

# 高齢者医療制度改革会議（第11回）

## 議事次第

平成22年10月25日（月）

17時20分～19時20分

厚生労働省 9F 省議室

### （議 題）

費用負担について

### （資 料）

資料1 : 本日の議題に関する基本資料

資料2-1 : 「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」のポイント

資料2-2 : 医療費等の将来見通し及び財政影響試算

資料3 : 参考資料

資料4 : 「新たな高齢者医療制度に係る公聴会」の開催状況

資料5 : 第10回会議における意見の概要

資料6 : 委員配付資料

# 本日の議題に関する基本資料

厚生労働省保険局  
平成22年10月25日

# 目 次

- 国保の都道府県単位化の進め方 ..... 2
- 費用負担に関する論点 ..... 3
- 財政安定化基金 ..... 13

# 国保の都道府県単位化の進め方

○ 第一段階(平成25年度～)においては、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする。

※ 後期高齢者医療制度の施行に際し、市町村国保から後期高齢者医療制度に移行した多くの高齢者の保険料が減少し、保険料格差も5倍から2倍に縮小した。したがって、単純に市町村国保に戻ることとなれば、この逆のことが生じることから、75歳以上については都道府県単位の財政運営とする。

○ 高齢者や低所得者の加入率が高いなどの構造的問題を抱える市町村国保については、財政基盤強化策の実施等と併せて、保険財政の安定化、保険料負担の公平化等の観点から、全年齢を対象として都道府県単位の財政運営とすることが必要である。

○ しかしながら、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。

○ このため、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。

## 第一段階において、都道府県単位化の対象年齢を65歳以上とした場合の問題点

○ 若人部分の広域化については、環境整備に一定の期間を要する中、第一段階において65～74歳(3,600万人のうち1,100万人)を切り出して都道府県単位化すると、これらの方の保険料が急激に上下動する。また、これらの方の保険料は、第一段階及び第二段階の2度にわたって上下動することによる混乱のおそれがある。

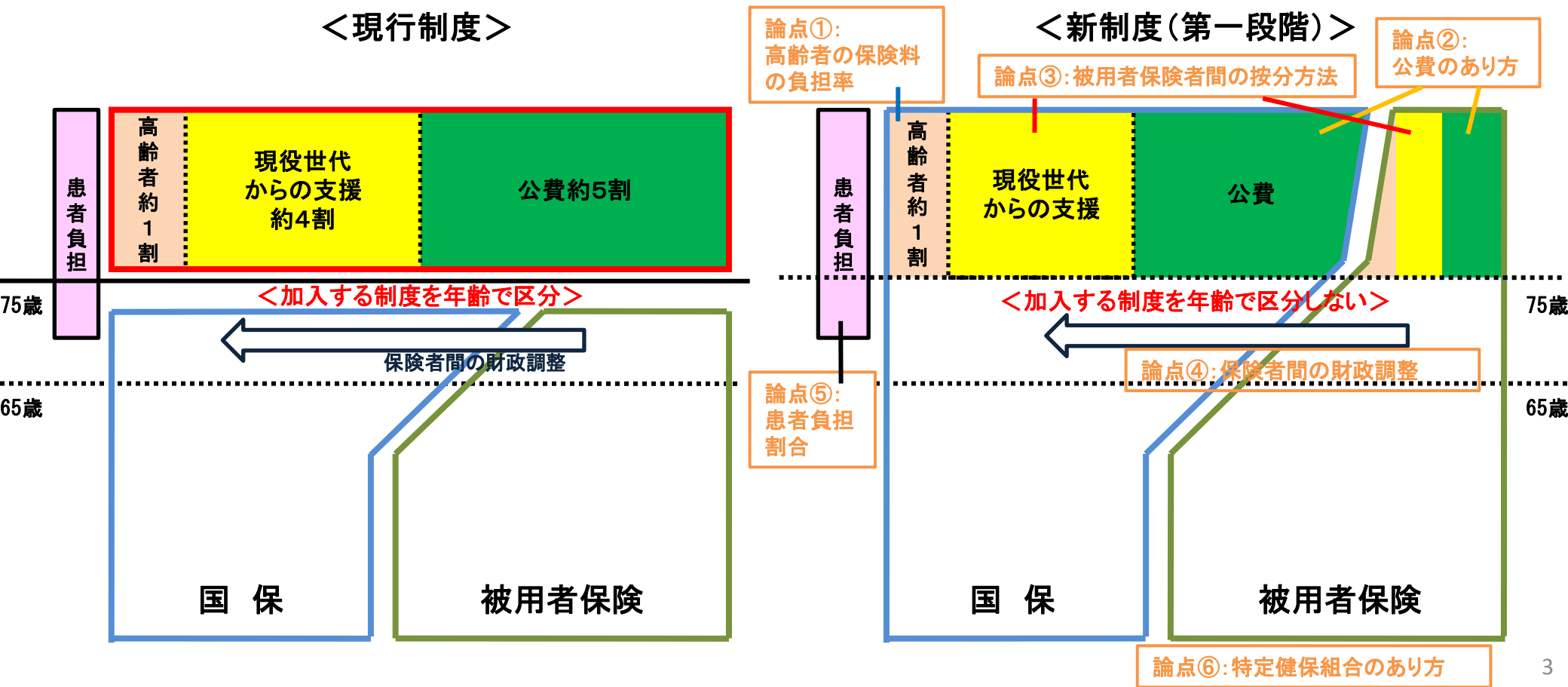
○ 第一段階において、65～74歳にも75歳以上と同じ保険料率を適用した場合、65～74歳の保険料総額は 0.1～0.2兆円(▲15%)程度、減少し、若人の負担が増加する。

○ 市町村国保によっては65～74歳の保険料収入に大きく依存しているところがあり、市町村国保によっては大きな負担増が生じる。

※ 市町村国保(一般)の前期高齢者加入率 平均32.5%、60%を超える保険者数1、50%を超える保険者数47、40%を超える保険者数346  
(平成20年度国民健康保険事業年報より。全保険者数1,788)

# 費用負担に関する論点

- 75歳以上の財政運営を都道府県単位化する第一段階(平成25年度～)においては、現行の財政調整の仕組みを踏襲することが適当。
  - ・ 75歳以上の医療給付費については、75歳以上の高齢者の保険料(約1割)、公費、各保険者が74歳以下の加入者数等に応じて負担する支援金で支えるとともに、
  - ・ 65～74歳の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整する仕組み(現行の前期財政調整)を継続する。
- ※ 全年齢を対象とした都道府県単位化(第二段階)の際の財政調整のあり方については、第二段階の前に、保険料のあり方等と併せて具体的に検討し、再度、法改正を行う。
- 上記のほか、費用負担に関する論点は、①高齢者の保険料の負担率、②公費のあり方、③被用者保険者間の按分方法、④保険者間の財政調整、⑤患者負担割合、⑥特定健保組合のあり方。

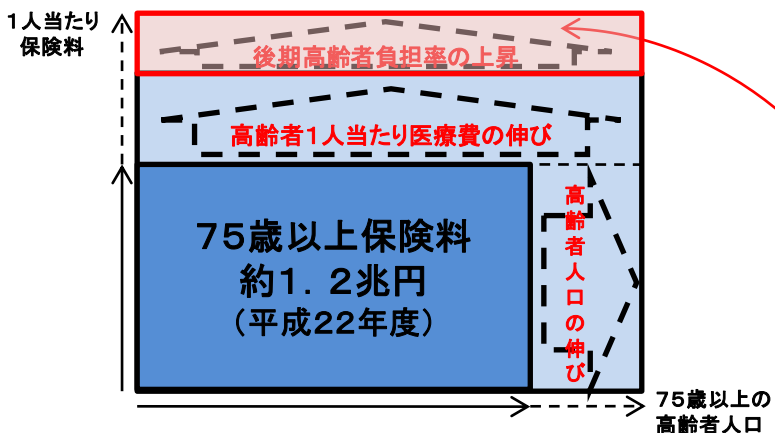


# ①高齢者の保険料の負担率

○ 現行制度においては、現役世代(75歳未満)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高齢者(75歳以上)と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担率を段階的に引き上げる仕組みとなっている。

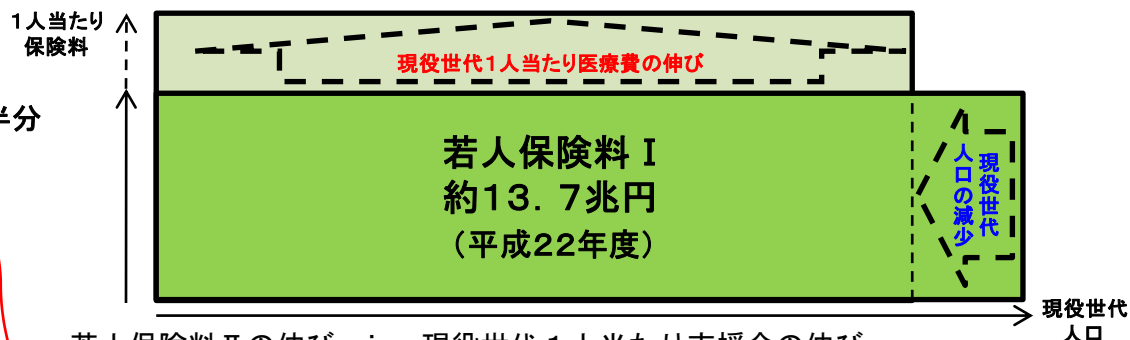
## 高齢者の保険料・・・高齢者医療給付を賄うための保険料

高齢者保険料の伸び  $\equiv$  高齢者1人当たり医療費の伸び  
 + 後期高齢者負担率の上昇

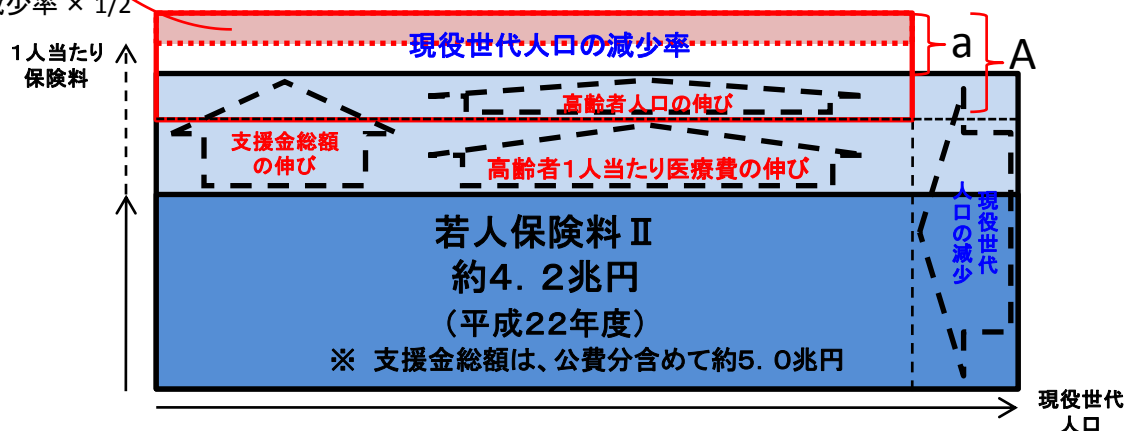


## 現役世代の保険料・・・若人保険料Ⅰ (若人医療給付を賄うための保険料) + 若人保険料Ⅱ (高齢者医療給付を支える保険料(支援金))

若人保険料Ⅰの伸び  $\equiv$  現役世代1人当たり医療費の伸び



若人保険料Ⅱの伸び  $\equiv$  現役世代1人当たり支援金の伸び  
 $\equiv$  支援金総額の伸び + 現役世代人口の減少率  
 $\equiv$  高齢者1人当たり医療費の伸び  
 + 高齢者人口の伸び + 現役世代人口の減少率  
 - 後期高齢者負担率の上昇による支援金の減少分



※ 後期高齢者負担率 = 10% + 平成20年度の現役世代負担割合(約4割) × 平成20年度から改定年度までの現役世代人口の減少率 × 1/2

### (現行制度の問題点)

- ① 高齢者と現役世代の保険料規模の違い(1:15)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。
  - ② 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。
- ⇒ 「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(前ページの右下の赤枠A部分)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。【中間とりまとめ】
- ⇒ 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は早期に改善すべきであり、新制度の施行に先立って実施することも検討する必要があるのではないか。

### 負担率の変化の見通し

	(後期高齢者医療制度)			(新制度)				
	20年度	22年度	24年度	25年度	26年度	28年度	30年度	32年度
現行制度	10%	10.26%	10.62%	10.62%	10.92%	11.30%	11.70%	12.06%
見直し後	—	—	10.48%	10.48%	10.64%	10.88%	11.12%	11.25%

(※)平成25年度から現役並み所得を有する高齢者にも公費を投入し、被用者保険間では総報酬割を導入した場合で試算。

### 保険料額の変化の見通し

#### <現行制度>

	25年度	32年度	37年度
75歳以上1人当たり 保険料額(年額)	6.8万円 (※)	8.7万円 (28%増)	10.1万円 (48%増)
75歳未満1人当たり 国保保険料額(年額)	9.6万円	11.5万円 (20%増)	13.2万円 (38%増)

高齢者の保険料の  
伸び率の方が大きい

#### <見直し後>

	25年度	32年度	37年度
75歳以上1人当たり 国保保険料額(年額)	7.0万円 (※)	8.5万円 (20%増)	9.5万円 (35%増)
75歳未満1人当たり 国保保険料額(年額)	9.4万円	11.2万円 (19%増)	12.9万円 (37%増)

保険料の伸び率  
がほぼ均衡

(※) 現行制度の75歳以上1人当たり保険料額の6.8万円は、9割軽減を受けている被扶養者などを含む加入者1人当たりの保険料額であり、見直し後の7.0万円は、被用者保険に移行した者を除いた国保加入者の1人当たり保険料額であり、対象者が異なっている。こうした理由により、1人当たり保険料額に差が生じているものであり、制度移行に伴い、75歳以上の国保加入者の保険料負担が増加するものではない。



## ②公費のあり方

○ 今後の高齢化の進行等に応じた公費の投入のあり方をどう考えるか。

○ 現在、75歳以上の高齢者の医療給付費に約5割(※)の公費を投入しているところ(5.5兆円(うち国3.7兆円、都道府県0.9兆円、市町村0.9兆円);平成22年度)。

(※) 現役並み所得を有する高齢者(約120万人、約7%)に対する公費負担がないため、実質47%の公費負担割合となっており、公費がない分は現役世代の支援金による負担となっている。

○ また、市町村国保・協会けんぽ等が負担する後期高齢者支援金及び前期高齢者納付金等に一定割合の公費を投入しているところ(2.0兆円(うち国1.8兆円、都道府県0.2兆円);平成22年度)。

### 【中間とりまとめ】

○ 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。

○ 今後、公費負担の総額は、公費負担割合の高い高齢者の増加により、保険料負担の総額の伸びを上回るペースで増加し、2010年度11.2兆円が2025年度には18兆円を上回ることが見込まれ、この財源をどう確保していくかが課題。

○ 現在の政府の方針として、「財政運営戦略」(平成22年6月22日閣議決定)において、歳出増を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な歳出削減又は恒久的な歳入確保措置により、それに見合う安定的な財源を確保することとされている。

⇒ 将来的には、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り、定期的(例えば4年ごと)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することが必要ではないか。

【所要額】 仮に75歳以上の給付費に対して6割公費を投入する場合 +1.2兆円程度  
仮に65～74歳の給付費に対しても5割公費を投入する場合 +2.2兆円程度(いずれも、2013年度推計)

⇒ こうした前提の下で、平成25年度の制度移行時には、実質47%の公費負担割合を実質50%に引き上げることが考えられるのではないかと。  
※50%への引上げの所要額 2013年度 3,500億円



# ③被用者保険者間の按分方法

○ 支援金について被用者保険者間の按分方法をどう考えるか。

- 現行の後期高齢者医療制度下での支援金については、国保を含む各保険者間で共通のルールを設定する観点から、各保険者の加入者数を基本に按分。
- 他方、被用者保険者間では、各保険者の財政力にバラツキがあり、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の支援金負担が相対的に重くなる。
- このため、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から平成24年度までの支援金について、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とした負担方法を導入。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

## 【中間とりまとめ】

- 財政力の弱い保険者の負担が過重なものにならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、その具体的な按分方法については、引き続き検討する。

⇒ 新制度における支援金については、すべて総報酬割とすべきではないか。

※ 支援金の負担が応能負担となった場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担(3分の2加入者割分の16.4%、2013年度2,100億円)は不要となる。

(参考)総報酬割導入による支援金の負担額の変化

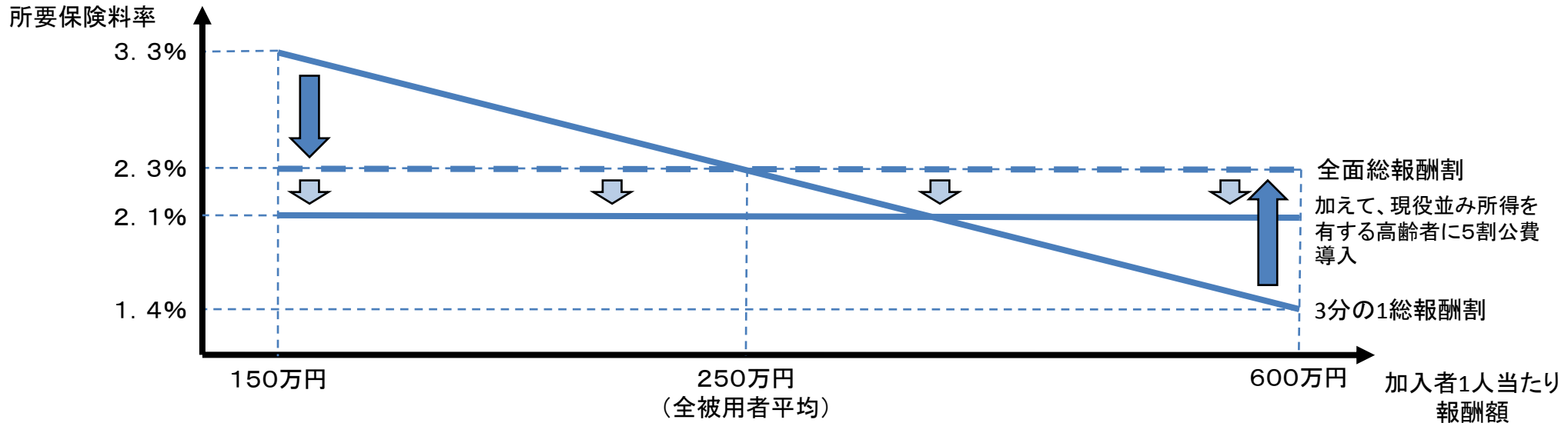
(2013年度推計)

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	被用者保険 計
2/3 加入者割	1兆2,700億円 (加入者数3,370万人／全体比47%)	1兆900億円 (加入者数2,850万人／全体比40%)	3,400億円 (加入者数890万人／全体比12%)	2兆7,300億円 (加入者数7,160万人)
1/3 総報酬割	5,300億円	6,100億円	2,100億円	1兆3,700億円
計(①)	1兆8,100億円	1兆7,000億円	5,600億円	4兆1,000億円
全面総報酬割 (②)	1兆6,000億円 (総報酬69.6兆円／全体比39%)	1兆8,300億円 (総報酬79.7兆円／全体比45%)	6,400億円 (総報酬28.0兆円／全体比16%)	4兆1,000億円 (総報酬178.7兆円)
負担額の変化 (②-①)	▲2,100億円	+1,300億円	+800億円	±0

(注) ・加入者数・総報酬は75歳未満。  
 ・被用者保険計には全国土木国保組合を含む。  
 ・支援金に係る前期財政調整後の額である。  
 ・健保組合には、65歳未満の特例退職被保険者分を除く。

# (参考) 新制度において支援金を総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)

— 2013年度(平成25)推計 —



(注1) 2013年度の所要保険料率は、賃金上昇率が0%の前提で算出。また、前期財政調整を加味した支援金負担を算定。

(注2) 協会けんぽの加入者1人当たり報酬額は207万円。1人当たり報酬額が協会けんぽより高い健保組合は1,338、低い健保組合は124。

## (参考1) 支援金の総報酬割導入等による負担増(負担減)の保険者数 (2013年度推計)

	全面総報酬割導入		加えて、現役並み所得を有する高齢者に5割公費を導入した場合	
	健保組合	共済組合	健保組合	共済組合
負担増 保険者数	872	82	540	62
負担減 保険者数	590	1	922	21

## (参考2) 支援金の負担額の変化の例 (2013年度推計)

	加入者数 (75歳未満)	加入者一人当たり報酬額 (75歳未満)	3分の1総報酬割	全面総報酬割	加えて、現役並み所得を有する 高齢者に5割公費を導入した場合
A健保組合	1,840人	501万円 (総報酬9,220百万円)	142百万円	212百万円	197百万円
			所要保険料率 1.5%	所要保険料率 2.3%	所要保険料率 2.1%
B健保組合	1,939人	164万円 (総報酬3,184百万円)	99百万円	73百万円	68百万円
			所要保険料率 3.1%	所要保険料率 2.3%	所要保険料率 2.1%

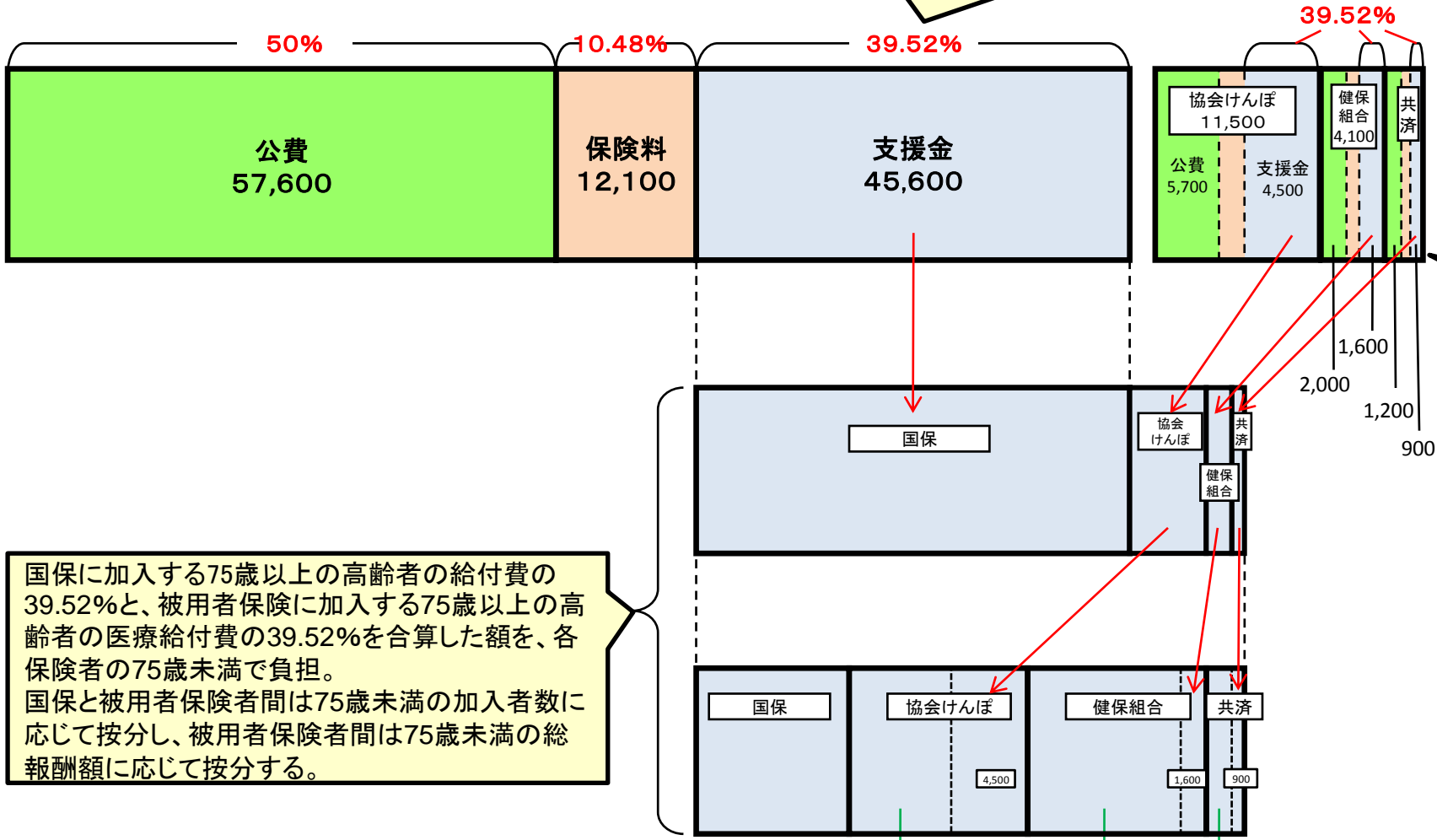
# (参考)75歳以上の医療給付費に係る支援金の負担方法

<2013年度(平成25)推計>

75歳以上の高齢者医療給付費 135,200億円

〔うち 国保に加入する高齢者の医療給付費 115,300億円  
被用者保険に加入する高齢者の医療給付費 19,900億円〕

75歳以上の高齢者の医療給付費のうち、公費割合(50%)と、高齢者の保険料の負担率(平成25年度10.48%)を差し引いた分(39.52%)が支援金で賄われる。被用者保険も同様に、39.52%を支援金で賄う(国保と被用者保険者間においては、共通の支援金割合を設定する必要がある)。



国保に加入する75歳以上の高齢者の給付費の39.52%と、被用者保険に加入する75歳以上の高齢者の医療給付費の39.52%を合算した額を、各保険者の75歳未満で負担。国保と被用者保険者間には75歳未満の加入者数に応じて按分し、被用者保険者間には75歳未満の総報酬額に応じて按分する。

被用者保険も75歳以上の高齢者の医療給付費に対して、公費が50%、支援金が39.52%投入される。しかしながら、被用者保険に戻る者の大半が被扶養者のため、保険者によっては10.48%に相当する保険料を賄うことができない。

<被用者保険の負担増の見込み>

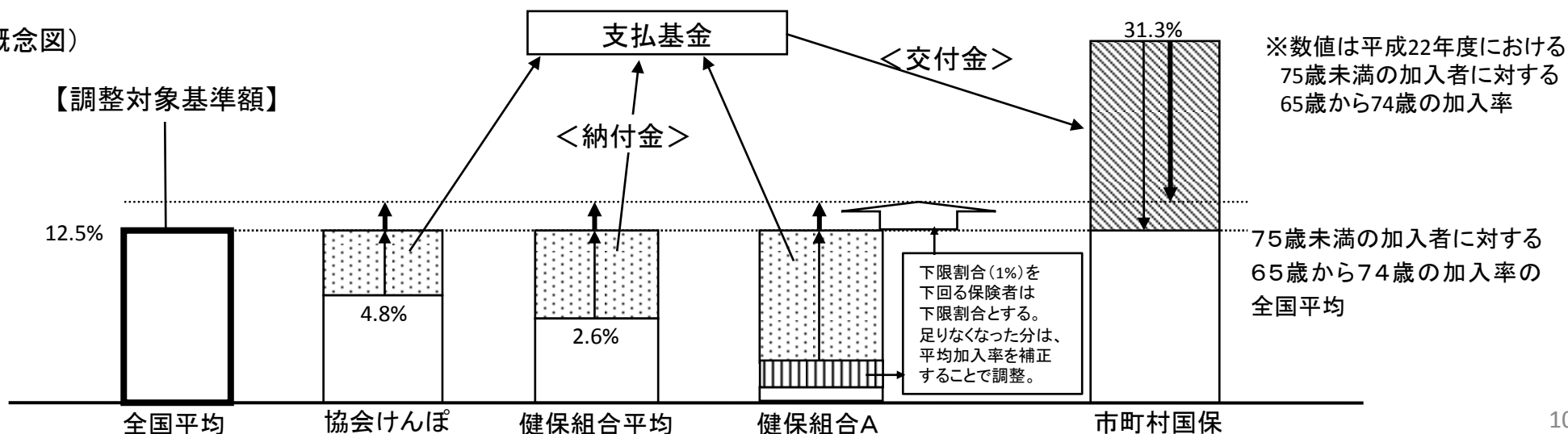
- ・協会けんぽ500億円
- ・健保組合300億円
- ・共済組合200億円

被用者保険者は自身が受け取るべき支援金分を差し引いた後の額を支出する。

## ④ 保険者間の財政調整 (65歳から74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整する仕組み)

- 新たな制度においても、65歳から74歳の高齢者の偏在により保険者間の負担の不均衡が生じることとなる。これを是正するため、保険者間の財政調整の仕組み(現行の前期財政調整)を継続すべきではないか。
- 具体的には、各保険者は、65歳から74歳の高齢者に係る給付費及び支援金について、75歳未満の加入者に対する65歳から74歳の加入率が全国平均と同じであるとみなして算定された額(調整対象基準額)を負担する。
  - ※ 給付費のみならず、65歳から74歳の高齢者に係る支援金についても、これらの高齢者の偏在に伴う負担であり、全ての保険者で負担を分かち合うべきであることから、現行の前期財政調整においても調整対象となっている。(旧退職者医療制度でも、退職者に係る老健拠出金は、被用者保険が負担)
  - ※ 被用者保険グループにおいては、支援金を全面総報酬割で負担することとすれば、65歳から74歳の高齢者に係る支援金についても、全面総報酬割で負担することとなる。(現在は、3分の1が総報酬割、3分の2が加入者割)
- また、現行と同様、以下の措置を引き続き設けるべきではないか。
  - ① 75歳未満の加入者に対する65歳から74歳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。【現在の下限 1%(平成22年度)】
  - ② 65歳から74歳の者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。【1人当たり医療費が全国平均の1.46倍を超える部分を調整対象外(平成22年度)】
  - ③ 納付金及び支援金の負担(他保険者への持出し)が、給付費や支援金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。【全保険者の3%が調整の対象となるよう設定】

(概念図)



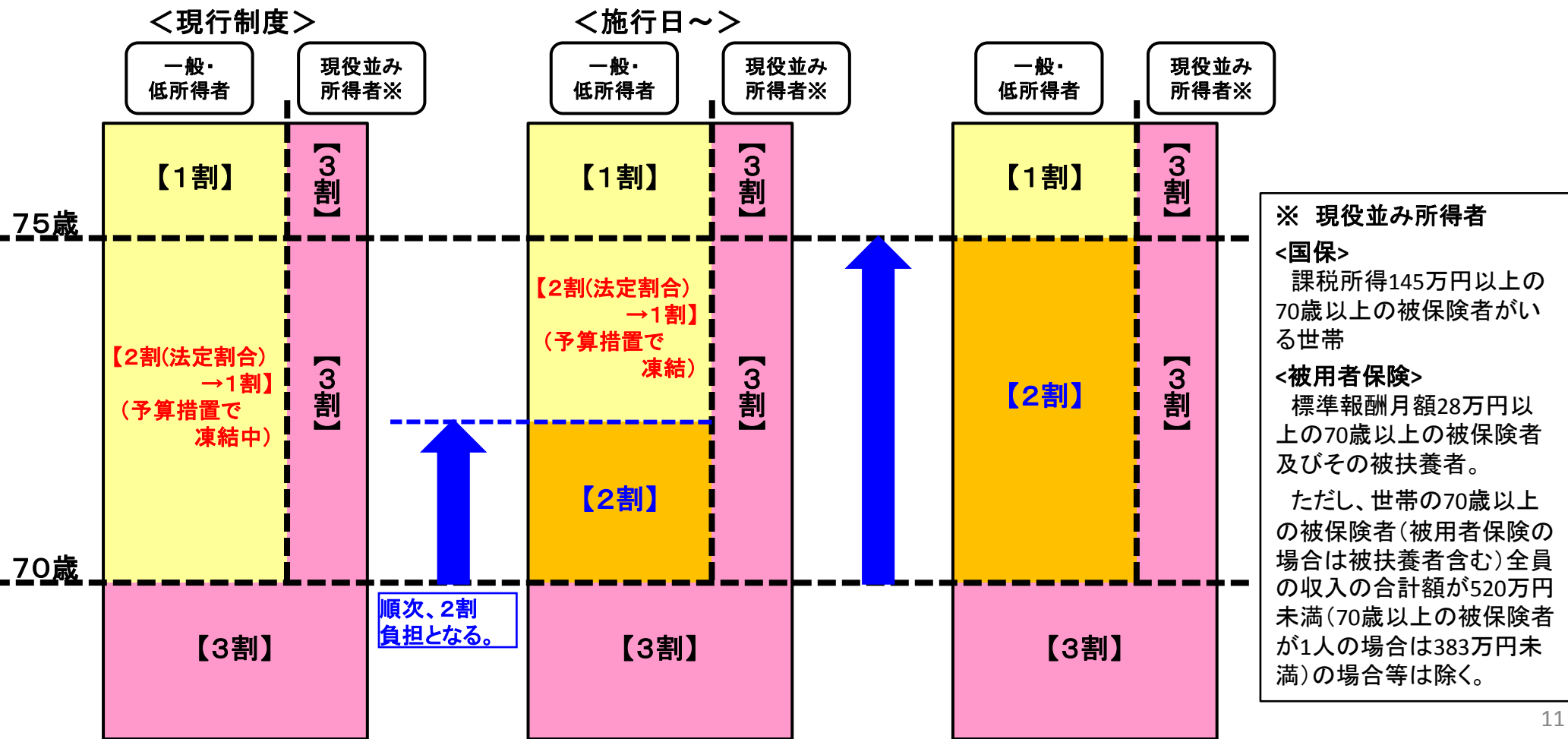
## ⑤患者負担割合（特に70～74歳の患者負担割合）

○ 70～74歳の方の患者負担割合については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度の予算措置により1割負担に凍結しているところ。

○ 個々の患者の負担の増加と各保険者の負担の増加の両面に配慮しつつ、そのあり方について引き続き検討する。  
【中間とりまとめ】

※仮に1割負担で恒久化した場合の財政影響 +2,000億円（協会けんぽ500、健保組合500、共済200、市町村国保300、公費500）

⇒ 個々の患者や各保険者が負担増とならないよう、既に70歳に達し1割負担となった方は引き続き1割負担とし、それ以外の方は70歳到達後、順次2割負担としていくことが適当ではないか。



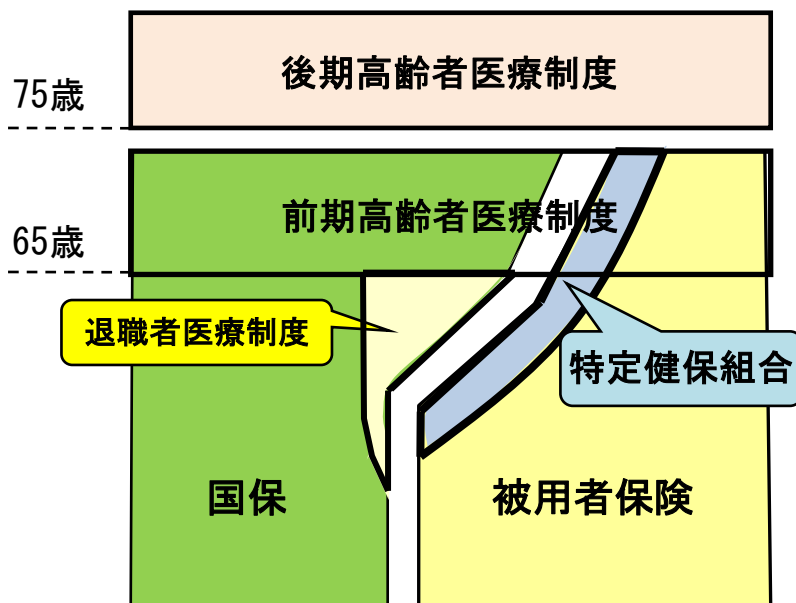


## ⑥特定健保組合のあり方

- 特定健保組合は、現在、75歳になるまで加入するものとなっているが、以下の点から、制度として年齢による一律の区分はなくすこととし、75歳以上の扱いは、個々の特定健保組合が規約で定めることができることとしてはどうか。

### <考え方>

- ① 制度として一律に年齢で加入する制度を区分しないという新制度の基本的考え方を踏まえ、年齢による区分を設けるべきでない。
- ② その一方で、退職者への医療給付を行うかどうかの考え方は個々の組合の財政基盤や企業風土等によって異なり、制度として一律に75歳以上も加入するという取扱いを強制することも馴染まない(そもそも特定健保組合となること自体が個別組合の任意)。



### <特定健保組合の仕組み>

特定健保組合は、厚生労働大臣の認可を受けて、健保組合の被保険者であった退職者に対し、退職後も引き続き現役被保険者と同様の保険給付及び保健事業を行う組合。昭和59年の退職者医療制度の創設と併せて、創設された。

### <特定健保組合の給付費等の費用負担>

- 特例退職被保険者の保険料(※)は、全額自己負担。  
※ ただし、保険料算定の基礎となる標準報酬月額、当該組合の標準報酬月額の平均の2分の1の範囲内で組合が規約で定める。
- 退職者給付拠出金については、64歳までの退職者全体の給付費等に基づく拠出金相当額から、当該特定健保組合の64歳までの特例退職被保険者の給付費等を除いた額を退職者給付拠出金として負担する。
- 65歳～74歳の被保険者の給付費等の費用負担については、前期高齢者医療制度の中で財政調整される。

【平成22年4月現在】

- ・ 特定健保組合数 64組合
- ・ 特定健保組合の被保険者(特例退職被保険者)とその被扶養者 約54万人(被保険者28万人、被扶養者26万人)

# 財政安定化基金

- 後期高齢者医療制度では、給付の増加や保険料の収納不足が生じた場合に、一般財源からの財政補填を行う必要のないよう、都道府県に財政安定化基金を設置。平成22年度の制度改正で、保険料の上昇抑制のためにも活用できるようにしたところ。
- 新制度においても、同様の基金を設けて、都道府県単位化された国保の財政運営の安定化を図る。

## 【中間とりまとめ】

- 保険料の収納不足や給付の増加といった財政リスクを軽減するため、公費と保険料を財源とする財政安定化基金を設置し、安定的な運営を図ることができる仕組みとする。財政安定化基金の規模、負担割合、活用方法等、より具体的な制度設計については、引き続き、検討する。
- 高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びよりも大きく乖離することとならないよう、財政安定化基金を活用して高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みを設けることとし、その具体的なあり方については引き続き検討する。

## 論点①：活用方法

後期高齢者医療制度の基金	新制度の基金
① 給付の増加に対応するために、「広域連合」に貸付	① 給付の増加に対応するために、「都道府県単位の運営主体」に貸付
② 保険料の収納不足に対応するために、「広域連合」に1/2交付、1/2貸付（※1） ※ 市町村は徴収できた額を広域連合に納める。	② 保険料の収納不足に対応するために、「市町村」に対して貸付 ※ 市町村は「都道府県単位の運営主体」に決められた額を全額納付する。
③ 保険料の上昇抑制のために、「広域連合」に交付（※1）（平成22年度～）	③ 保険料の上昇抑制のために、「都道府県単位の運営主体」に交付 ⇒ 都道府県単位化の第一段階においては、75歳以上は都道府県単位の財政運営で、75歳未満は市町村単位の財政運営となり、保険料水準や伸び率も異なる。しかし、同じ国保の被保険者でありながら、1人当たり医療費の伸び率の差（※2）などの影響で1人当たり保険料の伸びが75歳以上と75歳未満で大きく異なることは適当ではない。 ⇒ このため、第一段階の間（※3）、都道府県は、当該都道府県内の市町村国保の1人当たり保険料（※4）の伸びとの均衡に配慮しながら、75歳以上の1人当たり標準（基準）保険料の伸びを抑制するために、基金を活用することとすべき。



後期高齢者医療制度の基金	新制度の基金
<p>○ 安定的な運営を図るため、単年度財政リスクの6年分を保有するものとし、平成20年度からの6年間で、全国2,000億円程度の積立目標を設定。</p> <p>○ 平成20年度からの6年間の保険料で賄う標準的な拠出率を0.09%とし、これと同額を国と都道府県が負担(国:都道府県:保険料=1:1:1の割合で負担)。</p> <p>※拠出率:財政安定化基金の財源を積み立てるため、保険料で負担する割合のこと。</p>	<p>○ 財政運営の期間を2年としている中で、単年度財政リスクの6年分の基金を保有することは過大とも言える。想定上の財政リスクを2年連続で上回る事態が生じた場合にも対応できる規模として、<u>3年分</u>の保有とすることが適当。</p> <p>○ 平成25年度からの3年間の保険料で賄う標準的な拠出率を0.096%とし、これを国:都道府県:保険料=1:1:1の割合で負担。</p> <p>※ 拠出率は別紙のとおり。なお、現時点の見込みであり、施行までに、より適切なリスクの見込み方を検討した上で、直近のデータに基づいて設定することが必要。</p> <p>※ 後期高齢者医療制度の基金を承継することとするため、各都道府県によって新制度施行当初の保有額に差が生じ、実際の拠出率は各都道府県によって異なるものとなる。 ⇒ 国が示すのは標準的な拠出率であり、実際の積立額は各都道府県の条例の定めるところによることとなる。</p> <p>※ 現行の後期高齢者医療制度や介護保険制度の財政安定化基金同様、国:都道府県:保険料=1:1:1の負担割合とする。</p> <p><b>【参考】</b>            介護保険制度の負担割合            給付費 国:都道府県:市町村=2:1:1(但し施設給付は都道府県の負担割合を高くしている)            財政安定化基金 国:都道府県:保険料=1:1:1</p> <p>現行の後期高齢者医療制度の負担割合            給付費 国:都道府県:市町村=4:1:1            財政安定化基金 国:都道府県:保険料=1:1:1</p>

(※1) 貸付の場合にはその全額を保険料により返還することとなるが、収納不足は社会経済情勢の変化等により生じる面もあることから、1/2は交付することとしている。一方、新制度においては、収納不足は一部の市町村において生じることから、公平の観点から、貸付とすることが適当である。

(※2) 70歳以上と70歳未満でみた1人当たり医療費の伸びは、従来は70歳以上の方が高くなる傾向にあったが、近年は、70歳未満の方が伸びている年度も多い。

(※3) 全年齢で都道府県単位化した際、高齢者と現役世代の保険料の基準を別々とするのか、一本化するのかについては、第二段階における論点。

(※4) 医療給付費から定率公費を除いた実質的な保険料(法定外繰入がない場合の医療給付に必要な保険料(所要保険料))とする。

※国保の運営スキームによって、基金事業のあり方は変更があり得る。

# (別紙) 財政安定化基金の標準的な拠出率

○ 施行までに改めて検討の上、直近のデータに基づき標準的な拠出率を設定することが必要となるが、現時点におけるデータに基づいて算出すると下記のとおり。

	後期高齢者医療制度における財政リスク	新制度における財政リスクの見込
給付の増加リスク	<p>0.23%</p> <p>・老人保健制度における平成13年度から平成17年度までの毎年度の都道府県ごとの国庫負担申請時と実績報告時の医療給付費を比較し、実績報告時の額が上回る都道府県分を集計し、5年間の平均乖離率2.3%に保険料負担割合10%を乗じて算出</p>	<p>0.236%</p> <p>・平成12年度から平成21年度までの毎年度の都道府県ごとの国庫負担申請時と実績報告時の医療給付費を比較し、実績報告時の額が上回る都道府県分を集計し、10年間の平均乖離率を試算(2.232%)                      ・事業規模への影響: 給付費増割合 × 保険料負担率(3年間平均)  <math>2.232\% \times 10.59\% = 0.2364\%</math></p>
保険料の収納不足リスク	<p>0.04%</p> <p>・収納リスク × 保険料負担割合 × 普通徴収割合  <math>2\% \times 10\% \times 20\% = 0.04\%</math></p>	<p>0.035%</p> <p>・平成20年度から平成21年度までの保険料予定収納率と実績収納率を比較し、予定収納率を下回った都道府県の平均的な乖離率を試算(0.332%)                      ・事業規模: 保険料収納不足リスク × 保険料負担率(3年間平均)  <math>0.332\% \times 10.59\% = 0.0352\%</math></p>
保険料の上昇抑制リスク	<p>—</p> <p>・制度廃止までの措置であり、残高もあったことから、給付増リスク・保険料収納不足リスクに必要な基金残高を確保した上で、保険料の上昇抑制のために交付できるようにした</p>	<p>0.016%</p> <p>・平成12年度から平成21年度までの70歳以上と70歳未満の一人当たり医療費の伸びを比較して、70歳以上の医療費の伸びが、70歳未満の医療費の伸びを上回ったのが10年で3回あり、いずれも0.5%乖離しているため、平準化する割合を試算                      ・事業規模: <math>0.5\% \times 3回 \div 10年 \times 10.59\% = 0.0159\%</math></p>
標準的な拠出率	<p>0.27%</p> <p>(国・都道府県・保険料の各拠出率 0.09%)</p> <p>・事業規模: 給付費増加リスク + 保険料収納不足リスク <math>0.23\% + 0.04\% = 0.27\%</math></p> <p>・積立規模 2,000億円程度</p>	<p>0.288%</p> <p>(国・都道府県・保険料の各拠出率 0.096%)</p> <p>・事業規模: 給付費増加リスク + 保険料収納不足リスク + 保険料の上昇抑制リスク <math>0.2364\% + 0.0352\% + 0.0159\% = 0.2875\%</math></p> <p>・積立規模 1,200億円程度</p>

