

平成22年度第2回愛知県後期高齢者医療制度に関する懇談会会議録

愛知県後期高齢者医療広域連合総務課

1 開催日時

平成23年3月1日(火) 午後2時から午後3時18分まで

2 開催場所

愛知県自治センター8F 会議室D

3 議事の表示

(1) 開会

(2) 事務局長あいさつ

(3) 事務局長からの説明及び意見交換

ア 平成23年度愛知県後期高齢者医療広域連合予算について

イ 新たな高齢者医療制度について

(4) その他意見交換

(5) 閉会

4 出席者

(1) 委員

被保険者代表 寺尾 登

被保険者代表 清水 富士子

被保険者代表 河村 節子

被保険者代表 山田 兼通

被保険者代表 杉浦 忠

医療関係者代表 柵木 充明

医療関係者代表 兜森 正道

医療関係者代表 浅井 彦治

保険者団体 鈴木 英範

学識経験者 井口 昭久

学識経験者 田川 佳代子

(2) 事務局

事務局長 小出 重則

事務局次長 村井 昭文

総務課長 加藤 日出次

管理課長 黒柳 哲禎

給付課長 鈴木 敏夫

出納室長 山田 茂

5 会議の要領

(1) 開会

総務課長（開会を宣言）

(2) 事務局長あいさつ

事務局長（あいさつ）

(3) 事務局からの説明及び意見交換

【総務課長】 （資料1に基づき説明）

【座長】 事務局から説明が終わりました。何かご意見等ございましたらお願いします。

特別会計は全体的に増えているのに、一般会計はほとんど変わらないのですね。

【総務課長】 そうですね。一般会計の中のいろいろ事務的な経費も含めて縮減ということで、先ほどちょっと触れなく申しわけなかったんですが、予算編成方針の中で5%削減ということを目標に予算編成をしております。

【委員】 済みません、ちょっと教えてください。

特別会計の2枚目の歳入のところで、公費が5割、それから高齢者の保険料が1割、現役世代からの支援が4割と記憶していたんですけど、この構成比を見るとそういうふうになっていないんですけど、その理由というのは何ですか。

【総務課長】 構成比をそれぞれで見ますと、保険料、この市町村の支出金の中に、ちょっと細かくて恐縮ですが、保険料の部分と保険基盤安定負担金というような部分があります。いわゆるそうしたものが今、ご指摘の保険料の1割のところですけども、それをちょっとこの資料ではちょっと数字が出ませんが、算出をしますと大体、歳入総額の10.3%ぐらいをそうしたもので占めております。

【委員】 この18.04%の中に高齢者の保険料も入っていますでしょうか。

【総務課長】 そうですね。抜き出しますと大体1割ぐらいになると。

【委員】 もう一個、僕が疑問に思ったのが、4番の支払基金交付金というのは、これは実は保険料なんですね。43%になっているので、それって不公平じゃないということを思うんですね。多分それは全国の中のあれだから、誤差はあるなと思いますが。

【総務課長】 3割負担の方の扱いの部分があります。

【委員】 それともう一個、ついでにいいですか。

今回の予算で、22年度予算と23年度予算の比較をしていますけど、実際に私が今、自分で考えると、まず22年度予算に対して決算額も出して、この決算の分に対して23年度はどうだということになるんですけど、これだと22年度予算に対して23年度予算がどういう数字になっておるのという話で、多分、決算見込みというのは予算より大体5%とか何%か少ないはずなんです。結局、23年度予算というのも、実際は22年度実績に対してほぼ横並びというのじゃないかな。だからほんとうに努力したのということをここでは、数字上は何か努力をしているみたいだけど、実際の決算見込み、22年度の決算見込みと23年度の予算の絡みはどうですかというのをちょっと聞きたいなと思います。

【総務課長】 今、ご指摘の決算見込み、ちょっと今、手元に数字はないんですけども、今おっしゃられたご指摘のところで、決算と比較、今お話ししたのは当初予算との比較でお話していますので、その辺は当初予算編成するときに決算の数字を、例えば契約ですと契約単価を意識しながら予算編成をしております。今の決算、ほぼそういう22年度の決算数字を念頭に23年度当初予算を編成したという、一般会計のほうですけど。

【委員】 だから、数字では96%なんだけど、僕はおそらく横ばいじゃないかなというふうに思います。

【総務課長】 決算と比較してですね。そうした面も、今のは当初予算でのお話ですので、そうした面もある部分はあります。

【委員】 新規事業についてですが、介護保険について、これは市町村ですね。そうすると市町村で毎年例えば保険料率が変わるわけですね。それは前年度とかいろんな比較しながら、市町村で保険料を変えていくということが原則で、この広域連合でそういうことで問題は出ておりません。各市町村すごく高いよ。これは保険料も同じようなことが言えますけれども、だから広域連合という形でもって現在は行われておるわけ。そういう点は何か問題はありませんか。

【管理課長】 まず、介護保険については、これは法律で市町村単位ということで、各市町村において介護の供給量をもとに、それから費用を集める中で保険料を決定すると。これが1つ。後期高齢者医療制度ですと、県単位で医療全体を見まして、その中で幾らかと。そうした中で今、委員のほうからご指摘があった、要は低いところもあるんじゃないのという部分については、制度が始まる前に老人医療費の低いところについては、5市町村あるんですけども、そちらについては料率自体を通常のところよりも低い形で設定を

しておりますので、現在の制度においてはそういう形で医療費の低いところについても配慮がされて、今、運営されてきていると。こういう状況でございます。

【座長】 ほかにございませんでしょうか。

それでは、議題の2に移りたいと思います。新たな高齢者医療制度について事務局の説明をお願いします。

【総務課長】 (資料2に基づき説明)

【座長】 何かご質問はございませんでしょうか。

【委員】 わかりやすいご質問をしたいと思いますが、健康診断、診察ですか、それを受けない人がいる、受診率が非常に少ない、低いということはどうしてでしょうか。ほんとうに自分が体の調子が悪いからどうしようもないというときぐらいはそれはやむを得んですが、そうでなければなかなかこういうふうに受けるのが少ないのかなと、そう思ったんですが。

【給付課長】 健康診断の関係でお話をいただきましたので、ご指摘のとおり後期高齢のほうの健康診断というのは、この中では努力目標というような形で、国保で行って見える特定健診は義務化されておるということで、その辺が基本的に違うということでございます。

それから、私どもも県内の市町村に業務委託をして健康診断の事業は実施しておるということで、従来、老健時代からの、各市町村のやっぱりいろんなものを引きずった形になっていまして、21年度なんかですと、非常に低い市町村ですと1けたの受診率というところもありますし、一部高いところだと60%以上と非常に高い受診率を出しているところもあるというようなことで、現状は私ども、今年度についてもまだ終わってはおりませんが、おおむね30%前後の受診率かなということ、若干ではございますが、21年度の受診率に比較すると上がる傾向にあるということ、決してそれでいいということじゃございませんので、なるべくなら予防ということ、健康診断のほうも受診をしていただきたいということで、先ほど申し上げたように、市町村によって相当なばらつきがあるということで、私どもは、やはり、住民の方、要するに被保険者の方が健康診断の必要性というのはやっぱり十分認識していただくのが、まず、イの一番じゃないかということで、市町村のほうにも広報活動、いろんな機会をとらえて広報活動等をまず実施していただいて、これは受けなければだめだなという被保険者の方のまず意識を持っていただこうじゃないかと、そんなことを私たちも考えております。

【委員】 ありがとうございます。もちろんおっしゃるとおりで、ほんとうは我々が率先して受けるべきと、それが基本になっておると思うんですけどね、やはり、そういう広報ですか、周知を十分にしていけないかなかなというふうに思います。

【委員】 ちょっといいですか。こちらの資料の2—2の患者負担割合というのがありますけれども、70歳から74歳の患者負担割合というのですね、現行は70歳以上の方については1割負担というのが、それが施行日、今、いつになるかちょっとはつきりまだわからないと思いますけど、1割増すと今度は2割負担の人と1割負担の人と、それから時間がたってその年齢の人は2割負担になると、こういうことですね。これはまだ日には決まっておりますね。

【事務局長】 これはまだ法案として出ていませんので、検討段階だというふうに理解してください。

【管理課長】 70歳から74歳までの方の2割については、これは今の後期高齢者医療制度ができるときの改正をもって、その段階で健康保険法等の改定の中で、法律上は2割という形でされておるところを、今が本来は2割のところを1割に予算上で抑えておると。国のほうの予算をとりあえず補正予算等でつぎ込む形で1割に抑えているという状況なんですけど、制度が今度、変わる段階ではそれをもとに戻したいというふうな案でございますので、法律が変わりますとそういうふうな形で段階的に到達された方から、70歳の方は今のですと2割を1割に抑えているところを本来の2割で、70歳になったら順に2割でお願いしたいというのが案です。

【委員】 わかりました。ありがとうございます。

【委員】 関連みたいな感じですが、先回、私はどうしてもおかしいなと思って質問したような気がするんですけどね、というのは3割の人がちょっとの収入の差でがたと1割と変わるなど、ほかの制度に比べると、そんなばかなことおかしいなという疑問があったんですよ。それが今度は段階的になりそうだということですよ。

【管理課長】 今のこの案どおりにいきますと、2割で70から74歳まではいただく。ですので、現役のときで3割だったのが、2割になって70から74歳、次が1割ですよ、ということです。

【委員】 その辺で関連しましてね、例えば負担率が2割になるとお医者さんや病院へ行く人が減少するわけですか。

【委員】 はっきり減っていきますよ。負担が増えれば当然です。昔、今は3割なんで

すけど、健保、1割から2割、2割が3割ですけど、ただ、1年半とか2年ぐらいして落ち着くと受診率が上がってきます。

【委員】 わかりました。

【座長】 ほかにございますか。

【委員】 一つ聞いていいですか、先ほどの話で。たしかこの取りまとめをやったときに、関係団体、すべて反対しておるんですよ。知事会も反対した、経済団体か何かも反対しておるし、だれひとり賛成していないものをこうやって法案に上げようとしていますね。今度、多分、実際、よくあって今年の秋じゃないかと言われてはいますが、その中で先ほど、知事会について説明がありましたが、あれはどういうようなものですか。

【事務局長】 とりあえずこの最終取りまとめに基づいた法案については、まだ知事会には了解していません。ただ、今回の国と地方の協議というのは、あくまでも国民健康保険制度、その基盤強化についてです。現在の国保の抱える構造的な問題を改善していくということで、結果的に何かというと、最終的には政府のほうの社会保障改革検討本部で社会保障と税の一体改革について、6月を目途に検討がなされる。それでそれより前に、厚労省は社会保障のほうの検討を4月を目途に検討すると。その検討の一環として、国保の構造的な問題云々という検討だからそれについては知事会のほうとしても協議の場に入るのそれはやぶさかではないということで始まっているということでございまして、法案とはちょっと離していただかないといけません。

だから、今、厚労省としては3つ課題があると。そのうちの1つが知事会の理解、それからあと、民主党のほうが高齢者の負担増について反対していますから、この辺のところをクリアしていかないけません。もう1つは野党のほうも廃止を反対していますので、そうする調整というのでもまだ必要だということでございますので、そう簡単にいくかなというのがあります。

