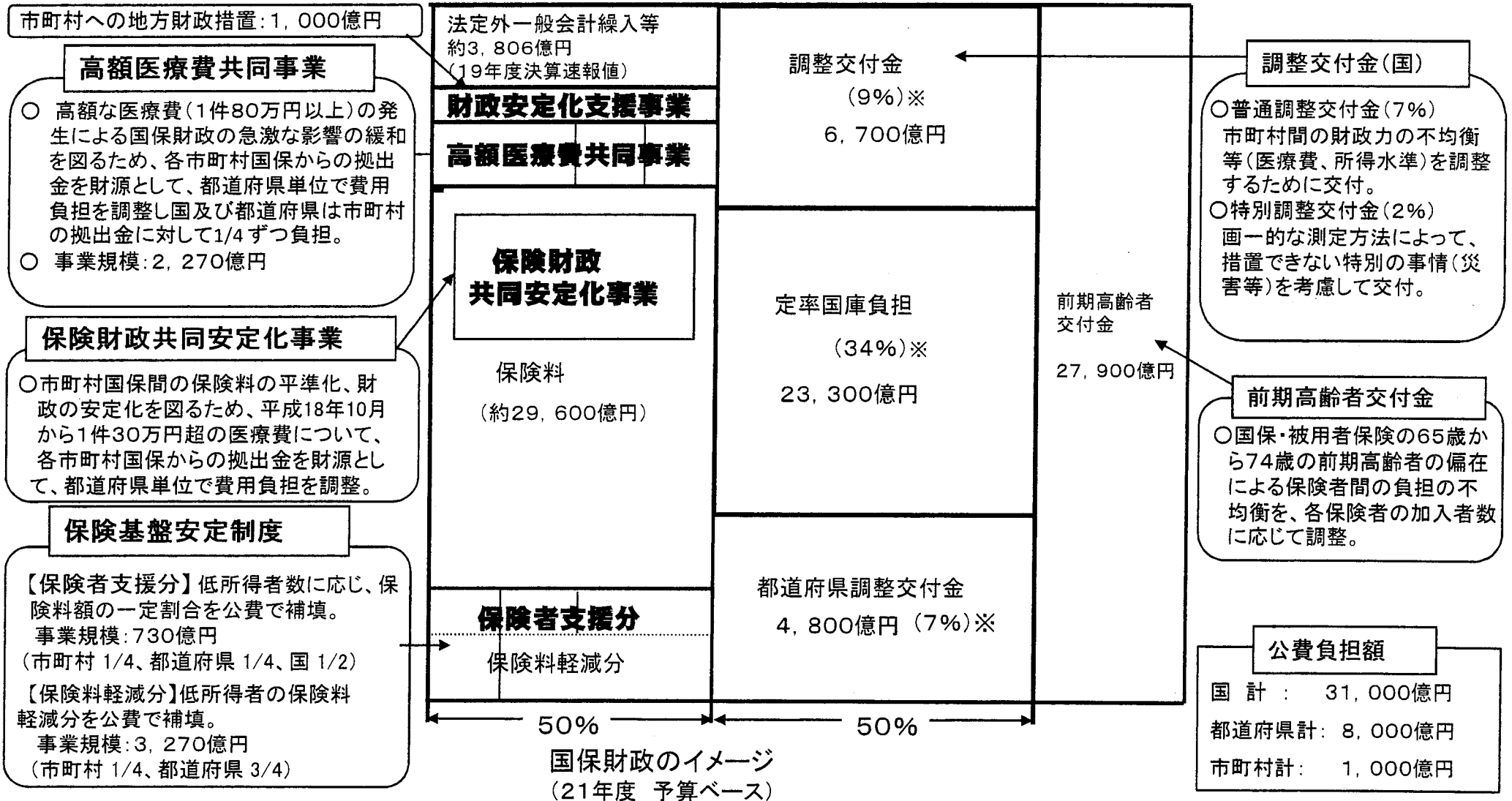
被用者保険と地域保険(市町村国保)の負担調整(助け合い)について

第2回提出資料

項目	市町村国保	被用者保険
医療費による調整	<p>○ 市町村国保間の都道府県単位の共同事業</p> <p>① 高額医療費共同事業(事業規模約2.270億円) 1件80万円超の医療費について、市町村国保の拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県・国において一定の措置。</p> <p>② 保険財政共同安定化事業(事業規模約1.1兆円) 1件30万円超の医療費について、市町村国保の拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。</p>	<p>○ 協会けんぽ・健保組合・共済の間の医療費の負担調整は無い。</p> <p>○ 健保連における交付金交付事業 健保組合内の高額医療給付に関する交付金交付事業(事業規模約1,019億円)を実施。</p>
所得による調整	<p>○ 国・都道府県の公費による負担調整</p> <p>① 調整交付金(予算規模 約6,700億円) 市町村間の財政力の不均衡等を調整するもの。</p> <p>② 都道府県調整交付金(予算規模 約4,800億円) 都道府県が、当該都道府県内の市町村国保の財政調整を行うもの。</p> <p>○ 財政安定化支援事業 (事業規模 約1,000億円)</p> <p>所得水準が低いこと等による市町村一般会計から市町村国保特別会計への繰入れについて地方財政措置。</p>	<p>○ 国費による負担調整 財政力の弱い協会けんぽに対し、医療給付費等の13%(平成22年7月～平成25年3月までの間は、16.4%に引き上げ予定)、後期高齢者支援金分の16.4%を国費により補助</p> <p>○ 退職者医療制度 (平成21年度 被用者保険の拠出金見込額 5,800億円) 65歳未満の国保加入者で被用者年金の加入期間が20年以上の方等の医療給付費等について、自ら支払う保険料を除いた部分について、各被用者保険者の標準報酬総額で按分。</p> <p>○ 後期高齢者支援金の被用者保険者内の総報酬割の導入 (平成22年度 被用者保険の支援金見込額の総報酬割部分 約8,000億円) 後期高齢者支援金について、被用者保険者内の負担方法を変更し、被用者保険に係る支援金総額の3分の1(平成22年度は9分の2)の額を総報酬割とする。(平成22年度から平成24年度までの特例措置)</p> <p>○ 健保連における交付金交付事業 健保組合内における財政の不均衡を調整するもの</p> <p>① 財政窮迫組合に対する交付金交付事業(事業規模 約58億円)、</p> <p>② 高齢者納付金等の負担を軽減するための交付金交付事業(事業規模 約192億円)</p>

