

資料1

高齢者医療制度に関する検討会(第2回)資料

高齢者医療制度に関する検討会 2008年10月7日

厚生労働省が10月7日に開催した、高齢者医療制度に関する検討会で配布された資料。この日は、前回に引き続き、新しい高齢者医療制度について、制度の建て方や名称等について議論された。

資料には、舛添要一厚生労働相による、長寿医療制度と国民健康保険の一体化に関する私案のイメージが提示された。私案は、制度を年齢にかかわらず一本化することで、国保を都道府県単位とすることで、国保財政の安定化、地域医療において、都道府県が主体的な役割を果たすことがねらい。この新しい制度に見直すため今後解決すべき課題には、「高齢者の保険料に配慮しながら、制度を一体化する具体的な方法や、財政調整の仕組み」などをあげ、1年を目途に検討するとしている。

平成20年10月7日
資料1
第2回高齢者医療制度に関する検討会

前回の議論の概要

- 今回の改革の評価と今後の見直しの基本的な考え方・進め方について
 - 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)
 - 10年に渡る議論の中で、どこか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)
 - 「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割以上の方が負担増に賛成した。それは、事務次官が本部長になり、当事者の上の人が負担増に賛成していったから。その先例を学ぶべきだったのではないか。(大熊委員)
 - 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)
 - 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。(権文委員)
 - 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うのであれば、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。それは救急、産科、小児医療を充実させたりすることにより可能である。(権文委員)
 - 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)
 - 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)
 - 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、そんなに新しい技術改革案はないだろう。(山崎委員)
- 年齢で区分することについて(制度の建て方、名称等)
 - 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)
 - 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)
 - 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だから、理解が得られた。(大熊委員)
 - 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だろうか。(川淵委員)
 - 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

高齢者医療制度に関する検討会 委員名簿

平成20年9月25日現在

岩村 正徳	東京大学大学院法政学研究所教授
岩本 康志	東京大学大学院経済学研究所教授
大熊 由紀子	国際医療福祉社大学大学院教授、元朝日新聞論説委員
川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院教授
権文 善一	慶應義塾大学商学部教授
○ 塩川 正十郎	東洋大学総長、元衆議院議員
樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
富武 剛	目白大学大学院生涯福祉学研究所教授、元毎日新聞論説副委員長
山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学術教授

(五十音順、敬称略)
○印は座長

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)

- ・ 国民健康保険も都道府県単位の広域連合に発展させれば、今回の改革以前の制度よりも良い制度ができる。もともと、広域連合の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。(権文委員)
- ・ 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)
- ・ 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歳未満と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)
- ・ 広域連合は住民に見えない。これは、市町村との妥協の産物だからであり、都道府県が運営主体となるべきではないか。(山崎委員)

4. 医療サービスについて

- ・ 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)
- ・ 他の国では、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)
- ・ 同じ年金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)
- ・ 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。(樋口委員)
- ・ 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。(樋口委員)

5. 保険料の算定方法・支払い方法について

- ・ 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)
- ・ 高齢化により医療費が増え、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、混雑を招いた。事実、厚生労働省高齢者医療

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してきた理由も含めて分析すべき。(川淵委員)

- ・ 長寿医療制度において、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してきたことは、75歳で区切った長所と考える。(権文委員)
- ・ 新制度において、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してきたこと、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。もともと、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、その方がベターである。(権文委員)
- ・ 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)
- ・ 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つと考えるべきではないか。(樋口委員)
- ・ 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)
- ・ 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を明確化したのは良い面である。(宮武委員)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 75歳という年齢を下げて、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)
- ・ 前期財政調整についても、被用者保険の保険者については、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)

3. 広域連合について

- ・ 都道府県単位で運営し、保険者機能を強化するこ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)
- ・ 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

平成20年10月7日	資料2
第2回高齢者医療制度に関する検討会	

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20年10月7日
厚生労働省保険局

政策解説資料

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。その一方で保険組合は、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と(川淵委員)天引きをすすめる場合に、社会保険料控除の問題について、きちんと周知しない。(樋口委員)

- ・ 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もあり、問題ではないか。(樋口委員)

6. 世代間の納得と共感の得られる財源のあり方について

- ・ 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)
- ・ 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。(岩本委員)
- ・ 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低いこと、被用者保険の保険料率が低いことを国民共有の知識として議論の前提に置いても良いのではないかと。(権丈委員)
- ・ 改革前の老人保健制度、改革後の前掲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)
- ・ 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)