【管理課長】 今の話題に関しましては、社会保障の改革の検討分の中に、社会保障改革に対する集中検討会議というのが2月に開催されてきておりまして、その中で医師会さん、それから連合さんとか、それから26日の段階では各質問した方々の意見を聞いた上で、それぞれいろんな案がありますねという形で、今、それを見ているというところもございまして。それで、先ほど、局長のほうから申し上げましたような形で上がってきたものとすり合わせをできるかできないかを見て、どういう形でというのが今後の課題です。

【委員】 これでいいと思うような話ですけど、以前、社会保障のどうのこうのとかあ

るでしょう。あれとこっちとどういうふうに絡んでくるのかなというのがありますね。

消費税10%というのをオーケーさせようとしておると僕は思っていますけどね。それで、その分の上がった分を社会保障のこっちのほうに回そうという、まあ、見え見えなんだけど、いつかは歩調を合わせるんだなと思うんだけど、果たしてコンセンサスが得られるのかなというのがね。結局委員を見るとほとんどそれなりの人で、開けた会議というのが多分できないんじゃないか。要するに事務局ベースで進んじゃうんじゃないかなと思う。それで、あと、たしか、50人ぐらい出ていると思うんですね、委員とか。最終的にはまた何か公平な話、テレビ会議みたいな形で一般公開できるようにするとか言っているけど、あんなことをやったらそれこそ行儀のいい話しかできなくて、本音で多分話ができないから、煮詰まった話ができないんだと僕は思っているんだけど。

【管理課長】 先生がおっしゃるようにその部分については、首相官邸のところのホームページの中で、資料だとかそれからあと映像の部分も出すという形で開かれた運営ということになっております。

【座長】 どの段階までが決まっているんですか。法案が通れば結局は都道府県単位化になって、ここは解散するわけですか。

【管理課長】 解散という形になり、それぞれの市町村国保のほうに加入していただくという形になります。ただ、財政運営については都道府県単位で行いますので、保険料率、それを決めるのは都道府県単位で決めて、それに基づいて市町村のほうで条例化すると。

【座長】 これを見ておると、逆に市町村の業務が増えそうですね。

【委員】 質問しますけど、14ページのところに現状は保険料の上限がたしかありますね。国保63万円とか後期高齢50万円とか書いてありますね。こういったものは、高齢者は結局保険料は上がる。それでまた2割負担というような状態に入ってくると、医療費の負担も増える。すごくいろんなものが高齢者には負担増になるんですね。そういうことですよね。新制度になれば。

【事務局長】 75歳以上の方については1割負担というのがそのまま1割負担です。70歳から74歳の方については、現行1割については段階的に2割にする。同じ民主党内の中でも高齢者の負担増に対しては理解を得られないからということで反対をしているというのが今の状況でございます。

【委員】 結局、政権がかわろうとかわるまいと、だれかが負担しなきゃいけないから、それをだれが負担するかだけの話なんですよ。だから、それを自民党であろうと民主党で

あろうとあるところからとろうとただけの話であるから、その分だけ高齢者の方にも負担してねというのが、どこで区切るかです。だから、74で区切るのか、70で区切るのかそれだけのところのコンセンサスをどうやって得るかだけの話なんです。結局は医療費が増えていくから、だれがどういう形で公平感を持ってできるかのそういう制度のつくり方なんですよ。

【委員】 公平になるかな。

【委員】 だから、今、言った1割と2割の段階で違う、あそこのところで、ただ、長い目で見れば、その収入の1万円、2万円の差でね、1割になるか2割になるか、これは大きいんだけど、トータルで見ればそういう人ばかりじゃないから、結局、2割負担するというのはそれなりの収入があるんでしょという。ただ、たまたまね、そこの段階のラインに立った人は確かに運の悪いとしかも言いようがないわね。そういう話なんですよ。

【委員】 そうですよ。運が悪いですよ。私、妹の婿が去年でしたか、改正のときに3割になっちゃった。これからあんまり医者へ行かんようにするわと言って、結局は在宅介護というのが奨励されておるでしょう。今、いろんな病気をやってもなるべくは家族が介護するという方向へ行っておるのに、医者へ行かんようになるもので、この間会ったときはあんまり歩けなくなっちゃったと言っていましたけど、ひどくなってきよるやないですか。医者へかからないと。3割負担だからもうちょっとえらいから、2回行くのを1回に減らすとか、3回行くのを1回にするとかいう、そういうちょっとやっぱり矛盾も出てきたのではないかなと最近思うんですけど。まあ、何しろ、どんどんお金をとられることが多くなってね。それはちょっとやっぱり考えものですね。

【委員】 税金を増やすといたってね、そのとき増やしたら結局、収入が少ない人に10%とか、収入が多い人も少ない人も全部10%それにとるとというのは、収入が少ない人にはすごくきつい話なんですよね。だから、直接税よりも間接税でやったほうがいいという議論もあるし、どこの国、ほかのところと比べて日本はまだまだ直接税が少ないという、そういうのもあるし、それはどういう、日本の国民が何を選ぶかという話だと僕は思いますよね。

【委員】 要するにあれじゃないですか。制度上、お金の面もまだはっきりした方策は何もできていないようですね。

【委員】 まだどうなるかわからんこともありますけれども、とにかくこのまず原点、

後期高齢者医療制度というのは若い人と高齢者を分断したからけしからんと、こういう話が基本にあって、それを変えようということで話は発足したわけですね。選挙対策もあって、民主党がそんなうば捨て山だとか、それから暴走族だけを集めて保険をつくるようなものだとか、いろんなことを言ってやったんだけど、それは主にやっぱり高齢者の方の反発がこれを、この制度を見出した、新しい制度ですね。今の制度をやめて新しい制度にしようというのは、高齢者の力が結局はそういうことを言ってきたと。それを今になって、発足して2年、3年になってきて、じゃ、高齢者の方々、今、どういうふうにそれを思われるかということはやっぱりきちんとやっておかないといけないんじゃないかと。最初の原点を見失っておるなという感じが非常にしますね。

もう一つ、あえて言わせていただければ、後期高齢者医療制度のよさは、個人勘定なんですね。個人勘定。だから、要するに今までの保険というのは、例えば根本は世帯単位だし、それから憲法なんかでも家族という存在があって、扶養家族で家族は保険料を払わなくていいと、こういうスタイルだったんですよ。それを後期高齢者で切って、後期高齢者というのは個人単位、だから、2人の世帯だろうが1人だろうがみんな個人が幾らですよというふうに払う制度だったんです。この制度の枠組み自体は今後の医療制度、若い人たちも考えるときに、非常に個人単位の保険にしていく、特に所得保障をきちんとやっていくという点ではかなり合理的な制度だなと思ったやつを、また、これ、逆行させておるといことで、今、じゃ、子供なんかは保険料が払えんのはどうするんだと。これは家族になるよりしょうがないんじゃないか、扶養家族になるよりしょうがないんじゃないかというんですけど、今は子供にも税額控除といって、子供もやっぱり一たん還付して、そこから子供の保険料を払う、こういうようなシステムにすべての国民を個人勘定にするというのが大体の世界の標準なんです。だから、それをまず第一歩、高齢者でやったのにもかかわらず、またこのバックさせたというのが私に言わせるとちょっと、しかも理念も何もなく、ほんとうに線で切ったことがどうだったかという検証もなしにやったということは、ちょっとあまりにもみんなの感情というか、間に切るのはけしからんと、そういう感情では、やっぱりこれからの高齢化社会を維持していけないんじゃないかなと、こういうふうに思いますね。また余計なことを言いまして。

【委員】 私は現行制度に賛成の立場に戻ります。莫大な費用をかけて、これだけのことを検討して、それで今なおかつ結果が出ないわけなんですね。だから考えております。それで、後期高齢者の立場といたしますと、まず自分自身の健康づくりに取り組むと、そ

れから介護保険、医療費を使わないように高齢者は自覚して生活をする、そういうことを日ごろ心がけておりますし、皆さんにも健康づくりを勧めております。

以上です。

【座長】 ほかにないようでしたら、事務局のほうからお願いいたします。

【総務課長】 まず、多くのご意見をいただきましてありがとうございました。

1点、ちょっと事務局から委員の皆様へご相談させていただきたいことがあります。現在、この懇談会は非公開で行っております。懇談会は非公開で行っておりますが、懇談会は広く傍聴を認めて公開の場で開催すべきではないかとの請願をいただいております。

事務局といたしましては、委員の皆様の率直な意見表明ができないおそれがあると考えておりますことから、今までも非公開で開催してまいりましたが、傍聴を認めて公開の場で懇談会を開催することについて、今後の参考とするため、委員の皆様のお考えをいただけたらと存じます。

以上でございます。

【委員】 公表しても良いのではないのでしょうか。制度に賛成の意見もあると思う。見に来る人がいますでしょうか。

【総務課長】 請願が出ているところの団体については、多分、傍聴されるんじゃないかなというふうには思われます。

【委員】 議事録はホームページで公表されていますよね。

【総務課長】 はい、ホームページで公表しています。

【委員】 発言しにくくなるということがね。

【委員】 政府に対する懇談会だから、政府に対する文句の言い合いっこだったらそれでいいけど、広域連合さんの趣旨は何なのかちょっと僕にはわからんけど、大切なことであるのは事実なんだよね。大切なことはわかるけど広域連合として何がやりたいのか、何を議論すべきかということだと思えます。

【事務局次長】 国のほうは意見を伺う場という表現をしております。

【委員】 国の制度を県単位で、特に愛知県という県で議論しても、何かしまらない感じと言ったら失礼な話なんですけど、愛知県での議論をするのであれば何かテーマを絞った議論にならないと、全体の制度を愛知県だけで議論してもやはりちょっと無意味な気がします。開示しようといっている団体はどういった団体なのでしょうか。

【総務課長】 愛知県社会保障推進協議会と全日本年金者組合愛知県本部です。

【総務課長】 ありがとうございます。それでは、閉会に当たりまして事務局長からごあいさつ申し上げます。

【事務局長】 どうも長時間にわたりご議論いただきありがとうございました。また、最後にこの懇談会のあり方についてご提言をいただきました。確かに今回の予算についてはもう既に議決されたものでございまして、これは大変申しわけないと思っておりますけど、もう一つの新たな高齢者医療制度についても国のほうの制度ということで、これでどうなるのかということでもないんですけど、やっぱり皆さんのほうに知っておいてもらったほうがいいのかということ、こちらのほうとしてはそういう機会を設けたということでございますけど、具体的にうちの広域連合で行っている事業について、皆さんのご意見を参考に事業を展開できるようなこと、そういうような内容で次回から検討して、皆さんのほうにご意見を伺うというようなことも検討してまいりたいと思いますので、またよろしくお願ひしたいと思います。

以上、本日はどうもありがとうございました。

平成 23 年度愛知県後期高齢者医療
広域連合予算について

平成 23 年度愛知県後期高齢者医療広域連合予算について

1 予算編成方針

当広域連合は独自の財源を持たず、財政運営は保険料を含む構成市町村からの負担金、国や県からの支出金及び現役世代からの支援金である支払基金交付金などを財源として事業運営を行うものであり、被保険者の動向に留意しつつ、常に計画的かつ効率的な財政運営を行っていく必要があります。

