

高齢者医療制度改革会議（第3回）

議事次第

平成22年2月9日（火）

17時20分～19時20分

厚生労働省 9F 省議室

（議 題）

制度の基本的枠組み及び運営主体のあり方

（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（現行制度の施行状況）

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)

- ・ 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)

(2) 制度の基本的枠組み及び運営主体のあり方

- ・ 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。そのために、後期高齢者医療制度と市町村国保と2つの地域保険が併存するのは問題があるので、都道府県単位の市町村国保とし、後期高齢者医療制度とドッキングすべき。(宮武委員)
- ・ 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)
- ・ 保険者について、市町村別では財政運営上、危険が高すぎるとすれば、都道府県単位が良い。(鎌田委員)
- ・ 県内の市町村国保を統合する場合の問題点として、所得の捉え方が異なる点、保険料の算定方式が異なる点を解消しなければならない。統合に向けた動きとして、保険財政安定化共同事業などの再保険事業がある。この事業の効果を検証する必要がある。(池上委員)
- ・ 協会けんぽについては、所得と年齢によって財政調整している。市町村国保については、医療費については財政調整しているが、年齢について財政調整していない。後期高齢者医療制度については、所得については調整しているが、各都道府県の平均年齢に格差がないため調整していない。よって、国民を現役世代と高齢者世代とで二分する制度としないためには、協会けんぽの様に都道府県ごとの年齢構成の相違を財政調整する必要である。(池上委員)
- ・ 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)
- ・ 現行の広域連合は1年ごとに市町村からの職員が入れ替わる状況である。都道府県単位の保険者としては、都道府県とすべき。(岡崎委員)
- ・ 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。(樋口委員)

- ・ 新たな制度の運営主体は、都道府県とすべきと考える。新制度への移行時に体制上困難だという場合でも2年後なら2年後に都道府県とすることを法律に明記すべき。(阿部委員)
- ・ 保険者については、都道府県単位を念頭に行政から独立した公法人とし、保険者機能を発揮できるしくみとすべき。(対馬委員)
- ・ 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)
- ・ 都道府県はこれまでも市町村に対して指導監督を行ってきた経験があり、制度についても熟知されているため、事務処理に関するノウハウの蓄積がないというのは、必ずしも当てはまらない。(横尾委員)
- ・ 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)
- ・ 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、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)
- ・ 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)
- ・ 今後は、雇用されて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)
- ・ 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)
- ・ 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。65歳以上でも働き続ける高齢者(家族)は被用者保険に加入させることを検討する余地がある。(対馬委員)
- ・ 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。(小島委員)
- ・ サラリーマン〇B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べき。(小島委員)
- ・ 被用者保険については、市町村国保に加入している非正規労働者や失業者を被用者保険に加入させることについて検討すべき。(小島委員)
- ・ 市町村国保については、都道府県単位に広域化し、公費を重点的に投入すべき。(小島委員)
- ・ 非正規労働者等の受け皿である国民健康保険を再建し、皆保険制度を維持できる制度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、それらの方をにおいてけぼりにするという点で疑問がある。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、過去の職歴を探す作業は大変なものになる。(宮武委員)
- ・ 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)

(3) 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)
- ・ 廃止が前提で、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

無職の方が多く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)

(4) 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る。(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)

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2月9日
厚生労働省保険局

高齢者医療制度改革会議の当面のスケジュール

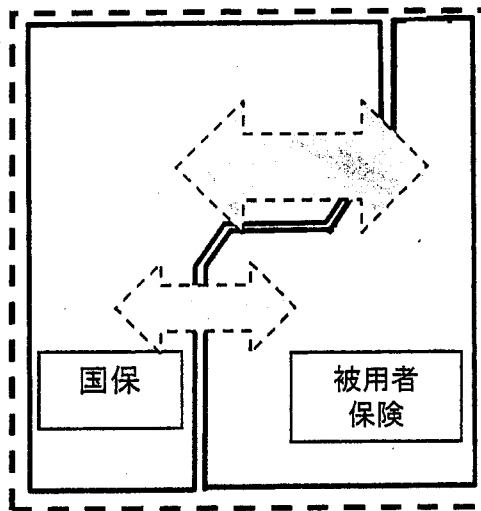
- 第1回(11月30日) 総括的なフリーディスカッション①
- 第2回(1月12日) 総括的なフリーディスカッション②
- 第3回(2月9日) 制度の基本的枠組み及び運営主体のあり方
- 第4回(3月8日) 費用負担のあり方
- 第5回(4月) 保険料、給付、医療サービス等のあり方

以後、引き続き概ね月1回開催。

新たな制度のあり方に関する各委員の意見の概要等

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】

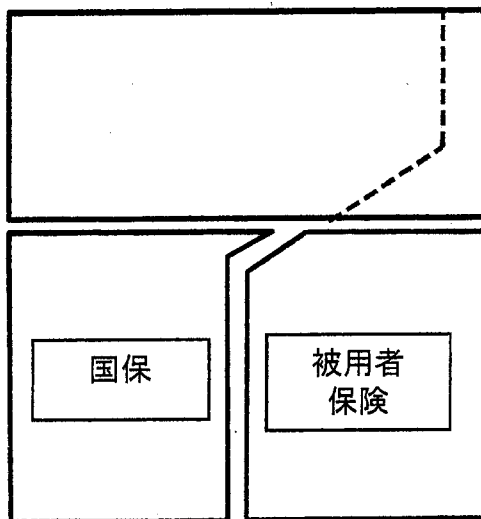
- 医療保険全体で、各保険者の被保険者の性・年齢構成(5歳階級毎の一人当たり医療費の差)・所得構成の相違による保険料負担の格差を調整する財政調整を、段階的に導入。
- 医療保険の統合を以下のとおり段階的に行う。
 - ① 市町村国保については都道府県内において財政調整を進めた上で、都道府県単位に統合し、広域連合が運営。
 - ② 健保組合・共済については、それぞれ全国単位で財政調整を進めた上で、都道府県単位に事業所を分割。
 - ③ 都道府県単位で市町村国保と協会けんぽを統合するとともに、都道府県単位で健保組合・共済を統合。
 - ④ 都道府県単位で、全ての保険者を統合。



- (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。

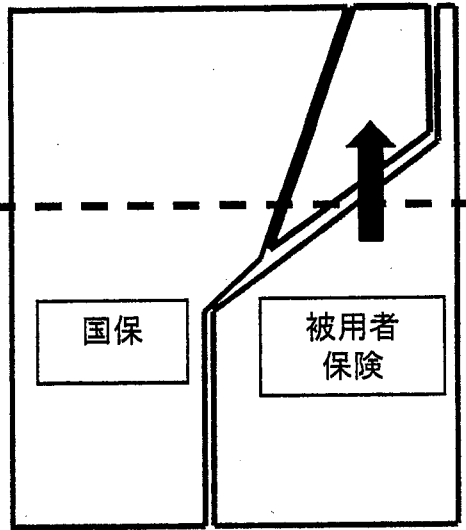


- 【65歳以上の高齢者を一つの制度とした場合】
- (主なメリット)
- 若年者と高齢者の負担ルールや運営責任が明確。
 - 高齢者間において、所得に応じた公平な保険料負担。
- (主な論点)
- 「年齢で区分するという問題を解消する制度とする」との関係について、どのように考えるか。
- ※ 「65歳」は、介護や年金等との関係から理解が得られやすいのではないか。
- 【現役で働く高齢者とその家族について、若年者の各制度へ継続加入させることとした場合】
- (主なメリット)
- 高齢者であっても、サラリーマンは、被用者保険に加入するという合理的な仕組みとなる。
- (主な論点)
- 「地域保険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

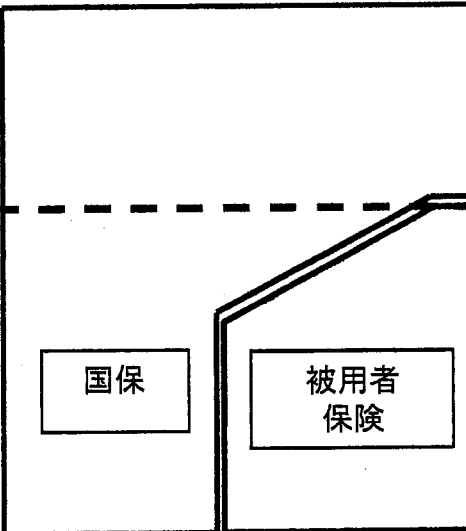
- 年齢による区分がない。
- 運営責任が明確。
- 被用者グループ内での助け合いとすることで、若年被用者の納得を得られやすい。(若年者と高齢者の負担ルールが明確)

(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。

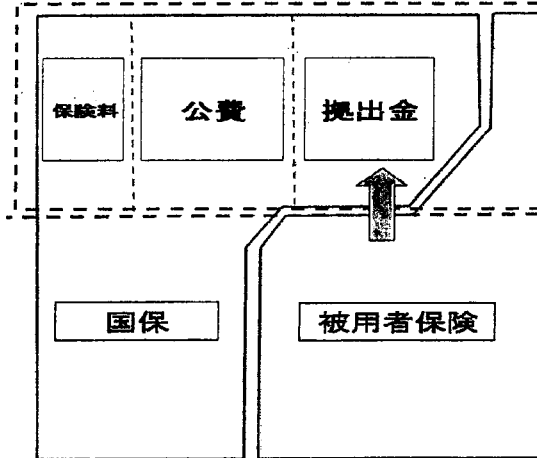
(主な論点)

- 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参加し、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。

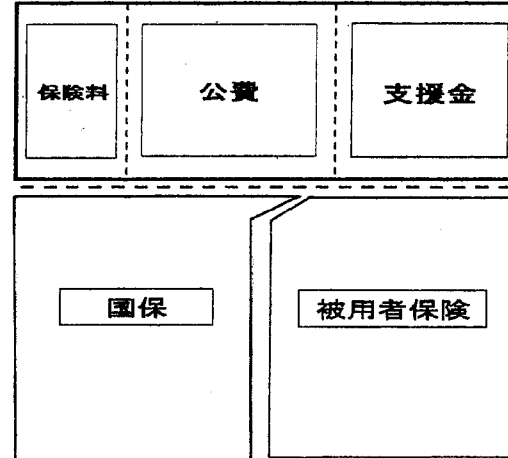


- (主なメリット)
- 年齢による区分がない。
- (主な問題点)
- 旧老人保健制度に見られた問題が再び生じる。
 - ① 若年者と高齢者の負担ルールが不明確。
 - ② 加入する制度によって高齢者の保険料が異なり、不公平。
 - 被用者保険が負担増となる。

※ 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

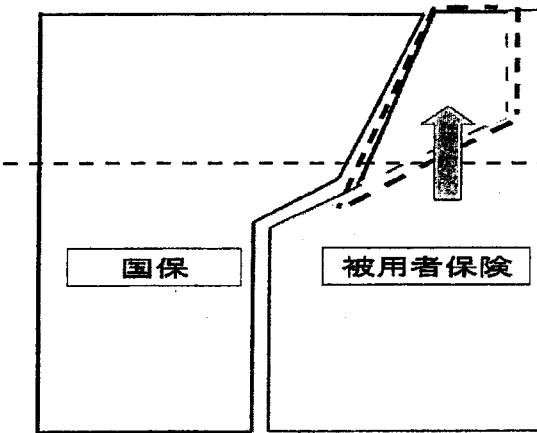
- すべての高齢者を独立した保険制度の対象とし、高齢者の医療費を公費と各保険者からの支援金等により支える仕組みとする。



