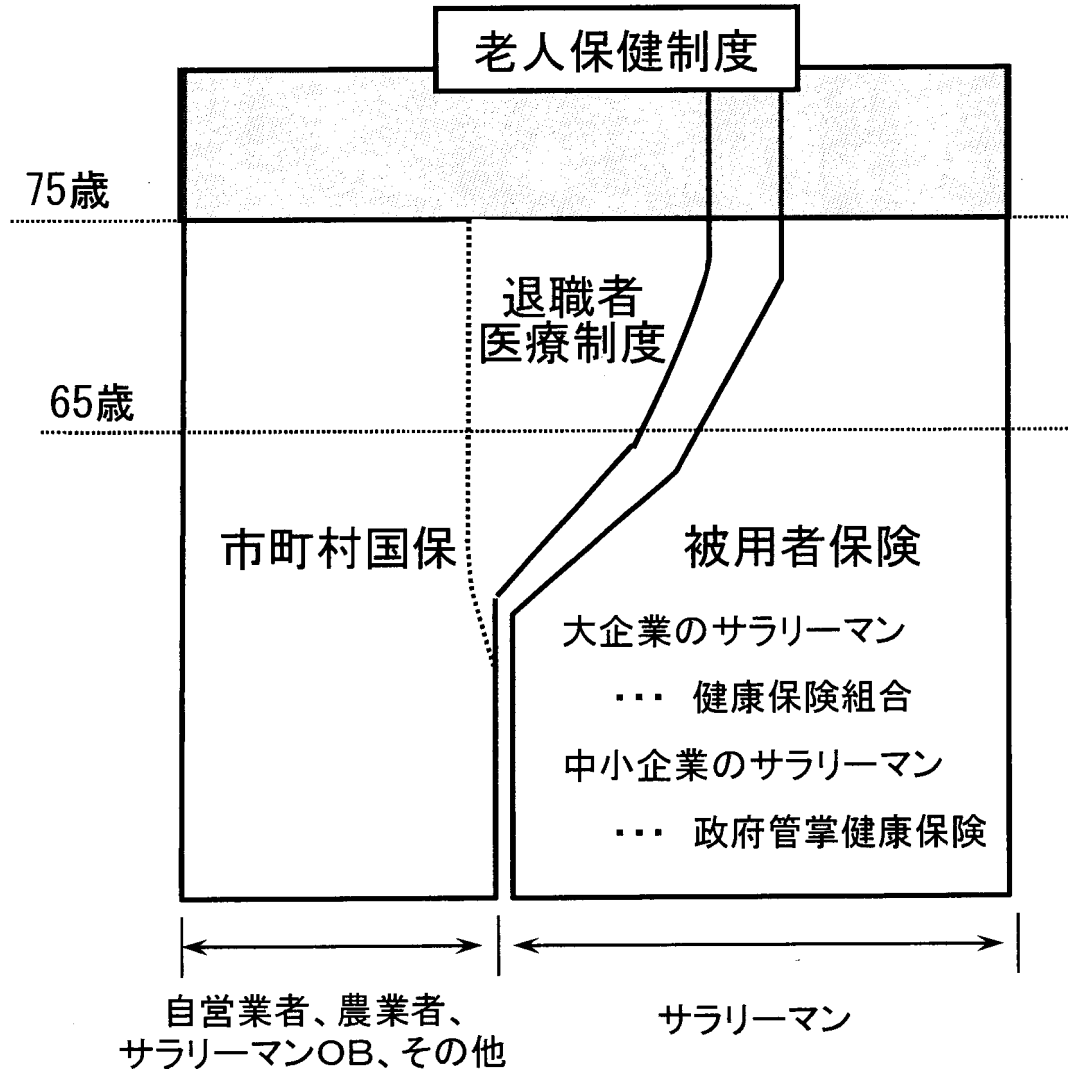


第1回社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会	資料2-1
平成18年10月5日	

後期高齢者医療制度の概要

現行の医療保険制度の基本構造



老人保健制度

75歳以上の人は国保、被用者保険に加入して各々の保険に保険料を払いつつ、老人保健制度(市町村が運営者)にも加入し、給付を受ける。市町村は、国保、被用者保険からの拠出金と公費を財源として制度運営

