

# 後期高齢者医療制度等に関するQ & A

## 【目次】

1 - 1	後期高齢者医療制度（制度）	P 1
1 - 2	後期高齢者医療制度（広域連合）	P 4
2	前期高齢者医療制度	P 8
3	国保の財政基盤強化	P 10
4	保険給付の見直し	P 10
5	保険者への健診・保健指導の義務化	P 12
6	医療費適正化の推進	P 19
7	その他	P 20

このQ & Aについては、平成 18 年 6 月 14 日に成立した医療制度改革関連法案に関する国会質疑を中心として、県が取りまとめたものです。

岩手県保健福祉部医療国保課

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区分	項目	質問	回答
1-1 後期高齢者医療制度関係(制度)	1	医療制度の意味	後期高齢者医療制度は、なぜ「医療保険制度」ではなく、「医療制度」なのか。 後期高齢者医療制度は、後期高齢者を被保険者として保険料を徴収し、医療給付をする意味で社会保険方式であることは間違いない。ただ、後期高齢者からの保険料は給付費全体の約 10%で、残りは公費と現役世代からの支援で賄う仕組みである。そのため、他の社会保険制度と比較すると、被保険者である後期高齢者の保険料で賄う部分が小さいことから、後期高齢者医療制度という名称を用いている。
	2	対象者の年齢	なぜ 75 歳以上で制度を切り離すのか。 高齢者を健康面の状況から考えると、生理機能の低下、日常生活動作能力の低下の症状が増加したり、75 歳を境に入院の受療が増加する。また、健康面以外を見ると就業者が 9%と非常に少なく、心身の特性や生活実態で他の世代と大きく異なるためである。
	3	新制度の設置理由	経済的・身体的に弱い年齢層を集めて、独立制度を設ける合理性はあるのか。 今後、急速な高齢化に伴い、医療費の増大が見込まれ、それを負担する上で、国民の納得と理解を得られるよう、高齢世代と現役世代の負担を明確化して、分かりやすい制度にする必要がある。これまでの老人保健制度では、それぞれの制度に加入し、それぞれの制度に保険料を納める形になっていたため、若年者と高齢者の負担関係が明確ではなく、これを独立制度にすることにより、関係が明確になる。そういう点で納得と理解が得られ易くなる。また、高齢者の保険料は、1割と定めており、現役世代からの支援金は約 4割で、約 5割の公費を投入することとしている。財源としては、保険料のほか、公費、支援金で支えあうものとなり、社会保険のリスクが高まるものではないものとする。
	4	制度改革の意義	今回の高齢者医療制度改革の意義は何か。 高齢者医療制度については、国民皆保険が昭和 36 年、老人医療費の無料化が昭和 48 年、現在の老人保健制度の実施が昭和 58 年なので、平成 20 年に新しい制度が導入されれば 25 年が経過したことになる。今回の高齢者医療制度は、高齢者と支援する若い人たちの負担割合がはっきり決まっていること、新しい保険者として広域連合が県レベルで設立されることが、今までとは違う。今後、若年人口が減少する中で、どうやって世代間の問題を踏まえ、うまく制度を運営していくかが課題となっている。
	5	世代間の格差是正	今回の改革で世代間の格差がどう是正されるのか。 新たに創設の後期高齢者医療制度で、高齢者の保険料は全体の給付の 10%となる。今後は、若年人口が減少し、支援する若人 1 人当たりの保険料負担の増大が見込まれる。その増加の 2 分の 1 については、高齢者の負担割合に載せる事で高齢者にも応分の負担をしてもらう。
	6	制度の一元化	後期高齢者医療制度の創設は、保険制度の一元化を目指す上でのステップなのか。 保険制度の一元化のために、今回後期高齢者医療制度を盛り込んだものではない。今後、急速な高齢化に伴い医療費の増大が見込まれる中で、その負担のあり方について国民の納得と理解を得るためには、一番医療費がかかる世代を明確にし、現役世代との負担を明確にし分かりやすい制度にすることが必要であった。
	7	高齢者医療の視点	高齢者と寝たきり患者は安上がりの医療でいいのか。 安上がりの医療という概念は持っていない。より相応しい医療を提供するよう、また、全体的な理解が得られるように努力する。
	8	保険者協議会の役割	保険者が制度運営に参画できない現行の老健制度をどう思っているのか。新たな高齢者医療制度ではこうした問題が解決されるのか。 今回は、高齢者の保険料と支え手である現役世代の負担の明確化・公平化を図り、後期高齢者医療の広域連合を運営主体とすることで財政運営の責任の明確化を図ったものである。保険者として後期高齢者支援金を支払う側の意見を反映させる場として、すべての都道府県に設置する保険者協議会において、新高齢者医療制度の運営や医療費適正化の保険者間の連絡調整等を行なうこととしている。保険者協議会を各医療保険者と広域連合間の相互議論の場として活用してもらいたい。
	9	拠出金問題の対応	後期高齢者医療制度では、これまでチェックできないとされていた拠出金制度の問題について解決されるのか。 保険者協議会において、後期高齢者支援金を負担する各医療保険者と後期高齢者医療制度を運営する広域連合の間で、相互に議論してもらえば良い。

## 【後期高齢者医療制度等に関するQ & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
1-1 後期 高 齢 者 医 療 制 度 関 係 ( 制 度 )	10	現役世代からの意見反映	後期高齢者医療制度運営に現役保険者の意見を反映させるべきでは。
	11	保険者協議会の機能	保険者協議会はどのような機能を果たしているのか。
	12	資格証明書の発行	老人保健の対象となる国保の滞納者に対しては、資格証明書は発行してこなかったが、今回、高齢者医療確保法に資格証明書の発行を明記したのはなぜか。
	13	保険料の設定	後期高齢者医療制度の保険料の設定方法について、政令でどのような形にするのか。
	14	被用者保険被扶養者への対応	後期高齢者医療制度の保険料については、被用者保険の被扶養者への保険料の求め方はどうなるのか。
	15	年金天引きへの配慮	後期高齢者医療制度、市町村国保の保険料の年金天引きについては年金受給額が少なくなることはないように配慮が必要だ。
	16	年金天引きの視点	後期高齢者医療制度で、月15,000円という低額の年金の半分まで強制的に保険料を天引きするのは、憲法25条で保障された生存権を侵害することにならないのか。
17	年金天引き者の割合	後期高齢者医療制度で保険料は、ほとんど天引きされるが、普通徴収となる方はどの位いるのか。	

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
1-1 後期 高齢者 医療制 度関係 (制度)	18	保険料と算定根拠	後期高齢者医療制度の保険料は 6,200 円(年 74,000 円)となっているが、算定根拠を示していただきたい。
	19	保険料の分類	今回の法改正で一般保険料を基本保険料と特定保険料の 2 つに分類した理由は、世代間あるいは保険者間の負担の明確化、公平化を図ることが眼目で、保険者のレベルで後期高齢者医療制度、あるいは前期高齢者を抱える保険者に対する支援を明確にするという意味で区分した。また、被保険者レベルでは、各人が共同連帯の理念等に基づき高齢者等に対してどの程度の支援をするかということについて理解が深まるものと期待している。
	20	保険料の年額	年 74,000 円と年 61,000 円の 2 つの額があるが、61,000 円は軽減措置を適用した場合と考えてよいか。
	21	保険料の将来推移	後期高齢者 1 人当たりの平均保険料の将来推移は、20 年度は、年額 6.1 万円、また 27 年度は年額 8.5 万円と見込んでいる。これはあくまでも平均で、低所得者は、現行の国保の仕組みを参考として保険料の軽減措置を設ける。また、被用者保険の被扶養者については、加入時から 2 年間、保険料を半額する措置を講じる。
	22	保険料の決定等	保険料は誰が決定し、支払うべき対価である診療報酬は誰が決めるのか。
	23	被用者保険の被扶養者の措置	被用者保険の被扶養者が後期高齢者医療制度に加入した時の保険料の激変緩和措置は恒久措置か。
	24	低所得者対策	低所得者対策として、政令で定める事情がある場合には保険証の取り上げを猶予するとあるが、どのような場合を想定しているのか。
	25	資格証明書の考え方	資格証明書だが、新たに設けられる後期高齢者制度ではどうなるのか。
	26	短期被保険者証の発行	保険料の未納の場合に、資格証明書の発行を規定しているが、短期被保険者証の発行も想定しているのか。
27	資格証明書の発行理由	今までの国保では、老人保健制度の対象者には資格証は発行していない。資格証を発行する理由は何か。	

