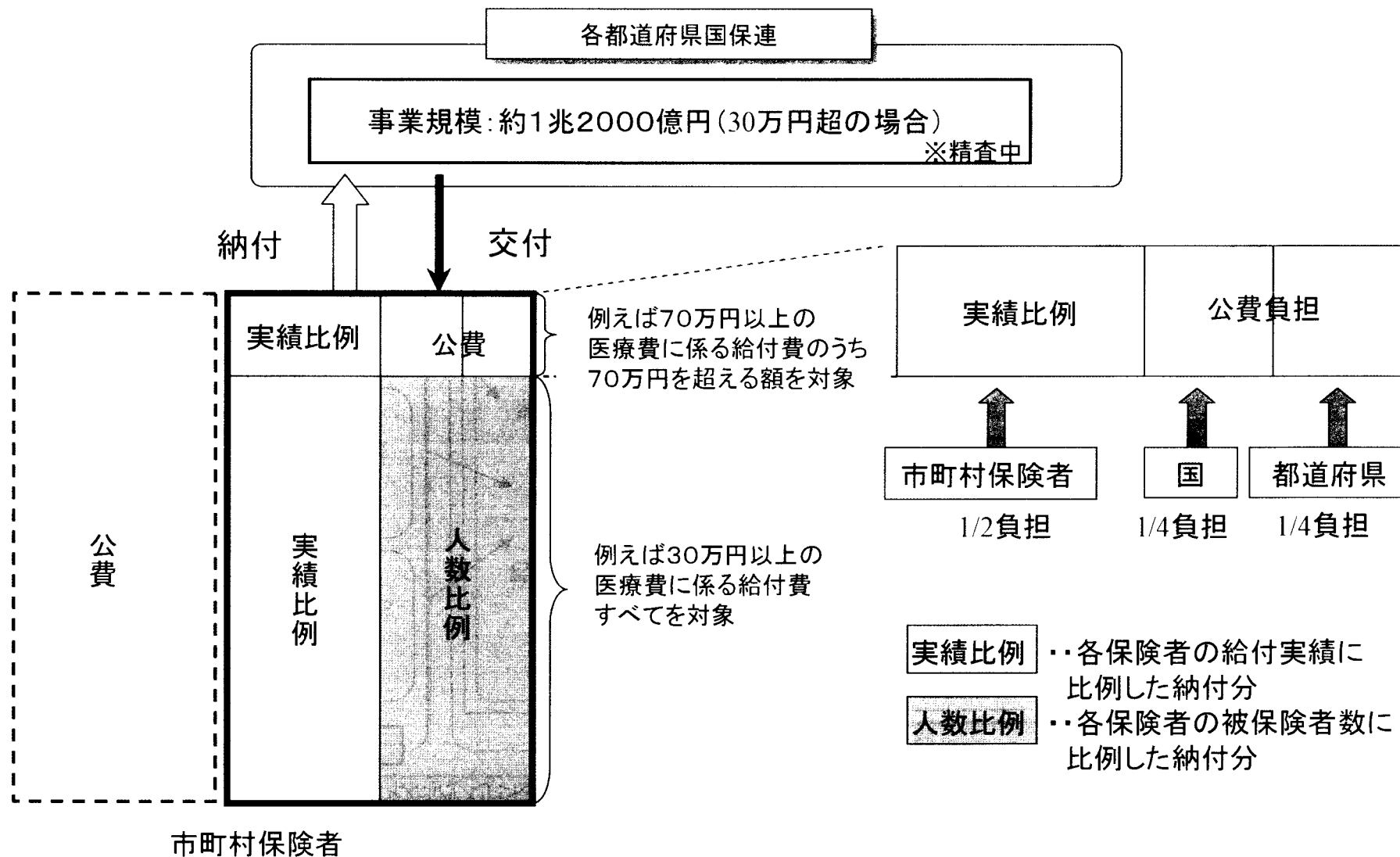


保険財政共同安定化事業(仮称)

- 市町村国保の安定的な財政運営を図るため、1件当たり例えば30万円以上の医療費に係る給付費すべてについて、各市町村国保からの納付金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。
- 財政的な影響の大きい1件当たり医療費が高額なもの(例えば70万円以上)については、公費を投入。



現状の問題点

収納率の継続的低下

○11年度 91.38% → 15年度 90.21%
大都市・10万人以上の都市の低下が顕著

納付意欲の低下

○若年層を中心とした相互の助け合い意識の希薄化

景気の停滞、リストラ

○無職者、低所得者の増加

未納者への対応の限界

○行財政改革による職員の削減
○未納者の増加に対応出来ない事務処理体制

市町村の財政状況悪化

○税収等の落ち込みによる財政状況の悪化

対 策

凡例：▲一国、■一都道府県、●一市町村

国保収納率確保緊急プラン策定の提案

「国保、きちんと納付」キャンペーンの実施

若年層をターゲットにした収納率UPキャンペーンの実施

- ▲「ツギツギ」等の車体広告車の活用
- ▲無料配布雑誌（R25等）、インターネットでの広告
- 新成人に対するアピール

収納対策の強化

滞納状況の解消

- 資格の適正化
- 生活困難者の発見
- 不納欠損処理の迅速化

徴収方法の改善等

- ▲●口座振替の勧奨（口座振替率5%UP作戦）の実施
- ▲コンビニ収納の実施の円滑化（標準化研究会の設置）
- ▲収納サービス設置の検討（アウトソーシング化）
- ▲次世代国保収納システム研究会の設置
- 滞納処分の徹底

人員の増員・研修の充実

- 収納担当職員の増員、徴収嘱託員の活用
- 税のITパートの派遣（対市町村）
- ▲■収納率向上戦略チームの派遣（対市町村）
- ▲■収納対策ワークショップの実施（対市町村）

収納率向上アドバイザーの設置

国にITM設置して収納率向上に関する意見・アイデア等を集約することにより国の施策に反映（最終的には都道府県毎に設置）

収納率向上に係る調整交付金の交付

（既存）
収納率が向上した市町村に対し、翌年度、調整交付金の一定額（基準収納率未達による減額分の1/2）を交付
平成16年度交付実績 交付市町村 87、交付金額 約23億円
（平成15年度に減額された市町村 999）

