

平成21年3月6日

高齢者医療制度に関する検討会 御中

全国健康保険協会

高齢者医療制度に関する意見について

標記について、下記のとおり、現時点における全国健康保険協会の基本的な考え方を述べます。

なお、今後、「高齢者医療制度に関する検討会」における議論等も踏まえ、協会の運営委員会においても議論を行ったうえで、改めて意見を申し上げたいと考えており、今回は、現時点における暫定的な意見を申し上げますので、ご了承ください。

記

1. 基本的な考え方

- 協会けんぽは、中小企業等の従業員やその家族の方々が加入している健康保険であり、当協会としては、加入者や事業主の方々の利益の実現・増進を図るため、よりよい高齢者医療制度を目指していく必要があると考えています。
- 高齢者医療費を中心に医療費が増大する中で、国民皆保険を維持していくためには、増大する医療費の負担については、現役世代と高齢者世代の負担を明確化し、高齢者医療に係る費用を負担する加入者や事業主の方々の理解と納得が得られる制度としていくことが重要であると考えています。また、高齢者医療制度は、協会けんぽの加入者が将来、加入又は適用を受ける制度であり、単に財政負担の仕組みということではなく、利用者の視点からみて、魅力的で、わかりやすい仕組みとしていくことが、加入者の方々の理解を得るためにも重要であると考えています。
- こうした観点から、特に長寿医療制度については、従来の老人保健制度において指摘されていた財政責任が不明確であり、保険者機能が働きにくい等の問題点を解決する一つの仕組みではありますが、当協会の加入者や事業主の

方々にも、そもそも年齢で区切ることに対する意見や、別の制度を提案する意見など、様々なご意見があるところであり、高齢者だけでなく、高齢者医療制度を支える者の意見も幅広くお聴きいただき、さらによりよい制度を検討していただきたいと考えています。

2. 財源の在り方について

- 国民皆保険を維持していくためには、高齢者医療費について何らかの形で現役世代の支援を組み合わせることが避けられないことは理解するところではありますが、その負担については、支え手である現役被保険者の負担が過重なものとならず、被用者保険制度における自立と連帯を損なわない、理解と納得が得られる在り方を考えていく必要があります。
- 現在においても、協会けんぽの保険料率のうち約4割は長寿医療制度の支援金や前期高齢者納付金等に充てられており、こうした現役被保険者の負担の現状や今後の負担を考慮すれば、今後、前期高齢期も含めた加齢に伴う医療費の増大や稼得能力の低下に対して、さらに公費を含めた財源の在り方について検討していくことは避けられないのではないかと考えています。
- また、制度間の所得面での格差の調整については、公費により適切に行うべきものと考えます。特に、協会は、被用者保険の最後の受け皿であるとともに、財政基盤が脆弱であることを十分に考慮し、財政力の格差に応じた適切な国庫負担を行うようお願いいたします。

3. 運営主体等の制度の仕組み

- 老人保健制度の問題点を考えた場合、保険者機能が適切に発揮されるような仕組みであることが重要と考えています。その際、先般の医療制度改革の趣旨を踏まえ、都道府県単位を基本とした運営ないし財政運営を図ることにより、都道府県ごとに保険者間で適切な連携を図ることができる基盤を整えていくことが一つの方向ではないかと考えています。

国民全体で支えあう持続可能な社会保障制度を目指して（概要）

－安心・安全な未来と負担の設計－

2009年2月17日
社団法人日本経済団体連合会

はじめに

- 社会保障制度は、国民の安心と安全を支え、経済社会の安定を果たす最も重要な社会基盤。
- 社会保障制度が経済活力を高め、経済成長が社会保障制度の持続可能性を高めるという好循環の形成に向けた取り組みが重要。
- しかしながら、現状、年金・医療・介護制度はいたるところで綻びが露呈し、国民の信頼を喪失している。
→ 2025年度を最終目標に、国民が安心・安全でいきいきとした暮らしができるような社会の実現を目指して、安定財源の確保方策を含めた、社会保障制度の抜本的な改革を提言。

I. 総論

1. 社会保障制度をめぐる環境変化

(1) 少子高齢化、人口減少の進行

- わが国の人口は2005年をピークに減少過程へ。2055年には現役世代1.3人で1人の高齢者を支えることに。世代間扶養を基軸としたままでは、持続可能性と経済活力との両立は困難。

(2) 家族、企業、政府の役割の変化

- 核家族化、就業形態の変化等により、家族や企業が社会保障機能の一部を代替することは限界。
- 国民全体で支えあう体系へと再構築。

(3) 中長期的、制度横断的な視点の必要性の高まり

- 中長期的な展望の下でも通用する制度を構築する一方、制度横断的に見直していくことが必要。

2. 社会保障制度の課題

(1) セーフティとしての機能強化

- 足元では年金の未納・未加入、年金記録問題、医師・診療科の偏在、介護従事者不足等、各制度に綻びが発生。
- セーフティとしての機能強化を図ることが急務。

(2) 中長期的な持続可能性の確立

- 高齢化の進展により、社会保障給付の今後の増大は不可避。安定財源の確保を含む給付と負担の一体的改革により、持続可能な制度を確立。
- 現役世代に過度に依存する世代間扶養から公費負担中心への移行。

(3) 世代間・世代内の公平性の確保

- 現行制度体系が社会変化に対応しておらず、世代間の不公平を助長。
- 公平性の確保に向けた抜本的な改革が必要。
- (4) 制度横断的な見直し
○ 個別課題への対応と併せて、制度横断的な視点から、ライフステージ（現役期、高齢期）毎に見直し。

3. 社会保障制度改革の基本的視点

【簡素で持続可能な制度を確立。国民への丁寧な説明により改革の必要性の理解・納得を得るとともに、具体的施策の周知徹底を図る】

(1) 中福祉・中負担の社会保障制度の確立

- 自助・自立を基本としつつも、自助努力では賅えない部分はセーフティを確保。
- 制度の機能強化により、真の意味での中福祉・中負担の実現へ。国民負担率（現在40.1%）は、英（48.3%）・独（51.7%）にみられるように概ね50%台へ、将来的に消費税率は10%台後半へ（英：17.5%、独：19%）。

(2) 税・社会保険の役割の明確化と安定財源の確保

- 抜本改革を怠ってきたため、税と保険料による負担の構造が歪む結果に。保険原理を越えたりリスクや世代間扶養は税での公助が基本。
- 国民が広く薄く負担できる消費税を主たる財源として、社会保障費用を賄うという対応関係を明確化。

(3) 制度横断的なインフラ整備と適切なモタリング

- 社会保障番号・カードの早期導入。
- ICTの活用等を通じ、生活困窮者の実態把握等のモタリング機能を充実。

II. 各論

1. 医療・介護

(1) 課題・問題点

- 産科・小児科・救急医療体制の不備、介護従事者の不足等、サービス提供体制の綻びが露呈。
- 現状のような低負担では、質の高いサービス提供が困難な状況にあり、質を確保する上で相応の負担が必要。
- 現役世代に過度な保険料負担を強いるという問題を内在。
- 医療関係データも十分な分析・活用がなされていない。

(2) サービス提供体制の改革

- 機能強化と効率化の同時達成を目標に、欧州諸国の病床数あたり医師数等の指標（現状14.3人/100床→40人/100床程度へ）も視野に入れつつ、誰もが安心して質の高い医療・介護サービスを受容できる環境を整備。
- 医療：医師・診療科の偏在の解消と医療従事者の増員、勤務医の就業環境の改善、救急医療体制の整備など緊急課題に対応。
医療資源の適正配置に資する医療計画の策定とそれに沿った医療機関の連携と機能分化、国レベルでのデータハブの構築、一層の包括化・標準化、混合診療等を推進。そのために医療の「見える化」を推進。
- 介護：人材の安定的な確保・定着・育成を図り、新たな雇用創出につなげる。多様な居住系サービスの普及等、地域に即したサービス提供体制を整備。改革の推進に資する報酬体系へ見直し。

(3) 保険制度の改革

- 長寿医療制度は65歳以上の高齢者を包括的に捉える体系とし、給付財源も高齢化の進展に併せて公費割合を高める方向へ見直し。
- 若年者（現役世代）の医療制度は、高齢者医療への拠出金等の増加に歯止めをかけ、負担と受益の関係を明確化。

2. 年金

(1) 課題・問題点

- 未納・未加入、年金記録問題等、制度の根幹に関わる問題と相まって国民に強い不安感。
- 基礎年金に独自財源が設けられておらず、基礎年金部分（1階）と報酬比例部分（2階）を本来の目的に沿った形で制度設計ができない。

(2) 基礎年金の財源構成の見直し

- 基礎年金の財源を税を基軸とする方向へ見直し、2025年度に全額税方式へ。
- 1階は税を財源とする一定額の給付、2階は報酬比例年金と位置づけ。
- 2009年度に国庫負担割合を1/2に引上げ、2011年度にはそのための安定財源を確保。その後も、段階的に負担割合を引上げ。保険料は国庫負担割合の引上げに応じて引き下げ。引き下げ分は、従業員への還元が当然。
- 移行後もモタリングを通じて給付水準を見直し。

(3) 企業年金の拡充

3. 少子化

(1) 課題・問題点

- 政策目標の欠如、財政投入の不足等から、期待された成果を得られず。

(2) 保育サービスの拡充と財政の重点投入

- 少子化対策の政策目標として、例えば国民の希望がなかった場合の合計特殊出生率（1.75）を掲げ、環境整備の進捗状況を評価。
- 国の最重要課題として位置づけ、保育サービスの拡充等に向け、国・地方ともに緊急的に思い切った財政投入。
- 保育制度改革を速やかに実施。保育人材を安定的に確保し、雇用創出。

III. 財源確保に向けたスケジュール

国民が安心し信頼できる社会保障制度の将来像の実現に向け、安定財源を確保しつつ、段階的に改革を推進。

(1) 緊急課題への対応と社会保障制度の基盤整備【第1段階：2009～2015年度】

基礎年金国庫負担割合の引上げ（1/2から2/3）、医療・介護の緊急対応や少子化対策の財源として、消費税を主たる財源として、2015年度までに消費税率換算で5%程度が追加的に必要。

(2) 安心で信頼できる社会保障制度の完成【第2段階：2016～2025年度】

年金については、2025年度を目途に税方式への完全移行を目指し、基礎年金の公費負担割合を段階的に引上げ。

医療・介護については、高齢者医療・介護の公費負担割合を一層引き上げ。

この場合、2025年度で追加的に必要となる公費は、現状に比して消費税率換算で12%程度。

国民全体で支えあう持続可能な社会保障制度を目指して
－安心・安全な未来と負担の設計－

2009年2月17日
（社）日本経済団体連合会

【目次】	
はじめに	1
I. 総論	2
1. 社会保障制度をめぐる環境変化	2
(1) 少子高齢化、人口減少の進行	2
(2) 家族、企業、政府の役割の変化	2
(3) 中長期的、制度横断的な視点の必要性の高まり	2
2. 社会保障制度の課題	3
(1) セーフティネットとしての機能強化	3
(2) 中長期的な持続可能性の確立	4
(3) 世代間・世代内の公平性の確保	4
(4) 制度横断的な見直し	5
3. 社会保障制度改革の基本的視点	5
(1) 中福祉・中負担の社会保障制度の確立	5
(2) 税・社会保険の役割の明確化と安定財源の確保	6
(3) 制度横断的なインフラ整備と適切なモニタリング	7
II. 各論	8
1. 医療・介護	8
(1) 課題・問題点	8
(2) サービス提供体制の改革－医療・介護の機能強化と効率化の推進	8
(3) 保険制度改革	12
2. 年金	13
(1) 課題・問題点	13
(2) 基礎年金の財源構成の見直し	13
(3) 企業年金の拡充	15
3. 少子化	15
(1) 課題・問題点	15
(2) 保育サービスの拡充と財政の重点投入	15
III. 財源の確保に向けたスケジュール	16
1. 緊急課題への対応と社会保障制度の基盤整備【第1段階：2009～2015年度】	17
2. 安心で信頼できる社会保障制度の完成【第2段階：2016～2025年度】	17

はじめに

公的年金、医療・介護などの社会保障制度は、世代間・世代内の相互扶助によって、国民生活の安心と安全を支え、経済社会の安定を果たす最も重要な社会基盤である。

同時に、安心して信頼できる社会保障制度を構築し、その制度基盤を充実することは、安定的な消費、国民生活の向上に大きく寄与するものであり、経済活力の源泉といえる。とりわけ少子化、高齢化が急速に進展するわが国においては、国民生活の安心・安全の確保を通じた経済活力の向上を図る上で、信頼でき、中長期的に持続可能な社会保障制度を早期に確立することが急務である。

また、経済の活性化を図り、経済成長を高めることによって、社会保障制度の持続可能性も高まっていく。このような好循環を達成するためには、将来の生活に対する不安など閉塞感を払拭し、民間の活力を活かしながら、わが国経済の成長力の強化を図る一方、新たな雇用の創出に結びつける方向で社会保障制度の改革に取り組むことが重要である。その結果、わが国の経済を内需主導型に転換していくことにも、大いに貢献することが期待される。

しかしながら、現状では、年金・医療・介護制度はいたるところで綻びが目立っており、国民からの信頼を喪失しているといわざるを得ない。また、少子化問題についても、その深刻さが国民の間に十分認識されておらず、抜本的な対策が打たれていない。このような状況を放置すれば、制度に対する信頼回復、国民の将来不安の解消はおろか、社会保障制度の持続可能性の確保すらおぼつかなくなる。

今こそ、今後の人口構成や社会情勢の変化を踏まえながら、国民が安心・安全でいきいきとした暮らしができるような社会の実現を目指して、社会保障制度が果たすべき機能や役割を改めて見直し、安定的な財源確保のあり方を含め、社会保障制度を抜本的に再構築しなければならない。その際、負担と給付の関係が明確になるよう、客観的なデータの開示と簡素な制度の構築を目指すことも重要な課題である。

経団連では、昨年5月に「国民全員で支えあう社会保障制度を目指して」、10月に「税・財政・社会保障制度の一体改革に関する提言」をとりまとめ、中長期的に持続可能な社会保障制度の構築に向けた基本的な考え方、改革の方向性を公表した。今般、これまでの提言を踏まえた上で、2025年度を最終目標とした社会保障制度改革のあり方、とくに国民に安心を与えるセーフティネットの構築に向けて取り組むべき重要施策を中心に、制度横断的かつ総括的に提言する。

I. 総論

1. 社会保障制度をめぐる環境変化

(1) 少子高齢化、人口減少の進行

出生率の低下と平均余命の伸長による人口構造の変化を伴いながら、わが国の人口は2005年をピークに減少過程に突入している。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、このまま現状の傾向で推移した場合、2055年には、高齢者の総人口に占める割合は2005年の約20.2%から40.5%へと上昇することが見込まれ、現役世代1.3人で1人の高齢者を支えることとなる。

他方、これまでのわが国の社会保障制度は、世代間扶養の考え方を基軸としたままで、制度の微調整に終始してきた感が否めない。現役世代に過度に依存する現行制度を維持し、将来世代に負担を付け回したまま、中長期的に制度の持続可能性と経済活力の向上を両立させることは、もはや不可能といわざるを得ない。

(2) 家族、企業、政府の役割の変化

わが国では、1961年に国民皆保険・皆年金が成立し、現行の社会保険方式を柱とする社会保障制度体系が確立されたが、一方で、家族による介護や保育、企業における終身雇用や様々な福利厚生など、家族と企業がセーフティネットとしての機能を一部代替してきた側面があった。

しかしながら、核家族化の進行や個人の価値観の多様化、産業構造や就業形態の変化による働き方の多様化、報酬体系の変化などにより、家族や企業が従来のような形で社会保障の一部を担うことはすでに限界に来ており、社会保障制度の機能強化を通じた対応が必要となっている。これまで幾重にも制度改革が図られてきたが、旧来型の家族形態や働き方を前提とした制度体系のままで、給付と負担の微調整に終始し、制度体系の抜本的な見直しには至ってこなかった。社会構造の変化により、家族・企業・政府がこれまで相互に果たしてきた役割が大きく変化していることを踏まえ、制度としての機能強化を図る一方、個人の選択や働き方に中立的で、かつ国民全体で支えあう体系へと再構築することが求められている。

(3) 中長期的、制度横断的な視点の必要性の高まり

これまでの社会保障制度に関わる改革は、年金、医療、介護など、縦割りの

制度毎の課題に対応する形で進められてきた。

高度成長期のように、経済が拡大の一途をたどる中では、個別制度内の変更で対応することも可能であり、制度間の狭間に落ちてしまうことは一部の例外にすぎなかったといえる。しかしながら、人口減少や急速な高齢化の進行、家族や企業の役割の変化など、社会保障制度をとりまく環境が大きく変化する中、社会保障制度の持続可能性を高め、セーフティネットとして有効に機能させる観点からは、中長기를展望した上で通用する制度の構築がまずもって重要である。併せて経済活力や財政運営とのバランスを図り、適正な給付と負担の規模、財源のあり方などを含め、社会保障制度全体を横断的に見直していく必要がある。

2. 社会保障制度の課題

(1) セーフティネットとしての機能強化

社会保障制度が国民に安心感を与えるセーフティネットとして有効に機能するためには、制度全体の将来像を国民に明確に示し、信頼に足る制度とすることが大前提である。

しかしながら、足元においては、国民年金における未納・未加入の問題、年金記録問題の顕在化、国民健康保険料(税)収納率の長期低迷、小児科・産科・救急医療体制に対する不安の増大、医師や診療科の偏在、介護従事者の不足、長寿医療制度(後期高齢者医療制度)におけるきめ細かな対応の欠如など、各制度にわたって綻びや不備、非効率が発生している。

加えて、就業形態の多様化や家族・企業の役割の変化に対応した制度体系への転換が不十分であるため、例えば短時間労働者の多くが被用者保険(厚生年金、健保組合)ではなく地域保険(国民年金、市町村国保)に加入するなど、従来の制度趣旨から乖離する状況を引き起こしている。さらには、社会保険そのものに加入していない国民が増加するといった状況も起きている。

このように国民の信頼を損ね、不安を高める事象が存在するため、国民の中に不満と不信が高まる一方で、制度の抜本的な見直しに向けた建設的な議論が深まらないことは残念である。当面の緊急課題として、まずは制度の安定性向上に向けて各制度の綻びや不備の解消に重点的に取り組み、セーフティネットとしての機能強化を図ることが急がれる。併せて、雇用政策においても、国民に安定した就労機会が開かれるよう、きめ細かな施策の実行が必要であり、多

様な職業能力開発機会の提供や就労促進型の雇用保険等のセーフティネットの構築を通じて、全員参加型社会への取り組みを強化していくことが重要である。

(2) 中長期的な持続可能性の確立

急速に高齢化が進むわが国において、社会保障給付が現状に比してより一層増大することは不可避である。とりわけ医療・介護サービスについては、需要の急増、疾病構造の変化、技術革新の進展による医療の高度化などにより、費用の大幅な伸びが確実視される。社会保障国民会議の医療・介護費用シミュレーション結果によれば、現状のサービスの提供体制や利用状況のままで今後とも推移していくシナリオ(現状投影シナリオ)の場合においても、2007年度の約41兆円に対して、2025年には医療・介護費用は約85兆円と現状の2倍以上になると試算されている。

