

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**

後期高齢者医療制度の問題点

I 年齢による区分(保険証) 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。
II 被用者本人の給付と保険料 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。
III 被扶養者の保険料負担 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。
IV 高齢者の保険料の増加 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。
V 患者負担 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。
VI 健康診査 広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。

新制度

I 年齢で区分しない。保険証も現役世代と同じ。
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られるようになり、保険料も事業主と原則折半で負担。
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。
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。
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。
VI 国保・健保組合等に健康診査の実施義務。

改善

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

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。

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

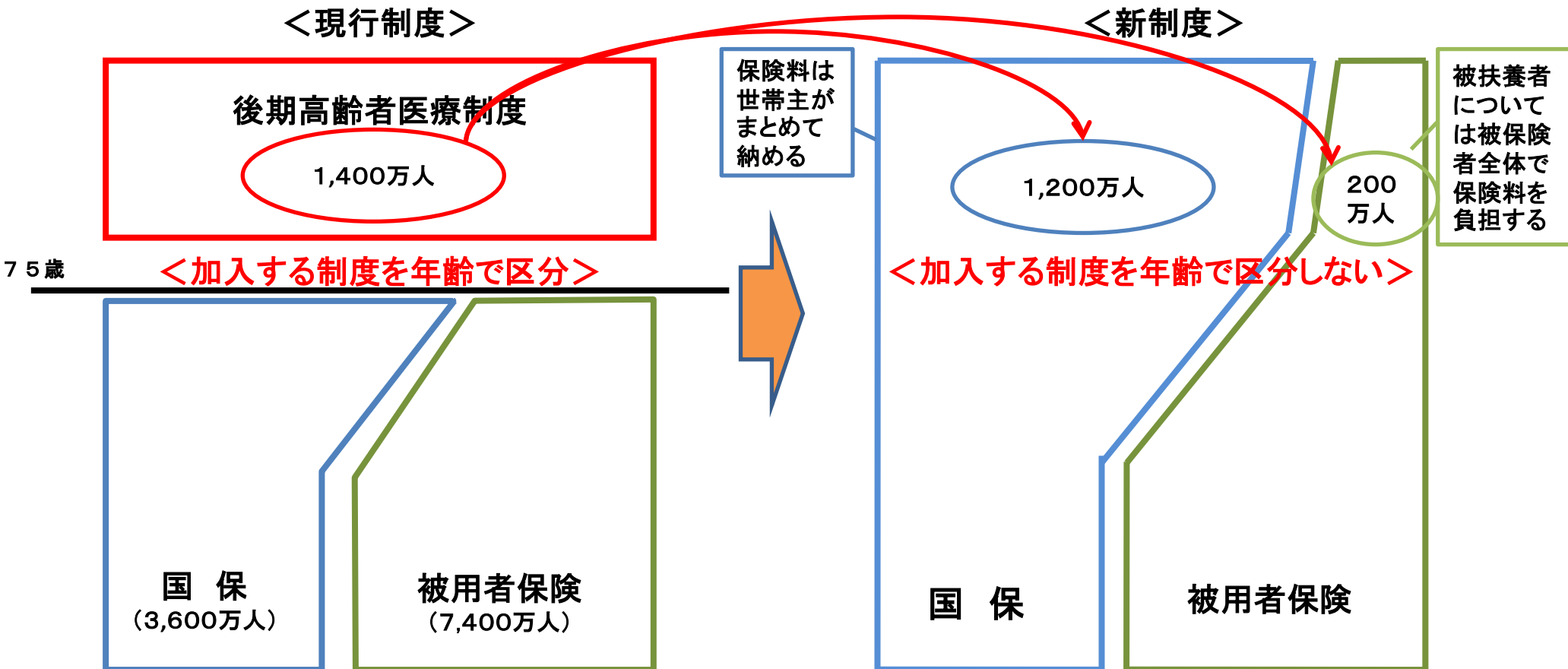
旧老人保健制度の問題点

- 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。

改善

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。



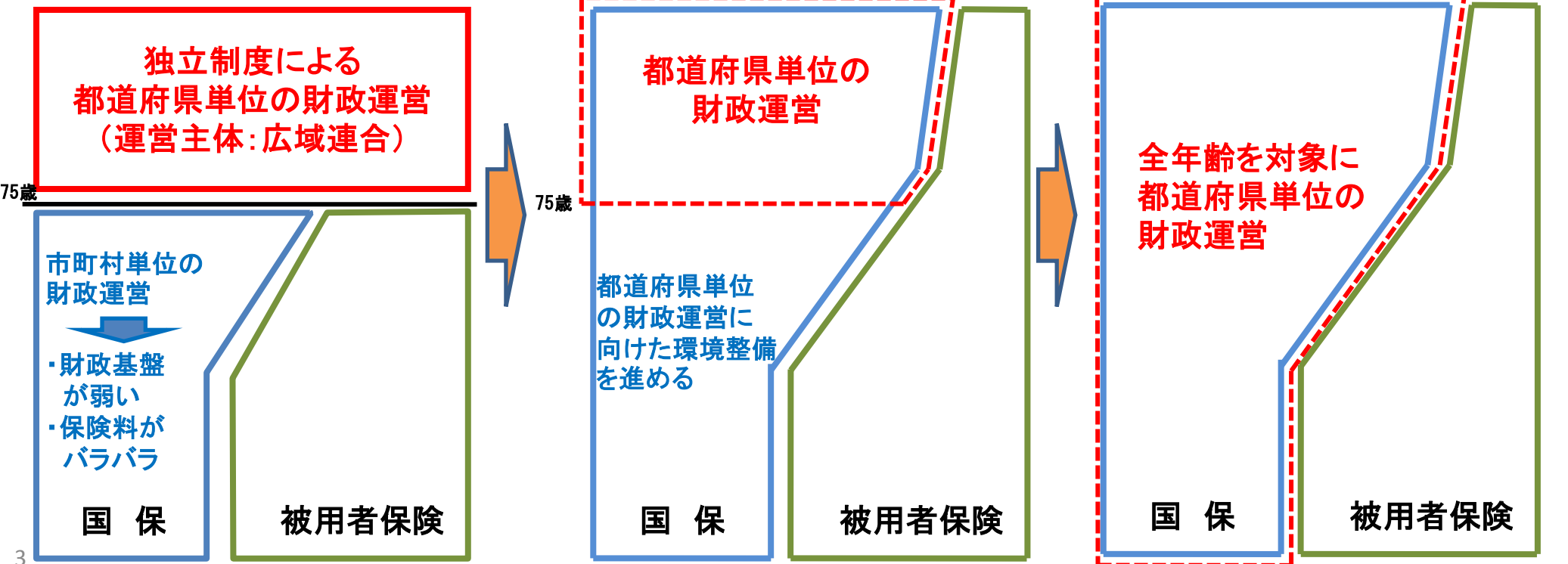
国保の財政運営の都道府県単位化

- 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であれば、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、現金給付について、高齢者に係る現金給付を「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。

