

後期高齢者医療制度を廃止して、いったん老人保健制度へ

－国民的な議論を尽くして新たな高齢者医療制度の構築を－

2009年11月26日
全国保険医団体連合会

1. 後期高齢者医療制度は一刻も早く廃止し、国民的な議論を尽くして新たな高齢者医療制度の構築を

■後期高齢者医療制度は、「傷口の浅いうちに」一刻も早く廃止することが切望されています。区市町村も国の負担割合の減少や広域連合の事務費負担などによって負担増を余儀なくされています。

厚生労働省は、『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」との方針ですが、その前提となる「医療保険の一元化」を含めて、その道筋やスケジュールは明らかにされていません。現在の社会保険料の企業負担は確保されるのか、加入者の保険料（率）はどう変化するのかなど、制度の根幹にかかわる問題が不明です。また、都道府県単位で医療費抑制（医療費適正化計画等）を競わせることを受け継ぐ危険性もあります。

重要なテーマですが、現在の課題とは言いがたく、後期高齢者医療制度の廃止を先送りする理由にはならないと考えます。

■2008年6月に参議院で可決された廃止法案は、「後期高齢者医療制度その他高齢者の医療の確保に関する法律に定める諸制度が、国民の高齢期における適切な医療を確保するものとなっていない」として、「政府が緊急に講ずべき措置として、高齢者の医療の確保に関する法律に定める諸制度を廃止するとともに、老人保健制度を再び導入するための措置、医療に係る高齢者の負担を軽減する等のための措置について定める必要がある」ことを求めています。この廃止法案に基づいて後期高齢者医療制度を廃止すべきです。

注) 廃止法案の要点

- ①政府は、高齢者の医療の確保に関する法律に定める諸制度を2009年4月1日に廃止する。
- ②政府は、老人保健制度を同日に再び導入するため、必要な法制上及び財政上の措置、その他の措置を講ずる。
- ③政府は、後期高齢者医療制度が廃止されるまでの間の措置として、▽被用者保険の被扶養者であった被保険者の保険料は徴収しない。▽この他の被保険者の保険料について、「できる限り速やかに」遅くとも2008年10月1日までに負担を軽減する。

④これらの措置の実施に伴う地方自治体、医療保険者の負担をできる限り軽減するよう特別の配慮をする。

⑤国民の間に混乱を生じさせないようにするため、これらの内容の周知徹底を図る等万全の措置を講じる。

廃止後の制度については、「年齢で区切る仕組み」ではない制度、すなわち2008年3月末まで運営されていた老人保健制度へ戻せば、大きく混乱することはありません。新たな高齢者医療制度を構築することと比べれば、どちらが現実的な選択でしょうか。

- 今後の医療保険制度の改革については、国民皆保険制度を充実させ、国民の受療権を保障する立場から、制度設計や財源対策だけでなく、国民の期待や不安、不信感についても率直に出し合い、国民的な議論を尽くすことが、「自民党政治を根底から転換し、政策を根本から改める」という連立政権の「政策合意」を実現するには不可欠であると考えます。来年の参議院選挙で重要な争点として、与野党が国民に訴えることは、国民的な議論を尽くす上で大いに貢献すると考えます。

2. 後期高齢者医療制度の根本問題－廃止するしかありません

■医療費抑制を都道府県単位で競わせる

「構造改革」路線のもとで、社会保障費の自然増を毎年2200億円ずつ抑制する方針が貫かれ、社会保障費の中で大きな割合を占める医療費については、高齢者医療費を中心に国庫負担を削減することが追求されてきました。前政権は、後期高齢者医療制度という別枠に高齢者を入れ、国民から切り離れた制度によって、2025年度の医療費抑制目標8兆円のうち最大で5兆円を抑制する目標を示しています。

根拠となる法律の条文を見れば、国が医療費抑制を行うための仕組みとしてこの制度を位置づけていることがわかります。「財政のみの視点から」、医療費抑制を都道府県単位で競わせる制度で、老人保健制度とは根本的・質的に異なります。国の医療保障（＝命と健康は平等という理念の基、国民の生命と健康の保障）に対する責任が大きく後退する一方で、地域間の医療格差の拡大を助長する仕組みを内包した、とんでもない国民皆保険制度になりかねません。

■法律上の理念から

後期高齢者医療制度の理念を、一言で言えば、「年齢で、いのちの線引き」をすることです。75歳以上の高齢者と65歳以上の障害者を一括りにして分離し、内容の異なる医療保険制度にする根拠が医学的にあるとはいえません。個人差、性差、地域差などが考慮されておらず、人権を侵害し差別を持ち込む世界に例を見ない制度です。

