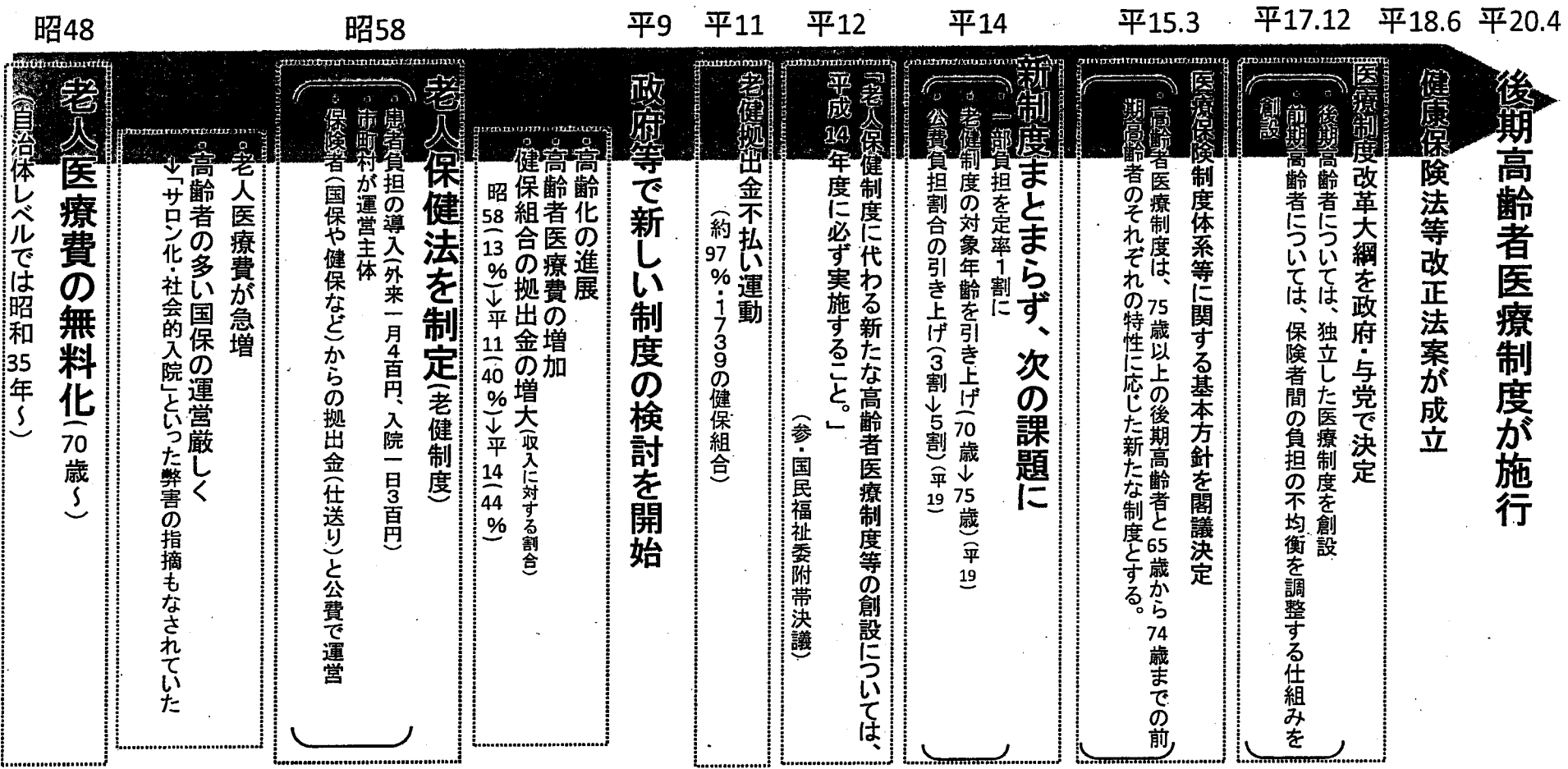


本日の議題に関する基本資料

平成22年1月12日
厚生労働省保険局

高齢者医療の歩み



高齢者医療制度に関する検討経緯について(別紙)