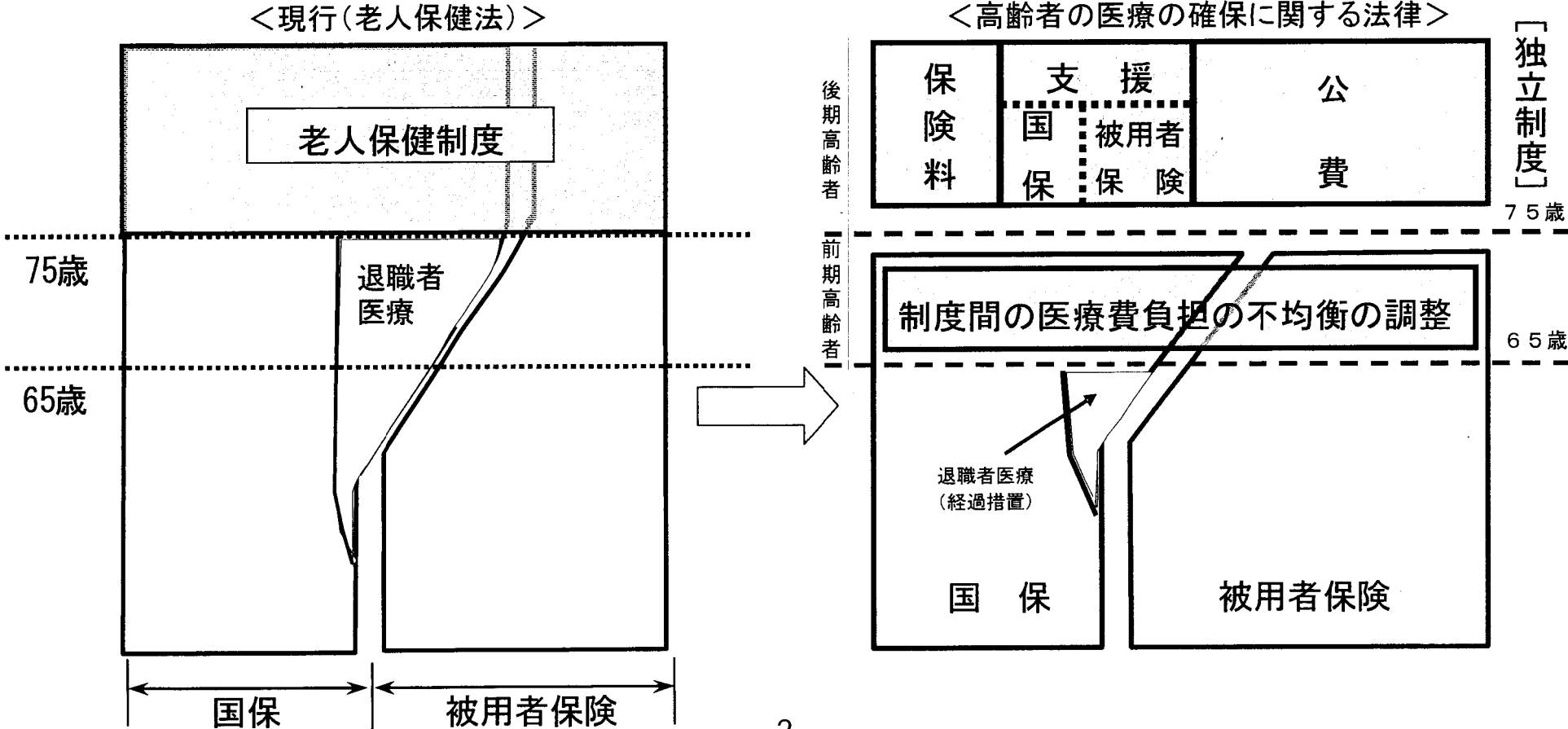
(注)平成14年10月以降、対象年齢を70歳から毎年1歳ずつ引き上げ平成19年10月に移行完了(現在は73歳以上が対象)

