

第49回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成23年11月24日（木）
16時00分～18時00分
場所：全国都市会館大ホール（2階）

（議題）

1. 平成24年度診療報酬改定の基本方針（案）について
2. 市町村国保の財政基盤の安定化・強化・広域化について
（国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議における検討状況の報告）
3. 国保組合の国庫補助の見直しについて
4. 高齢者医療制度の見直しについて
5. 協会けんぽの財政健全化の取組について

（配布資料）

【議題1について】

- 資料1 平成24年度診療報酬改定の基本方針（案）
資料2 過去の診療報酬改定の基本方針における視点等
（第48回医療保険部会 資料2）
資料3 社会保障審議会医療保険部会・医療部会における各委員の発言要旨

【議題2について】

- 資料4 市町村国保の財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化について

【議題3について】

- 資料5 国保組合の国庫補助の見直しについて

【議題4について】

- 資料6 高齢者医療制度の見直しについて
参考資料 高齢者のための新たな医療保険制度について（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）

【議題5について】

- 資料7 協会けんぽの財政健全化の取組について

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成23年11月24日現在

本 委 員	<p>えんどう ひさお ◎遠藤 久夫</p> <p>すがや いさお 菅家 功</p> <p>ふくだ とみかず 福田 富一</p>	<p>学習院大学経済学部教授</p> <p>日本労働組合総連合会副事務局長</p> <p>全国知事会社会文教常任委員長／栃木県知事</p>
臨 時 委 員	<p>あべ よしひろ 安部 好弘</p> <p>いわむら まさひこ ○岩村 正彦</p> <p>いわた やすし 岩本 康志</p> <p>おおたに たかこ 大谷 貴子</p> <p>おかざき せいや 岡崎 誠也</p> <p>かわじり たかお 川尻 禮郎</p> <p>こばやし たけし 小林 剛</p> <p>さいとう のりこ 齋藤 訓子</p> <p>さいとう まさのり 齋藤 正憲</p> <p>さいとう まさやす 齋藤 正寧</p> <p>しばた まさと 柴田 雅人</p> <p>しらかわ しゅうじ 白川 修二</p> <p>すずき くにひこ 鈴木 邦彦</p> <p>たけひさ ようぞう 武久 洋三</p> <p>ひぐち けいこ 樋口 恵子</p> <p>ほり けんろう 堀 憲郎</p> <p>やました いっぺい 山下 一平</p> <p>よこお としひこ 横尾 俊彦</p> <p>わだ よしたか 和田 仁孝</p>	<p>日本薬剤師会常務理事</p> <p>東京大学大学院法学政治学研究科教授</p> <p>東京大学大学院経済学研究科教授</p> <p>全国骨髓バンク推進連絡協議会顧問</p> <p>全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長</p> <p>全国老人クラブ連合会理事</p> <p>全国健康保険協会 理事長</p> <p>日本看護協会常任理事</p> <p>日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長</p> <p>全国町村会副会長／秋田県井川町長</p> <p>国民健康保険中央会理事長</p> <p>健康保険組合連合会専務理事</p> <p>日本医師会常任理事</p> <p>日本慢性期医療協会会長</p> <p>NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長</p> <p>日本歯科医師会常務理事</p> <p>日本商工会議所社会保障専門委員会委員</p> <p>全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長</p> <p>早稲田大学法学学術院教授</p>

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

第49回社会保障審議会医療保険部会

平成23年11月24日(木) 16:00~18:00

全国都市会館 大ホール

大(参考人)員 ○
 安部委員 ○
 唐澤審議官 ○
 岩村部長代理 ○
 遠藤部長 ○
 外口局長 ○
 和田委員 ○
 横尾委員 ○

○ ○
 速記

岡崎委員 (参考人) ○
 小林委員 ○
 齋藤訓子委員 ○
 齋藤正憲委員 ○
 斎藤正寧委員 ○
 柴田委員 ○
 白川委員 ○

○山下委員
 ○堀委員
 ○福田委員 (参考人)
 ○樋口委員
 ○武久委員
 ○鈴木委員
 ○菅家委員

○鈴木室長
 ○西辻課長
 ○横幕課長
 ○濱谷課長
 ○木下課長
 ○鈴木木課長
 ○迫井企画官
 ○屋敷室長
 ○北澤室長
 ○村山課長

○高木補佐
 ○山口補佐
 ○姫野補佐
 ○山田補佐
 ○吉田管理官
 ○鳥山管理官
 ○宮崎室長
 ○下島企画官

傍聴者席

平成 24 年度診療報酬改定の基本方針（案）

I 平成 24 年度診療報酬改定に係る基本的考え方

1. 基本認識

- 医療は国民の安心の基盤であり、超高齢社会においても、国民皆が質の高い医療を受け続けるためには、持続可能な医療保険制度を堅持し、効率的かつ効果的な医療資源の配分を目指すことが重要である。
- こうした背景を踏まえとりまとめられた「社会保障・税一体改革成案」（平成 23 年 6 月 30 日政府・与党社会保障改革検討本部決定）に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025 年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととし、今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべきである。
- また、次期改定は介護報酬との同時改定であり、今後増大する医療・介護ニーズを見据えながら、地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築を推進し、医療サービスと介護サービスを切れ目なく提供するとともに、双方の役割分担と連携をこれまで以上に進めることが必要である。
- さらに、貴重な医療資源の効率的かつ効果的な利用のためには、医療関係者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとした意識を持ち、それぞれの立場での取組を進めるべきである。
- 中長期的な視点も含め、診療報酬については、医療計画をはじめとした地域医療の実情にも対応することが求められており、また、医療提供体制の強化については、診療報酬のみならず医療法等の法令や、補助金等の予算措置など、あらゆる手段を総合的に用いることにより実現していくべきである。

2. 重点課題

- 次期診療報酬改定においては、「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、上記のような基本的な認識の下、以下の課題について重点的に取り組むべきである。
- 現在の医療・医療保険をとりまく状況に鑑み、平成 24 年度改定において

は、引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点から、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減について、重点課題とするべきである。

- また、今回の改定が診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえ、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組について重点課題とするべきである。

3. 改定の視点

- がん医療、認知症医療など、国民が安心して生活することができるために必要な分野については充実していくことが必要であり、「**充実が求められる分野を適切に評価していく視点**」を改定の視点として位置付けることとする。
- 患者が医療サービスの利用者として必要な情報に基づき納得し、自覚を持った上で医療に参加していけること、生活の質という観点も含め患者一人一人が心身の状態にあった医療を受けることが求められており、「**患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 持続可能な医療保険制度を堅持していくためには、質が高く効率的な医療を提供していく必要があり、急性期、亜急性期、慢性期等の機能分化や、在宅医療等、地域における切れ目のない医療の提供、安心して看取り・看取られる場の確保等を目指していくことが必要であり、「**医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 医療費は国民の保険料、公費、患者の負担を財源としており、適正化余地のある分野については適正化していくとともに、患者自身の医療費の適正化に関する自覚も重要であり、「**効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**」を改定の視点として位置付けることとする。

Ⅱ 平成24年度診療報酬改定の基本方針(二つの重点課題と四つの視点から)

1. 重点課題

(1) 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- 今後とも引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきである。
- このため、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべきである。

(2) 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

- 今後増大する医療ニーズを見据えながら、医療と介護の役割分担の明確化と連携を通じて、効率的で質の高い医療を提供するとともに、地域で安心して暮らせるための医療の充実を図る必要がある。
- このため、在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進、地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実、維持期（生活期）のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携などに対する適切な評価について検討するべきである。

2. 四つの視点

(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

- 我が国の医療において、充実が求められる領域については、それを適切に評価していくことにより、国民の安心・安全を確保する必要がある。
- このため、緩和ケアを含むがん医療の充実、生活習慣病対策の推進、身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等の精神疾患に対する医療の充実、早期診断及び重度の周辺症状への適切な対応等の認知症対策の促進、感染症対策の推進、リハビリテーションの充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進などに関する適切な評価について検討するべきである。

- さらに、手術等の医療技術の適切な評価について検討するとともに、医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価についても検討すべきである。

(2) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- 患者の視点に立った医療の実現のため、患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療に向けた取組を継続させていくことが必要である。
- このため、医療安全対策等の推進、退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価、明細書無料発行の促進、診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化などについて検討すべきである。

(3) 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- 限られた医療資源の中で、国民に質の高い医療を提供し、かつ、効率的な医療を実現していくためには、医療機能の分化と連携等について診療報酬上のさらなる効果的な評価を検討することが重要である。
- このため、急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価、医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価、診療所の機能に着目した評価、医療機関間の連携に対する評価などについて検討すべきである。

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- 今後医療費が増大していくことが見込まれるなかで、効率化余地がある領域については適正化を推進していくことが、患者負担や保険料への影響等の観点からも重要である。
- このため、後発医薬品の使用促進策、平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進などについて検討すべきである。

- また、医薬品、医療機器、検査については、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、技術についても、相対的に治療効果が低くなった技術の置き換えが進むよう、適正な評価について検討を行うべきである。

Ⅲ 将来を見据えた課題

- 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。
- また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。
- さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

過去の診療報酬改定の基本方針における視点等

	平成18年度改定	平成20年度改定	平成22年度改定
重点課題等		<p>【緊急課題】 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応の充実 ・小児医療について専門的な医療を提供する医療機関の評価 ・診療所における夜間開業の評価 ・大病院が入院医療の比率を高めることの促進策 ・医師以外の者による書類作成等の体制の促進 	<p>【重点課題】 1. 救急、産科、小児、外科等の医療の再建</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域連携による救急患者の受入れの推進 ・救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 ・新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ・後方病床、在宅療養の機能強化 ・手術の適正評価
			<p>【重点課題】 2. 病院勤務医の負担軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師以外の医療職が担う役割の評価 ・医療職以外が担う役割の評価 ・医療クラークの配置の促進 ・地域の医療・介護関係職種との連携の評価
視点	<p>① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬の名称等の位置づけを含めた分かりやすい診療報酬体系への見直し ・領収書の発行の義務付けを視野に入れた患者への情報提供の推進 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 	<p>① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・明細書を発行する仕組み ・分かりやすさの観点からの診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件の見直し ・がん医療などについて、質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価 ・夕刻以降の診療所の開業の評価 ・地域単位の薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などに対する評価 	<p>① 患者から分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬を患者等に分かりやすいものにするための検討 ・医療安全対策の推進に対する評価 ・患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価 ・疾病の重症化予防などに対する適切な評価
	<p>② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価 ・平均在院日数の短縮の促進に資する入院医療の評価 ・DPCの支払対象病院の拡大 ・病院と診療所の初再診料の格差等の外来医療の評価の在り方の検討 	<p>② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診断群分類包括評価(DPC)の支払対象病院の在り方、拡大等 ・提供された医療の結果により質を評価する手法 ・7対1基本料等について医療ニーズに着目した評価 ・医療関係者間の連携や、介護・福祉関係者との連携、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価 ・歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価 	<p>② 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進に対する評価 ・在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進 ・介護職種も含めた多職種間の連携などに対する適切な評価
	<p>③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・産科や小児科、救急医療等の適切な評価 ・IT化の集中的な推進 ・医療技術について、難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価と保険導入手続の透明化・明確化 	<p>③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価 ・脳卒中にかかる発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等に向けた評価 ・救急搬送された自殺企図への自殺防止のための精神科医を含めた総合的な診療の評価 ・子どもの心の問題に係る外来診療や専門的な医療機関の評価 ・医療安全の更なる向上のための新しい取組に対する評価 ・医薬品、医療機器に係るイノベーションの評価と後発医薬品の更なる使用促進 ・IT化の積極的な推進 	<p>③ 充実が求められる領域を適切に評価していく視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん医療の推進 ・認知症医療の推進 ・新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進 ・肝炎対策の推進 ・質の高い精神科入院医療の推進 ・歯科医療の充実 ・新しい医療技術や医薬品等についての、イノベーションの適切な評価
	<p>④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・慢性期入院医療の評価 ・入院時の食事に係る評価 ・外来医療における不適切な頻回受診の抑制のための評価 ・コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価 ・かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正な評価 ・後発医薬品の使用促進 ・医薬品、医療材料、検査の市場実勢価格等を踏まえた評価 	<p>④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価 ・後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策 ・医薬品、医療材料、検査等の市場実勢価格等を踏まえた適正な評価 	<p>④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用促進 ・市場実勢価格調査等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価 ・相対的に治療効果が低くなった技術について、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価

社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

1 改定率・改定期間について

- ・ 賃金、物価ともに低水準で推移しており、更には電力供給の制約や円高の傾向の継続などを背景に、国内での事業活動を継続することすら危ぶまれる状況にある。加えて、震災復興のための巨額な費用も必要である。一方で、社会保障・税一体改革成案においても消費税引き上げの時期もあいまい。財源調達のめどが立たない中、診療報酬を引き上げるような状況にはない。ただ、具体的にはこれから各論でいろいろ議論していきたい。(7/21 斎藤正憲委員)
- ・ 次の同時改定は、新たな医療制度あるいは介護保険制度をつくっていく上で非常に重要なタイミングである。改定に向けた影響調査なども行っており、それらを踏まえてきちんとした、しっかりした議論を先送りせずに行う必要がある。(7/21 逢見委員)
- ・ 中医協意見書では、地域特性を踏まえた診療報酬の在り方の検討も課題として上げられており、地域特性ということ考えると今回の震災における被災地での医療提供体制の再構築と、その中で診療報酬をどう位置づけていくかということも重要な課題。そういう視点も踏まえて診療報酬、介護報酬の同時改定に向けた準備を進めるべき。(7/21 逢見委員)
- ・ 事業所は中小が多く、給与も減少しており、保険料を上げることはできない。医療と介護の連携の視点、QOL を高める視点、医療サービスの評価、効率化という視点も重要。ただし、効率化の項目を増やすべき。また、基本方針には、国民、患者目線に立ってどのような影響があるのか分かりやすく伝える内容にすべき。(9/16 小林委員)
- ・ 社会保障・税一体改革にとらわれずに基本方針を決めるべき。東日本大震災の影響もあるため、今回の改定では、施設基準等を要件づける新たな診療報酬の設定を行うべきではない。(11/9 鈴木委員)

2 介護報酬との同時改定、在宅医療に関して

- ・ 介護と医療のシームレスな連携が必要。例えば、高齢者の介護付きアパートに入居している患者が一旦肺炎を起こし入院すると、アパートを撤去することになる。病気が治っても、別の施設を探さなければならない。シームレスというが、実際には1度病気になると、分断されてしまう。そこをうまく繋ぐ形のシステムが必要。(7/21 高原委員)
- ・ 前は急性期に手厚い配分だったが、今回は介護の地域包括ケアに対応した医療の部分を盛り込む必要がある。超高齢社会に向けて、亜急性期、慢性期、在宅医療をどう充実させるか、それを介護とどう関連させるかが大きなテーマ。また、全て在宅医

療というのではなく、地域の中小病院、診療所など既存の資源を活用すべき。(9/16 鈴木委員)

- ・ 医療と介護の連携が大事。診療報酬に反映するには具体的にどのような連携が必要かこの部会としても議論すべき。特に高齢期の認知症の問題は、在宅ケアを推進していくためにもしっかりサポートすべき課題。(9/16 逢見委員)
- ・ 健康管理、医療、介護をトータルで考えるべき (9/16 横尾委員)
- ・ リハビリについては介護保険で対応すべきところを医療保険からズルズルと給付することのないようにすべき。(10/26 斎藤正憲委員)
- ・ 早期の在宅への移行が必要。在宅では、常に良い状態にあるわけではないので、在宅療養の維持を支えるのが看護職。そのためにも訪問看護ステーションを充実させるべき (10/26 紙屋委員)
- ・ 在宅支援診療所については、皆でネットワークを組んだ取組を評価すべき (10/21 高原委員)
- ・ 施設から在宅へと大きな流れには賛成だが、スタッフの認識はあるのか。高齢者の単身世帯が増えるなかで、一人暮らしの高齢者が退院をしたときなどを念頭に置いて考えるべき。(10/21 樋口委員)
- ・ 在宅医療では、身近な老人クラブにおける情報交換も大事。民生委員も活躍しているが、担当する住民の数が多すぎ、個人情報の取扱いの問題もある。近隣における支え合いが重要。(10/21 川尻委員)
- ・ 診療報酬と介護報酬の同時改定なので、医療と介護の連携という観点での対応が重要である。とりわけ在宅医療、訪問看護が重要。(11/9 菅家委員)
- ・ 効率性が社会保障・税一体改革の中で求められているが、長期的に在宅で療養を支える体制が重要。生活習慣病等の慢性期の患者の重度化を食い止めるのが大事。病院に逆戻りさせないためにも、地域の中で療養相談や療養指導が受けられる体制が重要である。(11/9 斎藤訓子委員)
- ・ 精神科病棟に認知症患者が増えてきている。精神科での治療が適切な場合もあるが、介護のほうでは認知症を日常的な生活の中で介護していくというノウハウがある。認知症は在院日数が長くなる。あくまでも生活という視点で処遇をしてもらいたい。ここまでは医療、ここまでは介護という役割分担よりも連携を。(11/9 樋口委員)
- ・ 有床診療所や中小病院を活用した日本型の在宅を進める必要がある。(11/9 鈴木委員)
- ・ 退院直後の訪問看護については、医療保険で見ているが介護保険のケアプラン等の柔軟性を高めることにより対応すべきであり、医療保険がカバーする範囲を安易に拡大すべきではない。(11/9 斎藤正憲委員(藤原参考人))
- ・ 医療と介護をつなげているのが訪問看護。退院直後には、在宅に移るまでの間、療養の場のギャップがある。そこを整えるのが重要。そこを整えば介護でも長期的に在宅で支えることができる。退院直後は、一定程度訪問看護が入ることが望ましい。(11/9

齊藤訓子委員)

3 震災関連

- ・ 災害に備え、医療をめぐる色々なデータのバックアップの仕組みをもう一度再確認しておく必要がある。(7/21 岡崎委員)
- ・ 被災地の医療の再建が大事。その中で公費と診療報酬の役割分担として、インフラに係る基盤整備や医療人材の確保は公費で、経常的な経費は診療報酬で対応すべき。(9/16 逢見委員)
- ・ 被災地において診療報酬でできることは非常に限られており、補助金の役目である。日々の医療サービスとして患者から見えにくいものは診療報酬の役割としては不向き。資本コストを診療報酬でみているということ自体も問題点があるということまでつながってくる。(9/16 岩本委員)
- ・ 被災地には患者が戻ってきていない。診療報酬の加算という話もあったが、四月まで待つことなく補助金や補償で速やかに対応すべき。(9/16 鈴木委員)
- ・ 「社会保障と税の一体改革」の中で共通番号制度の議論が進もうとしている。被災地でも有用であり、このような検討が目の前にあるということを想定して検討すべき。(9/16 横尾委員)
- ・ 震災対策については、本来は補助金の役割なので、診療報酬で対応することには違和感があり、非常に疑問。(10/26 斎藤正憲委員)
- ・ 東日本大震災の対応は診療報酬ではなく、税や補助金で行うべき。これは改定の視点に盛り込むべきではない。(11/9 斎藤正憲委員(藤原参考人))

4 患者からみた視点

- ・ 「患者からみて分かりやすい」というのが明細書の発行なのか違和感がある。明細書を発行するなという趣旨ではない。診療報酬が複雑すぎて患者は読んでも分からない。報酬体系を分かりやすくするのが基本。(9/16 高原委員)
- ・ 明細書が原則無償発行になったことを高く評価。患者が当事者意識を持つということが重要で、まだ発行が義務化されていない医療機関については着実に実行していくべき。明細書の発行を更に定着していく必要がある。明細書は、肝炎や薬害エイズの問題があったときに過去に自分がどのような治療を受けたのか知ることができる。(9/16 逢見委員)
- ・ 「患者からみて分かりやすい」という観点からは、患者がどこに行き誰に相談すれば良いかということが大事。医療ソーシャルワーカーが医療と介護を繋ぐ上で重要。(9/16 横尾委員)

- ・ 明細書の発行については、次回からは必要ないという人も多い。実際の医療行為と明細書の中身が合っていないので、患者に理解していただくには工夫が必要（9/16 堀委員）
- ・ 看護職が退院支援室に確保できないことがあるので、保健師も活用すべき。（10/21 大谷委員（児玉参考人））

5 医療の効率化の視点

- ・ 四つの視点は総論的で異論はないが、「適正化する視点」に後発医薬品程度しか項目があがらないのが残念。システム化や番号制度を活用したネットワーク化を記載すべき（9/16 白川委員）
- ・ 医療費の伸びが避けられない中で、機能強化と同時に効率化にも取り組むことが必要。全体として保険料や患者負担が増えないようにして欲しい（9/16 山下委員）
- ・ レセプトの電子化については進捗状況を把握しながら的確なサポート体制をお願いしたい。IT化は医療費動向のチェックや医療費の抑制にも利用できる（9/16 逢見委員）
- ・ 医療の効率化の視点が重要。過去の改定の目的と達成度を十分に検証すべき。人口が減っていく中で、医療提供体制を診療報酬体系だけで対応するのは無理がある。都道府県の医療計画と診療報酬との連動・連携を考えるべき。（9/16 斎藤正寧委員（藤原参考人））
- ・ 医療の機能強化は大事であるが、効率化も忘れないようにして、保険料が上がらないようにすべき。（10/21 山下委員）
- ・ 効率化として、平均在院日数の減少を評価する。90日越えの入院患者に対する評価の見直しはこの項目に含まれていると理解。（10/21 小林委員）
- ・ 特定除外に関するレセプトへの記載不備といった形式犯で重罪にすべきではない。（10/21 鈴木委員）
- ・ 急性期の中に慢性期の患者が入っているという不効率さが顕著になってきている。急性期医療は急性期の患者を見るために手厚い配置となっているのに、特定除外により慢性期の患者が入院しており、それにより失われる診療報酬の額は莫大。これを是正しなくてはならない。急性期医療での治療が終わって数日が急性期病院で、急性期病院に3か月も入院するのはおかしい。在宅を進めていく一方で、高度急性期でより高度な医療を提供することも必要である。（11/9 武久委員）
- ・ 保険財政は厳しい。企業や保険財政の状況等を考えて、医療機関の機能分化等による効率化・重点化を進めて、医療費の拡大は抑えてもらいたい。財源の範囲内でお願いしたい。（11/9 山下委員）
- ・ 経済情勢等を鑑みて、診療報酬の引き上げは云々という話もあるが、これからの超高齢社会にむけてセーフティネットとしての社会保障の充実が必要。（11/9 鈴木委員）

- ・ 医療・介護サービスについても、経済現象なのでそこに働くべき原理については他の市場経済で何が起きているのかを参考にすべき。(11/9 岩本委員)

6 歯科関連

- ・ 前回改定では歯科医療の充実が謳われたが、実際には歯科技工加算しかなかった。昨日まで元気に生きて美味しいものを食べて死ぬという質の高さを求めていくことに歯科医療が果たす役割は大きい。次期改定では在宅医療推進、高齢者医療の充実の中で在宅歯科医療を推進すべき。(9/16 堀委員)
- ・ 生活の質に配慮した歯科医療について、どのような役割を果たしていけるのか、特に在宅や高齢者医療において歯科が果たせる役割を議論していきたい。(11/9 堀委員)

7 薬剤師・薬局関連

- ・ DPCに含まれている薬剤費はカウントされないので、DPCでの薬剤も含めた入院での薬剤費の上がり方を示していただきたい。(7/21、9/16 高原委員)
- ・ 後発品の薬価は安いですが、実際には加算があって、患者負担・保険者負担はあまり変わらないのではないかと。いくつか例を挙げて実際に加算まで入れた医療費の軽減がどの程度なのか示していただきたい。本当は先発品を10年経ったら安くするのが一番良いのではないかと。(7/21、9/16 高原委員)
- ・ 社会保障と税の一体改革における「市販医薬品の価格水準も考慮」との提案があるが、日本のように定率負担があって、そこにまたこのような負担をパッチワーク的な発想で行うのは非常に問題。(7/21 安部委員)
- ・ 後発医薬品の促進も、患者から見た分かりやすさが大事。後発医薬品の価格や品質を国民にしっかり説明していくことが必要。ジェネリックの使用割合を各国で比較する際には、その分母も考えることが必要。(9/16 安部委員)
- ・ 在宅医療における薬剤師の役割も重要。(10/21 安部委員)

8 医療従事者の確保・処遇

- ・ 看護労働者の処遇が大事。医師不足も重要課題だが、看護師等の医療従事者の確保も重要。在宅の看取り、長期の在宅療養に対する体制整備を図っていくためには看護人材は不可欠。離職に歯止めをかけるため、労働時間や仕事と生活の両立支援等、処遇に対する配慮が必要。(9/16 逢見委員)
- ・ 全国の2分の1が過疎地域になっているなかで、地域医療は大きな問題。医師確保、医療スタッフへの配慮を記載して欲しい。(9/16 横尾委員)
- ・ 安全・安心な医療は、人が確保するものであり、医療を支える医師を含めた看護職員等医療従事者を確保する観点を入れるべき。(9/16 紙屋委員)

- ・ 救急、産科、小児、外科等の確保は、診療報酬だけでは不十分。他の施策による対応も必要（10/21 斎藤正憲委員）
- ・ 看護師はレセプトの打ち込み業務に追われ、医師も患者よりカルテに向かう時間が多かったりとする。そのような場合にクラークを採用し、医師・看護師をデスクワークから解放し、専門職は専門職でないとできない業務に集中させるべき（10/21 紙屋委員）
- ・ 医療従事者の負担軽減については、同じような書類の整理が必要。（10/21 高原委員）
- ・ 医師も看護師も勤務状況が厳しく事故が起こらないのが不思議な程である。勤務態勢は、マンパワー不足であるという認識をもって取り組むべき。（10/21 紙屋委員）
- ・ 前回改定で勤務医の負担軽減がまとめられたがまだ道半ばである。医療従事者の負担軽減についてもぜひ取り組んでいただきたい。（11/9 斎藤訓子委員）
- ・ 勤務医の負担軽減については、診療報酬のみで対応するものではない。基本的考え方、診療報酬以外の対応を同時に進めるという認識も盛り込むべき。（11/9 斎藤正憲委員（藤原参考人））

9 終末期医療

- ・ 年齢に着目した点数の設定には反対。年齢に関わらず終末期医療の在り方、治療の在り方について検討し、その成果をできるだけ早く広く国民、特に高齢者に示すべき。患者学や第2の義務教育のようなものも必要。人生100年時代を生きる情報を的確に情報提供し、患者として、利用者としての資質を上げていくべき。（9/16 樋口委員）
- ・ 在宅で末期患者を診ることがあるが、在宅では十分な治療ができないこともある。ガンの場合は耐えられるが、慢性期、特に認知症では家族が耐えきれない場合がある。終末期医療についてもう一度議論する必要がある。（9/16 高原委員）
- ・ 終末期医療のあり方や看取りについて考えるとクリニックも地域における存在は大きい。（9/16 横尾委員）
- ・ 看取りの取り組みが進むような体制を提案してもらいたい。（11/9 斎藤訓子委員）

