

(民主党厚生労働部門会議内)

## 第4回高齢者医療制度改革 WT 次第

進行: 梅村 聡 WT 事務局長

1. 挨拶 柚木 道義 WT 主査

2. 全体像の掌握

厚生労働省からヒヤリング

【説明者】吉岡保険局高齢者医療課課長  
伊藤保険局国民健康保険課長

3. その他

●次回 WT の予定: 12月1日(水)5時~6時 「場所 衆・第二会館 多目的会議室」

テーマ:「取りまとめに向けての論点整理」

以上

# 新制度の全体像について

## I 現行の後期高齢者医療制度の問題点

- 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が問題。
- このほか、
  - 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
  - ② 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を負担
  - ③ 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
  - ④ 健康診査が努力義務となり、受診率が低下といった問題。

## II 新たな制度の基本的枠組み

- 後期高齢者医療制度を廃止し、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。

## III 国保の運営のあり方

### 1. 国保の構造的な問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な問題を抱える市町村国保については、総合的な対応を推進することが必要。(財政基盤強化策、収納率対策、財政運営の都道府県単位化)

### 2. 都道府県単位の財政運営

- 第一段階(平成25年度～)においては75歳以上について都道府県単位の財政運営とし、第二段階において全年齢で都道府県単位化を実現する。

### 3. 運営主体

- 都道府県単位の財政運営の主体は「都道府県」か、「広域連合」か。

### 4. 第一段階における運営の仕組み

#### (1) 事務の分担等

- 75歳以上の保険運営については、「都道府県単位の運営主体」は、財政運営、標準（基準）保険料率の算定を担い、「市町村」は、資格管理、保険料の設定・賦課・徴収、窓口業務を担うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、地域の総合力により共同運営する仕組みとする。（保険給付等はいずれが担うべきか。）

#### (2) 財政リスクの軽減

- 現行の後期高齢者医療制度同様、財政安定化基金を設置するなど、市町村国保とは異なり、財政リスクが軽減される構造にする。

### 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、②財政調整のあり方、③事務体制のあり方等について結論を得ることが必要であるが、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。
- 都道府県単位化を着実に実施するためには、全年齢での都道府県単位化（第二段階）の目標時期について定めることが必要。
- その具体的な時期をいつとするか。（この間に、市町村は保険料の平準化に向けた取組を利害を超えて行うことが必要）

## **IV 費用負担**

### 1. 支え合いの仕組み

- 75歳以上の財政運営を都道府県単位化する第一段階（平成25年度～）においては、現行の財政調整の仕組みを踏襲する。
  - ① 75歳以上の医療給付費については、75歳以上の高齢者の保険料（約1割）、公費、各保険者が74歳以下の加入者数等に応じて負担する支援金で支える。
  - ② 65～74歳の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整する（現行の前期財政調整）

## 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り、
  - ① 制度移行時は、現行 47%の公費負担割合となっている 75 歳以上の医療給付費に対する公費を 50%に引き上げる。
  - ② その上で、定期的（例えば 4 年ごと）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、医療給付費の 1 割（10%）相当を保険料で賄う。
- 現在、この 10%については、現役世代人口の減少に伴い、段階的に引き上げる仕組みとなっているが、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。これを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仕組みに改める。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。
- 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。

## 4. 現役世代の保険料による支援

- 支援金に係る被用者保険者間の按分方法については、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ることとし、全面総報酬割とする。

## 5. 患者負担

- 70～74 歳の患者負担（法定 2 割負担、予算措置で 1 割負担に凍結中）については、個々人の負担が増加しないよう配慮するとともに、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。

## V 健康づくり、医療の効率的な提供等

- 都道府県単位での医療費の効率化に向けた取組を計画的に推進する。
  - 各保険者における特定健診、特定保健指導については、実施率の向上に向けた取組を推進する。なお、支援金を加減算する仕組みについては、現行と同様の規定を新たな制度にも設けることとした上で、現行制度の問題点を踏まえつつ関係者間で検討を行う場を設置し、平成25年度までに結論を得る。
  - 75歳以上の方に対する健診、保健指導は、75歳未満の方と同様に、各保険者の義務として行う。
  - 高齢期における医療の効率的な提供を図るため、後発医薬品の使用促進、医療費通知をはじめ、各保険者における様々な取組を促進する。
- ※ 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検討を進める。

# 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人当たり医療費の増(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歳以上の高齢者も若人と同じ制度に加入(適用関係の変更)

- ・ 後期高齢者医療制度を廃止して、75歳以上の高齢者も若人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支援金の総報酬割

- ・ 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、公費負担割合を47%から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。



# 高齢者医療制度改革の全体像

厚生労働省保険局  
平成22年11月24日

# 新制度の方向性

○ 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、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 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。
- 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 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。
- V 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 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。
- 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は負担なし。
- IV 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。
- V 国保・健保組合等に健康診査の実施義務。

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**

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

## 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

## 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

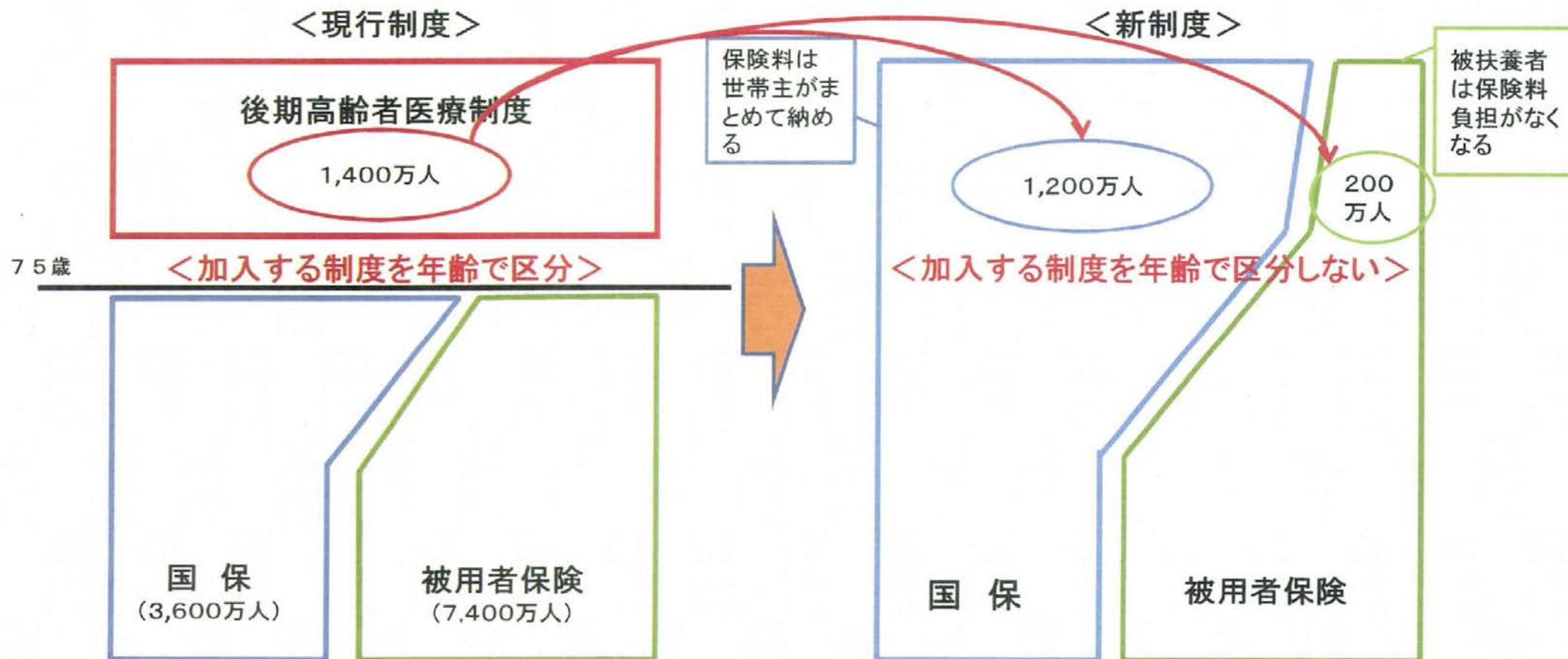
- ① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。
- ② 国保に加入する高齢者は、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

