

第75回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成26年5月19日（月）
16時00分～18時00分
場所：厚生労働省専用第22会議室
（中央合同庁舎第5号館18階）

（議 題）

1. 市町村国保について
2. 被用者保険について
3. 高齢者医療制度について

（配布資料）

- 資 料 1 市町村国保について
- 資 料 2 - 1 全国健康保険協会について
- 資 料 2 - 2 健康保険組合について
- 資 料 3 高齢者医療制度について

委員提出資料 小林、白川、高橋、藤井、望月委員提出資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成26年5月19日現在

<p>本 委 員</p>	<p>えんどう ひさお ◎遠藤 久夫 たかはし むつこ 高橋 睦子 ふくだ とみかず 福田 富一</p>	<p>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</p>
<p>臨 時 委 員</p>	<p>いわむら まさひこ ○岩村 正彦 いわもと やすし 岩本 康志 おかざき せいや 岡崎 誠也 かわじり たかお 川尻 禮郎 きくち れいこ 菊池 令子 こばやし たけし 小林 剛 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 ふじい りゅうた 藤井 隆太 ほり けんろう 堀 憲郎 ほり まなみ 堀 真奈美 もちづき あつし 望月 篤 もり まさひら 森 昌平 よこお としひこ 横尾 俊彦 わだ よしたか 和田 仁孝</p>	<p>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 日本看護協会副会長 全国健康保険協会 理事長 全国町村会財政委員会委員／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副会長 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 日本商工会議所社会保障専門委員会委員 日本歯科医師会常務理事 東海大学教養学部人間環境学科教授 日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長 日本薬剤師会常務理事 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</p>

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

第75回社会保険審議会医療保険部会

平成26年5月19日(月) 16:00~18:00

厚生労働省 専用第22会議室 (18階)

(岡 岩 木 遠 岩 神 和 横
 参 本 倉 藤 村 田 田 尾
 考 委 局 部 部 審 委 委
 人 員 員 長 会 会 議 員 員
) 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

〇
速 記

川 尻 委 員 〇
 菊 池 委 員 〇
 小 林 委 員 〇
 柴 田 委 員 〇
 白 川 委 員 〇
 鈴 木 委 員 〇
 高 橋 委 員 〇
 武 久 委 員 〇

〇 森 委 員
 〇 望 月 委 員
 〇 堀 真 奈 美 委 員
 〇 堀 憲 郎 委 員
 〇 藤 井 委 員
 〇 福 田 委 員
 (参 考 人)
 〇 樋 口 委 員

〇 佐 久 間 室 長
 〇 安 藤 室 長
 〇 中 村 課 長
 〇 横 幕 課 長
 〇 大 島 課 長
 〇 鳥 井 課 長
 〇 宇 都 宮 課 長
 〇 竹 林 室 長
 〇 佐 々 木 企 画 官
 〇 秋 田 課 長

〇 藤 田 管 理 官
 〇 渡 辺 室 長
 〇 高 保 齡 者 医 療 課 局
 〇 保 險 局 保 險 課
 〇 末 原 室 長
 〇 田 口 管 理 官
 〇 近 澤 管 理 官
 〇 鎌 田 企 画 官

傍 聴 者 席

市町村国保について

平成26年5月19日
厚生労働省保険局

市町村国保の抱える構造的な問題

①年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合：国保(32.9%)、健保組合(2.5%)
- ・一人あたり医療費：国保(30.9万円)、健保組合(14.2万円)

②所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得：国保(83万円)、健保組合(198万円(推計))
- ・無所得世帯割合：23.7%

③保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料／加入者一人当たり所得
市町村国保(9.9%)、健保組合(5.0%)
- ※健保は本人負担分のみの推計値

④保険料(税)の収納率低下

- ・収納率：平成11年度 91.38% → 平成24年度 89.86%(速報値)
- ・最高収納率：94.76%(島根県) ・最低収納率：85.63%(東京都)

⑤一般会計繰入・繰上充用

- ・市町村による法定外繰入額：約3,900億円 うち決算補てん等の目的：約3,500億円
- ・繰上充用額：約1,200億円(平成24年度速報値)
- ※ 繰上充用...一会計年度経過後に至って歳入が歳出に不足するときは翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てること。

⑥財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1717保険者中3000人未満の小規模保険者 430(全体の1/4)

⑦市町村間の格差

- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大：2.6倍(沖縄県) 最小：1.2倍(栃木県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大：8.0倍(北海道) 最小：1.3倍(富山県)
- ・一人あたり保険料の都道府県内格差 最大：2.9倍(東京都)^(※) 最小：1.3倍(富山県)

※東日本大震災による保険料(税)減免の影響が大きい岩手県、宮城県、福島県を除く。

社会保障改革プログラム法（抜粋）

（市町村国保関係）

（医療制度）

第四条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険（国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）第三条第一項の規定により行われるものに限る。以下この項において同じ。）に対する財政支援の拡充

ロ 国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関し、国民健康保険の保険料（地方税法（昭和三十五年法律第二百二十六号）の規定による国民健康保険税を含む。以下この号及び次号において同じ。）の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置を講ずることにより国民健康保険の更なる財政基盤の強化を図り、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、国民健康保険の保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割を分担するために必要な方策

ハ （略）

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

ロ・ハ （略）

ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等（医療保険各法（国民健康保険法を除く。）に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。）の上限額の引上げ

社会保障制度改革国民会議 報告書(平成25年8月6日)(抜粋)

(市町村国保関係)

第2部 社会保障4分野の改革

II 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

(略)

効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。ただし、国民健康保険の運営に関する業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである。

また、当該移行については、次期医療計画の策定を待たず行う医療提供体制改革の一環として行われることを踏まえれば、移行に際し、様々な経過的な措置が必要となることは別として、次期医療計画の策定前に実現すべきである。

(略)

3 医療保険制度改革

(1) 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

（略）

改革推進法（第6条）はまず国民皆保険制度の維持の必要性を掲げていることから、「財政基盤の安定化」については、国民皆保険制度の最終的な支え手（ラストリゾート）である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題となる。

具体的には、国民健康保険は、被用者保険と比べて、①無職者・失業者・非正規雇用の労働者などを含め低所得者の加入者が多い、②年齢構成が高く医療費水準が高い、③所得に占める保険料負担が重いといった課題を抱えており、こうしたこともあり、毎年度、市町村が多額の赤字補填目的の法定外繰入を行っている。

さらに、保険財政運営が不安定となるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域ごとの保険料格差が非常に大きいという課題もある。国民皆保険制度を守るためには、こうした現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を、現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。

このためには、従来の保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による対応を超えて、財政運営の責任を都道府県にも持たせることが不可欠であり、医療提供体制改革の観点をも踏まえれば、上記2(2)で述べた国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となろう。

ただし、国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政的な構造問題の解決が図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。その財源については、後述する後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬割にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべきである。

その際には、財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、保険料の適正化など国民健康保険自身の努力によって、国民健康保険が将来にわたって持続可能となるような仕組みについても検討すべきである。さらに、国民健康保険の保険者を都道府県とした後であっても、保険料の賦課徴収等の保険者機能の一部については引き続き市町村が担うことや、前期高齢者に係る財政調整などを通じて被用者保険から国民健康保険に多額の資金が交付されている実態を踏まえると、国民健康保険の運営について、都道府県・市町村・被用者保険の関係者が協議する仕組みを構築しておくことも必要であろう。

次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。

このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置と併せ、一般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える低所得者への配慮としても適切なものである。もっとも、税制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。

市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化

◎ 低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援制度の拡充により、財政基盤を強化する。
(～2,200億円程度、税制抜本改革とともに実施。)

《「国保に関する国と地方の協議」提出資料より》

1. 低所得者保険料軽減の拡大 (500億円程度)

・ 5割軽減・2割軽減世帯の基準額の引上げ (さらに保険料が軽減される者：約400万人) *27年度ベース

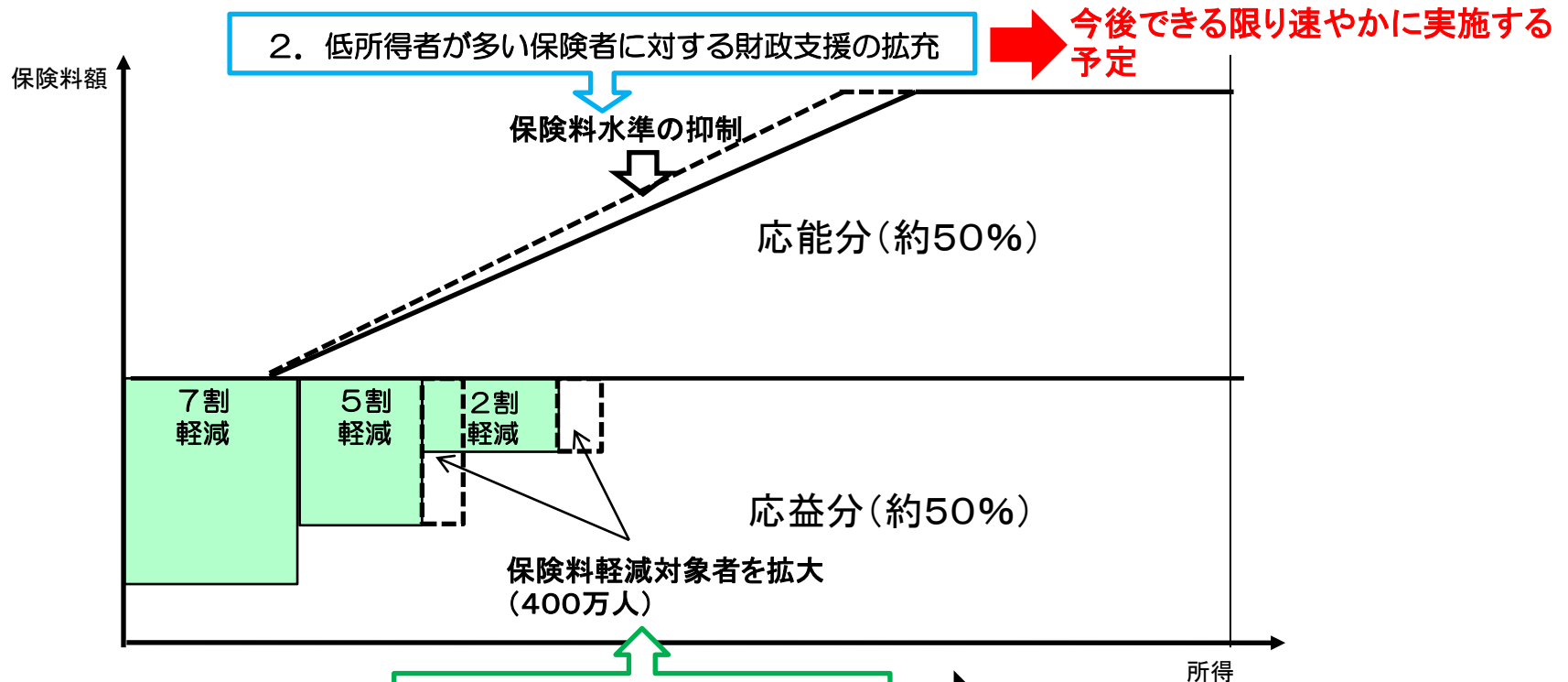
☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆2割軽減対象者 年収223万円以下 → 266万円以下 (※いずれも、夫婦、子1人で夫の給与収入のみの場合)

2. 保険者支援制度の拡充 (1,700億円程度)

・ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援の拡充

・ 保険料水準全体を抑制する効果 (対象者：全被保険者(3,500万人)) *27年度ベース



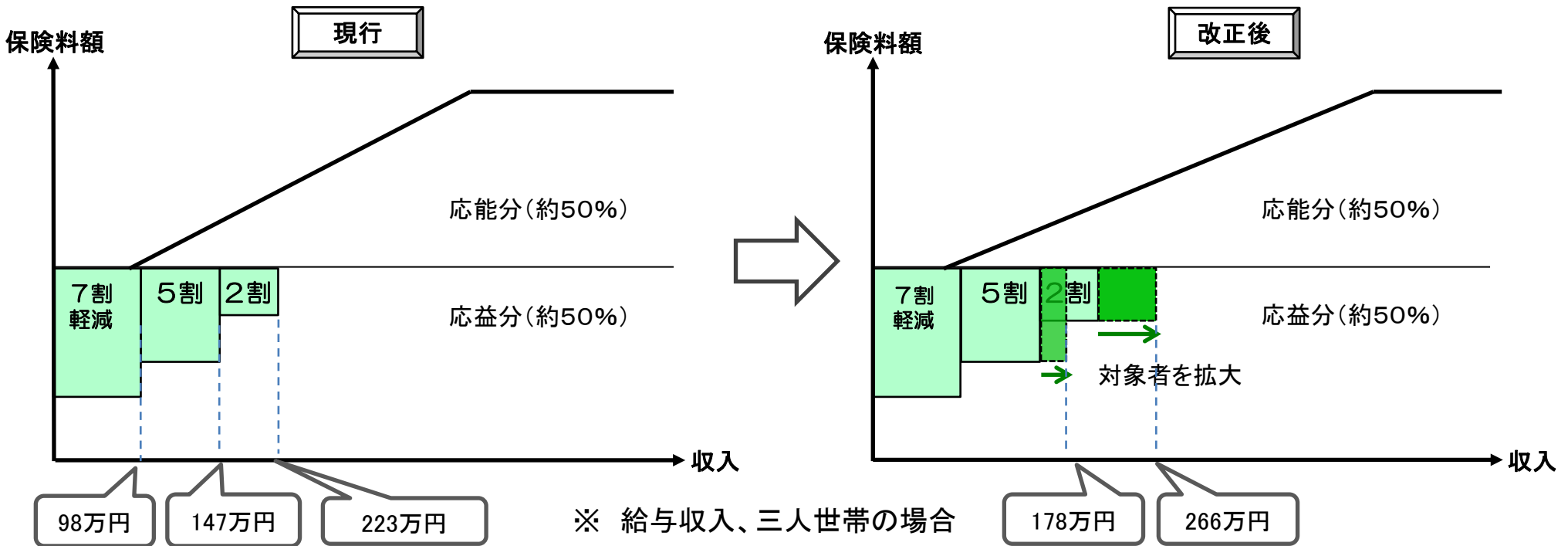
1. 低所得者保険料軽減の拡大

平成26年度から実施

市町村国保・後期高齢者医療の低所得者の保険料軽減措置の拡充(平成26年度)

