

高齢者医療制度改革会議（第12回） 議事次第

平成22年11月16日（火）

17時30分～19時30分

厚生労働省 9F 省議室

（議 題）

運営主体、医療の効率的な提供等について

（資 料）

資料1：本日の議題に関する基本資料

資料2：参考資料

資料3：費用負担に関する前回会議での主な御意見と

それに対する厚生労働省の考え方

資料4：後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度に係る意識調査

<9月実施分>の結果（概要）

資料5：第10回・11回会議における意見の概要

資料6：委員配付資料

第12回 高齢者医療制度改革会議座席図

日時：平成22年11月16日（火） 17：30～19：30
 場所：厚生労働省内9階省議室

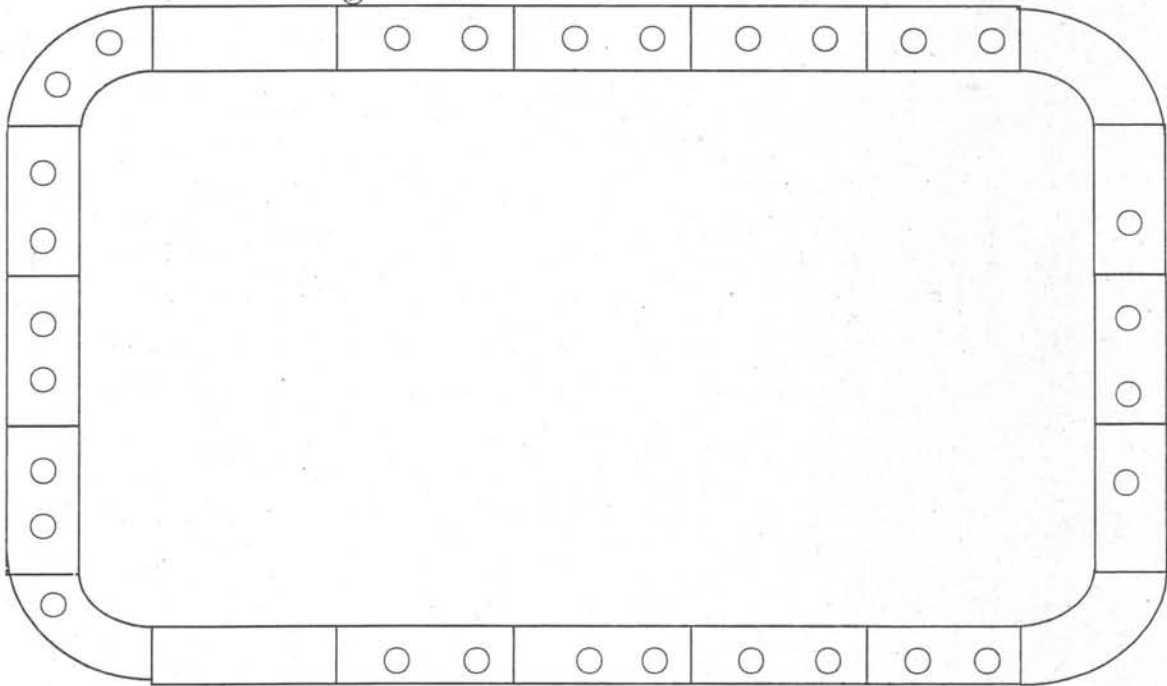
随行者席

- 阿部委員
（日本高齢・退職者団体連合事務局長）
- 岡崎委員
（全国市長会国民健康保険対策特別委員長、高知市長）
- 小島委員
（日本労働組合総連合会総台政策局長）
- 鎌田委員
（諏訪中央病院名誉院長）
- 神田委員
（全国知事会社会福祉文書普及委員会委員長、愛知県知事）
- 見坊委員
（全国老人クラブ連合会相談役、理事）
- 小林委員
（全国健康保険協会理事）
- 近藤委員
（日本福祉大学社会福祉学部教授）

傍聴席

事務局席

- 岩淵 課長
- 村山 課長
- 吉田 課長
- 武田 課長
- 外口 局長
- 唐澤 審議官
- 吉岡 課長
- 伊藤 課長
- 鈴木 課長



- 岡本 政務官
- 岩村 座長
（東京大学大学院
法学政治学研究所教授）
- 細川 大臣
- 藤村 副大臣

- 横尾委員
（全国後期高齢者医療広域連合協議会会長、佐賀県広域連合会長、多久市長）
- 宮武委員
（白川大学大学院生涯福祉研究科教授）
- 三上委員
（日本医師会常任理事）
- 藤原委員
（全国町村会会長、長野県川上村長）
- 樋口委員
（高齢社会をよくなる女性の会理事長）
- 堂本委員
（前千葉県知事）
- 白川委員
（健康保険組合連合会事務理事）
- 藤原本部長（齋藤委員代理）
（日本経済団体連合会経済政策本部長）

— 入口 —

— 入口 —

本日の議題に関する基本資料

厚生労働省保険局
平成22年11月16日

目 次

- 国保の運営の具体的なあり方について …………… 2
- 健康の保持増進・医療の効率的な提供について …… 15
- その他制度改革の個別検討事項 …………… 17

国保の運営の具体的なあり方に関する論点

- I 75歳以上を都道府県単位化する第一段階において、「都道府県単位の運営主体」と「市町村」の具体的な役割分担をどのようにするか。
- ①保険料の設定・賦課・徴収・納付の具体的な仕組みをどうするか。
 - ②給付事務については、「都道府県単位の運営主体」が担うべきか、「市町村」が担うべきか。
- II 「都道府県単位の運営主体」は、「都道府県」か、「広域連合」か。
- III 全年齢を都道府県単位化する第二段階において、保険料、財政調整、事務体制、移行手順等をどのように考えるか。

I - ① 保険料の設定・賦課・徴収・納付の仕組み

【中間とりまとめ(抜粋)】

収納率の向上が大きな課題となっている市町村国保の現役世代も含めた広域化の実現も視野に入れ、都道府県単位の保険料という考え方は維持しつつ、保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みに改めることが必要である。具体的には次のような仕組みとすることが考えられる。

・「都道府県単位の運営主体」は、高齢者の給付に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準(基準)保険料率を定め、それを基に、市町村ごとに「都道府県単位の運営主体」に納付すべき額を定める。

・これを受け、市町村は、当該市町村の収納状況等を勘案し、当該市町村における高齢者の保険料率を定める。

このような仕組みとすることにより、市町村は収納率を高めるほど当該市町村の被保険者の保険料を安く設定することができ(略)、全年齢を対象とした都道府県単位化の実現までの段階を考慮しつつ、より具体的な設計について引き続き検討する。

【これまでの改革会議等における指摘】

75歳以上を都道府県単位化する第一段階において、

- ①「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」となっている現在の状況を変えることが適当か
- ②市町村国保(若人)とは異なり、高齢者の保険料の収納率は市町村間の差異が僅かであり、敢えて市町村ごとに異なる保険料を定める必要があるのか
- ③収納率の低い市町村に居住し保険料を適切に納付している高齢者の保険料が、制度移行に伴って増加することが適当か

⇒ 第一段階においては、市町村がそれぞれの収納率を勘案して、市町村ごとに異なる保険料率を定めるのではなく、「都道府県単位の運営主体」が定める標準(基準)保険料率を基に、市町村が保険料率を定めることとしてはどうか。

※ 第一段階では、市町村は高齢者分と若人分を合わせて保険料を徴収することから、市町村に収納意欲が低下することは基本的にはないが、全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、市町村が収納対策に積極的に取り組むことを促すための仕組みについて、第一段階の施行状況も踏まえ改めて検討することが必要。

【参考1】 第一段階における保険料の設定・賦課・徴収・納付の仕組み

都道府県単位
の
運営主体

① 「都道府県単位の運営主体」は、高齢者の給付に要する費用から、標準（基準）保険料率を定める。
※ 離島など医療の確保が著しく困難である地域については、現行制度同様、不均一保険料の設定を可能とする。

② 市町村は、標準（基準）保険料率を基に、条例で高齢者の保険料率を定める。
※ 市町村がそれぞれの収納率を勘案して市町村ごとに異なる保険料率を定める仕組みとはしないことにより、「都道府県単位の運営主体」が定める保険料率どおりの設定で足り、都道府県内で均一の保険料率となる。

③ 市町村は、若人の保険料率を条例で別途定める（広域化等支援方針に基づき標準化を進める）。

④ 市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の若人の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。

⑤ 「都道府県単位の運営主体」へ納付

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

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

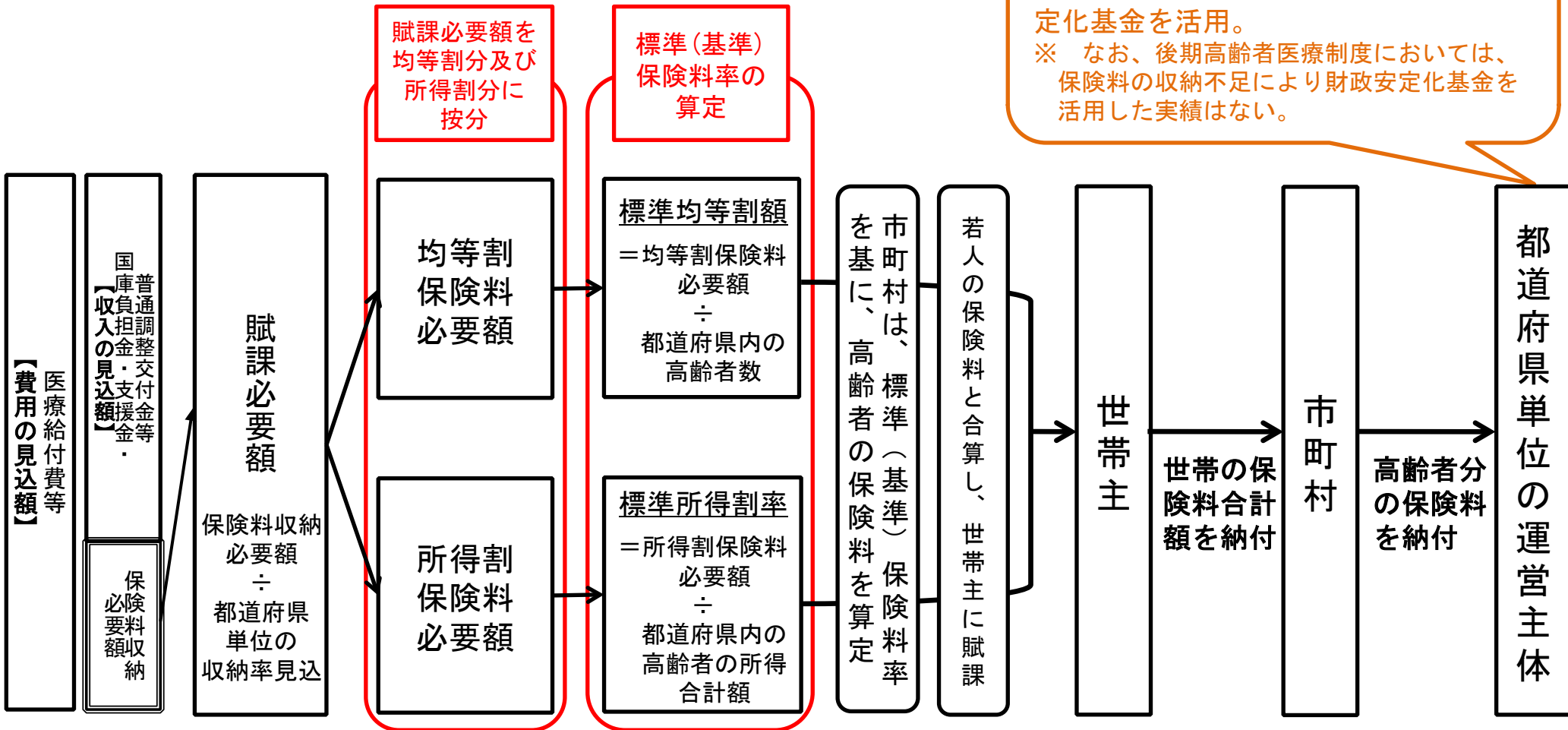
納付

市町村

【参考2】 第一段階における保険料の設定・賦課・徴収・納付の仕組み

都道府県単位の運営主体

市町村



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

I - ② 給付事務の主体

- 安定的な運営の確保及び保険料の公平化の観点から、「財政運営は都道府県単位」とする。
- 75歳以上の高齢者も市町村国保に加入するため、保険証の発行を含む「資格管理は市町村」が行う。
- 世帯単位で保険料を徴収することから、標準(基準)保険料率に基づき、「賦課・徴収は市町村」が行う。

- 「給付事務」については、「都道府県単位の運営主体」が担うべきか、「市町村」が担うべきか。

後期高齢者医療制度 (現行方式)

広域連合

- ・財政運営
- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・均一保険料率の設定
- ・保険料の賦課
- ・保険給付
- ・保健事業(概ね市町村に委託)

市町村

- ・保険料の徴収
- ・窓口業務(申請受付・経由等)

i 市町村国保のうち75歳以上の高齢者に係る 「給付及び財政を都道府県単位化」する方式

都道府県単位の運営主体

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定
- ・保険給付
- ・保健事業(市町村に委託可)

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の設定・賦課・徴収
- ・窓口業務(申請受付・経由等)

ii 市町村国保のうち75歳以上の高齢者に係る 「財政を都道府県単位化」する方式

都道府県単位の運営主体

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の設定・賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業
- ・窓口業務

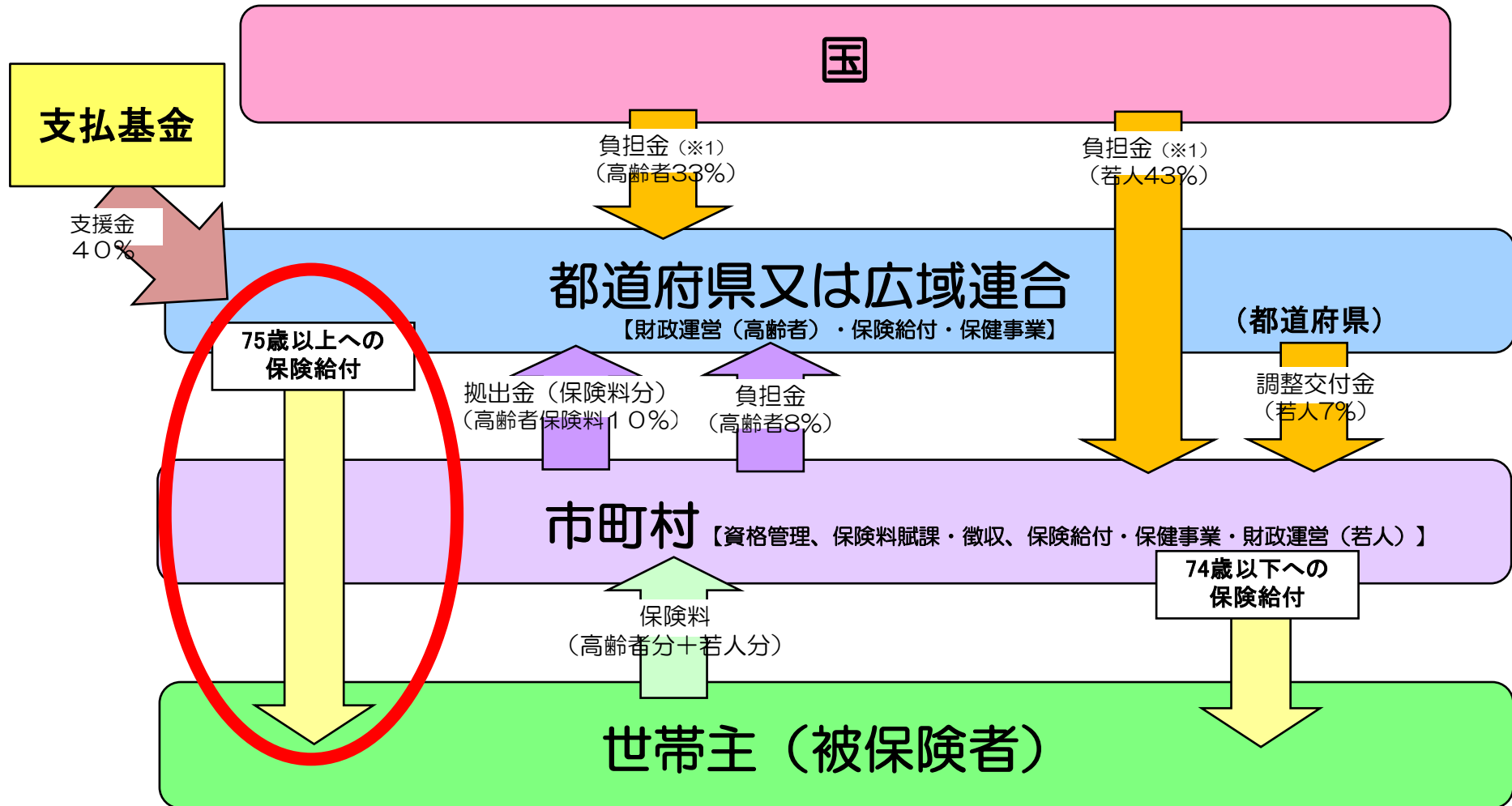
「給付事務の主体」の論点

i 給付事務を「都道府県単位の運営主体」が行う場合 ＝「給付及び財政を都道府県単位化」する方式	ii 給付事務を「市町村」が行う場合 ＝「財政を都道府県単位化」する方式
<p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none">○高齢者分の給付事務については、現在、広域連合で実施しており、現行制度からの移行が比較的容易となる。○都道府県単位で事務を実施することにより、市町村の事務が軽減されるとともに、事務の効率化が期待される。	<p>【メリット】</p> <ul style="list-style-type: none">○市町村に保険者事務が集約され、効率的に処理できるとともに、住民にとっても分かりやすく、サービスが向上する。○広域連合という組織を設けることなく、市町村と都道府県で国保を運営することができ、社会的コストが軽減される。 <p>※財政運営だけであれば、役割・事務に見合う組織を考えた場合、「広域連合」が行うことは適当ではなく、「都道府県」が行うことがより適切。</p> <ul style="list-style-type: none">○システム改修は、市町村のみとなる。
<p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none">○新制度では、高齢者分の給付事務は、「都道府県単位の運営主体」が行い、若人分は「市町村」が行うため、現金給付について、高齢者分は「都道府県単位の運営主体」から、若人分は「市町村」から、それぞれ世帯主に支給されるため、住民にとって分かりにくいものとなる。○システム改修は、「都道府県単位の運営主体」と「市町村」双方で必要となる。	<p>【デメリット】</p> <ul style="list-style-type: none">○市町村では、事務処理が増加するため、事務処理体制を整えることが必要となる。

※ 給付事務を「都道府県単位の運営主体」が行う場合でも、「市町村」が行う場合でも、現行どおり、レセプトの審査や診療報酬の支払、高額療養費等の現金給付の計算事務等については、国保連への委託により、省力化・効率化を図ることが可能。(広域連合において給付事務に携わっている職員数313名；平成22年度実施状況調査)

【参考】 i 「給付及び財政を都道府県単位化」する方式のイメージ

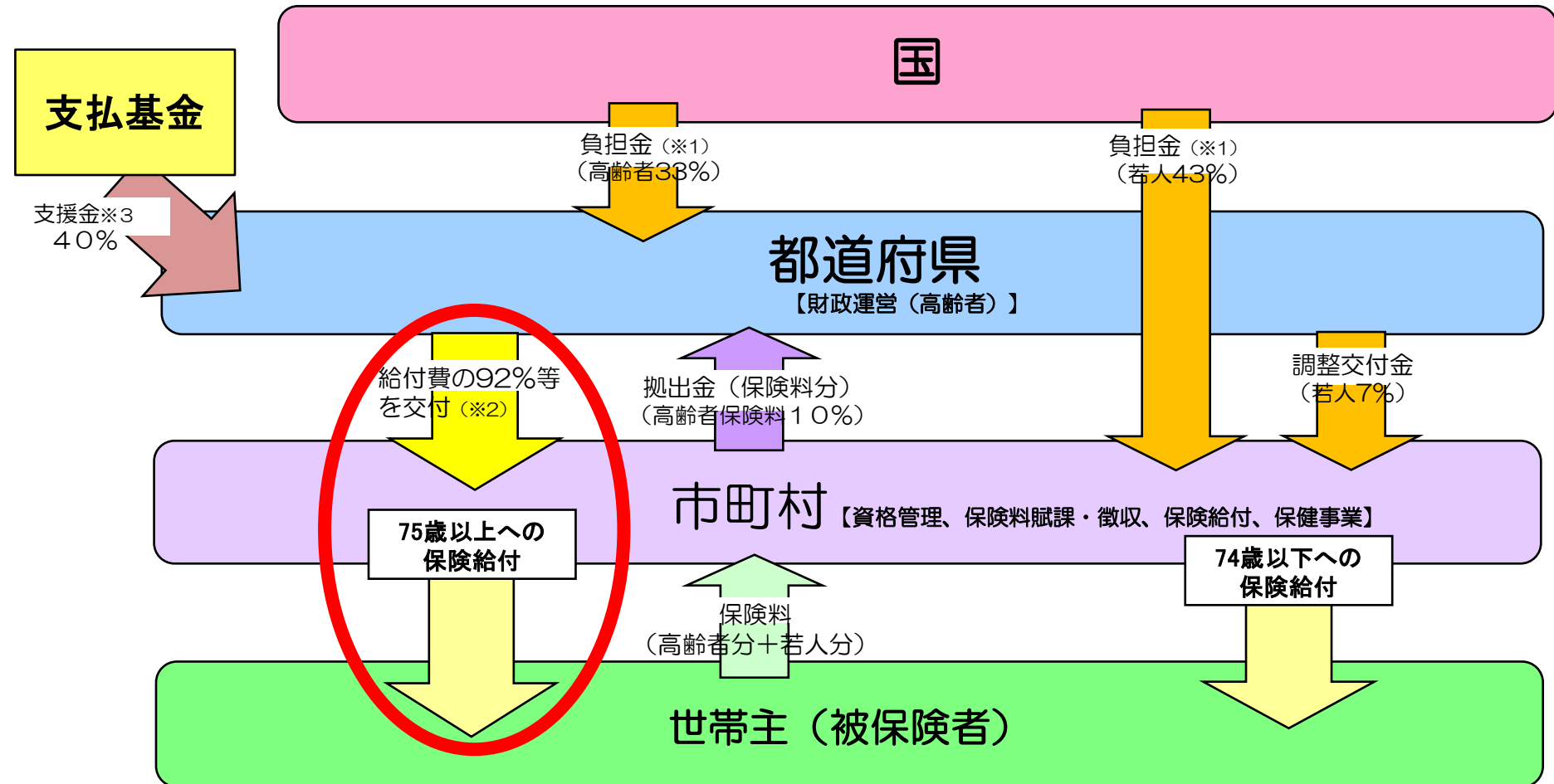
- 「都道府県単位の運営主体」(都道府県又は広域連合)は、市町村国保のうち75歳以上の高齢者に係る財政運営と保険給付、保健事業を行う。
- 市町村は、保険証の発行を含む資格管理、保険料の賦課・徴収を行う。



(※1) 国調整交付金、保健事業費負担金を含む。

【参考】 ii 「財政を都道府県単位化」する方式のイメージ

- 「都道府県単位の運営主体」(都道府県)は、市町村国保のうち75歳以上の高齢者に係る財政運営を行う。
- 市町村は、保険証の発行を含む資格管理、保険料の賦課・徴収、保険給付、保健事業を行う。



(※1) 国調整交付金、保健事業費負担金を含む。

(※2) 92%＝国負担金33.3% (定率負担25%＋調整交付金8.3%)＋保険料10%＋支援金40%＋都道府県定率負担8.3%。残りの8.3%は、市町村の定率公費負担分。その他、国と都道府県の保健事業費負担金 (各1/3)。

(※3) 支援金は、市町村に入れるという選択肢もある。

Ⅱ 「都道府県単位の運営主体」について

【中間とりまとめ(抜粋)】

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



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

被保険者管理や保険料徴収等の円滑な事務処理等、従来のノウハウとシステムを生かせることから、市町村広域連合が、新たな高齢者医療制度において区分する高齢者部分の保険運営主体となることが適当と考えられる。都道府県の役割としては、市町村広域連合が円滑に保険運営できるよう人的支援、効果的な保健指導に関する助言、医療保険と介護保険の給付情報の共有化・状況分析の支援等を行い、また、安定的で円滑な保険財政の運営のための基金を国とともに新たに設置するなど、市町村広域連合への支援を強化していくことが適当である。

【都道府県が担う場合のメリット】

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

【参考】医療費適正化計画等と保険運営の一体的取組によるメリット

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

(現行)

広域連合の役割

保険料率の設定等の財政運営

現行の仕組みでは主体が異なるため、医療費適正化計画等を実効あるものにしていくとするインセンティブが十分に働かない。

都道府県の役割

健康の保持増進・医療の効率的な提供の推進

医療費適正化計画

都道府県、市町村、保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備する

(見直し案)

都道府県の役割

標準(基準)保険料率の設定等の財政運営

都道府県が国保の財政運営を担い、保険料率を設定することで、医療費適正化の成果が、直接、保険料率に連動。医療費適正化計画等がより実効あるものとなる。

医療費適正化計画及び関連3計画に基づき
保健・医療・介護の計画的な推進

健康増進計画～生活習慣病対策～

医療計画～医療機能の分化・連携、在宅医療の推進等～

介護保険事業支援計画～地域包括ケアの推進～

Ⅲ 第二段階における検討事項

- 全国一律に全年齢を対象とした都道府県単位化を図る際には、以下の点などについて結論を得ることが必要。

① 保険料の設定

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

② 財政調整のあり方

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

③ 事務体制のあり方

- ・ 「都道府県単位の運営主体」と「市町村」の役割分担について、見直す必要があるのかどうか。

⇒ これらの点については、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、平成25年度からの第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら、改めて検討することが必要。

⇒ 一方で、第二段階への移行の目標時期については、

- ・ できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること
- ・ そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化の取組が進められることが必要であるが、具体的時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、今回の法案に明記することが必要。

※ 国保の保険料は、現在、2～4方式で賦課されているが、全年齢で都道府県単位化した場合の保険料の賦課方式については、各都道府県における現在の賦課方式の状況を踏まえ、各都道府県において移行しやすい保険料率の方式をそれぞれ採用することとする。

第二段階への移行の目標時期

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

- ① 保険財政共同安定化事業の対象医療費(現行30万円超)の拡大
- ② 保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の変更(医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大)
- ③ 保険料算定方式の標準化
- ④ 繰上充用、一般会計繰入の段階的・計画的な解消に向けた取組

などについて、市町村が利害を超えて取り組むことが必要となるが、これらについて実現可能な具体的な時期をいつに設定するか。

平成22年度

平成23～24年度

平成25年度～
(第一段階)

平成〇〇年度頃
(第二段階)

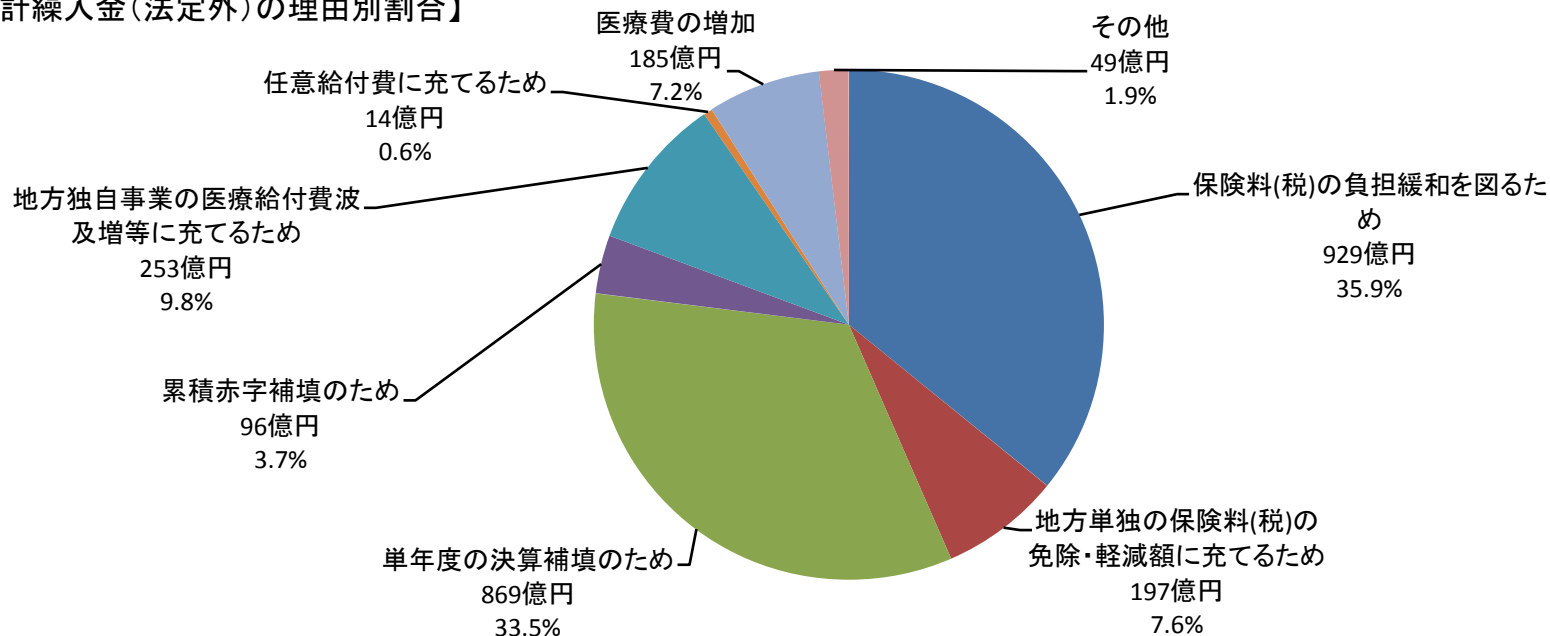
広域化等支援方針に基づいた環境整備

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

市町村による法定外一般会計繰入等について

- 市町村国保の一般会計繰入や繰上充用については、市町村の政策的判断によって行っている部分もあるが、市町村国保の財政運営の健全化を図るためには、保険料引上げだけでなく、収納率向上、医療費適正化などの取組を行うことにより、段階的かつ計画的に解消していくことが望ましい。今後さらに、全年齢を都道府県単位化する第二段階への円滑な移行を図るため、国としても、一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援の在り方について幅広く検討する。

