

平成22年度第1回愛知県後期高齢者医療制度に関する懇談会会議録

愛知県後期高齢者医療広域連合総務課

1 開催日時

平成22年9月6日(月)午後2時から午後4時まで

2 開催場所

国保会館北館5館 中会議室

3 議事の表示

(1) 開会

(2) 事務局長あいさつ

(3) 委員紹介

(4) 事務局紹介

(5) 事務局からの説明及び意見交換

ア 新たな高齢者医療制度について

イ 愛知県後期高齢者医療広域連合の主な事業について

(6) その他意見交換

(7) 事務局からの連絡事項

(8) 閉会

4 出席者

(1) 委員

被保険者代表 寺尾 登

被保険者代表 清水 富士子

被保険者代表 久木 好子

被保険者代表 河村 節子

被保険者代表 山田 兼通

被保険者代表 杉浦 忠

医療関係者代表 柵木 充明

医療関係者代表 浅井 彦治

保険者団体 鈴木 英範

保険者団体 渡辺 誠

学識経験者 井口 昭久

学識経験者 田川 佳代子

(2) 事務局

事務局長 小出 重則

事務局次長 村井 昭文
総務課長 加藤 日出次
管理課長 黒柳 哲禎
給付課長 鈴木 敏夫
出納室長 山田 茂

5 会議の要領

(1) 開会

総務課長 (開会を宣言)

(2) 事務局長あいさつ

事務局長 (あいさつ)

(3) 委員紹介

(委員名簿及び座席票にて紹介とする)

(4) 事務局紹介

(座席票にて紹介とする)

(4) 事務局からの説明及び意見交換

ア 新たな高齢者医療制度について

【総務課長】 (資料1に基づき説明)

【座長】 事務局から説明が終わりましたので、ご意見等がありましたらお願いします。

【委員】 今年中に一応計画をきちんとして、来年の臨時国会で法案化とするというのが今のシナリオらしいんですけど、ところが、今の参議院のねじれ国会の中では、自民党はこの中間取りまとめで出たような形の案が法案として出てきてもこれには反対をすともうはっきり言っていますので、果たしてどういう形でこれが法案として成立するのかどうかということがまず一つはっきりしないということがあります。

民主党がそもそもこの後期高齢者医療制度というものはけしからんと、姥捨て山に似た制度だからだめだといって去年の選挙の前に、マニフェストの中にこれを取りやめると、こういうふうに言ったわけですけども、実はその前に民主党の政策がどういう政策をとっておったかということを検討しますと、要するに独立して高齢者の保険をつくるというふうなことも自分たちでも公約で出しているんですね。

あるいは、2年前、2008年には、このときは後期高齢者医療制度はいかんと。けども、今度は老健法に、前の法律に戻すといって参議院の中で当時、民主党、国民新党、共産党、この4党で参議院で法案を出しておるんですよ、もとの老人保健法に戻すといって。参議院では

通ったけれども、あのころは逆のねじれでしたので、衆議院で否決されて法案化しなかった。ということは、民主党としても、要するに世間の人たちがけしからん、けしからんと言うものだから、それを選挙に利用したと、こうとしか考えられないんですね。しっかりした考え方があって後期高齢者医療制度がだめだと言っておる訳じゃない。

ということは、発足して2年たって皆様方のご意見で今の後期高齢者医療制度の手直しではいけないのかということをはんとうは最初に議論しなきゃいかんかったんじゃないかなというふうに私は思います。

ところが、政権交代をしたすぐ後で長妻さんが厚労大臣になったんだけど、そのときに長妻6原則と。その中に当然一番の目玉は後期高齢者医療制度はやめるというのがあって、あとは国保の広域化を図るだとか、いろんな6つの条件があって、この条件の中で高齢者医療制度改革会議で検討しなさいと。もう最初から枠をはめられて、もう後期高齢者制度はやめるんだという前提で検討しなきゃいかんかったものですから、そういう点では相当議論の余地が狭まっていることだと。だから、まだいまだにこんな程度の非常にあいまいな案しか出てこないというのが現実だろうというふうに思いますね。

だから、今のねじれ国会、最初に申し上げたように、ねじれ国会の中で通るか通らんかわからない訳ですので、やっぱり今の後期高齢者医療制度がだめなのかどうかということをきちっと検証したほうがいいんじゃないかと。民主党も今はいろいろ、例えば子ども手当にしても何にしても、今選挙中ですので、小沢さんはマニフェストは絶対守らないかん、菅さんは若干の訂正するものは訂正してもいいというようなあれがあって、これがどちらが総理大臣になるかによっても全く違うと思いますけれども、この問題に関してはやっぱりそれこそ高齢者の皆様方も含めて、今の制度ではどこがほんとうにいかんのか。これを手直しすると新しい別の制度をつくるのとどちらが社会的な目的性、合理性があるかということをきちっと検討したほうが私はやっぱりいいんじゃないかなというふうに思います。これが私の意見でありますけれども、ぜひ聞かせてほしいということで。

【座長】 ありがとうございます。

ほかのご意見も伺いますが、どうでしょうか。

【委員】 私、初めてここに出させていただきますと、二、三日前に資料をいただきましたので、それだけの間で勉強いたしました。そうじゃなくてもなかなか難しい話で、今聞かせていただきまして、まず、資料とか、今のお話を聞きまして、こんないいかげんとは言いませんけど、検討の余地がたくさんあるとか、そういうような大事な国民の今後の根本的な、国民というか、高齢者のことで、高齢者だけじゃありませんが、これは国保の問題、そういう大事な、ほんとうに生きるか死ぬかではないが、そういうような大事なことに10年も検討して、しか

もこれでまた検討するとか何とか、政党が変わったことによって変化がすぐ来ると。そんなばかなことで、私たちは勉強せよといってもなかなか機会もありませんし、一般の人ですよ。一般の人はこんな難しいことを検討するなんていうことは実際にしていません、おそらく。ないとは言いませんよ。一生懸命勉強しておる人だっていると思いますけれども、そういうことを思いますと、ここ、私、びっくりしたんですね。そんな難しいいろいろな問題を検討するということがいっぱいあるなということとはほんとうにびっくりしました。少々変わっても基本的なものは変わらないというのが、そういうことをするべきではないかと思います。

【座長】 ありがとうございます。

【委員】 実は8月7日に私は厚生労働省に行ってまいりました。そして、長妻大臣と公聴会に参加させていただく機会がありまして直接お話をした中で、私が出した質問は、制度の基本的な枠組みの中で、中間取りまとめで10のポイントの冒頭に高齢者の視点からの改革があり、心強く思いましたとまずもって感じました。それから、あと、資料のことにつきまして、今後は、高齢者のみならず、若い世代の保険料の負担の増加を抑えるため、公費を適切に投入していただきたいと同時に、高齢者も応能の負担をするつもりでいますと言いました。

それから、その他では、制度を見直す以上、多くの人たちが納得、安心できる仕組みとしなければならない。だれもが賛成するような理にかなった内容と丁寧な運び方を求めます。高齢者も決して甘えてはいません。それぞれに健康に留意し、みんな健康づくりに頑張っております。そして、また、言葉では言いがたいぐらいつらい時期もありました。そのときに愚痴も言わずに耐えることすらを美德とした時期がありました。だから、今この時期に、もうそろそろぼつぼつええところからお迎えが来るこの時期にもう少し安心と安らぎをいただきたいと申しあげました。そうしましたら、長妻大臣は、一番の貴重な意見をありがとうとのことでした。

私が制度がころころと変わると言いましたら、ころころ変わるのには野党からの意見があったと言われました。

それから、文書の内容について専門用語が多く、私たちは理解しにくいと申しあげました。そうしましたら、僕自身も同様な気持ちになることがあるそうです。それと同時に、制度の見直し、無駄遣いをみずからチェックし、削り、二重、三重のチェックをします。それから、天下りも公募にすると。年末までちょこっと待ってちょうだいということでございました。

その中で参加した方、公聴会ですから、参加した方の中にもものすごく感心したのは早稲田大学の学生さんでした。ちょうど私の隣の学生さんで、こういう会って何回も出てええでしょうかねって。いや、いいですよ。いいご意見があったらおっしゃってくださいと言ったんですけど、僕たちも今は学生だと。今、国がお金を貸して保険料を払っていると。だけど、卒業し

たらそれを返さなあかんと。こういう若い子たちにも私たちは迷惑をかけて、1割負担のところで頑張っておるんだなということを感じました。ですから、私たちも応能の負担をする覚悟でおらないかんのではないかということをつくづく感じて帰ってまいりました。

以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。

ほかにご意見はございませんでしょうか。

【委員】 私も最初、後期高齢者、年齢75歳で仕切られたことに対してすごくショックを受けたんですが、なれというのは怖いもので、冗談で後期高齢者だからと笑いながら、皆様にご迷惑をかけないようにあまり長生きはしていかなからころっといくようにしようと、そういうふうに笑いながら皆さんと後期高齢者同士が話し合っているところでございますが、この制度を新たに見直してすごく費用をかけるようでしたら、まあ、皆さんも大体あきらめの境地で、もうこの言葉はよくないと。よくないけれども、あまりこの財政が困難な時期にこの制度を大幅に、ちょっとこれを私もうちで読んできたんですが、お金のことについてあまり分かっておって分からんような感じなんですよ、正直なところ。だから、もう少し、この制度にすごくお金をかけるのであれば、一部の見直しはいいとしても、根本的に変えるというのは、もうこの後期高齢者、みんなに浸透しておりますので、新たに名称を変えても同じようなことじゃないかと思えますけれど、あまり後期高齢者の私にしましては少しだけの、この後期高齢者の方たちの気持ちを和らげる意味においてこういうことが今やられているんじゃないかと。でも、これはもう浸透してしまえばあまり財源を使う必要はないんじゃないかと、そんなふうに考えます。

以上です。

【座長】 ありがとうございます。

ほか意見はございませんか。

後期高齢者医療という名前に関してはもうそんなに抵抗はないということですか。

【委員】 いや、抵抗はあります。

【委員】 私も同じ。

【委員】 これはこの間公聴会でも言いましたが、抵抗があるって、ネーミングが悪いって。

【座長】 そうですね。

【委員】 非常にその後期という、末期高齢者と言われておると一緒だと言われました。だけど、私は……。

【座長】 ということは、要するに名前はいかんけど、仕組みそのものはそんなに悪いことはない。

【委員】 そうそう、そうです。そうです。でも、ちょっとネーミングが悪いということです。言いづらいわね、しかし。ほんとうに後期高齢者なんだから。ほんとうにそうです。言いようがないですわね。

【委員】 ただ、今、この後期高齢者になってから自分自身の保険証が小さくなって、持って歩けることだけがいいなと、私はそう思って、いつ倒れてもいのように持って歩いているんです。

【委員】 小さ過ぎる。

【委員】 だから、これがまた家族間で一緒になってしまうとまた紛らわしいので、ここら辺がどうかなど。

【委員】 個人だからね。今は個人だから。

【委員】 ええ、今は個人でやっているものですから、今度は家族、世帯主になるものですから、それをまた家族が何人もいるとそれを持って、日ごろ私が出歩くときになしで歩かなくちゃいけない。そこら辺をどうかなど。その費用も大変なことじゃないかなとか、いろいろ思っておりますが、ちょっと赤字がつき過ぎてしまって、私はもう後期高齢者、末期高齢者と自分で言うので、もうそんなに抵抗はありません。

【委員】 ネーミングに関してはね。保険料とか何かはいかがですか。もう大体あれですか、この程度ならしょうがないなど。

【委員】 少し、3割というのは、ちょっとここはかからないほうがいいなとやめたことがあるんですけども、1割になったらやっぱり行っておいたほうがいいな、皆さんに迷惑を、家族に迷惑をかけるからと、そう思っかかることにしておりますが、3割はちょっと大変ですね、やはり後期高齢者が。

【委員】 ちょっとよろしいですか。先ほど保険証についていろんな人の意見を聞きますと、非常に小さくなったんですわね。あの2倍ぐらい、せめて2倍ぐらいにして、もっと分かりやすいように。視力もあまりないし、もうちょっと大きくしてほしい。これはもう要望です。

【委員】 全国一律かね、あれ、後期高齢者の保険の。広域連合で別々じゃなくて、全国一律？

【管理課長】 サイズとしては全国統一の形で、省令とかで国でこういう形で定めていきますので、そこが……。

【次長】 多分文言は全国で統一されているんですけど、大きさについてはたしか今開いて使うような広域連合もありますので、サイズについてはそう大きな縛りみたいなものはないと思うんですけど。

【委員】 私はまた違って、小さくなってありがたく思うんです、財布の中に入れられるから。

【次長】 ですから、定期券とか、そういうのと一緒に持って歩けていい面もありますし、見

にくいという2通りあって、なかなか難しいんですけどね。確かに保険証をつくる立場になると、高齢者の方にとっては少し見にくいんじゃないかなということを危惧しながらつくっているんですけどね。ほんとうに読んでもらえるかな……。

【委員】 見にくいのもだし、失いやすいんだね。若い人がつくるんだからそういうことはちよつと分からんかもしれないがね。実際、どこへしまっちゃったかとかね。

【次長】 今、保険証の大きさは流れ的には健康保険も含めてああいうサイズになってきているんですね、流れ的に。ですから、そういうのが後期高齢者でよかったかどうかはあると思うんですけど。

