

厚生労働部会

医療に関する小委員会次第

平成22年11月2日(火)
正午 党本部702号室

【議題】

高齢者医療制度について
健康保険組合連合会・全国健康保険協会よりヒアリング

一、開会 ・ 進行

加 藤 勝 信 委員長

一、高齢者医療制度について

健康保険組合連合会	白 川 修 二 専務理事
	霜 鳥 一 彦 理事

全国健康保険協会	小 林 剛 理事長
	貝 谷 伸 理事

(意見交換)

一、閉会

健保組合の課題と要望について

平成 22 年 11 月 2 日
健康保険組合連合会

1. 健保組合の財政状況

- (1) 平成 21 年度（決算見込み、以下同じ）は 5200 億円の赤字。22 年度（予算早期集計、以下同じ）は 6600 億円の赤字。21 年度は 8 割の健保組合が赤字。22 年度は赤字組合が 9 割に迫る。
- (2) 赤字運営の最大の要因は、高齢者医療に対する拠出金負担である。21 年度は、保険料収入に対する拠出金の割合が 45.6% に達し、50% 以上の健保組合が 533（36%）もある。
- (3) 保険料収入の減少もあいまって、保険料だけでは、拠出金と保険給付費（義務的経費）をまかなえない状況に陥っている。
- (4) 健保連では、健保組合間で、調整保険料による財政調整事業を実施している。制度改正後の 20 年度から 22 年度の 3 年間で、拠出金負担の重い健保組合に対して、約 900 億円を交付した。しかし、この財源も 22 年度末に枯渇し、現在、事業の見直しを検討中。

～ 別添資料参照 ～

【別添】

1. 平成 21 年度決算見込および 22 年度予算

図 1 健保組合の経常収支状況

(単位：億円)

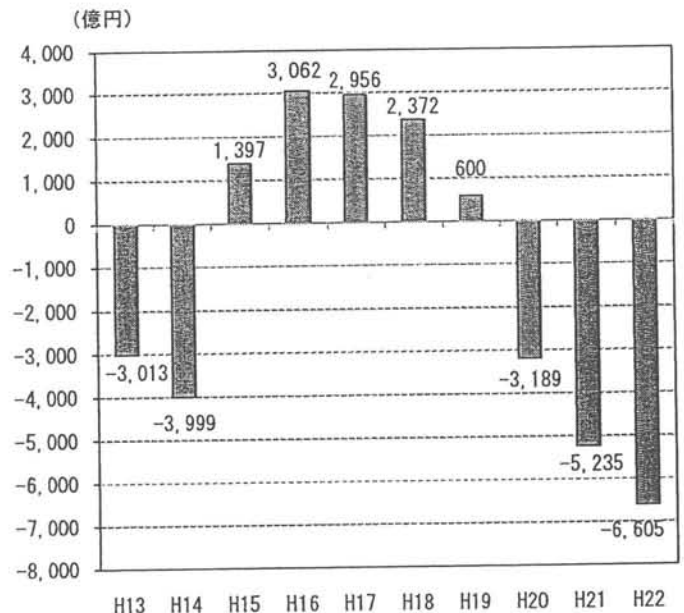
	21 年度 決算見込	22 年度 予算	増減額
健康保険収入	59,712	60,177	465
・ 保険料	59,672	60,145	473
・ 国庫負担金収入等	40	32	-8
その他収入	2,005	1,404	-601
経常収入計	61,717	61,581	-136
保険給付費	34,384	35,903	1,519
・ 法定給付費	33,441	34,902	1,461
・ 付加給付費	942	1,001	59
・ 拠出金・納付金等	27,188	26,224	-964
保健事業費	3,299	3,785	486
その他支出	2,082	2,274	192
経常支出計	66,952	68,186	1,234
経常収支差引額	-5,235	-6,605	-1,370

(注 1) 端数処理のため、計数が整合しないことがある。

(注 2) 22 年度は、予算早期集計回答組合 (1,313 組合) の数値を 22 年 4 月 1 日現在の 1,462 組合に引き伸ばした数値である。

※22 年度予算には、後期高齢者支援金の 3 分の 1 総報酬割り導入に伴う 330 億円の負担増は含まれていない。

図 2 経常収支状況の推移



(注) 平成 13 年度～20 年度までは決算、21 年度は決算見込み、22 年度は予算早期集計の数値である。

図 3 赤字組合数と黒字組合数の推移

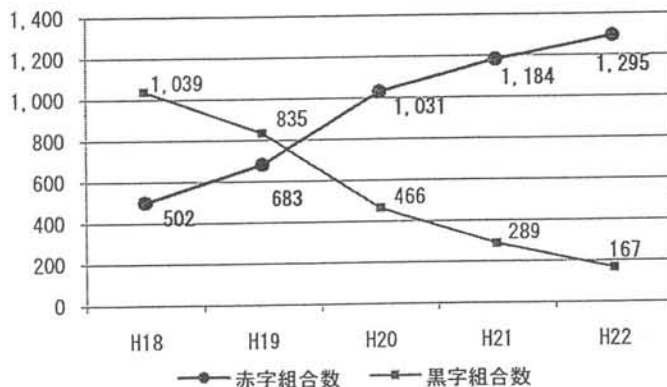
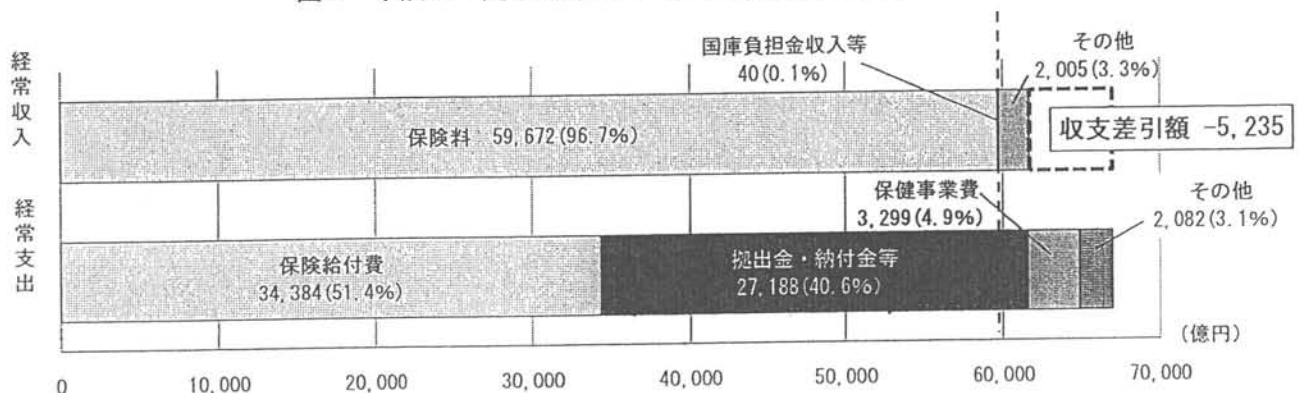


図 4 全組合に対する赤字組合と黒字組合の割合の推移

	赤字組合割合 (%)	黒字組合割合 (%)
H18	32.58	67.42
H19	44.99	55.01
H20	68.87	31.13
H21	80.38	19.62
H22	88.58	11.42

(注) 平成 18 年度～20 年度までは決算、21 年度は決算見込み、22 年度は予算早期集計の数値である。

図 5 平成 21 年度決算見込 経常収支状況の内訳

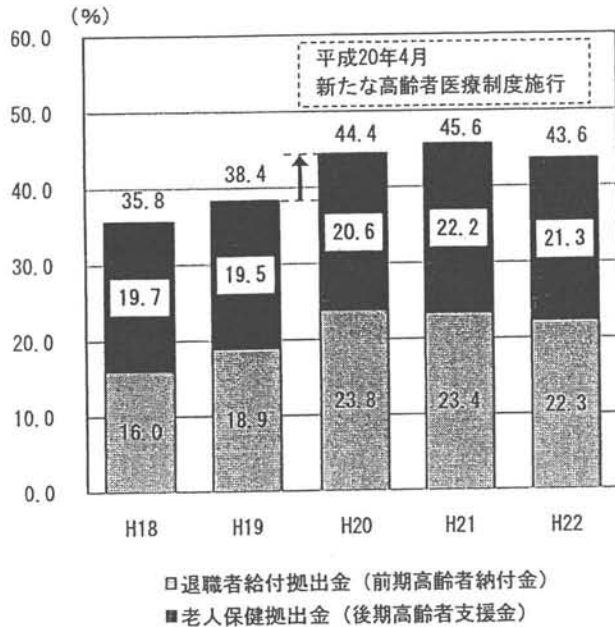


(注 1) () 内は経常収入、経常支出における構成比である。

(注 2) 端数処理のため、計数が整合しないことがある。

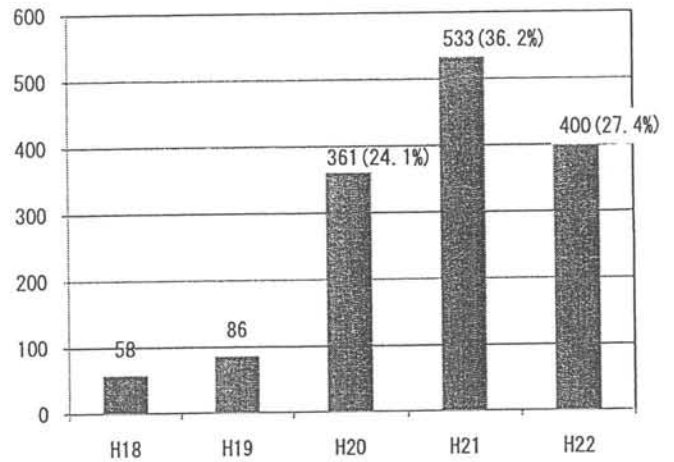
2. 保険料収入に占める法定給付費、拠出金・納付金等の割合

図6 保険料収入に占める拠出金・納付金の割合の推移



- (注1) 平成18年度～20年度までは決算、21年度は決算見込み、22年度は予算早期集計の経常ベースの数値である。
 (注2) 日雇拠出金および病床転換支援金(20年度新設)は退職者給付拠出金(前期高齢者納付金)に含めた。
 (注3) 端数整理のため、計数が整合しないことがある。

