

平成 22 年度第 1 回新潟県後期高齢者医療懇談会 次第

日時：平成 22 年 9 月 16 日（木）

午後 1 時 15 分～

場所：自治会館本館 3 階国保連会議室

1 開会

2 あいさつ

3 懇談事項

(1) 新たな高齢者医療制度の「中間とりまとめ」について 資料 1

(2) 新潟県広域連合の現在の状況について 資料 2

(3) 平成 21 年度新潟県後期高齢者の医療費について 資料 3

4 その他

5 閉会

【配付資料】

資料 1－1 中間とりまとめのポイント

資料 1－2 高齢者のための新たな医療制度等について（中間とりまとめ）

資料 1－3 中間とりまとめ後に残される課題

資料 1－4 参考「中間とりまとめ」についての意見調査票

資料 2 新潟県広域連合の現在の状況について

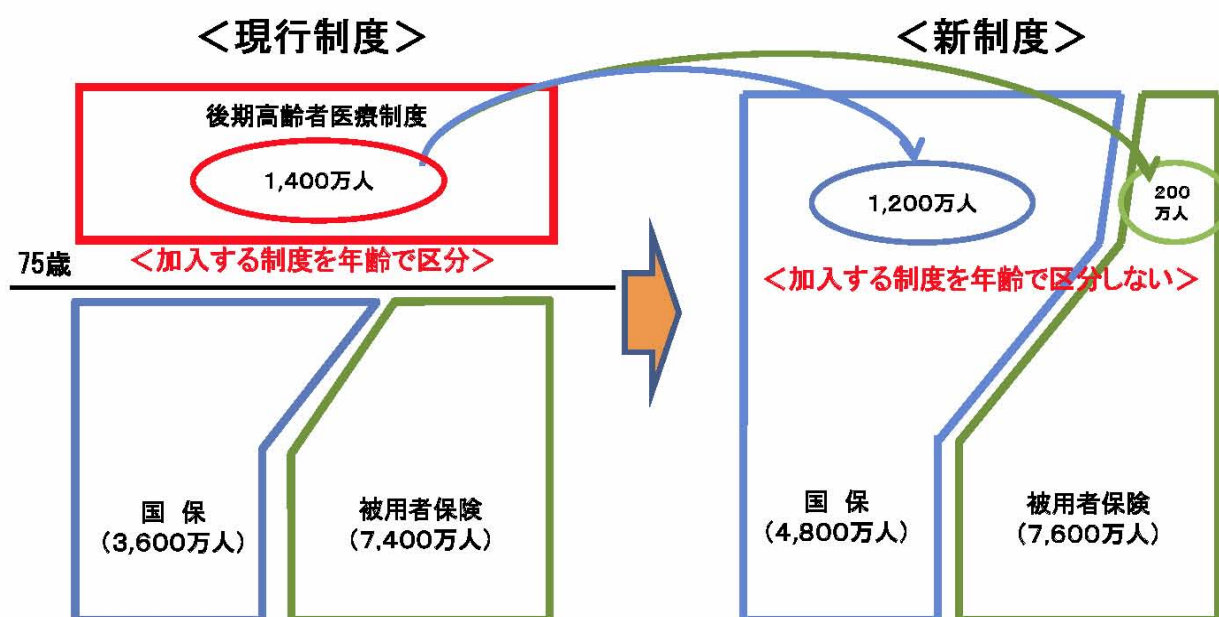
資料 3－1 平成 21 年度新潟県後期高齢者の医療費について

資料 3－2 平成 21 年度主要疾病の上位件数、費用額について

新たな高齢者医療制度の「中間とりまとめ」について

中間とりまとめのポイント**1. 年齢で加入する制度は変わらなくなります**

- サラリーマン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します。
- これにより、後期高齢者医療制度は廃止され、加入する制度（保険証）が年齢で変わることはなくなります。

**2. 高齢者の保険料は給付費の 1 割相当にとどめます**

- 同じ都道府県の中では、同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、引き続き給付費の1割相当のご負担にとどめます。

※ 国保に移る高齢者の方について、市町村ごとの保険料にした場合には、市町村間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加します。（市町村国保から後期高齢者医療制度に移った際、地域間の保険料格差は5倍から2倍に縮小し、全国的には保険料が減少した世帯も多くありましたが、この逆のことが起きます。）

- 被用者保険に移る被扶養者の方は、75歳未満の被扶養者と同様に、保険料を納める必要がなくなります。

出典：厚生労働省ホームページより
(平成22年8月24日掲載)

3. 高齢者の保険料の伸びを抑制する仕組みを設けます

- 各都道府県に基金を設置し、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設けます。

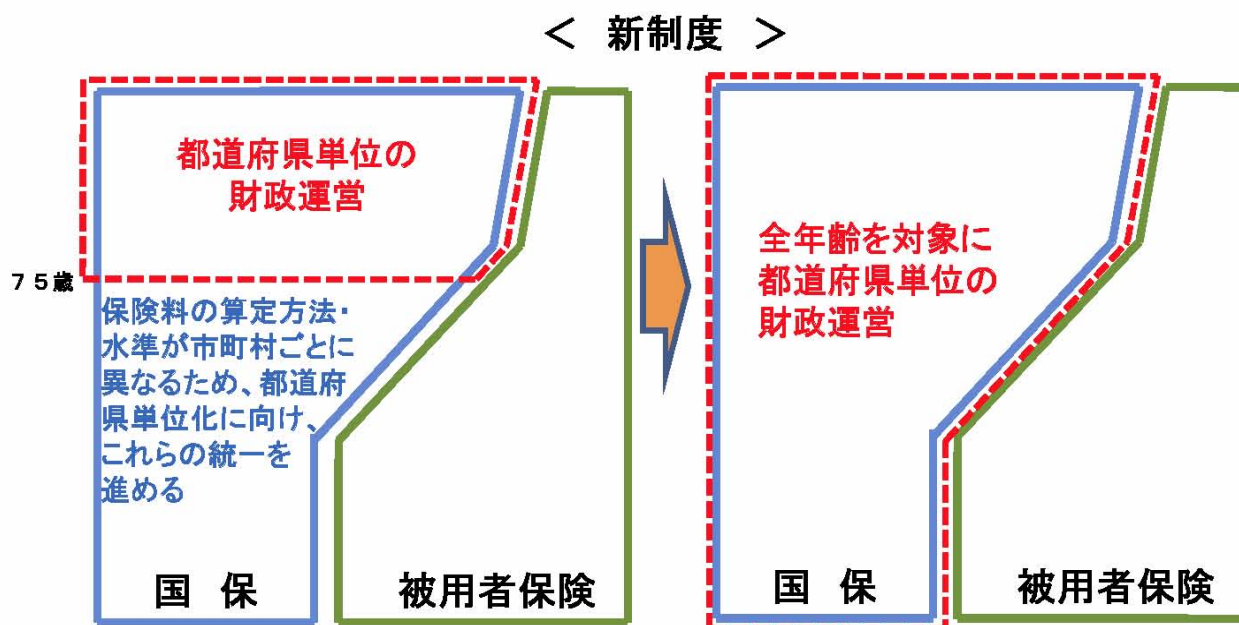
※ 高齢者医療を支える現役世代の負担についても、高齢者の増加や現役世代の減少により、重くなり過ぎないようにするための仕組みを設けます。