国保財政の現状

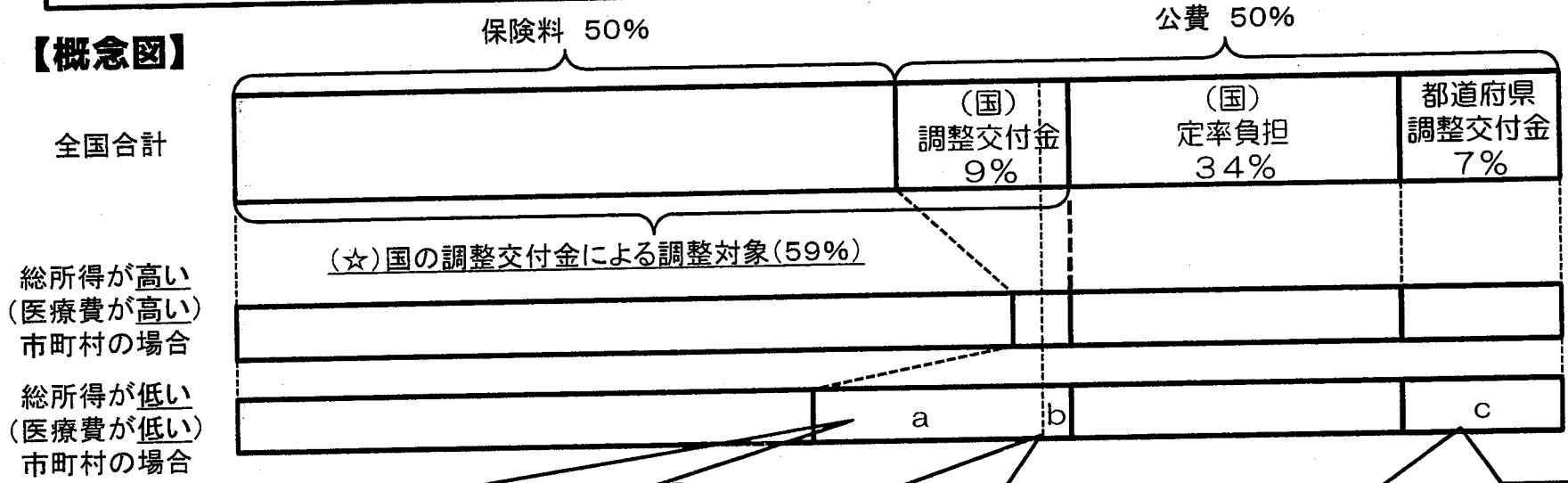
医療給付費等総額:約98,400億円



※ それぞれ給付費等の9%、34%、7%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る波及増分のカットや、保険基盤安定制度繰入金の一部に相当する額を調整交付金としていること等から、実際の割合はこれと異なる。

国・都道府県の「調整交付金」の概要

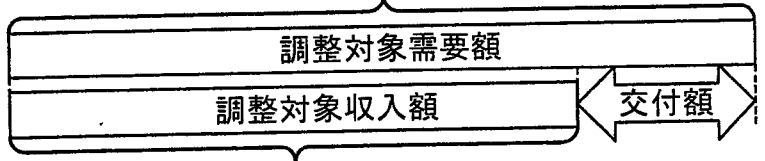
【概念図】



(a) 普通調整交付金(概ね7%分)

市町村間の財政力の不均衡等(医療費、所得水準)を調整するために、一定の算式により交付。

上図の(☆)



当該市町村の所得水準・医療費水準に応じて国で算出した理論上の保険料収入額

$$= \text{応益保険料} + \text{応能保険料}$$

$$= P(d) \times \text{被保険者数} + Q(d) \times \text{総所得}$$

※P(d): 1人当たり調整対象需要額(d)に応じた応益保険料額
 ※Q(d): 1人当たり調整対象需要額(d)に応じた応能保険料率

(b) 特別調整交付金(概ね2%分)

当該市町村に、全国画一的な測定方法によっては調整できない特別の事情がある場合に、その事情を考慮して交付。

- 〈特別な事情の例〉
- ・ 災害等による保険料の減免額等が多額である場合
 - ・ 原爆被爆者に係る医療費が多額である場合 等

※ 普通調整交付金と特別調整交付金は、相互流用可。

(c) 都道府県調整交付金

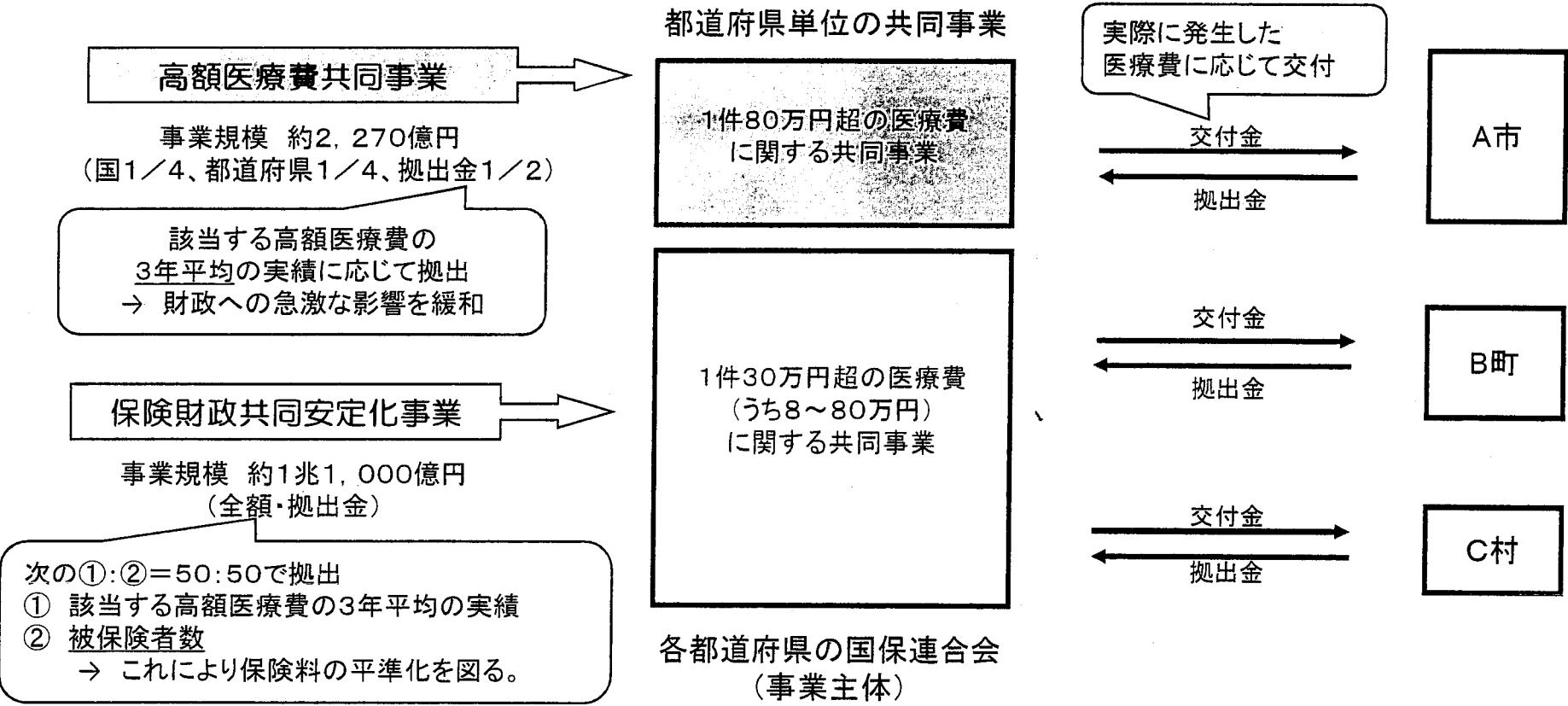
都道府県が、当該都道府県内の市町村国保の財政調整を行うことを目的に交付。(交付基準、交付方法等は、都道府県条例で規定。)

