

第58回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成24年11月16日（金）
10時00分～12時00分
場所：東海大学校友会館「阿蘇の間」

(議 題)

1. 高齢者医療制度の在り方について
2. 高額療養費の見直しについて
3. 調査権限・現金給付の見直しについて

(配布資料)

【議題1について】

- | | | |
|-----|---|---------------------|
| 資 料 | 1 | 70～74歳の患者負担特例措置について |
| 資 料 | 2 | 後期高齢者支援金の総報酬割について |
| 資 料 | 3 | 高齢者医療制度の経緯等について |

【議題2について】

- | | | |
|-----|---|---------------|
| 資 料 | 4 | 高額療養費の見直しについて |
|-----|---|---------------|

【議題3について】

- | | | |
|-----------|---|------------------|
| 資 料 | 5 | 保険者への調査権限の付与について |
| 資 料 | 6 | 傷病手当金の見直しについて |
| 委員提出資料1-1 | | 小林委員提出資料 |
| 委員提出資料1-2 | | 小林委員提出資料 |
| 委員提出資料2 | | 小林委員提出資料 |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成24年11月16日現在

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

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

第58回社会保障審議会医療保険部会

平成24年11月16日(金) 10:00~12:00

東海大学 校友会館 「阿蘇の間」

○ ○	岡	大	岩	神	遠	木	横	山	森	
速記	参 考 委 員	参 考 委 員	委 員	審 議 官	部 会 長	倉 局 長	尾 委 員	下 委 員	委 員	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
川尻委員 ○	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>								堀委員 ○	
小林委員 ○									福田委員 ○ (参考人)	
齋藤訓子委員 ○									樋口委員 ○	
齋藤正憲委員 ○ (参考人)									武久委員 ○ (参考人)	
柴田委員 ○									鈴木委員 ○	
白川委員 ○									菅家委員 ○	
	井	鈴	中	大	濱	横	宇	竹	井	村
	内	木	村	島	谷	幕	都	林	上	山
	室	室	課	課	課	課	宮	室	企	課
	長	長	長	長	長	長	長	長	官	長
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	稻	泉	渡	唐	藤	田	近	鎌		
	川		邊	木	田	口	澤	田		
	管	室	補	補	室	管	管	企		
	理		佐	佐	長	理	理	画		
	官	長	佐	佐	長	官	官	官		
	傍聴者席									

70～74歳の患者負担特例措置について

平成24年11月16日
厚生労働省保険局

○社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)

3. 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、低所得者対策)

(4) 高齢者医療制度の見直し

○70歳以上75歳未満の方の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する。

(注)患者負担は、69歳までは3割、70歳以上75歳未満は2割、75歳以上は1割と、年齢に応じた負担割合を設定しているが、70歳以上75歳未満については、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。

☆平成24年度は予算措置を継続するが、平成25年度以降の取扱いは平成25年度の予算編成過程で検討する。

○平成25年度予算の概算要求組替え基準について(平成24年8月17日閣議決定)

1. 平成25年度予算の概算要求に当たっての基本的考え方

各省大臣は、この基本方針に沿って、(別紙)により、要求を行うこととする。

別紙 1. 基礎的財政収支対象経費

(1) 年金・医療等に係る経費等

①(略) また、医療保険における70歳以上75歳未満の患者負担の平成25年度以降の取扱いについては、「社会保障・税一体改革大綱」(平成24年2月17日閣議決定)に沿って、検討を行うこととする。

70～74歳の患者負担特例措置に関するこれまでの議論①

○高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

- 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。

70～74歳の患者負担特例措置に関するこれまでの議論②

○社会保障審議会医療保険部会 議論の整理(平成23年12月)

- 70～74歳の方の患者負担割合については、現行法上、2割負担と法定されている中で、毎年度約2000億円の予算措置を講ずることにより、1割負担に凍結されているところ、最終とりまとめにおいて、個々人の負担が増加しないよう配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする旨が提案されていることを踏まえ、議論を行った。
- 70～74歳の患者負担については、世代間で不公平が生じている状況を踏まえ、法律上2割負担とされていることを尊重する観点からも、速やかに法定割合に戻すことが適当とする意見が多かった。なお、一部の委員からは、日本の患者負担割合は国際的に見て高水準にある中で、患者負担割合は1割のままとすべきとの意見もあった。

医療保険制度における患者負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～	昭和58年2月～	平成9年9月～	平成13年1月～	平成14年 10月～	平成15年 4月～	平成18年 10月～	平成20年4月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)	老人保健制度						75歳以上	後期高齢者 医療制度
国保	3割	なし	入院300円/日	→1,000円/日	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は 定額制を選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み 所得者3割)	70～74歳	1割負担 (現役並み所得者3割)	
被用者本人	定額負担		外来400円/月	→500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担					2割負担 (現役並み所得者3割) ※1割に凍結中	
被用者家族	5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担	3割 薬剤一部負担の 廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)	
		被用者本人	定額	→1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担					
		被用者家族	3割(S48～)→入院2割(S56～) 高額療養費創設	入院2割 外来3割(S48～)						

(注)・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。

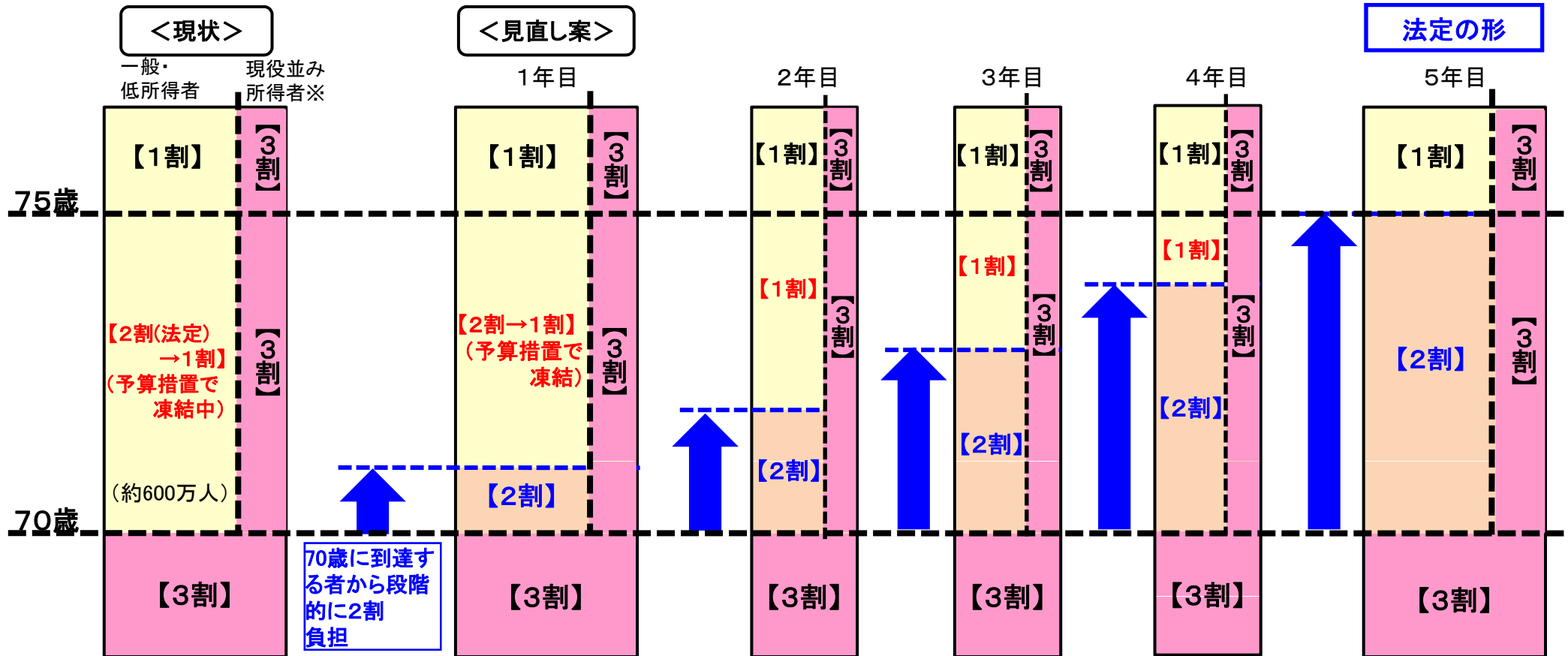
- ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
- ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

70～74歳の患者負担特例措置の見直し

○ 70～74歳の者の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、平成20年度から毎年度、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) 一抄一
 「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」
 ⇒ 個人で見た場合、負担が増える人が出ないような方法

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日 閣議決定) 一抄一
 「世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する」「平成25年度以降の取扱いは、平成25年度の予算編成過程で検討する」



※ 現役並み所得者
 国保世帯: 課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯
 被用者保険: 標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者
 (ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合は除く)

70～74歳の患者負担特例措置の状況

- 70～74歳の1人当たり患者負担額は、法定2割の場合年7.6万円だが、1割負担への凍結により4.7万円に抑えられている。
- 65～69歳、75歳以上と比較すると、1人当たり医療費に対する割合、平均収入に対する割合とも低い。

1人当たり医療費に対する患者負担割合

年齢(負担割合)		1人当たり医療費(年)	患者負担額(年)	医療費に対する患者負担割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		88.5万円	7.7万円	8.7%
70～74歳	法定2割 (現役並み所得3割)	55.0万円	7.6万円	13.8%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.7万円	<u>8.5%</u>
65～69歳(3割)		39.6万円	8.8万円	22.2%
20～64歳(3割)		16.4万円	3.8万円	23.2%

1人当たり平均収入に対する患者負担割合

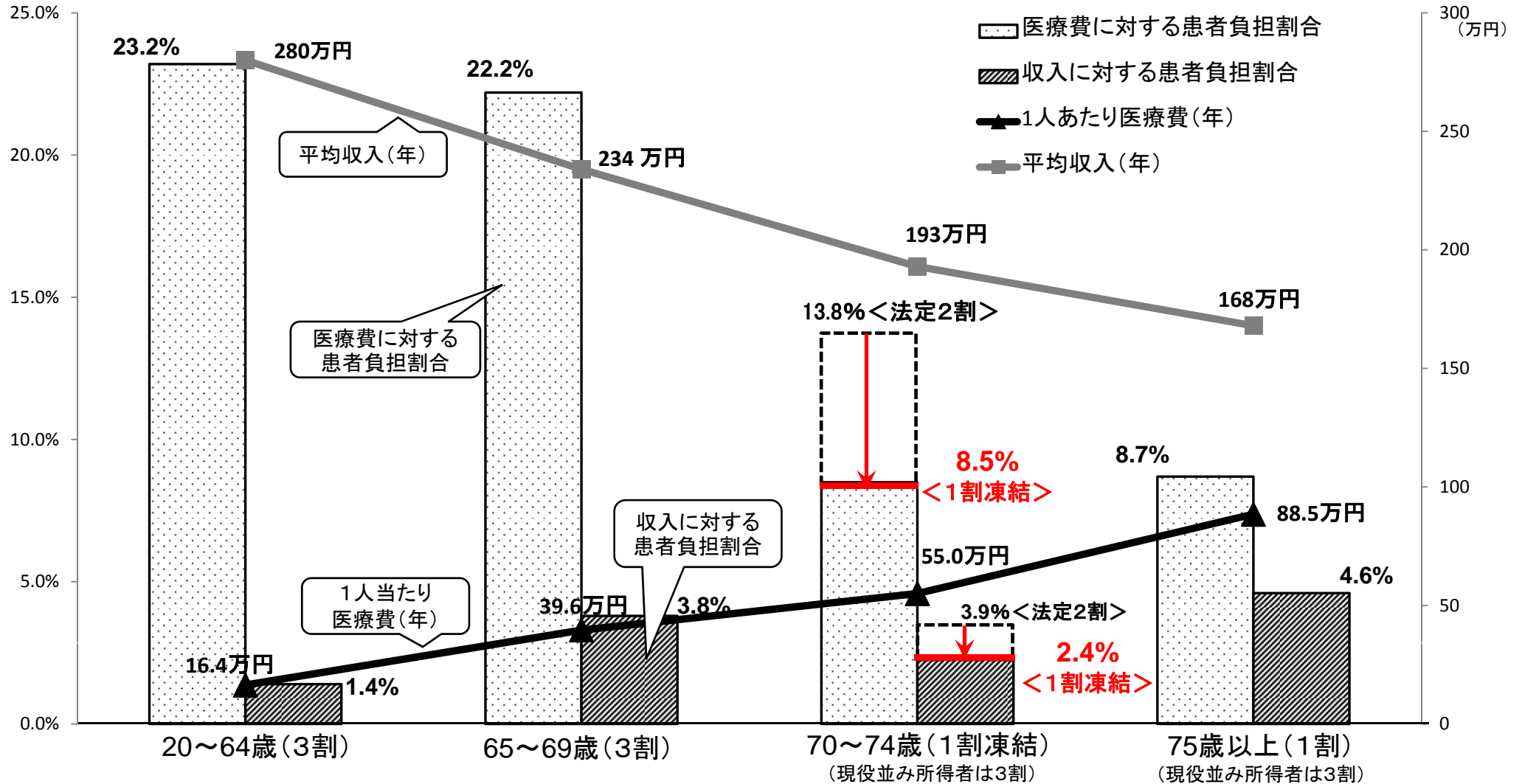
年齢(負担割合)		平均収入(年)	患者負担額(年)	収入に対する患者負担割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		168万円	7.7万円	4.6%
70～74歳	法定2割 (現役並み所得3割)	193万円	7.6万円	3.9%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.7万円	<u>2.4%</u>
65～69歳(3割)		234万円	8.8万円	3.8%
20～64歳(3割)		280万円	3.8万円	1.4%

※医療費は、各制度の事業年報等をもとに保険局調査課が推計した平成21年度の実績。

※平均収入額は、平成22年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成21年の数値。

70～74歳の患者負担特例措置の状況

- 70～74歳の1人あたり患者負担額は、法定2割の場合年7.6万円だが、1割負担への凍結により4.7万円に抑えられている。
- 65～69歳、75歳以上と比較すると、医療費に対する割合、収入に対する割合とも低い。



1人あたり患者負担額(年)	3.8万円	8.8万円	4.7万円 <1割凍結> 7.6万円 <法定2割>	7.7万円
---------------	-------	-------	------------------------------	-------

※医療費は、各制度の事業年報等をもとに保険局調査課が推計した平成21年度の実績。
 ※平均収入額は、平成22年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成21年の数値。

高齢者医療制度改革会議最終とりまとめの考え方（高額療養費の自己負担限度額）

○ 改革会議とりまとめでは、患者負担割合の特例措置を法定2割に戻しても、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こととしている。

70歳未満 (3割負担)	上位所得者 (月収53万円以上等)	150,000円+1% (83,400円)		変更なし	70才未満 (3割負担)	上位所得者	150,000円+1% (83,400円)		
	一般	80,100円+1% (44,400円)				一般	80,100円+1% (44,400円)		
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 (24,600円)				低所得者	35,400円 (24,600円)		
70歳以上(原則1割負担)			外来 (個人ごと)	自己負担 限度額	70歳以上75歳未満 (原則2割負担)			外来 (個人ごと)	自己負担 限度額
	現役並み所得者 (月収28万円以上、 課税所得145万円以上)		44,400円	80,100円+1% (44,400円)		現役並み所得者	44,400円	80,100円+1% (44,400円)	
	一般		<u>12,000円</u>	<u>44,400円</u>		一般	<u>24,600円</u>	<u>62,100円</u> (44,400円)	
	低所得者 (住民税非課税)	II	<u>8,000円</u>	<u>24,600円</u>		低所得者	II	<u>8,000円</u>	<u>24,600円</u>
		I (年金収入80万円以下等)		<u>15,000円</u>			I		<u>15,000円</u>
				一般のみ変更					
				75歳以上(原則1割負担)			現役並み所得者	44,400円	80,100円+1% (44,400円)
					一般	12,000円	44,400円		
低所得者	II	<u>8,000円</u>	<u>24,600円</u>		低所得者	II	<u>8,000円</u>	<u>24,600円</u>	
	I			<u>15,000円</u>		I		<u>15,000円</u>	

(注) 金額は1月当たりの限度額。()内の金額は、多数該当(過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目の支給に該当)の場合。

70～74歳の患者負担特例措置見直しに係る財政影響（粗い試算）

○ 平成25年4月以降70歳に到達した者から、順次2割負担とした場合【改革会議案】

国費所要額への影響（平成25年4月から段階的に2割負担とする場合（注5）の平成24年度所要額との比較）

平成24年度所要額	国費所要額への影響（平成24年度所要額との比較）				
	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
約2,000億円	▲200億円	▲600億円	▲1,000億円	▲1,400億円	▲1,800億円

初年度の財政影響（注5）

国	地方	協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	合計
▲20億円	▲10億円	▲30億円	▲30億円	▲10億円	▲20億円	▲130億円

最終的な財政影響（特例見直し後）

国	地方	協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	合計
▲400億円	▲100億円	▲500億円	▲400億円	▲200億円	▲200億円	▲1800億円

（参考）平成25年4月から、対象者全て2割負担とした場合

国	地方	協会けんぽ	健保組合	共済	市町村国保	合計
▲400億円	▲100億円	▲500億円	▲400億円	▲200億円	▲200億円	▲1800億円

（注1）前期財政調整後の財政影響

（注2）協会は16.4%の国庫負担にて試算

（注3）高額療養費の自己負担限度額は低所得者は据え置き、一般は本則どおり見直している。

（注4）平成26年度以降の医療費の増加は考慮していない。

（注5）平成25年5月診療分以降に影響が発生する場合の見込み。

実施時期を遅らせた場合、2割負担となる人数と期間の両方が減少するため、財政影響は減少し、必要となる国費所要額は増加する。

70～74歳の患者負担特例措置見直しを行う場合の論点

○見直しの対象者

- ・ 70歳に到達した者から順次2割負担とする方法のほか、施行日から対象者全て2割負担とする考え方もあり得るが、負担額が急激に変わる対象者が多くなることや個々人の負担が増加することについて、どう考えるか。

○見直しの開始時期

- ・ 年度当初から実施するか。または、一定の周知期間等を確保した上で、年度途中から実施するか。

○高額療養費の取扱い

- ・ 70～74歳の患者負担特例措置見直しに伴う高額療養費の取扱いについて、高齢者医療制度改革会議最終とりまとめにおいては、「特に配慮すべき低所得者の方については、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」とされている。
- ・ 一般の被保険者に適用される高額療養費の自己負担限度額についてどう考えるか。

(参考) 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)

(前略)

- 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。

後期高齢者支援金の総報酬割について

平成24年11月16日
厚生労働省保険局

○社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)

3. 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、低所得者対策)

(4) 高齢者医療制度の見直し

○高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。

(注) 現在は、平成24年度までの特例として、支援金の3分の1を総報酬に応じた負担とする措置が講じられるとともに、併せて、協会けんぽに対する国庫補助率を13%から16.4%とする措置が講じられている。

☆ 具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。

後期高齢者支援金の総報酬割に関するこれまでの議論①

○高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ（平成22年12月）

- 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。

後期高齢者支援金の総報酬割に関するこれまでの議論②

○社会保障審議会医療保険部会 議論の整理(平成23年12月)

- 後期高齢者支援金については、被用者保険における負担の公平の見地から、また、協会けんぽに対する緊急的な措置として、全面総報酬割を早急に実施すべきとの意見があった。他方、総報酬割は高齢者医療制度の見直し全体の中で行うべきであり、これのみを抜き出して実施することは不相当との意見があった。
- 協会けんぽの財政悪化が進む中、被用者保険における後期高齢者支援金の全面総報酬割を早急に実施するとともに、協会けんぽへの国庫負担割合を健康保険法本則に規定された上限割合である20%に引き上げるべきとの意見があった。
- 他方、総報酬割の拡大は、前期高齢者の財政調整への公費投入とあわせて行うべきである、協会けんぽと健保組合との所得格差に起因する保険料率の格差の是正のための財源は、健保組合等に肩代わりさせるべきではないとの意見があった。

高齢者医療費の支え合いの仕組みについて

昭和48年 老人医療費無料化

→老人医療費が急増し、特に国保財政に大きな影響。

昭和58年 老人保健制度創設

・高齢者に患者負担を設定。各医療保険制度の共同事業として、公費と拠出金により負担。

昭和59年 退職者医療制度創設

・被用者保険からの退職者加入による国保財政への影響を是正するため、被用者年金の被保険者期間が20年以上の退職者等の医療給付費について、被用者保険者が負担能力(総報酬)に応じて負担。

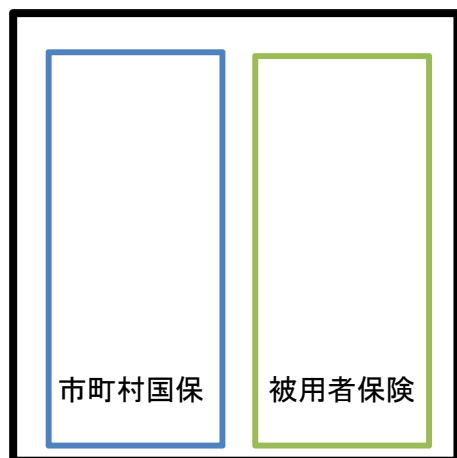
※拠出金負担の増大による被用者保険者側の不満が高まった。

※①高齢者と現役世代の費用負担関係が不明確、②保険料を納める所と使う所が分離しており、財政・運営責任が不明確、③加入する制度や市区町村により保険料額に格差が存在、といった問題が指摘されていた。

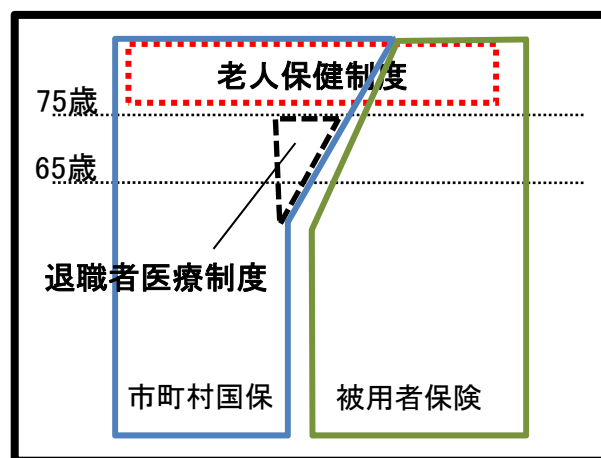
平成20年 後期高齢者医療制度創設

・高齢世代と現役世代の明確化等を図るため、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創設。
・65～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の均衡を図るため、保険者間の財政調整の仕組み(前期財政調整)を導入。

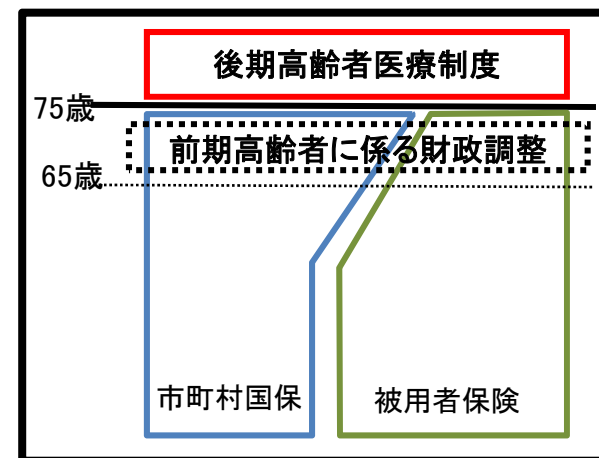
昭和58年まで
(個々の保険者内での世代間の支え合い)



老人保健制度、退職者医療制度
(保険者の枠組みを超えた世代間の支え合いの仕組みにより、保険者間の負担を公平化。)