- (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。

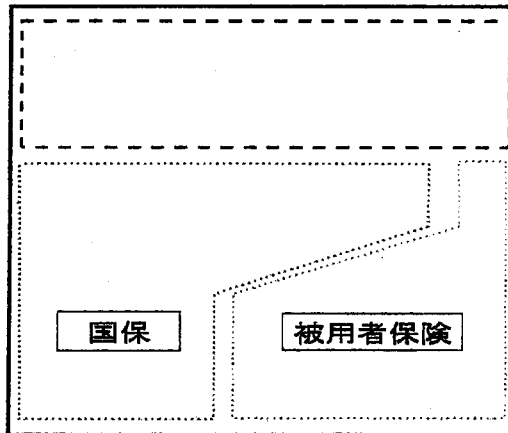


- (主なメリット)
- 被用者グループ内での助け合いとすることで、若年被用者の納得を得られやすい。(若年者と高齢者の負担ルールが明確)
 - 運営責任が明確。
 - 年齢による区分がない。

- (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。

各委員の主な御意見と基本的な考え方(6原則)との関係等を踏まえた論点

各委員の主な御意見と基本的な考え方(6原則※)等を対比し、今後の論点を整理すると以下のとおりである。

- ※ 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

	御意見の概要	基本的な考え方(6原則)等を踏まえた論点
阿部委員	<ul style="list-style-type: none"> ○ サラリーマン(被扶養者を含む)は職域保険に加入。 ○ サラリーマン(被扶養者を含む)以外の高齢者は市町村国保に加入。 ○ 新たな制度の保険者は、都道府県とすべき。 ○ 市町村国保は都道府県単位に広域化。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 都道府県が運営主体となることについて、以下の課題をどのように解消するか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。
池上委員	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 <ul style="list-style-type: none"> 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 組合健保・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、都道府県単位で組合健保・共済を統合。 ④ 都道府県単位で、全ての保険者と統合。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
岡崎委員(全国市長会)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新たな制度の運営主体を都道府県とする。 ○ 市町村国保と後期高齢者医療制度を統合する場合、現行の国保に一定の公費を投入。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が運営主体となることについて、以下の課題をどのように解消するか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ○ 公費のあり方について、どのように考えるか。

	御意見の概要	基本的な考え方(6原則)等を踏まえた論点
鎌田委員	○ 保険者について、市町村別では財政運営上、危険が高すぎるとすれば、都道府県単位が良い。	○ 都道府県単位化する場合、運営主体をどのように考えるか。
神田委員 (全国知事会)	○ 市町村国保においては、一般会計から繰り入れが行われており、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。	○ 公費のあり方について、どのように考えるか。
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(「社会保障基金」(仮称)。当面は、「全国健康保険協会」への運営委託も検討。)とする。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 雇用労働者は原則、被用者保険に加入する。	○ 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
小林委員 (協会けんぽ)	○ 現行制度について、現役世代と高齢者世代の負担関係を明確にした点、都道府県単位の広域連合が保険者となることにより、財政責任を明確にした点は評価。 ○ 現役世代の負担については、過重なものとならず、理解と納得を得られる在り方とし、高齢者医療を支える各制度間での負担は、各制度の負担能力を反映したものとなることが重要。 ○ 負担能力のある高齢者世代の方に一定の負担をお願いするとともに、社会全体で支え合う観点から公費の役割の拡大も含めた財源の在り方について検討していくことが必要。 ○ 保険運営は都道府県単位とすることを基本とする。	○ 都道府県単位化する場合、運営主体をどのように考えるか。 ○ 公費のあり方について、どのように考えるか。
齋藤委員 (経団連)	○ 新たな制度は公的年金の受給者を対象とする。 ○ 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。 ○ 保険原理を超えたりリスクへの対応や世代間扶助は公助を基本とすべきであり、世代間の調整は限界があるため、高齢化の進展を踏まえつつ、高齢者医療への公費投入割合を高める。 ○ 現役世代の制度間の財政調整は、保険者機能の弱体化と制度の公平性・持続性の毀損に繋がることから行うべきでない。 ○ 現行制度について、財政・運営責任の主体や負担のルールを明確にしたことを評価。 ○ 運営主体については、現在の後期高齢者医療広域連合をベースに検討。	○ 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。 ○ 公費のあり方について、どのように考えるか。

	御意見の概要	基本的な考え方(6原則)等を踏まえた論点
<p>対馬 委員 (健保連)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 新たな高齢者医療制度は、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。 ○ 制度全体の持続安定や若年者の負担に配慮し、高齢者医療制度の給付費の5割程度は公費で賄い、公費以外の部分については、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。 ○ 運営主体については、保険者機能の発揮を重視し、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。 ○ 若年者の制度体系については、現行の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り、市町村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、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。 	<p>【65歳以上の高齢者を一つの制度とした場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「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。 【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】 ○ 「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。 ○ 公費のあり方について、どのように考えるか。
<p>樋口 委員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 後期高齢者医療広域連合は、国民に広く認知されていなかったことから、新たな制度の運営主体は都道府県とすべき。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が運営主体となることについて、以下の課題をどのように解消するか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。
<p>宮武 委員</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村国保の運営を都道府県単位に広域化し、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) ○ 後期高齢者医療制度における医療給付費に対する財政調整については、現行の仕組みを残すか、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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
<p>山本 委員 (全国町村会)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村国保については、最終的には国において一本化すべき。その過程として、当面は都道府県単位化を図るべき。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県単位化する場合、運営主体をどのように考えるか。
<p>横尾 委員 (全国広域連合協議会)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 運営主体に関しては、「広域化」、「一元化」の1つとして都道府県が担い、その中で事務のあり方も検討すべき。都道府県は、これまでも様々な行政課題等について、国と連携して市町村へ指導監督をした実績もある。 ○ 財政負担面での対応に困難さも考えられ、国による財政支援が重要。 ○ 広域連合の運営においては、市町村からの予算が必要で、各市町村議会での予算議決が不可欠であること。また、人員面でも必ずしも精通した市町村職員を常に確保できるとは限らない面があり、安定的とは必ずしも言えない。 ○ 都道府県単位化する場合においても、市町村国保と同様に、厳しい財政問題が生じるおそれがあるため、国が十分に支援すべき。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が運営主体となることについて、以下の課題をどのように解消するか。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ○ 公費のあり方について、どのように考えるか。

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。

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。
- 市町村に助言・勧告する権限がないため、市町村に対する調整機能が働きにくい。
- 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。

市町村国保の運営の広域化・地方分権の推進

(参考)

- 平成22年度の国保制度の見直しの一環として、市町村国保の広域化を以下のとおり図ることとしているが、こうした現行の国保制度の広域化の推進と、高齢者医療制度における見直しとの関係について、どのように考えるか。

平成22年度の国保制度見直し案(骨子)

- 地方分権改革推進委員会第3次勧告(※)で指摘された規定については、勧告に従って廃止。
- ※地方分権改革推進委員会第3次勧告(概要)(平成21年10月7日)
- ・市町村が保険料率の変更や任意給付の創設をする場合などにおける都道府県知事への事前協議義務 → 廃止すべき
 - ・医療費が著しく高額として厚生労働大臣の指定を受けた市町村による運営安定化計画の策定義務 → 廃止すべき
- 民主党マニフェストで盛り込まれた地域保険としての一元的運用の方向性及び地方分権改革推進要綱の趣旨を踏まえ、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、以下のことを実施できることとする。
- ① 保険財政共同安定化事業の拡大(対象医療費の引下げ等)
 - ② 「広域化等支援方針(仮称)」の策定
- 「地域保険としての一元的運用」のあり方については、高齢者医療制度の見直しにあわせて議論を行う。

☆ 「広域化等支援方針(仮称)」のイメージ

都道府県が、市町村の意見を聞きつつ、国保の都道府県単位化に向けた3～5年程度の支援方針を策定。

(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

(参考)「広域化等支援方針(仮称)」が策定された都道府県については、次の措置を講じる。

- ① 保険料収納率が基準を下回る市町村国保に対する国の交付金の減額措置の廃止
- ② 広域化等支援基金の都道府県による使用の容認(広域化等支援方針策定経費への支出等)

参考資料

(現行制度の施行状況)

平成22年2月9日
厚生労働省保険局

後期高齢者医療制度廃止までの第一段階の取組

○ 制度本体の見直しに先行して、現行制度の様々な問題点は速やかに解消していくこととしており、下記の取組を進めているところ。

課 題	これまでの対応	基本的な方針	進捗状況(平成22年2月8日現在)
①保険料の軽減	<ul style="list-style-type: none"> ○ 所得が低い方について、 <ul style="list-style-type: none"> ① 平成20年度 → <u>保険料の均等割の7割軽減を一律8.5割軽減とし、所得割を5割軽減</u> ② 平成21年度 → 平成20年度の軽減措置に加え、年金収入80万円以下の方について<u>均等割を9割軽減</u> ○ <u>被用者保険の被扶養者であった方</u>について、制度加入から2年間の軽減措置(均等割5割軽減)に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ① 平成20年4月～9月まで → 凍結 ② <u>平成20年10月～平成22年3月まで</u> → <u>均等割を9割軽減</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 低所得の方及び被用者保険の被扶養者であった方の<u>軽減措置を継続する</u>。 ○ 剰余金の活用等により平成22年度及び23年度の保険料の上昇を抑制。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 補正予算において、現行の軽減措置を継続するため826億円を計上。(70歳～74歳の窓口負担の軽減措置を含め2,902億円) ○ 被用者保険の被扶養者であった方の軽減措置に係る地方負担を継続するための改正法案を通常国会に提出予定。 ○ 剰余金を活用してもなお保険料が上昇する31都道府県において、財政安定化基金の取崩しを行う方向で最終調整中。 ○ 特に保険料の増加率が高い4都道府県等においては、財政安定化基金の積み増しを行う方向で最終調整中。 ○ 財政安定化基金を保険料の上昇抑制に活用できるようにするための改正法案を通常国会に提出予定。
②資格証明書	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成21年5月に、運用に係る留意点を通知。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 原則として交付しないとする基本方針等を通知で明示。 <平成21年10月26日に通知を発出> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現時点において資格証明書の交付実績はない。
③健康診査の充実	<ul style="list-style-type: none"> ○ 法律で広域連合の努力義務とされている。 ※ 現在、全ての市町村において実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各広域連合で受診率向上計画を策定し、国庫補助を拡充。 ※ 受診率 平成19年度:26%→平成20年度:21%→平成21年度:24% 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成22年1月に全ての広域連合で計画を策定。 ※ 同計画による平成22年度見込;27% ○ 平成22年度予算において補助金を拡充(44.8億円;前年度比27%増)
④人間ドックの再開	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、市町村の人間ドックを含め支援。 ※ 実施市町村数;723(19年度末) → 141(20年5月) → 234(20年度末) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 広域連合から市町村に再実施を要請。 <平成21年10月26日に通知にて要請> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現時点における助成実施市区町村数は373市区町村(うち276市区町村が交付金を活用)。 ○ 来年度からの取組について、引き続き要請中。
⑤75歳以上に限定した診療報酬	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「後期高齢者終末期相談支援料」について、平成20年7月に、その算定を凍結するとともに、「後期高齢者診療料」と併せて、改定結果等の検証を実施。 ※ 75歳以上という年齢に着目した診療報酬項目は全部で17項目 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 75歳以上という年齢に着目した報酬体系を廃止する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中医協の審議・答申を経て来年度より対応。

現行高齢者医療制度の負担軽減措置の継続

平成21年度 2次補正において平成22年度も以下の措置を実施
合計:2,902億円

【平成20年4月～】

①70歳～74歳の窓口負担を1割に軽減する措置の継続
(2,075億円)

②後期高齢者医療制度における被用者保険の被扶養者の保険料負担を9割軽減とする措置の継続
(274億円)

