

平成22年度第1回 鳥取県後期高齢者医療懇話会

日 時：平成22年9月15日（水）

午後2時00分～

場 所：湯梨浜町役場 東郷支所

2階 第1会議室

1. 開 会

2. 委嘱状交付

3. 挨拶

4. 議 題

1) 平成21年度後期高齢者医療制度の実施状況について・・・・・・・・・・P1～5

2) 平成22年度健康保持増進事業（高齢者健康づくり推進大会）における
事業実施方針について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P6～7

3) 高齢者のための新たな医療制度等について（中間取りまとめ）・・・・・・・・P8～21

5. その他

6. 閉 会

鳥取県後期高齢者医療懇話会 委員名簿

区 分	所 属	氏 名	任 期
被保険者の方 (公募による)	公募委員	なが た つかさ 長 田 司	平成 21 年 4 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
	公募委員	やぶ うち たく お 藪 内 卓 男	平成 21 年 4 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
	公募委員	ふじ かわ とし ふみ 藤 川 壽 文	平成 21 年 4 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
	公募委員	で ぐち まさ よし 出 口 政 義	平成 21 年 4 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
医 師 会 歯科医師会 薬 剤 師 会	鳥取県医師会常任理事	あま の みち まる 天 野 道 磨	平成 21 年 4 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
	鳥取県歯科医師会副会長	ひ ぐち じゅいちろう 樋 口 壽 一 郎	平成 21 年 4 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
	鳥取県薬剤師会常務理事	まさ た あきら 牧 田 明	平成 22 年 1 月 18 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
医療保険 関係者	全国健康保険協会鳥取支部 企画総務部長	わた なべ ひと し 渡 辺 仁 史	平成 22 年 7 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
	琴浦町 町民生活課長	やま もと ひで まさ 山 本 秀 正	平成 22 年 9 月 15 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
各種団体の 代表の方	鳥取県連合婦人会会長	いの うえ たえ こ 井 上 耐 子	平成 21 年 4 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
	鳥取県商工会青年部連合会会長	よし おか まなぶ 吉 岡 学	平成 21 年 4 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
	鳥取県介護支援専門員連絡協議会会長	いし が じゅん こ 石 賀 純 子	平成 21 年 4 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
	鳥取県民生児童委員協議会評議員	すず き しげる 鈴 木 茂	平成 21 年 4 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
	鳥取県身体障害者福祉協会会長	ひ の かず のり 日 野 一 徳	平成 22 年 9 月 15 日 ～平成 23 年 3 月 31 日
学識経験者	鳥取大学医学部 准教授	か とう とし あき 加 藤 敏 明	平成 21 年 4 月 1 日 ～平成 23 年 3 月 31 日

鳥取県後期高齢者医療広域連合事務局 出席者名簿

役 職	氏 名
事務局長	中 尾 康 師
総務課長	姫 村 正 仁
総務係長	三 島 直 子
財務係長	山 岡 浩 義
業務課長	宮 脇 収
業務係長	尾 崎 文 彦
資格管理係長	藤 井 拓 也

平成21年度 後期高齢者医療制度の実施状況

1. 被保険者の状況

(1)被保険者数(22年3月末現在)

85,566人(前年対比 1,439人増)

(2)増減内訳(21年度中の異動数)