4. 医療費の自己負担の軽減やサービスの改善も図られます

- 高齢者の方は、現役世代と同じ制度に加入するため、高額療養費の自己負担も同一世帯として計算され、これにより世帯によっては自己負担が軽減されます。
- サービス・給付（健康診査、人間ドック、被用者保険の傷病手当金等）についても、現役世代と同じように受けられるようになります。

5. 国保の広域化を実現し、国民皆保険を守ります

- 国保は市町村単位の運営であるため、保険財政が不安定になりやすく、保険料の格差も大きく、広域化を図ることが長年の課題となっていました。
- まず高齢者について保険財政の都道府県単位化を図り、次の段階で全年齢での都道府県単位化を実現し、国民皆保険の基盤である国保の安定的な運営を確保します。



出典：厚生労働省ホームページより
(平成22年8月24日掲載)

1. 改革会議等におけるこれまでの経過と今後について

(1) 改革会議

	日 時	議 題 内 容
第1回改革会議	H21. 11. 30	新たな高齢者医療制度のあり方について
～		
第9回改革会議	H22. 8. 20	「中間とりまとめ」について
平成22年12月末		「最終とりまとめ」

(2) 意識調査

実施時期	調査対象等
H22. 5 月～	高齢者をはじめ国民の方々、約9,000人に郵送による意識調査
H22. 9 月頃	高齢者をはじめ国民の方々、約2,200人に訪問面接による調査

(3) 地方公聴会

開催時期	開催地	公 聴 会 概 要
H22. 8 月	福岡・宮城・大阪	改革会議の中間とりまとめ及び最終とりまとめの議論に反映させる。
H22. 10 月	愛知・広島・東京	

2. 新たな高齢者医療制度施行までのスケジュール（見込み）

時 期	スケジュール
平成23年 1 月	法案提出
平成23年 春	法案成立
平成23年 春～平成25年 3 月	施行準備（政省令の制定、システム改修、広報など）
平成25年 4 月～	新たな高齢者医療制度の施行

3. 関係団体による新たな高齢者医療制度への意見・要望状況について

要望事項 団体	制度の枠組み	運営主体	保険料	その他
全国広域連合協議会 【H22. 6. 9】	持続可能で分かりやすく公平な制度	都道府県	低所得者が過大な負担とならない措置を	システム構築に十分な準備、検証期間を
全国市長会 【H22. 6. 9】	運営主体を以前の市町村単位に後戻りさせないこと	都道府県	国保負担増を招かず、国が万全の対策を	システム開発等への必要経費の確保、速やかな情報提供と十分な準備期間を
全国町村会 【H22. 6. 18】	現行制度の根幹は引継ぐ	都道府県	現行水準を維持すること	システム改修等を含め、十分な準備期間を
全国知事会 【H22. 6. 29】	市町村国保を受け皿として、高齢者部分と若年者部分は区分して運営	広域連合	公費負担を拡充し、負担可能な水準とする	公費等の負担割合は将来推計に基づき明確化を

新潟県後期高齢者医療広域連合の新制度に対する考え方

新たな制度の設計に際しては、再び、混乱が生じないように、分かりやすく、国民の納得が得られる制度とすること、十分な周知期間を確保すること、また、広域連合、市町村における準備期間と財源を確保することが重要であると考えています。

このことを全国後期高齢者医療広域連合を代表する改革会議委員である全国広域連合協議会長を通して意見要望してきました。今後も、全国広域連合協議会などを通じ、要望していきます。

高齢者のための新たな医療制度等について（中間とりまとめ）

平成 22 年 8 月 20 日
高齢者医療制度改革会議

I はじめに

- 健康は人生における全ての活動の基本である。そして、国民の健康、更には生命を支える医療制度は社会の基盤であり、我が国は、国民皆保険の下、すべての国民がいつでも、どこでも、誰でも、適切な医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。
- 一方、高齢化の進行に伴って高齢者の医療費が増加する中で、国民皆保険を堅持し、将来にわたって持続可能な医療制度とするため、高齢者医療制度の改革を行うことが不可欠となり、順次、改革が進められてきた。
- まず、昭和 58 年には、老人医療費の無料化によって市町村国保の運営が厳しくなったこと等を踏まえ、老人保健制度が創設された。しかしながら、老人保健制度は、各保険者からの拠出金と公費をもとに市町村が運営する方式であり、特に現役世代の多くが加入する被用者保険の負担が増加したこと等から、改めて新たな制度の検討を進めることとなった。
- その後、約 10 年にわたる検討を経て、老人保健制度に代わる制度として、現行の高齢者医療制度が平成 18 年度の法改正で創設され、平成 20 年度から施行された。しかしながら、検討の過程において高齢者をはじめ国民の意見を十分に聞かなかったこと等を背景として、施行前後から、年齢による差別的な扱い、後期高齢者という名称、更には保険料の年金からの天引きなどの問題が頻繁に報道され、多くの国民から反発を招いたところである。

- このような中、本改革会議は、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行うため、厚生労働大臣の主宰による会議として、昨年 11 月に設置された。
- 検討に当たっては、厚生労働大臣より示された次の 6 原則を踏まえ、検討を進めてきた。
 - ① 後期高齢者医療制度は廃止する
 - ② 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
- 検討の過程では、委員から新制度のあり方について 4 つの具体的な案が提起され、この 4 案を巡る議論を通して、制度の基本的枠組み、国保の運営のあり方、費用負担、保健事業等といった各論点について議論を行ってきた。
- また、この間、厚生労働省においては、高齢者をはじめ国民の意識調査を実施するとともに、地方公聴会を開催するなど、後期高齢者医療制度導入時の反省に立った取組も行われ、これらを通じて得られた国民のご意見も踏まえて検討を行ってきた。
- 以下は、これまでの 9 回の議論を踏まえ、新たな制度の基本骨格について中間的にとりまとめたものである。なお、一部の委員からは、現時点でとりまとめを行うことは拙速であるとし、様々な点において反対・懸念が示されたが、この中間とりまとめは、委員の意見の大勢をとりまとめたものである。本改革会議においては、こうした意見にも配慮しつつ、今後も更に議論を深め、高齢者をはじめ幅広く国民に、より歓迎される制度づくりを目指していく。