こうしたことから、予算編成方針を策定し、歳入については、国県支出金、市町村負担金等についての的確に見込むこと、歳出については、事業効果を的確に把握し、「最小の経費で最大の効果」を挙げることに留意して予算編成に当たっております。

特に、一般会計における市町村事務費負担金については、前年度予算の 5%削減を目標といたしました。

2 会計別予算額

平成 23 年度予算は、広域連合の組織運営に必要な経常的な経費及び後期高齢者医療制度の実施に係る事務的経費を主とした一般会計予算と後期高齢者医療制度の運営に必要な経費を計上した後期高齢者医療特別会計予算から成っています。

会計名	平成 23 年度当初予算	平成 22 年度当初予算	対前年度差	対前年度比
	千円	千円	千円	%
一般会計	4,696,332	4,861,425	△165,093	96.60
後期高齢者医療特別会計	610,884,249	574,037,992	36,846,257	106.42
合計	615,580,581	578,899,417	36,681,164	106.34

(1) 一般会計

一般会計当初予算の歳入の主なものは、市町村の事務費負担金 11 億 9,553 万 8 千円、後期高齢者医療制度臨時特例基金からの繰入金 33 億 7,733 万 3 千円です。

また、歳出の主なものは、給付業務に係る事務経費である給付管理費 4 億 7,837 万 5 千円、保険料軽減措置に要する経費などを特別会計に繰出す後期高齢者医療特別会計繰出金 34 億 3,059 万 2 千円です。

歳入歳出予算の総額は歳入歳出それぞれ 46 億 9,633 万 2 千円となり、前年度当初予算 48 億 6,142 万 5 千円に対して 1 億 6,509 万 3 千円の減少、前年度比 96.60%となります。

<歳入>

款	平成 23 年度当初予算		平成 22 年度当初予算		対前年度差	対前年度比	備考
	金額	構成比	金額	構成比			
	千円	%	千円	%	千円	%	
1 分担金及び負担金	1,195,538	25.46	1,311,249	26.97	△115,711	91.18	市町村事務費負担金
2 国庫支出金	62,654	1.33	65,531	1.35	△2,877	95.61	保険料不均一賦課負担金他
3 県支出金	36,511	0.78	37,368	0.77	△857	97.71	保険料不均一賦課負担金
4 財産収入	3,993	0.08	6,256	0.13	△2,263	63.83	利子及び配当金
5 寄附金	1	0.00	1	0.00	0	100.00	
6 繰入金	3,377,334	71.91	3,400,819	69.96	△23,485	99.31	後期高齢者医療制度臨時特例基金繰入金他
7 繰越金	20,000	0.43	40,000	0.82	△20,000	50.00	
8 諸収入	301	0.01	201	0.00	100	149.75	預金利子他
合計	4,696,332	100	4,861,425	100	△165,093	96.60	

<歳出>

款	平成 23 年度当初予算		平成 22 年度当初予算		対前年度差	対前年度比	備考
	金額	構成比	金額	構成比			
	千円	%	千円	%	千円	%	
1 議会費	4,978	0.11	5,113	0.11	△135	97.36	
2 総務費	660,697	14.07	732,377	15.06	△71,680	90.21	職員人件費・一般管理費他
3 民生費	4,029,656	85.80	4,122,735	84.81	△93,079	97.74	給付管理費・後期高齢者医療特別会計繰出金他
4 公債費	1	0.00	200	0.00	△199	0.50	
5 予備費	1,000	0.02	1,000	0.02	0	100.00	
合計	4,696,332	100	4,861,425	100	△165,093	96.60	

◎歳出額が前年度と比較して大きく増減した項目（細節ベースで前年度差±5 百万円以上のもの）（千円）

款	細 節	平成 23 年度当初予算	平成 22 年度当初予算	対前年度差
総務費	時間外勤務手当	27,072	34,300	△7,228
	派遣職員人件費負担金	305,412	332,277	△26,865
	電算システム運用保守委託料	234,660	250,362	△15,702
	電算システム改修委託料	54,447	71,169	△16,722
民生費	印刷等業務委託料（保険証等印刷業務）	98,708	111,263	△12,555
	データ入力等業務委託料（申請内容のデータ入力確認等業務）	16,533	22,053	△5,520
	通信運搬費（医療費通知等郵送料）	108,363	114,036	△5,673
	手数料（第三者行為損害賠償請求事務手数料）	17,766	10,784	6,982
	二次レセプト点検業務委託料	39,480	48,000	△8,520
	高額介護合算制度関係文書通知等業務委託料	1,470	8,319	△6,849
	支給決定通知書作成等業務委託料	7,225	16,229	△9,004

(2) 後期高齢者医療特別会計

後期高齢者医療特別会計当初予算の歳入の主なものは、国からの療養給付費負担金 1,376 億 2,601 万 9 千円、現役世代からの支援分である後期高齢者交付金 2,665 億 9,842 万 9 千円です。

また、歳出の主なものは、療養給付費 5,756 億 1,607 万 2 千円です。

歳入歳出予算の総額は歳入歳出それぞれ 6,108 億 8,424 万 9 千円となり、前年度当初予算 5,740 億 3,799 万 2 千円に対して 368 億 4,625 万 7 千円の増加、前年度比 106.42%となります。

<歳入>

款	平成 23 年度当初予算		平成 22 年度当初予算		対前年度差	対前年度比	備考
	金額	構成比	金額	構成比			
	千円	%	千円	%	千円	%	
1市町村支出金	110,234,502	18.04	104,299,920	18.17	5,934,582	105.69	保険料等負担金・療養給付費負担金
2国庫支出金	177,798,337	29.11	163,920,119	28.56	13,878,218	108.47	療養給付費負担金・調整交付金他
3県支出金	52,142,096	8.54	48,673,498	8.48	3,468,598	107.13	療養給付費負担金他
4支払基金交付金	266,598,429	43.64	253,216,918	44.11	13,381,511	105.28	後期高齢者交付金
5特別高齢医療費共同事業交付金	89,286	0.01	83,972	0.01	5,314	106.33	
6寄附金	1	0.00	1	0.00	0	100.00	
7繰入金	3,430,592	0.56	3,477,238	0.61	△46,646	98.66	一般会計繰入金
8繰越金	1	0.00	1	0.00	0	100.00	
9県財政安定化基金借入金	1	0.00	1	0.00	0	100.00	
10諸収入	591,004	0.10	366,324	0.06	224,680	161.33	第三者納付金他
合計	610,884,249	100	574,037,992	100	36,846,257	106.42	

<歳出>

款	平成 23 年度当初予算		平成 22 年度当初予算		対前年度差	対前年度比	備考
	金額	構成比	金額	構成比			
	千円	%	千円	%	千円	%	
1保険給付費	607,220,566	99.40	570,267,488	99.34	36,953,078	106.48	療養給付費・高額療養費他
2県財政安定化基金拠出金	1,449,128	0.24	1,449,128	0.25	0	100.00	
3特別高齢医療費共同事業拠出金	90,000	0.01	84,656	0.02	5,344	106.31	
4保健事業費	2,000,770	0.33	1,453,158	0.25	547,612	137.68	健康診査費
5公債費	24,000	0.00	24,000	0.01	0	100.00	一時借入金利子
6諸支出金	99,784	0.02	126,002	0.02	△26,218	79.19	保険料還付金他
7予備費	1	0.00	633,560	0.11	△633,559	0.00	
合計	610,884,249	100	574,037,992	100	36,846,257	106.42	

◎保険給付費について

平成 23 年度の保険給付費に係る予算は、平成 22、23 年度の保険料率算出時に見込んだ数値を基に計上しています。

区分	平成 23 年度当初予算	平成 22 年度当初予算	増減比
	千円	千円	%
療養給付費	575,616,072	540,816,023	106.43
訪問看護療養費	2,413,485	2,152,163	112.14
特別療養費	1	1	100.00
移送費	120	260	46.15
高額療養費	25,341,588	23,390,619	108.34
高額介護合算療養費	627,000	641,602	97.72
審査支払手数料	1,262,300	1,296,820	97.34
葬祭費	1,960,000	1,970,000	99.49
合計	607,220,566	570,267,488	106.48

(参考) 基礎数値

区分	平成 23 年度	平成 22 年度	伸び率
被保険者数	714,000 人	684,000 人	4.39 %
医療費	659,073,749 円	619,852,321 円	6.33 %
一人当り医療費	923,072 円	906,217 円	1.86 %

3 新規事業

事項	内容	予算額
(一般会計・民生費・給付管理費) レセプトデータ分析業務	近年、増加傾向にある在宅医療に焦点をあて、医療費動向などの分析を行い、事業計画に反映するもの。 なお、愛知県へ「地域保健医療計画」などの基礎資料として、情報提供する予定である。	2,752 千円
(一般会計・民生費・給付管理費) 介護保険との給付調整に係るレセプト点検業務	後期高齢者医療と介護保険の給付情報を突合することにより、後期高齢者医療に請求されたレセプトのうち、本来、介護保険へ請求すべきレセプトを抽出し、医療費の適正化を図るもの。	2,477 千円

高齢者のための新たな医療制度等
について
(最終とりまとめ)

高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）

平成 22 年 12 月 20 日
高齢者医療制度改革会議

I はじめに

- 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、以来、今日まで 14 回にわたり会議を重ねてきた。
- 審議に当たっては、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
- また、この間、本年 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、厚生労働省において、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、幅広く国民の意見を伺う取組も進めてきた。
- 中間とりまとめでは、
 - ①加入する制度を年齢で区分せず、75 歳以上の高齢者の方も現役世代と同じ国民健康保険（以下「国保」という。）か被用者保険に加入し、年齢による差別的な扱いを解消すること
 - ②多くの高齢者が加入することとなる国保について、第一段階で高齢者に関し都道府県単位の財政運営とし、第二段階で現役世代についても都道府県単位化を図ることを基本とした新たな制度の骨格を示した。

- この最終とりまとめは、中間とりまとめで積み残した課題を中心に9月以降に行った議論の結果を基に、新たな制度の具体的なあり方についてとりまとめたものである。
- なお、議論の中心は、高齢化の進展に伴って増大する医療費の負担をどう分かち合うかという点を巡るものであるため、各委員が全ての点で納得・合意することは困難な面があり、この最終とりまとめは、委員の意見の大勢をとりまとめたものである。

Ⅱ 改革の基本的な方向

- かつての老人保健制度は、75歳以上の医療給付費を公費5割と各保険者からの拠出金5割で賄っていたが、①拠出金の中で高齢者と現役世代の保険料が区分されておらず高齢者と現役世代の負担割合が不明確であったこと、②加入する制度や市町村により高齢者の保険料額に大きな差があったこと等の問題点があった。
- これらの問題点を改善するため、現行の後期高齢者医療制度は、国保・被用者保険から分離・区分した独立型の制度を創設し、高齢者と現役世代の負担割合を明確にして世代間の連帯で支えるとともに、高齢者一人ひとりに保険料負担を求め、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とすることで高齢者の保険料負担の公平化を図ろうとした。
- しかしながら、後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分するという基本的な構造において問題があり、国民の十分な理解も得ることができなかった。この点は、意識調査の結果を見ても、一定年齢以上の高齢者だけを一つの医療制度に区分することについて、「適切でない、あまり適切でない」とする割合が44%（有識者に同様の調査を行うと約53%）と、「適切である、やや適切である」とする割合約30%（有識者；約35%）を上回っていることから明らかである。
- また、後期高齢者医療制度では、75歳以上の「高齢者間の負担の公平」を図るため、被用者や被扶養者の方々を被用者保険から分離・