(参考) 後期高齢者医療制度(現行方式)

広域連合

- ・財政運営
- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・均一保険料率の決定
- ・保険料の賦課
- ・保険給付

市町村

- ・保険料の徴収

新制度の運営主体と事務分担

都道府県

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付

○ これらの事務については、それぞれ都道府県及び市町村が処理することが基本となるが、地域の実情に応じ、自主的な判断によって地方自治法に基づく広域連合を活用することや市町村の事務の一部を都道府県が行うこととすることも考えられる。

① 例えば、都道府県の事務と市町村の給付事務を持ち寄り、都道府県と全ての市町村による「広域連合」を設立し、「広域連合」において、財政運営、標準(基準)保険料率の設定、保険給付を行い、「市町村」において、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・徴収を行う場合

② 例えば、市町村の給付事務を都道府県が行うこととし、「都道府県」において、財政運営、標準(基準)保険料率の設定、保険給付を行い、「市町村」において、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・徴収を行う場合

基本の仕組み

都道府県

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付

① 都道府県と市町村で広域連合を設立する場合

広域連合

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定
- ・保険給付

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収

② 市町村の給付事務を都道府県が行うこととした場合

都道府県

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定
- ・保険給付

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収

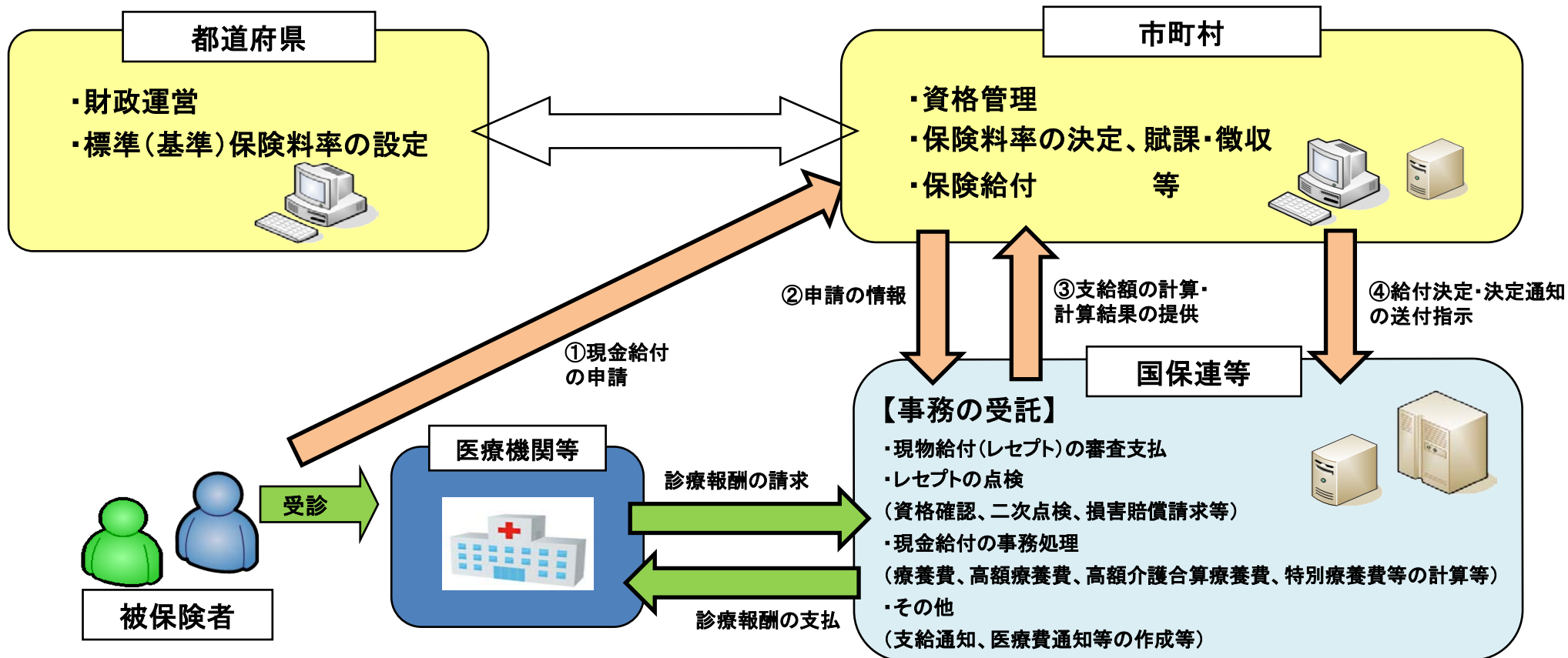
※ ①②いずれの場合であっても、75歳以上の給付事務を「都道府県単位の運営主体(広域連合・都道府県)」で行い、75歳未満の給付事務を「市町村」で行うため、
5 高齢者と若人で世帯合算して給付を行う高額療養費については、両者が連携して事務処理を行う等、住民に分かりやすいものにすることが必要。

給付事務等の各種事務の市町村からの委託

○ 給付事務をはじめとする各種事務については、事務処理や体制の効率化を図ることができるよう、市町村等の意向に沿って、国保保険者の共同処理機関としての国民健康保険団体連合会（国保連）等を最大限活用できるようにする必要がある。

※ 現在、各広域連合や市町村によって国保連等への委託状況は異なっている。

※ 現金給付の支給決定など保険者としての決定行為については市町村が行う必要があるが、支給額の計算・確認など支給決定に付随する事務処理については国保連等を行うことができるようにする必要がある。



保険料率の決定・賦課・徴収・納付の仕組み(第一段階)

都道府県

- ① 都道府県は、高齢者の保険給付及び保健事業に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準（基準）保険料率を定める。
※ 離島など医療の確保が著しく困難である地域については、現行制度同様、不均一保険料率の設定を可能とする。

- ② 市町村は、標準（基準）保険料率を基に、条例で高齢者の保険料率を定める。

- ③ 市町村は、現役世代の被保険者の保険料率を条例で別途定める（広域化等支援方針に基づき標準化を進める）。

- ④ 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。

- ⑤ 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付する。

- 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付することとし、保険料の収納不足が生じた場合には、都道府県が財政安定化基金を活用する。
(現行制度同様、1/2交付、1/2貸付け)

