

高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）

<案>

I はじめに

- 本改革会議は、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰による会議として、昨年11月に設置され、以来、今日まで●回にわたり会議を重ねてきた。
- この間、本年8月には、制度の基本骨格について中間とりまとめを公表するとともに、厚生労働省においては、その前後に国民の意識調査を2回、地方公聴会を7回開催するなど、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って、幅広く国民の意見を伺う取組も進められてきた。
- 中間とりまとめでは、
 - ①加入する制度を年齢で区分せず、75歳以上の高齢者の方も現役世代と同じ国保か被用者保険に加入し、年齢による差別的な扱いを解消すること
 - ②多くの高齢者の受け皿となる国保について、第一段階で高齢者に関し都道府県単位の財政運営とし、第二段階で現役世代についても都道府県単位化を図ることを基本とした新たな制度の骨格を示した。
- この最終とりまとめは、中間とりまとめで積み残した課題を中心に9月以降に行った議論の結果を基に、新たな制度の具体的なあり方についてとりまとめたものである。
- 高齢者の医療費を賄う財源は、公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担しかない。そして、公費も保険料も患者負担も国民にとっては負担にほかならず、高齢化の進展に伴い医療費が増大する中で、仮に現行制度を維持しても、また、新たな制度をどのようなものにするにしても、負担増を伴わない解決策はない。

- したがって、世代間・世代内の公平等に配慮しつつ、無理のない負担となるように、支え合い・助け合いを進め、より納得のいく公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担の組み合わせによる制度を実現しなければならない。
- このような負担を巡る議論であるため、各委員が全ての点で納得・合意することは困難な面があり、この最終とりまとめは、委員の意見の大勢をとりまとめたものである。

II 改革の基本的な方向

- かつての老人保健制度は、75 歳以上の医療給付費を公費 5 割と各保険者からの拠出金 5 割で賄っていたが、①拠出金の中で高齢者と現役世代の保険料が区分されておらず高齢者と現役世代の負担割合が不明確であったこと、②加入する制度や市町村により高齢者の保険料額に大きな差があったこと等の問題点があった。
- これを改善するため、現行の後期高齢者医療制度は、国保・被用者保険から分離・区分した独立型の制度を創設し、高齢者と現役世代の負担割合を明確にして世代間の連帯で支えるとともに、高齢者一人一人に保険料負担を求め、原則として同じ都道府県で同じ所得であれば同じ保険料とすることで高齢者の保険料負担の公平化を図ろうとした。
- しかしながら、後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分するという基本的な構造において国民の理解を得ることができなかった。この点は、意識調査の結果を見ても、一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて、「適切でない、あまり適切でない」とする割合が 44%（有識者に同様の調査を行うと約 53%）と、「適切である、やや適切である」とする割合約 30%（有識者；約 35%）を上回っている。
- また、後期高齢者医療制度は、75 歳以上の「高齢者間の負担の公平」を図るため、サラリーマンや被扶養者の方々を被用者保険から分

離・区分したことから、75歳以上のサラリーマンの方は傷病手当金等を受けられず、保険料も全額本人負担となり、被扶養者であった方も保険料を負担することとなった。このため、サラリーマンや被扶養者の方々については、75歳を境に保険料や保険給付等が異なることとなり、「世代間の不公平」が発生することとなった。

- このため、今回の改革では、独立型の後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同じ国保か被用者保険に加入することとした上で、①公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化、②都道府県単位の財政運営といった現行制度の利点はできる限り維持し、よりよい制度とする。
- これにより、75歳以上のサラリーマンの方も傷病手当金等を受けることができるようになるとともに、保険料については事業主と原則折半で負担となる。また、被用者保険に移る被扶養者については被保険者全体で保険料を負担することとなる。
- このほかにも、後期高齢者医療制度は、
 - ①高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを基本的に上回る構造であること
 - ②患者負担の上限は、同じ世帯でも、加入する制度ごとに適用されていること
 - ③健康診査が努力義務となる中で、受診率が低下したこと等の問題がある。
- 新たな仕組みの下では、
 - ①高齢者の保険料の負担率を見直すとともに、各都道府県に財政安定化基金を設置し、高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みとする
 - ②現役世代と同じ制度に加入することで、患者負担が世帯単位で合算され、高額療養費により世帯当たりの負担額は軽減される
 - ③高齢者の健康診査は、各保険者の義務とする等により、後期高齢者医療制度の問題点は改められる。