区分したことから、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となり、被扶養者であった方も保険料を負担することとなった。このため、被用者や被扶養者の方々については、75歳を境に保険料や保険給付等が異なることとなり、「世代間の不公平」が発生することとなった。

- このため、今回の改革では、独立型の後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同様に国保か被用者保険に加入することとした上で、①公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化、②都道府県単位の財政運営といった現行制度の利点はできる限り維持し、より良い制度を目指すこととした。
- これにより、75歳以上の被用者の方も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の負担となる。また、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を負担することとなる。
- このほか、後期高齢者医療制度においては、
 - ①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であること
 - ②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ていること
 - ③健康診査が努力義務となる中で、受診率が低下したこと等の問題も指摘された。
- 新たな仕組みの下では、
 - ①高齢者の保険料の負担率を見直すとともに、各都道府県に財政安定化基金を設置し、高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みとする
 - ②現役世代と同じ制度に加入することで、患者負担が世帯単位で合算され、高額療養費により世帯当たりの負担額は軽減される
 - ③高齢者の健康診査は、各保険者の義務とする等により、現状の後期高齢者医療制度の問題点は改められる。
- 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財政運営の都道府県単位化を実現し、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。

Ⅲ 新たな制度の具体的な内容

1. 制度の基本的枠組み、加入関係

- 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、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。
- 新たな制度の施行に伴う資格の移行は確実かつ簡素な仕組みで行う必要がある。このため、後期高齢者医療制度の被保険者のうち、被用者保険・国保組合に加入する方以外は、自動的に国保に加入することとし、世帯主からの国保への加入手続を不要とする。一方、被用者保険等においては、通常資格取得時・被扶養認定の手続と同様の手続が必要となることから、届出漏れが生じないように、国は保険者と連携し、周知・広報を徹底する。
- 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できるものとする。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、現在、75歳になるまで加入するものとなっているが、制度として年齢による一律の区分はなくすることとし、75歳以上の扱いは、個々の特定健保が規約で定める。
- なお、将来的な医療保険制度の姿については、地域保険と被用者保険が共存し、それぞれの保険者機能を活かせる制度体系を維持すべきとの意見がある一方で、被用者保険についても地域保険に統合すべきという意見があった。

2. 国保の運営のあり方

(1) 国保の構造的課題への総合的な対応

- 無職者・失業者・非正規雇用者などを含め低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的課題を抱える国保については、平成22年の通常国会において、平成21年度で暫定措置の期限を迎えた財政基盤強化策を4年間延長し、低所得者を多く抱える保険者に対する財

政支援措置や、高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和する措置などの対応が講じられることとなった。

- また、収納率向上が課題であったことから、これまで、年金からの保険料の引き落としや、収納対策緊急プランの実施などの取組が進められてきた。
- 今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、こうした取組の充実に加え、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である。

(2) 都道府県単位の財政運営

- これまで医療保険制度においては、保険者の財政基盤の安定を図るとともに、地域の医療提供のまとまりに見合った保険者となるよう、保険者の再編・統合が進められてきた。再編・統合に当たっては、安定的な財政運営ができる規模が必要であること、各都道府県において医療計画が策定され、医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があること等から、都道府県単位を軸として、協会けんぽの財政運営の都道府県単位化や、健保組合の都道府県単位での再編・統合を図るための地域型健保組合の仕組みが導入されてきた。
- 一方、国保においては、保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による部分的な対応は図られてきたものの、財政運営自体を都道府県単位化することは長年の課題として残されてきた。
- 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（市町村国保から都道府県単位の後期高齢者医療制度への移行により、全国における格差は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）。
- 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。

(3) 都道府県単位の運営主体のあり方

- 都道府県単位化されている現行の後期高齢者医療制度については、市町村が保険料の徴収及び窓口業務を担い、それ以外の財政運営、資格管理、保険料の決定・賦課、保険給付、保健事業といった業務を後期高齢者医療広域連合が担っている。
- 後期高齢者医療広域連合については、制度施行当初から市町村等からの出向職員が精力的に業務を遂行し、現在では、施行当初に比べると安定的に運営されている状況にある。
- しかしながら、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、運用上、住民から直接選ばれていないので、責任が明確でないと受け止められている、③市町村に対する調整機能が必ずしも十分に働いていない、といった問題点が指摘されている。
- 都道府県単位の運営主体のあり方については、
 - ①都道府県が国保の保険財政に責任を持つことにより、都道府県が行っている健康増進や医療の効率的な提供に向けた取組がより有効に推進されることが期待できること
 - ②都道府県が担うことにより現行の後期高齢者医療広域連合に対して指摘されている問題点の改善が期待できること等から、市町村による広域連合ではなく、都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢である。なお、財政運営を担うという大きな問題であることから、国は、引き続き、都道府県をはじめとする地方関係者との調整を精力的に行うなど、その理解と納得を得るための努力を重ねることが必要である。

(4) 第一段階における運営の仕組み

ア 事務の分担等

- 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。
- 保険料率の決定・賦課・徴収・納付における都道府県と市町村の具体的な分担は、次のとおりとする。
 - ・ 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。なお、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。
 - ・ 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。
 - ・ 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。
 - ・ 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。
 - ・ 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付する。
- 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。また、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。このため、給付事務については「市町村」の事務とする。
- 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等を最大限活用できるようにする必要がある。
- 以上のことから、都道府県と市町村の事務の分担については、「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。

- なお、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とも考えられる。
- 国は、全国にわたって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。

イ 財政リスクの軽減

- 現行の後期高齢者医療制度と同様に、次の財政安定化のための方策を講じる。

①財政安定化基金

- ・ 都道府県に財政安定化基金を設置し、給付の増加や保険料の収納不足に対応する（給付の増加は貸付け、保険料の収納不足は 1/2 交付、1/2 貸付け）。また、現役世代の市町村国保の保険料の伸びとの均衡を図る観点から、保険料の上昇抑制のためにも交付できるものとする（後述）。財政安定化基金の財源は、国：都道府県：保険料=1：1：1 の割合で負担する。

②2年を一期とした財政運営

- ・ 保険料は、おおむね2年を通じ財政の均衡を保つことができるものとして設定する。

③都道府県間の財政力格差の調整（調整交付金）

- ・ 高齢者の所得分布による都道府県間の財政力格差を調整し、医療費水準や所得水準が同じであれば、標準（基準）保険料率は同じ水準とする。

④保険基盤安定制度

- ・ 所得の低い方に対する保険料軽減制度（7割・5割・2割）を設け、軽減分を公費で負担する。

⑤高額医療費の公費負担等

- ・ 高額な医療費については保険料で賄うべき部分の5割を公費負担とし、更に特に高額な医療費については保険料で賄うべき部分は全国レベルの共同事業とする。

⑥保険料の特別徴収

- ・ 65歳以上世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの引き落としを実施できるようにするほか、収納率の低下を防止するための措置を講じる（後述）。

(5) 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、①保険料の設定（高齢者と現役世代の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか等）、②費用負担のあり方（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）等について結論を得ることが必要であるが、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である。
- 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である。
- 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。
- この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。

- 特に、市町村国保の法定外一般会計繰入や繰上充用については、市町村の政策的判断によって行っている部分もあるが、市町村国保の財政運営の健全化を図るためには、保険料引上げ、収納率向上、医療費適正化など総合的な取組を行うことにより、段階的かつ計画的に解消していくことが望ましい。今後、第二段階への円滑な移行を図るという観点も踏まえ、国においては、市町村間で不公平が生じないように配慮しつつ、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について検討する。
- なお、広域化等支援方針に基づく取組を進める前提として、第二段階における標準（基準）保険料の算定方式については、2方式で賦課される後期高齢者医療制度と異なり国保の保険料は4方式・3方式が幅広く採用されている現状等を踏まえ、各都道府県の判断により、移行しやすい算定方式をそれぞれ採用することとする。
- また、第一段階では、高齢者の保険料の収納率は高く、市町村間の格差も僅かであることから、標準（基準）保険料率を基に市町村が保険料率を定め、市町村は徴収した高齢者分の保険料を納付する仕組みとなる。しかしながら、全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、現役世代の保険料は、高齢者より収納率は低く、市町村間の格差も大きいことから、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、地域の医療費格差の保険料率への反映方法、市町村間で取組が異なる保健事業の保険料率への反映方法等を含めて検討する。
- なお、国保全般のあり方について十分な議論が尽くされないままに、第二段階の方針・時期・運営主体等を法律に明記することは適当ではないとの意見がある一方で、第二段階の実現こそが重要であるとの意

見や、第二段階を実現することを前提に第一段階を経過的に行うという位置づけを明確にしておく必要があるとの意見があった。

(6) 国と地方の協議の場の設置

- 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。

3. 費用負担

(1) 支え合いの仕組み

- 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、これらの方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。
- 現行の後期高齢者医療制度は、年齢到達でそれまでの保険制度から分離・区分すること等について国民の理解を得ることができなかったことから、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。
- また、前期財政調整と同様、次の措置を設ける。

- 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。
 - ② 65 歳から 74 歳まで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。
 - 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。
- なお、現行の高齢者医療制度においては、支援金・納付金の負担により、現役世代の多くが加入する被用者保険の負担が増加し、財政の悪化が見られることから、負担を軽減する措置が必要であるとの意見、前期財政調整による健保組合等の負担の問題について十分な議論が尽くされていないという意見、支援金・納付金による現役世代の過重な負担が続けば、働く意欲や活力を削ぎ、景気にも悪影響を及ぼすこと等から、負担総額に一定の上限を設けることや公費投入の対象年齢の引下げを含む更なる公費拡充を併せて図るべき等の意見があった。一方、こうした意見に対しては、被用者保険の利益を優先して考えており、市町村国保を含め各保険者の負担が公平なものにならない限り、また、財源確保のめどが立たない限り、適当ではないとの意見があった。

(2) 公費

- 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。
- 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（平成 22 年度予算ベース；5.5 兆円）を投入しているが、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ことから、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。
- 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¹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。
- なお、「政府・与党社会保障改革検討本部」での議論を通じて、早急に社会保障制度全体のグランドデザインを描き、医療保険制度の財源のあり方についても結論を得た上で、高齢者医療制度の改革の内容をとりまとめるのが適切な手順であるとの意見がある一方で、新しい制度の結論を出し、それを受けて社会保障全体の財源について最終的に結論を得るべきとの意見があった。

(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。
- 現行制度においては、75歳未満の現役世代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。しかしながら、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にある。また、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という問題点がある。
- 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。なお、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。