〔 仮に、市町村において、都道府県が定めた標準（基準）保険料率より低い保険料率を決定する場合、標準（基準）保険料率を適用すれば徴収できた額との差額は、市町村が一般会計から補填する仕組みとすることが必要。 〕

※ 全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、市町村が責任を持って収納対策に取り組む仕組みとする。その具体的なあり方については、第一段階の施行状況も踏まえつつ検討する。

納付

市町村

全年齢での都道府県単位化(第二段階)に向けて

○ 第二段階に向けては、以下の点について結論を得ることが必要。

① 保険料の設定

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、高齢者と現役世代の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか。
- ・ 市町村の収納率や医療費格差を保険料率に反映するか。また、保健事業、国保直診などへの保険料の充当をどうするか。

② 費用負担のあり方

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、高齢者と現役世代の会計を区分する必要があるのか。(高齢者と現役世代の保険料を別々とするのかどうかとも関係)
- ・ 被用者保険と国保の間の財政調整の方法をどうするのか。

③ 事務体制のあり方

- ・ 都道府県と市町村の役割分担について見直す必要があるのか。

⇒ これらの点については、現時点で拙速に判断することは適当ではなく、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら検討することが必要。

⇒ 一方、第二段階への移行の目標時期については、

- ① 第一段階はあくまで暫定的なものであり、できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること
- ② そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化等の取組が計画的に進められることが必要であるが、具体的な時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、目標とする具体的な時期を設定することが必要。

⇒ 具体的には、第一段階の施行状況を確認し、第二段階の検討・施行準備に必要な期間、法定外一般会計繰入・繰上充用の解消に向けた取組に必要な期間、保険料の平準化を円滑に行うために必要な期間を勘案して、第一段階の施行から5年後(平成30年度)を目標とすることとし、法律上これを明記する。

保険料の平準化に向けた取組

○ 第二段階への移行の目標時期までに、保険料の平準化に向けて、「広域化等支援方針」に基づき、

- ① 保険財政共同安定化事業の対象医療費(現行30万円超)の拡大
- ② 保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し
(医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大)
- ③ 保険料算定方式の標準化
- ④ 収納率向上や医療費適正化等への取組
- ⑤ 法定外一般会計繰入・繰上充用の段階的・計画的な解消に向けた取組

等について、都道府県のリーダーシップの下に、市町村は利害を超えて取り組む必要があり、国においても必要な助言・支援を行う。

平成22年度

平成23～24年度

平成25年度～
(第一段階)

→ <5年間>

平成30年度～
(第二段階)

広域化等支援方針に基づいた環境整備

保険財政共同安定化事業	・検討	保険財政共同安定化事業(いわゆる再保険)の対象医療費(現行30万円超)の拡大 → 段階的に財政運営の都道府県単位化が進む	若人部分も含めた 都道府県単位化
		保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し (医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大) → 段階的に保険料水準が平準化する	
保険料算定方式の標準化	・検討	・標準化された保険料算定方式への変更	
収納率の格差	・分析 ・収納率 目標設定	・収納率の向上	→
法定外一般会計繰入・繰上充用	・分析	・法定外一般会計繰入の段階的縮小 ・繰上充用の段階的縮小	→

国と地方の協議の場

- 国保の構造的問題の解決及び全年齢での都道府県単位化(第二段階)に向けて、費用負担のあり方や国保の運営の具体的なあり方等について、厚生労働省と地方の協議の場を設置し、具体的な検討を行う。
- 具体的には、平成25年度で暫定措置の期限を迎えることとなる財政基盤強化策の平成26年度以降のあり方、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方、第二段階の都道府県単位化を図る際の保険料の設定、事務体制等の国保の運営のあり方について幅広く検討を行う。

(参考)

1. 国保財政基盤強化策(暫定措置)／平成22～25年度

(1) 高額医療費共同事業の継続

- 1人1か月80万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有(負担区分)市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4

(2) 保険財政共同安定化事業の見直し(都道府県の役割と権限の強化)

- 1人1か月30万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有
- 保険料平準化や国保財政の広域化等の観点から、都道府県が次の内容について「広域化等支援方針」で定めることができるようにする。
 - ・ 事業の対象となる医療費の範囲の拡大(30万円以下でも可)
 - ・ 市町村国保からの拠出金の拠出方法の基準

(3) 保険者支援制度の継続

- 低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援(負担区分)国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

2. 法定外一般会計繰入・繰上充用の状況

※ 平成20年度の市町村国保の単年度収入は12兆4,589億円。法定外一般会計繰入は3,670億円であるが、保険給付以外の支出である保健事業や直営診療施設等の繰入、東京都の財政調整分等を除いた額は2,592億円(単年度収入の2.1%)。さらに、2,592億円の内訳には地方単独事業の実施に伴うものが450億円含まれている。1,778保険者のうち1,223保険者において、法定外一般会計繰入を行っている。

※ 平成20年度の前年度繰上充用は1,714億円。1,778保険者のうち191保険者において、前年度繰上充用を行っている。

3. 第二段階に向けた検討事項

- 保険料の設定
- 費用負担のあり方
- 事務体制のあり方

費用負担(第一段階)

- 独立型制度を廃止し、75歳以上の方も国保・被用者保険に加入することとなるが、75歳以上の医療給付費については、公費、75歳以上の高齢者の保険料、75歳未満の加入者数・総報酬に応じて負担する支援金で支える。
- このような費用負担とすることにより、75歳以上の方の偏在により生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなるが、加えて、65歳から74歳までの方についても、国保に偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。

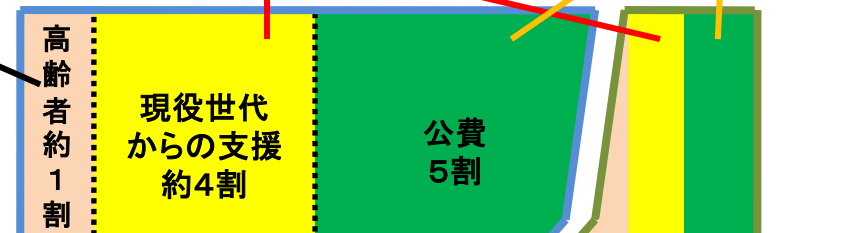
<現行制度>

<新制度(第一段階)>

保険料の伸びを抑制する仕組みを導入(保険料負担率の見直し・財政安定化基金の設置)