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
1-1 後期 高 齢 者 医 療 制 度 関 係 ( 制 度 )	28	保険料滞納者への対応 後期高齢者から被保険者証の取り上げが許されるのか。	高齢者だからということではない。資格証明書の交付に当たっては、低所得者等の事情のある被保険者には、保険料を軽減するほか、保険料を納付することができない特別の事情がある場合には、資格証明書を交付しない。したがって、払える能力がありながら払わない人だけの話なので、高齢者だからといって分ける必要はないと思う。
	29	老人保健特別会計 市町村の老人保健特別会計は継続となるのか。	現行の老人保健特別会計は、平成 20 年度以降も請求遅れのものがあり、これらの老健の残余事務は 20 年～22 年まで続くため、その間、特別会計で対応する。
	30	現行老健制度との違い 後期高齢者医療制度を創設する趣旨は何か。現行の老健制度と比べてどのような点が改善されているのか。	現在の老人保健制度が保険者間の共同事業で構成されていることから、現役世代と高齢世代の負担の間に若干明確さを欠く側面がある。一方、医療費を支払う市町村と費用を負担する保険者が分かれているため、財政運営に責任を持つ所がどこなのか、若干の不明確さがある。今回の改革で、高齢者の保険料が給付の 1 割、現役世代の支援金が約 4 割、公費を約 5 割とし、高齢者の保険料と現役世代の不明確さをなくし、明確化を図った。さらに、県単位で全ての市町村が加入する広域連合を運営主体とすることで財政運営の責任の所在を明確化した。
	31	診療報酬への評価 高齢者医療確保法の創設で、高齢者の心身の特性等に相応しい診療報酬が新たに決められるのか。	後期高齢者医療制度では、後期高齢者の心身に相応しい医療が提供できるように、新たな診療報酬体系を構築する。
1-2 後期 高 齢 者 医 療 制 度 関 係 ( 広 域 連 合 )	1	広域連合の定義 広域連合とは。	広域連合は、様々な広域的ニーズに柔軟かつ効率的に対応するとともに、権限委譲の受け入れ態勢を整備するため平成 7 年 6 月に制度化された。広域連合は、県、市町村が設置することができ、これらの事務で広域にわたり処理することが適当であると認められるものに関し、広域計画を作成し、必要な連絡調整を図り、総合的なかつ計画的に広域行政を推進する。
	2	保険者の位置付け 後期高齢者医療制度の保険者はどこか。	運営主体は、各県ごとに全市町村が参加する広域連合であり、保険料の賦課あるいは給付をするという意味でも、財政責任を負っているのは広域連合である。そういう意味で保険者は広域連合と考えられる。
	3	広域連合への補助制度 広域連合設立に係る経費の補助についてお聞きしたい。	現在、国の補助制度には、準備委員会立ち上げまでの検討会の経費に要する費用補助と広域連合設立に向けた補助の 2 つがあり、広域連合設立補助は、上限 2,000 万円となり代表市町村が後で請求する。補助対象経費は、人件費は対象外で、最近の傾向としてリース契約の部分は後年度負担が発生するので難しい。パソコンもリース契約が望ましいという観点からパソコンも難しいと考えられる。(その後国の検討で、パソコン等事務処理機器も単年度リース料は補助対象可となった。)対象となるのは、事務室の附設工事・改修工事で、賃料や光熱水費は対象とならない。職員が使う机、椅子、ロッカー、書庫等初度備品購入費を対象と考えており、具体的には今後示したい。
	4	法的位置付け 広域連合は法律的にどのような性格か。広域連合は、法律上保険者として明記されていないのはなぜか。	広域連合は、各県単位で全市町村が加入する地方自治法に基づく特別地方公共団体であると法律に位置付けている。後期高齢者の保険料は給付の 10%、残りは公費と現役世代の支援という仕組みを考慮し、法律上、医療保険という言葉を使わず医療制度という言葉を使った。それを踏まえて保険者という規定を置いていない。ただ、保険料を決定し、保険給付は行うので、財政責任を持つ運営主体という意味で広域連合は保険者と考えている。
	5	議員の選出 広域連合のメンバーは。また、構成メンバーの選出方法は。	地方自治法の定めにより、広域連合議会の議員の選出については、広域連合を設立する際に定める規約の中に定める。規約において取り得る選択肢は、「直接選挙」方式か、広域連合を組織する市町村議会における選挙「間接選挙」方式のいずれかとなる。介護保険の広域連合の例を見ると、市町村議会の議員、また市町村長等から選出されている。
	6	議員の基準と人数 広域連合の議員の選出基準、人数は。	構成する全ての市町村から選出する方法や県内ブロックで議員を割り当てる方法などがあるが、広域連合規約において適正規模や地域の実情を考慮して定められるものとする。
	7	議員の専従 広域連合の議員は専従もあり得るのか。	これまでの介護保険の例によると、市町村町議会議員や市町村長から選出されている。広域連合規約での決め方で専従議員の選出もあり得る。

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
1-2 後期 高 齢 者 医 療 制 度 関 係 ( 広 域 連 合 )	8	現役保険者の参画 財政の4割を負担する現役保険者が広域連合議会の構成メンバーに入るべきではないか。	後期高齢者医療制度の財政について、高齢者自身の保険料のほか、医療保険者からの支援金、公費で賄う制度であるので、被保険者である後期高齢者はもとより、費用を負担する医療保険者、地方自治体等の納得と理解を得ながら制度を運営していくことが必要である。このため、今回の改革では、既に各都道府県で設置されている保険者協議会で、新たに後期高齢者医療制度の運営、医療費適正化に関する保険者間の連絡調整を行うことを考えている。その際、とくに高齢者医療制度における医療保険者の関与のあり方は課題として認識しており、例えば、保険者協議会の枠内で高齢者医療制度の運営に関し、協議の場を設けることなども考えられる。いずれにしても、国では具体的な協議の場のあり方について、関係者と相談しながら検討していく。
	9	事務局の設置 広域連合の事務局はどこが担うのか。	広域連合は地方公共団体であることから、基本的には独自の事務所と職員を有することとなる。これまで設立された例を見ると、構成市町村からの出向職員、また広域連合として独自採用した職員によって組織されている。
	10	議会の構成 広域連合議会で、議員の選出基準や人数、構成等は具体的にどうなるのか。すべての市町村から議員を選出するのか。専従の議員というのはいり得るのか。	これまでの広域連合の例をみると、広域連合を構成する全市町村から議員を選出する例もある一方、県内をブロックに分け、そこで議員を割り当てていくやり方を行っているところもある。具体的には、自治体としての広域連合でそれぞれの議会の適正規模、地域の事情を考慮し、広域連合の規約で決めていただく。介護保険の広域連合の場合、市町村議会議員、市町村長から選出されているが、規約で被選挙権を市町村議会議員等に限定しないことも可能であり、その場合には、広域連合の議会に専従の議員が選出されることもあり得るもの。
	11	保険者と運営主体 広域連合は実質的に保険者だと思うが、保険者と運営主体の違いは。	広域連合は事実上の保険者だが、後期高齢者医療制度は、保険料で賄う部分は10%しかないため、これを保険と言う名称を付けられるかどうか問題である。運営主体も保険者という名称を使っていない。しかし、財政運営の責任主体であり、給付を行う主体でもあることから、実質的に広域連合が保険者であることに違いはない。
	12	広域連合となった経緯 なぜ、後期高齢者医療制度の広域連合を設立するのか。都道府県単位ですべての市町村が加入するのであれば、都道府県に委ねればいいのか。	財政の安定化を図る側面から広域化を図る必要がある。市町村、とくに町村が一つの母体で、お年寄りが増えてやっていけるかという問題がある。もう一つは、それを県にやらせたらどうかということであるが、県に住民に関する基礎情報、医療保険の事務処理に関するノウハウがあるとは考え難い。保険料徴収や各種申請の受付等の窓口業務は、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いいだろう。したがって、市町村と県を比較した時に、より身近な市町村の方が良いと考える。しかし、町村単独での対応は困難であることから、広域化を図ることとなった。事務は市町村が行い、財政運営は全市町村が加入する広域連合が行うことにより、財政運営の広域化及び安定化を図る視点で、今回の結論に至ったものである。
	13	準備委員会の業務 国が想定している広域連合設立準備委員会事務局の具体的な業務は何か。	知事に提出する設立許可のための資料作成事務が最大の仕事である。また、各市町村の議会で議決するための資料、例えば、広域連合設立後の予算や条例案の策定、システム開発などについて必要で、議会用のQ&Aなどとして作成してもらえばよい。
	14	準備委員会事務局長 設立準備委員会事務局長は、市町村のどのレベルの役職員を想定しているのか。	各県の事情や対応の姿勢による。
	15	準備委員会職員身分 設立準備委員会の職員の身分はなにか。	職員の身分は、設立準備委員会が任意団体という性格なので、派遣という形になる。
	16	国保連合会の参加 国保連合会が事務局となることは法律上問題ないか。	基本的には、国保連合会は広域連合の事務局にはならない。ただし、国保連合会は、業務内容がわかっているので、設立準備委員会への積極的な協力をお願いしたい。
	17	準備委員会役員数 設立準備委員会の役員の数は何人程度か。	それぞれの県で考えるが、概ね6人程度となる。
18	県の役割 県の役割をどう考えるのか。	県は、設立準備委員会の設立に主導的役割に担っていくものと考えている。制度施行後も、広域連合に対しての指導・助言を行うなど一定の役割を果たしていく。	

## 【後期高齢者医療制度等に関するQ & A】

区 分	項 目	質 問	回 答	
1-2 後期 高齢者 医療制 度関係 (広域 連合)	19	市町村との調整	広域連合規約に関し、市町村議会における議決前の各市町村間の調整方法はどうか。	設立準備委員会の事務局で考え、検討部会の中で調整する。
	20	国の情報提供	各市町村議会の説明資料は国が提供するののか。	国では、政省令に規定する保険料の賦課基準や条例準則を今後示していく。国では、保険料について平成19年11月の広域連合議会で条例制定することを想定しており、それに間に合うよう準則を示していく。
	21	広域連合未加入市町村への対応	18年度中に議決できなかった市町村や加入しない市町村があった場合の取扱いはどうなるののか。	法律上では、18年度末日までに都道府県の区域ごとに都道府県の全市町村が広域連合に加入することとなっている。仮に、加入しないことを認めると、財政運営の安定化に支障を来し、県均一保険料が壊れ、法律の趣旨がまっとう出来ない。ちなみに、議決できない市町村は、そのまま国保に残ることになり、4割分の支援金は入ってこないのに、逆に支援金を出さなければならず、市町村に大きな負担となる。後期高齢者の医療費は高いので、自治体の国保は赤字に転落する可能性があると考える。
	22	所得情報の把握	所得(上位所得者、一般、低所得者)を窓口でみなければならぬが、どうするののか。	その点が一番難しいが、所得情報を予め市町村から取る形で対処したい。今の老人医療でも、そのようなことをやっている。
	23	審査支払業務	後期高齢者医療制度の審査支払業務は。	広域連合において、委託先も含めて審査・支払業務を検討すべきと考える。
	24	広域連合と市町村との分担	後期高齢者医療における広域連合と市町村との事務分担について。	資格管理事務と徴収事務は市町村が、それ以外は広域連合が行う。具体的には、老健の給付事務はすべて広域連合に行くので、給付関係の職員は減らせる。また、レセプト点検事務も広域連合なので、市町村のレセプト点検の嘱託員は、20年度から置かなくても良くなる。財政運営についても75歳以上については、広域連合が責任を負うことになる。
	25	住民サービス	広域連合となることで、サービス低下を招くことはないか。	保険給付は基本的に変わらないことから住民サービスの低下にはつながらない。住民サービスの視点で市町村窓口において、ある程度業務が完結できるよう、事務マニュアルや基準を広域連合で定める必要があろう。資格取得等の届出受理は、当該市町村が行うこととなるが、給付関係が発生した場合は、どの市町村でも受けられるようにすれば、住民サービスの向上にもつながる。
	26	制度運営の責任	後期高齢者医療制度における広域連合の責任の所在が不明確では。	広域連合には、財政責任がはっきりとあり、市町村も徴収責任があることから、基本的な仕組みでは責任の所在は明確化している。
	27	レセプト管理	レセプト管理は広域連合と考えられるが、市町村とのレセプトのやり取りは可能か。	レセプトの保管・管理は基本的には広域連合で行い、市町村にはレセプトはいかない。市町村は、窓口事務を行うが、給付事務は行わない。しかし、保健事業については、市町村でやると広域連合が決めた場合、レセプトを何らかの手段で市町村に引き渡すことが必要となり、この場合は、広域連合の条例で定めることとなる。
	28	審査支払業務の委託	審査・支払業務は、支払基金、または国保連合会に委託できるとされているが。	審査・支払先の問題は、現行法と同様、支払基金でも国保連合会でもどちらでもできる形だが、市町村国保は、自分たちが国保連合会をつくることになっており、分担金も出している。国保連合会を運営するための分担金を払いながら、支払基金に手数料を払うのでは、市町村議会等でどう説明するかが課題となる。
	29	派遣職員の基準	広域連合に派遣される職員は、何を基準に定めるののか。	基準は特にないが、国保事務、老健事務、財政、議会等をやっていたなどノウハウのある職員を派遣してもらう必要がある。身分は派遣元の市町村からの出向という形がよく、給与等は広域連合の条例で定める。
30	政省令等の発出	関連政省令やガイドラインはいつ示されるののか。	国では、国会において法案が成立したら、順次示す予定である。	
31	負担割合の考え方	共通経費の負担割合等について参考となるものはあるか。	共通経費の負担割合等は、モデル的なものを国では示す予定である。	