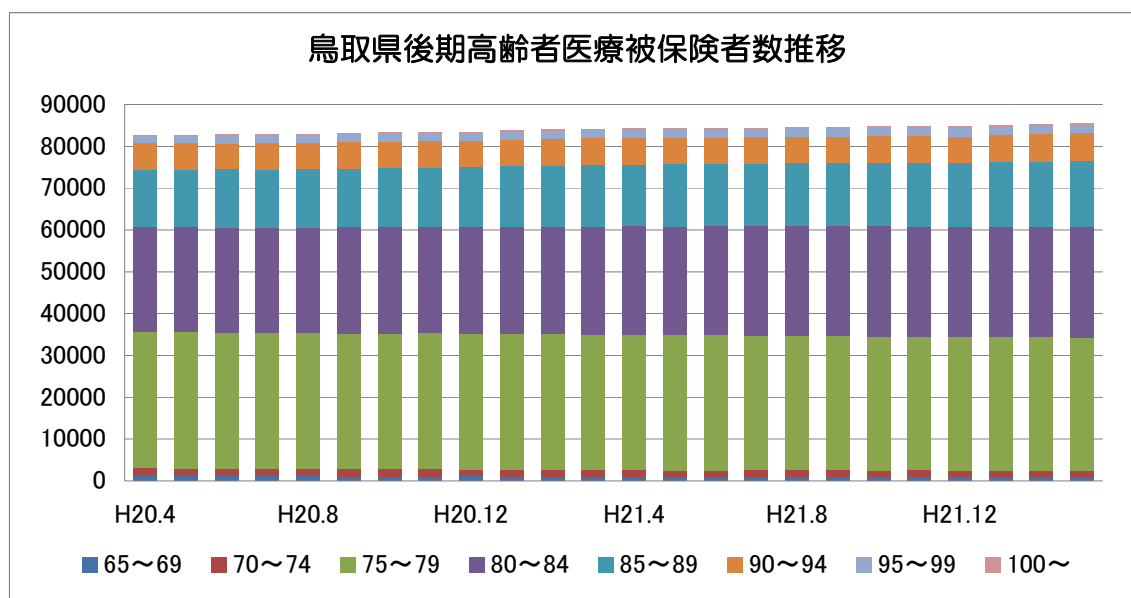
(単位:人)

増	転入	生保廃止	年齢到達	その他	計
	143	62	6,254	262	6,721
減	転出	生保開始	死亡	その他	計
	178	166	4,905	33	5,282

(3)年齢区分別(22年3月末現在)

(単位:人・%)

区分	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～	計
人数	960	1,437	31,912	26,409	15,807	6,582	2,162	297	85,566
(構成率)	1.12	1.68	37.30	30.86	18.47	7.69	2.53	0.35	100



