

「高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理」

平成21年3月17日
高齢者医療制度に関する検討会

1. はじめに

高齢者医療制度は、高齢者医療の安定的な確保を図るとともに、従来の老人保健制度が抱える問題点を解決するために、昨年4月から施行された。しかしながら、制度の検討に際して高齢者の意見を十分に聞かなかったこと、その結果として高齢者の心情に配慮していない面があったこと、制度についての説明が不十分であったことなどにより、施行当初は、国民の間に大きな混乱が生じ、強い反発も招くこととなった。

このため、昨年6月、政府・与党として、低所得の方の保険料の更なる軽減、保険料の支払いに関する口座振替の導入をはじめとする様々な改善策をとりまとめ、逐次実施に移されてきたところであるが、高齢者の心情に配慮し、様々な指摘も踏まえて、更によりよい制度に改善するため、昨年9月に、厚生労働大臣の下に、この「高齢者医療制度に関する検討会」が設置され、各般にわたる議論を進めてきた。

検討に当たっては、当事者である高齢者団体や運営主体である広域連合等から意見を聞くとともに、その他の関係団体からも、意見の提出を受け、7回にわたり議論を行ってきた結果、今般、これまでの議論を以下のとおり整理した。

2. 見直しについての基本的考え方

制度の施行から概ね1年が経過している中で、各種調査においては、制度に対する理解は一定程度進んできていることが伺えるものの、高齢者をはじめ、すべての世代の納得と共感がより得られるものとなるよう、必要な見直しを着実に進めていく必要がある。

本検討会において見直すべきとの指摘があった事項については、速やかに対応することが可能な事項、更に十分な議論を経て結論を出すべき事項、今後の税制改正等と併せて対応を検討すべき多額の財源を必要とする事項があるが、こうした短期的な課題と中期的な課題を含めて、今後の国民的な議論に資するための論点を整理した。

3. 制度の見直しに関する論点

(1) 高齢者の尊厳への配慮について

「後期高齢者」や「終末期相談支援料」といった名称は、高齢者の尊厳を損なうものであり、その心情に配慮し、速やかに見直すことが必要である。また、「高齢者の医療の確保に関する法律」は、本来、国民の高齢期における適切な医療の確保を図ることを目的とするものであり、こうした法の理念が理解されるよう、高齢者への敬意を具体的に示すべきである。

(2) 年齢で区分すること、制度の建て方について

後期高齢者医療制度（「長寿医療制度」）は、心身の特性や生活実態等を踏まえ、75歳という年齢で区分して、公費5割、支援金4割で高齢者の医療を国民全体で支える仕組みである。

このように、75歳で区分することにはやむをえないという意見がある一方、社会保険の理念に反するという意見もある中で、特定の年齢で区分せず財政調整をしてはどうか、65歳で区分してはどうか（その際、後述する都道府県単位の国保を包含するという選択肢を併せて検討してはどうか）、少なくとも75歳以上の被用者保険の本人は被用者保険に残すべきではないかといった意見があった。

いずれも、現行制度の改善が図られる点がある一方で、後述する運営主体との関係を含め、更に検討すべき課題もあり、引き続き議論を深める必要がある。

ア 年齢で区分せず、全年齢で財政調整を行うという考え方

個別保険者の努力では回避できない加入者の年齢構成の相違による負担の不均衡を是正できること、これまでと同じ医療保険制度に加入できることから、全年齢で財政調整を行うべきであるという意見があった。

これについては、所得形態・所得捕捉が異なる被用者保険、国民健康保険の負担調整の具体的な仕組みをどう考えるかといった課題がある。

イ 65歳で区分するという考え方

(ア) 前期高齢者の財政調整を後期高齢者にも拡大するという考え方

これまでと同じ医療保険制度に加入できることから、前期高齢者の財政調整を後期高齢者にも拡大すべきであるという意見があった。

これについては、旧老人保健制度で行ってきた財政調整を実質的に65歳以上に拡大することとなり、同制度が抱えていた若人と高齢者の費用負担関係が不明確である等の点について、どのように対応するかといった課題がある。

(イ) 後期高齢者医療制度の対象を65歳以上に拡大するという考え方

年齢区分について、介護保険制度や公的年金制度との整合性が

とれることから、後期高齢者医療制度の対象を65歳以上に拡大すべきであるという意見があった。

これについては、現在の後期高齢者医療制度と同様の制度とした場合、多額の公費を必要とし、また、健保組合等の負担は大幅に軽減されるが国保の負担はほとんど軽減されないといった課題がある。

なお、この考え方については、介護保険制度との統合等を含めて検討すべきとの意見もあった。

ウ 75歳以上の被用者保険の本人は被用者保険に残すという考え方

職業上の属性を加味できることから、75歳以上の被用者保険本人は、被用者保険の被保険者に残すべきであるという意見があった。

これについては、

- ① 75歳以上の被用者保険の本人に扶養されている被扶養者などの取扱いをどう考えるか、
- ② 仮に、75歳以上の被用者保険の被保険者に加え、被扶養者についても被用者保険に加入することとした場合、被用者保険の財政負担が重くなることをどう考えるか、
- ③ 市町村国保の自営業者など、現役で働いている方との均衡をどう考えるか

といった課題がある。

エ 一元化について

地域保険と被用者保険を一体で運営する医療保険制度の「一元化」については、各保険者間で所得形態・所得捕捉の状況や保険料

算出方法等に大きな差異がある状況では、諸外国の状況を踏まえても困難であると考える。

(3) 世代間の納得と共感が得られる財源のあり方について

後期高齢者医療制度は、高齢者の医療費について、公費・現役世代からの支援金・高齢者の保険料により、国民全体で支える仕組みであり、この仕組みの下で高齢者からの応分のご負担をお願いしていくことについては、高齢者の理解が深まりつつある。

一方、現役世代からの仕送りである支援金や前期高齢者の医療費を支える納付金については、現行制度では、それぞれの保険者の加入者数等に応じた費用負担としているため、財政力の弱い被用者保険の保険者の負担が過重になっている。このため、国保と被用者保険の間は加入者数で均等に分け、被用者保険の中では、財政力の強い保険者が財政力の弱い保険者を支援するものとなるよう、保険者の財政力に応じた応能負担による助け合い・連帯の仕組みにすべきであるという意見があった。

また、後期高齢者医療制度は約5割の公費負担があり、前期高齢者医療制度には直接公費は投入されていないが、今後の公費のあり方をどのように考えるべきか、引き続き検討していく必要がある。この際、前期高齢者医療制度に直接公費を投入することとした場合、多額の公費を必要とし、また、国保よりも健保組合等の負担がより軽減されるといった点や公費の投入は国保を優先すべきといった意見を含め、十分議論する必要がある。

(4) 運営主体について

後期高齢者医療制度については、

- ① 広域連合の活動の展開はいまだ十分ではないことから、まずは、その保険者機能を強化すべきである
 - ② 医療費適正化や医療サービスの提供等の政策との有機的な連携を図る必要があることから、都道府県を運営主体とすることが適当であり、そのための環境整備を検討すべきである
- という意見があった。

また、後期高齢者医療制度と同じ地域保険である国民健康保険制度は、国民皆保険を支える重要な役割を果たしているものであり、後期高齢者医療制度の運営主体のあり方と併せて、国民健康保険制度の運営主体について検討することが必要であるが、

- ① 同じ地域に2つの地域保険が存在することは本来好ましくなく、市町村国保について都道府県単位化を図り、都道府県又は広域連合が後期高齢者医療制度と一体的に運営すべき
- ② 地域でサービスの提供と利用がおおむね完結する医療の特性と実態にかんがみれば、2次医療圏単位で市町村が共同で運営すべき
- ③ 保険者機能の強化の観点から、保険料徴収と保険給付の主体が一致していることが望ましいので、保険者は市町村のままとし、財政の共同化、調整交付金の配分、都道府県による再保険事業、町村に対する事務の支援等によって運営の安定化を図るべき

という意見があった。

このように、後期高齢者医療制度と国民健康保険制度という地域保険の双方について、財政面や医療サービスとの整合性等の観点から、

運営についての都道府県の関与の強化や財政調整のあり方を含め、更に議論を深めていく必要がある。

(5) 保険料の算定方法、支払方法等について

高齢者の保険料については、施行後に低所得の方に対する更なる軽減措置も講じられたところであるが、こうした保険料の仕組みについて、高齢者にわかりやすく丁寧な説明に努めることが必要である。

また、保険料の算定方法については、後期高齢者医療制度により高齢者が公平に保険料を負担することになったという良い面がある中で、再び高齢者や市町村に混乱を生じさせることのないよう、当面、現行の方法を維持すべきという意見があった。

一方で、将来的なあり方としては、

- ① 公平でわかりやすい保険料の仕組みとするため、均等割を廃止し、年金収入153万円以下の方についても所得割（収入割）を賦課する仕組みを検討すべき
- ② 保険料の賦課限度額の上限を見直すことを検討すべき
という意見もあった。

こうした意見や、制度の建て方、財源のあり方、運営主体等についての議論を踏まえつつ、保険料の算定方法についても、更に議論を深めていく必要がある。

さらに、保険料の支払方法については、来年度から、年金からの保険料の支払いと口座振替との選択制を導入することとしているが、社会保険料控除の取扱いについて対象者に更に周知を図るとともに、資格証明書の発行については、高齢者が必要な医療を受ける機会が損な

われることのないよう、慎重な対応等を行う必要がある。

(6) 医療サービスについて

介護保険制度を創設したときには、新たな介護サービスが導入されるなど高齢者にとってのメリットを具体的に示すことができたが、後期高齢者医療制度の導入に当たっては、新たな医療サービスの提供が十分でなかったということが、高齢者の不満の原因の一つであったと考える。

このため、高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心して暮らすことができるよう、高齢者にふさわしい様々なサービスを、それぞれの地域において具体的に提供していくことが重要である。

具体的には、高齢者担当医をはじめ、多様できめ細かな訪問医療、急に病状が悪化した場合でも速やかに入院できる病院の確保、退院後の医療・介護が安心して受けられるための支援などの新しいサービスを普及・定着させることが必要である。併せて、それぞれの地域において、医療と介護の連携を図り、切れ目なく必要な医療や介護が受けられる体制を構築することが必要である。

また、勤務医の勤務環境の改善、他の医療従事者との役割分担・連携等による医師不足への対応、救急医療の充実など、高齢者を含めた国民全体を支える医療提供体制の充実と、それを支える診療報酬の見直しを図るべきである。

さらに、高齢者担当医等の75歳以上に限定された診療報酬体系については見直す必要があるという意見や、75歳以上は保険者の努力

義務とされている健康診査について、実施義務にするなどの見直しを行うべきであるという意見があった。

4. 終わりに

今回の議論の整理においては、各委員それぞれの意見に沿って、制度の見直しの選択肢を具体的に示し、今後の国民的な議論に供することとした。

今後、各方面における議論が更に進められることとなるが、その際には、施行時の混乱等にかんがみ、政府においては、

- ① 国民の医療費に係る負担や、財政調整を含めた高齢者医療制度の仕組みなどを、改めて国民に十分周知すること
 - ② 当事者である高齢者の意見を聞く場を設けること
 - ③ 現役世代の支援も不可欠である中で、現役世代を含め、すべての世代の納得と共感が得られるための一層の努力を傾注すること
- 等が必要である。

また、高齢者が将来の不安を解消し、安心して生活できるようにするためには、医療制度だけではなく、社会保障制度全体の改革を進めるとともに、将来の姿を明らかにしていくことが必要である。

今回の論点整理をもとに、高齢者をはじめ多くの国民が真に望んでいる、よりよい制度への改善に向けた幅広い議論が深められることを期待する。

参考資料

【年齢で区分すること、制度の建て方について】

- ・新たな高齢者医療制度の仕組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- ・前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合・・・・・・・・ 2
- ・前期高齢者医療を長寿医療制度と同様の仕組みにした場合の財源構成の変化・・・・・・・・ 3
- ・75歳以上の被用者保険の被保険者であった方の所得状況・・・・・・・・ 4
- ・韓国の医療保険制度における一元化の取組について・・・・・・・・ 6
- ・ドイツの医療保険制度における一元化の取組について・・・・・・・・ 7

【世代間の納得と共感の得られる財源のあり方について】

- ・長寿医療制度の運営の仕組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
- ・後期高齢者負担率の改定方法について・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
- ・後期高齢者負担率の変動とその効果・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
- ・健康保険組合の保険料率一覧（平成19年度決算見込）・・・・・・・・ 11
- ・前期高齢者医療給付費に定率公費（5割）を導入した場合の財源構成の変化・・・・・・・・ 12
- ・各医療保険制度における財政調整制度について・・・・・・・・ 13
- ・健康保険組合に対する支援事業等について・・・・・・・・ 19

【運営主体について】

- ・後期高齢者医療広域連合の組織形態・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
- ・長寿医療制度と国民健康保険の一体化に関する舛添大臣の私案のイメージ・・・・・・・・ 24

【保険料の算定・支払方法等について】

- ・長寿医療制度における保険料賦課基準・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
- ・長寿医療制度の保険料の軽減（平成21年度以降）・・・・・・・・ 27
- ・長寿医療制度の保険料の均等割を廃止した場合・・・・・・・・ 28
- ・長寿医療制度の賦課限度額の設定の考え方について・・・・・・・・ 29
- ・長寿医療制度の保険料の年金からの支払いについて・・・・・・・・ 30
- ・長寿医療制度の保険料の支払いに係る社会保険料控除の適用について・・・・・・・・ 31
- ・長寿医療制度の資格証明書の交付について・・・・・・・・ 32

【医療サービスについて】

- ・高齢者にふさわしい医療の提供・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
- ・高齢者に係る診療報酬について・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
- ・後期高齢者診療料（高齢者担当医）について・・・・・・・・ 35
- ・人口10万人に対する医師数について・・・・・・・・・・・・・・・・ 36
- ・医師確保対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
- ・救急搬送人員の変化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41
- ・救急医療体制の整備状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42
- ・救急医療対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 43

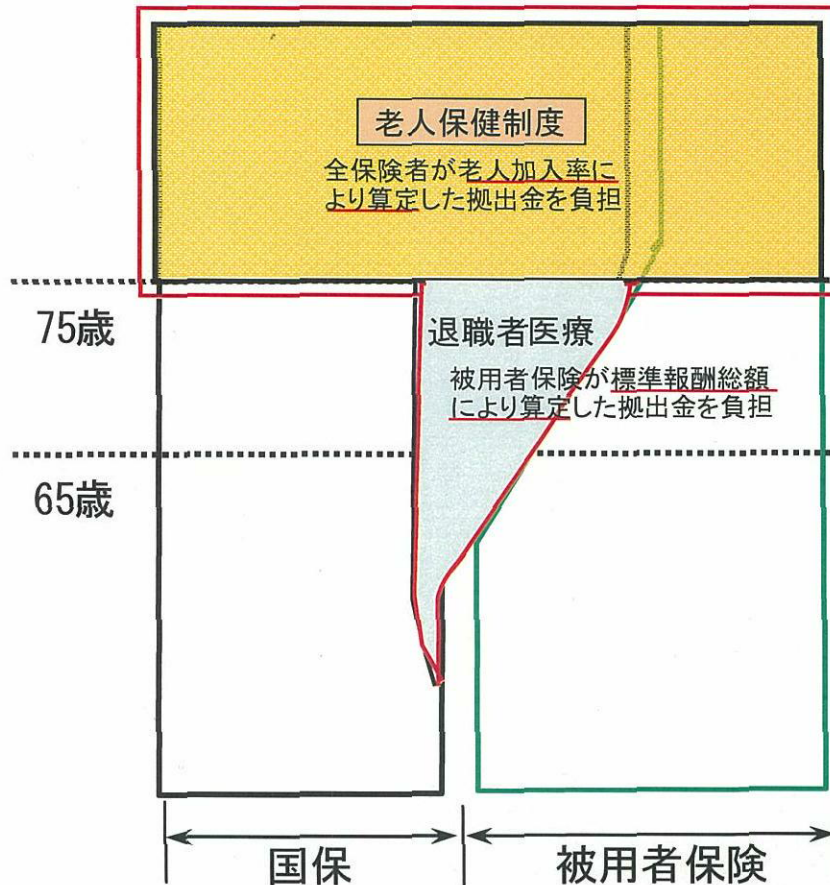
【その他】

- ・高齢者医療制度に関する世論調査結果・・・・・・・・・・・・・・・・ 44

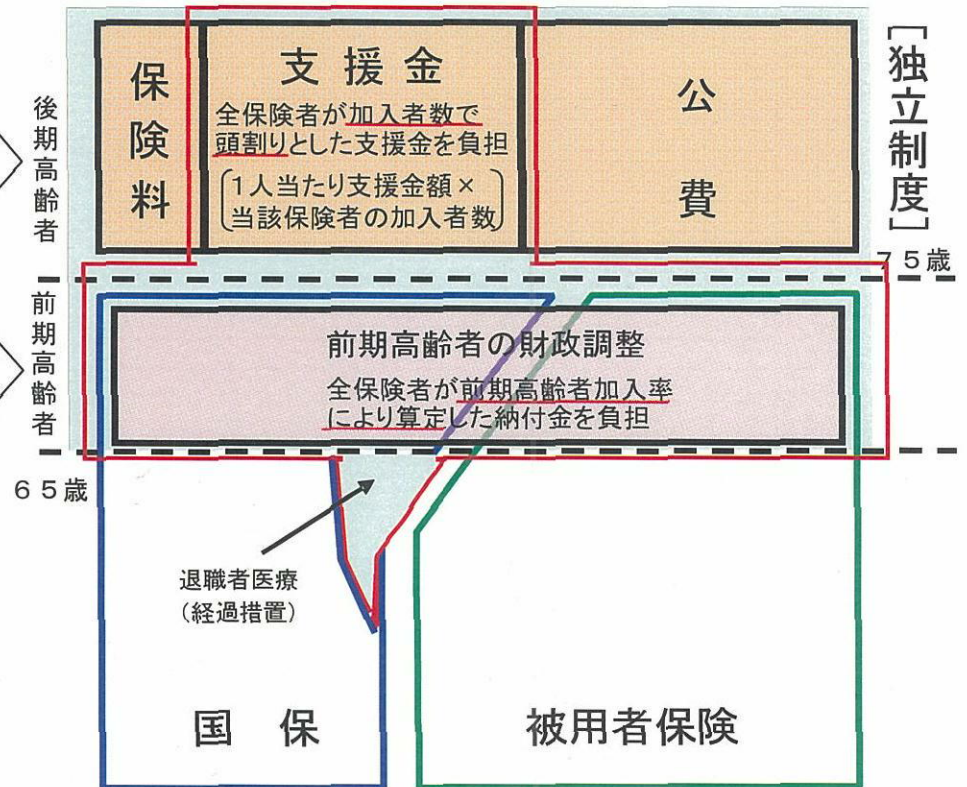
新たな高齢者医療制度の仕組み

- 75歳以上の後期高齢者については、老人保健制度を廃止し、独立した医療制度を創設。
- 65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設し、従来の退職者医療制度を廃止。