【委員】 前が大きかったもので余計ということも。

【委員】 中身をしょつちゅう変えてもらうと、我々、また法律が変わったよで、そのたびに細かいやつをまた見なならんでね。目がだんだん悪くなっているのに、細かい字で書かれたやつをまた読み直すと、もうそれが手間で手間で読む気がしなくなるでね。結局お任せになっちゃうわけやね。だから、あまりにもごちゃごちゃごちゃごちゃ変わってもらうと我々はほんとうに理解できないことばかりになっちゃうと思うんですよ。

【座長】 この制度、今の制度は後期高齢者医療制度を導入する前の老人保健法の制度とどう違うの。

【委員】 保険者が別にできたんです。

【事務局長】 前の老人保健制度のときですと、今の国保なら国保のほうに保険料を払っていたというのが老健時代でしたけど、今度の新たなものでいくと、保険料はあくまでも運営主体、都道府県単位の運営主体のほうに納めるところが制度的には違ってまいります。

【委員】 それで、後期高齢者ということで名称もそうなんですけど、分けることによって世代間の理解というもの、世帯主、高齢者になりますとどうしても年金とかそういう収入でやっておりますので、実態でいきますとね。そうすると、いいところもあり、悪いところもあるというのは、世帯主に一括して払っていただいているということになると、ああ、息子に世話になっておるな、ありがたいなという世代間のそういう気持ちができる、全然離しちゃいますともうなくなっちゃうわね。こういうことはよくあるわね。例えば……。

【委員】 そういうケースは結構やっぱりあって、例えば息子がサラリーマンで親が扶養者だったのが、それが75歳以上になるともう個人のあれだから扶養者から切られて、自分は新しい保険制度、つまり後期高齢者医療制度に入らなきゃいかんと。同じ国保の中でも、やっぱり今までだと世帯主で、例えば自営業の人がやっておった世帯主だけが保険料を払えばよかったやつを今度おじいさん、おばあさんはまたそれぞれ払わないかん。おじいさんはおじいさん、おばあさんはおばあさんで払わないかん、こういうふうで、だから、家族の結束というか、家

族意識を後期高齢者が分断するんだと、これもけしからんじゃないかというようなことで、それが言いたかったんでしょ。

もう一つ大きいのは、要するに高齢者がどんどん増えていくけれども、医療費がどんどんかかると。若い人はどんどん減っていくんですね、拠出金を出す人たちはね。そうすると、若い人たちの負担がどんどん増えちゃう。増え過ぎないように高齢者にも相応の負担を、最初は1割から始まるんだけど、その次は少しずつ増えちゃうと、高齢者の保険料が。そうすると、2年に1回ずつ更新するんだけど、2%ずつ増えていくと複利でやると、あと50年後になると、共産党なんかを見るとびゅんとこんなに増えるぞといってキャンペーンを張って、こんな高齢者に負担するような制度はいかんと。今でもそうやって言っていますけれども、そこをどう国がある程度どういうふうに考えるかということをしちつとやれば、高齢者の保険料の負担はあまりひどくしないようにすれば、今の方法でもいかんことはないかなと。

当初言われておった今の保険料の問題から今言われた家族の分断の問題、それから、ネーミングの問題、それから、もっと一番よく言われたのが、当初言ったのが天引きね。天引きするなんていうのはどういうことだと。こんなわずかな金から強制的に取りやがってとって、これも相当大きな問題だったわけです。こういうものに、民主党が乗って、それで、結局、後期高齢者医療制度は廃止だと。

我々の日本医師会ですけれども、日本医師会も本来この後期高齢者医療制度の枠組み自体は提言したんですよ、昔、10年前に。それは何で提言したかということ、やっぱり75歳以上の高齢者の医療のありようと若い人たちの医療のありようが違うんだと。やっぱり高齢になるとどうしてもいろいろ施設へ入所するだとか、病気がいっぱい出てくるだとか、それから、慢性的な病気ばかりになっちゃうだとか、そういうことで、若い人の医療のありようが違うんだからやっぱりもうちょっと高齢者の独特の医療の制度をつくったらどうだということをやったんですが、今言ったような問題に関して、高齢者の方々が2年間制度が発足した後でどういうふうに今現在を評価してみえるか。ネーミングはこだわるこだわらんというような意見もあったし、保険料の問題や家族の分断の問題。

【座長】 高齢者の結局だれがお金をどうやって負担するかとまだ明確に出ていないんですね。だから、非常に不安なんです。お年寄り全体を見なくちゃいけないということで出てきた高齢者医療制度というのを発足させた。ある意味よかったんだろうと思いますね。だけど、これが元に戻ってしまうと、また20も90歳も同じだということになってくると、またここがちょっと後退してしまう感じがするんですけれども。

【委員】 そこで、我々、医療に携わる先生なんかは特に責任があるというか、その辺を皆さんに90の医療と20の医療がどう違うんだということをつかりやすくきちつと説明する義務

があったんだね。それを説明せずに制度のほうだけ行ったものだから、それで、病気になればみんな一緒じゃないかということになって、やっぱりそれも一つの反対材料にされてしまったということなんですね。

【座長】　そこは確かに説明が必要ですね。例えば30歳、40歳の人たちの病気というのは、現場へ返すための処置、治すんですね。完全に治す。だけど、お年寄りの病気というのは完全に治らない、どうやってやっても。だから、治らないことを前提とした医療を考える必要がありますが、それは介護側の福祉と医療が連帯しないとだめなんですね。みんな何でもかんでも治す治すというふうにしていったのでは医療費が膨大になってしまうし、その患者さんにもよくない。

80歳のおばあちゃん、85歳のおばあちゃんが肺炎で入院しておるわけです。呼吸器の患者さんですね。呼吸器の科にかかっている、そのうち薬を飲まされるから胃潰瘍になって消化器の科に行く。それで、だんだんとぼけていくと、そうすると神経内科ですね。そのうち精神科で、そのうち腰が痛くなると整形外科、目が悪いと眼科へ行く、だれが主治医か分からなくなる。年寄りって次々と1つの病気が出ると波及していくんですね。完全に治らないのが違う病状なんです。そうすると、だれがちゃんとした責任を持つかという体制ができないんです。

名大病院のような病院は老人の医療に関わらないんですね。むしろ小さな病院で対応する。小さな病院だったら1人のお医者さんが全部面倒を見て、だれが主治医でやっているか分かる訳ですね。そういう医療制度というか、医療の中身、お金だけの問題じゃなくて、医療の中身そのものを変えていく制度が必要だと思うんですね。

【委員】　後期高齢者の私たちの中では、病院へ行くと私たちはろくな薬をもらえないと。行かれた方が生活習慣病になっているから、例えば今まで5種類の薬をもらっていたと。ところが、もうあなたはだいぶよくなったから1つ減らしましょうと4種類になったと。そして、だんだんまた1種類減らされてきたと。それって私たちは死ぬということかねと言われたから……。70前後、75までは行っていないと思うんですけど、5種類飲んでたのが1つ減らされ、2つ減らされて、ましてやこの3つは一緒の薬なんですよ。だから、それを私に相談されたから、私もよく分からんけれども、大分あなたの症状が緩和したんじゃないかと。そう言わなしようがないでしょう。よくなったんだから、薬だけ飲めばいいものじゃないから、先生に、主治医さんだからご相談してということで話をしたけど、大体年寄りというのは大事にしてくれるのやって。うちらは長生きし過ぎておるんだよと言ったから、いや、私は言ったんですけど、主治医さんを持ってみえることと、大きな病気になったときは自分で覚悟せないかん……。

【座長】　お金、一括して高齢者の料金はこれだけしかお金が出せませんよというふうにしていくところもあるんですね。

【委員】 やっぱりね。

【委員】 今、外来ではそういうシステムはないですよ。前、一時そういうシステムがあったことはあったけど、今はもうないです。

【委員】 それで、先生に聞きました、主治医さんに。先生、私たち高齢者って普通の生活習慣病ぐらいだったら従来どおり診ていただけるんですかと言ったら、診ているよと。もっと悪くなったらまた大きい病院へ入れるでね。大きい病院へ行かんようにしっかりと薬を飲んでよくなっていてくださいと。それにはまず定期的な健診を受けなさいというふうに指導を受けました。まず、かかりつけ医を持つことだと私は思います。そして、そこからおかしくなったら大きな病院へ行くと。

【座長】 時間があと10分ぐらいしか……。

【委員】 ちょっとすみません、先ほどあったかどうかちょっとはつきりあれですが、この改正というんですか、見直しという中に、ここでまた世帯主、国保に全部入って世帯主が出すと、高齢者のあれ。そういうような見直しがありまして、家庭問題を私が言ったら、そこで、やはり考えていただくと、これ、理想像になるかもしれんけど、今の社会情勢が、家族情勢が伴ってくるものですから理想的な話になるかもしれませんが、以前だって、今でも私は医療だけじゃなくて、いろんな問題で、高齢者が資産があれば当然一家の生活を考えるとそれから出してやって、家族で運営していくといいますか、生活をしていくわけですから、当然世帯主が払っていただく場合と、世帯主が足らん分は高齢者があれば当然出すはずで、そんなものは昔からそのようにやっておる訳で。

【座長】 じゃ、あと、発言されていない方。

【委員】 教えてほしいんだけど、6ページの今ご説明いただいた中間とりまとめの下から2番目のこのこの丸のところの下の都道府県単位で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と。これの話は例えばというのは何かありますか？ 財政面の、私が記憶している、名前がよくないと後期高齢者の話から特に現役世代の問題がよく問題にされたり、都道府県でも財政面の問題があるので結構市町村では合併の問題のときにどうのこうのとか言われたりしているんですけど、あまりにもこの都道府県単位化を図ってという、じゃ、市町村は責任ないのかなんていう話にならないでしょう、おそらく、間違いなくお金が出ておるので。そこで、あまりにも漠然としておるけど、あと1年でできるんですかね。

【委員】 何で県単位でやるかというのは、財政リスクを広げることによって、ただ、市町村単位でやっていると結局赤字になっちゃってというところがあるから、だから、それをやると思うんですね。そういうこともあるよということで……。

【委員】 それは分かりますけど、このぐらいのスピードでいいんですかねという感じも……。

【事務局長】 要は都道府県単位化というのは、今この中間取りまとめでいけば、75歳以上は少なくとも都道府県単位化すべきと。あと、65歳以上というのがもう一個の検討課題になっています。全年齢による都道府県単位化というのは、まだこれは先の話ということでございまして、この取りまとめの段階でいけばいつというのは全然議論されていません。その中で、要はできたところから、要は都道府県単位化ができた都道府県からやっていくか、それとも、期限を設けて全国一律にやっていくかというのも、またそれも2つの考えがあって、今後検討されていくということでございまして、まずは75歳か65歳かというところから25年4月からはスタートするというふうに理解していただきたいと思います。

【委員】 全年齢を対象にすると書いてあるのでね。

【事務局長】 将来的な検討課題で。

【委員】 単位化を進めて、都道府県国保を将来的には目指しているわけですよ。都道府県国保と、今はそんなのはないんだけど、今は都道府県が大体賦課徴収できるという権限そのものがないから、今は市町村しかないんだけど、今、広域連合をつくって賦課基準だけは決めておるわな、広域連合が。だけど、徴収自体は市町村がやっているんだけど、それを都道府県単位にして、しかる後に、何年か後には今度は都道府県国保をつくってもう市町村国保を解体しちゃおう。これがこれからの流れだろうというふうに、これは多分将来的にはそうならざるを得んだろうと思うよ。幾ら今回の改正がどうだろうが、将来的にはやっぱり都道府県でやっていくというのが大体の流れだろうというふうには思います。

【次長】 市町村の大きさがさまざまな中で今国保が運営されていますので、その分の不安定さというのを抱えている。

【委員】 要はパイが大きいほうがやりいいと、こういうことですね。

【委員】 私も、皆様方がほんとうにどう思っているかということが一番関心が高くて、先日も読売新聞のほうで出ていましたけれども、ほんとうに評判が悪かった天引き制度ですけれども、こちらも先日厚労省がアンケートをしたらもう3分の2が今のままのような天引きでいいよということで、容認に傾いてきているということがあります。

それから、中間取りまとめも当初報道されていたのと比べるとほんとうに現行制度にだんだんやっぱり寄ってきているというような印象もありまして、やはり皆様方の、ごちゃごちゃと直すよりも今の制度の悪いところをほんとうに手直すぐらいのほうが正直なところコスト的にもほんとうに安く済みますし、その分医療のほうにかけたほうがよっぽどいいと思うので、やはりそういう意見のほうが、ほんとう政党間でいろんな政局争いとかそういうことは別として、実際は皆さんが望んでみえるんじゃないかなというような印象を受けておりますけれども、どうなんでしょうかねというのが私の意見でございます。

【委員】 お話を伺えて、非常に貴重な意見を伺えて非常に勉強になりましたけれど、やっぱりこの日本が世界トップの高齢化率23%を超えていっているという状況は、世界の医療のサービスの状況を見たときに決して日本の水準って悪くない。いろんな批判がなされていてもかなり高いレベルのサービスの提供がなされている。アクセスもいいし、そして、すぐにその場で適切な医療を受けられる、すべての国民が。そういう国はある意味ないんですね。それは戦後構築されて、福祉国家の建設を志してきたわけですけれども、でも、やっぱりこの高齢化率、人口構造がこれほど高齢化して、そして、現在の経済の低迷ですよね。そして、政治の混迷、そして、少子高齢化、特に学生なんかを私は目の前で見えるわけですけれども、若者の就職も困難ですね。そして、子育て世代の就労の困難、そういうことが目の前にあると、やっぱり制度の持続可能性というものを真剣に考えなくてはなと。やはり厚労省の官僚はいろいろ頭を、知恵を絞っていろいろなことを考えるんだらうなと。やっぱり75歳というふうな年齢で切って、これだけの負担ですよと示すのは、やはり75歳以上の当事者になっているその当事者の人たちにとっては非常に酷な政策だらうなと思うんですね。でも、日本の厚労省の官僚はすごい、世界にはあまりこういうことをやっている国というのではないと思うんですけれども、でも、それほど深刻な状況で、そして、深刻にとらえているだけにこうした国民に対して非常に厳しい政策をとっているのかもしれないという感じもするんですね。諸外国はこれほど厳しい政策をとってはいないと思います。