7. その他

- ・ 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と。(樋口委員)
- ・ 制度の運営にあたり、事務ミスが多すぎるとはならないか。(樋口委員)
- ・ 制度運営で事務ミスが生じたのは、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かと思っている。(権丈委員)

目次

【年齢で区分することについて(制度の建て方、名称等)

- 新しい高齢者医療制度のかたちの検討.....1
- 後期高齢者医療制度の運営の仕組み(平成20年度).....2
- 老人保健制度と新たな高齢者医療制度の比較.....3
- 前期高齢者の財政調整の全体イメージ.....4
- 老人保健拠出金のイメージ.....5
- 退職者医療制度(旧制度)の仕組み.....6
- 長寿医療制度における障害認定の仕組み等について.....7
- 韓国・ドイツの医療保険制度の一元化の状況.....8

【広域連合について】

- 広域連合の状況.....10
- 国民健康保険制度の状況.....15

新しい高齢者医療制度のかたちの検討

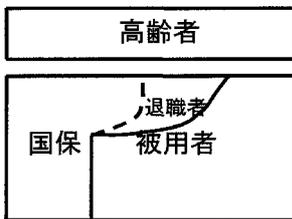
～抜本改革の理念型～

以下の4つの方式が提案され、議論。
関係者が全面的に賛同できる案はなし。

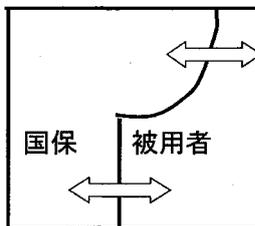
➡ 約10年にわたる議論の結果、
独立型(75歳～)と財政調整(65～74歳)
の組み合わせ)で合意。

【独立型】(支持団体:日医、健保連、経団連)

【リスク構造調整】



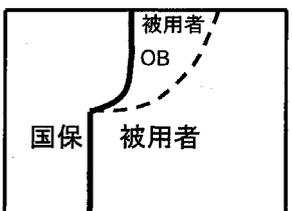
- ・公費重点投入や高齢者にふさわしい医療がわかりやすい
- ・支持団体の見解は、公費負担割合、対象年齢等について様々



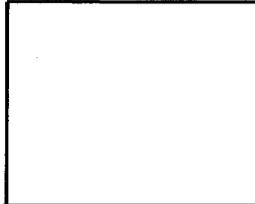
- ・所得形態、所得捕捉の問題がある
- ・被用者保険の持ち出しが多くなる

【突き抜け型】(支持団体:連合)

【一元化】



- ・就業構造が流動化している中で、高齢期になっても被用者・非被用者を区分することは、社会連帯の理念が老健制度より後退
- ・被用者年金の加入期間を満たさない者は国保の負担となり、国保の財政がもたない



- ・何千もの保険者をどうするか
- ・所得形態・所得捕捉が異なる者の保険料基準をどうするか
- ・事業主負担をどうするか
- ・保険集団構成員の連帯感や保険運営の効率性の観点から問題

長寿医療制度(後期高齢者医療制度)の運営の仕組み(平成20年度)

<75歳以上の方を対象とする理由>

- ① 75歳以上の高齢者については、生活習慣病を中心に入院が増加するなどの特性があり、一般に心身機能の低下が見られることから、病気だけではなく心身全体をみたサービスを提供する必要がある。
- ② 65歳から74歳までの高齢者については、男性で4割、女性で2割の方が就業していることから、制度を支える側に回っていただく必要がある。
- ③ 限られた財源の中で、公費を重点的に投入する観点から、対象者を重点化する必要がある。