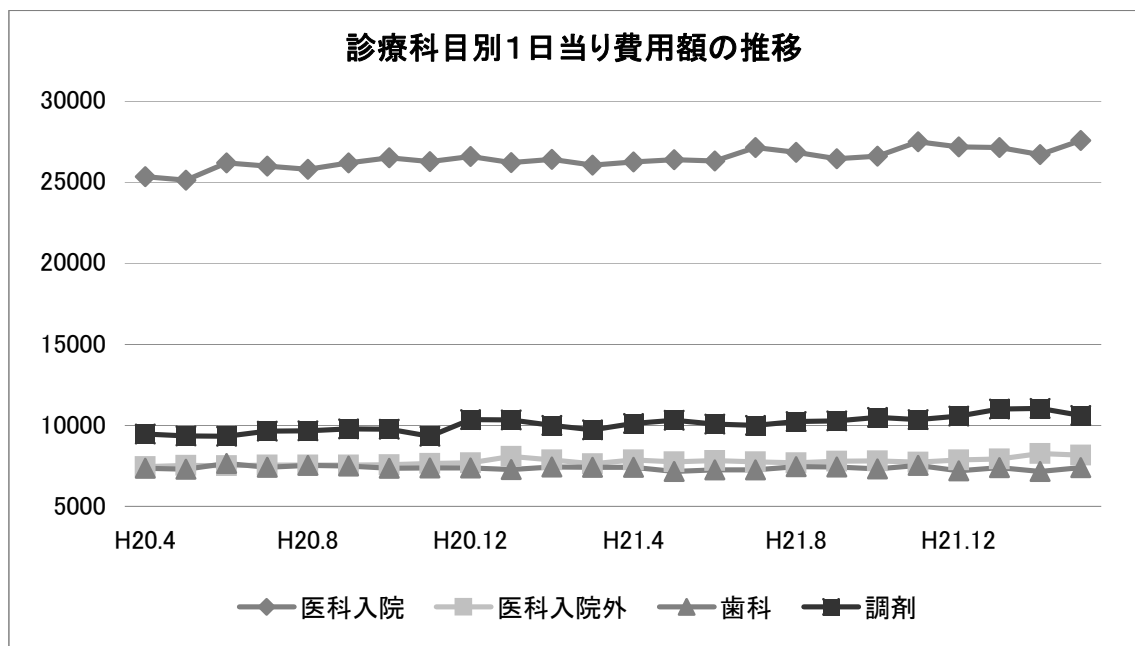
2. 保険給付の状況

(1) 療養給付費等の状況

(単位: 件・日・円)

区 分		件 数	日 数	給 付 額	
療 養 の 給 付	医 科	入 院	74,075	1,382,041	30,953,647,058
		入 院 外	1,272,019	2,471,386	17,291,324,592
		計	1,346,094	3,853,427	48,244,971,650
	歯 科	121,981	274,341	1,781,063,634	
	調 剤	709,441	1,038,388	9,630,075,058	
	そ の 他	71,848	3,527,781	1,662,261,981	
	計	2,249,364	8,693,937	61,318,372,323	

区 分		件 数	日 数	給 付 額
療養費の支給	柔整・補装具等	10,336	44,870	151,541,962
高額療養費の支給		104,669		552,742,166
高額介護合算療養費の支給		2,576		36,838,871
小 計		117,581	44,870	741,122,999
その他(葬祭費)		4,994		99,880,000
合 計		2,371,939	8,738,807	62,159,375,322



(2) 診療諸率

区 分	平成 21 年度		平成 20 年度	
	鳥 取 県	全国平均	鳥 取 県	全国平均
被保険者数(人)	84,775	—	83,245	13,210,116
一人当たり診療費(円)	662,133	—	597,754	630,613
受診率(%)	1,731.72	—	1,582.39	1,713.66
平均日数(日)	2.81	—	2.87	2.96

※一人当たり診療費：診療費計÷被保険者数

※受診率：100人当たり受診(診療)件数 ※平均日数：診療費1件当たり日数

3. 保険料の状況

(1) 保険料率

区 分	平成22年度		平成21年度	
所得割率	100分の7.71	割合 41%	100分の7.75	割合 41%
均等割額	40,773円	割合 59%	41,592円	割合 59%
賦課限度額	500,000円		500,000円	
一人当たり保険料額	46,398円		48,097円	全国平均62,000円

○鳥取県所得係数 = 0.6942

※所得係数：1人当たり所得の全国平均を1としたときの鳥取県の数値

(2) 保険料収納状況(平成21年度)

区 分	調 定 額	収 納 額	収 納 率
現 年 度 分	4,145,289,800円	4,124,106,662円	99.48%
(再掲)普通徴収	1,444,493,300円	1,423,749,862円	98.53%
構成割合	特別徴収	65.14%	65.48%
	普通徴収	34.86%	34.52%

市町村名	調 定 額(円)	収 納 額(円)	収納率	前年度比較
鳥 取 市	1,342,677,000	1,335,432,915	99.46%	0.19%
米 子 市	1,101,509,600	1,093,671,747	99.28%	0.38%
倉 吉 市	372,860,200	371,311,180	99.58%	0.13%
境 港 市	256,038,600	254,493,400	99.39%	0.01%
岩 美 町	90,158,000	89,941,200	99.75%	△ 0.15%
若 桜 町	29,844,500	29,844,500	100.00%	0.35%
智 頭 町	53,180,800	52,855,300	99.38%	△ 0.60%
八 頭 町	111,381,500	111,199,400	99.83%	0.38%
三 朝 町	47,667,800	47,609,100	99.87%	0.53%
湯 梨 浜 町	104,134,300	103,749,800	99.63%	0.45%
琴 浦 町	132,498,500	132,046,900	99.65%	0.01%
北 栄 町	94,652,100	94,462,800	99.80%	△ 0.05%
日 吉 津 村	24,340,300	24,340,300	100.00%	1.40%
大 山 町	110,261,000	109,654,120	99.44%	△ 0.17%
南 部 町	76,457,800	76,430,900	99.96%	0.05%
伯 耆 町	81,267,500	80,736,800	99.34%	0.09%
日 南 町	54,364,600	54,364,600	100.00%	0.07%
日 野 町	35,582,600	35,582,600	100.00%	0.00%
江 府 町	26,413,000	26,379,100	99.87%	△ 0.09%
合 計	4,145,289,700	4,124,106,662	99.48%	0.20%