○ 国民健康保険・後期高齢者医療の保険料の軽減判定所得の基準を見直し、保険料の軽減対象を合計約500万人拡大する。

<国民健康保険制度の場合> ※さらに保険料が軽減される者 約400万人(平成26年度所要額(公費):約490億円)



《具体的な内容》

① 2割軽減の拡大 ... 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

(現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 (給与収入 約223万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 (給与収入 約266万円、3人世帯)

② 5割軽減の拡大 ... 現在、二世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

(現行) 基準額 33万円+24.5万円×(被保険者数-世帯主) (給与収入 約147万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+24.5万円×被保険者数 (給与収入 約178万円、3人世帯)

(参考)

国保制度では、このほか、保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援の拡充についても今後実施する予定。

<後期高齢者医療制度の場合> ※さらに保険料が軽減される者 約110万人(平成26年度所要額(公費):約130億円)

後期高齢者医療制度においても同様の見直しを行う

市町村国保における保険者支援制度の拡充

○ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援について、拡充を行う。

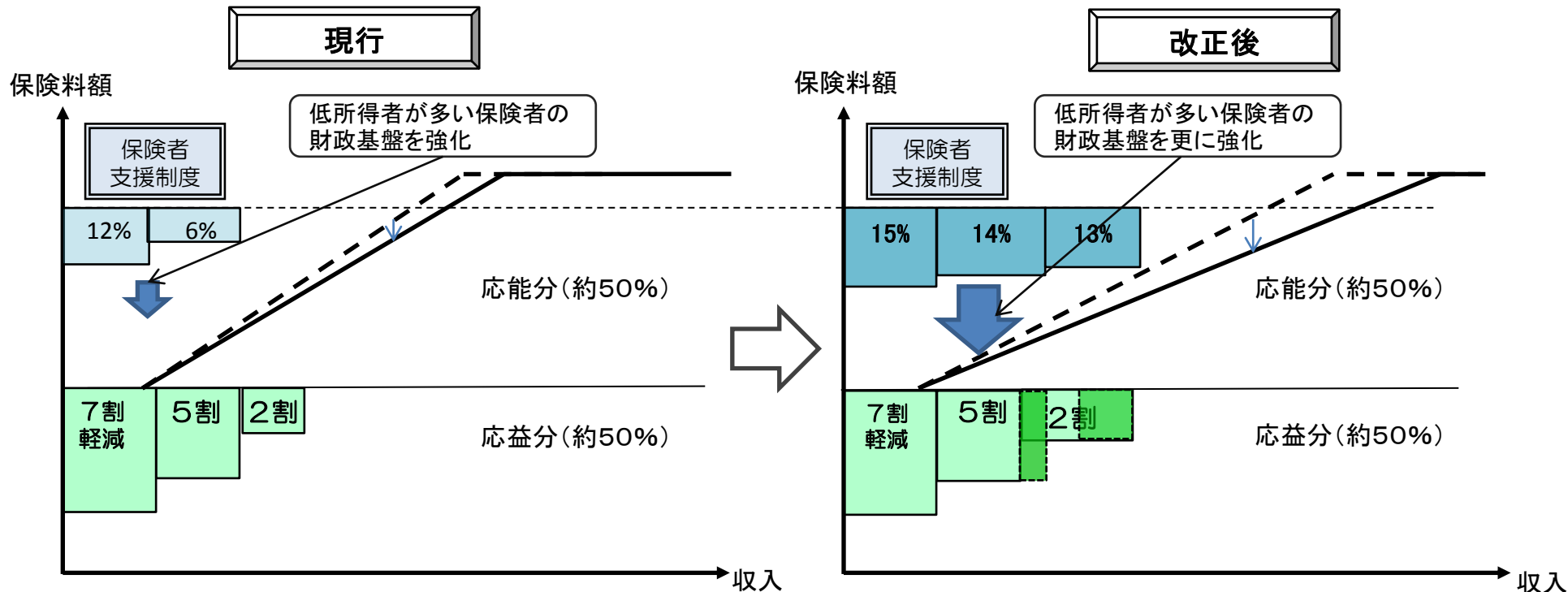
《具体的な内容(案)》

- ① 現在、財政支援の対象となっていない2割軽減対象者についても、財政支援の対象とするとともに、軽減対象の拡大に応じ、財政支援の対象を拡大する。
- ② 現行の7割軽減・5割軽減の対象者数に応じた財政支援の補助率を引き上げる。
- ③ 財政支援額の算定基準を平均保険料収納額の一定割合から、平均保険料算定額の一定割合に改める。

※ 収納額 = 算定額 - 法定軽減額 - 未納額

【現行】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**収納額**の**12%**(7割軽減)、**6%**(5割軽減)

【改正後】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**算定額**の**15%**(7割軽減)、**14%**(5割軽減)、**13%**(2割軽減)

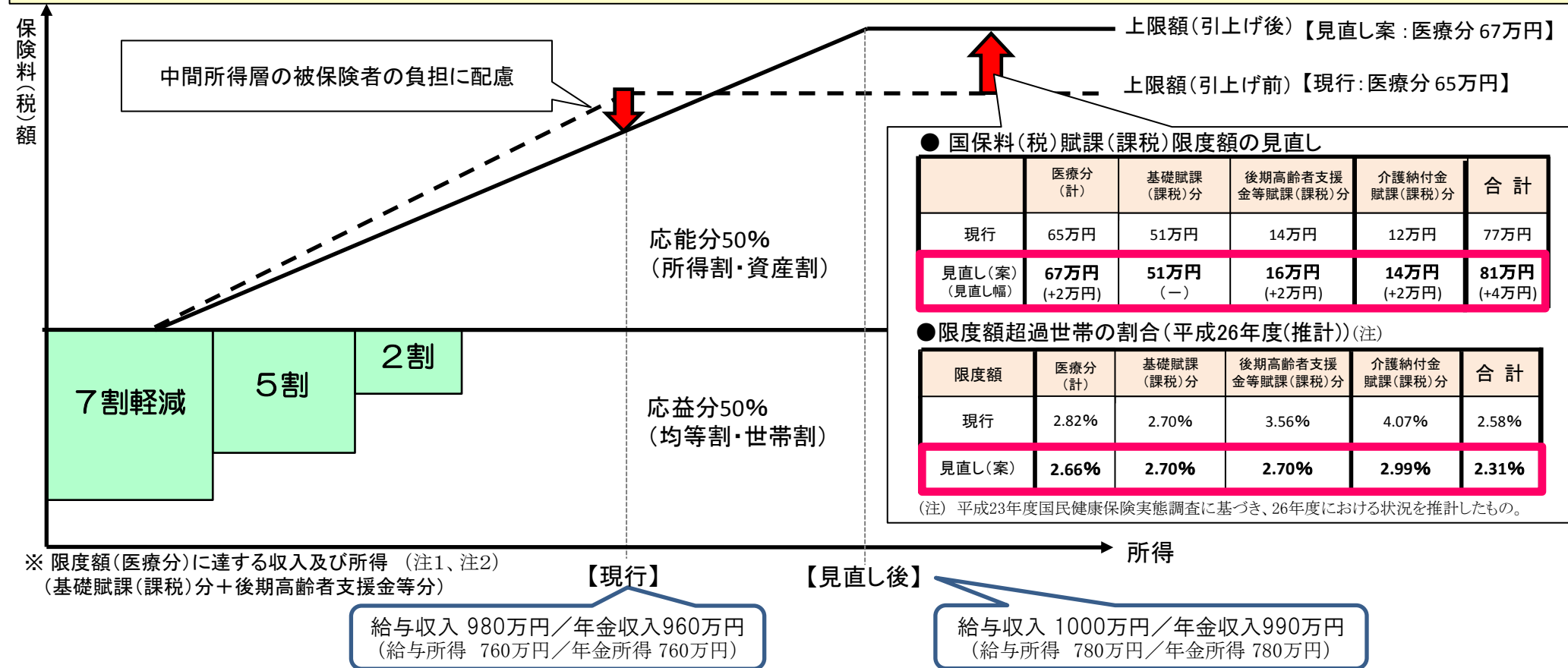


(注) 現在の保険者支援制度は、7割軽減、5割軽減の対象者数に応じ、それぞれ当該市町村の平均保険料収納額の12%、6%に相当する額を補助。

平成26年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直し

- 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、平成26年度の国保料(税)の限度額超過世帯の割合(推計)を見ると、
 - ・ 平成25年度と比べて限度額超過世帯の割合が増加する見込みであること
 - ・ 基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯の割合にばらつきが見られることから、これまでの最大引上げ幅と同額の「4万円」を上限として、平成26年度において見直す。
- 具体的には、後期高齢者支援金等分・介護納付金分をそれぞれ2万円ずつ引き上げる。

- (※1) 後期高齢者支援金等分・介護納付金分を2万円ずつ引き上げると、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分のすべてにおいて、限度額超過世帯の割合がいずれも3%未満となる。
- (※2) 平成27年度以降の国保保険料(税)の賦課(課税)限度額の見直しについては、被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げの考え方を踏まえて、国保保険料(税)の賦課(課税)限度額の見直しのルール(見直しのタイミング・引上げ幅等)の検討を行うこととする。



(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。
 (注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成23年度全国平均値で試算。平成23年度 所得割率 8.00%、資産割額 15,667円、均等割額 27,355円、世帯割額 26,337円。

「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」（国保基盤強化協議会）について

1. 協議事項

- ① 国民健康保険の財政上の構造問題の分析とその解決に向けた方策
- ② 国民健康保険の運営に関する業務に係る都道府県と市町村の役割分担のあり方
- ③ その他、地方からの提案事項

2. メンバー

○政務レベル協議

【厚生労働省】 厚生労働大臣、副大臣、政務官

【地方代表】 栃木県知事、高知市長、井川町長(秋田県)

○事務レベルWG

【厚生労働省】 厚生労働省保険局

総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

【地方代表】 (全国知事会)… 山形県、栃木県、愛知県、鳥取県、愛媛県

(全国市長会)… 見附市(新潟県)、裾野市(静岡県)、高松市(香川県)、高知市(高知県)

(全国町村会)… 井川町(秋田県)、奥多摩町(東京都)、聖籠町(新潟県)、九重町(大分県)

3. 進め方

平成26年	1月31日	政務レベル協議
	2月	} 毎月1回程度 事務レベルWG(計10回程度)
	↓	
	7月	} 政務レベル協議(中間的なとりまとめ) (予定)
	同月目途	

※平成26年8月以降の協議の進め方については、議論の状況等を踏まえ、改めて協議する。

〔留意点〕

(1) 政務レベル協議は、議論のキックオフ(平成26年1月)と中間的なとりまとめ(平成26年7月目途)時に開催することを基本とするが、WGにおける検討の進捗状況等を踏まえ、必要に応じて開催することとする。

(2) 事務レベルWGについては、上記のスケジュールに沿って月1回程度開催し、課題や取組の方向性を検討・整理し、政務レベル協議に付す。

社会保障制度改革国民会議報告書、社会保障改革プログラム法を踏まえた 国民健康保険の見直しの方向性

プログラム法、国民会議報告書において示された方向性

① 国保が抱える財政上の構造問題の解決を図る

- ・ 現在の国保の赤字の原因や運営上の課題を分析の上、抜本的な財政基盤の強化を通じて国保が抱える財政上の構造問題の解決を図る(改革の前提条件)
- ・ 財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、保険料の適正化など国保自身も努力

② 医療提供体制改革の一環として、国民健康保険の運営の在り方を検討

- ・ 効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点から、国保の財政運営責任を担う主体を都道府県とし、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民の負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべき
- ・ 保険料の賦課徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在するため、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指す

③ 保険料に係る国民負担に関する公平の確保

- ・ これまで、国保の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきであり、したがって、まず、保険料軽減措置の対象の拡充を図るべき
- ・ 負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべき
- ・ 財政運営責任を担う主体を都道府県へ移行することは、財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組である

国民健康保険の見直しの方向性

- 既に方針が決まっている低所得者対策の強化(2,200億円)に加え、財政上の構造問題を解決するための更なる公費投入を実現。構造的な問題を抱え、財政状況の厳しい保険者への効果的・効率的な公費投入を行い、保険料負担やその伸びを抑制。
- 医療費の適正化に向けた取組を進めるなど、事業運営の改善の更なる推進。
- 財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、市町村による保険料の賦課徴収、保健事業、医療費適正化へのインセンティブが確保される仕組みとなるよう、事務の効率的な運営、被保険者の利便性、医療と介護の連携の確保等の観点も踏まえながら、都道府県と市町村との適切な役割分担を検討。
- 財政上の構造問題を解決するための追加公費の投入とあわせ、保険料負担の平準化を推進。こうした取組を通じて、国民の保険料負担の公平の確保に努める。

国保が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方向性

- 必要な追加公費の投入が行われることを前提に、現在の赤字の原因や運営上の課題の分析を踏まえ、国保が抱える財政上の構造問題を解決するための効果的・効率的な公費投入の方法を検討。