図7 保険料収入に占める拠出金・納付金の割合が50%以上の組合数の推移



- (注) 平成18年度～20年度までは決算、21年度は決算見込み、22年度は予算早期集計の経常ベースの数値である。

3. 保険料率引き上げの状況

図8 保険料率引き上げ組合の推移

	引き上げ組合数	全組合に対する割合
H18	88	5.7%
H19	109	7.2%
H20	212	14.2%
H21	237	16.1%
H22	352	26.8%

- (注1) 平成18年度～20年度までは決算、21年度は決算見込み、22年度は予算早期集計の数値である。
 (注2) 22年度は、回答組合のうち料率を引き上げた組合数および回答組合に対する割合である。

2. 高齢者医療制度の改革案（10/25、厚生労働省提出）の問題点

- (1) 今回の提案は、主に高齢者と国保の負担軽減に重きが置かれ、その分、現役世代と被用者保険にさらなる負担増を生じさせることになる。
- (2) 国費の拡充がないまま、負担構造を変更しようとしているため、結果として、健保組合等に負担を転嫁する「肩代わり」の構図となっている。また、前期高齢者にかかる財政調整を現行のまま継続することも問題である。国保の広域化の方向性だけは示されたものの、制度全体の将来像は依然として見えない。
- (3) 税と社会保障の一体的な改革の議論が必要であり、安定財源の確保に道筋をつけたうえで、将来にわたり持続可能で安定した制度の構築につながる真の改革を実現すべきである。

～厚生労働省の試算資料より～

■各保険者の財政影響

	健保組合	協会けんぽ	共済組合	市町村国保	75歳以上	公費負担
平成25年度	+200億円	▲600億円	+600億円	▲600億円	▲200億円	+700億円
平成32年度	▲200億円	▲1400億円	+600億円	▲1100億円	▲100億円	+200億円

*平成22年度から25年度にかけての国民医療費の伸びは、年2.2%と設定

■健保組合の負担構造（平成25年度の負担増200億円の内訳）

	健保組合	公費（補正分を除く）
適用関係の変更 (広域連合から被用者保険に約222万人が移行)	+300億円	▲600億円
支援金の全面総報酬割	+1200億円	▲2100億円
現役並み所得を有する高齢者に5割公費負担	▲1300億円	+3500億円
70～74歳の患者負担の段階的見直し	0億円	▲100億円
合計	+200億円	*) +700億円

*公費負担合計額（+700億円）の内訳は、国：0億円、都道府県：200億円、市町村：500億円

■全面総報酬割が導入された場合の健保組合の負担の増減（平成25年度）

	全面総報酬割	加えて、現役並所得を有する 高齢者に5割公費を導入した場合
負担増組合数	872 (59.6%)	540 (36.9%)
負担減組合数	590 (40.4%)	922 (63.1%)

3. 高齢者医療制度改革までの課題と要望

(1) 前期高齢者の層に対する公費投入

→ 拠出金負担はすでに限界に達している。団塊の世代が 24 年度から前期高齢者に入り始める（約 700 万人）ため、25 年度を待たずに公費投入が必要である。

(2) 拠出金の負担軽減のための補助金（高齢者医療円滑化等事業）の拡充

→ 後期高齢者支援金の 3 分の 1 総報酬割の導入（22 年 7 月）により、22 年度、健保組合と共済組合の計 560 億円の負担増に対して 323 億円の補助金が確保された（8 か月分）。23 年度は満年度化され、計 900 億円を超える負担増が見込まれるが、概算要求では、330 億円（前年度比+8 億円）しか計上されていない。負担増に見合った財政支援の拡充が必要である。

(3) 出産育児一時金の引き上げにともなう補助金の継続

→ 出産育児一時金が 21 年 10 月に 4 万円引き上げられた際、保険者の負担軽減のための補助金が設けられた。この補助金は（4 万円引き上げと同様）23 年 3 月までの暫定措置とされているが、23 年度以降も継続する必要がある（22 年度、全制度計 182 億円、うち健保組合分 46 億円）。

(4) 医療費の適正化計画の着実な実行。レセプトオンライン化の完全実施等、医療の効率化の推進



全国健康保険協会

(協会けんぽ)

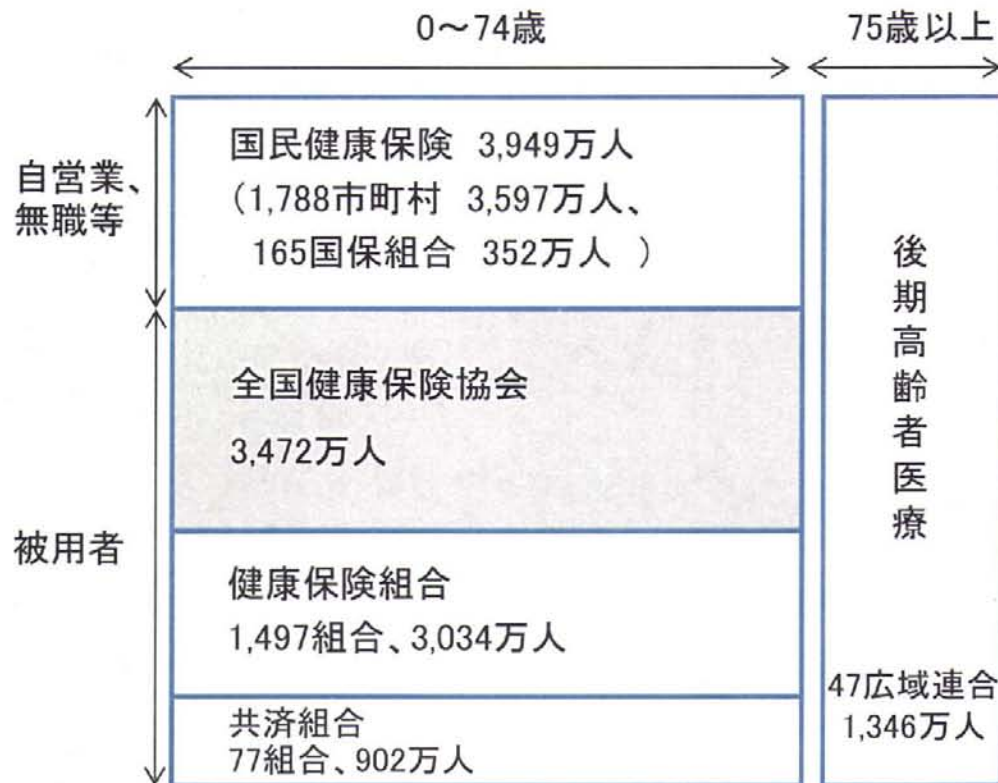
平成22年11月2日

全国健康保険協会について

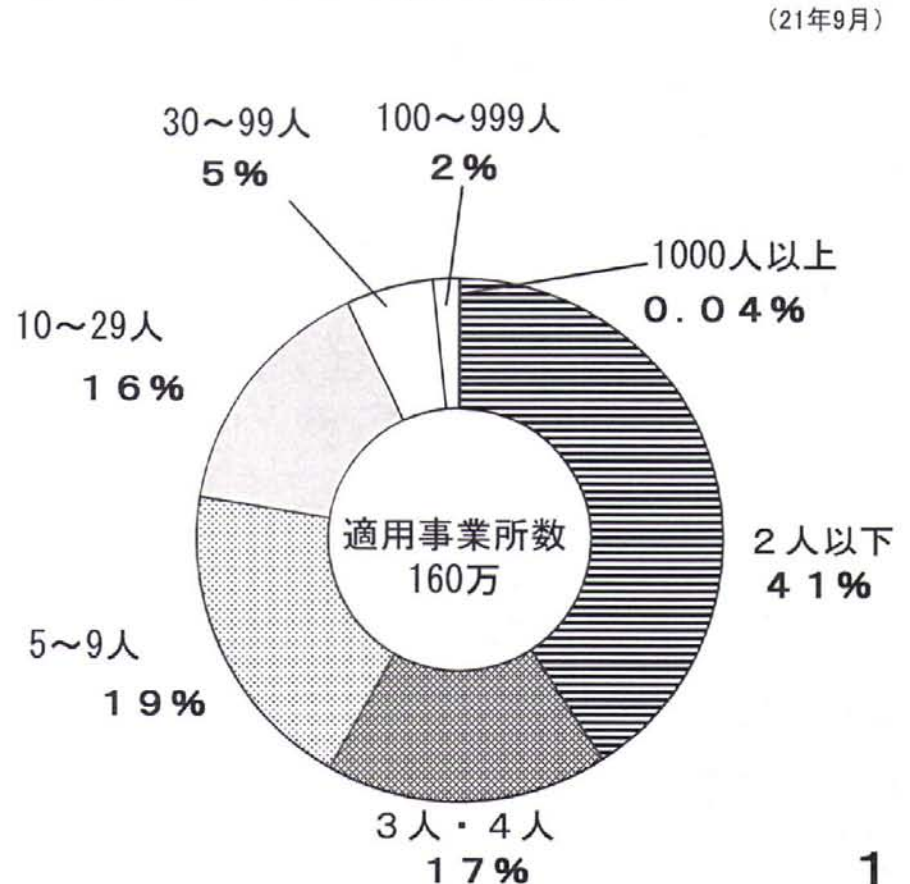
○ 組織と業務

協会は、平成18年の健康保険法改正により、政管健保を社会保険庁から承継し、平成20年10月に設立。その業務は、①保険料率の設定(各都道府県ごと)、②医療費の支払い、③現金給付の審査・支払、④加入者の健診・保健指導、健康づくり活動、⑤医療費の適正化のための業務(レセプト審査、ジェネリック医薬品使用推進など)。