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
1-2 後期 高齢者 医療制 度関係 (広域 連合)	32	自治法上の位置付け	市町村が広域連合を設けるのは義務規定だと思うが、この規定に基づく後期高齢者医療制度の運営は、自治事務なのか、法定受託事務なのか。
	33	保険者協議会への加入	保険者協議会に広域連合が保険者として新たに加わるのか。
	34	条例等の準則	広域連合に関する条例等の準則はあるのか。
	35	電算システムの構築	電算システム構築経費の財政支援はあるのか。
	36	事務局のあり方	広域連合準備委員会の設立に向け、国保中央会の理事長が「国保連合会は早期に積極的な関与を」、「後期高齢者医療制度の審査支払業務は、国保連合会になると思うが、委託先は広域連合が決めることから、準備段階から積極的に関与せよ」と情勢報告を行ったと報道されている。審査支払業務は社会保険診療報酬支払基金もあり、新しい組織の公平・公正が保たれるのか。
	37	高額療養制度の導入	後期高齢者医療制度の広域連合でも、高額療養費について、当初から理想的な姿が導入できるように取り組んでほしい。
	38	国による働きかけ	国における市町村への働きかけは。
	39	財政的な責任の所在	後期高齢者医療制度の運営の責任主体はどこか。財政運営を失敗した広域連合は、その責任はどのようにとるのか。
	40	広域連合への加入	もし何らかの理由で広域連合の設置に反対したり、設置できなかった場合には、どうするのか。
	41	広域連合規約の内容	広域連合の規約にはどのような内容が盛り込まれるのか。
42	広域連合設置手続き	広域連合の設置手続きは。	
43	個人情報の取扱い	広域連合の個人情報の取扱いについてお聞きしたい。	

## 【後期高齢者医療制度等に関するQ & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
2 前期高 齢者医 療制度	1	支援金等の種類 現役世代から3種類の支援がある。後期高齢者医療制度への支援金、65～74歳の前期高齢者の財政調整納付金、退職者医療制度への拠出金はどのように違うのか。	まず後期高齢者支援金は、一人当たり医療費が高く、今後増大が見込まれる後期高齢者の医療費について、共同連帯の精神に基づき公平に負担するという基本理念に基づいて、被用者保険と国保の各保険者が法律に基づいて負担する負担金である。国民皆保険の下で、社会連帯の理念に基づいて現役世代が高齢者世代を支援する性格を明確にする観点から、「支援金」という名称を用いている。次に前期高齢者納付金だが、前期高齢者は退職者が中心となり、現実の問題として、国保に偏在している。一人当たり医療費も高く、両者間の費用負担の公平性を確保し、医療保険制度の安定性を確保する観点から保険者間での財政調整を行うものだが、制度上では、一方的に支援する保険者と支援される保険者が決まっているわけではない。各保険者の前期高齢者の加入率に応じて、負担金を納付する保険者と負担金の交付を受ける保険者に分かれるので、納付を行う側の負担金について、「納付金」という名称とした。退職者医療拠出金だが、国保に加入する被用者保険 0B の医療給付費について、被用者保険の現役グループが支える仕組みである。退職者の保険料を除く医療給付費について、被用者保険の各保険者が負担するものだが、退職者の医療給付費について、被用者保険の各保険者が共同して拠出し合う点に着目し、「拠出金」としているものである。
	2	支援金と負担金の違い 後期高齢者支援金については、健保組合、政管健保の側からみると、負担金という意味では同じではないのか。	後期高齢者医療制度がないと考えると、結局、各保険者が何らかの形でその分を負担するわけである。したがって、後期高齢者医療制度ができることによる受益を各保険者は受けている。その受益のための負担なので、法律上は法律に基づく負担金という考え方をとっている。
	3	保険者協力の考え方 高齢者医療確保法で規定する保険者の責務について、保険者が高齢者医療制度の運営に「健全かつ円滑に実施されるよう協力しなければならない」との協力義務を設けた根拠は、保険者が財政赤字になっても協力するのか。	高齢者医療確保法では、保険者が後期高齢者支援金を負担することが規定されている。支援金は皆保険制度のもとで、特に1人当たりの医療費が高く、今後増大が見込まれる後期高齢者の医療費を国民全体で支え合うという社会連帯の精神に基づき保険者に負担してもらおう。この責務は、法第1条の目的規定で「国民の共同連帯の理念に基づき後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設ける」と定めており、この目的を達成するため、各保険者に必要な協力を求めるものである。
	4	保険者の関与 支援金は、各保険者の医療費適正化への努力とは無関係に請求されるのではないのか。また、保険者が参画できる仕組みをつくるべきではないか。	各保険者が行う保健事業の実施状況を踏まえて支援金額の負担に±10%の範囲内で増減(メリハリ)をつけ、各保険者の努力が反映される仕組みとする。後期高齢者医療制度への保険者の関与は、支援金を負担する各医療保険者側から意見を述べるだけでなく、保健事業面では、むしろ後期高齢者側から現役世代に意見を述べることもある。いわば双方向の議論の場が必要と考え、こうした場として、保険者協議会が適当であるものと考えられる。
	5	支援金の算定 後期高齢者支援金は、独立の制度なのに現役の保険者の加入者(しかも0歳から74歳まで)の頭割りで支援金を負担する理由はなぜか。所得のない0歳からも負担の対象とするのか。	後期高齢者の医療費は社会連帯の精神に基づき、国民全体で支えあうべきものという考え方に立っており、具体的には、各保険者が負担すべき支援金は、保険者ごとの加入者数に応じて算定する。この算定方法には、いろいろな意見もあったが、現実的に、国保と被用者を通じて、公平に所得の把握を行うことや所得の調整を行うことは困難であることから、共通の物差しとして、頭割りの形を取らざるを得なかったものである。
	6	支援金の負担方法 支援金の具体的な仕組みは。	後期高齢者支援金は保険者ごとの加入者数に応じて負担する。負担の仕組みは後期高齢者の医療費を国民全員で支え合う趣旨に沿ったものである。サラリーマンと自営業者の所得の把握に課題があることから、今回は加入者数いわゆる頭割りで負担する仕組みとした。
	7	支援金を求める根拠 自らの被保険者ではない後期高齢者への支援金について事業主に保険料を通じて負担を求める根拠はなにか。	後期高齢者の医療給付については、高齢者に応分の負担を求めることとしているが、賄いきれない部分については、公費のほか、被用者保険・国保からの支援が必要である。後期高齢者支援金は、各保険者がその被保険者から徴収する保険料により負担することとしている。これは、後期高齢者の医療費は、国民皆保険の下、国民全体で支え合うべきという社会連帯の精神に基づくものである。

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
2 前期高 齢者医 療制度	8	支援金と税負担の考え	後期高齢者支援金は、負担に対する給付がないにもかかわらず、料率が明確に規定されていないが、租税法律主義に違反するのでは。支援金は、税で賄うべきでは。
	9	支援金の法的性格	支援金の法的性格はなにか。被用者保険の被扶養者も含めて支援金の対象とするのはなぜか。
	10	支援金総額とその割合	後期高齢者支援金の今後の総額は、また保険料に占める割合は。
	11	支援金負担の軽減	支援金の負担が重くなるのでは。
	12	支援金料率の決定	後期高齢者支援金の料率が決定した上で保健事業がうまく行っている保険者は最大 10% 割引かれ、保健事業が進んでいない場合 10% 割増しで請求されるのか。
	13	支援金料率の根拠	後期高齢者支援金を 10% 加算・減算する根拠は。
	14	支援金料率の評価	保険者の保健事業等の実施状況は、単に特定健診を受けた割合だけを指すのか、結果的に医療費が減少したことを評価するものか。
	15	前期高齢者の財政調整	前期高齢者の財政調整の概念として 100% 人数割りで行うのか。
16	国保側の新制度準備事務	国保ではどのような準備が必要か。	