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

# 制度の基本的枠組み

「中間とりまとめ」(平成22年8月20日)  
に基づく概念図

- 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ことはなくなり、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。



# 市町村国保の抱える構造的な課題と対応

第10回(9月27日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

## 低所得の被保険者

被保険者1人当たり所得:95.6万円  
無所得世帯割合:26.3%  
保険料軽減世帯割合:40.6%

## 保険料(税)の格差

〈一人当たり保険料の全国格差〉  
最高:13.5万円(北海道さむぶつ猿払村)  
最低:2.8万円(沖縄県伊平屋村いへや) 格差:4.8倍  
〈一人当たり保険料の都道府県内格差〉  
最高:2.7倍(東京都)  
最低:1.3倍(富山県)

## 財政基盤が不安定になるリスク の高い小規模保険者の存在

被保険者数最大:93万人(神奈川県横浜市みくらしま)  
被保険者数最小:92人(東京都御蔵島村)

## 保険料の収納率低下

平均収納率:88.4%  
最高収納率:100%(18市町村)  
最低収納率:75.8%(沖縄県渡名喜村となき)

## 一般会計繰入・繰上充用

市町村による一般会計繰入額:約3,700億円  
うち赤字補填目的:約2,600億円  
繰上充用額:約1,700億円

## 平成22年通常国会で 国保財政基盤強化策を4年間延長

- ① 高額医療費共同事業  
高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和
- ② 保険者支援制度  
低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援
- ③ 保険財政共同安定化事業  
市町村国保の保険料(税)の平準化、財政の安定化

## 今後、全年齢を対象とした 都道府県単位化を図る

- ① 広域化等支援方針の策定(H22)  
市町村国保の都道府県単位化に向けた環境整備
- ② 保険財政共同安定化事業の拡充(H22)  
対象医療費の拡大、拠出方法の見直し
- ③ 広域化等支援基金の活用促進(H22)  
広域化等の推進を財政面で支援

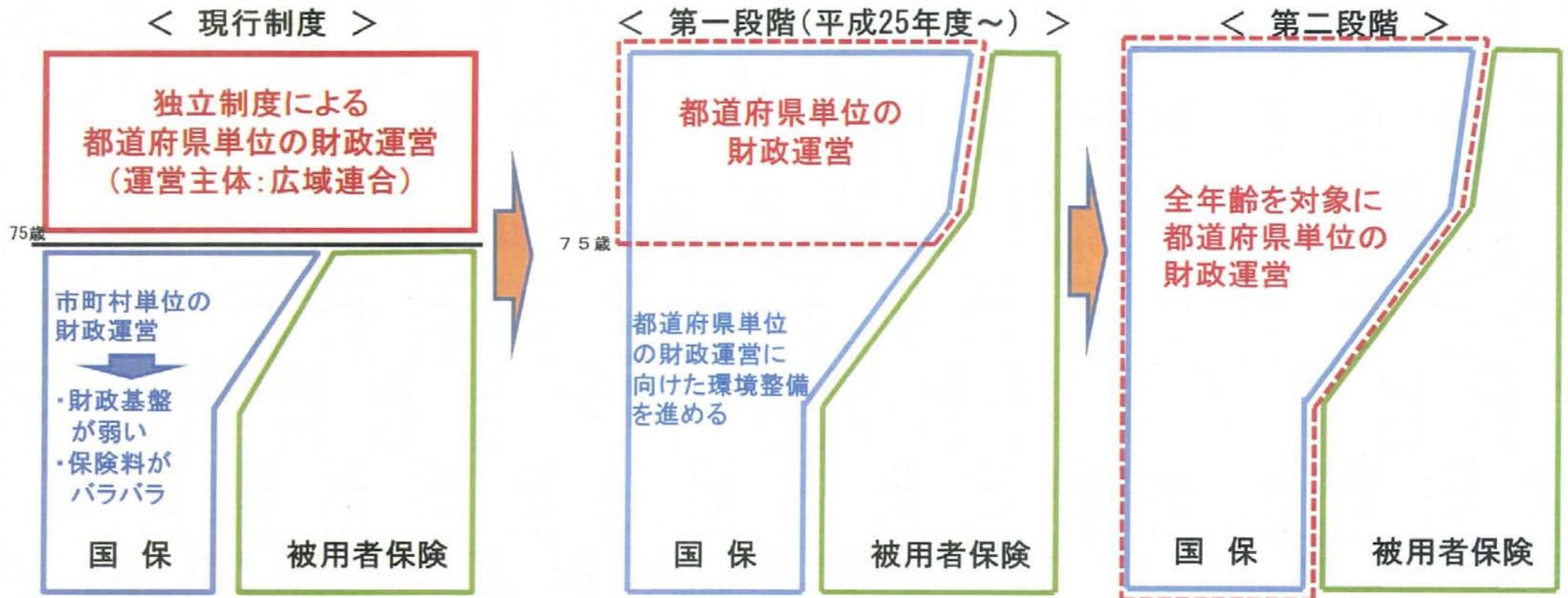
## 収納率向上対策を推進

- ① 国保料(税)の年金特別徴収(H20)  
市町村国保においても年金特別徴収を開始
- ② 収納対策緊急プランの策定(H17)  
市町村による総合的な収納対策の実施
- ③ 収納率向上アドバイザーの設置、口座振替の推進等