※実際には、7%のうち、6%程度は給付費に応じて定率で配分。1%程度が医療費適正化の取組等を評価して配分。

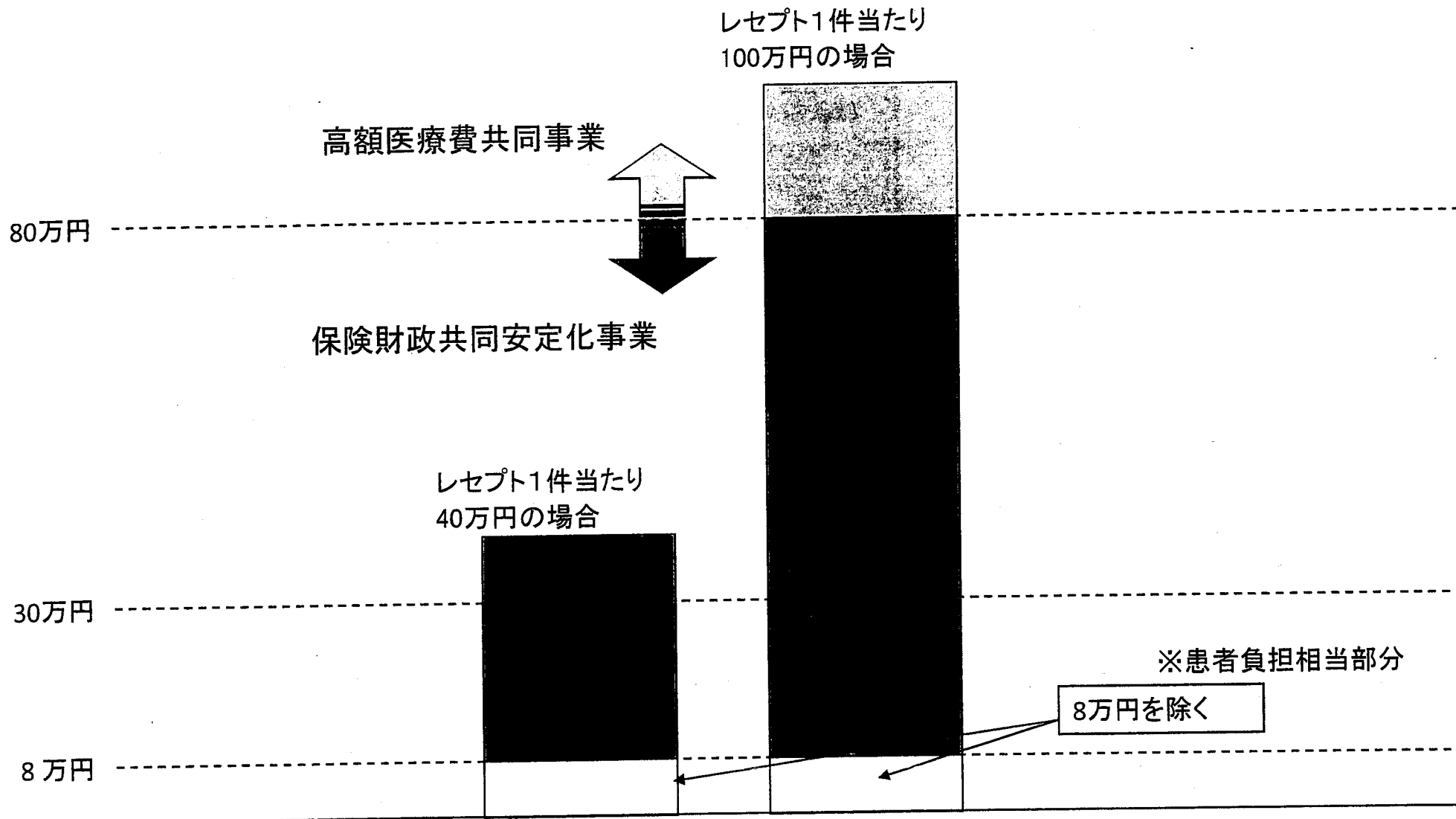
高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

○高額医療費共同事業
 高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県及び国において一定の支援措置を講じる。

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



高額医療費共同事業・保険財政共同安定化の対象医療費(イメージ)



