

高齢者医療制度に関する検討会

議事次第

平成21年3月11日(火)
16時00分～17時30分
厚生労働省 省議室
中央合同庁舎第5号館 9階

(議題)

○ヒアリング

・全国老人クラブ連合会

○これまでの議論を踏まえた総括的な議論について②

(資料)

資料1 これまでの意見を踏まえた論点整理

資料2 意見の概要

資料3 高齢者医療制度について(本日の議題に関する参考資料)

資料4 全国老人クラブ連合会 説明資料

資料5 各関係団体からの意見

日本医師会、健康保険組合連合会、全国健康保険協会

日本経済団体連合会、日本労働組合総連合会、全国市長会

全国町村会、全国知事会

これまでの意見を踏まえた論点整理

I. 今後の見直しの基本的な考え方・進め方について

- 制度に対する理解は浸透しつつある中で、再び高齢者や市町村に混乱を生じさせることのないよう、当面、制度の基本骨格は維持し、制度の安定化を優先すべきである。

(関連資料① 高齢者医療制度に関する世論調査結果)

- 抜本的に見直すべきと考えられる事項については、税制改正等と併せて対応すべき多額の財源を必要とする課題であり、こうした中期的な課題と、平成22年度の施行等に向けて対応すべき短期的な課題に分けて考えるべきである。
- 見直しにあたっては、施行までの準備期間や施行後における問題点を検証しつつ検討するとともに、十分に周知期間を設けるべきである。
- 国民の医療費に係る負担や財政調整を含めた長寿医療制度の仕組みなどを国民に十分周知することが必要である。
- 制度の見直しや運営にあたっては、当事者（高齢者）の意見を聞く場を設けることが必要である。
- 現役世代の支援は不可欠であることから、高齢者のみならず、現役世代の納得が得られる仕組みとすべきである。
- 高齢者医療確保法において、制度の理念が理解されるよう、高齢者への敬意を具体的に示すべきである。
- 高齢者の心情を配慮し、「後期高齢者」という名称を見直すべきである。

II. 年齢で区分すること、制度の建て方について

年齢による区分については、75歳で区分することはやむをえないという意見がある一方、以下のとおり、被用者保険の本人は被用者保険に残してはどうか、65歳で区分してはどうか、特定の年齢で区分せず財政調整をしてはどうかとの意見があるが、どのように考えるか。

1. 75歳以上の被用者保険の本人は被用者保険に残すという考え方

(関連資料② 75歳以上の被用者保険の被保険者であった方の所得状況)

(メリット)

- 職業上の属性を加味できる。

(課題)

- 75歳以上の被用者保険の本人に扶養されている被扶養者などの取扱いをどう考えるか。

(仮に、75歳以上の被用者保険の被保険者に加え、被扶養者についても被用者保険に加入することとした場合、被用者保険の財政負担が重くなることをどう考えるか)

- 市町村国保の自営業者などの他の現役で働いている方との均衡をどう考えるか。

2. 65歳で区分するという考え方

(1) 長寿医療制度の対象を65歳以上に拡大するという考え方

(関連資料③ 前期高齢者医療を長寿医療制度と同様の仕組みにした場合の
財源構成の変化)

(メリット)

- 年齢区分について、介護保険制度や公的年金制度との整合性がとれる。

(課題)

- 公費の負担割合やその財源をどうするか。

(2) 前期高齢者の財政調整を後期高齢者にも拡大するという考え方

(関連資料④ 前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合)

(メリット)

- これまでと同じ医療保険制度に加入できる。

(課題)

- 旧老人保健制度で行ってきた財政調整を実質的に65歳以上に拡大することとなり、若人と高齢者の費用負担関係が不明確になる等の問題点をどう考えるか。

3. 年齢で区分せず、全年齢で財政調整を行うという考え方

(メリット)

- 個別保険者の努力では回避できない加入者の年齢構成の相違による負担の不均衡を是正できる。
- これまでと同じ医療保険制度に加入できる。

(課題)

- 所得形態・所得捕捉が異なる被用者保険、国民健康保険の負担調整の具体的な仕組みをどう考えるか。
- 65歳未満は被用者保険に加入者が偏っているため、65歳未満について財政調整を行えば、国保が被用者保険に納付金を支払うことになることをどう考えるか。

4. 一元化については、各保険者間で所得形態・所得捕捉の状況や保険料算出方法等に大きな差異があり、諸外国の状況を踏まえても困難ではないか。

Ⅲ. 世代間の納得と共感の得られる財源のあり方について

財源のあり方については、以下のような意見があるが、どのように考えるか。

- 財政調整については、医療費の総額を国保と被用者保険の被保険者数で均等に分け、被用者保険分については、保険者の財政力に応じた応能負担とすべきである。

(関連資料⑤ 健康保険組合に対する支援事業等について)

- 現在の後期高齢者医療制度は、約5割の公費負担があり、前期高齢者医療制度には直接公費は投入されていないが、今後の公費のあり方をどのように考えるか。
- 前期高齢者医療制度に直接公費を投入することとした場合、国保よりも健保組合等の負担がより軽減されることをどのように考えるか。

(関連資料③ 及び⑥ 前期高齢者医療給付費に定率公費を導入した場合の財源構成
の変化)

IV. 運営主体について

1. 長寿医療制度の運営主体については、以下のような意見があるが、どのように考えるか。
 - 現在の広域連合の保険者機能を更に強化すべきである。
 - 都道府県を運営主体とすべきであり、そのための環境整備を検討すべきである。
2. 国保の運営主体については、以下のような意見があるが、どのように考えるか。
 - 同じ地域に2つの地域保険が存在することは本来好ましくなく、将来的には、市町村国保について都道府県単位化を図り、都道府県又は広域連合が長寿医療制度と一体的に運営すべきである。
 - 2次医療圏単位で市町村が共同で運営すべきである。
 - 保険者は市町村のままとし、財政の共同化、国の調整交付金の配分、都道府県等による再保険事業等によって運営の安定化を図るべきである。

V. 保険料の算定方法・支払い方法について

- 保険料の算定方法については、長寿医療制度により高齢者が公平に保険料を負担することになったという良い面がある中で、再び高齢者や市町村に混乱を生じさせることのないよう、現行制度を維持すべきという意見がある一方、将来的なあり方としては、以下のような意見もあるが、どのように考えるか。
- ・ 保険料については、公平でわかりやすい仕組みとするため、均等割を廃止し、年金収入153万円以下の方についても所得割（収入

割) を賦課する仕組みとすべきである。

(関連資料⑦ 長寿医療制度の保険料の均等割を廃止した場合)

- ・ 保険料の賦課限度額の上限を見直すべきである。

(関連資料⑧ 長寿医療制度の賦課限度額の設定の考え方について)

- 年金からの支払いに関しては、社会保険料控除について対象者に更に周知すべきである。
- 資格証明書の発行については、高齢者の医療を受ける機会が損なわれないように慎重な対応等を行うべきである。

(関連資料⑨ 資格証明書の交付について)

VI. 医療サービスについて

- 高齢者担当医等の75歳以上に限定された診療報酬体系を見直すべきである。
- 介護で対応できる高齢者については、介護で対応するための取組を更に推進すべきである。
- 高齢者担当医の普及を図るとともに、疾患特性も考慮しつつ、高齢者にふさわしい医療サービスを更に充実させるべきである。
- 勤務医の勤務環境の改善、他の医療従事者との役割分担等による医師不足への対応、救急医療の充実など、高齢者を含めた国民全体を支える医療提供体制の充実と、それを支える診療報酬の見直しを図るべきである。

意見の概要（下線は前回の意見）

【見直しの基本的な考え方について】

- ① 今の制度は改革以前と比べて悪いところばかりではなく、評価に値する点もある。制度は、直線的に進化するものでもないから、失敗したところ、読み間違えたところは直し、良いところは伸ばす方向に議論を重ねていけばいい。（権丈委員）
- ② 高齢者医療制度については、これまで、さんざん議論してきたのだから、そんなに新しい抜本改革案はないだろう。（山崎委員）
- ③ これだけ批判を受けた以上、抜本的に見直すべきではないか。（岩本委員）
- ④ 短期的に考えるべき課題と長期的な課題を分けて考えるべきではないか。（岩村委員）
- ⑤ 高齢化で負担が増えることについて、国民が理解した上で、制度改革を行うべきではないか。（岩本委員）
- ⑥ 改革前の老人保健制度、改革後の前期高齢者医療制度の財政調整では、国保・被用者保険の各保険者の老人加入率が全制度平均と同一であると仮定して、公平な負担を行っている。まずは、これら財政調整の仕組みを広く国民は理解した上で、制度の善し悪しを議論するべきではないか。（権丈委員）
- ⑦ いつも健保財政赤字と報道されるが、保険料率一定のもとでは医療費が増えれば赤字になるのは当たり前の話である。GDPに占める社会保険料の割合が、日本は他の国に比べてかなり低いこと、政管健保の保険料率8.2%である一方、ドイツの医療保険料率は14%後半、フランスのそれは14%弱であることを国民共有の知識として議論の前提に置いてもいいのではないか。（権丈委員）
- ⑧ さらに、健保組合において2007年度で最低の保険料率3.12%、最高は9.62%と、健保組合の中で保険料率に3倍以上の開きがあることも国民共有の知識として議論の前提に置いてもいいのではないか。（権丈委員）
- ⑨ 制度をどのように変えるにしても、現役世代の支援は不可欠。その納得が得られる制度にすべきではないか。（岩本委員）
- ⑩ 高齢者医療確保法の冒頭で、医療費適正化が謳われており、介護保険法等と違い、高齢者に敬意を払っていないのではないか。（樋口委員）
- ⑪ 後期高齢者は学問上の概念定義。後期高齢者と呼ばれた人の気持ちをもっと考えるべきではないか。（樋口委員）
- ⑫ 高齢化により医療費が増えると、高齢者の負担も増えることをきちんとアピールしていなかったから、混乱を招いた。事実、厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編「医療制度改革の課題と視点～解説・資料編」を見ると、「若年世代からの支援を行う場合」として、高齢者一人当たり保険料は現行制度6.4万円（平成11年度）から6.8万円に上昇すると試算している。その一方で健保組合は、加入者一人当たり保険料が1.5万円減少すると試算している。しかし、実際は総額3900億円の負担増となっており、これが現役世代の不信を招いているのではないか。（川淵委員）