Ⅱ 現行制度の問題点等

- 現行の高齢者医療制度は、75 歳以上の方は、独立した都道府県単位の後期高齢者医療制度に加入し、その医療給付費を高齢者の保険料（約 1 割）、現役世代からの支援金（約 4 割）、公費（約 5 割）により支える仕組みとなっている。また、65 歳から 74 歳までの方については、これらの方の偏在に伴い保険者間で医療費の負担に不均衡が生じないように、これを保険者間で財政調整する仕組みとなっている。
- この後期高齢者医療制度の最大の問題点は、家族関係や医療保険の連続性等を考慮することなく、75 歳に到達した時点で、これまでの制度から区分された独立型の制度に加入させることにあり、これが多くの国民から差別的な制度と受け止められた。また、高齢者の方々の心情に全く配慮することなく、「後期高齢者」という名称が用いられた。さらに、高齢者の医療費の増加に比例して高齢者の保険料が増加するため、将来に不安を抱かせるものともなっている。
- このほか、運営主体について市町村が共同で設立する広域連合としたことや、高齢者の医療費に係る現役世代からの支援金・納付金のあり方に対しても、様々な問題点が指摘されている。
- 一方、後期高齢者医療制度は、かつての老人保健制度が抱えていた問題点を改善し、高齢者の医療費に関する負担の明確化が図られたことや、都道府県単位の運営とすることにより財政運営の安定化と保険料負担の公平化が図られたことは、一定の利点があったと評価できる。
- また、同じ地域保険である国保については、市町村が運営主体であるため、小規模な市町村の国保は保険財政が不安定になりやすく、運営の広域化を図ることが長年の課題となっている。

Ⅲ 新たな制度の基本骨格

- 今後、高齢者の医療費の増加に伴い、高齢者の負担も現役世代の負担も増加せざるを得ない中で、後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、利点は残し、高齢者の方も若い方も、より安心・納得・信頼できる持続的な新たな制度を構築する。また、後期高齢者医療制度の廃止を契機として、長年の課題であった国保の広域化を実現し、国民皆保険の最後の砦である国保の安定的かつ持続的な運営を確保する。

1. 制度の基本的枠組み

- 現在、地域保険としては、広域連合を保険者とする「後期高齢者医療」と、市町村を保険者とする「国保」が並立しているが、後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する。
- 加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマン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、年齢によって保険証が変わるようなことはなくなり、保険料・高額療養費等の面でもメリットが生じることとなる。
- 具体的には、
 - ① 現在はすべての高齢者に保険料の納付義務が課せられているが、市町村国保では世帯主が納付義務を負うこととなるため、世帯主以外の高齢者の方は保険料の納付義務がなくなる
 - ② 現行の独立した制度では、保険料の軽減判定が国保の加入者とは別に行われ、保険料負担が増加した方は、世帯全体で軽減判定が行われることにより、負担の増加が解消される
 - ③ 高額療養費の自己負担限度額の適用は制度ごとに行われているため、同一世帯内の高齢者と現役世代が同じ制度に加入することにより自己負担が軽減される等のメリットが生じる。

出典：第9回高齢者医療制度改革会議資料
(平成22年8月20日開催)

- また、働いている 75 歳以上のサラリーマンの方は、75 歳未満の方と同様に、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るとともに、保険料については事業主と原則折半で負担することとなる。
- 75 歳以上の被扶養者の方は、75 歳未満の被扶養者の方と同様に、保険料負担はなくなる。なお、この点に関して、後期高齢者医療制度は、75 歳以上の高齢者一人一人から保険料を徴収し、「高齢者間の負担の公平」を図ることを目指したが、被用者保険の被扶養者であった方については、その負担の発生に配慮し、施行当初は保険料の徴収を凍結し、その後現在に至るまで 9 割軽減を行っているのが現状であり、必ずしも「高齢者間の負担の公平」の確保には至っていない面がある。一方で、75 歳未満の被扶養者の方は、被用者保険に加入し保険料負担はないが、75 歳以上の方は、後期高齢者医療制度に加入し保険料負担が生じることとなったところであり、新たな制度では、こうした「世代間の不公平」が解消されることとなる。
- 新制度への移行に際して、後期高齢者医療制度から市町村国保に移行する方は特段の手続きは不要であるが、被用者保険に移行する方は一定の手続きが必要になることから、混乱を招かないようにするための丁寧な周知等の対応が必要である。
- なお、国保組合については、被用者保険と同様、高齢者であっても加入要件を満たす組合員及び組合員の世帯に属する方は当該組合に加入するものとする。また、特定健保（厚生労働大臣の認可を受けて、一定の要件を満たす退職者及びその被扶養者に対する保険給付、保険料の徴収等を行う健保組合をいう。）については、加入する高齢者の保険給付に係る費用負担を含め、そのあり方を引き続き検討する。

2. 国保の運営のあり方

（1）財政運営単位

- 現在、75 歳以上の方々が加入している後期高齢者医療制度は、都道府県単位による財政運営が行われている。
- 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（国保から後期高齢者医療制度への移行により、格差は5倍から2倍に縮小し、全国的には多くの世帯で保険料も減少したが、この逆のことが起きる）。また、市町村国保の財政基盤を考えれば、再び市町村国保が高齢者医療の財政運営を担うことは不適當である。