# 「医療費等の将来見通し及び 財政影響試算」のポイント

厚生労働省保険局  
平成22年10月25日

## 「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」のポイント

### 1. 新制度における医療費、給付費の将来見通し

○医療費、給付費の将来見通しについては、近年の実績を踏まえて1人当たり医療費の伸び率（自然増）を年1.5%と仮定し、高齢化の影響を反映した人口推計を基に、将来に投影して推計を行うと、

- ・国民医療費は、2010年度37.5兆円から2025年度52.3兆円に14.8兆円増加（年平均伸び1.0兆円、2.2%）
- ・医療給付費は、2010年度31.9兆円から2025年度45.0兆円に13.1兆円増加（年平均伸び0.9兆円、2.3%）

となる見通し。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

※自然増の伸び（年1.5%）は、2005年度から2009年度の診療報酬改定・高齢化の影響を除いた1人当たり医療費の伸び率の平均で設定。

※近年、診療報酬改定や制度改正の影響を除くと、国民医療費は毎年3%台の伸び率を示しているが、2025年度までの伸び率は年2.2%と低下。これは、「加入者数の減少（年▲0.5%）」及び「高齢化による伸びが低くなること（2005→2009：年1.6%が2010→2025：年1.3%）」による影響。

※国民医療費の伸びが年2.2%、加入者数の減少が年▲0.5%であることから、高齢化の影響等を反映した1人当たり医療費の伸び率は年2.7%。

※医療給付費（2025年度45.0兆円）という水準は、平成18年度制度改正時の見通しの医療給付費（2025年度48兆円）を下回る。また、当時の48兆円という推計値は、医療費適正化の中長期的方策である平均在院日数短縮及び生活習慣病対策による6兆円の適正化効果を織り込んだものである一方、上記45.0兆円は、こうした適正化効果を織り込んでいない数字。

○75歳以上の高齢者の増加（2010→2025：年2.8%）により、75歳以上の医療給付費（医療保険分）は2010年度11.7兆円から2025年度22.0兆円に10.3兆円増加（年平均伸び0.7兆円、4.3%）することから、これを75歳以上の保険料、75歳未満の保険料、公費により、どのように公平に分担していくかが課題。

## 2. 新制度における財政負担の将来見通し

○医療保険給付費は、2010年度29.4兆円から2025年度41.8兆円に12.4兆円増加（年平均伸び0.8兆円、2.4%）。

○内訳は、保険料負担は2010年度18.2兆円から2025年23.6兆円に5.4兆円増加（年平均伸び0.4兆円、1.7%）、公費は2010年度11.2兆円から2025年度18.2兆円に7.0兆円増加（年平均伸び0.5兆円、3.3%）。

○75歳以上の医療給付費に対する公費負担全体としては、国：都道府県：市町村の負担割合を4：1：1で維持する。これにより、公費負担の内訳は、国の負担は2010年度8.2兆円から2025年度12.9兆円に、都道府県の負担は1.9兆円から3.2兆円に、市町村の負担は1.2兆円から2.1兆円に、それぞれ増加。（3.（3）参照）

## 3. 新制度における制度改正等の影響

### （1）高齢者の保険料の負担率の見直し

○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高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担率を段階的に引き上げる仕組みとなっているが、高齢者と現役世代の保険料規模の違い（1：15）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。

○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に改める。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。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は早期に改善すべきであり、新制度の施行に先立って、現行制度の次期保険料改定時（2012年度（平成24年度））から見直すこととして試算。

## **（2）新制度への移行による財政影響**

○以下の点から新制度への移行による各保険制度への財政影響を試算。

### **（A）75歳以上の高齢者も若人と同じ制度に加入（適用関係の変更）**

- ・後期高齢者医療制度を廃止して、75歳以上の高齢者も若人と同じ制度に加入すると、被用者保険に本人約30万人、被扶養者約190万人が戻ることとなるが、被用者保険では被扶養者から保険料を徴収しないことから、被用者保険にとっては負担増要因（協会けんぽ500億円、健保組合300億円、共済組合200億円）となる。

### **（B）75歳以上の医療給付費に対する支援金の総報酬割**

- ・75歳以上の医療給付費に対する支援金は、現在、先の制度改正により、総報酬割3分の1、加入者割3分の2となっているが、これをすべて総報酬割にすると、1545の健保組合・共済組合のうち財政力の弱い591組合は負担減となる一方、954組合は負担増となり、健保組合・共済組合全体では負担増要因となる。なお、こうした総報酬割の導入により、支援金の負担が応能負担となった場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担（3分の2加入者割分の16.4%、2013年度2100億円）は不要となる。

(C) 現役並み所得を有する高齢者に5割公費

- ・ 現在公費が投入されていない75歳以上の現役並み所得を有する高齢者にも5割公費を投入し、公費負担割合を実質47%から実質50%に引き上げると、すべての保険制度において負担減要因となる。なお、(B)の影響と併せて1545の健保組合・共済組合のうち、負担減となるのは943組合、負担増となるのは602組合となる。

(D) 70～74歳の患者負担の段階的見直し

- ・ 個々の患者が負担増とならないよう、既に70歳に達し1割負担となった方は引き続き1割負担とし、それ以外の方は70歳到達後、順次2割負担としていくと、医療給付費は段階的に縮減し、すべての保険制度において負担減要因となる。

○上記(A)～(D)の結果、新制度への移行による全体の財政影響は、(1) 高齢者の保険料の負担率の見直し後をベースラインとして、2013年度：協会けんぽ▲600億円、健保組合+200億円、共済組合+600億円、市町村国保▲600億円となる。

○(D)の患者負担の段階的見直しは、徐々に財政効果が出てくるため、各制度の財政影響は、

- ①協会けんぽは、2015年度▲800億円、2020年度▲1400億円、2025年度▲1800億円
- ②健保組合は、2015年度+100億円、2020年度▲200億円、2025年度▲200億円
- ③共済組合は、2015年度+600億円、2020年度+600億円、2025年度+800億円
- ④市町村国保は、2015年度▲800億円、2020年度▲1100億円、2025年度▲1200億円となる。



### (3) 新制度への移行による公費の変化

○公費については、全面総報酬割に伴う減、現役並み所得を有する高齢者も5割公費とすることに伴う増などで、制度改正の影響は、2013年度+700億円、2015年度+500億円、2020年度+200億円、2025年度+600億円となる。

○国と地方の公費負担割合は、現在、75歳以上の医療給付費について、国：都道府県：市町村が4：1：1の比率で負担しているが、引き続き、国民全体で高齢者の医療費を支え合う観点から、この負担割合を維持する。一方、新制度の下で、被用者保険者に対して地方が公費負担を行うことについては、地方公共団体は被用者保険と何ら関わりを有しないこと等から適当でない旨の指摘があることを踏まえ、被用者保険へ投入する公費は、地方負担相当額を国が代わりに負担し、その分、地方公共団体が国保に多く負担することにより、75歳以上の医療給付費に対する公費負担全体としては、国：都道府県：市町村の負担割合を4：1：1で維持する。

※被用者保険に加入する75歳以上の高齢者の地方負担相当額（給付費の6分の1）

2013年度 3300億円、2015年度 3400億円、2020年度 3600億円、2025年度 3800億円

※仮にこの分を国保に加入する75歳以上の高齢者の国庫負担割合（33.3%）から差し引くとすると、

2013年度 2.9%、2015年度 2.7%、2020年度 2.3%、2025年度 1.9%分に相当し、国の負担割合は年々増加していく。

※これは、75歳以上の高齢者のうち、被用者保険の加入者数はほぼ横ばいである一方、国保の加入者数が増加し、被用者保険と国保との間でウエイトが変動するためである。

#### 【加入者数・医療給付費の見通し】

（単位：万人、十億円。被用者保険には国保組合を含む。）

	2013年度		2015年度		2020年度		2025年度	
	被用者保険	国保	被用者保険	国保	被用者保険	国保	被用者保険	国保
加入者数	240 (15%)	1,324 (85%)	239 (15%)	1,403 (85%)	236 (13%)	1,627 (87%)	234 (11%)	1,903 (89%)
給付費	1,990 (15%)	11,530 (85%)	2,050 (14%)	12,640 (86%)	2,180 (12%)	15,790 (88%)	2,300 (10%)	19,690 (90%)

#### 4. 加入者一人当たり保険料の将来見通し

○現行制度では、75歳以上の高齢者の保険料は、現役世代の保険料よりも大きく増加（2013→2025：協会けんぽ 32%、健保組合 34%、市町村国保 38%増に対して、75歳以上 48%増）することとなっていたが、高齢者の保険料の負担率の見直しにより、伸び率は高齢者と現役世代でほぼ均衡する（2013→2025：協会けんぽ 31%、健保組合 34%、市町村国保の 75歳未満 37%増に対して、市町村国保の 75歳以上 35%増）。

#### 5. 参考試算

○参考として、経済成長（経済成長率 年 3%、賃金上昇率 年 3.5%）及び診療報酬改定（年 1%）を見込んだ場合を試算。経済成長率は「新成長戦略」（平成 22 年 6 月 18 日閣議決定）のマクロ経済目標を前提とし、診療報酬改定率は過去の経済成長率との相関関係を示す回帰式より算出。

#### 6. 新制度における協会けんぽ、健保組合の保険料率の将来見通し

○賃金上昇率の設定方法により、保険料率の水準は変化するが、賃金上昇率＝診療報酬改定率としたケースⅠの場合、協会けんぽの保険料率 9.3%は、2013 年度 9.9%、2015 年度 10.3%、2020 年度 11.2%、2025 年度 12.3%、健保組合の保険料率 7.6%は、2013 年度 8.3%、2015 年度 8.7%、2020 年度 9.4%、2025 年度 10.4%となる。なお、参考試算は、賃金上昇率（3.5%）が診療報酬改定率（1.0%）を 2.5%上回るケースⅢに相当する。

## 7. 留意点

- 今回の試算は、平成 18 年制度改正時の試算には織り込んだ医療費適正化の中長期的方策である平均在院日数短縮及び生活習慣病対策による適正化効果を織り込んでいないが、効率化できる部分の効率化を進めることにより、全体にわたり国民負担の軽減が図られることになる。
- 「今後の高齢化の進行等に応じた公費の投入のあり方」についての検討結果により、財政影響は変動することになる。
- 国保の都道府県単位化の第一段階における財政調整を前提としており、第二段階において財政調整の方法を見直した場合には、財政影響は変動することになる。

# 医療費等の将来見通し及び財政影響試算

厚生労働省保険局  
平成22年10月25日

## 新制度における医療費、給付費の将来見通し

(兆円)

	2010年度 (平成22・賦課ベース)	2013年度 (平成25)	2015年度 (平成27)	2020年度 (平成32)	2025年度 (平成37)	年平均伸び(2010→2025)	
						増減	伸び率
国民医療費	37.5	40.4	42.3	47.2	52.3	1.0	2.2%
(医療保険分)	35.1	37.9	39.7	44.2	49.0	0.9	2.2%
65歳未満	15.9	16.0	15.9	16.3	17.3	0.1	0.6%
65～74歳	6.4	7.1	7.7	8.2	7.6	0.1	1.2%
75歳以上	12.8	14.8	16.1	19.7	24.1	0.8	4.3%
医療給付費	31.9	34.5	36.1	40.4	45.0	0.9	2.3%
(医療保険分)	29.4	31.8	33.4	37.5	41.8	0.8	2.4%
65歳未満	12.4	12.5	12.3	12.7	13.5	0.1	0.5%
65～74歳	5.3	5.8	6.4	6.8	6.3	0.1	1.2%
75歳以上	11.7	13.5	14.7	18.0	22.0	0.7	4.3%

(参考)平成18年制度改正時の試算

国民医療費： 2015年度 44兆円

2025年度 56兆円

医療給付費： 2015年度 37兆円

2025年度 48兆円

※ 平成18年制度改正時の試算は、平均在院日数の短縮及び生活習慣病対策による医療費適正化効果(2025年度6兆円)を織り込んでいる。

## 医療保険加入者数の将来見通し

(百万人)

	2010年度 (平成22・賦課ベース)	2013年度 (平成25)	2015年度 (平成27)	2020年度 (平成32)	2025年度 (平成37)	年平均伸び(2010→2025)	
						増減	伸び率
計	127	126	125	122	118	-0.6	-0.5%
65歳未満	99	95	92	87	83	-1.0	-1.1%
65～74歳	14	15	16	16	14	0.0	-0.2%
75歳以上	14	16	16	19	21	0.5	2.8%

※ 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。

なお、診療報酬改定は見込んでいない。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

## 新制度における財政負担の将来見通し

(兆円)

	2010年度	2013年度	2015年度	2020年度	2025年度	年平均伸び(2010→2025)	
	(平成22・賦課ベース)	(平成25)	(平成27)	(平成32)	(平成37)	増減	伸び率
医療保険給付費	29.4	31.8	33.4	37.5	41.8	0.8	2.4%
保険料負担	18.2	19.4	20.1	21.8	23.6	0.4	1.7%
75歳未満	17.3	18.4	19.0	20.3	21.6	0.3	1.5%
(再掲)協会けんぽ	5.9	6.2	6.4	6.7	7.2	0.1	1.3%
(再掲)健保組合	5.8	6.2	6.4	6.8	7.2	0.1	1.5%
(再掲)共済組合	2.0	2.2	2.3	2.4	2.6	0.0	1.8%
(再掲)市町村国保	3.2	3.3	3.5	3.8	4.1	0.1	1.6%
75歳以上	0.9	1.0	1.2	1.5	2.0	0.1	5.5%
(再掲)市町村国保	0.8	0.9	1.0	1.4	1.8	0.1	5.6%
公費負担	11.2	12.4	13.3	15.7	18.2	0.5	3.3%
国	8.2	9.0	9.6	11.2	12.9	0.3	3.1%
都道府県	1.9	2.1	2.2	2.7	3.2	0.1	3.6%
市町村	1.2	1.4	1.5	1.8	2.1	0.1	4.2%

※1 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。

なお、診療報酬改定は見込んでいない。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

※2 保険料は保険料軽減や高額医療費共同事業に係る公費等を控除した後のものである。

また、医療給付に必要な保険料(所要保険料)の見通しであり、市町村国保の法定外繰入がないものとしている。

※3 公費負担には、特例措置による保険料軽減に係る公費(補正分)も含む。

## 新制度における制度改正等の影響

(億円)

		75歳未満保険料					75歳以上保険料		公費(補正分除く)			
		計	(再)協会 けんぽ	(再)健保 組合	(再)共済 組合	(再)市町村 国保	計	(再)市町村 国保	計	国	都道府県	市町村
2010年度 (平成22)	現行制度	173,100	59,400	57,500	19,800	32,200	8,900	8,000	111,000	80,900	18,600	11,500
2013年度 (平成25)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	184,000	62,900	61,400	21,100	34,000	10,600	9,500	123,100	89,200	20,700	13,100
	新制度	183,500	62,300	61,600	21,700	33,400	10,400	9,300	123,700	89,200	20,900	13,600
	影響額	-400	-600	200	600	-600	-200	-200	700	0	200	500
2015年度 (平成27)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	190,500	64,700	63,700	22,000	35,400	11,700	10,600	131,800	95,300	22,300	14,100
	新制度	189,500	63,900	63,800	22,600	34,600	11,600	10,400	132,200	95,100	22,400	14,700
	影響額	-1,000	-800	100	600	-800	-200	-200	500	-200	100	600
2020年度 (平成32)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	204,800	68,900	67,900	23,600	39,300	15,300	13,900	156,000	112,200	26,800	17,000
	新制度	202,600	67,500	67,700	24,200	38,200	15,200	13,800	156,300	111,600	26,900	17,700
	影響額	-2,200	-1,400	-200	600	-1,100	-100	-100	200	-600	100	700
2025年度 (平成37)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	218,400	73,600	72,100	25,100	42,000	19,900	18,200	180,200	128,400	31,300	20,500
	新制度	215,900	71,800	72,000	26,000	40,800	19,900	18,200	180,800	127,900	31,600	21,300
	影響額	-2,500	-1,800	-200	800	-1,200	0	-100	600	-500	200	900

※1 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。

なお、診療報酬改定は見込んでいない。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

※2 保険料は保険料軽減や高額医療費共同事業に係る公費等を控除した後のものである。

また、医療給付に必要な保険料(所要保険料)の見通しであり、市町村国保の法定外繰入がないものとしている。



## 加入者1人当たり保険料の将来見通し

				2010年度 (平成22 賦課ベース)	2013年度 (平成25)	2015年度 (平成27)	2020年度 (平成32)	2025年度 (平成37)	伸び率		
						2013→2015	2013→2020	2013→2025			
現行制度	高齢者保険料負担率 (%)			10.26%	10.62%	10.92%	12.06%	13.01%			
	加入者 1人当たり 保険料 (万円)	75歳未満	協会けんぽ	17.1	18.7	19.6	22.0	24.7	5%	18%	32%
			健保組合	19.5	21.5	22.8	25.6	28.7	6%	19%	34%
			共済組合	21.7	23.8	25.2	28.2	31.7	6%	18%	33%
			市町村国保	9.0	9.6	10.0	11.5	13.2	4%	20%	38%
75歳以上 計			6.3	6.8	7.3	8.7	10.1	7%	28%	48%	
現行制度 高齢者保険 料負担率の 見直し後	高齢者保険料負担率 (%)				10.50%	10.69%	11.34%	12.02%			
	加入者 1人当たり 保険料 (万円)	75歳未満	協会けんぽ		18.7	19.7	22.1	24.9	5%	18%	33%
			健保組合		21.5	22.8	25.7	29.0	6%	20%	35%
			共済組合		23.8	25.3	28.3	32.0	6%	19%	34%
			市町村国保		9.6	10.0	11.5	13.3	4%	20%	38%
75歳以上 計				6.8	7.1	8.2	9.3	6%	22%	38%	
新制度	高齢者保険料負担率 (%)				10.48%	10.64%	11.25%	11.88%			
	加入者 1人当たり 保険料 (万円)	75歳未満	協会けんぽ		18.5	19.4	21.6	24.3	5%	17%	31%
			健保組合		21.6	22.8	25.6	28.9	6%	19%	34%
			共済組合		24.5	25.9	29.1	33.0	6%	19%	35%
			市町村国保		9.4	9.8	11.2	12.9	4%	19%	37%
75歳以上 市町村国保				7.0	7.4	8.5	9.5	5%	20%	35%	

※1 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。

なお、診療報酬改定は見込んでいない。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

※2 保険料は保険料軽減や高額医療費共同事業に係る公費等を控除した後のものである。

また、医療給付に必要な保険料(所要保険料)の見通しであり、市町村国保の法定外繰入がないものとしている。

※3 現行制度の75歳以上1人当たり保険料額の6.8万円(2013年度)は、9割軽減を受けている被扶養者などを含む加入者1人当たりの保険料額であり、見直し後の7.0万円(2013年度)は、被用者保険に移行した者を除いた国保加入者の1人当たり保険料額であり、対象者が異なっている。こうした理由により、1人当たり保険料額に差が生じているものであり、制度移行に伴い、75歳以上の国保加入者の保険料負担が増加するものではない。

**(参考試算)経済成長(年3%)及び診療報酬改定(年1%)を前提とした場合**

**新制度における医療費、給付費の将来見通し**

(兆円)

	2010年度 (平成22・賦課ベース)	2013年度 (平成25)	2015年度 (平成27)	2020年度 (平成32)	2025年度 (平成37)	年平均伸び(2010→2025)	
						増減	伸び率
国民医療費	37.5	41.6	44.5	52.1	60.7	1.5	3.3%
(医療保険分)	35.1	39.0	41.7	48.9	56.9	1.5	3.3%
65歳未満	15.9	16.5	16.7	18.0	20.1	0.3	1.6%
65～74歳	6.4	7.3	8.1	9.1	8.9	0.2	2.2%
75歳以上	12.8	15.2	16.9	21.7	27.9	1.0	5.3%
医療給付費	31.9	35.5	37.9	44.6	52.2	1.4	3.3%
(医療保険分)	29.4	32.8	35.1	41.4	48.5	1.3	3.4%
65歳未満	12.4	12.8	13.0	14.0	15.6	0.2	1.6%
65～74歳	5.3	6.0	6.7	7.5	7.3	0.1	2.2%
75歳以上	11.7	13.9	15.4	19.9	25.5	0.9	5.3%

(参考)平成18年制度改正時の試算

国民医療費: 2015年度 44兆円

2025年度 56兆円

医療給付費: 2015年度 37兆円

2025年度 48兆円

※ 平成18年制度改正時の試算は、平均在院日数の短縮及び生活習慣病対策による医療費適正化効果(2025年度6兆円)を織り込んでいる。

**医療保険加入者数の将来見通し**

(百万人)

	2010年度 (平成22・賦課ベース)	2013年度 (平成25)	2015年度 (平成27)	2020年度 (平成32)	2025年度 (平成37)	年平均伸び(2010→2025)	
						増減	伸び率
計	127	126	125	122	118	-0.6	-0.5%
65歳未満	99	95	92	87	83	-1.0	-1.1%
65～74歳	14	15	16	16	14	0.0	-0.2%
75歳以上	14	16	16	19	21	0.5	2.8%

※ 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。  
診療報酬改定率は経済成長率との過去の相関関係により年1%(2年に1度の診療報酬改定で2%の引上げに相当)と仮定。

**(参考試算)経済成長(年3%)及び診療報酬改定(年1%)を前提とした場合**

新制度における財政負担の将来見通し

(兆円)

	2010年度 (平成22・賦課ベース)	2013年度 (平成25)	2015年度 (平成27)	2020年度 (平成32)	2025年度 (平成37)	年平均伸び(2010→2025)	
						増減	伸び率
医療保険給付費	29.4	32.8	35.1	41.4	48.5	1.3	3.4%
保険料負担	18.2	20.0	21.1	24.1	27.4	0.6	2.8%
75歳未満	17.3	18.9	19.9	22.4	25.1	0.5	2.5%
(再掲)協会けんぽ	5.9	6.4	6.7	7.5	8.3	0.2	2.3%
(再掲)健保組合	5.8	6.3	6.7	7.5	8.4	0.2	2.5%
(再掲)共済組合	2.0	2.2	2.4	2.7	3.0	0.1	2.9%
(再掲)市町村国保	3.2	3.4	3.6	4.2	4.7	0.1	2.6%
75歳以上	0.9	1.1	1.2	1.7	2.3	0.1	6.6%
(再掲)市町村国保	0.8	1.0	1.1	1.5	2.1	0.1	6.7%
公費負担	11.2	12.8	14.0	17.3	21.1	0.7	4.3%
国	8.2	9.2	10.1	12.4	15.0	0.5	4.1%
都道府県	1.9	2.2	2.4	3.0	3.7	0.1	4.6%
市町村	1.2	1.4	1.5	2.0	2.5	0.1	5.2%

※1 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。

診療報酬改定率は経済成長率との過去の相関関係により年1%(2年に1度の診療報酬改定で2%の引上げに相当)と仮定。

※2 保険料は保険料軽減や高額医療費共同事業に係る公費等を控除した後のものである。

また、医療給付に必要な保険料(所要保険料)の見通しであり、市町村国保の法定外繰入がないものとしている。

※3 公費負担には、特例措置による保険料軽減に係る公費(補正分)も含む。

**(参考試算) 経済成長(年3%)及び診療報酬改定(年1%)を前提とした場合**

**新制度における制度改正等の影響**

(億円)

		75歳未満保険料					75歳以上保険料		公費(補正分除く)			
		計	(再)協会 けんぽ	(再)健保 組合	(再)共済 組合	(再)市町村 国保	計	(再)市町村 国保	計	国	都道府県	市町村
2010年度 (平成22)	現行制度	173,100	59,400	57,500	19,800	32,200	8,900	8,000	111,000	80,900	18,600	11,500
2013年度 (平成25)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	189,500	64,800	63,300	21,800	35,000	10,900	9,800	126,800	91,900	21,400	13,500
	新制度	189,100	64,100	63,500	22,400	34,400	10,700	9,600	127,500	91,900	21,500	14,000
	影響額	-400	-600	200	600	-600	-200	-200	700	0	200	600
2015年度 (平成27)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	200,200	68,000	66,900	23,100	37,200	12,300	11,100	138,500	100,200	23,400	14,800
	新制度	199,200	67,100	67,000	23,700	36,400	12,100	10,900	139,000	99,900	23,600	15,400
	影響額	-1,100	-900	100	600	-800	-200	-200	500	-300	100	600
2020年度 (平成32)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	226,200	76,100	75,000	26,100	43,400	16,900	15,400	172,300	123,900	29,600	18,800
	新制度	223,800	74,500	74,800	26,800	42,200	16,800	15,200	172,600	123,300	29,700	19,600
	影響額	-2,400	-1,600	-200	700	-1,300	-100	-200	300	-600	100	800
2025年度 (平成37)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	253,500	85,500	83,800	29,200	48,800	23,200	21,100	209,200	149,000	36,400	23,800
	新制度	250,600	83,400	83,600	30,200	47,300	23,100	21,100	209,900	148,500	36,600	24,800
	影響額	-2,900	-2,100	-200	1,000	-1,400	0	-100	700	-500	200	1,000

※1 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。

診療報酬改定率は経済成長率との過去の相関関係により年1%(2年に1度の診療報酬改定で2%の引上げに相当)と仮定。

※2 保険料は保険料軽減や高額医療費共同事業に係る公費等を控除した後のものである。

また、医療給付に必要な保険料(所要保険料)の見通しであり、市町村国保の法定外繰入がないものとしている。

**(参考試算) 経済成長(年3%)及び診療報酬改定(年1%)を前提とした場合**

**加入者1人当たり保険料の将来見通し**

				2010年度 (平成22 賦課ベース)	2013年度 (平成25)	2015年度 (平成27)	2020年度 (平成32)	2025年度 (平成37)	伸び率		
									2013→2015	2013→2020	2013→2025
現行制度	高齢者保険料負担率 (%)			10.26%	10.62%	10.92%	12.06%	13.01%			
	加入者 1人当たり 保険料 (万円)	75歳未満	協会けんぽ	17.1	19.2	20.6	24.3	28.7	7%	26%	49%
			健保組合	19.5	22.1	23.9	28.2	33.4	8%	28%	51%
			共済組合	21.7	24.5	26.5	31.1	36.8	8%	27%	50%
			市町村国保	9.0	9.9	10.5	12.7	15.3	6%	29%	55%
	75歳以上 計			6.3	7.0	7.7	9.7	11.7	9%	37%	67%
現行制度 負担率見直 し後	高齢者保険料負担率 (%)				10.50%	10.69%	11.34%	12.02%			
	加入者 1人当たり 保険料 (万円)	75歳未満	協会けんぽ		19.2	20.7	24.4	28.9	7%	27%	50%
			健保組合		22.1	24.0	28.4	33.7	8%	28%	52%
			共済組合		24.6	26.6	31.3	37.1	8%	28%	51%
			市町村国保		9.9	10.5	12.7	15.4	6%	29%	56%
	75歳以上 計				7.0	7.5	9.1	10.8	8%	30%	56%
新制度	高齢者保険料負担率 (%)				10.48%	10.64%	11.25%	11.88%			
	加入者 1人当たり 保険料 (万円)	75歳未満	協会けんぽ		19.0	20.4	23.8	28.2	7%	25%	48%
			健保組合		22.2	24.0	28.3	33.6	8%	27%	51%
			共済組合		25.2	27.3	32.1	38.3	8%	27%	52%
			市町村国保		9.7	10.3	12.4	15.0	6%	28%	54%
	75歳以上 市町村国保				7.3	7.8	9.3	11.1	7%	29%	52%
				<b>賃金の伸び率(年3.5%)</b>				7%	27%	51%	

※1 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。

診療報酬改定率は経済成長率との過去の相関関係により年1%(2年に1度の診療報酬改定で2%の引上げに相当)と仮定。

※2 保険料は保険料軽減や高額医療費共同事業に係る公費等を控除した後のものである。

また、医療給付に必要な保険料(所要保険料)の見通しであり、市町村国保の法定外繰入がないものとしている。

※3 賃金上昇率(≒1人当たり成長率)は、名目経済成長率(年3%)及び労働力人口の減少(年▲0.5%程度)から単純に計算し年3.5%と仮定。

※4 現行制度の75歳以上1人当たり保険料額の7.0万円(2013年度)は、9割軽減を受けている被扶養者などを含む加入者1人当たりの保険料額であり、見直し後の7.3万円(2013年度)は、被用者保険に移行した者を除いた国保加入者の1人当たり保険料額であり、対象者が異なっている。こうした理由により、1人当たり保険料額に差が生じているものであり、制度移行に伴い、75歳以上の国保加入者の保険料負担が増加するものではない。

## 新制度における協会けんぽ、健保組合の保険料率の将来見通し

	協会けんぽ					健保組合				
	(ケースⅢ)	(ケースⅡ)	(ケースⅠ)	(ケースⅢ)	(ケースⅡ)	(ケースⅠ)				
2010(平成22)年度	9.3%					7.6%				
2013(平成25)年度	9.3%	～	9.7%	～	9.9%	7.7%	～	8.1%	～	8.3%
2015(平成27)年度	9.3%	～	9.9%	～	10.3%	7.7%	～	8.3%	～	8.7%
2020(平成32)年度	9.0%	～	10.3%	～	11.2%	7.5%	～	8.6%	～	9.4%
2025(平成37)年度	8.8%	～	10.8%	～	12.3%	7.4%	～	9.1%	～	10.4%

※1 将来の保険料率は、平成22年度の保険料率(協会けんぽ:9.3%、健保組合:7.6%(予算早期集計の単純平均))に、医療給付分の所要保険料率の伸びを加えて算出

※2 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定

※3 保険料率は、賃金上昇率と診療報酬改定率の差により水準が決定されることから、賃金上昇率について次の3通りの前提を設定

ケースⅠ : 賃金上昇率 = 診療報酬改定率

ケースⅡ : 賃金上昇率 = 診療報酬改定率+1%

ケースⅢ : 賃金上昇率 = 診療報酬改定率+2.5% (参考試算の賃金上昇率に相当)

名目経済成長率(年3%)と労働力人口の減少(年▲0.5%程度)から単純に計算すると賃金上昇率(≒1人当たり成長率)は年3.5%に相当する。  
したがって、参考試算では、賃金上昇率(3.5%)は診療報酬改定率(1.0%)を2.5%上回る事となる。

# 【参考】

詳細結果並びに前提及び方法



# 医療保険給付の財政負担等の将来見通し

## 財政負担の将来見通し … 平成25年度(2013)

(十億円)

	計	75歳未満保険料					75歳以上保険料			公費(補正分除く)			国(補正分)		
		協会けんぽ	健保組合	共済	市町村 国保	国保組合	市町村 国保	その他	定率	その他	保険料 軽減分	70~74歳 患者負担分			
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)	17,310	5,940	5,750	1,980	3,220	400	890	800	90	11,100	10,290	820	70	200	
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	18,380	6,280	6,140	2,110	3,400	420	1,070	960	110	12,310	11,420	880	80	220
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	18,400	6,290	6,140	2,110	3,400	420	1,060	950	100	12,310	11,420	880	80	220
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	18,500	6,340	6,170	2,130	3,400	420	1,040	940	110	12,240	11,420	820	50	220
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	18,710	6,340	6,290	2,220	3,400	430	1,040	940	110	12,030	11,210	820	50	220
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	18,370	6,230	6,170	2,170	3,350	420	1,040	930	110	12,380	11,560	820	50	220
	(⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	18,350	6,230	6,160	2,170	3,340	420	1,040	930	110	12,370	11,550	820	50	200
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	10	0	0	0	0	-10	-10	0	0	0	0	0	0	0
	適用関係の変更 A	100	50	30	20	0	-10	-20	0	-60	0	-60	-30	0	
	支援金の総報酬割 B	210	0	120	90	0	0	0	0	-210	-210	0	0	0	
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	-340	-110	-130	-50	-50	-10	0	0	0	350	350	0	0	0
	70~74歳の患者負担の段階的見直し D	-10	0	0	0	0	0	0	0	0	-10	0	0	0	-20
新制度への 移行の影響	A~Cの合計	-30	-60	20	60	-50	0	-20	-20	0	70	130	-60	-30	0
	A~Dの合計	-40	-60	20	60	-60	0	-20	-20	0	70	130	-60	-30	-20

## 財政負担の将来見通し … 平成27年度(2015)

(十億円)

	計	75歳未満保険料					75歳以上保険料			公費(補正分除く)			国(補正分)		
		協会けんぽ	健保組合	共済	市町村 国保	国保組合	市町村 国保	その他	定率	その他	保険料 軽減分	70~74歳 患者負担分			
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)	17,310	5,940	5,750	1,980	3,220	400	890	800	90	11,100	10,290	820	70	200	
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	19,020	6,460	6,360	2,200	3,540	430	1,200	1,080	110	13,170	12,230	940	90	230
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	19,050	6,470	6,370	2,200	3,540	430	1,170	1,060	110	13,180	12,240	930	90	230
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	19,160	6,530	6,400	2,220	3,540	440	1,160	1,040	120	13,110	12,240	870	60	230
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	19,390	6,530	6,530	2,320	3,540	440	1,160	1,040	120	12,880	12,010	870	60	230
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	19,020	6,410	6,400	2,270	3,480	430	1,160	1,040	120	13,250	12,380	870	60	230
	(⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	18,950	6,390	6,380	2,260	3,460	430	1,160	1,040	120	13,220	12,360	870	60	120
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	30	10	10	0	0	-30	-20	0	0	10	-10	0	0	0
	適用関係の変更 A	110	50	30	20	-10	0	-10	-10	10	-70	0	-60	-30	0
	支援金の総報酬割 B	230	0	130	90	0	0	0	0	0	-230	-230	0	0	0
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	-370	-120	-140	-50	-50	-10	-10	0	0	370	370	0	0	0
	70~74歳の患者負担の段階的見直し D	-70	-20	-20	-10	-20	0	0	0	0	-30	-20	0	0	-120
新制度への 移行の影響	A~Cの合計	-30	-60	30	70	-60	0	-20	-20	0	70	140	-70	-30	0
	A~Dの合計	-100	-80	10	60	-80	0	-20	-20	0	50	120	-70	-30	-120

財政負担の将来見通し … 平成32年度(2020)

(十億円)

	計	75歳未満保険料					75歳以上保険料			公費(補正分除く)			国(補正分)		
		協会けんぽ	健保組合	共済	市町村 国保	国保組合		市町村 国保	その他		定率	その他	保険料 軽減分	70~74歳 患者負担分	
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)	17,310	5,940	5,750	1,980	3,220	400	890	800	90	11,100	10,290	820	70	200	
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	20,370	6,850	6,750	2,350	3,920	470	1,630	1,480	150	15,600	14,490	1,110	120	290
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	20,480	6,890	6,790	2,360	3,930	470	1,530	1,390	140	15,600	14,510	1,090	110	290
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	20,590	6,940	6,820	2,390	3,930	470	1,530	1,390	140	15,520	14,510	1,020	80	290
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	20,860	6,940	6,980	2,500	3,930	480	1,530	1,390	140	15,250	14,230	1,020	80	290
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	20,430	6,800	6,820	2,450	3,860	470	1,520	1,380	140	15,690	14,680	1,010	80	290
	(⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	20,260	6,750	6,770	2,420	3,820	460	1,520	1,380	140	15,630	14,620	1,010	80	0
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	100	40	40	10	20	0	-100	-90	-10	0	20	-20	-10	0
	適用関係の変更 A	110	50	30	20	-10	0	0	0	0	-80	0	-70	-30	0
	支援金の総報酬割 B	280	0	160	120	0	0	0	0	0	-280	-280	0	0	0
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	-430	-140	-160	-60	-60	-10	-10	-10	0	450	450	0	0	0
	70~74歳の患者負担の段階的見直し D	-170	-50	-50	-20	-40	0	0	0	0	-70	-60	-10	0	-290
新制度への 移行の影響	A~Cの合計	-50	-90	30	80	-70	0	-10	-10	0	90	170	-80	-30	0
	A~Dの合計	-220	-140	-20	60	-110	-10	-10	-10	0	20	110	-80	-30	-290

財政負担の将来見通し … 平成37年度(2025)

(十億円)

	計	75歳未満保険料					75歳以上保険料			公費(補正分除く)			国(補正分)		
		協会けんぽ	健保組合	共済	市町村 国保	国保組合		市町村 国保	その他		定率	その他	保険料 軽減分	70~74歳 患者負担分	
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)	17,310	5,940	5,750	1,980	3,220	400	890	800	90	11,100	10,290	820	70	200	
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	21,660	7,300	7,150	2,490	4,180	500	2,160	1,970	190	18,020	16,740	1,270	150	270
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	21,840	7,360	7,210	2,510	4,200	510	1,990	1,820	170	18,020	16,780	1,240	140	270
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	21,940	7,410	7,250	2,540	4,200	510	2,020	1,840	180	17,930	16,780	1,150	100	270
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	22,270	7,390	7,440	2,690	4,190	510	2,020	1,840	180	17,600	16,450	1,150	100	270
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	21,750	7,230	7,250	2,620	4,120	500	1,990	1,820	180	18,140	17,000	1,140	100	270
	(⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	21,590	7,180	7,200	2,600	4,080	500	1,990	1,820	180	18,080	16,940	1,140	100	0
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	170	60	60	20	30	0	-170	-150	-10	0	40	-40	-10	0
	適用関係の変更 A	100	50	30	30	-10	0	20	20	10	-90	0	-90	-30	0
	支援金の総報酬割 B	330	-10	190	150	0	0	0	0	0	-330	-330	0	0	0
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	-520	-170	-190	-70	-80	-10	-30	-20	0	550	560	-10	0	0
	70~74歳の患者負担の段階的見直し D	-160	-50	-50	-20	-40	0	0	0	0	-60	-60	-10	0	-270
新制度への 移行の影響	A~Cの合計	-90	-130	30	100	-80	-10	0	-10	0	120	220	-90	-30	0
	A~Dの合計	-250	-180	-20	80	-120	-10	0	-10	0	60	160	-100	-30	-270

(再掲) 75歳以上保険料負担(内訳)の将来見通し … 平成25年度(2013)

(十億円)

		75歳以上保険料									市町村 国保	国保組合
		計	被用者保険				(再)被用者本人			(再)被扶養者		
			協会けんぽ	健保組合	共済	本人負担	事業主負担					
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)		890	80	60	10	0	70	70	0	10	800	20
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	1,070	90	70	10	0	80	80	0	10	960	20
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	1,060	90	70	10	0	80	80	0	10	950	20
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	1,040	90	70	10	0	90	40	50	0	940	20
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	1,040	90	70	10	0	90	50	50	0	940	20
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	1,040	90	70	10	0	90	40	50	0	930	20
	(⑤に加え)70～74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	1,040	90	70	10	0	90	40	50	0	930	20
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	-10	0	0	0	0	0	0	0	0	-10	0
	適用関係の変更 A	-10	0	0	0	0	10	-30	50	-10	-20	0
	支援金の総報酬割 B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	70～74歳の患者負担の段階的見直し D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新制度への 移行の影響	A～Cの合計	-20	0	0	0	0	10	-30	50	-10	-20	0
	A～Dの合計	-20	0	0	0	0	10	-30	50	-10	-20	0

(再掲) 75歳以上保険料負担(内訳)の将来見通し … 平成27年度(2015)

(十億円)

		75歳以上保険料									市町村 国保	国保組合
		計	被用者保険				(再)被用者本人			(再)被扶養者		
			協会けんぽ	健保組合	共済	本人負担	事業主負担					
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)		890	80	60	10	0	70	70	0	10	800	20
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	1,200	100	80	10	0	90	90	0	10	1,080	20
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	1,170	90	80	10	0	90	90	0	10	1,060	20
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	1,160	100	80	10	0	100	50	50	0	1,040	20
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	1,160	100	80	20	0	100	50	50	0	1,040	20
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	1,160	100	80	10	0	100	50	50	0	1,040	20
	(⑤に加え)70～74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	1,160	100	80	10	0	100	50	50	0	1,040	20
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	-30	0	0	0	0	0	0	0	0	-20	0
	適用関係の変更 A	-10	10	0	0	0	10	-40	50	-10	-10	0
	支援金の総報酬割 B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	-10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	70～74歳の患者負担の段階的見直し D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新制度への 移行の影響	A～Cの合計	-20	0	0	0	0	10	-40	50	-10	-20	0
	A～Dの合計	-20	0	0	0	0	10	-40	50	-10	-20	0

## (再掲) 75歳以上保険料負担(内訳)の将来見通し … 平成32年度(2020)

(十億円)

		75歳以上保険料									市町村 国保	国保組合
		計	被用者保険					(再)被用者本人		(再)被扶養者		
			協会けんぽ	健保組合	共済	本人負担	事業主負担					
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)		890	80	60	10	0	70	70	0	10	800	20
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	1,630	120	100	20	10	110	110	0	10	1,480	20
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	1,530	120	90	20	0	110	110	0	10	1,390	20
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	1,530	120	100	20	0	120	60	60	0	1,390	20
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	1,530	120	100	20	0	120	60	60	0	1,390	20
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	1,520	120	100	20	0	120	60	60	0	1,380	20
	(⑤に加え)70～74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	1,520	120	100	20	0	120	60	60	0	1,380	20
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	-100	-10	-10	0	0	-10	-10	0	0	-90	0
	適用関係の変更 A	0	0	0	0	0	10	-50	60	-10	0	0
	支援金の総報酬割 B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	-10	0	0	0	0	0	0	0	0	-10	0
	70～74歳の患者負担の段階的見直し D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新制度への 移行の影響	A～Cの合計	-10	0	0	0	0	10	-50	60	-10	-10	0
	A～Dの合計	-10	0	0	0	0	10	-50	60	-10	-10	0

## (再掲) 75歳以上保険料負担(内訳)の将来見通し … 平成37年度(2025)

(十億円)

		75歳以上保険料									市町村 国保	国保組合
		計	被用者保険					(再)被用者本人		(再)被扶養者		
			協会けんぽ	健保組合	共済	本人負担	事業主負担					
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)		890	80	60	10	0	70	70	0	10	800	20
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	2,160	160	130	20	10	150	150	0	10	1,970	30
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	1,990	150	120	20	10	140	140	0	10	1,820	30
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	2,020	150	130	20	10	150	80	80	0	1,840	30
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	2,020	160	130	20	10	160	80	80	0	1,840	30
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	1,990	150	120	20	10	150	70	80	0	1,820	30
	(⑤に加え)70～74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	1,990	150	120	20	10	150	70	80	0	1,820	30
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	-170	-10	-10	0	0	-10	-10	0	0	-150	0
	適用関係の変更 A	20	10	10	0	0	20	-60	80	-10	20	0
	支援金の総報酬割 B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	-30	0	0	0	0	0	0	0	0	-20	0
	70～74歳の患者負担の段階的見直し D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
新制度への 移行の影響	A～Cの合計	0	0	0	0	0	10	-60	80	-10	-10	0
	A～Dの合計	0	0	0	0	0	10	-60	80	-10	-10	0

## (再掲) 公費負担(内訳)の将来見通し … 平成25年度(2013)

(十億円)

		公費(補正分除く)			定率公費			その他公費(本予算分)			国(補正分)				
			国	都道府県	市町村		国	都道府県	市町村		国	都道府県	市町村	保険料 軽減分	70~74歳 患者負担分
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)		11,100	8,090	1,860	1,150	10,290	7,980	1,390	920	820	110	470	240	70	200
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	12,310	8,920	2,070	1,310	11,420	8,800	1,560	1,060	880	120	510	250	80	220
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	12,310	8,920	2,070	1,310	11,420	8,800	1,560	1,060	880	120	510	250	80	220
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	12,240	8,920	2,030	1,300	11,420	8,800	1,560	1,060	820	110	470	240	50	220
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	12,030	8,700	2,030	1,300	11,210	8,590	1,560	1,060	820	110	470	240	50	220
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	12,380	8,930	2,090	1,360	11,560	8,810	1,620	1,130	820	110	470	240	50	220
	(⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	12,370	8,920	2,090	1,360	11,550	8,810	1,620	1,130	820	110	470	240	50	200
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	適用関係の変更 A	-60	-10	-40	-10	0	0	0	0	-60	-10	-40	-10	-30	0
	支援金の総報酬割 B	-210	-210	0	0	-210	-210	0	0	0	0	0	0	0	0
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	350	220	60	70	350	220	60	70	0	0	0	0	0	0
	70~74歳の患者負担の段階的見直し D	-10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-20
新制度への 移行の影響	A~Cの合計	70	0	20	50	130	10	60	70	-60	-10	-40	-10	-30	0
	A~Dの合計	70	0	20	50	130	0	60	70	-60	-10	-40	-10	-30	-20