高齢者医療制度に関する検討経緯について

- 平成8年12月2日老人保健福祉審議会「今後の老人保健制度改革と平成9年改正について」【参考資料P2】
 - ・「平成12年4月の介護保険制度の施行と同時に、老人保健制度に代わる新たな仕組みの創設を含め、老人医療費負担の仕組みを見直す必要がある」
- 平成11年8月13日 医療保健福祉審議会「新たな高齢者医療制度のあり方について」【参考資料P12】
 - ・改革案のとりまとめに至らず、4つの具体的な制度案とその問題点をとりまとめ。
- 平成12年11月30日 参議院国民福祉委員会付帯決議【参考資料P16】
 - ・「老人保健制度に代わる新たな高齢者医療制度等の創設については、早急に検討し、平成14年度中に必ず実施すること」
- 平成14年 9月25日 医療保険制度改革に関する「坂口大臣私案」公表【参考資料P17】
 - ・「保険者の再編・統合」と「『新しい高齢者医療制度』を含む制度改革」を進め、「制度の一元化(給付と負担の公平化)」を目指す。「新しい高齢者医療制度」については、「制度を通じた年齢構成や所得に着目した負担の公平化」を図るものとする。
- 平成14年12月17日「医療保険制度の体系の在り方に関する厚生労働省試案」公表【参考資料P18】
 - ・「制度を通じた年齢構成や所得に着目した財政調整を行う案」、「後期高齢者に着目した保険制度を創設する案」の2つの試案を公表。
- 平成15年 3月28日 健康保険法改正法附則に基づく基本方針(閣議決定)【参考資料P23】
 - ・「75歳以上の後期高齢者と65歳以上75歳未満の前期高齢者のそれぞれの特性に応じた新たな制度とする。」
- 平成17年10月19日「医療制度構造改革試案」(厚生労働省試案)【参考資料P24】
 - ・「後期高齢者の医療の在り方に配慮した独立保険を創設」
 - ・「前期高齢者については、国保・被用者保険といった従来の制度に加入しつつ、負担の不均衡を調整する新たな財政調整の制度を創設」
- 平成17年11月30日 社会保障審議会医療保険部会「医療保険制度改革について(意見書)」【参考資料P27】
 - ・「75歳(又は65歳)以上で独立した制度を創設すべき。」
 - ・「制度の対象を75歳以上とする場合は、前期高齢者について保険者間の財政調整が必要。」
- 平成17年12月 1日 政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」とりまとめ【参考資料P29】
 - ・「後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。」
 - ・「前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。」
- 平成18年 2月10日 第164回通常国会に健康保険法等改正法案を提出
 - 同年6月可決・成立、平成20年4月施行

これまでの高齢者医療制度のあり方に関する案

A: 一定年齢以上でリスク構造調整を行う案

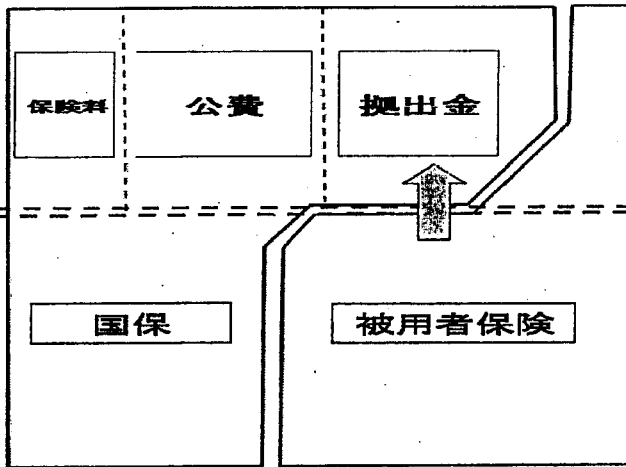
○ 国保・被用者保険のそれぞれの保険者に参加し、各保険者の責めによらない年齢構成の相違による医療費を拠出金により賄う仕組みとする。

(主なメリット)
○ 年齢による区分がない。

(主な問題点)

- 旧老人保健制度に見られた問題が再び生じる。
- ① 若年者と高齢者の負担ルールが不明確。
- ② 加入する制度によって高齢者の保険料が異なり、不公平。
- 被用者保険が負担増となる。