Ⅲ 新たな制度の具体的な内容

1. 制度の基本的枠組み、加入関係

- 後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する。
- 加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 新たな制度の施行に伴う資格の移行は確実かつ簡素な仕組みで行う必要がある。このため、後期高齢者医療制度の被保険者のうち、被用者保険・国保組合に加入する方以外は、自動的に市町村国保に加入することとし、世帯主からの市町村国保への加入手続を不要とする。一方、被用者保険等においては、通常資格取得時・被扶養認定の手続と同様の手続が必要となることから、届出漏れが生じないように、国は保険者と連携し、周知・広報を徹底する。
- なお、国保組合については、被用者保険と同様、高齢者であっても加入要件を満たす組合員及び組合員の世帯に属する方は当該組合に加入できるものとする。特定健保（厚生労働大臣の認可を受けて、一定の要件を満たす退職者及びその被扶養者に対する保険給付、保険料の徴収等を行う健保組合をいう。）については、現在、75歳になるまで加入するものとなっているが、制度として年齢による一律の区分はなくすることとし、75歳以上の扱いは、個々の特定健保が規約で定める。

2. 国保の運営のあり方

(1) 国保の構造的問題への総合的な対応

- 無職者・失業者・非正規雇用者などを含め低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える市町村国保については、平成22年の通常国会において、平成21年度で暫定措置の期限を迎えた財政基盤強化策を4年間延長し、低所得者を多く抱える保険者に対する財政支援措置や、高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和する措置などの対応が講じられることとなった。
- また、これまで、収納率向上が課題となっている中で、年金からの保険料の天引きや、収納対策緊急プランの実施などの取組が進められ

てきた。

- 今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、こうした取組の充実に加え、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠である。

(2) 都道府県単位の財政運営

- これまで医療保険制度においては、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、地域の医療提供のまとまりに見合った保険者となるよう、保険者の再編・統合が進められてきた。再編・統合に当たっては、安定的な財政運営ができる規模が必要であること、各都道府県において医療計画が策定され、医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があること等から、都道府県単位を軸として、協会けんぽの財政運営の都道府県単位化や、健保組合の都道府県単位での再編・統合を図るための地域型健保組合の仕組みが導入されてきた。
- 一方、市町村国保においては、保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による部分的な対応は図られてきたものの、財政運営自体を都道府県単位化することは長年の課題として残されてきた。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に市町村国保に戻ることとなれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する（市町村国保から都道府県単位の後期高齢者医療制度への移行により、全国における格差は5倍から2倍に縮小し、全国的には多くの世帯で保険料も減少したが、この逆のことが起きる）。
- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者3,600万人の保険料が大きく変化することとなるため、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、第二段階

において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。

(3) 都道府県単位の運営主体のあり方

- 都道府県単位化されている現行の後期高齢者医療制度については、市町村が保険料の徴収及び窓口業務を担い、それ以外の財政運営、資格管理、保険料の決定・賦課、保険給付、保健事業といった業務を後期高齢者医療広域連合が担っている。
- 後期高齢者医療広域連合については、制度施行当初から市町村等からの出向職員が精力的に業務を遂行し、現在では、施行当初から比べると安定的な運営が図られている状況にある。
- しかしながら、後期高齢者医療広域連合については、①都道府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない、②広域連合長は、運用上、住民から直接選ばれていないので、責任が明確でない、③市町村に対する調整機能が十分に働いていない、といった構造的な問題点が指摘されている。
- 都道府県単位の運営主体のあり方については、
 - ①都道府県が国保の保険財政に責任を持つことにより、都道府県が行っている健康増進や医療の効率的な提供に向けた取組がより推進されることが期待できること
 - ②都道府県が担うことにより現行の後期高齢者医療広域連合に対して指摘されている問題点の改善が期待できること等から、市町村による広域連合ではなく、都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢である。なお、財政運営を担うという大きな問題であることから、国は、引き続き、都道府県をはじめとする地方関係者との調整を精力的に行うなど、その理解と納得を得るための努力を重ねることが必要である。