【平成20年度一般会計繰入金(法定外)の理由別割合】



- ・ 平成20年度の市町村国保の単年度収入は12兆4,589億円
- ・ 法定外の一般会計繰入は3,670億円であるが、保険給付以外の支出である保健事業や直営診療施設等の繰入や、東京都の財政調整分等を除いた額(2,592億円)の内訳を示している。(単年度収入の2.1%)
- ・ 「保険料(税)の負担緩和を図るため」とは、保険料水準全体を抑制する場合、「地方独自の保険料(税)の免除・軽減額に充てるため」とは、被保険者の所得等に応じて独自に減免する場合をいう。

健康の保持増進・医療の効率的な提供への取組

【現状・課題】

【見直しの方向性】

論点Ⅰ 各保険者における 壮年期からの 健康づくり

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

論点Ⅱ 各地域における 医療費適正化の 取組

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

論点Ⅲ 高齢期における 医療の効率的な 提供のための取組

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

- 特定健診等の実施率向上に向けた取組の検討・実施。
- 75歳以上の高齢者の方々に対しても保険者に実施を義務付け。国保の特定健診等の費用について、国・都道府県はそれぞれ1/3を負担。

※ 高齢者への対応を含め、健診項目、保健指導のプログラムなど、技術的な問題については別途検討。
※ 特定健診・特定保健指導の達成状況による支援金の加算・減算の仕組みの取扱いについては、次ページ。

- 医療費適正化計画等の策定主体である都道府県が、国保の財政運営を担うことで、医療費適正化計画等がより実効あるものになる。

- 都道府県、市町村、保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備。

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

支援金の加算・減算の仕組みについて

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

現行の加減算制度については、以下のような論点が考えられる。

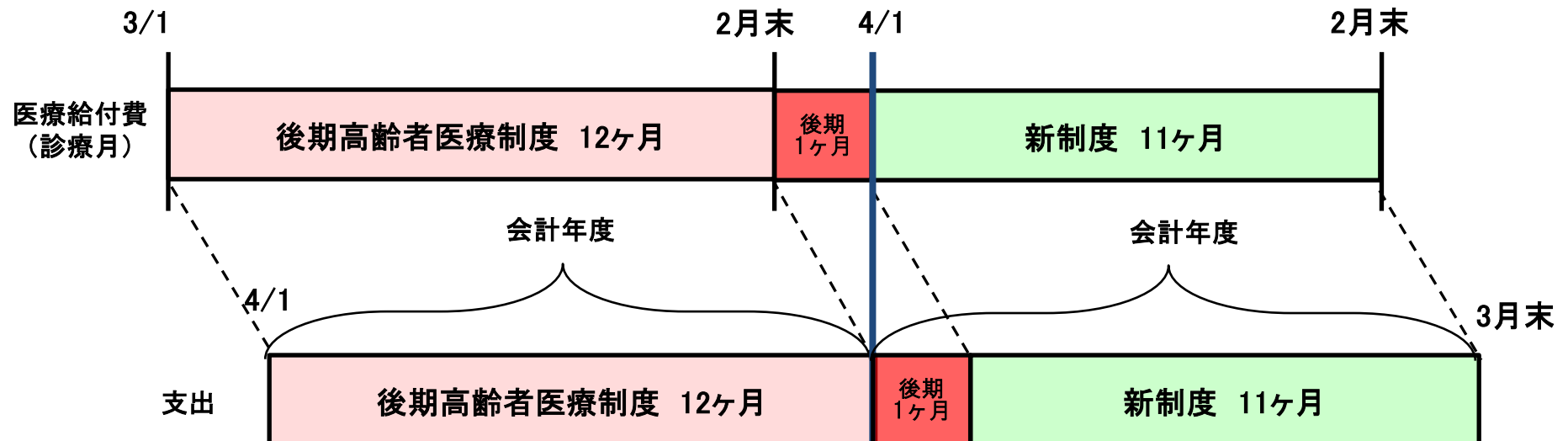
- そもそも実施率の低い保険者へのペナルティーである等の理由により、加減算制度自体を廃止すべき、との意見をどう考えるか。
 - 保険財政全体に貢献をした保険者にメリットを与えるのが加減算制度の本来の趣旨。既に20年度において国の定める参酌基準を達成した保険者も存在。
- 状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか。(被用者保険と市町村国保の達成状況の相違など)
 - 保険者毎の状況に配慮し保険者の種別・規模等を勘案する必要があるか。
- 加減算される金額(最大で後期高齢者支援金の±10%)は過大ではないか。(特定健診等の全保険者の事業規模は約1,000億円程度である一方、後期高齢者支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

⇒ 今般の高齢者医療制度の見直しに当たっては、各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じて支援金を加減算する旨の現行と同様の規定を新制度にも設けることとした上で、関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第2期のスタート(平成25年度～)までに結論を得る。

新制度の施行日

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

【4月施行とする場合】



新たな制度への資格の移行

○ 現行制度においては、国保の資格取得・喪失の際には、世帯主が市町村に届出を行う必要があるが、新制度施行に伴う資格の移行を確実にかつ簡素な仕組みで行う必要がある。

⇒ 後期高齢者医療制度の被保険者のうち、被用者保険等に参加する方以外は、市町村において国保の被保険者として職権で加入させ、世帯主から市町村への国保の被保険者資格取得届出を不要とする。

【市町村国保への資格の移行】

○ 被用者保険に参加することとなる方については、その加入情報を被用者保険者から支払基金及び広域連合を經由して市町村に送付する仕組みとし、その方については市町村国保の資格がないものとして取扱う。

※ 市町村への情報の送付後に、退職・転職等の資格取得予定の変更が生じた場合には、被保険者が市町村に対して、その旨の申告を行う必要がある。

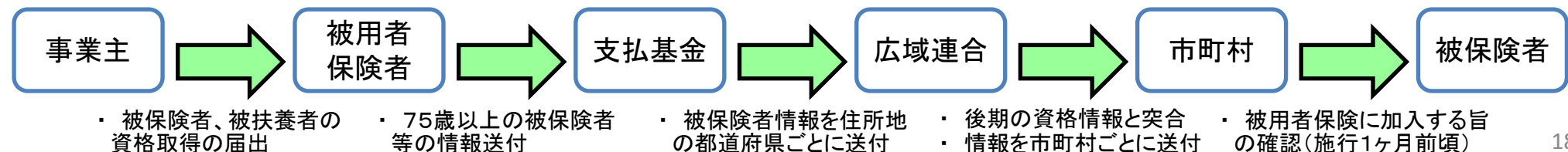
○ 被用者保険等への加入者を除き、市町村において国保の被保険者となるものとして職権で加入させ、世帯主から市町村への国保の被保険者資格取得届出を不要とする。

【被用者保険等への加入手続】

○ 被用者保険においては、通常の資格取得時の手続と同様に、事業主が保険者に対し、雇用している75歳以上の高齢者の資格取得の届出を行う。また、被扶養者に関しては、被保険者本人から事業主を經由して保険者に届出を行う。

※各保険者等と連携し、届出漏れが生じないように、周知・広報を徹底する。

<被用者保険加入者についての情報送付の基本的な流れ>



65歳～74歳で一定の障害の状態にある方について

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

<障害認定の必要性>

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

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

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

新たな制度での障害認定の仕組み

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

参考資料

厚生労働省保険局
平成22年11月16日

市町村国保の都道府県単位化に関する過去の議論について①

- ① **第2次臨時行政調査会第3次答申** 昭和57年7月
「地域保険としての性格を踏まえ、広域化等保険制度としての安定化を図る方向で改革を行う。」
⇒ 高額医療費共同事業を段階的に実施(昭和58年より)
退職者医療制度の創設(昭和59年)
- ② **臨時行政改革推進審議会** 昭和61年6月
「地域保険制度として長期的安定を図るため、小規模保険者等の運営状況にてらし、運営主体の広域化を図るとともに、保険運営についての都道府県の役割の在り方等について、早急に結論を得るよう検討を進める。」
⇒ 国保問題懇談会開催(昭和62年5月～)
- ③ **国保問題懇談会報告** 昭和62年12月
「国と市町村が共同してその健全化に努めるとともに、都道府県もその適切な運営について指導、支援を行う等それぞれの立場において適切に役割を果たしていくことが不可欠である。」
⇒ 国及び都道府県負担の導入による高額医療費共同事業の強化(昭和63年)
- ④ **社会保障制度審議会「社会保障制度の再構築に関する勧告」** 平成7年7月
「国、都道府県及び市町村が一体となった支援、制度間・保険者間の財政調整の強化、一定限度を下回る小規模国民健康保険の広域化、再保険制度の拡充など、国民健康保健事業の安定化を図る措置が必要である。」
- ⑤ **医療保険審議会建議** 平成8年12月
「保険者単位のあり方は、制度の本質と関わり、また、医療保険制度における高齢者の位置付けと不可分である。今後高齢者の位置付けの検討の推移を見つつ、小規模保険者の実態、地方自治体制の動向なども踏まえながら、保険者単位のあり方について本格的検討を急ぐ必要がある。」
⇒ 高額医療費共同事業の拡充・延長継続(平成9年)

市町村国保の都道府県単位化に関する過去の議論について②

- ⑥ **社会保障審議会医療保険部会「医療保険制度改革について」** 平成17年11月
「被用者保険、国保それぞれについて、各保険者の歴史的経緯や実績を十分尊重しながら、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、保険者としての機能を発揮しやすくするため、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進する必要がある。」
⇒ 高額医療費共同事業の継続、保険財政共同安定化事業の創設(平成18年)
- ⑦ **地方分権改革推進本部決定「地方分権改革推進要綱(第1次)」** 平成20年6月
「国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討し、平成21年度中に結論を得る。」
- ⑧ **高齢者医療制度に関する検討会「高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理」** 平成21年3月
「後期高齢者医療制度と同じ地域保険である国民健康保険制度は、国民皆保険を支える重要な役割を果たしているものであり、後期高齢者医療制度の運営主体のあり方と併せて、国民健康保険制度の運営主体について検討することが必要である。」
- ⑨ **与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム「高齢者医療制度の見直しに関する基本的考え方」**
平成21年4月
「広域連合について、都道府県の関与の強化を含め、保険者機能の強化等を図るとともに、同じ地域保険である国民健康保険と併せて、運営主体のあり方について検討する。」

後期高齢者医療広域連合の組織形態

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

- 議員定数（平成22年4月1日時点）

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

- 職員数（平成22年4月1日時点）

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

- 全職員数 1,258人 内訳（平成22年4月1日時点）

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

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

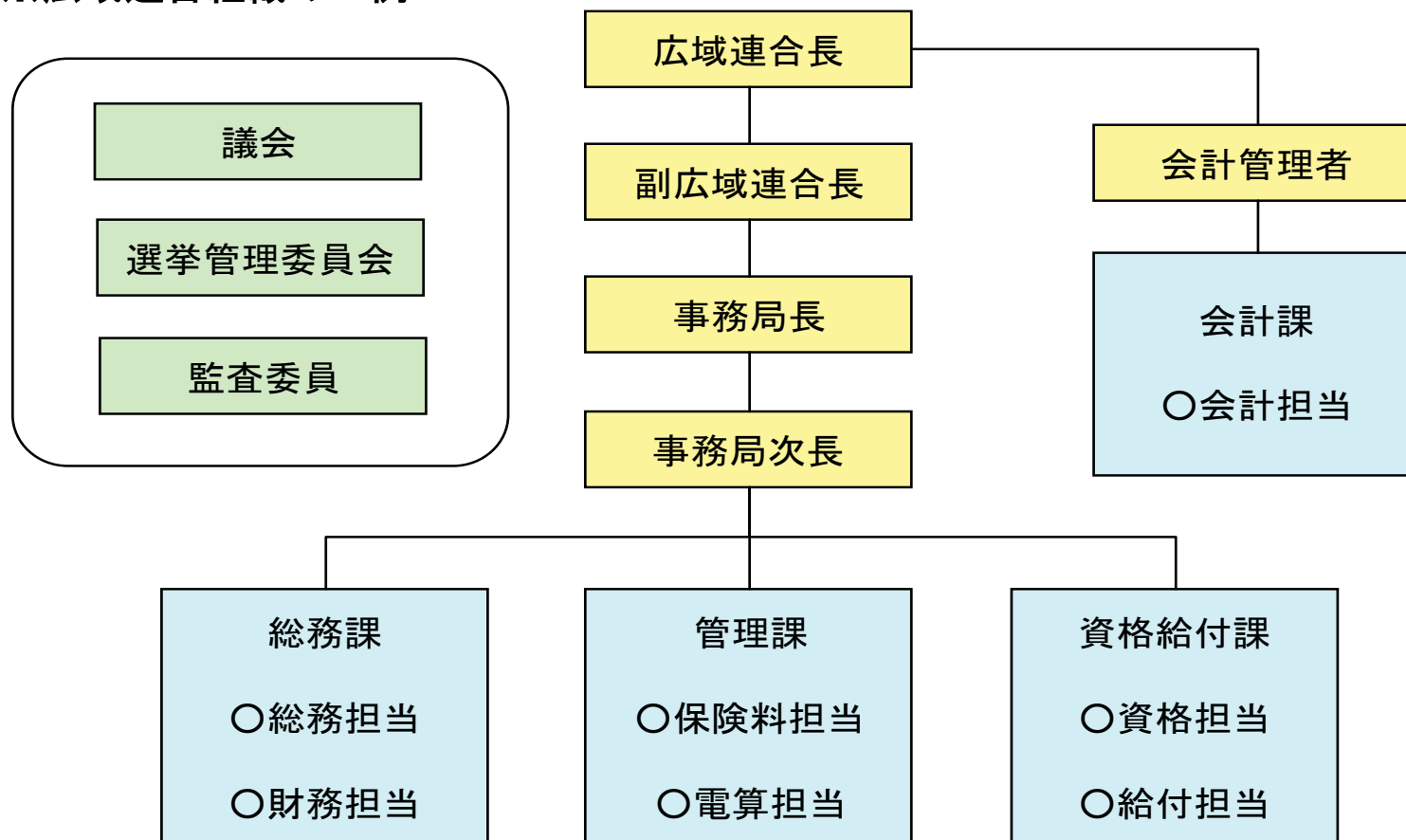
広域連合名	職員数	一般職 業務 内訳 (人)					
		適用 (資格等)	給付	保険料	保健 事業	電算	庶務・ その他
北海道	43	3	8	7	1	8	16
青森県	21	3	6	3	1	0	8
岩手県	23	3	6	3	1	0	10
宮城県	29	2	7	4	1	4	11
秋田県	23	1	4	2	1	2	13
山形県	21	2	6	2	1	1	9
福島県	23	5	7	3	0	0	8
茨城県	32	3	7	3	3	1	15
栃木県	25	4	3	4	3	3	8
群馬県	27	2	6	4	2	4	9
埼玉県	33	4	8	5	2	1	13
千葉県	39	6	7	5	6	1	14
東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

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

○ 広域連合の処理する事務

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

※広域連合組織の一例



各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合	後期高齢者医療制度
被保険者	自営業者・無職等	自営業者等	主として中小企業のサラリーマン	主として大企業のサラリーマン	公務員・教職員等	75歳以上の高齢者
保険者数 (平成21年3月末)	1,788	165	1	1,497	77	47
加入者数 (平成21年3月末)	3,597万人 (2,033万世帯)	352万人	3,472万人 〔被保険者1,951万人 被扶養者1,522万人〕	3,034万人 〔被保険者1,591万人 被扶養者1,443万人〕	902万人 〔被保険者439万人 被扶養者462万人〕	1,346万人
加入者平均年齢 (平成20年度)	49.2歳	38.8歳	36.0歳	33.8歳	33.4歳	81.8歳
加入者一人当たり 平均所得 (平成20年度)	79万円 (旧但し書き所得※1) 〔一世帯あたり 138.9万円〕	298万円 (市町村民税 課税標準額)	218万円(収入) 〔被保険者一人あたり 385万円〕	293万円(収入) 〔被保険者一人あたり 554万円〕	321万円(収入) 〔被保険者一人あたり 681万円 (平成19年度)〕	75.8万円 (旧但し書き所得※1)
加入者一人当たり 医療費(平成20年度) (※2)	28.2万円	16.7万円	14.8万円	13.0万円	13.3万円	86.5万円
加入者一人当たり 保険料(平成20年度) (※3) 〈事業主負担込〉	8.3万円 〔一世帯あたり 14.4万円〕	12.4万円	8.8万円<17.6万円> 〔被保険者一人あたり 15.6万円<31.3万円>〕 平均保険料率8.2% (8.15~8.26%) (平成21年度)	9.1万円<20.3万円> 〔被保険者一人あたり 17.3万円<38.5万円>〕 平均保険料率7.38% (3.12~10.0%) (平成20年度決算見込)	10.9万円<21.9万円> 〔被保険者一人あたり 22.4万円<44.8万円>〕 平均保険料率 7.676%	6.4万円
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の39%	給付費等の16.4% (※4)	財政窮迫組合 に対する 定額補助	なし	給付費の約50%
公費負担額(※5) (平成22年度予算ベース)	3兆7,011億円	2,902億円	1兆447億円	24億円	なし	5兆5,427億円

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

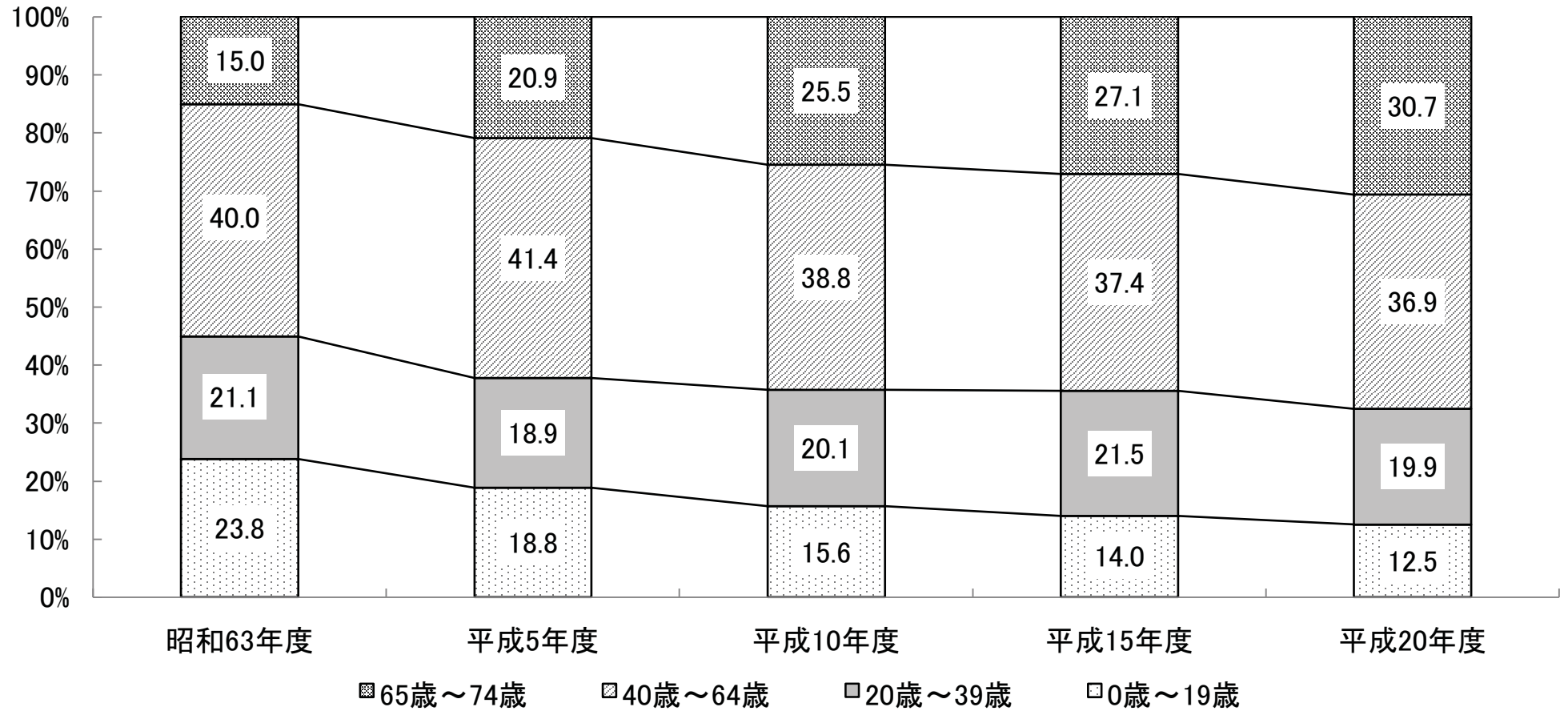
(※2) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保は速報値であり、共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)。

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

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

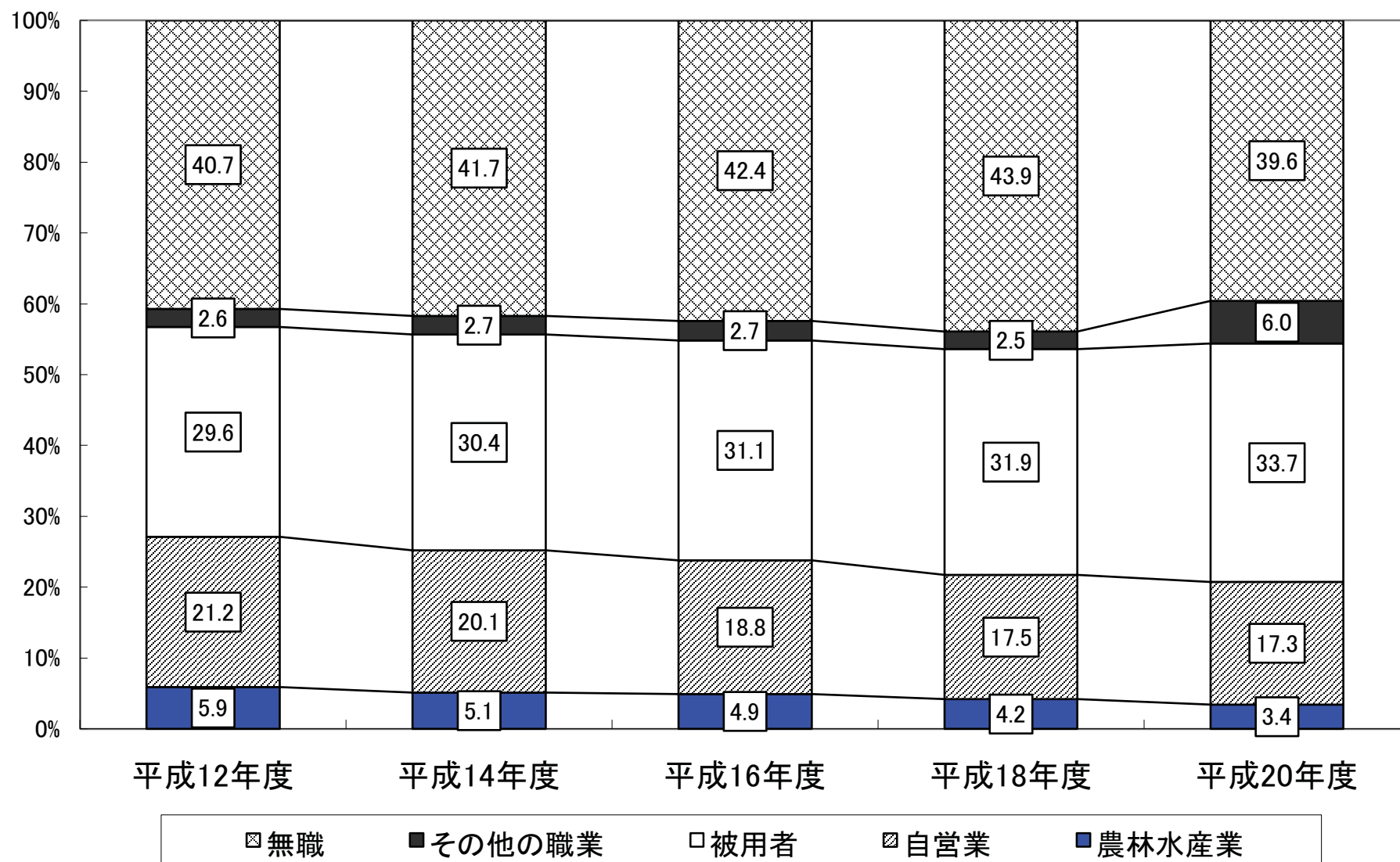
(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