# 国保の広域化

「中間とりまとめ」(平成22年8月20日)  
に基づく概念図

- 第一段階(平成25年度～)においては、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする。
  - ※ 後期高齢者医療制度の施行に際し、市町村国保から後期高齢者医療制度に移行した多くの高齢者の保険料が減少し、保険料格差も5倍から2倍に縮小した。したがって、単純に市町村国保に戻ることとなれば、この逆のことが生じることから、75歳以上については都道府県単位の財政運営とする。
- 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、第二段階において、全年齢で都道府県単位の財政運営とする。
  - ※ 市町村ごとに保険料の算定方式・基準が異なることから、一挙に都道府県単位の財政運営とした場合には、国保加入者3600万人の保険料が大きく変化することとなる。このため、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、全年齢での都道府県単位化を図る。



※「都道府県単位の財政運営」の主体を具体的にどこにすべきか、引き続き検討する。

# 「都道府県単位の運営主体」について

第12回(11月16日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

## 【中間とりまとめ(抜粋)】

「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。

## 【全国知事会 後期高齢者医療制度改革プロジェクトチーム中間とりまとめ(抜粋)】

被保険者管理や保険料徴収等の円滑な事務処理等、従来のノウハウとシステムを生かせることから、市町村広域連合が、新たな高齢者医療制度において区分する高齢者部分の保険運営主体となることが適当と考えられる。都道府県の役割としては、市町村広域連合が円滑に保険運営できるよう人的支援、効果的な保健指導に関する助言、医療保険と介護保険の給付情報の共有化・状況分析の支援等を行い、また、安定的で円滑な保険財政の運営のための基金を国とともに新たに設置するなど、市町村広域連合への支援を強化していくことが適当である。

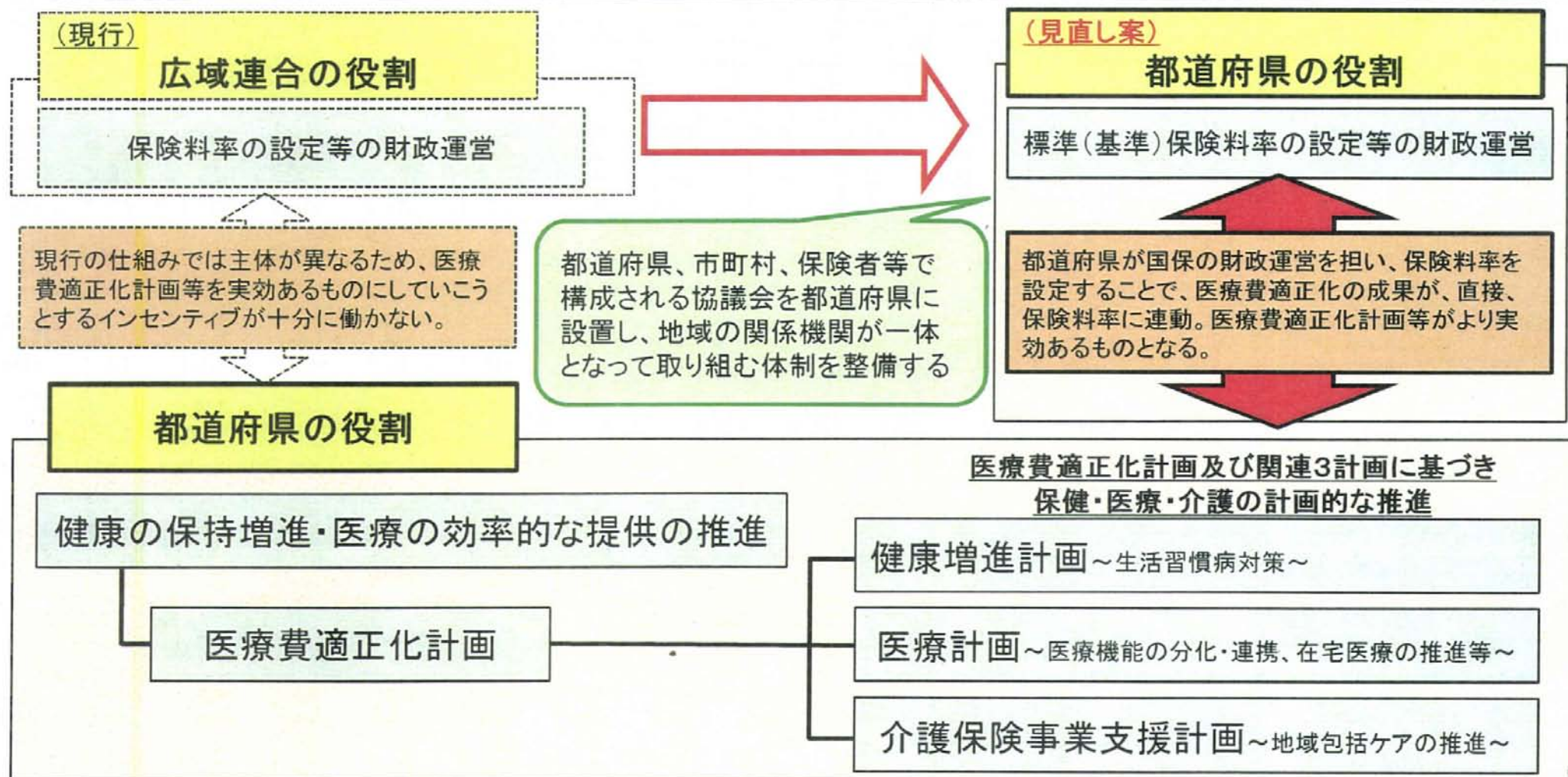
## 【都道府県が担う場合のメリット】

- 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推進されることが期待できる。(【参考】医療費適正化計画等と保険運営の一体的取組によるメリット)
- 同じ都道府県をエリアとして、広域連合という別の地方公共団体を設置し、運営するよりも、都道府県が運営することにより、社会的コストが軽減できる。
- 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以下のような問題点の改善が期待できる。
  - 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  
(広域連合について知らない方 約73%、75歳以上でみても約63%が広域連合を知らない;「高齢者医療制度に関する世論調査」)
  - 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  
(例えば、A市住民とは関係のないB市長が広域連合長としてA市住民の保険料を決定している)
  - ③ 市町村に対する調整機能が十分に働いていない