加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して支援金を投入(被用者保険からの支援は、負担能力に応じた分担とすべく、総報酬割を導入)

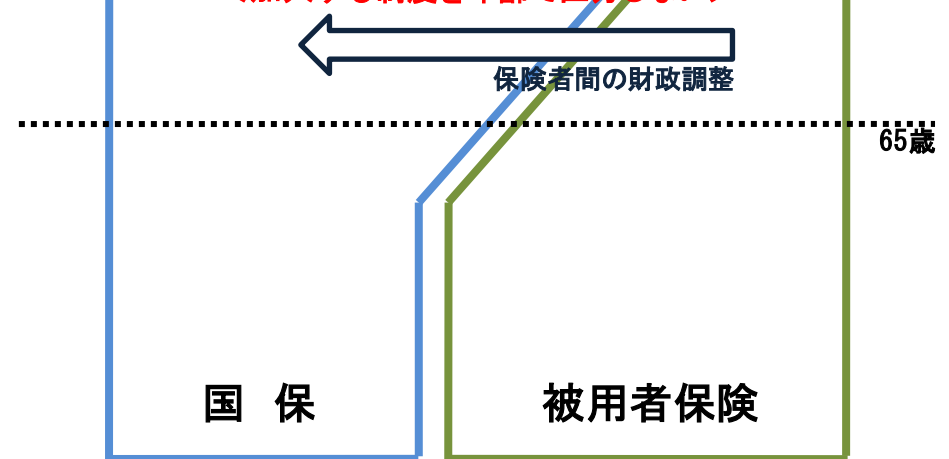
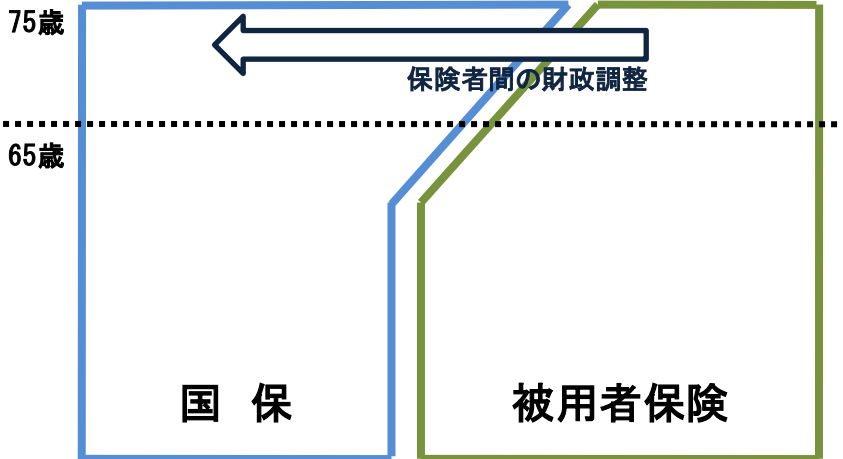
加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して公費を投入(現在47%の公費負担割合を50%に引き上げる)



都道府県単位の
財政運営

<加入する制度を年齢で区分>

<加入する制度を年齢で区分しない>



※ 第二段階の財政調整のあり方については改めて検討

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。

政府・与党社会保障改革検討本部

- 社会保障改革の全体像については、政府・与党が一体となって、必要とされるサービスの水準・内容を含め、国民に分かり易い選択肢を提示するとともに、その財源の確保について一体的に議論する必要がある。このため、これを検討する場として、内閣総理大臣の下に政府・与党社会保障改革検討本部を平成22年10月28日に設置。
- 平成22年12月14日、「社会保障改革の推進について」が閣議決定されたところであり、今後、社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図ることとされている。

【開催状況】

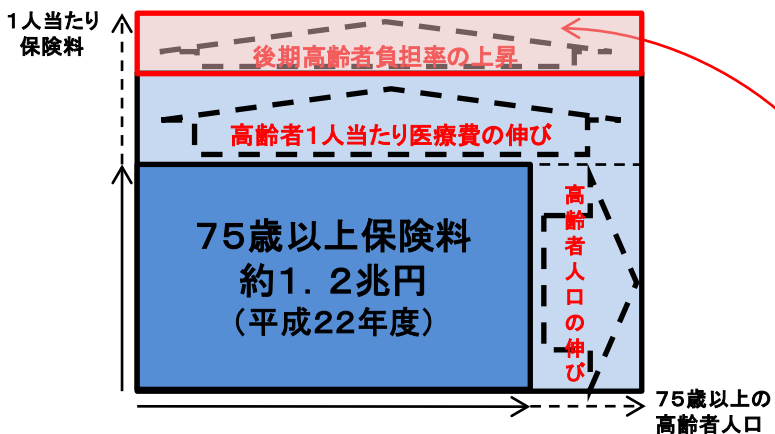
平成22年10月28日	第1回政府・与党社会保障改革検討本部	議題： 社会保障の現状及び課題について
11月 9日	第1回社会保障改革に関する有識者検討会	議題： ①今後の進め方 ②社会保障の現状と課題について
16日	第2回社会保障改革に関する有識者検討会	議題： 社会保障の改革について
22日	第3回社会保障改革に関する有識者検討会	議題： 社会保障の改革について
12月 1日	第4回社会保障改革に関する有識者検討会	議題： 社会保障の改革について
8日	第5回社会保障改革に関する有識者検討会	議題： 社会保障の改革について
10日	第2回政府・与党社会保障改革検討本部	議題： 社会保障改革の推進について

高齢者の保険料の負担率

○ 現行制度においては、現役世代(75歳未満)の負担の増加に配慮し、「現役世代人口の減少」による現役世代の保険料の増加分を75歳以上の高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる仕組みになっている。