<老人保健法>



<高齢者の医療の確保に関する法律>



※ 平成26年度までの間に65歳未満の退職者(被用者保険に20年以上加入)となる者については、引き続き退職者医療制度の対象者とする経過措置が講じられている。

前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合

(平成20年度の医療給付費等を基礎とした極めて粗い計算)

<前提条件>

○ 現行の長寿医療制度の加入者は、長寿医療制度導入前の制度に加入するものとし、前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大して適用。

○ 高齢者の医療給付に対する公費負担については次の2ケースを仮定。

ケースⅠ：高齢者の医療給付に対して5割の公費負担なし

ケースⅡ：現行の長寿医療制度の医療給付に対して5割の公費負担(現役並み所得者の公費負担なし)

		被用者保険	協会健保	組合健保
65歳以上医療給付に係る負担 (5割公費を除く) <65歳以上給付費+納付金>	ケースⅠ ①	9.4兆円	4.7兆円	3.6兆円
	ケースⅡ ②	6.5兆円	3.2兆円	2.5兆円
総報酬	③	196兆円	78兆円	88兆円
保険料率換算 (5割公費を除く)	ケースⅠ ①/③	4.8% [4.4%]	6.1% [5.2%]	4.0% (2.2%~6.8%)
	ケースⅡ ②/③	3.3% [3.1%]	4.1% [3.5%]	2.8% (1.5%~4.7%)

注1:協会健保の保険料率換算の[]内は納付金に係る協会健保の国庫負担分(75歳以上分の16.4%及び75歳未満分の13%)を除いたものである。

2:健保組合の()は、健保組合の保険料率換算について、加入者1人当たり総報酬の格差による変動範囲を粗く計算したものである。

3:現行の長寿医療制度の給付に対する公費(支援金に対する公費及び保険料軽減等に対する公費を除く)は、現役並み所得者には公費がつかないことから長寿医療制度の給付費に対する割合は46%(平成20年度)となっている。したがって、今回の試算においては、公費割合を46%とした。

4:納付金は、平成20年度における前期高齢者納付金及び平成20年3月分の老人保健の給付費及び拠出金を年度換算したものを基礎に算出。

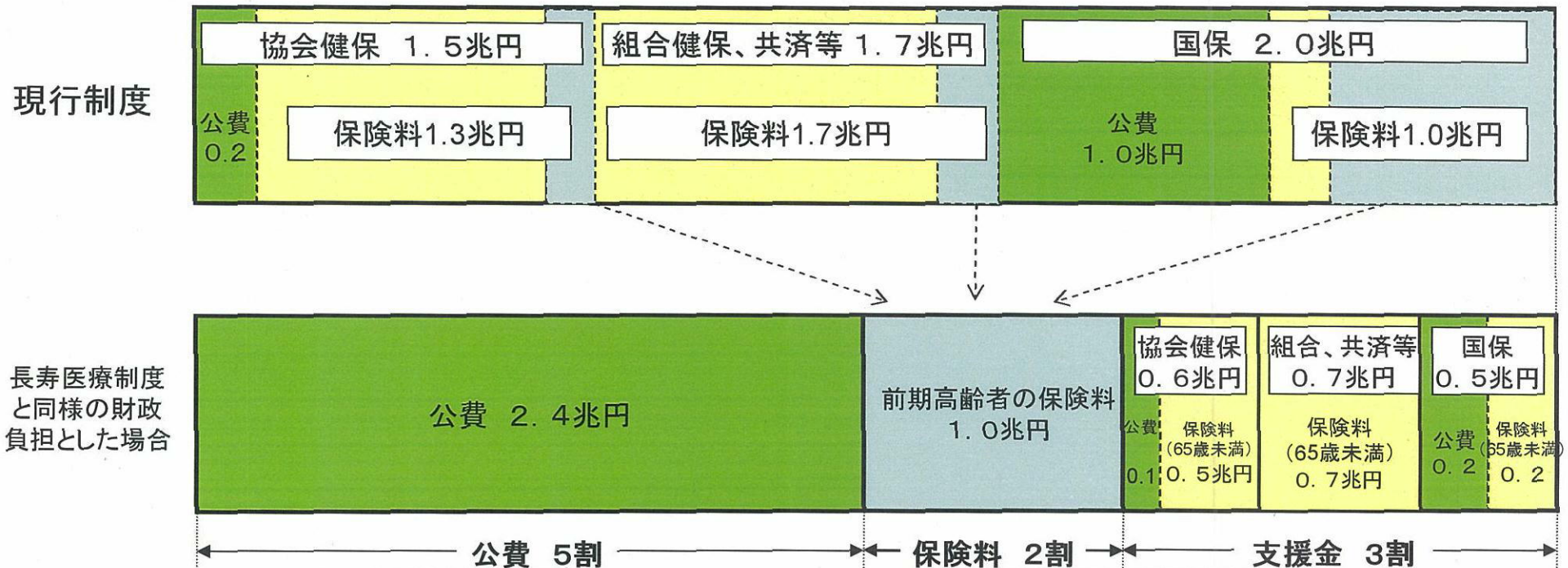
5:総報酬は、平成20年度の総報酬を基礎に75歳以上の被保険者本人が長寿医療制度導入前の制度に加入することにより1%増加すると仮定した。

前期高齢者医療を長寿医療制度と同様の仕組みにした場合の財源構成の変化

(権丈委員からのお求めにより作成)

- 前期高齢者医療給付費の財源・・・前期高齢者の保険料2割、公費5割、支援金3割と仮定
 [現行制度において、前期高齢者の保険料は前期高齢者給付費のおおむね2割であることから、機械的に前期高齢者の保険料の割合を2割と仮定した。]

<前期高齢者医療給付費 5.2兆円(平成21年度予算案ベース)>



協会健保、組合健保、国保等の各制度の保険料は、現行制度ではそれぞれの制度に加入している前期高齢者の保険料を含むが、長寿医療制度と同様の仕組みとした場合、前期高齢者の保険料は先当てされるため各制度の保険料は65歳未満の者の保険料のみとなる。

現行制度において前期高齢者約1400万人(平成21年度予算案ベース)は、協会健保に170万人(12%)、組合健保、共済等に90万人(7%)、国保に1160万人(82%)が加入している。

注1: 現行の長寿医療制度は、現役並み所得者は5割公費がないことから、給付に対する定率公費の割合は平成21年度予算ベースで47%となっている。したがって、今回の試算では、前期高齢者の給付に対する公費割合を47%と仮定。

注2: 市町村国保の公費割合は50%として試算しており、市町村国保の保険料軽減等に対する公費の影響については考慮していない。

75歳以上の被用者保険の被保険者であった方の所得状況

政府管掌健康保険の被保険者であった方について

(抽出率=1/10)

総報酬額	75歳以上の人数 (老人加入者数)	総数における比率
200万円未満	12,681	52.9%
200万円以上300万円未満	3,231	13.5%
300万円以上400万円未満	2,626	11.0%
400万円以上500万円未満	1,369	5.7%
500万円以上1000万円未満	2,530	10.6%
1000万円以上1500万円未満	1,315	5.5%
1500万円以上	220	0.9%
総数	23,972	

注)75歳以上の人数には65～74歳の障害認定者を含む。

※資料:厚生労働省「健康保険被保険者実態調査報告」(平成19年10月)

75歳以上の被用者保険の被保険者であった方の所得状況

健康保険組合の被保険者であった方について

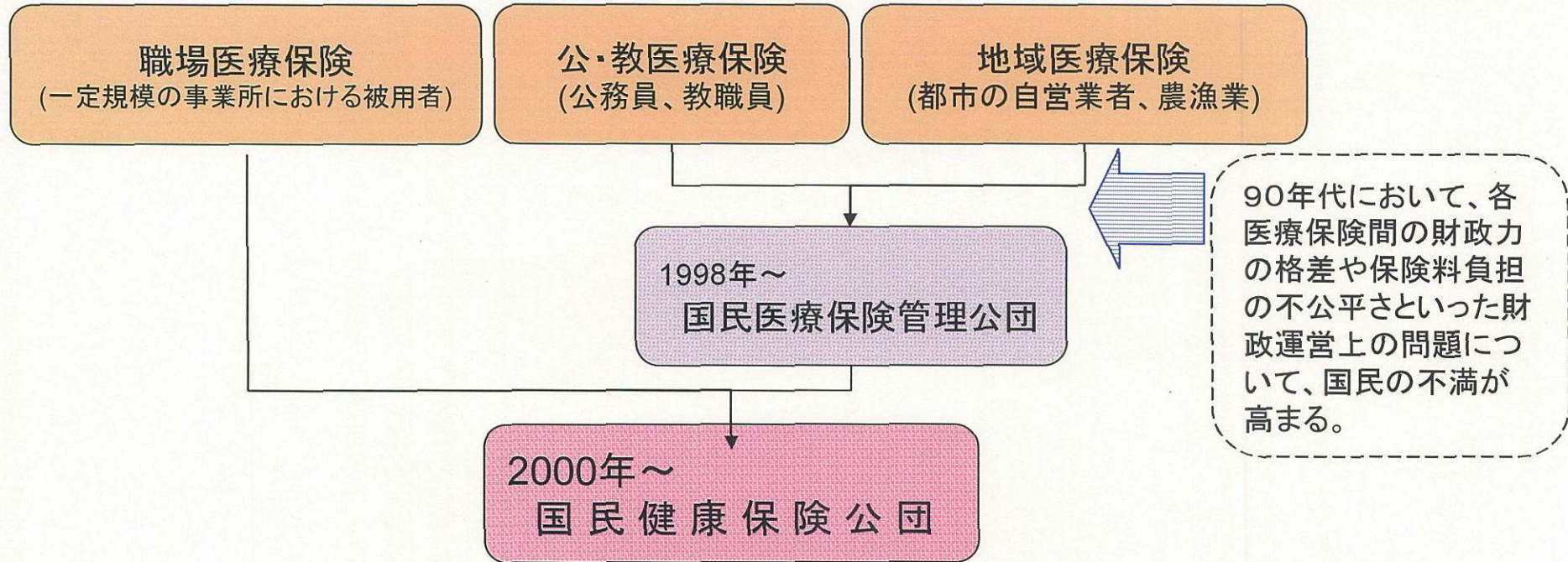
(抽出率=1/500)

総報酬額	75歳以上の人数 (老人加入者数)	総数における比率
200万円未満	24	34.8%
200万円以上300万円未満	12	17.4%
300万円以上400万円未満	7	10.1%
400万円以上500万円未満	3	4.3%
500万円以上1000万円未満	10	14.5%
1000万円以上1500万円未満	9	13.0%
1500万円以上	4	5.8%
総数	69	

注)75歳以上の人数には65～74歳の障害認定者を含む。

※資料:厚生労働省「健康保険被保険者実態調査報告」(平成19年10月)

韓国の医療保険制度における一元化の取組について



一元化にあたってのポイント

- 運営組織・財政については、一元化されている。
- 加入者については、
 - ① 職場加入者(一般労働者・公務員・教職員、その被扶養者)
 - ② 地域加入者(都市地域の自営業者、農漁村地域の住民)となっている。保険料基準については、それぞれ、
 - ① 標準報酬月額×保険料率
 - ② 所得、財産、生活水準、経済活動参加率等を反映させた負担能力を点数化(保険料賦課点数)し、これをもって、世帯単位で等級別・定額制の保険料を算定となっている。また、①については労使折半が原則であるが、②については(事業主・本人負担分も含め)全額本人負担である。
- したがって、①、②の間で統一した保険料基準が設定されておらず、保険料負担の公平性が課題。

ドイツの医療保険制度における一元化の取組について

- ドイツの公的医療保険では、公法人である疾病金庫が保険者。地域・産業・職業・企業などによって区分される8種類の疾病金庫からなる。
- また、疾病金庫の管理運営は伝統的に「当事者自治の原則」に基づいて行われ、ドイツの医療保険制度は多元的・分権的な点の特徴であるが、疾病金庫の総数は、1992年 1221金庫 → 2007年 242金庫 とここ15年間で大幅に統合再編が進んでいる。

1993年 医療保険構造法の制定

- 加入する疾病金庫を被保険者が自由に選択できるように段階的に措置
→ 被保険者の獲得をめぐる疾病金庫間の競争が激しくなり、それに伴い疾病金庫の統合再編が進展。

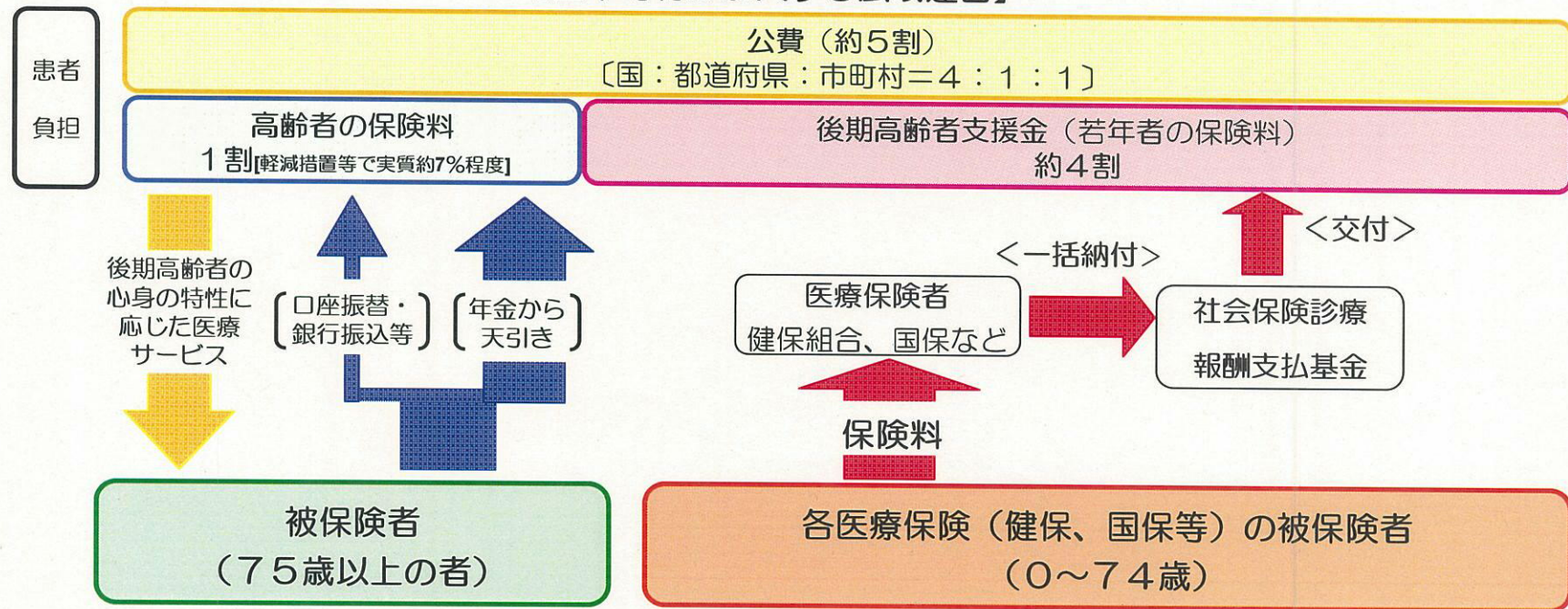
2007年 医療保険競争強化法の制定(多くは2009年1月より施行)

