

高額療養費の改善案

- 一般所得者の自己負担上限額を、
①年収600万円以上、②年収300万円～600万円、③年収300万円以下と細分化し負担を軽減。
- 年単位の上限を設定することにより、患者負担を軽減する。

自己負担上限額の改善案(70歳未満)

	月単位の上限額	年間の上限額
上位所得者	当初3ヵ月：150,000円 4月目～：83,000円	996,000円 (83,000円×12月)
一般所得者 (年収約600万円～約790万円)	当初3ヵ月：80,000円 4月目～：44,000円	501,000円 (44,000円×12月×95%)
一般所得者 (年収約300万円～600万円)	当初3ヵ月：62,000円 4月目～：44,000円	
一般所得者 (年収約210万円～300万円)	当初3ヵ月：44,000円 4月目～：35,000円	378,000円 (35,000円×12月×90%)
低所得者 (住民税非課税)	当初3ヵ月：35,000円 4月目～：24,000円	259,000円 (24,000円×12月×90%)

高額療養費改善に必要な財源(2015年度ベース)

給付費+3600億円(保険料2500億円、公費1200億円)

財政中立

医療保険財政は厳しい状況にあり、高額療養費を改善するのであれば、給付の重点化(低額の場合の患者負担を見直す)という視点に立って、「受診時定額負担」(外来時100円の負担)を提案。

外来受診時100円の負担(ただし、低所得者は50円の場合)

受診時定額負担について

給付費▲3700億円(保険料▲2700億円、公費▲1100億円)

- 高額療養費の改善の財源は、保険料や公費に求めるべきであり受診時定額負担に反対の意見がある一方で、医療保険財政が厳しい中(※)で、その財源を保険料に求めることはできないため、一つの選択肢として検討すべきとの意見がある。

(※)24年度の協会けんぽの保険料率は10%を超える見込み

「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

高齢者医療制度改革会議・最終とりまとめについて

I 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。

II 最終とりまとめの主な内容

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。

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。)