10 その他

- ・ ガンの検診率を上げるべき。事前にケアができれば、医療費の適正化にも国民の安心にも繋がる。（9/16 横尾委員）
- ・ 「社会保障と税の一体改革」では番号制度が実現の方向である。診療報酬制度でも番号制度を利用すべき（9/16 横尾委員）
- ・ 日本の早期ガン発見率が高いのは、診療所の質が高いからであり、超高齢社会では気軽に身近なところで診断も検査も治療も受けられる日本型のミニ健康センター的な診療所が見直されるべき。（9/16 鈴木委員）

- 急性期、慢性期を念頭に置いている部分については、亜急性期の視点も必要（10/26 鈴木委員）
- 地域の産科、小児科を守るために、母親がもり立てている地域もある。そのような取組をリソースとして取り込めないか。診療報酬だと工夫がいるだろうが、患者と病院とのつなぎ目として期待。また、患者の意識改革も必要。（10/21 和田委員）
- 自殺者数は、10年続けて3万人を超えている。医療だけの話ではないが、医療も大事。22年改定で認知行動療法が評価されたが、今回も自殺対策を盛り込んで欲しい。（10/21 柴田委員）

社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨

1 「視点」、「方向性」への一般的な意見

- ・ 前回改定で示した2つの重点課題と4つの視点については踏襲すべき。勤務医や看護師などの医療従事者の処遇改善や医療従事者の人材確保についても今回も重点課題とすべき。(9/22 小島委員)
- ・ 前回改定の4つの視点については、到達目標であり、踏襲すべき。また効率化の部分では後発医薬品の利用促進が挙げられているが、バイオシミラーについても後発品の使用促進とともに触れるのか。(9/22 高智委員)
- ・ 基本的な4つの視点は維持すれば良いが、今回は同時改定なので、介護との関係が重要。「地域包括ケアの実現」を目指してどのような形で今回の改定をやるのか明示的に示すべき。(9/22 尾形委員)

2 介護報酬との同時改定に関して

- ・ 医療、介護の連携の視点に基づき、在宅医療の強化や介護との連携、いままでの議論にもあった地域包括ケアシステムの確立を図るためにも、6年に1回の同時改定による医療、介護の改革は必須。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬・介護報酬の全面同時改定については見送りを求めるが、不合理な介護報酬に加えて、介護保険料の決定のために必要なことは行うべき。(7/20 中川委員)
- ・ 次回は介護と医療の同時改定であり、中医協と介護給付費分科会と合同会議をしたらどうか。(7/20 邊見委員)
- ・ 医療・介護の連携強化をするべき。具体的には在宅医療や訪問看護の評価・連携が重要。精神疾患患者、身体的な救急を要する患者、合併症の患者を受け入れられるような連携も極めて重要。(9/22 小島委員)
- ・ 医療と介護の連携は、地域における包括ケアシステムの構築にも資する。また、社会的入院を是正していくためにも医療・介護連携をすすめるべき。(9/22 小島委員)
- ・ 在宅医療の連携にあたっては、既存の医療資源の有効活用という視点があってもいいのではないか。(10/27 小島委員代理 (花井参考人))
- ・ 「看取りに至るまでの医療の適切な評価」「早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価」「退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実」について賛同。(10/27 斎藤 (訓) 委員)
- ・ 退院直後については、十分な期間、医療保険から訪問看護を行えるようにすることが有効 (11/17 斎藤 (訓) 委員)

3 「社会保障と税の一体改革」に関して

- ・ 社会保障と税の一体改革に関しては、消費税が決まらないと、今後の見通しが立たず、今後どのように考えていったらいいか難しい。(7/20 日野委員)
- ・ 社会保障・税一体改革の成案は与党内の反対意見も根強く、閣議決定ではなく閣議報告とされ、閣議の取扱いの中では一番低いレベル。成案をまとめる段階でどのような議論が行われたのかも全く不透明。今の政権は審議会、検討会でやっている議論を頭越しに閣議に持ってきて政治主導で決めてしまう。これを事務方が基本方針の中に反映させるというのは非常に問題が多い。(7/20 中川委員)
- ・ 以前、事務局からは、社会保障・税一体改革の成案は閣議報告であり、基本方針改定の具体的な議論は医療部会や医療保険部会で行うとの回答があった。しかし、「一体改革成案に沿って」など、「一体改革」の文字が頻繁に出てくる。一体改革の診療報酬項目がどこで議論されたかが全く見えて来ず、不信感がある。(10/27 中川委員)
- ・ 税も社会保障もトータルで考えるべき。まずは実情を掴むことが必要で、財源と課題を両睨みで扱っていくことが必要。(7/20 光山委員)
- ・ 社会保障と税の一体改革において、将来の在り方が示されているので、今回の改定をどう位置付けていくのか。あるべき姿を目指して、少なくとも今回はここまでやるという議論が必要。(9/22 尾形委員)
- ・ 一体改革では「急性期病院の平均在院日数を 9 日にする」とあるが、インフラ整備もないまま進められると、地域の急性期病院は皆つぶれてしまうということを理解すべき。(10/27 大西委員)

4 震災・改定の延期議論について

- ・ 東日本大震災といった混乱期において、同時全面改定を行うべきでない。医療経済実態調査も震災を反映していない。ただし、当初の目的と実態が乖離している不合理な部分については、早急に是正すべき。また、過去に期中で改定が行われた例もある。(7/20 中川委員)
- ・ 診療報酬改定については、誠意を持って取り組むという姿勢は必要。あらかじめ診療報酬の全面改定をやらないという結論ありきではなく、実情を掴むべき。震災があったから思考停止してしまうということがあってはならない。(7/20 光山委員)
- ・ 本部会においても、医療保険部会、中医協と足並を揃え、平成 24 年度改定の審議スケジュールに沿った検討を行うことが極めて肝要であり、私どもの責務。平成 24 年度の診療報酬改定は延期すべきではない。中医協の議論に先行する形で基本方針を取りまとめる必要がある。(7/20 高智委員)
- ・ 粛々と改定に向かって議論を進めて良いと思うが、大震災で影響を受けているところには十分な配慮が必要。単に点数を変えるだけではなくて、今度の震災のような緊急時にきちんとした医療提供体制が継続できるような診療報酬体系となるような基本方針とすべき。(7/20 西澤委員)

- ・ 診療報酬改定については、最初から全面改定を目指すのではないけれども、準備だけは粛々としておくということで、ほぼコンセンサスが得られたと思う。(7/20 斎藤部長)
- ・ 震災後に安定的な医療提供をしていく上で、診療報酬での対応についての検討があり得るのではないか。(7/20 小島委員 (伊藤参考人))
- ・ 医療法における人員配置標準を満たさないと診療報酬が大きく下げられるが、なぜ医療法の人員配置標準と診療報酬が連動しているのか理解できない。入院基本料の場合は医師数が3割標欠まで減算されないのに、精神療養病棟入院料等の特定入院料については少しでも満たさなくなると減額されてしまう。(7/20 山崎委員)
- ・ 被災地における看護師の不足対策は触れられているが、医師不足への対応も重要。特に福島では子育て中の女医、看護師という若い医療従事者が離れている。精神医療の場合は、一名欠けただけでも特別入院料に落ちてしまう。放射能問題が解決するまで標欠を認めるべき。特に社会医療法人は医療法の基準が前提となっており、医師の退職により取り消しされてしまう。(9/22 山崎委員)
- ・ 大震災への対応に集中すべきで、全面改定は行うべきではない。ただし、必要な見直しは行うべき。被災地において医療機関は復興に尽力している。被災地では医療従事者の大移動が起きており、改定では人員配置基準に関わることは、要件緩和を除いて変更すべきではない。(9/22, 10/27 中川委員)
- ・ 災害が一過して慢性期医療に近い機能が必要となっているので、どう手当するか検討すべき。災害拠点病院は、国公立に独占されているが、民間病院も参加できるようにすべき。(9/22 日野委員)
- ・ インフラの整備は公費、通常の経常的なコストは診療報酬と役割分担をはっきりすべき。地域によって、重点的に何かを措置しなければならないものについては診療報酬と切り離してやるべき。被災地の人員不足は診療報酬で収斂できるものではない。(9/22 光山委員)

5 患者からみた視点

- ・ 患者から見て分かりやすい診療報酬という観点から明細書の定着を図るべき。負担も意識していくということが患者にとっても重要。(9/22 小島委員)
- ・ 患者から見て分かりやすいという視点が大事。「高度急性期」、「亜急性期」と言われても患者には分からない。また、地域には高度医療も亜急性期医療もない。機能分化は昭和60年くらいから言われているが、曖昧なままであり、診療報酬との関係はよく考えなければならない。(9/22 相澤委員)
- ・ 効果的な医療資源の利用のためには、患者の「協力」が必要とあるが、「協力」は外部者がすること。本来、国民は医療の主人公なので、「協力」ではない。(10/27 田中委員)

- ・ 「診療報酬点数表における用語の平易化」とあるが、診療報酬体系の平易化も加えてほしい。(10/27 高智委員)

6 医療の効率化の視点

- ・ 皆保険の中で医療資源を適正に配分して有効に活用していくという観点は、持たざるを得ない。医療機関の開設に対する一定のルールというのは診療所についてもあり得る議論だと考えている。(7/20小島委員(伊藤参考人))
- ・ 効率化の部分では、薬の関連ばかり記載されているが、単に薬価を下げるのではなく、国で改定財源を確保すべき。薬価だけ下げて財源とする改定方式は辞めて欲しい。(9/22山本委員)
- ・ 前回の改定で取り組んだ後発医薬品や検査の見直しについては引き続き行うべき。電子レセプトの促進や高額医療機器の共同利用を促進する報酬とすべき。(9/22小島委員)
- ・ コンビニ受診、はしご受診の抑制等、被保険者への周知に努めていきたい。また、「医療機器、検査等の適正な評価」とあるが、医療機器はもう少し効率化が図れるのではないか。(10/27 高智委員)
- ・ 「後発医薬品の使用促進策」については、さらに具体的な説明を加えるべき。(高智委員 11/17)
- ・ あまり、後発品に対し厳しくしすぎてはいけない。(山本委員 11/17)

7 歯科関連

- ・ 口腔ケアが非常に大事。色々な病気が予防できるし、今一番やらなくてはならないことだと思う。いくつかの自治体が口腔ケアに対して力を入れているので、良い点数を付けるべき。(7/20 水田委員)
- ・ 在宅歯科診療の推進を含めた在宅医療の推進の在り方について議論すべき(7/20 近藤委員)
- ・ 「チーム医療」、「慢性期」といった観点を入れるべき。また、医療連携が大事であり、在宅医療と記載されているところには、在宅歯科医療とも記載すべき。(9/22 近藤委員)
- ・ 「生活の質に配慮した歯科医療の推進」との文言が入っていることを評価したい(11/17 水田委員)

8 薬剤師・薬局関連

- ・ 薬剤師や薬局は、医療機関「等」と記載されることが多いが、薬剤師や薬局と記載すべき。(9/22 山本委員)
- ・ ジェネリックのシェアを国際比較する場合には、諸外国の定義が異なるので、注

意が必要（9/22 山本委員）

- ・ 訪問薬剤管理指導を届け出る薬局、実施している薬局等もきちんと調査して、計画的に整備して薬局薬剤師の位置付けをきちんとすべき。（7/20 山本委員（森参考人））
- ・ 「医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価」と「医薬品、医療機器、検査等の適正な評価」とあるが、「適切」と「適正」の違いは、一般の方には分かりにくいのではないか。（10/27 山本委員）

9 医療従事者の確保・処遇

- ・ 勤務医の勤務状況や労働環境は想像を絶する状況であるし、健康を害している医師も多い。（7/20 横倉委員）
- ・ 22年改定の答申書の申し送り事項や訪問看護の充実、勤務医や看護師といった医療人材の負担軽減について、この場で議論をしていくべき。（7/20 小島委員（伊藤参考人））
- ・ 「医療従事者の負担軽減」は前回の改定の際もあったが、救急・産科・小児科・外科の従事者の負担は必ずしも軽減されていない。従事者が増えていない。（10/27 邊見委員）
- ・ 働いている医師、看護師の問題は、人材不足が根本にある。負担軽減はすべきだが、診療報酬だけではなく、地域医療支援センターなど診療報酬以外での対応も必要。（10/27 高智委員）
- ・ 医師・看護師を含む「医療従事者の負担軽減」が重点的に取り組む課題に位置付けられている点に賛同（10/27 斎藤（訓）委員）
- ・ 医療従事者の負担軽減は道半ばであるので、引き続き進めていただきたい。（11/17 斎藤（訓）委員）
- ・ 「医療従事者の負担軽減」については、従事者の需給バランスも考えることが必要（11/17 横倉委員）
- ・ 内科はまさに救急医療なので、救急医療の充実に部分に「内科」と明記すべき。（11/17 永井委員）

10 診療所の役割について

- ・ 有床診療所については、プライマリケア実践において、外来医療及び在宅医療を補完するための病床としての位置付けを明確にするとともに、小規模施設として相応しい独自の診療報酬体系を作りたい。有床診療所は介護と医療の橋渡し役としての位置付けを考えるべき。（7/20 横倉委員）
- ・ 有床診療所、無床診療所には、2つのタイプがあるのではないかと。非常に地域に密着しているところと、ある分野だけに特化して経営効率を高めているところがあるのではないかと。それが同じ中に詰め込まれているが、もう一度整理をして違う評価

の仕方をすべき。(7/20 相澤委員)

- ・ 急性期の受け皿機能を持ったような診療所と、介護でいう地域包括ケアシステムの一員となるような診療所は、やはり機能が違うと思う。(7/20 部会長代理)
- ・ 診療所や病院の外来で日常生活の療養指導を確実にやっていく機能が必要だ。生活習慣病を悪化させない取組として重要。(7/20 齋藤(訓)委員)
- ・ 外来できちんと患者の健康管理をするときには、かかりつけ医に対する登録制を考えるべきではないか。(7/20 水田委員)
- ・ 専門医たる総合診療医の育成を図るべき。ドイツでは、専門一般医と呼ばれ、国民から信頼されている。診療、治療のみならず、患者に寄り添い、患者の日常生活面を医学的な知見に即して支える役割を担う医療職の制度化をすべき。そのためには文科省との連携も図るべき。(9/22 高智委員)
- ・ かかりつけ医を持つことは大切だが、それを如何に制度化するかのところにいくつかの問題がある。登録制かかりつけ医については色々な問題がある。かかりつけ医というのは、患者が自ら選ぶというのを残しておかないといけない。(7/20, 9/22 横倉委員)

11 その他

- ・ 日本医師会は前回の診療報酬改定に本当に失望している。医療界を挙げて、民主党政権に期待したが、結果は非常に不満足。(7/20 中川委員)
- ・ 特定機能病院、特に大学病院は運営費交付金又は私学助成金が削減されているが、適切な運営費交付金、私学助成金とすべき。(7/20 中川委員)
- ・ 医療機関はそれぞれの地域で果たしている、個々、個別の機能に応じて評価されることが、利用者である患者にとって分かりやすいのではないか。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬と医療計画がある程度連動性・相互連携をもっていくという方向で検討すべき。(7/20、9/22 光山委員)
- ・ 前回改定の検証にもっと力を入れるべき。(7/20 海辺委員)
- ・ 昭和23年に40対1となったときから医療が高度化しているし、医療安全についても厳しい目がある。外来での説明時間も長くなっているし、人員配置を見直したら返ってより医師配置が必要となるのではないか。(7/20 齋藤部会長)
- ・ 現在は人員の配置で医療の質ということにしているが、本当の意味での医療の質を図ることが難しいから、こういう形式的基準にして諦めてしまっている。(7/20 樋口委員)
- ・ 基本方針の議論であるから大局的な見方をすべき。改定財源が潤沢にあるとき、そこそこあるとき、大震災や原発の問題があったときなどの場合において、基本方針の策定に当たってはどのように考えればいいのか。改定率が決まったあとに優先度を定めることには賛成だが、中医協の議論を先行させ、中医協で合意した事項を積み上

げて、結果的に非常に重要な部分を最後に後回しにして、財源がなくなるからさらに大切な事項を先送りするというものがないように。(9/22 中川委員)

- ・ 前回重点課題とした分野の検証を十分にすべき。実際に医療提供体制の充実に繋がったのか。(9/22 光山委員)
- ・ 小児の在宅医療を推進すべきであり、小児に対する訪問看護を実施している診療所や訪問看護ステーション等の評価の充実、小児の在宅医療への参入のインセンティブを付与することが重要。(9/22 加藤委員)
- ・ 診療報酬改定の基本方針の(方向の例)で「身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価」とあるが、そもそも一般救急と異なり、身体合併症に対応できる精神科3次救急はほとんどの都道府県にない現状で、どのように評価するのか。(9/22 山崎委員)
- ・ 15対1の一般病棟入院基本料は前回の改定で唯一点数が引き下げられたが、13対1や15対1が救急患者の受け入れを多く行っているのが実情であり、適切に評価すべき。(9/22 邊見委員)
- ・ 介護との関係、リハビリ、それらを含めたチーム医療が重要 (9/22 水田委員)
- ・ チーム医療は他の会議で議論中で、被災地を中心に医療従事者が移動しているときなので、新たにチーム医療の評価をすべきではない。(9/22 中川委員)
- ・ 高齢者が増えていくなかで、在宅医療も重要だが、そのキーを握っているのは急性期病院から退院する際の連携、退院支援。そこには看護師が非常に関わってくるので、その退院調整、退院の支援、退院後の連携に十分な手当てをする必要。(9/22 相澤委員)
- ・ 医療技術の評価、特に内科医の評価を上げて欲しい (9/22 相澤委員)
- ・ 外来診療の役割分担とあるが、とりわけ都市部の大学病院の外来機能を見直すべきではないか。(10/27 高智委員)
- ・ 認知症の場合、周りの家族がおかしいと思いながら暮らしていくうちに進行してしまっている。そういう不安を相談できる体制づくりも盛り込んでほしい。(10/27 (小島委員 (花井参考人))
- ・ 「医療機能の分化と連携を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」について、地域において継続的に療養相談や療養指導を受け、疾病の重症化・悪化予防を図る視点が必要 (10/27 斎藤 (訓) 委員)
- ・ 地域における医療計画と連携しながら、在宅介護・在宅医療を進めるべき。(11/17 大西委員)

市町村国保の財政基盤の強化と 財政運営の都道府県単位化について

平成23年11月24日
厚生労働省保険局

目次

- I 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議について

- II 第6回 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議に係る
事務レベルWG(11月17日)提出資料

I 国民健康保険制度の基盤強化に関する 国と地方の協議について

「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」の開催について

1. 趣旨

社会保障・税一体改革の検討に当たっては、特に、国民健康保険制度のあり方については、地方団体の意見を十分に伺いながら検討を進めることが必要であることから、国民健康保険の構造的な問題の分析と基盤強化策等について検討するため、厚生労働省と地方の協議を開催することとし、これまで5回にわたって事務レベルのワーキング・グループを開催してきたところである。

本年6月30日に取りまとめられた「社会保障・税一体改革成案」においては、医療保険制度改革について、「税制抜本改革の実施と併せ、2012年以降速やかに法案を提出」し、順次実施することとされており、改革案の具体化に向けて、これまでの事務レベル協議を踏まえた検討を行うための政務レベルの協議を開催する。

2. メンバー

【厚生労働省】 辻泰弘厚生労働副大臣、藤田一枝厚生労働大臣政務官

【地方代表】 福田富一知事（栃木県）、岡崎誠也市長（高知市）、齋藤正寧町長（秋田県井川町）

3. 協議事項

○市町村国保の構造的問題への対応

・低所得者対策等のあり方 ・事業運営・財政運営の広域化 ・財政支援のあり方 等

○その他

4. 開催経過

○ 政務レベル協議

第1回 10月24日

○ 事務レベル ワーキング・グループ(WG)

第1回 2月25日、第2回 6月6日、第3回 7月14日 第4回 7月27日 第5回 9月30日 第6回 11月17日

(事務レベルWGのメンバー)

全国知事会 栃木県、愛知県、鳥取県

全国市長会 福島市、高知市

全国町村会 井川町(秋田県)、聖籠町(新潟県)

厚生労働省 保険局総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

主な論点

1. 財政基盤強化策について

- 低所得者が多く保険料負担が重い、市町村間で所得の格差がある等の構造問題について、どのように対処するか。公費拡充や公費による効果的な支援方法について、どのように考えるか。
- 社会保障・税一体改革成案において、市町村国保に関し、「低所得者保険料軽減の拡充等(～2200億円程度)」とされていることについて、どのように考えるか。
- 現在、3100億円の決算補填目的等のための一般会計繰入れ及び1800億円の前年度繰上げ充用があるが、これをどのように評価するか。また、社会保障と税一体改革との関係をどのように考えるか。

(検討事項例) ・ 低所得者に対する保険料の軽減のあり方
・ 低所得者が多い保険者への支援のあり方
・ 財政調整機能の強化 等

2. 財政運営の都道府県単位化について

- 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在や、市町村間で保険料や医療費の格差がある等の構造問題について、どのように対処するか。
- 社会保障・税一体改革成案において、「市町村国保の財政運営の都道府県単位化」とされていることについて、どのように考えるか。
- 財政運営の都道府県単位化を進める上で、国、都道府県、市町村の役割分担をどのように考えるか。

(検討事項例) ・ 財政運営の都道府県単位化の具体的なあり方
・ 財政運営の都道府県単位化の円滑な実施方法 等

地方団体からの意見(全国知事会)

国民健康保険制度の構造的な問題の抜本的な解決に向けた検討を求める

全国知事会は、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」への参加に当たって、高齢者医療制度改革会議の「最終とりまとめ」の法制化とは切り離し、国保の基盤強化について議論するという趣旨から、国の要請に応じたものである。

ところが、「社会保障・税一体改革成案」(以下「成案」という。)を受け、事務レベル協議では、市町村国保が5,400億円の法定外繰入と繰上充用を行うなど厳しい財政運営を余儀なくされている状況に対し、国保の基盤強化策を「低所得者対策2,200億円」に限定し、また、「財政運営の都道府県単位化」が協議項目に追加されるなど、持続可能な制度の構築という大前提を抜きに議論を進めようとするのは問題であり、真に持続可能な制度とするためには、将来推計を明らかにした上で、成案に基づく公費投入を含め、あらゆる方策について検討を行うべきである。

国保制度の構造的な問題に対する抜本的な解決が図られ、持続可能な制度が構築されるならば、都道府県としても積極的に責任を担う覚悟ではあるが、これまでの協議を踏まえると、持続可能な制度の構築に向けた具体的なイメージが全く見えない。そのため、今後、政務協議を進めるに当たり、以下のことを申し入れる。

1 国民健康保険制度の構造的な問題の解決に向けて

(1) まずは真に財政基盤の強化を図るための議論をすべき

成案では、低所得者保険料軽減の拡充等による財政基盤強化策と併せ、財政運営の都道府県単位化が示されているが、まずは真に財政基盤の強化を図るための議論をすべきである。

(2) 国は財政責任を果たすとともに安定的な財源を確保すべき

国保の構造的な問題の解決に向け、一層の国費投入など、国はどのように財政責任を果たしていくのか明確にすべきである。

また、今後の医療費や保険給付費の増嵩に対応した安定的で持続可能な制度とするため、国・地方を通じた恒久財源をどのように確保していくのかを明らかにすべきである。

(3) 早急に医療費、保険料、公費負担等の将来推計を示すべき

本来、医療保険制度の改革に当たっては、対象となる者、各保険者、公費負担等多方面に大きな影響を及ぼすものであることから、将来にわたり持続可能な制度とする必要がある。

そのため、国においては、早急に医療費、保険料、公費負担等の将来推計を示すべきであり、特に、低所得者対策としての2,200億円の公費投入により、5,400億円にのぼる法定外繰入と繰上充用がどの程度減少するのか等、成案に示された改革案が国保の構造的な問題の解決に寄与するのか検証できるよう、データにより示すべきである。

(つづく)

地方団体からの意見(全国知事会)

(4) 財政運営の都道府県単位化の具体策を示すべき

財政運営の都道府県単位化については、これまでの協議において十分議論されず、具体的な制度や仕組みも明らかにされていない。

財政運営の都道府県単位化については、まずは国の責任において、法定外繰入の解消や保険料の適切な水準の設定等、保険運営の改善につながるような対応を図るべきであり、その上で、種々の都道府県単位化の具体的な制度設計及びそれがもたらすメリット・デメリット等のデータを示し、その是非も含め議論すべきである。

2 後期高齢者医療制度について

成案では高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえた高齢者医療制度の見直しについても掲げられているが、同会議の「最終とりまとめ」では、75歳以上を国保と被用者保険に戻し、年齢による区分という問題を解消するとしている一方で、区分経理は残すなど、実態は看板の掛け替えに過ぎない。さらに、加入する制度により保険料の違いが生まれることから新たな不公平が発生し、システム整備にも多額の費用を要するなど、様々な問題を抱えている。

現行の後期高齢者医療制度は、高齢者の受益と負担の明確化、保険料負担の公平化を図ったものであり、施行から3年半を経過し定着していることから、拙速に「最終とりまとめ」に基づく新制度へ移行する必要はなく、必要な改善を加えながら安定的な運営に努めるべきである。

平成23年10月24日

全国知事会

地方団体からの意見(全国市長会)

「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」提出資料

全国市長会国民健康保険対策特別委員長
高知市長 岡崎 誠也

我々都市自治体は、かねてより、機会あるごとに、国民健康保険制度の健全な運営を図るため、国保財政基盤の充実・強化等について主張(別紙重点提言参照)しているところですが、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」に参加するに当たり、あらためて下記の通り意見を提出いたします。

記

○ 市町村国保は危機的状況

急激な人口減少や高齢者比率の増加に伴う医療費の増嵩に加え、近年の経済不況に伴う失業者の急増などにより、国保の財政は危機的状況にあります。

この状況を放置すれば、国民皆保険制度の最後の砦である国保は崩壊し、我が国の医療保険制度は維持できなくなります。

今後、将来にわたり持続可能な制度とするためには、国の責任を明確にしたうえで、財政基盤の拡充・強化を図るとともに、都道府県を主体とする広域化が不可欠です。

○ 国保を将来にわたり持続可能な制度とするために

【財政基盤の拡充・強化】

国保は、年齢構成が高く医療費水準が高い、無職者・失業者・非正規労働者等の低所得者が多く所得水準が低い、他の被用者保険に比べ保険料負担が重いなどといった構造的な問題を抱えています。このため市町村は、一般会計からの多額の法定外繰入れを余儀なくされ、保険財政は恒常的に厳しい状況となっています。

国保を将来にわたり持続可能な制度とするためには、国が更なる財政基盤の拡充・強化を図り、実効ある措置を講じることが喫緊の課題です。特に、現行の国保財政基盤強化策の恒久化及び低所得者対策の強化や低所得者の多い保険者への支援は不可欠です。