セーフティネットに綻びをきたすことのないように目配りすることは当然として、社会保障給付の効率化を徹底しつつ、必要な給付増に向けて安定財源を確保するなど、給付と負担を一体的に改革することによって、中長期的な持続可能性を確保しなければならない。持続可能性の確保に向けては、経済活力を維持・強化し、成長力を高めるための基盤強化を図るとともに、社会保障制度において、現役世代に過度に依存する世代間扶養から、公費負担中心で全員で支えあう方向へ移行を図ることも重要な課題である。

(3) 世代間・世代内の公平性の確保

人口減少と急速な高齢化が進む中、賦課方式により、現役世代の負担が増大している。結果として、給付の抑制と負担増の形で将来世代にしわ寄せされ、世代間の負担と給付に大きな不公平、格差が生じていく。また、現役世代の保険料に依存して、高齢者医療の給付に充てるといった制度間調整も、就業構造の変化や高齢化の進展などにより限界となっている。さらに、第3号被保険者(厚生年金・共済年金被保険者に扶養されている配偶者)について独自の保険料を求めず、被用者年金制度全体で負担するなど、世代内の公平性も担保されていないとの指摘もある。

現役世代の活力を維持するとともに、過度の負担を将来世代に先送りすることのないよう、世代間・世代内の公平性の確保に向けた抜本的な改革に取り組む必要がある。

(4) 制度横断的な見直し

社会保障制度改革においては、制度毎の個別課題への対応と併せて、制度横断的な視点による見直しが求められる。その際、現役期と高齢期を大別したライフステージごとに、求められる社会保障の機能に着目して見直すことが重要な切り口となる。

現役期の社会保障においては、疾病等のリスクへの対応は、適切な負担をもとにした「共助」の仕組みを基本とする一方、生活保護、雇用保険、就労支援等の諸施策の連携を推進して、自助・自立を促すことが不可欠である。高齢期においては、収入構造やライフサイクルが大きく変わることから、国民全体で支える仕組みとした上で、所得保障、現物給付を公費中心で賄うことにより安心感を醸成する必要がある。併せて、高齢者医療と介護の連携強化により、効率的かつきめ細かな対応を推進すべきである。

3. 社会保障制度改革の基本的視点

上記の環境の変化、社会保障制度における諸課題に対処していくためには、簡素で持続可能性の高い制度の確立を目指し、以下の基本的な視点に沿った形で、社会保障制度の抜本改革に取り組む必要がある。その際、改革をスムーズに断行するため、国民に対して改革の必要性を丁寧に説明し理解と納得を得るとともに、その具体的な内容について周知徹底を図ることが必要である。

(1) 中福祉・中負担の社会保障制度の確立

わが国では、1961年に国民健康保険制度と国民年金制度の全面施行により、「国民皆年金・皆保険」体制が確立されたが、これまで述べてきたように社会構造の変化に対応できず、制度横断的な見直しが行なわれてこなかったために、国民の安心感・信頼感は揺らいでいる。

いま一度、社会保障制度全般を見直し、真の意味での「皆年金・皆保険」を実現するとともに、自助・自立を基本としつつも、自助努力では対応しきれない部分は相互扶助によるセーフティネットを確保するなど、高齢化が進展する中でも安心して活力ある「中福祉・中負担」型の社会保障制度を確立すべきである。その際、自助努力を促すべく、現役期における税制等の支援、国・地方自治体による医療・健康に関する情報提供などの施策を積極的に推進することも

重要である。

しかしながら、現状では、給付・負担いずれにおいても満足な状態にない。給付面においては前述のような綻びが生じており、これ以上綻びが拡大して「低福祉」に陥らないよう対応する必要がある。一方、負担面においては、現行の制度を支える上で必要なコストを賄いきれず、借金を重ねて将来世代へ負担を先送りする、「低負担」の状態にある。社会保障制度の機能強化による、真の意味での「中福祉」を確立するとともに、負担水準を引き上げることにより「中負担」とし、給付と負担の適切なバランスをとることが必要である。

わが国の税と社会保険負担をあわせた国民負担率は2008年度で40.1%であるが、スウェーデンのように70%を超えることなく、ドイツ(51.7%)やイギリス(48.3%)に見られるように、概ね50%台となることを目標とするのが妥当である。その場合、EUでは、付加価値税率15%以上をその加盟条件としているが、将来的にわが国においても、スウェーデンのように25%となるような事態は排しつつも、ドイツ(19%)やイギリス(17.5%)にみられるように、消費税率が10%台後半になることは不可避である。

(2) 税・社会保険の役割の明確化と安定財源の確保

社会保障制度の持続可能性を高めていく上で、それを支える財源を確保することが不可欠であるが、少子高齢化が急速に進む中、社会保険料や直接税といった、現役世代へ過度に依存する現行の財源方式は、既に限界に来ている。

また、これまで社会保障制度の抜本改革を行なわないまま、安易に財源の付回しをしてきたため、受益と負担の関係が不明確なままで保険料として徴収するなど、税と保険料による負担の構造を歪ませる結果を招いている。税体系にしても、わが国は大きな構造変化に直面しているにもかかわらず、抜本的な改革が行なわれてこなかった。

こうした現状を踏まえれば、まずは個人や企業の活力を高め、かつ、景気変動に対しても安定した税収が得られるような、直接税に過度に依存しない、バランスのとれた税体系を確立することが必要である。同時に、税と保険料が各々果たすべき役割を明確にすることが求められる。自助努力では賄いきれないリスクは、保険による相互扶助を基本とする一方、保険原理を越えたりリスクへの対応や世代間扶養にあたっては、税による公助を基本とする方向を目指すべきである。とくに、世界でも類を見ない超高齢社会の到来を展望すれば、国民全

体が広く薄く負担を分かち合うことのできる税財源で支える体系へと軸足を移すことが重要である。

かかる観点からは、税体系の抜本改革を通じて、経済活力に対する影響力がより小さい消費税を主たる財源として、社会保障費用を賄うという対応関係を明確にすべきである。

(3) 制度横断的なインフラ整備と適切なモニタリング

足元における制度運営のほころびに適切に対応し、国民の制度に対する不安感・不信感を払拭していく上で、制度横断的に基本的なインフラを整備することが必要である。

とくに ICT (information and communication technology) の利用は、効率化の推進、国民の利益・利便性の向上につながることはもとより、社会保障の給付と負担や制度の運営状況等の「見える化」を進める上からも重要なツールである。個人情報などの取り扱いに十分留意しながら、効果的な活用を推し進めることによって、個々の制度の国民への浸透などの効果も期待できる。社会保障番号・カード等を整備すべきであり、とりわけ信用失墜の著しい年金分野において早期に導入すれば、年金記録問題の早期解決に資することとなる。その際、出来る限り早期に、社会保障番号を活用した納税者番号制度を導入し、所得捕捉の公平性を確保することも重要な課題である。また、保険料の徴収体制についても、税との一元化を図ることも検討する必要がある。

医療・介護分野においても、ICT 化の推進により、医療機関における事務の効率化、医療機関同士または医療機関と介護サービス事業者間の情報の共有や地域連携、情報の蓄積・分析に基づいた治療など、医療の質の向上や効率化、さらには患者本位の医療の進展が期待できる。加えて、こうした医療情報の ICT 化は、診療行為の標準化、診療報酬の包括化のためにも不可欠である。

今後は、レセプトの早期完全オンライン化やレセプト様式の変更、医療関係データの活用・開示に関する積極的な広報などを進めつつ、医療情報のデジタル化といった、ICT 化の加速化に向けた施策にも取り組むべきである。

制度運営に関しても、行政が生活困窮者・低所得者等の実態を的確に把握するとともに、セーフティネットからこぼれ落ちる者のないよう、ICT の活用等を通じ、モニタリング機能を充実させる必要がある。いわゆる「ワーキングプア」のように、制度間の狭間に落ちてしまい、結果的に生活保護を受けている

者よりも低所得となるといった矛盾が生じることのないよう、きめ細かく対応することが肝要である。その際、民間のノウハウの活用などにより、いたずらに行政の肥大化を招くことのないように努めるべきである。

II. 各論

1. 医療・介護

(1) 課題・問題点

わが国の医療制度は、全国一律の診療報酬体系の下、諸外国と比べれば相対的に低水準のコストで、比較的質の高いサービスを提供してきたといえる。

しかしながら、今後、高齢化の進展や技術革新、医療・介護ニーズの高度化や多様化に伴って給付費は増大していく一方、支え手である現役世代は少子化の影響により減少していく。

足元では、既に指摘した通り、国民健康保険料(税)収納率の長期低迷、産科・小児科・救急医療体制の不備、医師や診療科の偏在、医療機関における過剰な施設・設備の設置、さらには介護従事者の不足など、医療・介護における非効率率や不十分なサービス提供体制による綻びが露呈してきている。2008年4月に導入された長寿医療制度(後期高齢者医療制度)については、導入時の周知不足などを起因として、制度に対する様々な不満が生じている。こうした現行の綻びなどへの対応を速やかに図る必要があるが、現状のような低負担では、より質の高いサービス提供が困難な状況も生じており、サービスの質の向上には、相応の負担が必要である旨、国民的なコンセンサスを醸成していくことも重要である。

また、現行の医療保険体系は、現役世代に過度な保険料負担を強いるという、根本的な問題を抱えている。技術革新と医療費の適正化とのバランスをどのように図っていくかも今後の課題である。

加えて、例えば病院における患者の疾病情報など、厚生労働省に蓄積されている医療関係のデータにしても、十分な分析・活用がなされず、医療サービスの効率化に結び付けられていない、といった問題もある。

(2) サービス提供体制の改革－医療・介護の機能強化と効率化の推進

① 目指すべき方向性

国民の満足度が向上するよう、2025年度を最終目標に、必要な財源の確保

を含めた望ましい医療・介護の姿を実現するべく、速やかに大胆な改革に着手すべきである。その際、サービス提供体制の機能強化と効率化を同時達成できる仕組みを目標として、在院日数(20.2日)、病床数当たりの医師数(14.3人/100床)などの指標について、ドイツ(在院日数:8.7日、病床数当たりの医師数:39.5人/100床)、フランス(在院日数:5.5日、病床数当たりの医師数:44.9人/100床)など、欧州諸国の状況も視野に入れながら、誰もが安心して質の高い医療・介護サービスを楽しむことができる環境を整備する。

具体的には、疾病構造に特化した病床の機能分化、医療と介護のサービスネットワーク化、在宅医療・在宅介護の推進と一体となった、居住系介護サービスの大幅な充実と適切な役割分担などを強力に推進することによって、いわゆる「医療・介護難民」、「社会的入院」を解消するとともに、在院日数の短縮等を図る。

② 具体的な施策

上記の目指すべき方向の実現に向けて、必要となる財源を確保するとともに、以下に示す施策に早急に取り組む必要がある。施策の展開にあたっては、2025年度までに取り組むべき工程表を明らかにするとともに、毎年、進捗状況をチェックし、適宜施策を追加していく必要がある。

(7) 医療

- 1) 医師の地域・診療科の偏在の解消に向けた医療従事者の増員と適正配置の仕組みづくり、勤務医の就業環境の改善、看護師やコメディカル(検査技師、薬剤師など医療に協力する職能者)との協働の充実、救急医療体制の整備、病院・診療所のネットワーク化などを実現する。小児・産科医療の体制作りなど、現下の緊急課題に速やかに対応することによって、国民の医療サービスに対する不安感を取り除き、信頼感を醸成する。その際、診療報酬をこれら緊急課題に対して重点的に配分できるように体系へと抜本的に見直すことが不可欠である。
- 2) 全ての国民が適切で質の高い医療を効率的に受けられるよう、地域の実態にあわせて、必要となる機能・資源を適正に配置していく。そのため、各都道府県においては、医療資源の適正配置に資する医療計画を策定するとともに、その計画に沿いながら、患者や疾病動向、病院・診療科・医師・病床数など、各地域における実態を十分に勘案しつつ、一定の医療圏単位での医療機関毎の連携や機能分化を推進し、効率的な提供体制

を構築する。各医療機関においても、各都道府県の計画に沿った形で、サービス提供の選択と集中をはかる。その際、個々の医療機関の自由な判断に委ねるのではなく、地方自治体が地域の実情に見合う形で、各医療機関として目指すべき方向を適切に誘導していく。

- また、診療報酬についても、各医療機関における選択と集中、連携と機能分化、効率化の追求に資するような体系へと抜本的に見直す。効率的に質の高いサービスを提供しようとするインセンティブが働くよう、各医療機関が果たす機能に着目して、きめ細かく評価する方向を目指す。
- 3) 医療の透明性の確保など「見える化」を推進し、医療の質を高めていくとともに、診療行為の標準化、診療報酬の包括化を進めていく上で、データの蓄積・分析、ICT化のより一層の推進が欠かせない。「見える化」の推進は、単にコストパフォーマンスの高い医療の実現だけにとどまらず、医療コストに対する国民の納得性を高めていくことにもつながっていく。

そのためには、まず国レベルで、各医療機関から医療に関する必要なデータを収集してデータベースを構築し、地域レベルでの医療スタッフや設備の適正配置、疾病動向の把握など、効率性向上へとつなげる。電子カルテやレセプトの電子化はもとより、医療機関、保険者、薬局などがネットワーク上で情報を共有できる「医療情報ネットワーク化」などを進める。さらに、人口減少が進行する状況においても、地域特性や住民ニーズを適切に反映した医療サービスを楽しむよう、ICT等の活用による医療機関等の広域連携を推進する。

保険者においても、こうしたデータベースを活用することによって、効果的なチェック体制の構築、被保険者への情報提供の支援、質の高い医療提供機関との提携など、エージェント機能の発揮・強化につなげていく。こうした保険者による健康増進・医療費適正化努力に対するインセンティブを高めることにより、組合健保等の活性化を図る。

- 4) 真に必要なサービスを効率的に提供していく観点から、一層の包括化や標準化を進め、過剰な診療・投薬を廃していく。併せて、後発医薬品の利用促進、医療技術の進歩や国民のニーズの多様化を反映した給付項目のスクラップ・アンド・ビルド、高額療養給付への重点化など公的給付範囲の見直し、患者の選択による保険診療と保険外診療の併用(混合診

療)も進める。

(イ) 介護

1) 今後、介護サービスの需要の大幅な増大が見込まれる中、介護従事者の不足は、制度を根幹から脅かすことになりかねず、介護従事者の安定的な確保・定着・育成は急務である。

そのためには、2009年度介護報酬改定を介護従事者の処遇改善に結び付けることはもとより、潜在的な有資格者の掘り起こし、介護関連の未経験者の受け入れを可能とする教育訓練機会の提供、事業者への効率的な経営モデルの提示や研修支援など、労働条件・雇用環境を改善し介護職の魅力を高めていく必要がある。同時に、事業体毎の経営の効率化、生産性の向上を図るとともに、民間企業の参入を促進し、より良いサービスを効率的に提供できるような環境整備を図ることが重要である。

とくに今後、介護分野は、大きな雇用吸収効果が見込めることから、新たな雇用創出にもつなげていくことが重要である。社会保障国民会議の試算によれば、介護従事者で、約138万人の雇用創出効果が見込まれている。なお、将来的に国内の人材だけでは賅いきれない場合は、外国人労働者の積極的活用についても検討すべきである。

2) 高齢者人口の急増、都市部における急速な高齢化の進行や単身世帯の増加を踏まえ、高齢者の自立・尊厳を支える社会の構築が不可欠である。高齢者が、自らのニーズに応じた介護サービスを柔軟に享受できるようにするとともに、安心して住み慣れた地域での生活を継続できるよう、多様な選択肢を備えた介護サービスの提供や地域支援を着実に推進する。具体的には、ケア付賃貸住宅や有料老人ホームといった居住系サービスの普及、地域包括支援事業や地域密着型サービスの推進・定着、在宅療養を支える医療支援体制の強化、施設利用の重度者への重点化など、地域実情に即して、介護・医療・福祉が連携したサービス提供体制を整備する。

3) さらに、魅力ある職場づくりや多様な利用者のニーズに応えられるように、介護報酬体系の見直しを進めるべきである。その際、サービス給付の質の確保を図りつつ、介護予防の効果検証、要介護認定の適正化、真に必要なサービスへの重点化(保険給付範囲の再検討)などを通じて、

介護保険負担者の納得を得ていくことが重要である。

(3) 保険制度の改革

公的保険制度とサービス提供体制は、わが国医療・介護制度を支える両輪である。国民皆保険、公的医療・介護保険制度を堅持し、真に必要な医療・介護サービスは保険制度で適切に確保できるよう、サービス提供体制の整備・充実を急ぐ必要がある。一方、自助・自立を旨とし、効率化・適正化を図る観点から、公的保険制度に過度に依存することのないよう、自助努力を支援し、国民全体が公平で納得性の高い負担の仕組みを構築することが求められる。

とくに医療に関しては、国民の不安を払拭し、持続可能性を高める観点から、以下の方向で保険制度の体系を見直すことが必要である。

① 高齢者(長寿医療制度)

高齢者医療に関しては、国民全体で広く支えていくとともに、公的年金の受給開始年齢、介護保険の受給対象年齢との整合性を確保していく。このような観点から、現行の長寿医療制度(後期高齢者医療制度)を見直し、高齢者を包括的に捉え、多くの国民が年金生活に移行する65歳以上の高齢者全体を被保険者とする体系へと組み替えるべきである。この場合、65歳以上の就業者は、現役保険に引き続き加入することも可能とすべきである。

医療費に対する一定の自己負担を前提に、給付財源については、当面は、公費、被保険者の保険料(高齢者の保険料)、若年者からの支援を組み合わせる。公費負担割合を5割以上として、若年者の保険料水準を現行程度に維持できるようにする。公費投入割合は高齢化の進展に応じて高めていく。また、高齢者の保険料については、保険料算定のための所得把握のルールやインフラを整備するとともに、低所得者に配慮した保険料設定が肝要である。

なお、介護についても、同様に、公費投入割合を高齢化の進展に応じて高めていく。

② 若年者(現役世代)

若年者(現役世代。被用者であった者は原則65歳未満)については、社会保険方式を維持するが、高齢者医療への公費投入割合を高めていく中で、拠出金等の増加に歯止めをかけ、負担と受益の関係を明確にしていく。また、少子化の急速な進展、人口偏在、就労形態の多様化など環境変化が進む中、

(7) 地域保険者のあり方、(イ) 就労形態の多様化に対応した組合健保の加入

者の拡大について検討する。とくに後者については、厚生年金の適用拡大とともに、制度横断的な取り組みが必要となる。

2. 年金

(1) 課題・問題点

2004年改革において、マクロ経済スライドが導入されたことにより、年金財政上の持続可能性は向上することとなった。しかしながら、出生率の見通しの下方修正、経済情勢・見通しの悪化、さらには国民年金の未納・未加入、無年金・低年金問題、年金記録問題など、制度の根幹に関わる様々な問題と相まって、年金財政の持続可能性に対する懸念、国民の年金制度に対する不安感・不公平感は、むしろ高まっている。社会保障国民会議が行なった「社会保障制度に関する国民意識調査報告書」（平成20年11月4日）によれば、社会保障制度の各制度間の満足度を比較しても、年金制度は最も満足度が低いとされ、対策の必要性にしても第1位に位置づけられるなど、国民の強い不安感を裏付けている。

