

新高齢者医療制度の 負担のしくみについて

健康保険組合連合会

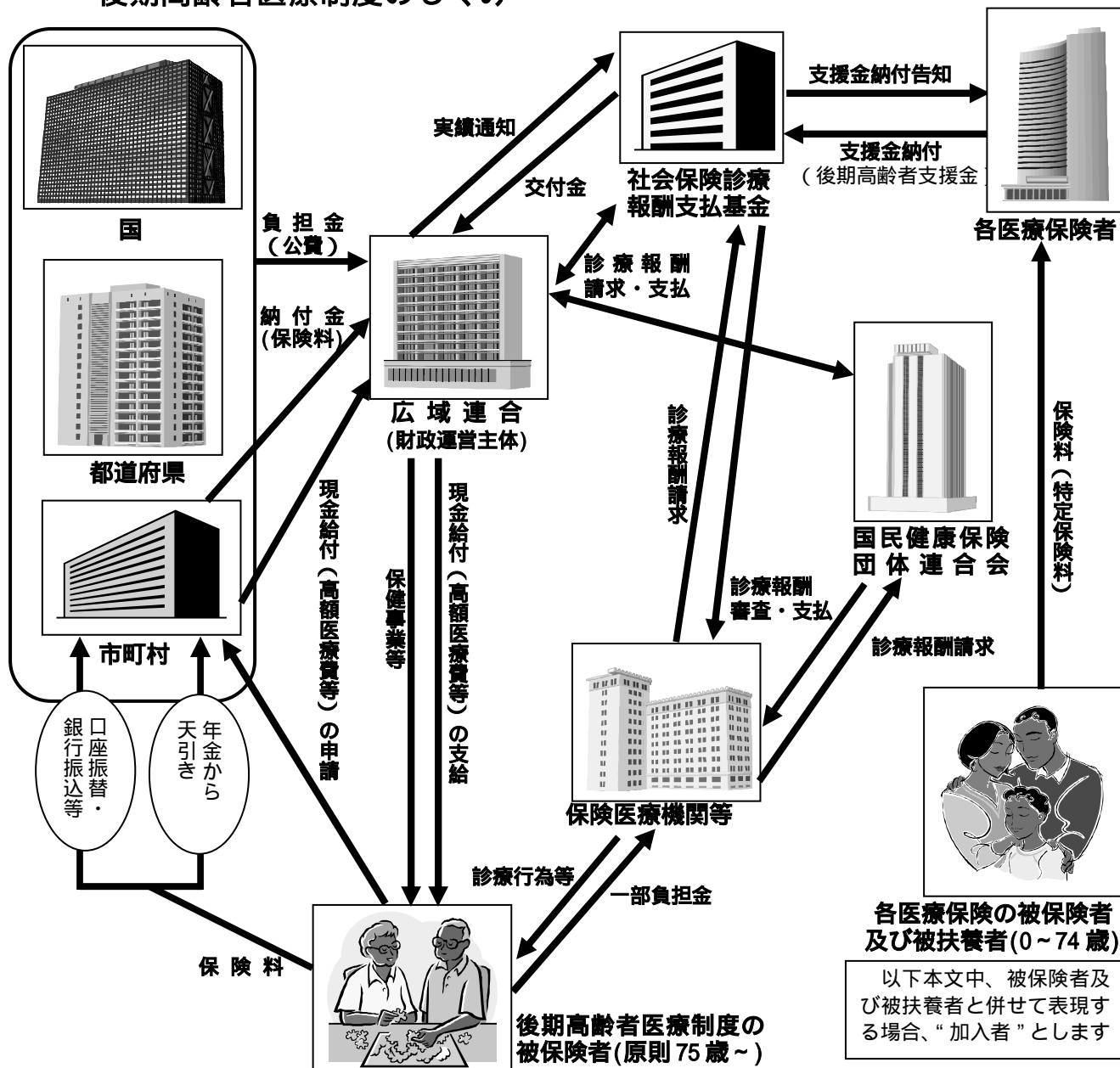
詳細版

目 次

・ 後期高齢者医療制度	2
後期高齢者医療制度のしくみ	2
後期高齢者医療費の費用負担	3
後期高齢者支援金等の算定	5
・ 前期高齢者医療制度	9
前期高齢者医療制度のしくみ	9
前期高齢者医療給付費の財政調整について	10
前期高齢者納付金等・交付金の算定	15
前期高齢者医療制度の負担軽減・緩和措置	28
・ 退職者医療制度	32
退職者医療制度の経過措置	32
・ 病床転換助成事業	36
療養病床の成り立ち	36
医療の必要に応じた療養病床の再編成	37
療養病床が転換する時の支援措置	38
病床転換支援金等の算定	40
・ 特定保険料	42
特定保険料（率）の創設について	42
・ まとめ（各制度の問題点とその改善に向けて）	45
後期高齢者医療制度の問題点整理	45
前期高齢者医療制度の問題点整理	47
その他（高齢者医療制度以外）の問題点整理	48
問題点の解決に向けた健保連としての取り組み	49

後期高齢者医療制度

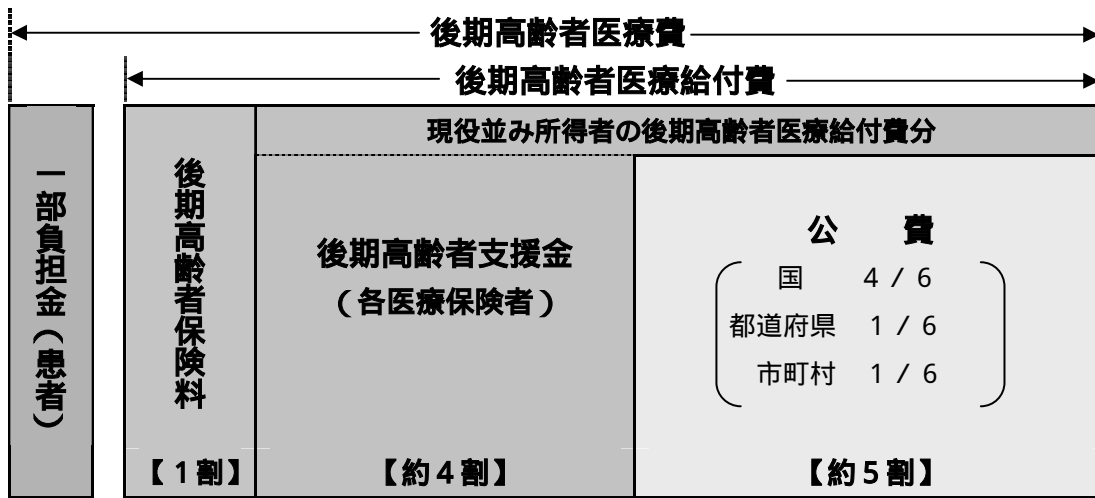
後期高齢者医療制度のしくみ



- ・上図は後期高齢者医療制度のしくみを簡単に示したものです
- ・後期高齢者医療制度は後期高齢者の心身の特性に応じた医療サービスをするために、平成20年4月から施行となる、一般の医療制度とは**独立した医療制度**です
- ・後期高齢者は**75歳以上の者及び65歳以上75歳未満の寝たきり者等**のことで、従来の老人保健制度の対象者と同じです
- ・75歳以上の者は一人ひとりが被保険者になります。したがって、健保組合等で被扶養者であった場合でも、75歳に達すると同時に、後期高齢者医療制度の被保険者となります
- ・また、健保組合の被保険者が75歳となった場合、その被扶養者が75歳未満の場合はその者の被扶養者ではなくなり、他の医療保険者に加入することとなります
- ・制度の運営は、保険料徴収、現金給付の申請受付等の事務については**市町村**が行い、給付の決定等財政運営については全市町村が加入する**広域連合**(各都道府県単位)が行います

後期高齢者医療費の費用負担

【図 1】後期高齢者医療費の財源構成



【】は医療給付費負担割合(平成 20～21 年度)

後期高齢者医療費の負担割合、しくみについて

- ・後期高齢者医療費に要する費用は、各医療保険者（以下本文中、各保険者とします）からの**後期高齢者支援金、公費、後期高齢者の保険料、一部負担金**により賄われています。
- ・一部負担金は患者（75歳以上の者等）の医療機関での窓口負担分で、負担金額はかかった医療費の1割（現役並み所得者は3割）となります。
- ・後期高齢者医療制度への現役世代からの支援である後期高齢者支援金は、国民健康保険(約 4,100万人)・被用者保険(約 7,200万人)の加入者数に応じた支援となっています。つまり後期高齢者支援金を全保険者の加入者数割(0～74歳)で負担するしくみとなっています。【前述加入者数は平成20年度見込】
- ・**現役並み所得者の後期高齢者医療給付費¹**については、**全額が後期高齢者支援金の対象**となります。

後期高齢者(保険料)負担率の改定方法

後期高齢者医療制度における後期高齢者の保険料と医療保険の各保険者が負担する後期高齢者支援金、公費の負担割合は【図 1】のとおりですが、今後、後期高齢者人口は増加すると見込まれる一方で、現役世代の人口は減少することが見込まれています。このため、後期高齢者の負担分は支え手が増えますが、現役世代の負担分は支え手が減っていきます。

したがって、仮に後期高齢者の保険料の負担率と後期高齢者支援金の負担率を変えないこととすると、後期高齢者一人当たりの負担の増加割合と比較して、現役世代一人当たりの負担はより大きな割合で増加していくこととなります。

¹ 後期高齢者支援金における現役並み所得者の医療給付分については、老人保健法同様に公費負担(50%)はないため、実質的な負担率は公費 46%、後期高齢者支援金 44%となります

そこで、世代間の負担の公平性が損なわれないように、「現役世代人口の減少」による現役世代一人当たりの負担の増加については、後期高齢者と現役世代とで半分ずつ負担するよう、**後期高齢者の保険料の負担率については、現役世代減少率の2分の1の割合で引き上げ、後期高齢者支援金の負担率については引き下げること**としています。

【図 2】後期高齢者負担率の計算式

- (1) 平成 20、21 年度における後期高齢者の負担割合：10 / 100
 (2) 平成 22 年度以降の後期高齢者の負担割合：2 年ごとに、以下のとおり改定

$$\frac{10}{100} + \frac{\text{平成 20 年度 保険納付対象額}}{\text{平成 20 年度療養の給付等に要する費用の額}} \times \frac{\text{平成 20 年度 全保険者加入者数} - \text{当該年度 全保険者加入者数}}{\text{平成 20 年度 全保険者加入者数}} \times \frac{1}{2}$$

保険納付対象額は全保険者に課される後期高齢者支援金の合計額のことです。(6 頁参照)

後期高齢者支援金の変動要因

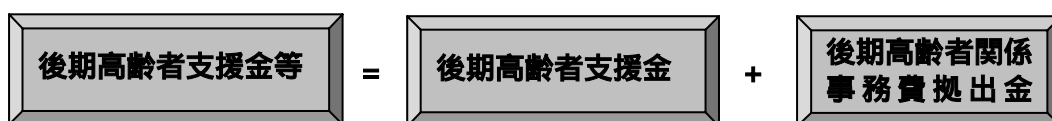
前述にあるように、後期高齢者医療制度は広域連合が運営主体となっています。したがって後期高齢者医療制度には、各保険者が直接関与することはできません。そのため各保険者に請求される後期高齢者支援金の算定(次頁以降参照)に用いられる「加入者 1 人当たり負担見込額」は“**自動的**”に決められてしまいます。あくまで後期高齢者医療制度への“**支援**”という形式になっているので、後期高齢者支援金の多寡に関しては基本的には保険者努力が及ばないことになっています。

ただし平成 20 年 4 月より各保険者に義務化される**特定健診等**の実施状況に応じ、**後期高齢者支援金が加算・減算されるしくみ(高齢者支援金調整率)**が 25 年度以降の支援金に反映されることとなります。20 年度当初より算式にこのしくみは盛り込まれますが、24 年度まではこの値は全保険者が“1”となるため、支援金の多寡には影響しません。

この高齢者支援金調整率は、特定健診等の平成 20 年度の計画段階と 24 年度の実績との比較を、年齢構成や男女比の補正を含め算出し達成状況を把握しますが、これをどのようなかたちで支援金の加算・減算に反映させるかは、実施状況も踏まえ、22 年度以降に検討し、23 年度を目途に政令で規定する予定とされています。

後期高齢者支援金等の算定

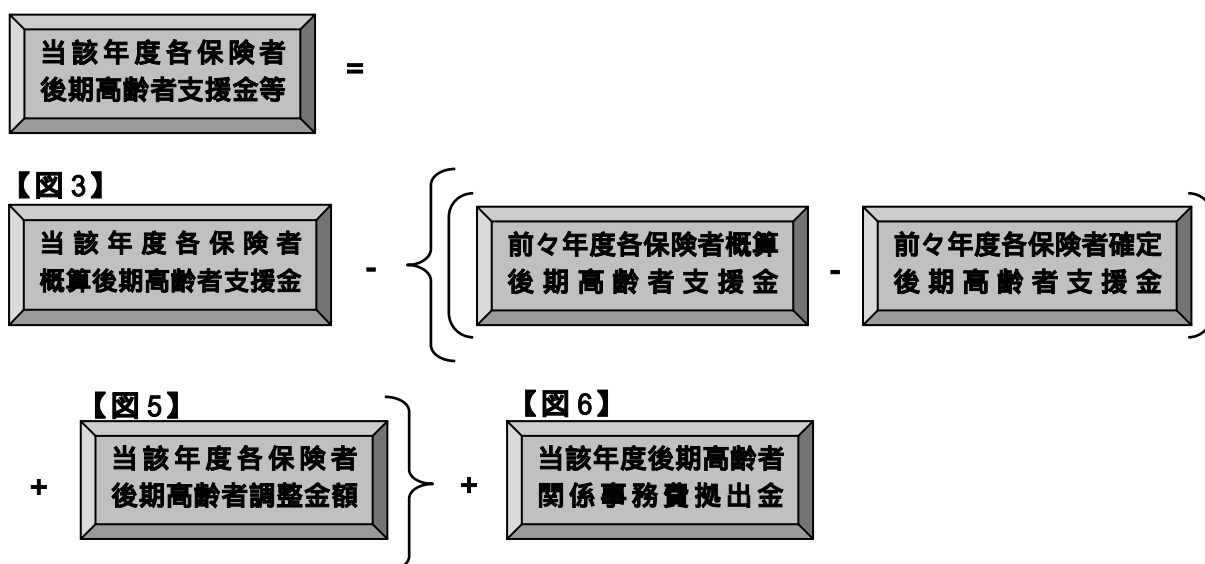
【図 1】後期高齢者支援金等の概念



の項目で、後期高齢者医療費は、患者の一部負担金、国などからの公費、後期高齢者からの保険料そして後期高齢者支援金から賄うと説明しましたが、各保険者が支払うのはこの後期高齢者支援金の他に、**後期高齢者医療制度の運営に関わる事務執行に必要な費用も後期高齢者関係事務費拠出金**として支払います。

よって各保険者は、支払基金からの納入告知より、【図1】にあるように、後期高齢者支援金に後期高齢者関係事務費拠出金を加えた**後期高齢者支援金等**を支払います。

【図 2】各保険者の当該年度後期高齢者支援金等の算定



当該年度の後期高齢者支援金が実際にいくらになるのかは、当該年度後に後期高齢者医療費の実績が確定した後に決定します。よって当該年度の後期高齢者支援金の負担は、各保険者が【図3】の算式に基づいて算出された、**概算額**を当該年度に拠出し、**2年後に確定した後期高齢者医療費に基づいて過不足額を精算**する方法がとられています。

したがって、当該年度の後期高齢者支援金は、**当該年度の概算額と前々年度(2年度前)の精算額との合計**になります。

この他に**過不足額に係る利子等**としての**調整金額**と、先ほど【図1】で説明した事務費拠出金を加えたものを**当該年度の後期高齢者支援金等**として、支払基金に納付します。

【図 3】各保険者当該年度概算後期高齢者支援金の算定

$$\begin{array}{ccccccc}
 \boxed{\text{当該年度各保険者}} & = & \boxed{\text{当該年度加入者 1 人}} & \times & \boxed{\text{当該年度各保険者}} & \times & \boxed{\text{当該年度概算後期}} \\
 \boxed{\text{概算後期高齢者支援金}} & & \boxed{\text{当たり負担見込額}} & & \boxed{\text{加入者見込数}} & & \boxed{\text{高齢者支援金調整率}} \\
 & & \text{告示で定める額} & & & & \text{告示で定める率} \\
 & & & & & & \text{脚注 2 参照}
 \end{array}$$

. 当該年度加入者 1 人当たり負担見込額 参 考

$$\begin{array}{ccc}
 \boxed{\text{当該年度加入者 1 人}} & = & \frac{\boxed{\text{当該年度全広域連合}}}{\boxed{\text{当該年度全保険者}}} \\
 \boxed{\text{当たり負担見込額}} & & \frac{\boxed{\text{保険納付対象見込額}}}{\boxed{\text{加入者見込数}}} \\
 \text{告示で定める額} & &
 \end{array}$$

【図4】の合計

参考 としているのは、ここは告示で定める額であり、各保険者で算定する箇所ではないためです

. 当該年度各保険者加入者見込数

$$\begin{array}{ccc}
 \boxed{\text{当該年度各保険者}} & = & \boxed{\text{前々年度各保険者}} \times \boxed{\text{当該年度}} \\
 \boxed{\text{加入者見込数}} & & \boxed{\text{加入者見込数}} \quad \times \quad \boxed{\text{伸び率}} \\
 & & \text{告示で定める率}
 \end{array}$$

各保険者の当該年度概算後期高齢者支援金の算定は、「加入者(0~74 歳)1 人当たり負担見込額」を「各保険者に加入している 0~74 歳の加入者見込人数の合計」と「後期高齢者支援金調整率」²を乗じて算出します。

「加入者 1 人当たり負担見込額」は、毎年省令で定められることとなりますが、その算出概念は図にあるように、「全広域連合の保険納付対象見込額」を、「全保険者加入者見込数」で除したものです。これはつまり、後期高齢者の医療給付費のうち、後期高齢者支援金で賄うべき額の合計を、全保険者の 0 歳から 74 歳の加入者数の合計見込数で除したものとなります。

²後期高齢者支援金額を加算・減算する仕組み。平成 20~24 年度まではこの値は全保険者が 100 / 100 であり、平成 25 年度以降については、特定健診などの実施及びその成果に係る目標についての達成状況、保険者に係る加入者の見込み数等を勘案し、90 / 100~110 / 100 の範囲内政令で定めるところにより算定する

【図 4】各広域連合当該年度保険納付対象見込額の算定

$$\begin{aligned}
 & \boxed{\text{当該年度各広域連合}} \\
 & \boxed{\text{保険納付対象見込額}} = \boxed{\text{当該年度各広域連合}} \\
 & \boxed{\text{負担対象見込額}} \times \left(1 - \boxed{\text{当該年度後期}} \right. \\
 & \quad \left. \boxed{\text{高齢者負担率}} - \frac{50}{100} \right) \\
 & + \boxed{\text{当該年度各広域連合}} \\
 & \boxed{\text{特定負担対象見込額}} \times \left(1 - \boxed{\text{当該年度後期}} \right. \\
 & \quad \left. \boxed{\text{高齢者負担率}} \right)
 \end{aligned}$$