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
2 前期高齢者医療制度	17 退職者医療制度の期限	経過措置の退職者給付拠出金について、理論的に最後の年はいつか。	今回の法案では、退職者医療制度の経過措置として、平成 26 年度までに退職被保険者に該当する方で一旦閉め、その方々が 65 歳に到達するまで存続させることにしている。したがって、27 年度以降、新規該当者は発生しない。26 年度時点で 60 歳の方が 65 歳に到達する 31 年度には、概ね該当者がいなくなると承知している。ただし、共済組合が支給する退職共済年金については、特例による繰り上げ支給の要件により、60 歳未満でも年金受給権の発生する方がいるので、最長で 34 年度まで存続し得ると考えている。
3 国保の財政基盤強化	1 保険者再編等の特徴	今回の改正のうち、保険者の再編・統合の特徴はなにか。	国保の見直しについては、一つは財政基盤強化策を 21 年度まで 4 年間延長したこと。二つ目は月額 30 万円以上のレセプトをすべて共同事業の対象とする新しい保険財政共同安定化事業を創設したこと。市町村合併が進み、市町村数が 3,300 から 1,900 弱に減ったが、国保被保険者 3,000 人未満、人口 1 万人未満規模の保険者が 300 くらいあり、財政安定の仕組みが必要だったが、今回、対象が 30 万円以上になったので、年々の医療費変動のばらつきを平準化し、財政の安定性が図られるものと考えられる。国保の統合については、既存の保険水準が違っていると、あまりに大きな差があるところでは一緒になるような議論にはならない。まず、保険料の平準化と医療費適正化で県内格差を縮小してもらい、県単位での運営へと進めてもらいたい。
	2 国保制度への影響	後期高齢者医療制度の発足により、75 歳以上の高齢者が国保から抜けるが、その影響と収納対策は。	今の国保被保険者の約 2 割を占める後期高齢者が広域連合に移るが、この人たちはほとんど 100% 保険料を納めていることから、相対的に収納率が 1~2 ポイント程度は下がる可能性はある。今回の改正で 65 歳以上の前期高齢者についても、年金からの天引きを導入するなど、新しい収納対策を進め、市町村を支援していくこととなる。今後は、携帯電話を活用した新しい収納対策の開発を進めるとともに、現在、国では各金融機関の中央団体に口座振替の協力依頼をしており、このような金融機関の口座振替の割合も高めていきたい。収納対策では、20 代、30 代の若い人の収納率をどう上げていくかが大きな問題であり、その対策について、今後も検討していきたい。
	3 国保の広域化の現状	介護保険では広域連合の設立が進んだが、市町村国保でなぜ、広域連合の設立が進まなかったのか。	国保で広域連合の設置が進んでいない理由としては、まず一つには、広域連合は通例では保険者の自発的な取り組みによって設置されるものであり、財政的に余裕のある自治体が参加しない傾向がある。もう一つは、介護保険は平成 12 年度から開始されたが、国保は従前から市町村単位で運営が行われ、保険者間で保険料水準に差がある、保険料の賦課方式が違う、保険料が税かといった様々な違いがあり、こうした要因により、なかなか進まないと考えている。とくに、保険料水準に大きな差がある場合は、広域化によって保険料が平準化されると、一方で保険料の上昇が見込まれる地域も出る。そうした地域の地方議会、住民の理解が得られにくいという問題があったと考えている。ただ、今回の改正により、国保で新たに県単位で 30 万円を超える医療費に係る給付費すべてを対象として、高額医療費の発生リスクの分散を図る保険財政共同安定化事業を推進することとしている。医療費の適正化と併せ、保険者間の保険料水準の平準化を進め、広域的な運営が進むように努めていきたい。
	4 市町村国保の今後	後期高齢者医療制度は、広域連合で運営されるが、原則市町村単位で運営している国保はどうなるのか。	市町村国保について、保険財政の安定化や事務の効率化を図るためには、広域化が必要で、今後、その方向付けをしていく。今回は、30 万円を超える医療費の給付費すべてを対象として各市町村が拠出し県単位で高額医療費の発生リスクの分散や保険料の平準化を図るための保険財政共同安定化事業を創設し、県単位での保険運営を推進することとしている。
4 保険給付の見直し	1 患者負担見直しの影響	高齢者の自己負担は、現役並み所得の高齢者の 2 割から 3 割への見直し、70 歳代前半の 1 割から 2 割への見直し、療養病床の食費・居住費負担の見直しでいくら増えるか。	患者負担の見直しを行わなかった場合に比べ、患者負担の影響は、20 年度にそれぞれ 現役並み所得がある高齢者の患者負担の 2 割から 3 割への引上げ等は約 1,100 億円、70 歳~74 歳までの患者負担の 1 割から 2 割への引上げは約 1,200 億円、療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の負担の見直しは約 200 億円の増と見込んでいる。

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区分	項目	質問	回答
4 保険給付の見直し	2	医療費の割合	平成 20 年時点での 70 歳以上の患者の自己負担比率は実効負担でどうなるのか。
	3	世代間の格差是正	今回の改革で世代間の負担の格差はどう是正されるのか。
	4	受診抑制の有無	現役並み所得の 70 歳以上を 3 割負担に引き上げると受診抑制につながるのでは。
	5	高齢者の生活への影響	高齢者の患者負担の見直しにより、高齢者の生活や健康に深刻な影響が出るのでは。
	6	高額療養費の自己負担限度額	来年 4 月から、70 歳未満の入院を高額療養費の自己負担限度額にとどめることについて、内容を説明してほしい。
	7	自己負担限度額見直しの背景	高額療養費の自己負担限度額の定額部分について、現在（70 歳未満）は一般 7 万 2300 円、上位所得者が 13 万 9800 円。今年 10 月からそれぞれ 8 万 100 円と 15 万 円に引き上げられるがその背景は。
	8	窓口での負担の軽減措置	入院の窓口負担だが、入院医療費は窓口での支払を自己負担限度額にとどめることを検討しているが、具体的な手続きはどうか。
	9	上限額を超えた負担額の処理	高齢者の自己負担について、医療と介護負担の合算制に関し、上限額を超えた費用負担は保険者がどのように払っていくのか。
			老人と若人の負担の格差については、まず、現役世代の患者負担は、14 年改正で 3 割負担に統一されたところだが、70 歳以上の高齢者については、12 年改正で 1 割の定率負担が導入され、14 年改正で現役並み以上の所得を有する方に 2 割の定率を導入した。さらに、今回の改革案で、高齢者にも応分の負担をしてもらう観点から現役並み以上の所得を有する方は現役世代と同じ 3 割を負担していただく。
			高齢者へ的高額医療費は、入院と外来と合わせた自己負担限度額を設定するほか、外来の自己負担限度額も設ける。一般の高齢者には、現役世代よりも低額の自己負担限度額を設定している。低所得者には、自己負担限度額を据え置く。こうした配慮により必要な医療が妨げられることはないものと考えられる。
			社会をどうやって支え合うかという時に、若者の負担増やお年寄りへの協力もお願いしなければ、社会保障制度が持続可能なものとはならない。患者負担の見直しにより、給付率が減少すると、高齢者の中には受診を控える方もおり、医療費が縮減することになる。高齢者に係る高額医療費については、入院と外来を合わせた自己負担限度額のほか、外来に係る自己負担限度額を設ける。一般の高齢者は現役世代よりも低額の自己負担限度額を設定する。低所得者は自己負担限度額を据え置くなどの配慮を行なう。必要な医療まで妨げられるものではないと考えられる。
			来年 4 月からと考えているが、患者の負担を軽減するため、入院して高額な医療費がかかった場合には、医療機関の窓口での支払を高額療養費制度の自己負担限度額にとどめ、償還払いされる分を患者が支払う必要がないようにしたい。仕組みとしては、一医療機関ごとの入院費用を自己負担限度額にとどめるとすることで考えている。複数の医療機関に入院した場合、それぞれの窓口で自己負担額を把握することは難しいので、一医療機関を単位として入院費用を自己負担限度額にとどめることとする。法案成立後、なるべく早い段階で通知等で関係者に周知を図っていきたい。政令改正の前に通知で考え方を示したい。
			高額療養費制度の定額部分の自己負担限度額について、今は、平均的な月収の 25% に相当する水準で 7 万 2300 円としているが、今後は、ボーナスを含めた総報酬を基礎に平均的な 1 月当たり収入の 25% 相当の水準で 8 万 100 円に見直すものである。
			平成 19 年 4 月から患者の窓口での負担を軽減するため、入院して高額な医療費がかかった場合には、その医療機関の窓口での支払を高額療養費制度の自己負担限度額にとどめ、償還払いされる分を支払う必要がないようにしたい。具体的な手続きだが、被保険者の事前申請で 1 医療機関ごとの入院費用の支払を被保険者の所得区分に応じた自己負担限度額にとどめ、その自己負担限度額を超えた部分は保険者から医療機関へ直接支払う方向で検討している。事前申請するのは、高額療養費は所得区分ごとに変わるが、各病院は被保険者の所得水準が分からないので、事前申請して所得区分を確定し、その上で、病院が計算できるようにするためだ。また、この制度の利用に当たって所得制限は考えていない。
			自己負担限度額を超えた分の給付に必用な費用は、医療と介護の自己負担額の割合に応じて医療保険者と介護保険者が按分してそれぞれ負担することを考えている。