- また、国保については、まず第一段階は75歳以上を都道府県単位の財政運営とし、第二段階で全年齢で都道府県単位の財政運営とするため、少なくとも一定期間は、75歳以上と75歳未満で保険料水準や伸び率が異なるものとなる。同じ国保に加入しながら、1人当たり医療費の伸び率に差が生じ、1人当たり保険料の伸びが75歳以上と75歳未満とで大きく異なることは適当ではないことから、第一段階の間、75歳以上の保険料について財政安定化基金を活用して伸びを抑制できる仕組みを設ける。なお、保険料の上昇抑制に基金を活用するかどうか、どの程度活用するかは、基金を設置する都道府県の判断によることとなるが、そもそも基金を保険料の上昇抑制のために活用すべきではないとの意見もあった。
- 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となるが、その際、65歳以上の世帯主が年金からの引き落としを希望する場合は、現行制度同様に実施できるようにする。また、現在、国保と介護保険の保険料の合計額が年金額の2分の1を超える場合や、世帯内に65歳未満の被保険者がいる場合には、引き落としの対象とならないが、この場合も世帯主が希望する場合は、実施できるようにする。
- 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も勘案しつつ、段階的に引き上げる。
- 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が、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。なお、実施に当たっては、75歳以上の1人当たり医療費は高く、毎月その85%の方がサービスを受

けている一方で、9割軽減の保険料は全国平均で月額350円程度に抑制されていること、75歳未満の国保では最大で7割までの軽減であり世代間の公平を考慮する必要があること等について、十分な説明を行い、国民に理解を求めながら丁寧に進める必要がある。

- 75歳以上の方の保険料軽減判定については、新たな制度への移行を要因とする高齢者の負担増を生じさせない観点から、全年齢を対象にした都道府県単位化を実施するまでの間（第一段階の間）の措置として、世帯単位の判定に加え、後期高齢者医療制度と同様の方法による判定を行った上で、より高い割合の軽減を適用する。
- 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

- 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ところである。
- 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全て総報酬割とする。
- これにより比較的所得の高い共済組合や健保組合の負担が増加することになるが、負担能力に応じた公平な負担とする趣旨であることについて理解を求めていくことが必要である。
- なお、総報酬割の導入により協会けんぽに対する国庫負担が不要となり、その分を健保組合等が肩代わりする構図となっていることは問題であり、更なる公費拡充によって負担軽減がなされなければ総報酬

割導入には反対であるとの意見があった。また、不要となる国庫負担分は、協会けんぽに対する国庫負担割合の引上げ、財政力の弱い健保組合への支援、前期高齢者への公費投入など、被用者保険のために活用すべきとの意見があった。一方、こうした意見に対しては、健保組合等と市町村国保の財政状況の違い等を考慮すれば、被用者保険だけの利益を考えることは適当ではないとの意見があった。

(5) 患者負担

- 患者負担については、これまで、義務教育就学前は2割、それ以降69歳までは3割、70歳から74歳まで2割、75歳以上は1割と、制度横断的に年齢に応じて負担割合を設定する方向で見直しが行われてきた。しかしながら、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、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。
- 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歳から74歳まで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。
- すなわち、個々人に着目してみれば、既に1割負担となった方の患者負担を2割に引き上げるものではなく、69歳までは3割負担だった方が70歳に到達するときから順次2割負担となるものであり、個々人の患者負担が増加するものではない。また、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。
- なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げるべきとの意見があった。

4. 健康づくり、良質で効率的な医療の提供等

- 今後増大が見込まれる医療費を広く国民の納得を得て負担いただくためには、国民が安心して過ごすことのできる医療の内容・水準を確保するとともに、国民一人ひとりが積極的に健康づくりに取り組む環境を整備すること等で医療費の効率化できる部分を効率化することが必要である。
- 平成 18 年の制度改正で、都道府県が、市町村・保険者等と協力し、医療費適正化及び関連する 3 計画（健康増進計画・医療計画・介護保険事業支援計画）を策定・実施することにより、都道府県単位で医療費適正化を進める仕組みが導入された。新たな制度においても、同様の仕組みを設け、都道府県単位で医療費の効率化できる部分を効率化する取組を更に推進する。また、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する。
- 各保険者が保険者機能を十分に発揮しながら壮年期からの健康づくりの取組を推進することが重要であり、特に特定健診・特定保健指導については、実施率の向上が課題となっている中で、実施率が高い保険者の具体的な取組状況等を踏まえ、実施率向上に向けた取組を進める。
- また、新たな仕組みの下では、健康診査・保健指導について、75 歳以上の方も 75 歳未満の方と同様に、各保険者の義務として行うこととする。なお、国保の健診等の費用については、75 歳未満同様、国・都道府県はそれぞれ 1/3 を負担することとする。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の場を設置し、検討を進める。
- 現在、特定健診・特定保健指導の実施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、①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、②加減算される金額が過大ではないか等の問題点が指摘されている。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。

- 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ことが重要である。保険者、産業界、学校、マスコミなどを含めた社会全体を巻き込んだ国民運動が展開されるよう、介護予防の取組とも連携しつつ、環境整備等を進める。
- 高齢期における医療の効率的な提供を図るための取組を推進するため、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、各保険者における取組の更なる充実を図る。
- 一方、医療サービスについては、病院・病床の機能分化の推進、急性期医療から慢性期医療、在宅医療までの切れ目のないサービス、地域医療のネットワーク化などが求められる。特に、医療と介護の両方のニーズを持つことの多い高齢者にとっては、地域ごとに医療・介護・福祉サービスが継続的・包括的に提供される体制づくりを進めることが求められる。
- 平成24年4月には、6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定が見込まれており、これに向けて、医療提供体制の見直しや診療報酬・介護報酬の改定について別途の場で検討されることとなるが、上記の観点を中心に踏まえた医療・介護の一体的見直しを行うことが必要である。

5. その他の重要事項

- 65歳から74歳までで一定の障害の状態にある方については、患者負担割合や公費・支援金の取扱いを75歳以上の方と同様とする仕組みを設ける。
- 診療月の翌月にレセプト審査がなされ、診療報酬が支払われるため、医療保険制度の会計年度（4月から3月まで）は、診療月ベースで見ると3月から2月までとなる。新たな制度の施行日を4月1日とする

と、その直前の3月分の診療は、次の会計年度で1か月分だけ旧制度として処理することが必要となることから、このような状況を生じさせないよう、3月1日施行とする。

6. 施行準備等

- 円滑に新たな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ることから、後期高齢者医療制度導入時の反省に立ち、既に設置された「高齢者医療システム検討会」等において地方自治体等の意見を十分に聞きつつ、システムの詳細設計を早急に行い、着実にシステム改修を進める。
- 被用者保険における事務処理についても、既に関係者の参加を得て後期高齢者医療制度からの移行手続などについて実務的な検討会議が設けられているが、各保険者の状況も十分に踏まえながら、対応に遺漏が生じることのないよう計画的な取組を進めることが必要である。
- このようなシステム改修や被保険者の移行手続については、約2年の準備期間が必要であり、後期高齢者医療制度導入時の反省に立って適切に準備期間を確保することが必要である。
- また、新たな制度への移行に伴う運営主体の変更により、混乱が生じることのないよう、保険給付等の権利義務の承継、広域連合の解散などについて、国及び関係機関において円滑かつ確実に対応することが必要である。
- 併せて、国民に新たな制度の趣旨・内容を正しく理解していただくため、国は、地方自治体や保険者等と連携・協力しながら、国民に対する丁寧で分かりやすい広報に計画的に取り組むことが必要である。
- 制度施行後においては、費用負担の見直しをはじめとする今回の改正事項全般について、国は、継続的に検証（モニタリング）を行い、適宜、必要な見直しを行っていく必要がある。

IV おわりに

- 1961(昭和 36)年度に、全ての市町村において国保の運営を行うこととなり、国民皆保険が達成されたが、来年度で国民皆保険 50 周年を迎える。世界に冠たる我が国の国民皆保険制度は、国民の安心感の基盤であり、将来にわたって堅持していかなければならない。
- 一方で、「安心感」を確保するためには、相応の「負担」により、「国民全員で医療保険制度を支えていく」ことが必要となることは言うまでもない。高齢者の医療費を賄う財源は、公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担によって構成されている。そして、公費も保険料も患者負担も国民が負担者であることには変わりはない。高齢化の進展に伴い医療費が増大していく以上、仮に現行制度を維持しても、また、新たな制度をどのようなものにするにしても、負担増を伴わざるを得ない。
- このような中で、今回の新たな制度は、世代間・世代内の公平等に配慮しつつ、無理のない負担となるように、支え合い・助け合いを進め、より納得のいく公費・高齢者の保険料・現役世代の保険料・患者負担の組み合わせによる制度の実現を目指したものである。
- 特に、国費をはじめとする公費の拡充を図るべきことは本改革会議の意見の大勢である。現在、政府与党において社会保障・税の一体改革の議論が進められているところであり、医療保険制度の財源のあり方については、その議論の方向性に対応したものとする必要がある。
- また、医療サービスが良質で効率的なものでなければ、そのための費用を負担することに国民の納得は得られない。医療提供体制と医療保険制度は車の両輪であり、あるべき医療提供の姿、それを実現するための診療報酬、介護等との連携といった医療サービスに関する総合的な議論を精力的に進め、早期に国民に具体策を示していく必要がある。
- この 50 年間で社会経済情勢は大きく変化した。特に国保は、制度発足当時と異なり、高齢者や低所得者の加入率が高く、更に今後の人口減少を考えれば、保険財政の安定化のためには、財政基盤の強化と広域化の推進が不可欠である。国民皆保険 50 周年という節目の年に、

国保の都道府県単位化に道筋をつけることは、医療保険制度の歴史において極めて大きな一歩である。

- 今後、厚生労働省においては、この最終とりまとめを踏まえ、法案提出に向けて取り組むこととなるが、国民皆保険を堅持し、持続的で安定的な医療保険制度を構築する責任を有する国においては、財政的な支援のあり方等を含め、運営を担う都道府県・市町村の十分な理解を得て対応することが不可欠である。また、負担が増加することとなる保険者・被保険者の理解を求めていくことも必要である。
- 医療保険制度は、セーフティネットとして国民の暮らしを支える重要な社会基盤の一つであり、制度が支持され安定しなければ国民の暮らしも安定しない。厚生労働大臣におかれては、この1年間にわたる本改革会議の議論を踏まえ、現行制度の問題点や新制度の意義を国民に丁寧に分かりやすい言葉で説明し、広く国民の納得・信頼・安心の得られる医療制度改革を実現されることを強く望む。

