

## ※新高齢者医療制度の概要について（案）

後期高齢者医療制度を2013年2月末に廃止し、2013年3月から75歳以上は国民健康保険（国保）か被用者保険に加入。国保に約1200万人、被用者保険に約200万人が後期医療から移る。75歳以上の国保は都道府県単位の運営とし、財政も区分し別会計とする方向。厚生労働省は、一連の見直しを盛り込んだ関連法案を11年の通常国会に提出することを目指している。

### ◆新たな高齢者医療制度案の骨子◆

（金額などは目安として考えてください）

- ・ 75歳以上のうち1200万人は市町村国保に加入、200万人は被用者保険に移行（子どもらの扶養を受ける人は負担が不要になる）
- ・ 75歳以上の医療給付費の1割相当は引き続き保険料で賄う。
- ・ 国保のうち75歳以上は別会計とし、都道府県単位で運営
- ・ 国保は将来的に都道府県単位に広域化（国保全体の話）
  - …都道府県単位に広域化することで財政を安定化させる方針
- ・ 70～74歳の窓口負担を13年度以降に70歳になる人から順次、2割に引き上げ
  - …民主党の政策集 INDEX2009 違反になる（民主党は反対：両論併記に）
- ・ 現役世代の拠出金額は加入者の給与水準に応じた「総報酬割り」に変更（現在は加入者数に応じた仕組みであるが、給与水準に応じた仕組みにする）
  - …給与水準が高い健保組合や公務員らの共済組合に加入する現役世代の負担は増加する。（健保組合、共済が増額となる一方、協会けんぽと国保は減額）
  - …協会けんぽの負担は2100億円の負担減となる一方、健保組合は1300億円、共済組合は800億円の負担増となる。
- ・ 75歳以上の保険料の上昇を抑制し、現役世代の伸び率にそろえる。
- ・ 75歳以上の低所得者を対象に現在実施されている保険料軽減の特例措置の縮小
  - …現在は年金収入が年80万円以下などの低所得者に対し、保険料を本来額から最大9割軽減している。9割軽減対象は約300万人（段階的に最大7割になる予定）

#### ※現在の保険料軽減措置

後期高齢者医療制度の保険料は1人当たりの定額部分（均等割）と所得に応じた部分（所得割）の合計で、世帯主や加入者の所得によってそれぞれ軽減額を定めている。均等割では、年金収入が年80万円以下でほかの所得がなければ9割軽減。所得割は、年金収入が153万～211万円の加入者を対象に5割を軽減している。

※75歳以上の医療給付費は現在、税金47%、現役の拠出金43%、高齢者の保険料10%で賄っているが、厚労省は新制度移行時に税負担を50%に引き上げる方針（約3500億円を追加投入）。その後も4年毎に拡充を図る。

◎試算によると、25年度の保険料負担（1人当たり年額、被用者保険は事業主負担含む）の見通しは、

- ・ 75歳以上の国保加入者が10年度比3万2000円増の9万5000円
- ・ 75歳未満の国保は3万9000円増の12万9000円
- ・ 健保組合は9万4000円増の28万9000円
- ・ 中小企業中心の協会けんぽは7万2000円増の24万3000円  
（75歳未満の国保は2万～7万円増える見通しもある）

※後期医療に現在加入している65～74歳の障害者は、新制度でも75歳以上と同じ負担軽減措置を受けられるとしています。

## ◎国保の都道府県単位の広域化

国保の財政運営の都道府県単位化について、移行期間を2段階に分ける

- ・ 2013年度を開始時期とする「第一段階」では、75歳以上については都道府県単位化
- ・ その後18年度から予定の「第二段階」では、全年齢について都道府県単位化する。

※ただし全国知事会が反発し、調整がついていない。

## 高齢者負担増に反対明記 民主チーム、提言まとめへ

2010年12月10日 提供：共同通信社

厚生労働省が2013年導入を目指す新高齢者医療制度について、民主党の高齢者医療制度改革ワーキングチーム（WT）は9日の会合で「利用者に負担増を求める厚労省案は容認できない」などと明記した提言案を示した。

WTは来週の会合で提言をまとめ、党の厚生労働部門会議に報告する予定。厚労省は今月20日の有識者会議で新制度の最終報告をまとめ、来年の通常国会に関連法案を提出する意向だが、WT主査の柚木道義衆院議員は「この内容で法案が提出できるのか」と述べ、厚労省案は見直しが必要との認識を示した。

提言案は、厚労省案にある

- （1）70～74歳の窓口負担引き上げ
- （2）75歳以上の低所得者向けの保険料軽減措置縮小

に反対。

一方、現行の後期高齢者医療制度の廃止と13年の新制度の移行などには原則賛成するとし、たほか、「公費（税金）投入割合を消費税増税などで5割以上にすべきだ」としている。

柚木氏は記者団に対し、通常国会での法案成立の見通しが立たないことや、来年4月の統一地方選への影響を挙げ「（厚労省案を）ベースに法案を出すということにはなり得ないのではないか。国会で通らないものを出しても意味がないので、WTとしては原案をそのまま（了承する）ということにはならないと申し上げた」と述べた。

## 高齢者医療は与党と調整を 民主、法案先送りも視野

2010 年 12 月 15 日 提供：共同通信社

民主党の高齢者医療制度改革ワーキングチーム（WT）は 14 日、高齢者に一定の負担増を求める厚生労働省の新制度案について「政府と与党の間でさらに調整が必要だ」との提言案をまとめた。

厚労省は 2013 年の新制度開始に向け来年の通常国会への関連法案提出を目指しているが、WT 主査の柚木道義衆院議員は「来年秋の臨時国会でも 13 年導入は不可能ではない」と述べ、法案提出の先送りもやむを得ないとの認識を示した。

新制度案は（１）70-74 歳の窓口負担を 2 割に引き上げ（２）75 歳以上の低所得者向け保険料軽減策を縮小-などを含む。

WT は提言案で「政権交代前に『窓口負担は 1 割維持』とした民主党の方針を反映させるべきだ」「軽減策の縮小には慎重な検討を求める」など、負担増に反対を表明。

また、医療全体への公費（税金）負担を引き上げるべきだと提案。消費税増税を含む税制改革や、将来の経済成長による税収増によって賄うとの考えを示し

## 新高齢者医療制度案、次期国会への提出を強調—細川厚労相

細川律夫厚生労働相は 12 月 17 日、閣議後の記者会見で、後期高齢者医療制度に代わる新制度案について、「次の国会に出さない、ということは一切ない。これまでの方針と何ら変わりはない」と明言し、新制度案を来年の通常国会に提出する方針を改めて強調した。

また細川厚労相は、厚労省が「高齢者医療制度改革会議」に示した最終取りまとめ案と、民主党厚生労働部門会議の高齢者医療制度改革ワーキングチーム（WT）が示した提言に、低所得の高齢者の負担に関する部分などで相違がある点について、「（WT が示した意見も）参考にしながら調整を続け、来年の通常国会への法案提出を目指す」と述べた。ただ、厚労省の案と民主党 WT の案の調整が終わる時期については、「年内になるか、年明けになるかは分からない」と述べるにとどめた。