市町村国保の被保険者(75歳未満)の年齢構成の推移



(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

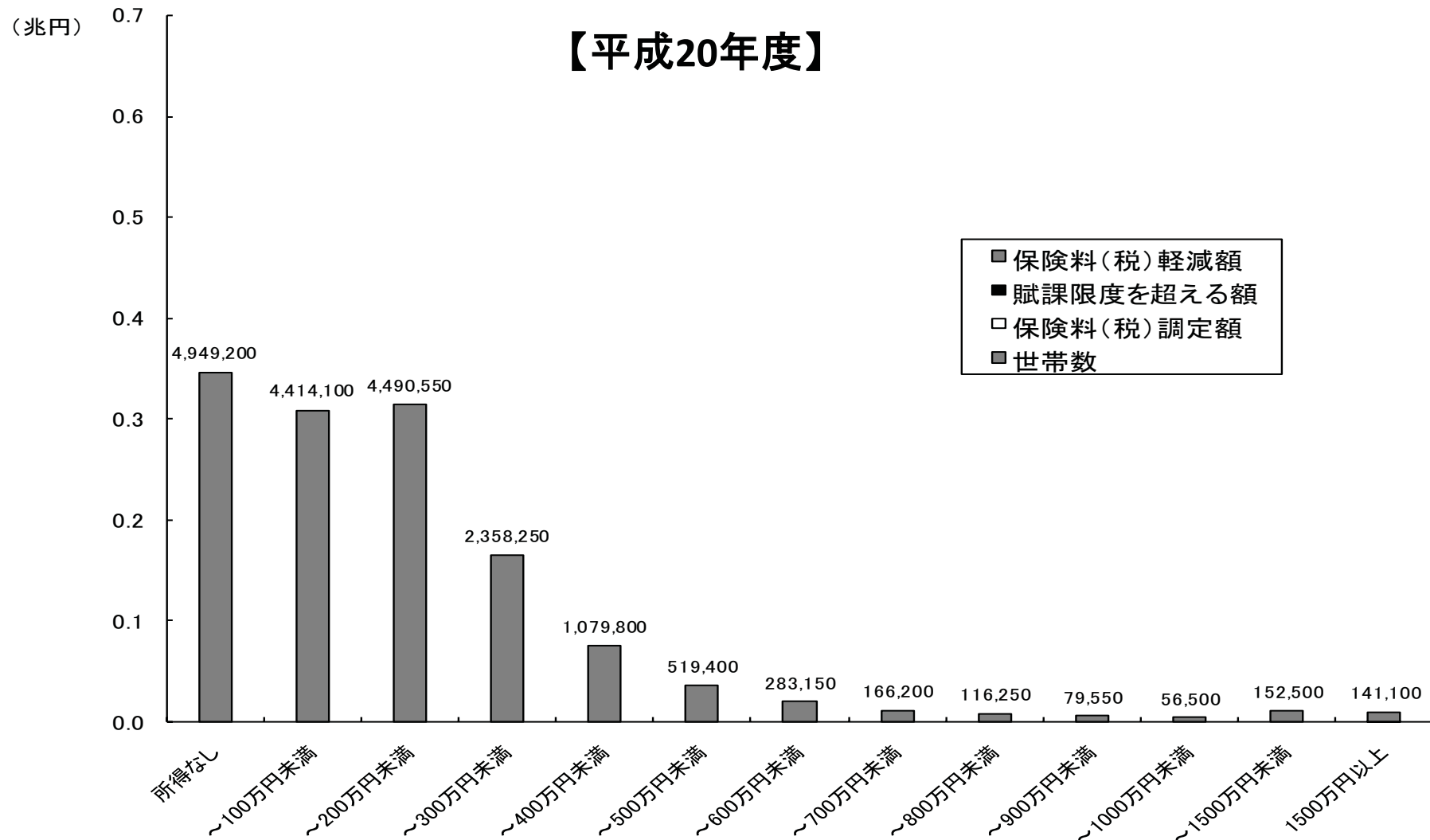
市町村国保の世帯主(75歳未満)の職業別構成割合の推移



(資料) 厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

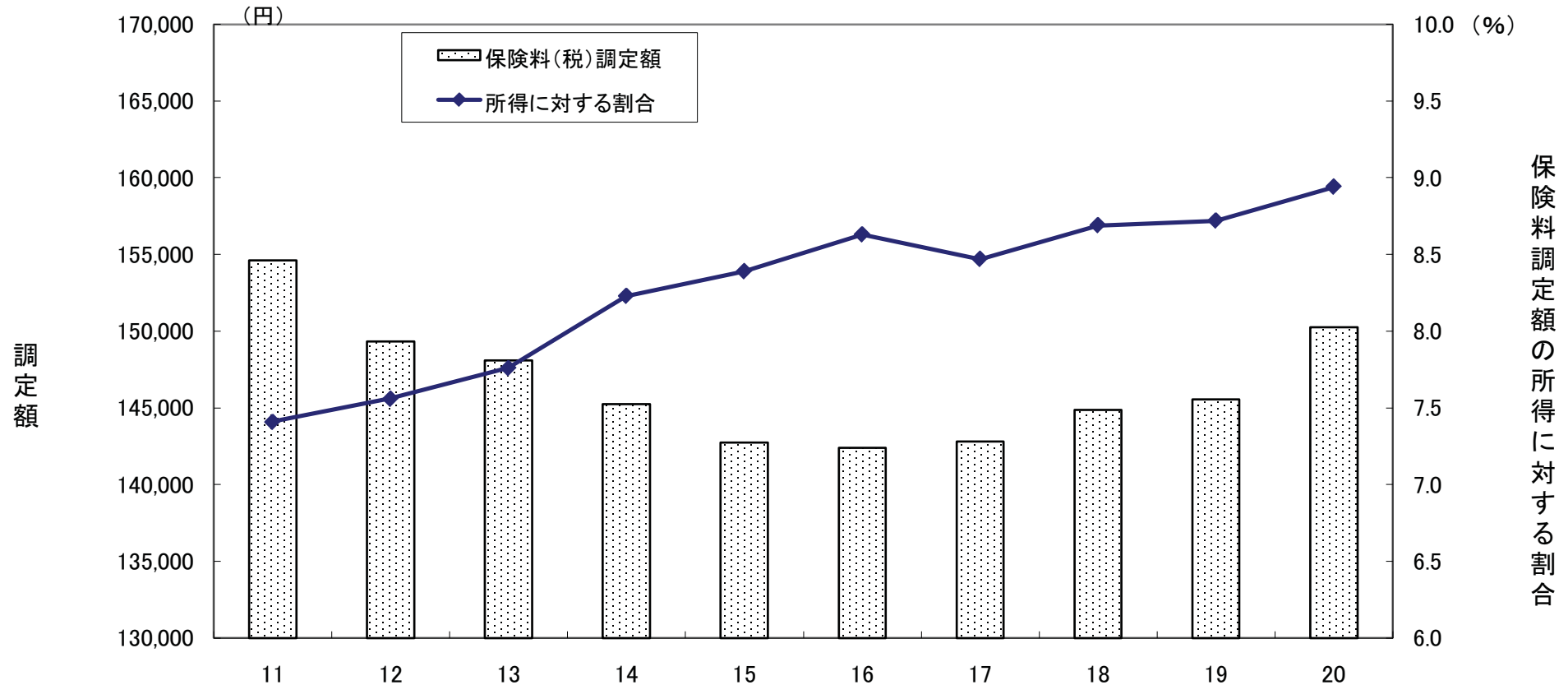
(注) 擬制世帯を除く。

市町村国保の所得階級別保険料(税)調定額等



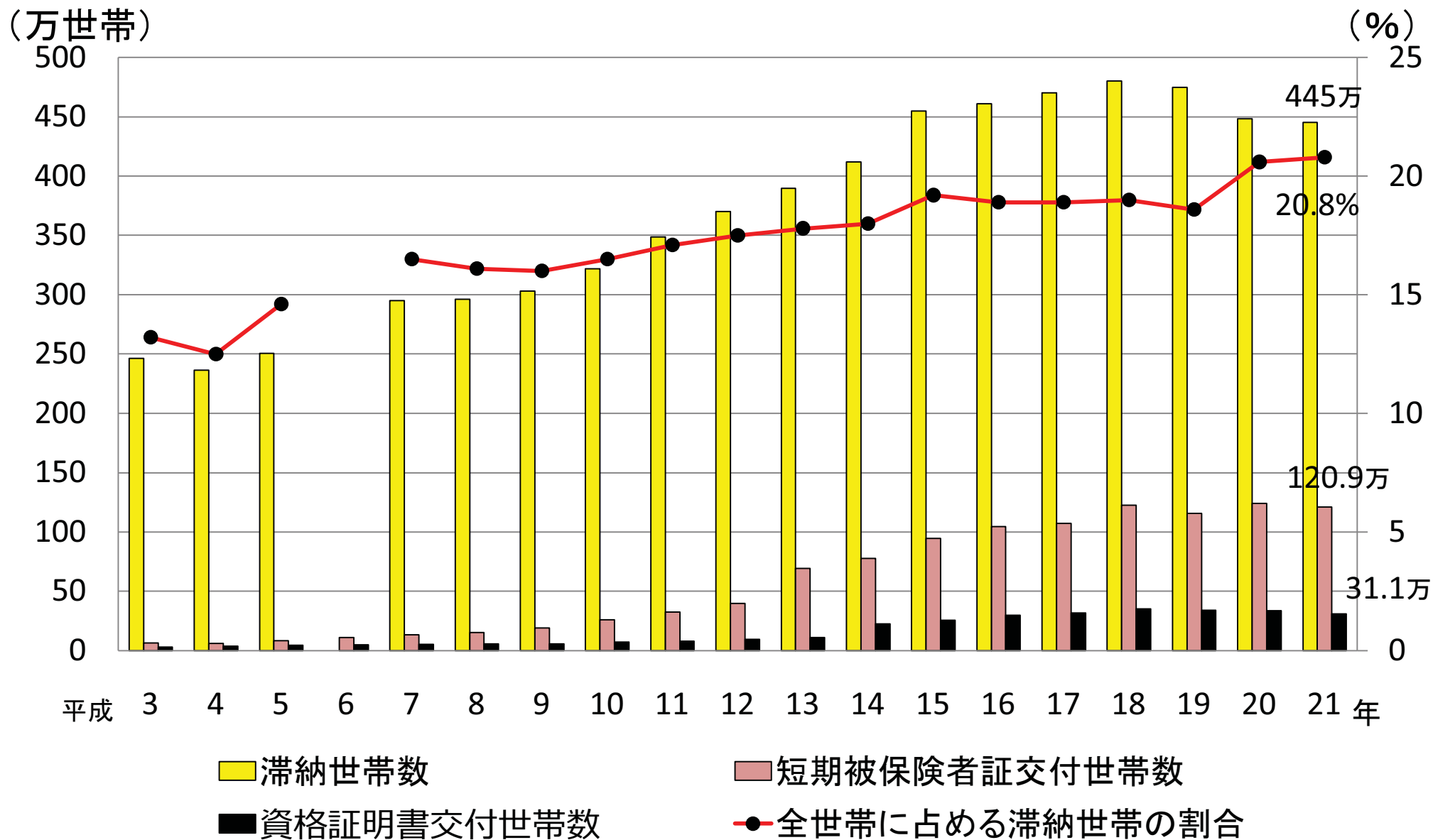
(出所)国民健康保険実態調査報告(保険局調査課)

国民健康保険料(税)の負担



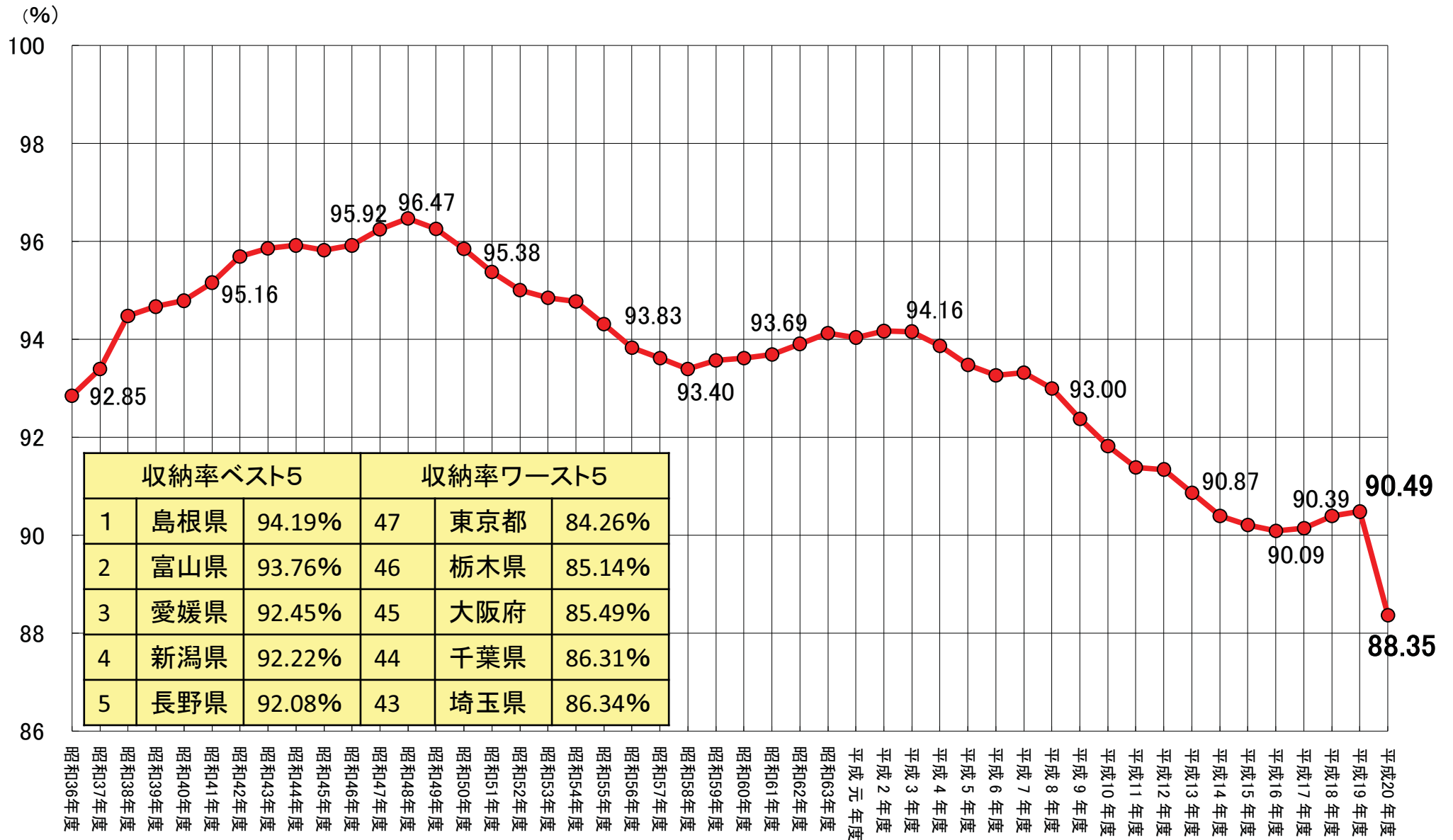
	平均所得(平成19年)		保険料(税)調定額		保険料調定額の所得に対する割合(②/①)
	1世帯当たり①	1人当たり	1世帯当たり②	1人当たり	
全世帯	1,680千円	956千円	150,271円	85,448円	8.9%
2割軽減世帯	792千円	421千円	104,557円	55,553円	13.2%
5割軽減世帯	523千円	214千円	68,028円	27,853円	13.0%
7割軽減世帯	67千円	48千円	23,321円	16,734円	34.9%

市町村国保の保険料(税)の滞納世帯数等の推移



(出所) 保険局国民健康保険課調べ
 (注) 平成6年の滞納世帯数については、調査していない。

市町村国保の保険料(税)の収納率(現年度分)の推移



(出所) 国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)

(注1) 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)

(注2) 平成12年度以降の調定額等は、介護納付金を含んでいる。

1人当たり保険料(税)調定額の格差(平成20年度)

1人当たり保険料(税)調定額の全国平均 82,765円

【最高】 栃木県 93,782円 【最低】 沖縄県 54,670円 (格差) 1.7倍

【最高】 猿払村 135,188円 【最低】 伊平屋村 28,132円 (格差) 4.8倍

	最 大		最 小		格 差
1. 東京都	千代田区	114,859円	三宅村	42,359円	2.7倍
2. 鹿児島県	いちき串木野市	87,485円	伊仙町	35,554円	2.5倍
3. 奈良県	平群町	112,182円	下北山村	45,625円	2.5倍
4. 長野県	山形村	102,911円	大鹿村	41,984円	2.5倍
5. 秋田県	大潟村	123,131円	小坂町	51,322円	2.4倍
...					
43. 鳥取県	三朝町	82,761円	日南町	58,978円	1.4倍
44. 石川県	野々市町	103,058円	輪島市	73,715円	1.4倍
45. 大阪府	大阪狭山市	97,625円	田尻町	74,083円	1.3倍
46. 神奈川県	箱根町	106,425円	逗子市	78,856円	1.3倍
47. 富山県	小矢部市	97,173円	立山町	74,328円	1.3倍

市町村による法定外一般会計繰入れの状況(平成20年度)

法定外一般会計繰入れのある保険者 1,223 (1,788保険者中)

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

(資料)平成20年度国民健康保険事業年報

前年度繰上充用の状況(平成20年度)

前年度繰上充用を行っている保険者 191 (1,788保険者中)

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

(資料)1. 厚生労働省保険局「平成20年度国民健康保険事業年報」による。

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

市町村国保の収支状況

(億円)

科 目		平成19年度(実績)	平成20年度(実績)	増減額
単年度収入(経常収入)	保険料(税)	37,726	30,621	▲7,105
	国庫支出金	33,240	30,943	▲2,296
	療養給付費交付金	26,584	8,810	▲17,774
	前期高齢者交付金	-	24,365	24,365
	都道府県支出金	8,745	7,985	▲760
	一般会計繰入金(法定分)	4,422	3,995	▲428
	一般会計繰入金(法定外)	3,804	3,671	▲132
	共同事業交付金	12,890	13,858	968
	直診勘定繰入金	6	2	▲4
	その他	380	339	▲41
合 計	127,797	127,166	▲3,209	
単年度支出(経常支出)	総務費	2,269	2,002	▲267
	保険給付費	83,253	83,382	128
	後期高齢者支援金	-	14,256	14,256
	前期高齢者納付金	-	19	19
	老人保健拠出金	22,404	3,331	▲19,074
	介護納付金	6,795	6,114	▲681
	保健事業費	406	840	434
	共同事業拠出金	12,874	13,843	969
	直診勘定繰出金	35	42	7
	その他	1,050	667	▲383
合 計	129,087	124,496	▲4,591	
単年度収支差(経常収支差) (A)		▲1,290	93	1,383
赤字補填のための一般会計繰入金 (B)		2,556	2,585	29
実質的な単年度収支差 (A) - (B)		▲3,620	▲2,383	1,237

(出所)国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)

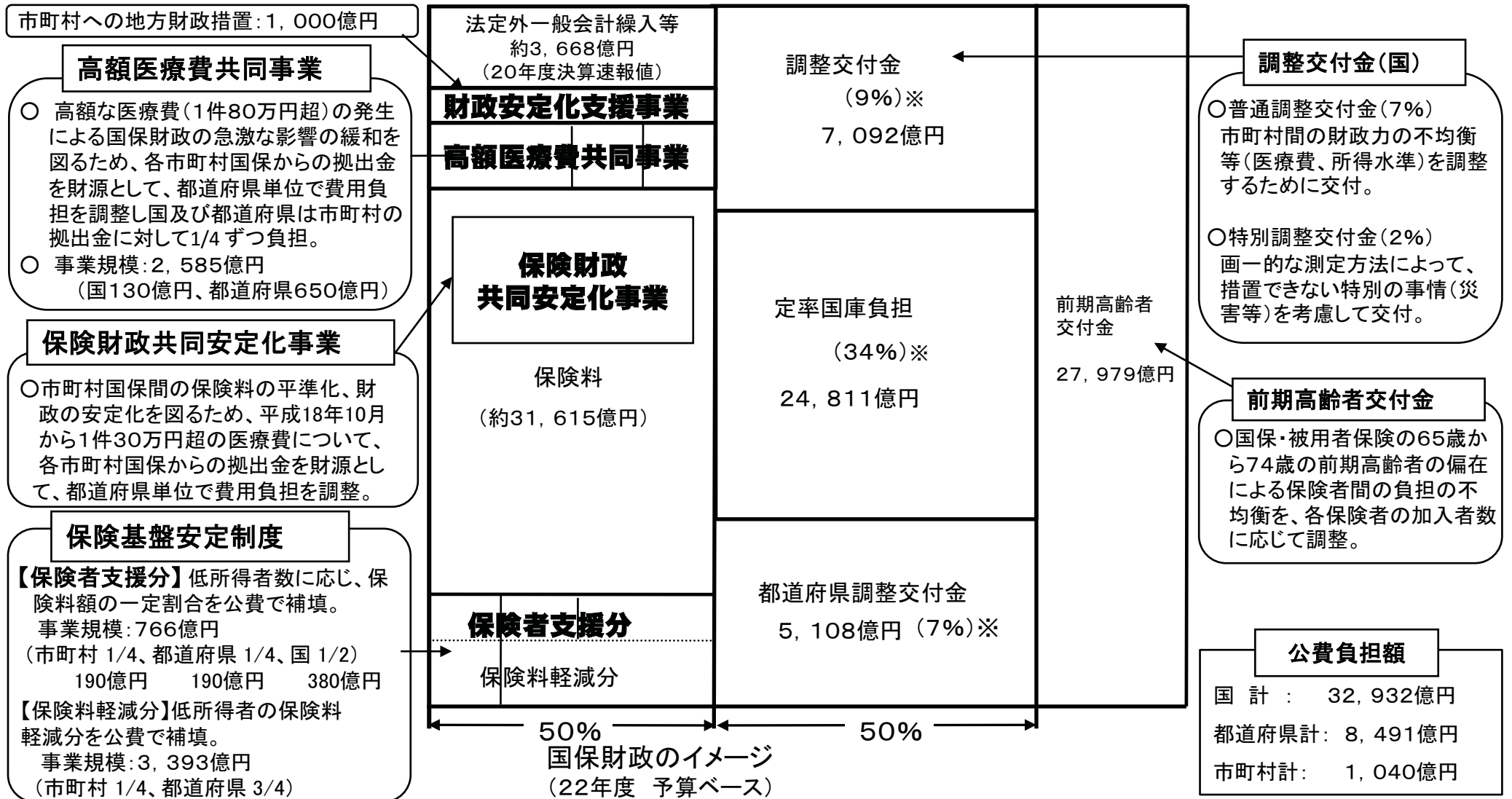
(注1)前期高齢者交付金、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金及び老人保健拠出金は、当年度概算額と前々年度精算額を加えたもの。

(注2)「赤字補填のための一般会計繰入金」とは、収入の「一般会計繰入金(法定外)」のうち赤字補填を目的とした額。

(注3)翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

国保財政の現状

医療給付費等総額: 約103,057億円



※ 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。

広域化等支援方針の策定について

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

(※) 広域化等支援方針のイメージ

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

内容はおおむね以下に掲げる事項。

(1) 事業運営の広域化

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

(2) 財政運営の広域化

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

(3) 都道府県内の標準設定

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

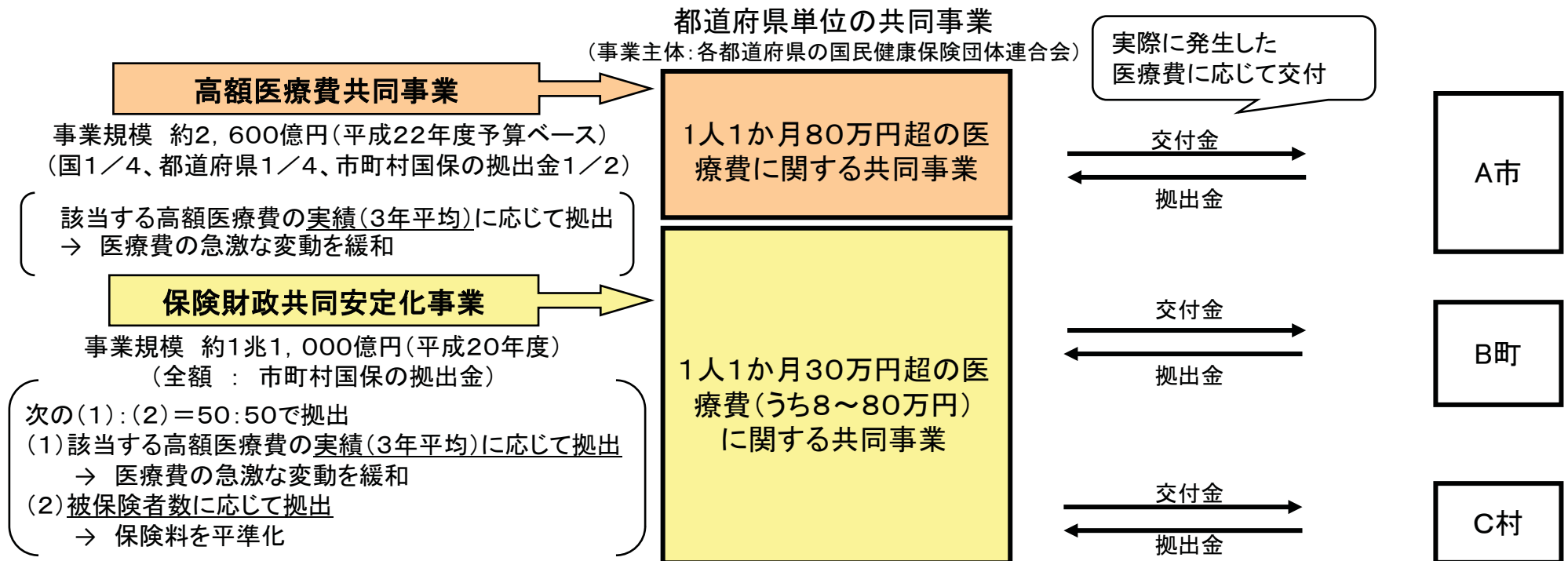
高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

○高額医療費共同事業

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

○保険財政共同安定化事業

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



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

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

「広域化等支援方針」を策定する都道府県においては

1. 普通調整交付金の減額措置の適用除外

各年度の9月末(平成22年度に限り12月末)時点において、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に次の事項が定められている場合は、当該都道府県内の市町村については、普通調整交付金の減額措置を適用しない。

① 保険者規模別の目標収納率

※広域化等支援方針の計画期間内で年次ごとに目標収納率を設定することも可

② ①の達成状況に応じて技術的助言又は勧告を行ったり、都道府県調整交付金により目標達成を支援したりすること

2. 広域化等支援基金の活用

「広域化等支援方針」を策定しようとする、又は策定した都道府県は、次の経費に充てるため、広域化等支援基金の運用収益を使用し、また、その元本の一部(都道府県が基金の他の事業に支障がないと認める範囲内)を取り崩すことができる。

① 「広域化等支援方針」の策定のための調査・研究に要する経費

② 「広域化等支援方針」に定める共同事業の調整、広報啓発事業等に必要経費

「広域化等支援方針」の策定状況(アンケート調査の結果)

(平成22年11月1日現在)

1. 広域化等支援方針策定の予定

① 平成22年12月末までに策定を予定している都道府県 **39都道府県**

北海道・岩手県・青森県・宮城県・秋田県
茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県
富山県・石川県・山梨県・長野県・岐阜県・静岡県・愛知県・三重県
滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県
鳥取県・岡山県・広島県・山口県
香川県・愛媛県・高知県
福岡県・長崎県・熊本県・大分県・宮崎県・沖縄県

② 本年中の策定を検討中であるが、時期が未定の都道府県 **6都道府県**

③ 本年中の策定を予定していない都道府県 **2都道府県**

2. 本年末までに策定を予定している39都道府県が盛り込む予定の項目

- | | |
|---------------|--------|
| ①医療費適正化の共同実施 | 12都道府県 |
| ②収納対策の共同実施 | 11都道府県 |
| ③保健事業の共同実施 | 8都道府県 |
| ④都道府県調整交付金の活用 | 10都道府県 |
| ⑤広域化等支援基金の活用 | 8都道府県 |
| ⑥収納率目標の活用 | 36都道府県 |

都道府県別・保険料(税)賦課状況(市町村、医療給付分、均一賦課)

(1) 保険者数

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

(注) 1 平成20年度末現在の保険者における保険料(税)賦課状況別の保険者数を集計したものである。
 ただし、平成20年度中に合併や広域化を行い、合併後に保険料(税)を賦課していない保険者は
 不均一賦課保険者とし、合併前の各地域ごとの保険料(税)賦課方式に基づき集計を行っている。

(2) 被保険者数

(単位:万人)

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

2 均一賦課保険者における被保険者数は3~2月の年度平均(老人保健受給対象者を除く。)である。

新制度における保険料収納率の見込み（粗い試算）

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

① 平成19年度国民健康保険実態調査における75歳以上の被保険者の内訳

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

② 平成19年度国民健康保険実態調査における世帯主の年齢階級別収納率

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

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

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

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

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

保険料収納率の差により生じる保険料の格差について（見込み）

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

（平成20年度保険料納期別収納状況調査）

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

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

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

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

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

医療費増加の構図

医療費の増加

主要因は老人医療費の増加

老人増
1人当たり老人医療費=若人の5倍

1人当たり老人医療費は都道府県により大きな格差(平均82万円、最高:福岡県約102万円、最低:長野県約67万円)

1人当たり入院医療費の増(寄与度の約5割)

1人当たり外来医療費の増(寄与度の約5割)

病床数の多さ(平均在院日数の長さ)

生活習慣病を中心とする外来受診者の受診行動

在宅(自宅でない在宅含む)療養率の低さ

内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病患者・予備群の増加

要因分析

取組の体系

医療機能の分化・連携

急性期
回復期
療養期
在宅療養



連携

介護提供体制

地域における高齢者の生活機能の重視

生活習慣病対策

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

中長期的な医療費適正化方策

基本的な考え方

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

国

共同作業

都道府県

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

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

実績評価の結果を踏まえた措置

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

- 診療報酬に関する意見を提出することができる(※)

- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等(※)

保険者

(※)については中間年における進捗状況の評価時と同様

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

高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画 (全国医療費適正化計画)

(平成20年厚生労働省告示第442号)

<目次>

計画期間:5年間
(平成20年度～平成24年度)

- 第一 計画の位置付け
- 第二 医療費を取り巻く現状と課題
 - 一 医療費の動向
 - 二 平均在院日数の状況
 - 三 療養病床の状況
 - 四 生活習慣病の有病者及び予備群の状況
- 第三 目標と取組
 - 一 基本理念
 - 1 国民の生活の質の維持及び向上を図るものであること
 - 2 超高齢社会の到来に対応するものであること
 - 二 医療費適正化に向けた目標
 - 1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標
 - 2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標
 - 3 計画期間における医療に要する費用の見通し
 - 三 目標を達成するために国が取り組むべき施策
 - 1 国民の健康の保持の推進に関する施策
 - 2 医療の効率的な提供の推進に関する施策
- 第四 計画の推進
 - 一 関係者の連携及び協力による計画の推進
 - 二 計画の達成状況の評価
 - 1 進捗状況評価
 - 2 実績評価

年間33兆円で1/3が老人医療費。年間で約1兆円の伸び

平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)との相関性は高い

医療費の1/3、死因の6割が生活習慣病。メタボリックシンドローム該当者・予備群は40歳以上の男性の2人に1人、女性で5人に1人

特定健康診査の実施率	70%以上
特定保健指導の実施率	45%以上
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	平成20年度と比べ10%以上の減少

平均在院日数	32.2日⇒29.8日
療養病床の病床数	21万床+ α (※)

(※) 確定している44都道府県の目標数を集計したものに今後確定する3県の目標数を加えたもの

- (1) 保険者による特定健康診査等の推進
 - ① 保健事業の人材養成
 - ② 特定健康診査等の内容の見直し
 - ③ 集合的な契約の活用の支援
 - ④ 好事例の収集及び公表
 - ⑤ 国庫補助
- (2) 都道府県・市町村の啓発事業の促進

