

高齢者医療制度について (本日の議題に関する参考資料)

平成21年1月19日
厚生労働省保険局

医療サービスについて

費用負担の透明性
財政責任の明確化

今後の高齢者医療費の
増嵩にどう対応するか

医療費適正化
の推進

従来の制度の問題点

- ・若人と高齢者の費用関係が不明確
- ・保険料を納める所(国保等の保険者)とそれを使う所(市町村)が分離
- ・加入する制度や市区町村により、保険料額に高低

新たな高齢者 医療制度の創設

- ・若人と高齢者の分担ルールを明確化(若人が給付費の4割、高齢者が1割)
- ・保険料を納める所とそれを使う所を都道府県ごとの広域連合に一元化し、財政・運営責任を明確化
- ・都道府県ごとに医療費水準に応じた保険料を、高齢者全員で公平に負担

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

現状

- ・生活習慣病は、国民医療費の約3割、死亡数割合では約6割を占める
- ・国際的にも長い平均入院日数

医療費適正化計画

- ・生活習慣病対策(特定健診・保健指導等)
- ・長期入院の是正

⇒ 高齢期における
医療費の適正化

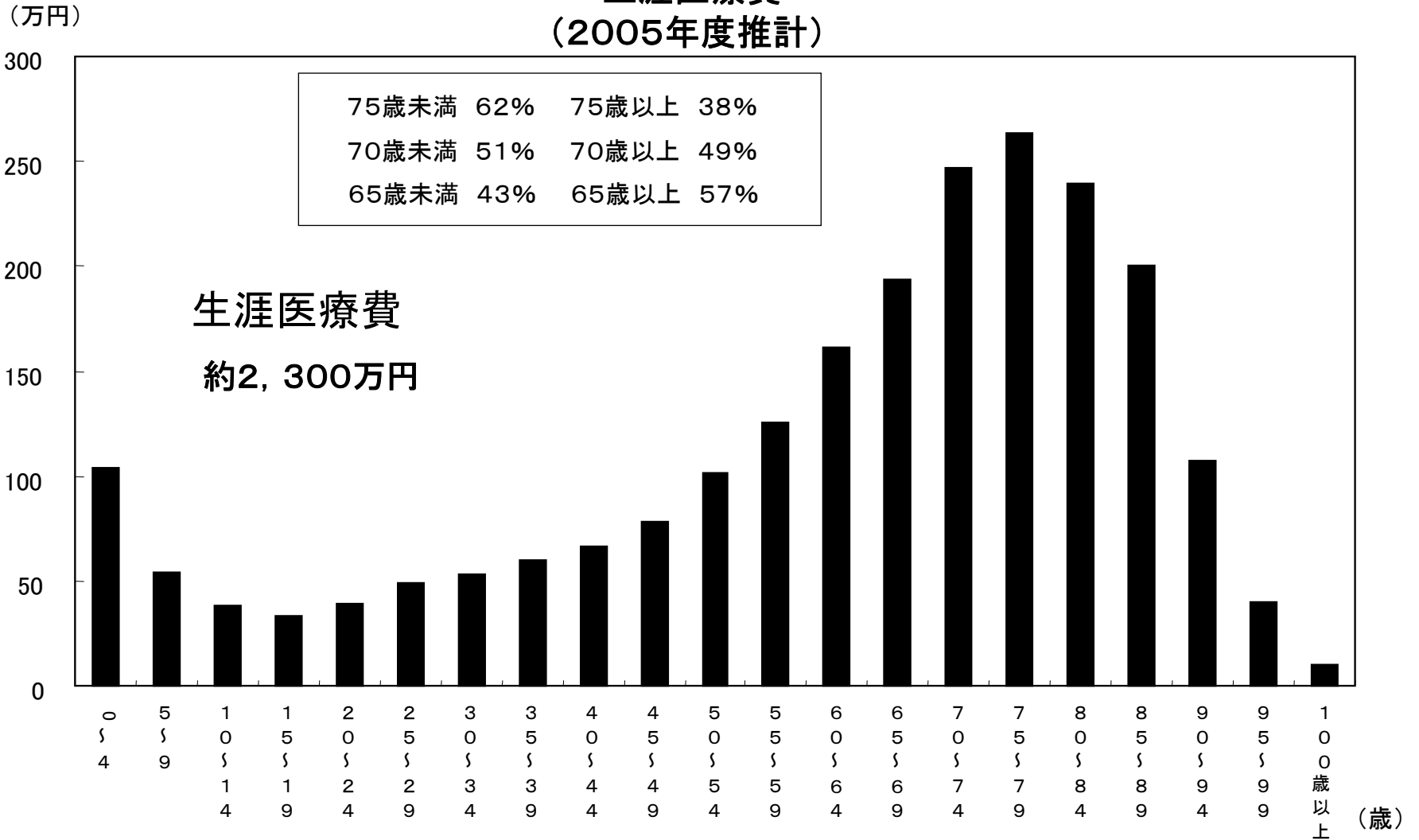
国民医療費、医療給付費、老人医療費の将来見通し

（医療制度改革前の平成18年1月における試算）

年 度	平成18 予算ベース (2006)	平成27 (2015)	平成37 (2025)
改革後			
国民医療費(兆円)	33.0	44	56
老人医療費(兆円)	10.8	16	25
医療給付費(兆円)	27.5	37	48
改革実施前			
国民医療費(兆円)	34.0	47	65
老人医療費(兆円)	11.1	18	30
医療給付費(兆円)	28.5	40	56

（注）平成18年度の老人医療費は74歳以上の高齢者が対象、平成27年度、平成37年度は75歳以上が対象。

生涯医療費 (2005年度推計)

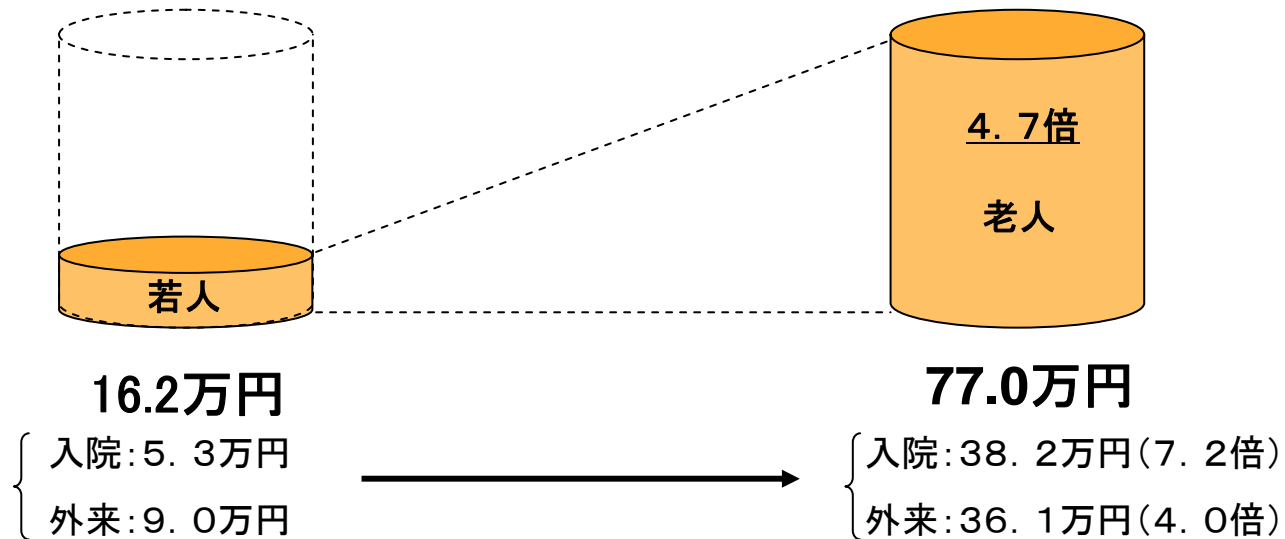


(注) 2005年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、平成17年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。