退職者医療制度

サラリーマンの期間が20年以上の退職者(国保に加入)の医療費について被用者保険が市町村国保に拠出金を出して負担

新たな高齢者医療制度の創設(平成20年4月)

- 75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。
- あわせて、65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。
- 現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる。



後期高齢者医療制度の運営の仕組み(平成20年度)

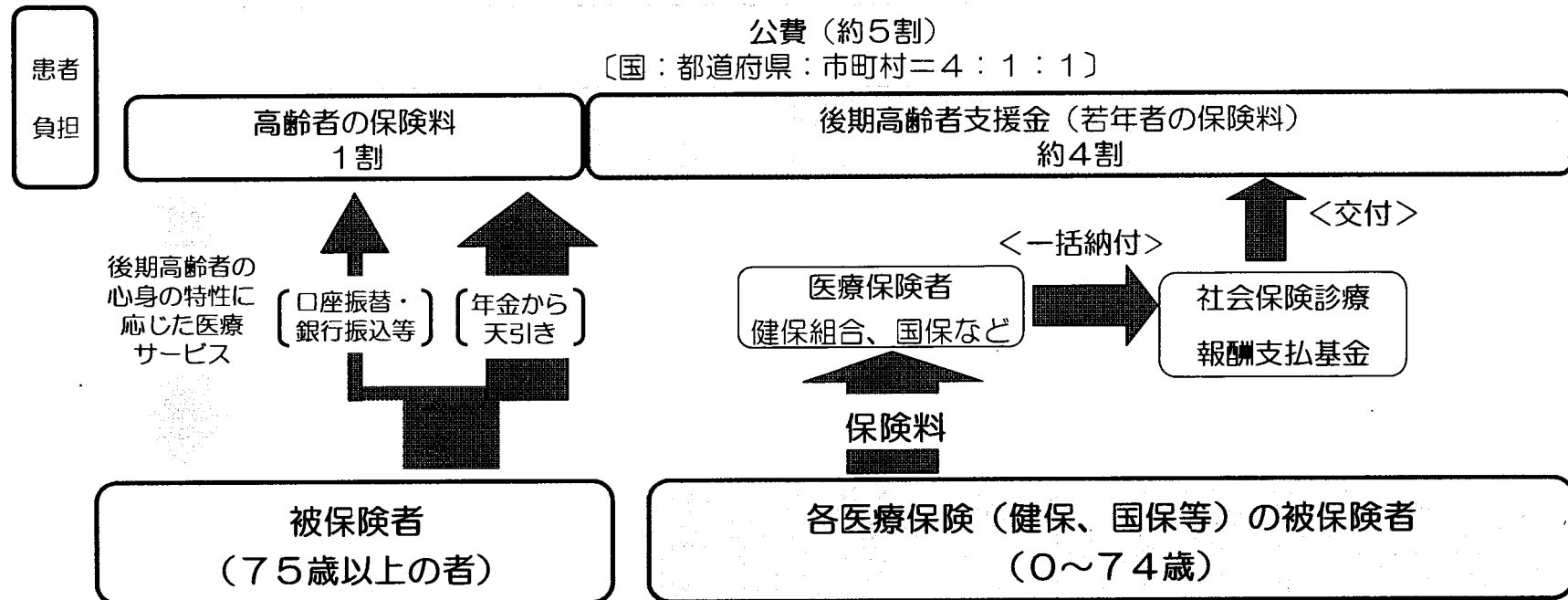
- 財源構成は、患者負担を除き、公費(約5割)、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く保険料(1割)を徴収する。
- 現役世代からの支援は、国保(約4,200万人)・被用者保険(約7,100万人)の加入者数に応じた支援とする。

<対象者数> 75歳以上の後期高齢者 約1,300万人

<後期高齢者医療費> 11.4兆円

給付費 10.3兆円 患者負担1.1兆円

【全市町村が加入する広域連合】



(注1) 現役並み所得者については、老人保健法と同様に公費負担(50%)はないため、実質的な公費負担率は46%、後期高齢者支援金の負担率は44%となる。

(注2) 国保及び政管健保の後期高齢者支援金について、各々50%、16.4%の公費負担があり、また、低所得者等の保険料軽減について公費負担があり、これらを含めた公費負担率は58%となる。