（2010 年 12 月 17 日 15:43 キャリアブレイン）

※後期高齢者医療制度に代え 2013 年 3 月に導入予定の新たな高齢者医療制度について、来年の通常国会を目指していた関連法案の提出を先送りする方向で検討に入った。法案提出の遅れで、後期医療の廃止と新制度施行は少なくとも 1 年程度延期される公算が大きくなった。

## （参考）後期高齢者医療制度の廃止について（厚労省ホームページより）

○後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を進めています。

- ・新たな制度の具体的なあり方についての検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、高齢者の代表、関係団体の代表、有識者の計１９名からなる「高齢者医療制度改革会議」を設置しました。
- ・検討に当たっては、以下の６原則を定め、議論を進めていただきました。

- (1) 後期高齢者医療制度は廃止する
- (2) 民主党マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- (3) 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- (4) 市町村国保などの負担増に十分配慮する
- (5) 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
- (6) 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

- ・平成２２年８月には、制度の基本骨格について中間とりまとめを公表するとともに、その前後に国民の意識調査を２回、地方公聴会を７回開催するなど、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って、幅広く国民の御意見を伺いながら進めてきました。
- ・平成２２年１２月２０日に開催された第１４回高齢者医療制度改革会議において、これまでの１４回の議論等を踏まえて「最終とりまとめ」を行いました。

<最終とりまとめ>12月22日

- ・今後、この「最終とりまとめ」を踏まえて、次期通常国会への法案提出に向けて取り組んでまいります。

○ 併せて、現行制度の問題点の解消を図ります。

- (1) 資格証明書（※）は原則として交付しないことを基本とし、交付された場合には、その事案の概要を公表するなど、厳格な運用を徹底することとしました。

※特別の事情がなく保険料を１年以上滞納した場合に被保険者証の代わりに交付されるものであり、医療機関の窓口で一旦、医療費の全額を支払っていただき、後日、申請により窓口負担を差し引いた医療費が戻ってくるようになります。

- (2) 後期高齢者医療制度が導入されたことを契機として、多くの市町村が人間ドックに対する助成をとりやめたことから、国からの補助制度を周知するとともに、助成を再開するよう要請しました。

(3) 高齢者に対する健康診査の実施が努力義務とされた中で、受診率が低下していることから、各広域連合において受診率向上計画を策定し、着実な取組みを進めることとしました。

(4) 75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、平成22年4月の診療報酬改定において廃止いたしました。

○また、現行の負担軽減措置を継続するなど、高齢者の方々の安心の確保のために最大限努力してまいります。

(1) 所得の低い方の保険料軽減（均等割9割・8.5割、所得割5割軽減）や被用者保険の被扶養者であった方の保険料軽減（均等割9割）、70歳から74歳までの患者負担割合（1割→2割）の引上げの凍結といった現行の軽減措置については継続することとし、平成22年度分については平成21年度の第2次補正予算で措置しました。

(2) 平成22年度は保険料率の改定年ですが、高齢化の進行等により、何らの抑制策も講じない場合には全国平均で約14%も保険料が増加する見込みとなっていました。このため、広域連合の財政収支における剰余金を充当することに加え、都道府県に設置されている財政安定化基金の取崩し等により保険料負担の増加を極力抑制することで、保険料の増加率は、全国平均で2.1%（平成23年度においても保険料率は同じ）となりました。

# 新たな制度に関する基本資料

厚生労働省保険局  
平成22年12月20日

# 改革の基本的な方向

○ 後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、現行制度の利点はできる限り維持し、更に後期高齢者医療制度の廃止を契機として国保の広域化を実現する。

## 後期高齢者医療制度の問題点

<b>I 年齢による区分(保険証)</b>	75歳到達で、これまでの保険制度から分離・区分。保険証も別。
<b>II 被用者本人の給付と保険料</b>	75歳以上の被用者の方は傷病手当金等を受けられず、保険料も全額本人負担。
<b>III 被扶養者の保険料負担</b>	個人単位で保険料を徴収するため、扶養されている高齢者も保険料負担。
<b>IV 高齢者の保険料の増加</b>	高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを基本的に上回る構造。
<b>V 患者負担</b>	患者負担の上限は、同じ世帯でも、加入する制度ごとに適用される。
<b>VI 健康診査</b>	広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。

後期高齢者医療制度は老人保健制度の問題点を改善するための制度であったが、独立型の制度としたことによる問題が生じている

### 改善

<b>I 年齢で区分しない。保険証も現役世代と同じ。</b>
<b>II 被用者保険に加入することにより、傷病手当金等を受けることができるようになり、保険料も事業主と原則折半で負担。</b>
<b>III 国保は世帯主がまとめて保険料負担。被用者保険に移る被扶養者については被保険者全体で保険料負担。</b>
<b>IV 高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回らないよう抑制する仕組みを導入。</b>
<b>V 現役世代と同じ制度に加入することで、世帯当たりの負担は軽減。</b>
<b>VI 国保・健保組合等に健康診査の実施義務。</b>

高齢者も現役世代と同じ制度(国保又は被用者保険)に加入すること等で改善が図られる

### 維持

- ① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。
- ② 国保に加入する高齢者は、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

国保の高齢者医療を都道府県単位化すること等で維持  
⇒次の段階で現役世代も都道府県単位化

### 改善

## 旧老人保健制度の問題点

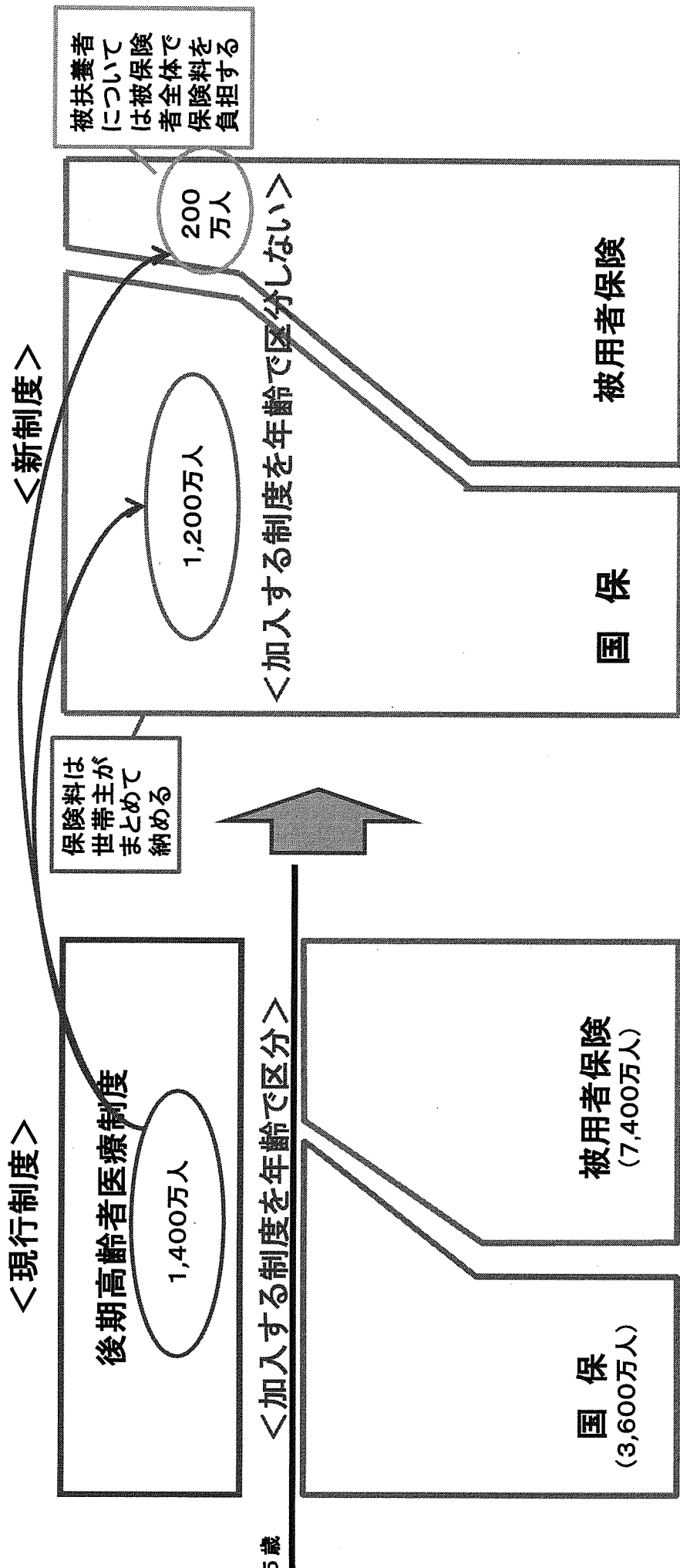
- ①負担割合  
高齢者と現役世代の負担割合が不明確。
- ②高齢者の保険料負担  
それぞれ市町村国保・被用者保険に加入しているため、同じ所得であっても、保険料負担が異なる。