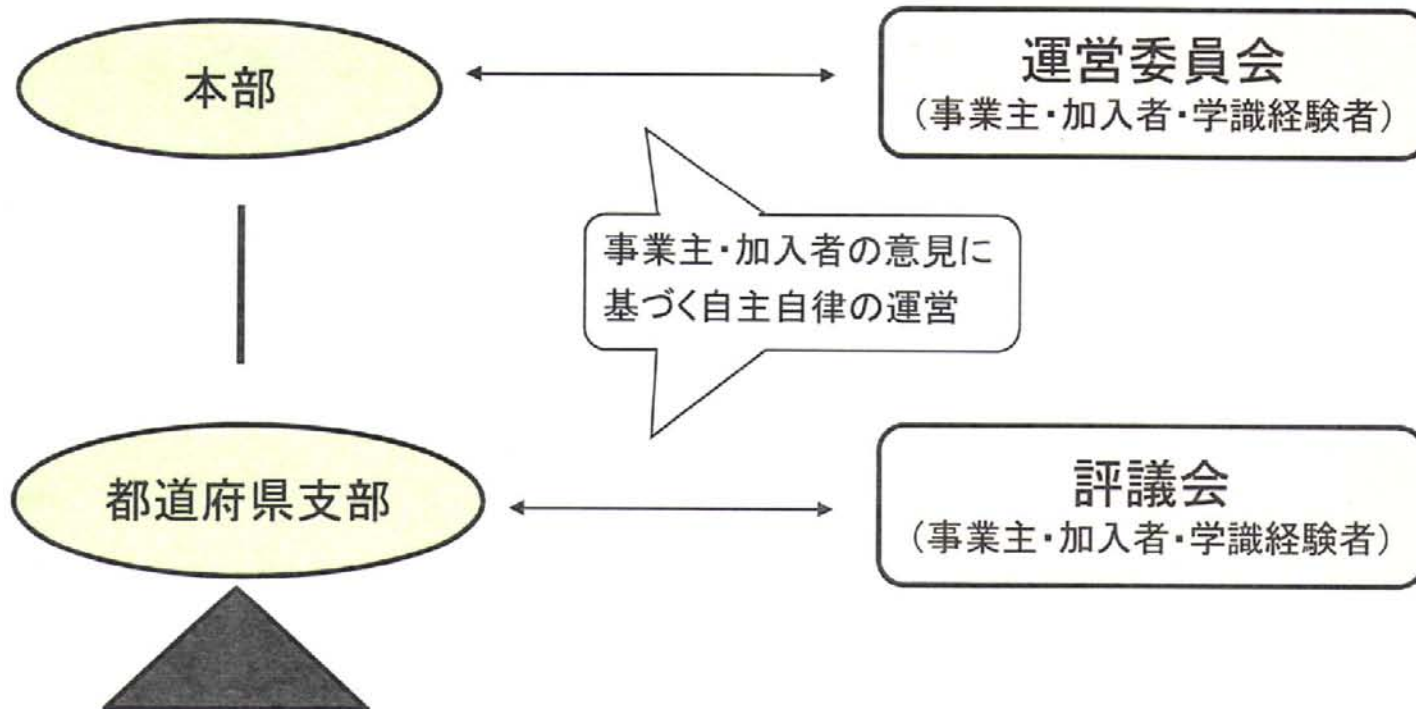
○ 保険者の位置付け (21年3月末)



○ 協会の事業所規模別構成 (21年9月)



全国健康保険協会の運営について



保険運営の企画

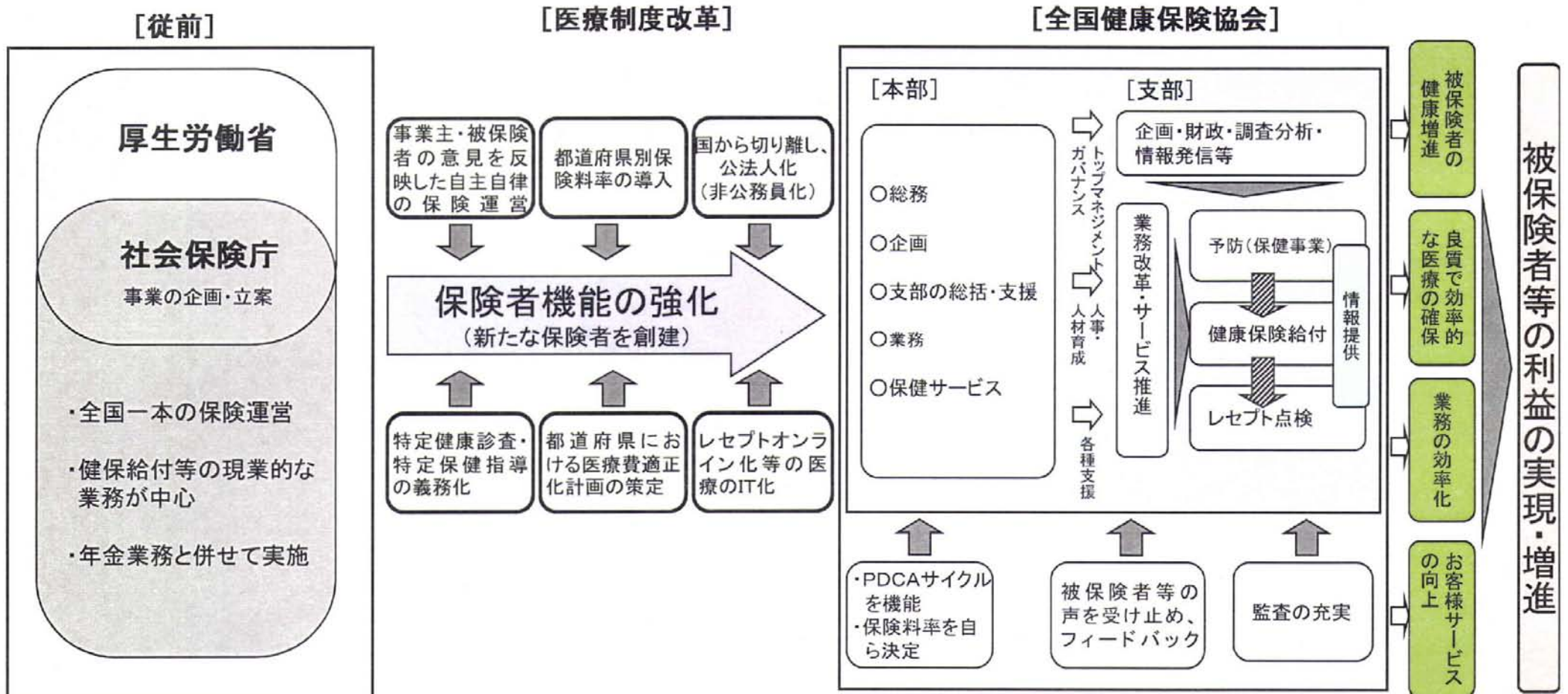
保険給付

保健事業(予防)

※ 事業所の適用や保険料の徴収は、日本年金機構において厚生年金業務と一体的に行い、保険給付に必要な財源は厚生労働省から協会に交付

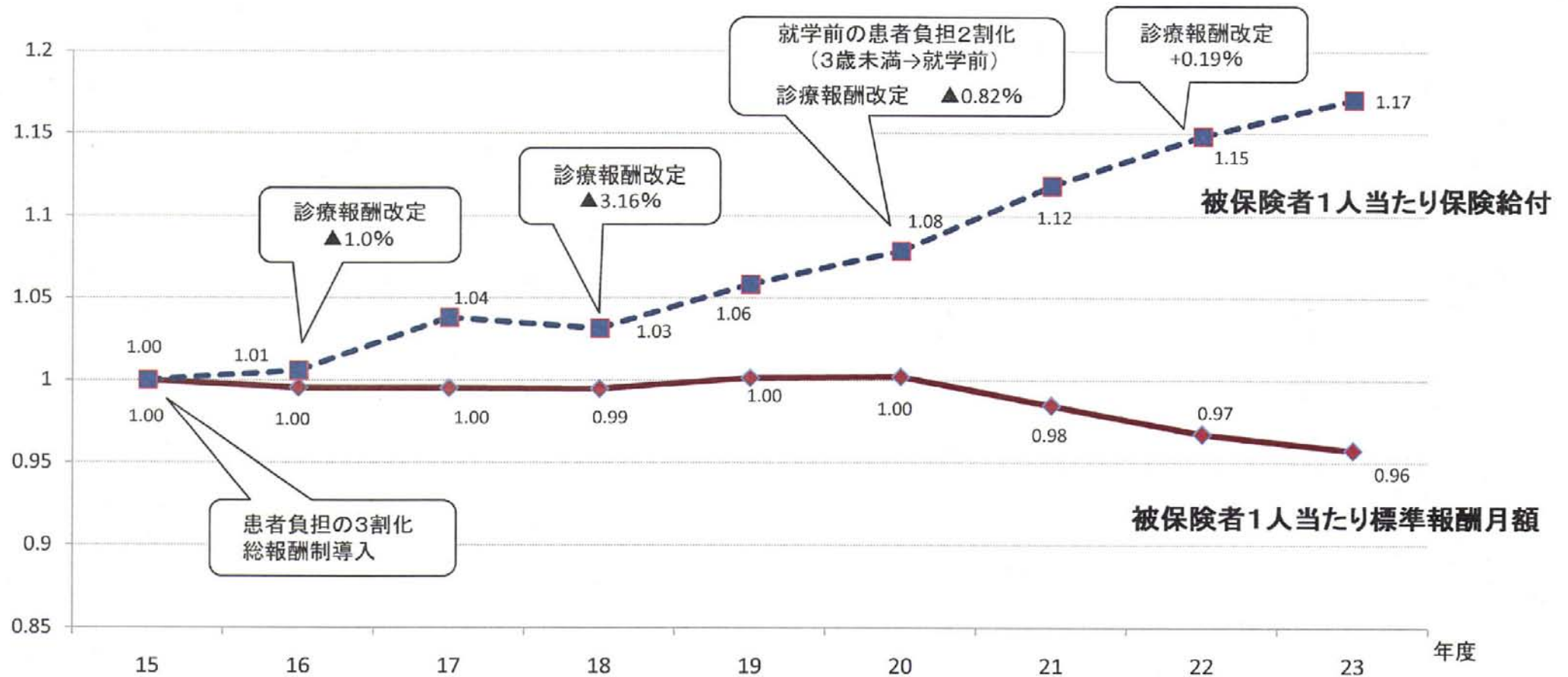
全国健康保険協会の組織について

- 医療制度改革を踏まえ、保険者機能が十分に発揮できる新たな保険者を創建するという視点から組織を設計
- 地域の実情を踏まえた制度運営〔都道府県別保険料の導入等〕