【見直しの進め方について】

- ① 「物語・介護保険」に書いたのだが、介護保険が提案されたときは8割以上の人を負担増に賛成した。それは、事務次官が本部長になり、当事者の意見を聞いた上で検討していったからだ。その先例を学ぶべきだったのではないか。(大熊委員)
- ② 介護保険も40歳で区切ったが、時間をかけていろいろな意見を聞いたので、理解が得られた。(大熊委員)
- ③ 政府で検討した際のメンバーに75歳以上のメンバーが一人しかおらず、当事者不在で、75歳以上の意見を聞く姿勢がなかったのではないか。(樋口委員)
- ④ 長寿医療制度はスタートから6ヶ月が経過したが、どうしてうまくいっていない(とされる)のか、その失敗原因を分析すべきではないか。(川淵委員)
- ⑤ 国民の不安を払拭するためにも、年金と同様に医療(・介護)保険料の将来推計を是非、行って欲しい。(川淵委員)
- ⑥ 制度の運営にあたり、事務ミスが多すぎるのではないか。(樋口委員)
- ⑦ 制度運営で事務ミスが生じたのは、一昨年10月、つまり制度開始のわずか半年前になって激変緩和措置が講じられ、自治体に大幅なシステム改修を求めたことにも原因があったと思っている。(権丈委員)
- ⑧ 施行当初は事務レベルの混乱や情緒的・感情的な議論があったが、施行後1年が経過しようとしている中で、かなり落ち着いてきたのではないか。(山崎委員)
- ⑨ 後期高齢者診療料などの後期高齢者の医療サービスが普及しないので、制度に対する不満が沈静化しているだけではないか。(樋口委員)
- ⑩ 後期高齢者医療制度の目的は、1) 高齢者の負担増を伴う保険料負担の公平化、2) 後期高齢者にふさわしい医療制度—であったはず。現在は、初動の事務的なミスなどは沈静化したが、だからといって、落ちついたからこのままできるだけ手直しをせず—というのでは、何のための検討会かわからない。現に、家庭医にほとんど名乗りを挙げない県もある。
私見では、1)については、高齢者があきらめたのである。2)については、「実害」がなく現状維持が可能だからである。今回、見直す以上、2)についても、高齢者にとって本当に適切な家庭医制度がどうあるべきか、大まかな方向性だけでも示す必要があるのではないか。(樋口委員)
- ⑪ 10年に渡る議論の中で、どこの意志決定で失敗したのかを検討しなければならない。(岩本委員)
- ⑫ 今回の見直しにあたっては、更に見直すということがないように慎重に検討すべき。(岩本委員)
- ⑬ 見直しにあたっては、これまで時間をかけて検討し創設した制度であることを踏まえ、微調整とすべきであり、また、本格的な改革に着手するにしても、十分な検討期間と周知期間を設けるべきではないか。(山崎委員)
- ⑭ 高齢者や市町村の窓口に再度の混乱が生じないように、大きな見直しをする前に、まず制度の安定化を図るべきではないか。(岩村委員)

- ⑮ 財政調整の機能と保険者の機能は分離して制度設計すればよい。(岩本委員)
- ⑯ 制度の建て方は、長期的に議論すべき課題。(岩村委員)
- ⑰ 長期的な見直しの方針を提言すべきではないか。(樋口委員)
- ⑱ 後期高齢者医療制度で問題となった点、例えば75歳の線引き、名称等、このまま続けるとしたら、その妥当性を明確に挙げる必要がある。(樋口委員)
- ⑲ 今回の経験から、次の2点を学んだと思っている。ひとつは、75歳で区切る日医案には無理があること。日医は、国庫負担5割、保険者からの財政支援金4割の現状から国庫負担9割にすれば、今の不満が収まると考えているようだが、そうではないだろう。いまひとつは、財政調整に強く抵抗すれば国庫負担が増えて、自分たちの負担が軽くなると見込んだ健保組合側の読みが甘かったということ。これまで75歳以上でなされていた財政調整が、今回の改革で65歳まで下ろされた。健保組合を含めて、今後の議論は、65歳以上の前期高齢者医療制度による財政調整制度の存在をスタート点とせざるを得なくなっている。(権丈委員)
- ⑳ 与党の強行採決で決まったものであり、説明責任が履行されていないのではないか。(樋口委員)

【75歳以上で区分することについて】

- ① どこかでは年齢で線を引かなければならないと思う。どこで線を引くかは政策的に考えて合理的なものであればよく、75歳以上としたのはやむを得なかった。(岩村委員)
- ② 75歳で線を引くことについては、将来を考えれば、1つの可能性としてはあるのではないか。(川淵委員)
- ③ 批判が強い中でも、制度の枠組みに対する議論は低調。関係者は、当面は現在の制度でいってほしいのが本音と思われる。(山崎委員)
- ④ 老人保健制度に対する不満を解決するために、各団体の主張の折り合いをつけて、今回の制度ができた。(山崎委員)
- ⑤ 75歳で区切る理由は、75歳以上の高齢者の特性に応じた医療が必要との説明であったが、目新しい医療サービスがない。(岩本委員)
- ⑥ 75歳という年齢で一律分離するのが最大の問題である。ただし、財政的に現役世代と高齢者の負担区分の明確化は良い面である。(宮武委員)
- ⑦ 75歳で線引きしたことは本来、社会保障の原理・原則にはずれるのではないか。(宮武委員)
- ⑧ 職業上の属性等を無視し、75歳で区切るのは問題ではないか。夫婦別れ、親子別れなどの世帯の分離を促している。(樋口委員)
- ⑨ 平成18年4月26日の衆議院厚生労働委員会の参考人質疑でも申し上げたが、年金が60(→65)歳、(高齢者)医療が75歳、介護が65歳で果たして整合性がとれるのかどうか。(川淵委員)
- ⑩ 障害認定者を長寿医療制度の被保険者とすることで厄介払いをしているのではないか。(樋口委員)

【65歳以上で区分することについて】

- ⑪ 要医療と要介護の線引きは難しいので、医療保険と介護保険の統合ができないか。しかし、当面は、年金支給開始年齢、並びに介護保険の原則給付が始まる65歳をひとつの目安としてはどうか。(川淵委員)
- ⑫ 75歳という年齢を下げ、介護保険と同様、65歳以上の人を対象とすればうまくいくのではないか、その場合には、リスク構造調整型と介護保険型の二つの考え方がある。(山崎委員)
- ⑬ 制度において、若人の一人当たり老人医療費の負担が、過重にならないように、若人と高齢者の老人医療費負担割合を自動調整化できたこと、および個人単位の加入にして保険料負担の水平的公平が改善されたことは、今回の改革の長所ということもできる。しかしこの長所は75歳で区切ったから可能となっている。75歳以上の独立した医療制度を設けることの弊害を鑑みれば、それら長所を犠牲にしても、前期高齢者の財政調整の仕組みを後期高齢者に拡大して65歳以上でリスク構造調整をする方が望ましいのではないか。もっとも、先に挙げた長所を享受しながら75歳で区切らないですむ方法があるのならば、その方がベターである。(権文委員)

- ⑭ 最終的な制度のあり方として、年金受給年齢である65歳以上の自己負担率は1割とし、同時に65歳以上でのリスク構造調整を行って、国民みんなで支えるという方向で考えてよいのではないか。(権丈委員)
- ⑮ われわれ生活者は、いずれ65歳以上になる。だから、将来私たちが高齢者になったときも65歳以上自己負担1割という制度を約束してくれる限り、世代間公平は守られていると考えるのが自然ではないか。健康な現役世代の人しか雇っていない事業主たちが、経済界の立場から言う世代間の公平と、われわれ生活者から見る世代間の公平には違いがあることを、意識しておいて良いのではないか(権丈委員)
- ⑯ 後期高齢者医療制度の良いところは、個人単位で保険料を負担することとしたことにより、被用者保険の被扶養者からも保険料を徴収することとしたことである。前期財政調整を75歳以上にも拡大する仕組みとするのであれば、被用者保険の被扶養者について、被用者保険の被保険者に割増保険料を賦課すべきではないか。(権丈委員)
- ⑰ 65歳以上で財政調整することは、その対象者数が膨大となることから、費用負担の区分や公費のあり方をよく検討する必要があるのではないか。(宮武委員)