## 後期高齢者医療制度の利点

- ① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。
- ② 原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

# 制度の基本的枠組み、加入関係

- 加入する制度を年齢で区分することなく、被用者である高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢による差別と受け止められている点を解消する。また、世帯によっては、保険料・高額療養費等の面でメリットが生じる。

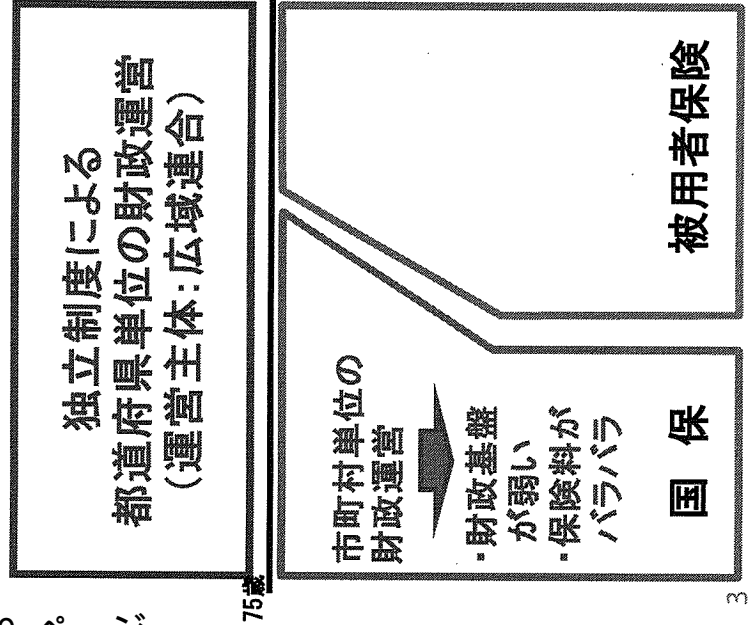




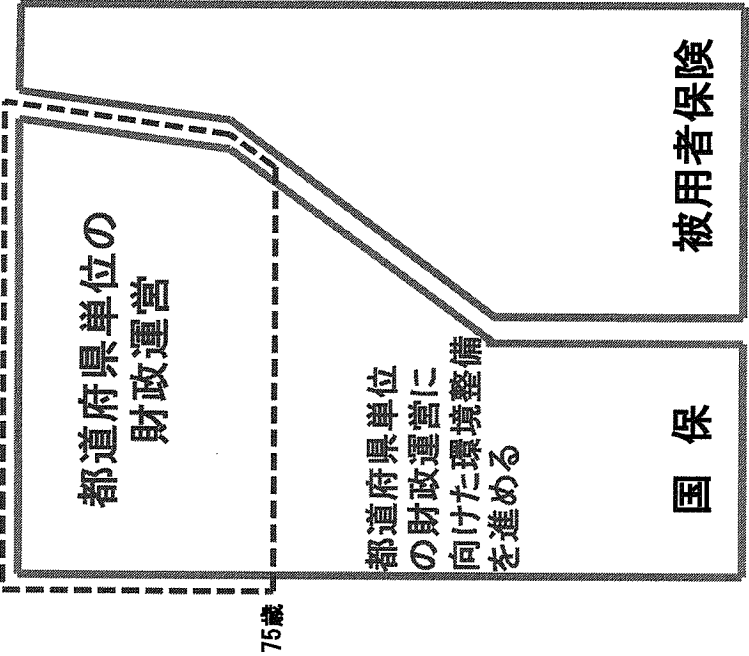
# 国保の財政運営の都道府県単位化

- 低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える国保については、財政基盤強化策や収納率向上に向けた取組に加え、今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に従前の市町村国保に戻ることとなれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する。
- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者3,600万人の保険料が大きく変化することとなるため、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。