- (1) 療養病床の再編成
 - ① 療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成等
 - ② 療養病床から老人保健施設等への転換を促進するための基準の特別措置等の実施
 - ③ 第4期の介護保険事業計画における配慮
 - ④ 老人保健施設における適切な医療サービスの提供
- (2) 医療機関の機能分化・連携
- (3) 在宅医療・地域ケアの推進

平成20年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況

○ 特定健診の受診率

(1) 全体

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

(2) 保険者種別毎

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

○ 特定保健指導の終了率

(1) 全体

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

(2) 保険者種別毎

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

特定健診・保健指導の目標達成状況(平成20年度)

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

(保険者数)

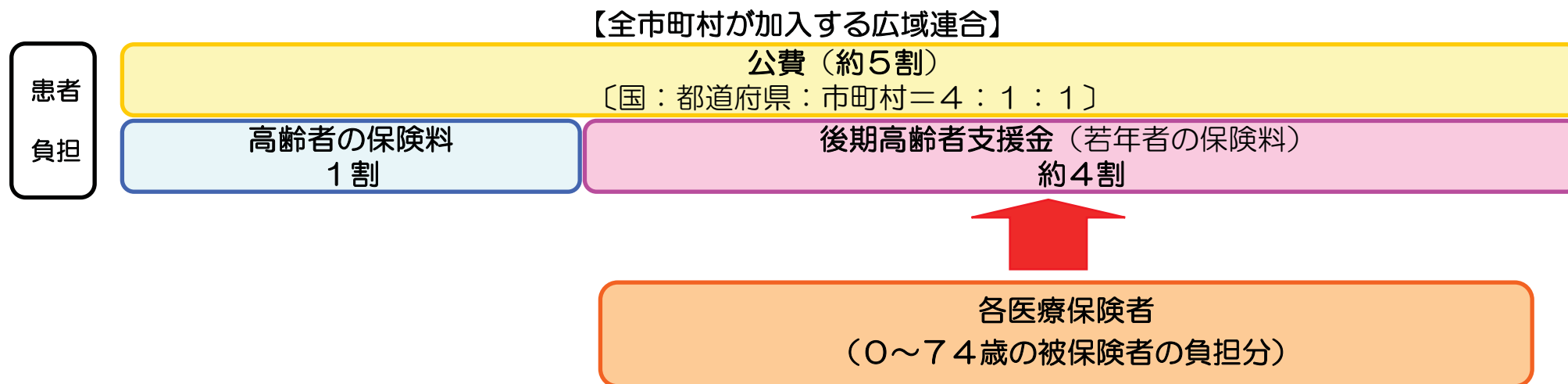
	特定健診実施率 80・70・65%	特定保健指導終了率 45%	左記の2目標を 達成している者	全保険者数
健保組合	156 (単一:113 総合:43)	57	17	1,480
市町村国保	22	262	4	1,794
国保組合	0	0	0	165
協会けんぽ	0	0	0	1
共済組合	3	3	1	77
船員保険	0	0	0	1
計	181	322	22	3,518

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

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

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

○ 後期高齢者医療制度における財政調整



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

〈加算・減算の方法〉

① 目標の達成状況

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

② 保険者の実績を比較

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

◆ 減算と加算は最大±10%の範囲内で設定

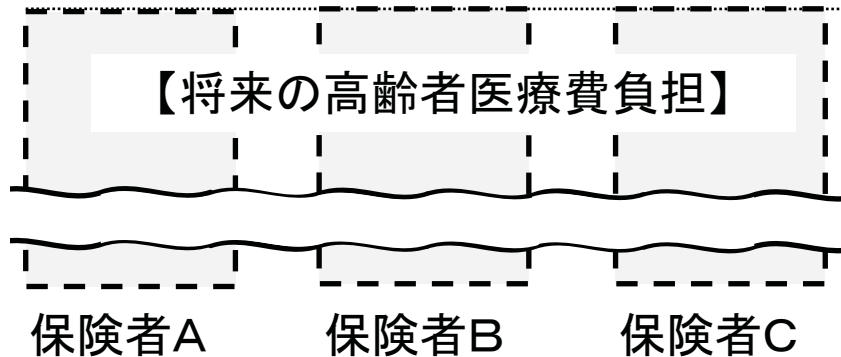
◆ 減算額と加算額の総額は±ゼロ

後期高齢者支援金の加減算制度の考え方

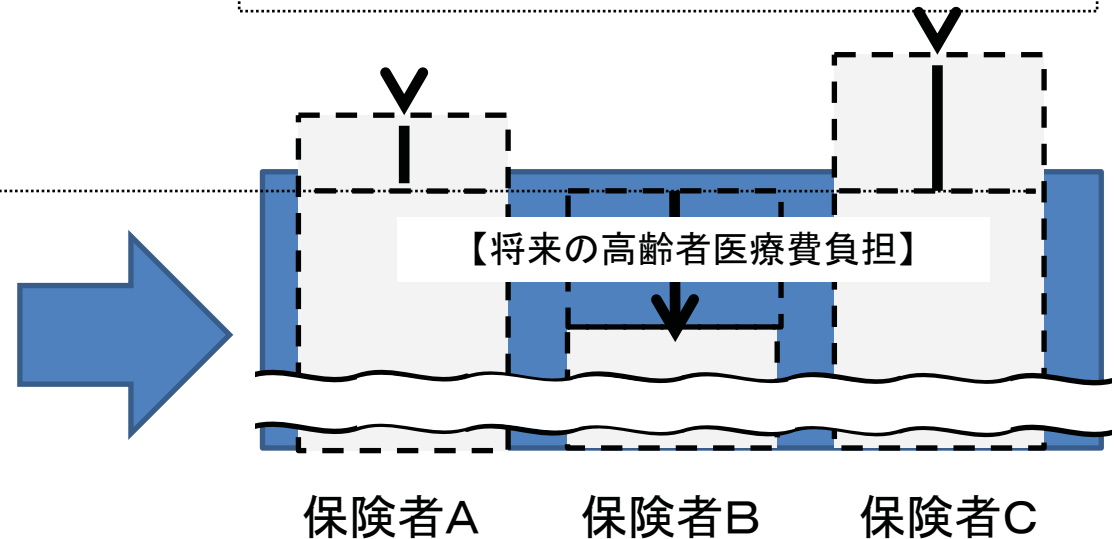
【イメージ】

○ 健診・保健指導の実施率が同一の場合。

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



○ 健診・保健指導の実施率が保険者A及びCは低く、Bが高い場合。



[- - -] : 各保険者に加入していた高齢者に係る医療費
■ : 財政調整後の各保険者の高齢者医療費負担

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

後期高齢者医療制度の保健事業等について

健康診査の充実

財政支援について

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

この他に市町村への地方財政措置あり
44.8億円

平成20年度 30.4億円

平成21年度 35.2億円

平成22年度 44.8億円

受診率 21%(実績)

受診率 24%(実績見込)

受診率 27%(予算ベース)

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

<都道府県の支援> 11都道府県 約11.4億円(平成21年度)

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

受診率向上計画の策定について

各広域連合において、市区町村等と協議の上、

- ① 平成22年度目標受診率
- ② 目標受診率達成に向けた具体的な取組

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

人間ドックの再開

これまでの対応

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

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

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

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

実施に向けた検討について

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

長寿・健康増進事業の実施

事業のねらい

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

事業内容

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

広域連合の行うモデル的な事業の支援

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

高齢者健康づくり基盤整備モデル推進事業(滋賀県広域連合)

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

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

高齢者元気づくり事業「いきいき教室」(鹿児島県広域連合)

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

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

ア 運動実施群

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

イ 未実施群

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

医療費の効率化を図るための事業

重複・頻回受診者への訪問指導の強化

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

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

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

後発医薬品の使用促進等のための普及・啓発

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

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

レセプト点検

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

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

医療費通知

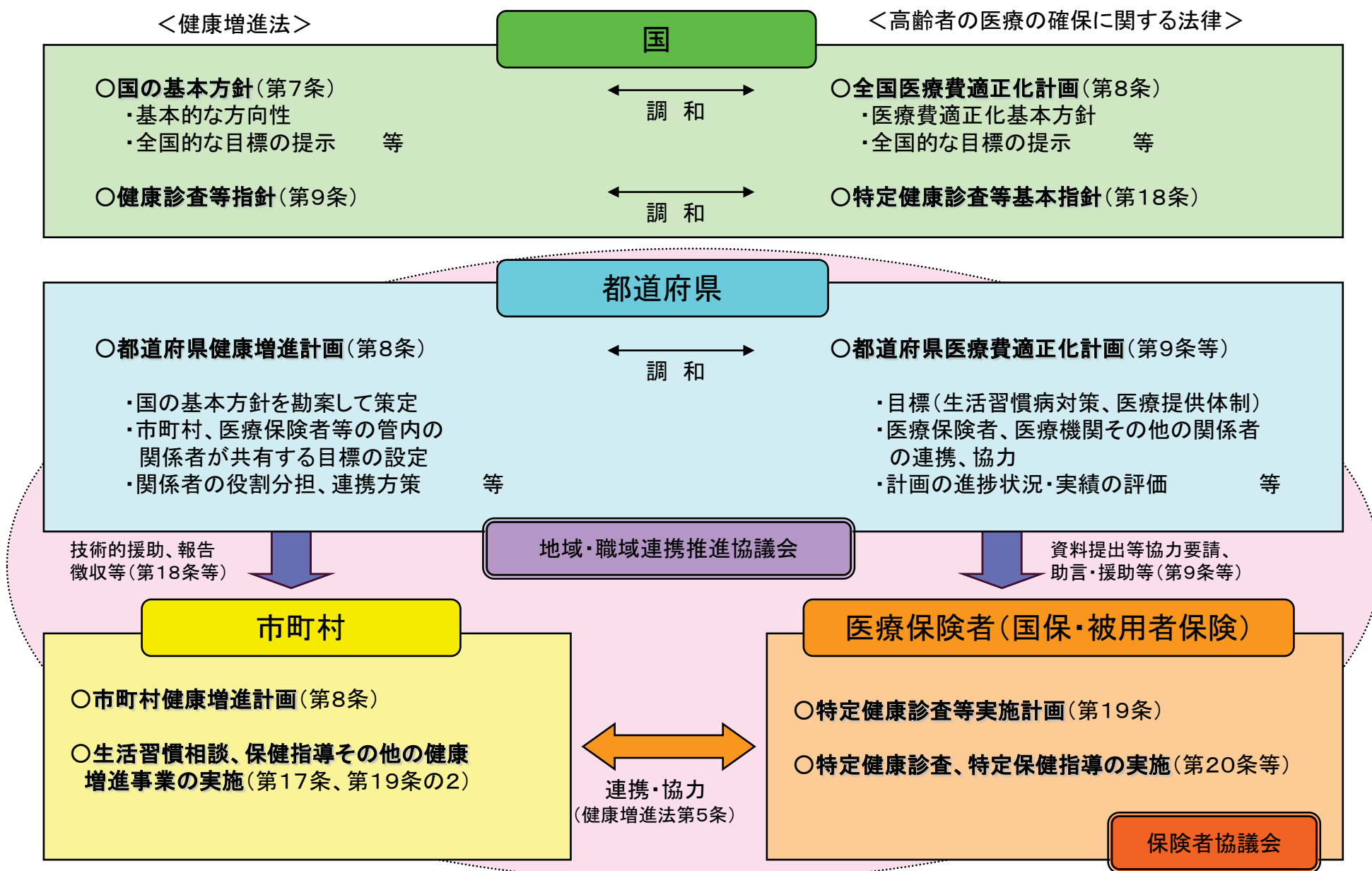
被保険者に対し、医療費に対する認識を高めてもらうために、本人の受診状況・自己負担額等を通知。

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

適正受診の普及・啓発

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

国、都道府県、市町村、医療保険者による生活習慣病対策の推進について



医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
- 地域の実情に応じた数値目標を設定し、PDCAの政策循環を実施。

記載事項

- 四疾病五事業(※)に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
- 居宅等における医療の確保 ○ 医師、看護師等の医療従事者の確保 ○ 医療の安全の確保
- 二次医療圏、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 四疾病五事業…四つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

【 基準病床数制度 】

- ◇ 二次医療圏等ごとの病床数の整備目標であるとともに、それを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となる病床数(基準病床数)を算定。
- ◇ 基準病床数制度により、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導し、病院・病床の地域偏在を是正。

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 四疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。

医療計画に医療連携体制を明示

都道府県は、四疾病五事業(※)ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、住民に分かりやすく公表する。

※ 四疾病五事業…四つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

各都道府県における医療計画(例:脳卒中)

地域の救急医療の機能を有する医療機関

- ・ ○○病院
- ・ △△病院
- ・
- ・

<目標>

- ・ 発症後3時間以内に専門的治療開始
- ・ 早期のリハビリ実施

<求められる体制>

- ・ 24時間対応可能なこと
- ・ 脳梗塞の場合、t-PAによる脳血栓溶解療法が実施可能なこと
- ・ 廃用群症候群や合併症の予防セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションが実施可能なこと

回復期リハビリの機能を有する医療機関

- ・ ▲▲リハビリ病院
- ・ ◇◇病院(回復期リハ病棟)
- ・
- ・

<目標>

- ・ 機能障害改善・ADLの向上等回復期のリハビリ実施

<求められる体制>

- ・ 理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
- ・ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能なこと

生活リハを含めた療養医療を提供する機能を有する医療機関

- ・ 介護老人保健施設◇◇
- ・ □○診療所
- ・
- ・

<目標>

- ・ 生活機能維持・向上等維持期のリハビリ実施

<求められる体制>

- ・ 在宅復帰を支援するため居宅介護サービス等を調整すること
- ・ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能なこと

地域完結型医療の実現

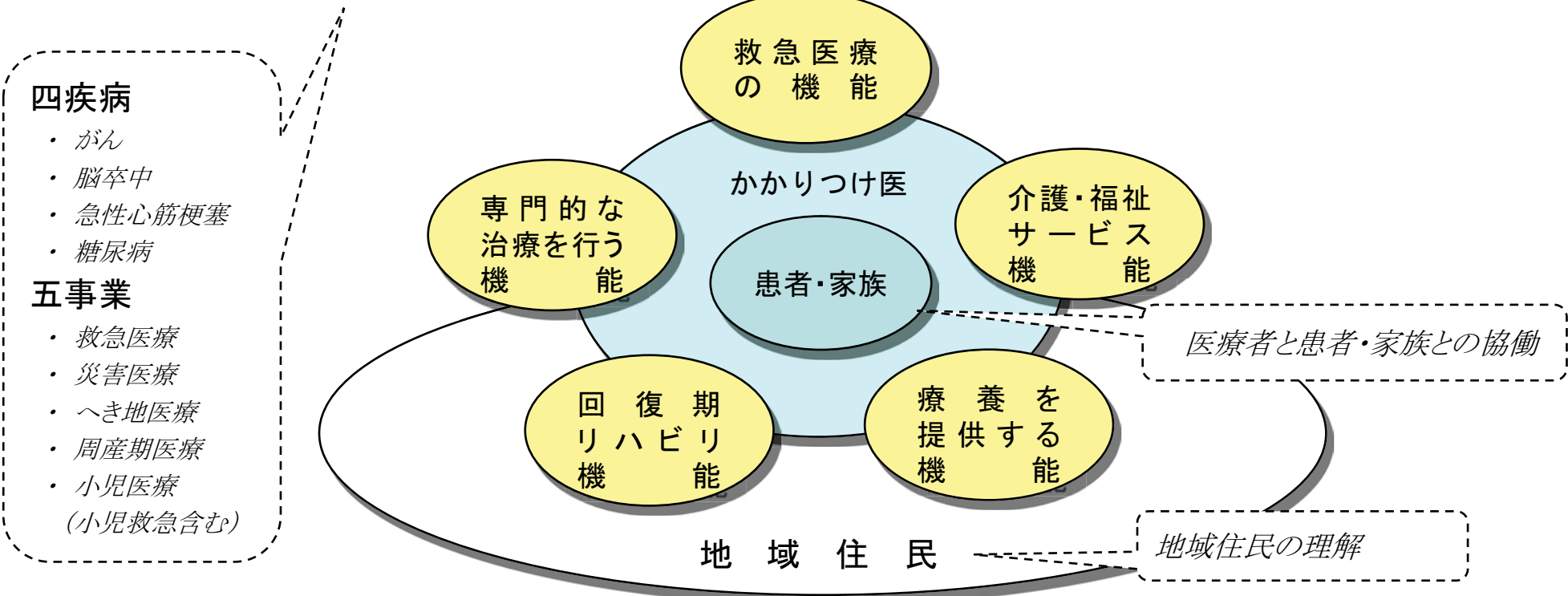
生活習慣病の増加など
疾病構造の変化

医療資源(介護、福祉含む)を
有効活用する必要性

医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

➡

- 都道府県は、四疾病五事業ごとに、必要な医療機能と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築
- 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解



介護サービス基盤の計画的な整備

- 超高齢社会における介護問題の解決を図るため、地方自治体は、3年を1期とする介護保険事業(支援)計画を策定し、住民のニーズを的確に把握した上で、計画的な基盤整備に取り組んでいる。
- また、第3期計画(18' ~20')の策定時において、国は第5期計画末(平成26年度末)までを視野に入れた中期的な考えに基づき計画を定めることを求めているところ。

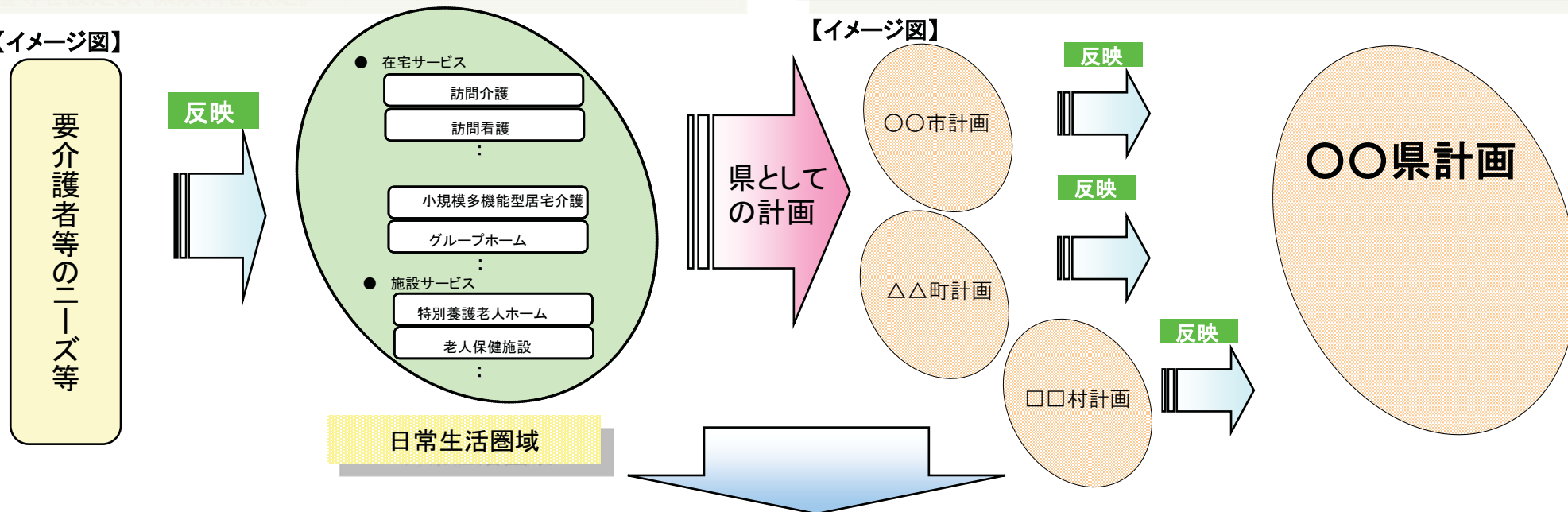
市町村介護保険事業計画

各市町村が、住民に最も身近な行政主体として、**地域の高齢者の需要**や**将来必要な介護サービスの量**を明らかにしつつ、日常生活圏域及び市町村全域における計画期間(3年間)の介護サービスの見込み量等を設定し、保険料を決定。

都道府県介護保険事業支援計画

都道府県は市町村が見込んだサービス量を圏域ごとに積み上げ、県単位の計画を策定し、**広域的な観点から市町村の取り組みを支援**。また、広域自治体として、介護従事者の確保及び資質の向上に関する事業等を規定している。

【イメージ図】



地域の実情を踏まえた介護サービス基盤の計画的な整備が可能

第4期介護保険事業(支援)計画の主な内容

介護保険事業計画(市町村)

- 市町村介護保険事業計画の基本的理念等
- 日常生活圏域の設定
- 介護給付等対象サービスの現状等
- 各年度(平成21~23年度)の介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み等

【参酌標準】平成26年度目標値の設定

①要介護認定者数(要介護2~5)に対する施設・居住系サービス利用者の割合は、37%以下((注)22.10.7撤廃)

②入所施設利用者全体に対する要介護4, 5の割合は、70%以上
- 各年度の日常生活圏域ごとに必要利用定員総数の設定
認知症グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設
- 各年度の地域支援事業に要する費用の額・見込量等
- 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項
- 計画の達成状況の点検・評価

介護保険事業支援計画(都道府県)

- 都道府県介護保険事業支援計画の基本的理念等
- 老人福祉圏域の設定
- 介護給付等対象サービスの現状等
- 各年度(平成21~23年度)の介護給付等対象サービスの量の見込み
(市町村介護保険事業計画におけるサービス見込量を積上げる)

【参酌標準】平成26年度目標値の設定

・3施設の個室・ユニット化割合 50%以上

・特養の個室・ユニット化割合 70%以上
- 各年度の老人福祉圏域ごとに必要入所(利用)定員総数の設定
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護専用型特定施設、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設(介護専用型以外の特定施設(混合型特定施設)についても、必要利用定員総数の設定は可)
- 施設の生活環境の改善に関する事業
- 介護給付等に要する費用の適正化に関する事項
- 計画の達成状況の点検・評価

※ 保健、医療又は福祉に関する事項を定める計画(医療計画、地域福祉計画等)との調和規定がある。

1人当たり医療費の伸び率、経済成長率、1人当たり総報酬の伸び率の推移

池上委員
御依頼資料

◎ 1人当たり医療費の伸び率の推移

	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成17～ 21年度平均
1人当たり医療費 ①	3.0%	-0.9%	1.9%	1.9%	3.1%	0.1%	3.1%	1.9%	3.6%	2.4%
診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.7%	1.6%	1.6%	1.9%	1.5%	1.6%	1.5%	1.5%	1.6%
その他 (①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.4%	0.1%	0.3%	1.3%	1.2%	1.8%	1.4%	1.2%	2.1%	<u>1.5%</u>

※ 概算医療費(メディアス)による1人当たり医療費の伸び率分析 (第11回高齢者医療改革会議 資料2-2より)

◎ 名目経済成長率の推移

	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成17～ 21年度平均
名目経済成長率	-2.1%	-0.8%	0.8%	1.0%	0.9%	1.5%	0.9%	-4.2%	-3.6%	-0.9%

※ 平成17～21年度平均は、伸び率の単純平均である。
資料: 国民経済計算(内閣府)

◎ 被保険者1人当たり総報酬の伸び率の推移

		平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成17～ 21年度平均
1人当たり 総報酬 の伸び率	協会 けんぽ	(-0.2%)	(-0.8%)	(-0.8%)	-0.3%	0.0%	-0.1%	0.6%	-0.5%	-2.9%	-0.6%
	健保組合	(0.5%)	(-0.8%)	(0.2%)	0.6%	-0.2%	-0.4%	0.8%	-0.6%	-4.4%	-0.9%

※ 1、平成20、21年度は速報値である。
2、平成15年度以前については、被保険者一人当たり標準報酬月額伸び率である。
3、平成17～21年度平均は、伸び率の単純平均である。
資料: 健康保険事業状況報告(厚生労働省保険局調査課)、医療保険に関する基礎資料(厚生労働省保険局調査課)

費用負担に関する前回会議での主な御意見とそれに対する厚生労働省の考え方

論点	厚生労働省の考え方
<p>1. 新制度における財政調整の基本的な考え方について</p> <p>(※) 前回会議で提案した財政調整の仕組み ・75歳以上の医療給付費については、75歳以上の高齢者の保険料（約1割）、公費、各保険者が74歳以下の加入者数等に応じて負担する支援金で支えるとともに、 ・65～74歳の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整する仕組み（現行の前期財政調整）を継続する。</p> <p>（制度の基本的枠組みが、年齢ではなく、国保と被用者保険を区分するものであるならば、全体の財政措置も国保と被用者保険でそれぞれ峻別して考えるべきといった意見が前回会議ではあった。）</p>	<p>後期高齢者医療制度は、75歳に到達した途端に、それまでの保険制度から分離・区分した保険制度に加入させるといった年齢による差別がある点が最大の問題である。こうした問題を解消するため、新制度では、加入する制度を年齢で区分せず、75歳以上の高齢者の方も現役世代と同じ国保か被用者保険に加入することとする。</p> <p>その上で、75歳以上の高齢者の医療給付費については、どの制度に加入してもこれまでどおり、75歳以上の世代と75歳未満の世代との負担割合を明確にして世代間の連帯で支えるとともに、5割の公費を投入する。（ただし、被用者保険の高齢者の保険料は、職域内の連帯・公平の観点から、若人と共通の保険料率を適用する。）</p> <p>これは、75歳以上の高齢者は、国保・被用者保険に戻ることになるが、その医療給付費については、引き続き、制度横断的に、75歳以上の保険料・75歳未満の保険料（支援金）・公費で、国民全体で支え合うという基本理念に立っているものである。</p> <p>このような費用負担とすることにより、75歳以上の高齢者の偏在により生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなる。</p> <p>加えて、65歳から74歳の高齢者についても、国保に高齢者が偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整の仕組みを継続するものである。（なお、後期高齢者医療制度と同じような仕組みとすることについては、65～74歳ではこれらの方々の医療給付費にまず保険料を充てる仕組みにできないこと等から困難。）</p>

	<p>【参考】老人保健制度・後期高齢者医療制度・新制度の比較</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 老人保健制度は、拠出金（約5割）を各保険者が加入者数を基本に按分。 ○ 老健拠出金が高齢者と若人の負担関係が不明確であったことから、後期高齢者医療制度は、その点を改善し、約1割に75歳以上の保険料を充て、残りの約4割を各保険者が75歳未満の加入者数で按分するという世代間の連帯の形を明確化。その際、75歳以上の保険料も負担の公平を目指し、制度を一元化した上で一人一人から保険料を徴収。 ○ 新制度では、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分すること等について国民の理解を得ることができなかったことから、独立型制度を廃止し、高齢者も被用者保険・国保に戻るが、約1割に75歳以上の保険料を充て、残りの約4割を各保険者が75歳未満の加入者数で按分するという世代間の連帯の形は維持。
<p>2. 75歳以上の医療給付費に対する公費(国、都道府県、市町村)の負担割合について</p>	<p>現在、75歳以上の高齢者の医療給付費に対する公費については、国：都道府県：市町村が4：1：1の比率で負担しているが、引き続き、<u>75歳以上の高齢者の医療費を国民全体で支え合うという基本理念に立ち、この負担割合を維持する。</u>なお、かつての老人保健制度においても、加入関係は被用者保険・国保に分かれていたが、同様に4：1：1で負担していた。</p> <p>仮に、今回、被用者保険に地方負担を入れない一方で、国保の高齢者医療分は引き続き、国：都道府県：市町村が4：1：1で負担することとした場合には、国は3,300億円の負担増、都道府県・市町村は1,700億円ずつの負担減となり、高齢者の加入関係が変更されることのみを理由として、地方の負担を減少させることは不適當である。</p>

3. 制度改正による公費増（2013 年度＋700 億円）は、都道府県と市町村の負担増であり、国の負担が±0 である理由について

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

確かに、制度改正の影響額だけをみれば、国の負担増はなく、地方だけ負担増（2013 年度 都道府県＋200 億円、市町村＋500 億円）となっているが、そもそも 75 歳以上高齢者の医療給付費に対する公費の負担割合は 4:1:1 と国が高率のため、2010 年度→2025 年度の実額の変化は、国 8.1 兆円→12.8 兆円（年 0.3 兆円）に対して、都道府県 1.9 兆円→3.2 兆円（年 0.1 兆円）、市町村 1.2 兆円→2.1 兆円（年 0.1 兆円）となっており、国の負担額は、毎年度、制度改正による地方への影響額とは比較にならない大きな増加が生じる。【別紙 1 今後の公費の見込み（現行制度と新制度）】