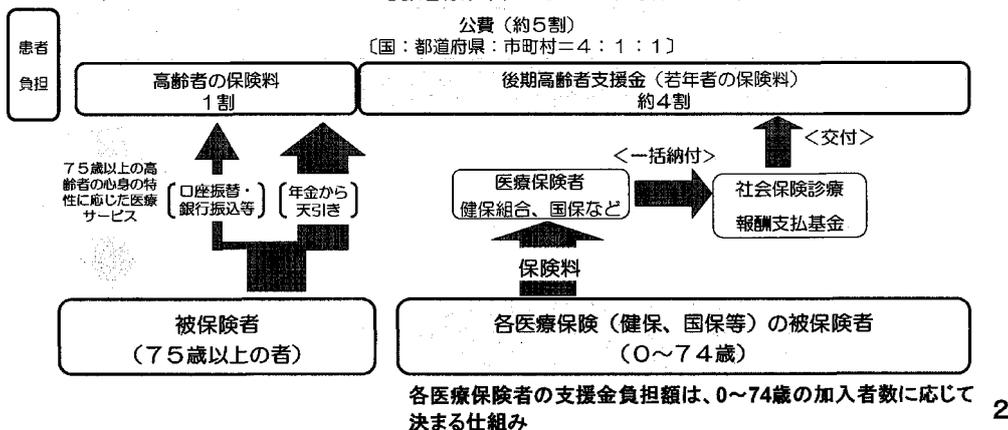
参考)介護保険において、被保険者の範囲を40歳以上とした理由
 初老期認知症や脳血管疾患による介護ニーズの可能性が高くなることや、自らの親も介護を要する状態になる可能性が高くなるため、介護保険制度により介護の負担が軽減されること等を勘案したもの。

<対象者数> 75歳以上の高齢者 約1,300万人

<75歳以上の高齢者の医療費> 11.9兆円(平成20年度予算ベース:満年度)

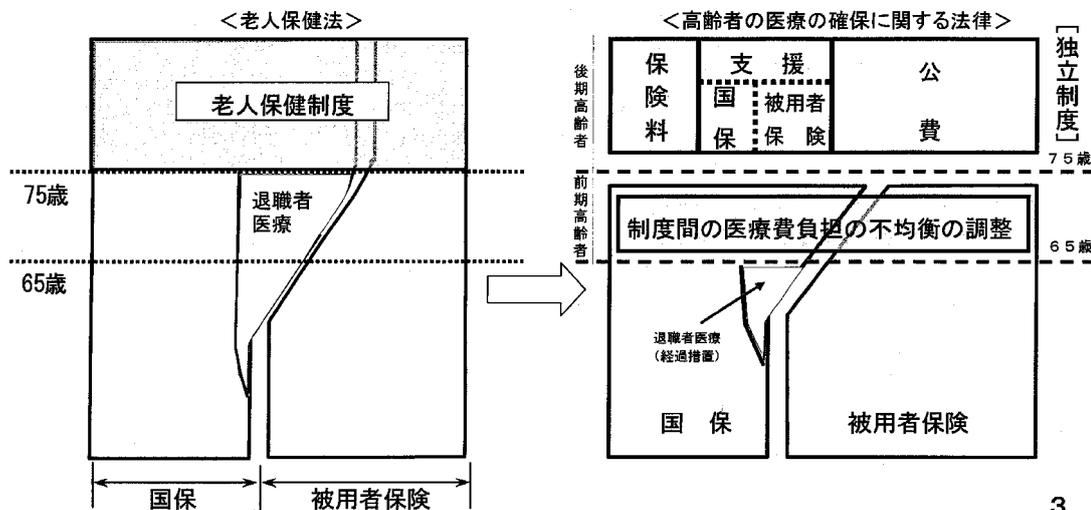
給付費 10.8兆円 患者負担1.1兆円

【都道府県単位で全ての市町村が加入する広域連合】



老人保健制度と新たな高齢者医療制度の比較

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



政策解説資料

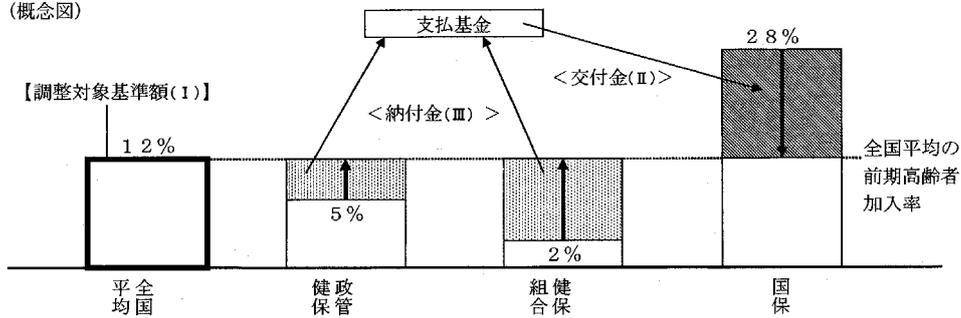
前期高齢者の財政調整の全体イメージ

前期高齢者加入率が、全国平均加入率12%を上回る保険者については交付金が交付され、下回る保険者については納付金を納付することとなる。
健保組合は、一般的に前期高齢者の加入率が低いので、納付金を納付することとなる。