しかも、老人保健法の第1条(目的)にあった「健康の保持」や「疾病の予

防、治療、機能訓練等の保健事業」の文言が削られ、代わりに「高齢者の医療の確保に関する法律」の目的には、「医療費の適正化の推進」「国民の共同連帯の理念」が書き加えられました。第3条(国の責務)には「医療に要する費用の適正化を図るための取組が円滑に実施され」という記述が加えられ、第4条(地方公共団体の責務)には「住民の高齢期における医療に要する費用の適正化を図るための取組及び高齢者医療制度の運営」が加えられました。また、新たに第6条「医療の担い手の責務」が追加され、医師、歯科医師、薬剤師、看護師など医療従事者は、責務として「医療費の適正化」(＝医療費抑制)に協力しなければなりません。

■上がる保険料

制度の根本問題の第1が上がる保険料です。

家族も夫婦もバラバラにされ、全員から個別に保険料を徴収します。しかも、保険料は2年ごとに改定され、高齢化の進行や医療費増に合わせて保険料は上がることになります。

注)2010～11年度の保険料割合は、2008～09年度の10%から10.26%に上昇する見通しで、2015年度は10.8%、2025年度には13.2%(平均保険料は約15万円)まで上昇する計算です(図1 参照)。

保険料は、所得がゼロの高齢者からも徴収します。保険料は均等割と所得割の組み合わせですが、均等割は負担能力に関係なく、所得がない人も負担する保険料で、低所得者や無所得の人にとって過酷です。保険料軽減だけでなく免除まで含めた制度が必要です。

保険料軽減の判定は、本人の収入だけではなく、世帯主等の所得が合算されます。本人の年金収入が80万円以下であっても、世帯主の息子さんの所得と合わせて判定されてしまうので、保険料軽減が受けられないケースも出てきます。保険料は個人単位で徴収しながら、軽減するときは世帯単位で判定するというのは矛盾しています。

老人保健制度では実施していなかった「保険証」の取り上げが行われます。法律では、保険料の滞納が発生後、1年を経過し「特別な事情」が認められないと「保険証」の返還を求め「資格証明書」を発行し、1年6カ月経過すると「保険給付の一時差し止め」ができる仕組みになっています。

保険料の年金天引きは、本人の同意なく行われ、当事者の事情に配慮しない機械的取り扱いです。それどころか、これまでの国保などで行われていた窓口での納付相談に基づく分納など、きめ細かな行政対応ができなくなっています(その後、口座振替との選択制に変更されました)。

■医療給付抑制の仕組み

第2の根本問題が、医療給付を抑制する仕組みが導入されたことです。

仕組みの第1は、後期高齢者医療費の財源構成を、保険料：支援金：公費＝1：4：5に決め、その10%相当分の保険料を高齢者が負担するようになっています。つまり、保険料を10倍したものが、その地域の高齢者医療費の財源になる計算です。高齢者が負担する保険料が、地域の高齢者医療費とり

ンクして動く仕組みにされているため、保険料を上げ続けることが困難になれば、医療給付の抑制に向かわざるを得ません。

同じような仕組みを導入している介護保険制度(1号保険料:2号保険料:公費:利用料負担=1:3:5:1)では、すでに大規模な給付抑制が行われています。2006年度改定では、要支援と要介護1の方の一部は、新設の新予防給付に移行し、家事援助サービスや福祉用具の貸与などが受けられなくなりました。

第2の仕組みは、当初見込んだ医療費を超過して給付が行われた場合、広域連合が都道府県の「財政安定化基金」から借り入れて、返済する仕組みになっていますが、このうち、高齢者の保険料で賄う1割分は、保険料収入から返済しなくてはなりません。これが保険料のさらなる引き上げ、ひいては、それを回避するための医療費抑制効果を生む要因になっています(図2参照)。

後期高齢者の医療サービスに要した診療報酬は、すべてこの制度の財源から支払われますから、医療給付を抑制するということは、診療報酬の額と内容を削減するということになります。それは高齢者にとって保険が利く医療サービスを抑制していくことになります。高齢者の医療の確保に関する法律第13条と第14条には、医療機関に支払う診療報酬の特例措置が規定されています。例えば、その県だけは診療報酬単価を1点10円から8円に削減する、半年以上入院している後期高齢者の診療報酬を何割カットするなどの特例措置が可能となり、医療給付(ひいては保険料)が削減できる仕組みになっています。