# 【参考】医療費適正化計画等と保険運営の一体的取組によるメリット

第12回(11月16日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

- 平成18年の制度改革で、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計画を策定・実施することで、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。
- あわせて、医療保険も各都道府県の医療費の水準と保険料が連動する仕組みに改められた(老人保健制度から都道府県単位の後期高齢者医療制度へ。協会けんぽの財政単位も都道府県単位へ。)
- ⇒ さらに、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、国保財政の安定化に加えて、医療費適正化計画等やそれに基づく取組がより実効あるものになる。



# 第一段階における保険料の設定・賦課・徴収・納付の仕組み

都道府県単位  
の  
運営主体

① 「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、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。  
※ 市町村がそれぞれの収納率を勘案して市町村ごとに異なる保険料率を定める仕組みとはしないことにより、「都道府県単位の運営主体」が定める保険料率とおりの設定で足り、都道府県内で均一の保険料率となる。

③ 市町村は、若人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）。

市町村

④ 市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の若人の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。

⑤ 「都道府県単位の運営主体」へ納付  
○ 市町村は、高齢者分の保険料を「都道府県単位の運営主体」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、「都道府県単位の運営主体」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）  
〔 仮に、市町村において、「都道府県単位の運営主体」が定めた標準（基準）保険料率より低い保険料率を設定する場合、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。〕

納付

※ 全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、市町村が収納対策に積極的に取り組むことを促すための仕組みについて、第一段階の施行状況も踏まえ改めて検討することが必要。

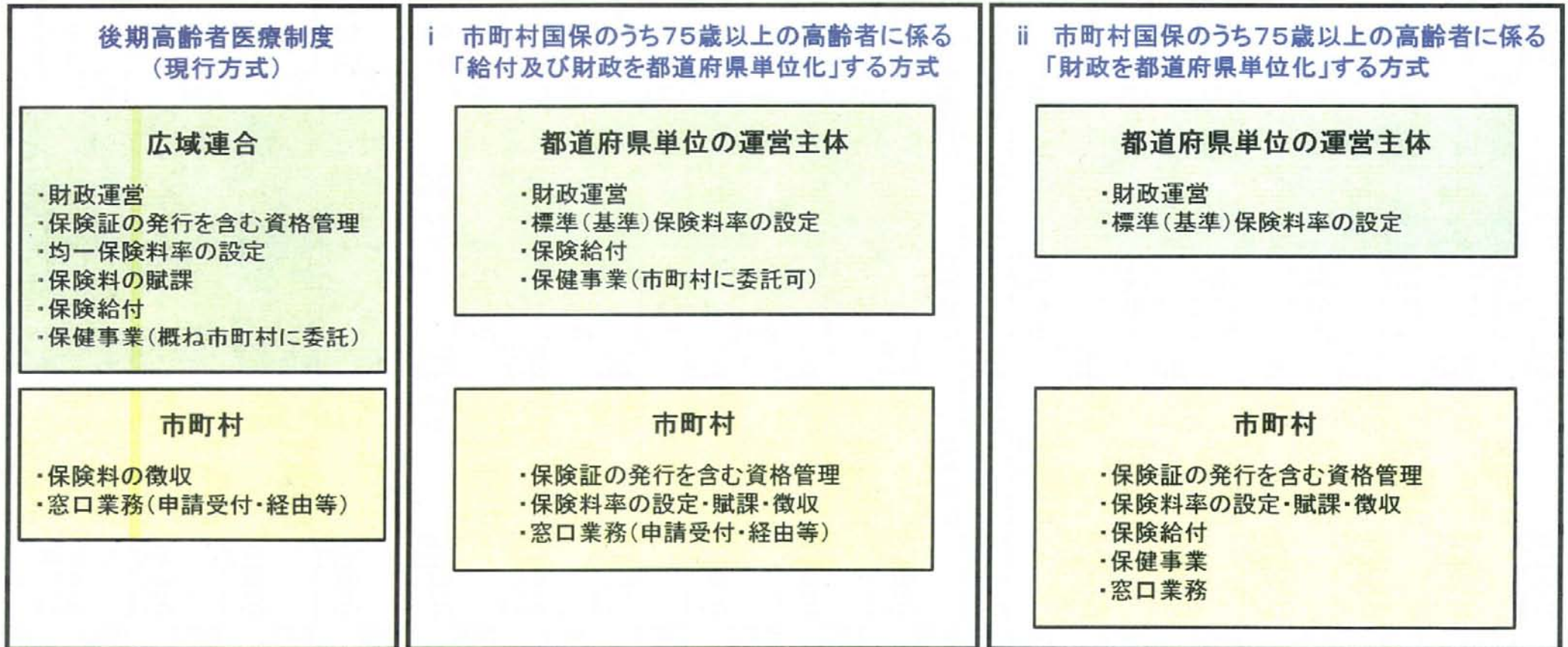


# 給付事務の主体

第12回(11月16日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

- 安定的な運営の確保及び保険料の公平化の観点から、「財政運営は都道府県単位」とする。
- 75歳以上の高齢者も市町村国保に加入するため、保険証の発行を含む「資格管理は市町村」が行う。
- 世帯単位で保険料を徴収することから、標準(基準)保険料率に基づき、「賦課・徴収は市町村」が行う。

- 「給付事務」については、「都道府県単位の運営主体」が担うべきか、「市町村」が担うべきか。



# 「給付事務の主体」の論点

第12回(11月16日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

i 給付事務を「都道府県単位の運営主体」が行う場合 ＝「給付及び財政を都道府県単位化」する方式	ii 給付事務を「市町村」が行う場合 ＝「財政を都道府県単位化」する方式
<p><b>【メリット】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者分の給付事務については、現在、広域連合で実施しており、現行制度からの移行が比較的容易となる。</li> <li>○都道府県単位で事務を実施することにより、市町村の事務が軽減されるとともに、事務の効率化が期待される。</li> </ul>	<p><b>【メリット】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○市町村に保険者事務が集約され、効率的に処理できるとともに、住民にとっても分かりやすく、サービスが向上する。</li> <li>○広域連合という組織を設けることなく、市町村と都道府県で国保を運営することができ、社会的コストが軽減される。</li> </ul> <p>※財政運営だけであれば、役割・事務に見合う組織を考えた場合、「広域連合」が行うことは適当ではなく、「都道府県」が行うことがより適切。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○システム改修は、市町村のみとなる。</li> </ul>
<p><b>【デメリット】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○新制度では、高齢者分の給付事務は、「都道府県単位の運営主体」が行い、若人分は「市町村」が行うため、現金給付について、高齢者分は「都道府県単位の運営主体」から、若人分は「市町村」から、それぞれ世帯主に支給されるため、住民にとって分かりにくいものとなる。</li> <li>○システム改修は、「都道府県単位の運営主体」と「市町村」双方で必要となる。</li> </ul>	<p><b>【デメリット】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○市町村では、事務処理が増加するため、事務処理体制を整えることが必要となる。</li> </ul>