【全年齢でリスク構造調整することについて】

- ⑳ 全国健康保険協会が導入した「リスク構造調整方式」が良いのではないか。(岩本委員)
- ㉑ 10月1日からスタートした「全国健康保険協会」では、都道府県ごとに政管健保の保険料率を決定することになるが、これで「国民すべからく平等に医療を受けられるかどうか」リスク構造調整のあり方が問われる。(川淵委員)

【一元化について】

- ㉒ 現行の長寿医療制度を廃止して、医療保険制度の一元化を求める意見もあるが、これが日本で実現可能かどうか。韓国やドイツの医療保険制度が一元化できた理由も含めて分析すべき。(川淵委員)
- 21 韓国の医療保険一元化では、一元化公約時の「全国民共通の単一保険料賦課体系」が未だ確立されていないし、今後も整備される様子はない。そして韓国内外の専門家の間では、韓国の医療保険一元化は失敗であったと評価されていることは、日本の医療保険論議に、少なからず示唆を与えるのではないか。(権丈委員)
- 22 医療保険制度の一元化は簡単ではなく、大変難しい問題である。(山崎委員)

【財政調整等について】

- ① 医療保険料率の保険者間での格差は、年齢・所得要因によるところが圧倒的に大きい。この要因は保険者機能が発揮できるものではないので、所得と年齢については財政調整の対象とすることを検討すべきではないか。(権丈委員)
- ② 高齢者の財政調整の現実的な解決策として、医療費の国保の総額と被用者保険の総額は均等割で分けておいて、被用者保険の総額の中身は応能負担でやるという考え方がリーズナブルではないか。(岩本委員)
- ③ 被用者保険における高齢者医療費の負担分は、現在の均等割(応益原則)も一つの公平感に基づく考え方であるが、所得比例(応能原則)という今ひとつの公平感に基づく考え方があっても不自然ではないのではないか。(権丈委員)
- ④ 高齢者医療に対する被用者保険の支援金・納付金については、保険者の財政力按分とする等あり方を検討すべきではないか。(山崎委員)
- ⑤ 前期財政調整の影響で赤字経営の健保組合が増えているが、公費を投入するのであれば、協会健保の料率を上回る健保組合に対して支援するという方法が現実的な見直し策ではないか。(川淵委員)
- ⑥ 協会健保と健保組合の財政調整を行う前に、健保組合の中で組合主義を推進するのであれば、健保組合の中で財政調整を行う等、助け合いの仕組みを作るべきではないか。(山崎委員)
- ⑦ 健康保険組合の前期高齢者医療の納付金は、高齢者雇用率の低い企業では高いが、高齢者雇用率の高い企業では低い。これは老人保健法と同様に合理的な負担の仕組みである。この仕組みを残した上で、新たに被用者保険の財政力に応じた調整を導入すべきではないか。(山崎委員)
- ⑧ 企業の財政状況とその企業が抱える健保組合の存続は運命共同体であるが、組合主義を推進するのであれば、企業の財政状況が悪くなったことにより健康保険組合の存続が危なくなった健保組合については、他の健保組合が支援する仕組みを作るべきではないか。(山崎委員)
- ⑨ 税を多く投入して税による負担を大きくすれば、財政当局から口出しがしやすくなるので慎重に考えるべきである。ただし現状では、保険者が低所得者を抱えるというリスクは、税によって調整せざるを得ない側面がある。(権丈委員)
- ⑩ 前期財政調整に新たな公費負担を投入する正当な理由はみあたらない。保険料率が9%台にあるような健保組合を救うためには、被用者保険者に高齢者医療費への応能負担を導入すればよいのではないか。(権丈委員)
- ⑪ 前期高齢者に直接公費を投入することとした場合、国保の支援には十分つながらないので、むしろ国保に公費を追加投入すべきではないか。(権丈委員)
- ⑫ 社会保障政策の中では、前期高齢者に公費を投入することよりも、年金や少子化対策に公費を投入することの方が優先されるのではないか。(山崎委員)

【長寿医療制度の運営主体について】

- ① 都道府県単位で運営し、保険者機能を強化するとのことであったが、広域連合の保険者としての積極的な活動が見られない。(岩本委員)
- ② 都道府県レベルで保険者を考えた方がいいというのが全体の流れであると思う。広域連合はこれまであまり使ったことがなかった仕組みではある。いずれにせよ当事者の方の意見を伺いながら考える必要がある。(岩村委員)
- ③ 広域連合は住民に見えない。高齢者等の当事者の要望をきちんと受け止めて責任をもって制度運営をする組織になっていないことが問題。これは、市町村との妥協の産物だからであり、医療は県単位でという方向を目指すのであれば都道府県が運営主体となるべきではないか。(山崎委員)
- ④ 長寿医療制度は、都道府県単位で運営することとした良い面がある。ただし、本来は全市町村参加の広域連合ではなく都道府県が直接に運営すべきではないか。(宮武委員)
- ⑤ ヒアリングでも広域連合のメリットはさっぱり理解できず、人材の寄せ集めぶりにますます心細くなった。現在、行政のブロック化と分権化の両方向性の動きがあるが、医療のように標準化が進んだ分野は都道府県が行うことが、市民にとって可視性、信頼性からいっても適切なのではないか。(樋口委員)
- ⑥ 改善の形は大臣の私案と同じ。都道府県に事務処理のノウハウがないことについては、市町村職員の協力を促す仕組みを工夫することで対応できる。都道府県単位の保険者にしたとしても、保険料を都道府県で統一する必要はなく、市町村単位で保険料に差を設けることにより、市町村がもつこれまでのノウハウを活用し市町村に徴収インセンティブを持ち続けてもらうことも考えられる。(権丈委員)
- ⑦ 市町村国保の中に高齢者医療勘定を設けて高齢者医療を引き受けるのが最善だと考えているが、零細な市町村では困難だということであれば、次善の策として、都道府県を保険者にして国保と高齢者医療を引き受け、市町村と国が支える形がよいのではないか。(山崎委員)
- ⑧ 都道府県は医療保険の事務に関するノウハウがなく、ファイナンスの機能を果たせる力はないのではないか。(川淵委員)

【国保の運営主体について】

- ① 都道府県単位とするのが全体の流れではないか。ただ保険料の納付率等を考えても都道府県単位とすることは色々問題があるので、実際の担当者をお呼びして話を聞きたい。(宮武委員)
- ② 国民健康保険も都道府県単位に発展させれば、今回の改革以前の制度よりも良い制度ができる。都道府県単位の広域連合を使うにしろ、責任主体を明確にする等、組織そのものについては考える必要がある。(権丈委員)
- ③ 国保の財政運営の単位は、第2次医療圏辺りで医療を共同で引き受けている範囲が良いのではないか。(山崎委員)
- ④ 保険者は市町村のままであっても、財政の共同化あるいは国の調整交付金等の配分によって改善できるのではないか。(山崎委員)
- ⑤ 所得や年齢等の構造上の問題について財政調整を行い、県単位の再保険・共同事業によってリスク分散機能を強化すれば、市町村国保でも健全な運営ができるのではないか。(山崎委員)
- ⑥ 都道府県が運営してうまくいくかは疑問がある。運営は市町村とし、国や県は財政調整をしっかり行うこととすべきではないか。(岩本委員)
- ⑦ 同じ都道府県内に地域保険(長寿医療制度・市町村国保)が2つあることは中長期的な問題として、改善すべきではないか。(宮武委員)
- ⑧ 75歳未満が対象になった市町村の国民健康保険についても、まず広域連合化を図り、75歳以上も75歳未満も同じ構造の制度にしてドッキングさせる、いわば二階建てに改造すれば75歳で別制度にした欠点を是正できる。(宮武委員)
- ⑨ 保険者の広域化を検討する際、一つの保険者であれば単一保険料が原則であり、経過措置として不均一保険料とすることが自然ではないか。(山崎委員)
- ⑩ 保険者の広域化を考える際、事務処理の側面と財政の側面と分けて考えるべきではないか。(山崎委員)

【保険料の算定方法】

- ① 保険料負担について制度設計する際、応能負担が良いのか、応益負担も入れた方がよいのか国民の意見を聞くべきではないか。(岩本委員)
- ② 応益負担は段階的に軽減措置が講じられているので、段差の近くで、所得の高い人の方が可処分所得が減る現象が起こりうる。保険料負担については応能負担のみとすれば、そのようなことは起こらず、より適切ではないか。(岩本委員)
- ③ 低所得者の方から無理なく負担していただく方式として、旧ただし書き所得の課税ライン以下の方からの所得割を賦課することを検討すべきではないか。(岩本委員)
- ④ 保険料の賦課基準として所得割は原則、被保険者本人の旧ただし書所得を採用していると配布資料にあるが、そうすると住民税方式よりも社会保険料の負担が大きくなってお年寄りの勤労意欲や投資意欲等がそがれるのではないか。(川淵委員)
- ⑤ 現役並みの600万円の所得がある勤労者に対して、上限の50万円の保険料を賦課することはすれすれの所得層には勤労意欲を削減するものであり、問題ではないか。(樋口委員)
- ⑥ 長寿医療制度には、保険料の個人単位化など公平性の観点から良い面もある。この点は、女性たちが長いこと提言していたものである。(大熊委員)
- ⑦ 後期高齢者医療制度の良いところは、個人単位で保険料を負担することとしたことにより、被扶養者からも保険料を徴収することとしたことである。(権丈委員)
- ⑧ 長寿医療制度に移行して国保に比べてどれくらいの保険料が増えたかという話は世帯単位でしか議論できないので、保険料の賦課を個人単位としたことについて、75歳で線引きしたことの意義も含めて議論すべきではないか。(川淵委員)
- ⑨ 国保加入者の所得捕捉が困難というのは過去の事実であり、国保の保険料は所得比例でよい。(岩本委員)

