

# 高齢者医療制度について

—後期高齢者医療制度を担う「現場」の視点から—

平成25年4月4日

全国後期高齢者医療広域連合協議会

会長 横尾俊彦

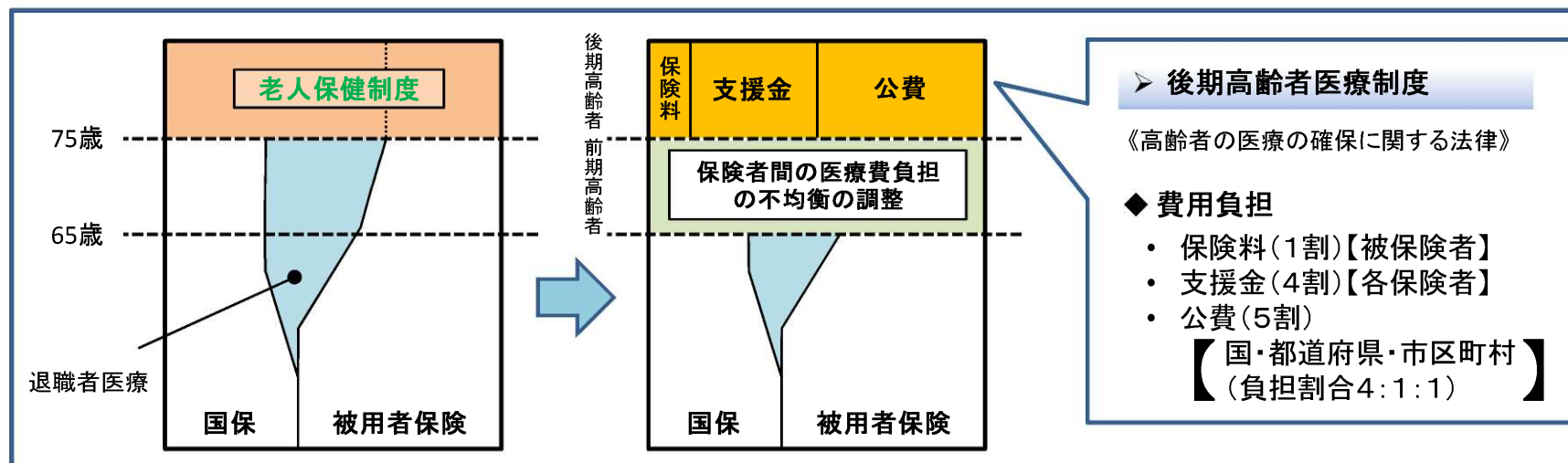
[佐賀県後期高齢者医療広域連合長／多久市長]

# I はじめに

## 1 高齢者に係る新たな医療制度の創設

平成20年4月から、これまでの「老人保健医療制度」から『(前期・後期)高齢者医療制度』へ移行

- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、「高齢世代と若年世代の負担の明確化」等を図る観点から、75歳以上の高齢者（など）を対象とした後期高齢者医療制度の創設。
- 65歳から74歳の高齢者の偏在による「保険者間の負担の不均衡を調整」するため、保険者間の財政調整の仕組みの導入。



- 後期高齢者医療制度の都道府県単位化により、

全47都道府県に広域連合が設置され、運営主体となった。

# I はじめに

## 2 本制度施行時(前・後)の混乱とその対応等

施行当初は、本制度に対する批判が集中し、多くの国民に不安と混乱を生じさせての運営となった。

### 施行時における批判など

- 制度の周知と説明不足
- 制度の名称
- 年齢による区分
- 高齢者自身の保険料負担
- 保険料の年金天引き
- 患者負担
- 健康診査
- 被用者本人の給付と保険料
- 被扶養者の保険料負担 等