(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

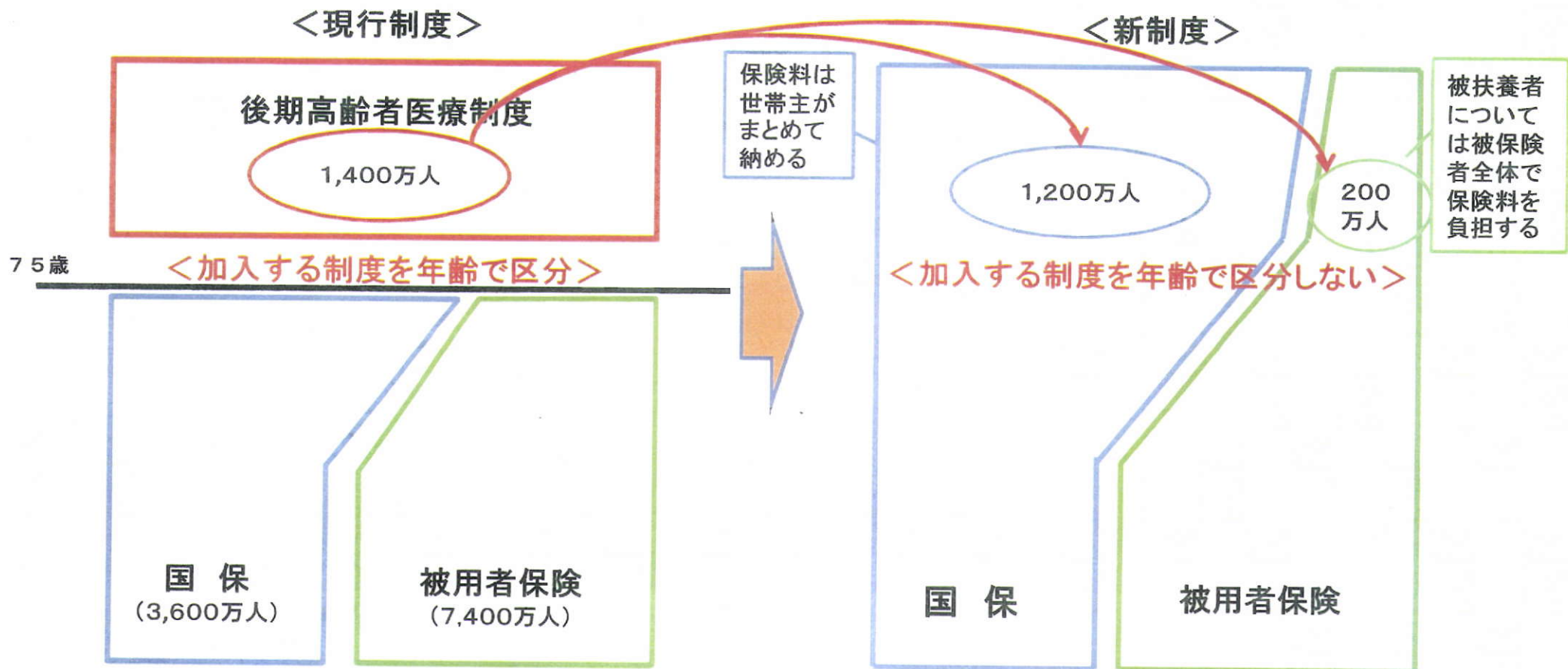
・被用者保険者間の支援金は、各保険者の総報酬に応じた負担とする。

(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。

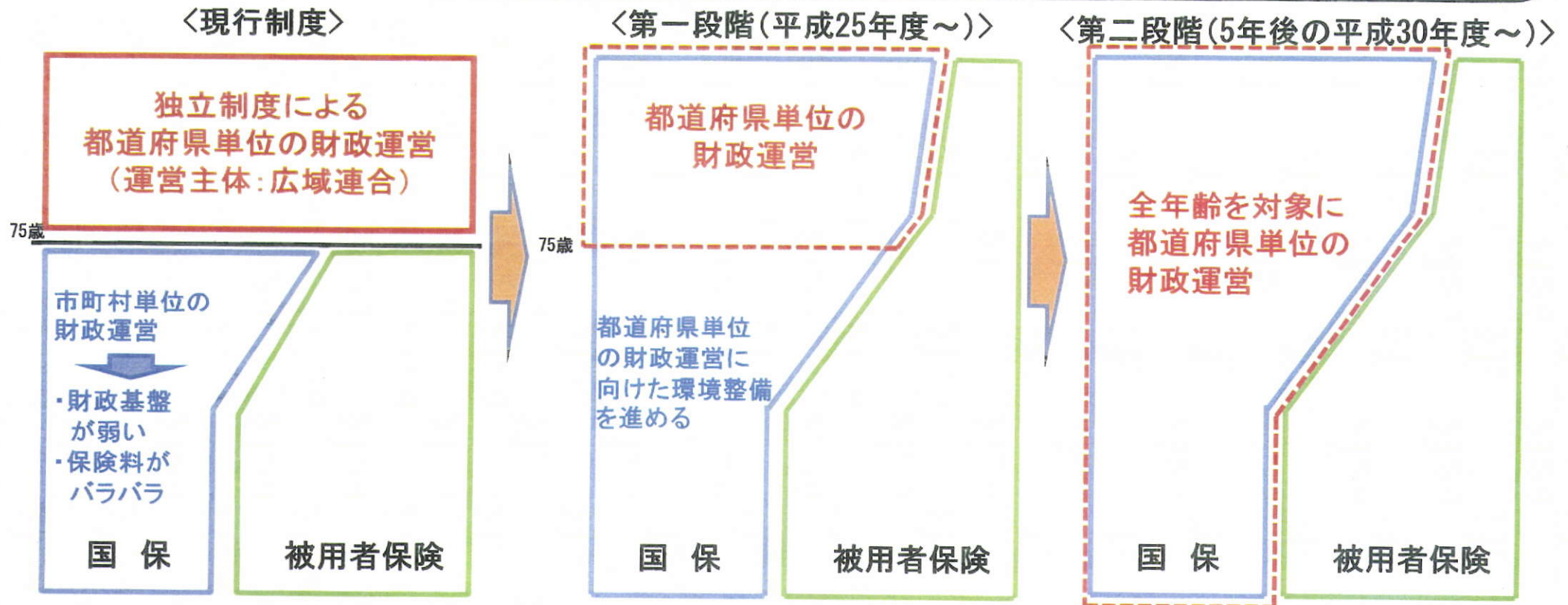
新制度案の基本的枠組み、加入関係

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



国保の財政運営の都道府県単位化

- 低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える国保については、財政基盤強化策や収納率向上に向けた取組に加え、今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に従前の市町村国保に戻ることであれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する。
- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合に、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。