後期高齢者医療制度、前期財政調整
(保険者間の負担の公平化に、高齢者間の保険料負担の公平化、世代間の負担割合の明確化。)



各制度の比較

	老人保健制度	退職者医療制度	後期高齢者医療制度	前期財政調整
仕組み	70歳以上の者は、国保又は被用者保険に加入し、各制度に保険料を納付。給付は、70歳以上の者について別建てし、各保険者の共同事業とする制度	被用者年金の被保険者期間が20年以上の退職者等の医療給付費を、被用者保険者が負担する制度	75歳以上の者を対象とした独立した制度	65歳～74歳の者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整する制度
対象者	70歳以上の者 ※平成14年から5年間かけて対象年齢を段階的に75歳へと引上げ	65歳未満の国保加入者で被用者年金の被保険者期間が20年以上の退職者 ※40歳以上で被保険者期間10年以上の者と被扶養者を含む	75歳以上の者	65～74歳の者
財源	公費、保険者からの拠出金	退職被保険者等の保険料、被用者保険者からの拠出金	高齢者の保険料、公費、現役世代からの支援金	各保険者からの納付金及び交付金による費用負担調整
支援金・拠出金の負担方法	加入者割 (各保険者1人当たり老人医療給付費実績を基に、各保険者の加入者数に応じた額を負担)	総報酬割 (各被用者保険者の総報酬額に応じて負担)	加入者割 (各保険者の加入者数に応じて負担) ※平成22～24年度の被用者保険者分の支援金は1/3を総報酬割で算定	加入者割 (各保険者1人当たり前期高齢者医療給付費実績を基に、各保険者の加入者数に応じた額を負担)
実施時期	昭和58年2月 ※平成20年4月廃止	昭和59年10月 ※平成20年4月廃止(平成26年度までの間の65歳未満退職者を対象とした経過措置あり)	平成20年4月	平成20年4月

後期高齢者支援金の総報酬割の拡大

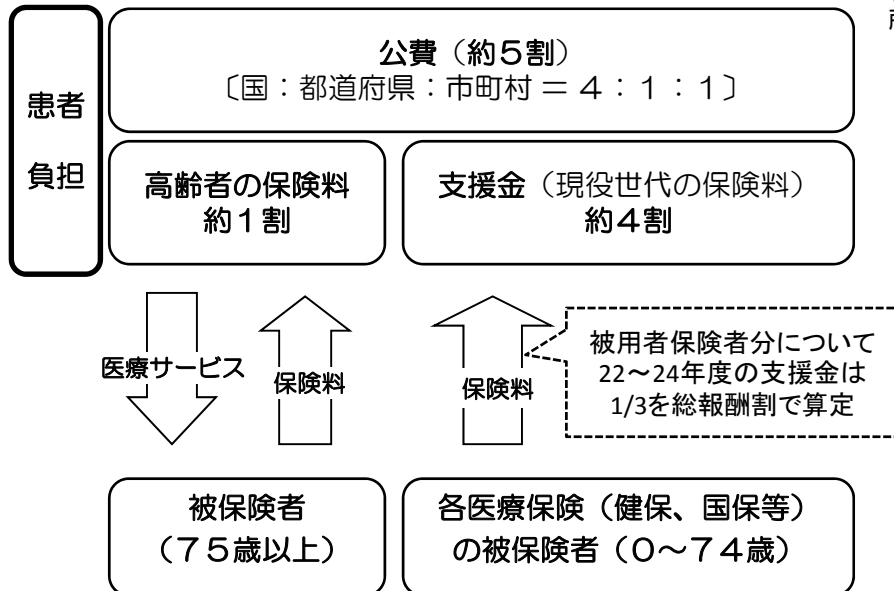
現状

- 75歳以上の者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、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、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)

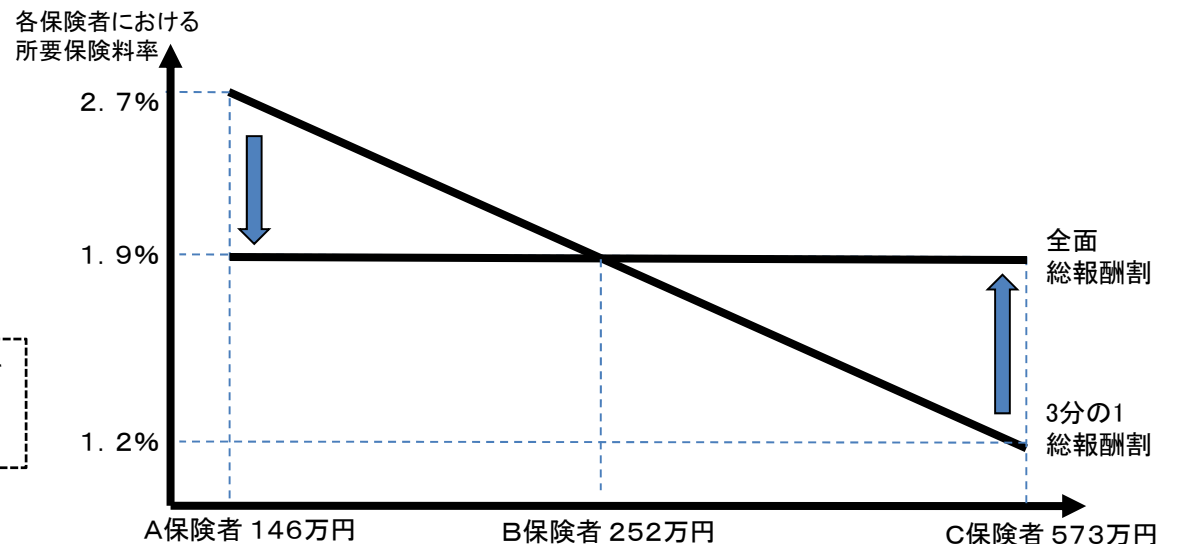
厚生労働省の高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

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え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。

75歳以上の方の費用負担の仕組み



支援金を全面総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



(注) 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。

後期高齢者支援金の負担方法（加入者割と総報酬割の違い）

- A保険者とB保険者とで、後期高齢者支援金1億円を負担する場合を想定。
- 全面加入者割の場合は、加入者数に応じて負担するため、財政力の強弱が考慮されない。
- 全面総報酬割の場合は、総報酬額に応じて負担するため、財政力に応じた負担となる。

<モデル例>

	A保険者	B保険者
加入者数	1,000人	1,000人
加入者1人当たり報酬額	150万円	600万円
総報酬額	15億円	60億円

《全面加入者割の場合》

- 加入者数に応じて負担するため、A保険者とB保険者は1:1(1,000人:1,000人)の割合で負担。

	A保険者	B保険者
支援金負担総額	5,000万円 ← 同じ → 5,000万円	
加入者1人当たり支援金負担額 (支援金負担総額 ÷ 加入者数)	50,000円 ← 同じ → 50,000円	
所要保険料率 (支援金負担総額 ÷ 総報酬額)	3.33% ← 4倍 → 0.83%	

財政力の弱い組合の負担が大きくなる。

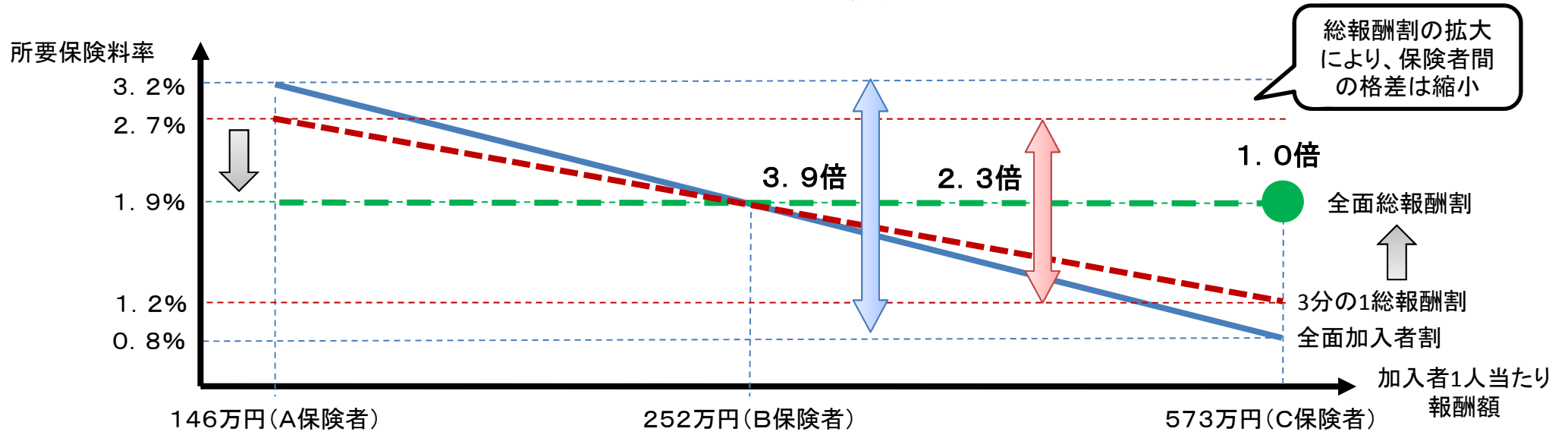
《全面総報酬割の場合》

- 総報酬額に応じて負担するため、A保険者とB保険者は1:4(15億円:60億円)の割合で負担。

	A保険者	B保険者
支援金負担総額	2,000万円 ← 4倍 → 8,000万円	
加入者1人当たり支援金負担額 (支援金負担総額 ÷ 加入者数)	20,000円 ← 4倍 → 80,000円	
所要保険料率 (支援金負担総額 ÷ 総報酬額)	1.33% ← 同じ → 1.33%	

財政力に応じた負担となる。

後期高齢者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） —平成23年度—

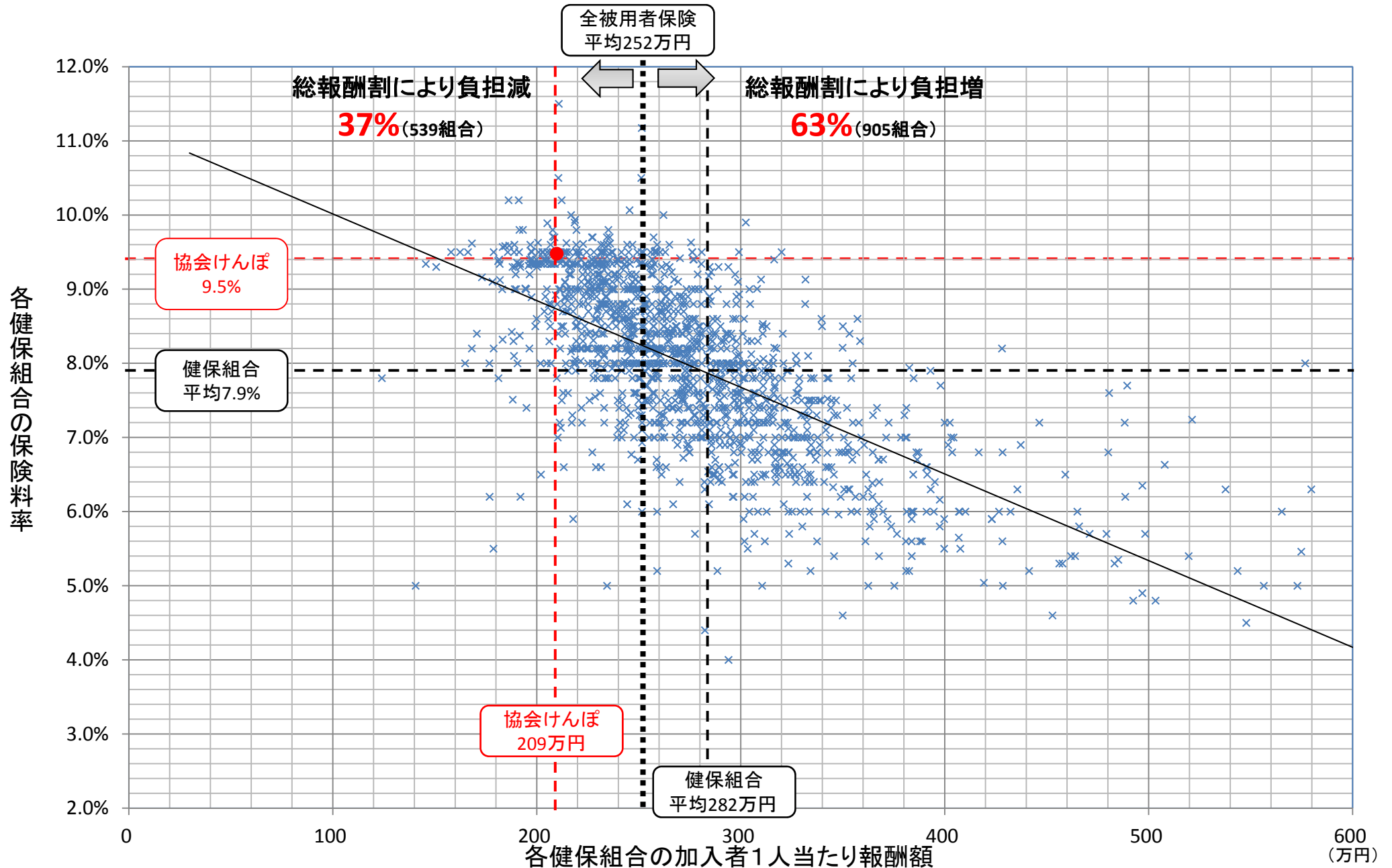


支援金負担額の変化(例)

	現状			支援金の負担(一人当たり支援金額、所要保険料率)		
	加入者数	加入者一人あたり報酬額(年額)	保険料率	全面加入者割	1/3総報酬割+2/3加入者割	全面総報酬割
A保険者	1,889人	146万円	9.3% (支援金分2.7%)	4万7千円/人 所要保険料率 3.2%	4万円/人 所要保険料率 2.7%(▲0.5%)	2万7千円/人 所要保険料率 1.9%(▲0.8%)
B保険者	9,845人	252万円	7.2% (支援金分1.9%)	4万7千円/人 所要保険料率 1.9%	4万7千円/人 所要保険料率 1.9%(±0%)	4万7千円/人 所要保険料率 1.9%(±0%)
C保険者	3,094人	573万円	5.0% (支援金分1.2%)	4万7千円/人 所要保険料率 0.8%	6万7千円/人 所要保険料率 1.2%(+0.4%)	10万7千円/人 所要保険料率 1.9%(+0.7%)

※後期高齢者支援金に係る前期納付金分は考慮していない。8

健保組合の報酬額と保険料率の関係（平成23年度：全1,444組合）



(出典)各健保組合の保険料率は平成23年度各健保組合予算による。加入者1人当たり報酬額は各健保組合から厚生労働省保険局高齢者医療課への報告による。

(注1)後期高齢者支援金の総報酬割を3分の1から拡大した場合の健保組合の負担の変化を示したもの。

(注2)加入者1人当たり報酬額の全被用者保険平均は、共済組合も含めた全被用者保険の総報酬額を全加入者数で割ったもの。同様に、健保組合平均は、健保組合の総報酬額を健保組合の全加入者数で割ったもの。 9

後期高齢者支援金の総報酬割拡大による影響

【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】

○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。**

【社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日)抄】

○**高齢者医療の支援金を各被用者保険の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。**

(注)現在、平成24年度までの特例として、支援金の3分の1を総報酬に応じた負担とする措置が講じられるとともに、併せて、協会けんぽに対する国庫補助率を13%から16.4%とする措置が講じられている。

○ 総報酬割を拡大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
1/2総報酬割(③)		1兆7,600億円	1兆7,600億円	5,900億円	4兆1,200億円
負担額の変化(③-①)		▲500億円	300億円	200億円	±0億円
2/3総報酬割(④)		1兆7,100億円	1兆7,900億円	6,100億円	4兆1,200億円
負担額の変化(④-①)		▲1,000億円	600億円	400億円	±0億円
全面総報酬割(⑤)		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(⑤-①)		▲2,100億円	1,300億円	800億円	±0億円

○ 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。

※ いずれも23年度賦課ベースに基づく推計

高齢者医療制度の経緯等について

平成24年11月16日
厚生労働省保険局

高齢者医療制度の見直しに関する経緯

高齢者医療制度の見直しに関する経緯

平成20年4月 後期高齢者医療制度施行

○円滑な施行のため、以下のような取組を実施

- ・患者負担・保険料の軽減特例措置(現在まで継続)
- ・保険料の納付方法について口座振替と年金からの引き落としとの選択制の導入、75歳以上という年齢に着目した診療報酬の廃止 等

平成21年11月～平成22年12月 厚生労働省の高齢者医療制度改革会議において議論

- ・「最終とりまとめ」(平成22年12月)では、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だけ維持しつつ、よりよい制度を目指すとされた。

平成23年6月 政府・与党社会保障改革検討本部が「社会保障・税一体改革成案」を決定

平成23年12月 社会保障審議会医療保険部会で「議論の整理」

平成24年 2月 「社会保障・税一体改革大綱」(閣議決定)

- ・ 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う。
- ・ 具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。

平成24年5月 民主党厚生労働部門会議が「見直しの骨子」を決定

- ・ 改革会議とりまとめに基づき、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方に対する国民健康保険等の適用等の措置を講ずる。

平成24年 6月 3党合意(民主党・自由民主党・公明党)

- ・ 「今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について3党間で合意に向けて協議する。」
(民主党・自由民主党・公明党「確認書」)

平成24年 8月 「社会保障制度改革推進法」成立

- ・ 「今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。」
(社会保障制度改革推進法第6条第4号)

高齢者医療制度改革会議・最終とりまとめ(平成22年12月)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。

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。

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。

議論の整理(抄)

平成23年12月6日 社会保障審議会医療保険部会

4. 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度の見直しについては、高齢者医療制度改革会議において平成22年12月に最終とりまとめが行われたが、成案において、「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」を行うとされていることを踏まえ、検討を行った。

- 高齢者医療制度の見直しは、市町村国保の都道府県単位化を含め、最終とりまとめにおいて示された方針に沿って着実にやっていくべきとの意見があった。
- 他方、最終とりまとめに沿って後期高齢者医療制度を廃止しても、運営上の年齢区分は残ること、高齢者間に新たな不公平が発生すること等の問題がある、同制度は既に定着しており、拙速に新制度に移行して混乱を招くことがないように、現行制度の改善により安定的な運営に努めるべきとの意見があった。
- 後期高齢者医療制度の先行きに関する被保険者や現場の不安を解消するため、可能な限り速やかに将来に向けた方針が示され、十分な準備期間をもって迅速に実行される必要があるとの意見があった。
- 高齢者医療に関する国民の理解を得ていくため、また、現役世代による負担の増大を抑制するため、後期高齢者医療制度や前期高齢者の財政調整に対する公費拡充が必要であるとの意見が大勢を占めた。
- 後期高齢者支援金については、被用者保険における負担の公平の見地から、また、協会けんぽに対する緊急的な措置として、全面総報酬割を早急に実施すべきとの意見があった。他方、総報酬割は高齢者医療制度の見直し全体の中で行うべきであり、これのみを抜き出して実施することは不相当との意見があった。
- 70～74歳の方の患者負担割合については、現行法上、2割負担と法定されている中で、毎年度約2000億円の予算措置を講ずることにより、1割負担に凍結されているところ、最終とりまとめにおいて、個々人の負担が増加しないよう配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする旨が提案されていることを踏まえ、議論を行った。
- 70～74歳の患者負担については、世代間で不公平が生じている状況を踏まえ、法律上2割負担とされていることを尊重する観点からも、速やかに法定割合に戻すことが適当とする意見が多かった。なお、一部の委員からは、日本の患者負担割合は国際的に見て高水準にある中で、患者負担割合は1割のままとすべきとの意見もあった。
- 最終とりまとめに盛り込まれている後期高齢者負担率の見直しは、高齢者の負担を軽減する一方で、現役世代にとっては負担増であることから、これを実施する場合には、現役世代への経済的支援をあわせて行うべきとの意見があった。
- 前期高齢者納付金の算定上、保険者の負担が過大にならないように設けられている前期高齢者加入率の下限を引き下げるべきとの意見があった一方、その見直しを行うのであれば、高齢者医療制度の見直し全体の中で検討すべきとの意見があった。

社会保障・税一体改革大綱（抄）

平成24年2月17日
閣議決定

3. 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、低所得者対策）

(4) 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、高齢者医療制度の見直しを行う。
- 高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。
（注）現在は、平成24年度までの特例として、支援金の3分の1を総報酬に応じた負担とする措置が講じられるとともに、併せて、協会けんぽに対する国庫補助率を13%から16.4%とする措置が講じられている。
- ☆ 具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。
- 70歳以上75歳未満の方の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する。
（注）患者負担は、69歳までは3割、70歳以上75歳未満は2割、75歳以上は1割と、年齢に応じた負担割合を設定しているが、70歳以上75歳未満については、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。
- ☆ 平成24年度は予算措置を継続するが、平成25年度以降の取扱いは平成25年度の予算編成過程で検討する。

後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方に対する国民健康保険等の適用等の措置を講ずる。

1 後期高齢者医療制度の廃止

後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の高齢者も国民健康保険又は被用者保険に加入することとする。

<施行期日>

平成27年3月1日

(3~5は、平成27年4月1日)

2 国民健康保険の75歳以上の被保険者に係る都道府県単位の財政運営

市町村が行う国民健康保険について、75歳以上の被保険者に係る財政運営を都道府県が行う仕組みとする。

3 高齢者保険料負担率の計算方法の見直し

75歳以上の保険料の伸びが現役制度を上回らないよう、高齢者保険料負担率(約1割)の計算方法をより公平に分担する仕組みに見直す。

4 高齢者医療支援金の総報酬割

75歳以上の給付費に対する高齢者医療支援金(約4割)について、被用者保険者間の按分方法を、各保険者の総報酬に応じた負担とする。

5 公費負担割合の引上げ

保険者の支援金負担を軽減するため、公費負担を実質47%から50%に引き上げる。

※ 75歳以上の現役並み所得を有する方の医療給付費には公費負担がなく、その分は各保険者からの支援金による負担となっている。

6 将来像

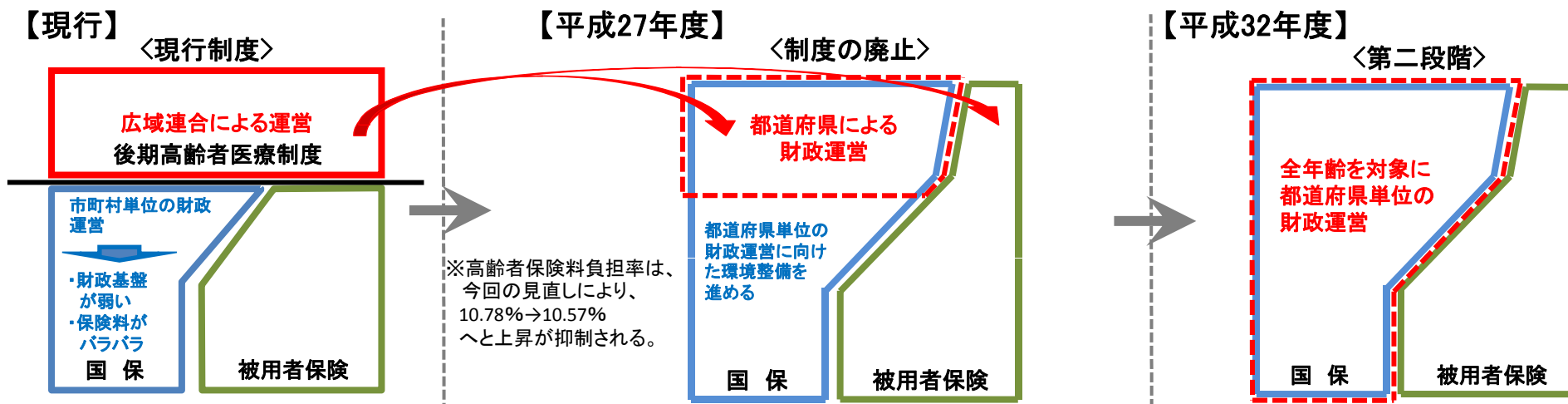
この法律の施行後5年を目途として、市町村が行う国民健康保険について、全ての被保険者に係る財政運営を都道府県単位化する。