【保険料の支払い方法】

- ⑩ 天引きをする場合に、社会保険料控除の問題について、きちんと周知していない。(樋口委員)
- ⑪ 口座振替を選択可能とすると、保険料の滞納者が増えることが予想されるが、仮に国保に長寿医療制度を合体した時には、現行の短期被保険者証+資格証明書の交付制度に加えて、保険料を払えない方については一定の救済措置が必要になるのではないか。(川淵委員)
- ⑫ 長寿医療制度は年金天引きと口座振替の選択になるのであれば同じ年金天引きの介護保険にも選択制を導入する必要があるのではないか。(川淵委員)

【医療サービスについて】

- ① 長寿医療制度には、家庭医をもつ、人生の最期の迎え方を自分で決める、などの良い面もある。ただ、これは、75歳になったら突然必要になる、という仕組みではない。
(大熊委員)
- ② 後期高齢者診療料での受診が可能な診療所の届出状況が都道府県単位にて差がある状況を是正すべきではないか。(川淵委員)
- ③ 負担増に対する見返りとして後期高齢者に対する医療の在り方を再吟味すべきではないか。特に療養病床の再編問題やリハビリの医療・介護保険区分など利用者の観点から今一度、再検討すべきではないか。(川淵委員)
- ④ 他国では、医療ではなく、ホームヘルプや住宅政策で受け止めている高齢者を、日本では「患者」にして、医療で扱っている。介護報酬が低いために介護職が足りず、本来医療でやらなくても良いもののために高齢者医療費が増大している。この状況を放置したのでは、根本的解決は図れないのではないか。(大熊委員)
- ⑤ 同じ年金天引きの介護保険制度と違い、長寿医療制度は目新しい給付が無く、むしろ「制限医療」の色彩が強い診療報酬改定が行われたため、理解が得られなかったのではないか。(川淵委員)
- ⑥ 75歳以上と75歳未満の高齢者の医療費・終末期医療を比較した場合、疾患別でその傾向が異なることに留意する必要がある。(川淵委員)
- ⑦ 高齢者の疾患特性を考慮した医療サービスの充実を図るべきではないか。厚生労働省保険局医療課はすでに1400強の病院からDPC関連データを入手しており、当該データの分析をして、一定の根拠に基づく政策立案が求められる。(川淵委員)
- ⑧ 救急利用の窮状、医師等の人材確保、後期高齢者診療料などについて、後期高齢者にふさわしい医療を、今後どのようにしていくのか具体的に検討すべきではないか。(宮武委員)
- ⑨ 医療費を増やすべきであるこの国の現状と高齢者の医療費抑制の目標は矛盾する。現在の医療費の老若の比率の大きさを問題視するといふのであれば、急性期の医療を充実させたりすることにより他国に比して少ない若人の一人当たり医療費を増やして高齢者医療費との差を小さくすべきではないか。(権丈委員)
- ⑩ イギリスでの家庭医をモデルとして、担当医を作ろうとしていることは理解できるが、家庭医の養成自体がまだできていないのではないか。とにかく1年以上を経過しているのだから、上限6千円の家庭医でどこまでの医療が可能か、すでに集まったデータがあれば示して欲しい。(樋口委員)
- ⑪ スパゲッティ状態になりたくないというターミナルケアに関する国民的議論がせっかく成熟していたのに、それを無視したのではないか。しかし、最近、アカデミー賞受賞映画の影響などもあり、再び国民が冷静に議論できる雰囲気が高まりつつある。この問題について、逃げずに国民的議論を進める大まかな方向性を今回提示すべきではないか。(樋口委員)

- ⑫ 終末期医療は 20、30 年ほど前と比べれば、随分とモデレートなものになってきており、日本の総医療費と比しても、他国と比しても、終末期の医療費は高くない。ことさら問題視する必要はないのではないか。(権丈委員)

高齢者医療制度について (本日の議題に関する参考資料)

平成21年3月11日
厚生労働省保険局

| | |
|--|----|
| ①高齢者医療制度に関する世論調査結果…………… | 1 |
| （山崎委員から検討会への提出を御依頼いただいた資料） | |
| ②75歳以上の被用者保険の被保険者であった方の所得状況…………… | 7 |
| ③前期高齢者医療を長寿医療制度と同様の仕組みにした場合の財源構成の変化…………… | 9 |
| ④前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合…………… | 10 |
| ⑤健康保険組合に対する支援事業等について…………… | 11 |
| ⑥前期高齢者医療給付費に定率公費（5割）を導入した場合の財源構成の変化…………… | 12 |
| ⑦長寿医療制度の保険料の均等割を廃止した場合…………… | 13 |
| ⑧長寿医療制度の賦課限度額の設定の考え方について…………… | 14 |
| ⑨資格証明書の交付について…………… | 15 |

高齢者医療制度に関する世論調査結果

1. 医療と健康に関する意識調査(日本経済新聞社)
調査時期 2008年11月
対象者 全国の20歳以上の男女
有効回答 1,407人
2. 日本の医療に関する2009年世論調査(日本医療政策機構)
調査時期 2009年1月
対象者 全国の20歳以上の男女
有効回答 1,016人

医療と健康に関する意識調査

日本経済新聞社が全国の二十人を対象に実施した「医療と健康に関する意識調査」では、回答した市民の半数以上が自己負担した医療費を「高い」と感じ、四割以上が「受診を控えた経験がある」と答えた。医療費を含む社会保障費を抑制するかが政府の重要な課題になっているが、一層の負担増を求めた場合、国民の反発を買いこむことが予想される。見直し議論が進む後期高齢者医療制度は「現行派」が「廃止派」を上回った。

医療費「高い」半数以上

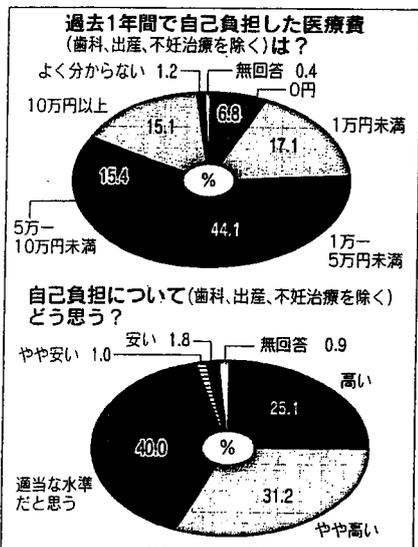


社会保障国民会議は25年度の医療・介護費を94兆円と試算した(08年10月)

「受診を控えた」4割超

過去一年間に自己負担した医療費は「ゼロから一万円未満」だった人が三・九%。「一万円以上五万円未満」が最多の四四・一%。「五万円以上」を払った人は三〇・五%だった。自己負担額について「高い」「やや高い」と回答した人は計五六・二%で、半数以上が割高だと感じている実態が浮かび上がった。一方で「適当な水準だと思う」とした人も四〇・〇%以上。

政府諮問機関、社会保障国民会議(座長・吉川洋東大教授)の試算では、二〇二五年度の医療・介護費用は〇七年度の二倍以上にあたる約九十四兆円に達するとされる。現行の三割負担を維持した場合、保険料が四十一兆円、国や地方の税金などの負担が二十九兆円、自己負担が十二兆円という内訳になる。このうち保険料と財政負担は経済成長を加味した場合でも、二五年度時点で十四兆円の不足が生じるとされる。試算は将来の保険料率や窓口での自己負担割合の引き上げには言及していないが、今後の議論で



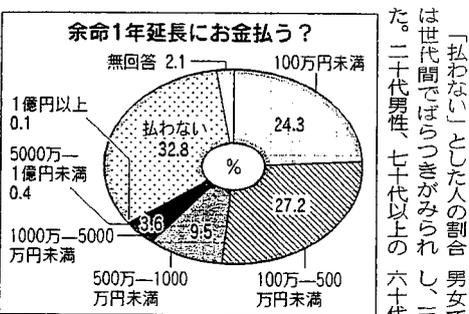
焦点になる可能性もある。負担増に拒否感

今回の市民調査では、「自己負担割合を増やす」というどの程度まで容認できるか」との設問に八二・九%が「現状のまま」と回答した。「四

「あなたの余命はあと一年です。ただし、××円払えば健康な状態でもう一年だけ生存することができます。」仮に医師からそう告げられたら二年延長にいくらまで支払うだろうか。市民調査では、「払わない」と回答した人が三・八%で最多だった。