支援 → 国保連合会

協力要請 → 金融機関
郵便局
コンビニ、コンビニ収納代行業者

助言指導通知 → 地方厚生局
都道府県

・保険者緊急プラン作成の助言指導
・税のITパート等派遣
・職員研修の実施
・その他

収納率向上アドバイザー

交付
（都道府県経由）

相談
市町村

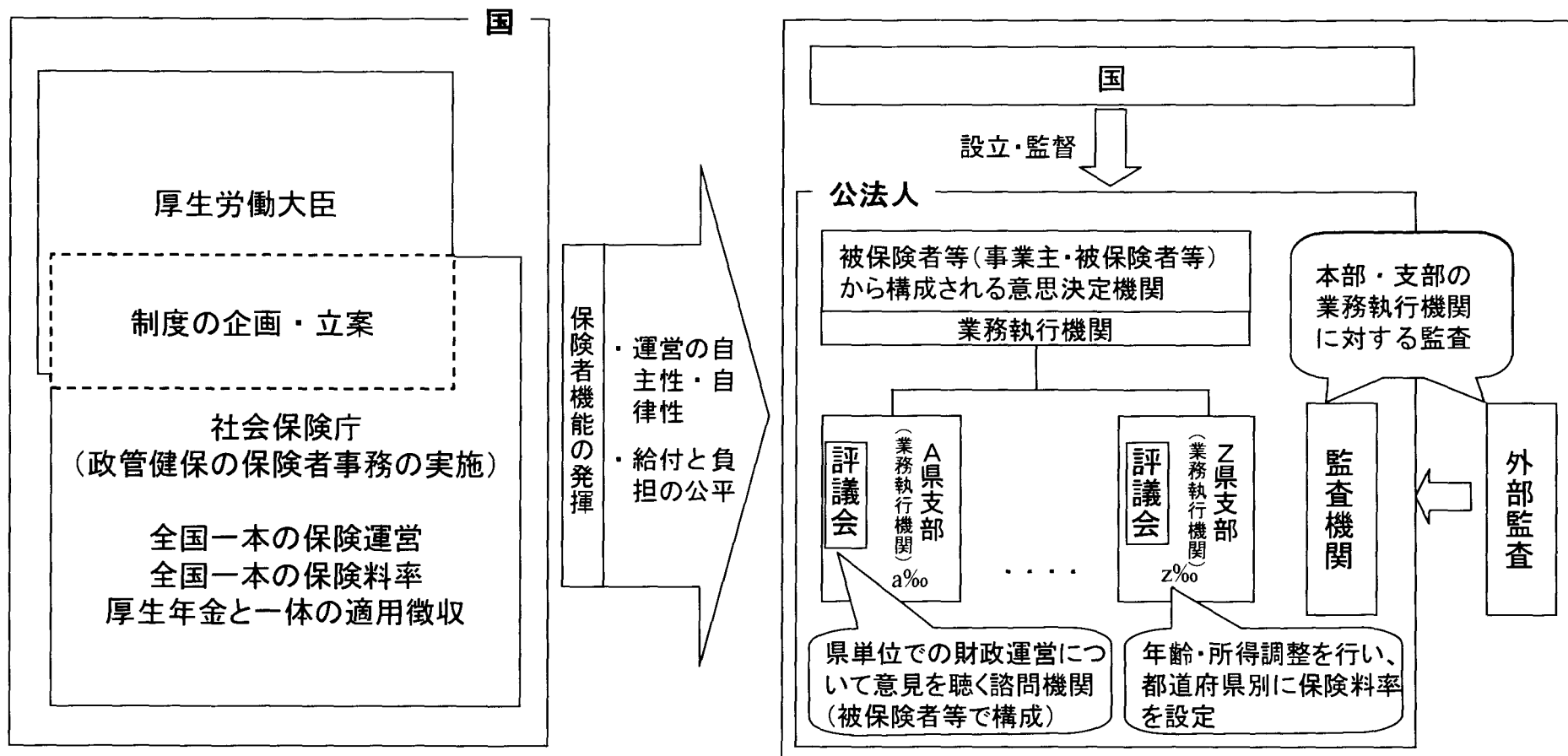
政府管掌健康保険の改革

(現状)

- 全国一律の運営で受益に応じた負担になっていない。また、被保険者等の意見を十分に反映できていない。
- 制度設計主体である国が保険者でもあるため、保険料率の変更に関し、保険者として柔軟な対応が困難。

(改革の方向－保険者機能の発揮)

- 国とは切り離れた公法人を保険者として設立し、被保険者等の意見を反映した自主性・自律性のある運営を行う。
- 給付と負担の公平の観点から、地域の医療費に着目し、都道府県別に保険料率を設定。



政管健保の平成13年度医療給付費等実績 に基づく都道府県別保険料率の機械的試算

- ・ 70歳未満の者に係る都道府県毎の医療費を基に保険料率を算出した上で、都道府県毎の年齢構成や所得の違いを調整。
- ・ これに、老人保健拠出金等に要する保険料率(37%程度)を全国一律に加えたもの。

(単位:%)

	若人医療給付費分の保険料率(調整前)(a)		調整の影響			保険料率 (老健拠出金等の所要料率を加えたもの※)			若人医療給付費分の保険料率(調整前)(a)		調整の影響			保険料率 (老健拠出金等の所要料率を加えたもの※)	
	順位	値	年齢調整	所得調整	計(b)	(a+b+c)	順位		順位	値	年齢調整	所得調整	計(b)	(a+b+c)	順位
全国計	43	-	-	-	-	80	-	24 三重	42	34	▲0	1	0	79	34
1 北海道	56	1	▲2	▲4	▲6	87	1	25 滋賀	41	37	0	0	1	79	37
2 青森	53	7	1	▲9	▲8	82	14	26 京都	42	32	▲0	1	1	80	25
3 岩手	52	9	▲0	▲7	▲8	81	17	27 大阪	42	31	▲0	2	2	81	18
4 宮城	46	23	1	▲4	▲4	79	30	28 兵庫	43	29	▲0	0	▲0	80	26
5 秋田	53	4	▲	▲7	▲6	82	9	29 奈良	45	24	▲1	▲2	▲3	80	28
6 山形	44	26	1	▲4	▲3	78	39	30 和歌山	48	16	1	▲4	▲3	82	15
7 福島	47	20	1	▲5	▲4	80	29	31 鳥取	47	18	1	▲4	▲4	81	23
8 茨城	39	39	1	0	1	78	41	32 島根	47	17	▲0	▲3	▲4	81	22
9 栃木	40	38	1	1	1	79	36	33 岡山	46	22	▲0	▲2	▲2	81	19
10 群馬	41	36	▲0	0	▲0	78	42	34 広島	45	25	0	▲1	▲0	82	11
11 埼玉	37	44	▲1	3	2	77	46	35 山口	47	21	▲1	▲2	▲3	81	20
12 千葉	38	42	▲	3	2	77	44	36 徳島	53	6	0	▲4	▲3	86	2
13 東京	33	47	▲	8	8	78	38	37 香川	48	14	▲0	▲2	▲2	83	5
14 神奈川	37	46	▲	6	5	79	35	38 愛媛	48	15	1	▲5	▲4	81	21
15 新潟	44	27	0	▲4	▲4	78	43	39 高知	47	19	1	▲2	▲1	83	8
16 富山	43	30	▲1	2	1	82	16	40 福岡	50	13	1	▲4	▲3	84	4
17 石川	44	28	▲0	1	1	82	12	41 佐賀	53	3	1	▲8	▲6	84	3
18 福井	41	35	0	2	2	80	27	42 長崎	52	8	2	▲8	▲6	83	6
19 山梨	39	40	0	1	1	77	45	43 熊本	51	11	2	▲7	▲5	82	10
20 長野	38	43	▲1	1	0	75	47	44 大分	53	5	0	▲7	▲7	83	7
21 岐阜	42	33	▲0	0	0	79	31	45 宮崎	50	12	2	▲9	▲7	81	24
22 静岡	37	45	0	3	3	78	40	46 鹿児島	51	10	2	▲9	▲7	82	13
23 愛知	38	41	0	3	4	79	33	47 沖縄	54	2	7	▲19	▲12	79	32

※ 老健拠出金分約23%、退職拠出金分約7%、傷病手当金等現金給付分約4%、保健事業に係る費用等分約2%、合計約37%。(c)

注1. 事業所所在地に着目して都道府県を区分している。

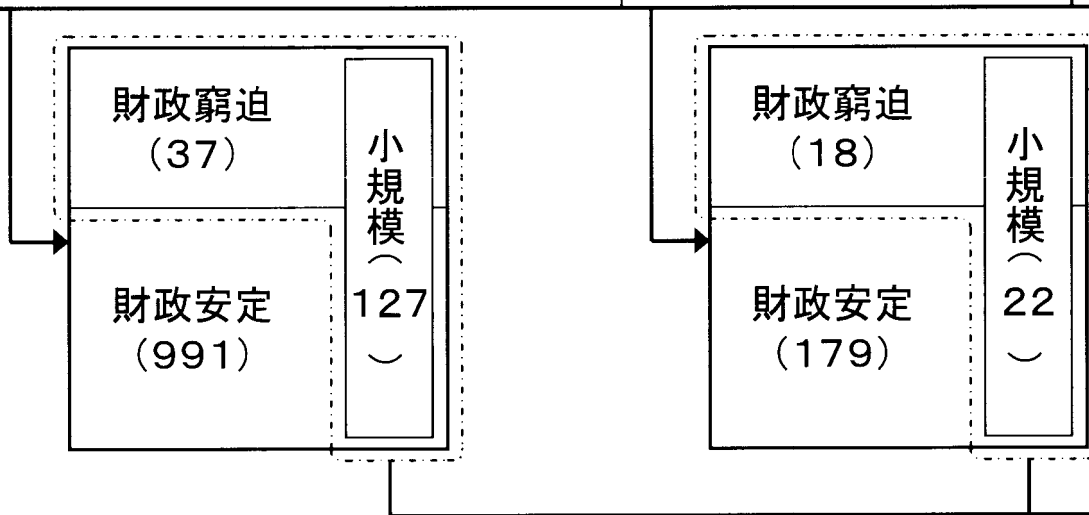
注2. 保険料率は総報酬ベースである。

注3. 四捨五入の関係で合計が合わない場合がある。

健保組合の現状と方向性

- 健保組合の約8割は概ね県内単位で設立されている。
- 保険料率を高くせざるを得なかったり、小規模なため、安定した保険運営が困難な健保組合について、再編・統合の受け皿を整備する必要がある。

