

## ○社会保障制度改革推進法（「基本的な考え方」部分抜粋）

（基本的な考え方）

第2条 社会保障制度改革は、次に掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。
- 二 社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時に行い、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること。
- 三 年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること。
- 四 国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとする。

## ○社会保障制度改革推進法（基本方針部分抜粋）

### 第2章 社会保障制度改革の基本方針

#### （公的年金制度）

第5条 政府は、公的年金制度については、次に掲げる措置その他必要な改革を行うものとする。

- 一 今後の公的年金制度については、財政の現況及び見通し等を踏まえ、第九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。
- 二 年金記録の管理の不備に起因した様々な問題への対処及び社会保障番号制度の早期導入を行うこと。

#### （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(大正十一年法律第七十号)、国民健康保険法(昭和三十三年法律第百九十二号)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 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保すること。
- 二 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。
- 三 医療の在り方については、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること。
- 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、第九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。

#### （介護保険制度）

第7条 政府は、介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービス(以下「介護サービス」という。)の範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保するものとする。

#### （少子化対策）

第8条 政府は、急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、単に子ども及び子どもの保護者に対する支援にとどまらず、就労、結婚、出産、育児等の各段階に応じた支援を幅広く行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、待機児童(保育所における保育を行うことの申込みを行った保護者の当該申込みに係る児童であつて保育所における保育が行われていないものをいう。)に関する問題を解消するための即効性のある施策等の推進に向けて、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずるものとする。

## 検 討 項 目

### ○ 医療の改革

- ① 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保
- ② 医療保険制度について、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を実施
- ③ 医療の在り方について、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備
- ④ 今後の高齢者医療制度にかかる改革

### ○ 介護の改革

介護保険の保険給付の対象となる介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保

### ○ 年金の改革

- ① 今後の公的年金制度にかかる改革
- ② 現行年金制度の改善  
(低年金・無年金者対策、厚生年金の適用拡大、被用者年金一元化等)

### ○ 少子化対策

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施

# これまでの社会保障制度改革国民会議における主な議論 (総論、医療・介護) (第1回～第5回)

## 1. 総論

### 持続可能な社会保障制度の構築

- ・ 高齢化の中で質が高く持続可能な社会保障制度の構築に向けて、専門家としての論理的・実証的な議論を積み重ねるべき。
- ・ 現役世代支援に軸足を移しながら、持続可能な社会保障を目指すべき。
- ・ 急速な少子高齢化の下で、制度を持続可能にするためには、長期的なビジョンを持って、給付を抑制していくことが重要ではないか。
- ・ 皆保険、皆年金をどう守っていくのかも含めて、議論すべき。
- ・ 改革推進法の基本的考え方にに基づき、3党協議で示された検討項目について議論すべき。

### 給付と負担の見直し

- ・ 限られた資源の中で、どこを重視し、どこを抑制するか、トレードオフとなっていることを踏まえて議論すべき。
- ・ 将来世代にツケを残さず、制度が持続可能となるよう、負担の引上げ、給付の削減を議論すべき。

## 保険料と税

- ・ 年金、医療、介護について「社会保険制度を基本とする」ことが3党合意されたのは画期的ではないか。財政制約がある中で、低所得者対策に公費を重点化し、保険料財源で調整できるところは調整すべき。
- ・ 保険料と税の役割分担を明確にすべき。社会保険全体の中で公費をどう誰に使うのか、保険の中の応能負担（再分配機能）をより高めていくのか、議論すべき。
- ・ 雇用の構造転換もあり、保険原理そのものが成り立たなくなっているのではないか。保険制度内の再分配だけで乗り越えていけるのか。
- ・ 今後、税財源には、財政健全化の役割が期待されることに留意すべき。

## 低所得者の取扱い

- ・ 低年金者が多い中、低所得高齢者への対応を検討すべき。
- ・ 公的年金等控除及び遺族年金が非課税であることの影響により、多くの高齢者が住民税非課税となっており、低所得者をひとくくりに考えるのは適切ではないのではないか。
- ・ 年金について、救貧機能を持たせるならば制度設計は難しくなるのではないか。

## 経済・雇用との関係

- ・ 医療と介護は、多くの国民がサービスの提供に関わっており、雇用も含めて、サービス提供側が活性化する制度づくりを行うべき。
- ・ 老若男女が元気に働き続けることができる社会などを念頭に議論すべき。
- ・ 地域によって事情が異なる医療・介護については、全国1本ではなく、地域ごとに人口動態の変化を踏まえ、地域経済など経済的側面も含め、議論を行うべき。

## その他

- ・ 子育て支援 0.7 兆円と年金 0.6 兆円については、既に法律が通っているが、医療・介護 1.6 兆円についてはまだ法律も出ていないので、どのような見直しが行われるか明確になるよう、議論すべき。
- ・ 社会保障の様々な給付を有機的に関連付けて問題の解決方法を探るべき。
- ・ 社会保障の制度設計は財政再建問題と関わることを踏まえるべき。社会保障の論理と財政の論理を融合させる必要。
- ・ 2015年までに最優先でやらなければいけないこと、2025年までに優先的にやっておくべきことを示す必要。また、将来のあるべき社会を想定した際に、今からやらねばならないことが何かも示す必要。
- ・ 社会保障は何のためにあるのか整理する必要。高齢者のためだけではなく、いわば「老若男女共同参画社会」を実現していくべき。
- ・ 自助、共助、公助等について、理念をわかりやすく示すことが、国民に負担をお願いする上で重要。

- 自助を第一に考えるとしても、正規・非正規の処遇均衡など働く部分を企業側がきちんと対応しないと、却って公助（生活保護）が増大してしまうのではないか。
- 医療費を企業がどれだけ負担しているのかを比較する際には、アメリカに関しては企業が負担している私的医療費を加えて比較するのが妥当。

## 2. 医療・介護

### 医療と介護の在り方

- ・ 高齢者が増え、疾病構造が大きく変化しており、従来追求してきた医療と根本的に異なるのではないか。
- ・ 1人の医者が総合的に高齢者を診るなど、医療提供の在り方を変えるべき。
- ・ 現場で医療提供側と患者側が決めた医療の積上げが全体の医療費になるが、その際の裁量権は大きく、終末期医療のあり方もこれに関連する問題。医療提供側だけでなく、医療を受ける国民側がどう考え、何を要求するかが大きな要素となるのではないか。
- ・ 医師不足問題については、医師数の問題だけでなく、機能分担や連携の問題も大きい。病院間・病診間の連携、チーム医療の在り方、専門医と総合医の問題などを考える必要。また、連携が難しい地方では、総合医を検討する必要。
- ・ 今後、生産年齢人口が少ない自治体が増えることから、在宅医療と地域包括ケアについて、少ない人員で対応する新たなシステムを考えるべき。
- ・ 医療の課題と介護の課題を一体として議論すべき。
- ・ 単に生活保障を削るのではなく、老後の暮らしの質が良くなる観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。
- ・ 確率的な医療が増加しており、統計を基に医療の内容・適正化を議論すべき。給付の後、医療内容を評価する仕組みを入れるべき。
- ・ 診療報酬や医療計画など、全国一律の規制等をどこまで緩和するか、地域ごとの医療政策の柔軟性を検討する必要。



## 地域における医療と介護

- ・ 医療や介護については、2025年の総論的な絵姿しかないので、そこにどのように持ち込んでいくのか、まず議論すべき。その際、二次医療圏ごとに2025年までのあるべき姿を描き、地域ごとの医療ニーズや資源などのデータを分析する必要。
- ・ 健康寿命の問題は、医療だけではなく、地域に合った包括的なシステムが必要であり、各自治体に取り組むべき。
- ・ 地域の医療費を抑制する取組を全国に拡げていくインセンティブを検討する必要。
- ・ データを収集して、地域による一人当たり医療費のばらつきの原因や地域の取組の費用対効果を研究すべき。
- ・ 地域包括ケア体制や医療計画については、地域により事情が異なるので、各地域が自分たちで、子育て支援も含めた将来図を描けるようにすべき。
- ・ 地域包括ケアの担い手である基礎自治体が、医療や子育ても含め、きちんと役割を担えるよう足腰を強くする必要。

## 医療・介護サービス提供体制

- ・ 提供体制の機能強化に当たっては、重点化・効率化することが条件になっており、集中検討会議で示されたとおり、効率化と機能強化を並行して行うべき。
- ・ 医療を広く薄く提供するのではなく、社会全体での役割分担や連携の在り方などを論点とすべき。
- ・ 医療ニーズに対応する資源には限界があるということであれば、その中でどのような医療が提供できるか提案すべき。

## 給付と負担の見直し

- ・ 介護の重点化・効率化について、骨太の方針を示すべき。
- ・ 消費増税に見合った社会保障改革が行われるかが重要であり、医療・介護 1.6 兆円の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。
- ・ 後発医薬品の使用促進で具体的に医療費がいくら減るかといった議論すべき。
- ・ 医療では既に3割負担となっていることを踏まえ、介護でも一定以上所得者の自己負担の議論を進めるべき。
- ・ 一定以上所得者の給付の見直しは制度横断的に検討すべき。
- ・ 同じ要介護度でも高所得者の方が裁量的に保険給付を多く受けているのであれば不公平ではないか。

## 保険制度の在り方

- ・ 欧州の先進国と比較すれば、日本の社会保険料の事業主負担はかなり低く、社会保険料に占める事業主負担の割合は、長期的には低下傾向となっているのではないか。
- ・ 保険料収入の割合が減っているのは、高齢者数の増により高齢者医療の公費負担が増加し、医療費に占める公費の割合も増加していることが理由の1つになっているのではないか。
- ・ 欧州諸国では、低賃金の段階から社会保険を適用し、雇用主の責任も事業者が認め、低賃金の方の保険料を免除しても、雇用者責任の方は果たす制度もあるが、日本もそのような方向で考えるべき。

- ・ 健保組合の発展のためには、リスク構造調整のような形で組合間の共同事業を拡大し、組合間で支え合うような取組を考えるべき。また、健保組合と協会けんぽの間でも構造的要因に着目した財政調整に踏み込むべき。
- ・ 高齢者医療や介護への拠出金について、総報酬割を導入すべき。被用者間で助け合うべき。

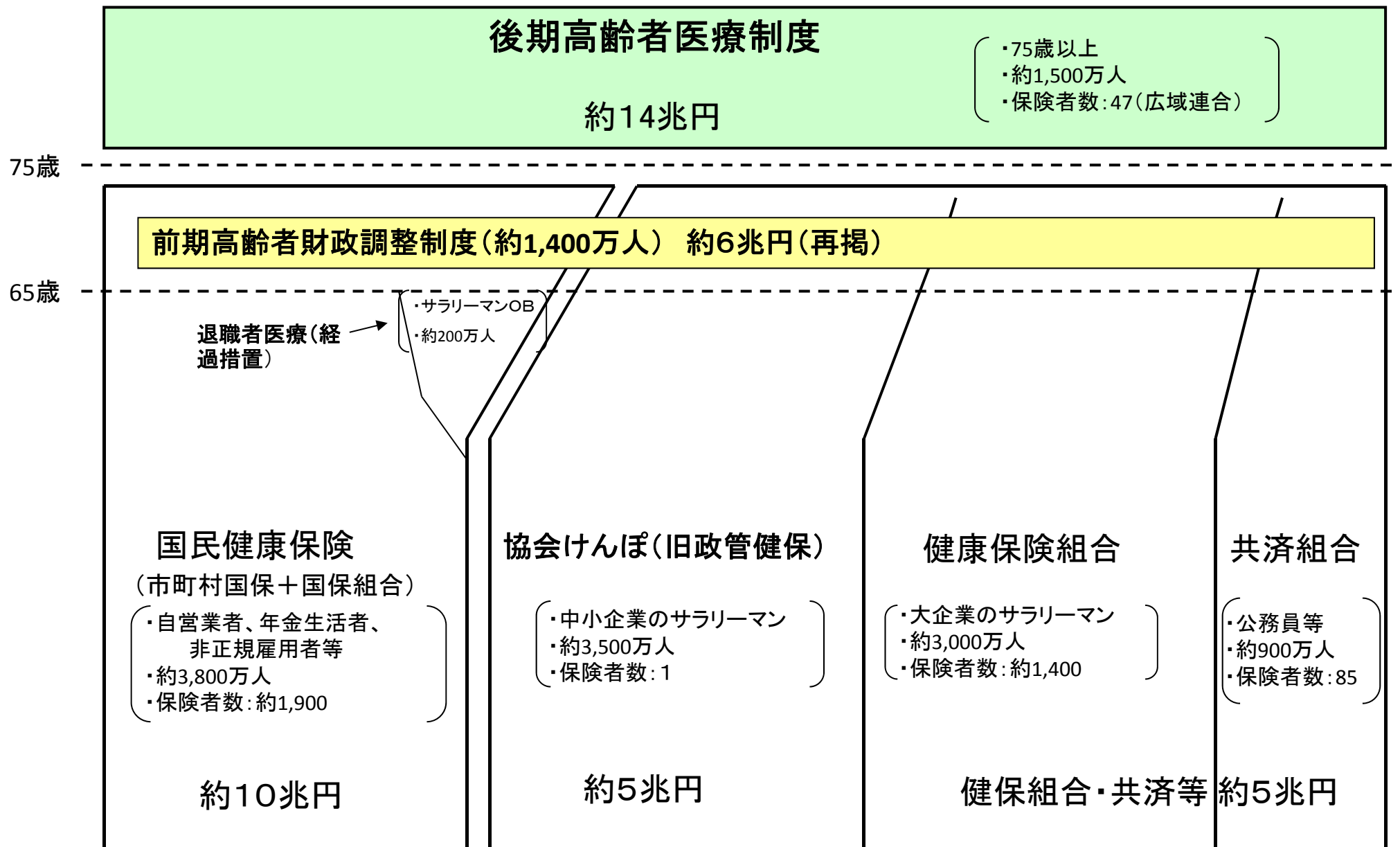
### 地域保険・高齢者医療制度

- ・ 高齢者医療制度については、医療保険制度を持続可能にする観点から、現役世代が支えていくにはどうすればいいか、議論すべき。
- ・ 高齢者医療制度は、結局、当事者（都道府県）が保険者を担ってくれるのかという問題ではないか。
- ・ 市町村国保では零細な保険者が増えていくので、高齢者医療制度の在り方は、地域保険の在り方・再編成と並行して議論すべき。
- ・ 国保の広域化に当たっては、医療費適正化に対する地域の取組を反映させる仕組みを検討する必要。
- ・ 高齢者医療制度については、高齢者差別ではないという意識を共有しながら議論すべき。

# 医療保険制度関係資料

平成25年4月4日

# 【医療保険制度の体系】



※1 加入者数・保険者数は、平成24年3月末の数値(速報値)

※2 金額は平成25年度予算ベースの給付費

# 各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成23年3月末)	1, 7 2 3	1	1, 4 5 8	8 5	4 7
加入者数 (平成23年3月末)	3, 5 4 9万人 (2, 037万世帯)	3, 4 8 5万人 被保険者1, 958万人 被扶養者1, 527万人	2, 9 6 1万人 被保険者1, 557万人 被扶養者1, 403万人	9 1 9万人 被保険者452万人 被扶養者467万人	1, 4 3 4万人
加入者平均年齢 (平成22年度)	4 9. 7歳	3 6. 3歳	3 4. 0歳	3 3. 4歳	8 1. 9歳
65～74歳の割合 (平成22年度)	3 1. 3%	4. 8%	2. 6%	1. 6%	2. 9%
加入者一人当たり医療費 (平成22年度)(※1)	2 9. 9万円	1 5. 6万円	1 3. 8万円	1 4. 0万円	9 0. 5万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成22年度)	8 4万円 一世帯あたり 1 4 5万円	1 3 7万円 一世帯あたり(※3) 2 4 2万円	1 9 7万円 一世帯当たり(※3) 3 7 2万円	2 2 9万円 一世帯当たり(※3) 4 6 7万円	8 0万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成22年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8. 1万円 一世帯あたり 1 4. 2万円	9. 7万円 <19. 3万円> 被保険者一人あたり 17. 2万円 <34. 4万円>	9. 3万円 <20. 7万円> 被保険者一人あたり 17. 7万円 <39. 4万円>	1 1. 2万円 <22. 4万円> 被保険者一人あたり 22. 7万円 <45. 5万円>	6. 3万円
保険料負担率(※5)	9. 7%	7. 1%	4. 8%	4. 9%	7. 9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16. 4% (※6)	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額(※7) (平成24年度予算 <sup>ペー</sup> 入)	3兆4, 4 5 9億円	1兆1, 8 2 2 億円	1 6億円		6兆1, 7 7 4億円

(※1) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保については速報値である。また共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)である。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」による。

協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」(標準報酬総額を加入者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。

(※3) 被保険者一人あたりの金額を表す。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※6) 平成22年度予算における22年6月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金に係る分を除き、13. 0%。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

# 公的医療保険の給付内容

(平成25年4月現在)

給付		国民健康保険・後期高齢者医療制度	健康保険・共済制度
医療給付	療養の給付 訪問看護療養費	義務教育就学前:8割、義務教育就学後から70歳未満:7割、 70歳以上75歳未満:8割(※1)(現役並み所得者(現役世代の平均的な課税所得(年145万円)以上の課税所得を有する者):7割) 75歳以上:9割(現役並み所得者:7割)	
	入院時食事療養費	食事療養標準負担額:一食につき260円 低所得者で90日を超える入院:一食につき160円	低所得者:一食につき210円 特に所得の低い低所得者(70歳以上):一食につき100円
	入院時生活療養費 (65歳~)	生活療養標準負担額:一食につき460円(*)+320円(居住費) 特に所得の低い低所得者:一食につき130円(食費)+320円(居住費) (*)入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関では420円	低所得者:一食につき210円(食費)+320円(居住費) 老齢福祉年金受給者:一食につき100円(食費)+0円(居住費) 注:難病等の患者の負担は食事療養標準負担額と同額
	高額療養費 (自己負担限度額)	<b>70歳未満の者</b>  (上位所得者) 150,000円+(医療費-500,000)×1% (83,400円) (一般) 80,100円+(医療費-267,000)×1% (44,400円) (低所得者) 35,400円 (24,600円)  (括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当)	<b>70歳以上の者</b>  入院 (現役並み所得者) 80,100円 + (医療費-267,000)×1% (44,400円) (一般(※1)) 44,400円 (低所得者) 24,600円 (低所得者のうち特に所得の低い者) 15,000円  外来(個人ごと) 44,400円 12,000円 8,000円 8,000円
現金給付	出産育児一時金 (※2)	被保険者又はその被扶養者が出産した場合、原則42万円を支給。国民健康保険では、支給額は、条例又は規約の定めるところによる。(多くの保険者で原則42万円。)	
	埋葬料(※3)	被保険者又はその被扶養者が死亡した場合、健康保険・共済組合においては埋葬料を定額5万円を支給。また、国民健康保険、後期高齢者医療制度においては、条例又は規約の定める額を支給(ほとんどの市町村、後期高齢者医療広域連合で実施。1~5万円程度を支給。)	
	傷病手当金	任意給付 (実施している市町村、 後期高齢者医療広域連合はない。)	被保険者が業務外の事由による療養のため労務不能となった場合、その期間中、最長で1年6ヶ月、1日に付き標準報酬日額の3分の2相当額を支給
	出産手当金		被保険者本人の産休中(出産日以前42日から出産日後56日まで)の間、1日に付き標準報酬日額の3分の2相当額を支給

※1 平成20年4月から70歳以上75歳未満の窓口負担は1割に据え置かれ、高額療養費の自己負担限度額についても本表の額のまま据え置かれる。

※2 後期高齢者医療制度では出産に対する給付がない。また、健康保険の被扶養者については、家族出産育児一時金の名称で給付される。共済制度では出産費、家族出産費の名称で給付。

※3 被扶養者については、家族埋葬料の名称で給付、国民健康保険・後期高齢者医療制度では葬祭費の名称で給付。

## 被用者医療保険の保険料率

	健康保険組合	国家公務員 共済組合	地方公務員 共済組合
7%未満	184組合 (13.7%)	3組合 (15%)	
7%以上 8%未満	290組合 (21.5%)	4組合 (20%)	5組合 (7.8%)
8%以上 9%未満	399組合 (29.6%)	8組合 (40%)	15組合 (23.4%)
9%以上 10%未満	407組合 (30.2%)	4組合 (20%)	30組合 (46.9%)
10%以上	66組合 (4.9%)	1組合 (5%)	14組合 (21.9%)
計	1,346組合 (100.0%)	20組合 (100%)	64組合 (100.0%)
平均	8.31%	8.20%	9.36%

- (注1)健康保険組合については健康保険組合連合会「平成24年度健保組合予算早期集計結果の概要」に基づく。予算データの報告のあった組合を対象とした集計。
- (注2)国家公務員共済組合については財務省調べ。原則各省庁単位で設立されている共済組合について平成25年度の保険料率を集計。
- (注3)地方公務員共済組合については総務省調べ。都道府県又は政令指定都市ごとに設立される一般職員の共済組合と全国単位で設立される教職員又は警察職員の共済組合等について平成25年度の保険料率を集計。
- (注4)全国健康保険協会の保険料率は10.0%(平均)、私立学校教職員共済の保険料率は7.39%である(いずれも平成25年度)。



## 三党実務者協議関係資料

- 三党実務者協議（平成 25 年 3 月 7 日）議事要旨
- 三党実務者協議（平成 25 年 3 月 13 日）議事要旨
- 三党実務者協議（平成 25 年 3 月 28 日）配布資料

## 三党実務者協議（3月7日）の議事要旨

日時：平成25年3月7日（木）17時45分～19時10分

場所：院内常任委員長室

出席者：自民党 野田毅議員、鴨下一郎議員、福岡資麿議員

公明党 石井啓一議員、古屋範子議員

民主党 長妻昭議員、山井和則議員、梅村聡議員

- 高齢者医療制度等の課題について、自民党・公明党がとりまとめた資料及び民主党がとりまとめた資料を配布し、議論を行った。
  
- 協議においては、以下のような発言があった。
  - ・ 75歳の年齢で区切る後期高齢者医療制度については廃止し、高齢者も国保と被用者保険に加入するようにすべき。これにより、75歳以上の保険料の上昇スピードが現役世代に比べて速いという格差が解消される。基金の活用については、一過性の予算措置のため、再来年度はどうかかわからない。（民主党）
  - ・ 後期高齢者医療制度は、過去の老人保健制度の問題点を解消するために創設されたもの。後期高齢者医療制度については、既に都道府県単位になっており、75歳以上の高齢者の保険料負担は公平となっている。民主党が提案するように国保と被用者保険に分離すると、却って世代内の格差は拡大する。現在でも、基金を活用することにより、保険料上昇スピードは抑制されている。（公明党）
  - ・ 後期高齢者医療制度は、過去の老人保健制度では不明確であった高齢者と現役世代の負担の明確化を図るために創設されたもの。民主党が提案するように国保と被用者保険に分離すると、負担関係がまた不明確になってしまうのではないか。（自民党）
  
  - ・ 75歳の年齢区分を無くすことにより、75歳以上の医療費を管理し、適正化するという現行制度のイメージを払拭することができる。年齢区分を無くすことについては、高齢者にも賛成の意見が多いはず。もっとも重要なのは利用者である国民の立場である。（民主党）
  - ・ 医療費の適正化は必要だが、年齢を区分して殊更に75歳以上の医療費を適正化しようとするものではない。（公明党）
  - ・ 75歳で年齢区分を設ける背景には、高齢者の身体的な特性に合った医療を提供するという理由もある。高齢者の意見も人によって違うと思うが、現役世代の意見も聞く必要がある。（自民党）

- ・ 国保の広域化については、75歳の年齢区分を無くすこととセットで行うべき。国保を広域化するに当たっては、医療計画を立案する都道府県を保険者にする必要。さらなる財政措置を講じることで都道府県の理解を得る努力をすべき。(民主党)
  - ・ 国保の広域化と75歳の年齢区分を無くすことはセットではない。後期高齢者医療制度については、都道府県も市町村も、現行制度は定着しており、必要な改善を加えながら、安定的な運営に努めるべきとの見解と聞いている。地方分権の時代であり、3党で合意したからと言って、地方を従わせるものではない。地方の意見も聞く必要。(公明党)
  - ・ 国保の広域化だけであれば、合意できるが、後期高齢者医療制度については、現行制度を基本に、順次改善していくべき。国保の広域化に際し、誰が保険者になるかは様々な選択肢があり、利害調整が必要。(自民党)
  - ・ 超長期の理想形を検討すべき。現行制度の微修正にとどまってはならない。国民会議や三党実務者協議では、国家100年の計に立った年金・医療制度改革の議論をするはずではなかったのか。国保と被用者保険の垣根を無くし、地域保険に一本化する、言わば、75歳以上の後期高齢者医療制度について全年齢を対象にするような方向で検討すべき。国民会議は、『社会保障制度改革国民会議』という名称であり、法律にも規定されている。制度改革の議論から逃げてはならない。まず、3党で方向性について合意した上で、国民会議の委員の意見を聴くべき。(民主党)
  - ・ 後期高齢者医療制度の検討の際にも理想どおりにはいかなかった。三党実務者協議においては、現実を基に、検討すべき。国民会議の意見を聴くならば、民主党の提案として意見を聴くべき。(公明党)
  - ・ 社会保障には給付と負担の両面があり、現実に即して検討すべき。高齢者医療制度は高齢化の進展とともに逼迫することが見込まれており、ここ20年程度をどう乗り切るかが重要。保険者を一本化するよりも、多様化した方がいい面もある。国民会議で制度改革の議論をすべきというのであれば、現行制度に加え、民主党の提案についても、国民会議の委員に意見を聴けばよい。三党合意の枠の中だけでしか国民会議では議論もできないということはおかしい。(自民党)
- 次回の三党実務者協議では、年金制度の各課題について議論を深めたい旨提案があった。なお、民主党からは、議事要旨について、発言者の党名を記述すべきとの提案があり、各党了承した。

(以上)

## 三党実務者協議（3月13日）の議事要旨

日時：平成25年3月13日（水）17時45分～18時50分

場所：院内常任委員長室

出席者：自民党 野田毅議員、鴨下一郎議員、宮沢洋一議員、福岡資麿議員

公明党 石井啓一議員、渡辺孝男議員、古屋範子議員

民主党 長妻昭議員、山井和則議員、梅村聡議員

- 民主党から、社会保障制度改革国民会議（国民会議）で行う関係者を交えての議論について、後期高齢者医療制度の問題は、75歳以上の当事者の方々の意見をきちんと聞かなかったことにあると思う。その反省に立って、当事者、現場で働く方たちも交えて議論すべきとの要請があり、その旨、国民会議に伝えることとなった。
- 年金制度の課題について、自民党・公明党がとりまとめた資料及び民主党がとりまとめた資料を配布し、議論を行った。
- 協議においては、以下のような発言があった。
  - ・ 国民年金には、現在、非正規労働者が多く加入しており、未納・未加入の要因となっている。これに対応するためには、最低保障年金と所得比例年金を組み合わせ一元化した新しい年金を創設すべき。免除の見直しなど短期的にできる微修正案はここでの議論になじまない。ここは、制度改革を議論する場である。民主党案を批判するのであれば、対案を示すべき。（民主党）
  - ・ まずは厚生年金の適用拡大による対応が現実的。民主党政権下でも非正規労働者全員を厚生年金の対象にすることはできなかった。民主党案は、自営業者の保険料負担の問題や非正規労働者の事業主負担の問題など、厚生年金の適用拡大よりも実現は難しいのではないか。（公明党）
  - ・ 免除制度をどうするか、厚生年金の適用拡大をどうするかなどを現実に即して議論した方が建設的。民主党案では、自営業者は事業主負担分も含め保険料を負担することになり、非正規労働者も所得比例年金の保険料を負担することになるので、国民年金よりも保険料が重くなるケースもある。そうした中で、保険料の未納があると、その分支給されなくなるので、結局、最低保障年金という名はつけているが、最低保障機能はないのではないか。（自民党）
  - ・ 厚生年金の適用を拡大しようとしても、現行制度のままでは、その持続可能性にも疑問がある中で、事業主の理解は得られず、遅々として進まない。年金制度を抜本的に変えて、非正規労働者を一気に所得比例年金に加入させることと併せて、税を投入

することにすれば、事業主の理解も得られやすい。もちろん、雇用政策や経済政策も重要だが、だからと言って年金制度が現行のままで大丈夫とはならない。(民主党)