また、医療費の増加に伴い被保険者の保険料負担が限界に達している保険者も多いことを踏まえると、公費負担割合を50%以上にすると考えます。

【国保の広域化は不可欠】

本会は、かねてから、医療制度改革に当たっては、すべての国民を対象とする医療保険制度の一本化に向け、国庫負担割合の引上げなど財政基盤強化を図り、まずは都道府県を保険者とすべきであることを一貫して主張しています。

特に、国保の都道府県単位の広域化は、国保が抱える構造的な問題の一つである保険料格差を解消し、負担の公平性を確保するためにも不可欠であると考えます。

○ 安心して医療を受けられる医療保険制度の構築を

国保制度の見直しとあわせて、後期高齢者医療制度の健全な運営も重要な課題です。平成24年度の保険料改定に当たっては、大幅に保険料を引き上げざるを得ない状況も明らかになってきています。

全ての国民が安心して医療を受けられる医療保険制度を構築するため、国保や後期高齢者医療制度などについて、将来的にわたっての財源確保も含め、国の責任において、持続可能な医療保険制度を構築されるよう強く要望します。

以上

国民健康保険制度等に関する重点提言

国民健康保険制度及び後期高齢者医療制度の健全な運営を図るため、国は、特に次の事項について積極的な措置を講じられたい。

1. 医療制度改革について

(1) 医療制度改革を実施するに当たっては、すべての国民を対象とする医療保険制度の一本化に向けて、国の責任を明確にしたうえで、都道府県を保険者とし、市町村との適切な役割分担のもと、国保制度の再編・統合等を行うこと。

また、その再編・統合の時期については、早期かつ確実に実現するため、当該施行時期を明確に示すこと。

(2) 後期高齢者医療制度の廃止に伴い、市町村の負担増は決して招かないよう、国の責任において万全の対策を講じること。

(3) 新制度発足に伴って発生・波及するシステム経費等については、超過負担を招かないよう必要な額を確実に確保すること。

2. 国民健康保険制度について

(1) 新制度に移行するまでの間、国保の安定的かつ持続的運営ができるよう、都道府県と市町村の適切な役割分担のもと国保の広域化を推進するとともに、国庫負担割合の引上げなど国保財政基盤の拡充・強化を図り、国の責任と負担において、実効ある措置を講じること。

特に、低所得者層に対する負担軽減策を拡充・強化するとともに、国保財政安定化支援事業については、実態に即した見直しを行うこと。

(2) 国保保険料(税)の収納率による普通調整交付金の減額措置を廃止すること。

(3) 各種医療費助成制度等市町村単独事業の実施に伴う療養給付費負担金及び普通調整交付金の減額措置を廃止すること。

(4) 特定健康診査・特定保健指導の実施率等による後期高齢者医療支援金の加算・減算措置を撤廃すること。

(5) 度重なる制度改革等により、市町村の事務負担が増加していることから、事務の効率化を図ること。特に、資格を喪失した被保険者の受診に伴う過誤調整について、被保険者を介さず保険者間において直接処理できるよう措置を講じること。

3. 後期高齢者医療制度について

(1) 後期高齢者医療制度の円滑な運営を図るため、保険料の上昇を抑制する措置を引き続き継続するとともに、国の責任において十分な財政措置を講じること。

(2) 平成24年度保険料改定において保険料増が見込まれる場合、国の責任において十分な財源措置を講じること。

地方団体からの意見(全国町村会)

国民健康保険の基盤強化等に関する意見

平成23年10月24日

全国町村会

1. 国保財政基盤の強化

保険基盤安定制度等既存の財政基盤強化策を拡充し恒久化した上で、国庫負担の拡充等によりさらなる財政基盤の強化を図り、将来に亘って持続可能な制度とすること。

2. 財政運営の都道府県単位化

市町村国保を都道府県単位に広域化し、制度運営の責任は都道府県が担うこと。その際は、受診機会の相違等による保険料水準の格差に十分配慮すること。

3. 高齢者医療制度改革

- (1) 後期高齢者医療制度は定着しており、新たな高齢者医療制度の創設にあたっては、拙速な導入を避け、地方と十分協議を行うこと。
- (2) 制度運営の責任は都道府県が担うことを明確にした制度とすること。

4. その他

- (1) 高額療養費制度における自己負担限度額の引き下げや受診時定額負担の導入など市町村国保に影響のある見直しをしようとする際は、保険者である町村の意見を踏まえるとともに、町村の財政負担及び事務負担が増加しないよう十分配慮すること。
- (2) 乳幼児や重度障害者への医療費助成(地方単独事業)を行うことに対する国庫負担金及び普通調整交付金の減額算定措置を廃止し、全国統一的な制度化を図るなど適切な措置を講じること。
- (3) 特定健診・特定保健指導の実施率等による後期高齢者医療支援金の加算・減算措置を撤廃すること。

社会保障と税の一体改革成案における該当部分の抜粋

○ 社会保障改革の具体策、工程及び費用試算（抜粋）

A 充実（金額は公費（2015年））

B 重点化・効率化（金額は公費（2015年））

○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策

a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

（＝完全実施の場合▲1,600億円）

- ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大
- ・ 市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化（低所得者保険料軽減の拡充等（～2,200億円程度））

※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動

c 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化

- ・ 長期高額医療の高額療養費の見直し（長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等）による負担軽減（～1,300億円程度）

- ・ 受診時定額負担等（高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円）ただし、低所得者に配慮。

※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動

d その他

- ・ 総合合算制度（番号制度等の情報連携基盤の導入が前提）
- ・ 低所得者対策・逆進性対策等の検討

- ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し（医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す）
- ・ 国保組合の国庫補助の見直し

- ・ 高齢者医療制度の見直し（高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど）

Ⅱ 第6回 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議に係る事務レベルWG(11月17日)提出資料

1. 市町村国保の構造問題への対応

《現状》

○ 市町村国保については、次のような構造問題がある。

①年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合：国保(31.4%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費：国保(29.0万円)、健保組合(13.3万円)

②所得水準が低い

- ・加入者一人あたり平均所得：国保(91万円)、健保組合(195万円(推計))
- ・無所得世帯割合：22.8%

③保険料負担が重い

- ・加入者一人あたり保険料／加入者一人あたり所得
市町村国保(9.1%)、健保組合(4.6%) ※健保は本人負担分のみの推計値

④保険料(税)の収納率低下

- ・収納率：平成11年度 91.4% → 平成21年度 88.0%
- ・最高収納率：94.17%(島根県) ・最低収納率：83.93%(東京都)

⑤一般会計繰入・繰上充用

- ・市町村による法定外繰入額：約3,600億円 うち決算補てん等の目的：約3,100億円
- ・繰上充用額：約1,800億円
- ※繰上充用...一会計年度経過後に至って歳入が歳出に不足するときは翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てること。

⑥財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1723保険者中3000人未満の小規模保険者 417 (全体の1/4)

⑦市町村間の格差

- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大：2.7倍(東京都) 最小：1.2倍(滋賀県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大：6.5倍(秋田県) 最小：1.3倍(富山県)
- ・一人あたり保険料の都道府県内格差 最大：2.8倍(東京都) 最小：1.3倍(富山県)

1. 市町村国保の構造問題への対応

《対応の方向性(案)》

○ 基本的には、以下のような考え方により対応することになるのではないか。

1. 年齢構成

- ① 年齢構成が高く、医療費水準が高い



● 前期高齢者財政調整

2. 財政基盤

- ② 所得水準が低い
- ③ 保険料負担が重い
- ④ 保険料(税)の収納率低下
- ⑤ 一般会計繰入・繰上充用



● 財政基盤の強化
・ 低所得者の保険料軽減の拡充等

3. 財政の安定性・市町村格差

- ⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在
- ⑦ 市町村間の格差



● 財政運営の都道府県単位化

2. 市町村国保の財政基盤の強化

(1) 低所得者の保険料軽減

《現状》

- 現行制度においては、3人世帯で所得総額138万円以下(年収223万円以下)の低所得者の応益保険料について、所得に応じ7割、5割、2割の軽減を行っている。
- 近年の経済の低迷等により、3人世帯の場合、150~200万円の所得層の保険料の負担感が最も大きく増加している。

所得階級別保険料負担率の推移（3人世帯の場合）（平成11年→21年）



(注)ここでいう所得とは給与所得控除や公的年金等控除後の所得総額(基礎控除前)である。

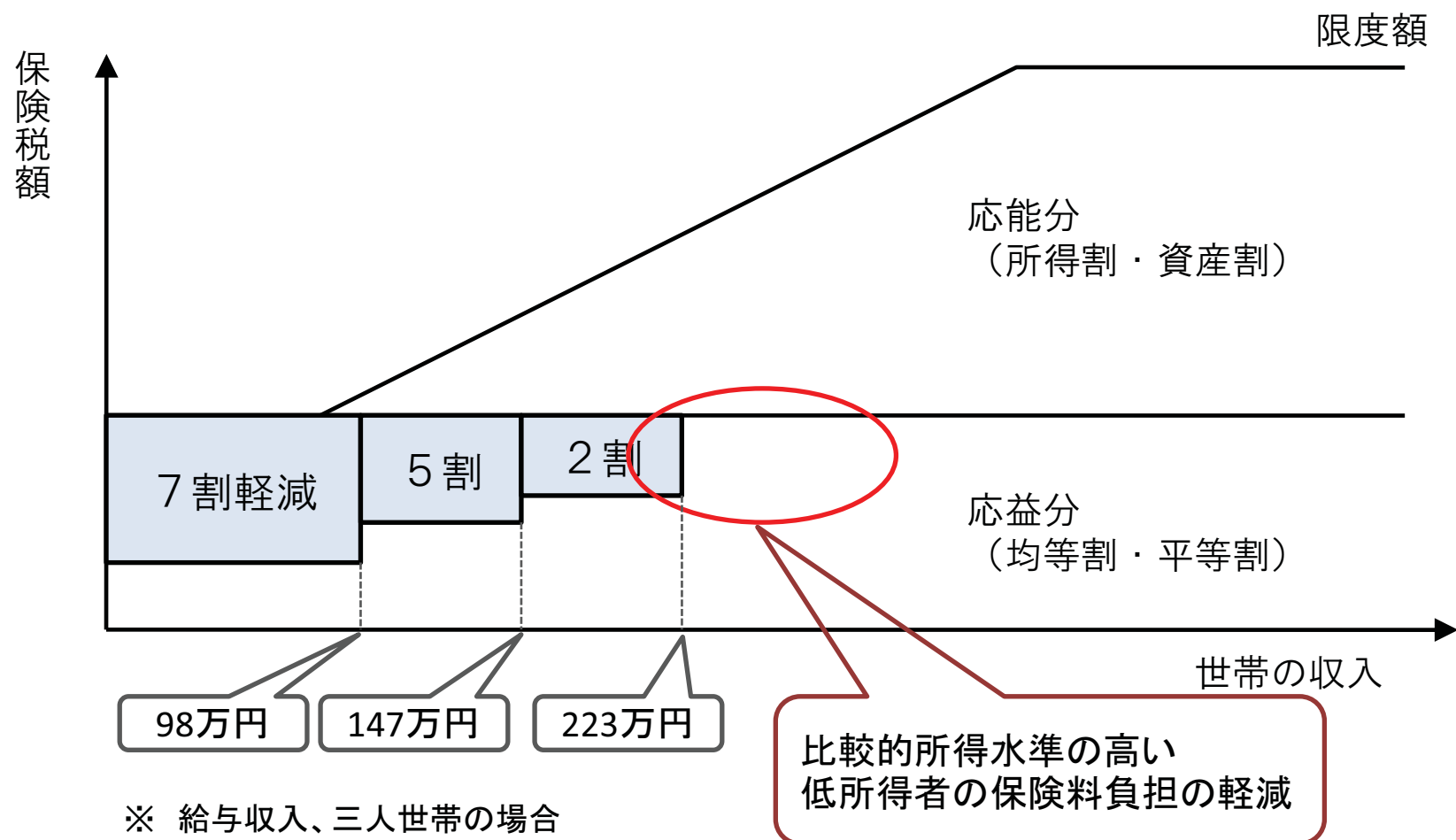
(資料出所) 厚生労働省保険局調査課「国民健康保険実態調査報告」を特別集計

2. 市町村国保の財政基盤の強化

(1) 低所得者の保険料軽減

《対応の方向性(案)》

- 7・5・2割軽減の対象とならない比較的高い所得水準の低い低所得層の保険料負担の軽減を図ることが必要ではないか。



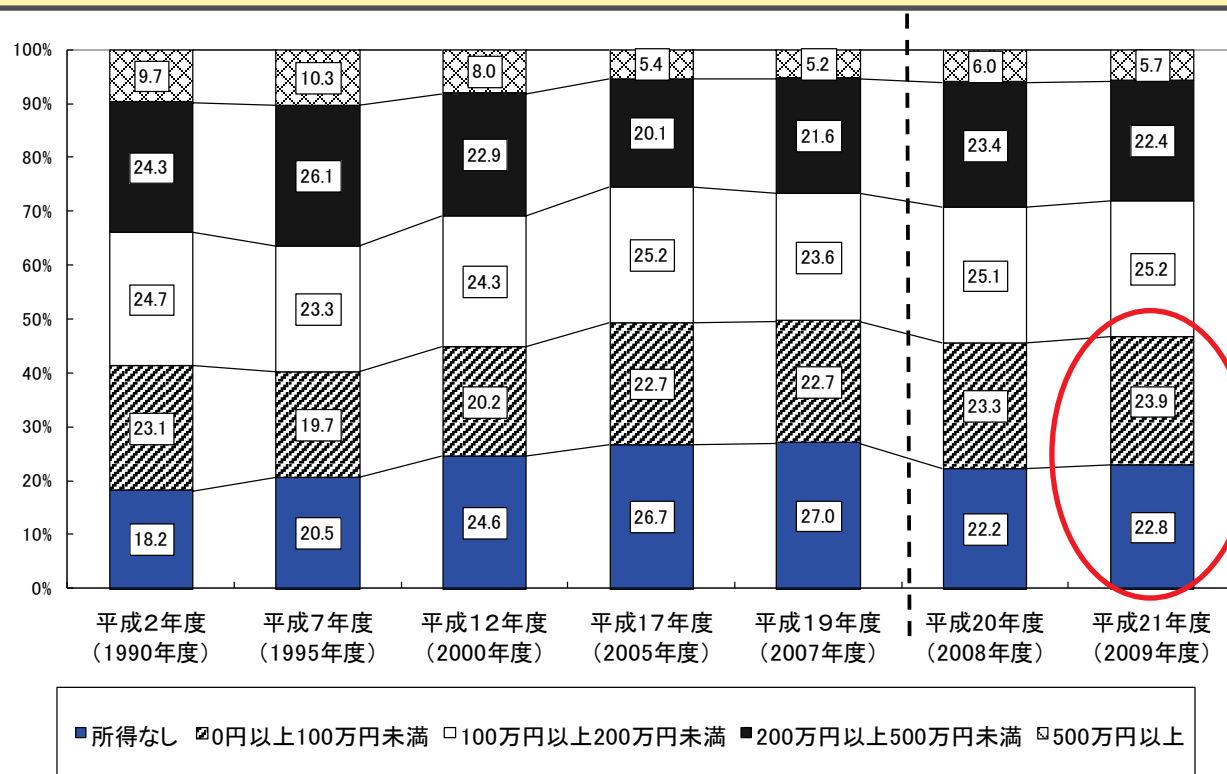
2. 市町村国保の財政基盤の強化

(2) 低所得者が多い保険者に対する支援

《現状》

- 現行制度では、暫定措置として、保険料の7割・5割軽減対象者の数に応じて、保険者に対する財政支援を行うことにより、中間所得層の保険料負担の軽減を図っている。
- 近年の経済の低迷等により、低所得世帯の割合が次第に増加しており、平成21年度において、加入世帯の22.8%が所得なし、23.9%が0円以上100万円未満世帯。

※「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。



(注1) 国民健康保険実態調査報告による。

(注2) 擬制世帯主、所得不詳は除いて集計している。

(注3) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設され、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

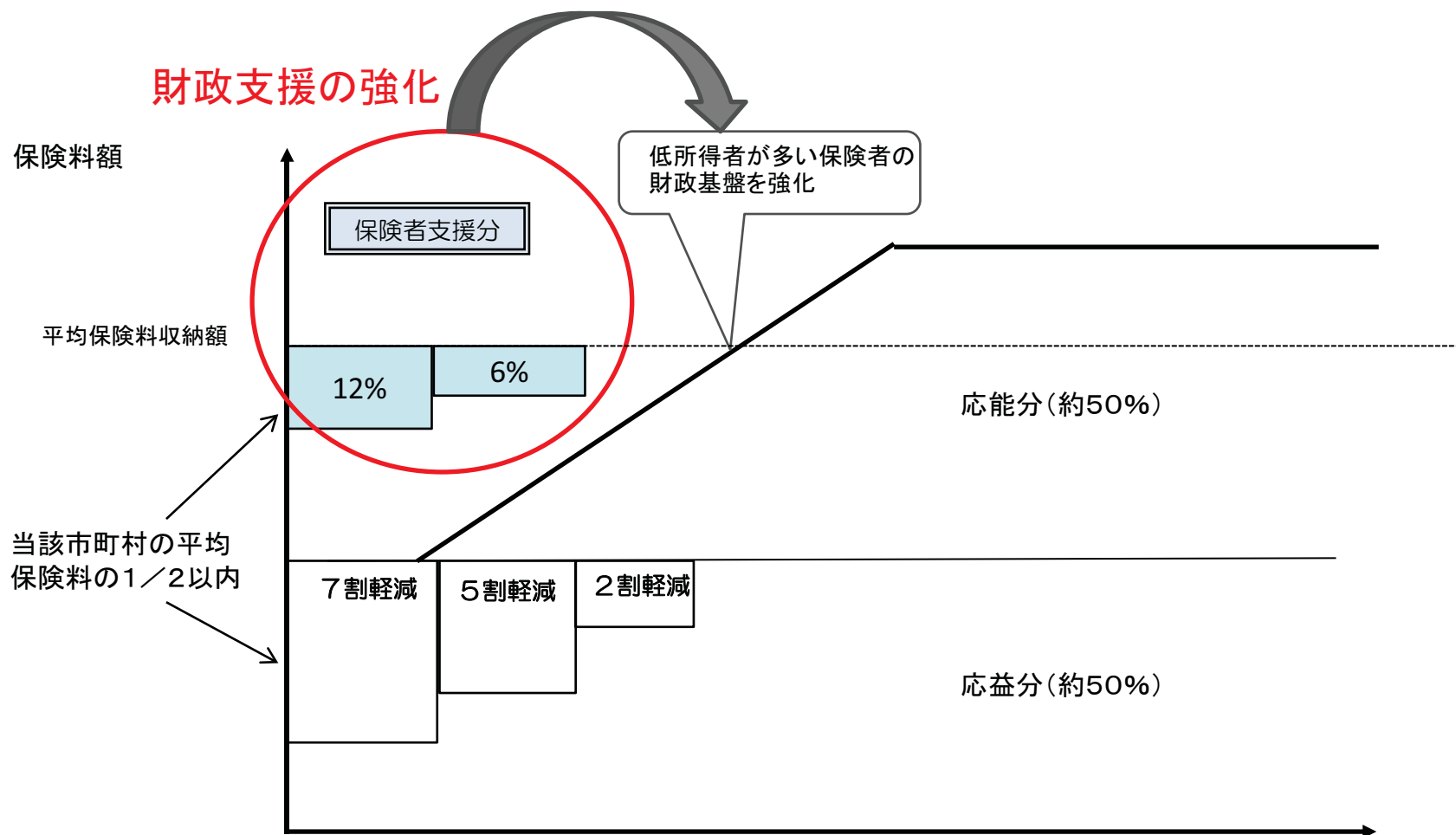
(注4) ここでいう所得とは給与所得控除や公的年金等控除後の所得総額(基礎控除前)である。

2. 市町村国保の財政基盤の強化

(2) 低所得者が多い保険者に対する支援

《対応の方向性(案)》

- 低所得者が多い保険者に対する財政支援を強化することが必要ではないか。(中間所得層の保険料負担の更なる軽減等が可能)
- 保険者支援は、現在、暫定措置として行っているが、恒久化すべきではないか。

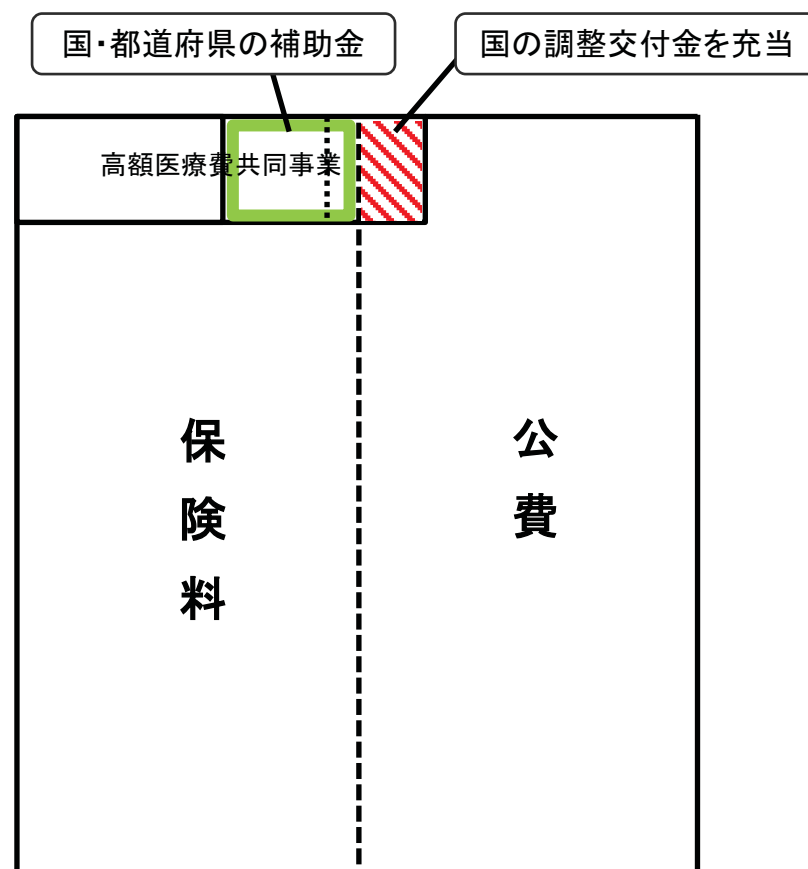


2. 市町村国保の財政基盤の強化

(3) 財政調整機能の強化

《現状①》 国の調整交付金

暫定措置として行っている高額医療費共同事業に対する国庫負担額や、非自発的失業者の所得割保険料の軽減分の財政支援については、国の調整交付金の一部が充てられているため、財政調整機能が低下している。



(注) 非自発的失業者に対する保険料軽減分の財政支援についても調整交付金を充当している。

2. 市町村国保の財政基盤の強化

(3) 財政調整機能の強化

《現状②》 都道府県調整交付金

都道府県調整交付金ガイドラインにおいては、都道府県内保険者の医療給付費水準や所得水準等に応じて調整する方法や給付費に比例して定率で配分する方法が例示されているが、実際には47都道府県のうち36都道府県が定率による配分を行っている。

定率(財政調整無し)	定率・財政調整型併用	財政調整型
36 / 47	6 / 47	5 / 47

1	北海道	財政調整型	17	石川県	定率	33	岡山県	定率
2	青森県	定率	18	福井県	定率	34	広島県	定率
3	岩手県	定率	19	山梨県	定率	35	山口県	定率
4	宮城県	定率	20	長野県	定率	36	徳島県	定率
5	秋田県	定率	21	岐阜県	財政調整型	37	香川県	定率・財政調整型併用
6	山形県	定率	22	静岡県	定率	38	愛媛県	定率
7	福島県	定率	23	愛知県	定率	39	高知県	財政調整型
8	茨城県	定率	24	三重県	定率	40	福岡県	定率
9	栃木県	定率	25	滋賀県	財政調整型	41	佐賀県	定率・財政調整型併用
10	群馬県	定率	26	京都府	定率	42	長崎県	定率
11	埼玉県	定率	27	大阪府	定率	43	熊本県	定率・財政調整型併用
12	千葉県	定率	28	兵庫県	財政調整型	44	大分県	定率
13	東京都	定率・財政調整型併用	29	奈良県	定率	45	宮崎県	定率
14	神奈川県	定率	30	和歌山県	定率	46	鹿児島県	定率
15	新潟県	定率	31	鳥取県	定率・財政調整型併用	47	沖縄県	定率
16	富山県	定率	32	島根県	定率・財政調整型併用			

2. 市町村国保の財政基盤の強化

(3) 財政調整機能の強化

《対応の方向性(案)》

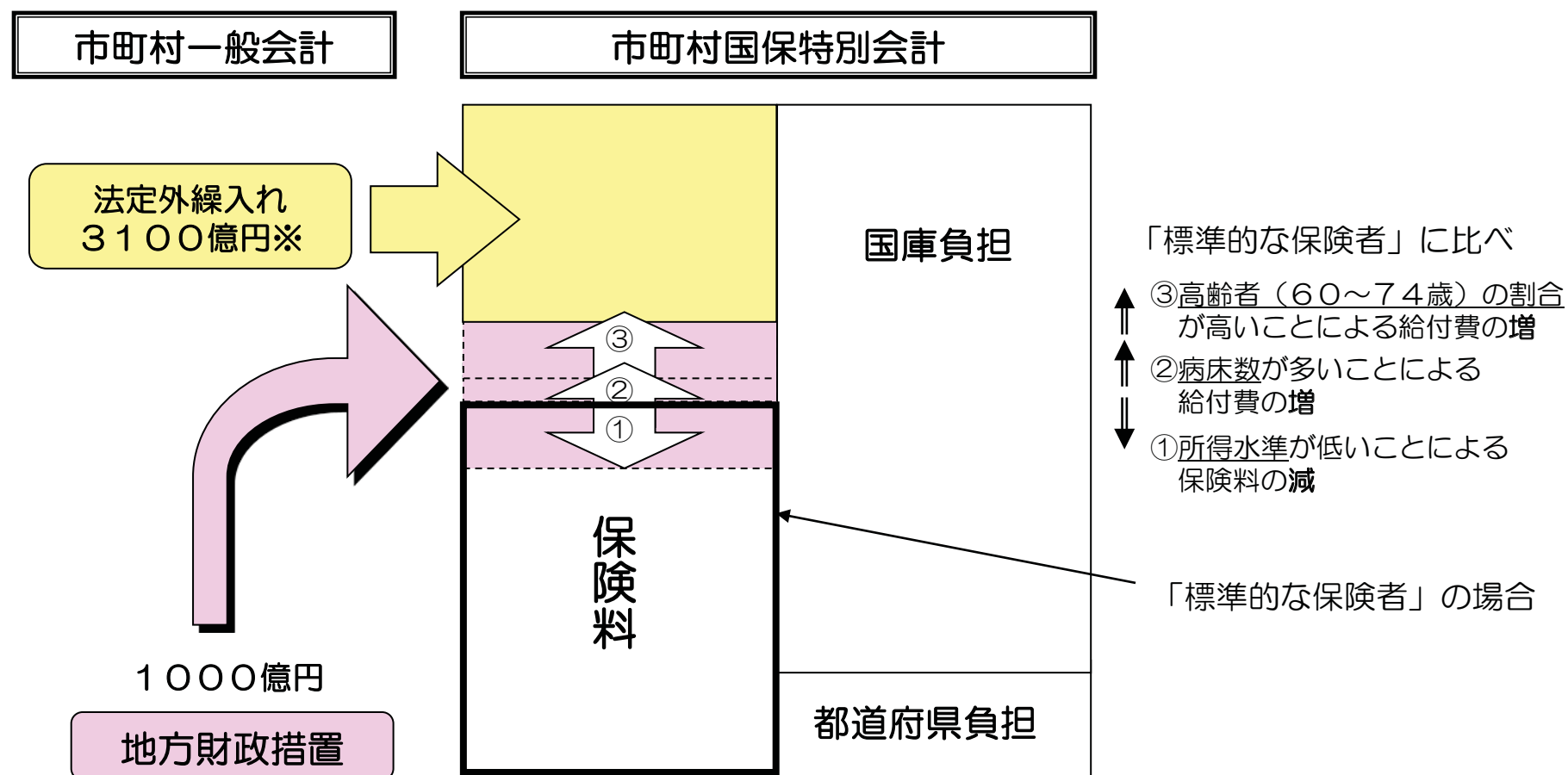
- 国の調整 交付金を充てている高額医療費共同事業の国庫負担額等について、別途、国庫負担額等を確保し、恒久化することにより、国の財政調整交付金の財政調整機能を強化することが必要ではないか。
- 都道府県調整交付金について、財政調整機能をより一層発揮することが必要ではないか。