概ね県内(1225)		全国展開(359)
単一健保組合(1028)	総合健保組合(197)	



※健保組合数(1584)は平成16年度末現在

再編・統合の受け皿としての地域型健保組合の設立

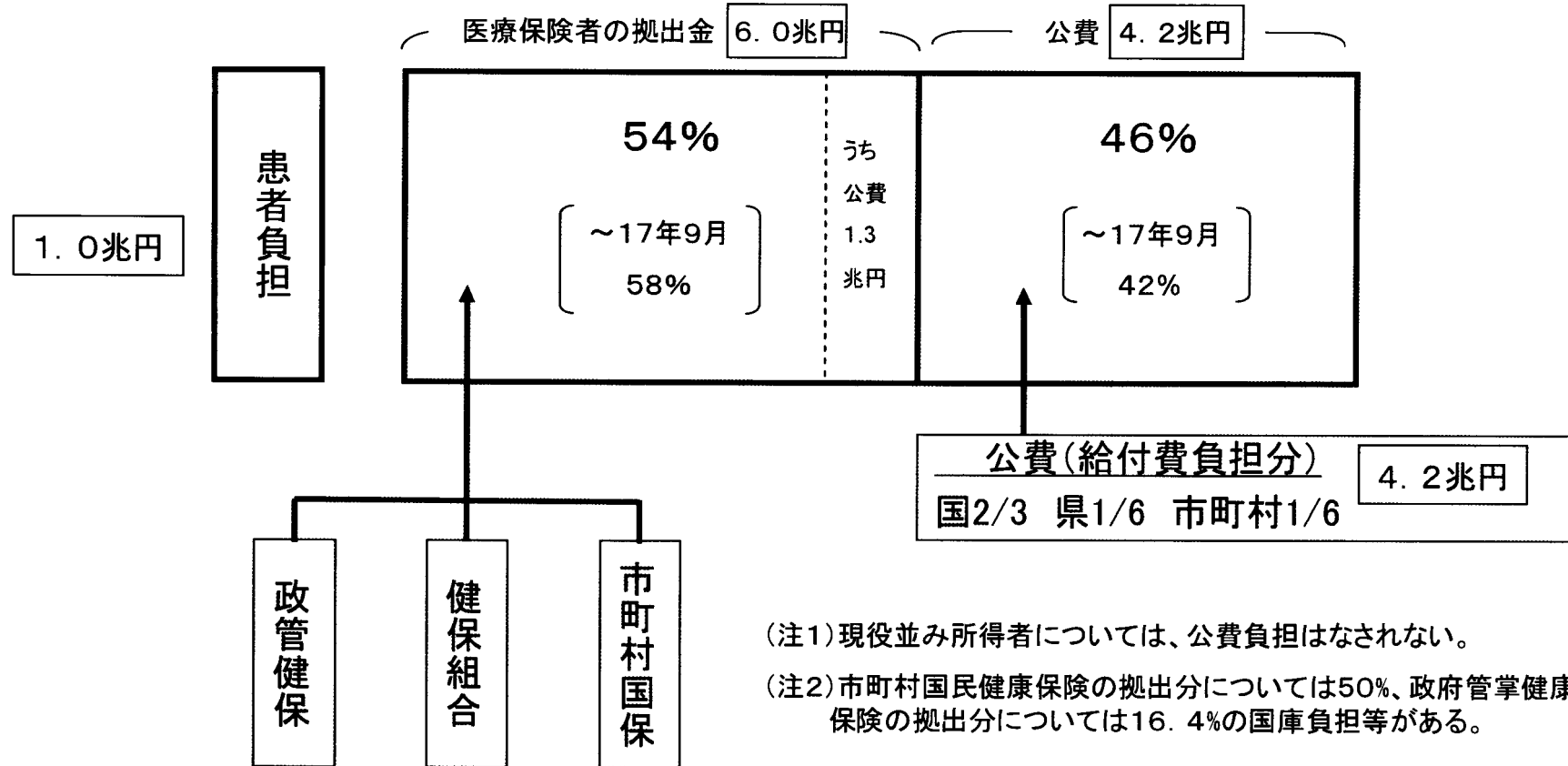
- ※1 単一組合 (総数1297組合) …一企業により組織された組合(被保険者数700人以上)
- ※2 総合組合 (総数287組合) …同種同業の複数事業主等で組織された組合(被保険者数3,000人以上)
- ※3 財政窮迫組合…法定給付費及び拠出金に要する保険料率が90%超の組合
- ※4 小規模組合……被保険者数が、単一組合で700人、総合組合で3,000人に満たない組合

現行の老人保健制度による老人医療費の負担の仕組み

現行の老人保健制度においては、老人医療費について、患者負担を除いた給付費に対して、約5割の公費負担がなされ、その残りを医療保険者の拠出金により賄っている。

老人医療費(平成17年度予算)

11.2兆円



(注1) 現役並み所得者については、公費負担はなされない。

(注2) 市町村国民健康保険の拠出分については50%、政府管掌健康保険の拠出分については16.4%の国庫負担等がある。

等

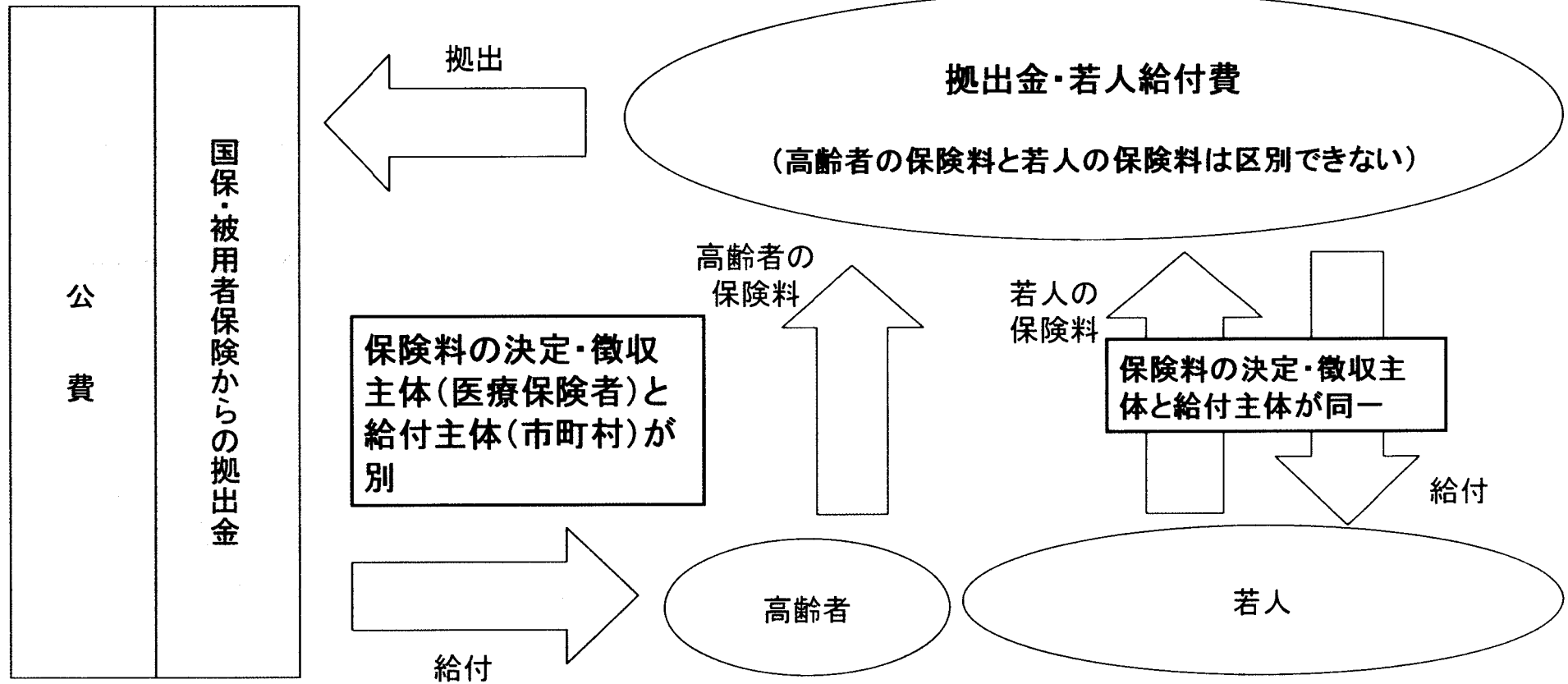
老人保健制度における医療費の負担構造

[市町村]

