

平成22年度第1回

大阪府高齢者医療懇談会《資料》

*** 目 次 ***

(1) 制度施行状況について【資料1】

- 被保険者数の推移 . . . 1
- 短期証交付件数表 . . . 2
- 保険料収納率 . . . 3
- 平成21年度健康診査受診状況 . . . 4
- 医療給付費(速報値)の推移 . . . 5

(2) 高齢者医療制度改革会議における検討状況について

- 検討に当たっての基本的な考え方について【資料2】 . . . 7
- 高齢者のための新たな医療制度等について【資料2-1】 . . . 11
- 中間とりまとめに対する主な指摘と考え方【資料2-2】 . . . 25
- 今後の検討課題【資料2-3】 . . . 29
- 公聴会開催の際に寄せられた中間とりまとめに対する
事前意見と回答の概要【資料2-4】 . . . 35

(3) 一部負担金の負担割合相違に係る差額請求等について【資料3】 . . . 43

制度施行状況について

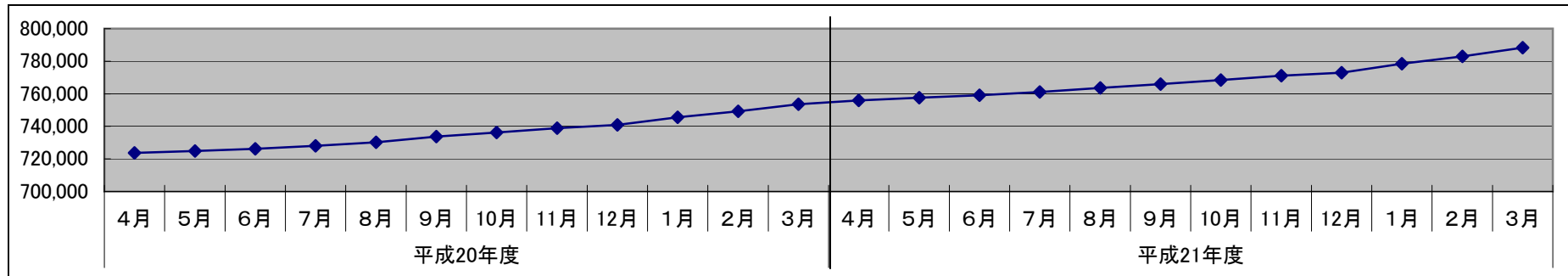
資料 1

被保険者数の推移

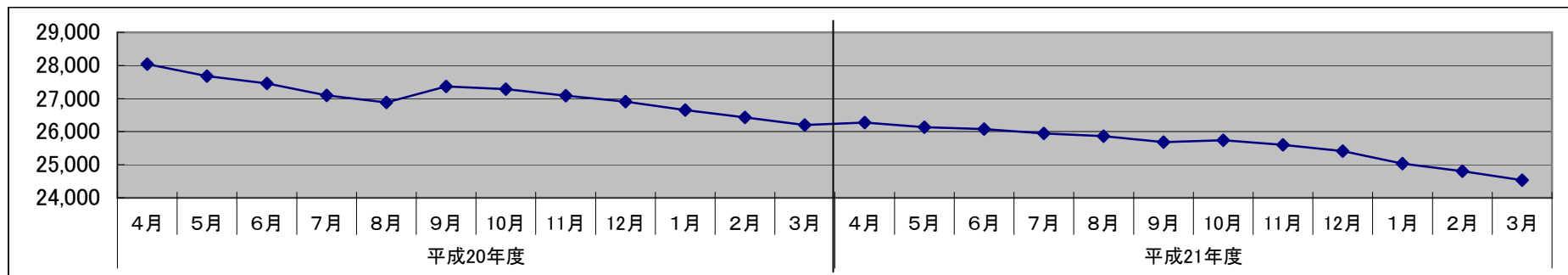
(単位：人)

		平成20年度				平成21年度											
		4月	7月	10月	1月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
年齢区分	65～69歳	12,501	12,093	12,081	11,630	11,361	11,306	11,265	11,227	11,155	11,046	10,999	10,849	10,696	10,405	10,231	10,042
	70～74歳	15,539	15,006	15,205	15,022	14,914	14,826	14,814	14,720	14,710	14,635	14,743	14,752	14,718	14,627	14,576	14,492
	75～79歳	325,298	326,873	329,406	333,082	336,559	337,402	338,015	338,688	339,547	340,715	341,711	342,868	343,649	346,191	348,442	350,689
	80～84歳	202,317	205,116	208,282	211,795	215,753	216,625	217,471	218,256	219,178	219,856	220,404	221,105	221,941	223,509	224,770	226,207
	85～89歳	106,081	107,017	109,027	111,373	113,577	113,696	113,837	114,502	115,271	115,966	116,444	116,894	117,049	117,894	118,452	119,378
	90～94歳	46,645	46,494	46,457	46,633	47,152	47,144	47,108	47,050	46,943	46,979	47,257	47,638	47,774	48,462	49,026	49,767
	95～99歳	13,464	13,576	13,866	14,080	14,549	14,545	14,573	14,646	14,668	14,708	14,843	14,938	14,970	15,225	15,323	15,484
	100歳～	1,857	1,866	1,903	1,991	2,088	2,060	2,073	2,072	2,087	2,096	2,128	2,126	2,128	2,149	2,209	2,276
計		723,702	728,041	736,227	745,606	755,953	757,604	759,156	761,161	763,559	766,001	768,529	771,170	772,925	778,462	783,029	788,335

◎全被保険者数の推移



◎65歳～74歳被保険者数の推移



短期証交付件数表 (2010年8月2日時点)

番号	市町村名	件数
1	大阪市	2,758
2	堺市	457
3	岸和田市	73
4	豊中市	403
5	池田市	61
6	吹田市	144
7	泉大津市	36
8	高槻市	134
9	貝塚市	42
10	守口市	83
11	枚方市	190
12	茨木市	40
13	八尾市	150
14	泉佐野市	57
15	富田林市	21
16	寝屋川市	156
17	河内長野市	20
18	松原市	25
19	大東市	77
20	和泉市	39
21	箕面市	57
22	柏原市	49
23	羽曳野市	50
24	門真市	44
25	摂津市	32
26	高石市	25
27	藤井寺市	24
28	東大阪市	417
29	泉南市	27
30	四條畷市	2
31	交野市	2
32	大阪狭山市	32
33	阪南市	5
34	島本町	8
35	豊能町	6
36	能勢町	9
37	忠岡町	9
38	熊取町	7
39	田尻町	3
40	岬町	20
41	太子町	11
42	河南町	1
43	千早赤阪村	0
合	計	5,806