財源ということでみても、基礎年金については厚生年金や国民年金といった各年金制度からの拠出金で賄われており、独自財源が設けられているわけではない。さらに厚生年金では、基礎年金部分（1階）と報酬比例部分（2階）の保険料が一括徴収されており、費用の内訳は不明確となっており、この結果、基礎年金部分の給付と負担の関係が不透明となっている。また雇用慣行の変化等に十分な対応が図られた体系とも言いがたい。

これまでの制度改革では、給付と負担に関する微調整が繰り返されてきたため、制度全体の体系が分かりにくくなり、国民による監視が効きにくくなる、制度に対する理解が進まないといった問題も生じている。

(2) 基礎年金の財源構成の見直し

上記のような現行制度に起因する諸問題を根本的に解決するとともに、社会保障制度の機能強化と併せて中長期的な持続可能性を確保し、国民にとって信頼に足る制度としていくためには、基礎年金の財源構成について、税を基軸とする方向へ見直すことが必要である。2025年度を目途として全額税方式へ移行する方針を明確に打ち出し、段階的に国庫負担割合を引き上げていく必要がある。

財源の税への完全移行により、① 保険料の未納や将来の無年金者・低年金者の発生、第3号被保険者など、現行制度に起因する課題が解決される、② 世代間・世代内の公平性確保に資することとなり、国民の制度に対する信頼感が増すことによって持続可能性が高まる、③ 基礎年金拠出金の仕組みをなくして、基礎年金に独自財源を設けることにより、公平性を確保できると同時に、1・2階の制度設計の自由度が高まる、④ 制度の運営機関の大幅な簡素化、保険料徴収事務の合理化も期待できる、⑤ 厚生年金の適用拡大を図れる、などのメリットがある。とくに⑤に関連して、就労形態の多様化に対応する観点からも、公費負担割合の引上げの過程で、標準報酬月額の下限を引き下げ、適用拡大を進めることは今後の課題となろう。

税方式化によって国民の負担が大幅に増加するとの指摘もあるが、公費負担が増加するとしても、保険料負担が軽減され、最終的には不要となることから、総体としての国民負担は変わらない一方、給付に対する安心感が高まることとなる。厚生年金保険料が引き下げられる際には、引き下げ分すべてを従業員負担分から控除するなど、従前の企業負担分は従業員に還元するのが当然である。なにより、国民にとって分かりやすい制度となる。

税方式化に対して、給付と負担の関係が明確であり、移行に際して様々な課題があるという理由から、従来の社会保険方式にこだわる議論がある。しかしながら、今後の抜本改革においては、透明性と合理性が最も重要な視点であり、その意味から全額税方式化が望ましい。

制度の体系としては、基礎年金部分（1階）と報酬比例部分（2階）を組み合わせることとし、1階は税を財源とする一定額の給付と位置づける。基礎年金部分に独自財源を充てることで、費用負担を明確にする。その上で、報酬比例部分（2階）については、各自の現役時の自助努力を基本とする社会保険として位置づけ、拠出と給付とを明確に関係付ける。

移行措置の第1ステップとして、国庫負担割合の1/2への引き上げを2009年度より実施し、2011年度にはそのための安定財源を確保する。その後も、国民的なコンセンサスを得つつ、負担割合を引き上げていく。

移行にあたっては、年金記録問題を早期に解決するとともに、税財源への見直しと整合性を図りつつ、低年金・低所得者対策など、必要な緊急課題についても着実に実施すべきである。低年金・低所得者対策にあたっては、年金制度外での対応も併せて検討する必要がある。

なお、完全移行後も、財政状況、高齢者の生活実態に関するモニタリングを通じて、給付水準を見直すことは重要である。

(3) 企業年金の拡充

現役期において、老後に向けた資産形成が適切に行われるよう、自助努力に対する税制上の支援等をより拡充することが不可欠である。とくに、将来的に、公的年金給付が相対的に縮減していく中、公的年金を補完する企業年金、個人年金を拡充する必要があり、なかでも確定拠出年金はその中核として発展することが期待される。平成 21 年度税制改正において、マッチング拠出（従業員拠出）を容認するとともに、拠出限度額を企業型で月額 5,000 円（他の企業年金がある企業型の場合は月額 2,500 円）引き上げることとされたが、これにとどまることなく、制度の普及促進の観点から、拠出限度額の大幅な引き上げや、加入対象者の拡大を行なうべきである。

また、企業年金に対する税制は、「拠出時・運用時非課税、給付時課税」を基本原則とすべきであり、この原則に反する企業年金の運用資産に対する特別法人税は、直ちに撤廃すべきである。

3. 少子化

(1) 課題・問題点

少子高齢化は将来の社会機能不全を招く非常に深刻な問題であるにもかかわらず、少子化対策への国民の注目度は極めて低いのが現状である。

政府においては、少子化対策に関連する累次の計画を進めてきているが、具体的な政策目標を欠き、また十分な財政上の手当がなされないなど、実効ある対策となっていなかったため、少子化への歯止めという、期待された成果を得られていない。

少子化問題は、国民の生活と社会基盤の維持、国力に直結する問題であるとの国民の共通認識を醸成し、少子化対策を国の最重要課題として位置づけ積極的に取り組むべきである。経済界・企業においても、自らの課題としてワーク・ライフ・バランスの推進や子育て環境の整備を図っていく。

(2) 保育サービスの拡充と財政の重点投入

今後は、少子化対策の政策目標として、例えば国民の結婚・出産の希望がか

なった場合の合計特殊出生率（1.75）を掲げるとともに、進捗状況の評価を実施する。また、子育て環境の整備等に向け、保育サービスの拡充など、効果の高い施策に、重点的かつ短期集中的に取り組み、思い切った財政投入を行うことが必要である。

① 保育サービスの拡充に向けた保育制度改革の速やかな実施

親の就労と子どもの育成の両立、すべての子育て家庭への支援強化に向けた環境整備が急務であり、保育サービスの量的拡充と多様なニーズに対応するために、保育制度改革を早急に実施する必要がある。さらに、保育の担い手の育成・確保を早急に行うことが重要である。保育分野を地域密着型のサービス産業として確立させることは、雇用機会の創出にもつながる。

② 財政の重点投入

わが国の児童・家族関係社会支出は、諸外国に比して小規模であり、GDP に占める割合は、2007 年度で 0.83%（欧州諸国では 2～3%）にとどまっている。国・地方ともに財政を重点投入し、保育サービスの充実などに優先的に充てていく必要がある。さらに、消費税の引き上げにより少子化対策の安定財源を確保し、子育て世代の経済的支援の拡充などに充てるべきである。

Ⅲ. 財源の確保に向けたスケジュール

上記の通り、2025 年度を最終目標として、国民が安心して信頼できる社会保障制度の将来像を提示するとともに、必要となる施策を示してきた。このような将来像を実現し、かつ中長期的に持続可能なものとしていくためには、税・財政・社会保障制度を一体的に見直し、安定財源を確保しながら、段階的に改革を推進することが不可欠である。

改革は、増大していく社会保障費用における負担構造の大幅な変更を伴うため、小手先の微調整で到底対応できるものではなく、早期に国民的なコンセンサスを得た上で取り組むことが必要である。そこで、まずは、2015 年度までを改革に向けた第 1 段階としてとらえ、緊急課題への対応と社会保障制度の基盤の充実に向けて取り組みを進め、併せて少なくとも消費税率 5% 分の財源を確保する必要がある。その上で、国民の理解を得ながら、第 2 段階へと進み、2025 年度までに、望ましい社会保障制度の完成を目指すべきである。

1. 緊急課題への対応と社会保障制度の基盤整備【第1段階：2009～2015年度】

公費については、2015年度までに消費税率換算で5%程度追加的に必要となる。基礎年金国庫負担割合の1/2までの安定財源に加えて2/3までの財源、医療・介護の緊急対応や少子化対策拡充に向けた財源を確保する。

2. 安心して信頼できる社会保障制度の完成【第2段階：2016～2025年度】

第1段階における施策の実現状況や有効性等を十分に見極めながら、必要となる施策を柔軟に手当てするなど、毎年PDCAサイクルを着実に回しつつ、望ましい姿の完成に向けた取り組みを加速化する。

年金に関しては、2025年度を目途とした完全移行を目指し、基礎年金における財源の国庫負担割合を2/3から段階的にさらに引き上げていく。

医療・介護については、サービス提供体制の改革を着実に進めるとともに、少なくとも、医療・介護保険料の水準が現行程度にとどまるよう、高齢者医療・介護の公費負担割合をより一層引き上げていく。

この場合、社会保障国民会議のシミュレーション結果をもとに試算すれば、2025年度で追加的に必要となる公費は、現状に比して消費税率換算で12%程度必要となる。

以 上

高齢者医療制度に関する検討会
座長 塩川 正十郎 殿

連合の提案する高齢者医療制度(意見書)

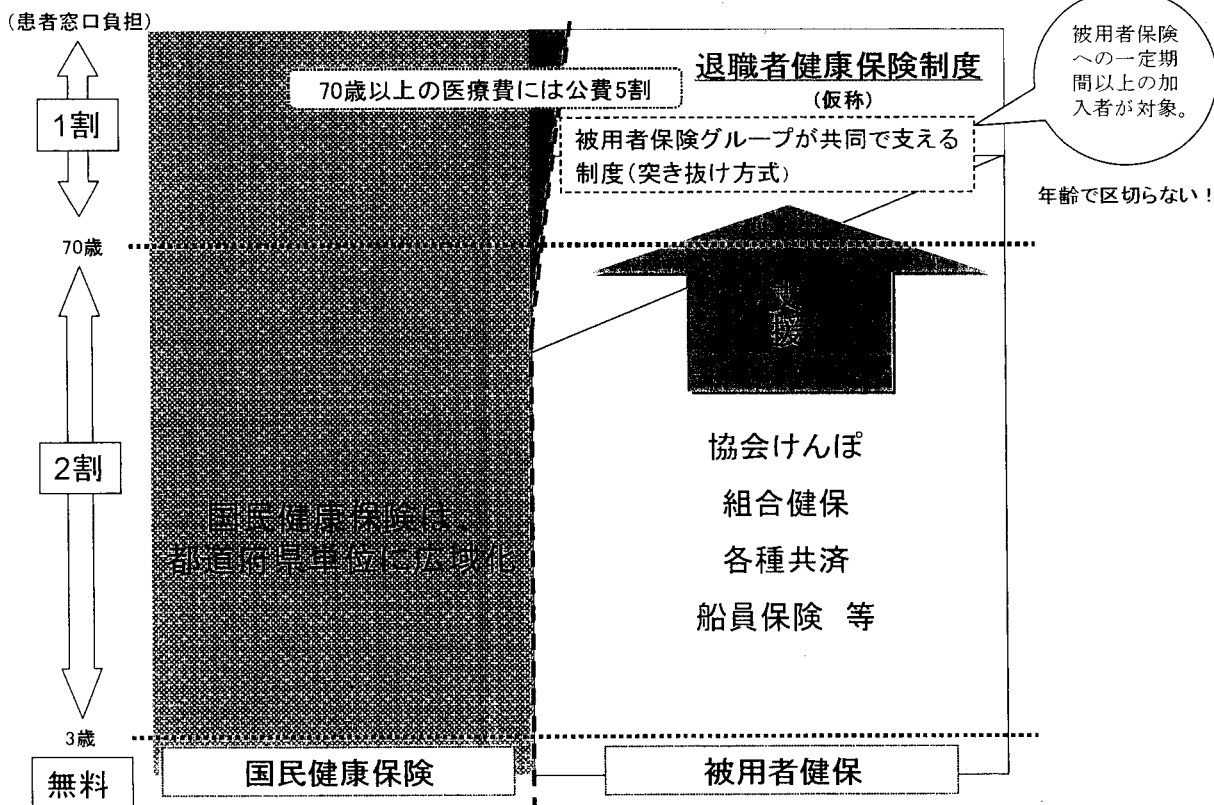
日本労働組合総連合会
副事務局長 逢見 直人
(社会保障審議会委員)

2008年4月1日からスタートした後期高齢者医療制度は、若年者に比べ、医療リスクの高い75歳以上の高齢者を切り離した医療保険制度であるという制度上の問題点だけでなく、政府や地方自治体からの事前の周知徹底不足、低所得の被保険者を中心とする想定外の負担増等により、高齢者の不満が爆発し、大きな社会的混乱を引き起こす結果となった。

連合は、3年前、2006年の第164通常国会において、「医療制度改革関連法」の法案審議が行なわれる以前から、このような年齢で輪切りにする公的医療保険制度(独立方式)の創設について強く反対してきた。

- ◎ 連合は、後期高齢者医療制度を早急に抜本的に見直し、年齢で区切らない、「突き抜け方式」による『退職者健康保険制度(仮称)』の創設を提言する。

図表1 連合の退職者健康保険制度(仮称)の考え方



連合は、少子高齢化の加速する日本の公的医療保険制度を引き続き持続可能な仕組みとするため、2002年10月に策定した『連合「21世紀社会保障ビジョン」』において、『退職者健康保険制度（仮称）』の創設を提案してきた。

具体的には、被用者保険の被保険者が、定年退職後等に医療リスクが高くなってから国民健康保険に移動するのではなく、各被用者保険共通の医療保険として、『退職者健康保険制度（仮称）』を創設し、そのまま被用者保険OB（退職者）として、引き続き健康保険法において医療給付が受けられる仕組みとする。

その上で、国民健康保険は、地域格差を是正するため、都道府県単位に広域化する。その上で、低所得の高齢者等に対しては、統一的な基準による保険料減免措置の制度化等、公費による支援の充実をはかる。

この機能分担、役割整理によって、被用者保険グループと国民健康保険の双方の保険者が、自立して保険者機能を発揮することを可能とする。

退職者健康保険制度（仮称）の基本的な仕組み

1. 基本的な考え方

- 若年層に比べ、健康リスク、医療リスクの高い高齢者を独立させた制度は保険原理に馴染まない。
- 少子高齢化と医療技術の進歩により、医療費の増加は必然であるが、これに対して、医療の質は確保しながら、不必要な支出を抑制し、医療費の適正化を図るために、医療保険者が強力な保険者機能を発揮することが必要である。
- 保険者機能が適正に機能するためには、旧政管健保のような全国一保険者では規模が大きすぎ、市町村国保では、逆にリスク分散の観点から規模が小さすぎる。保険者機能が適正に発揮できる規模を維持しつつ、自立した運営を確保することが必要である。

2. 対象者

- 被保険者期間が通算して一定期間（25年）を超える退職者とその扶養家族を対象とする。（※「一定期間」については、現在の雇用労働の実態を踏まえ、厚生年金の適用期間の見直し等と併せて今後検討する。）

3. 保険料

- 給付と負担については、健康保険法を適用する。
- 保険料については、都道府県毎に整理することとし、退職者を含めた各都道府県の被用者保険医療費の総額から自己負担分を除いた給付費総額を（被保険者数×標準報酬）で除して、その2分の1を退職者の保険料率とする。各退職者の所得（年金）総額に保険料率を乗じて保険料を算出する。残りの2分の1の保険料分（事業主負担相当分）については、都道府県単位ではなく、全国一本とした上で、被用者保険全体での按分とする。
- 退職者の保険料は年金からの天引きを原則とするが、普通徴収の選択も検討する。

4. 公費

○70歳以上の医療給付費への公費は5割とし、国保と被用者保険集団（退職者健康保険）の高齢者比率に応じて按分する。

5. 保険者間の財政調整と支援金・拠出金

○現行の「後期高齢者医療制度」、「退職者医療制度」は廃止するため、それに伴う各支援金・拠出金制度も廃止する。

○65歳～74歳を対象とした国民健康保険と被用者保険の制度間財政調整は廃止する。

6. 運営主体

○退職者健保を含む全被用者保険の代表者及び労使代表者で構成する管理運営機関を中央と各県に設置する。（連合・21世紀社会保障ビジョン『社会保障基金』（仮称）の創設）

○被保険者は、基礎年金番号を活用し、各都道府県で把握する。

○被用者保険の現役世代は既存の保険者（組合健保、協会けんぽ、共済等）に引き続き加入する。

○市町村国保についても、都道府県単位に広域化し、安定運営を目指す。

7. 患者窓口負担

○窓口一部負担は、保険制度の種類に関わらず70歳以上は一律で1割負担とする。（69歳以下2割負担、乳幼児は無料）

被用者保険の被保険者であった退職者は、現状では、一般的に国民健康保険の加入者と比べ、厚生年金の給付等、比較的に安定して高い収入がある場合が多く、連合の「突き抜け方式＝退職者健康保険制度（仮称）」が実現すると、国民健康保険に“優良な”保険料納付者がいなくなり、国保財政が破綻するとの指摘もある。

しかし、そもそも自営業者を中心とする医療保険であるはずの国民健康保険に、現在、雇用労働者全体のおよそ4分の1が加入しているのが問題であり、また、国民健康保険の加入者のうち、無職の割合は5割をこえるといわれるが、そのうちの10%は、60歳未満の、いわゆる「現役世代」として被用者になるべき人である。

こうした実態も合わせて考えれば、国民健康保険に加入する被用者に対して、社会保険を完全適用させる仕組みを作っていくことこそが必要である。低賃金労働者や、無職・失業中の若者が国保の加入者だから、高い年金を受け取るサラリーマンの退職者を国保から抜いてはだめだという考え方は、社会保険制度のあるべき論として、適切な議論ではない。