※70歳以上75歳未満の患者負担の見直しについては、平成25年度以降のいずれかの時期に70歳に到達する方から本則に戻すことを、平成25年度の予算編成過程で検討する。併せて、75歳以上の方に係る保険料軽減の特例措置を見直すことも検討する。

※市町村国保の低所得者に係る保険料軽減措置の対象世帯の拡大等を行う。

※市町村国保の広域化(都道府県単位化)を進めるため、国としての財政支援を図る。

※上記を踏まえ、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。



社会保障制度改革推進法、民自公「確認書」(高齢者医療関係抜粋)

○社会保障制度改革推進法(平成24年法律第64号)

第1章 総則(第1条～第4条)

(改革の実施及び目標時期)

第4条 政府は、次章に定める基本方針に基づき、社会保障制度改革を行うものとし、このために必要な法制上の措置については、この法律の施行後1年以内に、第9条に規定する社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえて対応するものとする。

第2章 社会保障制度改革の基本方針(第5条～第8条)

(医療保険制度)

第6条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、健康保険法(大正11年法律第70号)、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)その他の法律に基づく医療保険制度(以下単に「医療保険制度」という。)に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持するとともに、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

一～三 (略)

四 今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、第9条に規定する社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること。

第3章 社会保障制度改革国民会議(第9条～第15条)

(社会保障制度改革国民会議の設置)

第9条 平成24年2月17日に閣議において決定された社会保障・税一体改革大綱その他既往の方針のみにかかわらず幅広い観点に立って、第2条の基本的な考え方にのっとり、かつ、前章に定める基本方針に基づき社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議するため、内閣に、社会保障制度改革国民会議(以下「国民会議」という。)を置く。

○平成24年6月15日 民主党・自由民主党・公明党「確認書」

別添の「社会保障・税一体改革に関する確認書」に加え、以下を確認する。

1. 今後の公的年金制度、今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議する。

2・3 (略)

高齢者医療制度の見直し

現行の高齢者医療制度

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

<対象者数>

75歳以上の高齢者 約1,500万人

<後期高齢者医療費>

14.2兆円（平成24年度予算ベース）

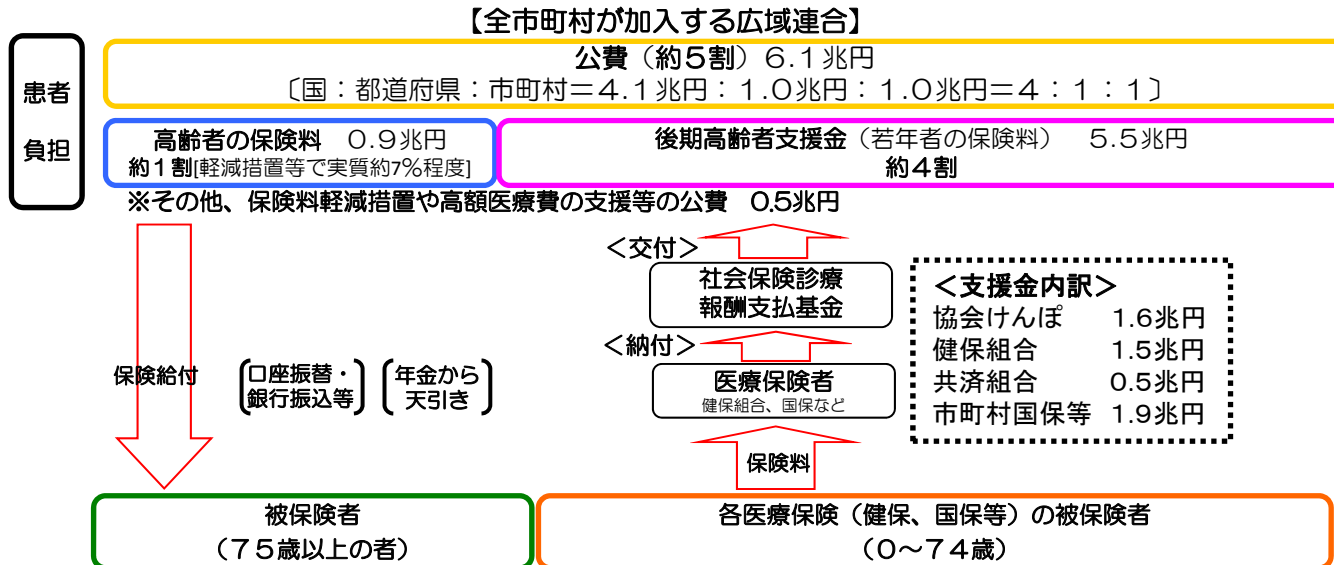
給付費 13.1兆円

患者負担1.1兆円

<保険料額（平成24年度見込）>

全国平均 約5,560円/月

※ 基礎年金のみを受給されている方は
約360円/月



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

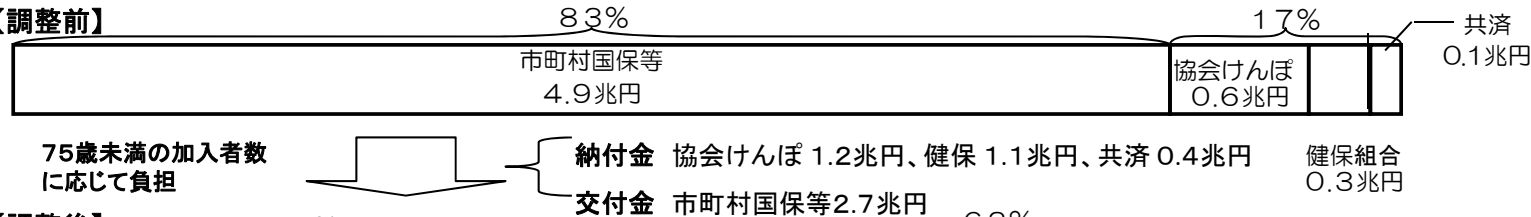
<対象者数>

65～74歳の高齢者
約1,400万人

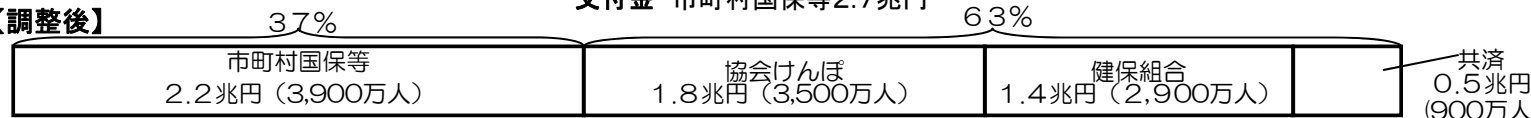
<前期高齢者給付費>

5.9兆円
（平成24年度予算ベース）

【調整前】



【調整後】

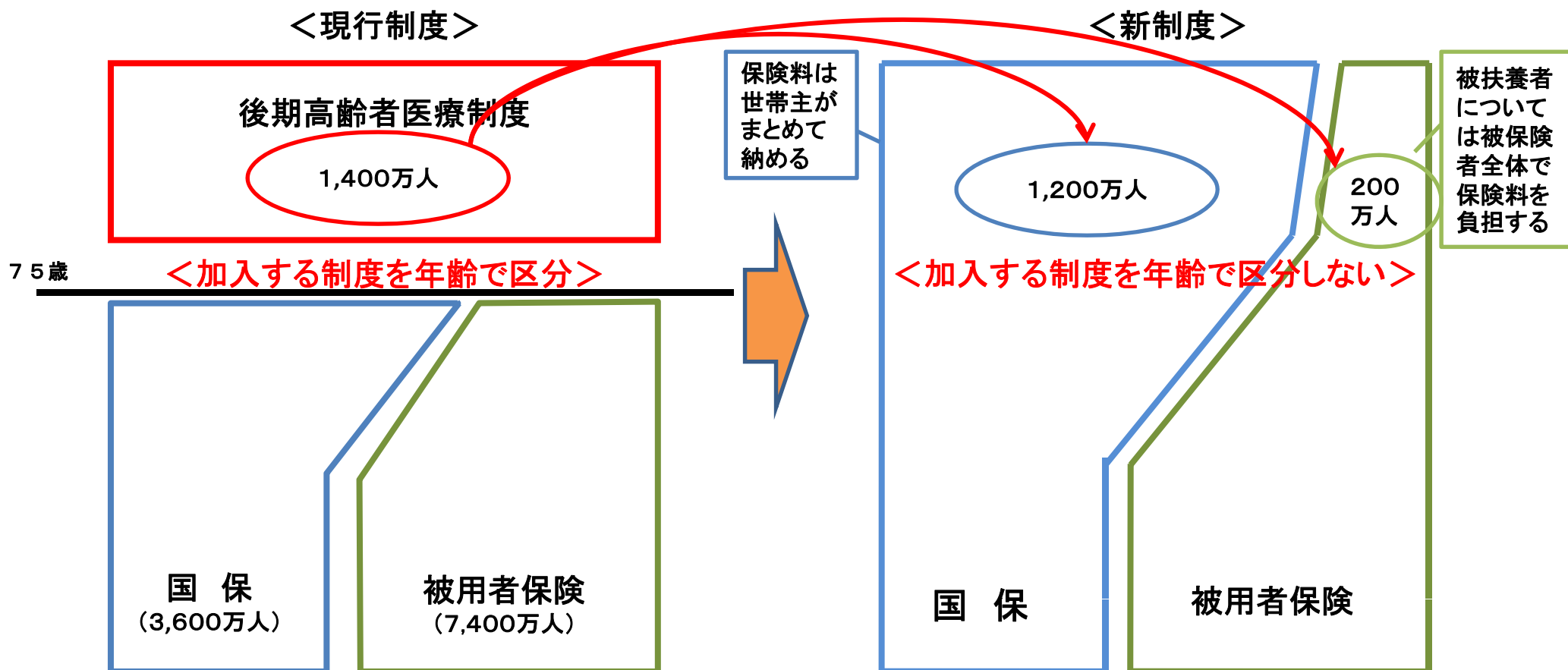


後期高齢者医療制度施行後の取組

取組	実施状況
70～74歳の者の患者負担の凍結 (平成20年4月)	○ 2割負担と法定されている70～74歳の者の患者負担について、施行当初より1割負担に凍結。(現在に至るまで、毎年度の補正予算で対応。)【1,865億円(平成23年度第4次補正予算)】
保険料軽減の特例措置 (平成20年4月)	○ 低所得者及び被用者保険元被扶養者について、制度上の軽減措置に加え更なる保険料軽減を施行当初より実施。(現在に至るまで、毎年度の補正予算で対応。)【754億円(平成23年度第4次補正予算)】
75歳以上に着目した診療報酬の廃止 (平成22年4月)	○ 年齢で一律に医療内容を区分することは不相当との観点から、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。 <u>1 廃止</u> 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 ※後期高齢者終末期相談支援料は、平成20年7月1日より算定を凍結。 <u>2 廃止の上、全年齢を対象とする点数として新設</u> 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 <u>3 廃止の上、対象年齢を介護保険サービスの受給対象者数と同様として新設</u> 後期高齢者総合評価加算等の2項目
保険料の納付方法選択制の導入 (平成21年4月)	○ 原則として年金からの引き落としのみであった保険料の納付方法について、口座振替と年金からの引き落としとの選択制を導入。 【平成23年9月現在:年金からの支払件数 約1,163万件 :口座振替へ切り替えた件数 約88万件(平成20年10月から平成23年8月までの累計)】
資格証明書の厳格な運用 (平成21年10月)	○ 資格証明書の交付を受けると、窓口で医療費の全額を支払うこととなり、必要な医療を受けられなくなる恐れがあることから、資格証明書は原則として交付しないとする基本方針等を通知。現時点で資格証明書の交付実績はなし。
人間ドックの費用助成 (平成21年10月)	○ 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したことを受け、市町村に対し再実施を要請するとともに、特別調整交付金による財政支援を実施。 【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)】
健康診査の受診率向上 (平成21年10月)	○ 健康診査が、市町村の実施義務から広域連合の努力義務とされ、受診率が低下したことを受け、広域連合で受診率向上計画を策定。 【受診率: 26%(19年度) → 21%(20年度) → 22%(21年度) → 23%(22年度)】

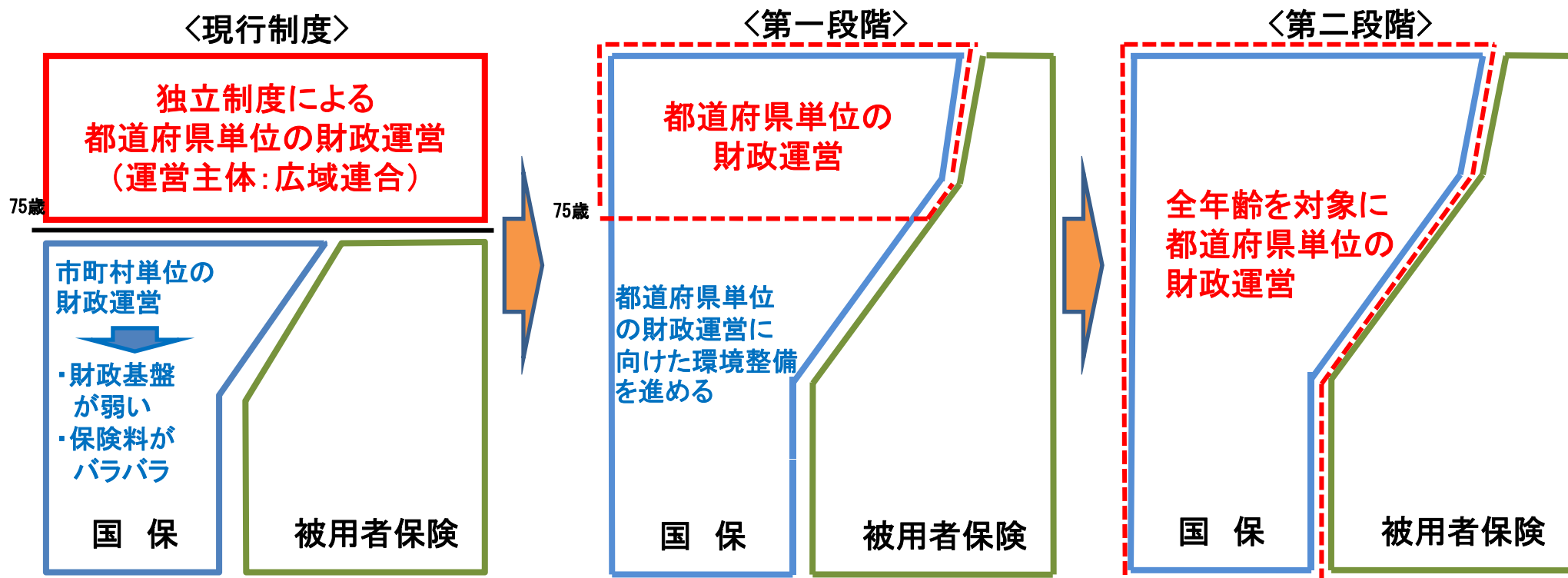
高齢者医療制度改革会議最終とりまとめの考え方（制度の基本的枠組み、加入関係）

- 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。
- 被用者や被扶養者は被用者保険に、これら以外の者は国保に加入する。
- 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。
- 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。



高齢者医療制度改革会議最終とりまとめの考え方（国保の財政運営の都道府県単位化）

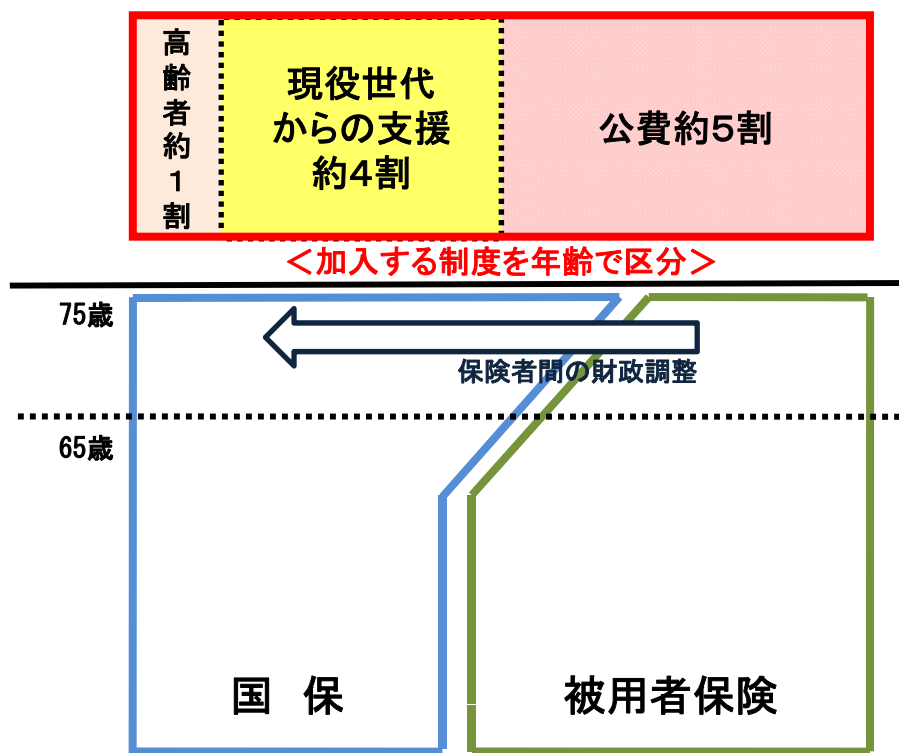
- 低所得者が多く、年齢構成も高い国保については、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠。
- 都道府県単位の運営主体のあり方については、都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢。
- 単純に従前の市町村国保に戻ると、高齢者間の保険料格差が生じ、多くの高齢者の保険料が増加する。
- 新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位による財政運営とする。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方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。



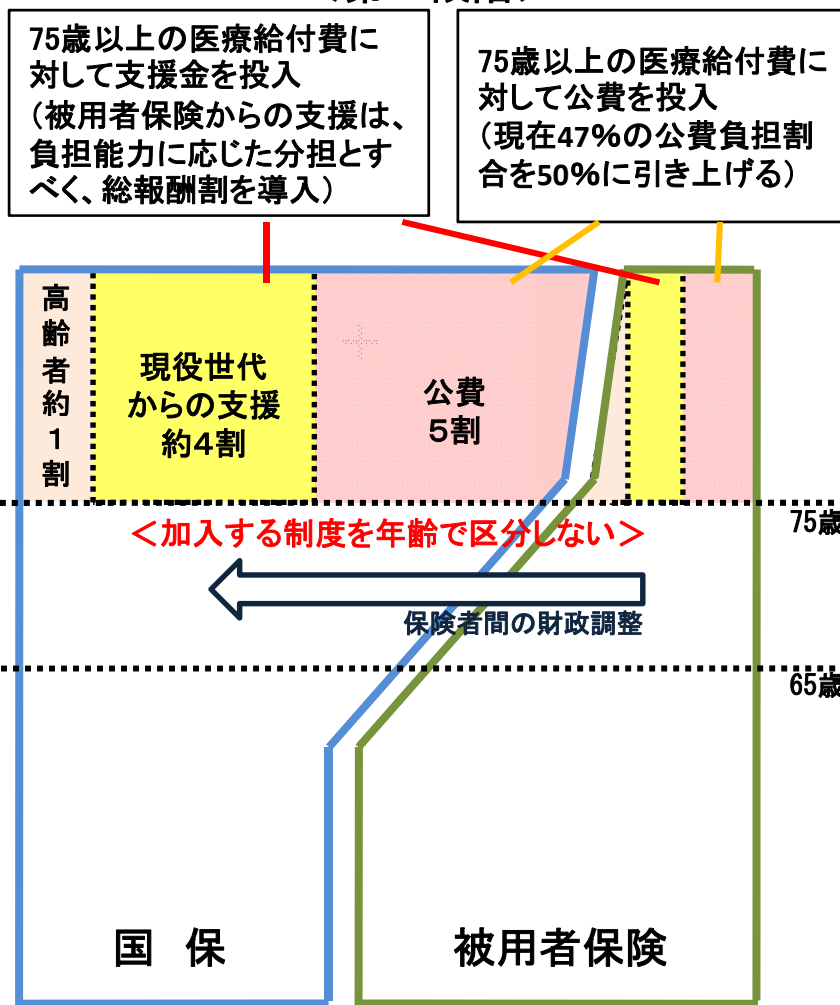
高齢者医療制度改革会議最終とりまとめの考え方（費用負担（第一段階））

- 75歳以上の医療給付費については、引き続き、公費、保険料、支援金で支える。
- 65歳から74歳までの医療給付費についても、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>



<第一段階>



※ 第二段階の財政調整のあり方については改めて検討
 ※ 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。

後期高齢者医療制度についての地方団体の意見

○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。

○全国知事会意見書（24年1月24日）抜粋

3 後期高齢者医療制度について

(1) 高齢者医療制度改革会議の「最終とりまとめ」について

「最終とりまとめ」は、75歳以上を国保と被用者保険に戻し、別々の医療保険制度に加入させるという点で、知事会の目指すすべての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向け大きな後退である。また、年齢による区分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すぎない、加入する制度により新たな不公平が発生する、システム整備に多額の費用を要する、そして最も重要な課題である財源論が欠如しているなど、様々な問題を抱えており、現行制度の改悪と言わざるを得ない。

現行の後期高齢者医療制度は、施行から約4年を経過し定着していることから、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。

(2) 現行制度の廃止について

素案では、高齢者医療制度の見直しについて、「具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。」としている。

本会は、本協議への参加に当たっては、「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。これまで高齢者医療制度に関する協議は一切行っていない中で、現行制度の廃止法案の提出を断行しようとすることは暴挙と言わざるを得ず、断じて認めることはできない。