後期高齢者医療制度施行までのスケジュール(案)

	地方議会の日程	スケジュール
H18.7		都道府県部局長説明会(於 厚生労働省) 市町村部課長説明会(於 各都道府県)
H18.9	9月議会	準備委員会設置 都道府県担当課長及び準備委員会事務局長会議(於 厚生労働省)
H18.12	12月議会	都道府県、市町村による規約の事前協議 市町村議会の議決(規約の議決、H18年度分賦金) 市町村の協議により規約を定める
H19.1		市町村から都道府県知事に対して申請 都道府県知事の設置許可
H19.2	2月議会	広域連合長選挙 市町村議会(広域連合議会議員選挙(間接選挙の場合)、H19年度分賦金)
H19.3		広域連合議会 <ul style="list-style-type: none"> ・組織、人事、給与、財務等広域連合に係る広域連合条例(20本程度)の制定 ・18年度予算、19年度予算 ・広域計画 (注)必要に応じ、広域連合長による暫定予算の調製、執行
H19.7	6月議会	保険料設定の事前準備 <ul style="list-style-type: none"> ・市町村住基情報の整理 ・被保険者台帳の作成 ・所得情報の整理 ・医療費の見込み ・関係市町村との保険料設定に関する調整
H19.11上旬		広域連合議会 (保険料条例制定) 保険料賦課決定、 特別徴収のために社会保険庁への情報提供
H20.4		施行

※地域の実情に応じて、変更があり得る。

後期高齢者医療制度における医療給付について

1 医療給付の種類

- 後期高齢者に対する医療給付(法定給付)の種類は、現行の老人保健及び国民健康保険において支給されるものと同じである。

<給付の種類>

療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費、高額介護合算療養費(被用者保険及び国保とともに、20年4月に新設。)

- このうち、療養の給付については、被用者保険、国保及び老人保健(医療)と同様、次に掲げるものとする。

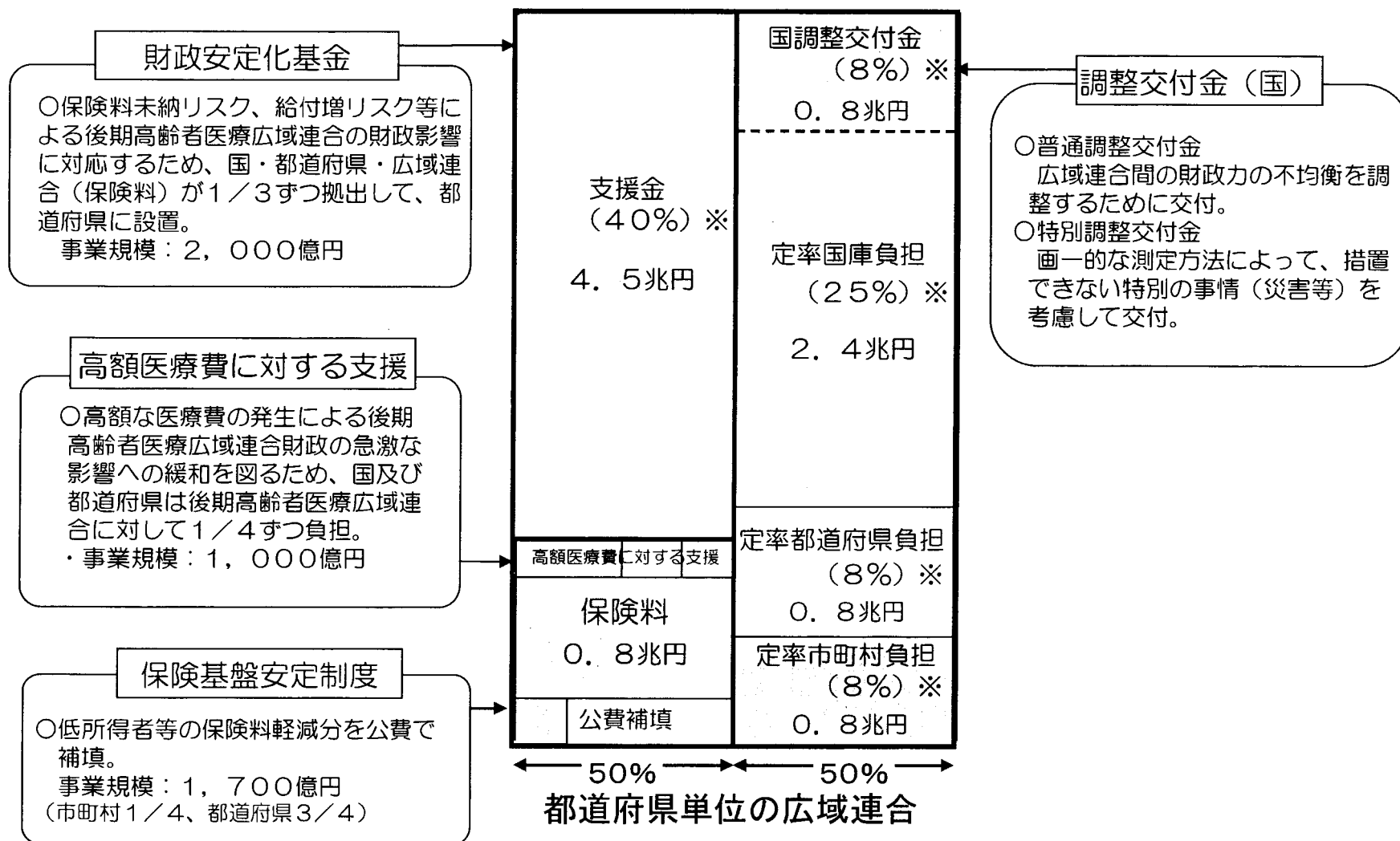
①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③処置、手術その他の治療、④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、⑤病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