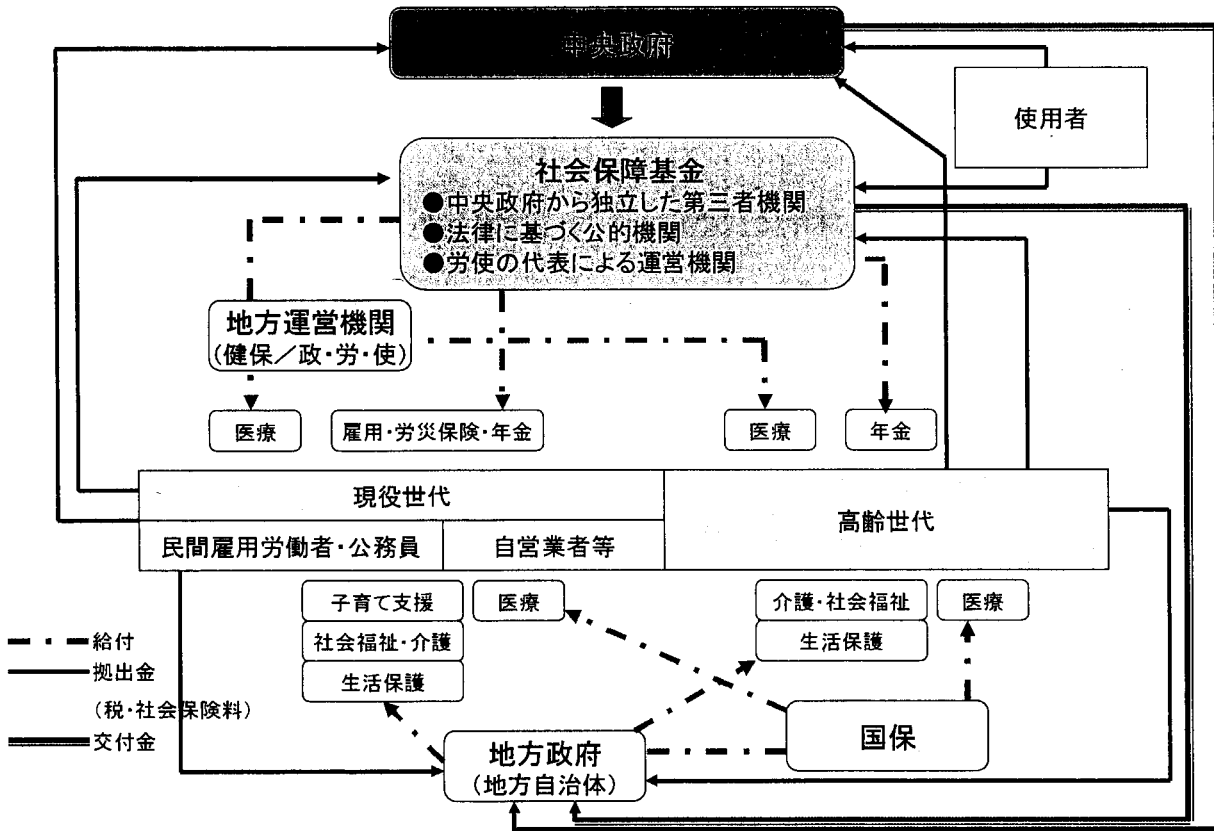
また、被用者期間を設定するのは、雇用の流動化に対応できないとの指摘もあるが、そもそも現在、65歳までの経過措置として残されている「退職者医療制度」がこれに近い仕組みで対象者を選別し、国民健康保険において運用されている。

連合は、正規、非正規を問わず、すべての雇用労働者に対する社会保険の完全適用を求めるとともに、国民健康保険においては、より適切な保険者運営の広域化と、高齢者に対する公費支援の充実によって、保険者機能を強化していくことが、安心と信頼の国民皆保険制度を支える基盤になると考える。

「社会保障基金」(仮称)の創設と退職者健康保険制度(仮称)の運営について

連合は、「21世紀社会保障ビジョン」において、年金や、労働保険(雇用・労災)も含めた、雇用労働者の社会保障制度全体の運営について、政府から切り離れた第三者機関として『社会保障基金』(仮称)を創設し、当事者である労使代表の参画によって、民主的に運営していく構想を提案している。

図表2 社会保障基金のイメージ図 (連合「21世紀社会保障ビジョン」)



『退職者健康保険制度(仮称)』についても、実際の運営にあたっては、この「社会保障基金」(仮称)に業務委託することを基本とする。

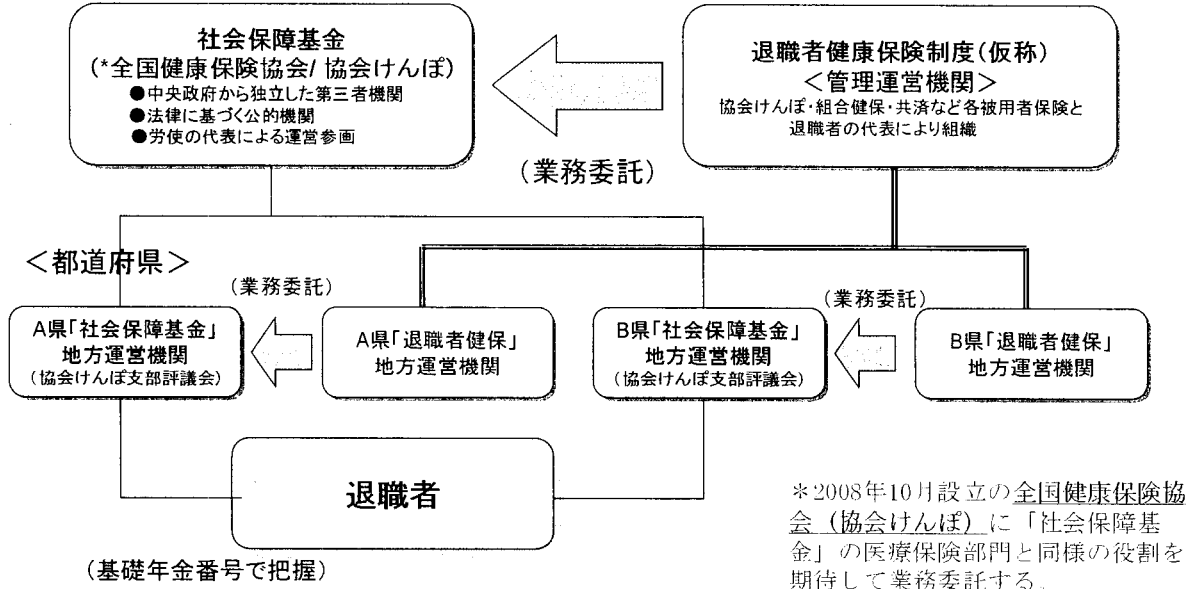
その上で、2008年10月からスタートしている「全国健康保険協会」が、都道府県単位で労使代表が参画する評議会を設置し、保険料や事業計画等、実質的な保険者運営を行なう役割を担っているところであり、連合の提案と方向性が一致する部分も多いため、当面の現実的かつ、暫定的な構想として、この「全国健康保険協会」に退職者健康保険制度(仮称)の運営を委託することも含めて検討する。

図表3

退職者健康保険制度(仮称)の保険者運営の具体化

○退職者健康保険制度(仮称)は、全ての被用者保険の保険者が共同により運営する管理運営機関を設置し、実際の事務運営に当たっては、「社会保障基金」の中に設置する現役被用者の医療保険を運営する地方運営機関に業務委託する。(管理運営機関として、各被用者保険の保険者代表と、退職者の代表による「運営協議会」を定期的を開催する。)
(連合・21世紀社会保障ビジョン)

<中央段階>



以上

平成21年3月9日

高齢者医療制度に関する検討会
座長 塩川 正十郎 殿

全国市長会
社会文教委員長
磐田市長 鈴木 望
国民健康保険対策特別委員長
柳井市長 河内山 哲朗
介護保険対策特別委員長
稲城市長 石川 良一

後期高齢者医療制度等について

本会は、これまで後期高齢者医療制度等について、概ね次のような要望を行っております。

1. すべての国民を対象とする医療保険制度への一本化

高齢化の進展等に伴い、各医療保険制度は厳しい財政状況に置かれている。とりわけ、国民健康保険は、加入者における無職者・高齢者の割合が著しく増加し、所得水準が被用者保険に比べて低いなど、保険者の責めによらない構造的な問題を抱え、破綻状態に陥っている。

国民健康保険は国民皆保険制度を維持していくうえでセーフティネットとして位置づけられているので、地域間の不均衡を是正し、安定的な財政運営が行える規模を確保する必要がある。

そこで、将来的には、国の責任において、給付の平等、負担の公平を図り、安定的で持続可能な医療保険制度を構築するため、国または都道府県を保険者とし、後期高齢者も含めたすべての国民を対象とする医療保険制度への一本化を図ること。

2. 後期高齢者医療制度の定着等

(1)後期高齢者医療制度については、国による再三にわたる制度変更などから、国民への周知・説明不足、制度への誤解等が生じ、現場に大きな混乱がもたらされた。

後期高齢者医療制度等の更なる見直しについては、①混乱の再発、②住民の信頼感の喪失、③制度の安定性の欠如、④更なる財政負担の発生などが懸念されることから、当面、国においても一層の周知徹底を図るなど着実な制度の定着に努めること。

(2)後期高齢者医療制度等の円滑な運営を図るため、電算システム経費を含め万全な財政措置を講じること。

また、制度施行後に講じられた保険料の更なる低所得者対策等については、その財源を平成 22 年度以降も国費において対応すること。

3. 後期高齢者医療等の保険料徴収で生ずる税負担不均衡の是正

年金天引きについても、口座振替と同様に社会保険料控除の対象とし、税負担の不均衡について、早急に解決を図ること。

なお、本会がこれまで政府及び国会又は地方分権改革推進委員会等に提出した要請文や提言につきましては、別添のとおりであります。

(別添)

医療制度改革及び医師確保対策等に関する決議(抜粋)

高齢化の進展等に伴い、各医療保険制度は厳しい財政状況に置かれている。とりわけ、国民健康保険は、加入者における無職者・高齢者の割合が著しく増加し、所得水準が被用者保険に比べて低いなど、保険者の責めによらない構造的な問題を抱え、破綻状態に陥っている。

これに対し国は、平成18年6月に医療制度改革関連法を成立させ、各種改革を順次施行してきた。

このうち、後期高齢者医療制度については、国による再三にわたる制度変更などから、国民への周知・説明不足、制度への誤解等が生じ、現場に大きな混乱がもたらされた。

このような中、今般、厚生労働大臣直属の「高齢者医療制度に関する検討会」が設置され、改善策について検討が重ねられているが、今後、更なる改善策を講じる場合には、国は、国民の理解を得られるよう十分な準備期間を設ける必要がある。

一方、医療と介護については、病院の閉鎖等による地域医療の崩壊や療養病床の再編成に伴う様々な問題が生じており、特に医師確保や自治体病院等への支援について早急な対応が必要となっている。

よって、国は、下記事項について万全の措置を講じられるよう強く要請する。

記

1. 医療保険制度について

(1) 国の責任において、給付の平等、負担の公平を図り、安定的で持続可能な制度を構築するため、国を保険者とし、すべての国民を対象とする医療保険制度への一本化を図ること。

(2) 国保及び後期高齢者医療制度を見直す場合は、国民的な議論を行うとともに、都市自治体の意見や実情を十分に踏まえ、検討を行うこと。

(3) 後期高齢者医療制度については、当面これ以上国民の混乱を招くことのないよう、国においても一層の周知徹底を図るなど着実な制度の定着に努めるとともに、電算システム経費を含め万全な財政措置を講じること。

2. 医師等の確保対策及び地域医療の充実について

(略)

3. 療養病床の再編成について

(略)

以上決議する。

平成20年11月13日

全国市長会

国民健康保険制度及び後期高齢者医療制度 に関する重点要望

国民健康保険制度及び後期高齢者医療制度の健全な運営を図るため、国は、特に次の事項について積極的な措置を講じられたい。

1. 国の責任において、給付の平等、負担の公平を図り、安定的で持続可能な医療保険制度を構築するため、国を保険者とし、全ての国民を対象とする医療保険制度への一本化を図ること。
2. 市町村国保に義務付けられる特定健診・保健指導に係る人件費、電算システム経費等について、地域の実態を踏まえ十分な財政措置を講じるとともに、保健師等の人材が確保できるよう、適切な支援策を講じること。
3. 国において後期高齢者医療制度の実施状況を把握し、適切な情報提供や助言を行うとともに、円滑な実施のための十分な財政措置を講じること。
4. 制度見直しを行う場合は、地方の意見や実情を十分に踏まえ、必要な準備期間を設けて対応するとともに、制度見直しに伴う経費や電算システム経費などについては、地方へ負担転嫁することなく国の責任において万全の措置を講じること。
5. 国は、後期高齢者医療制度の内容及び趣旨等について、多くの国民の理解を得られるよう、今まで以上に周知徹底を図り、迅速かつ確実な制度の定着に努めること。

平成20年11月13日

全国市長会

後期高齢者医療、国民健康保険及び介護保険の 保険料徴収に関する緊急申し入れ

後期高齢者医療制度については、国による再三にわたる軽減策等に
対応するべく、市町村は、住民説明会やきめ細かな広報等を繰り返し行
い、制度施行当初の混乱は収まりつつある。

そのような中、後期高齢者医療及び国民健康保険の保険料の年金
天引きについては、本年 10 月から一定の要件のもと、口座振替による
保険料納付が可能とされたが、11 月 18 日には、「与党高齢者医療制度
に関するプロジェクトチーム」において、その要件を撤廃し、平成 21 年 4
月から実施する旨、厚生労働省から市町村に対し一方的に通知が行わ
れたことは、納得しがたく、誠に遺憾である。

一方、今般、厚生労働省は、介護保険料納付方法についても後期高
齢者医療制度等と同様、口座振替と年金天引きとを選択できるようにす
る方向で検討していることが明らかになった。

このことについては、10 月 7 日の衆議院予算委員会において、厚生労
働大臣から、市町村の意見を聞くとの答弁がなされたが、保険者のコン
センサスを得ることなく制度変更を行うことは、住民や現場に更なる混乱
をもたらす上、保険料徴収率の低下やシステム変更などにより、保険財
政や円滑な事業運営に少なからぬ影響が及ぶことは明らかである。

については、我々市町村の立場から、下記事項について強く申し入れ
る。

記

1. 後期高齢者医療制度及び国民健康保険制度における保険料徴収に ついて

後期高齢者医療制度等における保険料徴収の更なる見直しについ
ては、①混乱の再発、②滞納問題の発生、③住民の信頼感の喪失、
④制度の安定性の欠如、⑤更なる財政負担の発生などが懸念される
ことから、保険料徴収事務を行っている市町村の意見を十分聞いた上
で、国の「医療保険部会」や「高齢者医療制度に関する検討会」等に
おいて結論を得ること。

2. 介護保険制度における保険料徴収について

(1) 被保険者の便宜や確実かつ効率的な保険料徴収による公平性の
確保という観点から年金天引きを原則とすることとした介護保険制度
の発足時からの経緯や、8 年以上にわたって制度として定着している
ことを踏まえ、安易に選択制を導入しないこと。

なお、全国市長会が全市長を対象に意向調査を実施したところ、税
負担の公平性を確保するという条件付回答も含め、9 割以上の市長が
年金天引きを原則とする現行制度を維持するべきであると回答してい
ることを申し添える。

(2) 介護保険制度の見直しにあたっては、事前に十分な時間的余裕を
もって市町村と協議するとともに、国の「介護保険部会」等において結
論を得ること。

3. 税負担の不均衡の是正について

年金天引きと口座振替との間で生ずる税負担の不均衡の問題につ
いては、制度設計者である厚生労働省の責任において早急に解決を
図ること。

平成 20 年 12 月 4 日

全 国 市 長 会

第二期地方分権改革に関する提言Ⅱ

～自立した地域社会の構築のために～（抜粋）

平成21年2月6日

全国市長会

I 分権型社会に対応した地方税財政体系の構築

（略）

II 基礎自治体への権限移譲の推進とこれに伴う必要な措置の実施

（略）

- ③ 国民健康保険の財源は、国及び地方自治体の法定上決まった公費負担と加入者の保険料（税）で賄うものとされているが、実際はこれだけでは賄うことができず、市町村の一般会計から法定外の多額の繰り入れを行わなければ成り立たないものとなっている。

また、保険者は市町村といえども、保険による給付は全国一律であり、さらには市町村の判断によって医療費の減免等を行った場合、財政調整交付金や療養給付費等負担金が一方的に減額されるなど、保険者による裁量を認めない、もしくは裁量の余地が極めて少ないものとなっており、こうした現状からしても、国民健康保険は市町村の事務になじむものではない。

国民健康保険は国民皆保険制度を維持していくうえでセーフティネットとして位置づけられているので、地域間の不均衡を是正し、安定的な財政運営が行える規模を確保する必要がある。そこで、国の責任において、給付の平等、負担の公平を図り、安定的で持続可能な医療保険制度を構築するため、国または都道府県を保険者とし、いわゆる後期高齢者も含めてすべての国民を対象とする医療保険制度への一本化を図るべきである。

（略）

長寿医療制度に関する要望

長寿医療制度（後期高齢者医療制度）は、少子高齢化の進展に伴い医療費が増大する中、国民皆保険制度を堅持し、国民の安心に應えるために創設されたものである。

市町村は、この制度の円滑な導入及び安定的な運営のため、日々懸命に努力してきたが、制度施行直後からの度重なる国の方針の変更等により、現場では混乱が生じ、その対応に追われているところである。

このような状況を踏まえ、国は、この制度の更なる見直しを表明されているが、その見直しに当たっては、次の事項に十分配慮され、慎重かつ積極的な措置を講じられたい。

記

1 現場の意見を尊重した見直しの実行

長寿医療制度は、老人保健制度における高齢者世代と現役世代の負担の不公平の問題を解決するために創設されたものであるから、単に長寿医療制度を廃止して元に戻しても、問題は何ら解決しないし、高齢者の安定的な医療の確保はできない。

制度の見直しに当たっては、根幹は維持しつつ、改善すべき点は逐一改善するとの姿勢で望む必要があるが、必要な対策を講じる場合には、その具体的な実施方法について、現場である地方の意見をよく聴き、地方の実情を十分踏まえた上で、十分な準備期間を確保して、現場に混乱を招かぬようにするとともに、これに伴う周知・広報等についても十分な支援を行うこと。

また、この見直しに当たっては、財政基盤の脆弱な地方に負担を転嫁することなく、国の責任において万全の措置を講じること。

2 制度運営における責任の明確化

長寿医療制度は、都道府県単位で広域連合により運営されているが、この制度における都道府県の責任が不明確であり、その役割が十分に果たされているとは言えない。

今後、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合を進める上では、運営主体を都道府県とすることや都道府県も広域連合の構成団体とするなど、都道府県の責任を明確にし、市町村との役割分担を明確にすること。

3 安定的な医療制度の確立

少子高齢化が急速に進む中、我が国の社会保障制度の持続可能性が疑問視され、多くの国民が老後の生活設計に不安を感じている。これは、まさに、老後の「経済面と健康面」への不安であり、このような不安を抱えたままでは、生き甲斐ある老後の人生を送ることは困難である。

したがって、国は、国民皆保険制度を安定的で持続可能なものとするため、保険者の再編・統合を積極的に推し進め、最終的には、国を保険者とし、すべての国民を対象とする医療保険制度への一本化を図ること。

平成21年3月6日

全 国 町 村 会

高齢者医療制度に関する意見

平成21年3月6日

全国知事会

高齢者医療制度については、平成20年12月12日の社会保障審議会医療保険部会において、「高齢者医療制度に関する検討会」の検討状況が報告された。その際、当会の神田社会文教常任委員長が、長寿医療制度（後期高齢者医療制度）と国民健康保険を都道府県が一体運営するという厚生労働大臣私案について、財政面、運営面で数多くの問題があることを指摘した。その上で、今後こうした検討を進めるのであれば、医療保険制度全般を視野に入れた本格的な議論を行う必要があるため、地方との協議の場を別途設けるよう求めたところである。

検討会では大臣私案をもとに検討が進められているが、低所得者や高齢者の構成比率が高い国民健康保険の構造的な問題をそのままにして保険者を市町村から都道府県に移すだけでは、長年市町村が苦勞してきた財政運営等の問題の解決には何らつながらない。また、現在、市町村は被保険者の資格管理や保険料（税）の賦課徴収に伴い、保険料の減免相談や滞納世帯の実態把握に努め、きめ細かな対応を行っているが、これらの実施は、市町村でなければ極めて困難である。さらに、保険料賦課方式・料率の都道府県での統一も困難であることに加えて、保険料徴収に対する市町村のモチベーションについても懸念される。