保険料収納率

	平成20年度			平成21年度		
	合 計			合 計		
	調定額	収納額	収納率	調定額	収納額	収納率
大阪市	17,006,113,931	16,612,422,069	97.68%	17,181,415,265	16,841,818,571	98.02%
堺市	5,521,680,447	5,447,108,243	98.65%	5,694,546,894	5,620,847,853	98.71%
岸和田市	1,275,234,979	1,254,607,817	98.38%	1,285,081,507	1,271,269,187	98.93%
豊中市	3,159,092,897	3,089,779,781	97.81%	3,248,673,262	3,179,142,644	97.86%
池田市	968,644,744	961,304,688	99.24%	989,698,575	979,377,121	98.96%
吹田市	2,626,142,212	2,594,809,676	98.81%	2,722,889,761	2,689,120,990	98.76%
泉大津市	428,742,735	425,037,381	99.14%	440,370,454	437,219,472	99.28%
高槻市	2,851,852,965	2,825,758,672	99.09%	2,958,052,504	2,937,102,277	99.29%
貝塚市	512,458,576	505,689,976	98.68%	529,361,150	521,603,048	98.53%
守口市	878,276,431	864,614,844	98.44%	893,023,950	880,641,932	98.61%
枚方市	2,747,399,982	2,719,439,525	98.98%	2,871,721,599	2,837,840,707	98.82%
茨木市	1,844,985,583	1,836,174,838	99.52%	1,916,127,978	1,904,901,967	99.41%
八尾市	1,862,674,991	1,837,250,204	98.64%	1,923,637,830	1,900,276,620	98.79%
泉佐野市	588,866,439	580,387,804	98.56%	601,660,822	594,459,642	98.80%
富田林市	878,021,613	866,993,732	98.74%	899,191,246	891,683,437	99.17%
寝屋川市	1,473,726,713	1,455,372,585	98.75%	1,532,053,291	1,510,740,501	98.61%
河内長野市	943,344,829	938,414,983	99.48%	964,309,308	960,674,179	99.62%
松原市	783,079,975	774,256,459	98.87%	793,974,866	787,532,335	99.19%
大東市	634,140,236	622,935,284	98.23%	658,663,828	649,150,899	98.56%
和泉市	857,510,770	847,283,325	98.81%	893,611,061	885,715,376	99.12%
箕面市	1,100,047,145	1,089,970,994	99.08%	1,129,350,415	1,117,463,483	98.95%
柏原市	451,680,084	445,129,822	98.55%	467,287,534	460,002,425	98.44%
羽曳野市	861,040,107	845,234,052	98.16%	879,588,086	869,193,439	98.82%
門真市	654,547,705	636,363,019	97.22%	679,744,247	664,305,927	97.73%
摂津市	482,062,890	477,051,461	98.96%	496,052,947	491,110,999	99.00%
高石市	464,500,968	459,971,369	99.02%	466,159,199	462,513,267	99.22%
藤井寺市	518,001,571	511,362,957	98.72%	534,970,374	529,847,687	99.04%
東大阪市	3,074,172,501	3,018,347,920	98.18%	3,164,617,290	3,102,283,493	98.03%
泉南市	354,442,244	350,185,474	98.80%	363,002,922	358,558,043	98.78%
四條畷市	279,620,841	278,166,916	99.48%	290,858,543	287,847,184	98.96%
交野市	509,397,988	502,215,806	98.59%	522,075,194	516,895,649	99.01%
大阪狭山市	463,975,826	455,179,930	98.10%	470,384,518	464,265,220	98.70%
阪南市	337,750,037	336,149,900	99.53%	343,737,189	343,015,960	99.79%
島本町	235,976,836	233,008,271	98.74%	236,112,134	233,509,007	98.90%
豊能町	184,499,684	183,418,728	99.41%	197,633,358	196,393,413	99.37%
能勢町	88,174,090	87,588,598	99.34%	93,227,294	92,518,823	99.24%
忠岡町	121,414,130	120,391,291	99.16%	119,457,940	118,635,835	99.31%
熊取町	243,859,677	242,390,274	99.40%	251,168,112	249,713,610	99.42%
田尻町	52,709,107	52,216,843	99.07%	52,070,929	51,724,650	99.33%
岬町	158,537,582	156,486,206	98.71%	149,844,552	148,684,836	99.23%
太子町	93,551,766	92,486,390	98.86%	94,015,546	92,934,769	98.85%
河南町	121,272,951	120,524,535	99.38%	125,549,610	124,971,144	99.54%
千早赤阪村	46,253,845	46,089,139	99.64%	46,965,636	46,901,565	99.86%
合計	58,739,480,623	57,799,571,781	98.40%	60,171,938,720	59,304,409,186	98.56%

注1：平成20年度は、出納閉鎖後厚生労働省に報告時した数値。

注2：平成21年度は、出納閉鎖後時点の数値。

注3：収納率は小数点第3位を四捨五入。

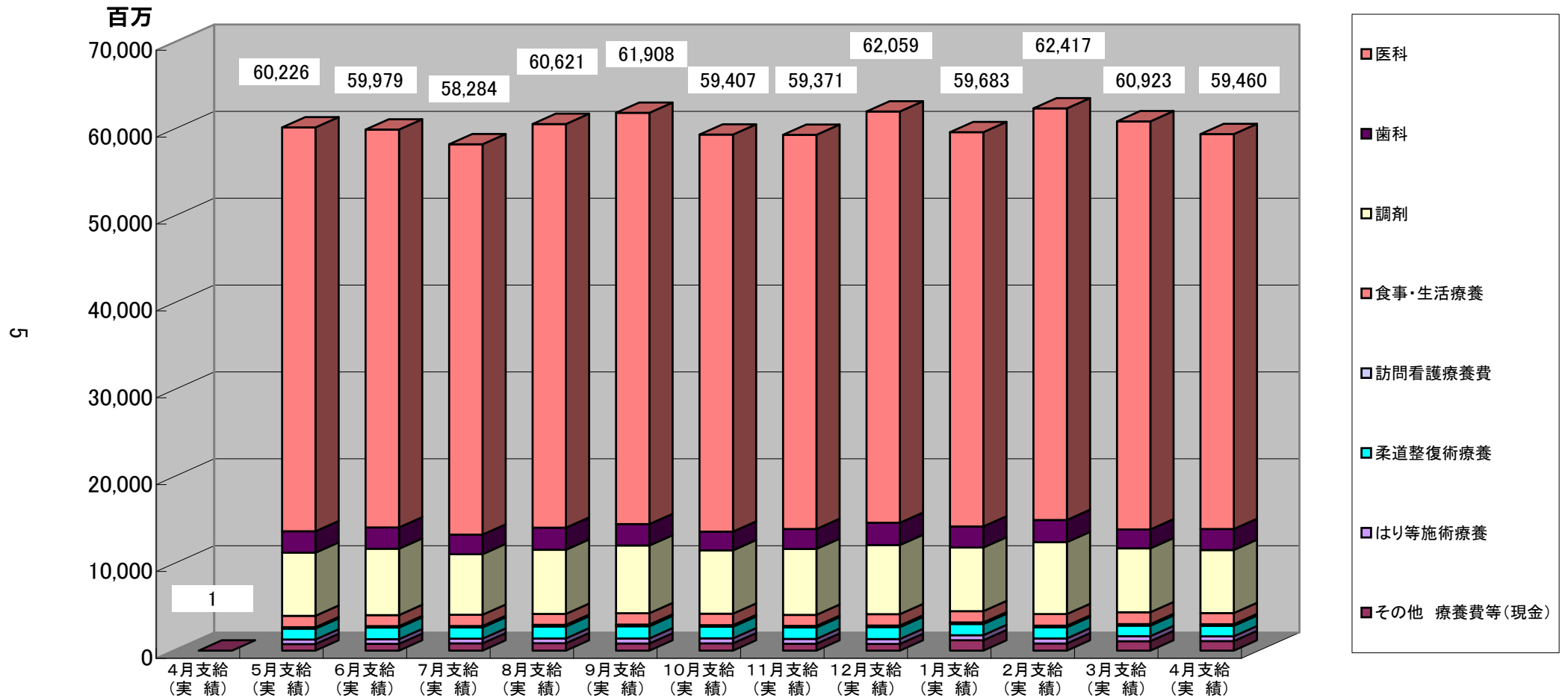
平成21年度健康診査受診状況(平成22年5月末現在)

No.	市町村名	被保険者数	個別健診	集団健診	合計	受診率	◎参考 平成20年度受診率
1	大阪市	242,203	29,393	1,603	30,996	12.80%	10.84%
2	堺市	71,089	12,589		12,589	17.71%	15.53%
3	岸和田市	18,345	2,751		2,751	15.00%	13.32%
4	豊中市	32,835	6,766	263	7,029	21.41%	16.69%
5	池田市	9,641	4,427		4,427	45.92%	53.17%
6	吹田市	27,693	10,007		10,007	36.14%	33.10%
7	泉大津市	6,222	1,409		1,409	22.65%	20.32%
8	高槻市	31,060	8,188		8,188	26.36%	18.32%
9	貝塚市	7,899	1,485		1,485	18.80%	17.38%
10	守口市	12,771	512	1,845	2,357	18.46%	16.35%
11	枚方市	30,523	4,965		4,965	16.27%	13.31%
12	茨木市	19,522	4,878	173	5,051	25.87%	20.79%
13	八尾市	23,126	3,811	314	4,125	17.84%	14.53%
14	泉佐野市	9,082	1,738		1,738	19.14%	14.97%
15	富田林市	10,975	3,297		3,297	30.04%	26.39%
16	寝屋川市	18,561	6,007		6,007	32.36%	32.49%
17	河内長野市	11,217	2,899		2,899	25.84%	22.86%
18	松原市	10,889	1,779		1,779	16.34%	14.93%
19	大東市	8,908	2,461		2,461	27.63%	22.17%
20	和泉市	12,886	3,497		3,497	27.14%	22.46%
21	箕面市	10,384	3,118		3,118	30.03%	22.55%
22	柏原市	6,274	1,494		1,494	23.81%	26.92%
23	羽曳野市	10,903	2,627		2,627	24.09%	20.55%
24	門真市	9,029	2,020		2,020	22.37%	20.52%
25	摂津市	5,502	671	265	936	17.01%	16.39%
26	高石市	5,664	1,135		1,135	20.04%	19.90%
27	藤井寺市	6,076	1,676		1,676	27.58%	22.01%
28	東大阪市	40,763	6,105		6,105	14.98%	10.57%
29	泉南市	5,520	1,082		1,082	19.60%	14.20%
30	四條畷市	3,799	837		837	22.03%	20.55%
31	交野市	5,881	894		894	15.20%	13.73%
32	大阪狭山市	4,790	948		948	19.79%	17.51%
33	阪南市	5,005	710		710	14.19%	14.04%
34	島本町	2,583	532		532	20.60%	11.22%
35	豊能町	2,317	912		912	39.36%	40.19%
36	能勢町	1,703	192	330	522	30.65%	21.75%
37	忠岡町	1,713	271		271	15.82%	16.76%
38	熊取町	3,397	529		529	15.57%	11.95%
39	田尻町	790	135		135	17.09%	12.34%
40	岬町	2,392	217	48	265	11.08%	6.79%
41	太子町	1,289	314		314	24.36%	12.55%
42	河南町	1,849	255	153	408	22.07%	13.03%
43	千早赤阪村	845	201		201	23.79%	20.45%
合計		753,915	139,734	4,994	144,728	19.20%	16.38%