(4) 第一段階における運営の仕組み

ア 事務の分担等

- 財政運営、標準（基準）保険料率の設定は、都道府県が行う。

- 世帯単位で保険料を徴収することから、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収は市町村が行う。
- 保険料率の決定・賦課・徴収・納付における都道府県と市町村の具体的な分担は、次のとおりとする。
 - ・ 都道府県は、高齢者の保険給付及び保健事業に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準（基準）保険料率を定める。なお、離島など医療の確保が著しく困難である地域については、現行制度同様、不均一保険料率の設定を可能とする。
 - ・ 市町村は、標準（基準）保険料率を基に、条例で高齢者の保険料率を定める。
 - ・ 市町村は、現役世代の被保険者の保険料率を条例で別途定める。
 - ・ 市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の他の現役世代の被保険者の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。
 - ・ 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付する。
- 75歳以上の高齢者も市町村国保に加入するため、保険証の発行を含む資格管理は市町村が行う。
- 75歳以上の給付事務については、「都道府県」が行うとすると、給付事務が複雑になり、被保険者から分かりにくく、事務処理に時間を要する。また、全ての都道府県において事務処理体制を整え、給付事務を円滑に行うことは現実的に困難な面もある。このため、給付事務については「市町村」の事務とする。
- 給付事務をはじめとする各種事務については、事務処理や体制の効率化を図ることができるよう、市町村等の意向に沿って、国保保険者の共同処理機関としての国民健康保険団体連合会を最大限活用できるようにする必要がある。
- 以上のことから、都道府県と市町村の事務の分担については、「都道府県」は、財政運営、標準（基準）保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、標準（基準）保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、地域の総合力により共同運営する仕組みとする。

- なお、これらの事務については、それぞれ都道府県及び市町村が処理することが基本となるが、地域の実情に応じ、自主的な判断によって地方自治法に基づく広域連合を活用することや市町村の事務の一部を都道府県が行うこととすることも考えられる。
- 国においては、国保の運営が健全かつ円滑に図られるよう、引き続き、財政上の責任を十分に果たしていくとともに、国保間や国保と被用者保険間の調整など各般にわたる支援を行う。

イ 財政リスクの軽減

- 現行の後期高齢者医療制度同様、次の財政安定化のための方策を講じる。

①財政安定化基金

- ・ 都道府県に財政安定化基金を設置し、給付の増加や保険料の収納不足に対応する（給付の増加は貸付、保険料の収納不足は1/2 交付、1/2 貸付）。また、現役世代の市町村国保の保険料の伸びとの均衡を図る観点から、保険料の上昇抑制のためにも交付できるものとする（後述）。財政安定化基金の財源は、国：都道府県：保険料＝1：1：1の割合で負担する。

②2年を一期とした財政運営

- ・ 保険料は、おおむね2年を通じ財政の均衡を保つことができるものとして設定する。

③都道府県間の財政力格差の調整（調整交付金）

- ・ 高齢者の所得分布による都道府県間の財政力格差を調整し、医療費水準や所得水準が同じであれば、標準（基準）保険料率は同じ水準とする。

④保険基盤安定制度

- ・ 所得の低い方に対する保険料軽減制度（7割・5割・2割）を設け、軽減分を公費で負担する。

⑤高額医療費の公費負担等

- ・ 高額な医療費については保険料で賄うべき部分の5割を公費負担

とし、更に特に高額な医療費については保険料で賄うべき部分は全国レベルの共同事業とする。

⑥保険料の特別徴収

- ・ 65歳以上世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの天引きを実施できるようにするほか、収納率の低下を防止するための措置を講じる（後述）。

(5) 全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて

- 第二段階に向けては、①保険料の設定（高齢者と現役世代の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか等）、②財政調整のあり方（被用者保険と国保の間の財政調整の方法をどうするのか）、③事務体制のあり方（都道府県と市町村の役割分担について見直す必要があるのか）等について結論を得ることが必要であるが、これらの点については、現時点で拙速に判断することは適当ではなく、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら検討することが必要である。
- 一方、第二段階への移行の目標時期については、①できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること、②そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化等の取組が計画的に進められることが必要であるが、具体的な時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、目標とする具体的な時期を設定することが必要である。
- 具体的には、第一段階の施行状況を確認し、第二段階の検討・施行準備に必要な期間、法定外一般会計繰入・繰上充用の解消に向けた取組に必要な期間、保険料の平準化を円滑に行うために必要な期間を勘案して、第一段階の施行から5年後（平成30年度）を目標とすることとし、法律上これを明記する。
- この第二段階への移行の目標時期までに、保険料の平準化に向けて、「広域化等支援方針」に基づき、
 - ①保険財政共同安定化事業の対象医療費（現行30万円超）の拡大
 - ②保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し（医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大）