老人医療費の特性

○ 老人の1人当たり医療費(老人保健制度に係る医療費)は77.0万円となっており、若人(老人以外の者)の1人当たり医療費16.2万円の4.7倍となっている。

【1人当たり医療費の若人との比較(平成16年度)】



(資料)「老人医療事業年報」等より

(注)1. 医療費には、入院、外来の医療費、訪問看護や柔道整復師の施術等の療養費払いの医療費が含まれている。

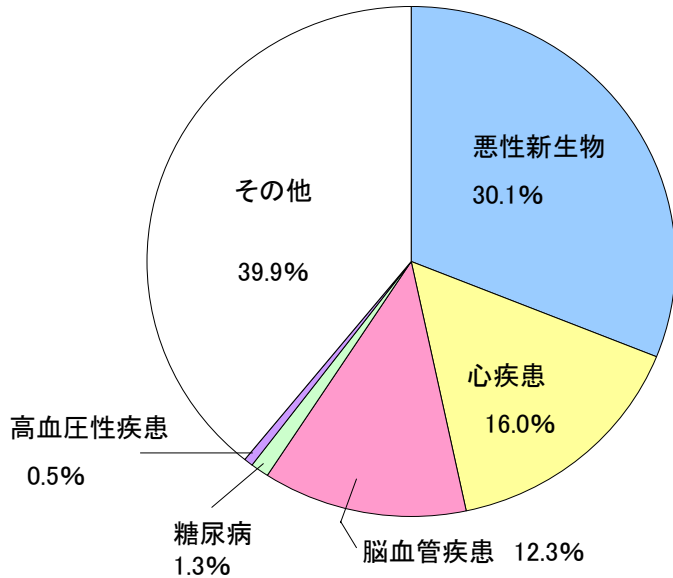
2. 平成14年10月以降、老人医療受給対象者の年齢を段階的に引き上げており、平成16年度は10月で72歳以上である。

生活習慣病対策について

生活習慣病は死亡割合の約6割を占めている。

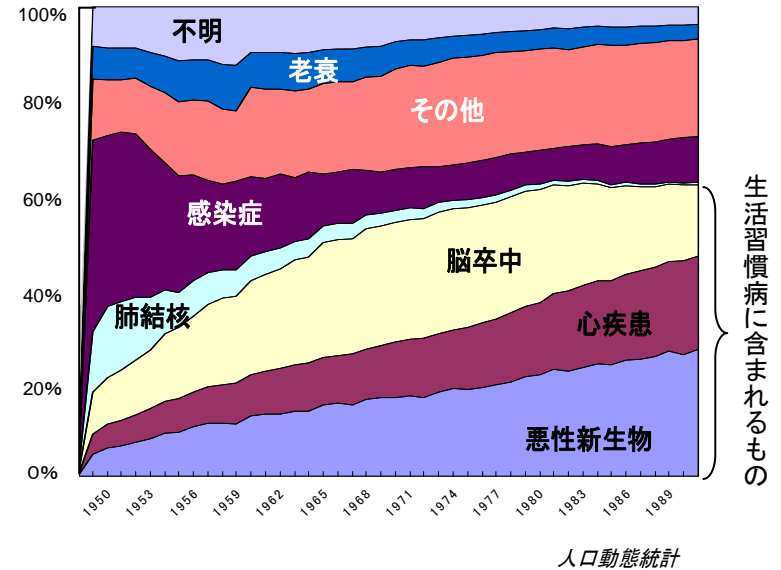
我が国の疾病構造は感染症から生活習慣病へと変化している。

死因別死亡割合(平成17年) 生活習慣病・・・60.1%



(注)人口動態統計(平成17年)により作成

我が国における死因別死亡割合の経年変化
(死亡割合1947-1989)



※ 生活習慣病に係る医療費は、国民医療費(約33兆円)の約3分の1(10.7兆円)(平成17年)

総合的な生活習慣病対策の実施が急務

→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

医療制度改革において、生活習慣病予防の観点から、医療保険者によるメタボリックシンドロームの概念を踏まえた特定健康診査・特定保健指導を導入(平成20年度より実施)

医療費増加の構図

医療費の増加

主要因は老人医療費の増加

老人増
1人当たり老人医療費=若人の5倍

1人当たり老人医療費は都道府県により大きな格差(平均75万円、最高:福岡県約90万円、最低:長野県約60万円)

1人当たり入院医療費の増(寄与度の約5割)

1人当たり外来医療費の増(寄与度の約5割)

病床数の多さ(平均在院日数の長さ)

生活習慣病を中心とする外来受診者の受診行動

在宅(自宅でない在宅含む)療養率の低さ

内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病患者・予備群の増加

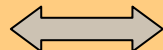
医療機能の分化・連携

急性期
回復期
療養期
在宅療養



連携

介護提供体制



地域における高齢者の生活機能の重視

生活習慣病対策

- ①保険者と地域の連携した一貫した健康づくりの普及啓発
- ②網羅的で効率的な健診
- ③ハイリスクグループの個別的保健指導

中長期的な医療費適正化方策

基本的な考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少(平成27(2015)年度)
 - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均と最短(長野県)の差を半分に縮小(同上)

国

共同作業

都道府県

- 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針の作成
- 都道府県における事業実施への支援
 - ・ 平均在院日数の短縮に資する診療報酬の見直し
 - ・ 医療提供体制の整備
 - ・ 人材養成
 - ・ 病床転換に関する財政支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

- 都道府県医療費適正化計画の作成
- 事業実施(生活習慣病対策)
 - ・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導
 - ・ 市町村の啓発事業の指導(在院日数の短縮)
 - ・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進
 - ・ 病床転換の支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

実績評価の結果を踏まえた措置

- 都道府県に配慮して診療報酬を定めるように努める(※)
- 都道府県と協議の上、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲で、都道府県の診療報酬の特例を設定することができる
※設定にあたっては中医協において審議
- 診療報酬に関する意見を提出することができる(※)
- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等(※)

保険者

(※)については中間年における進捗状況の評価時も同様

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

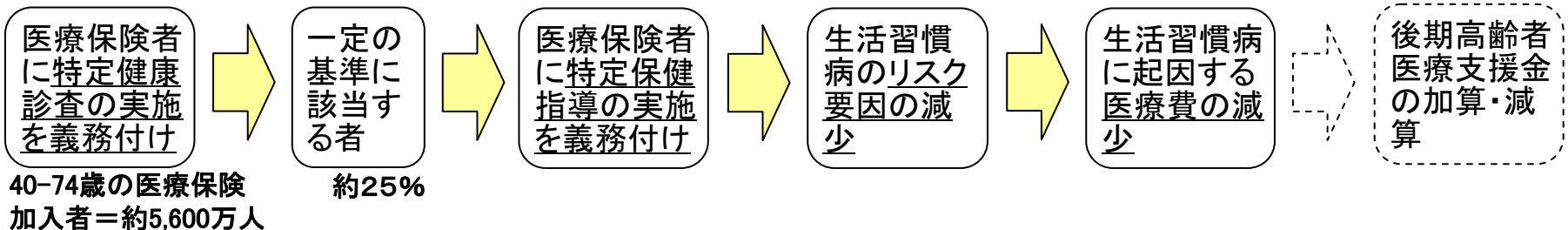
生活習慣病対策の取組

基本的な方向

- 医療保険者(国保・被用者保険)に対し、40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づける(平成20年度より)。

主な内容

- 各医療保険者は、作成した特定健康診査等実施計画に基づき、計画的に健診・保健指導を実施
 - 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底を図る。
 - 被用者保険の被扶養者等については、地元の市町村で健診・保健指導を受けられるよう配慮
 - ⇒ 医療保険者は、集合契約等により、市町村国保における事業提供の活用が可能(費用負担及びデータ管理は、利用者の属する医療保険者が行う)
 - ⇒ 都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって、効率的なサービス提供がなされるよう、各医療保険者間の調整や助言を行う。
 - 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。また、被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供する。
 - 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じ、後期高齢者支援金の加算・減算を行う。
 - ・特定健康診査の実施率
 - ・特定保健指導の実施率
 - ・H20と比べたH24時点でのメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率
- ※ 市町村国保や被用者保険(被扶養者)の健診について、一部公費による支援措置を行う。



療養病床再編成の考え方

医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、利用者の実態に即したサービスの提供を図る。
(医療が必要な方には医療サービスを、介護がより必要な方には介護サービスを)

今の療養病床が患者を退院させることなく(ベッド数を削減することなく)、介護施設等に転換するもの。
⇒医療・介護トータルの受け皿数は確保

介護施設等への転換は、医療機関の経営判断による。

(注1)病床数は平成18年10月現在の数値。

(注2)医療療養病床からは回復期リハ病床(約2万床)を除く。

<平成24年度>

医療療養病床

(約21万床)44都道府県の合算値
未定の3県を含めると約22万床の見込み

※引き続き転換を支援しつつ
必要数を検証

介護療養型 老人保健施設

夜間対応
看取り対応

従来型の老人保健施設

特別養護老人ホーム 等

医療療養病床
(23万床)

介護療養病床
(12万床)

高

医療の必要性の
高い方

低

医療の必要性の
低い方

医療の必要性の高い方と
低い方が混在

引き続き、
医療保険から
サービスを給付

転換

介護保険から
サービスを給付

35
万床

35
万床

○ 高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づく計画に位置づけ

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。

後期高齢者診療計画書

(記入日: 年 月 日)