※平成20年度の収納率は99.28%。

(3) 保険料軽減状況(平成21年度)

(年度末時点)

区 分	被保険者数(人)	構成割合	軽 減 額(円)	備 考
均等割額9割軽減	18,372	20.34%	687,719,076	被保険者全員が80万円以下の世帯
〃 8.5割軽減	19,408	21.49%	693,715,913	本来7割軽減
〃 5割軽減	3,128	3.46%	71,455,133	
〃 2割軽減	5,944	6.58%	49,448,136	
被扶養者9割軽減	8,811	9.76%	329,822,163	加入する前日に被用者保険の被扶養者
均等割軽減合計	55,663	61.63%	1,832,160,421	
所得割額5割軽減	8,003	8.86%	85,579,065	
計	63,666		1,917,739,486	

※被扶養者通算人数:15,884人(9割軽減3,049人、8.5割軽減3,639人、5割軽減385人を含む)

(4) 保険料減免申請状況

ア 平成21年度

申請件数	減免実施件数	減免却下件数	減免総額	審査中
12件	9件	3件	620,200円	0件

イ 平成20年度

申請件数	減免実施件数	減免却下件数	減免総額	審査中
13件	9件	4件	429,000円	0件

(5) 滞納繰越保険料(平成20年度分)の収納状況

	件 数	金 額	備 考
調 定 額	3,232件	28,854,300円	
収 入 済 額	2,341件	19,246,368円	
収 納 率	(滞納繰越分) 66.70%		平成20年度収納率 99.28%
短期証交付数	115件		平成22年3月末現在

※滞納繰越分を含めた平成20年度の収納率は99.76%。(20・21年度予定収納率99.60%)

※短期被保険者証は、平成20年度の保険料を滞納されている方を対象に21年8月から交付。

4. 審査請求の状況

ア 平成21年度

審査請求受付件数	取り下げした件数	弁明書提出件数	裁決審査件数
0件	0件	0件	0件

イ 平成20年度

審査請求受付件数	取り下げした件数	弁明書提出件数	裁決審査件数
23件	8件	23件	23件

5. 健康診査の状況

(1) 健康診査の実施状況

市町村名	被保険者数(人)	個別(人)	集団(人)	合計(人)	受診率	備考
鳥取市	24,398	3,890	307	4,197	17.2%	
米子市	17,875	6,384		6,384	35.7%	
倉吉市	7,752	213	249	462	6.0%	
境港市	4,824	1,023	103	1,126	23.3%	
岩美町	2,224	50	169	219	9.8%	
若桜町	993	349		349	35.1%	
智頭町	1,714	75	89	164	9.6%	
八頭町	3,147	847	311	1,158	36.8%	
三朝町	1,456		135	135	9.3%	
湯梨浜町	2,751	128	148	276	10.0%	
琴浦町	3,396		261	261	7.7%	
北栄町	2,367		341	341	14.4%	
日吉津村	399		106	106	26.6%	
大山町	3,428	336	164	500	14.6%	
南部町	1,952	307	196	503	25.8%	
伯耆町	2,102		434	434	20.6%	
日南町	1,713		80	80	4.7%	
日野町	973	2	79	81	8.3%	
江府町	838		174	174	20.8%	
合計	84,302	13,604	3,346	16,950	20.1%	