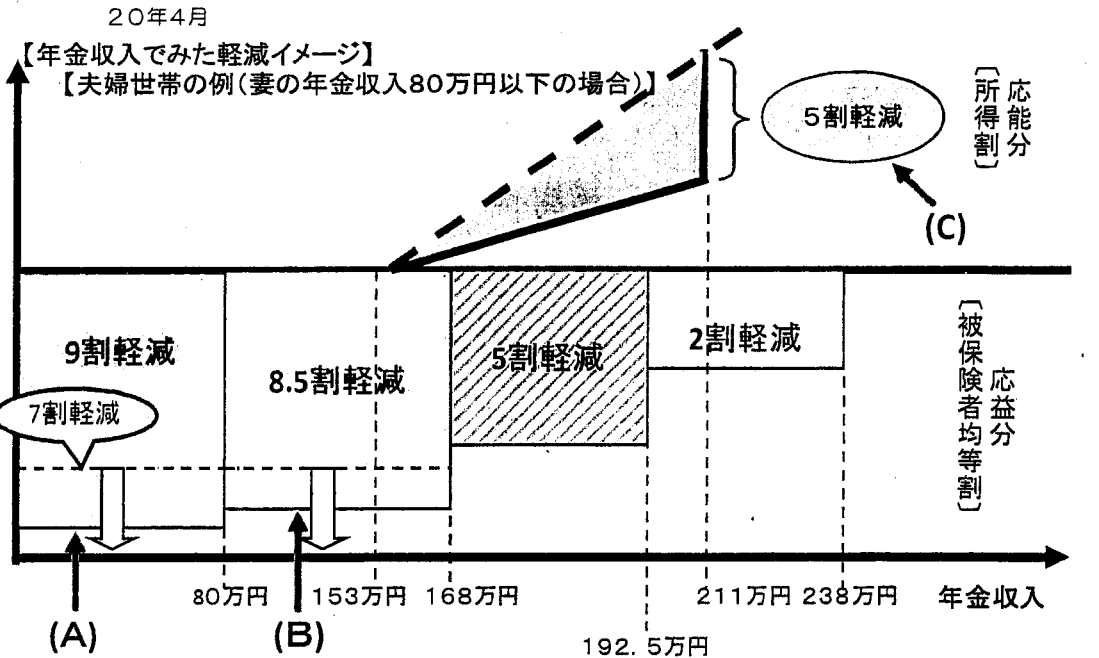
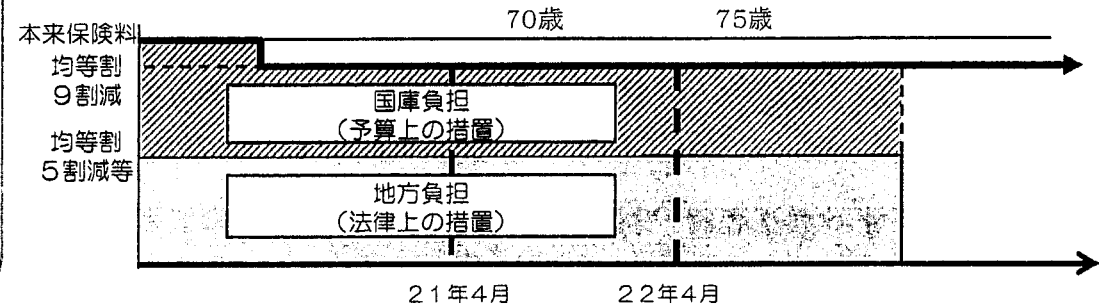
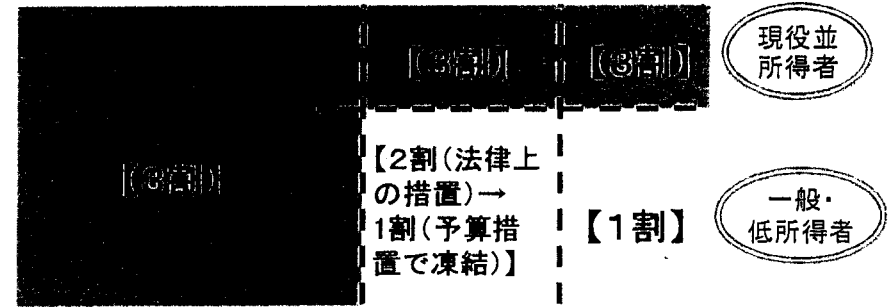
※5割部分は地方負担であり、別途、地方財政措置を講じる。

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)に対して地方負担を行う期間は、「高齢者の医療の確保に関する法律」において加入後2年間と規定されている。したがって、制度施行当初から加入している方の均等割の軽減分に対する地方負担は、平成22年3月末で終了することとなるため、同法を改正し、後期高齢者医療制度廃止までの間、当該地方負担を延長する。

③後期高齢者医療制度における低所得者の保険料軽減措置の継続
(543億円)

- (A) 均等割の7割軽減世帯のうち、後期高齢者医療制度の被保険者全員が年金収入80万円以下(その他各種所得がない)の場合に9割軽減とする
- (B) 均等割の7割軽減を受ける方((A)に該当する方を除く。)を8.5割軽減とする
- (C) 所得割を負担する低所得者について、所得割を5割軽減する

④被用者保険の被扶養者であった方の保険料軽減の継続に係るシステム改修経費及び高齢者の負担凍結延長に係る受給者証の再交付に要する経費
(9億円)



※①のうち66億円は21年度分の追加交付経費、③のうち20億円は20年度分の追加交付経費である。

平成22年度及び23年度における後期高齢者医療保険料の上昇抑制について

- 後期高齢者医療制度においては、財政運営期間は2年間とされており、各広域連合において、平成22年度及び23年度の保険料率を本年2月～3月に決定することとなるが、以下の4点の要因により、何らの抑制策も講じない場合には、保険料は平成21年度と比較し、全国ベースで約14.2%増加することが見込まれる。

<保険料が増加する要因>

- ① 一人当たり医療費の伸びにより約4.6%増加
 - ② 若人人口の減少に伴う後期高齢者負担率の上昇により約2.6%増加
 - ③ 平成20年度及び21年度における医療給付費の算定期間が23ヶ月であったことにより約4.3%増加
 - ④ 所得の減少が見込まれることによって、保険料の所得割率が上昇することにより約2.0%増加
- このため、可能な限り保険料の増加を抑制する観点から、広域連合及び都道府県に対し、
- ・ 広域連合において生じることが見込まれる財政収支上の剰余金の活用
 - ・ 都道府県に設置されている財政安定化基金の取崩し
- についての検討を依頼。また、特に保険料が著しく増加することが見込まれる4都道府県に対しては、財政安定化基金を積み増して取り崩すことについての検討を依頼。
- 現在、多くの広域連合及び都道府県において保険料率の最終調整中であるが、全ての広域連合において剰余金を活用することとし、剰余金を活用しても保険料が増加する31広域連合・都道府県において財政安定化基金の取崩しを決定又は調整しており、4都道府県等において、財政安定化基金を積み増すことについて決定又は調整中。
- これらの結果、保険料の増加率は全国平均で3%前後までにとどまる見通し。
- 3月中に、全国の最終的な状況を公表する。

<財政安定化基金について>

- ・ 給付費の伸びや保険料の未納により広域連合の財政に不足が生じた場合、都道府県が広域連合に対し交付又は貸付を行うもの。
(したがって、保険料の上昇抑制のために活用する場合、法改正が必要)
- ・ 国、都道府県及び広域連合(保険料)が3分の1ずつ拠出。
- ・ 平成20年から平成25年までの6年間に、全国ベースで約2000億円程度を積み立てることとしていたところ。

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(仮称)の概要

医療保険制度の安定的な運営を図るため、市町村国保、協会けんぽ、後期高齢者医療制度における保険料の引上げの抑制等のための所要の改正を行う。

概 要

I 市町村国保の保険料軽減のための措置等 (国保法) (③は平成22年7月1日施行)

- ① 財政支援措置の4年間の延長(約2000万世帯:1世帯平均で年間約1.3万円の保険料上昇抑制効果)
 - ・「低所得者を抱える市町村」、「高額な医療費」に対する国、都道府県の補助等を引き続き実施。
- ② 市町村国保の財政安定化のため、都道府県単位による広域化を推進
 - ・都道府県の判断により、市町村国保の広域化についての指針の作成、市町村の拠出により医療費を賄う共同事業の拡大等を可能とする。
- ③ 保険料滞納世帯であっても、医療を現物給付で受けられる子どもの対象の拡大(中学生以下→高校生世代以下)
 - ・一旦窓口で医療費を支払わなければならない資格証明書の交付世帯に属する高校生世代に、短期被保険者証を交付。

II 中小企業の従業員、事業主の保険料軽減のための措置 (健保法等) (①③は平成22年7月1日施行)

- ◆ 協会けんぽの逼迫した財政状況に鑑み、保険料の大幅な引上げを抑制するため、24年度までの3年間において、財政再建のための特例措置を講ずる。(被保険者約1900万人、加入者約3500万人 22年度で労使年間2.2万円の保険料上昇抑制効果)
- ① 国庫補助割合を13%から16.4%に引き上げ
 - ② 単年度収支均衡の特例として、21年度末以降の赤字額について、24年度までの償還を可能とする
 - ③ 後期高齢者支援金について、被用者保険グループでの負担能力に応じた分担方法を導入 (高齢者医療確保法)
 - ・後期高齢者の医療費に対する現役世代からの支援金の3分の1(22年度は9分の2)について、保険者の財政力に応じた負担(総報酬割)とする。

III 高齢者の保険料軽減のための措置 (高齢者医療確保法)

- ① 給付変動等に備えるため都道府県に設置している財政安定化基金について、保険料の引上げの抑制に活用できるようにする
- ② サラリーマンに扶養されていた方の保険料の軽減措置を延長する(約190万人、年間平均約2.1万円の保険料上昇抑制効果)
※予算措置をあわせると約3.8万円

施行期日 平成22年4月1日

- 国保や後期高齢者医療制度の保険料について、賦課期日(4月1日)までに、賦課の前提となる財政支援措置を確定させておく必要がある。

資格証明書の運用について

○平成21年5月20日・・・各広域連合における資格証明書の運用に係る留意点等を通知

○平成21年10月26日・・・現内閣においては、「原則として資格証明書を交付しない」とする基本方針等を通知

1 平成21年5月20日の通知の内容

- (1) 災害、病気、事業の休廃止、失業等があったことにより、保険料を納付することができないと認められる場合には、資格証明書を交付しない。
- (2) 現に診療等を受けている又は受ける予定のある方については、仮に資格証明書を交付した場合、医療費の全額を一時的に負担することが困難となると認められるときは、資格証明書を交付しない。
- (3) (1)及び(2)に加え、滞納の初期の段階から、
 - ・電話や訪問による相談を重ねる
 - ・有効期限の短い被保険者証(短期証)を繰り返し交付する
 - ・被保険者と共に、分割納付・徴収猶予等を含めた現実的な納付計画を作成する等のきめ細かな収納対策を講じることにより、均等割の軽減対象等の所得の少ない方については、原則として、資格証明書の交付に至らないようにする。

2 平成21年10月26日の通知の内容

上記の1に沿って、保険料の納付につき十分な収入等があるにもかかわらず、保険料を納付しない悪質な場合であって、資格証明書を交付しても必要な医療を受ける機会が損なわれないと認められるときに限って資格証明書を交付することとする。

また、資格証明書の交付を検討している事案が生じた場合には、厚生労働省に報告いただき、当該事案について個々に確認し、不適切と考えられる事案があれば交付しないよう要請するとともに、資格証明書が交付された場合には、その事案の概要について、厚生労働省において公表する。