## 【後期高齢者医療制度等に関するQ & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
4 保険給付の見直し	10 制度維持のための対策	国保制度を維持するための対策をどう考えているのか。	市町村の保険財政を安定化させるため、高額医療費共同事業への国・県からの支援、低所得者を多く抱える保険者への支援等の財政基盤強化策を21年度まで継続することとした。さらに、18年10月から新たに県単位で、国保財政の安定化、保険料の標準化を図るために、保険財政共同安定化事業を創設する。これに加え、国保保険料の収納対策の新たな取り組みとして、クレジットカードや携帯電話を活用した徴収、県単位の共同収納センターの設置、あるいは、新たな高齢者医療制度の創設に併せて65歳以上の高齢者について年金からの保険料天引き（特別徴収）を実施する。
5 保険者への健診・保健指導の義務化	1 生活習慣病対策の取り組み	計画に基づき、生活習慣病対策をどう取り組んでいくのか。	生活習慣病対策には、3つの視点で取り組んでいただく。まず、一つは「評価」で、実施した事業をやりっぱなしではなく、事業全体だけでなく、個々人もきちんと評価してもらう。従って、評価を本人の健康上の指標と医療費の変化というものを個人毎に評価し、加えて、事業全体の総合評価もすることになる。第二点は、個々人ごとにどのような予防や健康増進を行うかプログラムの作成を行ってもらう。いわば「健康づくりのケアプラン」である。第三点は、保健と医療を一体的に推進すること、言い換えれば治療と予防の一体的推進であり、主治医と市町村保健師との連携による保健指導が不可欠となる。
	2 対策のポイント	今後の生活習慣病対策のポイントは。	今回は予防の重視を柱に位置付け生活習慣病対策の強化を図る。具体的には、糖尿病などの有病者・予備群の減少に向け、運動、食生活、喫煙面での生活習慣面の改善に向けた国民の意識啓発に積極的に努める。医療保険者の役割を明確化し、健診・保健指導を義務付ける。
	3 実効性の有無	国保は財政が厳しい中で、本当に健診・保健指導の義務化が実施できるのか。健診や保健指導の標準的なプログラムをどういうタイミングで示すのか。今の市町村保健師や栄養士の状況は十分ではない。	プログラムの提示は、現在、専門家による検討を進めている。本年度と来年度の試行を進めた上で、20年度の実施に向けて支援したい。マンパワー等の体制整備は、保健師だけでなく管理栄養士も含めた様々な職種の活用を進める事が必要と考えるが、保健指導のマンパワーは20年度以降、当初は市町村保健師、管理栄養士に中心的な役割を担ってもらう。さらに、保険者による保健指導を拡大するためには、在宅の保健師、管理栄養士や保健指導を提供する外部の保健サービス機関等の活用でマンパワーの確保・有効活用を推進したい。
	4 事業の効果	医療保険者に義務化する健診・保健指導はどのように効果を上げるのか。	今後、保険者でレセプトデータと健診指導データとの突合ができる。これにより生活習慣病のリスク要因の保有状況と医療費との関係、また、健診・保健指導実施によるリスク要因と医療費の低減効果の分析が可能となる。さらに、保健指導をする事業者の評価、選定に活用できる。国では、保険者が分析した情報を集約し、健診プログラム等の見直しに役立てることとしている。
	5 メタリックシンドロームへの効果	メタリックシンドロームに着目した健診・保健指導の効果はどの程度なのか。	今回の医療制度改革において、メタリックシンドロームに着目した健診・保健指導を医療保険者に義務付け、効果的・効率的な健診・保健指導を徹底することとしており、これにより、生活習慣病の発症を予防するとともに、重症化の予防にも資することになる。健診・保健指導の効果をあげ、内臓脂肪を減少させるためには、適度な運動やバランスのとれた食生活など、個々人の行動が具体的に変わることが求められる。このため、国は、効果的・効率的な健診・保健指導の内容や実施方法について、有識者や医療保険者が参加する検討会で議論している。
	6 体制の整備方針等	財政が厳しい中、健診・保健指導体制をどのように整備し、サポートするのか。	健診・保健指導のプログラムについては、今年度と来年度にかけ、試行等を進めた上で、20年度の実施に向けて中味を示していきたい。マンパワー等の体制の整備については、内臓脂肪症候群を中心とした健診により、対象者の状態を把握した上で、効果的な保健指導の提供する必要があり、厚生労働省としては、県、保険者、関係団体とも連携して健診の充実を図るなど、保健師、管理栄養士の資質向上に努めることとしている。
	7 制度見直しの考えかた	これまで住民の健康を担ってきた老人保健法を改正して、なぜ、市町村保険者として特定健診を義務付けたのか。	制度の狭間で一番対応が遅れているのが、サラリーマンの配偶者である。これまで、生活習慣病に関する健診の体制は、市町村、企業、医療保険者がばらばらに実施しており、特にサラリーマンの配偶者などへの取り組みが手薄だった。自治体中心の医療保険者とすることにより、責任の所在が明確になり、また、被扶養者に対する取り組みを充実させることにより健診の受診率の向上が期待できる。

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
5 保険者への健診・保健指導の義務化	8	対象者の範囲 健診受診率については、雇用形態の違い（長時間労働やパートなど）を考慮せずに健診・保健指導を保険者に義務付けても進まないのでは。	非正規雇用やパートの問題については、国として考えていく。
	9	健診・保健指導の費用と自己負担 健診・保健指導の義務化では、システム整備などかなりの費用がかかるのでは。また、義務付けられた健診について被雇用者の自己負担は。	健診に要する費用は実施率で動き、単価と数量など不確定な要素があるため、その額を見込むことは困難である。ただし、現在の老人保健事業の費用単価を参考にして 2015 年度の健診受診率を 60% とすると、約 1,300 億円になる。この金額には、労働安全衛生法に基づく健診として事業主が負担する費用や国、県からの保険者への補助金も含まれており、保険者の保険料による負担はその一部にとどまるものと考えられる。システムの整備に係る費用は、各保険者の規模や既存のシステムにより異なるので見込むことは困難である。自己負担については、各保険者の判断によって定められており、特に把握していない。
	10	被扶養者の受診 40 歳以上の受診率はどの程度か。健診が新たに義務付けられる被扶養者は全体の 1 割程度と考えるが、本当に受診率を高めて義務化を実効あるものにできるのか。	16 年度の国民生活基礎調査によると、60% の者が健診を受けたと回答している。被扶養者の受診率は少ないというが、市町村が行う老人保健事業に基づく健診を受けている方も含まれるので、一概に少ないと言えない。しかし、国民生活基礎調査のデータでも、家事専業の方は 47.9% という受診率であり、全体に比べ低く、保険者が今後取り組んでいく分野と考える。
	11	健診データの管理 保険者は健診・保健指導を実効あるものにするため、データを保存するが、これは、個人データを生涯にわたって管理することか。	健診データの保存期間は、保険者の意見も踏まえて、今後具体的に検討する。現時点の案としては、被保険者・被扶養者が加入者である期間は当該保険者が保存する。当該保険者の加入者でなくなった以降は、次の保険者に引き継がれるまでの間が一定期間（例えば、1 年程度）経過するまで保存することを考えている。
	12	保健指導に係るコスト メタボリックシンドロームが疑われる者すべてに保健指導等を行えば大変なコストになるのでは。	今回の改革では、保険者に対して内臓脂肪症候群に着目した健診を実施するとともに、健康的な生活スタイルの構築に向け、個々人の行動変容をもたらすよう保険指導の実施を義務付けている。健診・保健指導には、実現可能な目標を設定する必要があることから、当初からすべての被保険者・被扶養者に健診・保健指導を実施せず、体制整備を図りつつ、徐々に実施率を引き上げていく。（20 年度：60%、27 年度：80%）新たな保健事業の取組みは、糖尿病や高血圧症などの発症予防と脳卒中や心筋梗塞などへの重度化予防が中心。健診コストは実施率 60% の場合、約 1,600 億円だが全額保険では賄わない。医療費適正化が進み、5 年後、10 年後に必ずリターンが返ってくると考えている。
5 保険者への健診・保健指導の義務化	13	制度への国の関与 健診受診率をどのように向上させ、早期発見・治療に結びつけるのか。国の健診等に対する助成のあり方、効果的な仕組みはどのようなことを考えているのか。	保険者が健診・保健指導を行うに当たっては、法律上の仕組みとして外部機関への委託が可能であり、他の保険者と連携した事業の実施も可能となっている。保険者等が実施する事業に対する国の援助が必要と考える。国は基本指針等を示すことによって、保険者の取組みが円滑に行われるような手順を示すとともに、国保の被保険者、被用者保険の被扶養者の健診について、公費による助成を一部行うこととしている。保険者への支援策と相俟って、健診受診率が向上するよう、しっかりと目を光らせて取り組んでいきたいと思っている。
	14	医療費への影響 どうしてメタボリックシンドロームで医療費が下がるのか、データを示して欲しい。	平成 17 年 10 月に公表された調査研究によると三重県の政管健保の被保険者約 2,800 人を対象に調べたところ、肥満、血圧、脂質、血糖の 4 項目の健診結果に異常が多かった人ほど、10 年後の患者 1 人当たりの医療費が高くなり、その中でも 4 項目すべてに異常のあった人は、異常がまったくなかった人に比べて約 3 倍の医療費になったという結果が出た。少なくとも定性的には、生活習慣病のリスク要因を減らすことが医療費の減少につながる。

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
5 保険者への健診・保健指導の義務化	15	診断基準の設定	生活習慣病対策に内臓脂肪症候群の概念を診断基準と政策に導入した理由は、 内臓脂肪症候群の定義、診断基準は、日本内科学会や日本糖尿病学会など関連8学会で構成される「メタボリックシンドローム診断基準検討委員会」の論議を経て平成17年4月に発表された。診断基準では、内臓脂肪の蓄積を基本として、高血圧、高血糖、脂質異常の2項目以上を満たす場合に内臓脂肪症候群と定めている。肥満者の多くが糖尿病、高血圧など複数の危険因子を併せ持ち、危険因子が重なるほど心疾患、脳血管疾患を発症する危険性が増大することやその上流の原因として内臓脂肪の過剰な蓄積があることから、運動習慣の徹底と食習慣の改善を中心とした生活習慣の改善により危険因子を改善させる根拠に基づき、生活習慣病対策の充実強化を図る。
	16	老人保健との関連	老人保健事業における健診の効果と被用者保険の被扶養者の健診受診率をどう改善するのか。 老健事業は、昭和57年度に創設され、以降、市町村における公衆衛生活動に一定の成果を上げてきた。一方、基本健診については、被用者保険の被扶養者について、医療保険者の行う生活習慣病健診等との役割分担が不明確、対象者1人ひとりの健診結果に応じて、専門的なスタッフによるきめ細かなフォローアップの仕組みが不十分、市町村にとって健診受診率を現在の水準から引き上げるインセンティブが見えにくい、などの問題点が指摘されていた。こうした指摘を踏まえて、今回の改革では、医療保険者に生活習慣病健診等の実施を義務付け、役割分担の明確化を図るとともに、被用者保険の被扶養者に対する健診や保健指導に積極的に取り組んでいく。
	17	保健指導のマンパワーの確保	保健指導の実施において、マンパワーの不足が考えられるが、どう解消するのか。民間にアウトソーシングする際の委託基準は。 生活習慣病対策の効果を上げるためには、健診によって、対象者の状態を把握し、健康課題に合った保健指導を行うことが重要である。保健指導を担う保健師、管理栄養士の役割は大きくなる。対象者の拡大により、市町村保健師、管理栄養士に加え、在宅の保健師、管理栄養士、外部の保健サービス機関等の活用によるマンパワーの確保と有効活用を推進していく。さらに、県や医療保険者、関係団体とも連携して、研修の充実を図るなど、マンパワーの資質向上にも努めていく。なお、アウトソーシングの基準については、現在検討会で議論している。
	18	要治療者への対応	要治療者については、医療における保健指導も大切である。診療報酬上の評価を充実させるべきでは。 医療面における生活習慣病等の重症化予防については、診療報酬で療養上の指導管理について評価している。今回の診療報酬改定においても生活習慣病の指導管理を充実させるための計画書の見直しなど、評価を拡充した。今後も、必要な療養上の指導について適切な診療報酬上の評価を行なっていく。
	19	個人情報の管理	個人の健診データはどこが管理するのか。 健診データは、個々の医療保険者が管理することとされ、個人情報の保護は極めて重要との考えのもと、今回の法律では保険者役職員に守秘義務を課し、違反した場合は罰則を課すこととしている。
	20	中長期的支援策	医療費適正化の中長期施策として、今後、生活習慣病対策をどう推進していくのか。 生活習慣病対策については、これまで国は、健康フロンティア戦略等を推進してきたが、今回の改革においても予防重視を柱のひとつに位置づけた。具体的には、糖尿病等の有病者・予備群の減少に向けて、運動、食生活、喫煙面での生活習慣改善へ国民の意識啓発に積極的に努めるとともに、医療保険者の役割を明確にし、効果的・効率的な健診・保健指導を義務付けることとした。
	21	内臓脂肪症候群への対策	近年、注目されている内臓脂肪症候群への対策をどのように進めるのか。 内臓脂肪症候群への対策については、その考え方に着目し、安易に薬に頼るのではなく、適度な運動やバランスのとれた食生活、禁煙といった生活習慣の改善が重要という考え方を国民や医療関係者に広く普及し、本格的な生活習慣病予防の取組みを推進していく。
	22	労働安全衛生との関連	今回の改正で義務付けられた保険者がやるべき範囲と従来の労働安全衛生法に基づいてやる範囲は。 被用者の本人は、引き続き労働安全衛生法に基づく事業主健診が優先する仕組みとなっている。高齢者医療確保法の中で、被保険者が労働安全衛生法に基づく事業主健診など特定健診に相当する健診を受けることができる場合は、保険者は、この被保険者に対する特定健診は免除される形で調整していく。
23	健診項目と費用負担	健診項目は費用負担のあり方は。 健診項目は、国において検討中である。健診実施のための財源は、被用者の本人は、労働安全衛生法による事業主健診が主体となる。その他の被扶養者等については、原則として保険料と利用者本人の負担とし、一部国庫による補助となる予定で、補助対象や補助水準は今後検討する。市町村国保の被保険者の場合には保険料と利用者本人の負担のほか、現在の老健事業と同様に、健診費用の一部について国と県が1/3ずつ負担する予定である。	