※ 給付事務を「都道府県単位の運営主体」が行う場合でも、「市町村」が行う場合でも、現行どおり、レセプトの審査や診療報酬の支払、高額療養費等の現金給付の計算事務等については、国保連への委託により、省力化・効率化を図ることが可能。(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)

# 財政安定化のための方策

第10回(9月27日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

## ○ 財政安定化のための方策をどうするか。

- ⇒ 新たな制度においては、保険料は市町村が決められた額を確実に納める仕組みとし、徴収不足や給付の増加が生じた場合には、財政安定化基金を活用するなど、安定的な運営を図ることができる仕組みとする。
- ⇒ 標準(基準)保険料率の算定方法は法令で明確に定め、都道府県単位の運営主体において、一般会計からの繰入れを行う必要は生じない仕組みとする。
- ⇒ これらに加えて、現行の後期高齢者医療制度同様、以下のような財政安定化のための方策を講じてはどうか。

### ① 財政安定化基金

都道府県に財政安定化基金を設置し、保険料の徴収不足等による財源不足や給付費の増加リスクに対応する。また、新制度においては、保険料の上昇抑制に対しても基金を活用できるようにする。(基金の規模・財源等については次回検討)

### ② 2年を1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し、給付増リスクに対応する。

### 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し、保険料徴収リスクに対応する。

### ⑤ 高額医療費の公費負担

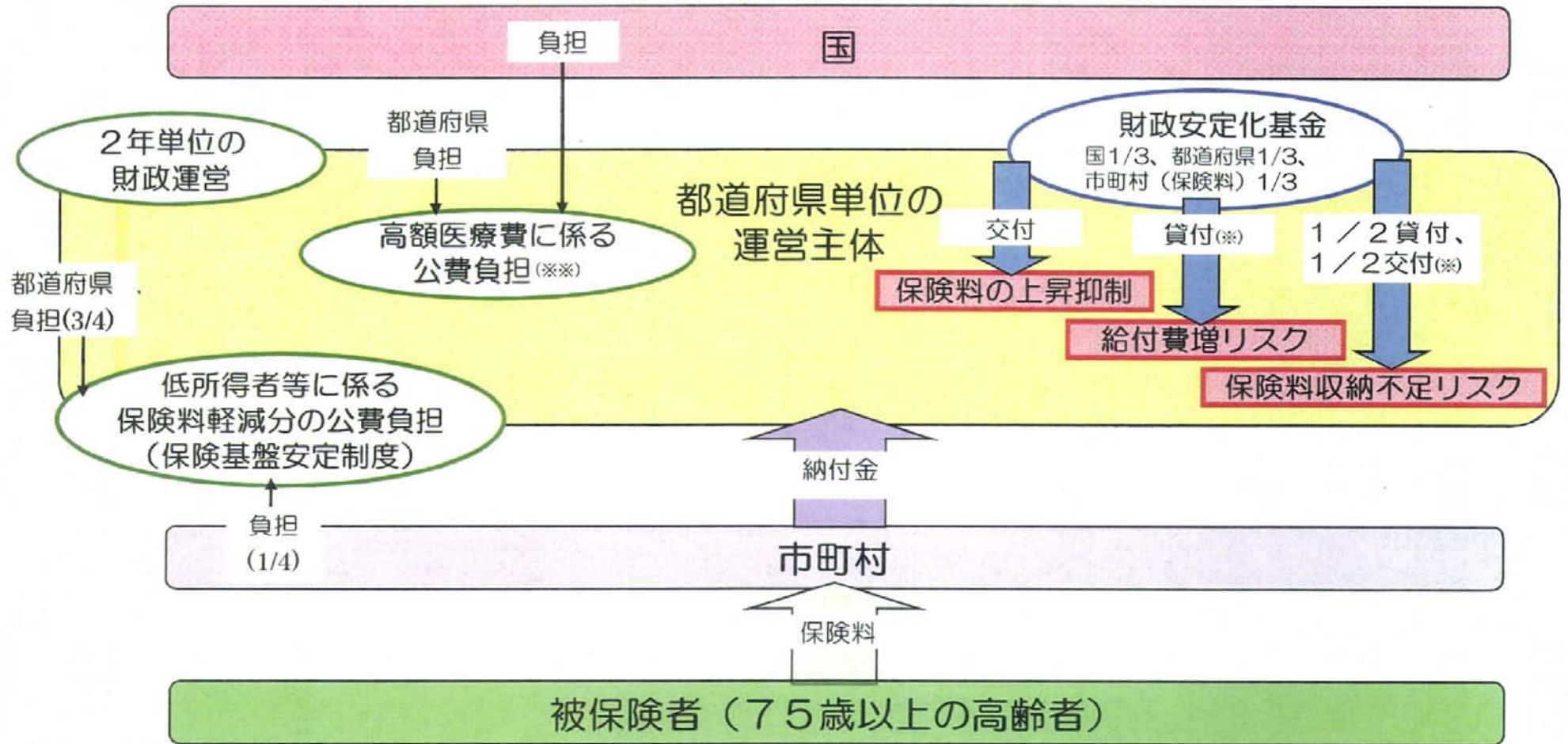
レセプト1件当たり80万円超の医療費については保険料で賄う部分の5割を公費負担とし、更にレセプト1件当たり400万円超の医療費については200万円を超える部分を保険者間の共同事業とし、給付費増リスクに対応する。

### ⑥ 保険料の特別徴収

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ずる。

# 新たな制度の第一段階における財政リスクの軽減の仕組み

- 現行の後期高齢者医療制度同様、財政安定化基金の設置など、財政安定化のための方策を講じる。



※ 給付の見込額以上の増加に対しては「貸付」、保険料の収納不足による財源不足に対しては「1/2貸付、1/2交付」を行う。

- ※※ ①レセプト1件あたり80万円を超える医療費  
80万円を超える額のうち、保険料で賄うべき部分の1/2を公費で負担(国1/4、都道府県1/4)  
②レセプト1件あたり400万円を超える医療費(特別高額医療費)  
200万円を超える額のうち、保険料で賄うべき部分から①の公費負担を除いた額について、各都道府県単位の運営主体の拠出金(\*)により交付金を交付。