各保険者の納付金

$$= (\text{当該保険者の1人当たり前期高齢者給付費}) \times \text{当該保険者の0~74歳までの加入者数} \\ \times (\text{全国平均の前期高齢者加入率} - \text{当該保険者の前期高齢者加入率})$$

(概念図)



4

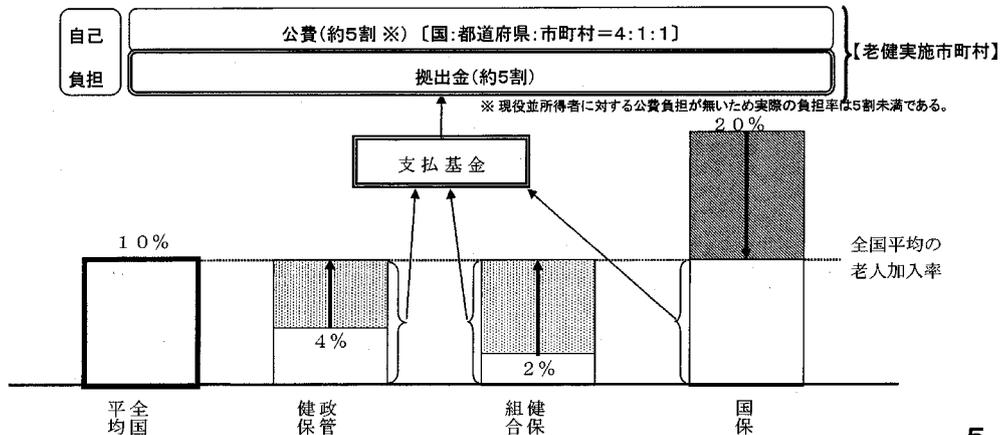
老人保健拠出金のイメージ

- 老人医療費については、全国民が公平に負担することを基本として設定。
- 各保険者は、保険者間の老人加入者の偏在による負担の不均衡を調整するため、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た場合の老人医療費額を算定し、負担する。

各保険者の老人保健拠出金

$$= \text{当該保険者の一人当たり老人給付費} \times \text{当該保険者の総加入者数} \times \text{全国平均の老人加入率} \times (1 - \text{公費負担率})$$

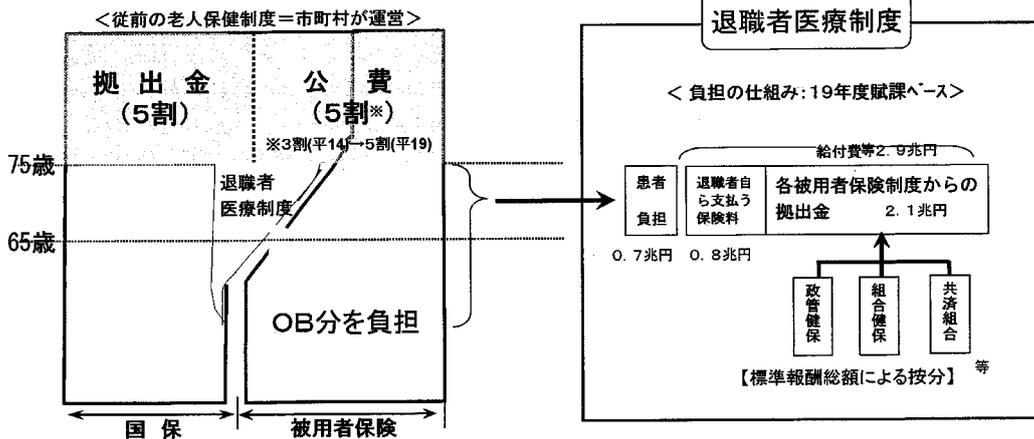
<老人医療費> 11.1兆円(平成19年度予算ベース) 給付費 10.1兆円 患者負担 1.0億円