## 【後期高齢者医療制度等に関するQ & A】

区分	項目	質問	回答
5 保険者への健診・保健指導の義務化	24	保険者による健診・保健指導の実施	健診・保健指導の市町村実施分については、国は、今の老人保健事業と同じ割合（国 1/3、県 1/3、市町村 1/3）で費用負担を考えている。生活習慣病対策が国保にくるので、市町村負担の 1/3 は国保特会という形になる。これまでと違うのは、老人保健事業の中で、国保以外の人、サラリーマンの被扶養者について面倒見てきたが、今後は、それぞれの保険者が義務として実施し、費用はそれぞれの保険者が負担する仕組みとなる。なお、健診等の実施に際しては、外の機関へのアウトソーシングや家族が住んでいる地元の市町村にお願いすることができるため、受診する人の利便性を考慮した体制を考える必要がある。
	25	被用者保険家族への健診	法律上の枠組みとして市町村国保と他の保険者による健診を利用できることとしている。居住している地元市町村での健診を活用することとなる。費用負担は今後検討するが、利用者の利便性を考えて組み立てていきたい。
	26	健診の実施方法	保険者が加入者の利便性を勘案しながら適切な方法をとる。一般的には被用者の本人は職域単位の集団検診や人間ドックにより提供される。国保保険者は、地元の保健センター等での集団検診、あるいはクリニック等の医療機関での個別健診により提供されることが多いと考えられる。
	27	被用者保険家族への健診	法律で想定しているのは、市町村国保の枠組みを利用するということだが、概念的には外注（アウトソーシング）するということも可能で各被用者の保険者が考えながら決めていく。
	28	健診・保健指導の実施把握	後期高齢者支援金の徴収、加算減算の計算とも関連してくるので、支払基金において他の保険者との比較ができるよう、毎年度、加入者数、健診受診者数の実数、健診実施率等について各保険者から報告を求めて、チェックを行っていく。
	29	健診・保健指導の事業見込み、	健診・保健指導事業で必要になる経費、対象人員、受診率の見込みは、医療保険者に実施を義務づける特定健診・特定保健指導だが、現在の取組み状況を踏まえて実現可能な目標を設定する必要がある。体制整備を図りつつ実施率を引き上げていく。具体的な項目や実施方法については検討中であり、単価の詳細も確定できないわけだが、機械的に計算すると、20 年度は受診率目標を 60% とすると、3,400 万人が受診し、1,600 億円が必要になる。27 年度は受診率目標を 80% とすると、約 4,600 万人が受診し、2,100 億円が必要になると見込んでいる。これらの総体の金額には、労働安全衛生法に基づく健診として事業主が負担するものや、国や都道府県から保険者への補助金、受診者の一部負担も含まれており、保険者の負担としては、一部にとどまる。
	30	健診の財源と実施体制	40歳以上を対象とする健診の財源、実施体制は、保険者に対しては、糖尿等の生活習慣病の健診を義務付ける。財源については、保険料財源のほかに、労働安全衛生法に基づく事業主健診に該当する場合の事業主負担、国と都道府県による一部助成、健診を受ける加入者の一部自己負担で構成される。健診の実施体制については現在、市町村保健センター等での集団健診や、診療所等医療機関での個別健診などによって提供されており、現行の体制を引き続き活用することになると考えている。被扶養者の健診は、市町村国保等他の保険者による健診を流用できることとしており、身近な場所で受診できるよう保険者間の協力体制を構築して、受診者の利便を確保するように努めていきたい。
	31	健診・保健指導評価の考え方	健康診査の目標達成率に応じて、保険者が負担する後期高齢者支援金の額が違ってくる。病弱な人、慢性疾患を持っている人、健康でいたくてもいられない人は、肩身の狭い思いをするのではないのか。保険者の後期高齢者支援金の加算・減算の措置は、それぞれの保険者における健診の受診率、保健指導の実施率、内臓脂肪症候群の有病者・予備群の減少率の各指標に基づいて行うこととしており、各保険者の広角的な健診や保健指導の取組みをねらいとしている。被保険者にとっては、良質な健診や保健指導を受ける機会が拡大するという効果もたらされる。一方、各個人健康増進の取組みは、積極的に進めていきたいと考えているが、基本的にはあくまで本人の自主的な判断である。今回の改革でも個人に義務を課すものではないと考えている。国、県、保険者として、目標を持ちながら進んでいくことは決して悪いことではないが、それが個人の自由、権利を侵害することになってはならない。

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
5 保険者への健診・保健指導の義務化	32	40 歳未満の費用負担	努力義務とされる 40 歳未満の健診等に対する費用負担は。
	33	国保保健師の雇用の考え方	保険料財源で賄う健診・保健指導事業で、保健師は新たに国保特別会計で雇用する保健師となるのか、現行の一般会計による保健師が保険者の業務を担っていくのか。国保特別会計での雇用となると、昭和 53 年に国保から市町村に移管する以前の状態に戻すことになる。
	34	健診・保健指導の経費負担	市町村負担が増えれば実施する市町村が減り、住民の健康に影響が大きいのではないか。
	35	健康増進法による健診	現在の老健事業に基づく健診で特定健診の項目から外れたものについて、健康増進法第 19 条に含めた場合の市町村の財政負担割合は。
	36	市町村保健師等の活用	厚労省の調査によると、自治体保健師の活動分野として、全国の総数 5,600 万件のうち老人保健が 3,300 万件を占め、以下、母子保健、健康増進、精神保健福祉の順になっているが、今回改正で現状の市町村保健師業務のどの程度が保険者に移行するか。
	37	市町村保健師等の活用	住民へのサービスが低下しないよう、今回の改革によって市町村保健師、管理栄養士を削減せざるを得ない状況は避けなければならない。今後の市町村保健師、管理栄養士の役割・責任も含めて厚生労働省の考えは。
	38	健診・保健指導の財源	保険者に対して、保険料を財源とする特定健診の実施を義務付けるが、保険というのは保険事故に対する給付であり、保険原理を超えるのでは。

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
5 保険者への健診・保健指導の義務化	39	労働安全衛生法健診との関係	事業主健診に付加した健診を実施し、保険者が費用負担をすることもあると言うことか。
	40	市町村保健師等の活用	平成 20 年度以降、市町村の保健師、管理栄養士が中心的な役割を担うことになる特定健診・保健指導については保険財源で行う事業であり、新たに国保特別会計で雇用する保健師となるのか。それとも現行の一般会計による保健師が保険者の業務を担っていくのか。国保特別会計での雇用となると、昭和 53 年に国保から市町村に移管する以前の状態に戻すことになるが、どう考えるか。また現行の一般会計の保健師を大幅に削減することにならないか。現在の市町村保健師が保険財源の業務を行うとするのであれば、今以上に業務が大幅に増えることになるが、その分、地方交付税を大幅に増額することは可能か。
	41	介護予防との関係	介護保険法に基づく介護予防に係る地域支援事業と保険者が行う特定健診等の事業は、どう関連してくるか。
	42	被用者保険の被扶養者健診の実施と負担	被用者保険の被扶養者に対する健診の実施方法、利用者負担は。
	43	労働安全衛生法健診との関係	労働安全衛生法の健康診断項目について、保険者に義務付ける特定健診項目を労安法でカバーできない場合には、保険者の責任で実施するのか。
44	個人情報の管理	レセプトによる個人の受診・治療データを健診結果に結びつけ、健診プログラムの改善などへの効果的な活用を図ることが重要だが、データ管理において個人情報の保護は図られるか。	