「百万円以上五百万円未満」が二七・二%、「百万円未満が二四・二%で続いた。「一千万円以上」でも払うとしたのは四・一%にとどまった。このうち「一億円以上」払うとの回答は全体の〇・一%。

余命1年延長にいくら払う? 「払わない」最多32%



「払わない」とした人の割合、男女で四〇%を超えたのには世代間でばらつきがみられ、三十代女性、四十代女性、二十代男性、七十代以上の六十代男女で三割を下回った。「払う」とした人も金額は五百万円未満に集中。期限付きの余命延長に大金を積もれど、市民の意識はそれほど高くなかった。厚生労働省のある幹部は「日本人は病気がかかった場合、根治したいという願望が強い。健康な状態だとしても一年だけの延長に価値を感じる人が少ないのでは」と話した。

「あなたに経験があることを明かした。〇五年に日本経済新聞が実施した調査では、こうした経験がある人は三四・二%で八・三%上昇した。

こうした傾向は若い世代に顕著で、年齢が上がると受診を控える人は減少。六十代の六五%以上、七十代の七〇%以上がこの設問に「ない」と回答している。

自由回答欄に寄せられた記述では、自己負担の割合を引き上げると「増えすぎた」「増やすことはNO」「七十代男性」と負担増を敬遠する意見が目立った。現役世代からも「割程度にしてほしい」「三十代男性」など自己負担引き下げを求める声が複数寄せられた。「定額制にすべきだ」「五十代男性」や「負担増でなく、制度の改善で対応してほしい」(別の五十代男性)などの提案もあった。

将来の医療費抑制をにらんで今年度から導入された後期高齢者医療制度は、現役世代の加入率に「六〇%以上」が「加入して自己防衛を図っていた」。

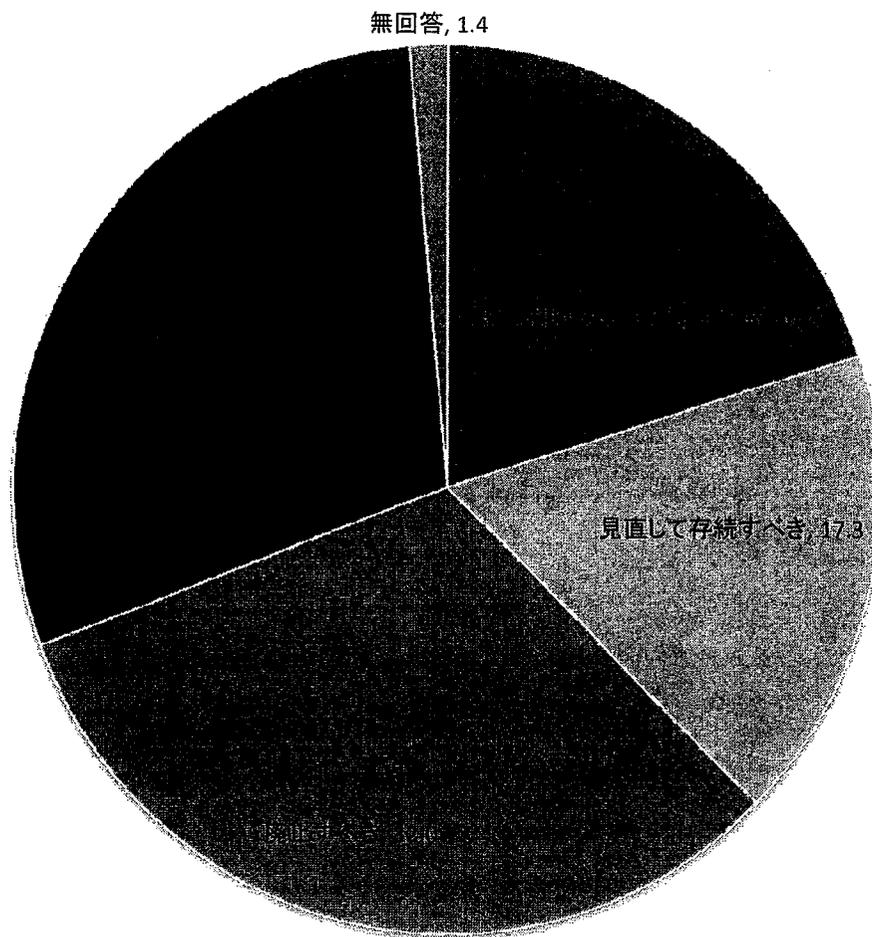
民間保険加入60%

社会保障制度の揺らぎに対応して、六〇%以上が「がん保険」など民間の医療保険に加入して自己防衛を図っていた。

民間保険に加入しているのは男性六二・五%、女性六一・三%。世代別の加入率は二十代だが、男女ともに四〇%以下だが、がんなどのリスクが増す二十代になると男性六〇・三%、六八・九%と一気に加入者の割合が増えた。働き盛りで、子供の学費などの出費を支える四十代男性では七七・八%が加入し、全世代の中で最高だった。

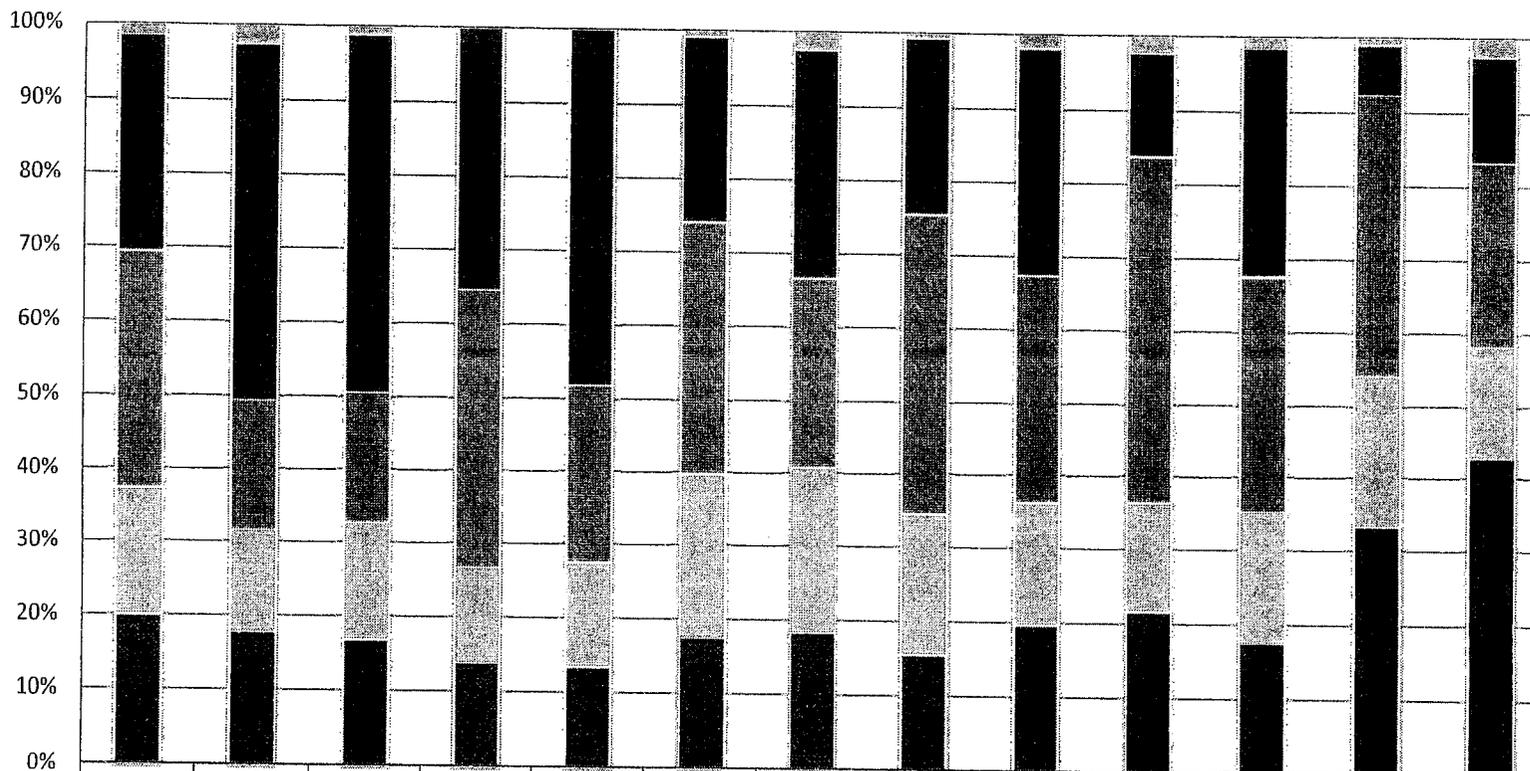
n=1407

Q8. 後期高齢者(長寿)医療制度について、見直しの議論が進行中です。今の制度についてどう思いますか。(1つに○印)



n=1407

Q8. 後期高齢者(長寿)医療制度について、見直しの議論が進行中です。今の制度についてどう思いますか。(1つに○印)