【委員】 医療制度についてはほんとうに日本は断トツに、世界に比べると非常にありがたいと……。

【委員】 非常に厳しい酷な制度を押しつけてきている、トップダウンで押しつけてきているというのは確かに……。

【委員】 75歳だからそういうふうだということは私たちは思いません。応分の負担をする。

【委員】 でも、それを甘んじて受ける必要はなくて、やっぱり当事者は当事者の声をもっと発していいんだらうと思うんですね。だから、トップダウンで来るものをそのまま受け入れる必要はないので、十分に抵抗する必要があると思うんですけれども、でも、厚労省の官僚はやっぱりいかにこの制度を持続させていくかということを実際に考えてはいるんだなと考えさせられるところも……。

【委員】 結局、老健からの話でいうと、結局だれがお金を持つのかという話なんですけどね。それをどういう形でやってという話だから、健保連みたいな要するに大企業だと言われておるところにどうしてもとられる。とろうとするというのものもあるけれども、とにかく公費で持つよと。

【座長】 消費税を上げてもらわなしようがない。

【委員】 消費税を上げるかどうか、それは私の専門外ですのであれですけど、公費を今は原則5割なんですけど、65まで下げて、そこまで5割見てくださいという話をしておるんですけど、今は75から65の間は見てくれないもので、そうすると、その分絶対65になってきたときにみさせようとする、またうちのほうに、そういうのもあるなということで、とにかく公費を上げてよということしか。

【座長】 じゃ、どうもありがとうございました。

それでは、次の議題の愛知県後期高齢者医療広域連合の主な事業について、事務局の説明をお願いします。

【総務課長】 (資料2に基づき説明)

【座長】 ただいまの事務局の説明に質問、またはご意見はございますでしょうか。

何かものすごい伸びているんですね。7%も。

【事務局長】 そうですね。3ページのところでですね。

【委員】 今の話、3ページのところに21年3月から22年2月に対して22年3月から5月までで7%ぐらい増えていますよね。これに対して13ページのところで保険料が5%アップしたと書いていますが、これ、2%って、これは途中で保険料を上げるということでしょうか。要するに単純に7%の状態が上がっていくと保険料が高くなるんじゃないですかという、そういう質問になりますけど、この2%分は。

【次長】 この3ページの医療費の実績のほうは被保険者数も増えておりますので、総枠としては増える要素があるということでひとつご理解いただきたいのと、実際には医療費の関係という5ページにあるんですが、1人当たりの医療費のベースで見るとどうかといいますと、5ページの上段の表にありますように、1人当たり医療費ベースで見ると4%前後上がっているというような状況にあります。

【座長】 高齢者が増えているのは、大体2%ずつ増えておるんですか。

【次長】 21年度ベースでいきますと、全国的に見れば高齢者の方の医療費は相当伸びたようです、他の年代よりも。ですから、そういったことが保険料に反映する仕組みがどうかという問題は今の制度はちょっとはらんでいる部分は残念ながらあるという認識に至らざるを得ないです。

【座長】 ほかにご質問はございますか。

では、全体として何か質問は。

【委員】 審査支払いのところで、去年が82円で今回が70円で、12円下がっていますよね。何で12円下がっておるのかなというのが。

【給付課長】 これは国保連さんと単価のほうの協議により単価を下げているということで、

従来は国民健康保険のほうのレセの点検も国保連さんがやっておられるということで、そこらあたりの調整の中で出てきた数字だというふうには聞いております。

【委員】 審査と支払いと2つありますよね、この70円に。審査が幾らで支払いが幾らなんですか。

【給付課長】 審査支払いの業務として一括で70円という形で契約してあります。

【委員】 そうですか。審査の部分と支払いの部分を一括ということですか。

【給付課長】 審査をしていただき、医療機関のほうへ国保連さんからお金も払っていただく。その場合に私どもから国保連さんにお金を……。

【委員】 普通、それって積算しておるんじゃないですか。審査の部分でレセ1枚当たりというようなこととか、審査で幾らというのがあるんですか。支払基金のほうからそうやってやっていますので、それはなしなの。

【給付課長】 国保連さんとの契約の中では、審査支払いという業務の中で70円という形での契約をさせていただいております。

【委員】 積み上げがおそらく、これだけ人数がおって、だから、審査の部分、支払いの部分にはこれだけの金がかかるから幾らで、審査の部分は何人の審査員でやってというその積み上げだと僕は思っているんです。そうじゃないということですね。

【給付課長】 基本的には国保連さんのほうですね。市町村国保も絡む話になるものですから。

【委員】 できればそういうことで、そういう明細、僕、明細を見せてほしいですね、実は。この70円という内訳、82円から12円も落ちる原因、何があるのというの。何か経費を下げましたという話なのか、お話だけでこれだけにしましょうかという話なのかというのをちょっと知りたいなと思って。

【給付課長】 申し訳ございません。70円の明細がどうなっているかということになりますと、細かいところは実はないということでございまして、先ほど申し上げたような市町村国保と後発の後期高齢者のレセの点検支払い手数料、そういったものを調整しながら国保連さんのほうで単価設定をされております。

【委員】 じゃ、細かいのは次回るときまでに出していただけますか？

【給付課長】 はい、それは一回調べておきます。

【座長】 ほかにございませんでしょうか。

【委員】 何でもいいですか。

【座長】 何でもいいです。

【委員】 ちょっと伺いますが、医療負担というか、医療費の負担ですね。1割と収入によって3割ということですけど、単純なあれですが、差が境目のところ違うということがあ

ですけど、これは保険料がそれだけ出ておるからということも含めてですかどうですか。

【管理課長】 現役並みの所得がおありの方については、医療機関の窓口でお支払いをされる時に3割負担をいただきますという形でスタートをしたんですけれども、この3割を導入した厚生労働省の考え方としては、要は高齢者の方々も応分の負担を願いたいと。一定の収入がある方については、保険料の部分でかかってくる部分もあるんですが、窓口での負担をお願いしたいということで設定された。あと、収入のところの部分については、現役並みの認定のところについてはおおむね老人保健法時代のところの145万円というのを持ってきておるものですから、その部分での差はないというような考え方になるんですけど、いずれにしても、そのラインのところ、税金とかでもラインによって変わるというのはあるものですから、そのところはちょっと引き方の問題というのは当然あるかと思うんですが。

【委員】 今言いました1割と3割だものですから、その間の境目の人にとると下の人は文句を言われるんだと。ちょっと上がったために3割になっちゃったと。普通、常識で考えたら1割、2割、3割と。私は1割のほうだから何とも言いませんが、実は3割の人がそんなばかなことはないという話がありましたもので。

【座長】 そのほかにございますでしょうか。

【座長】 それでは、事務局、後をお願いします。

【総務課長】 それでは、事務局からの連絡ということで、お手元の資料の3をご覧になっていただきたいと思います。資料の3でございます。今日お配りした3でございます。

そうしましたら、資料の3のほうであります、冒頭の事務局長のあいさつにもありますが、10月1日に厚生労働省の主催による新たな高齢者医療制度に係る地方公聴会が開催されます。この地方公聴会は、現制度の廃止後、新たな制度の検討に当たり、高齢者の方を始め、国民の方々の幅広いご意見を伺うという制度改革会議の議論にも反映させるために開催をするというものであります。

開催場所やプログラムにつきましてはお手元のご覧のとおりでございますが、地方公聴会の入場券につきまして私どもに若干ありますので、9月27日までに、大変恐縮ですが、お申し出いただければ後日入場券をお送りさせていただきますので、大変恐縮なんです、9月27日までにお電話でも結構ですが、ご連絡をいただければと思います。9月27日月曜日、この記載のとおりです。

それから、1枚はねていただきます。

2ページであります、新たな高齢者医療制度についての意見調査であります、実施趣旨にもあるとおり、厚生労働省はこの地方公聴会の開催に当たり、各都道府県広域連合に設置されております懇談会の委員の方々に新たな高齢者医療制度についてのご意見を伺うこととして

おります。皆様方にも後日、これは私ども広域連合から国の意見調査票をお送りさせていただくこととなりますので、その際につきましてはご協力のほどよろしくお願いをいたします。

なお、皆様からいただいたご意見につきましては、今の意見調査票のご意見であります。厚生労働省及び高齢者医療制度改革会議にも報告されることとなり、地方公聴会において紹介されるものと聞いております。

連絡事項につきましては以上ということで、よろしくお願いをいたします。

【座長】 公聴会はこの入場券がないと入れないんですか。

【総務課長】 そうですね。一応ホールのほうは800人でありますけれども、それぞれ入場券を持って入っていただくと。

【座長】 普通の人はどうやって入場券を手に入れるの。

【総務課長】 普通の人はいくらも一般でホームページで募集を厚生省のほうがしていただいて、一般の方はそれに基づいて国のほうからそういう整理券のようなものは出ているということになります。

【座長】 定員はオーバーしているんですね。

【総務課長】 今、うちのウィルあいちのところは800人ほどで、今はまだ800には達していないという状況のようです。まだちょっと日数がありますので。もし何でしたらお申し出をいただければと思います。よろしくお願いをいたします。

そうしましたら、連絡の関係は以上でございますので、閉会に当たりまして事務局長からごあいさつを申し上げます。

【事務局長】 それでは、皆さん、今日は議論をいただいてありがとうございました。

今日ご出席の被保険者の代表の方々の意見を伺いますと、現行制度のほうに対して結構肯定的な意見が多かったなというふうな感想を持ちました。

ただ、この改革会議においては、廃止を前提とした議論ということになっていきますので、それで検討されてきたということでございますので、今回の中間取りまとめにおいてもそのような内容となっております。

今回意見調査がございしますが、それぞれ委員の方、自分の考えを出していただきたいと、そのように思っています。ただ、それがどの方向で行くかどうかというのは、今後また検討される。

また、あと、ねじれ国会ということがございますので、国のほうとしてはこの議論をしながら、野党のほうとも一応調整を図っていくというふうな形では聞いておりますけれども、いずれにしても、いろいろな考え方があると思いますので、先行きについては皆さんのほうも国の動きを見ていただきたいと思ひますし、我々のほうについても国の会議の行方のほうを注視して

いきたいと、このように考えております。

本日はどうもありがとうございました。今後ともよろしく願いいたします。

— 了 —

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)

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つ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、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に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

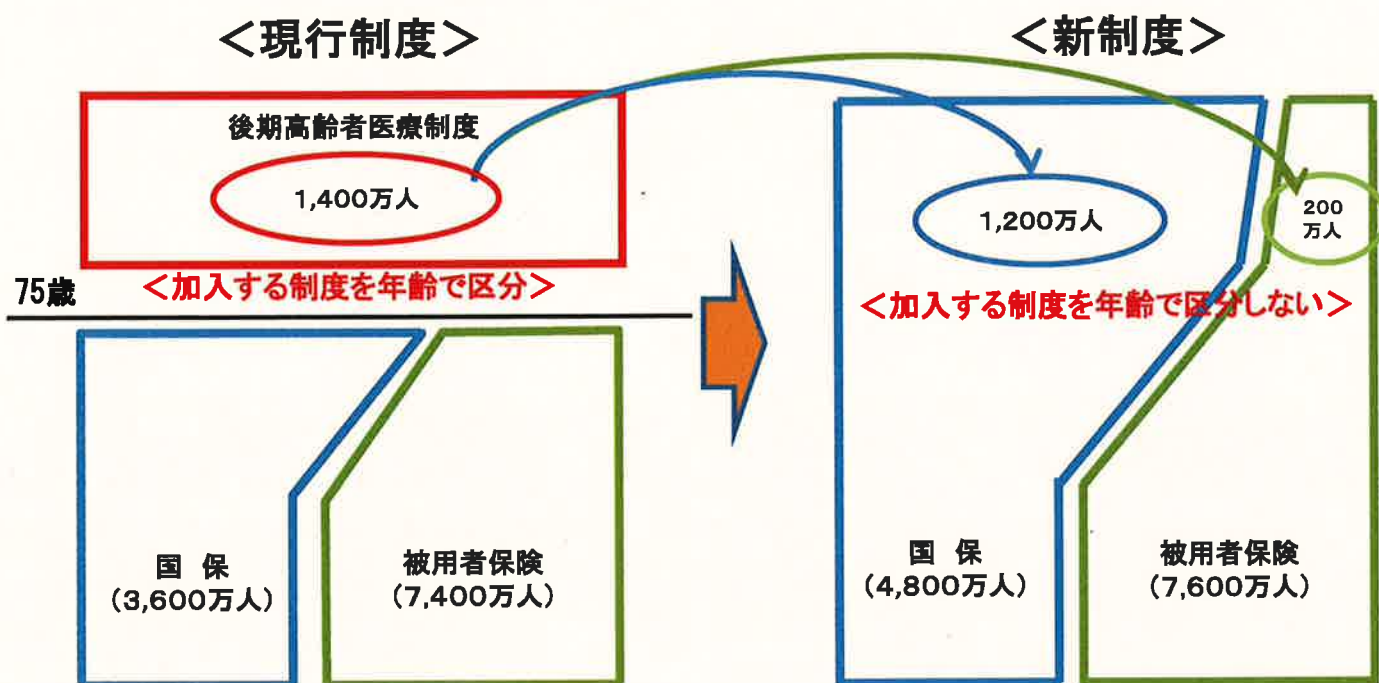
- 上記のうち、引き続き検討することとした事項については、更に議論を深め、年末までに結論を得る。
- 今後、医療費等の将来推計などを行いつつ、地方自治体、保険者等の関係者や高齢者をはじめ広く国民の御意見を聞きながら、細部を含めた検討を更に進め、年末までに、新たな制度の具体的な内容を取りまとめる。
- 本改革会議のとりまとめを踏まえ、平成 25 年 4 月を目途に新たな制度が施行される予定であるが、円滑に制度を運営するためには、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、現時点から、地方自治体等の意見を十分に聞きながら、着実にシステム改修を進めるこ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