※ 財源は、今後、具体的な検討が始められることとなる後期高齢者支援金の全面総報酬割を導入した場合に生ずる税財源の活用について検討することを含め、予算編成過程を通じて確保に努めていく。

- 効果的・効率的な追加公費の投入により保険料負担やその伸びを抑制。あわせて、保険料負担の平準化や、事業運営の改善等により保険料の適正化に向けて取り組む。こうした取組を通じて、国民の保険料負担の公平の確保に努力。

主な課題

これまでの主な取組

方向性

1. 医療費水準が高い

- 年齢構成が高い
- 入院医療費が高い
- 精神疾患の医療費が高い
- 市町村間で医療費水準に格差

- 高齢者医療制度
- 高額な医療費を対象とした共同事業の実施及び公費投入
- 調整交付金による財政調整(地域的な事情による医療費増に伴う負担増への配慮)

- 保険者の責によらない要因により医療給付費が高くなっていることへの財政支援の強化等
- 市町村の医療費適正化インセンティブが確保されるための制度的対応(保険料率の設定の在り方等)等

2. 保険料負担が重い

- 市町村間で財政力に格差
- 低中所得者の保険料負担が重い
- 市町村間で保険料に格差
- 保険料収納率が低い
- 非正規労働者が多く、財政負担増

- 調整交付金による財政調整(所得調整)
- 低所得者の保険料軽減措置
- 低所得者が多い保険者の財政基盤の強化
- 都道府県単位の医療費の共同事業による保険料負担の平準化
- 収納率向上対策

- 低中所得者等の保険料負担やその伸びを抑制するための財政支援の強化等
- 保険料負担の更なる平準化
- 市町村の徴収インセンティブが確保されるための制度的対応
- 短時間労働者に対する健保の適用拡大等

3. 国保財政は赤字

- 決算補填等目的の法定外繰入の実施
- 繰上充用の実施

- 給付費等に対する50%の公費負担に加え、財政上の構造問題に着目した公費投入

- 財政リスクへの制度的な対応、財政上の構造問題に着目した効果的・効率的な追加公費の投入等により、法定外繰入の必要性を大幅に解消等

国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担について

○ 国保の運営については、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割を分担するために必要な方策を検討することとされているが、その中で、

- ・ 都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制
- ・ 市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組み

とすることに留意し、事務の効率的な運営、被保険者の利便性、医療と介護の連携の確保等の観点も踏まえながら、制度の具体化に向けて協議を進めていく。

国保の運営に関する主な業務	現 行	プログラム法、国民会議報告書において示された方向性	
		プログラム法	国民会議報告書
財政運営	※ 都道府県は、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 国保事業の運営が健全に行われるよう、必要な指導を行う ・ 広域化等支援方針に基づき、国保事業の運営の広域化、国保財政の安定化を推進 	都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、<u>都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討</u>することを可能とする体制を実現すべき。 ・ 保険料の賦課徴収・保険事業など市町村が担うことが適切な業務が存在。 ・ <u>市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組み</u>を目指すべき。
保険料の賦課及び徴収 保健事業		市町村の役割が積極的に果たされるよう検討	
被保険者の資格管理 保険給付 審査・支払		都道府県と市町村の適切な役割分担を検討	

參考資料

市町村国保の概要

- 市町村国保とは、他の医療保険に加入していない住民を被保険者とする、国民皆保険制度の基礎である。(1,717保険者)
- 被保険者数: 約3,520万人
 - ・ 昭和30年代は農林水産業者、自営業者が中心 → 現在は非正規労働者や年金生活者等の無職者が7割を占める。
 - ・ 平均年齢: 50.0歳
- 保険料: 全国平均で、一人当たり年額8.2万円 (平成23年度)
 - ・ 実際の保険料は、各市町村が医療費水準等を勘案して定めている。
 - ※ また、各都道府県内の全市町村は、財政の安定化や医療費水準・保険料水準の平準化のため、一定額以上の医療費を共同で負担する事業(保険財政共同安定化事業)を実施している。

財源構成

医療給付費 … 総額で約11.4兆円

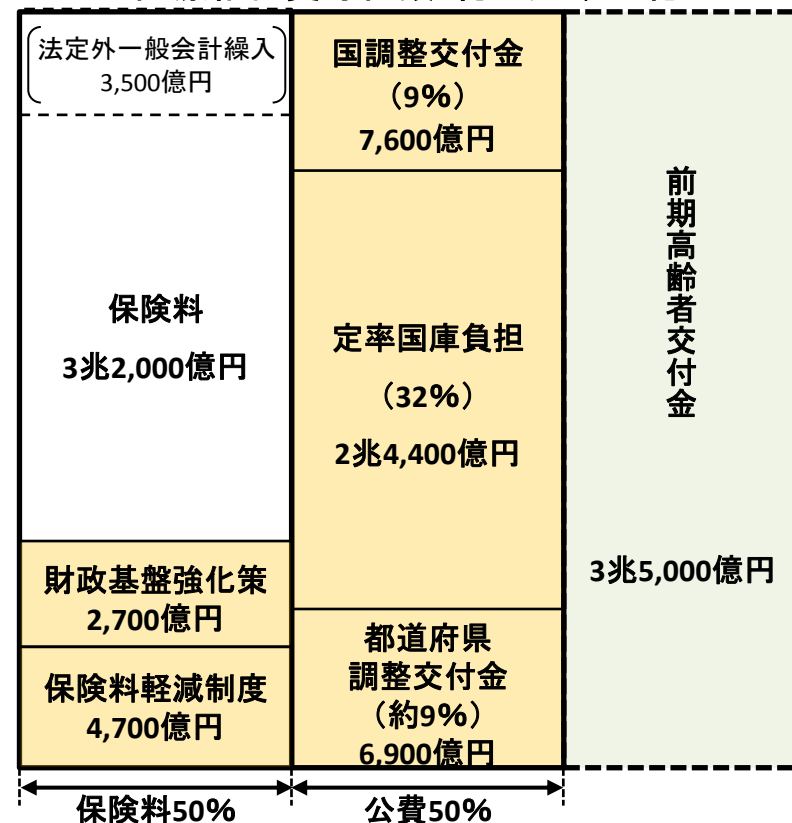
- うち、約3.5兆円は、被用者保険からの交付金
(65歳～74歳の医療費について、被用者保険も含め、保険者間で財政調整)
- 残りの約8兆円について、
 - ・ 公費50%、保険料50%を原則としつつ、
 - ・ 更に、低所得者の保険料軽減措置への財政支援等として、約7,400億円の公費を追加投入(→ 結果、公費は約60%)

(参考)

- 「調整交付金」
 - ・ 市町村間の財政力の不均衡を調整するためや、災害など地域的な特殊事情を考慮して交付
- 「財政基盤強化策」
 - ・ 高額な医療費(1件80万円超)や、低所得者が多い市町村国保への財政支援(高額医療費共同事業、保険者支援制度)等

(平成26年度予算ベース)

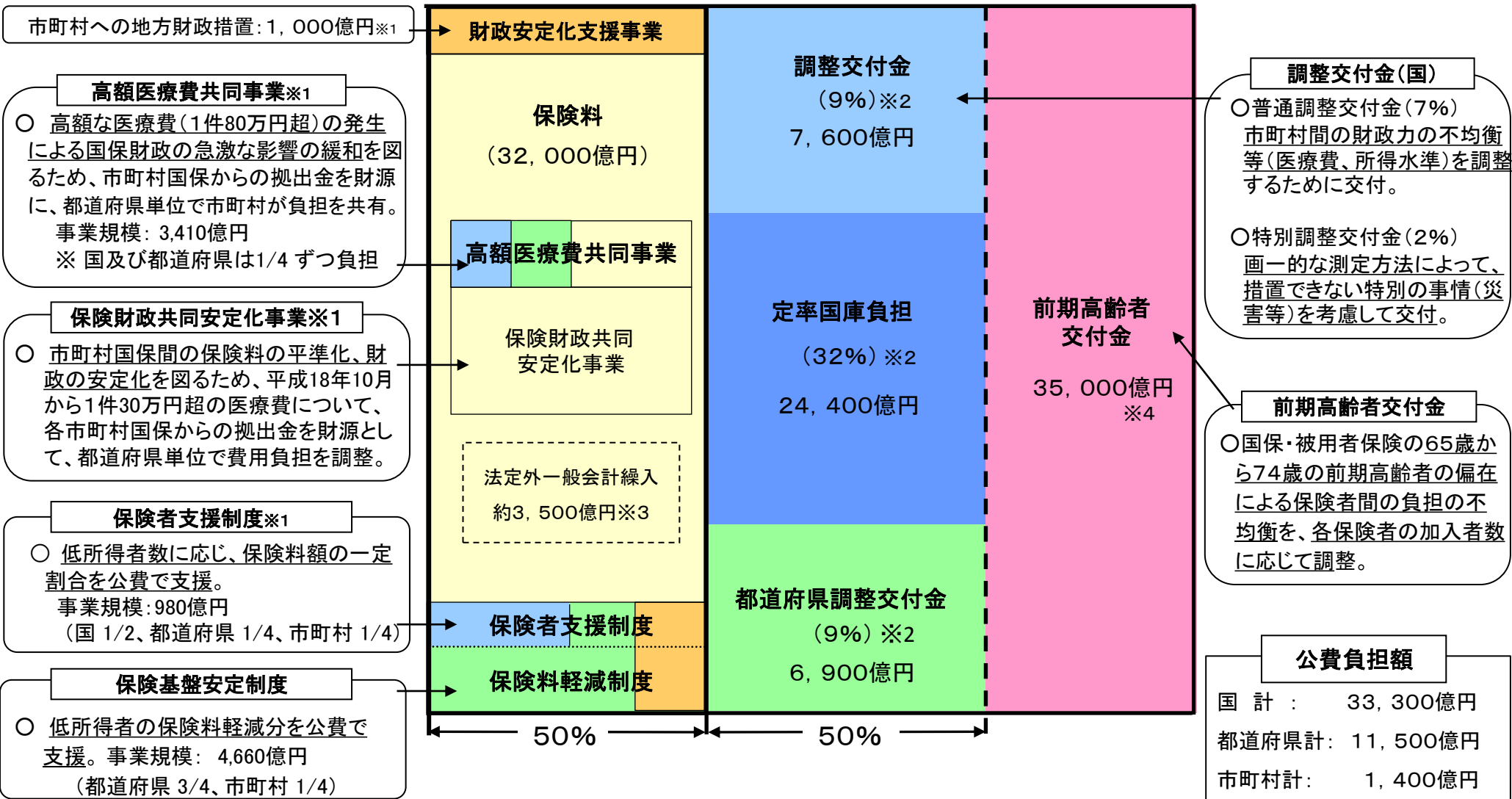
医療給付費等総額: 約11兆4,100億円



市町村国保財政の現状

医療給付費等総額: 約114,100億円

(平成26年度予算ベース)



※1 平成22年度から平成26年度まで暫定措置。平成27年度以降恒久化。

※2 それぞれ給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある。

※3 平成24年度決算(速報値)における決算補填等の目的の額 ※4 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる。

市町村国保の収支状況

(億円)

科 目		平成23年度	平成24年度 (速報値)
単年度収入	保 険 料 (税)	30,411	30,634
	国 庫 支 出 金	34,353	32,755
	療養給付費交付金	7,174	7,755
	前期高齢者交付金	29,569	32,189
	都道府県支出金	8,956	10,570
	一般会計繰入金 (法定分)	4,282	4,230
	一般会計繰入金 (法定外)	3,903	3,882
	共同事業交付金	14,767	15,331
	直診勘定繰入金	2	1
	そ の 他	416	414
	合 計	133,832	137,761
単年度支出	総 務 費	1,891	1,835
	保 険 給 付 費	90,820	92,149
	後期高齢者支援金	15,915	17,442
	前期高齢者納付金	47	19
	老人保健拠出金	7	3
	介 護 納 付 金	6,887	7,407
	保 健 事 業 費	968	1,018
	共同事業拠出金	14,752	15,317
	直診勘定繰出金	47	46
	そ の 他	1,477	1,954
	合 計	132,812	137,188
単年度収支差引額 (経常収支)		1,020	573
国庫支出金精算額		▲534	▲94
精算後単年度収支差引額 (A)		487	479
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)		3,509	3,534 億円
実質的な単年度収支差 (A) - (B)		▲3,022	▲3,055 億円
前年度繰上充用金 (支出)		1,527	1,190