(老人保健制度の運営者)

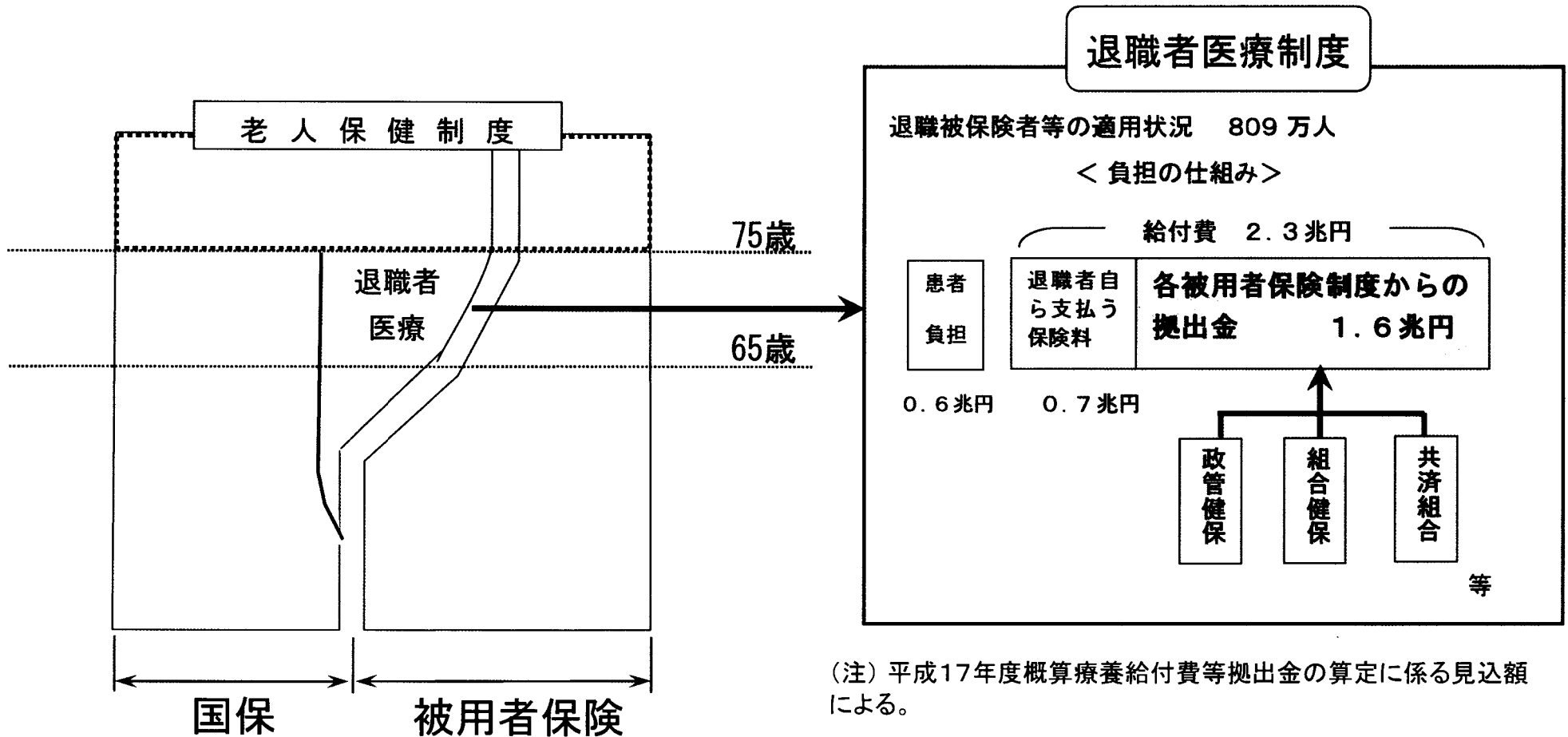
[医療保険者]

(国保・被用者保険の保険者)



退職者医療制度の仕組み

- 退職などによって企業を辞めた者は、国保に加入する。
- 被用者の期間が長期にわたる者（20年以上）の医療費については、自ら支払う保険料と各被用者保険制度からの拠出金により賄っている。
- この拠出金については、各被用者保険が財政力に応じて負担。（報酬総額で按分）



(注) 平成17年度概算療養給付費等拠出金の算定に係る見込額による。

高齢者の心身の特性、就業状態、所得の状況

高齢者の心身の特性、就業状態、所得の状況は、後期高齢者（75歳以上）と前期高齢者（65～74歳）とではかなり異なると考えられる。

①心身の特性

後期高齢者は、前期高齢者に比べ、生理的機能の低下や日常生活動作能力の低下による症候が増加するとともに、生活習慣病を原因とする疾患を中心に、入院による受療が増加する傾向にある。

②就業状態

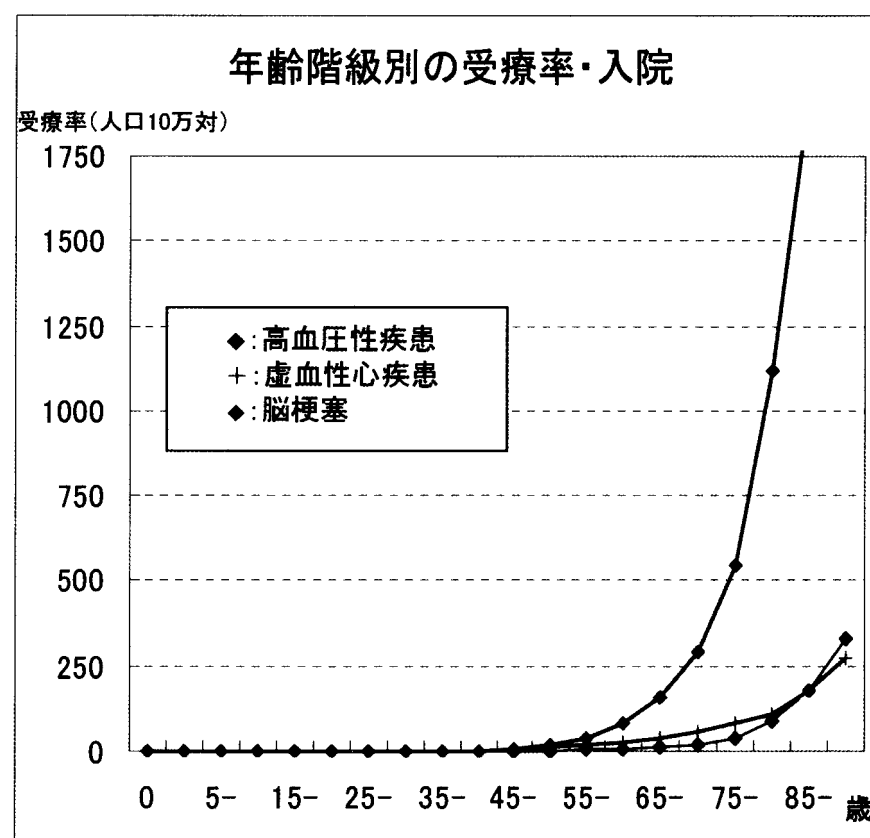
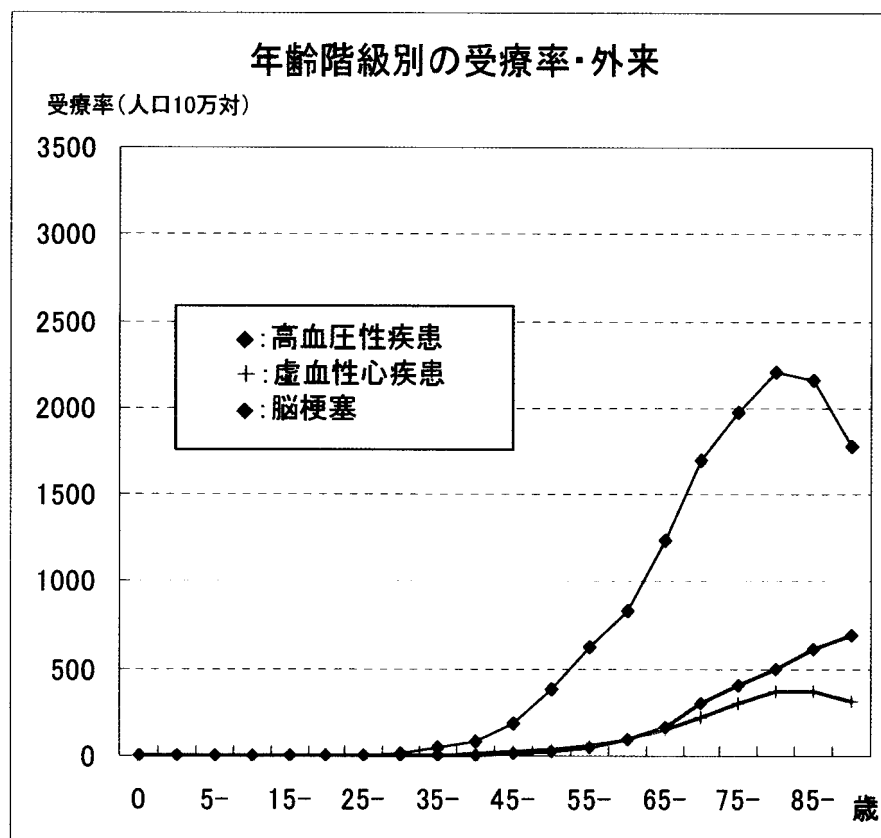
就業している者は、前期高齢者では27.6%であるのに比べ、後期高齢者では9.0%に過ぎない。（平成16年度労働力調査（総務省統計局））