- 「医療基金」の創設
 - 基金は連邦保険庁が運営。基金が全国一律の保険料率による保険料収入及び国庫補助を一括して受け入れ、各疾病金庫に対して、加入者人頭割の交付金と、加入者の年齢・性別・罹患率を指標とするリスク構造調整のための加算金を交付する仕組みを創設。
 - 保険料は、被保険者の保険料算定基礎収入に保険料率を乗じて得た額となる。保険料負担は、被用者については労使折半が原則であるが、自営業者については(事業主・本人負担分も含め)全額本人負担が原則である。また、自営業者に対する保険料基準については、①一般に所得が高いため、保険料算定の限度額の上限、②所得税決定通知書で前年所得が証明できればその額、③所得が少ない場合は予め設定する最低算定基礎額のいずれかを適用している。
 - したがって、被用者と自営業者との間で、保険料負担の仕組みが異なっている。また、基金の創設については、疾病金庫側の反対が強いとも言われており、今後の動向に注意が必要。
- 異なる疾病金庫間での合併が可能となる(2007年施行)。また、各疾病金庫における連邦レベルの連合会を1つに統合

長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の運営の仕組み(平成21年度)

<対象者数> 75歳以上の後期高齢者 約1,400万人
 <後期高齢者医療費> 12.4兆円(平成21年度予算ベース)
 給付費 11.4兆円 患者負担1.0兆円

【全市町村が加入する広域連合】



(注1) 現役並み所得者については、老人保健法と同様に公費負担(50%)はないため、実質的な公費負担率は47%、後期高齢者支援金の負担率は43%となる。
 (注2) 国保及び政管健保の後期高齢者支援金について、各々50%、16.4%の公費負担があり、また、低所得者等の保険料軽減について公費負担がある。

後期高齢者負担率の改定方法について

- 後期高齢者の保険料の負担率と若人が負担する後期高齢者支援金(若人の保険料が財源)の負担率は、制度発足時は後期高齢者は1割、若人は約4割。
- しかし、今後、後期高齢者人口は増加する一方、若人人口は減少するため、後期高齢者の負担分は支え手が増えるが、若人の負担分は支え手が減っていく。
したがって、仮に後期高齢者の保険料の負担率と後期高齢者支援金の負担率を変えないこととすると、後期高齢者一人当たりの負担の増加割合と比較して、若人一人当たりの負担はより大きな割合で増加していくこととなる。
- このため、「若人人口の減少」による若人一人当たりの負担の増加については、後期高齢者と若人とで半分ずつ負担するよう、後期高齢者の保険料の負担割合について、若人減少率の1/2の割合で引き上げ、後期高齢者支援金の負担率は引き下げることとしている。

※保険料等の変化における(試算)	後期高齢者負担率	平成20年度		平成27年度
	1人当たり後期高齢者保険料/年	10%	➡	10.8%
	(参考)	6.1万円		8.5万円
	1人当たり国保保険料/年	7.9万円		9.7万円

【参考】計算式

- (1)平成20・21年度における後期高齢者の負担割合: 10%
- (2)平成22年度以降の後期高齢者の負担割合: 2年ごとに、以下のとおり改定

$$10\% + \text{平成20年度の若人負担割合(約4割)} \times \text{平成20年度から改定年度までの若人減少率} \times 1/2$$

$$* \text{若人減少率} = \frac{\text{平成20年度の若人人口} - \text{改定年度の若人人口}}{\text{平成20年度の若人人口}}$$

(注)人口推計は「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」による。
※平成18年の法案審議時の試算

後期高齢者負担率の変動とその効果

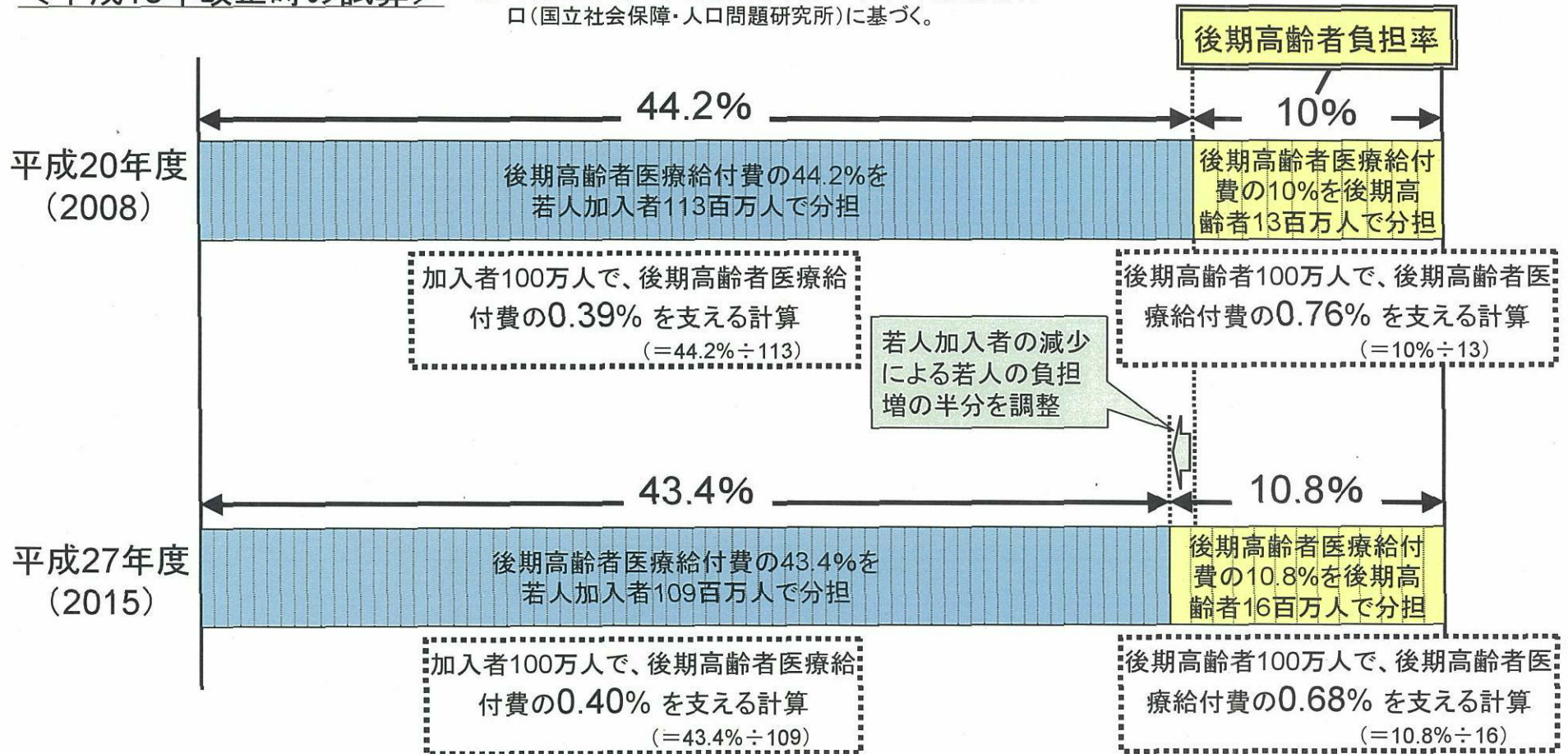
2015年度の後期高齢者負担率は、10%→10.8%に上昇する見通しであるが、後期高齢者医療給付費の負担割合を同じ加入者数で比較すると(例えば加入者数100万人当たり)、若人の負担割合は上昇する一方、後期高齢者の負担割合は低下。

※1 若人加入者が減少し高齢者が増加するなか、若人と高齢者の1人あたりの負担の増加の公平性を図るため、長寿医療制度では、若人加入者の減少による若人の負担増の半分を後期高齢者が負担する仕組みを導入。

※2 後期高齢者の1人当たりの後期高齢者医療給付費を支える割合は低下する見通しであるが、後期高齢者医療費が増加するため、金額は増加する見通し。

<平成18年改正時の試算>

※ 平成18年改正時の試算は、平成14年1月の将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)に基づく。



健康保険組合の保険料率一覧（平成19年度決算見込）

【保険料率下位10組合】

	保険料率 (%)	うち事業主 負担分 (%)	うち被保険者 負担分 (%)	事業主の 負担割合 (%)	被保険者の 負担割合 (%)	平均総報酬額 (円)
1	31.200	15.600	15.600	50.0	50.0	6,103,734
2	31.200	15.600	15.600	50.0	50.0	2,825,461
3	32.000	16.000	16.000	50.0	50.0	3,657,739
4	42.000	21.000	21.000	50.0	50.0	6,801,378
5	43.500	29.350	14.150	67.5	32.5	9,039,661
6	44.000	22.000	22.000	50.0	50.0	5,733,272
7	44.000	22.000	22.000	50.0	50.0	6,506,243
8	44.000	27.060	16.940	61.5	38.5	12,193,524
9	45.000	27.000	18.000	60.0	40.0	12,303,924
10	45.000	34.000	11.000	75.6	24.4	8,337,996
11	45.000	27.000	18.000	60.0	40.0	8,542,935
12	45.000	22.500	22.500	50.0	50.0	5,203,966

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。

※ 準備金又は積立金を繰り入れることで、保険料率を低く設定している組合がある。

【保険料率上位10組合】

	保険料率 (%)	うち事業主 負担分 (%)	うち被保険者 負担分 (%)	事業主の 負担割合 (%)	被保険者の 負担割合 (%)	平均総報酬額 (円)
1	96.200	53.670	42.530	55.8	44.2	4,955,926
2	96.200	54.690	41.510	56.9	43.1	5,213,539
3	95.930	52.710	43.220	54.9	45.1	5,832,891
4	95.890	50.445	45.445	52.6	47.4	5,197,633
5	95.730	60.490	35.240	63.2	36.8	3,823,252
6	95.640	53.360	42.280	55.8	44.2	3,995,283
7	95.620	50.310	45.310	52.6	47.4	4,345,934
8	95.400	53.220	42.180	55.8	44.2	3,735,460
9	95.380	50.190	45.190	52.6	47.4	3,893,194
10	95.360	60.228	35.132	63.2	36.8	4,606,222

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。

健康保険組合平均（1,518組合：20年3月末現在）	
保険料率（単純平均）	73.08%（事業主：40.38%、被保険者：32.70%）
平均総報酬額	5,616,372円

※ 保険料率には、調整保険料率を含んでいる。

※ 平均標準報酬月額×1.2ヶ月+平均標準賞与（年間）

前期高齢者医療給付費に定率公費(5割)を導入した場合の財源構成の変化

(単位:兆円)

	前期高齢者 給付費	財源内訳					
		協会健保		組合健保、共済等	国保		定率公費 (5割)
		保険料	公費	保険料	保険料	公費	
現行制度	5.2	1.3	0.2	1.7	1.0	1.0	—
前期高齢者に 定率公費(5割) を導入した場合	5.2	0.7	0.1	0.9	0.5	0.5	2.4

※ 平成21年度予算ベース

注1:現行の長寿医療制度は、現役並み所得者は5割公費がないことから、給付に対する定率公費の割合は平成21年度予算ベースで47%となっている。したがって、今回の試算では、前期高齢者の給付に対する公費割合を47%と仮定。

注2:市町村国保の公費割合は50%として試算しており、市町村国保の保険料軽減等に対する公費の影響については考慮していない。

各医療保険制度における財政調整制度について

		長寿医療制度	国保	協会健保	組合健保
財政単位		都道府県単位の広域連合	市町村	都道府県支部	組合
年齢構成の調整	現役世代	—	—	都道府県支部間の年齢構成の調整	—
	高齢者	後期高齢者支援金(全保険者における0~74歳の加入者数による調整) ①前期高齢者財政調整 (全保険者における前期高齢者の加入率による調整) ②退職者医療制度 (65歳未満のサラリーマンOBについての調整) (総報酬割による財政力の調整)			
財政力の調整		③調整交付金 ・都道府県間の財政力の調整 ・給付費の12分の1を国が負担	④調整交付金 ・市町村間の財政力の調整 ・給付費の9%を国、7%を都道府県が負担	都道府県支部間の財政力の調整	
高額医療費に関する調整		高額医療費に対する公費負担 ・1件80万円超の医療費につき、国が1/4、都道府県が1/4を負担	⑤高額医療費共同事業 ・1件80万円超の医療費のリスクヘッジ ・保険料負担1/2、国負担1/4、都道府県負担1/4 ⑤保険財政共同安定化事業 ・1件30万円超の医療費のリスクヘッジ ・全て保険料負担 ・人数割1/2、医療費実績割1/2で拠出	—	交付金交付事業 ・1件100万円超の医療費のリスクヘッジ ・各組合が財政力に応じ拠出する調整保険料を財源とする

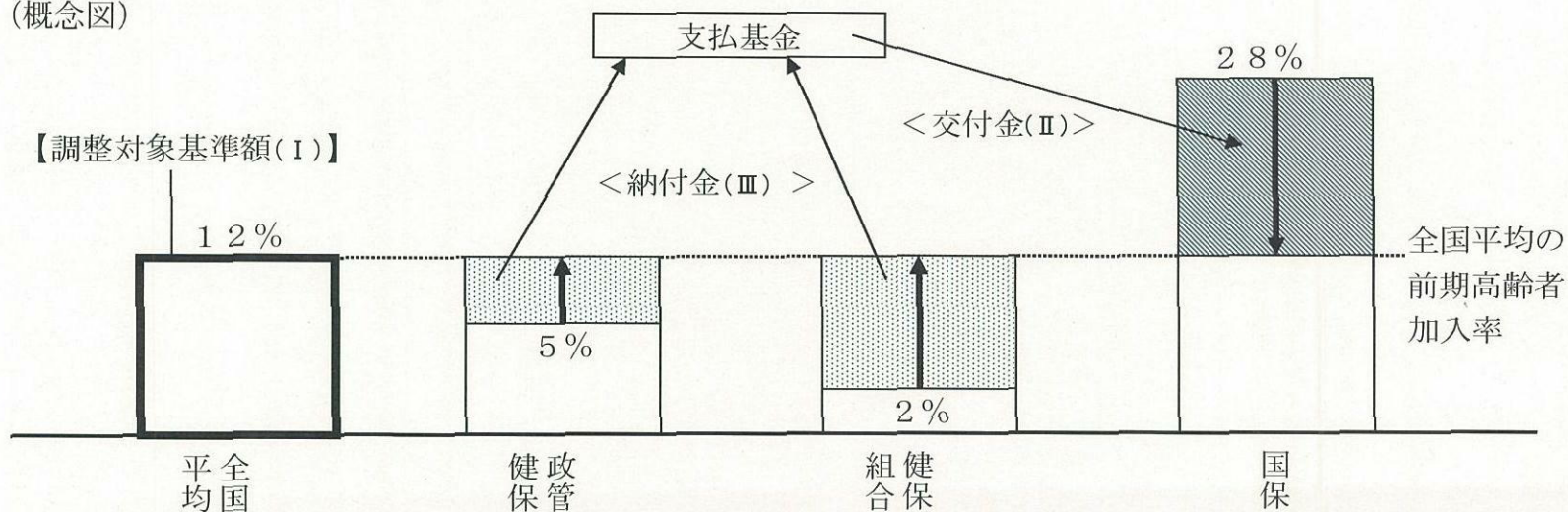
①前期高齢者財政調整について(全体イメージ)

前期高齢者加入率が、全国平均加入率12%を上回る保険者については交付金が交付され、下回る保険者については納付金を納付することとなる。
健保組合は、一般的に前期高齢者の加入率が低いので、納付金を納付することとなる。