新たな制度に関する基本資料

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

- 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。

改善

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。

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

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

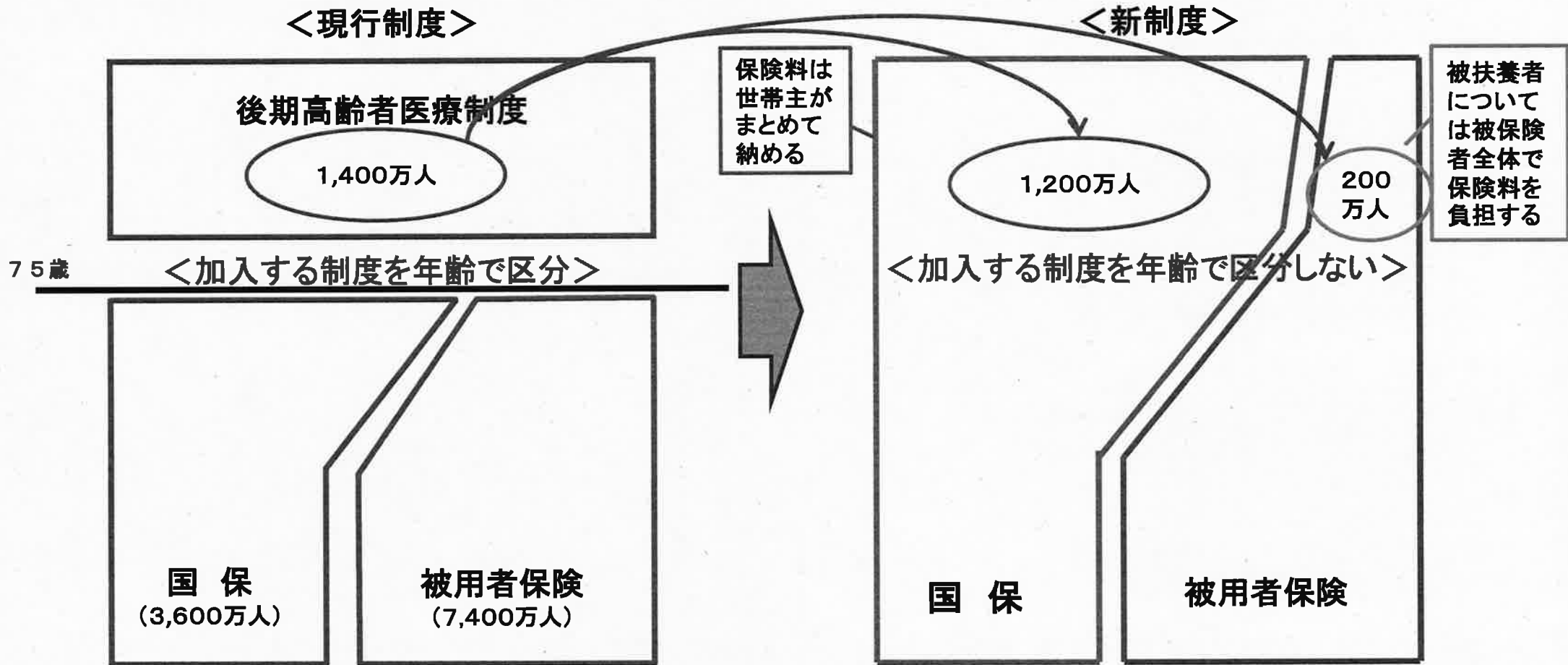
後期高齢者医療制度は老人保健制度の問題点を改善するための制度であったが、独立型の制度としたことによる問題が生じている

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。

制度の基本的枠組み、加入関係

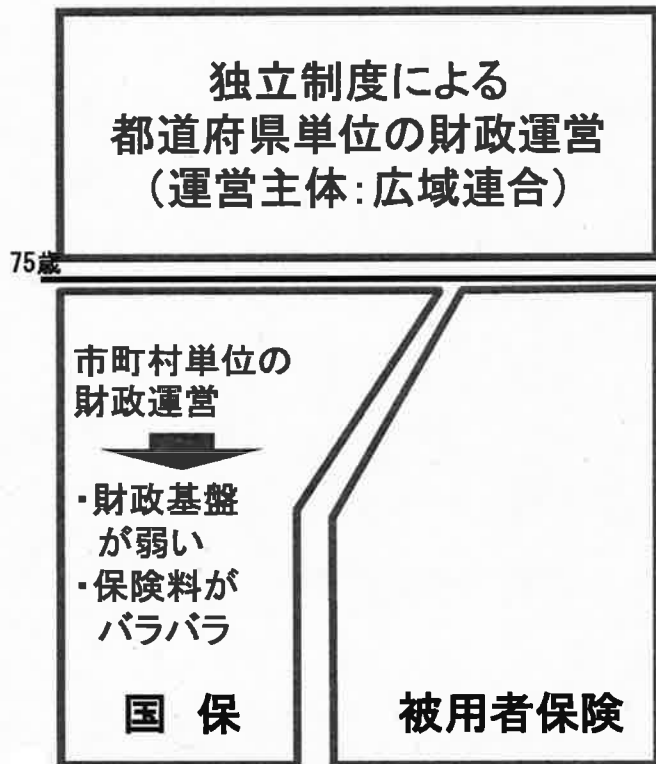
- 加入する制度を年齢で区分することなく、被用者である高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢による差別と受け止められている点を解消する。また、世帯によっては、保険料・高額療養費等の面でメリットが生じる。



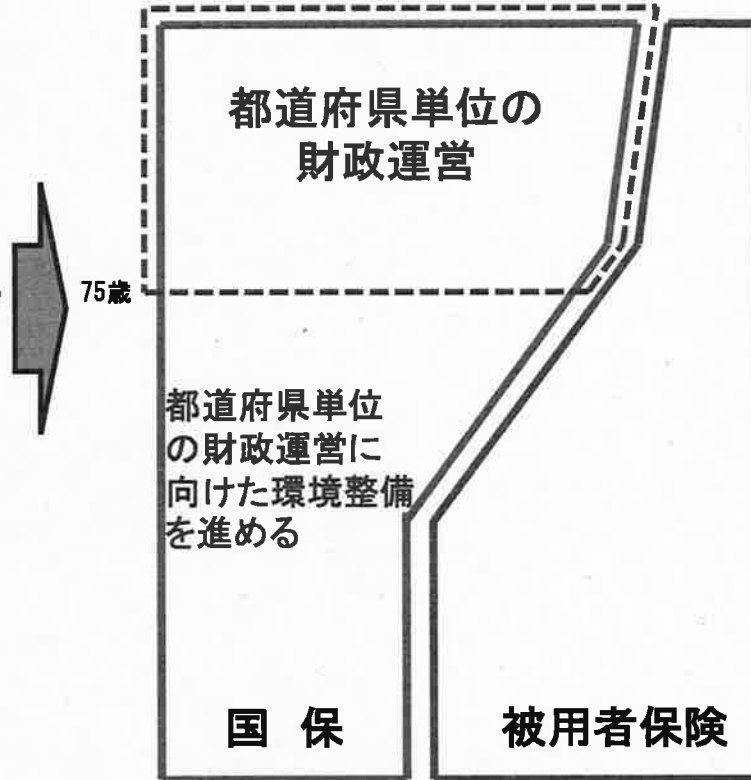
国保の財政運営の都道府県単位化

- 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。

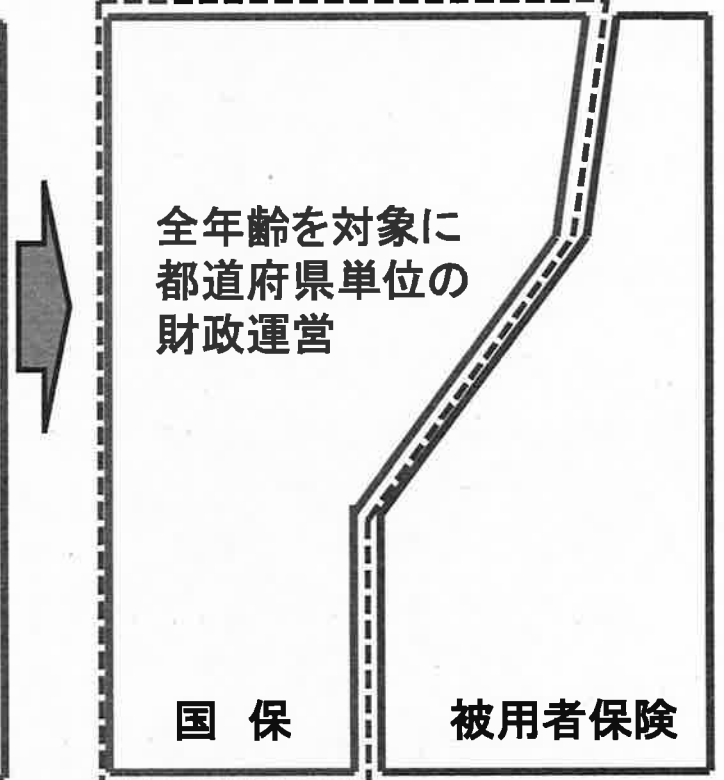
〈現行制度〉



〈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

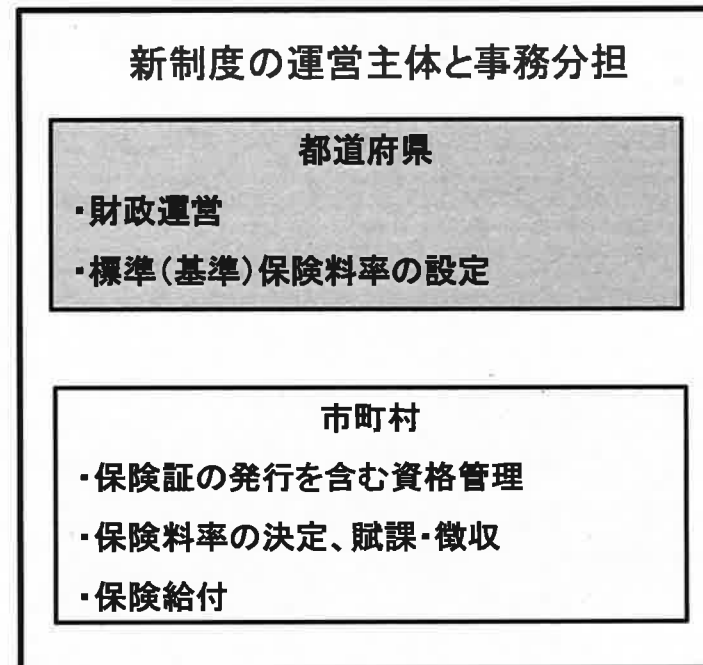
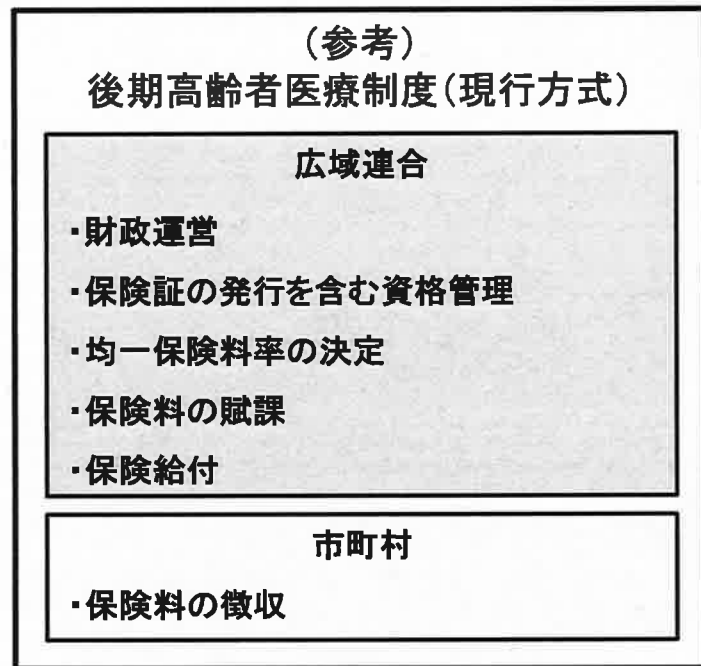
- 財政運営、標準(基準)保険料率の設定は、都道府県が行う。
- 世帯単位で保険料を徴収することから、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収は市町村が行う。
- 75歳以上の高齢者に係る保険証の発行を含む資格管理は市町村が行う。
- 75歳以上の給付事務については、「都道府県」が行うとすると、給付事務が複雑になり、被保険者から分かりにくく、事務処理に時間を要すること等から、市町村が行う。