※被保険者数は平成21年4月1日現在

◎平成20年度受診率については、平成20年4月1日現在の被保険者数で算出

医療給付費(速報値)の推移(平成21年3月～平成22年2月診療分)



検討に当たっての基本的な考え方について

※平成21年11月30日開催の第1回高齢者医療制度改革会議において、長妻厚生労働大臣より示された基本的な考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

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

「高齢者医療制度改革会議」委員

＜関係団体の代表＞

全国市長会 国民健康保険対策特別委員長(高知市長)	岡崎 誠也
全国知事会 社会文教常任委員会委員長(愛知県知事)	神田 真秋藤
全国町村会長(長野県川上村長)	原 忠彦
全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長 (佐賀県後期高齢者医療広域連合長、多久市長)	横尾 俊彦
日本労働組合総連合会 総合政策局長	小島 茂
日本経済団体連合会 社会保障委員会医療改革部会長	齊藤 正憲
健康保険組合連合会 専務理事	白川 修二
全国健康保険協会 理事長	小林 剛
日本医師会 常任理事	三上 裕司

＜学識経験者＞

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授	池上 直己
政治評論家・毎日新聞客員編集委員	岩見 隆夫
東京大学大学院法学政治学研究科教授	岩村 正彦(座長)
諏訪中央病院名誉院長	鎌田 實
日本福祉大学社会福祉学部教授	近藤 克則
目白大学大学院生涯福祉研究科教授	宮武 剛

＜高齢者の代表＞

日本高齢・退職者団体連合 事務局長	阿部 保吉
全国老人クラブ連合会 相談役・理事	見坊 和雄
前千葉県知事	堂本 暁子
高齢社会をよくする女性の会 理事長	樋口 恵子

新しい高齢者医療制度の創設までのスケジュール(見込み)

平成21年11月

平成22年夏

平成22年末

平成23年1月

平成23年春

平成25年4月

改革会議の設置

地方公聴会の開催
意識調査の実施

中間とりまとめ

地方公聴会の開催
意識調査の実施

最終とりまとめ

法案提出

法案成立

実施体制の見直し・準備・広報
全ての市町村等でコンピュータ
システムの改修
政省令の制定

新しい高齢者医療制度の施行

制度決定まで1年

法案作成から成立まで半年

施行準備 2年

(参考)後期高齢者医療制度も法案成立から施行までは約2年。
平成18年6月 高齢者の医療の確保に関する法律の成立
平成20年4月 後期高齢者医療制度の施行

高齢者のための新たな医療制度等について（中間とりまとめ）

平成 22 年 8 月 20 日
高齢者医療制度改革会議**I はじめに**

- 健康は人生における全ての活動の基本である。そして、国民の健康、更には生命を支える医療制度は社会の基盤であり、我が国は、国民皆保険の下、すべての国民がいつでも、どこでも、誰でも、適切な医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。
- 一方、高齢化の進行に伴って高齢者の医療費が増加する中で、国民皆保険を堅持し、将来にわたって持続可能な医療制度とするため、高齢者医療制度の改革を行うことが不可欠となり、順次、改革が進められてきた。
- まず、昭和 58 年には、老人医療費の無料化によって市町村国保の運営が厳しくなったこと等を踏まえ、老人保健制度が創設された。しかしながら、老人保健制度は、各保険者からの拠出金と公費をもとに市町村が運営する方式であり、特に現役世代の多くが加入する被用者保険の負担が増加したこと等から、改めて新たな制度の検討を進めることとなった。
- その後、約 10 年にわたる検討を経て、老人保健制度に代わる制度として、現行の高齢者医療制度が平成 18 年度の法改正で創設され、平成 20 年度から施行された。しかしながら、検討の過程において高齢者をはじめ国民の意見を十分に聞かなかったこと等を背景として、施行前後から、年齢による差別的な扱い、後期高齢者という名称、更には保険料の年金からの天引きなどの問題が頻繁に報道され、多くの国民から反発を招いたところである。

- このような中、本改革会議は、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰による会議として、昨年 11 月に設置された。
- 検討に当たっては、厚生労働大臣より示された次の 6 原則を踏まえ、検討を進めてきた。
 - 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
- 検討の過程では、委員から新制度のあり方について 4 つの具体的な案が提起され、この 4 案を巡る議論を通して、制度の基本的枠組み、国保の運営のあり方、費用負担、保健事業等といった各論点について議論を行ってきた。
- また、この間、厚生労働省においては、高齢者をはじめ国民の意識調査を実施するとともに、地方公聴会を開催するなど、後期高齢者医療制度導入時の反省に立った取組も行われ、これらを通じて得られた国民のご意見も踏まえて検討を行ってきた。
- 以下は、これまでの 9 回の議論を踏まえ、新たな制度の基本骨格について中間的にとりまとめたものである。なお、一部の委員からは、現時点でとりまとめを行うことは拙速であるとし、様々な点において反対・懸念が示されたが、この中間とりまとめは、委員の意見の大勢をとりまとめたものである。本改革会議においては、こうした意見にも配慮しつつ、今後も更に議論を深め、高齢者をはじめ幅広く国民に、より歓迎される制度づくりを目指していく。

Ⅱ 現行制度の問題点等

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

Ⅲ 新たな制度の基本骨格

- 今後、高齢者の医療費の増加に伴い、高齢者の負担も現役世代の負担も増加せざるを得ない中で、後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、利点は残し、高齢者の方も若い方も、より安心・納得・信頼できる持続的な新たな制度を構築する。また、後期高齢者医療制度の廃止を契機として、長年の課題であった国保の広域化を実現し、国民皆保険の最後の砦である国保の安定的かつ持続的な運営を確保する。

1. 制度の基本的枠組み

- 現在、地域保険としては、広域連合を保険者とする「後期高齢者医療」と、市町村を保険者とする「国保」が並立しているが、後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する。
- 加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢によって保険証が変わるようなことはなくなり、保険料・高額療養費等の面でもメリットが生じることとなる。
- 具体的には、
 - ① 現在はすべての高齢者に保険料の納付義務が課せられているが、市町村国保では世帯主が納付義務を負うこととなるため、世帯主以外の高齢者の方は保険料の納付義務がなくなる
 - ② 現行の独立した制度では、保険料の軽減判定が国保の加入者とは別に行われ、保険料負担が増加した方は、世帯全体で軽減判定が行われることにより、負担の増加が解消される
 - ③ 高額療養費の自己負担限度額の適用は制度ごとに行われているため、同一世帯内の高齢者と現役世代が同じ制度に加入することにより自己負担が軽減される等のメリットが生じる。

- また、働いている75歳以上のサラリーマンの方は、75歳未満の方と同様に、被用者保険に加入することにより、傷病手当金等を受けることができるようになるとともに、保険料については事業主と原則折半で負担することとなる。
- 75歳以上の被扶養者の方は、75歳未満の被扶養者の方と同様に、保険料負担はなくなる。なお、この点に関して、後期高齢者医療制度は、75歳以上の高齢者一人一人から保険料を徴収し、「高齢者間の負担の公平」を図ることを目指したが、被用者保険の被扶養者であった方については、その負担の発生に配慮し、施行当初は保険料の徴収を凍結し、その後現在に至るまで9割軽減を行っているのが現状であり、必ずしも「高齢者間の負担の公平」の確保には至っていない面がある。一方で、75歳未満の被扶養者の方は、被用者保険に加入し保険料負担はないが、75歳以上の方は、後期高齢者医療制度に加入し保険料負担が生じることとなったところであり、新たな制度では、こうした「世代間の不公平」が解消されることとなる。
- 新制度への移行に際して、後期高齢者医療制度から市町村国保に移行する方は特段の手続きは不要であるが、被用者保険に移行する方は一定の手続きが必要になることから、混乱を招かないようにするための丁寧な周知等の対応が必要である。
- なお、国保組合については、被用者保険と同様、高齢者であっても加入要件を満たす組合員及び組合員の世帯に属する方は当該組合に加入するものとする。また、特定健保(厚生労働大臣の認可を受けて、一定の要件を満たす退職者及びその被扶養者に対する保険給付、保険料の徴収等を行う健保組合をいう。)については、加入する高齢者の保険給付に係る費用負担を含め、そのあり方を引き続き検討する。