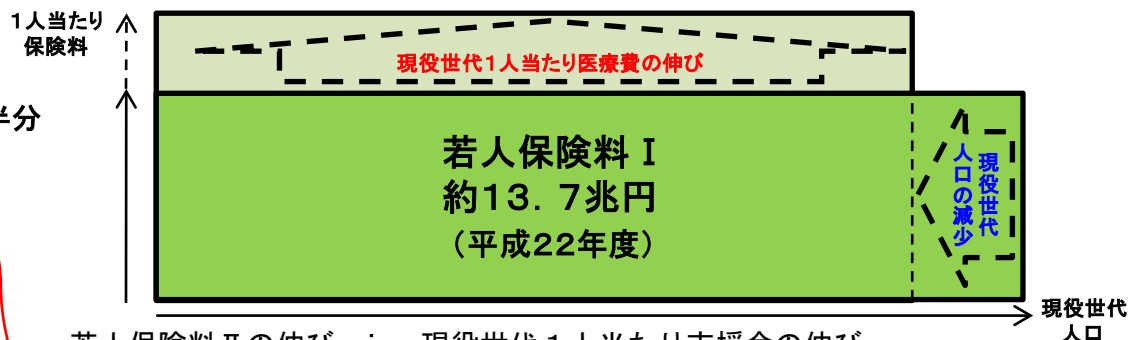
高齢者の保険料・・・高齢者医療給付を賄うための保険料

高齢者保険料の伸び \equiv 高齢者1人当たり医療費の伸び
 + 後期高齢者負担率の上昇

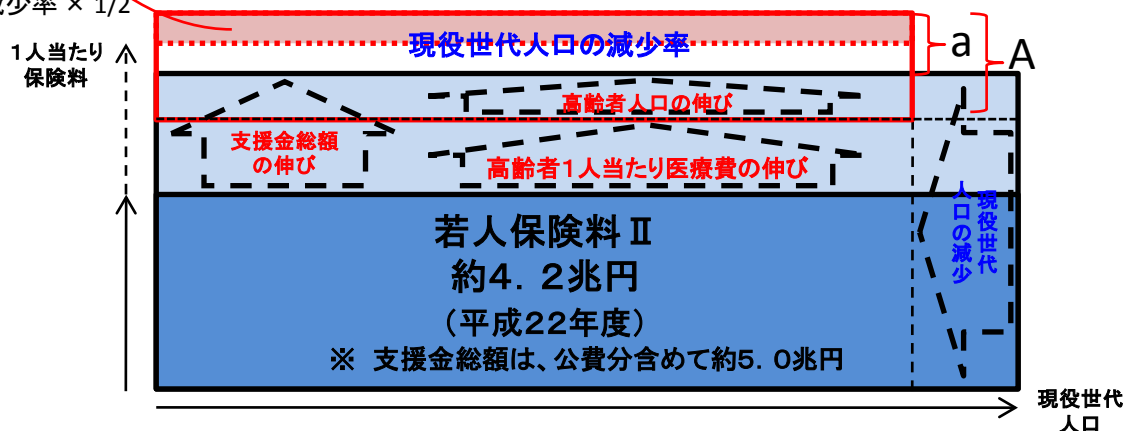


現役世代の保険料・・・若人保険料 I (若人医療給付を賄うための保険料) + 若人保険料 II (高齢者医療給付を支える保険料(支援金))

若人保険料 I の伸び \equiv 現役世代1人当たり医療費の伸び



若人保険料 II の伸び \equiv 現役世代1人当たり支援金の伸び
 \equiv 支援金総額の伸び + 現役世代人口の減少率
 \equiv 高齢者1人当たり医療費の伸び
 + 高齢者人口の伸び + 現役世代人口の減少率
 - 後期高齢者負担率の上昇による支援金の減少分



※ 支援金総額は、公費分含めて約5.0兆円

※ 後期高齢者負担率 = 10% + 平成20年度の現役世代負担割合(約4割) × 平成20年度から改定年度までの現役世代人口の減少率 × 1/2

(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枠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
75歳以上1人当たり 保険料額(年額)	6.8万円 (※)	8.7万円 (28%増)	10.1万円 (48%増)
75歳未満1人当たり 国保保険料額(年額)	9.6万円	11.5万円 (20%増)	13.2万円 (38%増)

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
75歳以上1人当たり 国保保険料額(年額)	7.0万円 (※)	8.5万円 (20%増)	9.5万円 (35%増)
75歳未満1人当たり 国保保険料額(年額)	9.4万円	11.2万円 (19%増)	12.9万円 (37%増)

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。

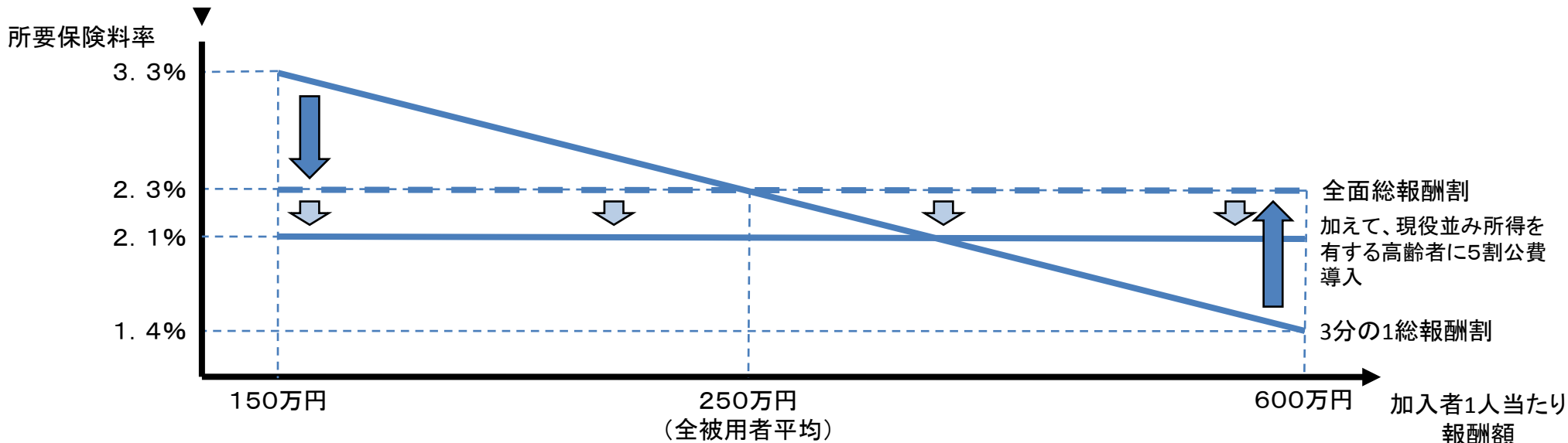
・被用者保険計には全国土木国保組合を含む。

・支援金に係る前期財政調整後の額である。

・健保組合には、65歳未満の特例退職被保険者分を除く。

(参考) 新制度において支援金を総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)

— 2013年度(平成25)推計 —



(注1) 2013年度の所要保険料率は、賃金上昇率が0%の前提で算出。また、前期財政調整を加味した支援金負担を算定。

(注2) 協会けんぽの加入者1人当たり報酬額は207万円。1人当たり報酬額が協会けんぽより高い健保組合は1,338、低い健保組合は124。

(参考1) 支援金の総報酬割導入等による負担増(負担減)の保険者数 (2013年度推計)