○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

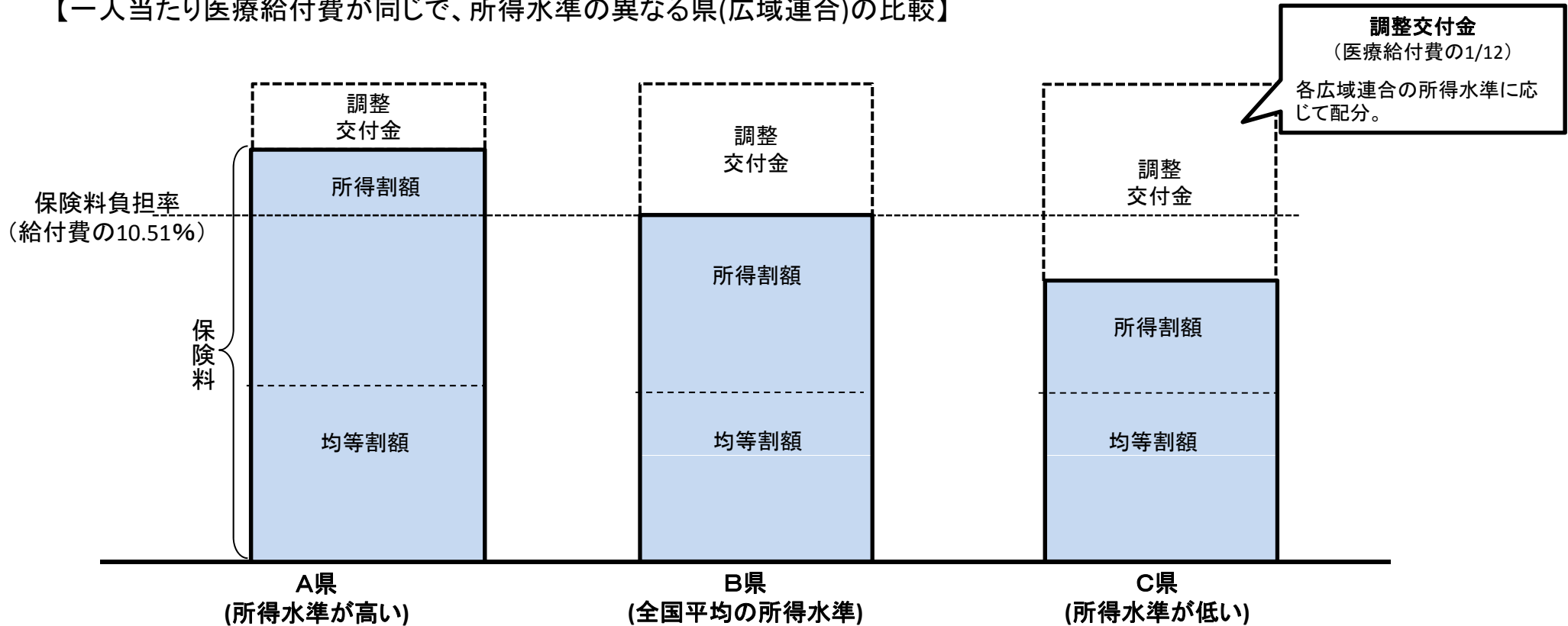
(1) 後期高齢者医療制度は定着しており、新たな高齢者医療制度の創設にあたっては、拙速な導入を避け、地方と十分協議を行うこと。

(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。

後期高齢者医療の保険料について

- 被保険者が負担する保険料は、条例により広域連合が決定し、毎年度、個人単位で賦課される(2年毎に保険料率改定)。
- 保険料で賄う分は、医療給付費全体の約1割。(人口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、高齢者の保険料負担率を段階的に引き上げている(平成24年度10.51%)。)
- 広域連合間の所得水準の格差を是正するため、国の調整交付金を所得に応じて配分している。これにより、同じ医療給付費水準であれば、広域連合の所得水準にかかわらず、同じ保険料水準となる。
- 広域連合間の医療給付費格差は調整せず、一人当たり医療給付費の高い広域連合は、保険料が高くなる。

【一人当たり医療給付費が同じで、所得水準の異なる県(広域連合)の比較】



※ 実際の保険料は、医療給付費以外に現金給付等に充てる分が加えられた額となる。
 ※ 調整交付金には、普通調整交付金の他、災害その他特別な事情に対する特別調整交付金がある。
 ※ 調整交付金は、医療給付費の1/12交付されるが、対象となる医療給付費に現役並所得者分は含まない。

保険料軽減の特例措置

現状

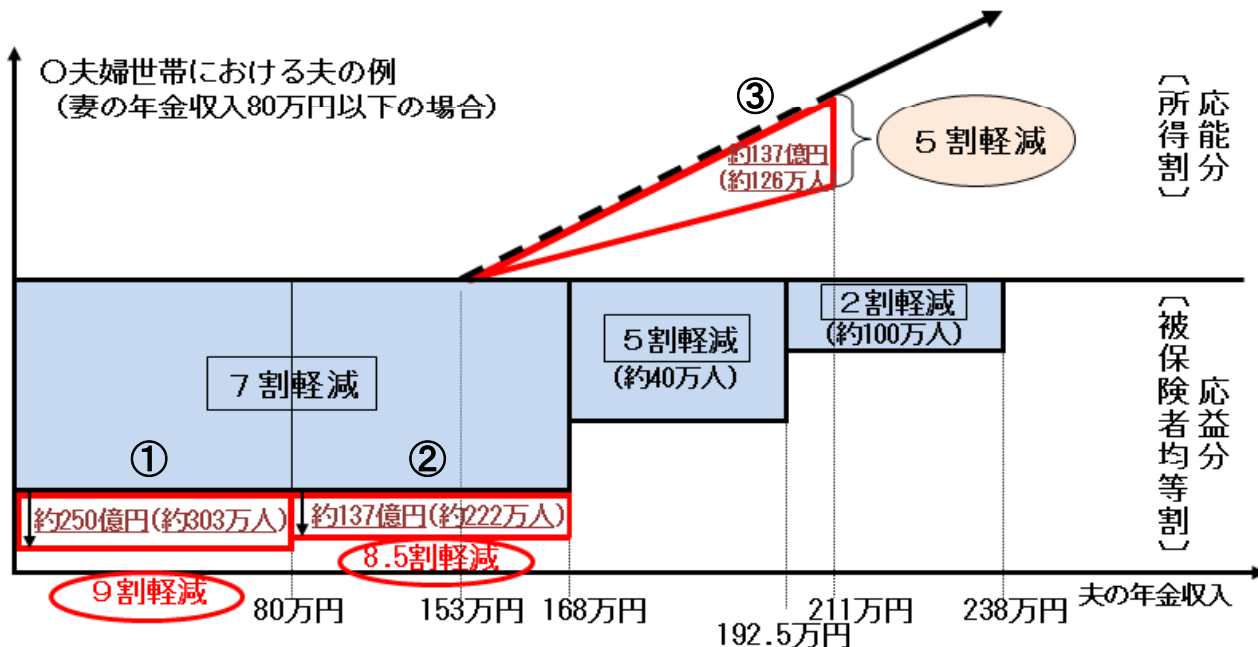
- 75歳以上の方の保険料は、所得に応じ、保険料の均等割を7割・5割・2割に軽減。
- 平成20年4月の制度施行前後に行われた政府・与党決定に基づき、次の特例措置を講じ、現在まで毎年度の予算措置(約750億円)により継続している。
 - ①均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、被保険者全員が年金収入80万円以下(その他の収入なし)の場合、**均等割9割軽減**
 - ②その他の7割軽減に該当する者について、**均等割8.5割軽減**
 - ③低所得者(年金収入211万円まで)について、**所得割5割軽減**
 - ④被用者保険の元被扶養者の均等割を9割軽減、**所得割10割軽減**

厚生労働省の高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

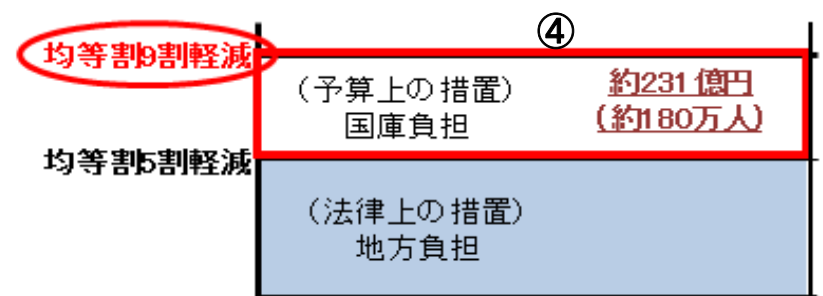
75歳以上の方に適用されている低所得者等の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割、所得割の5割軽減)については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。(※)

※ 高齢者医療制度改革会議最終とりまとめでは、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の被用者と被扶養者は被用者保険に加入することとしていることから、75歳以上の元被扶養者の保険料軽減特例措置の見直しに言及していない。

【低所得者への保険料軽減(平成24年度)】

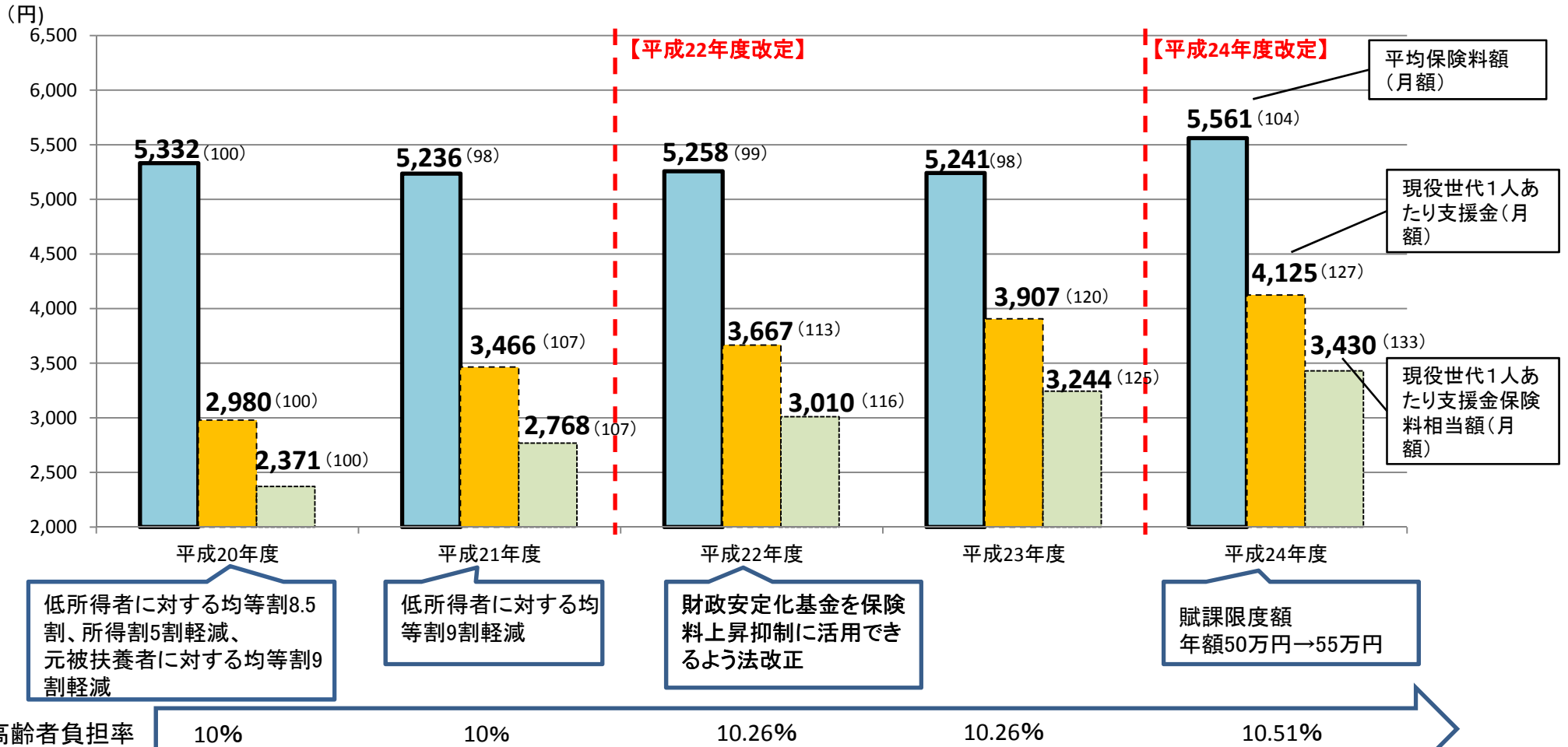


【元被扶養者への保険料軽減(平成24年度)】



※元被扶養者の軽減(均等割5割軽減、所得割10割軽減)は、制度上、加入から2年間限りとされているが、特例措置により、期限を設けずに軽減(均等割9割軽減、所得割10割軽減)している。

後期高齢者医療制度の保険料の推移



- ※ 平均保険料額について、平成20～23年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査を基に算出、平成24年度は保険料率改定時の見込額。
- ※ 支援金は、平成20～22年度は高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定に係る率及び額を定める告示を、平成23・24年度は予算額を基に算出。
- ※ 支援金保険料相当分は支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～22年度は確定ベース、平成23・24年は予算額を基に算出。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)
- ※ 各年度の()の数値は平成20年度の金額を100としたときの数値。(支援金及び支援金保険料相当分については、満年度化の影響排除のため、平成20年度のコに12/11を乗じたものを100として計算している。)
- ※ 低所得者及び元被扶養者に対して保険料軽減の特例措置が行われている。
低所得者への保険料軽減の特例措置：平成20年度は均等割8.5割軽減及び所得割5割軽減、平成21年度以降は均等割9割・8.5割軽減及び所得割5割軽減
元被扶養者への保険料軽減の特例措置：均等割軽減9割軽減、所得割は賦課せず
- ※ 平成24年度の保険料額は、2年分の1人あたり医療費の伸び、後期高齢者負担率の引上げ、平成22年度の改定時に剰余金・財政安定化基金を活用して抑制した分等により一定程度の上昇が見込まれたが、23年度末までに生じる剰余金の活用及び財政安定化基金の活用により、約6%の伸びとなった。

後期高齢者医療制度の保険料の状況（単身世帯）

		年金収入	80万円	150万円	200万円	250万円
後期高齢者医療	一般被保険者	特例措置	〈均等割9割軽減〉 360円 (0.54%)	〈均等割8.5割軽減〉 540円 (0.43%)	〈均等割2割軽減・ 所得割5割軽減〉 4,580円 (2.75%)	〈軽減なし〉 10,540円(5.06%)
		本則	〈均等割7割軽減〉 1,090円 (1.64%)	〈均等割7割軽減〉 1,090円 (0.87%)	〈均等割2割軽減〉 6,250円 (3.75%)	
	元被扶養者	特例措置 (当分の間)	〈均等割9割軽減〉 360円 (0.54%)	〈均等割9割軽減〉 360円 (0.29%)	〈均等割9割軽減・ 所得割10割軽減〉 360円 (0.21%)	〈均等割9割軽減・ 所得割10割軽減〉 360円 (0.17%)
		本則 (制度加入から2年間)	〈均等割7割軽減〉 1,090円 (1.64%)	〈均等割7割軽減〉 1,090円 (0.87%)	〈均等割5割軽減〉 1,810円 (1.09%)	〈均等割5割軽減〉 1,810円 (0.87%)

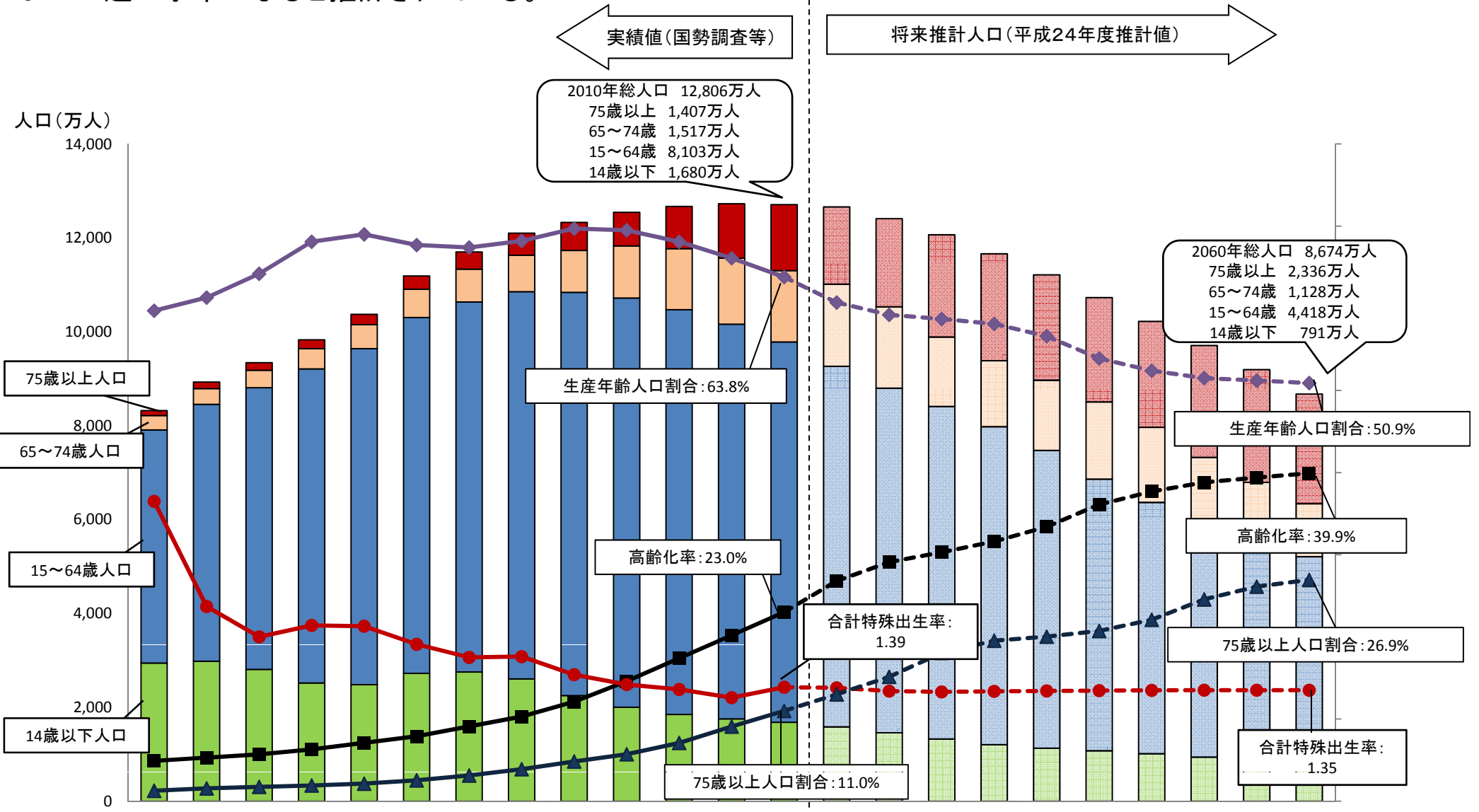
国民健康保険	被保険者 (65歳～74歳)	〈応益割7割軽減〉 2,660円 (3.99%)	〈応益割7割軽減〉 2,660円 (2.13%)	〈応益割2割軽減〉 7,920円 (4.75%)	〈軽減なし〉 12,050円 (5.78%)
--------	-------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------

- * < >内は保険料軽減割合、()内は年金収入に占める保険料負担割合。
- * 後期高齢者医療制度保険料は平成24年度の全国平均保険料率にて算出。
- * 国民健康保険料は四方式(旧ただし書き所得ベース)の平成22年全国平均保険料率にて算出。
- * 国民健康保険料資産割額は年収にかかわらず、全国平均月額1,350円として算出。

(参考)後期高齢者医療制度の概況

日本の人口の推移

日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。

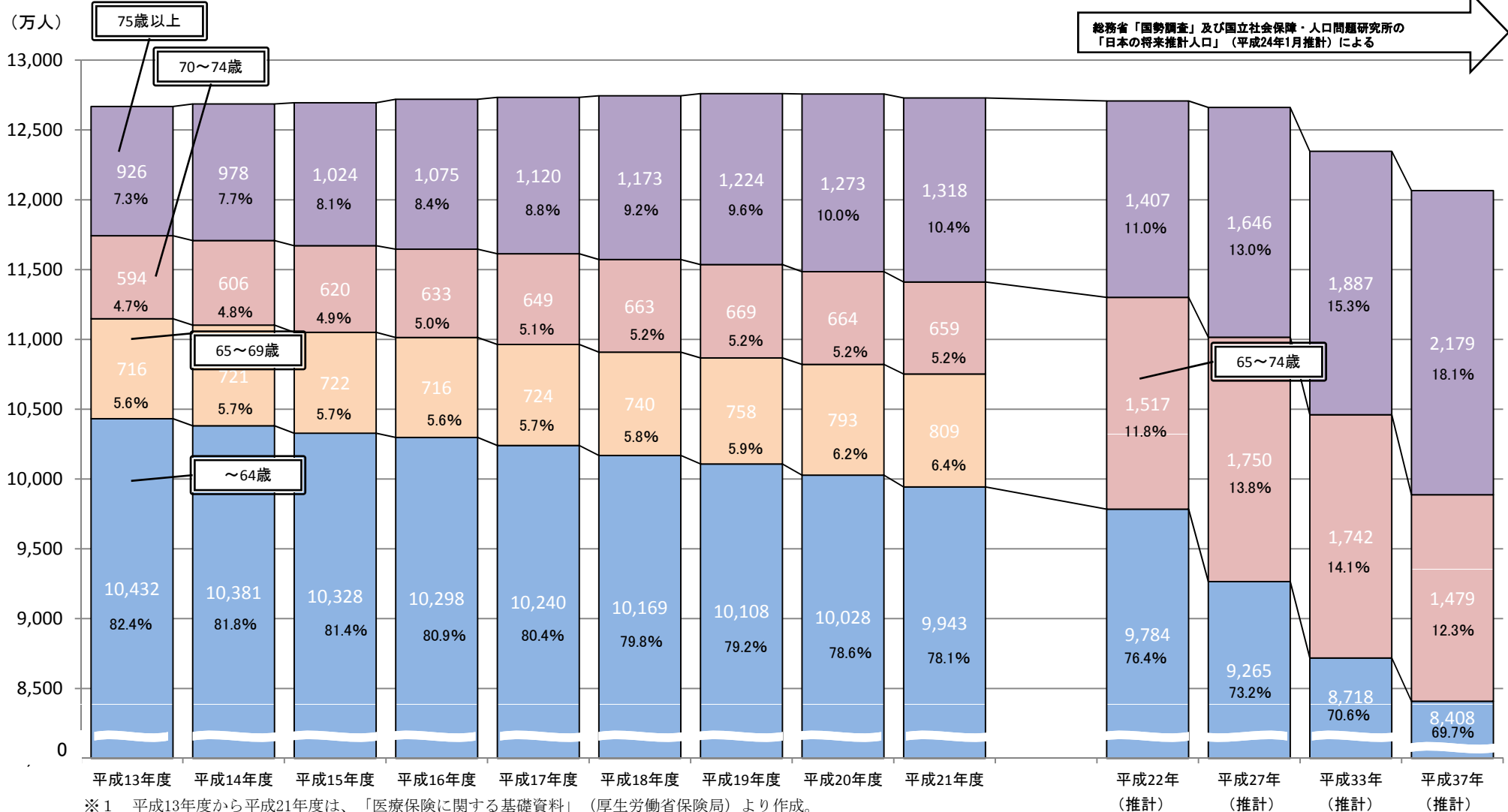


(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」

(注)「高齢化率」は、65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合。

年齢階級別の医療保険制度加入者数

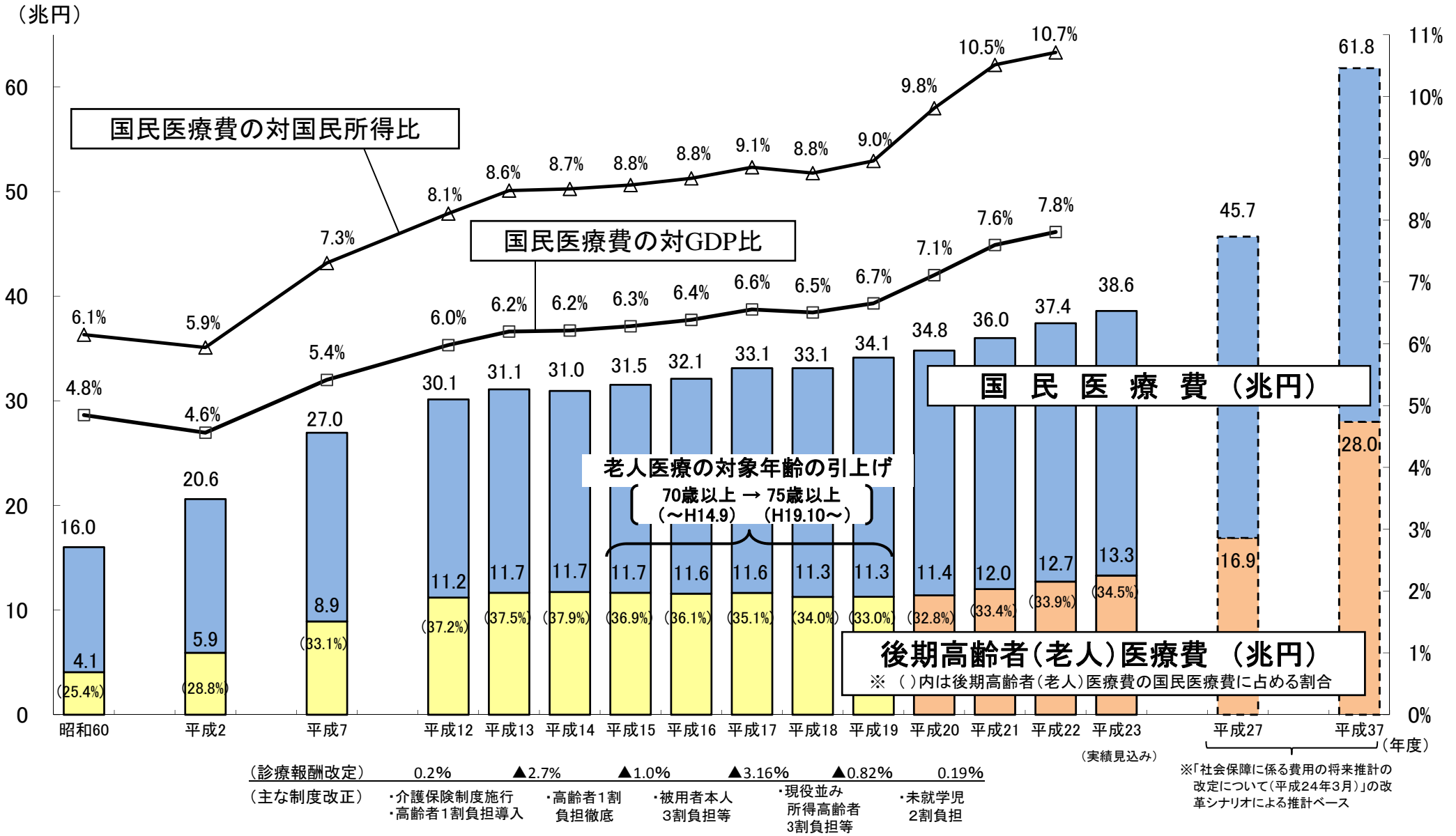
- 65歳以上の医療保険制度加入者は、平成13年度から平成21年度に約1.24倍増加して2,786万人。このうち75歳以上は、約1.42倍増加して1,318万人。
- 65歳以上74歳以下の割合は増加しているが、平成33年を境に減少に転じる。
- 64歳以下は、一貫して減少傾向。
- 平成37年には、65歳以上が約30%を、75歳以上が約18%を占めると推計される。



