

参考資料

平成22年1月12日
厚生労働省保険局

高齢者医療制度に関する検討経緯について.....	1
公平の観点からの新制度の枠組みに関する論点.....	31
被用者保険と地域保険(市町村国保)の負担調整(助け合い)について.....	41
平成22年度の国保制度見直し案(骨子).....	50
医療提供体制について.....	57
横尾委員ご依頼資料.....	71
池上委員ご依頼資料.....	77
堂本委員ご依頼資料.....	83
鎌田委員ご依頼資料.....	87

高齢者医療制度に関する検討経緯について

今後の老人保健制度改革と平成9年改正について（意見書）

平成8年12月2日

老人保健福祉審議会

1. はじめに

急速に少子・高齢社会に向かう中で、社会保障に対する国民的要請とそれを巡る経済的・財政的環境は大きく変化している。我が国は、今や世界に誇る長寿国となっているが、その一方で、多くの国民が老いに伴って発生し得る老後生活への様々な身体的・精神的不安を感じている。

こうした様々な不安をひとつひとつ解消し、全ての国民が一生涯を健やかで希望を持って生き続け、そして安らかに生涯を終えることができるような社会、「健康寿命」を伸ばしていけるような社会の実現が期待されている。

その一方で、経済の低迷が続ぎ、国・地方の財政状況が深刻化する厳しい時代を乗り切り、このような社会を実現するための将来展望を切り開いていくためには、医療・福祉・年金にわたる社会保障全体の構造改革を、縦割りの議論を超えて、制度横断的に断行することが必要不可欠である。この総合的かつ大規模な構造改革には、政府レベルでの強いイニシアティブの下に、一刻も早く取り組まなければならない。

社会保障構造改革の一環として焦眉の急となっている医療保険制度改革においては、増大し続ける老人医療費負担の問題への取組を避けて通ることはできず、とりわけ、高齢者の位置付けについて抜本的な見直しが講じられる必要がある。

当審議会においても、社会保障構造改革の一翼を担う立場から、介護保険制度の創設に関する審議に引き続き、この問題の解決に向け、精力的に議論を重ねてきたが、平成9年度の予算編成までの限られた時間の中では、その明確な最終的展望を示すまでには至らなかった。

しかし、一方で、現下の厳しい医療保険財政の状況等を踏まえれば、老人保健制度改革は一刻の猶予も許されず、当面、医療保険制度を維持するために最小限必要とされる措置について平成9年の老人保健制度改革に取り組まざるを得ない。こうした状況にかんがみ、当審議会としては、高齢者の位置付けについて抜本的な見直しが講じられるまでの間においても緊急に講ずべき老人保健制度改革の内容を中心に提言を行うこととした。

今後、次のステップとして、早急に老人保健制度の抜本的な見直しに取り組まなければならないが、その際には、平成12年度から実施が予定される介護保険制度との連携を念頭に置き、保健・医療・福祉を通じて、総合的かつ効率的な仕組みとしていく必要がある。

社会保障の負担は、いずれにせよ最終的には国民の負担に帰着するものである。今回、本意見書に盛り込んだ改革の内容についても、国民各層に負担を求めざるを得ない痛みの伴うものであるが、社会全体で重い負担を担おうとしているときに、社会の大集団となりつつある高齢者についても、今後は、若年世代とともに、自ら社会保障を支える存在として、世代を通じて力を合わせるという考え方に立つことが必要である。こうしてこそ、来るべき超高齢社会を乗り切り、真に希望の持てる健康長寿の社会実現への展望が開けるも

のと確信する。

また、政府に対しては、こうした老人医療を巡る大変厳しい状況を国民に広く訴え、必要な改革に対する理解を得る最大限の努力を行うことを求めたい。

2. 老人保健制度の見直しの背景

人口の急速な高齢化の進展及び少子化の進行等に伴い、老人医療費の増大は今後とも不可避である。一方、これまでのような国民所得の高い伸びが期待できない中で、老人医療費に係る国民負担は上昇し、特に若年世代の負担は今後さらに増大することが見込まれる。

また、各保険者の支出に占める老人医療費拠出金負担は年々増大し続け、その運営に大きな影響を及ぼしており、厳しい経済財政状況の下で、保険料や財政収入の低迷に伴い、平成9年度には運営に支障が生じかねない保険者も予想されるなど医療保険財政は極めて逼迫した状況となっている。

こうしたことから、老人医療費の負担のあり方、特に拠出金制度について、国民皆保険体制を安定的に維持・運営する観点から、その費用を拠出する側からも種々問題が指摘されており、その見直しが求められている。

一方、年金の成熟化等により高齢者の経済能力は向上し、平均的に見ると若年者と遜色のない所得水準となっており、また、世帯を単位として見た場合の高齢者世帯は全世帯と比べ所得格差は大きいものの、世帯人員1人当たりの所得分布については各世代別に見ても大きな差異は見られない状況となっている。こうした状況を踏まえれば、高齢者をおしなべて経済的弱者と捉えることは適当ではなく、今後、社会保障制度における高齢者の位置付けを見直し、自立した個人として位置付けていく方向で見直す必要がある。その際、高齢者と若年者の健康面の差異には十分に留意する必要がある。

こうした状況の変化に的確に対応し、医療サービスへのアクセスに配慮しつつ、国民の誰もが安心して必要な医療を受けることができるよう、将来にわたる医療保険制度の安定を確保する観点から、老人保健制度改革に取り組む必要がある。その際、介護保険制度の創設は必要不可欠である。

老人保健制度の改革に取り組むに当たっては、①老人医療の徹底した効率化を図ること、②老人医療費の将来にわたる負担の公平化・適正化を図ること、③国民が生涯にわたって健やかで充実した生活を営むことができるよう、高齢者の心身の特性を踏まえ、介護サービスとの適切な連携、分担を図りながら、健康増進、予防から治療、機能回復等リハビリテーションに至るまでの包括的で良質な保健医療サービスを提供していくこと、を基本とすることが必要である。

3. 中長期的に取り組むべき課題

(1) 今後の高齢者に対する保健医療サービス提供のあり方

- ① 高齢化の進行、国民の医療ニーズの高度化・多様化等の環境の変化を踏まえ、高齢者の生活の質の確保・向上を図るため、次のような視点に立って、保健医療サー

ビスを提供していく必要がある。

- ・健康の保持増進、疾病や障害の発生や悪化の予防、寝たきりの防止、機能回復等リハビリテーションを総合的に実施すること。
- ・健康寿命を伸ばしていくという観点に立って、栄養・運動等を含めた生活指導を視野に入れること。
- ・高齢期にあっても、可能な限り住み慣れた地域や家庭において生活することができるよう、病院と診療所の機能分担及び連携、施設サービスと在宅サービスの継続性の確保並びに介護サービスとの連携を図りつつ、在宅医療の一層の推進を図ること。
- ・生きがいづくりを含めた幅広い支援システムを構築していくこと。

- ② いわゆる終末期医療については、その性格上、死亡直前に大量の医療サービスが投入されることが多く、尊厳ある死を迎えるという観点から問題が指摘されている。この問題は個々人の死生観にも関わる問題でもあり、可能な限り本人の意思を尊重する、という視点に立って、国民的議論を十分に行いつつ、そのあり方を引き続き検討する必要がある。

(2) 医療保険制度における高齢者の位置付け

老人医療費を、今後、国民全体でどのように負担していくかという問題は、各世代を通じてすべての国民が将来にわたり豊かで活力を持って暮らせる社会を築いていくための極めて重要な課題となっている。

近年、保険料収入が低迷する中で、老人医療費の増大に伴い直接にその加入者の医療費に充てられるものではない老人医療費拠出金の負担の各保険者の支出に占める割合は年々上昇し続けているため、各医療保険者が安定した運営を行う上で、圧迫要因となっている。

このため、高齢者の心身の特性や社会経済的状況の変化を踏まえつつ、高齢者を医療保険制度の中でどのように位置付け、老人医療費を国民全体でどのように負担していくのかについて、現行制度のあり方の是非を含めた制度の抜本的見直しを検討する必要がある。

その方向としては、世代間の負担の公平の観点から、介護保険制度案の考え方も踏まえつつ、高齢者を自ら老人医療費の相応の負担をする自立した存在として位置付けていくこと、給付と負担の関係を明確にしていくことなどを踏まえたものとすべきである。

また、どのような仕組みとしても、若年者に比べ1人当たり医療費が相対的に高い老人医療費の負担を高齢者間だけの互助によることは不可能であり、若年者世代からの何らかの負担は求めざるを得ないということを前提に、国民的見地に立ち検討する必要がある。

- ① 具体的には、以下に選択肢として示したような見直しの方向が考えられる。
- ア. 全高齢者を対象とした独立の保険制度を創設する。
 - イ. 高齢退職者等が被用者保険制度、国民健康保険制度それぞれに継続加入するとともに、高齢者の加入率等の違いに着目した制度間の財政調整を実施する。
 - ウ. 医療保険制度を全国民を対象とするものへと統合し、その中に高齢者を位置付ける。
 - エ. 現行老人保健制度の基本的枠組みは維持しつつ、必要な見直しを実施する。

- ② 当審議会の議論においては、高齢者を、自ら適正な負担をする独立の集団として捉えることによって、受益と負担の関係を明確にするとともに、世代間負担の公平化を図るという観点から上記ア. の考え方を支持する意見が出されたが、職域、地域を単位として構成する現行医療保険制度の枠組みは維持しつつ、高齢退職者についても特別の集団として位置付けるのではなく、年齢階層を区分することなく全年齢階層によりリスク分散を図るという観点からイ. の考え方を支持する意見も示されたところである。また、各保険加入者全体を通じた国民全体の公平の見地から、将来的には、ウ. の考え方を理想として、段階的にその方向を目指すべきとする意見も示されたところである。

なお、老人医療費を国民全体で支えるという現行制度の理念を評価し、エ. の考え方を支持する意見もあった。

これらの考え方のそれぞれについては以下に示したとおり、なお検討すべき課題や問題点も多い。

このため、老人医療費の世代間及び世代内を通じた負担の公平化、適正化を図り、将来にわたる医療保険制度の安定と国民皆保険体制の維持を図る観点から、これらのいずれの方向を目指すべきかについて、直ちに具体的かつ積極的な検討に着手し、今後3年程度（介護保険制度の施行時）を目途に、老人保健制度に代わる新たな仕組みの創設を含め、老人医療費負担の仕組みを見直す必要がある。

- ③ 老人医療費負担の問題については、基本的には、以上に述べたような抜本的な見直しにより対応が図られるべき問題ではあるが、現下の各医療保険の財政状況、高齢者の生活実態等を踏まえ、当面、緊急に必要なとされる事項について、平成9年の制度改正を行うことが必要である。
- ④ なお、今後の医療保険制度における高齢者の位置付けの検討に関連し、現在70歳以上とされている老人医療受給対象者の範囲や、高額所得者である老人についての適用のあり方について見直すべき、との意見があるが、これらについては、高齢者の心身の状況をどのように評価するか、医療保険制度との関係をどう整理するか、介護保険制度との整合性をどのように考えるか等関連する諸問題について、幅広い検討が必要である。

見直しの方向	検討すべき課題、問題点
<p>ア. 全高齢者を対象とした独立の保険制度を創設。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○保険者をどうするのか。 ○高齢者から必要な財源の確保が可能か。 ○若年者から支援を求めるとすれば、どのような仕組みが可能か。 ○若年者が加入する各医療保険者において、老後の健康保持に対する努力を行うインセンティブが働かないのではないか。
<p>イ. 高齢退職者等が被用者保険制度、国民健康保険制度それぞれに継続加入するとともに、高齢者の加入率等の違いに着目した制度間の財政調整を実施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○納得の得られる財政調整のルール設定は可能か。 ○雇用の流動性が高まる中で、被保険者が保険者を異動した場合の保険者をどうするか。また、1つの保険者のみに負担をさせることは妥当か。 ○退職被用者について、被用者保険がその管理を言い続けることは可能か。 ○高齢者の給付水準をどのように設定するのか。
<p>ウ. 医療保険制度を全国民を対象とするものへと統合し、その中に高齢者を位置付け。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○保険者を一本化することに納得が得られるか。現在、5000を超える保険者をどのように扱うか。 ○医療費適正化のための保険者努力等が適切に行われるか。 ○給付水準をどのように設定するのか。国民の理解を得られる給付率の設定は可能か。 ○被用者の保険料負担における事業主負担をどう取り扱うか。
<p>エ. 現行老人保健制度の基本的枠組みは維持しつつ、必要な見直しを実施。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○高齢化の進展に伴い、各保険者の支出に占める拠出金負担の割合が増大。 ○現行拠出金制度に対する問題点の指摘・批判に対する対応をどのように進め、理解納得を得ていくか。

4. 当面取り組むべき課題

(1) 高齢者の心身の特性に応じた適切な保健医療サービスの提供、保健事業の充実等

高齢者は、若年者に比べ心身の機能が全体的に低下していることから、一般に病気にかかりやすく複数の病気を併せ持っていることが多く、かつ、薬剤による副作用が生じやすい。また、高齢者の疾患は、長期の療養を要する慢性疾患が多い。

このような高齢者の心身の特性を踏まえ、生活指導や日常生活の中での療養を重視しつつ、個々の高齢者の心身の状況を判断した適切な保健医療サービスを提供していくことが必要である。

健康づくりについては、老後における健康の保持及び寝たきり等要介護状態の予防の観点のみならず、医療費及び介護費用の効率化の観点からも、今まで以上に積極的な取組が必要である。

保健事業の実施に当たっては、介護サービスとの適切な連携を図り、高齢者の心身の状況に応じたきめ細かなサービスを提供していくことが必要である。

具体的には、以下のような取組が必要である。

- ・生活指導や日常生活の中での療養を重視する観点から、かかりつけ医、保健婦等が老人の健康の保持に必要な日常的な生活習慣から保健医療にわたる幅広い相談に応じることができるような取組を行うこと。
- ・訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等地域におけるリハビリテーションの提供体制の整備を図ること。
- ・総合健康診査の効果的な実施など健康診査の充実に取り組むとともに、個別診査の推進等集団から個人への対応の促進を図ること。
- ・患者に対し、診療に関する情報の提供をできる限り分かりやすくかつ積極的に進めていくこと。例えば、健康手帳を老人、医療提供者双方にとって活用しやすいものとするとともに、その周知徹底を図ること。
- ・健康づくり及び生きがいつくりの一環として、老人クラブなどの地域における活動を支援するための方策を検討すること。

(2) 老人医療の効率化、適正化

老人保健制度の安定のためには、まず、増大する老人医療費について、可能な限り効率化、適正化を図っていくことが必要である。このため、医療提供体制や診療報酬制度の見直しに段階的かつ継続的に取り組むとともに、当面、以下の取組を積極的かつ総合的に進める必要がある。

- ① 新ゴールドプランの推進をはじめとする介護サービス基盤の着実な整備を進めるなど、いわゆる社会的入院を速やかに解消するための総合的な対策を講じることが必要である。また、介護サービス基盤の整備や在宅医療の推進等により、入院期間の短縮を進めていくことが必要である。
- ② 薬剤については、過剰給付や使い残し等の非効率性が指摘されている。また、高齢者は、一般に心身の機能が低下していることから薬剤による副作用が生じやすく健康面からも、医薬品の適正使用と薬剤費の適正化を図ることが必要である。
このため、薬剤給付のあり方について、後述のとおり、医療機関・患者双方のコスト意識を喚起する観点から、所要の見直しを行うことが必要である。
なお、薬剤給付のあり方について見直しを行うに当たっては、薬剤治療が医療の重要な要素の一つであることを踏まえ、それによって必要な投薬等が抑制されることのないよう十分留意する必要がある。
また、医療提供者側からの薬剤使用の適正化が図られるよう、薬価基準に代わる新制度の創設を含め薬価制度の抜本的な見直し、高齢者の心身の特性を踏まえた医薬品使用のガイドラインの策定とその励行等の措置を併せて講じるべきである。
さらに、服薬指導をはじめとする患者教育、薬歴管理の充実、薬剤使用歴が自己管理できるような健康手帳の活用など医薬品の適正使用と薬剤費の適正化を図るための総合的な方策を講ずることが必要である。
- ③ 検査について、不適切な重複等を是正する方策について検討する必要がある。また、不必要な重複受診や多受診については、各市町村において、レセプトの縦覧点検を強化し、その是正に努めるとともに、保健婦の活動等を適じ、対象者への個別保健指導の強化を図る必要がある。
その他、市町村におけるレセプト点検審査や第三者求償等を充実強化し、医療費適正化を図ることが必要である。国においても、これらの効果的な実施のためのノウハウの提供等必要な支援を実施することが求められる。
- ④ 老人の1人当たり医療費については、高医療費県と低医療費県とで2倍近い開きが見られるが、こうした医療費の地域差を縮小していくための総合的な方策について検討する必要がある。
- ⑤ 医療の効率化の検討に必要な医療の内容に関するデータの蓄積や情報通信技術等の活用を推進する必要がある。
- ⑥ 保険者による医療費通知や医療機関での領収証の発行を促進し、医療に関する国民のコスト意識を喚起し、健康に関する自覚を高めていくことが必要である。

(3) 老人医療費の公平な負担（給付と負担の見直し）

老人医療については、まず、(2)に述べたような取組を積極的かつ総合的に進め、可能な限り徹底した効率化・適正化を図っていくことが必要である。しかしながら、効率化・適正化を図った場合でもなお、老人人口の増大により、今後、老人医療費の増大は避けられない。

これまでのような高い経済成長が見込めない中で、今後、若年世代の負担が一層増大することは避けられない。この増加する老人医療費を国民全体でどのように公平かつ適正に負担していくかは極めて大きな課題である。

現在、老人医療費の負担については、拠出金、公費及び患者一部負担金によりまかなわれているが、今後、高齢者の社会経済状況の変化等も踏まえ、これらの財源の適切な組み合わせを検討し、世代間及び世代内の負担の公平を図っていくことが必要である。

- ① 老人医療費の負担における保険料負担の役割については、医療保険制度における今後の高齢者の位置付けを検討する中で、当然にそのあり方について検討が加えられるべき問題であるが、現在の老人保健制度は、各医療保険者の共同事業として運営されているため、老人保健制度独自に保険料の賦課は行っていない。具体的には老人医療費負担の約7割相当が各保険者からの拠出金という形で負担されている。

各保険者の支出に占めるこの拠出金負担の割合は年々増大し続けており、その安定的な運営の圧迫要因となっている。今後、ある程度の保険料引き上げを行うことは止むを得ないとしても、拠出金による負担にも限界がある。

- ② 公費については、現在でも3割（介護的要素の強い医療については5割）の負担となっており、拠出金に占める国庫負担も含めれば相当の水準となっていること、また、老人医療費の増大に伴い、現行の負担割合の下でも、毎年9%前後の高率で老人医療給付費に係る国庫負担額そのものは増加している。

さらに長期債務残高が、国、地方併せて440兆円にも上る現下の極めて厳しい経済財政状況を考えれば、少なくとも、当面、公費負担割合を増加させることには慎重な対応が求められる。

- ③ こうした状況にかんがみれば、若年世代と高齢世代を通じた世代間の負担の公平化、医療を受ける者と受けない者の間の世代内の負担の公平化、コスト意識の一層の喚起を図る観点から、患者一部負担金を引き上げることが必要である。

その際、医療保険制度における一部負担金の負担方法との整合性、給付に応じた負担の公平化、コスト意識の喚起、医療費の伸びに連動した負担水準の維持といった観点からは、定率負担方式が考えられる。この場合には、医療費が高額になるにつれ負担額が大きくなることから、必要な受診が抑制されることのないよう高額の医療費に対する負担額の上限を設けるなど疾病が重症化、長期化しやすい高齢者への配慮が必要である。この点については、あらかじめ負担額が分かり不安感を軽減

するという観点からは、定額負担方式を採るという考え方もあり、こうしたメリットが活かされるような工夫を検討する必要がある。

④ 患者一部負担金の水準については、1割程度の負担とすることが適当であるとす
る多くの意見があったが、さらに2割の負担とすることが適当であるとする意見も
あった。この点については、定率にせよ定額にせよ、若年者の負担割合、特に健保
本人とのバランス、高齢者の経済能力及び4(1)で述べたような心身の特性、必
要かつ適切な受診の確保、介護保険制度との整合性といった諸点を総合的に判断し、
高齢者が安心して医療を受けられる適切な水準の設定を検討する必要がある。また、
低所得者についてはその生活実態に即し、適切な配慮が講じられる必要がある。

⑤ 薬剤給付については、前述のとおり、医療機関・患者双方のコスト意識を喚起す
る一環として他の給付とは異なる負担、例えば3割程度の患者負担を設定するなど
の見直しを行うことが考えられる。この点については、薬剤に着目した負担を設け
ても必ずしも薬剤使用の適正化に結びつかないのではないか、との指摘があった。

このほか、一般用医薬品類似医薬品の取扱いなどの給付のあり方については、医
療保険制度において検討が進められている見直しの内容とも整合性を図る必要があ
る。

(4) 拠出金算定方法の見直し

老人医療費拠出金の算定方法については、平成7年の老人保健法改正法附則の規定
により、3年以内を目途として所要の措置を講ずることとされているが、前述のと
おり基本的には、高齢化の進展に伴う老人加入率の上昇、高齢者の経済能力の向上とい
った老人保健制度を取り巻く環境の変化を踏まえ、医療保険制度における今後の高齢
者の位置付けについて抜本的な措置が講じられる必要がある。

それまでの間の措置として、基本的な見直しの方向を踏まえながら、現行の算定方
法について、老人医療費負担の公平の観点から、関係者の合意を図りつつ、以下の諸
点について、今後引き続き検討を深めることが必要である。

この検討に当たっては、各医療保険の運営状況、老人医療費拠出金の額の動向及び
以下に掲げる見直しを行ったとした場合の各医療保険財政に対する影響を十分に考慮
し、各医療保険の運営に支障が生じないような対応が図られる必要がある。

① 老人加入率上限については、その上限を超える保険者数が多数になっている現状
を踏まえると、老人医療費を国民全体で公平に負担するという老人保健制度の趣旨
に照らして問題があり、その撤廃ないし引上げを視野に入れた見直しを行うことを
検討する必要がある。

② 老人の支払う保険料は、高齢者を社会保障を支える自立した存在として位置付け
ていくという意味から老人医療費の負担に優先的に充てられるべきものと考られ、

また、実態面においても制度創設時と比べ無視できないウェイトを有するに至っている。こうしたことから、拠出金の算定において、まず老人の支払う保険料を老人医療費の負担に充てることにより保険料負担における老人の自助努力を明確にした上で、若年者が高齢者を公平に支える仕組みに改めるという方式の是非について検討する必要がある。

この考え方については、各保険制度ごとに保険料賦課徴収の仕組みが異なること等現行制度の実態を踏まえれば、保険料負担部分は必ずしも一義的には決まるものではないなど方式として理解が得にくいのではないかと、との指摘があった。

- ③ なお、現行の算定方式では、調整の指標として20歳未満の者を含んでいるが、これらの未成年者は一般に稼得能力がないと考えられることから、これらの者を除いた国民全体で負担する、という考え方に改めるという意見もある。

この考え方については、保険料負担能力に着目するのであれば、20歳未満の者だけを除くという考え方は不相当であるとの意見もある。

- ④ その他、医療費の地域間格差を是正するため、医療費適正化努力を促す観点から設けられている調整対象外医療費制度のあり方についても検討する必要がある。

(5) その他の事項

高齢者のニーズに総合的に対応できるような診療科のあり方や、老年医学教育への積極的な取組、療養環境の整備等医療提供体制のあり方について検討する必要がある。

また、診療報酬については、高齢者の心身の特性を踏まえたよりふさわしいものするとともに、その体系を医療費の効率化に資するものとしていくことが必要である。

これらの点については、具体的には、関係審議会等において、検討が進められる必要がある。

新たな高齢者医療制度のあり方について

平成11年8月13日
医療保険福祉審議会制度企画部会

高齢者の医療については、これまで老人保健制度によって、医療保険各保険者が老人保健拠出金を通じ、その費用を共同して負担する仕組みが採られてきたが、近年、老人保健拠出金が急激に増加し医療保険各保険者の運営の圧迫要因となってきたことなどから、現行制度を基本に立ち返って見直し、新たな高齢者医療制度を構築していくことが喫緊の課題となってきた。

こうした事情を背景に、本制度企画部会においても、昨年5月より新たな高齢者医療制度のあり方について審議を重ね、同年11月には「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」をとりまとめた。その際、新たな高齢者医療制度に関する基本的な枠組みについては、大きく分けて高齢者全体の医療をその他の医療から区分し独立した仕組みとすべきとの考え方と、保険者機能を積極的に活かしつつ、国民健康保険（以下「国保」という。）グループ、被用者保険グループの各グループごとにそれぞれ高齢者の医療費を負担すべきとの考え方の2つに加え、さらに後者を基本としつつ、その際、両グループ間に生じると考えられる年齢や所得による負担の不均衡については積極的に調整を図るべきとの考え方に意見を集約した。

その後、本部会では上記の考え方について、制度モデルに基づいた財政試算を行うなど、財政面、実務面の問題点の詳細な検討を行い、意見の一層の集約に向けた努力を重ねてきた。

また、審議の過程で、全国市長会、全国町村会及び国民健康保険中央会から、年齢や職域等で区別することなくすべての者を対象とした医療保険制度を創設するという考え方が示されたので、これについても改めて検討を行った。

その結果、新たな高齢者医療制度のあり方について考え方を一元的に集約するところまでには至らなかったものの、それぞれについて、その意味するところ、問題点等をより明確にできたので、以下改めて報告する。

1. 新たな制度を考えるに当たっての基本的な視点

新たな高齢者医療制度については、昨年11月の意見書でも述べているとおり、効率性、公平性、透明性の観点に十分な配慮をすることが必要であるが、具体的な制度設計に当たっては更に以下の6つの基本的な視点を踏まえる必要がある。

(1) 医療における高齢者の位置付け

高齢者は多くの疾病を併せ持ち、その疾病は一般に慢性的な経過をたどり、完治が困難であるなど若年者とは異なる特性がある。このため、高齢者に対する医療については、一般に予防医学的な側面が重要であり、個々の疾病に対する対応だけでなく、全人的・包括的対応が重要である。また、これらの医療内容の相違だけでなく、一般に高齢者は疾病に罹るリスクが極めて高いという特性を有している。

こうした高齢者の医療の特性に着目し、高齢者の医療と若年者の医療をそれぞれ別の制度的対応とすべきとの考え方がある一方、医療にはもともと個性・特殊性がつきものであり、高齢者医療のみを殊更に特別視して対応することは、かえって一種の高齢者に対する差別を助長することにもなりかねず不適当とする考え方がある。

(2) 税方式中心か社会保険方式中心か

若年者の医療費は保険料と自己負担を主な財源としてこれを賄うべきという点については共通の理解があるが、(1)のような高齢者医療に対する考え方の相違を反映して、高齢者の医療費の負担の方式については2つの考え方がある。

第1の考え方は、高齢者は疾病に罹るリスクが若年者に比べ極めて高いことから、高齢者の医療費については、若年者と同じ社会保険で賄うことは基本的に困難であり、公費（税）を主な財源としてこれを負担する仕組みとするものである。その方が高齢者を含めた国民全体で高齢者の医療費を賄うこととなり、費用負担のあり方としても明確であることから国民の理解を得やすいとする。