- ・ 民主党案では零細な企業にも事業主負担を求めることになることに加え、税を投入する必要があるので、より実現が難しいのではないか。(公明党)
- ・ 公明党と同様、民主党案よりも厚生年金の適用拡大の方が現実的。厚生年金の適用拡大の意義ややり方については議論した方がよいが、一部の業種への影響が大きいというところが難しい。低年金者の問題や厚生年金の適用拡大の問題は、年金制度だけで対応するのではなく、雇用政策や経済政策もあわせて検討する必要。(自民党)
- ・ 所得の捕捉はマイナンバー制度と歳入庁で対応したい。また、市町村の課税台帳を調べれば、所得やその分布を把握することができる。スウェーデンでも民主党案と同じような年金制度を運営している。(民主党)
- ・ 自営業者の所得は自主申告であり、マイナンバー制度があっても、所得を捕捉するのは難しい。スウェーデンは、個人事業主が少ないなど、日本と社会経済情勢が異なる。(公明党)
- ・ 自営業者の所得をどうやって捕捉するのか。国税庁は課税最低限以下の人の所得を捕捉することにはなっておらず、歳入庁で解決できるものではない。そもそも自営業者の所得は安定せず、保険料の天引きもできないため、厚生年金とは別体系の保険としてきた経緯がある。人口 900 万人のスウェーデンと 1 億 2000 万人の日本とでは状況が異なる。(自民党)

○ 次回の三党実務者協議では、引き続き、年金制度の各課題について議論を行うこととなった。

(以 上)

## 年金制度の課題

下記の課題を解決するための公的年金制度改革の内容等については、3党間で合意に向けて協議する。

### 1. 雇用形態の多様化（働き方の変化）と未納・未加入問題

- すべての国民の多様なライフスタイルに対応できる公的年金制度の実現
- 全国民が定額又は所得に比例した保険料を拠出する公的年金制度の確立
- 国民年金の被保険者の性格の変化  
（国民年金が自営業の年金から、非正規雇用者が多く加入する年金に）
- 年金保険料の徴収体制強化等（歳入庁その他の方策の有効性、課題等を幅広い観点から検討）

### 2. 低年金・無年金者の増加

- 低年金・無年金者の減少に向けた対応  
→最低保障機能の在り方

### 3. マクロ経済変動と年金財政の整合など持続可能性に係る諸課題

### 4. 現行制度に対する国民の不安、不信

- 3号被保険者の在り方

## 年金制度の課題

下記の課題を解決するための公的年金制度改革の内容等については、3党間で3月中の合意に向けて協議する。

### 1. 雇用形態の多様化（働き方の変化）と未納・未加入問題

○すべての国民の多様なライフスタイルに対応できる公的年金制度の実現

○全国民が所得に応じた保険料を拠出する公的年金制度の確立

○国民年金の不安定年金化＝働き方の変化に対応せず

（「国民年金＝定額保険料」と「被用者年金＝比例保険料」との分断。国民年金が自営業の年金でなくなり、国民年金が非正規雇用不安定年金に）

○徴収体制が脆弱（歳入庁その他の方策の有効性、課題等を幅広い観点から検討し、実施すること）

### 2. 低年金・無年金者の増加

○税金と保険料の役割分担の明確化  
（受給額の格差）

○低年金・無年金者の減少を年金制度内でも実現＝生活保護高齢化の流れを抑制  
→最低保障機能（ゼロ保険料）の必要性

### 3. マクロ経済変動と年金財政の整合など持続可能性に係る諸課題

税投入の哲学・ルール確立と国民的合意

### 4. 現行制度に対する国民の不安、不信

3号被保険者の公平性

## 意見募集（案）

- 改革推進法に規定された「基本的な考え方」及び社会保障 4 分野に係る「改革の基本方針」を踏まえた社会保障制度改革について、意見を国民会議のホームページ上で募集する
- 意見募集は、団体を中心に幅広く対象とする（個人の場合には属性（性別、年齢層、職業など）を明らかにしていただく）
- 意見書（文書）の形式で提出していただく
- 1 か月程度で期限を区切った上で集約し、委員で共有し公表したい



社会保障制度改革(医療・介護)に対する  
健保連の考え方

2013年4月4日  
健康保険組合連合会

# 医療・介護保険制度の課題

---

1. 被用者保険財政基盤の安定化
  - 高齢世代と現役世代の負担の公平性確保
  - 高齢者医療制度の負担構造の改革
  - 高齢者医療制度への公費拡充とその財源
  - 保険料と税の役割の明確化
  - 負担と給付の見直し
2. 医療費の適正化
  - 診療報酬改定
  - 後発医薬品の使用促進
  - ICT化の推進
3. 医療提供体制の効率化と重点化
  - 病院・病床及び外来の機能分化と連携強化
  - 平均在院日数の短縮と病床数の削減
  - 社会的入院の是正と在宅医療の推進、医療と介護の連携促進
4. 保健事業と保険者機能の発揮
  - 総合的な健診体制の確立
  - 保険者機能の発揮
5. 介護保険制度の見直し
  - 負担と給付の見直し
  - 介護納付金の総報酬割導入には反対

# 1. 被用者保険財政基盤の安定化①

## 《現状と課題》

- 高齢世代と現役世代の負担の公平性確保
  - 高齢者医療のための現役世代の負担はすでに過重であり、今後さらに重くなる。(参考資料P.5、P.6)
  - 現在、高齢者の患者負担は、70～74歳が軽減措置による1割負担(法律上は2割負担)、75歳以上は1割負担(現役並み所得者は3割負担)。(参考資料P.8)
- 高齢者医療制度の負担構造の改革
  - 被用者保険の保険料収入の4割以上が高齢者医療のための拠出金(健保組合46%、協会けんぽ45%)。
  - 前期高齢者にかかる財政調整は、被用者保険の費用負担があまりにも重く、前期高齢者納付金の計算方法にも問題がある。

## 《今後の方向性》

- 高齢世代と現役世代の負担の公平性確保
  - 現行の高齢者医療制度の基本的な枠組みは今後も維持すべきだが、制度の持続可能性を高めるためには現役世代の負担軽減が不可欠。
  - 高齢者の患者負担をさらに見直し、70歳以上はすべて、原則2割負担(現役並み所得者は3割負担)に改めるべき。(参考資料P.8)
- 高齢者医療制度の負担構造の改革
  - 高齢者医療全体に公費5割投入をめざすべき。
  - 国保の財政を65歳以上と64歳以下に区分すべき。そのためにも、国保の都道府県単位化を推進すべき。
  - 前期高齢者納付金の計算方法を見直すべき。あわせて、国保の改革も必要。(参考資料P.7、P.8、P.9)

# 1. 被用者保険財政基盤の安定化②

## 《現状と課題》

- 高齢者医療制度への公費拡充とその財源
  - 現在、後期高齢者医療制度の公費負担割合は47%。前期高齢者の給付費には、国保と協会けんぽを合わせて23%にとどまっている。  
(参考資料P.7)
- 保険料と税の役割の明確化
  - 保険料による財政調整、あるいは税の役割を肩代わりをさせようとする議論がある。

## 《今後の方向性》

- 高齢者医療制度への公費拡充とその財源
  - 後期高齢者医療制度の公費負担割合を47%から50%に拡充 = 追加公費約4000億円(2014年度)
  - 前期高齢者の給付費への公費負担5割に拡充 = 追加公費約1兆8000億円
  - 公費拡充(合わせて2兆2000億円)の財源は、消費税(社会保障目的税)に加えて、高齢者の患者負担の見直し、医療費適正化など、医療の財源の再配分によって確保すべき。(参考資料P.7、P.8)
- 保険料と税の役割の明確化
  - 現役世代内での保険料による財政調整、所得再分配には基本的に反対。
  - 後期高齢者支援金の総報酬割は、国庫補助削減分の「肩代わり」の手法ならば反対。高齢者医療制度への公費拡充とセットで考えるべき。
  - 総報酬割の導入には、自助努力を促す観点から、保険料収納率の差を考慮した負担方法とすべき。  
(参考資料P.10)

# 1. 被用者保険財政基盤の安定化③

## 《現状と課題》

- 負担と給付の見直し
  - 医療保険制度の持続可能性を高めるためにも、負担と給付の両面からの見直しが不可欠。
  - 保険財政がさらに厳しくなっていく状況をふまえ、保険給付の範囲を絞っていくことも必要。
- その他の見直し

## 《今後の方向性》

- 負担と給付の見直し
  - 70歳以上のすべての高齢者について原則2割負担(現役並み所得者は3割負担)とすべき。(参考資料P.8)
  - 埋葬料制度を廃止すべき。
  - 一般用医薬品に代替可能な医療用医薬品を保険給付から除外すべき。
- 任意継続被保険者制度を廃止すべき。

## 2. 医療費の適正化①

### 《現状と課題》

- 低経済成長と医療費増
  - 医療費は、高齢化等によって毎年3%程度増加。一方で、賃金・物価は横ばいか低下傾向、医療保険財政は急速に悪化。(参考資料P11・P12)
- 診療報酬改定
  - 本体の改定率は、2回連続でプラス(H22年度1.55%、H24年度1.379%)。
  - 薬価改定(引き下げ)分を本体改定に充当。  
H24年度改定率:  
医療費全体+0.004%  
本体+1.379%、薬価等▲1.375%
  - 限られた医療財源のなかで、効率的・効果的な医療を提供することが必要。

### 《今後の方向性》

- 医療費の適正化
  - 医療保険制度の持続可能性を高めるために、医療費の適正化が不可欠。
- 診療報酬改定
  - 診療報酬本体の改定率は、賃金・物価の動向や医療保険財政の状況を踏まえたものとするべき。
  - 薬価改定分は、診療報酬本体の引上げ財源とすることなく、確実に国民に還元すべき。
  - 改定内容は、医療の効率化、重点化を目指したものとするべき。
  - 費用対効果評価を導入し、保険収載の判断や報酬・価格に反映させるべき。

## 2. 医療費の適正化②

### 《現状と課題》

- 後発医薬品の使用促進
  - 政府が定めた目標数値(2012年度までに使用割合を30%)が未達成。
- 医療用医薬品のOTC化の推進
  - 健康の自己管理や患者の利便性向上の観点からの医療費適正化方策が必要。
- 重複検査及び重複投与の是正
  - 複数医療機関を受診した場合、受診ごとに同様の検査を実施。
  - また、複数の疾患を抱える患者や精神疾患を中心に薬剤の重複投与が発生。
- 柔道整復等療養費の適正化
  - 柔道整復、はりきゅう、あん摩マッサージ指圧療養費が医療費の伸びを上回る高い伸び。(参考資料P13)
  - 不正請求が後を絶たない(H21年度会計検査院報告)。

### 《今後の方向性》

- 後発医薬品の使用促進
  - 2013年度からの新たな目標数値を早期に達成するため、国の積極的関与、医師・薬剤師の協力、国民の理解促進等、国を挙げて使用促進を図るべき。
- 医療用医薬品のOTC化の推進
  - 安全性、有効性を担保したうえで、医療用医薬品のスイッチOTC化を進めるべき。
- 重複検査及び重複投与の是正
  - 医療におけるICT化を進め、検査結果等患者の情報を共有すべき。
  - お薬手帳の活用等により、重複投与の是正を図るべき。
- 柔道整復等療養費の適正化
  - 柔道整復等療養費の運用の厳格化を図るべき。
  - 給付の範囲の見直し等、療養費のあり方の検討を進めるべき。
  - 不正請求に対する行政の指導・監査体制を強化すべき。

## 2. 医療費の適正化③

### 《現状と課題》

#### ○ ICT化の推進

→ 医療保険運営コストの一層の縮減、医療費適正化等の観点からICT化を推進すべきであり、右記の基盤整備は必須。

→ 現状の電子化比率92%  
(医科96% 歯科54% 調剤99.9%)  
(参考資料P.14)

\* 電子化比率92%=オンラインによる請求69.6%+電子媒体による請求22.4%

### 《今後の方向性》

#### ○ ICT化の推進

→ ナショナル・データベース(NDB)を医療費適正化に資するよう、有効に活用すべき。

→ 番号制度を医療分野でも利用できるように見直し、医療機関間等のネットワークを構築するなど、全体の効率化を図るべき。

→ レセプトの電子化及びオンライン請求を完全実施すべき。

→ 電子化に対応したレセプト記載要領等を見直すべき。

①レセプトの主傷病名の確定と傷病名と診療行為のリンク付け、②未コード化傷病名の解消、③電子化に対応した診療報酬コード体系への改善を視野に、診療報酬体系を簡素合理化

→ 柔道整復施術療養費支給申請書の電子化を早期に実現すべき。



### 3. 医療提供体制の効率化と重点化①

#### 《現状と課題》

- 病院・病床及び外来の機能分化と連携強化
  - 一般病床に急性期から回復期までさまざまな患者が混在。一部に長期療養患者も混在。
  - 特定機能病院やそれに準ずる高度な医療を提供する大病院に風邪など軽症な患者が受診（フリーアクセスの問題）。
  - 今後、高齢者が急増。高齢者は複数の疾患を抱えている場合が多い。
- 平均在院日数の短縮と病床数の削減
  - 日本は、平均在院日数が長く、病床数が多い。（参考資料P17・P18）
  - 病床数が多い都道府県ほど入院医療費が高い。（参考資料P19）

#### 《今後の方向性》

- 病院・病床及び外来の機能分化と連携強化
  - 一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期等に機能分化し、連携を強化すべき。（参考資料P15・P16）
  - 高度な医療を提供する病院については、紹介を原則とするなど、外来機能の分化を図るべき。
  - 身近な医療機関で総合的な視点に立って診療する「総合診療医」を早期に養成すべき。
- 平均在院日数の短縮と病床数の削減
  - 平均在院日数は、機能分化された各病床に適切な医療資源を投入することや、診療報酬における評価の見直しにより短縮を図るべき。
  - 病床数は、医療計画の基準病床数の算定方法を見直すことなどにより、削減を図るべき。

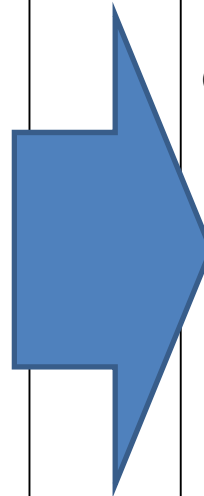
### 3. 医療提供体制の効率化と重点化②

#### 《現状と課題》

- 高額医療機器
  - 日本は高額医療機器の保有台数が多い。(参考資料P20)
  
- 社会的入院の是正と在宅医療の推進、医療と介護の連携促進
  - 介護療養病床の廃止期限が6年延長(2018年3月末)。
  - 長期の療養や介護が必要になった場合、高齢者は出来る限り住み慣れた自宅や地域で暮らしたいと希望。
  - 高齢者は医療と介護双方のニーズを併せ持つ。

#### 《今後の方向性》

- 高額医療機器の適正配置
  - 高額医療機器の計画的な配置や共同利用を進めるべき。
  
- 社会的入院の是正と在宅医療の推進、医療と介護の連携促進
  - 介護療養病床については、介護老人保健施設等への転換を計画的に進めるべき。
  - 高齢者が自宅や地域で暮らせるよう、在宅医療を支える体制の整備や地域包括ケアシステムの構築を進めるべき。(参考資料P21)



### 3. 医療提供体制の効率化と重点化③

#### 《現状と課題》

##### ○患者中心の医療

###### 【終末期医療】

- 終末期に治る見込みがない場合に延命治療を望む人は約1割(H22年12月「終末期医療のあり方に関する懇談会」調査結果)。

###### 【医療情報提供】

- 患者の医療機関選択に資する医療情報の提供が必要。

###### 【医療のあり方】

- 患者が求める医療、医療者が提供する医療、あるべき医療の間にギャップがあるのではないか。

#### 《今後の方向性》

##### ○患者中心の医療

###### 【終末期医療】

- 患者の尊厳、選択(リビングウィル)、医の倫理等を総合的に検討し、終末期医療に対する国民のコンセンサスの形成を図るべき。
- 終末期医療が患者・家族の理解のもとに行われるよう、治療方針等に関する医療従事者と患者・家族の話し合いに係る診療報酬上の評価を検討すべき。

###### 【医療情報提供】

- 医療の成果(アウトカム)や過程(プロセス)に関する情報が提供できるよう、それぞれの指標について、客観性の確保や共通化・標準化を進めるべき。

###### 【医療のあり方】

- 医療にできること、できないこと、国民が医療に求めること等について、知識や情報を共有することで、情報の非対称性をなくしていくべき。
- 医療の標準化、EBMを推進すべき。

## 4. 保健事業と保険者機能の発揮

### 《現状と課題》

- 総合的な健診体制の確立
  - 特定健診が保険者に義務付けられ、市町村住民健診(がん検診等)と切り離されたことから、特に被扶養者の健診環境の利便性が損われ、受診率が低迷している。
- 保険者機能の発揮
  - 健保組合は、自主自立の財政運営(定率の国庫補助なし)。自ら保険料率を設定し、保険料を徴収(収納率99.9%)している。
  - 事業主と連携した保健事業、医療費適正化対策等への積極的な取り組み(特定健診実施率69.7%、加入者の健康増進と医療費適正化に一定の効果あり)。(参考資料P.22)

### 《今後の方向性》

- 総合的な健診体制の確立
  - 特定健診と市町村がん検診との連携体制(健診同時実施)を含め総合的な健診体制を早急に構築すべき。
  - 国のがん対策推進基本計画の受診率目標(50%)に向けて、保険者及び母体企業が行うがん検診を更に推進するための環境を整備すべき(インセンティブ付与等)。
- 保険者機能の発揮
  - 国民皆保険の維持、安定化のためにも、加入者にとってより身近な存在であり、「自助」を実現する健康保険組合方式を今後も推進すべき。

## 5. 介護保険制度の見直し

### 《現状と課題》

- 負担と給付の見直し
  - 年々増加する介護給付費等によって、第1号被保険者(65歳以上)、第2号被保険者(40~64歳)ともに、保険料負担が重くなっている。
  - 制度の持続可能性を高めるためにも、負担と給付の両面からの見直しが不可欠。  
(参考資料P.23)
- 介護納付金の総報酬割導入の議論
  - 制度創設以来、介護納付金の負担方法は加入者割だが、これを総報酬割に改め、その分、国庫補助を削減しようとする議論がある。

### 《今後の方向性》

- 負担と給付の見直し
  - 給付の面では、軽度者への給付の見直しが必要(要支援を給付対象から除外することも含めて検討)。
  - 負担の面では、高齢者医療の患者負担とのバランスも考慮し、一定以上所得者の利用者負担を見直すべき。要介護度に応じた負担割合の設定も取り入れるべき。  
(参考資料P.23)
- 介護納付金の総報酬割導入の議論
  - 第2号被保険者の負担方法には、直接的な受益がなく、親の世代が介護を受けるという間接的な受益に対する公平な負担方法として、加入者割が選択された。
  - 総報酬割は、国庫補助削減分を肩代わりさせる手法であり、第2号被保険者の介護保険料負担に大きな変動を生じさせる。財政力の違いは、従来どおり国庫補助によって埋めるべき。
  - 制度そのものの理念にかかわる重要な問題であり、介護納付金の総報酬割には反対。

# 参考資料

2013年4月4日  
健康保険組合連合会

# 健保組合の概況〔適用状況〕

---

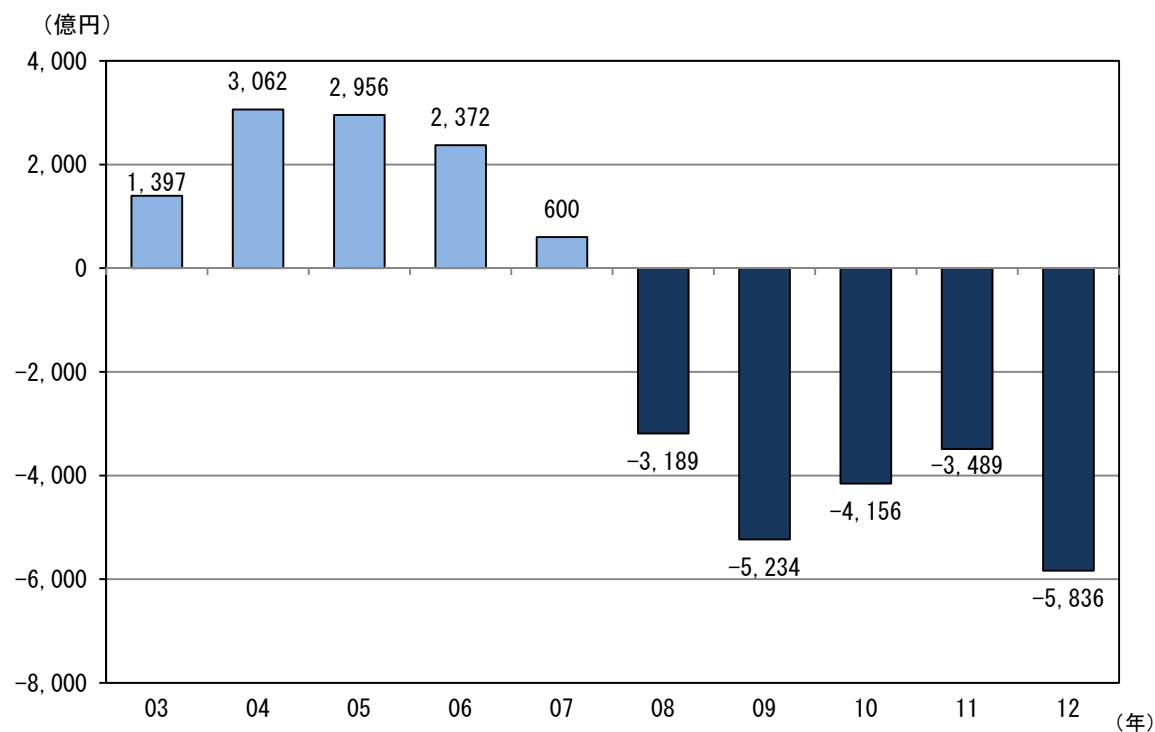
## 適用状況（2012年度予算）

組合数	単 一	1,170組合
	総 合	265組合
	計	1,435組合
加入者数	被 保 険 者 数	15,621,006人
	被 扶 養 者 数	13,875,379人
	計	29,496,385人
平均標準報酬月額		361,579円
平均標準賞与額		1,016,397円
平均保険料率		8.307%

# 健保組合の概況〔経常収支差の推移〕

- 高齢者医療制度創設(2008年度)以降、経常赤字が拡大。累積赤字額は5年間で2兆円を超える。

経常収支差引額の推移



(注1) 03~10年度までは決算、11年度は決算見込、12年度は予算の数値である。

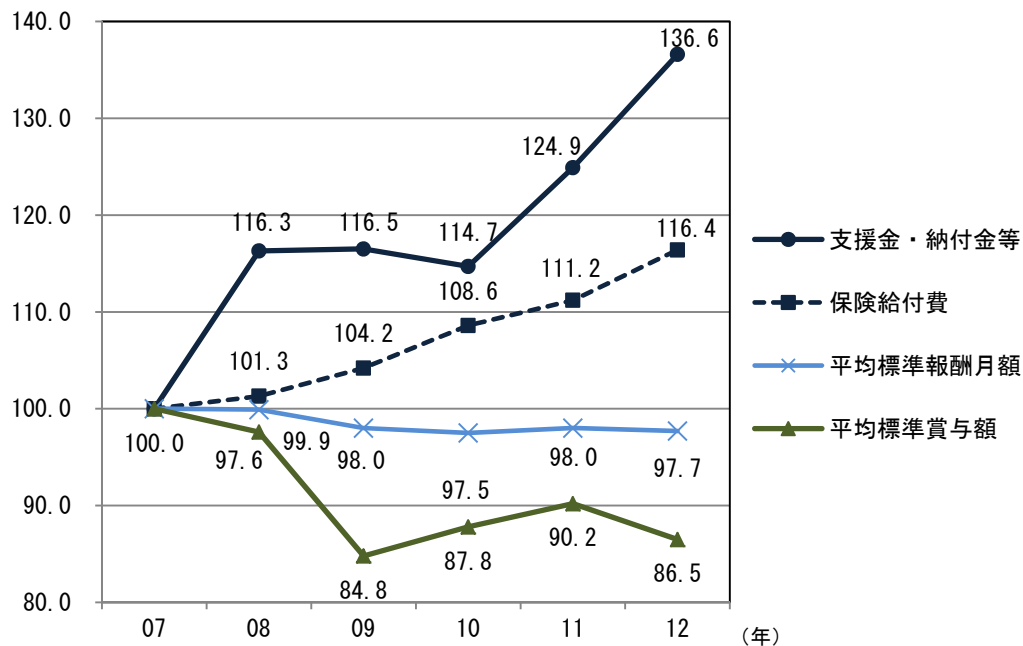
(注2) 02年度の制度改革で、総報酬制の導入などにより、03~07年度は黒字となった。



# 健保組合の概況〔支援金・納付金の大幅な増加〕

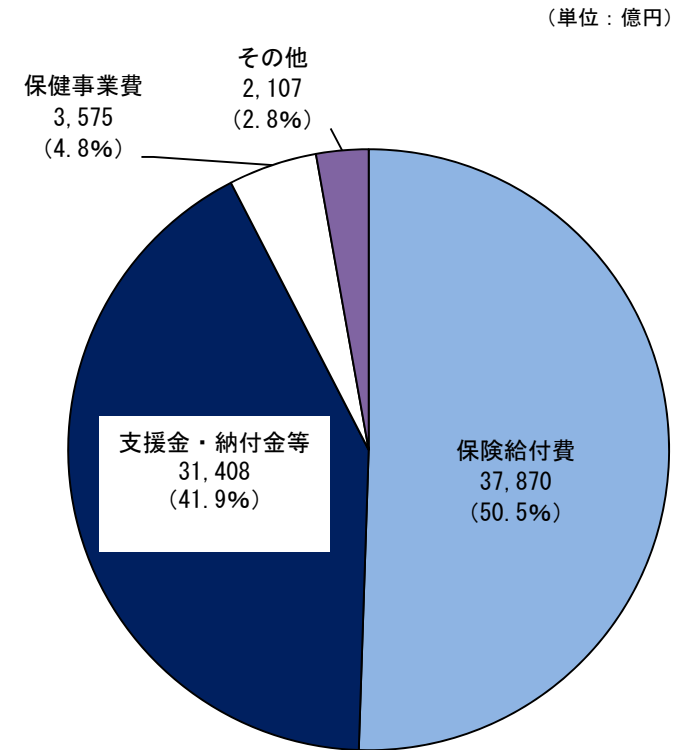
- 被保険者の収入は伸び悩み。支援金・納付金、保険給付費の負担がここ数年大幅に増加。
- 支援金・納付金は、支出の4割を超える。

1人あたり月額、賞与額、保険給付費  
および支援金・納付金等の推移



(注1) 07～10年度までは決算、11年度は決算見込、12年度は予算の数値である。  
 (注2) 07年度を「100」とした伸び率の推移である。

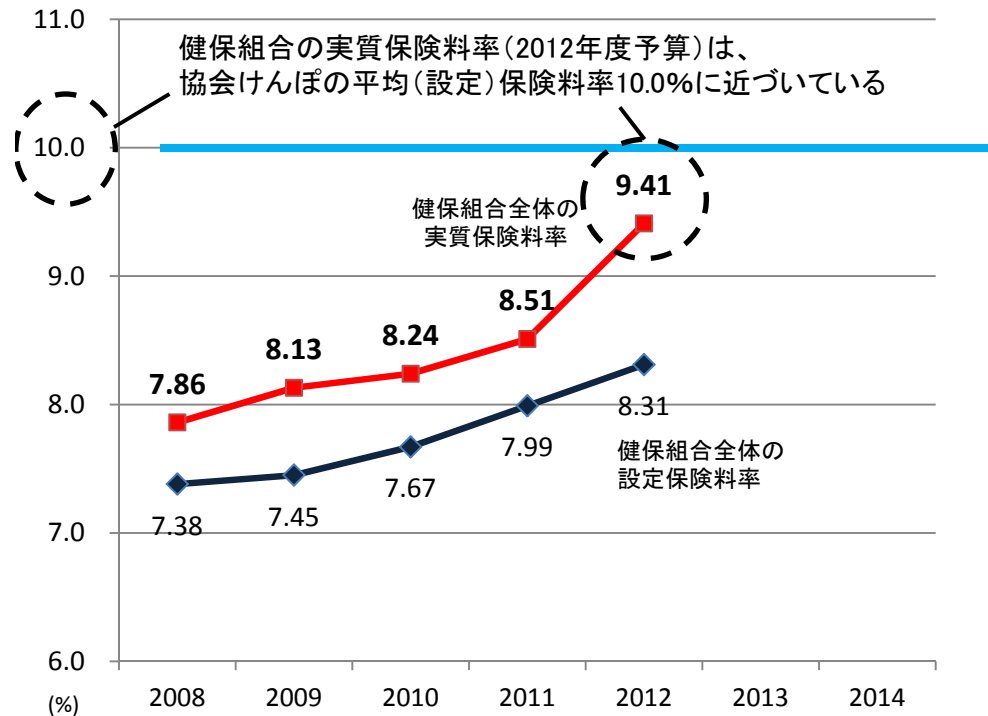
経常支出の構成割合（2012年度予算）



# 健保組合の保険料率等について

- 健保組合の保険料率は、「設定保険料率」だけでなく、現実の負担を表す「実質保険料率」でも評価する必要がある。また、特に財政の厳しい健保組合の状況を考えれば、平均値だけで評価するのは適切でない。
- 2012年度(予算)の健保組合の実質保険料率の単純平均は、9.41%に達しており、個別にみれば、10.0%以上が448組合、12.0%以上(=設定保険料率の法定上限)が73組合にのぼっている。今後、さらに多くの健保組合の実質保険料率が10%を上回ることが予測される。
- 2011年度末の健保組合全体の別途積立金残高は1兆6086億円。法定準備金が法令で定める3か月分(給付費+拠出金)未満の組合は168組合に上る。