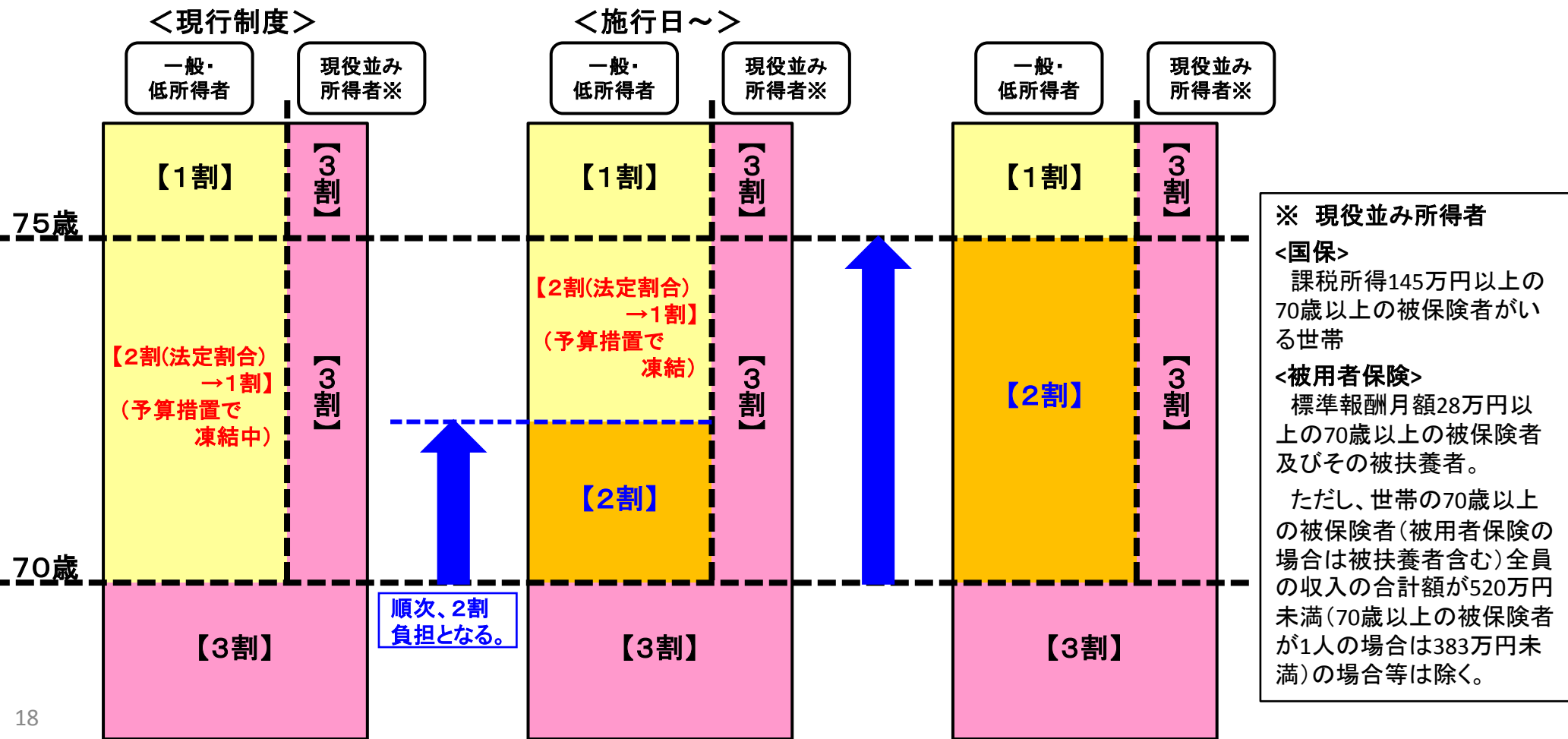
	全面総報酬割導入		加えて、現役並み所得を有する高齢者に5割公費を導入した場合	
	健保組合	共済組合	健保組合	共済組合
負担増 保険者数	872	82	540	62
負担減 保険者数	590	1	922	21

(参考2) 支援金の負担額の変化の例 (2013年度推計)

	加入者数 (75歳未満)	加入者一人当たり報酬額 (75歳未満)	3分の1総報酬割	全面総報酬割	加えて、現役並み所得を有する 高齢者に5割公費を導入した場合
A健保組合	1,840人	501万円 (総報酬9,220百万円)	142百万円	212百万円	197百万円
			所要保険料率 1.5%	所要保険料率 2.3%	所要保険料率 2.1%
B健保組合	1,939人	164万円 (総報酬3,184百万円)	99百万円	73百万円	68百万円
			所要保険料率 3.1%	所要保険料率 2.3%	所要保険料率 2.1%

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、約2千億円の予算措置により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、個々人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。

70歳未満
(3割負担)

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

70歳未満
(3割負担)

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)

70歳以上(原則1割負担)

		外来 (個人ごと)	自己負担 限度額
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	8,000円	24,600円
	I (年金収入80万円以下等)		15,000円

一般のみ変更

70歳以上75歳未満(原則2割負担)

		外来 (個人ごと)	自己負担 限度額
現役並み所得者		44,400円	80,100円+1% (44,400円)
一般		24,600円	62,100円 (44,400円)
低所得者	II	<u>8,000円</u>	<u>24,600円</u>
	I		<u>15,000円</u>

変更なし

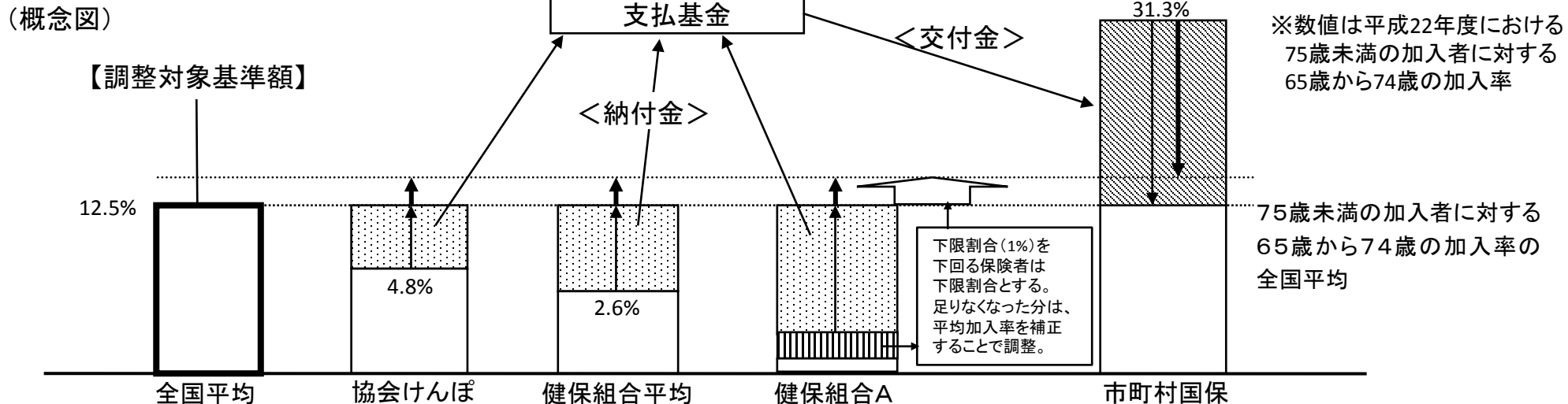
75歳以上(原則1割負担)