（単位；兆円）

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

<p>4. 公費投入の拡充について</p> <p>（今回、現役並み所得を有する高齢者に5割公費を入れるが、総報酬割導入により不要となる協会けんぽの支援金負担への公費負担2100億円を充てる形になっている。5割公費への引上げ（2013年度3500億円）は真水の公費を投入すべき、この2100億円は被用者保険内で使うべき、適用関係の変更で被用者保険の負担増が1000億円あるがこういうところにも充当すべき、等の意見が前回会議ではあった。）</p>	<p>公費については、現役並み所得を有する高齢者の給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、まず新制度移行時に、これを改善し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げることを提案している。</p> <p>また、被用者保険者の支援金の按分方法については、加入者数に応じた負担では財力が弱い保険者の負担が相対的に重くなるため、負担能力に応じた公平な負担とすべく総報酬割を提案しているところであり、応能負担となることに伴う反射的效果として、協会けんぽの支援金負担への国庫負担が不要になるものである。</p> <p>さらに、適用関係の変更で被用者保険が負担増となるのは、被扶養者からは保険料を徴収しないことによるものである（この点のみに着目して、公費を充当すべきという考え方は不適當）。</p> <p><u>このように制度のあり方の一つ一つについて、適切と考えられる見直しを行う結果として、制度改正全体の財政影響が生じるものであり、制度改正の内容のうち、部分的な要素のみに着目して考えるべきものではない。</u></p> <p>また、公費については、将来的には、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要であり、定期的（例えば4年ごと）に医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとすることとしている。</p>
<p>5. 税と社会保障の一体的な改革との関係について</p>	<p><u>政府・与党社会保障改革検討本部との関係については、将来的な費用負担のあり方（※）について、税制のあり方と併せて検討していただくことが適當と考えている。</u></p> <p>（※）新制度では、定期的に（例えば4年ごとに）公費等のあり方を検討する仕組みとすることを提案しているところ。</p>
<p>6. 前期財政調整について、前期高齢者に係る支援金まで調整する理由について</p>	<p><u>前期財政調整は、前期高齢者の給付費のみならず、加入者数に応じて各保険者に按分される支援金についても調整対象としているが、これは、前期高齢者に係る支援金についても、前期高齢者の偏在に伴う負担であり、給付費同様、各保険者が公平に負担し合うべきであるという考え方の下、現行の高齢者医療制度創設時からこのような仕組みとなっている。</u></p>

	<p>仮に、前期高齢者に係る支援金について特段の調整を行わない場合、国保に前期高齢者が偏在していることから、2013年度推計で、市町村国保+1700億円、協会けんぽ▲1400億円、健保組合▲1600億円、共済▲600億円、公費+1900億円と、国保の負担が重くなる。</p>
<p>7. 医療費、支援金等の負担の将来見通しについて</p>	<p>別紙2 2030, 2035年度の国民医療費、医療給付費の機械的な計算結果 別紙3 支援金の将来見通し</p>
<p>8. 70～74歳の患者負担割合について</p> <p>（早急に2割負担とすべきという意見、段階的に2割とすべきという意見、低所得者は1割負担とすべきという意見、現状どおり1割負担とすべきという意見、中長期的には全年齢で負担割合を引き下げるべきという意見など、賛否さまざまな意見が前回の改革会議であった。）</p>	<p>高齢化の進展に伴い医療費が増大する中で、持続可能で安定的な医療保険制度を構築するためには、医療費を賄う財源について、世代間・世代内の公平にも配慮しつつ、保険料・公費・患者負担を適切に組み合わせていくことが必要である。</p> <p>患者負担については、これまで、義務教育就学前は2割、それ以降69歳までは3割、70～74歳は2割、75歳以上は1割と、<u>制度横断的に年齢に応じて負担割合を設定する方向で見直してきたところ。</u></p> <p>しかしながら、70歳から74歳までの方の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結し、<u>70歳を境に急に負担割合が低下することとなっている。</u></p> <p>今回の制度見直しでは、高齢者個々人の負担が増加しないように配慮するとともに、現役世代の負担の増加にも配慮し、70歳から74歳までの方の患者負担について、新制度の施行日以後70歳になられる方から、段階的に本来の2割負担とする案を提示したところ。</p> <p>すなわち、この案では、個々人に着目してみれば、既に1割負担となった方の患者負担を2割に引き上げるものではなく、69歳までは3割負担だった方が70歳に到達するときから順次2割負担となるものであり、<u>個々人の患者負担が増加しない仕組みとしている。</u>（※）</p> <p>また、患者負担が高額とならないよう、高額療養費制度があり、世帯の所得別に自己負担限度額を設定しているが、<u>特に配慮すべき低所得の方については、1割負担でも2割負担でも、自己負担限度額は同額とすることとしている</u>（※※）。</p>

	<p>なお、今回の制度見直しでは、高齢者の保険料の負担率の見直しや、保険料の上昇抑制のための財政安定化基金の活用など、様々な面で高齢者に配慮した内容となっており、これに加えて、1割負担で恒久化した場合には、協会けんぽ 500 億円、健保組合 500 億円、共済 200 億円、市町村国保 300 億円の保険料増（2013 年度推計）が生じる。また、今回の財政影響試算では、段階的に 2 割負担とすることを前提としているが、1 割負担とした場合には、2 割負担とした場合と比較して、医療給付費が 2020 年度で 5300 億円、2025 年度で 4900 億円、増加することとなり、この分、保険料等の負担が増加する（例えば健保組合の制度改正影響をみると、2020 年度▲200 億円が+300 億円に、2025 年度▲200 億円が+300 億円）ことから、各保険者の理解、ひいては、保険財政を主として支える若人世代の理解を得ることは困難と考える。</p> <p>（※）「高齢者医療制度に関する世論調査」では、3 割負担から 2 割負担となった場合には、「現在の受診頻度と変わらないと思う」と答えた人が 75.7%、「気軽に受診できるようになると思う」と答えた人が 23.7%。</p> <p>（※※）低所得者の自己負担限度額は、外来 8,000 円、入院 24,600 円（世帯の所得がない方の場合は 15,000 円）。</p>
<p>9. 財政安定化基金の活用方法、負担割合について</p> <p>（ 財政安定化基金の原点をみれば、本来、保険料の伸びの抑制のために使うべきではない、仮に財政安定化基金を使うのであれば、これまでの財政安定化基金とは性格が全く異なるので、国：都道府県：保険料で 1：1：1 で負担するのではなく、4：1：1 の負担割合とすべきといった意見が前回会議であった。 ）</p>	<p>国保については、まず第一段階は「75 歳以上」を都道府県単位の財政運営とし、第二段階で「全年齢」で都道府県単位の財政運営とすることとしており、少なくとも一定期間は、75 歳以上と 75 歳未満で保険料水準や伸び率が異なるものとなる。<u>同じ国保に加入しながら、1 人当たり医療費の伸び率に差が生じ、1 人当たり保険料の伸びが「75 歳以上」と「75 歳未満」とで大きく異なることは適当とは言えないことから、第一段階の間、75 歳以上の保険料について財政安定化基金を活用して伸びを抑制できるようにするものである。</u>これは、国保の高齢者の保険料の伸びを抑制するために、被用者保険等の現役世代の拠出金に負担を求めることなく、地域保険の中で対応するため、公費と高齢者の保険料を財源とする財政安定化基金を活用しようとするものである。また、保険料の伸びを抑制するために、基金を活用するかどうか、どの程度活用するかは、基金を設置する都道府県の判断によることとなる。</p>

	<p>なお、後期高齢者医療制度においても、給付の増加や保険料の収納不足への対応として基金を設置していたが、平成 22 年度の制度改正で、制度廃止までの間の措置ではあるが、保険料の上昇抑制のためにも活用できるようにしたところであり、こうした活用方法が不適當であるとは言えない。</p> <p>また、国、都道府県、保険料の負担割合については、現在、財政安定化基金の負担以外にも、保険基盤安定制度（都道府県 3/4、市町村 1/4）、高額医療費共同事業（国 1/4、都道府県 1/4、保険料 1/2）など、医療保険制度では様々な面から公費を投入しているが、その負担割合は、給付費に対する定率負担割合と同じものではない。</p> <p><u>後期高齢者医療制度や介護保険においても、国：都道府県：保険料＝1：1：1で負担しており、新制度においても後期高齢者医療制度の財政安定化基金を承継するものであり、今般、この負担割合を見直す必要性はない。</u></p> <p>なお、保険料の上昇抑制のための拠出率は、現時点の見込みでは全体の 0.288%のうち 0.016%とわずかである。</p>
<p>10. 第二段階の国保の仕組みについて</p> <p>（第二段階の議論がなされていない、国保は一般会計繰入や繰上充用の解消など構造的課題への対応が必要といった意見が前回会議であった。）</p>	<p>全年齢を対象とした都道府県単位化を図る際には、</p> <p>①保険料の設定（全年齢で都道府県単位化した段階で、若人と高齢者の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか。市町村の収納率や医療費格差を保険料率に反映するか。また、保健事業、国保直診などへの保険料の充当をどうするか。）</p> <p>②財政調整のあり方（全年齢で都道府県単位化した段階で、高齢者と若人の会計を区分する必要があるのか。被用者保険と国民健康保険の間の財政調整の方法をどうするか。）</p> <p>③事務体制のあり方（「都道府県単位の運営主体」と「市町村」の役割分担について、見直す必要があるのかどうか。）</p> <p>等について結論を得ることが必要であるが、これらの点については、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、平成 25 年度からの第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら、改めて検討することが必要と考える。</p> <p>一方で、第二段階への移行の目標時期については、</p>

- ・できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること
- ・そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化の取組が進められること

が必要であり、具体的時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、今回の法案に明記することが必要と考えている。

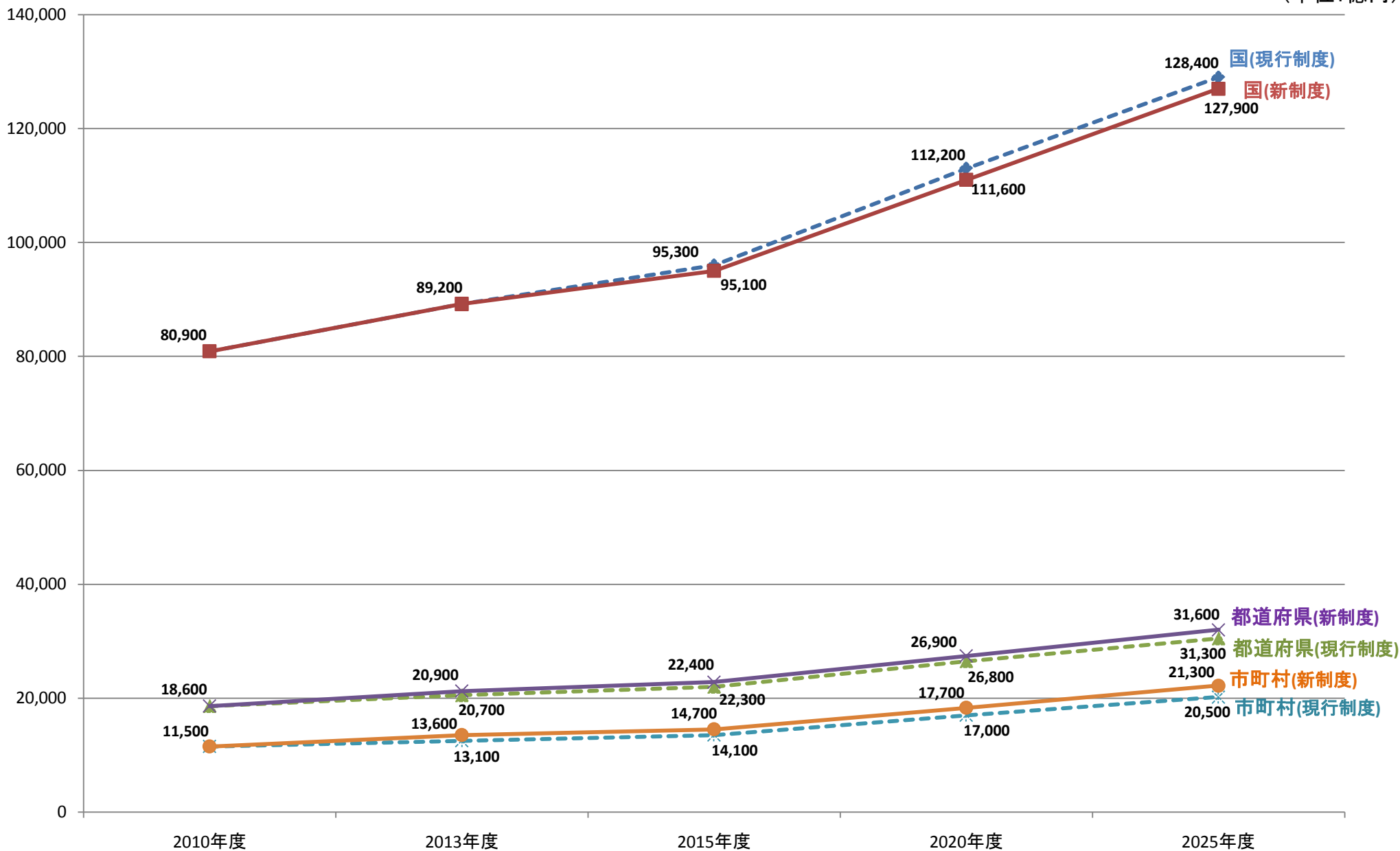
また、国保については、構造的に低所得者が多く、一人当たりの保険料負担が重い等、財政は引き続き厳しい状況にあることから、地方関係者の御意見を踏まえ、平成 22 年の通常国会において、低所得者対策や高額医療費の再保険事業を含め、平成 21 年度で暫定措置の期限を迎えた財政基盤強化策を 4 年間延長するための改正を行ったところであるが、今後、第二段階に向けて、どのような対策が必要か、地方関係者の御意見を聞きながら検討を進める。

市町村国保の一般会計繰入や繰上充用については、市町村の政策的判断によって行っている部分もあるが、市町村国保の財政運営の健全化を図るためには、保険料引上げだけでなく、収納率向上、医療費適正化などの取組を行うことにより、段階的かつ計画的に解消していくことが望ましい。今後さらに、全年齢を都道府県単位化する第二段階への円滑な移行を図るため、国としても、一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援の在り方について幅広く検討する。

今後の公費の見込み(現行制度と新制度)

(別紙1)

(単位:億円)



2030, 2035年度の国民医療費、医療給付費の機械的な計算結果

(別紙2)

新制度における医療費、給付費(2030, 2035年度)

(兆円)

	2025年度 (平成37)	2030年度 (平成42)	2035年度 (平成47)	年平均伸び(2025→2035)	
				増減	伸び率
国民医療費	52.3	56.8	60.7	0.8	1.5%
(医療保険分)	49.0	53.2	56.9	0.8	1.5%
65歳未満	17.3	18.2	18.6	0.1	0.7%
65～74歳	7.6	7.7	8.8	0.1	1.5%
75歳以上	24.1	27.3	29.5	0.5	2.1%
医療給付費	45.0	49.0	52.5	0.7	1.6%
(医療保険分)	41.8	45.5	48.7	0.7	1.6%
65歳未満	13.5	14.1	14.5	0.1	0.7%
65～74歳	6.3	6.4	7.3	0.1	1.4%
75歳以上	22.0	25.0	27.0	0.5	2.1%

医療保険加入者数(2030, 3035年度)

(百万人)

	2025年度 (平成37)	2030年度 (平成42)	2035年度 (平成47)	年平均伸び(2025→2035)	
				増減	伸び率
計	118	114	110	-0.9	-0.8%
65歳未満	83	79	74	-1.0	-1.2%
65～74歳	14	13	14	0.0	0.2%
75歳以上	21	22	22	0.1	0.3%

<2030, 2035年度の医療費推計に対する考え方>

将来の医療費は、今後の医療技術の進歩、国民の健康状態、医療政策などの様々な要素の影響を受け不確定な部分も多い。また、これらの不確定要素の将来の変化を見込むことは困難である上、医療費への定量的な影響度合も必ずしも明らかでないため、医療費の将来推計では現状の傾向を将来に投影する方法を用いることが一般的である。

この現状の傾向を将来に投影する方法では、遠い将来ほど大きな乖離が生じる恐れがあり、20年以上もの遠い将来の医療費推計を行うことに限界があるが、今回は、神田委員の御依頼に応じて、2035年度までの国民医療費・医療給付費を2025年度までと同じ方法で機械的に計算したものである。

支援金の将来見通し

(別紙3)

(十億円)

			計	協会けんぽ	健保組合	(再)特例退職	共済	市町村国保	(再)退職	国保組合	
平成22年度 (2010)	賦課ベース		支援金(前期調整後)	5,010	1,580	1,490	10	480	1,300	100	160
			支援金(前期調整前)	5,000	1,450	1,360	10	440	1,580	90	160
			前期調整分	10	120	130	0	40	-290	10	10
平成25年度 (2013)	現行制度	① 高齢者保険料負担率の見直し前	支援金(前期調整後)	5,740	1,800	1,710	10	560	1,490	110	180
			支援金(前期調整前)	5,730	1,650	1,550	10	500	1,840	100	180
			前期調整分	20	150	160	0	60	-360	10	10
		② 高齢者保険料負担率の見直し後	支援金(前期調整後)	5,760	1,800	1,710	10	560	1,490	110	180
			支援金(前期調整前)	5,740	1,650	1,550	10	500	1,850	100	180
			前期調整分	20	150	160	0	60	-360	10	10
	新制度	③ (②に加え)適用関係の変更	支援金(前期調整後)	5,760	1,810	1,710	10	560	1,490	110	180
			支援金(前期調整前)	5,740	1,660	1,550	10	500	1,850	100	180
			前期調整分	20	150	160	0	60	-350	10	10
		④ (③に加え)支援金の全面総報酬	支援金(前期調整後)	5,760	1,600	1,840	10	640	1,490	110	180
			支援金(前期調整前)	5,740	1,450	1,670	10	580	1,850	100	180
			前期調整分	20	140	170	0	60	-350	10	10
⑤ (④に加え)現役並み高齢者に5割公費	支援金(前期調整後)	5,360	1,490	1,710	10	600	1,390	100	170		
	支援金(前期調整前)	5,340	1,350	1,560	10	540	1,720	90	170		
	前期調整分	20	130	150	0	50	-330	10	10		
⑥ (⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し	支援金(前期調整後)	5,360	1,490	1,710	10	600	1,390	100	170		
	支援金(前期調整前)	5,340	1,350	1,560	10	540	1,720	90	170		
	前期調整分	20	130	150	0	50	-330	10	10		
平成27年度 (2015)	現行制度	① 高齢者保険料負担率の見直し前	支援金(前期調整後)	6,190	1,940	1,840	10	600	1,600	90	200
			支援金(前期調整前)	6,170	1,760	1,650	10	540	2,010	70	190
			前期調整分	20	170	190	0	70	-410	10	10
		② 高齢者保険料負担率の見直し後	支援金(前期調整後)	6,230	1,950	1,850	10	610	1,610	90	200
			支援金(前期調整前)	6,200	1,770	1,660	10	540	2,020	70	190
			前期調整分	20	180	190	0	70	-420	10	10
	新制度	③ (②に加え)適用関係の変更	支援金(前期調整後)	6,220	1,950	1,850	10	610	1,610	90	200
			支援金(前期調整前)	6,200	1,780	1,660	10	540	2,020	70	190
			前期調整分	20	170	190	0	70	-410	10	10
		④ (③に加え)支援金の全面総報酬	支援金(前期調整後)	6,220	1,720	1,990	10	700	1,610	90	200
			支援金(前期調整前)	6,200	1,560	1,800	10	630	2,020	70	190
			前期調整分	20	170	190	0	70	-410	10	10
⑤ (④に加え)現役並み高齢者に5割公費	支援金(前期調整後)	5,800	1,610	1,850	10	650	1,500	80	180		
	支援金(前期調整前)	5,780	1,450	1,670	10	590	1,880	70	180		
	前期調整分	20	160	180	0	60	-390	10	10		
⑥ (⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し	支援金(前期調整後)	5,800	1,610	1,850	10	650	1,500	80	180		
	支援金(前期調整前)	5,780	1,450	1,670	10	590	1,880	70	180		
	前期調整分	20	160	180	0	60	-390	10	10		
平成32年度 (2020)	現行制度	① 高齢者保険料負担率の見直し前	支援金(前期調整後)	7,360	2,300	2,180	-	730	1,900	-	240
			支援金(前期調整前)	7,340	2,080	1,950	-	650	2,420	-	230
			前期調整分	20	220	230	-	80	-520	-	10
		② 高齢者保険料負担率の見直し後	支援金(前期調整後)	7,490	2,340	2,220	-	740	1,940	-	240
			支援金(前期調整前)	7,470	2,120	1,990	-	660	2,460	-	230
			前期調整分	20	220	240	-	80	-530	-	10
	新制度	③ (②に加え)適用関係の変更	支援金(前期調整後)	7,490	2,340	2,220	-	740	1,930	-	240
			支援金(前期調整前)	7,470	2,120	1,990	-	660	2,460	-	230
			前期調整分	20	220	230	-	80	-520	-	10
		④ (③に加え)支援金の全面総報酬	支援金(前期調整後)	7,490	2,070	2,390	-	860	1,930	-	240
			支援金(前期調整前)	7,470	1,860	2,150	-	770	2,460	-	230
			前期調整分	20	210	240	-	90	-520	-	10
⑤ (④に加え)現役並み高齢者に5割公費	支援金(前期調整後)	6,980	1,930	2,220	-	800	1,800	-	220		
	支援金(前期調整前)	6,960	1,730	2,000	-	720	2,290	-	210		
	前期調整分	20	190	220	-	80	-490	-	10		
⑥ (⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し	支援金(前期調整後)	6,980	1,920	2,220	-	800	1,800	-	220		
	支援金(前期調整前)	6,960	1,730	2,000	-	720	2,290	-	210		
	前期調整分	20	190	220	-	80	-490	-	10		
平成37年度 (2025)	現行制度	① 高齢者保険料負担率の見直し前	支援金(前期調整後)	8,800	2,750	2,590	-	870	2,300	-	280
			支援金(前期調整前)	8,780	2,510	2,340	-	780	2,860	-	270
			前期調整分	30	240	250	-	90	-570	-	10
		② 高齢者保険料負担率の見直し後	支援金(前期調整後)	9,020	2,820	2,660	-	890	2,350	-	290
			支援金(前期調整前)	9,000	2,570	2,400	-	800	2,930	-	280
			前期調整分	30	250	260	-	90	-580	-	10
	新制度	③ (②に加え)適用関係の変更	支援金(前期調整後)	9,020	2,820	2,660	-	890	2,350	-	290
			支援金(前期調整前)	9,000	2,580	2,400	-	800	2,930	-	280
			前期調整分	30	240	260	-	90	-580	-	10
		④ (③に加え)支援金の全面総報酬	支援金(前期調整後)	9,020	2,480	2,850	-	1,040	2,350	-	290
			支援金(前期調整前)	9,000	2,250	2,590	-	940	2,930	-	280
			前期調整分	30	230	260	-	100	-580	-	10
⑤ (④に加え)現役並み高齢者に5割公費	支援金(前期調整後)	8,410	2,310	2,660	-	970	2,190	-	270		
	支援金(前期調整前)	8,380	2,100	2,410	-	880	2,730	-	260		
	前期調整分	20	210	250	-	90	-540	-	10		
⑥ (⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し	支援金(前期調整後)	8,400	2,310	2,660	-	970	2,190	-	270		
	支援金(前期調整前)	8,380	2,100	2,410	-	880	2,730	-	260		
	前期調整分	20	210	250	-	90	-540	-	10		

前期財政調整(給付費分)の将来見通し

(十億円)

			計	協会けんぽ	健保組合	(再)特例退職	共済	市町村国保	(再)退職	国保組合
平成22(2010)年度(賦課ベース)			-10	1,030	1,000	10	390	-2,470	100	40
平成25年度(2013)	現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	-20	1,100	1,100	10	430	-2,710	100	40
		高齢者保険料負担率の見直し後 ②	-20	1,100	1,100	10	430	-2,710	100	40
	新制度	((②)に加え)適用関係の変更 ③	-20	1,090	1,100	10	430	-2,690	100	40
		((③)に加え)支援金の全面総報酬 ④	-20	1,090	1,100	10	430	-2,690	100	40
		((④)に加え)現役並み高齢者に5割公費 ⑤	-20	1,090	1,100	10	430	-2,690	100	40
		((⑤)に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	-20	1,090	1,100	10	430	-2,680	100	40
平成27年度(2015)	現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	-20	1,190	1,220	10	480	-2,960	80	50
		高齢者保険料負担率の見直し後 ②	-20	1,190	1,220	10	480	-2,960	80	50
	新制度	((②)に加え)適用関係の変更 ③	-20	1,180	1,210	10	480	-2,940	80	50
		((③)に加え)支援金の全面総報酬 ④	-20	1,180	1,210	10	480	-2,940	80	50
		((④)に加え)現役並み高齢者に5割公費 ⑤	-20	1,180	1,210	10	480	-2,940	80	50
		((⑤)に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	-20	1,170	1,200	10	470	-2,900	80	50
平成32年度(2020)	現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	-20	1,330	1,330	-	520	-3,260	-	50
		高齢者保険料負担率の見直し後 ②	-20	1,330	1,330	-	520	-3,260	-	50
	新制度	((②)に加え)適用関係の変更 ③	-20	1,310	1,330	-	520	-3,240	-	50
		((③)に加え)支援金の全面総報酬 ④	-20	1,310	1,330	-	520	-3,240	-	50
		((④)に加え)現役並み高齢者に5割公費 ⑤	-20	1,310	1,330	-	520	-3,240	-	50
		((⑤)に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	-20	1,270	1,290	-	500	-3,130	-	50
平成37年度(2025)	現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	-30	1,250	1,230	-	480	-3,040	-	50
		高齢者保険料負担率の見直し後 ②	-30	1,250	1,220	-	480	-3,040	-	50
	新制度	((②)に加え)適用関係の変更 ③	-30	1,240	1,220	-	480	-3,020	-	50
		((③)に加え)支援金の全面総報酬 ④	-30	1,240	1,220	-	490	-3,030	-	50
		((④)に加え)現役並み高齢者に5割公費 ⑤	-20	1,240	1,220	-	490	-3,030	-	50
		((⑤)に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	-20	1,200	1,180	-	470	-2,920	-	50

退職拠出金の将来見通し

(十億円)

			計	協会けんぽ	健保組合	共済	国保組合(全国土木)
(参考)平成22(2010)年度(賦課ベース)			560	230	230	90	0
平成25年度(2013)	現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	570	230	240	90	0
		高齢者保険料負担率の見直し後 ②	570	230	240	90	0
	新制度	((②)に加え)適用関係の変更 ③	570	230	240	90	0
		((③)に加え)支援金の全面総報酬 ④	570	230	240	90	0
		((④)に加え)現役並み高齢者に5割公費 ⑤	570	230	240	90	0
		((⑤)に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	570	230	240	90	0
平成27年度(2015)	現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	430	180	180	70	0
		高齢者保険料負担率の見直し後 ②	430	180	180	70	0
	新制度	((②)に加え)適用関係の変更 ③	430	180	180	70	0
		((③)に加え)支援金の全面総報酬 ④	430	180	180	70	0
		((④)に加え)現役並み高齢者に5割公費 ⑤	420	170	180	70	0
		((⑤)に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	420	170	180	70	0

※平成32(2020)年度及び平成37(2025)年度は経過措置であった退職者被保険者がいなくなり、退職拠出金負担はなくなる見通し

拠出金等合計の医療給付等支出に占める割合の将来見通し

(十億円)

			協会けんぽ	健保組合	共済
平成22年度 (2010)	賦課ベース	拠出金等合計(②+③+④) ①	2,830	2,720	960
		支援金(前期調整後) ②	1,580	1,490	480
		前期納付金(給付費分) ③	1,030	1,000	390
		退職拠出金 ④	230	230	90
		医療給付費 ⑤	4,140	3,070	1,010
		①/(①+⑤)	0.41	0.47	0.49
平成25年度 (2013)	現行制度 高齢者負担率見直し後	拠出金等合計(②+③+④) ①	3,140	3,050	1,080
		支援金(前期調整後) ②	1,800	1,710	560
		前期納付金(給付費分) ③	1,100	1,100	430
		退職拠出金 ④	230	240	90
		医療給付費 ⑤	4,220	3,120	1,030
		①/(①+⑤)	0.43	0.49	0.51
	新制度	拠出金等合計(②+③+④-⑤) ①	2,360	2,880	1,030
		支援金(前期調整後) ②	1,490	1,710	600
		前期納付金(給付費分) ③	1,090	1,100	430
		退職拠出金 ④	230	240	90
		支援金対象給付 ⑤	450	160	90
		医療給付費 ⑥	5,390	3,530	1,260
①/(①+⑥)	0.30	0.45	0.45		
平成27年度 (2015)	現行制度 高齢者負担率見直し後	拠出金等合計(②+③+④) ①	3,320	3,250	1,150
		支援金(前期調整後) ②	1,950	1,850	610
		前期納付金(給付費分) ③	1,190	1,220	480
		退職拠出金 ④	180	180	70
		医療給付費 ⑤	4,280	3,160	1,050
		①/(①+⑤)	0.44	0.51	0.52
	新制度	拠出金等合計(②+③+④-⑤) ①	2,480	3,060	1,100
		支援金(前期調整後) ②	1,610	1,850	650
		前期納付金(給付費分) ③	1,170	1,200	470
		退職拠出金 ④	170	180	70
		支援金対象給付 ⑤	460	160	90
		医療給付費 ⑥	5,470	3,570	1,280
①/(①+⑥)	0.31	0.46	0.46		
平成32年度 (2020)	現行制度 高齢者負担率見直し後	拠出金等合計(②+③+④) ①	3,670	3,560	1,260
		支援金(前期調整後) ②	2,340	2,220	740
		前期納付金(給付費分) ③	1,330	1,330	520
		退職拠出金 ④	-	-	-
		医療給付費 ⑤	4,440	3,270	1,100
		①/(①+⑤)	0.45	0.52	0.53
	新制度	拠出金等合計(②+③+④-⑤) ①	2,700	3,340	1,200
		支援金(前期調整後) ②	1,920	2,220	800
		前期納付金(給付費分) ③	1,270	1,290	500
		退職拠出金 ④	-	-	-
		支援金対象給付 ⑤	490	170	100
		医療給付費 ⑥	5,710	3,700	1,350
①/(①+⑥)	0.32	0.47	0.47		
平成37年度 (2025)	現行制度 高齢者負担率見直し後	拠出金等合計(②+③+④) ①	4,070	3,880	1,370
		支援金(前期調整後) ②	2,820	2,660	890
		前期納付金(給付費分) ③	1,250	1,220	480
		退職拠出金 ④	-	-	-
		医療給付費 ⑤	4,570	3,370	1,140
		①/(①+⑤)	0.47	0.54	0.55
	新制度	拠出金等合計(②+③+④-⑤) ①	2,990	3,670	1,340
		支援金(前期調整後) ②	2,310	2,660	970
		前期納付金(給付費分) ③	1,200	1,180	470
		退職拠出金 ④	-	-	-
		支援金対象給付 ⑤	520	170	100
		医療給付費 ⑥	5,930	3,810	1,400
①/(①+⑥)	0.34	0.49	0.49		