協会けんぽの標準報酬と保険給付の推移

○ 近年、支出(1人当たり保険給付)が、収入(1人当たり標準報酬)の伸びを上回り、格差が拡大。

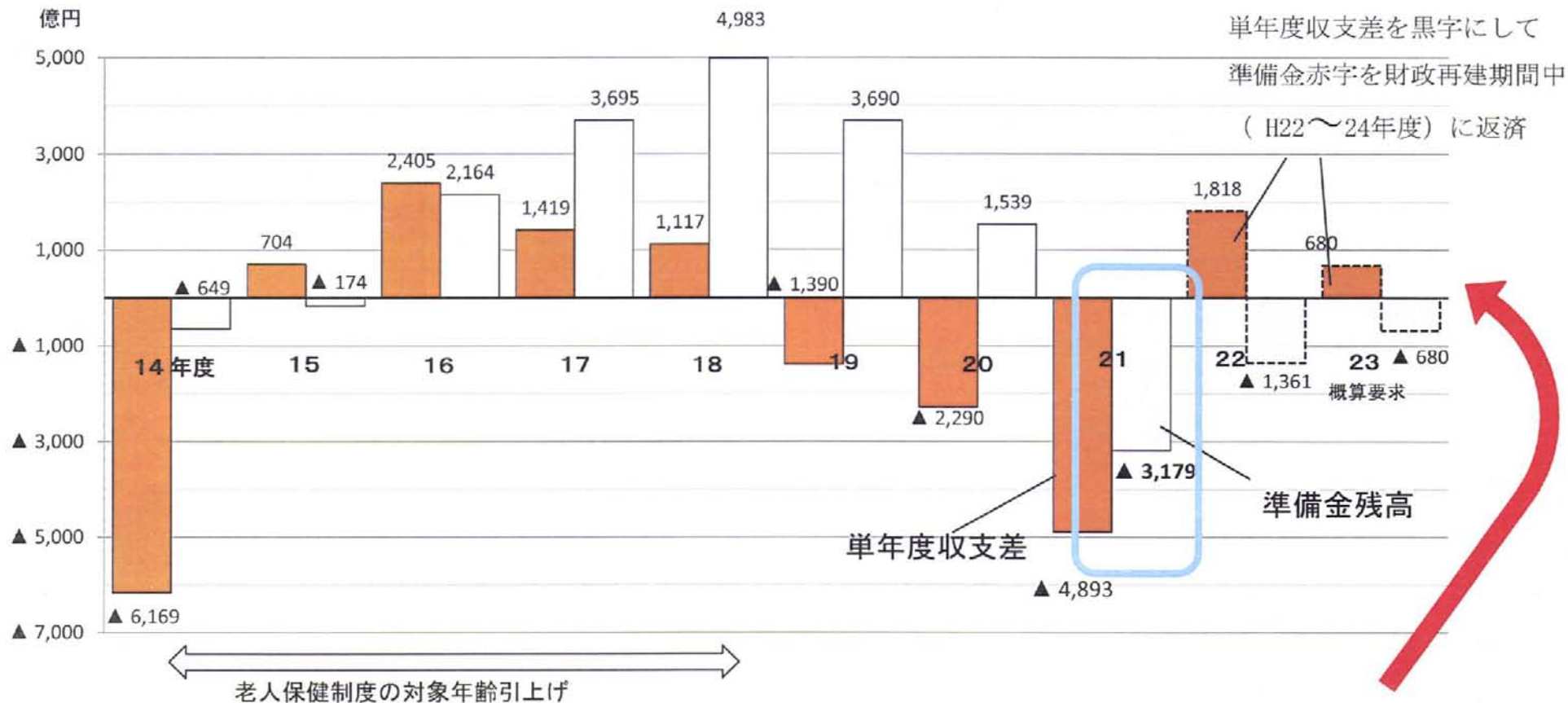


(注) 1. 数値は平成15年度を1とした場合の指数

2. 平成15～21年度までは単年度収支決算、平成22、23年度は概算要求時点における見込み

協会けんぽの単年度収支差と準備金残高の推移

○ 平成19年度から単年度赤字となり、18年度に5,000億円あった準備金は21年度末ではマイナス3,200億円。



保険料率 8.5% → 8.2% (総報酬制導入により実質0.7%増) → 9.34% → (9.57% 又は 9.53% 見込み)

注1) 平成14～21年度までは単年度収支決算、平成22、23年度は概算要求時における見込み。

協会けんぽの標準報酬月額推移

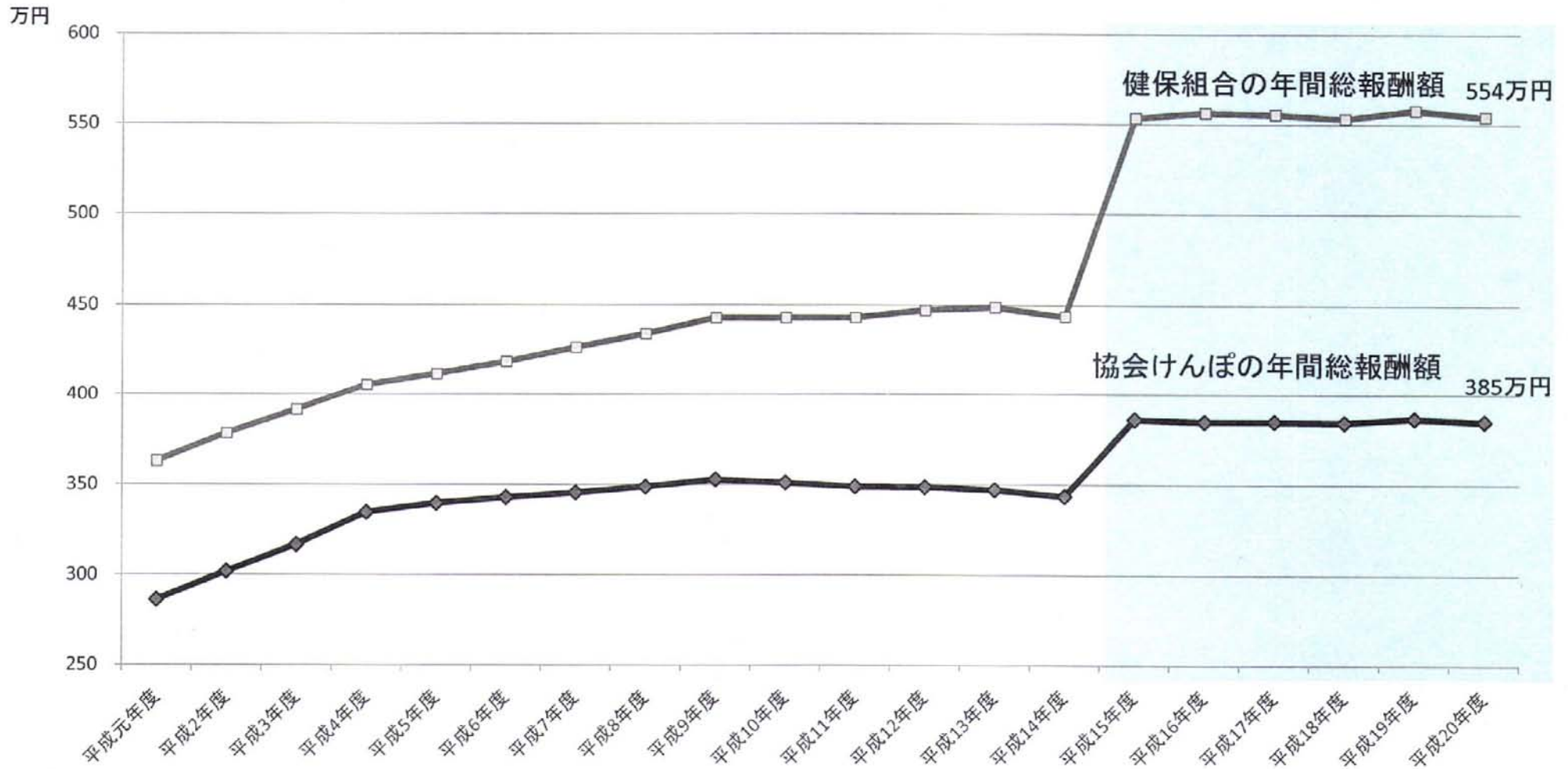
○ 協会の標準報酬月額は、他の被用者保険より低く、また、下落が続いている。

	一人当たり標準報酬月額		(参考)きまって支給する給与の 対前年度伸び率	
	千円	対前年度伸び率	対前年度伸び率	
平成10年度	292	▲ 0.5	%	
11年度	291	▲ 0.6	%	
12年度	290	▲ 0.1	▲ 0.1	
13年度	289	▲ 0.4	▲ 0.8	
14年度	286	▲ 1.1	0.5	
15年度	284	▲ 0.7	0.5	
16年度	284	▲ 0.2	0.2	
17年度	283	▲ 0.1	0.4	
18年度	283	▲ 0.1	▲ 0.5	
19年度	285	0.8	0.6	
20年度	285	▲ 0.0	▲ 1.9	
21年度	277	▲ 3.0	▲ 0.8	
22年9月末*	275	▲ 0.3	(8月)0.4	