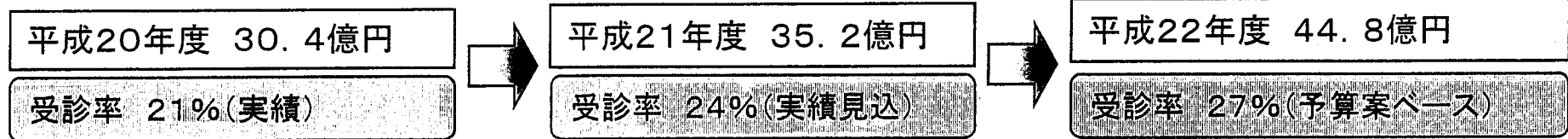
※ 現時点における交付件数及び報告件数はゼロ。

健康診査の充実

その他区市町村への
地方財政措置あり
44.8億円

1. 財政支援について

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。



【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)

2. 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

1. 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、市区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)

【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)

2. 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、事業の周知と今年度の追加実施又は次年度実施に向けた検討を要請するよう依頼したところであり、現時点における全国の人間ドック等助成実施市区町村は373市区町村(うち276市区町村が交付金を活用)(平成21年度)。

平成22年度についても、引き続き、市区町村に対し、実施に向けた検討を要請。

平成21年度第2次補正予算の概要 (現行高齢者医療制度の負担軽減措置の継続)

(高齢者医療課)

事 項	平成21年度第2次 補正予算額	摘 要
<p>(項) 医療保険給付諸費</p> <p>(目) 高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金</p> <p>(目) 高齢者医療制度円滑運営事業費補助金</p>	<p style="text-align: right;">千円</p> <p>81,777,035</p> <p>79,758,009</p> <p>2,019,026</p>	<p>○ 平成22年度保険料軽減のための経費</p> <p>《広域連合向け》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所得の低い方の保険料軽減の継続 523.5億円 <li style="padding-left: 2em;">(均等割9割・8.5割、所得割5割軽減) ・ 被用者保険の被扶養者であった方の保険料軽減の継続 274.1億円 <li style="padding-left: 2em;">(均等割9割軽減のうち4割相当分) <p>○ 平成20年度保険料軽減のための追加交付経費</p> <p>《広域連合向け》</p> <ul style="list-style-type: none"> 均等割軽減(均等割8.5割、所得割5割軽減)に係る追加交付額 19.7億円 <p>○ 被用者保険の被扶養者であった方の保険料軽減の継続に係るシステム改修経費</p> <p>《国保中央会向け》 0.5億円</p>

平成22年度予算(案) 後期高齢者医療制度関係経費の概要

(保険局 高齢者医療課)

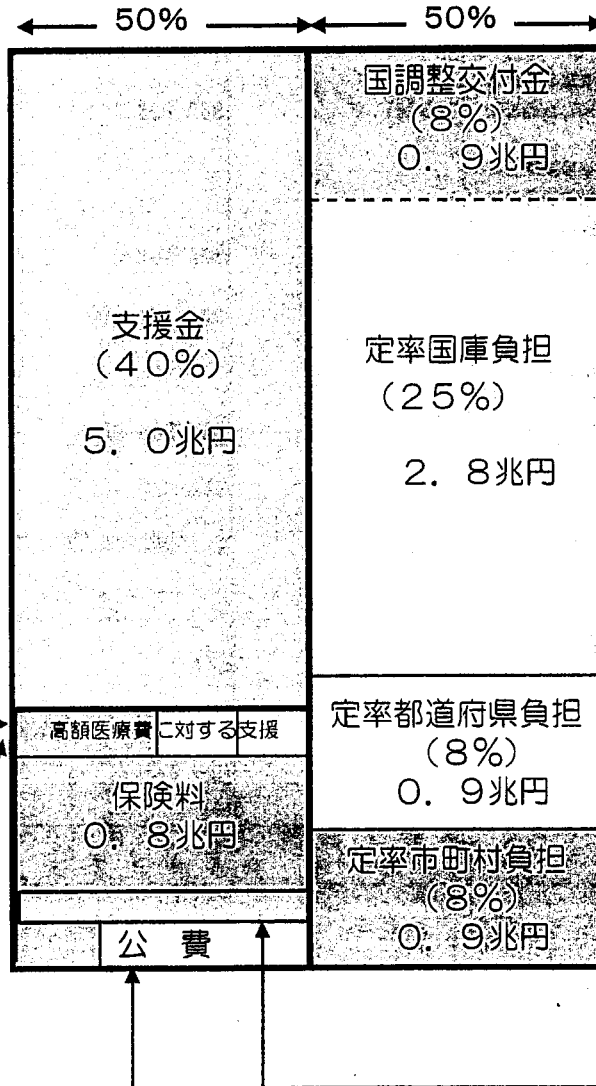
事 項	平成21年度 予 算 額	平成22年度 予 算 額	対 前 年 度 比 較 増 ▲ 減 額	
	千円	千円	千円	
合 計	3,664,013,271	3,774,683,847	110,670,576	
(目)医療給付適正化業務庁費	0	13,256	13,256	・高齢者医療制度改革会議の開催等に要する経費
(目)臨時老人薬剤費特別給付金	137	137	0	
(目)臨時老人薬剤費特別給付金支給事務委託費	6	0	▲ 6	
(目)後期高齢者医療給付費等負担金	2,737,227,953	2,810,266,116	73,038,163	
後期高齢者医療給付費負担金	2,702,539,072	2,771,327,820	68,788,748	
高額医療費等負担金	34,688,881	38,938,296	4,249,415	・高額医療費負担分 276.6億円 (平成21年度 244.2億円) ・財政安定化基金負担分 108.1億円 (" 96.2億円) ・不均一保険料助成分 4.7億円 (" 6.5億円)
(目)後期高齢者医療財政調整交付金	900,846,358	923,775,940	22,929,582	
(目)後期高齢者医療制度事業費補助金	5,220,791	5,961,701	740,910	【後期高齢者医療広域連合向け】 ・健康診査に要する経費 44.8億円 (平成21年度 35.2億円) ・保険者機能強化に要する経費 4.8億円 (" 7.0億円) ・特別高額医療費共同事業に要する経費 10.0億円 (" 10.0億円)
(目)後期高齢者医療制度関係業務事業費補助金	1,737,116	1,718,028	▲ 19,088	【国民健康保険団体連合会・国民健康保険中央会向け】 ・広域連合電算処理システム等に要する経費
(目)高齢者医療運営円滑化等補助金	18,980,910	32,948,669	13,967,759	【健康保険組合等向け】 ・健保組合等における前期高齢者納付金等の負担軽減等を図るための経費

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。

平成20年度

後期高齢者医療制度(後期高齢者医療広域連合)の財政状況等について

= 速 報 =

1. 後期高齢者医療広域連合の財政状況(別紙)

収支状況については、収入合計は9兆9,441億円、支出合計が9兆6,834億円であり、収支差引合計額は2,607億円となっている。

このうち、収入から高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金(732億円)及び(前年度からの事務経費の)繰越金等(45億円)、支出から基金積立金(1,178億円)を除いた単年度収支差引額(経常収支差)は3,008億円となり、全ての広域連合が黒字となっている。また、これに国庫支出金精算額等(-1,588億円)を考慮した精算後単年度収支差引額は1,420億円となっている。

平成20年度において、経常収支差の黒字が多額となっている主な理由としては、後期高齢者医療制度の保険料率は2年間の財政運営期間を通じて財政の均衡を保つことができる率となっているため、初年度においては、剰余が発生する仕組みとなっていることなどが挙げられる。

2. 被保険者数

被保険者数については、平成20年度末時点で1,346万人となっており、平成20年4月末時点より2.9%(39万人)増加した。

3. 保険料の収納状況

保険料の収納率は全国平均で98.75%となっている。このうち、特別徴収(年金からの支払いのため収納率100%)分を除いた普通徴収によるものは96.95%である。

なお、平成20年度分の保険料についての滞納被保険者数は28万人であり、被保険者数に占める割合は2.08%であった。

(注1) 速報値であるため、数値は変わり得る。

(注2) 「滞納被保険者数」は、平成21年6月1日時点の被保険者のうち、平成20年度保険料に一部でも滞納がある被保険者数である。

(出所) 後期高齢者医療事業状況報告及び厚生労働省保険局高齢者医療課調べ

後期高齢者医療広域連合の収支状況 =速報値=

科 目		平成20年度 (見込)
収 入	保 險 料	8,213
	保 險 基 盤 安 定 (保 險 料 軽 減 分)	1,779
	国 庫 支 出 金	31,283
	都 道 府 県 支 出 金	7,718
	市 町 村 支 出 金	7,665
	事 務 費 負 担 金	395
	後 期 高 齢 者 交 付 金	41,296
	特 別 高 額 医 療 費 共 同 事 業 交 付 金	7
	繰 入 金	272
	借 入 金	-
	そ の 他	36
	小 計	98,664
	高 齢 者 医 療 制 度 円 滑 運 営 臨 時 特 例 交 付 金	732
	そ の 他 繰 入 金	4
(前 年 度 か ら の) 繰 越 金	41	
収 入 合 計 (収 入 総 額)	99,441	
支 出	議 会 費 ・ 総 務 費 等	417
	保 險 給 付 費	95,008
	財 政 安 定 化 基 金 抛 出 金	89
	特 別 高 額 医 療 費 共 同 事 業 抛 出 金 ・ 事 務 費 抛 出 金	8
	保 健 事 業 費	133
	そ の 他	1
	小 計	95,656
	基 金 積 立 金	1,178
前 年 度 繰 上 充 用 (欠 損 補 填) 金	-	
公 債 費	-	
支 出 合 計 (支 出 総 額)	96,834	
収 支 差 引 額	収 支 差 引 合 計 額 (収入総額 - 支出総額)	2,607
	単 年 度 収 支 差 引 額 (経 常 収 支 差) (経常収入 - 経常支出) A	3,008
	国庫支出金精算額等 B	▲1,588
	精 算 後 単 年 度 収 支 差 引 額 A+B	1,420
基金残高	高 齢 者 医 療 制 度 円 滑 運 営 臨 時 特 例 基 金	823
	そ の 他	450

(注1) 速報値であるため、数値は変わり得る。

(注2) 端数の関係上、合計及び収支差がずれることがある。

(注3) 数値は、後期高齢者医療広域連合の一般会計及び特別会計の合計額である。

(注4) 「基金積立金」とは、高齢者医療制度円滑運営臨時特例基金及びその他の基金への積立金の合計額である。

(注5) 「国庫支出金精算額等」とは、翌年度に精算される国庫負担等の額である。

(出所) 厚生労働省保険局高齢者医療課調べ

【参考】 市町村への 支出額 (再掲)	分類	一般会計	特別会計	合計
	特別対策事業に係る経費	278,574	713,689	992,263
きめ細やかな相談事業に係る経費	24,955	158,011	182,966	
健康診査に係る経費	0	10,642,930	10,642,930	
長寿・健康増進事業に係る経費	71,791	684,748	756,539	
市町村からの派遣職員への給与負担金等	6,506,007	1,717,697	8,223,704	
その他市町村への負担金等	51,156	1,622,679	1,673,835	

単位:千円

(1) 1人当たり保険料調定額および保険料収納状況

年度	1人当たり 保険料調定額 (現年度分) 円	保険料収納状況 (現年度分)						
		調定額 億円	収納額 億円	不納 欠損額 億円	未収額 億円	居所不明者分 調定額 億円	還付未済額 億円	収納率 %
20	63,999	8,454	8,349	0	106	0	22	98.75