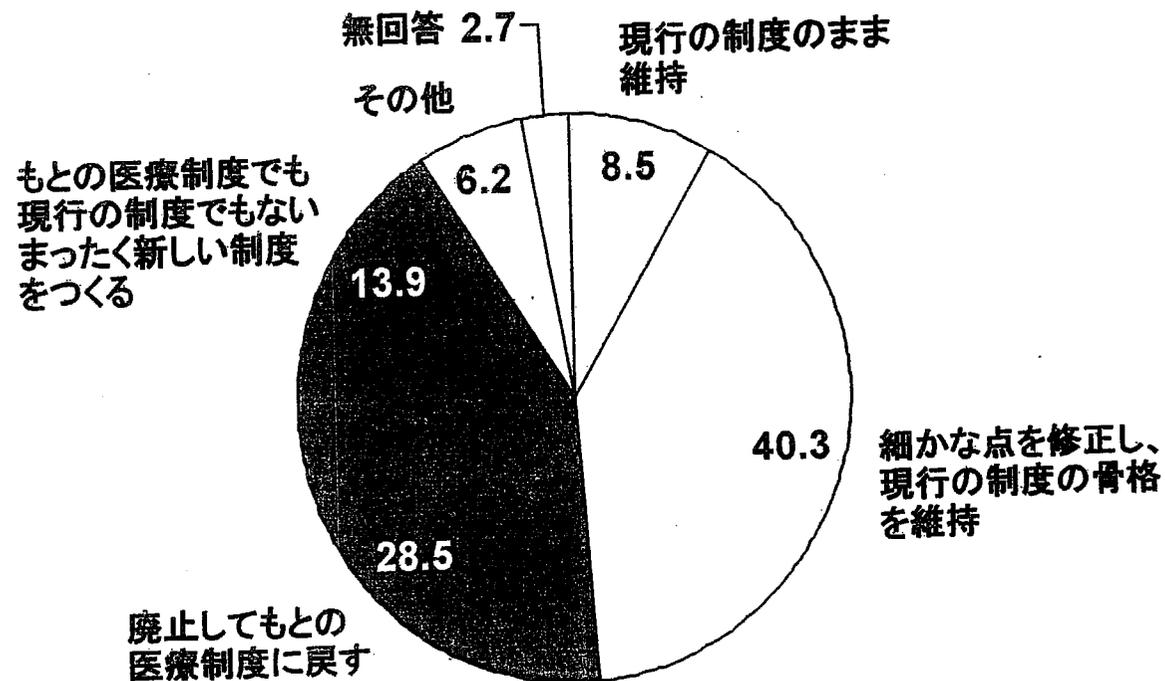
| | 全体 | 男性×2 0代 | 女性×2 0代 | 男性×3 0代 | 女性×3 0代 | 男性×4 0代 | 女性×4 0代 | 男性×5 0代 | 女性×5 0代 | 男性×6 0代 | 女性×6 0代 | 男性×7 0代以上 | 女性×7 0代以上 |
|--------------|------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|
| 無回答 | 1.4 | 2.5 | 1.1 | 0 | 0 | 0.9 | 2.5 | 0.7 | 1.9 | 2.3 | 1.5 | 1 | 2.4 |
| 分からない | 29.4 | 48.1 | 48.3 | 35.3 | 48.1 | 25 | 30.8 | 23.9 | 30.6 | 14 | 30.9 | 6.7 | 14.3 |
| 廃止すべき | 32 | 17.7 | 18 | 37.9 | 24.4 | 34.3 | 25.8 | 40.8 | 31.2 | 47.3 | 32.4 | 38.1 | 25 |
| 見直して存続すべき | 17.3 | 13.9 | 15.7 | 12.9 | 14.1 | 22.2 | 22.5 | 19 | 16.6 | 14.7 | 17.6 | 21 | 15.5 |
| 現行制度のまま存続すべき | 20 | 17.7 | 16.9 | 13.8 | 13.3 | 17.6 | 18.3 | 15.5 | 19.7 | 21.7 | 17.6 | 33.3 | 42.9 |

国民の約半数が現行制度の維持または制度の骨格の維持を支持している

(%; 2009年1月; n=1,016人)

2008年4月から導入された、75歳以上の高齢者(後期高齢者)を対象にした後期高齢者医療制度(長寿医療制度)についてお伺いします。【問8】

(4) 後期高齢者医療制度は今後どのようにすべきだと思いますか

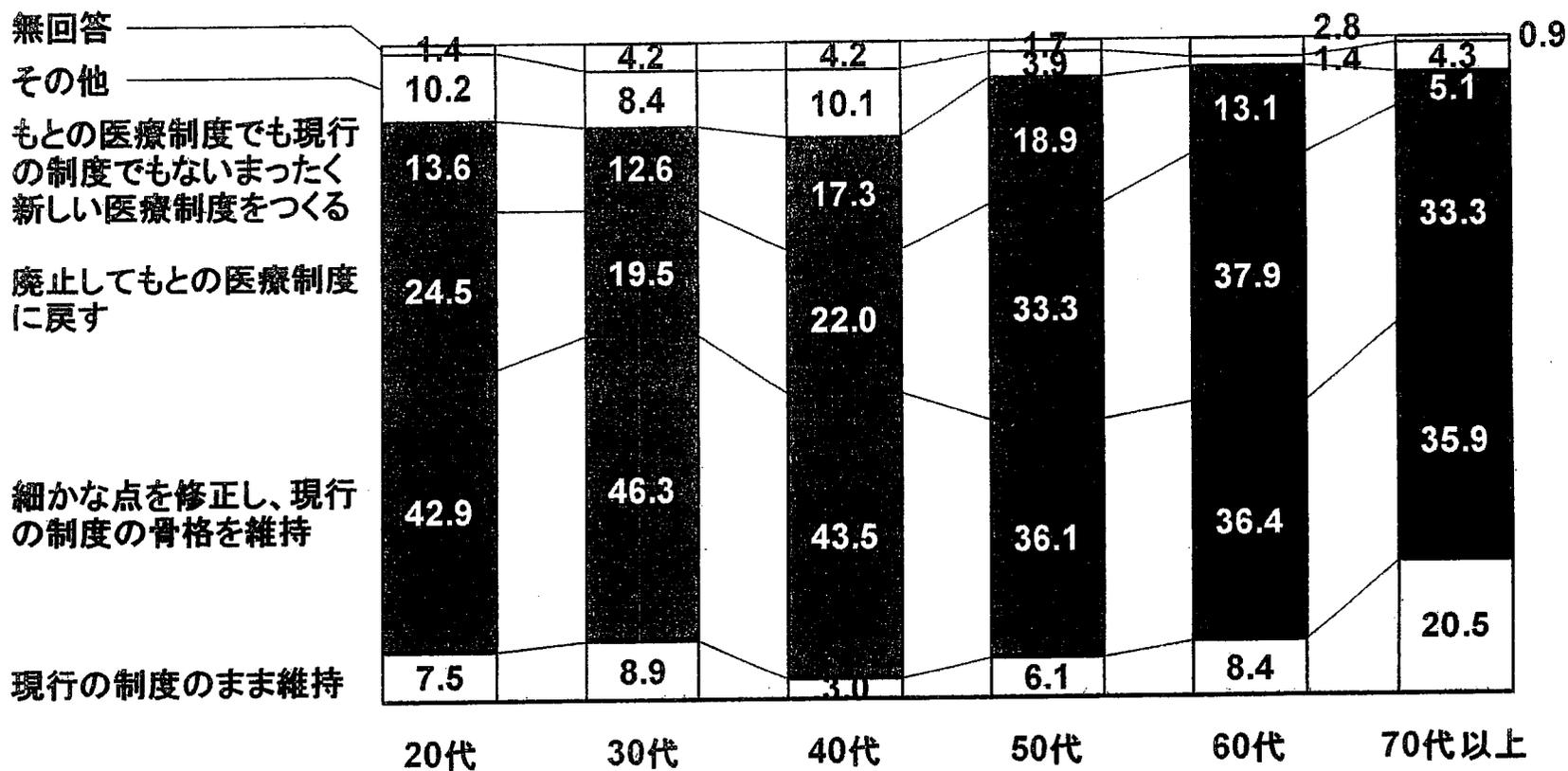


現行制度への支持は70代以上でもっとも高い

(%; 2009年1月; n=1,016人)

2008年4月から導入された、75歳以上の高齢者(後期高齢者)を対象にした後期高齢者医療制度(長寿医療制度)についてお伺いします。【問8】

(4) 後期高齢者医療制度は今後どのようにすべきだと思いますか



75歳以上の被用者保険の被保険者であった方の所得状況

政府管掌健康保険の被保険者であった方について

(抽出率=1/10)

| 総報酬額 | 75歳以上の人数 (老人加入者数) | 総数における比率 |
|------------------|----------------------|----------|
| 200万円未満 | 12,681 | 52.9% |
| 200万円以上300万円未満 | 3,231 | 13.5% |
| 300万円以上400万円未満 | 2,626 | 11.0% |
| 400万円以上500万円未満 | 1,369 | 5.7% |
| 500万円以上1000万円未満 | 2,530 | 10.6% |
| 1000万円以上1500万円未満 | 1,315 | 5.5% |
| 1500万円以上 | 220 | 0.9% |
| 総数 | 23,972 | |

注)75歳以上の人数には65～74歳の障害認定者を含む。

※資料:厚生労働省「健康保険被保険者実態調査報告」(平成19年10月)