各保険者の納付金

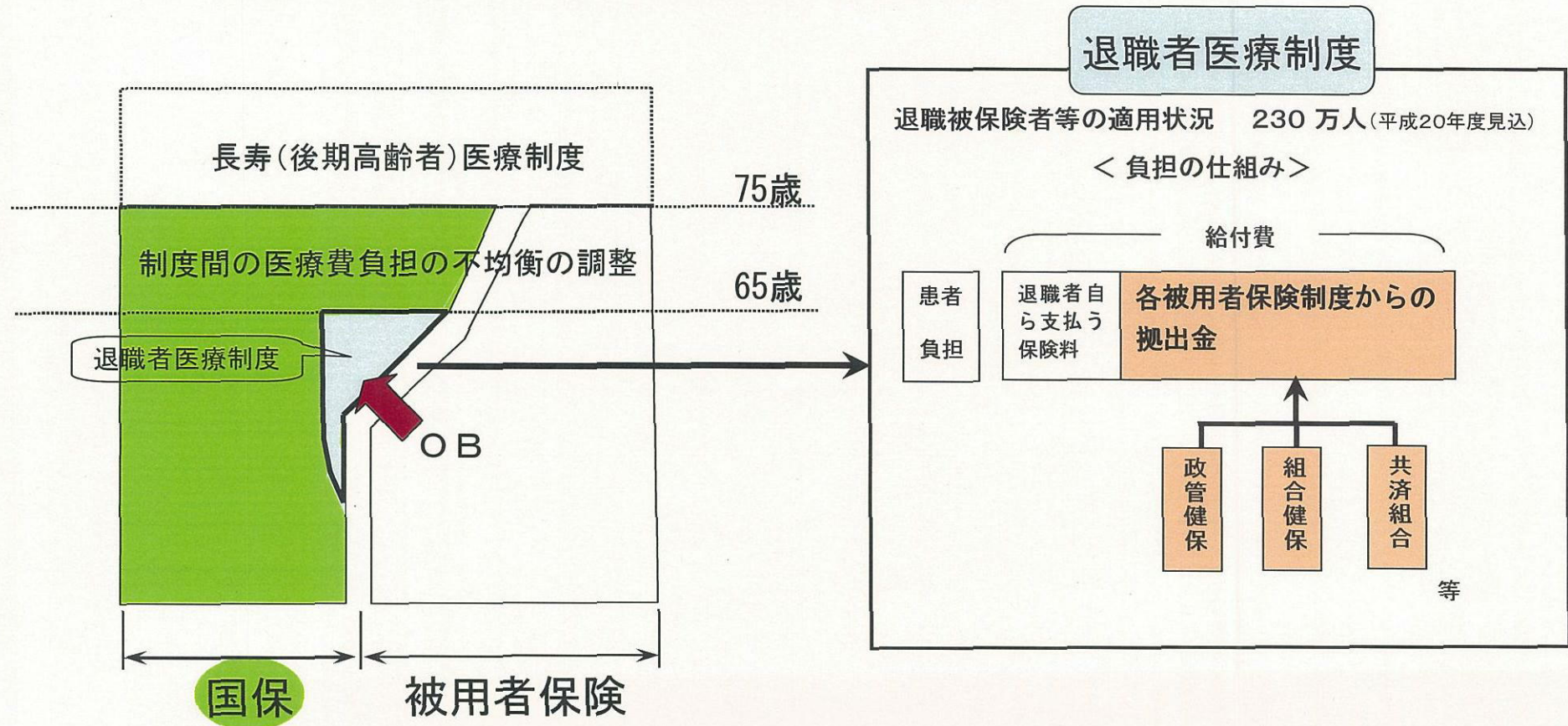
$$\begin{aligned} &= (\text{当該保険者の1人当たり前期高齢者給付費}) \times \text{当該保険者の0~74歳までの加入者数} \\ &\quad \times (\text{全国平均の前期高齢者加入率} - \text{当該保険者の前期高齢者加入率}) \end{aligned}$$

(概念図)



②退職者医療制度について

- 企業を退職した方は、国保に加入する。
- そのため、65歳未満の国保加入者で被用者年金の加入期間が20年以上の方（退職被保険者）等の医療給付費については、自ら支払う保険料を除いた部分を、各被用者保険が財政力に応じて負担している。（標準報酬総額で按分）
- 平成27年度以降は、それまでの対象者（65歳未満）のみを対象とする。



③長寿医療制度の調整交付金について

調整交付金は、国が後期高齢者医療広域連合に対して交付するものであり、国保や介護と同様、「普通調整交付金」と「特別調整交付金」の2種類がある。

○普通調整交付金・・・被保険者に係る所得の格差による広域連合間の財政の不均衡を是正

⇒ 交付の結果、同じ医療費水準であれば、広域連合全体の所得水準にかかわらず、同じ保険料水準となる。

〈平均的な所得水準の保険者〉

保険料		公費	
応能保険料(5%)	調整交付金 (8%)	定率国庫負担 (26%)	都道府県負担 (8%)
応益保険料(5%)			
支援金 (40%)			市町村負担 (8%)

〈所得水準の低い保険者〉

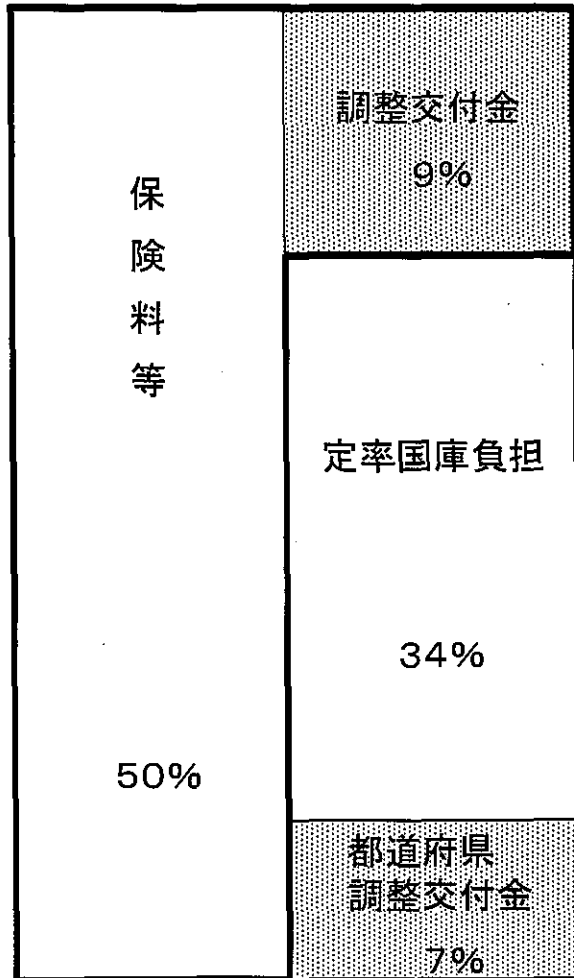
保険料		公費	
応能保険料	調整交付金	定率国庫負担 (26%)	都道府県負担 (8%)
応益保険料(5%)			
支援金 (40%)			市町村負担 (8%)

〈所得水準の高い保険者〉

保険料		公費	
応能保険料		調整交付金	定率国庫負担 (26%)
応益保険料(5%)			
支援金 (40%)			都道府県負担 (8%)
			市町村負担 (8%)

④市町村国保の調整交付金について

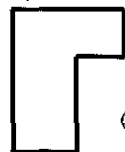
市町村国保の負担の概念図(全国ベース)



普通調整交付金(概ね7%分)

「調整対象需要額」－「調整対象収入額」の差額分を交付

左図の



の部分

・当該市町村の医療費水準、
所得水準に応じた理論上
の保険料収入

- ・全国レベルでの調整にあたり、当該市町村の保険給付費のうち本来保険料により賄うべきとされる額の合算額

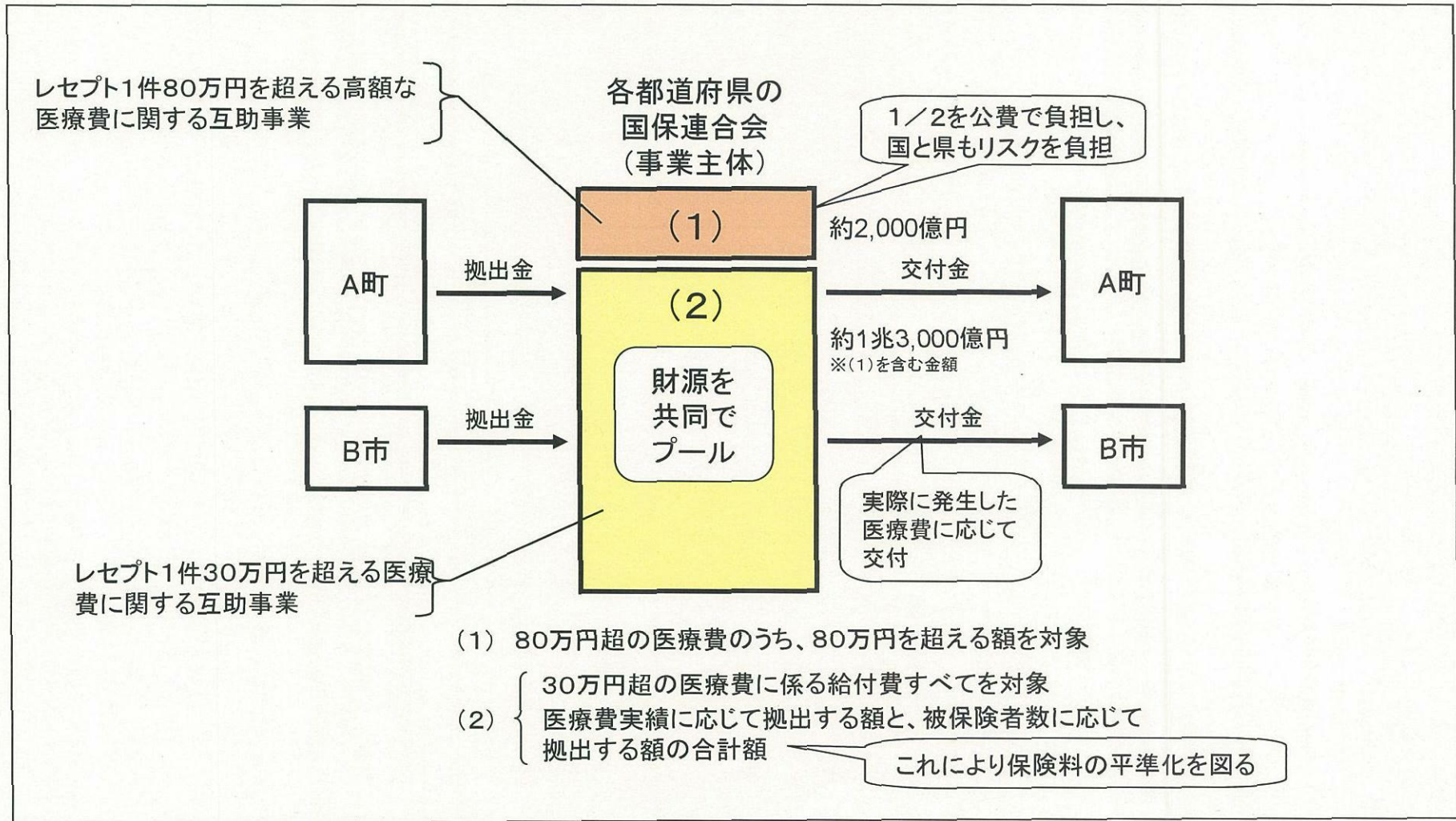
特別調整交付金(概ね2%分)

- ・画一的な測定方法によっては措置できない特別の事情がある場合に、その事情を考慮して交付する。
- ・特別な事情としては、次のようなものがある。
ア 災害等による保険料の減免額がある場合
イ 原爆被爆者に係る医療費が多額である場合 等

都道府県調整交付金(7%分)

- ・都道府県が、都道府県内の市町村が行う国民健康保険の財政を調整するもの。

⑤ 保険財政共同安定化事業について(イメージ)



健康保険組合に対する支援事業等について

1. 高齢者医療支援金等負担金助成事業(平成20年度までは特別保健福祉事業)

高齢者医療制度の円滑な運営を図るため、前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金が制度改正前と比べ負担増となる被用者保険の保険者に対し、国において、負担が一定程度以上増加する部分について助成。(平成21年度予算額 164億円)

2. 健康保険組合給付費等臨時補助金

健保組合の事業の円滑な運営を図るため、保険財政が脆弱で事業の運営に支障をきたす恐れがある健保組合に対し、国において、保険給付費等に要する費用の一部を補助。(平成21年度予算額 40億円)

3. 健康保険組合連合会における交付金交付事業

健康保険組合連合会においても、健保組合における財源の不均衡を調整するため、以下の交付金交付事業を実施。(平成21年度予算額 1,268億円)

- ① 財政窮迫組合に対する交付金交付事業(58億円)
- ② 高齢者納付金等の負担を軽減するための交付金交付事業(192億円)
- ③ 高額医療給付に関する交付金交付事業(1.019億円)

※ 必要な財源は健保組合からの財政調整事業拠出金により賄う(健保組合はこの拠出金に充てるため、被保険者及び事業主から調整保険料を徴収)。

後期高齢者医療広域連合の組織形態(平成20年10月1日時点)

1. 広域連合長 都道府県庁所在地の市区町村長・・・27県
 その他の市区町村長・・・20県

2. 議員定数

20人未満	20人～29人	30人～39人	40人～49人	56人	77人
11都道府県	23都道府県	9都道府県	2都道府県	1都道府県	1都道府県

3. 職員数

20人未満	20人～29人	30人～39人	40人～49人	50人～54人	65人
5都道府県	27都道府県	9都道府県	3都道府県	2都道府県	1都道府県

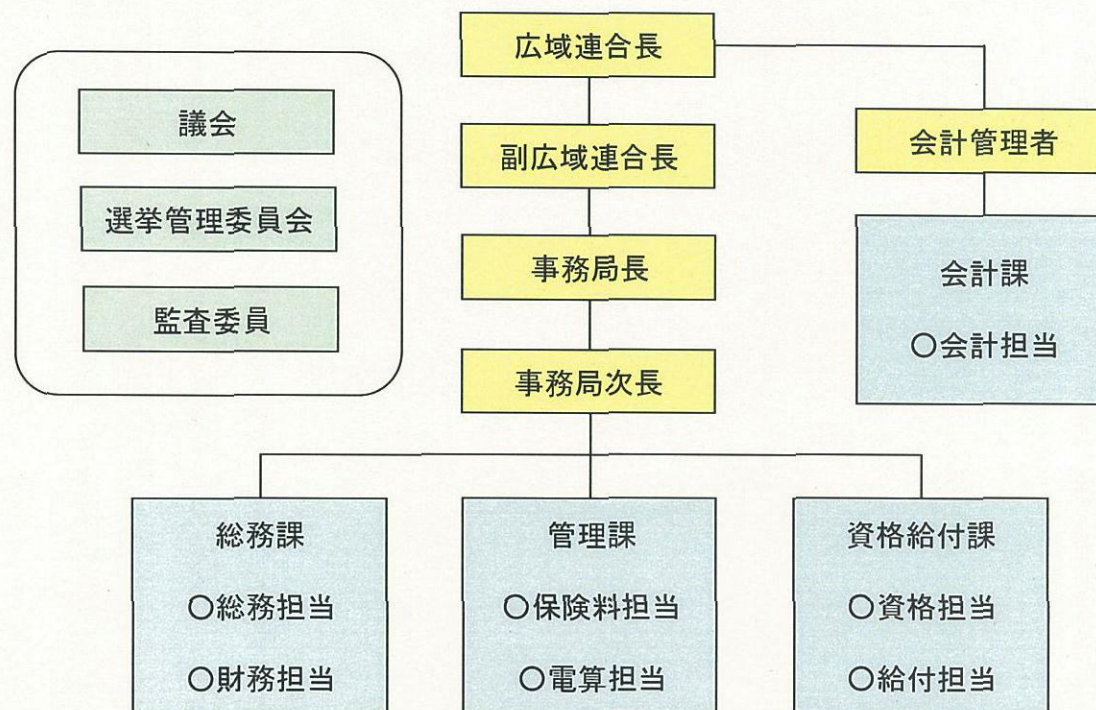
全職員数 1, 336人 内訳

市区町村からの派遣	都道府県からの派遣	国保連からの派遣	その他
1, 210人	49人	26人	51人
47都道府県	29都道府県	16都道府県	17都道府県

4. 広域連合の処理する事務

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

※広域連合組織の一例



5. 長寿医療制度の運営主体

長寿医療制度の運営主体については、(1)広域連合の他に、(2)市町村、(3)都道府県、(4)一部事務組合が議論された。

<制度施行時の考え方>

(1) 広域連合

- 独自の首長及び独自の議会を持っており、責任をもって保険者機能を発揮できる。
- 広域連合における事務処理は、国民健康保険や老人保健制度に精通した市町村の職員が中心となることができ、保険料決定や保険料徴収等について、広域連合と市町村が密接な連携のもとに、事務処理を行っていくことが可能である。

(2) 市町村

- 高齢化の進展に伴い老人医療費は増大することが見込まれており、後期高齢者医療制度の運営に当たっては、財政の安定化を図る観点から広域化を図る必要がある。
- 他方、保険料徴収や各種申請の受付等の窓口業務については、住民に身近な行政主体として、住民情報を保有し、日頃から地域住民に接している市町村が担うことが適当である。
- このような事情や関係者との協議を踏まえ、保険料徴収等の事務は市町村が行うこととした上で、都道府県単位で全市町村が加入する広域連合を設立し、当該広域連合を運営主体とすることにより、財政運営の広域化及び安定化を図ることができる。

