

# 令和5年度第2回東京都後期高齢者医療広域連合運営会議ご質問の一覧表

## 令和6・7年度保険料率の改定について

	ご質問	回答
1	<p>重要な情報についての説明が欠けている。 （例）均等割合と所得割額の比率が1：1ではなく、なぜ所得割額のウェイトが大きいのか。 制度改正影響の○、△、×とは何か。 なぜ「旧ただし書方式」を使っているのか。 保険料額比較の箇所はまず所得額があるはずだが、なぜそれを記載しないのか。 その一方で、一番右側の割合は公的年金収入の割合ではないはずだ。</p>	<p>国の通知により、均等割賦課総額：所得割賦課総額は1：所得係数（1.59）×52/48と示されている。その結果、東京都は全国平均より大幅に所得が高いため、所得割賦課総額のウェイトが大きくなっています。</p> <p>①医療保険制度改革によって、「○《保険料率算定の設定条件》」（9）～（12）の出産育児一時金への財政支援導入、後期高齢者負担率を12.70%とするなどの影響を受ける。表中の記号についての定義は下記のとおりです。 ○は年度に関わらず制度改正の影響を全て受ける。 △は令和6年度のみ所得割が制度改正の影響を受けない。 ×は令和6・7年度ともに制度改正の影響を受けない。</p> <p>②所得割額を旧ただし所得から算出しているのは、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第18条第1項第2号による。制度発足当初より旧ただし書き所得を採用した理由は、多くの加入者に負担してもらうこと、税制変更の影響を受けにくいこと等を考え、後期高齢者医療制度の所得割の算定方法は、旧ただし書き限定としています。</p> <p>③「【保険料額比較（公的年金収入のみの単身者で試算）】」については、後期高齢者医療の被保険者は主な収入が年金であることから、イメージをしやすいよう年金収入で表示しています。ご意見については次回の最終案資料作成の参考とさせていただきたいと考えています。</p> <p>④「全被保険者との割合（総所得から概算）」中の割合は、お見込みのとおり、全被保険者のうち、公的年金収入を得ている被保険者の割合ではない。都広域の被保険者の所得がどのような割合で分布しているかの目安として記載したものであるので、参考程度にとどめていただきたいと考えています。</p>
2	<p>広域連合として、この所得（収入）に応じた保険料額の設定が妥当だと考えているのか。 （例）公的年金収入額が、153万円から240万円に上がる（1.57倍になる）と、保険料額が14,300円から134,700円に急騰（9.4倍）するのか。 いくら国の基準とはいえ、上限は上げ過ぎではないのか。現場感覚はどうか。</p>	<p>後期高齢者医療制度の保険料の均等割額の軽減については、低所得者への負担を少なくする観点から、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第18条にて規定されています。また所得割額については、市区町村の負担により東京広域独自で軽減を行っています。</p> <p>上記ご質問によるケースは、均等割の7割軽減と均等割、所得割軽減無しの層を比較しているため、保険料の差が大きくなっていますが、制度上やむを得ないものと認識しています。</p>

第4期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）について		
	ご質問	回答
1	データヘルス計画の費用対効果はどうなっているのか。また、広域連合として、いかなる認識をもっているか。例えば、後期高齢者の医療機関での受診率が高いので。かかりつけ医の指導に移行することを考えるべきではないか。	データヘルス計画に基づく計画事業における費用対効果ということでお答えします。 広域連合が実施する事業については、費用対効果を求めやすい事業とそうでない事業があると考えます。例えば、ジェネリック医薬品差額通知事業などは、実施前後の切替率などから軽減効果額を算出しているため、費用対効果を検証することが可能です。しかし、医療機関受診勧奨事業では、通知をすることで医療機関への受診を勧奨するため、一時的に医療費は上昇することになります。ただし、適切な医療につながることで、疾病の重症化を予防し将来的な医療費や介護費の軽減が見込まれます。これについては、長期的な話になり、また評価方法も難しいと考えています。 また、例として挙げていただきましたお話で考えますと、すでに医療機関を受診している被保険者に対して二重にアプローチすることとなるため、かかりつけ医で一定の指導が受けられれば良いと考えられます。しかしながら、広域連合において実態の把握ができていないので、現時点で実施できるものではありません。広域連合としては、国の方針に基づき、健康診査や一体的実施の取組について進めていく中で、今後構成市区町村や、東京都医師会と意見を交換する際に取り上げさせていただければと思います。
2	介護保険との一体的実施はまだしも、国保のメタボ対策を中心とした保健事業との一体的実施は無理があるのではないか。	一体的実施事業における国保保健事業との一体的な実施とは、メタボ対策のみを指しているのではなく、あくまでも後期高齢者医療保険加入前の被保険者の情報共有や、事業対象者の接続が主となると認識しています。一体的実施の開始以前は、健康診査以外の高齢者保健事業を後期高齢者に対して自治体で実施している事業が少なかったことから、継続して保健事業が実施できる体制が整ったということが、国保との一体的実施の効果であると考えます。
3	（10ページ）②歯科健康診査事業について計画内容と実績については少しずつではあるが、上昇しているので、東京都歯科医師会でも今後も地区歯科医師会へ働きかけて、市区町村全部で実施するようにしていきたい。しかし、実施人数がかなり悪く2.5%程度とのことなので人数増加は必須の課題だと考えます。それには対象者の拡大や未実施団体へのアプローチも良いのですが、50%以上ある医科健診で歯科に問題ある健診受信者をスクリーニングし、歯科健診の受診勧奨をしたらどうか。	令和5年度時点で未実施団体は西多摩地区や島しょの市町村が主となっています。あくまで補助事業ですので、実施主体は市区町村にあります。未実施団体や対象の拡大については、補助金を拡充するなどの対応も必要と感じています。健診での受診勧奨につきましては、現在の検査項目や後期高齢者の質問票の結果のみでは対象者の抽出が困難であるため、新しい働きかけが必要になるかと思います。歯科健診については、オーラルフレイルの観点や国民皆歯科健診等の動きも確認しつつ、まずはより多くの市区町村で実施し、基盤を構築することが重要と考えています。
4	（11ページ）③医療機関受診勧奨事業生活習慣病治療中断者への受診勧奨案内の送付に、糖尿病と歯周病の関係から歯科受診も促すようにしてはどうか。	関連する情報提供を受けるなど、貴会と連携することで実現が可能かと思います。今後、事業実施の際には、抽出条件の設定等について、ご相談を継続させていただきたいと考えています。