75歳以上の被用者保険の被保険者であった方の所得状況

健康保険組合の被保険者であった方について

(抽出率=1/500)

| 総報酬額 | 75歳以上の人数 (老人加入者数) | 総数における比率 |
|------------------|----------------------|----------|
| 200万円未満 | 24 | 34.8% |
| 200万円以上300万円未満 | 12 | 17.4% |
| 300万円以上400万円未満 | 7 | 10.1% |
| 400万円以上500万円未満 | 3 | 4.3% |
| 500万円以上1000万円未満 | 10 | 14.5% |
| 1000万円以上1500万円未満 | 9 | 13.0% |
| 1500万円以上 | 4 | 5.8% |
| 総数 | 69 | |

注)75歳以上の人数には65～74歳の障害認定者を含む。

※資料:厚生労働省「健康保険被保険者実態調査報告」(平成19年10月)

前期高齢者医療を長寿医療制度と同様の仕組みにした場合の財源構成の変化

○ 前期高齢者医療給付費の財源・・・前期高齢者の保険料2割、公費5割、支援金3割と仮定

〔現行制度において、前期高齢者の保険料は前期高齢者給付費のおおむね2割であることから、機械的に前期高齢者の保険料の割合を2割と仮定した。〕

(単位:兆円)

| | 前期高齢者 給付費 | 財源内訳 | | | | | | 前期高齢者 の保険料 (2割) | 定率公費 (5割) |
|----------------------------|--------------|------|-----|----------|-----|-----|-----|-----------------------|--------------|
| | | 協会健保 | | 組合健保、共済等 | 国保 | | | | |
| | | 保険料 | 公費 | 保険料 | 保険料 | 公費 | | | |
| 現行制度 | 5.2 | 1.3 | 0.2 | 1.7 | 1.0 | 1.0 | — | — | |
| 長寿医療制度と 同様の仕組み とした場合 | 5.2 | 0.5 | 0.1 | 0.7 | 0.2 | 0.2 | 1.0 | 2.4 | |

※ 平成21年度予算ベース

協会健保、組合健保、国保等の各制度の保険料は、現行制度ではそれぞれの制度に加入している前期高齢者の保険料を含むが、長寿医療制度と同様の仕組みとした場合、前期高齢者の保険料は先当てされるため各制度の保険料は65歳未満の者の保険料のみとなる。
現行制度において前期高齢者約1400万人(平成21年度予算案ベース)は、協会健保に170万人(12%)、組合健保、共済等に90万人(7%)、国保に1160万人(82%)が加入している。

注1: 現行の長寿医療制度は、現役並み所得者は5割公費がないことから、給付に対する定率公費の割合は平成21年度予算ベースで47%となっている。したがって、今回の試算では、前期高齢者の給付に対する公費割合を47%と仮定。

注2: 市町村国保の公費割合は50%として試算しており、市町村国保の保険料軽減等に対する公費の影響については考慮していない。

前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合

(平成20年度の医療給付費等を基礎とした極めて粗い計算)

資料④

<前提条件>

- 現行の長寿医療制度の加入者は、長寿医療制度導入前の制度に加入するものとし、前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大して適用。
- 高齢者の医療給付に対する公費負担については次の2ケースを仮定。
 - ケースⅠ： 高齢者の医療給付に対して5割の公費負担なし
 - ケースⅡ： 現行の長寿医療制度の医療給付に対して5割の公費負担(現役並み所得者の公費負担なし)

| | | 被用者保険 | 協会健保 | 組合健保 |
|---|----------|-------------|-------------|---------------------|
| 65歳以上医療給付に係る負担 (5割公費を除く) <65歳以上給付費+納付金> | ケースⅠ ① | 9.4兆円 | 4.7兆円 | 3.6兆円 |
| | ケースⅡ ② | 6.5兆円 | 3.2兆円 | 2.5兆円 |
| 総報酬 | ③ | 196兆円 | 78兆円 | 88兆円 |
| 保険料率換算 (5割公費を除く) | ケースⅠ ①/③ | 4.8% [4.4%] | 6.1% [5.2%] | 4.0% (2.2%~6.8%) |
| | ケースⅡ ②/③ | 3.3% [3.1%] | 4.1% [3.5%] | 2.8% (1.5%~4.7%) |

注1:協会健保の保険料率換算の[]内は納付金に係る協会健保の国庫負担分(75歳以上分の16.4%及び75歳未満分の13%)を除いたものである。

2:健保組合の()は、健保組合の保険料率換算について、加入者1人当たり総報酬の格差による変動範囲を粗く計算したものである。

3:現行の長寿医療制度の給付に対する公費(支援金に対する公費及び保険料軽減等に対する公費を除く)は、現役並み所得者には公費がつかないことから長寿医療制度の給付費に対する割合は46%(平成20年度)となっている。したがって、今回の試算においては、公費割合を46%とした。

4:納付金は、平成20年度における前期高齢者納付金及び平成20年3月分の老人保健の給付費及び拠出金を年度換算したものを基礎に算出。

5:総報酬は、平成20年度の総報酬を基礎に75歳以上の被保険者本人が長寿医療制度導入前の制度に加入することにより1%増加すると仮定した。

健康保険組合に対する支援事業等について

1. 高齢者医療支援金等負担金助成事業(平成20年度までは特別保健福祉事業)

高齢者医療制度の円滑な運営を図るため、前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金が制度改正前と比べ負担増となる被用者保険の保険者に対し、国において、負担が一定程度以上増加する部分について助成。(平成21年度予算額 164億円)

2. 健康保険組合給付費等臨時補助金

健保組合の事業の円滑な運営を図るため、保険財政が脆弱で事業の運営に支障をきたす恐れがある健保組合に対し、国において、保険給付費等に要する費用の一部を補助。(平成21年度予算額 40億円)

3. 健康保険組合連合会における交付金交付事業

健康保険組合連合会においても、健保組合における財源の不均衡を調整するため、以下の交付金交付事業を実施。(平成21年度予算額 1,268億円)

- ① 財政窮迫組合に対する交付金交付事業(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(192億円)
- ③ 高額医療給付に関する交付金交付事業(1,019億円)

※ 必要な財源は健保組合からの財政調整事業拠出金により賄う(健保組合はこの拠出金に充てるため、被保険者及び事業主から調整保険料を徴収)。

前期高齢者医療給付費に定率公費(5割)を導入した場合の財源構成の変化

(単位:兆円)

| | 前期高齢者 給付費 | 財源内訳 | | | | | | 定率公費 (5割) |
|-------------------------------|--------------|------|-----|----------|-----|-----|-----|--------------|
| | | 協会健保 | | 組合健保、共済等 | 国保 | | | |
| | | 保険料 | 公費 | 保険料 | 保険料 | 公費 | | |
| 現行制度 | 5.2 | 1.3 | 0.2 | 1.7 | 1.0 | 1.0 | — | |
| 前期高齢者に 定率公費(5割) を導入した場合 | 5.2 | 0.7 | 0.1 | 0.9 | 0.5 | 0.5 | 2.4 | |

※ 平成21年度予算ベース

注1: 現行の長寿医療制度は、現役並み所得者は5割公費がないことから、給付に対する定率公費の割合は平成21年度予算ベースで47%となっている。したがって、今回の試算では、前期高齢者の給付に対する公費割合を47%と仮定。

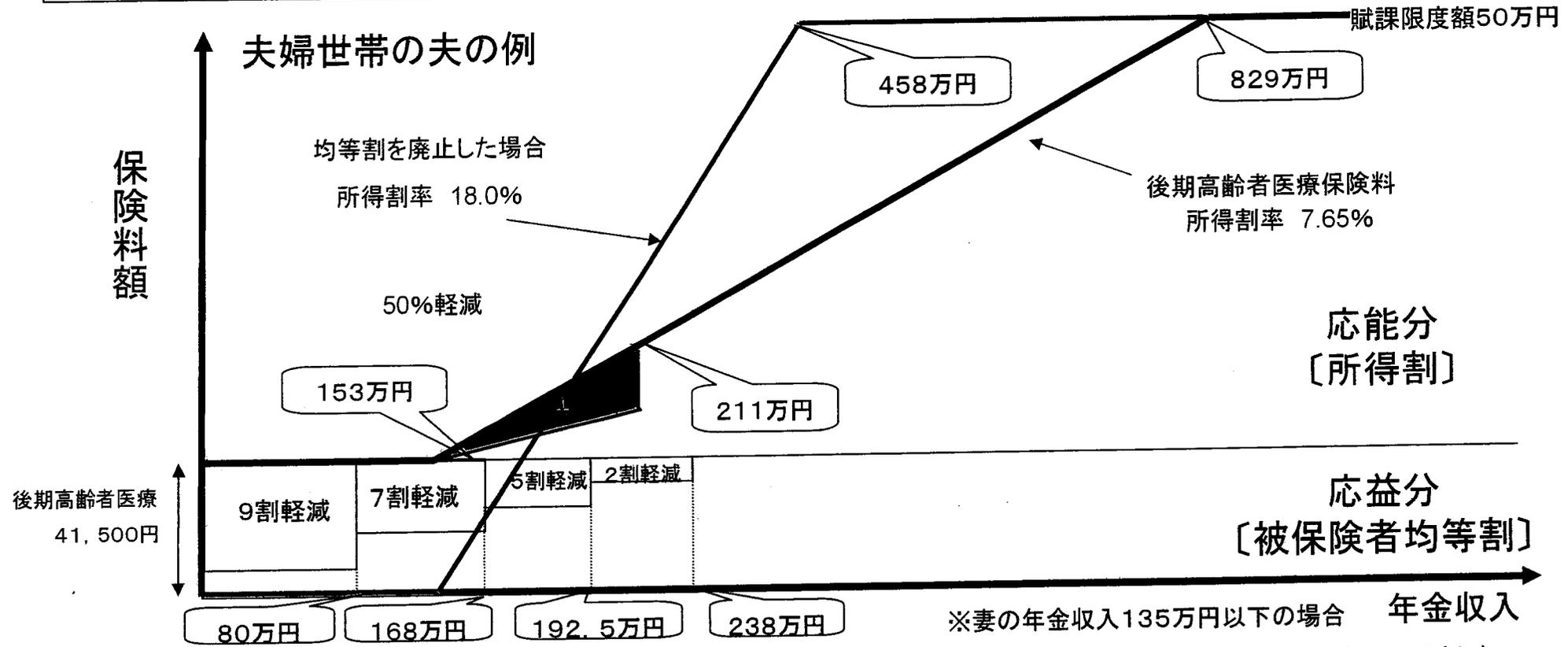
注2: 市町村国保の公費割合は50%として試算しており、市町村国保の保険料軽減等に対する公費の影響については考慮していない。