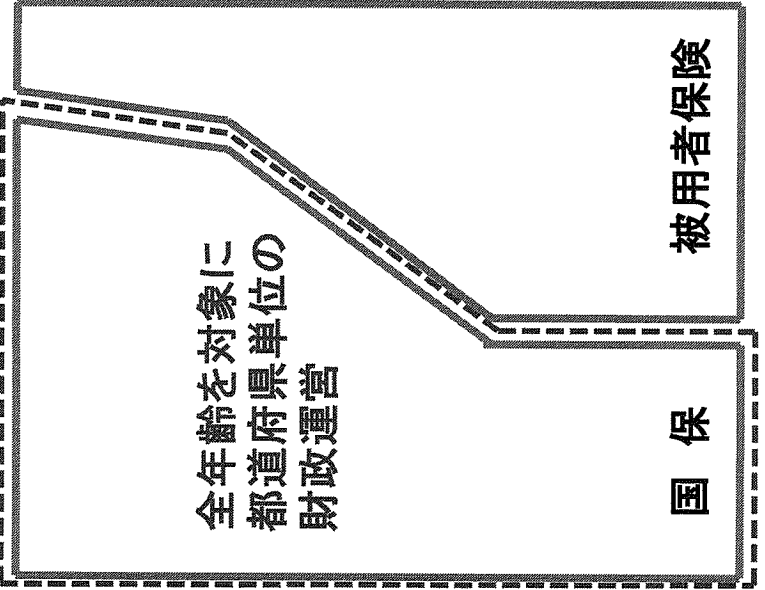
## ＜現行制度＞



## ＜第一段階(平成25年度～)＞

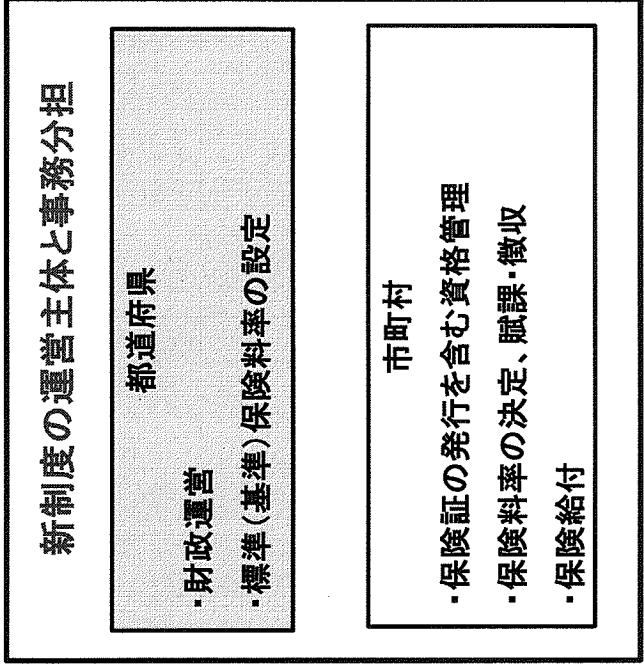
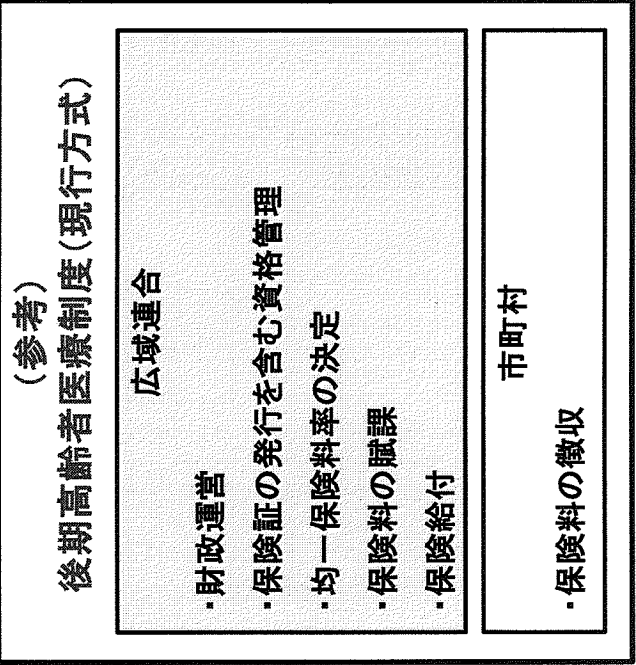


## ＜第二段階(5年後の平成30年度～)＞



# 運営主体及び事務の分担

- 財政運営、標準(基準)保険料率の設定は、都道府県が行う。
  - 世帯単位で保険料を徴収することから、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収は市町村が行う。
  - 75歳以上の高齢者に係る保険証の発行を含む資格管理は市町村が行う。
  - 75歳以上の給付事務については、「都道府県」が行うとすると、給付事務が複雑になり、被保険者から分かりにくく、事務処理に時間を要すること等から、市町村が行う。
- ※ 高齢者分は「都道府県」が行い、若人分は「市町村」が行うため、例えば、現金給付に係る現金給付を「都道府県」から世帯主(若人の世帯主を含む)に、若人に係る現金給付を「市町村」から世帯主(高齢の世帯主を含む)に行うこととなる。
- ※ 高齢者分の給付事務は、都道府県(支給決定等)と市町村(窓口業務、照会対応等)の両者で対応することとなり、時間を要する。
- ※ 全ての都道府県において事務処理体制を整え、給付事務を円滑に行うことは現実的に困難な面もある(広域連合において給付事務に携わっている職員数313名;平成22年度実施状況調査)。
- ⇒ 「都道府県」は、財政運営、標準(基準)保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、共同運営する仕組みとする。



## 公費のあり方

○ 公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要。

○ 現行の高齢者医療制度は、75歳以上の医療給付費に約5割(※)の公費を投入しているところ。

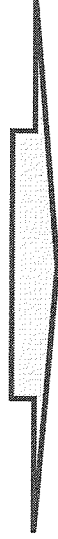
(平成22年度予算ベース 5.5兆円、うち国3.7兆円、都道府県0.9兆円、市町村0.9兆円))

(※) 現役並み所得を有する高齢者(約120万人、約7%)の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている(実質47%の公費負担割合)。

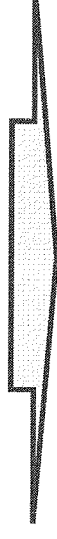


⇒ まず新たな制度への移行時に、これを改善し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げる。

※ 50%への引上げの所要額 2013年度 3,500億円



⇒ 現在、75歳以上の医療給付費に対する公費については、国：都道府県：市町村が4：1：1の比率で負担しているが、75歳以上の医療費を国民全体で支え合うという考え方や、新たな制度が地域保険と職域保険に分離されることを踏まえ、国及び地方が適切に財政責任を果たす。



⇒ 現在、「政府・与党社会保障改革検討本部」が設置され、社会保障改革の全体像及びその安定的な財源の確保について議論が進められているところであるが、医療費財源をどのように確保していくかについては、その時々の方々の社会経済情勢等を踏まえながら、国と地方の財源のあり方を含め、政府全体として適切に対応することが必要である。

このため、定期的に、医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。

(現行制度の問題点)

- ① 高齢者と現役世代の保険料規模の違い(1:15)を考慮していないため、基本的に高齢者に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造にある。
  - ② 高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていない。
- ⇒ 「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」に伴う現役世代の保険料の増加分(前ページの右下の赤字A部分)を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。これにより、高齢者と現役世代の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなる。
- ⇒ 現行制度は平成24年度に次期保険料の改定を迎えるため、新たな制度の施行に先立って見直す。

負担率の変化の見通し

	(後期高齢者医療制度)				(新制度)			
	20年度	22年度	24年度	25年度	26年度	28年度	30年度	32年度
現行制度	10%	10.26%	10.62%	10.62%	10.92%	11.30%	11.70%	12.06%
見直し後	—	—	10.48%	10.48%	10.64%	10.88%	11.12%	11.25%

(※) 平成25年度から現役並み所得を有する高齢者にも公費を投入し、被用者保険間では総報酬割を導入した場合で試算。

保険料額の変化の見通し

<現行制度>

25年度	32年度	37年度
6.8万円 (※)	8.7万円 (28%増)	10.1万円 (48%増)
9.6万円	11.5万円 (20%増)	13.2万円 (38%増)

75歳以上1人当たり  
保険料額(年額)

75歳未満1人当たり  
国保保険料額(年額)

高齢者の保険料の  
伸び率の方が大きい

<見直し後>

25年度	32年度	37年度
7.0万円 (※)	8.5万円 (20%増)	9.5万円 (35%増)
9.4万円	11.2万円 (19%増)	12.9万円 (37%増)

75歳以上1人当たり  
国保保険料額(年額)