### 対応等

- 広報等による周知の徹底
- 市区町村職員による住民説明
- 70～74歳の患者負担の凍結（H20.4月）
- 保険料軽減の特例措置（H20.4月）
- 保険料の納付方法選択制の導入（H21.4月）
- 資格証明書の厳格な運用（H21.10月）
- 人間ドックの費用助成（H21.10月）
- 健康診査の受診率向上対策（H21.10月）
- 75歳以上に着目した診療報酬の廃止（H22.4月） 等

➤ こうした、きめ細やかな対応や制度の見直しが行われたことにより、

現場(被保険者、医療機関、市区町村、広域連合)における当初の混乱は、現在のところ収束している。

# I はじめに

## 3 制度廃止の議論から現在まで

### 高齢者医療制度改革会議

— 《平成21年11月～平成22年12月》 —

#### ➤ 後期高齢者医療廃止後の新たな制度の在り方について検討

##### 最終とりまとめ

- 後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化。
- 加入する制度を年齢で区分することなく、現役世代と同じ制度に加入。
- 国民健康保険の財政運営の都道府県単位化。  
【第一段階】75歳以上について都道府県による財政運営、保険料率の設定。  
【第二段階】全年齢について財政運営の都道府県単位化。

### 社会保障・税一体改革

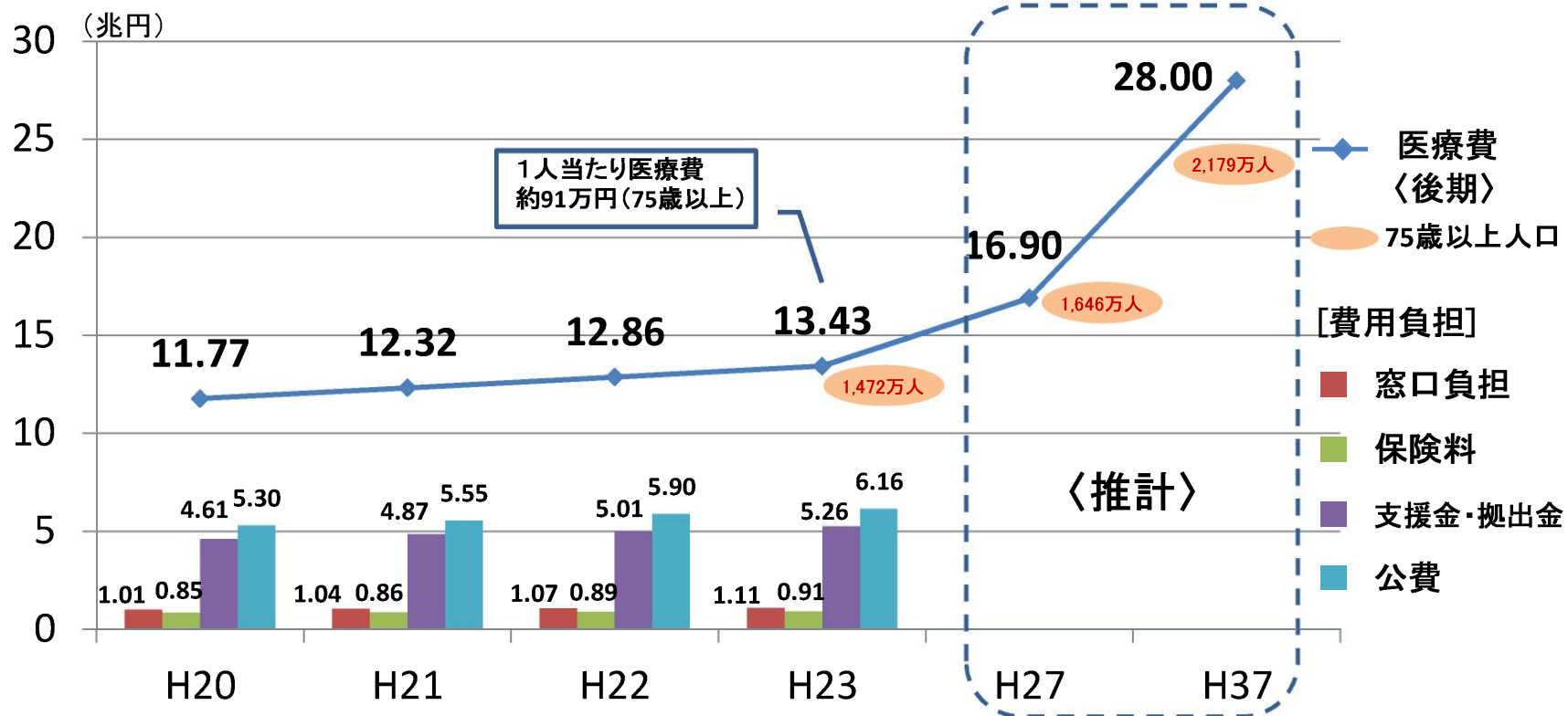
《平成23年 6月》 政府・与党社会保障改革検討本部が「社会保障・税一体改革成案」を決定  
《平成23年12月》 社会保障審議会医療保険部会で「議論の整理」  
《平成24年 2月》 「社会保障・税一体改革大綱」（閣議決定）  
《平成24年 8月》 「社会保障制度改革推進法」成立  
《 現 在 》 【社会保障制度改革国民会議】における議論の対象