※ 医療保険の義務的支出としては、上表の医療給付及び拠出金等合計のほか、傷病手当金、出産育児一時金等の保険給付があるため、義務的支出に占める拠出金等合計の割合は上表の割合より小さくなる。

※ 「⑤支援金対象給付」とは、75歳以上の高齢者が被用者保険に加入することにより、支援金の対象となる分のことで、実際にはこの部分を差し引いて支出することとなる。

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

○ 調査対象（内閣府の世論調査を活用）

標本数 3, 000人 回答数 1, 941人（回答率 64.7%）

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

○ 調査時期

平成22年9月 9日～ 9月19日

○ 調査方法

調査員による個別面接聴取法

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

後期高齢者医療制度の認知度について

<質問>

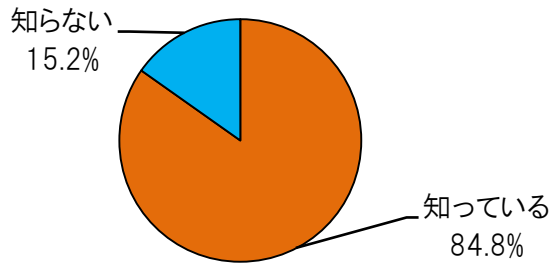
平成20年度からスタートした75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度について知っていますか。

<選択肢>	回答割合
知っている	約85%
知らない	約15%

【回答結果】

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

<全体>



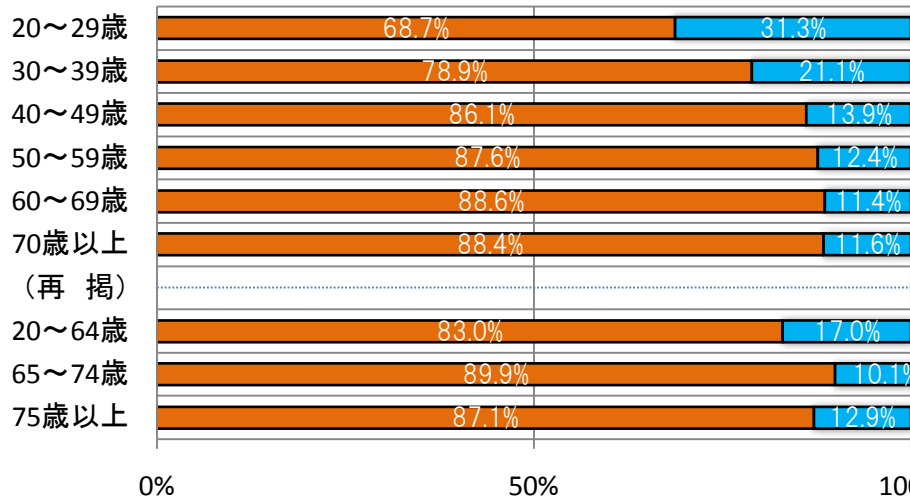
<SQ「知っている」と回答した人>

後期高齢者医療制度について、どこから情報を得ていますか。(複数回答可)

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

<年齢層別>

■ 知っている ■ 知らない



後期高齢者医療広域連合の認知度について

<質問>

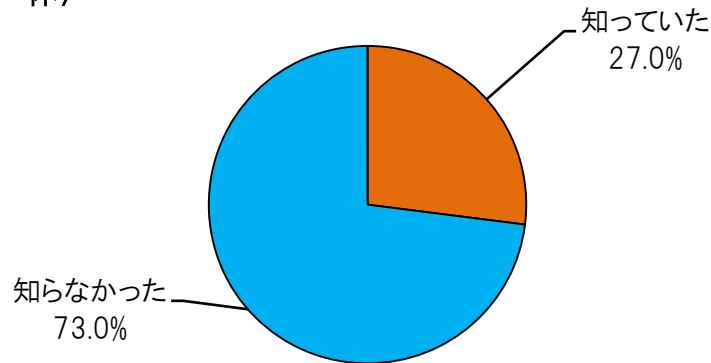
後期高齢者医療制度の広域連合について知っていましたか。

<選択肢>	回答割合
知っていた	約27%
知らなかった	約73%

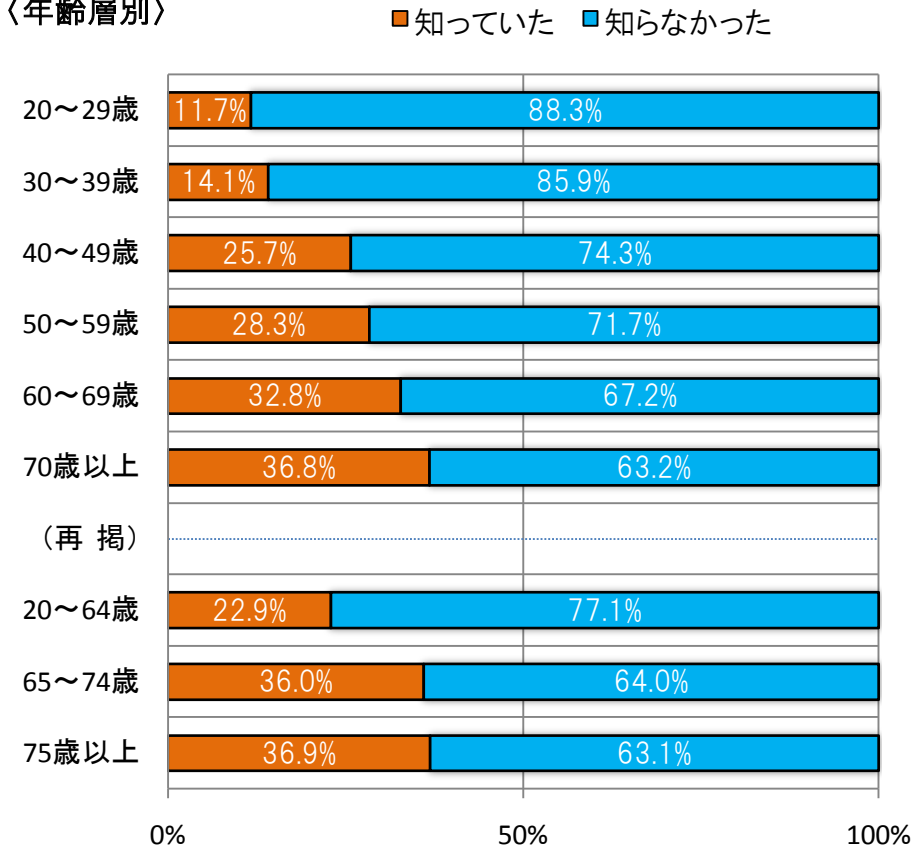
【回答結果】

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

<全体>



<年齢層別>



後期高齢者医療制度と広域連合の認知度の関係

広域連合

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

後期高齢者医療制度廃止後の検討について

<質問>

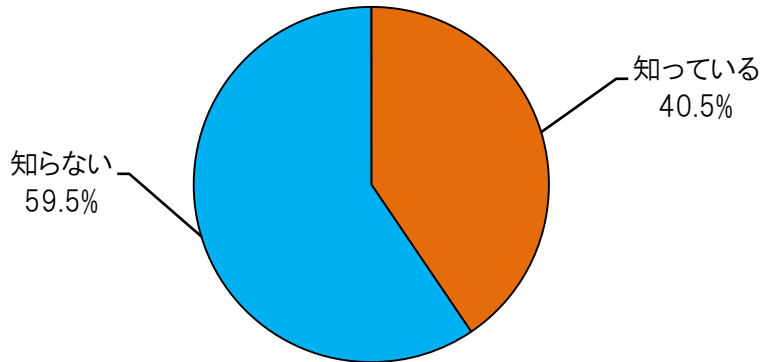
後期高齢者医療制度を平成24年度末までに廃止し、平成25年度からの新たな医療保険制度のスタートに向け、政府が検討を進めていることについて知っていますか。

<選択肢>	回答割合
知っている	約40%
知らない	約60%

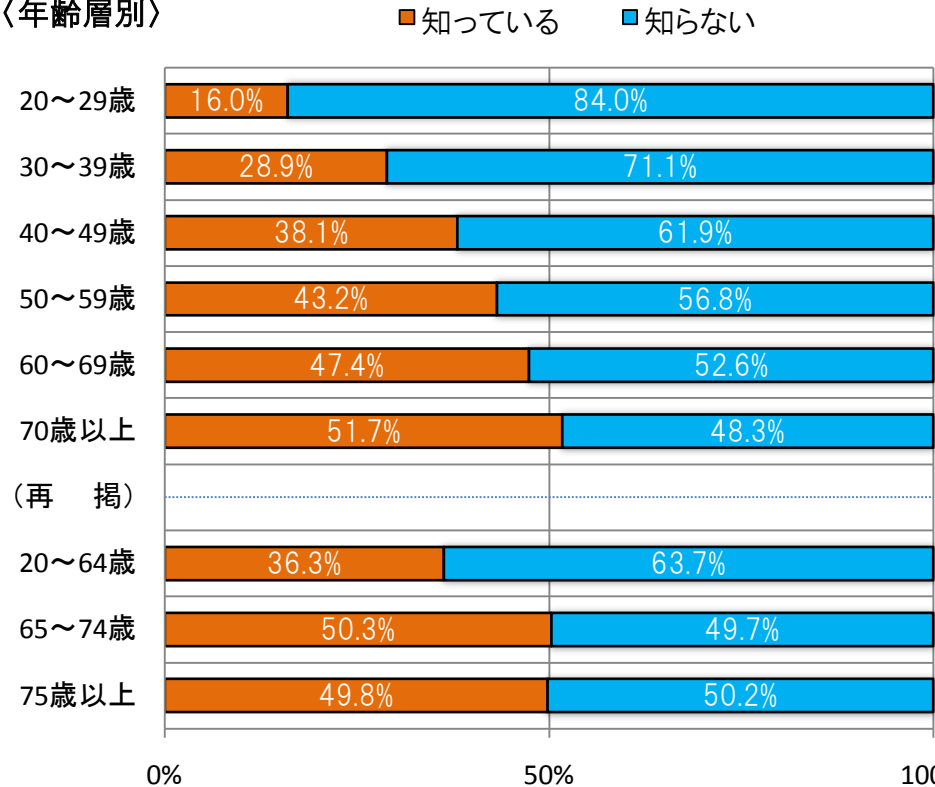
【回答結果】

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

<全体>



<年齢層別>



後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度への関心度について

<質問>

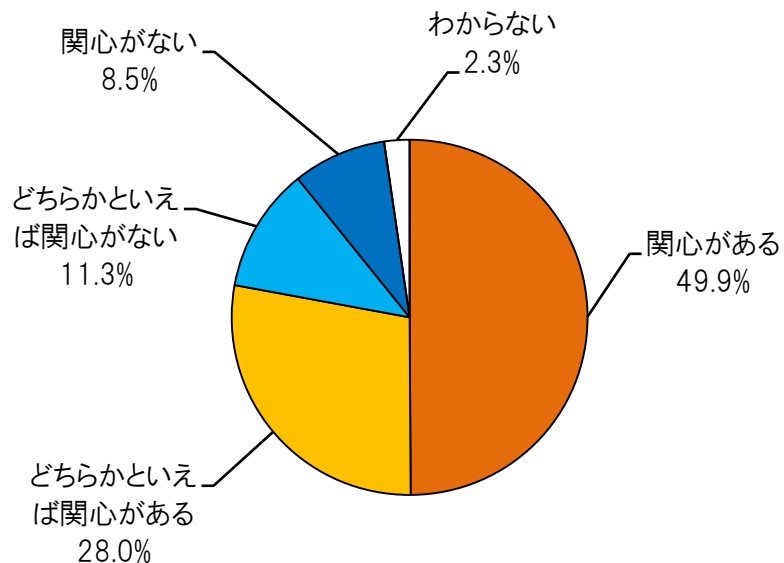
後期高齢者医療制度廃止後の新たな医療保険制度がどのような制度になるか関心がありますか。

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

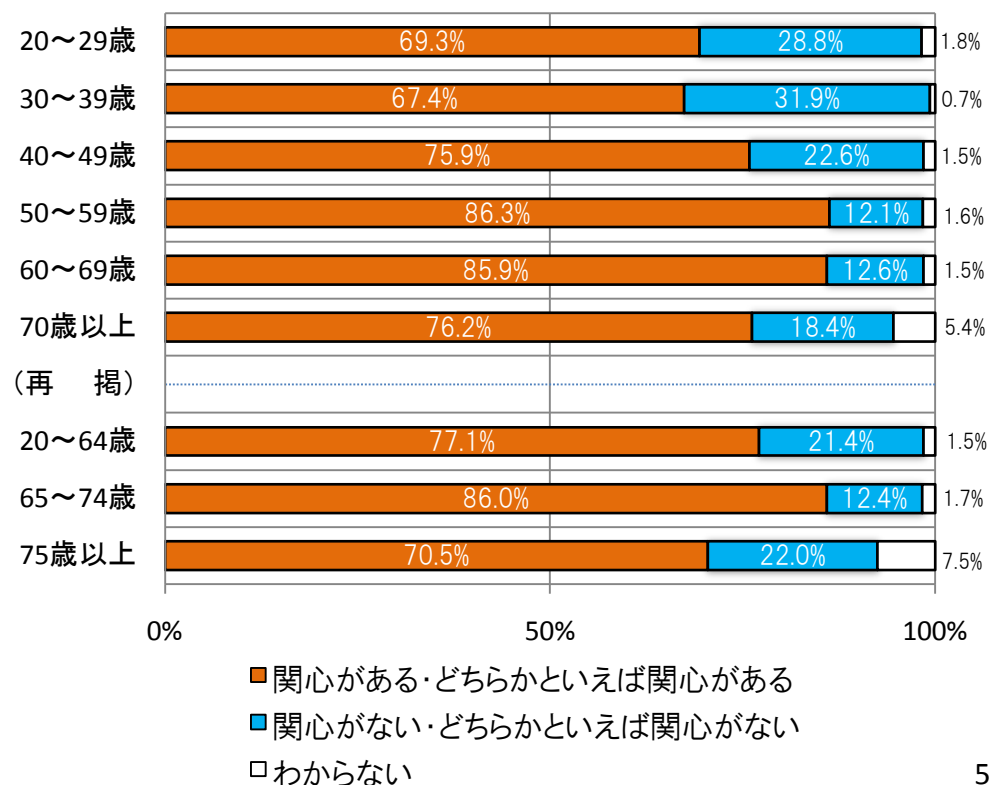
【回答結果】

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

<全体>



<年齢層別>



新たな高齢者医療制度の基本的枠組みについて

<質問>

・現在検討している新たな医療保険制度(※)についてどのように思いますか。

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

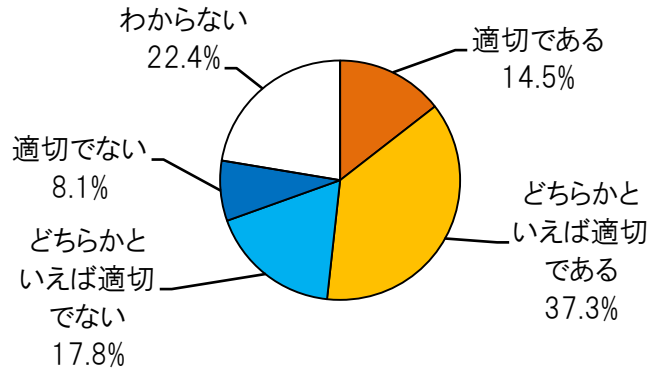
・「適切でない」「どちらかといえば適切でない」と答えられた理由は何ですか。

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

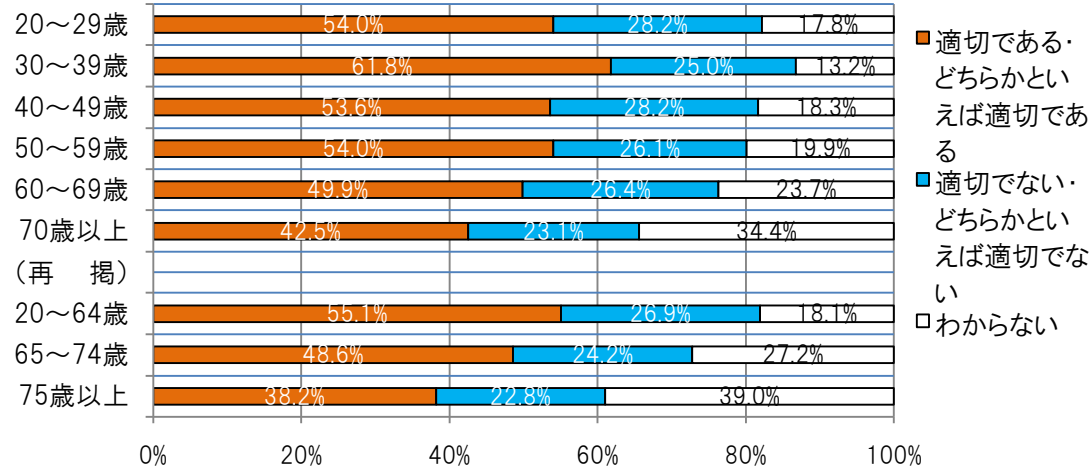
【回答結果】

「適切である」「どちらかといえば適切である」と回答した割合は、約5割。

<全体>



<年齢層別>



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

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

今後の高齢者医療費の支え合いの仕組みについて①

<質問>

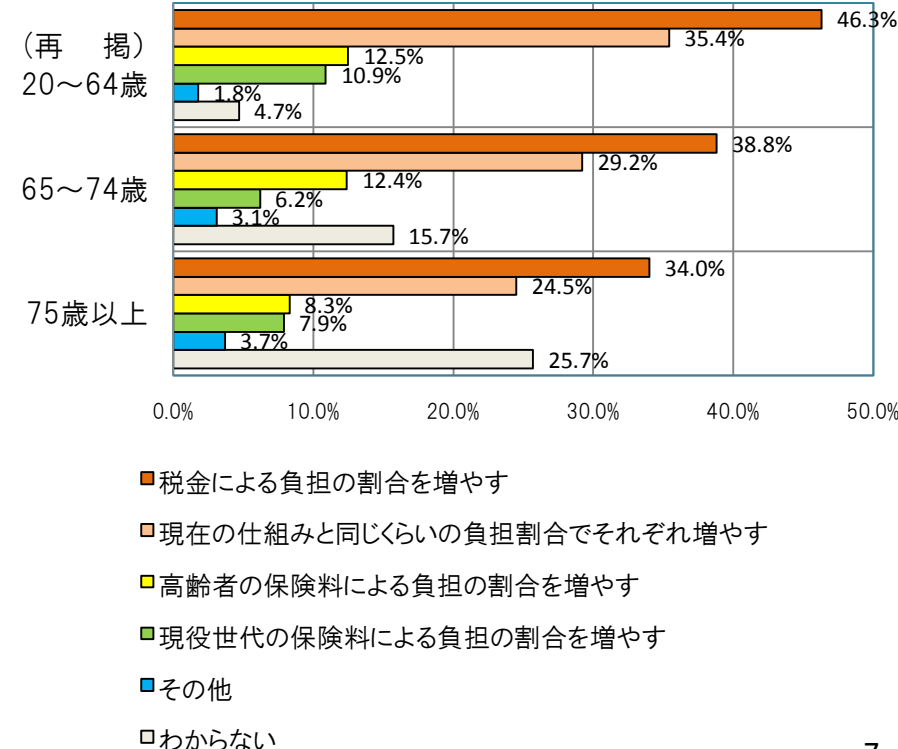
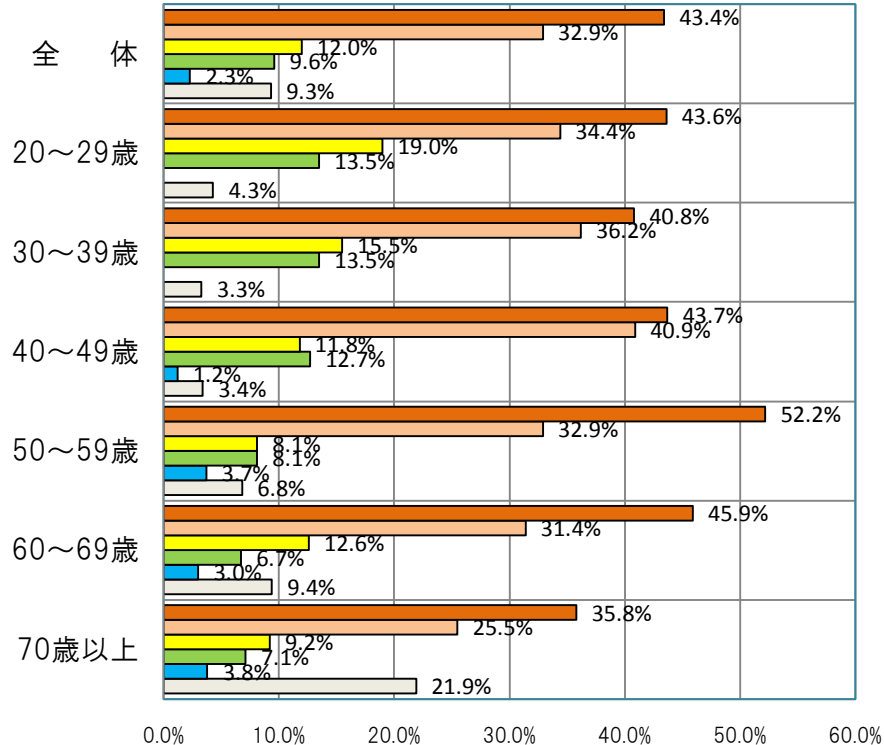
今後、高齢化の進行により、高齢者の医療費は増加することが見込まれますが、75歳以上の方々の医療費を、どのようにして支えるべきだと思いますか。

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

【回答結果】

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

<全体・年齢層別>



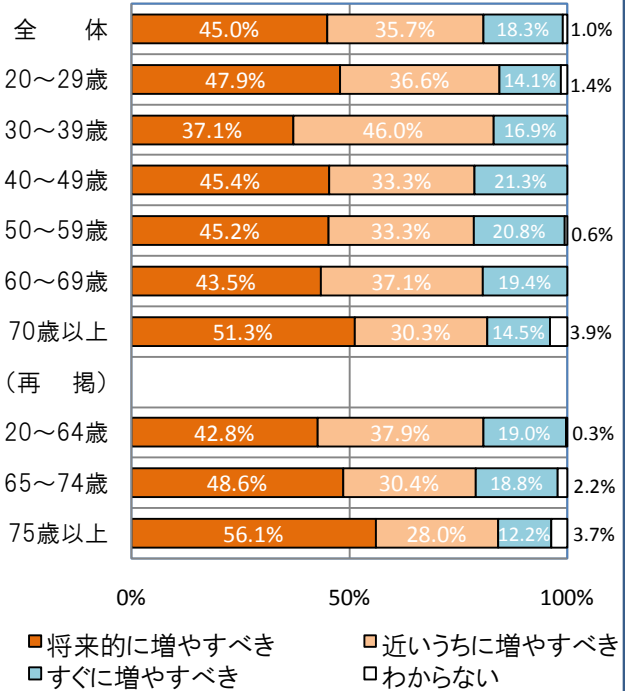
今後の高齢者医療費の支え合いの仕組みについて ②

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

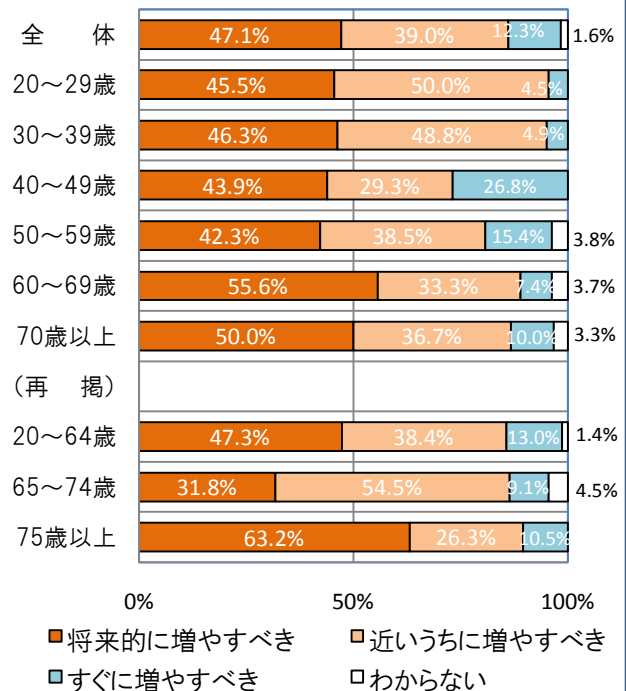
＜選 択 肢＞	すぐに増やすべき	近いうちに増やすべき	将来的に増やすべき
「税金」による負担の割合を増やす時期について	約18%	約36%	約45%
「現役世代の保険料」による負担の割合を増やす時期について	約12%	約39%	約47%
「高齢者の保険料」による負担の割合を増やす時期について	約24%	約36%	約38%

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

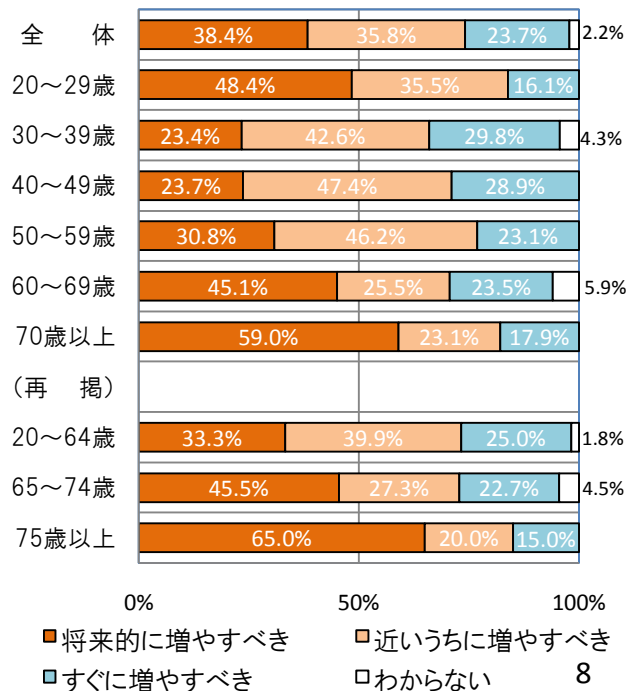
「税金」による負担の割合を増やす時期



「現役世代の保険料」による負担の割合を増やす時期



「高齢者の保険料」による負担の割合を増やす時期



高齢者の保険料負担について

<質問>

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

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

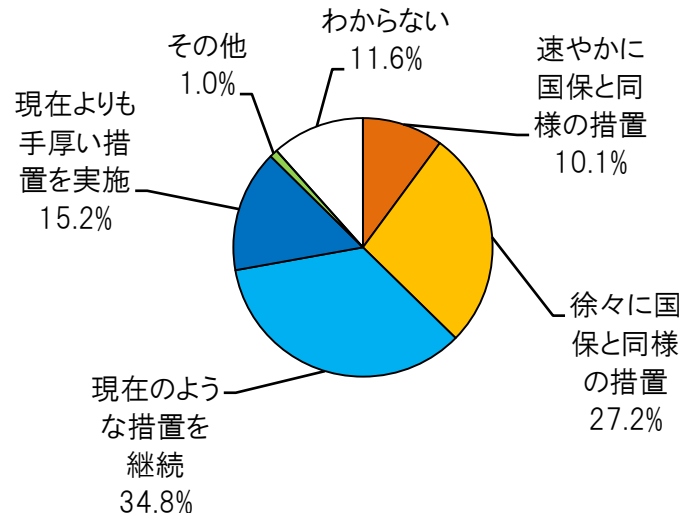
<選択肢>	回答割合
速やかに国保と同様の軽減措置にすべき	約10%
徐々に国保と同様の軽減措置にすべき	約27%
現在のような手厚い軽減措置を継続すべき	約35%
現在よりも手厚い軽減措置を実施すべき	約15%