(注1) 速報値であるため、数値は変わり得る。

(注2) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(※小数点第2位未満四捨五入)

(出所) 後期高齢者医療事業年報

(2) 1人当たり保険給付費

年度	金額 円
20	716,796

(注1) 速報値であるため、数値は変わり得る。

(注2) 1人当たり保険給付費は療養給付費、療養費、高額療養費及びその他の保険給付費の合計から算出している。

(出所) 後期高齢者医療事業年報

各都道府県後期高齢者医療広域連合別の保険料収納率

	平成20年度			
	全体	順位	普通徴収のみ	順位
全 国 平 均	98.75	—	96.95	
北 海 道	98.90	26	97.06	26
青 森 県	98.84	31	96.44	37
岩 手 県	99.21	10	97.43	16
宮 城 県	98.63	41	96.05	46
秋 田 県	99.29	7	97.57	14
山 形 県	99.36	3	97.75	8
福 島 県	98.86	30	96.33	40
茨 城 県	98.82	34	96.61	32
栃 木 県	98.82	33	96.71	31
群 馬 県	99.19	12	97.69	10
埼 玉 県	98.63	42	97.39	18
千 葉 県	98.73	36	96.60	33
東 京 都	97.85	46	96.24	43
神 奈 川 県	98.76	35	97.68	12
新 潟 県	99.35	4	97.98	5
富 山 県	99.08	17	97.15	24
石 川 県	99.28	9	98.10	3
福 井 県	98.90	27	96.80	29
山 梨 県	98.62	43	96.16	44
長 野 県	99.32	5	97.91	6
岐 阜 県	99.19	11	97.71	9
静 岡 県	98.71	37	96.56	35
愛 知 県	99.12	15	97.88	7
三 重 県	98.91	25	96.48	36
滋 賀 県	99.41	2	98.21	2
京 都 府	98.98	22	97.47	15
大 阪 府	98.40	45	96.27	42
兵 庫 県	98.87	29	96.92	28
奈 良 県	98.96	24	97.21	23
和 歌 山 県	98.70	39	96.35	39
鳥 取 県	99.29	8	97.68	13
島 根 県	99.64	1	99.09	1
岡 山 県	99.02	20	97.29	21
広 島 県	99.18	13	97.69	11
山 口 県	98.99	21	96.77	30
徳 島 県	98.71	38	96.36	38
香 川 県	99.30	6	98.04	4
愛 媛 県	99.08	16	97.41	17
高 知 県	98.88	28	96.95	27
福 岡 県	98.61	44	96.33	41
佐 賀 県	99.07	18	97.25	22
長 崎 県	99.17	14	97.32	19
熊 本 県	98.83	32	96.60	34
大 分 県	98.97	23	97.08	25
宮 崎 県	98.70	40	96.11	45
鹿 児 島 県	99.02	19	97.29	20
沖 縄 県	96.33	47	92.92	47

(注1) 速報値であるため、数値は変わり得る。

(注2) 「全体」は、普通徴収及び特別徴収の合計の収納率である。

(注3) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。

(※小数点第2位未満四捨五入) (出所：後期高齢者医療事業年報)

各都道府県後期高齢者医療広域連合別の滞納被保険者数等

	被保険者数 人	滞納		資格証明書		短期被保険者証	
		被保険者数 人	割合 %	交付者数 人	割合 %	交付者数 人	割合 %
全国合計	13,509,482	280,391	2.08	0	-	7	0.00
北海道	638,908	10,522	1.65	0	-	0	-
青森県	174,216	2,487	1.43	0	-	0	-
岩手県	189,200	1,829	0.97	0	-	0	-
宮城県	256,058	4,740	1.85	0	-	0	-
秋田県	172,094	2,010	1.17	0	-	0	-
山形県	180,105	1,899	1.05	0	-	0	-
福島県	270,612	4,667	1.72	0	-	0	-
茨城県	310,209	4,443	1.43	0	-	0	-
栃木県	213,934	3,881	1.81	0	-	0	-
群馬県	230,620	3,301	1.43	0	-	0	-
埼玉県	539,840	13,812	2.56	0	-	0	-
千葉県	514,270	11,304	2.20	0	-	0	-
東京都	1,109,578	55,658	5.02	0	-	0	-
神奈川県	715,307	21,907	3.06	0	-	0	-
新潟県	328,750	3,501	1.06	0	-	0	-
富山県	149,196	2,161	1.45	0	-	0	-
石川県	139,182	2,038	1.46	0	-	0	-
福井県	106,823	1,486	1.39	0	-	0	-
山梨県	109,389	1,128	1.03	0	-	0	-
長野県	305,260	2,755	0.90	0	-	0	-
岐阜県	239,823	2,640	1.10	0	-	0	-
静岡県	418,264	8,440	2.02	0	-	0	-
愛知県	642,907	11,324	1.76	0	-	0	-
三重県	216,241	3,769	1.74	0	-	0	-
滋賀県	137,472	1,335	0.97	0	-	0	-
京都府	276,820	4,259	1.54	0	-	0	-
大阪府	757,604	19,700	2.60	0	-	0	-
兵庫県	578,165	12,555	2.17	0	-	0	-
奈良県	148,166	2,357	1.59	0	-	0	-
和歌山県	138,096	2,529	1.83	0	-	0	-
鳥取県	84,364	699	0.83	0	-	0	-
島根県	118,813	711	0.60	0	-	0	-
岡山県	243,271	3,934	1.62	0	-	0	-
広島県	330,153	9,087	2.75	0	-	0	-
山口県	209,591	3,267	1.56	0	-	0	-
徳島県	111,503	1,433	1.29	0	-	0	-
香川県	133,167	1,283	0.96	0	-	0	-
愛媛県	198,398	1,834	0.92	0	-	0	-
高知県	116,508	2,008	1.72	0	-	0	-
福岡県	530,356	13,487	2.54	0	-	0	-
佐賀県	110,254	1,556	1.41	0	-	0	-
長崎県	191,506	2,221	1.16	0	-	0	-
熊本県	248,215	3,991	1.61	0	-	0	-
大分県	163,462	2,588	1.58	0	-	0	-
宮崎県	151,247	2,561	1.69	0	-	7	0.00
鹿児島県	249,764	3,593	1.44	0	-	0	-
沖縄県	111,801	1,701	1.52	0	-	0	-

(注1) 速報値であるため、数値は変わり得る。

(注2) 被保険者数は、平成21年5月31日時点(出所:後期高齢者医療事業月報)

(注3) 滞納被保険者数は、平成21年6月1日時点の被保険者のうち、平成20年度保険料に一部でも滞納がある被保険者数である。(出所:厚生労働省保険局高齢者医療課調べ)

(注4) 資格証明書交付者数及び短期被保険者証交付者数は、平成21年6月1日時点(出所:厚生労働省保険局高齢者医療課調べ)

「高齢者のための医療制度」 の提案

目 次

はじめに	1
1. 現行後期高齢者医療制度の問題点	2
(1) 75歳以上からの保険料徴収と保険料負担増	2
(2) 患者一部負担と受診抑制	2
2. 高齢者医療制度改革の経緯	3
3. 日本医師会が提案する「高齢者のための医療制度」	5
(1) 基本的スキーム	5
(2) なぜ75歳以上を独立させるのか	6
(3) 医療費の9割を公費（国）で	7
(4) 保険料徴収と患者一部負担のあり方	9
(5) 都道府県主体の制度運営	10
4. 一般医療保険についての考え方-財源の確保のための提案-	11
(1) 保険料の上限の見直し	11
(2) 被用者保険の保険料率の公平化	13
(3) 保険者間の財政調整	14
おわりに	15

2008年10月

社団法人 日本医師会

はじめに

いま、後期高齢者医療制度の見直しに関する議論が、厚生労働省や与野党から起こっている。

今後さらに高齢化が進行することが予測されるなかで、単に現行制度を否定するのではなく、真に高齢者の視点に立ち、中長期的な制度設計に基づいた見直しが論じられるべきである。

日本医師会は、高齢者のための医療制度は、加入者の疾病リスクが高いことなどから、保険原理ではなく、「保障」の理念で国が手厚く支えるものであるべきと考えている。

制度見直しの機運のなかで、あらためて日本医師会が考える「高齢者のための医療制度」を提案する。

1. 現行後期高齢者医療制度の共通点

2008年4月、75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度が施行されたが、すでにさまざまな問題点が指摘され、多くの加入者が新制度に対する不安を抱えてのスタートとなった。

(1) 75歳以上からの保険料徴収と保険料負担増

老人保健法のもとでは、75歳以上の高齢者も、国民健康保険または被用者保険に加入していた。保険料は、国民健康保険では世帯単位、また被用者保険では被用者本人が支払い、被扶養者は直接支払ってはいなかった。2008年4月以降、75歳以上の高齢者は、独立した医療保険の下で被保険者として保険料を支払うことになった。

政府は、新制度においては平均的には保険料が下がるという見解を示していたが、制度施行後あらためて実態調査を行い、「75歳以上の者がいる市町村国保世帯のうち、長寿医療制度の創設に伴い、保険料額が減少する世帯割合は全国で69%」と言い換えた。

さらに新制度では保険料の年金からの天引きも始まり、いわゆる「年金記録問題」と相俟って後期高齢者の不安を強めた。

(2) 患者一部負担と受診抑制

日本医師会が行なった「2008年度緊急レセプト調査(4～6月分)」の結果をもとに、人口増減を補正して、2008年4月～6月の入院外の総件数の前年同期比を見ると、一般(0～74歳)では病院0.51%増、診療所0.35%増とプラスであったが、後期高齢者では病院5.53%減、診療所4.97%減と一般と対照的にマイナスであった。

後期高齢者医療制度では、患者一部負担割合は原則1割(現役なみ所得者は3割)であり、2008年3月以前と同じである。しかし保険料負担や年金天引きが、患者一部負担も増えるかのようなニュアンスで伝わったためか、受診抑制と見られる現象が生じている。

2. 高齢者医療制度改革の経緯

1997年、医療制度抜本改革議論の過程で、厚生省（当時）が高齢者医療制度について独立型、財政調整型の二案を提示した。その後、1998年には、同省の医療保険福祉審議会制度企画部会で、独立保険方式、突き抜け型などの方向について議論が行なわれたが、同部会の意見書では「独立した仕組みとする考え方とこうした独立した仕組みは適切ではないという2つの考え方がある」とまとめられるにとどまった。

2001年3月、厚生労働省は「医療制度改革の課題と視点」をとりまとめ、老人医療費拠出金の増大が保険者財政を圧迫していること、世代間の負担が均衡を失っていることから、高齢者医療制度改革が必要であるとし、あらためて4つの類型に分類して示した。（それぞれの内容と当時の支持団体は表1参照）

なお、健保連は当時「突き抜け型」を支持していたが、2005年に「『突き抜け方式』では、健保が健保OBの面倒だけみるということになり、それがエゴだと取られかねない」として、独立型へ方針転換し、高齢被保険者（65歳以上）からも保険料を徴収し、拠出金制度を廃止することを求めている。

厚生労働省は、年齢構成に応じた財政支援を軸に新制度を検討していたが、2002年11月、自民党の医療基本問題調査会は、医療制度改革についての中間とりまとめで、75歳以上を対象とする独立型の医療保険制度を示し、2003年3月に高齢者の独立型保険を織り込んだ医療制度改革の「基本方針」が閣議決定された。