2 療養の給付に要する費用(診療報酬)

- 療養の給付は、被保険者(後期高齢者)が、後期高齢者医療広域連合の発行する被保険者証を保険医療機関等に提出して受ける。
その際、被保険者は、基準に基づき算定した療養の給付に要する費用の額の1割(現役並所得者は3割)の一部負担金を保険医療機関等に支払う。
- 保険医療機関等は、療養の給付に要する費用の額から、一部負担金に相当する額を控除した額を、後期高齢者医療広域連合に請求する。
- 療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会の意見を聴いて定める基準により算定する。

後期高齢者医療財政の概要

医療給付費等総額：10.3兆円

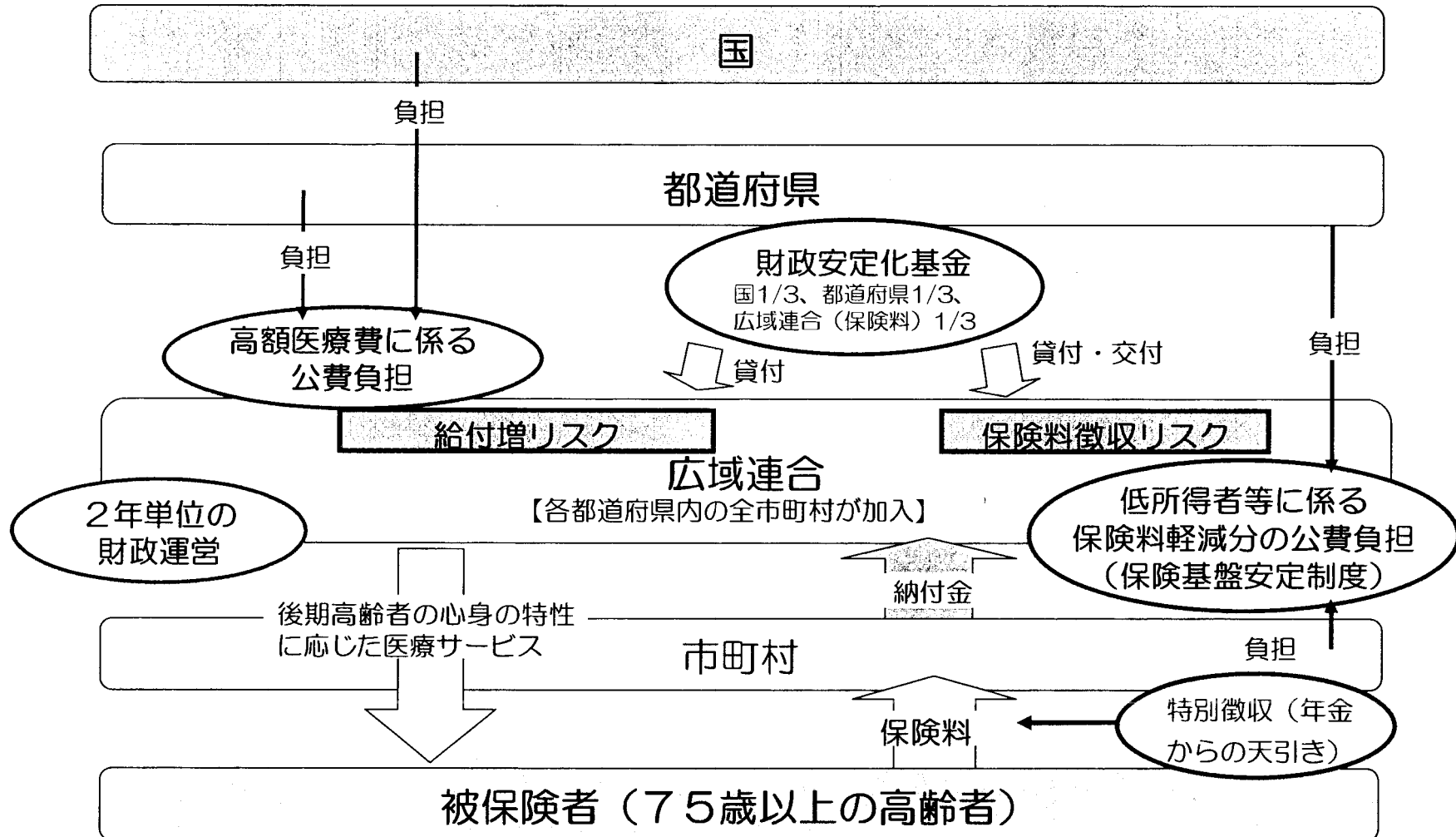


※ 現役並み所得者については、公費負担（50%）がなされないため、実際の割合は50%と異なる。

※※ 国保及び政管健保の後期高齢者支援金には、別途各々50%、16.4%の公費負担がある。

国・都道府県による財政リスクの軽減

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



広域連合の財政リスク軽減措置(案)

1. 財政運営