※ 全年齢でリスク構造調整を行う案も考えられるが、その場合、若人は被用者保険の被保険者が多いため、国保の負担増となる。

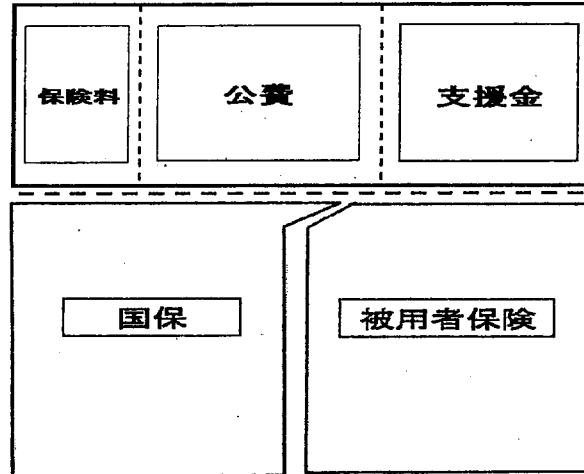


B: 一定年齢以上の独立保険方式とする案

○ すべての高齢者を独立した保険制度の対象とし、高齢者の医療費を公費と各保険者からの支援金等により支える仕組みとする。

(主なメリット)
○ 若年者と高齢者の負担ルールや運営責任が明確。
○ 高齢者間において、所得に応じた公平な保険料負担。

(主な問題点)
○ 一定の年齢により独立した制度に区分される。



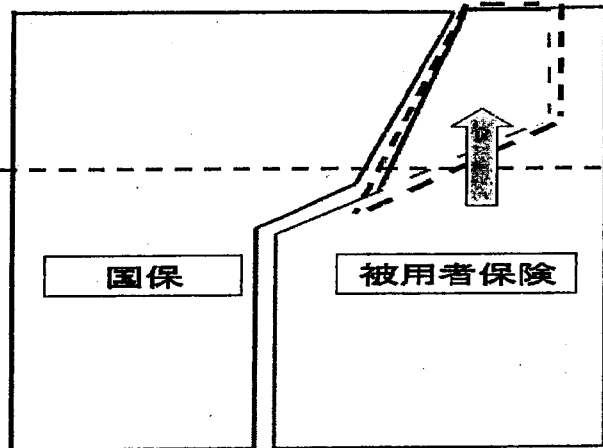
C: 突き抜け方式とする案

○ 被用者OBの高齢者は被用者保険の対象とし、被用者保険の負担により支える仕組みとする。

(主なメリット)
○ 被用者グループ内での助け合いとすることで、若年被用者の納得を得られやすい。(若年者と高齢者の負担ルールが明確)
○ 運営責任が明確。
○ 年齢による区分がない。

(主な問題点)

- 就業構造が流動化している中で、高齢期になっても被用者・非被用者を区分することは、社会連帯の理念が希薄なものとなる。
- 被用者であった期間が短い方も多く、国保の負担増となる。
- 高齢者間の保険料負担が不公平。