(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業実施状況報告書

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

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

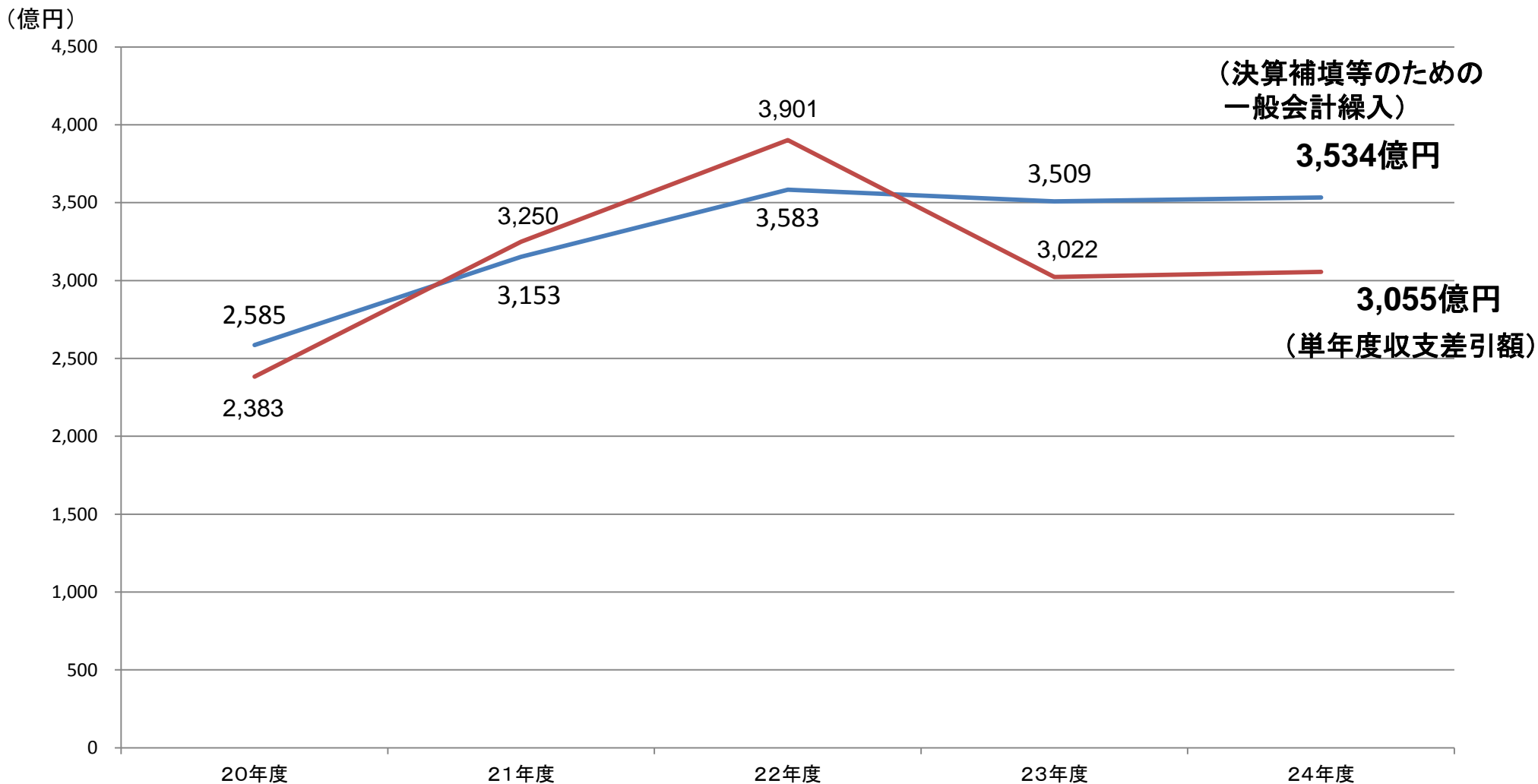
(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

(注4) 決算補填等のための一般会計繰入金 (B) は、平成21年度から東京都財政調整交付金分を含めた計算となっている。

(注5) 平成24年度は速報値である。

単年度収支・一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入の推移（市町村国保）

○ 単年度の収支は恒常的に赤字であり、決算補填等のための一般会計繰入も恒常的に生じている。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業実施状況報告書

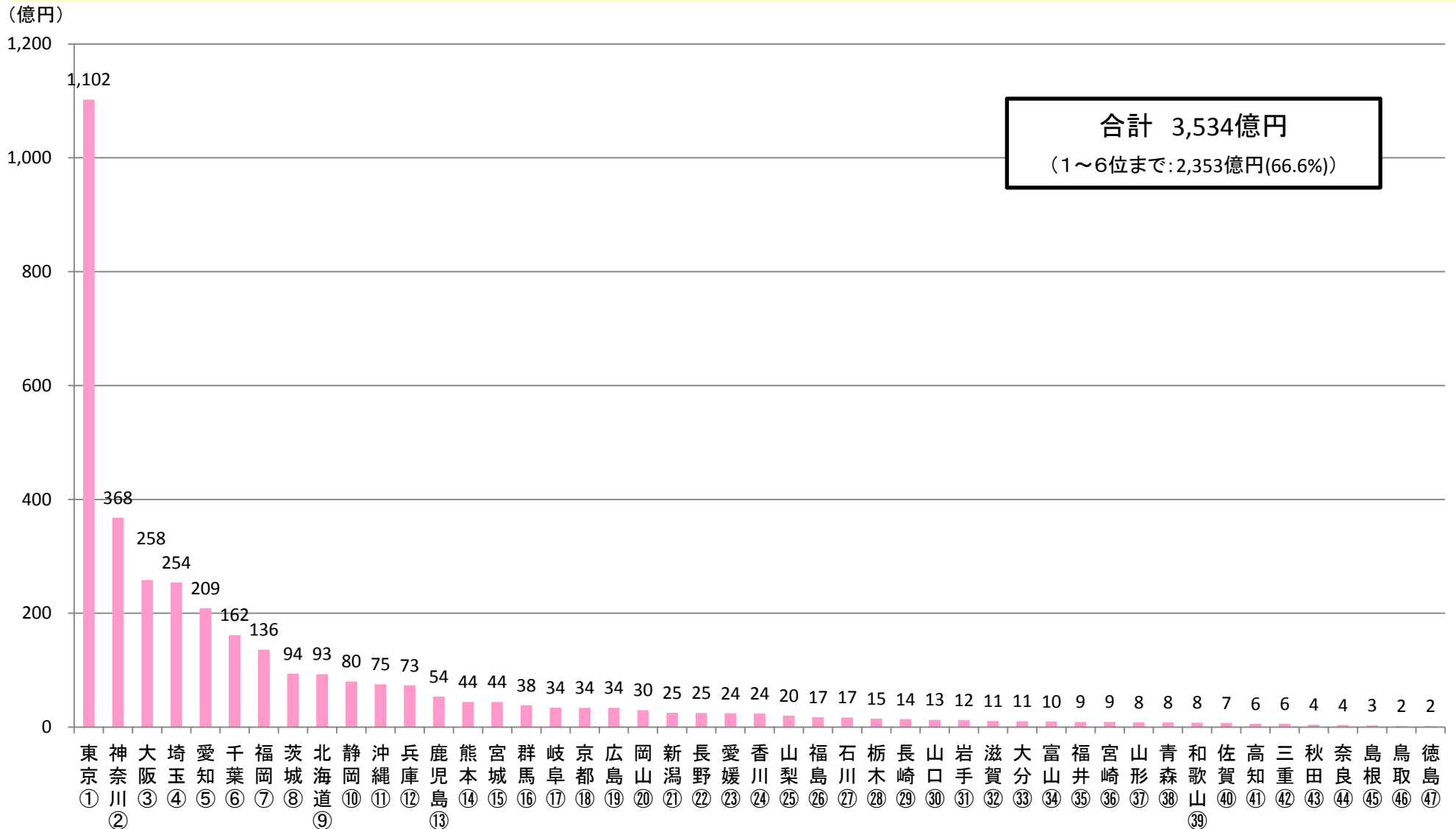
(注1) 「決算補てん等のための一般会計繰入金」とは、「一般会計繰入金(法定外)」のうち決算補てん等を目的とした額。平成21年度から東京都の特別区財政調整交付金のうち決算補てん目的のものを含む。

(注2) 単年度収支差引額は実質的な単年度収支差引額であり各年度いずれも赤字額。

(注3) 平成24年度は速報値である。

一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況：平成24年度速報値）

- 法定外繰入を都道府県別に見ると、全体(3,534億円)の約3割(1,102億円)を東京都が占めている。
- 繰入金額が多く大都市を抱えている1位～6位までの都府県における繰入金額は約2,400億円であり、全体の約7割を占めている。



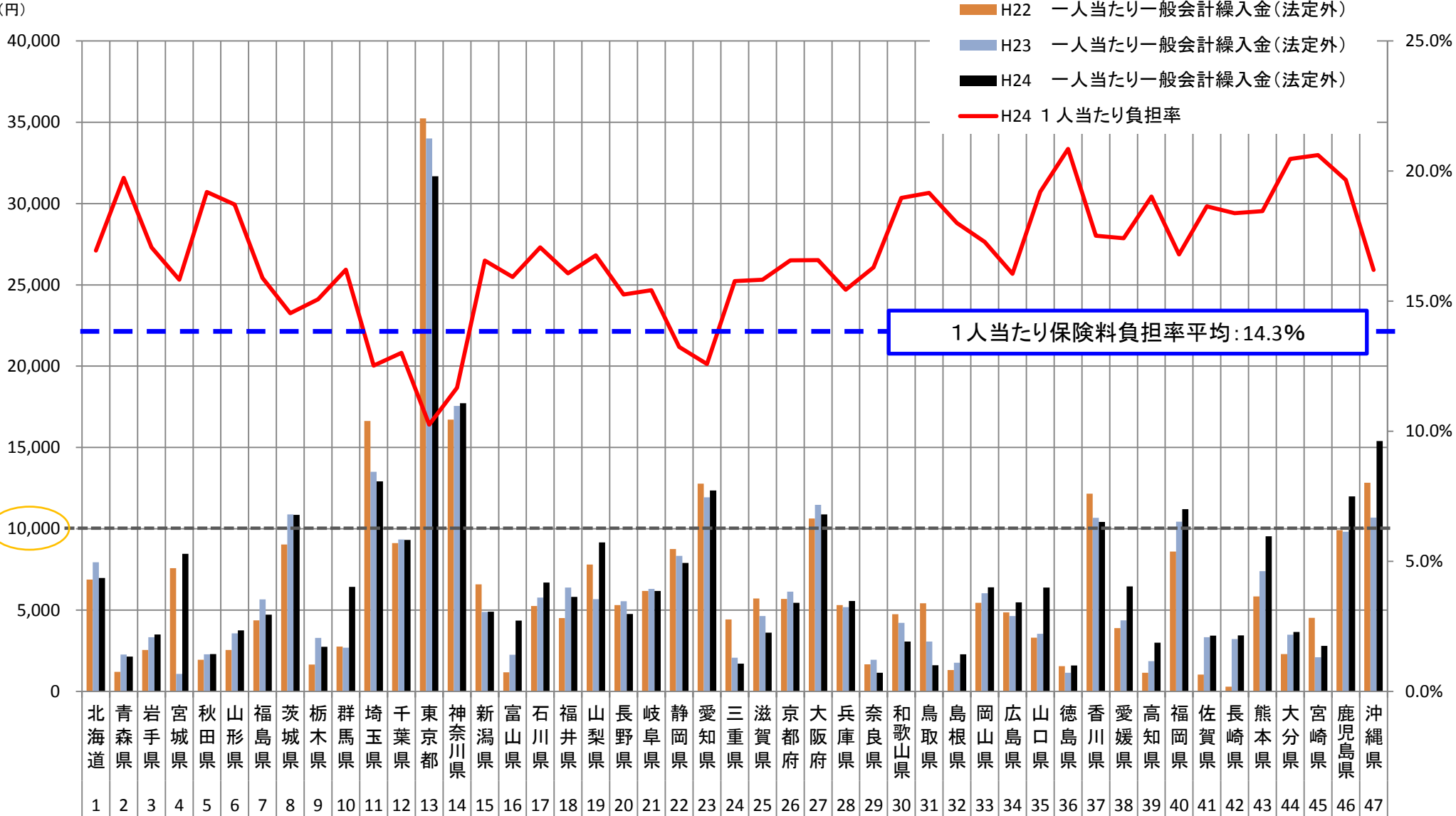
【出所】国民健康保険事業の実施状況報告

(注1) 東京都の決算補填等目的の繰入金のうち約6割(約712億円)が特別区の繰入金である。

(注2) 速報値である。

1人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況）

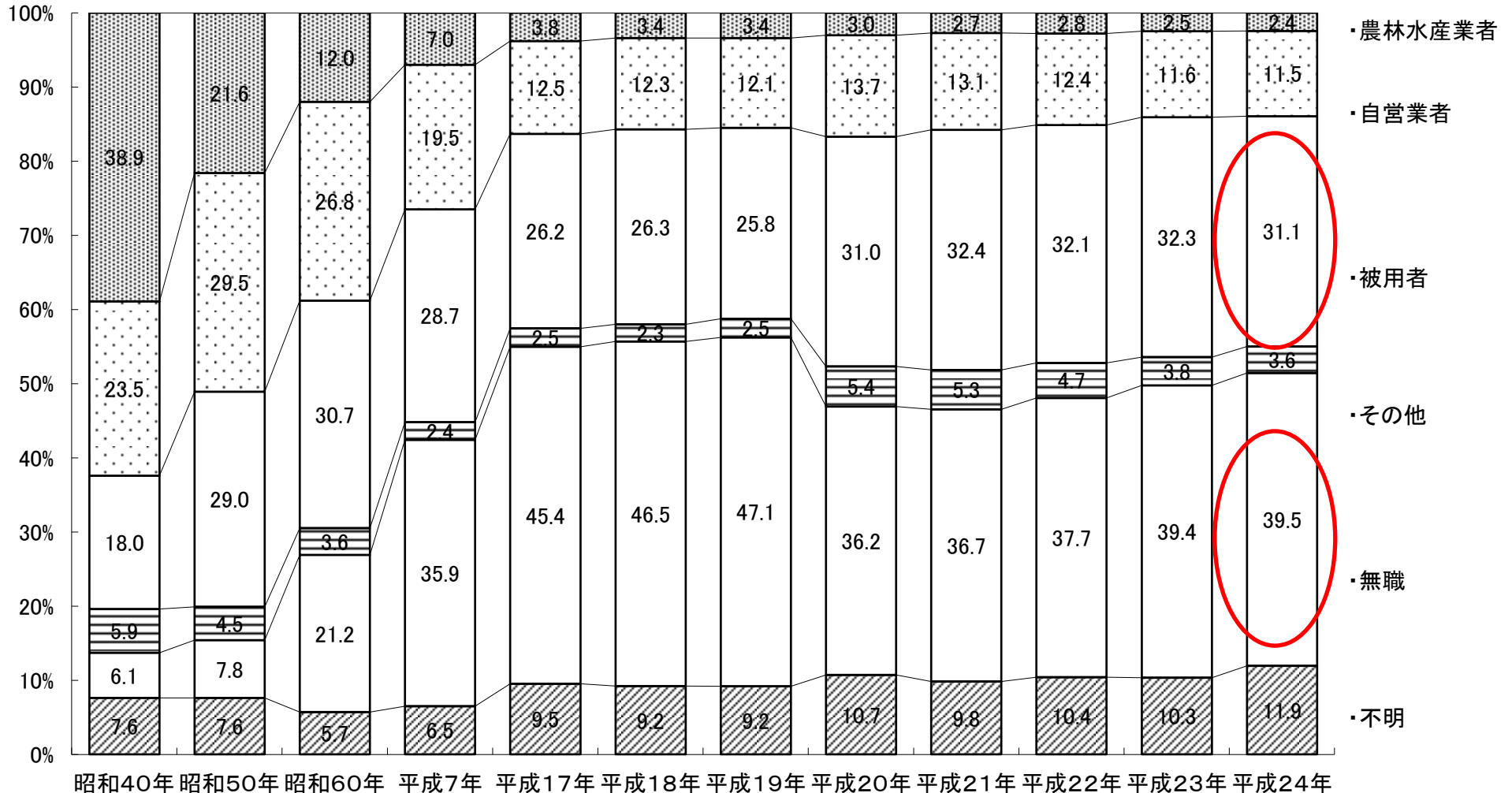
○ 平成24年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、鹿児島、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知の保険料負担率は平均(14.3%)よりも低く、茨城、大阪、香川、福岡、鹿児島、沖縄の保険料負担率は平均よりも高い。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業の実施状況報告、国民健康保険実態調査報告
 (注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。
 (注2) 一人当たり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧ただし書き所得で除したものである。
 (注3) 平成24年度は速報値である。