## 財政安定化基金の規模・負担割合について

後期高齢者医療制度の基金	新制度の基金
<p>○ 安定的な運営を図るため、単年度財政リスクの6年分を保有するものとし、平成20年度からの6年間で、全国2,000億円程度の積立目標を設定。</p> <p>○ 平成20年度からの6年間の保険料で賄う標準的な<u>拠出率を0.09%</u>とし、これと同額を国と都道府県が負担(国:都道府県:保険料=1:1:1の割合で負担)。</p> <p>※拠出率:財政安定化基金の財源を積み立てるため、保険料で負担する割合のこと。</p>	<p>○ 財政運営の期間を2年としている中で、単年度財政リスクの6年分の基金を保有することは過大とも言える。想定上の財政リスクを2年連続で上回る事態が生じた場合にも対応できる規模として、<u>3年分</u>の保有とすることが適当。</p> <p>○ 平成25年度からの3年間の保険料で賄う標準的な<u>拠出率を0.096%</u>とし、これを国:都道府県:保険料=1:1:1の割合で負担。</p> <p>※ なお、拠出率については現時点の見込みであり、施行までに、より適切なリスクの見込み方を検討した上で、直近のデータに基づいて設定することが必要。</p> <p>※ 後期高齢者医療制度の基金を承継することとするため、各都道府県によって新制度施行当初の保有額に差が生じ、実際の拠出率は各都道府県によって異なるものとなる。 ⇒ 国が示すのは標準的な拠出率であり、実際の積立額は各都道府県の条例の定めるところによることとなる。</p> <p>※ 現行の後期高齢者医療制度や介護保険制度の財政安定化基金同様、国:都道府県:保険料=1:1:1の負担割合とする。</p> <p>【参考】 介護保険制度の負担割合 給付費 国:都道府県:市町村=2:1:1(但し施設給付は都道府県の負担割合を高くしている) 財政安定化基金 国:都道府県:保険料=1:1:1</p> <p>現行の後期高齢者医療制度の負担割合 給付費 国:都道府県:市町村=4:1:1 財政安定化基金 国:都道府県:保険料=1:1:1</p>

## 第二段階における検討事項

第12回(11月16日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

○ 全国一律に全年齢を対象とした都道府県単位化を図る際には、以下の点など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、若人と高齢者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 財政調整のあり方

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

### ③ 事務体制のあり方

- ・ 「都道府県単位の運営主体」と「市町村」の役割分担について、見直す必要があるのかどうか。

⇒ これらの点については、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、平成25年度からの第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら、改めて検討することが必要。

⇒ 一方で、第二段階への移行の目標時期については、

- ・ 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
- ・ 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の取組が進められることが必要であるが、具体的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、今回の法案に明記することが必要。

※ 国保の保険料は、現在、2～4方式で賦課されているが、全年齢で都道府県単位化した場合の保険料の賦課方式については、各都道府県における現在の賦課方式の状況を踏まえ、各都道府県において移行しやすい保険料率の方式をそれぞれ採用することとする。

## 第二段階への移行の目標時期

第12回(11月16日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

- ⇒ 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変更(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 繰上充用、一般会計繰入の段階的・計画的な解消に向けた取組
- などについて、市町村が利害を超えて取り組むことが必要となるが、これらについて実現可能な具体的な時期をいつに設定するか。

			平成22年度	平成23～24年度	平成25年度～ (第一段階)	平成〇〇年度頃 (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)を拡大 → 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変更(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	→			
繰上充用・一般会計繰入	・分析	・繰上充用の段階的縮小 ・一般会計繰入の段階的縮小	→			

# 費用負担

- 国保に移る方の保険料は、75歳以上は、現行の負担割合（約1割）とし、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料となる仕組みを維持する。
- 第一段階においては、現行の財政調整の仕組みを踏襲することで、新制度への移行に伴って、各制度の負担が大幅に増加することはない。

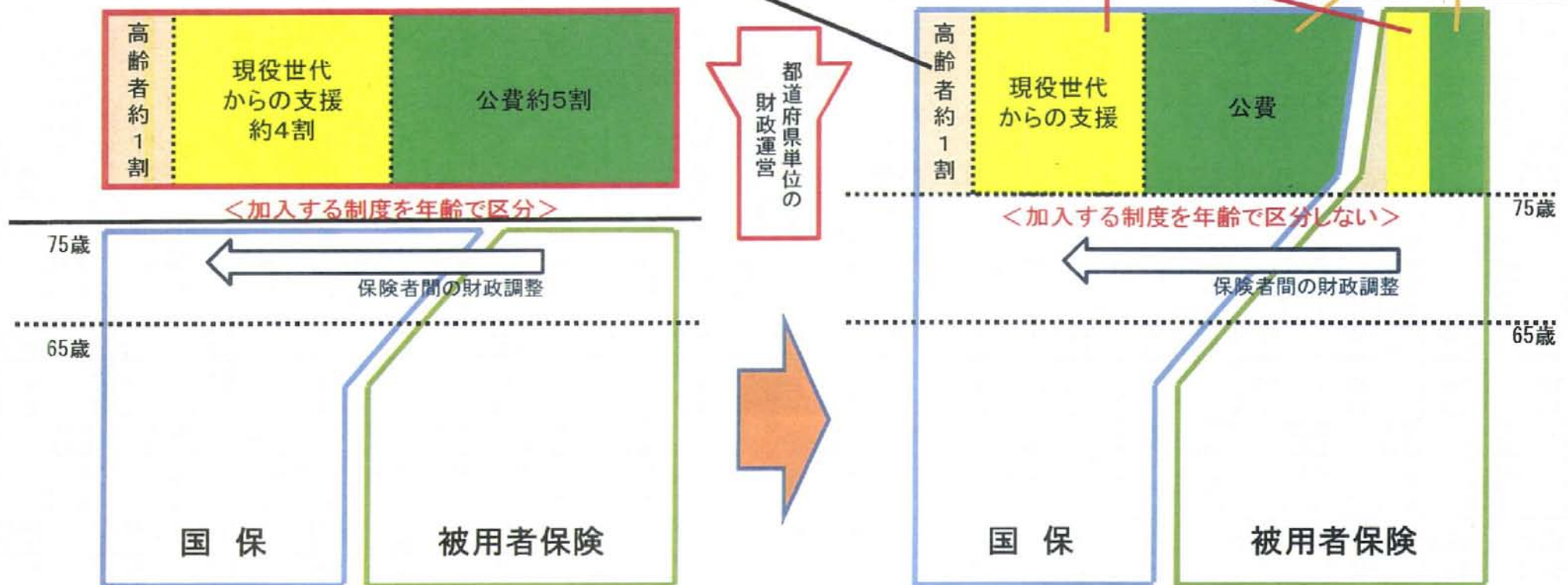
## <現行制度>

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）

## <新制度（第一段階）>

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、総報酬割の導入を検討）

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%に引き上げることを検討）





# 公費のあり方

第11回(10月25日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

○ 今後の高齢化の進行等に応じた公費の投入のあり方をどう考えるか。

○ 現在、75歳以上の高齢者の医療給付費に約5割(※)の公費を投入しているところ(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);平成22年度)。