さらに2005年10月には、厚生労働省が「医療制度構造改革試案」を発表し、運営主体や費用負担のあり方、保険料の年金天引きが示された。

翌2006年6月14日に「高齢者の医療の確保に関する法律」を含む医療制度改革関連法案が成立し、2008年4月の後期高齢者医療制度の施行が決定した。

表1 高齢者医療制度の類型と支持団体

類型	内容	支持団体
① 独立保険方式	すべての高齢者を対象とする、各医療保険制度から独立した高齢者医療保険制度	日本医師会 経団連 経済同友会 健保連
② 突き抜け方式	被用者OBを対象とする新たな保険者を創設し、被用者保険グループ全体で支援	健保連 運合
③ 年齢リスク構造調整方式	現行の保険者を前提とし、加入者の年齢構成の違いによって生じる医療費支出の相違を調整	
④ 一本化方式	現行の医療保険制度を一本化し、すべての者を対象とする新たな医療保険制度	国保中央会、全国市長会、全国町村会

*内容は、厚生労働省「医療制度改革の課題と視点」から要約
*支持団体は、主に1998年11月6日、朝日新聞朝刊4面等より

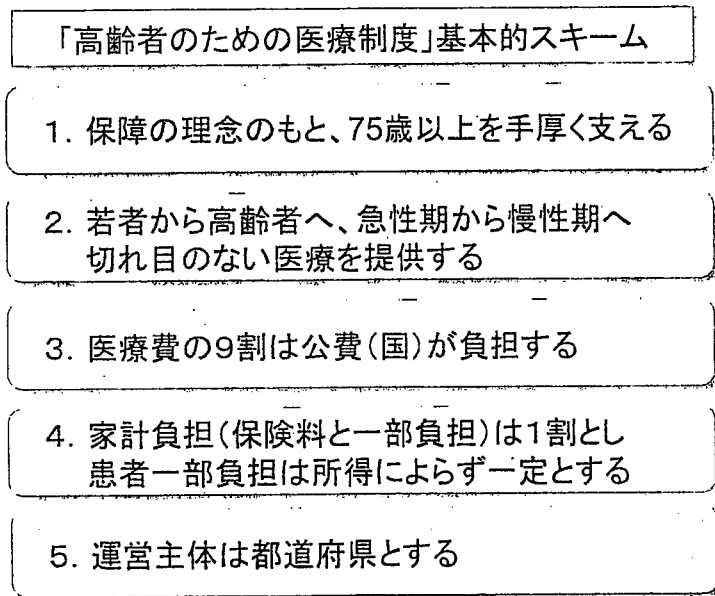
3. 日本医師会が提案する「高齢者のための医療制度」

(1) 基本的スキーム

高齢者は疾病が発症するリスクが高く、保険原理が働きにくい上、保険料、患者一部負担は高齢者にとって大きな負担になる。したがって、高齢者が所得格差の不安なく過ごせるよう、国は「保障」の理念の下で支えるべきである。

日本医師会が提案する「高齢者のための医療制度」の基本的スキームは図1のとおりである。なお、制度の対象は75歳以上とするが、後期高齢者とは呼ばず「高齢者」とする。

図1



(2) なぜ75歳以上を独立させるのか

若者から高齢者へ、医療は切れ目なく、公平に提供されなければならない。これは大原則である。

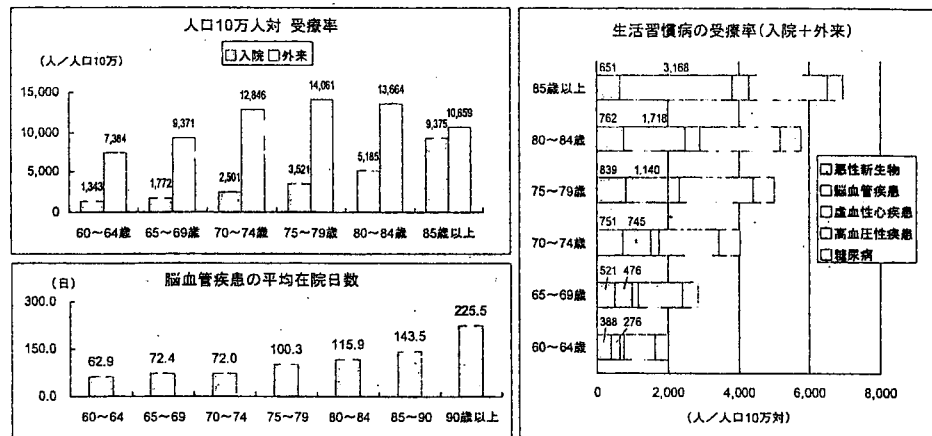
後期高齢者医療制度が施行された際にみられたように、75歳という年齢で必要な医療が切り捨てられるのではないかと加入者の不安がある。日本医師会の提案も、75歳以上のすべてを対象とした独立型の医療保険制度であるが、前述のように、むしろ75歳以上に対する医療を手厚くすることを目指している。

その理由は、次に示すように、75歳以上は疾病が発症するリスクが高く、かつ疾病が長期化しやすいからである(図2参照)。

- 1) 入院受療率は75歳以上から急激に高まり、外来受療率は75~79歳がピークとなる。
- 2) 75歳以上では、脳血管疾患が悪性新生物を上回るようになるなど、疾病構造が変化する。
- 3) 脳血管疾患の場合、75歳以上では平均在院日数が100日を超える。

高齢者が保険財政に制約されることなく医療を受けられるよう、特にリスクの高い75歳以上に対して手厚い制度が必要と考え、独立型の制度を提案する。

図2 75歳以上の疾病発症リスク等



*厚生労働省「平成17年 患者調査」

(3) 医療費の9割を公費(国)で

1) 公費9割の可能性(粗い試算)

老人保健法においては、公費負担は給付費の3割であったが、2002年7月に成立した「健康保険法等の一部を改正する法律」により、公費負担の割合を3割から5割に5年間で段階的に引き上げるとともに、対象年齢を70歳以上から75歳以上に5年間で段階的に引き上げることが決まった。

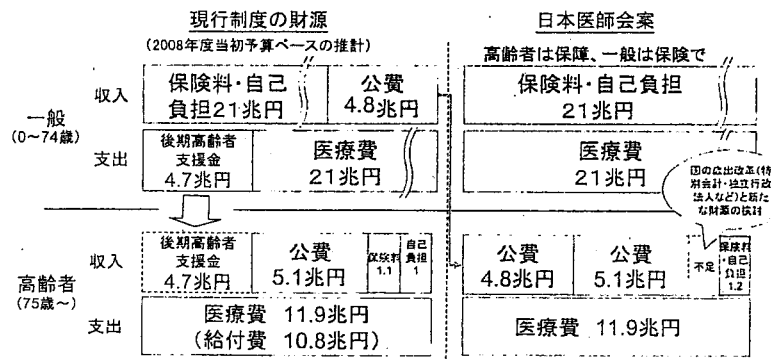
さらに2003年3月の医療制度改革の「基本方針」に、「後期高齢者に公費を重点化するという改正法の考え方を維持する」と明記され、2008年4月の後期高齢者医療制度も給付費に対して公費5割を維持して施行された。

日本医師会では高齢者の「医療費」(給付費に対してではない)に対して、公費(主として国庫負担)9割を投入することを主張する。なお、一般医療保険に与える影響も考慮し、激変緩和の意味からも、公費負担割合の段階的引き上げを提案する。

図3は、医療費財源の概要を示したものである。2008年度の75歳以上の医療費(現行の後期高齢者医療制度の医療費)は11.9兆円、給付費は10.8兆円であり、公費は給付の約5割(5.1兆円)である。

日本医師会案では、公費は「医療費」の9割としており10.7兆円が必要になる。2008年度当初予算では、後期高齢者に公費5.1兆円のほか、一般医療保険にも公費4.8兆円が投入されており、公費は合計9.9兆円である。これらの公費をすべて高齢者に投入する。日本医師会案で必要とする10.7兆円に対してはやや不足するが、不足分は、国の歳出改革や新たな財源で対応する。

図3 医療費財源の概要図



*生活保護、精神保健福祉等の公費負担医療を除いて図示。一般の医療費は最近の医療費動向からの推計。それ以外は、当初予算ベース。四捨五入によるため内訳と合計が合わないところがある。縦横の単位で統一していない。

一般医療保険の公費4.8兆円の内訳は、国民健康保険で約4.0兆円(給付費の5割強)、政管健保(2008年10月より全国健康保険協会(通称「協会けんぽ」)以下「協会けんぽ」という)で約0.8兆円(給付費の13.0%、後期高齢者支援金の16.4%)である。

日本医師会案では、公費を高齢者に集中することで、一般医療保険への公費投入がなくなるが、同時に一般医療保険からの後期高齢者支援金の負担もなくなる。2008年度当初予算をもとにした試算では、公費投入がなくても後期高齢者支援金がなくなれば、収支はほぼ均衡する。しかし今後は一般医療保険の中でも高齢化が進むので、財政が悪化すると予測される。その際には保険料率の見直し等で対応する。

また、一般医療保険で給付費に対して経常的に公費が投入されているのは、国保、協会けんぽのみであり、ここへの公費がなくなるので、組合健保、共済組合との財政調整が不可欠になる。

なお現在は、国保の給付費に対する公費5割強の1割弱は地方公費である。日本医師会では、公費は主として国が負担することを提案するが、この場合、国と地方の財源配分の見直しも必要になる。

2) 公費負担割合の拡大と医療費総枠管理

公費負担割合の拡大は、国による医療費の総枠管理につながるおそれがあるとの指摘がある。しかし、過去にも老人保健において、公費負担割合が引き上げられてきたが、医療費抑制はこれに比例して強化されてきたわけではなく、医療費は長期にわたって抑制されてきた。

また、従来、老人保健(現在は後期高齢者医療)、国民健康保険、政管健保(現在は協会けんぽ)には公費負担はあり、組合健保、共済組合には給付費に対する公費負担はないが、保険者ごとの公費負担割合に沿って医療費の管理(締め付け)に濃淡があったわけではなく、一律に医療費の抑制が強いられてきた。

したがって、根源的な問題は公費負担割合にあるのではなく、医療費抑制政策そのものにある。これを撤回させることが最重要課題である。

(4) 保険料徴収と患者一部負担のあり方

1) 保険料徴収のあり方

現行の後期高齢者医療制度は、新たに保険料が徴収される人や保険料が増える人があったこと、また保険料が年金から天引きされるようになったことなどから、高齢者の不安、困窮に拍車をかけた。

保険料を徴収しない仕組みにすれば、保険料にかかわる諸問題は解決するが、高齢者の被保険者としての主体性が弱まるおそれがある。逆に保険料を徴収する場合には、被保険者として高齢者が制度運営に積極的に発言できるとも考えられるが、これまでの医療費抑制策の下では、被保険者の発言力はほとんど失われてきたのが実態である。

このようなメリット・デメリットを踏まえ（表2参照）、現時点での日本医師会のスタンスは「保険料と一部負担とを合わせて1割」とする。

表2 保険料徴収の有無によるメリット・デメリット

	保険料を徴収しない場合	保険料を徴収する場合
メリット	<ul style="list-style-type: none"> - 保険料廃止に伴い、将来の保険料引き上げの心配もなくなり、高齢者の安心感は極めて大きい。 - 徴収事務がなくなるため、保険者をスリム化できる。 	<ul style="list-style-type: none"> - 一定の財源を確保できる。 - 被保険者としての意識、制度への関心が高まる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> - 被保険者意識がなくなり、制度への関心が薄れる。 - 高齢者自身の意向が制度に反映されにくくなる。 	<ul style="list-style-type: none"> - 保険料引き上げの不安から逃れられない。

2) 患者一部負担の考え方

日本医師会は、所得によらず、患者一部負担を一律とすることを提案する。高齢者は疾病が長期化しやすい傾向にあり、高所得者であっても、高負担は先行きに対する不安を増大させるからである。