5

退職者医療制度(旧制度)の仕組み

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



※平成20年度以降の退職者医療制度については、平成26年度までの間における65歳未満の退職被保険者等が65歳に達するまでの間、経過的に現行の退職者医療制度を存続させる。 6

長寿医療制度における障害認定の仕組み等について

65歳～74歳で
一定の障害の
状態にある方

申請により、広域連合の
障害認定を受けた方(※)

選択

それ以外の方

長寿医療制度に加入

【患者負担について】

- ・ 原則1割負担(現役並み所得者は3割負担)

国保又は被用者保険に加入

【患者負担について】

- ・ 65歳～69歳の方は、3割負担
- ・ 70歳～74歳の方は、2割負担(ただし、平成21年度までは1割負担(現役並み所得者は3割負担))

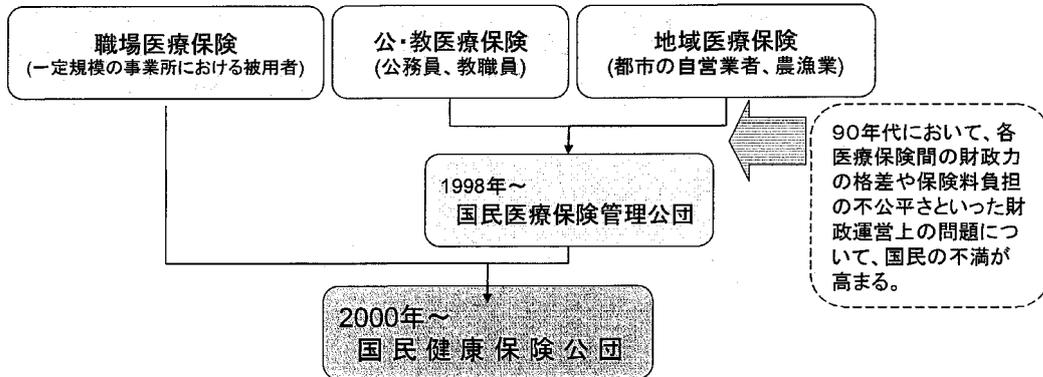
(※) なお、障害認定を受けた方が、その認定に係る申請を撤回する旨の申し出をされた場合、将来に向かってその認定を取り消し、国保又は被用者保険に加入することが可能。

【医療費助成事業について】

- ① 地方自治体(10道県)によっては、障害者を対象とした独自の医療費助成事業において「長寿医療制度に加入していること」を助成要件としており、長寿医療制度に加入しなければ当該助成が受けられなくなるとの指摘があった。
- ② これに対して、厚生労働省としては、5月の全国会議において、助成要件の見直し等の検討を依頼するとともに、7月に保険局長通知により、改めて依頼。
- ③ 現在、一部の自治体(山口県、栃木県等)において見直しを決定し、多くの自治体においても見直しの検討あるいは調査を行っているところ。

7

韓国の医療保険制度における一元化の取組について



一元化にあたってのポイント

- 運営組織・財政については、一元化されている。
- 加入者については、
 - ① 職場加入者(一般労働者・公務員・教職員、その被扶養者)
 - ② 地域加入者(都市地域の自営業者、農漁村地域の住民)
 となっている。保険料基準については、それぞれ、
 - ① 標準報酬月額×保険料率
 - ② 所得、財産、生活水準、経済活動参加率等を反映させた負担能力を点数化(保険料賦課点数)し、これをもって、世帯単位で等級別・定額制の保険料を算定
 となっている。また、①については労使折半が原則であるが、②については(事業主・本人負担分も含め)全額本人負担である。
- したがって、①、②の間で統一した保険料基準が設定されておらず、保険料負担の公平性が課題。

8

ドイツの医療保険制度における一元化の取組について

- ドイツの公的医療保険では、公法人である疾病金庫が保険者。地域・産業・職業・企業などによって区分される8種類の疾病金庫からなる。
- また、疾病金庫の管理運営は伝統的に「当事者自治の原則」に基づいて行われ、ドイツの医療保険制度は多元的・分権的な点の特徴であるが、疾病金庫の総数は、1992年 1221金庫 → 2007年 242金庫 とここ15年間で大幅に統合再編が進んでいる。

1993年 医療保険構造法の制定

- 加入する疾病金庫を被保険者が自由に選択できるように段階的に措置
 - 被保険者の獲得をめぐる疾病金庫間の競争が激しくなり、それに伴い疾病金庫の統合再編が進展。