#### ➤ 制度施行から5年を経過してもなお、本制度が議論されていることは、

- 制度運営を担う広域連合にとっては忸怩たる思い。
- 制度が安定せず、長期の運営計画を立てることにも苦慮するところ。

## Ⅱ 高齢者医療費と費用負担

### 1 増加する医療費



今後も医療費の上昇が続けば、当然その負担すべき費用（保険料、支援金・拠出金、公費）のすべてが上昇する。このままでは、いずれ負担に耐えられず、医療保険制度の維持は困難となる。

保険者による医療費適正化の努力（レセプト点検、重複頻回受診対策、ジェネリック啓発等）は行うものの、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化を図ることが急務。

## Ⅱ 高齢者医療費と費用負担

### 2 現行制度の費用負担

#### ▶ 費用負担の見直し

現在の費用負担の在り方についても、負担の公平性と制度の安定化を図るため、必要に応じた見直しが必要。

#### ▶ 公平な費用負担

- 後期高齢者負担率については、高齢者と現役世代の「保険料の規模に応じて分担する仕組み」が必要。
- 後期高齢者支援金については、「現役世代が納得する負担割合の仕組みについての検討」が必要。

#### ▶ 特例措置の見直しと安定化

- 後期高齢者医療制度における保険料軽減特例措置については、世代間の公平を考慮した見直しを行った上で、「恒久的な措置」として安定させる必要がある。
- 70歳から74歳までの自己負担割合については、低所得者に配慮した上で本則とすべき。