設定保険料率と実質保険料率等



※実質保険料率、設定保険料率とも健保組合全体の単純平均値。

健保組合全体の積立金等

	2007	2008	2009	2010	2011
別途積立金 残高	27956億円	25894億円	22342億円	18896億円	16086億円
別途積立金 非保有	100組合	104組合	127組合	162組合	214組合
法定準備金 3か月未満	73組合	108組合	162組合	188組合	168組合

# 現役世代の拠出金負担等について

■高齢者医療のための現役世代の拠出金負担はすでに過重なものとなっている。今後、人口のさらなる高齢化と現役世代の人口減少によって、拠出金負担はよりいっそう重くなっていく。

## 後期高齢者支援金

単位：億円

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
健保組合	13,100	14,100	15,100	15,800
協会けんぽ	14,200	14,700	16,000	17,100
共済組合	4,000	4,400	4,800	5,000
市町村国保	14,500	15,900	17,400	18,200
国保組合	1,400	1,500	1,500	1,600
<b>合計</b>	<b>47,200</b>	<b>50,600</b>	<b>54,800</b>	<b>57,700</b>



**後期高齢者医療  
広域連合へ**

## 前期高齢者納付金

単位：億円

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
健保組合	11,300	11,800	13,000	13,700
協会けんぽ	12,100	12,400	13,600	14,400
共済組合	4,200	4,900	5,000	4,900
国保組合	500	500	600	600
<b>合計</b>	<b>28,100</b>	<b>29,600</b>	<b>32,200</b>	<b>33,600</b>

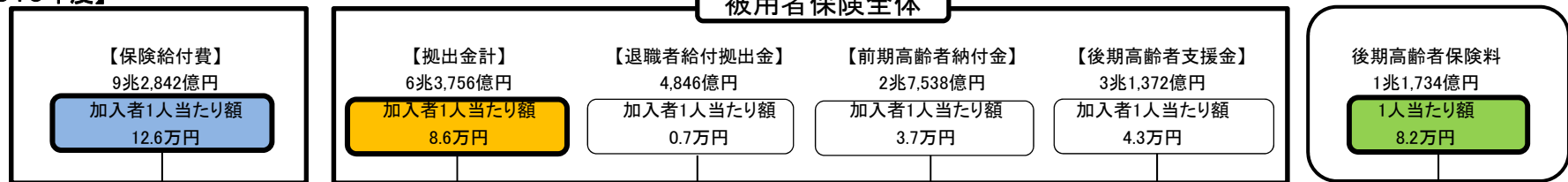


**前期高齢者交付金として  
市町村国保へ**

※2010年度から2012年度までは賦課ベース、2013年度は予算ベース。

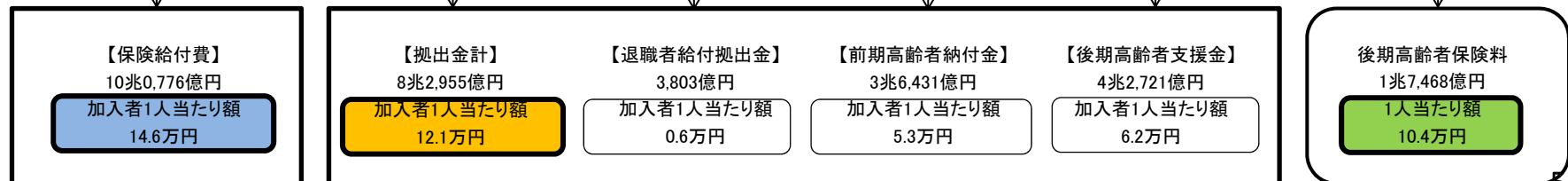
※上記に含まれない数値等もあり、後期高齢者医療広域連合、市町村国保に交付される額とは必ずしも一致しない。

### 【2010年度】



### 【2016年度】

(伸び率) +15.9%

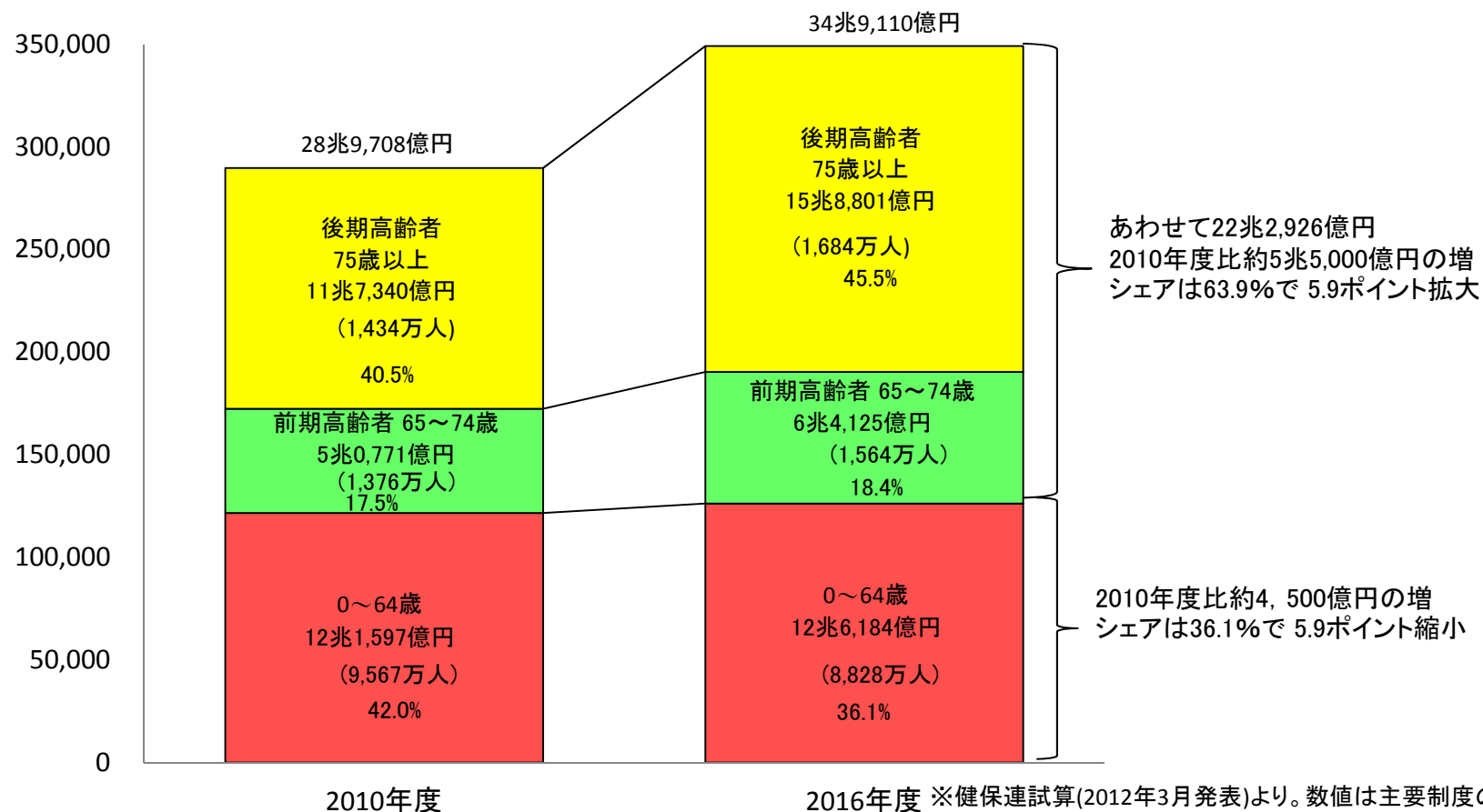


\* 健保連試算(2012年3月発表)より。後期高齢者の保険料については、低所得者の保険料軽減分を公費で負担している。上記の金額よりも負担が軽減される。

# 今後の医療給付費の見通し

- 65歳以上(前期高齢者+後期高齢者)の医療給付費は、2010年度の16兆8,100億円(シェア58%)から、2016年度には22兆2,900億円(シェア63.9%、33%増)の見通し。65歳未満の現役世代の給付費は、2010年度の12兆1,600億円(シェア42%)から、2016年度には12兆6,200億円(シェアは36.1%、3.8%増)に増加する見通し。
- 今後、さらなる人口の高齢化と少子化、団塊世代の65歳到達により、高齢者の医療給付費の伸びが加速していく。この部分の適正化を強力に推し進めていかなければ、制度の持続可能性を保つことができない。

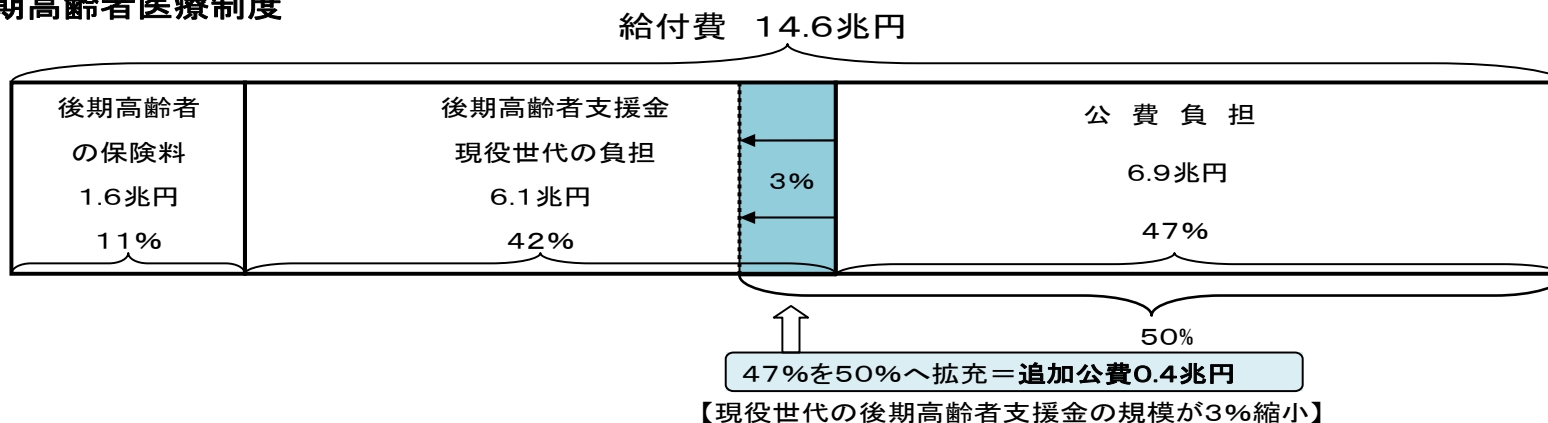
医療給付費(単位:億円)



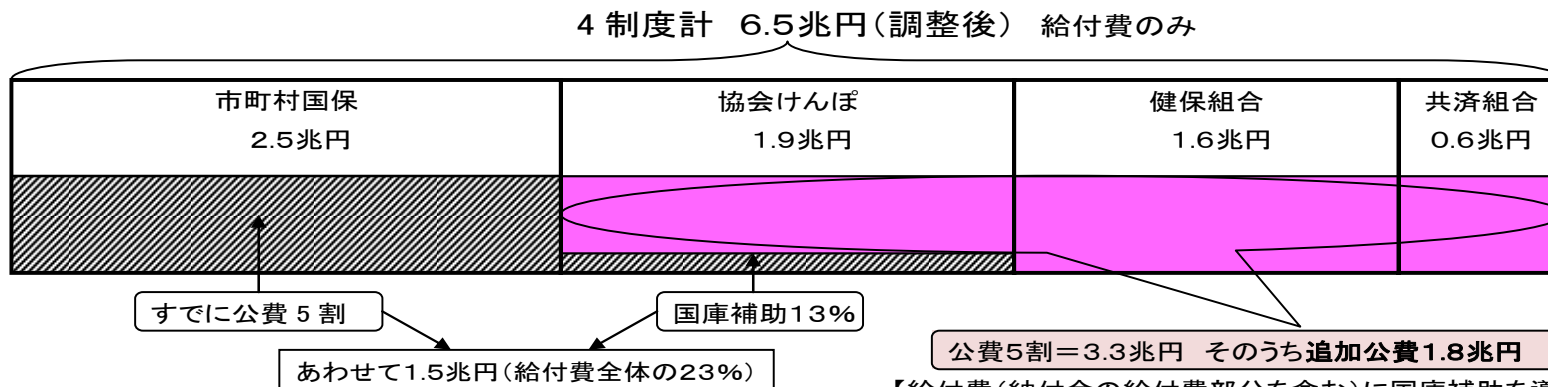
# 健保連が求める高齢者医療制度への公費拡充(考え方と所要額)

- 後期高齢者支援金・・・2014年度、給付費への公費47%を50%に拡充 = 追加公費 約4,000億円
- 前期高齢者納付金・・・2014年度、給付費(納付金の給付費部分を含む)に公費5割 = 追加公費 約1兆8,000億円
- 公費拡充(合わせて2兆2000億円)の財源は、消費税(社会保障目的税)に加えて、高齢者の患者負担の見直し、医療費適正化等、医療の財源の再配分によって確保すべき。

## ○後期高齢者医療制度



## ○前期高齢者に係る財政調整(調整後の費用負担)



【給付費(納付金の給付費部分を含む)に国庫補助を導入するイメージ】  
(市町村国保と協会けんぽに対する現行の国庫補助分を控除した額)

※概数に端数処理を行っているため、合計値が合わない場合がある。

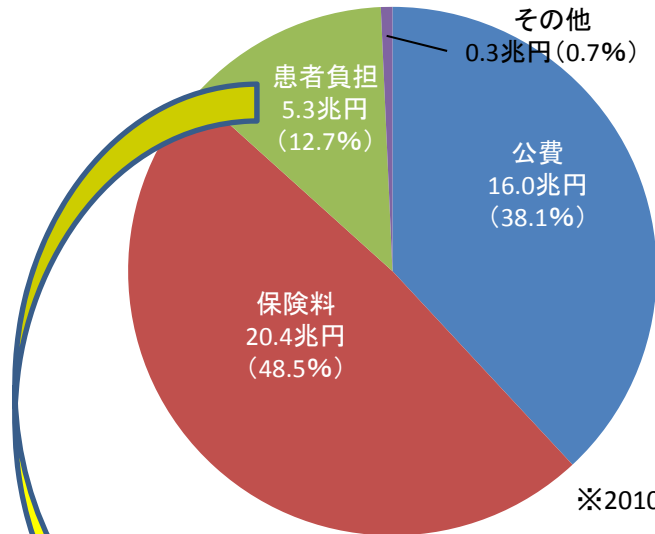
# 健保連が求める高齢者医療制度への公費拡充(財源割合への影響)

○2014年度の国民医療費が約42.1兆円(健保連概算)とすると、そのうち公費負担が16.0兆円(38.1%)、保険料が20.4兆円(48.5%)となる。これに健保連が求める公費拡充額2.2兆円を反映させると、公費負担が18.2兆円(43.2%)、保険料18.2兆円(43.2%)となる。

○70歳以上の高齢者の患者負担割合(現在1割)は、現役世代(3割)と比べて低い。これを2割負担に見直すことによって、

公費負担、保険料との負担のバランスが安定したものとなる。

◇2014年度の国民医療費42.1兆円(健保連概算)



**健保連が求める、公費拡充  
2.2兆円(2014年度)**

○公費  
16.0兆円 + 2.2兆円 = 18.2兆円 (43.2%)

○保険料  
20.4兆円 - 2.2兆円 = 18.2兆円 (43.2%)

※2010年度の国民医療費をもとに年3%の伸び、財源割合は2010年度と同じと想定。

◇現在の医療費に対する患者負担割合(厚生労働省資料より)

年齢(負担割合)		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)		8.7%
70~74歳	法定2割(現役並み所得3割)	13.8%
	1割凍結(現役並み所得3割)	8.5%
65歳~69歳(3割)		22.2%
20歳~64歳(3割)		23.2%

# 前期高齢者にかかる財政調整の問題点の見直し

## ○前期高齢者納付金の過重な負担

- ・加入者調整率により、前期高齢者にかかる費用負担を増幅(健保組合平均5.2倍)。
- ・その際、前期高齢者にかかる後期高齢者支援金の負担まで増幅させるしくみ。



- ・被用者保険側から市町村国保側への財政移転  
2012年度＝約3.4兆円(予算ベース)

⇒公費拡充により負担を軽減すべき。

- ・このうち、前期高齢者にかかる後期高齢者支援金分  
2012年度＝約3,600億円(健保連試算)

⇒この仕組みを廃止すべき。

## ○前期高齢者について、国保側に財政上の区分が設けられていない。

- ・市町村国保の財政上、前期高齢者交付金は収入全体の一部であり、用途が特定されていない。  
結果として若年者の給付費にも充てられている。



- ・前期高齢者について、**国保側に財政区分を設けるべき**。そのうえで、前期高齢者交付金よりも公費負担と前期高齢者の保険料を優先充当すべき。

- ・国保における前期高齢者交付金の用途を前期高齢者にかかる費用負担に特定すべき。

- 前期高齢者納付金の当年度の「概算」と2年後の「確定」の乖離が大きく、健保組合の財政運営に支障が生じる。
- 高額医療の負担まで増幅され、納付金の額に影響する。



## 国保の改革も必要

- 財政区分とあわせて、都道府県単位化等による財政基盤の安定化
- 保険者機能の強化(保険料収納率改善・医療費適正化等)
- 国保組合の見直し(補助金、市町村国保との共助)

# 後期高齢者支援金への総報酬割導入の議論について

- 単純な総報酬割の導入は、協会けんぽに対する国庫補助の削減分を健保組合等の負担増で「肩代わり」することとなる。この「肩代わり」方式は容認できない。
- 総報酬割を導入するならば、現役世代の負担軽減につながるよう、高齢者医療制度への公費拡充とセットで議論されるべき。
- また、その場合には、自助努力を促す観点から、保険料収納率の差を考慮した負担方法とすべき。

後期高齢者支援金の負担額の変化(2013年度)

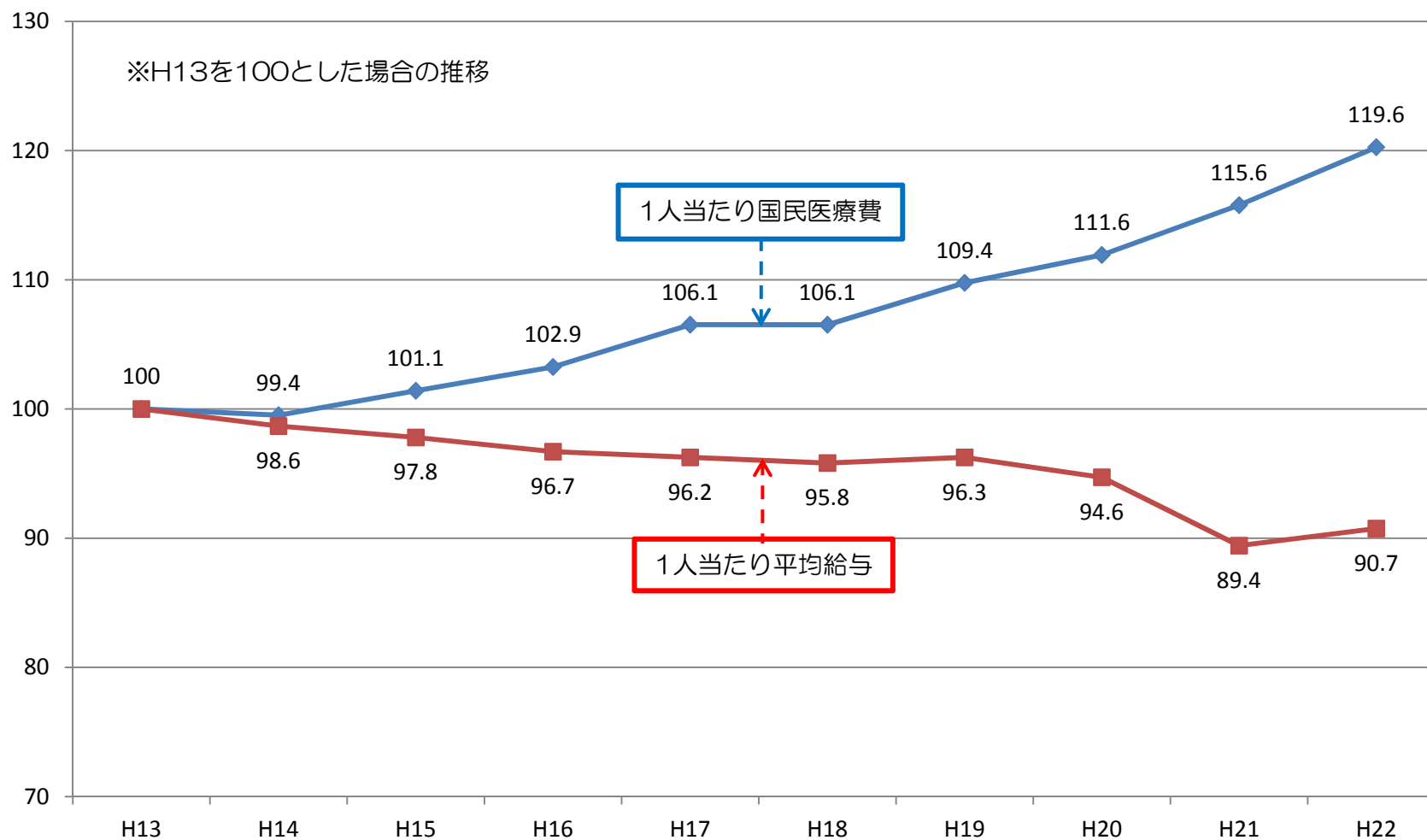
	健保組合	共済組合	協会けんぽ	国庫補助(16.4%)	実質負担
加入者割	16700億円	5300億円	19200億円	3100億円	16000億円
1/3総報酬割	17300億円	5700億円	18100億円	2100億円	16000億円
全面総報酬割	18500億円	6500億円	16000億円	0	16000億円



\* 厚生労働省資料をもとに健保連作成。

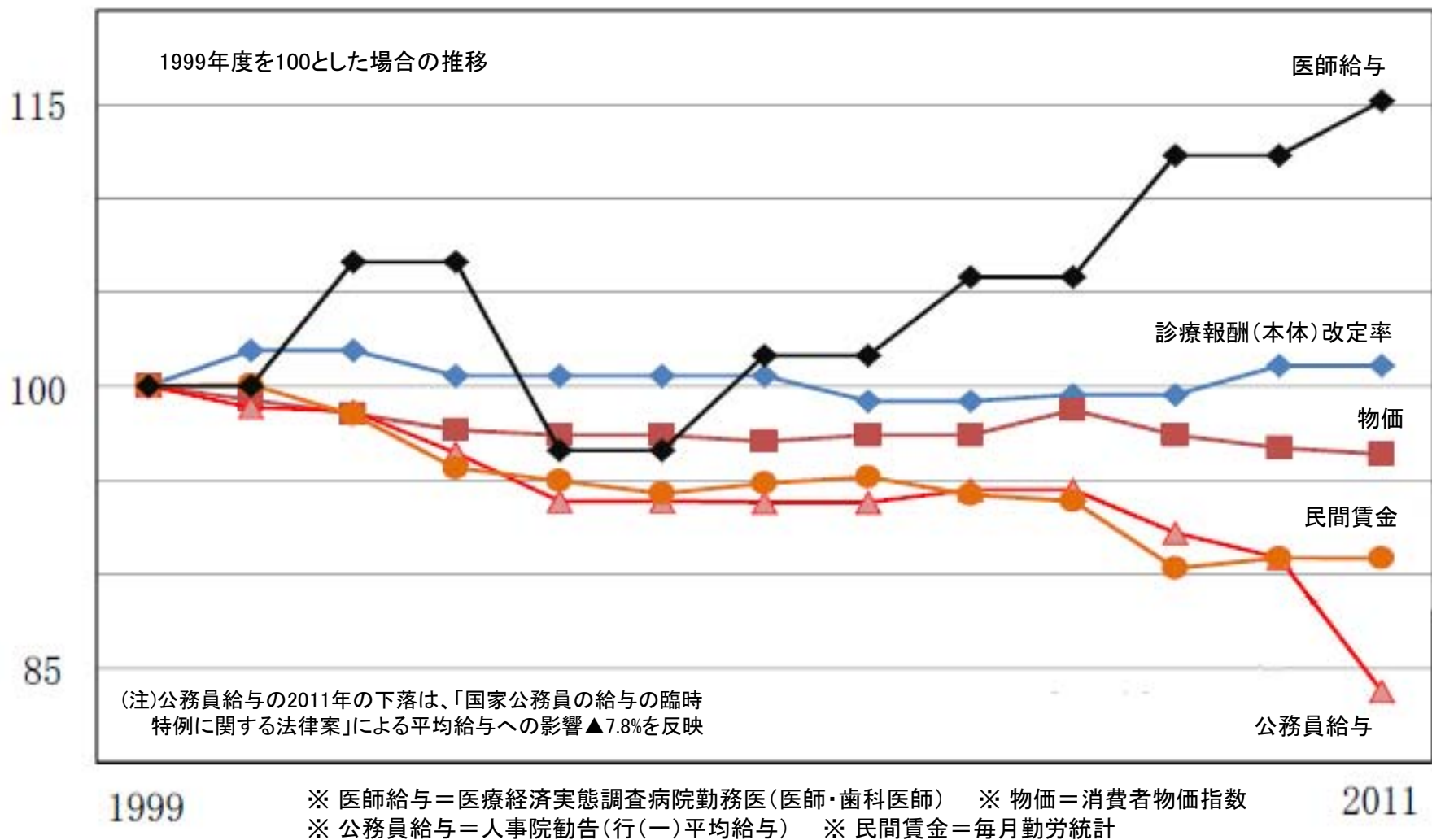


# 国民医療費と平均給与の推移



【健保連作成】 1人当たり国民医療費：厚生労働省『平成22年度 国民医療費の概況』より  
1人当たり平均給与：国税庁『平成23年分 民間給与実態統計調査結果』より

# 賃金・物価、診療報酬(本体)改定率の動向



2011.11.28財制審・財政制度分科会より

## 柔道整復、はり・きゆう、あん摩・マッサージ・指圧に係る療養費の推移(推計)

(金額：億円)

区 分	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
国民医療費	321,111	331,289	331,276	341,360	348,084	360,067	374,000
対前年度伸び率	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%
柔道整復	3,370	3,493	3,630	3,830	3,933	4,023	4,075
対前年度伸び率		3.6%	3.9%	5.5%	2.7%	2.3%	1.3%
はり・きゆう	162	191	221	247	267	293	317
対前年度伸び率		17.9%	15.7%	11.8%	8.1%	9.7%	8.2%
マッサージ	215	250	294	339	374	459	517
対前年度伸び率		16.3%	17.6%	15.3%	10.3%	22.7%	12.6%