※ 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。



○ 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

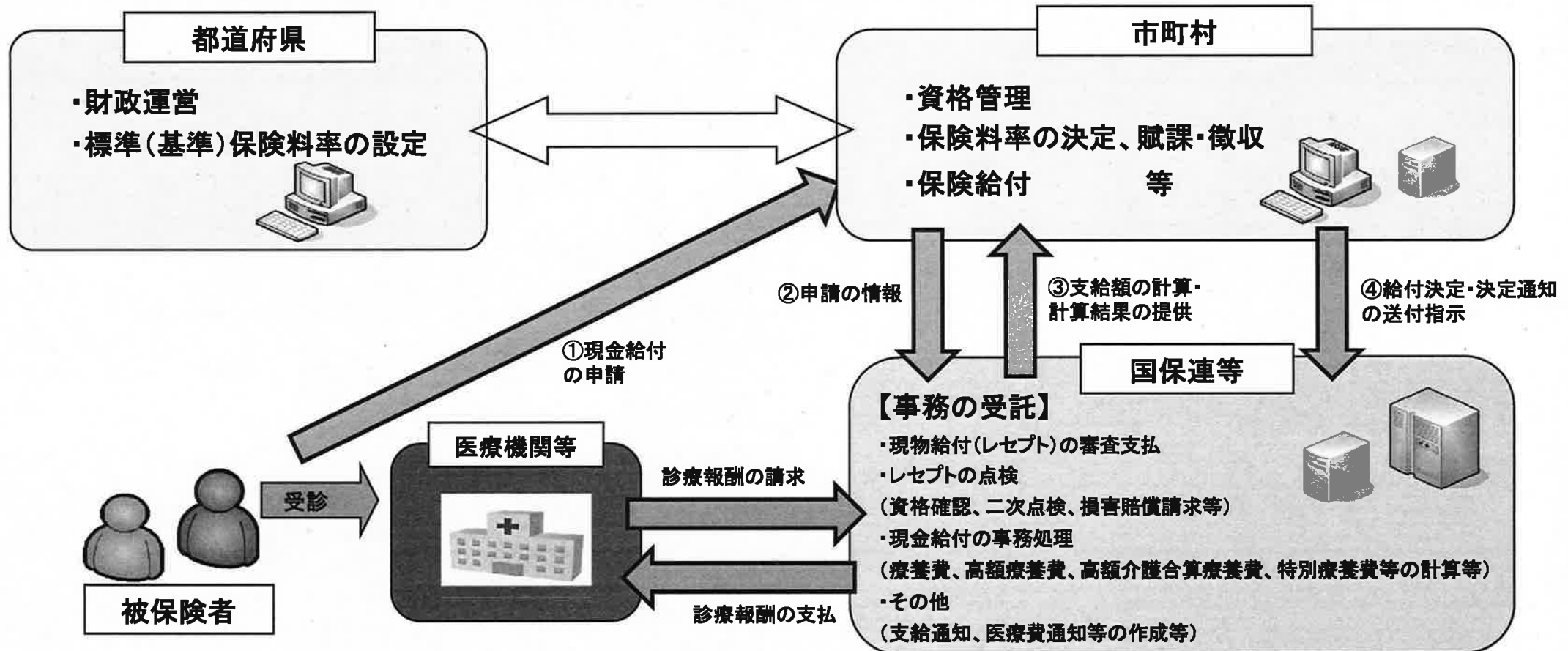
※ ①②いずれの場合であっても、75歳以上の給付事務を「都道府県単位の運営主体(広域連合・都道府県)」で行い、75歳未満の給付事務を「市町村」で行うため、高齢者と若人で世帯合算して給付を行う高額療養費については、両者が連携して事務処理を行う等、住民に分かりやすいものにすることが必要。

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が行うことができるようにする必要がある。



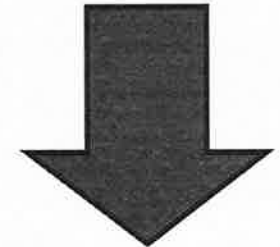
保険料率の決定・賦課・徴収・納付の仕組み(第一段階)

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			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	・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	
		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。

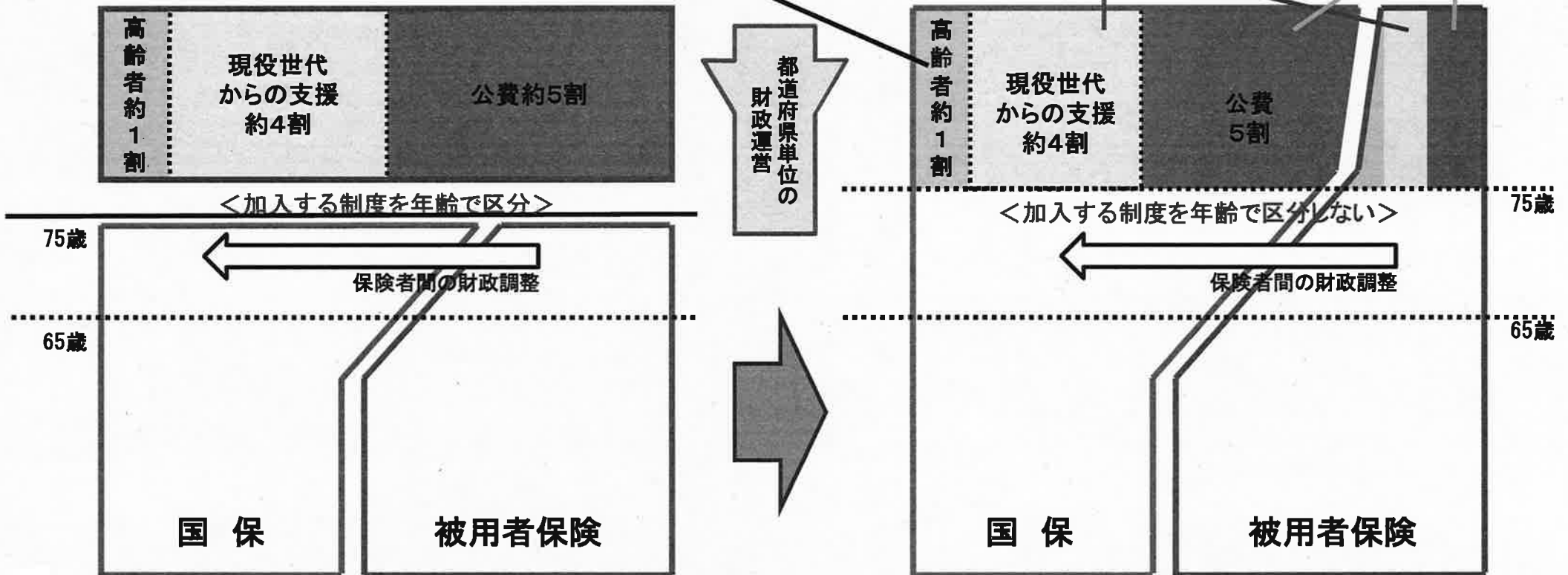
<現行制度>

<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)



※ 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

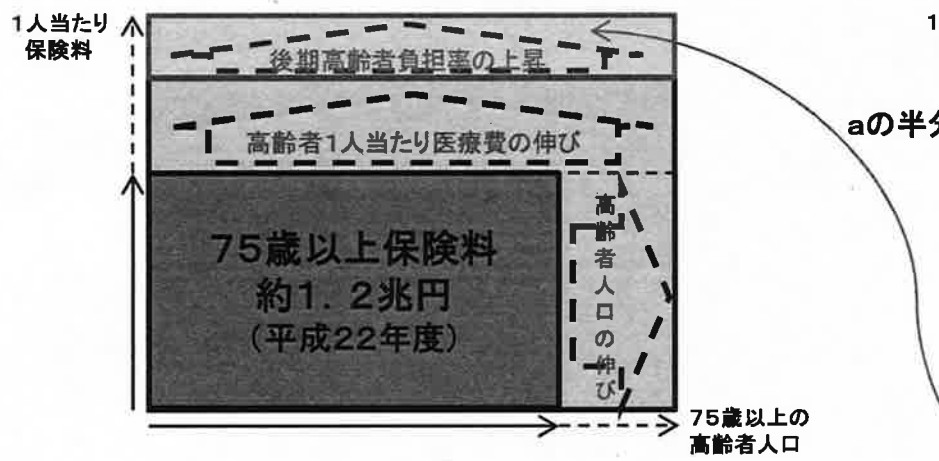
議題： 社会保障改革の推進について

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

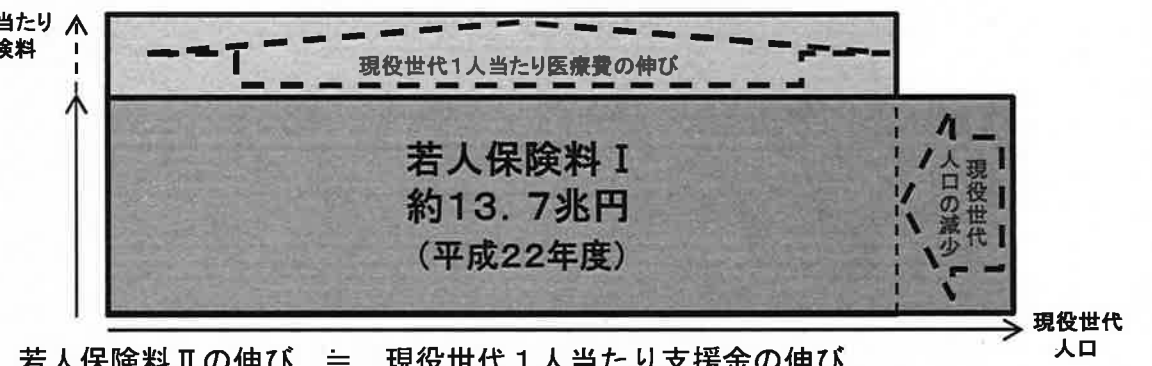
高齢者保険料の伸び \equiv 高齢者1人当たり医療費の伸び
 + 後期高齢者負担率の上昇