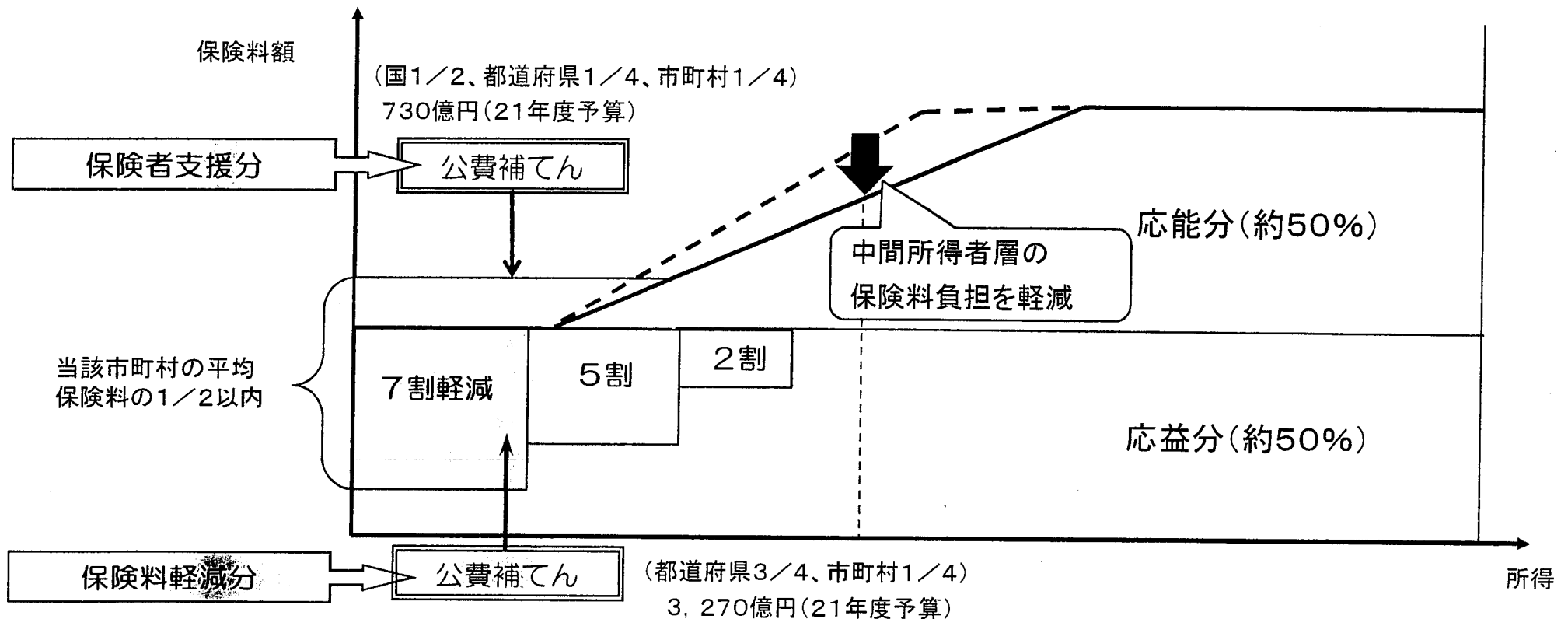
保険基盤安定制度の概要

○保険料軽減分

保険料軽減(応益分の7割、5割、2割)の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で補てん。

○保険者支援分

中間所得者層を中心に保険料負担を軽減するため、保険料軽減の対象となった一般被保険者数に応じて、平均保険料の一定割合を公費で補てん。

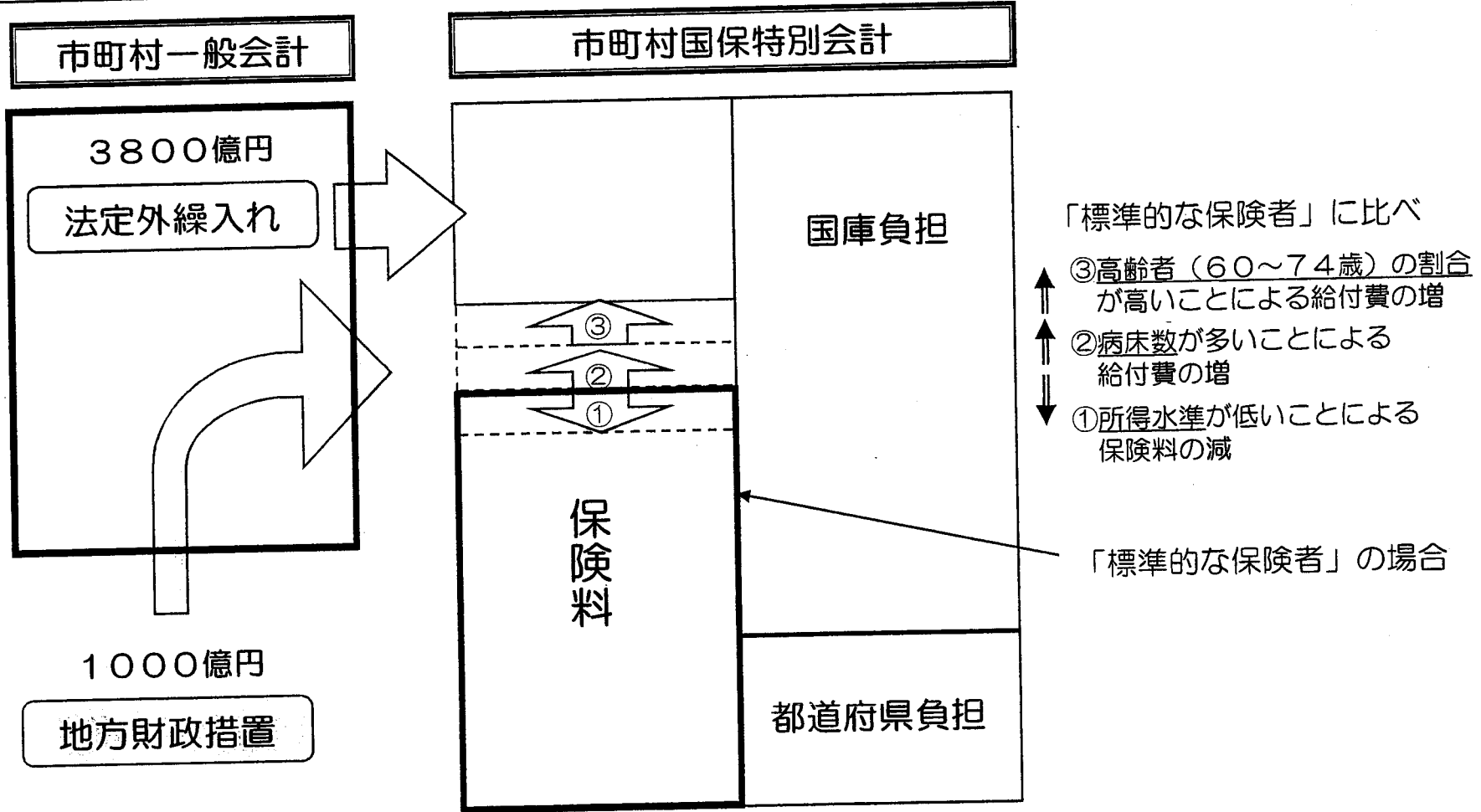


財政安定化支援事業（交付税措置）

市町村国保財政の安定化、保険料(税)負担の平準化等に資するため、市町村一般会計から市町村国保特別会計への繰入れについて地方財政措置するもの。具体的には、ア. 保険料負担能力、イ. 過剰病床、ウ. 年齢構成差を勘案して算定された対象経費に相当する額を基準財政需要額に参入。

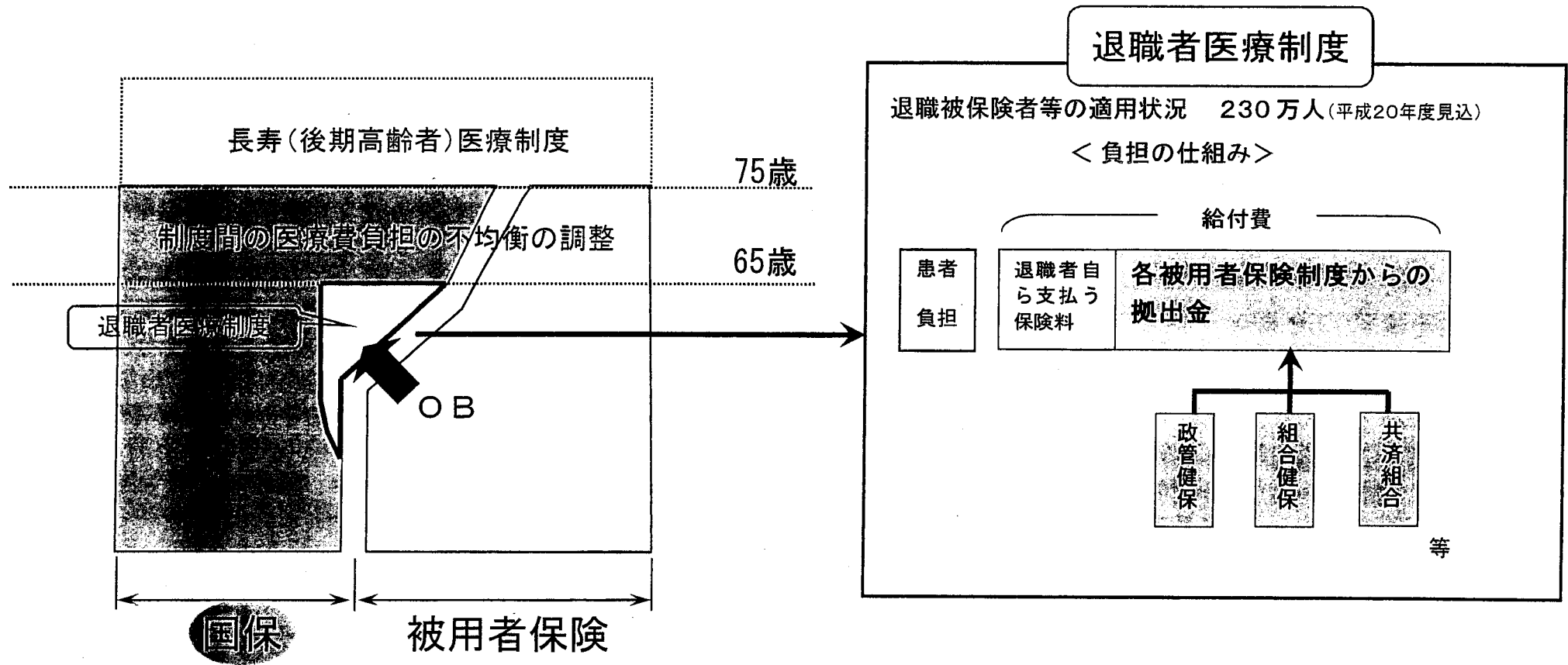
(措置額の推移) 平成4年度 約1000億円、平成5～12年度 約1200億円、平成13～21年度 約1000億円

※ 市町村では、これ以外に、赤字補填等のため、3800億程度の繰入れをしている状況。(平成19年度)



退職者医療制度について

- 企業を退職した方は、国保に加入する。
- そのため、65歳未満の国保加入者で被用者年金の加入期間が20年以上の方（退職被保険者）等の医療給付費については、自ら支払う保険料を除いた部分を、各被用者保険が財政力に応じて負担している。（標準報酬総額で按分）
- 平成27年度以降は、それまでの対象者（65歳未満）のみを対象とする。