- したがって、市町村国保の中の、少なくとも75歳以上の高齢者医療については、都道府県単位の財政運営とすることが不可欠となる。
- この場合の都道府県単位の財政運営とする高齢者医療の対象年齢は、75歳以上とする場合と、退職年齢・年金受給開始年齢・一般的な高齢者の概念等を考慮して65歳以上とする場合が考えられるが、個々の高齢者の保険料に与える影響や個々の保険者に与える財政影響を含め、引き続き検討する。
- なお、見直し後における市町村国保の加入者は、65歳未満2500万人、65歳以上75歳未満1100万人、75歳以上1200万人であり、高齢者医療の対象年齢を65歳以上とすれば加入者のほぼ半分、75歳以上とすれば加入者の約4分の1が都道府県単位による財政運営の対象となる。いずれにせよ、65歳又は75歳という年齢区分は、国保の財政運営の安定化を図り、高齢者の負担の増加等を生じさせないようにするための財政運営上の区分にとどまるものである。
- また、制度発足当初とは異なり高齢者や低所得者の加入率が高いなどの構造的問題を抱えることとなった市町村国保については、保険財政の安定化、保険料負担の公平化等の観点から広域化を図ることが不可欠である。先般の法改正で導入した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、都道府県単位の財政運営に向けた環境整備を進めた上で、全年齢を対象に都道府県単位化を図る。
- その移行手順については、平成25年度以降のある時期までと期限を定めて全国一律に都道府県単位化すべきという意見と、合意された都道府県から順次、都道府県単位化すべきという意見があり、引き続き検討する。

- 当面、国保の中に都道府県単位と市町村単位の財政運営が併存することは、現役世代の都道府県単位の財政運営に向けた環境整備に一定の期間を要することからやむを得ないことではあるが、早期に全年齢を対象とした都道府県単位化を図り、簡素で分かりやすい制度体系としていくことが必要である。

(2) 運営の仕組み

- 市町村国保を都道府県単位の財政運営とする場合においても、すべての事務が「都道府県単位の運営主体」で行われるものではない。被保険者の利便性や保険者機能の発揮といった視点から、窓口サービスや保険料の徴収、健康づくりなどの保健事業は、市町村が行うことが必要である。
- また、現行の後期高齢者医療制度の利点の一つとして、保険料の算定方式が統一され、都道府県単位で保険料負担の公平が図られた点がある一方で、問題点の一つとして、市町村が徴収できた額を広域連合に納めるだけの仕組みとなっている点がある。
- このため、収納率の向上が大きな課題となっている市町村国保の現役世代も含めた広域化の実現も視野に入れ、都道府県単位の保険料という考え方は維持しつつ、保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みに改めることが必要である。
- 具体的には次のような仕組みとすることが考えられる。
 - ・ 「都道府県単位の運営主体」は、高齢者の給付に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準（基準）保険料率を定め、それを基に、市町村ごとに「都道府県単位の運営主体」に納付すべき額を定める。
 - ・ これを受け、市町村は、当該市町村の収納状況等を勘案し、当該市町村における高齢者の保険料率を定める。
 - ・ 市町村は、現役世代の被保険者の保険料率を従来どおりの方法で定める。
 - ・ 市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の他の現役世代の被保険者の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。

- このような仕組みとすることにより、市町村は収納率を高めるほど当該市町村の被保険者の保険料を安く設定することができ、一般会計からの多額の繰入れを行っている市町村における保険料の急激な増加を回避することもできる。
- 以上を踏まえ、市町村国保については、新たな制度においては、まずは、①「都道府県単位の運営主体」は、都道府県単位の標準（基準）保険料率の算定・会計の処理等の事務を行い、②市町村は、保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業等の事務を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みとすることが考えられるが、全年齢を対象とした都道府県単位化の実現までの段階を考慮しつつ、より具体的な設計について引き続き検討する。
- 国においては、こうした国保の運営が健全かつ円滑に図られるよう、引き続き、財政上の責任を十分に果たしていくとともに、国保間や国保と被用者保険間の調整など各般にわたる支援を行う。

（３）運営主体

- 現行の後期高齢者医療広域連合については、①都道府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない、②広域連合長は住民から直接選ばれていないので、責任が明確でない、③市町村に対する調整機能が十分に働いていない、④市町村からの派遣職員を中心に運営しており、組織としてのノウハウの承継が困難である、といった問題点が指摘されている。
- このような中、「都道府県単位の運営主体」を具体的にどこにすべきかについては、都道府県が担うべきとする意見が多数であったが、慎重な意見もあり、今回の中間とりまとめにより明らかになる新制度の全体像を踏まえ、また、将来的な財政試算等を明らかにしつつ、引き続き検討する。

(４) 財政リスクの軽減

- 保険料の収納不足や給付の増加といった財政リスクを軽減するため、公費と保険料を財源とする財政安定化基金を設置し、安定的な運営を図ることができる仕組みとする。
- 財政安定化基金の規模、負担割合、活用方法等、より具体的な制度設計については、引き続き検討する。

３．費用負担

(１) 支え合いの仕組みの必要性

- 新たな仕組みの下では、高齢者も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなるが、65 歳以上の方については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、高齢者の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。
- 高齢者が偏在して加入することに対する保険者間の調整の仕組みとしては、
 - ① 現行の後期高齢者医療制度のように、高齢者の保険料と公費を高齢者の医療給付費に充て、これら以外の分を各保険者が現役世代の加入者数等に応じて支援する方法
 - ② 老人保健制度や現行の前期高齢者に係る財政調整のように、充当される公費以外の分を各保険者がその加入者数等に応じて費用負担を行う方法（高齢者の保険料は、加入する各保険者にそれぞれ納められる）
 - ③ 両者を組み合わせる方法があるが、どのような仕組みが適切か、財政試算を明らかにしつつ、引き続き検討する。
- また、新たな制度への移行に伴い、高齢者の保険料負担・患者負担に加え、各保険者の財政状況が厳しいものとなっている中で、市町村国保・協会けんぽ・健保組合・共済組合等の負担が大幅に増加することのないようにするとともに、将来にわたり負担可能な範囲にとどめる。

(2) 公費

- 現行の高齢者医療制度は、75 歳以上の方の医療給付費に約 5 割の公費（平成 22 年度予算ベース；5.5 兆円）を投入するとともに、市町村国保・協会けんぽ等が負担する後期高齢者支援金及び前期高齢者納付金等に一定割合の公費（同；2.0 兆円）を投入している。
- 上記 5.5 兆円の公費は、国・都道府県・市町村が 4：1：1 の割合で負担しており、国が 3.7 兆円、都道府県が 0.9 兆円、市町村が 0.9 兆円となっている。また、上記 2.0 兆円の公費は、国が 1.8 兆円、都道府県が 0.2 兆円を負担している。このほか、財政安定化基金や保険基盤安定制度などに対して、国・都道府県・市町村が、一定の割合に基づき負担している。
- 新たな制度においても、引き続き、国と地方がそれぞれの役割に応じて、財政上の責任を十分に果たしていくことが重要であり、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である。こうした観点に立って、今後の高齢化の進行等に応じた公費の投入のあり方について引き続き検討する。