患者氏名	(男・女)
生年月日: 明・大・昭 年 月 日	

診療所	担当医師氏名
連絡先	

病名	主病()	他に定期的に受診している医師 病名()(診療所 先生) 病名()(診療所 先生) 病名()(病院 先生) 病名()(病院 先生)			
年間検査のスケジュール		当院の連携医療機関 (緊急時の入院先) 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先 その他留意事項			
	4月～6月		7月～9月	10月～12月	1月～3月
	月 日作成		月 日作成	月 日作成	月 日作成
身体計測 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活機能を含 めた評価 (年2回以上)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心電図 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検尿 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
血液検査 (年1回以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
治療方針等		要介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 他の保健医療・福祉サービスの担当者			
		患者署名			

(別紙様式15)

本日の診療内容の要点

(診察日: 年 月 日)

患者氏名	(男・女)
生年月日: 明・大・昭 年 月 日	

診療所	担当医師氏名
連絡先	

<p>本日の診療について</p> <p>血圧 (/ mmHg)</p> <p>体温 発熱 有(°C)・無</p> <p>脈拍等その他の所見</p>	<p>次回受診日時</p> <p style="text-align: center;">月 日 ()</p> <p style="text-align: center;">時 分</p>
<p>毎日の生活での留意事項</p>	<p>本日のお薬</p>
<p>今日の検査</p> <p><input type="checkbox"/> 身体計測</p> <p><input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価</p> <p><input type="checkbox"/> 心電図</p> <p><input type="checkbox"/> 検尿 結果(月 日頃)</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査結果 結果(月 日頃)</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	<p>次回に当院で予定している検査等</p> <p><input type="checkbox"/> 身体計測</p> <p><input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価</p> <p><input type="checkbox"/> 心電図</p> <p><input type="checkbox"/> 検尿</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>
<p>他院での診療状況</p> <p>(他院での指導について記入してください)</p>	<p>疾病に関する疑問・質問</p> <p>(先生に聞きたいことがあれば記入下さい)</p>

終末期相談支援料について

ねらい:ご本人の望む納得のいく診療方針で、残された日々を充実した形で過ごすことの実現。本人の希望する診療内容等を医療関係者等で共有

内 容:あくまでもご本人の同意のもと、医師が、診療方針等について話し合いを行い、文書にまとめ、ご本人に提供した場合に、2,000円を1回に限り算定

※ 入院患者は退院時又は死亡時に算定

※ ご本人の自発的な意思を尊重し、意思の決定を迫ってはならない。

しかしながら、

- 医療費の抑制を目的とするものではないかとの誤解
- 患者・家族に選択を迫ることにつながるのではないかとの不安
- 全国民を対象に考えなければならない問題ではないかとの指摘