2007年 医療保険競争強化法の制定(多くは2009年1月より施行)

- 「医療基金」の創設
 - 基金は連邦保険庁が運営。基金が全国一律の保険料率による保険料収入及び国庫補助を一括して受け入れ、各疾病金庫に対して、加入者人頭割の交付金と、加入者の年齢・性別・罹患率を指標とするリスク構造調整のための加算金を交付する仕組みを創設。
 - 保険料は、被保険者の保険料算定基礎収入に保険料率を乗じて得た額となる。保険料負担は、被用者については労使折半が原則であるが、自営業者については(事業主・本人負担分も含め)全額本人負担が原則である。また、自営業者に対する保険料基準については、①一般に所得が高いため、保険料算定の限度額の上限、②所得税決定通知書で前年所得が証明できればその額、③所得が少ない場合は予め設定する最低算定基礎額のいずれかを適用している。
 - したがって、被用者と自営業者との間で、保険料負担の仕組みが異なっている。また、基金の創設については、疾病金庫側の反対が強いとも言われており、今後の動向に注意が必要。
- 異なる疾病金庫間での合併が可能となる(2007年施行)。また、各疾病金庫における連邦レベルの連合会を1つに統合。

9

後期高齢者医療広域連合の組織形態(平成20年10月1日時点)

1. 広域連合長 都道府県庁所在地の市区町村長・・・27県
 その他の市区町村長・・・20県

2. 議員定数

20人未満	20人～29人	30人～39人	40人～49人	56人	77人
11都道府県	23都道府県	9都道府県	2都道府県	1都道府県	1都道府県

3. 職員数

20人未満	20人～29人	30人～39人	40人～49人	50人～54人	65人
5都道府県	27都道府県	9都道府県	3都道府県	2都道府県	1都道府県

全職員数 1,336人 内訳

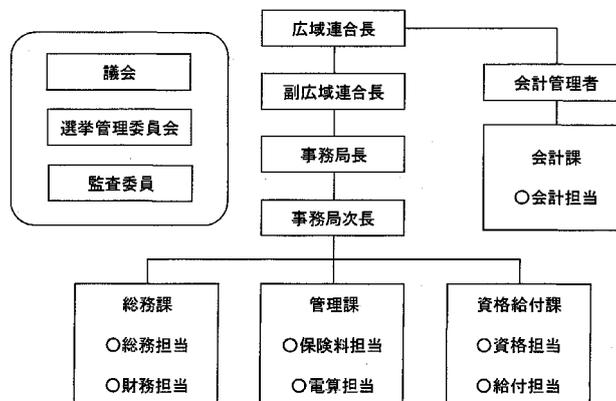
市区町村からの派遣	都道府県からの派遣	国保連からの派遣	その他
1,210人	49人	26人	51人
47都道府県	29都道府県	16都道府県	17都道府県

10

4. 広域連合の処理する事務

- ① 被保険者の資格の管理に関する事務
- ② 医療給付に関する事務
- ③ 保険料の賦課に関する事務
- ④ 保健事業に関する事務

※広域連合組織の一例



11

5. 長寿医療制度の運営主体

長寿医療制度の運営主体については、(1)広域連合の他に、(2)市町村、(3)都道府県、(4)一部事務組合が議論された。

(1) 広域連合

- 独自の首長及び独自の議会を持っており、責任をもって保険者機能を発揮できる。
- 広域連合における事務処理は、国民健康保険や老人保健制度に精通した市町村の職員が中心となって行うことができ、保険料決定や保険料徴収等について、広域連合と市町村が密接な連携のもとに、事務処理を行っていくことが可能である。

(2) 市町村

- 高齢化の進展に伴い老人医療費は増大することが見込まれており、後期高齢者医療制度の運営に当たっては、財政の安定化を図る観点から広域化を図る必要がある。
- 他方、保険料徴収や各種申請の受付等の窓口業務については、住民に身近な行政主体として、住民情報を保有し、日頃から地域住民に接している市町村が担うことが適当である。
- このような事情や関係者との協議を踏まえ、保険料徴収等の事務は市町村が行うこととした上で、都道府県単位で全市町村が加入する広域連合を設立し、当該広域連合を運営主体とすることにより、財政運営の広域化及び安定化を図ることができる。