一方で、長寿医療制度については、制度導入時には様々な混乱が見られたものの、その後、市町村、広域連合、都道府県、国で一体となって、懸命に努力を重ねたことで、現在では、住民の理解が進み、定着しつつあるものと認識している。

制度の見直しを行うに当たっては、このような現状を踏まえ、度重なる制度の変更により新たな混乱を生じることのないよう十分に配慮するとともに、医療保険制度全般を視野に入れた枠組みを検討し、保険料負担のあり方、現役世代からの支援、公費負担等具体的な内容について議論を深め、国民的合意形成を図るべきである。

高齢者医療制度に関する

Q&A

(平成21年1月分)

※今後、逐次、加除修正を行う予定

<高額介護合算療養費関連>

(問1) 高額介護合算療養費は医療保険に係る自己負担額又は介護保険に係る自己負担額のいずれかが零である場合は支給しないこととされているが、例えば「同一の世帯に属する後期高齢者医療の被保険者のAさん医療なし介護あり、Bさん医療あり介護なし」の場合、支給できるのか。

(答)

支給できる。基準日において後期高齢者医療の被保険者である者に係る自己負担額の合算額の範囲については、基準日において被保険者が属する世帯の後期高齢者医療の被保険者(基準日世帯被保険者)が受けた療養等(居宅サービス等又は介護予防サービスを含む。)に係る自己負担額となり、基準日世帯被保険者の医療保険(後期高齢者医療を含む。)又は介護保険に係る自己負担額のいずれかが零でなければ支給することになる。

(問2) 後期高齢者医療の被保険者が国民健康保険の擬制世帯主の場合、当該擬制世帯主の属する世帯の国民健康保険の被保険者の療養に係る自己負担額は擬制世帯主が受けた後期高齢者医療の療養に係る自己負担額と合算するのか。

(答)

合算しない。

なお、計算期間において、擬制世帯主の属する世帯に国民健康保険の被保険者がいる場合であって、基準日において当該世帯に国民健康保険の被保険者がいない場合にあっては、当該国民健康保険の被保険者が計算期間において受けた療養等(居宅サービス等又は介護予防サービス等を含む。)に係る自己負担額を当該擬制世帯主が受けた後期高齢者医療の療養に係る自己負担額と合算する。

(問3) 精算対象者の介護合算算定基準額は月割しないということよろしいか。

(答)

お見込みのとおり。

(問4) 精算対象者に係る高額介護合算療養費の計算において、精算対象者の資格喪失日が月の途中であった場合、精算対象者が基準日に属する世帯の他の後期高齢者医療被保険者の自己負担額については、精算対象者に係る基準日の前日までの療養に係る自己負担額を合算するのか。

(答)

後期高齢者医療の被保険者の自己負担額を月の途中までで計算することは困難であることから、精算対象者に係る基準日が月の途中である場合における、当該基準日に当該精算対象者と同一の世帯に属する他の後期高齢者医療被保険者の自己負担額については、当該基準日の前日の属する月までの自己負担額を合算する。

(問5) 公費負担医療が行われるべき療養については、合算の対象とならないが、地方単独事業による医療に関する給付が行われるべき療養についても、同様に、合算の対象とならないのか。

(答)

合算の対象としない取扱いとすることができるのは、あくまで法施行令第14条第1項第2号に掲げる公費負担医療が行われるべき療養に係る自己負担額のみであり、ここに掲げられていない療養についてはそのような取扱いはできない。

したがって、地方単独事業による医療に関する給付により負担軽減された自己負担額分についても合算の対象とすることとなるが、当該負担軽減分に係る高額介護合算療養費については、被保険者本人が不利益にならない限度において、地方単独事業の実施主体に対して高額介護合算療養費の支給額の全部又は一部を返還するなどの方法により調整すべきであると考え。

(問6) 高額介護合算療養費も高額療養費同様、個別の申請勧奨を行うのか。

(答)

高額介護合算療養費は、医療保険(後期高齢者医療を含む。)と介護保険それぞれの自己負担額を合算し、一定額を超える場合に支給するものである。

支給額の計算は基準日の医療保険者(後期高齢者医療広域連合を含む。)が行うこととなるが、医療保険者は、医療保険上の世帯における他の医療保険及び介護保険の自己負担額について、被保険者からの申請に添付される自己負担額証明書等を確認することによりはじめて把握することが可能となる。

したがって、基準日の医療保険者があらかじめ高額介護合算療養費の支給の対象となる被保険者を把握することは困難であり、個別の勧奨通知を行うことは困難である。

(問7) 個別の申請勧奨を行わない場合、明らかに高額介護合算療養費の支給の対象とならない被保険者を含め、申請が大量に行われ、支給事務が混乱することが考えられる。こうした事態を防いで窓口業務の負担を軽減し、支給事務を円滑に行うために、あらかじめ被保険者に対して自己負担額等を通知するなどしてよいか。また、このような手続きについて、標準システムで対応できないか。

(答)

自己負担額等を通知することは差し支えない。

その際には、高額な医療費又は介護サービス費を負担している高齢者に対しては、高額医療・高額介護合算制度の周知を十分に行われたい。

なお、現在、標準システムでの対応を検討しているところであり、おつてお知らせする。

(問8) 後期高齢者医療の給付情報が国保連から届くのは審査等を経て約2ヶ月後となる。そうすると被保険者の計算期間における自己負担を広域連合が完全に把握できるのは計算期間終了後の9月中旬以降となるが、自己負担額証明書の発行はそれ以降でよいか。

(答)

そのような取扱いで差し支えない。

(問9) 法施行規則第71条の10第3項に、基準日の翌日以降2年間に基準日に加入する医療保険者(他の広域連合を含む。以下この間において同じ。)から計算結果の送付がない場合には、申請者に確認することにより、申請は取り下げられたものとみなすことができるとあるが、

- ① 基準日の翌日以降2年間とする根拠は何か。
- ② 申請が取り下げられたものとみなした後に、基準日に加入する医療保険者からの計算結果の送付があった場合にはどのように取り扱うのか。

(答)

- ① 高額介護合算療養費の消滅時効が2年であることと平仄をとったものである。
- ② 申請者に確認する際、基準日に加入する医療保険者(後期高齢者医療広域連合を含む。)への支給申請の有無を確認し、このような事態が生じないようご留意いただきたい。仮にこのような事態が生じた場合は、申請の取り下げがなく、当初の申請日に申請があったものとして取り扱われたい。

(問10) 自己負担額証明書を発行した後に、過誤、所得更正等により自己負担額に変更が生じた場合、新たに訂正した証明書を被保険者に発行する必要があるのか。また、既に高額介護合算療養費を支給していた場合の返還金等の取扱い如何。

(答)

自己負担額証明書を発行する前に、過誤、所得更正等により自己負担額に変更があった場合は、変更後の自己負担額を証明書に記載することとなる。

自己負担額証明書を発行した後に、過誤、所得更正等により、自己負担額に変更が生じた場合、修正した自己負担額を記載した証明書を申請者に発行し直す必要がある。その際には、次の手順を参考にされたい。

- ① 申請者が基準日に属する医療保険者(後期高齢者医療広域連合を含む。以下この間において「基準日医療保険者」という。)に対し、申請者の自己負担額の修正があったことを連絡するとともに、当該申請者から基準日医療保険者に支給申請が既になされているかどうかを確認する。
- ② 申請者が支給申請をしていない場合は、自己負担額証明書を申請者に再発行し、送付するとともに、当該証明書の修正があったことを伝え、当該修正後の証明書を基準日医療保険者への申請の際、提出するよう連絡すること。
- ③ 申請者が支給申請を既にしていた場合は、基準日医療保険者に修正した自己負担額証明書を送付し再度計算を依頼すること。また同時に、申請者に対し自己負担額証明書を送付し、修正があった旨及びその理由を伝えること。

また、既に高額介護合算療養費を支給しているときは、当該後期高齢者医療広域連合が支給する高額介護合算療養費の額が変更になるだけでなく、その他の医療保険者や介護保険者の高額介護合算療養費及び高額医療合算介護(予防)サービス費の額も変更となることから、基本的には①及び③と同様の手続をとった上で、被保険者に追加支給又は返還請求することとなる。

(問11)高額介護合算療養費の支給に係る被保険者の所得税の医療費控除の取扱い如何。

(答)

高額介護合算療養費の支給があった場合には、当該支給に係る基準日の属する年の医療費の負担額から控除することとなる。

<高額介護合算療養費関連以外>

(問12) 毎年8月の定期更新時において、被保険者とその属する世帯の全ての世帯員の所得情報等を把握している場合、改めて被保険者に限度額適用・標準負担額減額認定の申請を求める必要があるか。

(答)

定期更新時において所得情報等が把握できる場合は、限度額適用・標準負担額減額認定の申請を省略しても差し支えない。

なお、当該取扱いに係る標準システムの改修については、その内容、時期等について、来年度以降、国保中央会等と検討することとしている。

ただし、限度額適用・標準負担額減額認定証の発行を職権で一律に行うことは、低所得者の心情や費用対効果等を踏まえると必ずしも適切でないと考えられるため、初回の限度額適用・標準負担額減額認定の申請は必要であると考えている。

(問13)一部負担金の負担割合が所得の更正等により遡って変更となった場合、広域連合と被保険者との間での一部負担金の過誤調整において、領収書の添付は必要か。

(答)

各広域連合の会計処理上必要であるか否かを踏まえて判断されたい。

(問14)すでに基準収入額の適用申請を行っている世帯について、次のような事由により一部負担金の負担割合を再判定する際、再度基準収入額の適用申請を求める必要があるか。

- ① 世帯構成が変わらずに、広域連合内で転居した場合
- ② 世帯内のすでに基準収入額の適用申請を行っている74歳の方が75歳に到達した場合
- ③ すでに基準収入額の適用申請を行っている方が生活保護の対象となり、被保険者資格を喪失した後に、再度被保険者となった場合

(答)

すでに基準収入額の適用申請が行われており、判定の対象となる方の収入額を把握している場合には、再度の申請は要しない。

ただし、毎年8月の定期判定時や基準収入額適用申請を行っていない方の転入の際などは申請が必要である。

なお、当該取扱いに係る標準システムの改修については、その内容、時期等について、来年度以降、国保中央会等と検討することとしている。

(問15)限度額適用・標準負担額減額認定証の発効期日は、申請のあった日の属する月の初日となっているが、例えば、9月15日に広域連合内のA市からB市に転居した被保険者が、9月25日に減額認定申請を行った場合、転居により保険者番号が変更となるため、9月1日の発効期日の認定証と9月15日の発効期日の認定証をそれぞれ交付する必要があるのか。

(答)お見込みのとおり。

(問16)限度額適用・標準負担額減額認定証の発効期日は、申請のあった日の属する月の初日となっているが、新たに被保険者となった日が前月末日近くである場合、発効期日を申請のあった日の属する月の初日より遡って当該前月末日の資格取得日として適用してよいか。

(答)

そのような取扱いはできない。認定証の交付を受けられなかった理由がやむを得ないものと認められる場合には、高齢者医療確保法施行規則第37条又は第42条の規定に基づく差額支給の特例により対応されたい。

なお、高額療養費の支給、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の減額の取扱いについては、制度の不知等による申請漏れを防止する観点から、文書その他の方法をもって、その趣旨、申請手続等について、特に新たに被保険者になった方等に対し、周知徹底に努められたい。

(問17)高額療養費の支給申請がない被保険者について、職権で低所得者Ⅱ又はⅠに該当するか否か確認しても良いか。

(答)

高額療養費の支給については、支給対象となる被保険者に対し通知を行うことは制度の不知等による申請漏れを防止するための一つの有効な方法であると考えている。

そのため、あらかじめ被保険者等の所得情報等を把握するために市町村に確認することは差し支えない。

(問18)基準収入額適用申請の制度創設の趣旨について伺う。

(答)

一般に後期高齢者医療の被保険者の負担は、その所得や医療費の水準を考慮して現役世代より軽減することとしているものの、現役世代の平均的な負担能力と同程度以上の負担能力のある者については、世代間の負担の公平を図る観点から、応分の負担を求めるという考え方にに基づき、高齢者医療確保法施行令第7条第1項により地方税法の規定に基づき計算した所得額が、同条第2項に規定する145万円以上であるか否かを基準としているところである。

しかしながら、税法上の控除の関係から、例えば、夫婦ともに無年金で夫の給与収入のみの世帯など、給与収入と年金収入の両方を有する世帯に比べて収入額が少ないにも関わらず所得額が145万円を越える場合が生じうる。そのため、所得額が145万円以上であっても、所得額が145万円となる標準的な世帯の収入額として高齢者医療確保法施行令第7条第3項各号に規定する収入額に満たない被保険者については、救済措置として同条第2項の規定を適用しないこととしたものである。

(問19)一部負担金の負担割合の判定の基準である課税所得145万円、基準収入額383万円・520万円の根拠は何か。

(答)

課税所得145万円は、現役世代の平均的な収入額から諸控除を差し引くことで、現役世代の平均的な課税所得を算出したものである。

基準収入額383万円・520万円は、課税所得145万円となる標準的なモデル世帯の収入額について、高齢者夫婦二人世帯及び高齢者単身世帯に分けて、課税所得145万円に諸控除を足し上げて算出したものである。

(問20)市町村民税について、課税される税額(均等割額)はあるが、所得割額に係る控除不足額を充当したために徴収する金額がない者又は当該控除不足額が還付されるような者については市町村民税非課税として取り扱ってよいか。(市町村民税配当割・株式等譲渡所得割に係る控除の取扱いに関する照会。)

(答)

市町村民税非課税としては取り扱わない。

(問21)A広域からB広域の住所地特例対象施設に入所した75歳の甲と74歳の乙について、74歳の方は高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第3項第2号に規定する加入者として基準収入額適用申請の対象となるか。

(答)

お見込みのとおり。

(問22)前問の乙が75歳に達したときは、乙はB広域の被保険者となるが、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第3項第1号に規定するその属する世帯の他の被保険者として基準収入額適用申請の対象となるか。

(答)

対象とならない。

(問23)75歳に到達するAさんの世帯にいる他の後期高齢者医療の被保険者が一人いる場合で、Aさんが75歳に到達する前に他の被保険者が死亡したとき(月の初日を除く。)は、当該世帯の月初日の負担区分を適用するのか。それとも75歳に到達するAさんの所得に応じて判定するのか。

(答)

75歳の誕生日からAさんの所得に応じた新たな負担区分を適用することとなる。

別紙

(問24)一部負担金の負担割合が所得の更正等により遡って変更となった場合、時効の範囲内で過誤調整を行うこととなるが、その時効は、不当利得による過誤調整を行うものであるため、高齢者の医療の確保に関する法律第160条第1項の規定の適用は受けず、一般法である地方自治法第236条第1項の規定により5年であり、時効の起算日は、保険医療機関が療養の給付を取り扱った日の翌日で良いか。

また、時効の範囲内は過年度分の所得情報を市町村から提供を受けることとして良いか。

(答)
お見込みのとおり。

(問25)平成20年9月9日の与党PTとりまとめに基づき、平成20年4月に遡及して「75歳到達月の自己負担限度額の特例」による高額療養費相当額と既に支給済み的高額療養費との差額を「一時金」として支給することとなっているが、その「一時金」の税法上の取扱い如何。

(答)
関係省庁と協議予定であり、おってその取扱いについてお知らせする。

(問26)入院中に治療用装具を装着等した場合、それに係る療養費の支給において、入院扱いとするのか、外来扱いとするのか。

(答)
採型・採寸する時期により区別し、入院期間中のものは入院扱いとなり、それ以外は外来扱いとなる。

(問27)資格証明書の交付について、例えば「被保険者均等割軽減世帯に属する被保険者については交付しない」としたとき、高齢者医療確保法施行規則第16条に規定する特別の事情に関する届出を全ての対象者から提出してもらう必要があるのか。

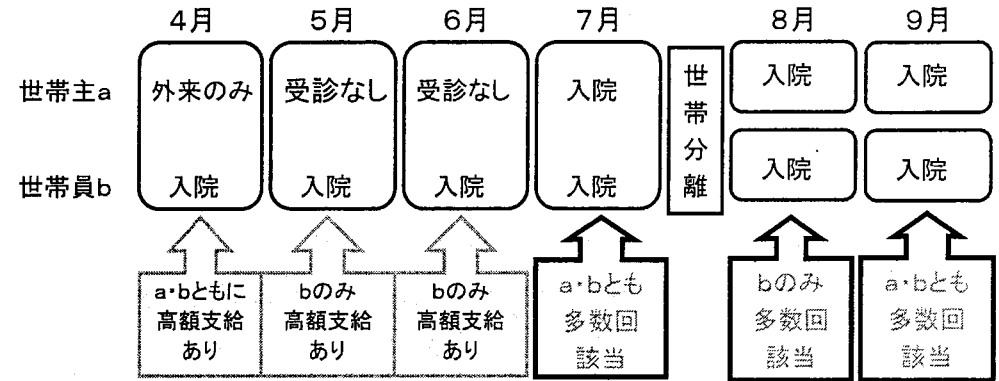
(答)
特別の事情に関する届出については、公簿等によって当該事情を確認することができるときは、届出を省略させることが出来るよう、現在、省令改正を含め検討中である。

(問28)多数回該当の適用の考え方について伺う。

(答)
高額療養費における多数回該当の適用については、被保険者が療養のあった月に属する世帯の長寿医療被保険者それぞれについて、療養のあった月以前の12月以内に高額療養費(高齢者医療確保法施行令第14条第1項に規定する世帯合算による高額療養費又は同条第2項に規定する75歳到達月の自己負担限度額の特例による高額療養費に限る。)が支給されている月数をカウントすることにより判定することとなる。

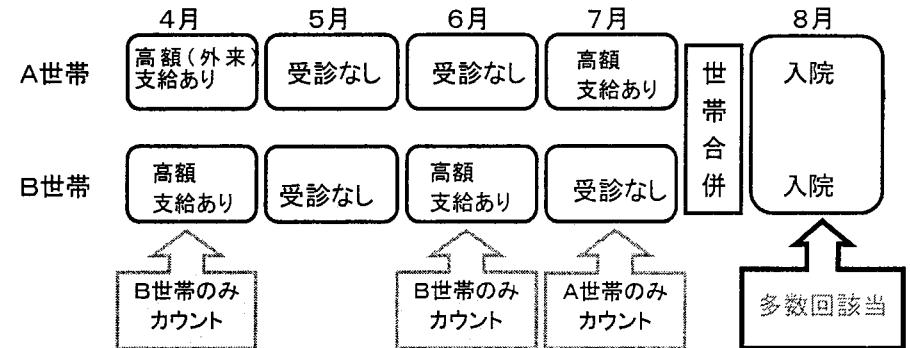
※具体的なイメージは別紙のとおり。

被保険者aと被保険者bの属するA世帯が、8月から世帯分離したケース



※ 3月以前は1年間a・bとも受診なしとする。

被保険者aの属するA世帯と被保険者bの属するB世帯が、8月から世帯合併したケース



※3月以前は1年間aもbも受診なしとする。

<全国会議用疑義照会>

(問29)盗難等による被保険者証の再交付時、再交付した被保険者証であることを明確にするため、被保険者番号表示部を一桁増やし、通常の8桁の数字の後にA、B、C・・・等記号を表示するよう広域連合ごとでカスタマイズすることは可能か。