(3) 都道府県

- 都道府県は、住民に関する基礎情報を保有せず、医療保険の事務処理に関するノウハウの蓄積もない。
- また、保険料の徴収等の事務処理に関するノウハウの蓄積がなく、都道府県が、こうした事務を担うことは、現実的には困難である。

6. 広域連合の状況

全国の広域連合設立数・・・111広域連合(平成20年4月1日時点)

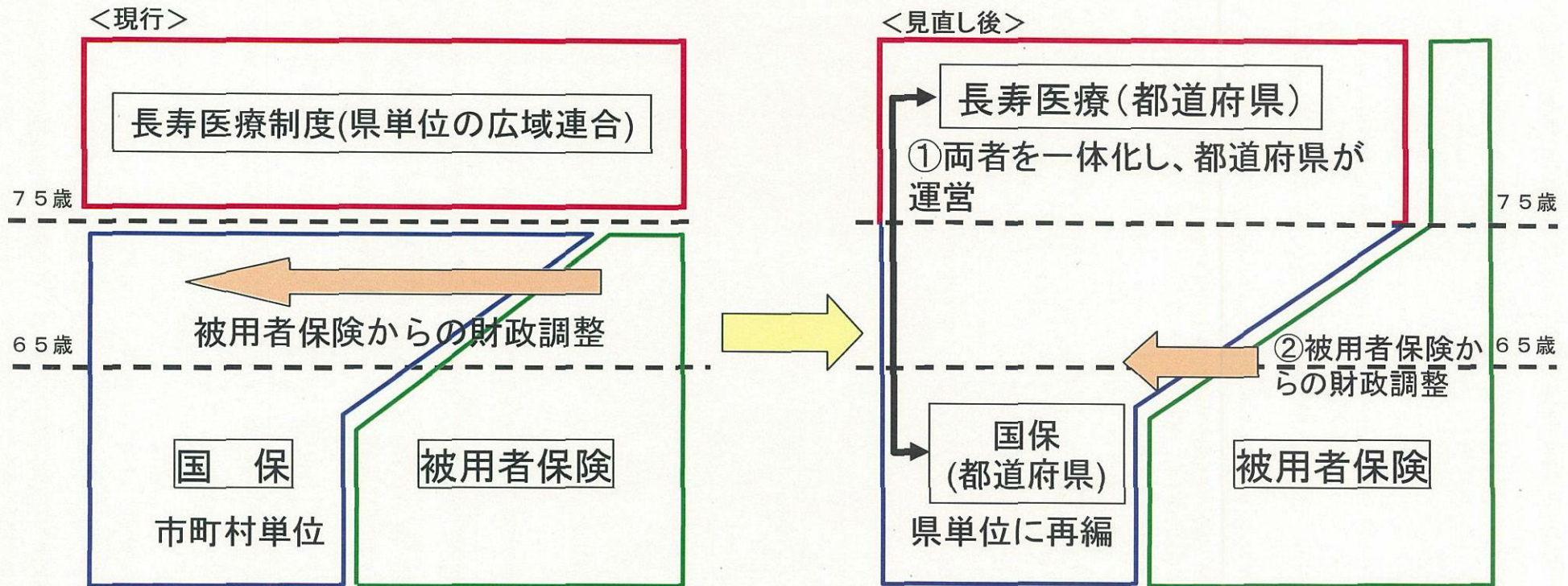
後期高齢者医療広域連合	介護保険又は国民健康保険に関する事務を行う広域連合	その他の広域連合	合計
47広域連合	49広域連合	15広域連合	111広域連合

※うち介護保険に関する事務を行う広域連合:48広域連合
国民健康保険に関する事務を行う広域連合:4広域連合

広域連合の状況(例)

広域連合の名称	<small>そらち</small> 空知中部広域連合	<small>たいせつ</small> 大雪地区広域連合	<small>もがみ</small> 最上地区広域連合	福岡県介護保険広域連合
広域連合を組織する地方公共団体	北海道内の6市町(1市5町)	北海道内の3町	山形県内の4町村(2町2村)	福岡県内の39市町村(5市30町4村)
主に処理する事務	(1)国民健康保険事業に関する事務 (国民健康保険直営診療施設に係る事務を除く) (2)介護保険事業に関する事務 (3)広域化の調査研究 など	(1)国民健康保険事業に関する事務 (2)介護保険事業に関する事務 (3)長寿医療制度に関する事務 (4)乳幼児医療給付事業、ひとり親家庭等医療給付事業などに関する受託事務 (5)広域化の調査研究	(1)国民健康保険事業に関する事務 (国民健康保険直営診療施設に係る事務を除く) (2)重度心身障害(児)者・乳幼児及び母子家庭等医療給付事業に関する事務 (3)広域化の調査研究	介護保険事業の (1)被保険者の資格の管理に関する事務 (2)要介護認定及び要支援認定に関する事務 (3)保険給付に関する事務 (4)介護保険事業計画の策定に関する事務 (5)保険料の賦課及び徴収に関する事務 (6)その他介護保険制度の施行に関する事務

長寿医療制度と国民健康保険の一体化に関する舛添大臣の私案のイメージ



(制度のねらい)

- ① 制度としては、年齢にかかわらず一本化。
- ② 国保を都道府県単位とすることで、国保の財政が安定化。
- ③ 地域医療において、都道府県が主体的な役割を果たす。

(今後解決すべき課題) ※詳細は1年を目途に検討

- ① 高齢者の保険料に配慮しながら、制度を一体化する具体的な方法や、財政調整の仕組み。
- ② 地域の国保保険料を統一する際の激変緩和措置。
- ③ 都道府県が運営主体を引き受けてくれるための条件整備

長寿医療制度における保険料賦課基準

1. 賦課の基準

- 長寿医療制度においては、介護保険同様、後期高齢者一人ひとりに対して、保険料を賦課する。
- 保険料の額については、国保を参考とし、頭割の部分(応益割)と、所得に応じた部分(応能割)とで設定する。応益割は被保険者均等割、応能割は所得割とし、 $\text{応益割}:\text{応能割}=1:\text{所得係数}$ ※を標準とする。
- 所得割の算定対象所得は、被保険者本人の旧ただし書所得(=総所得金額等－基礎控除)を基準とする。
- 賦課限度額を50万円とする。
＜参考＞賦課限度額が50万円となる年収について(単身世帯の場合の全国平均)
年金の場合 約752万円 給与の場合 約799万円

※ 所得係数＝広域連合一人当たり所得／全国一人当たり所得

2. 保険料率

$$\text{被保険者の保険料額} = \text{被保険者均等割額} + \text{旧ただし書所得} \times \text{所得割率}$$

- 被保険者均等割額及び所得割率(保険料率)については、広域連合区域内で均一とする。
- ただし、
 - ・ 無医地区及びこれに準じる地区においては、当該地区単位で、(恒久措置)……4市町村
 - ・ 一人当たり老人医療給付費が広域連合全体の20%以上低く乖離している市町村においては、当該市町村単位で、(施行後、最長6年間の経過措置)……99市町村
均一保険料率よりも低い保険料率を設定することができる。

3. 軽減措置

- ① 低所得者については、世帯(被保険者及びその属する世帯の世帯主)の所得に応じて、応益割を軽減する。軽減の種類は、7割軽減、5割軽減、2割軽減の3種類とし、すべて職権により処理する。

◎保険料軽減の基準

軽減の種類に応じ、次のとおりとする。

- ・ 7割軽減・基準額＝基礎控除額(33万円)
- ・ 5割軽減・基準額＝基礎控除額(33万円)＋24.5万円×被保険者数(世帯主を除く)
- ・ 2割軽減・基準額＝基礎控除額(33万円)＋35万円×被保険者数

(夫婦二人世帯・夫の年金収入)

168 万円/年

192.5万円/年

238 万円/年

※妻:基礎年金

(注1)高齢者特別控除(15万円)については、国保と同様に、「当面の間の経過措置」として導入する。

(注2)基礎控除額等の数字については、今後の税制改正等により変動があり得る。

- ② 被用者保険の被扶養者であった方については、激変緩和の観点から、長寿医療制度に加入したときから2年間、応益割額のみを賦課することとし、当該応益割額を5割軽減とする。

※更に、

- ・法施行前に、被用者保険の被扶養者であった方については、平成20年度の半年間の保険料負担を凍結し、半年間は9割軽減とすること、21年度においても、9割軽減とすること
- ・法施行後に、①均等割の9割軽減、②所得割の5割軽減を新たに設けることとされた。

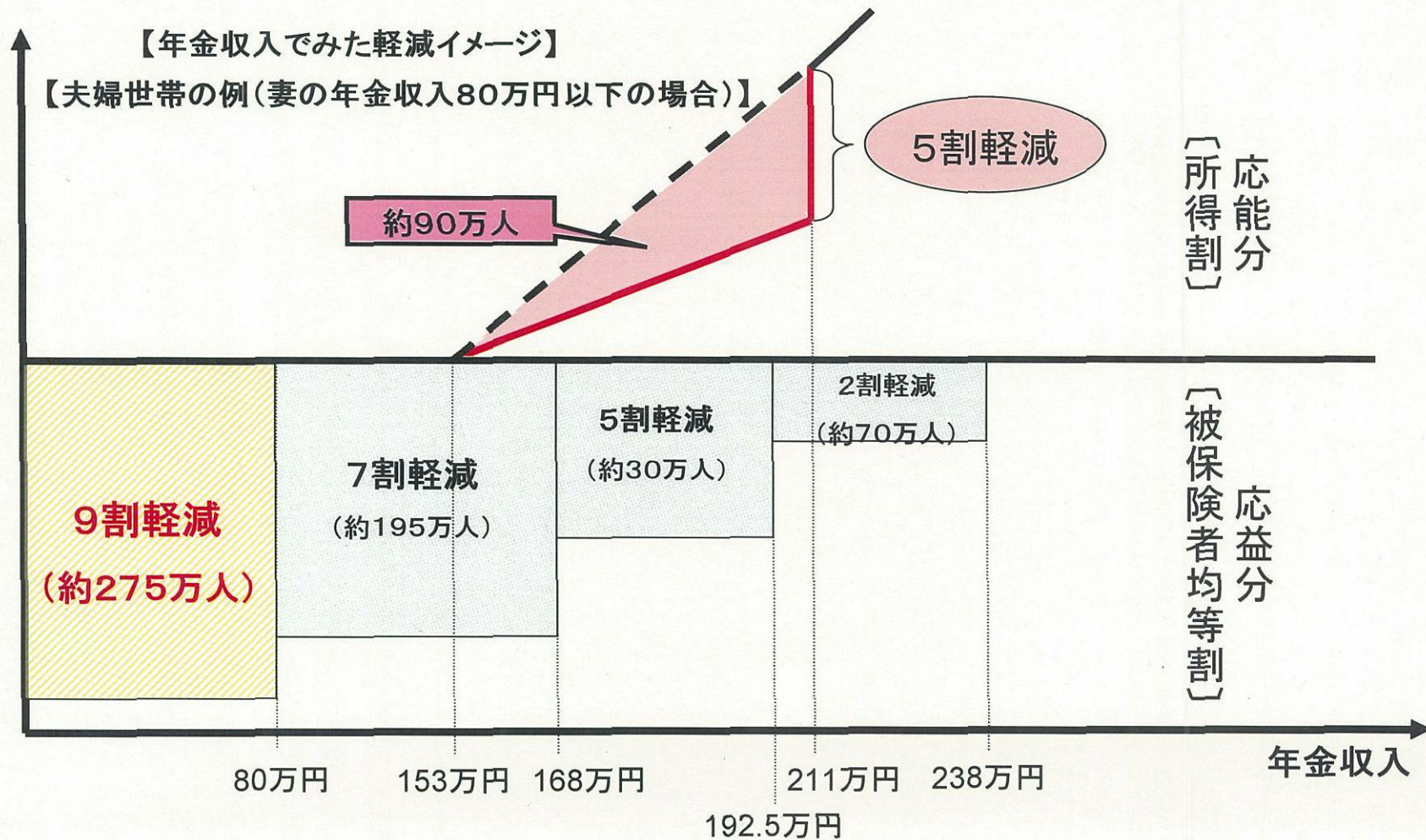
長寿医療制度の保険料軽減(平成21年度以降)

【均等割】

均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、長寿医療制度の被保険者全員が、年金収入80万円以下(その他各種所得がない)の場合に9割軽減する。

【所得割】

所得割を負担する方のうち、所得の低い方(具体的には年金収入153万円から211万円まで)について、5割軽減する。



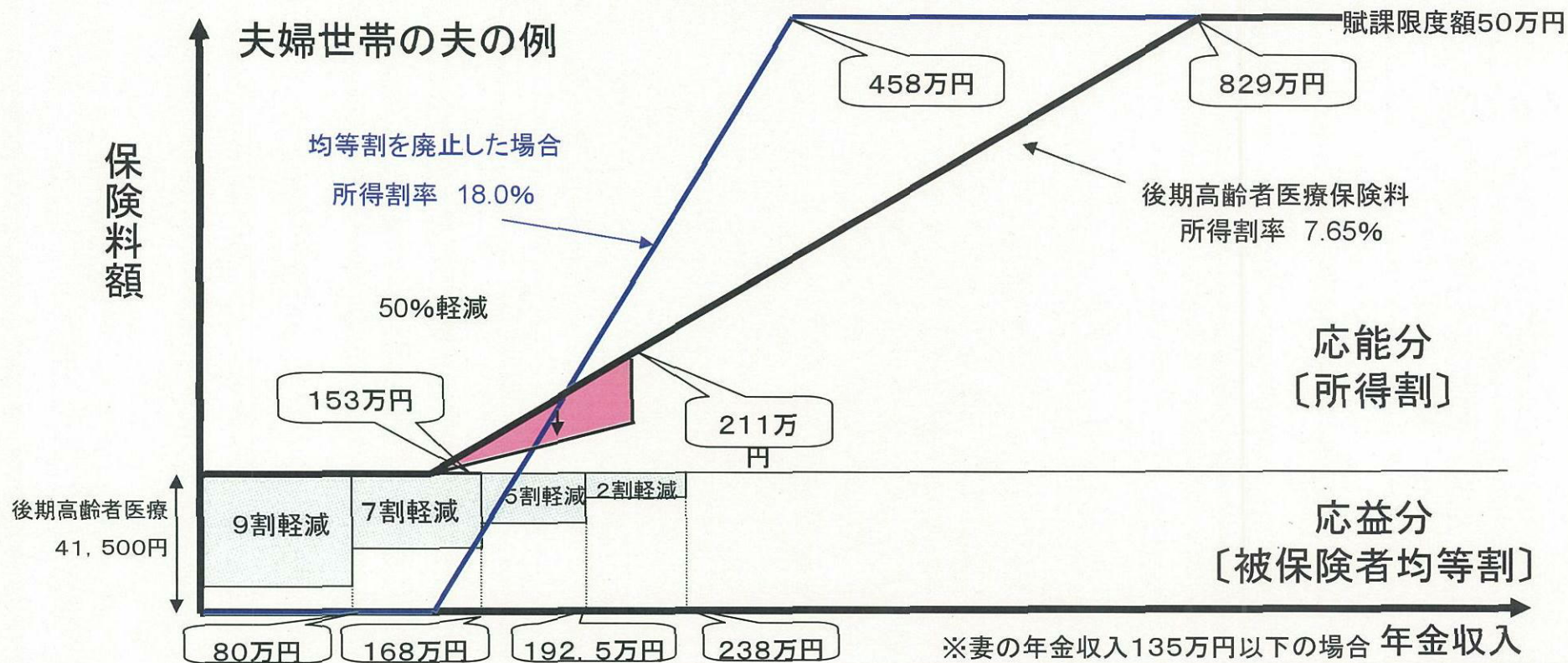
長寿医療制度の保険料の均等割を廃止した場合

○均等割を廃止し、所得割のみとした場合、以下のとおりとなる。

- ・保険料の賦課がなくなる方(年金収入153万円以下)・・・全被保険者の約3分の2
- ・保険料が高くなる方(年金収入162万円～829万円)・・・全被保険者の約3分の1

※保険料が変わらない方(年金収入829万円以上)、保険料が安くなる方(年金収入153万円～162万円)・・・それぞれ1%程度

現在(全国平均)	; 所得割率 7.65%	均等割額 41,500円	◎国保においては、これまで所得がない方についても保険料を賦課してきたところ。
↓			
所得割のみとする場合	; 所得割率 18.0%	均等割額 0円	