2. 国保の運営のあり方

(1) 財政運営単位

- 現在、75歳以上の方々が加入している後期高齢者医療制度は、都道府県単位による財政運営が行われている。
- 新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に市町村国保に戻ることとなれば、高齢者間の保険料格差が

復活し、多くの高齢者の保険料が増加する（国保から後期高齢者医療制度への移行により、格差は5倍から2倍に縮小し、全国的には多くの世帯で保険料も減少したが、この逆のことが起きる）。また、市町村国保の財政基盤を考えれば、再び市町村国保が高齢者医療の財政運営を担うことは不適當である。

- したがって、市町村国保の中の、少なくとも75歳以上の高齢者医療については、都道府県単位の財政運営とすることが不可欠となる。
- この場合の都道府県単位の財政運営とする高齢者医療の対象年齢は、75歳以上とする場合と、退職年齢・年金受給開始年齢・一般的な高齢者の概念等を考慮して65歳以上とする場合が考えられるが、個々の高齢者の保険料に与える影響や個々の保険者に与える財政影響を含め、引き続き検討する。
- なお、見直し後における市町村国保の加入者は、65歳未満2500万人、65歳以上75歳未満1100万人、75歳以上1200万人であり、高齢者医療の対象年齢を65歳以上とすれば加入者のほぼ半分、75歳以上とすれば加入者の約4分の1が都道府県単位による財政運営の対象となる。いずれにせよ、65歳又は75歳という年齢区分は、国保の財政運営の安定化を図り、高齢者の負担の増加等を生じさせないようにするための財政運営上の区分にとどまるものである。
- また、制度発足当初とは異なり高齢者や低所得者の加入率が高いなどの構造的問題を抱えることとなった市町村国保については、保険財政の安定化、保険料負担の公平化等の観点から広域化を図ることが不可欠である。先般の法改正で導入した都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大など、都道府県単位の財政運営に向けた環境整備を進めた上で、全年齢を対象に都道府県単位化を図る。
- その移行手順については、平成25年度以降のある時期までと期限を定めて全国一律に都道府県単位化すべきという意見と、合意された都道府県から順次、都道府県単位化すべきという意見があり、引き続き検討する。

- 当面、国保の中に都道府県単位と市町村単位の財政運営が併存することは、現役世代の都道府県単位の財政運営に向けた環境整備に一定の期間を要することからやむを得ないことではあるが、早期に全年齢を対象とした都道府県単位化を図り、簡素で分かりやすい制度体系としていくことが必要である。

(2) 運営の仕組み

- 市町村国保を都道府県単位の財政運営とする場合においても、すべての事務が「都道府県単位の運営主体」で行われるものではない。被保険者の利便性や保険者機能の発揮といった視点から、窓口サービスや保険料の徴収、健康づくりなどの保健事業は、市町村が行うことが必要である。
- また、現行の後期高齢者医療制度の利点の一つとして、保険料の算定方式が統一され、都道府県単位で保険料負担の公平が図られた点がある一方で、問題点の一つとして、市町村が徴収できた額を広域連合に納めるだけの仕組みとなっている点がある。
- このため、収納率の向上が大きな課題となっている市町村国保の現役世代も含めた広域化の実現も視野に入れ、都道府県単位の保険料という考え方は維持しつつ、保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みに改めることが必要である。
- 具体的には次のような仕組みとすることが考えられる。
 - ・ 「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。
 - ・ 市町村は、現役世代の被保険者の保険料率を従来どおりの方法で定める。
 - ・ 市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の他の現役世代の被保険者の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。

- このような仕組みとすることにより、市町村は収納率を高めるほど当該市町村の被保険者の保険料を安く設定することができ、一般会計からの多額の繰入れを行っている市町村における保険料の急激な増加を回避することもできる。
- 以上を踏まえ、市町村国保については、新たな制度においては、まずは、①「都道府県単位の運営主体」は、都道府県単位の標準（基準）保険料率の算定・会計の処理等の事務を行い、②市町村は、保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業等の事務を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みとすることが考えられるが、全年齢を対象とした都道府県単位化の実現までの段階を考慮しつつ、より具体的な設計について引き続き検討する。
- 国においては、こうした国保の運営が健全かつ円滑に図られるよう、引き続き、財政上の責任を十分に果たしていくとともに、国保間や国保と被用者保険間の調整など各般にわたる支援を行う。

（３）運営主体

- 現行の後期高齢者医療広域連合については、①都道府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない、②広域連合長は住民から直接選ばれていないので、責任が明確でない、③市町村に対する調整機能が十分に働いていない、④市町村からの派遣職員を中心に運営しており、組織としてのノウハウの承継が困難である、といった問題点が指摘されている。
- このような中、「都道府県単位の運営主体」を具体的にどこにすべきかについては、都道府県が担うべきとする意見が多数であったが、慎重な意見もあり、今回の中間とりまとめにより明らかになる新制度の全体像を踏まえ、また、将来的な財政試算等を明らかにしつつ、引き続き検討する。

(4) 財政リスクの軽減

- 保険料の収納不足や給付の増加といった財政リスクを軽減するため、公費と保険料を財源とする財政安定化基金を設置し、安定的な運営を図ることができる仕組みとする。
- 財政安定化基金の規模、負担割合、活用方法等、より具体的な制度設計については、引き続き検討する。

3. 費用負担

(1) 支え合いの仕組みの必要性

- 新たな仕組みの下では、高齢者も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなるが、65歳以上の方については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、高齢者の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。
- 高齢者が偏在して加入することに対する保険者間の調整の仕組みとしては、
 - ① 現行の後期高齢者医療制度のように、高齢者の保険料と公費を高齢者の医療給付費に充て、これら以外の分を各保険者が現役世代の加入者数等に応じて支援する方法
 - ② 老人保健制度や現行の前期高齢者に係る財政調整のように、充当される公費以外の分を各保険者がその加入者数等に応じて費用負担を行う方法（高齢者の保険料は、加入する各保険者にそれぞれ納められる）
 - ③ 両者を組み合わせる方法があるが、どのような仕組みが適切か、財政試算を明らかにしつつ、引き続き検討する。
- また、新たな制度への移行に伴い、高齢者の保険料負担・患者負担に加え、各保険者の財政状況が厳しいものとなっている中で、市町村国保・協会けんぽ・健保組合・共済組合等の負担が大幅に増加することのないようにするとともに、将来にわたり負担可能な範囲にとどめる。

(2) 公費

- 現行の高齢者医療制度は、75 歳以上の方の医療給付費に約 5 割の公費（平成 22 年度予算ベース；5.5 兆円）を投入するとともに、市町村国保・協会けんぽ等が負担する後期高齢者支援金及び前期高齢者納付金等に一定割合の公費（同；2.0 兆円）を投入している。
- 上記 5.5 兆円の公費は、国・都道府県・市町村が 4：1：1 の割合で負担しており、国が 3.7 兆円、都道府県が 0.9 兆円、市町村が 0.9 兆円となっている。また、上記 2.0 兆円の公費は、国が 1.8 兆円、都道府県が 0.2 兆円を負担している。このほか、財政安定化基金や保険基盤安定制度などに対して、国・都道府県・市町村が、一定の割合に基づき負担している。
- 新たな制度においても、引き続き、国と地方がそれぞれの役割に応じて、財政上の責任を十分に果たしていくことが重要であり、公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要である。こうした観点に立って、今後の高齢化の進行等に応じた公費の投入のあり方について引き続き検討する。

(3) 高齢者の保険料

- 国保に加入する 75 歳以上の方の保険料については、同じ都道府県で同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、その水準については、現行の後期高齢者医療制度より増加することのないよう、引き続き、負担能力を考慮した応分の負担として医療給付費の 1 割相当を保険料で賄うこととする。
- また、都道府県単位の財政運営とする対象年齢を 65 歳以上とした場合、65 歳から 74 歳までの方にも 75 歳以上の方と同じ保険料率の水準を適用すべきか、現行の保険料水準を維持すべきか、引き続き検討する。
- 前者の場合には、65 歳から 74 歳までの方の保険料は、総額としては減少するが、個々の保険料は変化することから、あらかじめ、高齢者の保険料の変化に関する調査を行うことが必要となる。また、急激