平成 20、21 年度は 10 / 100

各広域連合の後期高齢者医療給付費見込額のうち、後期高齢者支援金の対象となる見込額の算出

・当該年度各広域連合負担対象見込額

$$\boxed{\text{当該年度各広域連合}} = \boxed{\text{前々年度各広域連合}} \times \boxed{\text{当該年度}} \\
 \boxed{\text{負担対象見込額}} \quad \quad \quad \boxed{\text{負担対象額}} \quad \quad \quad \boxed{\text{伸び率}} \\
 \text{各広域連合に居住する一般の後期高齢者に係る医療給付費見込額} \quad \quad \quad \text{告示で定める率}$$

・当該年度各広域連合特定負担対象見込額

$$\boxed{\text{当該年度各広域連合}} = \boxed{\text{前々年度各広域連合}} \times \boxed{\text{当該年度}} \\
 \boxed{\text{特定負担対象見込額}} \quad \quad \quad \boxed{\text{特定負担対象額}} \quad \quad \quad \boxed{\text{伸び率}} \\
 \text{各広域連合に居住する現役並み所得の後期高齢者に係る医療給付費見込額} \quad \quad \quad \text{告示で定める率}$$

「加入者 1 人当たり負担見込額」を算定する際に必要となる「全広域連合の保険納付対象見込額」は、「各都道府県広域連合の保険納付対象見込額」の合計となります。その「各都道府県広域連合の保険納付対象見込額」の算定方法は【図 4】の算式のようになります。

図 の「各広域連合の負担対象見込額」とは、「各広域連合の後期高齢者(現役並み所得者を除く)に係る医療給付費の合計」であり、図 の「各広域連合特定負担対象見込額」とは、「各広域連合の現役並み所得者の後期高齢者に係る医療給付費の合計」のことです。

【図 4】の上段部分は後期高齢者医療給付費の合計から後期高齢者保険料負担率および公費負担率(50 / 100)を控除した金額、下段部分は現役並み所得者の後期高齢者医療給付費の合計から後期高齢者保険料負担率を控除した金額ということになります。したがって「各広域連合の保険納付対象見込額」とは、「各広域連合で必要とされる後期高齢者支援金の合計」ということになります。

【図 5】各保険者の当該年度概算後期高齢者調整金額の算定

$$\begin{array}{c}
 \boxed{\text{当該年度各保険者後期高齢者調整金額}} \\
 = \\
 \left(\boxed{\text{前々年度各保険者概算後期高齢者支援金}} - \boxed{\text{前々年度各保険者確定後期高齢者支援金}} \right) \times \boxed{\text{当該年度後期高齢者支援算定率}} \\
 \text{告示で定める率}
 \end{array}$$

調整金額については【図 2】で簡単に説明していますが、前々年度の後期高齢者支援金の概算額と確定額との差により生じる**支払および受取利子を調整**するものです。

各保険者は概算後期高齢者納付金等を支払基金が口座を所有している取引金融機関に納付します。仮にその年の医療給付費が支援金の見込み以上となってしまった場合、支払基金は取引金融機関より資金を借り入れることとなりますが、その際は支払利息が発生します。また、その他にも支払基

金の後期高齢者医療制度の業務に関わる費用に関する支払・受取利子等も発生します。それらを加味した「**当該年度後期高齢者支援算定率**」が省令により定められ、概算と確定との差額分にこの率を乗じた額によって調整をおこなうものです。

【図 6】各保険者の当該年度概算後期高齢者関係事務費拠出金の算定

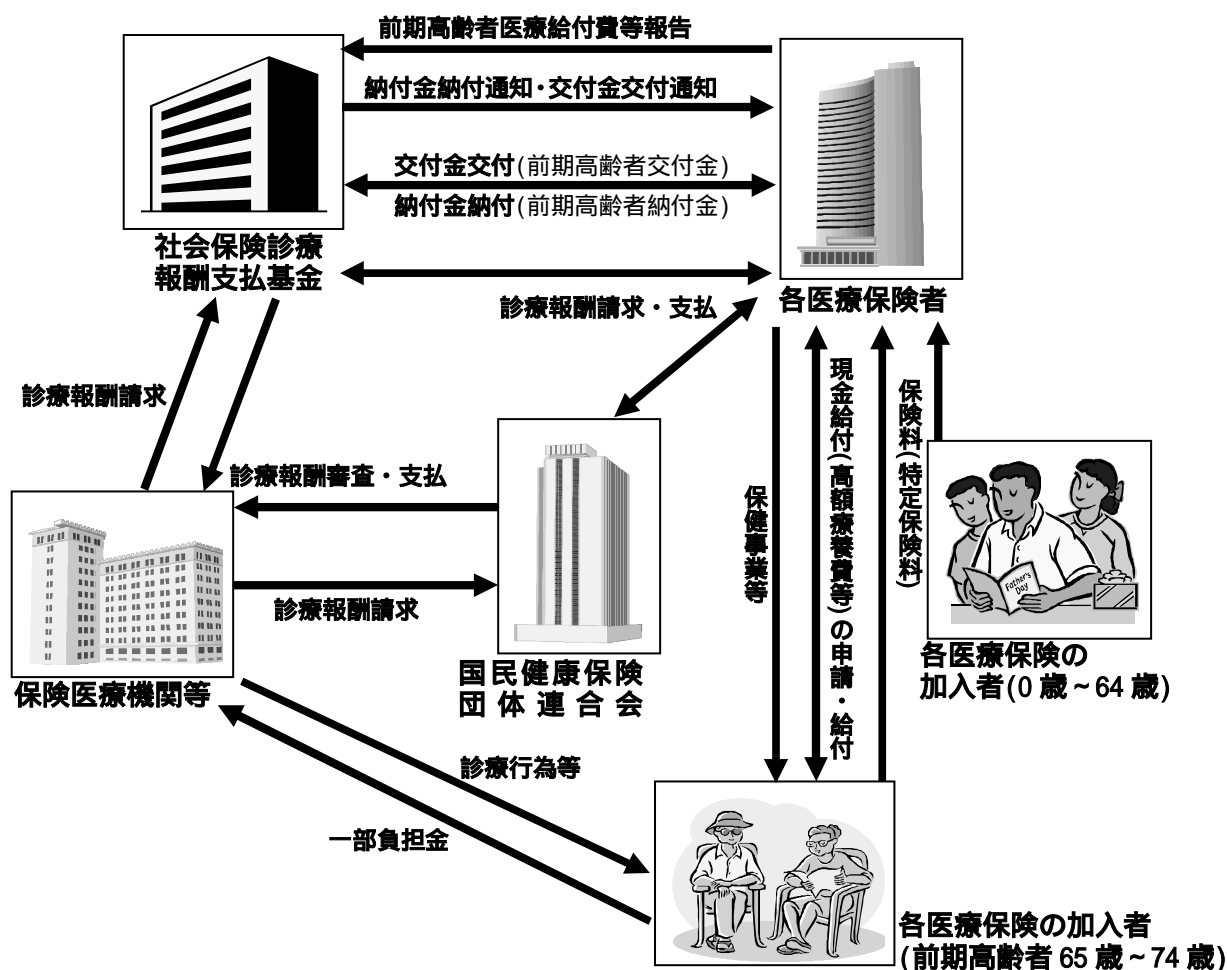
$$\begin{array}{c}
 \boxed{\text{当該年度後期高齢者関係事務費拠出金}} \\
 = \\
 \boxed{\text{当該年度後期高齢者関係事務費算定基礎額}} \times \boxed{\text{当該年度各保険者加入者見込数}} \\
 \text{告示で定める額} \qquad \qquad \qquad \text{【図3】 -}
 \end{array}$$

事務費拠出金についても【図 2】で簡単に説明していますが、こちらは後期高齢者医療関係の支払基金における業務に関する事務に要する費用の見込額を、当該年度における**全ての保険者に係る加入者見込数**で人頭割にして拠出します。

「**当該年度後期高齢者関係事務費算定基礎額**」は、前述の要件に基づき、省令により定められることとなります。

前期高齢者医療制度

前期高齢者医療制度のしくみ



- ・上図は**前期高齢者医療制度**のしくみを簡単に示したものです
- ・前期高齢者医療制度は被用者保険の加入者が退職後、国民健康保険に加入することにより、保険者間で医療費の不均衡が生じている(疾病リスクが高まる高齢期になってからの被用者保険から国民健康保険への移行者が増加するため)ので、これを調整するために設けられる制度です
- ・後期高齢者医療制度のように独立した制度ではなく、現行の老人保健制度のような、**各保険者間の財政調整**となります
- ・**前期高齢者は65歳以上75歳未満**であり、寝たきり者等の後期高齢者医療制度の対象者でない者を指します
- ・加入者が65歳に達し、前期高齢者となっても、企業等との間に雇用関係が継続されているか、あるいは任意継続被保険者(退職後2年間、加入している健保組合に残ることができます。以下本文中、任継者とします)である場合、加入者自身が行う手続きはありません
- ・したがって加入者が75歳に達するまでの間に企業等を退職した場合や、任継者期間が終了したこと等により、国民健康保険の被保険者とならない限りは、**現在加入している各保険者より、給付や保健事業を従来どおり受けること**になります³

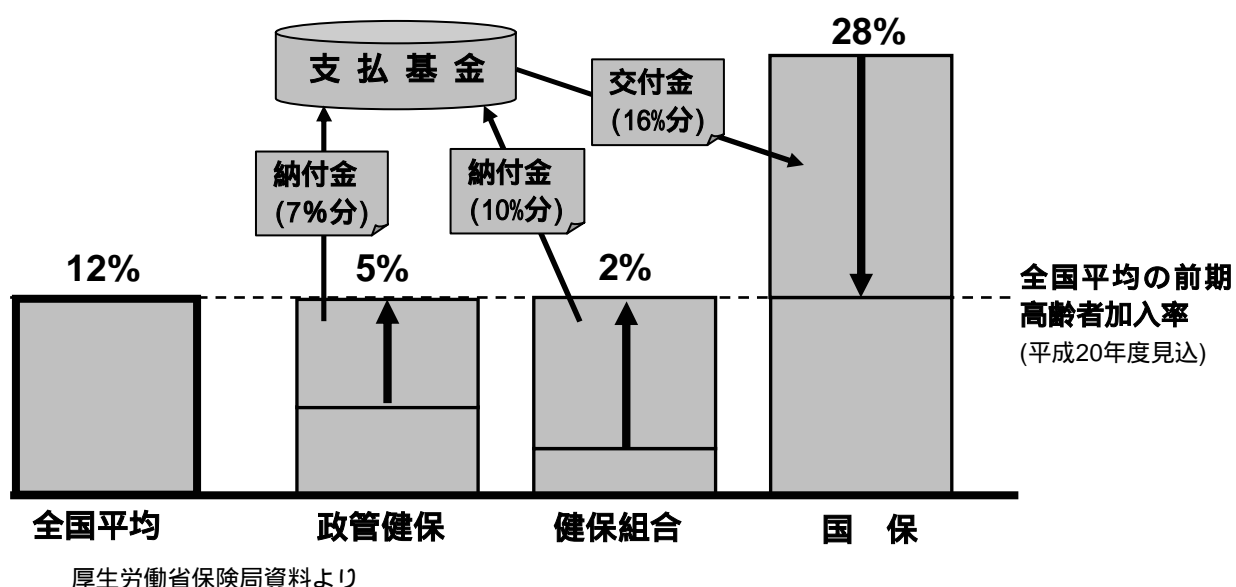
³ 特定健保組合の被保険者が退職した後、特例退職被保険者となった場合も同様に、特例退職被保険者の資格を喪失しなければ、75歳に達するまでの間は現在と全く変わりありません

前期高齢者医療給付費の財政調整について

【図 1】をご覧いただければ、前期高齢者加入率は国民健康保険が高いことがお分かりになるかと思えます。これは国民健康保険の加入者の元々の平均年齢が高いということもありますが、前頁で説明しましたように、被用者保険の加入者が、退職後に国民健康保険に加入することが大きな要因の一つとなっています。

前期高齢者医療制度はこのように前期高齢者が国民健康保険に偏在しているため、これを調整することを目的とし、どの保険者も同じ前期高齢者加入率(全国平均)と仮定して、前期高齢者医療給付費を調整するしくみとなっています。

【図 1】前期高齢者医療給付費の調整概念図



具体的な財政調整の考え方は、**全国平均の前期高齢者加入率**(以下本文中、**平均加入率**とします)を基準とし、政管健保や健保組合のように**加入率が平均加入率を下回る保険者**は、平均加入率から当該保険者の加入率を差引いた分を**前期高齢者納付金**として支払基金に納付します。また、国保のように**加入率が平均加入率を上回る保険者**は、当該保険者の加入率から平均加入率を差引いた分を**前期高齢者交付金**として、支払基金から交付されることとなります。

【図 2】各保険者の前期高齢者医療給付費調整のしくみ

$$\begin{array}{c}
 \boxed{\text{各保険者前期高齢者}} \\
 \boxed{\text{納付金・交付金}} \\
 \\
 = \\
 \boxed{\text{各保険者 1 人当たり}} \\
 \boxed{\text{前期高齢者医療給付費}} \\
 \times \\
 \boxed{\text{各保険者の総加入者数}} \\
 \boxed{\text{(本人 + 家族)}} \\
 \\
 \times \\
 \left(\boxed{\text{全国平均の前期}} \right. \\
 \left. \boxed{\text{高齢者加入率}} - \boxed{\text{各保険者の前期}} \right. \\
 \left. \boxed{\text{高齢者加入率}} \right)
 \end{array}$$

算定結果がプラスとなる保険者は納付金を納付し、マイナスとなる保険者は交付金が交付されます

納付金・交付金の実際の算定方法については で説明しますが、各保険者の前期高齢者医療給付費の調整方法を簡単に示すと【図2】の算式となります。

算式の前半部分にあたる、「各保険者1人当たり前期高齢者医療給付費」×「各保険者の総加入者数」の部分は、“当該保険者の加入者が全て前期高齢者と仮定した場合”の「当該保険者にかかる前期高齢者医療給付費」です。この前半部分である「全加入者が前期高齢者と仮定した場合にかかる当該保険者の前期高齢者医療給付費」に「平均加入率」を乗じることにより、“当該保険者に前期高齢者が全国平均割合で加入していると仮定した場合”の「当該保険者にかかる前期高齢者医療給付費」が算出されます。

仮に「各保険者1人当たり前期高齢者医療給付費」を「各保険者1人当たり老人医療費(原則75歳以上)」と置き換えて、現行の老人医療費拠出金の算定をした場合、老人医療費拠出金は“各保険者に老人が全国平均割合で加入していると仮定した医療給付費”を拠出するので、ここまでの部分が「当該保険者が拠出すべき老人医療費拠出金」ということとなります。つまり前期高齢者医療給付費調整の方法は、老人医療費拠出金の調整方法と同じということになります。

「老人医療費拠出金」と「前期高齢者医療給付費調整」の違いは、調整対象年齢が異なるのは勿論ですが、前者が“当該保険者の老人医療給付対象者を全国平均比率加入していると仮定した給付費相当額を全額拠出”するのに対して後者は、“当該保険者の前期高齢者を全国平均比率加入していると仮定した給付費相当額から当該保険者に実際に加入している前期高齢者給付費相当額を差引く”という点です。つまりこれは老人保健制度が保険者間の共同事業であるのに対し、前期高齢者医療制度は保険者間の財政調整であるということです。

具体的には、老人保健制度では市町村が実施主体となり医療給付等を行っているので、老人加入率の多寡を問わず全保険者が拠出金を拠出するしくみとなっています。一方で前期高齢者医療制度では、各保険者に加入している前期高齢者への医療給付等は各保険者で行うことになっています。したがって前期高齢者納付金および交付金は、全国平均比率加入していると仮定した給付費相当額から当該保険者前期高齢者分の医療給付費を差引いた金額となるのです。

前期高齢者納付金の変動要因

前期高齢者医療給付費の調整は、保険者によって納付金を納付する場合と交付金が交付される場合があることは前述しましたが、健保組合は大概が納付金を納付しなくてはならない保険者(詳細は16頁)ですので、ここでは前期高齢者納付金の観点から説明します。

【図2】の算式をみると、65歳未満の加入者の総数が増えるのに比例して、納付金を負担する保険者は納付金額が増えるということが分かると思います。

これは老人医療費拠出金のしくみである、**調整の対象が各保険者の被保険者のみではなく、被扶養者の人数も含まれる**という問題をそのまま引き継いでいるのです。しかも、この被扶養者に関しては、生まれたばかりの**0歳児から調整対象**となっています。

では、実際にどうすれば収めるべき前期高齢者納付金を少しでも減らすことができるのかという問題ですが、これは当該保険者に加入している**前期高齢者の医療給付費を抑える**ことです。

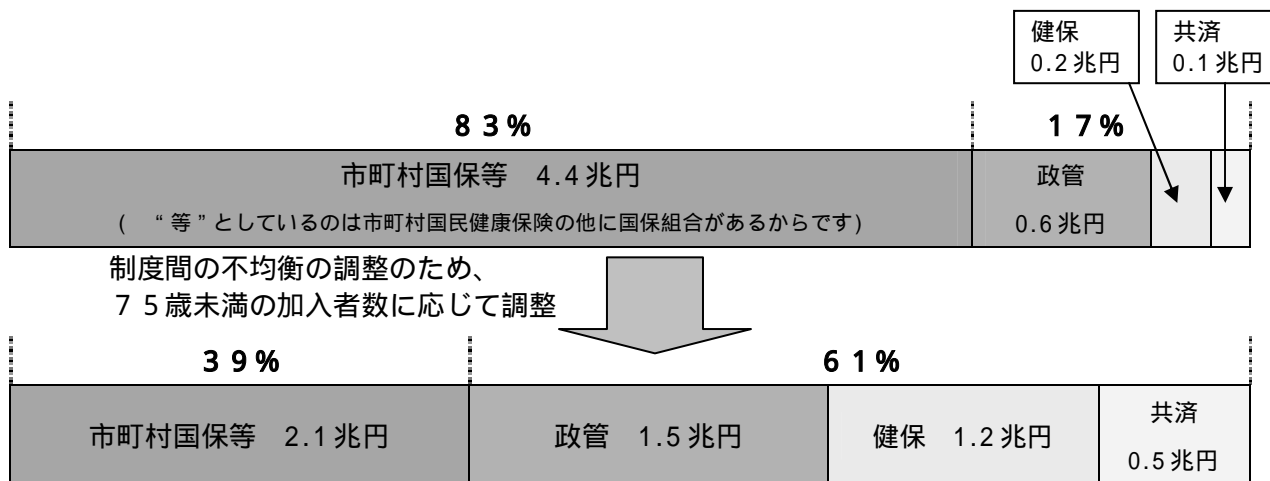
前述にあるように当該保険者の加入者数、とりわけ65歳未満の加入者数を減らすことができればこれも納付金を減らせる一つの策となりますが、現実問題として難しいことかと思われます。そこでやはり一番現実的なのは、健保組合の強みでもある、健康管理事業をはじめとする保健事業の充実強化に務めることなどにより、前期高齢者医療給付費を抑制することです。

納付金の算定には「各保険者1人当たり前期高齢者医療給付費」に倍率を掛ける方式となっていますので、当該保険者の前期高齢者医療給付費を抑制することができれば、それと連動して納めるべき納付金の額も減らすことができます。

【図 3】前期高齢者医療給付費に関する財政調整(平成 20 年度見込)

対象者数 65～74歳の前期高齢者 約1,400万人

前期高齢者給付費 5.3兆円 (平成20年度概算要求ベース：満年度)



0～74歳までの総加入者数 1億1,300万人

市町村国保等 4,100万人	政管 3,400万人	健保 2,900万人	共済 900万人
----------------	------------	------------	----------