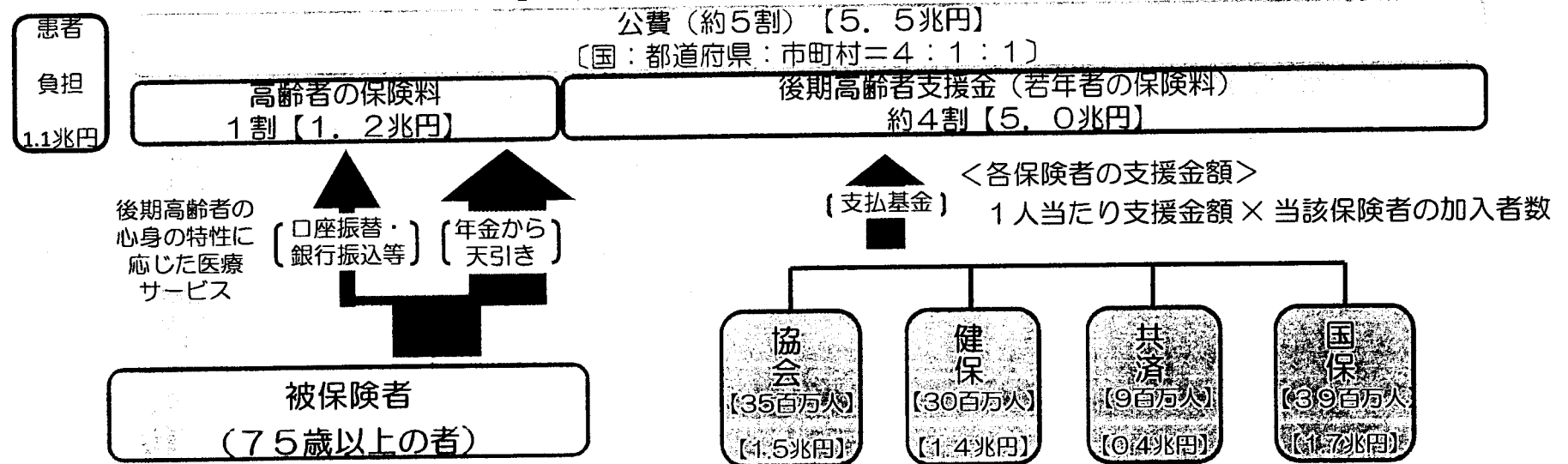
後期高齢者支援金の被用者保険者内での総報酬割の導入について(案)

【平成22年度～24年度における総報酬割の導入(案)】

- 現行の後期高齢者支援金の負担額は、国保と被用者保険の共通の拠出ルールとして、「加入者数(0～74歳)」を基に算定。
 ※各保険者の負担額 = 加入者1人当たり負担額(44,297円: 22年度予算案ベース) × 加入者数(0～74歳)
- 他方、被用者保険内では、各保険者の財政力にばらつきがあり、財政力が弱い保険者の支援金負担が相対的に重いといった指摘もなされていたところ。
- こうした中、協会けんぽの財政状況が急速に悪化し、保険料率の大幅な上昇が見込まれたため、平成22年度から平成24年度までの3年間、①協会けんぽの国庫補助率の引上げ、②単年度収支均衡の特例とともに、③できる限り実質的な負担能力に応じた費用負担とするため後期高齢者支援金の被用者保険内での総報酬割を導入することとし、今国会に「医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」を提出。

<対象者数> 75歳以上の後期高齢者 約1,400万人
 <後期高齢者医療費> 12.8兆円(22年度予算案) 給付費 11.7兆円 患者負担1.1兆円

【全市町村が加入する広域連合】



(注1) 現役並み所得者は、老人保健法と同様に公費負担(50%)はないため、実質的な公費負担率は47%、後期高齢者支援金の負担率は43%となる。
 (注2) 国保及び協会けんぽの後期高齢者支援金は、各々50%、16.4%(制度改正後は加入者割の部分に限る)について公費負担があり、また、高齢者の保険料は低所得者等に係る保険料軽減についての公費負担がある。

後期高齢者支援金への総報酬割導入(案)

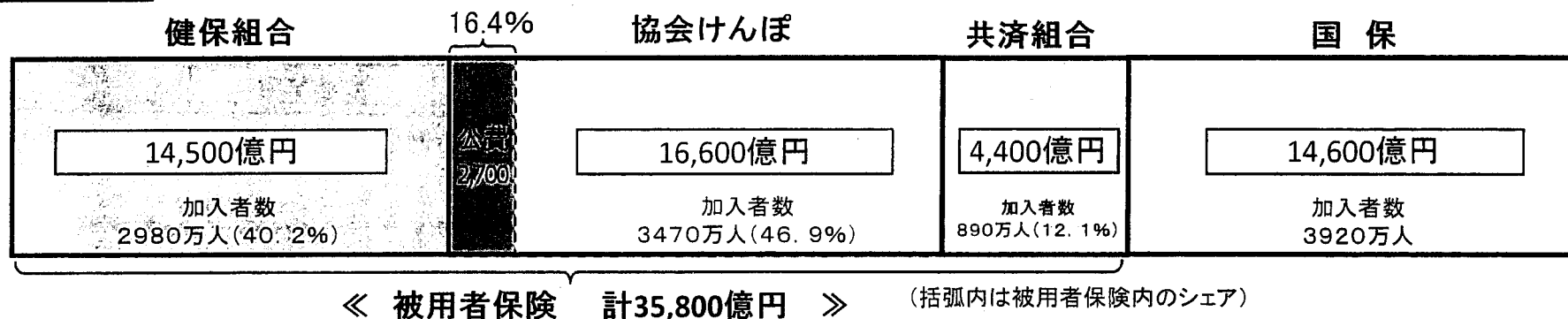
- 平成22年度から平成24年度までの間、特例措置として、被用者保険が負担する支援金総額の1/3を総報酬割とする。
- 平成22年7月施行 (平成22年度は、支援金総額の2/9を総報酬割 (1/3 × 8ヶ月分/12ヶ月))

◎後期高齢者支援金^(注)の費用負担のイメージ(約5.0兆円:平成22年度予算案ベース)

(注)前期高齢者に係る支援金負担分を含む。

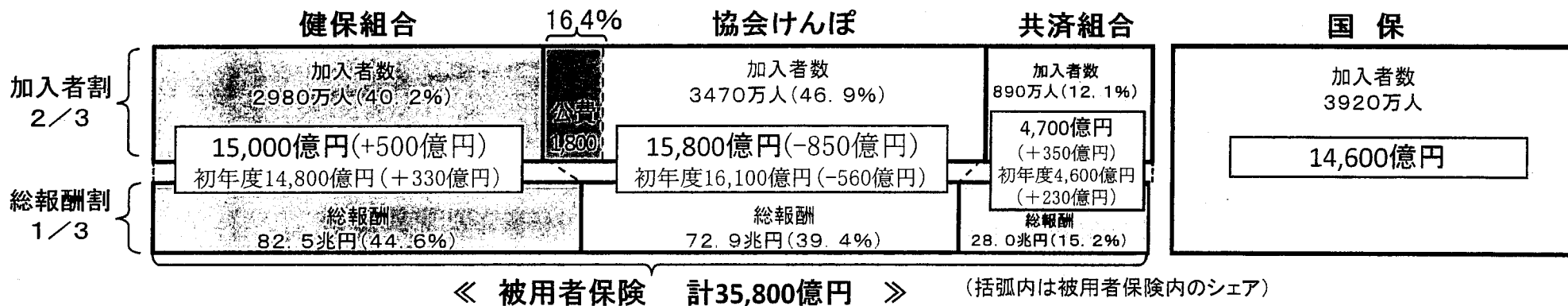
現行制度

加入者の数で按分 (被用者保険と国保で共通)