※1 現在の所得割率、均等割額は、平成20年4月時点の全国平均値である。

※2 保険料の賦課限度額はいずれの場合も50万円とした。

※3 所得割軽減(非課税世帯5割軽減)の公費(90億円)を投入することとした。

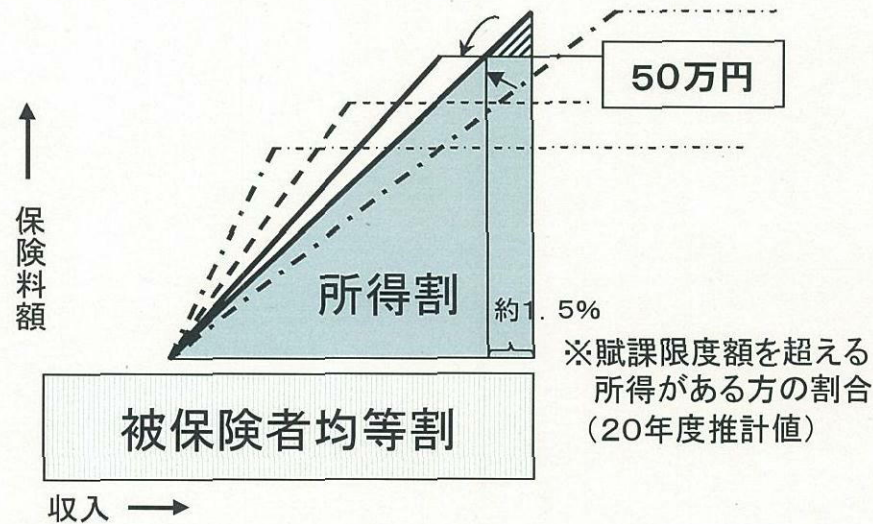
※4 所得分布は調整交付金算定のため各広域連合から報告されたものを使用。

長寿医療制度の賦課限度額の設定の考え方について

○以下の理由により、長寿医療制度の賦課限度額を50万円と設定している。

- ・限度額を低く設定すればするほど、この傾きがきつくなり、中間所得層の負担が重くなる。
- ・限度額を高く設定すればするほど、この傾きが緩やかとなり、限度額に近い高所得者の負担が増え、給付と保険料賦課額のバランスやこれまで加入していた国保とのバランスが悪くなる。(国保の賦課限度額は、世帯単位で59万円としている。)

所得水準と保険料賦課のイメージ



(参考) 長寿医療制度において、年間保険料額が上限(50万円)に達する年収について

東京都・・・年金収入9,410,000円
 給与収入9,530,000円
 (所得割率6.56%、均等割額37,800円)

福岡県・・・年金収入7,050,000円
 給与収入7,120,000円
 (所得割率9.24%、均等割額50,935円)

全国平均・・・年金収入8,300,000円
 給与収入8,380,000円
 (所得割率7.65%、均等割額41,500円)

長寿医療制度の保険料の年金からの支払いについて

1 年金からの支払い(天引き)の仕組み

- ・2ヶ月毎の年金支給の際に、公的年金から、2ヶ月分の保険料を引き落とし
- ・平成12年に介護保険において保険料の年金からの支払いを導入

※ 年金からの支払いの主な理由

- ① 被保険者の皆様に、個別に金融機関等の窓口でお支払いいただくなどの手間をおかけしない
- ② 保険料の徴収に係る行政の余分なコストを省く

2 年金からの支払いの対象者

- ①公的年金の年額が18万以上であり、かつ、②介護保険料と合算した保険料額が年金額の1/2を超えない者

※ 75歳以上の高齢者の約8割が対象

3 保険料の口座振替

(1) 支払方法の口座振替への拡大

本年6月12日の政府・与党決定に基づき、以下のいずれかに該当する方は、年金からの支払いに代えて、口座振替を選択可能となった

ア これまで2年間、国民健康保険の保険料の納め忘れがなかった場合

イ 年金収入180万円未満の方で、世帯主や配偶者が本人に替わって口座振替で支払う場合

※平成20年10月；年金からの支払い件数 約669万件・口座振替へ切り替えた件数 約19万件

(2) 口座振替と年金からの支払いとの選択制の実施

本年11月18日の与党PTとりまとめを受けて、上記ア、イの要件を撤廃し、原則として、全ての方について、平成21年4月から、口座振替と年金からの支払いとの選択により、保険料の納付を可能とした

長寿医療制度の保険料の支払いに係る社会保険料控除の適用について

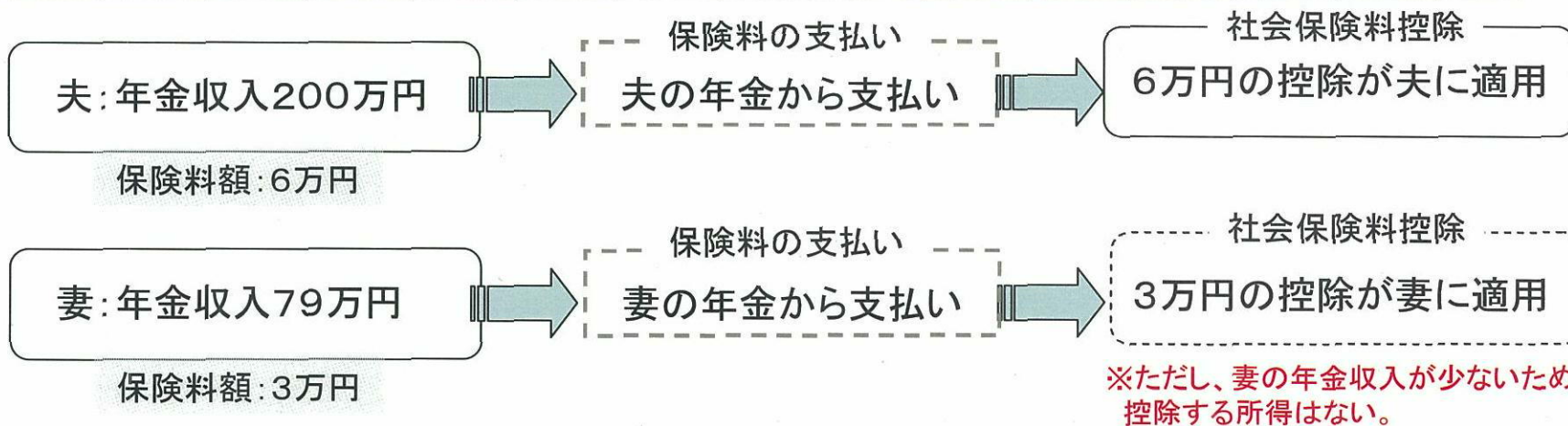
【社会保険料控除の基本的な取扱い】

○ 納税者が、自己又は自己と生計を一にする配偶者やその他の親族の負担すべき社会保険料を支払った場合に受けられる所得控除であり、控除できる金額は、その年に実際に支払った金額又は給与や公的年金から差し引かれた金額の全額。

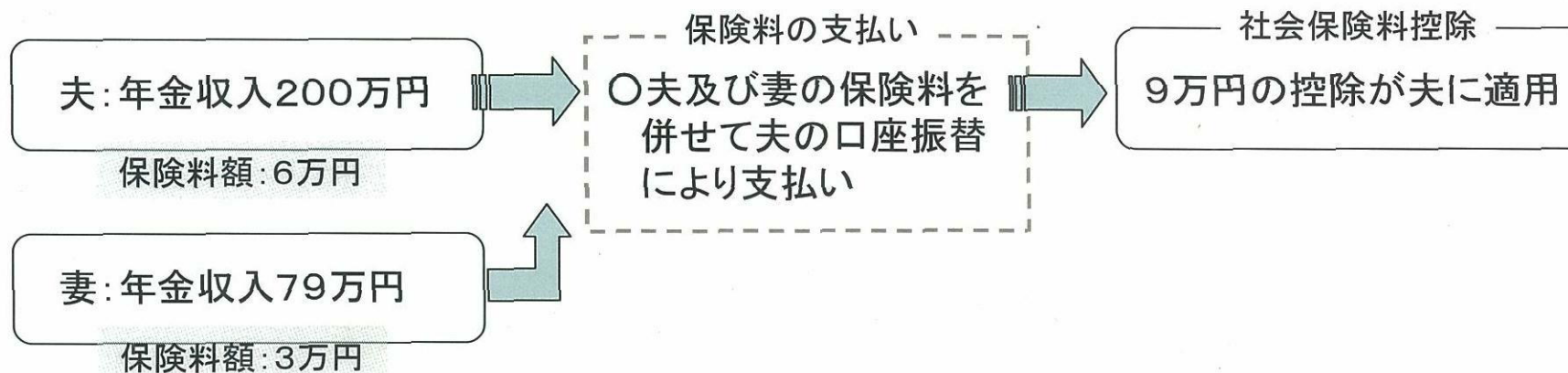
【長寿医療制度の保険料の取扱い】

- 保険料を被保険者が年金から支払った場合には、その被保険者に対して適用される。
- 保険料を被保険者以外の世帯主等が口座振替により支払った場合には、その世帯主等に対して適用される。

年金から支払い



口座振替



長寿医療制度の資格証明書の交付について

- 長寿医療制度においては、保険料を滞納している被保険者が、納期限から1年を経過するまでの間に納付しない場合には、滞納につき「特別の事情」があると認められる場合を除き、資格証明書を交付する仕組みとなっている。
- しかしながら、機械的な運用により高齢者が医療を受ける機会が損なわれないう、昨年6月の政府・与党決定において「相当な収入があるにもかかわらず保険料を納めない悪質な者に限って適用する」とされたことを踏まえ、広域連合ごとに、地域における生活様式、生活水準等を考慮した上で統一的な運用基準を定めるよう要請しており、本年6月～7月までの間に当該運用基準が整備される予定。
- 厚生労働省としても、各広域連合に対し、
 - ① 運用基準のあり方について必要な助言を行うとともに、
 - ② 今後、資格証明書の交付を検討すべき事案が生じた場合には報告するよう依頼しているほか、
 - ③ 滞納の初期の段階から、被保険者の生活状況に応じたきめ細やかな相談等の様々な対応を行うよう要請しているところ。

高齢者にふさわしい医療の提供

生活を支える医療の提供、在宅医療の充実について

☆ 医療関係職種が連携して、多様できめ細かな訪問医療を提供する。
(訪問看護サービス、歯科訪問診療、服薬支援を充実)

☆ 高齢者の病状を良く分かっている病院に入院できる体制を整備する。
(在宅・外来患者の緊急時の入院)

☆ 退院前後の医療・福祉のサポートの充実を図る。
(退院支援の計画、退院に向けた指導)

➤ 希望すれば、こうした医療について、**ご本人の選んだ
担当医が継続して支援**(高齢者担当医)

→ 個々人に**ふさわしい治療計画**に基づく、**生活を重視した丁寧な医療**

→ **飲み合わせの悪い服薬の防止**

高齢者に係る診療報酬について

(平成20年度診療報酬改定による)

多様できめ細かな訪問医療に関する評価

- 訪問看護における24時間電話対応や緊急訪問ができる体制の充実

⑨ 24時間対応体制加算 5,400円 (月1回)

急に病状が悪化した場合の緊急入院に関する評価

- 入院前の主治医の求めに応じ連携病院が緊急入院を受け入れた場合の評価

⑨ 後期高齢者外来患者緊急入院加算 500点、在宅患者緊急入院加算 1,300点

退院前後のサポートに関する評価

- 退院後の生活に配慮するため、退院が難しい高齢者の円滑な退院を調整することを評価

⑨ 後期高齢者退院調整加算 100点

慢性疾患等に対する継続的な管理に関する評価

- 他の医療機関での診療スケジュールも含めた診療計画を作成し、心身にわたる総合的な評価や検査等を通じて患者を把握し、継続的に診療を行うことを評価

⑨ 後期高齢者診療料 600点

後期高齢者診療料(高齢者担当医)について

- ご本人が選んだ高齢者担当医が、病気だけではなく、気分が落ち込んでいないか、日常生活に支障はないかなど心と体の全体を診て、外来、入退院、在宅医療まで継続して関わる仕組み。(600点/月)
- この仕組みの導入により、必要な医療が制限されることはない。
 - ① この仕組みを利用するか否かは患者が選択するものであること
 - ② 病状が急に悪化した時に実施したCT検査等の費用は別に算定できること
 - ③ 他の医療機関を受診することも制限されていないこと

【治療計画の定期的な交付・診療内容の交付等】

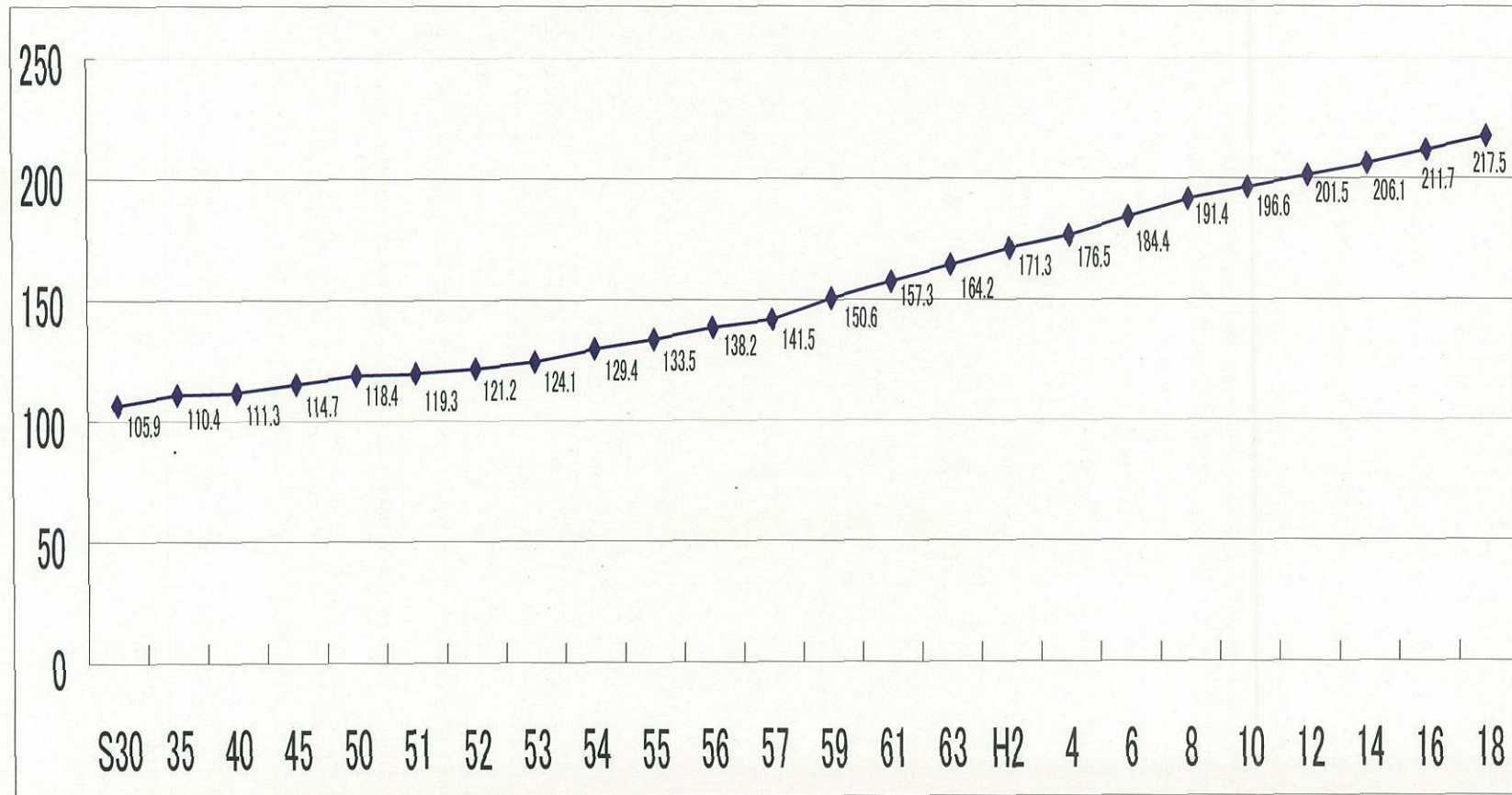
- 高齢者担当医を選んだ場合は、
 - ① 服薬、運動、栄養、日常生活に関する総合的な治療管理に係る診療計画書が定期的に交付される。(3ヶ月に1回程度)
 - ② 診療日ごとに、当日行った診療内容の要点や次回の受診日時や予定される検査等を文書で交付される。
 - ③ 病気や治療等に関する質問や相談が気軽にできる。

【検証】

- 治療内容や受診行動の変化の有無等に関する検証を実施。

人口10万人に対する医師数について(年次推移)