※1 平成13年度から平成21年度は、「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省保険局)より作成。

※2 平成22年以降は、総務省「国勢調査」及び国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)より作成。

医療費の動向



注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(平成23年12月)。

注2 平成23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により推計。

社会保障に係る費用の将来推計について《改定後(平成24年3月)》(保険料・公費負担額の見通し)

	2012 (平成24)	2015 (平成27)		2020 (平成32)		2025 (平成37)	
	兆円	兆円	(対2012年度比)	兆円	(対2012年度比)	兆円	(対2012年度比)
負担額	35.1	39.5 (39.1)	1.13 1.11	46.9 (46.1)	1.34 1.31	54.0 (53.3)	1.54 1.52
保険料負担	20.1	22.3 (22.0)	1.11 1.09	25.5 (25.0)	1.27 1.24	28.5 (28.2)	1.42 1.40
公費負担	15.0	17.2 (17.0)	1.15 1.13	21.4 (21.1)	1.43 1.41	25.5 (25.2)	1.70 1.68
(参考)GDP	479.6	509.8	1.06	558	1.16	610.6	1.27

注1:平成24年3月に公表された「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」より、医療部分について抜粋し、計算している。

注2:表中「対2012年度比」は、兆円単位で計算している。

注3:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「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」の効果は、反映していない。)

注4:()内は医療介護について充実と重点化・効率化を行わず、現状を投影した場合の給付費等である。

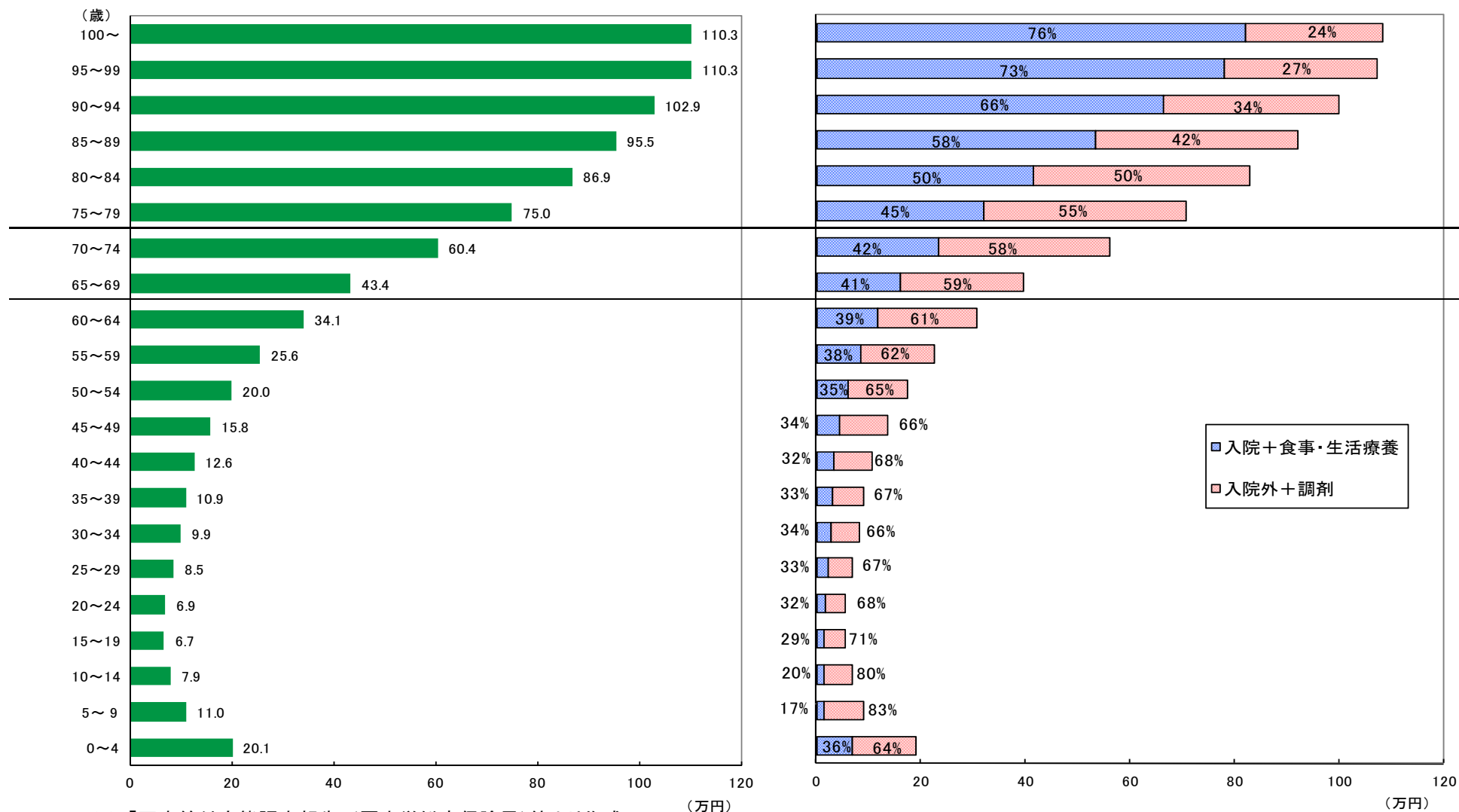
注5:医療の負担には補正予算対応分が含まれている。

年齢階級別1人当たり医療費(平成21年度)(医療保険制度分)

1人当たり医療費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、70歳代までは外来（入院外+調剤）の割合が高いが、80歳代になると入院（入院+食事療養）の割合が高くなる。

(医療費計)

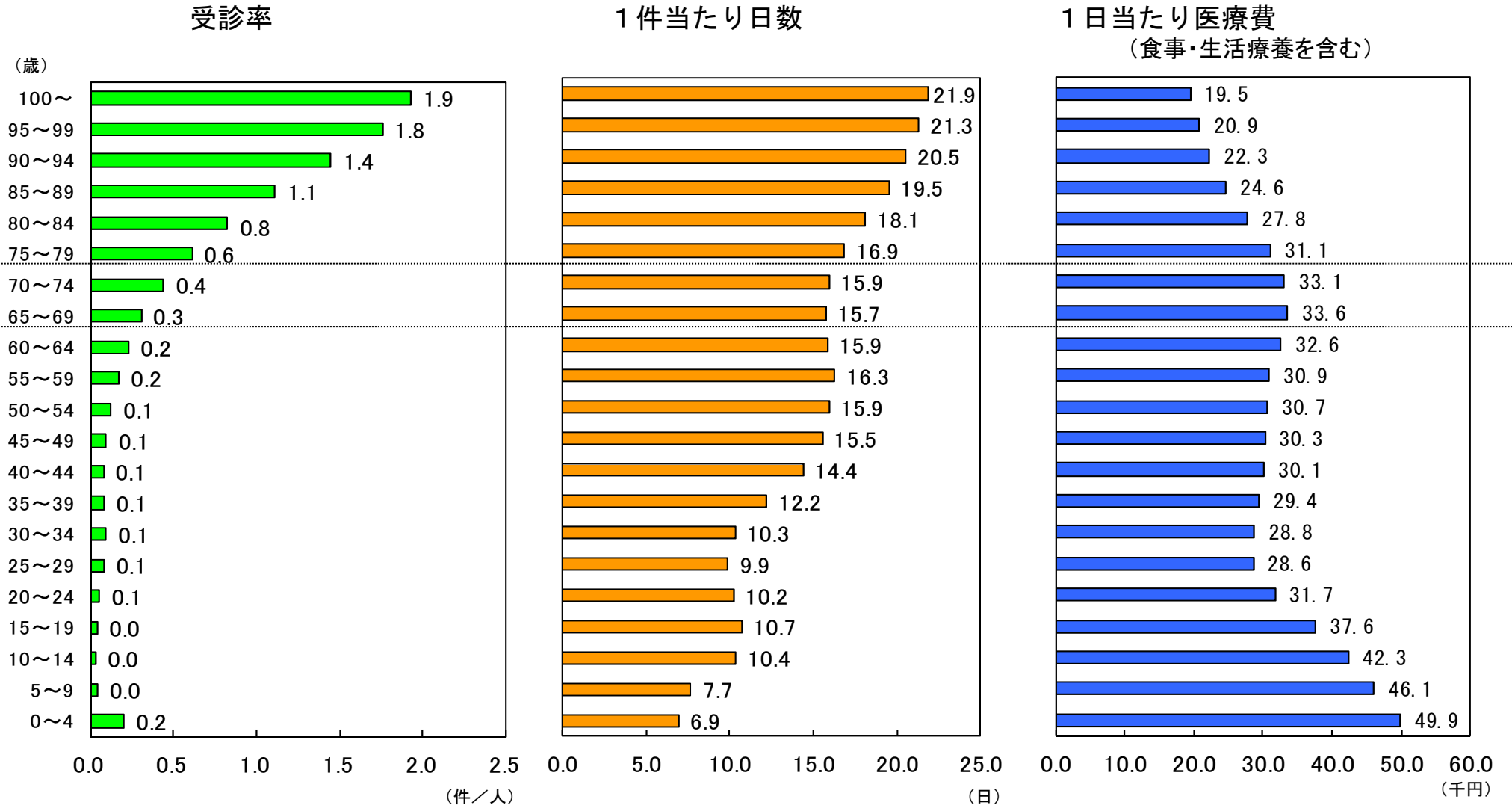
(医科診療費)



※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

年齢階級別 三要素(入院、平成21年度)

入院医療費について、三要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）に分解してみると、高齢期に入ると受診率が急増するとともに、1件当たり日数が増加する一方、1日当たり医療費は低下する。



※「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

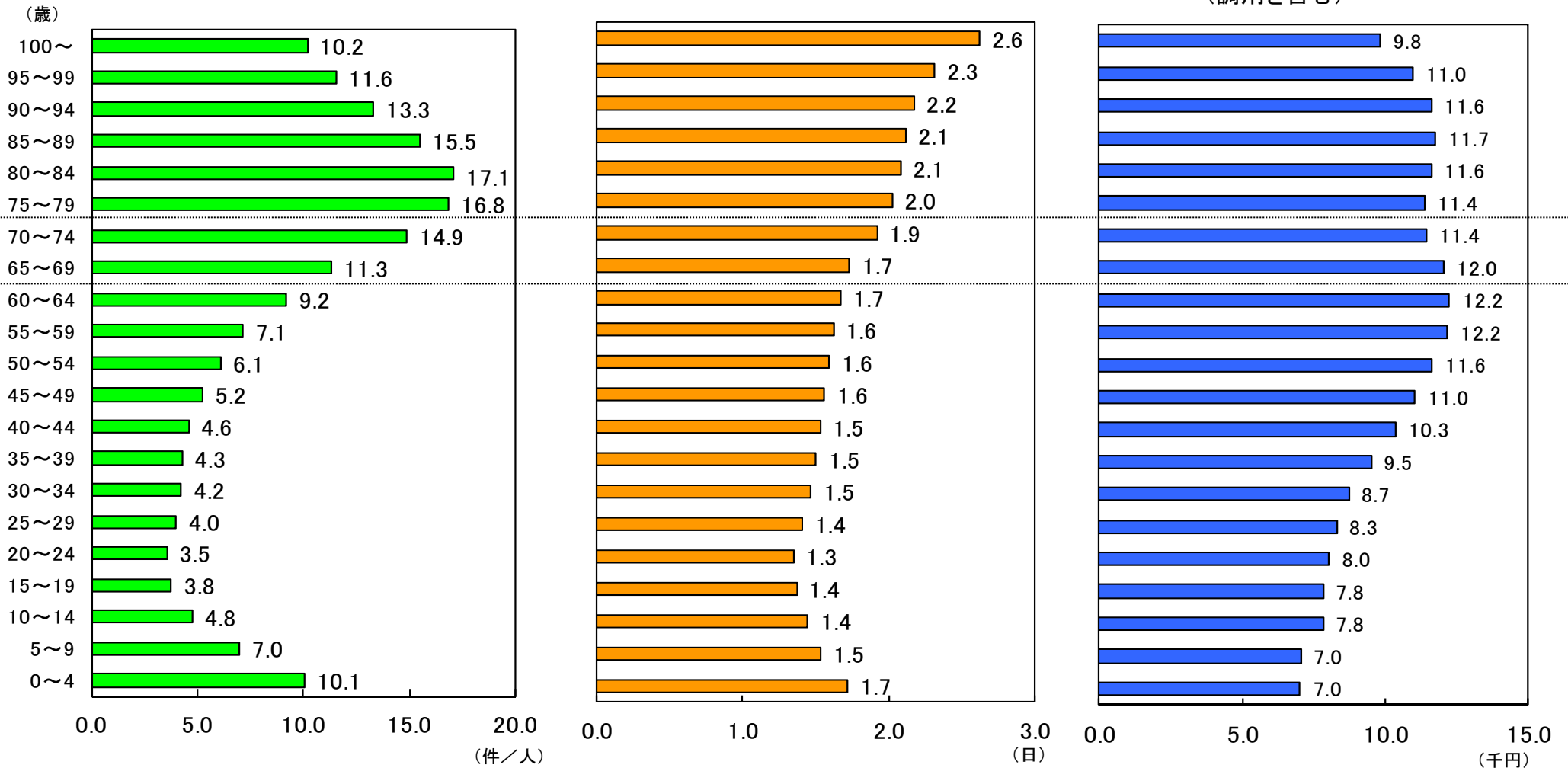
年齢階級別 三要素(入院外、平成21年度)

入院外医療費について、三要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）に分解してみると、年齢が上がるごとに増加していた受診率が、80歳代前半をピークに低下する。

受診率

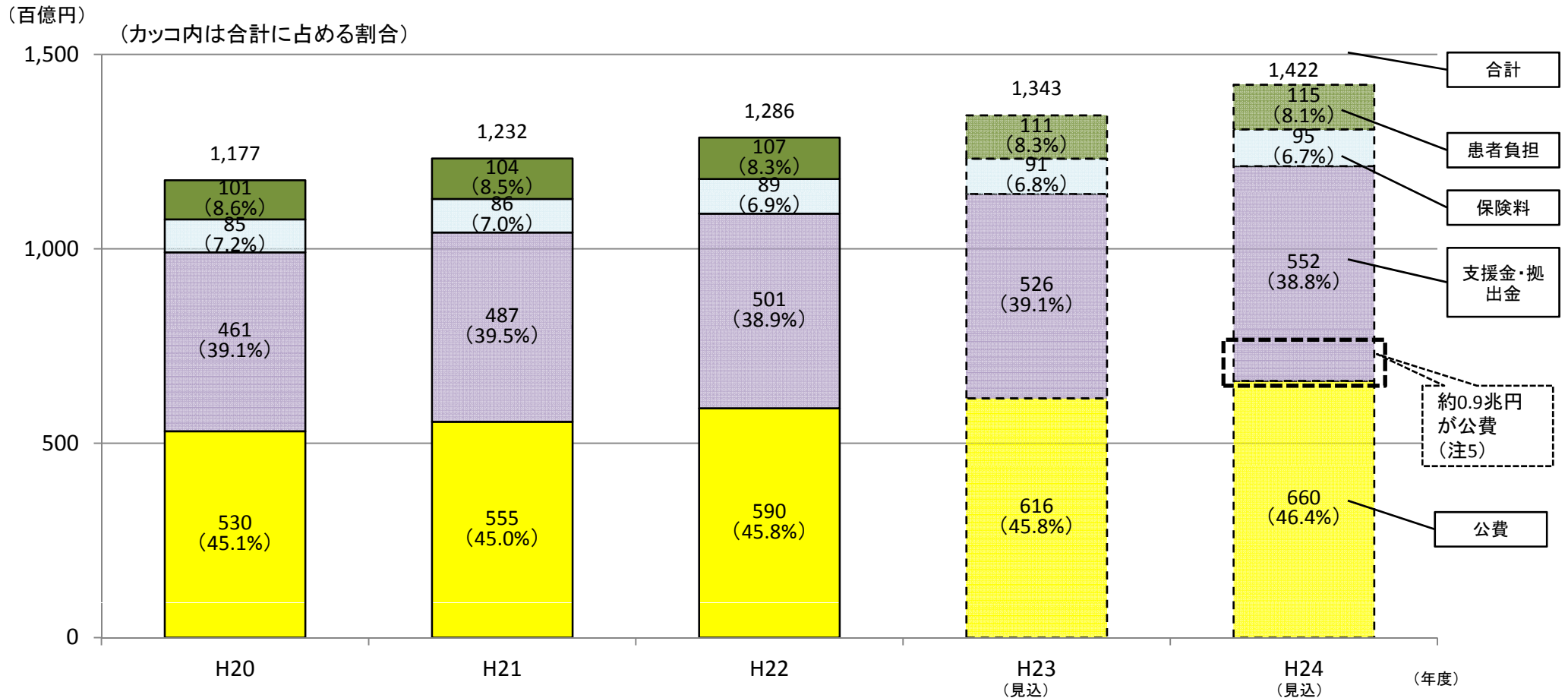
1件当たり日数

1日当たり医療費
(調剤を含む)



※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

後期高齢者医療の財源



※ 端数処理の関係上、金額が合わない場合がある。
 ※ 経過措置としての老健拠出金を含む。

注1 後期高齢者医療事業年報等により作成。

注2 平成22年度以前は実績、平成23年度以降は予算ベース。

注3 平成20年度は、老人保健1ヶ月分と、後期高齢者医療11ヶ月分の公費、支援金・拠出金、保険料(後期のみ)、患者負担の額。

注4 公費には、定率負担、調整交付金等医療給付に対するものの他、保険基盤安定分、保険料軽減特例分の負担額を含めて計上。

注5 市町村国保に対し2分の1の公費負担(41%国費、9%都道府県費)、協会けんぽに対し16.4%の国庫補助があることから、後期支援金のうち約0.9兆円は公費。これらを含めると公費割合は、約53%となる。(平成24年度予算ベース)

注6 高額医療費負担約1,035億円、保険料軽減特例約755億円、保険基盤安定約2,481億円、これら合計約4,271億円の公費により保険料を軽減していることから、保険料の医療費に対する実質的な割合は約6.7%となる。(平成24年度予算ベース、高齢者負担率:10.51%)

※高齢者負担率…「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を段階的に引き上げる仕組み。

後期高齢者医療制度の平成24年度及び25年度の保険料率等(1)

	均一保険料率(年額・率)				被保険者一人当たり 平均保険料額(月額)				年金収入別の保険料額の例(月額)	
	22-23年度		24-25年度		21年度	22-23年度	24-25年度(見込)		基礎年金受給者 (年金収入79万円)	平均的な厚生年金受給者 (年金収入201万円)
	被保険者 均等割額 (円)	所得割率 (%)	被保険者 均等割額 (円)	所得割率 (%)	保険料額 (円)	保険料額 (円)	保険料額 (円)	対22-23年度増減 (円 / %)	24-25年度 保険料額 (円)	24-25年度 保険料額 (円)
全国	41,700	7.88	43,550	8.55	5,236	5,249	5,561	312 / 5.9	363	4,614
北海道	44,192	10.28	47,709	10.61	5,255	5,415	5,549	134 / 2.5	392	5,300
青森県	40,514	7.41	40,514	7.41	3,374	3,322	3,352	31 / 0.9	333	4,175
岩手県	35,800	6.62	35,800	6.62	3,227	3,147	3,113	-34 / -1.1	292	3,708
宮城県	40,020	7.32	40,920	8.30	4,420	4,435	4,646	211 / 4.8	333	4,383
秋田県	38,925	7.18	39,710	8.07	3,135	3,101	3,259	158 / 5.1	325	4,258
山形県	38,400	7.12	39,500	7.52	3,283	3,327	3,464	137 / 4.1	325	4,133
福島県	40,000	7.60	40,000	7.76	3,801	3,746	3,776	29 / 0.8	333	4,217
茨城県	37,462	7.60	39,500	8.00	4,207	4,173	4,277	104 / 2.5	325	4,233
栃木県	37,800	7.18	42,000	8.54	4,143	4,081	4,471	390 / 9.6	350	4,500
群馬県	39,600	7.36	42,700	8.48	4,389	4,289	4,692	403 / 9.4	350	4,542
埼玉県	40,300	7.75	41,860	8.25	6,268	5,977	6,255	278 / 4.6	348	4,440
千葉県	37,400	7.29	37,400	7.29	5,438	5,488	5,428	-60 / -1.1	308	3,950
東京都	37,800	7.18	40,100	8.19	7,116	7,216	7,872	656 / 9.1	333	4,308
神奈川県	39,260	7.42	41,099	8.01	7,274	7,080	7,547	467 / 6.6	342	4,342
新潟県	35,300	7.15	35,300	7.15	3,656	3,594	3,545	-49 / -1.4	292	3,783
富山県	40,800	7.50	43,800	8.60	4,656	4,528	4,947	419 / 9.3	358	4,633
石川県	45,240	8.26	47,520	9.33	5,026	4,897	5,201	304 / 6.2	396	5,034
福井県	43,700	7.90	43,700	7.90	4,613	4,509	4,489	-20 / -0.4	358	4,492
山梨県	38,710	7.28	39,670	7.86	3,921	3,833	4,050	217 / 5.6	330	4,217
長野県	36,225	6.89	38,239	7.29	3,888	3,957	4,160	203 / 5.1	317	4,000
岐阜県	39,310	7.39	40,670	7.83	4,613	4,520	4,702	182 / 4.0	333	4,275
静岡県	36,400	7.11	37,900	7.39	4,998	4,964	5,151	187 / 3.8	308	4,000
愛知県	41,844	7.85	43,510	8.55	6,256	6,315	6,684	369 / 5.9	358	4,608
三重県	36,800	6.83	39,120	7.55	4,181	4,100	4,470	370 / 9.0	326	4,118
滋賀県	38,645	7.18	41,704	8.12	4,599	4,671	5,135	464 / 9.9	348	4,404