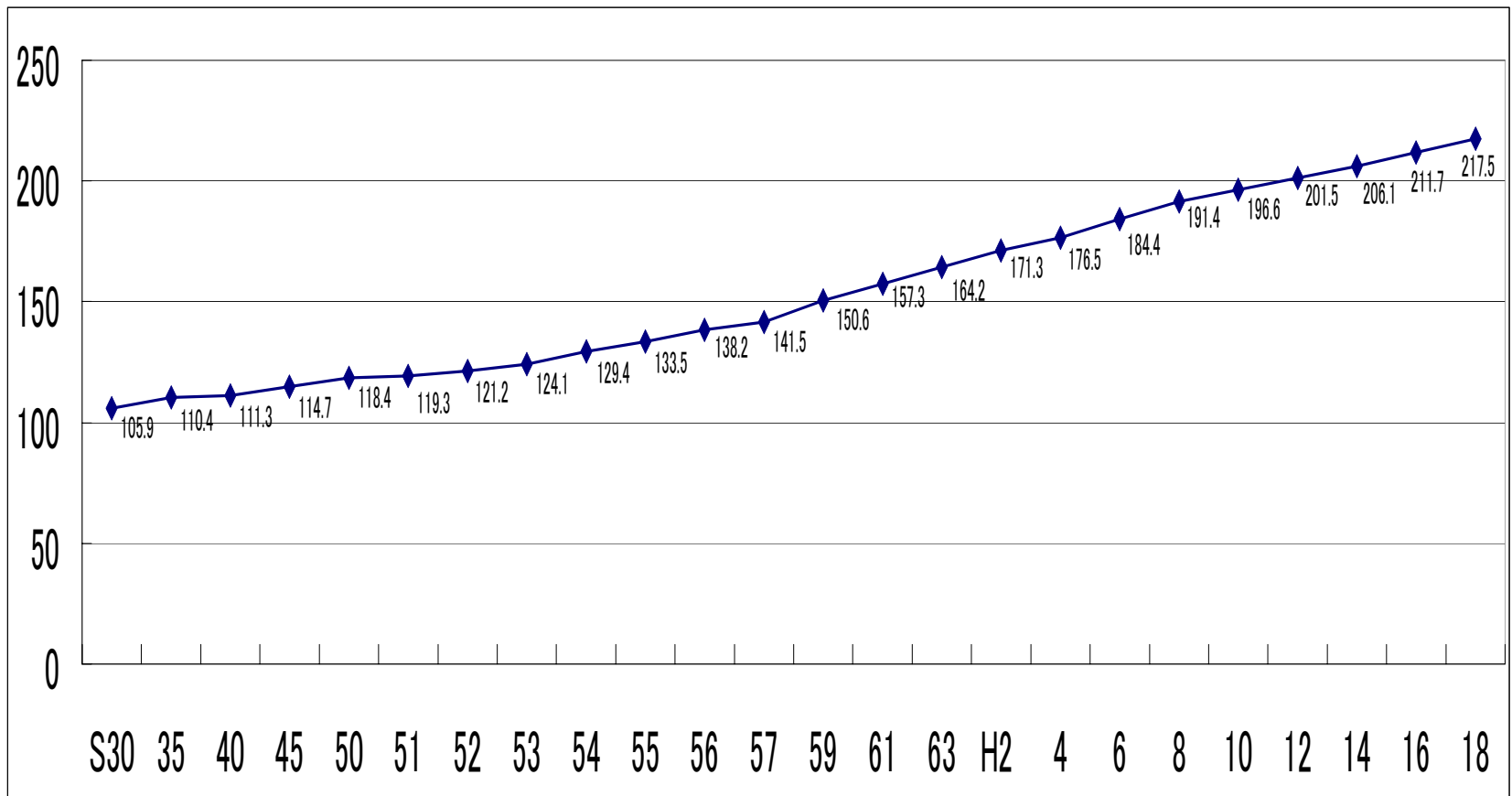
H20. 7. 1～ 算定を凍結

- 終末期における相談支援の実態に関する検証を実施。

医療提供体制について

人口10万対医師数の年次推移

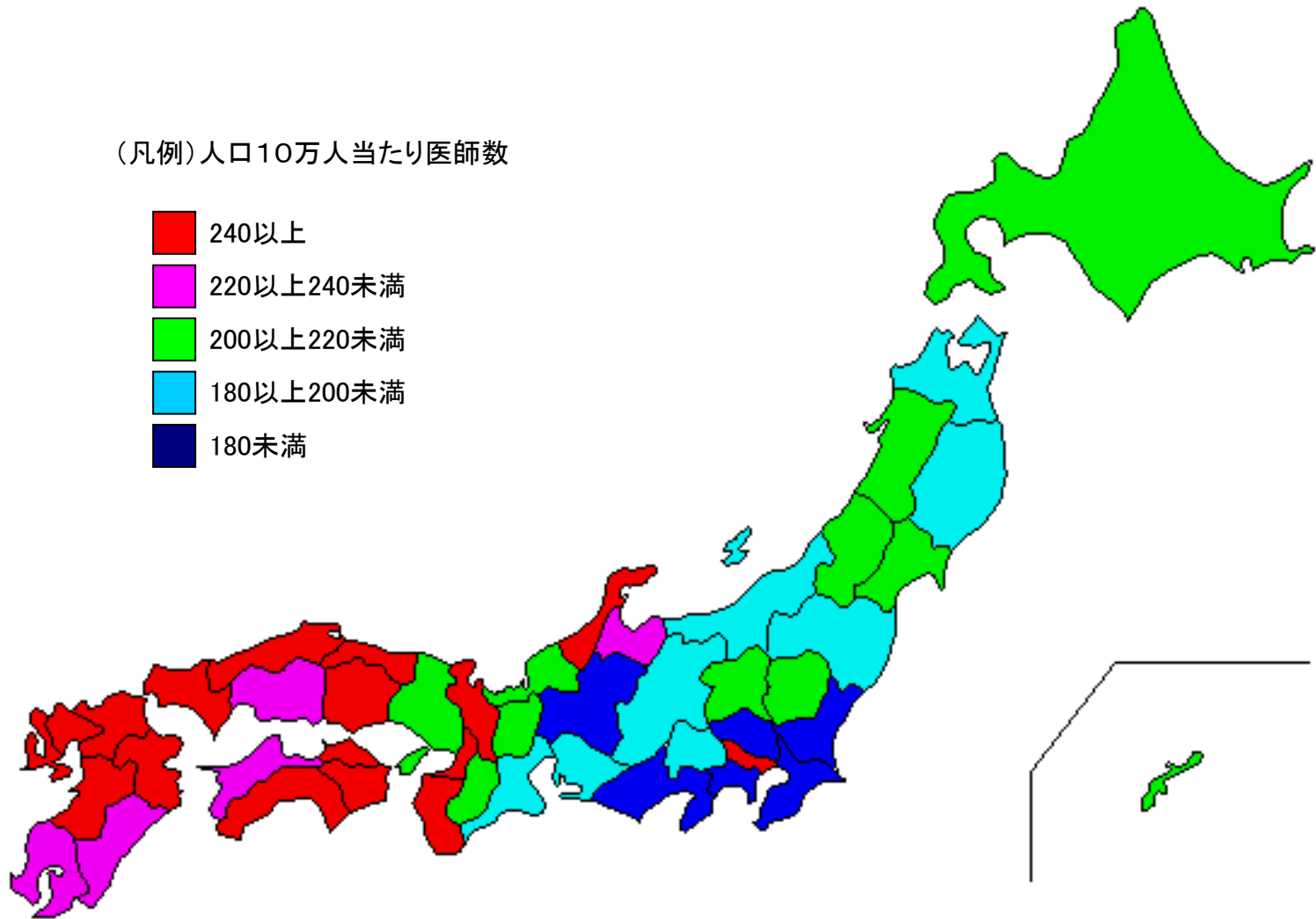
○ 近年、医師国家試験の合格者は毎年7,600～7,700人程度であり、死亡等を除いても、毎年3,500～4,000人程度増加。



(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

人口10万人当たり医師数の分布(平成18年)

(凡例)人口10万人当たり医師数

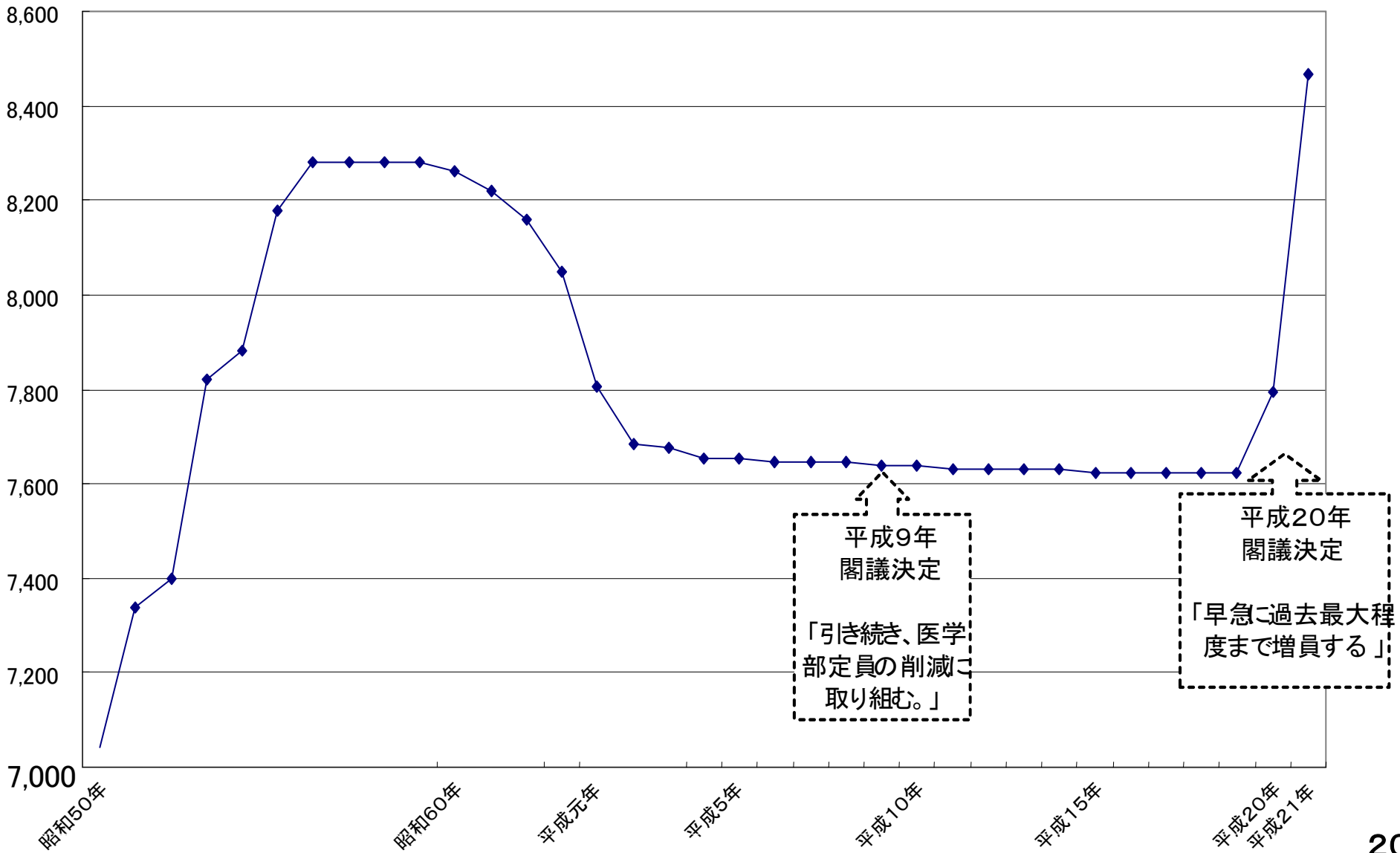


(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

医師確保対策①

<対応>

医学部入学定員(募集人員)の推移

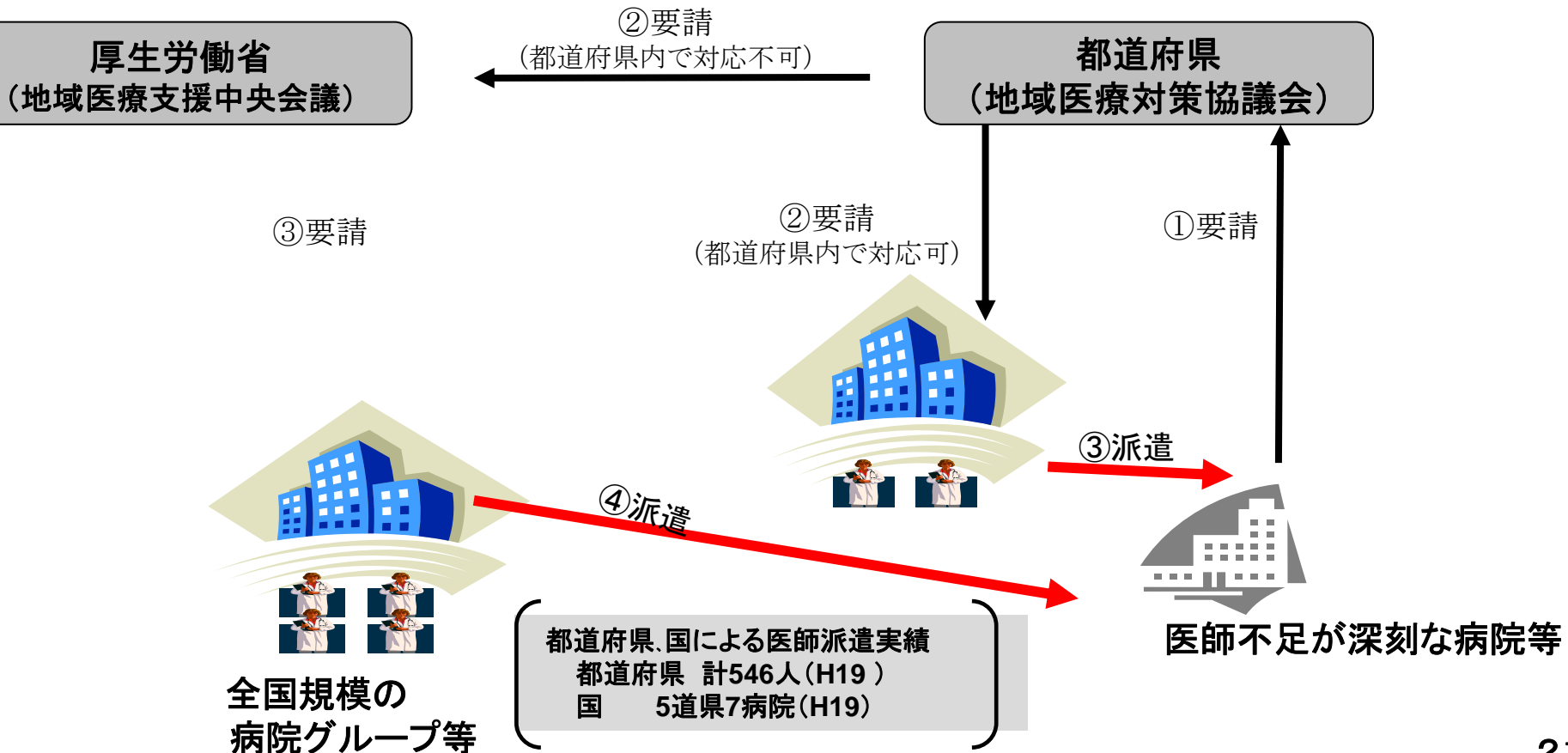


医師確保対策②

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)