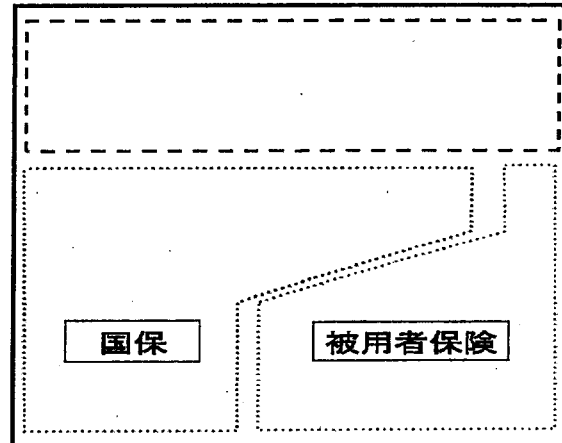


D: 完全な一元化とする案

○ すべての被保険者を国保と被用者保険を一元化した保険制度の対象とし、制度間の負担と給付の格差を解消する仕組みとする。

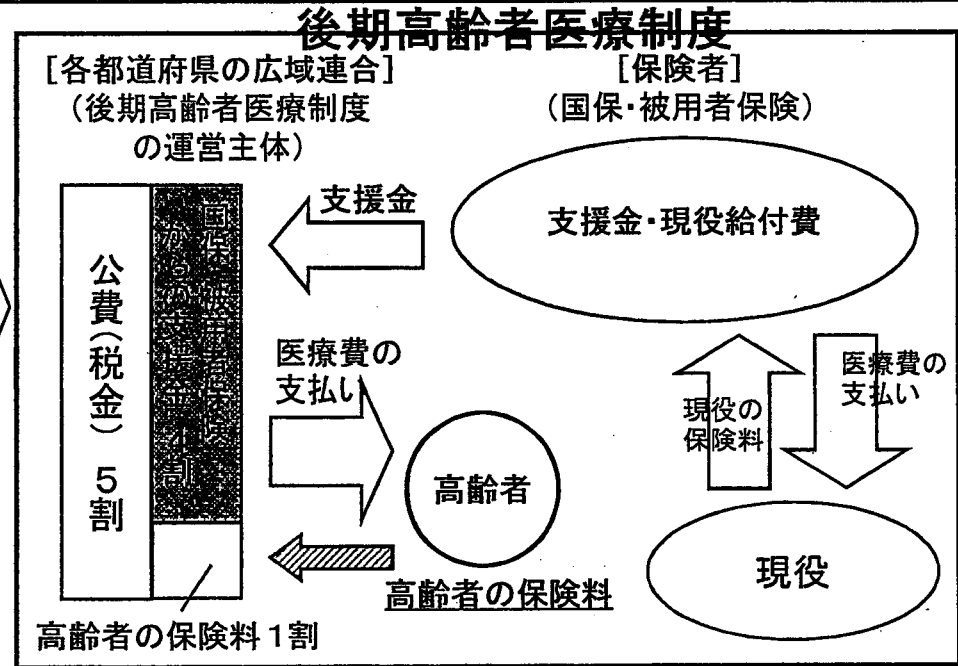
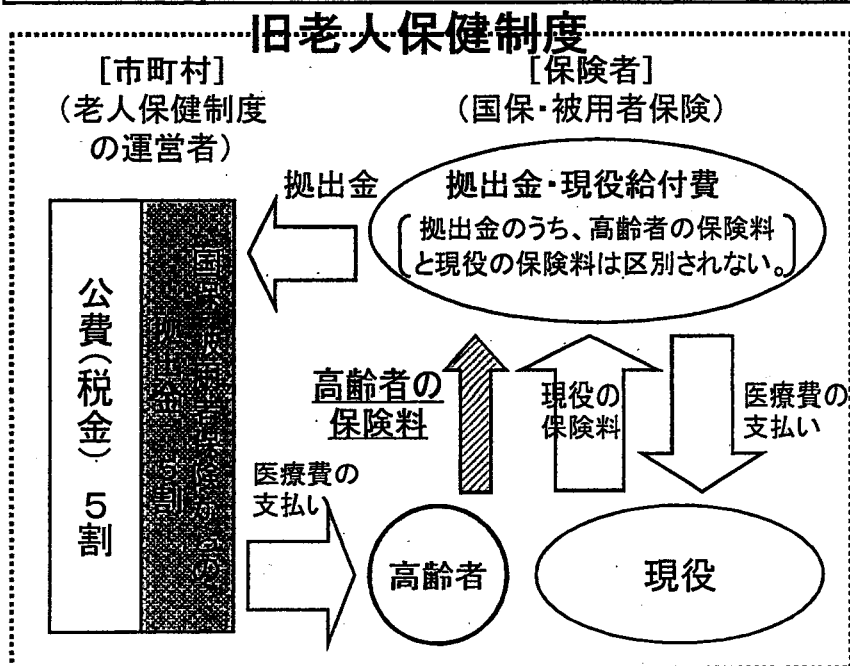
(主なメリット)
○ 運営責任が明確。
○ 年齢による区分がない。

(主な問題点)
○ 健保組合等について、すべて解散させることになる。
○ 地域保険に一元化した場合、事業主の負担が軽減され、サラリーマンの負担が増えることになる。
○ 自営業者とサラリーマンでは所得捕捉の状況が異なる中で、国保と被用者保険では保険料の算定方法が異なっているが、これをどのように一元化するのか。