【回答結果】

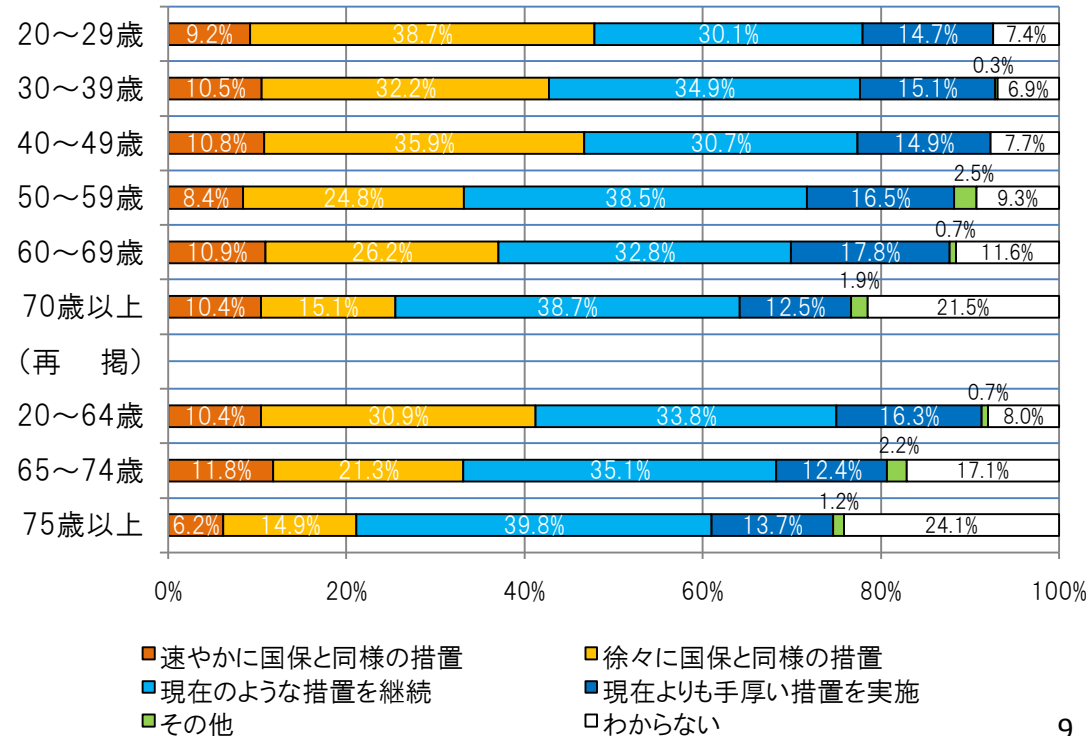
「(速やかに、徐々に)国保と同様の軽減措置にすべき」と回答した割合と、「現在のような手厚い軽減措置を継続すべき」と回答した割合は、それぞれ約3.5割。

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

<全体>



<年齢層別>



高齢者の窓口負担について

＜質問＞(医療機関の窓口での負担割合を質問した上で)

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

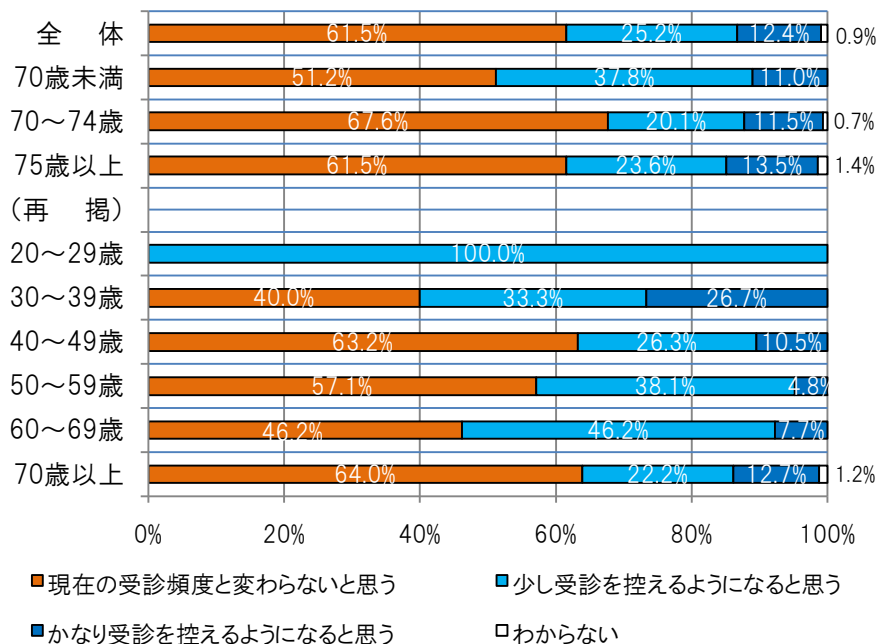
＜選択肢＞1割負担から2割負担になった場合	世論調査(70歳以上)	＜選択肢＞3割負担から2割負担になった場合	世論調査
現在の受診頻度と変わらないと思う	約62%(約64%)	現在の受診頻度と変わらないと思う	約76%
少し受診を控えるようになると思う	約25%(約22%)	少し気軽に受診するようになると思う	約18%
かなり受診を控えるようになると思う	約12%(約13%)	かなり気軽に受診するようになると思う	約6%

※実際には70歳未満で1割負担はないため、70歳以上のみを再掲。

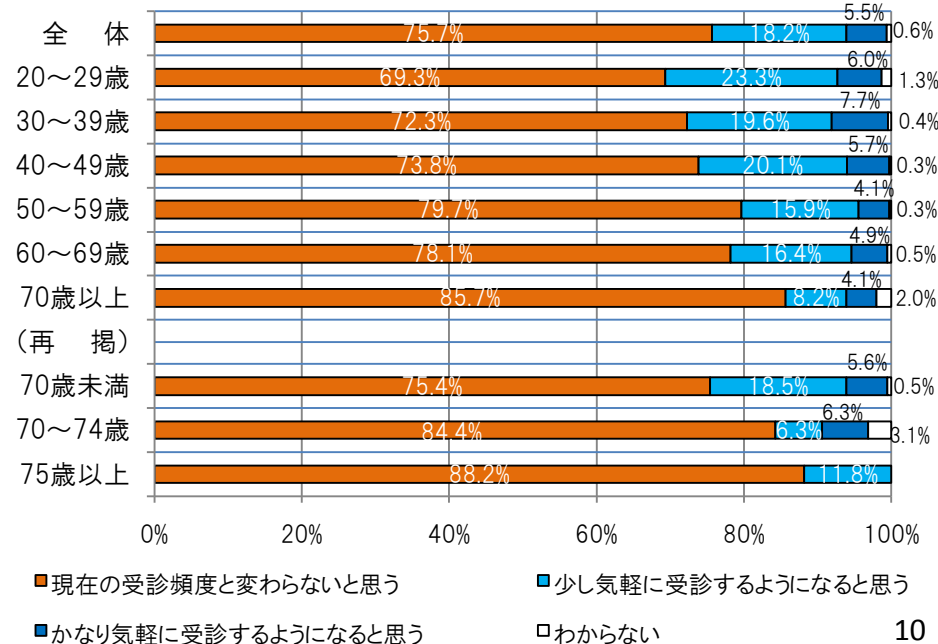
【回答結果】

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

＜全体・年齢層別＞1割負担から2割負担になった場合



＜全体・年齢層別＞3割負担から2割負担になった場合



国民健康保険(国保)の運営のあり方について

<質問>

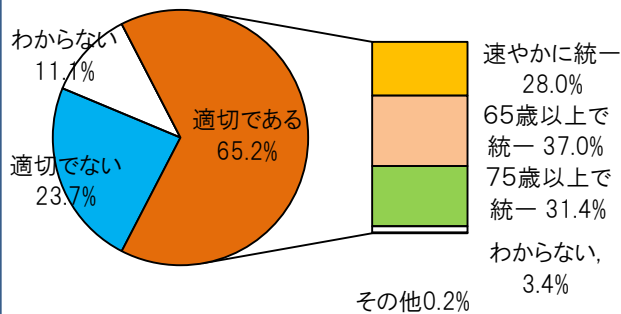
- ・現在検討している国民健康保険(国保)の保険料について、「同じ都道府県に住み、同じ所得であれば、同じ保険料」になるよう、すべての年齢で都道府県ごとに保険料を統一することについて、どのように思いますか。
- ・適切であると答えられた方は、すべての年齢で都道府県ごとに保険料を統一するにあたり、どのように統一を進めるべきとお考えですか。

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

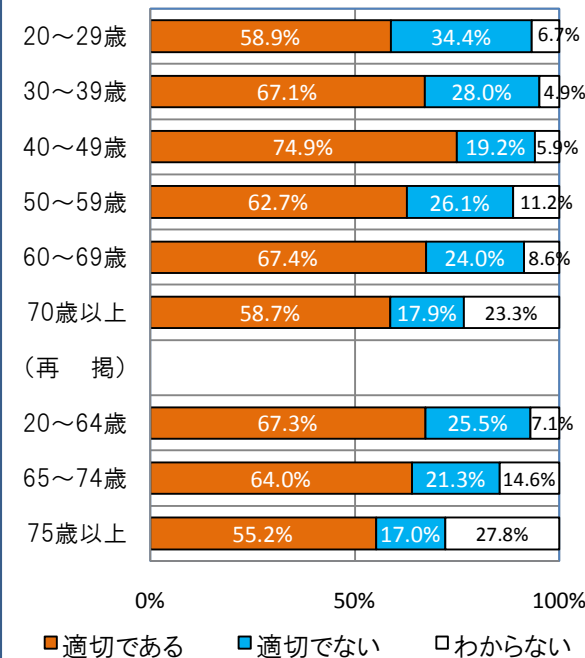
【回答結果】

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

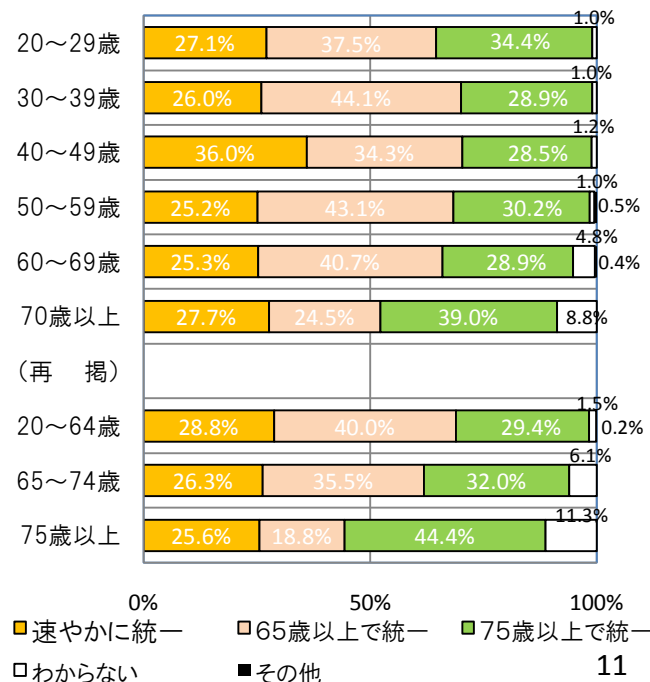
<全体>



<年齢層別> 保険料統一の適否



<年齢層別> 保険料統一の進め方



※ 5月に「新たな高齢者医療制度に係る意識調査」を郵送した有識者220名に対して郵送調査法により調査し、72名から回答が得られた(回答率32.7%)。回答結果は以下のとおり。

【新たな高齢者医療制度の基本的枠組み】

<質問>

現在検討している新たな医療保険制度(※)についてどのように思いますか。

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

(ア) 適切である	(18.6%)	
(イ) どちらかといえば適切である	(38.6%)	適切である(小計) 57.2%
(ウ) どちらかといえば適切でない	(11.4%)	
(エ) 適切でない	(28.6%)	適切でない(小計) 40.0%
(オ) わからない	(2.8%)	

<質問SQ> 前問で「どちらかといえば適切でない」「適切でない」と答えられた理由は何ですか。(自由記載)

高齢者を弱者扱い(保険料の軽減)するのはふさわしくなく、いずれ無理になる。全国民が負担能力に応じて支え合う仕組みをつくるべき。

問題は、高齢者も応分の負担をするという進んだ形をやめることである。高齢化がますます進行する中で、負担する人と負担しない人がいるのは如何なものか。

高齢者が多い国保に後期高齢者が戻ってくると、国保自体が高齢者医療制度になり、厳しい国家財政の下では持続可能性がなくなり、国民皆保険が崩壊する。

国保財源が不安定で、低収入の非雇用労働者が増加している中で、皆保険制度の基盤は既に弱体化している。

ハイリスクの高齢者を再び同じ保険にすることは、現役世代に不公平感が生じる。また、国保と健保組合では負担割合が異なり、高齢者間で格差が生じる。

若年世代の負担の過大化を防ぐ措置が見えない。

被用者保険の被保険者の負担増を避けるために、高齢者の医療費負担の責任を国保に押しつけたに過ぎない。制度間の保険料負担の不公平は何ら解消されない。

保険者の一本化を最終目標とすべき。

年齢区分しない点は評価するが、国保と被用者保険の将来的な一本化を目指すべき。

年金制度は被用者と非被用者を一元化するのに、医療制度では両者を区分するのはおかしい。

この案では国保は事実上2制度に分裂し、統一した制度としての体をなしておらず、国保のカサを借りた独立方式の焼き直しである。

老健制度の問題点を考慮すれば、明確な個別制度とした方がよい。

一定年齢を国保から別建てにする構造の方が、国保の本来のあるべき機能を発揮できる。

年齢区分しないことが公平というわけではない。所得の少ない高齢者の負担を減らし、医療を受けやすくする制度とすべき。

年齢区分は悪くない(介護保険も年齢区分あり)。一旦、元に戻しても財政問題は解決しない。

現行制度を支持しているため。

現行制度が定着しており、変更する必要はない。(2)

現行制度がベストである。高齢者医療費は高齢者間での共助を基本にすべきであり、若年層に大きな負担のかかる制度改悪には反対。

現行制度の方が合理的であるとともに、新しい制度案では年金制度との一元化が不明確である。

国保の都道府県単位の運営の道筋が明らかではないため、現行制度を維持する方が混乱が少ない。

後期高齢者医療制度は、高齢者も皆保険を支える自立的な当事者として、費用についても一定の責任を自覚してもらうとともに、負担の制度間の公平を図ることを目的として「敢えて」各自に負担を求めたにも関わらず、今回の見直し案はその趣旨に逆行している。

急増する高齢者医療費の抑制効果を減らす結果になる。

長期的に持続可能な制度とは思えない。

会社を共同体の基本とすることは、もはや時代遅れである。

【国民健康保険(国保)の運営のあり方】

＜質問＞

現在検討している国民健康保険(国保)の保険料について、「同じ都道府県に住み、同じ所得であれば、同じ保険料」になるよう、すべての年齢で都道府県ごとに保険料を統一することについて、どのように思いますか。

(ア) 適切である	(34.3%)	
(イ) どちらかといえば適切である	(45.7%)	適切である(小計)80.0%
(ウ) どちらかといえば適切でない	(2.9%)	
(エ) 適切でない	(11.4%)	適切でない(小計)14.3%
(オ) わからない	(5.7%)	

＜質問SQ＞ 前問で「適切である」「どちらかといえば適切である」と答えられた方は、すべての年齢で都道府県ごとに保険料を統一するにあたり、どのように統一を進めるべきとお考えですか。

(ア) 速やかにすべての年齢で統一すべき	(30.9%)
(イ) まずは65歳以上で統一し、最終的にすべての年齢で統一すべき	(30.9%)
(ウ) まずは75歳以上で統一し、最終的にすべての年齢で統一すべき	(29.1%)
(エ) その他 ※(その他:「年齢ではなく、地域差を段階的に解消すべき」、「都道府県に任せるべき」、「まずは75歳未満で統一すべき」)	(7.3%)
(オ) わからない	(1.8%)

＜質問SQ＞ 前問で「どちらかといえば適切でない」「適切でない」と答えられた理由は何ですか。(自由記載)

- 全国で統一すればよい。
- 今できるかどうかは別にして、保険者の一元化をうたうべき。
- 保険者の一本化を目指さないと、いつまでも抜本的な解決はできない。
- 既に協会けんぽも都道府県単位で運営していることから、一歩進んで、健保組合・共済も含めて都道府県で統一すべき。
- 都道府県の財政基盤の厳しさを考えると問題がある。
- 都道府県単位の運営とすることで、保険者や加入者の連帯が弱くなるだけでなく、保険料徴収の実務にも悪影響が出るから。
- 高齢者は、現役世代と同じ負担割合にすべき。
- 都道府県内の医療提供体制に地域間格差がありながら、一律の保険料は不公平。
- 財政上の格差が拡大し、医療の質に影響が出ることが懸念される。
- 後期高齢者医療制度を維持することがベスト。
- 国保を都道府県単位とすることには大賛成。ただし、高齢者は現行の制度で十分。

【今後の高齢者医療費の支え合いの仕組み】

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

- (ア) 「税金」による負担の割合を増やしていく (39.4%)
- (イ) 「現役世代の保険料」による負担の割合を増やしていく (8.5%)
- (ウ) 「高齢者の保険料」による負担の割合を増やしていく (32.4%)
- (エ) 現在の仕組みと同じくらいの負担割合で、「税金」「現役世代の保険料」「高齢者の保険料」それぞれの負担額を増やしていく (26.8%)
- (オ) その他(※その他の意見としては「個人の収入・資産によって変える」) (7.0%)
- (カ) わからない (0.0%)

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

	＜税金＞	＜現役世代の保険料＞	＜高齢者の保険料＞
(ア) すぐに増やすべき	(35.7%)	(66.7%)	(52.2%)
(イ) 近いうちに増やすべき	(46.4%)	(33.3%)	(39.1%)
(ウ) 将来的に増やすべき	(17.9%)	(0.0%)	(8.7%)

【高齢者の保険料負担】

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

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

- (ア) 現在の後期高齢者医療制度のような手厚い軽減措置は必要なく、速やかに国民健康保険(国保)と同様の軽減措置にすべき (20.3%)
- (イ) 現在の後期高齢者医療制度のような手厚い軽減措置は必要ないが、徐々に国民健康保険(国保)と同様の軽減措置にすべき (40.6%)
- (ウ) 現在の後期高齢者医療制度のような手厚い軽減措置を継続すべき (15.9%)
- (エ) 現在の後期高齢者医療制度よりも手厚い軽減措置を実施すべき (5.8%)
- (オ) その他(※その他:「低所得者に配慮した軽減措置を実施すべき」) (15.9%)
- (カ) わからない (1.5%)

【高齢者の窓口負担】

＜質問＞
 ・「中間とりまとめ」では、高齢者の患者負担については、「負担能力に応じた適切な負担にとどめることを基本とし、そのあり方については、引き続き検討する」としていますが、75歳以上の方々(一定以上の所得がある方を除く)の患者負担について、あなたは、今後、どのようにすべきとお考えですか。
 ・「中間とりまとめ」では、70歳から74歳までの方々の患者負担について、「個々の患者の負担の増加と各保険者の負担の増加の両面に配慮して検討する」としていますが、あなたは、今後、どのようにすべきとお考えですか。

	＜75歳以上＞	＜70歳から74歳＞
(ア) 1割負担	(48.6%)	(27.1%)
(イ) 2割負担	(17.1%)	(34.3%)
(ウ) 3割負担	(15.7%)	(18.6%)
(エ) その他	(17.1%)	(18.6%)
(オ) わからない	(1.5%)	(1.4%)

※(その他:「応能負担にすること」、「低所得者に配慮すること」、「高額療養費の限度額で調整すること」、「窓口負担をゼロにすること」)

【「中間とりまとめ」の内容についてのご意見】

項目	意見(自由記載)
制度の基本的枠組み	国保と被用者保険の二分を貫く基本的体系には賛成。併せて、非正規労働者への被用者保険適用の拡大を進める必要がある。
	高齢者の医療について、一度、被用者健保、国保の2本立てになるのは好ましい。
	退職者については、健保にそのまま残るのがよいが、退職時に国保、健保を選択する方式も考えてはどうか。
	段階を踏んでも、最終的な保険者の一本化と応能負担の強化を目指すべき。
	国保と健保を統一することを目標として設定すべき。
	国保と被用者保険の2本に大きく分けるよりも、国民皆保険の理念を踏まえ、将来のビジョンを示すべき。
	保険者がお互いにパイを奪い合う構図では何も解決しない。複雑化し、国民がほとんど理解していない制度は大きく見直すべき。具体的には保険者を一元化すべき。
	医療保険をめぐる問題は、各保険者間の給付と負担の不公平の問題である。究極的には保険者の統一化は避けられないのではないかと。
	年齢区分を解消する最も簡単な構図をつくるべき。
	年齢区分による制度設計を見直す。高齢者という定義、定年制を廃止し、年金・賃金制度を見直す。
65歳(年金のもらえる年齢)で区切り、その前後は細分しない方がわかりやすい。	
国保へ高齢者を加入させても年齢差別がなくなるわけではない。単身高齢者、高齢者のみの世帯が増加するので、結局、高齢者が世帯主として保険料を支払うことになる。	
もう一度、社会保障の王道であるリスク構造調整に立ち戻って、全体の基本設計の再構築を図るべき。	
国保運営のあり方	新たな制度は、実質的には現行制度に若干の手直しを加えるだけで十分。現行制度は、「高齢者間の負担の公平」、「世代間の公平」、「都道府県単位の地域間の公平」という視点から評価されるべき。
	国保の財政運営を都道府県単位化するとあるが、本当に政治的・技術的にできるのか。健保組合や共済組合はどうなるのか。
	理想論としては都道府県が主体となるべきだが、従来の経緯からも、財政見通しの困難な新制度を引き受けることは政治的困難を伴う。
	医療の広域化は必然的ではあるが、財政制度、給付制度のバランスに対する考慮が欠けている。
	国保の都道府県単位化はやむを得ないが、市町村が保険者となった経緯も踏まえ、全国一本化は回避すべき。
	国保に戻る高齢者の負担のあり方が示されていない。
	保険料賦課対象については、所得ベースだと減免対象が多すぎるため、収入ベースで考えるべき。
	現行制度が比較的順調に運営されている中で、市町村(広域連合)だけが、国保の財政責任を引き受けることは容易ではない。国が全体としての財政責任(赤字の引き受け)を負う覚悟でないと市町村は引き受けられない。
	今後の取組の中で、都道府県、市町村の現場における混乱を思うと気が重い。
	応能負担の強化。
費用負担	高齢者も応分の負担が必要。高齢者と若人の両方が相応の負担をすべき。
	国民は医療費に対して応能の負担をするべきだが、現在検討している医療保険制度の内容が十分に理解されていない。
	高齢であっても年収の多い人は協力してもらおう。
	所得の捕捉が不可欠で、年齢問題も含め、背番号制等による管理を早期に進めて、現役並み所得(資産)を有する高齢者には応分の負担を求めるべき。
	経済・財政状況の厳しい見通し、少子高齢化の急進行を鑑みれば、高齢者の負担増、給付減は不可避である。ただし、本当に貧困に苦しむ高齢者にはそれなりの配慮が必要。
	高齢者は、今後、年金支給額の低下等により負担能力が低下するため、高齢者の負担割合を上げて財政基盤は安定化しない。
	「公平性の確保」は大事な視点。所得水準が同じ人は、年齢に関わらず、同じ水準の保険料を負担することが公平である。高齢を理由に負担を軽減するのでは、現役世代の納得は得られない。低所得の人に配慮するなら、年齢に関わらず配慮すべき。
	社会保険料、特に被用者保険料に過度に依存している状況を是正するべきである。高齢者の医療費を現役世代の社会保険料に賦課するのはやめるべき。
	後期高齢者を国保と被用者保険に分けると、被用者保険サイドからは、自らに属する後期高齢者のほかに国保の後期高齢者を支援するには、当然に税によるべきとの論が出てくる。被用者保険の負担の理論的根拠が希薄になるので、理論的根拠の詰めが必要。
	65歳以上の高齢者は、公費負担医療とすべき。
	社会保障の基本部分は公費負担とし、互助、自助を併せた制度とする。
	必要な財源は税で賄い、応能負担を原則とし、累進制を強化すべき。
	高齢者の窓口負担を現役世代と合わせる。
	高齢者の窓口負担も2～3割に上げる。
	保険料が増大しても、窓口負担は1割程度に留めることが持続可能な制度として必要。
高齢者の窓口負担は、若年者と比較し不公平である。年齢に関係なく高額療養費の仕組みで対応すべき。	
窓口負担は、保険料負担との二重取りであり許されない。	
保険料は、個人の収入・資産によって変えるべき。	
医療保険のみならず、介護保険との役割分担、年金保険による保険料負担、生保受給者の扱い見直しなど、全体で医療を支える視点が必要。	
公費の割合を増やし、介護体制を整備すること。	
高齢者の医療費の支え合いの仕組みについては、推計がなければ一定の意思決定はできない。	
医療・介護・年金を全て保険料で賄うとすると、2025年時点で協会けんぽの保険料は32～34%と推計した。また、目的消費税で賄おうとすると15～16%の引き上げが必要となった。	
負担と給付について、わかりやすい情報提供をしないと、負担を強いられたと受け止めてしまう。	

項目	意見(自由記載)
医療サービス	高齢者担当医を導入した「後期高齢者診療料」は、かかりつけ医の萌芽的な制度であったが廃止された。「後期高齢者終末期相談支援料」は、延命治療に関する患者の意向を尊重する医師の対応を正當に評価するものであったが廃止された。これらがほとんど議論されることなく、「年齢差別はけしからん」と言うだけの感情論で廃止されたのは本末転倒である。
	高齢者の特性に応じた診療のあり方を支えていた診療報酬項目を削除したことは愚挙である。
	高齢者にとって、どのような医療が最もふさわしいのかという点に触れられていない。疾病予防なども重視すべき。後期高齢者医療制度は、総合評価加算など、疾病治療だけでなく予防の観点を取り入れたある意味画期的な保険制度と考えている。
	高度の認知症を合併した高齢者に、多種の検査をして病態を明らかにし、延命のために点滴・昇圧剤・人工呼吸を使うのは正しい医療行為か。
	どこでも誰でも年齢に関係なく最高水準の医療を受けられるべき。
	諸外国のように、高齢者に対し公的保険でどのレベルまでの医療を提供できるかという議論をすべき。
	医療提供体制の改革も必要である。現在のようなフリーアクセスでは財源が保たないし、医療の質にも問題が生じる。
	国民統一IDの創設を前提としたコミュニティ情報ネットワークを構築し、医療資源の効率的活用と予防医療の質の向上を図る。
	介護体制の整備を急ぐことこそ、高齢者の医療費対策となる。
	在宅療養をはじめとしたケア付き住まいをどう提供するかが課題であり、医療と介護の一体化が必要。
保健事業	高齢者はもっと緩和な検査や治療を望んでおり、慢性期医療病棟での診療を望んでいる。もっと慢性期医療施設を周知する必要はないか。
	正規雇用と非正規雇用の医療保障を平等にするべき。
	老人病院的医療が蔓延して、医師ももうけ主義に走っている。
	特定健診等の達成状況により、支援金を加減する仕組みはやめるべき。
	疾病予防に取り組んでいる人と、そうでない人との間に負担の差を設け、「予防した方が得」というインセンティブを与えること。
	今までの制度決定が、総じて国民の声を十分に反映してこなかったことに原因がある。
	中途半端な改正はやめ、基本に立ち返って議論を尽くすことが重要。マニフェストにこだわり、法案だけ出すというやり方は絶対に避けるべき。
	拙速に制度を決めることは避けるべき。
	医療保険制度全般とのバランスを配慮してほしい。
	医療保険制度の全体構想を考えることが重要。
その他	医療制度に限った議論ではなく、社会保障制度全般を通して、高齢者の位置付けを考えるべき。高齢者のエゴに振り回されるような議論では、若年世代は支える意欲を失う。
	国民の関心は、現行の社会保障制度の持続可能性であるが、高齢者医療制度のみを取り上げても社会保障制度の全体像が見えてこない。
	社会保障を確立するには消費税を上げ、付加価値税的なものとして国民が共有し、その恩恵を受けられる構造を迅速に構築する必要がある。早期に税負担の認識を高め、高福祉社会の基盤をつくる必要性を考えるべき。
	国保の保険料は時代錯誤の制度であり、地方消費税等に移行すべきである。被用者世帯については年度末等に調整すればよい。
	税制度を見直し、財源確保とセーフティネットの質を向上させるとともに、経済フローを改善する。
	①高齢の被扶養者についての考え方、②高齢の高所得の自営業者、③家族単位、個人の3点を検討すること。
	あまりにも複雑で国民には理解できない。 患者ニーズの把握方法として、国保・社保等のデータを一元化すること。