ただし、この場合も、全額を公費負担とすると、高齢者が権利として医療を受けるという側面が弱くなることが懸念されることから、社会保険の方式を探り、高齢者も一定の保険料を負担する仕組みとすることが望ましいとされる。

第2の考え方は、高齢者の医療を若年者の医療から殊更に区別すべきでないとする考え方から、高齢者の医療費についても、若年者と高齢者が等しく加入する社会保険の枠組みの中で負担するものである。リスクの異なる者を加入させ、そのリスクをプールすることこそ社会保険の意義があり、高齢者も若年者と同等の立場から社会保険に参加すべきとする。

いずれにせよ、高齢者の医療費については、公費、保険料、そして患者一部負担を含めた三者の適正な負担割合のあり方について真剣な検討が必要である。

(3) 保険集団のあり方

医療費の大部分を公費で賄う仕組みを果たして社会保険とみなしうるかという問題はありますが、高齢者の医療費を社会保険の方式で賄う場合には、どのような者を保険者とするかということが極めて重要である。その際、特に以下のような点に留意することが必要である。

① 保険集団と連帯感

社会保険制度は沿革的に職域で形成され、徐々に地域を単位とした制度も発展して今日に至っているが、これは一つには職域が相扶共済の仕組みの前提となる連帯感の醸成に最も適した集団であることによる。こうした沿革を考えると、新たに保険者を設けるに当たっても、こうした社会保険制度の基礎となる連帯感への十分な配慮がなされるべきであるとの考え方がある。

これに対して、社会保険制度の沿革がどうであれ、むしろ、地域や職域を越えて連帯を普遍化していくことが社会保険の理念にかなうとする考え方がある。

② 保険財政の安定性

保険者は医療費について最終的な財政責任を負っており、将来にわたって安定的な財政運営が可能となるよう財政的自立性を持った主体であることが不可欠である。特に保険集団の規模が小さい場合には、財政運営が極めて不安定になるおそれがあるので、この点についての十分な留意が必要である。

③ 医療費の適正化・効率化（保険者機能の発揮）

今後も医療費の増大が予想される中、医療の質を確保しつつ、その適正化・効率化を図り、被保険者の保険料負担増をできる限り抑制していくことは、保険者の責務である。そのため、保険者は、医療費の適正化・効率化の誘因が生じるような規模及び仕組みとすることが必要である。

④保険者事務の円滑な遂行

保険者は、単に医療の費用負担をするだけでなく、被保険者の適用、保険料の賦課・徴収等の複雑な実務を効率的に執行することが求められる。したがって、新たな保険者は何よりもこうした実務を適切に行い得る者でなければならない。

(4) 制度（保険者）間の負担調整のあり方

複数の保険者がある場合、各保険者間において、被保険者等の年齢構成の相違や所得水準の格差、地域ごとの医療費格差等により、保険料負担の不均衡が生じる可能性が考えられる。

これらの不均衡のすべてが、公平の観点から見て問題であるとは言えないが、被保険者の年齢や所得の相違に基づく負担の不均衡については、何らかの調整を講じ、その是正を積極的に図っていくべきである。

これに対し、多数の保険集団に分立している現状を克服するためには、むしろ保険者の再編・統合を図るべきとの考え方がある。

(5) 世代間の連帯と公平

社会保険としての医療保険制度は、疾病に罹るリスクの高低に関係なく負担能力に基づき医療の費用を負担する仕組みであり、高齢者をその対象とする限り税あるいは保険料のいずれを中心に行うにせよ、リスクの低い若年者からリスクの高い高齢者に対し一定の支援を行う仕組みとならざるを得ない。そうしたことから、世代間の対立を生じることなく将来とも安定的にこうした支援の仕組みを維持していくためには、世代間の連帯感がその基礎としてしっかり根付いていなければならない。

しかし、公的年金制度の成熟化等により、平均的に見れば高齢者の1人当たり可処分所得は若年者とほぼ同水準となり、貯蓄額等資産保有についても高齢者の方が若年者よりもむしろ高い水準になってきたことなどから、近年、若年者の側に高齢者の負担に対する不公平感が高まってきており、世代間の連帯感に驕りをもたらしつつある。このようなことから、新たな高齢者医療制度を考えるに当たっては、老若間の負担面での公平に十分な配慮をしていくことが、特に重要である。

(6) 医療費の適正化・効率化

新たな高齢者医療制度をどのような仕組みとするにせよ、これを将来にわたり安定的に運営していくためには、高齢者医療を中心に医療費の適正化・効率化を図ることが不可欠である。このため、診療報酬体系や薬価基準制度、医療提供体制の見直しを図るほか、生涯を通じた健康管理・疾病予防について総合的な対策を講じるべきである。

また、医療内容や医療費に関する十分な情報開示等を確実に実施し、医療保険制度をめぐる不信感を払拭していくことが求められる。

2. 新たな制度の具体的な枠組みについて

本部会は、以上のような基本的な視点を踏まえ、新たな高齢者医療制度に関する複数の具体的な制度案について検討を行ってきたが、既に述べたように、改革案を一つにとりまとめるには至らなかった。しかし、それぞれの具体的な制度案の考え方について子細に検討をした結果は以下のとおりである。

(1) 公費を主要な財源とし全ての高齢者を対象とした地域単位の新たな医療保険制度を設ける考え方

(全ての高齢者を対象とする新たな医療保険制度の創設)

高齢者は医療内容が若年者とは異なること、一般に疾病に罹るリスクが極めて高いという特性を有していることなどから、若年者とは別に高齢者のみを対象とした新たな高齢者医療保険制度を設ける。

その際、就業構造が流動化している中で、高齢者をサラリーマンのOBである者と自営業者等のOBである者に区別する理由は見出し難いことから、すべての高齢者を被保険者とする。(対象年齢は75歳以上又は65歳以上)

対象となる高齢者は、高齢者の平均余命が伸びていること、対象となる医療費の範囲が縮減されることから、75歳以上の後期高齢者とする。一方、介護保険制度が65歳以上の高齢者を対象としていることから、将来におけるこれとの制度一元化の可能性を念頭に、65歳以上の者とすべきとの考え方がある。

(地域を単位とする保険者)

保険者は、高齢者の生活の場に最も近い基礎的自治体である市町村とするのが適当であるが、財政運営の安定や医療・保健・福祉の基盤整備との関連性にかんがみ、複数の市町村により構成される2次医療圏などを基礎とした広域的な保険者の設置を推進する。

(公費を中心とした費用負担)

高齢者は疾病に罹るリスクが、若年者に比べ高いため、このまま現行の医療保険制度の枠組みの中で高齢者の医療費を賄うとすると、若年者の保険料負担は急増せざるを得ないが、これについて若年者の納得を得ることは基本的に困難である。したがって、高齢者の医療と若年者の医療とを区分し、高齢者の医療には公費(税)を重点投入する。

(社会保険の形式を維持)

高齢者の医療費は、公費(税)を主たる財源とするが、その全額を公費負担とすると高齢者が権利として医療を受けるという側面が弱くなることが懸念される。したがって、新たな制度は社会保険の方式を採り、高齢者が一定の保険料を負担する仕組みとする。

(公費の財源)

公費の主要な財源としては、若年者だけでなく高齢者も公平に負担する消費税を充てることが考えられるが、このほかに、高齢者の資産保有の状況を踏まえ、高齢者の保有する資産の活用や相続財産の活用、更には国有財産の処分、医療費の増加と因果関係の強いたばこ等への課税など幅広い検討を行うべきである。

なお、消費税等を通じた公費負担のあり方は、税制や年金等の社会保障制度のあり方とも関連するので、今後、国民に対し積極的に問題提起を行っていくべきである。

この考え方に対しては、以下のような問題点等の指摘があった。

- 高齢者の医療費の全額を公費負担としても、医療給付の権利性が弱まることにはならない。しかし、高齢者の医療を若年者の医療と切り離し、高齢者の医療制度に対してのみ多額の公費を投入する仕組みは、昭和48年から昭和58年までの間に実施された老人医療費無料化政策の考え方に戻るものであり、高齢者は弱者であるという発想に立つものであること

とから、社会・経済の成熟化が進み、高齢者も社会・経済の担い手であるべき成熟社会の下での医療制度のあり方としてはふさわしくない。

- 新たな高齢者医療制度の対象者を75歳以上の者に絞り込んだ場合でも、例えば、総医療費の9割（＝総医療費から患者一部負担及び保険料を除いた部分）を公費で賄うとすれば、保険料負担が1兆1千億円減となる一方、公費は約1兆5千億円増となり（平成12年度における粗い試算）、財源の見通しもないままこのような大幅な公費負担増を期待することは現実的ではない。
- 高齢者の医療費を消費税で賄うこととした場合、将来の消費税負担は相当高水準となることが予想されるが、年金・介護保険制度に係る公費負担との関係も含め、国民経済全体から見てこのような負担が吸収可能かどうかについて十分な検討が必要であり、このような検討なしに公費負担増を安易に認めるのは問題である。
- 医療費財源の大部分を公費（特に国費）に依存する制度では、給付と負担の関係が一体として捉えられないため、保険者に医療費適正化の誘因が生じにくく、医療費の効率化がほとんど期待できない。

(2) 国保グループとは別に被用者保険グループの高齢者のみを対象に新たな医療保険制度を設ける考え方

(被用者保険グループOBの高齢者を対象とした新たな医療保険制度の創設)

国保グループOBの高齢者と被用者保険グループOBの高齢者とは、生活実態や所得形態が異なり、両者を同一制度に含め同じ保険料基準を適用することは公平ではないこと、被用者保険グループOBの高齢者に対して支援するのであれば、若年被用者からも負担について納得が得やすいことから、被用者保険OBの高齢者のみを対象とする新たな医療保険制度を設ける。(対象者は被用者年金受給者)

新たな医療保険制度の対象者は、過去に一定期間以上の被用者年金加入期間を有する被用者年金の受給者とする。

(全国一本の民営保険者)

保険者は、被用者OBの高齢者が住所地等を変えた場合にも、適切にその適用、保険料徴収等を行う必要があることから、全国一本の保険者とする。また、保険者は、現在進められている行政改革の趣旨及び医療費適正化努力を高める観点から民営の保険者とする。

(社会保険方式による費用負担)

新たな医療保険制度の被保険者となった高齢者は、被用者保険の保険料負担の額を参考として保険料を支払うが、高齢者の医療費を賄うのに不足する部分は、被用者保険制度に加入する若年者が負担することにより、社会保険方式による費用負担の仕組みを基本的に維持する。ただし、その際、高齢者の医療費に対して少なくとも現行制度と同程度の公費負担を行う。

(公費による制度間の負担の不均衡の調整)

各グループでそれぞれの高齢者の医療費を負担する仕組みとすることから、現行制度と比べ、高齢者割合が低い被用者保険グループの保険料水準が低下する一方、その割合の高い国保グループの保険料水準が上昇することが予想される。

このような場合には、制度（保険者）間で直接的な負担の調整を行うのではなく、国保グループと被用者保険グループの高齢者比率の違いに着目して公費を重点配分することにより両グループ間の負担の調整を行う。

この考え方に対しては、以下のような問題点等の指摘があった。

- 就業構造が流動化している中で、高齢期となってからも被用者而非被用者を区分して医療費を賄うことは、社会連帯の理念から見て、現行の老人保健制度よりも後退を意味する。
- 公平の観点からも、被用者年金の加入期間が一定期間以上の者のみ新たな制度の対象とし、この期間を満たさない者の医療費は全て国保グループの負担とする点は問題である。
- 保険者は民営としているが、退職後の転居等に応じた被保険者の住所管理が可能か、年金からの保険料の天引きが可能か等事務処理体制について詳細な検討が必要である。
- 保険者は全国一本としているが、医療費の地域格差が保険料率に反映されなくなり、保険者の医療費適正化・効率化努力はほとんど期待できない。

(3) 現行の保険者を前提とし保険者の責によらない事由（特に年齢構成）に基づく各グループ（保険者）間の負担格差についてはいわゆるリスク構造調整を行う考え方

(現行の保険者を前提に全年齢を対象としたリスク構造調整)

現行の老人保健制度は、70歳以上の高齢者の加入割合のみに着目して制度（保険者）間の負担の不均衡の調整を行う制度となっているが、これに代わり、全年齢を対象として各保険者間の年齢構成の相違による負担の不均衡を調整する。

これにより、現行の保険者を前提としつつ、全年齢リスク構造調整（具体的な仕組みについては、参考を参照）を行えば、個人はどの制度（保険者）に属していたとしても、年齢構成の相違により負担に格差を生じることがないという公平性を実現することができる。また、実際にかかった医療費ではなく、一定の基準医療費を設定（例えば全国平均の年齢階級別医療費）して調整するため、各保険者に医療費適正化の誘因が働き、効率性が確保される。

(リスク構造調整の対象)

具体的にリスク構造調整を行うに当たっては、医療費総額は、保険料・公費（税）・患者一部負担の三者を財源とするが、実現可能な三者の比率を基礎にして、保険料部分について全制度（保険者）間における年齢リスク構造調整を行う。

なお、国民の間に所得捕捉に対する抜き難い不平等感が存在するため、差し当たり所得構造調整は行わず、国保等に対する所得調整のための公費（税）投入は維持する。

この考え方に対しては、以下のような問題点等の指摘があった。

- 我が国では、国保グループと被用者保険グループで、所得形態、所得捕捉や財源構成の実態等根本の部分が異なっており、両グループ間で年齢構成の相違によるリスク構造調整のような保険者間の調整を実施することは、納得できない。

(4) 現行の医療保険制度を一本化して新たな医療保険制度を設ける考え方

(現行の医療保険制度を一本化)

将来にわたって安定した医療保険制度を確立するためには、就業構造の変化や急速な高齢化の進行等により一層深刻化する被用者保険と国保の給付と負担の不均衡を解消する必要がある。そのため、都道府県又は国を新たな保険者として現行制度を一本化し、被用者か否か、あるいは高齢者か若年者かで区分することなく、すべての者を対象とした新たな医療保険制度を設ける。

この考え方に対しては、以下のような問題点等の指摘があった。

- この考え方は、将来の医療保険制度のあり方としては有力な選択肢の一つであるが、新たな保険者をどうするか、五千以上の既存保険者の取扱いをどう考えるか、保険料の事業主負担の位置付けをどうするか、所得形態、所得捕捉の実態が異なる被用者と自営業者に同じ保険料基準を適用することをどう考えるかなど、社会保険制度の根幹に関わる問題があり、平成12年度を目途とした当面の具体的改革案の一つとすることは適当でない。
- 保険集団構成員の連帯感や保険制度運営の効率性という観点から制度の完全一本化は適当ではない。

3. 高齢者の負担について

(1) 高齢者の患者一部負担について

平成10年国民生活基礎調査によれば、高齢者世帯の1人当たりの可処分所得は182.9万円となっており、これは全世帯平均の187.4万円とほぼ同水準である。また、平成10年貯蓄動向調査報告によれば、60歳以上の者が世帯主である世帯の貯蓄額は平均で2000万円を超えるなど、若年者世帯に比べ高水準となっている。このように、平均的に見れば高齢者の所得や資産の額が大きくなる中で、近年、保険料負担が増加傾向にある若年者の側に、自分たちよりも負担が軽減されている高齢者に対する不公平感が高まっているが、世代間の連帯感を引き続き維持していくためには、高齢者と若年者の負担面での公平を十分考慮する必要がある。

また、急速な高齢化の進行に伴い、今後高齢者の医療費の増加が不可避な一方、低成長経済下で若年者の負担が更に重くなることを考えれば、公的医療保険でカバーする医療費についても極力適正化・合理化を図っていく必要がある。このため、高齢者にも応分の患者一部負担を求めるなど、高齢者が医療についてコスト意識を持てるような仕組みとすることが不可欠である。

これらを踏まえた場合、当面、高齢者については診療に要した医療費の1割程度の患者一部負担を求めることが必要である。ただし、高齢者の中でもひとり暮らしや女性については、所得の低い者の割合が高いなど所得や資産保有の状況は、個人差も大きいことから、低所得者については、過大な負担にならないよう特段の配慮をすべきである。

具体的な高齢者の患者一部負担については、若年者と同様に高齢者の医療についてもコスト意識を重視する観点及び介護保険制度との均衡を図る観点からは、定率負担が適当であるとするのが大方の意見であった。一方、特に外来患者の定率負担については、医療機関等の窓口での負担が予測できないこと、重症患者ほど高額な負担を強いられる等安心して医療が受けられないおそれがあること、過度な受診抑制が生じる懸念があること等から、若年者と著しく異なる高齢者の心身の特性に配慮し、定額制、定率制それぞれの長所・短所を比較した上で慎重に検討すべきとの意見があった。

なお、定率負担とした場合に窓口での負担が予測できないことは、若年者も同様であり、高齢者に対する定率負担を不相当とする理由にはならないとの指摘があった。

(2) 高齢者の保険料負担のあり方

現行制度においては、高齢者は、適用されている医療保険制度の相違により保険料負担のない者から保険料負担をしている者まで様々である。

新たな高齢者医療保険制度を設ける場合には、若年者との負担の均衡を考慮し、高齢者についても被用者保険の保険料負担額を参考とした保険料を負担すべきとの考え方がある一方、高齢者

の負担能力に配慮し、高齢者に対する負担は一部負担と保険料を合わせて医療費の一定率以下の水準にすべきとの考え方がある。

本部会としては、以上のとおり、新たな高齢者医療制度のあり方について、6つの基本的な視点に拠りながら、考え得る具体的な制度案とその問題点について考え方をとりまとめた。今後、政府においては、本部会の検討結果に対する国民の意見等を踏まえ、新たな高齢者医療制度の具体案について成案を得、平成12年度の診療報酬制度、薬価基準制度等の抜本改革に合わせて、速やかにその実現を図るよう強く望むものである。

健康保険法等の一部を改正する法律案及び医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議
(平成12年11月30日 参議院国民福祉委員会付帯決議) (抄)

政府は、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 1 抜本改革の重要な柱である老人保健制度に代わる新たな高齢者医療制度等の創設については、早急に検討し、平成14年度に必ず実施すること。その際、制度の効率化に努めるとともに、年金制度、介護保険制度など関連する制度との整合性や連携等を図りつつ、患者や国民の負担等を考慮して、低所得者対策を充実するなどの検討を総合的に進めること。
また、生涯を通じた健康づくり、特に女性の生涯にわたる健康に関する政策の推進と老人医学・予防医学の研究を進め、健康寿命の延伸をめざすこと。

(H14年度) (H15年度) (H16年度) (H17年度) (H18年度) (H19年度) (H20年度)

【H14法改正】

3割負担の
実施

75歳以上・公費1/2（段階的に実施）

<10月>
制度改正が
完成

<3月>

「基本方針」の策定

保険者の再編・統合

- 国保
広域化の推進や事業の共同化の推進
- 政管健保
都道府県単位の財政運営の導入に向けた基盤整備
- 健保組合
・規制緩和等を通じた規模拡大や小規模・
財政窮迫組合の整理
・事業所単位で選択・加入できる新たな法人の検討

都道府県単位を軸
とした保険運営

「新しい高齢者
医療制度」を含
む制度改革

制度を通じた年齢
構成や所得に着目
した負担の公平化

制度の一元化（給付と負担の公平化）

【今後の改革の道筋】

「医療保険制度の体系の在り方」

(厚生労働省試案の考え方)

目 標

人口構成、就業構造などの構造変化に柔軟に対応し、経済状況とも均衡のとれた、安定的で持続可能な医療保険制度

医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平

※制度を通じた給付の平等・負担の公平を推進することにより医療保険制度の一元化を目指す。

対応の方向

- ・ 保険者の財政的安定を確保するとともに、地域の医療提供のまともに見合った保険者となるよう保険者を再編・統合
- ・ 保険者の年齢構成や所得の相違に基づく保険料負担の差異を是正
- ・ 高齢者世代と若年者世代との世代間の負担の公平

制度改革

保険者の再編・統合

新しい高齢者医療制度を含む制度改革

※「基本方針」の策定後、概ね2年を目途として改革に着手。

それまでの間においても、可能な限り保険者の再編・統合を推進。

※「75歳以上、公費5割」の姿が完成した段階において改革の実現を目指す。

「医療保険制度の体系の在り方」について

1. 保険者の再編・統合

- 被用者保険、国保それぞれについて、保険者の財政基盤の安定を図るとともに保険者としての機能を発揮しやすくする。
- 都道府県単位を軸として保険者を再編・統合。
 - ① 保険者として安定的な運営ができる規模が必要
 - ② 各都道府県において医療計画を策定
 - ③ 医療サービスがおおむね都道府県の中で提供されている実態
- 保険者・医療機関・地方公共団体などの関係者が、都道府県単位で連携して質の高い効率的な医療を提供できるような取組み

約5000の保険者に分立

- 国保：小規模保険者が多数存在（3000人未満が約37%）
- 政管健保：約3600万人の加入者を有する全国一本の保険者
- 組合健保：小規模・財政窮迫組合が多数存在

国保

- 都道府県を単位とする保険運営
- 保険料徴収等の事務は市町村で実施するが、保険者の新たな枠組みとしては都道府県又は公法人

政管健保

- 都道府県を単位とした財政運営を導入
- 都道府県ごとの保険料率の設定

健保組合

- 小規模、財窮組合の再編・統合
- 再編・統合の新たな受け皿として都道府県単位の地域型健保組合を設立

※ 都道府県単位を軸とした保険運営

2. 新しい高齢者医療制度を含む制度改革

基本的考え方

- 制度運営の責任主体が不明確な老人保健制度を廃止し、制度運営に責任を有する主体を明確化。
- 個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を維持。
- 「75歳以上の者に係る給付費の5割を公費負担とする」という原則を維持。

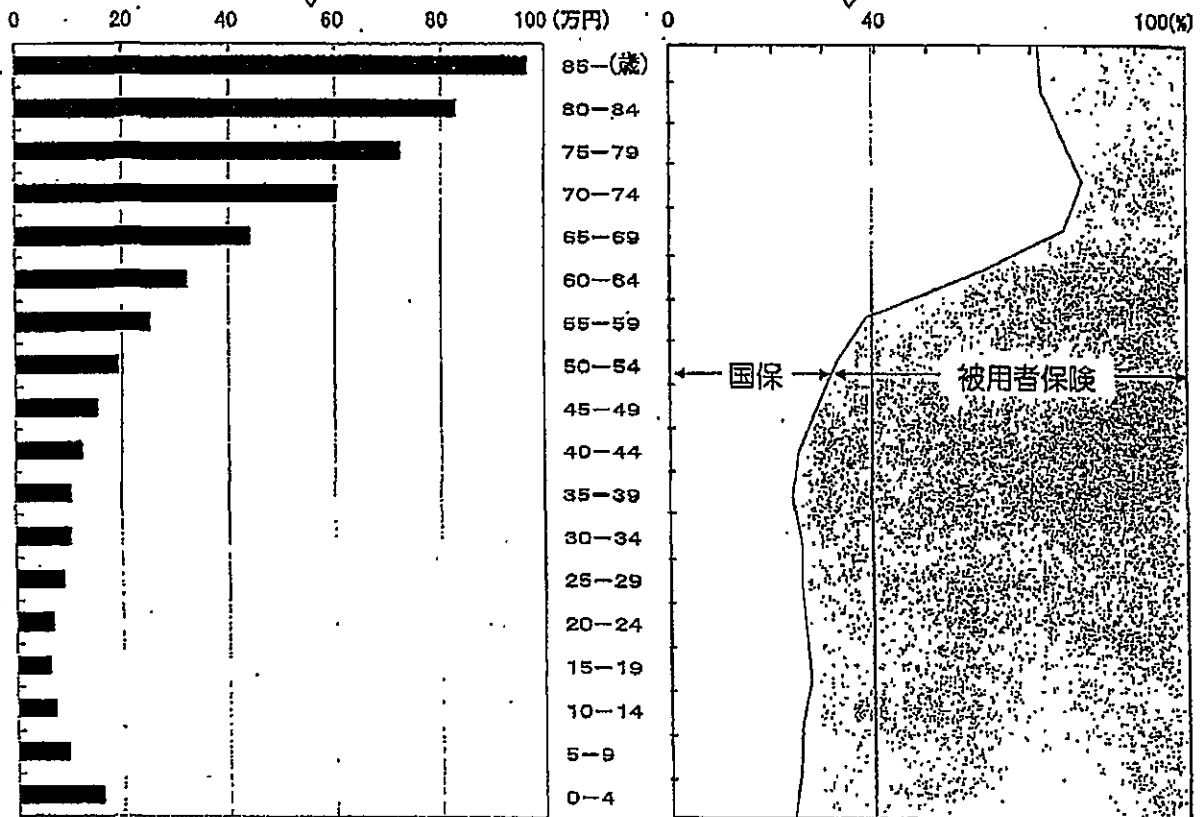
1人当り医療費が60歳代から急激に上昇

被用者保険と国保の間に年齢構成の不均衡

年齢構成に着目して制度間の調整を実施

年齢階級により
1人当り医療費
に格差

被用者保険と国保
の間に年齢構成の
不均衡



2つの試案のねらい

A

<制度を通じた年齢構成や所得に着目した財政調整を行う案>

【構造変化に対応する安定性】

○全ての年齢にわたって調整することにより、少子高齢化や就業構造の変化など今後見込まれる構造変化にも柔軟に対応。

【保険料負担の公平】

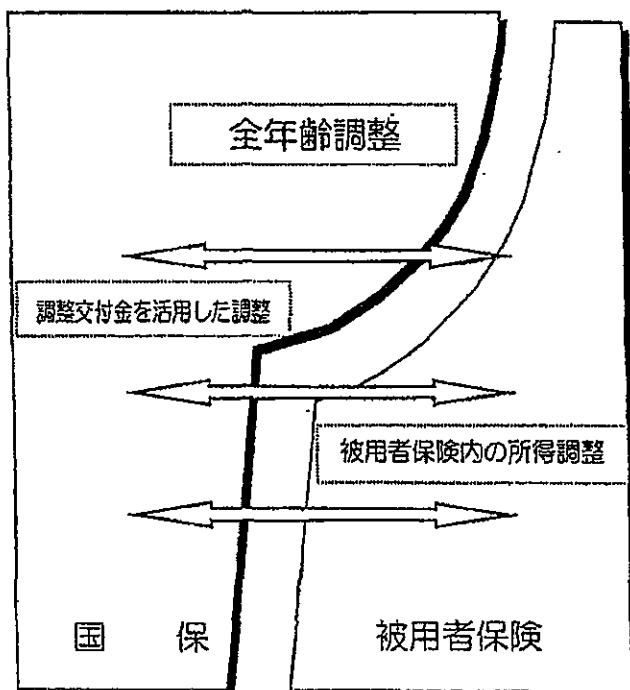
○年齢構成や所得について調整を行うことにより被保険者間の保険料負担を公平化。

【医療費効率化への取組】

○年齢・所得調整を行っても生じる保険料負担の格差は、地域の医療の実情や保険者努力を反映したものとなることから、保険者や地域における医療費の効率化も促す仕組み。

【制度運営責任】

○各保険者が若年者から高齢者まで一貫して保険給付を行うことにより、制度運営の責任主体が明確化。



<後期高齢者に着目した保険制度を創設する案>

【後期高齢者に着目した対応】

○医療費が高く、年齢構成の不均衡が顕著に現れ、かつ、ほとんどが地域を中心として生活している後期高齢者(75歳以上)に着目。

【高齢者の応分の負担と世代間の負担の公平】

○後期高齢者の自立を基本として、一人ひとりに応分の保険料負担を求めることにより、高齢者世代内の負担の公平を図るとともに、高齢者と若年者の世代間の負担の公平を実現。