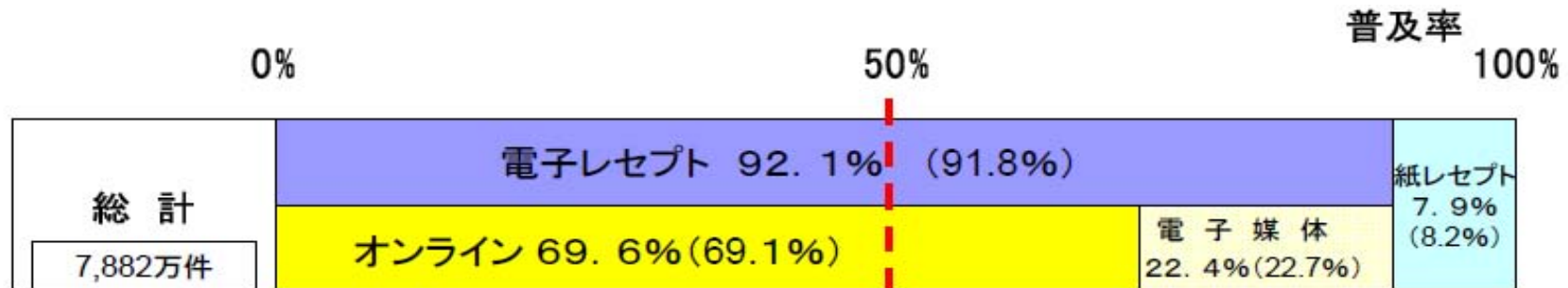
(注1) 厚生労働省保険局医療課とりまとめの推計

(注2) 平成22年度の国民医療費については、平成21年度の国民医療費に平成22年度のMEDIASの医療費(概算医療費)の対前年度伸び率を乗じて推計。

(注3) 柔道整復、はり・きゆう、マッサージ別の療養費の算出について

- ・平成22年度の柔道整復、はり・きゆう、マッサージについては、全国健康保険協会管掌健康保険、健康保険組合、船員保険、日雇特例被保険者、共済組合、については給付費の速報値等を基に推計し、国民健康保険、後期高齢者医療制度については実績値を使用。
  - ・平成21年度以前の全国健康保険協会管掌健康保険(平成20年9月以前は政府管掌健康保険)、健康保険組合、船員保険、日雇特例被保険者、共済組合、については推計値を、国民健康保険、後期高齢者医療制度については実績値を使用。
- なお、平成19年度以前の健康保険組合及び国民健康保険については、柔道整復、はり・きゆう、マッサージ別の統計が無いため、健康保険組合については、療養費総額の実績値に政府管掌健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じ推計、国民健康保険については、療養費総額の実績値に標本調査に得られた国民健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じて推計。
- ・また、平成21年度以前の船員保険、共済組合については、柔道整復、はり・きゆう、マッサージ別の統計が無いため、それぞれの療養費総額の実績値に全国健康保険協会管掌健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じ推計。

# 電子レセプト請求普及状況(件数ベース)(2013年2月)



※( )内は前月の数値である。

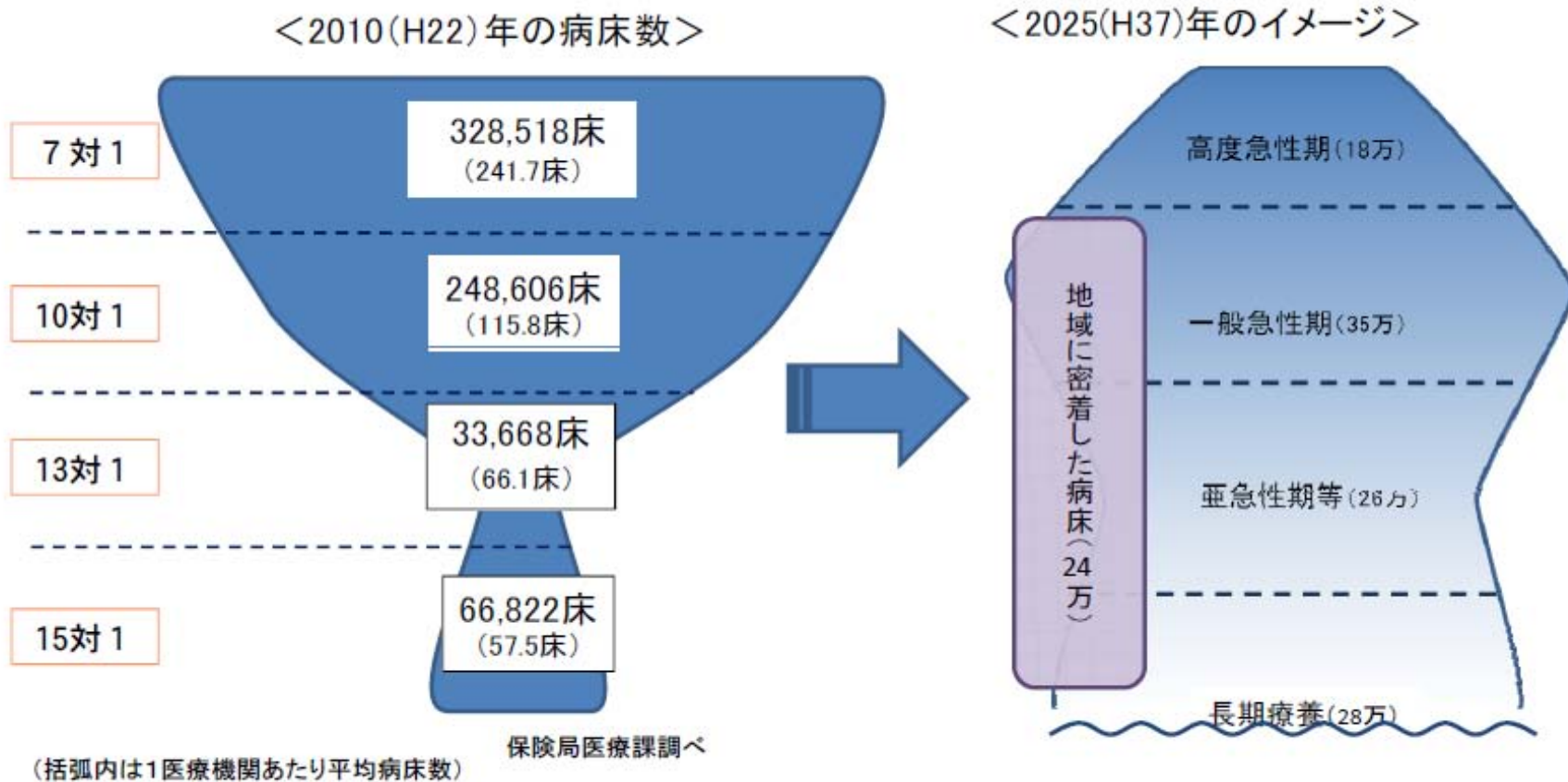


※各項目ごとに割合等を算出しているため、合計が不一致となる場合がある。

社会保険診療報酬支払基金資料

# 【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

## 【一般病棟入院基本料】

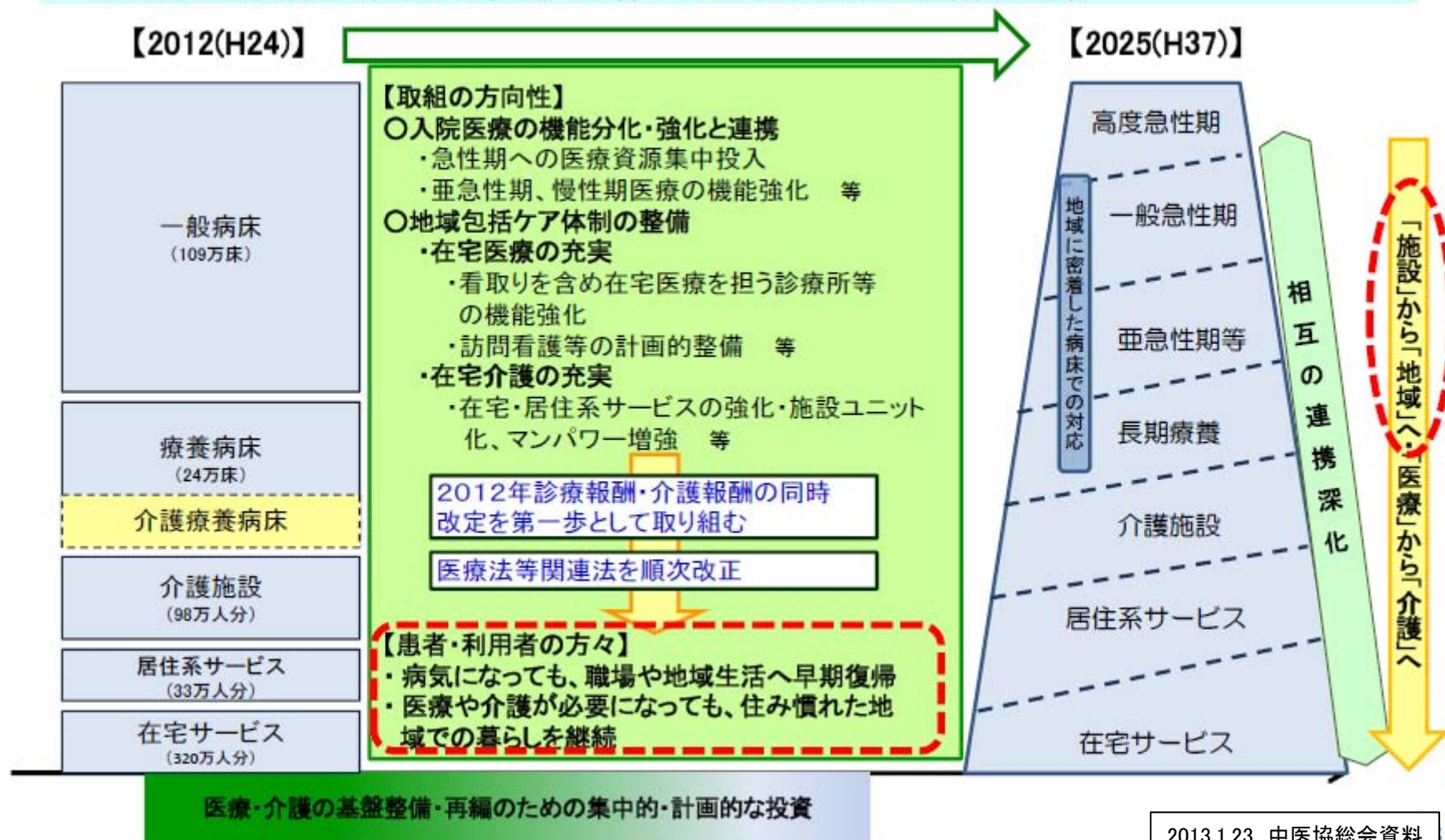


○ 届出医療機関数でみると10対1入院基本料が最も多いが、病床数でみると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

2011.11.25 中医協総会資料

# 医療・介護機能の再編(将来像)

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。



# 急性期医療提供体制の各国比較(2009年)

国名	急性期病棟 平均在院日数	人口千人 当たり 急性期 病床数	急性期病床百 床当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	急性期病床百 床当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	18.5	8.11	26.6	2.15 (2008年)	117.9	9.54 (2008年)
ドイツ	7.5	5.66	64.3	3.64	194.1	10.98
フランス	5.2	3.47	94.3#	3.27#	236.5#	8.21#
イギリス	6.8	2.68	101.0	2.71	361.3	9.68 (予測値)
アメリカ	5.4	2.66 (2006年)	93.6	2.44	413.8#	10.8#

➡ 日本は、人口当たりの病床数が多く、人口当たりの医療従事者数が少ないため、病床当たりの医療従事者数が低い水準となっており、また平均在院日数が長い

(出典):「OECD Health Data 2011」

注1 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注2 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等および総臨床看護職員数を急性期病床数で単純に割って百をかけた数値である。

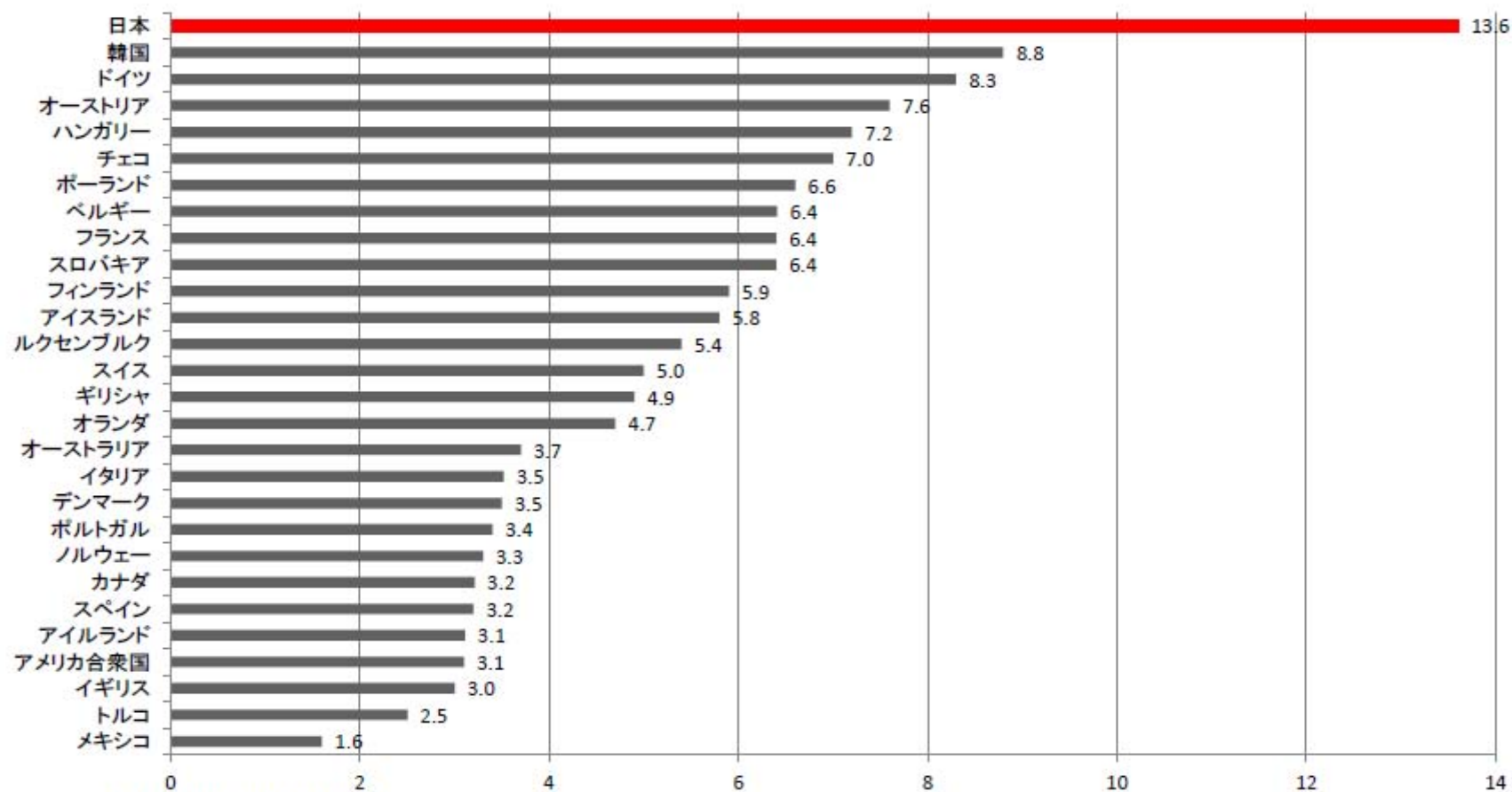
注3 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本: 病院・診療所の一般病床、感染症病床 ドイツ: 急性期病床のみ フランス: 外科病床、産科病床、その他の急性期病床

イギリス: NHSの全病床(北部アイルランド以外は長期病床を含む) アメリカ: AHA(American Hospital Association)に登録されている短期一般病床

# OECD諸国の病床数について(2010年)

人口1000人当たりの病床数は13.6と、他のOECD諸国に比べて大幅に多くの病床を有している。



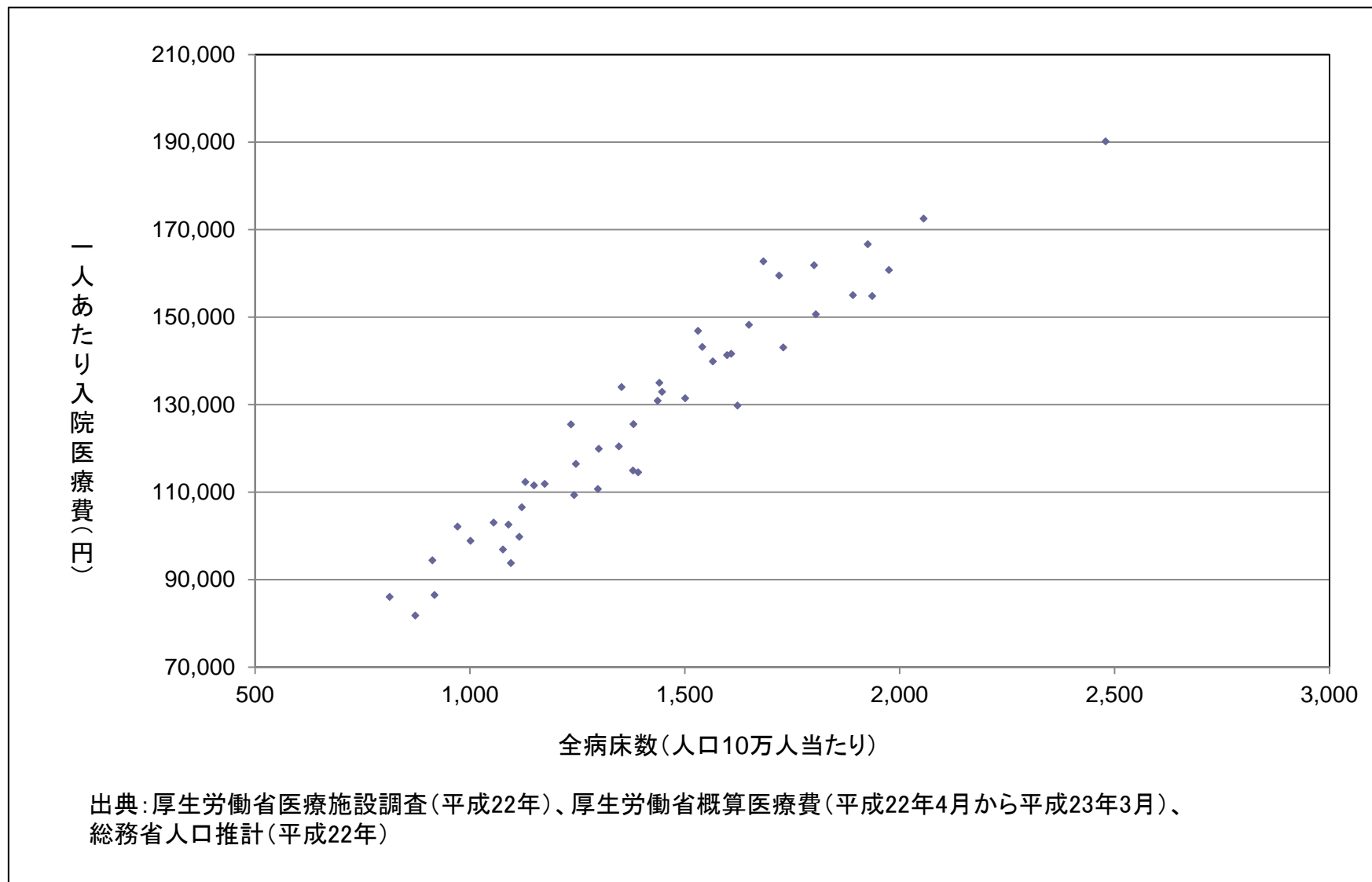
出典:「OECD HEALTH DATA 2012」

(注1)アイスランドは2007年の推計値、ポルトガルは2010年の推計値

(注2)ギリシャ・オランダ・オーストラリア・カナダ・アメリカ合衆国は2009年の値



## 都道府県別全病床数(人口10万人当たり)と一人あたり入院医療費の関係

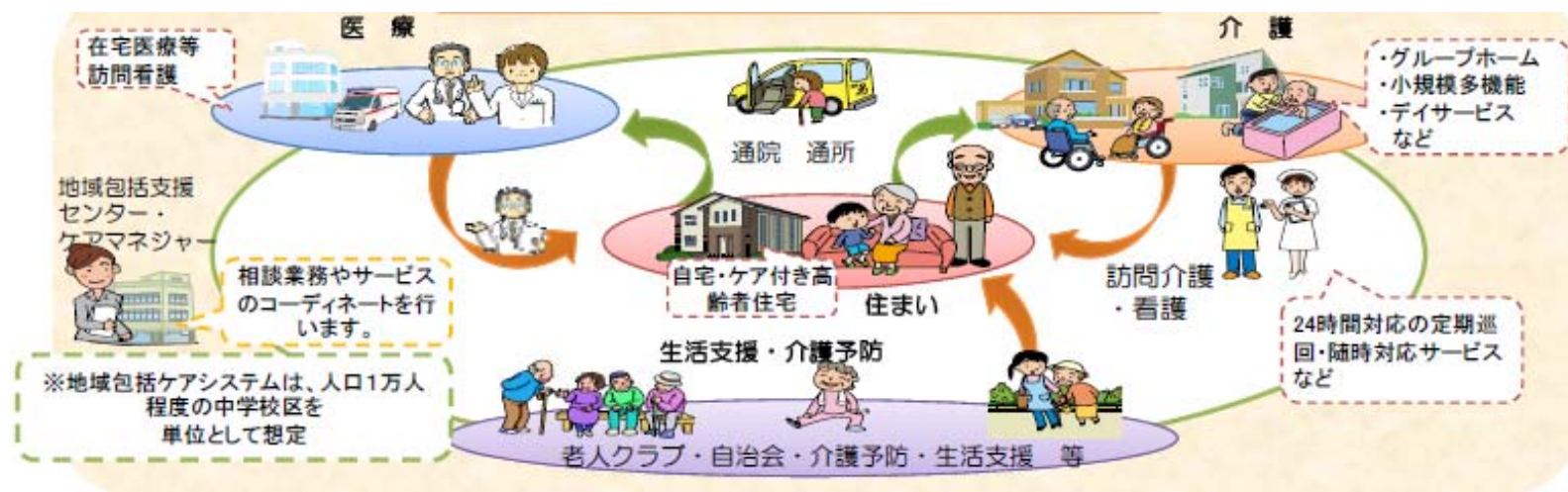


## 主要な医療資本投入状況の国際比較(2009年)

国名	人口千人当り 急性期病床数	人口百万人当り CT台数	人口百万人当り MRI台数
<b>日本</b>	<b>8. 1</b>	<b>97. 3*</b>	<b>43. 1*</b>
カナダ	1. 8*	13. 9	8. 0
フランス	3. 5	11. 1	6. 4
ドイツ	5. 7	15. 4***	7. 1***
イタリア	3. 0	31. 7	21. 6
イギリス	2. 7	7. 4*	8. 9
アメリカ	2. 7**	34. 3**	25. 9**

出典: OECD Health Data 2011    \*2008年データ    \*\*2007年データ    \*\*\*2005年データ

# 地域包括ケアシステムのイメージ



## 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、**次の5つの視点での取組みが包括的**(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、**継続的**(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)**に行われることが必須。**

### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

### ②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

2013.2.13 中医協総会資料

# 健保組合の保健事業

・健保組合は特定健診・特定保健指導を中心に各種健診や健康増進事業(体力づくり・栄養指導・たばこアルコール対策・歯科口腔保健・メンタルヘルス等)、健康づくり広報活動など事業主(母体企業)と連携して、それぞれの業態に即した様々な保健事業に取り組んでいる。

## <健保組合の保健事業費の推移>

	2007	2008	2009	2010	2011見込	2012予算
保健事業費(百万円)	314,436	329,549	329,886	316,637	308,477	357,511
1人あたり保健事業費(円)	19,937	20,540	20,813	20,238	19,743	22,887
保険料収入に占める保健事業費の割合(%)	5.20	5.32	5.53	5.16	4.73	5.26

## <特定健診・特定保健指導の実施>

厚労省速報値(2011)	全体	健保組合	市町村国保	全国健康保険協会	共済組合
特定健診実施率	45.0%	<b>69.7%</b>	32.7%	37.4%	73.0%
特定保健指導実施率	15.9%	<b>17.1%</b>	21.7%	11.3%	12.6%

※ 国民病ともいわれる糖尿病。予備群を含めると2,200万人を優に超え、深刻な状況に陥ることが危惧されている。  
 特定健診・特定保健指導は、糖尿病等生活習慣病予防に焦点を当てた、全保険者が取り組む国を挙げた医療費適正化施策であり、健保組合は積極的に取り組んでいる。但し、特定健診の被扶養者実施率は低迷しており[本人74%、被扶養者34%(健保連調査H23・793組合)]、受診環境の利便性向上を図るため、総合的な健診体制の確立が急務である。

## <1人あたり医療費の制度比較>

(円)

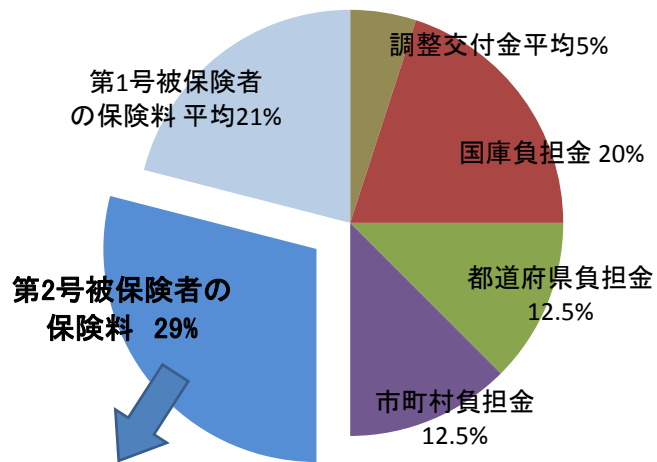
健保組合	国保計			全国健康保険協会	共済組合
		市町村国保	国保組合		
<b>134,006</b>	285,294	297,260	156,535	155,388	150,140

(厚労省調査・2010)

# 介護保険制度について

- 現行の介護保険制度では各種サービスの利用者負担は1割。その1割負担を除いた介護給付費等に対して公費負担が5割、現役世代(第2号被保険者)の負担は29%(第5期)とされている。
- 年々増加する介護給付費等によって、第1号被保険者、第2号被保険者ともに保険料負担が重くなっている。制度の持続可能性を高めるためには給付と負担の見直しが不可欠。
  - ・軽度者への給付の見直し
  - ・一定以上所得者の負担の見直し
  - ・要介護度に応じた負担割合の設定
- 介護納付金の総報酬割には反対

2013年度予算ベース  
介護給付費等(8.8兆円)



要介護度別の認定者数と給付費 (2010年度、介護保険事業状況報告)

区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数(単位:千人)	664	668	907	897	698	638	591	5,062
構成比	13.1%	13.2%	17.9%	17.7%	13.8%	12.6%	11.7%	100.0%
給付費(単位:百万円)								
居宅サービス	128,806	255,579	607,403	769,264	712,934	589,727	481,848	3,545,554
地域密着型サービス	1,034	4,366	99,957	146,852	176,214	120,647	74,943	624,012
施設サービス	0	△1	112,780	273,422	534,531	812,505	936,761	2,669,997
合計	129,841	259,945	820,139	1,189,537	1,423,679	1,522,878	1,493,552	6,839,564
構成比	1.9%	3.8%	12.0%	17.4%	20.8%	22.3%	21.8%	100.0%

## 2.6兆円(第2号被保険者の加入者割で医療保険者が介護納付金を負担)

介護保険の総費用と保険料負担 (財務省、厚生労働省資料より健保連作成)

	2000年度	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
介護保険の総費用 (単位:兆円)	3.6	4.6	5.2	5.7	6.2	6.4	6.4	6.7	6.9	7.4	7.8	8.3	8.9
第1号保険料 加重平均月額 <sup>1</sup> の年額換算	第1期 34,932			第2期 39,516			第3期 49,080			第4期 49,920			第5期 59,664
第2号被保険者 1人当たり負担額(年額)	24,901	31,764	36,093	38,356	41,688	43,417	43,145	45,323	47,330	49,119	51,469	53,555	56,366