(答)

被保険者番号については、平成20年3月24日保総発第0324008号「後期高齢者医療における保険者番号及び被保険者番号の設定について」でお示ししているとおり、被保険者区分7桁及び検証番号1桁の計8桁の算用数字を組み合わせたものとするとしている。

なお、保険医療機関等において混乱が生じないよう、被保険者証に記号等を記載することは差し控えられる。

(問30)平成20年12月17日付け「高額介護合算療養費の取扱通知(案)について」を情報提供いただいたが、システムの内容、今後のスケジュールも含め、市町村、広域連合、国保連合会の具体的な事務処理内容や流れについてお示しいただきたい。

(答)

高額介護合算療養費に関する事項については、平成20年6月30日老発第0630002号・保発第0630001号「健康保険法施行令等の一部を改正する政令等の施行について」のほか、平成21年2月6日に「後期高齢者医療制度における高額介護合算療養費の支給等の事務の取扱いについて」及び本Q&Aによりお示したところであり、疑義等については、今後も随時Q&Aなどにより回答していくこととしている。

また、標準システムにおける対応については、平成21年1月23日にスケジュール、処理概要等が標準システムヘルプサポートサイトに掲載されたところである。

なお、介護保険については、平成21年1月16日老介発第0116001号「高額医療合算介護サービス費等の支給の運用等について」が発出されているところである。

(問31)長寿医療制度は75歳の誕生日から資格取得としていますが、今後、誕生月の翌月に資格取得とする等の見直しの予定はないか。

(答)

長寿医療制度は、75歳以上の方等を対象とした独立の医療制度であることから、当然にその75歳の誕生日から被保険者資格を取得し、給付を受けることとしたものであり、現時点で当該取扱いを変更する予定はない。

(問32)年齢到達の考え方について、介護保険と異なっているが、今後、統一する考えはないか。

(答)

長寿医療制度は、その円滑な施行のために、従前の老人保健制度と同様に、75歳の誕生日から資格取得することとしたものであり、現時点で当該取扱いを変更する予定はない。

(問33)今後、資格証明書を交付しない分、短期証の交付割合が増加することになると思われるが、標準システムによる一括交付及び一括管理等が出来る仕様を考えているか。

(答)

短期証の交付対象者について、標準システムによる一括での当該証の打ち出しが可能かどうか、現在、国保中央会等と調整中である。

なお、滞納被保険者との納付相談の機会の確保のためにも、打ち出した短期証を一括で交付することは適切でない。

(問34)広域外異動時については、転入者が住所地特例で転入したのか、あるいは、一般の転入なのか、毎回事町村において確認している状況であり、広域連合間でのルールを国として提示していただきたい。

(答)

平成20年12月の「長寿医療制度」等都道府県ブロック会議資料のP98でお示ししているとおり、長寿医療制度における住所地特例は、従前の老人保健制度における住所地特例と同様の趣旨・仕組みとなっており、基本的には老人保健制度及び国民健康保険制度における取扱いを参考にして運用していただきたい。

(問35)高齢者医療確保法第92条の規定により、葬祭費についても一時差し止めができるか。

また、一時差し止めを行うことについての統一的な基準を例示する予定はあるか。

(答)

葬祭費についても一時差し止めることは可能である。

また、当該基準については、資格証明書の運用基準に準じて各広域連合で統一的な運用基準を設けていただきたい。

(問36)食事療養標準負担額について、低所得者Ⅱと判定された方が入院日数90日を越えた際の長期該当の手続きを市町村窓口で行うことは、入院中の被保険者にとっては負担であり、また手続きが煩雑として、申請をされない場合もある。

入院日数が90日を越えた場合については、広域連合において職権で長期該当とする等の制度改正が必要と考えるが、その予定はないか。

(答)

平成20年12月の「長寿医療制度」等都道府県ブロック会議資料のP98でお示ししているとおり、長期該当に係る入院日数について、他の医療保険制度における入院日数を算定に含めることとした場合、

①長寿医療制度の給付費が増加する

②他の医療保険制度における入院日数を把握するためのシステム改修等が必要

といった問題があることから、今後、各広域連合、他の医療保険者など関係機関の意見を伺いながら、当該取扱いの見直しの是非について検討することとしており、広域連合が職権で長期該当とすることの是非についても、当該見直しと併せて検討することとしている。

【保険料・特別徴収関連】

(問37)旧老人保健法制度の下においては、「移送費の支給の取扱いについて（平成6年9月9日老企第236号）」課長通知において、移送費が支給される標準的な事例が示されていたが、同通知は老人保健法施行規則が平成20年4月1日に廃止されたことにより、失効したものと理解している。

高齢者の医療の確保に関する法律における移送費の取扱いについても、老人保健法と同様に国の支給基準を文書でお示しいただきたい。

(答)

移送費の支給の要件については、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第59条に規定するとおりであり、国民健康保険及び老人保健制度における取扱いを参考にしつつ、適切に判断されたい。

(問1)市町村において算定した仮徴収額について広域連合の決定として、市町村で広域連合長名義の仮徴収額決定通知書を作成し送付することになっているが、広域連合で算定しないにもかかわらず、広域連合長名義の通知書を送付する必要があるのか。

(答)

4月から8月までの間に新規に特別徴収が開始となる被保険者に係る暫定賦課額については、前年度の保険料額を基に便宜的に市町村が算定することとしている。しかしながら、保険料の賦課額については、本来は広域連合が算定し、被保険者に対し通知すべきものであることから、広域連合長名義の仮徴収額決定通知書を送付することとなる。

(問2)前年度から継続して4月以降も特別徴収を行う被保険者に対して、特別徴収開始通知書を送付する市町村があるが、その場合でも広域連合名義の仮徴収額決定通知書を送付する必要があるか。

(答)

前年度から継続して特別徴収が行われる被保険者に対する特別徴収額の通知については、高齢者の医療の確保に関する法律第110条において読み替えて準用する介護保険法第140条第4項において通知があったとみなす旨が規定されていることから、仮徴収額決定通知書についても送付しないこととして差し支えない。

なお、平成20年12月22日付の事務連絡でお示したとおり、前年度の確定賦課時に送付した特別徴収開始通知に4月から8月までの間の仮徴収額を記載していない場合は、被保険者の理解の下に円滑な徴収を図る観点から、市町村からの「お知らせ」を、送付することにより周知を行っていただきたい。

(問3)平成21年度の広域連合長名義の仮徴収額決定通知書の様式は、平成20年度の仮徴収額決定通知書の様式と同様の様式でよろしいか。

(答)

いずれも、平成20年度分の保険料額の算定根拠を示すものであり、差し支えない。

(問4)8月に特別徴収が開始となる被保険者への当該特別徴収に係る通知を、10月から翌年2月までの特別徴収に係る通知に8月の徴収額を含めることにより、送付しないこととすることは可能か。

(答)

4月から8月までの間に特別徴収（仮徴収）を行う際の徴収額（支払回数割保険料額の見込額）と10月から翌年2月までの間に特別徴収を行う際の徴収額（支払回数割保険料額）とは、算定の根拠が異なるため、それぞれについて通知が必要となる。

なお、8月分の特別徴収の開始依頼を6月に行った後、当該特別徴収に係る通知の送付を止めておき、7月上旬までに行われる確定賦課に係る「保険料額決定通知書」等とともに送付することは差し支えない。

(問5) 平成21年4月から特別徴収が開始される場合、介護保険料との1/2判定は、いつの時点の介護保険料と行うこととなるのか。

(答)

高齢者の医療の確保に関する法律施行令第23条第1号の規定から、4月に徴収されると見込まれる長寿医療制度及び介護保険の保険料額の合計額に基づき1/2判定を行うこととなる。

(問6) 10月から翌年2月までの間に行われる特別徴収が中止となった場合においては、市町村長名義の「特別徴収中止通知」を被保険者へ送付するのみで、広域連合長名義の「保険料額変更決定通知」は送付しないが、4月から8月までの間に行われる特別徴収が中止となった場合においても、同様の取扱いでよいか。

(答)

4月から8月までの間に行われる特別徴収を中止した場合においては、普通徴収に切り替えるものではなく、当該期間の暫定賦課額の一部は徴収されないこととなることから、市町村長名義の「特別徴収中止通知」とともに、広域連合長名義の「仮徴収額変更決定通知」の送付についても行う必要がある。

<全国会議用疑義照会>

(問7) 年金保険者が発行する源泉徴収票の「社会保険料の金額」欄には、介護・国保・後期高齢の制度ごとの保険料額内訳は記載されていないため、被保険者から市町村に対し、源泉徴収票の記載内容に関する問い合わせが多く寄せられています。

被保険者が高齢であることを配慮し、今後、当該年金保険者及び関係機関に対し、源泉徴収票における保険料額の制度ごとの内訳記載の実施に向け、所要の調整を図っていただきたく、お願い申し上げます。

(答)

年金保険者等に対してご要望があった旨を伝えたい。

(問8) 保険料の支払い方法により、社会保険料控除の適用関係に変化が生じることについて、被保険者に支払方法変更手続きを求めるより、介護保険を含め、特別徴収分についても本人以外の方が社会保険料控除を受けることができるよう、税申告の取扱いの変更を検討、調整することが必要と考えますがいかがでしょうか。

(答)

先般の政令改正により、特別徴収から口座振替への変更が可能となったことから、一定の対応はできていると考えている。社会保険料控除の適用については、今後も関係省庁と取扱いについて協議していきたい。

(問9) 域外転出者の保険料還付の際に転出先市区町村へ現況確認を行います。この際の情報収集の根拠は高齢者の医療の確保に関する法律第138条第3項でよろしいでしょうか。

(答)

保険料の還付は徴収業務に付随するものであることから、高齢者医療確保法第138条第3項の規定は、保険料の還付にも適用される。

(問10) 保険料の未納がある被保険者に支給する療養費等から保険料未納額への充当ができると、少しでも収納率は向上すると思いますが、如何。

(答)

後期高齢者医療給付の額から滞納している保険料額を控除することができるのは、高齢者医療確保法第92条第3項の場合に限られる。

ただし、納付相談等の結果として、被保険者からの依頼により、療養費等と未納保険料とを相殺することは可能である。被保険者の意思を確認の上、個々に対応していただきたい。

(問11) 保険料収納に関し、H20年度から市町村には新たな事務負担が生じている。厚生労働省の説明では、現在の市町村への地財措置には、納付書作成(印刷製本・通信運搬)経費の措置があるが、普通徴収拡大の特別対策等により、口座振替手数料やその他事務費の市町村負担が当初の見込みより随分重くなっている。市町村に対する助成の増額はあるのか。

【石川県】

(答)

平成20年12月25日付の高齢者医療課長内かんにおいて、地方財政措置のお知らせをしているところですが、21年度の地方財政措置要望については、広域連合や市町村等からの要望や普通徴収の拡大などの高齢者医療制度の見直しに伴い、地方財政措置における積算の見直しを行い、20年度に比べて大幅な増額の要望を行っているところである。

主な項目としては、口座振替手数料の増額、納付書等郵送料の増額等である。

【保健事業関連】

(問1) 国保連合会等に健康診査に係る費用決済の代行を委託する際の委託料は補助の対象となるのか。

(答)

健康診査事業に対する補助金は、健康診査を行うために直接必要な経費の補助であることから、国保連合会等への費用決済の代行業務の委託料は、補助の対象とならない。(特定健診の負担(補助)金の交付基準と同様の取扱い。)

(問2) 健康診査の結果データの管理システムの構築経費や集計用ソフトの導入に要する経費は補助の対象となるのか。

(答)

健康診査事業に対する補助金は、健康診査を行うために直接必要な経費の補助であることから、データ管理システムや集計用ソフトの導入に要する経費は補助の対象とならない。(特定健診の負担(補助)金の交付基準と同様の取扱い。)

(問3) 健康診査を実施した後の情報提供のための資料や、受診勧奨のための広報・普及啓発用の資料(パンフレット等)の作成に要する経費は補助の対象となるのか。

(答)

健康診査事業に対する補助金は、健康診査を行うために直接必要な経費の補助であることから、健康診査の受診者に対する情報提供のための資料に係る経費は補助の対象となるが、受診勧奨の広報や普及啓発用の資料(パンフレット等)の作成に要する経費は補助の対象とならない。(特定健診の負担(補助)金の交付基準と同様の取扱い。)

(問4) 健康診査の実施のための医用機器の購入費や、実施者に対する研修に要する経費は補助の対象となるのか。

(答)

健康診査事業に対する補助金は、健康診査を行うために直接必要な経費の補助であることから、健康診査の実施のための医用機器の購入費や、研修経費は補助の対象とならない。(特定健診の負担(補助)金の交付基準と同様の取扱い。)

(問5) 特定健診の実施年度に75歳に達する方について、当該年度に既に特定健診を受診している場合、長寿医療制度の健康診査の対象となるのか。

(答)

長寿医療制度の健康診査の目的は、生活習慣病の早期発見により、医療につなげ、重症化予防を重視することであり、当該年度に特定健診を受けている方については、当該健診によりその目的を果たせることから、原則、長寿医療制度の健康診査の対象としない。

そのため、健診実施にあたり、受診券発行等の際に上記事項を被保険者に周知していただくこととなるが、それでも被保険者から申出がなかったため、当該年度において既に特定健診を受診した方であることが判明せず、長寿医療制度の健康診査を受診した場合、国庫補助の対象となる。

高齢者医療制度見直しの視点

神奈川県立保健福祉大学 山崎 泰彦

I 見直しに当たっての現状認識

- ・ 施行時の混乱(事務レベルの問題と情緒的・感情的な議論)はかなり收拾・沈静化したのではないか。世論調査では、「制度の存続」または「細部を見直して存続」が多数で、特に高齢者層においてその傾向が強い。
- ・ 現行制度には、10年にも及ぶ議論を経て、利害関係団体が互いに譲歩しつつ合意を得たという価値がある。その意味では、当面の見直しに当たっては、現行制度の基本的枠組みを前提にした微調整にとどめるべきではないか。
- ・ 近年、国民の間で医療に対する不満が高まっているが、その相当な部分は医療費(診療報酬)の過度な抑制に起因するものであって、高齢者医療等の医療保険制度の枠組みの問題とは区別して考えるべきではないか。(以下は微調整に向けての視点である。)

II 被用者保険の高齢者医療拠出金の算定方法

- ・ 老人保健制度の廃止を求めた最大の勢力である健康保険組合の十分な支持が得られていない。健保連は前期高齢者医療に対する拠出金の増加による組合の財政圧迫を問題にしている。その典型が西濃運輸等の一部の組合の解散である。

- ・ 問題は 1,500 余の健保組合間で著しい格差があること。保険料収入に対する高齢者医療拠出金の割合が 60%以上になる組合がある一方で、20%に満たない組合もある(平成 20 年度予算)。その主な原因は、拠出金が組合の財政力を一切考慮しない、被扶養者を含む加入者数に応じた負担であることにある。ちなみに、加入者 1 人当たり総報酬額には、最高 527 万円から最低 169 万円の幅(3.1 倍)があるから、他の条件が等しければ拠出金の割合に 3.1 倍の格差が生じることになる。極めて逆進的な拠出金負担である。
- ・ しかしながら、前期高齢者医療拠出金には合理的な要素もある。それは老人保健制度と同様に、医療費水準は調整対象外とした上で、高齢者の加入率を調整していることで、疾病予防等による高齢者医療費の適正化とか、高齢者雇用の促進による拠出金の軽減など、保険者努力に対するインセンティブが確保されていることである。
- ・ 以上のことを考慮すると、現行の前期高齢者医療拠出金の合理性を残しつつ、被用者保険の保険者に限定して、高齢者医療拠出金について総報酬額に応じた按分負担の要素を組み込むという見直しを行うべきではないか。ただし、この場合、現行の退職者医療制度と同様に、総報酬按分にするものの論理的帰結として、協会健保に対する高齢者医療拠出金に係る国庫負担は廃止される。
- ・ 一方、この見直しについては、上記のような形での法律改正によらず、組合主義を推進するという観点から、健康保険組合が自ら現行の組合間の財政調整事業を拡大・本格化するという対応もありうる。将来的な課題として、前期高齢者医療に対する公費負担増がありうるとしても、まずは総報酬額按分の要素を組み込み、組合間の調整を進めるのが先決ではないか。

Ⅲ 国保・高齢者医療の保険者の単位

- ・ 同じ地域保険でありながら、国保は市町村保険者で、高齢者医療は都道府県単位の広域連合になっているのは、75歳を境に保険証が変わることによる煩雑さや感情的問題等があるばかりか、理論的にも説明できない。地域でサービスの提供と利用が完結する医療の特性と実態からすれば、保険者の単位は通常の医療需要がほぼ充足される第二次医療圏(358)が最適である。したがって、長期的な将来展望としては、第二次医療圏を基本にした広域連合を設立するか、さらなる市町村合併の推進を待つことになろう。
- ・ 有力な提案として、国保を都道府県単位化し、これに後期高齢者医療を統合する「舛添厚生労働大臣私案」があるが、これには問題が多い。医療費の実態(老人医療費や年齢構成を補正した実質医療費)は町村のほうが低く、都市部のほうが高い。収納率も町村が高く、都市部が低い。その結果、大都市部ではやむなく一般会計からの繰り入れによって収支の均衡を図っている。総務費の割合も保険者規模による差は見られず、大都市の規模の経済も働いていない。

国保の市町村規模別比較(平成18年度)

	1人当たり老人 医療費(円)	保険料(税) 収納率(%)	一般会計法定外 繰入金割合(%)	総務費割合 (%)
市 計	845,946	90.02	3.2	1.6
15 大都市・政令市	915,875	87.82	6.4	1.8
10 万人以上の市	865,516	89.75	2.3	1.4
5~10 万人未満の市	821,143	90.39	2.5	1.5
5 万人未満の市	798,216	91.92	1.6	1.6
町 村	789,447	93.51	1.2	1.7
合 計	836,660	90.39	3.0	1.6

(資料)国民健康保険中央会等「国民健康保険の実態」

- ・ 以上の実態からすれば、国保の問題はむしろ大都市のほうが深刻である。逆に、構造的問題についてきちんと支援すれば、むしろ町村国保のほうが健全経営が可能になる。都道府県単位になれば、医療費が高く、収納率が低い都市部と、医療費が低く、収納率が高い町村部の財政が共同化されることになり、効率性が低