注) 平成19年度は、制度改正により、標準報酬月額の上限が98万円から121万円に引き上げられ、これにより、一人当たり標準報酬月額は押し上げられている

報酬格差の拡大

- 健保組合と協会けんぽの報酬水準には格差がある。【平均で1.44倍(平成20年度)】
- 平成15年よりボーナスも含めた総報酬制へ移行して以降、格差は拡大。



平成22年度の都道府県単位保険料率

- 全国平均保険料率は9.34%であるが、都道府県ごとに異なる。
- 最高保険料率は北海道の9.42%、最低保険料率は長野の9.26%。

北海道	9.42%	石川県	9.36%	岡山県	9.38%
青森県	9.35%	福井県	9.34%	広島県	9.37%
岩手県	9.32%	山梨県	9.31%	山口県	9.37%
宮城県	9.34%	長野県	9.26%	徳島県	9.39%
秋田県	9.37%	岐阜県	9.34%	香川県	9.40%
山形県	9.30%	静岡県	9.30%	愛媛県	9.34%
福島県	9.33%	愛知県	9.33%	高知県	9.38%
茨城県	9.30%	三重県	9.34%	福岡県	9.40%
栃木県	9.32%	滋賀県	9.33%	佐賀県	9.41%
群馬県	9.31%	京都府	9.33%	長崎県	9.37%
埼玉県	9.30%	大阪府	9.38%	熊本県	9.37%
千葉県	9.31%	兵庫県	9.36%	大分県	9.38%
東京都	9.32%	奈良県	9.35%	宮崎県	9.34%
神奈川県	9.33%	和歌山県	9.37%	鹿児島県	9.36%
新潟県	9.29%	鳥取県	9.34%	沖縄県	9.33%
富山県	9.31%	島根県	9.35%		

平成23年度の平均保険料率について
(概算要求時点の見通し)

	国庫補助率	
	16.4%の場合	20%の場合
① 70歳以上75歳未満の患者負担引上げ(1→2割)凍結の終了 (▲160億円) ② 出産育児一時金増額(38→42万円)の終了(▲172億円) を前提とした場合	9.53%	9.25%
上記①、②の暫定措置が継続された場合	9.57%	9.29%

参考. 22年度の平均保険料率 9.34%

協会けんぽの収支について

(単位：億円)

		21年度	22年度	23年度	備 考
		決 算	見通し (22年8月)	概算要求ベース (22年8月)	
収 入	保険料収入	59,555	66,675	67,407	23年度の保険料収入を確保するための 保険料率を機械的に試算した場合 9.53%
	国庫補助等	9,678	10,537	11,039	
	その他	501	298	194	
	計	69,735	77,510	78,640	
支 出	保険給付費	44,513	45,800	46,610	
	老人保健拠出金	1	1	1	
	前期高齢者納付金	10,961	12,100	12,252	
	後期高齢者支援金	15,057	14,213	14,639	
	退職者給付拠出金	2,742	1,968	2,730	
	病床転換支援金	12	0	0	
	その他	1,342	1,611	1,728	
	計	74,628	75,692	77,960	
単年度収支差		▲ 4,893	1,818	680	
準備金残高		▲ 3,179	▲ 1,361	▲ 680	

(注) 1. 従来の政府管掌健康保険の単年度収支と同様の手法で作成したもの。

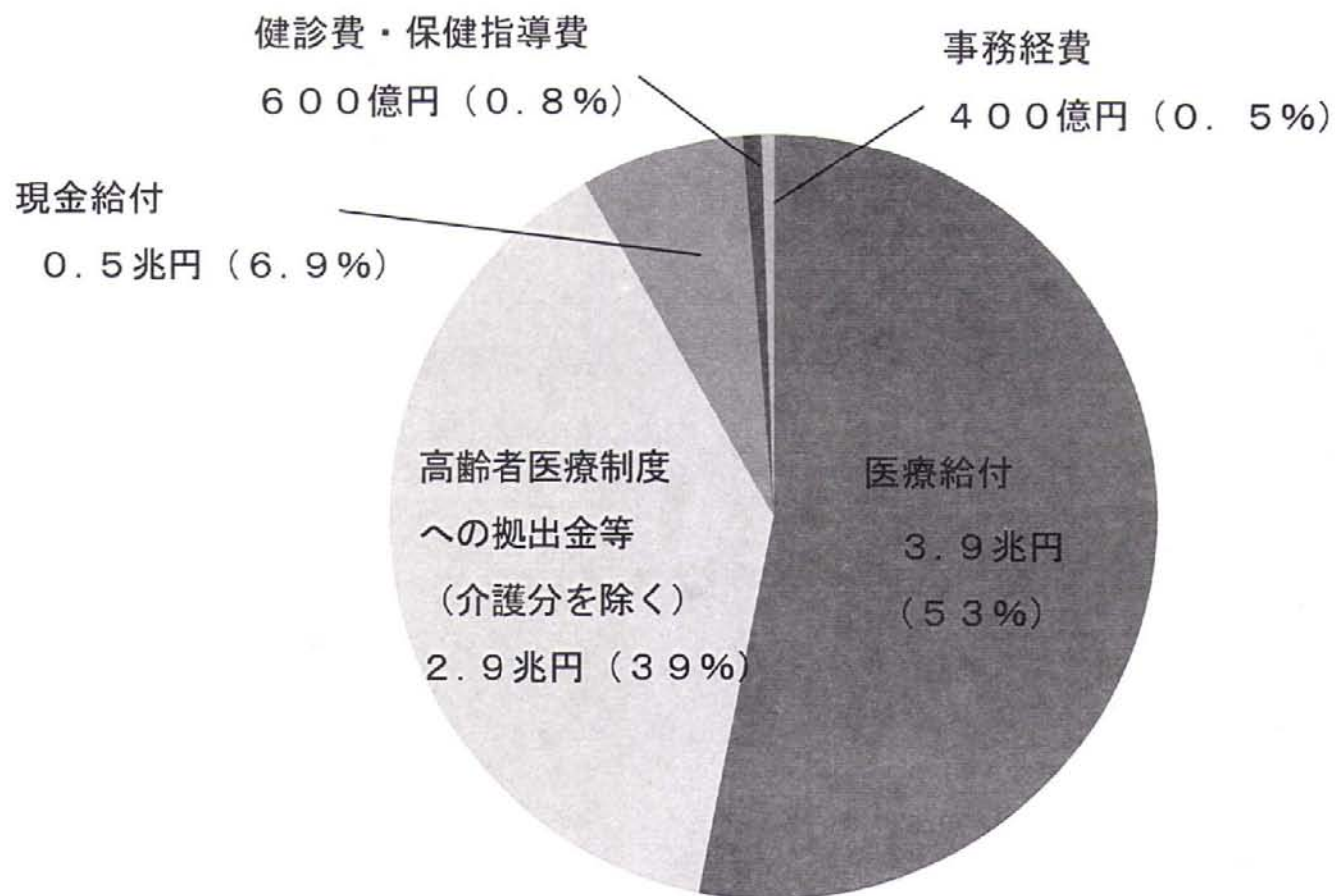
2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

3. 23年度の保険給付費は、70歳以上75歳未満の方に係る患者負担引上げ(1割→2割)凍結の暫定措置終了による影響(▲160億円)、出産育児一時金の増額(38万円→42万円)の暫定措置終了による影響(▲172億円)が含まれている(厚生労働省推計)。これらは年末までの予算編成過程での検討事項となっている。

4. 23年度の単年度収支差は、22年度末に見込まれる準備金残高の赤字の半分を返済するための所要額が計上されている。

協会けんぽの支出に占める高齢者医療制度への拠出金等

高齢者医療に係る拠出金負担が、支出全体の約4割を占めている。



※21年度決算

高齢者医療制度改革会議における協会の意見(ポイント)

基本的な考え方

- 現役世代と高齢者世代の負担が明確化されたこと等現行制度の評価できる点は、次の制度でも活かす。
- 現役世代の負担は、これ以上過重なものとならず、理解と納得を得られる在り方とすることが重要である。

費用負担、財源の在り方

(公費の拡充)

- 公費拡充の方向性と定期的な見直しは、今後の医療保険制度の持続可能性を担保する上で重要。
公費拡充の目的は、高齢者や現役世代の保険料の増加を抑制することであり、この考え方が具体的に制度化されるよう検討すべき。

(負担能力に応じた公平な支え合い)

- 高齢者医療を支える各制度間の負担は、各制度の負担能力を反映したものとなることが重要。
現在、協会は厳しい財政状況と中小企業の賃金水準の低さという問題を抱えている。被用者保険間の保険料負担の格差は拡大傾向にあり、格差是正につながる方向を検討すべき。

(高齢者の患者負担)

- 現在70～74歳の患者負担は特例的に引下げられている。公費で対応しているものの、社会全体の支合いという本来の形を考え、高齢者も相応の負担が適当。

(特定健診・保健指導)

- 健診実施率などをもとに後期高齢者支援金を加算する制度が平成25年度から実施することとなっているが、ペナルティーとしての加算制度は廃止すべき。

厚生労働部会 医療に関する小委員会 資料

平成22年10月27日
厚生労働省保険局

本日の議題に関する基本資料

厚生労働省保険局
平成22年10月25日

目 次

- 国保の都道府県単位化の進め方 2
- 費用負担に関する論点 3
- 財政安定化基金 13

国保の都道府県単位化の進め方

- 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、財政基盤強化策の実施等と併せて、保険財政の安定化、保険料負担の公平化等の観点から、全年齢を対象として都道府県単位の財政運営とすることが必要である。
- しかしながら、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。
- 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。