## (再掲) 公費負担(内訳)の将来見通し … 平成27年度(2015)

(十億円)

		公費(補正分除く)			定率公費			その他公費(本予算分)			国(補正分)				
			国	都道府県	市町村		国	都道府県	市町村		国	都道府県	市町村	保険料 軽減分	70~74歳 患者負担分
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)		11,100	8,090	1,860	1,150	10,290	7,980	1,390	920	820	110	470	240	70	200
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	13,170	9,530	2,230	1,410	12,230	9,400	1,680	1,150	940	130	550	260	90	230
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	13,180	9,530	2,230	1,410	12,240	9,410	1,680	1,150	930	120	550	260	90	230
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	13,110	9,520	2,180	1,400	12,240	9,400	1,680	1,150	870	120	500	250	60	230
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	12,880	9,290	2,180	1,400	12,010	9,170	1,680	1,150	870	120	500	250	60	230
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	13,250	9,530	2,250	1,470	12,380	9,410	1,750	1,220	870	120	500	250	60	230
	(⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	13,220	9,510	2,240	1,470	12,360	9,390	1,740	1,220	870	120	500	250	60	120
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	0	0	0	0	10	10	0	0	-10	0	0	0	0	0
	適用関係の変更 A	-70	-10	-50	-10	0	0	0	0	-60	-10	-50	-10	-30	0
	支援金の総報酬割 B	-230	-230	0	0	-230	-230	0	0	0	0	0	0	0	0
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	370	240	60	70	370	240	60	70	0	0	0	0	0	0
	70~74歳の患者負担の段階的見直し D	-30	-20	0	0	-20	-20	0	0	0	0	0	0	0	-120
新制度への 移行の影響	A~Cの合計	70	0	20	60	140	0	60	70	-70	-10	-50	-10	-30	0
	A~Dの合計	50	-20	10	60	120	-20	60	70	-70	-10	-50	-10	-30	-120

(再掲) 公費負担(内訳)の将来見通し … 平成32年度(2020)

(十億円)

		公費(補正分除く)			定率公費			その他公費(本予算分)			国(補正分)				
			国	都道府県	市町村		国	都道府県	市町村		国	都道府県	市町村	保険料 軽減分	70~74歳 患者負担分
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)		11,100	8,090	1,860	1,150	10,290	7,980	1,390	920	820	110	470	240	70	200
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	15,600	11,200	2,690	1,710	14,490	11,060	2,020	1,410	1,110	140	670	300	120	290
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	15,600	11,220	2,680	1,700	14,510	11,080	2,020	1,410	1,090	140	660	290	110	290
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	15,520	11,210	2,630	1,690	14,510	11,080	2,020	1,410	1,020	130	610	280	80	290
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	15,250	10,930	2,630	1,690	14,230	10,800	2,020	1,410	1,020	130	610	280	80	290
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	15,690	11,220	2,700	1,770	14,680	11,080	2,100	1,500	1,010	130	600	280	80	290
	(⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	15,630	11,160	2,690	1,770	14,620	11,030	2,090	1,500	1,010	130	600	280	80	0
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	0	20	-10	0	20	20	0	0	-20	0	-20	0	-10	0
	適用関係の変更 A	-80	-10	-50	-10	0	0	0	0	-70	-10	-50	-10	-30	0
	支援金の総報酬割 B	-280	-280	0	0	-280	-280	0	0	0	0	0	0	0	0
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	450	280	80	90	450	290	80	90	0	0	0	0	0	0
	70~74歳の患者負担の段階的見直し D	-70	-60	-10	0	-60	-60	-10	0	-10	0	0	0	0	-290
新制度への 移行の影響	A~Cの合計	90	0	20	70	170	10	80	90	-80	-10	-50	-20	-30	0
	A~Dの合計	20	-60	10	70	110	-50	70	90	-80	-10	-60	-20	-30	-290

(再掲) 公費負担(内訳)の将来見通し … 平成37年度(2025)

(十億円)

		公費(補正分除く)			定率公費			その他公費(本予算分)			国(補正分)				
			国	都道府県	市町村		国	都道府県	市町村		国	都道府県	市町村	保険料 軽減分	70~74歳 患者負担分
(参考) 平成22(2010)年度 (賦課ベース)		11,100	8,090	1,860	1,150	10,290	7,980	1,390	920	820	110	470	240	70	200
現行制度	高齢者保険料負担率の見直し前 ①	18,020	12,810	3,160	2,050	16,740	12,650	2,370	1,730	1,270	160	780	330	150	270
	高齢者保険料負担率の見直し後 ②	18,020	12,840	3,130	2,050	16,780	12,680	2,380	1,730	1,240	160	760	320	140	270
新制度	(②に加え)適用関係の変更 ③	17,930	12,830	3,070	2,030	16,780	12,680	2,380	1,730	1,150	150	700	300	100	270
	(③に加え)支援金の総報酬割 ④	17,600	12,490	3,070	2,030	16,450	12,350	2,380	1,730	1,150	150	700	300	100	270
	(④に加え)現役並み所得を有する高齢者に5割公 ⑤	18,140	12,840	3,170	2,140	17,000	12,700	2,470	1,830	1,140	150	690	300	100	270
	(⑤に加え)70~74歳の患者負担の段階的見直し ⑥	18,080	12,790	3,160	2,130	16,940	12,650	2,470	1,830	1,140	150	690	300	100	0
個別の 改正影響	高齢者保険料負担率の見直し	0	30	-20	-10	40	40	0	0	-40	0	-30	-10	-10	0
	適用関係の変更 A	-90	-10	-60	-20	0	0	0	0	-90	-10	-60	-20	-30	0
	支援金の総報酬割 B	-330	-330	0	0	-330	-330	0	0	0	0	0	0	0	0
	現役並み所得を有する高齢者に5割公費 C	550	350	90	110	560	350	100	110	-10	0	0	0	0	0
	70~74歳の患者負担の段階的見直し D	-60	-50	-10	0	-60	-50	-10	0	-10	0	0	0	0	-270
新制度への 移行の影響	A~Cの合計	120	0	30	90	220	10	100	110	-90	-10	-60	-20	-30	0
	A~Dの合計	60	-50	20	90	160	-40	90	110	-100	-10	-70	-20	-30	-270

加入者数推計

2010 年度

<現行制度における加入制度別>

(万人)

	計	一般	現役並	(再)障害
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)	1,422	1,316	106	47

(万人)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特別	船員保険	共済	被用者計	市町村国保		国保組合	国保計	計
							(再)退職				
65歳未満	3,303	2,872	1	14	897	7,087	2,454	193	317	2,771	9,858
被保険者(本人)	1,864	1,518	1	6	444	3,832		142	143		
被扶養者(家族)	1,439	1,354	1	8	454	3,255		51	175		
65歳未満被保険者の被扶養者	1,410	1,337	0	8	452	3,207					
65~74歳被保険者の被扶養者	30	16	0	0	1	48					
65~74歳	166	76	0	1	16	258	1,116		34	1,150	1,408
70~74歳一般	50	23	0	0	7	81	489		9	498	579
70~74歳現役並	8	4	0	0	1	13	42		4	45	59
被保険者(本人)	93	39	0	0	4	136			19		
70~74歳一般	19	9	0	0	0	28			5		
70~74歳現役並	7	3	0	0	1	11			2		
被扶養者(家族)	73	36	0	0	12	122			15		
70~74歳一般	31	14	0	0	7	53			4		
70~74歳現役並	1	1	0	0	0	2			2		
65歳未満被保険者の被扶養者	52	24	0	0	11	87					
65~74歳被保険者の被扶養者	21	13	0	0	1	35					
合計	3,469	2,947	2	14	913	7,345	3,570	193	351	3,921	11,266
被保険者(本人)	1,957	1,557	1	6	447	3,968		142	161		
被扶養者(家族)	1,513	1,390	1	8	466	3,377		51	190		

<新制度における加入制度別>

(万人)

	計	一般	現役並	(再)障害
75歳以上	136	51	0	1
一般	121	49	0	1
現役並	15	2	0	0
被保険者(本人)	25	3	0	0
一般	12	2	0	0
現役並	13	1	0	0
被扶養者(家族)	111	48	0	1
一般	109	47	0	1
現役並	2	1	0	0
65歳未満被保険者の被扶養者	104	46	0	1
65~74歳被保険者の被扶養者	3	1	0	0
75歳以上被保険者の被扶養者	4	1	0	0

75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者	5	1	0	0	0	6
65歳未満である被扶養者	1	0	0	0	0	2
65~74歳である被扶養者	4	1	0	0	0	5

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

総報酬推計

2010 年度

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	船員保険	共済	被用者計	全国土木	国保計	計
合計(75歳以上除く)	71,275	81,347	310	28,498	181,430	1,142	1,142	182,572
65歳未満	68,245	79,980	299	28,170	176,694	1,093	1,093	177,787
65~74歳	3,030	1,367	11	329	4,736	49	49	4,785
75歳以上(新制度における加入制度別)	751	161	1	42	955	12	12	967

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

※ 総報酬は2010(平成22)年度価額である。

医療費推計

2010 年度

医療費の伸び率 0.0%

<現行制度における加入制度別>

(十億円)

	計	一般	現役並	(再)障害
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)	12,796	11,939	858	912

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特別	船員保険	共済	被用者計	市町村国保		国保組合	国保計	計
							(再)退職				
65歳未満	4,657	3,656	2	21	1,228	9,565	5,903	681	462	6,365	15,929
被保険者(本人)	2,554	1,864	1	10	625	5,054		527	235		
被扶養者(家族)	2,103	1,792	1	11	603	4,511		154	227		
65歳未満被保険者の被扶養者	2,015	1,747	1	11	599	4,373					
65~74歳被保険者の被扶養者	88	45	0	1	4	138					
65~74歳	742	323	1	4	74	1,144	5,115		146	5,261	6,404
70~74歳一般	274	124	0	2	39	439	2,632		47	2,679	3,118
70~74歳現役並	47	20	0	0	3	70	201		18	219	289
被保険者(本人)	392	163	0	1	15	571			81		
70~74歳一般	97	48	0	0	1	147			25		
70~74歳現役並	41	16	0	0	3	60			9		
被扶養者(家族)	350	160	0	2	60	573			65		
70~74歳一般	176	77	0	1	38	292			22		
70~74歳現役並	6	3	0	0	0	10			8		
65歳未満被保険者の被扶養者	256	108	0	2	57	422					
65~74歳被保険者の被扶養者	95	52	0	0	3	150					
合計	5,400	3,979	2	25	1,302	10,708	11,017	681	608	11,625	22,334
被保険者(本人)	2,946	2,027	2	11	640	5,625		527	315		
被扶養者(家族)	2,454	1,952	1	14	663	5,083		154	292		

<新制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上	1,207	429	0	8	245	1,890	10,695		210	10,906	12,796
一般	1,076	412	0	8	238	1,735	10,038		166	10,205	11,939
現役並	131	17	0	0	7	155	657		44	701	856
被保険者(本人)	218	27	0	0	4	249			28		
一般	105	17	0	0	1	123			22		
現役並	113	10	0	0	3	126			6		
被扶養者(家族)	989	403	0	8	241	1,641			182		
一般	971	395	0	8	237	1,612			145		
現役並	18	7	0	0	4	29			38		
75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者 (市町村国保から新制度で被用者保険に移る者)	22	3	0	0	0	26					
65歳未満である被扶養者	3	0	0	0	0	4					
65~74歳である被扶養者	19	3	0	0	0	22					
70~74歳一般	8	1	0	0	0	9					
70~74歳現役並	8	1	0	0	0	8					

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

医療給付費推計

2010年度

医療費の伸び率 0.0%

<現行制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上(後期高齢者医療の加入者)	計	一般	現役並	(再)障害
	11,698	10,995	703	837

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	(再)退職	国保組合	国保計	計
65歳未満	3,548	2,811	1	17	952	7,329	4,710	554	358	5,069	12,398
被保険者(本人)	1,933	1,432	1	8	485	3,859		429	181		
被扶養者(家族)	1,615	1,379	0	9	467	3,471		125	178		
65歳未満被保険者の被扶養者	1,548	1,344	0	8	465	3,366					
65~74歳被保険者の被扶養者	67	34	0	0	3	105					
65~74歳	591	259	0	3	81	915	4,243		118	4,361	5,276
70~74歳一般	233	106	0	1	34	375	2,257		41	2,298	2,873
70~74歳現役並	36	15	0	0	2	54	156		14	170	224
被保険者(本人)	308	130	0	1	11	452			65		
70~74歳一般	83	41	0	0	1	125			22		
70~74歳現役並	31	13	0	0	2	46			7		
被扶養者(家族)	283	129	0	2	49	463			53		
70~74歳一般	150	65	0	1	32	249			19		
70~74歳現役並	5	3	0	0	0	8			7		
65歳未満被保険者の被扶養者	209	89	0	1	47	346					
65~74歳被保険者の被扶養者	74	40	0	0	2	117					
合計	4,140	3,070	2	20	1,013	8,244	8,953	554	477	9,429	17,674
被保険者(本人)	2,241	1,582	1	9	497	4,310		429	246		
被扶養者(家族)	1,899	1,508	1	10	517	3,934		125	231		

<新制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上	1,098	394	0	8	225	1,725	9,783		189	9,973	11,698
一般	990	380	0	8	219	1,597	9,244		153	9,397	10,995
現役並	108	14	0	0	6	127	539		36	576	703
被保険者(本人)	189	24	0	0	3	216			25		
一般	96	15	0	0	1	113			20		
現役並	93	8	0	0	2	104			5		
被扶養者(家族)	909	370	0	8	222	1,509			184		
一般	894	364	0	8	219	1,485			133		
現役並	15	6	0	0	3	24			31		
75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者	18	2	0	0	0	21					
65歳未満である被扶養者	3	0	0	0	0	3					
65~74歳である被扶養者	15	2	0	0	0	18					
70~74歳一般	7	1	0	0	0	8					
70~74歳現役並	6	1	0	0	0	7					

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

(70~74歳の患者負担相当分の公費負担医療給付)

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
計(予算措置継続の場合)	16	7	0	0	2	26	167	3	170	196
被保険者	6	3	0	0	0	9		2		
被扶養者	10	4	0	0	2	17		1		

(70~74歳の患者負担の段階的見直しによる効果)

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
公費負担医療給付の縮小分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
被保険者	0	0	0	0	0	0				
被扶養者	0	0	0	0	0	0				
医療費の波及減分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
被保険者	0	0	0	0	0	0				
被扶養者	0	0	0	0	0	0				
医療保険給付費の波及減分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
被保険者	0	0	0	0	0	0				
被扶養者	0	0	0	0	0	0				



加入者数推計

2013 年度

<現行制度における加入制度別>

		(万人)									(万人)				
		計	一般	現役並	(再)障害	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)		1,565	1,450	115	50										
		(再)退職													
65歳未満		3,186	2,777	1	13	870	6,847	2,361	183	306	2,667	9,515			
被保険者(本人)		1,806	1,474	1	6	433	3,720		136	138					
被扶養者(家族)		1,380	1,303	0	7	437	3,128		48	168					
65歳未満被保険者の被扶養者		1,352	1,287	0	7	436	3,082								
65~74歳被保険者の被扶養者		28	16	0	0	1	45								
65~74歳		179	81	0	1	17	278	1,186		36	1,222	1,500			
70~74歳一般		55	26	0	0	8	89	528		10	538	627			
70~74歳現役並		9	4	0	0	1	14	45		4	49	64			
被保険者(本人)		101	42	0	0	4	147			20					
70~74歳一般		21	10	0	0	0	32			5					
70~74歳現役並		8	4	0	0	1	13			2					
被扶養者(家族)		78	39	0	0	13	131			16					
70~74歳一般		34	16	0	0	8	57			4					
70~74歳現役並		1	1	0	0	0	2			2					
65歳未満被保険者の被扶養者		55	25	0	0	12	93								
65~74歳被保険者の被扶養者		23	14	0	0	1	37								
合計		3,365	2,858	2	14	887	7,125	3,547	183	342	3,889	11,015			
被保険者(本人)		1,907	1,517	1	6	437	3,887		136	158					
被扶養者(家族)		1,458	1,342	1	8	450	3,258		48	184					

<新制度における加入制度別>

		(万人)									(万人)				
		計	一般	現役並	(再)障害	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
75歳以上		135	50	0	1	30	216	1,324		24	1,349	1,585			
一般		120	48	0	1	29	198	1,233		19	1,252	1,450			
現役並		16	2	0	0	1	19	91		6	97	115			
被保険者(本人)		27	4	0	0	1	31			4					
一般		13	2	0	0	0	15			3					
現役並		14	1	0	0	0	16			1					
被扶養者(家族)		109	47	0	1	29	186			21					
一般		107	46	0	1	29	182			16					
現役並		2	1	0	0	1	3			5					
65歳未満被保険者の被扶養者		101	45	0	1	29	176								
65~74歳被保険者の被扶養者		4	1	0	0	0	5								
75歳以上被保険者の被扶養者		4	1	0	0	0	5								

75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者	6	1	0	0	0	6									
65歳未満である被扶養者	1	0	0	0	0	1									
65~74歳である被扶養者	4	1	0	0	0	5									

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

総報酬推計

2013 年度

											(十億円)	
		協会けんぽ	健保組合	船員保険	共済	被用者計	全国土木	国保計	計			
合計(75歳以上除く)		69,619	79,698	302	27,980	177,598	1,115	1,115	178,713			
65歳未満		66,328	78,217	290	27,821	172,456	1,062	1,062	173,518			
65~74歳		3,291	1,480	12	359	5,142	53	53	5,195			
75歳以上(新制度における加入制度別)		812	175	1	45	1,033	13	13	1,046			

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

※ 総報酬は2010(平成22)年度個額である。

医療費推計

2013 年度

医療費の伸び率 1.5%

<現行制度における加入制度別>

		(十億円)									(十億円)				
		計	一般	現役並	(再)障害	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)		14,788	13,809	979	1,003										
		(再)退職													
65歳未満		4,678	3,688	2	21	1,242	9,631	5,921	678	484	6,385	16,016			
被保険者(本人)		2,583	1,893	1	10	637	5,124		527	237					
被扶養者(家族)		2,096	1,794	1	11	605	4,507		150	227					
65歳未満被保険者の被扶養者		2,008	1,749	1	11	601	4,370								
65~74歳被保険者の被扶養者		88	45	0	1	4	137								
65~74歳		831	361	1	4	83	1,280	5,664		164	5,827	7,107			
70~74歳一般		311	141	0	2	45	499	2,955		54	3,009	3,507			
70~74歳現役並		54	23	0	0	4	81	228		20	246	327			
被保険者(本人)		442	183	0	2	17	644			91					
70~74歳一般		112	55	0	0	2	169			29					
70~74歳現役並		47	19	0	0	3	70			11					
被扶養者(家族)		389	178	0	3	66	636			73					
70~74歳一般		199	86	0	1	43	329			25					
70~74歳現役並		7	4	0	0	0	11			10					
65歳未満被保険者の被扶養者		284	121	0	2	63	470								
65~74歳被保険者の被扶養者		105	57	0	1	3	166								
合計		5,509	4,049	2	25	1,325	10,910	11,584	678	628	12,213	23,123			
被保険者(本人)		3,024	2,078	2	11	654	5,767		527	328					
被扶養者(家族)		2,485	1,972	1	14	671	5,143		150	300					

<新制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上	1,263	443	0	9	252	1,987	12,600		221	12,821	14,788
一般	1,116	424	0	9	245	1,794	11,840		175	12,015	13,809
現役並	147	19	0	0	7	173	760		46	806	979
被保険者(本人)	247	31	0	0	4	282			32		
一般	119	19	0	0	1	139			25		
現役並	128	12	0	0	3	143			7		
被扶養者(家族)	1,015	412	0	8	248	1,685			189		
一般	997	405	0	8	244	1,655			150		
現役並	18	7	0	0	4	30			38		
75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者 (市町村国保から新制度で被用者保険に移る者)	25	3	0	0	0	29					
65歳未満である被扶養者	3	0	0	0	0	4					
65~74歳である被扶養者	21	3	0	0	0	25					
70~74歳一般	9	1	0	0	0	10					
70~74歳現役並	9	1	0	0	0	9					

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

医療給付費推計

2013年度

医療費の伸び率 1.5%

<現行制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上(後期高齢者医療の加入者)	計	一般	現役並	(再)障害
	13,520	12,717	804	920

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	(再)退職	国保組合	国保計	計
65歳未満	3,563	2,833	1	17	963	7,376	4,724	551	360	5,084	12,460
被保険者(本人)	1,954	1,454	1	8	494	3,912		429	183		
被扶養者(家族)	1,608	1,379	0	9	468	3,465		122	178		
65歳未満被保険者の被扶養者	1,541	1,345	0	8	466	3,360					
65~74歳被保険者の被扶養者	67	34	0	0	3	104					
65~74歳	662	290	0	3	68	1,024	4,700		133	4,833	5,857
70~74歳一般	265	121	0	2	38	425	2,534		47	2,581	3,006
70~74歳現役並	41	18	0	0	3	82	175		18	191	253
被保険者(本人)	348	147	0	1	13	509			73		
70~74歳一般	96	47	0	0	1	144			25		
70~74歳現役並	36	15	0	0	3	53			9		
被扶養者(家族)	315	144	0	2	55	515			59		
70~74歳一般	169	74	0	1	37	281			22		
70~74歳現役並	5	3	0	0	0	9			8		
65歳未満被保険者の被扶養者	233	99	0	2	52	386					
65~74歳被保険者の被扶養者	82	45	0	0	2	130					
合計	4,225	3,123	2	20	1,030	8,401	9,424	551	493	9,916	18,317
被保険者(本人)	2,302	1,601	1	9	507	4,421		429	256		
被扶養者(家族)	1,923	1,523	1	11	523	3,980		122	237		

<新制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上	1,148	406	0	8	232	1,794	11,527		199	11,726	13,520
一般	1,027	391	0	8	226	1,652	10,903		161	11,065	12,717
現役並	121	15	0	0	6	142	624		37	661	804
被保険者(本人)	215	27	0	0	3	246			29		
一般	109	18	0	0	1	128			23		
現役並	105	10	0	0	3	118			6		
被扶養者(家族)	933	379	0	8	228	1,549			170		
一般	918	373	0	8	225	1,524			138		
現役並	15	6	0	0	3	25			32		
75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者	20	3	0	0	0	23					
65歳未満である被扶養者	3	0	0	0	0	3					
65~74歳である被扶養者	17	2	0	0	0	20					
70~74歳一般	8	1	0	0	0	9					
70~74歳現役並	7	1	0	0	0	7					

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

(70~74歳の患者負担相当分の公費負担医療給付)

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
計(予算措置継続の場合)	18	8	0	0	3	29	188	3	191	220
被保険者	7	3	0	0	0	10		2		
被扶養者	12	5	0	0	2	19		2		

(70~74歳の患者負担の段階的見直しによる効果)

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
公費負担医療給付の縮小分	-2	-1	-0	-0	-0	-3	-19	-0	-19	-22
被保険者	-1	-0	-0	-0	-0	-1		-0		
被扶養者	-1	-1	-0	-0	-0	-2		-0		
医療費の波及減分	-2	-1	-0	-0	-0	-3	-19	-0	-19	-22
被保険者	-1	-0	-0	-0	-0	-1		-0		
被扶養者	-1	-0	-0	-0	-0	-2		-0		
医療保険給付費の波及減分	-2	-1	-0	-0	-0	-2	-16	-0	-16	-19
被保険者	-1	-0	-0	-0	-0	-1		-0		
被扶養者	-1	-0	-0	-0	-0	-2		-0		

加入者数推計

2015 年度

<現行制度における加入制度別>

(万人)

	計	一般	現役並	(再)障害
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)	1,642	1,522	120	53

(万人)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保		国保組合	国保計	計
							(再)退職				
65歳未満	3,098	2,707	1	13	853	6,671	2,268	131	297	2,565	9,236
被保険者(本人)	1,762	1,441	1	6	427	3,636		95	134		
被扶養者(家族)	1,336	1,266	0	7	426	3,036		35	163		
65歳未満被保険者の被扶養者	1,310	1,252	0	7	425	2,994					
65~74歳被保険者の被扶養者	26	14	0	0	1	41					
65~74歳	192	87	0	1	18	298	1,271		39	1,310	1,608
70~74歳一般	55	26	0	0	8	89	542		10	551	641
70~74歳現役並	9	4	0	0	1	14	46		4	50	65
被保険者(本人)	108	45	0	0	4	158			22		
70~74歳一般	21	10	0	0	0	31			5		
70~74歳現役並	8	4	0	0	1	12			2		
被扶養者(家族)	84	42	0	1	14	140			17		
70~74歳一般	34	16	0	0	8	58			5		
70~74歳現役並	1	1	0	0	0	2			2		
65歳未満被保険者の被扶養者	59	27	0	0	13	99					
65~74歳被保険者の被扶養者	25	15	0	0	1	41					
合計	3,289	2,794	2	14	871	6,970	3,539	131	336	3,875	10,845
被保険者(本人)	1,870	1,486	1	6	431	3,794		95	156		
被扶養者(家族)	1,420	1,308	1	8	440	3,176		35	180		

<新制度における加入制度別>

(万人)

	計	一般	現役並	(再)障害
75歳以上	135	50	0	1
一般	118	48	0	1
現役並	16	2	0	0
被保険者(本人)	27	4	0	0
一般	13	2	0	0
現役並	14	1	0	0
被扶養者(家族)	107	46	0	1
一般	105	45	0	1
現役並	2	1	0	0
65歳未満被保険者の被扶養者	99	44	0	1
65~74歳被保険者の被扶養者	4	1	0	0
75歳以上被保険者の被扶養者	4	1	0	0

75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者	6	1	0	0	0	7					
65歳未満である被扶養者	1	0	0	0	0	1					
65~74歳である被扶養者	4	1	0	0	0	5					

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

総報酬推計

2015 年度

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	船員保険	共済	被用者計	全国土木	国保計	計
合計(75歳以上除く)	68,386	78,586	299	27,718	174,990	1,095	1,095	176,085
65歳未満	64,850	78,994	287	27,333	169,463	1,039	1,039	170,502
65~74歳	3,536	1,592	13	386	5,527	57	57	5,583
75歳以上(新制度における加入制度別)	841	182	1	46	1,070	13	13	1,083

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

※ 総報酬は2010(平成22)年度価額である。

医療費推計

2015 年度

医療費の伸び率 1.5%

<現行制度における加入制度別>

(十億円)

	計	一般	現役並	(再)障害
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)	18,058	15,007	1,051	1,105

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保		国保組合	国保計	計
							(再)退職				
65歳未満	4,859	3,696	2	21	1,255	9,832	5,789	495	461	6,250	15,882
被保険者(本人)	2,581	1,903	1	10	648	5,143		382	236		
被扶養者(家族)	2,078	1,792	1	11	607	4,489		113	225		
65歳未満被保険者の被扶養者	1,997	1,751	1	11	603	4,362					
65~74歳被保険者の被扶養者	81	42	0	0	3	127					
65~74歳	917	398	1	5	91	1,412	6,249		180	6,429	7,840
70~74歳一般	326	148	0	2	47	524	3,152		56	3,208	3,732
70~74歳現役並	56	24	0	0	4	83	241		21	262	345
被保険者(本人)	488	202	0	2	18	710			100		
70~74歳一般	115	57	0	0	2	174			30		
70~74歳現役並	48	20	0	0	3	71			11		
被扶養者(家族)	429	196	0	3	73	701			81		
70~74歳一般	211	92	0	2	45	350			27		
70~74歳現役並	7	4	0	0	0	12			10		
65歳未満被保険者の被扶養者	312	132	0	2	69	515					
65~74歳被保険者の被扶養者	118	64	0	1	4	186					
合計	5,576	4,094	2	26	1,345	11,044	12,037	495	642	12,679	23,723
被保険者(本人)	3,069	2,105	2	12	666	5,853		382	336		
被扶養者(家族)	2,507	1,989	1	14	679	5,190		113	306		

<新制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上	1,299	452	0	9	258	2,019	13,812	227	14,039	16,058
一般	1,143	433	0	9	251	1,836	12,990	181	13,171	15,007
現役並	156	20	0	0	8	184	821	46	868	1,051
被保険者(本人)	265	33	0	0	4	302		34		
一般	127	21	0	0	1	149		26		
現役並	137	13	0	0	3	153		8		
被扶養者(家族)	1,035	419	0	9	254	1,717		193		
一般	1,016	412	0	9	250	1,686		154		
現役並	19	7	0	0	4	31		39		
75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者 (市町村国保から新制度で被用者保険に移る者)	27	4	0	0	0	31				
65歳未満である被扶養者	3	0	0	0	0	4				
65~74歳である被扶養者	23	3	0	0	0	27				
70~74歳一般	9	1	0	0	0	11				
70~74歳現役並	9	1	0	0	0	10				

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

医療給付費推計

2015年度

医療費の伸び率 1.5%

<現行制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上(後期高齢者医療の加入者)	計	一般	現役並	(再)障害
	14,683	13,819	863	1,014

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	(再)退職	国保組合	国保計	計
65歳未満	3,547	2,839	1	17	972	7,376	4,615	403	358	4,973	12,349
被保険者(本人)	1,953	1,462	1	8	503	3,926		311	182		
被扶養者(家族)	1,594	1,377	0	9	470	3,450		92	176		
65歳未満被保険者の被扶養者	1,532	1,345	0	8	467	3,353					
65~74歳被保険者の被扶養者	62	32	0	0	3	95					
65~74歳	730	320	1	4	74	1,128	5,180		146	5,325	6,453
70~74歳一般	278	127	0	2	40	447	2,703		49	2,752	3,199
70~74歳現役並	43	18	0	0	3	64	186		17	203	267
被保険者(本人)	383	161	0	2	14	561			80		
70~74歳一般	98	48	0	0	1	148			26		
70~74歳現役並	37	15	0	0	3	55			9		
被扶養者(家族)	347	158	0	2	60	567			65		
70~74歳一般	180	78	0	1	39	298			23		
70~74歳現役並	6	3	0	0	0	9			8		
65歳未満被保険者の被扶養者	255	108	0	2	57	421					
65~74歳被保険者の被扶養者	92	50	0	0	3	146					
合計	4,277	3,158	2	20	1,046	8,504	9,795	403	504	10,298	18,802
被保険者(本人)	2,336	1,623	1	10	517	4,487		311	262		
被扶養者(家族)	1,941	1,535	1	11	529	4,017		92	241		

<新制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上	1,181	415	0	8	237	1,841	12,637		205	12,842	14,683
一般	1,053	398	0	8	231	1,690	11,963		187	12,129	13,819
現役並	128	16	0	0	6	151	674		38	712	863
被保険者(本人)	230	29	0	0	4	263			31		
一般	117	19	0	0	1	137			24		
現役並	113	10	0	0	3	126			6		
被扶養者(家族)	951	386	0	8	233	1,578			174		
一般	935	380	0	8	230	1,553			142		
現役並	15	6	0	0	4	25			32		

75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者	22	3	0	0	0	25					
65歳未満である被扶養者	3	0	0	0	0	3					
65~74歳である被扶養者	19	3	0	0	0	22					
70~74歳一般	8	1	0	0	0	9					
70~74歳現役並	7	1	0	0	0	8					

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

(70~74歳の患者負担相当分の公費負担医療給付)

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
計(予算措置継続の場合)	19	9	0	0	3	30	200	4	204	235
被保険者	7	3	0	0	0	10		2		
被扶養者	12	5	0	0	3	20		2		

(70~74歳の患者負担の段階的見直しによる効果)

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
公費負担医療給付の縮小分	-9	-4	-0	-0	-1	-15	-100	-2	-102	-117
被保険者	-3	-2	-0	-0	-0	-5		-1		
被扶養者	-6	-3	-0	-0	-1	-10		-1		
医療費の波及減分	-9	-4	-0	-0	-1	-15	-98	-2	-100	-115
被保険者	-3	-2	-0	-0	-0	-5		-1		
被扶養者	-6	-3	-0	-0	-1	-10		-1		
医療保険給付費の波及減分	-8	-4	-0	-0	-1	-13	-84	-2	-86	-98
被保険者	-3	-1	-0	-0	-0	-4		-1		
被扶養者	-5	-2	-0	-0	-1	-8		-1		

加入者数推計

2020 年度

<現行制度における加入制度別>

		(万人)										
		計	一般	現役並	(再)障害							
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)		1,863	1,728	134	55							
		(万人)										
		協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	(再)退職	国保組合	国保計	計
65歳未満		2,937	2,559	1	12	815	6,324	2,142	0	282	2,423	8,748
	被保険者(本人)	1,694	1,380	1	6	416	3,497		0	129		
	被扶養者(家族)	1,242	1,180	0	7	399	2,828		0	152		
	65歳未満被保険者の被扶養者	1,219	1,167	0	7	398	2,790					
	65~74歳被保険者の被扶養者	23	13	0	0	1	37					
65~74歳		183	84	0	1	18	286	1,266		37	1,303	1,589
	70~74歳一般	66	31	0	0	10	107	635		12	847	753
	70~74歳現役並	11	5	0	0	1	18	54		5	59	77
	被保険者(本人)	100	43	0	0	4	148			21		
	70~74歳一般	26	12	0	0	0	38			6		
	70~74歳現役並	10	4	0	0	1	15			3		
	被扶養者(家族)	82	41	0	1	14	138			17		
	70~74歳一般	40	19	0	0	9	69			5		
	70~74歳現役並	1	1	0	0	0	2			2		
	65歳未満被保険者の被扶養者	60	27	0	0	13	101					
	65~74歳被保険者の被扶養者	23	13	0	0	1	37					
合計		3,119	2,643	1	13	833	6,610	3,407	0	319	3,726	10,337
	被保険者(本人)	1,795	1,423	1	6	420	3,645		0	150		
	被扶養者(家族)	1,324	1,220	0	7	413	2,965		0	169		

<新制度における加入制度別>

		(万人)										
75歳以上		134	48	0	1	29	212	1,627		24	1,651	1,863
	一般	116	46	0	1	28	191	1,519		19	1,537	1,728
	現役並	18	2	0	0	1	21	108		5	113	134
	被保険者(本人)	31	4	0	0	1	35			4		
	一般	15	3	0	0	0	17			3		
	現役並	16	2	0	0	0	18			1		
	被扶養者(家族)	103	44	0	1	28	177			20		
	一般	102	43	0	1	28	174			16		
	現役並	2	1	0	0	0	3			4		
	65歳未満被保険者の被扶養者	94	42	0	1	28	165					
	65~74歳被保険者の被扶養者	5	2	0	0	0	7					
	75歳以上被保険者の被扶養者	4	1	0	0	0	5					
75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者		6	1	0	0	0	7					
65歳未満である被扶養者		1	0	0	0	0	1					
65~74歳である被扶養者		5	1	0	0	0	6					

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

総報酬推計

2020 年度

		(十億円)										
		協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	(再)退職	全国土木	国保計	計
合計(75歳以上除く)		65,894	76,094		297	27,286	169,571			1,056	1,056	170,626
65歳未満		62,607	74,607		288	26,933	164,434			1,003	1,003	165,436
65~74歳		3,287	1,487		12	352	5,137			53	53	5,190
75歳以上(新制度における加入制度別)		938	203		1	51	1,193			15	15	1,208

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

※ 総報酬は2010(平成22)年度価額である。

医療費推計

2020 年度

医療費の伸び率 1.5%

<現行制度における加入制度別>

		(十億円)										
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)		19,853	18,382	1,271	1,229							
		(十億円)										
		協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	(再)退職	国保組合	国保計	計
65歳未満		4,805	3,813	2	22	1,314	9,956	5,901	0	476	6,377	16,333
	被保険者(本人)	2,702	1,991	1	11	693	5,397			246		
	被扶養者(家族)	2,103	1,823	1	12	621	4,559		0	230		
	65歳未満被保険者の被扶養者	2,025	1,783	1	11	618	4,437					
	65~74歳被保険者の被扶養者	78	40	0	0	3	122					
65~74歳		969	423	1	5	100	1,499	6,839		191	7,030	8,529
	70~74歳一般	418	189	0	2	59	667	3,931		72	4,002	4,669
	70~74歳現役並	73	30	0	0	5	109	300		27	327	436
	被保険者(本人)	504	212	0	2	19	736			106		
	70~74歳一般	151	74	0	1	2	228			38		
	70~74歳現役並	64	25	0	0	4	94			14		
	被扶養者(家族)	465	212	0	3	82	762			86		
	70~74歳一般	264	115	0	2	57	439			34		
	70~74歳現役並	9	5	0	0	1	15			13		
	65歳未満被保険者の被扶養者	347	148	0	3	78	576					
	65~74歳被保険者の被扶養者	118	64	0	1	4	186					
合計		5,774	4,236	3	27	1,414	11,455	12,740	0	668	13,408	24,862
	被保険者(本人)	3,206	2,202	2	12	711	6,133		0	352		
	被扶養者(家族)	2,568	2,034	1	15	703	5,322		0	316		

<新制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上	1,396	474	0	10	273	2,153	17,257	243	17,500	19,653
一般	1,211	451	0	9	264	1,937	16,251	194	16,445	18,382
現役並	185	23	0	0	9	216	1,006	49	1,055	1,271
被保険者(本人)	318	40	0	0	5	364		41		
一般	153	25	0	0	1	179		32		
現役並	165	15	0	0	4	184		9		
被扶養者(家族)	1,078	434	0	9	268	1,789		202		
一般	1,058	427	0	9	263	1,757		162		
現役並	20	8	0	0	5	32		40		
75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者 (市町村国保から新制度で被用者保険に移る者)	31	4	0	0	1	36				
65歳未満である被扶養者	4	0	0	0	0	4				
65~74歳である被扶養者	27	4	0	0	0	31				
70~74歳一般	12	2	0	0	0	14				
70~74歳現役並	11	1	0	0	0	13				

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

医療給付費推計

2020年度

医療費の伸び率 1.5%

<現行制度における加入制度別>

(十億円)

	計	一般	現役並	(再)障害
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)	17,971	16,927	1,044	1,128

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特別	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	(再)退職	国保組合	国保計	計
65歳未満	3,658	2,929	1	18	1,018	7,624	4,697	0	369	5,067	12,691
被保険者(本人)	2,045	1,529	1	9	538	4,121		0	190		
被扶養者(家族)	1,613	1,400	0	9	481	3,503		0	180		
65歳未満被保険者の被扶養者	1,553	1,369	0	9	478	3,410					
65~74歳被保険者の被扶養者	59	30	0	0	2	93					
65~74歳	778	342	1	4	82	1,207	5,695		156	5,851	7,057
70~74歳一般	354	161	0	2	51	568	3,371		63	3,433	4,002
70~74歳現役並	56	24	0	0	4	83	232		22	254	337
被保険者(本人)	399	170	0	2	15	585			86		
70~74歳一般	129	63	0	0	2	194			33		
70~74歳現役並	49	20	0	0	3	72			11		
被扶養者(家族)	379	172	0	3	68	621			70		
70~74歳一般	225	98	0	2	49	374			29		
70~74歳現役並	7	4	0	0	0	11			10		
65歳未満被保険者の被扶養者	286	122	0	2	65	475					
65~74歳被保険者の被扶養者	93	50	0	0	3	146					
合計	4,435	3,271	2	22	1,101	8,831	10,392	0	525	10,918	19,748
被保険者(本人)	2,444	1,699	1	10	552	4,706		0	276		
被扶養者(家族)	1,992	1,572	1	11	549	4,124		0	250		

<新制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上	1,267	434	0	9	250	1,961	15,791		219	16,010	17,971
一般	1,115	416	0	9	243	1,783	14,965		178	15,144	16,927
現役並	152	19	0	0	7	178	828		40	868	1,044
被保険者(本人)	277	35	0	0	4	317			37		
一般	141	23	0	0	1	165			29		
現役並	136	12	0	0	3	151			7		
被扶養者(家族)	990	399	0	8	246	1,644			182		
一般	974	393	0	8	242	1,618			149		
現役並	16	6	0	0	4	26			33		
75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者	25	3	0	0	0	29					
65歳未満である被扶養者	3	0	0	0	0	3					
65~74歳である被扶養者	22	3	0	0	0	26					
70~74歳一般	10	2	0	0	0	12					
70~74歳現役並	9	1	0	0	0	10					

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

(70~74歳の患者負担相当分の公費負担医療給付)

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特別	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
計(予算措置継続の場合)	24	11	0	0	3	39	250	5	255	293
被保険者	9	4	0	0	0	13		2		
被扶養者	15	7	0	0	3	25		2		

(70~74歳の患者負担の段階的見直しによる効果)

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特別	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
公費負担医療給付の縮小分	-24	-11	-0	-0	-3	-39	-250	-5	-255	-293
被保険者	-9	-4	-0	-0	-0	-13		-2		
被扶養者	-15	-7	-0	-0	-3	-25		-2		
医療費の波及減分	-23	-11	-0	-0	-3	-37	-240	-4	-244	-282
被保険者	-8	-4	-0	-0	-0	-13		-2		
被扶養者	-15	-6	-0	-0	-3	-25		-2		
医療保険給付費の波及減分	-20	-9	-0	-0	-3	-32	-206	-4	-210	-241
被保険者	-7	-4	-0	-0	-0	-11		-2		
被扶養者	-13	-5	-0	-0	-3	-21		-2		

加入者数推計

2025 年度

<現行制度における加入制度別>

		(万人)										
		計	一般	現役並	(再)障害							
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)		2,137	1,982	155	47							
		協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	(再)退職	国保組合	国保計	計
65歳未満		2,798	2,417	1	12	771	5,999	2,080	0	270	2,350	8,349
被保険者(本人)		1,638	1,320	1	5	402	3,366		0	126		
被扶養者(家族)		1,159	1,097	0	7	370	2,633		0	144		
65歳未満被保険者の被扶養者		1,136	1,084	0	6	369	2,595					
65~74歳被保険者の被扶養者		24	13	0	0	1	38					
65~74歳		156	71	0	1	15	244	1,084		32	1,116	1,360
70~74歳一般		54	26	0	0	8	88	537		10	547	635
70~74歳現役並		9	4	0	0	1	14	46		4	50	64
被保険者(本人)		85	36	0	0	3	126			18		
70~74歳一般		20	10	0	0	0	31			5		
70~74歳現役並		8	4	0	0	1	12			2		
被扶養者(家族)		70	35	0	0	12	118			14		
70~74歳一般		34	16	0	0	8	58			4		
70~74歳現役並		1	1	0	0	0	2			2		
65歳未満被保険者の被扶養者		51	23	0	0	11	86					
65~74歳被保険者の被扶養者		19	12	0	0	1	32					
合計		2,953	2,489	1	13	787	6,243	3,164	0	302	3,466	9,709
被保険者(本人)		1,724	1,357	1	6	405	3,492		0	144		
被扶養者(家族)		1,230	1,132	0	7	382	2,751		0	158		

<新制度における加入制度別>

		(万人)										
75歳以上		134	47	0	1	28	210	1,903		24	1,927	2,137
一般		114	44	0	1	27	186	1,778		19	1,796	1,982
現役並		20	3	0	0	1	24	126		5	131	155
被保険者(本人)		35	5	0	0	1	41			5		
一般		17	3	0	0	0	20			4		
現役並		18	2	0	0	1	21			1		
被扶養者(家族)		99	42	0	1	27	169			19		
一般		97	41	0	1	27	166			15		
現役並		2	1	0	0	0	3			4		
65歳未満被保険者の被扶養者		89	40	0	1	27	157					
65~74歳被保険者の被扶養者		6	2	0	0	0	8					
75歳以上被保険者の被扶養者		4	1	0	0	0	5					
75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者		5	1	0	0	0	6					
65歳未満である被扶養者		1	0	0	0	0	1					
65~74歳である被扶養者		4	1	0	0	0	5					

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

総報酬推計

2025 年度

		(十億円)									
		協会けんぽ	健保組合	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	(再)退職	全国土木	国保計	計
合計(75歳以上除く)		63,367	72,755	295	26,465	162,882			1,015	1,015	163,897
65歳未満		60,572	71,489	285	26,166	158,511			970	970	159,481
65~74歳		2,796	1,267	10	299	4,371			45	45	4,416
75歳以上(新制度における加入制度別)		1,078	230	1	59	1,369			17	17	1,386