下し、受益との関連で見れば不公平も拡大する。不均一保険料の設定はこの問題への一つの対応であろう。

- ・ 医療の実態、あり方からすると、後期高齢者医療は介護との連携も必要になる限りなく地域に密着したサービスである。一方、現役世代の医療はより広域的であるが、しかしその場合でもほとんどは第二次医療圏で完結する。その意味でも、当面の高齢者医療や国保制度の見直しに当たっての軸足は市町村に置くべきであろう。
- ・ 国保の問題は、財政の問題と行政(事務)の問題に分けて考えるべきである。小規模保険者ではリスク分散が図れないという問題については、共同事業や再保険を強化すればよい。小規模市町村では、高齢者が多く医療費が嵩むとか、低所得者が多く負担能力が乏しいという問題については、制度間の調整や国保制度内の調整交付金で対応できる。しかし、行政力の問題は如何ともしがたい。課題は行政力の乏しい市町村をどのように支援するかということ。これは国保だけではなく、行政全般に及ぶ課題である。この問題に対しては、都道府県による支援の強化のほか、国保連による事務の共同化の一層の推進、小規模町村国保を対象にした広域化さらには都道府県営化などが検討課題になろう。
- ・ そのほか、都道府県の役割としては、市町村や後期高齢者医療広域連合に対する指導監督や三位一体改革で移譲された都道府県調整交付金の配分等による調整機能の強化、都道府県医療費適正化計画の推進状況に応じた診療報酬の特例措置のあり方の検討などが課題であろう。

75歳で線引き 後期高齢者医療

新制度の評価は。山崎 高齢者と現役世代が、高齢者の医療費をどのようにならなければならないのか。山崎 これまでの老人保健制度では、老人医療費の負担を公平化するため、各医療保険制度の間で財政調整を行ってきた。細かい問題点を改善しつつ、当面、この制度を続けていくべきだ。



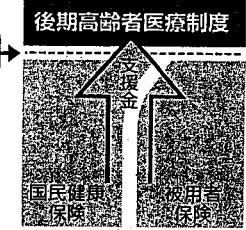
山崎 泰彦氏

4月に始まった後期高齢者医療制度(長寿医療制度)で、75歳以上が若い世代と別建ての制度とされたことが議論を呼んでいる。高齢者の医療費を支える仕組みは、どうあるべきか。

陣論 論客

ポイント

- ① 主に大企業が設けている健康保険組合
- ② 中小企業サラリーマンの政府管掌健康保険
- ③ 自営業者や無職の人などが加入する市町村の国民健康保険



75歳以上の高齢者を各医療保険に加入させたまま、制度間で財政調整を行って

新制度では、75歳以上の保険給付に必要な財源について、1割を高齢者本人の

保険料、4割を現役世代の各医療保険制度からの支援金、残る5割を税でまかなうという負担のルールが明確にされた。

元の高齢者医療制度に引き継がれているのは、あまりにも無責任だ。関係者の合意を得られる、現実的な対策を示すべきだ。



尾形 裕也氏

75歳以上の高齢者が、別建ての制度になっている。尾形 そこが新制度で一番の問題点だ。若い人比べて病気になるやすく、医療費が多かかるとハイリスクなグループを分離して制度を作るというのは、社会保険本来の考

え方を逸脱している。尾形 病気にかなりやすい人も、そうでない健康な人も、幅広く加入させてリスクを分散するのが、本来のあり方だ。高齢化が急速に進む中で、社会のさまざまな制度は、年齢

別建ての制度になっている。尾形 そこが新制度で一番の問題点だ。若い人比べて病気になるやすく、医療費が多かかるとハイリスクなグループを分離して制度を作るというのは、社会保険本来の考

現役と別建て 現実的

は拠出金負担が増え、労使ともに強く反発していた。一方、日本医師会は75歳以上を切り離し、財源の9割を税でまかなう別建てを求めていた。政治的にも与野党ともに改革をいう主張もある。

山崎 確かに、若い若きも、富める人も貧しい人も、同じ制度の中で支え合うのが本来の姿だと思う。だが、日本の医療保険は分立し、高齢者は国民健康保険に、現役世代は健康保険組合などの被用

者保険に偏り、制度間の所得格差もある。このままでは国民健康保険が軽荷で山になってしまう。制度の一本化とか、制度間の徹底した財政調整を求める意見もあるが、関係者

の合意を得るのは難しい。今回の制度改正も、10年以上にわたって議論を続けた末に、やっとこの形に落ち着いた。当面、高齢者に限定して社会連帯の基盤を強化したという

山崎 今の75歳以上と同じように1割を税でまかなう場合、はるかに多くの税財源が必要になる。税制改革による増税が不可欠なので、すぐに対象年齢を65歳まで引き下げることには、現実には難しい。年金からの保険料天引きに、不満の声が多い。

主張し、老人保健制度を支持する政治勢力はなかつた。そこで、高齢者にも応分の保険料を納め、国民健康保険に、現役世代は健康保険組合などの被用

山崎 確かに、若い若きも、富める人も貧しい人も、同じ制度の中で支え合うのが本来の姿だと思う。だが、日本の医療保険は分立し、高齢者は国民健康保険に、現役世代は健康保険組合などの被用

者保険に偏り、制度間の所得格差もある。このままでは国民健康保険が軽荷で山になってしまう。制度の一本化とか、制度間の徹底した財政調整を求める意見もあるが、関係者

の合意を得るのは難しい。今回の制度改正も、10年以上にわたって議論を続けた末に、やっとこの形に落ち着いた。当面、高齢者に限定して社会連帯の基盤を強化したという

山崎 今の75歳以上と同じように1割を税でまかなう場合、はるかに多くの税財源が必要になる。税制改革による増税が不可欠なので、すぐに対象年齢を65歳まで引き下げることには、現実には難しい。年金からの保険料天引きに、不満の声が多い。

尾形 裕也氏

「エイジズム」の制度は、賢明な政策選択と思えない。年齢で区切るとどうなるか。尾形 以前の老人保健制度でも、各医療保険制度が高齢

者への費用を負担していた。ただ、各制度には、若い世代だけでなく高齢者も加入していたので、今回の制度と比べれば、まだしも理解を得やすかった。新制度では若い加入者が「自分たちの制度に

75歳以上の人がまったく加入していないのに、なぜ後期高齢者医療制度に多額の支援金を払わなくてはならないのか。尾形 高齢者の負担はこれ

からさらに増えるが、若い世代の負担が増える。今後は支援金の支払いがかさみ、現役

尾形 日本が手本にしてきたドイツやフランスなど、国民の大多数が対象となる本格的な医療保険制度を採用している国には、年齢で制度を区切っているところはない。

世代間対立強まる恐れ

尾形 裕也氏

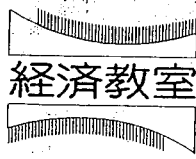
「エイジズム」の制度は、賢明な政策選択と思えない。年齢で区切るとどうなるか。尾形 以前の老人保健制度でも、各医療保険制度が高齢

者への費用を負担していた。ただ、各制度には、若い世代だけでなく高齢者も加入していたので、今回の制度と比べれば、まだしも理解を得やすかった。新制度では若い加入者が「自分たちの制度に

75歳以上の人がまったく加入していないのに、なぜ後期高齢者医療制度に多額の支援金を払わなくてはならないのか。尾形 高齢者の負担はこれ

からさらに増えるが、若い世代の負担が増える。今後は支援金の支払いがかさみ、現役

尾形 日本が手本にしてきたドイツやフランスなど、国民の大多数が対象となる本格的な医療保険制度を採用している国には、年齢で制度を区切っているところはない。



七十五歳以上の後期高齢者を対象にした新たな医療保険制度の保険者は市町村しかありません。国・都道府県による重層的な支援体制が必要である。また、保険医療機関の指定や診療報酬の決定など医療に関する権限を国から地方に移譲していくべきである。

基本方針は 妥協の産物

来年度の医療保険制度改革に向けて、社会保障審議会の審議が最終段階を迎えている。テーマは、政府が二〇〇三年の「基本方針」で掲げた、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編、診療報酬体系の見直しのこと。本稿では高齢者医療制度の創設を中心に、主

市町村が保険者に

高齢者医療改革

>>>下

な論点と現実を考へる改革の方向について、私見を述べてみたい。
医療保険制度改革論の両極に位置するのが、被用者と自営業者のグループを生産にわたって分離する「突き抜け方式論」と、両者を完全に統合する「一本化論」である。その中間が制度分立を前提とした上での「財政調整論」で、その一つが年齢構成や所得水準など保険者の責任に帰した構造的要因に着目した「リスク構造調整論」である。

これに対して基本方針は、七十五歳以上の後期高齢者については一本人が独立保険を創設し、六十五歳以上七十五歳未満の前期高齢者は年齢階級を並立させるのは、説得力に乏しい。利害調整の可能性と現行制度からのスムーズな移行に配慮した妥協の産物だろう。

基本方針が改革の対象とした独立保険を創設したのは、高齢者医療に絞ったのは理解できる。しかし、七十五歳を境に独立保険と財政調整という異なる制度を並立させるのは、説得力に乏しい。利害調整の可能性と現行制度からのスムーズな移行に配慮した妥協の産物だろう。

筆者は、改革を高齢者医療に限定するのであれば、六十五歳以上を対象とする独立保険(将来的には高齢者介護と統合)が望ましいと考えている。しかし、錯綜(さくそう)した利害関係のもとで実現は困難な状況にある。そこで以下では、基本方針をベースに漸進的改善案を提案したい。

後期高齢者対象の独立保険の成否は、保険者の担い手にかかっている。有力視されているのは市町村だが、全国市長会は一国保・介護保険の保険

象にした公費主体の高齢者として、極めて深刻な者医療制度、民主党と連合は突き抜け方式、国民健康保険関係団体は一本化を目指しつつ当面はリスク構造調整を求めていた。これら隔たりの大きな諸提案に配慮すれば、基本方針のような折衷案にならないを得ない。

また、前回の二〇〇二年改正で、老人医療制度の対象を七十五歳以上に引き上げ、公費負担割合を原則五〇%に拡大するとともに、被用者保険から国保へ財政支援する退職者医療制度の対象を七十五歳未満までに広げた。基本方針は、この流れを徹底するものとする。市町村合併の進展によって、市町村の保険者と

しての基礎は強化される。また、現状でも国保は高齢者の約八割をカバーしており、残る二割を新たに引き受けるにすぎない。第三の保険の創設よりも、後期高齢者として国保の被保険者とするのが現実的だろう。

そのうえで、後期高齢者の医療費の財源は保険料と公費二分の一ずつ負担し、保険料は高齢被保険者のほか、七十五歳未満の者からも「社会連帯的保険料」を求める。高齢被保険者の保険料

は、退職者医療制度を廃止して退職者を自営業者などと同一国保の被保険者とし、被用者保険と国保が加入者数に応じて前期高齢者の医療費を負担する仕組みに改める方向だ。これにより、現行以上に制度間の財政調整が強化される。

所得水準についても保険財源による調整を求め、格差があるが、所得捕捉の格差がある現状では、被用者グループの合意を得ることは困難だろう。被用者保険と国保の所得水準の調整は、従来どおり国庫負担によらざるを得ない。

検査を要するのは被用者保険制度間の調整である。現行の退職者医療制度の拠出金は国庫負担がつかず、被用者保険の各被保険者が報酬総額に応じて負担している。一方、介護保険と老人医療の保険者負担は加入者数に応じて負担されており、政管健保の負担分には国庫負担が配分されている。リスに構造的調整の観点からすると、退職者医療の方式が望ましい。

前期高齢者医療制度の最大の論点は、被用者保険の被扶養者からの保険料徴収の是非であろう。個人単位の後期高齢者医療制度ではすべての高齢者から保険料を徴収する一方、被用者保険の被扶養者である前期高齢者か、都道府県はまったく関与しない。一方、介護保険の事業者の指定は、都道府県と市町村(介護保険法改正後の地域密着型サービス)が行う。医療保険でも地方に権限を移譲するべきではないか。さらに、診療報酬の決定においても地方に裁量権を与えてはどうか。国保や高齢者医療に都道府県の財政負担を求めている割には、権限の移譲が遅れているように思う。

地方に移譲 基本方針では、政管健保の財政運営を都道府県単位とし、年齢構成と所得水準を調整した上で、都道府県ごとに医療費水準を保険料水準に反映させている。保険料率の試算では、最高が北海道、最低が長野になる。これにより、医療保険制度全体がおおむね地域単位に再編され、被用者保険と国保がともに地域で医療と向き合い、保険者機能の強化に向けて連携できる。

やまざき・やすこ 45年生まれ。横浜市立大卒。上智大教授を経て現職。専門は社会保障論

山崎 泰彦 神奈川県立保健福祉大学教授



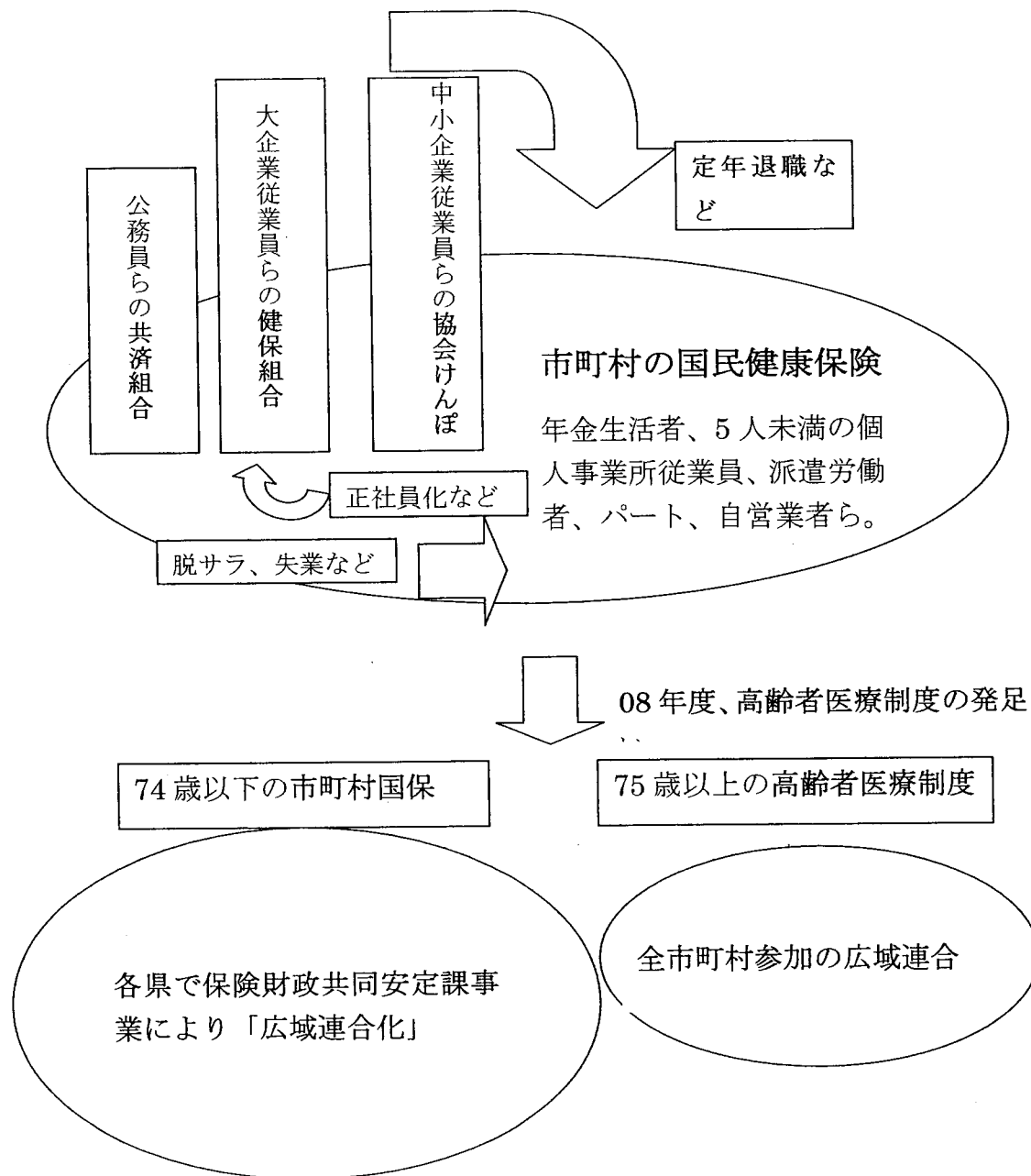
国保の枠内で整備 国・都道府県の厚い支援を

また、今年の国保制度改革で、国保に都道府県負担が導入された。三位一体改革を契機とするものだが、今後は国保の基礎強化と地域医療の充実に向けて、都道府県の積極的関与を求めたい。都道府県は健康増進計画や地域医療計画の策定にかかわっているが、医療提供者との関係における決定的な権限は、保険医療機関の指定・保険料の登録である。現状では、これらの権限は厚生労働相の委任を受けた地方社会保険事務局長にあり、都道府県はまったく関与しない。

地域医療保険の近未来像

宮武 剛

「国民皆保険」のイメージ図



国保は皆保険を支える大地のような存在だが、同じ県内に
75歳を境に、ふたつの地域保険が並存することの是非

21世紀前半・医療は県単位、介護は市町村単位へ

医療は ▲75歳以上は県単位の高齢者医療制度

▲75歳未満も実質的な県単位運営へ

「保険財政共同安定化事業」により医療費月額30万円超は県単位でまかなう（県内医療費の40%が対象、次ページ図）

都道府県国保（あるいは県単位の広域連合）へ再編成できないか



高知県の提案・県内34市町村で広域連合設置

①住民サービスの維持（各市町村の担当職員は広域連合職員を併任）、②行政コストの縮減、③構成団体職員の削減、④事務処理の統一・一元化

難問は保険料の設定

①直接賦課方式 統一保険料で負担の平準化・財政の安定化。

ただし、負担増の市町村が出る、国保料税は採用できない。

②分賦金方式 市町村が独自に保険料・税を定め、広域連合に

分賦金納入を義務付け。市町村の単独事業や保険料の減免も

維持可能だが、財政の安定化は望めない。

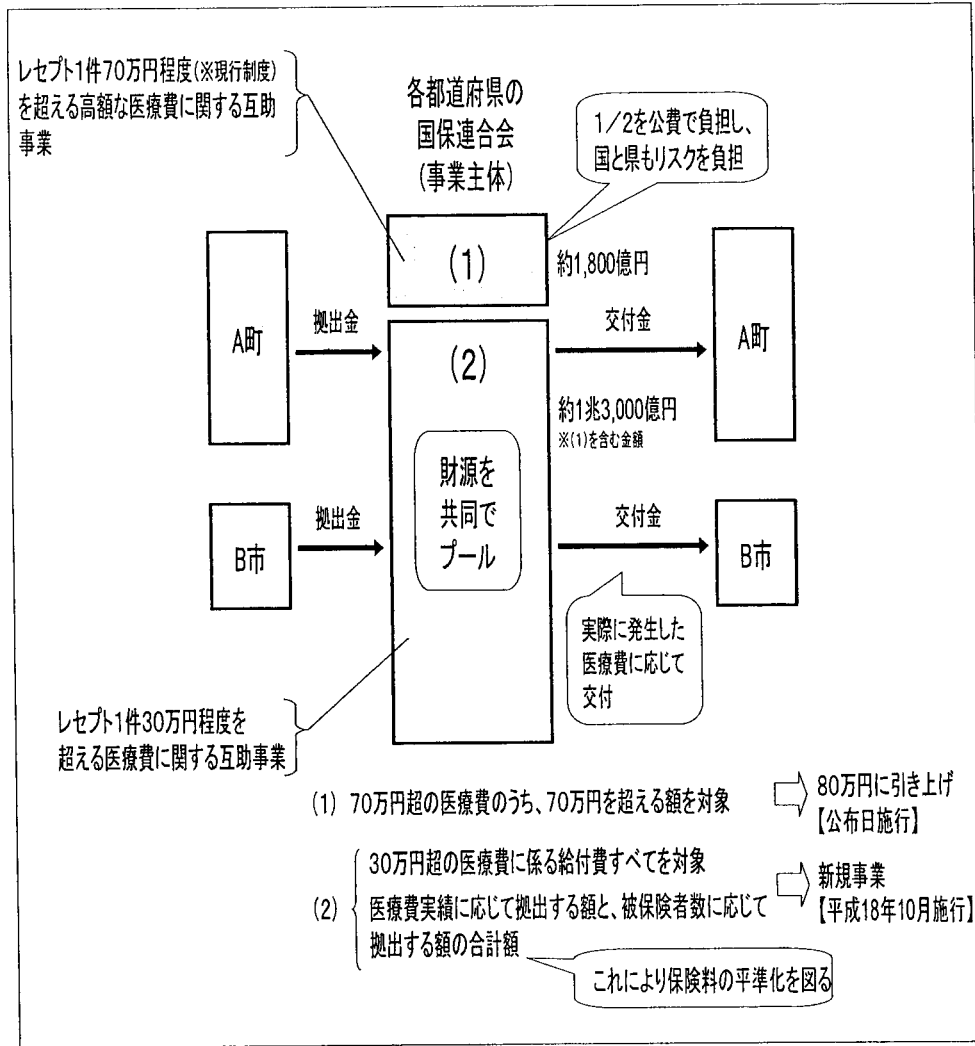
京都府の提案・国保の県単位への一元化について検討開始

保険者となることも検討、診療報酬決定権の一部委譲

全国市長会・国保の県単位への再編統合を検討

将来的な医療保険「一元化」「一本化」への布石

共同事業拡充の内容



拠出金は半額を各市町村が使った医療費に連動させ、
半額を市町村の被保険者数で頭割り（保険料の平準化）、
拠出金増は都道府県の調整交付金で軽減

市町村国保の現状について

1. 保険者数

被保険者数	~5千	5千~1万	1万~5万	5万~10万	10万~30万	30万~	合計
保険者数	639	385	637	88	57	9	1,815

保険者数は平成19年4月1日現在、被保険者数は平成19年度年間平均

2. 一保険者あたりの職員数

役職	課長以上	係長相当職以上	一般職員	嘱託徴収員	レセプト専門員	合計
平均人数	1.4人	3.2人	7.7人	2.0人	0.9人	15.1人
全保険者人数	2,458人	5,877人	13,912人	3,658人	1,619人	27,524人