第一段階において、都道府県単位化の対象年齢を65歳以上とした場合の問題点

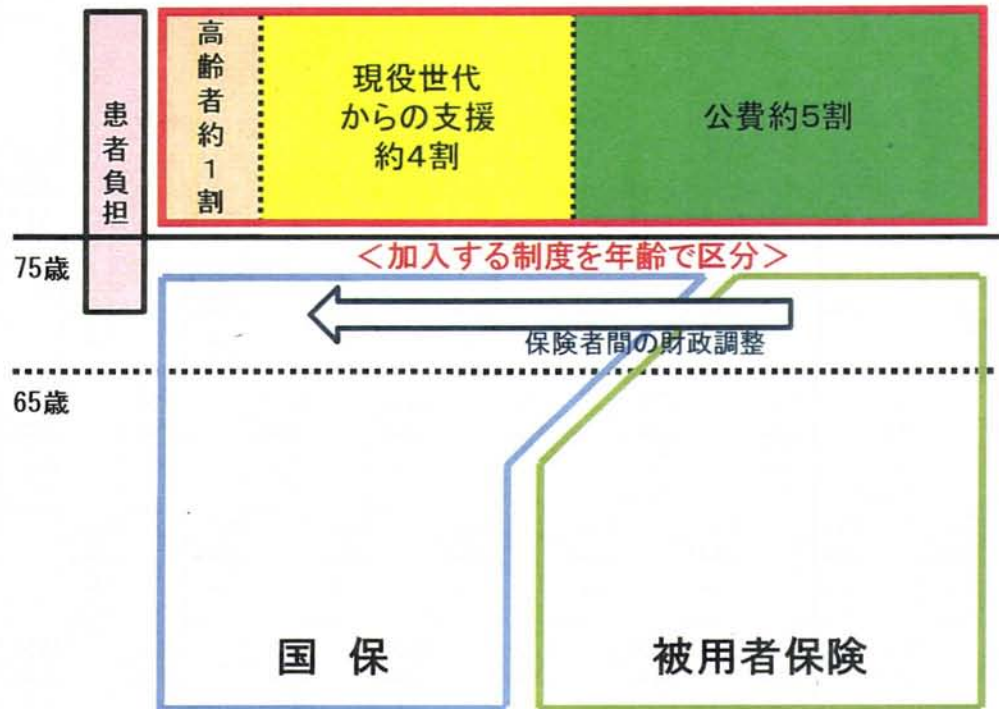
- 若人部分の広域化については、環境整備に一定の期間を要する中、第一段階において65～74歳(3,600万人のうち1,100万人)を切り出して都道府県単位化すると、これらの方の保険料が急激に上下動する。また、これらの方の保険料は、第一段階及び第二段階の2度にわたって上下動することによる混乱のおそれがある。
- 第一段階において、65～74歳にも75歳以上と同じ保険料率を適用した場合、65～74歳の保険料総額は 0.1～0.2兆円(▲15%)程度、減少し、若人の負担が増加する。
- 市町村国保によっては65～74歳の保険料収入に大きく依存しているところがあり、市町村国保によっては大きな負担増が生じる。

※ 市町村国保(一般)の前期高齢者加入率 平均32.5%、60%を超える保険者数1、50%を超える保険者数47、40%を超える保険者数346
(平成20年度国民健康保険事業年報より。全保険者数1,788)

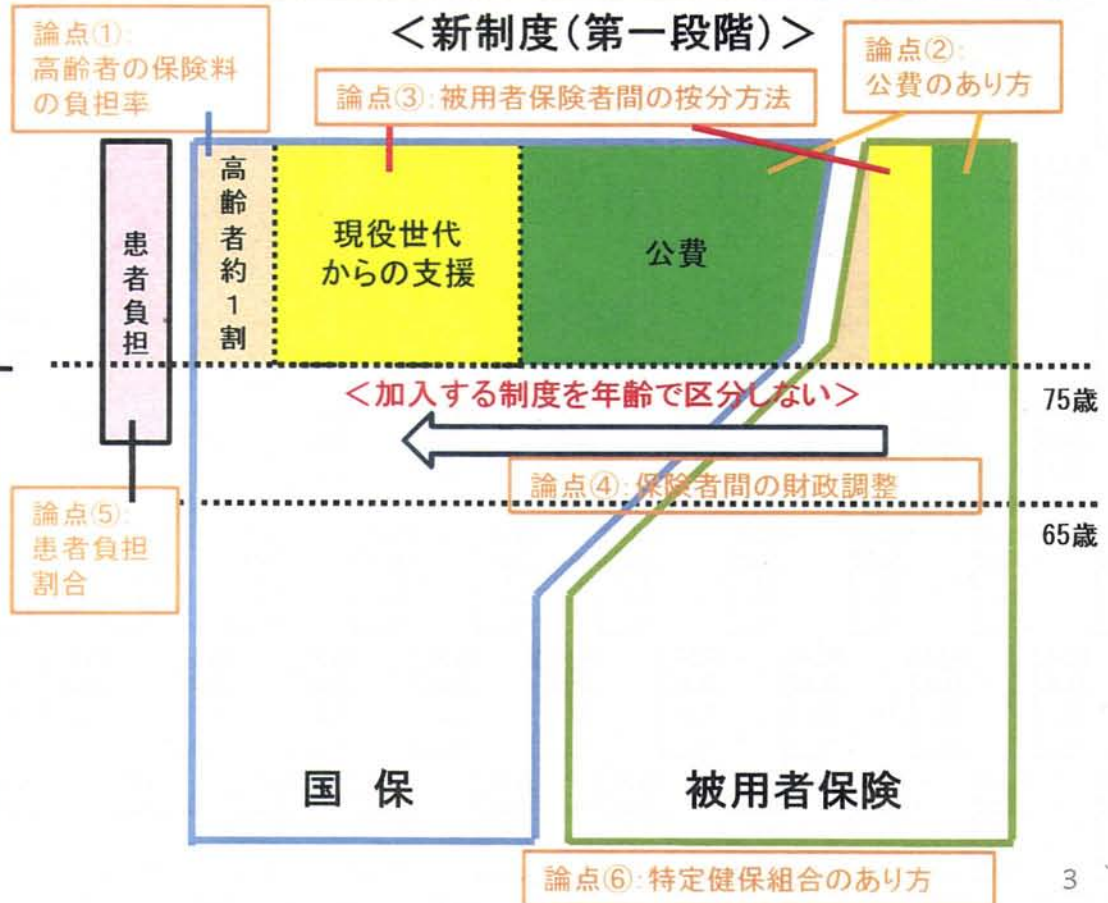
費用負担に関する論点

- 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ことが適当。
 - ・ 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とともに、
 - ・ 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仕組み(現行の前期財政調整)を継続する。
- ※ 全年齢を対象とした都道府県単位化(第二段階)の際の財政調整のあり方については、第二段階の前に、保険料のあり方等と併せて具体的に検討し、再度、法改正を行う。
- 上記のほか、費用負担に関する論点は、①高齢者の保険料の負担率、②公費のあり方、③被用者保険者間の按分方法、④保険者間の財政調整、⑤患者負担割合、⑥特定健保組合のあり方。

<現行制度>



<新制度(第一段階)>



①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。

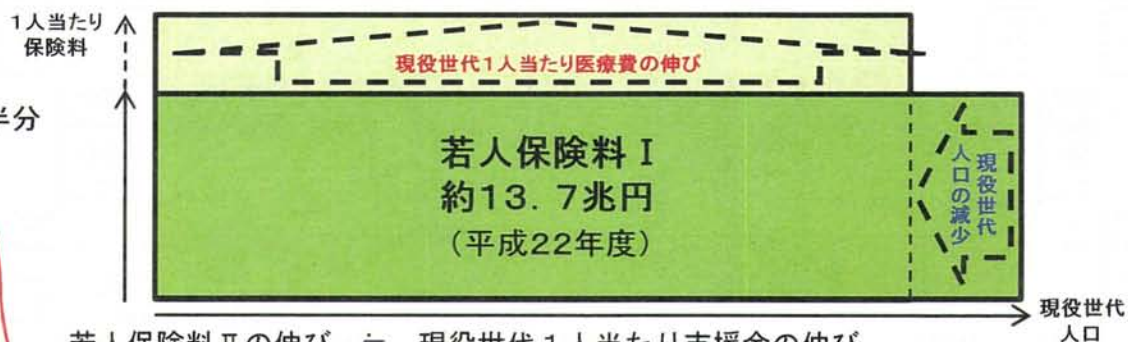
高齢者の保険料…高齢者医療給付を賄うための保険料

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

※ 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。【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>				<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)	高年齢者の保険料の 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)
							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。