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

※ 総報酬は2010(平成22)年度価額である。

医療費推計

2025 年度

医療費の伸び率 1.5%

<現行制度における加入制度別>

		(十億円)										
		計	一般	現役並	(再)障害							
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)		24,052	22,485	1,567	1,138							
		協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	(再)退職	国保組合	国保計	計
65歳未満		5,067	3,974	2	24	1,375	10,442	6,363	0	506	6,868	17,310
被保険者(本人)		2,885	2,098	1	12	737	5,734		0	265		
被扶養者(家族)		2,181	1,876	1	12	638	4,709		0	241		
65歳未満被保険者の被扶養者		2,094	1,832	1	12	634	4,573					
65~74歳被保険者の被扶養者		87	44	0	0	4	136					
65~74歳		891	389	1	5	92	1,377	6,350		176	6,525	7,903
70~74歳一般		375	170	0	2	54	602	3,635		65	3,699	4,301
70~74歳現役並		64	27	0	0	4	95	278		24	302	397
被保険者(本人)		459	193	0	2	17	672			97		
70~74歳一般		131	65	0	0	2	199			34		
70~74歳現役並		55	22	0	0	4	82			13		
被扶養者(家族)		431	196	0	3	76	706			79		
70~74歳一般		243	106	0	2	52	403			30		
70~74歳現役並		8	5	0	0	1	14			12		
65歳未満被保険者の被扶養者		321	136	0	2	72	533					
65~74歳被保険者の被扶養者		110	59	0	1	3	173					
合計		5,957	4,363	3	29	1,467	11,820	12,712	0	681	13,393	25,213
被保険者(本人)		3,345	2,291	2	13	754	6,405		0	361		
被扶養者(家族)		2,613	2,072	1	15	714	5,414		0	320		

<新制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上	1,493	489	1	10	281	2,273	21,521	257	21,778	24,052
一般	1,270	463	1	10	271	2,014	20,267	205	20,471	22,485
現役並	224	26	0	0	10	260	1,255	52	1,307	1,567
被保険者(本人)	391	48	0	0	7	446		50		
一般	188	30	0	0	2	219		39		
現役並	204	18	0	0	5	227		11		
被扶養者(家族)	1,102	441	0	10	274	1,827		206		
一般	1,082	433	0	10	270	1,795		165		
現役並	20	8	0	0	5	33		41		
75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者 (市町村国保から新制度で被用者保険に移る者)	29	4	0	0	1	33				
65歳未満である被扶養者	4	0	0	0	0	4				
65~74歳である被扶養者	25	3	0	0	0	29				
70~74歳一般	11	2	0	0	0	13				
70~74歳現役並	10	1	0	0	0	12				

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

医療給付費推計

2025年度

医療費の伸び率 1.5%

<現行制度における加入制度別>

(十億円)

	計	一般	現役並	(再)障害
75歳以上(後期高齢者医療の加入者)	21,992	20,706	1,286	1,044

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	(再)退職	国保組合	国保計	計
65歳未満	3,858	3,054	2	19	1,066	7,998	5,067	0	392	5,459	13,458
被保険者(本人)	2,185	1,613	1	9	572	4,380		0	204		
被扶養者(家族)	1,673	1,441	1	9	494	3,618		0	188		
65歳未満被保険者の被扶養者	1,607	1,407	0	9	491	3,515					
65~74歳被保険者の被扶養者	66	34	0	0	3	103					
65~74歳	714	314	1	4	76	1,108	5,287		143	5,430	6,538
70~74歳一般	319	145	0	2	46	513	3,117		56	3,173	3,687
70~74歳現役並	49	21	0	0	3	73	215		19	234	307
被保険者(本人)	363	155	0	1	13	533			78		
70~74歳一般	112	55	0	0	2	170			30		
70~74歳現役並	42	17	0	0	3	62			10		
被扶養者(家族)	351	159	0	2	63	575			84		
70~74歳一般	207	90	0	1	45	344			27		
70~74歳現役並	6	4	0	0	0	11			9		
65歳未満被保険者の被扶養者	265	112	0	2	60	439					
65~74歳被保険者の被扶養者	86	47	0	0	3	136					
合計	4,572	3,368	2	23	1,142	9,107	10,354	0	535	10,889	19,995
被保険者(本人)	2,548	1,768	1	11	586	4,913		0	282		
被扶養者(家族)	2,024	1,600	1	12	557	4,193		0	253		

<新制度における加入制度別>

(十億円)

75歳以上	1,353	447	0	9	258	2,068	19,693		231	19,925	21,992
一般	1,169	426	0	9	250	1,854	18,663		188	18,852	20,706
現役並	184	21	0	0	8	213	1,030		43	1,073	1,286
被保険者(本人)	340	42	0	0	6	388			45		
一般	173	27	0	0	1	202			36		
現役並	167	15	0	0	4	186			9		
被扶養者(家族)	1,013	405	0	9	252	1,679			166		
一般	997	399	0	9	248	1,653			152		
現役並	17	6	0	0	4	27			34		
75歳以上被保険者が扶養する75歳未満被扶養者	23	3	0	0	0	27					
65歳未満である被扶養者	3	0	0	0	0	3					
65~74歳である被扶養者	21	3	0	0	0	24					
70~74歳一般	9	1	0	0	0	11					
70~74歳現役並	8	1	0	0	0	9					

※ 65~74歳の現行制度で後期高齢者医療に加入している者は75歳以上に含まれている。

(70~74歳の患者負担相当分の公費負担医療給付)

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
計(予算措置継続の場合)	22	10	0	0	3	35	231	4	235	270
被保険者	8	4	0	0	0	12		2		
被扶養者	14	6	0	0	3	23		2		

(70~74歳の患者負担の段階的見直しによる効果)

(十億円)

	協会けんぽ	健保組合	日雇特例	船員保険	共済	被用者計	市町村国保	国保組合	国保計	計
公費負担医療給付の縮小分	-22	-10	-0	-0	-3	-35	-231	-4	-235	-270
被保険者	-8	-4	-0	-0	-0	-12		-2		
被扶養者	-14	-6	-0	-0	-3	-23		-2		
医療費の波及減分	-21	-10	-0	-0	-3	-34	-222	-4	-226	-260
被保険者	-7	-4	-0	-0	-0	-11		-2		
被扶養者	-14	-6	-0	-0	-3	-23		-2		
医療保険給付費の波及減分	-18	-8	-0	-0	-3	-29	-190	-3	-194	-222
被保険者	-6	-3	-0	-0	-0	-9		-2		
被扶養者	-12	-5	-0	-0	-3	-19		-2		



# 医療費の将来見通しの前提及び方法について

## 1. 1人当たり医療費の伸び率

- 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。
- 診療報酬改定がない場合の医療費、医療給付費及びその財政負担を推計。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じる。
- 参考試算として、診療報酬改定率を年1%とした場合(2年に1度の診療報酬改定で2%の引上げに相当)の試算結果を示す。  
これは、「新成長戦略」(平成22年6月18日閣議決定)のマクロ経済目標である名目3%成長を前提とし、過去の成長率と診療報酬改定との相関関係を示す回帰式より算出した診療報酬改定率(年1%)を用いて計算したもの。

回帰式： $y=0.3335x$  (相関係数 0.875、 $y$ :改定率(本体)、 $x$ :5年前の成長率、切片=0)

注1:自然増分は、平成17~21年度の実績に基づき設定。(→別表)

(平成18及び20年度の患者負担見直しについては、対象者が少なく医療費全体の伸び率への影響が小さいことから影響を除去していない。)

注2:平成18年改正時の試算で見込んだ、平均在院日数短縮及び生活習慣病対策による医療費適正化効果は織り込んでいない。

## 2. 医療保険加入者数の将来見通しの前提及び方法

- 「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」における出生中位(死亡中位)推計を基に、年齢階級別、制度別加入者数の将来見通しを作成。
- 年齢階級別に、人口に対する医療保険制度別の加入者数の割合が将来にわたり一定と仮定。ただし、被用者保険(国保組合を含む)の75歳以上の被扶養者(家族)については、被保険者本人に対する75歳以上被扶養者の割合が一定と仮定。

## 3. 医療費、医療給付費の将来見通しの前提及び方法

- 上記の「1人当たり医療費の伸び率」及び「年齢階級別、制度別加入者数の将来見通し」を用いて、年齢階級別、制度別に医療保険分の医療費を次式により算出。

$$n\text{年後の医療費} = (1\text{人当たり医療費(平成22年度)} \times 1\text{人当たり医療費の伸び率の}n\text{乗} \times n\text{年後の加入者数})$$

※ 総医療費は括弧内を年齢階級別、制度別に計算し合計

- 年齢階級別、制度別に、上記で算出した医療費に実効給付率(平成22年度)を乗じて医療保険分の医療給付費を算出。
- 公費負担医療(生活保護等)の医療費及び医療給付費は、平成22年度のそれぞれの金額に医療保険分の医療費総額の伸び率を乗じて算出。  
なお、地方単独事業による給付は医療給付に含めていない。

#### 4. 財政負担の将来見通しの前提及び方法

- 3. で算出した医療保険分の医療給付費を賄うために必要となる保険料(所要保険料)及び公費の負担額を算出。
- 公費負担については、医療給付費の一定割合で負担される公費(定率公費)の他、保険料の軽減に充てられる公費や高額医療共済事業に充てられる公費など(その他公費)を含むものである。なお、市町村国保について、法定外で地方が負担している公費(法定外繰入)については含まれていない。
- 保険料負担については、医療給付費から上記の公費負担を控除することにより算出。したがって、保険料軽減後の保険料負担となる。また、傷病手当金や出産育児一時金等の現金給付、事務費、累積赤字の解消等のために必要な保険料負担は含まれておらず、市町村国保については、公費に法定外繰入分が含まれてないことから、法定外繰入がない場合の保険料負担である。
- 財政調整や公費負担等の医療保険制度の前提は、次の①～⑥の前提で計算。
  - ① 現行制度
  - ② 現行制度において、高齢者と現役世代の保険料の伸びをほぼ均衡するよう、高齢者保険料負担率を見直し
  - ③ ②に加え、後期高齢者医療制度を廃止して、75歳以上の高齢者も若人と同じ制度に加入  
(75歳以上高齢者の医療給付の財政負担については、現行制度と同様の方法)
  - ④ ③に加え、被用者保険が負担する支援金の全額を総報酬割に変更
  - ⑤ ④に加え、75歳以上現役並み所得を有する高齢者の給付費に5割の公費を投入
  - ⑥ ⑤に加え、平成25年度以降70歳に到達する方について、70～74歳の患者負担を段階的に見直し

※ いずれのケースにおいても、均等割の9割軽減、8.5割軽減、所得割の5割軽減の見直し、適用関係の変更に伴う世帯合算(高額療養費、国保保険料の軽減)による影響についても織り込んでいない。また、協会けんぽの国庫負担割合は、平成22年改正法附則第2条の規定に基づき、平成24年度までの間に検討を行うこととされているが、この試算においては平成25年度(2013)以降も16.4%としている。

※ 75歳以上の医療給付費の公費負担については、医療保険制度全体で国:都道府県:市町村の負担割合を4:1:1で維持。

- 1人当たり保険料は、保険料総額を加入者数で除して算出。

#### 5. 保険料率の将来見通しの前提及び方法

- 保険料率は、賃金上昇率と診療報酬改定率との差により将来の水準が決定されることから、賃金上昇率の前提として次の3ケースを計算。

ケースⅠ 賃金上昇率 = 診療報酬改定率

ケースⅡ 賃金上昇率 = 診療報酬改定率 + 1%

ケースⅢ 賃金上昇率 = 診療報酬改定率 + 2.5% (参考試算の賃金上昇率に相当)

注:名目成長率(年3%)と労働力人口の減少(年▲0.5%程度)から単純に計算すると賃金上昇率(≒1人当たり成長率)は年3.5%に相当する。したがって、参考試算では、賃金上昇率は診療報酬改定率(1.0%)を2.5%程度上回ることとなる。

- 将来の保険料率は、平成22年度の保険料率に、医療給付費を賄うために必要な保険料率の将来の変化を加えて算出。  
(平成22年度の保険料率は協会けんぽ9.3%、健保組合7.6%(平成22年度予算早期集計の単純平均))

# 別表 医療費の伸びの要因分解 –メディアスによる伸び率分析

		平成13年度 (2001)	平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成17～ 21年度平均 (2005～2009)
総計	1人当たり医療費 ①	3.0%	-0.9%	1.9%	1.9%	3.1%	0.1%	3.1%	1.9%	3.6%	2.4%
	診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
	高齢化の影響 ③	1.6%	1.7%	1.6%	1.6%	1.9%	1.5%	1.6%	1.5%	1.5%	1.6%
	その他 (①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.4%	0.1%	0.3%	1.3%	1.2%	1.8%	1.4%	1.2%	2.1%	<u>1.5%</u>
70歳未満	1人当たり医療費 ①	2.1%	-1.2%	0.4%	0.9%	1.5%	-0.9%	1.6%	1.9%	2.7%	1.4%
	診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
	高齢化の影響 ③	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	0.2%	0.6%	0.7%	0.9%	0.6%
	その他 (①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.5%	0.8%	-0.2%	1.3%	0.8%	2.1%	1.0%	2.0%	1.7%	<u>1.5%</u>
70歳以上	1人当たり医療費 ①	1.3%	-3.6%	0.9%	0.2%	2.0%	-1.5%	2.1%	-0.1%	2.5%	1.0%
	診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
	高齢化の影響 ③	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.3%
	その他 (①-②-③) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.0%	-1.1%	0.7%	1.0%	1.8%	1.4%	1.8%	0.4%	2.1%	<u>1.5%</u>
備考		H14.10 高齢者1割 負担の徹底	H15.4 被用者本人 3割負担 等				H18.10 現役並み所得 を有する高齢 者3割負担 等		H20.4 未就学者2割 負担		

注1:70歳以上、70歳未満は医療保険分、総計は医療保険と公費負担医療の合計。

2:老人保健又は後期高齢者医療に適用される65～69歳の障害認定者は、70歳以上に含まれており70歳未満には含まれていない。

3:高齢化の影響は、平成19年度の年齢階級別(5歳階級)医療保険医療費と年齢階級別(5歳階級)人口から推計。

4:医療費の伸び率は審査支払機関で審査した医療費であり、現金払いの療養費等を含まず。

# 参考資料

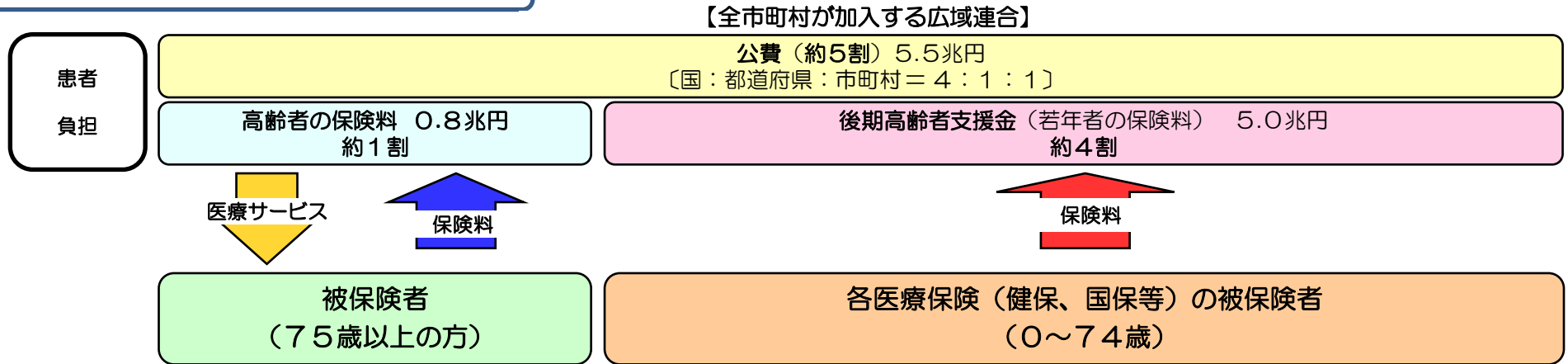
厚生労働省保険局  
平成22年10月25日

# 現行の高齢者医療制度について

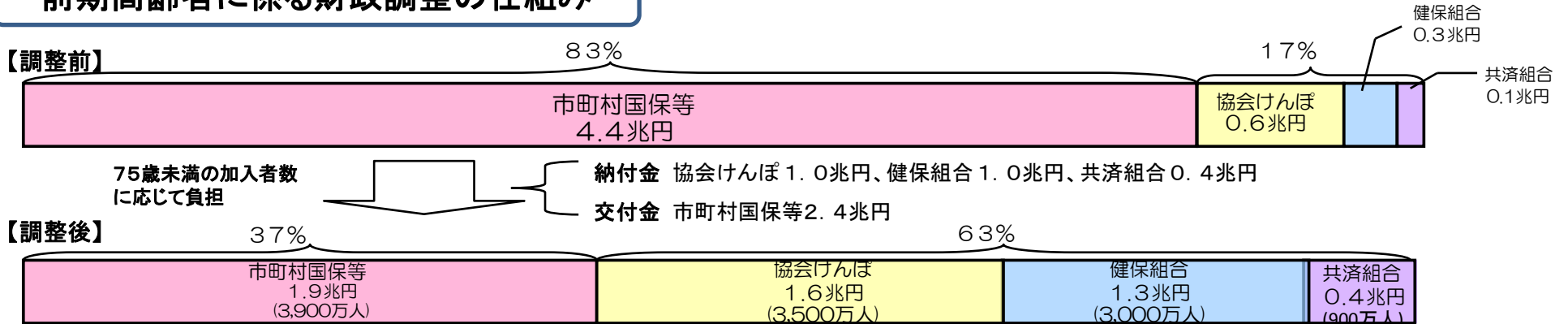
## 制度の概要

- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢者と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

## 後期高齢者医療制度の仕組み



## 前期高齢者に係る財政調整の仕組み



# 各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合	後期高齢者医療制度
被保険者	自営業者・無職等	自営業者等	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	公務員・教職員等	75歳以上の高齢者
保険者数 (平成21年3月末)	1,788	165	1	1,497	77	47
加入者数 (平成21年3月末)	3,597万人 (2,033万世帯)	352万人	3,472万人 〔被保険者1,951万人 被扶養者1,522万人〕	3,034万人 〔被保険者1,591万人 被扶養者1,443万人〕	902万人 〔被保険者439万人 被扶養者462万人〕	1,346万人
加入者平均年齢 (平成20年度)	49.2歳	38.8歳	36.0歳	33.8歳	33.4歳	81.8歳
加入者一人当たり 平均所得 (平成20年度)	79万円 (旧但し書き所得(※1)) 〔一世帯あたり 138.9万円〕	298万円 (市町村民税 課税標準額)	218万円(収入) 〔被保険者一人あたり 385万円〕	293万円(収入) 〔被保険者一人あたり 554万円〕	321万円(収入) 〔被保険者一人あたり 681万円 (平成19年度)	75.8万円 (旧但し書き所得(※1))
加入者一人当たり 医療費(平成20年度) (※2)	28.2万円	16.7万円	14.8万円	13.0万円	13.3万円	86.5万円
加入者一人当たり 保険料(平成20年度) (※3) 〈事業主負担込〉	8.3万円 〔一世帯あたり 14.4万円〕	12.4万円	8.8万円<17.6万円> 〔被保険者一人あたり 15.6万円<31.3万円>〕 平均保険料率8.2% (8.15~8.26%) (平成21年度)	9.1万円<20.3万円> 〔被保険者一人あたり 17.3万円<38.5万円>〕 平均保険料率7.38% (3.12~10.0%) (平成20年度決算見込)	10.9万円<21.9万円> 〔被保険者一人あたり 22.4万円<44.8万円>〕 平均保険料率 7.676%	6.4万円
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の39%	給付費等の16.4% (※4)	財政窮迫組合 に対する 定額補助	なし	給付費の約50%
公費負担額(※5) (平成22年度予算ベース)	3兆7,011億円	2,902億円	1兆447億円	24億円	なし	5兆5,427億円

(※1) 旧但し書き所得とは、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎とされているもので、収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除及び基礎控除等を差し引いた額のこと。

(※2) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保は速報値であり、共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)。

(※3) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※4) 平成22年度予算における22年7月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金に係る分を除き、13.0%。

(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

# 健保組合間の保険料率のばらつき

- 個々の健保組合の保険料率を見れば、4.5%未満から9.5%超まで、ばらつきがある。

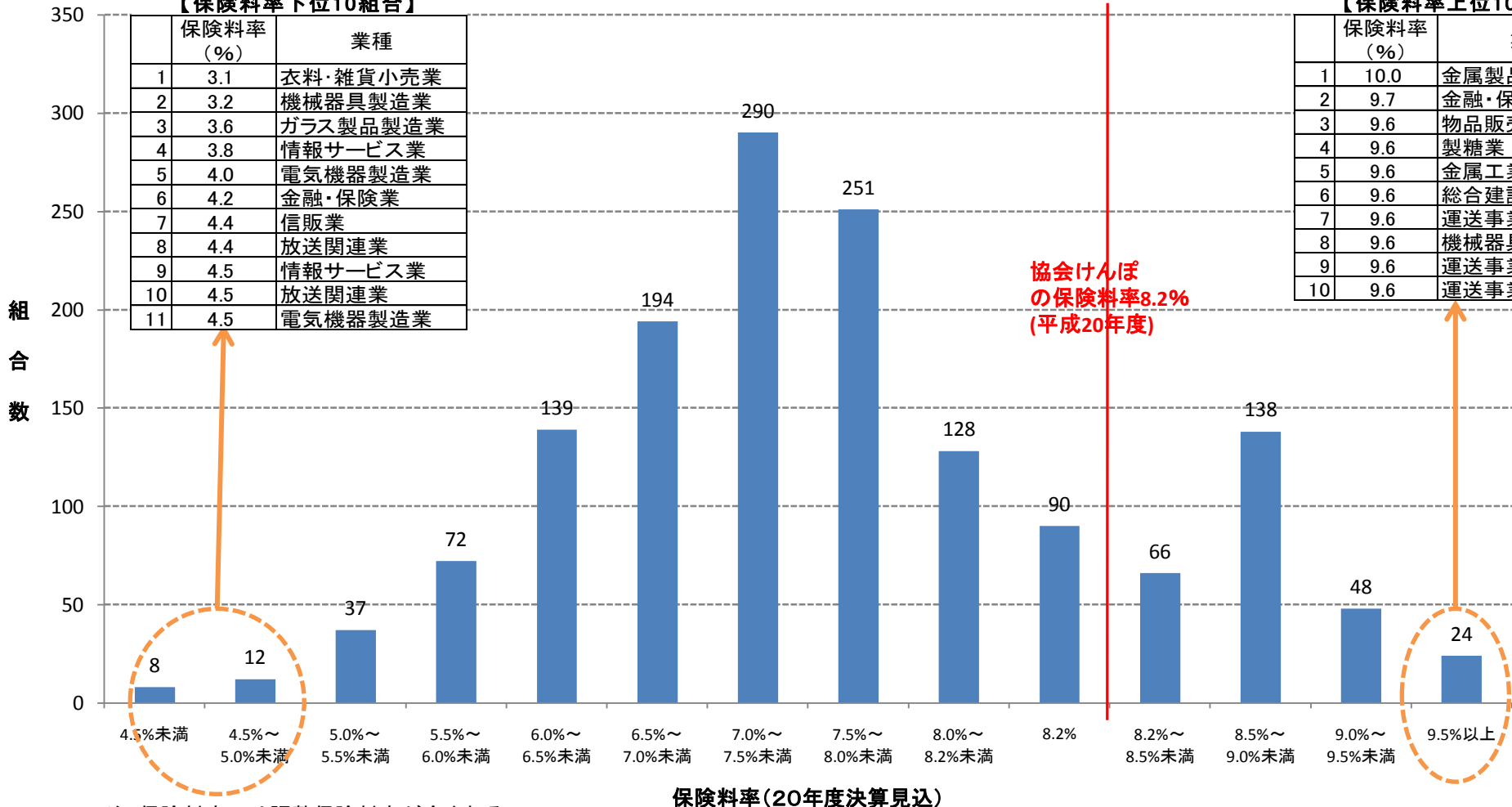
全組合の平均  
7.38% (20年度: 1,497組合)

【保険料率下位10組合】

	保険料率 (%)	業種
1	3.1	衣料・雑貨小売業
2	3.2	機械器具製造業
3	3.6	ガラス製品製造業
4	3.8	情報サービス業
5	4.0	電気機器製造業
6	4.2	金融・保険業
7	4.4	信販業
8	4.4	放送関連業
9	4.5	情報サービス業
10	4.5	放送関連業
11	4.5	電気機器製造業

【保険料率上位10組合】

	保険料率 (%)	業種
1	10.0	金属製品製造業
2	9.7	金融・保険業
3	9.6	物品販売事業
4	9.6	製糖業
5	9.6	金属工業
6	9.6	総合建設業
7	9.6	運送事業
8	9.6	機械器具工業
9	9.6	運送事業
10	9.6	運送事業

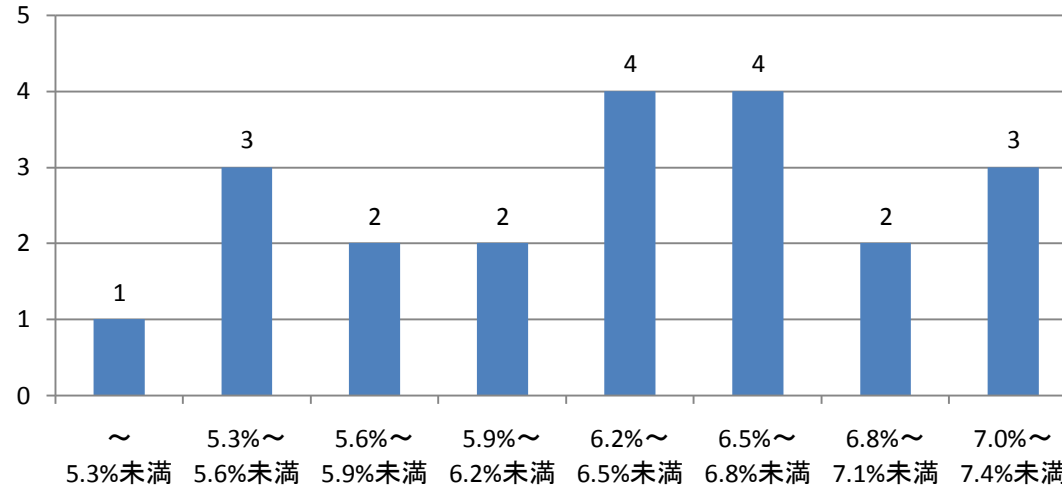


注: 保険料率には調整保険料率が含まれる。

# 制度別 共済組合における保険料率のばらつき(平成20年度末現在)

(全国平均:7.68%)※

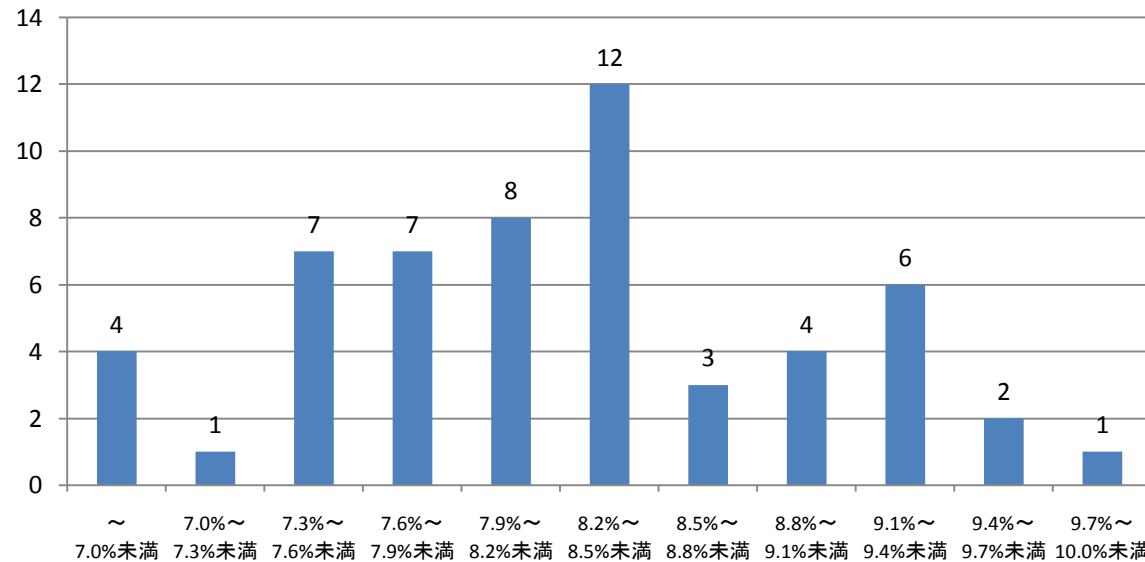
## 国家公務員共済組合 短期保険料率



最高:7.15%

最低:5.17%

## 地方公務員共済組合 短期保険料率



最高:9.71%

最低:6.44%

## 私立学校教職員共済 短期保険料率

6.64%

(注)外務省在外・在勤俸は除く

※ 全国平均は平成20年度保険料率の単純平均(地共済は総報酬ベースに換算)



# 国民医療費、医療給付費、老人医療費の将来見通し

(医療制度改革ベース、平成18年1月)

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。

## 2025年度の医療給付費等の将来見通し

国民医療費（改革実施前） 65兆円

医療給付費（改革実施前） 56兆円

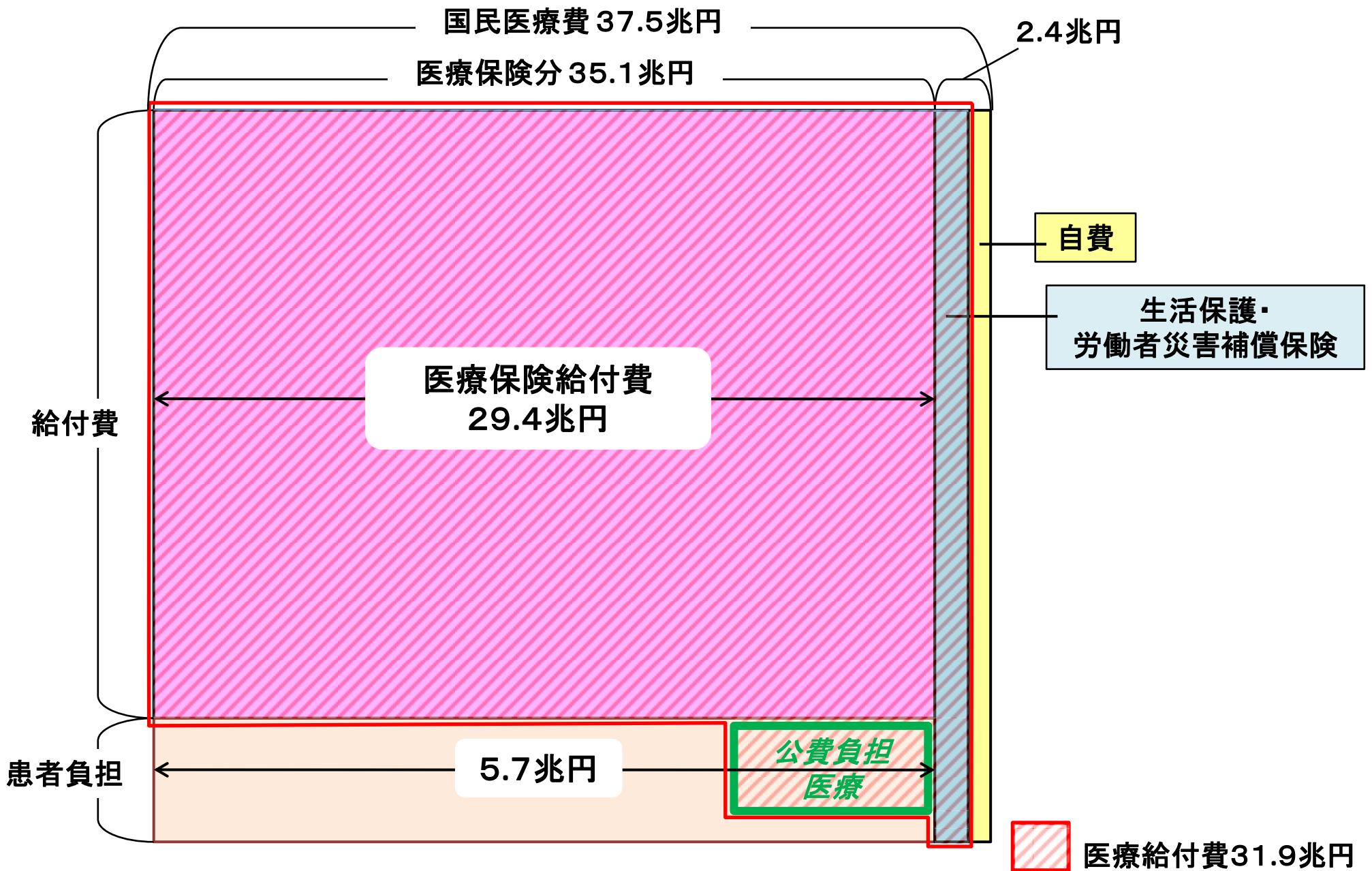
8兆円

医療給付費（改革案） 48兆円

中長期的方策	6兆円
生活習慣病対策	2兆円
平均在院日数短縮	4兆円
平成18年度診療報酬改定	2兆円
短期的方策（患者負担の見直し）	1兆円

※ 医療給付費は国民医療費から患者負担を控除したもの

# 国民医療費・医療給付費の関係 (平成22年度賦課ベース)



# 高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びの状況について

	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度
70歳未満	2.1%	▲1.2%	0.4%	0.9%	1.5%	▲0.9%	1.6%	1.9%	2.7%
70歳以上	1.2%	▲3.6%	0.9%	0.2%	2.0%	▲1.5%	2.1%	▲0.1%	2.5%

※ 65～69歳で後期高齢者医療制度（平成19年度以前は老人保健制度）の対象となっている者は、「70歳以上」に含まれる。

※ 診療報酬改定については、平成14年（▲2.7%）、平成16年（▲1.0%）、平成18年（▲3.16%）、平成20年（▲0.82%）の影響がある。

※ 診療報酬改定のほか、医療費の伸びに影響を与える主な制度改正は以下のとおり。

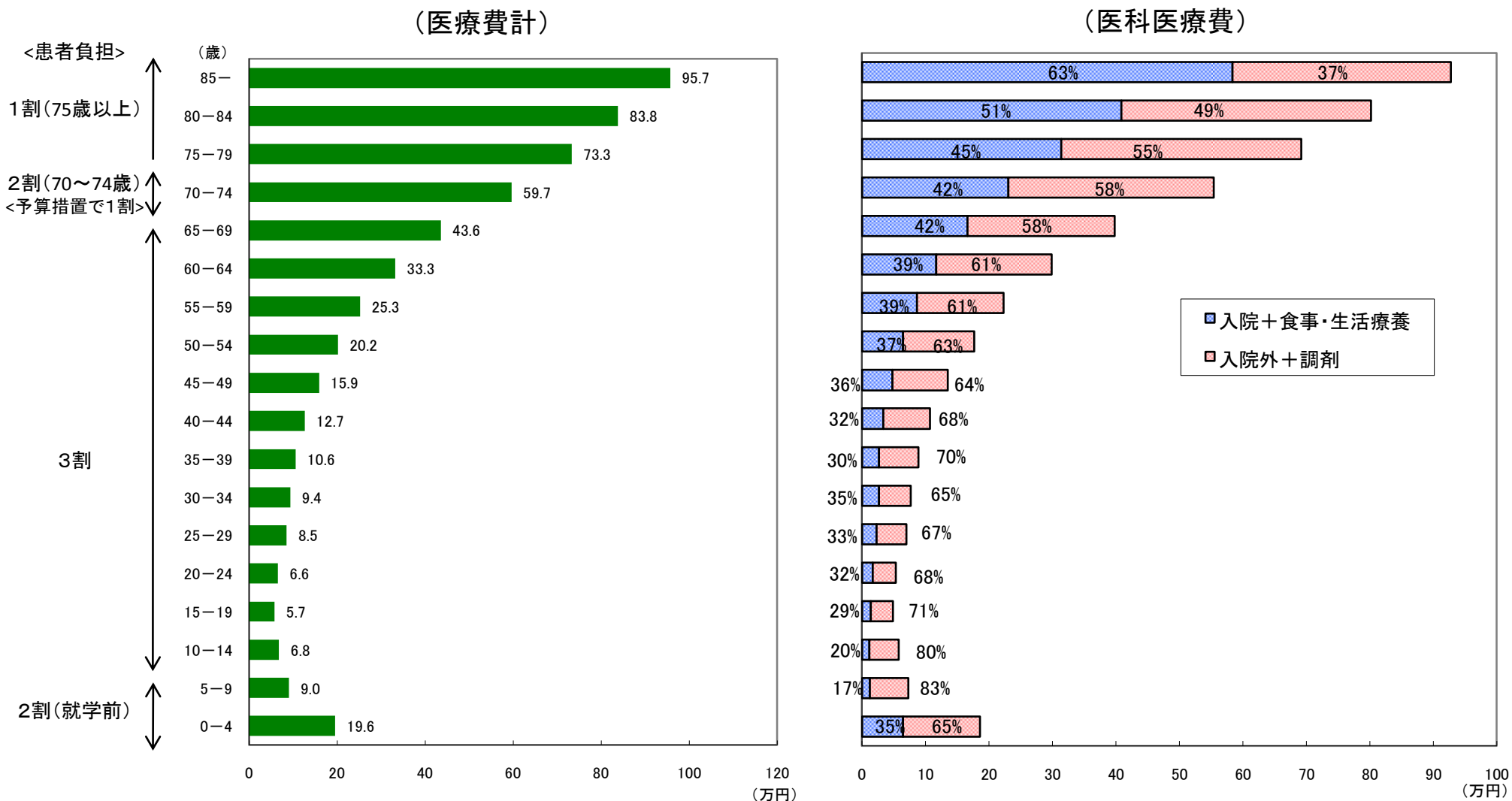
平成14年；70歳以上の高齢者の定率（1割）負担の徹底、現役並みに所得がある方の患者負担割合の引き上げ（1割→2割）

平成15年；被用者保険の被保険者等の患者負担割合の引き上げ（2割→3割）

平成18年；70歳以上の高齢者のうち、現役並みに所得がある方の患者負担割合の引き上げ（2割→3割）

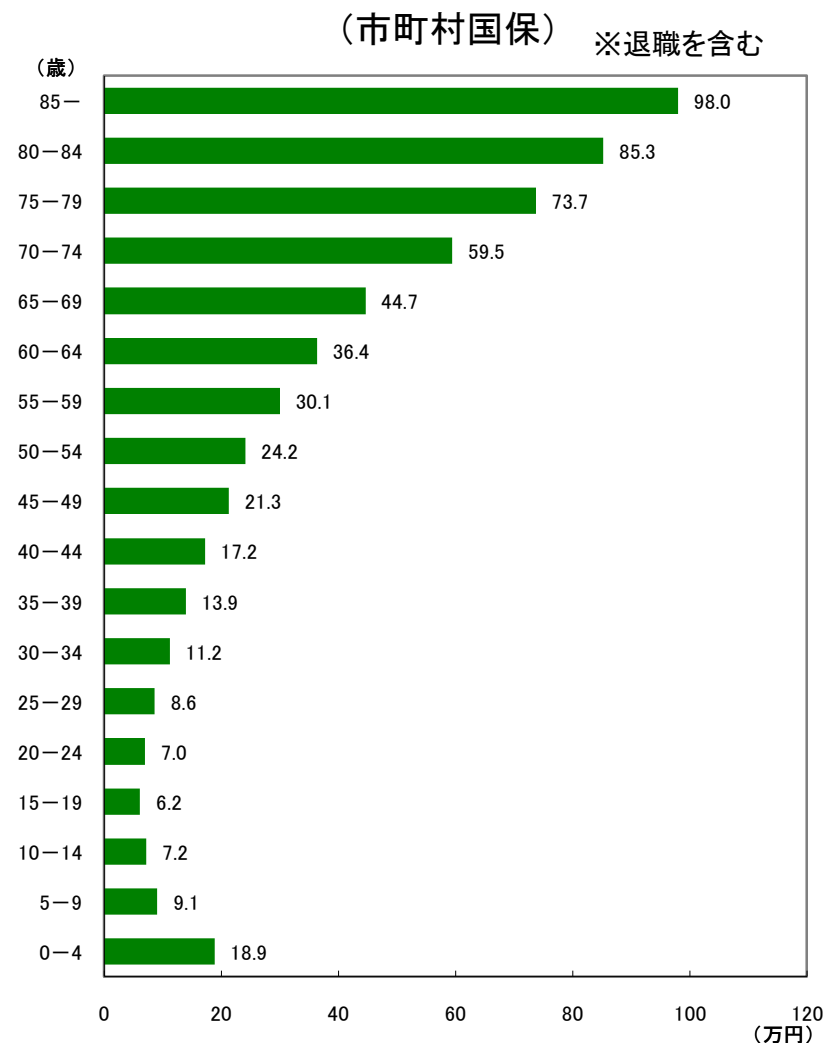
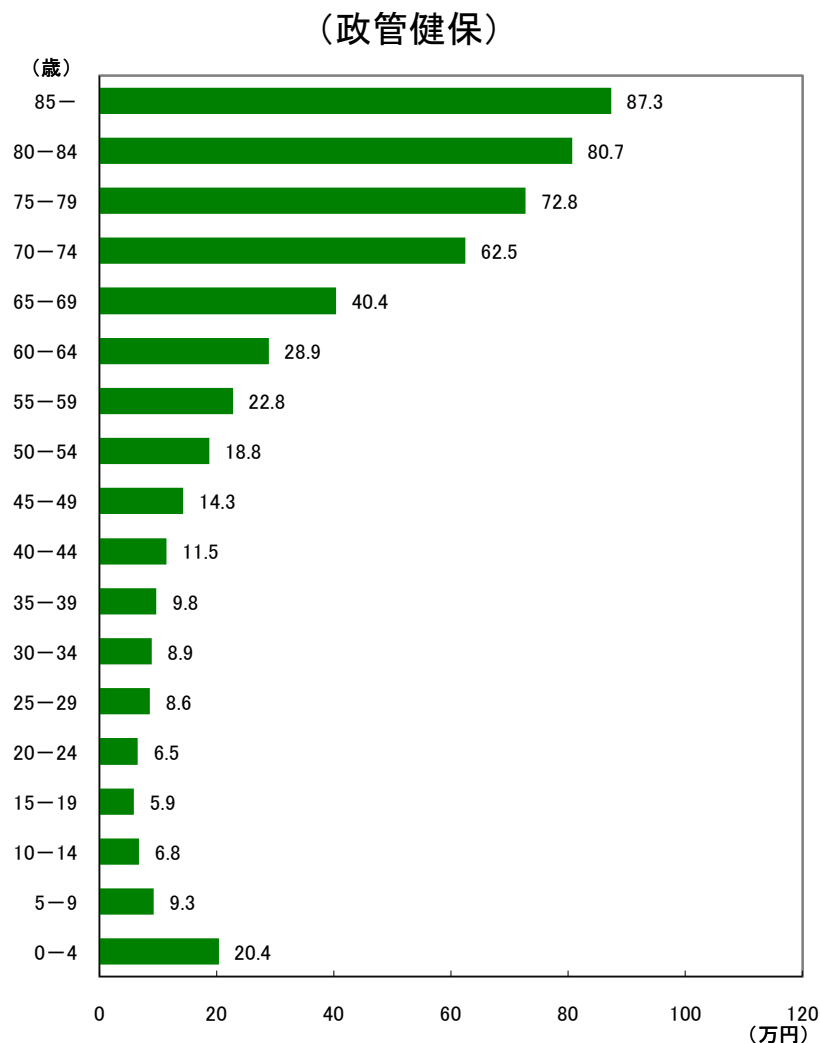
# 年齢階級別1人当たり医療費(平成19年度)(医療保険制度分)

○ 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る。



※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、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

# 高齢者の医療機関への受診の実態

- 高齢者の約86%は、1ヶ月の間に、一度は医療機関にかかっている。うち、入院している者が約7%、入院外(通院)で医療機関にかかっている者が約81%
- 1ヶ月にかかる医療費は、入院で約52万円、入院外(通院)で約4万円
- 入院外(通院)の場合のかかった医療機関の数をみると、1件が約46%、2件が約24%、3件以上が約11%
- 入院外(通院)の場合の1ヶ月間の受診日数は、5日以下が約67%、6～10日が約8%、11日以上が約5%

## 後期高齢者医療制度の被保険者の受診状況(平成21年3月)

患者割合		85.8%
	うち、入院	7.1%
	うち、入院外	80.5%
	うち、歯科	14.2%

患者1人当たり医療費		8.5万円
	入院	52.1万円
	入院外	4.2万円
	歯科	1.7万円

### 入院外で医療機関にかかった者の受診状況

かかった医療機関の数	0件(受診なし)	1件	2件	3件	4件	5件以上	合計
構成割合	19.5%	46.1%	23.5%	8.0%	2.2%	0.7%	100.0%
1ヶ月間の受診日数	0日(受診なし)	1～5日	6～10日	11～15日	16～20日	20日～	合計
構成割合	19.5%	67.4%	8.2%	3.0%	1.1%	0.9%	100.0%