老人保健制度の問題点と 後期高齢者医療制度における対応

項目	老人保健制度における問題点	後期高齢者医療制度における対応(利点)
運営主体の一元化	○ 国保及び被用者保険の保険料の一部を市町村へ拠出し、市町村が高齢者の医療費を支払う仕組みであったため、保険料の納める所とそれを使う所が異なり、財政・運営責任が明確でなく、保険者機能が発揮できない。	○ 都道府県単位の後期高齢者医療広域連合を運営主体とし、高齢者の保険料の徴収及び医療費の支払いを行う仕組みとしたことにより、保険料を納める所とそれを使う所が一元化され、財政・運営責任が明確になり、保険者機能が発揮できる。
高齢者と若人の負担割合の明確化	○ 老人保健制度の拠出金は、若人及び高齢者の保険料から構成されており、高齢化が進み、拠出金が増えていく中で、高齢者と若人の負担割合が明確でない。	○ 高齢者の医療給付費について、若人(4割)と高齢者(1割)の負担割合の明確化を図った。
高齢者間の保険料負担の公平性の確保	○ 高齢者は、それぞれの医療保険(国保・被用者保険)に加入しているため、各保険者の保険料率が適用されるため、同じ所得であっても、保険料負担が異なる。 ※ 市町村国保間の場合、住所が異なることにより、最大約5倍の保険料格差。 ※ 被用者保険の被扶養者は、保険料負担が無い一方、一人暮らしの市町村国保の被保険者は、基礎年金のみの収入であっても、月額約1000円(全国平均)を負担。	○ 高齢者は都道府県単位の後期高齢者医療広域連合に加入し、高齢者お一人おひとりに、所得に応じ、保険料を負担する仕組みとしたことにより、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料となる。



後期高齢者医療制度の問題点

項目	問題点	これまでの暫定的な対応						
独立制度による本質的な問題	<ul style="list-style-type: none"> ○ 75歳以上の高齢者のみを区分し、保険証も別になり、差別的である。 ○ 若人に比べて医療費の伸び率が高い高齢者医療費の増加に比例して、高齢者の保険料が増加する仕組みとなっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成22年度及び平成23年度の保険料については、剰余金及び財政安定化基金の取崩しの活用等により抑制。 						
保険料負担	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者であった方については、被用者保険における事業主負担が無くなったこと等により、多くの方の保険料負担が増加。 ○ 被用者保険の被扶養者であった方については、これまで保険料負担が無かったことにより、保険料負担が発生。 ○ 国保世帯内の高齢者が、後期高齢者医療制度に移行し、世帯内で別になったことにより、国保の保険料の応益割の軽減割合が減少し、世帯当たりの保険料負担が増加。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 制度加入から2年間の軽減措置(均等割5割軽減)に加え、 <ul style="list-style-type: none"> ① 平成20年4月～9月まで → 凍結 ② 平成20年10月～平成22年3月まで → 均等割を9割軽減 ○ 国保において、5年間の激変緩和措置により、後期高齢者医療制度に移行した方を国保の被保険者とみなして、従前の軽減割合を適用。 						
保険料徴収	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国保においては、世帯主がまとめて納付していたが、後期高齢者医療制度は個人単位で納付することとなったため、扶養されている配偶者も納付する必要が生じた。 ○ 上記に併せて、原則として、年金からの天引きを実施。 ○ その場合、世帯当たりの税負担が増加するが発生。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成21年度より、年金天引きと口座振替の選択制を導入し、配偶者分の保険料を世帯主等がまとめて納めることができるようにした。 						
高額療養費	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国保世帯内の高齢者が、後期高齢者医療制度に移行し、世帯内で別になったことにより、それぞれの医療保険制度において、高額療養費の自己限度額が適用されることとなり、世帯当たりの自己負担が増加。 <p>【具体例】 (国保)</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>世帯主(75歳)</td> <td rowspan="2">} 44,400円</td> <td rowspan="2">➡</td> <td>44,400円 (後期)</td> </tr> <tr> <td>世帯員(74歳)</td> <td>44,400円 (国保)</td> </tr> </table>	世帯主(75歳)	} 44,400円	➡	44,400円 (後期)	世帯員(74歳)	44,400円 (国保)	<ul style="list-style-type: none"> ○ —
世帯主(75歳)	} 44,400円	➡			44,400円 (後期)			
世帯員(74歳)			44,400円 (国保)					
健康診査	<ul style="list-style-type: none"> ○ 従前は、市町村の実施義務であったが、広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。 ※ 実施義務化する場合、都道府県負担の導入を含め、国及び地方公共団体の費用負担割合を定めることが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ — 						
名称	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「後期高齢者」という名称は、高齢者の心情に配慮していない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 旧政権下では、「長寿医療制度」という呼称を使用。 						

公平の観点からの新制度の枠組みに関する論点

- 後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度については、どのような制度にするとしても、高齢者の医療費について、公費の活用・各保険者間の財政調整・保険料と一部負担金の組み合わせにより支えることが必要ではないか。
- その具体的なあり方を検討するに際しては、以下の「公平」を巡る議論が必要ではないか。