前期高齢者に係る後期高齢者支援金(0.6兆円)についても、同様の調整を行う

厚生労働省保険局資料より

【図3】はこれまで説明してきた前期高齢者医療給付費の財政調整を厚生労働省の試算に基づき、平成20年度の見込みを図解したものです。

前期高齢者医療費は約6.4兆円と見込まれています。このうち、1.1兆円を前期高齢者の窓口負担で賄います。それを差引いた5.3兆円が前期高齢者医療給付費となります。図は各保険者に加入している前期高齢者医療給付費を示したものです。

仮に前期高齢者医療制度ではなく、前期高齢者も全て各保険者で賄うとすれば図の負担割合で済むのですが、実際には前期高齢者医療給付費に対して、各保険者の0歳から74歳までの加入者割合での財政調整が行われます。図はその財政調整後の各保険者の負担割合となります。

図は各保険者の0歳から74歳までの加入者総数割合を示しています。財政調整はどの保険者にも前期高齢者が加入者総数に対して全国平均割合で加入しているという想定で調整されます。

【図1】では財政調整のしくみを理解し易くするために、平均加入率を約12%としましたが、実際にはもう少し高く、約12.4%と見込まれています。この平均加入率は、65歳から74歳までの加入者数1,400万人を、0歳から74歳までの加入者総数1億1,300万人で除した値となります。

また同様に市町村国保等、健保組合の前期高齢者の加入率を算出すると、それぞれ27.5%、2.2%程度と見込まれています。では、この前提を用いて市町村国保等と健保組合を例にとって財政調整前と調整後のシミュレーションをみてみましょう。

	総加入者数	前期高齢者加入者数		
		調整前	調整後	調整後増減
市町村国保等	4,100万人	約1,127万人	約508万人	619万人
健保組合	2,900万人	約64万人	約360万人	296万人

市町村国保等には総加入者 4,100 万人のうち、27.5%が前期高齢者の加入者ということが見込まれていますので、1,127 万人が前期高齢者加入者数ということになります。同じように健保組合は総加入者 2,900 万人のうち、2.2%が前期高齢者の加入者ということが見込まれていますので、64 万人が前期高齢者の加入者数ということになります。

この実際の前期高齢者の人数を、各保険者に全国平均割合で加入していると仮定して財政調整を行います。したがって、市町村国保等は 4,100 万人に 12.4%を乗じた 508 万人、健保組合は 2,900 万人に 12.4%を乗じた 360 万人という前期高齢者がそれぞれの制度に加入していると仮定した財政調整が行われることとなります。

この結果、市町村国保等は調整前人数 1,127 万人から調整後人数 508 万人を差引いた 619 万人分の負担減となる一方で、健保組合は調整後人数 360 万人から調整前人数 64 万人を差引いた 296 万人分の負担増ということになります。

前期高齢者に係る後期高齢者支援金の調整方法

後期高齢者支援金は全保険者の加入者数割(0～74歳)で負担するしくみです。しかし【図3】の下に記述されているように、**前期高齢者(65～74歳)に係る分の後期高齢者支援金は、前期高齢者医療給付費と同様の財政調整が行われます。**

これも市町村国保等と健保組合を例として見てみます

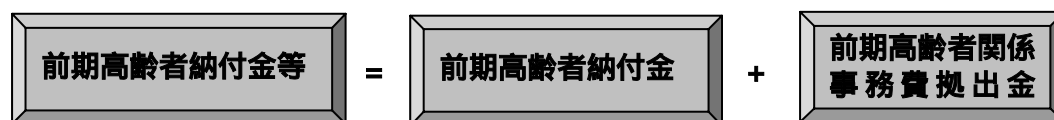
	総加入者数	前期高齢者調整人数	調整後総加入者数 (後期高齢者支援金 賦課対象人数)
市町村国保等	4,100万人	(619万人)	約3,481万人
健保組合	2,900万人	(296万人)	約3,196万人

以上のように、実際には前期高齢者の人数調整を行った総加入者数に対して、各保険者の後期高齢者支援金が賦課されることとなります。結果として市町村国保等の後期高齢者支援金は負担減となり、健保組合の後期高齢者支援金は負担増となります。

なお、この「前期高齢者に係る後期高齢者支援金」の調整金額に関しては、後期高齢者支援金としてではなく、**前期高齢者納付金・交付金において調整されることとなります。**(16頁参照)

前期高齢者納付金等・交付金の算定

【図 1】前期高齢者納付金等の概念



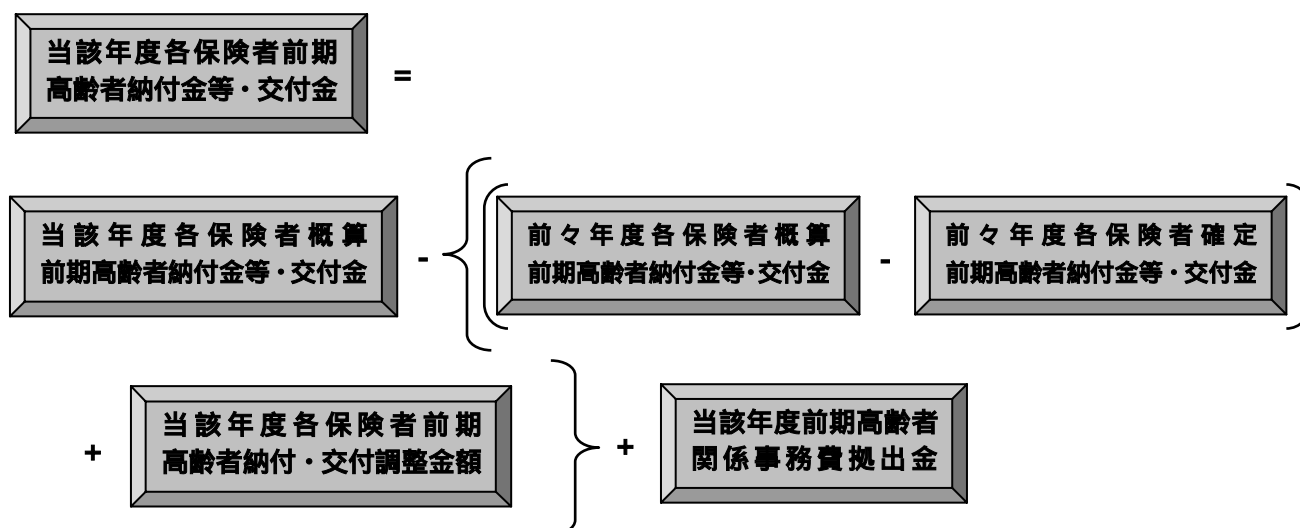
の項目では、前期高齢者医療給付費の財政調整を説明しましたが、ここでは各保険者が納めるべき納付金、もしくは受けるべき交付金の算定方法を説明します。

「平均加入率」を下回る保険者は前期高齢者納付金を納付し、上回る保険者には交付金が交付されますが、各保険者はその他に**前期高齢者納付金納付及び交付金交付に関わる事務執行に必要な費用**を、**前期高齢者関係事務費拠出金**として支払います。

よって各保険者は、支払基金からの納入告知より、【図1】にあるように、前期高齢者納付金に前期高齢者関係事務費拠出金を加えた**前期高齢者納付金等**を支払います。

また前期高齢者交付金を受けることとなる各保険者については、**負担調整見込額**（25頁参照）と前期高齢者関係事務費拠出金との合計額を前期高齢者納付金等として、納めることとなります。

【図 2】各保険者の当該年度前期高齢者納付金等・交付金の算定



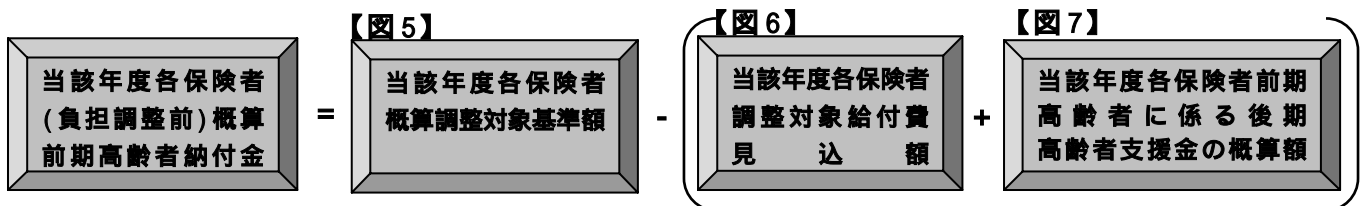
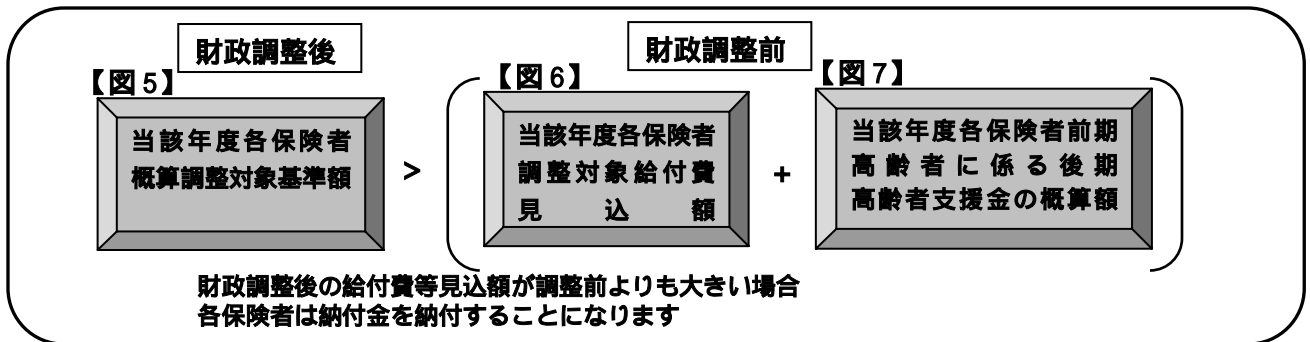
当該年度の前期高齢者納付金・交付金が実際にいくらになるのかは、当該年度後に前期高齢者医療費の実績が確定した後に決定します。よって当該年度の前期高齢者納付金等・交付金の額は、納付対象保険者については、【図8】・【図9】の算式に基づいて算出された**概算額**を当該年度に納付し、交付対象保険者は、【図4】の算式に基づいて算出された**概算額**が当該年度に交付され、2年後に**確定した前期高齢者医療費に基づいて過不足額を精算**する方法がとられています。

したがって、当該年度の前期高齢者納付金等・交付金は、**当該年度の概算額と前々年度(2年度前)**

の精算額との合計になります。

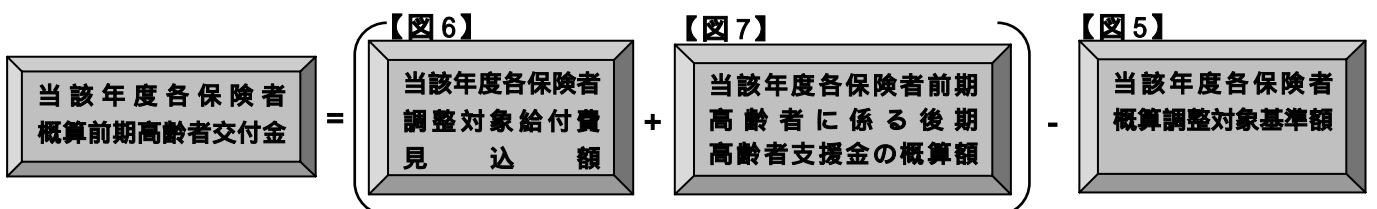
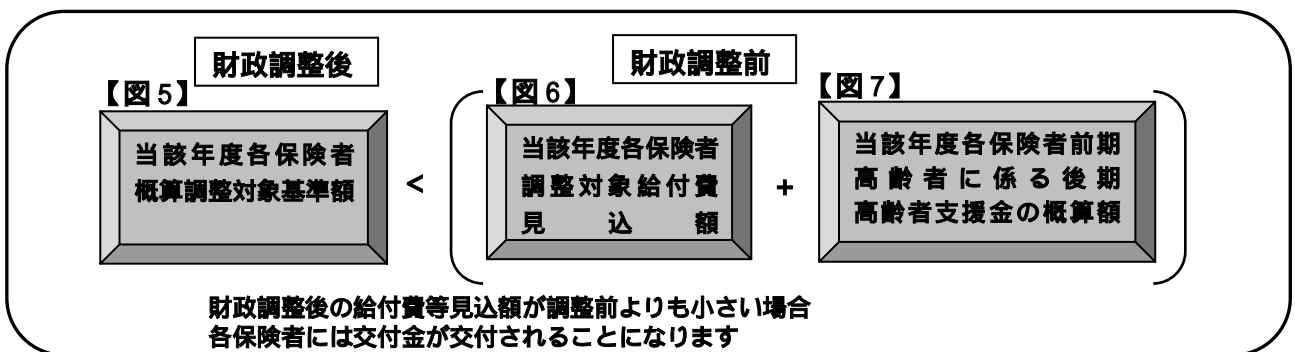
この他に過不足額に係る利子等としての調整金額と、先ほど【図 1】で説明した事務費拠出金を加えたものを当該年度の前期高齢者納付金等として、支払基金に納付します。

【図 3】各保険者の(負担調整前)当該年度概算前期高齢者納付金



最終的に各保険者が納めることとなる、“負担調整後”の納付金の算定方法は、【図 3】の内容を踏まえた上で、【図 8】【図 9】を参照して下さい

【図 4】各保険者の当該年度概算前期高齢者交付金



「納付金対象」保険者が「交付金対象」保険者かの判定

まずは「当該年度各保険者調整対象給付費見込額」（【図 6】参照）、「当該年度各保険者前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額」（【図 7】参照）を算定し、「当該年度各保険者概算調整対象基準額」（【図 5】参照）を算定します。

前述の各項目の意味は各項目の算定で説明しますが、簡単にいうと「当該年度各保険者調整対象給付費見込額」と「当該年度各保険者前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額」とを併せた額が、各保険者に加入している“財政調整の対象（詳細 18 頁参照）となる前期高齢者に係る医療給付費”と“後期高齢者支援金”の額であり、「当該年度各保険者概算調整対象基準額」は**前者に財政調整をした額**のことです。

「当該年度各保険者概算調整対象基準額」が「当該年度各保険者調整対象給付費見込額」と「当該年度各保険者前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額」とを併せた額を上回る場合、つまり**財政調整した結果が財政調整前よりも大きくなる場合、その保険者に加入している前期高齢者の医療給付費等は全国平均を下回っている**ということになります。したがってこの場合、当該保険者は**納付金を納付する保険者**となります。

一方で「当該年度各保険者概算調整対象基準額」が「当該年度各保険者調整対象給付費見込額」と「当該年度各保険者前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額」とを併せた額を下回る場合、つまり**財政調整した結果が財政調整前よりも小さくなる場合、その保険者に加入している前期高齢者の医療給付費等は全国平均を上回っている**ということになります。したがってこの場合、当該保険者は**交付金が交付される保険者**となります。

前期高齢者納付金・交付金の算定の概念

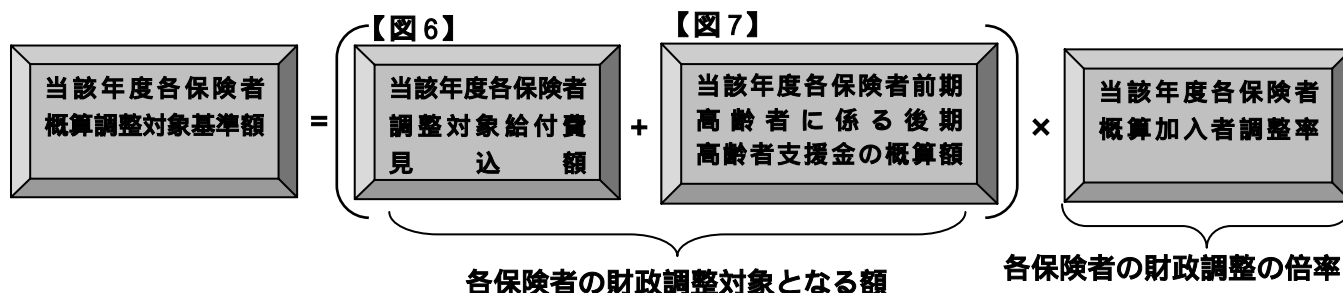
【図 3】・【図 4】は各保険者の（負担調整前）前期高齢者納付金・交付金の算定方式を示したものです。（負担調整前については 20 頁参照）

前期高齢者納付金は“財政調整後の各保険者に加入している前期高齢者に係る医療給付費および後期高齢者支援金”から、“財政調整前の各保険者に加入している前期高齢者に係る医療給付費および後期高齢者支援金”を差引いた額となります。

老人医療費拠出金の場合、老人医療給付等は市町村が行っているので倍率を掛けた額を全額拠出しますが、前期高齢者納付金の場合、各保険者に加入している前期高齢者の医療給付等は各保険者で行っているのをそれを納付すべき額から差引きます。また、前期高齢者に係る後期高齢者支援金に関しても、元々は通常の後期高齢者支援金のほうで、各保険者に加入している前期高齢者に係る後期高齢者支援金を納付しています。したがってこの算式では、倍率を掛けた額から、加入している前期高齢者に係る後期高齢者支援金を差引くこととなります。

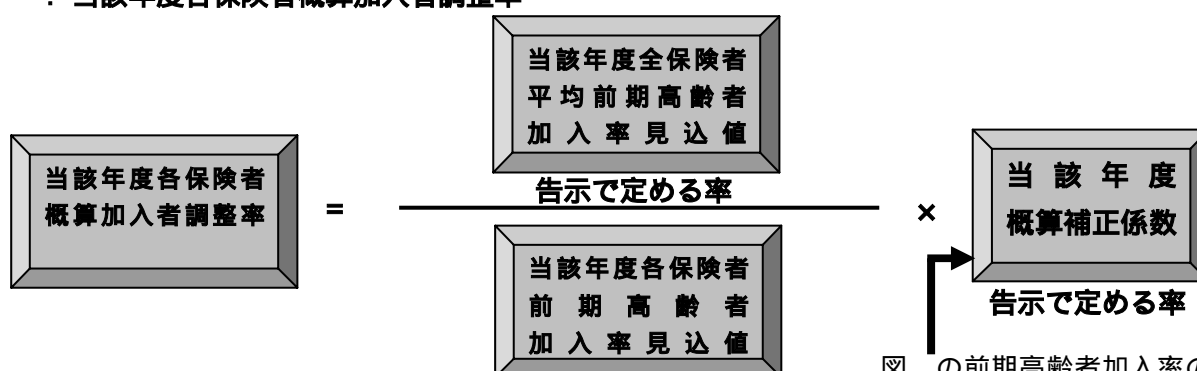
前期高齢者交付金に関しても、考え方は納付金と全く同様です。交付金が交付される各保険者に加入している前期高齢者の医療給付費および後期高齢者支援金の額を差引いた額が交付されることとなります。

【図 5】各保険者の当該年度概算調整対象基準額の算定



納付金算定の基準となる部分です。各保険者の調整対象となる前期高齢者に係る費用見込額（医療給付費、後期高齢者支援金）を、全国平均並みとするための倍率を乗じたものです