中間とりまとめのポイント
中間とりまとめ 10 のポイント

中間とりまとめのポイント

1. 年齢で加入する制度は変わらなくなります

- 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します。
- これにより、後期高齢者医療制度は廃止され、加入する制度（保険証）が年齢で変わることはなくなります。



2. 高齢者の保険料は給付費の1割相当にとどめます

- 同じ都道府県の中では、同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、引き続き給付費の1割相当のご負担にとどめます。

※ 国保に移る高齢者の方について、市町村ごとの保険料にした場合には、市町村間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加します。（市町村国保から後期高齢者医療制度に移った際、地域間の保険料格差は5倍から2倍に縮小し、全国的には保険料が減少した世帯も多くありましたが、この逆のことが起きます。）

- 被用者保険に移る被扶養者の方は、75歳未満の被扶養者と同様に、保険料を納める必要がなくなります。

3. 高齢者の保険料の伸びを抑制する仕組みを設けます

- 各都道府県に基金を設置し、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らないよう抑制する仕組みを設けます。

※ 高齢者医療を支える現役世代の負担についても、高齢者の増加や現役世代の減少により、重くなり過ぎないようにするための仕組みを設けます。

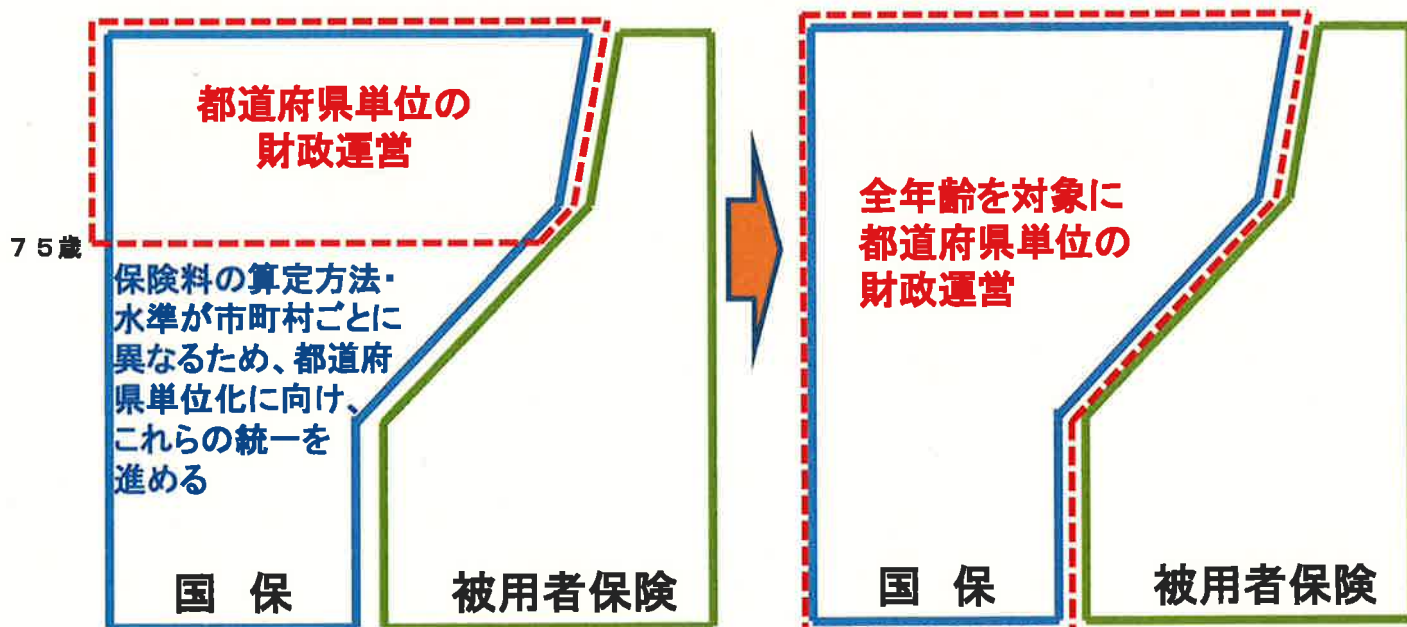
4. 医療費の自己負担の軽減やサービスの改善も図られます

- 高齢者の方は、現役世代と同じ制度に加入するため、高額療養費の自己負担も同一世帯として計算され、これにより世帯によっては自己負担が軽減されます。
- サービス・給付（健康診査、人間ドック、被用者保険の傷病手当金等）についても、現役世代と同じように受けられるようになります。

5. 国保の広域化を実現し、国民皆保険を守ります

- 国保は市町村単位の運営であるため、保険財政が不安定になりやすく、保険料の格差も大きく、広域化を図ることが長年の課題となっていました。
- まず高齢者について保険財政の都道府県単位化を図り、次の段階で全年齢での都道府県単位化を実現し、国民皆保険の基盤である国保の安定的な運営を確保します。

< 新制度 >



中間とりまとめ10のポイント

厚生労働省

高齢者の方々が、信頼を寄せ安心を実感し、若い方々も、納得のいく負担の下に将来に安心を持てる医療保険制度を構築する。これにより、医療・介護サービスの充実と併せ、「強い経済」「強い財政」への流れを支える。さらに、国民皆保険の基盤である国保の広域化の実現と相まって、安定的な財源・運営の下での持続可能な「強い社会保障」を築く。

I 高齢者の方々の視点からの改革

1. 年齢で保険証が変わることはなくなります

- 後期高齢者医療制度は廃止し、加入する制度を年齢で区分しません。
- 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します。
- これにより、年齢で保険証が変わることはなくなります。世帯によっては、保険料や自己負担も軽減されます。

2. 新制度に移る際、保険料のアップはできるだけ生じないようにします

- 国保に移る方の保険料は、75歳以上は、現行の負担割合（約1割）とし、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料となる仕組みを維持します。
- 被用者保険に移る被扶養者の方は、保険料を納める必要がなくなります。

3. 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らないことを基本とします

- 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らないよう抑制する仕組みを設けます。

4. 窓口負担は適切な負担にとどめます

- 今後、高齢者の医療費は増加しますが、高齢者の窓口負担は、適切な負担にとどめます。

5. 年金天引きを強制しません

- 国保に移る高齢者の保険料は、同一世帯の他の現役世代の保険料と合わせて、世帯主が納めます。
- これにより、世帯主ではない高齢者の方は、保険料を納める義務がなくなり、年金からの天引きもなくなります。また、高齢者世帯で希望される方は、引き続き、年金からの天引きもできます。

Ⅱ 現役世代の視点からの改革

6. 公平で納得のいく支え合いの仕組みにします

- 高齢者の約8割は国保に加入するため、国保の負担が重くならないよう、公平で納得のいく被用者保険との財政調整を行います。
- その際、財政力の弱い健保組合等の被保険者の負担を軽減できるよう、被用者保険からの支援は、負担能力に応じた分担方法への見直しを検討します。

7. 大幅な負担増が生じないようにします

- 新制度への移行により、市町村国保・協会けんぽ・健保組合等の負担が大幅に増加することがないようにします。

Ⅲ 保険運営の安定化を図る視点からの改革

8. 国保の広域化を実現します

- 国保については、まず高齢者医療に関し都道府県単位の財政運営とし、保険料負担の格差の解消と安定的な運営を図ります。
- 現役世代についても、環境整備を進めた上で都道府県単位の財政運営にし、国民皆保険の基盤である国保を守ります。

9. 公費を適切に投入します

- 高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制し、制度の安定的な運営を図るため、加入する制度を問わず、75歳以上の高齢者の医療費に対して公費を投入します。また、今後の高齢化の進行等に応じた公費のあり方を検討します。

10. 保険者機能が十分に発揮できるようにします

- 保険料徴収や健康づくり等の保健事業などの面で保険者機能が最大限発揮されるよう、「都道府県単位の運営主体」と「市町村」の分担・責任を明確にした上で、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みにします。
- 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加入することにより、保健事業などの面で健保組合の保険者機能がより発揮できるようにします。

新たな制度に関する基本資料

新たな制度に関する基本資料

厚生労働省保険局

新制度の方向性

○ 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、更に後期高齢者医療制度の廃止を契機として国保の広域化を実現する。

後期高齢者医療制度は老人保健制度の問題点を改善するための制度であったが、**独立型の制度としたことによる問題が生じている**

後期高齢者医療制度の問題点

- I 年齢による区分(保険証)
75歳到達で、これまでの保険制度から分離・区分。保険証も別。
- II 高齢者の保険料の増加
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。
- III 被扶養者の保険料負担
個人単位で保険料を徴収するため、扶養されている高齢者も保険料負担。
- IV 患者負担
患者負担の上限は、同じ世帯でも、加入する制度ごとに適用される。
- V 健康診査
広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。

新制度

- I 年齢で区分しない。保険証も現役世代と同じ。
- II 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らないよう抑制する仕組みを導入。
- III 国保は世帯主がまとめて保険料負担。被用者保険に移る被扶養者は負担なし。
- IV 現役世代と同じ制度に加入することで、世帯当たりの負担は軽減。
- V 国保・健保組合等に健康診査の実施義務。

改善

高齢者も現役世代と同じ制度(国保又は被用者保険)に加入すること等でメリットが生じる

旧老人保健制度の問題点

- ①負担割合
高齢者と現役世代の負担割合が不明確。
- ②高齢者の保険料負担
それぞれ市町村国保・被用者保険に加入しているため、同じ所得であっても、保険料負担が異なる。

改善

後期高齢者医療制度の利点

- ① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。
- ② 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。

維持

- ① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。
- ② 国保に加入する高齢者は、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。

国保の高齢者医療を都道府県単位化すること等で維持
⇒次の段階で現役世代も都道府県単位化

年齢による差別的な扱いの解消について

現行制度の最大の問題

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。

第一段階の取組

平成22年4月の診療報酬改定において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬を廃止。（計17項目）

制度本体の見直し

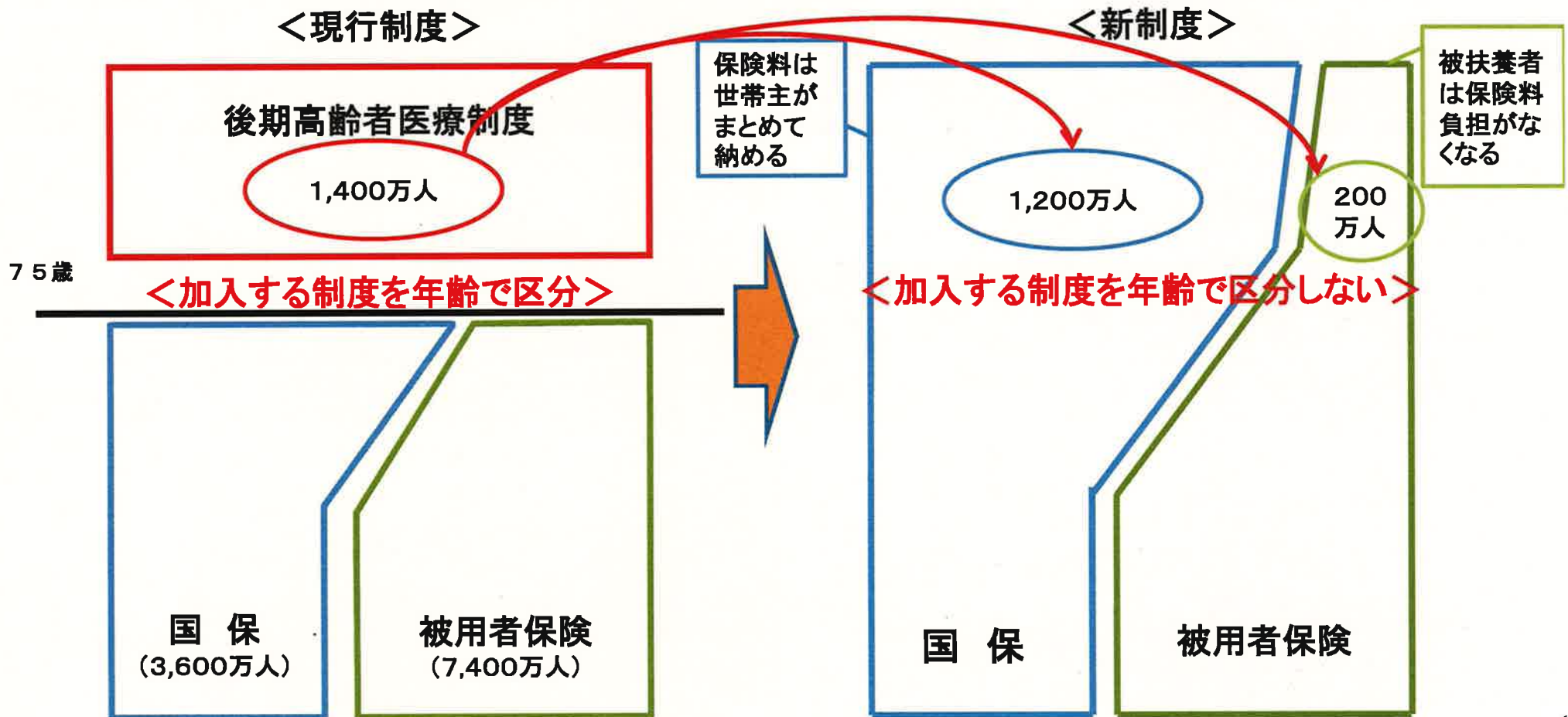
- 年齢で加入する医療保険制度を分離・区分する後期高齢者医療制度は、廃止。
- 新たな制度においては、高齢者の方にも現役世代と同じ国保か被用者保険に加入していただくことで、年齢により保険証が変わることはなくなり、健診の取扱いも現役世代と同じになるなど、年齢による差別的な扱いの解消を図る。
- ※ その際、高齢者の方が単純に市町村国保に戻ることとなれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加することから、市町村国保の中の75歳以上の高齢者医療については都道府県単位の財政運営とすることが不可欠。（都道府県単位の財政運営を65歳以上とすることも検討）
- ※ 併せて、高齢者の保険料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、各都道府県に財政安定化基金を設置し、高齢者の保険料の伸びを抑制する仕組みを導入。
（注）老人保健制度においても、75歳以上で区分して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。