市町村国保の世帯主の職業別構成割合の推移

- 自営業・農林水産業は、昭和40年代には約6割であったが、近年15%程度で推移。
- 年金生活者等無職者の割合が大幅に増加するとともに、被用者は約2割から約3割に増加。



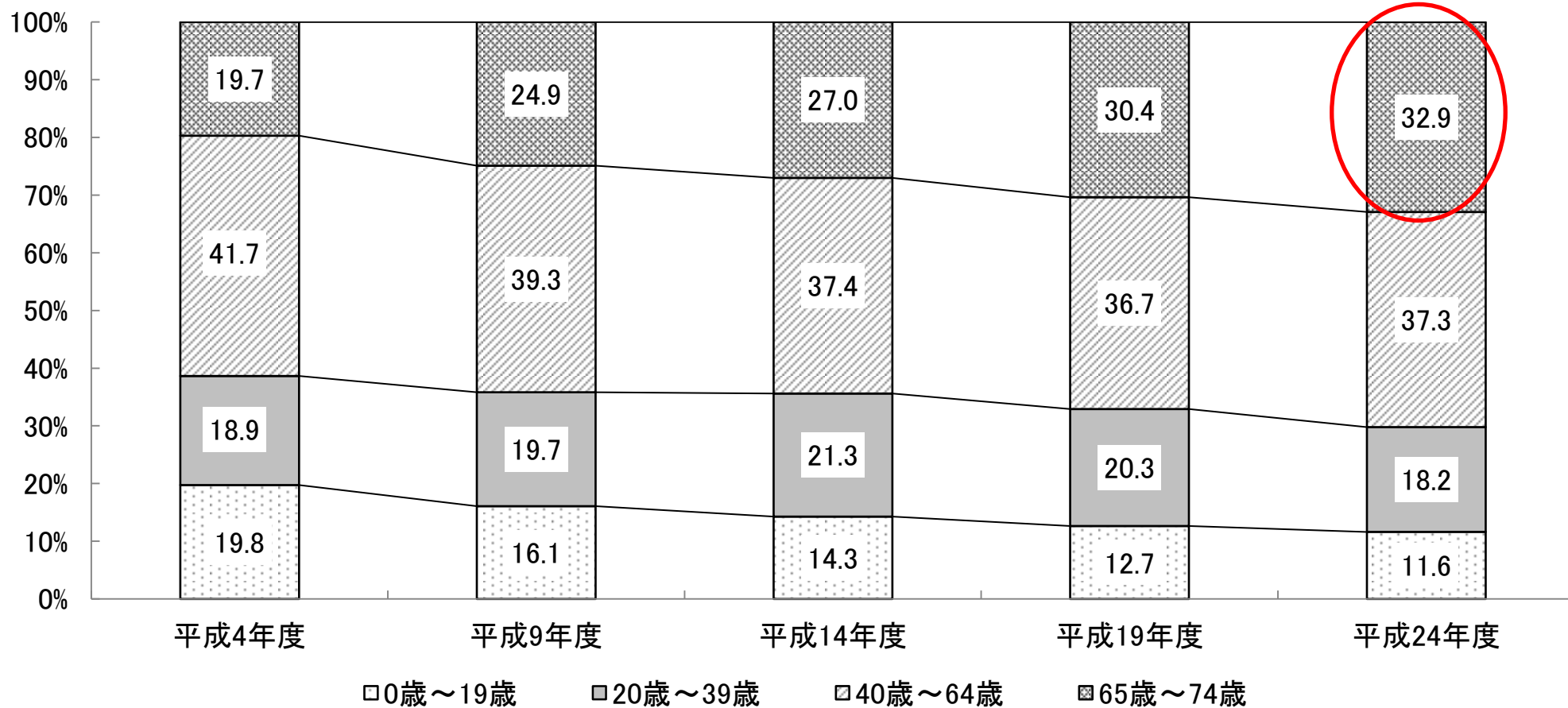
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(注1)擬制世帯を含む。

(注2)平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設に伴い、無職の世帯割合が減少していることに留意が必要。

市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成の推移

被保険者数全体に占める、65歳から74歳までの割合が次第に増加し、平成24年度には32.9%となっている。



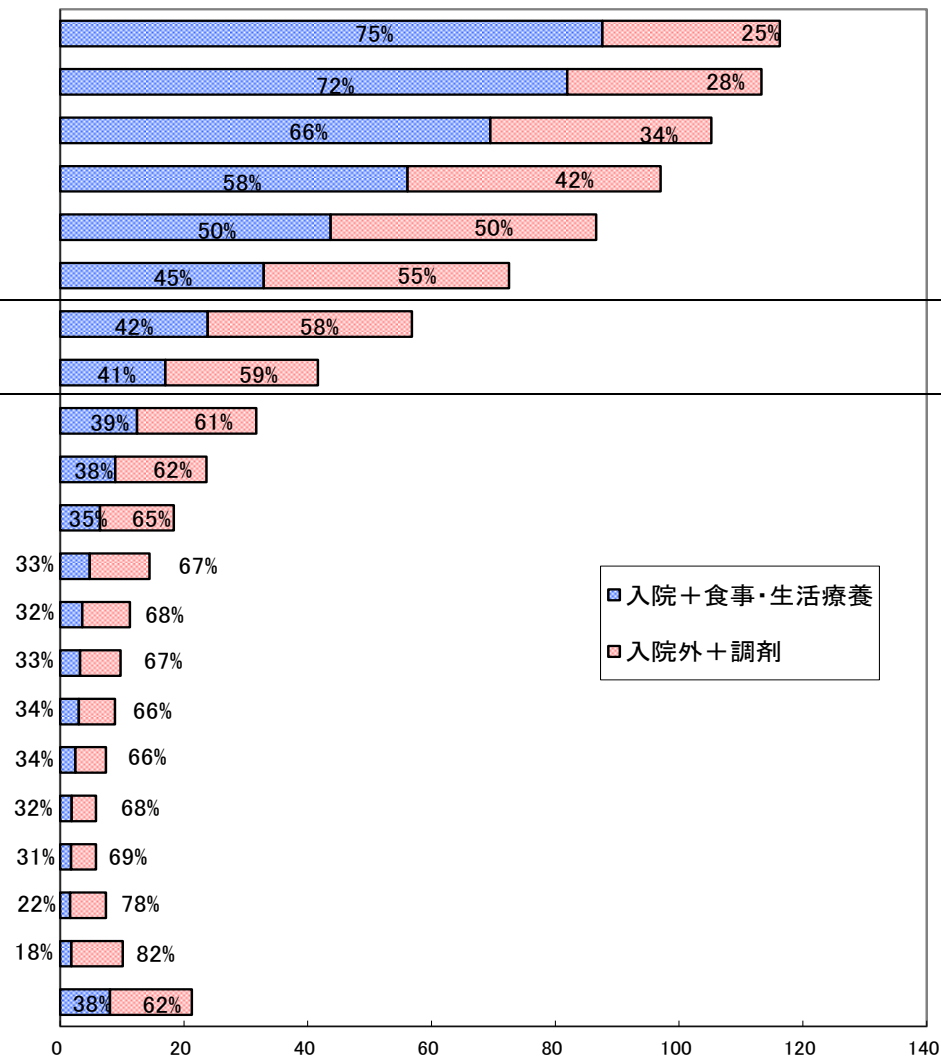
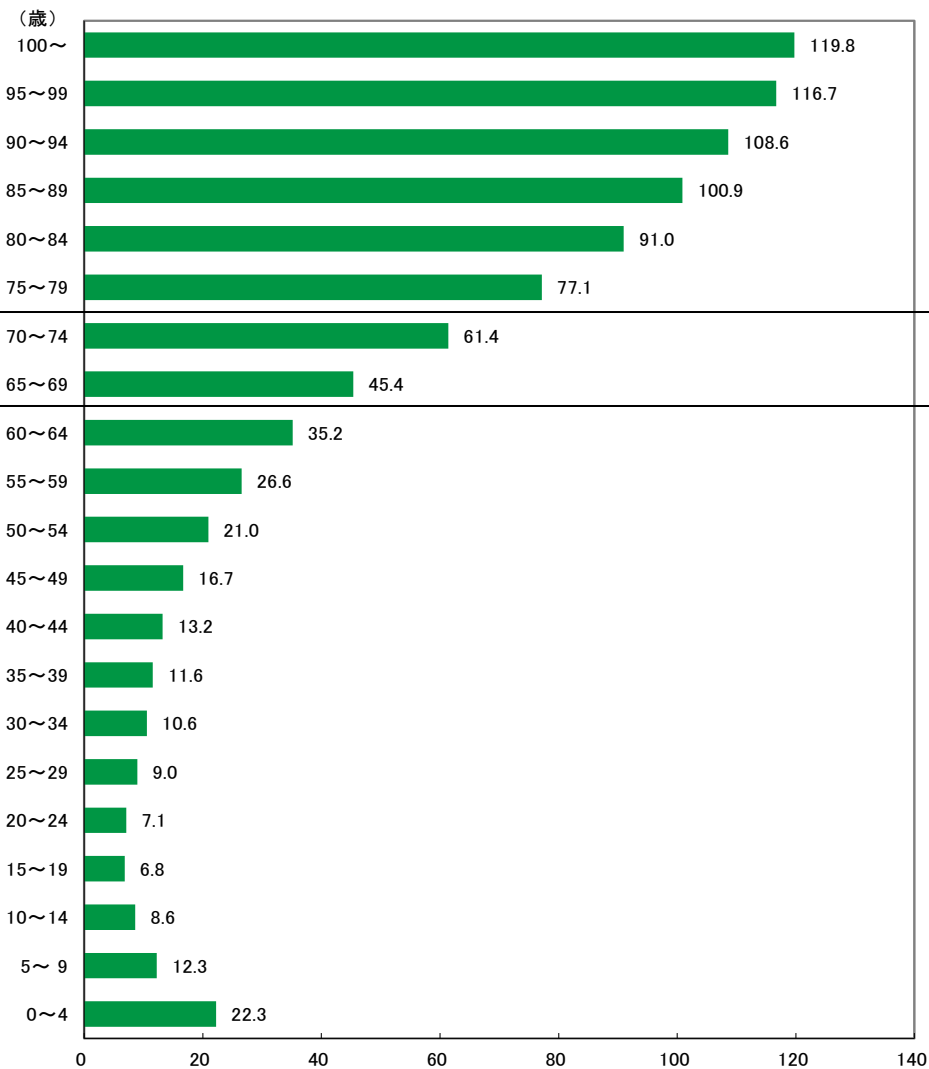
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

年齢階級別1人当たり医療費(平成23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

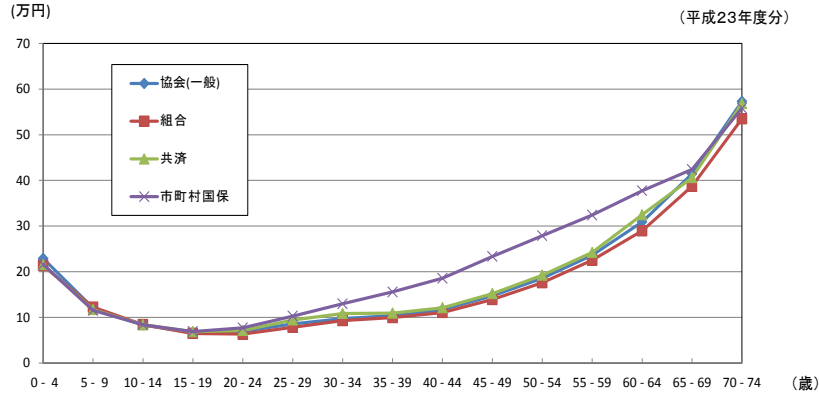
(万円)

(万円)