な負担増が生じないように、緩和措置を講じることが必要となる。

- さらに、現行制度では、現役世代の人口の減少による現役世代の保険料の増加分を高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合（後期高齢者負担率）を段階的に引き上げる仕組みになっている。こうした現役世代の負担の増加を緩和する仕組みは引き続き必要であるが、現行制度では、高齢者と現役世代の保険料規模の違いを考慮していないため、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造となっている。このため、高齢者人口の増加と現役世代人口の減少に伴う現役世代の保険料の増加分を、高齢者と現役世代とで公平に分担する仕組みを設ける。
- これにより、高齢者と現役世代の 1 人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなるが、1 人当たり医療費の伸びに差があった場合に、高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びよりも大きく乖離することとならないよう、財政安定化基金を活用して高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みを設けることとし、その具体的なあり方については引き続き検討する。
- 高齢者の保険料については、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付することを基本とする。
- この場合、世帯主以外の高齢者は保険料の納付義務が無くなり、こうした高齢者においては年金からの天引きは必要ないものとなるが、高齢者世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの天引きも実施できるようにするなど、収納率低下の防止等の観点からの措置を講じる。
- 保険料の上限については、現在、後期高齢者医療制度は 50 万円（個人単位）、国保 63 万円（世帯単位）となっているが、国保の世帯単位の上限に一本化した上で、被用者保険の上限額（93 万円；協会けんぽの本人負担分）も勘案しつつ、段階的に引き上げる。
- 現在、75 歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置（均等割の 9 割・8.5 割軽減、所得割の 5 割軽減）については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたもので

あることや、介護保険との整合性を踏まえつつ、新たな制度の下で合理的な仕組みに改めることとし、その具体的なあり方については引き続き検討する。

- 一方、被用者保険に加入する高齢者の保険料は、職域内の連帯・公平の観点から、各被用者保険者の算定方法・徴収方法を適用する。

(4) 現役世代の保険料による支援

- 高齢者の医療給付費については、公費と高齢者の保険料に加え、国民全体で支えるという社会連帯の考え方にに基づき、税と保険料の役割分担や景気・雇用等への影響にも配慮しつつ、一定割合を国保・被用者保険の現役世代の保険料で支えることが必要である。
- その際、国保と被用者保険者間は加入者数による按分となるが、被用者保険者間では、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、その具体的な按分方法については、引き続き検討する。

(5) 高齢者の患者負担

- 高齢者の医療費の増加に伴い、公費、高齢者の保険料、現役世代の保険料はいずれも増加せざるを得ないが、高齢者の患者負担については、負担能力に応じた適切な負担にとどめることを基本とし、そのあり方について引き続き検討する。
- 特に、70歳から74歳までの方の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、予算措置により1割負担に凍結しているが、個々の患者の負担の増加と各保険者の負担の増加の両面に配慮しつつ、そのあり方について引き続き検討する。
- 高額療養費については、所得再分配機能を強化する観点から、所得の高い方の限度額は引き上げ、所得の低い方の限度額は引き下げる方向で見直すべきであり、現役世代を含む高額療養費全体の見直しの中で引き続き検討する。

4. 医療サービス

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

5. 保健事業等

- 75 歳以上の方の健康診査の実施について、現行制度前は市町村に実施義務が課せられていたが、広域連合の努力義務となった中で受診率が低下した。
- 新たな仕組みの下では、75 歳以上の方も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなり、健康診査等についても、国保・被用者保険の下で各保険者の義務として行うこととする。
- 特定健診・特定保健指導については、生活習慣病を予防し、高齢期等の医療費の効率化できる部分を効率化する取組であり、保険者機能の強化の点からも、引き続き、取組を進めていくが、今後の具体的なあり方については、高齢者への対応を含め、別途、技術的な検討を進める必要がある。
- 一方、現在、特定健診・特定保健指導の達成状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みが設けられているが、新たな制度の下で

も、特定健診等をより円滑に推進するための方策を講じる。

- また、国保における都道府県単位の財政運営の導入に際し、都道府県の健康増進計画・医療計画・介護保険事業支援計画などとも整合性の取れた、都道府県単位での健康増進や医療費の効率化に向けた取組を一層推進するための体制や具体的仕組みについて検討を進める。
- 併せて、後発医薬品の使用促進、レセプト点検、医療費通知、重複・頻回受診者への訪問指導、適正受診の普及・啓発など、各保険者における医療費効率化の取組の更なる充実を図る。

IV 今後の検討等の進め方

- 上記のうち、引き続き検討することとした事項については、更に議論を深め、年末までに結論を得る。
- 今後、医療費等の将来推計などを行いつつ、地方自治体、保険者等の関係者や高齢者をはじめ広く国民の御意見を聞きながら、細部を含めた検討を更に進め、年末までに、新たな制度の具体的な内容を取りまとめる。
- 本改革会議のとりまとめを踏まえ、平成 25 年 4 月を目途に新たな制度が施行される予定であるが、円滑に制度を運営するためには、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、現時点から、地方自治体等の意見を十分に聞きながら、着実にシステム改修を進めることが必要である。
- また、国民に対する丁寧で分かりやすい広報の実施に、国、地方自治体、保険者等が役割分担を図りながら、様々な広報媒体を活用して計画的に取り組むことが必要である。

中間とりまとめに対する主な指摘と 考え方

中間とりまとめに対する主な指摘と考え方

① 現行制度は定着しており、廃止する必要はないのではないか。

- ・ 現行制度の問題点は、家族関係や医療保険の連続性等を考慮することなく、75歳に到達した時点で、これまでの制度から区分された独立型の制度の加入させることにあり、これが多くの国民の皆様から差別的な制度と受けとめられたところである。
- ・ 平成22年5月に実施した意識調査では、一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて、「適切でない」、「あまり適切でない」と回答した方の割合は、一般が4割強、有識者が5割強の結果であった。一方、「適切である」、「やや適切である」と回答した方の割合は、一般が3割、有識者が3.5割の結果であった。
- ・ こうした中で、後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、利点は残し、高齢者の方も若い方も、より安心・納得・信頼できる持続可能なよりよい制度を構築する必要がある。

② 高齢者間の保険料負担の公平が損なわれるのではないかと。

- ・ 後期高齢者医療制度では、75歳以上の高齢者一人一人から保険料を徴収し、「高齢者間の負担の公平」を図ることを目指したが、被用者保険の被扶養者であった方については、その負担の発生に配慮し、施行当初は保険料の徴収を凍結し、その後、現在に至るまで9割軽減を行っているのが現状であり、必ずしも「高齢者間の負担の公平」の確保に至っていない面がある。
- ・ 一方で、75歳未満の被扶養者の方は、被用者保険に加入し保険料負担はないが、75歳以上の方は、後期高齢者医療制度に加入し保険料負担が生じることとなったところであり、新たな制度では、こうした「世代間の不公平」が解消されることとなる。

③ 年齢区分が残るのではないか。

- ・ 後期高齢者医療制度の最大の問題は、75歳で加入する医療保険制度を分離・区分し、年齢による差別的な扱いをしたことであり、年齢で加入する医療保険制度を分離・区分する後期高齢者医療制度は廃止する。
 - ・ 新たな制度においては、高齢者の方にも現役世代と同じ国保か被用者保険に加入していただくことで、年齢による差別的な扱いの解消を図る。
- ※ その際、高齢者の方が単純に市町村国保に戻ることとなれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加することから、市町村国保の中の少なくとも75歳以上の高齢者医療については都道府県単位の財政運営とすることが不可欠である。
- ※ 老人保健制度においても、75歳以上で区分した財政運営が行われていたところ。
- ・ 国保については、次の段階で、現役世代も含めて全年齢で都道府県単位化を図ることとしており、高齢者だけが都道府県単位の財政運営となるのは、その間の限られた期間にとどまるものである。

④ 「都道府県単位の運営主体」において、市町村国保と同様な一般会計からの繰入れが生じるのではないか。

- ・ 新たな制度においては、保険料は市町村が決められた額を確実に納める仕組みとし、徴収不足や給付の増加が生じた場合には、財政安定化基金を活用するなど、安定的な運営を図ることができる仕組みとする。
- ・ また、標準(基準)保険料率の算定方法は法令で定めるため、都道府県単位の運営主体において、一般会計からの繰入れを行う必要はない仕組みとなる。