③所得の状況

1人当たり平均収入（年額）は、前期高齢者で218万円、後期高齢者で156万円となっている。（平成13年国民生活基礎調査（厚生労働省統計情報部）をもとに集計）

高齢者の心身の特性（疾病特性等）

疾病全体で見ると、外来は壮年期から又は加齢に伴い増加するが、入院受療率（病院・診療所で受療した患者数を人口10万人対で表した数）は後期高齢期になって増加する傾向にあり、特に、生活習慣病のうち高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳梗塞については、こうした傾向が顕著に現れている。



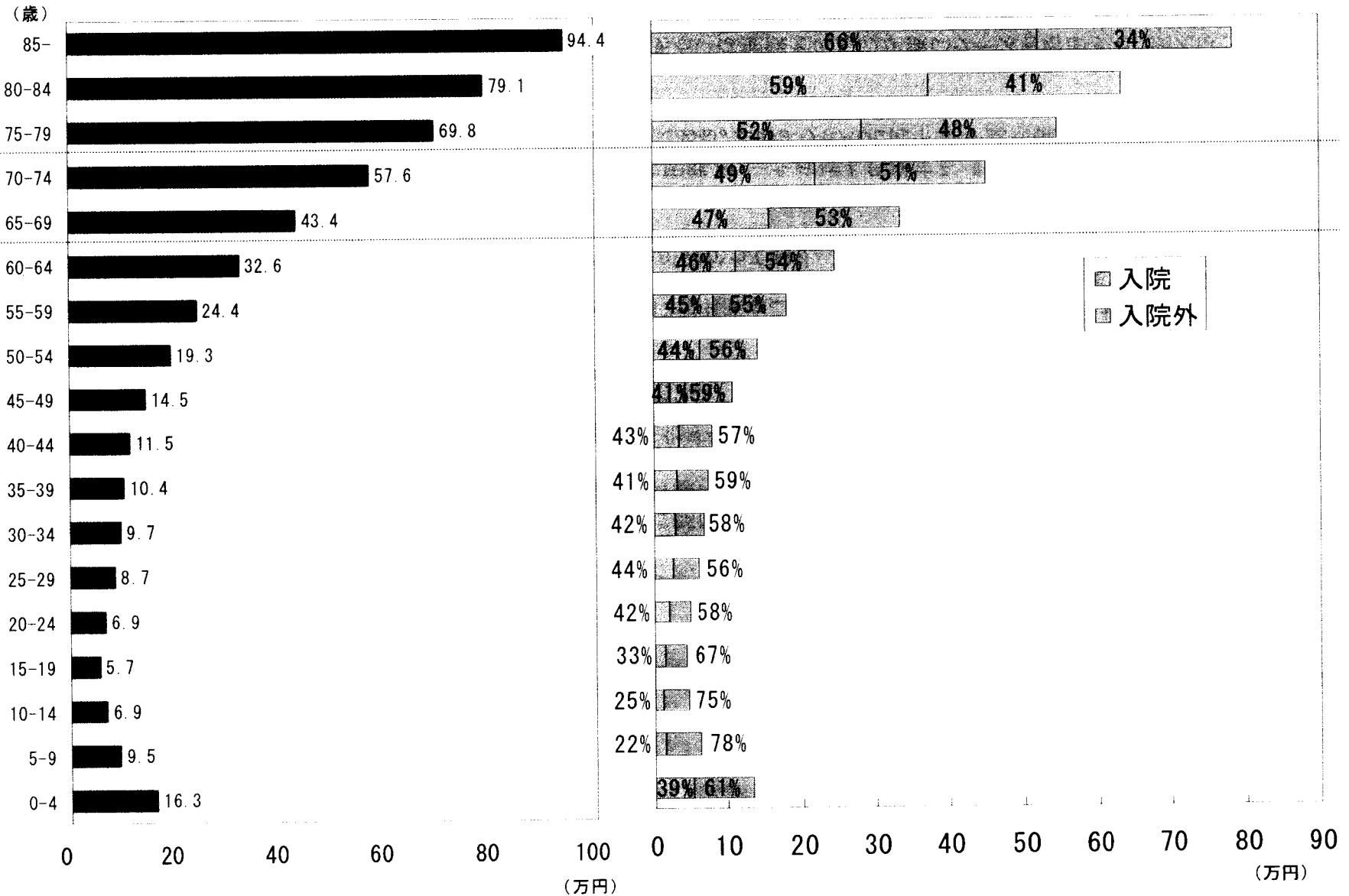
出所) 厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」(平成14年)

年齢階級別1人当たり医療費(年額)

1人当たり医科診療費を見ると、前期高齢期までは入院より入院外（外来）の方が比率が高いが、後期高齢期に入るとその比率が逆転する。

(医療費計)

(医科診療費)



医学的観点から見た後期高齢者と前期高齢者の違いについて

東京大学大学院医学系研究科教授 大内 尉義

老年医学では、高齢者の定義は65歳以上、その中で75歳以上を後期高齢者、85歳以上又は90歳以上から超高齢者とする、というのが現在の考え方であり、また、世界的なコンセンサスである。

後期高齢者については、前期高齢者と異なり、次のような特徴がある。

まず、生理的機能の低下(生理的老化)がかなりの率で病的な状態に結びつき、疾患(老年病)を発症しやすくなるということである。たとえば、骨量の減少による骨粗鬆症や脊椎圧迫骨折、あるいは、腎機能(腎臓の濃縮力)の低下による頻尿といった症候は、後期高齢者になると増加する。

また、低栄養・免疫機能の低下により、感染症を発症し、疾患が慢性化する。後期高齢者においては、蛋白ビタミン摂取の低下が指摘されており、このことが背景となって粘膜の防御機能が破綻しやすくなる。低アルブミン血症は、肺炎や尿路感染症の危険因子となっている。

さらに、生活習慣病を原因とする糖尿病性腎症や脳梗塞、閉塞性動脈硬化症といった臓器障害が顕在化するのも、後期高齢者である。

こうした要因により、後期高齢者は、多くの種類の疾患・症候を同時に保有することとなる。我々の疫学調査によれば、入院入所症例で50項目の症候を調べたところ、後期高齢者では平均8個もの症候を有している。また、東大老年病科の473の入院症例を分析した結果では、75歳以上になると薬剤有害作用の出現頻度が急激に増えるということが分かっており、このことから、後期高齢者は多病であるという特徴が捉えられる。