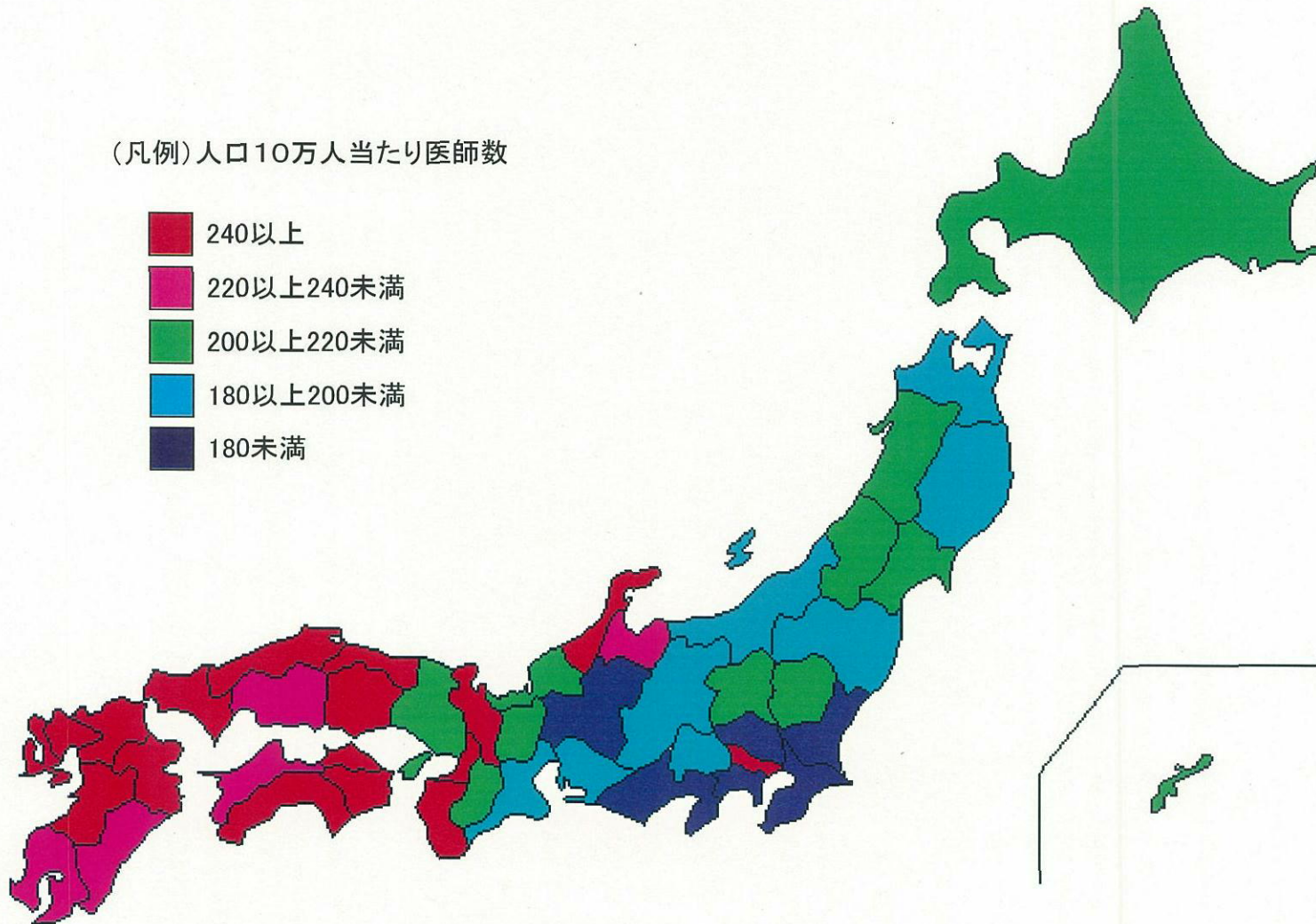
- 近年、医師国家試験の合格者は毎年7,600～7,700人程度であり、死亡等を除いても、毎年3,500～4,000人程度増加。



(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

人口10万人に対する医師数について(平成18年の医師数の分布)

(凡例)人口10万人当たり医師数



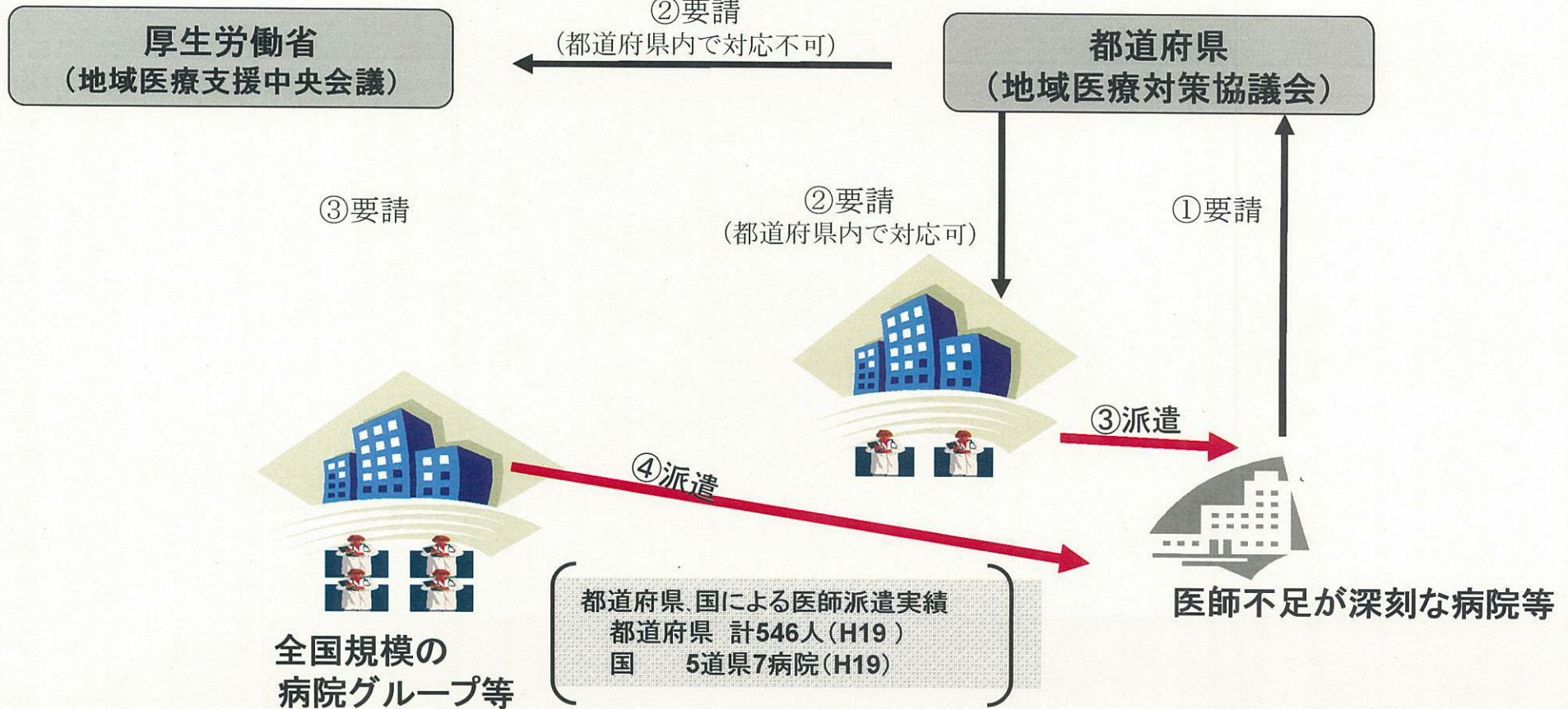
(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

医師確保対策②

大学医学部(いわゆる医局)の医師派遣機能の低下

<対策>

→ 公的な仕組みによる医師派遣の推進



医師確保対策③

病院勤務医の過重労働

- 夜間・休日における患者の集中
- 小児科医・産科医等の広く薄い配置による厳しい勤務環境

<対応>

→ 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の一因。このため、医師等でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。
(平成19年12月医政局長通知より)

事務職員・看護補助者

- ① 書類等の記載の代行
 - ・診断書
 - ・診療録
 - ・処方せん
 - ・主治医意見書等
- ② オーダリングシステムへの入力代行(診察や検査の予約)
- ③ 院内の物品の補充・患者の検査室等への移送等

助産師

- ① 正常分娩における助産師の活用
- ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
- ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入(院内助産所・助産師外来等)

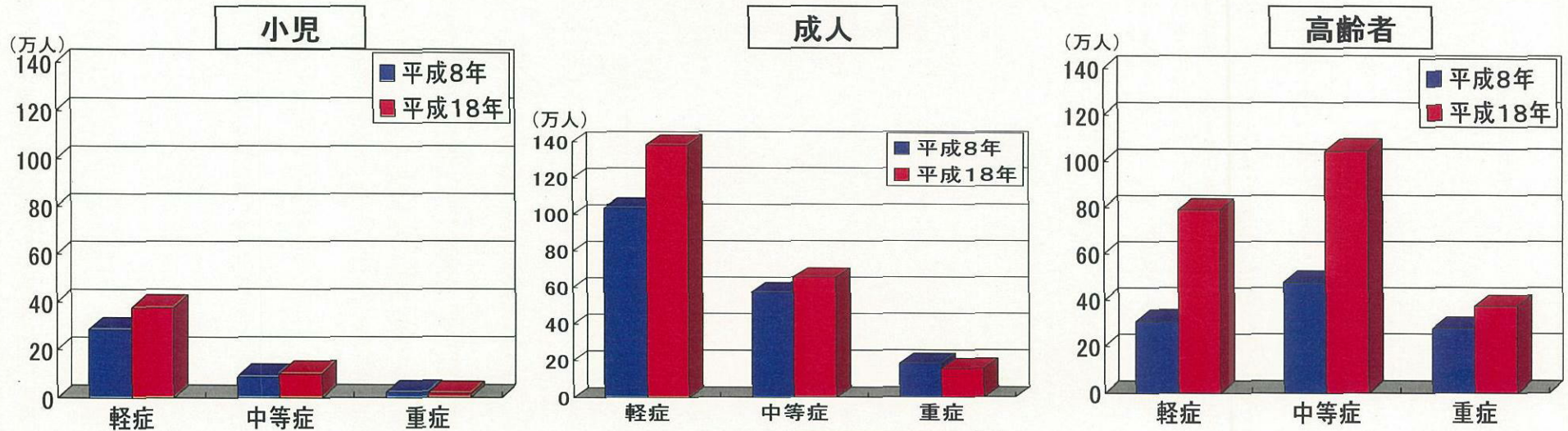
看護師等

- ① 訪問看護等における医師の事前指示に基づく薬剤の投与量の調節【看護師】
- ② 静脈注射の実施【看護師】
- ③ 救急医療における診療の優先順位の決定【看護師】
- ④ 採血の実施・検査の説明【臨床検査技師】
- ⑤ 病棟等における薬剤管理【薬剤師】
- ⑥ 医療機器の管理【臨床工学技士】

→ 短時間正規雇用、交代勤務制等を病院が導入することへの財政支援

救急搬送人員の変化

○ 高齢化の進展、住民の意識の変化等に伴い、軽症・中等症、高齢者を中心に、救急利用が増加している(平成8年からの10年間で約50%増加)。



平成8年				
	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)	全体
重症	2.2万人	18.3万人	27.5万人	48万人
中等症	8.7万人	57.2万人	47.6万人	113.4万人
軽症	28.4万人	103.6万人	30.8万人	162.8万人
全体	39.3万人	179.1万人	105.9万人	324.3万人

平成18年				
	小児	成人	高齢者	全体
重症	1.4万人 0.6万人減 -27%	15.5万人 2.8万人減 -15%	37.2万人 9.7万人増 +35%	54.1万人 6.1万人増 +13%
中等症	10.2万人 1.7万人増 +19%	65.2万人 8.0万人増 +14%	104.4万人 56.8万人増 +119%	179.9万人 66.5万人増 +59%
軽症	37.8万人 9.4万人増 +33%	138.1万人 34.5万人増 +33%	78.8万人 48.0万人増 +156%	254.6万人 91.8万人増 +56%
全体	49.4万人 10.1万人増 +26%	219.2万人 40.0万人増 +22%	220.7万人 114.8万人増 +108%	489.3万人 164.9万人増 +51%

(注)「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

救急医療体制の整備状況

○ 救命救急センターは着実に増加しているが、他の施設については概ね横ばいとなっている。

(各年3月31日時点)

		平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
三次救急医療（救命救急医療）						
	救命救急センター施設数	170	178	189	201	208
二次救急医療（入院を要する救急医療）						
	施設数 (病院群輪番制病院、共同利用型病院等)	3,253	3,238	3,214	3,153	3,175
	病院群輪番制実施地区数	403	411	411	408	405
一次救急医療（初期救急医療）						
	休日夜間急患センター施設数	510	512	508	511	516
	在宅当番医制実施地区数	683	677	666	654	641

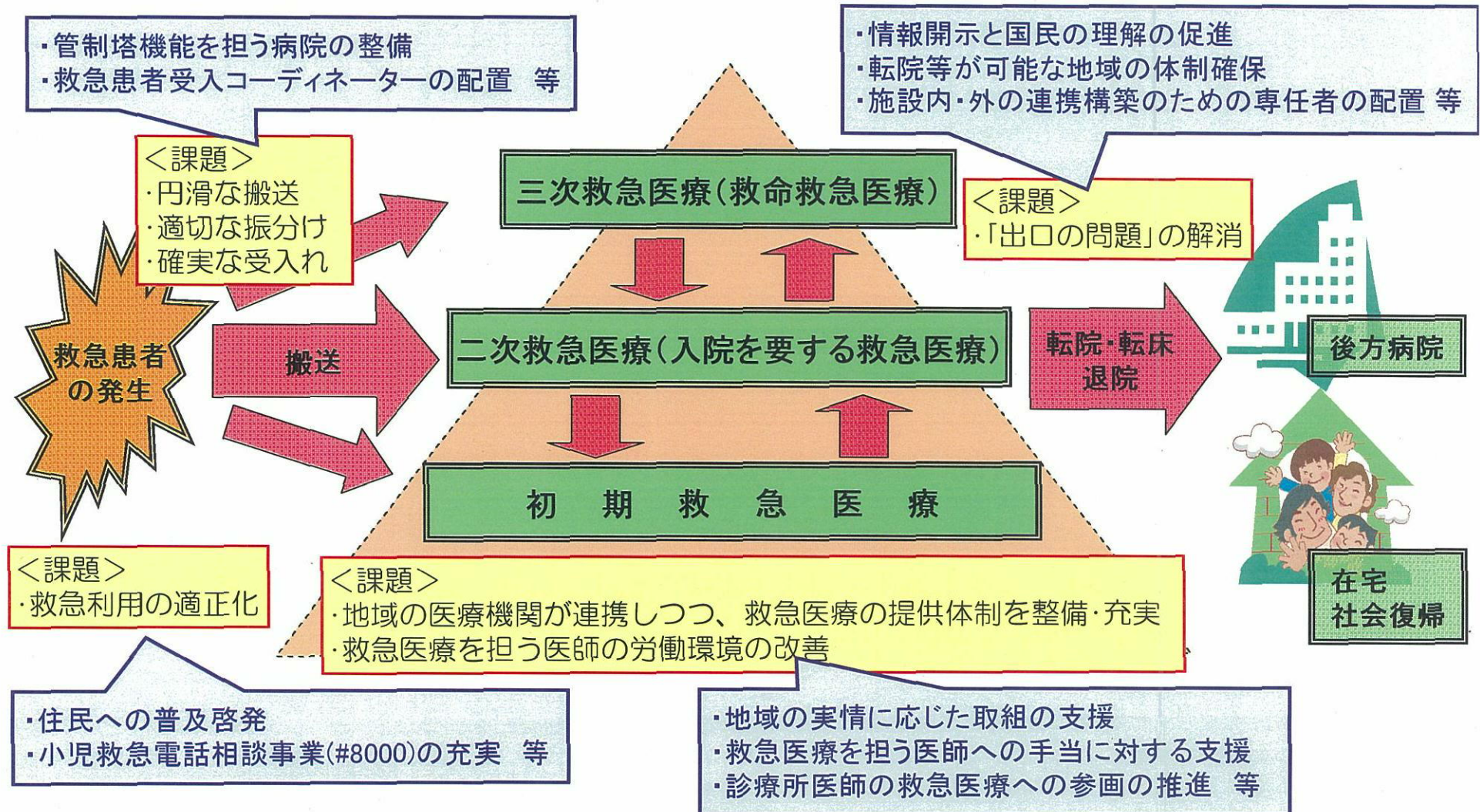
(参考)

(厚生労働省医政局指導課調べ)

- ・救命救急センター:重症及び複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる。
- ・病院群輪番制病院:医療圏単位の区域において、地域内の病院群が共同連帯して、輪番制方式により実施し、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れる。
- ・共同利用型病院:医療圏単位の区域において、医師会立病院等が病院の一部を開放し、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者を受け入れる。
- ・休日夜間急患センター:地方公共団体等が整備する急患センターにより、休日及び夜間における比較的軽症な救急患者を受け入れる。
- ・在宅当番医制:郡市医師会等が在宅当番により、休日及び夜間における比較的軽症な救急患者を受け入れる。