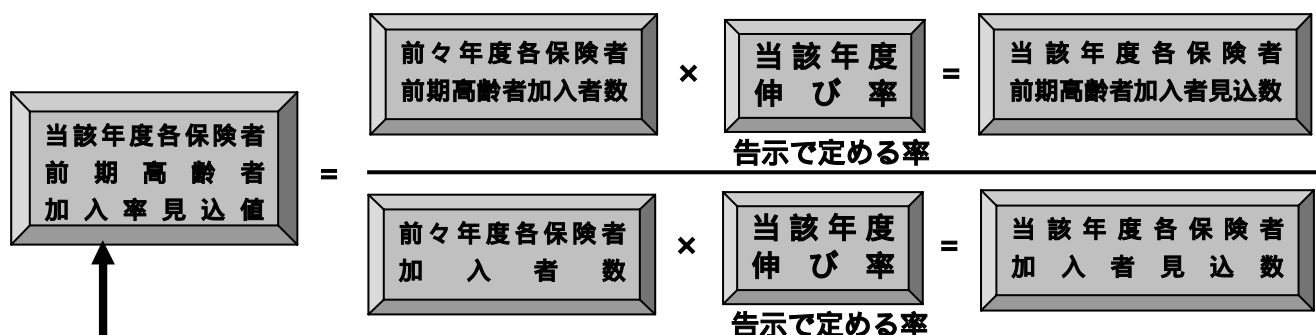
・ 当該年度各保険者概算加入者調整率



各保険者の前期高齢者に係る費用見込額を、全国平均並みにするための倍率です

図 の前期高齢者加入率の下限の設定等の負担軽減措置を講ずることによる過不足額を全保険者で薄く広く再按分するための係数

・ 当該年度各保険者前期高齢者加入率見込値



前期高齢者加入率が全国平均を著しく下回る保険者の納付金が過大とならないよう、前期高齢者加入率に下限を設けます(詳細は28頁参照)

各保険者の総加入者(0~74歳)のうち、前期高齢者(65~74歳)が占める割合の見込を算出します

当面の間は大概の健保組合は前期高齢者納付金を納付する保険者であると見込まれています。したがって【図3】・【図4】納付金・交付金の算式に組み込まれることになる各項目を、納付金の観点から解説していきます。

【図5】は各保険者の当該年度の「概算調整対象基準額」の算定方法を図式にしたものです。

「概算調整対象基準額」は**前期高齢者医療制度に対する各保険者の費用負担の基準値**となるものであり、この複雑な前期高齢者納付金・交付金の算定式の“**最重要ポイント**”です。「概算調整対象基準額」という名称だけみると、非常に難しく思われるかもしれませんが、老人医療費拠出金で例えれば、“各保険者に加入している老人医療受給対象者の医療給付費”に“全国平均にするための倍率”を乗じる部分です。つまりは“各保険者に加入している前期高齢者に係る医療給付費と後期高齢者支援金”に“全国平均にするための倍率”を乗じた値となります。

具体的な算定手順はまず各保険者に加入している“当該年度の前期高齢者の医療給付費見込額”から、“当該年度の財政調整の対象となる給付見込額(詳細は20頁)”である「当該年度各保険者調整対象給付費見込額」を算出(【図6】参照)します。

次に各保険者に加入している前期高齢者人数分の当該年度の後期高齢者支援金の見込額である「当該年度各保険者前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額」を算出(【図7】参照)します。

「当該年度各保険者調整対象給付費見込額」と「当該年度各保険者前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額」とを併せた“各保険者の調整対象となる額”に“各保険者の財政調整倍率”である「当該年度各保険者概算加入者調整率」(図参照)を乗ずることで算出されます。

・ 当該年度各保険者概算加入者調整率の算定

各保険者の「当該年度概算加入者調整率」の算定は、老人医療費拠出金における「当該年度概算加入者調整率」の算定方法と同じ考え方が用いられています。つまり各保険者が、“自分のところの前期高齢者医療給付費を何倍にすれば、全国平均並みの前期高齢者医療給付費(比率)となるのか”を決める倍率のことです。

財政調整の説明の箇所です。再三でてきました「平均加入率」、正式には「**当該年度全保険者平均前期高齢者加入率見込値**」を「**当該年度各保険者前期高齢者加入率見込値**」で除した値に、「**概算補正係数**」を乗じることにより、その倍率が算出されます。

「当該年度全保険者平均前期高齢者加入率見込値」と「概算補正係数」は毎年省令により告示されるので、その値をそのまま用いることとなります。「当該年度各保険者前期高齢者加入率見込値」については、図の算式によって算出します。

「概算補正係数」については図の算式にも記してありますが、前期高齢者加入率の下限の設定等の負担軽減措置を講ずることによる過不足額を全保険者で薄く広く再按分するための係数です。(前期高齢者の下限等の負担軽減措置については、28頁以降参照)

【図 6】各保険者の当該年度調整対象給付費見込額の算定

$$\boxed{\begin{array}{c} \text{当該年度各保険者} \\ \text{調整対象給付費} \\ \text{見込額} \end{array}} = \boxed{\begin{array}{c} \text{当該年度各保険者} \\ \text{前期高齢者給付費} \\ \text{見込額} \end{array}} - \boxed{\begin{array}{c} \text{当該年度各保険者} \\ \text{調整対象外} \\ \text{給付費見込額} \end{array}}$$

前期高齢者医療制度の財政対象となる前期高齢者医療給付費見込額の算定です

・各保険者当該年度前期高齢者給付費見込額

$$\boxed{\begin{array}{c} \text{当該年度各保険者} \\ \text{前期高齢者給付費} \\ \text{見込額} \end{array}} = \boxed{\begin{array}{c} \text{前々年度各保険者} \\ \text{前期高齢者給付費額} \end{array}} \times \boxed{\begin{array}{c} \text{当該年度} \\ \text{伸び率} \\ \text{告示で定める率} \end{array}}$$

各保険者に加入している前期高齢者の当該年度に必要な医療給付費見込額の算定です

・各保険者当該年度調整対象外給付費見込額（当該額が0を下回る場合には、0とする）

$$\boxed{\begin{array}{c} \text{当該年度各保険者} \\ \text{調整対象外} \\ \text{給付費見込額} \end{array}} = \boxed{\begin{array}{c} \text{当該年度各保険者} \\ \text{前期高齢者給付費} \\ \text{見込額} \end{array}} - \left[\boxed{\begin{array}{c} \text{当該年度各保険者} \\ \text{前期高齢者} \\ \text{加入者見込数} \end{array}} \times \boxed{\begin{array}{c} \text{当該年度全保険者} \\ \text{1人平均前期高齢者} \\ \text{給付費見込額} \\ \text{告示で定める額} \end{array}} \times \boxed{\begin{array}{c} \text{当該年度調整} \\ \text{対象外基準率} \\ \text{政令で定める率} \end{array}} \right]$$

1人当たりの前期高齢者給付費が著しく高い保険者について、各保険者の医療費適正化努力を促進するため、政令で定める基準を超える前期高齢者給付費の部分調整の対象から除外します

前期高齢者1人当たり医療給付費が全国平均並みであると仮定した場合の各保険者の前期高齢者給付費

各保険者に加入している前期高齢者の当該年度に必要な医療給付費見込額から、調整対象外となる給付費部分を差し引きます。算定結果が0を下回る場合、調整対象外給付費見込額は0として算定します

【図6】は各保険者の当該年度の「調整対象給付費見込額」の算定方法を図式にしたものです。「調整対象給付費見込額」は、“各保険者の前期高齢者給付費の見込額”から、“各保険者の財政調整の対象外となる前期高齢者医療給付費の見込額”を差し引いたものです。

“ 財政調整の対象外となる前期高齢者医療給付費 ” とは、各保険者の**前期高齢者医療給付費見込額**が、**一定の割合を超えた場合、その一定割合を超えた部分が財政調整の対象から外されること**となる医療給付費部分のことです。

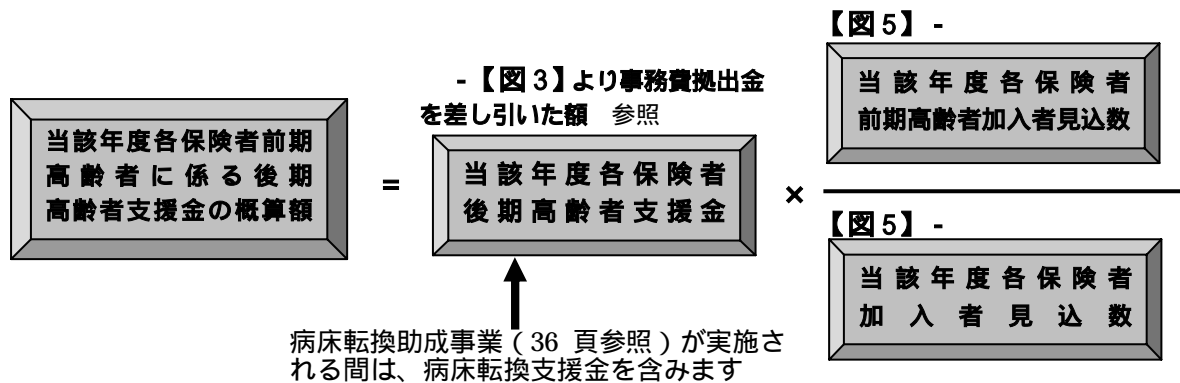
具体的には【図 5】で算出した「各保険者前期高齢者給付費見込額」から【図 6】の算式の下段分にあたる、“前期高齢者1人当たり医療給付費が全国並みであると仮定した各保険者の医療給付費”に、「**調整対象基準率**」を乗じた額を差引いた額が調整対象外の医療給付費ということになります。

「調整対象基準率」とは、【図 6】にあるように、**各保険者の一人当たり医療給付費の抑制を促進させるしくみ**であり、その率は政令で定められます。(調整対象基準率及び調整対象外給付費のしくみについては、29頁参照)

【図 6】の算式は、各保険者に加入している前期高齢者の医療給付費が、全保険者の全国平均の前期高齢者医療給付費と比較して、著しく上回っていないかどうかを判定するための式となっています。そのため当該保険者の一人当たり前期高齢者医療給付費が全国平均並み、あるいはそれ以下であれば算定の結果、“0”を下回り、マイナスとなります。

【図 6】はあくまで“**調整対象外の医療給付費があればそれを調整対象医療給付費から除外する**”という算式となっています。したがって【図 6】でマイナスの額となった場合、調整対象外とする医療給付費がないわけですから、「調整対象外給付費見込額」は“0”として、【図 6】の算式に当てはめて算出することになります。

【図 7】各保険者の当該年度前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額の算定

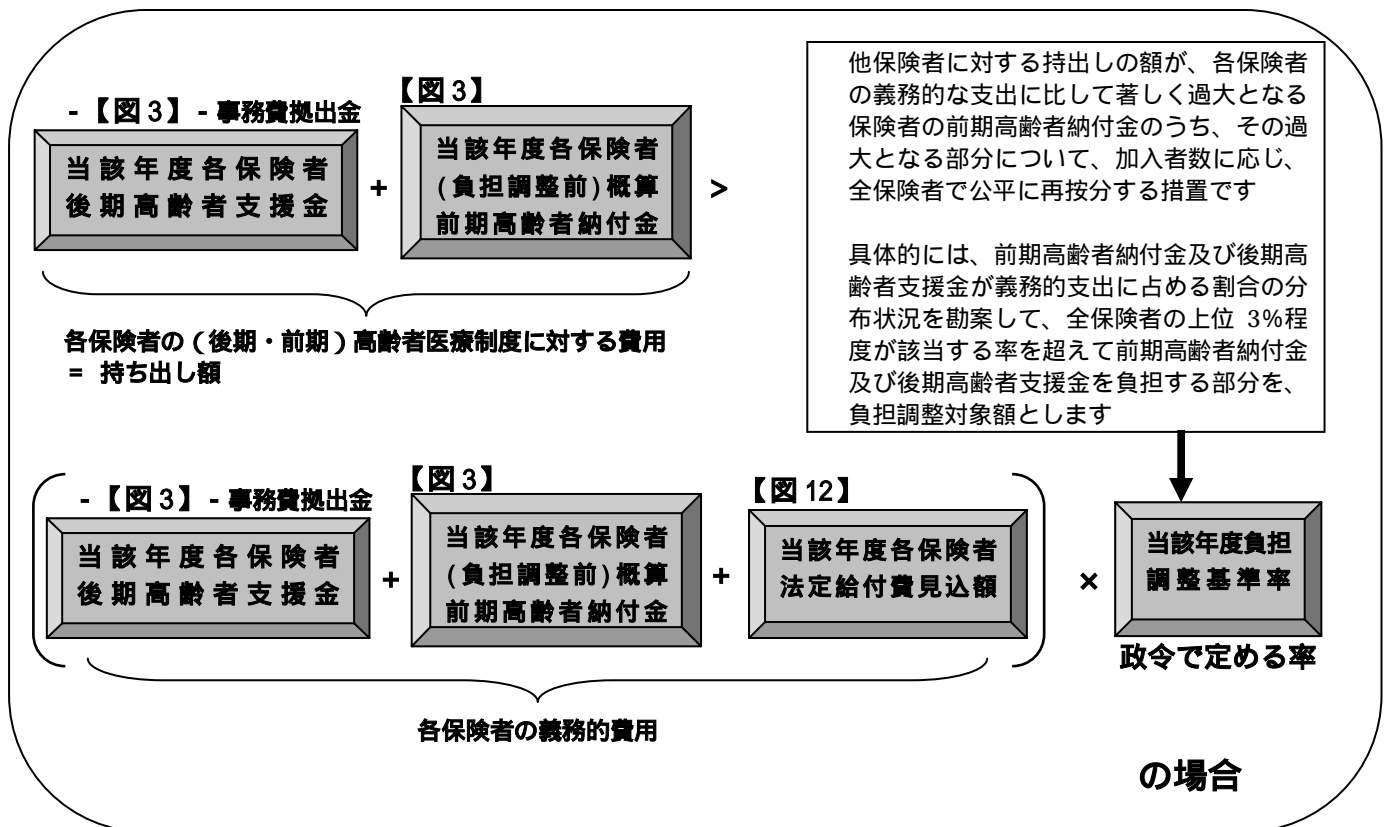


【図 7】は各保険者の当該年度前期高齢者に係る後期高齢者支援金の概算額の算定を図式にしたものです。

第 4 章で説明しました各保険者の概算後期高齢者支援金の額から、各保険者に加入している前期高齢者の人数分の額を算出します。

内容については既に何度か説明していますので問題ないと思われませんが、1つ注意点として、この後の第 4 章で説明します「**病床転換助成事業**」が実施されている期間は、この事業に要する費用である「**病床転換支援金**」に関しても、前期高齢者に係る後期高齢者の支援金と同様の調整が入ることとなるため、その額も含めて算出することとなります。

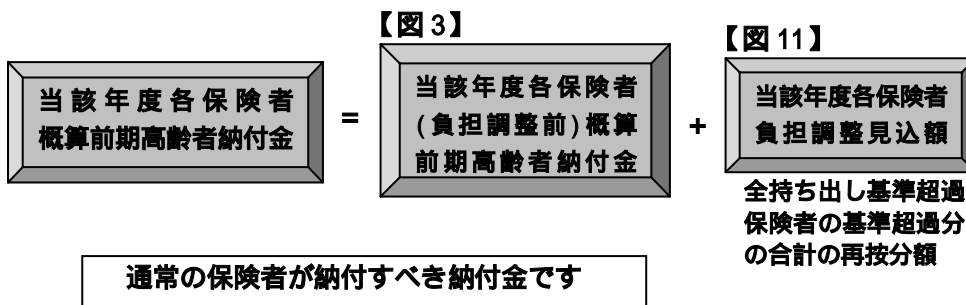
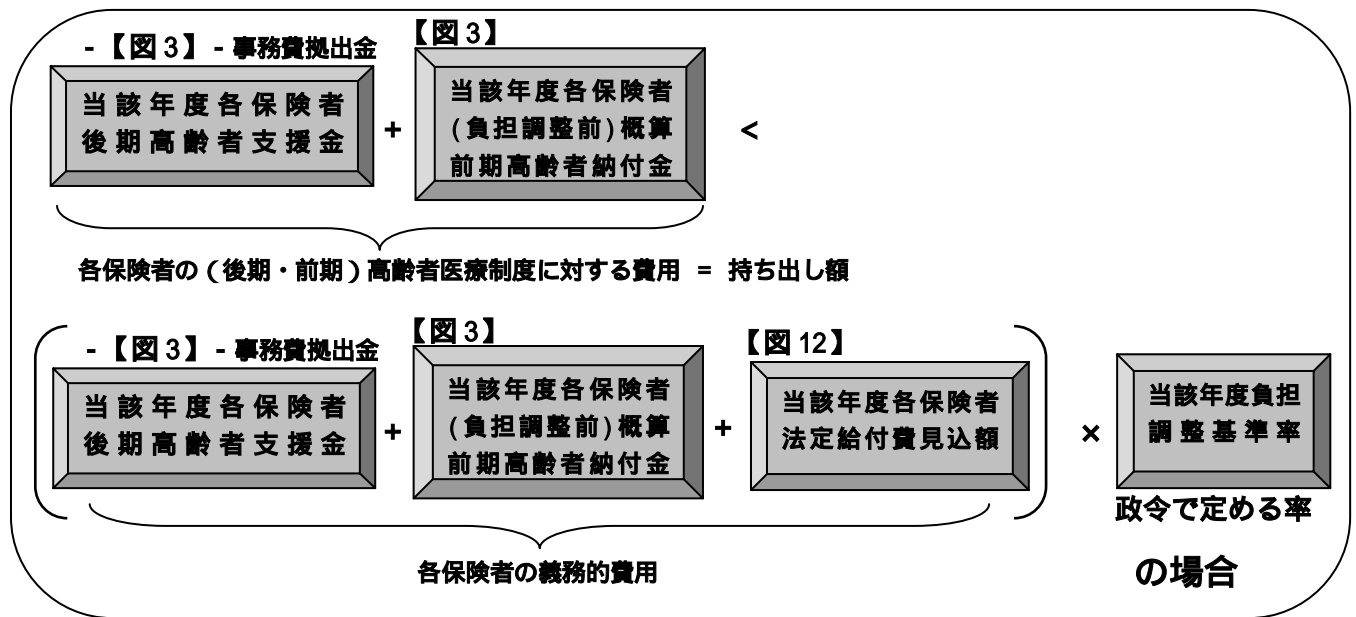
**【図 8】各保険者の当該年度概算前期高齢者納付金の算定
(概算負担調整基準超過保険者の場合)**