※平成20年度受診率：20.8%

6. その他

(1) 医療費通知の実施状況

実施月	件数
平成21年7月(12月診療分)	69,660件
平成21年12月(5月診療分)	68,696件

(2) レセプト点検の実施状況

種類	再審査決定状況				
	申出	原審	査定	復活	返戻
件数	12,135件	607件	10,950件	5件	573件
点数	14,354,630点	8,215,320点	3,202,224点	160点	2,936,926点

※実施状況は、医科・歯科・薬剤のレセプトを対象に21年4月～22年3月分の累計

健康保持増進事業(高齢者健康づくり推進大会) における事業実施方針(案)について

1 目的

本事業は、高齢者がより健康的な生活を送るための知識や教養を深めることを目的とするともに後期高齢者医療制度への理解がさらに深まるよう普及・啓発に資することを目的とする。

2 経過

昨年度においては、下記のとおり県内3カ所で、それぞれ開催し、鳥取大学 加藤准教授の「元気で長生きをめざして」と題しての講演、及び「みんなでしましろうご当地体操」と題して、各地区の指導者に実技指導等をお願いした。

東部地区 平成21年12月4日(金) 鳥取市総合福祉センター(約150名)

中部地区 平成21年12月14日(月) 倉吉体育文化会館(約50名)

西部地区 平成22年3月19日(金) 米子市福祉保健総合センター(約150名)

3 実施方針

昨年度の当該事業の実施結果を踏まえつつ、本県の地理的条件また、後期高齢者医療制度の今後の動向等を勘案し、3カ年度で東中西部地区において、順次、開催する。

22年度 鳥取会場 23年度 倉吉会場 24年度 米子会場

4 実施内容

昨年度と同様に講演を主体とするが、地域に即した高齢者の活動事例の紹介等を盛り込むなども一考する。

(1部) 講演講師 立川 らく朝 (落語家/医学博士)

(2部) 高齢者を主体とする団体の演芸

4 実施時期

12月中旬を予定

5 市町村への依頼・協力事項

当該事業の構想・実施段階において、各種の側面的な協力をお願いする。

- ヘルシートーク+健康落語(生活習慣病、痴呆、骨粗鬆症、癌、糖尿病、心筋梗塞等)

職業

落語家(立川流)

本名:福澤恒利

オフィス MSI 代表

医学博士表参道福澤クリニック院長代表

(日本内科学会認定内科医、専門は動脈硬化症)

主な公職(歴任)

厚生省 HIV 疫学研究班員

労働省・職場におけるエイズ教育手法検討委員会委員

巡回健保コンサルタント(健康保険組合連合会)

エイズ対策企業懇話会事務局長

昭和 29 年 1 月 26 日、長野県に生まれる。

昭和 54 年、杏林大学医学部卒業。同時に慶応義塾大学医学部内科学教室へ入局。

主として生活習慣病の臨床と研究に従事。専門は高脂血症。

慶応健康相談センター(人間ドック)医長を経て、

平成 4 年、メディカルサポート研究所を設立。現在同代表。

平成 14 年、「表参道福澤クリニック」を開設。以後、院長として内科診療にあたる。

平成 12 年、46 才にして立川志らく門下に入門、プロの落語家としても活動を開始。

平成 16 年、立川流家元、立川談志に認められ二つ目昇進。

平成 18 年、メディカルサポート研究所をオフィス MSI に社名変更。

医師である立場を生かし、健康教育と落語をミックスした「ヘルシートーク」と「健康落語」という新ジャンルを開拓。「健康情報を笑いを交えて提供し、同時に癒しの時間を共有する」というコンセプトで新たな落語会を開始。マスコミなどで評判となり全国での公演に飛び回る毎日。

またユニークな独演会である「ドクターらく朝の 健康と癒しの落語会」を毎月開催し評判を呼んでいる。

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ことが必要である。
 - ・それぞれの地域において、入院に頼りすぎることなく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ことが必要である。
- 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。