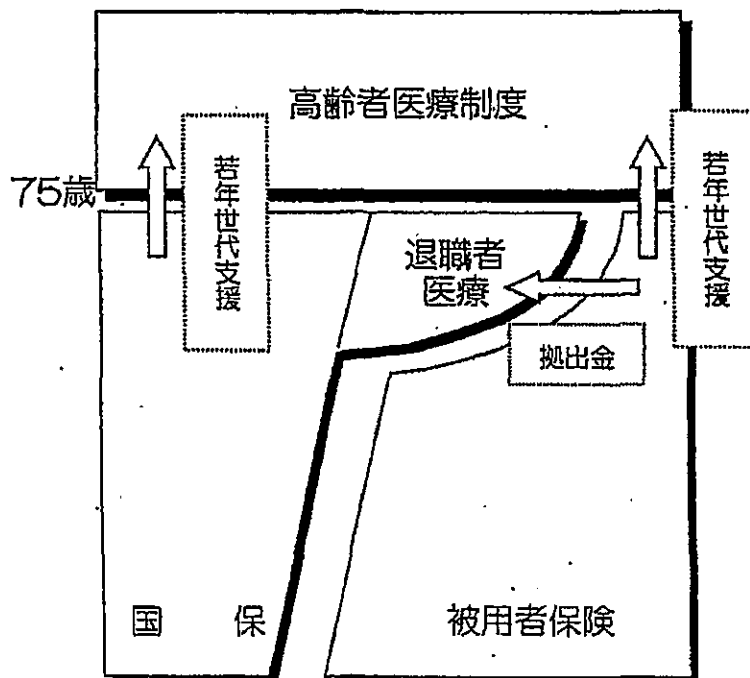
【高齢者の生活実態に合わせた保険運営】

○後期高齢者の疾病特性、生活実態、地域の実情に応じた医療が実施しやすい仕組み。

【制度運営責任】

○全ての後期高齢者を対象とした制度を設けることにより、高齢者医療を担う制度運営の責任主体が明確化。

※ 退職者医療制度は存続。併せて、中高年齢層が国保に偏在するという問題への対応や国保の低所得者についての費用負担の在り方について検討。



健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針について
(平成15年3月28日閣議決定) (抄)

3 高齢者医療制度

(1) 基本的な方向

個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を維持する。

年金制度の支給開始年齢や介護保険制度の対象年齢との整合性を考慮し、また、一人当たり医療費が高く、国保、被用者保険の制度間で偏在の大きいことから、65歳以上の者を対象とし、75歳以上の後期高齢者と65歳以上75歳未満の前期高齢者のそれぞれの特性に応じた新たな制度とする。

これに伴い、老人保健制度及び退職者医療制度は廃止し、医療保険給付全体における公費の割合を維持しつつ、世代間・保険者間の保険料負担の公平化及び制度運営に責任を有する主体の明確化を図る。

現役世代の負担が過重なものとならないよう、増大する高齢者の医療費の適正化を図る。

この方向に沿った(2)のような制度の骨格を基本とし、今後、これを軸として検討を更に深める。

(2) 具体的な方向

後期高齢者については、加入者の保険料、国保及び被用者保険からの支援並びに公費により賄う新たな制度に加入する。

新たな制度の保険者については、後期高齢者の地域を基盤とした生活実態や安定的な保険運営の確保、保険者の再編・統合の進展の状況等を考慮する。

なお、国保及び被用者保険からの支援については、別建ての社会連帯的な保険料により賄う。

前期高齢者については、国保又は被用者保険に加入することとするが、制度間の前期高齢者の偏在による医療費負担の不均衡を調整し、制度の安定性と公平性を確保する。その際、給付の在り方等についても検討する。

高齢者については、現役世代との均衡を考慮した適切な保険料負担を求める。

後期高齢者に公費を重点化するという改正法の考え方を維持する。

高齢者について、医療給付と介護給付が適切かつ効率的に提供されるようにするとともに、自己負担の合算額が著しく高額になる場合の負担の軽減を図る仕組みを設ける。

高齢者の一人当たり医療費が現役世代と均衡のとれたものとなるよう、国、都道府県、地域の関係者等の取組を一層推進するとともに、保健、医療、介護等の連携による各サービスの効率化等を進め、医療費の適正化を図る。

IV 新たな高齢者医療制度の創設 ～高齢者に係る医療費負担の公平化・透明化～

高齢者の心身の特性、生活実態等を踏まえ、新たな高齢者医療制度を創設する。具体的には、75歳以上の後期高齢者の医療の在り方に配慮した独立保険を創設するとともに、65歳から74歳の前期高齢者については、予防を重視して国保・被用者保険といった従来の制度に加入しつつ、負担の不均衡を調整する新たな財政調整の制度を創設する。

（1）後期高齢者医療制度

（概要）

後期高齢者の保険料（1割）、国保・被用者保険からの支援（約4割）及び公費（約5割）を財源とする新たな独立保険を創設する。また、併せて所要の患者負担を設けるものとする。

後期高齢者の医療給付費について、後期高齢者の保険料、国保・被用者保険からの支援と公費の負担割合を明確化することにより、負担関係の透明化を図ることとする。また、世代間の負担の公平化の観点から、今後、後期高齢者の増加等を勘案して、後期高齢者の保険料総額の負担割合を高めていくことにより、現役世代の負担の軽減が図られる仕組みとする。

（運営主体）

- 高齢者のほとんどが地域を生活基盤としている実態等を考慮し、地域保険とした上で、安定した保険運営を確保するため、国・都道府県・市町村が重層的に役割を果たす。
- 運営主体は市町村とした上で、財政リスクを分散・軽減するため、次のような保険運営の安定化措置を講ずる。
 - ・ 2年を単位とした財政運営の導入
保険運営について2年を単位とした財政運営を導入する。
 - ・ 保険基盤安定制度
低所得者について、保険料軽減制度を設け、軽減分を公費で支援する。
 - ・ 高額医療費再保険事業
高額な医療費に係る都道府県の再保険事業、特に高額な医療費に係る全国レベルの再々保険事業を実施する。
 - ・ 財政安定化支援事業
都道府県において、国、都道府県及び市町村の拠出の下、基金を設置し、保険料の未納、給付の見込み違い等に対し、貸付・交付を行う。
 - ・ 保険料の特別徴収（年金天引き）
保険料について、年金からの特別徴収（年金天引き）を実施する。
- 国保同様、都道府県が市町村に対する指導権限を有することとする。

（費用負担）

- 後期高齢者一人ひとりに、応益+応能の保険料負担を求める。保険料水準は、保険料総額が医療給付費の1割となるよう定める。低所得者には、適切な軽減措置を講ずるなど、現行の国

保における保険料の仕組みを踏まえて制度を設計する（平均的には保険料水準は現行制度とほぼ同じで、年間7万円程度となる）。

医療給付費の1割という保険料総額の負担割合については、施行後5年を目途に、後期高齢者の増加や国保・被用者保険の保険料水準等を勘案して、改定する。

- 国保及び被用者保険の各保険者は、その加入者数に応じて後期高齢者医療支援金（仮称）を負担する。後期高齢者医療支援金（仮称）の負担割合は、医療給付費から公費と高齢者の保険料を控除した割合（医療給付費の約4割）とするが、今後、高齢者の保険料総額の負担割合が高まるのに応じて低くなる仕組みとする。

- 患者負担については、現行どおり1割の定率負担とする。

ただし、現役並みの所得を有する者については、3割負担とする。（※平成18年10月目途より先行して実施）

なお、9ページに記載のとおり別案あり。

医療保険及び介護保険の自己負担合算額が著しく高額になる場合の負担軽減をする仕組み（高額医療・高額介護合算制度）を設ける。（前述）

- 公費負担については、老人保健制度と同様とする（給付費の5割等）。また、市町村国保・政管からの後期高齢者医療支援金（仮称）については、老健制度と同様の公費負担を設ける。さらに、国及び都道府県において、公費の一部を用いて、保険者間の年齢格差に起因する医療費格差及び所得格差を調整する。これにより、保険料の水準は、基本的に後期高齢者の医療費に連動する形とする。

（後期高齢者の診療報酬）

- 後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬体系とすることとし、具体的には、特に次の点に重点的に配慮する。

- ・ ターミナルケアの在り方についての国民的な合意の形成を踏まえた終末期医療の評価
- ・ 在宅における日常的な医学管理から看取りまで常時一貫した対応が可能な主治医の普及
- ・ 在宅での看取りまでの対応を推進するための、医師、看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、訪問介護員（ホームヘルパー）等の連携による医療・介護サービスの提供
- ・ 在宅医療の補完的な役割を担うものとしての、入院による包括的なホスピスケアの普及

（2）前期高齢者医療制度

（概要）

前期高齢者については、国保・被用者保険といった従来の制度に加入することとするが、その給付費（前期高齢者に係る後期高齢者医療支援金（仮称）を含む。）については、各保険者の加入者数に応じて負担する財政調整を行うことにより、国保・被用者保険の負担の不均衡を是正する。

ただし、著しく医療費が高い部分について、財政調整の対象外とする。

また、現行制度においては、退職者医療制度の対象者の給付費等については公費負担がなされず、政府管掌健康保険が負担する退職者医療拠出金についても国庫負担がなされていないが、新たな制度においては、従来の退職者医療制度の対象者を含め国保の給付費等について公費負担を行うとともに、政府管掌健康保険が負担する財政調整に要する費用についても給付費等と同様の国庫負担を行う。

(保険料の特別徴収(年金天引き)の実施)

- 国保加入の65歳以上の前期高齢者も対象とする。

(患者の負担)

- 患者負担については、新たな高齢者医療制度の創設と併せて、平成20(2008)年度より2割の定率負担とする。

ただし、現役並みの所得を有する者は3割負担とする。(※70歳以上の現役並みの所得を有する者の負担の引上げについては、平成18年10月目途より先行して実施)

なお、9ページに記載のとおり別案あり。

後期高齢者と同様の高額医療・高額介護合算制度を設ける。(前述)

(3) 新制度発足の際の経過措置

- 現行制度における費用負担からの円滑な移行を図るため、平成26(2014)年度までの間における65歳未満の退職被保険者等を対象として、当該被保険者等が65歳に達するまでの間、経過的に現行の退職者医療制度を存続させる。

医療保険制度改革について（意見書）

（平成17年11月30日 社会保障審議会医療保険部会）（抄）

IV. 新たな高齢者医療制度の創設

1. 後期高齢者医療制度

（1）基本的な枠組み

- 高齢者の医療制度について、現行の老人保健制度を廃止し、高齢者の保険料、社会連帯による相互扶助の考え方に基づく国保及び被用者保険からの支援並びに公費を財源とする新たな独立した制度を創設すべきという意見が多かった。
- ただし、被用者保険の加入期間が長期にわたる退職者をそれぞれの被用者保険が支える新たな制度を創設すべきとの意見もあった。

（2）被保険者

- 独立した高齢者の医療制度を創設する場合の被保険者は、高齢者の生活実態、経済的地位、心身の特性及び支え手を増やすなどの観点から、75歳以上の者とすべきとの意見がある一方、年金制度等との整合性や、75歳以上とした場合には65歳～74歳の者について保険者間の財政調整を行う仕組みは制度が複雑になるなどの観点から、65歳以上の者とすべきとの意見があった。

（3）運営主体

- 運営主体については、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合の方向性に沿って考えるべきであるが、具体的には、市町村をベースとした広域連合等を活用すべきとの意見、公法人とすべきとの意見、都道府県とすべきとの意見、国とすべきとの意見があった。
- 一方、保険者を誰にするにしても、適用・徴収は市町村が実施すべきである。また、保険料を年金から徴収する仕組みを設けるとともに、保険リスクを広域単位でできる限り軽減すべきである。さらに、高齢者の保険料について統一的な保険料を設定すべきとの意見や、近い将来に都道府県単位での財政運営への展望を示すべきとの意見があった。

（4）費用負担

- 高齢者の保険料負担については、低所得者に対する適切な軽減措置を講ずるなど、現行の国保における保険料の仕組みも勘案して制度設計すべきである。
- 国保及び被用者保険からの支援については、加入者数に応じた負担とすべきとの意見が多かったが、所得にも着目した負担とすべきとの意見、稼得年齢を考慮して例えば20歳以上とすべきとの意見や世代間扶養という趣旨を勘案すれば40歳以上とすべきとの意見、調整された加入者数ではなく、介護保険同様、実加入者数に応じた負担とすべきとの意見があった。

（5）高齢者の診療報酬

- 高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬体系とし、高齢者医療の質を向上させるよう十分配慮すべきである。
- また、高齢者の診療報酬の設定に当たっては、老年疾患の重症化予防の観点も踏まえつつ、

リハビリテーション等による身体機能の維持、生活の質（ＱＯＬ）の保持・向上等に十分配慮すべきである。

2. 前期高齢者医療制度

（1）保険者間の負担の不均衡の是正

- 独立した高齢者の医療制度の対象を75歳以上とする場合においては、前期高齢者について保険者間の財政調整を行うことが必要となる。一方、保険者間の財政調整は法制的にも問題があり、保険者の自主性・自律性を損なうものであることから、反対との意見もあった。
- これに関しては、制度が複雑になることなどから、前述のとおり、独立制度の対象を65歳以上にすべきとの意見がある一方、所得格差を考慮した十分な調整を行うべきであり、対象年齢も退職時又は55歳程度にまで引き下げるべきとの意見があった。

（2）退職者医療制度

- 退職者医療制度については、保険者間の財政調整を拡大するものであり、現行制度からの円滑な移行を図るための経過措置として一定期間存続させることについても反対との意見がある一方、経過措置ではなく恒久措置として存続させるべきとの意見があった。

IV. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

1. 新たな高齢者医療制度の創設（平成20年度）

75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。

あわせて、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する。

(1) 後期高齢者医療制度（75歳以上）

(運営の仕組み)

運営については、保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行う。

広域連合の財政リスクの軽減については、国・都道府県が共同して責任を果たす仕組みとする。このため、広域連合に対する高額な医療費等についての国・都道府県による財政支援、国・都道府県も拠出する基金による保険料未納等に対する貸付・交付の仕組みを設ける。また、保険料の年金からの特別徴収（天引き）を導入する。

(財源構成等)

財源構成は、患者負担を除き、公費（約5割）、現役世代からの支援（約4割）のほか、高齢者から広く薄く保険料（1割）を徴収する。被用者保険の被扶養者であった高齢者の保険料の負担については、必要な経過措置を講ずる。

現役世代からの支援は、国保・被用者保険の加入者数に応じた支援とする。

世代間の負担の公平を維持するため、人口構成に占める後期高齢者と現役世代の比率の変化に応じて、それぞれの負担割合を変えていく仕組みを導入する。これにより、高齢者の保険料による負担割合（1割）は高まり、現役世代の支援の割合は、約4割を上限として減っていくことになる。

(患者負担)

75歳以上の後期高齢者については、1割負担（ただし、現役並みの所得を有する者は3割負担）とする。

(後期高齢者医療制度にふさわしい診療報酬体系)

後期高齢者医療制度の創設に当たっては、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する。新たな体系においては、終末期医療の在り方についての合意形成を得て、患者の尊厳を大切にされた医療が提供されるよう、適切に評価する。また、地域の主治医による在宅の患者に対する日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応を評価する。

(2) 前期高齢者医療制度（65歳～74歳）

（調整の仕組み）

65歳から74歳の前期高齢者については、国保・被用者保険の従来の制度に加入したまま、前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整する仕組みを創設する。

（患者負担）

70歳未満の者については、これまでと同様に3割負担とし、70歳から74歳の者については、2割負担（ただし、現役並みの所得を有する者は3割負担）とする。その際、1割負担から2割負担となる70歳から74歳までの低所得者については、自己負担限度額を据え置く措置を講ずる。

（経過措置）

現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる。

(3) その他

（乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大）

高齢者医療制度の創設に併せて、乳幼児に対する自己負担軽減（2割負担）の対象年齢を3歳未満から義務教育就学前までに拡大する。

（自己負担合算制度の創設）

医療保険及び介護保険の自己負担合算額が著しく高額になる場合に負担を軽減する仕組みを設ける。

なお、障害者自立支援法のサービスに係る利用者負担と調整する仕組みの在り方については、今後の検討課題とする。

（後期高齢者医療制度についての意見交換の場の設置）

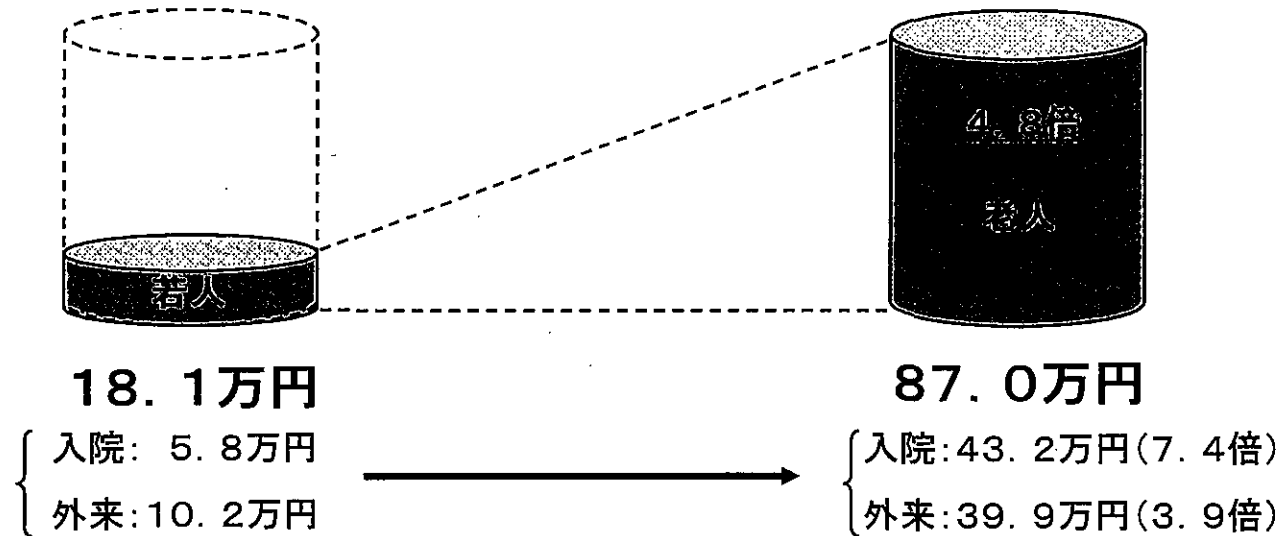
後期高齢者医療制度の運営に当たっては、広域連合と医療保険者等との間の意見交換の場を設ける。

公平の観点からの新制度の枠組みに関する論点

老人の一人当たり医療費は、若人の約5倍

○ 老人の1人当たり医療費(老人保健制度に係る医療費)は87.0万円となっており、若人(老人以外の者)の1人当たり医療費18.1万円の4.8倍となっている。

【1人当たり医療費の若人との比較(平成19年度)】



(資料)「老人医療事業年報」等より

注1: 入院は、入院時食事・生活療養費を含み、外来は、入院外(医科)及び薬剤の支給の合計である。

注2: 医療費には、入院、外来の医療費の他、歯科、訪問看護及び柔道整復師の施術等の療養費払いの医療費が含まれる。

現行の医療保険制度の比較

	後期高齢者医療制度	市町村国保	被用者保険
保険者数(H21.3末)	47(都道府県単位)	1788(市町村単位)	1576
加入者数 (H21.3末)	1,346万人	3,597万人	7,419万人 (被保険者 3,985万人) (被扶養者 3,434万人)
加入者平均年齢 (H20.9末)	81.8歳	49.2歳	34.8歳
平均所得(総報酬) (H20年度)	加入者1人当たり旧但し書き所得 73.7万円	加入者1人当たり旧但し書き所得 78.9万円	被保険者1人当たり総報酬 485万円 加入者1人当たり総報酬 261万円 (参考)平均総報酬に相当する加入者1人 当たり旧但し書き所得 162万円
加入者一人当たり 医療費(H20年度)	86.3万円	28.2万円	13.6万円
加入者一人当たり 保険料(H20年度)	6.5万円	8.3万円	19.3万円
加入者一人当たり 高齢者支援金	—	4.3万円 (上記のうち、市町村国保は約5割、協会けんぽは16.4%の公費負担がある)	
加入者一人当たり 前期納付金	—	—	3.6万円

- (注1) 数値はいずれも平成20年度の速報値である。ただし、共済組合の被保険者1人当たり総報酬、加入者1人当たり総報酬及び被保険者1人当たり保険料額は平成19年度の確定値を用いている。また、加入者一人当たり前期納付金は、被用者保険の平成21年度賦課ベースの前期納付金を平成21年度賦課ベースの総加入者見込み数で除して得た額である。
- (注2) 後期高齢者医療制度及び被用者保険の加入者1人当たり医療費は、審査支払機関における審査分の医療費である(療養費等を含まない)。
- (注3) 加入者1人当たり保険料額は、後期高齢者医療制度は平成20年9月時点の保険料調定額(但し、被用者保険の被扶養者であった方の所得は算入されていない)、市町村国保は平成20年度における現年分保険料調定額であり、被用者保険は決算における保険料額を基に推計している。また、保険料額には介護分を含んでいない。
- (注4) 後期高齢者医療制度の加入者1人当たり旧但し書き所得の分母には、所得不詳の者を含む。

現行の医療保険制度の比較

	後期高齢者医療制度	市町村国保	被用者保険
決算状況 (平成20年度)	(収入) 保険料 0.8兆円 公費 4.8兆円 高齢者支援金 4.1兆円 (支出) 保険給付 9.5兆円 (注) 平成20年度決算は11ヶ月分	(収入) 保険料 2.8兆円 公費 4.3兆円 前期交付金等 3.3兆円 (支出) 保険給付 8.3兆円 高齢者支援金 1.4兆円	(収入) 保険料 14.4兆円 公費 0.9兆円 (支出) 保険給付 8.8兆円 高齢者支援金 2.8兆円 前期納付金等 3.4兆円
保険料の 仕組み	○ 都道府県単位で料率設定 【低所得者の保険料の軽減】 低所得者に対して、保険料の均等割額の9割、8.5割合、5割、2割を軽減、所得割額の5割を軽減	○ 市町村単位で料率設定 【低所得者の保険料の軽減】 低所得者に対して、保険料の応益割額の7割、5割、2割を軽減	○ 被用者保険者単位で料率設定 ※ 事業主負担が発生するため、自己負担額は保険料額の半分
窓口負担	【窓口負担割合】 1割負担(現役並み所得者は3割) 【高額療養費】 44,400円	【窓口負担割合】 3割負担(70歳以上は1割負担) 【高額療養費】 80,100円+医療費×1%	【窓口負担割合】 3割負担(70歳以上は1割負担) 【高額療養費】 80,100円+医療費×1%

被用者保険者の比較

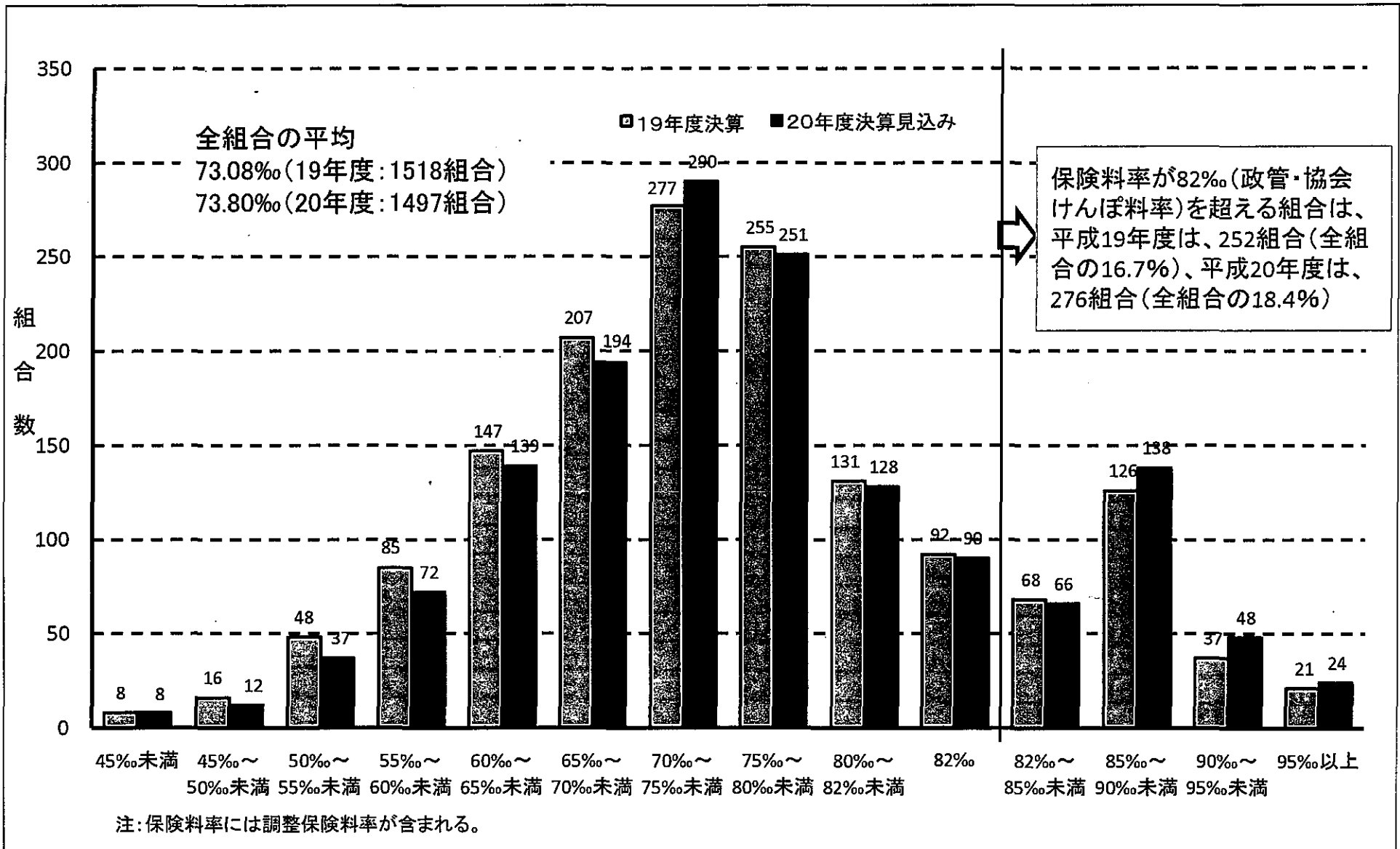
	協会けんぽ	健保組合	共済組合
被保険者	主として中小企業のサラリーマン	主として大企業のサラリーマン	国家・地方公務員及び私立学校職員
保険者数(H21.3末)	1	1,497	77
加入者数(H21.3末)	3,471万人 本人(被保険者) 1,950万人 家族(被扶養者) 1,521万人	3,034万人 本人(被保険者) 1,591万人 家族(被扶養者) 1,443万人	900万人 本人(被保険者) 438万人 家族(被扶養者) 462万人
加入者平均年齢(H20.9末)	36.0歳	33.8歳	33.4歳
被保険者1人当たり標準報酬総額(H20年度)	385万円	554万円	681万円
加入者1人当たり標準報酬総額(H20年度)	218万円	293万円	321万円
医療費(H20年度)	5.1兆円	3.8兆円	1.2兆円
加入者1人当たり医療費(H20年度)	14.5万円	12.6万円	13.3万円
保険料率(H20年度)	平均82% (81.5~82.6%)	平均73.80% (31.20~100%)	平均70.45%
被保険者1人当たり保険料額(H20年度) [本人負担割合]	31.3万円 [50%]	38.5万円 [44.8%]	44.8万円 [50%]