現役並み所得者		44,400円	80,100円+1% (44,400円)
一般		12,000円	44,400円
低所得者	II	<u>8,000円</u>	<u>24,600円</u>
	I		<u>15,000円</u>

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。

保険者間の財政調整 (65歳から74歳までの方の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整する仕組み)

- 新たな制度においても、65歳から74歳までの方の偏在により保険者間の負担の不均衡が生じることとなる。これを是正するため、保険者間の財政調整の仕組み(現行の前期財政調整)を継続する。
- 具体的には、各保険者は、65歳から74歳までの方に係る給付費及び支援金について、75歳未満の加入者に対する65歳から74歳の加入率が全国平均と同じであるとみなして算定された額(調整対象基準額)を負担する。
 - ※ 給付費のみならず、65歳から74歳までの方に係る支援金についても、これらの方の偏在に伴う負担であり、全ての保険者で負担を分かち合うべきであることから、現行の前期財政調整においても調整対象となっている。(旧退職者医療制度でも、退職者に係る老健拠出金は、被用者保険が負担)
 - ※ 被用者保険グループにおいては、支援金を全面総報酬割で負担することとすれば、65歳から74歳までの方に係る支援金についても、全面総報酬割で負担することとなる。(現在は、3分の1が総報酬割、3分の2が加入者割)
- また、現行と同様、以下の措置を引き続き設ける。
 - ① 75歳未満の加入者に対する65歳から74歳までの加入率が著しく低い保険者の負担が過大とならないよう、加入率の下限を定める。【現在の下限 1%(平成22年度)】
 - ② 65～74歳の方に係る給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える部分を調整の対象から外すことにより、各保険者の医療費の効率化を促進する。【1人当たり医療費が全国平均の1.46倍を超える部分を調整対象外(平成22年度)】
 - ③ 納付金等の他保険者への持出しが、給付費等の義務的支出の合計額に比して著しく過大となる保険者の納付金のうち、その過大となる部分について、全保険者で再按分する。【全保険者の3%が調整の対象となるよう設定】



健康づくり・医療の効率的な提供等

【現状・課題】

【見直しの方向性】

論点Ⅰ 各地域における 医療費適正化の 取組

- 都道府県単位での健康づくりや医療の効率的な提供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が必要。

論点Ⅱ 各保険者における 壮年期からの 健康づくり等

- 特定健診等の実施率の向上が課題。
特定健診実施率38.3%
特定保健指導終了率7.8%
(平成20年度)
- 75歳以上の方の健康診査について、広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。
(平成20年度21%)

論点Ⅲ 高齢期における 医療の効率的な 提供を図るため の取組

- 必要な医療の提供が妨げられることのないよう配慮しつつ、効率化できる部分を効率化する取組の強化は必要。
 - ・ 医療費通知が未実施
…4広域連合
 - ・ 後発医薬品希望カードの配布が未実施…6広域連合
 - ・ 重複・頻回受診者への訪問指導が未実施…28広域連合(全市町村で実施している広域連合は8)

- 医療費適正化計画等の策定主体である都道府県が、国保の財政運営を担うことで、医療費適正化計画等がより実効あるものになる。
- 都道府県・市町村・保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備。

- 特定健診等の実施率向上に向けた取組の検討・実施。
- 75歳以上の方々に対しても保険者に実施を義務付け。国保の特定健診等の費用について、国・都道府県はそれぞれ1/3を負担。
 - ※ 高齢者への対応を含め、健診項目、保健指導のプログラムなど、技術的な問題については別途検討。
- 保険者による特定健診等のハイリスクアプローチに加え、健康づくりの普及啓発等のポピュレーションアプローチにより個人の行動変容に結び付けていく。

- 医療費通知の100%実施。
- 後発医薬品希望カードの配布及び利用差額通知の100%実施。
- 重複・頻回受診者への訪問指導の強化。
- レセプト点検、適正受診の普及・啓発等の取組の強化。

支援金の加算・減算の仕組みについて

- 現在、後期高齢者支援金については、各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じて、±10%の範囲内で加減算する仕組みとなっている。(平成25年度から施行)

現行の加減算制度については、以下のような問題点が指摘されている。

- そもそも実施率の低い保険者へのペナルティーである等の理由により、加減算制度自体を廃止すべき、との意見をどう考えるか。
 - 保険財政全体に貢献をした保険者にメリットを与えるのが加減算制度の本来の趣旨。既に20年度において国の定める参酌基準を達成した保険者も存在。
- 状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか。(被用者保険と市町村国保の達成状況の相違など)
 - 保険者毎の状況に配慮し保険者の種別・規模等を勘案する必要があるか。
- 加減算される金額(最大で後期高齢者支援金の±10%)が過大ではないか。(特定健診等の全保険者の事業規模は約1,000億円程度である一方、後期高齢者支援金の10%は、約5,000億円程度(平成22年度予算ベース))
 - 保険者毎の財政状況を勘案し適正な加減算の規模とする必要があるか。
- 生活習慣病対策による将来的な医療費への効果と加減算される支援金の対応関係をどのようにつけるか。
 - 中期的な実施状況やデータの蓄積状況を勘案する必要があるのではないか。

⇒ 各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じたインセンティブの仕組みは必要であることから、現行と同様の支援金を加減算する仕組みを新たな制度にも設けることとした上で、これらの問題点を踏まえて関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第2期のスタート(平成25年度～)までに結論を得る。