75歳未満1人当たり  
国保保険料額(年額)

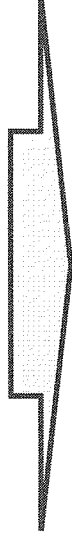
保険料の伸び率  
がほぼ均衡

(※) 現行制度の75歳以上1人当たり保険料額の6.8万円は、9割軽減を受けている被扶養者などを含む加入者1人当たりの保険料額であり、見直し後の7.0万円は、被用者保険に移行した者を除いた国保加入者の1人当たり保険料額であり、対象者が異なっている。こうした理由により、1人当たり保険料額に差が生じているものであり、制度移行に伴い、75歳以上の国保加入者の保険料負担が増加するものではない。



# 被用者保険者間の支援金の按分方法

- 現行の後期高齢者医療制度の支援金について、被用者保険者間では、各保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなっている。
- このため、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法が導入された。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)



⇒ 今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法をすべて総報酬割とする。

※ 支援金の負担が応能負担となった場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担(3分の2加入者割分の16.4%、2013年度2,100億円)は不要となる。

## (参考) 総報酬割導入による支援金の負担額の変化

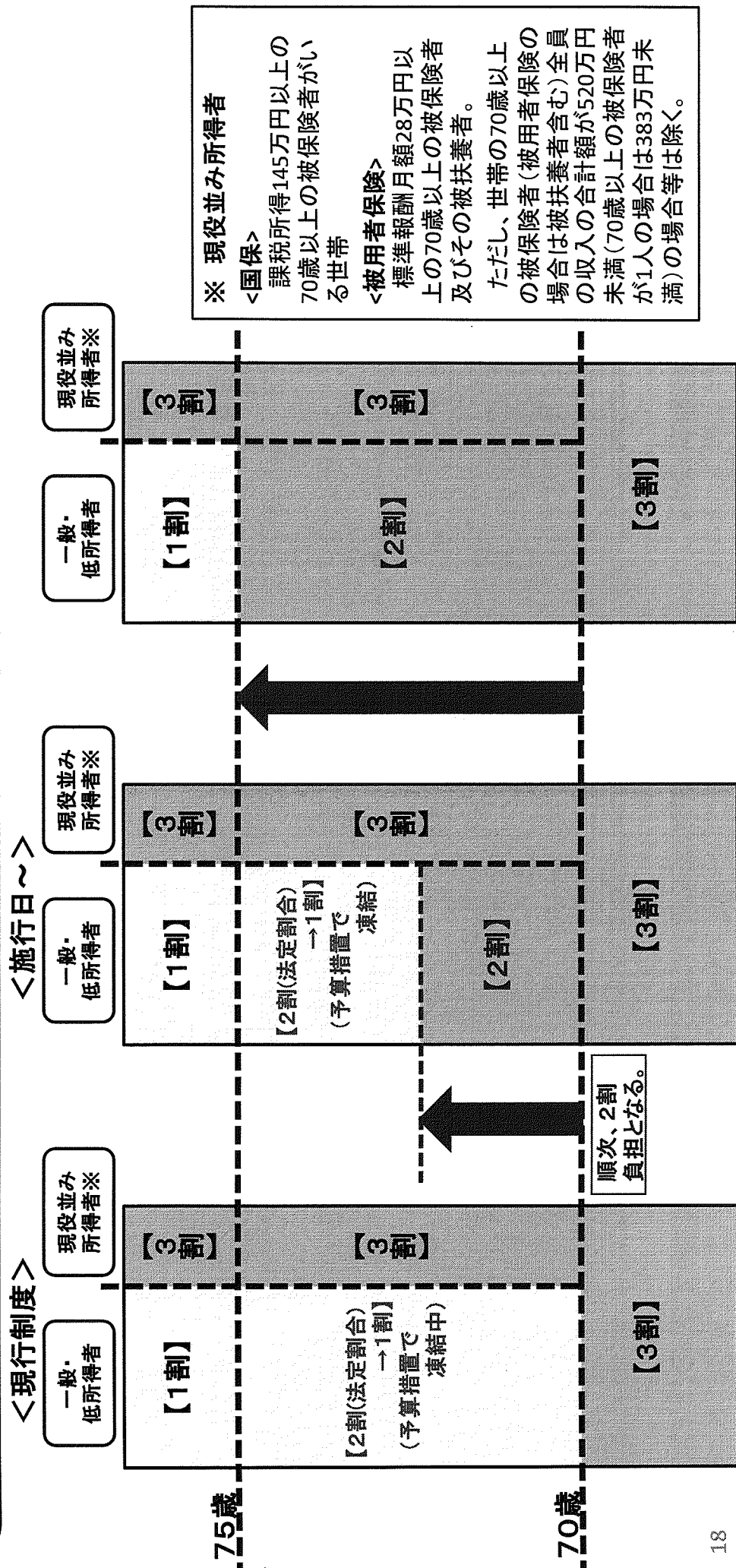
(2013年度推計)

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	被用者保険 計
2/3 加入者割	1兆2,700億円 (加入者数3,370万人／全体比47%)	1兆900億円 (加入者数2,850万人／全体比40%)	3,400億円 (加入者数890万人／全体比12%)	2兆7,300億円 (加入者数7,160万人)
1/3 総報酬割	5,300億円	6,100億円	2,100億円	1兆3,700億円
計(①)	1兆8,100億円	1兆7,000億円	5,600億円	4兆1,000億円
全面総報酬割 (②)	1兆6,000億円 (総報酬69.6兆円／全体比39%)	1兆8,300億円 (総報酬79.7兆円／全体比45%)	6,400億円 (総報酬28.0兆円／全体比16%)	4兆1,000億円 (総報酬178.7兆円)
負担額の変化 (②-①)	▲2,100億円	+1,300億円	+800億円	±0

(注) ・加入者数・総報酬は75歳未満。  
 ・支援金に係る前期財政調整後の額である。  
 ・被用者保険計には全国土国保組合を含む。  
 ・健保組合には、65歳未満の特例退職被保険者を除く。

# 患者負担割合(特に70～74歳の患者負担割合)

- 70～74歳の方の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度の予算措置により1割負担に凍結されているところであり、70歳を境に急に負担割合が低下することとなっている。
- 仮に、負担割合を単純に引き上げることとした場合には、今まで1割負担であった方の負担が急に2割へと増加する一方、1割負担に恒久化することとした場合には、各保険者の負担が増え、現役世代の保険料負担が増加する。  
※ 仮に1割負担で恒久化した場合の財政影響 +2,000億円(協会けんぽ500、健保組合500、共済200、市町村国保300、公費500)
- このため、個人の方の負担が増加しないように配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70～74歳の方の患者負担について、新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。



**(参考)高額療養費の自己負担限度額**

○ 特に配慮すべき低所得の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする。

上位所得者 (月収53万円以上等)	150,000円+1% (83,400円)
一般	80,100円+1% (44,400円)
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 (24,600円)

変更なし

上位所得者	150,000円+1% (83,400円)
一般	80,100円+1% (44,400円)
低所得者	35,400円 (24,600円)