2. 市町村国保の財政基盤の強化

(4) 医療費が高い市町村等に対する支援

《現状》

- 市町村国保財政の安定化、保険料(税)負担の平準化等に資するため、
ア. 保険料負担能力、イ. 過剰病床、ウ. 年齢構成差
を勘案して算定された対象経費相当額を地方財政措置している。



※ 決算補填等の目的の額

2. 市町村国保の財政基盤の強化

(4) 医療費が高い市町村等に対する支援

《対応の方向性(案)》

- 今回の財政基盤の強化や財政運営の都道府県単位化を踏まえ、その内容の見直しを検討することが必要ではないか。
- 財政基盤を強化するため、地方財政措置の財源規模を維持することが必要ではないか。

2. 市町村国保の財政基盤の強化

(5) 法定外一般会計繰入等

《現状①》

- 市町村の一般会計からの法定外一般会計繰入（決算補填分）は3,144億円、前年度繰上充用は1,833億円（平成21年度決算）。
- ただし、一般会計繰入や前年度繰上充用を行っている保険者の中には、所得に対する保険料の負担率の高い保険者と低い保険者があり、保険者により事情が異なる。

法定外一般会計繰入れ（決算補填目的等）及び前年度繰上充用に関する保険者の状況

	一般会計繰入(決算補填目的等) 又は繰上充用を行っている保険者	いずれも行っていない保険者	全国
対象保険者数	953保険者	770保険者	1723保険者
一人あたり保険料調定額	8.4万円	8.0万円	8.3万円
一人あたり旧ただし書所得	73.5万円	58.2万円	70.4万円
保険料調定額 ／旧ただし書き所得 (保険料負担率)	11.4%	13.7%	11.8%

(注1)平成21年度 国民健康保険事業年報、国民健康保険実態調査を基に作成。

(注2)介護に係る保険料は含んでいない。

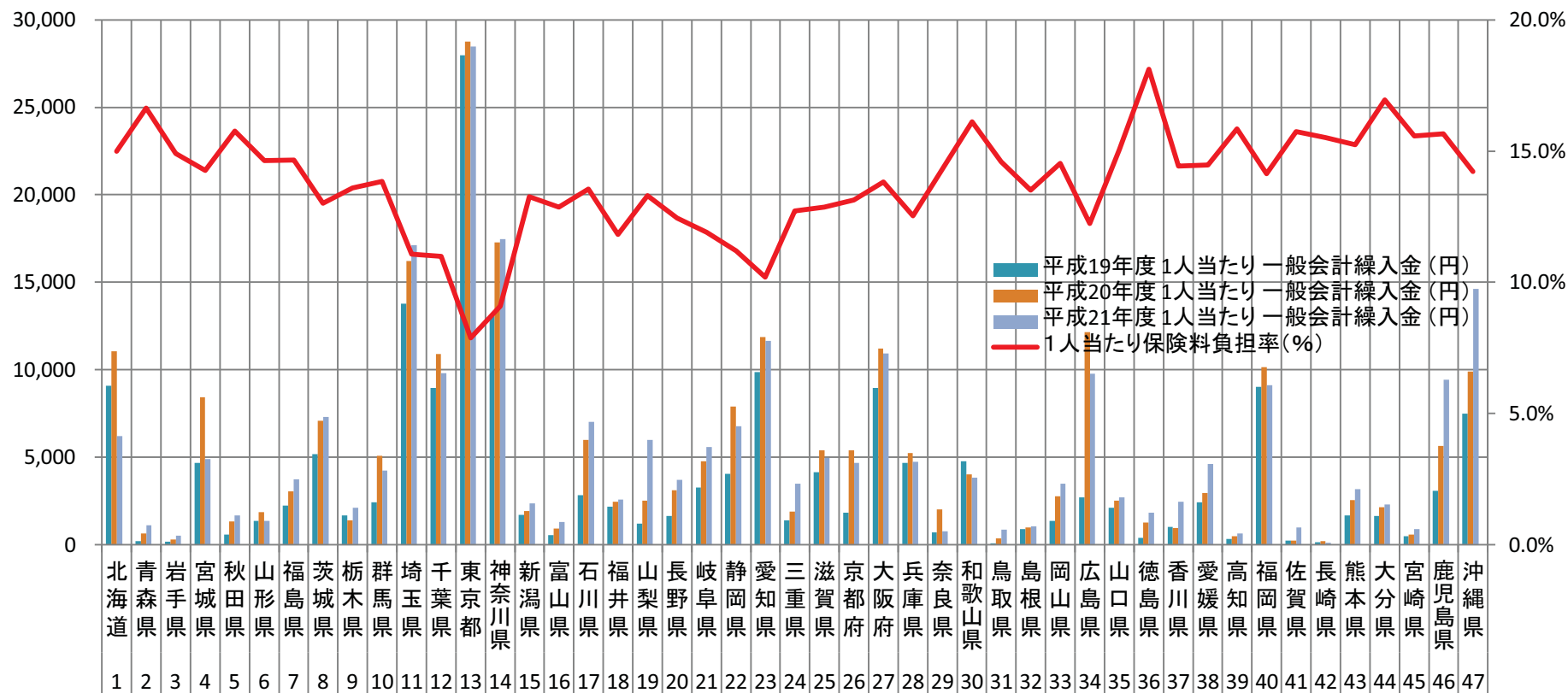
(注3)「旧ただし書き所得」は、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額。

2. 市町村国保の財政基盤の強化

(5) 法定外一般会計繰入等

《現状②》

- 一人当たり繰入金が1万円を超えるのは、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、沖縄。そのうち埼玉、東京、神奈川、愛知は保険料負担率が低い。



(出所) 「国民健康保険事業年報」、「国民健康保険事業実施状況報告」

(注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入れ分を除いたものである。

(注2) 一人あたり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧ただし書所得で除したものである。

2. 市町村国保の財政基盤の強化

(5) 法定外一般会計繰入等

《対応の方向性(案)》

- 所得水準が高く、一般会計繰入等を行う財政的余裕のある市町村と、一般会計繰入等を抑制している市町村との公平に留意することが必要ではないか。
- 一般会計繰入や前年度繰上充用の実態に地域差が大きいことを踏まえると、地域の実情に応じて、前年度繰上充用等の解消を目指すことが必要ではないか。

3. 市町村国保の財政運営の都道府県単位化

《現状①》

- 高額な医療費(一件80万円超)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、市町村による共同事業を実施し、市町村が負担を共有している。その際、都道府県及び国が財政支援している。
- さらに、都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円を超える医療費についても、市町村国保の拠出により負担を共有する共同事業を実施している。

都道府県単位の共同事業

(事業主体:各都道府県の国民健康保険団体連合会)

高額医療費共同事業

事業規模 約2,600億円(平成22年度予算ベース)
(国1/4、都道府県1/4、市町村国保の拠出金1/2)

該当する高額医療費の実績(3年平均)に応じて拠出
→ 医療費の急激な変動を緩和

保険財政共同安定化事業

事業規模 約1兆1,000億円(平成20年度)
(全額:市町村国保の拠出金)

次の(1):(2)=50:50で拠出

- (1) 該当する高額医療費の実績(3年平均)に応じて拠出
→ 医療費の急激な変動を緩和
- (2) 被保険者数に応じて拠出
→ 保険料を平準化

1人1か月80万円超の医療費
に関する共同事業※1

1人1か月30万円超の医療費
に関する共同事業※2

実際に発生した
医療費に応じて交付

交付金

拠出金

A市

交付金

拠出金

B町

交付金

拠出金

C村

保険財政共同安定化事業について、**都道府県が広域化等支援方針に定めることにより、**

- ①30万円以下の額から行うこと、②被保険者数に応じて拠出する割合を50%以上にすること、
- ③高額医療費の実績や被保険者数に応じた拠出だけでなく、所得に応じた拠出を行うことが可能に。

※1 医療費のうち80万円を超える額を対象としている

※2 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている

3. 市町村国保の財政運営の都道府県単位化

《現状②》

- 市町村国保の事業運営の都道府県単位化の環境整備を進めるため、都道府県が「広域化等支援方針」を策定することが可能になっているが、財政運営の都道府県単位化につながる保険財政共同安定化事業（暫定措置）の拡大を行っているのは、3県にとどまっている。
- 保険財政共同安定化事業の中で、拠出割合を見直すことにより都道府県内の保険料水準の平準化を図るとともに、地域の実情に応じて、都道府県調整交付金により調整を行っている。

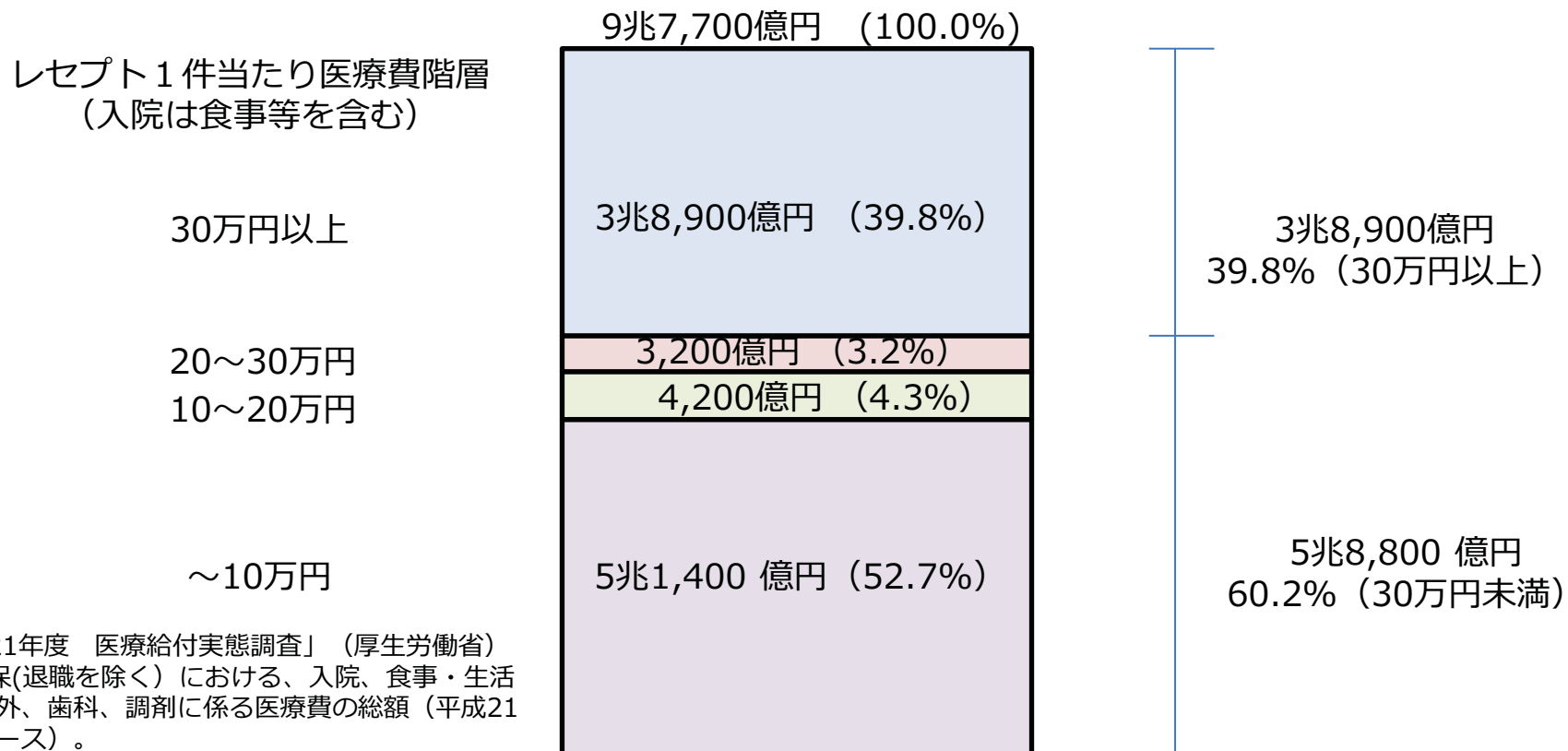
	対象医療費	拠出割合	実施時期	県調整交付金による対応	見直し規定
青森県	変更なし	実績割 40% 被保険者割 55% 所得割 5%	23年度	拠出超過額が一定率以上にならないよう交付金で調整	対象医療費の拡大と実績割の減少の方向で見直しを検討
埼玉県	10万円超に引下げ(26年度から5万円超)	実績割 40% 被保険者割 30% 所得割 30%	24年度	拠出超過の負担軽減措置として補填	
福井県	変更なし	実績割 45% 被保険者割 45% 所得割 10%	24年度	拠出超過保険者に対して負担軽減措置	
滋賀県	20万円超に引下げ	実績割 50% 被保険者割 30% 所得割 20%	23年度	激変緩和策として必要な対応	
京都府	変更なし	実績割 40% 被保険者割 40% 所得割 20%	23年度	府調整交付金と新たな無利子貸付金制度により、24年度までの激変緩和措置 23年度: 拠出増加額の1/2府調整交付金交付、1/2無利子貸付 24年度: 拠出増加額の1/2無利子貸付	対象医療費の拡大、所得割の増加の方向で引き続き検討
大阪府	変更なし	実績割 25% 被保険者割 50% 所得割 25%	23年度	府調整交付金を活用して激変緩和措置	必要に応じて見直し
佐賀県	20万円超に引下げ	実績割 50% 被保険者割 25% 所得割 25%	23年度	拠出額超過分が一定以上の市町に対して支援	

3. 市町村国保の財政運営の都道府県単位化

《対応の方向性(案)》

- 保険財政共同安定化事業(暫定措置)を更に推進し、都道府県単位の財政運営を制度化することが必要ではないか。
- 都道府県が財政運営の都道府県単位化を進めるに当たって、都道府県調整交付金も、都道府県の裁量により、より有効に活用することが必要ではないか。

市町村国保における1件当たり医療費階層別の医療費総額



出所：「平成21年度 医療給付実態調査」(厚生労働省)
 ※ 市町村国保(退職を除く)における、入院、食事・生活療養、入院外、歯科、調剤に係る医療費の総額(平成21年度実績ベース)。

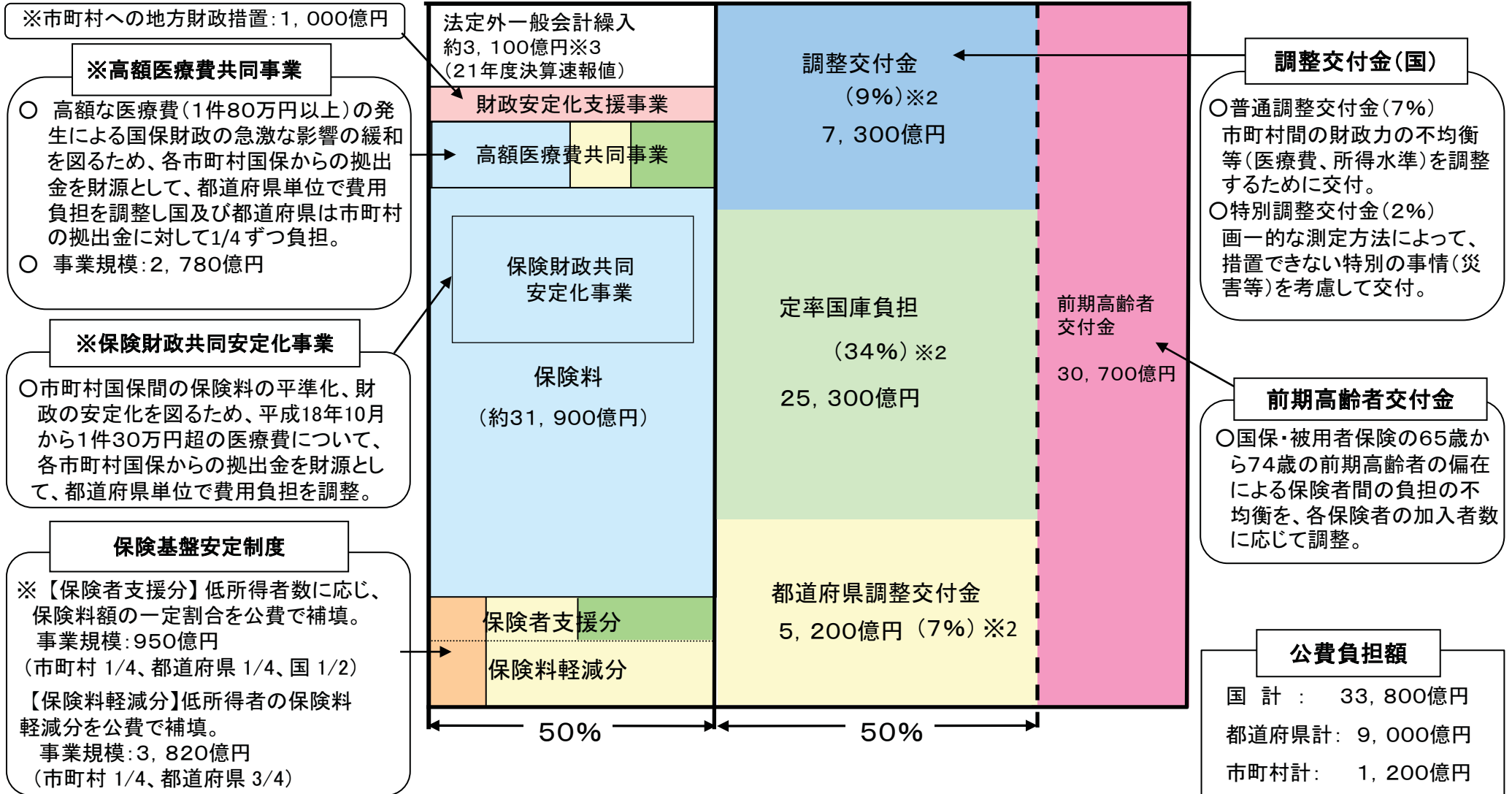
(参考資料)

国保財政の現状

(参考1)

医療給付費等総額: 約107,600億円

(23年度 予算ベース)



※ 平成22年度から平成25年度までの暫定措置

※2 それぞれ給付費等の9%、34%、7%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る波及増分のカットがあること等から、実際の割合はこれと異なる。

※3 決算補填等の目的の額

市町村国保の収支状況

(参考2)

(億円)

科 目		平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成21年度 【東京都の財政調整交付 金含む】
単年度収入(経常収入)	保険料(税)	37,726	30,621	30,495	30,495
	国庫支出金	33,240	30,943	32,280	32,280
	療養給付費交付金	26,584	8,810	5,859	5,859
	前期高齢者交付金	-	24,365	26,690	26,690
	都道府県支出金	8,745	7,985	8,269	8,269
	一般会計繰入金(法定分)	4,422	3,995	4,046	4,046
	一般会計繰入金(法定外)	3,804	3,671	3,601	3,601
	共同事業交付金	12,890	13,858	14,247	14,247
	直診勘定繰入金	6	2	1	1
	その他	380	339	507	507
	合 計	127,797	124,589	125,993	125,993
単年度支出(経常支出)	総務費	2,269	2,002	1,939	1,939
	保険給付費	83,253	83,382	85,550	85,550
	後期高齢者支援金	-	14,256	15,776	15,776
	前期高齢者納付金	-	19	45	45
	老人保健拠出金	22,404	3,331	778	778
	介護納付金	6,795	6,114	5,900	5,900
	保健事業費	406	840	897	897
	共同事業拠出金	12,874	13,843	14,231	14,231
	直診勘定繰出金	35	42	50	50
	その他	1,050	667	760	760
	合 計	129,087	124,496	125,927	125,927
単年度収支差引額(経常収支)		▲1,290	93	66	66
国庫支出金精算額		226	109	▲162	▲162
精算後単年度収支差引額 (A)		▲1,064	202	▲96	▲96
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)		2,556	2,585	2,532	3,144
実質的な単年度収支差 (A)-(B)		▲3,620	▲2,383	▲2,628	▲3,240
前年度繰上充用金(支出)		1,412	1,714	1,833	1,833

(出所) 国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)

(注1) 前期高齢者交付金、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金及び老人保健拠出金は、当年度概算額と前々年度精算額を加えたもの。

(注2) 「決算補填等のための一般会計繰入金」とは、収入の「一般会計繰入金(法定外)」のうち決算補填等を目的とした額。

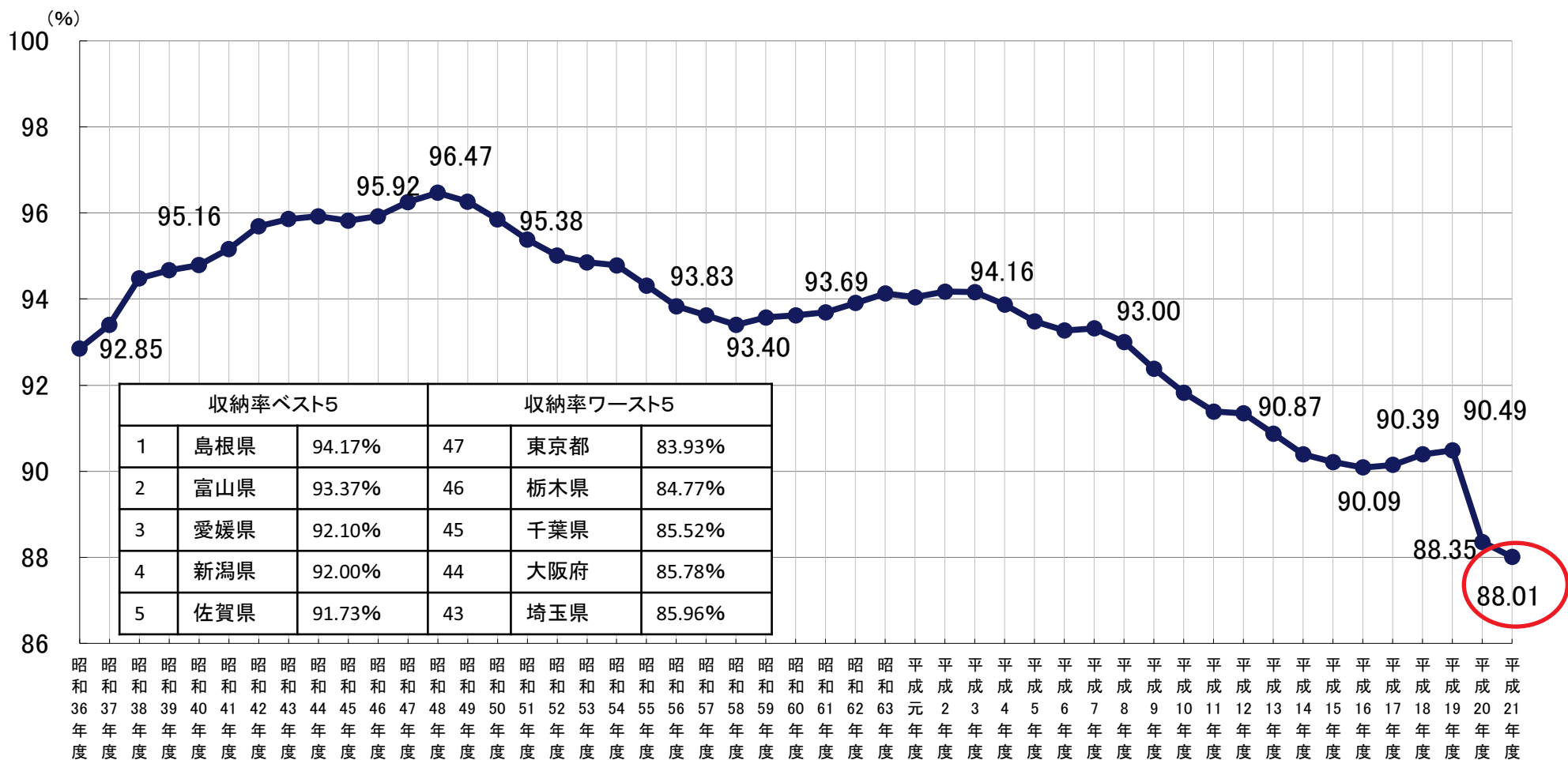
(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

(注4) 【東京都の財政調整交付金含む】は、一般会計繰入金(法定外)の特別区財政調整分を決算補填等の項目別に算出した場合の表。

市町村国保の保険料（税）の収納率の推移

(参考3)

○ 平成21年度の保険料(税)の収納率は、平成20年度以降の景気の低迷を受け、88.01%と過去最低となっている。



(注1) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)
 (注2) 平成12年度以降の調定額等は、介護納付金を含んでいる。
 【出典】 国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)

保険基盤安定制度の概要

(参考4)