救急医療対策

○ 救急患者が迅速かつ適切に救急医療を受けることができるよう、管制塔機能を担う病院の整備、救急医療を担う医師への手当に対する支援、救命救急センターの更なる整備等、救急医療の充実を推進(平成21年度予算案:救急医療対策に約205億円を計上(20年度予算:約100億円))



高齢者医療制度に関する世論調査結果

1. 医療と健康に関する意識調査(日本経済新聞社)

調査時期 2008年11月

対象者 全国の20歳以上の男女

有効回答 1,407人

2. 日本の医療に関する2009年世論調査(日本医療政策機構)

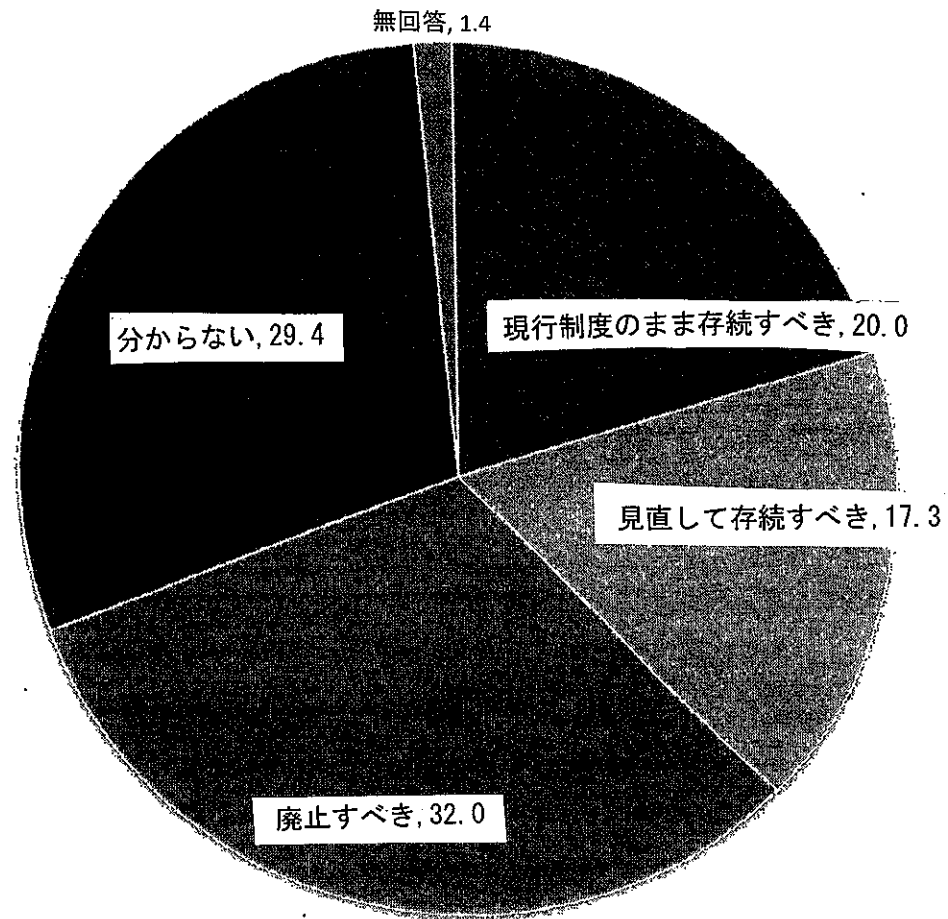
調査時期 2009年1月

対象者 全国の20歳以上の男女

有効回答 1,016人

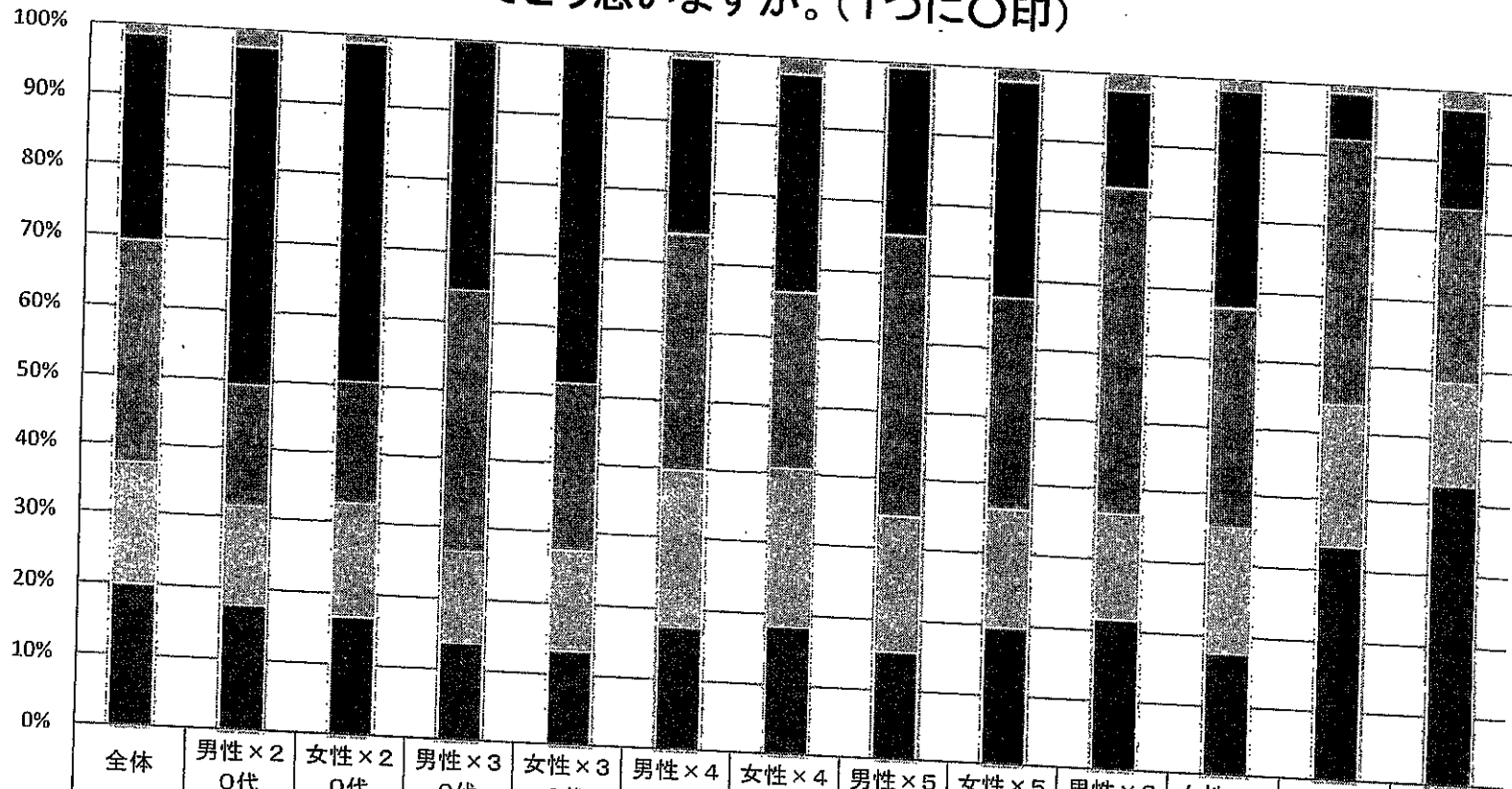
n=1407

Q8. 後期高齢者(長寿)医療制度について、見直しの議論が進行中です。今の制度についてどう思いますか。(1つに○印)



n=1407

Q8. 後期高齢者(長寿)医療制度について、見直しの議論が進行中です。今の制度についてどう思いますか。(1つに○印)

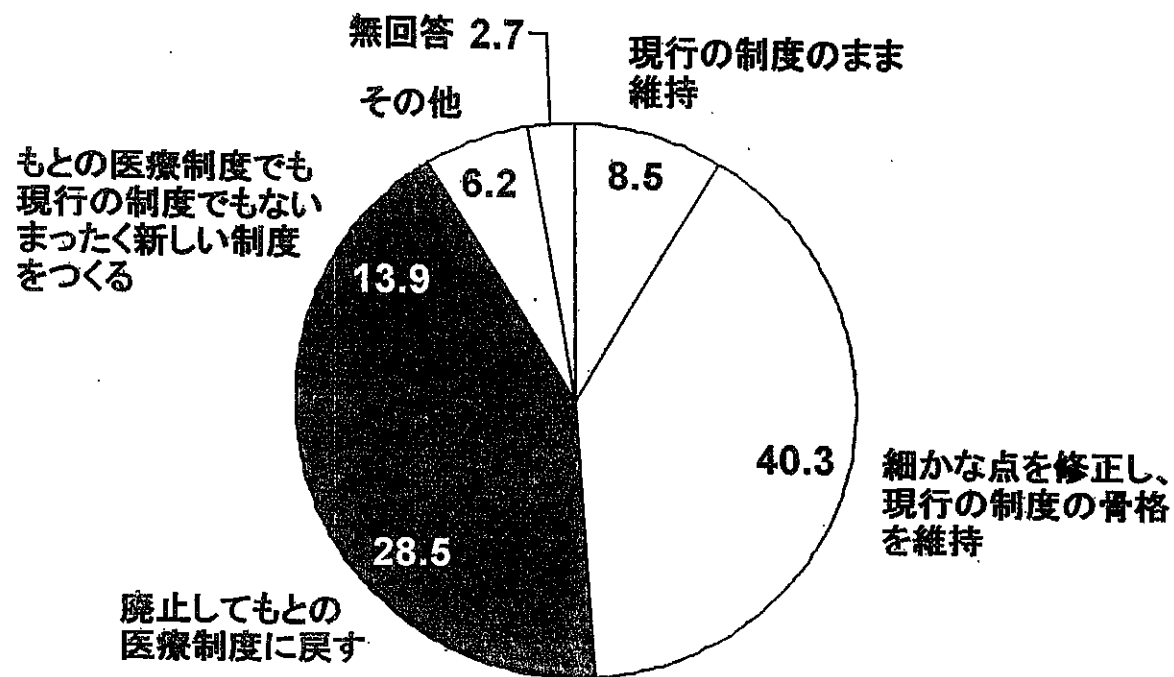


	全体	男性×20代	女性×20代	男性×30代	女性×30代	男性×40代	女性×40代	男性×50代	女性×50代	男性×60代	女性×60代	男性×70代以上	女性×70代以上
無回答	1.4	2.5	1.1	0	0	0.9	2.5	0.7	1.9	2.3	1.5	1	2.4
分からない	29.4	48.1	48.3	35.3	48.1	25	30.8	23.9	30.6	14	30.9	6.7	14.3
廃止すべき	32	17.7	18	37.9	24.4	34.3	25.8	40.8	31.2	47.3	32.4	38.1	25
見直して存続すべき	17.3	13.9	15.7	12.9	14.1	22.2	22.5	19	16.6	14.7	17.6	21	15.5
現行制度のまま存続すべき	20	17.7	16.9	13.8	13.3	17.6	18.3	15.5	19.7	21.7	17.6	33.3	42.9

国民の約半数が現行制度の維持または制度の骨格の維持を支持している (%; 2009年1月; n=1,016人)

2008年4月から導入された、75歳以上の高齢者(後期高齢者)を対象にした後期高齢者医療制度(長寿医療制度)についてお伺いします。【問8】

(4) 後期高齢者医療制度は今後どのようにすべきだと思いますか

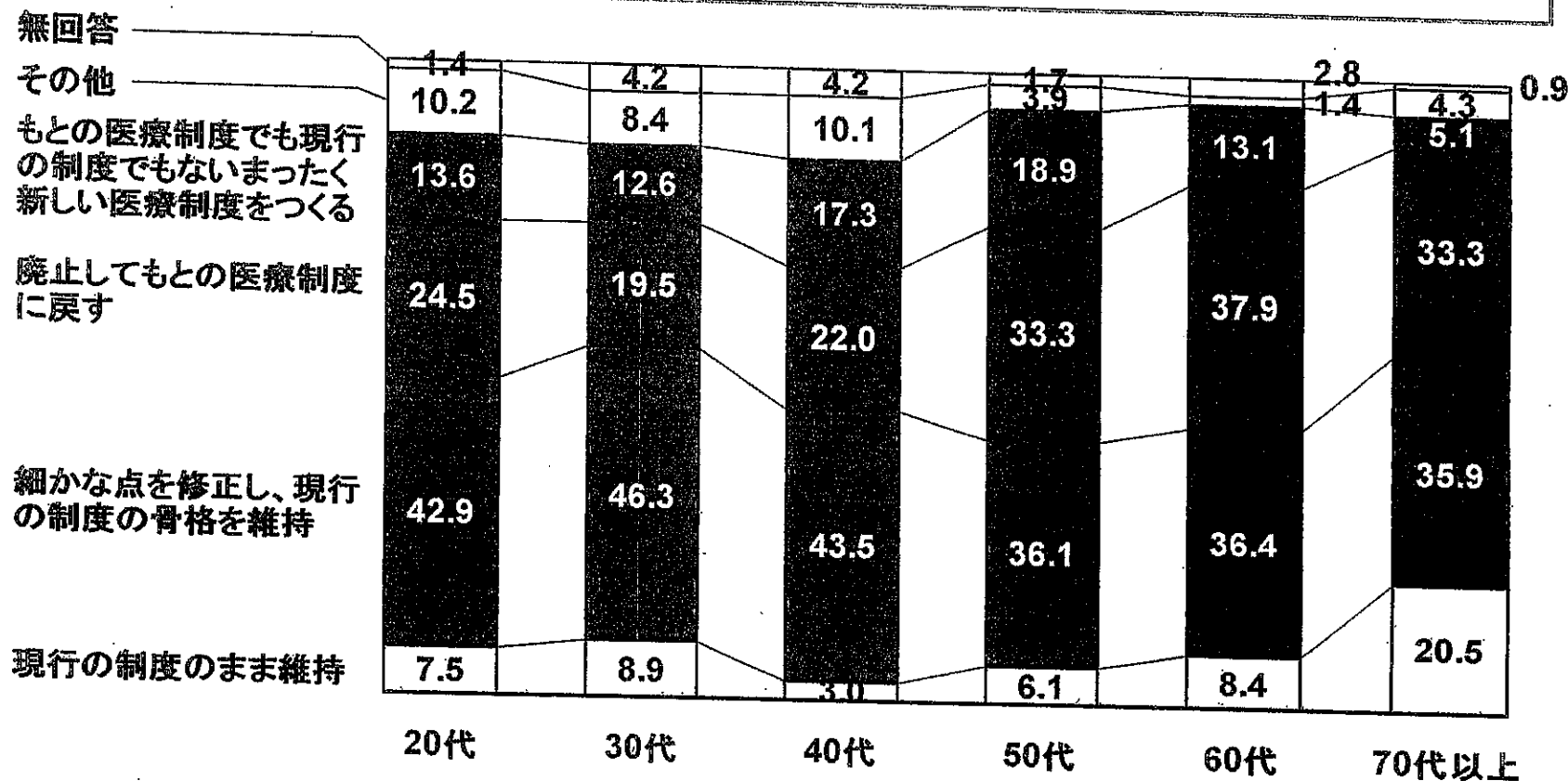


現行制度への支持は70代以上でもっとも高い

(%; 2009年1月; n=1,016人)

2008年4月から導入された、75歳以上の高齢者(後期高齢者)を対象にした後期高齢者医療制度(長寿医療制度)についてお伺いします。【問8】

(4) 後期高齢者医療制度は今後どのようにすべきだと思いますか



「高齢者医療制度に関する検討会」について

<委員名簿>

岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
岩本 康志	東京大学大学院経済学研究科教授
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授、元朝日新聞論説委員
川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院教授
権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授
塩川 正十郎(座長)	東洋大学総長、元衆議院議員
樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
宮武 剛	目白大学大学院生涯福祉学研究科教授、 元毎日新聞論説副委員長
山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授

<開催状況>

- 第1回 開催日 平成20年 9月25日(木)
○フリーディスカッション
- 第2回 開催日 平成20年10月 7日(火)
○年齢で区分することについて
○広域連合について
- 第3回 開催日 平成20年12月 4日(木)
○ヒアリング①
・高知県国民健康保険制度広域化勉強会
・福岡県介護保険広域連合
○保険料の算定方法・支払い方法について
- 第4回 開催日 平成21年 1月19日(月)
○ヒアリング②
・大雪地区広域連合
・滋賀県後期高齢者医療広域連合
○医療サービスについて
○世代間の納得と共感の得られる財源のあり方について
- 第5回 開催日 平成21年 2月24日(火)
○これまでの議論を踏まえた総括的な議論
- 第6回 開催日 平成21年 3月11日(水)
○ヒアリング③
・全国老人クラブ連合会
○各関係団体からの意見の提出
○これまでの議論を踏まえた総括的な議論②
- 第7回 開催日 平成21年 3月17日(火)
○高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理