②公費のあり方

○ 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

③被用者保険者間の按分方法

○ 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。

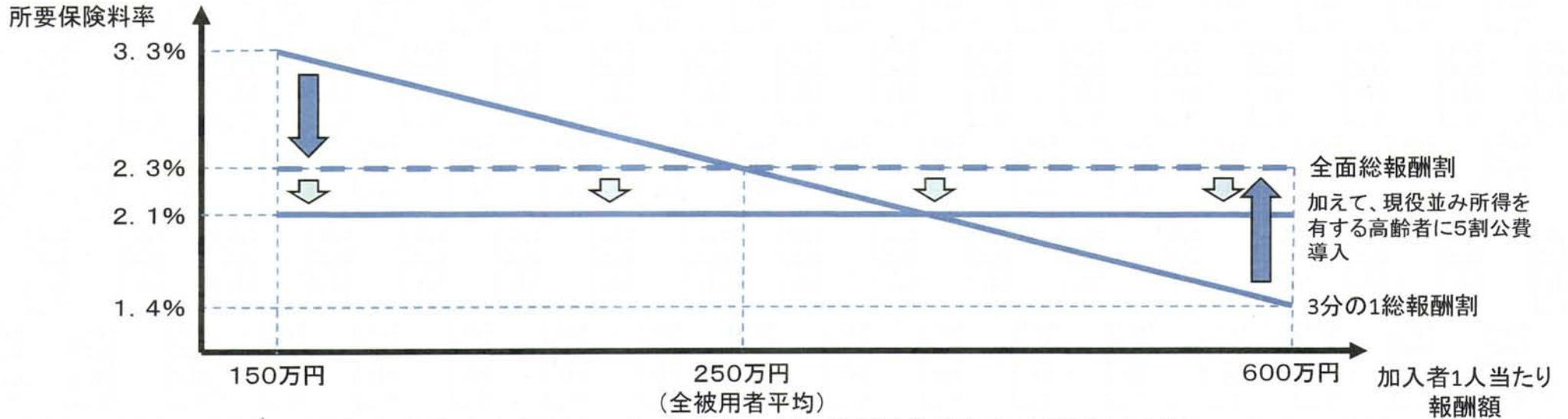
(参考)総報酬割導入による支援金の負担額の変化

(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。 ・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 所要保険料率 1.5%	212百万円 所要保険料率 2.3%	197百万円 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 所要保険料率 3.1%	73百万円 所要保険料率 2.3%	68百万円 所要保険料率 2.1%

(参考)75歳以上の医療給付費に係る支援金の負担方法

<2013年度(平成25)推計>

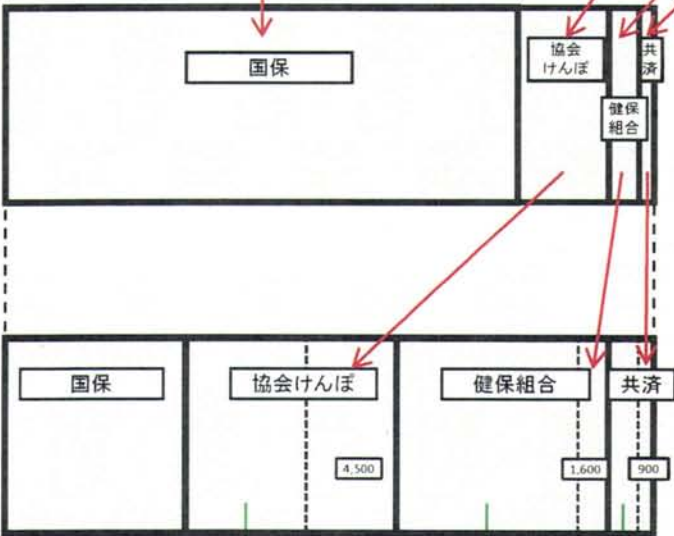
75歳以上の高齢者医療給付費 135,200億円

〔うち 国保に加入する高齢者の医療給付費 115,300億円
被用者保険に加入する高齢者の医療給付費 19,900億円〕

75歳以上の高齢者の医療給付費のうち、公費割合(50%)と、高齢者の保険料の負担率(平成25年度10.48%)を差し引いた分(39.52%)が支援金で賄われる。被用者保険も同様に、39.52%を支援金で賄う(国保と被用者保険者間においては、共通の支援金割合を設定する必要がある)。



国保に加入する75歳以上の高齢者の給付費の39.52%と、被用者保険に加入する75歳以上の高齢者の医療給付費の39.52%を合算した額を、各保険者の75歳未満で負担。国保と被用者保険者間には75歳未満の加入者数に応じて按分し、被用者保険者間には75歳未満の総報酬額に応じて按分する。



被用者保険者は自身が受け取るべき支援金分を差し引いた後の額を支出する。

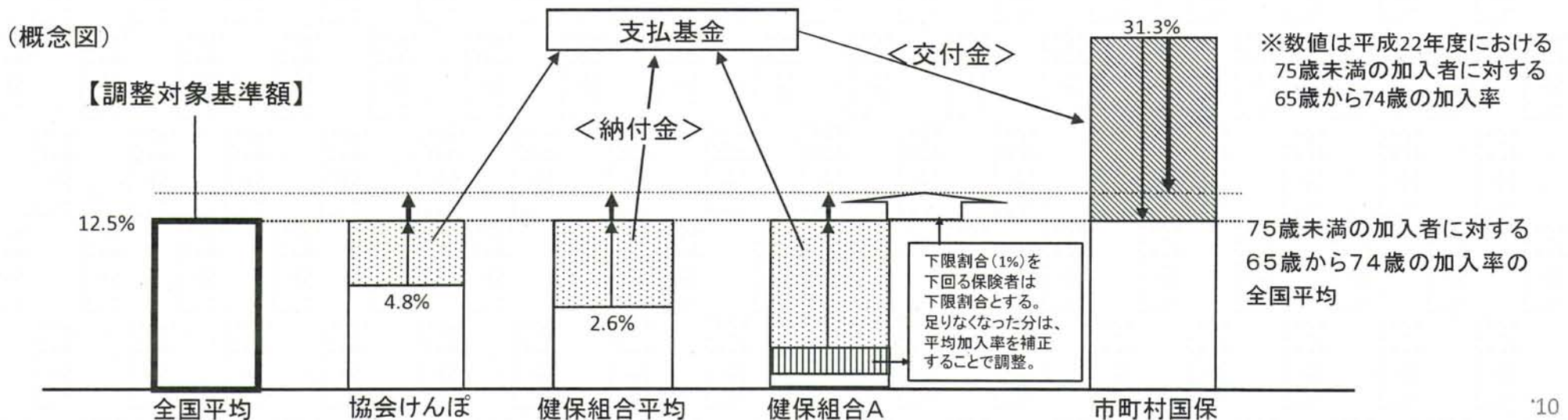
被用者保険も75歳以上の高齢者の医療給付費に対して、公費が50%、支援金が39.52%投入される。しかしながら、被用者保険に戻る者の大半が被扶養者のため、保険者によっては10.48%に相当する保険料を賄うことができない。

<被用者保険の負担増の見込み>

- ・協会けんぽ500億円
- ・健保組合300億円
- ・共済組合200億円

④ 保険者間の財政調整 (65歳から74歳の高齢者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歳の高齢者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)を継続すべきではないか。
- 具体的には、各保険者は、65歳から74歳の高齢者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歳の高齢者に係る支援金についても、これらの高齢者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歳の高齢者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べきではないか。
 - ① 75歳未満の加入者に対する65歳から74歳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歳から74歳の者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。【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 納付金及び支援金の負担(他保険者への持出し)が、給付費や支援金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】