年齢による差別的な扱いは解消へ

制度の基本的枠組み

- 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ことはなくなり、世帯によっては保険料・高額療養費等の面でメリットが生じる。(別紙)



新たな制度における高齢者のメリット

(別紙)

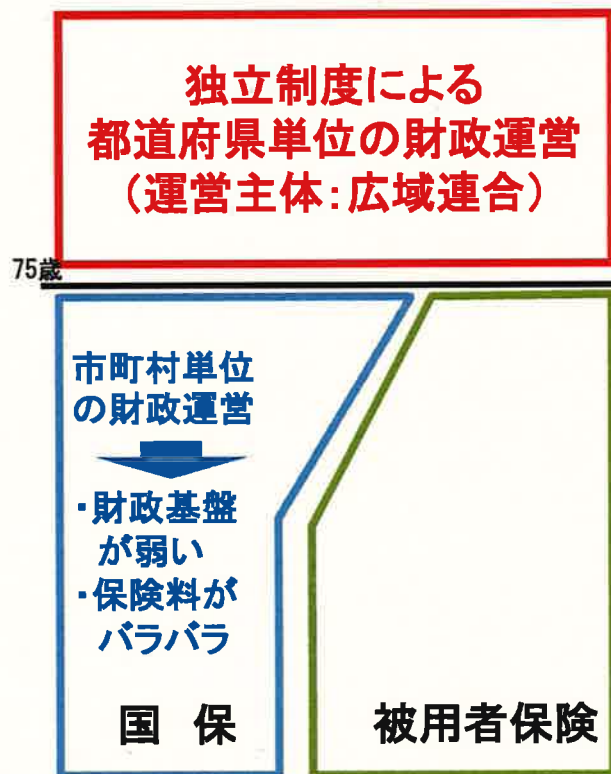
○ 高齢者の方々も、現役世代と同じ国民健康保険や被用者保険に加入することにより、以下の例のようなメリットが生じる。

現行制度（後期高齢者医療制度）	新たな制度																	
<p>○ 保険料の納付義務は高齢者の個人。</p> <p>⇒ 国保の世帯員であった高齢者や被用者保険の被扶養者であった高齢者にも納付義務が生じる。</p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 後期高齢者医療）：Aの保険料を納付 世帯員B（75歳 後期高齢者医療）：Bの保険料を納付 世帯主C（45歳 国保）：C・Dの保険料をまとめて納付 世帯員D（40歳 国保）：保険料の納付義務無し</p>	<p>○ 保険料の納付義務は世帯主。</p> <p>⇒ <u>世帯主以外の高齢者は保険料の納付義務が無くなる。</u></p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 国保）：保険料の納付義務無し 世帯員B（75歳 国保）：保険料の納付義務無し 世帯主C（45歳 国保）：A・B・C・Dの保険料をまとめて納付 世帯員D（40歳 国保）：保険料の納付義務無し</p>																	
<p>○ 保険料の軽減判定は、医療保険ごとに行う。</p> <p>⇒ 同じ世帯であっても軽減判定は別に行うため、保険料負担が増加する事例が生じる。</p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 後期高齢者医療 年金収入165万円）：2割軽減※ 世帯員B（75歳 後期高齢者医療 年金収入 80万円）：2割軽減※ 世帯主C（45歳 国保 給与収入120万円）：5割軽減 世帯員D（40歳 国保 給与収入 50万円）：5割軽減</p> <p>※ A及びBの軽減判定方法 A所得30万円+B所得0円+C所得55万円 >33万円+24.5万円×2人（5割軽減非該当） <33万円+35万円×2人（2割軽減該当）</p>	<p>○ 保険料の軽減判定は、世帯全体で行う。</p> <p>⇒ <u>同じ国保世帯として最終的な軽減判定が行われるため、保険料負担の増加が解消される。</u> （50万人程度が対象となり、50億円程度の保険料負担減 → 地方負担の増加分は適切に地方財政措置を講じる。）</p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 国保 年金収入165万円）：5割軽減※ 世帯員B（75歳 国保 年金収入 80万円）：5割軽減※ 世帯主C（45歳 国保 給与収入120万円）：5割軽減 世帯員D（40歳 国保 給与収入 50万円）：5割軽減</p> <p>※ A及びBの軽減判定方法 A所得30万円+B所得0円+C所得55万円+D所得0円 <33万円+24.5万円×3人（5割軽減該当）</p>																	
<p>○ 高額療養費の自己負担限度額は、医療保険ごとに適用。</p> <p>⇒ 同じ世帯であっても加入する医療保険の自己負担限度額がそれぞれ適用される。</p>	<p>○ 高額療養費の自己負担限度額は、世帯全体で適用。</p> <p>⇒ <u>同じ国保世帯として自己負担限度額が一本化され、世帯の負担が軽減される。</u>（約350万世帯が合算対象となり得、患者負担は50億円以上減少することが見込まれる。国保の3人以上世帯は含めていない。）</p>																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>【具体例】</th> <th>自己負担限度額</th> <th>世帯の負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>世帯員A（80歳 後期高齢者医療）</td> <td rowspan="2">A・Bで 24,600円 (低所得Ⅱ区分)</td> <td rowspan="4">60,000円</td> </tr> <tr> <td>世帯員B（75歳 後期高齢者医療）</td> </tr> <tr> <td>世帯主C（45歳 国保）</td> <td rowspan="2">C・Dで 35,400円 (低所得者区分)</td> </tr> <tr> <td>世帯員D（40歳 国保）</td> </tr> </tbody> </table>	【具体例】	自己負担限度額	世帯の負担額	世帯員A（80歳 後期高齢者医療）	A・Bで 24,600円 (低所得Ⅱ区分)	60,000円	世帯員B（75歳 後期高齢者医療）	世帯主C（45歳 国保）	C・Dで 35,400円 (低所得者区分)	世帯員D（40歳 国保）	<table border="1"> <thead> <tr> <th>【具体例】</th> <th>自己負担限度額（＝世帯の負担額）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>世帯員A（80歳 国保）</td> <td rowspan="4">35,400円 (低所得者区分)</td> </tr> <tr> <td>世帯員B（75歳 国保）</td> </tr> <tr> <td>世帯主C（45歳 国保）</td> </tr> <tr> <td>世帯員D（40歳 国保）</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ A・Bの自己負担限度額は24,600円</p>	【具体例】	自己負担限度額（＝世帯の負担額）	世帯員A（80歳 国保）	35,400円 (低所得者区分)	世帯員B（75歳 国保）	世帯主C（45歳 国保）	世帯員D（40歳 国保）
【具体例】	自己負担限度額	世帯の負担額																
世帯員A（80歳 後期高齢者医療）	A・Bで 24,600円 (低所得Ⅱ区分)	60,000円																
世帯員B（75歳 後期高齢者医療）																		
世帯主C（45歳 国保）	C・Dで 35,400円 (低所得者区分)																	
世帯員D（40歳 国保）																		
【具体例】	自己負担限度額（＝世帯の負担額）																	
世帯員A（80歳 国保）	35,400円 (低所得者区分)																	
世帯員B（75歳 国保）																		
世帯主C（45歳 国保）																		
世帯員D（40歳 国保）																		

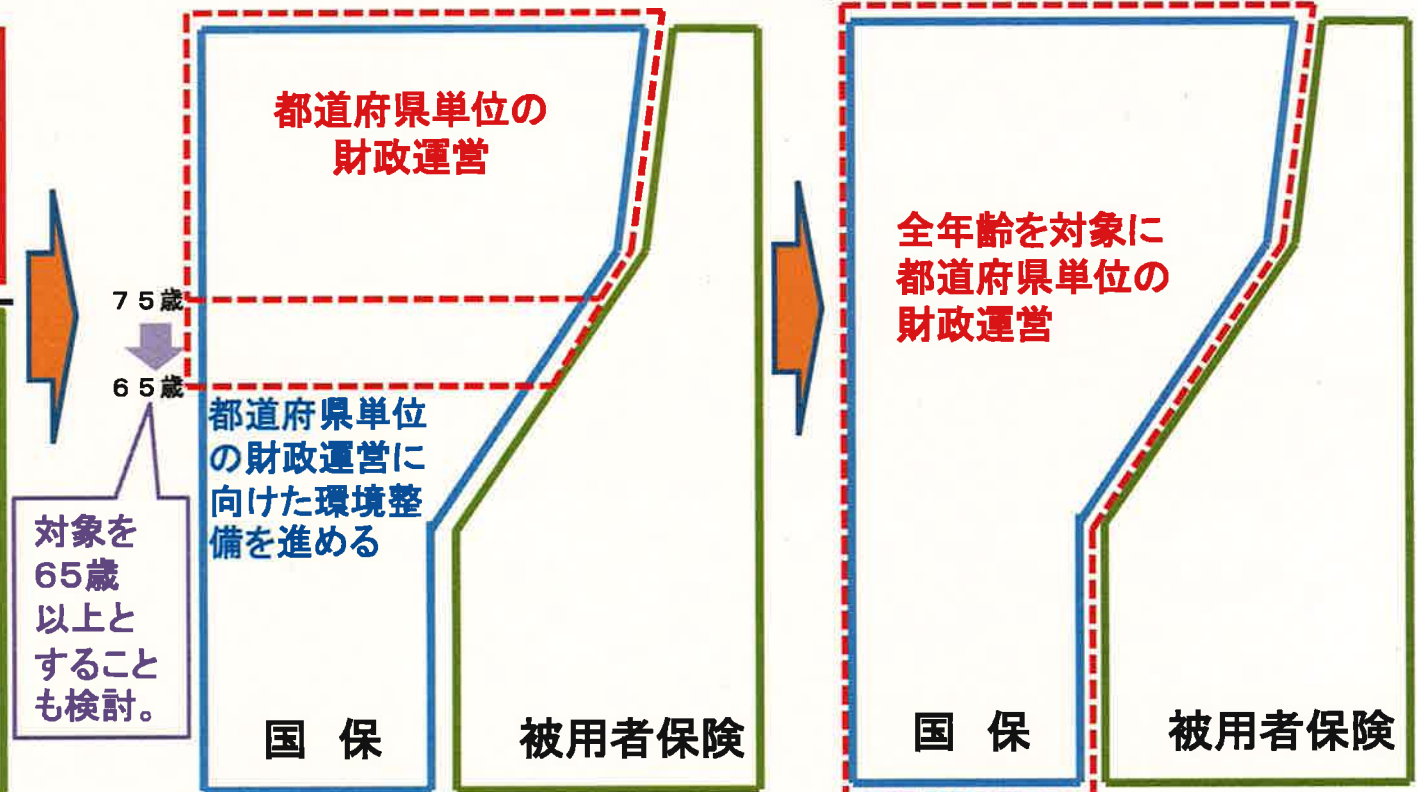
国保の広域化

- 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。
 ※ 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。
 (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。)
- 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市町村国保については、保険財政の安定化、保険料の平準化等の観点から、広域化を図ることが不可欠。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。