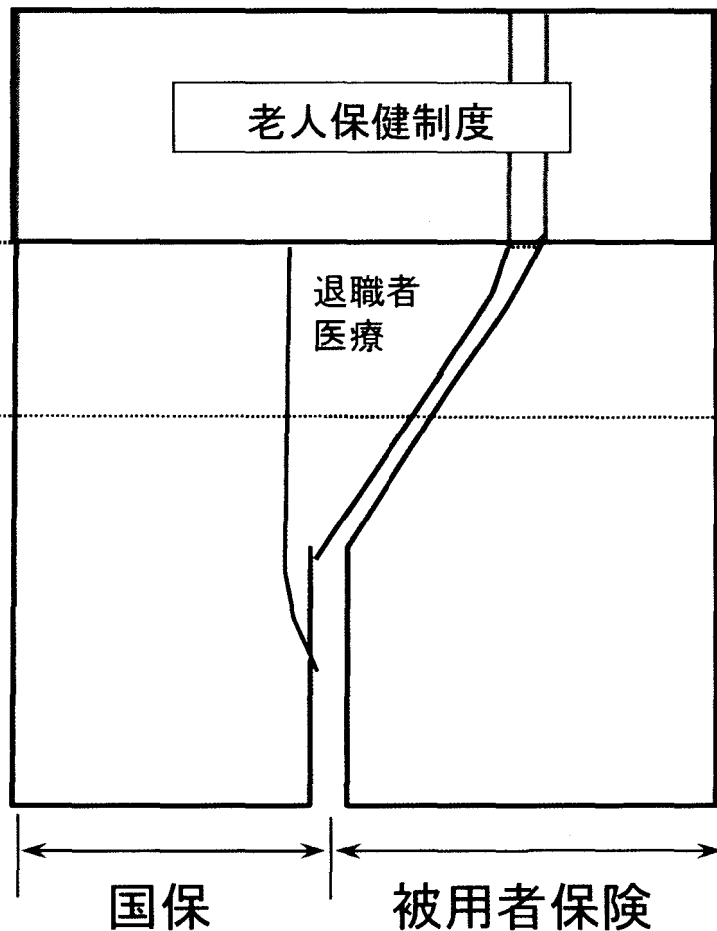
一方、ADL(日常生活動作能力)の低下により、褥瘡や尿失禁、嚥下困難といった症候も急増する。特に、情報関連機能(視力・聴力・認知機能)の低下により、転倒や交通事故による外傷が増加するのが特徴である。このようなADL低下者や認知機能低下者は、要介護状態に陥りやすく、また、いったん入院すると退院が困難となる。

さらに、後期高齢者においては、罹患疾病について、非定型的徴候あるいは症候そのものが無いケースも増加する。例えば、心筋梗塞で痛みを訴えないケースが30%以上にのぼり、これらのケースでは、ショックや意識レベルの低下によってはじめて疾患が発見されることが多い。

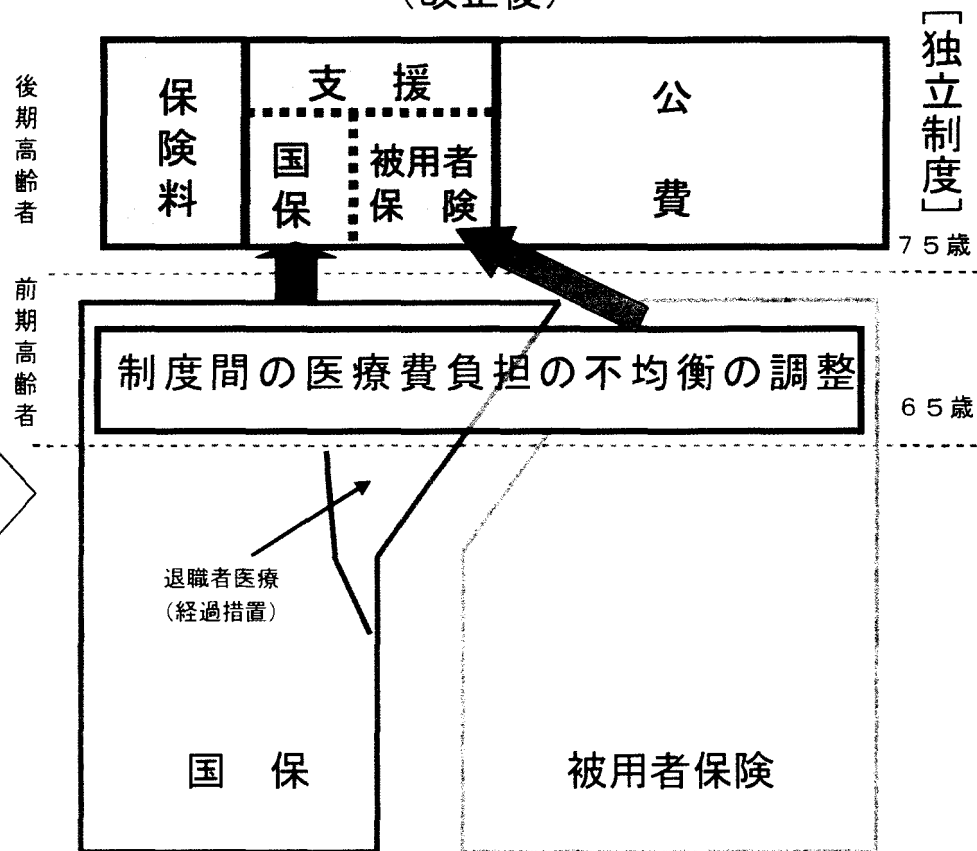
以上のように、後期高齢者は、多病であり、また、後期高齢者に特徴的に著増する症候が見られる。このため、単に一つの疾病だけを診て治療するというのではなく、その機能を総合的に評価し、それが衰えないようにするという視点に立つ必要がある。こうした総合的機能評価によって、症候を全人的に捉えて対処することが、後期高齢者のQOLを維持し、高めていく上で極めて重要である。

新たな高齢者医療制度の創設

(現 行)



(改正後)



「独立制度」

75歳

65歳

後期高齢者

前期高齢者

国保

被用者保険

保険料

支 援
国 保 被用者
 保 險

公 費

制度間の医療費負担の不均衡の調整

退職者医療
(経過措置)

国 保

被用者保険

後期高齢者医療制度の仕組み(平成20年度)

<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> 11.7兆円

給付費 10.6兆円 患者負担1.1兆円

【国】



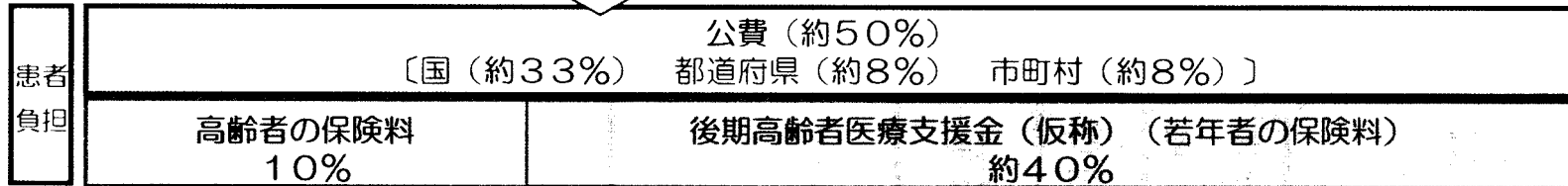
都道府県支援

【都道府県】



市町村支援

【市町村】



【市町村の個別徴収】

【年金から天引き】

被保険者
(75歳以上の者)

医療保険者
健保組合、国保など

保険料

各医療保険(健保、国保等)の被保険者
(0~74歳)