- ③保険料算定方式の標準化
- ④収納率向上や医療費適正化等への取組
- ⑤法定外一般会計繰入・繰上充用の段階的・計画的な解消に向けた取組

等について、都道府県のリーダーシップの下に、市町村は利害を超えて取り組む必要があり、国においても必要な助言・支援を行う。

- 特に、市町村国保の法定外一般会計繰入や繰上充用については、市町村の政策的判断によって行っている部分もあるが、市町村国保の財政運営の健全化を図るためには、保険料引上げ、収納率向上、医療費適正化など総合的な取組を行うことにより、段階的かつ計画的に解消していくことが望ましい。今後、第二段階への円滑な移行を図るという観点も踏まえ、国においては、市町村間で不公平が生じないように配慮しつつ、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方について検討する。
- なお、広域化等支援方針に基づく取組を進める前提として、第二段階における標準（基準）保険料の算定方式については、2方式で賦課される後期高齢者医療制度と異なり国保の保険料は4方式・3方式が幅広く採用されている現状等を踏まえ、各都道府県の判断により、移行しやすい算定方式をそれぞれ採用することとする。
- また、第一段階では、高齢者の保険料の収納率は高く、市町村間の格差も僅かであることから、標準（基準）保険料率を基に市町村が保険料率を定め、市町村は徴収した高齢者分の保険料を納付する仕組みとなる。しかしながら、全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、現役世代の保険料は、高齢者より収納率は低く、市町村間の格差も大きいことから、市町村が責任を持って収納対策に取り組む仕組みとする。その具体的なあり方については、第一段階の施行状況も踏まえつつ、地域の医療費格差の保険料率への反映方法、市町村間で取組が異なる保健事業の保険料率への反映方法等を含めて検討する。

（6）国と地方の協議の場の設置

- 国保の構造的問題の解決及び全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて、費用負担のあり方や国保の運営の具体的なあり方等について、厚生労働省と地方の協議の場を設置し、具体的な検討を行う。

- 具体的には、平成 25 年度で暫定措置の期限を迎えることとなる財政基盤強化策の平成 26 年度以降のあり方、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方、第二段階の都道府県単位化を図る際の保険料の設定、事務体制等の国保の運営のあり方について幅広く検討を行う。

3. 費用負担

(1) 支え合いの仕組み

- 新たな仕組みの下では、高齢者も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなるが、65 歳以上については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、これらの方の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。
- 現行の後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分すること等について国民の理解を得ることができなかったことから、独立型制度を廃止し、75 歳以上の方も国保・被用者保険に加入することとなるが、75 歳以上の医療給付費については、公費、75 歳以上の高齢者の保険料、74 歳以下の加入者数・総報酬に応じて負担する支援金で支える。
- このような費用負担とすることにより、75 歳以上の方の偏在により生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなるが、加えて、65 歳から 74 歳までの方についても、国保に偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。
- また、前期財政調整と同様、次の措置を設ける。
 - ① 75 歳未満の加入者に対する 65 歳から 74 歳までの加入率が著しく低い保険者の負担が過大とならないよう、加入率の下限を定める。
 - ② 65 歳から 74 歳までの方に係る給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える部分を調整の対象から外すことにより、各保険者の医療費の効率化を促進する。
 - ③ 納付金等の他保険者への持出しが、給付費等の義務的支出の合計額に比して著しく過大となる保険者の納付金のうち、その過大となる