年齢階級別1人当たり医療費(75歳未満)の制度間比較(平成23年度)

【総計】

図1 年齢階級別1人当たり医療費【総計】



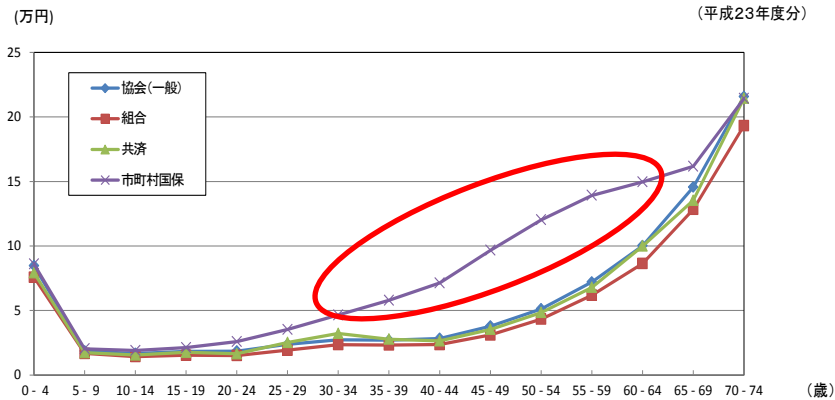
(注) 1人当たり医療費【総計】は、診療費(入院、入院外、歯科)、調剤及び食事・生活療養に係る分である。

○ 協会けんぽ(一般)、健保組合、共済組合、国保の年齢階級別1人当たり医療費を比べると、国保の入院医療費が高めとなっている。

資料:厚生労働省保険局
「医療給付実態調査(平成23年度)」

【入院】

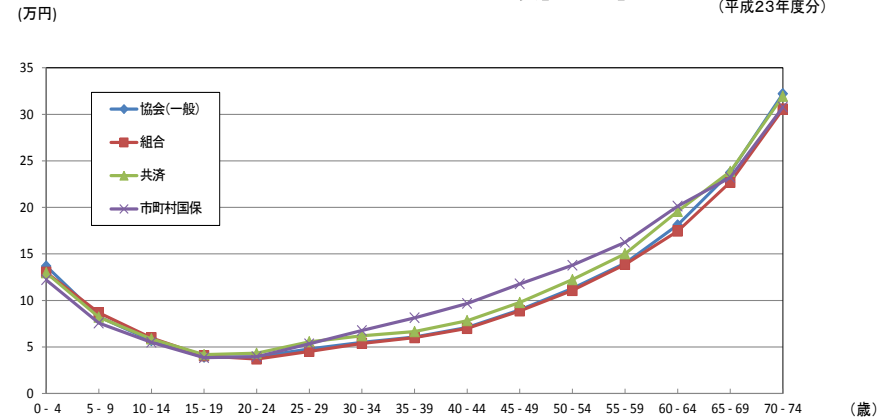
図2 年齢階級別1人当たり医療費【入院】



(注) 1人当たり医療費【入院】は、入院及び食事・生活療養に係る分である。

【入院外】

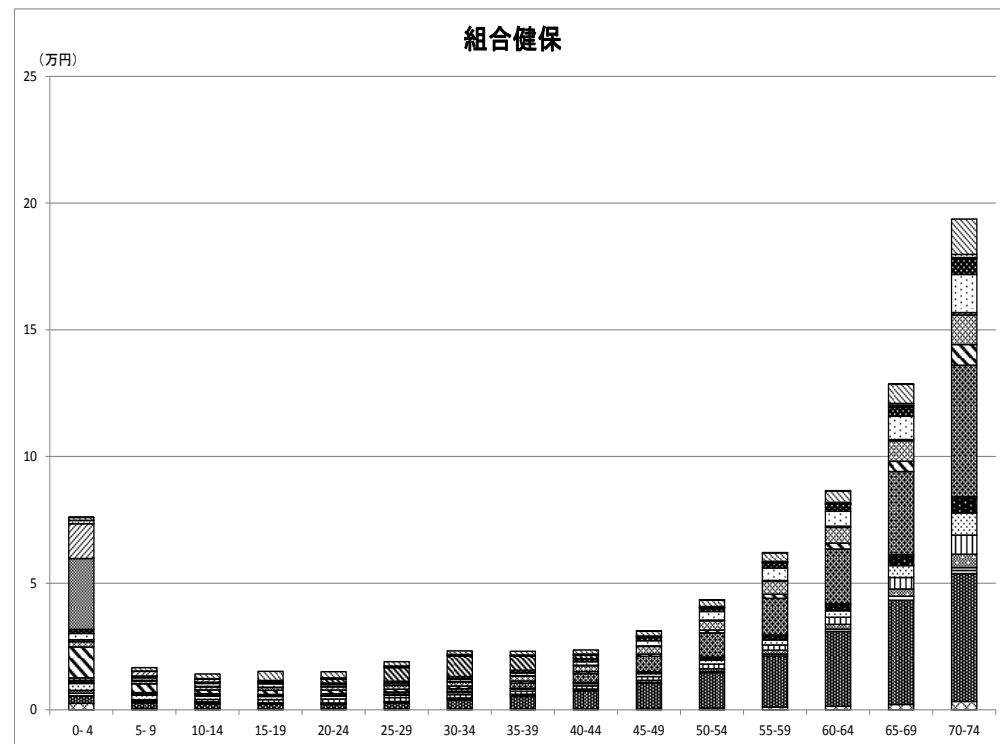
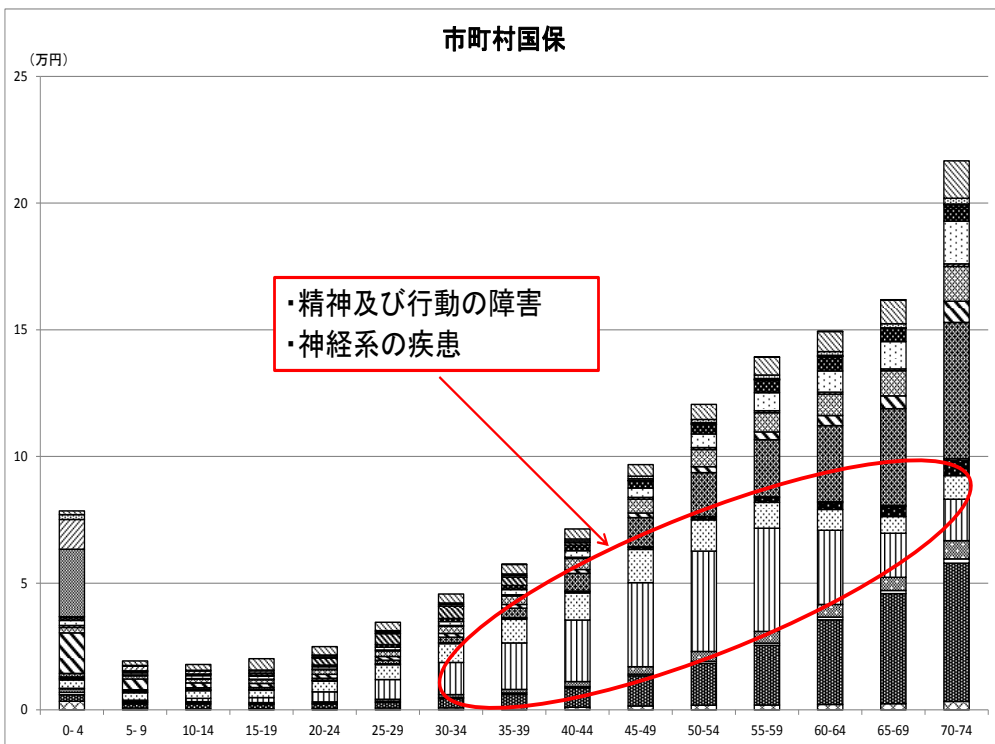
図3 年齢階級別1人当たり医療費【入院外】



(注) 1人当たり医療費【入院外】は、入院外及び調剤に係る分である。

主疾病別、年齢階級別、1人当たり入院医療費の比較【市町村国保と健保組合】（平成23年度）

市町村国保の入院医療費を主疾病別で見ると、幅広い年齢層で「精神及び行動の障害」「神経系の疾患」の割合が高くなっている。



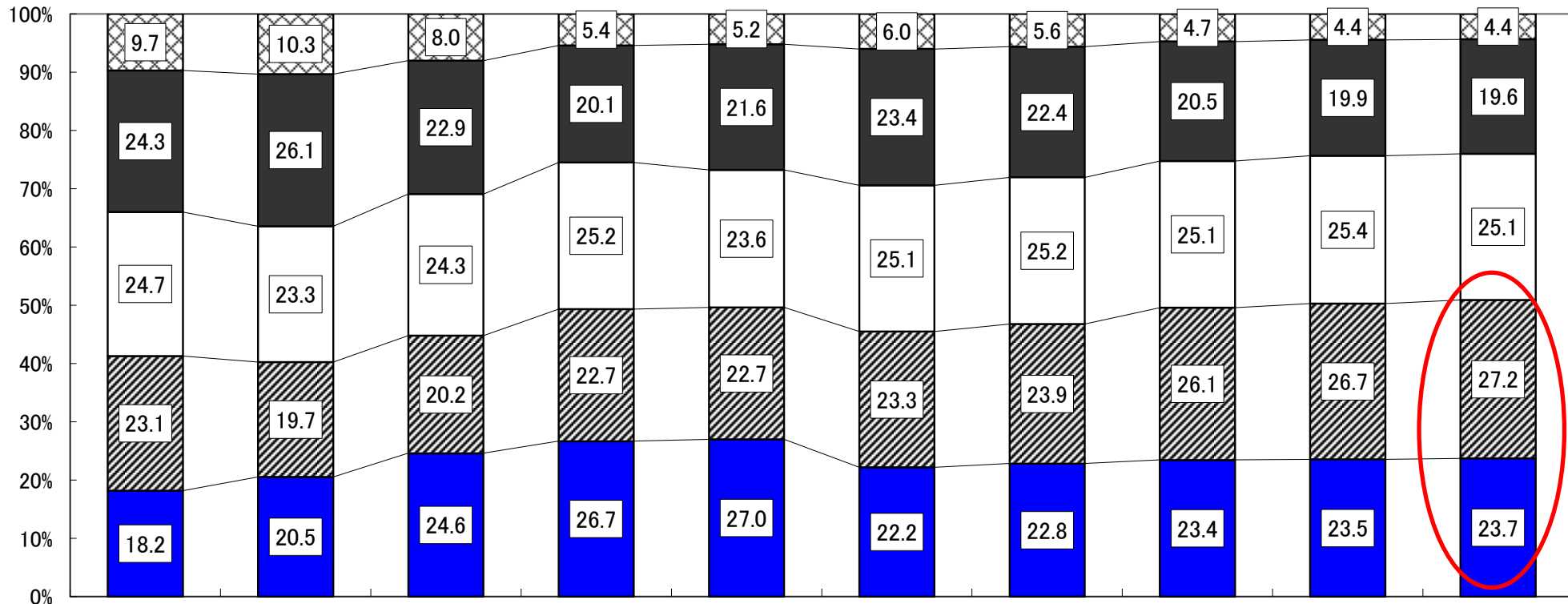
- 特殊目的用コード
- ▣ 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- 周産期に発生した病態
- 腎尿路生殖器系の疾患
- 皮膚及び皮下組織の疾患
- 呼吸器系の疾患
- 耳及び乳突突起の疾患
- 神経系の疾患
- 内分泌、栄養及び代謝疾患
- 新生物

- 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- 先天奇形、変形及び染色体異常
- 妊娠、分娩及び産後
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 消化器系の疾患
- 循環器系の疾患
- 眼及び付属器の疾患
- 精神及び行動の障害
- 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
- 感染症及び寄生虫症

世帯の所得階層別割合の推移（市町村国保）

平成24年度において、加入世帯の23.7%が所得なし、27.2%が0円以上100万円未満世帯であり、低所得世帯の割合が次第に増加している。

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



平成2年度 平成7年度 平成12年度 平成17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 平成24年度
 (1990年度) (1995年度) (2000年度) (2005年度) (2007年度) (2008年度) (2009年度) (2010年度) (2011年度) (2012年度)

■ 所得なし ■ 0円以上100万円未満 □ 100万円以上200万円未満 ■ 200万円以上500万円未満 □ 500万円以上

(注1) 国民健康保険実態調査報告による。

(注2) 擬制世帯、所得不詳は除いて集計している。

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

(注4) ここでいう所得とは「旧ただし書き方式」により算定された所得総額(基礎控除前)である。

市町村国保の都道府県別収納率（現年度分）

- 平成24年度の収納率を都道府県別に見ると、島根県(94.76%)が最も高く、東京都(85.63%)が最も低い。
- 平成24年度においては、42都道府県の収納率が上昇した。

	平成23年度		平成24年度		対前年度増減	
	順位		順位		順位	
	%	位	%	位	%	位
1 北海道	90.69	26	91.33	22	0.64	13
2 青森県	88.30	40	88.69	42	0.39	28
3 岩手県	91.30	20	92.03	15	0.72	8
4 宮城県	87.98	42	89.87	39	1.89	1
5 秋田県	90.75	24	91.46	21	0.71	9
6 山形県	91.78	15	92.47	10	0.69	10
7 福島県	89.27	37	90.38	34	1.11	2
8 茨城県	88.20	41	88.73	41	0.54	19
9 栃木県	87.04	46	87.88	44	0.84	5
10 群馬県	89.63	36	90.20	35	0.56	17
11 埼玉県	87.59	43	88.17	43	0.57	16
12 千葉県	87.16	45	87.79	45	0.62	14
13 東京都	85.32	47	85.63	47	0.30	31
14 神奈川県	88.63	39	89.47	40	0.84	4
15 新潟県	92.47	8	93.03	6	0.56	18
16 富山県	93.96	2	94.09	2	0.13	37
17 石川県	91.44	17	91.29	23	▲ 0.15	45
18 福井県	90.89	23	91.28	24	0.39	27
19 山梨県	89.10	38	89.89	38	0.79	6
20 長野県	92.79	5	93.27	3	0.48	22
21 岐阜県	91.90	14	92.10	13	0.20	34
22 静岡県	89.73	35	90.02	37	0.29	32
23 愛知県	91.71	16	92.30	12	0.59	15
24 三重県	90.28	32	90.71	30	0.43	23
25 滋賀県	92.86	3	93.00	7	0.14	36