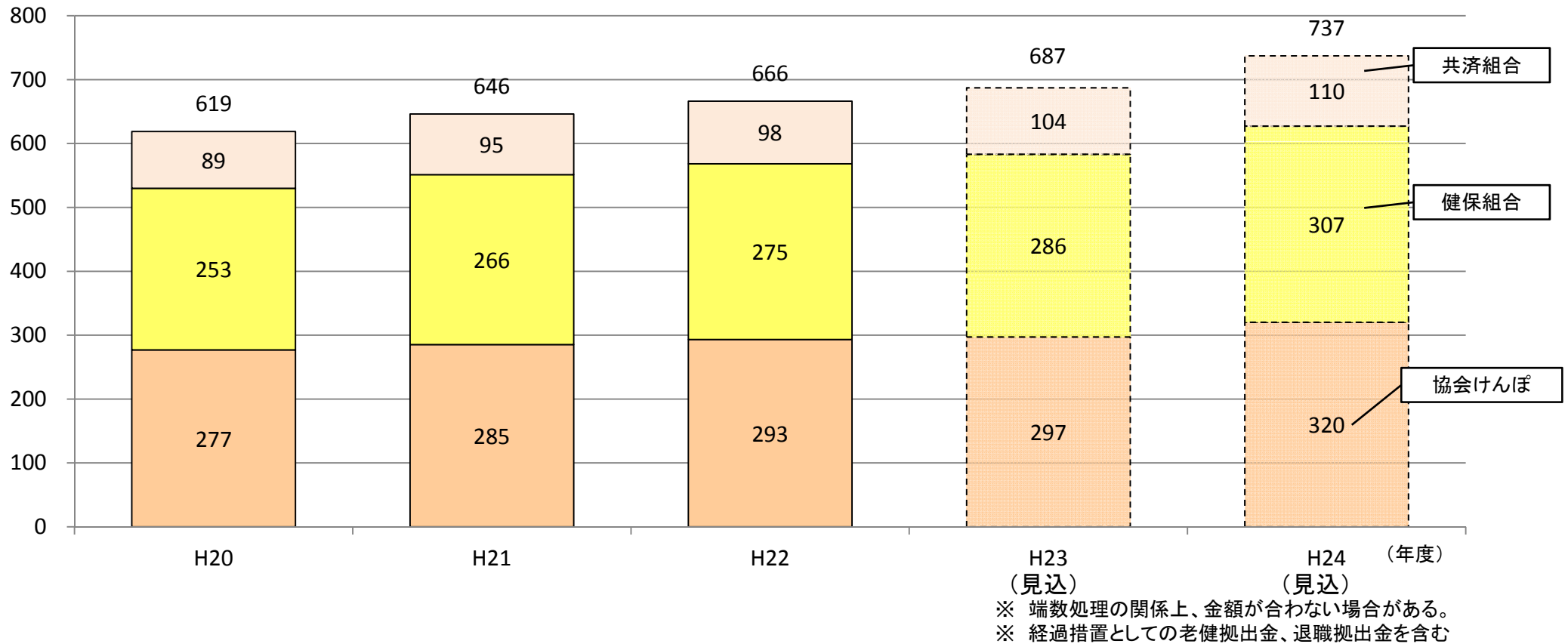
後期高齢者医療制度の平成24年度及び25年度の保険料率等(2)

	均一保険料率(年額・率)				被保険者一人当たり 平均保険料額(月額)				年金収入別の保険料額の例(月額)	
	22-23年度		24-25年度		21年度	22-23年度	24-25年度(見込)		基礎年金受給者 (年金収入79万円)	平均的な厚生年金受給者 (年金収入201万円)
	被保険者 均等割額 (円)	所得割率 (%)	被保険者 均等割額 (円)	所得割率 (%)	保険料額 (円)	保険料額 (円)	保険料額 (円)	対22-23年度増減 (円 / %)	24-25年度 保険料額 (円)	24-25年度 保険料額 (円)
全国	41,700	7.88	43,550	8.55	5,236	5,249	5,561	312 / 5.9	363	4,614
京都府	44,410	8.68	46,390	9.12	5,953	5,953	6,253	300 / 5.0	387	4,916
大阪府	49,036	9.34	51,828	10.17	6,490	6,640	7,098	458 / 6.9	432	5,489
兵庫県	43,924	8.23	46,003	9.14	5,925	5,893	6,252	359 / 6.1	383	4,895
奈良県	40,800	7.70	44,200	8.10	5,268	5,351	5,830	479 / 9.0	367	4,567
和歌山県	42,649	7.91	43,271	8.28	4,244	4,146	4,261	115 / 2.8	358	4,533
鳥取県	40,773	7.71	40,773	7.71	4,065	3,976	4,003	27 / 0.7	333	4,258
島根県	39,670	7.35	41,520	8.41	3,643	3,630	3,900	270 / 7.4	346	4,450
岡山県	44,000	8.55	45,000	8.97	4,794	4,926	5,028	102 / 2.1	375	4,792
広島県	41,791	7.53	43,735	8.35	5,092	5,213	5,603	390 / 7.5	364	4,586
山口県	46,241	8.73	47,474	9.45	5,469	5,341	5,542	201 / 3.8	396	5,055
徳島県	43,990	8.03	48,900	9.51	3,797	3,969	4,485	516 / 13.0	400	5,158
香川県	47,200	8.81	47,200	8.81	5,390	5,226	5,286	60 / 1.1	392	4,908
愛媛県	41,227	7.84	44,194	8.72	4,215	4,101	4,487	386 / 9.4	368	4,690
高知県	48,931	8.94	51,793	10.35	4,421	4,409	4,845	436 / 9.9	432	5,523
福岡県	52,213	9.87	55,045	10.88	6,071	6,194	6,606	412 / 6.7	458	5,845
佐賀県	47,400	8.80	49,500	9.60	4,547	4,466	4,706	240 / 5.4	408	5,217
長崎県	42,400	7.80	44,600	8.23	4,164	4,123	4,322	199 / 4.8	367	4,617
熊本県	47,000	9.03	47,900	9.26	4,248	4,299	4,439	140 / 3.2	392	5,042
大分県	47,100	8.78	48,500	9.52	4,448	4,385	4,634	249 / 5.7	400	5,133
宮崎県	42,500	7.55	45,500	8.48	3,710	3,558	3,940	382 / 10.7	375	4,725
鹿児島県	45,900	8.63	48,500	9.05	3,731	3,684	3,853	169 / 4.6	400	5,042
沖縄県	48,440	8.80	48,440	8.80	4,470	4,591	4,685	94 / 2.1	404	4,989

- 均一保険料率(被保険者均等割額及び所得割率)は、平成24年度・平成25年度とも同じであるが、被保険者一人当たり平均保険料額は、被保険者の所得水準の変更等の影響を受けることから、各年度において異なる額となる。このため、均一保険料率の据置き又は引下げを行った広域連合においても、被保険者一人当たり平均保険料額が増減する場合がある。
- 平成24・25年度の被保険者一人当たり平均保険料額は、保険料改定に係る各広域連合の条例改正時の見込額であり、各年度において実際に各被保険者に課される保険料額の平均値とは異なる。
- 平成21年度及び平成22-23年度の被保険者一人当たり平均保険料額(実績)は、後期高齢者医療制度被保険者実態調査より算出。

被用者保険の拠出金等の推移(保険者別)

(百億円)



注1 社会保険診療報酬支払基金の徴収額等決定状況等により作成。

注2 平成22年度以前は確定額、平成23年度以降は概算額。

注3 各保険制度が負担する老健拠出金、退職拠出金、前期納付金、後期支援金を示している。

注4 退職者医療制度は、昭和59年度より開始し、平成20年度前期財政調整制度開始により廃止。ただし、団塊世代(昭和22~24年生まれ)の退職者急増が見込まれることから、平成26年度までに65歳未満の退職者となった者を対象として経過的に存続。

注5 平成20年度より、前期財政調整制度開始。

注6 市町村国保に対し2分の1の公費負担(41%国費、9%都道府県費)、協会けんぽに対し16.4%の国庫補助がされており、これらの公費は拠出金等に含まれる。(平成24年度予算ベース)

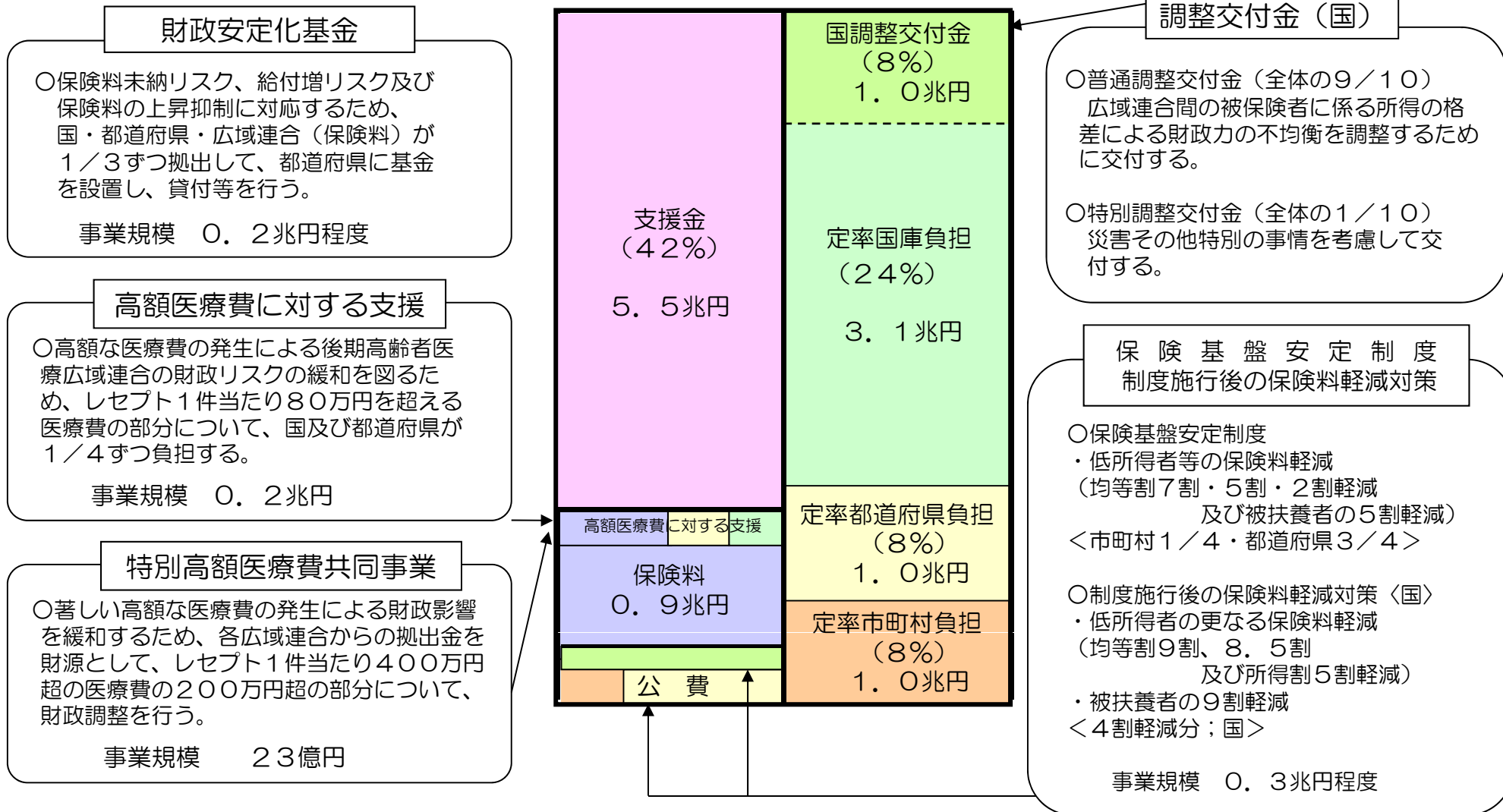
後期高齢者医療制度の財政の概要(24年度予算)

医療給付費等総額：13.1兆円

24年度予算ベース

都道府県単位の広域連合

← 53% → ← 47% →



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	平成22年度
単年度収入(経常収入)	保険料	8,213	8,565	8,907
	国庫支出金	31,547	36,221	36,778
	都道府県支出金	9,050	10,314	11,232
	市町村負担金	8,366	9,293	9,854
	後期高齢者交付金	41,296	47,189	49,526
	特別高額医療費共同事業交付金	7	16	18
	その他	38	94	119
	合 計	98,517	111,691	116,434
単年度支出(経常支出)	総務費	267	273	260
	保険給付費	95,008	110,403	117,340
	財政安定化基金拠出金	89	89	142
	特別高額医療費共同事業拠出金・事務費拠出金	8	16	19
	保健事業費	133	158	184
	その他	5	37	57
		合 計	95,510	110,974
単年度収支差(A)		3,007	717	▲1,567
前年度精算額(B)		—	1,599	1,809
当年度精算額(C)		▲1,599	▲1,809	▲339
実質的な単年度収支差(A)+(B)+(C)		1,408	507	▲97

※平成22年度の実質的な単年度収支差は97億円の赤字だが、前年度までの剰余金等により収支は1,269億円の黒字。

(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。

後期高齢者医療広域連合

○ 市町村は、後期高齢者医療に関する事務を処理するため、都道府県ごとにすべての市町村が加入する広域連合を設立する。

※ 広域連合は、地方自治法第284条第3項に規定される特別地方公共団体。

1. 広域連合・市町村の事務分担

広域連合

被保険者の認定、保険料率の決定、医療の給付、
保険料の賦課、健診事業 等

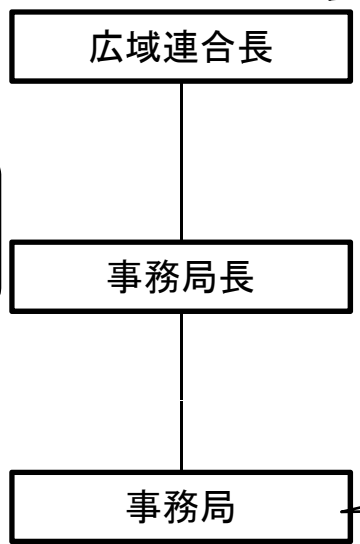
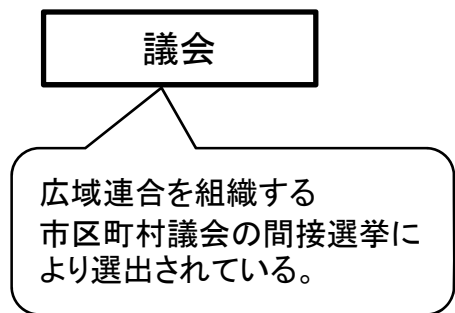
市町村

保険料の徴収・納付相談、窓口業務（保険証の引渡し、保険証の交付申請等各種申請の受付、
転入等の加入や資格喪失届出の受付） 等

2. 広域連合の組織(例)

広域連合を組織する市区町村長の間接選挙により選出されている。
域内の市区町村首長が務めている。

- ・都道府県庁所在地の市区町村長: 20都道府県
- ・その他の市区町村長: 27都道府県



職員の出身元(全職員数1,255人) ※平成23年4月1日

職員の出身元	市区町村	都道府県	その他 (国保連等)
人数	1,196人 (95.3%)	36人(2.8%)	23人(1.9%)
広域連合数	47広域連合	25広域連合	17広域連合

事務局員の多くは域内市区町村からの職員の派遣により構成。

高額療養費の見直しについて

平成24年11月16日
厚生労働省保険局

社会保障・税一体改革大綱

(平成24年2月17日閣議決定)

3. 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、低所得者対策)

(3) 長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

- 高額療養費については、制度の持続可能性の観点から、高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。

- 他方、こうした抜本的な見直しまでの間も、高額な医療費の負担を少しでも改善することが必要である。
このため、平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間での負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。その際、年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮する。

高額療養費の見直しの方向性について

○ 高額療養費の改善については、「社会保障・税一体改革大綱」に基づいて、以下のような措置が考えられる。（別紙1）

① 自己負担限度額が月単位のため、年間医療費が同じでも高額療養費が支給されない場合や、長期にわたって負担が重い場合があるので、自己負担限度額に年間の上限額を設ける。

② その上で、低所得者の自己負担を軽減するため、一般所得者の所得区分（70歳未満）を二段階とし、年間の上限額に配慮を加える。

○ ただし、次のような課題についてどのように考えるか。

① 医療保険財政（保険料負担）への影響（別紙2）

② 保険者の事務負担（別紙3）

※ 今回の見直し規模と比較して、システム改修期間・費用が大きくかかる可能性が高いがどう考えるか。

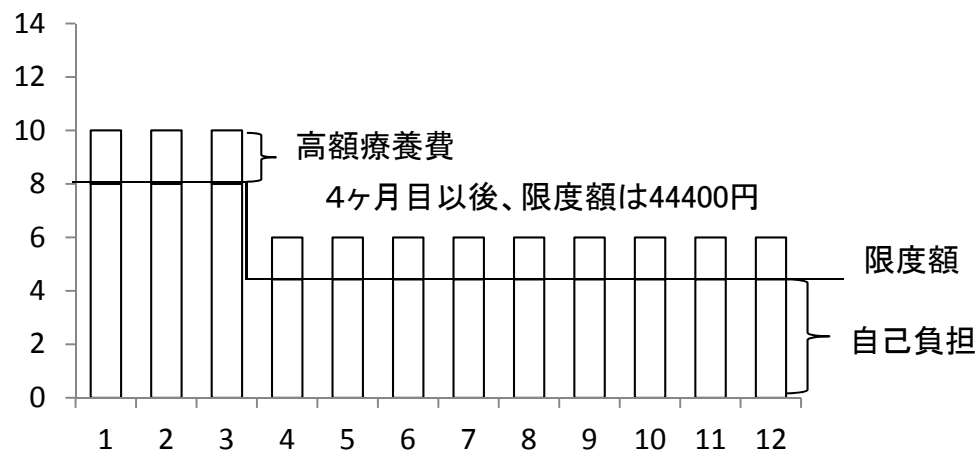
○ また、高額療養費の支給については、平成24年4月から外来における現物給付化を実施するなど、被保険者の負担の軽減を図ってきている。償還払い時における高額療養費の手続きの簡素化など、更なる負担の軽減を図ってはどうか。（別紙4）

年間上限額の設定の考え方（案）

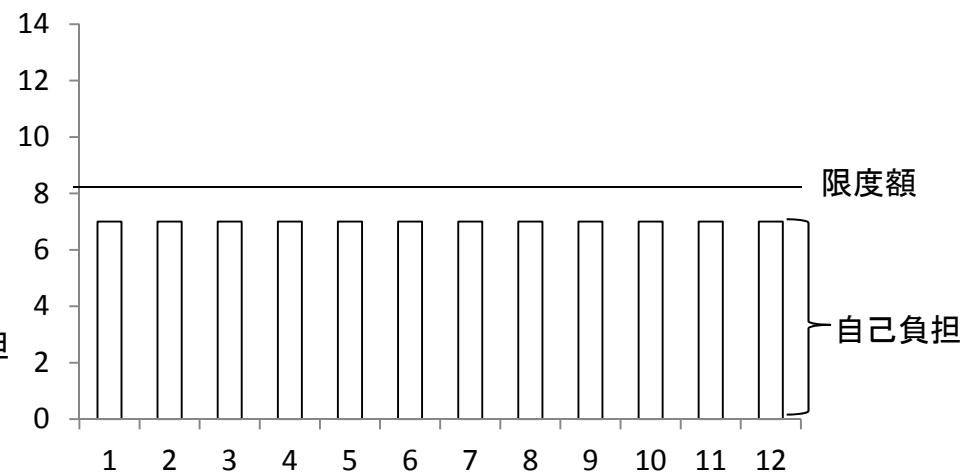
年間の医療費約280万円で、一般所得者層に該当する者

ケース①: 高額療養費適用前の
1～3月の自己負担が月約10万円(医療費約33万円)
4～12月の自己負担が月6万円(医療費20万円)

ケース②: 1～12月の自己負担が月約7万円(医療費約23万円)



高額療養費の適用があるため、
年間の合計自己負担額は約64万円
(=80100円×3ヶ月+44400円×9ヶ月
+当初3月の医療費1%)



高額療養費の適用がないため、
年間の合計自己負担額は約84万円
(=約7万円×12ヶ月)

同じ年間医療費であるにもかかわらず、年間の自己負担額に
約20万円の差が生じており、アンバランス

改善策: 年間上限額(64万円)を設ける。
これにより、①と②の自己負担額の差がなくなり、ともに年64万円となる。

高額療養費の見直し案（年間上限の設定）

別紙1-2

○ すべての所得層に年間上限を設定し、70歳未満の年間上限額には年収300万円以下の区分を新たに設定する。

70歳未満	現在の制度		→	見直し案		
	所得層	月単位の上限額		所得層	月単位の上限額	年間の上限額
	上位所得者 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得が年間600万円以上	$150,000円 + (医療費 - 500,000円) \times 1\%$ < 4月目～：83,400円>		上位所得者 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得が年間600万円以上	$150,000円 + (医療費 - 500,000円) \times 1\%$ < 4月目～：83,400円>	1,200,600円 (150,000円×3月 + 83,400円×9月)
	一般所得者 (年収約210万円※) ～約790万円 (※) ・3人世帯(給与所得者/夫婦子1人)の場合：約210万円 ・単身(給与所得者)の場合：約100万円	$80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$ < 4月目～：44,400円>		一般所得者	$80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$ < 4月目～：44,400円>	639,900円 (80,100円×3月 + 44,400円×9月)
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 < 4月目～：24,600円>		年収約300万円以下 健保：標報22万円以下 国保：旧ただし書き所得が年間160万円以下	< 4月目～：44,400円>	532,800円 (44,400円×12月)
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 < 4月目～：24,600円>		低所得者 (住民税非課税)	35,400円 < 4月目～：24,600円>	327,600円 (35,400円×3月 + 24,600円×9月)

(※) 70歳以上についても70歳未満と同様の考え方で年間上限を設定する。

高額療養費を見直した場合の財政影響（粗い推計）

○ すべての所得層に年間上限を設定し、70歳未満の年間上限額には年収300万円以下の区分を新たに設定した場合、財政影響は約100億円（うち公費約20億円）となる。

※ 高額療養費の改善（給付増）に際しては、特に低所得者が多い市町村国保の保険料負担と公費負担に影響があるので、個別制度ベースで財政中立とする必要がある

	給付費	保険料＋公費	財政影響		
			保険料	公費	うち国費
総計	約100億円	約100億円	約80億円	約20億円	約20億円
協会けんぽ	約20億円	約30億円	約20億円	約0億円	約0億円
健保組合	約20億円	約30億円	約30億円	—	—
共済組合	約10億円	約10億円	約10億円	—	—
市町村国保	約50億円	約30億円	約20億円	約20億円	約10億円
後期医療	約0億円	約0億円	約0億円	約0億円	約0億円

（注1）平成27年度（2015年度）ベースの試算。

（注2）100億円以下の数字は10億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。

（注3）給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。
この効果を見込まない場合の影響額は記載している影響額の半分程度となる。