⑤ 都道府県や市町村の負担が増加するのではないか。

- ・ 新たな制度においても、引き続き、国と地方がそれぞれの役割に応じて、財政上の責任を十分に果たしていくことが重要であり、公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要である。
- ・ こうした観点から、75歳以上の医療給付費の約5割+ α に公費を投入することとし、国・都道府県・市町村が一定の割合で負担する。この割合については、「都道府県単位の運営主体」が「都道府県」でも、「広域連合」でも変わることはない。
- ・ 一方、近年における高齢者一人当たり医療費の実績は、18年度改正時の見込みを下回っており、当時の見込みより負担は減少することが見込まれる。
- ・ こうした点も含め、今後、都道府県単位の財政運営とする対象年齢を75歳以上とするか65歳以上とするか、財政調整の具体的な方法、公費の投入方法、窓口負担割合、保険料、医療費効率化の取組の効果等の項目別の議論を行った上で、秋には一定の条件を設定しつつ、財政影響試算をお示しすることとしている。

今後の検討課題

中間とりまとめ後に残される課題

1. 制度の基本的枠組み

- 新たな制度では、加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入する。

【検討課題】

- ① 特定健保(※)のあり方をどうするか。

(※)厚生労働大臣の認可を受けて、一定の要件を満たす退職者及びその被扶養者に対する保険給付、保険料の徴収等を行う健保組合。平成22年4月現在、64組合、被保険者(特例退職被保険者)及びその被扶養者約54万人。

2. 国保の運営のあり方

(財政運営単位)

- 制度移行時において、市町村国保の中の、少なくとも75歳以上については、都道府県単位による財政運営とする。
- 都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一など、都道府県単位の財政運営に向けた環境整備を進めた上で、全年齢を対象に都道府県単位化を図る。

【検討課題】

- ② 全年齢を対象とした都道府県単位化への移行手順については、期限を定めて全国一律か、それとも合意された都道府県から順次か。期限を設定する場合、具体的な年限をどうするか。また、都道府県単位化の環境整備の進め方(工程)をどうするか。
- ③ 全年齢を対象とした都道府県単位化を目指す中、今回の制度移行時に、都道府県単位化の対象年齢を「65歳以上」までに引き下げるか、「75歳以上」とするか。

(運営の仕組み・運営主体)

- 「都道府県単位の運営主体」と「市町村」が、分担と責任を明確にしつつ、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みとする。

【検討課題】

- ④ 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、具体的な事務の分担をどうするか。
- ⑤ 財政運営の具体的な仕組みをどうするか。
(標準(基準)保険料率の設定方法、財政安定化基金の規模・負担割合・活用方法等の具体的なあり方をどのようにするか。)
- ⑥ 「都道府県単位の運営主体」をどこが担うか。

3. 費用負担

(支え合いの仕組み)

- 65歳以上の方については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、高齢者の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設ける(=公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・高齢者の患者負担で支え合う)。

【検討課題】

- ⑦ 具体的な財政調整の仕組みをどうするか。

(公費)

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

【検討課題】

- ⑧ 今後の高齢化の進行等に応じた公費の投入のあり方を具体的にどうするか。

(高齢者の保険料)

- 国保に加入する75歳以上の方の保険料については、同じ都道府県で同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、その水準については、現行の後期高齢者医療制度より増加することのないよう、引き続き、負担能力を考慮した応分の負担として医療給付費の1割相当を保険料で賄うこととする。
- 高齢者の保険料については、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付することを基本とする。
- 高齢者世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの天引きも実施できるようにするなど、収納率低下の防止等の観点からの措置を講じる。
- 現在、75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減)については、合理的な仕組みに改める。

【検討課題】

- ⑨ 収納率低下の防止等の観点から、どのような措置を講じるか。
- ⑩ 75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置をどうするか。

(現役世代の保険料による支援)

- 被用者保険者間では、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべき。

【検討課題】

- ⑪ 被用者保険者間の具体的な按分方法をどうするか。

(高齢者の患者負担)

- 高齢者の患者負担については、負担能力に応じた適切な負担にとどめることを基本とする。

【検討課題】

- ⑫ 高齢者の患者負担、特に、70～74歳の患者負担について、どうするか。

4. 医療サービス

- 今後の高齢者に対する医療サービス等の具体的なあり方については、平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、別途の場において議論。

5. 保健事業等

- 75歳以上の方も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなり、健康診査等についても、国保・被用者保険の下で各保険者の義務として行う。

【検討課題】

- ⑬ 後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みに代わる新たな特定健診等の推進方策をどうするか。
- ⑭ 都道府県単位での健康増進や医療費の効率化に向けた取組を一層推進するための体制や具体的仕組みをどうするか。

6. その他

- 保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、現時点から、地方自治体等の意見を十分に聞きながら、着実にシステム改修を進めることが必要である。

⇒ 「高齢者医療システム検討会」を設置。

公聴会開催の際に寄せられた中間とりまとめに対する
事前意見と回答の概要

厚生労働省保険局高齢者医療課

項目	ご意見	回答
1. 制度 改革全般	<p>○ 現行の後期高齢者医療制度は定着しており、これを廃止することは、新たな混乱を生じさせる恐れがある。</p> <p>○ 老人保健制度に戻すべきではないか。</p> <p>○ 現役世代からの意見がどのように反映されているのか。</p>	<p>現行制度の問題点は、家族関係や医療保険の連続性等を考慮することなく、75歳に到達した時点で、これまでの制度から区分された独立型の制度に加入させることにあり、これが多くの国民の皆様から差別的な制度と受け止められました。</p> <p>また、高齢者の方々の心情に全く配慮することなく、「後期高齢者」という名称が用いられたこと、高齢者の医療費の増加に比例して高齢者の方々の保険料が増加する仕組みであったことなど、様々な問題点が指摘されており、その問題点を改善する必要があります。</p> <p>先般実施した意識調査の結果においても、一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて「適切でない」等と回答した割合は、一般は4割強、有識者は5割強でした。（「適切である」等と回答した割合は一般3割、有識者3.5割。）</p> <p>一方で、後期高齢者医療制度には、かつての老人保健制度が抱えていた問題点を改善し、高齢者の方々の医療費に関する負担の明確化が図られたことや、都道府県単位の運営とすることにより財政運営の安定化と保険料負担の公平化が図られたという一定の利点もあり、こうした利点は残したよりよい制度とします。</p> <p>老健制度に戻した場合、後期高齢者医療制度で改善された、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現役世代と高齢者の方々の負担関係が不明確であったこと ・ 市町村間で保険料格差が最大5倍あったこと <p>等の問題が再び生じることになります。</p> <p>また、一旦、老人保健制度に戻した上で、更に新たな制度に移行することとした場合、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 度々の見直しを行うことになり、高齢者の方々に不安や混乱を生じさせる等の問題があり、 ・ 老人保健制度に戻すだけでもシステム改修等に2年の期間と多額の経費を要することから、新しい高齢者医療制度に直接移行することが適当であると考えています。 <p>高齢者医療制度改革会議には、高齢者医療を支える側にある日本経済団体連合会や日本労働組合総連合会、健康保険組合連合会、全国健康保険協会の代表者にも参加いただいております。</p> <p>また5月には、現役世代を含む約5千人の方を対象として、意識調査を実施するとともに、8月には、各地で公聴会を開催し、これらの結果も踏まえ、「中間とりまとめ」が行われたところです。</p>

項目	ご意見	回答
2. 制度の基本的枠組み	<p>○ この機会に全体的に医療保険制度を再構築すべきではないか。</p> <p>○ 医療制度自体が複雑すぎるため、高齢者の方等にも分かりやすく、安心できる制度にすべきではないか。</p> <p>○ 被用者保険に戻る方は手続きが必要になるためきめ細やかな広報が必要ではないか。</p>	<p>国民皆保険の最後の砦である国保は、市町村が運営主体であるため、小規模な市町村の国保は、保険財政が不安定になりやすく、運営の広域化を図ることが長年の課題となっています。今回、高齢者医療制度を改革するのみならず、国保の広域化に道筋をつけることは、医療保険制度全体にとっても、大変大きな意義があると考えています。</p> <p>一方、制度改革により不必要な混乱や不安を生じさせることは避けなければなりません。今回の改革の実現を図った上で、改めて更なる改革の必要性等を検討してまいります。</p> <p>医療保険制度は、高齢化の進行などに対応し、改革を重ねて、現在の姿を構築してきました。新制度については、これまでの改革による利点は残しつつ、高齢者の方も若い方も、より安心・納得・信頼の得られる制度へと改めていきます。</p> <p>こうした中で、例えば、当面、国保の中に都道府県単位と市町村単位の財政運営が併存することとなりますが、これは現役世代の都道府県単位の財政運営に向けた環境整備に一定の期間を要することからやむを得ないことではありますが、早期に全年齢を対象とした都道府県単位化を図り、簡素で分かりやすい制度体系としていくことが必要であると考えています。</p> <p>新制度への移行に際して、後期高齢者医療制度から市町村国保に移行する方は特段の手続きは不要ですが、被用者保険に移行する方は一定の手続きが必要になることから、混乱を招かないようにするための丁寧な周知等の対応を図ってまいります。</p>