第10回・11回会議における意見の概要

国保の運営のあり方

- 制度移行時における都道府県単位化の対象年齢（65歳以上か75歳以上か）
 - ・ 65歳以上とした場合、負担増や混乱が予想されるため、75歳以上とすることがより現実的ではないか。（藤原委員/第10回）
 - ・ 中間とりまとめにあるとおり、財政試算で検証する中で、公費の投入の仕方、被用者健保等からの支援金、財政調整のあり方も総合的に勘案して、年齢については検討が必要である。（小島委員/第10回）
 - ・ 65歳以上とした論点に、二度にわたる保険料の上下動が混乱の源になる、とあるが、第一段階と第二段階の間の期間によってその印象は変わる。時期が明示されない中では議論は尽くせないのではないか。（見坊委員代理/第10回）
 - ・ 次のステップを示さなければ、75歳以上だけを都道府県単位化するということの意味合いが理解されないだろう。（白川委員/第10回）
 - ・ 期間が切られている中で第一段階に移行しなければいけないということと、被保険者の保険料負担、各保険者側の財政状況に大きな変動があまり起きないことを前提としつつ、次の第二段階を考えるということであると、75歳以上でまず第一段階を考えるというのが現実的。（岩村座長/第10回）
 - ・ 全年齢での都道府県単位化（第二段階）を実現することを前提に、75歳以上の都道府県単位化（第一段階）を経過的に行うという位置づけを明確にしておく必要がある。（小島委員/第11回）

- 全年齢を対象とした都道府県単位化への移行手順、期限、環境整備の進め方
～移行手順～
 - ・ 全年齢の都道府県単位化は期限を定めて移行すべき。（阿部委員/第10回）
 - ・ 合意できたところから順次ということでは、都道府県ごとの進捗度に差が出ることや、技術的な課題が出てくるのが想定されるため、期限を定めて全国一律に行うことが現実的ではないか。（藤原委員/第10回）
 - ・ 一気に全年齢を対象に切り替えることはやってやれないことなのか。（岩見委員/第10回）
 - ・ 第一段階で年齢区分をしない国保というものが絶対にできない理由をもう一度承り

たい。(樋口委員/第10回)

- ・ 全年齢を統一した第二段階へ、一律の時期に早い段階で移行できるようにすべき。(見坊委員代理/第10回)
- ・ できるところからとすると、様子見のところが出てくるリスクも考えられるため、そういう意味では期間を定めて一律に移行するのが合理的。(岩村座長/第10回)
- ・ 改革会議の中で、第二段階の保険料や財政調整のあり方についても議論し、最終とりまとめに明示する必要がある。(阿部委員/第11回)
- ・ 国保の広域化について、国保の構造的問題への対応策、第二段階の具体的なあり方等の議論がされないまま、今、第二段階のフレームまで作られていくことは適当ではない。(神田委員/第11回)

～期限～

- ・ 移行年度は新しい法律に明記すべき。その年度は、最短で新制度施行の2年後、最長で4年後が限界ではないか。(阿部委員/第10回・第11回)
- ・ 時期は明示すべきである。次のステップへ移行するにはシステム改修が伴うこと、新制度の決算状況を踏まえて各都道府県がどういう財政構造になるかを見て調整が必要であることなどを考えると、新制度発足から4年後というのが1つの考え方ではないか。(岡崎委員/第10回)
- ・ 早急に全年齢統一という形にしていきたい。(三上委員/第10回)

～環境整備の進め方～

- ・ 次期通常国会に提出する法案において、国保全般のあり方について本格的な議論が行われないうちに、第二段階の全年齢の都道府県単位化について、方針・時期・運営主体等を法案に書き込むことはいかがか。(神田委員代理/第10回)
- ・ 全年齢を対象とした国保の都道府県単位化を行うには保険料の統一が必要。そのために一般会計からの法定外繰入や繰上充用金を解消しようとするれば、全体として保険料は増額となる。この枠組みを検討するに当たっては、国として財政責任・負担の考え方を示すことが必要。(神田委員代理/第10回)
- ・ 都道府県化に関する枠組みについてだけ、どんどん結論を出していく現状については、非常に危惧を覚えている。(神田委員代理/第10回)
- ・ 若人の国保の都道府県単位化の環境整備を進めるにあたっては、構造的な問題解決のために国費の追加投入が必要ではないか。(藤原委員/第10回)
- ・ 保険料の平準化に伴って、大幅に負担増となる団体が出ないよう緩和措置を組み込んでいきたい。(藤原委員/第10回)
- ・ 国保の広域化を進めることによって、都道府県単位の地域保険を確たるものとしてつくっていかなければ、医療と保険はもたないというのが大多数の意見である。この多数意見を踏まえ、「都道府県を単位とする地域保険の創出」というのが1つの出口

になるので、そのことをイメージしながらつくり込んでいくべきではないか。(岡崎委員/第10回)

- ・ 都道府県単位の地域保険が成り立つためには、今以上の国費を投入しないと保険財政そのものが成り立たない。(岡崎委員/第10回)
- ・ 白地に絵を描くことはできないわけで、制度面・財政面においても実現可能性の高い選択肢をとるしかない。しかし、国民皆保険半世紀の歴史の中で、今回最大の改革は、市町村の国民健康保険を都道府県単位の切り替え、再編成し、持続可能性を高めるという取組みを始めることであり、その目標は高く掲げ、段階的にそこへ着実に近づけていく方式をとらざるを得ない。(宮武委員/第10回)
- ・ システム構築等に要する社会的コストを含め、第一段階が必要であることの補足説明をいただきたい。第一段階、第二段階と経て前へ進んでいくときに、現行のものをマイナーチェンジするか、大きく変えるかで、かなりコストが変わってくる。大変大きな支出になり、最後は結局国民が払うことになるので、そういった部分を踏まえて御検討いただきたい。(横尾委員/第10回)
- ・ 後期高齢者医療制度を廃止する第一段階、国保の都道府県ごとの統合・再編を行う第二段階の先に、被用者保険と国保との統合という第三段階を見据えるべき。(池上委員/第11回)

○ 国保の事務の分担（給付事務）

- ・ 提案されているスキームで、都道府県が運営責任を担うと言えるのか疑問。(藤原委員/第10回)
- ・ 都道府県単位の運営主体が決まらないと、実務的な検討ができない。(藤原委員/第10回)
- ・ 都道府県が保険者となって、しっかり県民の健康と医療を守るという観点が一番ではないか。(岡崎委員/第10回)

○ 保険料

- ・ 第二段階においては、応能負担を原則とした全年齢統一の保険料を設定すべきであり、高齢者と現役世代を別々の保険料とするべきではない。(阿部委員/第10回・第11回)
- ・ 第二段階における国保保険料の賦課方式については、都道府県単位で4方式や3方式など賦課方式を選択できるようにしてよいのではないか。(阿部委員/第10回)
- ・ 保険料の賦課方式は全国で統一すべきではないか。負担の公平性からいえば、都道府県によって賦課方式が違う方法が本当にいいのか議論すべき。(三上委員/第10回)
- ・ 現行の後期高齢者医療制度では、都道府県ごとに設定された保険料を各市町村が徴収して、それぞれの広域連合に納める形になっており、市町村の過不足があっても、それは最終的に市町村が補てんする仕組みではなく、都道府県1本の広域連合の中で

収支を合わせるという責任区分になっている。今回の案では、市町村が集められなければ、各市町村が基金から借入をしてでも納めるというものになっており、今の制度より後退したイメージがある。(岡崎委員/第10回)

- ・ 都道府県ごとに状況が違う中、賦課方式を全国一律とするとかなり大きな影響があり、都道府県ごとに決めてよいのではないか。(岩村座長/第10回)

○ 保険料収納率低下防止策

- ・ 現行制度の原則年金天引きというのは、是非維持していただきたい。(藤原委員/第10回)

○ 保険料軽減の特例措置

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

○ 財政安定化基金

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

費用負担

○ 第一段階における財政調整のあり方

- ・ 第一段階における財政調整のあり方については、現行制度が非常になじんできていることもあり、是非踏襲していただきたい。またそれが非常に現実的である。(藤原委員/第10回)
- ・ 現行の後期高齢者に対する支援金と、前期高齢者への納付金の仕組みを踏襲するという点では、現行制度とほとんど変わらないということではないか。(小島委員)
- ・ 後期高齢者医療制度の財源構成を見ると、老人保健制度とほとんど同じ財源構成で移行していたため、非常にスムーズに移行ができた。今回についても、今の財源構成をかなり尊重した上で移行するしかない。(宮武委員/第10回)
- ・ 被用者保険側としては、65歳から74歳の方々の支援のために納付金を拠出しているので、現役世代の保険制度と財政面できちんと区分していただきたい。(齊藤委員/第10回)
- ・ 大幅な公費の投入がないままに現在の拠出ルールが存続するという事は、財政調整による現役世代の負担が大きくなることを意味する。被用者保険の持続可能性や若者の夢・希望を考えると、容認できない。(齊藤委員/第10回)
- ・ 現状の負担割合や現実をある程度踏まえた改革しかできないことは理解できるが、若年層の高齢者に対する支援が限界に来ていることも事実。25年度以降の新制度においても今のまま変わらないとなると、若年層はもうもたない。(白川委員/第10回)
- ・ 第一段階について、現行の後期高齢者医療制度のように、高齢者の保険料と公費を高齢者の医療給付費に充てた上で、それ以外の部分を現役世代が支援するという方法は、現役世代と高齢者の負担関係の明確化という観点からはいい方法であり、できるだけ導入すべき。(小林委員/第10回)
- ・ 第一段階では余り大きな変動を起こさず、スムーズな移行を図るという観点からすると、現状の財政調整の仕組みを踏襲するという形で第一段階に入るのが現実的。(岩村座長/第10回)
- ・ 制度の基本的枠組みが、年齢ではなく、国保と被用者保険を区別するものであるならば、全体の財政措置も国保と被用者保険でそれぞれ峻別して考えるべき。(横尾委員/第11回)
- ・ 多少ともゆとりのあるところに御負担をお願いして、今を乗り切る以外ないのではないか。高齢者でも、少しゆとりがある人は応分の負担もやぶさかではない。経営者団体も、一定の負担をよろしくお願いしたい。(樋口委員/第11回)
- ・ 健保組合や共済組合の保険料率を協会けんぽ並みに引き上げれば、その分財源が生まれ、それを財政調整に組み込めば楽になるのではないか。(三上委員/第11回)

- ・ 75歳以上の負担構造については、被用者保険が公費負担の肩代わりをする構図になっている。前期高齢者についても、今と全く同じ財政調整をするのでは、以前から指摘してきた問題点が全く改善されず、非常に不本意な内容である。(白川委員/第11回)

○ 公費のあり方

～総論～

- ・ 高齢者の方々の負担を抑えるなら、国策としてまず国費を政策的に投入して、その国策分は別扱いにし、残された部分の5割を公費負担とするなどして、しっかりした地域保険をつくり込んでいくべきではないか。(岡崎委員/第10回)
- ・ 「公費」という言葉の実態は「国費、都道府県費、市町村費」であり、ポイントでは峻別して使った方が、より正確に伝わっていくのではないか。(横尾委員/第11回)
- ・ 被用者保険者間の按分方法を考える上でも、国費がどう関わるかが非常に重要。(横尾委員/第11回)
- ・ 高齢者医療を支えるために現役世代の保険料収入に過度に依存する形をとると、現役世代の働く意欲、活力をそぐ上に、雇用等にも悪影響を及ぼす。(齊藤委員/第11回)
- ・ 前代未聞の高齢化の中で、ぎりぎりのところでは国に責任を取っていただきたい。(樋口委員/第11回)
- ・ 低所得者に対し、その保険料や一部負担金の減免に重点的に公費を投入することを考えていただきたい。本体の財源構成とは切り離して、福祉的な措置という考え方で公費を投入することは可能ではないか。(宮武委員/第11回)

～被用者保険に対する公費負担～

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

～現役並み所得を有する高齢者への5割公費～

- ・ 現役並み所得を有する75歳以上の高齢者の方にも5割の公費を入れる所要費用3,500億円が、すべて公費財源から出るのではなく、総報酬割導入により引き揚げる協会けんぽへの助成金2,100億円を充てる構図になっているのは、被用者保険による公費負担の肩代わりではないか。被用者保険に助成されていた財源を引き揚げるのであれば、それは被用者保険の中で使う形にしていただきたい。(白川委員/第11回)
- ・ 3,500億円の公費負担増については、新たに真水で手当すべき。(小島委員/第11回)
- ・ 現役並み所得を有する75歳以上の方にも5割公費を投入すると3,500億円の公費増となるが、その内訳として、差し引きすると国費が±0、都道府県が+200億円、市町村が+500億円となっている。これに70～74歳の患者負担割合を2割とすることで、国費が500億円負担減となるが、それで皆が納得するか。(宮武委員/第11回)

～将来的な公費の拡充～

- ・ 保険料と自己負担がこれ以上増やせないということであれば、公費の割合を5割から6割・7割へと徐々に変えていく必要があるのではないか。(三上委員/第10回)
- ・ 定期的に、被保険者の負担能力・経済的状況・医療費の動向等を分析した上で、国費としての公費負担のあり方を検討していく仕組みが今後は必要。(横尾委員/第11回)
- ・ 今後の医療保険制度の持続可能性を担保する上で、公費拡充とその定期的な見直しの考え方は極めて重要であり、具体的な制度としてビルトインすべきである。(小林委員/第11回)
- ・ 新制度発足時点だけではなく、将来的にも現役世代にこれ以上負担を求めることのないよう、公費を拡充すべき。現役の社会保険料から拠出する額に上限を設けることも検討していただきたい。(齊藤委員/第11回)
- ・ 医療・介護・子育て・教育といった広い意味で人間のケアに関わることでは公費を増やしていただきたい。(樋口委員/第11回)
- ・ 保険料率はどこまでも上げるものではなく、一定の上限を加え、公費を投入することが大事。公費を5割から6割に増やすということが踏み込んで書かれたことは今回が初めてであり、歓迎する。(三上委員/第11回)

～税制改正を含めた恒久財源の確保～

- ・ 消費税も含めた、税制改革も含めた安定財源というものを、民主党・政府で早く議論していただきたい。(白川委員/第10回)
- ・ 税と社会保障の一体的な改革の議論とすりあわせをしないで、高齢者医療制度だけを変えるのはいかなものか。(白川委員/第11回)
- ・ 税制改正と切り離して、本当に持続可能な制度設計ができるのか心配。政府・与党の社会保障と税制改正の動きとにらみ合って事を進めることが必要。(神田委員/第11回)

回)

- ・ 公費のあり方については、まさに政治主導で、どういう形で増やしていくのかというものを、この会議を通して決意表明していただきたい。(宮武委員/第11回)
- ・ 公費を拡充するためにも、新たな恒久的な財源の確保が必要。政治的な判断を明確にして、公費負担を増やすこと検討していただきたい。(見坊委員/第11回)

○ 被用者保険者間の按分方法

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

○ 前期高齢者に係る財政調整の仕組み

- ・ 前期高齢者負担分の75歳以上への支援金まで前期高齢者に係る財政調整の対象に入れるのは不合理である。「中間とりまとめ」では、被用者保険と国保の間は加入者割にするのが原則であった。合理的な考え方に立って是正すべき。(白川委員/第11回)

○ 70～74歳の患者負担割合の段階的引上げ

- ・ 70～74歳の患者負担割合は、法律としては2割負担となっている。5年間かけて順次2割負担に戻していくというのでは、70～74歳の方の中での不公平感にも繋がりがかねないので、できる限り早期に法定の割合とすべき。(白川委員/第11回)
- ・ 70～74歳の患者負担割合は現在特例的に引き下げられているもの。公費だけでなく、保険者にも波及増による財政負担が生じており、高齢者にも相応の負担をしていただくのが適当。(小林委員/第11回)
- ・ 高齢者医療制度の持続可能性を確保する上で、高齢者にも負担能力に応じた適切な負担を求めることが重要であり、70～74歳までの患者負担を本則のとおり段階的に2割とするように求めたい。(齊藤委員/第11回)
- ・ 高齢になれば一人当たり医療費も増えている中、1割負担が2割負担となるとかなりの負担となる。2割負担でも受診抑制に繋がる可能性はあると考える。軽症のときにアクセスを良くしてそのうちに治してしまえば、重症化することなく医療費抑制にも一番効果がある。患者負担引上げについては再考すべき。(三上委員/第11回)
- ・ 老人クラブにおいて行ったアンケート調査においても、窓口負担については1割負担の現状維持を支持する人が多い。窓口負担を増やす方向が正しいという回答は15%程度。また、保険料に関する応能負担と窓口負担に関する応能負担は、はっきり分けていただきたい。(見坊委員/第11回)
- ・ 70～74歳で1割から2割へ引き上げることには反対。中長期的には、全年齢で自己負担を下げべき。高齢者自身に御負担いただくのなら、窓口負担の代わりに保険料か税で確保するという選択肢も、少なくとも同等の重みで検討すべき。(近藤委員/第

11 回)

- ・ 国保の窓口で、自己負担額が払えず多くの人が相談に来ている状況下では厳しい。少なくとも所得区分を設ける等のいろいろな配慮が必要ではないか。(横尾委員/第 11 回)
- ・ 70 代における所得の格差は若い人よりも大きい。低所得者は 1 割・中間の人は 2 割・現役並みの人は 3 割負担してもらおうという折衷案はどうか。(樋口委員/第 11 回)

○ 財政影響試算

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

○ 特定健保組合

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

○ その他

- ・ システム関係の実務者レベルの協議が始まっているところではあるが、全体的にスケジュール感がタイトであるため、この改革会議と並行して、都道府県、市町村、広域連合との間で精力的に実務的な検討を行う場を立ち上げながら、具体的な協議が必要と考える。（横尾委員/第10回）
- ・ 国保全体をどうしていくかについては、国民皆保険の維持につながる重大な問題であるという認識の下、社会保障審議会等の場において、データを基に構造的な問題を掘り下げて、あるべき姿を根本的に検討すべき。（神田委員代理/第10回）
- ・ 医療提供の中身、それを支える人づくりをどうするかという議論は、改革会議では中心の論点にしないということであるが、これは残された重要な論点であるので、それに対して、どういう形で手だてをとっていくのかについて、11月に是非御提案いただきたい。（近藤委員/第10回）
- ・ 被用者保険については、保険料賦課の対象は給与所得のみ。年金を受給している高齢者については、給与所得以外にも年金所得も保険料賦課の対象としないと、国民の間の不公平感につながる。（池上委員/第11回）
- ・ あらゆる福祉問題は世代間対立になるが、そうではなく、社会保障を通して世代間が協力していくよう進めていただきたい。（樋口委員/第11回）
- ・ 制度改革による影響について、政府がモニタリングすべき。その結果、受診抑制の増加・健康格差の拡大などが見られたら、その是正に向けた制度改革を再検討すべき。（近藤委員/第11回）
- ・ 資料について、事前に漏れて報道に出る。一部が記事になり、問い合わせが広域連合に来ている。事前記者レクをしていただき、メリット、デメリットを併せてきちんと説明していただくことが必要。（横尾委員/第11回）

委員配付資料

平成 22 年 11 月 16 日

高齢者医療制度改革会議
座長 岩村 正彦 殿

高齢者医療制度改革会議委員
齊藤 正憲
小島 茂
小林 剛
白川 修二

高齢者医療制度改革案について

日本経済団体連合会、日本労働組合総連合会、全国健康保険協会、健康保険組合連合会の 4 団体は、本年 4 月 27 日に高齢者医療制度の再構築に向けて、共同して要望を行ったところである。

そのなかでは、○現在の高齢者医療制度は、現役世代に対して過重な負担を求めており、人口の高齢化等により医療費の増大は避けられず、このままでは現役世代は過重な負担に押し潰されてしまうこと、○医療保険制度全体を持続可能なものにしていくために、新たな高齢者医療制度の構築に際しては公費負担を拡充すること、あわせて公費負担拡充のための安定財源を確保する必要がある、それを実現するための道筋を早期に示すこと一を強く要望した。

今回の改革案は、公費拡大の検討を今後も続けることを前提に、費用負担構造を変更するものである。しかし、現状を見ると、全ての医療保険者は、高齢者医療制度への多額の拠出金と厳しい経済状況下において、非常に困難な財政状況に直面している。財源を確保して、医療保険制度の崩壊を防ぎ、持続可能な制度とすることは政府の責任である。改めて、公費負担の拡充とそのための安定財源の確保を要望する。

また、個別の要望事項は以下のとおりである。

- 75 歳以上の現役並み所得を有する高齢者に対する公費 5 割負担は当然のことであり、必要な財源を確保すべきである。また、適用関係の変更に伴う被用者保険の負担増についても国費で対応が必要である。
- 団塊の世代の高齢化が迫る今こそ、現在 75 歳以上に限られている公費投入を前期高齢者の層にも拡大すべきである。また、公費拡充により、現役世代の負担を軽減し、拠出金負担額に一定の上限を設けるべきである。
- 現役世代の医療保険制度については、将来にわたり、国保と被用者保険が共存し、地域と職域、それぞれの保険者機能を活かしつつ、発展していくことができる制度体系を維持すべきである。

第12回高齢者医療制度改革会議への意見書

2010.11.15 日本福祉大学 近藤克則

1. 70-74歳の窓口負担割合の1割凍結解除（実質2割への引き上げ）に反対

- 低所得者の負担を軽減する意図と仕組みがあることは高く評価する
- しかし、重要なのは、「良き意図」ではなく、「もたらされる結果」と「実態」である
- 負担割合を高くした結果、必要な受診も抑制されることは、国内外で実証されている
- 日本でも、2006年時点の調査で、1割負担の世代に比し3割負担の世代で費用を理由にした受診抑制が多い（第11回配付資料）。高額療養費制度、低所得者への軽減措置があっても、所得水準別の所得に占める医療費自己負担割合は逆進的である（図1）
- 70歳以上で現在1割の人はそのままという案だが、世論調査で1→2割なら35%が受診を控えると回答。2割負担となる世代での受診抑制が予測できる
- 改正後の本制度でだけ、受診抑制が生じないor対処するほどの問題でないという論拠は？
- （高齢者医療制度の枠を超える話になるが）窓口負担よりも応能原則の保険料で（所得のある高齢者にも）負担していただく方向で改革すべき（70～74歳の機械的試算では月に約440円）

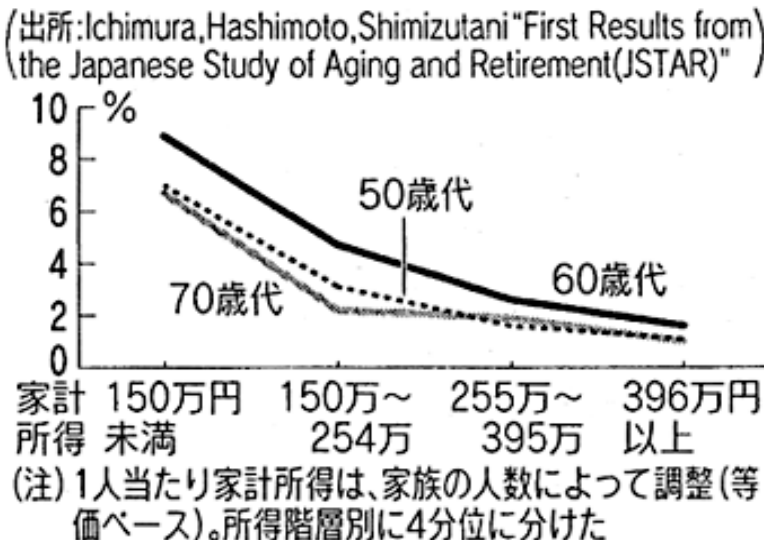
2. 健康の保持増進策として、健診・保健指導以外の方法も検討・強化すべき

- 健診は、健康な人ほど受診し、受診して欲しい人ほど受診してしない実態がある¹⁾ 資料2のp6および平成20年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（同p27）も参照
- 下記のような、より総合的な対策を検討する場を設置すべき
 - ・ 日本人の塩分摂取量の8～9割は加工食品から。塩分摂取を減らす保健指導よりも、食品業界の協力をえる方が効果的である可能性は高い。イギリスなどに事例あり（図2）
 - ・ 生活習慣病にも、出生児体重など新生児期からのライフコースが影響しているという視点が必要。母親世代への対策も必要（文献²⁾：日本学術会議の提言）

3. 支援金加算・減算の対象は保険者の努力で変えられる部分に限定が妥当。むしろ支援が必要かも。

- 「特定健診・保健指導の実施率」「内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率」は、保険者努力だけで改善できるのか？保険者の努力の及ばない要因による結果にまで責任を負わせるのは妥当か？（図3）イギリスでは、健康・経済・雇用などで困難を抱える地方に、むしろ予算を配分している（文献³⁾）。総合的な検討が必要

図1 1人当たり家計所得に占める過去1年間の医療費自己負担の割合



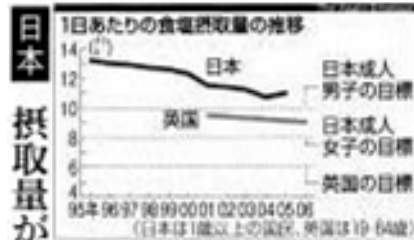
<http://www.rieti.go.jp/jp/papers/contribution/shimizutani/05.html>

対象は50歳から75歳までの男女4200人強。2007年調査

図2

朝日新聞2008年6月26日

1日に摂取する塩分の8割は加工食品や外食から



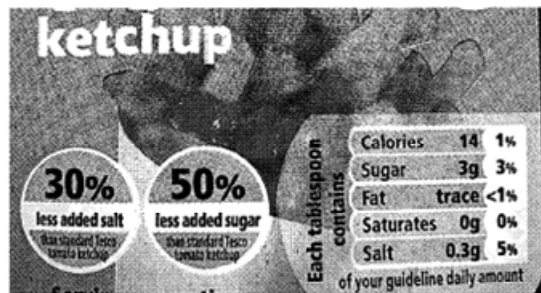
日本
摂取量が10年ぶり増

商品に見やすく表示

1日に摂取する塩分の8割近くは、知らぬ間に加工食品や外食からとっているって知っていますか？ 04年から減塩運動を繰り広げる英国政府が、最も力を入れているのがこの点。かつて減塩運動が盛

んだった日本でも、企業を巻き込んだ取り組みの必要性が指摘されています。
(行方史郎)

英国で成果



え、業界全体の7割弱。パンや菓子、加工肉、調味料、酪農製品などのメーカーのほか、ファストフードや外食業者もいる。「義務ではありませんが、消費者に健康志向をアピールできるメリットもあるようです」と同庁戦略チームのリーダー、ビッキー・ターゲットさん。同庁は食品ごとに大まかな減塩目標を設定、これを参考にし

「義務ではありませんが、消費者に健康志向をアピールできるメリットもあるようです」と同庁戦略チームのリーダー、ビッキー・ターゲットさん。同庁は食品ごとに大まかな減塩目標を設定、これを参考にし

「義務ではありませんが、消費者に健康志向をアピールできるメリットもあるようです」と同庁戦略チームのリーダー、ビッキー・ターゲットさん。同庁は食品ごとに大まかな減塩目標を設定、これを参考にし

塩分を30%減らしたケチャップのラベル。1スプーン1杯で1日塩分摂取目標値の5%の表記も

減塩運動企業巻き込む

図3

所得水準が低い自治体ほど抑うつ群が多い

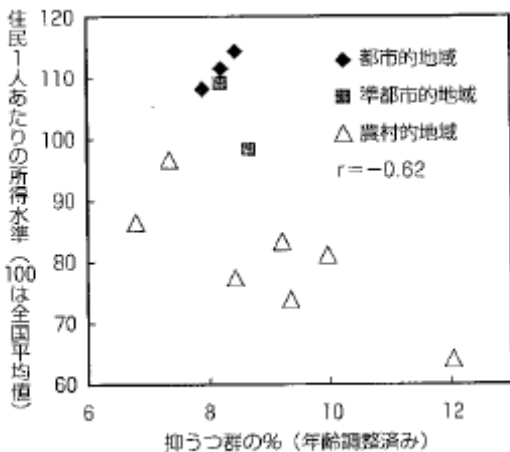


図2 自治体の所得水準と抑うつ群割合の関連

出典：「検証『健康格差社会』—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査」(医学書院,2007), p15

抑うつの人では、うつでない人に比べ、健診未受診の割合が8%増える¹⁾

文献

- 1) 平松誠・近藤克則・平井寛：介護予防施策の対象者が健診を受診しない背景要因—社会経済的因子に着目して. 厚生指標 56 (3) : 1-8, 2009
- 2) 臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会：出生前・子どものときからの生活習慣病対策. 日本学術会議 <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t62-4.pdf>, 2008
- 3) テレザ・スミス, ジョーズ・スミス, 藤原裕子 (訳)：英国の子ども政策と地域の貧困度測定指標. 週刊社会保障2602 : 54-59, 2010.11.1