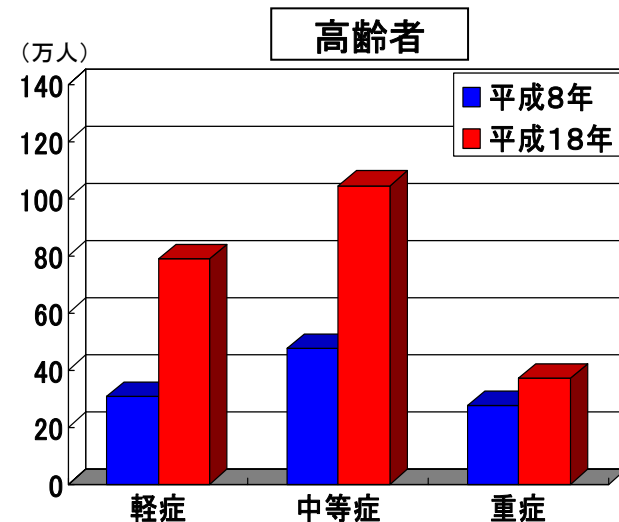
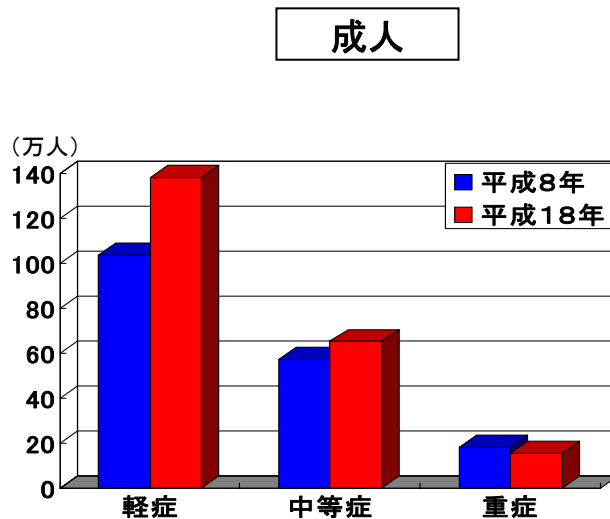
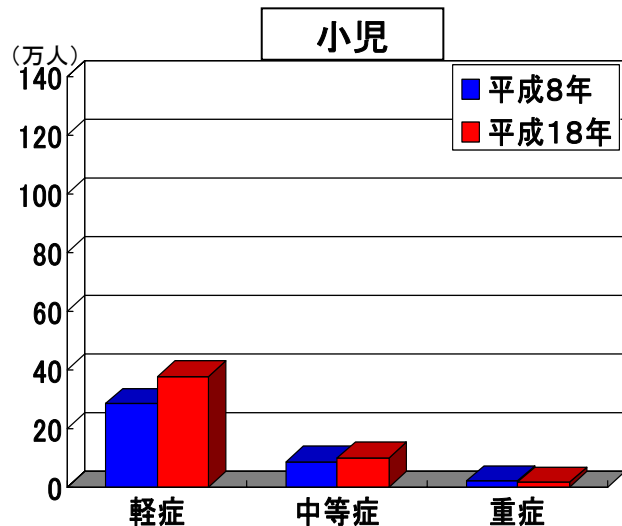
看護師等

- 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。

救急医療の充実

○ 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））

- ・管制塔機能を担う病院の整備
- ・救急患者受入コーディネーターの配置 等

- ・情報開示と国民の理解の促進
- ・転院等が可能な地域の体制確保
- ・施設内・外の連携構築のための専任者の配置 等

- <課題>
- ・円滑な搬送
 - ・適切な振分け
 - ・確実な受入れ

- <課題>
- ・「出口の問題」の解消

三次救急医療(救命救急医療)

二次救急医療(入院を要する救急医療)

初期救急医療

搬送

転院・転床
退院

後方病院

在宅
社会復帰

救急患者
の発生

- <課題>
- ・救急利用の適正化

- <課題>
- ・地域の医療機関が連携しつつ、救急医療の提供体制を整備・充実
 - ・救急医療を担う医師の労働環境の改善

- ・住民への普及啓発
- ・小児救急電話相談事業(#8000)の充実 等

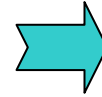
- ・地域の実情に応じた取組の支援
- ・救急医療を担う医師への手当に対する支援
- ・診療所医師の救急医療への参画の推進 等

世代間の納得と共感の得られる 財源のあり方について

新しい高齢者医療制度のかたちの検討

～抜本改革の理念型～

以下の4つの方式が提案され、議論。
関係者が全面的に賛同できる案はなし。



約10年にわたる議論の結果、
独立型(75歳～)と財政調整(65～74歳)
の組み合わせ)で合意。

【独立型】(支持団体:日医、健保連、経団連)

高齢者

- ・公費重点投入や高齢者にふさわしい医療がわかりやすい
- ・支持団体の見解は、公費負担割合、対象年齢等について様々

【リスク構造調整】

- ・所得形態、所得捕捉の問題がある
- ・被用者保険の持ち出しが多くなる

国保
退職者
被用者

国保
被用者

【突き抜け型】(支持団体:連合)

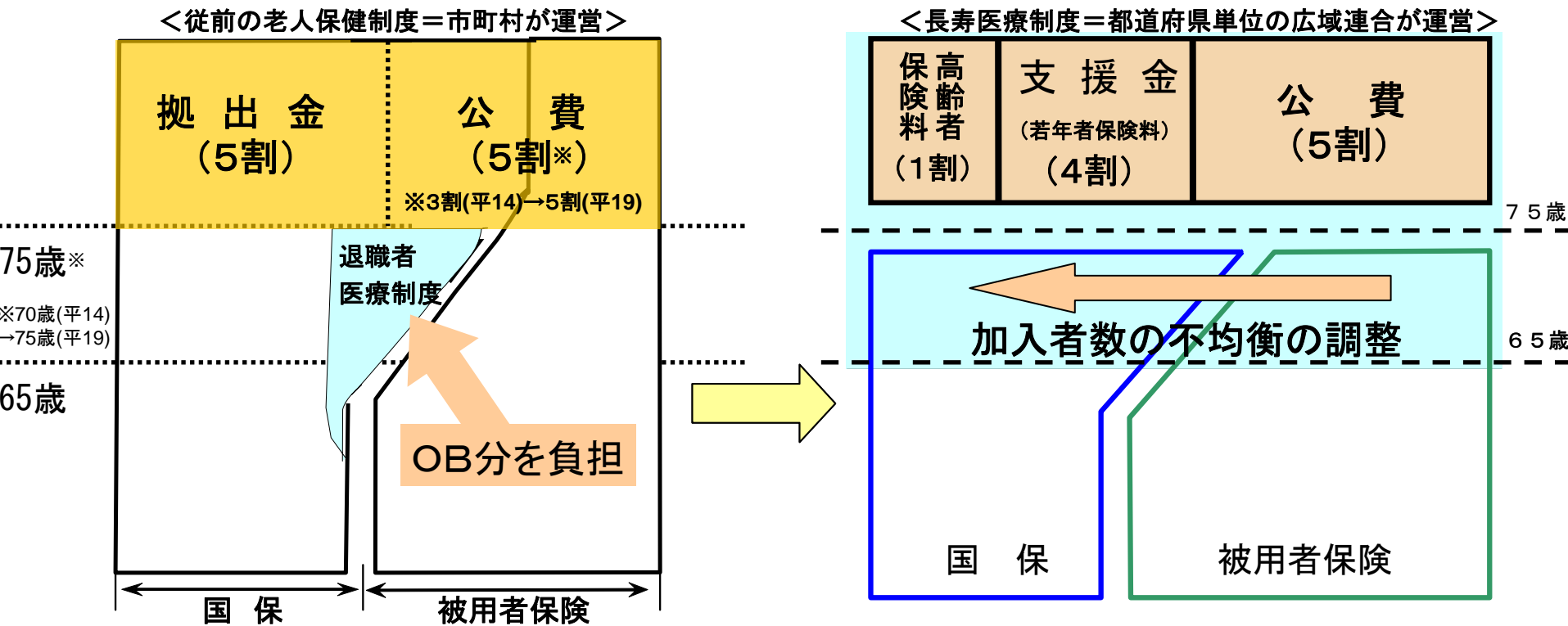
被用者
OB
国保
被用者

- ・就業構造が流動化している中で、高齢期になっても被用者・非被用者を区分することは、社会連帯の理念が老健制度より後退
- ・被用者年金の加入期間を満たさない者は国保の負担となり、国保の財政がもたない