1 高齢者と若人間の負担の公平をどのように考えるか。

- ・ 75歳以上の高齢者の一人当たりの医療費は、75歳未満の方の約5倍である。【参考資料P32】
(75歳以上の高齢者の一人当たり医療費;87万円、75歳未満の方の一人当たり医療費; 18.1万円)
- ・ 加入者一人当たりの保険料は、高齢者は若人より軽い負担となっている。【参考資料P33】
(後期高齢者医療制度;6.5万円 ◀▶ 市町村国保;8.3万円・被用者保険;19.3万円(事業主負担を含む))
- ・ 窓口負担について、高齢者は若人より軽減している。【参考資料P34】
75歳以上の高齢者;1割負担、
70~74歳の高齢者;1割負担(法律上は2割負担であるが、予算措置により1割負担に据え置き)、
70歳未満の方;3割負担 ※ 70歳以上の高齢者についても、現役並みの所得がある方は3割負担

2 被用者保険と市町村国保の負担の公平をどのように考えるか。

- ・ 加入者一人当たりの医療費は、市町村国保に比べて被用者保険が少なく、市町村国保間では市町村格差(約3.6倍)がある一方、被用者保険の制度間では、あまり差がない。【参考資料P33、35、38】
(市町村国保;28.2万円(14.9万円~54.2万円)
被用者保険;13.6万円(協会けんぽ;14.5万円、健保組合;12.6万円、共済組合;13.3万円))
- ・ 各制度の所得捕捉の状況や賦課基準が異なるため、各制度間の一人当たり所得を比較することはできないが、同じ所得の場合の本人負担は、被用者保険に比べて市町村国保の負担が重いケースが多い。
(例 旧ただし書き所得50万円の場合…市町村国保; 9.4万円、協会けんぽ;12.1万円(本人負担分 6.1万円)
旧ただし書き所得200万円の場合…市町村国保;21.6万円、協会けんぽ;29.4万円(本人負担分14.7万円))

公平の観点からの新制度の枠組みに関する論点

- ・ 被用者保険者の保険料率については、保険者間にバラツキがあり、標準報酬が高い保険者ほど保険料率が低くなる傾向にある。【参考資料P35】

(保険料率 協会けんぽ;平均82‰、健保組合;31.2‰~100.0‰、共済組合;平均70.45‰)

(標準総報酬 協会けんぽ;218万円、健保組合;293万円(283~1,230万円)、共済組合;321万円)

- ・ 市町村国保の被保険者の一人当たり保険料については、市町村格差(4.8倍)がみられる。【参考資料P38】

3 高齢者間の負担の公平をどのように考えるか。

- ・ 同じ働いている高齢者でも、被用者保険の被保険者は事業主負担がある一方、市町村国保及び後期高齢者医療制度の被保険者は事業主負担が無いこと等から、保険料に差が生じている。

- ・ 同じ75歳以上の高齢者でも、被用者保険の被扶養者であった方は、保険料の軽減措置(均等割の9割軽減)により、月額350円程度の保険料(全国平均)であるのに対し、一人暮らしの方(市町村国保の被保険者であった方)は、そのような措置はない。

<一人暮らしの市町村国保の被保険者であった方の保険料(全国平均)>

- ・ 年金収入180万円の場合;月額3,600円(低所得者の保険料軽減の均等割2割軽減、所得割5割軽減に該当)
- ・ 年金収入100万円の場合;月額1,000円(低所得者の保険料軽減の均等割7割軽減に該当)
- ・ 年金収入79万円の場合;月額350円(低所得者の保険料軽減の均等割9割軽減に該当)