第1期の「医療費適正化計画」が終了した翌年の2013年度以降に、都道府県の実績を評価の上、高齢者医療費の高い特定の都道府県だけに診療報酬の特例措置を認めることができます。このようなことが実施されれば、同じ医療行為が都道府県によって費用が変わることになり、地域医療に大きな混乱をもたらします。地域の医療サービスの水準はさらに低下し、いまでも崩壊が進む地域医療がますます荒廃することになります。

■高齢者の医療を抑制

第3の根本問題が医療の抑制です。終末期医療については、その定義やあり方の社会的合意はなされていませんが、厚生労働省は、「後期高齢者にふさわしい医療」として、「安らかな終末期を迎えるための医療」を目標にあげています。終末期医療費が年間に9,000億円かかると試算し、「それを抑制する仕組みを検討する」としています。2025年度の終末期医療費を年間5,000億円削減する目標も示しています。

また、複数の慢性疾患を抱える高齢者に対して、「主な病気は一つ」だから「高齢者担当医」も1人とする制度をつくりました。なるべく複数の医療機関を受診させないようにして、医療を制限していこうとしています。

「高齢者担当医」の報酬は1カ月幾らの定額制で、将来は一人幾らという定額制にすることが企図されています。その定額の中で何でも治療せよと言うことには無理があります。高齢者の生活を支えるために、かかりつけ医が

総合的な診療を行うことは必要ですが、「高齢者担当医」では、“高齢者を総合的に診る”という考え方がゆがめられて、その人の医療を、「担当医に管理」させることになってしまうのではないのでしょうか。

■他の年齢層への被害

第4の根本問題は、高齢者だけでなく他の年齢層にも大きな負担を強いていることです。

後期高齢者医療制度への「支援金」は、旧老人保健制度の拠出金のような高齢者加入率などを基準とはせず、組合健保の加入者数に応じて計算されるよう変更されました。扶養家族であるゼロ歳の赤ん坊も一人として数えて人头割りで計算されるため、相対的に高齢者の加入率が低い組合ほど負担が増加しました。

また、「現役並み所得者」に区分された後期高齢者は公費負担の対象から除かれるため、公費負担が減った分は「支援金」が肩代わりすることになります（2008年度は公費負担が約46%、「支援金」負担が約44%）。今後、「現役並み所得者」に区分される高齢者数が増加するのに比例して、「支援金」が増加する一方、公費負担の比率は減少することになります。

注）「現役並み所得者」の基準：「課税所得額（住民税）が年間145万円以上」かつ「年収が単身世帯で383万円以上、2人以上世帯で520万円以上」の条件に該当する人

とりわけ大きな問題は、後期高齢者医療制度への「支援金」の増減と、「特定健診・特定保健指導」の実績を連動させる仕組みが導入されたことです。08年4月から始まった保険者が行う「特定健診・特定保健指導」の実施率の実績を、第1期「医療費適正化計画」が終了した翌年の2013年度に評価を行い、実績が悪い保険者に対しては、「支援金」を最大で10%の範囲で割り増しすることが可能となりました。

「支援金」を割増しで負担することになれば、保険者は被保険者から徴収する「特定保険料」に上乗せすることになります。「高齢者のための支援」と位置づけることで、高齢者医療費に対する負担感を現役世代に募らせることがねらいといえます。このような世代間の対立を持ち込む施策を国がとるべきではありません。

■国が保険者の責務を放棄

第5の根本問題は、国が保険者の責務を放棄したことです。

老人保健制度については、国の法定受託事務として地方自治体が事業を実施していましたが、広域連合が行う事業は、地方自治体の自治事務に変更されました。つまり、国が保険者（実施主体）の責務を放棄したわけです。

広域連合は「都道府県ごとに設置された市町村が加入する連合体」というあいまいな位置づけになっています。国は、広域連合に対し、厳しくガイドラインや参酌標準（国が示す目標値）、事務の取り扱い要領などを押し付ける一方、地方自治体であるということで、給付事業の内容や予算の決定、さらに住民への説明や同意の責任などは、すべて広域連合側に責任があるとして、国には責任がないとしています。つまり、その地域で高齢者医療に関してど