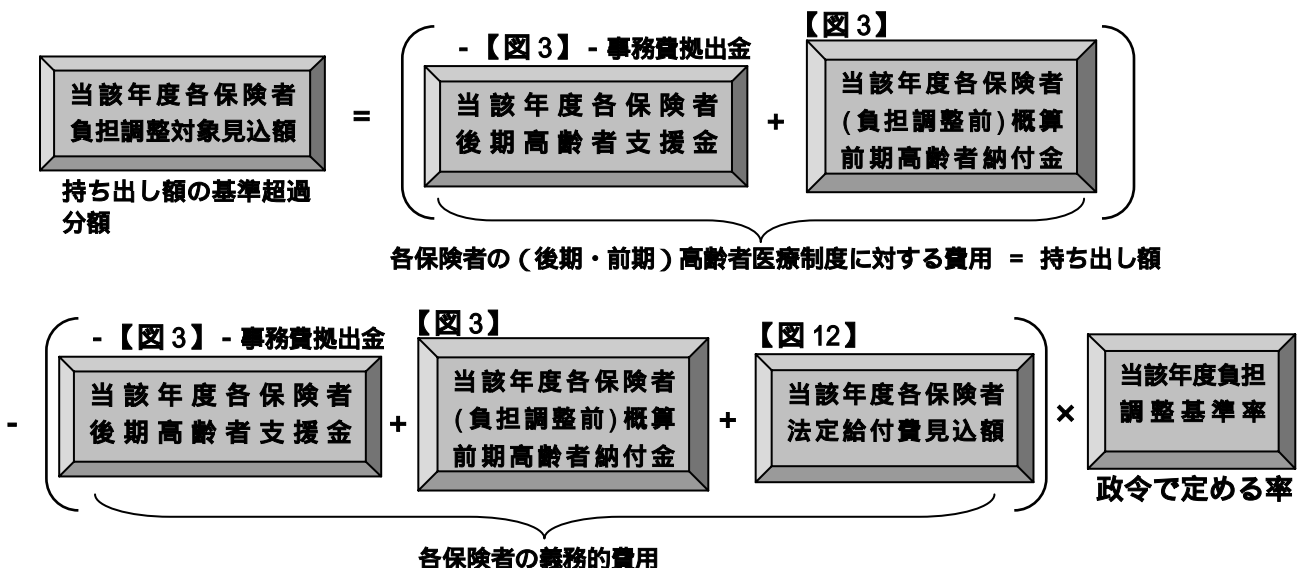
$$\begin{aligned}
 & \text{【図 3】} \\
 & \text{当該年度各保険者} \\
 & \text{概算前期高齢者納付金} = \text{【図 3】} \\
 & \text{当該年度各保険者} \\
 & \text{(負担調整前)概算} \\
 & \text{前期高齢者納付金} - \text{【図 10】} \\
 & \text{当該年度各保険者} \\
 & \text{負担調整対象見込額} + \text{【図 11】} \\
 & \text{当該年度各保険者} \\
 & \text{負担調整見込額} \\
 & \text{持ち出し額の基準超過} \\
 & \text{分額} \qquad \qquad \qquad \text{全持ち出し基準超過} \\
 & \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \text{保険者の基準超過分} \\
 & \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \text{の合計の再按分額}
 \end{aligned}$$

後期高齢者支援金および前期高齢者納付金(持ち出し額)の義務的費用に占める割合が著しく過大となる保険者が納付すべき納付金です

【図 9】各保険者の当該年度概算前期高齢者納付金の算定
 (概算負担調整基準超過保険者以外の場合)



【図 10】各保険者の当該年度負担調整対象見込額の算定



持ち出し額が著しく過大な保険者の持ち出し額の基準超過部分の算定(納付金として負担する分
 から一旦控除される部分 その各基準超過保険者の合計額を全保険者で薄く広く再配分する)

【図 11】各保険者の当該年度負担調整見込額の算定

$$\boxed{\text{当該年度各保険者負担調整見込額}} = \boxed{\text{当該年度1人当たりの負担調整対象見込額}} \times \boxed{\text{当該年度各保険者加入者見込数}} \quad \text{【図5】 -}$$

告示で定める額

【図9】の持ち出し超過額の合計を全保険者で薄く広く負担する額の各保険者が負担すべき額の算定です

. 当該年度加入者1人当たり負担見込額 参考

$$\boxed{\text{当該年度1人当たり負担調整対象見込額}} = \frac{\boxed{\text{当該年度負担調整見込額合計}}}{\boxed{\text{当該年度全保険者加入者見込数}}}$$

告示で定める額

【図9】で算出された額の合計です

参考 としているのは、ここは告示で定める額であり、各保険者で算定する箇所ではないためです

【図 12】各保険者の当該年度法定給付見込額の算定

$$\boxed{\text{当該年度各保険者法定給付費見込額}} = \boxed{\text{当該年度各保険者給付費見込額 (加入者の法定給付費)}} + \boxed{\text{当該年度各保険者日雇拠出金見込額}} + \boxed{\text{当該年度各保険者療養給付費等拠出金見込額}}$$

. 各保険者当該年度給付費見込額（加入者の法定給付費）

$$\boxed{\text{当該年度各保険者給付費見込額 (加入者の法定給付費)}} = \boxed{\text{前々年度各保険者給付費額 (加入者の法定給付費)}} \times \boxed{\text{当該年度伸び率}}$$

告示で定める率

. 各保険者当該年度日雇拠出金見込額

$$\boxed{\text{当該年度各保険者日雇拠出金見込額}} = \boxed{\text{前々年度各保険者確定日雇拠出金額}} \times \boxed{\text{当該年度伸び率}}$$

告示で定める率

. 各保険者当該年度療養給付費等拠出金見込額

$$\boxed{\text{当該年度各保険者療養給付費等拠出金見込額}} = \boxed{\text{前々年度各保険者確定療養給付費等拠出金額}} \times \boxed{\text{当該年度伸び率}}$$

告示で定める率

【図 8】・【図 9】は、各保険者が実際に納付することとなる当該年度概算前期高齢者納付金の算定を図式にしたものです。

【図 5】「概算調整対象基準額」を算定した結果、交付対象保険者であった場合、【図 3】にあるように、【図 5】 - (【図 6】調整対象給付費見込額 + 【図 7】前期高齢者に係る後期高齢者支援金概算額) という算式により、負担調整前の当該年度の概算前期高齢者納付金が算定されます。

なぜ“負担調整前”というのかといいますと、これは名称のとおり、“各保険者が実際に納付金を負担する前の最終調整”をするからです。この“負担前の最終調整”とはどのようなことなのか説明します。

「負担調整基準超過」保険者が否かの判定

前期高齢者納付金には、老人医療費拠出金に採用されていた3つの負担軽減・緩和措置がそのしくみに組み込まれています。1つめは【図 5】 - の「前期高齢者加入率の下限設定」、2つめが【図 6】 - の「調整対象外給付費」、そして3つめがこの項目で説明する、「負担調整」です。この3つの負担軽減・緩和措置については においても説明をしますが、「負担調整」については、実際に納めることとなる納付金を算定するのに深く関わってきますので、ここで説明します。

後期高齢者支援金や前期高齢者納付金は各保険者からすれば、いわゆる“他制度への支援”ということになります。高齢化が進む現在にあって、現役世代が全く高齢者医療に関与しないというわけには勿論いきませんが、その支援のために現役世代に対しての医療給付が行えなくなるようなことがあってはなりません。しかし実際にはこの“他制度への支援”が支出全体の中に大きな割合を占めてしまっている保険者がいます。「負担調整」はそのような保険者を全保険者で助けるしくみです。

後期高齢者支援金と前期高齢者納付金などの“他制度への支援”は「持ち出し額」とよばれます。また、「持ち出し額」と「法定給付費」⁴との合計を「義務的費用」とよびます。それを踏まえて実際の「負担調整」の考え方をみると、各保険者の「持ち出し額（前期高齢者納付金は負担調整前）」が、「義務的費用」に政令で定められる「当該年度負担調整基準率」（詳細は【図 8】の同項目の 参照）を乗じた額を上回った場合、当該保険者は【図 8】「概算負担調整基準超過保険者」、つまりは“持ち出し額が著しく過大な保険者”ということになります。一方で、前述算定額が下回った場合は、【図 9】「概算負担調整基準超過保険者以外の保険者」ということになります。

負担調整基準超過保険者の概算前期高齢者納付金の算定

【図 3】の（負担調整前）概算前期高齢者納付金から“持ち出し額が過大となり、基準を超過した部分”である【図 10】「当該年度各保険者負担調整対象見込額」を差引きます。そして全負担調整基準超過保険者の前項の額の合計を、全保険者の加入者数で按分した【図 11】 - 「当該年度 1

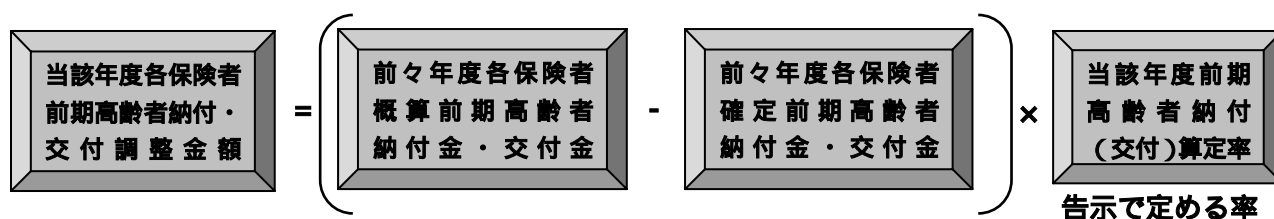
⁴ ここでいう「法定給付費」とは、「各保険者の加入者への法定給付費」、「日雇拠出金」、「療養給付費拠出金（退職者給付拠出金）」との合計（【図 12】参照）

人当たり負担見込額」に「各保険者（この算定例であげている負担調整基準超過保険者）の加入者数」を乗じた【図11】「各保険者負担調整見込額」を加えることにより算定されます。この【図11】は負担調整基準超過保険者の持ち出し額の負担過大な額を、“負担調整基準超過保険者及び交付対象保険者も含めた全保険者で薄く広く負担する額”ということになります。

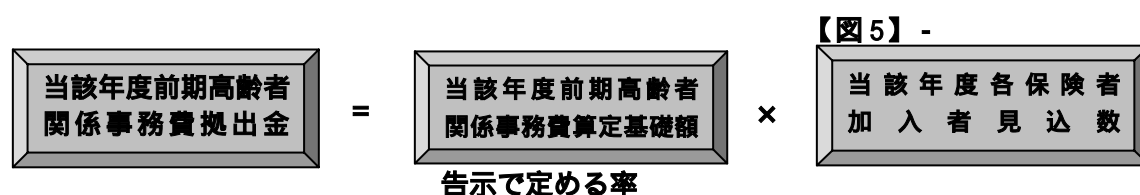
負担調整基準超過保険者以外の概算前期高齢者納付金の算定

負担調整基準超過保険者以外ということは、その保険者は持ち出しの負担が著しくは過多ではない“通常の保険者”ということになるので、その保険者が納める納付金は【図3】に【図11】を加えた額、つまりは「負担調整前概算前期高齢者納付金」に加えて、“負担調整基準超過保険者及び交付対象保険者も含めた全保険者で薄く広く負担する額”を納付するということになります。

【図 13】各保険者の当該年度前期高齢者納付（交付）調整金額の算定



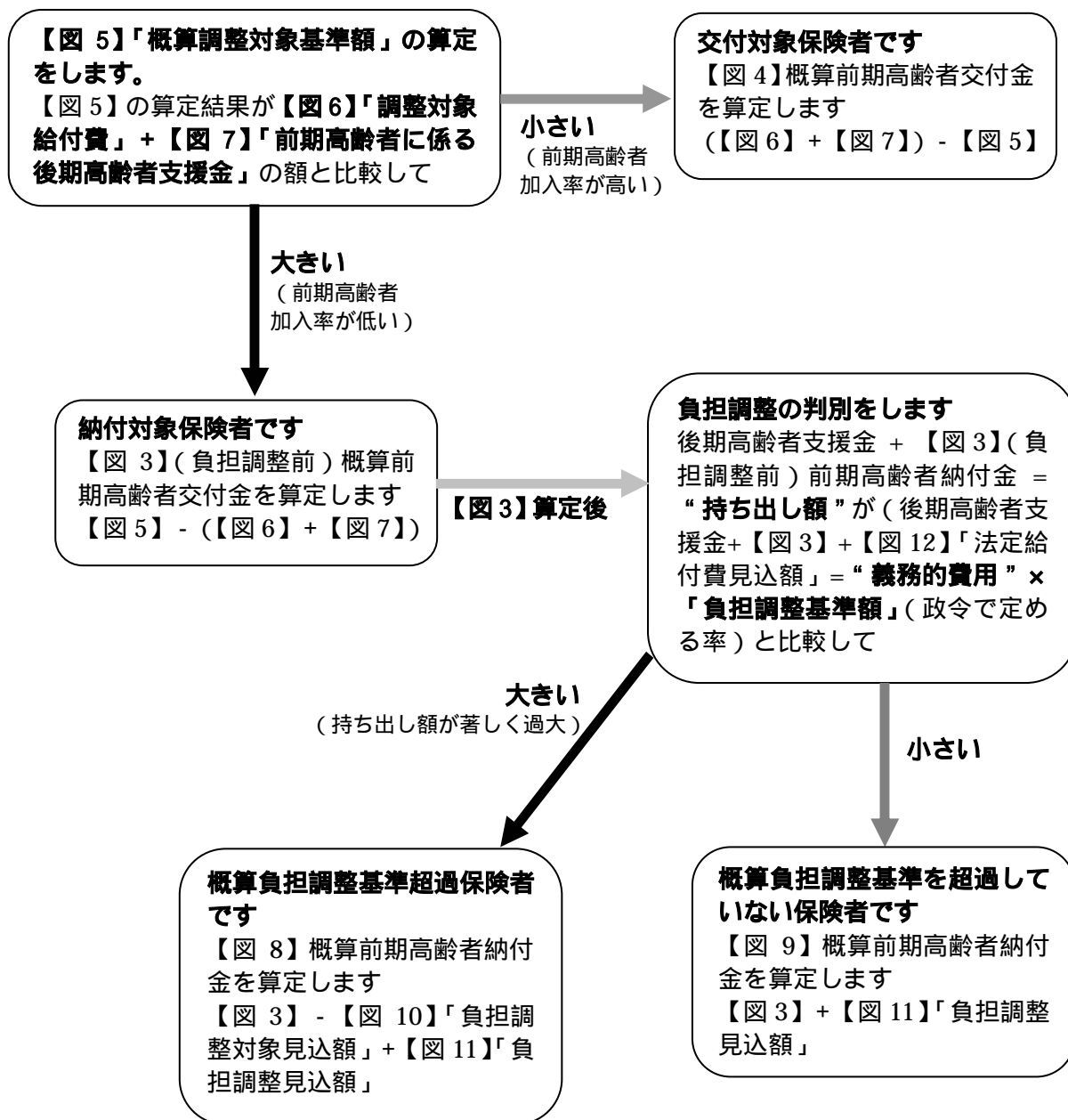
【図 14】各保険者の当該年度概算後期高齢者関係事務費拠出金の算定



【図13】調整金および【図14】事務費拠出金に関しては、後期高齢者支援金のものと同様の考え方ですので説明は省略します。

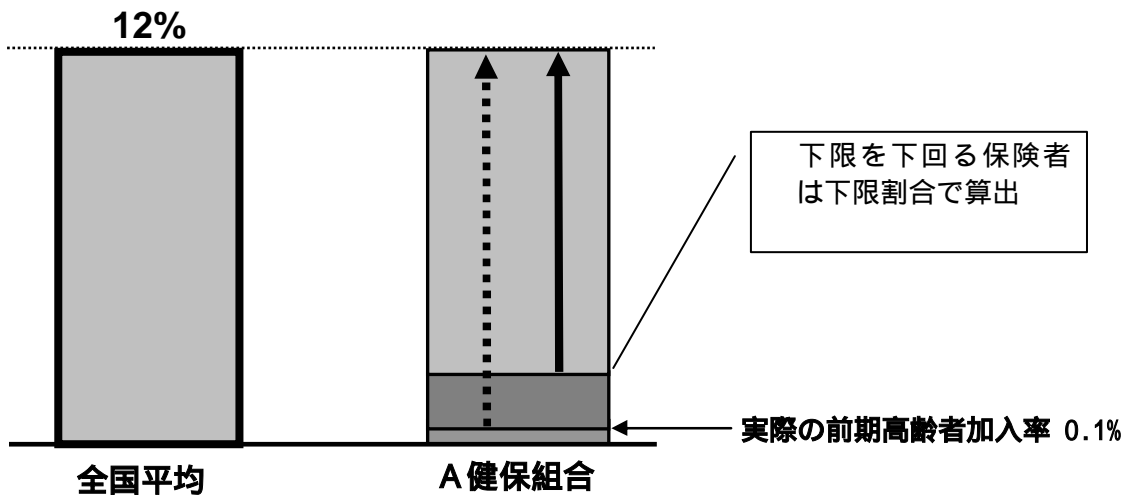
【図 15】各保険者の納付金・交付金算定フローチャート

前期高齢者納付金の算定方法は非常に複雑なので、最後に今までの算定の手順をごく簡単にフローチャートとしてまとめました。



前期高齢者医療制度の負担軽減・緩和措置

【図 1】前期高齢者加入率の下限について



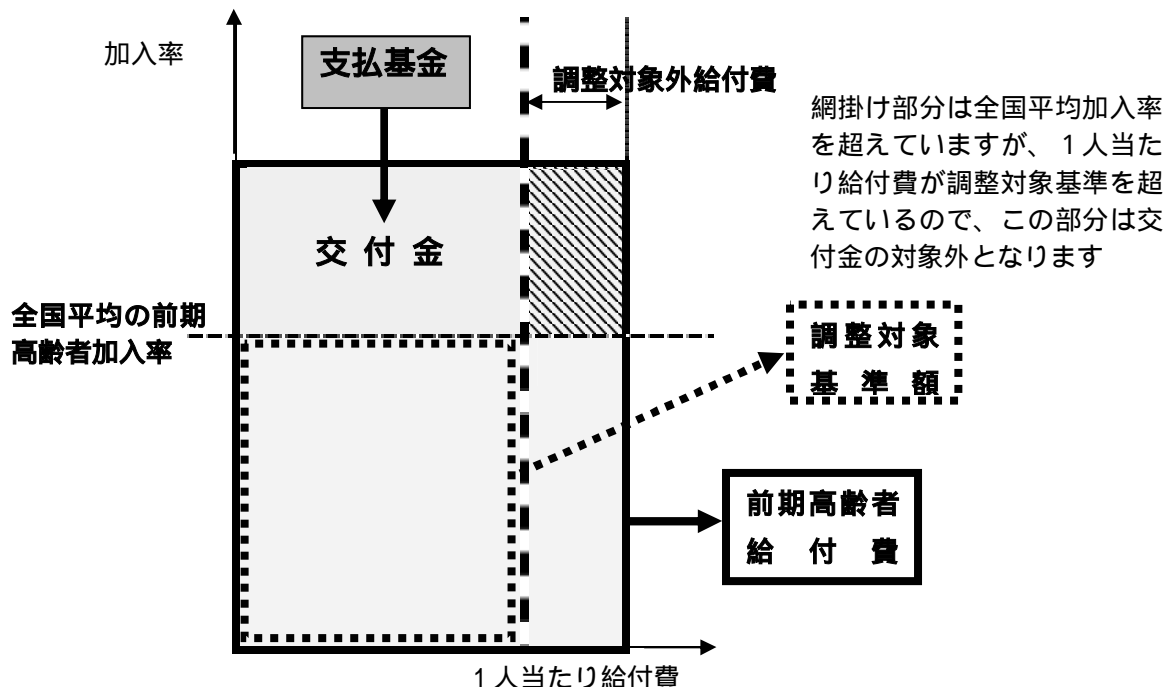
若年層の加入者が多い保険者、特に健保組合などでは前期高齢者がほとんどいない保険者もあります。例えば加入者が10,000人の保険者で、前期高齢者が10人しかいない場合、前期高齢者加入率は0.1%になります。仮にこの保険者をA健保組合とすると、理論上ではA健保組合は $10,000 \text{人} \times 12\% = 1,200 \text{人}$ で、前期高齢者が1,200人いると仮定して、 $1,200 \text{人} - 10 \text{人} = 1,190 \text{人}$ 分を前期高齢者納付金として納付しなくてはなりません。

これではあまりに前期高齢者納付金の負担が多くなります。そこで調整幅が過大にならないようにするため、保険者の**前期高齢者加入率には下限**が設けられています。この調整幅は毎年政令で定められることとなっています。

この結果、前期高齢者がほとんどいない保険者においても、この下限の設定により調整する前期高齢者医療給付費に対する過度な倍率がかからなくなるため、**実際の前期高齢者加入率で算定するよりは負担が抑制**されます。