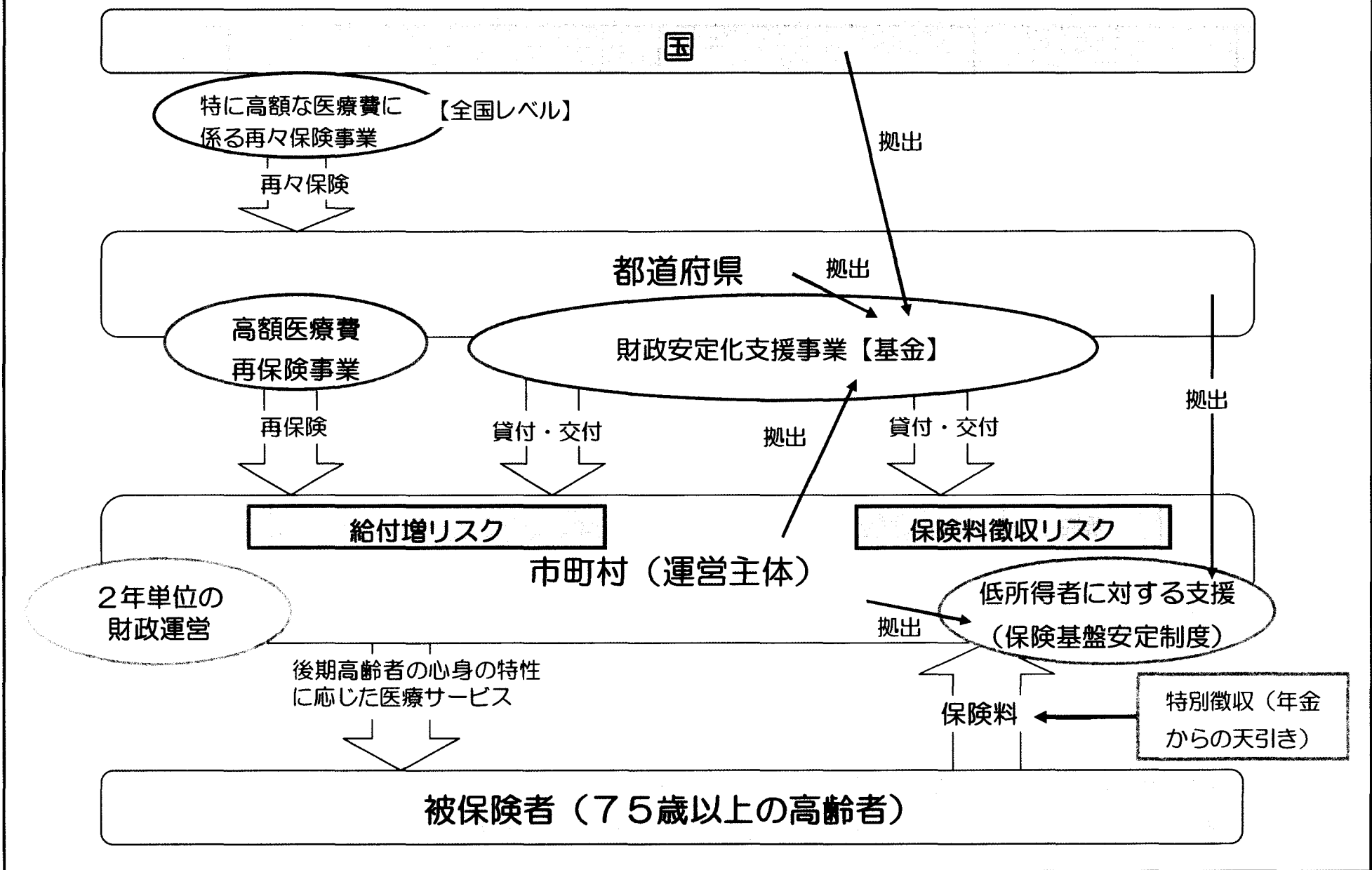
<一括納付>

<交付>

支払機関

(注1) 国保及び政管健保の後期高齢者医療支援金(仮称)には、別途各々50%、16.4%の公費負担がある。
(注2) 現役並み所得者については、公費負担(50%)はなされない。