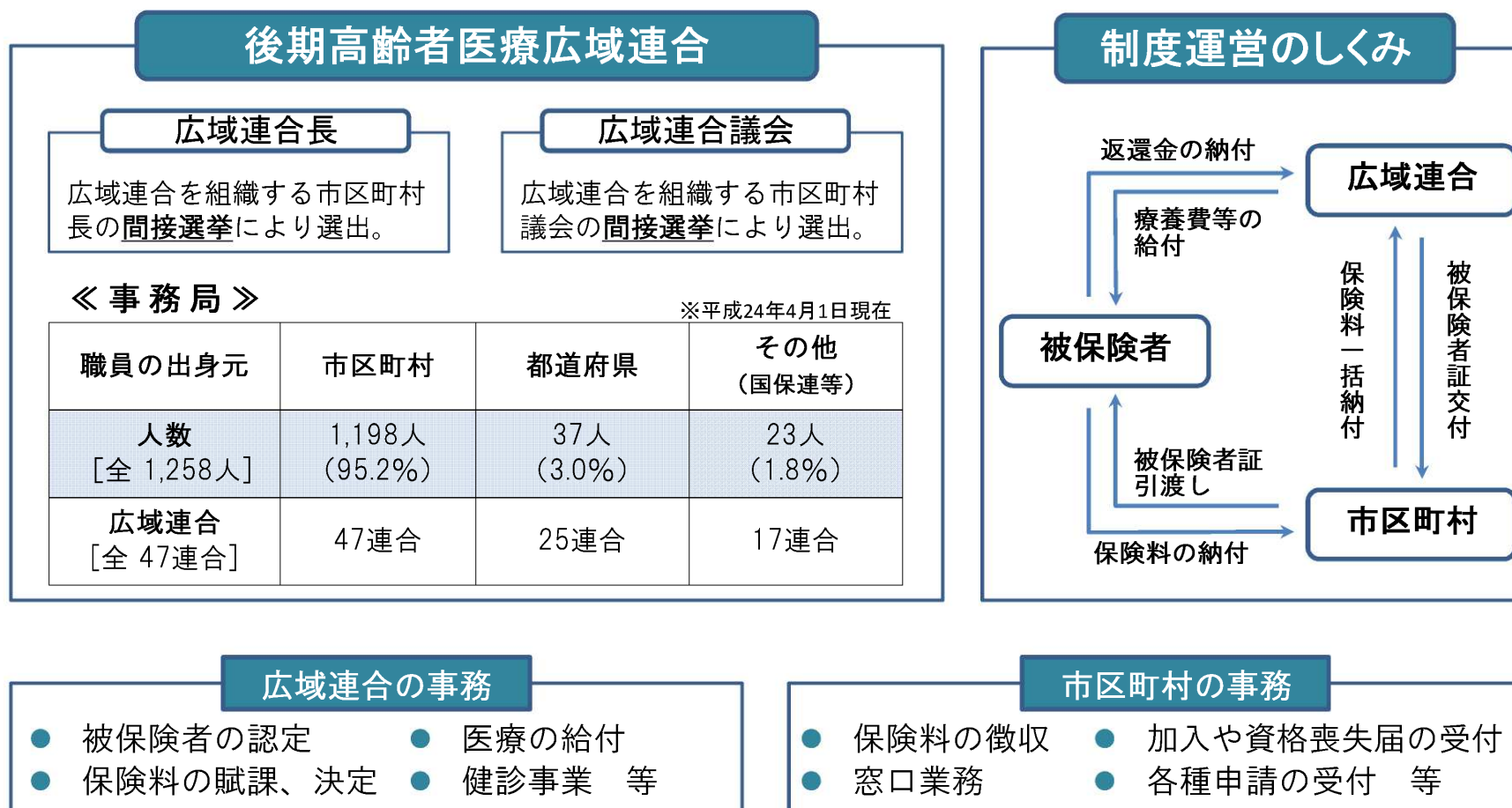
#### ▶ 公費負担の拡充

- 現役並み所得を有する後期高齢者の医療給付費については、公費投入を行うべき。  
※現行 保険料（1割）＋現役世代からの支援金（9割）
- 国民健康保険制度に公費が投入され保険料軽減措置が拡大される場合は、後期高齢者医療制度においても同様の措置を行うとともに、財源については公費負担とすべき。

# Ⅲ 運営主体(保険者)について

## 1 広域連合による後期高齢者医療制度の運営

後期高齢者医療制度運営のため、都道府県ごとに、すべての市区町村で構成する広域連合を組織。



# Ⅲ 運営主体(保険者)について

## 2 広域連合による運営の課題等

### 【参考】高齢者医療制度改革会議「最終とりまとめ」より

- 広域連合については、都道府県や市区町村と比べ、住民から十分に認知されていない。
- 連合長は、運用上、住民から直接選ばれていないので、責任が明確でないと受け止められている。
- 市区町村に対する調整機能が必ずしも十分に働いていない。