(3) 高齢者の保険料

- 国保に加入する 75 歳以上の方の保険料については、同じ都道府県で同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、その水準については、現行の後期高齢者医療制度より増加することのないよう、引き続き、負担能力を考慮した応分の負担として医療給付費の 1 割相当を保険料で賄うこととする。
- また、都道府県単位の財政運営とする対象年齢を 65 歳以上とした場合、65 歳から 74 歳までの方にも 75 歳以上の方と同じ保険料率の水準を適用すべきか、現行の保険料水準を維持すべきか、引き続き検討する。
- 前者の場合には、65 歳から 74 歳までの方の保険料は、総額としては減少するが、個々の保険料は変化することから、あらかじめ、高齢者の保険料の変化に関する調査を行うことが必要となる。また、急激な負担増が生じないよう、緩和措置を講じることが必要となる。

出典：第 9 回高齢者医療制度改革会議資料
(平成 22 年 8 月 20 日開催)

- さらに、現行制度では、現役世代の人口の減少による現役世代の保険料の増加分を高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合（後期高齢者負担率）を段階的に引き上げる仕組みになっている。こうした現役世代の負担の増加を緩和する仕組みは引き続き必要であるが、現行制度では、高齢者と現役世代の保険料規模の違いを考慮していないため、基本的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となっている。このため、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を、高齢者と現役世代とで公平に分担する仕組みを設ける。
- 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が、1 人当たり医療費の伸びに差があった場合に、高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びよりも大きく乖離することにならないよう、財政安定化基金を活用して高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みを設けることとし、その具体的なあり方については引き続き検討する。
- 高齢者の保険料については、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付することを基本とする。
- この場合、世帯主以外の高齢者は保険料の納付義務が無くなり、こうした高齢者においては年金からの天引きは必要ないものとなるが、高齢者世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの天引きも実施できるようにするなど、収納率低下の防止等の観点からの措置を講じる。
- 保険料の上限については、現在、後期高齢者医療制度は 50 万円（個人単位）、国保 63 万円（世帯単位）となっているが、国保の世帯単位の上限に一本化した上で、被用者保険の上限額（93 万円；協会けんぽの本人負担分）も勘案しつつ、段階的に引き上げる。
- 現在、75 歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置（均等割の 9 割・8.5 割軽減、所得割の 5 割軽減）については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであることや、介護保険との整合性を踏まえつつ、新たな制度の下で合理的な仕組みに改めることとし、その具体的なあり方については

引き続き検討する。

- 一方、被用者保険に加入する高齢者の保険料は、職域内の連帯・公平の観点から、各被用者保険者の算定方法・徴収方法を適用する。

(4) 現役世代の保険料による支援

- 高齢者の医療給付費については、公費と高齢者の保険料に加え、国民全体で支えるという社会連帯の考え方に基づき、税と保険料の役割分担や景気・雇用等への影響にも配慮しつつ、一定割合を国保・被用者保険の現役世代の保険料で支えることが必要である。
- その際、国保と被用者保険者間は加入者数による按分となるが、被用者保険者間では、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、その具体的な按分方法については、引き続き検討する。

(5) 高齢者の患者負担

- 高齢者の医療費の増加に伴い、公費、高齢者の保険料、現役世代の保険料はいずれも増加せざるを得ないが、高齢者の患者負担については、負担能力に応じた適切な負担にとどめることを基本とし、そのあり方について引き続き検討する。
- 特に、70 歳から 74 歳まで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、予算措置により 1 割負担に凍結しているが、個々の患者の負担の増加と各保険者の負担の増加の両面に配慮しつつ、そのあり方について引き続き検討する。
- 高額療養費については、所得再分配機能を強化する観点から、所得の高い方の限度額は引き上げ、所得の低い方の限度額は引き下げる方向で見直すべきであり、現役世代を含む高額療養費全体の見直しの中で引き続き検討する。

4. 医療サービス

- 今般の診療報酬改定によって、平成 22 年度より、75 歳という年齢に着目した診療報酬体系は廃止された。
- 今後の高齢者に対する医療サービス等の具体的なあり方については、平成 24 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、別途の場において議論が進められるが、以下の基本的な視点に立つて取り組む必要がある。
 - ・それぞれの地域において、入院に頼りすぎることなく在宅を強いられることもなく、リハビリも含めた必要な医療・介護が切れ目なく受けられる体制を構築する。
 - ・かかりつけ医等の普及を図ることや、必要な医療費は拡充しつつ効率化できる部分は効率化すること等を通じて、真に高齢者の立場に立った医療提供体制を構築する。
 - ・様々な高齢者のニーズに応じた多様なケアの提供体制の充実や医療・福祉の人材育成をはじめとする長期的・総合的な構想を策定し、モニタリングを行いながら実行する。

5. 保健事業等

- 75 歳以上の方の健康診査の実施について、現行制度前は市町村に実施義務が課せられていたが、広域連合の努力義務となった中で受診率が低下した。
- 新たな仕組みの下では、75 歳以上の方も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなり、健康診査等についても、国保・被用者保険の下で各保険者の義務として行うこととする。
- 特定健診・特定保健指導については、生活習慣病を予防し、高齢期等の医療費の効率化できる部分を効率化する取組であり、保険者機能の強化の点からも、引き続き、取組を進めていくが、今後の具体的なあり方については、高齢者への対応を含め、別途、技術的な検討を進める必要がある。
- 一方、現在、特定健診・特定保健指導の達成状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みが設けられているが、新たな制度の下でも、特定健診等をより円滑に推進するための方策を講じる。

- また、国保における都道府県単位の財政運営の導入に際し、都道府県の健康増進計画・医療計画・介護保険事業支援計画などとも整合性の取れた、都道府県単位での健康増進や医療費の効率化に向けた取組を一層推進するための体制や具体的仕組みについて検討を進める。
- 併せて、後発医薬品の使用促進、レセプト点検、医療費通知、重複・頻回受診者への訪問指導、適正受診の普及・啓発など、各保険者における医療費効率化の取組の更なる充実を図る。

IV 今後の検討等の進め方

- 上記のうち、引き続き検討することとした事項については、更に議論を深め、年末までに結論を得る。
- 今後、医療費等の将来推計などを行いつつ、地方自治体、保険者等の関係者や高齢者をはじめ広く国民の御意見を聞きながら、細部を含めた検討を更に進め、年末までに、新たな制度の具体的な内容を取りまとめる。
- 本改革会議のとりまとめを踏まえ、平成 25 年 4 月を目途に新たな制度が施行される予定であるが、円滑に制度を運営するためには、保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、現時点から、地方自治体等の意見を十分に聞きながら、着実にシステム改修を進めることが必要である。
- また、国民に対する丁寧で分かりやすい広報の実施に、国、地方自治体、保険者等が役割分担を図りながら、様々な広報媒体を活用して計画的に取り組むことが必要である。