被用者保険と地域保険(市町村国保)の負担調整(助け合い)について

項目	市町村国保	被用者保険
医療費 による 調整	<p>○ 市町村国保間の都道府県単位の共同事業 【参考資料P44】</p> <p>① 高額医療費共同事業(事業規模約2.270億円) 1件80万円超の医療費について、市町村国保の拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県・国において一定の措置。</p> <p>② 保険財政共同安定化事業(事業規模約1.1兆円) 1件30万円超の医療費について、市町村国保の拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。</p>	<p>○ 協会けんぽ・健保組合・共済の間の医療費の負担調整は無い。</p> <p>○ 健保連における交付金交付事業 健保組合内の高額医療給付に関する交付金交付事業(事業規模 約1,019億円)を実施。</p>
所得 による 調整	<p>○ 国・都道府県の公費による負担調整 【参考資料P43】</p> <p>① 調整交付金(予算規模 約6,700億円) 市町村間の財政力の不均衡等を調整するもの。</p> <p>② 都道府県調整交付金(予算規模 約4,800億円) 都道府県が、当該都道府県内の市町村国保の財政調整を行うもの。</p> <p>○ 財政安定化支援事業(事業規模 約1,000億円) 【参考資料P47】 所得水準が低いこと等による市町村一般会計から市町村国保特別会計への繰入れについて地方財政措置。</p>	<p>○ 国費による負担調整 財政力の弱い協会けんぽに対し、医療給付費等の13%(平成22年7月～平成25年3月までの間は、16.4%に引き上げ予定)、後期高齢者支援金分の16.4%を国費により補助</p> <p>○ 退職者医療制度 【参考資料P48】 (平成21年度 被用者保険の拠出金見込額 5,800億円) 65歳未満の国保加入者で被用者年金の加入期間が20年以上の方等の医療給付費等について、自ら支払う保険料を除いた部分について、各被用者保険者の標準報酬総額で按分。</p> <p>○ 後期高齢者支援金の被用者保険者内の総報酬割の導入(平成22年度 被用者保険の支援金見込額の総報酬割部分 約8,000億円)【参考資料P49】 後期高齢者支援金について、被用者保険者内の負担方法を変更し、被用者保険に係る支援金総額の3分の1(平成22年度は9分の2)の額を総報酬割とする。(平成22年度から平成24年度までの特例措置)</p> <p>○ 健保連における交付金交付事業 健保組合内における財政の不均衡を調整するもの</p> <p>① 財政窮迫組合に対する交付金交付事業(事業規模 約58億円)、 ② 高齢者納付金等の負担を軽減するための交付金交付事業(事業規模 約192億円)</p>

運営主体に関する論点について

- 後期高齢者医療制度の運営主体については、保険料徴収等の事務は市町村が行うこととした上で、都道府県単位で全市町村が加入する広域連合を設立し、当該広域連合を運営主体とすることにより、財政運営の広域化及び安定化を図ることとされた。
- 検討過程においては、運営主体を(1)広域連合、(2)市町村、(3)都道府県とすることが検討され、それぞれの場合のメリット・デメリットは以下のとおりであるが、新たな制度の運営主体を検討するにあたり、どのように考えるべきか。

(1) 広域連合

メリット

- 財政運営の広域化及び安定化を図ることができる。
- 広域連合における事務処理は、国民健康保険や老人保健制度に精通した市町村の職員が中心となって行うことができ、保険料決定や保険料徴収等について、広域連合と市町村が密接な連携のもとに、事務処理を行っていくことが可能である。

デメリット

- 都道府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない。
- 広域連合長は住民から直接選ばれていないので、責任が明確でないとの指摘がある。
※地方自治法上は、直接公選とすることも可能。
- 保険料等の決定については広域連合が行い、市町村が関与しないことから、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が問われない状況になっており、保険料徴収を担う市町村の収納対策のインセンティブが働かないとの指摘がある。

(2) 市町村

メリット

- 保険料等の決定について市町村が行うことから、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が明確になる。
- 保険料徴収、各種申請の受付等の窓口業務や広報については、住民に身近な行政主体として、住民情報を保有し、日頃から地域住民に接している市町村が担うことが適当である。

デメリット

- 高齢化の進展に伴い、高齢者医療費は増大することが見込まれており、市町村単位で財政運営を行うことは困難である。
- 市町村間において保険料率にバラツキが生じることとなる。
- 市町村によっては、一般会計からの繰り入れを行うことによる財政負担が生じるおそれがある。

(3) 都道府県

メリット

- 医療費適正化や医療サービスの提供等の政策と有機的な連携を図ることができる。
- 財政運営の広域化及び安定化を図ることができる。

デメリット

- 都道府県は、医療保険の事務処理に関するノウハウの蓄積がない。
- 保険料等の決定については都道府県が行い、市町村は関与しないことから、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が問われない状況になり、保険料徴収を担う市町村の収納対策のインセンティブが働かなくなる恐れがある。

※(1)及び(3)については、窓口業務等は市町村が行うことを前提として整理。