保険者の事務負担について

- 今回の高額療養費の改善（※）を行う場合は、想定される対象人数を踏まえると、手作業で行うことは難しいのではないか。

（※）現行、年間上限の考え方を導入している制度として、高額医療・高額介護合算制度があるが、この制度では、1年間の計算期間内に加入する保険者に変更があった場合でも医療費を通算する仕組みを設けている。これを踏まえると、高額療養費の年間上限を設定する場合においても、同様の仕組みを設けるべきと考えられるが、この場合の保険者の事務負担をどのように考えるか。

【参考1】被用者保険では、高額医療・高額介護合算制度の支給事務は、申請件数が少ないため、手作業で行っている。

【参考2】高額療養費を見直した場合の対象人数について（見込み）

協会けんぽ：12,000人、健保組合：9,000人、国保：29,000人、後期高齢者医療：4,000人、医療保険計：56,000人

（※）高額医療・高額介護合算制度の支給件数（平成22年度）

協会けんぽ：44件、健保組合：62件、国保：14,418件、後期高齢者医療：626,647件、医療保険計：641,175件

- 手作業で行うことが難しい場合、システム改修を行う必要がある。この場合、一部の保険者によるアンケート結果から、システム改修には1年～1年半程度かかり、改修費用は全体で数百億円程度と見込まれるが、これらの点をどのように考えるか。

高額療養費の支給手続きの改善について

- 高額療養費の支給については、現物給付、償還払いの2通りがあるが、償還払いとなった場合は、被保険者からの申請が必要となる。
 - このため、償還払いとなった場合（限度額適用認定証を提示していない場合（※）等）、一部の保険者では、申請忘れを防止する観点や被保険者に対するサービスを向上する観点から、被保険者の銀行口座に自動的に金額が振り込まれる仕組み（自動払い）や保険者から被保険者に申請書を送付するなどの取組みを実施している。
- （※）高額療養費の現物給付を行う場合、被保険者又は被扶養者は、医療機関等の窓口で所得区分が記載された「限度額適用認定証」を提示することが必要。
- 被保険者の負担の軽減を進めるため、国から保険者に対してこうした取組みの周知徹底を図ることとしてはどうか。

<制度別の実施状況>

協会けんぽ	全支部で対象者に申請書（※）を送付を実施。
健康保険組合	約7割の保険者で自動払いを実施。約2割の保険者で対象者に申請書を送付。
市町村国保	約4割の保険者で対象者に申請書を送付。約9割の保険者で支給勧奨を行っている。
後期高齢者医療	全広域連合で自動払いを実施。

（※）協会けんぽは、被保険者番号、被保険者名、受診医療機関等の必要事項をあらかじめ記載した申請書を被保険者に送付するターンアラウンド方式を全支部で導入している。

近年の高額療養費制度の主な改正

制度改正(施行年月)	改正内容
平成14年10月	・ 70歳以上について入院時の高額療養費の現物給付化
平成19年4月	・ 70歳未満について入院時の高額療養費の現物給付化
平成20年4月	・ 高額医療・高額介護合算制度の創設
平成24年4月	・ 外来の高額療養費について現物給付化

參考資料

高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

[70歳以上]

		要件	外来(個人ごと)	自己負担限度額（1月当たり）
現役並み所得者		[後期・国保] 課税所得145万円以上（※3） [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上（※3）	44,400円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数該当44,400円〉
一般		現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ	[後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等	8,000円	24,600円
	Ⅰ	[後期] 世帯員全員の所得が一定以下 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下（※4） [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下（※4） 等		15,000円

※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。

※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除(33万円)をさらに差し引いたもの

※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

※4 地方税法の規定による市町村民税に係る所得(退職所得を除く)がない場合(年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下)

高額療養費の所得区分別の加入者数

[70歳未満]

※一定の仮定を置いた粗い推計

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	医療保険計
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上、旧 ただし書き所得600万円以上)	約260万人 (7.5%)	約700万人 (24.0%)	約130万人 (4.3%)	約1,330万人 (12.6%)
一般	約3,150万人 (91.9%)	約2,220万人 (75.9%)	約1,850万人 (61.5%)	約8,200万人 (77.5%)
低所得者 (市町村民税非課税)	約20万人 (0.6%)	約2万人 (0.1%)	約1,030万人 (34.2%)	約1,050万人 (9.9%)
計	約3,430万人 (100.0%)	約2,920万人 (100.0%)	約3,010万人 (100.0%)	約10,590万人 (100.0%)

[70歳以上]

	協会けんぽ (70~74歳)	健保組合 (70~74歳)	市町村国保 (70~74歳)	後期高齢者 (75歳以上)	医療保険計
現役並み所得者	約8万人 (14.4%)	約4万人 (15.4%)	約40万人 (7.3%)	約100万人 (7.0%)	約160万人 (7.5%)
一般	約50万人 (80.2%)	約20万人 (84.5%)	約310万人 (56.7%)	約810万人 (55.6%)	約1,200万人 (57.1%)
低所得者Ⅱ	約1万人 (2.1%)	約0.1万人 (0.2%)	約140万人 (24.8%)	約280万人 (19.0%)	約410万人 (19.7%)
低所得者Ⅰ	約2万人 (3.4%)	約0万人 (0%)	約60万人 (11.2%)	約270万人 (18.4%)	約330万人 (15.7%)
計	約60万人 (100.0%)	約30万人 (100.0%)	約550万人 (100.0%)	約1,450万人 (100.0%)	約2,100万人 (100.0%)

(※1) 協会けんぽと健保組合は、標準報酬月額7.8万円以下(総報酬約100万円以下)の加入者を低所得区分(うち70歳以上については標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得者Ⅰ)と仮定して推計。

(※2) 市町村国保は、所得不詳の人数を除いた所得区分の割合から推計。

(※3) 各制度の人数は、平成23年度平均(保険局調べ)。

医療保険制度別の実効給付率の推移

○ 医療保険制度全体の患者の実効負担率は約16.2% (22年度)である。ただし、20年度以降、70歳から74歳の一般所得者の自己負担割合(法律上2割)を、予算措置で1割負担に据え置いているため、予算措置による軽減分を含めると約15.7%である。

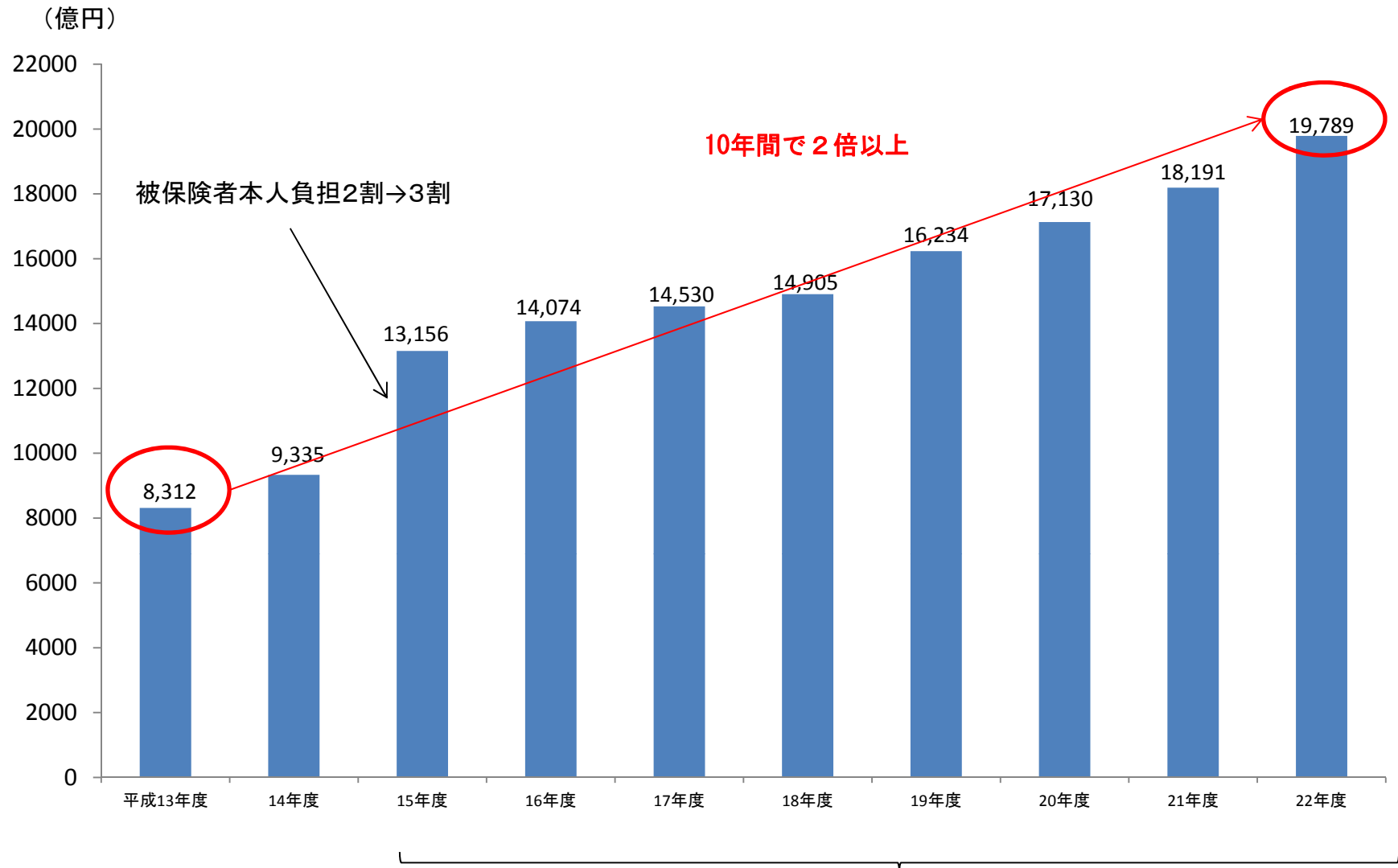
		被用者保険計			国保計			若人計	後期高齢者医療制度(老人保健)	医療保険計	主な制度改正	
		協会(一般)	組合健保	共済組合	市町村国保	国保組合						
		%	%	%	%	%	%	%	%	%		
被保険者(70歳未満)	平成15年度	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—	健保:2割→3割
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	76.78	—	—	
	17	75.30	74.35	75.97	77.11	77.56	77.66	76.17	76.70	—	—	
	18	75.25	74.38	75.89	76.93	77.45	77.60	75.40	76.60	—	—	
	19	75.82	75.14	76.33	77.12	77.86	78.05	75.34	77.06	—	—	義務教育前:3割→2割
	20	75.54	74.74	76.17	76.95	78.31	78.29	78.61	77.36	—	—	
	21	75.68	74.93	76.29	76.99	78.41	78.42	78.28	77.34	—	—	
	22	75.93	75.20	76.54	77.19	78.84	78.86	78.59	77.70	—	—	
70歳以上	平成15年度	89.55	89.25	89.96	90.65	89.29	89.36	87.01	89.34	—	—	現役並み:2割→3割
	16	89.56	89.30	89.94	90.38	89.37	89.43	87.22	89.40	—	—	
	17	89.64	89.39	89.98	90.38	89.43	89.49	87.36	89.46	—	—	
	18	89.15	88.84	89.49	90.25	88.71	88.79	85.61	88.78	—	—	
	19	88.69	88.40	88.98	89.83	88.32	88.42	84.30	88.38	—	—	70~74歳:1割→2割
	20	84.08	83.85	84.19	85.23	85.82	85.83	85.52	85.56	—	—	
	21	84.19	84.06	84.34	84.53	86.56	86.57	85.81	86.26	—	—	
	22	84.54	84.40	84.80	84.63	86.99	87.01	86.18	86.69	—	—	
計	平成15年度	76.00	75.03	76.40	78.49	78.76	78.81	78.04	77.31	91.17	82.79	健保:2割→3割
	16	76.32	75.62	76.68	77.90	79.64	79.78	77.50	77.93	91.35	83.09	
	17	76.43	75.89	76.70	77.66	80.30	80.49	77.46	78.36	91.50	83.27	
	18	76.58	76.10	76.81	77.75	80.80	81.03	77.00	78.71	91.19	83.21	
	19	77.01	76.69	77.17	77.81	81.48	81.74	77.07	79.30	91.09	83.45	現役並み:2割→3割
	20	76.93	76.37	77.34	77.93	80.32	80.37	79.37	78.66	91.15	83.03	
		[77.18]				[81.75]			[79.51]		[83.59]	
	21	77.10	76.64	77.42	77.98	80.58	80.67	79.11	78.88	91.30	83.33	
	[77.34]				[82.01]			[79.73]		[83.87]		
22	77.40	76.97	77.70	78.22	81.02	81.11	79.43	79.24	91.63	83.76	70~74歳/義務教育前: 2割	
	[77.63]				[82.41]			[80.07]		[84.28]		

(注1) 平成22年度は速報値である。

(注2) 予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分を含んでいない。予算補助分を含めた給付率は[]で記載。

(注3) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

高額療養費の支給額の推移



給付費増は、保険料と公費による負担
(15年度以降、自己負担の大幅な見直しは行っていない)

高額療養費の支給実績

【平成22年度】	支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険（後期医療除く）	1 9 3 8 万件	1 兆 5 0 8 1 億円	7 7, 8 2 9 円
協会けんぽ	2 9 2 万件	3 1 1 8 億円	1 0 6, 9 5 4 円
健保組合	1 9 2 万件	1 9 7 3 億円	1 0 2, 7 1 6 円
共済	5 9 万件	6 0 3 億円	1 0 1, 3 3 2 円
国保	1 3 9 3 万件	9 3 7 3 億円	6 7, 2 7 4 円
後期高齢者医療制度	2 5 8 0 万件	4 7 0 8 億円	1 8, 2 4 8 円
計	4 5 1 8 万件	1 兆 9 7 8 9 億円	4 3, 8 0 3 円

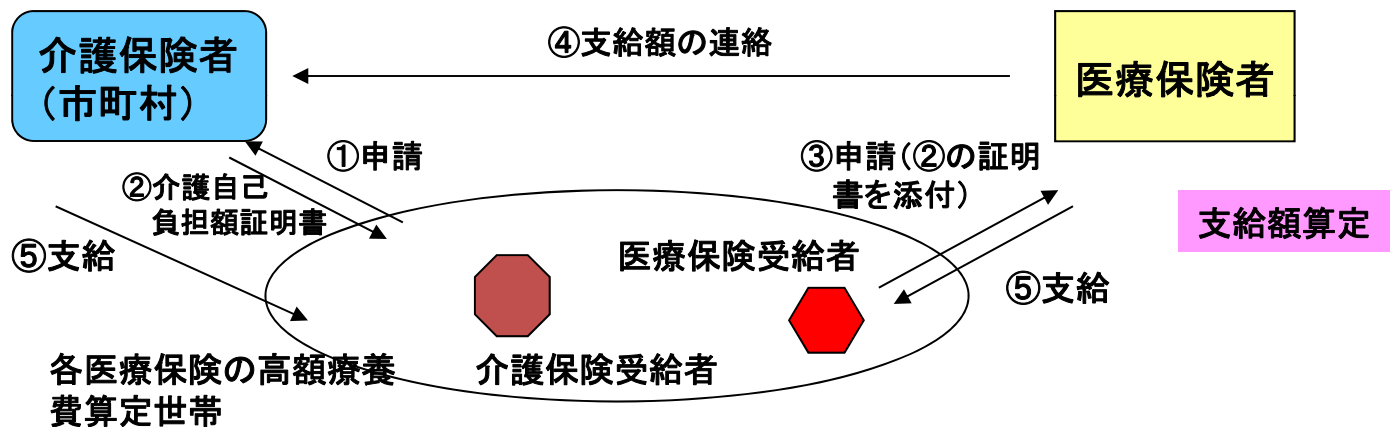
高額医療・高額介護合算制度について

○ 1年間(毎年8月1日～翌年7月31日(※1))の医療保険と介護保険における自己負担(※2)の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み(平成20年4月施行)。

(制度の基本的枠組み)

- ①対象世帯 医療保険各制度(被用者保険、国保、後期高齢者医療制度等)の世帯に介護保険の受給者が存在する場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、新たに設定する自己負担限度額を超えた場合(※3)に支給する。
- ②限度額 年額56万円を基本とし、医療保険各制度や被保険者の所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。
- ③費用負担 医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて負担し合う。

(制度のイメージ)



(※1) 国保及び後期高齢者医療制度における所得区分の変更が、8月1日から適用されることを踏まえたもの

(※2) 食費・居住費及び差額ベッド代等については、別途負担が必要となる(現行の高額療養費・高額介護サービス費等の制度と同様。)

(※3) 高額医療・高額介護制度の目的は「医療保険と介護保険の自己負担の合算額が著しく高額になる場合に負担を軽減する」ことであるとともに、関係する保険者が複数(2以上)にわたり、それぞれ事務負担及び費用が生じることを踏まえ、(自己負担の合算額－自己負担限度額)が500円以上となる場合に限り、支給することとしている。

保険者への調査権限の付与について

平成24年11月16日
厚生労働省保険局

これまでの当部会における議論について

1. 不正請求の疑いのある事例

- ①資格取得当初から標準報酬が最高等級に当たるような報酬月額を届け出た上で、あるいは、
②資格取得後すぐに報酬月額を変更し、標準報酬が最高等級となった上で、即座に傷病手当金の支給申請を行うケース。

2. これまでの当部会における議論について

- こうした不正請求の疑いがある事例への対応方策に関し、当部会では、平成22年、平成23年に以下のようなご意見をいただいた。

<医療保険部会における主な意見（平成22年及び平成23年）>

- 事業主への質問・調査については、円滑に審査に御協力いただく観点から、できるだけ法律上の根拠を置いて明確にしていきたい。
- 協会けんぽからの質問・調査に対する協力ということについては、何か法的な根拠があった方がいいのではないかと思いますので、更にそれを検討していただきたい。

- こうしたご意見を踏まえて、昨年の議論の整理においては、以下の通りとりまとめられた。

<議論の整理（平成23年12月6日社会保障審議会医療保険部会）>

6. 給付の重点化・制度運営の効率化

（現金給付（傷病手当金）の見直し）

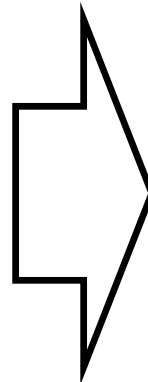
- また、不正請求の防止に加え、保険者機能の強化の観点から、事業主への質問・調査権限の法律上の明確化を検討すべきである。

保険者への調査権限の付与について (見直しの方向性)

- 近年、事業主が被保険者と共謀して、実際に支払った報酬よりも不正に高い報酬月額を届け出た上で、傷病手当金を不正請求するなど、事業主による不正事案が発生している。
 - こうした不正事案が発生した場合、厚生労働大臣は、行政権限として事業主に対して立入調査を行う権限を有している。しかし、この立入権限については、現行法上、日本年金機構に対しては委任されているが、保険給付を行う保険者に対しては委任されていない。
 - そこで、傷病手当金等の不正受給を防止する観点から、日本年金機構とほぼ同一の組織形態である協会けんぽに対して、立入権限を委任する方向としてはどうか。
- ※ 健保組合については、役員の任命・解任に際し、厚生労働大臣が関与できないなど、組織形態が協会けんぽとは異なるため、行政権限の付与は法制的観点から難しい。

<現行制度>

	事業主への 立入調査権限
協会けんぽ	厚生労働大臣（198条） ※日本年金機構に行政権限を委任 （大臣が行うことも可能）



<改正案>

	事業主への 立入調査権限
協会けんぽ	厚生労働大臣（198条） ※日本年金機構に行政権限を委任 （大臣が行うことも可能） →協会けんぽにも保険給 付に関して行政権限を委 任

參考資料

健康保険法における保険者等の事務（適用・徴収・給付）について

（資格得喪の確認）

条項	権限の行使者	
	協会けんぽ	健保組合
第39条1項等	×（※厚生労働大臣）	○

（※）厚生労働大臣は資格得喪事務を日本年金機構に委任している。

（標準報酬月額及び標準賞与額の決定）

条項	権限の行使者	
	協会けんぽ	健保組合
第41条1項等	×（※厚生労働大臣）	○

（※）厚生労働大臣は標準報酬月額及び標準賞与額の決定事務を日本年金機構に委任している。

（保険料の徴収）

条項	権限の行使者	
	協会けんぽ	健保組合
第155条1項等	×（※厚生労働大臣）	○

（※）厚生労働大臣は徴収事務を日本年金機構に委託している。なお、滞納者に係る保険料の徴収については、協会けんぽに徴収事務を行わせることができるとされている。

（保険給付）

条項	権限の行使者	
	協会けんぽ	健保組合
第63条1項等	○	○

参照条文

○ 健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

（立入検査等）

第九十八条 厚生労働大臣は、被保険者の資格、標準報酬、保険料又は保険給付に関して必要があると認めるときは、事業主に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員をして事業所に立ち入って関係者に質問し、若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 （略）

（機構への厚生労働大臣の権限に係る事務の委任）

第二百四条 次に掲げる厚生労働大臣の権限に係る事務（第八十一条の三第一項の規定により協会が行うこととされたもの及び前条第一項の規定により市町村長が行うこととされたものを除く。）は、日本年金機構（以下「機構」という。）に行わせるものとする。ただし、第十八号から第二十号までに掲げる権限は、厚生労働大臣が自ら行うことを妨げない。

一～十八 （略）

十九 第九十八条第一項の規定による命令並びに質問及び検査（健康保険組合に係る場合を除く。）

二十・二十一 （略）

第二百八条 事業主が、正当な理由がなくて次の各号のいずれかに該当するときは、六月以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

一～四 （略）

五 第九十八条第一項の規定による文書その他の物件の提出若しくは提示をせず、又は同項の規定による当該職員（第二百四条の五第二項において読み替えて適用される第九十八条第一項に規定する機構の職員を含む。次条において同じ。）の質問に対して、答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、若しくは同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。

傷病手当金の見直しについて

平成24年11月16日
厚生労働省保険局

傷病手当金の見直しの考え方について

- 傷病手当金については、平成21～23年の当部会において議論がされており、平成23年12月の「議論の整理」では、
「傷病手当金について、不正請求防止の観点等から、①支給上限額の設定や、②標準報酬の平均額に基づき支給額を決定すべきとの意見があったが、これらについては、保険料負担に応じた給付という傷病手当金の基本的な考え方や実務のコストの面から問題との意見があった」との記載がされている。
- これまでの議論を踏まえ、ILO条約にも留意しつつ、個々の保険者の判断により、一定の場合には、支給上限額の設定を行うことができることとしてはどうか。

参考: 社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(平成23年12月6日)

6. 給付の重点化・制度運営の効率化

(現金給付(傷病手当金)の見直し)

- 傷病手当金について、不正請求防止の観点等から、①支給上限額の設定や、②標準報酬の平均額に基づき支給額を決定すべきとの意見があったが、これらについては、保険料負担に応じた給付という傷病手当金の基本的な考え方や実務のコストの面から問題との意見があった。

参考: ILO第102号条約における傷病手当金に関する規定について

- 傷病手当金の支給額は、標準受給者(妻及び子2人を有する男子)においては従前の勤労所得の45%以上でなければならない。
- 傷病手当金の支給については最高限度額を国内法令で定めることができる。但し、この最高限度額は、従前の勤労所得が男子熟練労働者(全ての保護対象労働者の平均勤労所得の125%の勤労所得を有する者)以下の者については、従前の勤労所得の45%以上が確保されるように定めなければならない。