出典：第 9 回高齢者医療制度改革会議資料
(平成 22 年 8 月 20 日開催)

中間とりまとめ後に残される課題

1. 制度の基本的枠組み

- 新たな制度では、加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマン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。

【検討課題】

- ① 特定健保(※)のあり方をどうするか。

(※)厚生労働大臣の認可を受けて、一定の要件を満たす退職者及びその被扶養者に対する保険給付、保険料の徴収等を行う健保組合。平成22年4月現在、64組合、被保険者(特例退職被保険者)及びその被扶養者約54万人。

2. 国保の運営のあり方

(財政運営単位)

- 制度移行時において、市町村国保の中の、少なくとも75歳以上については、都道府県単位による財政運営とする。
- 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など、都道府県単位の財政運営に向けた環境整備を進めた上で、全年齢を対象に都道府県単位化を図る。

【検討課題】

- ② 全年齢を対象とした都道府県単位化への移行手順については、期限を定めて全国一律か、それとも合意された都道府県から順次か。期限を設定する場合、具体的な年限をどうするか。また、都道府県単位化の環境整備の進め方(工程)をどうするか。
- ③ 全年齢を対象とした都道府県単位化を目指す中、今回の制度移行時に、都道府県単位化の対象年齢を「65歳以上」までに引き下げるか、「75歳以上」とするか。

(運営の仕組み・運営主体)

- 「都道府県単位の運営主体」と「市町村」が、分担と責任を明確にしつつ、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みとする。

【検討課題】

- ④ 全年齢を対象とした都道府県単位化の実現までの段階を考慮しつつ、具体的な事務の分担をどうするか。
- ⑤ 財政運営の具体的な仕組みをどうするか。
(標準(基準)保険料率の設定方法、財政安定化基金の規模・負担割合・活用方法等の具体的なあり方をどのようにするか。)
- ⑥ 「都道府県単位の運営主体」をどこが担うか。

3. 費用負担

(支え合いの仕組み)

- 65歳以上の方については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、高齢者の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設ける(＝公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・高齢者の患者負担で支え合う)。

【検討課題】

- ⑦ 具体的な財政調整の仕組みをどうするか。

(公費)

- 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である。

【検討課題】

- ⑧ 今後の高齢化の進行等に応じた公費の投入のあり方を具体的にどうするか。

(高齢者の保険料)

- 国保に加入する75歳以上の方の保険料については、同じ都道府県で同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、その水準については、現行の後期高齢者医療制度より増加することのないよう、引き続き、負担能力を考慮した応分の負担として医療給付費の1割相当を保険料で賄うこととする。
- 高齢者の保険料については、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付することを基本とする。
- 高齢者世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの天引きも実施できるようにするなど、収納率低下の防止等の観点からの措置を講じる。
- 現在、75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減)については、合理的な仕組みに改める。

【検討課題】

- ⑨ 収納率低下の防止等の観点から、どのような措置を講じるか。
- ⑩ 75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置をどうするか。

(現役世代の保険料による支援)

- 被用者保険者間では、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。

【検討課題】

- ⑪ 被用者保険者間の具体的な按分方法をどうするか。

(高齢者の患者負担)

- 高齢者の患者負担については、負担能力に応じた適切な負担にとどめることを基本とする。

【検討課題】

- ⑫ 高齢者の患者負担、特に、70～74歳の患者負担について、どうするか。

4. 医療サービス

- 今後の高齢者に対する医療サービス等の具体的なあり方については、平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて、別途の場において議論。

5. 保健事業等

- 75歳以上の方も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなり、健康診査等についても、国保・被用者保険の下で各保険者の義務として行う。

【検討課題】

- ⑬ 後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みに代わる新たな特定健診等の推進方策をどうするか。
- ⑭ 都道府県単位での健康増進や医療費の効率化に向けた取組を一層推進するための体制や具体的仕組みをどうするか。

6. その他

- 保険者等のシステムを万全なものにすることが重要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、現時点から、地方自治体等の意見を十分に聞きながら、着実にシステム改修を進めることが必要である。

⇒ 「高齢者医療システム検討会」を設置(資料4参照)。

新潟県については、後日実施予定。
厚労省より通知がありましたら、各委員の皆様へ依頼させていただきます。

平成 22 年 7 月 23 日

各 位

厚生労働省保険局高齢者医療課

新たな高齢者医療制度の「中間とりまとめ」（案）についての御意見提出のお願い

後期高齢者医療制度の運営につきましては、平素より格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度のあり方については、昨年の 11 月以来、厚生労働大臣が主宰する「高齢者医療制度改革会議」において検討を進めており、今年の夏には、その骨格を「中間とりまとめ」としてお示しした上で、年末を目途に最終的なとりまとめを行うこととしております。

今般、「中間とりまとめ」の案を公表したところでありますが、皆様の幅広い御意見を反映した制度となるよう、この「中間とりまとめ」の案についての御意見を募集することといたしました。

つきましては、別添の「中間とりまとめ」（案）等をお読みいただいた上で、別紙の意見調査票の提出について、下記のとおり御協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、いただいた御意見については、とりまとめの上、広域連合を通じて回答させていただく予定であるとともに、全国 6 箇所で開催する「新たな高齢者医療制度についての公聴会」において、御紹介させていただく予定であることを申し添えます。

記

【提出方法】

平成 22 年 7 月 28 日（水）午前 12 時（正午）までに、【提出先】宛に、FAX 又は e-mail で御提出をお願いいたします。

【提出先】

〇〇県後期高齢者医療広域連合

F A X :

e-mail :

出典：厚生労働省
「新たな高齢者医療制度についての公聴会」意見調査より

新潟県については、後日実施予定。
厚生労働省より通知がありましたら、各委員の皆様へ依頼させていただきます。

「中間とりまとめ」（案）に対する意見調査の実施方法について

【実施内容】

「新たな高齢者医療制度についての公聴会」の開催にあたり、事前に各広域連合に設置されている意見を聞く場のメンバー等から、「中間とりまとめ」（案）についての御意見等を聴取していただくもの。