【図 2】調整対象外給付費について

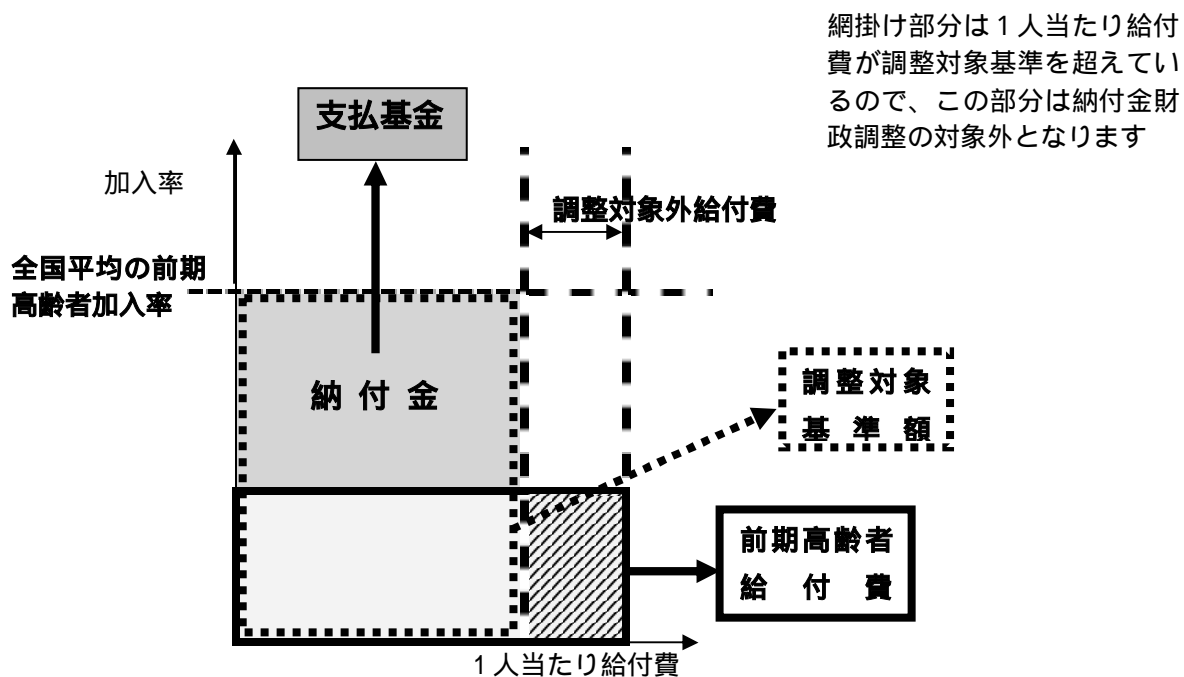
・給付費等に要する費用が調整対象基準額以上であり、
1人当たり前期高齢者給付費の高い保険者



の【図 6】 - の算式の説明書きにもあるように、調整対象外給付費は1人当たりの前期高齢者給付費が著しく高い保険者について、各保険者の医療費適正化努力を促進するため、政令で定める基準を超える前期高齢者給付費の部分を調整の対象から除外するしくみです。算式でのしくみは【図 6】の項目で説明していますので、ここではその概念をイメージ図で説明します。

図 は国民健康保険など、交付金を受ける保険者を例としています。交付対象保険者は、基本的には「平均加入率」を超えている部分の前期高齢者医療給付費は、財政調整の対象とされ交付金を受けることとなりますが、前述の考えに基づき、医療費適正化努力を促進するため「調整対象基準額」を超える部分に対しては、財政調整が行われません。

.給付費等に要する費用が調整対象基準額以下であり、
1人当たり前期高齢者給付費の高い保険者

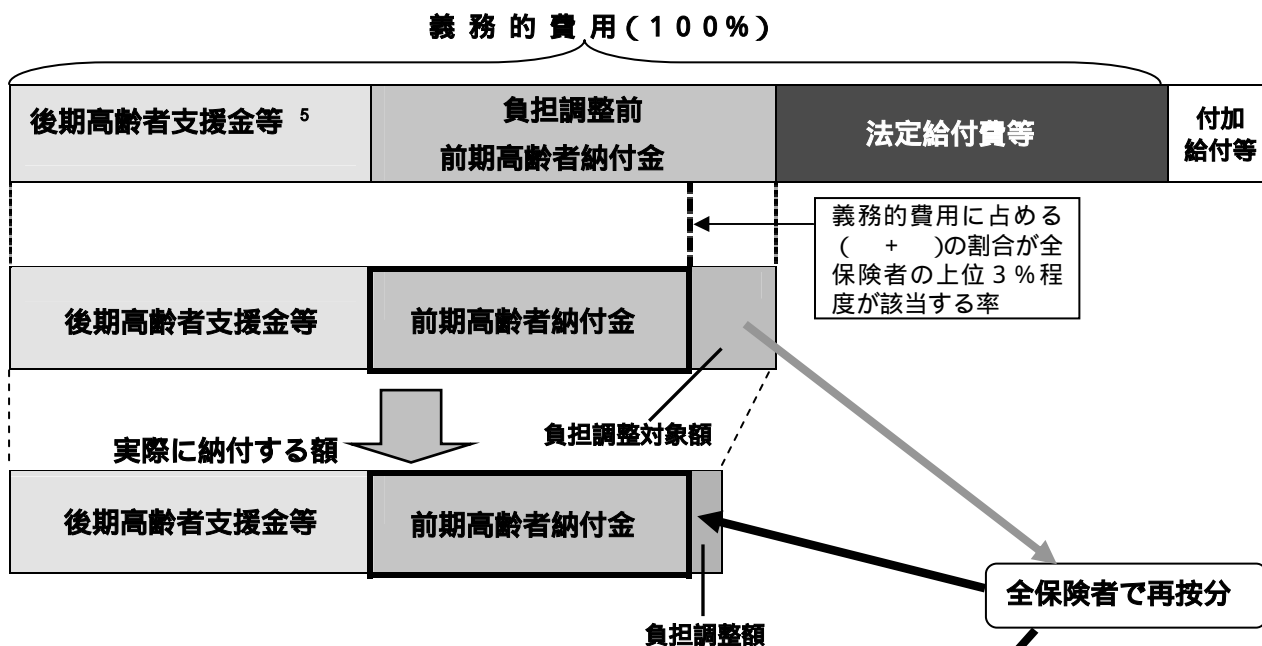


図は健保組合など、納付金を納める保険者を例としています。納付対象保険者は、基本的には各保険者の前期高齢者に係る医療給付費が「平均加入率」になるように財政調整した額を納付金として納付することとなりますが、この場合でも図のケース同様に「調整対象基準額」を超える部分に対しては、財政調整が行われません。

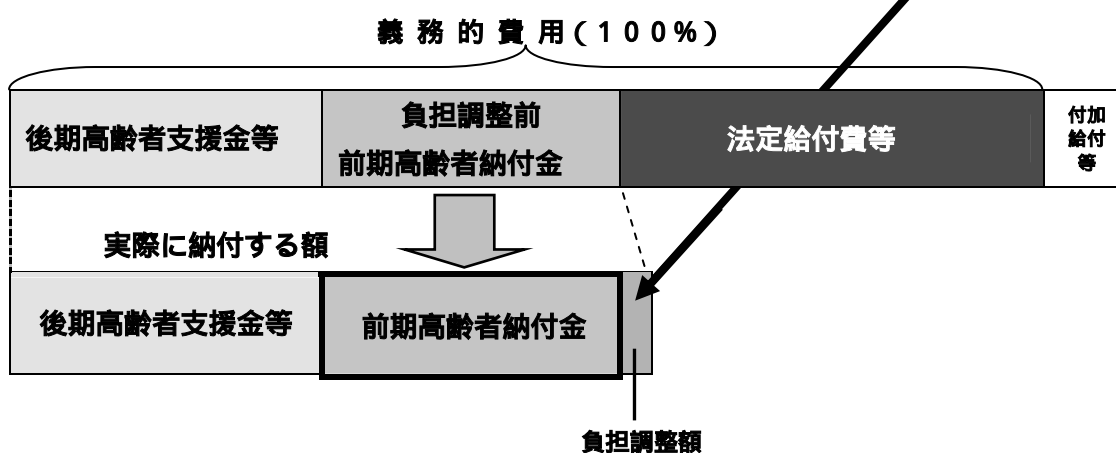
したがって健保組合など納付金を納付する立場としては、仮に1人当たり医療給付費が高くなってしまったとしても、部分的に財政調整から外されるので、若干ではありますが、負担緩和措置と言えます。

【図 3】財政調整における負担調整について

・ 概算負担調整基準超過保険者の場合



・ 概算負担調整基準超過保険者以外の場合



交付対象保険者については、前期高齢者交付金が交付されることとは別に、負担調整額を前期高齢者納付金として納付することとなります。したがって交付金と納付金の額の相殺は行われません

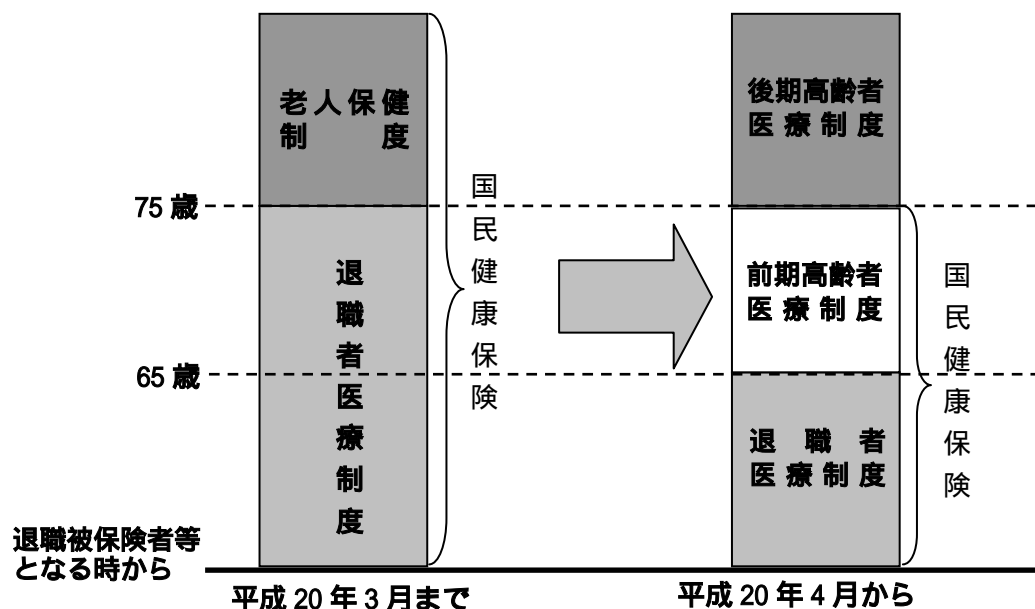
【図 3】は概算負担調整基準超過保険者とそれ以外の保険者との負担調整のしくみを示したものです。内容については で説明していますので、ここでは省略します。

⁵ 病床転換助成事業が実施されている間は病床転換支援金も含まれます。したがって上図での標記を後期高齢者支援金と病床転換支援金を併せて“後期高齢者支援金等”と標記しています

・退職者医療制度

退職者医療制度の経過措置

【図 1】退職者医療制度新旧概念図



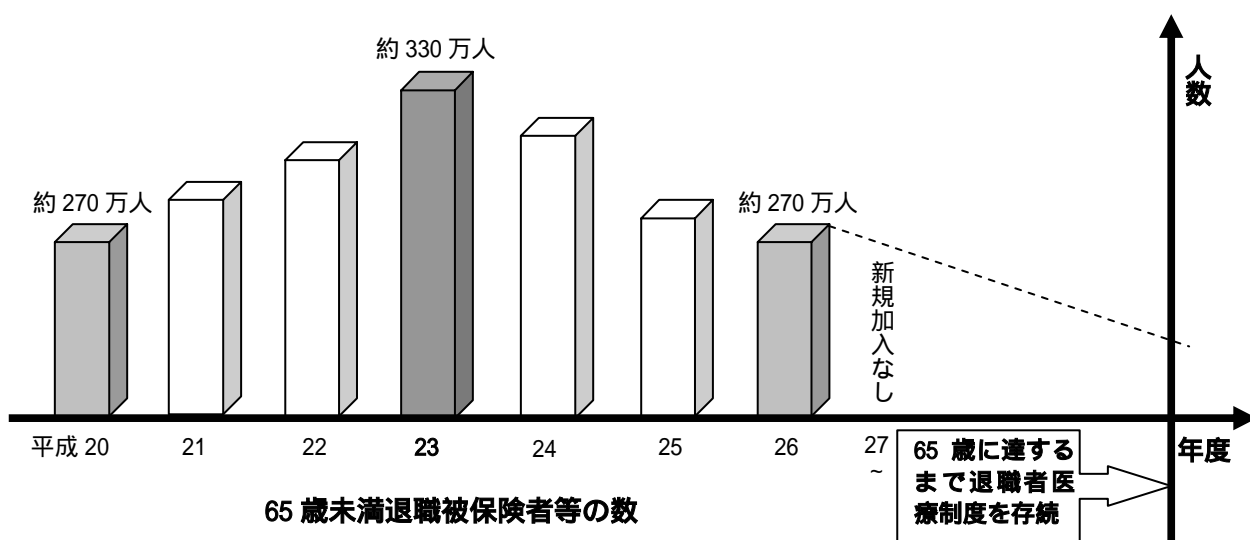
【図1】は平成20年4月以降変更になる退職者医療制度を概念図で示したものです。退職者医療制度のしくみについては、「**拠出金制度のしくみについて**」〔平成17年1月〕をご覧くださいととして、ここではこれまでの経緯と20年度以降の変更箇所をご説明します。

15年3月に閣議決定されました「**医療制度改革の基本方針**」には、“**退職者医療制度の廃止**”が明記されていきました。国としては当初、75歳以上は独立した後期高齢者医療制度に加入し、65歳から74歳までは、前期高齢者医療制度によって老人保健制度のような財政調整を導入することにより、国民健康保険の財政は従前よりは改善されると見込んでいたと思われます。しかし、いわゆる“**団塊の世代**”の退職による被用者保険から国民健康保険への大量流入が、国民健康保険の財政を圧迫することになると推計されました。

このような背景から、17年10月に公表された厚生労働省の「**医療制度改革試案**」には、当初廃止としていた退職者医療制度を新制度発足時の経過措置として、“**現行制度における費用負担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歳未満の退職被保険者等を対象として、当該被保険者等が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**”ということが明記されました。この厚生労働省試案の後の17年12月に公表された「**医療制度改革大綱**」を受け、結果として18年6月に成立した「**医療制度改革関連法**」に、**退職者医療制度の経過措置**⁶が盛り込まれることとなりました。

⁶ 退職者医療制度は、国民健康保険法の本則に記載されていますが、平成20年4月以降は、附則となり、経過措置として記されることとなります

【図 2】退職者医療制度の対象人数推移



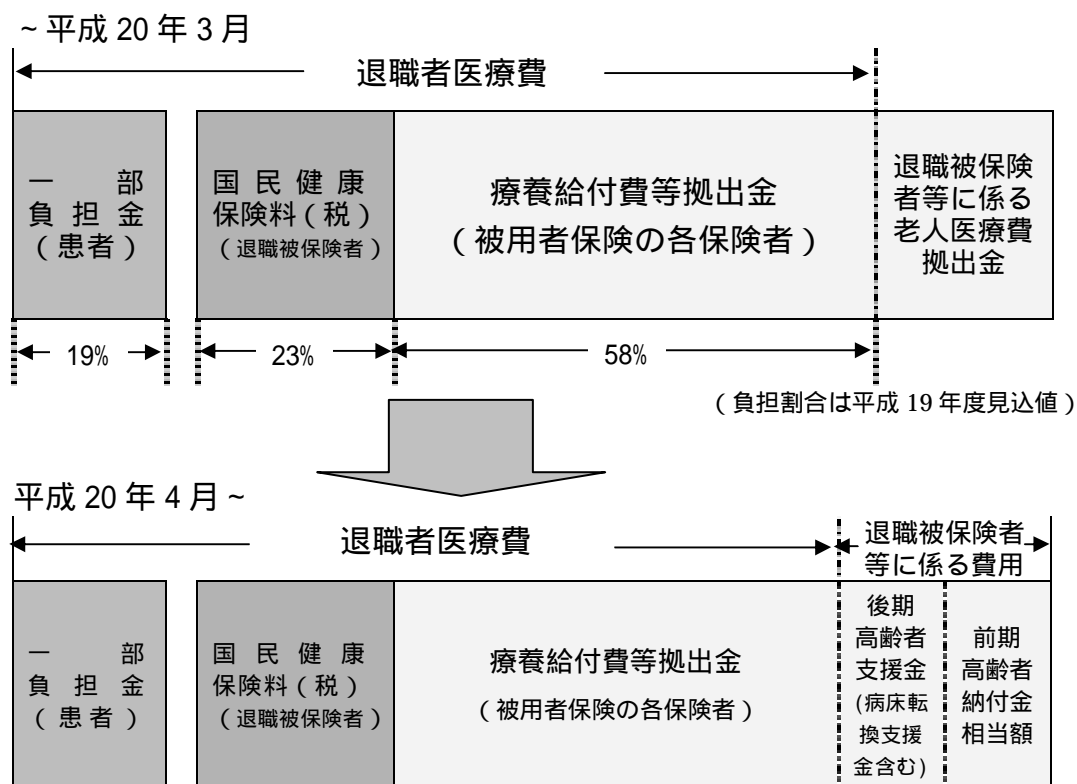
今回の経過措置について、「平成 26 年度までの間」とありますが、これは“平成 26 年度を以って退職者医療制度が廃止される”という意味ではありません。【図 2】は 20 年度以降の退職被保険者等の人数推移を示していますが、先述しました“団塊の世代”が前期高齢者医療制度対象年齢に達するまで、退職者医療制度は存続することとなります。

19 年度までは退職者医療制度の対象年齢が“75 歳に達するまで”となっており、退職被保険者等の対象人数は約 950 万人と見込まれています。経過措置の施行後は対象年齢が“65 歳に達するまで”と、一挙に 10 歳引き下がるので、20 年度には約 270 万人と大幅に減少します。その後“団塊の世代”の大量退職等の影響により、対象者は再び増加し、23 年度で約 330 万人に達しますが、それをピークとして迎えた後は徐々に減少していき、26 年度には経過措置施行当初の約 270 万人まで減少する見込です。“平成 26 年度までの間における 65 歳未満の退職被保険者が 65 歳に達するまでの間...”とありますので、27 年度以降は退職者医療制度の新規の対象者は発生しなくなります。したがってこれ以降減少を続けます。

退職者医療制度がいつ“完全に廃止”されるのかという問題は、退職年齢等の関係で実質的には 34 年度まで存続⁷すると見込まれています。また、退職者給付拠出金自体は 2 年後の確定分の支払（精算）の関係上、36 年度まで残ることが考えられますが、今回の老人保健制度の廃止に伴う残務処理同様に、レセプトの月遅れや再審査等の請求の関係もありますので、実際にどうなるのかは直前になるまでは分かりません。ここでいう、**制度廃止が 34 年度、拠出金終了が 36 年度**というのはあくまで現段階での目安ということで捉えて下さい。

⁷ 特例で 60 歳前に退職共済年金が支給される共済組合の組合員については、平成 26 年度において 65 歳未満である退職被保険者のうち最も若い者が 65 歳に達すると見込まれるのが 34 年度であるためです