(3) 都道府県

- 都道府県は、住民に関する基礎情報を保有せず、医療保険の事務処理に関するノウハウの蓄積もない。
- また、保険料の徴収等の事務処理に関するノウハウの蓄積がなく、都道府県が、こうした事務を担うことは、現実的には困難である。

12

(4) 一部事務組合

- 地方公共団体の広域的な事務処理の形態としては、一部事務組合もあるが、広域連合は、平成6年の地方自治法の改正により創設された新しい制度であり、一部事務組合と比較して、
 - ア 広域計画の策定が義務づけられており、広域的な行政の推進により適した仕組みであること
 - イ 構成団体に規約を変更するよう要請することができるなど、より自立的な組織であること
 - ウ 一部事務組合の議会の議員及び管理者の選出については充職が認められるのに対し、広域連合の議会の議員及び執行機関の選出については直接公選又は間接選挙が義務づけられており、より民主的な組織であることなどを勘案して、広域連合を選択した。

区 分	広 域 連 合	一 部 事 務 組 合
団体の性格	・特別地方公共団体	・同左
構成団体	・都道府県、市町村及び特別区	・都道府県、市町村及び特別区
設置の目的等	・多様化した広域行政需要に適切かつ効率的に対応するとともに、国からの権限移譲の受け入れ体制を整備。	・構成団体またはその執行機関の事務の一部の共同処理
国等からの事務権限の委任	・国又は都道府県は、広域連合に対して直接に権限・事務に委任を行うことができる。 ・都道府県の加入する広域連合は国に、その他の広域連合は都道府県に、権限・事務を委任するよう要請することができる。	・規定なし
構成団体との関係等	・構成団体に規約を変更するよう要請することができる。 ・広域計画を策定し、その実施について構成団体に対し勧告することができる。広域計画は、他の法定計画と調和が保たれるようにしなければならない。	・規定なし
設置の手続	・関係地方公共団体がその議会の議決を経た協議により規約を定め、都道府県の加入するものは総務大臣、その他のものは都道府県知事の許可を得て設ける。 ただし、総務大臣は、広域連合の許可を行おうとするときは、国の関係行政機関の長に協議するものとする。	・関係地方公共団体がその議会の議決を経た協議により規約を定め、都道府県の加入するものは総務大臣、その他のものは都道府県知事の許可を得て設ける。
組織	・議会 —— 長(執行機関)	・議会 —— 管理者(執行機関)
議員等の選挙の方法等	・議会の議員及び執行機関の選出については、直接公選又は間接選挙による。	・議会の議員及び管理者は、規約の定めるところにより、選挙されまたは選任される(充職も認められる)。

13

6. 広域連合の状況

全国の広域連合設立数・・・111広域連合(平成20年4月1日時点)

後期高齢者医療広域連合	介護保険又は国民健康保険に関する事務を行う広域連合	その他の広域連合	合計
47広域連合	49広域連合	15広域連合	111広域連合

※うち介護保険に関する事務を行う広域連合:48広域連合
国民健康保険に関する事務を行う広域連合:3広域連合

広域連合の状況(例)

広域連合の名称	空知中部広域連合	大雪山地区広域連合	最上地区広域連合	福岡県介護保険広域連合
広域連合を組織する地方公共団体	北海道内の6市町(1市5町)	北海道内の3町	山形県内の4町村(2町2村)	福岡県内の39市町村(5市30町4村)
主に処理する事務	(1)国民健康保険事業に関する事務(国民健康保険直営診療施設に係る事務を除く) (2)介護保険事業に関する事務 (3)広域化の調査研究 など	(1)国民健康保険事業に関する事務 (2)介護保険事業に関する事務 (3)長寿医療制度に関する事務 (4)乳幼児医療給付事業、ひとり親家庭等医療給付事業などに関する受託事務 (5)広域化の調査研究	(1)国民健康保険事業に関する事務(国民健康保険直営診療施設に係る事務を除く) (2)重度心身障害(児)者・乳幼児及び母子家庭等医療給付事業に関する事務 (3)広域化の調査研究	介護保険事業の (1)被保険者の資格の管理に関する事務 (2)要介護認定及び要支援認定に関する事務 (3)保険給付に関する事務 (4)介護保険事業計画の策定に関する事務 (5)保険料の賦課及び徴収に関する事務 (6)その他介護保険制度の施行に関する事務