(出典：平成20年度 医療給付実態調査 厚生労働省保険局)

- (注) 1. 同一の後期高齢者医療制度の被保険者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである。「名寄せ」という。
2. 患者割合は、入院外、入院、歯科及び合計(入院外、入院又は歯科のいずれか)の診療を受けた者の数を後期高齢者医療制度の被保険者数で除したものである。
3. 患者1人当たり医療費は、入院外、入院、歯科及び合計(入院外、入院又は歯科のいずれか)の診療を受けた者の医療費を患者数で除したものである。
4. 医療費は、入院は入院(医科)及び食事・生活療養、入院外は入院外(医科)及び調剤、歯科は歯科入院(食事・生活療養を含む)及び歯科(入院外)となっている。

## 後期高齢者医療制度の被保険者の受診の動向(平成20年度)

	患者割合(単位:%)				患者1人当たり医療費(円)			
	合計	入院	入院外	歯科	合計	入院	入院外	歯科
平成20年4月	85.5	7.1	80.3	13.4	82,644	497,038	41,363	17,024
5月	85.5	7.0	80.2	13.4	82,380	508,126	40,631	16,489
6月	85.4	7.0	80.2	13.6	81,134	502,506	40,017	16,740
7月	86.1	7.1	81.1	13.4	84,439	510,619	42,198	17,087
8月	84.7	6.9	79.6	12.3	80,744	506,828	39,570	15,614
9月	85.4	6.8	80.3	13.2	81,249	502,052	40,960	16,651
10月	86.4	7.1	81.4	14.0	85,324	515,954	42,831	17,276
11月	85.2	7.0	79.8	13.5	80,112	501,983	38,934	16,202
12月	86.7	7.0	81.5	14.2	84,693	520,465	42,203	16,657
平成21年1月	84.9	7.0	79.5	13.0	82,937	527,682	39,698	15,427
2月	84.4	7.0	78.8	13.4	79,674	491,363	38,982	16,275
3月	85.8	7.1	80.5	14.2	85,412	521,127	41,929	16,705

(出典 : 平成20年度 医療給付実態調査 厚生労働省保険局)

- (注) 1. 同一の後期高齢者医療制度の被保険者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである。「名寄せ」という。  
 2. 各月の患者割合は、入院外、入院、歯科及び合計(入院外、入院又は歯科のいずれか)の診療を受けた者の数を後期高齢者医療制度の被保険者数で除したものである。  
 3. 各月の患者1人当たり医療費は、入院外、入院、歯科及び合計(入院外、入院又は歯科のいずれか)の診療を受けた者の医療費を患者数で除したものである。  
 4. 医療費は、入院は入院(医科)及び食事・生活療養、入院外は入院外(医科)及び調剤、歯科は歯科入院(食事・生活療養を含む)及び歯科(入院外)となっている。



# 各医療保険制度における給付の内容

給付の種類	概要	給付の内容		
		後期高齢者医療制度	市町村国保	被用者保険
療養の給付	診療、薬剤の支給その他の医療サービス(現物給付)	医療費の1割 (現役並み所得者は3割)	【義務教育就学前の方】医療費の2割	【患者負担】
保険外併用療養費			【70～74歳の方】医療費の2割(1割に凍結中) (現役並み所得者は3割)	
訪問看護療養費			【上記以外の方】医療費の3割	
療養費	医療サービスに係る現物給付ができない等の場合に支給(現金給付)			
入院時食事療養・生活療養費	別紙のとおり			
高額療養費				
高額介護合算療養費				
移送費	医療サービスをうけるために病院等に移送されたとき、その費用として支給(現金給付)	必要な医療を行える最寄りの医療機関まで、その傷病の状態に応じ最も経済的な経路及び方法により移送された場合の交通費等の費用		
葬祭費・埋葬料	被保険者等が死亡したとき、葬祭の費用として支給(現金給付)	広域連合の条例に規定する金額(2～5万円程度)	市町村の条例に規定する金額(1～5万円程度)	5万円
出産育児一時金	出産等の費用として支給(現金給付)	—	原則として38万円(平成23年3月までは42万円)	
出産手当金	被保険者が出産又は傷病により労務に服することができないときに支給(現金給付)	—		1日につき標準報酬日額の3分の2相当額
傷病手当金		広域連合又は市町村の条例に規定して実施することができることとされているが、実施しているところはない。		

# 医療保険制度における患者負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～	昭和58年2月～	平成9年9月～	平成13年1月～	平成14年 10月～	平成15年 4月～	平成18年 10月～	平成20年4月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)	老人保健制度						75歳以上	後期高齢者 医療制度
国保	3割	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は 定額制を選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み 所得者3割)	1割負担 (現役並み所得者3割)		
被用者本人	定額負担							70～74歳	2割負担(※) (現役並み所得者3割)  ※1割に凍結	
被用者家族	5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担	3割 薬剤一部負担の 廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)	
		被用者本人	定額	→1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担					
		被用者家族	3割(S48～)→入院2割(S56～) 高額療養費創設	外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担					

(注)・1994(平成6)年10月から入院時食事療養費制度創設、2006(平成18)年10月から入院時生活療養費制度創設

・2002(平成14)年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、2008(平成20)年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

# 現役並み所得者について

- 70歳以上の方の患者負担(保険医療機関の窓口で支払う金額)の割合は、原則「1割」としているが、現役世代と同等の負担能力を有する方については、現役世代と同じ「3割」を負担していただくこととしている。

## 【要件】

後期高齢者医療制度	世帯内に課税所得※ <sup>1</sup> の額が145万円※ <sup>2</sup> 以上の被保険者がいる場合
国民健康保険	世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者(70～74歳の方に限る。)がいる場合
被用者保険	被保険者が70歳以上であって、その方の標準報酬月額が28万円※ <sup>3</sup> 以上である場合

※<sup>1</sup> 収入から公的年金等控除、必要経費、基礎控除、給与所得控除等の地方税法上の控除金額を差し引いた後の額。

※<sup>2</sup> 現役世代の夫婦2人世帯をモデルとし、平成16年度の政管健保平均標準報酬月額を基礎として、現役世代の平均収入額を算出し(約383万円)、その金額から諸控除を差し引き、現役世代の平均的な課税所得を算出したもの。

※<sup>3</sup> 平成16年度の政管健保平均標準報酬月額

- ただし、上記の場合であっても、以下の要件に該当する場合は、負担割合は「1割」となる。※<sup>4</sup>

## 【要件】

後期高齢者医療制度	世帯の被保険者全員の収入※ <sup>1</sup> の合計額が520万円※ <sup>2</sup> 未満(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円※ <sup>3</sup> 未満)である場合等
国民健康保険	世帯の被保険者(70～74歳の方に限る。)全員の収入の合計額が520万円未満(世帯の被保険者(70～74歳の方に限る。)が一人の場合は、383万円未満)である場合等
被用者保険	被保険者及びその被扶養者(70～74歳の方に限る。)の収入の合計額が520万円未満(被扶養者(70～74歳の方に限る。)がいない場合は、383万円未満)である場合等

※<sup>1</sup> 地方税法上の収入額であり、公的年金等控除、必要経費等を差し引く前の金額。

※<sup>2</sup> 高齢者複数世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となるような収入額を算出したもの。

145万円+(基礎控除(33万円)+給与所得控除(90万円)+配偶者控除(38万円)+社会保険料控除(14万円)+公的年金等控除(199万円)) ÷ 520万円

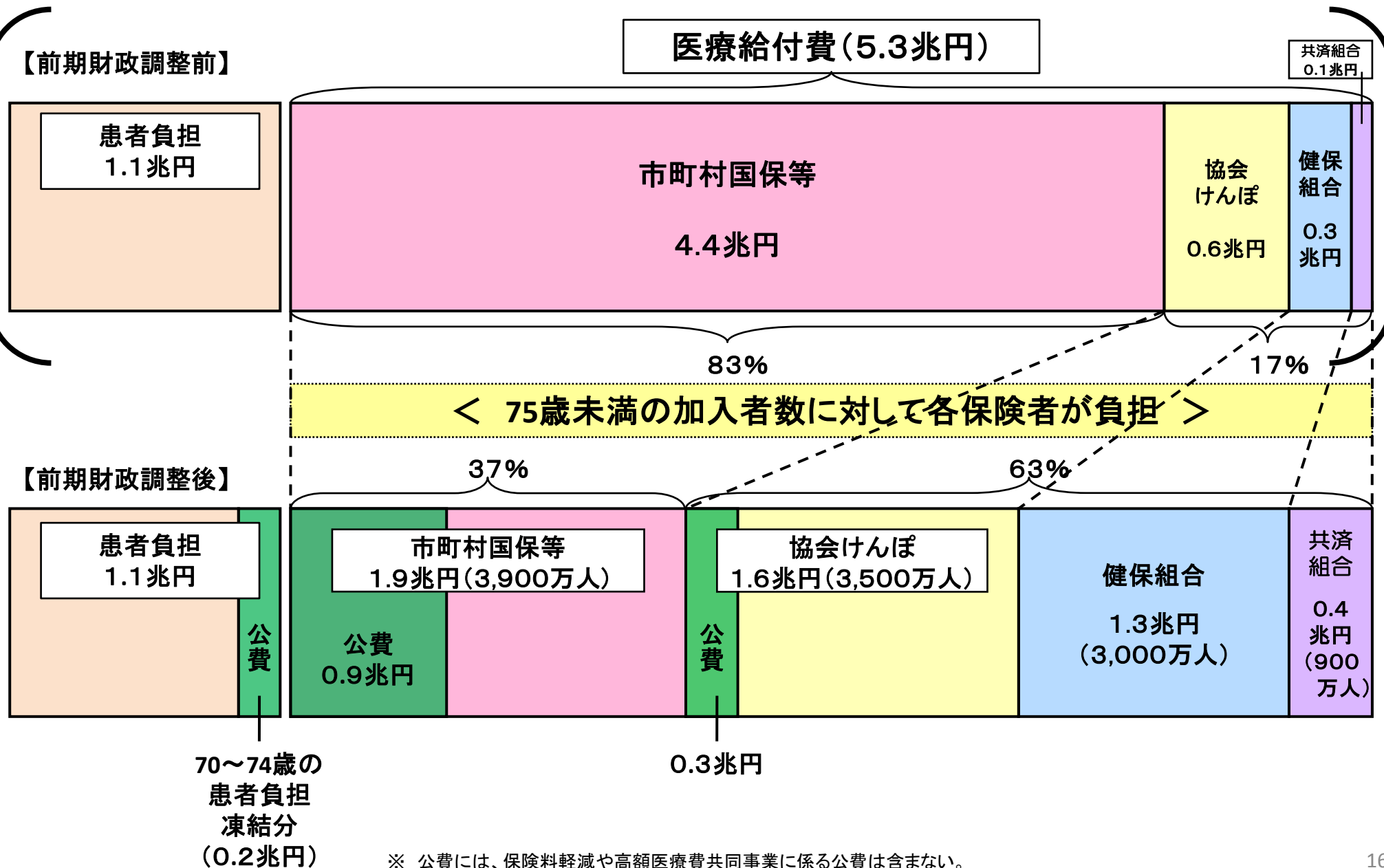
※<sup>3</sup> 高齢者単身世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となるような収入額を算出したもの。

145万円+(基礎控除(33万円)+給与所得控除(73万円)+社会保険料控除(11万円)+公的年金等控除(120万円)) ÷ 383万円

※<sup>4</sup> 負担能力の判定基準については、公平な判定を行うため、被保険者一人ひとりの課税所得を基本としている。

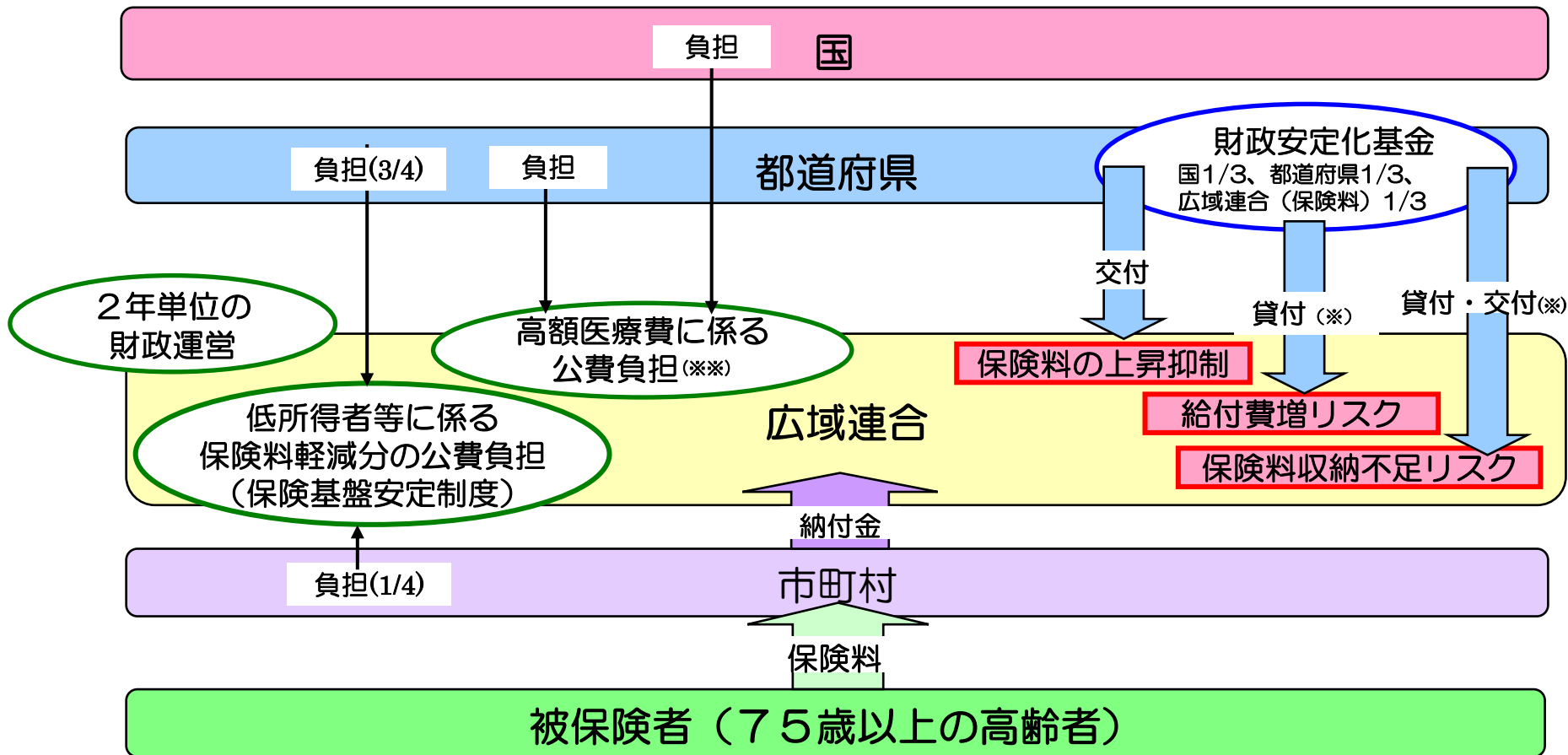
しかしながら、税法上の控除の関係から、実際には、収入額が少ないにもかかわらず、課税所得が145万円以上となるケース(例:夫婦ともに無年金で、夫の給与収入のみ)が存在する。このようなケースを救済するため、課税所得だけでなく、収入による判定も行うもの。

# 前期高齢者の費用負担の現状(平成22年度予算ベース)



# 後期高齢者医療制度における財政リスクの軽減の仕組み

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。



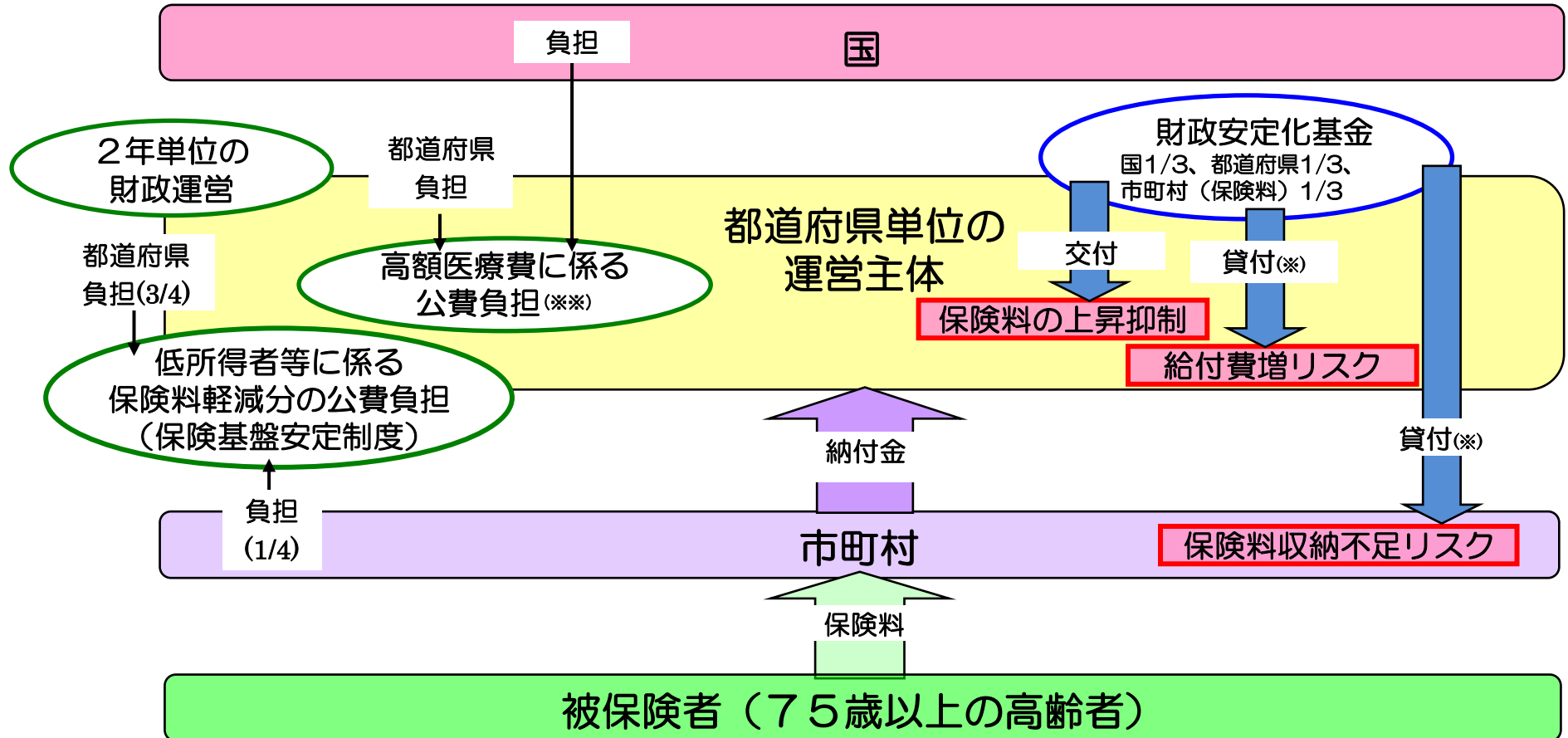
※ 給付の見込額以上の増加、保険料の収納不足による財源不足に対しては毎年度「貸付」を行い、保険料の収納不足により、2年間の財政運営期間を通して財源不足が見込まれる場合には、不足分の1/2を「交付」する。

- ※※ ①レセプト1件あたり80万円を超える医療費  
80万円を超える額のうち、保険料で賄うべき部分の1/2を公費で負担(国1/4、都道府県1/4)  
②レセプト1件あたり400万円を超える医療費(特別高額医療費)  
200万円を超える額のうち、保険料で賄うべき部分から①の公費負担を除いた額について、各広域連合の拠出金(\*)により交付金を交付。

(\*)平成21年度は、拠出金15.6億円について、国費により10億円の補助を実施

# 新たな制度の第1段階における財政リスクの軽減の仕組み

財政運営は都道府県単位の運営主体が行う。都道府県単位の運営主体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。



※ 給付の見込額以上の増加、保険料の収納不足による財源不足に対しては毎年度「貸付」を行う。

- ※※ ①レセプト1件あたり80万円を超える医療費  
80万円を超える額のうち、保険料で賅うべき部分の1/2を公費で負担(国1/4、都道府県1/4)  
②レセプト1件あたり400万円を超える医療費(特別高額医療費)  
200万円を超える額のうち、保険料で賅うべき部分から①の公費負担を除いた額について、各都道府県単位の運営主体の拠出金(\*)により交付金を交付。

# 財政運営戦略（平成22年6月22日閣議決定）

## I. 基本的な考え方

1. 経済・財政の現状（略）
2. 財政破綻リスクへの断固たる対応（略）
3. 過去からの教訓（略）
4. 新たな成長戦略の実行（略）
5. 社会保障の再構築（略）
6. 新政権の財政運営戦略 ―国民の安心と希望のために―（略）

## II. 具体的な取組

1. 財政健全化目標（略）

### 2. 財政運営の基本ルール

各年度の予算編成及び税制改正は、以下の基本ルールを踏まえて行うものとする。

#### (1) 財源確保ルール（「ペイアズユーゴー原則」）

歳出増又は歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な歳出削減又は歳入確保措置により、それに見合う安定的な財源を確保するものとする。

- (2) 財政赤字縮減ルール（略）
- (3) 構造的な財政支出に対する財源確保（略）
- (4) 歳出見直しの基本原則（略）
- (5) 地方財政の安定的な運営（略）

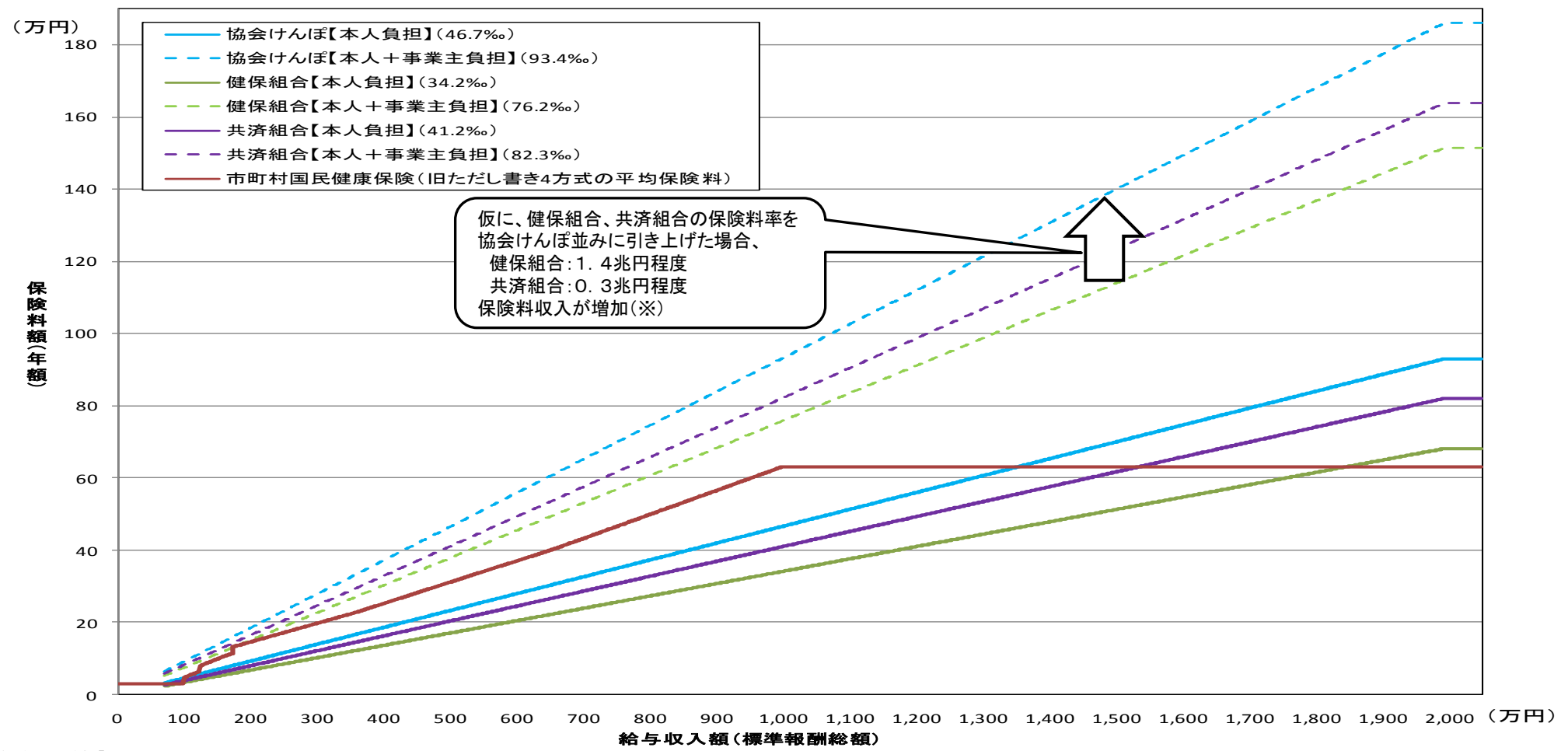
3. 中期財政フレーム（略）

# 給与所得世帯の保険料比較(協会けんぽ、組合健保、共済組合、市町村国保)

三上委員・近藤委員  
御依頼資料

## －給与収入のみの者とその被扶養者(収入無し)の2人世帯における比較－

○ 三上委員・近藤委員の求めに応じて、一定の前提を置いて、機械的に試算したものである。



仮に、健保組合、共済組合の保険料率を協会けんぽ並みに引き上げた場合、  
 健保組合: 1.4兆円程度  
 共済組合: 0.3兆円程度  
 保険料収入が増加(※)

**【保険料の前提】**  
 協会けんぽ: 保険料率 93.4%(本人負担 46.7%) 【平成22年度保険料率】  
 健保組合: 保険料率 76.2%(本人負担 34.2%) 【平成22年度保険料率の単純平均(平成22年度予算早期集計(健保連))】  
 共済組合: 保険料率 82.3%(本人負担 41.2%) 【平成22年度保険料率の単純平均(※地共済の総報酬ベースへの換算は概算値)】  
 市町村国保: 旧ただし書き4方式として以下の保険料を使用  
 所得割率 7.35%、均等割額 27,376円、平等割額 25,741円、資産割額 非軽減世帯:20,249円、2割軽減世帯:11,673円、5割軽減世帯:13,216円、7割軽減世帯:7,716円  
 所得割率、均等割額、平等割額は平成20年度国民健康保険事業年報による。また、資産割額は平成20年度国民健康保険実態調査及び国民健康保険事業年報を基に軽減世帯別の平均資産割額を推計  
 (※)健保組合、共済組合の保険料率は、単純平均を用いて計算していること等から数値は相当大きな幅を持ってみる必要がある。  
 (注)国保については、被用者保険と比較する観点から、給与収入のみの方を前提としている。自営業者等については被用者の給与収入に相当する収入の定義が明らかでないため比較の対象外とした。なお、市町村国保において、世帯主が自営業者の世帯は全体の約17%である。  
 (標準報酬月額 第1級(58,000円)～第47級(121万円)、標準賞与額の最高額540万円。)



# 平成21年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査の概要

○ 後期高齢者医療制度における後期高齢者医療広域連合の保険料賦課の状況及び被保険者の年齢、所得等を調査し、後期高齢者医療制度に係わる基礎資料を得ることを目的とする調査(毎年度実施)

## 1. 一般状況(平成21年度9月末現在)

- 被保険者数 : 1,362万人 (平成20年度の被保険者数と比較すると42万人、3.2%の増加)
  - ・ 65～74歳の障害認定者数 : 47万人 (全体の 3.5%) (平成20年度と比較すると3.7万人の減少)
  - ・ 現役並み所得者 : 99万5千人 (全体の 7%)
  - ・ 一般所得者 : 762万3千人 (全体の 56%)
  - ・ 低所得Ⅰ : 250万4千人 (全体の 18%)
  - ・ 低所得Ⅱ : 249万9千人 (全体の 18%)
  - ・ 普通徴収である被保険者 : 266万5千人 (全体の 20%)

## 2. 所得の状況(平成20年)

- 所得あり : 592万人 (全体の43%)
- 所得なし : 761万人 (全体の56%)
- 1人当たり所得額 : 842千円 (平成20年度と比較すると45千円の減少)
- 1人当たり年金収入額 : 1,218千円 (平成20年度と比較すると18千円の減少)

※1 所得とは、「旧ただし書き方式」により算定された所得総額(基礎控除前)に相当するものである。

※2 前年の老齢又は退職を支給事由とする公的年金等の収入(公的年金等控除前の額)。障害年金及び遺族年金は含まれない。

## 3. 保険料の状況(平成21年度現在)

- 1人当たり保険料調定額(現年分) : 62,822円 (平成20年度と比較すると1,155円の減少)
- 1人当たり保険料均等割額(現年分) : 41,373円
  - ・ 均等割2割軽減被保険者 : 83万5千人 (全体の 6%)
  - ・ 均等割5割軽減被保険者 : 31万9千人 (全体の 2%)
  - ・ 均等割8.5割軽減被保険者 : 184万0千人 (全体の 14%)
  - ・ 均等割9割軽減被保険者 : 458万7千人 (全体の 34%)
    - うち元被扶養者 : 185万0千人 (全体の 14%)
  - ・ 所得割軽減被保険者 : 121万1千人 (全体の 8%)

# 「新たな高齢者医療制度に係る公聴会」の開催状況

- 新たな高齢者医療制度の検討に際して、高齢者をはじめ国民の方々のご意見を丁寧に伺いながら進めるため、以下のおり地方公聴会を開催し、ご意見をいただいた。

## 【日程、参加者数】

	開催地	開催日	参加人数	意見提出者（意見内容は別添）	
				当日	事前（※）
8 月 開 催	九州ブロック（福岡県）	8／2（月）	760名	181名	42名
	北海道・東北ブロック（宮城県）	8／4（水）	423名	137名	43名
	厚生労働省講堂 ※グループ討議	8／7（土）	78名	78名	
	近畿ブロック（大阪府）	8／10（火）	956名	272名	46名
10 月 開 催	東海・北陸ブロック（愛知県）	10／1（金）	754名	253名	27名
	中国・四国ブロック（広島県）	10／2（土）	398名	116名	49名
	関東・信越ブロック（東京都）	10／5（火）	1,514名	477名	101名
合計			4,833名	1,822名	

※事前意見は、ブロック内の広域連合に設置されている意見を聞く場や懇談会の委員等からいただいた。

※当日は、参加者40名（福岡4名、宮城5名、大阪7名、愛知8名、広島8名、東京8名）と、直接意見交換を行った。

## 【プログラム】

### ○全体討議方式

- ・「高齢者医療制度改革の方向性」についての説明（岩村座長）
- ・「高齢者医療制度改革のポイント」についての説明（高齢者医療課長）
- ・事前にいただいたご意見と厚生労働省の考え方を紹介
- ・会場の参加者からご意見をいただき、座長及び厚生労働省と意見交換
- ※ 近畿ブロックは山井前政務官、関東・信越ブロックは藤村副大臣が出席。

### ○グループ討議方式

- ・「高齢者医療制度改革のポイント」についての説明（高齢者医療課長）
- ・「中間とりまとめ（案）」について、13名×6グループのグループごとに議論
- ・各グループからの意見発表
- ※ 長妻前大臣、長浜前副大臣、山井前政務官が出席し、議論にも参加。

「新たな高齢者医療制度についての公聴会」に寄せられた御意見（東海・北陸ブロック）

<p>1. 制度改革全般</p>	<p>○後期高齢者医療制度の廃止に賛成。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者を別枠にするのは間違っている。</li> </ul> <p>○現行制度を継続すべき。(計15件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・制度は定着しており、廃止は新たな混乱を招く。</li> <li>・部分修正でよいのではないか。</li> <li>・システム改修等に多額の費用がかかるのではないか。</li> <li>・広域連合はよい団体である。</li> <li>・日本の医療保険制度は、世界でも安心できるものであり、それを維持する負担も必要である。</li> <li>・年齢区分や名称が差別なのか、年金天引き見直しは納付義務を希薄にしないか検討すべきではないか。</li> </ul> <p>○現行制度の良い点は残すべき。</p> <p>○25年度まで続く現行制度の見直しも忘れないでほしい。</p> <p>○一旦、老人保健制度に戻すべき。(計7件)</p> <p>○医療保険制度全体の見直しを行うべき。(計11件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会保障全体(年金・介護等)の問題として検討すべき。</li> <li>・医療費の適正化等との一体的な議論が必要である。</li> </ul> <p>○将来にわたり持続可能な制度を実現すべき。(計11件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・政権交代に関係なく、長期的な視野で制度設計を行うべき。</li> </ul> <p>○特例措置や経過措置といった場当たりの対応がない制度にすべき。</p> <p>○医療の無償化は止め、適正な負担により医療費の増加を抑え、公平な負担となる制度にすべき。</p> <p>○家族の絆を損なわないような制度を創設してほしい。</p> <p>○安心して老後を送れる制度にすべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・低所得者に優しい制度にすべき。</li> <li>・高齢者の安心な暮らしのために何をしなければいけないかという観点が必要。</li> </ul> <p>○10年かけて検討した現行制度を、施行後すぐに改めることに疑問。(計7件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・すぐに廃止しなければならないほどの悪い制度か検討すべき。</li> <li>・勇気を持ってリセットすべき。</li> </ul> <p>○もっと時間をかけて議論すべき。(計13件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2か月で最終とりまとめをすることは乱暴すぎる。</li> <li>・現行制度が修正不可能なものなのか丁寧に議論すべき。</li> <li>・国保全体の改革になっているにもかかわらず、議論が拙速である。</li> <li>・制度が定着しつつあり、新制度の周知をしても混乱を招く。</li> <li>・現役世代の意見を十分聞いて制度設計すべき。</li> </ul> <p>○将来的な見通しを持って、制度を議論すべき。(計5件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・10年、20年後に維持できる制度が必要である。</li> <li>・後期高齢者医療制度を創設しなかった理由等を含めて考えるべき。</li> </ul> <p>○「中間とりまとめ」は良い点ばかりだけでなく、悪い点も示すべき。(計3件)</p> <p>○「中間とりまとめ」からは制度の内容がわからない。(計9件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的内容が示されていない。</li> <li>・全体像が見えない。</li> </ul>
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き検討としている項目が多いが、もう少し方向性を示すべき。</li> <li>○財政・財源的な議論を先に行うべきではないか。(計6件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな財源なくして、持続可能な制度設計ができるのか疑問。</li> </ul> </li> <li>○検討事項に即した財政影響の試算を行うべき。(計4件)</li> <li>○医療費、給付費の将来推計を出すべき。(計6件)</li> <li>○6原則の条件が国民からの声を制限している。</li> <li>○6原則を所与のものとして議論が進んでいることが疑問であり、拙速な法改正が必要か否かの議論から始めるべきである。</li> <li>○廃止ありきで進められている見直しであり、見直しによって生じるコストと混乱を補って余りあるメリットが見あたらない。</li> <li>○支出抑制や年齢区分に関する視点が無い。</li> <li>○高齢者医療制度改革会議における検討をもって、国全体の方向を決めることには納得できない。</li> <li>○老若問わず、所得・資産に応じた負担が必要。</li> <li>○少子化・雇用・経済といった点にも対策を講じる必要がある。</li> <li>○最低賃金・最低保障年金制度の確立無くして問題の解決はない。</li> <li>○老後の福祉を税金で支える北欧型の制度へ切り替えるべき。</li> </ul>
2. 制度の基本的 枠組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>○改革の方向性としては賛成。(計4件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・同じ健保に夫婦揃って入り、被扶養者は保険料負担がなくなることはいい。</li> </ul> </li> <li>○高齢者も国保又は被用者保険に加入する仕組みに賛成。(計2件)</li> <li>○全ての医療保険を一元化すべき。(計1件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・国を保険者にすべき。</li> </ul> </li> <li>○一定の年齢区分は必要。(計2件)</li> <li>○年齢による差別はやめるべき。(計5件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・75歳の年齢枠が取り払われておらず、若い世代と高齢者世代が分断されたままである。</li> </ul> </li> <li>○65歳以上の障害者の扱いについて検討すべき。(計3件)</li> <li>○高齢者とは何歳以上を指すのか。</li> <li>○高齢者にとってわかりやすい、シンプルな制度にすべき。(計8件)</li> <li>○65歳以上の高齢者についての独立した制度にすべき。(計4件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・全額公費で運営し、財源は消費税で。</li> </ul> </li> <li>○最終的な責任は国が負うことが明確な制度にすべき。(計3件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・国が財政責任を果たすべき。</li> </ul> </li> <li>○介護保険と一体化を図るべき。</li> <li>○サラリーマンである高齢者とその被扶養者を被用者保険に加入させることは、実現可能か疑問。</li> <li>○現行制度を廃止して、国保、被用者保険に戻すというのは安易な考え方である。</li> <li>○現行制度とどこがどう変わるのか理解が得られない。</li> <li>○高齢者の負担は若年層から理解が得られる水準にすべき。</li> <li>○検討中の案では今以上に制度の仕組みがわかりにくい。</li> <li>○保険料負担をアップし、医療保険制度存続に対する危機感を持たせるべき。</li> <li>○保険料・窓口負担の増大は生活の安定を大きく脅かす一因である。</li> <li>○世帯単位の制度では、今後問題が生じるのではないか。</li> <li>○保険料の算定は個人なのに、医療費の支払いは家族収入という現行制度の矛盾が放置されている。</li> </ul>

<p>3. 国保の運営のあり方 (1) 財政運営</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○65歳以上を対象に都道府県単位の財政運営とすべき。(計5件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・退職年齢や年金受給開始年齢と合わせるべき。</li> </ul> </li> <li>○75歳以上を対象に都道府県単位の財政運営とすべき。</li> <li>○高齢者について都道府県単位の財政運営とすることに賛成。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村間の格差の是正が必要である。</li> </ul> </li> <li>○全年齢について、都道府県単位の運営とすべき。(計6件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県単位への移行については、期限を定めて全国一律に行うべき。</li> <li>・国保の広域化を2段階で進めるのは2度手間であり、十分時間をかけて検討・準備をして一度で行うべき。</li> <li>・直接移行した方が、システム改修や資格管理の負担が少ない。</li> </ul> </li> <li>○70～74歳の給付は財政調整されており、対象年齢を70歳以上にすべき。</li> <li>○行政上の制度を設計するときには年齢の区分は避けて通れない。</li> <li>○国単位で財政運営を行うべき。(計4件)</li> <li>○国保の中で高齢者の財政運営を別にすることは反対。(計3件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・別建ての財政運営は保険原理に反していないか。</li> </ul> </li> <li>○65歳以上を別勘定で経理することは、現行制度の二の舞になり、反対である。</li> <li>○国保の広域化は反対。(計2件)</li> <li>○広域化だけでは解決しない、構造的課題の解決に向けた議論が必要。(計4件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県内で広域化して平準化しても、日本の国内で見れば新たな矛盾が生じる。</li> </ul> </li> <li>○国保を広域化しても、国の負担が増えなければ加入者の負担は軽減されないのではないか。(計2件)</li> <li>○広域化した場合、市町村独自の考え方が反映できなくなるのではないか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・独自の減免制度等がなくなるのではないか。</li> </ul> </li> <li>○国保の広域化については、一般財源の投入、保険料の統一等に強い関心を持っている。</li> <li>○元の国保に帰ることにより国保財政の圧迫につながる懸念がある。</li> <li>○国保財政の健全化のための財政措置をすべき。</li> <li>○国保への国庫負担をどこまで削減するか明確でないので賛否の判断ができない。</li> <li>○構造的な問題を解決しないまま広域化しても、全国に巨大な赤字団体をつくるだけ。</li> <li>○都道府県単位の運営になった場合は、都道府県の財政的負担が大きすぎる。</li> <li>○都道府県単位の運営になった場合は、資産割をなくす方向と考えていいのか。</li> <li>○都道府県単位の運営とすることの根拠が不明。(3件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村から都道府県単位に移行させるなら、連携の仕組みをしっかりと作るべき。</li> <li>・65歳、75歳と線引きする合理的理由を示すべき。</li> </ul> </li> <li>○都道府県単位の財政運営において、市町村との関係や国の責任等、明確な責任分担がなされるのか。</li> <li>○国保の保険者機能を発揮させるためにも、都道府県単位の運営は財政のみとすべき。</li> <li>○国保への公費削減により国保財政の赤字、一般財源投入という事態を招いていることを検証すべき。</li> <li>○都道府県が保険者になれば、行政の効率化のみならず、一体的な保健・医療の実現が可能になる。</li> </ul>
<p>3. 国保の運営のあり方 (2) 運営の仕組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○都道府県と市町村の役割について適正な協議が必要である。</li> <li>○共同運営する仕組みは、責任が不明確。</li> <li>○共同運営方式は市町村の業務増加につながる。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・事務分担を分けることは非効率。</li> </ul> </li> <li>○国保を広域化すると、市町村窓口できめ細かい対応ができなくなる問題が出てく</li> </ul>

	<p>るのではないか。</p> <p>○財政運営を都道府県、保険料の徴収・給付事務は市町村が担うべきだが、都道府県と市町村の関係がうまく機能できるシステムの検討が必要。</p> <p>○給付事務は都道府県単位で行うべき。</p> <p>○給付事務は市町村で行うべき。</p> <p>○サービスの受け手としては身近な市町村がよい。</p> <p>○財政運営を都道府県とした場合でも、窓口業務、保険料の徴収、保健事業等は市町村が担うべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険料の徴収率向上のためには、市町村単位で行う必要がある。</li> </ul> <p>○標準保険料率の仕組みに早急に対応できない市町村はどうするのか。</p> <p>○市町村が保険料率を定めることと、都道府県単位の保険料率の関係が不明。</p> <p>○国保を広域化すると、単に保険料を集めて、医療費を支払う組織になってしまうのではないか。</p> <p>○都道府県単位の運営になった場合でも、市町村単位の審査会は残すべき。</p> <p>○広域化すると、広域連合の議会のようになり、議会運営ができない。(2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・議員が早期に交替する。</li> <li>・高齢者の代表が参加できる制度にする必要がある。</li> <li>・議会が形骸化する。</li> </ul> <p>○広域化計画を推し進め、保険料の格差を無くしていくべき。</p>
<p>3. 国保の運営のあり方</p> <p>(3) 運営主体</p>	<p>○運営主体は都道府県とすべき。(計10件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費適正化計画を行うものであるため。</li> <li>・市町村ごとの保険料を統一すべき。</li> </ul> <p>○赤字の市町村を集めても、結局赤字になるなら、都道府県も運営主体になりたくない。</p> <p>○実施主体が都道府県で、窓口が市町村では混乱が生じる。</p> <p>○広域連合による運営は問題がある。</p> <p>○朝令暮改の制度では広域連合の認知度が低いのは当然である。(計2件)</p> <p>○運営主体は広域連合とすべき。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでノウハウを蓄積している。</li> </ul> <p>○国が責任を持って運営を行うべき。(計2件)</p> <p>○運営主体の説明責任が果たせるようシンプルな制度にすべき。</p> <p>○将来は税をもって国が運営すべきだが、中間的措置であれば都道府県が運営すべき。</p> <p>○都道府県単位の運営主体については、将来、道州制が導入されたらどうなるのか。</p>
<p>3. 国保の運営のあり方</p> <p>(4) 財政安定化基金</p>	<p>○基金の財源をどのように確保するのか。</p> <p>○基金が、一般会計の繰入金の役割を果たすようになるのか。</p> <p>○基金を安易に活用すると、国・県の負担が増えるため、一定の基準が必要である。</p> <p>○保険料に対し、恒常的に活用するのは目的外使用である。</p>
<p>4. 費用負担</p> <p>(1) 支え合いの仕組み</p>	<p>○公費、現役世代、高齢者で公平に負担を分かち合うべき。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれの負担増についても検討しなくてはならない段階になっている。</li> <li>・公平かどうかわかりにくい。</li> </ul> <p>○世代間の公平性を確保すべき。(計2件)</p> <p>○保険者別の負担について、将来推計を出すべき。</p> <p>○制度移行により保険者の財政負担が増加しないようにすべき。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被扶養者が戻ってくると、被用者保険は厳しくなるのではないか。</li> </ul> <p>○現行の前期財政調整の仕組みは問題がある。(計2件)</p>