資料出所:厚生労働省保険局調査課調べ

- (注1) 協会けんぽの数値には平成20年9月30日までの政管健保の数値を含む。
(注2) 数値はいずれも平成20年度の速報値である。ただし、共済組合の標準報酬総額は平成19年度の確定値である。
(注3) 医療費及び加入者1人当たり医療費は、審査支払機関における審査分の医療費である(療養費等を含まない)。
(注4) 被保険者1人当たり保険料額は、各制度の決算における保険料額を基に推計したものであり、介護分を含んでいない。
(注5) 健保組合、共済組合の平均保険料率及び組合健保の本人負担割合は、平成20年度決算見込みにおける単純平均である。

健保組合間のばらつき

- ・ 個々の健保組合の保険料率を見れば、45%未満から95%超まで、ばらつきがある。
- ・ 協会けんぽ(政管健保)の保険料率(82%)を上回る組合数も、全体の約2割弱存在する。



健康保険組合の保険料率一覧(平成20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	31.20	15.600	15.600	50.0	31.2	2,873,786
2	32.00	16.000	16.000	50.0	32.0	3,543,235
3	36.20	19.548	16.652	54.0	30.8	8,185,480
4	38.00	19.000	19.000	50.0	38.0	5,510,037
5	40.00	20.000	20.000	50.0	40.0	10,585,653
6	42.00	21.000	21.000	50.0	42.0	6,831,048
7	44.00	22.000	22.000	50.0	44.0	5,771,934
8	44.00	27.060	16,940	61.5	27.5	11,868,237
9	45.00	27.000	18,000	60.0	30.0	12,333,951
10	45.00	27.000	18,000	60.0	30.0	7,670,306
11	45.00	22.500	22,500	50.0	45.0	5,500,197

※保険料には、調整保険料を含んでいる。

※準備金又は積立金を繰り入れることで、保険料を低く設定している組合がある。

【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	100.00	57.000	43.000	57.0	75.4	4,721,887
2	97.00	52.000	45.000	53.6	84.0	4,032,243
3	96.20	54.690	41,510	56.9	73.0	5,253,064
4	96.20	53.670	42,530	55.8	76.2	4,780,960
5	96.06	52.780	43,280	54.9	78.8	5,794,990
6	95.93	50.465	45,465	52.6	86.4	5,168,306
7	95.92	60.610	35,310	63.2	55.9	3,788,198
8	95.84	60.530	35,310	63.2	55.9	4,690,296
9	95.72	53.400	42,320	55.8	75.8	3,911,925
10	95.60	50.300	45,300	52.6	86.1	4,300,175

※保険料には、調整保険料を含んでいる。

健康保険組合の平均(1,518組合:平成21年3月末現在)

保険料率(単純平均)	73.8%	※保険料には、調整保険料を含んでいる。
平均総報酬額※	5,588,016円	※平均標準報酬月額×12ヶ月+平均標準賞与(年間)

市町村国保の市町村間及び後期高齢者医療制度の広域連合間の比較(平成20年度)

市町村国保

一人当たり医療費	上位	下位	格差
1位	54.2万円	14.9万円	3.6倍
2位	48.2万円	15.7万円	/
3位	46.4万円	16.0万円	
平均	28.2万円		
一人当たり保険料	上位	下位	格差
1位	13.5万円	2.8万円	4.8倍
2位	13.2万円	3.0万円	/
3位	13.1万円	3.6万円	
平均	8.3万円		

(注) 医療費、保険料は速報値であり、保険料額には介護分を含んでいない。

後期高齢者医療制度

一人当たり医療費	上位	下位	格差
1位	110.8万円	70.6万円	1.6倍
2位	104.0万円	71.3万円	/
3位	102.4万円	71.9万円	
平均	86.3万円		
一人当たり保険料	上位	下位	格差
1位	8.8万円	3.8万円	2.3倍
2位	8.7万円	3.9万円	/
3位	7.6万円	3.9万円	
平均	6.5万円		

(注) 審査支払機関における審査分の医療費である(療養費等を含まない)。また、全国平均には、旧老人保健制度の請求遅れ分を含む。

※ 後期高齢者医療制度の一人当たり保険料の違いは、主に平均所得の格差による保険料格差と考えられる。
 例えば、上位1位(1人当たり8.8万円)の保険料率(均等割額39,860円、所得割率7.45%)と下位1位(1人当たり3.8万円)の保険料率(均等割額38,426円、所得割率7.12%)は、大きな差はない。

後期高齢者医療制度の各広域連合の保険料率(平成20・21年度)について

各広域連合における均等割額の設定状況一覧

		均等割額 (円)				均等割額 (円)
1	福岡県	50,935	25	青森県		40,514
2	高知県	48,569	26	広島県		40,467
3	沖縄県	48,440	27	愛知県		40,175
4	香川県	47,700	28	福島県		40,000
5	大阪府	47,415	29	奈良県		39,900
6	佐賀県	47,400	30	神奈川県		39,860
7	山口県	47,272	31	島根県		39,670
8	大分県	47,100	32	群馬県		39,600
9	熊本県	46,700	33	岐阜県		39,310
10	鹿児島県	45,900	34	宮城県		38,760
11	石川県	45,240	35	山梨県		38,710
12	京都府	45,110	36	秋田県		38,426
13	兵庫県	43,924	37	滋賀県		38,175
14	福井県	43,700	38	栃木県		37,800
15	岡山県	43,500	39	東京都		37,800
16	和歌山県	43,375	40	茨城県		37,462
17	北海道	43,143	41	千葉県		37,400
18	宮崎県	42,800	42	山形県		37,300
19	埼玉県	42,530	43	三重県		36,758
20	長崎県	42,400	44	静岡県		36,000
21	愛媛県	41,659	45	岩手県		35,800
22	鳥取県	41,592	46	長野県		35,787
23	富山県	40,800	47	新潟県		35,300
24	徳島県	40,774				

各広域連合における所得割率の設定状況一覧

		所得割率 (%)				所得割率 (%)
1	北海道	9.63	25	奈良県		7.5
2	福岡県	9.24	26	福島県		7.45
3	香川県	8.98	27	神奈川県		7.45
4	高知県	8.88	28	愛知県		7.43
5	佐賀県	8.8	29	徳島県		7.43
6	沖縄県	8.8	30	青森県		7.41
7	大分県	8.78	31	岐阜県		7.39
8	山口県	8.71	32	群馬県		7.36
9	大阪府	8.68	33	島根県		7.35
10	鹿児島県	8.63	34	山梨県		7.28
11	熊本県	8.62	35	新潟県		7.15
12	京都府	8.29	36	宮城県		7.14
13	石川県	8.26	37	栃木県		7.14
14	兵庫県	8.07	38	広島県		7.14
15	埼玉県	7.96	39	秋田県		7.12
16	宮崎県	7.95	40	千葉県		7.12
17	和歌山県	7.92	41	山形県		6.85
18	福井県	7.9	42	滋賀県		6.85
19	岡山県	7.89	43	静岡県		6.84
20	愛媛県	7.85	44	三重県		6.79
21	長崎県	7.8	45	岩手県		6.62
22	鳥取県	7.75	46	東京都		6.56
23	茨城県	7.6	47	長野県		6.53
24	富山県	7.5				

モデル世帯における後期高齢者医療制度・ 市町村国保・被用者保険の保険料の比較

	後期高齢者医療制度	市町村国保	被用者保険(協会けんぽ)
【例Ⅰ 単身・厚生年金】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 単身 年金収入 201万円 協会けんぽでは、 単身 給与収入 201万円 と仮定。	【全国平均】 <div style="text-align: right;">51,600円</div>	【全国平均】 <div style="text-align: right;">93,000円</div>	【協会けんぽ】 164,800円 自己負担 82,400円(事業主負担を除く)
【例Ⅱ 夫婦・厚生年金】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 夫 年金収入 201万円 妻 年金収入 79万円 協会けんぽでは、 夫 給与収入 201万円 妻 給与収入 79万円 と仮定。	【全国平均】 夫 51,600円 妻 33,200円 世帯合計 84,800円	【全国平均】 世帯合計 111,900円	【協会けんぽ】 夫 164,800円 妻 0円 世帯合計 164,800円 自己負担 82,400円(事業主負担を除く) ※ 妻は、被用者保険の被扶養者に該当するため、保険料負担無し。
【例Ⅲ 単身・標準報酬】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 単身 年金収入 380万円 協会けんぽでは、 単身 給与収入 380万円 と仮定。	【全国平均】 <div style="text-align: right;">205,600円</div>	【全国平均】 <div style="text-align: right;">226,400円</div>	【協会けんぽ】 311,600円 155,800円(事業主負担を除く)
【例Ⅳ 夫婦・高収入】 後期高齢者医療制度・市町村国保では、 夫 年金収入 600万円 妻 年金収入 79万円 協会けんぽでは、 夫 給与収入 600万円 妻 給与収入 79万円	【全国平均】 夫 346,400円 妻 41,500円 世帯合計 387,900円	【全国平均】 世帯合計 387,000円	【協会けんぽ】 夫 492,000円 妻 0円 夫婦合計 492,000円 自己負担 246,000円(事業主負担を除く) ※ 妻は、被用者保険の被扶養者に該当するため、保険料負担無し。

※1 年金収入201万円;平均的な厚生年金受給額、年金収入79万円;基礎年金受給額(満額)
給与収入380万円;旧政府管掌健康保険における平均的な標準報酬

※2 後期高齢者医療制度においては、平成20・21年度の全国平均の保険料率;均等割額 41,500円、所得割率7.65%を使用。

※3 市町村国保においては、旧ただし書・4方式の全国平均保険料率等(所得割率 7.44%、資産割額 19,044円、均等割額 23,678円、平等割額 24,146円)を使用。
(平成19年度国民健康保険実態調査より)。

※4 協会けんぽにおいては、平成20年度の保険料率(8.2%)を使用。

被用者保険と地域保険(市町村国保)の 負担調整(助け合い)について

国保財政の現状

医療給付費等総額: 約98,400億円

市町村への地方財政措置: 1,000億円

高額医療費共同事業

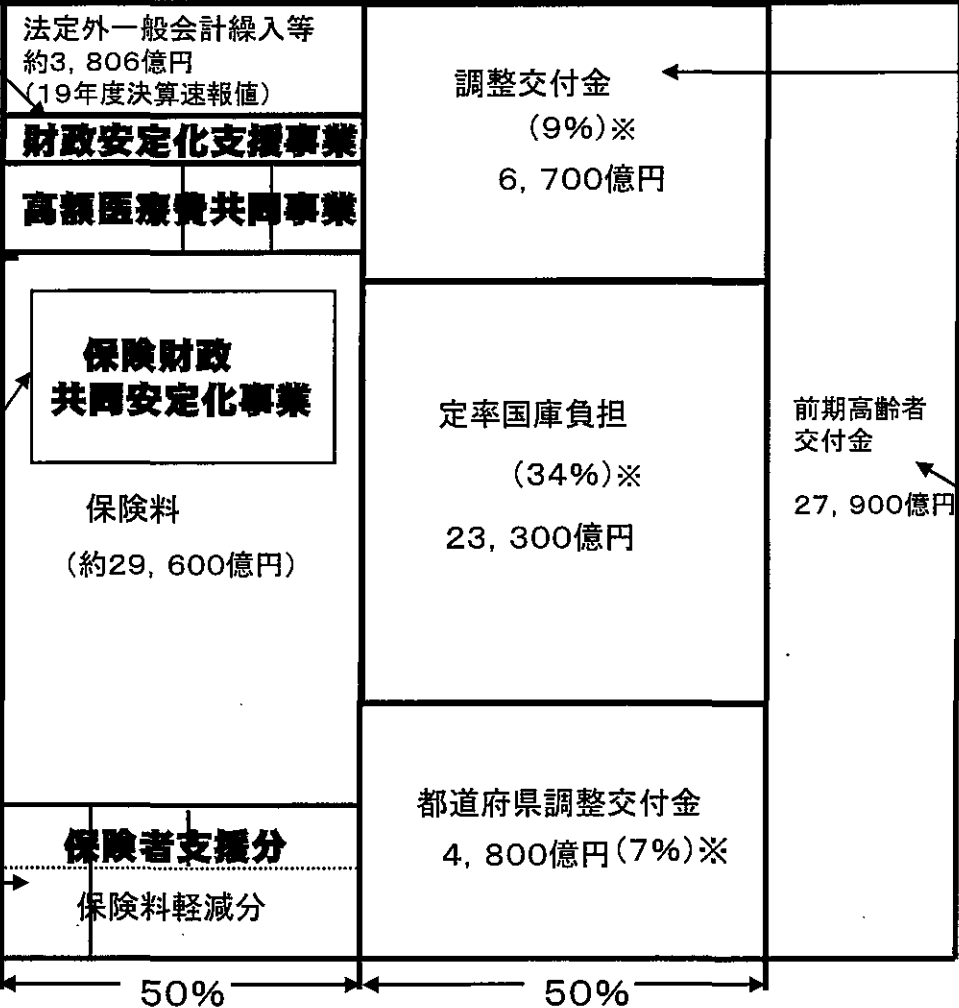
- 高額な医療費(1件80万円以上)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整し国及び都道府県は市町村の拠出金に対して1/4ずつ負担。
- 事業規模: 2,270億円

保険財政共同安定化事業

- 市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、平成18年10月から1件30万円超の医療費について、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。

保険基盤安定制度

- 【保険者支援分】低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で補填。
事業規模: 730億円
(市町村 1/4、都道府県 1/4、国 1/2)
- 【保険料軽減分】低所得者の保険料軽減分を公費で補填。
事業規模: 3,270億円
(市町村 1/4、都道府県 3/4)



調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)
市町村間の財政力の不均衡等(医療費、所得水準)を調整するために交付。
- 特別調整交付金(2%)
画一的な測定方法によって、措置できない特別の事情(災害等)を考慮して交付。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

国保財政のイメージ
(21年度 予算ベース)

※ それぞれ給付費等の9%、34%、7%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る波及増分のカットや、保険基盤安定制度繰入金の一部に相当する額を調整交付金としていること等から、実際の割合はこれと異なる。

国・都道府県の「調整交付金」の概要

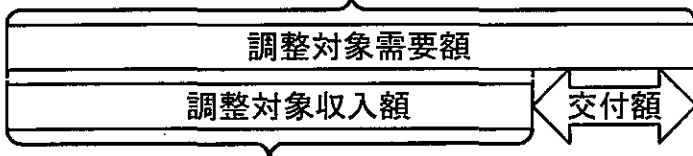
【概念図】

	保険料 50%		公費 50%	
全国合計		(国) 調整交付金 9%	(国) 定率負担 34%	都道府県 調整交付金 7%
総所得が高い (医療費が高い) 市町村の場合	(☆)国の調整交付金による調整対象(59%)			
総所得が低い (医療費が低い) 市町村の場合	a	b		c

(a) 普通調整交付金 (概ね7%分)

市町村間の財政力の不均衡等(医療費、所得水準)を調整するために、一定の算式により交付。

上図の(☆)



当該市町村の所得水準・医療費水準に応じて
国で算出した理論上の保険料収入額

$$= \text{応益保険料} + \text{応能保険料}$$

$$= P(d) \times \text{被保険者数} + Q(d) \times \text{総所得}$$

※P(d): 1人当たり調整対象需要額(d)に応じた応益保険料額

※Q(d): 1人当たり調整対象需要額(d)に応じた応能保険料率

(b) 特別調整交付金 (概ね2%分)

当該市町村に、全国画一的な測定方法によっては調整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。

〈特別な事情の例〉

- ・ 災害等による保険料の減免額等が多額である場合
- ・ 原爆被爆者に係る医療費が多額である場合 等

※ 普通調整交付金と特別調整交付金は、相互流用可。

(c) 都道府県調整交付金

都道府県が、当該都道府県内の市町村国保の財政調整を行うことを目的に交付。
(交付基準、交付方法等は、都道府県条例で規定。)

※実際には、7%のうち、6%程度は給付費に応じて定率で配分。
1%程度が医療費適正化の取組等を評価して配分。

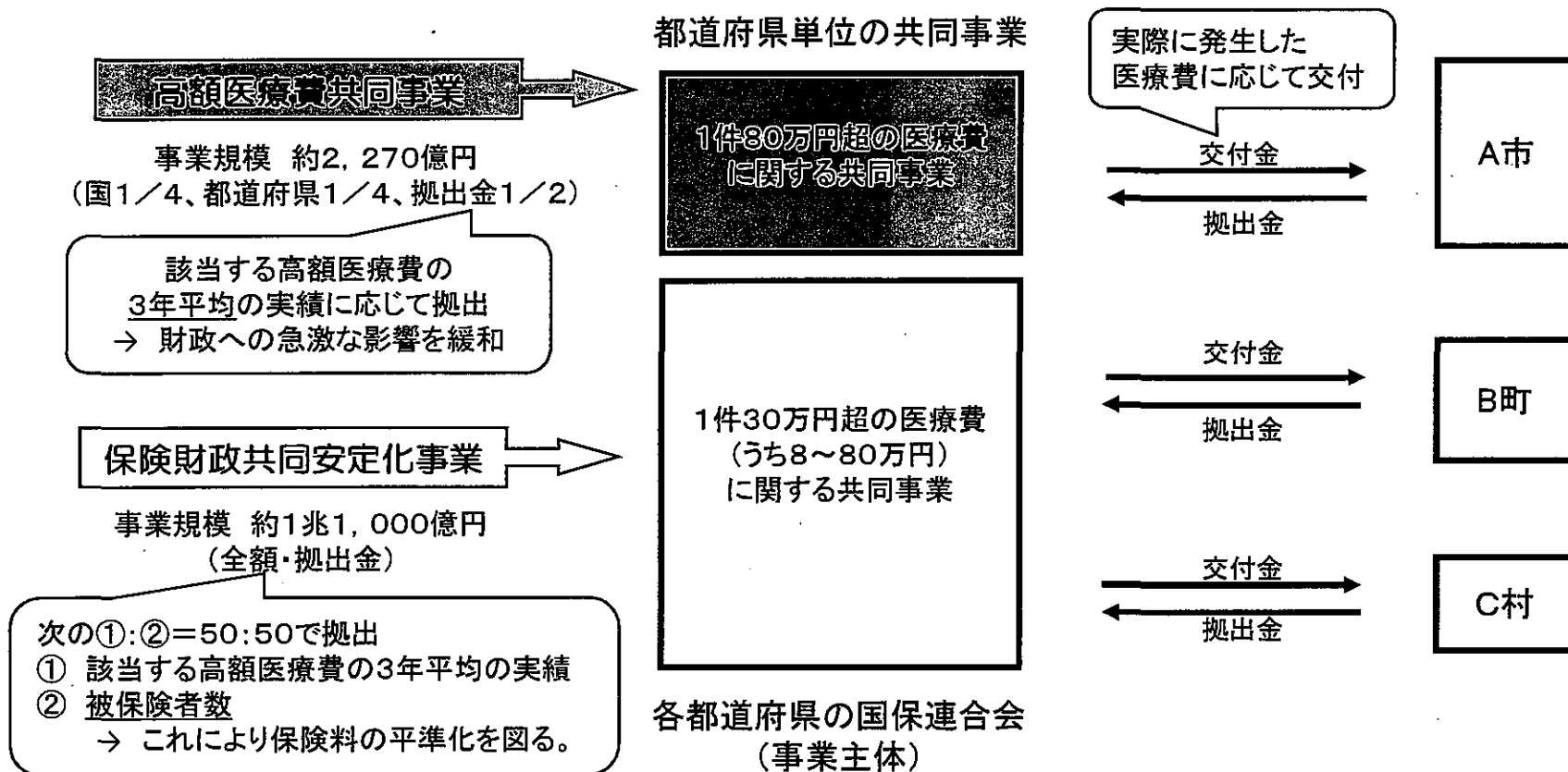
高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

○高額医療費共同事業

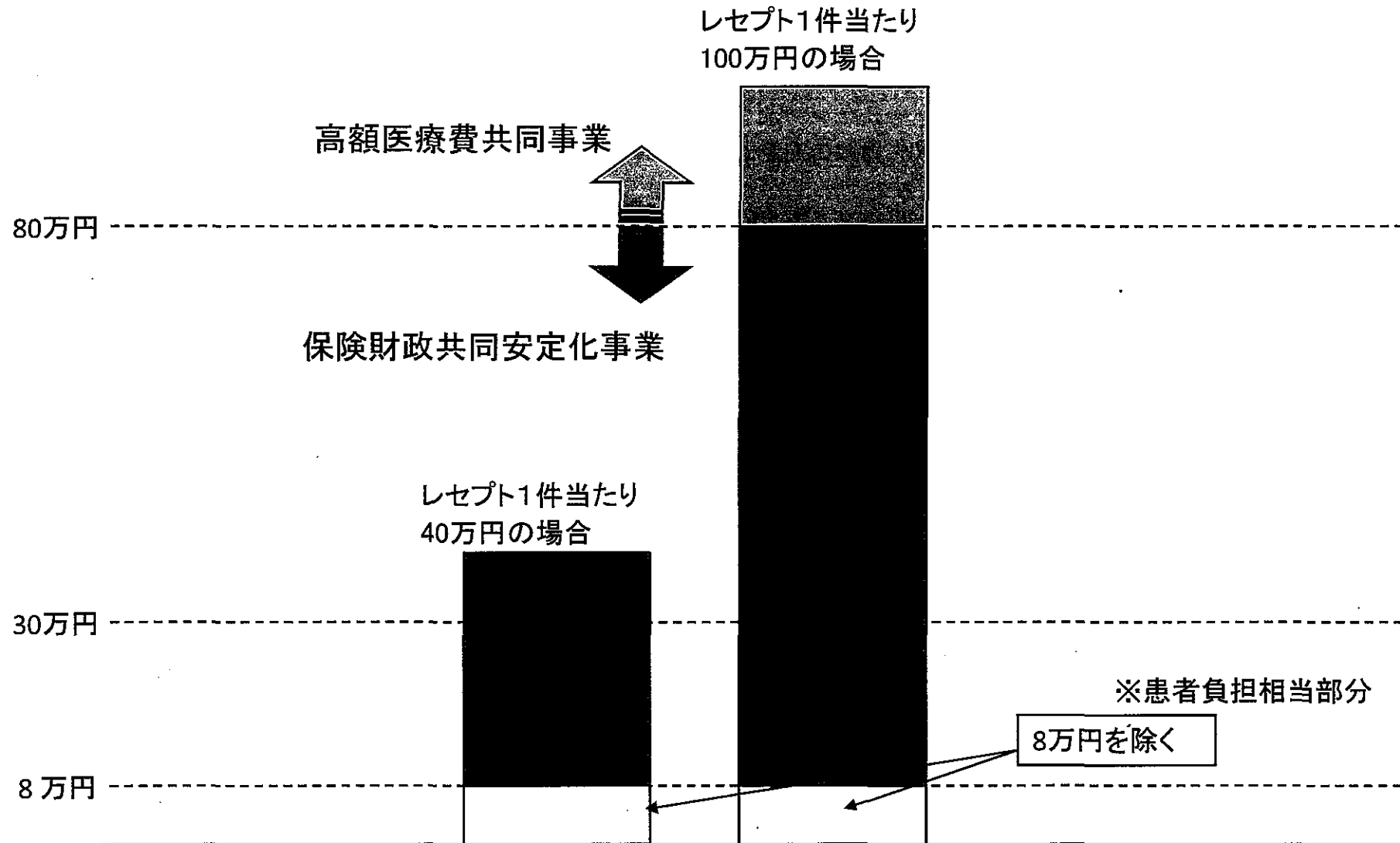
高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県及び国において一定の支援措置を講じる。

○保険財政共同安定化事業

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



高額医療費共同事業・保険財政共同安定化の対象医療費(イメージ)