### ▶ 広域連合としての課題の認識

- 都道府県単位で運営しているにもかかわらず、その主体が「広域連合」であることに住民のなじみが薄く、保険者としての認知度は低い。
- 自主財源がなく、運営経費のすべてを構成市区町村の負担金で賄っている。
  - ①必要な負担金等についても、構成市区町村の議決が必要であり安定的でない。
  - ②広域連合による独自事業の展開が難しい。
- 広域連合と構成市区町村において基本的な役割分担はあるものの、その関係は対等であるため、責任所在の不明瞭さが残る。
  - ①広域連合単独での医療費適正化対策には限界がある。
  - ②保健事業についても、上記①と同様。
- 広域連合職員の多くは構成市区町村からの派遣であるが、派遣元の実情により後期高齢者医療制度に関係した業務（国保等）の経験者を派遣することができない場合も多い。
- 職員の派遣期間が限られており（多くの場合3年）、組織として知識・技術等の引継ぎが難しい。

ただし、運営上の課題はあるものの、保険料徴収業務や住民対応などにおいては、広域連合の特性（市区町村により構成）が活かされており、また、全広域連合とも共通して意識は高く、**保険者として最大限の努力を行っているところ。**



# Ⅲ 運営主体(保険者)について

## 3 被保険者にとって分かりやすい保険者

現在の公的医療保険制度では、同じ地域住民でありながら、年齢、職業により、国民健康保険、後期高齢者医療制度、被用者保険に区分されている。

国民健康保険制度の都道府県単位化により、