部分について、全保険者で再按分する。

(2) 公費

- 公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要である。
- 現行の高齢者医療制度は、75歳以上の医療給付費に約5割の公費（平成22年度予算ベース；5.5兆円）を投入しているが、現役並み所得を有する高齢者（約120万人、約7%）の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、まず新たな制度への移行時に、これを改善し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げる。
- 現在、75歳以上の医療給付費に対する公費については、国：都道府県：市町村が4：1：1の比率で負担しているが、75歳以上の医療費を国民全体で支え合うという考え方や、新たな制度が地域保険と職域保険に分離されることを踏まえ、国及び地方が適切に財政責任を果たす。
- 現在、「政府・与党社会保障改革検討本部」が設置され、社会保障改革の全体像及びその安定的な財源の確保について議論が進められているところであるが、医療費財源をどのように確保していくかについては、その時々々の社会経済情勢等を踏まえながら、国と地方の財源のあり方を含め、政府全体として適切に対応することが必要である。このため、定期的に、医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。

(3) 高齢者の保険料

- 国保に加入する75歳以上の方の保険料については、同じ都道府県で同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、その水準については、現行の後期高齢者医療制度より増加することのないよう、引き続き、負担能力を考慮した応分の負担として医療給付費の1割相当を保険料で賄う。
- 現行制度においては、現役世代の負担の増加に配慮し、「現役世

代人口の減少」による現役世代の保険料の増加分を 75 歳以上の高齢者とそれ以下の現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる仕組みになっている。しかしながら、現行制度では、高齢者と現役世代の保険料規模の違いを考慮していないため、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造にある。また、高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていないという問題点がある。

- このため、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」に伴う現役世代の保険料の増加分を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。これにより、高齢者と現役世代の 1 人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなる。なお、現行制度は平成 24 年度に次期保険料の改定を迎えるため、新たな制度の施行に先立って見直す。
- また、国保については、まず第一段階は 75 歳以上を都道府県単位の財政運営とし、第二段階で全年齢で都道府県単位の財政運営とするため、少なくとも一定期間は、75 歳以上と 75 歳未満で保険料水準や伸び率が異なるものとなる。同じ国保に加入しながら、1 人当たり医療費の伸び率に差が生じ、1 人当たり保険料の伸びが 75 歳以上と 75 歳未満とで大きく異なることは適当ではないことから、第一段階の間、75 歳以上の保険料について財政安定化基金を活用して伸びを抑制できる仕組みを設ける。
- 高齢者の保険料については、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付することとなるが、その際、65 歳以上の世帯主が年金からの天引きを希望する場合は、現行制度同様に実施できるようにする。また、現在、国保と介護保険の保険料の合計額が年金額の 2 分の 1 を超える場合や、世帯内に 65 歳未満の被保険者がいる場合には、天引きの対象とならないが、この場合も世帯主が希望する場合は、天引きを行うことができるようにする。
- 保険料の上限については、現在、後期高齢者医療制度は 50 万円（個人単位）、国保 63 万円（世帯単位）となっているが、国保の世帯単位の上限に一本化した上で、被用者保険の上限額も勘案しつつ、段階的に引き上げる。

- 75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置（均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減）については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。
- 75歳以上の方の保険料軽減判定については、新たな制度への移行を要因とする高齢者の負担増を生じさせない観点から、全年齢を対象にした都道府県単位化を実施するまでの間（第一段階の間）の措置として、世帯単位の判定に加え、後期高齢者医療制度と同様の方法による判定を行った上で、より高い割合の軽減を適用する。
- 一方、被用者保険に加入する高齢者の保険料は、職域内の連帯・公平の観点から、各被用者保険者の算定方法・徴収方法を適用する。

（４）現役世代の保険料による支援

- 現行の後期高齢者医療制度の支援金について、被用者保険者間では、各保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなっている。
- このため、負担能力に応じた負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者数割とする負担方法が導入されたところである。
- 今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法をすべて総報酬割とする。
- これにより比較的所得の高い共済組合や健保組合の負担が増加することになるが、負担能力に応じた公平な負担とする趣旨であることについて理解を求めていくことが必要である。