○保険料軽減分

保険料軽減(応益分の7割、5割、2割)の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で補てん。

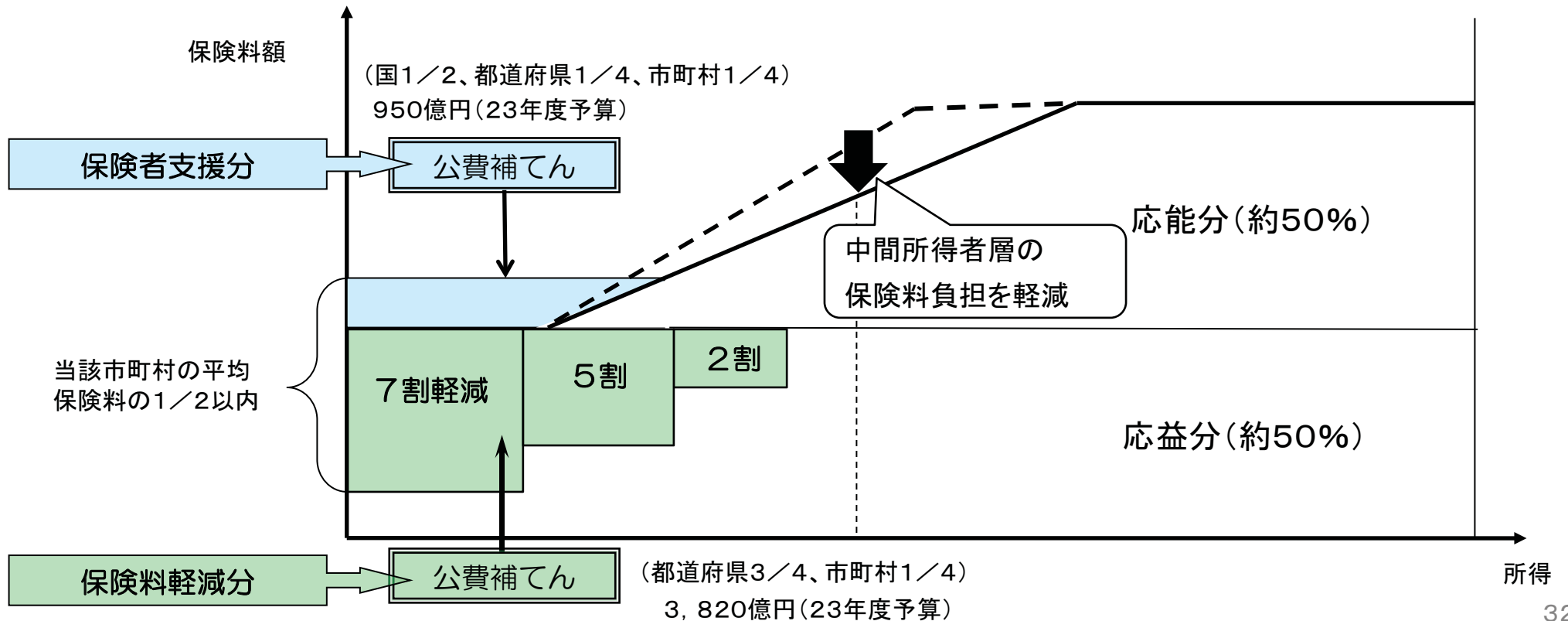
※ 対象者(平成22年度実績) 7割軽減 770万人(22.8%)、5割軽減 230万人(6.8%)、2割軽減 372万人(11.0%)

対象者の収入(3人世帯、給与収入の場合) 98万円以下 147万円以下 223万円以下

(注)対象者のうち、7割軽減には6割軽減対象者を、5割軽減には4割軽減対象者を含む。

○保険者支援分

中間所得者層を中心に保険料負担を軽減するため、保険料軽減の対象となった一般被保険者数に応じて、平均保険料の一定割合を公費で補てん。



国保財政基盤強化策（暫定措置）の延長（平成22年度～）（参考5）

市町村国保の財政運営については、今後とも、厳しい状況が続くものと見込まれることから、平成22年度から平成25年度までの4年間、下記のとおり、財政基盤強化策を継続実施する。

なお、新たな高齢者医療制度の検討に合わせて、必要に応じ、途中年度でも、財政基盤強化策の見直しを行う。

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

（参考） 国保財政安定化支援事業の継続

- 市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置で支援（1,000億円程度）

国保組合の国庫補助の見直しについて

平成23年11月24日
厚生労働省保険局

国民健康保険組合の概要

○ 同種の事業又は業務に従事する従業員等を組合員として組織された国民健康保険法上の公法人。

○ 平成21年度末の組合数及び被保険者数

(1) 医師、歯科医師、薬剤師	92組合	被保険者数	65万人
(2) 建設	32組合	被保険者数	189万人
(3) 一般業種	41組合	被保険者数	89万人
合計	165組合	被保険者数	343万人

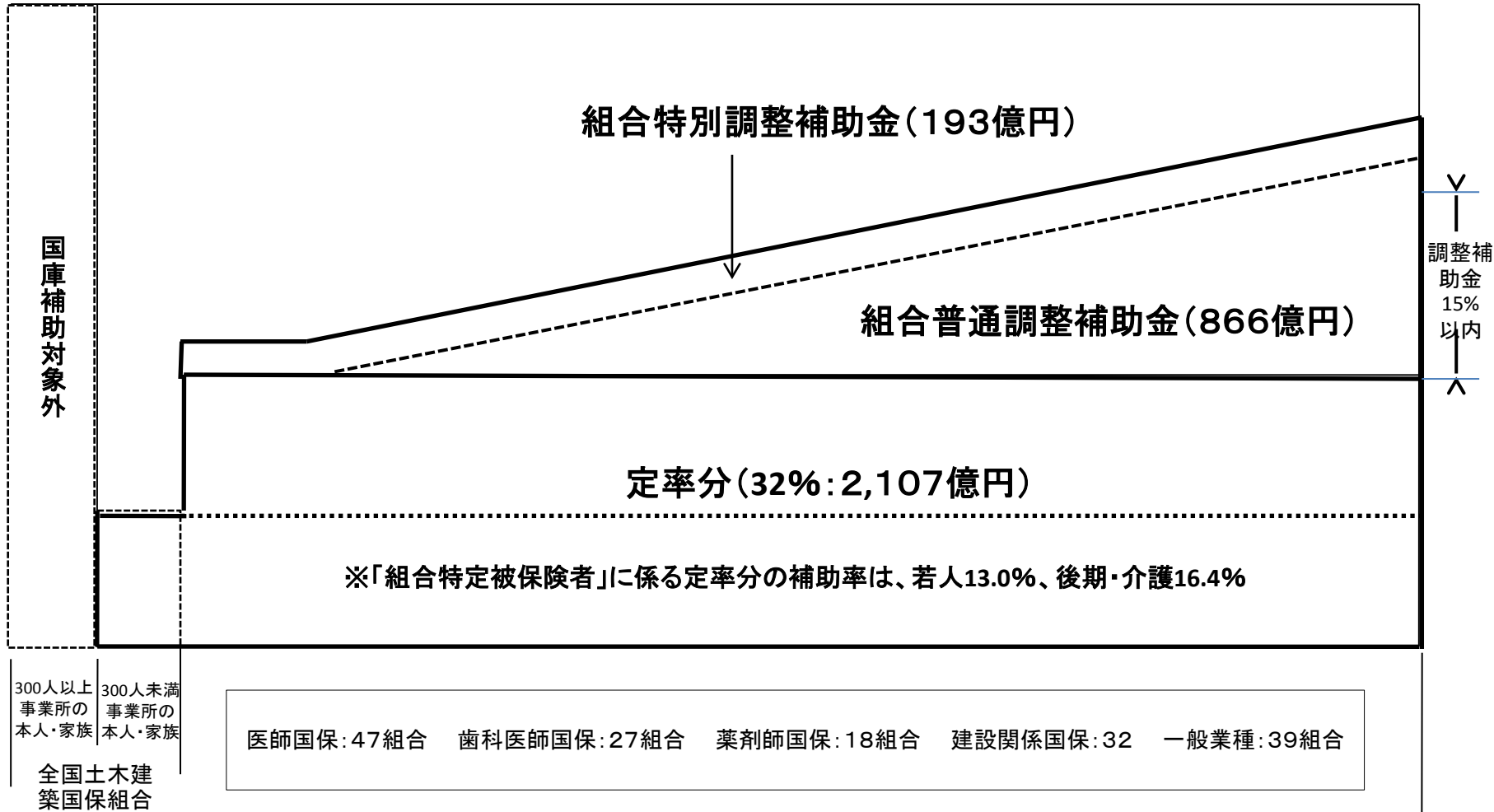
国民健康保険組合一覧

建設関係国保組合		一般業種国保組合		医師国保組合		歯科医師国保組合		薬剤師国保組合	
1 全国建設工事業	㉗ 岡山県建設	1 関東信越税理士	31 大阪府たばこ	1 北海道医師	31 鳥取県医師	1 全国歯科医師	1 北海道薬剤師		
(2) 建設連合	㉘ 広島県建設	2 東京理容	32 大阪質屋	2 青森県医師	32 鳥根県医師	2 北海道歯科医師	2 埼玉県薬剤師		
(3) 全国左官タイル塗装業	㉙ 徳島建設産業	3 東京芸能人	33 近畿税理士	3 岩手県医師	33 岡山県医師	3 宮城県歯科医師	3 千葉県薬剤師		
(4) 全国板金業	㉚ 香川県建設	4 文芸美術	34 大阪市公設市場	4 宮城県医師	34 広島県医師	4 秋田県歯科医師	4 東京都薬剤師		
(5) 中央建設	㉛ 佐賀県建設	5 東京料理飲食	35 大阪木津卸売市場	5 秋田県医師	35 山口県医師	5 山形県歯科医師	5 神奈川県薬剤師		
(6) 北海道建設	㉜ 長崎県建設事業	6 東京芸芸	36 大阪衣料品小売	6 山形県医師	36 徳島県医師	6 福島県歯科医師	6 新潟県薬剤師		
(7) 宮城県建設業		7 東京食品販売	37 兵庫食糧	7 福島県医師	37 香川県医師	7 茨城県歯科医師	7 福井県薬剤師		
(8) 山形県建設		8 東京美容	38 明石浦	8 茨城県医師	38 愛媛県医師	8 群馬県歯科医師	8 静岡県薬剤師		
(9) 埼玉県建設		9 東京自転車商	39 神戸中央卸売市場	9 栃木県医師	39 高知県医師	9 埼玉県歯科医師	9 愛知県薬剤師		
(10) 埼玉土建		10 東京青果卸売	40 兵庫県食品	10 群馬県医師	40 福岡県医師	10 千葉県歯科医師	10 三岐薬剤師		
(11) 東京建設職能		11 東京浴場	41 全国土木建築	11 埼玉県医師	41 佐賀県医師	11 神奈川県歯科医師	11 京都府薬剤師		
(12) 東京建設業		12 東京写真材料		12 千葉県医師	42 長崎県医師	12 静岡県歯科医師	12 大阪府薬剤師		
(13) 東京土建		13 東京都弁護士		13 東京都医師	43 熊本県医師	13 愛知県歯科医師	13 兵庫県薬剤師		
14 神奈川県建設業		14 神奈川県食品衛生		14 神奈川県医師	44 大分県医師	14 三重県歯科医師	14 紀和薬剤師		
15 神奈川県建設連合		15 福井食品		15 新潟県医師	45 宮崎県医師	15 大阪府歯科医師	15 中四国薬剤師		
16 新潟県建築		16 静岡市食品		16 富山県医師	46 鹿児島県医師	16 兵庫県歯科医師	16 広島県薬剤師		
(17) 富山県建設		17 名古屋食品		17 石川県医師	47 沖縄県医師	17 奈良県歯科医師	17 福岡県薬剤師		
(18) 長野県建設		18 京都芸術家		18 福井県医師		18 和歌山県歯科医師	18 長崎県薬剤師		
(19) 岐阜県建設		19 京都料理飲食業		19 山梨県医師		19 広島県歯科医師			
20 静岡県建設産業		20 京都府酒販		20 長野県医師		20 愛媛県歯科医師			
21 愛知建連		21 京都市中央卸売市場		21 岐阜県医師		21 福岡県歯科医師			
(22) 三重県建設		22 京都市食品衛生		22 静岡県医師		22 佐賀県歯科医師			
(23) 京都建築		23 京都府衣料		23 愛知県医師		23 長崎県歯科医師			
24 京都府建設業職別連合		24 京都花街		24 三重県医師		24 熊本県歯科医師			
(25) 大阪建設		25 大阪府整容		25 滋賀県医師		25 大分県歯科医師			
(26) 兵庫県建設	(注)被保険者数(H22.3.31) 無印 全協加入(1,815千人) ○印 全建総連(1,347千人) () その他 (271千人)	26 大阪府小売市場		26 京都府医師		26 宮崎県歯科医師			
		27 大阪文化芸能		27 大阪府医師		27 鹿児島県歯科医師			
		28 大阪中央市場青果		28 兵庫県医師					
		29 大阪府浴場		29 奈良県医師					
		30 大阪府食品		30 和歌山県医師					

明石浦国保は平成22年度末で解散

国保組合に対する国庫補助の概要

平成23年度予算



- 平成9年9月1日以降、健康保険の適用除外承認を受けて、新規に国保組合に加入する者とその家族(組合特定被保険者)に対する補助率は、協会けんぽの補助率を勘案して設定(若人13.0%、後期・介護16.4%)。このため、実際の補助率は、年々低下。

※各業種の加入者に占める組合特定被保険者の割合(22年5月末)

平成9年8月以前加入 18.3%(医師13.2%、歯科医師 7.2%、薬剤師14.7%、一般業種15.6%、建設関係10.7%、全国土木62.9%)

平成9年9月以降加入 18.1%(医師32.7%、歯科医師15.4%、薬剤師49.2%、一般業種16.8%、建設関係10.7%、全国土木37.1%)

- 全国土木建築国保組合の平成9年9月1日以前からの加入者の家族に対する補助率は、事業所の規模にかかわらず、32%。

国保組合の国庫補助見直しに関するこれまでの議論(1)

1. 厚生労働省行政事業レビュー(22年5月31日)

平成22年5月、厚生労働省行政事業レビューが行われ、国保組合に対する国庫補助のあり方について議論が行われた。

(結論)

事業は継続するが更なる見直しが必要

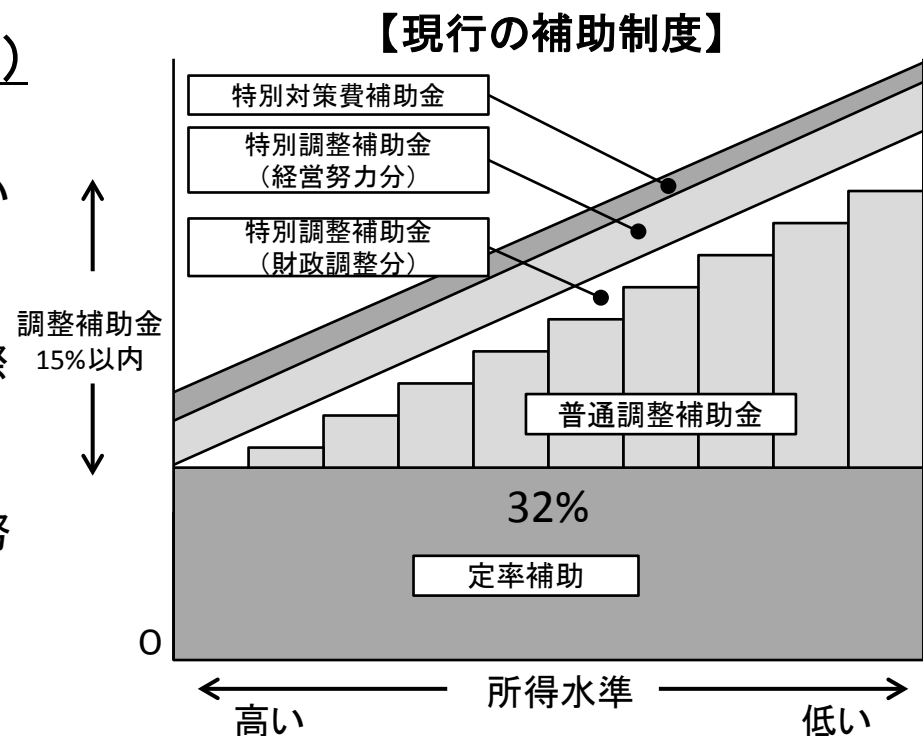
(主なコメント)

- 財政基盤に不安のない組合に対して国庫金が入ることを長期的には廃止すべき。定率分の見直しも必要。
- 特別調整補助金の「経営努力分」と特別対策補助金の廃止、定率補助と調整補助金の増額を含めた見直し。
- 本来、協会けんぽに加入すべきであるが、平成9年以前に健保の適用除外承認を受けて国保組合に加入している者の定率補助を引き下げ、協会けんぽと同様の水準に抑えるべき。

2. 医療保険部会での議論(22年10月27日)

(主な意見)

- 一挙に補助率を引き下げるのは困難かもしれないので、段階的实施などの配慮をしつつ、基本的な考え方に沿って見直すべき。
- 医師国保は財政力があるように思われるが、実際には赤字であり積立金を取り崩して運営している。
- 医師国保や歯科医師国保も、財政状況が厳しい中、自家診療分は保険給付しないといった保険者努力により経営をしている。
- 削減した国庫補助は、医療費に回すべき。



国保組合の国庫補助見直しに関するこれまでの議論(2)

3. 行政刷新会議の事業仕分け(22年11月16日)

厚生労働省行政事業レビューの結論等を踏まえ、補助制度全般についての見直し案(A案・B案)を提示。「所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止」(B案)との評価結果が示された。

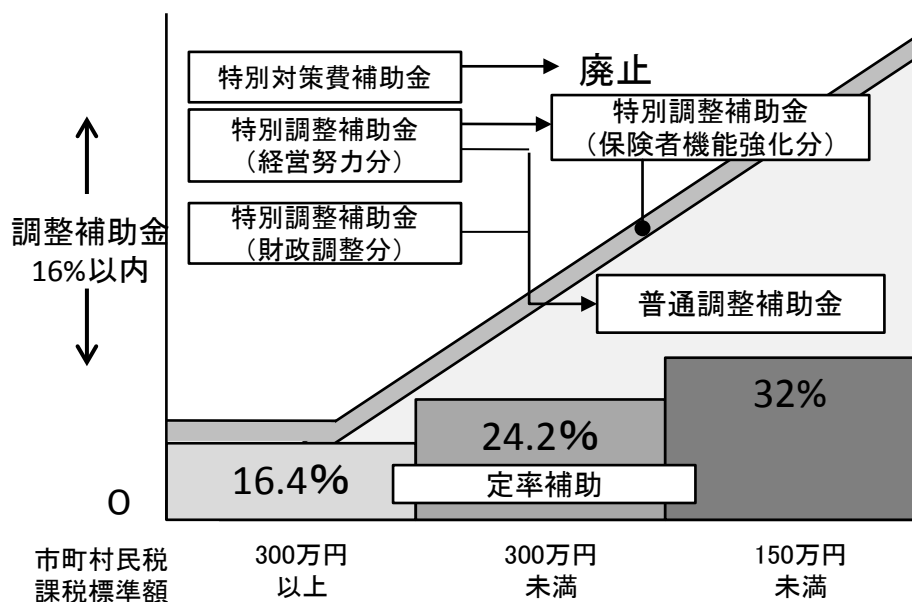
【A案】

○ 定率補助を3段階の補助とする。その際、国保組合は、健保組合と異なり事業主負担がなく、国民健康保険の一環として一定の補助が必要であるため、補助率を協会けんぽの水準(16.4%)以上とする。

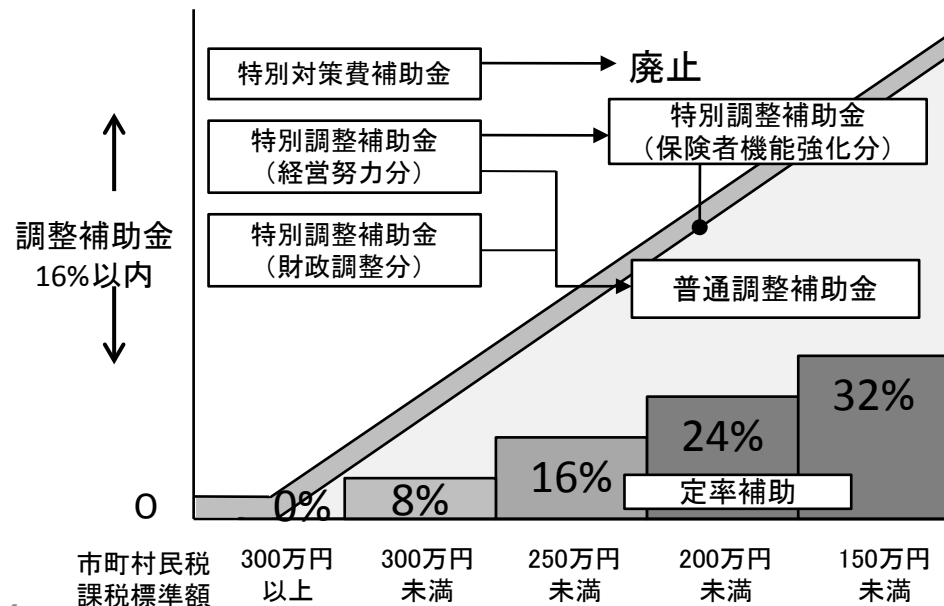
【B案】 ※行政事業レビューの指摘どおり

○ 定率補助を5段階の補助とする。その際、所得水準の高い組合に対する定率補助は、廃止(0%)。

【A案】



【B案】



1. 評価結果

見直しを行う(所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止)

① 国の事業として廃止 0名

② 見直しを行う 13名:

ア 所得水準の高い国保組合(健保組合を参考)に対する定率補助の

a. 廃止 12名

b. 協会けんぽ並みに引下げ 0名

イ その他 3名

③ 見直しを行わない 0名

2. とりまとめコメント

それぞれの組合ごとの所得階層が大きく異なっているので、所得の低い皆さんの集団である国保組合については、従前どおりのしっかりとした補助を、その代わり所得の高い人たちで集まっている国保組合についてはゼロも含めて、厚生労働省B案で進んでいただきたいということを結論とする。

平成23年度予算折衝における三大臣合意

所得水準の高い国民健康保険組合への補助金の見直しについて

国民健康保険組合(以下、「国保組合」という。)に対する国庫補助の見直しについては、以下の基本的な方針に沿って行うものとする。

1. 事業仕分けの結論を踏まえた見直し内容

行政刷新会議「事業仕分け」において、所得水準の高い国保組合に対する定率補助を廃止するとされたことを踏まえ、保険者間の給付と負担の公平を図るため、事業仕分けの結論に沿って、見直しを行う。

2. 見直しの時期

見直し内容のうち、国民健康保険法の改正が必要な事項については、厚生労働省は、国保組合の財政運営に配慮しつつ、平成24年4月からの実施を念頭に、所要の法律改正案を次期通常国会に提出することを目指す。

法律改正が必要のない事項については、所要の政省令改正を行い、平成23年度当初から直ちに実施する。

平成22年12月17日

国家戦略担当大臣	玄葉光一郎
財務大臣	野田佳彦
厚生労働大臣	細川律夫

社会保障と税の一体改革成案における該当部分の抜粋

○ 社会保障改革の具体策、工程及び費用試算(抜粋)

A 充実（金額は公費（2015年））

B 重点化・効率化（金額は公費（2015年））

○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策

a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化（＝完全実施の場合▲1,600億円）

- ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大
- ・ 市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化（低所得者保険料軽減の拡充等（～2,200億円程度））

※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動

c 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化

- ・ 長期高額医療の高額療養費の見直し（長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等）による負担軽減（～1,300億円程度）

- ・ 受診時定額負担等（高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円）ただし、低所得者に配慮。

※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動

d その他

- ・ 総合合算制度（番号制度等の情報連携基盤の導入が前提）
- ・ 低所得者対策・逆進性対策等の検討

- ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し（医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す）
- ・ 国保組合の国庫補助の見直し

- ・ 高齢者医療制度の見直し（高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど）

高齢者医療制度の見直しについて

平成23年11月24日

厚生労働省保険局

「高齢者医療制度改革会議」について

三党連立政権合意及び民主党マニフェスト(※)を踏まえ、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り、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を平成21年11月より開催。平成22年8月20日(第9回)、中間とりまとめ。同年12月20日(第14回)、最終とりまとめ。

(※)「民主党マニフェスト2010」(抄)

後期高齢者医療制度は廃止し、2013年度から新しい高齢者医療制度をスタートさせます。

○ 検討に当たっての基本的考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

- 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

※ 参集者（敬称略）

・日本高齢・退職者団体連合事務局長	阿部 保吉	・日本福祉大学社会福祉学部教授	近藤 克則
・慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授	池上 直己	・日本経済団体連合会 社会保障委員会医療改革部会長	齊藤 正憲
・政治評論家・毎日新聞客員編集委員	岩見 隆夫	・健康保険組合連合会 専務理事	白川 修二
・東京大学大学院法学政治学研究科教授	岩村 正彦(座長)	・前千葉県知事	堂本 暁子
・全国市長会 国民健康保険対策特別委員長(高知市長)	岡崎 誠也	・高齢社会をよくする女性の会 理事長	樋口 恵子
・日本労働組合総連合会 総合政策局長	小島 茂	・日本医師会 常任理事	三上 裕司
・諏訪中央病院名誉院長	鎌田 實	・目白大学大学院生涯福祉研究科教授	宮武 剛
・全国知事会 社会文教常任委員会委員長(愛知県知事)	神田 真秋	・全国町村会長(長野県川上村長)	藤原 忠彦
・全国老人クラブ連合会 相談役・理事	見坊 和雄	・全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長	横尾 俊彦
・全国健康保険協会 理事長	小林 剛	(佐賀県後期高齢者医療広域連合会長、多久市長)	

新制度のポイント

(高齢者医療制度改革会議「最終とりまとめ」<平成22年12月20日>より)

I 改革の基本的な方向

- 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。
- 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。

II 新たな制度の具体的な内容

1. 制度の基本的枠組み

- ・後期高齢者医療制度は廃止し、地域保険は国保に一本化。

2. 国保の運営のあり方

- ・第一段階(平成25年度)で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(平成30年度)で全年齢について都道府県単位化。
- ・都道府県単位の運営主体は、「都道府県」が担うことが適当。
- ・「都道府県」は、財政運営、標準保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、保険料の賦課・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。

3. 費用負担

(1) 公費

- ・75歳以上の医療給付費に対する公費負担割合について、実質47%から50%に引き上げる。

(現在は、現役並み所得を有する高齢者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。)

- ・さらに、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。

(2) 高齢者の保険料

- ・国保に加入する75歳以上の保険料は、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、その水準は、医療給付費の1割程度とする。
- ・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を改め、より公平に分担する仕組みとする。
- ・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)は、段階的に縮小する。