のような決定や選択がなされても、その責任は広域連合、最終的には広域連合議会の議員を選出(間接選挙)した住民にあるということになっています。

3. 老人保健制度に戻しても、国民・高齢者は混乱しません

■老人保健制度の仕組み

老人保健制度は、年齢で区切られることなく、それぞれの生活実態、所得の形態に応じて国民健康保険か被用者保険のいずれかの制度に加入し、扶養家族であれば保険料を直接支払うことはありませんでした。「年齢区分で区切る」今の制度とは根本的に異なります。

高齢期を迎えれば誰もが複数の慢性疾患を抱えるようになり、入院医療を受ける割合も高くなります。医療を受ける頻度が増し、手厚い医療が必要となるため、窓口負担を軽減して、医療と保健事業、健康づくりを一体として実施する制度です。

高齢者の医療費の財源は、国と地方自治体の公費負担、国民健康保険や被用者保険からの拠出金で賄われ、合理的かつ公平な制度です。現在、65～74歳の前期高齢者については、国民健康保険や被用者保険のいずれかに加入しつつ、その医療費の財源は一定の基準で調整して出します。この前期高齢者の制度に公費負担を5割投入した形の制度であると考えれば分かりやすいのではないのでしょうか。

■老人保健制度に戻すには

後期高齢者医療制度を廃止して、いったん老人保健制度に戻すには、高齢者の医療の確保に関する法律など医療保険各法の改正を国会で議決し、地方自治体や保険者が再加入手続きを行うことで、老人保健制度に戻すことができます。

新しい制度を創設し運営するには、地方自治体との調整を含め準備期間が1～2年程度は必要といわれていますが、2008年3月末まで運用していた制度に戻すわけですから、地方自治体や関係機関には運用経験があり、業務に携わった職員も多くいるので、新制度へ移行するような期間は必要なく、混乱もほとんど生じないと考えられます。

広域連合については業務を停止し、その解散や財産処分については別途、対応することが現実的ではないのでしょうか。また、大塚耕平議員(現 内閣府副大臣)が参議院厚生労働委員会(08年6月3日)で提案したように、例えば、現行の保険証に『国保』という押印をする対応策は、事務手続きの負担軽減から参考になります。

注) 参議院厚生労働委員会(08年6月3日)での水田邦夫厚生労働省保険局長(当時)の答弁から。

(政府)

▽高齢者の医療の確保に関する法律の改正

後期高齢者医療制度の廃止、保険料の特別徴収をやめる、医療費適正化の推進

の廃止等を行う。

▽健康保険法、国民健康保険法、国家公務員共済組合法等の改正

入院時生活療養費の対象年齢を引き上げる

70歳から74歳の自己負担割合を1割のままに据え置く

▽老人保健制度に移行する法令等の整備

(地方自治体)

▽広域連合の解散の手続き、広域連合が保有する財産や被保険者個人情報等の処分

▽被保険者が再び国保、被用者保険へ加入する移行手続き、被保険者証の返還請求、

市区町村のシステム改修、制度変更の周知広報、相談窓口の設置

(国民健康保険・被用者保険の医療保険者)

▽後期高齢者医療制度被保険者の各医療保険への再加入手続き事務

長妻昭厚生労働大臣は、加入者データの振り分け等のシステムの改修に2年間かかると答弁しています(09年11月9日 参議院予算委員会)。厚生労働省の担当者は、「もとに戻すシステムの開発に2年はかからないが、点検や試算が必要」「地方自治体でもシステムの古いところは時間がかかる」などと説明していますが、システムの改修等に2年間かかるのかどうか、改修項目と費用、スケジュールを公表した上で、国会で精査すべきです。

注) 前述の水田保険局長(当時)は、1300万人のうち国民健康保険に加入していた1100万人(08年度当時)については、市区町村と都道府県広域連合間の情報交換で把握できると答弁していました。

4. 後期高齢者医療制度廃止までの間は、廃止をしたと同じような状態に

■負担増と医療差別を解消する提案

後期高齢者医療制度の廃止を国会で議決した次の段階で、政府が法律上や予算などの措置を行うこととなります。したがって、実務的に一定の期間を要する場合は、少なくとも高齢者の負担増と医療差別を解消するようにすべきです。つまり、国民、高齢者にとって廃止をしたときと同じような状態にすることが必要です。

長妻昭厚生労働大臣は、▽資格証明書の発行を原則として止める、▽人間ドック費用の助成再開、▽健診の受診率向上計画の策定、▽後期高齢者特定入院基本料を見直す、などの方針ですが、さらに、以下のような対策が必要です。