後期高齢者支援金の総報酬割の拡大

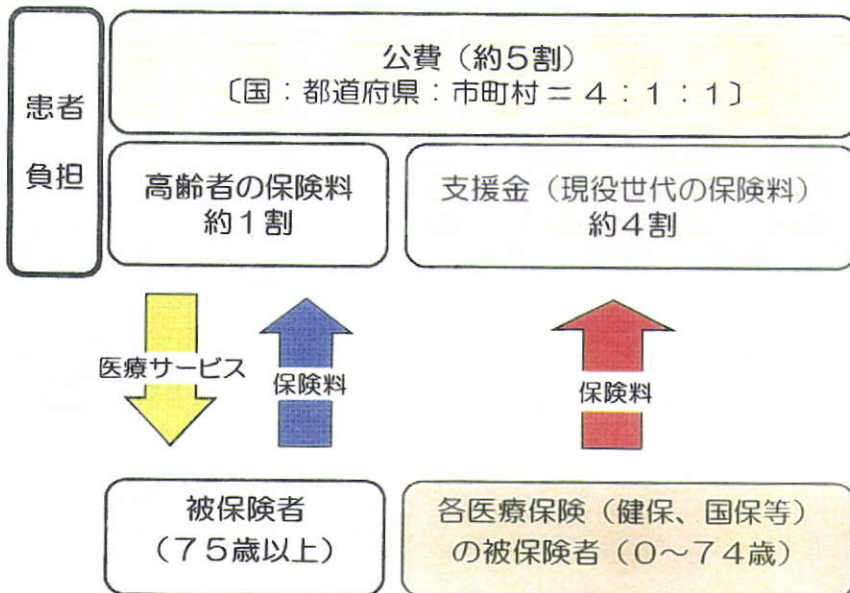
現状

- 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)