# 社会保障制度改革国民会議

平成25年4月4日

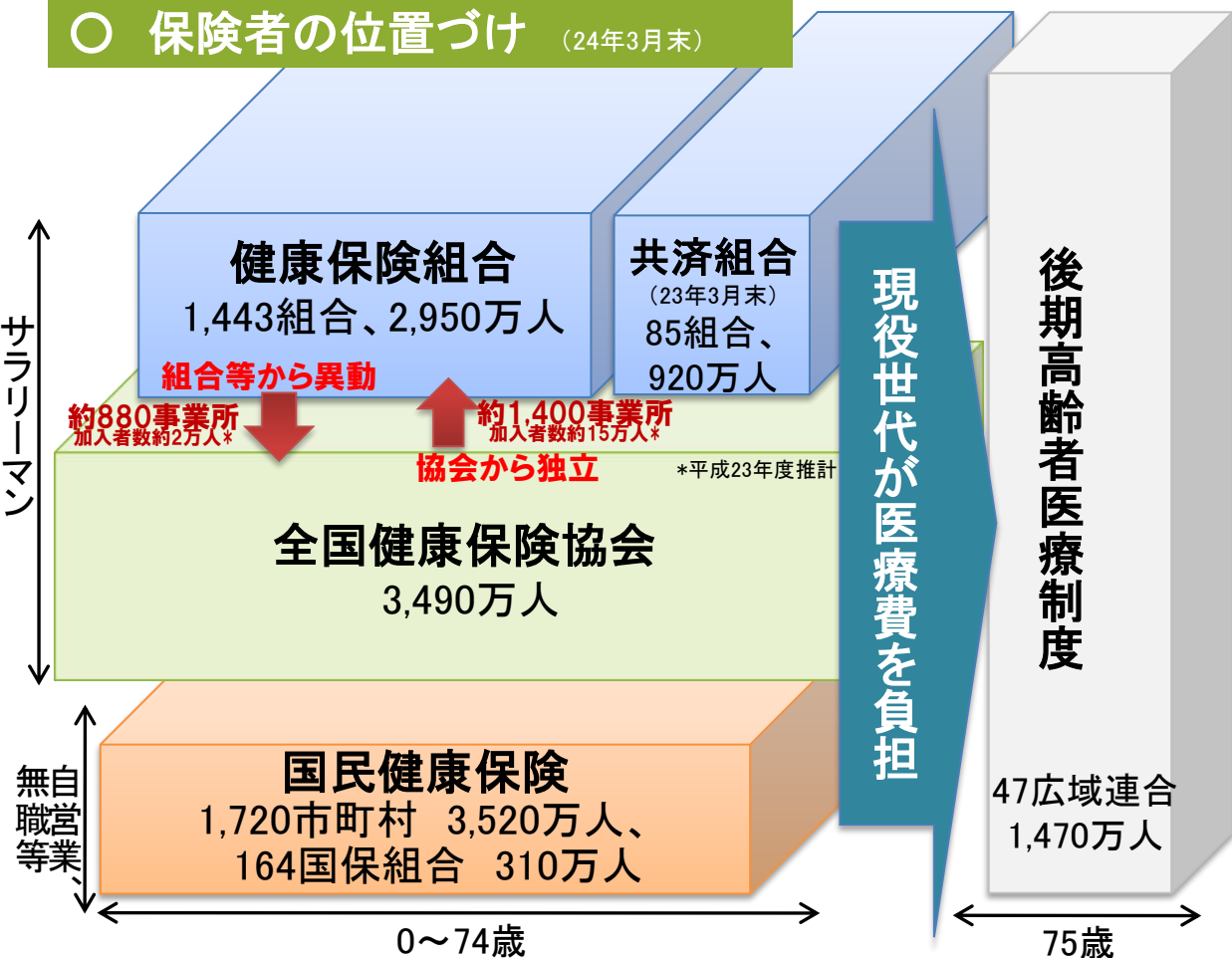
全国健康保険協会  
理事長 小林 剛

# 全国健康保険協会（協会けんぽ）の規模

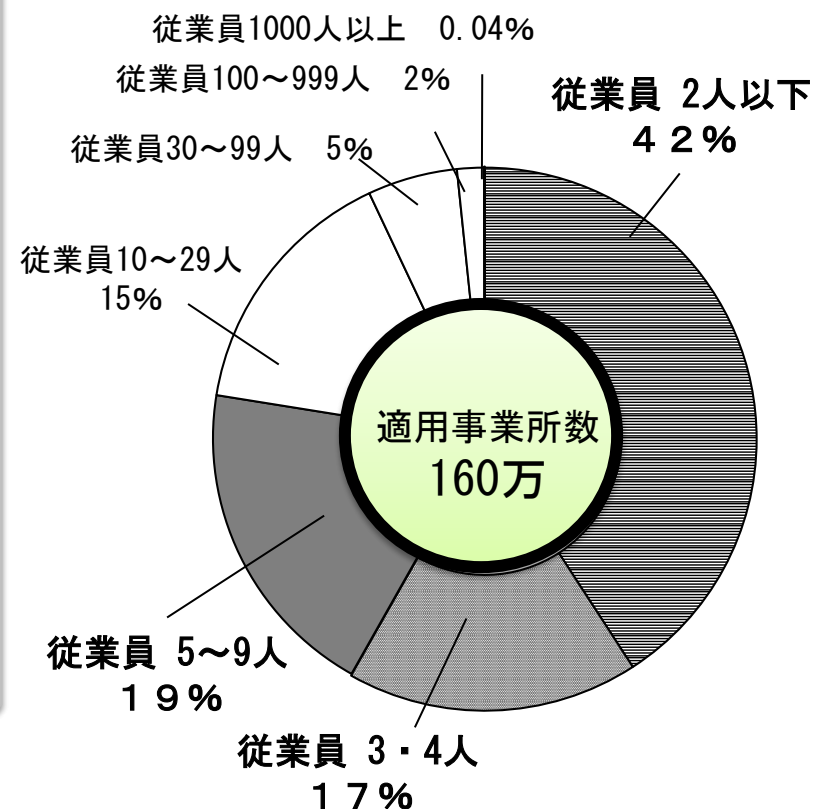
- 3500万人（国民の3.6人に1人）が加入者。
- 健保組合を作ることができない中小企業・小規模企業が多く、事業所数の3/4以上が従業員9人以下。

➡ **協会けんぽは、サラリーマンの医療保険の最後の受け皿。**

## ○ 保険者の位置づけ（24年3月末）

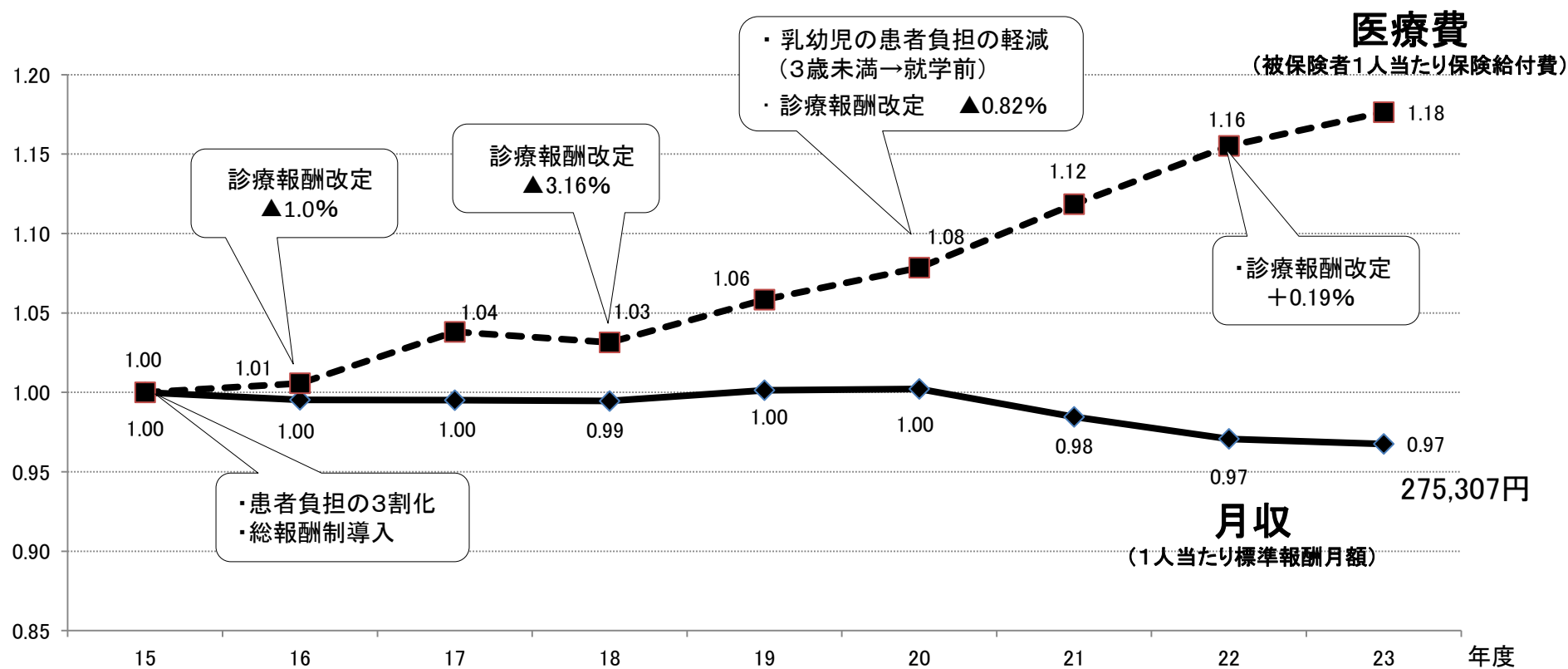


## ○ 協会の事業所規模別構成（24年3月末）



# 協会けんぽの保険財政の傾向

- 近年、医療費支出(1人当たり保険給付費)が保険料収入(1人当たり標準報酬)の伸びを上回り、赤字構造が拡大。



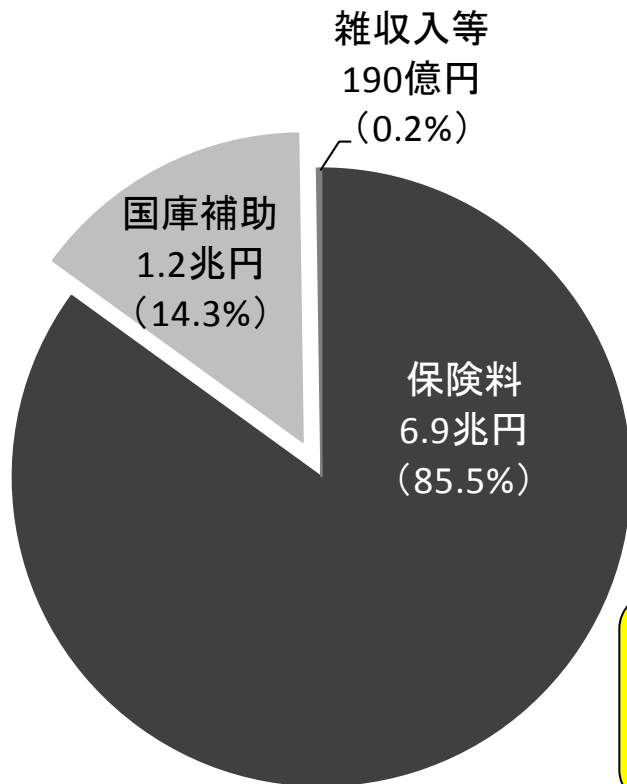
(注) 数値は平成15年度を1とした場合の指数で表示したもの



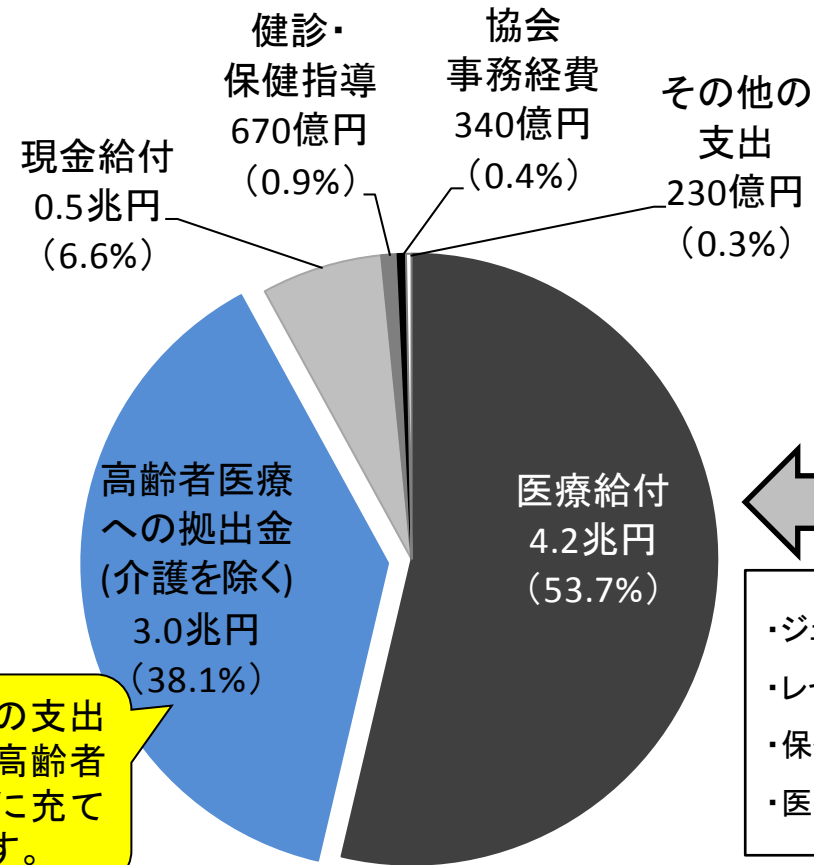
# 協会けんぽの財政構造(23年度決算)

- 協会けんぽ全体の収支は約8兆円だが、その約4割、約3兆円以上が高齢者医療への拠出金に充てられており、平成24年度ではさらに3,000億円増加。25年度もさらに2,100億円増加の見込み。

収入 8兆580億円



支出 7兆7,992億円



協会けんぽの支出の約4割が高齢者医療の負担に充てられています。

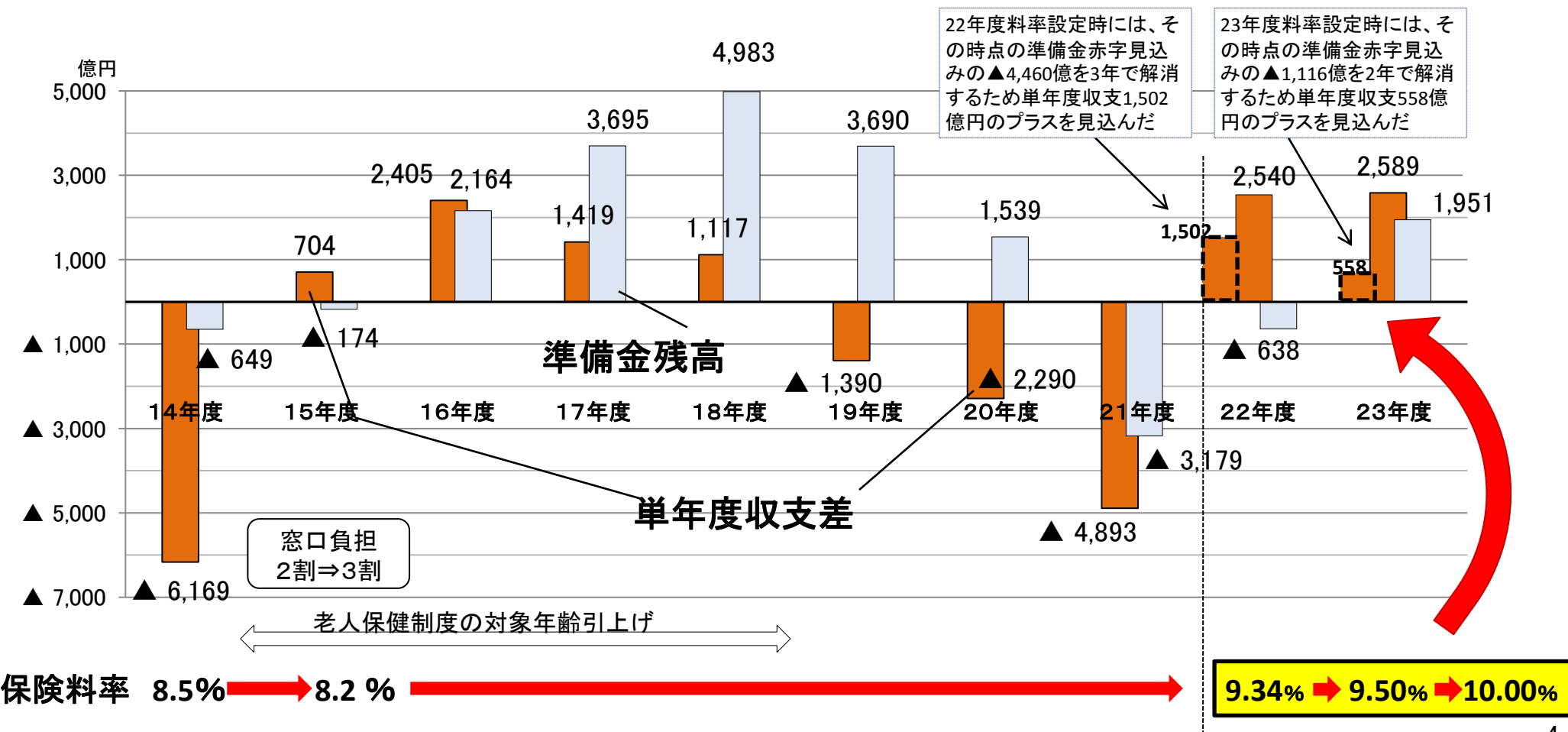
医療費の適正化

- ・ジェネリックの使用促進
- ・レセプト点検
- ・保健事業
- ・医療費情報の提供

(注)端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

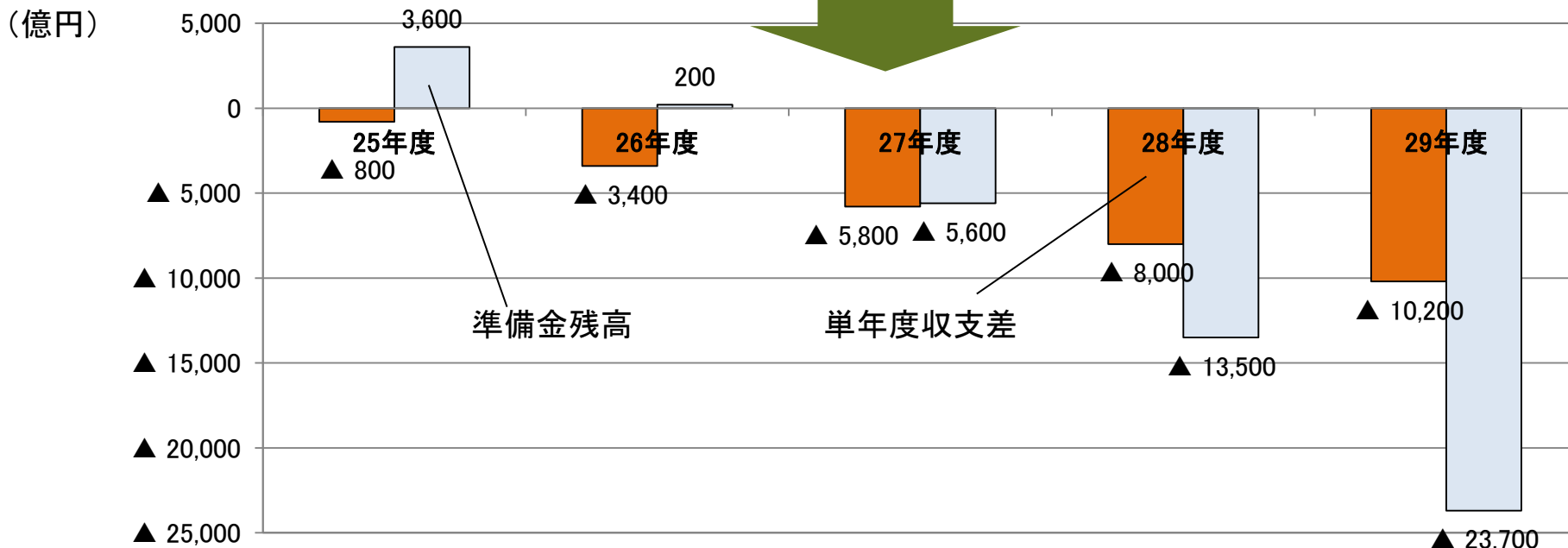
# 協会けんぽの単年度収支差と準備金残高の推移

- 19年度から単年度赤字に陥り、18年度に5,000億円あった準備金(累積 黒字・赤字)は21年度末で▲3,200億円に悪化。
- この▲3,200億円の赤字は、22~24年度の3年間で解消する必要があり、単年度収支をプラスにして財政運営。
- この赤字は結果的に2カ年で解消。これは保険料率の大幅な引上げに加え、賃金下落幅が見込んだ幅より小さかったこと等によるものであり、財政の赤字構造が好転したわけではない。



# 協会けんぽの財政収支の将来見通し(～平成29年度)

- 保険料率10%は限界。
- 制度改正が行われないうまま、現在の平均保険料率10%を据え置いた場合、29年度には最大2兆3,700億円もの累積赤字となる。



(注) 賃金上昇率を過去10年間の平均(▲0.6%)で一定とした場合の推計(平成24年11月試算)

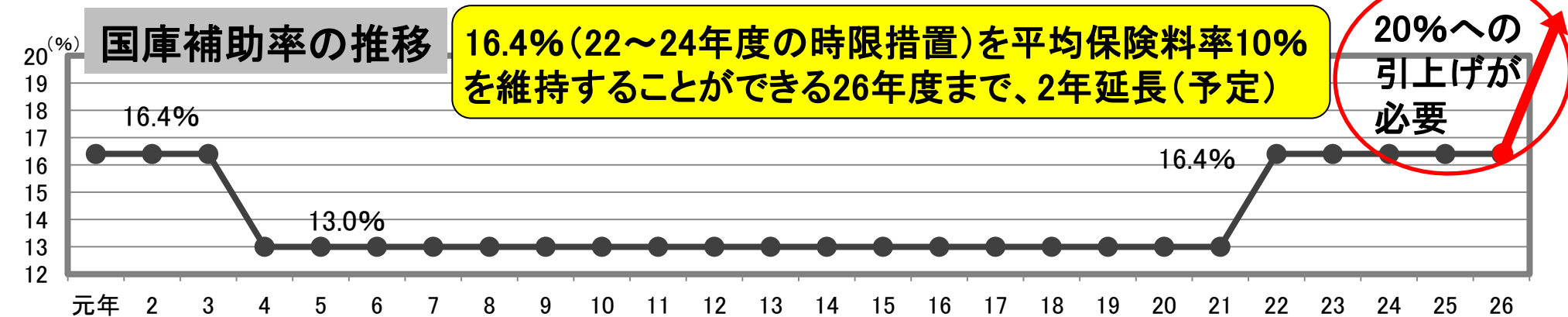
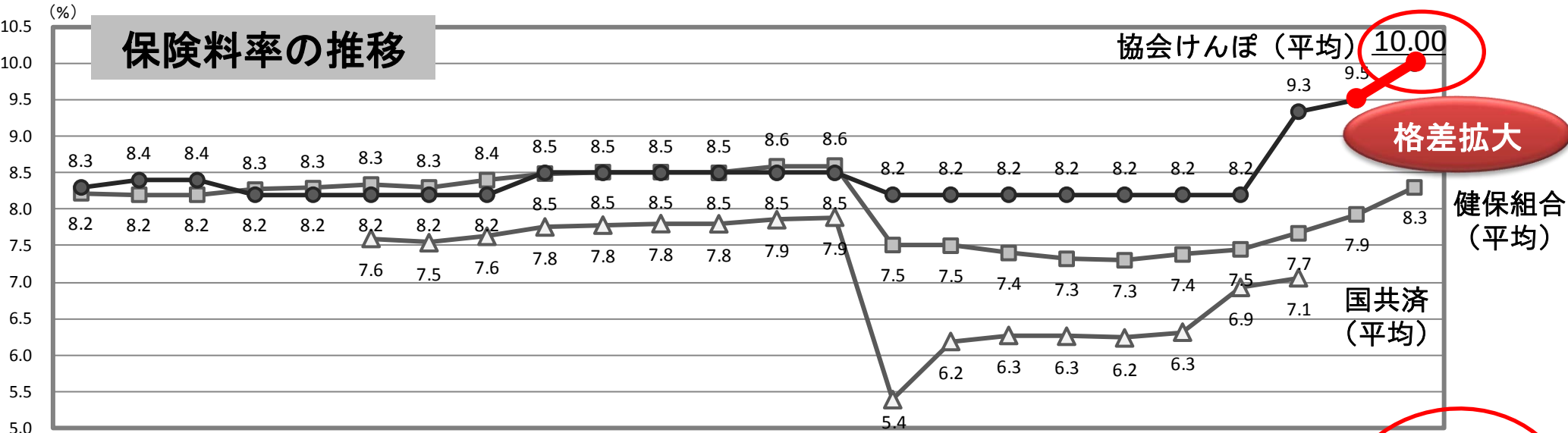
## 均衡保険料率の見通し(準備金は取り崩さず、単年度収支が均衡する保険料率)

賃金上昇率	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
I 経済低位×0.5	10.1%	10.3%	10.5%	10.7%	10.8%
II 0%で一定	10.1%	10.4%	10.7%	10.9%	11.2%
III 過去10年間の平均で一定(▲0.6%)	10.1%	10.5%	10.8%	11.1%	11.5%

(注) Iの「経済低位×0.5」は、平成26・27年度0.8%、平成28・29年度は1.05%の前提である。  
 (「経済低位」は、厚生労働省「国民年金及び厚生年金に係る財政の現況及び見通し(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)

# 他の被用者保険との保険料率格差の拡大

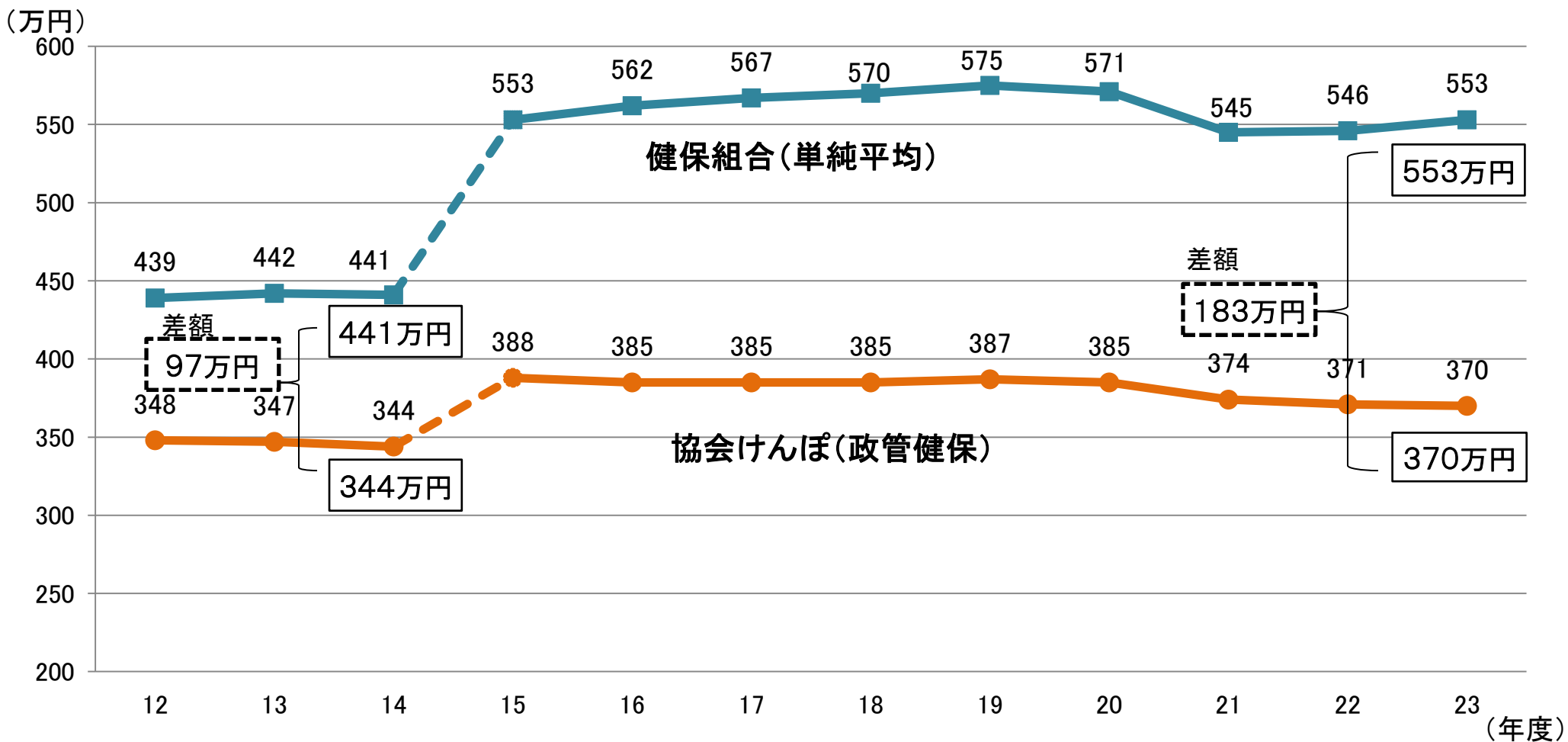
- 平成15年度から総報酬制(賞与も保険料算定の基礎とする)に移行してから、保険料の基礎となる報酬水準の格差が拡大。中小企業を多く抱える協会けんぽと健保組合との間で体力差が顕著に示されている。
- 被用者保険間の財政力を調整する目的で協会けんぽに国庫補助が投入されているが、現行の国庫補助割合では、その調整機能を果たしていない。
- 国庫補助率について、現行の16.4%から20%への引上げを国に要望しているが、実現していない。



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」「23年度健保組合決算見込」、「24年度健康保険組合の予算早期集計」による。

協会けんぽの保険料率は、平成20・21・22・23年度は決算。24年度は予算。国共済の保険料率は、厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料」等。