22年度～24年度(3年間)の特例措置

- ①被用者保険と国保 → 加入者の数で按分(現行どおり)
- ②被用者保険内 → 2/3は加入者の数で按分、1/3は総報酬のシェアで按分(初年度は加入者割7/9、総報酬割2/9)

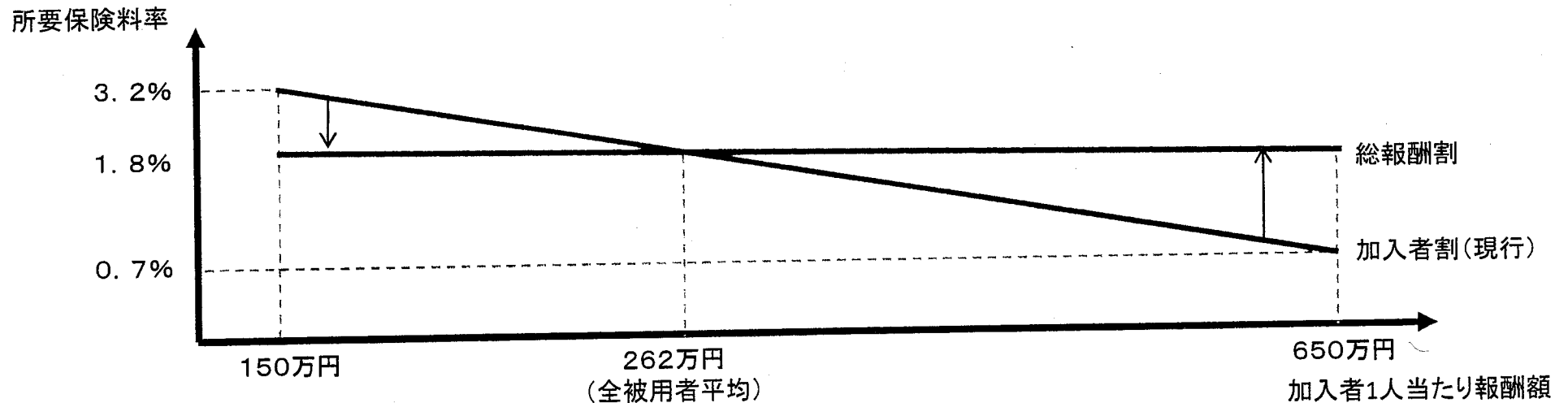


※ あわせて、健保組合等における前期高齢者納付金等の負担軽減を図るため、円滑化等事業による支援を倍増(約160億円→約320億円)
 (注)総報酬割導入の健保組合への影響: 負担増 約920組合、負担減 約560組合

第36回社会保障審議会医療保険部会提出資料

※ 後期高齢者支援金の全額を総報酬割とする場合(仮定)のイメージ。なお、平成22～24年度においては、被用者保険内は、支援金の3分の1について総報酬割を導入。

後期高齢者支援金に総報酬割を導入した場合の所要保険料率の変化(イメージ)



(注1) 21年度賦課ベース。所要保険料率は、前期財政調整を加味した支援金負担を算定。

(注2) 協会けんぽの加入者1人当たり報酬額は224万円。1人当たり報酬額が協会けんぽより高い保険者は1366、低い保険者は196。

(参考) 後期支援金の負担額の変化の例 (21年度賦課ベース)

	加入者数	加入者一人当たり報酬額	加入者割	総報酬割
A健保組合	1857人	540万円	90百万円 ^(注) (単価43,323円×1,857人)	181百万円 (総報酬10,030百万円)
			所要保険料率 0.9%	所要保険料率 1.8%
B健保組合	2094人	156万円	100百万円 ^(注) (単価43,323円×2,094人)	59百万円 (総報酬3,263百万円)
			所要保険料率 3.1%	所要保険料率 1.8%

(注) 前期高齢者に係る支援金負担分(A組合 9百万円、B組合 9百万円)を含む。

- 現在の自己負担割合では高齢者層に受診抑制が起きている (資料1)
- 死亡率で2~3倍の健康格差の一因と思われる (資料2)
- 2004年度以前の70代高齢者には受診抑制は見られなかった (資料3)
- 自己負担割合の増加に伴い治療代未払いも増えている (資料4)
- 自己負担割合は定率1割未満に止め、前期高齢者も自己負担割合も1割未満 (2004年以前の水準, 参考資料 p18 参照) に戻すべき
- 自己負担より保険料負担の拡大を考えるべき
- 制度変更後に, その影響をモニタリングする仕組みも作るべきである

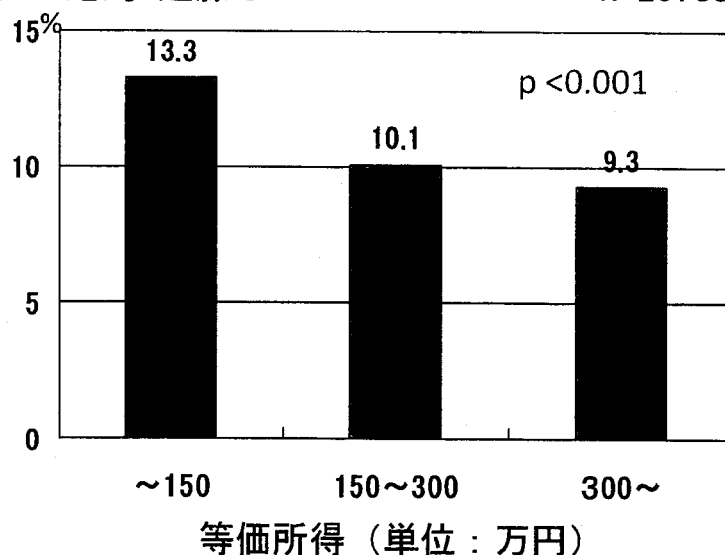
資料1 (追加資料1 参照: 低所得層には費用を理由にした受診抑制が多い)

村田千代栄, et al.: 地域在住高齢者の所得と受療行動の関連. 第18回日本疫学会学術総会

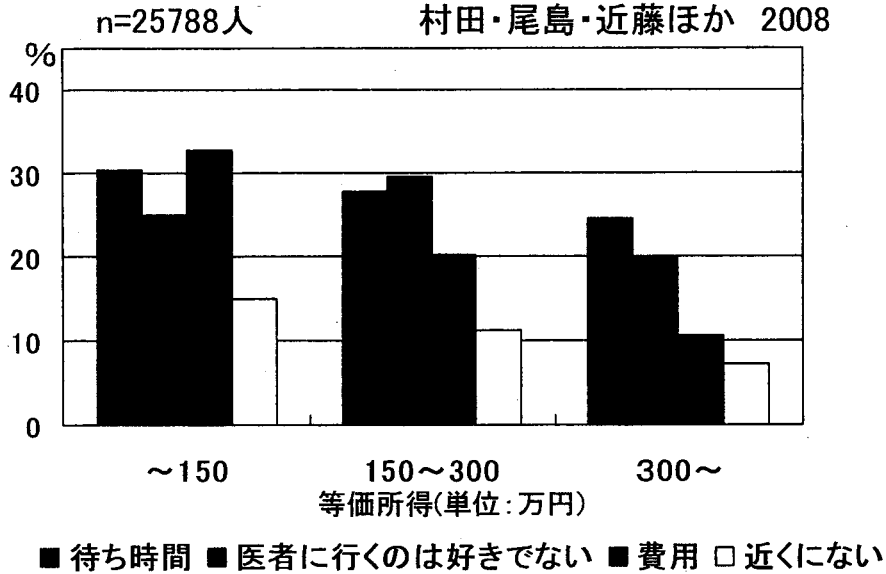
<http://square.umin.ac.jp/ages/press-releases/09-013.pdf>, 2008