2年を1期とした財政運営を導入。

2. 保険基盤安定制度

低所得者等について、保険料軽減制度を設けて、軽減分を公費で負担する。

事業規模:約1700億円(都道府県:市町村=3:1)

3. 高額な医療費に対する公費負担

高額な医療費(レセプト1件当たり80万円超)に対して公費で負担する。

事業規模:約1000億円(国:都道府県:広域連合(保険料)=1:1:2)

4. 財政安定化基金

都道府県において、国、都道府県及び広域連合(保険料)の拠出の下、基金を設置し、保険者の未納、給付の見込み違い等に対し、貸付等を行う。

基金の規模:約2000億円(国:都道府県:広域連合(保険料)=1:1:1の負担割合で、平成20年度から4年間で積み立て)

5. 保険料の特別徴収(天引き)

年金額18万円以上で、かつ、医療保険料と介護保険料を併せた額が年金額の2分の1を超えない場合とする。

後期高齢者医療制度の保険料(平成20年度推計)

○保険料の算定方法

応益割(頭割)

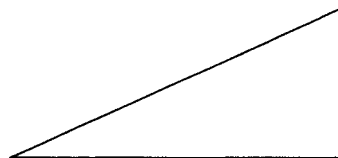
注1) 応益: 応能 = 50:50

注2) 軽減制度を適用しない場合の平均

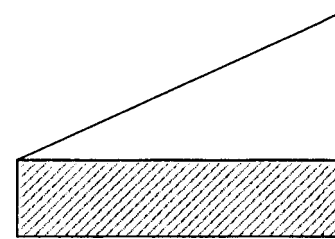
応能割(所得比例)