全保険者人数(平成19年3月末現在)を保険者総数1818(平成19年3月末現在)で除して計算

3. 単年度収支差引額赤字保険者数

年度	16	17	18
赤字保険者数	1,495(59.1%)	1,169(63.7%)	948(52.1%)

法定外の一般会計繰り入れ(平成18年度:約3,600億円)を含めた単年度収支の赤字保険者数

()内は全保険者数に占める割合

高齢者を包含した「都道府県国保」と財政調整

I、保険者 ①都道府県か ②県単位の広域連合か

II、財政構造

①高齢者医療制度をそのまま県単位の国保に吸収・合併。

65～74 歳未満は現状の財政調整（老人保健方式）で

済むか← 健保連等の反発、一定の公費投入？

②原則 65 歳以上にも 75 歳以上と同様の財政調整。介

護保険との整合性あり。財政調整は、例えば保険料 2

割、公費 5 割、支援金 3 割（次ページ図）← 65 歳以上

人口は 2700 万人、1.5 兆円の追加財源が必要

III、保険料 ①直接賦課方式、②分賦金方式、

③直接賦課方式でグループ設定（複数の市町村単位）

IV、医療と介護の連携体制

各県は、すでに医療費適正計画、医療計画、健康増進計画、
平均在院日数の短縮、地域ケア整備構想の策定等を担当、

この 2 次医療圏（日常生活圏で主に入院医療の確保、原則
的に都道府県の範囲）に加え、より身近な医療・介護圏域を
設定して在宅療養・介護の体制を築く必要性あり。

県単位の「国保」

75歳以上との単純な合併案

後期高齢者
約 1300 万人
保険料 1 割、支援金 4 割
公費 5 割

前期高齢者（給付費 5.2 兆円）

約 1400 万人
保険料、納付金、国保と協会けんぽには一定の公費補助

65歳未満

約 3100 万人

65～74歳も同様の仕組み

後期高齢者
約 1300 万人
保険料 1 割、支援金 4 割
公費 5 割

前期高齢者（給付費 5.2 兆円）

約 1400 万人
仮に保険料 2 割、*公費 5 割（総額 2.4 兆円、追加投入 1.5 兆円）、支援金 3 割

65歳未満

約 3100 万人

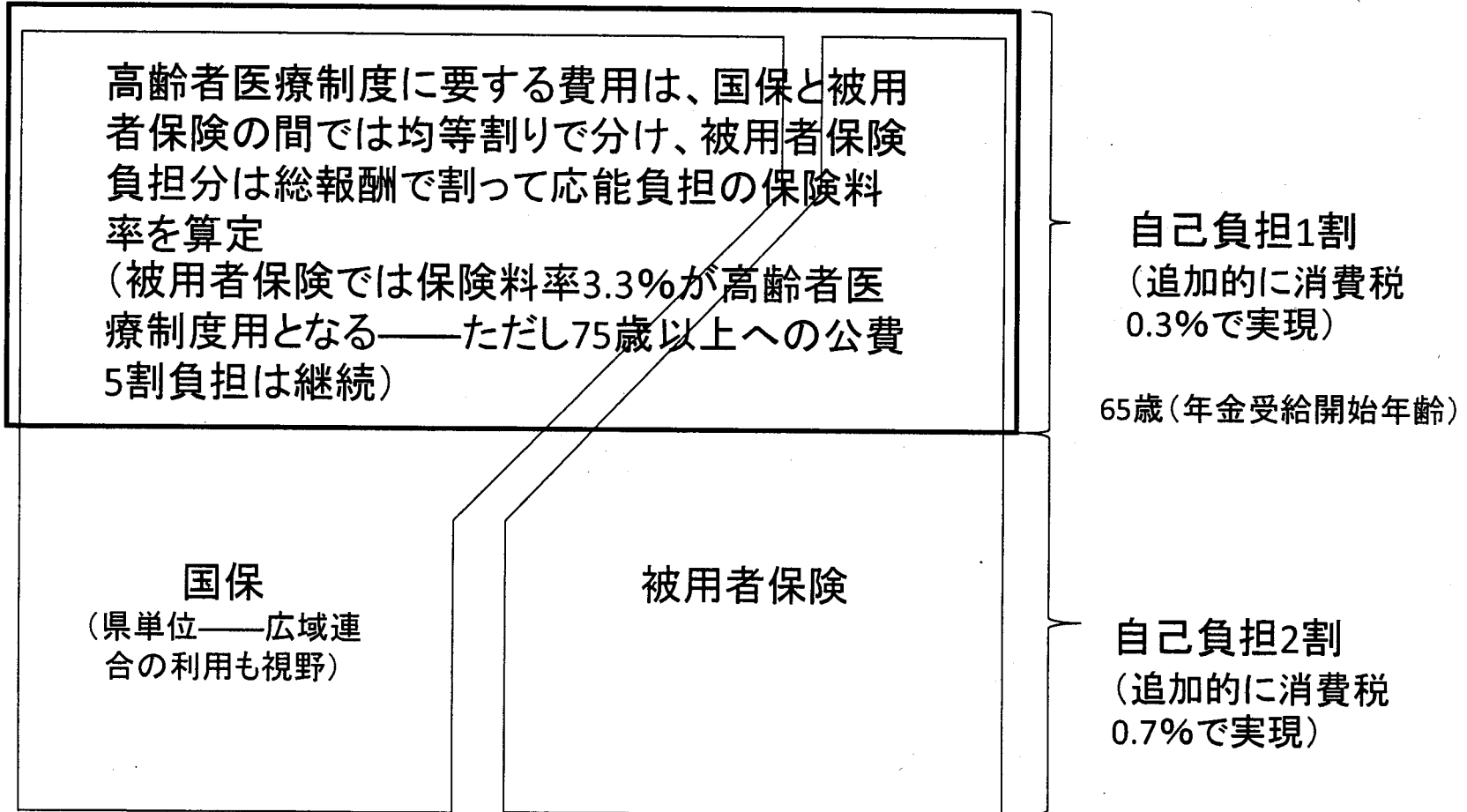
*の公費は、「高齢者医療制度に関する検討会」提出の厚労省による粗い試算（先当りの公費 5 割分で総額 2.4 兆円、このうち現行の国保 47%、協会けんぽ 13%の公費が軽減される計 0.9 兆円を差し引いて追加投入 1.5 兆円）。給付費、前期高齢者数等は 09 年度予算ベース。

2009年3月11日
第6回「高齢者医療制度に関する検討会」
提出資料
(これまでの発言が寄って立つ位置)

慶應義塾大学商学部
教授 権丈善一

目的: 組合健保の保険料率は最高9.62%、最低3.12%である(2007年度)。65歳以上の高齢者にかかる医療費の財政調整部分だけでも被用者保険に応能負担原則を導入することにより、組合健保の解散を回避し、組合健保のメリットをより多くの国民に享受してもらう。とともに、ドイツ被用者保険の医療保険料率は14.6%、フランス13.85%であり、日本の今後の医療保険料率引き上げをスムーズに行うことのできるように、負担力の弱い層に過重な負担が及ばない準備をしておく。

高齢者医療制度



•被用者保険の65歳以上被扶養者に係る割増保険料率を設ける
 協会健保 1.0% 組合健保 0.7%

健康保険組合の保険料率一覧（平成19年度決算見込）

【保険料率下位10組合】

	保険料率 (%)	うち事業主負担分 (%)	うち被保険者負担分 (%)	事業主の負担割合 (%)	被保険者の負担割合 (%)	平均給与月額 (円)
1	31.200	15.600	15.600	50.0	50.0	6,103,734
2	31.200	15.600	15.600	50.0	50.0	2,825,461
3	32.000	16.000	16.000	50.0	50.0	3,557,739
4	42.000	21.000	21.000	50.0	50.0	6,601,378
5	43.500	21.750	14.100	67.5	32.5	6,036,651
6	44.000	22.000	22.000	50.0	50.0	5,733,272
7	44.000	22.000	22.000	50.0	50.0	5,505,243
8	44.000	27.000	16,940	61.5	38.5	12,183,524
9	45.000	27.000	18,000	60.0	40.0	12,303,924
10	45.000	34.000	11,000	75.6	24.4	8,337,896
11	45.000	27.000	18,000	60.0	40.0	8,542,935
12	45.000	22.500	22,500	50.0	50.0	5,203,958

※ 保険料率には、調整係数をあてている。
 ※ 事業主又は被保険者負担割合をいれることで、保険料率を低く設定している組合がある。

【保険料率上位10組合】

	保険料率 (%)	うち事業主負担分 (%)	うち被保険者負担分 (%)	事業主の負担割合 (%)	被保険者の負担割合 (%)	平均給与月額 (円)
1	86.200	53,670	42,530	56.4	43.2	4,555,925
2	86.200	54,690	41,510	56.4	43.1	5,213,539
3	85.930	52,710	43,230	54.9	45.1	5,832,881
4	85.890	50,445	45,445	52.6	47.4	5,187,533
5	85.730	60,490	35,240	63.2	36.8	3,823,252
6	85.640	53,350	42,290	55.8	44.2	3,925,283
7	85.520	60,310	45,310	52.6	47.4	4,345,834
8	85.400	53,220	42,180	55.8	44.2	3,725,180
9	85.380	50,180	45,190	52.6	47.4	3,893,184
10	85.380	60,228	35,132	63.2	36.8	4,026,222

※ 保険料率には、調整係数をあてている。

健康保険組合平均 (1,515組合) 2019年度見込)	
保険料率 (労使平均)	73.08% (事業主: 40.98%, 被保険者: 32.70%)
平均給与月額	5,616,372円

※ 保険料率には、調整係数をあてている。
 ※ 平均給与額は、12ヶ月平均給与額 (円換)

資料1-1

日・独・仏における被用者保険(医療)における
保険料率及び労使負担割合

<p>日本 (2009)</p>	<p>8.2%※1 労使折半</p>
<p>フランス (2008)</p>	<p>13.85% ※2 被用者:0.75%、事業主:13.10% 別途、年金・医療・介護・家族手当を目的とした「一般社会拠出金」として、 労働所得に7.50%賦課(うち医療分:5.29%)</p>
<p>ドイツ (2009)</p>	<p>14.6% ※3 労使折半</p>

※1 全国健康保険協会管掌健康保険の保険料率

※2 民間商工業の被用者、公務員、年金受給者を対象とした一般制度における保険料率

※3 公的医療保険における保険料率

Ⅱ. 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)

<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。

被用者保険の65歳以上被扶養者に係る割増保険料率 第3回配付資料

仮に、65歳以上被扶養者が被用者保険に加入する場合に割増保険料を被保険者本人から徴収すると仮定した場合の割増保険料率を計算。

I. 65歳以上被扶養者の医療給付を賄うために必要な保険料率

- 公費負担は、現行の長寿医療制度と同様の75歳以上の医療給付費に対する5割の公費負担の他、協会健保には、5割公費分を除く医療給付費にも国庫負担(75歳以上分の16.4%及び75歳未満分の13%)を仮定。

	協会健保	組合健保
65歳以上の被扶養者の医療給付費 ①	1.2兆円	0.6兆円
公費負担 ②	0.5兆円	0.2兆円
65歳以上被扶養者を扶養する被用者本人の総報酬 ③	7.6兆円	5.3兆円
割増保険料率(被扶養者1人あたり) (①-②) / ③	9%程度	7%程度

※ 平成18年度健康保険被保険者実態調査の被保険者数及び総報酬並びに平成20年度予算ベースの1人当り医療給付費を基礎とした推計値

II. 長寿医療制度において負担することとなる保険料相当額を割増保険料率とする場合

- 長寿医療制度の均等割保険料の平均額(年額) 41,500円 …… ①
(被扶養者は所得割を負担せず世帯としては軽減世帯に該当しないと仮定)

	協会健保	組合健保
65歳以上被扶養者を扶養する被用者本人の1人当たり平均総報酬 ②	410万円	610万円
割増保険料率(被扶養者1人あたり) ① / ②	1.0%程度	0.7%程度

高齢者の患者負担割合を1割に変更した場合の医療費・医療給付費の変化

- 現行制度で3割負担の65歳以上高齢者の患者負担割合を1割負担に変更した場合の医療費・医療給付費の変化を計算。

・現行制度で3割負担の高齢者 …… 65～69歳の者(長寿医療制度対象者除く)及び70歳以上(長寿医療制度対象者含む)の現役並み所得者

	医療費 〔現行制度で3割負担 の高齢者分〕	医療給付費 〔現行制度で3割負担 の高齢者分〕	実効給付率
変更前	40,400億円	33,100億円	81.8%
変更後	44,500億円	40,900億円	91.9%
増加額	4,000億円	7,800億円 (消費税0.3%)	-

注1: 給付費の変化に伴う受診行動の変化による医療費の波及増(長瀬効果)を見込んでいる。

注2: 変更前の医療費は平成19年度メディアス(概算医療費)ベース。

注3: 実効給付率は、変更前は老人保健の現役並み所得者の実効給付率、変更後は老人保健の一般所得者の実効給付率(平成19年1～12月実績)を用いている。

<医療費の波及増(長瀬効果)とは>

制度的な給付率の変更(=患者負担率の変更)に伴い、1人当たり医療費の水準が変化することが経験的に知られており、この効果を「長瀬効果」と呼んでいる。

例えば、給付率が低くなる(=患者負担が増加する)制度改革が実施されると、受診行動が変化し、受診率が低下したり、1人当たり日数が減少する。

65歳未満の患者負担割合を3割から2割に変更した場合の医療費・給付費の変化(権丈試算)

	医療費	医療給付費	実効給付率
変更前	146,400億円	114,000億円	77.8%
変更後	156,287億円	132,687億円	84.9%
増加額	9,887億円	18,700億円 (消費税0.7%)	-

注1: 給付費の変化に伴う受診行動の変化による医療費の波及増(長瀬効果)を見込んでいる。

注2: 変更前の医療費は、平成19年度メディアス(概算医療費)ベース。

注3: 実効給付率は65歳未満の変更前(政管の70歳未満の実効給付率と国保の実効給付率の平均値:77.8%)と変更後は老人の一般所得者の実効給付率(平成19年1~12月実績:91.9%)の算術平均を用いている。

第2回「医療費の将来見通しに関する検討会」 配付資料「医療費の要素分解」2頁 長瀬効果

1 長瀬効果とは

制度的な給付率の変更に伴い、医療費の水準が変化することが経験的に知られており、この効果を「長瀬効果」と呼んでいる。

例えば、給付率が低くなる(=患者負担が増加する)制度改革が実施されると、受診行動が変化し、受診率が低下したり、1件当たり日数が減少する。

2 制度改革後の医療費の動きの具体例

- 患者数の伸び率(対前年度同期比)の推移を見ると、制度改革後1年間は低くなる。
- しかし、制度改革後1年を過ぎると、患者数の伸び率は従前の水準(ほぼゼロ)に戻る。
- その結果、医療費の伸び率も制度改革後1年間は低くなるが、1年を過ぎると従前の水準に戻る。
- ただし、「戻る」のは伸び率であり、制度改革により減少した延べ患者数や医療費の実額は改革後、他の受診行動の変化がなければ元には戻らない。

3 長瀬式

長瀬効果は、医療費水準 y を給付率 x の関数として示す式(長瀬式)で表現される。給付率の変化による医療費への影響を推定するときには、過去の実績値を基礎としてこの長瀬式を推定し、推定した長瀬式に見込まれる給付率の変化を代入して影響を算出している。

平成14年および平成18年の医療制度改革においては、一般制度では平成9年9月改正の実績、老人保健は昭和58年2月改正～平成9年9月改正の実績を基礎に次の長瀬式を推定している。

$$\text{一般制度} \quad y = 0.475x^2 + 0.525$$

$$\text{老人保健} \quad y = 0.499x^2 + 0.501$$

前期高齢者医療制度への 公費投入の意味を考える上での参考資料

- I 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
 - 2.4兆円の公費投入のうち、国保被保険者保険料の支援に回るのは0.5兆円(11頁資料参照)
- II 前期高齢者医療給付費の財政負担を長寿医療制度と同様にした場合の財源構成の変化
 - 2.4兆円の公費投入のうち、国保被保険者保険料の支援に回るのはほぼゼロ(12,13頁資料参照)

I 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。

II 前期高齢者医療給付費の財政負担を長寿医療制度と同様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割と見込まれることから、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 同様の財政負担 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財政負担とした場合、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。

第5回配付資料「前期高齢者医療給付費の財政負担を長寿医療制度と同様にした場合の
財源構成の変化(12頁)」のポンチ絵(権丈作成)

<前期高齢者医療給付費 5.2兆円(平成21年度予算案ベース)>