項目	ご意見	回答
3. 国保の運営のあり方	<p>○ 国保財政が健全運営できる制度とし、制度移行が国保財政を圧迫して自治体負担が過重にならないようにすべき。</p> <p>○ 対象年齢を75歳以上とする場合と65歳以上とする場合の、ねらいや問題点を知りたい。</p>	<p>新たな制度の下では、高齢者の方も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなりますが、高齢者の方が国保に偏在して加入することを踏まえ、高齢者の医療費を国民全体で公平に分担する財政調整の仕組みを設けることとしております。こうした財政調整の実施等により、新たな制度への移行に伴い、国保の負担が増加することのないようにしてまいります。</p> <p>また、新たな制度においては、保険料は市町村が決められた額を確実に納める仕組みとし、徴収不足や給付の増加が生じた場合には、財政安定化基金を活用するなど、安定的な運営を図ることができる仕組みとしていきます。さらに、標準（基準）保険料率の算定方法は法令で定めるため、都道府県単位の運営主体において、一般会計からの繰入れを行う必要はない仕組みとなります。</p> <p>高齢者医療の対象年齢を65歳以上とすれば、加入者のほぼ半分が都道府県単位による財政運営の対象となり広域化が進む一方、65～74歳の方の保険料は変動します。また、将来的には全年齢を対象とした都道府県単位化の際の2度にわたって保険料が変動する可能性が出てきます。</p> <p>一方、75歳以上とすれば、都道府県単位による財政運営の対象となるのは加入者の約4分の1にとどまりますが、保険料の変動は少なくなります。</p> <p>このような、個々の高齢者の保険料に与える影響や個々の保険者に与える財政影響を含め、引き続き検討していきます。</p>

項目	ご意見	回答
4. 費用負担 (1) 公費	○ 医療費は年々膨らんでいくので、それに応じて公費を拡充していくべき。	新たな制度においても、引き続き、国と地方がそれぞれの役割に応じて、財政上の責任を十分に果たしていくことが重要であり、公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要と考えています。こうした観点に立って、今後の高齢化の進行等に応じた公費の投入のあり方について引き続き検討していきます。

項目	ご意見	回答
4. 費用負担 (2) 高齢者の保険料	<p>○ 後期高齢者医療制度で解消された高齢者間の負担の公平化が損なわれるのではないか。</p> <p>○ 高齢者を区別しない制度を作るのであれば、保険料負担についても区別しないこととすべき。</p> <p>○ 国保の収納率が低い場合、高齢者分の保険料についても収納率が低下するのではないか。</p> <p>○ 年金からの天引きが行えなくなれば、保険料の収納率が低下するのではないか。</p>	<p>後期高齢者医療制度は、75歳以上の高齢者一人一人から保険料を徴収し、「高齢者間の負担の公平」を図ることを目指しましたが、被用者保険の被扶養者であった方については、その負担の発生に配慮し、施行当初は保険料の徴収を凍結し、その後現在に至るまで9割軽減を行っているのが現状であり、必ずしも「高齢者間の負担の公平」の確保には至っていない面があります。</p> <p>一方で、75歳未満の被扶養者の方は、被用者保険に加入し保険料負担はありませんが、75歳以上の方は、後期高齢者医療制度に加入し保険料負担が生じることとなったところであり、新たな制度では、こうした「世代間の不公平」が解消されることとなります。</p> <p>なお、高齢者の方も現役世代も分け隔てのない保険料とした場合には、高齢者の方の保険料が大幅に増加する場合が生じることには留意する必要があると考えています。</p> <p>このため今回、少なくとも75歳以上の方については、引き続き都道府県単位化の財政運営とし、医療給付費の1割相当を保険料で賄うこととしています。</p> <p>後期高齢者医療制度においては、市町村が徴収できた額を広域連合に納めるだけの仕組みとなっていることが問題点の一つでした。</p> <p>このため、収納率の向上が大きな課題となっている市町村国保の現役世代も含めた広域化の実現も視野に入れ、都道府県単位の保険料という考え方は維持しつつ、保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みに改める必要があります。</p> <p>「中間とりまとめ」においては、具体的な仕組みの案として、</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 「都道府県単位の運営主体」が、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、 ② これを受けて、市町村が、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 <p>ことを掲げており、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住民の保険料を低く設定することができ、また、一般会計からの多額の繰入れを行っている市町村における保険料の急激な増加を回避することもできることとなります。</p> <p>また、保険料の支払いについては、高齢者世帯の世帯主で希望される方は、引き続き、年金からの天引きも実施できるようにすることをはじめ、収納率低下の防止の観点からの措置を講じていきます。</p>

項目	ご意見	回答
4. 費用負担 (3) 現役世代の負担	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療制度全体の安定した維持を目指すためにも、人口割合が減少していく現役世代の負担を適切なものとすべき。 ○ 保険者間の調整の仕組みが不明確ではないか。 	<p>現役世代については、拠出金負担が大幅に増加しないよう、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」による負担の増加分を、高齢者と現役世代とで公平に分担する仕組みを設けることとしています。</p> <p>新たな制度の下でも、国保と被用者保険の間で、高齢者の方の偏在による負担の不均衡が生じるため、これを調整する仕組みが必要です。</p> <p>調整の仕組みとしては、①現行の後期高齢者医療制度の方法、②老人保健制度や現行の前期高齢者に係る財政調整の方法、③両者を組み合わせる方法があります。</p> <p>また、被用者保険の中では、財政力の弱い保険者の負担が過重なものにならないよう、負担能力に応じた支え合いにすべきと考えます。</p> <p>どのような仕組みが適切か、財政試算を明らかにしつつ、引き続き検討してまいります。</p>
4. 費用負担 (4) 高齢者の窓口負担	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現行の70歳以上1割の負担を守るべき。 ○ 保険財政を考えれば、70歳から74歳までの患者負担の1割の凍結をやめるべき。 	<p>現行制度における窓口負担については、高齢者の方々は現役世代よりも低い負担割合としており、75歳以上の方は1割負担、70歳から74歳の方は本来2割負担であるところを予算措置により1割負担に凍結しています。ただし、現役世代と同等の所得を有する方については、現役世代と同じ「3割」の負担をいただいているところです。</p> <p>負担割合の変更は、患者の方々と各保険者の両方に大きな影響を及ぼすものであり、70歳から74歳の方の負担を例にすると、1割負担への凍結措置を制度上のものとした場合、医療給付費が約2000億円増加する一方、凍結を解除して2割負担とした場合、患者の方々には大きな負担となります。</p> <p>今後、個々の患者の負担の増加と各保険者の負担の増加の両面に配慮しつつ、そのあり方について引き続き検討を進めてまいります。</p>

項目	ご意見	回答
5. 健診事業	<p>○ 新たな制度における健診事業は努力規定から義務規定とすべき。</p> <p>○ 特定健診等の推進は加入者の健康増進等のために必要であり、積極的に対応すべきと考えているが、現行の加算・減算制度のようなペナルティーの仕組みは廃止すべき。</p>	<p>75歳以上の方の健康診査について、現行制度前は市町村に実施義務が課せられていましたが、広域連合の努力義務となった中で受診率が低下しました。</p> <p>新たな仕組みの下では、75歳以上の方も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなり、健康診査等についても、国保・被用者保険の下で各保険者の義務として行うこととします。</p> <p>特定健診・特定保健指導については、生活習慣病を予防し、高齢期等の医療費の効率化できる部分を効率化する取組であり、保険者機能の強化の点からも、引き続き、取組を進めていきますが、今後の具体的なあり方については、高齢者への対応を含め、別途、技術的な検討を進めることが必要であると考えています。</p> <p>一方、現在、特定健診・特定保健指導の達成状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みが設けられていますが、新たな制度の下でも、特定健診等をより円滑に推進するための方策を講じます。</p>
6. 新制度への移行手続	<p>○ 現行のスケジュールで、広報、システム改修、都道府県の準備等が行えるのか。</p> <p>○ システム改修に十分な準備期間を確保し、改修経費は全額財政措置を講じるべき。</p>	<p>高齢者医療制度改革会議のとりまとめを踏まえ、平成25年4月を目途に新たな制度が施行される予定ですが、円滑に制度を運営するためには、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、現時点から、地方自治体等の意見を十分に聞きながら着実にシステム改修を進めるべく、8月末には、市町村や広域連合等の代表からなる「高齢者医療システム検討会」を設置しました。システム改修のための必要な財源についても、国において適切に確保することとしております。</p> <p>また、国民に対する丁寧で分かりやすい広報の実施にも、国、地方自治体、保険者等の役割分担を図りながら、様々な広報媒体を活用して計画的に取り組むこととしています。</p>