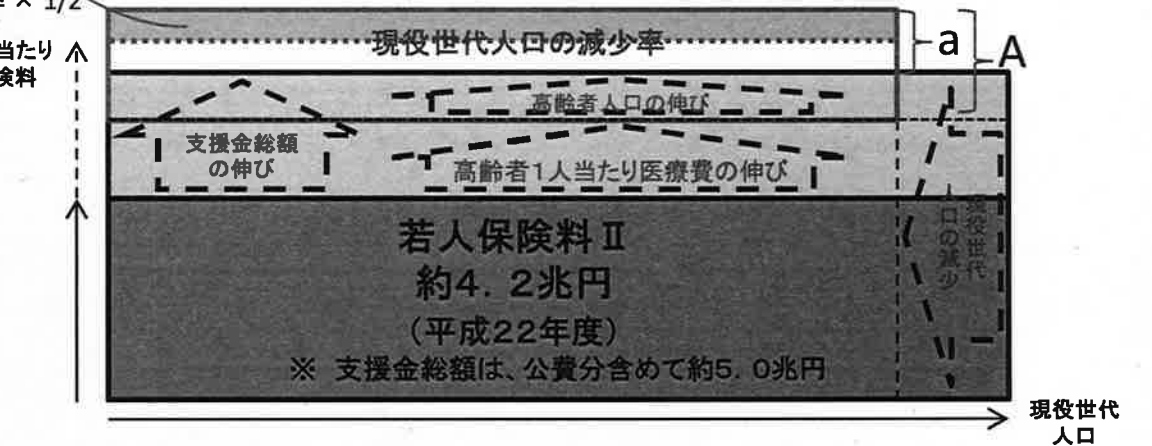
※ 後期高齢者負担率 = 10% + 平成20年度の現役世代負担割合(約4割) × 平成20年度から改定年度までの現役世代人口の減少率 × 1/2

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
 $=$ 支援金総額の伸び + 現役世代人口の減少率
 $=$ 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

(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>				<見直し後>		
	25年度	32年度	37年度		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)	高齢者の保険料の 伸び率の方が大きい	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)	9.6万円	11.5万円 (20%増)	13.2万円 (38%増)		75歳以上1人当たり 国保保険料額(年額)	9.4万円	11.2万円 (19%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)

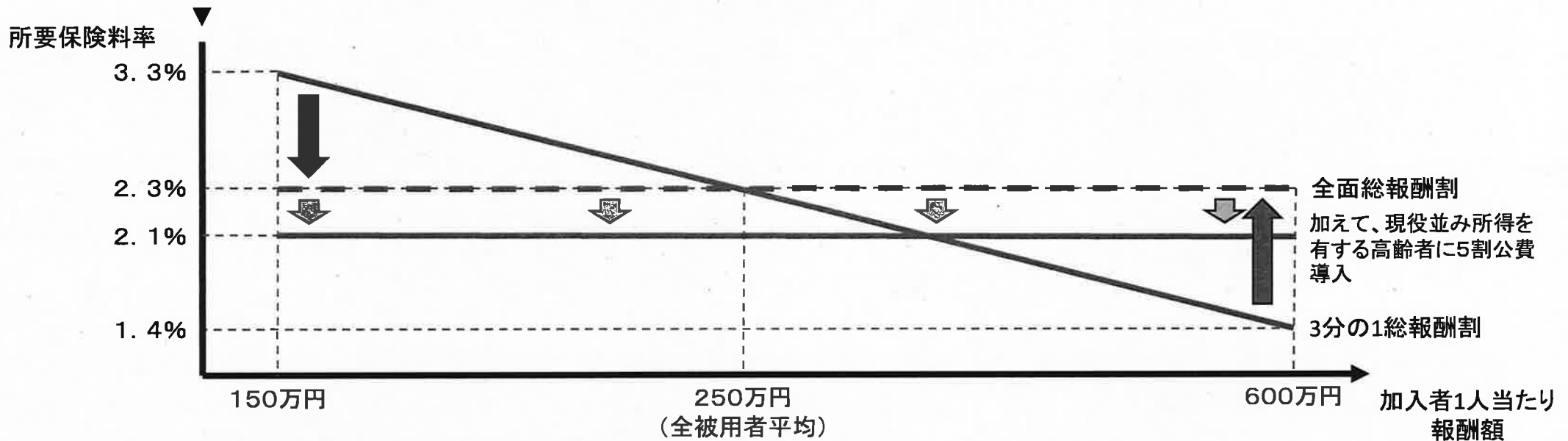
	協会けんぽ	健保組合	共済組合	被用者保険 計
2/3 加入者割	1兆2,700億円 (加入者数3,370万人/全体比47%)	1兆900億円 (加入者数2,850万人/全体比40%)	3,400億円 (加入者数890万人/全体比12%)	2兆7,300億円 (加入者数7,160万人)
1/3 総報酬割	5,300億円	6,100億円	2,100億円	1兆3,700億円
計(①)	1兆8,100億円	1兆7,000億円	5,600億円	4兆1,000億円
全面総報酬割 (②)	1兆6,000億円 (総報酬69.6兆円/全体比39%)	1兆8,300億円 (総報酬79.7兆円/全体比45%)	6,400億円 (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。
・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木国保組合を含む。
・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)

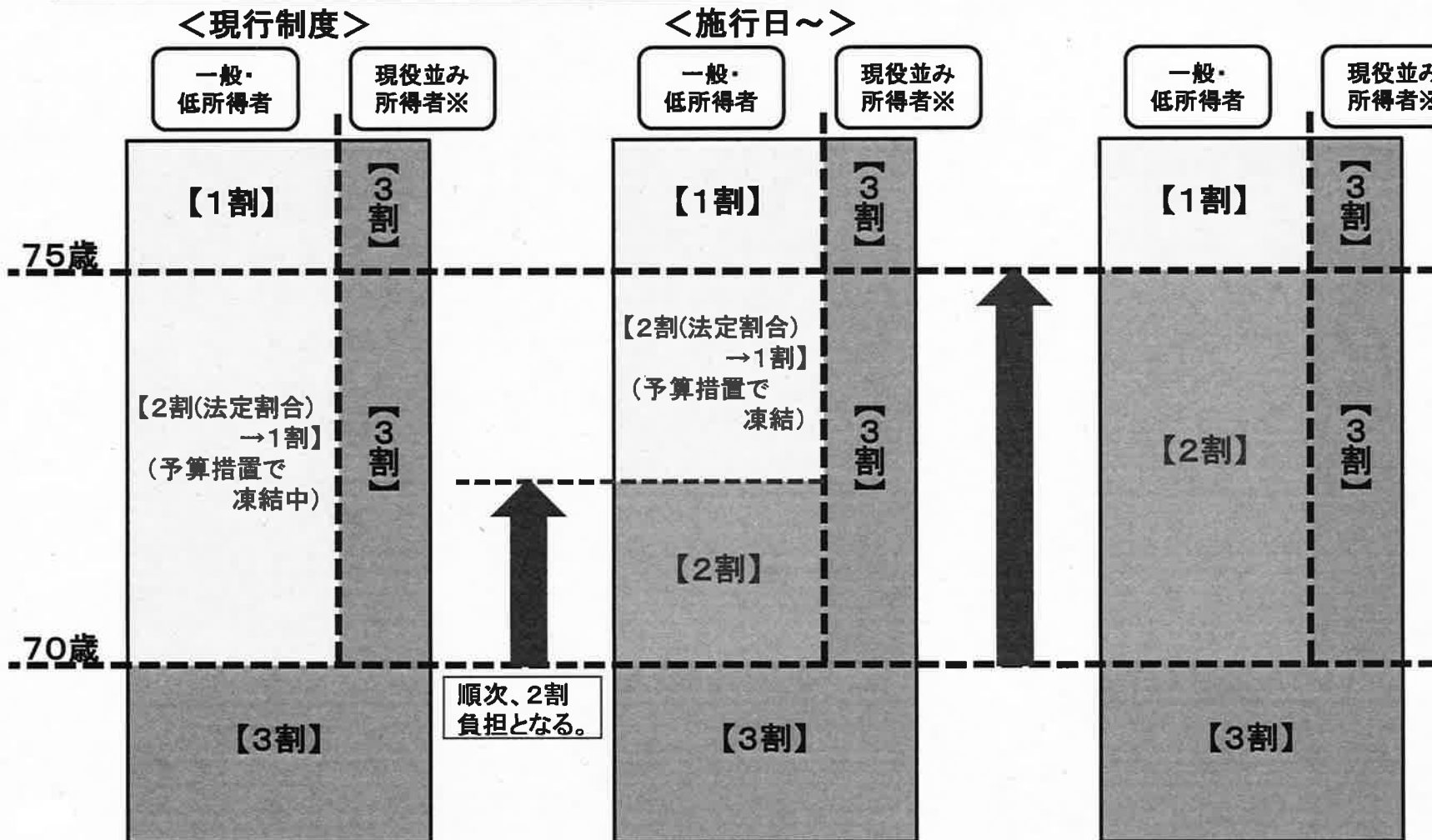
	全面総報酬割導入		加えて、現役並み所得を有する高齢者に5割公費を導入した場合	
	健保組合	共済組合	健保組合	共済組合
負担増 保険者数	872	82	540	62
負担減 保険者数	590	1	922	21

(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。



※ 現役並み所得者

<国保>
課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯

<被用者保険>
標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者。

ただし、世帯の70歳以上の被保険者(被用者保険の場合は被扶養者含む)全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合等は除く。

(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>

75歳以上
(原則1割負担)

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>

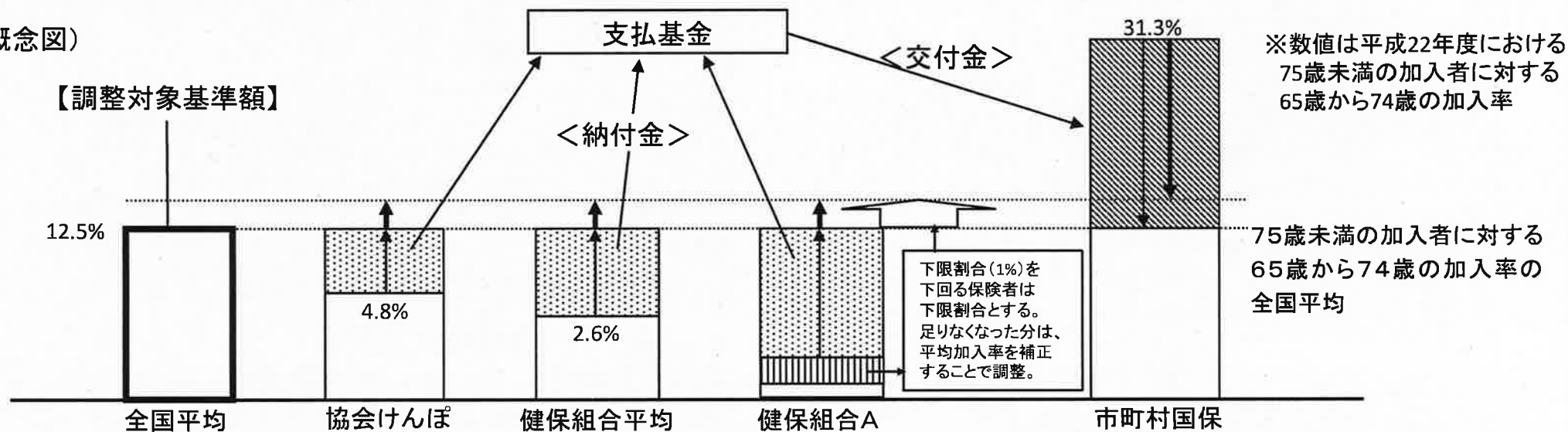
変更なし

(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】

(概念図)



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。

	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)	(兆円)	
						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190万人が戻ることとなるが、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)