過去1年に必要な受診を控えた 高齢者の割合

村田・尾島・近藤ほか 2008 n=25788人



治療を控えた主な理由



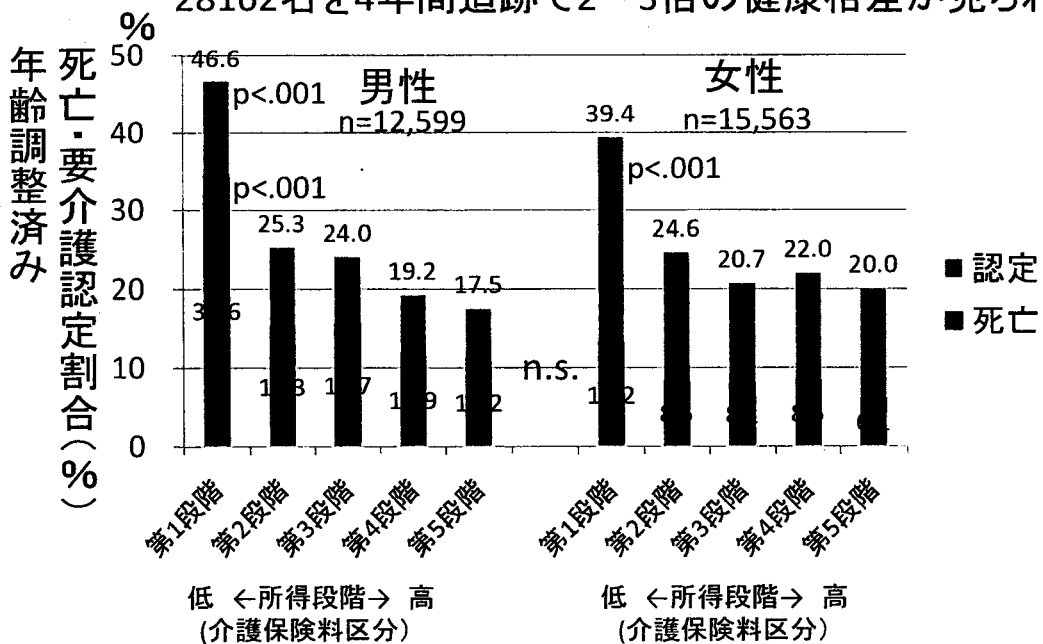
低所得者ほど、費用を理由にした受診抑制が多い

資料2：死亡率で2~3倍の健康格差がある¹⁾

近藤克則, et al.: 所得水準による健康格差—死亡・健康寿命喪失をエンドポイントとする AGES コホート研究.
日本公衆衛生雑誌 55 第10号 特別付録 第67回日本公衆衛生学会総会抄録集: 499, 2008

所得段階別死亡・要介護認定割合 (年齢調整割合) 近藤・平井他 2008

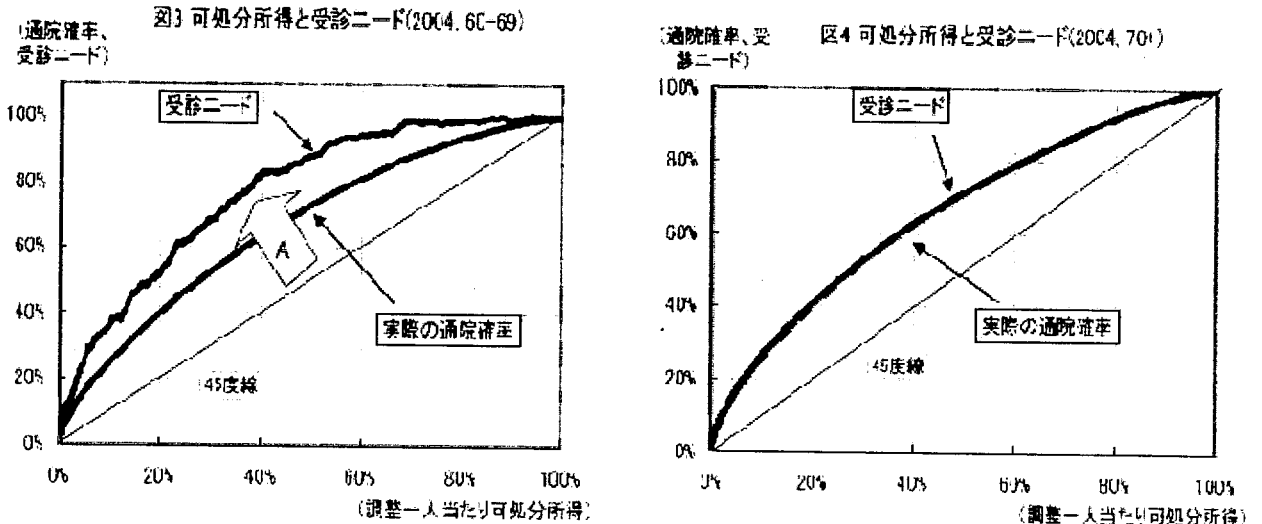
5保険者の65歳以上で要介護認定を受けていない
28162名を4年間追跡で2~3倍の健康格差が見られた



資料3：2004年以前の高齢者には受診抑制は見られなかった²⁾

内閣府 政策統括官室（経済財政分析担当）政策効果分析レポート No.20：
医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動. 内閣府,
<http://www5.cao.go.jp/keizai3/seisakukoka.html>, 2006（平成18年）6月

〈図3から図6の見方〉
実際の受診確率から左上方に受診ニーズが乖離するほど、低所得者層に受診できない人が多いことを意味する(図中矢印Aの方向)。
したがって、受診ニーズが実際の通院確率よりも左上に分布する場合(図3)、60歳代の低所得者層では満たされない受診ニーズが存在することを示唆。
ところが、70歳以上(図4)では両者は一致し、所得の多寡の影響を受けていないことを示している。



資料4：自己負担の増加につれて治療代未払いも増えている（朝日新聞 2006年4月6日）

2006年(平成18年)4月9日 日曜日 44713号 (日刊)

治療代未払い急増

低所得者・負担増響く

低所得者層の自己負担が増えるにつれて、治療代未払いも急増している。特に低所得者層に響く。

1病院あたり家収負担の増幅(各年とも3月を時点)

年次	1病院あたり家収負担(万円)
01年1月	2000
02年10月	2200
03年4月	2400
04年10月	2600
05年4月	2800
06年10月	3000

朝日新聞 2006年 4月6日 発行所 東京都千代田区千代田1-1-1 朝日新聞社 電話 03-5561-0131

一枚九 JACCS <http://www.jaccs.co.jp/>

紙面から 航空機 航空機 航空機

低所得高齢者ほど受診を控える

近年、医療制度改革により、高齢者の医療費自己負担が増加し、必要な医療が抑制される可能性が示唆されている。そこで本研究では、AGES(愛知老年学的比較研究)データを用い、所得と受診の関連について検討した。対象者は、65歳以上の自立高齢者 25788名(うち女性 54.3%)である。調査は2006年に郵送自記式で行われた(回収率 59.4%)。

所得が低いほど、過去1年間に治療を控えたことがあると回答しており、年齢の違いを考慮しても、高所得者の 9.3%に対し、低所得者では 13.3%が受診を控えているという結果であった(図1参照)。また、低所得者ほど、その理由として費用をあげる割合が高かった(高所得者の 10.6%に対し 32.8%)(図2参照)。