新制度における医療費、給付費の将来見通し

- 医療費、給付費の将来見通しについては、近年の実績を踏まえて1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定し、高齢化の影響を反映した人口推計を基に、将来に投影して推計を行うと、
- ・ 国民医療費は、2010年度37.5兆円から2025年度52.3兆円に14.8兆円増加(年平均伸び1.0兆円、2.2%)
 - ・ 医療給付費は、2010年度31.9兆円から2025年度45.0兆円に13.1兆円増加(年平均伸び0.9兆円、2.3%)
- となる見通し。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

(兆円)

	2010年度 (平成22・賦課ベース)	2013年度 (平成25)	2015年度 (平成27)	2020年度 (平成32)	2025年度 (平成37)	年平均伸び(2010→2025)	
						増減	伸び率
国民医療費	37.5	40.4	42.3	47.2	52.3	1.0	2.2%
(医療保険分)	35.1	37.9	39.7	44.2	49.0	0.9	2.2%
65歳未満	15.9	16.0	15.9	16.3	17.3	0.1	0.6%
65～74歳	6.4	7.1	7.7	8.2	7.6	0.1	1.2%
75歳以上	12.8	14.8	16.1	19.7	24.1	0.8	4.3%
医療給付費	31.9	34.5	36.1	40.4	45.0	0.9	2.3%
(医療保険分)	29.4	31.8	33.4	37.5	41.8	0.8	2.4%
65歳未満	12.4	12.5	12.3	12.7	13.5	0.1	0.5%
65～74歳	5.3	5.8	6.4	6.8	6.3	0.1	1.2%
75歳以上	11.7	13.5	14.7	18.0	22.0	0.7	4.3%

※ 医療給付費(2025年度45.0兆円)という水準は、平成18年度制度改正時の見通しの医療給付費(2025年度48兆円)を下回る。
また、当時の48兆円という推計値は、医療費適正化の中長期的方策である平均在院日数短縮及び生活習慣病対策による6兆円の適正化効果を織り込んだものである一方、上記45.0兆円は、こうした適正化効果を織り込んでいない数字。

※ 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)について、平成18年度制度改正時は、介護保険導入等の影響を適切に除去することが困難であるため、その前の平成7年度から平成11年度の実績を用いて、70歳未満2.1%、70歳以上3.2%と設定。平成15年度の3割負担の導入以後、大きな制度改正がないことから、今回の試算では、平成17年度から平成21年度の直近の実績を用いて、70歳未満、70歳以上ともに1.5%と設定。

新制度における制度改正等の影響

(1) 高齢者の保険料の負担率の見直し

○ 高齢者の保険料負担率は、現役世代の人口減少を踏まえ、平成20年度の10%から保険料改定の都度、引き上げる仕組みとなっているが、現行制度では、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。(平成25年度→37年度の保険料の伸び率:75歳以上48%増、75歳未満38%増)

このため、高齢者と現役世代の一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がほぼ均衡する仕組みに改める。(平成25年度→37年度の保険料の伸び率:75歳以上35%増、75歳未満37%増)

この点については、新制度の施行に先立って、現行制度の次期保険料改定時(2012年度(平成24年度))から見直すこととして試算。

(2) 新制度への移行による財政影響

○ 以下の点から新制度への移行による各保険制度への財政影響を試算。

(A) 75歳以上の高齢者も現役世代と同じ制度に加入(適用関係の変更)

- ・ 後期高齢者医療制度を廃止して、75歳以上の高齢者も現役世代と同じ制度に加入すると、被用者保険に本人約30万人、被扶養者約190万人が戻る事となるが、被用者保険では被扶養者から保険料を徴収しないことから、被用者保険にとっては負担増。

(B) 75歳以上の医療給付費に対する被用者保険者の支援金を総報酬割

- ・ 75歳以上の医療給付費に対する支援金は、現在、先の制度改正により、総報酬割3分の1、加入者割3分の2となっているが、これをすべて総報酬割にすることにより、健保組合・共済組合全体では負担増。

(C) 現役並み所得を有する高齢者に5割公費

- ・ 現在公費が投入されていない75歳以上の現役並み所得を有する高齢者にも5割公費を投入し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げることにより、すべての保険制度において負担減。

(D) 70~74歳の患者負担の段階的見直し

- ・ 個々の患者が負担増とならないよう、既に70歳に達し1割負担となった方は引き続き1割負担とし、それ以外の方は70歳到達後、順次2割負担としていくことにより、医療給付費は段階的に縮減し、すべての保険制度において負担減。

新制度における制度改正等の影響

(億円)

		75歳未満保険料					75歳以上保険料		公費(補正分除く)			
		計	(再)協会 けんぽ	(再)健保 組合	(再)共済 組合	(再)市町村 国保	計	(再)市町村 国保	計	国	都道府県	市町村
2010年度 (平成22)	現行制度	173,100	59,400	57,500	19,800	32,200	8,900	8,000	111,000	80,900	18,600	11,500
2013年度 (平成25)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	184,000	62,900	61,400	21,100	34,000	10,600	9,500	123,100	89,200	20,700	13,100
	新制度	183,500	62,300	61,600	21,700	33,400	10,400	9,300	123,700	89,200	20,900	13,600
	影響額	-400	-600	200	600	-600	-200	-200	700	0	200	500
2015年度 (平成27)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	190,500	64,700	63,700	22,000	35,400	11,700	10,600	131,800	95,300	22,300	14,100
	新制度	189,500	63,900	63,800	22,600	34,600	11,600	10,400	132,200	95,100	22,400	14,700
	影響額	-1,000	-800	100	600	-800	-200	-200	500	-200	100	600
2020年度 (平成32)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	204,800	68,900	67,900	23,600	39,300	15,300	13,900	156,000	112,200	26,800	17,000
	新制度	202,600	67,500	67,700	24,200	38,200	15,200	13,800	156,300	111,600	26,900	17,700
	影響額	-2,200	-1,400	-200	600	-1,100	-100	-100	200	-600	100	700
2025年度 (平成37)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	218,400	73,600	72,100	25,100	42,000	19,900	18,200	180,200	128,400	31,300	20,500
	新制度	215,900	71,800	72,000	26,000	40,800	19,900	18,200	180,800	127,900	31,600	21,300
	影響額	-2,500	-1,800	-200	800	-1,200	0	-100	600	-500	200	900

※1 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。

なお、診療報酬改定は見込んでいない。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

※2 保険料は保険料軽減や高額医療費共同事業に係る公費等を控除した後のものである。

また、医療給付に必要な保険料(所要保険料)の見通しであり、市町村国保の法定外繰入がないものとしている。

今後の公費の見込み(現行制度と新制度)

(単位: 億円)