(3) 現役世代の保険料による支援金

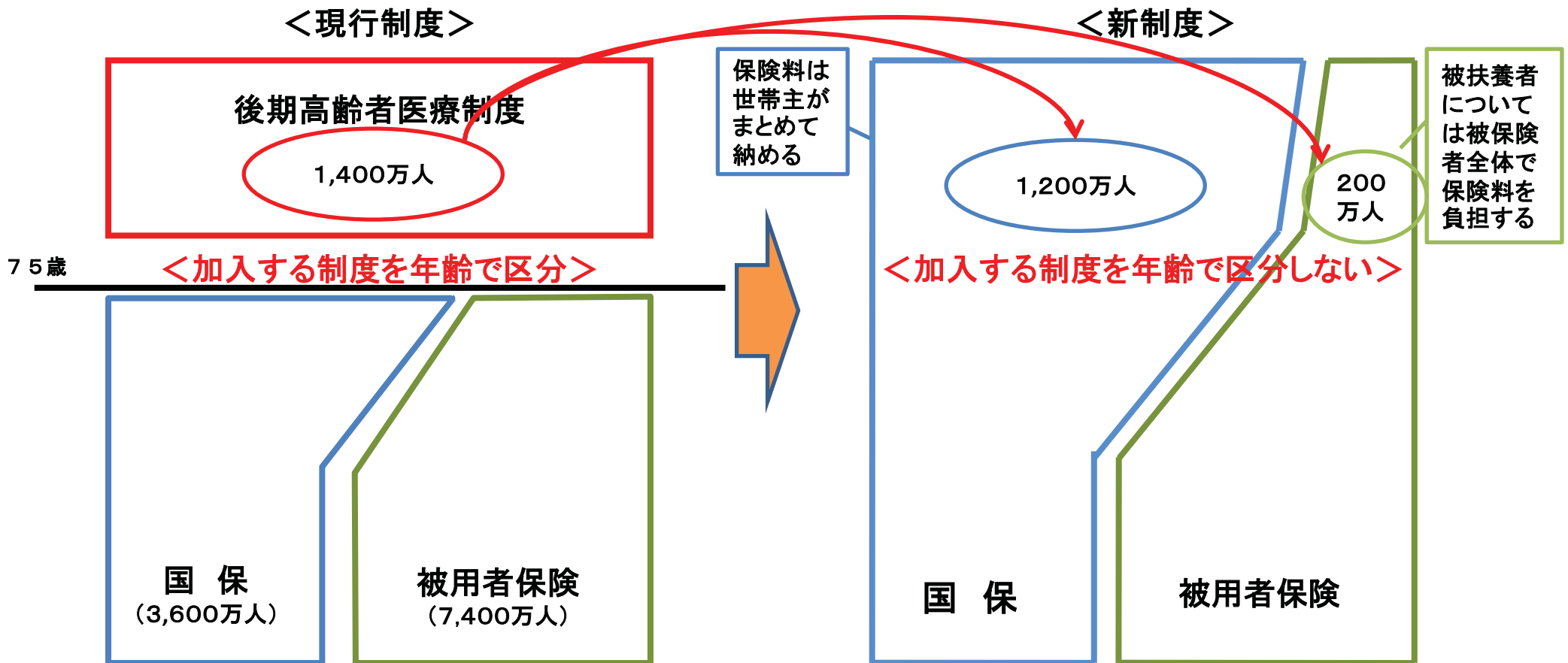
- ・被用者保険者間の支援金は、各保険者の総報酬に応じた負担とする。

(4) 患者負担

- ・70歳から74歳までの患者負担は、個々人の負担が増加しないよう、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。

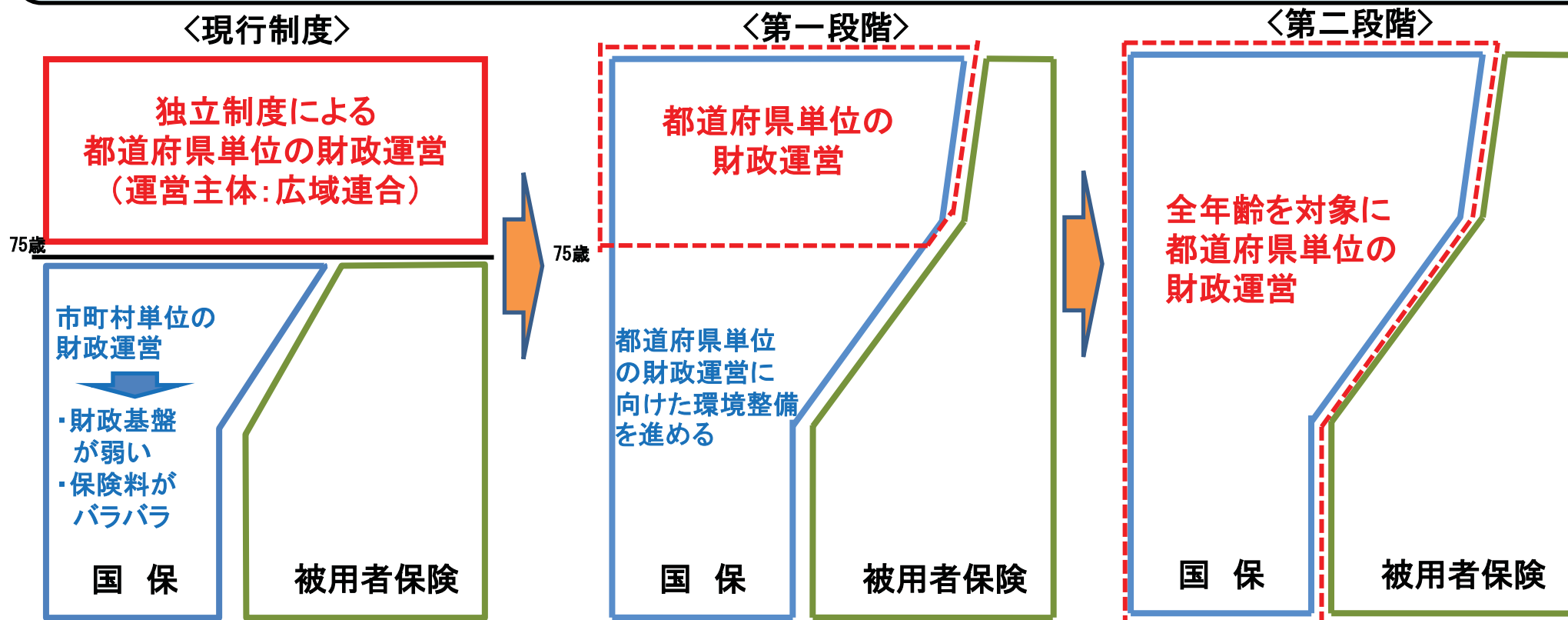
制度の基本的枠組み、加入関係

- 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（都道府県を運営主体とするのが意見の大勢）。
- 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。



費用負担(第一段階)

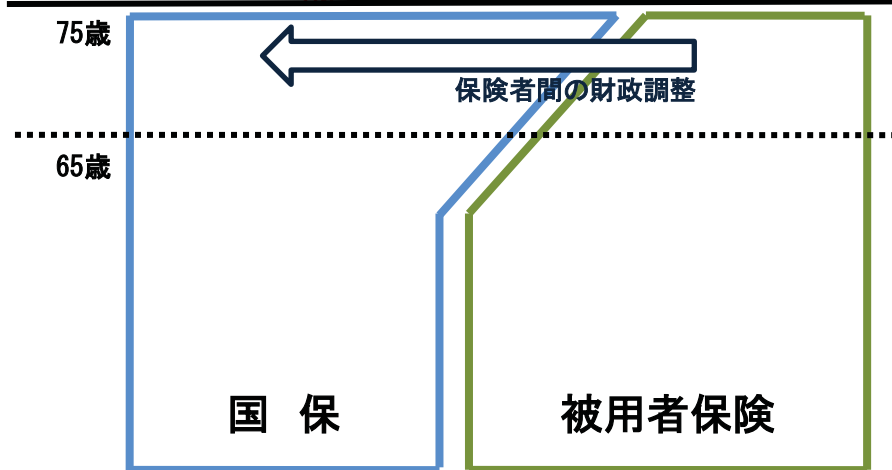
- 独立型制度を廃止し、75歳以上の方も国保・被用者保険に加入することとなるが、75歳以上の医療給付費については、公費、75歳以上の高齢者の保険料、75歳未満の加入者数・総報酬に応じて負担する支援金で支える。
- このような費用負担とすることにより、75歳以上の方の偏在により生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなるが、加えて、65歳から74歳までの方についても、国保に偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。

<現行制度>

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)



<加入する制度を年齢で区分>



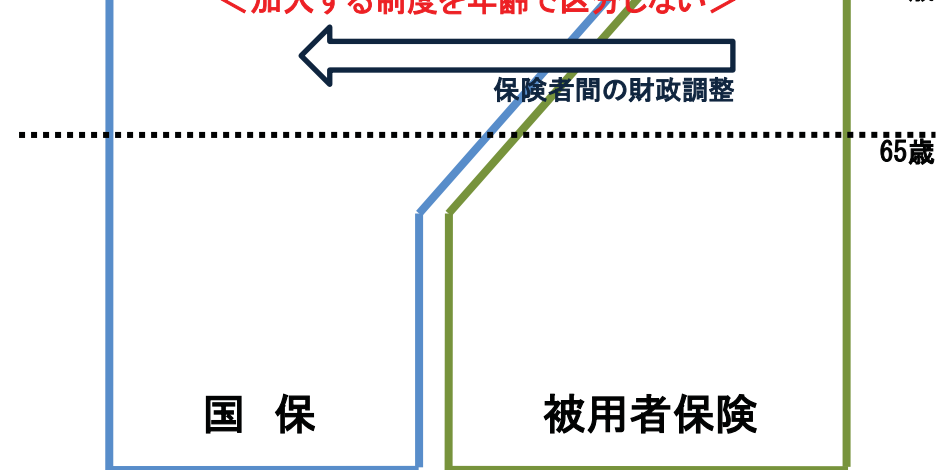
<新制度(第一段階)>

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)

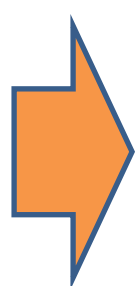
加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して公費を投入(現在47%の公費負担割合を50%に引き上げる)



<加入する制度を年齢で区分しない>



都道府県単位の
財政運営

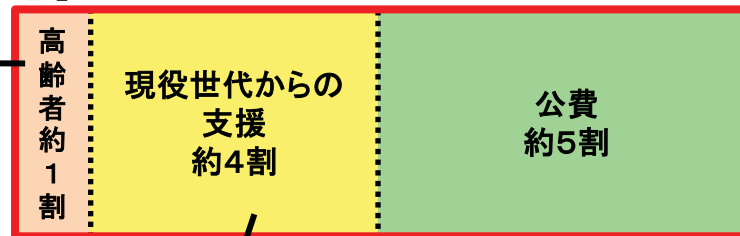


※ 第二段階の財政調整のあり方については改めて検討

後期高齢者負担率の見直し

○ 高齢者の保険料は、「高齢者の一人当たり医療費の伸び」により増加。

○ 高齢者医療を支える現役世代からの支援は、「高齢者一人当たり医療費の伸び」に加えて、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」により増加。



現状

- 現行制度においては、現役世代の負担の増加に配慮し、「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担率(当初10%)を段階的に引き上げる仕組みになっているが、
 - ① 高齢者と現役世代の保険料規模の違い(1:14)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といった問題が生じている。

方向性

- 「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分については、負担能力に応じて公平に負担するという観点から、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。

後期高齢者負担率の見直し

	20年度	22年度	24年度	26年度
現行制度	10%	10.26%	10.51%	10.77%
見直し後	—	—	—	10.58%

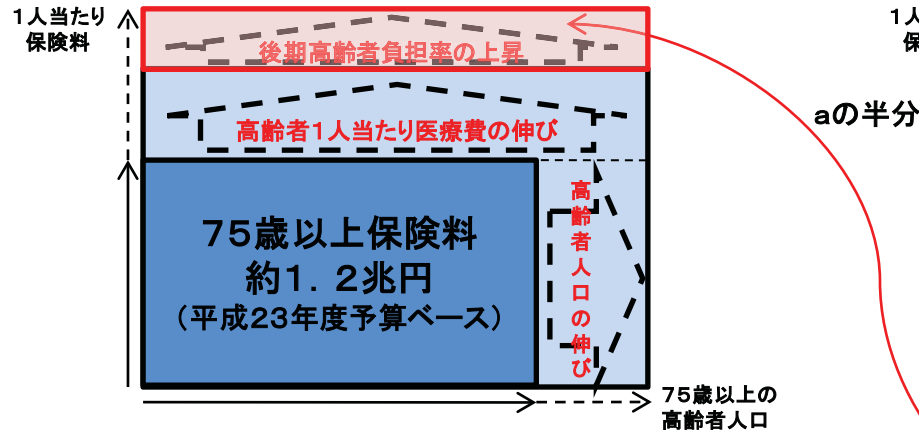
(注)現行制度、2011年度予算ベース推計
負担率は2年ごとに見直すため、奇数年度は、その前年度と同じ率。

<参考> 後期高齢者負担率の現行と見直し後

- 現行は、「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分(aの部分)を折半。
- 見直し後は、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分(Aの部分)を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担。

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

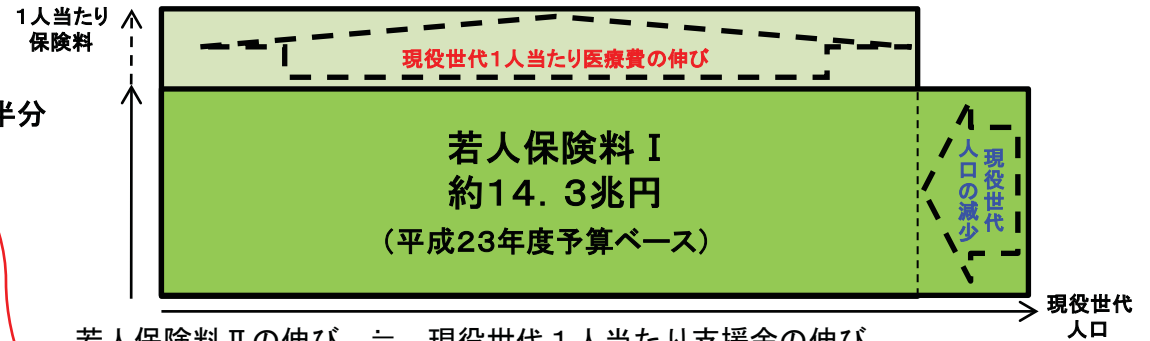


【現行】
 高齢者の保険料負担率 = 10% + 平成20年度の現役世代負担割合(約4割)
 \times 平成20年度から改定年度までの現役世代人口の減少率 \times 1/2

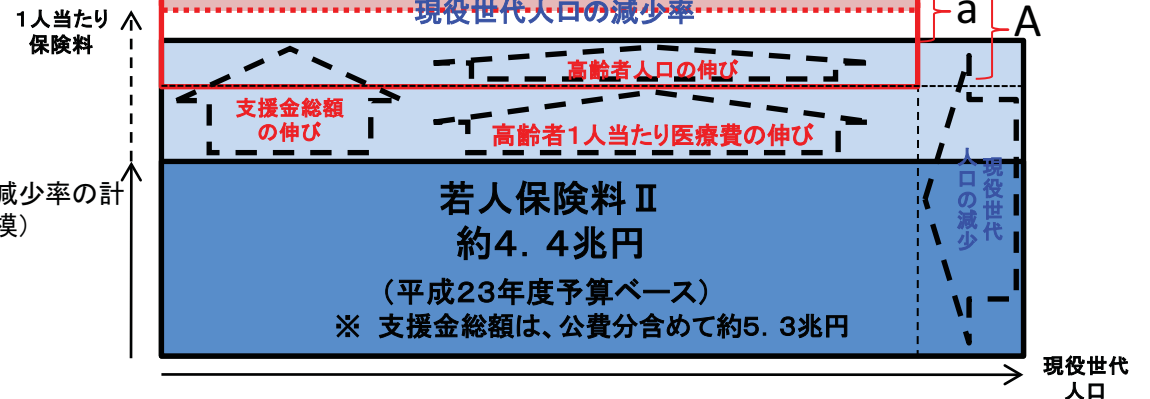
【見直し後】
 高齢者の保険料負担率 = 10% + 平成20年度の現役世代負担割合(約4割)
 \times 平成20年度から改定年度までの高齢者人口の増加率と現役世代人口の減少率の計
 \times 高齢者の保険料規模 / (高齢者の保険料規模 + 現役世代の保険料規模)

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

若人保険料 I の伸び \equiv 現役世代1人当たり医療費の伸び



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



後期高齢者支援金の総報酬割の拡大

現状

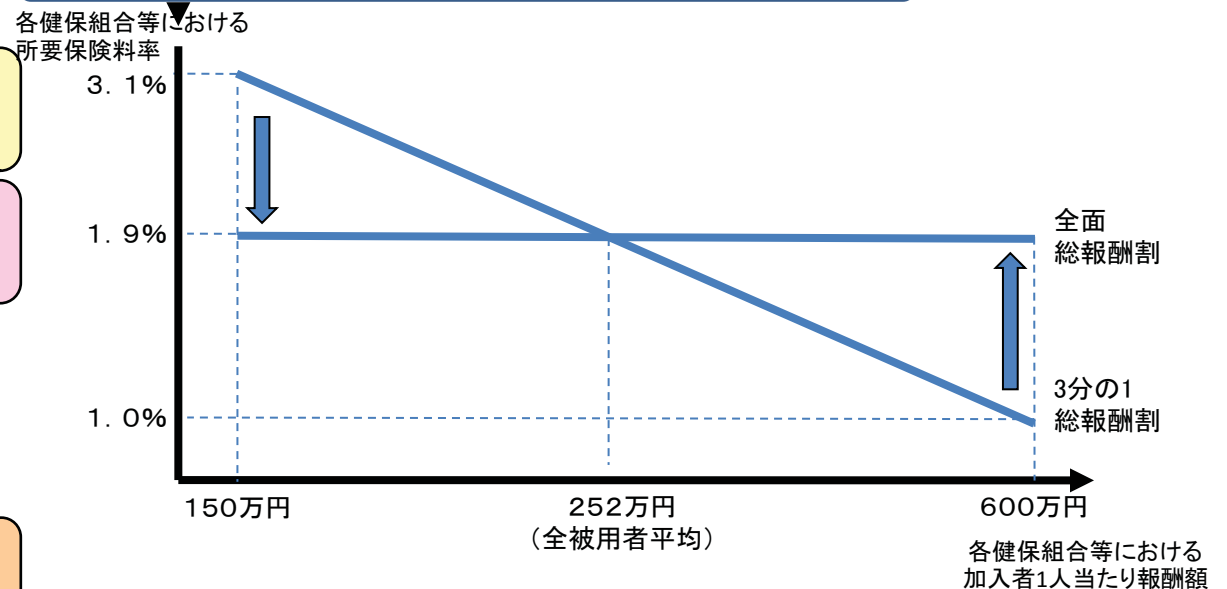
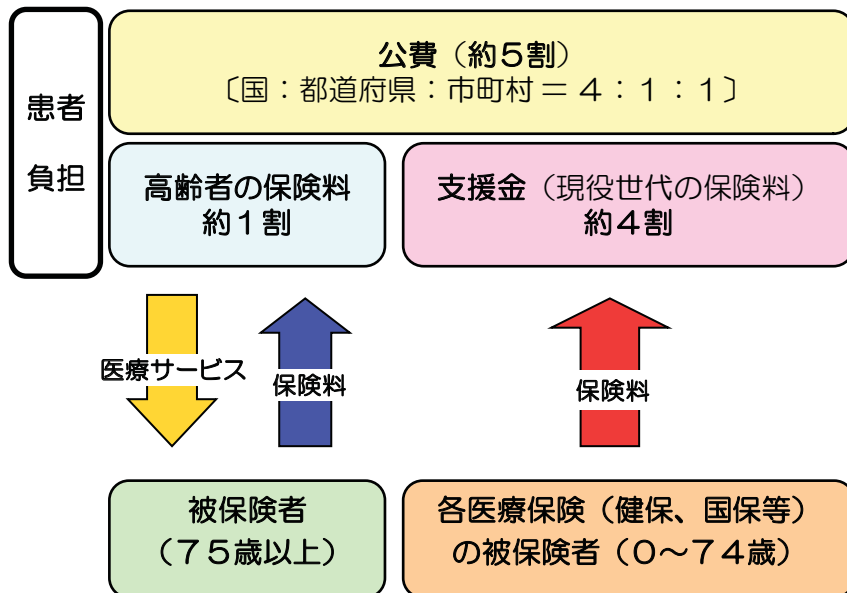
- 75歳以上の方の医療給付費については、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、国保を含む各保険者間で共通のルールを設定する観点から、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分してきたところ。
- しかしながら、被用者保険者間の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入したところ。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

方向性

更に高齢化が進展する中、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な支え合いの仕組みにするため、被用者保険者間の按分をすべて総報酬割とする。

75歳以上の方の費用負担の仕組み

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)



(注1) 23年度賦課ベース。所要保険料率とは、支援金を賄うために必要な保険料率。

(注2) 協会けんぽの加入者1人当たり報酬額は209万円。

<参考> 前期高齢者の医療給付費の財政調整

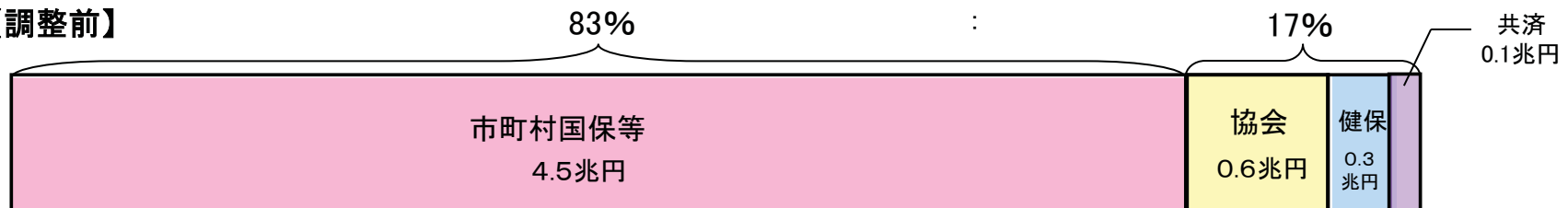
現状

- 前期高齢者の給付費及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、保険者間の前期高齢者の偏在による負担の不均衡を調整し、費用負担の公平性と財政の安定性を確保するため、全ての保険者が全国平均の前期高齢者加入率と同じであったと仮定して算出した負担額となるよう、費用負担の調整を行っている。

財政調整の仕組み

前期高齢者の医療給付費 5.5兆円（平成23年度(2011年度)予算ベース）
前期高齢者数 約1,400万人

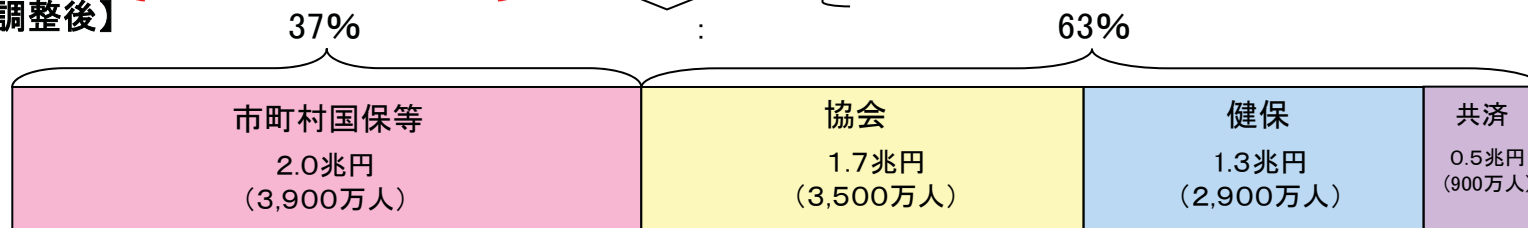
【調整前】



全ての保険者が全国平均の前期高齢者加入率と同じであったと仮定して算出した負担額となるよう調整

納付金 協会けんぽ 1.1兆円
健保組合 1.0兆円
共済組合 0.4兆円
交付金 市町村国保等 2.5兆円

【調整後】



<参考> 前期高齢者の財政調整における下限割合

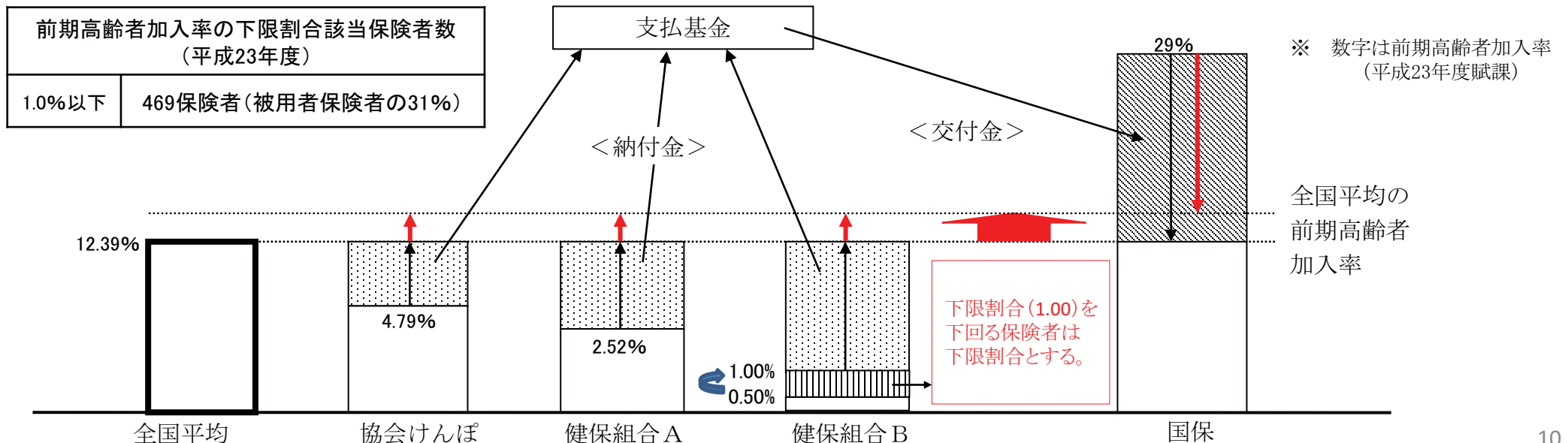
現状

- 前期高齢者に係る給付費及び後期高齢者支援金について、前期高齢者の偏在による負担の不均衡を調整するため、全ての保険者が全国平均の前期高齢者加入率と同じであったと仮定して算出した負担額となるよう、財政調整を実施。
- その際、前期高齢者加入率が全国平均よりも著しく低い保険者の納付金額が過大とならないよう、特例的に下限割合を設定。(現在1.0%)
- 前期高齢者加入率が下限割合に達しない保険者は、下限割合がその保険者の前期高齢者加入率とみなされる。
- 下限割合に該当させることにより足りなくなった納付金額は、全保険者で共同に負担。