## 【後期高齢者医療制度等に関するQ & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
5 保険者への健診・保健指導の義務化	45	健康増進計画への国・県の関わり	新たな健康増進計画における国・都道府県の関わりは。 今後、市町村や医療保険者、事業者といった幅広い関係者がこれまで以上に連携・協力した取り組みを進める。特に、県には、総合調整機能を発揮していただく。健康増進計画については、医療保険者が中心となる健診・保健指導（ハイリスクアプローチ）だけでなく、市町村が中心となって推進する住民全体の健康づくりに向けた普及啓発施策（ポピュレーションアプローチ）も含めた健康づくりの全体像を示すものである。また、地域の関係者が取り組むべき具体的な目標を地域の実情により設定し、取り組み状況と達成状況を評価する。また、市町村、医療保険者等の具体的な役割分担、連携推進のための方策を明記する。保健師・管理栄養士などの育成確保や資質の向上を目指した研修の推進方策等も明記する。国としては、各都道府県における目標設定等の基本的な考え方を示すとともに、新しい健康増進計画の策定の進め方等を盛り込んだガイドラインを示すなど、都道府県の取り組みを支援していく。なお、市町村管理栄養士等の職員の配置など、健康づくりに係る人材の育成に関して、今後国としてどのような支援ができるか検討していきたい。
	46	健診・保健指導の実施結果の把握	健診・保健指導の実施の有無をどうチェックするか。 健診・保健指導については仕組み上、後期高齢者支援金の徴収や加算・減算の計算とも関連してくるので、支払基金において他の保険者と比較できるように、加入者数、健診受診者の実数、健診実施率等を毎年度各保険者から報告を求めてチェックをすることとなる。
	47	労働安全衛生法健診との関係	今回の改正で実施が義務付けられた保険者の特定健診等と従来の労働安全衛生法に基づく健診との関係は。 被用者保険の本人については、引き続き労安法に基づく事業主健診を優先する仕組みとしている。労安法の改正は行っていないが、高齢者医療確保法の中で、被保険者が労安法に基づく事業主健診など特定健診に相当する健診を受けることができる場合は、特定健診の実施義務は免除される。また、事業主健診と保険者による健診が人間ドックなどの形で一体的に実施されることも想定され、その場合は事業主健診を保険者に委託して実施することも可能であり、事業主が保険者に委託費用を支払わなければならないと規定している。
	48	健診方法と負担	各保険者の健診の実施方法と費用負担についてはどうか。 実施方法については、各保険者が加入者の利便性を勘案しながら適切な方法をとることとしているが、一般的には、被保険者本人については職域単位での集団健診や人間ドックで提供される。国保の被保険者については、地元の保健センター等での集団健診や医療機関等での個別健診により提供されることが多いと考えられる。一方、被用者保険の被扶養者については、市町村国保等他の保険者による健診を活用できる。地元市町村を始めとした身近な場所で受診できるよう保険者間の協力体制を構築していきたい。財源については、被保険者本人の場合、労安法に基づく事業主健診が主体となる。被扶養者の場合は保険料と利用者本人の負担としつつ、一部国庫による補助を行う。市町村国保の被保険者の場合には、保険料と利用者負担のほか、現在の老健事業と同様に国と都道府県が1/3ずつ負担することとしている。
	49	保険者への指導等	保険者による健診・保健指導の取り組みがあまり芳しくない場合は、どこが指導・助言していくのか。 保険者への指導は医療保険各法に基づき、健保組合であれば厚労大臣が、市町村国保であれば都道府県が必要な指導を行うことになる。加えて各事業の指導責任は、医療費適正化計画の着実な実施を図る観点から、厚労大臣及び都道府県知事が実績評価を踏まえ、保険者に対し必要な助言や援助を行う。
50	診療報酬の特例	都道府県が医療費適正化計画の評価を踏まえて目標の達成のために必要があるとき、診療報酬に関する意見を提出することができる。その場合、厚労大臣は診療報酬上の特例を定めるように努めるとしているが、どのような場合を想定しているのか。 医療費適正化計画では、生活習慣病に関する患者数を減らす、平均在院日数を長野県と全国の差を半分にするという政策目標を掲げてもらうが、その目標の達成状況について、平成20年から5年間を計画期間とする適正化計画の中間年と、計画終了の翌年度に行われる実績評価を踏まえて、何故達成できなかったか等の分析を経て、診療報酬上何らかの手当をするようなことがあれば、県知事が意見具申できることを決めたものである。県における計画達成について、人材養成を含めて様々な支援を組み立てていく中で、診療報酬においても、こういった措置を創設した。厚労大臣の「努めなければならない」という規定は義務的なものではなく、全国的な診療報酬に係るものである。当然中医協への諮問・答申の手続きを経ることも必要で、最終的には厚労大臣が決定するということが権限上担保されている。	

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
5 保険者への健診・保健指導の義務化	51 健診データの取扱い	健診データの取扱いについて、保険者が求めた場合の提出を義務付けた規定の趣旨は。	保険者に特定健診・保健指導データの保有を義務付けている。保健指導の際に過去の健診データの推移を活用すること、保健指導後の健診データの改善状況等から保健指導を行う事業者の評価や設定に活用することが考えられる。保険者については、被保険者等に実施した健診データの保有が義務付けられるが、労働安全衛生法に基づいて行う事業主健診など特定健診に相当する健診を受けることができる場合には、保険者は被保険者に対する特定健診を行わなくてもよいことになり、データがないため、健診等のデータを保有できるよう、求めに応じた提出を義務付けた。
	52 診療報酬の特例	診療報酬の特例の範囲について、法案第13条に続いて第14条では都道府県の特例があるが、第2条の診療報酬上の対応と、14条の都道府県の特例は同じものか。それとも全く違うものか。	第13条の規定は、対象が全国に共通する診療報酬に対する意見具申である。意見具申できる時点は計画中間年と最終年の翌年度と定めている。一方、第14条は計画終了の翌年度に厚労大臣が設けるものであり、各都道府県別の診療報酬の特例を定める。第13条は全国共通の設定、第14条は各都道府県の特例である。
	53 診療報酬の特例	都道府県ごとに診療報酬を策定する事態が起こると、給付の平等が壊れていくのではないか。	わが国の医療保険制度で、診療報酬は全国共通のものとして厚生労働大臣が定めることを基本としており、今回の改革法でも、この考え方は変えていない。ただ、都道府県ごとの診療報酬の特例は、こうした基本的考え方を前提としながら、都道府県における医療費適正化の目標を達成するために必要な場合に、予め都道府県知事と協議することなどにより、地域の実情も踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間で公平に提供する観点からみて、合理的と認められる範囲内で設定することができる。地域から厚生労働大臣に意見があがってきて、それを中医協でご議論いただくというステップなので、そういった意味では、特例中の特例という形である。
6 医療費適正化の推進	1 医療費適正化の背景	各県ごとに医療費適正化計画が作成されるが、この考え方を導入した背景はなにか。	生活習慣病予防と入院日数の短縮をテーマとして、各県で医療費適正化計画を作成する。医療費適正化については、レセプト点検など、具体的な部分を削っていくやり方だけではやっていけない。また、今回の改正で患者負担の部分もあるが、患者負担を簡単に増やせないことを考えると医療費そのものを効率的にするために、予防対策を充実させる必要がある。現在、14年度から実施している国保ヘルスアップモデル事業を17年度から本格的な事業に昇格させており、市町村では、これらの事業を参考に予防・保健事業に取り組んでもらいたい。
	2 計画評価と診療報酬の関係	都道府県の医療費適正化計画に沿って医療費が下がらなかった場合、診療報酬でペナルティを課すことはないのか。	診療報酬の特例は、単純にペナルティを課すようなことは考えていない。例えば、平均在院日数が短くならない場合に在宅医療が進まないのであれば、在宅医療に所要の措置をとるといった目的達成のために有用な事柄を地方と相談し、専門家間で検討した上で決めていく。一方的にペナルティを課すものではない。
	3 計画への県の関わり	今回の法案では医療費の抑制策などを含め多くの施策で県の指導力を期待しているが。	医療費適正化が大きなテーマの中で、国とともに県でも医療費適正化計画を担う。医療計画、介護保険事業計画、健康増進計画を合わせながら計画を組んでいくことで県の役割を期待している。
	4 健診の適正化効果	健診で医療費は将来どの程度削減できるのか。	肥満、高血糖、高血圧等に着目した健診と保健指導の実施により、糖尿病等にかかる医療費が減少し、2025年度には約2兆円の適正化効果があると見通している。
	5 制度導入による適正化の効果	後期高齢者医療制度が導入されると、どの程度医療費が適正化されるのか。	平均在院日数の短縮、予防の導入といったことがあるので、後期高齢者にかかる医療費は、平成27年段階で改革を実施しない場合、医療費ベースで18兆円という見通しが、改革の実施で16兆円。平成37年段階では改革前で30兆円の見通しが、改革実施後は25兆円となる。
	6 診療報酬の見直しの方針	高齢者医療に適した診療報酬の見直しは行なわれるのか。	医療費の伸びを適切にしていくために、合理的に、かつ効率的に医療の資源を使っていく。新しい高齢者医療制度の中で、慢性、あるいは生活習慣病という形の医療をどう診療報酬で評価するか非常に大きな課題となる。医療の資源は、多くが高齢者向けに振り分けられており、今後その割合はどんどん増していく。相対的に急性期医療の評価が良くならない。国会の附帯決議でも、18年度中に考え方を取りまとめるよう言われており、国としてもすぐに高齢者の診療報酬だけでなく、急性期医療の評価についても議論を始めなければならない。