【一元化】

- ・何千もの保険者をどうするか
- ・所得形態・所得捕捉が異なる者の保険料基準をどうするか
- ・事業主負担をどうするか
- ・保険集団構成員の連帯感や保険運営の効率性の観点から問題

長寿医療制度の仕組み



（老人保健制度の問題点）

- ① 高齢世代と若年世代の費用負担割合が不明確。
- ② 実施主体である市町村は医療費を支払うだけで、保険料の徴収を行っておらず、財政運営の責任が不明確
- ③ 国保では、市町村によって保険料に最大5倍の格差が存在。

（長寿医療制度の意義）

- ① 若い人と高齢者の分担ルールを明確にし、高齢者にも若い方々にも納得して負担していただく。
 - ② 都道府県ごとの広域連合が財政運営の責任主体であることを明確にし、広域連合が一元的に保険料を徴収し、その使い途にもしっかりと責任をもつ。
 - ③ 高齢者全員に保険料を公平に負担していただく（県内では同一所得の方については同一の保険料とする）。
- ※ これにより市町村ごとの約5倍の保険料格差が約2倍に縮まる

長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の運営の仕組み(平成20年度)

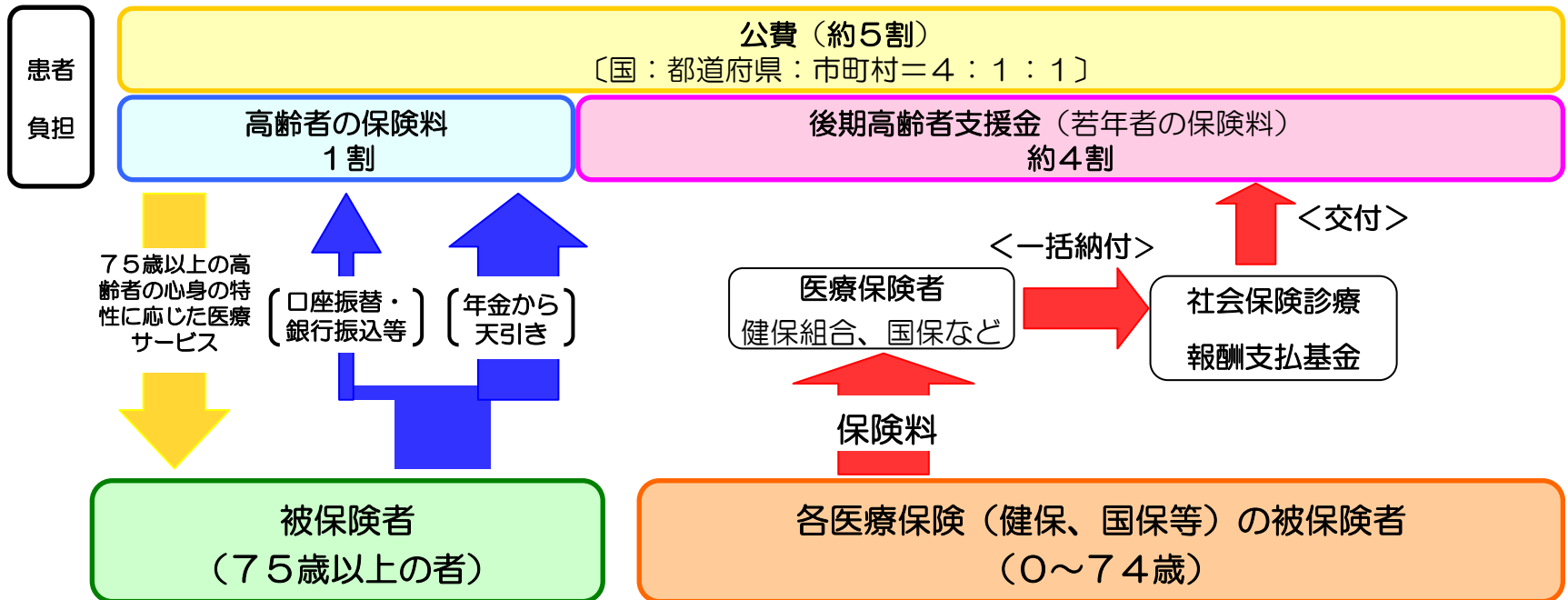
- 75歳以上の高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。
- 財源構成は、患者負担を除き、公費(約5割)、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く保険料(1割)を徴収する。
- 現役世代からの支援は、国保(約4,100万人)・被用者保険(約7,300万人)の加入者数に応じた支援とする。
- 75歳以上の高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する。

<対象者数> 75歳以上の高齢者 約1,300万人

<75歳以上の高齢者の医療費> 11.9兆円(平成20年度予算ベース:満年度)

給付費 10.8兆円 患者負担1.1兆円

【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46%、後期高齢者支援金の負担率は44%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り、これらを含めた公費負担率は58%となる。