<加入者調整率>

$$\text{前期高齢者納付金} = \left(\text{当該保険者の前期高齢者給付費} + \text{前期高齢者に係る後期高齢者支援金} \right) \times \frac{\text{前期高齢者加入率の全国平均 (平成23年度12.4\%)}}{\text{当該保険者の前期高齢者加入率}} - \left(\text{当該保険者の前期高齢者給付費} + \text{前期高齢者に係る後期高齢者支援金} \right)$$

<財政調整の仕組み>



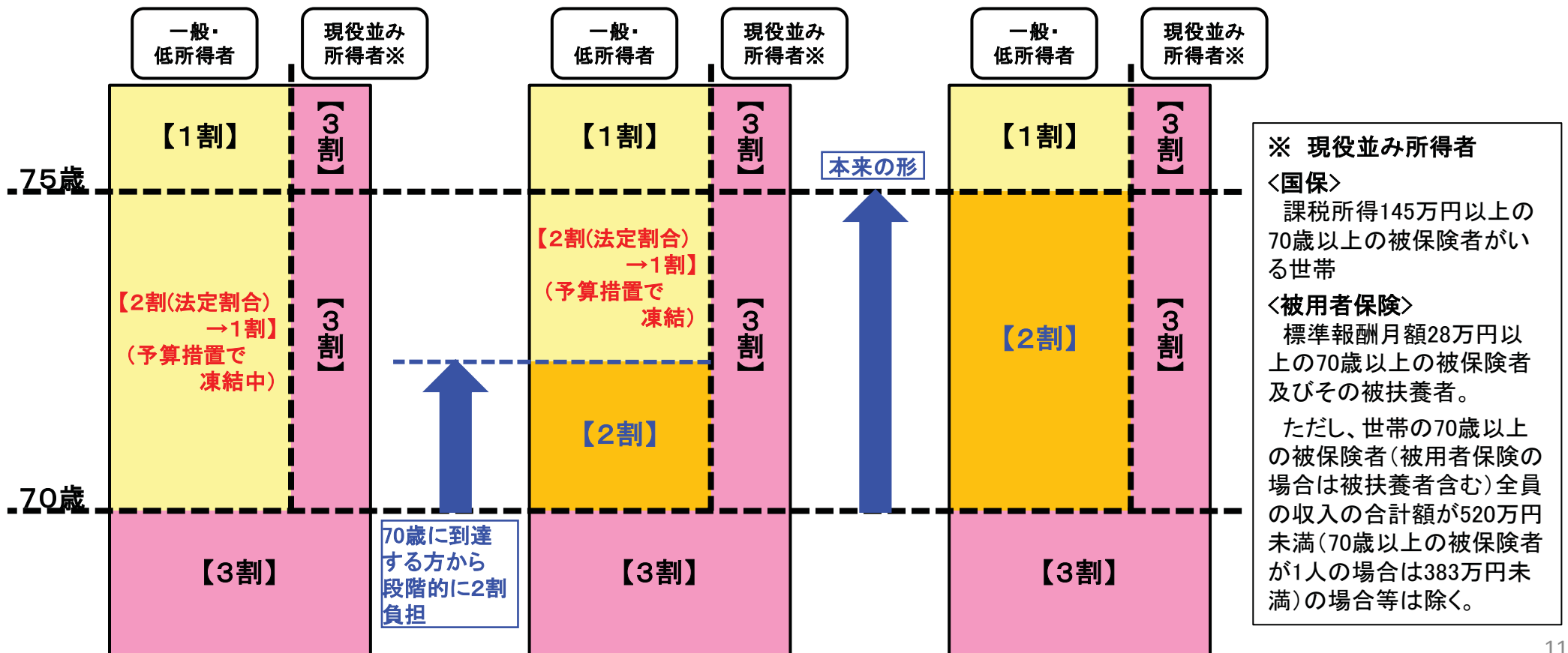
70~74歳の一部負担金の特例措置の見直し

現状

- 70~74歳の方の一部負担金については、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割負担に凍結している。
- ※ 仮に、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500億円、健保組合500億円、共済200億円、市町村国保300億円、公費500億円)

方向性

- 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、70~74歳の方の一部負担金について、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。



<参考>年齢別の医療費及び収入

1人当たり医療費(年)

【75歳以上(注1)】 医療費86.5万円

給付費(78.8万円)

患者負担:7.7万円

【70歳～74歳(注2)】 医療費53.6万円

給付費(45.9万円)

患者負担:7.7万円

1割負担に凍結

4.9万円

【65歳～69歳】 医療費37.2万円

給付費
(28.9万円)

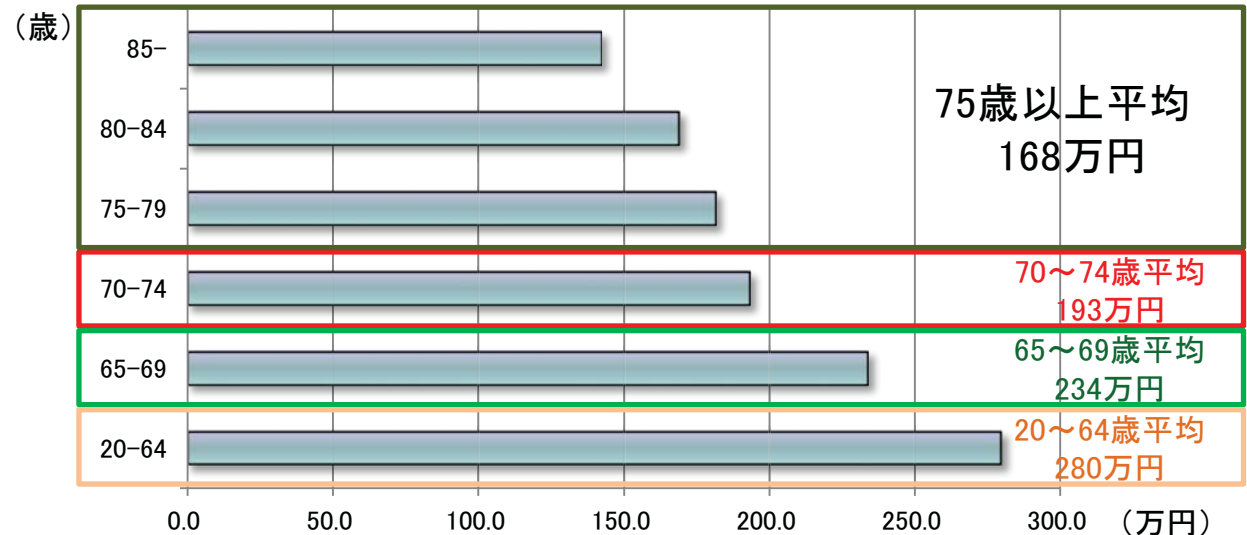
患者負担:8.3万円

【20歳～64歳】 医療費16.1万円

給付費
(12.4万円)

患者負担:3.7万円

1人当たり平均収入(年)



【出典】平成21年の平均収入額。平成22年国民生活基礎調査(抽出調査)による。

平均収入及び医療費に占める患者負担率

年齢階級	①1人当たり 平均収入	②1人当たり患者		③1人当たり 医療費	④1人当たり患者	
		負担額	率(②/①)		負担額	率(④/③)
75歳以上	168万円	7.7万円	4.6%	86.5万円	7.7万円	8.9%
70～74歳	193万円	7.7万円	4.0%	53.6万円	7.7万円	14.4%
(負担凍結)		4.9万円	2.5%		4.9万円	9.1%
65～69歳	234万円	8.3万円	3.5%	37.2万円	8.3万円	22.3%
20～64歳	280万円	3.7万円	1.3%	16.1万円	3.7万円	23.0%

【出典】平成20年度実績。

各制度の事業年報等をもとに医療給付実態調査等を用いて
保険局調査課による推計

(注1)1割負担(現役並み所得者3割負担)。

65～74歳の障害認定者を含む。

(注2)2割負担(現役並み所得者3割負担)。

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。

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。

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ることができるようになり、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

社会保障・税一体改革成案(抄)

(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定)

I 社会保障改革の全体像

1 社会保障改革の基本的考え方 ～「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指して

③ 給付・負担両面で、世代間のみならず世代内での公平を重視した改革を行う。

<個別分野における主な改革項目(充実／重点化・効率化)>

II 医療・介護等

○ 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。

d) その他

- ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)

社会保障改革の具体策、工程及び費用試算(抜粋)

	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
II 医療 ・ 介護 等 ②	○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策		税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出 ↓ 順次実施		
	a・b・c(略)				
	d その他 ・総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提) ・低所得者対策・逆進性対策等の検討	・後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し(医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す) ・国保組合の国庫補助の見直し			
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> ・高齢者医療制度の見直し(高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど) </div>				
				〔 総合合算制度 ～0.4兆円程度 〕	

後期高齢者医療制度についての地方団体からの意見

○全国知事会意見書（23年10月24日）抜粋

成案では高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえた高齢者医療制度の見直しについても掲げられているが、同会議の「最終とりまとめ」では、75歳以上を国保と被用者保険に戻し、年齢による区分という問題を解消するとしている一方で、区分経理は残すなど、実態は看板の掛け替えに過ぎない。さらに、加入する制度により保険料の違いが出ることから新たな不公平が発生し、システム整備にも多額の費用を要するなど、様々な問題を抱えている。

現行の後期高齢者医療制度は、高齢者の受益と負担の明確化、保険料負担の公平化を図ったものであり、施行から3年半を経過し定着していることから、拙速に「最終とりまとめ」に基づく新制度へ移行する必要はなく、必要な改善を加えながら安定的な運営に努めるべきである。

○全国市長会意見書（23年10月24日）抜粋

国保制度の見直しとあわせて、後期高齢者医療制度の健全な運営も重要な課題です。平成24年度の保険料改定に当たっては、大幅に保険料を引き上げざるを得ない状況も明らかになってきています。

全ての国民が安心して医療を受けられる医療保険制度を構築するため、国保や後期高齢者医療制度などについて、将来的にわたっての財源確保も含め、国の責任において、持続可能な医療保険制度を構築されるよう強く要望します。

○全国町村会意見書（23年10月24日）抜粋

- (1) 後期高齢者医療制度は定着しており、新たな高齢者医療制度の創設にあたっては、拙速な導入を避け、地方と十分協議を行うこと。
- (2) 制度運営の責任は都道府県が担うことを明確にした制度とすること。

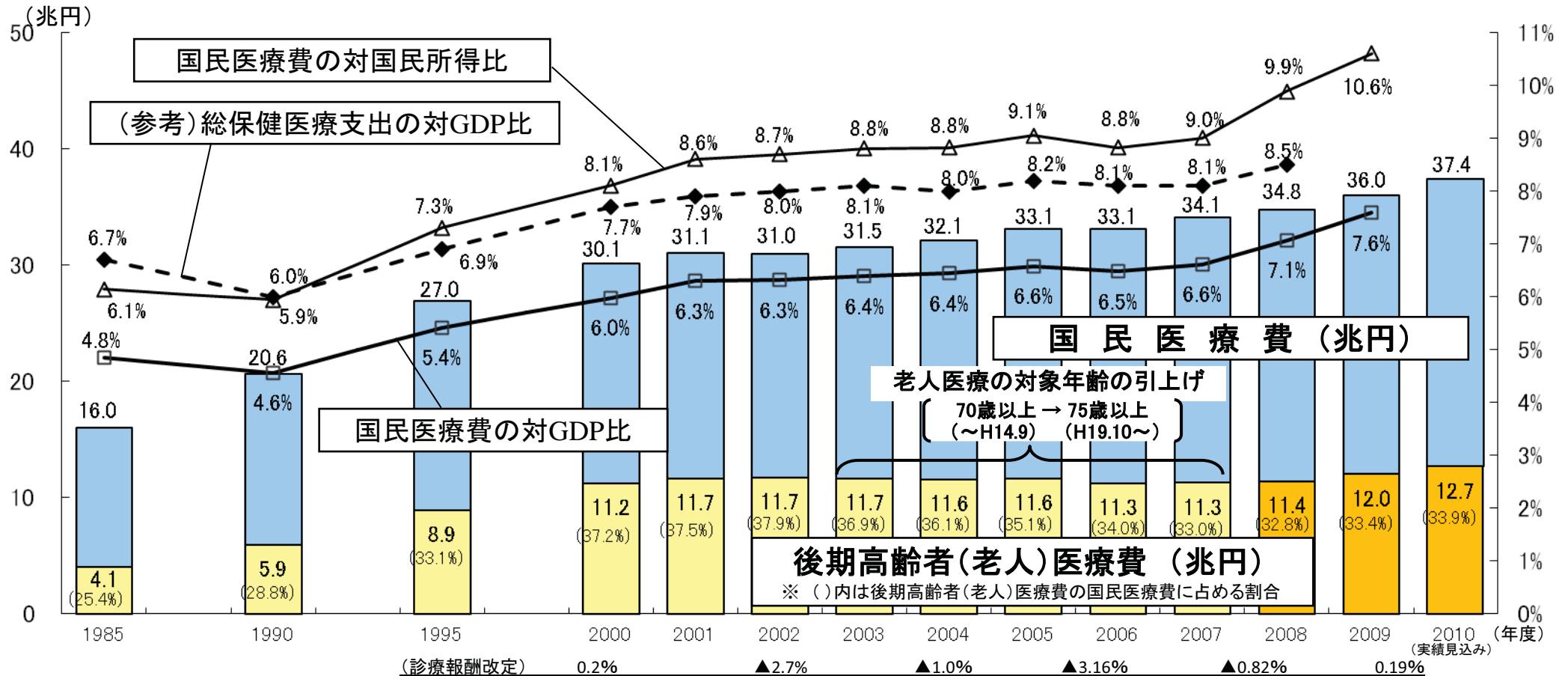
後期高齢者医療制度施行後のこれまでの取組

○ 制度本体の見直しに先行して、既に現行制度の様々な問題点を速やかに解消するための取組を実施。

課 題	問 題 点	取 組 状 況
①保険料の増加	○ 平成22年度の保険料の改定において、平成21年度と比較し、全国平均で大幅な増加が見込まれた。	○ 財政安定化基金の取崩しや広域連合の剰余金の活用等により、全国平均の平均保険料額の伸びをほぼ0に抑制。
②資格証明書	○ 資格証明書の交付を受けると、一旦窓口で医療費の全額を支払うこととなり、高齢者が必要な医療を受けられなくなる恐れ。	○ 原則として交付しないとする基本方針等を通知(平成21年10月26日)で明示。 ○ 現時点で資格証明書の交付実績はない。
③健康診査	○ 法律で市町村の実施義務から広域連合の努力義務とされる中、受診率が低下。	○ 通知(平成21年10月26日)を発出し、平成21年度から各広域連合で受診率向上計画を策定。 ○ 平成22年度予算において補助金を拡充。(前年度比27%増) ※ 受診率; 平成19年度:26% →平成20年度:21% → 平成21年度:22%→平成22年度:23%(見込み)
④人間ドック	○ 後期高齢者医療制度に移行した高齢者に対し、市町村が人間ドックの費用助成を廃止。	○ 通知(平成21年10月26日)を発出し、市町村に対し再実施を要請。(特別調整交付金による財政支援も実施) ※ 実施市町村数; 723(19年度末)→ 141(20年5月) → 234(20年度末)→ 373(21年度末)→520(22年度末)
⑤75歳以上に着目した診療報酬(17項目)	○ 年齢で一律に医療内容を区分することは不適當。	○ 平成22年4月の診療報酬改定において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬を廃止。 1 廃止 後期高齢者診療料、後期高齢者終末期相談支援料等の8項目 2 廃止の上、全年齢を対象とする点数として新設 後期高齢者特定入院基本料、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料等の7項目 3 廃止の上、対象年齢を介護保険サービスの受給対象者と同様として新設 後期高齢者総合評価加算等の2項目

(参考)高齡者医療制度の現状について

医療費の動向



<対前年度伸び率>

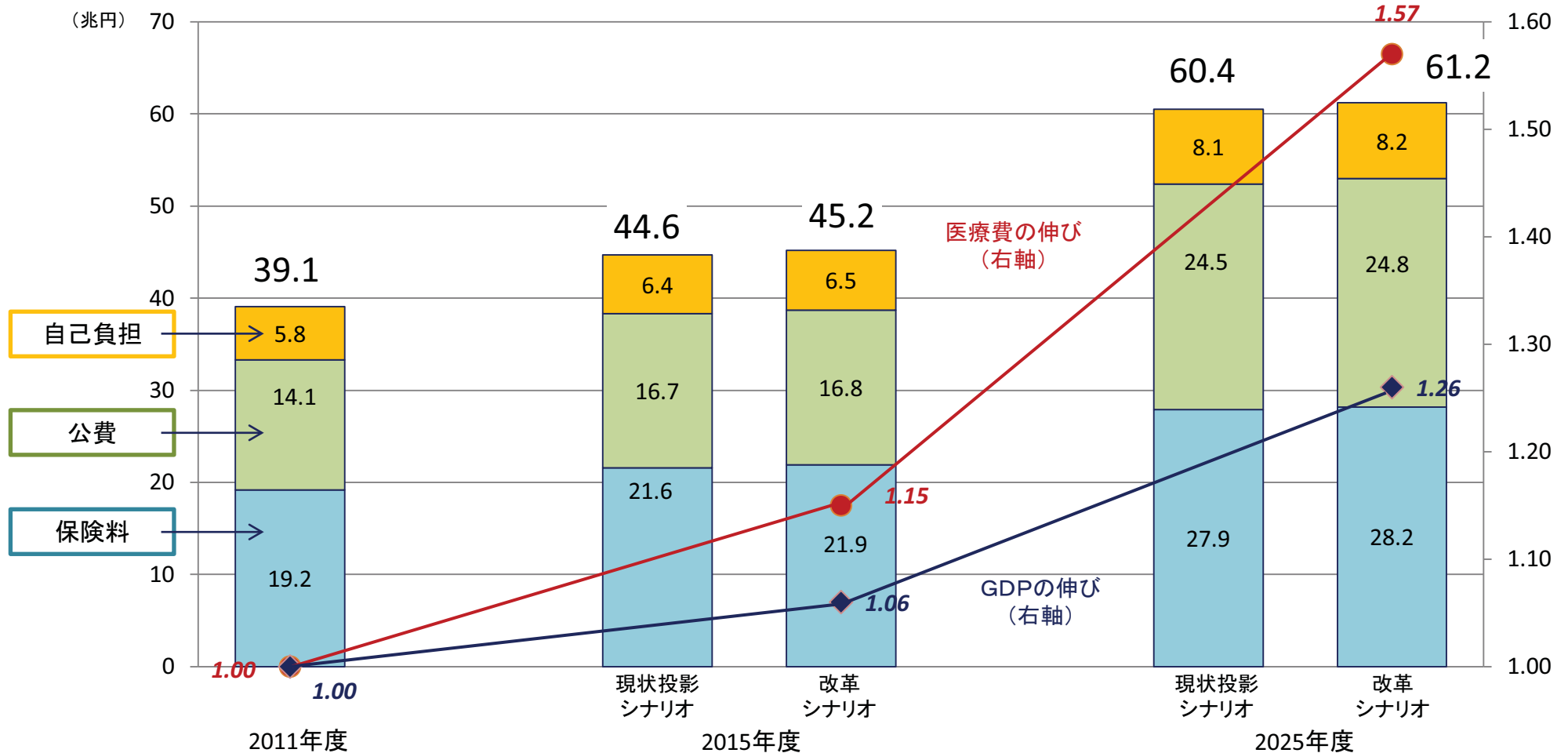
	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.4	3.9
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.5
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲2.8	▲1.5	0.7	1.6	0.5	2.6	0.9	▲7.1	▲3.6	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲2.1	▲0.8	0.8	1.0	0.9	1.5	1.0	▲4.6	▲3.7	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2010.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2009年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.5%

注2 2010年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

医療費の将来推計

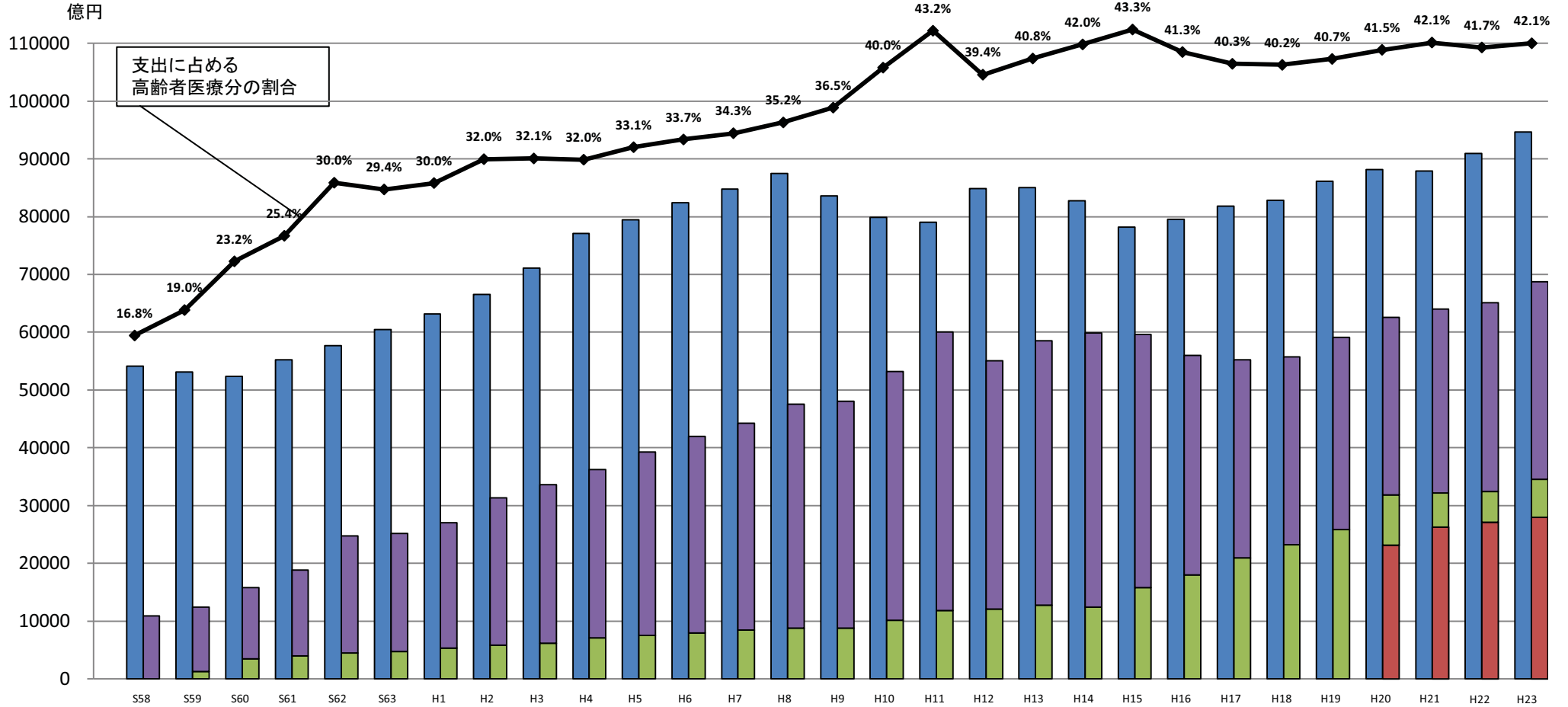
○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大。これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。特に公費の増大は著しい。



- ※1 平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議資料で公表している将来推計のバックデータから作成。
- ※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）
- ※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）
- ※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2011年度比。

支援金等の推移(被用者保険)

- 法定給付費
 - 前期高齢者納付金
 - 退職者給付拠出金
 - 後期高齢者支援金(老人保健拠出金)
- } 高齢者医療分

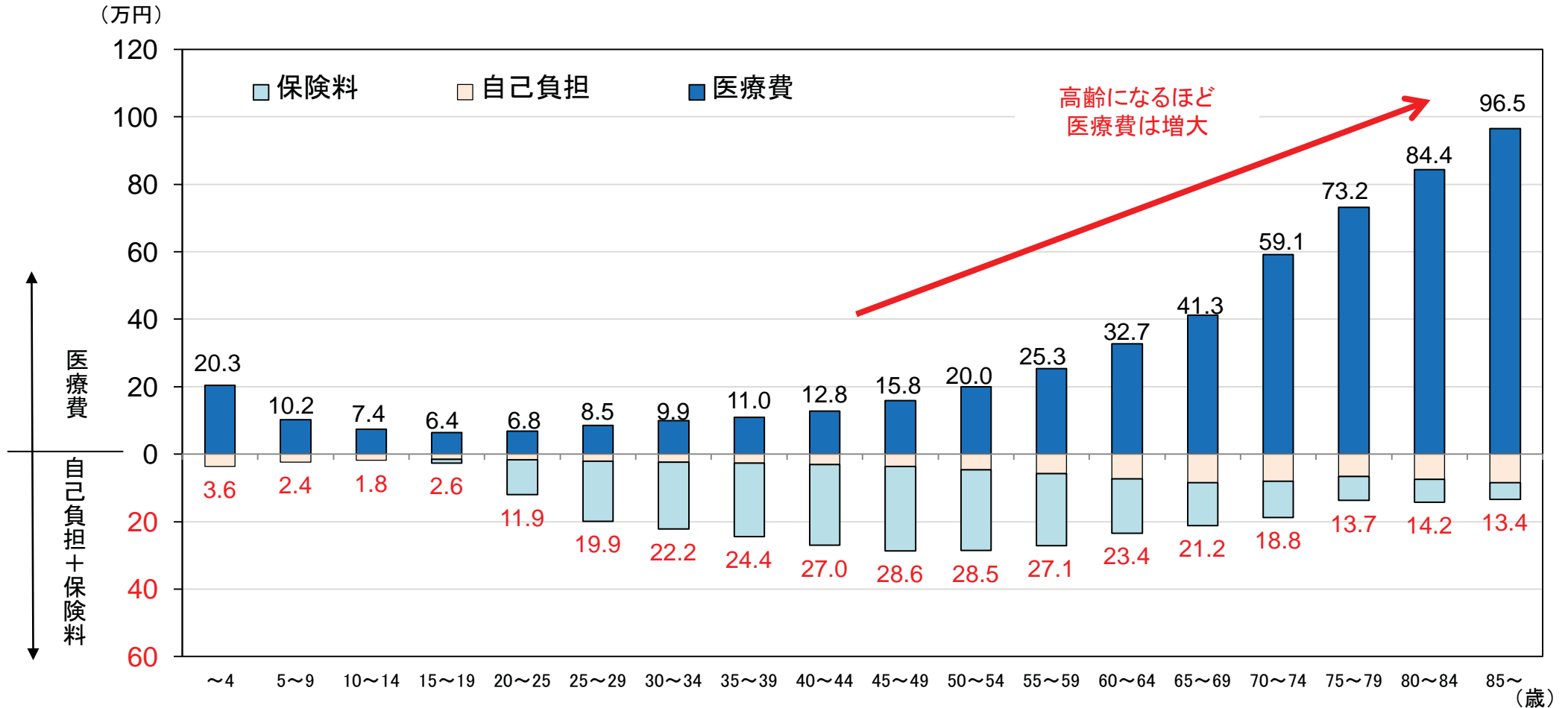


※支出は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額である。
 平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。
 ※平成20年度までは決算数値(法定給付費の平成21・22年度は確定数値、平成23年度は予算数値、拠出金の平成21~23年度は予算数値)。(昭和58年度~平成11年度は共済組合の埋葬料等現金給付のデータを含んでいない。)