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答	
6 医療費適正化の推進	7	医療保険制度改正の考え方は。	後期高齢者は、今は、1,200万人だが2,000万人を超す時代の到来に、どうすれば持続可能な医療制度の構築が大きな焦点である。そこで、医療費適正化に向け、ひとつは長期入院の是正と生活習慣病予防を大きな柱とし、さらに、現役並み所得の老人には、3割負担をお願いする一方で、診療報酬を3～16%引き下げを行う。併せて、75歳以上の高齢者を対象にした新たな高齢者医療制度を創設する。	
	8	財政見通しは。	今回改正を実施しなかった場合とした場合の財政影響について、27年度(2015年)の所要保険料は、政管8,500億円減、健保3,500億円減、市町村国保2,400億円減の見通しである。27年の数値は18年度の診療報酬改定、患者負担の関係、後期・前期高齢者の創設に伴う影響を含め、財政影響が出てくる。	
	9	医療費の伸び	医療費の伸びの本質は何か。医療費は今後どのような水準で伸びていくのか。今回の改革がどんな影響を与えるのか。	医療費の伸びには、3つの要素(人口の増減、高齢化という「人口要因」、制度改正、診療報酬改定の「政策的要因」、医療の高度化等の「自然増」による影響)がある。過去15年程度を見ると人口要因は、年率1.8～1.9%、自然増は2～3%で極めて安定して推移している。制度改正を実施しなかった場合には、安定した増加傾向は継続するものと考えられる。現行のまま推移すると平成37年に医療給付費は56兆円に達すると見通され、今回の医療制度改革で総合的な医療費適正化策を講じることにより、それを48兆円に止める目安を立てている。
	10	自己負担の考え方	医療費の自己負担において、今後とも3割負担が維持されるのか。	平成14年の健保法等改正案の附則において、医療費の自己負担は、将来にわたり100分の70を維持すると定めており、そのように努力を積み重ねなければならない。
	11	社会保障制度の改正視点	医療制度改革を含めた社会保障制度改正の視点は何か。	社会保障制度は、国民の安心・安全を支えるセーフティネットとして重要な機能がある。少子高齢化が進展する中で、社会保障が今後ともセーフティネットとしての機能を維持するためには、厳しい財政状況の下で、給付は厚く、負担は軽くというわけにはいかない。給付と負担の両面から均衡を図るとともに、経済財政とバランスの取れたものとして、制度を将来にわたって持続可能なものとする必要がある。これまでの社会保障制度の改革においても、所得の低い方に対しては、国民年金、介護保険、国保の保険料負担の軽減、医療保険、介護保険、障害者福祉サービスなどの利用者負担について、より低い月額上限の設定などを行ってきたほか、今般の医療制度改革関連法案でも高額療養費の自己負担限度額を据え置くなどの一定の配慮を行っている。
7 その他	1	介護保険との関係	今後、介護保険と医療保険の地域保険のあり方について、同じものにしていく方向なのか。	市町村の合併の推移を見ながら議論を深めていく。
	2	老人保健法との関連	老人保健法の改正で高齢者医療確保法に変わるが、新法として制定すれば良かったのでは。	現行の老健法は大別して、高齢者に対する医療の給付及び費用負担と、40歳以上に対する健診等保健事業を掲げている。今回の法改正では、現行の老健法の目的である適切な医療の確保を引き続き規定したうえで、については、現行制度を発展的に継承して後期高齢者医療制度を創設する。そして、前期高齢者の財政調整の制度を設ける。の保健事業については、40歳以上の被保険者に対する生活習慣病予防健診等を保険者に義務付けることを内容としている。改正法の主たる概要については現行の老健の趣旨と連続性を有している。制度的には後継の制度であることから、新法の制度ではなく現行の老健法を改正する立法形式をとることにした。
	3	保険制度の一元化のプロセス	医療制度大綱では、将来の制度の一元化を謳ったが、今回の改正法では一元化へのプロセスが明らかになっていないが。	医療保険制度の一元化の具体的な姿には様々な考え方がある。給付の平等を図りつつ、負担の公平と財政運営の安定化を図ることは共通しており、今回の改正では、県単位を軸として、国保及び被用者保険双方を再編・統合するとともに、新たな高齢者医療制度を創設する。被用者保険と国保とを完全に統合する医療保険制度の一元化については、サラリーマンと自営業者の所得把握等の違いや事業主負担をどうするのかといった課題があり、国民的議論が必要である。
	4	保険制度の一元化	医療保険制度の一元化について。	将来の方向性として一元化は大きな課題であると国では考えているが、特に具体的なスケジュールはない。

## 【後期高齢者医療制度等に関するQ & A】

区 分	項 目	質 問	回 答	
7 その他	5	老健法による計画の存続	老健法に基づく保健事業はなくなるのか。また、老健事業計画もなくなるのか。	今回の老健法の改正では保健事業に関する部分が削除されるので、そういう見方をすれば、老健法に基づく事業はなくなる。法律上の根拠規定がなくなるため、老健法に基づく計画はなくなるが、同様の趣旨は健康増進計画の中に引き継がれると理解している。
	6	老健法による保健事業の実施	保健事業の責務を保険者に移すが、これまで市町村が実施主体となってきた老健事業は、法的根拠を失い、実施されないのか。	今回の老健法の改正では、国及び地方公共団体の責務規定から保健事業に関する部分が削除されているが、健康づくりについては国及び地方公共団体の責務に関して、健康増進法第3条において、健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の収集・分析・提供、健康の増進に係る人材の育成及び資質の向上などに努めなければならないと規定されている。同第4条において、市町村を含む健康増進事業実施者の責務としては、健康教育、健康相談、その他国民の健康の増進のために必要な事業を積極的に推進するよう努めなければならないとされており、これらの規定については何ら変わるところはない。また健康増進法第17条においては、市町村は生活習慣の改善に関する住民からの相談に応じ、必要な保健指導等を行うこととされており、市町村は引き続き、こうした規定により医療保険者による健診・保健指導と連携を図りつつ住民の健康増進に関する事業を実施することになる。市町村が住民に行う健康増進に関する事業の財政的支援の問題については、現在国庫補助や地方財政措置がなされているが、今後、国としてどういう財政的支援が可能か、さらに検討していきたい。
	7	地域保健へ影響	(市町村の保健事業が大きく変わるのに)地域保健法は改正されない。法改正しなくとも、法律に基づく基本指針を書き換えなければ制度変更に対応できないのではないか。	老健事業のうち基本健診に相当する部分は、保険者に中心的な役割を担ってもらうが、地域住民全体についての健康増進を図る責務が市町村にあることは何ら変更されるものでない。そういう意味で地域保健の枠組みを大きく変更することはないと認識している。また市町村においては、生活習慣病対策だけでなく、母子保健対策、障害者施策、介護予防など幅広く担っていただいております。市町村の保健師、管理栄養士等の専門家には地域保健の分野で重要な役割を担っていただく必要がある。国としても都道府県と連携し、資質向上に向けた研修の推進などに積極的に取り組みたいと考えている。
	8	地域保健法との関連	地域保健法に基づく基本指針は今の老人保健法を前提とした書きぶりになっており、基本指針について検討し、改めるべきでは。	今回の改革において、生活習慣病対策も含めて、国、都道府県、市町村及び保険者等がどのような役割を担っていく必要があるかについては、健康増進法の基本方針で示すことに加えて、地域保健法に基づく基本指針についても改革の趣旨を踏まえて内容の必要な見直しを検討したい。
	9	高額療養費の住民への通知	高額療養費に該当した場合の通知(お知らせ)は、現在、政管健保と市町村国保ではどうなっているのか。	政管健保では、お知らせの送付について、昨年12月に社会保険事務局に通知を発送した。18年4月から、全国の社会保険事務所から該当する被保険者にお知らせを送付することを始めた。国保について全体調査をしたことはないが、今年5月に15の政令指定都市に聞き取り調査をしたところ、15市中11市で手続勧奨通知を実施している。
	10	高額療養費の通知内容	被保険者が自ら医療機関や日数を記入しなければならないという理解でいいか。	政管健保のお知らせは現在のレセプト情報管理システム上、該当者の抽出は可能だが、一人一人に印字してお知らせすることができず、請求可能金額等をお知らせに記載することができていない。政管健保の公法人化(20年10月)に伴う新システムの構築に際して、被保険者の利便性向上を図る観点から、氏名や被保険者の記号番号、請求金額など、請求に必要な情報を予め記載することを検討したい。国保で金額まで併せて送付しているのは、二つの自治体と聞いている。
11	高額療養費通知の実施	国保も全国的に広がるように取り組んでほしい。	保険者によっては高額療養費の自己負担通知の趣旨は、患者にかかった医療費の大きさを実感してもらう必要がある。それを如何にして他の被保険者に支えてもらっているか分かるためにやっていると言われている方もいる。したがって、利便性という考え方からすると、委員ご指摘のとおりであり、私どももそのように進めているが、最終的には自治体ごとの自主的な判断によるかと思う。	

## 【後期高齢者医療制度等に関する Q & A】

区 分	項 目	質 問	回 答
7 その他	12	資格証明書 市町村国保で資格証明書の発行世帯は32万世帯となっており、これらは負担能力がないにも関わらず悪質滞納者と考えているのか。	国保の資格証明書の発行は、個々の事例に応じて市町村が適切に判断している。保険料が納付できない特別な事情があると認められる場合は、交付対象としないこともある。負担能力があるにも関わらず保険料を納めていない人へ交付していると承知している。
	13	保険証の複数交付 国保の保険証を世帯1枚ではなく、複数枚交付できないか。	平成13年度に1人1枚の被保険者証を交付することが原則となっており、平成17年6月1日現在で、2,395市町村中549市町村で1人1枚のカード化が進んでいる。未実施の保険者は、被保険者の利便性を考え、切り替えを願いたい。(本県の場合、カード化は八幡平市のみ)
	14	健保組合の見直し 地域保険、職域保健は県単位で考えるなら、健保組合に関しても同一業種だけでなく、地域の中でやるべきでは。	現在、健保組合は効率的に実施していると思っている。これを他のものといっしょに地域に一元化するのは現段階では様々な議論がある。
	15	政管健保の見直し 政管健保の公法人化で、全国一律だった保険料率が県ごとによって変わってくる。保険者の努力で是正できないものは財政調整を行うことが規定されているが、どういったことをやろうとしているのか。	全国健康保険協会では、都道府県単位の財政運営を基本とし、地域の医療費水準を反映した保険料率を設定することとしている。ただ、人口構成、所得の差異を単純に保険料率に反映させると、高齢化が進んでいる地域は医療費が高く、所得水準が低い地域は保険料収入が少なくなってしまう。こうした保険者の努力で対応できない部分について、都道府県間で財政調整を行うこととしているが、具体的には、人口構成、所得が平均並み、全国平均を基準として、各地域ごとに標準的な所要保険料を計算する。それと現実を比較して、高齢化が進んだ都道府県や、所得の低い都道府県は調整額を受け取る。年齢構成が若い都道府県、所得が高い都道府県は調整額を拠出する。法人全体としての財政調整を行う。今回の措置を採ることによって急激に保険料負担が上がる地域は、経過措置として負担調整をしていく。
	16	国保組合の現状 国保組合の現状は。	平成18年4月1日現在で、165の組合がある。大別すると医師・歯科医師・薬剤師等の関係で92組合、建設関係の従事者で32組合、市場従事者、食品関連等の従事者で41組合である。加入者数は、平成16年度末現在で約400万人となっている。財政状況であるが、平成16年度の収支差引額は649億円だが、単年度経常収支で見ると、63億円の赤字となっている。全体の68%、63組合が赤字である。
	17	国保組合への国庫補助の見直し 高額所得者だけが集まっている国保組合もある。高所得者国保組合への国庫負担の縮小は。	平成18年度に実施した国保組合の所得調査結果に基づき、各国保組合の財政力を算出し、平成18年度より財政力に応じて交付する普通調整補助金を見直した。弁護士や医師など比較的財政力の強い国保組合は普通調整補助金を廃止、現行の5段階から各国保組合の財政力に配慮したきめ細かい10段階へ補助の割合を変更したものである。