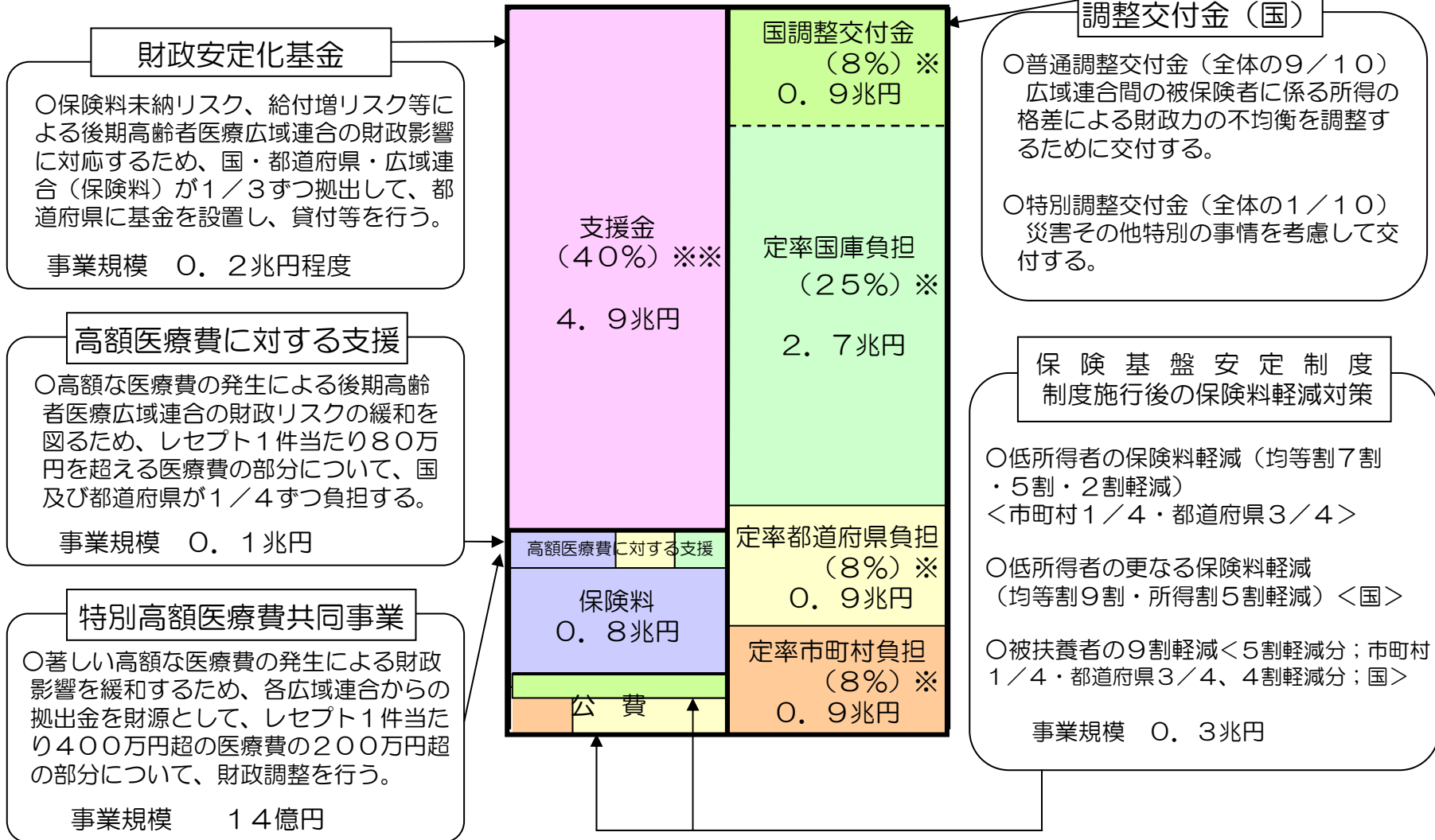
長寿医療制度(後期高齢者医療)財政の概要

医療給付費等総額：11.4兆円

21年度要求ベース

都道府県単位の広域連合

← 50% → ← 50% →



※ 現役並み所得者については、公費負担(50%)がなされないため、実際の割合は50%と異なる。

※※ 国保及び政管健保の後期高齢者支援金には、別途各々50%、1.6.4%の公費負担がある。

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

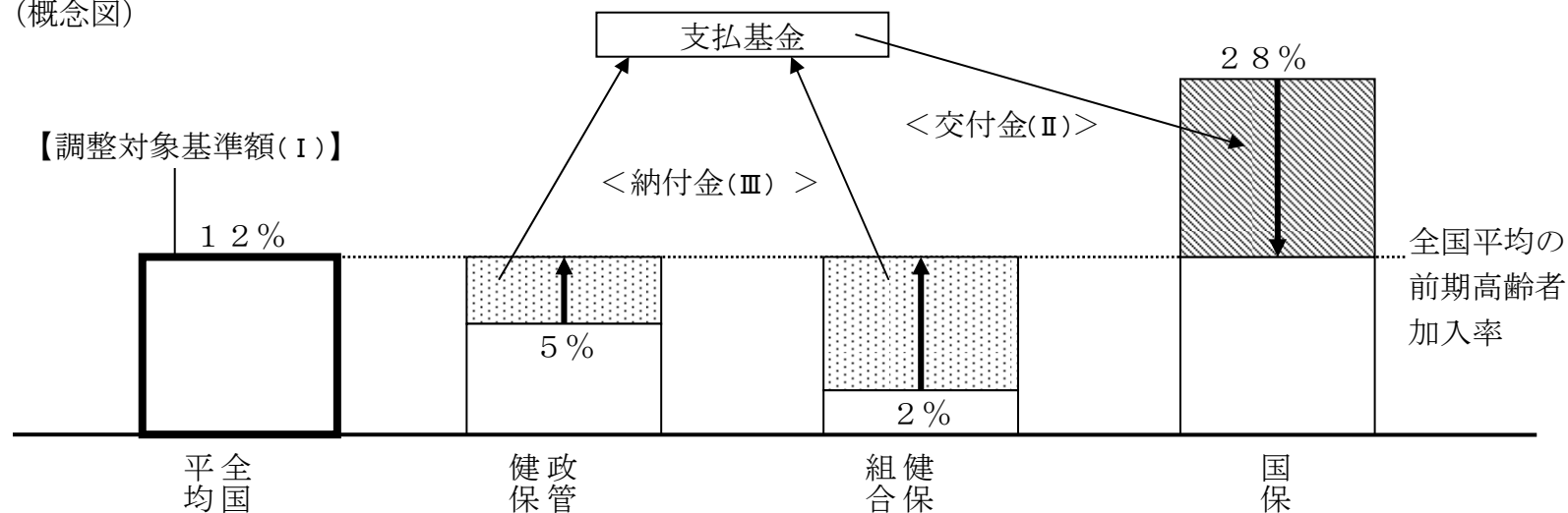
①前期高齢者財政調整について(全体イメージ)

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

$$\begin{aligned} &= (\text{当該保険者の1人当たり前期高齢者給付費}) \times \text{当該保険者の0\sim74歳までの加入者数} \\ &\quad \times (\text{全国平均の前期高齢者加入率} - \text{当該保険者の前期高齢者加入率}) \end{aligned}$$

(概念図)

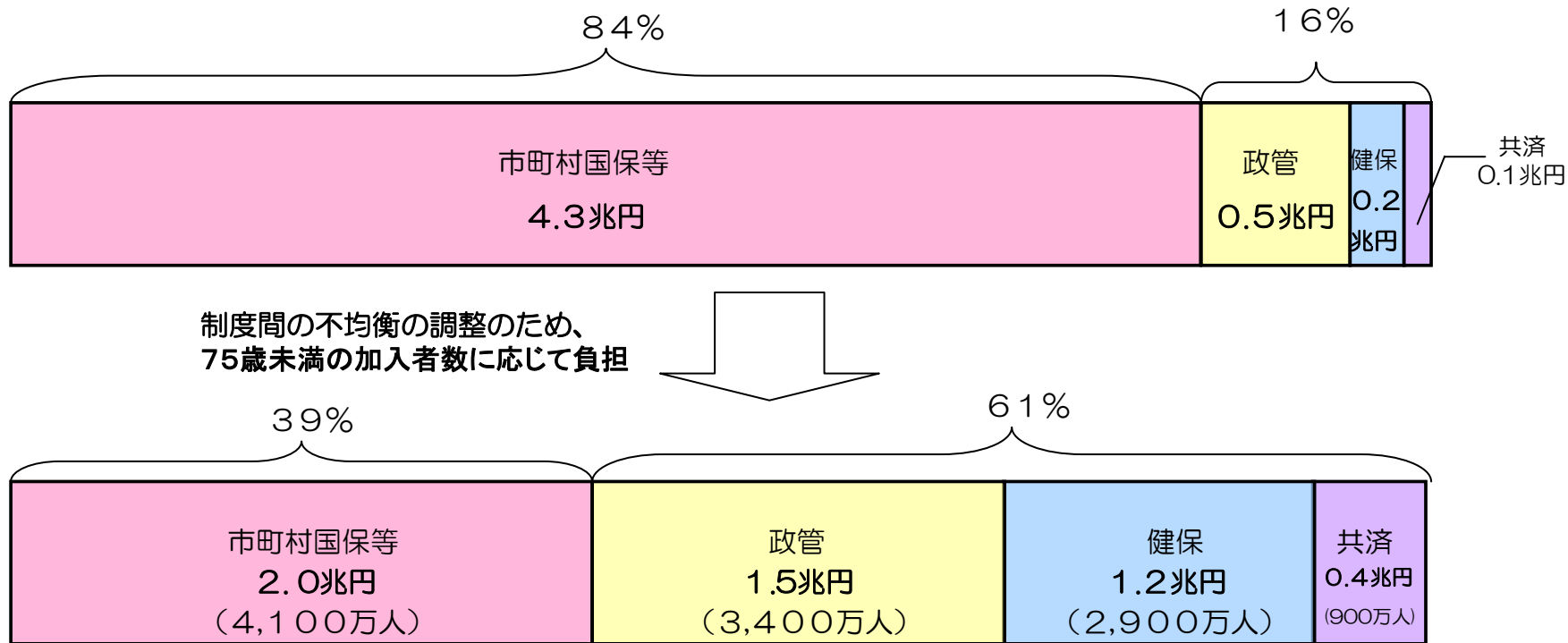


前期高齢者財政調整(平成20年度)