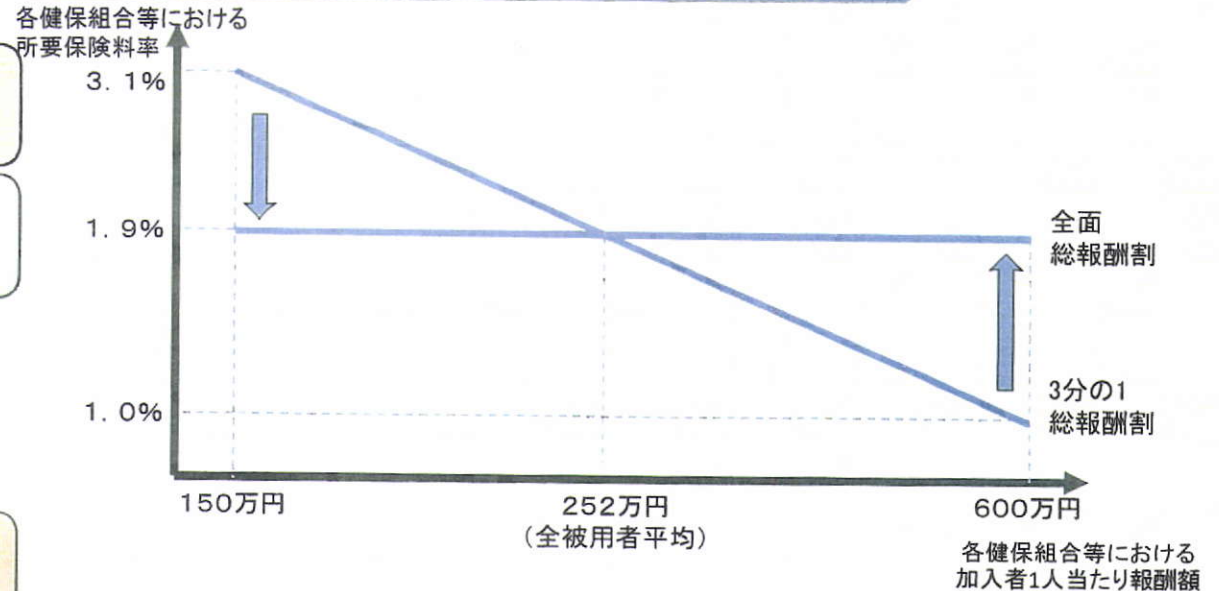
方向性

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。

70～74歳の自己負担割合の見直し

○ 70～74歳の方の患者負担は、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。

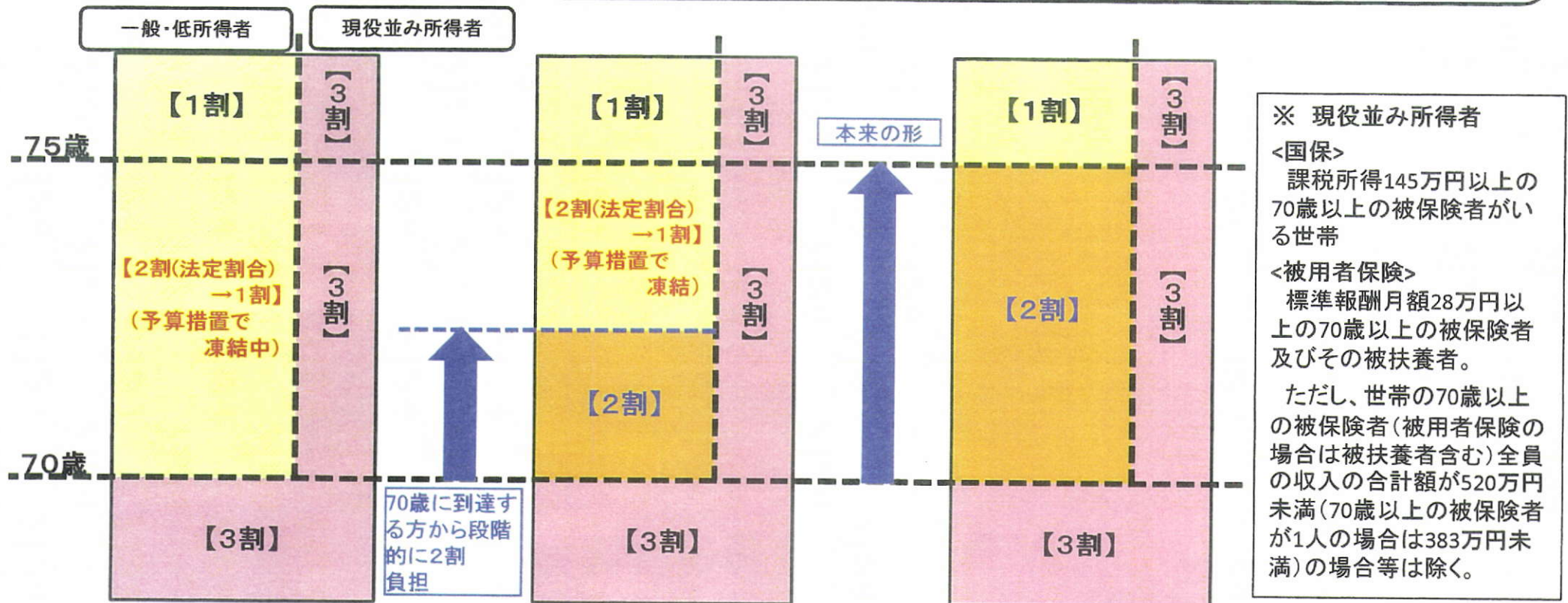
高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) -抄-

「70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」

「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。」

※仮に、70～74歳の自己負担割合を1割負担で恒久化することと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、共済組合200億円、市町村国保300億円、公費500億円)



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)

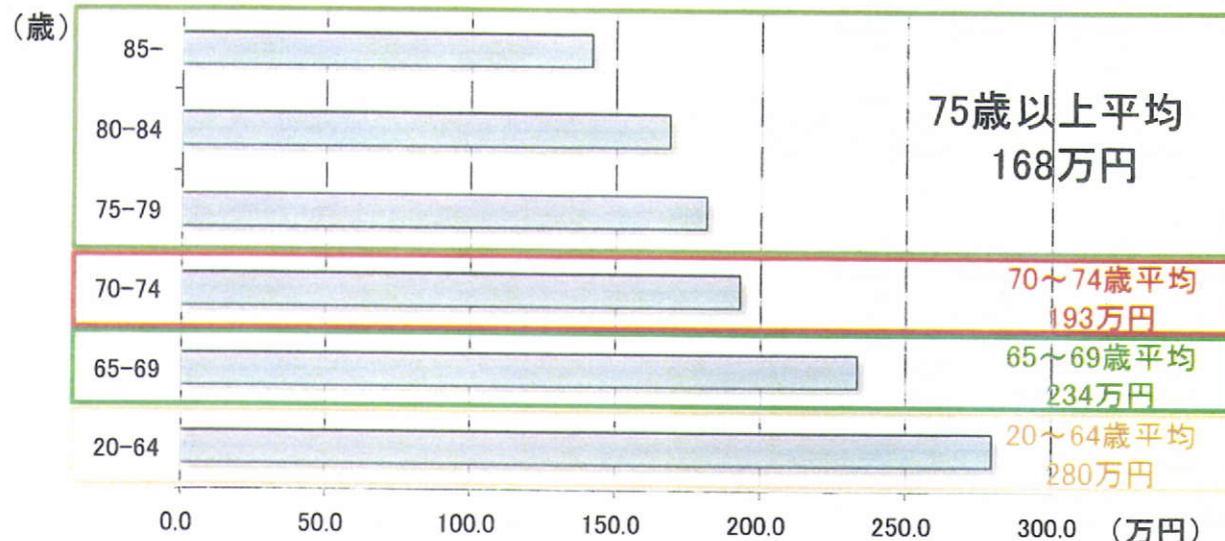
患者負担:8.3万円

【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 (負担凍結)	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)。

介護制度の機能強化に向けた今後の取組

目指すべき方向性

《サービス提供体制の改革》

- 住み慣れた環境でできるだけ過ごせるよう日常生活圏を単位とした在宅医療と連携のとれた在宅介護サービス・居住系サービスの充実
- 介護予防・重度化予防を図り、自立支援を促進する介護予防やケアマネジメントの強化
- 重度の要介護状態になっても自宅での生活に近い環境で尊厳ある生活を維持できる施設の重点化とユニット化の推進