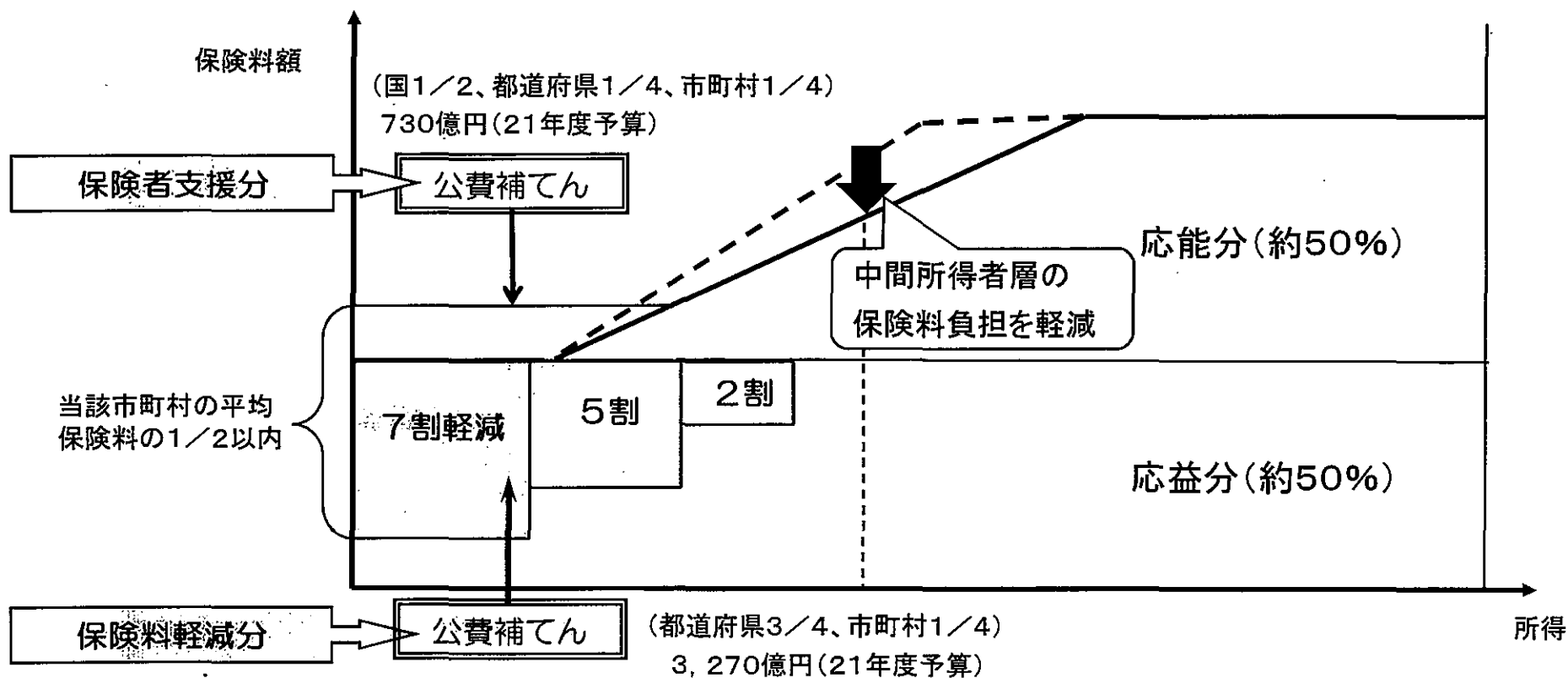
保険基盤安定制度の概要

○保険料軽減分

保険料軽減(応益分の7割、5割、2割)の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で補てん。

○保険者支援分

中間所得者層を中心に保険料負担を軽減するため、保険料軽減の対象となった一般被保険者数に応じて、平均保険料の一定割合を公費で補てん。

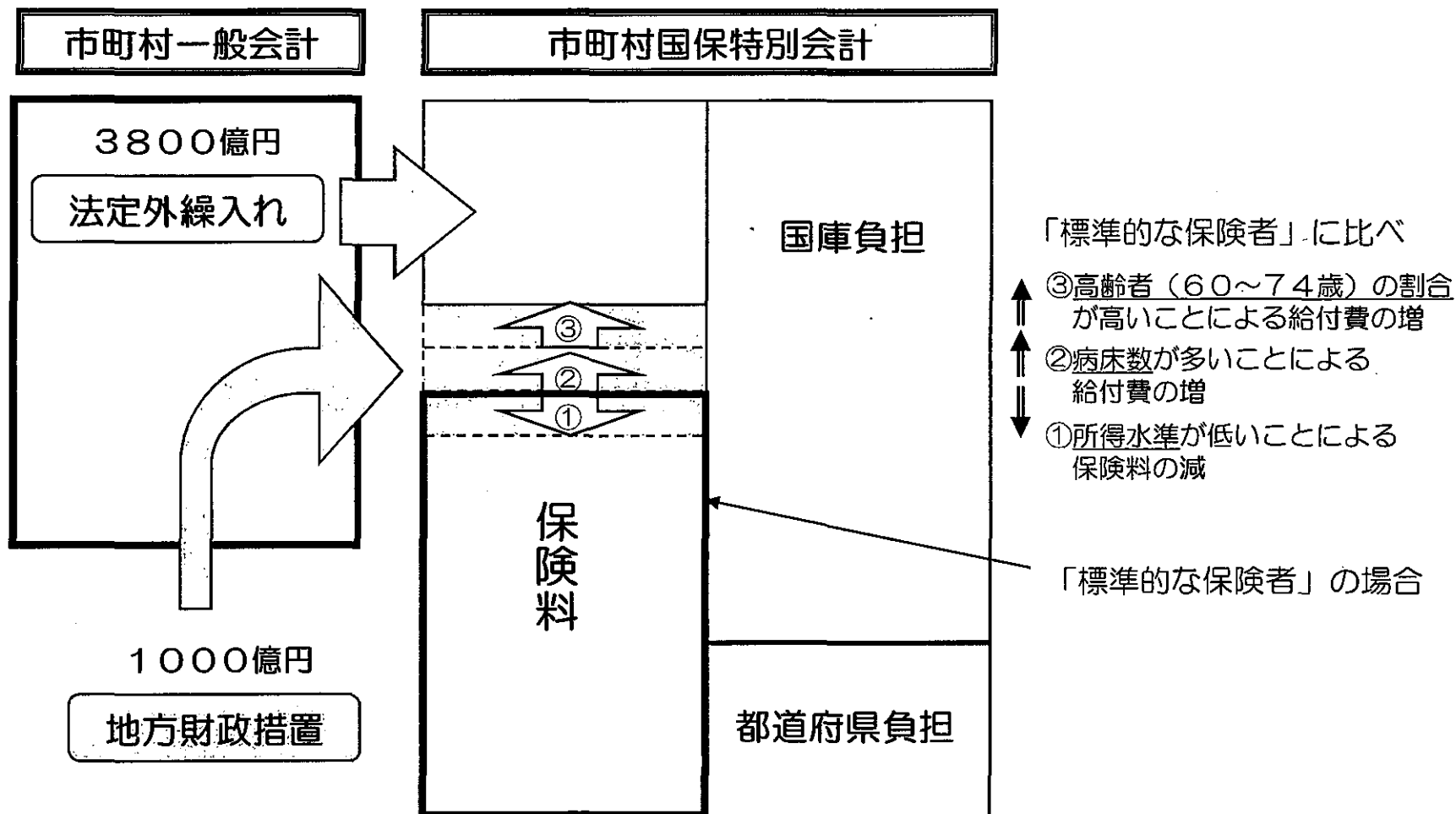


財政安定化支援事業（交付税措置）

市町村国保財政の安定化、保険料(税)負担の平準化等に資するため、市町村一般会計から市町村国保特別会計への繰入れについて地方財政措置するもの。具体的には、ア. 保険料負担能力、イ. 過剰病床、ウ. 年齢構成差を勘案して算定された対象経費に相当する額を基準財政需要額に参入。

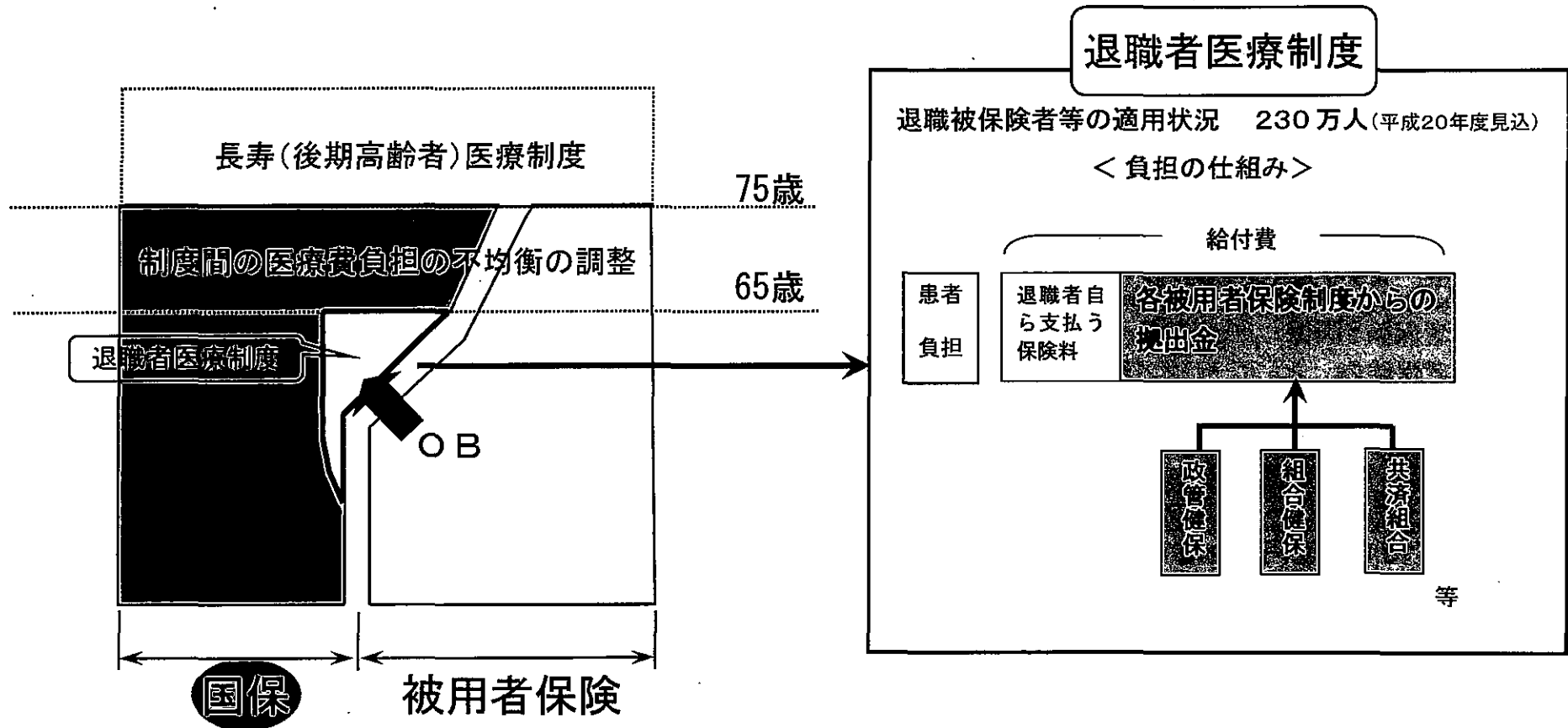
(措置額の推移) 平成4年度 約1000億円、平成5～12年度 約1200億円、平成13～21年度 約1000億円

※、市町村では、これ以外に、赤字補填等のため、3800億程度の繰入れをしている状況。(平成19年度)



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。

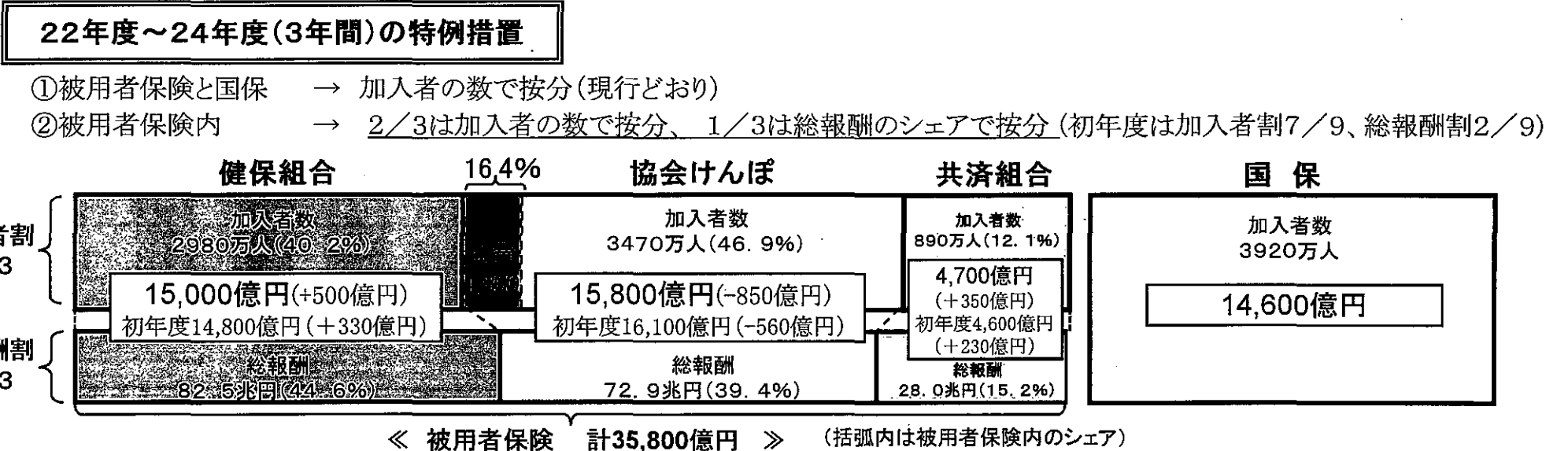
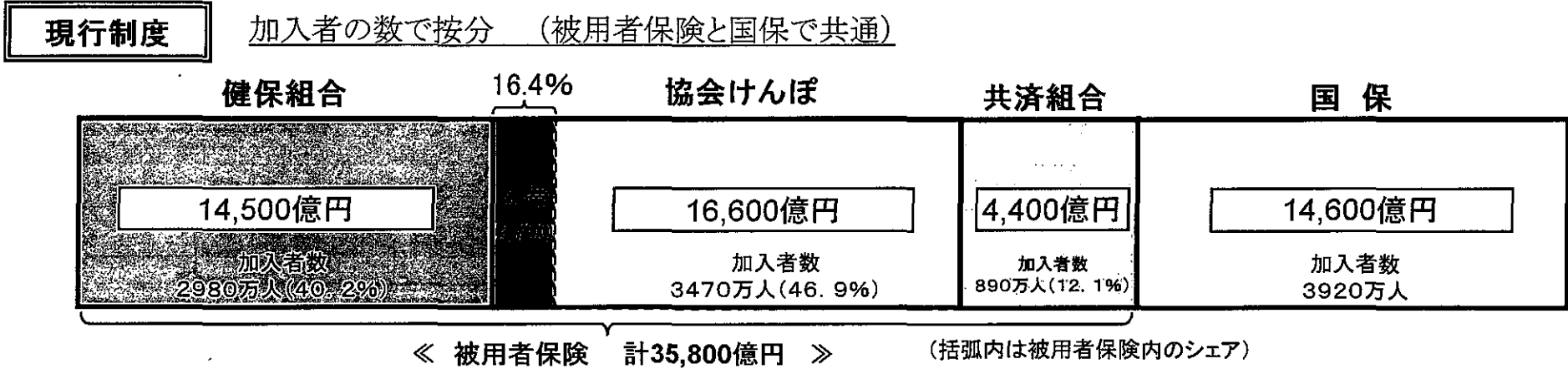


後期高齢者支援金への総報酬割導入

- 平成22年度から平成24年度までの間、特例措置として、被用者保険が負担する支援金総額の1/3を総報酬割とする。
- 平成22年7月施行（平成22年度は、支援金総額の2/9を総報酬割（1/3 × 8ヶ月分/12ヶ月））

◎後期高齢者支援金^(注)の費用負担のイメージ（約5.0兆円：平成22年度予算案ベース）

(注)前期高齢者に係る支援金負担分を含む。



※あわせて、健保組合等における前期高齢者納付金等の負担軽減を図るため、円滑化等事業による支援を倍増(約160億円→約320億円)
 (注)総報酬割導入の健保組合への影響：負担増 約920組合、負担減 約560組合

平成22年度の国保制度見直し案（骨子）

- （1）国保財政基盤強化策等（暫定措置）の延長
- （2）市町村国保の運営の広域化・地方分権の推進
- （3）市町村国保の保険料（税）のあり方
 - ① 市町村の実情に応じた保険料（税）の設定
 - ② 非自発的失業者の保険料（税）の軽減

(1) 国保財政基盤強化策（暫定措置）の延長

市町村国保の財政運営については、今後とも、厳しい状況が続くものと見込まれることから、平成22年度から平成25年度までの4年間、下記のとおり、財政基盤強化策を継続実施する。

なお、新たな高齢者医療制度の検討に合わせて、必要に応じ、途中年度でも、財政基盤強化策の見直しを行う。

1 高額医療費共同事業の継続

- 一件80万円を超える医療費についての都道府県単位での再保険事業
(負担区分) 市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4

2 保険財政共同安定化事業の見直し（都道府県の役割と権限の強化）

- 一件30万円を超える医療費についての都道府県単位での再保険事業
- 保険料平準化や国保財政の広域化等の観点から、都道府県が次の内容について「広域化等支援方針（仮称）」で定めることができるようにする。
 - ・事業の対象となる医療費の額（30万円以下でも可）
 - ・市町村国保からの拠出金の拠出方法の基準

3 保険者支援制度の継続

- 低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援
(負担区分) 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

4 国保財政安定化支援事業の継続

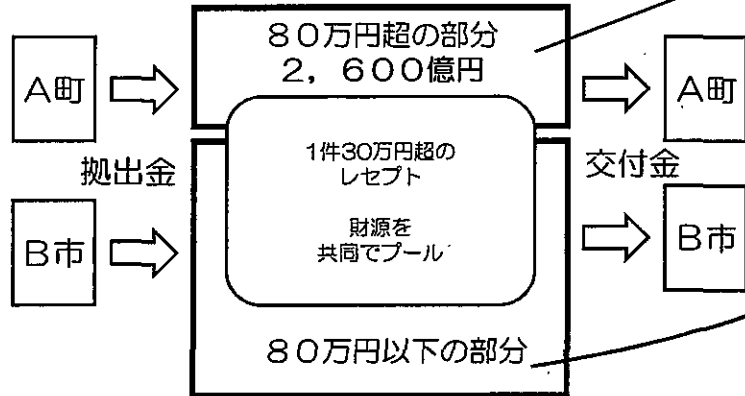
- 市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置で支援（1,000億円程度）

国保財政基盤強化策の概要(平成22年度)

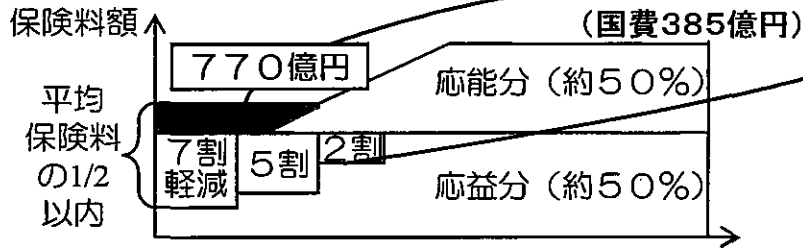
(白抜き太字) 4年間の暫定措置(22~25年度)

保険者の責に帰さない
所得水準、病床数等に着目
市町村への地方財政措置
1,000億円程度

高額な医療費に関する
都道府県単位の互助事業
(実施主体)各都道府県国保連合会
80万円超の1/2に公費
都道府県(1/4) 国(1/4) (国費131億円)



保険料軽減対象者数に応じて補助
市町村(1/4) 都道府県(1/4) 国(1/2)
(国費385億円)



法定外一般会計繰入等 約3,700億円(20年度)	調整交付金 (9%) 7,100億円	前期高齢者 交付金 28,000億円
財政安定化支援事業	定率国庫負担 (34%) 24,800億円	
高額医療費 共同事業		
保険財政 共同安定化事業		
保険料 (31,600億円)		
保険者支援分	都道府県調整交付金 5,100億円 (7%)	
保険料軽減分		
50%		50%

国保財政のイメージ

医療給付費等総額 : 約10兆3,100億円(22年度予算)

(2) 市町村国保の運営の広域化・地方分権の推進

現 状

- ・ 都道府県は、国保事業の運営が健全に行われるよう市町村を指導。
- ・ 広域化等支援基金や都道府県調整交付金の配分を通じて、保険運営の広域化に一定の役割。

平成18年医療制度改革

- ・ 市町村国保では、保険財政の広域化の観点から都道府県単位の再保険事業(保険財政共同安定化事業)を創設。
- ・ 政管健保(現・協会けんぽ)では、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定。

民主党マニフェスト

「被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る。」

地方分権改革

○ 地方分権改革推進委員会第3次勧告(概要)(平成21年10月7日)

- ・ 市町村が保険料率の変更や任意給付の創設をする場合などにおける都道府県知事への事前協議義務
→ 廃止すべき (法第12条)
- ・ 医療費が著しく高額として厚生労働大臣の指定を受けた市町村による運営安定化計画の策定義務
→ 廃止すべき (法第68条の2)

○ 地方分権改革推進要綱(第1次)(抄)(平成20年6月20日地方分権改革推進本部決定)

「国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討し、平成21年度中に結論を得る。」



- 地方分権改革推進委員会第3次勧告で指摘された規定については、勧告に従って廃止。
- 民主党マニフェストで盛り込まれた地域保険としての一元的運用の方向性及び地方分権改革推進要綱の趣旨を踏まえ、市町村国保の都道府県単位化を進めるための環境整備として、新たに都道府県の判断により、以下のことを実施できることとする。
 - ① 保険財政共同安定化事業の拡大(対象医療費の引下げ等)
 - ② 「広域化等支援方針(仮称)」の策定
 - ③ 事業運営について改善の必要が認められる市町村に対する助言又は勧告
- 「地域保険としての一元的運用」のあり方については、高齢者医療制度の見直しにあわせて議論を行う。

☆ 「広域化等支援方針(仮称)」のイメージ

都道府県が、市町村の意見を聞きつつ、国保の都道府県単位化に向けた3～5年程度の支援方針を策定。

<p>(1) 事業運営の広域化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・収納対策の共同実施 ・医療費適正化策の共同実施 ・広域的な保健事業の実施 ・保険者事務の共通化 など 	<p>(2) 財政運営の広域化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険財政共同安定化事業の拡充 ・都道府県調整交付金の活用 ・広域化等支援基金の活用など 	<p>(3) 都道府県内の標準設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険者規模別の収納率目標 ・赤字解消の目標年次 ・標準的な保険料算定方式 ・標準的な応益割合 など
--	--	---

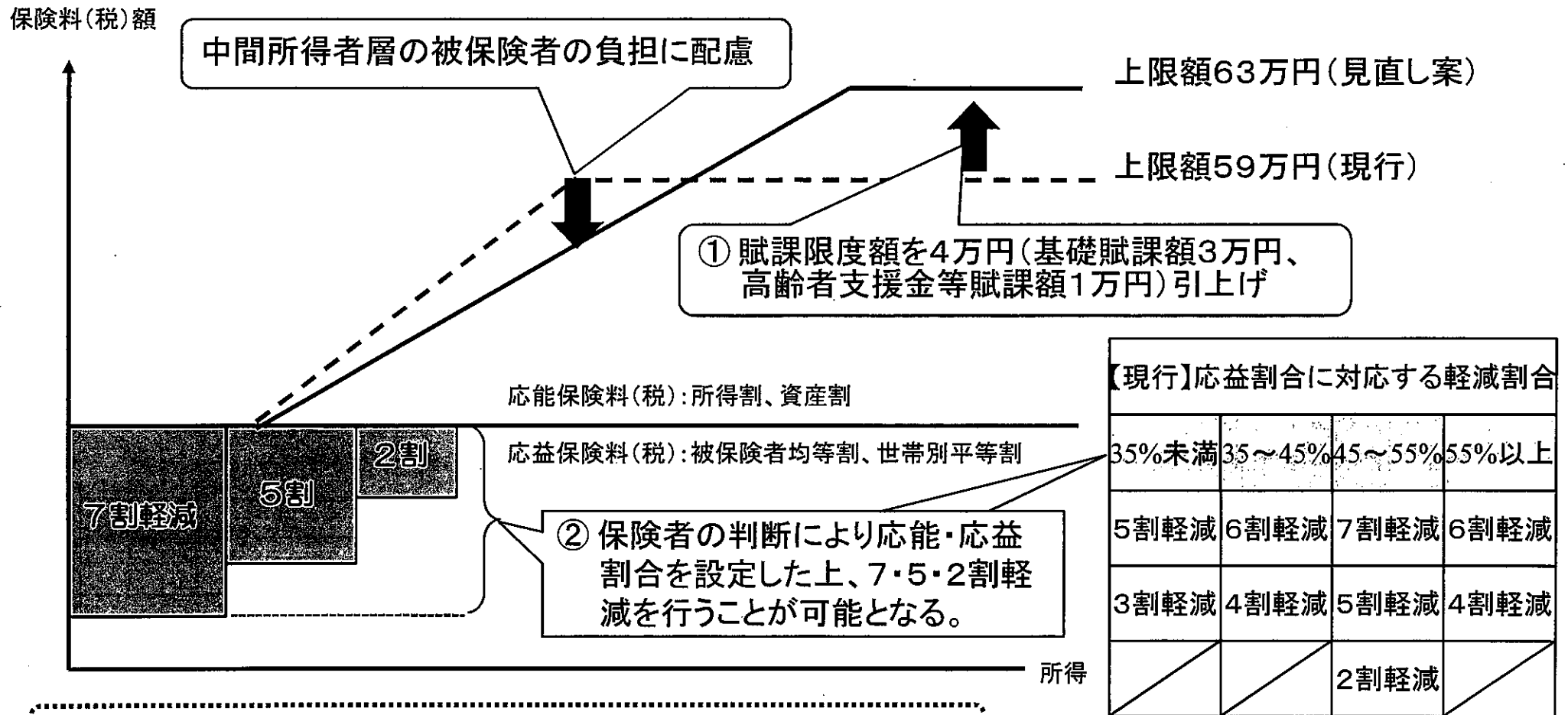
(参考)「広域化等支援方針(仮称)」が策定された都道府県については、次の措置を講じる。

- ① 保険料収納率が基準を下回る市町村国保に対する国の交付金の減額措置の廃止
- ② 広域化等支援基金の都道府県による使用の容認(広域化等支援方針策定経費への支出等)

(3) 市町村国保の保険料(税)のあり方

(a) 市町村の実情に応じた保険料(税)の設定

- ① 保険料(税)の保険料賦課限度額を4万円引き上げる。
- ② 保険料(税)を減額賦課する際、応益割合にかかわらず7・5・2割軽減を可能とする。



保険税では、地方税法を改正。保険料では、国保法施行令を改正

(b) 非自発的失業者の保険料(税)の軽減

リストラなどで職を失った失業者が、在職中と同程度の保険料負担で医療保険に加入できるよう、国民健康保険料(税)の負担軽減策を講じる。【平成22年4月施行】

1. 軽減措置の概要

- ① 次の非自発的失業者の国民健康保険料(税)については、失業時からその翌年度末までの間、前年所得の給与所得を30/100として算定
 - ・ 雇用保険の特定受給資格者(倒産、解雇等の事業主都合により離職した者)
 - ・ 雇用保険の特定理由離職者(雇用期間満了などにより離職した者)
- ② 高額療養費等の所得区分の判定についても、給与所得(前年)を30/100として対応

2. 保険料(税)の減収に対する措置

- ① 保険基盤安定制度(保険料軽減分・保険者支援分)により、公費負担(国・都道府県・市町村)
※平成22年度要求額 国 約40億円、都道府県 約170億円、市町村 約70億円(地方分は地方財政措置要求)
- ② ①の対象者分については、①の補てんでは不足する平均保険料と軽減後の保険料との差額を特別調整交付金で補てん
※1①以外の非自発的失業者(65歳以上の者や雇用保険適用外の者など)は、引き続き、条例減免で対応することとし、条例減免に対する特別調整交付金の補てん措置も継続。
※平成22年度所要額 約180億円(見込み)