+



=



全国平均 約3100円/月

約3100円/月

6200円/月(年7.4万円)

○具体的な保険料の額

基礎年金受給者(基礎年金79万円)

応益 900円 + 応能 なし = 900円/月
(7割軽減)

厚生年金の平均的な年金額の受給者(厚生年金208万円)

応益 3100円 + 応能 3100円 = 6200円/月

自営業者の子供と同居する者(子 年収390万円、親 基礎年金79万円)

応益 3100円 + 応能 なし = 3100円/月

被用者の子供と同居する者(子 政管平均年収390万円、親 基礎年金79万円)

応益 3100円 + 応能 なし = 3100円/月

※被用者保険の被扶養者については、激変緩和措置として、後期高齢者医療制度への加入時から、2年間応益保険料を5割軽減し、1500円とすることとしている。

※ 保険料の額は、国民健康保険と同様の基準により試算した全国平均の額 具体的な保険料の額は条例で定める。

広域連合の不均一保険料の特例(案)

1. 離島等の特例(恒久措置)

離島その他の医療の確保が著しく困難である地域については、地域単位で、不均一保険料の設定を認める。(地域単位の特例)

(注)無医地区のように近くに医療機関がなく、かつ、医療機関へのアクセスが困難である地域とする方向で検討中。

2. 医療費の地域格差の特例(経過措置)

○ 平成20年度から6年の範囲内で広域連合の条例で定める期間、施行日前の一定期間の当該市町村の1人当たり老人医療費が広域連合内の平均老人医療費に対して一定割合以上低く乖離している場合、市町村の区域単位で不均一保険料の設定を認める。(市町村の区域単位の特例)

○ 上記の市町村単位の保険料と広域連合均一保険料との差額については、国及び都道府県が、それぞれ1/2の割合で負担する。

後期高齢者負担率の改定方法について

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

- (1) 後期高齢者医療制度における後期高齢者の保険料の負担率と若人が負担する後期高齢者支援金(若人の保険料が財源)の負担率は、制度発足時は後期高齢者は1割、若人は約4割である。
- (2) しかし、今後、後期高齢者人口は増加すると見込まれる一方、若人人口は減少すると見込まれるため、後期高齢者の負担分は支え手が増えるが、若人の負担分は支え手が減っていく。
したがって、仮に後期高齢者の保険料の負担率と後期高齢者支援金の負担率を変えないこととすると、後期高齢者一人当たりの負担の増加割合と比較して、若人一人当たりの負担はより大きな割合で増加していくこととなる。
- (3) このため、「若人人口の減少」による若人一人当たりの負担の増加については、後期高齢者と若人とで半分ずつ負担するよう、後期高齢者の保険料の負担割合について、若人減少率の1/2の割合で引き上げ、後期高齢者支援金の負担率は引き下げることとする。

【参考1】保険料等の変化(試算)

	平成20年度	平成27年度
後期高齢者負担率	10%	10.8%
1人当たり後期高齢者保険料/年 (参考)	6.1万円	8.5万円
1人当たり国保保険料/年	7.9万円	9.7万円

(注)人口推計は「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」による。

【参考2】計算式

- (1)平成20・21年度における後期高齢者の負担割合: 10%
 (2)平成22年度以降の後期高齢者の負担割合: 2年ごとに、以下のとおり改定
- $$10\% + \frac{\text{平成20年度の若人負担割合(約4割)} \times \text{平成20年度から改定年度までの若人減少率}}{2} \times 1/2$$
- * 若人減少率 = $\frac{\text{平成20年度の若人人口} - \text{改定年度の若人人口}}{\text{平成20年度の若人人口}}$

これまでの主な指摘

- ①「健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」（平成18年6月13日 参議院厚生労働委員会）

三 後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成十八年度中を目途に取りまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること。