	<p>○高齢の被扶養者の保険料を徴収しないことになれば、被用者保険の負担増となるのではないか。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・65歳以上に公費を投入した上で、保険者間は応能負担すべき。</li> </ul> <p>○財源の見通しが立たない中で、誰がどれだけ負担するのかが見えない。</p> <p>○高齢者、現役世代の負担に上限を設け、超える部分は公費で賄うべき。</p> <p>○財政力のある健保組合や金持ちにどんどん負担させるべき。</p> <p>○高齢者の保険料を10%程度で据え置くのであれば、現役世代が公費が負担することは自明である。</p>
<p>4. 費用負担 (2) 公費</p>	<p>○公費負担を拡充すべき。(計52件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現役世代の保険料による支援は限界。</li> <li>・国民皆保険を守り、持続可能な制度とするために不可欠。</li> <li>・拠出金に公費投入を考えるべき。</li> <li>・国保制度の維持のためには、公費を拡充すべき。</li> <li>・健保組合をつぶすようなことはしないでほしい。</li> <li>・何故、今すぐにでも公費を拡充しないのか。</li> <li>・産業、企業を守る観点からも公費拡充が必要である。</li> </ul> <p>○安定した財源を明示・確保すべき。(計23件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・併せて税制改革の議論を行うべき</li> <li>・消費税を引き上げるべき。</li> <li>・福祉税(消費税も可)を新設する。</li> <li>・長期ビジョンを見据えた上で、安定的財政基盤の構築が可能であれば、多少の増税はやむを得ない。</li> <li>・消費税を目的税化すべき。</li> </ul> <p>○被用者保険を含め、65歳以上に5割の公費を投入すべき。(計19件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・その上で、高齢者の保険料を先充てし、残りを現役世代の保険料で賄うべき。</li> </ul> <p>○公費投入の具体的内容について明らかにすべき。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・財源を示すべき。</li> </ul> <p>○負担を上げないという理由で公費を投入すべきでない。</p> <p>○公費の拡充については、地方への負担の押しつけにならないようにすべき。</p> <p>○財源問題を解決しないまま制度改正しても同じことを繰り返すだけである。</p> <p>○国の具体的な財政責任を示していないのは無責任である。</p>
<p>4. 費用負担 (3) 高齢者の保険料</p>	<p>○高齢者も負担能力に応じた負担をすべき。(計13件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年金収入に応じた負担軽減を図ってほしい。</li> </ul> <p>○医療費の伸びによる保険料の将来推計を示すべき。(計3件)</p> <p>○制度移行により保険料負担が増加するのではないか。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被用者保険の被扶養者の保険料負担が無くなり、不公平ではないか。</li> </ul> <p>○被扶養者であっても保険料を負担すべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢者医療制度で改善された高齢者間の不公平が再び生じる。</li> </ul> <p>○保険料は個人単位で賦課・徴収すべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険料を世帯主に賦課することで、新たな滞納を招くおそれがある。</li> </ul> <p>○年金天引きを推進すべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経費の削減額を示して同意を求めべき。</li> <li>・義務化しなければ、収納率の低下に繋がる。</li> <li>・世帯員である高齢者についても、年金天引きを行うべき。</li> </ul>

	<p>○後期高齢者の年金天引きは残して欲しい。</p> <p>○年金天引きを標準とすることに疑問。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な保険料の徴収を確実にできるのか。</li> </ul> <p>○年金天引きを止め、希望者のみとした場合、収納率が低下するのではないか。</p> <p>○年金天引きはやめるべき。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年金天引きは個人の財産権の侵害である。</li> </ul> <p>○高齢者の負担を軽くしすぎている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被扶養者の9割軽減は足りない。</li> </ul> <p>○障害者、低所得者等の保険料を軽減すべき。</p> <p>○高齢者の保険料はゼロにすべき。</p> <p>○保険料の上昇は避けられない。</p> <p>○保険料の算定は、都道府県内で一律にすべき。</p> <p>○運営主体で決定した標準保険料率で賦課すべき。</p> <p>○高齢者の保険料水準は現行を維持すべき。</p> <p>○保険料の上限額の設定は十分検討の上、設定すること。</p> <p>○収納率による保険料の変化は、同地域で同所得であれば同保険料負担という原則に反する。(計2件)</p> <p>○保険料ではなく税でまかなうべき。(計3件)</p> <p>○保険料を納付している者と滞納者との不公平感を解消できる制度にすべき。</p> <p>○世帯主が保険料を払った場合、世帯員の高齢者は社会保険料控除が受けられないのではないか。</p> <p>○2方式で保険料を算出することには賛成。</p>
<p>4. 費用負担 (4) 現役世代の支援</p>	<p>○現役世代の負担が過重なものにならないようにすべき。(計22件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・持続的に支えられる仕組みにすべき。</li> <li>・現役世代の負担の現状を高齢者に理解してもらわなければならない。</li> <li>・財政力の弱い健保組合の負担を軽減してほしい。</li> <li>・保険料負担の限界を見極める必要がある。</li> <li>・現役世代の負担の現状を国民に発信すべき。</li> </ul> <p>○被用者保険間では、総報酬割による仕組みにすべき。(計5件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公費の拡充が前提。</li> </ul> <p>○国保と被用者保険間では加入者割とすべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公費の拡充が前提。</li> </ul> <p>○被用者保険の負担が過重となっている視点が欠けている。(計2件)</p> <p>○拠出金負担が軽減される仕組みをつくるべき。</p> <p>○負担額算出に必要な数値等が示されていない。</p> <p>○健保組合の支援金の増額は、政権がいう「雇用の安定」と逆行する。</p> <p>○拠出金の負担に耐えられず、解散する健保組合が続出している現状は大きな問題。</p> <p>○総報酬割を口実に、組合健保に負担を肩代わりさせるのはやめてほしい。</p> <p>○若い世代が払い損になることはないのか。</p> <p>○企業負担の割合を高める仕組みが必要ではないか。</p> <p>○被用者保険も被扶養者数に応じて、保険料を決定すべき。</p> <p>○被用者の全保険者一律の保険料を設定すべき。</p> <p>○拠出金負担には一定の歯止めが必要。(計3件)</p> <p>○保険料の伸びは自助努力により保険料が軽減されるような仕組みにして欲しい。</p>



<p>4. 費用負担 (5) 高齢者の患者負担</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者の窓口負担は無料化すべき。(計6件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・75歳以上の方は無料化。</li> </ul> </li> <li>○70～74歳の方の窓口負担は1割にすべき。(計2件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・これからも1割であると思われたい点がよくない。</li> </ul> </li> <li>○70～74歳の方の負担割合の凍結を解除すべき。(計2件)</li> <li>○1割負担と3割負担の中間に、2割負担を設けるべき。(計2件)</li> <li>○高額療養費の限度額引き下げを検討すべき。</li> <li>○3割負担(現役並み)は重すぎる。(計2件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・65～69歳までの方の3割負担は重すぎる。</li> </ul> </li> <li>○高齢者の窓口負担を下げるべき。(計3件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・国庫負担を拡充し、現行の窓口負担を引き下げるべき。</li> <li>・高齢者の窓口負担は、一律1割にすべき。</li> </ul> </li> <li>○支援金等に総報酬制を導入するなら、窓口負担に特例を設けず公平にすべき。</li> <li>○軽減措置は今のままでよい。</li> </ul>
<p>5. 医療サービス</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療費の抑制は行うべきでない。(計2件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な医療が、負担が苦しいために抑制されることがないように対応すべき。</li> </ul> </li> <li>○安心して医療が受けられる制度にすべき。(計2件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・安心・安全な医療体制を構築してほしい。</li> <li>・医師配置の改善を求める。</li> </ul> </li> <li>○医療費を抑制する努力も必要である。(計3件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・過剰な検査や治療の抑制を図るべき</li> </ul> </li> <li>○高齢者に対する投薬や検査の無駄を排除すべき。(計2件)</li> <li>○延命治療のあり方をどう考えるのか。</li> <li>○医薬分業を見直し、薬局における管理コストを軽減すべき。</li> <li>○高額療養費の申請主義を見直し、自動支払いにできないのか。</li> <li>○診療報酬について後期高齢者医療制度の水準に国保と被用者保険があわせられていくことはないのか。</li> <li>○急性期と慢性期の機能体制が整っていない。</li> <li>○医療制度についての広報活動を徹底すべき。</li> <li>○重症化防止に向けた効果的な治療が行われているか確認するシステムの検討が必要。</li> <li>○医療業務が簡素化されたのに、以前のような複雑な制度になるのか危惧している。</li> </ul>
<p>6. 保健事業等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○保健事業を拡充すべき。(計3件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・各保険者の健診実施を義務化すべき。</li> <li>・健康作りの意識を持たせるような取組を行うべき。</li> </ul> </li> <li>○保健事業実施による医療費低減のインセンティブが、当該市町村の保険料水準に反映される制度にすべき。</li> <li>○現行の加算・減算のようなペナルティの仕組みは廃止すべき。</li> <li>○保険者機能を発揮し、医療費の効率化に取り組める仕組みにすべき。(計2件)</li> <li>○健康保険組合は保険者機能を発揮しており、医療費適正化に貢献している。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者医療制度や国保における医療費適正化の取組は緩い。</li> </ul> </li> <li>○高齢者の医療費増加、保険料収入減少により保険者機能は発揮できなくなっている。</li> <li>○医療費が増加する理由や、その抑制方法について、十分に検討すべき。</li> <li>○後発医薬品の使用促進など、医療費の適正化に取り組むべき。(計2件)</li> <li>○高齢者に対する医療費を適正化すべきではないか。</li> </ul>

	<p>○広域化されてきめ細やかなサービスがなされるか不安。</p> <p>○75歳以上になれば入院か通院の際に精密検査を受けており、健診は無駄である。</p> <p>○特定健診・特定保健指導のあり方を再検討すべき。</p> <p>○特定健診・特定保健指導において歯科部門の充実を図るべきである。</p> <p>○健診費用は市町村で持つべきではないか。保険料に転嫁すべきではない</p> <p>○全体的な医療費削減となる対策が必要である。</p> <p>○レセプト審査を厳格化すべき。</p> <p>○健康な高齢者に対し、健康づくりや予防につながる保健事業を充実する必要がある。</p>
7. 新制度への移行	<p>○事前の広報等を十分に行う必要がある。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村、各保険者だけでなく、国は責任をもって周知を行うべき。</li> <li>・ 誰もが納得できるわかりやすい説明が必要である。</li> </ul> <p>○移行事務について、十分に検討すべき。</p> <p>○システム改修について、十分に検討・取組を行うべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ システム改修の内容を早めに教えてもらいたい。</li> <li>・ 新制度創設までのスケジュールは十分なのか。</li> </ul> <p>○被保険者の制度移行に伴う手続が円滑に行える方法を検討すべき。(計2件)</p> <p>○変更に係る大きな費用負担や事務負担に十分留意いただきたい。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 申請書等、高齢者の負担にならない仕組みにすべき。</li> </ul> <p>○制度改正に伴うシステム改修・広報は、その費用対効果について国民が納得できるものなのか。</p> <p>○公聴会は形式的であり、もっと幅広く意見を聴取すべき。(計4件)</p> <p>○地方都市では説明会等がないので、積極的に取り組んでほしい。</p>
8. その他	<p>○傷病手当金等を受給されていた人の権利は担保すべき。</p> <p>○国保における保険料未納対策について考えるべき。</p> <p>○国保の保険料滞納者、資格証明書発行による受診抑制などの問題から考えてほしい。</p> <p>○共済組合を無くし、国保の被保険者とする方が仕事に対する責任感が生まれる。</p> <p>○公聴会出席者に前もって資料を送付してほしかった。</p> <p>○核家族から三世家族化への施策転換により格差社会を是正すること。</p> <p>○社会保障番号を早期に整備し、医療費の管理ができる体制を構築する。</p> <p>○制度間に保険適用対象外の扱いに谷間ができないようにすべき。</p> <p>○医療費抑制は保険者だけの要請ではなく、医療提供側への強い指導が必要である。</p> <p>○優秀なケアマネージャーの養成と増員、地域包括支援センターのPRと活用を徹底すべき。</p>

「新たな高齢者医療制度についての公聴会」での意見交換概要（東海・北陸ブロック）

意見発表を行った方 8名

	意見交換の概要
<p>○愛知県名古屋市 市の70代男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 75歳以上という年齢で区切って独立した制度に加入させる後期高齢者医療制度は直ちに廃止し、老人保健制度に戻すべきである。</li> <li>・ 新たな制度において、75歳以上を財政上別建ての制度とすることは、今までと同じ差別、囲い込みの制度ではないか。</li> <li>・ 国保の広域化については、各自治体が住民の意見を聞き積み上げてきた国保の制度を全てチャラにするものであり、反対である。</li> <li>・ 先般実施した意識調査の結果においても、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は、適切でないというのが国民の多くの意見であったことから、できるだけ早く廃止すべきだということで進めている。</li> <li>・ 後期高齢者医療制度を廃止し、仮に老人保健制度に戻す場合、全市町村でシステム改修に約2年かかる。また、老人保健制度に問題があったため後期高齢者医療制度が創設されたところであり、老人保健制度に戻しても根本的な解決にはならない。さらに、元の老人保健制度に単純に戻すこととなれば、高齢者の方の保険料の格差が2倍から5倍に拡大し、高齢者の方の混乱を招く。これらの点から、老人保健制度へ戻すことは現実的ではないと考える。</li> <li>・ 現行制度は75歳という年齢で区切り、今まで加入していた医療保険とは別の医療保険に加入させられることにご批判をいただいていたことから、新たな制度では、高齢者も若人と同じ国保か被用者保険に加入していただくことで、年齢による差別的な扱いの解消を図ることとしている。</li> <li>・ 都道府県単位の財政運営にせず単純に国保に戻ると、保険料格差が2倍から5倍に拡大し、多くの高齢者の方の保険料が上がる。</li> <li>・ 市町村単位で国保を運営することは財政上不安定であること等から、市町村からも国保の運営を変えて欲しいという強い要望がある。</li> </ul>
<p>○愛知県瀬戸市 在住の60代男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行制度の最大の課題は財源不足であり、公費の拡充が不可欠である。</li> <li>・ 検討事項がまだ多くあるのに、時間切れで進められるのは遺憾であり、スケジュールをリセットして欲しい。</li> <li>・ 見直しをするからには、持続可能な制度構築に向け、具体論で合意形成を図ってもらいたい。</li> <li>・ 公費については、高齢者の保険料や各保険者の拠出金がこれ以上は上げられないという時が来た時に拡充しなければいけないと考えているが、今の時点で平成何年度から何割にするということは決められない。その時々々の社会情勢に応じ、定期的に公費のあり方の見直しを検討するということを制度の中に組み込むことが必要であると考えている。</li> <li>・ 一方で、保険者同士の助け合いも必要である。健康保険組合を例にとると、それぞれの健康保険組合で保険料負担に格差があり、負担が大変なところや余力があるところがあることから、支援金について総報酬割とすること仕組みが必要であると考えている。</li> <li>・ その際、健康保険組合全体として見た場合、大幅に負担が増えるということでは、</li> </ul>

	<p>ご理解いただけないことから、一定程度の公費の拡充を行い、大幅に負担が増えないようにすることが必要と考えている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ スケジュールについては、意識調査の結果からも直ちに制度を見直すべきというご意見が国民の皆様の多数意見であることから、定まったスケジュールの中で改革会議と併行して、それぞれの関係者とも個別に意見交換を行い、年末までに具体的な案がまとめられるように引き続き努力していきたい。</li> <li>・ 具体的な試算については、各論の議論が深まらないと一方的に試算を出すことはできなかったが、10月の改革会議においては具体的な試算を示した上で議論をいただく。</li> </ul>
<p>○愛知県名古屋市在住の60代男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被用者保険者間における後期高齢者支援金の額の算定は、全て総報酬割とすべき。</li> <li>・ 特定健診、特定保健指導の達成状況によるペナルティ制度を廃止して欲しい。</li> <li>・ 支援金については、保険者間の助け合いを進め、無理なく負担をしていただくために総報酬割にすることは必要だと考えているが、健康保険組合全体として大幅な負担増とならないことが重要である。</li> <li>・ 高齢期の医療費をできるだけ効率的なものにしていく必要があり、若い頃からの健康づくりは重要であるから、特定健診・特定保健指導については、引き続き進めていかなければならない。しかし、それを直ちに加算・減算につなげることについては、様々なご批判があるため見直すべきところは見直していきたい。</li> </ul>
<p>○愛知県日進市在住の40代男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被用者保険の立場からは、国保の都道府県単位の財政運営とする年齢は65歳以上とすることが妥当。</li> <li>・ 都道府県単位で安定的な運営を図り、費用負担・運営責任を明確化させ、保険者機能が発揮できるようにすべき。</li> <li>・ 国保も被用者保険も65歳以上の高齢者について、公費投入5割を実現すべき。</li> <li>・ 被用者保険の立場からというよりも、まず高齢者の立場や国保の運営の立場から考えていくことが必要であると考えており、前回の改革会議で75歳以上とすることが適当ではないかということでお示した。</li> <li>・ 仮に65歳以上の方を対象として財政運営を都道府県単位の運営とした場合には、65～74歳の方の保険料が大きく変動する。また、次の段階に全年齢を対象とした都道府県単位化を図る際にも保険料が変動することで、2回にわたり保険料が変動することにより混乱を生じさせることとなる。</li> <li>・ また、65～74歳の方が都道府県単位の運営となって保険料の収入が都道府県単位の歳入となると、市町村国保によっては65～74歳の方の保険料収入に大きく依存しているところがあり、市町村国保によっては大きな負担増が生じることとなる。</li> <li>・ 現行の財政調整の仕組みは、後期高齢者の財政調整は被用者保険に有利な仕組みを採っており、65～74歳の前期高齢者の財政調整は市町村国保に有利な仕組みを採っている。新たな制度においても、現行制度のそれらを組み合わせた仕組みがよいのではないかとご提案したところ。</li> <li>・ 都道府県単位で運営する場合、保険者機能が発揮されるようにすべきというご指摘に沿って、全て都道府県単位の組織が事務を行うのではなく、都道府県単位の組織と市町村が役割分担と責任を明確にし、それぞれが対応することとしなければならないと考えている。それぞれが力を持っているところを組み合わせ、地域の総合力によ</li> </ul>

	<p>り共同運営できる仕組みにしていきたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 仮に65歳以上に公費を5割投入することになると、約2兆円必要になってくるため、これを直ちに実現することは難しい。いずれにしても、公費の拡充は必要だと考えており、次回の改革会議において財政試算をお示しし議論いただきたいと考えている。</li> </ul>
<p>○岐阜県八百津市在住の70代男性</p> <p>●厚生労働省 (唐澤審議官)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険料増、窓口負担の増大は、社会全体の問題として、さらに掘り下げて検討すべき。</li> <li>・ 医師不足、専門医不足や診療科の減少等の医療提供体制の是正に向け取り組んでほしい。</li> <li>・ 高齢者医療については、財源をどうするかという問題がある。併せてその地域で医療や介護をどのように提供していくのか、あるいは、その仕組みをどうするのかということが重要な問題である。</li> <li>・ 医師の偏在について、厚生労働省としては、医師の養成数を増やしているところ。具体的には、従来8千人のところを9千人に増やしており、また、医療機関同士のつながりをどう作っていくか、あるいは介護施設等へのつながりをどのように作っていくかも非常に重要だと考えている。</li> <li>・ 日本では、医師は約30万人おり、うち約10万人が診療所にいて、残り20万人位が、1万程度の病院にいるため、1つの病院に約20人いることとなる。一方、ヨーロッパでは100床の病院であれば医師は50人、看護師は100人以上いる。日本の病院もこういった急性期の医療を行う上ではヨーロッパのような体制になっていく必要があるのではないかと考えている。</li> <li>・ ただし、全てが急性期の病院となる必要はなく、また、急性期の病院だけが重要ではなく、リハビリや療養を行う病院との役割分担を行うことも必要である。</li> </ul>
<p>○岐阜県可児市在住の50代男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後期高齢者医療制度の利点は残すとしているが、老人保健制度からの改革においては高齢者の保険料の納付義務を明確にしたとしていたのが、新たな制度では世帯主が納めることになることで、改革に逆行するのではないか。</li> <li>・ 収納率の関係で、75歳以上の方が国保に戻った場合、全国平均は現行制度より2ポイント低下し、97%となることに対策が必要ではないか。</li> <li>・ 国保財政の構造的改革が必要ではないか。</li> <li>・ 新たな制度では、75歳以上の方は国保か被用者保険に加入することになるため、国保に加入される方は、世帯主がまとめて納めることになり、被用者保険に加入される方は、働いている本人が被扶養者の方の分もまとめて納めることになる。</li> <li>・ 一方、医療保険全体として見ると75歳未満の方は世帯単位で保険料を納めていただいている。</li> <li>・ 介護保険が先に被保険者一人一人に保険料の納付義務を課したことから、後期高齢者医療制度はこれに倣い、75歳以上の高齢者個々人に納付義務を課すことにしたが、理解が得られなかった。</li> <li>・ 新たな制度では、保険料の収納率が低下するのではないかというご質問については、試算をしたところ、97%程度以上は確保できる見込みであるが、若干収納率が落ちる見込みであることから、更なる収納対策を考えなければならない。</li> <li>・ 具体的には、年金の天引きを希望される方は、年金からの天引きを行えることをはじめ、収納率低下を防止する仕組みを講じていきたい。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保財政のご指摘については、国保財政基盤強化策を4年間延長することとし、これまでも延長の際に対策の強化も数次にわたって行っており、4年後においてもどのような対策を行うのか検討をしていく。これに加えて国保の広域化による財政運営の安定化を図ることとしているものである。</li> </ul>
<p>愛知県豊田市在住の60代男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康保険組合の負担は限界である。公費拡大なしに改革は意味が無い。</li> <li>・ 国民医療費が35兆円を超えたことから、医療費総額の適正化（抑制）が不可欠ではないか。</li> <li>・ 現役世代から高齢者への拠出金の割合が増えることは、高齢化が進む中でやむを得ないことであることをご理解いただきたい。</li> <li>・ こうした中で、医療費を効率化出来るところは効率化していく取り組みは重要だと考えており、中間とりまとめにおいても3つお示ししている。</li> <li>・ 1つ目は、若い頃からの健康づくりであり、各保険者において特定健診や特定保健指導を引き続き、しっかりと行っていくことが必要である。</li> <li>・ 2つ目には、国保の財政運営を都道府県単位化することで、財政運営と併せて都道府県単位で、その地域の住民の医療費の効率化に向けた取組を一層推進するための体制や具体的仕組みについて検討することが必要だと考える。</li> <li>・ 3つ目には、高齢期の医療費の効率化を図っていくことで、来年度から後発医薬品を使用した場合に医療費がどれだけ安くなるのか、差額の通知を全ての保険者で行っていかうとしている。また、レセプト点検や重複・頻回受診者への訪問指導等の取組も進めていく。</li> </ul>
<p>○愛知県豊田市在住の40代男性</p> <p>●厚生労働省 (唐澤審議官)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者が国保に移行するだけで、内容が引き継がれることのないようにすべき。</li> <li>・ 事業仕分けの際の議論にあったように、被用者保険や国保の診療報酬が後期高齢者医療制度の水準に下がっていかないか。</li> <li>・ 健康の問題については、自己責任論が主流となってしまわないか。</li> <li>・ 国保の財政赤字をどうするかは重要な課題であり、都道府県単位化の議論と併せて考えていかなければならない。</li> <li>・ ビタミン剤等を保険外にすべきではないかというのが事業仕分けの際に議論となり、厚生労働省としてはその対応は難しいと回答したところ。本来の医療としてどのようなサービスが提供されるべきで、医療の範囲がどこまでかは、引き続きしっかりと議論していきたい。</li> <li>・ 本人に起因する健康問題もあるが、病気には社会的要因や環境的要因もあることから、全ての健康問題を自己責任とすることは難しい。</li> </ul>

「新たな高齢者医療制度についての公聴会」に寄せられた御意見（中国・四国ブロック）

<p>1. 制度改革全般</p>	<p>○後期高齢者医療制度の廃止に賛成。(計8件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・速やかに新たな制度へ移行すべき。</li> <li>・年齢による差別は廃止すべき。</li> <li>・「後期高齢者」という名称はなくすべき。</li> </ul> <p>○現行制度を継続すべき。(計9件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・制度は定着しており、廃止は新たな混乱を招く。</li> <li>・部分修正でよいのではないか。</li> <li>・廃止すべきという意見が本当に多いのか。</li> <li>・システム改修等に多額の費用がかかるのではないか。</li> <li>・年齢による区分は合理的で、良い制度である。</li> </ul> <p>○10年かけて検討した現行制度を、施行後すぐに改めることに疑問。(計8件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・将来に渡り持続可能な制度を確立すべき。</li> </ul> <p>○もっと時間をかけて議論すべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者や若年者が納得できる安定した医療制度を検討すべき。</li> <li>・2か月で最終とりまとめをすることは乱暴すぎる。</li> </ul> <p>○一旦、老人保健制度に戻すべき。(計6件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象年齢を拡大しているだけではないか。</li> </ul> <p>○医療保険制度全体の見直しを行うべき。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会保障全体(年金・介護等)の問題として検討すべき。</li> </ul> <p>○将来的な見通しを持って、制度を議論すべき。(計10件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・先を見据えた改正をすべき。</li> <li>・安定的かつ持続的な運営が確保できる制度にすべき。</li> <li>・理念をもった制度にすべき。</li> <li>・国が最終的な財政責任を負うことを明確にすべき。</li> </ul> <p>○財政・財源的な議論を先に行うべきではないか。(計17件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公費と負担のあり方を議論すべき。</li> <li>・財政問題の解決案を示すべき。</li> </ul> <p>○検討事項に即した財政影響の試算を行うべき。(計6件)</p> <p>○「中間とりまとめ」は良い点ばかりで、悪い点も示すべき。(計2件)</p> <p>○「中間とりまとめ」からは制度の内容がわからない。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全体像が見えない。</li> </ul> <p>○改革会議のメンバーに、現役世代の代表が入っていないのではないか。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現役世代の代表者のみでなく、当事者からも意見を聞くべき。</li> </ul> <p>○国民に現状を理解していただき、国民全体で考えるようにすべき。</p> <p>○引き続き検討としている項目が多いが、もう少し方向性を示すべき。(計5件)</p> <p>○国保制度に限界がきているのに、それを一層加速させるようにしか見えない。</p> <p>○新たな高齢者医療制度の名称については、前向きな名称として欲しい。</p> <p>○「中間とりまとめ」は全体的によくまとまっている。(計3件)</p>
<p>2. 制度の基本的 枠組み</p>	<p>○改革の方向性としては賛成。(計8件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利点と問題点を踏まえている。</li> <li>・早期に移行すべき。</li> </ul> <p>○高齢者も国保又は被用者保険に加入する仕組みに賛成。(計12件)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域保険を国保に一本化する仕組みに賛成。</li> <li>・ 保険者の負担が増えないような配慮も必要。</li> <li>・ 同一世帯で同じ保険に加入することに賛成。</li> </ul> <p>○ 都道府県単位と市町村に運営が分かれる制度は複雑で分かりにくい。(計4件)</p> <p>○ 全ての医療保険を一元化すべき。(計10件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年齢や職域で区別すべきでない。</li> <li>・ 国民の負担の公平を実現すべき。</li> <li>・ 保険財源の確認が必要。一時的な財源確保では保険制度は破綻する。</li> </ul> <p>○ 一定の年齢区分は必要。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 財政上、年齢区分は必要。</li> <li>・ 負担の明確化を図る必要がある。</li> <li>・ 高齢者を独立した制度とし、国民全体で支える意識を持つことが必要。</li> </ul> <p>○ 高齢者にとってわかりやすい、シンプルな制度にすべき。(計7件)</p> <p>○ 老健制度の問題点が再び生じるのではないか。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者間の保険料格差が生じる。</li> </ul> <p>○ 医療保険の一元化はせず、地域保険と職域保険の二本立てで国民皆保険を守るべき。</p> <p>○ 退職者も被用者保険グループで支える仕組みにすべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生涯を通じた健康管理で、保険者機能を発揮できる。</li> </ul> <p>○ 被扶養者の保険料負担がなくなり、高齢者間の公平性が図れなくなることについては、財政調整の仕組みを明確に示すことで納得を得るべき。</p>
<p>3. 国保の運営のあり方</p> <p>(1) 財政運営</p>	<p>○ 65歳以上を対象に都道府県単位の財政運営とすべき。(計11件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退職年齢や年金受給開始年齢と合わせるべき。</li> <li>・ 65歳以上で医療費が増加しており、負担の明確化を図る必要がある。</li> </ul> <p>○ 75歳以上を対象に都道府県単位の財政運営とすべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 都道府県間の調整もすべき。</li> </ul> <p>○ 高齢者について都道府県単位の財政運営とすることに賛成。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村間の高齢化率の差を是正し、安定的な運営とした点を評価。</li> </ul> <p>○ 国保の中で高齢者の財政運営を別にするには反対。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 差別的取扱いは変わらない。</li> </ul> <p>○ 広域化だけでは解決しない、構造的課題の解決に向けた議論が必要。(計7件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 財政基盤は社会全体で考えるべき。</li> <li>・ 市区町村単位のコンパクトな機動力が発揮できる組織にすべき。</li> <li>・ 広域化に向けたメリット・デメリットを示すべき。</li> </ul> <p>○ 全年齢について、都道府県単位の運営とすべき。(計8件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ タイムスケジュールを提示すべき。</li> <li>・ 今回の改正時に行うべき。</li> <li>・ 都道府県単位への移行については、期限を定めて全国一律に行うべき。</li> </ul> <p>○ 高齢者について、国保の広域化が必要。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村や都道府県単位化だけでなく、国の明確な責任分担を示すべき。</li> </ul> <p>○ 将来、国単位で運営を行うべき。</p> <p>○ 国保を広域化する必要性が見えない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 低所得者や高齢者の比率が高い市町村国保の構造的課題は解決できない。</li> </ul> <p>○ 元の国保に帰ることで、国保財政の圧迫に繋がらないか。</p>



<p>3. 国保の運営のあり方 (2) 運営の仕組み</p>	<p>○財政運営を都道府県とした場合でも、窓口業務、保険料の徴収、保健事業等は市町村が担うべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現場に最も近い市町村の役割が重視される。</li> </ul> <p>○市町村が徴収率を踏まえて保険料を決めるのでは、県内一律の公平な保険料にならない。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現制度より後退するのではないか。</li> </ul> <p>○同じ都道府県でも地域によって医療の受けやすさが異なるので、同一の保険料では不公平ではないか。</p> <p>○国保を広域化すると、市町村窓口できめ細かい対応ができなくなる問題が出てくるのではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事務負担は都道府県単位で行うべき。</li> </ul> <p>○給付事務は、都道府県単位で行うべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費適正化のインセンティブが働かない。</li> </ul> <p>○国、県、市町村の役割分担を明確にすべき。</p>
<p>3. 国保の運営のあり方 (3) 運営主体</p>	<p>○運営主体は都道府県とすべき。(計7件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・広域連合は市民からの認知度が低い。</li> <li>・保険者機能を発揮しやすい。</li> </ul> <p>○広域連合による運営は問題がある。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・責任が不明確。</li> </ul> <p>○運営主体は広域連合とすべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現行システムを利用できる。</li> <li>・市町村との連携・調整で、十分な機能を発揮している。</li> </ul> <p>○運営主体は市町村とすべき。</p> <p>○運営主体について今後「道州制」との関係はどう考えているのか。</p>
<p>3. 国保の運営のあり方 (4) 財政安定化基金</p>	<p>○基金の設置は必要。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・財政リスクを軽減する必要がある。</li> </ul> <p>○基金の財源をどのように確保するのか。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県ごとに、繰入額に差が出るのではないか。</li> <li>・1/3を拠出することは都道府県には過度の負担となるため、保険料と国費のみを財源とすべき。</li> </ul> <p>○基金の必要性がよくわからない。(計2件)</p>
<p>4. 費用負担 (1) 支え合いの仕組み</p>	<p>○制度移行により保険者の財政負担が増加しないようにすべき。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・負担増を生じさせない方法を明確にすべき。</li> </ul> <p>○高齢者の負担を抑制する代わりに、誰がその分を負担するのか。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費は増大する一方だが、どこから負担をもってくるのか。</li> </ul> <p>○公費、保険者、被保険者で公平に負担を分かち合うべき。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・少子高齢化等の実態に応じたものにすべき。</li> </ul>

<p>4. 費用負担 (2) 公費</p>	<p>○公費負担を拡充すべき。(計18件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現役世代の保険料による支援は限界。</li> <li>・持続可能な制度とするために不可欠。</li> <li>・一部の保険者に過重な負担とならないようにすべき。</li> <li>・国保法等改正法案の附帯決議を実行すべき。</li> </ul> <p>○被用者保険を含め、65歳以上に5割の公費を投入すべき。(計11件)</p> <p>○安定した財源を明示・確保すべき。(計10件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・併せて税制改革の議論を行うべき。</li> <li>・消費税を引き上げるべき。</li> <li>・税制の抜本改革の議論も並行して行うべき。</li> </ul> <p>○負担を上げないという理由で公費を投入すべきでない。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・税による負担が増えるだけではないか。</li> <li>・借金が増えるだけではないか。</li> </ul>
<p>4. 費用負担 (3) 高齢者の保険料</p>	<p>○医療費の伸びによる保険料の将来推計を示すべき。(計3件)</p> <p>○制度移行により保険料負担が増加するのではないか。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険料が増加する場合納得が得られるようにすべき。</li> <li>・高齢者全体としてだけでなく、個々の被保険者ごとでも負担増となるのではないか。</li> </ul> <p>○高齢者も負担能力に応じた負担をすべき。(計24件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・9割軽減等は残すべき。</li> <li>・医療費の増加に伴い、保険料が上昇するのはやむを得ない。</li> <li>・他の保険の保険料と整合性を保つべき。</li> <li>・ただし、低所得者には配慮が必要。</li> </ul> <p>○被扶養者であっても保険料を負担すべき。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢者医療制度で改善された高齢者間の不公平が再び生じる。</li> <li>・被扶養者も応分の負担をすべき。</li> </ul> <p>○保険料の算定は、全年齢で同じ方法・金額にすべき。(計3件)</p> <p>○保険料は個人単位で賦課・徴収すべき。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者間の不公平が再度生じる。</li> </ul> <p>○世帯主が高齢者の保険料も支払うこととなり、収入の低下が懸念される。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・世帯主の方に十分な理解を得ないと現行制度と同様混乱を招くおそれがある。</li> </ul> <p>○年金天引きを推進すべき。(計8件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経費の削減額を示して同意を求めべき。</li> <li>・滞納防止になる。</li> <li>・金融機関等の窓口で支払う手間がなくなる。</li> <li>・世帯員である高齢者についても、年金天引きを行うべき。</li> </ul> <p>○年金天引きは問題。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・希望者のみ天引きを行う仕組みにすべき。</li> </ul> <p>○年金天引きはやめるべき。(計3件)</p> <p>○保険料の減収分について、どのように補填するのか。(計3件)</p> <p>○保険料負担は現状維持すべき。(計1件)</p> <p>○高齢者の保険料を抑制すべき。(計2件)</p> <p>○保険料の納税義務者が世帯主となることに賛成。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被用者保険の被扶養者の保険料負担が無くなる。</li> <li>・負担の増加とならないようにすべき。</li> </ul>

<p>4. 費用負担 (4) 現役世代の支援</p>	<p>○現役世代の負担が過重なものとならないようにすべき。(計12件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 持続可能な支えられる仕組みにすべき。</li> <li>・ 現役世代の負担の現状を高齢者に理解してもらうべき。</li> <li>・ 財政力の弱い健保組合の負担を軽減すべき。</li> <li>・ 保険料負担の限界を見極める必要がある。</li> </ul> <p>○被用者保険間では、総報酬割による仕組みにすべき。(計8件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公費の拡充が前提。</li> </ul> <p>○国保と被用者保険間では加入者割とすべき。(計6件)</p> <p>○支援金にも率ではなく、額による上限額を設けるべき。</p> <p>○被用者保険の負担が過重となっている視点が欠けている。(計2件)</p>
<p>4. 費用負担 (5) 高齢者の患者負担</p>	<p>○高齢者の窓口負担は無料化すべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 低所得の方は負担をなくすべき。</li> </ul> <p>○1割負担と3割負担の中間に、2割負担を設けるべき。(2件)</p> <p>○65歳以上の方の窓口負担は1割にすべき。(計8件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 早期の治療により医療費が効率化するのではないか。</li> </ul> <p>○75歳以上の方の窓口負担は一律1割にすべき。</p> <p>○高齢者の窓口負担は統一すべき。(計2件)</p> <p>○負担区分の判定等は個人単位で行うべき。</p> <p>○高齢者も応分の負担をすべき。(計6件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 世帯や個人の所得に応じた負担はやむを得ない。</li> </ul> <p>○窓口負担は現状を維持すべき。(計4件)</p> <p>○負担割合見直しに対する国の考え方を明確にすべき。</p>
<p>5. 医療サービス</p>	<p>○医療費の抑制は行うべきでない。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ しわ寄せが医療機関に来ないようにすべき。</li> <li>・ 医療給付費の増加分は公費で負担するという制度設計をすべき。</li> </ul> <p>○安心して医療が受けられる制度にすべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療費の値下げをすべき。</li> </ul>
<p>6. 保健事業等</p>	<p>○特定健診・特定保健指導のあり方を再検討すべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険者が積極的でない状況を改善する必要がある。</li> </ul> <p>○現行の加算・減算のようなペナルティの仕組みは廃止すべき。(計5件)</p> <p>○保険者機能を発揮し、医療費の効率化に取り組める仕組みにすべき。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国が保健指導等を行うべき。</li> </ul> <p>○医療費の適正化だけでなく、健康を保持する有効性の面を示していくべき。(計2件)</p> <p>○高齢者に対する医療費を適正化すべきではないか。(計2件)</p> <p>○保健事業を拡充するなど、疾病予防にもっと力を入れるべき。(計4件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 胸部レントゲンや人間ドックやがん対策を充実すべき。</li> <li>・ 国民全体の生活習慣の改善のための施策が必要。</li> </ul> <p>○都道府県単位の運営主体と市町村が連携して健康づくりに取り組める仕組みとすべき。(計3件)</p> <p>○高齢者の生きがい作りを進めることが、医療費抑制につながる。</p> <p>○検診の実施については、市町村が行うべき。</p> <p>○歯科検診についても保健事業の中に明記すべき。</p>

<p>7. 新制度への移行</p>	<p>○市町村や都道府県単位の運営主体の準備を行う期間が十分に確保できるようにすべき。(計7件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・移行スケジュールを早期に示すべき。</li> <li>・地方自治体の意見を十分に反映させるべき。</li> <li>・システム改修の概要を早期に示すべき。</li> </ul> <p>○事前の広報等を十分に行う必要がある。(計6件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者への早期のきめ細かい周知が必要。</li> <li>・新制度移行時にも説明会を開催してほしい。</li> </ul> <p>○移行事務について、十分に検討すべき。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被用者保険に移す事務が、本人や事業主の負担とならないようにすべき。</li> </ul> <p>○システム改修について、十分に検討・取組を行うべき。(計5件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・改修に係る費用について検討を行い、全額国が負担すべき。</li> <li>・都道府県単位で整備すべき。</li> <li>・現行のシステムを出来るだけ活用すべき。</li> </ul> <p>○被保険者の制度移行に伴う手続が円滑に行える方法を検討すべき。(計2件)</p>
<p>8. その他</p>	<p>○公聴会は形式的であり、もっと幅広く意見を聴取すべき。(計6件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の意見を聞きやすい公聴会にすべき。</li> <li>・専門用語などが多く理解できない。わかりやすい言葉で説明すべき。</li> </ul> <p>○保険証を大きくすると費用がかさむのではないか。</p> <p>○保険証が変わることはなくなることは当然である。</p> <p>○所得税等における医療費控除の対象額を下げたい。</p> <p>○少子化対策として、出産費用を保険対象にすべき。</p> <p>○保険事務費用は地方交付税で賄うこと。</p> <p>○保険制度についての意見調査は定期的に行うべき。</p> <p>○広域連合の審議会の意見がどこまで届き、具体化されるのか疑問である。</p>

「新たな高齢者医療制度についての公聴会」での意見交換概要（中国・四国ブロック）

意見発表を行った方 8名

	意見交換の概要
<p>○広島県呉市在住の40代男性</p> <p>●厚生労働省 （吉岡高齢者医療課長）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行制度を廃止し、老人保健制度に戻した上で、よりよい制度の創設を検討して欲しい。</li> <li>・ 老人保健制度に戻すことについては、             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 約8割の方が国保に戻ることになるが、現在の制度ができた時は、市町村国保から移ってこられた方々の約7割の方の保険料が全国的に安くなり、保険料の格差も5倍から2倍に縮まった。単純に市町村国保に戻ると、その逆のことが起こることになる。</li> <li>② 高齢者の医療費に対して、現役世代と高齢者との費用負担関係が不明確だということで、被用者保険サイドから強い反対がある。</li> <li>③ システム改修に約2年かかる</li> </ol>             等、問題がある老人保健制度に戻るのではなくて、よりよい制度に直接移行することが適当と考えている。           </li> </ul>
<p>○島根県松江市在住の70代女性</p> <p>●厚生労働省 （吉岡高齢者医療課長）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 負担の軽減や公費負担等の財政問題は、今後どのように議論するのか。</li> <li>・ 高齢者医療制度の改革と国保の広域化を同時に進めるべき。</li> <li>・ 中間とりまとめでは、将来的に公費の投入を増やしていく方向性を明らかにしたが、具体的にどうするかということについては、具体的な財政影響試算を出して、改めて議論していきたい。</li> <li>・ 将来的な公費のあり方については、今後、高齢化の進行に応じて、定期的に検討して見直していく仕組みを制度の中に組み込むことが必要であると考えます。</li> <li>・ また、平成25年度の制度切り替え時に、各保険者の大幅な負担増が生じないように、一定程度公費を追加投入することについて、年末まで調整して結論を得たい。</li> <li>・ 市町村国保は、市町村ごとに保険料が決められており、保険料の算定方法や水準がバラバラである。一挙に都道府県単位化を行うと、加入されている3,600万人の方々の保険料が急激に上下し、混乱を生じる恐れがある。このため、まずは高齢者の部分を都道府県単位化し、並行して現役世代の保険料について算定方法を徐々に見直し、第2段階にソフトランディングしていくことが適当であると考えている。</li> </ul>
<p>○広島県広島市在住の50代男性</p> <p>●厚生労働省 （吉岡高齢者医療課長）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新しい制度になって負担が大幅に増えないようにとあるが、今既に負担が過重であり、逆に負担を下げるような形で新しい制度では検討して欲しい。</li> <li>・ 国民皆保険制度を維持するために公費の投入を拡大して欲しい。</li> <li>・ 制度を変えることによってシステムの変更、事務手続き、コストの面で費用がかかるが、将来にわたって持続可能な制度とするために、広く意見を聞いてコンセンサスの取れた制度にすべき。</li> <li>・ 高齢者の医療費が増えていく中で、国民の皆様に負担をどのように分かち合っているのか、それぞれの立場の方の理解を得ながら新しい制度を作っていかなければならない。そうした中で、公費の役割も重要になる。改革会議の場で、財政試算も提</li> </ul>