所得の高い方は、保険料を徴収する場合には所得額が反映される保険料で貢献し、保険料を徴収しない場合には所得税で貢献するかたちとなる。

(5) 都道府県主体の制度運営

現行の後期高齢者医療制度は、高齢者への説明不足のために混乱を招いたとも指摘されている。

現在、後期高齢者医療制度の運営主体は、都道府県内のすべての市町村が加入する広域連合である。そして広域連合は各市町村に対し、保険料の徴収、各種申請の受付、被保険者証の引渡しなどの窓口業務を委託している。厚生労働省の説明不足の上、高齢者から見ると、広域連合なのか市町村なのか曖昧であったことが、不信感を助長した一因と推察される。

住民の立場に立てば、都道府県か市町村か、責任の所在を明確にする必要がある。日本医師会は、一定の規模のメリットがある都道府県単位での運営を提案する。都道府県は、地域の医療計画の策定主体でもあり、地域の需給バランスも把握しやすいと考えられる。

4. 一般医療保険についての考え方 ～財源の確保のための提案～

日本医師会は、「高齢者のための医療制度」の創設に伴い、一般医療保険（0～74歳が加入する医療保険）には公費を投入せず、保険原理で運営することを提案する。

図3に示したように、2008年度を例に試算すれば、公費投入がなくなる代わりに、後期高齢者支援金の支出もなくなるので収支はほぼ均衡する。しかし今後は、一般医療保険の中でも高齢化が進むため、保険料収入が減少、給付費支出の増加が予測される。そこで、以下に示す方法で財源を確保することを提案する。

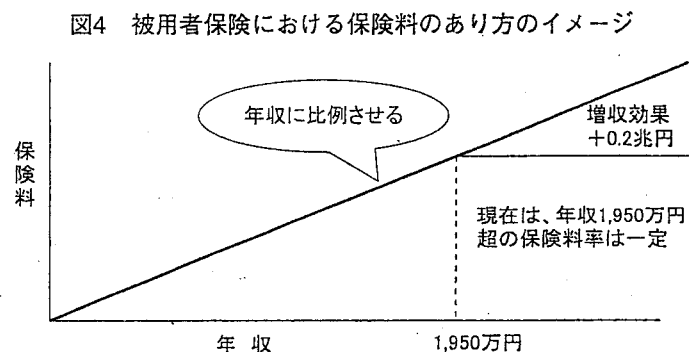
(1) 保険料の上限の見直し

被用者保険、国民健康保険ともに、保険料には上限があるが、高所得者が優遇され、格差拡大が懸念されることから、原則として保険料は所得（または年収）に比例させることとする。

1) 被用者保険の保険料を年収比例させた場合（粗い試算）

被用者保険では、保険料は年収1,950万円（報酬月額上限117.5万円×12か月＋標準賞与上限540万円）までしか比例しない。年収1,950万円超の人はすべて給与1,950万円（約2,000万円）で計算されている。

仮に被用者保険で保険料を年収比例させた場合には、1,923億円（約0.2兆円）の財政効果が得られると試算される。



2) 国民健康保険の保険料を所得比例させた場合（粗い試算）

国民健康保険については、データが現在の後期高齢者分を含んだ2006年度以前のものしかないため、一定の条件を仮置きした粗い試算と位置づける。

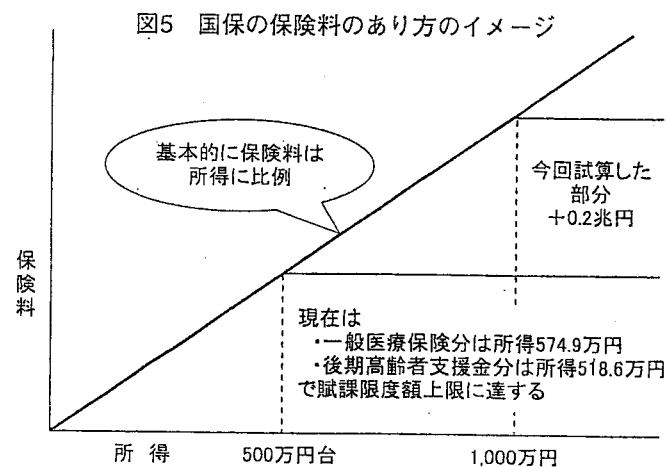
国民健康保険料（税）は世帯単位で、所得割、資産割、均等割（世帯人数ごとにいくら）、平等割（1世帯当たりいくら）が課される。

2008年度の保険料賦課限度額は、一般医療保険分がほとんどの保険者で47万円、後期高齢者支援金分12万円であり、それぞれ所得約575万円、519万円以上で上限に達する。

日本医師会案は、基本的には保険料を所得に比例させることを提案するが、国民健康保険については、所得階級別のデータがないので、所得1,000万円以上の世帯の保険料を一律100万円にするとして、その部分の増収額を試算した。

その結果、財政効果は1,521億円（約0.2兆円）と推計される。

前述のとおり、所得捕捉が困難なため、所得1,000万円以上の世帯の保険料を一律100万円と設定しているため、最低でも0.2兆円の財政効果とすることができる。



(2) 被用者保険の保険料率の公平化 (粗い試算)

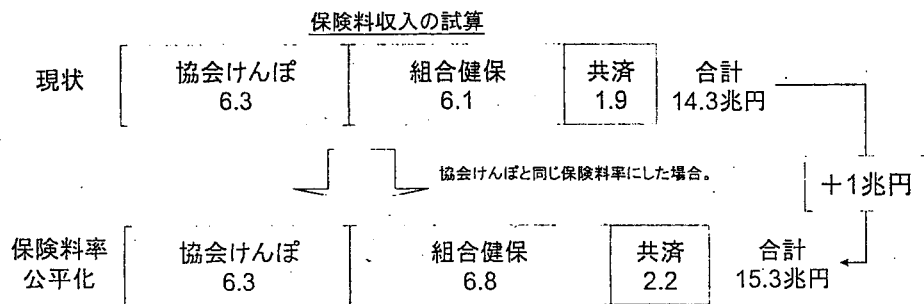
協会けんぽは、被用者保険のなかで平均標準報酬月額が28万5千円と最も低いが、保険料率は82.0%と最も高い。これに対し、相対的に所得の高い組合健保は、平均標準報酬月額37万円で、保険料率は73.9%である (いずれも2008年度見込み)。組合健保や共済組合の保険料率を協会けんぽと同水準に公平化すれば、約1兆円の増収が見込まれる。(図6参照)

図6 被用者保険の保険料率の見直し

被用者保険の平均標準報酬月額と保険料率

	協会けんぽ	組合健保	共済組合		
			国家公務員	地方公務員	私学教職員
平均標準報酬月額(千円)	285.2	369.5	415.4	361.8	378.7
保険料率(0/100)	82.00	73.90	64.34	73.52	65.20

*協会けんぽ、組合健保は2008年度見込み。共済組合は2006年度実績。共済は医療給付に相当する短期給付のみを抽出しているものの、医療以外の給付も行っており完全に単純比較はできない。



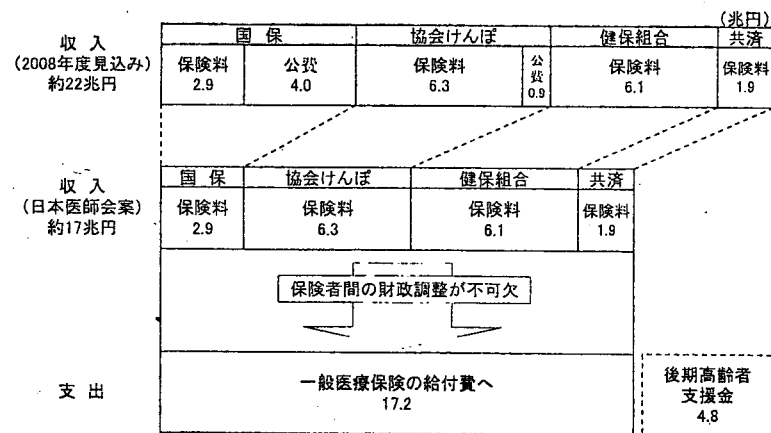
(3) 保険者間の財政調整 (粗い試算)

日本医師会案は、高齢者に公費を集中投入することに伴い、後期高齢者支援金をなくし、一般医療保険に公費を投入しないというものである。したがって、一般医療保険の給付費のすべてを、保険料でまかなわなければならない。

一般医療保険の保険料と給付に必要な費用は、現在はほぼ均衡している。今後、保険料上限の見直し、保険料率の公平化により、当面の財政は維持できると考えられる。

しかし、財政の厳しい国民健康保険、協会けんぽの公費がなくなってしまうことになり、特に国民健康保険では収入が大幅に減少する。高齢者のための医療制度において公費9割を実現するためには、一般医療保険における保険者間の強力な財政調整が不可欠である。

図7 一般医療保険の財源のイメージ



*国保組合、船員保険は除いて図示。共済組合は最新データがないため、やむなく2006年度実績を置いている。それ以外は、2008年度の見込み。

おわりに

冒頭に記したとおり、日本医師会が提案する「高齢者のための医療制度」は、保障の理念の下、75歳以上を手厚く支え、若者から高齢者へ、急性期から慢性期へ切れ目のない医療を提供することを目的に制度設計されている。

本書では、現行の制度の問題点を指摘するとともに、1990年代後半からはじまった高齢者医療制度改革の経緯を振り返ったうえで、「高齢者のための医療制度」の基本的な考え方と制度設計の概要を示している。合わせて、一般医療保険における財源の確保のあり方についても提案している。

一方、今後とも後期高齢者人口の増加が見込まれるなかで、公費を重点的に投入する高齢者の医療費については、新たな財源を確保する必要がある。

これらについては、本年中に発行を予定している「グランドデザイン2008」で詳細に述べることにしたい。その際にはぜひ本書と合わせてご覧いただければ幸いである。

関係各方面の理解を得ながら、日本医師会の「高齢者のための医療制度」が具体化されることを切に願うものである。



「高齢者のための医療制度」の提案

発行 日本医師会

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

TEL.03-3946-2121

発行人 日本医師会 唐澤 祥人

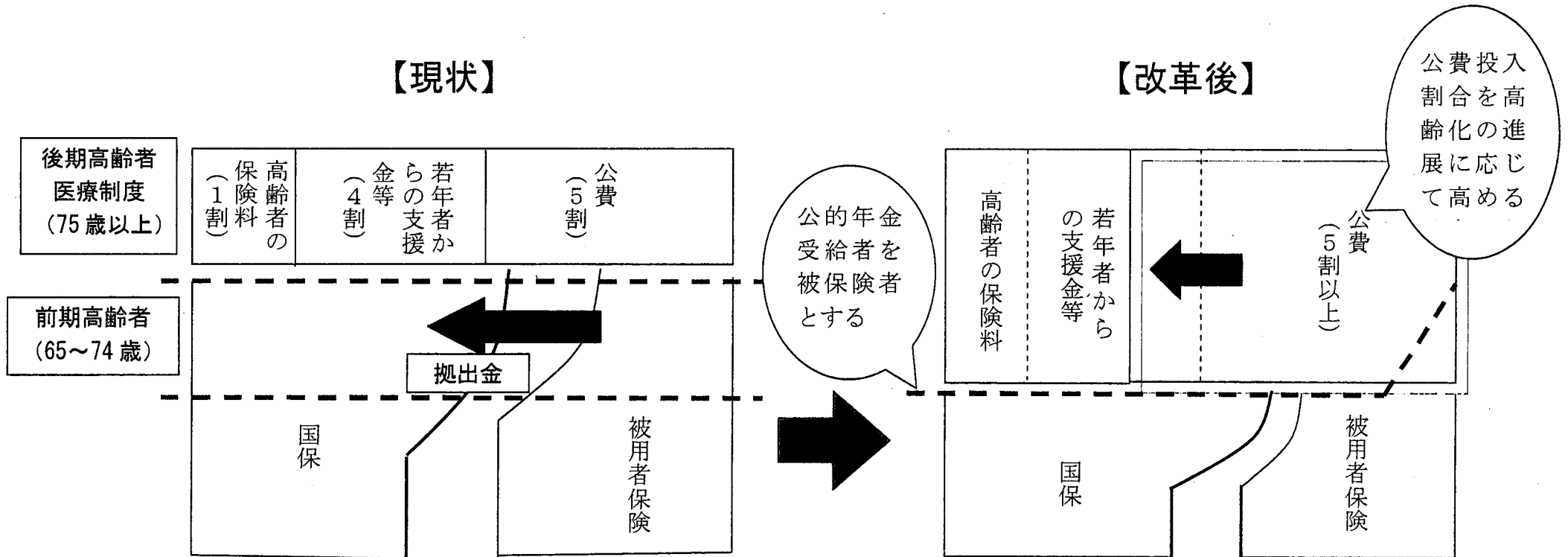
2008年10月発行

高齢者医療制度改革の基本的枠組みについて

2010年2月9日

日本経団連

1. 生活スタイルが大きく変化する公的年金受給者を被保険者とする体系に組み替える。
2. 運営主体は財政の安定性等の観点から、現在の後期高齢者医療広域連合をベースとする。
3. 現役世代の医療保険制度と高齢者の医療保険制度は、給付財源の構成（公費投入割合等）が異なる。負担ルールを明確化するために何らかの形で別建ての制度にすることが必要。