(※) 現役並み所得を有する高齢者(約120万人、約7%)に対する公費負担がないため、実質47%の公費負担割合となっており、公費がない分は現役世代の支援金による負担となっている。

○ また、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を投入しているところ(2.0兆円(うち国1.8兆円、都道府県0.2兆円);平成22年度)。

## 【中間とりまとめ】

○ 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。

○ 今後、公費負担の総額は、公費負担割合の高い高齢者の増加により、保険料負担の総額の伸びを上回るペースで増加し、2010年度11.2兆円が2025年度には18兆円を上回ることが見込まれ、この財源をどう確保していくかが課題。

○ 現在の政府の方針として、「財政運営戦略」(平成22年6月22日閣議決定)において、歳出増を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な歳出削減又は恒久的な歳入確保措置により、それに見合う安定的な財源を確保することとされている。

⇒ 将来的には、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り、定期的(例えば4年ごと)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することが必要ではないか。

【所要額】 仮に75歳以上の給付費に対して6割公費を投入する場合 +1.2兆円程度  
仮に65～74歳の給付費に対しても5割公費を投入する場合 +2.2兆円程度(いずれも、2013年度推計)

⇒ こうした前提の下で、平成25年度の制度移行時には、実質47%の公費負担割合を実質50%に引き上げることが考えられるのではないかと。 ※50%への引上げの所要額 2013年度 3,500億円

# 高齢者の保険料の負担率

第11回(10月25日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

○ 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高齢者(75歳以上)と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担率を段階的に引き上げる仕組みとなっている。

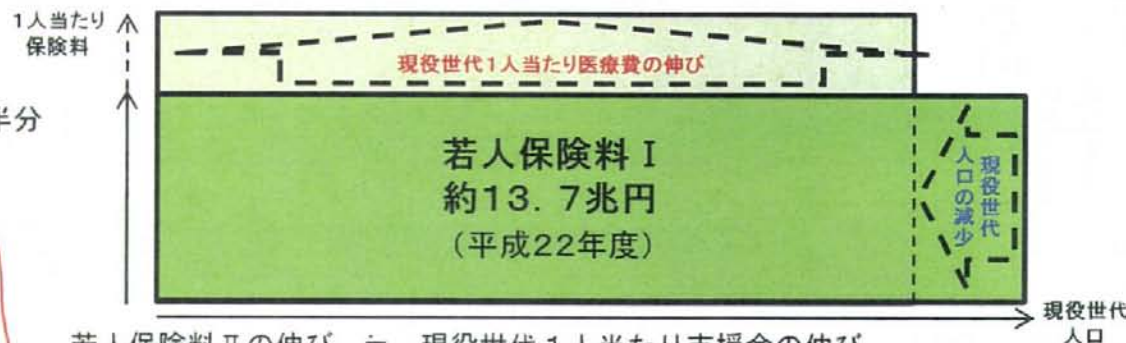
## 高齢者の保険料・・・高齢者医療給付を賄うための保険料

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  
= 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

※ 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。【中間とりまとめ】

⇒ 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は早期に改善すべきであり、新制度の施行に先立って実施することも検討する必要があるのではないか。

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)

<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)

(※) 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。

# 被用者保険者間の按分方法

第11回(10月25日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

○ 支援金について被用者保険者間の按分方法をどう考えるか。

- 現行の後期高齢者医療制度下での支援金については、国保を含む各保険者間で共通のルールを設定する観点から、各保険者の加入者数を基本に按分。
- 他方、被用者保険者間では、各保険者の財政力にバラツキがあり、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の支援金負担が相対的に重くなる。
- 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年度から平成24年度までの支援金について、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とした負担方法を導入。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

## 【中間とりまとめ】

- 財政力の弱い保険者の負担が過重なものにならないよう、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。

⇒ 新制度における支援金については、すべて総報酬割とすべきではないか。

※ 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

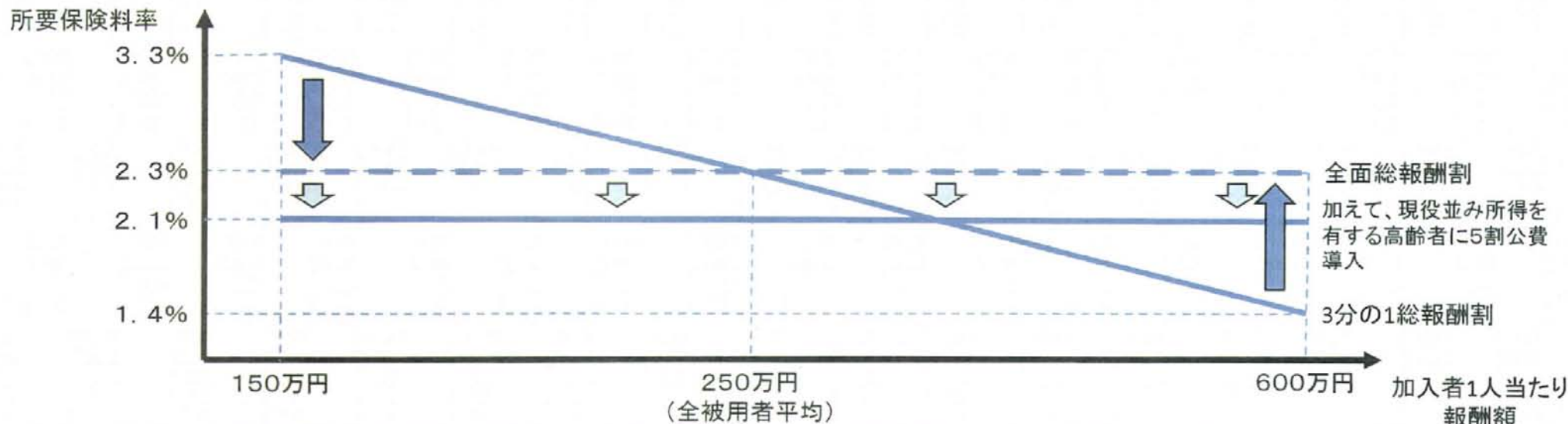
(注) ・加入者数・総報酬は75歳未満。  
・支援金に係る前期財政調整後の額である。

・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)