《人材の確保と資質の向上》

- 上記のような質の高いサービスを実現できるような人材の確保、養成とそれを支える処遇改善の実現

《制度の持続可能性の強化》

- 上記の機能強化と急速な高齢化に伴って増加する負担について、費用負担の能力に応じた負担の要素を強化し、重度化予防に効果のある給付への重点化を図ることで、制度の持続可能性を強化

当面取り組むべき方策

○24年度介護報酬改定

- ・新サービス(24時間定期巡回・随時対応サービス、複合型サービス)の評価など地域包括ケアシステムの基盤整備
- ・医療と介護の連携(入退院時の医療機関と介護サービス事業者の連携、介護施設における医療提供の在り方など)

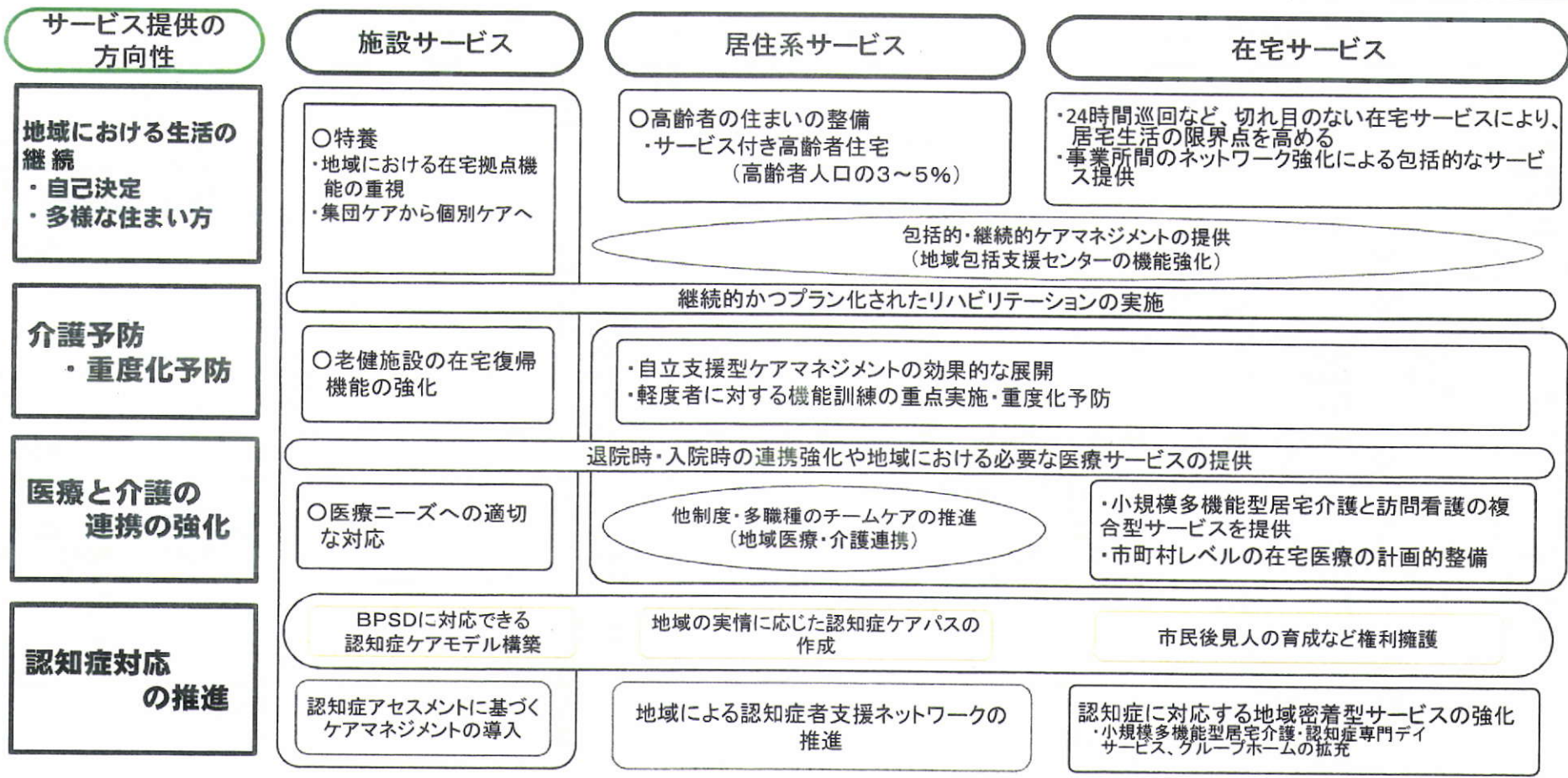
○介護職員の処遇改善

- ・23年度末で終了する交付金が果たしている処遇改善、介護労働者の需給逼迫緩和の効果を踏まえ、安定的な介護サービスの供給確保と介護職員のキャリアアップを促進する処遇改善方策の実現
- これらの措置の実現を支え、能力に応じた負担の要素強化や低所得者への配慮、給付の重点化を図る制度の見直し