- ① 現行の保険料負担の軽減措置を継続します(低所得者の均等割部分の8・5割軽減、均等割部分の9割軽減、所得割部分の5割軽減など)。
- ② 後期高齢者診療料をはじめ医療差別の診療報酬の項目を廃止します。
- ③ 資格証明書だけでなく、短期保険証の発行を中止します。
- ④ 来年4月以降の保険料改定で保険料の引き上げを抑えます(厚生労働省は11月20日、2010度からの第2期保険料が、2009年度に比べ全国平均で約13.8%増加するとの試算を明らかにした。全国平均で年額約6万2千円の保険料が約8千556円増える計算)。

⑤70～74 歳の高齢者の窓口負担 1 割については継続します。

5. 新たな高齢者医療制度についての提言

■老人保健制度の改革を

老人保健制度が最良の制度というわけではなく、国民、高齢者の側からみて改革すべき課題があります。

第 1 は、国の負担割合が低いことです。

国の負担には、老人保健制度に直接投入する負担と、国民健康保険や被用者保険への負担があります。老人保健制度が開始した 1983 年は対象年齢が 70 歳以上で国庫負担は 44.9%でしたが、2001 年度には 33%に低下し、2007 年度（10 月以降、対象年齢が 75 歳以上）の国の負担割合は 36.2%に低下し、後期高齢者医療制度の 2008 年度には 35%に下がっており、国の負担割合をもとに戻した上で増やします。

第 2 は、国民健康保険財政が立ちゆかなくなることです。

国民健康保険への国の負担割合が低下しており、1984 年には総医療費の 45%でしたが、2008 年度は医療給付費の 43%へ低下しています。高齢者がもとの国民健康保険に再加入しても、国の負担割合をもとに戻さなければ、国民健康保険財政が立ちゆかなくなります。また、国民健康保険財政の問題が解決されないと、老人保健制度自体も立ちゆかなくなります。

第 3 は、対象年齢が狭いことです。

老人保健制度は、対象者を 75 歳以上としています。例えば男性の平均死亡年齢が約 78 歳であることに示されているように、この世代はすでに医療保険が成り立つ世代ではありません。75 歳以上を保険集団とし、医療そのものを区別することは許されませんし、不合理でもあります。

■新たな高齢者医療制度についての基本的な考え方

1963 年に施行された老人福祉法第 2 条（基本理念）では、高齢者は「多年にわたり社会の発展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障される」とされています。

今、必要なことは、老人福祉法の基本理念を踏まえ、現役を退職した後の、公的年金が支給される 65 歳以上の年金暮らしの時代の医療を保障する制度です。

新たな高齢者医療制度の概要は、次のとおりです。

- ①老人保健制度の対象年齢を、稼働年齢の終了と公的年金の支給開始にあわせて、65 歳以上に拡大します。
- ②対象の高齢者医療費の財源は、「公費の投入」と「医療費の財政調整」で賄う。全国の 65 歳以上の人の医療費を、公費（50%）と国民健康保険と被用者保険の保険者（50%）が、財源を出し合って支え合います。
- ③「現役並み所得者」を公費負担の対象とします。

- ④原則、所得に応じた保険料とします。低所得者の保険料は、減額制度の拡充と職権で適用する免除制度を設けます。
- ⑤窓口負担は1割(月額上限制或いは定額負担の選択制)とします。75歳以上については無料化します。
- ⑥保健事業がすべての市町村で実施できるようにし、健康診査はすべての対象者が受診できるようにします。

■財源についての基本的な考え方

まず、「医療費のムダ」を見直します。例えば、後発品を除く販売後9年以内の新薬の薬価(薬剤費の5割、約5兆円=薬価ベース)を一律2割下げさせるだけでも1兆円が捻出できます。新薬開発にかかる費用を透明にした上で適正な薬価とすべきです。

また、被用者保険の加入者を増やして、医療保険財政を安定化させることも必要です。被雇用者に占める被用者保険の被保険者は、1990年度の87.4%から、2006年度には77.4%にまで低下しています。正規雇用の勤労者を増やし、被用者保険への加入を増やすことは、医療保険財政の安定化につながり、国民健康保険への加入を抑えることにもなります。国民医療費に占める企業の負担割合を、近年の20%程度から、少なくとも1992年度の25.1%の水準まで戻すべきではないでしょうか。

さらに、将来にわたる安定財源として、法人税及び所得税、社会保険料を主財源とし、これに加え、特別会計を含む国の歳入・歳出を抜本的に見直すことで、財源を確保すべきと考えます。