	<p>出し、議論していきたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上から5割の公費を投入するということになると、約2兆円の公費が新しく必要になり、直ちに実施するということは難しい。</li> <li>・ 現在の制度でも高齢者を支援していくための支出について、一定割合を超えるところは歯止めをかける仕組みがあり、そうした仕組みは新しい仕組みでも残していくことが必要と考えている。</li> <li>・ 今回の改革では、市町村国保では大きなシステム改修を行う必要があり、既に検討会を設置して実務的な検討を開始している。一方、被用者保険は大きなシステム改修は必要ないと考えているが、円滑に制度を移行させていく上で、様々なご協力をお願いしていきたい。</li> </ul>
<p>○広島県広島市 在住の70代 男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医 療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療制度が満遍なくみんなに適切にいきわたるような制度にしてもらいたい。</li> <li>・ 全年齢を対象として都道府県単位の国保にして欲しい。</li> <li>・ 保険料は応能負担として、患者の一部負担は収入にかかわらず65歳以上は1割負担として欲しい。</li> <li>・ 高齢期においても安心して医療を受けられる制度にすることがまず大前提。そのために高齢者の医療費を国民全体でどう分かち合っていくか、納得のいく仕組みにしていかなければならない。</li> <li>・ 国保の財政運営については、第1段階では75歳以上の高齢者について都道府県単位化を図る。後期高齢者医療制度を廃止して国保か被用者保険に移っていただくわけだが、単純に市町村国保に移ると、多くの高齢者の方の保険料が増え、保険料の格差が拡大するので、そうしたことが生じないようにするためのいわば財政運営上の区分であり、年齢で差別するものではない。 第2段階で全年齢での都道府県単位化を図るが、その際に高齢者の保険料をどうするか、第1段階のように現役世代の保険料と高齢者の保険料の基準を別の形とする方が良いか、同じが良いか、国民の皆様にお問い合わせながら、第2段階の前に決めていく必要がある。</li> <li>・ 保険料については基本的に所得に応じた負担に重きを置いて考えていく必要がある。ただ、一挙に均等割を無くして、所得割にすると中間所得層の負担が増大する。そうしたことも踏まえ保険料の設定の仕方を考えていかなければならない。</li> <li>・ 65歳以上の方を仮に全て1割負担にすると、約6,000億円の医療給付費が新たに発生する。多くは現役世代の負担となるので、国民の合意を得ることは困難と考えている。必要な医療が受けられないということがないようにすることを基本として、年末まで検討していきたい。</li> </ul>
<p>○岡山県津山市 在住の50代 女性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医 療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 拙速な議論はやめ、財政問題や将来の社会保障のあり方を考えて制度を見直すべき。</li> <li>・ 国保の構造的な議題について、地域保険と被用者保険の関係を含め、財政改善に向けた議論をお願いしたい。</li> <li>・ 国保の問題は広域化だけで解決できない。</li> <li>・ 10年の議論を振り返ると、様々な利害調整に重きを置いた検討をしてきたと思う。そうした中で高齢者の方々や国民の皆様の声を直接どれだけ聞いたのかということが問題点として指摘されている。先般の意識調査でも、今の制度の根幹部分である高齢者だけを一つにして区分するというのは適当でないというのが、国民の多数の声であり、速やかに見直す必要があると考えている。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>この10年間の議論、検討の積み重ねがあり、さらにより良い制度にするにはどうしたらよいかという観点での蓄積もある。短期間ではあるものの、改革会議の議論だけでなく、関係者と個別に意見交換も精力的に行って、年末までに具体的な姿をまとめたい。</li> <li>国保の広域化は、行政機関にとっては、「都道府県単位の主体」と「市町村」に分かれるため、一定程度、事務が複雑になるが、高齢者の方にとっては分かりやすい制度にすることが必要である。そうした観点から、これから細部に至る検討を進めるとともに、市町村の窓口現場で働いている方のご意見を十分お聞きしながら考えていきたい。</li> <li>先般の通常国会で国保の財政基盤強化策を4年間延長したが、これが最も基本的な支援である。また、都市部等では保険料の収納率を高める対策を引き続き行っていただく。その上で、国保の広域化を図り、財政運営の安定化等を図ろうとするものであり、更に各市町村のご意見をいただきながら、対応を考えていきたい。</li> </ul>
<p>○岡山県岡山市 在住の20代 男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>制度変更にかかる予算はいくらぐらいかかるのか。</li> <li>最も経費がかかるのはシステム改修費であり、特に市町村国保のシステム改修費に一定の費用がかかる。具体的な金額については、制度の詳細が決まっていないため、現時点ではお示しできない。</li> <li>制度の検討と並行して、市町村の代表も含めたシステム検討会を立ち上げ、検討を始めたところであり、今後、システム改修費がいくらかかるか具体的に明らかにしていきたい。市町村に対する支援のあり方も明らかにしていきたい。</li> </ul>
<p>○広島県広島市 在住の70代 男性</p> <p>●厚生労働省 (唐澤審議官)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>財政状況は広域化では解決しない。</li> <li>公聴会は開催地を多くして広く参加できるようにしてほしい。</li> <li>国保の問題は、財政基盤の強化をどうしていくか、国保の広域化と併せて考えていく必要がある。国保には低所得者が多いという特徴があり、その体力の強化をどのようにしていくか、財源問題につながった根本問題と考えている。</li> <li>公聴会については、できるだけ多くの方に御発言いただき、開催数も増やす努力はしているが、予算の問題もあり、更に開催地を増やすことはできないが、今後とも、様々な手段でできるだけ幅広くご意見を伺っていただけるよう工夫したい。</li> </ul>
<p>○岡山県岡山市 在住の40代 男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者にも応分の負担は必要だが、負担が困難な者にも配慮が必要。</li> <li>現役世代による高齢者医療への支援は限界であり、税制改革を含めて議論してほしい。</li> <li>今後の国民皆保険を守っていくためには、高齢者の方にも応分の負担をとすることは、中間とりまとめの中にも記載している。具体的には75歳以上の医療給付費については、1割相当を高齢者の保険料で賄うという方針は引き続き維持していく。医療費が増えるにつれ、公費、現役世代の拠出金、高齢者の保険料はそれぞれ増えるが、高齢者の保険料と現役世代の保険料を比べたときに、高齢者の保険料だけが上がるという状況があれば、納得いただけない形になるため、新しい制度の中では財政安定化基金を設けて、基金を取り崩して抑えていく仕組みも考えている。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 高齢者の保険料は、高齢者の一人当たり医療費の伸びに応じて増える一方で、現役世代からの拠出金は、高齢者の一人当たり医療費の増加、高齢者の人口の増加、現役世代の人口の減少という3つの要素で増えていく。現役世代の拠出金の負担の増加について、現役世代と高齢者とで公平に分担する仕組みも設ける。</li><li>・ 今月末には財政試算を示し、将来的な負担の推計も示していくので、そうした中で改めて納得のいく制度とは何なのか、年末までに議論を進め結論を得たい。</li></ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



「新たな高齢者医療制度についての公聴会」に寄せられた御意見（関東・信越ブロック）

<p>1. 制度改革全般</p>	<p>○後期高齢者医療制度の廃止に賛成。(計19件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「後期高齢者」という名称はなくすべき。</li> <li>・早期に新制度へ移行すべき。</li> </ul> <p>○現行制度を継続すべき。(計30件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・制度は定着しており、廃止は新たな混乱を招く。</li> <li>・部分修正でよいのではないか。</li> <li>・廃止すべきという意見が本当に多いのか。</li> <li>・システム改修等に多額の費用がかかるのではないか。</li> <li>・年齢による区分は合理的で良い制度である。</li> <li>・広域連合は良い団体である。</li> <li>・新たな制度に移行することで再度無駄な混乱を招くだけである。</li> <li>・現行制度があったからこそ、高齢者の所在不明問題に対し地域保険で対応できた。</li> <li>・高齢者医療の見直しは国保を広域化した後でも遅くない。</li> <li>・後期高齢者という名称は、必ずしも悪い名称だと思わない。</li> <li>・年齢区分に一定の合理性が認められるなら、現行制度を維持すべき。</li> </ul> <p>○一旦、老人保健制度に戻すべき。(計5件)</p> <p>○医療保険制度全体の見直しを行うべき。(計16件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会保障全体（年金・介護等）の問題として検討すべき。</li> <li>・改革会議では介護保険の分野の専門家からも意見を広く聞くべき。</li> <li>・少子高齢化の問題を含めて検討すべき。</li> <li>・社会保障の共通番号制度の導入などと一体で議論すべき。</li> <li>・医療費の適正化等との一体的な議論が必要。</li> </ul> <p>○将来にわたり持続可能な制度を実現すべき。(計22件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・政権交代に関係なく、長期的な視野で制度設計を行うべき。(計3件)</li> </ul> <p>○もっと時間をかけて議論すべき。(計14件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国民や地方自治体の合意を得た上で検討していくべき。</li> <li>・拙速を避け、十分に議論を尽くすべきである。</li> </ul> <p>○将来的な見通しを持って、制度を議論すべき。(計5件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・将来に向けた、数年ごとの年次計画を示すべき。</li> </ul> <p>○「中間とりまとめ」は良い点ばかりで、悪い点も示すべき。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・良い点、悪い点を包み隠さず公開した上で、必要な理由を説明すべき。</li> </ul> <p>○「中間とりまとめ」からは制度の内容がわからない。(計10件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的内容が示されていない。</li> <li>・全体像が見えない。</li> <li>・もう少し方向性を示すべき。</li> </ul> <p>○財政・財源的な議論を先に行うべきではないか。(計19件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公費と負担のあり方を議論すべき。</li> <li>・新たな財源なくして、持続可能な制度設計ができるのか疑問。</li> </ul> <p>○検討事項に即した財政影響の試算を行うべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成22年度ベースにした現時点での保険者別の負担状況だけでなく、将来推計を含めたものを出すべき。</li> </ul> <p>○財政面だけでなく保険者機能を重視する保険者のあり方を再検討すべき。(計2件)</p>

	<p>○医療費、給付費の将来推計を出すべき。(計4件)</p> <p>○医療費抑制政策を推進する制度になるのではないか。</p> <p>○検討にあたって現役世代の意見を十分に聞くべき。(計3件)</p> <p>○リスク構造調整の案をなぜもっと検討しないのか</p> <p>○制度移行により無駄になる費用を明らかにし、国民に認識してもらうべき。</p> <p>○新旧両制度の運営費の比較を明らかにすべき。</p> <p>○政権交代しても、制度改正が進んでおらずイライラする。</p> <p>○費用対効果を踏まえた制度構築しているかの視点が欠けている。(計2件)</p> <p>○年末までに議論ができるか疑問。</p> <p>○全国一律の制度を目指すべき。</p> <p>○現行制度は決して悪い制度ではないが、十分な説明が行われなままスタートしたことに問題がある。</p> <p>○制度施行後の経過措置等は混乱を招くので止めていただきたい。</p> <p>○広域化の方針だけではレセプトチェックなどの機能が十分果たされるか心配。</p> <p>○最低所得層に対するセイフティネットは国の大きな社会保障問題として別途確立すべき。(計2件)</p> <p>○国民や地方自治体の合意を得た上で検討していくべき。(計2件)</p> <p>○保険者機能の役割の評価、老若の負担のバランスを考慮の上、持続的な制度構築のため国民的なコンセンサスのもと税制改革を推し進め、財源問題を解決すべき。</p> <p>○高齢者の医療費の抑制にかかるものが具体的に見えてこない。</p> <p>○財源問題についての議論が足りない。</p> <p>○現行の高確法の目的及び基本理念は新しい制度ではどうなるのか。医療費の適正化についての基本方針はどうなるのか。</p> <p>○共済の国保への編入はないのか。</p> <p>○重要な社会保障制度であるため、国会等見える場所で十分に議論していただきたい。</p> <p>○社会保障の自助、共助、公助の考え方を広く国民に理解してもらうべき。</p> <p>○新制度の構築にあたっては、現場の意見を反映すべき。</p> <p>○現行制度の廃止と新たな制度の創設は、1回で済ませた方が合理的。</p> <p>○北欧型の社会福祉を参考とした福祉政策の検討をお願いしたい。</p> <p>○「中間とりまとめ」は白紙撤回すべき。</p> <p>○正しい情報の提供を行い、保険制度の仕組みや問題を明らかにする説明責任を果たすべき。</p> <p>○ねじれ国会により法案成立が遅れると思われるがスケジュールの見通しは大丈夫か。</p> <p>○「中間とりまとめ」について「1. はじめに」が記入され、医療制度の理念等も分かり、形が整った。</p> <p>○財政状況は都道府県により異なるため、財政影響は都道府県別に示すべきである。</p> <p>○新たな制度が施行されるまでの間の財政状況も示すべき。</p> <p>○特例退職被保険者制度はどうなるのか。</p>
2. 制度の基本的 枠組み	<p>○安心して老後を送れる制度にすべき。(計3件)</p> <p>○わかりやすい、シンプルな制度にすべき。(計5件)</p> <p>○老健制度の問題点が再び生じるのではないか。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者間の保険料格差が生じる。</li> <li>・世代間の負担割合が不明確になるのではないか。</li> </ul> <p>○医療保険の一元化はせず、地域保険と職域保険の二本立てで国民皆保険を守るべき。(計4件)</p>

- ・ 保険者機能の効率的な発揮、保険料の収納率の向上のため。
- 65歳以上の高齢者についての独立した制度にすべき。(計8件)
  - ・ 退職・年金受療のことからも一番わかりやすい。
  - ・ 被用者保険に被扶養者も引き続き加入できる制度にすべき。
  - ・ 国民全体で高齢者医療を支える意識を持つことが重要。
- 一定年齢で区分することに反対。(計5件)
  - ・ 75歳の年齢枠が取り払われておらず、若い世代と高齢者世代が分断されたままである。
  - ・ 年齢による差別はやめるべき。
  - ・ 同じ国保で年齢によって保険料率が異なるのであれば、名称だけが変わっただけで理解が得られない。
- 最終的な責任は国が負うことが明確な制度にすべき。(計6件)
  - ・ 国が財政責任を果たすべき。
- 形だけの改革で、何が現行制度より良くなるか分からない。
- 60歳から74歳までの特例退職者制度は継続してほしい。
- 国保と被用者保険の保険料格差が生じることは問題。
- 介護保険と連携できる制度にすべき。(計5件)
  - ・ 介護保険も保険者を都道府県単位に切り替えるべき。
- 簡易で分かりやすい仕組みにすべき。
- 被扶養者認定の収入基準の年齢区分は、65歳ないし75歳を基準に考えるべき。
- 本人は被用者保険に加入し、その被扶養者は国保に加入させるべき。
- 一番重要な運営主体、財源が示されていない。
- 税金で行っている経過措置は国民に広く薄く負担を求めているものであり、もっと説明すべき。
- 制度が変わることでこれまでのコスト(システム構築、保険証等)が無駄になるのではないか。
- 公平に負担増が是正される制度にすべき。
- 税金と保険料の関係を整理して国民の負担に納得あるものにすべき。
- 高齢者が増えていく中で、今の保険料や窓口負担の案で制度維持できるのか。
- 高齢者は全員国保に加入させ、被用者保険は廃止すべき。
- 高額所得者である世帯が被用者保険に加入することは、国保加入と較べて不公平である。
- 世帯単位の制度では、今後問題が生じるのではないか。
- 新制度検討に乗じて国保の広域化の議論が出てきたことに奇異を感じる。
- 地域間で高齢化の状況が異なるので、国が調整すべき。
- 介護保険と同様に保険料引き上げや給付制限を自治体や住民に迫る制度になるのではないか。
- 現行制度に移行した被扶養者は国保、これから75歳になる被扶養者は被用者保険にすべき。
- 保険者機能を発揮できるよう医療保険制度とし、健全運営が図れる制度としていただきたい。
- 高齢者も国保や被用者保険に戻る場合、国保組合における所得捕捉が容易にできるようにすべき。
- 健保組合の事務が複雑とならないようにすべき。
- 国保における収納率の改善を先にすべき。

<p>3. 国保の運営のあり方 (1) 財政運営</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○65歳以上を対象に都道府県単位の財政運営とすべき。(計33件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・退職年齢や年金受給開始年齢と合わせるべき。</li> <li>・65歳以上で医療費が増加しており、負担の明確化を図る必要がある。</li> </ul> </li> <li>○高齢者について都道府県単位の財政運営とすることに賛成。(計4件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・財政基盤の安定化が必要。</li> </ul> </li> <li>○全年齢について、都道府県単位の運営とすべき。(計12件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・タイムスケジュールを提示すべき。</li> <li>・保険財政の安定化、保険料負担の公平の観点から賛成。</li> <li>・今回の改正時に行うべき。</li> </ul> </li> <li>○国保の中で高齢者の財政運営を別にすることは反対。(計6件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・差別的取扱いは変わらない。</li> </ul> </li> <li>○広域化だけでは解決しない、構造的課題の解決に向けた議論が必要。(計10件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・国保により重い負担とならないようにすべき。</li> <li>・国保を広域化しても、赤字は解消されない。</li> </ul> </li> <li>○国保が都道府県単位となれば、協会けんぽをはじめ被用者保険との統合もありうるのではないか。</li> <li>○都道府県単位と市町村に運営が分かれる制度は複雑で分かりにくい。(計6件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者はどこになるのか。</li> </ul> </li> <li>○国単位で運営を行うべき。(計7件)</li> <li>○安定的な財政運営基盤を築くべき。(計3件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・国の責任で必要な財源は確保すべき。</li> <li>・市町村国保に対しては、国・都道府県が補助を行うこと。</li> <li>・市町村から都道府県単位に移行させるなら、連携の仕組みをしっかりと作るべき。</li> </ul> </li> <li>○都道府県毎の所得格差が保険料に反映されるべき。</li> <li>○約10年間の国保財政を分析すると国庫負担は減少している。</li> <li>○市町村国保財政に負担がかからないか不安である。(2件)</li> <li>○75歳以上が国保に加入する場合、保険料のアップや格差がないようにし、財政負担が増えない運営を考えるべき。</li> <li>○国保の広域化については、もっと時間をかけて議論すべき。</li> <li>○国保を広域化する場合は、住所地特例を廃止しても問題ない。</li> <li>○国保組合の努力が報われるような制度にすべき。</li> <li>○市町村国保が高齢者医療の財政運営を担うことは不適當である。</li> </ul>
<p>3. 国保の運営のあり方 (2) 運営の仕組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○共同運営する仕組みは、責任が不明確。(計5件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・賦課、資格管理、保健事業は、保険者である都道府県が行うべき。</li> </ul> </li> <li>○共同運営方式とするならば、責任と実務の分担を明確にすることが必要。</li> <li>○市町村が徴収率を踏まえて保険料を決めるのでは、県内一律の公平な保険料にならない。(計4件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険料の納付意欲が削がれる。</li> <li>・現制度より後退するのではないか。</li> <li>・市町村の収納状況等により保険料を定めると保険料の市町村格差が生じることは問題である。</li> <li>・良心的に遅滞なく保険料を納付している被保険者が、居住地の違いにより保険料の額に格差が生じることは公平性が著しく阻害される。</li> </ul> </li> <li>○保険料の算定は、都道府県内で一律にすべき。(計12件)</li> <li>○徴収されなかった保険料は市町村が負担することになるのではないか。</li> </ul>

	<p>○所得把握等について市町村と連携できる仕組みにすべき。</p> <p>○国保の広域化の第2段階の詳細内容も提示すべき。</p> <p>○給付業務の内容を明確にすべき。</p> <p>○標準保険料率から市町村が保険料率を定めることは2度保険料率を決めることで行政の無駄である。</p>
<p>3. 国保の運営のあり方</p> <p>(3) 運営主体</p>	<p>○運営主体は都道府県とすべき。(計21件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域主権の観点から。</li> <li>・保険者機能を発揮しやすい。</li> <li>・現在は県の関わりがなく役割が不明確。</li> <li>・国保の赤字対策を国が行うべきである。</li> </ul> <p>○広域連合による運営は問題がある。(計5件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・責任が不明確。</li> <li>・県も市も責任がなく住民の意見が反映しにくい。</li> <li>・収納率のインセンティブをもっと働かせるべきである。</li> </ul> <p>○運営主体は広域連合とすべき。(計3件)</p> <p>○運営主体は市町村とすべき。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・財源不足部分は公費を投入し、市町村運営の方がわかりやすい。</li> </ul> <p>○責任のある運営主体とすべき。(計7件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・財政責任、運営責任を明確にし、保険者機能を発揮すること。</li> </ul> <p>○財政・運営責任を明確にし、保険者機能を発揮できる運営主体とすべき。</p> <p>○国が責任を持って運営を行うべき。</p> <p>○医療費推計などが出ていない以上、運営主体の議論はできない。</p> <p>○新制度の保険者は専門の機関を設置し、役職員は専属にすべき。</p> <p>○運営主体についてはあるべき姿をイメージして考慮していただきたい。</p>
<p>3. 国保の運営のあり方</p> <p>(4) 財政安定化基金</p>	<p>○基金の設置は必要。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・財政リスクを軽減する必要がある。</li> </ul> <p>○基金の財源をどのように確保するのか。(計3件)</p> <p>○基金の安定的な運用が重要。</p> <p>○基金は万が一の不測の事態に活用するものであり、国保の慢性的な赤字を解消にはつながらない。</p> <p>○収納不足をヘッジする機能を持たせると、保険料収納のインセンティブが働かなくなる。(計2件)</p> <p>○基金のあり方が不明確。結果として地方負担を増大させることにならないか。</p> <p>○基金の運用だけで足りるのか。</p> <p>○基金は本来、不測の事態に対応するために臨時的に活用するものであり、保険料増加抑制のために安易に活用するのは不適當である。</p>
<p>4. 費用負担</p> <p>(1) 支え合いの仕組み</p>	<p>○公費、現役世代、高齢者で公平に負担を分かち合うべき。(計8件)</p> <p>○世代間の公平性を確保すべき。(計2件)</p> <p>○制度移行により保険者の財政負担が増加しないようにすべき。(計9件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・負担増を生じさせない方法を明確にすべき。</li> <li>・各保険者が赤字では、本来の保険者機能が果たせない。</li> </ul> <p>○現行の前期財政調整の仕組みは問題がある。(計3件)</p> <p>○高齢の被扶養者の保険料を徴収しないことになれば、被用者保険の負担増となるのではないか。</p>

	<p>○高齢者と現役世代の負担割合の決め方が公平で妥当なものか疑問。</p> <p>○支援の仕組みが不安定かつ説得力のないものに戻った。</p> <p>○前期財政調整している部分も75歳以上の負担の仕組みと同様にすべき。</p> <p>○財政調整は、65～74歳で制度間調整。75歳以上は医療費に対する定額制等を導入すべき。</p> <p>○特定健保が引き続き高齢者の医療を支えていくことができるようにしてほしい。(計3件)</p> <p>○財政調整・一元化は保険者機能の発揮を阻害するものであり導入しないでほしい。</p> <p>○各保険者の負担能力に応じた負担方法にすべき。(計6件)</p> <p>○全国民が収入に応じた負担をすべき。(計3件)</p> <p>○高齢者医療費を国民が公平に負担すべき。(計5件)</p> <p>○高齢者と現役世代の負担割合を明確にすべき。</p> <p>○健康保険料とは別に社会保険支援税という形を設け、高齢者医療への問題意識を高めるべき。</p> <p>○前期財政調整により国保の補助金を減らすことをやめてほしい。</p> <p>○高齢者の負担を減らせば誰の負担が増えるのかを明確にすべき。</p> <p>○特定健保が引き続き高齢者の医療を支えていくことができるようにしてほしい。</p> <p>○高齢者の方は医療費が国民全体で支えられている自覚を持つべき。</p> <p>○制度移行に基づき市町村財政の負担が増えぬようにすべき。</p>
<p>4. 費用負担 (2) 公費</p>	<p>○公費負担を拡充すべき。(計103件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現役世代の保険料による支援は限界。</li> <li>・国民皆保険を守り、持続可能な制度とするために不可欠。</li> <li>・持続可能な制度とするために不可欠。</li> <li>・健保組合をつぶすようなことはしないでほしい。</li> <li>・拡充のためには増税もやむを得ない。</li> <li>・国保への国庫補助率を45%に戻すべき。</li> <li>・制度移行に伴う負担増は公費で賄うべき。</li> <li>・健康保険組合では保健事業に充てる財源が先細っている。</li> <li>・現役世代にも配慮した公費負担の拡充等更なる検討をすべき。</li> <li>・併せて高齢者にも負担増が必要である。</li> </ul> <p>○被用者保険を含め、65歳以上に5割の公費を投入すべき。(計44件)</p> <p>○現行程度の公費負担は維持すべき。(計3件)</p> <p>○安定した財源を明示・確保すべき。(計42件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・併せて税制改革の議論を行うべき。</li> <li>・消費税を引き上げるべき。</li> <li>・税制の抜本改革の議論も並行して行うべき。</li> <li>・増税に繋がらないようにすべき。</li> <li>・事業主負担を含む保険料と税との適切な組み合わせを確保すべき。</li> </ul> <p>○負担を上げないという理由で公費を投入すべきでない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・税による負担が増えるだけではないか。</li> </ul> <p>○公費投入の具体的内容について明らかにすべき。(計6件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・財源を示すべき。</li> </ul> <p>○被用者保険に加入する高齢者にも公費を投入すべき。</p> <p>○公費の増加を増税で賄うべきではない。</p> <p>○財政が逼迫している中で公費の投入が実行できるのか疑問。</p>

	<p>○高齢者医療費は、5割を公費負担とすること。(計6件)</p> <p>○財源は消費税ではなく、応能負担の原則に基づく社会保障税等を充てるべき。</p> <p>○被用者保険が高齢者医療を支えていくことが可能な公費投入のあり方を検討すべき。</p> <p>○高齢者の保険料上昇を抑えることは公費を拡大しないと成り立たない。</p> <p>○医療費適正化、保険者機能発揮の観点から公費投入が必要。</p> <p>○現役並み所得者の医療費についても公費負担の対象にすべき。</p> <p>○「中間とりまとめ」では公費投入の内容が明らかでなく、早期に明示すべき。</p> <p>○安定した財源を明示・確保すべき。(計11件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会保障と税の一体的改革を急ぐべき。</li> <li>・ 消費税を目的税化する。</li> <li>・ 消費税の見直しを含めた財源論議を早急に進めるべき。</li> <li>・ 6割を公費負担とすべき。</li> </ul> <p>○65～74歳にも公費を投入して、国が責任を持つべき。</p> <p>○協会けんぽに対する国庫補助の削減は行わないように求める。</p> <p>○公費の拡充については、共済組合や健保組合の負担増とならぬよう関係省庁と調整すること。</p>
<p>4. 費用負担 (3) 高齢者の保険料</p>	<p>○高齢者も負担能力に応じた負担をすべき。(計30件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療費の増加に伴い、保険料が上昇するのはやむを得ない。</li> <li>・ ただし、低所得者には配慮が必要。</li> <li>・ 少子高齢化が進む中で持続可能な制度とするうえでは必要。</li> <li>・ 負担能力に応じて段階を設ける等、きめ細かい対処が必要。</li> <li>・ 高齢者は多額の金融資産を有しており、保険料を支払う余地有り。</li> </ul> <p>○応分の受益者負担をすべき。(計3件)</p> <p>○医療費の伸びによる保険料の将来推計を示すべき。(計3件)</p> <p>○制度移行により保険料負担が増加するのではないか。(計13件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一般会計からの繰り上げができなくなると保険料があがるのではないか。</li> <li>・ 国保の広域化に伴い保険料が上がるのではないか。</li> <li>・ 保険料が上昇した場合の補助等はあるのか。</li> <li>・ 低所得者のみでなく、中・高所得者にも配慮すべき。</li> <li>・ 国費において補てんし負担が増加しないようにすべき。</li> </ul> <p>○被扶養者であっても保険料を負担すべき。(計12件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被扶養者の保険料のあり方を十分検討すべき。</li> <li>・ 被用者保険に加入する被扶養者が今まで負担していた保険料は誰が負担するのか。</li> <li>・ 後期高齢者医療制度で改善された高齢者間の不公平が再び生じる。</li> </ul> <p>○被用者保険の本人の保険料に被扶養者分も上乘せして納付すべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支える側の理解が得られない。</li> </ul> <p>○シンプルで公平な保険料負担にすべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年度単位で賦課されるものには年金天引きは有効であるが、月額賦課される保険料では複雑化となる。</li> </ul> <p>○高齢者の保険料はゼロにすべき。(計2件)</p> <p>○保険料の算定は、全年齢で同じ方法・金額にすべき。</p> <p>○保険料は個人単位で賦課・徴収すべき。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険料を世帯主に賦課することで、新たな滞納を招くおそれがある。</li> </ul> <p>○世帯単位での保険料納付や、被扶養者の負担をなくすことは評価できる。(計5件)</p>

- 世帯主が高齢者の保険料も支払うこととなり、収入の低下が懸念される。(計4件)
  - ・世帯分離が加速するのではないか。
  - ・多世代家庭では、世帯主の負担が増加することにより負担の軽減に反するのではないか。
- 保険料の納付方法は原則世帯主としても、個人でも支払える仕組みにすべき。
- 年金天引きを標準とすることに疑問。(計3件)
  - ・希望者のみ天引きを行う仕組みにすべき。
- 年金天引きを推進すべき。(計12件)
  - ・義務化しなければ、収納率の低下に繋がる。
  - ・金融機関等に出向かなくてもよい等、高齢者にとって負担が軽減される。
  - ・納付方法に関して選択できるようにすべき。
  - ・年金天引きを強制すべき。
- 年金天引きはやめるべき。(計5件)
- 年金から保険料を天引きする事務手続きに時間がかかり過ぎる。短縮できるように改善していただきたい。
- 年金から天引きについては、年度途中の徴収額変更を可能にすべき。
- 現行制度にて口座振替としている方々の情報を、新たな制度では再度の申し立てなく利用できるようにすべき。
- 高齢者の保険料の伸びを抑制する仕組みとは具体的に何か。
- 軽減措置の見直しは慎重に行うべき。
- 保険料の上限額を引き上げるべき。(計2件)
- 保険料の減収分について、どのように補填するのか。(計2件)
- 保険料を夫婦で払うことはやめてほしい。
- 医療費が安い人にはインセンティブとして保険料を安くすべき。(3件)
- 市町村の収納率により保険料が変わることに納得がいかない。
- 市民税方式で保険料を算定すべき。
- 75歳以上の10%負担は守ってほしい。
- 制度が変わる度に保険料を上げないでほしい。
- 制度が変わることにより保険料の急激な負担増とならないようにすべき。
  - ・制度が変わることにより保険料が上がる人への救済措置を講ずるべき。
- 徴収方法が変わることで、高齢者にとって混乱を招くのではないか。
- 被用者保険にも保険料に世帯割を導入すべき。
- 保険料の算定は、介護保険と同様7段階で判定できる仕組みを導入すべき。
- 被用者保険に戻った場合、事業主が保険料の半分を負担するのは現実的に不可能ではないか。
- 高齢者の保険料の算定がどのようになるのか不安である。
- 同じ世帯内で若年者と高齢者の保険料率が異なることになり、結果として高齢者を区分することにならないか。
- 広域化の前に各市町村の保険料算定基準を統一すべき。
- 高齢者の保険料と同一世帯の他の現役世代の保険料を合算することなく別々に賦課すべき。
  - ・年度途中で被保険者の異動を考慮すれば、複雑な制度となるため。
- 国保加入者の所得把握をし、収納率を上げることが公平な負担の大前提である。



<p>4. 費用負担 (4) 現役世代の支援</p>	<p>○現役世代の負担が過重なものとならないようにすべき。(計30件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 持続可能な支えられる仕組みにすべき。</li> <li>・ 財政力の弱い健保組合の負担を軽減してほしい。</li> <li>・ 保険料負担の限界を見極める必要がある。</li> <li>・ 現役世代の保険料負担は軽減すべき。</li> <li>・ 現役世代の負担の現状を国民に発信すべき。</li> </ul> <p>○被用者保険間では、総報酬割による仕組みにすべき。(計28件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 加入者割は体力の弱い保険者が負担を重く感じることで不公平。</li> <li>・ 公費の拡充が前提。</li> </ul> <p>○国保と被用者保険間では加入者割とすべき。(計5件)</p> <p>○国保の所得補足は完全ではなく、被用者保険の負担が重いのではないか。</p> <p>○総報酬割を口実に、組合健保に負担を肩代わりさせるのはやめてほしい。(計4件)</p> <p>○総報酬割が適切な仕組みか検証すべき。(計2件)</p> <p>○拠出金は、加入者割と総報酬割を併用すること。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 総報酬割は更に扶養率を加味すること。</li> </ul> <p>○拠出金に上限を設けるべき。(計2件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 率ではなく、額による上限額を設けるべき。</li> </ul> <p>○報酬の高い健保等は協会けんぽの保険料率前後を水準(下限)とした最低保険料率を設定すべき。</p> <p>○健保組合の保険料の適正化を図り、事業主負担を拡大させることが必要である。</p> <p>○国保を支援するための被用者保険(企業)の負担が重過ぎる。(計3件)</p> <p>○「中間とりまとめ」では、余力が残る健保組合が疲弊してしまう。</p> <p>○保険者間の格差が生じることのない仕組みにすべき。(計3件)</p> <p>○前期高齢者納付金の仕組みは保険者間に大きな格差が生じているので、改善が必要である。</p> <p>○財政調整には激変緩和策を検討していただきたい。</p> <p>○今の経済状況や雇用状況では収入の伸びは期待できない。</p> <p>○支援金は消費税で賄うべき。</p> <p>○現役世代は所得に応じて応分の負担をすべき。</p> <p>○高額医療の発生により健保組合が解散するような仕組みは止めてほしい。</p>
<p>4. 費用負担 (5) 高齢者の患者負担</p>	<p>○高齢者の窓口負担は無料化すべき。(計3件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 75歳以上は無料化。</li> </ul> <p>○75歳以上の方は0~1割負担にすべき。</p> <p>○70~74歳の方の窓口負担は1割にすべき。</p> <p>○70~74歳の方の負担割合の凍結を解除すべき。(計3件)</p> <p>○70歳以上の方の窓口負担は1割にすべき。(計2件)</p> <p>○65歳以上の方の窓口負担は1割にすべき。(計7件)</p> <p>○高齢者も応分の負担をすべき。(計11件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年齢で区別しないのであれば、窓口負担も現役と同じにすべき。</li> <li>・ 安易な受診をなくす観点からも。</li> </ul> <p>○高齢者の窓口負担割合は、所得に関わらず統一すべき。(計9件)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の窓口負担は一律3割にすべき。</li> <li>・ 高齢者の窓口負担は一律2割にすべき。</li> <li>・ 高齢者の窓口負担は一律1割にすべき。</li> <li>・ 現役並み所得者は所得に応じて保険料を増額されているので窓口負担は1割に</li> </ul>

	<p>統一すべき。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・窓口負担を定額制にすべき。</li> </ul> <p>○1割（一般）と3割（現役並み）の差が大きすぎる。（計10件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1割、1.5割、2割、2.5割、3割ときめ細かく設定してほしい。</li> <li>・1割負担と3割負担の中間に、2割負担を設けるべき。</li> <li>・高額負担をしても低福祉ではいかなものか。</li> <li>・所得判定の基準を検討してほしい。特に中間所得者層への配慮を考えてほしい。</li> </ul> <p>○高齢者も3割負担とし、収入の少ない方については還付する方法を検討すべき。</p> <p>○高齢者のみでなく、現役世代の義務教育期間は窓口負担を軽減すべき。</p> <p>○窓口負担の年齢区分も、65歳か75歳で考えるべき。</p> <p>○新制度に移行しても被保険者の窓口負担が現行制度と変わらぬようにすべき。</p> <p>○基準収入額適用は被保険者の混乱を招くので基準の引き上げを検討してもらいたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一方、高額療養費の改革で負担を見直し軽減する。</li> </ul> <p>○高額療養費の世帯限度額の設定について、十分に検討すべき。</p> <p>○高額療養費の計算方法が複雑になるのではないか。</p> <p>○外来分については、定額制を導入すべき。</p> <p>○高額介護合算療養費の制度は廃止すべき。</p>
5. 医療サービス	<p>○医療費の抑制は行うべきでない。（計3件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な医療が、負担が苦しいために抑制されることがないように対応すべき。</li> </ul> <p>○安心して医療が受けられる制度にすべき。（計3件）</p> <p>○高齢者に対する投薬や検査の無駄を排除すべき。（計2件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重複受診を控えるべき。</li> </ul> <p>○終末期医療の延命措置は反対。</p> <p>○診療について年齢による区分をしない仕組みにすべき。</p> <p>○薬剤負担が大きすぎる。</p> <p>○診療報酬について見直しが必要である。</p> <p>○罹患者に対する負担割合、高額療養費の引き下げを行っていただきたい。（計2件）</p> <p>○介護保険制度との役割分担を明確にし、高齢者医療費の削減を図るべき。</p>
6. 保健事業等	<p>○保健事業を拡充するなど、疾病予防にもっと力を入れるべき。（計6件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各保険者の健診実施を義務化すべき。</li> <li>・人間ドックやがん対策を充実すべき。</li> <li>・医療費適正化に繋がり、費用対効果大きい。</li> </ul> <p>○特定健診・特定保健指導のあり方を再検討すべき。（計4件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・健診について年齢による区分をしない仕組みにすべき。</li> <li>・保険者が積極的でない状況を改善する必要がある。</li> <li>・特定健康診査による医療費適正化の取組を推進すべき。</li> </ul> <p>○保健指導への取組姿勢に応じたインセンティブ又はペナルティを導入し、医療費の増加に歯止めをかけるべき。</p> <p>○現行の加算・減算のようなペナルティの仕組みは廃止すべき。（計4件）</p> <p>○保険者機能を発揮し、医療費の効率化に取り組める仕組みにすべき。（計7件）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・広域化すると保険者機能の発揮が難しくなる。</li> <li>・保健事業を文科省の生涯学習と組み合わせた対策にしても良いのではないか。</li> </ul> <p>○後発医薬品の使用促進など、医療費の適正化に取り組むべき。</p> <p>○医療費が増加する理由や、その抑制方法について、十分に検討すべき。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○国民の健康教育に力を入れて医療費の需要側からの抑制を図るべき。</li> <li>○後発医薬品の使用促進など、医療費の適正化に取り組むべき。</li> <li>○医療費通知等は大幅に金額が増えたときにのみ通知すべきで、変動が少ないときは省略し経費の節約を図るべき。</li> <li>○保健事業について、事業の実施主体、実施方法及び財源について、早期に方針をしめしていただきたい。</li> <li>○都道府県単位の財政運営となる場合、市町村がきめ細かい保健事業を行えるのか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域格差が生じないようにすべき。</li> </ul> </li> <li>○都道府県単位の運営主体と市町村が連携して健康づくりに取り組める仕組みにすべき。(計3件)</li> <li>○健康保険組合は保険者機能を発揮しており、医療費適正化に貢献している。</li> <li>○サラリーマンである高齢者とその被扶養者及び退職者についても現役世代と同じ被用者保険に加入することで、保健事業を効果的に実施できる。</li> <li>○高齢者の多くが通院しているので、健康診査を義務化する必要はない。</li> <li>○健診費用やその一部負担については全国統一すべき。</li> <li>○健診項目に口腔機能診査等の歯科検診を実施すべき。</li> <li>○ドイツの医療制度のように国全体として健康問題に対策を進めてほしい。</li> </ul>
<p>7. 新制度への移行</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○市町村や都道府県単位の運営主体の準備を行う期間が十分に確保できるようにすべき。(計12件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・移行スケジュールを早期に示すべき。</li> <li>・移行準備期間を2年は確保すべき。</li> </ul> </li> <li>○事前の広報等を十分に行う必要がある。(計16件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢者医療制度施行時の反省を踏まえるべき。</li> <li>・市町村、各保険者だけでなく、国は責任をもって周知を行うべき。</li> <li>・被用者保険への移行手続で混乱を生じさせないようにすべき。</li> <li>・関心を高める工夫をしてもらいたい。</li> </ul> </li> <li>○移行事務について、十分に検討すべき。(計4件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな制度の被保険者証交付に伴う費用を全額国負担としていただきたい。</li> <li>・被用者保険に移す事務が、本人や事業主の負担とならないようにすべき。</li> </ul> </li> <li>○システム改修について、十分に検討・取組を行うべき。(計12件) <ul style="list-style-type: none"> <li>・改修に係る費用について検討を行い、全額国が負担すべき。</li> <li>・現行のシステムを出来るだけ活用すべき。</li> <li>・システム改修の内容を早めに教えてもらいたい。</li> <li>・被用者保険者の扶養認定に係る手続きに必要な添付書類の交付費用等の負担は国において負担すべき。</li> </ul> </li> <li>○現行制度と大きく変わらないのに、システム改修等にお金をかけてまで変更する理由がわからない。</li> <li>○システム改修についてばかり時間をかけるべきでない。</li> <li>○手続きの簡素化、簡便な制度にすべき。(計2件)</li> <li>○具体的な事務処理の決定においては、広く市町村の意見を集約し、住民感情に考慮した制度にすべき。</li> <li>○速やかに新制度に移行して人員を整理すべき。</li> <li>○制度移行にあたっては、自治体と被用者保険とが連携して行える体制にすべき。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村が個別に保有する各種情報を統合管理する外部システムの構築が必要ではないか。</li> </ul> </li> </ul>

8. その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>○改革会議や公聴会は形式的であり、もっと幅広く意見を聴取すべき。(2件)</li> <li>○被保険者証はまとめて1枚の発行にすべき。(2件)</li> <li>○保険証は引き続き各被保険者に1通ずつ発行してほしい。</li> <li>○資格証について、新たな制度ではどう対応するのか。</li> <li>○資格者証の交付は全面的に廃止すべき。</li> <li>○被扶養者の定義について、被用者保険間でばらつきがないようにすべき。</li> <li>○広域連合議会が形骸化している。</li> <li>○社会保障カードの導入による重複診療、重複検査、継続的医療の実施。</li> <li>○基準収入額判定や減額認定は申請主義ではなく職権適用すべき。</li> <li>○高齢者に申告を促すのは思いやりが足りない。</li> <li>○配偶者控除廃止に反対。</li> <li>○官僚の保険制度はどうなっているのか。</li> <li>○都道府県に医療保険制度全般の情報提供を行う相談センターをつくるべき。</li> <li>○総報酬制を介護納付金にも適用すべき。</li> <li>○先進医療等についても、医療保険の中に取り入れてほしい。</li> <li>○負担割合の変更がなければ、経費削減のためにも保険証の差替えは必要ないのではないか。</li> <li>○育児休業給付金は併給調整の対象とすべき。</li> <li>○国保等の運営費の無駄にもメスをいれるべき。</li> <li>○市町村の窓口担当者への指導に力を入れるべき。</li> <li>○障害認定者の位置づけに被保険者の不満が残ることのないようにすべき。</li> <li>○診療報酬の支払方式については、関連団体等の意見を十分に聴取すること。</li> <li>○所得の把握を背番号制導入によりきちんとすべき。</li> </ul>
--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

「新たな高齢者医療制度についての公聴会」での意見交換概要（関東・信越ブロック）

意見発表を行った方 8名

	意見交換の概要
<p>○東京都墨田区 在住の60代 男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医 療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後期高齢者医療制度については速やかに廃止し、老人保健制度へ戻すべき。</li> <li>・ 別建てにすることは、現在の後期高齢者医療制度の仕組みと同じである。市町村国保に戻した75歳以上の方については、同じ市町村国保の74歳以下の方と同じように運用すべき。</li> <li>・ 現行制度については速やかに廃止すべきだという考え方で取り組んでおり、来年の通常国会に法案を提出して、準備期間として2年弱を経て、25年度から新制度をスタートさせるという最短の道筋で検討を進めている。</li> <li>・ かつての老人保健制度に戻すべきというご指摘については、以下の問題があると考えている。</li> <li>・ 後期高齢者医療制度を廃止し、市町村国保に戻るようになるが、現在の制度ができた時は、市町村国保から移ってこられた方々の約7割の方の保険料が全国的に安くなり、保険料の格差も5倍から2倍に縮まった。単純に市町村国保に戻るということになると、その逆のことが起こることとなる。</li> <li>・ 二つ目は、高齢者の医療費に対して、若い人と高齢者との費用負担関係が不明確だということで、被用者保険サイドから強い反対がある。</li> <li>・ 三つ目は、大がかりなシステム改修が必要であり、約2年かかるということである。</li> <li>・ 市町村国保の75歳以上を都道府県単位で財政運営することについては、高齢者の保険料の増加や、負担の格差の拡大を抑えるためのものであり、第二段階では全年齢で都道府県単位化を図っていく。</li> </ul>
<p>○東京都八王子 市在住の70 代男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医 療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在のスケジュールでは平成25年度に新たな制度を施行することだが、2年後の平成24年度には保険料の改定により保険料が上がる。新たな制度への移行を速やかに行うべき。</li> <li>・ 国保の財政運営を高齢者について都道府県単位にすることに一定の理解は得られるが、何かまた差別が生まれるのではないか。</li> <li>・ 保険料は応能負担とし、65歳以上の一部負担金は全て1割負担にすべき。そして不足をするところについては、国庫負担することとすべき。</li> <li>・ 新しい制度に移行するに当たって時間がかかるのはシステムの改修である。全国の市町村国保のシステムを改修するには2年でも精一杯である。既に、システム検討会を立ち上げて実務的な検討を開始しており、今の後期高齢者医療制度導入時よりも1年ほど早く準備に入っている。</li> <li>・ 平成24年度は今の後期高齢者医療制度の最後の保険料の改定になる。今年度の保険料改定の時には、高齢者の保険料が大幅に上がることが見込まれたため、財政安定化基金を取り崩すといった方策等で保険料を抑制し、保険料の伸びを全国平均で約2%に抑えることができた。24年度は、そうした状況が生じないようにする考えであるが、必要に応じて保険料を抑制する手立ても考えていくこととしている。</li> <li>・ 高齢者の保険料の増加や格差の拡大が生じないよう第一段階では高齢者に関し都道府県単位の財政運営とし、第二段階では、全年齢で都道府県単位の財政運営とするが、そのとき、引き続き高齢者と現役世代の保険料の設定を別々のものとするのか、それ</li> </ul>