第3回高齢者医療制度改革会議の議題に対する意見

全国後期高齢者医療広域連合協議会
会長 横尾俊彦

後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の創設に当たり、当協議会の考え方については、昨年9月30日及び11月20日に長妻厚生労働大臣に別添の要望書を提出したところである。

特に、本日の議題である「運営主体のあり方」については、次のように示している。

- ① 国又は都道府県の立場を明確にすること。
- ② 国及び都道府県が主体的な役割を果たす制度とすること。

また、本日の資料に挙げられている「広域連合のメリット・デメリット」については、次のようなことも検討すべきである。

- 保険業務はもとより、行政処分事務、企画調整事務等もあり、常に法律等に長けた職員等が必要だが、広域連合職員は、概ね2～3年を期間とする派遣職員であり、こうした職員の確保は難しく、制度に対するスキルアップを図り難いこと
- 広域連合のためだけに議会や各種委員会などが設置されており、このための事務負担も大きく、また非効率な面も内包していること
- 運営主体を都道府県とすれば、都道府県民を対象として健康増進策を含む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が広域連合では十分に連携を図ることができない

なお、以下の点にも特段の配慮が必要と考えられる。

- ①中間とりまとめに向け、改革会議として各論ごとに、ある程度の意見集約を諮り、方向性について適宜示すことが望まれる。
- ②意識調査の実施や地方公聴会の開催について、どの時期に、何を実施し、何を決めるのかについて、より詳細で具体的なスケジュールを明らかにすべき。
- ③広域連合や関係団体等からの意見を改革会議にフィードバックすることで議論をより深化させる必要があると考えられるが、今後、広域連合に対して意見聴取を行い、再度改革会議において議論する機会があるべきではないか。

→ 関係者からの十分な意見聴取を行わず、徒に時間だけが経過し、十分な検証等もないまま、見切り発車状態で移行することで、現行制度施行時の二の舞になることだけは避けるべき。

写

後期高齢者医療制度に関する要望書

平成21年9月30日

全国後期高齢者医療広域連合協議会

後期高齢者医療制度は、従来の老人保健制度が抱える問題点を解決するため、また、増大する高齢者の医療費を国民全体で安定的・長期的に支え、国民皆保険を将来にわたって維持することを目的に、10年以上の議論を経て、平成20年4月から施行された制度であります。

制度施行当初は、制度周知の不足から名称や保険料、年金天引き等に批判が集中し、被保険者を始め、多くの国民に不安と混乱が生じたものの、保険料の軽減対策や納付方法の選択制など、きめ細やかな対応や制度改善により、今日では、制度の定着化と安定的な運営がなされているところです。

このような状況の中、今般、民主党を中心とした新政権が発足し、平成21年9月9日の三党連立政権合意の中でも「後期高齢者医療制度廃止」が掲げられております。

しかしながら、本制度を性急に廃止することは、これまでの制度構築に要した多額の経費と各広域連合及び市区町村の努力を無にするだけでなく、被保険者はもちろんのこと医療現場にも、再び多大な混乱を招きかねず、安心して安定した医療の提供が困難になることが懸念されます。

本制度の運営を担う全国の後期高齢者医療広域連合をもって組織された本協議会といたしましては、民主党マニフェストに明記されている「将来、地域保険として一元的運用を図る」とする道筋が実現するまでの間、高齢者と現役世代の負担の明確性、都道府県単位の財政運営による保険料負担の公平性、財政基盤の安定性といった、現行制度の根幹を維持することを強く求めるものであります。

また、新制度への移行に際しては、下記事項について十分配慮されるよう強く要望いたします。

記

- 1 新たな制度設計の全体像を提示し、移行段階における詳細な工程を明らかにした上で、円滑な新制度への移行を行い、医療制度に対する国民の信頼と安心を高めるとともに、制度移行に必要な財源については、国民または地方へ新たな負担を強いることなく、全額国において負担すること。
- 2 運営主体である広域連合、市区町村等との開かれた議論を行い、その意見を十分に尊重すること。
- 3 国の責任による制度説明を徹底することにより、被保険者を始め、医療機関、広域連合、市区町村等の現場に混乱が生じないように配慮すること。
- 4 都道府県単位の財政運営による保険料負担の公平性及び財政基盤の安定性といった利点は必ず引き継ぎ、国又は都道府県の立場を明確にすること。
- 5 電算システムの構築に当たっては、不具合による混乱や実務への多大な影響の二の舞を演じないように十分な準備・検証期間を確保し、安定した運用が可能なシステムとすること。

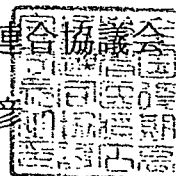
平成21年9月30日

厚生労働大臣

長 妻 昭 様

全国後期高齢者医療広域連合協議会

会長 横尾 俊彦



写

後期高齢者医療制度に関する要望書

平成21年11月20日

全国後期高齢者医療広域連合協議会

平成21年10月26日の鳩山首相の所信表明演説において、「財政のみの視点から医療費や介護費をひたすら抑制してきたこれまでの方針を転換し、質の高い医療・介護サービスを効率的かつ安定的に供給できる体制づくりに着手する」旨の方針が示され、後期高齢者医療制度を廃止し、新たな制度を創設する考えが表明された。

新制度のあり方については、今後開催される「高齢者医療制度改革会議」で検討されることとなったが、本年9月30日に当協議会が提出した要望事項を十分踏まえ、被保険者等に不安や混乱を招くことなく、幅広い国民の納得と信頼が得られる新たな制度が設計されることを望むものである。

また、新制度移行まで継続される現行制度についても、これまでの運営等において既に改善が行われた事項については継続実施し、さらに、課題とされている事項についても早急に改善することが必要である。

現行制度の円滑な運営と新制度の構築に向け、下記に掲げる事項について、特段の配慮をされるよう要望する。

記

後期高齢者医療制度に関する重点要望

1 現行制度に関する重点要望事項

(1) 現行制度の継続期間においては、これまでに課題として整理されている事項について、広域連合、市区町村等との意見交換を十分に行い、その意見を尊重し、現場等への影響を考慮した上で、スケジュールの調整等を行い、早期に改善すること。

(2) 次期特定期間に係る保険料率の改定において、被保険者の負担増を最大限軽減すべく、国において十分な財源を確保し、抑制措置を行うこと。

また、今年度限りとされている保険料軽減措置についても継続実施し、その財源は全額国において負担とすること。

(3) 保険料の特別徴収について、対象となる年金の選択制の導入、月次捕捉による速やかな特別徴収移行等が可能となるよう関係機関へ要請し、改善すること。

(4) 広域連合及び市区町村の業務に支障が生じないよう、適宜、適切な電算処理システムの改修を行うこと。

その際、広域連合及び市区町村の関連システムへの影響を十分に考慮し、動作確認などの検証を確実にできる期間を確保したスケジュールで実施し、必要な経費は、市区町村システムの改修等も含め、国において万全の財政措置を講ずること。

また、システムに支障が生じた際には、迅速かつ適切に対処できる体制を構築すること。

2 新制度に関する重点要望事項

- (1) 新制度の導入に当たっては、国民の合意を得られるよう、持続可能で分かりやすいものとするため、被保険者及び関係機関と十分な議論を行い、意見を反映させるとともに、必要な財源については、全額国において確保すること。
- (2) 制度の安定的な運営及び権限と責任の所在を明確にするとともに、国及び都道府県が主体的な役割を果たす制度とすること。
- (3) 新制度における電算処理システムの構築に当たっては、十分な準備・検証期間を確保することにより、完成度が高く、安定した運用が可能なものとするとともに、支障が生じた際には、迅速かつ適切に対処できる体制を構築すること。

後期高齢者医療制度に関する要望

1 現行制度に関する要望事項

(1) 国による広報を積極的に行うとともに、広域連合、市区町村等の広報施策の充実のための財源を確保すること。

(2) 保険料について

① 保険料率上昇要因の一つである後期高齢者負担率を現行のまま維持すること。

② 低所得者に係る軽減判定について、世帯から個人へ変更すること。

③ 被扶養者に係る情報提供時期について、迅速な軽減判定が行えるよう誕生日後速やかに提供すること。

④ 審査支払手数料は、保険料算定項目であるため、国庫補助の対象とすることにより、被保険者の負担軽減を図ること。

(3) 長寿・健康増進事業は、複数年度継続して実施することで効果が表れるものであるため、継続した財政措置を行うこと。

(4) 国庫負担金、調整交付金、国庫補助金等の交付については、年間交付計画を明確にするとともに、保険者の支払計画に支障のないよう速やかに交付すること。

また、被保険者の負担割合に影響が及ばないよう、国においては療養給付に対する定率交付は12分の4を確保し、広域連合間の所得格差を調整する「調整交付金」は国において別枠で調整額を確保すること。

- (5) 被保険者資格証明書交付に関する発行権限と国の判断基準との関係を整理の上、必要な措置を講じること。
- (6) 基準収入額適用申請、限度額適用・標準負担額減額認定申請等の各種申請について、必要な情報が公簿等により確認できるものは、申請を省略できるものとする。
- (7) 医療費の一部負担金の負担割合及び自己負担限度額の負担区分の判定を個人単位で行うこと。
- (8) 柔道整復、はり・きゅう及びあんま・マッサージに係る支給申請書等について、電子データ化の推進を行うこと。
- (9) 年金記録の訂正により年金受給額が増額された被保険者等への対応について、国民健康保険・介護保険と同様、広域連合等関係機関に対し、その取り扱いを示すこと。

2 新制度に関する要望事項

- (1) 制度説明に当たっては、国の責任において、被保険者等に十分な周知広報を行うことにより、現場に混乱が生じないようにすること。
- (2) 新制度における電算処理システムの構築費用（ハード、ソフト、研修）については、地方へ負担を転嫁することなく、国の責任において全額措置すること。

平成21年11月20日

厚生労働大臣

長 妻 昭 様

全国後期高齢者医療広域連合協議会

会長 横 尾 俊