長寿医療制度の保険料の均等割を廃止した場合

○均等割を廃止し、所得割のみとした場合、以下のとおりとなる。
 ・保険料の賦課がなくなる方(年金収入153万円以下)・・・全被保険者の約3分の2
 ・保険料が高くなる方(年金収入162万円～829万円)・・・全被保険者の約3分の1
 ※保険料が変わらない方(年金収入829万円以上)、保険料が安くなる方(年金収入153万円～162万円)・・・それぞれ1%程度

| | | |
|------------|------------|--------------|
| 現在(全国平均) | 所得割率 7.65% | 均等割額 41,500円 |
| 所得割のみとする場合 | 所得割率 18.0% | 均等割額 0円 |

◎国保においては、これまで所得がない方についても保険料を賦課してきたところ。



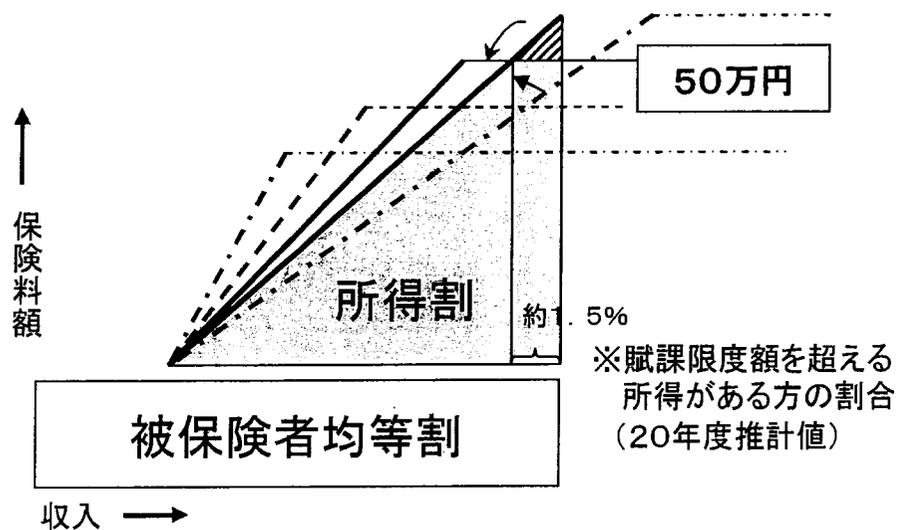
※1 現在の所得割率、均等割額は、平成20年4月時点の全国平均値である。
 ※2 保険料の賦課限度額はいずれの場合も50万円とした。
 ※3 所得割軽減(非課税世帯5割軽減)の公費(90億円)を投入することとした。
 ※4 所得分布は調整交付金算定のため各広域連合から報告されたものを使用。

長寿医療制度の賦課限度額の設定の考え方について

○以下の理由により、長寿医療制度の賦課限度額を50万円と設定している。

- ・限度額を低く設定すればするほど、この傾きがきつくなり、中間所得層の負担が重くなる。
- ・限度額を高く設定すればするほど、この傾きが緩やかとなり、限度額に近い高所得者の負担が増え、給付と保険料賦課額のバランスやこれまで加入していた国保とのバランスが悪くなる。(国保の賦課限度額は、世帯単位で59万円としている。)

所得水準と保険料賦課のイメージ



(参考) 長寿医療制度において、年間保険料額が上限(50万円)に達する年収について

東京都・・・年金収入9,410,000円
 給与収入9,530,000円
 (所得割率6.56%、均等割額37,800円)

福岡県・・・年金収入7,050,000円
 給与収入7,120,000円
 (所得割率9.24%、均等割額50,935円)

全国平均・・・年金収入8,300,000円
 給与収入8,380,000円
 (所得割率7.65%、均等割額41,500円)

資格証明書の交付について

- 長寿医療制度においては、保険料を滞納している被保険者が、納期限から1年を経過するまでの間に納付しない場合には、滞納につき「特別の事情」があると認められる場合を除き、資格証明書を交付する仕組みとなっている。
- しかしながら、機械的な運用により高齢者が医療を受ける機会が損なわれないよう、昨年6月の政府・与党決定において「相当な収入があるにもかかわらず保険料を納めない悪質な者に限って適用する」とされたことを踏まえ、広域連合ごとに、地域における生活様式、生活水準等を考慮した上で統一的な運用基準を定めるよう要請しており、今年度中を目途に当該運用基準が整備される予定。
- 厚生労働省としても、各広域連合に対し、
 - ① 運用基準のあり方について必要な助言を行うとともに、
 - ② 今後、資格証明書の交付を検討すべき事案が生じた場合には報告するよう依頼しているほか、
 - ③ 滞納の初期の段階から、被保険者の生活状況に応じたきめ細やかな相談等の対応を行うよう要請しているところ。

「高齢者医療制度」に対する意見

平成21年3月11日／全国老人クラブ連合会

1. 高齢者の「自立」と「尊厳」を守るために

- 「後期高齢者医療制度」の混乱は、事前の説明・周知不足が引き金となったものだが、年金生活者のなかには、自立した生活が困難な状況が次第に広がっており、多くの高齢者の不安や不満の要因はここにあると考えるべきであろう。
- 社会保障制度への不安は、政治への不信を招き、「後期高齢者」・「終末期」などの用語は高齢者の心情にそぐわず、また高齢者の「尊厳」を損なう結果となった。
- 医療・介護の将来にわたる負担の全体像を示し、高齢者が安心して生活できる制度の構築を望むものであり、改革が社会保障制度を後退させるものであってはならない。

2. 公平でわかりやすい制度を構築するために

- ① 75歳以上に限定して導入する根拠に乏しい制度を改めること
 - 「後期高齢者診察料」（「かかりつけ医」制度）や「終末期相談支援料」を75歳以上に限って適用することは見直すべきである。
 - 「健康診査」を75歳以上に限って、実施義務から努力義務とすることは見直すべきである。
- ② 保険料（均等割）の軽減における「世帯単位」の算定は見直すこと
 - 個人単位で保険料を徴収する原則のなかで、「均等割」の軽減は世帯単位で算定されるため、配偶者や子の所得によって保険料に差異が生ずる。このような算定方式は制度を複雑にし、世帯分離などの社会現象を生む要因となっている。

③ 「被扶養」の矛盾は是正すること

- 74歳まではサラリーマン世帯の「被扶養」の対象者であり、75歳以上は対象から除外されることは、制度上の矛盾で是正すべきである。

④ 「70歳～74歳」の一般高齢者の窓口負担は1割とすること

- 75歳以上の高齢者と比較して、その生活実態に大きな差異がない「70歳～74歳」の一般高齢者の窓口負担は1割負担とすべきである。

3. 温かみのある低所得者対策を

① 低所得者の負担軽減

- 温かみのある軽減措置を講ずるべきである。一部には「生活保護での救済」の意見があるが、少ない収入で「自立」に努め、「尊厳」をもって生活する高齢者は少くない。

保険料や利用料負担によって、その道が閉ざされないよう、低所得者への配慮を願いたい。

② 資格証明書の運用は慎重を期すること

- 保険料の未納による罰則とも言える「資格証明書」に危惧を抱く高齢者は少くない。

どのような際に適用するか、その基準を明らかにするとともに、本人の生活実態を十分調査し、猶予措置を講じるなど、適用には慎重な対応を望みたい。

4. 高齢者の意見聴取と十分な説明・周知を

- 高齢者をめぐる制度・施策を創設・改正する際は、高齢者の意見を十分に聴取する機会を設けていただきたい。
- 昨今の社会保障制度の改革はめまぐるしく、高齢者の理解が追い付かないのが現状である。高齢者の生活に直結する制度については、基礎的自治体である市町村の責任において、十分な説明・周知を図っていただきたい。