14

政策解説資料

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

15

市町村国保の保険料(税)賦課方式について

1. 国民健康保険料と国民健康保険税の保険者数

保険料	保険税
236保険者	1597保険者

平成18年度国民健康保険実態調査報告より(総数1833保険者)

2. 保険料(税)賦課方式別の保険者数

賦課方式	4方式	3方式	2方式
保険者数	1474	314	45
被保険者数	22,254千人	18,661千人	7,016千人

平成18年度国民健康保険実態調査報告より(総数1833保険者)

※4方式とは所得割・資産割・均等割・世帯別平等割を保険料(税)の計算に使用
3方式は所得割・均等割・世帯別平等割、2方式は所得割・均等割を保険料(税)の計算に使用

3. 所得割算定方式別の保険者数

算定方式	旧ただし書き方式	本文方式	住民税方式
保険者数	1,753	1	38

保険者数は平成20年4月1日現在

16

2008年10月7日
第2回高齢者医療制度に関する検討会・資料

「2. 年齢で区分することについて(制度の建て方、名称等)及び
「3. 広域連合の是非について」の考え方

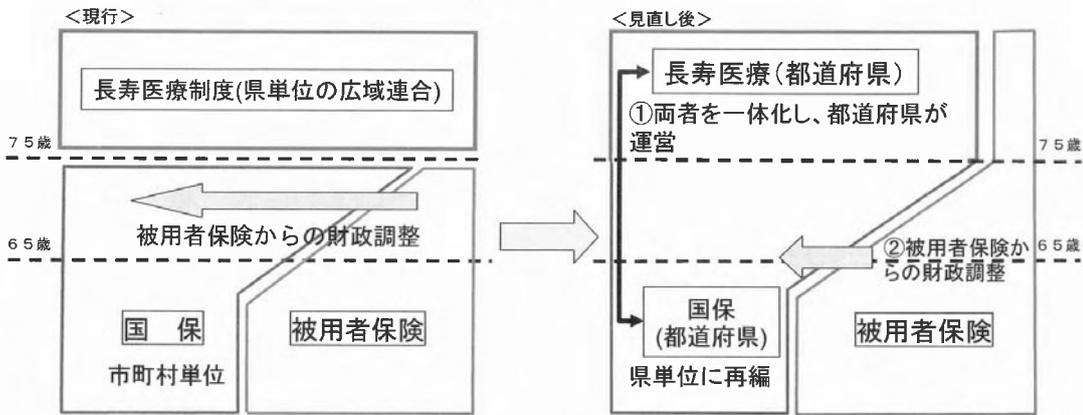
岩本 康志

1. (考え方)
保険制度の単位(加入者集団)には2つの意味があり、2つはかならずしも一体ではない。
2つの意味とは、(1)加入者のリスクをプールして、分散する(いわゆる「保険」の機能)、(2)加入者の代理人として、効率的な医療サービスを実現させる機能(いわゆる「保険者機能」)。現実には、財政調整が導入され、両者はすでに乖離している。
財政調整する理念が理解されれば、2つを分離して制度設計すればよい。
(帰結1)
後者の機能が発揮しやすい形で実体的制度を設計し、リスクを適切にプールする集団の範囲でリスク構造調整をおこなえばよい。
(帰結2)
後期高齢者医療制度の負担ルールを実施する際に、独立制度とする必然性はなかった。負担の構造は別途、計算すればよい。
2. (考え方)
国保加入者の所得捕捉が困難、はもはや過去の事実である。国保加入者のなかの自営業・農業者は少数派である。
(帰結)
国保保険料は所得比例でよい。

以上

-1-

長寿医療制度と国民健康保険の一体化に関する舛添大臣の私案のイメージ



- (制度のねらい)
- ① 制度としては、年齢にかかわらず一本化。
 - ② 国保を都道府県単位とすることで、国保の財政が安定化。
 - ③ 地域医療において、都道府県が主体的な役割を果たす。
- (今後解決すべき課題) ※詳細は1年を目途に検討
- ① 高齢者の保険料に配慮しながら、制度を一体化する具体的な方法や、財政調整の仕組み。
 - ② 地域の国保保険料を統一する際の激変緩和措置。
 - ③ 都道府県が運営主体を引き受けてくれるための条件整備

政策解説資料