# 協会けんぽと健保組合の報酬水準の推移



注1：健康保険組合は平成22年度までは決算、平成23年度は決算見込。

注2：平成元～14年度は、被保険者1人当たり標準報酬月額を単純に12倍。15年度以降は、賞与を含む被保険者1人当たり標準報酬総額。

# 協会けんぽ・健保組合・共済組合の比較

- 加入者の収入が最も低い協会けんぽが、最も高い保険料率10%となっている。

➡ **収入が低い者ほど高率の負担を強いられるという逆進的なものとなっており、社会保障制度とは到底言えない状況。**

	協会けんぽ	健保組合	共済組合
被保険者	主として中小企業の サラリーマン	主として大企業の サラリーマン	国家・地方公務員 及び私立学校職員
保険者数 (24年3月末)	1	1,443	85 (注1)
加入者数 (24年3月末)	3,488万人 本人 1,963万人 家族 1,525万人	2,950万人 本人 1,555万人 家族 1,395万人	919万人 (注1) 本人 453万人 家族 467万人
加入者平均年齢 (23年度)	36.3歳	34.1歳	33.4歳 (注1)
被保険者1人当たり 標準報酬総額(年額)	370万円 (23年度)	536万円 (23年度)	650万円 (22年度)
保険料率	10.00% (24年度全国平均)	8.310% { 24年度予算 早期集計平均 }	7.7% (国共済) (24年度平均)
同じ30万円の給料なら、 保険料額(月額)は・・・ ※労使折半前の保険料額(月額)	<b>30,000円</b>	<b>24,930円</b>	<b>23,100円</b>

出典 平成21年12月4日社会保障審議会医療保険部会資料を一部更新。平成23年9月1日社会保障審議会短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会資料を一部抜粋

注1) 共済組合について、保険者数及び加入者数は平成23年3月末の数値であり、加入者平均年齢は平成22年度の数値である

注2) 国共済の24年度平均保険料率は7.7%。(地共済 8.36%(22年度)、私学共済 6.72%(22年度))。

# 医療費適正化に向けた協会けんぽの取組

- 協会けんぽとしても、加入者・事業主の協力をいただきながら、医療費適正化に努めている。

## ジェネリック医薬品の使用促進

### 【協会】

服用する薬をジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担の軽減額を加入者に通知しています。

### 【加入者】

当協会からの通知を受け取った4人に1人がジェネリック医薬品に切り替えています。切り替えによる医療費の軽減額は、3年間の累計で約125億円(推計)です。

### 【協会】

加入者のご家族が扶養家族の要件を満たしているかどうかを定期的に確認しています。平成24年度も扶養家族の再確認業務を行っています。

### 【加入者・事業主】

平成24年度は約35億円の削減ができました。

扶養家族の再確認

## 加入者の負担軽減のために

### 【協会】

加入者の健康を守るため、健診や保健指導に取り組んでいます。

### 【加入者・事業主】

病気の早期発見・早期治療、適度な運動、バランスのとれた食事などによる、健康の保持、増進を促進しています。

健診・保健指導

## レセプト点検・経費削減

### 【協会】

- ◆ 医療機関から誤った保険請求がなされていないかを点検しています。  
効果額 約287億円(23年度実績)
- ◆ 事務経費の削減に取り組んでいます。  
効果額 約18億円(対23年度予算比)

### 【協会】

審査の厳格化等により、不正受給の防止を図っています。

### 【加入者】

軽い症状で休日・夜間に救急外来を訪れる「コンビニ受診」を避け、地域の救急電話相談を利用するよう呼びかけています。

日常的な肩こり・筋肉疲労の柔道整復(接骨院)の施術、業務上の病気・怪我では、健康保険が使えないことをお伝えしています。

健康保険の正しい利用の促進

# 中小企業の声

(24年度保険料引上げ時の支部評議会からの意見)

- 協会けんぽの大半が中小企業であり、現行の平均保険料率10%は限界。中小企業の経営、従業員の雇用に直接影響する。

➡ **協会けんぽの保険料は、経済、雇用の基盤そのものに影響する。**

## 中小企業・小規模企業への影響を懸念する意見

- これ以上の保険料率の引き上げは、事業者が破綻する状態になる。10%が限界に達していることを認識してほしい。これ以上は事業者として負担は絶対できない。
- 不況下で企業の利益率は下がっている中、これ以上の負担増は事業主が従業員の雇止めを始めることにつながる。
- 保険料率が0.5%引き上げになると、給与を0.5%引き下げて雇うか、非正規雇用にシフトすることになる。中小企業や加入者に係る負担が増えるばかりで、まさに中小企業いじめである。
- 多くの中小企業の現状は厳しく、賃上げもままならず、賞与についても寸志程度の支給にとどまっている。加えて保険料を上げるということについては、説明のしようもなく、経営者にとっては大変な事態である。
- 保険料の引き上げについて、一体どこまで引き上げられるか、ずるずると引き上がることではとても耐えられないし、実態からいくと既に定期昇給分を飲み込むような状態になっていることはとても認められない。
- 保険料率が際限なく上昇し続ける状況は、将来の見通しができず、加入者にとって不安な状況である。中小零細企業にとっては存続に関わる深刻な問題であり、欧州問題等が大きく押し掛かっている中での保険料率の引上げの更なる負担増は耐えられない。
- 先行きが見えない状況での3年連続、10%を超える大幅な引き上げは、事業主・加入者にとって負担が大きすぎる。やむを得ない状況であることは理解できるが、保険料率の引き上げには承諾できない。



# 中小企業団体からの要望

## 新政権に望む（抜粋）

平成24年12月19日 日本商工会議所

※12月28日「安倍内閣に望む」(同内容)を提出

### Ⅲ. 大胆な政策と戦略の構築により日本再生を

#### 2. 重点化・効率化の徹底により、持続可能な社会保障制度の実現を

危機的な財政状況の一方で、現役世代や企業が負担可能な社会保障制度を確立するためには、社会保障給付を抑制せざるを得ない。社会保障制度改革国民会議において、重点化・効率化の断行を図ることが不可欠である。また、中小企業の社会保険料負担は限界に達しており、協会けんぽへの国庫補助率の法定上限(20%)への引き上げなど、負担軽減を図るべきである。

## 新政権に対する中小企業対策の要望（抜粋）

平成25年1月11日 全国中小企業団体中央会

### Ⅲ. 平成25年度予算・税制関係について

#### 5. 社会保障制度の見直し

社会保障制度の見直しに当たっては、中小企業の経営実態や意見を踏まえ、過度な事業主負担とならないよう十分に配慮することが必要である。また、労使折半である厚生年金、健康保険料の引上げは、中小企業の福利厚生費の増大につながり、雇用の縮小や企業活力の維持・発展を阻害する要因でもあることから、次の措置を講じて頂きたい。

(1) 厚生年金、健康保険料の引上げは行わないこと。特に、公費負担の拡充をはじめとした高齢者医療制度の抜本の見直しを行うとともに、中小企業の多くが加入する全国健康保険協会に対する国庫補助率を法律の上限である20%まで引き上げること。

## 経済産業大臣に対する要望（抜粋）

平成25年1月 全国商工会連合会

### 5. 苦境に立たされている中小・小規模企業への金融・税制面等への支援

#### (4) 中小・小規模企業の社会保険料等負担の軽減

中小・小規模企業の多くが加入する協会けんぽの保険料率は平成21年度の8.2%から平成24年度には10.0%まで引き上げられ、加えて、電気料金の値上げやパート従業員の社会保険加入など、更なる負担増を課せられ、厳しい状況におかれています。

このため、協会けんぽへの国庫補助率を引き上げ、保険料率の上昇を抑制するとともに、社会保障制度全体を抜本的に見直し、社会保障費の負担を大幅に軽減するようお願いいたします。

中小企業の事業主・従業員、そのご家族に  
安心して医療を受けられるようにするために

- (1) 厳しい状況下にある中小企業の保険料負担の緩和**
- (2) 大企業・公務員等との保険料格差の解消**


このため

# 1 協会けんぽへの国庫補助割合の引上げ

(現行16.4% ⇒ 法律本則の上限20%)

## 2 高齢者医療制度の見直し

- ・高齢者医療の公費負担拡充  
(後期高齢者医療制度(47%→50%)、前期高齢者への導入)
- ・高齢者医療を支える現役世代の負担を、頭割から支払い能力に応じた負担に変更 (全面総報酬割)
- ・高齢者にも応分の負担(70~74歳の高齢者の窓口負担割合を1割から2割に)



その上でさらに、被用者保険の格差是正のための制度改革が必要

# 「社会保障制度改革国民会議」への要請

- 社会保障制度改革推進法の「基本的な考え方」にあるとおり、税金や社会保険料を主に負担している現役世代の立場に立った、持続可能な制度を実現すべき。

→ 具体的には、

- ・現役世代全体の負担の緩和、世代間の負担の公平性の確保
  - ・現役世代の中での負担の公平性の確保
- の視点に立って改革を進めていくべき。

- その上で、中小企業の加入者が多い協会けんぽについては、以下の事項について、具体的方向性を示すべき。

- ①被用者保険の最後の受け皿機能を今後とも持続可能なものとするために財政基盤の安定化
- ②中小企業の従業員、事業主の負担の緩和
- ③被用者保険間の保険料負担の公平性の確保

- これらの改革の実現のために、税・社会保障一体改革に伴う消費税引上げによる増収分は、中小企業の加入者の医療の保障に重点的に配分していただきたい。
- 同時に、増大し続ける医療費に対して、国民負担の増大を抑制していくことが必要であり、次の事項について方向性を示していただきたい。
  - 病院・病床機能の再整理や、病院・診療所間の役割分担と連携の推進
  - かかりつけ医機能の推進による、効率的な外来医療の推進
  - 医療給付の重点化・効率化

# 参考資料

平成25年4月4日

全国健康保険協会  
理事長 小林 剛

# 全国健康保険協会（協会けんぽ）の設立の背景・趣旨

- 平成18年の医療制度改革の際、政府管掌健康保険について、保険者機能の発揮、加入者・事業主の意見反映、都道府県単位の運営等、効率的な保険運営を図るため、民営化が決定。
- 平成20年10月、全国健康保険協会が設立。政府管掌健康保険を国から引き継ぎ、運営。
- 理事長及び47都道府県支部長にはすべて民間出身者を採用。職員の意識改革を図るとともに、民間のノウハウを積極的に取り入れ、業務の効率化やサービスの向上を推進。

## 政管健保

厚生労働省  
社会保険庁  
事業の企画・立案

- ・全国一本の保険運営
- ・現金給付等の現業的な業務が中心
- ・年金業務と併せて実施

## 問題点

### 保険者機能が不十分

- ・国と保険者の機能が重複
- ・地方の企画機能が不十分

### 加入者・事業主の関与が弱い

- ・加入者・事業主の事業運営への関与が弱い

### 全国一本の保険運営

- ・地域の医療費を反映した保険料率にならない

## 改革

【20年10月】  
政府に代わる民間の保険者である全国健康保険協会の設立

【18年11月～20年9月】  
設立委員会

【18年6月】  
医療制度改革法の成立

## 協会けんぽ

### 理念

- ・加入者の健康増進
- ・良質かつ効率的な医療の提供  
⇒加入者・事業主の利益の実現

### 設立の趣旨

#### 保険者機能の発揮

- ・国や都道府県の医療政策への意見発信
- ・加入者の健康づくり
- ・支部機能の強化

#### 加入者・事業主の意見に基づく運営

- ・運営委員会・支部評議会での保険料率、事業計画等の議論
- ・加入者・事業主の声を聴く取組みを推進

#### 都道府県単位の保険料率

- ・都道府県単位の医療費を反映した料率の設定

#### 業務の効率化、お客様サービスの向上

- ・民間組織となり、本部・支部のトップを民間から採用
- ・本部・支部共同の業務改善提案制度、業務改革会議、システム改善ワーキンググループ等
- ・給付までの日数短縮や任継保険料の24時間納付など利便性を高める取組みを推進

# 平成25年度の都道府県単位保険料率

- 全国平均保険料率は10.00%であるが、都道府県ごとに保険料率が異なる。
- 最高は佐賀の10.16%、最低は長野の9.85%。

※ 平成25年度の保険料率は、各都道府県ともに、平成24年度保険料率に据え置き。

北海道	10.12%	石川県	10.03%	岡山県	10.06%
青森県	10.00%	福井県	10.02%	広島県	10.03%
岩手県	9.93%	山梨県	9.94%	山口県	10.03%
宮城県	10.01%	長野県	9.85%	徳島県	10.08%
秋田県	10.02%	岐阜県	9.99%	香川県	10.09%
山形県	9.96%	静岡県	9.92%	愛媛県	10.03%
福島県	9.96%	愛知県	9.97%	高知県	10.04%
茨城県	9.93%	三重県	9.94%	福岡県	10.12%
栃木県	9.95%	滋賀県	9.97%	佐賀県	10.16%
群馬県	9.95%	京都府	9.98%	長崎県	10.06%
埼玉県	9.94%	大阪府	10.06%	熊本県	10.07%
千葉県	9.93%	兵庫県	10.00%	大分県	10.08%
東京都	9.97%	奈良県	10.02%	宮崎県	10.01%
神奈川県	9.98%	和歌山県	10.02%	鹿児島県	10.03%
新潟県	9.90%	鳥取県	9.98%	沖縄県	10.03%
富山県	9.93%	島根県	10.00%		



## 各都道府県支部の取組

# 地域の実情に応じた各支部の取組例

- 都道府県ごとに医療費適正化、健康増進策を実施。その効果を検証した上で全国展開へ。

➡ **都道府県単位で保険者機能を発揮し、全国レベルで強化。**

支部名	事業内容
静岡	<b>ジェネリック医薬品の使用促進</b> 花粉症（アレルギー疾患）等の治療で先発医薬品を使用する患者に向け、ジェネリック医薬品の普及を推進する。（平成24年度実施）
広島	<b>資格喪失後受診の抑制</b> 医療機関が、健康保険の被保険者の資格を確認できるようにすることで、資格喪失後受診の防止、返納金債権発生を抑止を図り、適正な資格による保険診療を推進する。 また、医療機関の資格喪失後受診のレセプトを減少させることにより、協会職員の事務コストの軽減を図る。（平成24年度実施）
福岡	<b>重症化予防対策</b> 生活習慣病予防健診データとレセプトデータを基に糖尿病未治療者を抽出。治療を要する健診結果でありながら、受診しない者の理由、問題点を把握し、これらの者を受診に導くまでの効率的かつ効果的なアプローチ方法や動機付け等の手法を開発する。（平成23年度実施）
鳥取	<b>保健事業の推進</b> 特定保健指導の未受入れ事業所及び対象者に対して、経年健診データ等を活用した情報ツール等により勧奨を行い、初回面接者を増やすと共に営業ツールを開発する。（平成24年度実施）
山梨	<b>医療関連情報の分析</b> 健診データと医療費データの関係を中心に分析・評価し、医療費適正化を目指した保健事業の在り方を探るとともに、県保険者協議会等の場において意見発信を行う。（平成23年度実施）

# 地方自治体との関係構築・連携強化

- 地方自治体の医療政策当局との関係づくりに向けて、医療計画への参加だけでなく、例えば「健康づくり」をきっかけに、保健事業の共同実施や市町村国保とのレセプト共同分析など、幅広い部門での連携・協同を進め、最終的に基本協定締結に結びつけている。

## 医療計画の参画状況

都道府県の医療計画策定に関する場へ参画している支部……9支部

※平成25年3月調べ

- うち、医療計画を策定する医療審議会や医療対策協議会等へ参画している支部  
……………4支部（秋田、福島、埼玉、大分）
- それ以外の協議の場へ参画している支部 ……………5支部（富山、岐阜、三重、広島、徳島）

## 地方自治体との協定締結

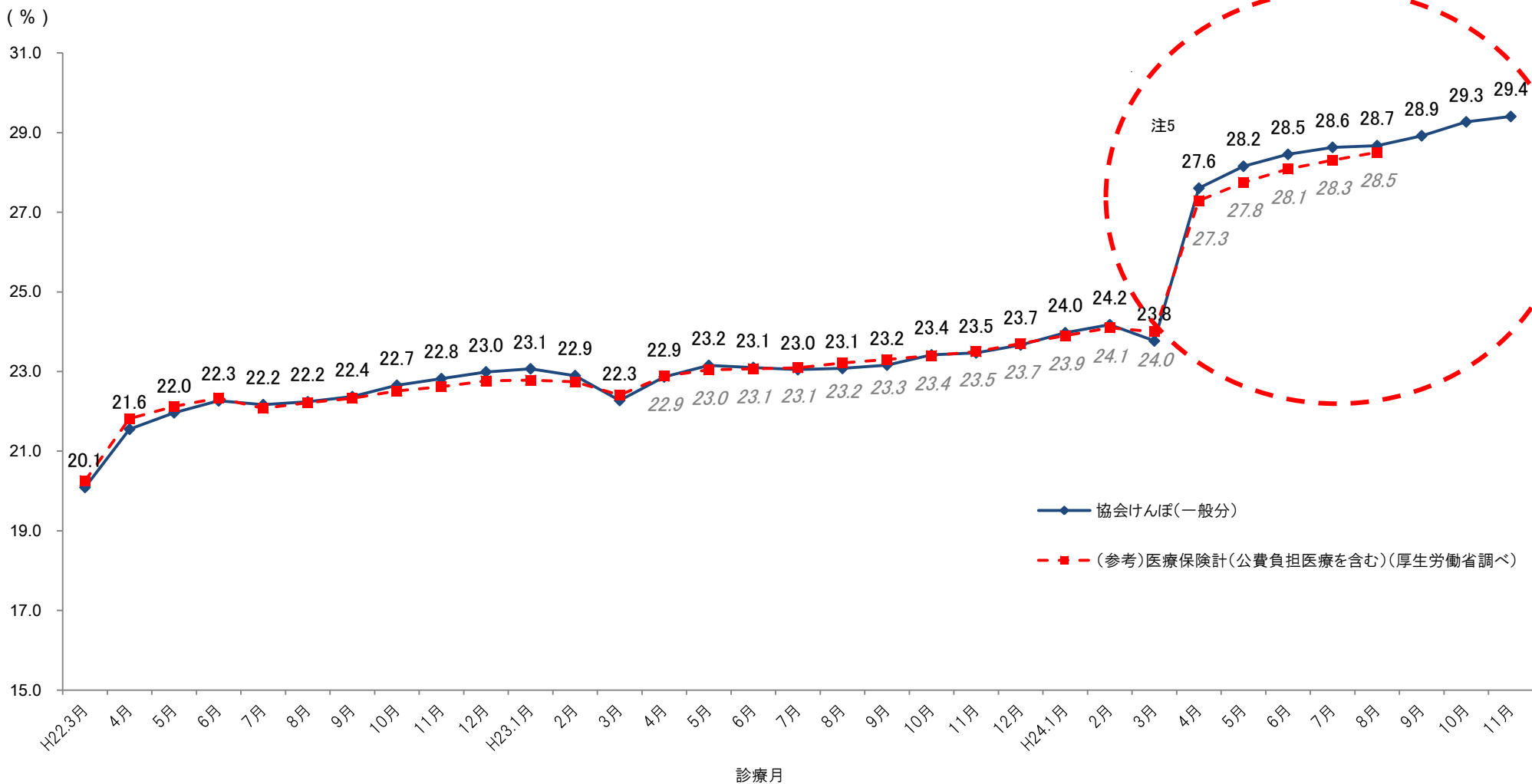
- 各支部と地方自治体の保健医療政策部局との間で、特定健診、がん検診の受診促進や中小企業に対する健康づくり支援事業の連携、特定健診結果等のデータ共有と分析など、保健事業の連携、協働に関する基本協定を締結。

（具体的取組）

- ・平成23年 奈良支部（奈良県と締結）
- ・平成24年 静岡支部（静岡県と締結）、埼玉支部（埼玉県と締結）、山形支部（山形県と締結）
- ・平成25年 東京支部（世田谷区と締結）、広島支部（呉市と締結）

医療費適正化対策の推進①  
～後発医薬品の使用促進～

# ジェネリック医薬品使用割合(数量ベース)(調剤分)



注1. 協会けんぽ(一般分)の調剤レセプト(電子レセプトに限る)について集計したもの(算定ベース)。

注2. 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3. 医療保険計(公費負担医療を含む)は、厚生労働省調べ。

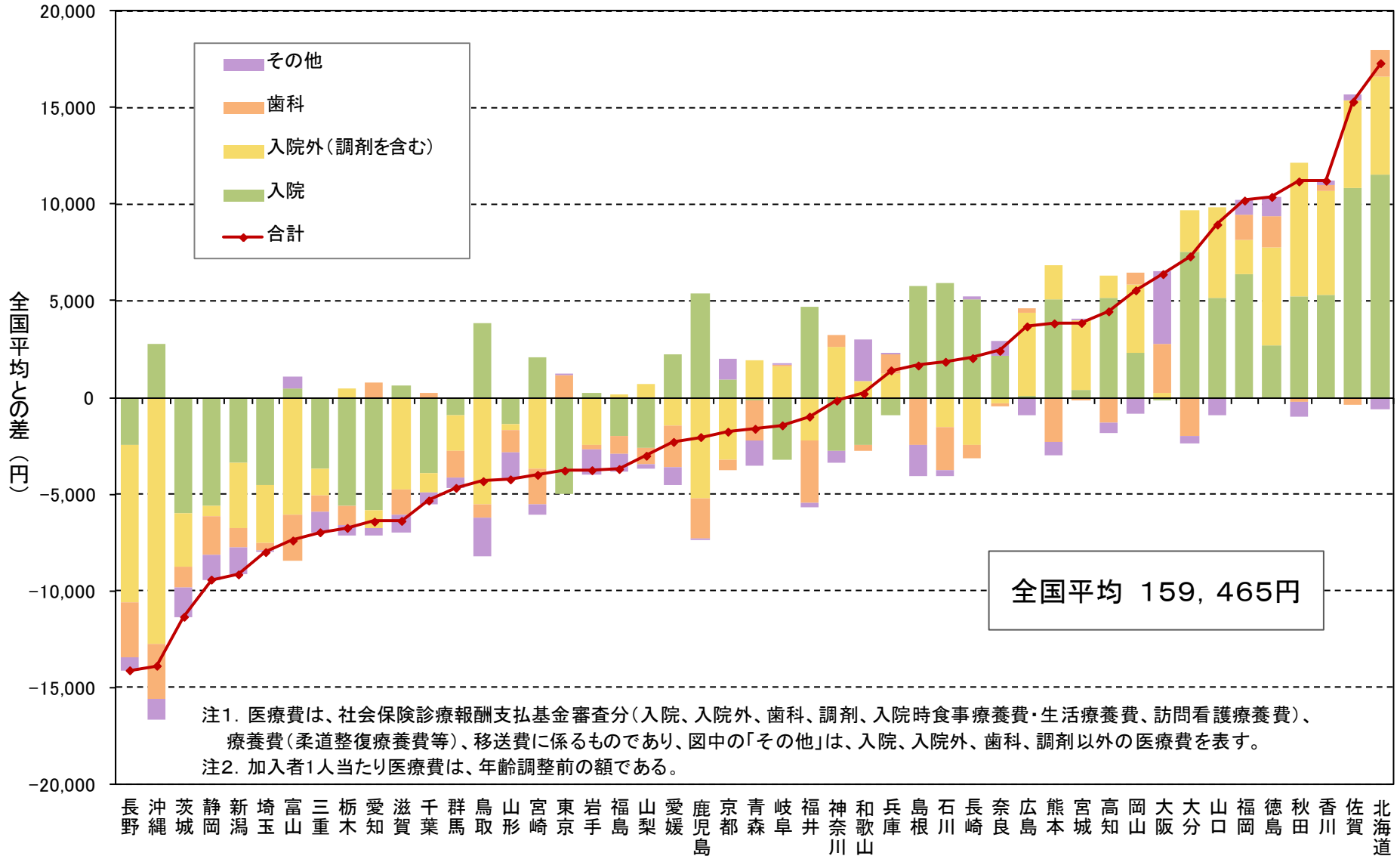
注4. 平成22年4月以降は、後発医薬品(数量ベース)の算出から、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤は除外している。

注5. 平成24年4月以降は、後発医薬品(数量ベース)の算出から、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤、生薬及び漢方製剤は除外している。このことによる平成24年4月のジェネリック割合(数量ベース)への影響は+2.3%ポイントとなっている。

医療費適正化対策の推進②  
～医療情報の調査分析～

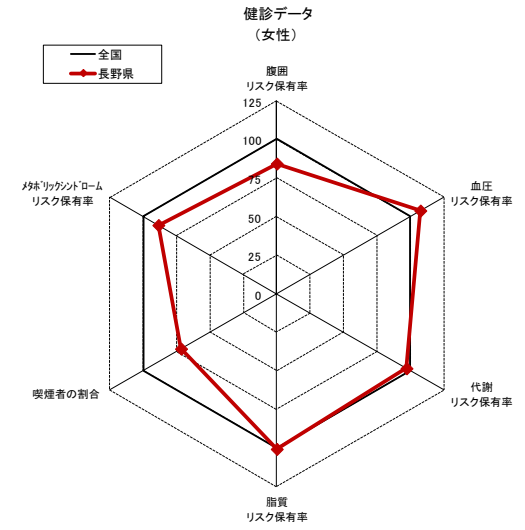
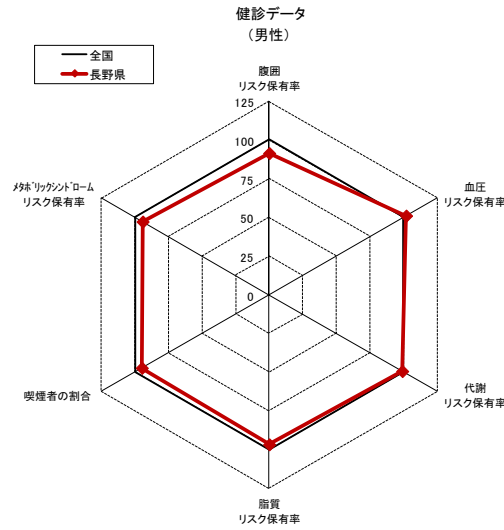
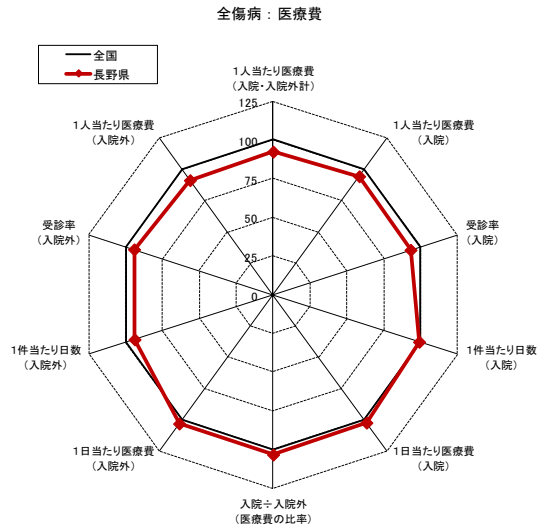
# 全国の医療費の状況(平成23年度)

都道府県支部別 加入者1人当たり医療費の状況(全国平均との差)(平成23年度)

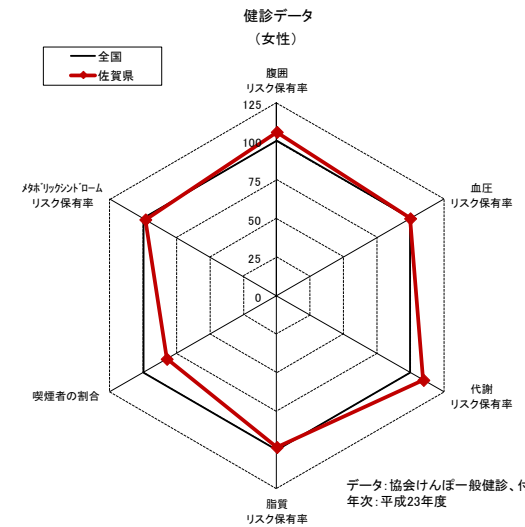
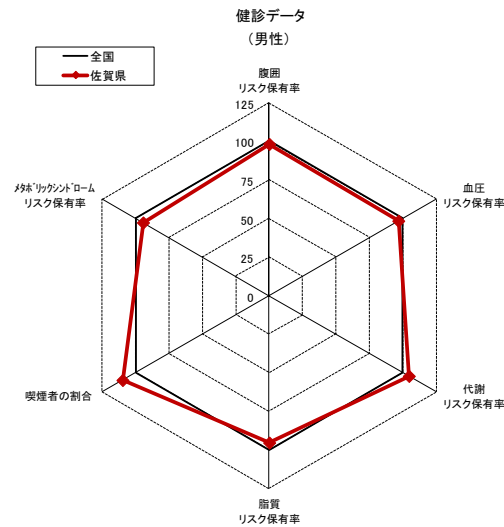
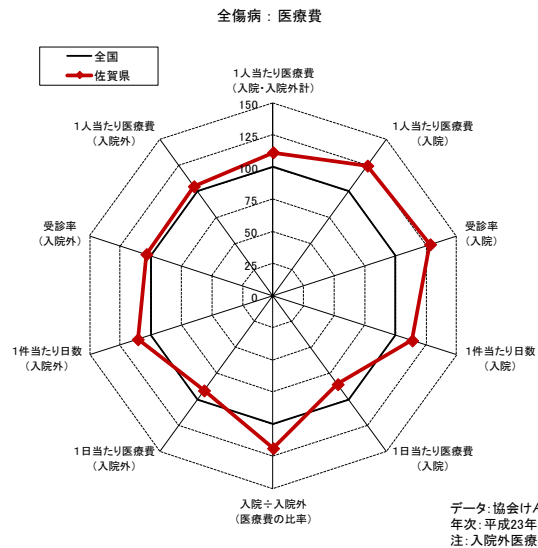