< 現行制度 >



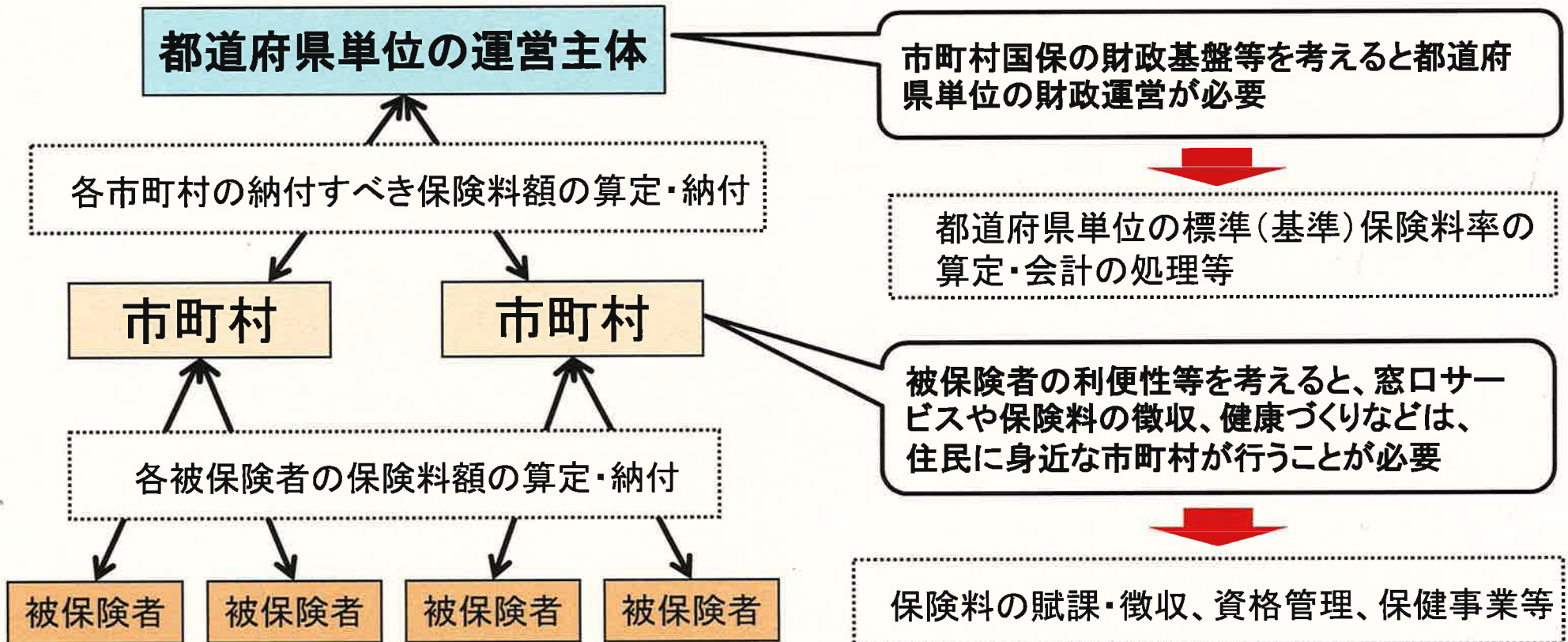
< 新制度 >



※「都道府県単位の財政運営」の主体を具体的にどこにすべきか、引き続き検討する。

都道府県単位の財政運営とした場合の国保の運営のスキーム

- 「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。
- 具体的には、「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う。
- 「市町村」は、保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業などの事務を行う。
※給付事務については、いずれの主体で行うべきか、引き続き、検討。(別紙1)



※高齢者の保険料は、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

※保険料の賦課・徴収の仕組みは、別紙2の通り

給付事務の主体

(別紙1)

「給付事務」については、いずれの主体で行うべきか、次の段階では若人も都道府県単位の財政運営となることを念頭に置きつつ、以下の点を踏まえて引き続き検討することが必要。

	都道府県単位で行う場合	市町村で行う場合
メリット	<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、都道府県単位で行っている状態を維持することができる。 ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・若人も高齢者も、資格管理、保険料賦課、給付事務を市町村が一体的に実施できる。 ・迅速に処理できるため、支給までの日数が短い。(高額療養費の場合：診療から3ヶ月程度) ・市町村のみのシステム改修により対応できる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者分の給付事務は、都道府県単位の運営主体(支給決定等)と市町村(窓口業務、照会対応等)の両者で対応することとなり、時間がかかる。(高額療養費の場合：診療から4ヶ月程度) ・一方、若人分の給付事務は市町村が実施するため、事務が複雑となる。(例えば、高額療養費については、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。) ・都道府県単位の運営主体と市町村双方でシステムの整備が必要となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者分の給付事務に対応する職員を改めて確保することが必要となる。

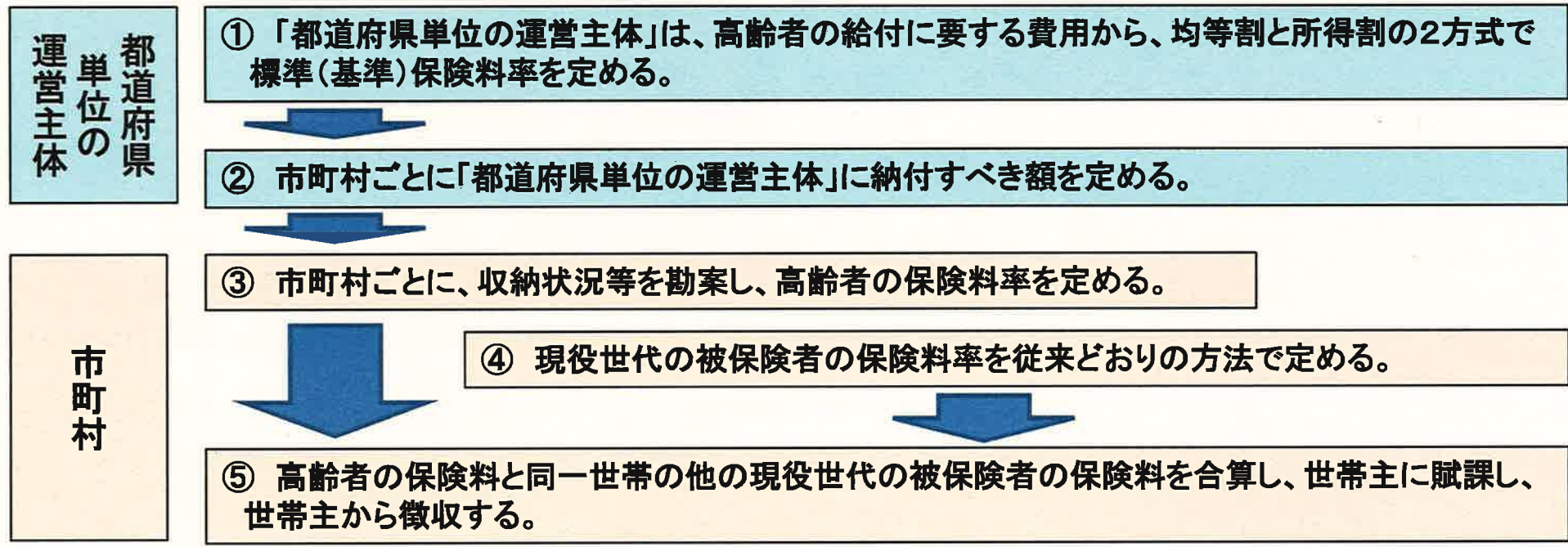
※ 「都道府県単位の運営主体」で行う事務は、「財政」と「給付」になる

※ 「都道府県単位の運営主体」で行う事務は、「財政」に特化される

○ 現在の後期高齢者医療制度は、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。収納率が約99%の後期高齢者医療制度と異なり、収納率が約88%の市町村国保では収納率の向上が課題。

⇒ 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。

＜具体的な仕組み案＞ ※ 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る。

○ 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。

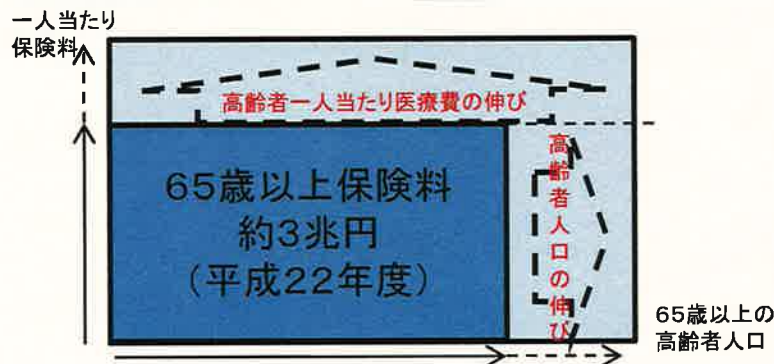
高齢者の保険料と若人の保険料の伸びについて

<高齢者と若人の保険料の伸びについて>

新たな制度は、どのような制度であっても、公費・若人の保険料・高齢者の保険料等の組み合わせにより支えることとなり、その割合を定率で固定する場合、高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同程度であれば、若人の保険料の伸びは、高齢者の保険料の伸びより大きくなる。

高齢者の保険料・・・高齢者医療給付を賄うための保険料

高齢者保険料の伸び \approx 高齢者1人当たり医療費の伸び



若人の保険料・・・若人保険料Ⅰ（若人医療給付を賄うための保険料）＋若人保険料Ⅱ（高齢者医療給付を支える保険料（支援金））

若人保険料Ⅰの伸び \approx 若人1人当たり医療費の伸び

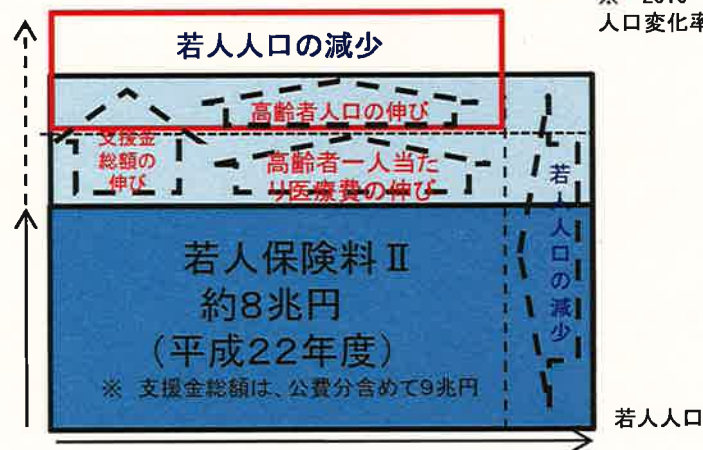


若人保険料Ⅱの伸び \approx 若人1人当たり支援金の伸び
 \approx 支援金総額の伸び + 若人人数の減少率
 \approx 高齢者1人当たり医療費の伸び + 高齢者人口の伸び + 若人人口の減少率
 (約2.8%) (約1.3%)

※ 2010～2015年の人口変化率の平均値

- 高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、
 若人保険料Ⅰの伸び \approx 高齢者保険料の伸び
 若人保険料Ⅱの伸び $>$ 高齢者保険料の伸び
 となり、若人の保険料の伸びは高齢者の保険料の伸びを上回る。

- こうした中で、現行制度においては、後期高齢者の保険料の負担割合について、若人人口の減少率の1/2の割合で引き上げることとなっている。(20年度10%→22年度10.26%)
 仮に、平成22年度の状況をもとに、高齢者人口の伸びを約2.8%、若人人口の減少率を約1.3%と仮定した場合、現行制度の仕組みに当てはめると、高齢者と若人の保険料規模が大きく異なるため、
 高齢者の保険料の伸び = 1人当たり医療費の伸び + 2.2%
 若人の保険料の伸び = 1人当たり医療費の伸び + 1.5%
 となり、高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、0.7%程度、高齢者の保険料の伸びが若人の保険料の伸びを上回る。



※ 支援金総額は、公費分含めて9兆円

保険料の伸びを抑制する仕組み

- 「高齢者人口の伸び」及び「若人人口の減少」に伴う若人保険料Ⅱの負担増分について、高齢者と若人の保険料規模を考慮しつつ、高齢者と若人で負担しあう仕組みとする。
⇒これにより、高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と若人の保険料の伸びはほぼ均衡する。

※ 高齢者と若人の区分を65歳とした場合、65歳以上の保険料と64歳以下の若人の保険料の比率は、現時点で1:6であり、負担増分について、その割合で分け合う。

高齢者人口の伸び2.8%、若人人口の減少1.3%とした場合の高齢者負担分

新たな制度 $(2.8\% + 1.3\%) \times 1/7 = 0.59\%$

現行と同様の仕組み $1.3\% \times 1/2 = 0.65\%$

※ 高齢者と若人の区分を75歳とした場合は、75歳以上の保険料と74歳以下の若人の保険料の比率は、現時点で1:15であり、負担増分について、その割合で分け合う。

高齢者人口の伸び3.0%、若人人口の減少0.7%とした場合の高齢者負担分

新たな制度 $(3.0\% + 0.7\%) \times 1/16 = 0.23\%$

現行と同様の仕組み $0.7\% \times 1/2 = 0.35\%$

注) 保険料の比率は、現行制度のものであり、保険料軽減等の定額公費を保険料に含めて算出したもの。

- 高齢者の一人当たり医療費の伸びの見込みが、若人の国保の一人当たり医療費(都道府県平均)の伸びの見込みを上回ること等により、高齢者の保険料の伸びが若人の国保保険料の伸び(都道府県平均)を上回る場合には、都道府県ごとに設置する財政安定化基金を活用し、高齢者の保険料の伸びを抑制することができる仕組みとする。

※ 後期高齢者医療制度における財政安定化基金は、当初、保険料の収納不足や給付の増加に対応することを目的としていたが、先の通常国会において「高齢者の医療の確保に関する法律」を改正し、一定の残高を残した上で、保険料上昇を抑制するために取り崩すことを可能とした。

※ 財政安定化基金の活用は、都道府県の判断によるものであり、基金の規模・具体的活用方法等については、今後、更に検討。

中間とりまとめ後に残される課題

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

愛知県後期高齢者医療広域連合の主な事業について

目 次

1	被保険者の資格	1
2	医療給付	3
3	保険料	10
4	保健事業	15
5	愛知県後期高齢者医療広域連合について	17

1 被保険者の資格

(1) 後期高齢者医療制度の被保険者

- ・ 75 歳以上の方…75 歳の誕生日から被保険者になります。
- ・ 65 歳から 74 歳までで一定の障害のある方…本人の申請に基づき、被保険者になります。