医療提供体制について

医療提供体制について

ポイント

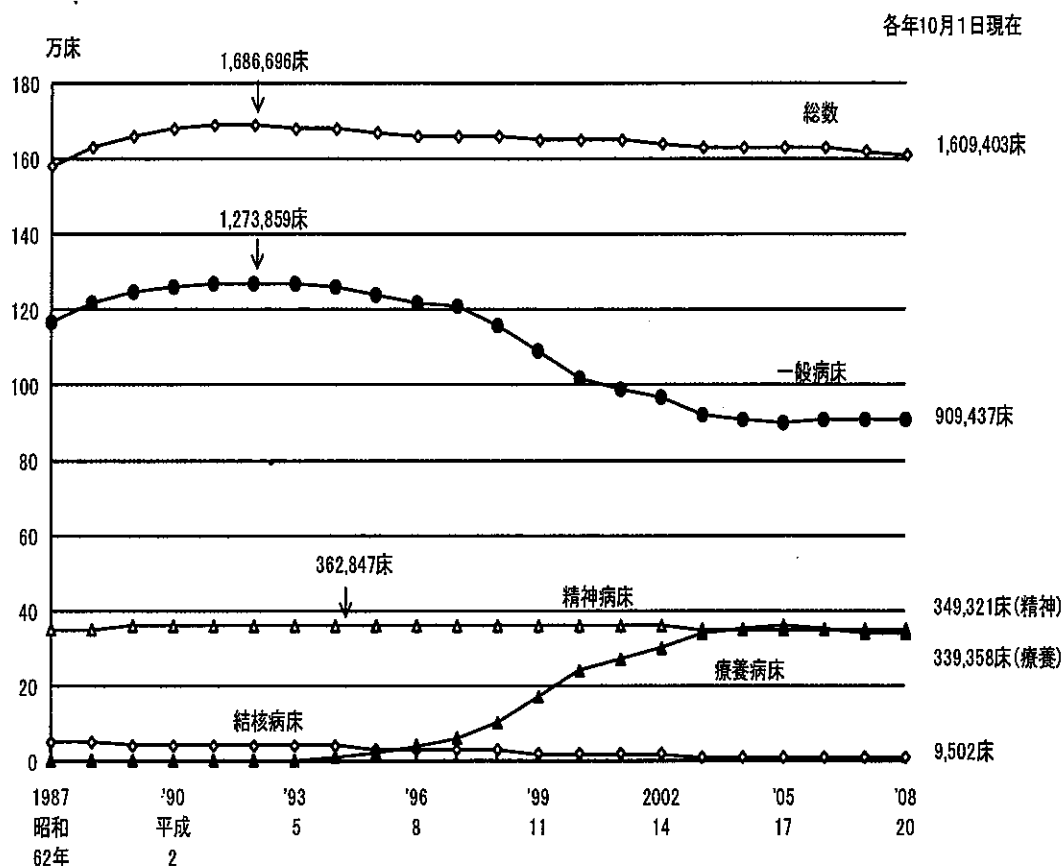
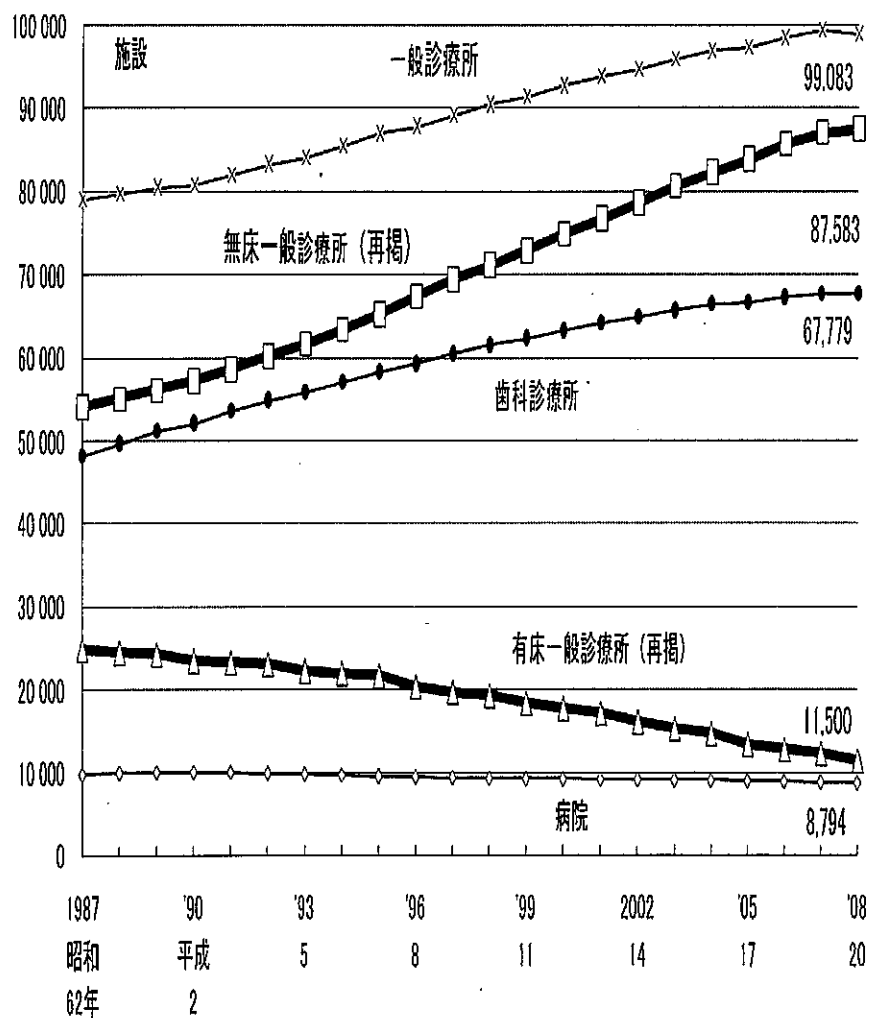
- 我が国の医療提供体制に関する法制度は、
 - ・ 医療法：医業を行う場所を病院(20床以上の病床を有するもの)と診療所(病床を有さないもの)又は19床以下の病床を有するもの)に限定するなど、医療施設等について規定
 - ・ 医師法、保健師助産師看護師法等：医師、看護師等の資格・業務等について規定を中心として構築されている。
- 医療提供体制の確保を図るため、各都道府県において、国が定める基本方針・地域の実情を踏まえて医療計画を策定している。

基本データ

- 医療施設数＝病院：8,794、診療所：99,083、歯科診療所：67,779 (平成20年)
- 病床規模別病院数＝500床～：468、300～499床：1,111、100～299床：3,876、20～99床：3,339 (平成20年)
- 医療関係者数＝医師：286,699人、歯科医師：99,426人、薬剤師：267,751人、看護師：882,819人 (平成20年、看護師については平成19年)

医療施設数・病院病床数の年次推移

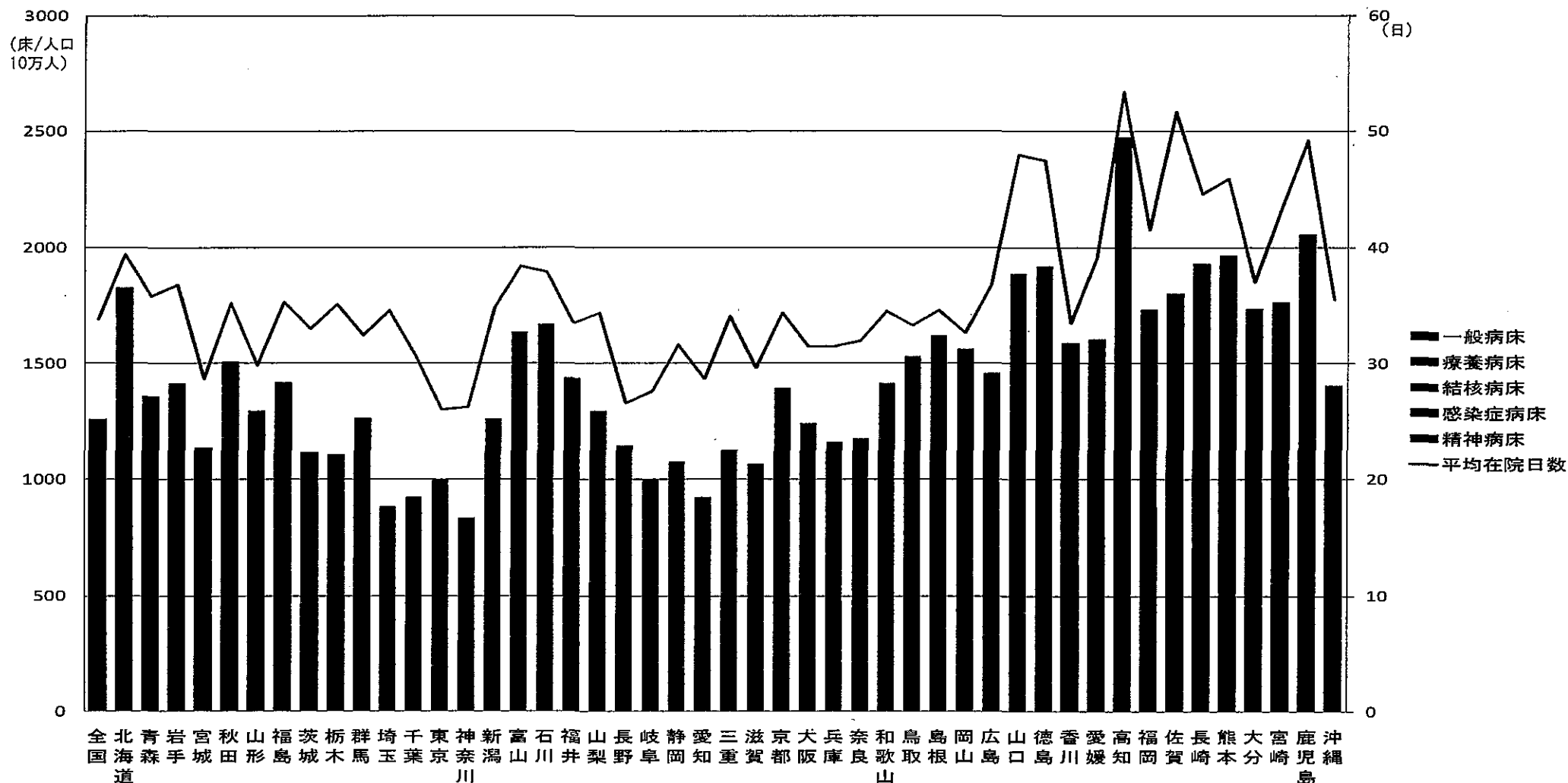
- 病院施設総数は、平成2年の10,096病院をピークに約1割減少し、平成20年で8,794病院。
- 有床診療所が大幅に減少する一方で、無床診療所は、有床診療所の無床化等により大幅に増加。
- 病院の病床数は、1,609,403床で、ピーク時よりも77,293床減少している。



注: 1) 「一般病床」は、昭和59年～平成4年は「その他の病床」であり、平成5年～平成12年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13・14年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を除く。)」である。
 2) 「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

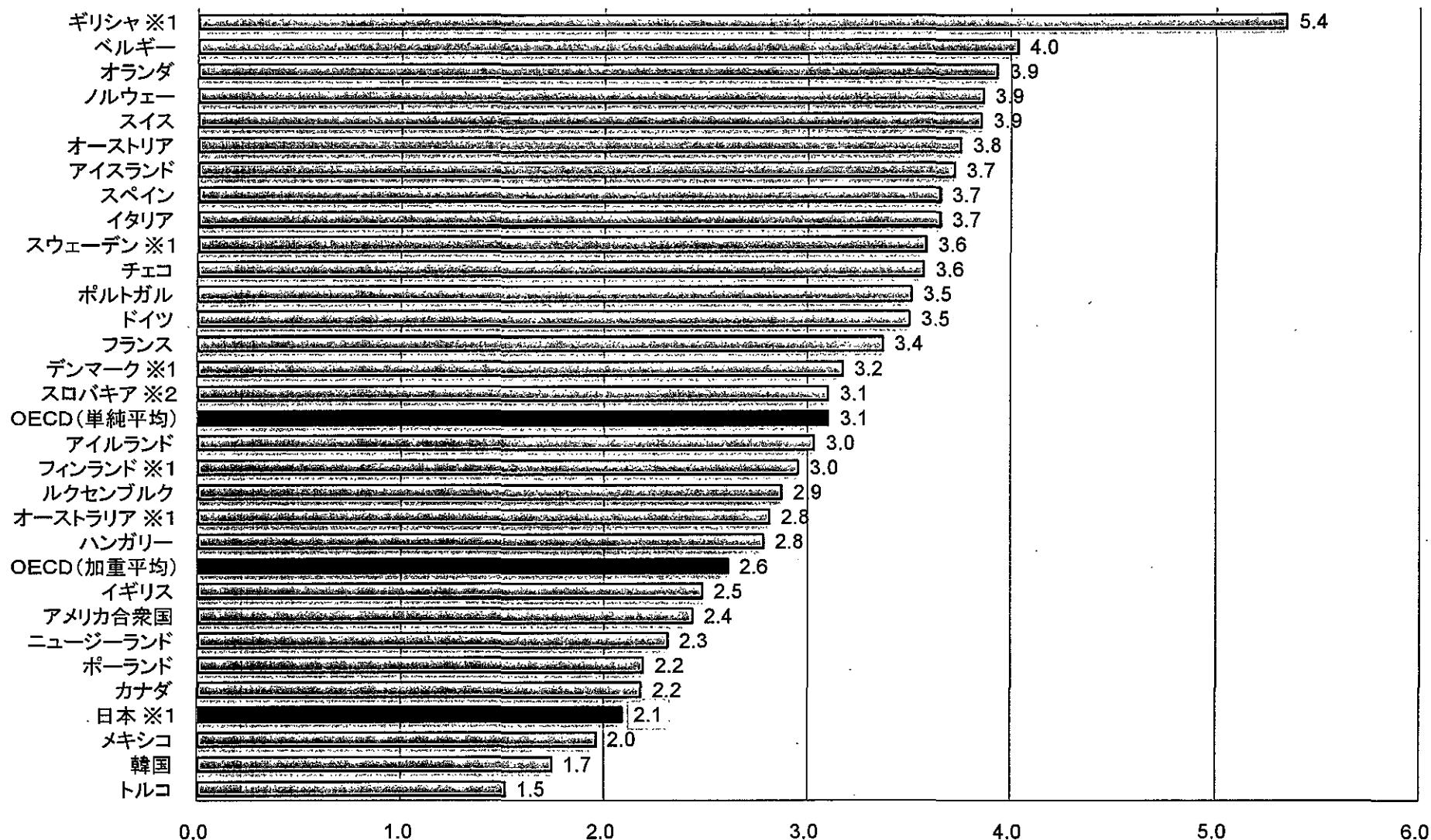
人口10万人当たり病院病床数、病院平均在院日数(平成20年)

- 人口10万人当たりの病院病床数は、全国平均は1260.4床で、前年に比べて7.6床減少。
都道府県別にみると、最多は高知県(2477.9床)、最少は神奈川県(832.2床)。
- 病院平均在院日数は、全国平均で33.8日で、前年に比べ0.3日短い。
都道府県別にみると、最長は高知県(53.4日)、最短は東京都(26.0日)。



(出典)医療施設調査・病院報告

人口1000人当たり臨床医数の国際比較(2007年(平成19年))



※1 2006 ※2 2004

注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

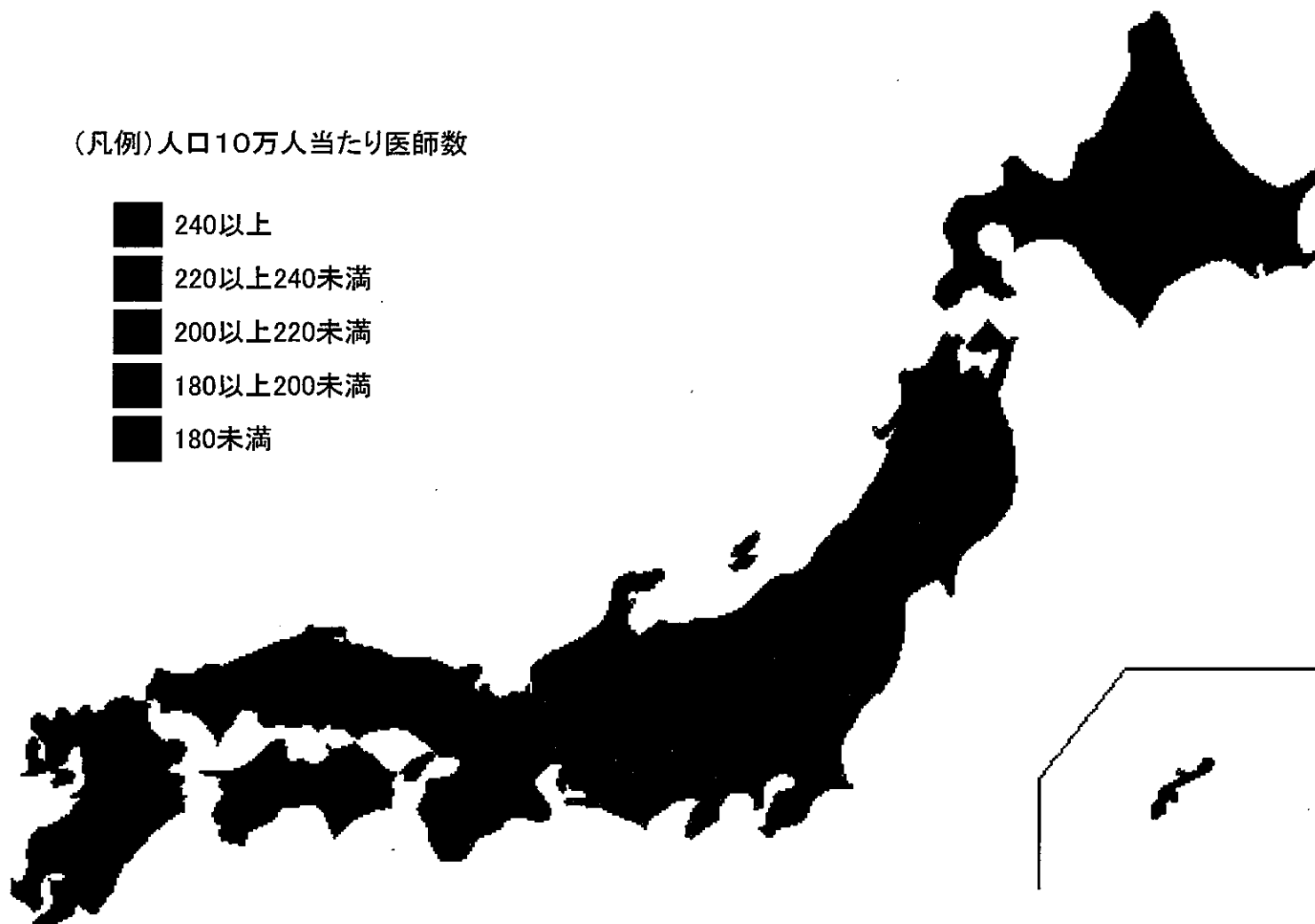
注3 一部の国では、臨床医数ではなく総医師数を用いている。

OECD Health Date 2009(平成21年)より

人口10万人当たり医師数の分布(平成20年)

(凡例)人口10万人当たり医師数

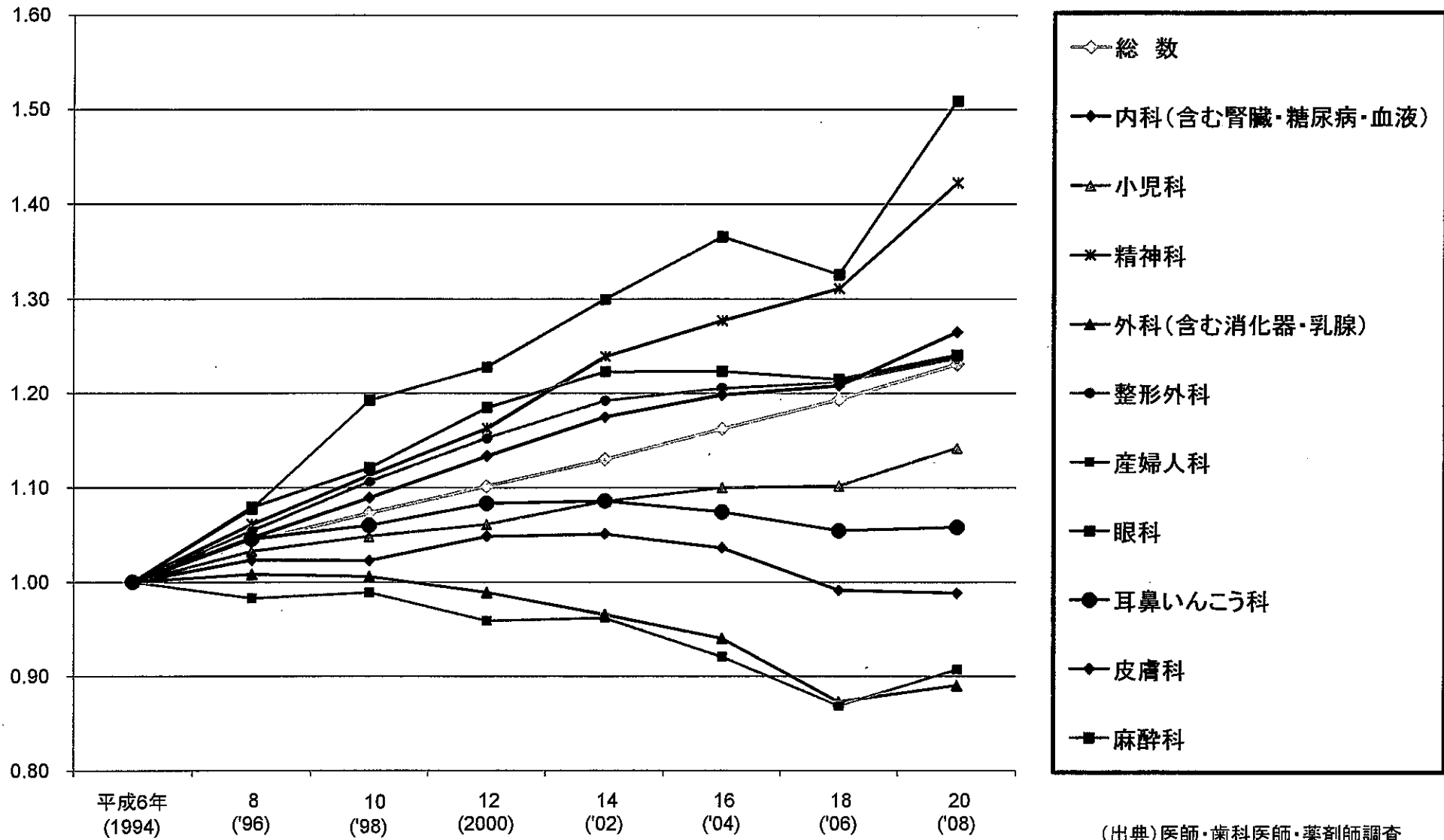
- 240以上
- 220以上240未満
- 200以上220未満
- 180以上200未満
- 180未満



(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

診療科別医師数の推移(平成6年を1.0とした場合)

- 多くの診療科で増加傾向。
- 外科、産婦人科は減少傾向にあったが、平成20年は増加に転じた。



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

医療提供体制の各国比較(2007年)

国名	平均在院日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 医師数	人口千人 当たり 医師数	病床百床 当たり 看護職員数	人口千人 当たり 看護職員数
日本	34.1	13.9	14.9	2.1	66.8	9.3
ドイツ	10.1	8.2	42.5	3.5	120.7	9.9
フランス	13.2	7.1	47.2	3.4	108.2	7.7
イギリス	8.1	3.4	72.7	2.5	294.2	10.0
アメリカ	6.3	3.1	77.5	2.4	337.2	10.6

(出典):「OECD Health Data 2009」

※医師数、看護師数について、日本は2006年のデータ

※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

※ 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本:全病院の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナーシングホームの病床を除く)

フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス:NHSの全病床(長期病床を除く)

アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

趣旨

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

記載事項

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

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

【 基準病床数制度 】

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

【 医療連携体制の構築・明示 】

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

地域完結型医療の実現

生活習慣病の増加など
疾病構造の変化

医療資源(介護、福祉含む)を
有効活用する必要性

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

➡

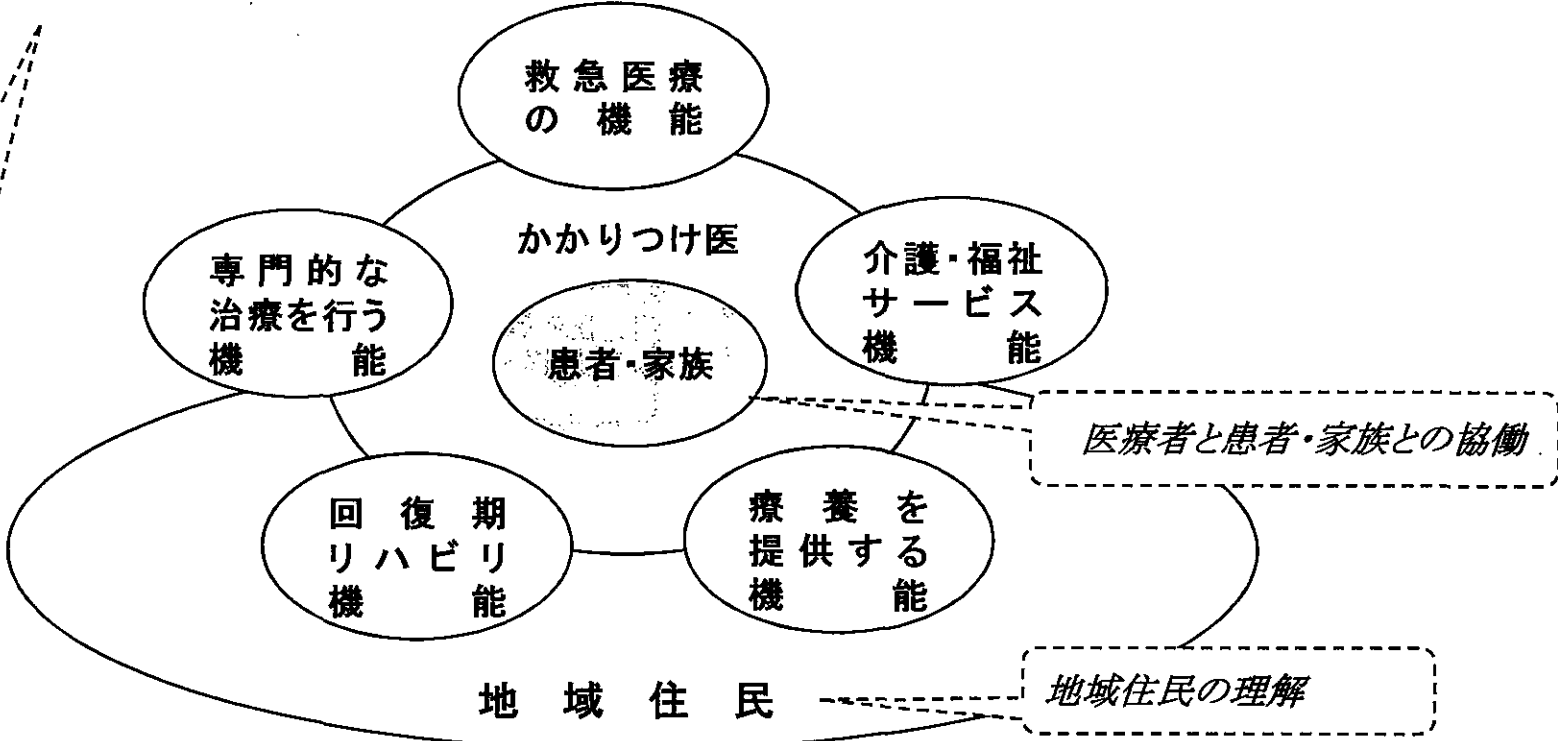
- 都道府県は、四疾病五事業ごとに、必要な医療機能と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築
- 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解