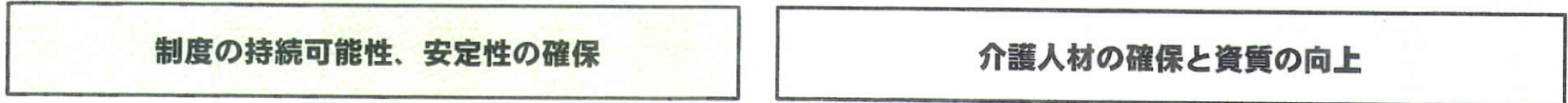
社会保障・税一体改革が目指す介護の全体像

～高齢者の尊厳の保持と自立支援を支える介護～

○ 支援を必要とする人の立場に立った、包括的な支援体制を構築し、また、地域で尊厳を持って生きられるよう、それを支える制度の持続可能性・安定性の確保及び介護人材の確保と資質の向上を図る。



あるべき介護サービス体系を支えるための機能強化



介護分野の検討課題

社会保障・税一体改革成案 に掲げられた課題

○介護サービス提供体制

充実	重点化・効率化
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護の充実 ・ケアマネジメントの機能強化 ・施設のユニット化 (2,500億円程度) 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・重度化予防 ・介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)
<ul style="list-style-type: none"> ・マンパワー増強 (2,400億円程度) 	

○費用負担の能力に応じた負担の公平化

充実	重点化・効率化
<ul style="list-style-type: none"> ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化 (~1,300億円) 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護納付金の総報酬導入 (完全実施で▲1,600億円) ・重度化予防に効果のある給付への重点化

※数字は2015年の公費

24年度の予算編成過程 において検討すべき課題

○介護職員の処遇改善問題

・介護職員処遇改善交付金は23年度末が期限

↓ 介護報酬での対応 →介護報酬2%分 (国費500億円)	↓ 交付金での対応 →3年分6,000億円 (1年分1,900億円)
--	---

- ・財源をどう確保するか
 - 介護納付金の総報酬割の導入
 - 給付の重点化(利用者負担の引上げ等)

○平成24年度介護報酬改定

- ・介護報酬改定率
- ・各サービスの報酬改定
- ・地域差の是正

介護職員の処遇改善

処遇改善交付金の現状

■ 制度

—平成21年度補正予算で基金を創設し、事業者に交付

■ 効果

- 平均給与額1.5万円増加
- 介護労働者の需給逼迫状況は改善
- 給与引上げの態様

一時金	諸手当	本給
50%	30%	16%

課題

■ 財源の確保策

- ①交付金継続の場合
3年分6000億円(1年1900億円)
- ②報酬組入れの場合
報酬2%分=国費500億円



- 介護納付金総報酬制導入
- 給付の重点化(利用者負担の引上げ等)

関係者の意見

- A. 交付金継続(市町村、事業者団体の一部、労働組合)
- B. 報酬組入れ、2%アップ(事業者団体)
- C. 事業者の自助努力(財界、医療保険者)

※ 事業者の経営は改善

	特養	老健	訪問介護
収支差	9.3%	9.9%	5.1%
3年前との比較	+5.8%	+2.6%	+4.4%

介護納付金への総報酬割導入

- ・現行の頭割り負担が、報酬額に比例した応能負担になる。
- ・協会けんぽに投入されている国庫補助が不要になり、介護サービスの充実に充当できる。

第5期(平成24～26年度)平均(見込額)

	第2号被保険者 1人当たり負担額 (現行)	第2号被保険者 1人当たり報酬額	負担割合
健保組合 (労使含めて の月額)	4,900円	463万円	1.27%
共済組合	4,900円	499万円	1.18%
協会けんぽ (労使含めて の月額)	〔4,900円〕	〔318万円〕	〔1.85%〕
国庫補助充 当による実際 の負担額	4,100円	318万円	1.55%

	完全に総報酬割を導入する場合	1/3導入する場合
負担割合	第2号被保険者 1人当たり負担額	第2号被保険者 1人当たり負担額
	5,800円 【+900円】	5,200円 【+300円】
	6,000円 【+1,100円】	5,300円 【+400円】
	〔4,000円〕 【-900円】	〔4,600円〕 【-300円】
	4,000円 【-100円】	4,050円 【-50円】

1.49%

○ 中小企業の従業員等が加入する協会けんぽの費用負担能力を考慮し、介護納付金の16.4%分が国庫補助されている。

○ 負担能力に応じた負担になることにより、この国庫補助が不要に
完全導入の場合：▲1,300億円
1/3導入の場合：▲430億円 (第5期平均の見込額)