【図 3】退職者医療費の費用負担の新旧比較図



平成20年度以降は、療養給付費等拠出金のなかで退職者医療給付費分以外の部分の拠出項目が増えます。しかし退職者医療制度の対象年齢が大幅に引き下がることにより、退職者給付拠出金の総額は減少します

退職被保険者に係る老人医療費拠出金

退職者医療費の費用負担や退職者給付拠出金の算定方法については、「**拠出金制度のしくみについて**」(平成17年1月 発行)をご覧ください。ここでは20年度以降の変更箇所を説明します。

退職者給付拠出金は昭和59年度より被用者保険の各保険者に課せられてきましたが、当初は【図3】にある、“退職者医療費に係る部分”のみが拠出対象とされていました。しかし高齢化が急速に進むにつれ、被用者保険から国民健康保険への“企業等を退職した加入者数”も急増し、退職被保険者等に係る医療費が急増していきました。また、退職被保険者等の増加に伴い国民健康保険の総加入者数が増加したことにより、国民健康保険が負担しなくてはならない老人医療費拠出金の額も増加しました。

【図3】をご覧ください。退職被保険者自身が支払った国民健康保険料(税)(以下本文中“保険料”とします)は、全額退職被保険者に係る医療費に充てられるので、この“退職被保険者等が増加したことによる、老人医療費拠出金の増加分”、すなわち「**退職被保険者等に係る老人医療費拠出金**」は全額、退職被保険者以外の国民健康保険の加入者が支払う保険料で賄われていました。

このような影響による国民健康保険の財政悪化を改善させるため、「退職被保険者等に係る老人医療費拠出金」を平成 10 年より 2 分の 1、14 年 10 月よりその全額を療養給付費等拠出金(退職者給付拠出金)から支払うこととなりました。

平成 20 年度以降の療養給付費等拠出金等の内訳

平成 20 年度以降は老人保健制度が廃止されるので、療養給付費等拠出金のなかに、「退職被保険者等に係る老人医療費拠出金」分の負担はなくなります。しかし、老人医療費拠出金に変わって新しい高齢者医療制度に対して、**後期高齢者支援金、前期高齢者納付金という新たな負担が課せられることとなります。**

「**退職被保険者等に係る後期高齢者支援金**」については、後期高齢者支援金自体が人头割の算式となっているので、退職被保険者等の総人数に 1 人当たり単価を乗じたものが被用者保険被保険者として負担すべき額となります。

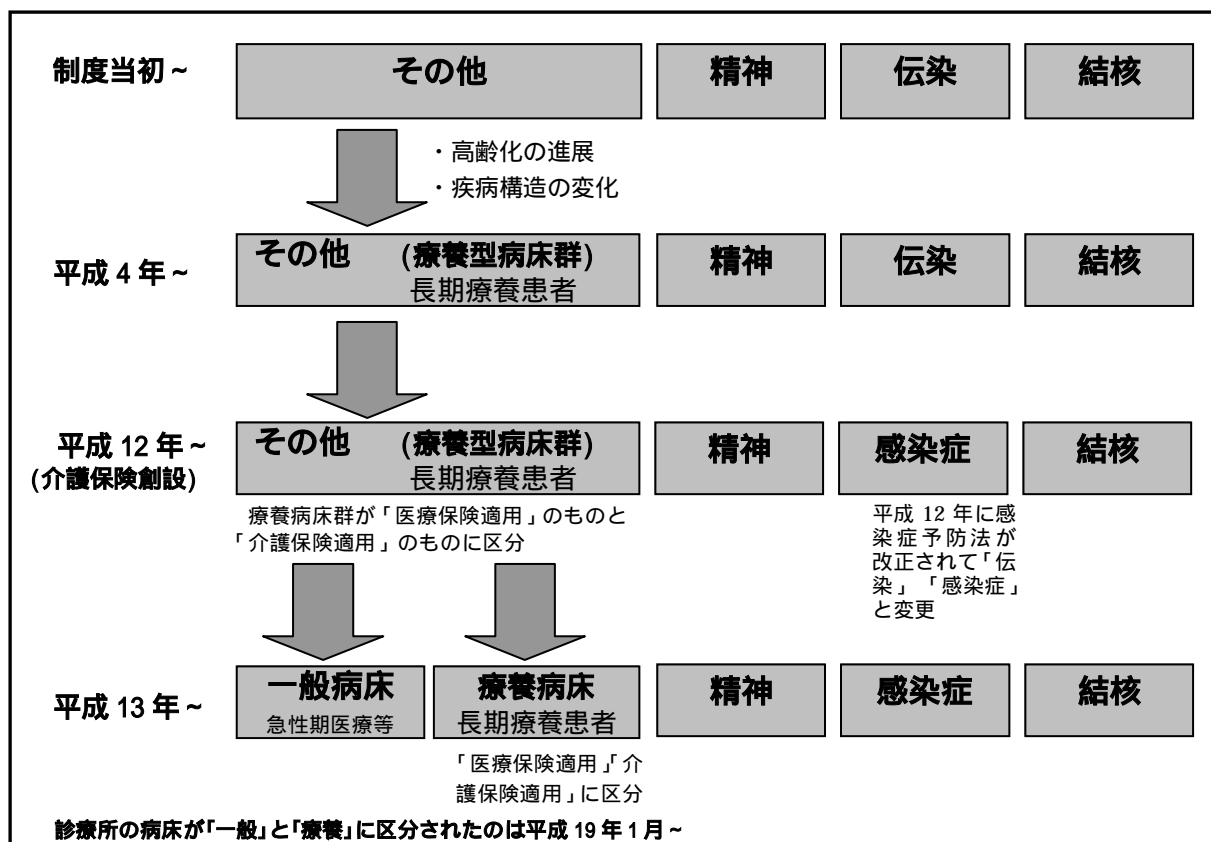
「**退職被保険者に係る前期高齢者納付金(相当額)**」については、前期高齢者納付金の考え方は老人医療費拠出金と同様なので、老人医療費拠出金と同様の調整方法が取られます。ただ、老人医療費拠出金と異なる点は、前期高齢者医療制度では、国民健康保険は前期高齢者交付金を受ける立場となるので、“**もし退職被保険者等が国民健康保険に加入していなかったら本来受取れたであろう額**”が療養給付費拠出金の額として賦課されることとなります。これに関しては、一読しただけではなかなか理解し難いと思いますが、**第 4 章の「前期高齢者の財政調整について」**の説明を今一度読み返していただくと、ある程度ご理解いただくことができるのではないかと思います。

退職者医療制度の年齢層が 75 歳までから 65 歳までに大幅に縮小されることにより、退職者給付拠出金としての負担も大幅に減ります。しかし、これまで退職者給付拠出金の対象となっていた 75 歳までの年齢層に対しては、前期高齢者医療制度により全面的な財政調整が行われることとなるわけですが、つまりは退職者給付拠出金のみを負担していた時よりも、**健保組合をはじめとする被用者保険では、75 歳に達するまでの年齢層に対する負担が増加する保険者が多くなる**ことが予想されます。

・ 病床転換助成事業

療養病床の成り立ち

【図 1】 病床区分の変遷



平成 20 年 4 月より実施される「**病床転換助成事業**」の説明の前に、療養病床自体の成り立ちを説明します。

元来特定の疾患のみを対象とした「**精神病床**」、「**結核病床**」、「**感染症(伝染)病床**」を除く大部分の病床は「**その他の病床**」と区分されていました。しかし高齢化の進展や疾病構造の変化に伴い、平成 4 年 10 月の第二次医療法改正で、“病院の病床または診療所⁸の病床の一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するための一群のもと”として規定された「**療養型病床群**」が「**その他の病床**」のなかに新設されることとなりました。

12 年 4 月より介護保険制度が創設されるのに伴い、介護療養型の医療施設が創設されました。これにより、従来の「療養型病床群」が、「**医療保険適用の病床**」と「**介護保険適用の病床**」とに分かれました。

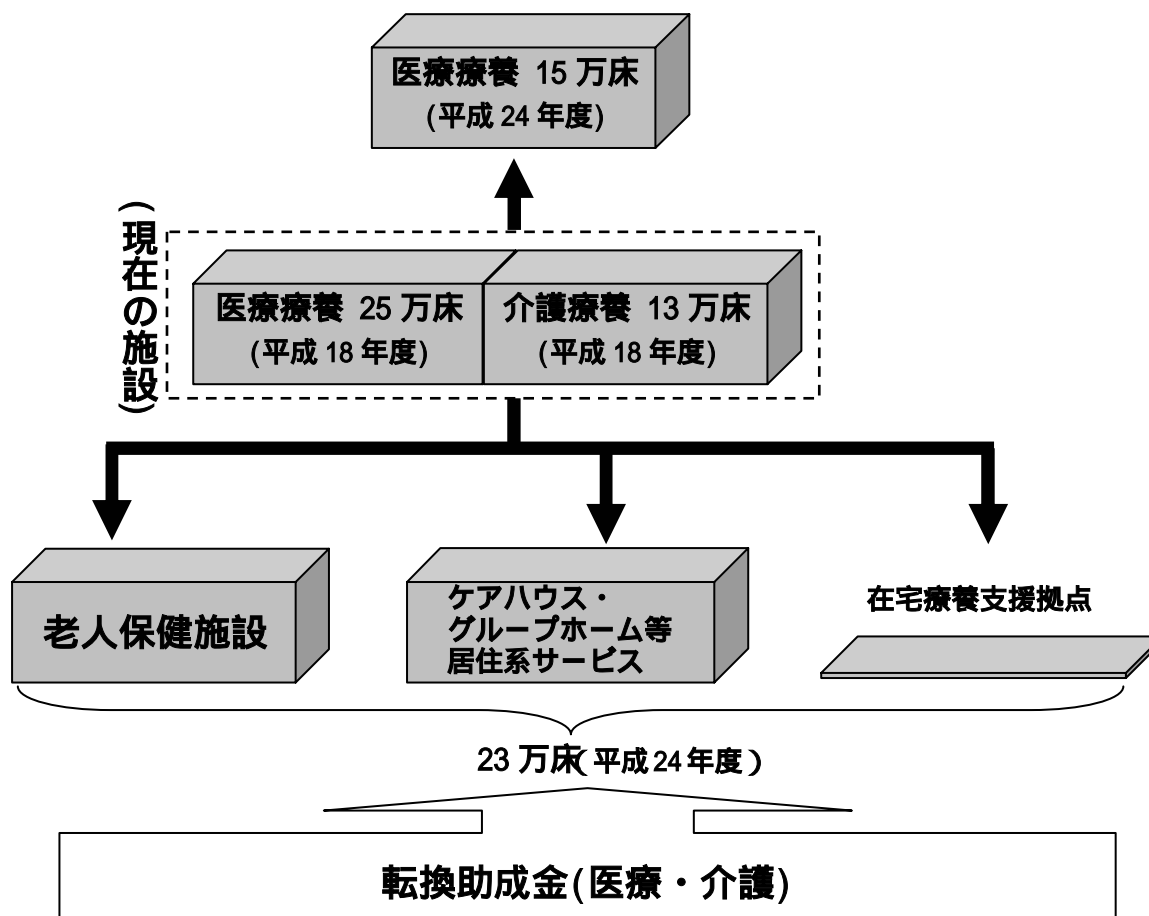
その後しばらくの間はこの区分で分類されていましたが、13 年 3 月の第四次医療法改正にて再び区分の見直しが行われ、それまでの「**その他の病床**」が主に急性期の患者を扱う「**一般病床**」と主に慢性期の疾患を扱う「**療養病床**」とに新たに区分され、病床の区分を通じて病院の機能の違いが明確にされました。

したがって現在の「療養病床」とは医療保険適用の「**医療型療養病床**」と介護保険適用の「**介護療養型医療施設**」との 2 つを指しています。

⁸ 診療所への設置は第三次医療法改正にて実施

医療の必要に応じた療養病床の再編成

【図 1】療養病床の再編成のイメージ



療養病床の実態調査を行った結果、入院患者のうち医師の対応をほとんど必要としない人、いわゆる“社会的入院”の患者が約5割いることが判明しました。また療養病床は、老人保健施設等の介護保険施設に比べ1人当たり給付費が高い等の問題もあります。したがって今回の“療養病床の再編成”は、これらの“社会的入院”の解消を目指すものです。

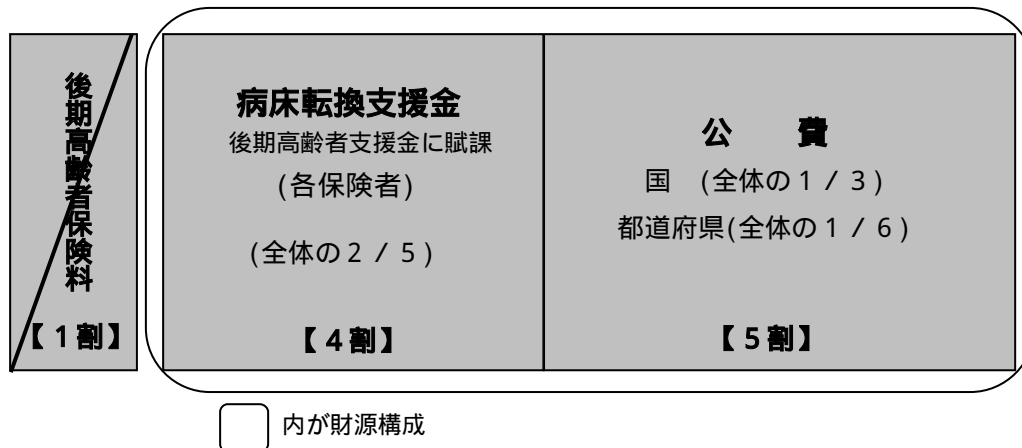
すなわちこれらの“社会的入院”患者に対して医療保険で対応するのではなく、それぞれに相応しい施設、つまり福祉色の強い施設に移ってもらい、福祉色の強いケアを受けてもらうようにするという考えです。具体的には療養病床については、医療の必要度の高い患者に限定し、医療保険で対応するとともに、医療の必要度の低い患者については、病院ではなく、在宅、居住系サービス、または老人保健施設などで受け止めることで対応するということです。

このような“療養病床の再編成”は、転換先の確保を図りつつ5年間かけて行うものであり、入院患者が追い出されるような事態が生じないようにすることが大前提とされています。

前述のような療養病床から老人保健施設等への転換を進めるため、転換支援の助成を行うこととなります。この支援助成は、医療療養病床の転換に関しては医療保険財源による転換支援措置が行われることとなります。また、介護保険療養病床に関しては市町村による交付金を実施することで対応します。

療養病床が転換する時の支援措置

【図 1】病床転換助成事業の財源構成



病床転換助成事業の負担割合、しくみについて

- ・病床転換助成事業に要する費用は、各保険者からの**病床転換支援金**、**公費(税)**により賄われています。**基本的には後期高齢者医療制度における費用負担割合と同様です**
- ・ただし医療の面から見れば、高齢者の多い療養病床の削減は高齢者にとって保険料の低減となる一方で、給付の削減に繋がることから、そのための費用として**高齢者の保険料は充てられません**
- ・各費用負担主体の負担割合の考え方は、高齢者保険料分を国、都道府県、保険者(被用者保険・国民健康保険)に割り振り、後期高齢者医療制度における負担割合にしたがって負担します
- ・公費の地方負担については、事業の実施が都道府県であること(市町村から都道府県への助成は一般的ではないこと)、患者は通常広域に渡ることから、市町村が受ける医療費削減効果に応じた費用負担ルールを定めることが難しいことなどから、**都道府県のみ**において行います

各保険者に病床転換支援金が賦課されることに対する国としての根拠

新しい制度に移行して、老人医療費拠出金が廃止されるとはいえ新たに後期高齢者支援金、前期高齢者納付金が賦課されることになり、各保険者、とりわけ被用者保険の保険者は従前よりも負担増となる保険者が多くなると見込まれています。そのような状況で、なぜ、またさらに新たな負担が課せられるのかを説明します。

そもそも「病床転換助成事業」は、18年度医療制度改革の立案段階では全く考えになかったもので、17年12月に公表された「医療制度改革大綱」においても一言も触れられていませんでした。しかし一方で、療養病床におけるいわゆる“社会的入院”の解消は長年にわたる懸案事項であったのは事実でありました。

18年度医療制度改革を検討していく過程において、**経済財政諮問会議**⁹の“**医療費の総額抑制**”に対する国の考え方として、個々の施策の積上げにより、中長期のスパンで医療費適正化をしてい

⁹ 日本の内閣府に設置されている「重要政策に関する会議」の一つ。内閣総理大臣の諮問を受けて、経済財政政策に関する重要事項について調査審議を行います。平成13年1月の中央省庁再編とともに設置され、設置根拠は内閣府設置法第18条

く姿勢が示されましたが、その具体的な施策は2つ出されました。その1つは“生活習慣病対策”であり、もう1つが“在院日数の短縮”でした。前者は20年4月より義務化される、「特定健診・特定保健指導」に関するものであり、後者が今回の病床転換助成事業に関することになります。

“在院日数の短縮”に関しては、ただ単に“在院日数の短縮”を図るだけでは病床稼働率が高くなるだけで、必ずしも医療費の削減に繋がるとは言えません。したがってこの施策をさらに進めるために、“病床数の削減”が必要であるということになり、そのなかでまず、“療養病床の削減”を検討すべきということになったのです。

“療養病床の削減”を実施するにあたっては、療養病床を老人保健施設や居住系サービス施設に転換しなくてはなりませんが、転換を行うためには費用が発生します。その転換するために要する費用を助成するための事業が、今回の「病床転換助成事業」なのです。

「病床転換助成事業」の財源に公費が投入されるのは勿論ですが、なぜ各保険者まで負担を求めるのか。それは先述したように、病床転換を行うことにより、“社会的入院”を解消することで、医療費の削減が見込まれます。これはすなわち**長期的視野で見れば、医療給付費および後期高齢者支援金の削減に繋がることであり、各保険者の支出の削減に大きく寄与することとなる**ので、保険者にも先行投資的な意味合いで協力をお願いしたいという国の考えにより決められたのです。

各保険者が納付する病床転換支援金の負担割合および納付期間

「病床転換助成事業」は**25年度を目途に終了予定**としています。したがって各保険者は、20年度から24年度までの5年間、医療保険型の療養病床の転換費用に関して「病床転換支援金」を納付することとなります。

【図1】で説明しているように、「病床転換助成事業」の負担割合は後期高齢者医療制度の負担割合に準じていますので、そのまま読み替えると、「病床転換支援金」で賄う部分は全体の4割ということになります。【図1】の各項目の割合をみると、公費(国)3分の1、公費(都道府県)6分の1、「病床転換支援金」5分の2となっています。この割合を通分すると、30分の10、30分の5、30分の12になります。ただし、後期高齢者医療制度ではこのなかに後期高齢者の保険料が1割入りますが、「病床転換助成事業」にはこれが入らないので、分母の30から後期高齢者の保険料の1割相当分である“3”を差し引くと、国27分の10、都道府県27分の5、支援金27分の12ということになります。したがって、病床転換支援金の負担割合は事業費全体の**「27分の12」**ということになります。

病床転換支援金等の算定

【図 1】 病床転換支援金等の概念

$$\boxed{\text{病床転換支援金等}} = \boxed{\text{病床転換支援金}} + \boxed{\text{病床転換助成関係事務費拠出金}}$$

の項目で、病床転換助成事業は、国などからの公費、そして病床転換支援金から賄うと説明しましたが、各保険者が支払うのはこの病床転換支援金の他に、**病床転換助成事業に関わる事務執行に必要な費用も病床転換助成関係事務費拠出金**として支払います。