第11回(10月25日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

— 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

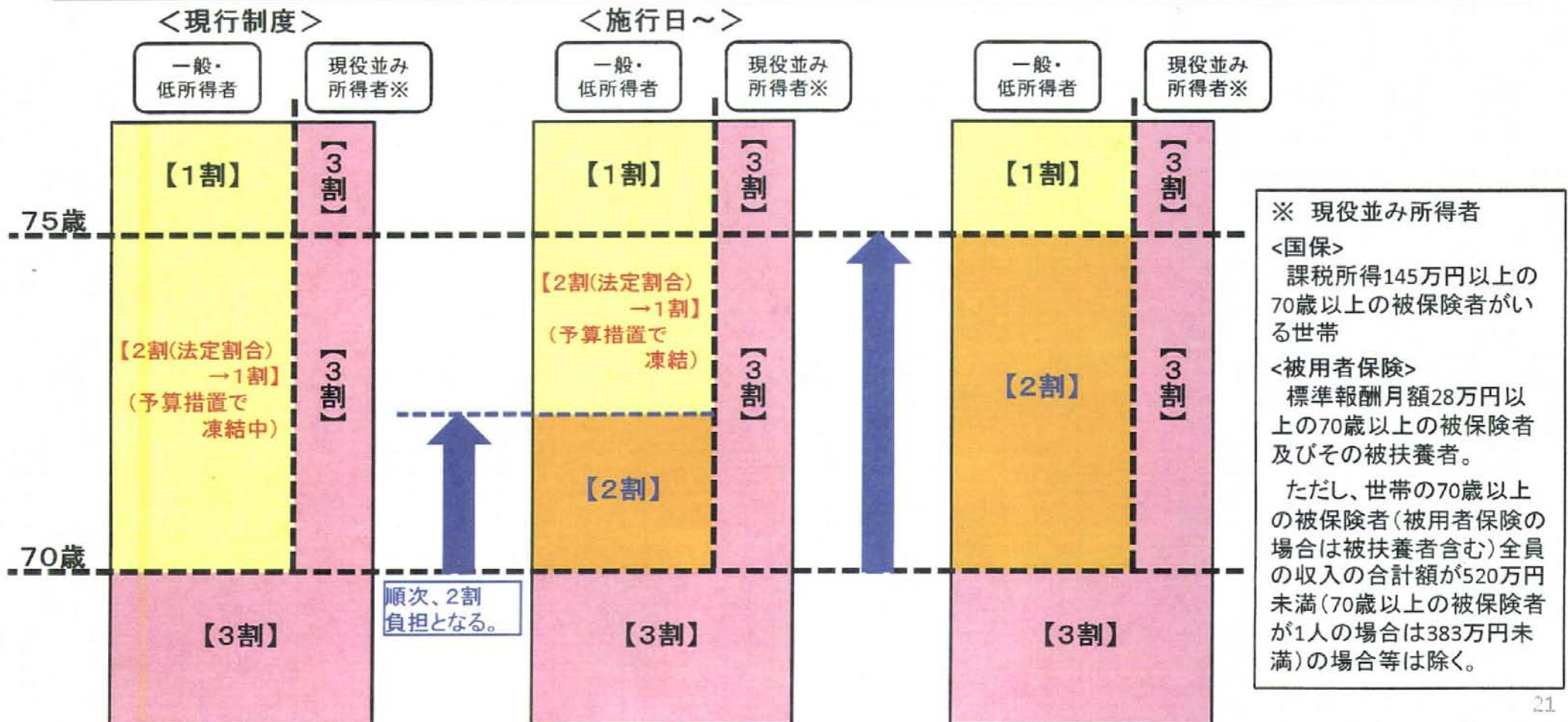
(参考2) 支援金の負担額の変化の例 (2013年度推計)

	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）

第11回（10月25日）  
高齢者医療制度改革会議提出資料

- 70～74歳の方の患者負担割合については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度の予算措置により1割負担に凍結しているところ。
- 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。  
【中間とりまとめ】  
※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）  
⇒ 個々の患者や各保険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が適当ではないか。



## 高額療養費の自己負担限度額

### 【窓口負担凍結に伴う現行の限度額】

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

### 【法定の限度額】

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
I (年金収入80万 円以下等)		15,000円	

一般のみ変更

変更なし

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	8,000円
I		<u>15,000円</u>	

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	8,000円	<u>24,600円</u>
		I		<u>15,000円</u>

(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。

70歳以上75歳未満を本来の原則2割負担としても、低所得者には配慮。

# 健康の保持増進・医療の効率的な提供への取組

第12回(11月16日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

## 【現状・課題】

### 論点Ⅰ 各保険者における 壮年期からの 健康づくり

- 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%  
(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。  
(20年度21%)

### 論点Ⅱ 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の保持増進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Ⅲ 高齢期における 医療の効率的な 提供のための取組

- 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)

## 【見直しの方向性】

- 特定健診等の実施率向上に向けた取組の検討・実施。
- 75歳以上の高齢者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。  
※ 特定健診・特定保健指導の達成状況による支援金の加算・減算の仕組みの取扱いについては、次ページ。

- 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。

- 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

第12回(11月16日)  
高齢者医療制度改革会議提出資料

- 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、以下のような論点が考えられる。

- 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%)は過大ではないか。(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。

⇒ 今般の高齢者医療制度の見直しに当たっては、各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じて支援金を加減算する旨の現行と同様の規定を新制度にも設けることとした上で、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。

## 高齢者医療制度改革についての考え方 (案)

平成 22 年 11 月 22 日

全 国 知 事 会

### 1 厚生労働省案に対する疑問

- 現在示されている厚生労働省案は、75歳で年齢区分を設ける点、財政スキーム等の点で現行と大きく変わることがなく、現行制度の修正で対応が可能である。
- また、保険料負担について、被保険者間での不公平感が生じるといった課題があり、短期間での新制度への移行には、国民の理解はもとより、システム構築や制度の周知等にかかるコストも考えれば大きな障害が予想され、現行制度を廃止して新制度へ移行しなければならない積極的な理由がないと考える。

### 2 都道府県が高齢者医療制度の運営に主体的に関わっていくための条件

都道府県として、高齢者医療制度の運営に主体的に関わっていくためには、以下の条件が満たされなければならない。

- ① 厚生労働省案では、国よりも地方における財政負担の伸び率が大きくなっている。国は最終的な医療保険制度の責任者として、財政面でもより一層その責任を果たすこと。
- ② 厚生労働省案では、市町村は被保険者から収納した保険料を都道府県単位の運営主体に納付するだけの仕組みとなっている。市町村が責任を持って収納率を高める仕組みとすること。
- ③ 全年齢を対象とする国保の都道府県単位化については、市町村がやむなく実施している一般会計からの3,700億円にも上る法定外繰入れをどうするかなどの市町村国保が抱える構造的な問題の抜本的な解決策を示すこと。
- ④ 今後の医療費の増大に対して、社会保障と税制を一体的に議論し、国・地方双方に安定的な財源を確保すること。
- ⑤ 制度の中に、国と地方の協議の場などで定期的に制度の見直しを議論していく仕組みを取り入れること。