# 医療費・健診データを対全国比により指数化

## 分析例 長野支部(平成23年度)



## 分析例 佐賀支部(平成23年度)



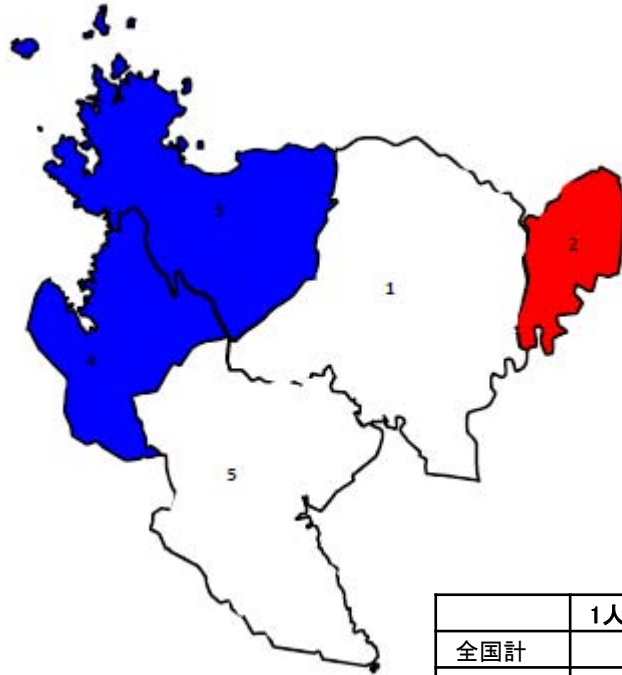
データ：協会けんぽ一般健診、付加健診データ  
年次：平成23年度



# 二次医療圏別1人当たり医療費(二次医療圏別の違いを把握)

分析例 佐賀支部(平成22年度)

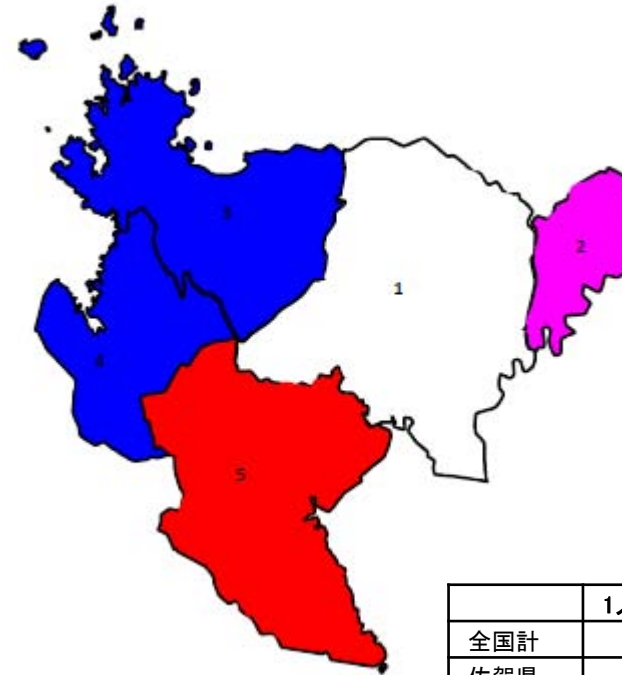
## 二次医療圏別1人当たり医療費



Blue	~168,400
Cyan	168,400~171,900
White	171,900~175,400
Pink	175,400~178,900
Red	178,900~

	1人当たり医療費
全国計	153,276
佐賀県	167,469
1 中部	173,949
2 東部	179,031
3 北部	166,478
4 西部	156,951
5 南部	172,086
その他	143,506

## 二次医療圏別1人当たり医療費 (年齢調整後)



Blue	~171,300
Cyan	171,300~172,000
White	172,000~172,700
Pink	172,700~173,400
Red	173,400~

	1人当たり医療費
全国計	153,276
佐賀県	167,014
1 中部	172,190
2 東部	173,241
3 北部	163,795
4 西部	155,326
5 南部	173,500
その他	150,955

注1:各都道府県支部の加入者に係るデータを対象とし、被保険者の住所地が属する二次医療圏別に集計したものである。

注2:年齢調整後の二次医療圏別1人当たり医療費は以下の計算式により算出している。

年齢調整後の二次医療圏別1人当たり医療費 =  $\sum$  (当該二次医療圏の年齢階級別加入者1人当たり医療費 × 全国の年齢階級別加入者数) ÷ 全国計の加入者数

注3:「その他」は当該支部の加入者のうち、被保険者の住所地が当該都道府県外の加入者に対して集計したものである。

医療費適正化対策の推進③  
～保健事業の推進～

# 協会けんぽ 特定健診、特定保健指導の目標率及び実施率（平成23年度）

## 特定健診の実績

		目標	実績
被保険者	生活習慣病予防健診	47.5 %	42.7 %
	事業者健診データ取得	20.0 %	2.2 %
被扶養者		62.5 %	13.8 %
合計		66.2 %	36.6 %

## 被保険者の保健指導の実績

特定保健指導	実施率	8.6 %
	初回面談	199,769
	6カ月後評価	92,564
その他保健指導		212,254
保健指導体制（保健師数）		686

## 被扶養者の特定保健指導の実績

実施率	2.0 %
初回面談	1,348
6ヶ月後評価	1,018

# 保健事業の推進に向けた取組み

## 特定健診の推進(受診券の直接送付)

特定健康診査については、市町村が行うがん検診との連携強化や、確実に情報が届くよう、新たに被扶養者の受診券を自宅(被保険者宅)に直接送付する。

## 事業所健診データの取得の推進(労働局等との連携)

事業者健診については、医療保険者への健診結果データの提供の徹底を図るための行政通知(平成24年5月厚生労働省より発出)を最大限活用し、各都道府県の労働局等と連携を図り、事業所に対する適切な広報や積極的な事業所訪問により意識啓発を図る。

## 特定保健指導の推進

特定保健指導については、協会けんぽの保健師(約700人)による取組みのほか、外部委託、ITの活用などを進める。また、健診データや医療費データ等の分析結果を活用して、生活習慣病のリスクに応じた行動変容の状況や予防の効果を把握、評価、検証し、より効果的な保健指導を推進する。

## 重症化予防の推進

健診の結果、要治療域と判定されながら治療していない者に対して、確実に医療に繋げることにより生活習慣病の重症化を防ぎ、医療費適正化及びQOLの維持を図る取組みを進める。

# 社会保障制度改革国民会議 資料

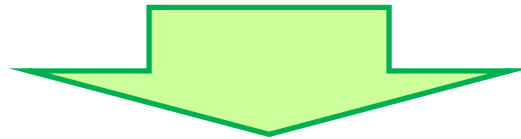
平成25年4月4日

公益社団法人 国民健康保険中央会

会 長 岡崎 誠也(高知市長)

理事長 柴田 雅人

- 国民健康保険中央会は、全国47都道府県ごとに設立されている国民健康保険団体連合会を会員とする公益社団法人
  - ・各国保連合会に共通する業務等を取りまとめて行うことにより効率化が図られる業務を実施
- 国民健康保険団体連合会は、市町村・国保組合の国保保険者が共同してその目的を達成するため、国保法に基づき設立された公法人
  - ・保険者団体として審査支払業務を行うとともに各保険者に共通する業務を共同処理として実施



今回の説明内容は、平成25年2月28日の当会議において、全国知事会・全国市長会・全国町村会から表明された意見等と同旨

# 第5回社会保障制度改革国民会議(H25.2.28)・地方三団体提出資料(抜粋)

## 1. 国民健康保険制度について

- 国民皆保険の堅持のためには、医療保険における最後のセーフティネットである国民健康保険の構造的な問題を抜本的に解決し、基盤強化を行うことは必要不可欠。
- 社会保障・税一体改革による国民健康保険への追加公費投入額は2,200億円となっており、当面一定の効果は見込まれるものの、構造的な問題の抜本的な解決には不十分であり、これをもって将来的に持続可能な制度が実現するとは考えられない。医療費適正化、保険料適正化、被用者保険との財政調整、公費投入等をどう組み合わせるのか、国は方針を明確にすべき。
- 上記の問題を早急に解決した上で、国民健康保険の保険者のあり方についても検討すべき。

## 2. 後期高齢者医療制度について

- 後期高齢者医療制度は定着しており、現行の枠組みは維持し、必要な改善を加えながら、安定的な運営に努めるべき。
- 後期高齢者医療制度の改善を行う場合には、高齢世代間、高齢世代と現役世代間、国保や被用者保険と、どのように負担を分かち合うのが公平であるか等を勘案し、地方と十分協議を行った上で、地方の納得の下に行うべき。

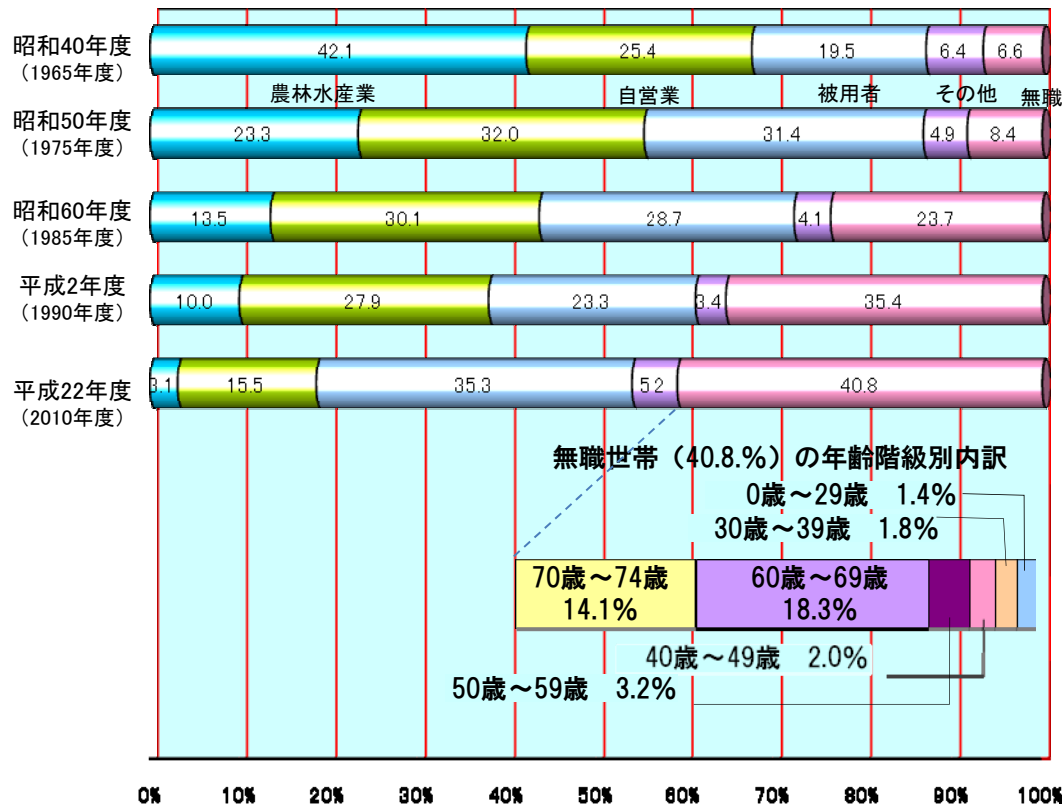
## 3. 医療保険制度の一本化について

- さらに、国民皆保険体制を堅持し、制度間の不均衡を是正するとともに、給付の平等と負担の公平を図るため、国民健康保険を含めた医療保険制度について、全国レベルの一本化に向けて具体的な道筋を提示すべき。

# 国民健康保険制度の現状①

- 国民健康保険制度は、農林水産業者及び自営業者を中心とする制度として創設され、他の医療保険に属さない人すべてを被保険者とする国民皆保険の基礎的な役割を担っている。
- しかしながら、人口の高齢化や、産業構造及び経済状況の変化等の影響を受けやすく、制度発足当時と比べ、高齢者の割合が増加するとともに、無職者の割合も増加。
- 平成23年度(速報値)の市町村国保の決算は、単年度収支で見ると、3,022億円の赤字。

## 職業構成の年次推移



## 財政状況

(単位: 億円)

	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度 (速報値)
収入(合計額)	104,727	108,627	113,541	120,970	131,168	127,166	129,061	131,304	137,127
[再掲: 前期高齢者交付金]	—	—	—	—	—	24,385	26,690	27,142	29,569
支出(合計額)	103,271	106,989	112,222	119,601	130,746	126,451	128,143	129,951	134,811
[再掲: 前期高齢者納付金]	—	—	—	—	—	19	45	25	47
収支差引額	1,455	1,638	1,320	1,369	422	715	919	1,353	2,312
国庫支出金 精算額等	△390	△650	△438	△857	226	109	△162	△611	△534
精算後単年度 収支差引額	△1,472	△830	△1,121	△929	△1,064	202	△96	△318	△486
一般会計繰入金 のうち赤字補てん を目的とするもの を除いた場合の 精算後単年度収 支差引額	△3,855	△3,288	△3,697	△3,343	△3,620	△2,383	△3,250	△3,900	△3,022

(注) 1. 厚生労働省資料による。  
2. 平成14年度は、市町村の国保特別会計の会計年度区分の見直し(4月～3月診療ベースから3月～2月診療ベースへ)があり11ヶ月決算であるため、保険給付費等について平成15年3月診療分を加え12ヶ月分とした上で算出している。



# 国民健康保険制度の現状②

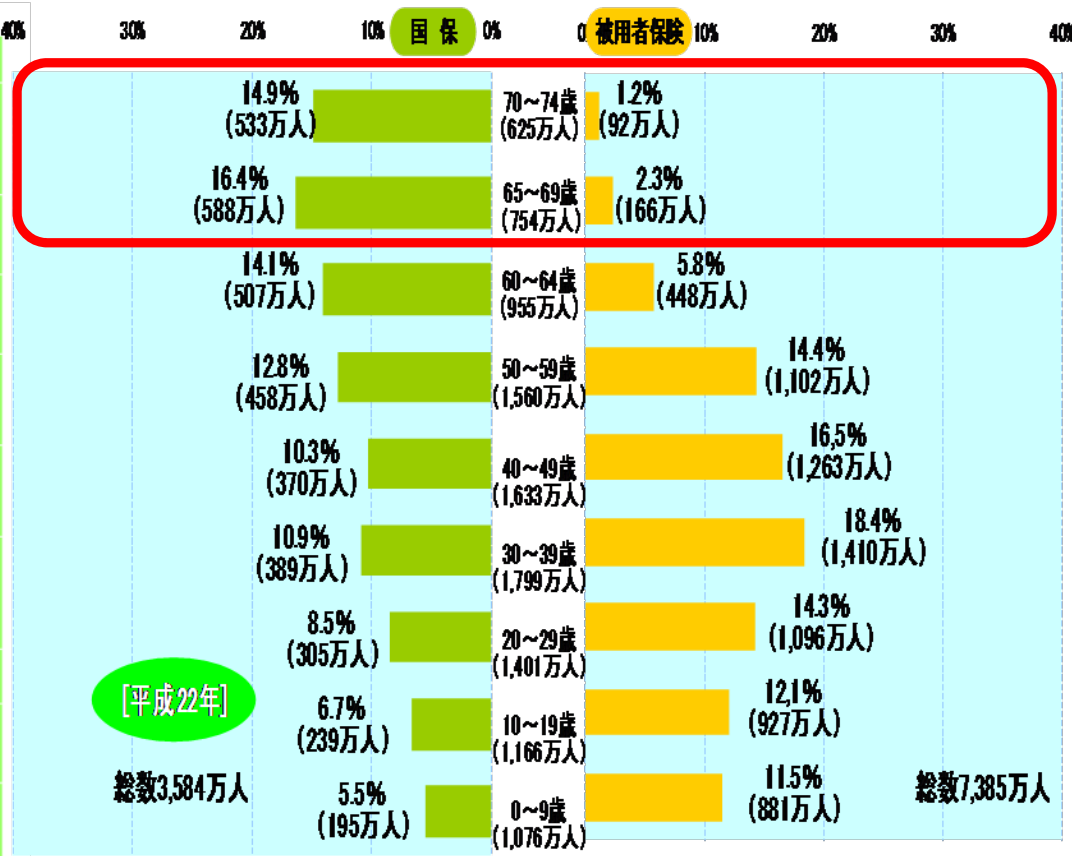
- 国民健康保険制度は、他の制度と比較すると、所得水準が低く、高齢者の加入者割合が高いため、1人当たりの医療費や加入者の所得額に対する保険料(税)負担率も著しく高い。
- 高齢者が多く加入し、特に60歳以上74歳以下の割合は著しく高い。

## 他の制度との比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保
加入者数 (平成23年3月末)	3,549万人	3,485万人 被保険者1,958万人 被扶養者1,527万人	2,961万人 被保険者1,557万人 被扶養者1,403万人
加入者平均年齢 (平成22年度)	49.7歳	36.3歳	34.0歳
65～74歳の割合 (平成22年度)	31.3%	4.8%	2.6%
加入者一人当たり 医療費 (平成22年度)	29.9万円	15.6万円	13.8万円
加入者一人当たり 平均所得 (平成22年度)	84万円	137万円	197万円
加入者一人当たり 平均保険料(平成22年度) <事業主負担込>	8.1万円	9.7万円<19.3万> 被保険者一人当たり 17.2万円(34.4万円)	9.3万円<20.7万> 被保険者一人当たり 17.7万円(39.4万円)
保険料負担率	9.7%	7.1%	4.8%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16.4%	財政窮迫組合に 対する定額補助
公費負担額 (平成24年度予算ベース)	3兆4,459億円	1兆1,822億円	16億円

(注)厚生労働省資料による。

## 年齢階級別加入者割合の状況



# 国保の構造問題の解決が必要

- 加入者の所得水準は低く、保険料負担が重くなっている。また、年齢構成も高く、医療費水準が高いという構造的な問題がある。
- 今後も国民皆保険体制を堅持することが肝要であり、国民の負担と給付の公平は不可欠。

## 課題1 低所得者が多い

- 社会保障・税の一体改革における、市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化策(低所得者保険料軽減の拡大・保険者支援制度の拡充)のための「2,200億円」は、早急かつ確実に実施することが必要。

## 課題2 高齢者の偏在

- 前期高齢者  
財政調整がなければ、前期高齢者数全体の81%の負担となるが、財政調整により33%の負担となっている。
- 後期高齢者医療制度  
後期高齢者医療制度がなければ、後期高齢者数全体の86%の負担となるが、同制度により32%の負担となっている。  
※負担割合は、平成22年度の加入人数により試算したものである。
- 上記調整等が行われても、赤字補てんのための一般会計繰入金を除く単年度収支は、**3,022億円**(平成23年度速報値)の赤字となっている。
- 高齢者の偏在を調整する高齢者医療制度については安定的な運営が不可欠。

- 将来的に持続可能な制度とするためには、更なる国庫負担の引き上げ等、財政基盤の一層の充実・強化が必要。
  - ・ 今後、後期高齢者の割合の増加に伴い、後期高齢者支援金が増加することに着目すれば、国保に対する更なる財政支援が必要。

## 年齢構成の変化に着目した試算(医療費と所得額は2010年時点の水準による) ～ 後期高齢者支援金を例として ～

1人の加入者が支える後期高齢者の人数は、2010年と比較して、2020年は1.5倍、2030年は2倍になるのに対し、所得は同じ期間に1～2%しか増加しないので、負担がより大きくなる。

	後期高齢者数 (千人) (生活保護対象者は除く)	医療保険制度		市町村国保			
		加入者数計 (千人)	1人の加入者が 支える後期高 齢者の人数 (全国平均)	被保険者数 (千人)	支える後期高 齢者数(千人)	加入者1人当たり所得額	
						千円	伸び率 (%)
2010年	14,099	113,027	0.12	35,834	4,606	832	100
2020年	18,606	104,205	0.18	34,340	6,317	841	101
2030年	22,345	92,884	0.24	30,593	7,584	849	102

※1. 人数については、厚生労働省保険局調査課の「医療保険に関する基礎資料」における「医療保険制度の年齢階級別加入者の構成比を一定とし、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)」により算出。

※2. 加入者1人当たり所得額は、「国民健康保険実態調査報告(平成22年度)」により試算し、伸び率は2010年との比較である。

## 持続可能な医療保険制度にするために

- 将来的には、医療保険制度の一本化が必要。
- 当面の課題として都道府県レベルの広域化を推進。
- 広域化に当たっては、
  - 保険料賦課方式の統一
  - 保険料の変動に伴う円滑な移行のための経過措置の実施
  - 一般会計繰り入れ等の取り扱い
  - 保険料徴収と保健事業の実施に熱心に取り組む市町村への支援等の環境整備が必要。

# 重点化・効率化への取り組み

## 1 住民が健やかに暮らせる地域づくりへの支援

生活習慣病の発症・重症化予防を進めるため、特定健康診査・保健指導の着実かつ効果的な実施に向けた市町村の取り組みを支援

### 国保データベース (KDB)システム

○保険者から委託を受けて国保連合会が保有する「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを利活用するため、国保データベース(KDB)システムを構築

○KDBシステムの活用により、

- ①地域の健康状況を把握
- ②重点課題の抽出
- ③重点課題への対策の実施
- ④効果を確認

することにより、的確な保健事業を実施

(9頁参照)

### 先駆的・モデル的な保健事業を 踏まえた評価基準の作成

○市町村の先駆的・モデル的な保健事業の具体的な取り組みを踏まえた「保健事業の手順に沿った評価基準」を作成

○評価基準では、保健事業の実施の際の手順や体制について①事業の企画立案②準備③実施④評価の各段階で行うべき項目を示す

○保健事業に取り組む保険者の実施すべき事項の確認や評価の際に活用する

(10頁参照)

### 保健事業事例集 データベース

○市町村における具体的な保健事業の取組み事例を収集し、保健事業事例集データベースを構築

○事例ごとに事業評価の視点を明らかにして、利用者が検索しやすいように情報提供

(11頁参照)

市町村保険者における保健事業の全体的なレベルアップを図る

# 国保データベース(KDB) システム(平成25年10月稼働予定)

保険者から委託を受けて国保連合会が保有する「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを利活用し、被保険者の健康水準の向上(きめ細かな生活習慣病の予防対策等)対策を推進する。

## 1 地域の状況を把握

- 特定健診の結果及び疾病別医療費等の分析により、生活習慣病の状況や、健康課題を明らかにできる
- 要介護状態区分と疾病との関係を把握する

## 4 効果を確認

- 疾病別医療費等経年データ分析により保健事業の効果を判定できる

有病者や予備群等の改善の確認

## 地域における疾病予防のための取り組み(例)

## 2 重点課題の抽出

- 予防可能な問題となっている疾病を選択

予防対策の疾病を選択

## 3 重点課題への対策

- 選択された疾病への重点的な保健事業の実施

対象者を選択し、保健指導を実施

# 先駆的・モデル的な保健事業を踏まえた評価基準の作成

保健事業の標準的な手順に加えて、先駆的・モデル的な保健事業の具体的な取組みの実例を踏まえた実施手順や実施体制の構築方法を評価基準として作成。(評価項目毎に基本的な考え方や判断基準を示す)

段 階		評価項目(抜粋)
事業企画・立案	企画・立案	<input type="checkbox"/> 健診データ、レセプトその他統計資料等のデータに基づいて現状分析をしている
		<input type="checkbox"/> 現行実施している保健事業の内容・体制の評価をしている
		<input type="checkbox"/> 健康課題を明確にしている
		<input type="checkbox"/> 地域資源を把握している
		<input type="checkbox"/> 事業目的を明確にしている
		<input type="checkbox"/> 事業目的に応じた各種保健事業を企画している
		<input type="checkbox"/> 個別事業の優先順位を付けている
		<input type="checkbox"/> 企画段階から庁内及び庁外の関係者ととも事業内容について検討している
		<input type="checkbox"/> 個別事業及び全体としての成果目標を設定している
		<input type="checkbox"/> その他
	準備	<input type="checkbox"/> 関係機関(医療機関や地域住民の組織等)・関係課と連携・調整の上、実施体制を構築している
		<input type="checkbox"/> 個別事業の具体的な実施手順を明らかにし、保健指導実施関係者間で共有している
		<input type="checkbox"/> その他
事業実施	<input type="checkbox"/> 事業開始より関係者間で情報共有を行っている	
	<input type="checkbox"/> 保健指導対象者が個人の目標を設定している	
	<input type="checkbox"/> 保健指導実施者が保健指導対象者個人の状況をモニタリングしている	
	<input type="checkbox"/> 個人目標の達成状況を評価している	
	<input type="checkbox"/> 保健指導終了後のフォローアップを行っている	
	<input type="checkbox"/> その他	
評価	<input type="checkbox"/> 事業評価を実施している	
	<input type="checkbox"/> 第三者評価を受けている	
	<input type="checkbox"/> 次年度計画等に向けた改善点を明確にしている	
	<input type="checkbox"/> その他	

# 評価の視点を明らかにした保健事業事例集データベースの展開

国保中央会

事例集DB

- ・保健事業の事例登録
- ・評価の視点をインデックスとして効率的な理解、活用を促進

評価の視点(例)

- ・市町村の部局間で充分連携が取れている。
- ・市町村长等がリーダーシップを発揮している。
- ・健診データ、レセプトその他統計資料等を活用し、健康実態を明らかにしている。
- ・対策の優先順位付けを工夫している。
- ・参加者の利便性を高める工夫をしている。
- ・企画段階から住民グループと協働している。
- ・医療機関、自治会、NPO、防犯・防災組織、団地の管理組合等、地域づくりにつながる既存の組織と連携を図っている。

国保連合会



連携

連携

市町村保険者



- ・施策の根拠  
(計画策定、事業評価)
- ・議会説明

保険者支援

- ・保健事業の事例を参考に保険者支援
- ・KDBのデータを活用し、保健活動を支援

- 他市町村の事例を参考
- ・事例集(定性的情報)
- ・KDB(定量的情報)

- 地域における疾病予防のための取り組み(例)
- 1 地域の状況を把握
  - 2 重点課題の抽出
  - 3 重点課題への対策
  - 4 効果を確認

国保被保険者の健康増進・QOLの向上と、国保制度に対する理解





## 2 医療費適正化対策への支援例

### ～ ジェネリック医薬品の使用促進（差額通知書作成・コールセンター設置）～

国保連合会及び国保中央会では、ジェネリック医薬品の使用促進を図るため、後発医薬品利用差額通知書の作成及び、被保険者からの問合せ対応として、平成23年10月よりコールセンターの運営を開始。

国保連合会受託分(平成24年12月20日時点)

○ 差額通知作成状況

平成23年度末委託保険者 459 → 平成24年12月委託保険者 1,154 (695保険者増加)