○ なお、健保組合内で見ると、負担額の変化は負担能力によって異なり、多くの組合で負担が増加するが、負担が減少する組合も存在。

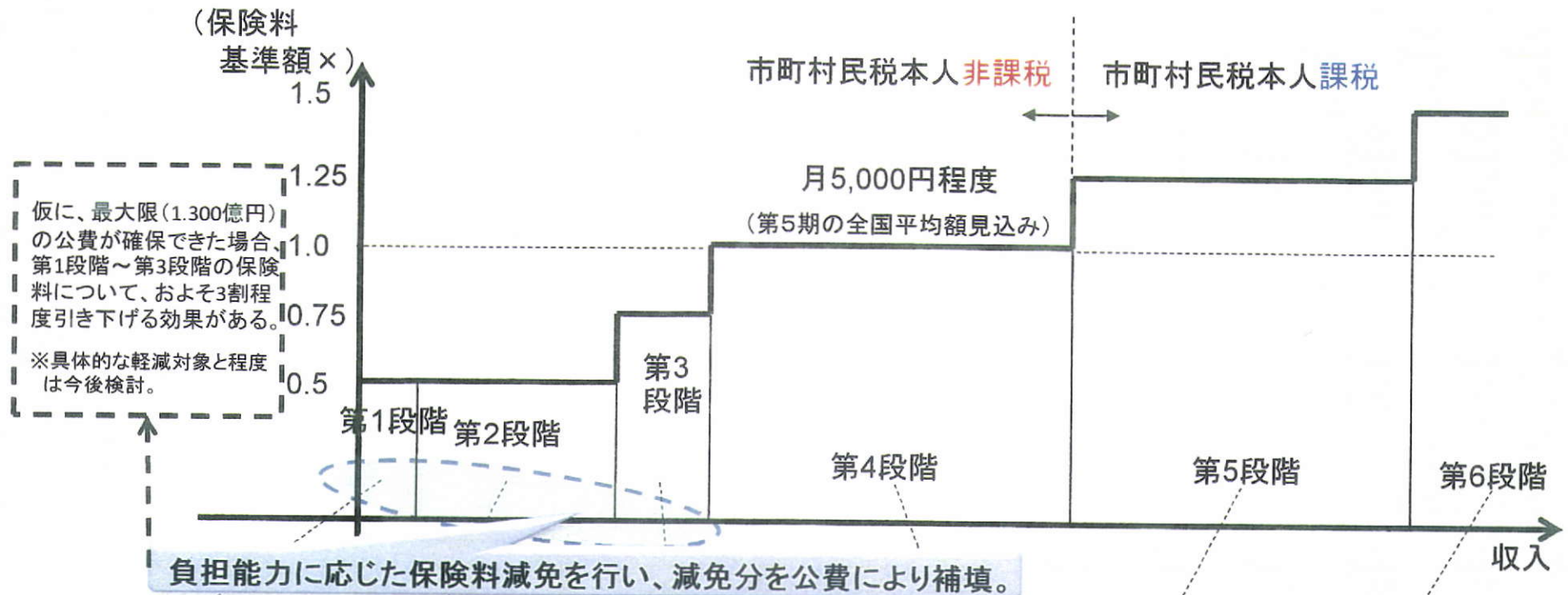
納付額が増加する組合数	納付額が減少する組合数
1,135	362

高齢者の保険料(第1号保険料)の低所得者対策強化

【現行】 低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。(標準は6段階)

【見直し】 低所得の被保険者で資産等の状況からさらに負担能力が低いと認められる者の保険料について、公費を投入することにより負担を軽減。

第1号被保険者数: 28,848,463人(平成21年度末現在)



第1段階

生活保護被保護者、
世帯全員が市町村民税非課税の
高齢福祉年金受給者等

第2段階

世帯全員が市町村民税非課税
かつ本人年金収入80万円以下等

第3段階

世帯全員が市町村民税非課税
かつ本人年金収入80万円超等

第4段階

本人が市町村民税非課税
(世帯に課税者がいる)

第5段階

市町村民税課税かつ
基準所得金額200万円未満

第6段階

市町村民税課税かつ
基準所得金額200万円以上

昨年介護保険部会で議論した給付に関する制度見直しの論点

- 要支援者の利用者負担
- ケアマネジメントに係る利用者負担
- 一定以上所得者の利用者負担
- 多床室における室料負担
- 補足給付における資産等の勘案

※ 他に、施設対応を中重度者中心にしていく観点からの見直しについて検討。

平成24年度介護報酬改定における主な検討課題・論点

○地域で介護を支える体制を構築すること(地域包括ケアシステムの基盤整備)

- ・新サービス(定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス)の評価のあり方
- ・通所介護や訪問介護など居宅サービスにおける自立支援に重点を置いたサービス提供のあり方 等

○医療と介護の役割分担・連携により、効率的で利用者にふさわしいサービスを提供すること

- ・入・退院時における医療機関と介護サービス事業所との連携促進のあり方
- ・訪問看護・リハビリ等、要介護者の在宅生活における医療提供のあり方
- ・介護施設における医療提供のあり方