<p>●座長</p>	<p>とも同じものとするのかは、これから議論していく。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険料は、基本的に応能負担部分を増やしていく方向にあるが、一挙に均等割を無くすと、中間所得層の負担が増大する。そうしたことも踏まえ、保険料の設定のあり方を考えていかなければならない。</li> <li>・ 仮に65歳以上の方をすべて1割負担とすると約6,000億円の医療給付費が新たに発生し、多くは若い世代の負担になるため、こうした患者負担のあり方については年末まで改革会議の中で議論していきたい。</li> <li>・ 最も気にかかることは、制度の移行をいかにスムーズに混乱なく行うかということである。システム、事務的なマニュアル、さらに広報、周知等も含め準備は万全に行っていきたいと考えている。</li> </ul>
<p>○埼玉県久喜市 在住の60代 男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医 療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 負担割合の明確化は後期高齢者の良い点とされたが、もっとも悪い点だと思う。負担増加、給付減を高齢者に迫るという点は大きな問題がある。</li> <li>・ 財源や負担の公平性ばかり議論され、高齢者の命や健康を守るという議論がないのではないか。</li> <li>・ 市町村国保は市町村と住民とが長い年月をかけて作り上げてきた住民参加の制度である。これを市町村ではなく都道府県の運営としたら住民参加は保障されるのか</li> <li>・ 一般会計からの繰り入れをなくすと言っているが、今でさえ払い切れない保険料の問題をどのように解決するのか見えてこない。</li> <li>・ 現行制度は5割を税金、4割を現役世代の支援金、1割を高齢者の保険料としており、負担の公平の観点からは、こうした費用負担の明確化は必要と考えている。一方、高齢者の一人当たり医療費が増えた年には高齢者の保険料だけが上がる場合があることから、今回の制度では、各都道府県に財政安定化基金を設置し、基金を取り崩して高齢者の保険料の上昇を抑制できる仕組みを設けることとしている。高齢者の負担と現役世代の負担の両面に配慮した仕組みを考えていきたい。</li> <li>・ 改革会議は保険制度をどうするか、すなわち費用負担や財政の問題が中心にならざるを得ないが、医療サービスの問題については、平成24年度の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、別の場で本格的な議論をこれから始めることになっている。</li> <li>・ 市町村国保については、市町村と地域の住民で作りに上げてきた制度であるが、全国の市町村から国保の制度を国として何とかして欲しいと繰り返し改善を求められている。とりわけ小規模な市町村は保険財政が不安定であり、財政運営の広域化を図ることが重要である。</li> <li>・ 先般の通常国会では、国保の財政基盤強化策を決定し、これから4年間実施していくこととした。また、都市部を中心として保険料の収納対策にも更に力を入れる必要がある。これに加えて、総合的な対策の一環として国保の広域化を進めていきたい。</li> <li>・ 市町村国保については、地域によっては市町村の一般会計からの繰り入れが行われているが、新しい制度においては、これが都道府県に持ち込まれるものではない。市町村の一般会計繰入がどうなるかは最終的には市町村の判断によるものである。</li> </ul>
<p>○東京都練馬区 在住の60代 男性</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公費投入の内容が明らかになっていない。</li> <li>・ 65歳から74歳の医療費についてどのような形の制度になっても、公費を投入しないで若年層に負担を求める今までのやり方では被用者保険の運営が成り立たなくなる。健康保険組合全体の保険料収入に対する拠出金割合は45.6%に達し、被保険者、事業主にとって大きな負担となっている。</li> </ul>

<p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 将来の医療費の増大の歯止めとなるのは保険者機能が大きい。現在の拠出金負担を続けていけばあと3年で8割の健保組合が解散の危機に直面する。既に赤字で積立金を取り崩して埋めるしかない状態を続けている。国民皆保険を維持するためには健保組合が果たす役割をご理解いただいて高齢者医療費を補う財源を明確にして、公費拡充を図っていただきたい。</li> <li>・ 新しい制度ができる時には消費税等の財源について明確にしていきたい。</li> <li>・ 改革会議の委員の方々は立場が異なるが、公費を増やすべきだとの意見は一致している。税制改革と一体となった社会保障の議論が必要であり、近々政府全体で取り組んでいくことになる。</li> <li>・ 健保組合には積立金があるが、市町村国保や協会けんぽにはない。また、協会けんぽの半分弱の保険料の健保組合もある。従って、公費の拡充と併せて、負担能力のある健保組合については負担いただき、負担能力のないところの負担を軽減するために、支援金を加入者数ではなく総報酬に見合った形にしていくことが必要である。</li> <li>・ 公費については、2段階で考える必要がある。今の時点で平成何年度から何割の公費を投入するということは決められない。その時々々の社会情勢に応じ、定期的に公費のあり方の見直しを検討するということが制度の中に組み込むことが必要である。</li> <li>・ また、平成25年度に新しい制度に移行するが、健保組合については総報酬割を導入することで負担能力の低いところは助かるが、健保組合全体で負担が大幅に増加するというだけでは理解がいただけないため、一定程度の公費の拡充を図ることが必要と考えている。</li> <li>・ いずれにしても、費用負担については、改革会議に具体的な財政影響試算を提出し、改めて年末までの間、議論を進めることとしている。</li> </ul>
<p>○東京都江戸川区在住の20代男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 最終とりまとめを検討するに当たっては若年層の負担という観点も踏まえて検討していただきたい。</li> <li>・ 全ての国民が持続可能な保険制度が望まれる。効率的な医療費の実現、最終的には健康づくりや保険料収納といった保険者機能が最も重視されるべき。</li> <li>・ 都道府県単位に財政安定化基金を設置し、保険料の徴収不足による財源不足を補う機能を持たせるとすると、市町村の保険料の収納インセンティブが働かなくなるのではないか。</li> <li>・ 健診やレセプト点検などにより医療費効率化を図る保険者機能を重視した仕組みが必要。</li> <li>・ 高齢者の方の保険料は、高齢者の一人当たり医療費の伸びに比例して増えるが、若い世代の拠出金は、高齢者の一人当たりの医療費の増加、高齢者の人口の増加、若い世代の人口の減少という3つの要素で増加する。このため、若い世代の拠出金の増加の一定部分は、高齢者と若い世代で均等に分かち合うということを今回の制度の中に盛り込んでいる。高齢者への配慮と同時に若い世代への配慮も踏まえて、最終とりまとめに向けて十分検討していきたい。</li> <li>・ 都道府県単位の運営主体が標準的な保険料を決めた上で、最終的な保険料は各市町村で決めるという仕組みを考えている。市町村が収納率を上げることができれば、その地域の住民の方々の保険料を標準的な保険料よりも少し安くすることができる。これにより、市町村が収納対策に取り組むインセンティブが出てくると考えている。</li> <li>・ 健診、レセプトチェックなどにより医療費の効率化を図ることによって国民全体の負担をできるだけ軽いものにしていくことが重要である。11月には、改革会議で具</li> </ul>

	<p>体的な議論をいただくこととしている。</p>
<p>○神奈川県横浜市在住の40代男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療費の伸びを抑えるために、保険者の権限を強化して健診を受診させる等、保険者機能を十分発揮できる制度にすべき。</li> <li>・ 特定検診、特定保健指導などの若いころからの健康づくりのための取組を引き続き進めるとともに、様々な保険者の取組を国としても支援することとしている。</li> <li>・ 各保険者だけではなく、市町村や都道府県においても、改めて健康づくりの取組を進めていただきたい。現在、都道府県は医療の提供体制や健康づくり等に対して責任を持っているが、もし都道府県が標準保険料の設定等の保険財政の運営に責任を持つことになれば、より積極的に健康づくり等に取り組んでもらえるのではないかと期待をしている。</li> <li>・ 高齢者の医療費の効率化も考えていかなければならない。来年度から後発医薬品を使用した場合に、医療費がどれだけ安くなるのか、医療費の差額通知を全ての保険者で行っていきこうとしているところ。また、レセプト点検や、重複・頻回受診への訪問指導等、様々な取組を進めて行く必要がある。</li> </ul>
<p>○神奈川県川崎市在住の60代男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p> <p>●座長</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療という点を離れて高齢者への配慮が必要。</li> <li>・ 医療制度という場合、予防、健康管理、終末期などを含めた総合的な視点からの議論が必要。</li> <li>・ 大方の議論が財政に偏向しており、医療サービスのあり方について、介護サービスを含めた議論が必要ではないか。</li> <li>・ 医療供給体制についての議論が必要。</li> <li>・ 高齢者医療制度改革会議においては、4人の75歳以上の高齢者の代表の方にも参加していただきご意見をいただいている。高齢者の方々が果たされてきたことへの歴史的な評価といった視点も大切にしながら、更に議論を進めていく必要があると考えている。</li> <li>・ サービスのあり方については、医療だけではなく介護の面も併せて議論を行う必要がある。平成24年度の同時改定に向けて、別の場で本格的な議論をこれから進めることとしている。また、予防という点については、具体的には特定健診や特定保健指導をどうするかということでは、別途、専門家による技術的な検討も必要になる。そうした相互の検討を連携させながら、総合的に対応していきたい。</li> <li>・ 高齢者の医療制度だけではなく、公的な医療保険制度全体をどうやって維持していくのか。そこが改革会議の一番の大きなポイントだと考えている。</li> <li>・ 医療の供給をどうするかは重要な問題であるが、医療のサービスについては、まずは土台となっている医療保険制度をしっかりとしたものにしておかないと、議論しにくいという側面がある。また、医療の供給体制、サービスの話は、別途、専門家の意見が必要である。</li> </ul>



<p>○東京都東村山市在住の40代男性</p> <p>●厚生労働省 (吉岡高齢者医療課長)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今回の改正に当たっては前回の改正時の反省を踏まえ、従来の政府広報、ラジオではなく、テレビの活用や地方自治体との連携による国民への周知を徹底していただきたい。</li> <li>・ 様々な媒体での広報に計画的に取り組んでいきたいと考えている。また、国の取組と合わせて市町村の方々にも取り組んでいただくため、来年度から必要な広報経費を確保して進めていきたい。</li> </ul>
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 第10回会議における意見の概要

### ② 全年齢を対象とした都道府県単位化への移行手順、期限、環境整備の進め方

#### ～移行手順～

- ・ 全年齢の都道府県単位化は期限を定めて移行すべき。(阿部委員)
- ・ 合意できたところから順次ということでは、都道府県ごとの進捗度に差が出ることや、技術的な課題が出てくるのが想定されるため、期限を定めて全国一律に行うことが現実的ではないか。(藤原委員)
- ・ 一気に全年齢を対象に切り替えることはやってやれないことなのか。(岩見委員)
- ・ 第一段階で年齢区分をしない国保というものが絶対にできない理由をもう一度承りたい。(樋口委員)
- ・ 全年齢を統一した第二段階へ、一律の時期に早い段階で移行できるようにすべき。(見坊委員代理)
- ・ できるところからとすると、様子見のところが出てくるリスクも考えられるため、そういう意味では期間を定めて一律に移行するのが合理的。(岩村座長)

#### ～期限～

- ・ 移行年度は新しい法律に明記すべき。その年度は、最短で新制度施行の2年後、最長で4年後が限界ではないか。(阿部委員)
- ・ 時期は明示すべきである。次のステップへ移行するにはシステム改修が伴うこと、新制度の決算状況を踏まえて各都道府県がどういう財政構造になるかを見て調整が必要であることなどを考えると、新制度発足から4年後というのが1つの考え方ではないか。(岡崎委員)
- ・ 早急に全年齢統一という形にしていきたい。(三上委員)

#### ～環境整備の進め方～

- ・ 次期通常国会に提出する法案において、国保全般のあり方について本格的な議論が行われないうちに、第二段階の全年齢の都道府県単位化について、方針・時期・運営主体等を法案に書き込むことはいかがか。(神田委員代理)
- ・ 全年齢を対象とした国保の都道府県単位化を行うには保険料の統一が必要。そのために一般会計からの法定外繰入や繰上充用金を解消しようとするれば、全体として保険料は増額となる。この枠組みを検討するに当たっては、国として財政責任・負担の考え方を示すことが必要。(神田委員代理)

- ・ 都道府県化に関する枠組みについてだけ、どんどん結論を出していく現状については、非常に危惧を覚えている。(神田委員代理)
- ・ 若人の国保の都道府県単位化の環境整備を進めるにあたっては、構造的な問題解決のために国費の追加投入が必要ではないか。(藤原委員)
- ・ 保険料の平準化に伴って、大幅に負担増となる団体が出ないよう緩和措置を組み込んでいただきたい。(藤原委員)
- ・ 国保の広域化を進めることによって、都道府県単位の地域保険を確たるものとしてつくっていかなければ、医療と保険はもたないというのが大多数の意見である。この多数意見を踏まえ、「都道府県を単位とする地域保険の創出」というのが1つの出口になるので、そのことをイメージしながら作り込んでいくべきではないか。(岡崎委員)
- ・ 都道府県単位の地域保険が成り立つためには、今以上の国費を投入しないと保険財政そのものが成り立たない。(岡崎委員)
- ・ 白地に絵を描くことはできないわけで、制度面・財政面においても実現可能性の高い選択肢をとるしかない。しかし、国民皆保険半世紀の歴史の中で、今回最大の改革は、市町村の国民健康保険を都道府県単位に切り替え、再編成し、持続可能性を高めるという取組みを始めることであり、その目標は高く掲げ、段階的にそこへ着実に近づけていく方式をとらざるを得ない。(宮武委員)
- ・ システム構築等に要する社会的コストを含め、第一段階が必要であることの補足説明をいただきたい。第一段階、第二段階と経て前へ進んでいくときに、現行のものをマイナーチェンジするか、大きく変えるかで、かなりコストが変わってくる。大変大きな支出になり、最後は結局国民が払うことになるので、そういった部分を踏まえて御検討いただきたい。(横尾委員)

### ③ 今回の制度移行時における都道府県単位化の対象年齢（65歳以上か75歳以上か）

- ・ 65歳以上とした場合、負担増や混乱が予想されるため、75歳以上とすることがより現実的ではないか。(藤原委員)
- ・ 中間とりまとめにあるとおり、財政試算で検証する中で、公費の投入の仕方、被用者健保等からの支援金、財政調整のあり方も総合的に勘案して、年齢については検討が必要である。(小島委員)
- ・ 65歳以上とした論点に、二度にわたる保険料の上下動が混乱の源になる、とあるが、第一段階と第二段階の間の期間によってその印象は変わる。時期が明示されない中では議論は尽くせないのではないか。(見坊委員代理)
- ・ 次のステップを示さなければ、75歳以上だけを都道府県単位化するということの意味合いが理解されないだろう。(白川委員)
- ・ 期間が切られている中で第一段階に移行しなければいけないということと、被保険者の保険料負担、各保険者側の財政状況に大きな変動があまり起きないことを前提と

しつつ、次の第二段階を考えるとということであると、75歳以上でまず第一段階を考えるとというのが現実的。(岩村座長)

#### ④ 国保の事務の分担（給付事務）

- ・ 提案されているスキームで、都道府県が運営責任を担うと言えるのか疑問。(藤原委員)
- ・ 都道府県単位の運営主体が決まらないと、実務的な検討ができない。(藤原委員)
- ・ 都道府県が保険者となって、しっかり県民の健康と医療を守るという観点が一番ではないか。(岡崎委員)

#### ⑤ 保険料

- ・ 第二段階においては、応能負担を原則とした全年齢統一の保険料を設定すべきであり、高齢者と現役世代を別々の保険料とするべきではない。(阿部委員)
- ・ 第二段階における国保保険料の賦課方式については、都道府県単位で4方式や3方式など賦課方式を選択できるようにしてよいのではないか。(阿部委員)
- ・ 保険料の賦課方式は全国で統一すべきではないか。負担の公平性からいえば、都道府県によって賦課方式が違う方法が本当にいいのか議論すべき。(三上委員)
- ・ 現行の後期高齢者医療制度では、都道府県ごとに設定された保険料を各市町村が徴収して、それぞれの広域連合に納める形になっており、市町村の過不足があっても、それは最終的に市町村が補てんする仕組みではなく、都道府県1本の広域連合の中で収支を合わせるという責任区分になっている。今回の案では、市町村が集められなければ、各市町村が基金から借入をしてでも納めるというものになっており、今の制度より後退したイメージがある。(岡崎委員)
- ・ 都道府県ごとに状況が違う中、賦課方式を全国一律とするとかなり大きな影響があり、都道府県ごとに決めてよいのではないか。(岩村座長)

#### ⑦ 財政調整の仕組み

- ・ 第一段階における財政調整のあり方については、現行制度が非常になじんできていることもあり、是非踏襲していただきたい。またそれが非常に現実的である。(藤原委員)
- ・ 現行の後期高齢者に対する支援金と、前期高齢者への納付金の仕組みを踏襲するという点では、現行制度とほとんど変わらないということではないか。(小島委員)
- ・ 後期高齢者医療制度の財源構成を見ると、老人保健制度とほとんど同じ財源構成で移行していたため、非常にスムーズに移行ができた。今回についても、今の財源構成をかなり尊重した上で移行するしかない。(宮武委員)
- ・ 被用者保険側としては、65歳から74歳の方々の支援のために納付金を拠出しているので、現役世代の保険制度と財政面できちんと区分していただきたい。(齊藤委員)

- ・ 大幅な公費の投入がないままに現在の拠出ルールが存続するという事は、財政調整による現役世代の負担が大きくなることを意味する。被用者保険の持続可能性や若者の夢・希望を考えると、容認できない。(齊藤委員)
- ・ 現状の負担割合や現実をある程度踏まえた改革しかできないことは理解できるが、若年層の高齢者に対する支援が限界に来ていることも事実。25年度以降の新制度においても今のまま変わらないとなると、若年層はもうもたない。(白川委員)
- ・ 第一段階について、現行の後期高齢者医療制度のように、高齢者の保険料と公費を高齢者の医療給付費に充てた上で、それ以外の部分を現役世代が支援するという方法は、現役世代と高齢者の負担関係の明確化という観点からはいい方法であり、できるだけ導入すべき。(小林委員)
- ・ 第一段階では余り大きな変動を起こさず、スムーズな移行を図るという観点からすると、現状の財政調整の仕組みを踏襲するという形で第一段階に入るのが現実的。(岩村座長)

## ⑧ 公費

- ・ 高齢者の方々の負担を抑えるなら、国策としてまず国費を政策的に投入して、その国策分は別扱いにし、残された部分の5割を公費負担とするなどして、しっかりした地域保険をつくり込んでいくべきではないか。(岡崎委員)
- ・ 保険料と自己負担がこれ以上増やせないということであれば、公費の割合を5割から6割・7割へと徐々に変えていく必要があるのではないか。(三上委員)
- ・ 消費税も含めた、税制改革も含めた安定財源というものを、民主党・政府で早く議論していただきたい。(白川委員)

## ⑨ 収納率低下防止策

- ・ 現行制度の原則年金天引きというのは、是非維持していただきたい。(藤原委員)

## ⑩ 保険料軽減の特例措置

- ・ 軽減措置の特例がなくなる場合、保険料が増える人が結構出る。後期高齢者医療制度を廃止したら保険料が高くなったと言われたいよう、きちんとご説明いただきたい。(樋口委員)
- ・ 保険料軽減の特例措置が、既に恒久措置になっていると理解している高齢者が少ないのではないかと。これがまた混乱を招かない保障はなく、保険者には十分な説明を果たしていただきたい。(見坊委員代理)
- ・ 保険料軽減特例の扱いについては、第二段階で国保を全年齢について都道府県ごとに1つにまとめるという話になったときには、高齢者だけを別扱いというのは非常に難しくなる。どういうやり方で調整していくかは、更に議論を深める必要がある。(岩村座長)

## <その他>

- ・ システム関係の実務者レベルの協議が始まっているところではあるが、全体的にスケジュール感がタイトであるため、この改革会議と並行して、都道府県、市町村、広域連合との間で精力的に実務的な検討を行う場を立ち上げながら、具体的な協議が必要と考える。（横尾委員）
- ・ 国保全体をどうしていくかについては、国民皆保険の維持につながる重大な問題であるという認識の下、社会保障審議会等の場において、データを基に構造的な問題を掘り下げて、あるべき姿を根本的に検討すべき。（神田委員代理）
- ・ 医療提供の中身、それを支える人づくりをどうするかという議論は、改革会議では中心の論点にしないということであるが、これは残された重要な論点であるので、それに対して、どういう形で手だてをとっていくのかについて、11月に是非御提案いただきたい。（近藤委員）

# 委員配付資料

## 医療費窓口負担に関する意見書

2010.10.20 近藤克則

医療費の窓口負担を引き上げには反対。相当分の財源は、高齢者の保険料か税で確保するという選択肢も考えるべきである

### 背景と対案

- 窓口負担を軽減する特例措置で約 2000 億円の財源が必要
- 現役世代の負担、国庫負担も限界ということは理解できる
- 一方、現役世代よりも資産を持っている高齢者が応分の負担をする方法には、  
A) 事後的に窓口負担する方法以外に、B) 事前に保険料か税で賄う方法がある
- 次のように B) 保険料か税で賄う方法、の方が副作用が少なく優れていると考える

A) 窓口負担の引き上げという方法には、以下の副作用がある。長所と主張する人がいるが、国際的な経験と国内の実態で、そうとは言えないことが実証されている

- 受益者負担も必要？→病気になって医療を受けることを望む(受益と考える)人が多いのか？
- 不要な医療を抑制し、効率化を図る？→必要な医療も抑制される(資料1)、かつ自己負担で得られる総収入は期待するほどではない(資料2)
- 公的な医療費財源の節約になる？→実際には治療費未払いが増える(資料3)それによる公立病院の赤字を税で補填すれば公的医療費の抑制にならない。低所得層の患者が多い地域、患者を断らない良心的な民間病院の経営を圧迫
- 低所得層に病気が多いことを考えると、窓口負担の引き上げは、実質的には逆累進的な負担を意味する
- 低所得層ほど多く医療費を支出し経済的な不安を助長し、かつ受診を抑制することで健康格差を助長する(資料4)
- WHO も、健康の社会的決定要因に影響するすべての政策において健康格差を考慮すること、普遍的で包括的に社会を守る政策を強化することを、加盟国に強く命じ (URGE) ている。欧米諸国では、すでに健康格差対策に向けた法改正・政策対応が始まっている。(資料5)

B)保険料か税で賄う方法には次のような長所がある

- 社会連帯で支える(一人当たりの負担額は小さくなる)
- 累進的な応能(支払い余力がある人が応分に多く)負担
- 健康格差の抑制に作用する

### 意見

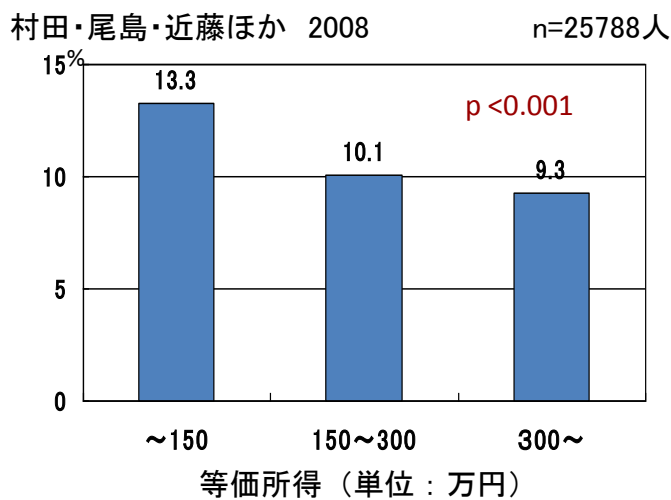
- 医療費の窓口負担を引き上げには反対。高齢者だけでなく全年齢において引き下げるべき
- 保険料か税で財源確保を考えるべきである
- 保険料で負担した場合に、どれ位負担が増えるのか試算して、選択肢に加えるべきである
- 増税への道筋を政府は示すべきである
- もし、保険料か税で財源確保することを国民が支持しないのであれば、今回はやむを得ず受け入れる
- しかし、その場合も、制度改革によって、どの程度の受診抑制や健康格差の拡大が起きるのか、モニタリングすべきである(資料6)



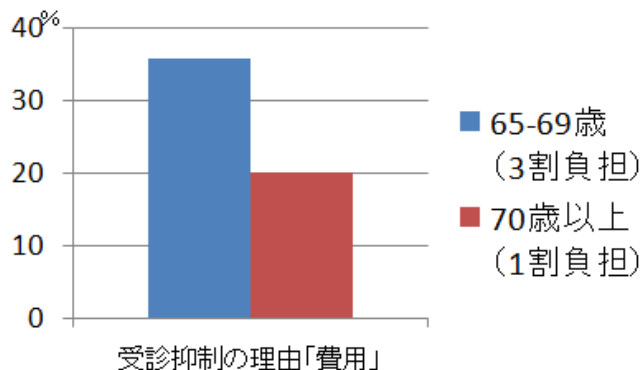
**資料1** 自己負担は必要な医療も含めた受診抑制を招く

1) 日本のデータ：低所得層の高齢者ほど受診抑制が多く見られる。自己負担割合が高かった65-69歳代では「費用」を理由にあげた者が34.8%、自己負担割合が1割であった70歳以上では20.1%

## 過去1年に必要な受診を控えた 高齢者の割合



## 年齢(窓口負担割合)別 受診抑制の理由として 「費用」をあげた者の割合(%)



出典：Chiyoe Murata, Tetsuji Yamada, Chia-Ching Chen, Toshiyuki Ojima, Hiroshi Hirai, and Katsunori Kondo: Barriers to Health Care among the Elderly in Japan. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2010, 7:1330-1341 (Press Release No:09-015 参照)

**2) 国際的な経験でも、自己負担の引き上げが、必要な医療も抑制することが判明している**

下記書籍の p203-214 から抜粋

「明らかになったのは…患者負担が上昇するにつれて減少する」「患者負担は、いくつかの指標で、健康水準の悪化にも関係していた」「他の研究も…患者負担は医療利用を抑制するという調査結果を、確認している」「患者負担は、適正な医療需要も…減少させる」「自己負担は、医療利用を大幅に抑制するが、それは貧しい人々に特に顕著に作用する」

出典：第3節 自己負担の影響.

一圓光彌 (監訳)：医療財源論. ヨーロッパの選択. Mossialos E, et al.: Funding Health Care:Options for Europe. Open University Press, 2002. 光生館, 2004

**資料2 自己負担で得られる総収入は期待するほどではない**

下記書籍の p203-214 から抜粋

「自己負担で得られる総収入は期待するほどではない」「需要を減少させたり収入を増加させるための手段としての患者負担は、その他の政策手段と比べて費用効果は高くない」「医療の資源配分における効率性と公平性という目的を達成するうえで、患者負担は効果の乏しい手段である」「患者負担によって医療部門の総費用を抑制できるかどうかも疑わしい」

出典：第3節 自己負担の影響.

一圓光彌 (監訳)：医療財源論. ヨーロッパの選択. Mossialos E, et al.: Funding Health Care:Options for Europe. Open University Press, 2002. 光生館, 2004

**資料3 公的な医療費財源の節約になる？→実際には治療費未払いが増える**

2006年(平成18年)4月9日 日曜日 44713号 (日刊)

**治療代未払い急増**

**低所得者、負担増響く**

計画外に開業を200万円超え、03と04年と比べて1倍以上に急増。05年3月の時点で、04年3月の1億3000万円を大幅に上回った。05年3月の時点で、04年3月の1億3000万円を大幅に上回った。05年3月の時点で、04年3月の1億3000万円を大幅に上回った。

公立病院 平均3300万円  
3年で1000万円増

1病院あたり未収金額の推移 (5年と10月の月平均)

年次	未収金額 (百万円)
02年10月	2000
03年4月	2200
04年10月	2500
05年4月	3200

朝日新聞社 2006年  
発行所 大阪市北区中之島2丁目  
〒545-8511  
朝日新聞大阪本社  
電話 06-6231-0131

一枚丸  
JAGCS  
http://www.jagcs.co.jp/

ネット  
ガンバ  
列島  
航空機

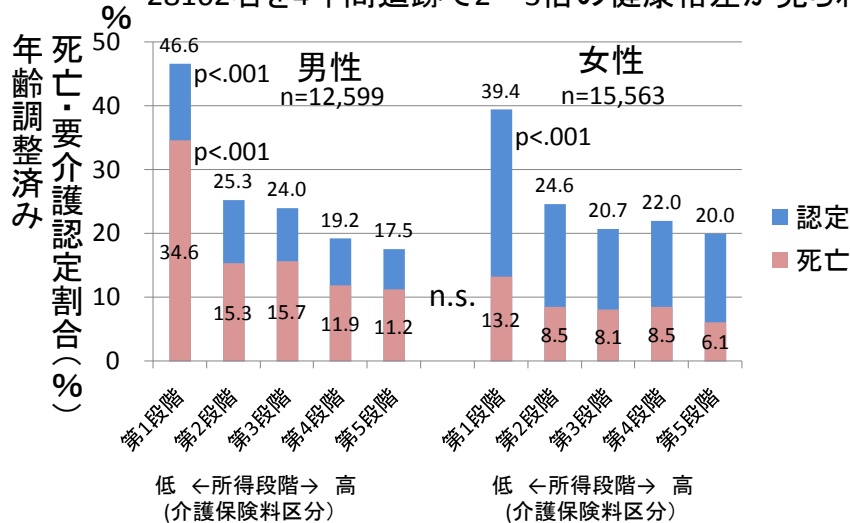
出典：朝日新聞 2006年4月6日

**資料4** 死亡率で2～3倍の健康格差を助長する

1) 日本の高齢者におけるデータ

**所得段階別死亡・要介護認定割合**  
(年齢調整割合) 近藤・平井他 2008

5保険者の65歳以上で要介護認定を受けていない  
28162名を4年間追跡で2～3倍の健康格差が見られた



出典：近藤克則, et al.: 所得水準による健康格差—死亡・健康寿命喪失をエンドポイントとする AGES コホート研究. 日本公衆衛生雑誌 55 第10号 特別付録 第67回日本公衆衛生学会総会抄録集: 499, 2008

**2) WHO の Solid Facts**

第一章「社会格差」(p8)に「社会の最下層部に位置する人々は、最上層部に属する人々に比べ、重い病気にかかったり、早死にする割合が、少なくとも2倍に達する」と要約されている。最貧困層にだけ、この影響が見られるのではなく、所得などの指標が下がるにつれて連続的に死亡率や健康度が下がる。同報告書でも「最上層から最下層まで、健康水準はとぎれることなく勾配曲線を描く」とある。

出典：Wilkinson RG, Marmot M: Social Determinants of Health; the solid facts. World Health Organization, Geneva, 高野健人ほか訳「健康の社会的決定要因」WHO 健康都市研究協力センター, 2002. 1998

**資料5** WHO の決議, 報告書

1) WHO 総会 2009 決議 WHA62.14 Reducing health inequities through action on the social determinants of health

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/WHA62\\_REC1-en-P3.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P3.pdf), 2009

**2) WHO の Solid Facts**

「貧困、相対的貧困、社会からの排除は、当人の健康に大きな影響を与え、死を早める原因となる。貧困の中で生きていくことはいくつかの社会的集団に大きくのしかかる。貧困の中のストレスは特に…高齢者に対する害が大きい。」(p16), 「どの政府も税、年金などの給付金、雇用、教育、財政や他の多

く分野を通して、所得分配に多大な影響を与える。こうした死亡率や罹患率関連の政策の効果に関する明白な根拠は、絶対的貧困を排除し物質的な不平等を無くすことが行政の責務であることを示している。あらゆる人は最低所得、最低賃金を保証され、行政のサービスを受けられるよう守らなければならない。貧困と社会的排除を減らすためには個人と地域の両方に対して政策介入が必要である。法律によって少数者グループや弱者を差別や社会的排除から守ることができる。」(p 17)

出典：Wilkinson RG, Marmot M: Social Determinants of Health; the solid facts. World Health Organization, Geneva, 高野健人ほか訳「健康の社会的決定要因」WHO 健康都市研究協力センター, 2002. 1998

### 3) ヨーロッパ諸国における健康格差への対応

WHO報告書の初版が出た1998年頃から、ヨーロッパ諸国には、健康の不平等を抑制する政策レベルの動きが広がった。例えばWHOヨーロッパ地域委員会は1998年のHealth21<sup>1)</sup>の中で、健康の公平の数値目標も掲げている。それは社会経済状態別に見た集団間の健康格差を社会的弱者の健康状態を実質的に改善することによって4分の1 (25%) 削減する<sup>2)</sup> というものである。

2005年10月には、EU (European Union, 欧州連合) 議長国を務めるイギリスで健康格差克服をテーマとしたEUサミットが開かれている<sup>3)</sup>。36カ国から大臣や政治家、政府高官が570人も参加し、健康の不平等の削減に向けての取り組みを強めることで合意した<sup>4)</sup>。そこに提出された報告書によれば、チェコ、ラトビア、リトアニアは、WHOの目標値を国のそれとしても採用している。また、オランダでは、2020年までに(低所得層で高所得層よりも短いという)平均寿命における格差を25%削減、フィンランドは2015年までに死亡率における格差を20%削減するという目標を掲げている。イギリスとアイルランドでは、より詳細に、死因別死亡率や低体重出生児の割合、喫煙率などにも数値目標を国として設定している。法律に明文化している国も増えている。ギリシャやドイツでは、健康の不平等の削減やそれへの取り組みを、デンマーク、イタリア、ポーランド、フランスはじめ少なくとも8カ国で、健康の公平に関する目標や原則が政府文書に明示されている。表1は、2003年にはスウェーデンで、公衆衛生法の改正までしている。

つまり健康格差の是正は、一部の研究者や運動家が掲げる「あるべき理念」でなく、生存権・健康権を保障するために国・行政・政策レベルにおいて現実に考慮・実現すべき課題として認識され、対策がすでに取られている<sup>5, 6)</sup>。

#### **資料6** 健康格差についてモニタリングすべきである

**WHO 総会 2009 決議 WHA62.14 Reducing health inequities through action on the social determinants of health**

#### **健康インパクト評価とは**

WHOが勧告しているのは、健康に影響する可能性がある政策が採られる前に、健康インパクト評価 (Health Impact Assessment) を行うことである。「健康インパクト評価」とは、WHOによれば、「政策(policy)・施策(program)・事業(project)による人々の健康への潜在的な影響と人々間の影響の分布を評価するための手続き(procedures), 方法(methods), ツールの組み合わせ」のことである<sup>7, 8, 9)</sup>。健康インパクト評価を巡る動きは、1995年にまで遡ることができる<sup>9, 10, 11)</sup>。1999年には、WHOヨーロッパが合意文書を出している<sup>12)</sup>。それらの中では、労働・交通・税制・所得保障・再分配政策などまで、

健康に影響を及ぼす例があげられ、幅広い政策について健康への影響を評価する必要性が指摘された。その後、WHO<sup>7)</sup>やEUなどの国際機関、イギリス<sup>13)</sup>、アメリカをはじめとする多くの政府において取り入れられている。WHOの健康の社会的決定要因に関する専門委員会の最終報告書<sup>14)</sup>や総会決議の中でも、健康格差に着目した諸政策のインパクトを評価・モニタリングすることが勧告された。

環境アセスメントについては、日本でも1997年に環境影響評価法(通称:環境アセスメント法)が制定され義務づけられている。健康へのインパクト評価の義務化も、事後の影響評価もすべきである。

## 資料5・6の文献

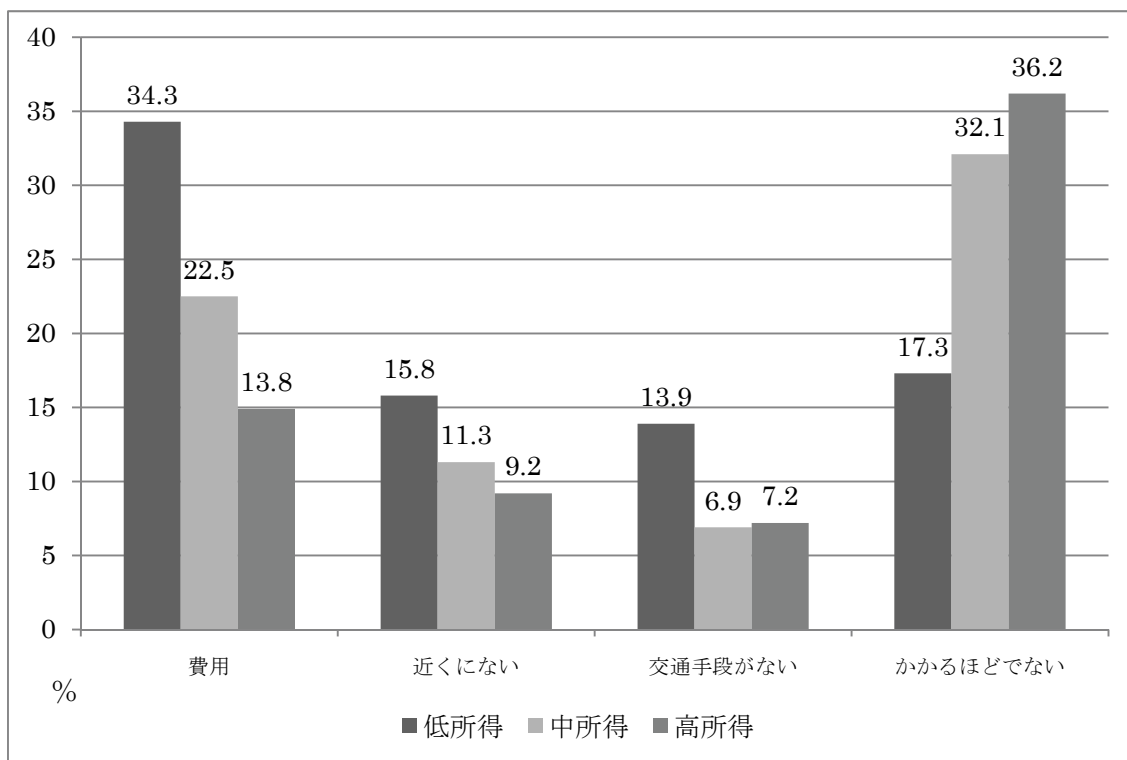
- 1) World Health Organization (WHO): Health 21 - Health for all in the 21st century - An introduction. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998
- 2) World Health Organization (WHO): 21 targets for the 21st century and suggested areas for formulating indicators. Health 21 - Health for all in the 21st century. 177-202. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999
- 3) Arie S: UK pushes EU to tackle health gap between rich and poor. *BMJ* **331**: 923, 2005
- 4) UK Presidency of the European Union: Messages from the health inequalities summit. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/52/27/04125227.pdf>, 2005
- 5) Judge K, et al.: Health Inequalities: a Challenge for Europe. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/83/04121583.pdf>, 2006
- 6) 近藤克則: 「健康格差社会」への処方箋－第8回 「健康格差」対策の総合戦略 ヨーロッパの到達点を踏まえて. *保健師ジャーナル (医学書院)* **63**: 444-450, 2007
- 7) World Health Organization (WHO): Health Impact Assessment. <http://www.who.int/hia/en/>, 2004
- 8) Kemm J, Parry J: What is HIA? Introduction and overview. Kemm J, et al.: Health Impact Assessment. 1-13. Oxford University Press, Oxford, 2004
- 9) Scott-Samuel A: Health impact assessment. *BMJ* **313**: 183-4, 1996
- 10) Department of Health: Policy appraisal and health. EL (95) 129/CI(95)47. Department of Health, 1995
- 11) 藤野善久, 松田晋哉: Health Impact Assessment の基本的概念および日本での今後の取り組みに関する考察. *日本公衆衛生雑誌* **54**: 73-80, 2007
- 12) European Centre for Health Policy (ECHP) : Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. <http://www.euro.who.int/document/pae/gothenburgpaper.pdf>, 1999
- 13) 近藤克則: ニューレイバーによる NHS 改革－New Public Management の新段階. 医療・福祉マネジメント－福祉社会開発に向けて. 150-166. ミネルヴァ書房, 2007
- 14) Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organisation, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf), 2008

## 日本の高齢者でも低所得や自己負担率が受診抑制と関連

近年、医療制度改革により、高齢者の医療費自己負担が増加し、必要な医療が抑制される可能性が示唆されている。そこで本研究では、AGES(愛知老年学的評価研究)データを用い、所得と受診抑制の関連について検討した。調査は65歳以上の自立高齢者(要介護認定を受けていない)を対象に、2006年に郵送自記式で行われた(回収率60.8%)。そのうち、医療アクセスについての質問項目がある15,302名(男性6,737名、女性8,565名)について解析を行った。平均年齢は74.2歳(年齢幅:65-100歳)である。

所得は、過去1年間の世帯所得を世帯人数の√で除した等価所得を用いた。従って、ここに使用する所得は家族数を考慮した上で得られた一人当たり年間所得となる。解析にあたり、所得を3分位に分け、低所得(160万未満)、中所得(160万~250万未満)、高所得(250万以上)とした。全体で1,536名(全体の10%)の高齢者が、過去1年に必要な治療を控えたと回答した。所得が低いほど、受診抑制の割合は高く、高所得者の8.3%に対し、低所得者では12.0%であった。その理由として、低所得者ほど費用をあげる割合が高く(高所得者の13.8%に対し、中所得者で22.5%、低所得者で34.3%)、医療機関が近くにないとか、交通手段がないからと回答する割合も低所得者に多かった(図1参照)。

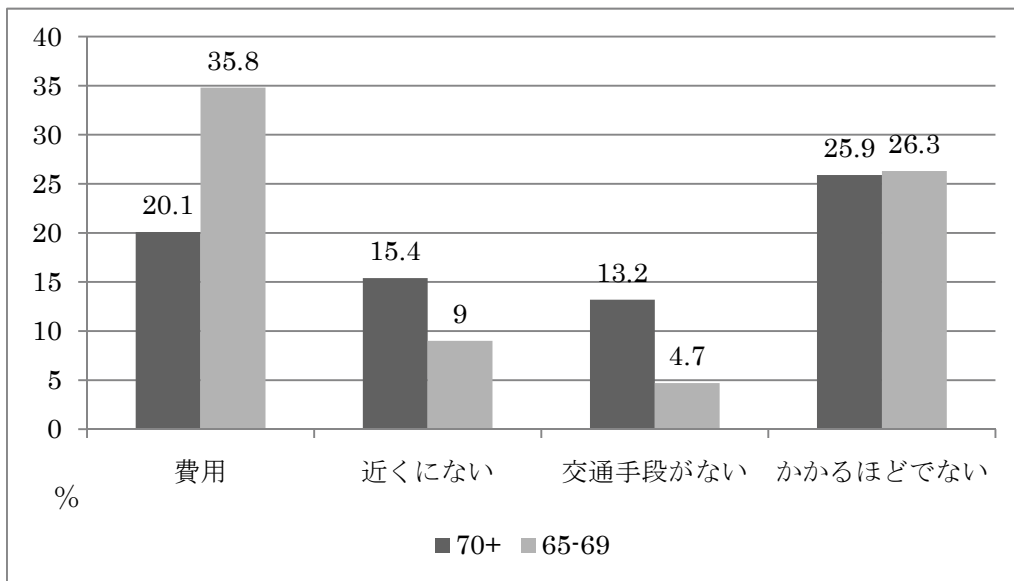
図1 受診抑制理由と所得の関連



2006年調査当時は、高齢者の自己負担率が70歳未満が3割、70歳以上は1割であったため、年齢階層別に受診抑制理由を検討してみた。その結果「費用がかかる」が、65~69歳では35.8%、

70 歳以上では 20.1% と、自己負担率の高い 70 歳未満で、費用を理由とした受診抑制が多いことが確認された。一方、「近くにない」が、65～69 歳の 9.0%に対し、70 歳以上では 15.4%、「交通手段がない」が、65～69 歳の 4.7%に対し、70 歳以上では 13.2%と、高齢になるほど地理的アクセスが問題になる可能性が示唆された。なお、「かかるほどの病気ではない」は、それぞれ 26.3%と 25.9%であり、有意な年齢階層差はみられなかった(図 2)。

図 2 年齢階層別の受診抑制理由



最後に、各種の関連要因を調整しても、低所得者で受診抑制が起こりやすいか否かを検討するために、ロジスティック回帰モデルにより、性、年齢、婚姻状態、疾患の有無、主観的健康感、生活習慣(喫煙、飲酒)、かかりつけ医・歯科医の有無、教育歴を調整した解析を行った。低所得者では、高所得者に比べ 1.41 倍( $p < 0.001$ )、過去 1 年に受診抑制をしていたことが確認された。

高自己負担率や低所得は、高齢者の受診抑制と関連していたが、交通手段がないとか、医療機関が近くにないという地理的アクセスの悪さも受診抑制と関わっていた。今後、受診抑制につながる様々な要因についてのより詳細な検討も必要と思われる。

出典(原著論文):

Chiyo Murata, Tetsuji Yamada, Chia-Ching Chen, Toshiyuki Ojima, Hiroshi Hirai, and Katsunori Kondo: Barriers to Health Care among the Elderly in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2010, 7:1330–1341.

連絡先

村田千代栄 浜松医科大学 医学部 健康社会医学講座 助教

cmurata@hama-med.ac.jp