	自己負担 限度額	
	外来 (個人ごと)	
現役並み所得者 (月収28万円以上、 課税所得145万円以上)	44,400円	80,100円+1% (44,400円)
一 般	12,000円	44,400円
低所得者 (住民税非課税)	II	24,600円
	I (年金収入80万 円以下等)	8,000円
15,000円		

## 一般のみ変更

70 歳以上 75 歳未満 (原則 2 割負担)	自己負担 限度額	
	外来 (個人ごと)	
現役並み所得者	44,400円	80,100円+1% (44,400円)
	24,600円	62,100円 (44,400円)
低所得者	II	24,600円
	I	15,000円

75歳以上(原則1割負担)	現役並み所得者	一般	44,400円	80,100円+1% (44,400円)
			12,000円	44,400円
	低所得者	Ⅱ	8,000円	24,600円
		Ⅰ		15,000円

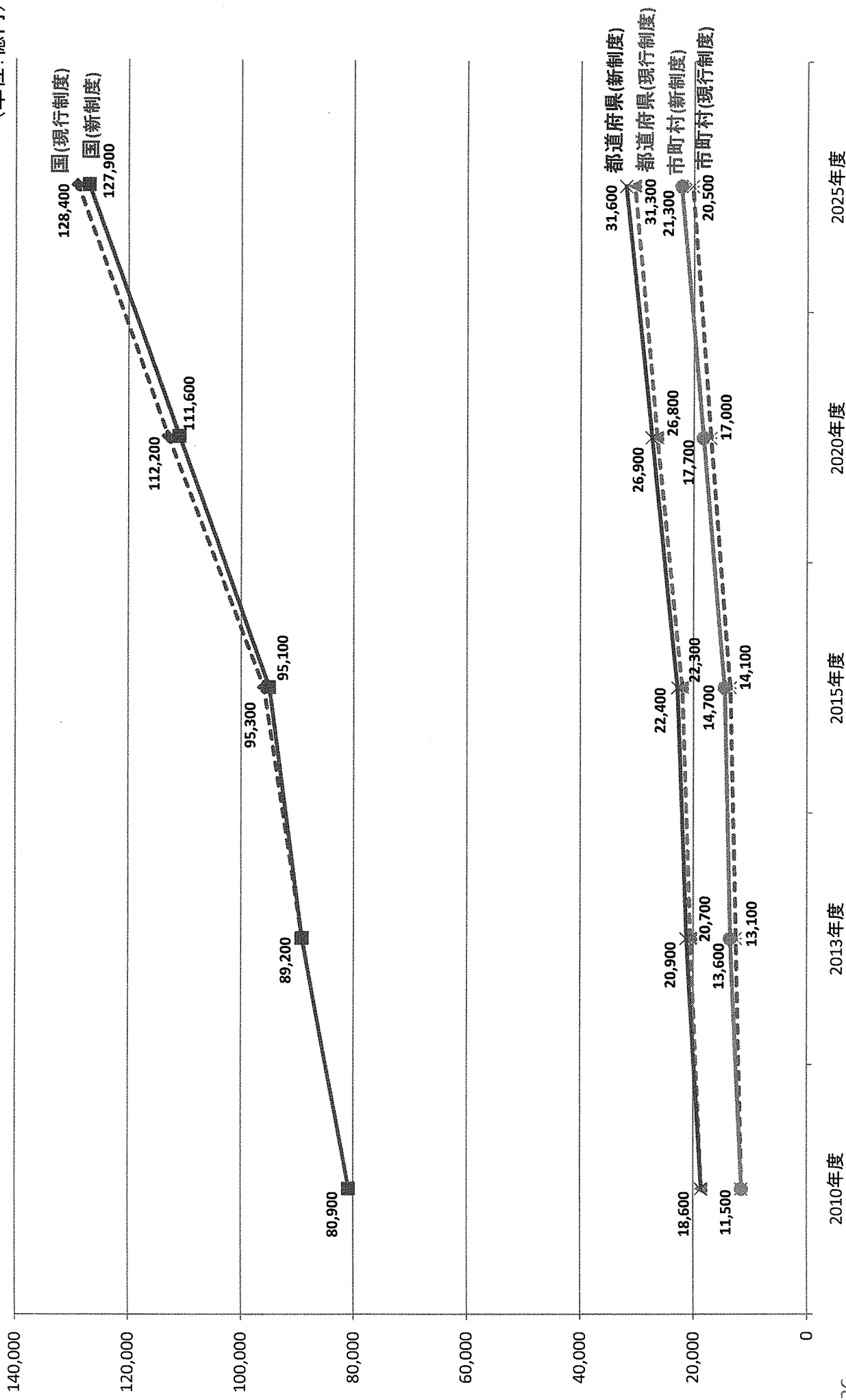
変更なし

**70 歲以上(原則 1 割負擔)**

19 (注)金額は1月当たりの限度額。( )内の金額は、多数該当(過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当)の場合。

# 今後の公費の見込み(現行制度と新制度)

(単位:億円)





## 介護保険部会意見のポイント

社会保障審議会介護保険部会（部会長＝山崎泰彦・神奈川県立保健福祉大教授）の報告書「介護保険制度の見直しに関する意見」が公表された。給付と負担の在り方を中心に審議が行われたが、利用者の負担増に関する論点などで意見集約に至らない部分が多く、「両論併記」の色彩が濃いものになった。この意見は細川律夫厚生労働相に提出されており、厚労省はこれを基に介護保険法改正案をまとめ、来年の通常国会に提出する方針だ。

意見では、現在の介護保険制度が抱える課題について、

▽地域全体で介護を支える体制

▽質の高い介護職員の確保

▽給付と負担のバランス

などを提示。その上で、第５期介護保険事業計画（12－14年度）の見直しに向けた基本的な考え方として、

▽日常生活圏域内で医療や介護、予防、住まい、生活支援サービスが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進める

▽給付の効率化・重点化などを進めて給付と負担のバランスを図り、持続可能な介護保険制度を構築する

の２項目を示している。

### （１）給付と負担「ペイアズユーゴー原則にのっとり」

給付を拡充する際には、「ペイアズユーゴー原則（歳出増または歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として恒久的な財源を確保するという原則）」にのっとり、負担増に見合った財源を確保する必要があると明記。その一方で、ペイアズユーゴー原則の下では、現場ニーズに見合った給付の議論は難しいなどの意見も併記された。

・厚労省によると、2011年度までの時限措置である「介護職員処遇改善交付金」を介護報酬に組み込んだ場合、第５期（12年度～14年度）には第１号被保険者（65歳以上）の保険料は全国平均で月額5000円を上回りかねない。（5000円を超えない制度を設計する）

（現在の4160円から2012年度には約5200円に上るとの試算）

・公費負担割合の見直しは「困難」

…保険料の上昇を抑制するため、公費負担割合を増やすべきとする意見が示された一方、公費の割合が増えることによって社会保険制度の利点が失われる可能性などを指摘する意見も併記。今回の改正では、安定した財源が確保されない以上、公費負担割合を見直すことは困難と明記された。