- 四疾病**

 - ・ がん
 - ・ 脳卒中
 - ・ 急性心筋梗塞
 - ・ 糖尿病

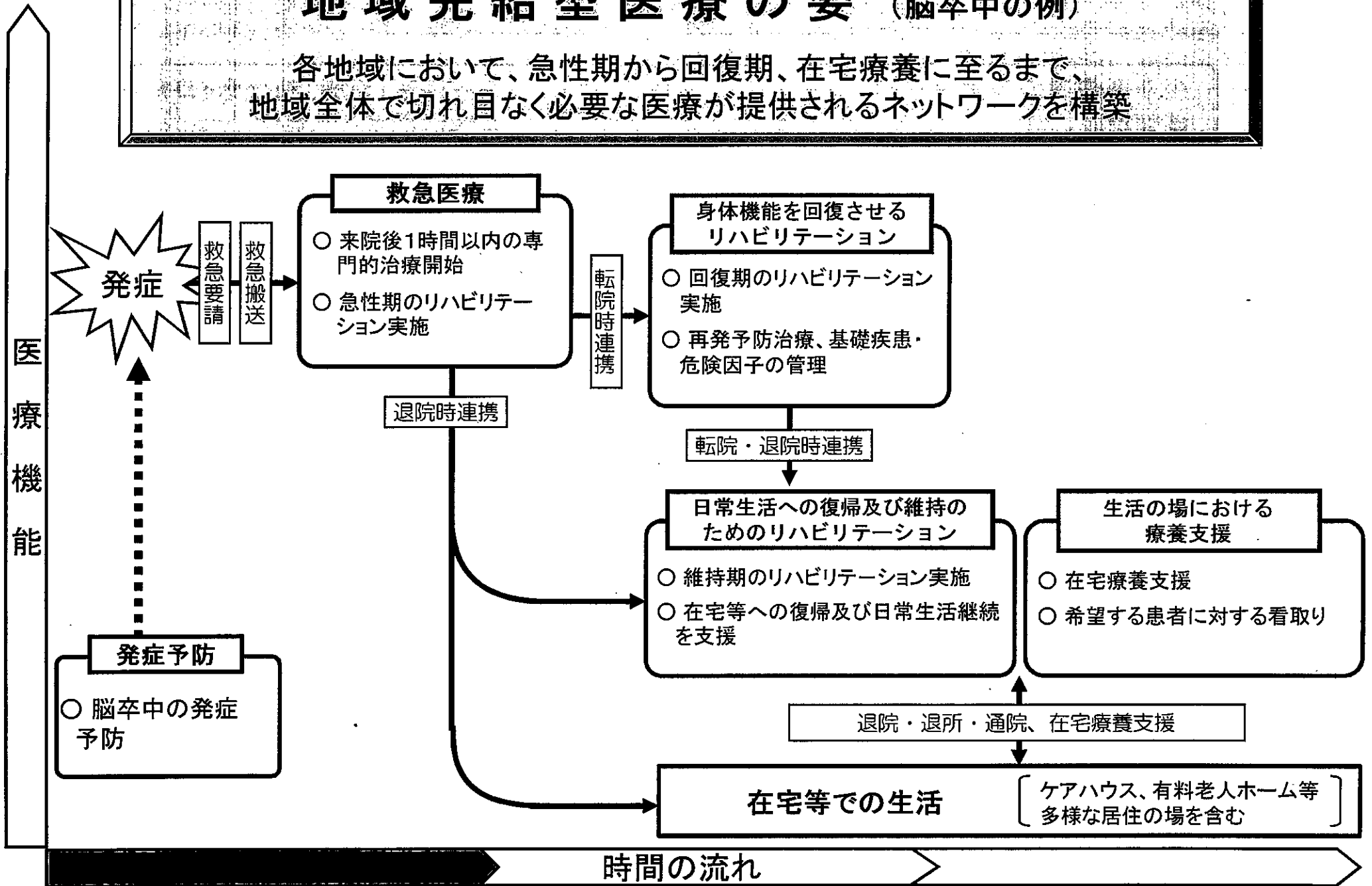
五事業

 - ・ 救急医療
 - ・ 災害医療
 - ・ へき地医療
 - ・ 周産期医療
 - ・ 小児医療
(小児救急含む)



地域完結型医療の姿 (脳卒中の例)

各地域において、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、
地域全体で切れ目なく必要な医療が提供されるネットワークを構築



医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みを創設(薬局についても同様の仕組みを創設)

医療機能情報提供制度

医療機関

医療機関の管理者に対し、
医療機能に関する一定の情報について、報告を義務化

都道府県

○ 集約した情報をインターネット等で
わかりやすく提供
○ 医療安全支援センター等による相談、助言

住民

- 「一定の情報」は医療機関でも閲覧可能
- 正確かつ適切な情報の積極的な提供を行うよう努める責務
- 患者等からの相談に適切に応ずるよう努める責務

【基本情報】

①名称 ②開設者 ③管理者 ④所在地 ⑤電話番号 ⑥診療科目 ⑦診療日 ⑧診療時間 ⑨病床種別及び届出・許可病床数

【基本情報以外の全ての情報】

- ①管理・運営・サービス等に関する事項(アクセス方法、外国語対応、費用負担 等)
- ②提供サービスや医療連携体制に関する事項(専門医〔※広告可能なものに限る〕、保有する設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、地域医療連携体制等)
- ③医療の実績、結果に関する事項(医療安全対策、院内感染対策、クリティカルパスの実施、診療情報管理体制、情報開示体制、治療結果に関する分析の有無、患者数、平均在院日数 等)

一定の情報

地域医療の機能強化に関する厚生労働省の取組み(平成22年度予算案等)

課題	対応
<p>医師確保・医療人材確保対策等の推進</p> <p>(病院の勤務医の過重労働) ○病院の医師が夜勤・当直などで疲弊し、病院の医師不足に拍車をかけている。</p> <p>(医師の診療科偏在) ○産科、救急など特定の診療科の医師が不足している。</p> <p>(医師の地域偏在) ○対人口比でも、全国的に大都市に医師が集中し、周辺地域やへき地で医師が不足している。</p>	<p>◆医師の診療科偏在・地域偏在対策(22年度予算案 80億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢救急、分娩、新生児医療を担う勤務医等の手当への財政支援 ➢医師不足地域の臨床研修病院において研修医が宿日直等を行う場合の医療機関への財政支援 等 <p>◆女性医師等の離職防止・復職支援(22年度予算案 25億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢出産・育児等により離職している女性医師の復職支援のための都道府県への受付・窓口の設置等の支援 ➢病院内保育所の運営等に対する財政支援の拡充 <p>◆地域医療再生基金(21年度1次補正予算 2,350億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢都道府県において基金を創設し、地域の医療課題の解決に向けて都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づく地域の医師確保、医療機能の強化等の取組を支援 <p>◆チーム医療の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、看護師など各医療関係職種の特長を活かした適切な役割分担について検討(平成21年度末までに具体策を取りまとめ)

	課題	対応
救急医療・周産期医療の体制整備	<p>(周産期医療の不足)</p> <p>○周産期医療の病床や医師・看護師等が不足。</p>	<p>◆周産期医療体制の充実・強化 (22年度予算案 87億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢周産期母子医療センターのMFICU(母体・胎児集中治療室)、NICU(新生児集中治療室)等に対する財政支援 ➢NICU等に長期入院している小児の在宅への移行促進
	<p>(救急患者の受入れに時間がかかる)</p> <p>○救急患者が、病院に受け入れられるまでに時間がかかるケースがある。</p>	<p>◆救急医療体制の充実 (22年度予算案 152億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターに対する財政支援 ➢二次救急医療体制の充実 <ul style="list-style-type: none"> ー 受入困難患者の受入れを確実にを行う医療機関の空床確保に対する財政支援 ー 診療所医師が二次救急医療機関等で休日・夜間に診療支援を行う場合の財政支援 ➢重篤な小児救急患者に対する医療の充実を図るため、「小児救命救急センター(仮称)」や小児集中治療室に対する財政支援 ➢改正消防法に基づき、都道府県において地域の搬送・受入ルールを策定【総務省消防庁と連携】

横尾委員ご依頼資料

あんしん医療制度研究会中間報告の概要

～京都府民が安心できる医療制度の構築に向けて～

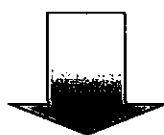
1. 調査研究の目的

都道府県は保健医療政策全般に責任を有するが、効果的には遂行しにくい現状。

ア. 医療計画等の策定、検証に必要なデータの入手が困難であること

イ. 保健医療政策の実施主体が分散しており、調整が困難であること

ウ. 厳しい状況にある市町村国保への関与が限定的であること



こうした状況を踏まえ、府民の健康確保に必要な医療サービスを将来にわたり安定的に提供できる制度の構築に資するよう、京都府内の疾病構造や医療資源、市町村国保の保険財政等について調査分析し、あわせて都道府県の保健医療政策をより効果的にするための方策について検討。

2. 分析結果の概要

(1) 京都府内の疾病構造及び医療資源

①地域ごとの疾病構造の特徴

医療計画に定めるがん（胃がん・肺がん・肝がん・大腸がん・乳がん）、脳卒中、急性心筋梗塞等の死亡率を地域ごとに分析。

- ・**丹後医療圏**：がんは、男女とも肝がんの死亡率が顕著に高いほかは低い傾向。脳卒中は低い傾向。急性心筋梗塞は特に男性で低い。
- ・**中丹医療圏**：がんは、男性で肺がん、女性で肝がんが高いほかは、全体的に低い。脳卒中は男女ともおおむね平均的。急性心筋梗塞は男性が比較的低い。
- ・**南丹医療圏**：がん、脳卒中とも全般的に死亡率は低めもしくは平均的。男性の急性心筋梗塞は高い傾向。

- ・ **京都・乙訓医療圏**：がんは、男性はおおむね平均的で女性はいずれも平均以上。脳卒中は男女とも平均以下。急性心筋梗塞は、特に女性で低い。
- ・ **山城北医療圏**：がんは男女とも平均的。脳卒中及び急性心筋梗塞は、男女とも非常に低い。
- ・ **山城南医療圏**：がんは部位によって差が大きく、肺がんは男女とも高い。脳卒中の死亡率は特に男性で低い。急性心筋梗塞の死亡率は特に女性で高い。

②医療圏を越えた患者の受診行動

国保、協会けんぽ、後期高齢者医療のレセプトデータを用いて、疾病ごとに患者の動きをマクロ的に分析。

- ・ **全体**：居住する市町村内の医療機関にかかる割合 → 外来 55.9%、入院 32.0%
- ・ **がん**：胃がん及び大腸がんは、患者の移動が比較的少なく、拠点となりうる病院が分散する傾向。肺がん、肝がん及び乳がんは、患者が広範囲を移動しており、拠点となりうる病院が集中する傾向。緊急的医療でないことや医療資源の蓄積を必要とすること等を踏まえつつ、必要な拠点整備などを進めるべき。
- ・ **脳卒中**：全体的に患者の移動が多いが、比較的多くの医療機関で治療を実施。二次医療圏単位で見て、保健医療計画で定める急性期医療を担う基準を満たす医療機関が所在しない地域もあり、今後の対応が求められる。
- ・ **急性心筋梗塞**：脳卒中と比較すると患者の移動は少ないが、一部の医療機関に患者が集中する傾向がある。全ての二次医療圏に急性期医療を担う基準を満たす医療機関が所在しているが、30分以内にアクセスできない地域も一部残る。

(2) 市町村国保の状況

①全体の状況

- ・ 市町村国保は、他の保険者に属さないものすべてが加入する国民皆保険制度の「最後の砦」として、府民にとって重要なセーフティネット。
- ・ 様々な財政支援措置の拡充や後期高齢者医療制度の創設等があったものの、現在、市町村国保の運営は非常に厳しい状況。

→府内市町村の財政状況 実質赤字の保険者数 20 (全体の 76.9%)

※一般会計からの任意繰入分等を除外

(背景)

→世帯主の構成割合(全国)(S40年→H19年)

- 自営業・農林水産業 67.5% → 18.2%
- 無職者 6.6% → 55.4%
- 非正規・小規模事業所労働者 19.5% → 23.6%

→課税所得がない世帯の割合(全国) 16.0% (S60年) → 27.4% (H19年)

→1人当たり保険給付費(府内) 12.4万円 (S63年) → 22.4万円 (H19年)

②保険料の格差

- ・市町村ごとに保険料水準が異なり、同一の所得であっても住んでいる市町村によって保険料負担に大きな差。

→世帯類型ごとの保険料額の差

- 夫婦と子供2人の4人世帯(中所得) 1.8倍
- 受診程度の差を調整しても 1.9倍
- 高齢2人世帯(基礎年金のみ) 2.9倍
- 受診程度の差を調整しても 2.6倍

③将来の保険料推計

- ・2025年の保険料水準を推計。保険料はますます上昇し、市町村間の保険料格差も改善されないとの試算結果。

→1人当たり保険料(医療分) 7.6万円 (H19年) → 11.9万円 (H37年)

→世帯類型ごとの保険料額の差

- 夫婦と子供2人の4人世帯(中所得) 2.2倍
- 受診程度の差を調整しても 2.3倍

3. 都道府県の保健医療政策についての検討

(1) 医療の確保に向けた取組

医療資源の分析で見られた課題について医療計画の改定の際に具体的な対応策を描いていくなどの他、医療の確保に向けた実効ある取組を進めるため、政策手段の強化を図るべき。

- ・人材確保対策：臨床研修について都道府県を含めた地域の関係者が関与する方式とする。地域の自助努力が反映されないような臨床研修制度は、すぐに改めるべき。地方の医療機関の経営を支える診療報酬の水準とすべき。
- ・医療機関の整備：地域の実情を踏まえて柔軟に行えるよう、拠点病院の指定権限や施設整備補助の財源を都道府県に移譲する。
- ・保険医療機関の指定等：都道府県に権限を移すことで、効率的な保険医療機関指導を行う。

(2) 医療に関する情報の提供

府民が信頼できる情報を得られるよう、行政が、よろずネット等を活用して的確で質の高い情報提供に努めるべき。

(3) 保健事業の推進

保健事業は、地域の疾病構造や資源などを把握し、また健康増進法に基づく保健事業なども担っている市町村が中心となるべき。

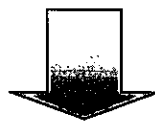
(4) レセプトデータ等を都道府県で集約する仕組み

医療保険及び介護保険の各保険者が、共通の様式により定期的に都道府県にレセプトデータ等を提出する仕組みとすべき。

4. 市町村国保の見直し

(1) 市町村国保の見直しの趣旨

- ・国保の加入世帯は大きく変化し、現在は無職者や非正規労働者が中心。府民が安心して医療を受けるための基本的なセーフティネットとして再構築が必要。
- ・ナショナルミニマムとして、国が責任を持って安定的な制度を構築し、給付費に対する国庫負担割合の引上げ等により必要な財源確保に努めることが必要。
- ・保健医療政策について重要な役割を担う都道府県が、政策全般について相乗効果を上げるためにも、医療保険についても都道府県が一定の責任を果たすべき。



市町村国保を都道府県単位で一元化し、都道府県が積極的に関わっていくべき

(2) 見直しの基本理念

- ①保険財政の安定化
- ②効率的・効果的な保険運営と患者の立場に立った医療の質の向上
- ③保険料格差の是正
- ④住民の理解

(3) 保険者案と制度案

【保険者案】

A案—都道府県（一定の事務は市町村）

B案—都道府県と市町村による広域連合（一定の事務は市町村）

【制度案】

①市町村別方式

→ 一つの都道府県内をカバーする単一の保険者を設けつつ、各市町村単位で収支を均衡させることで、市町村の自立的な運営を維持する方式。

②全体一律方式

→ 一つの都道府県内をカバーする単一の保険者を設け、保険料設定などの制度運営は基本的に都道府県単位で統一する方式。

③ブロック別方式

→ 一つの都道府県内をカバーする単一の保険者を設けつつ、医療提供体制の状況が同程度となるブロック（例えば二次医療圏）ごとに収支を均衡させる方式。

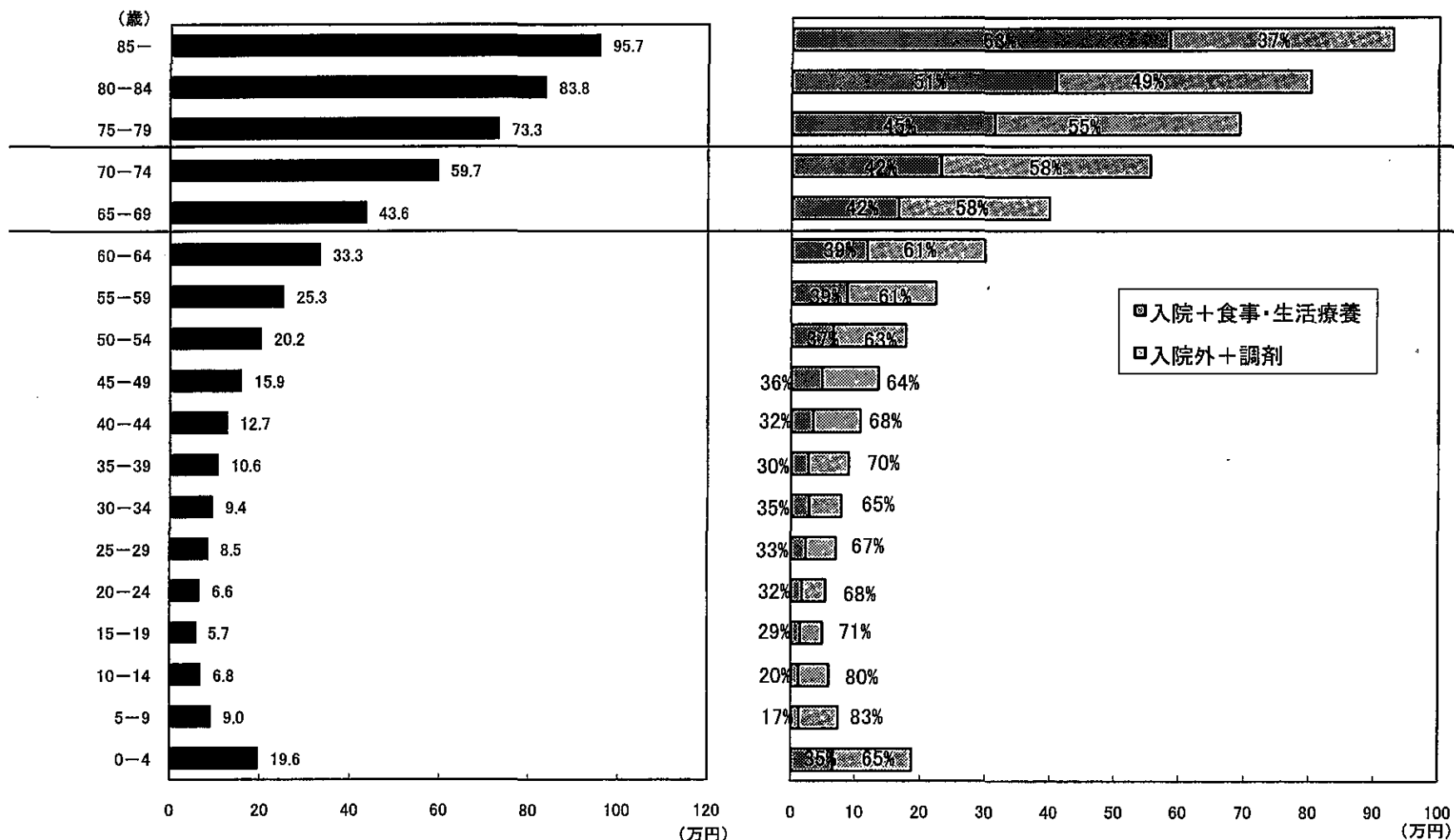
池上委員ご依頼資料

年齢階級別1人当たり医療費(平成19年度)(医療保険制度分)

1人当たり医療費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、70歳代までは外来（入院外+調剤）の割合が高いが、80歳代になると入院（入院+食事療養）の割合が高くなる。

(医療費計)

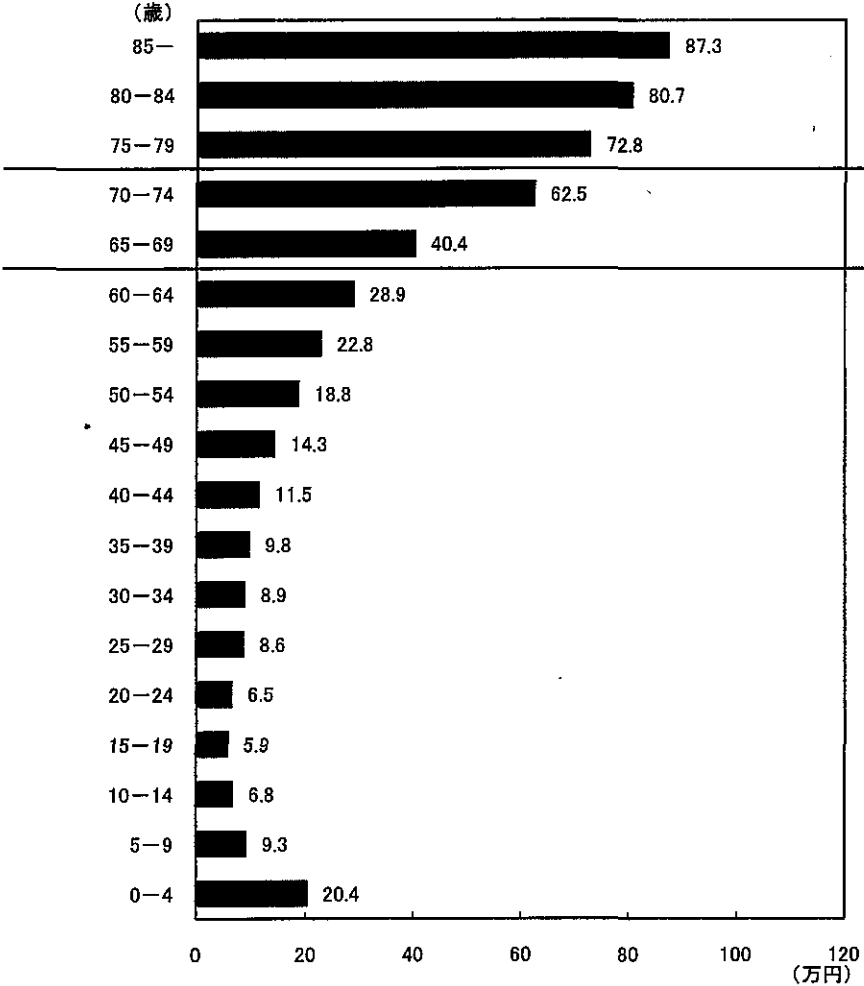
(医科医療費)



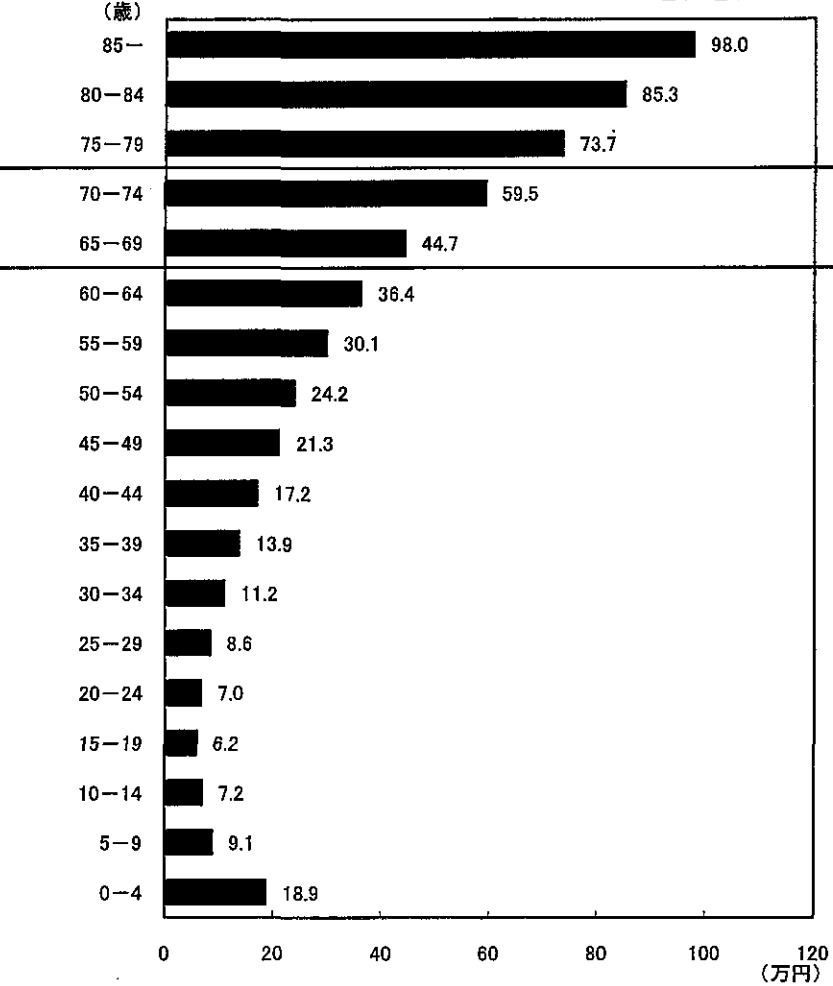
※政管健保、健保組合、船保、共済、国保の各事業状況報告、「医療給付受給者状況調査報告」(社会保険庁)、
「国民健康保険医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

年齢階級別1人当たり医療費(平成19年度)(政管健保、市町村国保)

(政管健保)



(市町村国保) ※退職を含む



※政管健保、国保の各事業状況報告、「医療給付受給者状況調査報告」(社会保険庁)、
「国民健康保険医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