よって各保険者は、支払基金からの納入告知により、【図1】にあるように、病床転換支援金に病床転換助成関係事務費拠出金を加えた**病床転換支援金等**を支払います。

【図 2】 各保険者の当該年度病床転換支援金等の算定

$$\boxed{\text{当該年度各保険者病床転換支援金等}} = \boxed{\text{【図3】 当該年度各保険者病床転換支援金}} + \boxed{\text{【図4】 当該年度病床転換助成関係事務費拠出金}}$$

病床転換助成事業は、医療費適正化計画に沿って行われる“事業”です。したがって後期高齢者支援金や前期高齢者納付金・交付金のように、“概算”や“確定”等はなく、**毎年単年度分の事業費に係る費用を納付することとなります。**

具体的には【図3】の当該年度病床転換支援金に、【図4】の当該年度病床転換関係事務費拠出金を加えたものを、**当該年度の病床転換支援金等**として支払基金に納付します。

【図 3】 各保険者の当該年度病床転換支援金の算定

$$\boxed{\text{当該年度各保険者病床転換支援金}} = \boxed{\text{当該年度加入者1人あたり負担見込額}} \times \boxed{\text{当該年度各保険者加入者見込数}}$$

告示で定める額

・当該年度加入者1人あたり負担見込額 参 考

$$\boxed{\text{当該年度加入者1人あたり負担見込額}} = \frac{\boxed{\text{当該年度全保険者病床転換支援金}}}{\boxed{\text{当該年度全保険者加入者見込数}}}$$

告示で定める額

参考 としているのは、ここは告示で定める額であり、各保険者で算定する箇所ではないためです

・当該年度全保険者に係る病床転換支援金 参 考

$$\boxed{\text{当該年度全保険者
病床転換支援金}} = \boxed{\text{当該年度病床転換助成
事業に要する費用}} \times \frac{12}{27}$$

参考 としているのは、ここは各保険者で算定する箇所ではないためです

高齢者確保法附則第8条

・当該年度病床転換助成事業に要する費用 参 考

$$\boxed{\text{当該年度病床転換助成
事業に要する費用}} = \boxed{\text{当該年度全広域連合
療養給付費等見込額}} \times \boxed{\text{見込率}}$$

参考 としているのは、ここは各保険者で算定する箇所ではないためです

政令で定める率

各保険者の当該年度の算定は、「加入者(0～74歳)1人当たり負担見込額」に「各保険者に加入している0～74歳の加入者見込人数の合計」を乗じて算出します。

「加入者1人当たり負担見込額」は、毎年政省令で定められることとなりますが、その算出概念は図にあるように、「当該年度全保険者病床転換支援金」を、「全保険者加入者見込数」で除したものです。

「当該年度全保険者病床転換支援金」は「当該年度病床転換助成事業に要する費用」に、で説明しましたように、保険者負担割合である、27分の12を乗じた額となります。また、「当該年度病床転換助成事業に要する費用」は、後期高齢者の医療給付費等の見込額である「当該年度広域連合療養給付費等見込額」にすべての都道府県における病床の転換の見込およびそれに要する費用の予想額等を勘案して「政令で定める率」を乗じた得た額を“超えないように”調整したものとなります。

・ 特定保険料

特定保険料(率)の創設について

【図 1】 現行及び新制度における健保組合の保険料に占める支出イメージ

現行制度																
保険料 (収入)	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">一般保険料</td> <td>調整保険料</td> <td>介護保険料 (40歳以上)</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> </td> </tr> <tr> <td>老人保健拠出金、退職者 給付拠出金等</td> <td>被保険者等の法定給付費</td> <td>事務費、付加 給付費、保健 事業費等</td> <td>財政調整 事業拠出金</td> <td>介護納付金</td> </tr> </table>	一般保険料			調整保険料	介護保険料 (40歳以上)						老人保健拠出金、退職者 給付拠出金等	被保険者等の法定給付費	事務費、付加 給付費、保健 事業費等	財政調整 事業拠出金	介護納付金
一般保険料			調整保険料	介護保険料 (40歳以上)												
老人保健拠出金、退職者 給付拠出金等	被保険者等の法定給付費	事務費、付加 給付費、保健 事業費等	財政調整 事業拠出金	介護納付金												
支 出																
↓																
新制度																
保険料 (収入)	<table border="1"> <tr> <td>特定保険料 (一般保険料)</td> <td>基本保険料(一般保険料)</td> <td>調整保険料</td> <td>介護保険料 (40歳以上)</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> </td> </tr> <tr> <td>後期高齢者支援金、前期 高齢者納付金、退職者給 付拠出金等</td> <td>被保険者等の法定給付費</td> <td>事務費、付加 給付費、保健 事業費等</td> <td>財政調整 事業拠出金</td> </tr> </table>	特定保険料 (一般保険料)	基本保険料(一般保険料)	調整保険料	介護保険料 (40歳以上)					後期高齢者支援金、前期 高齢者納付金、退職者給 付拠出金等	被保険者等の法定給付費	事務費、付加 給付費、保健 事業費等	財政調整 事業拠出金			
特定保険料 (一般保険料)	基本保険料(一般保険料)	調整保険料	介護保険料 (40歳以上)													
後期高齢者支援金、前期 高齢者納付金、退職者給 付拠出金等	被保険者等の法定給付費	事務費、付加 給付費、保健 事業費等	財政調整 事業拠出金													
支 出																

現行制度における保険料(収入)に対する支出について

特定保険料は全保険者に創設されるものですが、今回は健保組合を例示として説明していきます。なお、健保組合の場合、被保険者の標準報酬月額や標準賞与額に“料率”を乗じて得た額が保険料となりますので、以下“保険料(率)”と記します。

健保組合の収入源となっている保険料の内訳は【図 1】にありますように、現行制度では「**一般保険料(率)**」、「**調整保険料(率)**」とに区分されています。そして40歳以上の被保険者にはこれにさらに「**介護保険料(率)**」が加わります。健保組合には保険料以外の収入も勿論ありますが、その運営の大半はこの保険料収入によって賄われています。

現行制度における収入に対する支出項目は大まかにみると、被保険者等の医療給付費等の法定給付費、保健事業費や付加給付費、健保組合の運営に関する事務費といった“**被保険者等のための費用**”と、老人保健拠出金や退職者給付拠出金等、“**高齢者等の医療を支える費用**”、健保連で実施している“**交付金交付事業に要する費用**”、“**介護保険に要する費用**” - 等があげられます。

“交付金交付事業に要する費用”は「調整保険料(率)」として収入したものを「**財政調整事業拠出金**」として、“介護保険に要する費用”は「介護保険料(率)」として収入したものを「**介護納付金**」としてそれぞれ支出します。「調整保険料(率)」は健保組合間の共同事業のため、「介護保険料(率)」は介護保険制度における介護給付のためとそれぞれ目的・用途は異なりますが、収支がほぼ通り抜け¹⁰となっており、収支関係が明確にされています。

¹⁰ それぞれに対する収入の額と支出の額がほぼ同額であるという意味です。なお、介護保険に要する費用は、予算・決算上、健康保険とは別勘定となっており、健康保険は「一般勘定」、介護保険は「介護勘定」といいます

その一方で、“ 交付金交付事業に要する費用 ”、“ 介護保険に要する費用 ” 以外の費用である、“ 被保険者等のための費用 ” と “ 高齢者等の医療を支える費用 ” に対しては、「一般保険料(率)」として一括徴収されており、“ 被保険者等のための費用 ” と “ 高齢者等の医療を支える費用 ” との**内訳が明確にされていません**。「一般保険料(率)」に占める “ 高齢者等の医療を支える費用 ” の割合が約 4 割に達している健保組合もあるので、このように**支出に対する収入の資金使途が一般の被保険者には分かりにくいことが以前より大きな問題**となっています。

基本保険料(率)および特定保険料(率)について

平成 20 年 4 月より新たな高齢者医療制度が創設されることに伴い、“ 現行制度における保険料(収入)に対する支出について ” で説明した問題を解消すべく、**図** にあるように、「一般保険料(率)」が “ 被保険者等のための費用 ” に対する「**基本保険料(率)**」と “ 高齢者等の医療を支える費用 ” に対する「**特定保険料(率)**」とに区分される¹¹ こととなります。国としてはこのように「一般保険料(率)」が「基本保険料(率)」と「特定保険料(率)」とに区分されることについて、“ **新たな高齢者医療制度が創設され、世代間・保険者間負担の明確化・公平化を図っていくなかで、保険者の単位でみて、後期高齢者医療制度や前期高齢者を多く抱える保険者等に対する支援の明確化を図るとともに、被保険者の単位でみて、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行っているのかについての理解を深める** ” ためであるという意義を掲げています。なお、“ 高齢者等の医療を支える費用 ” のなかには老人保健拠出金が無くなり、新たに後期高齢者支援金、前期高齢者納付金、病床転換支援金(平成 24 年度まで)が加わります。

後期高齢者支援金や前期高齢者納付金等の額は国から納めるべき額が予め決められるので、「特定保険料(率)」は、これらの合算額(前期高齢者交付金の交付組合はこれを控除)を当該年度における各保険者に加入している被保険者の標準報酬月額と標準賞与額の総額の合算額の見込額で除して得た率を基準として、各保険者が定めることとなります。また、「基本保険料(率)」は、「一般保険料(率)」から「特定保険料(率)」を控除した率を基準として保険者が定めることとなります。

特定保険料(率)の周知について

“ 高齢者等に対してどの程度の支援を行っているのかについての理解を深める ” ための「特定保険料(率)」であるので、保険者だけではなく、保険料を納めてもらう事業主や被保険者に対して、自分達が納めている**保険料のうち、どのくらいの額が “ 高齢者等の医療を支える費用 ” であるか**ということを理解してもらう必要があります。

そのような観点に基づき「特定保険料(率)」については、**健康保険の保険者において、事業主に対し、一般保険料の賦課に当たって、基本保険料額および特定保険料額の内訳を示して賦課し、事業主において、被保険者に対し給与明細書に記載するなどして、基本保険料額および特定保険料額の内訳を示して徴収することが望ましい**とされています。

具体的には健保組合が保険料を徴収しようとするときに、納付義務者に対し納入の告知を行う書

¹¹ 会計科目上は「一般保険料」のままであり、「基本保険料」および「特定保険料」という科目が新設されるわけではありません。保険者はあくまで「一般保険料」のなかで、その内訳が分かるように明示するということです

面に、徴収金の種類、納付すべき保険料額及びその内訳(一般保険料額及び介護保険料額をいう)並びにその他徴収金の金額、期日及び場所、一般保険料額及びその内訳(基本保険料額及び特定保険料額) - を記載しなくてはなりません。

また、現役世代の被保険者からみれば、家族に高齢者医療制度の対象者がいない場合、高齢者医療制度の存在自体、知らない場合があります。基本保険料額および特定保険料額の内訳を給与明細書へ記載できるようにすることは、事業主の費用負担増にもなるので、事業主の理解と協力が必要となります。しかしこれが可能であれば、被保険者1人ひとりが高齢者医療制度への支援についての意識を高めることに繋がると考えられます。

・まとめ(各制度の問題点とその改善に向けて)

新たな高齢者医療制度、退職者医療制度の経過措置、病床転換助成事業、特定保険料についての説明は、以上のとおりです。その中で、新たな高齢者医療制度と退職者医療制度の問題点とその改善策を項目ごとに挙げてまとめてみました。

後期高齢者医療制度の問題点整理

	問 題 点	改 善 策 等
保 険 者	<ul style="list-style-type: none"> ・広域連合が“運営主体”となっているが、“保険者”として規定されていない。したがってどこまで運営や財政に責任を持つかが不明確である ・費用負担者(各保険者)への運営への参加が担保されていない ・広域連合という組織で、自主・自律的な運営や保険者機能が発揮できるか疑問である 	<ul style="list-style-type: none"> ・法律上に広域連合を“保険者”と明記することにより、その運営や財政に対する責任の所在を明確にすべき ・改正法成立時の“後期高齢者支援金を負担する保険者等の意見が広域連合の運営に反映されるよう、保険者協議会の活用などについて指導を行うとともに、意見を聞く場の設定について検討を進めること”という附帯決議の実現 ・保険者協議会等を通じ、健保組合の自主・自律的な運営のノウハウを浸透させる
被 保 険 者	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者支援金を負担する“現役世代”が被保険者と位置づけられていない ・心身の特性を踏まえ、後期高齢者を75歳以上とするとしているが、実際には確たる根拠はなく、単に公費負担削減のため、年齢層を高く設定している面が強いと考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的に“保険”というのであれば、給付が伴わなくてはならないが、制度設計上不可能であることは否めない。しかしそうであるならば、高齢者医療を国民全体で支えていかなければならない事実を、現役世代に理解が得られるよう、国が説明責任を果たすべき ・制度設計根本に関わるが、施行後一定の期間様子をみた上で、健保連が主張してきた“65歳以上を対象とした独立した高齢者医療制度”を再考すべき

	問 題 点	改 善 策 等
後 期 高 齢 保 險 料	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者負担する保険料は給付費の1割にすぎない。負担と給付の対価性からみれば、負担割合が低いように思える 	<ul style="list-style-type: none"> ・後期高齢者医療制度のしくみの解説にあるように、後期高齢者の人口が増加するにつれ、後期高齢者自身が負担する保険料も増加するしくみとなっている。しかし高齢者には弱者が多くいる半面、現役並みあるいはそれ以上に収入のある者もいる。そのような面からみれば、高齢者の所得格差に応じたきめ細かい保険料設定をすべき
後 期 高 支 援 金	<ul style="list-style-type: none"> ・負担と給付の対価性がない ・各保険者が支援金の設定に関与できず、一方的に賦課されるしくみである ・負担能力のない子供なども負担するしくみとなっており、保険料(率)上限もない等、負担が過重で健保組合の健全な運営を阻害することになる ・国庫補助のある国民健康保険、政管健保とほとんどない健保組合を同様に扱っている等、公平性が確保されていない ・老人保健制度や退職者医療制度同様、概算・精算制を導入しているため、恒常的に精算支援金が賦課される等、収支見通しが立てづらい 	<ul style="list-style-type: none"> 「被保険者」の項目参照 ・「保険者」の項目にもあるように、“費用負担者の意見を聞く場”を設け、各保険者が金額の設定に多少なりとも関与できるしくみを導入する ・後期高齢者の医療給付の面からみると、保険料(率)上限を設けるのは困難だが、少なくとも賦課対象を稼働能力のある年齢層まで引上げるべき ・財政が厳しいのは健保組合も同じであり、負担の公平性という観点からも、健保組合に対する負担軽減措置も検討すべき ・見通しが難しい医療給付に対して、他の策を考えることは困難であり、「過大・過小申告」等を導入することにより、収支のブレは抑えるようにしているが、より一層収支見通しが立てやすい施策を検討すべき

前期高齢者医療制度の問題点整理

	問題点	改善策等
保 険 者	<ul style="list-style-type: none"> 単なる財政調整事業となっているため、制度の運営や財政に責任を持つしくみとなっていない 各保険者が制度の運営や財政に関与できない 	<ul style="list-style-type: none"> そもそも財政調整という制度設計自体に問題があるが、それを早急に改善できないとなると、後期高齢者医療制度にもあるように、保険者間で制度運営等に対して協議する場を設けるべき <p>同 上</p>
(特 定) 保 険 料	<ul style="list-style-type: none"> 各保険者の保険料収入のうち、後期高齢者を含めた高齢者への支援に要する費用が大幅な割合を占めることとなる 	<ul style="list-style-type: none"> 特定保険料を創設し、収支関係を明確にした点は評価できるが、左記にあるような問題は従前より引き続き残ることになる。高齢社会ではある程度はやむを得ないことではあるが、改善のための施策を期待する
前 期 高 齢 者 納 付 金	<ul style="list-style-type: none"> 老人保健拠出金のしくみをそのまま踏襲した財政調整方式である 前期高齢者納付金に後期高齢者支援金および病床転換支援金の財政調整額も含まれる 老人医療費拠出金としくみは同様であるが、公費負担が全く無い <p>その他にも後期高齢者支援金と同様の問題がある</p>	<ul style="list-style-type: none"> 老人医療拠出金と同様のしくみとなっており、被用者保険保険者に負担過多となる構図は変わらない。したがって老人医療費拠出金以上に、被用者保険の負担を軽減させるしくみを導入すべき 医療保険改革関連法が成立し、施行前である現時点ではやむを得ないが、高齢者医療制度施行後、早期の段階でなんらかの措置を講ずるべき 前期高齢者納付金というよりは前期高齢者医療制度自体に関わる大きな問題である。後期高齢者医療制度と同レベル(約5割)とまでは言わないまでも、公費投入を行うべき

その他(高齢者医療制度以外)の問題点整理

退職者医療制度の経過措置について

退職者医療制度の経過措置でも説明したように、当初平成 20 年 3 月で廃止となるはずであった同制度は、経過措置を設けることになりました。国民健康保険の財政問題等により、制度を即座に廃止することが不可能になったこと自体が大きな問題ですが、20 年 4 月以降の退職者給付拠出金に、従来の退職被保険者等に係る老人医療費拠出金のように、後期高齢者支援金や、前期高齢者納付金相当額が賦課されることも、我々健保組合をはじめとする被用者保険保険者としては見過ごすことのできない問題です。

退職者医療制度の対象年齢が、20 年 4 月以降大幅に引き下がる影響で、拠出金の額自体は大幅に減少することが見込まれますが、高齢者医療制度、とりわけ前期高齢者医療制度への負担のため、この退職者医療制度への拠出金と併せると、制度移行前と比べ負担増となる被用者保険保険者は増加することが見込まれます。

また、高齢社会による雇用の多様化に伴い、今後再雇用や、雇用延長等に伴い、退職者医療制度の対象者は当初見込みよりもはるかに減少する可能性があります。このような点からも、法律上“平成 26 年度までの間”とありますが、20 年 4 月の新制度施行後の実績状況を勘案し、状況によっては“退職者医療制度廃止の前倒し”を検討すべきであると考えられます。

病床転換助成事業について

病床転換助成事業は従前から医療保険制度の大きな問題となっていた“社会的入院の解消”に対して、“介護保険制度創設”以来となる大きな施策となります。ただし介護保険制度と比べるとその規模はかなり小さなものですし、その名のとおり、転換を助成するための事業であるために期間も 20 年 4 月から 25 年 3 月までと限定されております。

したがって各保険者が負担する費用は、介護保険に要する費用と比較すればかなり小額となります。しかし、事業主や被保険者より預かった大切な保険料が原資となることに変わりはないので、その費用の多寡は関係なく、この事業に関して目に見える実績をあげるよう、国に対して強く責任を求めていきたいと思っております。

問題点の解決に向けた健保連としての取りくみ

新制度に関する問題点の整理は以上ですが、これらの問題等に対する健保連としての今後の取りくみについて最後に触れておきます。

～ に掲げてある各制度および事業の問題点については、大方のことは既に法律上規定されている事項であり、早急に改善を求めることが困難なものが多いのが現状です。しかし、医療制度改革関連法成立の際に、“ 施行後、5年を目途に見直しをする ” という附帯決議がなされました。

健保連としては20年4月の制度創設以降、しっかりと高齢者医療制度運営状況等を洞察し、～ に掲げた問題点に対する改善策の申し入れ等を国に対して行っていく等、附帯決議を実効性のあるものとし、新制度の動向が健保組合の運営および財政に対して影響することを極力軽減させるよう、今後とも積極的な活動を展開してまいります。