必要な医療を控える結果、より疾患が重い状態で受診し、予後が悪いことを示唆する報告(川添希, 馬場園明. 健康保険組合被保険者の医療受診における所得効果: 厚生学の指標 54 巻 6 号 Page14-19(2007.06))もあるが、受療行動とその関連要因、また受診抑制の結果については、今後の追跡による検討が必要である。

出典(学会報告):

村田千代栄、尾島俊之、近藤克則、平井寛: 地域在住高齢者の所得と受療行動の関連. 第18回日本疫学会学術総会, 東京, 2008. 1. 25-26

連絡先

村田千代栄 浜松医科大学 医学部 健康社会医学講座 助教

cmurata@hama-med.ac.jp

図1

過去1年に必要な受診を控えた高齢者の割合 n=25788人, AGESプロジェクト, 2006

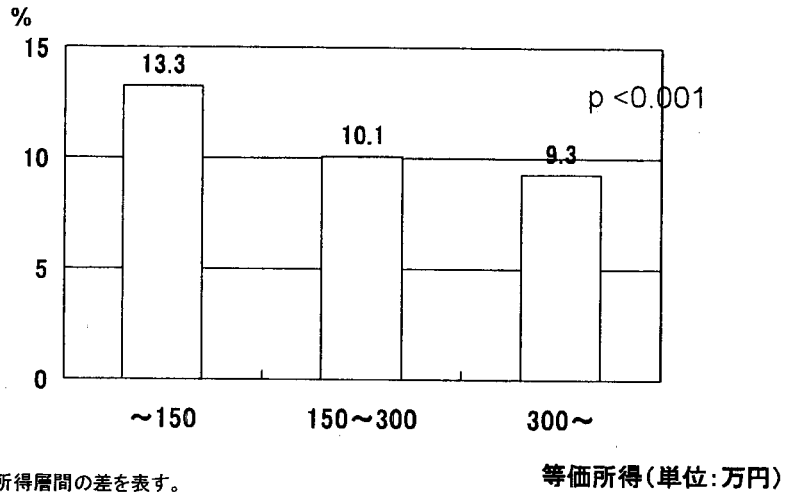
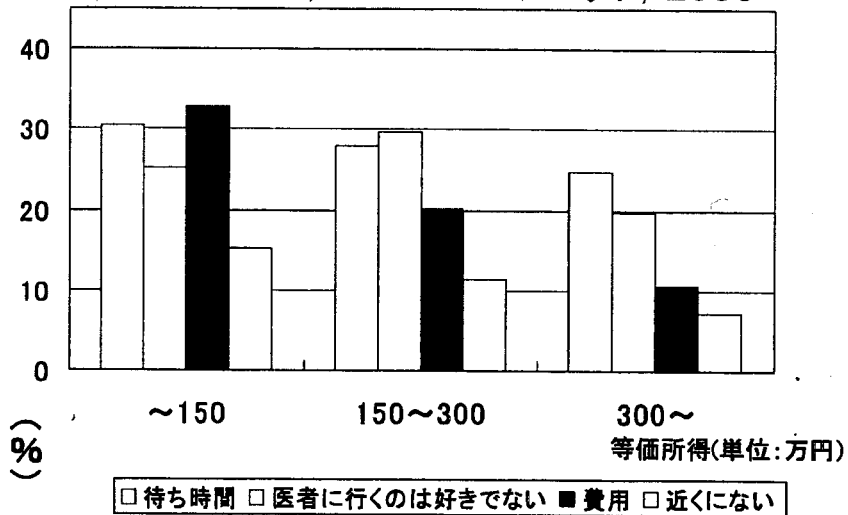
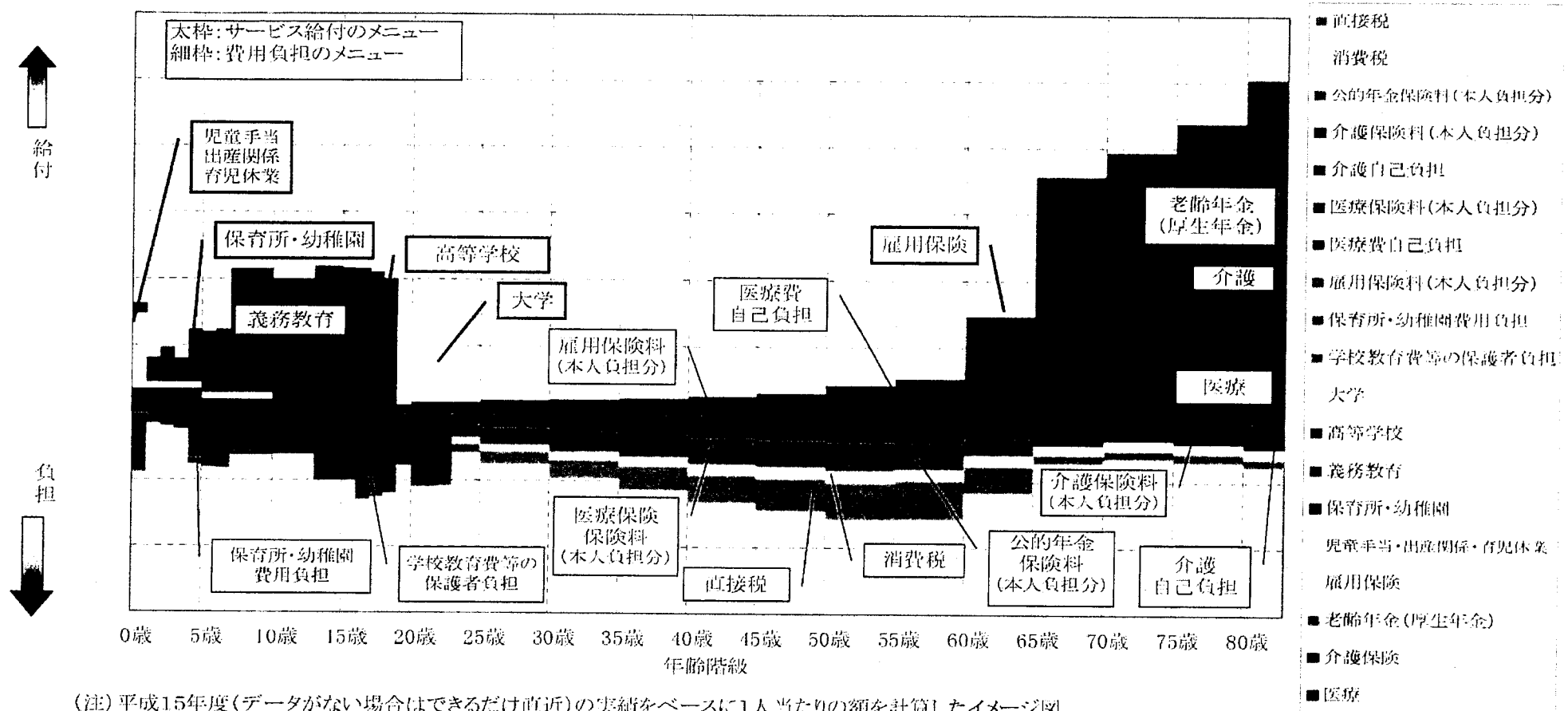


図2

治療を控えた主な理由 n=25788人, AGESプロジェクト, 2006



1人の生涯から見た社会保障の給付と負担の姿 資料13



(注) 平成15年度(データがない場合はできるだけ直近)の実績をベースに1人当たりの額を計算したイメージ図