【実施をお願いする広域連合】

九州、北海道・東北、近畿の各ブロックで、意見を聞く場、懇談会等を設置している全ての広域連合

【調査対象】

各広域連合に設置されている意見を聞く場、懇談会等の委員（被保険者代表、関係団体代表、有識者等）

【スケジュール】

7月21日（水） 厚生労働省から広域連合に「中間とりまとめ」（案）を送付

23日（金） 広域連合から意見を聞く場等の委員に「中間とりまとめ」（案）への意見提出依頼

※ 別添の「意見調査票」及び「調査票提出依頼」に、各広域連合名等を記載いただき、委員に依頼を行ってください。

※ 「中間とりまとめ」（案）は、23日の改革会議開催までは非公開となっておりますので、FAX 又は e-mail で依頼を行う場合は当日の送付（時間は改革会議の開催時間前でも構いません。）、郵送の場合は23日に到着するように発送をお願いいたします。

28日（水） 正午まで：広域連合が委員から意見を回収

17時まで：広域連合が回収した意見を厚生労働省に、FAX 又は e-mail で送付

【意見の送付先】

厚生労働省保険局高齢者医療課 担当：久光

FAX：03-3595-3506

e-mail：hisamitsu-shuuhei@mhlw.go.jp

【意見の送付期限】

平成22年7月28日（水）17時まで

出典：厚生労働省

「新たな高齢者医療制度についての公聴会」意見調査より

新潟県については、後日実施予定。
厚労省より通知がありましたら、各委員の皆様へ依頼させていただきます。

新たな高齢者医療制度「中間とりまとめ（案）」 についての意見調査票

以下に御記入いただき、7月28日（水）12：00（正午）までに、
【提出先】までFAX又はe-mailで御提出いただきますようお願い申し上げます。

【提出先】

〇〇県後期高齢者医療広域連合

F A X :

e-mail :

(フリガナ)
氏 名 : _____ 年 齢 : _____ 歳

職 業 : _____ 性 別 : _____

- 新たな高齢者医療制度の「中間とりまとめ（案）」について、御質問や御意見を下の枠の中に御記入ください。

－ 御協力ありがとうございました －

新潟県広域連合の現在の状況について

1. 被保険者数の概要

(1) 被保険者数の推移

(単位：人、%)

	平成 22 年 4 月 1 日	平成 21 年 4 月 1 日	増加数	増加率	平成 22 年 9 月 1 日
男 性	123, 994	121, 384	2, 610	2. 2	124, 641
女 性	210, 149	206, 582	3, 567	1. 7	211, 270
合 計	334, 143	327, 966	6, 177	1. 9	335, 911
うち一定の障害の方	7, 057	7, 910	▲853	▲10. 8	6, 856

※全国では約 1, 389 万人（平成 22 年 4 月 1 日）

(2) 被保険者数の内訳（窓口負担割合別）

(単位：人、%)

区 分	平成 22 年 4 月 1 日	平成 21 年 4 月 1 日	増加数	増加率	平成 22 年 9 月 1 日
1 割負担	319, 162	312, 804	6, 358	2. 0	322, 097
同上構成率	95. 5	95. 4			95. 9
3 割負担	14, 981	15, 162	▲181	▲1. 2	13, 814
同上構成率	4. 5	4. 6			4. 1
合 計	334, 143	327, 966	6, 177	1. 9	335, 911

※後期高齢者医療毎月事業状況報告書（事業月報）A表より

2. 保険料の概要

(1) 平成 22 年度の保険料率及び賦課限度額

区 分	保険料率	備 考
均等割	35,300 円	【7月1日確定賦課時点】 ○一人当たり平均保険料額 42,283 円(軽減後) ○保険料賦課総額 21,868,511,858 円 ○賦課決定被保険者数 338,293 人 (死亡者、転出者含む)
所得割	7.15%	
賦課限度額	50 万円	

※保険料率は、平成 20-21 年度の保険料率を据え置き

(2) 保険料の軽減状況（平成 22 年度確定賦課時点）

区 分		軽減総額(千円)	対象者数(人)	割合(%)
均等割額の 軽減内訳	2 割軽減	155,461	22,020	6.50
	5 割軽減	176,306	9,989	2.95
	8.5 割軽減	1,450,922	48,356	14.29
	9 割軽減	1,728,701	54,413	16.08
	被扶養者軽減	2,356,794	74,183	21.94
	合計	5,868,184	208,961	61.76
所得割 5 割軽減		273,086	27,818	8.22

(3) 保険料の収納状況（平成 21 年度確定収納率）

(単位：円、%)

区 分	調定額 A	実収入済額 B	不納 欠損額 C	収入未済額 D	収納率 E (B/A)
現年度分	14,548,269,000	14,468,885,658	9,500	79,373,842	99.45
滞納繰越分	91,626,017	39,941,538	119,400	51,565,079	43.59

※平成 20 年度の確定収納率は、99.35% (0.10%上昇)

(4) 短期被保険者証（短期証）の交付状況（平成 22 年 8 月 1 日時点）

区 分	交付枚数 A	被保険者数 B	交付割合 A/B × 100
新潟県（10 市村で発行）	161 枚	335,324 人	0.05%

3. 医療費等の給付について

(1) 保険給付費の内訳

(単位：千円、%)

区 分	平成 21 年度	平成 20 年度	増減額	増減率
療養給付費	204, 161, 725	179, 005, 627	25, 156, 098	14. 1
その他療養諸費	6, 404, 952	5, 626, 457	778, 495	13. 8
高額療養諸費	6, 467, 150	5, 258, 212	1, 208, 938	23. 0
審査支払手数料	854, 473	762, 294	92, 179	12. 1
葬祭費	909, 500	821, 550	87, 950	10. 7
合 計	218, 797, 800	191, 474, 140	27, 323, 660	14. 3

※平成 20 年度は制度開始年度のため、11 か月分である。

(2) 一人当たり医療費（国保中央会の平成 21 年度年間分医療費速報より）

区 分	平成 2 1 年度	平成 2 0 年度	増減率
新潟県	719, 530 円 (全国 47 位)	702, 778 円 (全国 47 位)	2. 38%
全国平均	874, 915 円	853, 391 円	2. 52%

※新潟県は、平成 20 年度から一人当たり医療費が全国で最も低い。

4. 保健事業の実施状況

(単位：人、%)

平成 21 年度			平成 20 年度			受診者 増減数	受診率 の比較
被保険者数	受診者数	受診率	被保険者数	受診者数	受診率		
327, 966	66, 754	20. 4	320, 929	65, 076	20. 3	1, 678	0. 1