出典：決算値は、各制度の事業年報。

年齢階級別の一人当たり医療費

- 年齢階級別の一人当たり医療費を見ると、高齢になるほど一人当たり医療費は増大。
- 高齢者の医療費をどのように国民全体で公平に負担し合うのが課題。



(注1) 1人あたりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。

(注2) 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。

(注3) 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。

(注4) 1人あたり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。

(注5) 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

【出典】各制度の事業年報等をもとに医療給付実態調査等を用いて保険局調査課により推計

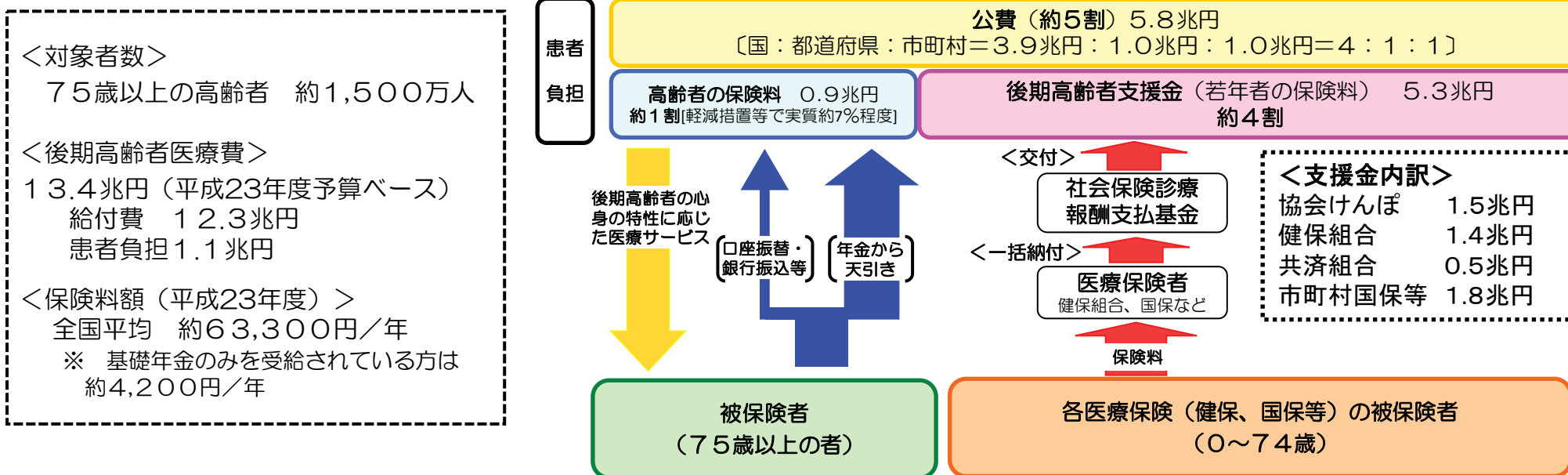
現行の高齢者医療制度について

制度の概要

- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～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ため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

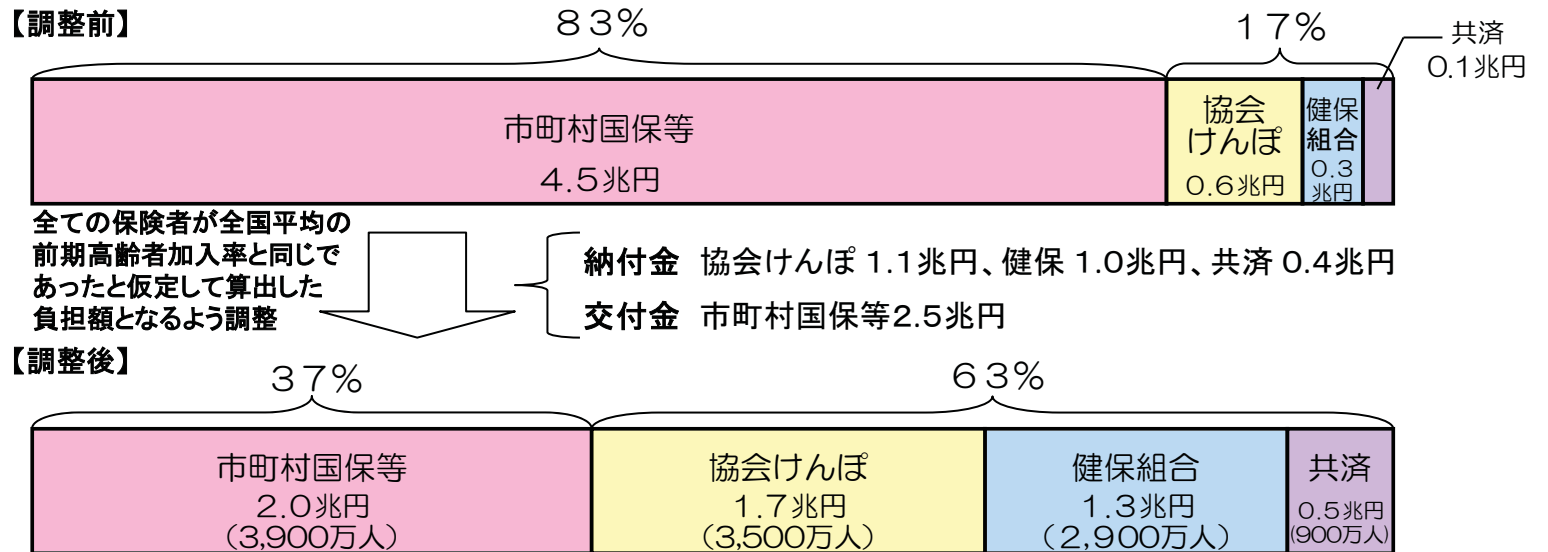
【全市町村が加入する広域連合】



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

＜対象者数＞
65～74歳の高齢者
約1,400万人

＜前期高齢者給付費＞
5.5兆円
(平成23年度予算ベース)



制度の追加改善策

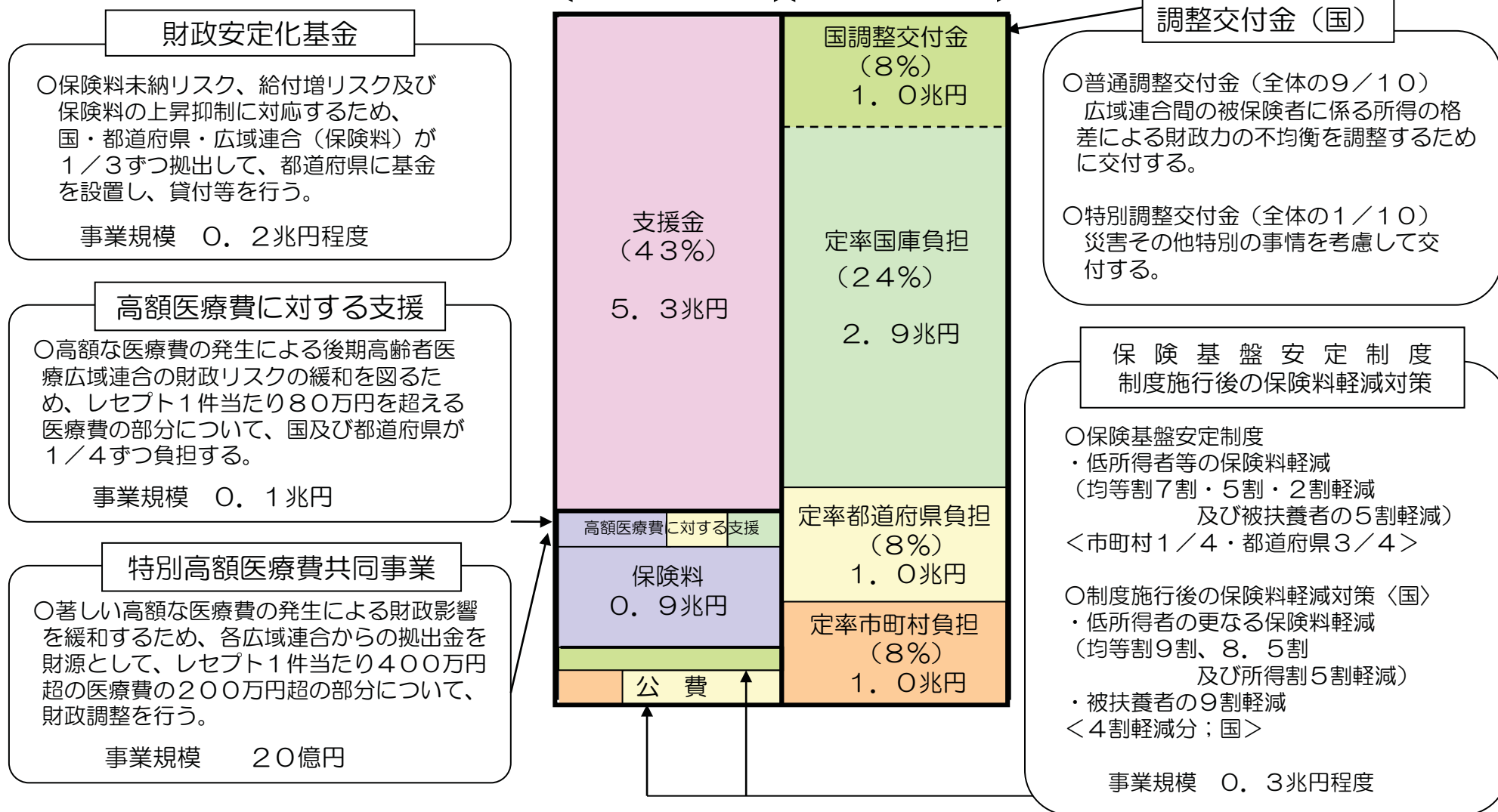
○ 制度の施行状況等を踏まえ、以下の改善策を実施。

1. 70～74歳の方の患者負担の見直し(1割→2割への引き上げ)の凍結
2. 低所得者に対する保険料の軽減
所得が低い方について均等割の9割軽減・8.5割軽減及び所得割の5割軽減措置を実施
3. 被用者保険の被扶養者であった方の均等割9割軽減措置
4. 年金からの保険料の支払いに係る改善
平成21年度より口座振替と年金からの支払いとの選択制を実施

後期高齢者医療制度の財政の概要(23年度予算)

医療給付費等総額：12.3兆円

23年度予算ベース



① 現役並み所得を有する高齢者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、公費負担割合は47%となっている。
 ② 市町村国保及び協会けんぽの後期高齢者支援金には、別途各々50%、16.4%(加入者割部分に限る)の公費負担がある。

後期高齢者医療広域連合の収支状況

(億円)

科 目		平成20年度	平成21年度
単年度収入(経常収入)	保険料	8,213	8,565
	国庫支出金	31,547	36,221
	都道府県支出金	9,050	10,314
	市町村負担金	8,366	9,293
	後期高齢者交付金	41,296	47,189
	特別高額医療費共同事業交付金	7	16
	その他	38	94
	合 計	98,517	111,691
単年度支出(経常支出)	総務費	267	273
	保険給付費	95,008	110,403
	財政安定化基金拠出金	89	89
	特別高額医療費共同事業拠出金・事務費拠出金	8	16
	保健事業費	133	158
	その他	5	37
	合 計	95,510	110,974
単年度収支差(A)		3,007	717
前年度精算額(B)		—	1,599
当年度精算額(C)		▲1,599	▲1,810
実質的な単年度収支差(A)+(B)+(C)		1,408	505

(出所)後期高齢者医療事業年報(厚生労働省保険局)

(注1)数値は、後期高齢者医療広域連合の特別会計に係るものである。

(注2)前年度精算額は、当該年度に精算された国、都道府県及び市町村負担の額及び後期高齢者交付金の額である。

(注3)当年度精算額は、翌年度に精算予定の国、都道府県及び市町村負担の額及び後期高齢者交付金の額である。

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となれば、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ことも考えられる。
- 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。
- 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、上記の観点を十分に踏まえた医療・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。

協会けんぽの財政健全化の取組について

平成23年11月24日
厚生労働省保険局

協会けんぽの財政再建の特例措置(H22~24年度の3年間)

「医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律(平成22年法律第35号)」(平成22年通常国会で改正)による措置

1 国庫補助率の引上げ : 13% → 16.4% (本則水準)

・国庫補助引上げに必要な財源

23・24年度 約1800億円 22年度(8カ月分) 約1200億円

・国庫の純増

23・24年度 約920億円 22年度(8カ月分) 約610億円

※ 25年度以降の国庫補助率:「高齢者医療制度の検討状況とともに、協会けんぽの財政状況、国の財政状況等を勘案の上、24年度までの間に検討」(改正法附則の検討規定)

2 後期高齢者支援金(1/3)への総報酬割の導入

・負担能力に応じた分担(総報酬割)

3 単年度収支均衡原則の緩和

・平成21年度末の累積債務4500億円を3年間で解消



協会けんぽの平均保険料率

8. 2% (H21) → 9. 9% (特例措置なかりせば) → 9. 34% の引上げに抑制

協会けんぽの国庫補助(13%→16.4%)の規定 「附則第5条の特例規定として、3年間の経過措置を追加」

- 協会けんぽの国庫補助率の規定は、平成22年国保法等の一部改正法により、それまでの健康保険法の附則の規定で「当分の間13%」としているものを、さらに3年間(22年度~24年度)読み替える改正を行った。
- 改正法の規定は、24年度までの規定であるので、24年度中に法律上の手当を行わない場合、国庫補助の水準が13%に戻ることになる。

本則

国庫は、「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」(※)を補助
※政令は制定されていない。

附則 第5条

当分の間、本則中「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」とあるのは「13%」とする。

【追加】 附則第5条の2

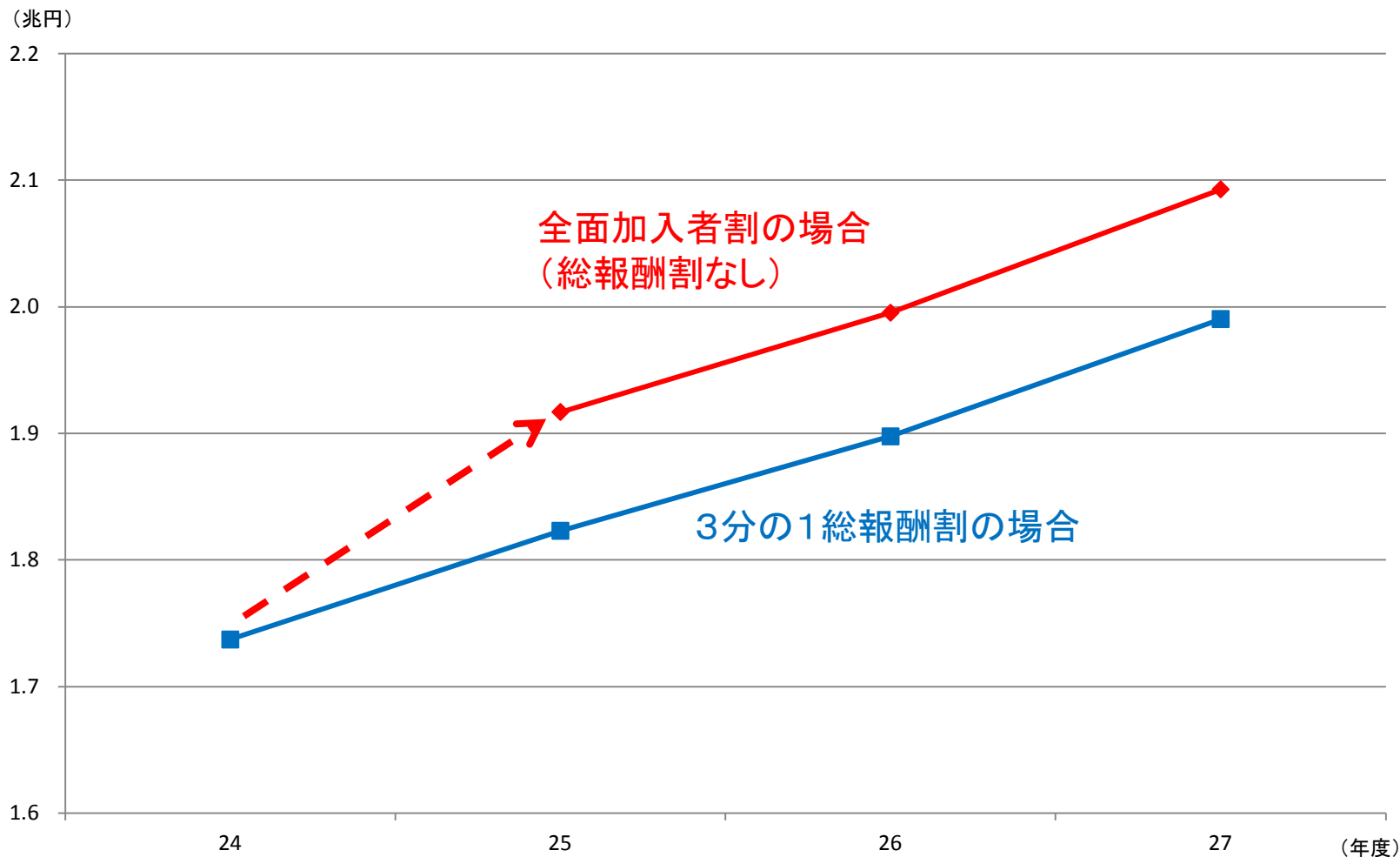
平成22年度から24年度までの間、附則第5条中「13%」とあるのは「16.4%」とする。

【追加】改正法附則第2条: 検討規定

附則第5条及び第5条の2の規定について、協会が管掌する健康保険の財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、平成24年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置が講ぜられるものとする。

協会けんぽの後期高齢者支援金の見通し

- 協会が負担する後期高齢者支援金は、今後も増加していくことが見込まれる。
- 24年度までの協会けんぽの財政再建の特例措置の終了後に、3分の1総報酬割から全面加入者割となる場合、協会けんぽの25年度の支援金等の負担は、24年度より急激に上昇することになる。



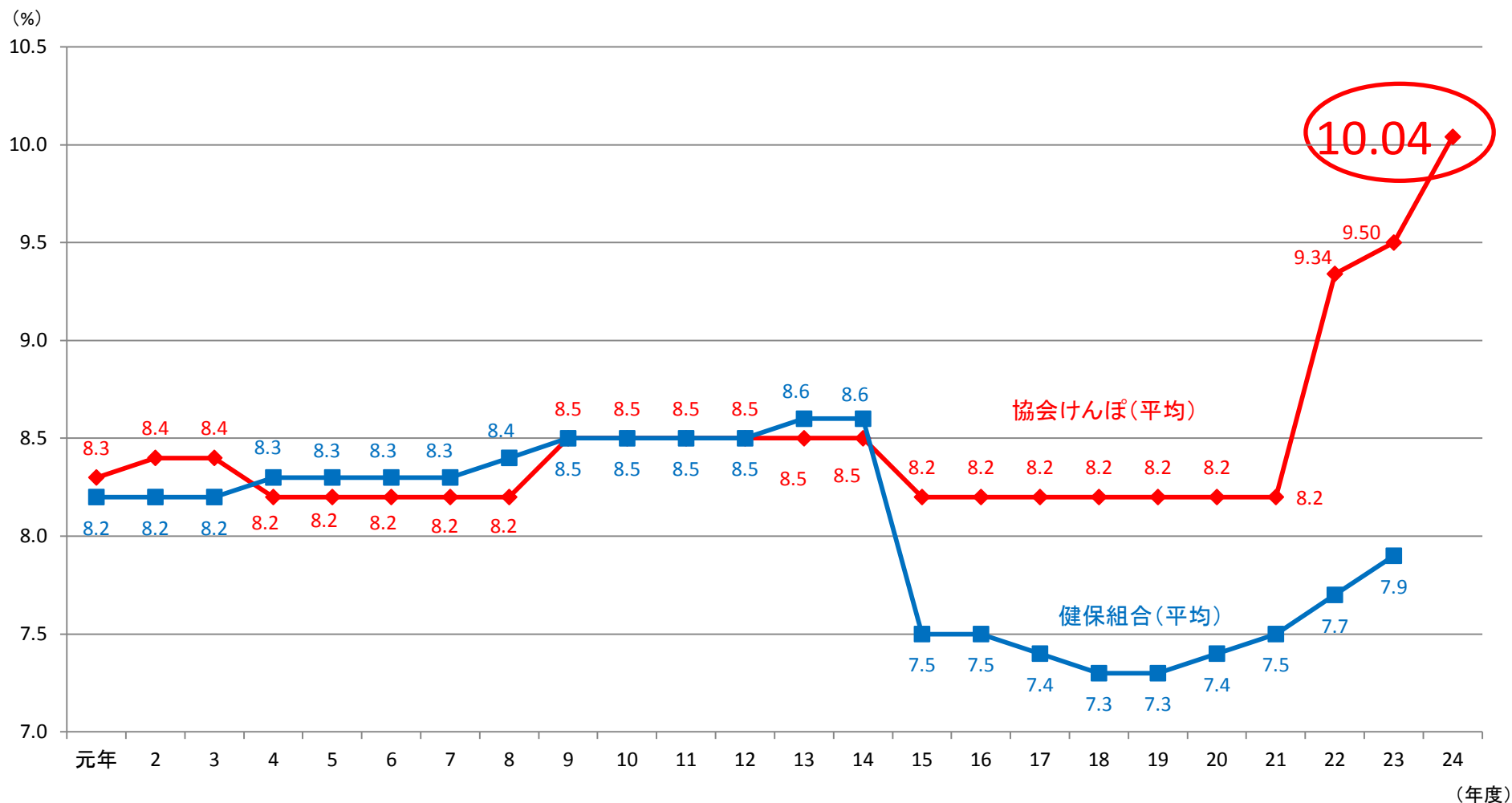
(注1) 後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。

(注2) 平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議で公表している将来推計を基礎として推計。

(注3) 診療報酬改定等の影響は含んでいない。また、精算は含んでいない。

協会けんぽと健保組合の保険料率の推移

- 平成15年度から総報酬制（賞与も保険料算定の基礎とする）の導入とともに、中小企業の経営環境の悪化に伴い、協会けんぽと健保組合の保険料率の差も拡大。



【出典】健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、「組合決算概況報告」、「平成22年度健保組合決算見込の概要」及び「平成23年度健康保険組合の予算早期集計について」による。

（注）平成24年度は概算要求ベース

協会けんぽの平成24～28年度の平均保険料率の見通し試算（全国健康保険協会試算）

協会けんぽで、第28回協会けんぽ運営委員会資料(平成23年3月16日)における収支見通しの前提を基本とし、平成24年度の収支見込み(平成23年11月21日運営委員会提出資料)を足下とした5年間の収支見通しを試算した。

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
(1) 経済低位ケース×0.5	10.0%	10.2%	10.5%	10.6%	10.8%
(2) 平成24年度以降 0%		10.3%	10.6%	10.9%	11.1%
(3) 平成24年度以降▲0.6%		10.3%	10.7%	11.1%	11.4%

(参考)

① 総報酬額の見通し: 次の3ケースの賃金上昇率を使用

賃金上昇率の見通し	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
(1) 経済低位ケース × 0.5	0.70%	0.80%	0.80%	1.05%
(2) 0%で一定	0%	0%	0%	0%
(3) 過去10年間の平均で一定	▲ 0.6%	▲ 0.6%	▲ 0.6%	▲ 0.6%

(注) 経済低位ケースは、厚生労働省「国民年金及び厚生年金に係る財政の現状及び見通し(平成21年財政検証結果)」(平成21年2月)における賃金上昇率の前提である。

② 医療給付費の伸び率は、70歳未満は1.6%、70歳以上75歳未満は1.9%、75歳以上は2.2%とし、70歳以上75歳未満の患者負担の特例的引下げは24年度以降も継続されると仮定している。

協会けんぽ対策の今後の在り方について

○協会けんぽについては、団塊の世代の高齢化を控える中で、**財政状況が急激に悪化しており、緊急の財政支援が必要**。また、平成21年度以降、**健保組合と協会けんぽの保険料率の乖離は急速に拡大**。

○他方、後期高齢者支援金について、「**高齢者医療制度改革会議**」最終とりまとめ（平成22年12月20日）では、現行の負担能力に応じた公平な支え合いの仕組みとする観点から、**被用者保険における総報酬割を後期高齢者支援金の1/3から全体に拡大**する旨を提示。

※最終とりまとめでは、現役並み所得を有する75歳以上高齢者の医療給付費についても、他と同様5割の公費負担を行う旨を提示。（総報酬割の導入によって得られる国庫負担分については、協会けんぽに対する国庫負担割合の引上げのほか、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に活用すべきとの意見あり。）

○協会けんぽに対する緊急の財政支援の必要性が増している中で、これらの施策の組合せをどう考えるか。

全面総報酬割を導入した場合の各保険者の支援金負担額の変化(H25年度推計)

		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現行	2/3 加入者割	1兆2,800億円	1兆1,100億円	3,500億円	2兆7,500億円
	加入者数	3,380万人(47%)	2,880万人(40%)	900万人(13%)	7,180万人
	1/3 総報酬割	5,300億円	6,100億円	2,200億円	1兆3,700億円
	総報酬額	70.7兆円(39%)	81.3兆円(45%)	28.7兆円(16%)	181.0兆円
	計①	1兆8,100億円	1兆7,300億円	5,700億円	4兆1,200億円
全面総報酬割②		1兆6,000億円	1兆8,500億円	6,500億円	4兆1,200億円
負担額の変化②-①		▲2,100億円*	1,300億円	800億円	±0億円

* 全面総報酬割を導入した場合、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(H25年度2,100億円)は不要となる**。なお、この場合、協会けんぽの**保険料負担は±0**となる。
* 協会けんぽに対する国庫補助率20%への引上げを実施した場合、公費所要額2,100億円（全面総報酬割ベース）。

総報酬割拡大により負担増・負担減となる保険者数(H25年度推計)

	健保組合	共済
負担増	880	83
負担減	564	2

※ 全面総報酬割を導入した場合の各保険者の支援金負担額の変化については、後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。
被用者保険計には、全国土木国保組合を含む。

※ いずれも2011年度賦課ベースに基づく推計