等

○質の高いサービスを確保するため、利用者、事業者、サービス提供者の努力を促すようなインセンティブを付与すること

- ・介護職員の円滑な入職、定着に向けて、キャリアアップの仕組みの導入など、介護職員の処遇改善のあり方
- ・自立支援型のケアマネジメントへの転換に向けた、介護支援専門員の質の向上やあり方

等

○認知症にふさわしいサービスを提供すること

- ・早期発見、重度化予防、医療と介護の連携、地域との連携など、ケアのあり方
- ・認知症対応型共同生活介護や小規模多機能型居宅介護における医療提供のあり方

等

○地域間、サービス間のバランス・公平性に配慮すること

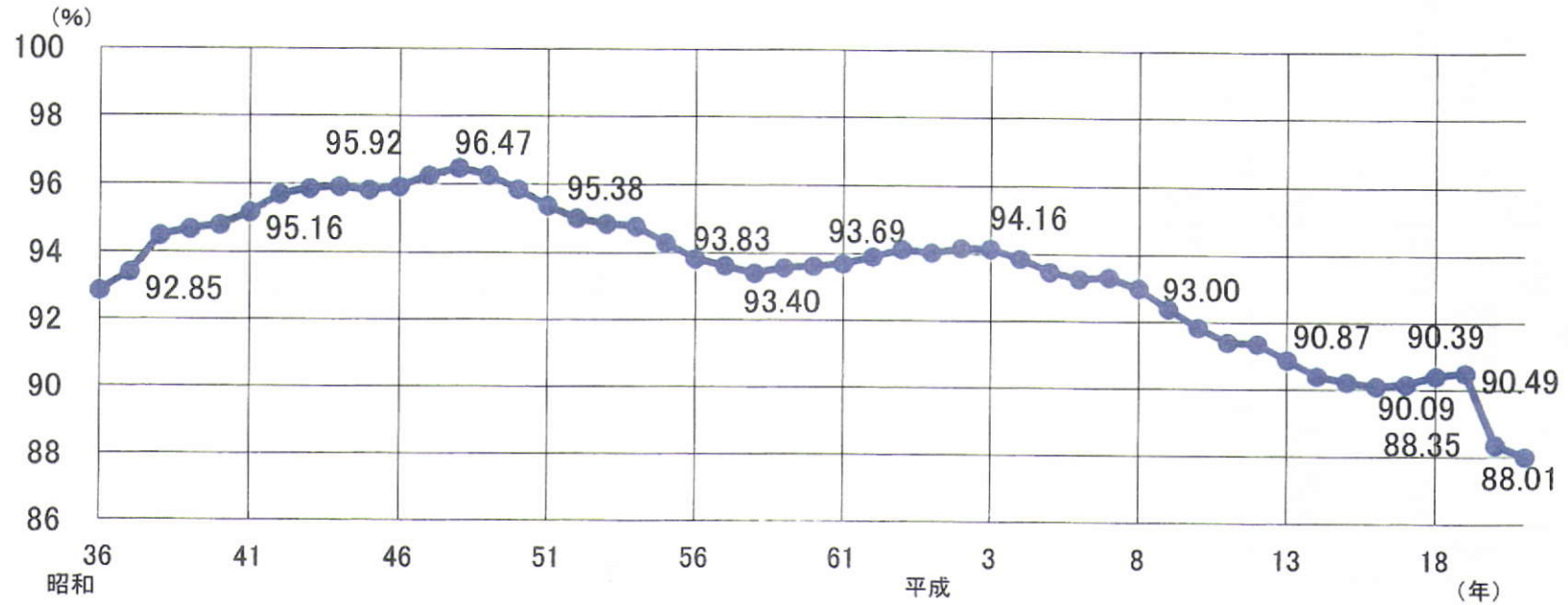
- ・地域間の公平性に配慮した地域区分のあり方

等

前回の質問事項について

国民健康保険の保険料(税)の状況

1. 保険料(税)収納率の推移



2. 平成21年度保険料(税)の状況

保険料(税)調定額	3兆2,760億円 (100%)
保険料(税)収納額	2兆8,830億円 (88.01%)
保険料(税)未納額	3,930億円 (11.99%)

医療機関における未収金の状況

四病院団体協議会(全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本病院会)の「診療における患者負担金の未収金に関する調査結果」(平成21年度)の概要は下記のとおり(加入5,529施設のうち2,694施設から回答(48.7%))

- 1年間の累計未収金額は136.1億円(前回218.9億円)で、1施設平均548.2万円(前回716.0万円)。
- 3年間累計未収金額は318.6億円(前回425.9億円)で、1施設平均1410.2万円(前回1620.1万円)。

※ 今回調査は、平成18年4月～21年3月(回答施設数2,694施設)

※ 前回調査は、平成14年4月～17年3月(回答施設数3,273施設)