【一部負担金の負担割合相違に係る差額請求等について】

1 経 過

- ① 平成 20 年 4 月の後期高齢者医療制度施行時、当初の被保険者証を送付するにあたり、被保険者に対する不安感への配慮等から、有効期間を 4 か月とせず、平成 20 年 4 月から平成 21 年 7 月までの 16 か月間の被保険者証を交付することといたしました。
- ② その後、平成 20 年 8 月、前年所得が確定したことにより、自己負担割合が 1 割から 3 割に変更になられた約 31,000 人の被保険者の方々に、新たな被保険者証を交付いたしました。
- ③ 旧の被保険者証については、新たな被保険者証を送付する際に、説明文書と共に返信用の封筒を同封するなど回収に努めましたが、対象者のうち約 1 割（3,308 人）の方々の分が回収できずに医療機関において使用されましたので、被保険者間の負担の公平性を図る観点から、自己負担割合に係る差額の 2 割分についての請求を行うことに至ったものであります。

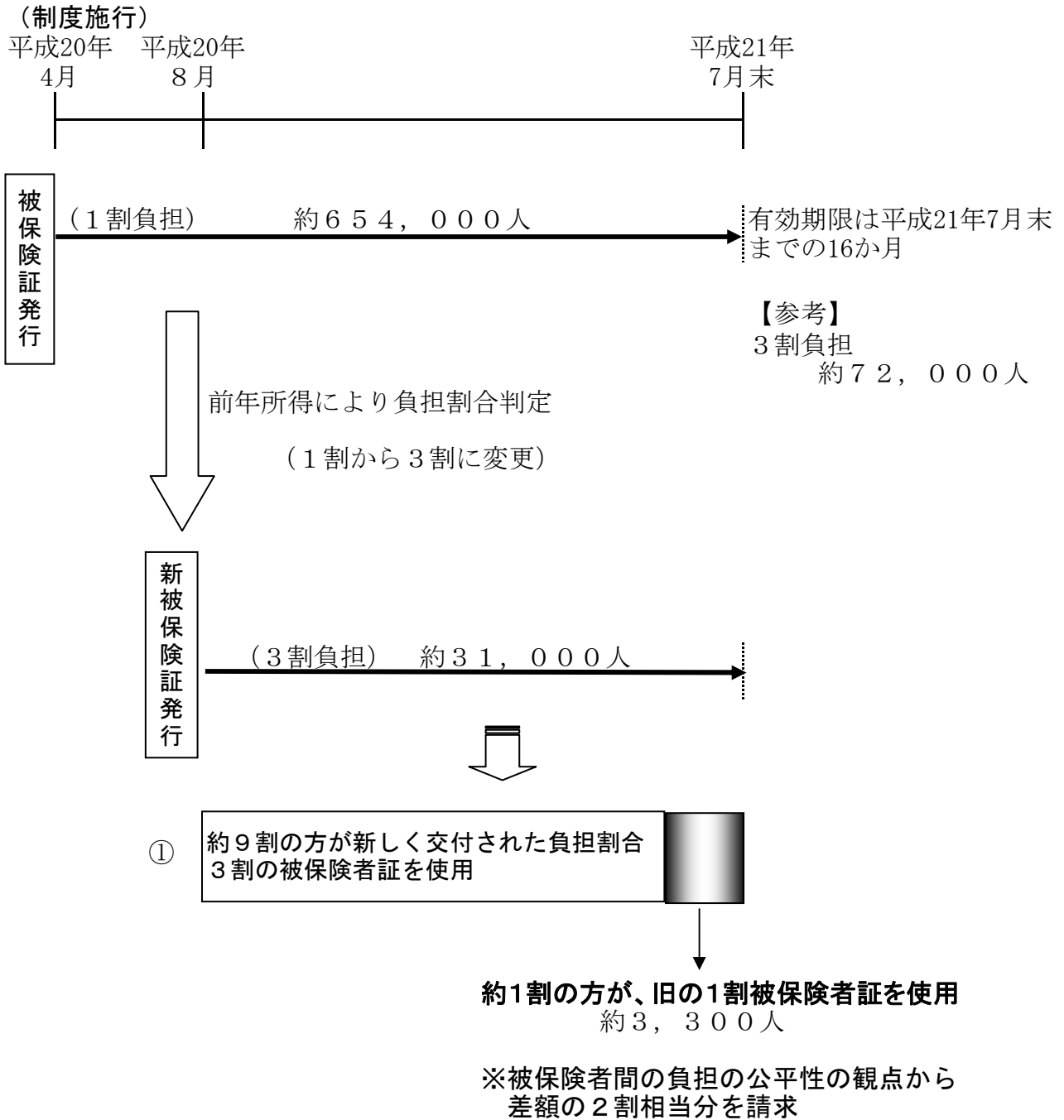
2 被保険者への差額分の徴収に係る通知等が遅れた理由

- ① 国（国民健康保険中央会）における標準システムの改修が遅れたことや当広域連合の確認作業に時間を要したこと等によるものであります。

3 対 応

- ① 対象となられた方々には、通知等が遅れたことに対するお詫びとご理解をいただくための説明に努めているところでありますが、引き続き、より一層丁寧な対応に努めてまいりますので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。
- ② 一方、自己負担割合が、3 割から 1 割に変更になられた被保険者の方々への還付については、国の標準システムが整備されていないことから、当広域連合において独自にシステム改修を行い、個別に勧奨通知等ができるよう、現在、準備を進めているところであります。

一部負担金負担割合差額分請求



負担割合区分の判定のしくみ

○所得金額の計算

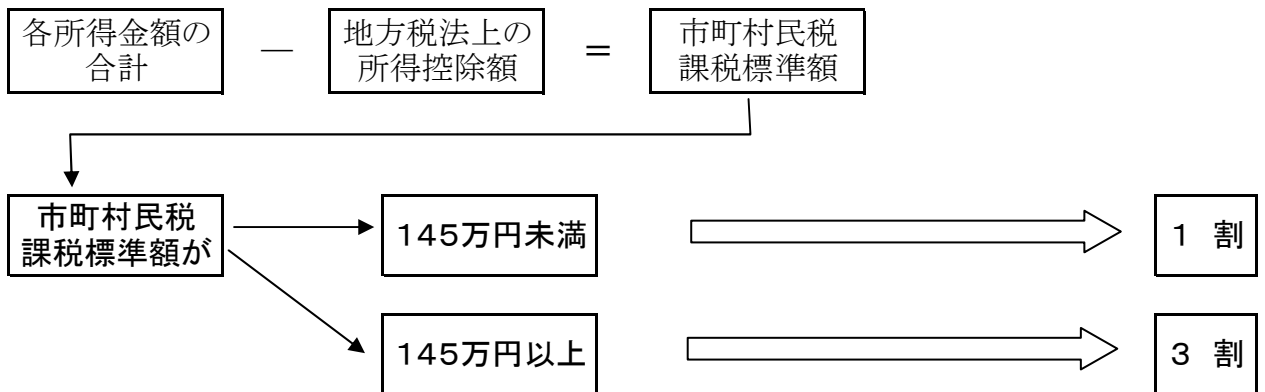
事業所得

収入金額	—	必要経費等	=	所得金額
------	---	-------	---	------

公的年金等

収入金額	—	公的年金等 控除金額	=	所得金額
------	---	---------------	---	------

○負担割合の判定



【参考】

- ・ 基準収入額適用(申請が必要)

課税標準額が145万円以上のため3割と判定された方は申請に基づき、収入額により再判定する。

①同一世帯に被保険者がお一人のみ の場合	本人の収入額が 383万円未満のとき	⇒	1 割
②同一世帯に被保険者が複数いる場合	被保険者の収入の合計額が 520万円未満のとき		
③同一世帯に被保険者がお一人のみ で、かつ、同一世帯に70歳以上75歳 未満の方がいる場合	本人の収入額が383万円以上で 収入の合計額が520万円未満のとき		