(5) 患者負担

- 患者負担については、これまで、義務教育就学前は2割、それ以降69歳までは3割、70歳から74歳まで2割、75歳以上は1割と、制度横断的に年齢に応じて負担割合を設定する方向で見直しが行われてきた。しかしながら、70歳から74歳までの方の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されているところであり、70歳を境に急に負担割合が低下することとなっている。
- 仮に、負担割合を単純に引き上げることとした場合には、今まで1割負担であった方の負担が急に2割へと増加する一方、1割負担に恒久化することとした場合には、各保険者の負担が増え、現役世代の保険料負担が増加する。
- このため、個々人の負担が増加しないように配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70歳から74歳までの方の患者負担について、新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。
- すなわち、個々人に着目してみれば、既に1割負担となった方の患者負担を2割に引き上げるものではなく、69歳までは3割負担だった方が70歳に到達するときから順次2割負担となるものであり、個々人の患者負担が増加するものではない。また、特に配慮すべき低所得の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする。
- なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げべきものであるとの意見があった。

4. 健康づくり、医療の効率的な提供等

- 平成18年の制度改正で、都道府県が、市町村・保険者等と協力し、医療費適正化及び関連する3計画（健康増進計画・医療計画・介護保険事業支援計画）を策定・実施することにより、都道府県単位で医療費適正化を進める仕組みが導入された。新たな制度においても、同様の仕組みを設け、都道府県単位で医療費の効率化できる部分を

効率化する取組を更に推進する。また、都道府県・市町村・保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備する。

- 各保険者において壮年期からの健康づくりの取組を推進することが必要であり、特に特定健診・特定保健指導については、実施率の向上が課題となっている中で、実施率が高い保険者の具体的な取組状況等を踏まえ、実施率向上に向けた取組を進める。
- また、新たな仕組みの下では 75 歳以上の方も国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなることから、健康診査・保健指導についても 75 歳未満の方と同様に、各保険者の義務として行うこととする。なお、国保の健診等の費用については、75 歳未満同様、国・都道府県はそれぞれ 1/3 を負担することとする。高齢者への対応を含め、健診項目、保健指導のプログラムなど、技術的な問題については別途の場を設置し、検討を進める。
- 現在、特定健診・特定保健指導の実施状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みが設けられているが、①状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか、②加減算される金額が過大ではないか等の問題点が指摘されている。各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じたインセンティブの仕組みは必要であることから、現行と同様の支援金を加減算する仕組みを新たな制度にも設けることとした上で、これらの問題点を踏まえて関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第 2 期のスタート（平成 25 年度～）までに結論を得る。
- 保険者による特定健診等のハイリスクアプローチに加え、健康づくりの普及啓発等のポピュレーションアプローチにより、個人の行動変容に結び付けていくことが重要である。保険者、産業界、学校、マスコミなどを含めた社会全体を巻き込んだ国民運動が展開されるよう、介護予防の取組とも連携しつつ、環境整備等を進めていくことが必要である。
- 高齢期における医療の効率的な提供を図るための取組を推進することが必要であり、後発医薬品の使用促進、レセプト点検、医療費通知、重複・頻回受診者への訪問指導、適正受診の普及・啓発など、各

保険者における取組の更なる充実を図ることが必要である。

5. その他の重要事項

- 65歳から74歳までで一定の障害の状態にある方については、患者負担割合や公費・支援金の取扱いを75歳以上の方と同様とする仕組みを設ける。
- 診療月の翌月にレセプト審査がなされ、診療報酬が支払われるため、医療保険制度の会計年度（4月から3月まで）は、診療月ベースで見ると3月から2月までとなる。新たな制度の施行日を4月1日とすると、その直前の3月分の診療は、次の会計年度で1カ月分だけ旧制度として処理することが必要となることから、このような状況を生じさせないよう、3月1日施行とする。

6. 施行準備

- 円滑に新たな制度を運営するためには、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であることから、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、既に設置された「高齢者医療システム検討会」等において地方自治体等の意見を十分に聞きつつ、システムの詳細設計を早急に行い、着実にシステム改修を進めることが必要である。
- 被用者保険における事務処理についても、既に関係者の参加を得て後期高齢者医療制度からの移行手続などについて実務的な検討会議が設けられているが、各保険者の状況も十分に踏まえながら、対応に遺漏が生じることのないよう計画的な取組を進めることが必要である。
- このようなシステム改修や被保険者の移行手続については、約2年の準備期間が必要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って適切に準備期間を確保することが必要である。
- 併せて、国民に新たな制度の趣旨・内容を正しく理解していただくため、国は、地方自治体や保険者等と連携・協力しながら、国民に対する丁寧で分かりやすい広報に計画的に取り組むことが必要である。