○年齢別被保険者数（平成 22 年 7 月末日現在） （人）

65 歳～74 歳	75 歳以上	合 計
41,724	632,978	674,702

○自己負担区分別被保険者数（平成 22 年 7 月末日現在） （人）

一 般 (1 割負担)	低所得区分		現役並み所得者 (3 割負担)	合 計
	I (再掲)	II (再掲)		
603,922	96,339	105,238	70,780	674,702
89.51%	14.28%	15.60%	10.49%	(構成比)

※低所得区分 I …世帯全員の各種所得（公的年金は控除額を 80 万円で計算）が 0 円の方

※低所得区分 II …市町村民税非課税世帯で、低所得区分 I に該当しない方

※現役並み所得者…同一世帯に市町村民税の課税所得が 145 万円以上ある被保険者の方がいる世帯の方（ただし、収入が一定額未満で申請のあった方を除きます。（詳しくは、リーフレット「わかりやすい！後期高齢者医療制度」P5～6 をご覧ください。）

○被保険者数月別推移（各月末日現在）

（人）

21年8月	21年9月	21年10月	21年11月	21年12月	22年1月
649,858	652,384	654,843	657,073	658,155	662,106
22年2月	22年3月	22年4月	22年5月	22年6月	22年7月
664,998	667,728	669,747	671,482	672,815	674,702

(2) 被保険者証等

- ・被保険者証は、被保険者の方1人に1枚発行し、毎年8月1日に更新（有効期間1年）します。
- ・市町村民税非課税世帯の被保険者の方に対しては、申請により、「限度額適用・標準負担額減額認定証」を併せて発行します。

（認定証を医療機関に提示することにより、入院時の自己負担額等が軽減されます。）

2 医療給付

(1) 療養給付等の内容

被保険者の方が医療機関等で診療を受けた場合の療養の給付や、自己負担額が高額になった場合に自己負担額の一部をお返しする高額療養費の支給、また1年間の医療費と介護サービス費を合算した自己負担が限度額を超えた場合にお返しする高額介護合算療養費の支給などを行っています。

○医療費実績

区 分	件数 (件)	日数 (日)	医療費総額 (円)	保険給付額 (円)
平成 21 年 3 月～ 平成 22 年 2 月診療分	18,658,221 (1,554,852)	40,603,424 (3,383,619)	577,589,319,645 (48,132,443,304)	526,691,589,593 (43,890,965,799)
平成 22 年 3 月～ 平成 22 年 5 月診療分	4,780,378 (1,593,459)	10,541,611 (3,513,870)	154,318,722,744 (51,439,574,248)	140,969,095,572 (46,989,698,524)

※件数…医療機関等からの請求件数及び療養費の申請件数 ※日数…医療機関等において治療を受けた延べ日数

※各項目の（ ）は、一か月平均の数値です。

○医療費実績内訳（平成21年3月～平成22年2月診療分）

区 分		件 数 (件)	日 数 (日)	医療費総額 (円)	保険給付額 (円)	高額療養費 (円) (現物支給分・再掲)
医 科	入院	504,616	9,031,312	243,885,683,140	227,661,548,421	12,683,757,636
	入院外	10,994,213	23,652,325	204,647,279,920	183,531,349,755	3,715,579,661
歯 科	入院	1,493	15,095	465,004,720	426,599,102	20,121,100
	入院外	1,368,778	2,943,422	19,423,526,350	17,034,932,701	1,462,595
調剤		5,170,395	処方回数(再掲) 7,757,662	81,167,043,070	71,522,633,739	68,573,682
食事・生活療養費		(再掲) 467,865	回数(再掲) 22,359,584	15,384,503,800	9,809,072,720	
訪問看護療養費		21,777	197,630	2,302,708,310	2,088,012,964	57,096,805
療 養 費	一般診療	262	772	8,993,079	7,756,584	
	補装具	28,173		944,089,305	830,420,052	
	柔道整復師の施術	397,339	4,762,868	4,784,226,430	4,213,490,924	
	あん摩マッサージ	95,462		3,370,164,396	2,973,160,334	
	はり・きゅう	75,707		1,206,012,318	1,064,164,017	
負担割合差額		(再掲) 700			1,374,812	
標準負担額差額		(再掲) 3,421	(再掲) 189,518		18,999,780	
移送費		6		84,807	84,807	
高額療養費(現金支給分)		(再掲) 817,708			5,300,949,699	
高額介護合算療養費		(再掲) 11,979			207,039,182	
合 計		18,658,221	40,603,424	577,589,319,645	526,691,589,593	16,546,591,479

※件数…医療機関等からの請求件数及び療養費の申請件数

※日数…医療機関等において治療を受けた延べ日数

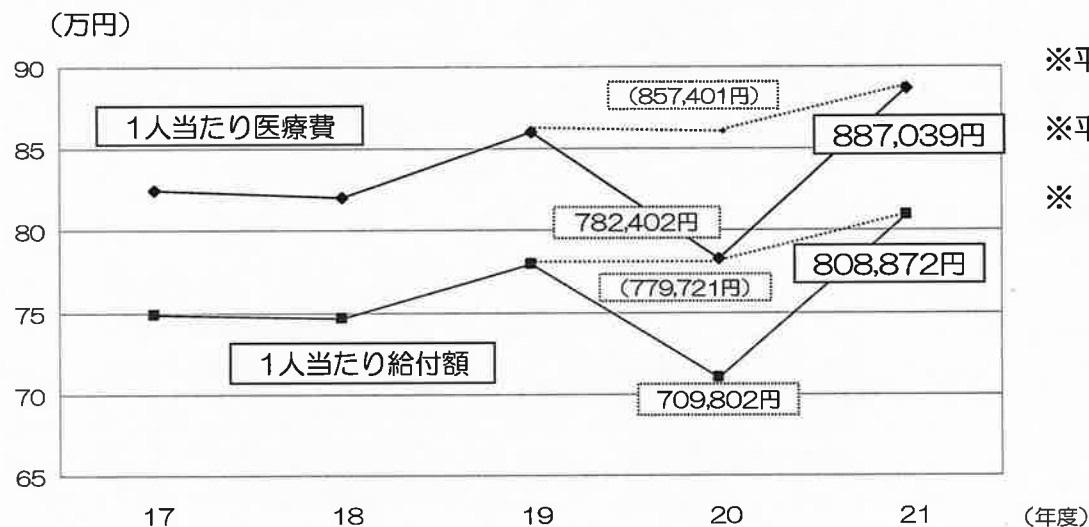
○療養給付関係諸率

区 分	1人当り医療費 (円)	1人当り給付費 (円)	1人当り件数 (件)	1件当り医療費 (円)	1日当り医療費 (円)
平成21年3月～ 平成22年2月診療分	887,039 (73,920)	808,872 (67,406)	28.7 (2.4)	30,956	14,225
平成22年3月～ 平成22年5月診療分	230,446 (76,815)	210,511 (70,170)	7.1 (2.4)	32,282	14,639

※1人当り医療費は、各区分の医療費総額を21年3月から22年2月までの各月末時点の被保険者の平均数(651,143人)及び22年3月から22年5月までの各月末時点の被保険者の平均数(669,652人)で除したものです。

※各項目の()は、一か月平均の数値です。

○1人当たり医療費等推移



※平成19年度以前は老人保健制度のもので各年度3月～2月受診の12ヶ月分です。

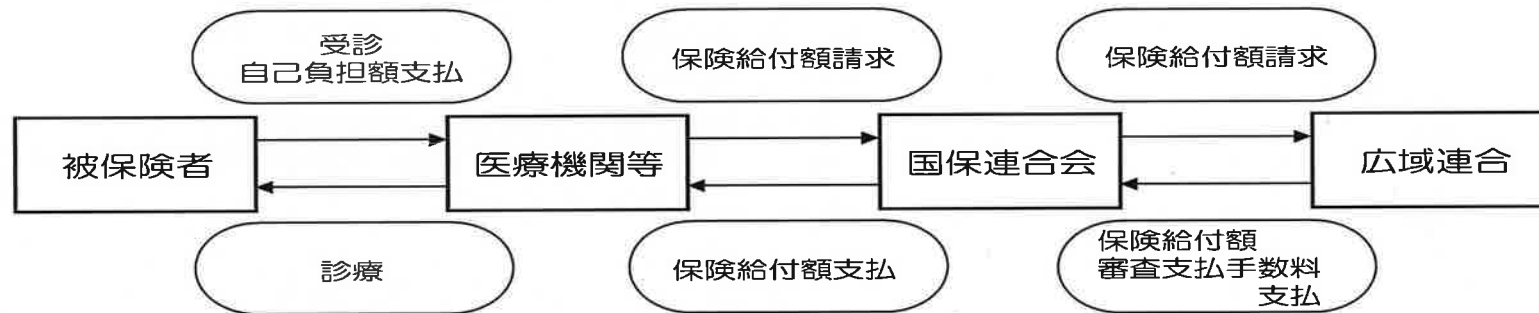
※平成20年度は後期高齢者医療制度のもので20年4月～21年2月診療の11ヶ月分です。

※()は後期高齢者医療制度の実績に、平成20年3月の老人保健制度の実績等を加えたものです。

(2) 医療費（保険給付額＋自己負担額）の請求と支払

- ①被保険者の方が、医療機関等で自己負担額（1割または3割）を支払い、受診します。
- ②医療機関等は、レセプトを愛知県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」）へ提出します。
- ③国保連合会は、広域連合へ保険給付額を請求します。
- ④広域連合は、国保連合会を通じて、医療機関等へ保険給付額を支払います。

○医療費（保険給付額＋自己負担額）の請求と支払いの流れ



○審査支払手数料

区 分	1 件あたり単価 (円)	件 数 (件)	金 額 (円)
平成 21 年度	82.00	18,061,295 (1,505,108)	1,481,026,190 (123,418,849)
平成 22 年度	70.00	4,627,040 (1,542,347)	323,892,800 (107,964,267)

※平成 22 年度は 5 月診療分までの実績で、各項目の () は一か月平均の数値です。

(3) 自己負担金の支払の免除

被保険者の方が、震災、風水害、火災等により大きな損害を受け、または事業の休廃止などにより所得が激減し、かつ世帯主が市町村民税非課税者または減免者に該当する際には、申請により一部負担金の支払を免除します。【昨年度からの変更点…事業の休廃止などにより所得が激減した場合を要件に追加しております。】

○一部負担金免除状況

区 分	免除人数 (人)	件 数 (件)	免除額 (円)
平成 21 年度	63	249	1,025,441
平成 22 年度	21	68	207,588

※平成 21 年度は、震災、風水害、火災等により大きな損害を受けた場合のみが対象です。

※平成 22 年度は、5 月診療分まで (3 か月分) の実績です。

(4) 葬祭費

被保険者の方が亡くなり、葬祭を行った際には、葬祭を行う者に対し、葬祭費として5万円を支給します。

○葬祭費支給状況

区 分	件 数 (件)	金 額 (円)
平成 21 年度	36,084	1,804,200,000
平成 22 年度	8,281	414,050,000

※平成 22 年度は 5 月申請分まで (3 か月分) の実績です。

(5) その他の取組み

- ・ 請求誤りなどのレセプト内容点検、給付割合誤りなどの資格点検を実施しております。
- ・ 第三者行為 (交通事故等) による傷病届のあったレセプトの抽出により損害賠償請求を実施しております。
- ・ 医療機関等への受診状況を被保険者にお知らせする医療費通知を、年 3 回実施しております。

○医療費通知実施状況（直近3回分）

通知月	21年11月	22年3月	22年7月
対象診療月	21年4月～21年7月	21年8月～11月	21年12月～22年3月
件数（件）	601,059	606,319	618,965
通知項目	受診月、医療機関等名称、診療区分、日数、医療費総額、食事療養費回数及び金額、給付割合		

3 保険料

(1) 保険料の負担

- ・ 医療費の支払に充てるため、医療給付に要する費用の約1割相当分を保険料として被保険者の方に負担していただきます。
- ・ 保険料の徴収事務は、市町村において行います。

(2) 保険料の算定

- ・ 保険料の算定は、個人ごとに行います。
- ・ 保険料の年額は、被保険者全員にかかる「被保険者均等割額」と一人ひとりの所得に応じてかかる「所得割額」の合計となり、年間保険料の上限額は50万円です。

◎平成22・23年度の例

保険料額 (限度額50万円)	=	被保険者 均等割額 41,844円	+	所得割額 (所得金額-33万円)×所得割の料率7.85%
-------------------	---	-------------------------	---	---------------------------------

○収納率等（平成 21 年度実績）

収納率（％）	1人当り保険料（円）
99.26	75,289

※1人当り保険料は、現年賦課分調定額（49,206,784,000円）を4月から3月までの各月末時点の被保険者数の平均数（653,570人）で除したものです。

※収納率は、現年賦課分の数値であり、市町村の決算額が確定していないため予定数値です。

（3）保険料率の改定

- ・平成 22、23 年度の医療費の財源に充てるため、保険料率の改定を行いました。
- ・平均保険料は、一人あたりの医療費の増加などにより、平成 21 年度と比べて約 12%の増加が見込まれましたが、愛知県に設置されている財政安定化基金や剰余金等の活用などの保険料増加抑制を行ったことにより、約 5%の増加となりました。