注：「平成 21 年度の受診者数」には、平成 20 年度受診者の請求遅れ分も含む。

平成21年度新潟県後期高齢者の医療費について

1. 1人当たり医療費（国保中央会 平成21年度年間分医療費速報：平成22年7月発表）

新潟県の平成21年度の1人当たり医療費は719,530円であり、平成20年度に引き続き、全国で最も低い値となった。

種類別にみると、入院医療費（食事・生活療養費含む）は全国46番目となっており、全国と比較して77.86%と低くなっている。入院医療費は受診率が全国の87.82件に対して、新潟県は69.53件と全国と比較して79.17%と低くなっており、1人当たり入院医療費が低いのは、受診率の低さが大きな要因となっている。

入院外医療費は全国45番目となっており、全国と比較して79.08%と低くなっている。入院外医療費は、1件当たり日数が全国の2.10日に対して、新潟県は1.74日と全国と比較して82.86%と少なくなっており、1人当たり入院外医療費が低いのは、1件当たり日数が少ないことが大きな要因となっている。

歯科医療費は全国19番目となっており、全国と比較して91.37%となっている。調剤医療費は全国20番目となっており、全国と比較して100.78%となっている。

平成21年4月～平成22年3月診療分の医療費

		全国平均	新潟県	対全国平均比
1人当たり医療費	合計	874,915円	719,530円	82.29%
	入院	438,690円	341,546円	77.86%
	入院外	268,255円	212,127円	79.08%
	歯科	27,306円	24,950円	91.37%
	調剤	138,523円	139,598円	100.78%
受診率 (100人当たり件数)	入院	87.82件	69.53件	79.17%
	入院外	1,633.35件	1,551.70件	95.00%
	歯科	171.80件	155.80件	90.69%
	調剤	932.57件	970.44件	104.06%
1件当たり日数	入院	18.73日	18.50日	98.77%
	入院外	2.10日	1.74日	82.86%
	歯科	2.33日	2.27日	97.42%
1件当たり枚数	調剤	1.47枚	1.34枚	91.67%
1日当たり医療費	入院	26,675円	26,557円	99.56%
	入院外	7,838円	7,845円	100.09%
	歯科	6,825円	7,058円	103.41%
1枚当たり医療費	調剤	10,140円	10,708円	105.61%

※調剤の1件当たり枚数とはレセプト1件当たりの処方箋枚数。

※調剤の1枚当たり医療費とは処方箋1枚当たりの医療費。

平成21年度主要疾病の上位件数、費用額について

(1) 入 院

件 数					費 用 額						
順位	疾病分類項目	前年 順位	件数 (件)	割合 (%)	順位	疾病分類項目	前年 順位	費用額 (万円)	割合 (%)	1件当たり費 用額(円)	順位
1	脳梗塞	1	22,040	9.50	1	脳梗塞	1	1,048,806	9.84	475,865	4
2	その他の心疾患	2	12,798	5.52	2	その他の心疾患	2	677,951	6.36	529,732	2
3	骨折	3	12,314	5.31	3	骨折	3	665,880	6.25	540,750	1
4	肺炎	4	10,823	4.67	4	その他の悪性新生物	5	475,216	4.46	439,080	9
5	その他の悪性新生物	7	9,924	4.28	5	肺炎	4	458,971	4.31	462,486	6
6	アルツハイマー病	10	8,479	3.66	6	糖尿病	6	361,637	3.39	426,509	11
7	糖尿病	6	8,286	3.57	7	その他の消化器系の疾患	8	316,197	2.97	381,603	13
8	高血圧性疾患	5	8,264	3.56	8	高血圧性疾患	7	311,308	2.92	376,704	14
9	その他の消化器系の疾患	8	7,993	3.45	9	アルツハイマー病	15	296,678	2.78	371,173	15
10	統合失調症, 統合失調型障害及び妄想性 障害	9	7,124	3.07	10	その他の呼吸器系の疾患	12	294,234	2.76	413,018	12
11	血管性及び詳細不明の認知症	11	6,467	2.79	11	胃の悪性新生物	9	280,367	2.63	433,535	10
12	その他の呼吸器系の疾患	13	6,167	2.66	12	虚血性心疾患	11	272,024	2.55	441,096	8
13	胃の悪性新生物	12	5,581	2.41	13	脳内出血	13	248,074	2.33	444,497	7
14	脳内出血	15	5,231	2.26	14	統合失調症, 統合失調型障害及び妄想性 障害	10	244,115	2.29	466,670	5
15	症状徴候及び異常臨床所見・異常検査所 見で他に分類されないもの	14	4,651	2.01	15	パーキンソン病	14	241,625	2.27	519,512	3

平成21年度主要疾病の上位件数、費用額について

(2) 入 院 外

件数					費用額						
順位	疾病分類項目	前年順位	件数(件)	割合(%)	順位	疾病分類項目	前年順位	費用額(万円)	割合(%)	1件当たり費用額(円)	順位
1	高血圧性疾患	1	1,139,534	20.22	1	高血圧性疾患	1	1,424,775	18.25	12,503	9
2	歯科疾病(う蝕含む)	2	514,773	9.13	2	歯科疾病(う蝕含む)	2	808,493	10.36	15,706	4
3	脳梗塞	3	288,070	5.11	3	腎不全	3	579,247	7.42	20,108	1
4	糖尿病	4	238,912	4.24	4	糖尿病	4	463,772	5.94	19,412	2
5	脊髄障害(脊髄症を含む)	6	218,342	3.87	5	脳梗塞	5	346,590	4.44	15,874	3
6	その他の眼及び付属器の疾患	5	211,205	3.75	6	関節症	6	248,631	3.18	11,772	13
7	関節症	7	210,610	3.74	7	脊髄障害(脊髄症を含む)	7	247,770	3.17	11,764	14
8	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	8	182,393	3.24	8	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	8	218,562	2.80	11,983	12
9	屈折及び調節の障害	10	163,777	2.91	9	その他の心疾患	9	201,354	2.58	12,294	10
10	白内障	9	151,152	2.68	10	その他の悪性新生物	10	199,393	2.55	13,192	7
11	その他の心疾患	11	143,947	2.55	11	その他の眼及び付属器の疾患	11	173,179	2.22	12,031	11
12	骨の密度及び構造の障害	12	106,684	1.89	12	屈折及び調節の障害	13	150,384	1.93	14,096	5
13	その他の消化器系の疾患	13	105,636	1.87	13	虚血性心疾患	12	144,141	1.85	13,645	6
14	虚血性心疾患	14	99,872	1.77	14	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	14	127,114	1.63	12,728	8
15	胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	15	99,127	1.76	15	その他の消化器系の疾患	17	116,004	1.49	11,703	15