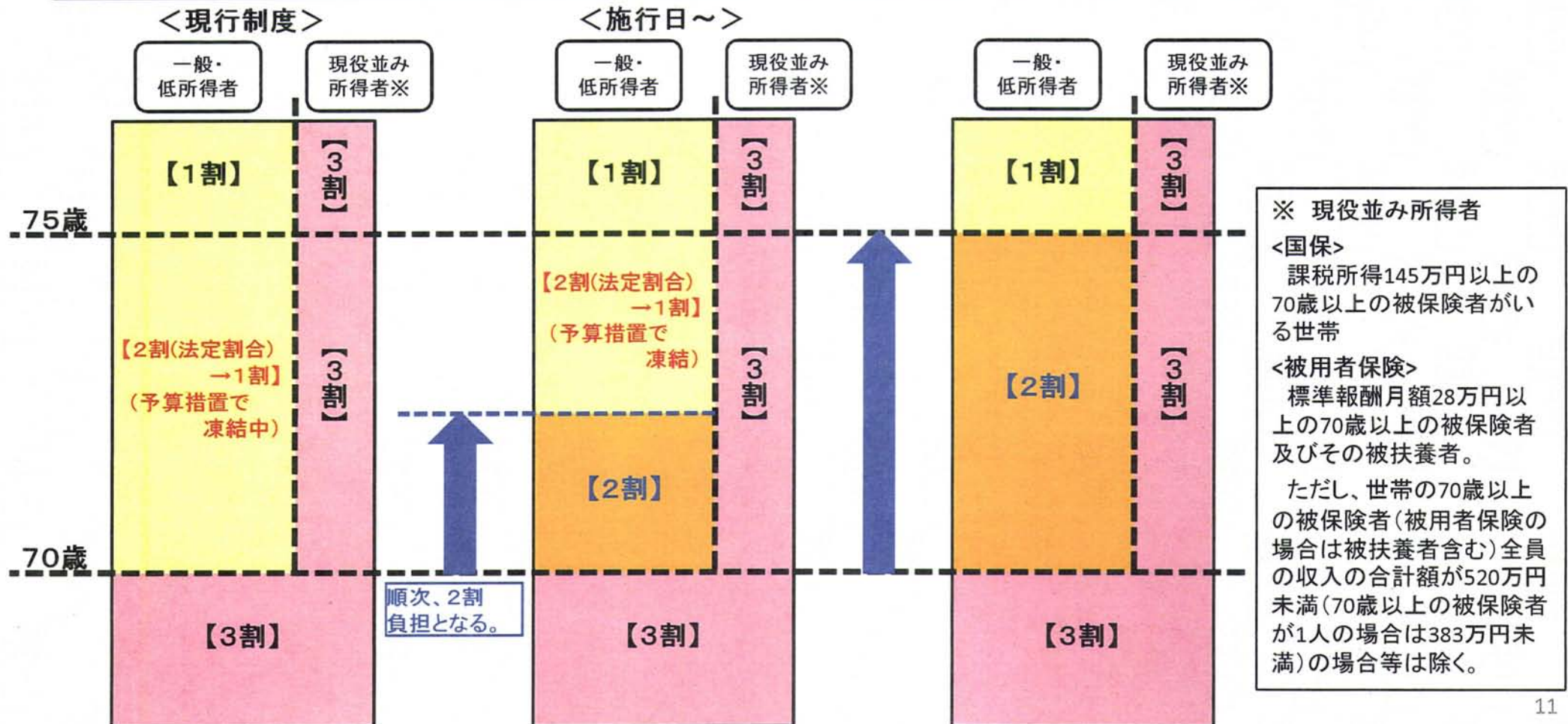
⑤患者負担割合（特に70～74歳の患者負担割合）

○ 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。

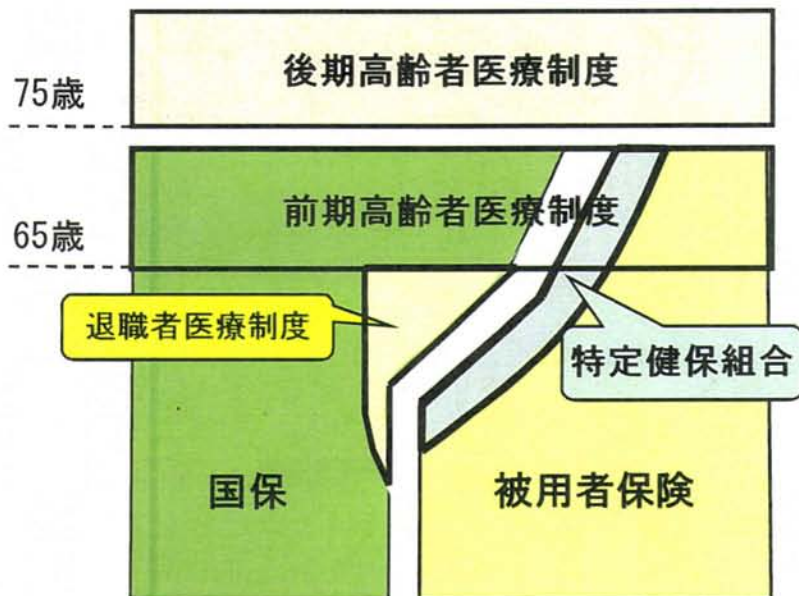


⑥特定健保組合のあり方

- 特定健保組合は、現在、75歳になるまで加入するものとなっているが、以下の点から、制度として年齢による一律の区分はなくすこととし、75歳以上の扱いは、個々の特定健保組合が規約で定めることができることとしてはどうか。

<考え方>

- ① 制度として一律に年齢で加入する制度を区分しないという新制度の基本的考え方を踏まえ、年齢による区分を設けるべきでない。
- ② その一方で、退職者への医療給付を行うかどうかの考え方は個々の組合の財政基盤や企業風土等によって異なり、制度として一律に75歳以上も加入するという取扱いを強制することも馴染まない(そもそも特定健保組合となること自体が個別組合の任意)。



<特定健保組合の仕組み>

特定健保組合は、厚生労働大臣の認可を受けて、健保組合の被保険者であった退職者に対し、退職後も引き続き現役被保険者と同様の保険給付及び保健事業を行う組合。昭和59年の退職者医療制度の創設と併せて、創設された。

<特定健保組合の給付費等の費用負担>

- 特例退職被保険者の保険料(※)は、全額自己負担。
※ ただし、保険料算定の基礎となる標準報酬月額は、当該組合の標準報酬月額の平均の2分の1の範囲内で組合が規約で定める。
- 退職者給付拠出金については、64歳までの退職者全体の給付費等に基づく拠出金相当額から、当該特定健保組合の64歳までの特例退職被保険者の給付費等を除いた額を退職者給付拠出金として負担する。
- 65歳～74歳の被保険者の給付費等の費用負担については、前期高齢者医療制度の中で財政調整される。

【平成22年4月現在】

- ・ 特定健保組合数 64組合
- ・ 特定健保組合の被保険者(特例退職被保険者)とその被扶養者 約54万人(被保険者28万人、被扶養者26万人)

財政安定化基金

- 後期高齢者医療制度では、給付の増加や保険料の収納不足が生じた場合に、一般財源からの財政補填を行う必要のないよう、都道府県に財政安定化基金を設置。平成22年度の制度改正で、保険料の上昇抑制のためにも活用できるようにしたところ。
- 新制度においても、同様の基金を設けて、都道府県単位化された国保の財政運営の安定化を図る。

【中間とりまとめ】

- 保険料の収納不足や給付の増加といった財政リスクを軽減するため、公費と保険料を財源とする財政安定化基金を設置し、安定的な運営を図ることができる仕組みとする。財政安定化基金の規模、負担割合、活用方法等、より具体的な制度設計については、引き続き、検討する。
- 高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びよりも大きく乖離することとならないよう、財政安定化基金を活用して高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みを設けることとし、その具体的なあり方については引き続き検討する。

論点①:活用方法

後期高齢者医療制度の基金	新制度の基金
① 給付の増加に対応するために、「広域連合」に貸付	① 給付の増加に対応するために、「都道府県単位の運営主体」に貸付
② 保険料の収納不足に対応するために、「広域連合」に1/2交付、1/2貸付（※1） ※ 市町村は徴収できた額を広域連合に納める。	② 保険料の収納不足に対応するために、「市町村」に対して貸付 ※ 市町村は「都道府県単位の運営主体」に決められた額を全額納付する。
③ 保険料の上昇抑制のために、「広域連合」に交付（※1）（平成22年度～）	③ 保険料の上昇抑制のために、「都道府県単位の運営主体」に交付 ⇒ 都道府県単位化の第一段階においては、75歳以上は都道府県単位の財政運営で、75歳未満は市町村単位の財政運営となり、保険料水準や伸び率も異なる。しかし、同じ国保の被保険者でありながら、1人当たり医療費の伸び率の差（※2）などの影響で1人当たり保険料の伸びが75歳以上と75歳未満で大きく異なることは適当ではない。 ⇒ このため、第一段階の間（※3）、都道府県は、当該都道府県内の市町村国保の1人当たり保険料（※4）の伸びとの均衡に配慮しながら、75歳以上の1人当たり標準（基準）保険料の伸びを抑制するために、基金を活用することとすべき。

論点②：規模・負担割合

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</u>を0.09%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</u>を0.096%とし、これを国:都道府県:保険料=1:1:1の割合で負担。</p> <p>※ 拠出率は別紙のとおり。なお、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>

(※1) 貸付の場合にはその全額を保険料により返還することとなるが、収納不足は社会経済情勢の変化等により生じる面もあることから、1/2は交付することとしている。一方、新制度においては、収納不足は一部の市町村において生じることから、公平の観点から、貸付とすることが適当である。

(※2) 70歳以上と70歳未満でみた1人当たり医療費の伸びは、従来は70歳以上の方が高くなる傾向にあったが、近年は、70歳未満の方が伸びている年度も多い。

(※3) 全年齢で都道府県単位化した際、高齢者と現役世代の保険料の基準を別々とするのか、一本化するのかについては、第二段階における論点。

(※4) 医療給付費から定率公費を除いた実質的な保険料(法定外繰入がない場合の医療給付に必要な保険料(所要保険料))とする。

※国保の運営スキームによって、基金事業のあり方は変更があり得る。

(別紙) 財政安定化基金の標準的な拠出率

○ 施行までに改めて検討の上、直近のデータに基づき標準的な拠出率を設定することが必要となるが、現時点におけるデータに基づいて算出すると下記のとおり。

	後期高齢者医療制度における財政リスク	新制度における財政リスクの見込
給付の増加リスク	<p>0.23%</p> <p>・老人保健制度における平成13年度から平成17年度までの毎年度の都道府県ごとの国庫負担申請時と実績報告時の医療給付費を比較し、実績報告時の額が上回る都道府県分を集計し、5年間の平均乖離率2.3%に保険料負担割合10%を乗じて算出</p>	<p>0.236%</p> <p>・平成12年度から平成21年度までの毎年度の都道府県ごとの国庫負担申請時と実績報告時の医療給付費を比較し、実績報告時の額が上回る都道府県分を集計し、10年間の平均乖離率を試算(2.232%) ・事業規模への影響: 給付費増割合 × 保険料負担率(3年間平均) $2.232\% \times 10.59\% = 0.2364\%$</p>
保険料の収納不足リスク	<p>0.04%</p> <p>・収納リスク × 保険料負担割合 × 普通徴収割合 $2\% \times 10\% \times 20\% = 0.04\%$</p>	<p>0.035%</p> <p>・平成20年度から平成21年度までの保険料予定収納率と実績収納率を比較し、予定収納率を下回った都道府県の平均的な乖離率を試算(0.332%) ・事業規模: 保険料収納不足リスク × 保険料負担率(3年間平均) $0.332\% \times 10.59\% = 0.0352\%$</p>
保険料の上昇抑制リスク	<p>—</p> <p>・制度廃止までの措置であり、残高もあったことから、給付増リスク・保険料収納不足リスクに必要な基金残高を確保した上で、保険料の上昇抑制のために交付できるようにした</p>	<p>0.016%</p> <p>・平成12年度から平成21年度までの70歳以上と70歳未満の一人当たり医療費の伸びを比較して、70歳以上の医療費の伸びが、70歳未満の医療費の伸びを上回ったのが10年で3回あり、いずれも0.5%乖離しているため、平準化する割合を試算 ・事業規模: $0.5\% \times 3回 \div 10年 \times 10.59\% = 0.0159\%$</p>
標準的な拠出率	<p>0.27%</p> <p>(国・都道府県・保険料の各拠出率 0.09%)</p> <p>・事業規模: 給付費増加リスク + 保険料収納不足リスク $0.23\% + 0.04\% = 0.27\%$</p> <p>・積立規模 2,000億円程度</p>	<p>0.288%</p> <p>(国・都道府県・保険料の各拠出率 0.096%)</p> <p>・事業規模: 給付費増加リスク + 保険料収納不足リスク + 保険料の上昇抑制リスク $0.2364\% + 0.0352\% + 0.0159\% = 0.2875\%$</p> <p>・積立規模 1,200億円程度</p>