- ②「医療制度改革大綱」（平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会）

（後期高齢者医療制度にふさわしい診療報酬体系）

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

（参考）「医療制度構造改革試案」（平成17年10月9日 厚生労働省）

（後期高齢者の診療報酬）

- 後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬体系とすることとし、具体的には、特に次の点に重点的に配慮する。
- ・ ターミナルケアの在り方についての国民的な合意の形成を踏まえた終末期医療の評価
 - ・ 在宅における日常的な医学管理から看取りまで常時一貫した対応が可能な主治医の普及
 - ・ 在宅での看取りまでの対応を推進するための、医師、看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、訪問介護員（ホームヘルパー）等の連携による医療・介護サービスの提供
 - ・ 在宅医療の補完的な役割を担うものとしての、入院による包括的なホスピスケアの普及

③「今後の社会保障の在り方について」（平成18年5月26日 社会保障の在り方に関する懇談会）

V 社会保障分野に係る今後の課題

4 介護保険制度

（サービス体系全般の見直し）

- 在宅サービス等については、地域密着サービス、地域包括支援センターなどの新たなサービス体系について、その実施状況等を踏まえ、より効果的・効率的な体制の在り方について継続的に検討を行い、必要な見直しを行うべきである。あわせて、医療と介護の連携を含め、中重度者への重点的な対応を図ることが必要である。この場合、地域における高齢者の生活を支援する観点から、福祉施策と住宅施策の連携の強化を図ることが必要である。施設サービスについては、療養病床の見直しも踏まえ、入所者に対する医療提供の在り方を含め、基本的な在り方について見直しを検討すべきである。

④「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成16年7月30日 社会保障審議会介護保険部会）

第1 制度見直しの基本的な考え方

Ⅲ. 新たな課題への対応－将来展望－

1. 新たな課題への対応

（4）地域ケアへの展開

－「家族同居」モデルから「家族同居＋独居」モデルへ－

（在宅と施設の「二元論」を超えて）

- ここで言う「地域ケア」は、これまでの「在宅ケア」と「施設ケア」の「二元論」を超える概念として位置づけられる。
- 現在においても、在宅ケアと施設ケアは急速に接近しつつあるが、その動きはさらに早まることが予想される。今後高齢者の独居世帯や重度者を支える観点からは、在宅ケアでは「夜間・緊急時の対応」を含めた365日・24時間の安心を提供する体制整備が必要となるし、一方、施設ケアにおいては、「在宅に近い環境」の下での個別ケアの実現が求められる。将来の方向として、両者を統合した地域ケアへの展開を目指すべき時期を迎えていると言えよう。

第2 制度見直しの具体的内容

Ⅱ. 新たなサービス体系の確立

3. 医療と介護の関係

(施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担)

- さらに、介護施設や痴呆性高齢者グループホームなどにおける入所者の重度化への対応という観点から、医療保険制度と介護保険制度の分担の在り方についての検討が必要である。
- 実態としても、特別養護老人ホームや痴呆性高齢者グループホーム、特定施設などにおいて終末期を迎えるケースが生じており、こうした施設や居住系サービスにおけるターミナルケアの在り方は大きな課題となっている。ターミナルケアに限らず、日常的な健康管理や緊急時の対応も含め、こうした施設や居住系サービス利用者が、外部の専門医療機関や訪問看護等を利用する場合について、医療保険との関係も含めた基準・報酬の在り方を検討していくことが必要であろう。
- また、在宅との連携という観点からは、看護と介護の連携、施設入所時や短期入所時などにおける主治医の継続的な関わりやこれとの関連で施設における嘱託医の在り方など利用者にとってより適切な医療サービスと介護サービスが提供される体制の在り方について検討が求められる。

- ⑤「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」(平成15年6月26日 高齢者介護研究会)

Ⅲ. 尊厳を支えるケアの確立への方策

2. 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系

(2) 新しい「住まい」：自宅、施設以外の多様な「住まい方」の実現

(要介護になってからの住み替え)

- 現行制度では、痴呆性高齢者グループホームと特定施設が該当。これらのサービスは、施設自体は「住まい」であり、住居費や食費は入居者が負担。介護保険制度は介護費用部分のみをカバーしている。
- 特定施設の対象(現在は、有料老人ホームとケアハウスのみ)を拡大し、自宅ではない新しい「住まい」に対して介護サービスが提供できる仕組みを考えていくべき。