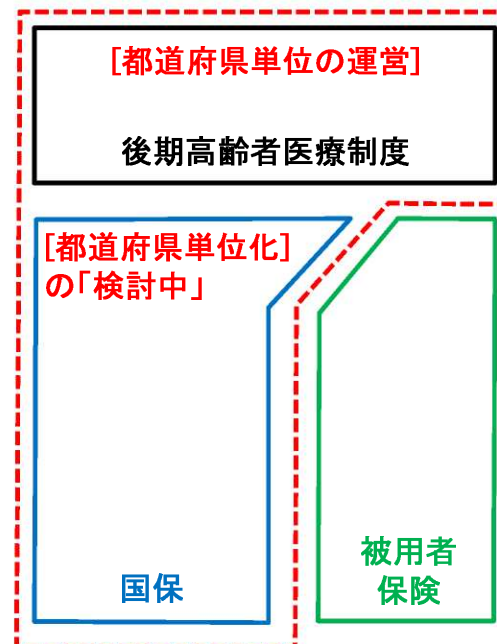
都道府県を単位とする「新たな保険者」が誕生すると、

同一都道府県内に、同様の保険者(国保・後期)が存在することになり、

被保険者にとって、分かりにくさが残る。

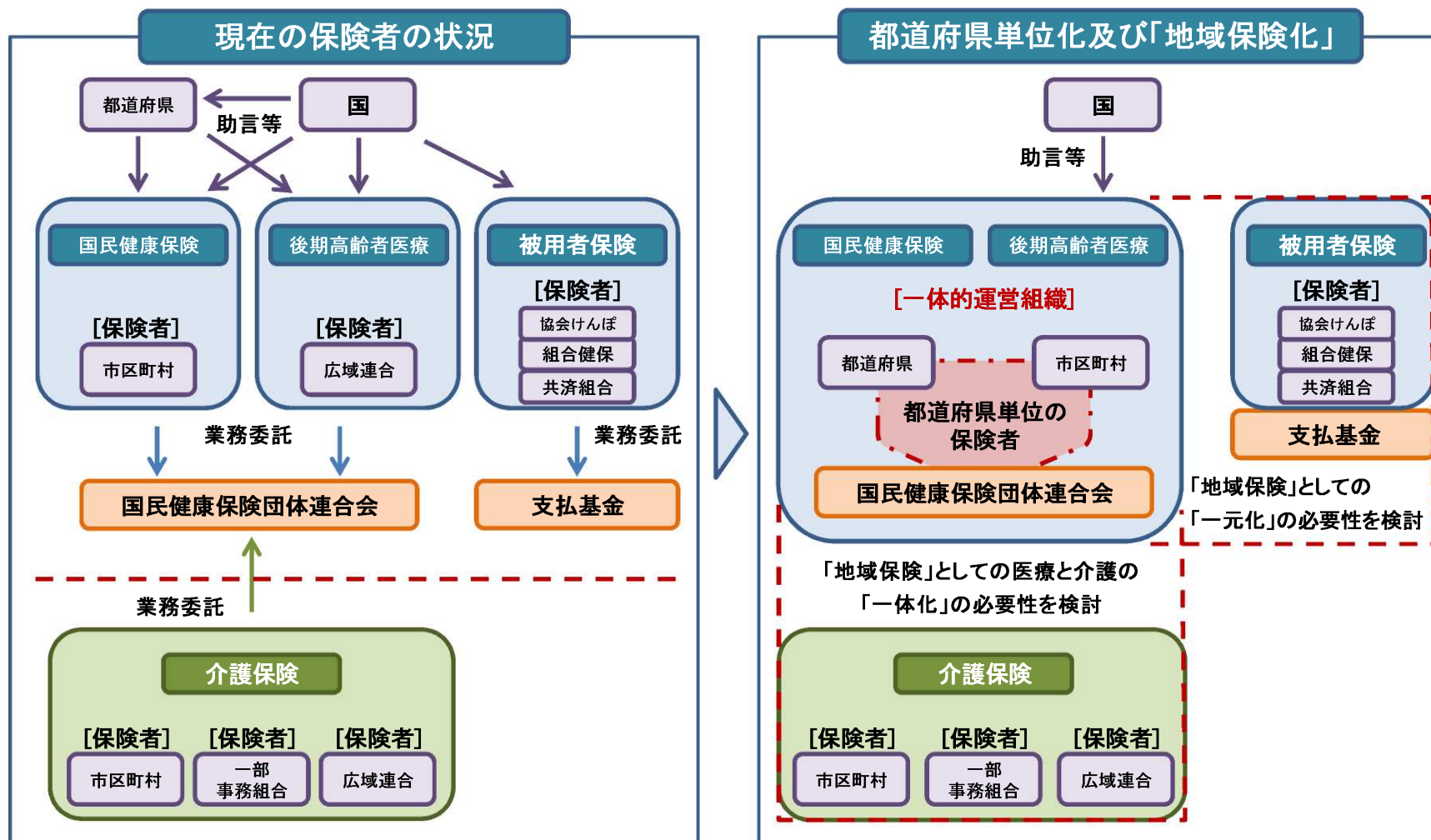
### ▶ 分かりやすく、効率的な保険者

国民健康保険制度と後期高齢者医療制度を、  
一体的に運営する保険者を都道府県ごとに1つ。



# Ⅲ 運営主体(保険者)について

## 4 保険者機能強化に向けた連携の方向性



## IV まとめ(要点)

◆ 国民(住民)が、将来に不安がなく、安心して、  
医療・保健・(介護)サービスが受けられる保険制度の構築のため

➤ 安定運営が可能な保険者の確立

国民健康保険の広域化に合わせ、後期高齢者医療との一体的かつ安定的な運営を実現するため、国保財政の基盤強化を図り、都道府県が積極的に関与しやすい環境を整えることが必要。

➤ 現行制度における必要な改善の実施

特例措置の見直し等を早期に行うことで、安定化を図るべき。

➤ 高齢者医療に係る現役世代の負担調整

公平で負担能力に応じた支え合いの仕組みを確立するため、財政力の弱い保険者(被用者)に配慮した上で、支援金の全面総報酬割を導入すべき。

これらの課題について、関係機関(国・都道府県・市区町村・保険者)が共有し、理解し合い、

全体を見据えた視点に立つことで、持続可能な医療保険制度が確立されることとなる。

➤➤➤ このことにより、地域保険への移行など、更なる進展の議論が可能。