○保険料率

区 分	平成 20・21 年度	平成 22・23 年度
被保険者均等割額（円）	40,175	41,844
所得割率（％）	7.43	7.85

(4) 保険料の軽減

(ア) 低所得者の方に対する保険料軽減策

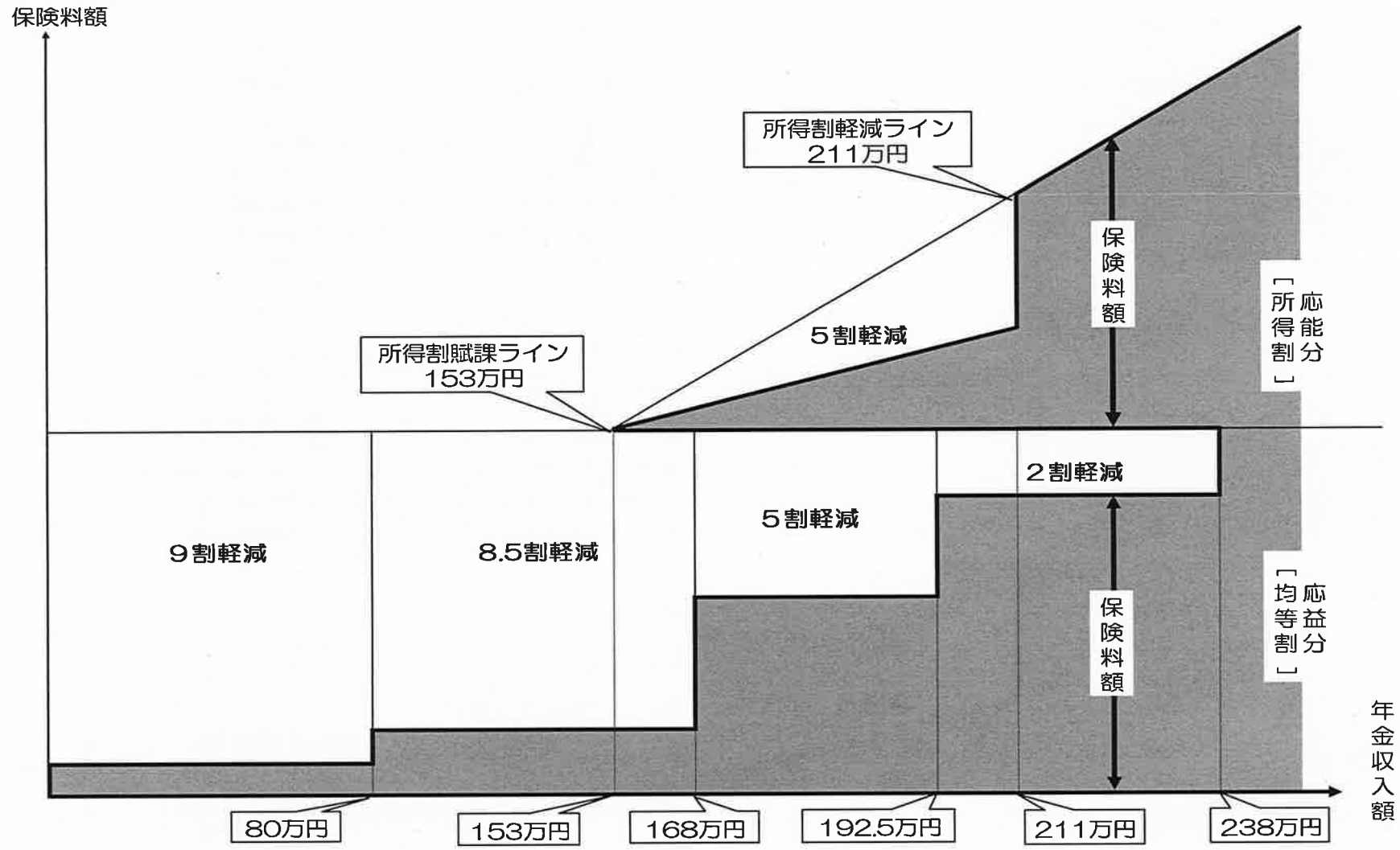
所得に応じ、「被保険者均等割額の2割、5割、8.5割、9割」「所得割額の5割」が軽減されます。

(イ) 被用者保険の被扶養者だった方に対する保険料軽減

均等割額が9割軽減され、所得割額もかかりません。

※保険料の軽減対象者の詳細については、別添「わかりやすい！後期高齢者医療制度」のP17～18を参照してください。

○低所得者への保険料軽減のイメージ図（夫婦世帯で妻の年金収入が80万円以下の場合の夫の例）



○保険料の軽減状況

区 分		対象者数（延べ人数：人）	
		平成 21 年度	平成 22 年度
均等割軽減	9割軽減	109,982	110,615
	8.5割軽減	82,535	80,619
	5割軽減	14,121	13,721
	2割軽減	45,950	43,454
	被扶養者軽減	86,212	80,656
	小 計	338,800	329,065
所得割軽減	5割軽減	66,247	60,524
合 計		405,047	389,589

※平成 22 年度は、平成 22 年 7 月末時点の現年度分実績です。

(4) 災害等による保険料減免

被保険者の方が災害により損害を受けたり、事業の休廃止などにより収入が減少した際には、申請により、保険料の減免を行っています。

○保険料の減免状況（平成 21 年度実績）

件 数（件）	減免額（円）
1,272	18,307,200

4 保健事業

(1) 健康診査

生活習慣病を早期発見し、重症化の予防を図るため、健康診査事業を全市町村に委託して実施しており、無料で受診することができます。【昨年度からの変更点…健康診査の項目に詳細項目を追加しております。】

○健康診査の項目

必須項目	問診	服薬歴・既往歴、生活習慣・理学的検査など
	計測	身長・体重・BMI など
	血圧測定	
	脂質検査	中性脂肪・HDL-コレステロールなど
	肝機能検査	GOT・GPT・ γ -GTP
	代謝系検査	空腹時血糖・ヘモグロビン A1c (どちらかの場合もあります。)
	尿・腎機能検査	尿糖・尿たん白
詳細項目	貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定
	心電図検査	12誘導心電図
	眼底検査	

※詳細項目については、一定の基準の下、医師が必要と判断した場合には、より詳細な検査を受けることができます。

○健康診査実績（平成 21 年度実績）

受診者数（人）	金額（市町村への委託料）（円）	受診率（％）
190,826	1,130,046,473	29.88

（2）協定保養所利用助成事業

後期高齢者医療被保険者の健康保持と増進を目的として、本広域連合と協定を結んだ下記の保養所に宿泊した際には、年間4泊を限度に1泊あたり1,000円を助成する協定保養所利用助成事業を行っています。

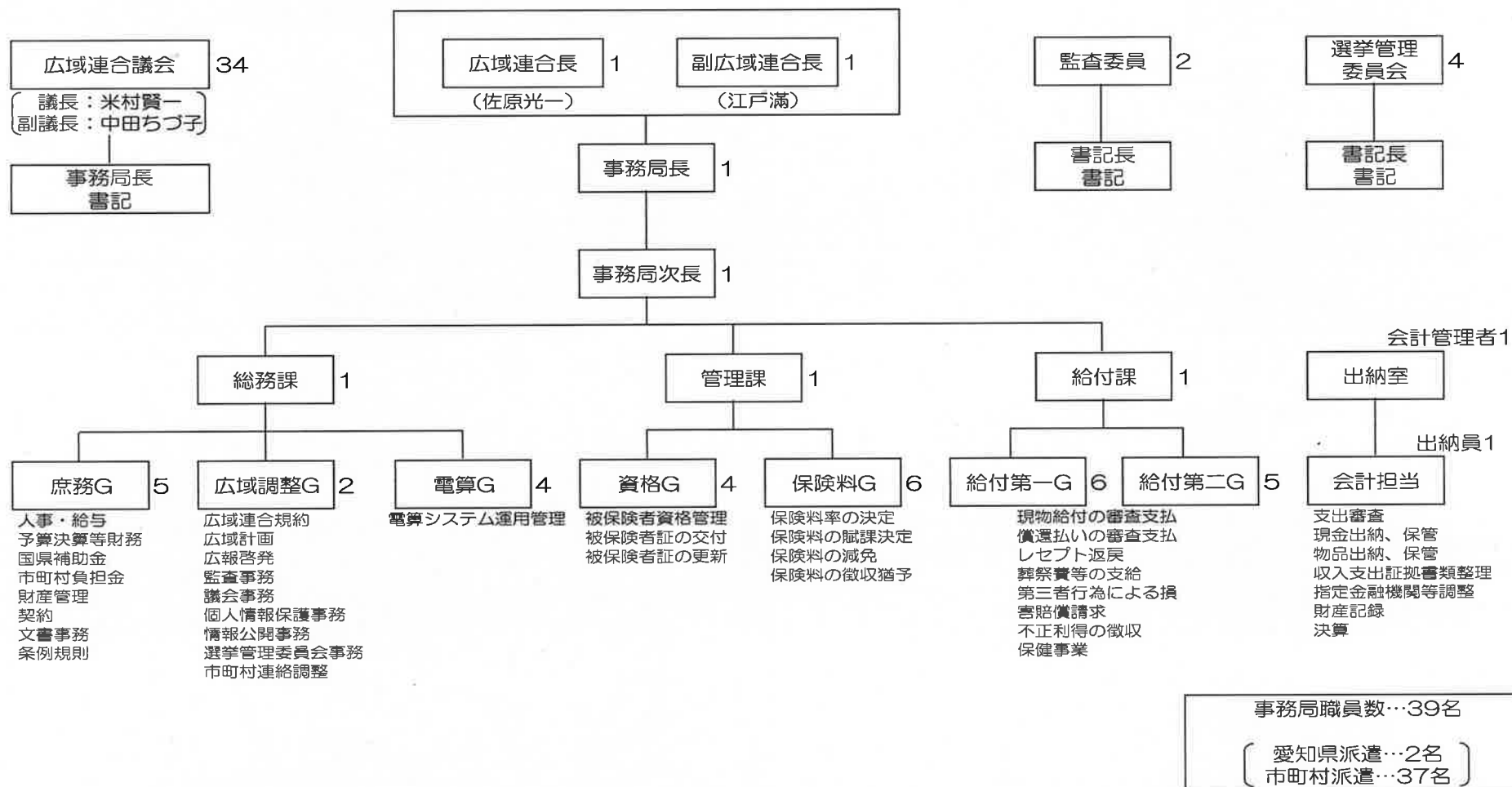
○協定保養所一覧

保養所	所在地	利用者数（人）	
		平成 21 年度	平成 22 年度
レイクサイド入鹿	犬山市	192 (19)	190 (47)
名古屋市休養温泉ホーム松ヶ島	桑名市	4,167 (417)	2,247 (562)
あいち健康プラザ	東浦町	312 (31)	124 (31)
シーサイド伊良湖	田原市	292 (29)	169 (42)
サンヒルズ三河湾	蒲郡市	408 (41)	198 (50)
豊田市 百年草	豊田市	109 (11)	34 (9)
合計		5,480 (548)	2,962 (741)

※平成 21 年 6 月より実施された事業で、平成 21 年度は 10 か月分の実績、平成 22 年度は 7 月末日までの実績で、各項目の（ ）は一か月平均の数値です。

5 愛知県後期高齢者医療広域連合について

(1) 組織図 (平成 22 年 8 月 20 日現在)



(2) 年表

平成 18 年 6 月 21 日	「健康保険法等の一部を改正する法律」により「老人保健法」が「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正され、県内の全市町村が加入する広域連合が、75 歳以上の方の医療保険制度（後期高齢者医療制度）を運営することが決定。
平成 18 年 8 月 1 日	広域連合設立準備委員会発足
平成 19 年 1 月 26 日	広域連合設置の協議（全市町村長による広域連合設置に関する協議（書面協議））
平成 19 年 2 月 14 日	広域連合設置許可申請書を愛知県知事に提出
平成 19 年 3 月 20 日	愛知県知事の設置許可を受け、愛知県後期高齢者医療広域連合が設立 ・松原武久名古屋市長（当時）が広域連合長に選出 ・平成 18 年度予算、平成 19 年度暫定予算の決定と条例等の制定
平成 19 年 7 月 9 日	平成 19 年第 1 回広域連合議会定例会開催（人事案件など）
平成 19 年 11 月 20 日	平成 19 年第 1 回広域連合議会臨時会開催（平成 20・21 年度保険料率決定、平成 18 年度決算認定など）
平成 20 年 2 月 15 日	平成 20 年第 1 回広域連合議会定例会開催（平成 19 年度補正予算、平成 20 年度当初予算など）
平成 20 年 4 月 1 日	後期高齢者医療制度施行
平成 20 年 7 月 8 日	平成 20 年第 1 回広域連合議会臨時会開催（人事案件など）
平成 20 年 8 月 6 日	平成 20 年第 2 回広域連合議会定例会開催（平成 20 年度補正予算、平成 19 年度決算認定など）
平成 21 年 2 月 13 日	平成 21 年第 1 回広域連合議会定例会開催（平成 20 年度補正予算、平成 21 年度当初予算など）
平成 21 年 5 月 13 日	佐原光一豊橋市長が新たな広域連合長に選出
平成 21 年 7 月 10 日	平成 21 年第 1 回広域連合議会臨時会開催（人事案件など）
平成 21 年 8 月 7 日	平成 21 年第 2 回広域連合議会定例会開催（平成 21 年度補正予算、平成 20 年度決算認定など）
平成 22 年 2 月 10 日	平成 22 年第 1 回広域連合議会定例会開催（平成 22・23 年度保険料率決定、平成 21 年度補正予算、平成 22 年度当初予算など）
平成 22 年 7 月 20 日	平成 22 年第 1 回広域連合議会臨時会開催（人事案件など）
平成 22 年 8 月 6 日	平成 22 年第 2 回広域連合議会定例会開催（平成 22 年度補正予算、平成 21 年度決算認定など）