	平成23年度		平成24年度		対前年度増減	
	順位		順位		順位	
	%	位	%	位	%	位
26 京都府	92.53	7	93.05	5	0.52	21
27 大阪府	87.24	44	87.76	46	0.52	20
28 兵庫県	90.65	27	91.05	26	0.40	25
29 奈良県	91.38	18	92.05	14	0.67	11
30 和歌山県	92.33	9	91.67	20	▲ 0.66	47
31 鳥取県	90.39	29	91.25	25	0.86	3
32 島根県	94.60	1	94.76	1	0.16	35
33 岡山県	90.10	33	90.50	32	0.40	26
34 広島県	90.08	34	90.12	36	0.04	42
35 山口県	91.33	19	91.69	19	0.36	29
36 徳島県	90.38	30	90.80	29	0.43	24
37 香川県	91.97	13	91.93	18	▲ 0.05	44
38 愛媛県	92.70	6	92.81	8	0.11	39
39 高知県	91.98	12	91.97	16	▲ 0.01	43
40 福岡県	90.75	25	90.86	27	0.11	38
41 佐賀県	92.80	4	93.15	4	0.34	30
42 長崎県	92.21	10	92.46	11	0.25	33
43 熊本県	90.52	28	90.63	31	0.11	40
44 大分県	91.20	21	91.95	17	0.75	7
45 宮崎県	91.14	22	90.86	28	▲ 0.28	46
46 鹿児島県	90.34	31	90.43	33	0.09	41
47 沖縄県	92.02	11	92.68	9	0.65	12
全国	89.39	—	89.86	—	0.47	—

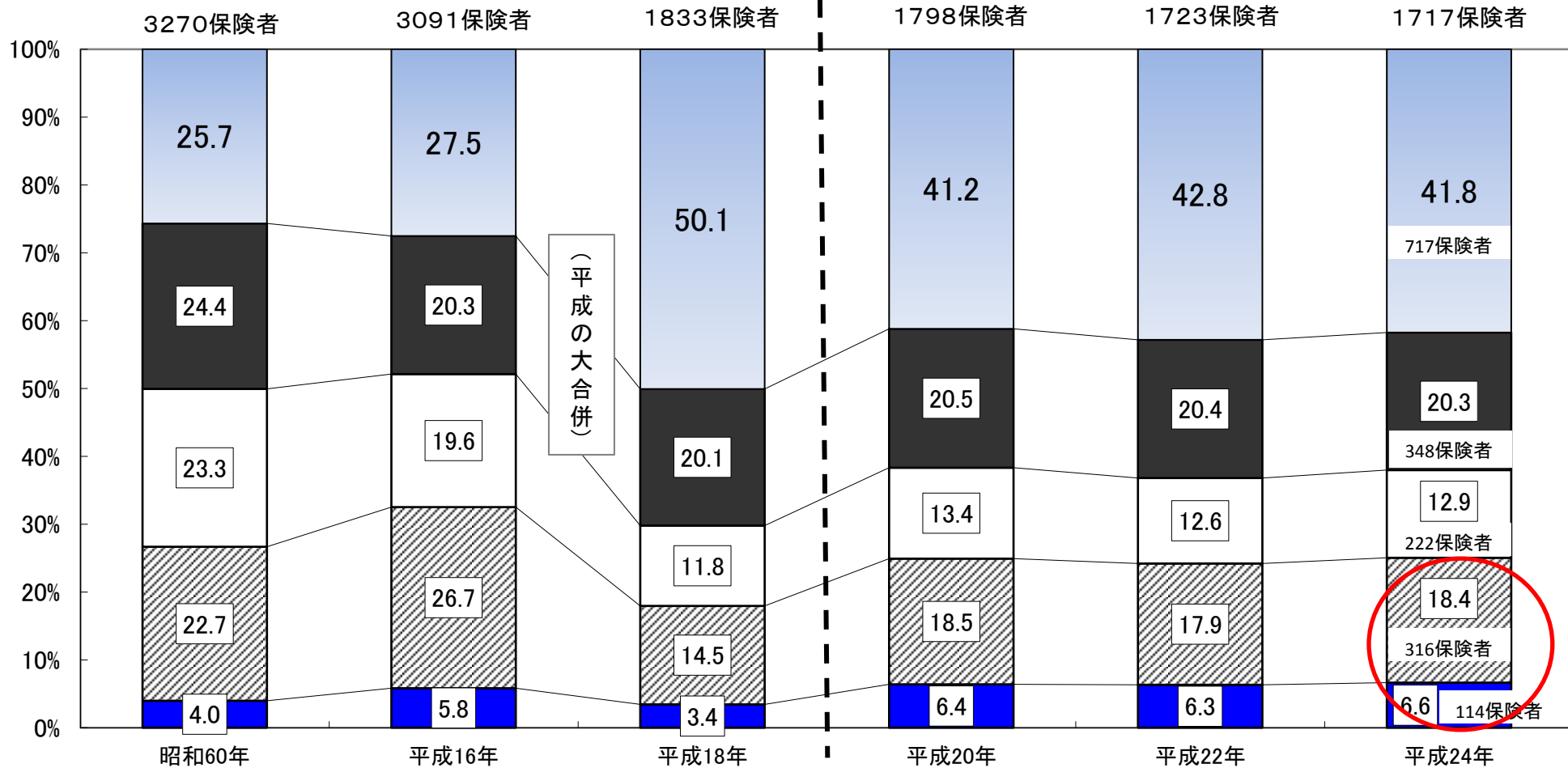
(出所) 国民健康保険事業年報

(注1) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

(注2) 平成24年度は速報値である。

保険者規模別構成割合の推移

平成24年9月末時点で、1,717保険者中430保険者(約1/4)が被保険者数3,000人未満の小規模保険者。



■加入者数1万人以上 ■加入者数5000人以上1万人未満 □加入者数3000人以上5000人未満 □加入者数1000人以上3000人未満 ■加入者数1000人未満

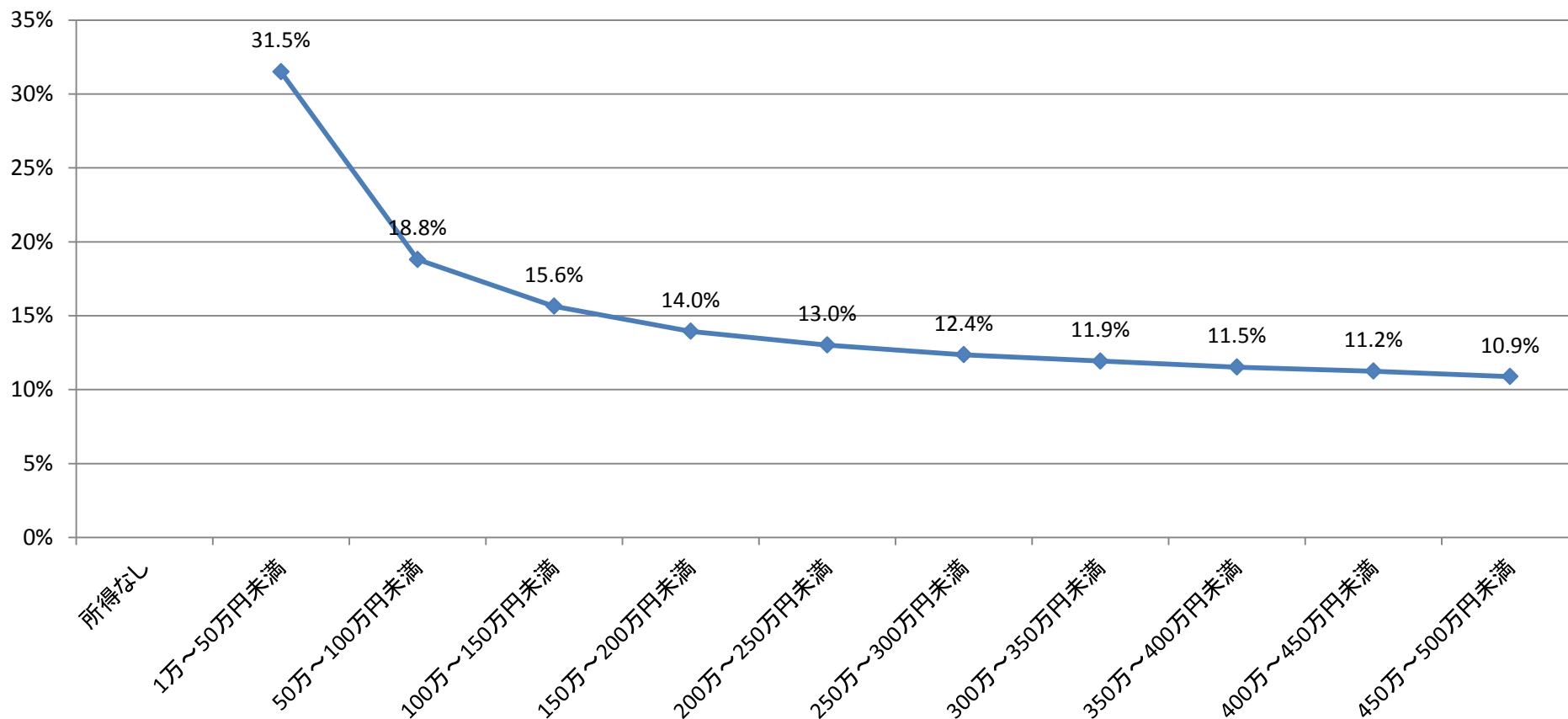
(出所)：「国民健康保険実態調査」

(注)平成20年度に後期高齢者医療制度が創設され、被保険者数が減少していることに留意が必要。

所得階級別の保険料負担率（市町村国保）

○ 「所得」に対する「保険料」の割合（保険料負担率）は、低所得世帯ほど高くなっている。

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

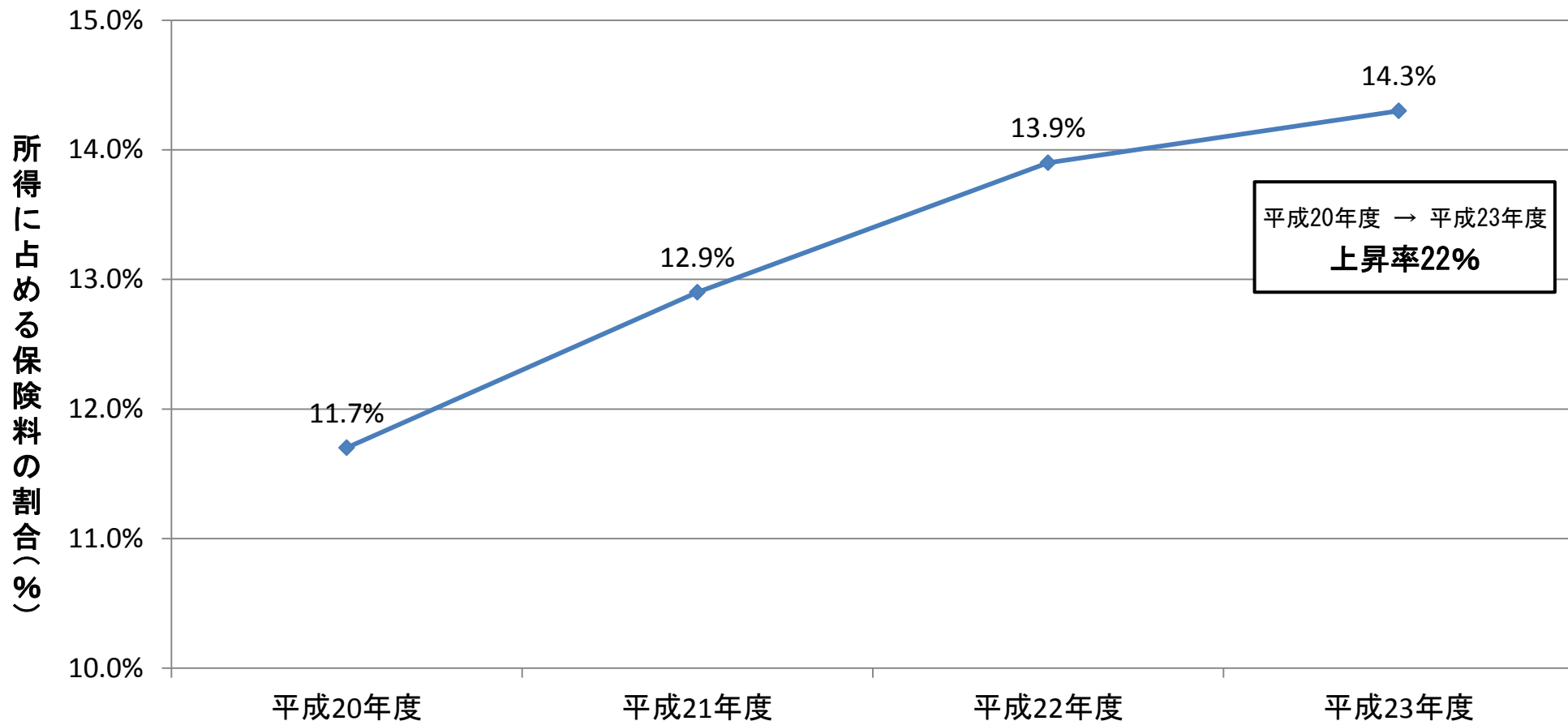


(出所)：「平成24年度 国民健康保険実態調査」

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

市町村国保の保険料負担率の推移

- 所得に占める保険料の割合(保険料負担率)は年々上昇しており、平成23年度の保険料負担率は14.3%である。
- 平成20年度から平成23年度にかけて、保険料負担率は22.2%上昇している。