○ 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。

<対象者数> 65～74歳の前期高齢者 約1,400万人

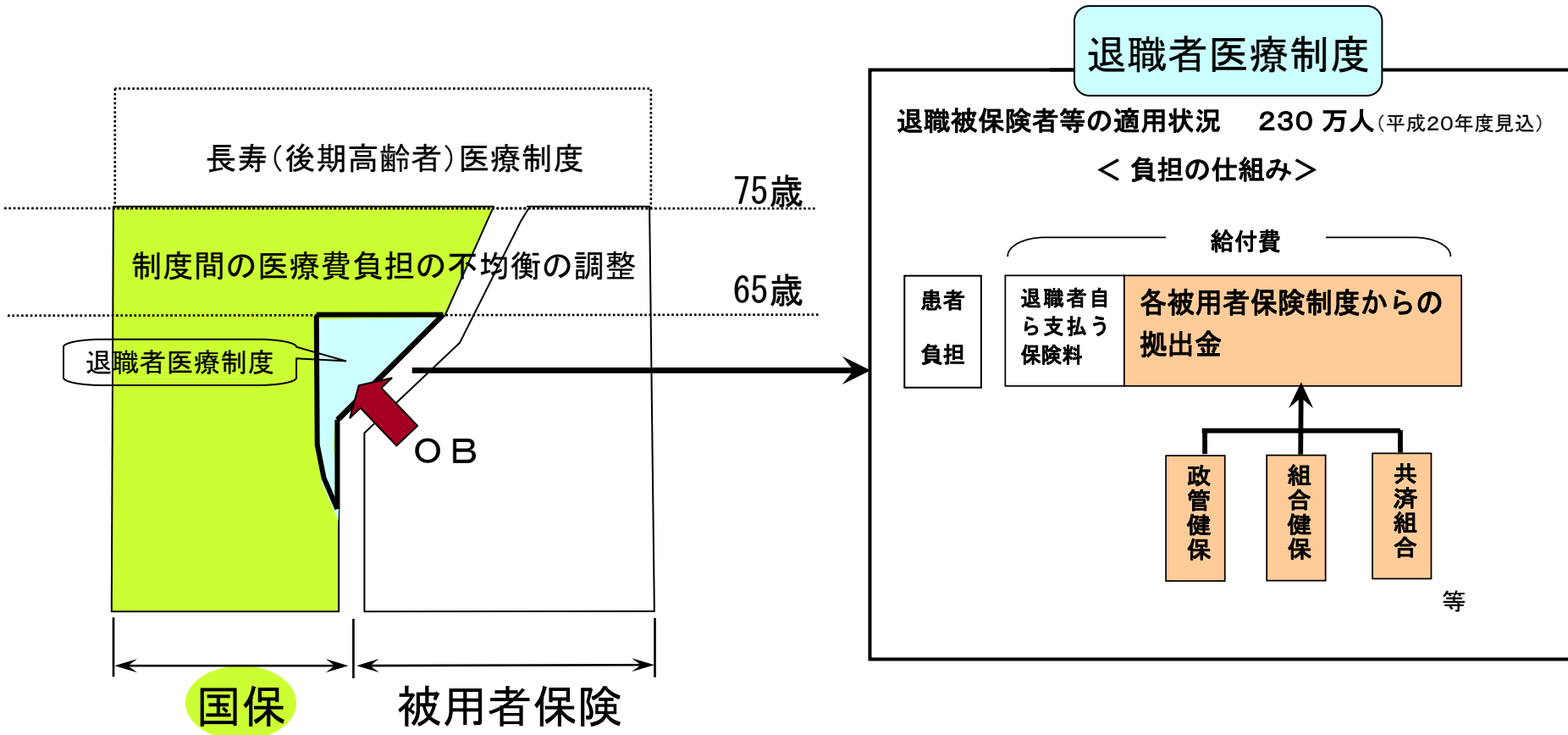
<前期高齢者給付費> 5.2兆円 (平成20年度賦課ベース:満年度)



(注) 前期高齢者に係る後期高齢者支援金(0.6兆円)についても、同様の調整を行う。

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

〈所得水準の低い保険者〉

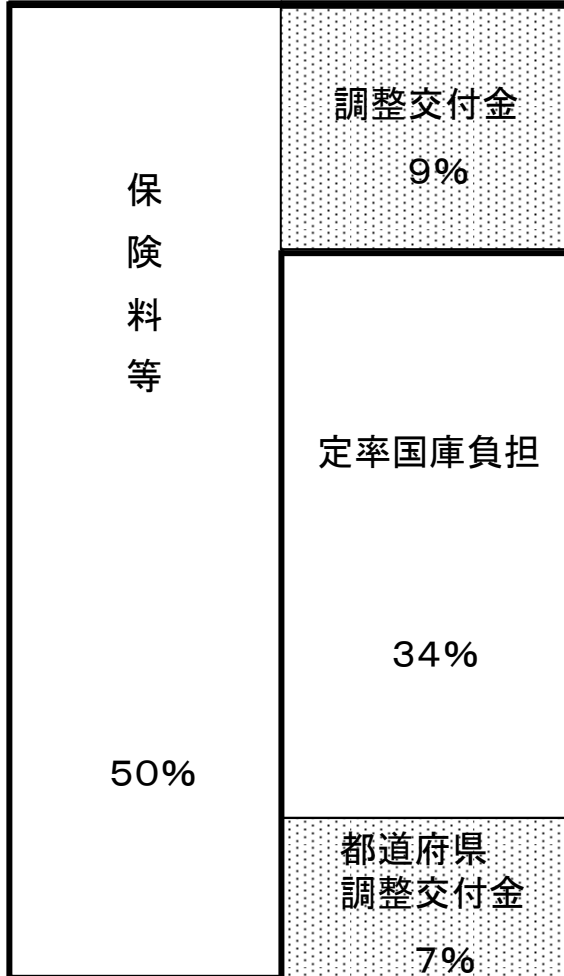
保険料	公費
応能保険料 応益保険料(5%)	調整交付金 定率国庫負担(26%) 都道府県負担(8%) 市町村負担(8%)
支援金(40%)	

〈所得水準の高い保険者〉

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

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)

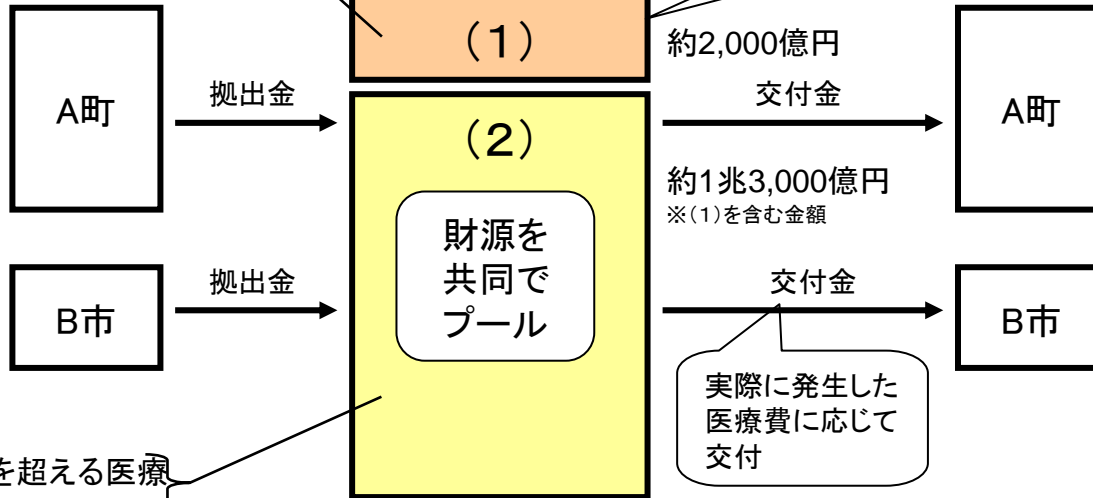
・都道府県が、都道府県内の市町村が行う国民健康保険の財政を調整するもの。

⑤ 保険財政共同安定化事業について(イメージ)

レセプト1件80万円を超える高額な医療費に関する互助事業

各都道府県の
国保連合会
(事業主体)

1/2を公費で負担し、
国と県もリスクを負担



レセプト1件30万円を超える医療費に関する互助事業

(1) 80万円超の医療費のうち、80万円を超える額を対象

(2) { 30万円超の医療費に係る給付費すべてを対象
医療費実績に応じて拠出する額と、被保険者数に応じて
拠出する額の合計額

これにより保険料の平準化を図る

与党プロジェクトチームのとりまとめ

高齢者医療制度の見直しに当たっての基本的枠組み

平成20年12月17日 与党高齢者医療制度に関するプロジェクトチーム

1. 現在の長寿医療制度は、高齢者医療の安定的な確保を図るとともに、老人保健制度が抱える問題点を解決するために、10年に渡る議論を経て、制度化されたもの。
2. 野党民主党が言うように単に制度を廃止し、元に戻すということでは、こうした老人保健制度の問題点が解決できないばかりでなく、現場が混乱し、保険料が下がった多くの方の負担が再び上がるうえに、本来の目的である高齢者の方の安定的な医療の確保ができない。
3. 従って、自公政権合意を踏まえ、高齢者の方々の心情に配慮する中で、法律に規定する5年後の見直しを前倒しして、よりよい制度への改善を図ることとする。
4. 見直しはこれまでいただいた様々なご意見等を踏まえ、高齢者をはじめ医療関係者、事業主や被用者、保険者、地方公共団体等多くの方々の意見を聞きながら、全世代の納得と共感が得られる枠組みについて、来春を目途に幅広い議論を進め、結論を得ることとする。