・保険料軽減のため、財政安定化基金の取り崩しを提言

…都道府県に設置された財政安定化基金について、保険料の軽減に活用できるよう、法整備を検討すべきと提言している。

## (2) 新たに創設・拡充の意見があるもの

- ・「24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス」の創設  
(高齢者住宅と 24 時間サービスとの組み合わせなども検討)
  - …単身高齢者や重度の要介護者が、地域で在宅生活を継続できる環境を整備するため  
▽継続的なアセスメント▽24 時間の対応▽短時間ケアの提供▽随時対応▽介護と看護の一体的な提供などがコンセプト。一日複数回の訪問を想定していることから、検討会では現行の出来高方式ではなく、一定の範囲内での包括定額方式の導入を提言している。
- ・複数のサービスを一体的に提供する複合型サービスの導入が必要
  - …小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせるなど
- ・訪問看護ステーションの規模拡大
- ・介護福祉士や一定の研修を修了した介護職員がたんの吸引などを実施できるよう見直す
- ・リハビリテーションについては、包括的にサービスを提供できる地域の拠点を整備
- ・地域包括支援センターはネットワーク構築を
- ・お泊まりデイサービスは「慎重に検討」
- ・ユニット型個室・グループホームは負担軽減を
- ・認知症支援の充実

## (3) 費用負担などの改悪が考えられるもの（候補も含めて）

- ・軽度者への給付減（家事援助の縮小など）は両論併記
- ・介護療養病床の廃止、一定期間の猶予が必要（廃止は 3 年延期の予定）
- ・ケアプランへの利用者負担導入の是非を検討
- ・総報酬割の導入では賛否併記（第 2 号被保険者の保険料）
- ・高所得の利用者に対する 2 割負担の検討に言及
- ・被保険者範囲の拡大では賛否併記
- ・補足給付「趣旨に即した見直しを」
  - …保険者が可能な範囲で入所者の家族の負担能力などを把握し、その能力を勘案した上で、補足給付の支給を判断できる仕組みの導入も提言された。
  - …介護施設に入所している低所得者のうち、保有資産が多い人への食費補助の打ち切り支払い能力のある相部屋の入所者から室料を徴収も検討
- ・多床室の給付範囲の見直しを提言
  - …多床室の利用者負担については、光熱水費に加えて、減価償却費相当額も保険給付の対象外とする見直しが必要と提言。一方、現状通り光熱水費のみを対象外とすべきとする意見も併記された。
- ・低所得者の保険料、弾力的な段階設定を提言
  - …住民税世帯非課税の低所得者に対する保険料について、地域の実情に応じ、弾力的に段階設定を行うことができるよう見直す必要があると提言された

#### (4) その他

- ・要介護認定の廃止は「問題」
- ・処遇改善は「介護報酬改定による対応を検討」
- ・今後への提言「利用者や家族に分かりやすい制度を」
  - …意見のまとめとして、公費負担割合の見直し、地域支援事業の財源構成、補足給付の公費化など、介護保険制度と公費のあり方については、社会保障と財政のあり方全体の中での課題として、引き続き検討する必要があると明記。また今後、「社会保険」「保健制度」「福祉制度」といった視点で、介護保険制度の機能・役割について議論すべきとする指摘や、制度改正を進めるに当たっては、利用者や家族に分かりやすく、利用しやすい制度となるよう配慮すべきとする提言も盛り込まれた。
- ・11年度末で期限を迎える「介護職員処遇改善交付金」の取り扱いをめぐっては、相当額を介護報酬に繰り入れるか、交付金の仕組みを継続するかで議論が割れています。厚労省によると、介護報酬に組み入れてプラス改定を実施した場合、新たに年間500億円程度の国庫負担が必要になる。このため、国庫負担軽減策として、保険者ごとの総報酬額に応じて算定する「総報酬割」を一部導入することが検討されています。

#### 介護利用料負担増見送り 基金崩しで保険料抑制

2010年12月22日 提供：共同通信社

2012年度の介護保険制度改正をめぐり、政府は21日、ケアプラン（サービス計画）作成費の有料化など、利用者に負担増を求める厚生労働省の提案を見送る方針を固めた。

厚労省は、65歳以上の高齢者が支払う介護保険料抑制のため負担増を提案したが、来春の統一地方選を前に、民主党が反発。介護保険法改正案の提出が来年の通常国会に控えており、導入は困難と判断した。代わりに各都道府県の基金を取り崩し、保険料抑制を図る。改正案は、介護職員によるたん吸引の容認や在宅高齢者向け24時間巡回型の訪問サービス創設など、必要最小限にとどめる方針。

厚労省試算では、65歳以上の月額保険料は12年度には、全国平均で月約5200円になる見込み。同省は5千円以内に抑えるため（1）ケアプランの有料化（2）年金収入320万円以上の高所得者の自己負担引き上げ（3）介護度の軽い要支援者の自己負担引き上げなどを提案していた。

社会保障審議会介護保険部会でも負担増への反発が相次いだことなどから、これらの提案を盛り込まない方向で法案提出に向け、準備を進めることにした。

同省によれば、市町村の財源不足に備えて都道府県に設けられた「財政安定化基金」などの二つの基金を取り崩せば、保険料を最大280円軽減できる。これにより、保険料を5千円以内に抑えることは可能とみている。

介護保険制度の見直しに向け、さらに議論が必要な論点について給付や負担の見直し等に関わる主な論点について

【利用者負担について】

- 高所得者に能力に応じた負担を求める観点から、高所得者の利用者負担を引き上げることについて、どう考えるか。
- ケアマネジメントの質の向上等を図りつつ、現在、全額が保険給付となっている居宅介護支援・介護予防支援(ケアプランの作成)について、利用者負担を導入することについて、どう考えるか。
- 介護保険施設を利用する低所得者の食費や居住費を軽減する補足給付について、負担能力を適切に反映した仕組みとするため、施設に入所する前の世帯の負担能力や保有する資産などを考慮して、支給の要否を決定する仕組みとすることについて、どう考えるか。
- 現在、4人部屋などの多床室の入所者に対しては、居住費のうち室料に相当する部分は保険給付に含まれ、光熱水費に相当する部分のみが居住費として保険給付の対象外とされているが、低所得の入所者に配慮した上で、多床室の入所者についても、必要な室料負担を求めることについて、どう考えるか。

【軽度者に対する給付について】

- 重度の要介護者に給付を重点化する観点から、軽度者の利用者負担を引き上げることについて、どう考えるか。
- 重度の要介護者に給付を重点化する観点から、生活援助サービスなど軽度者に対する給付を縮小することについて、どう考えるか。

【保険料負担について】

- 第2号保険料の負担の応能性を高めるため、現在は加入者の人数で決めている被用者保険の保険者の負担額について、加入者の総報酬額に応じて決める方式を導入することについて、どう考えるか。

【被保険者範囲について】

- 被保険者範囲を40歳未満の者に拡大することについて、どう考えるか。

【公費負担の引き上げについて】

- 公費負担割合を引き上げることについて、どう考えるか。
  - ・公費負担割合を5割から6割に引き上げ
  - ・調整交付金を外枠化
  - ・補足給付を公費負担化
  - ・地域支援事業を公費負担化