国・都道府県・市町村の役割分担

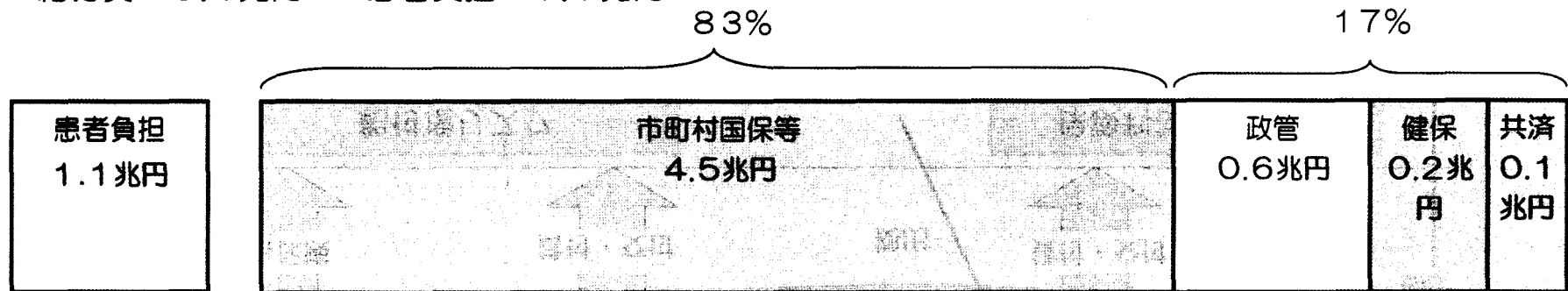


前期高齢者医療費の費用負担について（平成20年度）

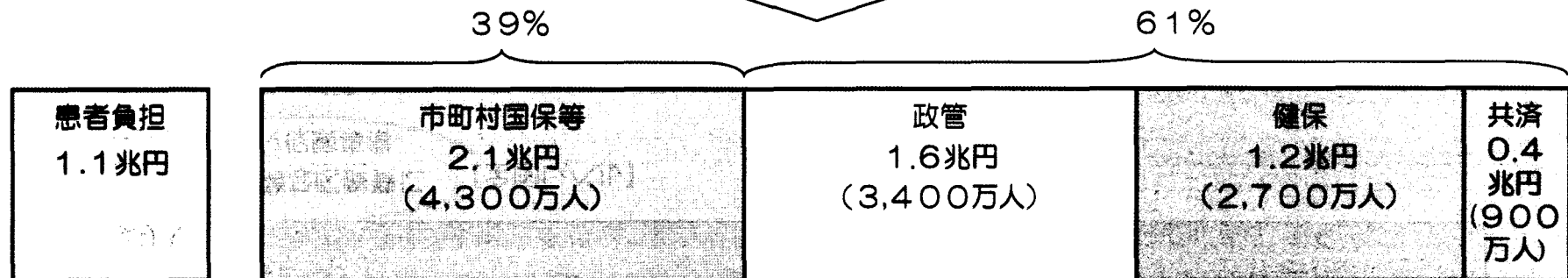
＜対象者数＞ 65～74歳の前期高齢者 約1,400万人

＜前期高齢者医療費＞ 6.4兆円

給付費 5.4兆円 患者負担 1.1兆円

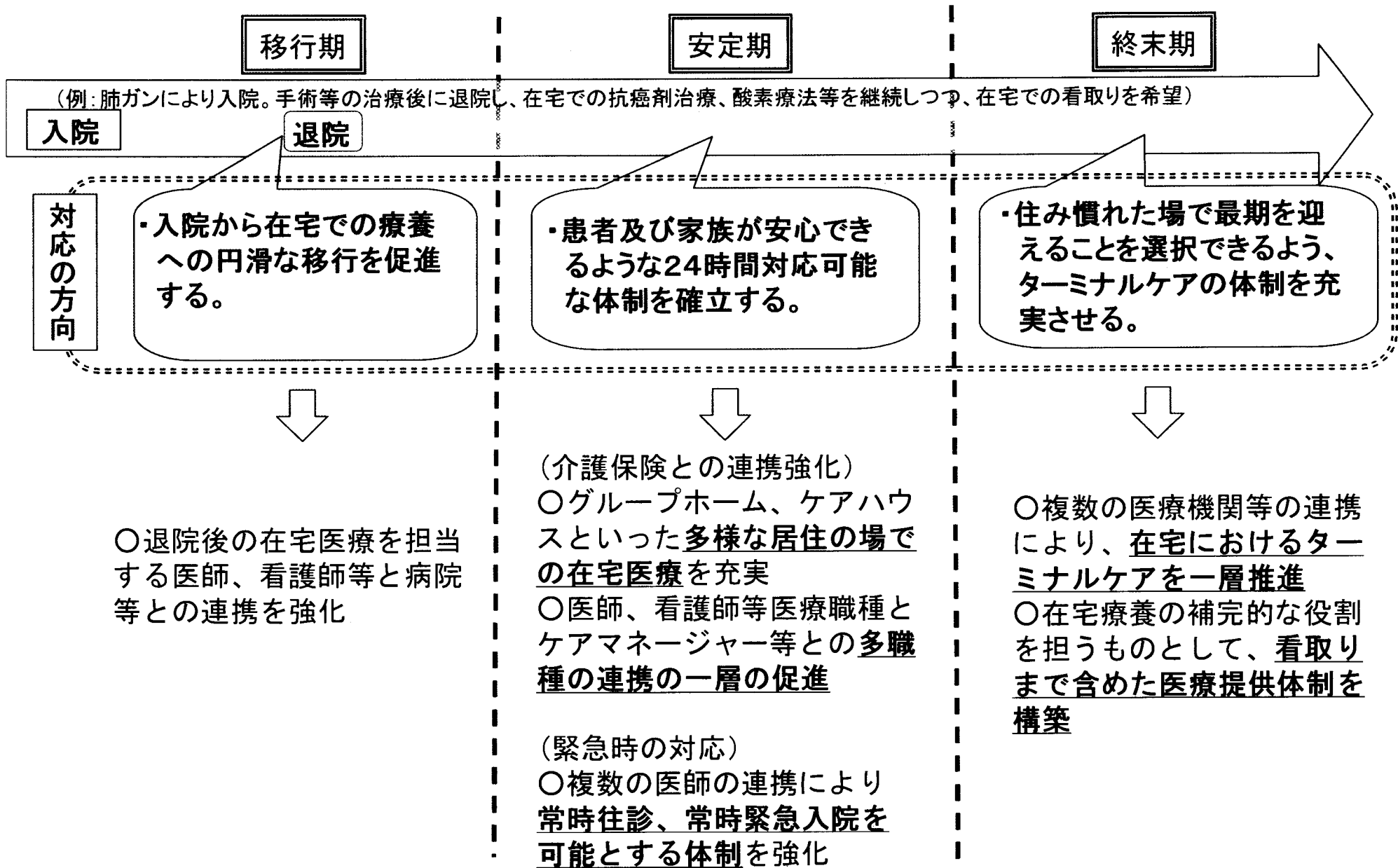


↓
制度間の不均衡の調整のため、
75歳未満の加入者数に応じて負担



（注）前期高齢者に係る後期高齢者医療支援金（仮称）についても、同様の調整を行う。

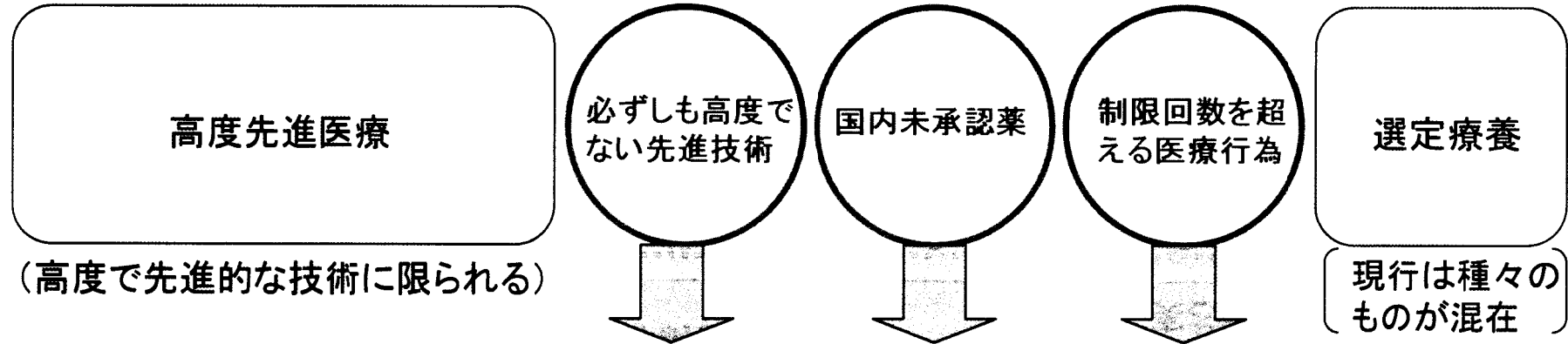
高齢者の在宅療養を支える新たな取組の推進



いわゆる「混合診療」問題への対応の考え方

○ 「特定療養費制度」を廃止し、「将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうか」の観点から、新たな枠組みとして再構成（平成18年通常国会で医療保険制度改革法案の中で対応）

○ このような改革により、保険診療と保険外診療との併用に関する具体的要望については、今後新たに生じるものについても、おおむねすべてに対応
《現行》



《見直し後》 【保険導入検討医療(仮称)】
(保険導入のための評価を行うもの)

A類型 医療技術	B類型 医薬品等
<ul style="list-style-type: none"> ・ 約100技術、約2,000医療機関が新たに対象となる。 <p>(平成17年夏までを目途に対応)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の要望を把握し、確実な治験の実施を促す。 ・ 欧米で新たに承認された薬は自動的に検証の対象とする。 <p>(平成16年度中に対応)</p>

【患者選択同意医療(仮称)】
(保険導入を前提としないもの)

- 快適性・利便性に係るもの
- 医療機関の選択に係るもの
- 制限回数を超える医療行為

(平成17年夏までを目途に対応)

○ 療養の給付と直接関係のないサービス等については、保険診療との併用の問題が生じないことを明確化

医療構造改革推進本部の設置について

【設置趣旨】

国民の生活の質（ＱＯＬ）を確保し向上する形で医療の効率化を図ることを基本として、医療費の適正化等を推進するため、医療構造改革推進本部（以下「本部」という。）を設置する。

※ この本部のメンバーは、当面、医療制度改革の広報等を積極的に担う。

【組織】

本部の組織は別紙のとおりとする。本部の下に、必要に応じて関係部局の課長等からなるプロジェクトチームを置くものとする。

【プロジェクトチーム】

平成１８年度の医療制度改革は、健康増進計画、医療計画及び介護保険事業支援計画の見直しと、医療費適正化計画（仮称）制度の導入など医療制度を抜本的に改革することとなる。実効性のある医療費適正化の推進と、上記諸計画の円滑な策定に資するため、当面、本部第一回会合で、検討を急ぐ以下の３テーマについてのプロジェクトチームの設置する。

①在宅介護・療養・早期リハ推進ＰＴ

在宅復帰、自立支援を推進するためのケアマネジメント及びリハビリテーション、在宅での介護・療養を推進するための病院・診療所・介護施設・訪問サービス等の各々の取組の在り方とそれらの間の連携の在り方等

②医療費適正化評価ＰＴ

医療費適正化の取組の効果等を迅速・的確に把握して評価し、次の対策につなげるため、医療、介護やそれらの費用に関するデータ収集の円滑化・迅速化、評価手法の確立、対応体制の整備等（組織整備を含む。）

③計画策定等人材養成ＰＴ

健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画及び医療費適正化計画（仮称）の策定担当者に対する研修の在り方等

医療構造改革推進本部の組織

本部長	厚生労働大臣
本部長代理	(総括) 副大臣 (本部長の指名する者) 大臣政務官 (本部長の指名する者)
副本部長	(総括) 事務次官 厚生労働審議官 社会保険庁長官
本部員	官房長 総括審議官 技術総括審議官 統計情報部長 医政局長 健康局長 医薬食品局長 雇用均等・児童家庭局長 老健局長 保険局長 政策統括官 (社会保障担当) 北海道厚生局長 東北厚生局長 関東信越厚生局長 東海北陸厚生局長 近畿厚生局長 中国四国厚生局長 四国厚生支局長 九州厚生局長 社会保険庁次長 社会保険庁運営部長

【事務局】

- ・事務局長：社会保障担当参事官
- ・事務局次長：本部長の指名する者
(医政局総務課長、健康局総務課長、老健局総務課長及び保険局総務課長を予定)
- ・庶務：保険局総務課の協力を得て、社会保障担当参事官室