#### 差額通知書レイアウト

後発医薬品に関するお知らせ

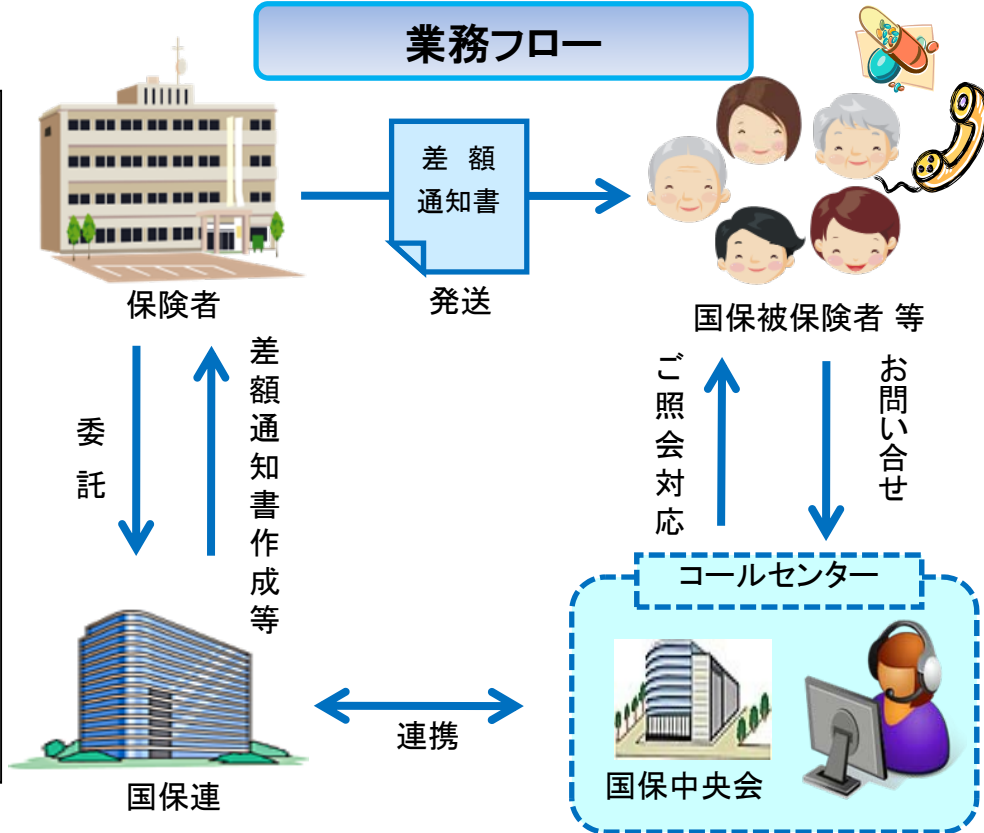
処方実績を記載

過去の処方実績 (お薬にかかる費用のみ) <※2>	自己負担相当額	後発医薬品に切り替えた場合に削減できる自己負担額
先発医薬品名等 (現在服用中のお薬) <※1>		
ケルロング錠 5mg	212	110～
メバロチン錠 5mg	160	73～
カルデナリン錠 2mg	180	52～
タナトリアル錠 5mg	95	25～
合 計	647	260～

ジェネリック医薬品に切り替えた場合に削減される自己負担額を記載

※1 表中の先発医薬品は生活習慣病等に使用される薬などを記載しており、短期処方薬など服用しすべてのお薬が表示されるものではありません。  
 ※2 計算は薬代のみを対象としており、後発医薬品に切り替えられた場合の自己負担軽減額を算出しています。後発医薬品は複数存在するため、実際の軽減額にも幅がありますので、目安としてご利用ください。  
 ※3 実際に医療機関や薬局へお支払いになる金額は、薬の価格が下がっても、自己負担額は先発医薬品と同額です。詳しくは主治医か薬剤師にご相談ください。  
 【お問い合わせ窓口のご案内】

#### 業務フロー



# 保険者の取組(広島県呉市の事例)

## ○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から24年3月までの通知者の77%が後発医薬品へ切り替え。

## ○生活習慣病二次予防(受診勧奨)

- ・ 健診情報から健診異常値の方を抽出し、レセプトと突合して医療機関未受診者に受診勧奨を行う。
- ・ レセプトから生活習慣病で医療機関に通院していた患者を抽出し、一定期間通院していない患者に受診勧奨を行う。

## ○生活習慣病三次予防(重症化予防)

- ・ レセプトから抽出した対象病名毎に指導対象者を選定し、個別に指導を行うことにより重症化を予防。

## ○重複受診・頻回受診対策

- ・ 複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者や頻繁に医療機関で受診している者を確認し、訪問指導を実施。

※ 平成23年度における訪問前後1ヶ月の比較

(重複受診) 件数:51件 診療費削減額:54,160円 最大18,380円/人 診療費減

(頻回受診) 受診日数減:94人 診療費削減1,544,030円 最大 受診日数28日/月 → 1日/月  
114,610円/人 診療費減

## ○調剤点検

- ・ 別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できる。

※ 平成23年度重複服薬指導対象者184人、併用禁忌2件、併用回避33件(呉市医師会によるスクリーニング後、該当医療機関に通知)

# 高齢者医療制度について

—後期高齢者医療制度を担う「現場」の視点から—

平成25年4月4日

全国後期高齢者医療広域連合協議会

会長 横尾俊彦

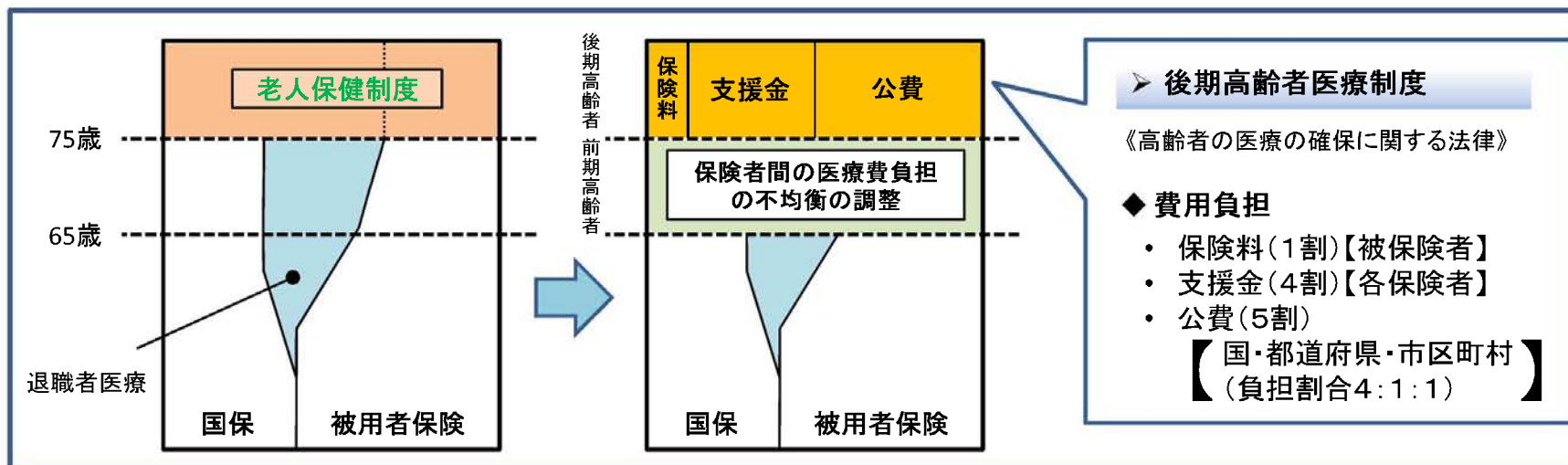
[佐賀県後期高齢者医療広域連合長／多久市長]

# I はじめに

## 1 高齢者に係る新たな医療制度の創設

### 平成20年4月から、これまでの「老人保健制度」から『(前期・後期)高齢者医療制度』へ移行

- 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（など）を対象とした後期高齢者医療制度の創設。
- 65歳から74歳の高齢者の偏在による「保険者間の負担の不均衡を調整」するため、保険者間の財政調整の仕組みの導入。



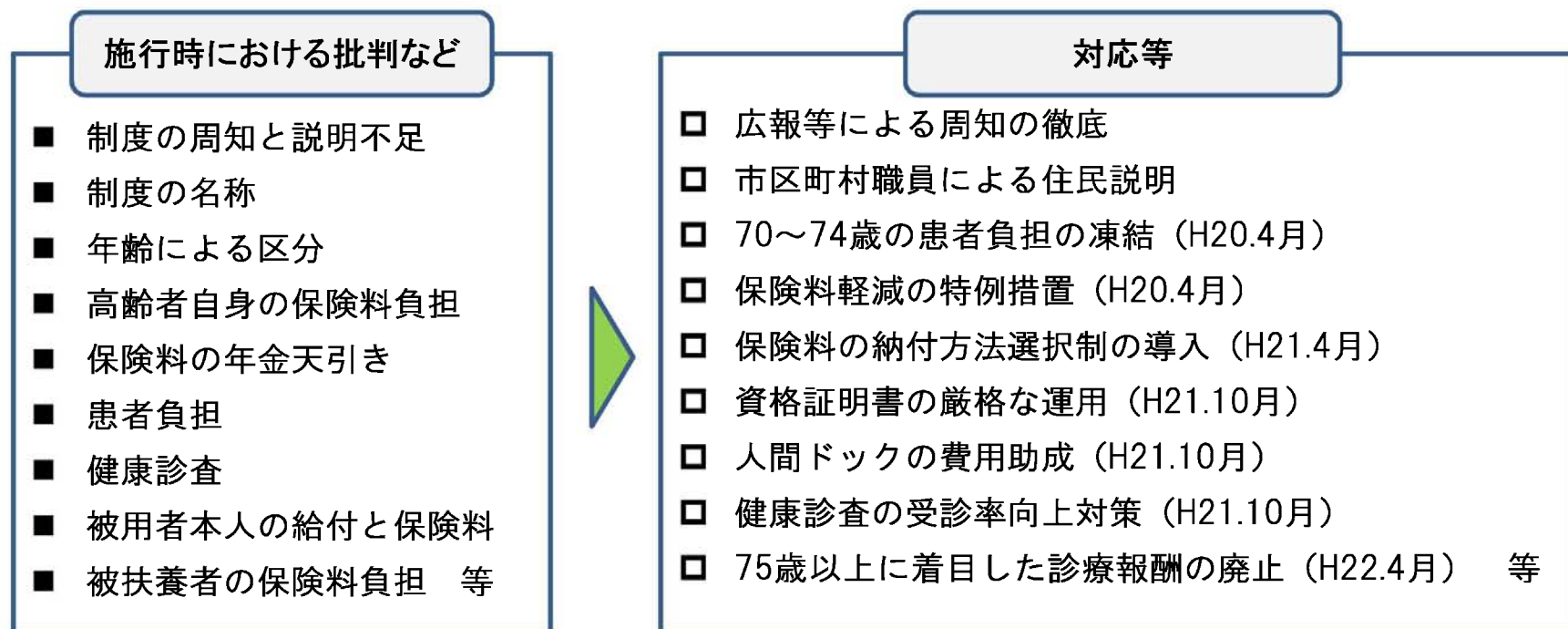
- 後期高齢者医療制度の都道府県単位化により、

**全47都道府県に広域連合が設置され、運営主体となった。**

# I はじめに

## 2 本制度施行時(前・後)の混乱とその対応等

施行当初は、本制度に対する批判が集中し、多くの国民に不安と混乱を生じさせての運営となった。



➤ こうした、きめ細やかな対応や制度の見直しが行われたことにより、

現場(被保険者、医療機関、市区町村、広域連合)における当初の混乱は、現在のところ収束している。

# I はじめに

## 3 制度廃止の議論から現在まで

### 高齢者医療制度改革会議

— 《平成21年11月～平成22年12月》 —

#### ➤ 後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の在り方について検討

##### 最終とりまとめ

- 後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化。
- 加入する制度を年齢で区分することなく、現役世代と同じ制度に加入。
- 国民健康保険の財政運営の都道府県単位化。  
【第一段階】75歳以上について都道府県による財政運営、保険料率の設定。  
【第二段階】全年齢について財政運営の都道府県単位化。

### 社会保障・税一体改革

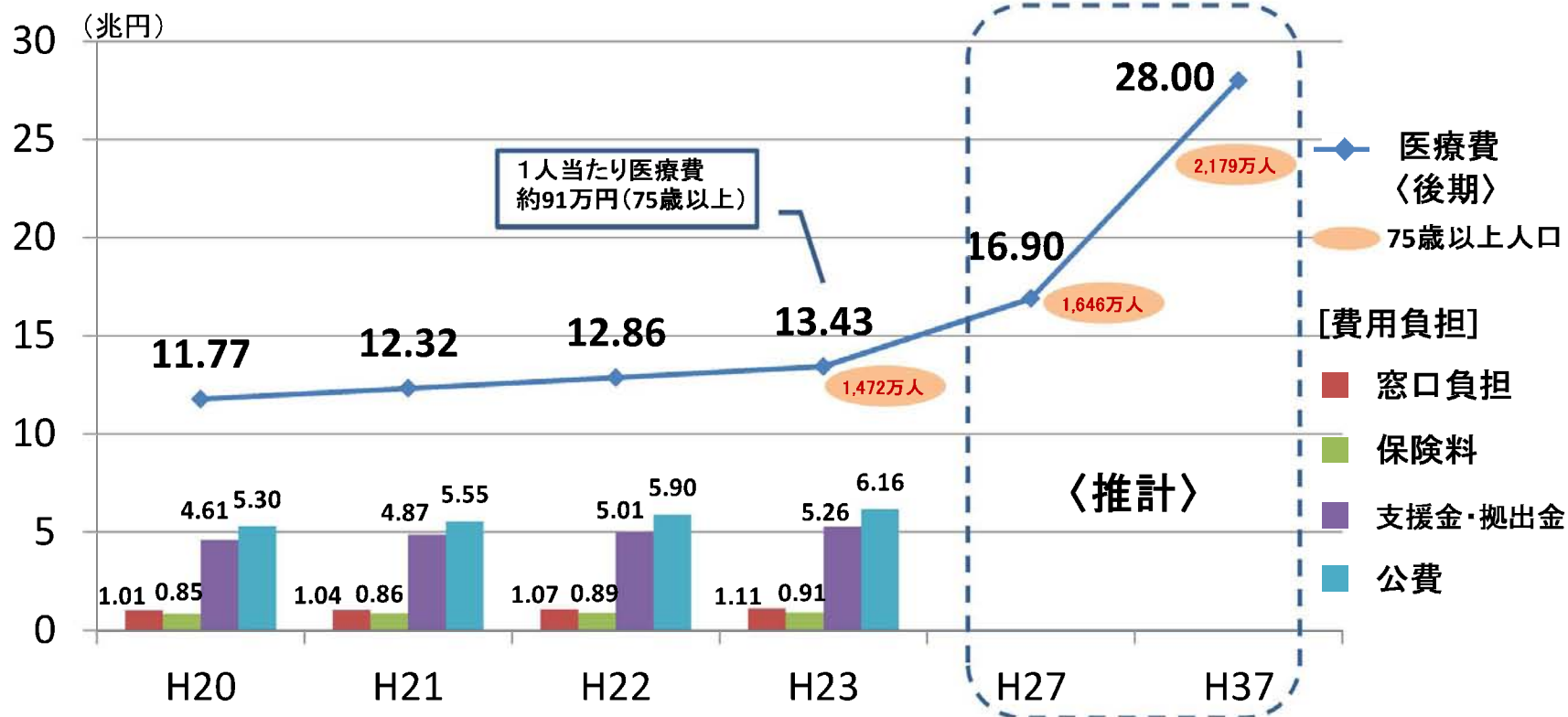
《平成23年 6月》 政府・与党社会保障改革検討本部が「社会保障・税一体改革成案」を決定  
《平成23年12月》 社会保障審議会医療保険部会で「議論の整理」  
《平成24年 2月》 「社会保障・税一体改革大綱」（閣議決定）  
《平成24年 8月》 「社会保障制度改革推進法」成立  
《 現 在 》 【社会保障制度改革国民会議】における議論の対象

#### ➤ 制度施行から5年を経過してもなお、本制度が議論されていることは、

- 制度運営を担う広域連合にとっては忸怩たる思い。
- 制度が安定せず、長期の運営計画を立てることも苦慮するところ。

## Ⅱ 高齢者医療費と費用負担

### 1 増加する医療費



今後も医療費の上昇が続けば、当然その負担すべき費用（保険料、支援金・拠出金、公費）のすべてが上昇する。このままでは、いずれ負担に耐えられず、医療保険制度の維持は困難となる。

保険者による医療費適正化の努力（レセプト点検、重複頻回受診対策、ジェネリック啓発等）は行うものの、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化を図ることが急務。

## Ⅱ 高齢者医療費と費用負担

### 2 現行制度の費用負担

#### ▶ 費用負担の見直し

現在の費用負担の在り方についても、負担の公平性と制度の安定化を図るため、必要に応じた見直しが必要。

#### ▶ 公平な費用負担

- 後期高齢者負担率については、高齢者と現役世代の「保険料の規模に応じて分担する仕組み」が必要。
- 後期高齢者支援金については、「現役世代が納得する負担割合の仕組みについての検討」が必要。

#### ▶ 特例措置の見直しと安定化

- 後期高齢者医療制度における保険料軽減特例措置については、世代間の公平を考慮した見直しを行った上で、「恒久的な措置」として安定させる必要がある。
- 70歳から74歳までの自己負担割合については、低所得者に配慮した上で本則とすべき。

#### ▶ 公費負担の拡充

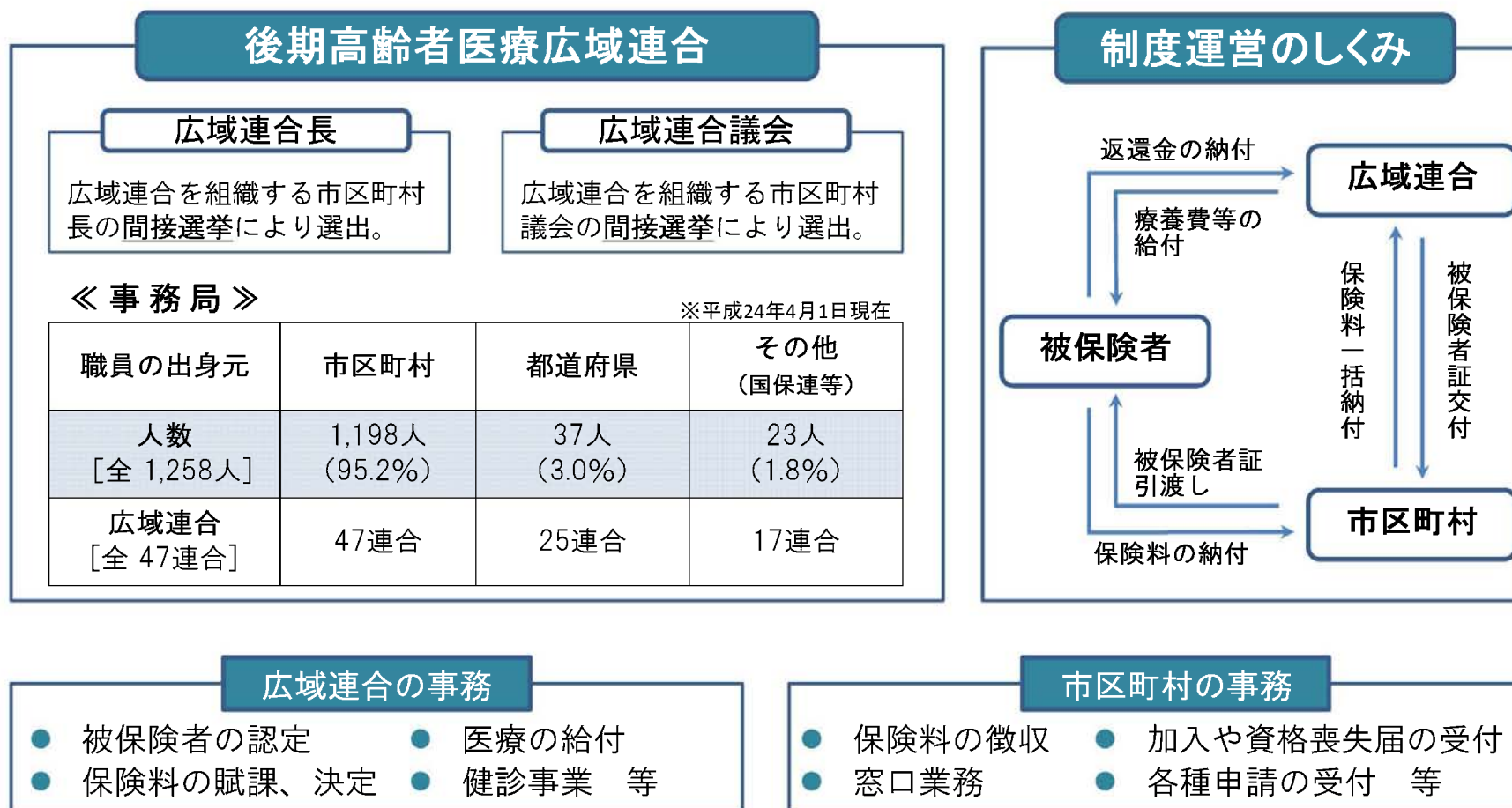
- 現役並み所得を有する後期高齢者の医療給付費については、公費投入を行うべき。  
※現行 保険料（1割）＋現役世代からの支援金（9割）
- 国民健康保険制度に公費が投入され保険料軽減措置が拡大される場合は、後期高齢者医療制度においても同様の措置を行うとともに、財源については公費負担とすべき。



# Ⅲ 運営主体(保険者)について

## 1 広域連合による後期高齢者医療制度の運営

後期高齢者医療制度運営のため、都道府県ごとに、すべての市区町村で構成する広域連合を組織。



# Ⅲ 運営主体(保険者)について

## 2 広域連合による運営の課題等

### 【参考】高齢者医療制度改革会議「最終とりまとめ」より

- 広域連合については、都道府県や市区町村と比べ、住民から十分に認知されていない。
- 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。
- 市区町村に対する調整機能が必ずしも十分に働いていない。

### ▶ 広域連合としての課題の認識

- 都道府県単位で運営しているにもかかわらず、その主体が「広域連合」であることに住民のなじみが薄く、保険者としての認知度は低い。
- 自主財源がなく、運営経費のすべてを構成市区町村の負担金で賄っている。
  - ①必要な負担金等についても、構成市区町村の議決が必要であり安定的でない。
  - ②広域連合による独自事業の展開が難しい。
- 広域連合と構成市区町村において基本的な役割分担はあるものの、その関係は対等であるため、責任所在の不明瞭さが残る。
  - ①広域連合単独での医療費適正化対策には限界がある。
  - ②保健事業についても、上記①と同様。
- 広域連合職員の多くは構成市区町村からの派遣であるが、派遣元の実情により後期高齢者医療制度に関係した業務（国保等）の経験者を派遣することができない場合も多い。
- 職員の派遣期間が限られており（多くの場合3年）、組織として知識・技術等の引継ぎが難しい。

ただし、運営上の課題はあるものの、保険料徴収業務や住民対応などにおいては、広域連合の特性（市区町村により構成）が活かされており、また、全広域連合とも共通して意識は高く、**保険者として最大限の努力を行っているところ。**

# Ⅲ 運営主体(保険者)について

## 3 被保険者にとって分かりやすい保険者

現在の公的医療保険制度では、同じ地域住民でありながら、年齢や職業により、国民健康保険、後期高齢者医療制度、被用者保険に区分されている。

国民健康保険制度の都道府県単位化により、

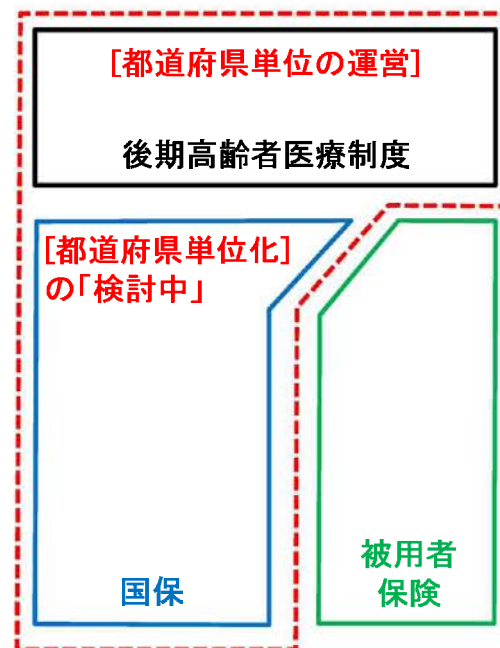
都道府県を単位とする「新たな保険者」が誕生すると、

同一都道府県内に、同様の保険者(国保・後期)が存在することになり、

被保険者にとって、分かりにくさが残る。

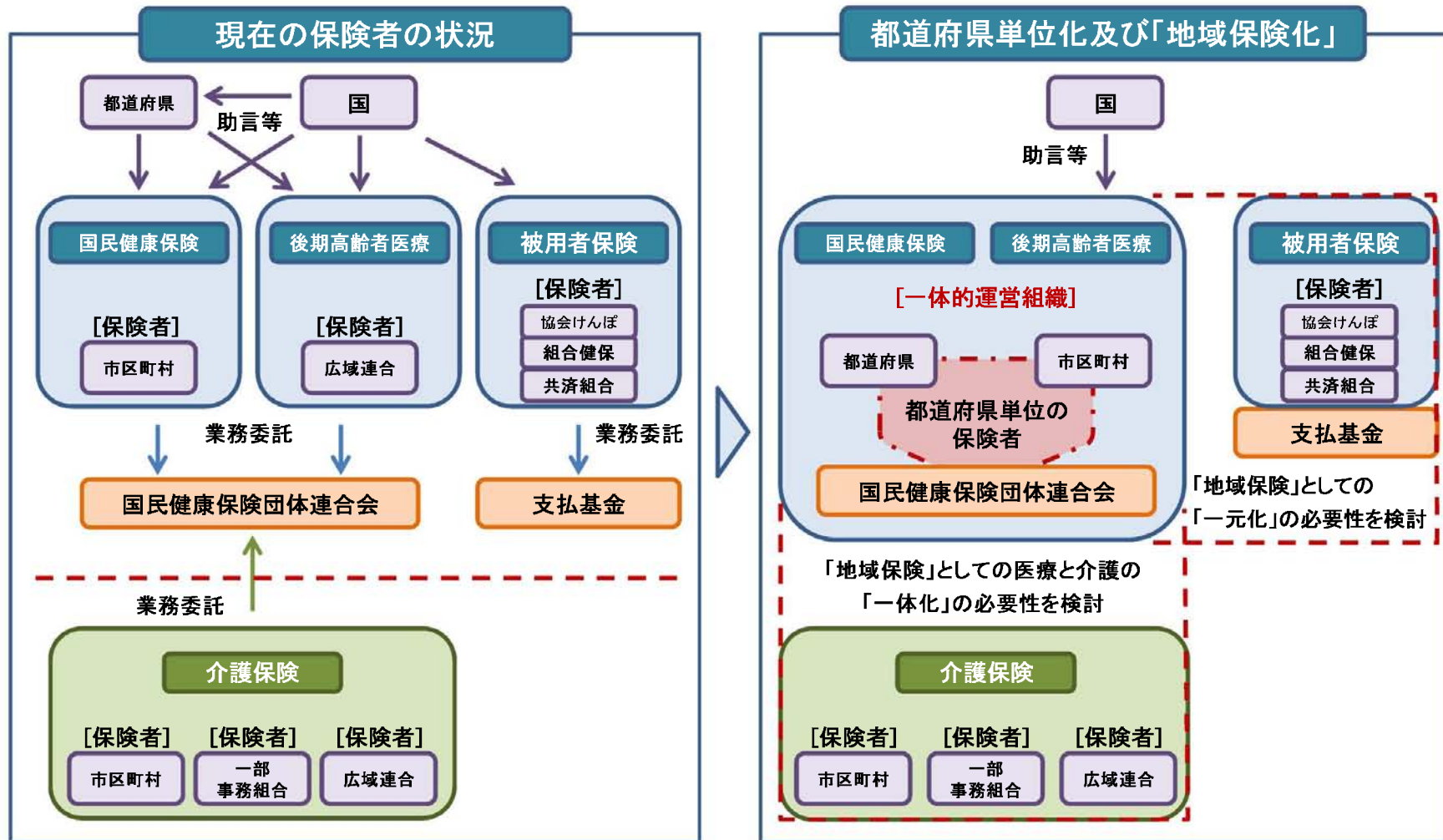
### ▶ 分かりやすく、効率的な保険者

国民健康保険制度と後期高齢者医療制度を、  
一体的に運営する保険者を都道府県ごとに1つ。



# Ⅲ 運営主体(保険者)について

## 4 保険者機能強化に向けた連携の方向性



## IV まとめ(要点)

### ◆ 国民(住民)が、将来に不安がなく、安心して、 医療・保健・(介護)サービスが受けられる保険制度の構築のため

#### ➤ 安定運営が可能な保険者の確立

国民健康保険の広域化に合わせ、後期高齢者医療との一体的かつ安定的な運営を実現するため、国保財政の基盤強化を図り、都道府県が積極的に関与しやすい環境を整えることが必要。

#### ➤ 現行制度における必要な改善の実施

特例措置の見直し等を早期に行うことで、安定化を図るべき。

#### ➤ 高齢者医療に係る現役世代の負担調整

公平で負担能力に応じた支え合いの仕組みを確立するため、財政力の弱い保険者(被用者)に配慮した上で、支援金の全面総報酬割を導入すべき。

これらの課題について、関係機関(国・都道府県・市区町村・保険者)が共有し、理解し合い、

全体を見据えた視点に立つことで、持続可能な医療保険制度が確立されることとなる。

➤➤➤ このことにより、地域保険への移行など、更なる進展の議論が可能。