平成21年度 全国健康保険協会 都道府県単位保険料率等について

	医療給付費についての 調整前の所要保険料率(%) (a)	加入者の 平均年齢 (平成21年度見 込み)(歳)	調整(b)		加入者1人当たり 総報酬額 (平成21年度見込 み)(円)	医療給付費についての 調整後の所要保険料率 (a+b)	所要保険料率 (%) (a+b+3.59)	保険料率 (激変緩和 措置後) (%)
			年齢調整 (%)	所得調整 (%)				
全国計	4.61	35.9	-	-	2,175,407	4.61	8.20	8.20
1 北海道	5.79	37.2	▲ 0.12	▲ 0.50	1,961,659	5.16	8.75	8.26
2 青森	5.80	35.9	0.03	▲ 1.13	1,745,710	4.69	8.29	8.21
3 岩手	5.58	36.5	▲ 0.15	▲ 0.98	1,792,947	4.44	8.03	8.18
4 宮城	5.07	35.9	▲ 0.01	▲ 0.51	1,958,058	4.55	8.14	8.19
5 秋田	5.89	37.3	▲ 0.28	▲ 0.89	1,823,245	4.72	8.32	8.21
6 山形	5.04	36.1	▲ 0.07	▲ 0.61	1,920,330	4.36	7.96	8.18
7 福島	5.16	35.6	0.01	▲ 0.60	1,925,964	4.57	8.16	8.20
8 茨城	4.23	35.6	0.07	0.07	2,208,360	4.36	7.96	8.18
9 栃木	4.37	35.7	0.04	0.03	2,191,062	4.44	8.03	8.18
10 群馬	4.41	35.9	▲ 0.03	▲ 0.03	2,161,192	4.35	7.94	8.17
11 埼玉	4.08	36.1	▲ 0.04	0.28	2,313,652	4.32	7.91	8.17
12 千葉	4.20	36.7	▲ 0.11	0.24	2,293,370	4.33	7.92	8.17
13 東京	3.61	36.9	▲ 0.03	0.87	2,680,261	4.45	8.04	8.18
14 神奈川	3.99	36.6	▲ 0.07	0.61	2,505,579	4.53	8.12	8.19
15 新潟	4.80	36.3	▲ 0.09	▲ 0.37	2,011,889	4.33	7.92	8.18
16 富山	4.44	36.6	▲ 0.13	0.18	2,261,359	4.49	8.08	8.19
17 石川	4.69	35.8	▲ 0.01	0.07	2,208,557	4.75	8.35	8.21
18 福井	4.60	35.8	▲ 0.04	0.02	2,183,070	4.58	8.17	8.20
19 山梨	4.44	35.8	▲ 0.03	▲ 0.08	2,139,891	4.33	7.92	8.17
20 長野	4.21	36.0	▲ 0.06	▲ 0.07	2,144,374	4.09	7.68	8.15
21 岐阜	4.57	35.8	▲ 0.04	▲ 0.02	2,166,828	4.51	8.10	8.19
22 静岡	4.01	36.1	▲ 0.03	0.31	2,330,138	4.28	7.88	8.17
23 愛知	3.99	35.2	0.09	0.42	2,395,759	4.50	8.10	8.19
24 三重	4.39	35.8	▲ 0.01	0.08	2,213,375	4.46	8.05	8.19
25 滋賀	4.38	35.3	0.03	0.04	2,195,177	4.45	8.04	8.18
26 京都	4.38	35.8	0.01	0.12	2,234,782	4.51	8.10	8.19
27 大阪	4.51	35.5	0.04	0.21	2,277,579	4.76	8.35	8.22
28 兵庫	4.57	35.6	0.04	0.04	2,194,666	4.65	8.24	8.20
29 奈良	5.14	35.8	▲ 0.08	▲ 0.34	2,025,209	4.71	8.31	8.21
30 和歌山	5.19	35.2	0.10	▲ 0.54	1,946,652	4.75	8.34	8.21
31 鳥取	5.36	36.0	▲ 0.05	▲ 0.69	1,891,180	4.62	8.21	8.20
32 島根	5.30	36.0	▲ 0.11	▲ 0.54	1,948,824	4.65	8.25	8.21
33 岡山	4.92	35.4	0.01	▲ 0.16	2,100,223	4.77	8.36	8.22
34 広島	4.84	35.5	0.04	▲ 0.06	2,149,280	4.83	8.43	8.22
35 山口	5.10	36.8	▲ 0.13	▲ 0.20	2,085,153	4.78	8.37	8.22
36 徳島	5.58	36.1	▲ 0.07	▲ 0.49	1,967,692	5.02	8.62	8.24
37 香川	5.21	35.9	▲ 0.04	▲ 0.25	2,063,657	4.92	8.51	8.23
38 愛媛	4.91	35.2	0.12	▲ 0.49	1,966,926	4.55	8.14	8.19
39 高知	5.18	35.8	▲ 0.00	▲ 0.46	1,977,563	4.72	8.31	8.21
40 福岡	5.23	35.5	0.07	▲ 0.31	2,038,852	4.99	8.58	8.24
41 佐賀	5.85	35.3	0.02	▲ 0.78	1,860,426	5.09	8.68	8.25
42 長崎	5.60	35.3	0.11	▲ 0.91	1,816,284	4.80	8.39	8.22
43 熊本	5.48	35.2	0.09	▲ 0.74	1,875,579	4.83	8.42	8.23
44 大分	5.59	36.0	▲ 0.05	▲ 0.69	1,890,655	4.85	8.44	8.23
45 宮崎	5.46	35.2	0.08	▲ 0.90	1,821,283	4.64	8.24	8.20
46 鹿児島	5.50	34.9	0.17	▲ 0.90	1,819,124	4.77	8.36	8.22
47 沖縄	6.04	32.5	0.51	▲ 0.99	1,519,484	4.56	8.15	8.20

(注)・都道府県毎の医療給付費に係る保険料率に、傷病手当金等の現金給付費(0.43%)、後期高齢者支援金等(3.25%)、保健事業等(0.18%)、準備金の取崩し分(約1,550億円)(▲0.20%)、その他収入(▲0.07%)の合計の保険料率3.59%を全国一律で加算。

- ・ 特別の事情による額(原爆医療費及び療養手当に保る額)は、医療給付費から控除されており、全国一律の保険料率に反映。
- ・ 激変緩和措置後の保険料率は、激変緩和措置として、全国平均保険料率に、当該都道府県の所要保険料率と全国平均保険料率との差の10分の1を加えた率としているほか、支部の保健事業の上乗せ等の特別計上の経費がある場合には、当該保険料率を加えている。
- ・ 加入者の平均年齢は、平成21年度の都道府県単位保険料率の算定に用いる基礎データ(平成21年度の見込み)から推計したもの。
- ・ 加入者1人当たりの総報酬額は、総報酬額の平成21年度見込みに予定保険料納付率(99.5%)を乗じたものを、加入者数(年間平均)の平成21年度見込みを除いたもの。

国民健康保険 都道府県別加入者の状況

		平均年齢 (75歳以上除く)	加入者1人当たり旧ただし書 方式による課税標準額 (平成18年)	加入者1人当たり 保険料調定額 (平成19年度)
		歳	千円	円
全	国	49.0	712,605	78,113
北	道	50.4	558,356	81,373
青	森	48.8	444,127	71,136
岩	手	51.5	464,361	68,739
宮	城	48.8	596,120	78,294
秋	田	52.9	440,458	70,473
山	形	51.4	505,937	74,342
福	島	49.6	508,423	73,511
茨	城	47.3	650,015	77,617
栃	木	47.9	659,272	86,566
群	馬	48.2	629,424	79,022
埼	玉	48.5	848,258	82,001
千	葉	48.7	813,847	82,217
東	京	47.1	1,146,602	77,336
神	奈	48.4	1,015,868	84,534
新	潟	52.1	561,607	69,410
富	山	54.0	631,268	79,411
石	川	50.8	647,506	82,373
福	井	51.0	618,068	77,211
山	梨	48.1	625,947	78,293
長	野	50.3	595,610	68,620
岐	阜	49.1	705,664	79,253
静	岡	49.9	847,983	81,751
愛	知	48.7	897,752	83,783
三	重	50.5	647,618	78,482
滋	賀	49.0	767,826	78,788
京	都	49.5	631,680	78,377
大	阪	47.8	646,459	85,087
兵	庫	49.8	656,179	80,986
奈	良	49.5	649,544	80,047
和	山	49.2	473,404	71,838
鳥	取	51.1	486,245	71,661
島	根	53.9	506,873	69,834
岡	山	51.3	563,570	77,806
広	島	51.3	656,001	73,560
山	口	53.3	556,849	77,713
徳	島	51.0	455,621	75,218
香	川	51.3	569,604	75,165
愛	媛	50.9	473,061	67,651
高	知	50.7	448,239	72,707
福	岡	48.6	555,153	76,953
佐	賀	48.9	504,207	77,147
長	崎	49.3	456,578	70,273
熊	本	49.0	480,322	72,382
大	分	51.6	457,849	70,564
宮	崎	49.1	460,755	68,733
鹿	島	50.2	408,670	62,232
沖	縄	41.2	405,775	53,896

※1 国民健康保険事業月報（平成21年3月）、平成19年度国民健康保険実態調査を基に作成

※2 「被保険者1人当たり保険料調定額」は医療給付分に係る保険料調定額である。

（調定額とは、保険者が決定した金額である。）

※3 国保組合は含まれていない。

後期高齢者医療制度の調整交付金について

交付総額

給付費総額の1/12 (ただし、現役並み所得者に係る給付費は除く。)

うち 普通調整交付金:特別調整交付金=9:1

①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の普通調整交付金は約8% (平成20年度実績においては、約3%~約11%)
各都道府県の平均年齢に格差は無い(平成20年10月時点 81.2歳~82.3歳)ため、調整の必要はない。

②特別調整交付金 …… 災害その他の特別な事情を考慮して交付

<特別な事情>

- ・ 災害等による保険料の減免額、一部負担金の減免額が一定以上である場合
- ・ 流行病、災害原因疾病、地域的特殊疾病に係る額が一定以上である場合
- ・ 原爆被爆者に係る医療費の額が一定以上である場合
- ・ 療養担当手当に係る額がある場合
- ・ 結核、精神の疾病に係る額が一定以上である場合
- ・ その他特別な事情がある場合

<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 (約8%)
応益保険料 (5%)	
支援金 (40%)	定率国庫負担 (26%)
	都道府県負担 (8%)
	市町村負担 (8%)

<所得水準の最も低い保険者>

保険料	公費
応能保険料	調整交付金 (約11%)
応益保険料 (5%)	
支援金 (40%)	定率国庫負担 (26%)
	都道府県負担 (8%)
	市町村負担 (8%)

<所得水準の最も高い保険者>

保険料	公費
応能保険料	調整交付金 (約3%)
応益保険料 (5%)	
支援金 (40%)	定率国庫負担 (26%)
	都道府県負担 (8%)
	市町村負担 (8%)

堂本委員ご依頼資料

後期高齢者医療制度 について

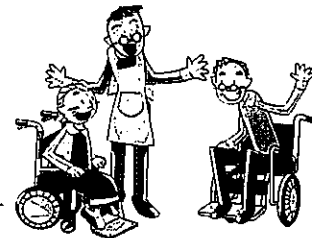
75歳以上の高齢者の方などを対象とした
「後期高齢者医療制度」が、
平成20年4月から施行されています。



被保険者

75歳以上の方

65歳から74歳で一定の障害がある方
(本人の申請に基づき、広域連合の認定を受けた方)



保険料の納め方

◎月額1万5千円以上の年金をもらっている方は、次のいずれかの方法により、保険料をお支払いいただきます。

①2か月ごとに払われる年金からのお支払い。

※ただし、後期高齢者医療制度の保険料と介護保険料を合計して、年金額の半分を超える場合、納付書又は口座振替でお支払いいただきます。

②被保険者ご本人、世帯主、配偶者等の方の口座からの「口座振替」によるお支払い。

※市町村の窓口でのお手続きが必要です。

※平成21年度から、原則として、すべての方が「口座振替」によるお支払いを選択できます。

※世帯主、配偶者等の口座からのお支払いに変更した場合、これらの方の社会保険料控除となることによって、世帯としての所得税・住民税は減額となる場合があります。

◎月額1万5千円未満の年金をもらっている方は、納付書又は口座振替でお支払いいただきます。

保険料額

お一人おひとりに、所得に応じ、公平に保険料をご負担いただきます。

$$\text{保険料} = \text{一人当たりの定額の保険料} + \text{所得に応じた保険料}$$

<均等割>
<所得割>

◎所得が少ない方は、次のとおり保険料が軽減されます。

<均等割>世帯の所得に応じ、9割、8.5割、5割、2割を軽減

※9割軽減は平成21年度から設けられています。

<所得割>住民税非課税のような所得の少ない方（年金収入で153万円から211万円まで）は、5割を軽減

◎サラリーマンの夫やお子さんに扶養されていた方は、均等割の保険料は9割軽減され、所得割のご負担はありません。

（全国平均で月額約350円）

医療費の負担

原則として、若い世代よりも軽い1割の負担で、病院などで医療が受けられます。

	病院等での利用者負担
後期高齢者医療制度の被保険者	1割 (注)
若い世代	3割



(注) 若い世代並みに所得のある方は3割

上記による利用者負担の金額が高くなった場合、下記の限度額（月額）を超える額が払い戻されます。

	病院等での利用者負担の限度額	
若い世代並みに所得のある方	80,100円+医療費の1% (外来44,400円)	
一般的な所得の方	44,400円 (外来12,000円)	
低所得の方	Ⅱ (住民税非課税)	24,600円 (外来 8,000円)
	Ⅰ (所得無し)	15,000円 (外来 8,000円)

(注) ・金額は1月当たりの世帯単位の限度額。外来は1月当たりの個人単位の限度額。
 ・「若い世代並みに所得のある方」は、過去12ヶ月間に3回以上利用者負担が限度額を超えている場合、4回目から限度額が「44,400円」となります。
 ・「低所得の方Ⅰ(所得無し)」は、世帯全員が住民税の課税対象となる各種所得の金額がない方（年金収入のみの方の場合は年金受給額80万円以下）です。

さらに医療保険と介護保険の利用者負担の合計額が高い場合、下記の限度額（年額）を超える額が払い戻されます。

	利用者負担の限度額	
若い世代並みに所得のある方	670,000円	
一般的な所得の方	560,000円	
低所得の方	Ⅱ (住民税非課税)	310,000円
	Ⅰ (所得無し)	190,000円

(注) ・金額は年間（前年8月から7月末）の世帯単位の限度額。
 ・平成21年度は給付が行われる初年度のため、特例的な取扱いとして、平成20年4月から平成21年7月末までの16ヶ月間の限度額も別途設定されています。

これまでの歩み

昭和48年に老人医療費を無料化しましたが、国保の財政が厳しくなり、昭和58年、老人保健制度ができました。

その後、長寿化が進み、若い世代の老人保健制度への支払いが増えていく中で、この仕組みでは、「高齢者と若い世代がどれくらいの割合で費用を負担するのが明確でなく、納得が得られない」との声が高まりました。

そこで、平成20年4月に後期高齢者医療制度がスタートし、「税金で5割、若い世代の保険料4割、高齢者の保険料1割」という、分かりやすい仕組みとしました。

さらに現在、後期高齢者医療制度に対する国民の方々の御意見を踏まえ、これに代わる新たな制度の検討を進めています。

昭和48	老人医療費の無料化(70歳)	
昭和58	老人保健制度が施行 ・高齢者の多い国保の運営厳しく	
平成9	新しい制度の検討を開始 政府や与党にて	
平成12	新しい制度の検討を国会で決議	
平成14	段階的に引上げ(70歳→75歳)へ 老人保健制度の対象を	
平成18	医療制度改革法案成立	
平成20	後期高齢者医療制度がスタート	
平成21	厚生労働大臣主宰の会議で 新しい制度の検討を開始	

高齢者の医療費

利用者負担	税金 約5割	
	<table border="1"> <tr> <td>高齢者の保険料 1割(注)</td> <td>若い世代の保険料 約4割(注)</td> </tr> </table>	高齢者の保険料 1割(注)
高齢者の保険料 1割(注)	若い世代の保険料 約4割(注)	

(注) 若い世代が減少することを踏まえ、若い世代と高齢者世代の負担の均衡を図り、2年ごとに見直し

後期高齢者医療制度は 新たな制度に移行します

- 多くの国民の方々の御意見を踏まえ、後期高齢者医療制度は廃止することとしています。
- このため、新たな制度の具体的なあり方について検討を行う厚生労働大臣主宰の「高齢者医療制度改革会議」を設置しました。
- 今後、高齢者、関係団体、有識者の方々から幅広い御意見をいただき、来年の夏には新たな制度の基本的な骨格を取りまとめることとしています。

後期高齢者医療制度について、分からないこと、困ったことがあれば、まず、お住まいの市区町村の窓口にご相談ください。

- 市区町村の窓口では、保険料の額、支払い方などのお尋ねや、生活にお困りの方の保険料の納付相談などにきめ細かに対応いたします。

鎌田委員ご依頼資料

OECD加盟国の医療費の状況(2007年)

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
		順位		順位	
アメリカ合衆国	16.0	1	7,290	1	
フランス	11.0	2	3,601	8	
スイス	10.8	3	4,417	3	*
ドイツ	10.4	4	3,588	10	
ベルギー	10.2	5	3,595	9	*
カナダ	10.1	6	3,895	5	
オーストリア	10.1	6	3,763	7	
ポルトガル	9.9	8	2,150	23	※
オランダ	9.8	9	3,837	6	*
デンマーク	9.8	9	3,512	11	
ギリシャ	9.6	11	2,727	18	
アイスランド	9.3	12	3,319	14	
ニュージーランド	9.2	13	2,510	22	
スウェーデン	9.1	14	3,323	13	
ノルウェー	8.9	15	4,763	2	

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
		順位		順位	
オーストラリア	8.7	16	3,137	15	※
イタリア	8.7	16	2,686	19	
スペイン	8.5	18	2,671	20	
イギリス	8.4	19	2,992	16	
フィンランド	8.2	20	2,840	17	
日本	8.1	21	2,581	21	※ 807,139円
スロバキア	7.7	22	1,555	26	
アイルランド	7.6	23	3,424	12	
ハンガリー	7.4	24	1,388	27	
ルクセンブルク	7.3	25	4,162	4	※※
韓国	6.8	26	1,688	24	
チェコ	6.8	26	1,626	25	
ポーランド	6.4	28	1,035	28	
メキシコ	5.9	29	823	29	
トルコ	5.7	30	618	30	※
OECD平均	8.9		2,964		

【出典】「OECD HEALTH DATA 2009」

(注1) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

(注2) ※の数値は2006年のデータ(ただし、トルコのみ2005年のデータ)

(注3) *の数値は予測値

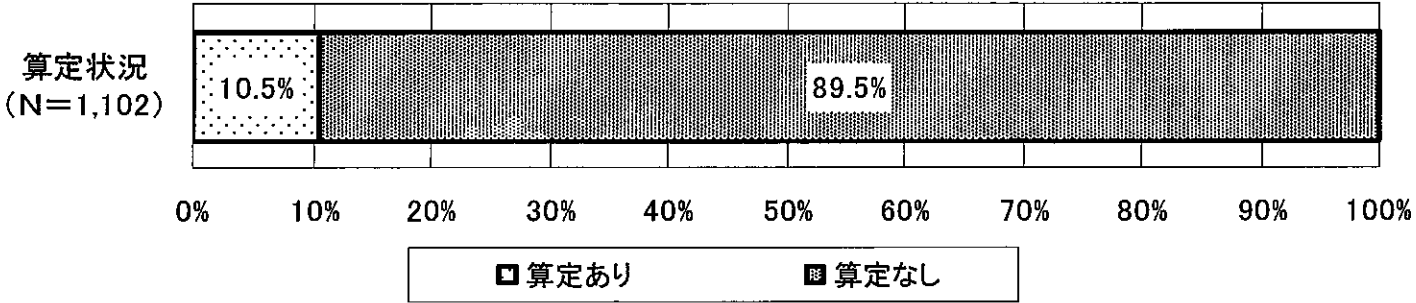
(注4) 日本円については、日本銀行「基準外国為替相場」により算出(アメリカ合衆国通貨 1米ドルにつき本邦通貨 119円)

(注5) OECDの各国比較に利用される医療費は、予防サービスなども含み、日本の国民医療費よりも範囲が広い。

後期高齢者診療料の検証結果

(平成21年5月 中医協 診療報酬改定検証部会)

(1) 後期高齢者診療料の医療機関における算定状況

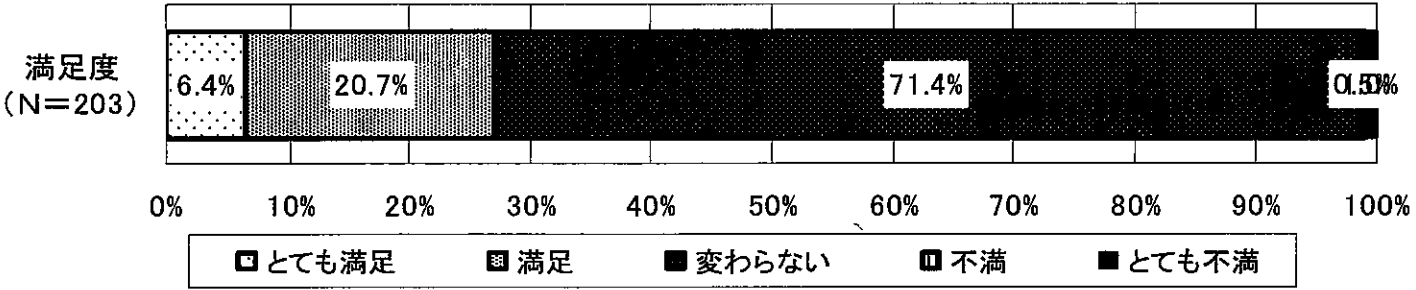


※ 平成20年11月時点で後期高齢者診療料を算定するための届出を行っている医療機関から無作為抽出した3,500施設(有効回収数1,102施設)を対象として集計したもの。

(注) 平成20年7月現在の全国の届出施設数: 病院25施設、診療所9,538施設

※ 実際に後期高齢者診療料を算定するか否かは、患者の選択により決められるものであり、回答のあった施設において1度でも算定したことがある場合に「算定あり」としている。

(2) 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する患者の満足度の変化

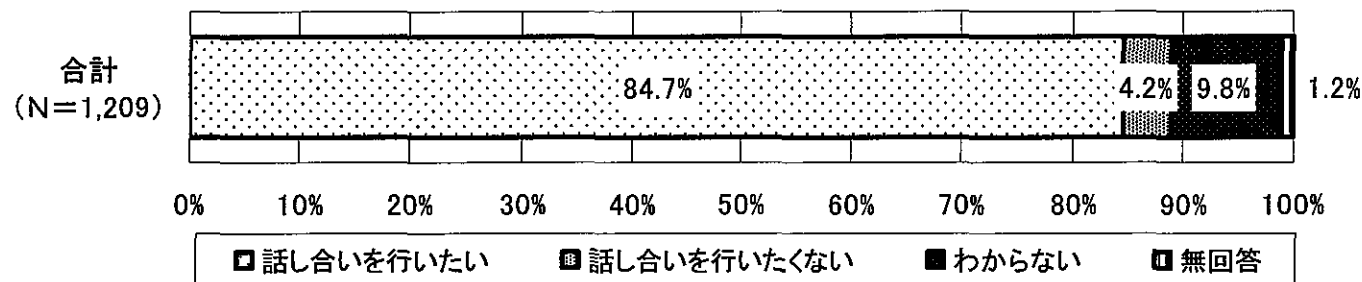


※ 上記(1)において「算定あり」と回答した施設において、実際に後期高齢者診療料の算定を受けている患者を対象として集計したもの。

後期高齢者終末期相談支援料の検証結果 ①

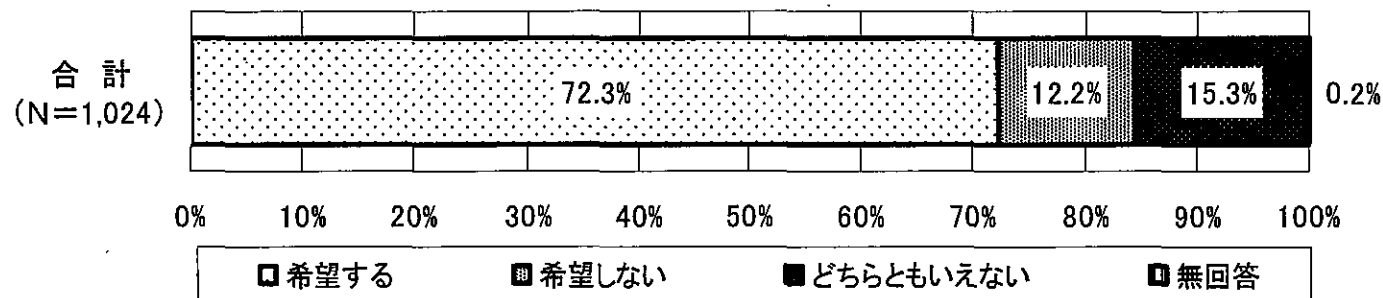
(平成21年5月 中医協 診療報酬改定検証部会)

(1) 終末期の治療方針等についての話し合いに関する国民の意識



※ 民間調査会社に登録している人から無作為抽出した2,000人(有効回収数1,209人)を対象に集計したもの。

(2) 話し合い内容を取りまとめた文書等の医療機関からの提供についての国民の希望

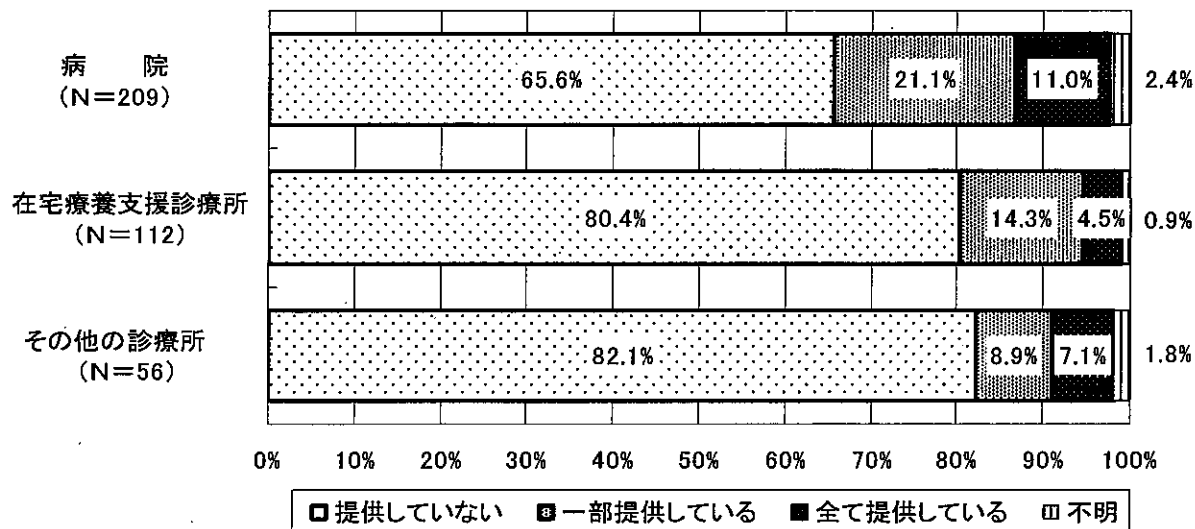


※ 上記(1)において「話し合いを行いたい」と回答した人を対象に集計したもの。

後期高齢者終末期相談支援料の検証結果 ②

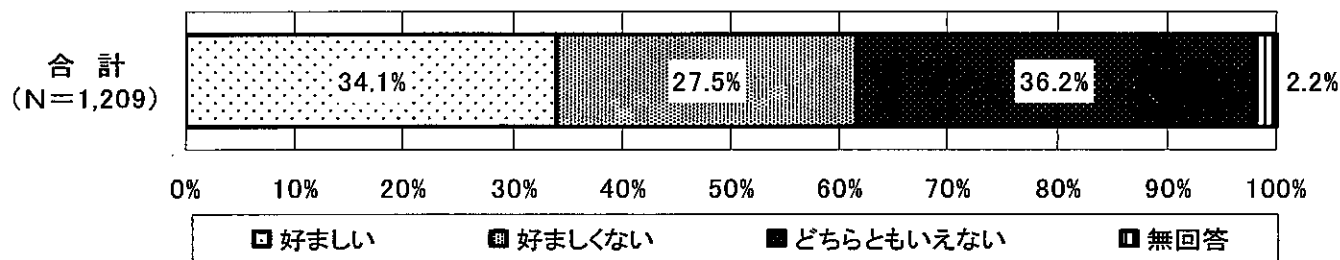
(平成21年5月 中医協 診療報酬改定検証部会)

(3) 話し合い内容をとりとめた文書の医療機関からの提供状況



※ 全国の保険医療機関から無作為に抽出した3,400施設(有効回収数949施設)のうち、終末期の診療方針等の話し合いを実施していると回答のあった施設を対象として集計したものの。

(4) 終末期の治療方針等の話し合いにかかる費用が、公的医療保険から医療機関に対して支払われることに対する国民の意識



※ 民間調査会社に登録している人から無作為抽出した2,000人(有効回収数1,209人)を対象に集計したものの。