# 第1号保険料

## 第5期保険料水準

5,200円程度

ユニット型個室の居住費の軽減：10円程度 第1～2段階5千円、第3段階1万円の補足給付上乗せ
居宅サービスの充実 グループホーム家賃助成など：15円程度 地域巡回随時対応サービス、複合型サービスなど
介護報酬プラス改定：100円程度 +2%強の（1.5万円の介護職員処遇改善交付金相当）報酬改定

5,000円程度

自然増 16万人分の緊急基盤整備の影響
介護給付費準備基金の取り崩しや 介護従事者処遇改善臨時特例交付金による軽減効果

第4期  
4,160円

## 保険料軽減措置

財政安定化基金の取り崩し：▲150円程度 国と都道府県の拠出分を含めて基金を取り崩して保険料軽減 (市町村分のみの場合：▲50円)
介護給付費準備基金の取り崩し：▲130円程度 第4期積立額の半額程度を取り崩して保険料軽減
高所得者の自己負担引き上げ：▲20円程度
居宅介護支援の自己負担導入：▲20円程度
補足給付の支給要件の厳格化：▲5円程度
多床室の室料負担の見直し：▲10円程度
軽度者の自己負担の引き上げ：▲20円程度

\* 影響額は、第5期平均の月額。

## 介護職員の医行為の範囲など示した中間まとめを了承—厚労省検討会

厚生労働省の「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」は12月13日、6回目の会合を開き、これまで「違法性阻却」として運用上、認められてきた介護職員等によるたんの吸引と経管栄養について、「社会福祉士及び介護福祉士法」など関連法を改正することで、法律上、実施を認めるとした中間取りまとめを大筋で了承した。今後は、実施のために必要な研修内容の詳細や、一定期間設ける予定の経過措置の在り方などについて議論し、2012年度からの実施を目指して改正案を来年の通常国会に提出する方針です。

### ■医行為は介護福祉士の「業務」

中間まとめでは、介護職員らが実施できる医行為の範囲として、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）を提示。医行為を実施する人としては、介護福祉士をはじめとした介護職員のほか、保育所の保育士や特別支援学校などの教職員を挙げている。

特に介護福祉士については、「業務」としてたんの吸引などを実施できるよう、養成カリキュラムに関連内容を追加すると明記。既に介護福祉士の資格を取得している人については、追加研修を修了することで実施できるとしている。また、介護福祉士以外の介護職員らも研修を修了すれば、一定の条件下で実施できる。

…中間取りまとめでは、実施できる行為の範囲を▽たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）▽経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養）とし、「口腔内・鼻腔内は咽頭の手前までが限度」「胃ろう・腸ろうの状態確認、経鼻経管栄養のチューブ挿入状態の確認は看護職員が行う」の2点を明記した。行える範囲については「将来的な拡大の可能性も視野に入れた仕組みとする」との文言を盛り込んだ。

### ■研修は「可能な限り施設・在宅等の現場で」

研修を実施する場所としては、「可能な限り施設・在宅等の現場で行う」としている。研修の大まかな内容については、不特定多数の人に医行為を実施する場合と、重度障害者などの施設の職員や特別支援学校などにおける教職員など、特定の人を対象とする場合とを区別。特定の人を対象とする場合は、実地研修を重視した研修体系とするとされている。ただ、具体的な研修内容については、実施中の「介護職員によるたんの吸引等の試行事業」の結果を踏まえ、検討するとしている。

…たんの吸引・経管栄養の実施に必要な研修の内容については、50時間の講義を含む基本研修と実地研修の体制で今年10月から実施している試行事業の結果を踏まえてさらに検討するとした。試行事業の結果報告など検討材料が出そろったのを待って、2月以降に次回検討会を開催する予定。

## ■医療機関は実施の対象外に

たんの吸引などを行う条件については、「一定のニーズはあるが、看護職員だけでは十分なケアができない施設、在宅などとして、医師・看護職員と介護職員らの適切な連携・協働が確保されていること」と明記。介護職員らがたんの吸引などを実施できるのは、▽介護関係施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護など）▽障害者支援施設など（通所施設およびケアホームなど）▽在宅（訪問介護、重度訪問介護など）▽特別支援学校—となっており、この中で一定の基準を満たした施設や事業所を都道府県が登録し、指導・監督する。医療機関については、対象外となった。

## ■実施時期は「2012 年度を目指す」

制度の実施時期としては、「2012 年度の実施を目指す」と明記された。現在、一定の条件下でたんの吸引などを実施している人に対しては、必要な経過措置を設けることを付記。介護福祉士についても、養成課程の整備や新たなカリキュラムでの養成期間などを踏まえた実施時期とするとされた。なお、介護職員らによるたんの吸引などの行為については、社会福祉士及び介護福祉士法などに位置付けられるとしている。

## ■医行為をめぐる議論が再燃

会合では、構成員の三上裕司氏（日本医師会常任理事）が、たんの吸引と経管栄養を介護福祉士の業務として位置付けるのではなく、医行為から外すべきと改めて主張した。これに対し、多くの構成員からは反対意見が続出。議論は平行線をたどった。結局、たんの吸引や経管栄養について、医行為ではない行為とすべきとする意見があった点を付記することで、中間まとめ案は了承された。

（2010 年 12 月 13 日 22:04 キャリアブレイン）

## ※介護職員の医療行為

たんの吸引と経管栄養は、患者の安全確保を図るため専門知識を持つ医師や看護師しかできない医療行為とされており、特別養護老人ホームの介護職員らには「やむを得ず必要な措置」として容認されている。だが実際は、特養の職員が看護師のいない夜間に行うなど、介護現場では以前から線引きのあいまいさが指摘されていた。介護家族を中心に積極的な法制化を求める声がある半面、現場では他の医療行為にもなし崩しで適用されることを恐れ、慎重な対応を求める意見も強い。

# 介護保険法等の一部を改正する法律案（仮称） のポイント

※内容については今後変更があり得る

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを  
切れ目なく、有機的かつ一体的に提供する  
「地域包括ケアシステム」の実現

## 1. 医療と介護の連携強化等

- 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）の推進
- 地域包括ケア実現のために、日常生活圏域ごとに地域ニーズを的確に把握した事業計画を策定
- 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設
- 保険者判断による予防給付と生活支援サービスの総合化
- 介護療養病床の廃止期限を猶予

## 2. 高齢者の住まいの整備や施設サービスの充実

- 厚生労働省と国土交通省の連携による高齢者の住宅供給の促進（高齢者住まい法の改正）
- 社会医療法人による特別養護老人ホームの開設

## 3. 認知症対策

- 市民後見人の活用など、高齢者の権利擁護の推進
- 市町村における認知症対策の計画的な推進

## 4. 保険者が果たすべき役割の強化

- 医療サービスや住まいに関する計画と介護保険事業計画の調和
- 地域密着型サービスの提供事業者の適正な公募を通じた選考

## 5. 介護人材の確保とサービスの質の向上

- 介護福祉士等の介護職員による日常の「医療的ケア」の実施
- 労働法規の遵守の徹底、雇用管理の取組の公表
- 情報公表制度の見直し

## 6. 介護保険料の急激な上昇の緩和

- 各都道府県に積み上げられた財政安定化基金を取り崩して保険料の軽減に充てる法整備を行うことなどにより介護保険料を軽減