<支給上限額を設定する案>

高額な収入のある被保険者の傷病手当金の額の水準が高すぎると考える保険者においては、上位所得者（標準報酬月額53万円以上、高額療養費制度における上位所得者）に該当する場合は、①33.3万円、若しくは②その標準報酬月額の45%のどちらか高い金額を下限（下記表に掲げる「下限額（月額）」）として、給付額または割合を保険者にて設定できることとする。

なお、一般所得者以下については、現状の2/3の給付割合を維持する。

等級	標準報酬月額	報酬月額	傷病手当金（月額）	下限額（月額）
第47級	121万円	117.5万円以上	80.6万円	54.5万円
第46級	115万円	111.5万円以上、117.5万円未満	76.6万円	51.8万円
第45級	109万円	105.5万円以上、111.5万円未満	72.6万円	49.0万円
第44級	103万円	100.5万円以上、105.5万円未満	68.6万円	46.3万円
第43級	98万円	95.5万円以上、100.5万円未満	65.3万円	44.1万円
第42級	93万円	90.5万円以上、95.5万円未満	61.9万円	41.9万円
第41級	88万円	85.5万円以上、90.5万円未満	58.6万円	39.6万円
第40級	83万円	81.0万円以上、85.5万円未満	55.3万円	37.4万円
第39級	79万円	77.0万円以上、81.0万円未満	52.6万円	35.5万円
第38級	75万円	73.0万円以上、77.0万円未満	50.0万円	33.8万円
第37級	71万円	69.5万円以上、73.0万円未満	47.3万円	33.3万円
第36級	68万円	66.5万円以上、69.5万円未満	45.3万円	33.3万円
第35級	65万円	63.5万円以上、66.5万円未満	43.3万円	33.3万円
第34級	62万円	60.5万円以上、63.5万円未満	41.3万円	33.3万円
第33級	59万円	57.5万円以上、60.5万円未満	39.3万円	33.3万円
第32級	56万円	54.5万円以上、57.5万円未満	37.3万円	33.3万円
第31級	53万円	51.5万円以上、54.5万円未満	35.3万円	33.3万円
第30級	50万円	48.5万円以上、51.5万円未満	33.3万円	-
第29級	47万円	45.5万円以上、48.5万円未満	31.3万円	-
第28級	44万円	42.5万円以上、45.5万円未満	29.3万円	-
第27級

「下限額（月額）」を下回らない範囲で、保険者で給付水準（額または割合）を設定可能。

標準報酬月額50万円以下は現行と同じ。

參考資料

傷病手当金について

- 被保険者（任意継続被保険者を除く。）が療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から労務に服することができない期間、支給される。

給付要件	支給額	支給される期間
<p>以下のすべての要件を満たした場合</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、療養中であること 2、仕事につけないこと(労務不能) 3、4日以上仕事を休むこと 4、給与の支払いがないこと 	<p>1日につき、標準報酬日額(標準報酬額の30分の1に相当する額)の3分の2に相当する金額</p>	<p>同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関して、その支給を始めた日から起算して1年6月を超えない期間</p>

- (注) ①～③の支給日額が、傷病手当金の日額より多いときは、傷病手当金の支給はなく、傷病手当金の日額より少ないときは、その差額を支給される。
- ①事業主から報酬の支給を受けた場合
 - ②同一の傷病により障害厚生年金、障害手当金を受けている場合
 - ③退職後、老齢厚生年金や老齢基礎年金又は退職共済年金等を受けている場合

(参照条文)

○ 健康保険法(大正11年法律第70号)(抄)

(傷病手当金)

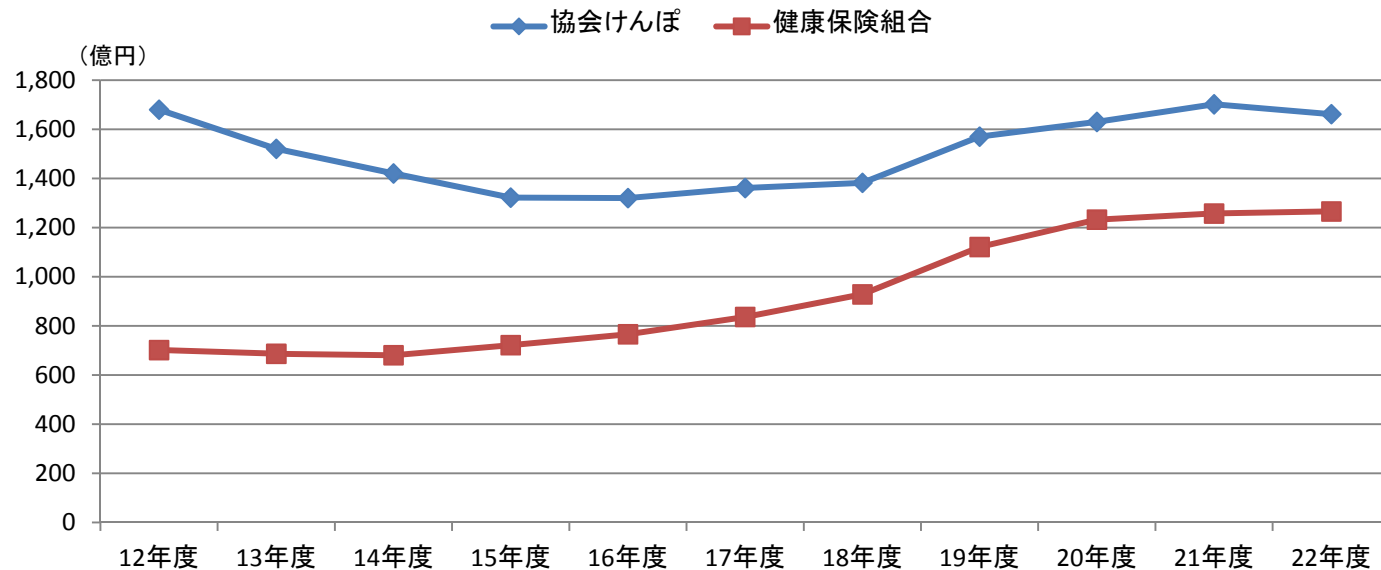
第99条 被保険者(任意継続被保険者を除く。第百二条において同じ。)が療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して三日を経過した日から労務に服することができない期間、傷病手当金として、一日につき、標準報酬日額(標準報酬月額 $\frac{1}{30}$ に相当する額(その額に、五円未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとし、五円以上十円未満の端数があるときはこれを十円に切り上げるものとする。))をいう。第百二条において同じ。)の $\frac{2}{3}$ に相当する金額(その金額に、五十銭未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとし、五十銭以上一円未満の端数があるときはこれを一円に切り上げるものとする。)を支給する。

2 傷病手当金の支給期間は、同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関しては、その支給を始めた日から起算して一年六月を超えないものとする。

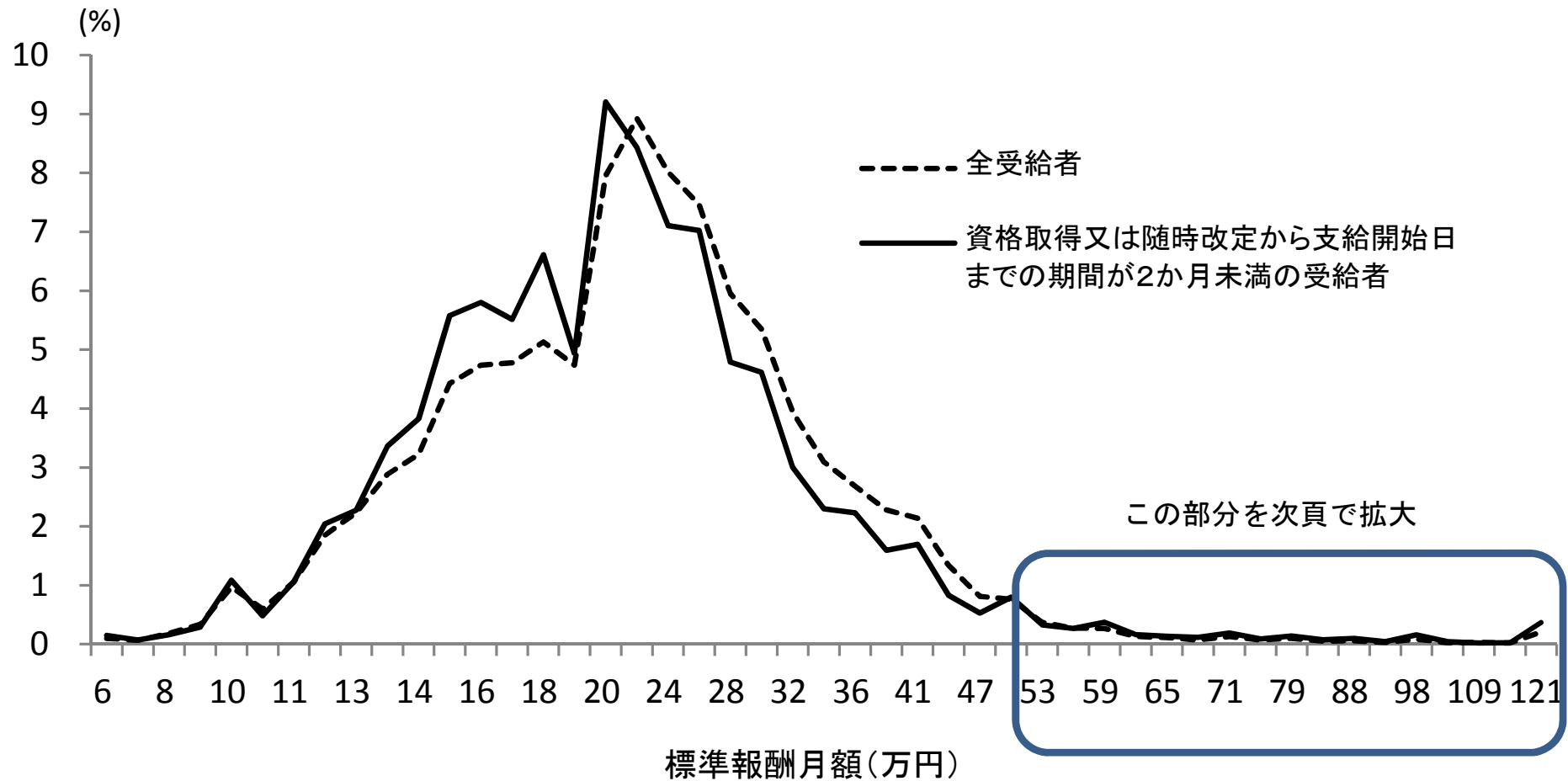
傷病手当金の支給実績について（平成22年度）

	支給件数	支給額	1件あたり金額
計	1,521,915件	2,928億円	19.2万円
協会けんぽ	926,670件	1,662億円	17.9万円
健康保険組合	595,245件	1,266億円	21.3万円

傷病手当金の支給額推移について



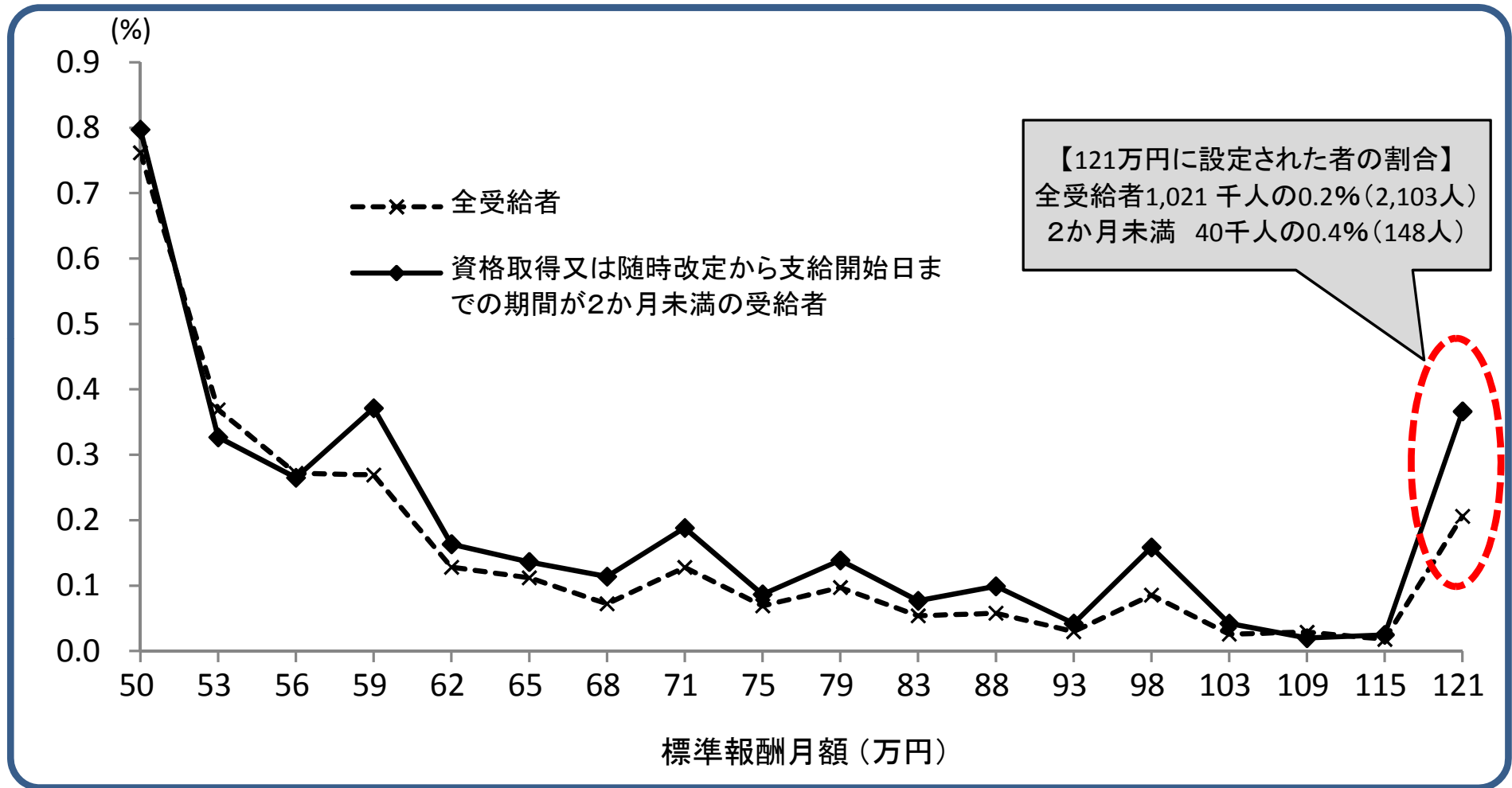
傷病手当金受給者の標準報酬月額別構成割合



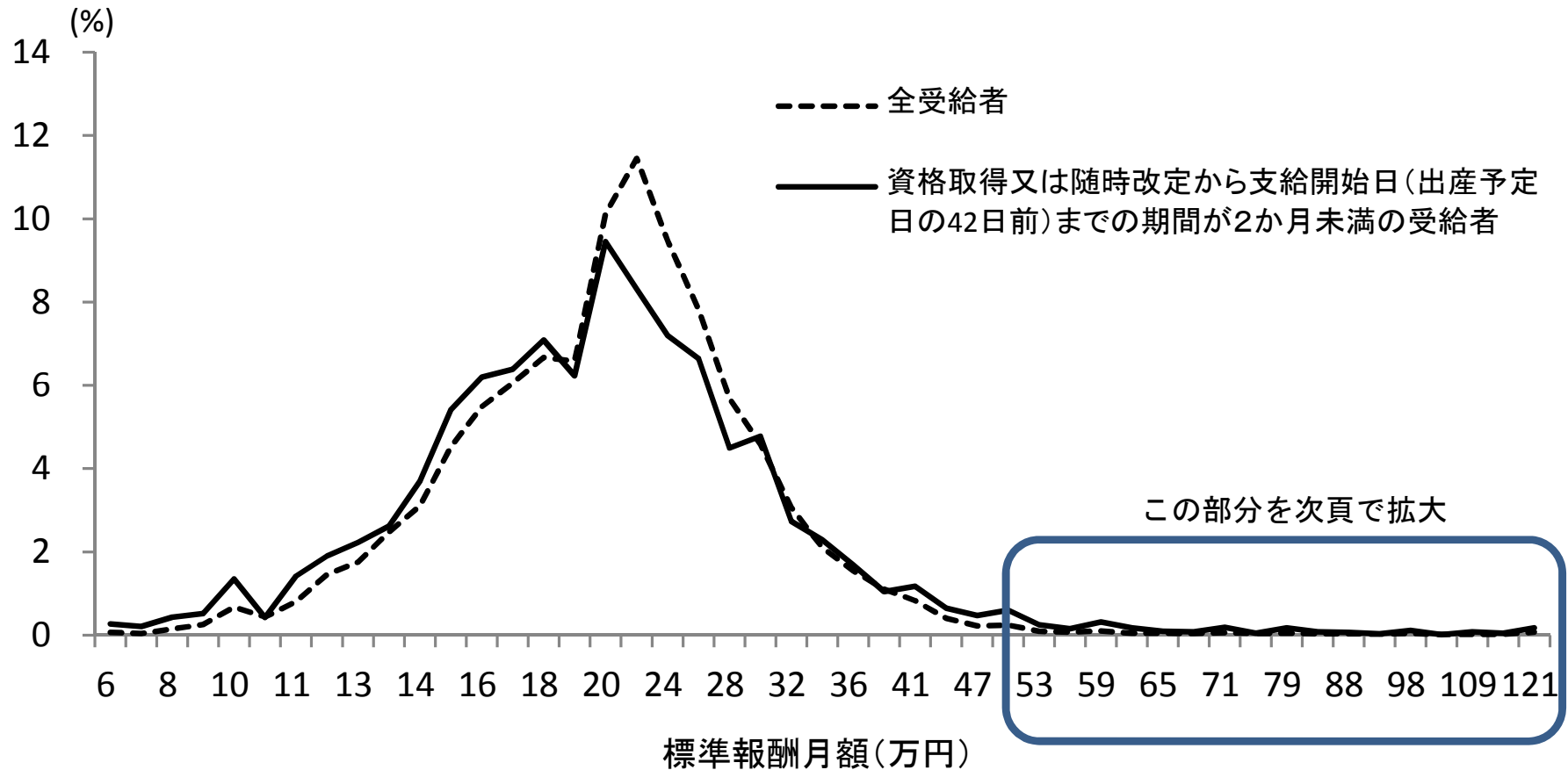
(注1) 対象は、平成20年10月1日～平成24年5月31日までに傷病手当金の支払のあった受給者（1,021千人）。

(注2) 平成23年度【年間】平均標準報酬月額 27.5万円（275,307円）

傷病手当金受給者の標準報酬月額別構成割合



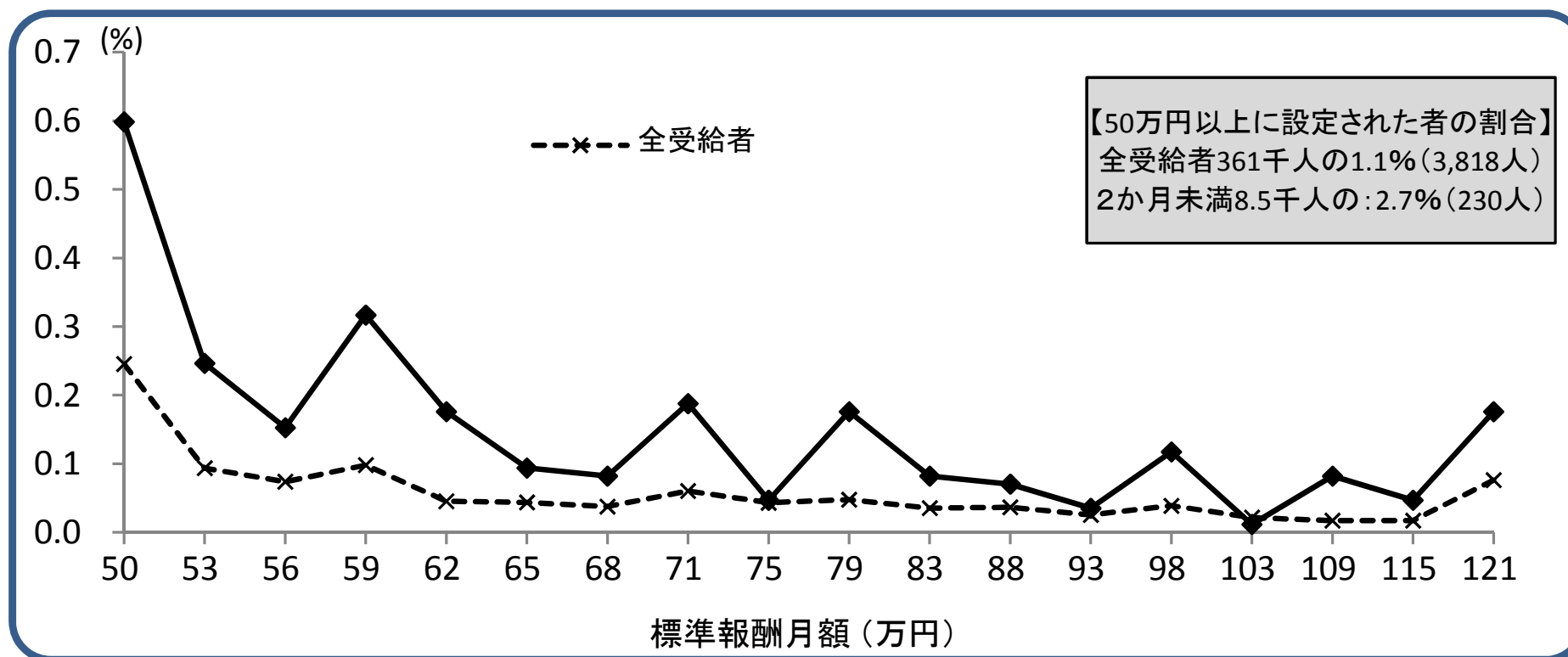
出産手当金受給者の標準報酬月額別構成割合



(注1) 対象は、平成20年10月1日～平成24年5月31日までに出産手当金の支払のあった受給者（361千人）。

(注2) 平成23年度【年間】平均標準報酬月額 27.5万円 (275,307円)

出産手当金受給者の標準報酬月額別構成割合



(参考) 資格取得・随時改定から支給開始日(出産予定日の42日前)までの期間別受給者数 単位

支給開始日の直近で行った処理	支給開始日(出産予定日の42日前)までの期間			
	0~1ヶ月	1~2ヶ月	2~3ヶ月	3~4ヶ月
資格取得(新規加入)	900	1,218	1,489	1,725
随時改定	3,064	3,338	3,267	2,769

健康保険委員とは

(1) 健康保険委員の目的

全国健康保険協会（協会けんぽ）の加入者は、健保組合のように母体企業の従業員ではなく、自分が協会けんぽに加入しているという意識が薄いことから、保健事業の推進のために、協会けんぽと約160万ある適用事業所との距離を縮める橋渡しの役割を果たすことを期待して、適用事業所の被保険者の方の中から協会けんぽの各支部長が健康保険委員を委嘱。

(2) 健康保険委員の役割

- ① 協会けんぽと事業所、加入者の方の健康保険情報に関する橋渡しの役割
 - 協会けんぽの生活習慣病健診受診の勧奨や、生活習慣病予防に関する啓発、職場の健康づくり事業への参加の呼びかけ、事業主、加入者に対する署名協力依頼など、協会けんぽの各種事業の推進協力
 - 健康保険に関する申請の手続等について、加入者からの相談対応
 - 協会けんぽの健康保険事業に関する各種情報について、事業主、加入者に対する情報の伝達、周知広報
- ② 健康保険事業の運営やサービスについて、事業主・加入者の方のご意見や反応に関するモニターとしての情報提供

(3) 健康保険委員の委嘱者数

全国 69,608人（平成24年10月1日時点）