以上

【参考資料】

■厚生労働省が指摘していた「老人保健制度の問題」

老人保健制度に戻した場合、老人保健制度が抱えていた問題がどうなるかが問われることとなります。厚生労働省は、老人保健制度について3つの問題があると指摘してきました。しかし、厚生労働省の言い分は、後期高齢者医療制度を必要とする根拠にはなりません。

【第1の問題；実施主体】

厚生労働省	【老健制度】 「実施主体(市町村)の財政・運営責任が不明確」	【後期高齢者医療制度】 「都道府県の広域連合が責任ある保険者として運営」
保団連	【後期高齢者医療制度】 運営責任を言うのであれば、加入者の意見を反映することこそ必要だが、広域連合は独自の財源を持たない医療費管理のための組織。住民の声は届きにくく、住民は遠い存在になる	

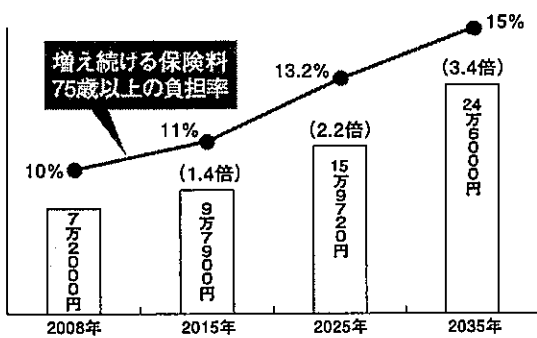
【第2の問題；高齢者と現役世代の負担】

厚生労働省	【老健制度】 「保険料負担と拠出金負担の割合が明確にされていない」	【後期高齢者医療制度】 「1(保険料):4(支援金)の負担割合を明確にし、将来的なバランスも取った」
保団連	【後期高齢者医療制度】 ○高齢化が進むと保険料の負担割合は1=10%から13.2%(2025年度)まで増加 ○支援金は、高齢者医療費に対する負担感を現役世代に募らせることが目的。世代間の対立を煽ることは間違いで、社会のあり方としても問題 ○公費負担の割合は46%(2008年度)。「現役並み所得者」の高齢者が増加するのに比例して、公費負担の割合が低下する仕組み	

【第3の問題；保険料】

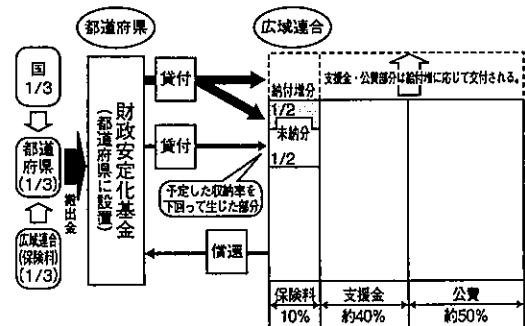
厚生労働省	【老健制度】 「国保・健保本人・健保家族で保険料負担が異なる」	【後期高齢者医療制度】 ○「地域間の保険料格差を5倍から2倍に縮小し、高齢者間の不公平も是正」 ○「1人ひとりが、都道府県単位で同じルールで保険料を負担」
-------	---	--

保団連	【後期高齢者医療制度】
	○一律に保険料負担を押しつけたために、家族も夫婦もバラバラにされ、全員から個別に亡くなるまで保険料を徴収。市町村の独自性が生かされない
	○本人の同意なしに年金から天引き。保険料を滞納すれば「保険証」を取り上げ
	○保険料は、地域の高齢者医療費にリンクして動くため、2年ごとの改定によって、地域間格差は拡大



※ 2008年の一人あたり平均保険料72,000円に、一人あたり医療給付費の伸び率を3.1%として保団連が試算。
 ※人口推計は社会保障人口問題研究所2006年12月の人口推計を使用。

図1 増え続ける保険料 (保団連試算)



後期高齢者医療制度では、広域連合2年ごとに、医療費を賅うのに必要な保険料を見込んで、保険料を決定する。医療費の見込み違いや保険料の未納が生じた場合には、都道府県に設置する財政安定化基金により、資金繰りのための貸付等を行う仕組みを設けている。医療費の見込み違い等により保険料不足が生じた場合には、広域連合が、責任を持って、次の保険料改定の際に、不足分も含めて保険料を引き上げる。(['高齢者の医療の確保に関する法律の解説』厚労省土佐和男高齢者医療制度施行準備室長補佐編著より)

図2 財政安定化基金のフロー図(厚労省資料より)