〔出典〕平成23年度国民健康保険事業年報、平成23年度国民健康保険実態調査

※1 ここでいう所得とは「旧ただし書所得」を指し、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額である。

※2 「保険料負担率」は、保険料(税)調定額を旧ただし書所得で除したものであり、保険料(税)調定額には、介護納付金分を含む。

都道府県別1人当たり医療費の格差の状況（平成23年度）

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別1人当たり医療費			
	最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位		
北海道	初山別村	499,742	更別村	221,979	2.3倍	348,960	13
青森県	今別町	334,659	大間町	237,121	1.4倍	289,610	39
岩手県	西和賀町	388,532	軽米町	255,466	1.5倍	304,912	32
宮城県	白石市	337,398	蔵王町	254,831	1.3倍	298,676	34
秋田県	井川町	390,253	大湯村	236,080	1.7倍	332,750	19
山形県	小国町	359,318	新庄市	261,794	1.4倍	310,619	28
福島県	楢葉町	404,208	中島村	238,246	1.7倍	301,688	33
茨城県	北茨城市	305,945	境町	227,224	1.3倍	263,706	46
栃木県	茂木町	298,714	益子町	249,260	1.2倍	274,679	44
群馬県	神流町	455,192	昭和村	217,945	2.1倍	282,471	41
埼玉県	東秩父村	325,753	戸田市	249,227	1.3倍	279,558	42
千葉県	睦沢町	319,718	旭市	232,004	1.4倍	274,667	45
東京都	奥多摩町	372,855	小笠原村	144,950	2.6倍	279,109	43
神奈川県	山北町	337,732	大和市	274,842	1.2倍	289,951	38
新潟県	阿賀町	405,781	湯沢町	250,624	1.6倍	318,130	25
富山県	舟橋村	390,632	黒部市	318,887	1.2倍	337,963	16
石川県	宝達志水町	423,179	内灘町	334,865	1.3倍	354,483	12
福井県	美浜町	397,764	高浜町	285,929	1.4倍	334,576	18
山梨県	早川町	430,254	忍野村	234,554	1.8倍	291,006	37
長野県	麻績村	386,079	南牧村	167,460	2.3倍	297,461	35
岐阜県	関ヶ原町	366,112	輪之内町	253,011	1.4倍	307,985	30
静岡県	西伊豆町	343,424	清水町	264,675	1.3倍	292,143	36
愛知県	東栄町	349,831	田原市	232,371	1.5倍	287,795	40
三重県	南伊勢町	379,181	度会町	272,060	1.4倍	315,665	26

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別1人当たり医療費			
	最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位		
滋賀県	多賀町	330,465	甲良町	268,794	1.2倍	306,131	31
京都府	南山城村	386,867	和束町	278,346	1.4倍	320,384	24
大阪府	岬町	416,130	泉南市	262,302	1.6倍	324,363	22
兵庫県	赤穂市	382,859	豊岡市	290,337	1.3倍	326,274	21
奈良県	上北山村	475,607	天理市	268,900	1.8倍	309,011	29
和歌山県	北山村	440,105	みなべ町	227,908	1.9倍	315,328	27
鳥取県	江府町	421,598	北栄町	298,699	1.4倍	329,073	20
島根県	川本町	460,305	隠岐の島町	317,001	1.5倍	371,282	3
岡山県	美咲町	407,839	総社市	333,944	1.2倍	355,102	11
広島県	大崎上島町	464,147	福山市	335,737	1.4倍	369,450	5
山口県	美祢市	440,667	下松市	325,649	1.4倍	377,135	1
徳島県	三好市	447,641	藍住町	317,470	1.4倍	361,744	9
香川県	坂出市	423,975	宇多津町	340,176	1.2倍	373,439	2
愛媛県	上島町	422,887	愛南町	293,045	1.4倍	337,475	17
高知県	北川村	539,526	宿毛市	300,716	1.8倍	355,862	10
福岡県	豊前市	417,963	那珂川町	291,620	1.4倍	339,278	14
佐賀県	みやき町	435,137	玄海町	314,599	1.4倍	364,498	7
長崎県	長崎市	418,422	小値賀町	274,866	1.5倍	365,260	6
熊本県	水俣市	496,467	小国町	264,527	1.9倍	338,411	15
大分県	津久見市	440,352	姫島村	274,885	1.6倍	369,987	4
宮崎県	美郷町	390,600	都農町	253,917	1.5倍	324,085	23
鹿児島県	南さつま市	453,139	与論町	224,960	2.0倍	362,410	8
沖縄県	渡名喜村	420,680	北大東村	159,177	2.6倍	259,549	47

(※) 3~2月診療ベースである。

1人当たり医療費 全国平均：308,669円

都道府県内における1人当たり所得の格差（平成23年度）

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
北海道	54.6	猿払村	252.6	赤平市	31.4	8.0
青森	44.1	六ヶ所村	69.1	今別町	31.5	2.2
岩手	45.5	普代村	59.4	大槌町	30.9	1.9
宮城	51.0	色麻町	60.9	女川町	35.3	1.7
秋田	44.0	大潟村	202.2	五城目町	34.6	5.8
山形	51.5	三川町	59.5	小国町	37.0	1.6
福島	47.3	飯舘村	81.9	浪江町	27.3	3.0
茨城	62.0	美浦村	81.1	北茨城市	43.0	1.9
栃木	65.3	宇都宮市	79.9	茂木町	45.1	1.8
群馬	58.2	嬬恋村	104.3	上野村	38.0	2.7
埼玉	72.3	和光市	91.9	神川町	48.0	1.9
千葉	72.1	浦安市	107.2	九十九里町	51.3	2.1
東京	91.4	千代田区	192.0	奥多摩町	57.5	3.3
神奈川	85.6	葉山町	114.0	真鶴町	66.4	1.7
新潟	53.3	津南町	62.4	阿賀町	38.3	1.6
富山	59.3	黒部市	65.5	氷見市	51.2	1.3
石川	58.1	野々市市	70.0	穴水町	43.3	1.6
福井	59.0	敦賀市	63.9	おおい町	49.9	1.3
山梨	57.9	山中湖村	82.1	丹波山村	40.8	2.0
長野	55.1	軽井沢町	134.9	売木村	29.1	4.6
岐阜	64.4	白川村	97.8	飛騨市	54.6	1.8
静岡	77.0	浜松市	106.4	南伊豆町	46.6	2.3
愛知	76.9	飛島村	115.4	東栄町	52.8	2.2
三重	60.9	木曾岬町	83.4	紀宝町	42.3	2.0

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
滋賀	60.7	栗東市	85.8	豊郷町	42.6	2.0
京都	53.5	長岡京市	70.3	井手町	41.5	1.7
大阪	53.3	箕面市	75.8	泉南市	37.7	2.0
兵庫	57.6	芦屋市	107.1	新温泉町	42.5	2.5
奈良	55.3	生駒市	75.3	野迫川村	33.5	2.2
和歌山	45.7	みなべ町	63.7	湯浅町	36.5	1.7
鳥取	45.4	北栄町	59.0	江府町	34.9	1.7
島根	50.9	海士町	62.5	津和野町	39.6	1.6
岡山	51.5	真庭市	63.2	美咲町	35.2	1.8
広島	59.3	海田町	69.7	安芸太田町	44.1	1.6
山口	51.2	光市	60.2	上関町	42.1	1.4
徳島	42.2	松茂町	58.6	つるぎ町	24.8	2.4
香川	52.4	直島町	71.8	小豆島町	40.6	1.8
愛媛	47.2	松山市	57.0	松野町	25.4	2.2
高知	43.5	馬路村	61.1	大豊町	24.5	2.5
福岡	49.2	新宮町	73.0	川崎町	21.6	3.4
佐賀	50.0	佐賀市	57.4	大町町	35.7	1.6
長崎	43.4	長与町	56.2	五島市	34.3	1.6
熊本	47.3	嘉島町	58.6	津奈木町	24.3	2.4
大分	42.6	竹田市	48.0	姫島村	24.3	2.0
宮崎	41.8	新富町	49.3	日之影町	31.3	1.6
鹿児島	39.1	南九州市	50.2	伊仙町	15.3	3.3
沖縄	36.5	北大東村	62.8	多良間村	14.1	4.5

1人当たり所得 全国平均：63.3万円

(注1)厚生労働省保険局「平成24年度国民健康保険実態調査」(保険者票)における平成23年所得である。

(注2)ここでいう「所得」とは、旧ただし書所得(総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額)である。

国保保険料の都道府県内格差（平成23年度）

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額			
	最大	最小	格差		順位		
北海道	猿払村	147,999	西興部村	54,466	2.7倍	84,416	14
青森県	平内町	96,437	鶴田町	52,623	1.8倍	77,801	33
岩手県	矢巾町	82,522	大槌町	28,853	2.9倍	65,982	45
宮城県	富谷町	89,126	女川町	20,785	4.3倍	69,834	43
秋田県	大湯村	127,952	小坂町	52,567	2.4倍	73,916	41
山形県	山形市	99,991	西川町	60,344	1.7倍	81,555	21
福島県	下郷町	84,153	楡葉町・富岡町・ 葛尾村	0	-	64,670	46
茨城県	境町	103,405	東海村	52,728	2.0倍	80,746	25
栃木県	上三川町	107,477	茂木町	66,925	1.6倍	87,992	6
群馬県	吉岡町	104,334	上野村	56,820	1.8倍	87,821	7
埼玉県	八潮市	97,519	小鹿野町	54,659	1.8倍	84,363	15
千葉県	富津市	105,596	成田市	65,039	1.6倍	85,565	12
東京都	千代田区	119,684	三宅村	41,949	2.9倍	82,787	19
神奈川県	南足柄市	109,182	座間市	72,446	1.5倍	88,979	3
新潟県	粟島浦村	89,418	津南町	55,147	1.6倍	76,350	36
富山県	黒部市	91,891	氷見市	72,374	1.3倍	84,449	13
石川県	加賀市	103,288	川北町	70,787	1.5倍	87,212	10
福井県	美浜町	92,279	池田町	54,504	1.7倍	79,409	29
山梨県	富士河口湖町	108,543	丹波山村	60,567	1.8倍	87,408	9
長野県	山形村	96,195	大鹿村	36,277	2.7倍	75,380	38
岐阜県	美濃市	105,262	飛騨市	61,153	1.7倍	89,605	1
静岡県	沼津市	100,586	川根本町	58,453	1.7倍	88,843	4
愛知県	田原市	102,073	東栄町	49,702	2.1倍	88,564	5
三重県	朝日町	115,990	大紀町	57,482	2.0倍	87,566	8

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額			
	最大	最小	格差		順位		
滋賀県	栗東市	109,118	甲良町	62,581	1.7倍	87,183	11
京都府	木津川市	91,005	伊根町	50,091	1.8倍	80,682	26
大阪府	池田市	97,608	田尻町	69,856	1.4倍	80,254	27
兵庫県	南あわじ市	100,546	新温泉町	55,134	1.8倍	81,363	23
奈良県	生駒市	103,224	下北山村	49,464	2.1倍	83,292	18
和歌山県	上富田町	96,752	古座川町	41,942	2.3倍	78,125	31
鳥取県	鳥取市	85,405	智頭町	55,631	1.5倍	78,033	32
島根県	出雲市	87,913	津和野町	60,591	1.5倍	79,850	28
岡山県	早島町	89,922	美咲町	53,075	1.7倍	81,250	24
広島県	呉市	91,347	神石高原町	53,772	1.7倍	83,986	17
山口県	山陽小野田市	100,117	上関町	64,207	1.6倍	89,061	2
徳島県	徳島市	96,779	那賀町	58,239	1.7倍	81,403	22
香川県	多度津町	97,055	小豆島町	67,258	1.4倍	81,584	20
愛媛県	四国中央市	95,713	愛南町	55,290	1.7倍	75,826	37
高知県	馬路村	91,361	三原村	46,223	2.0倍	74,959	39
福岡県	広川町	89,074	添田町	51,888	1.7倍	74,519	40
佐賀県	白石町	100,249	玄海町	66,599	1.5倍	84,058	16
長崎県	雲仙市	82,363	小値賀町	50,989	1.6倍	71,377	42
熊本県	あさぎり町	94,622	津奈木町	56,677	1.7倍	77,415	34
大分県	竹田市	93,290	姫島村	45,400	2.1倍	78,621	30
宮崎県	川南町	99,881	西米良村	57,570	1.7倍	76,951	35
鹿児島県	中種子町	86,214	伊仙町	34,123	2.5倍	68,933	44
沖縄県	北谷町	66,788	伊平屋村	32,512	2.1倍	53,608	47

(注1) 保険料(税)調定額には介護納付金分を含んでいない。

(注2) 被保険者数は3~2月の年度平均を用いて計算している。

(注3) 東日本大震災により保険料(税)が減免されたため、1人当たり保険料調定額が小さくなっている保険者がある
岩手県、宮城県、福島県を除くと東京都の格差が最大となる。

(※)平成23年度 国民健康保険事業年報を基に作成

1人当たり保険料(税)全国平均：81,698円

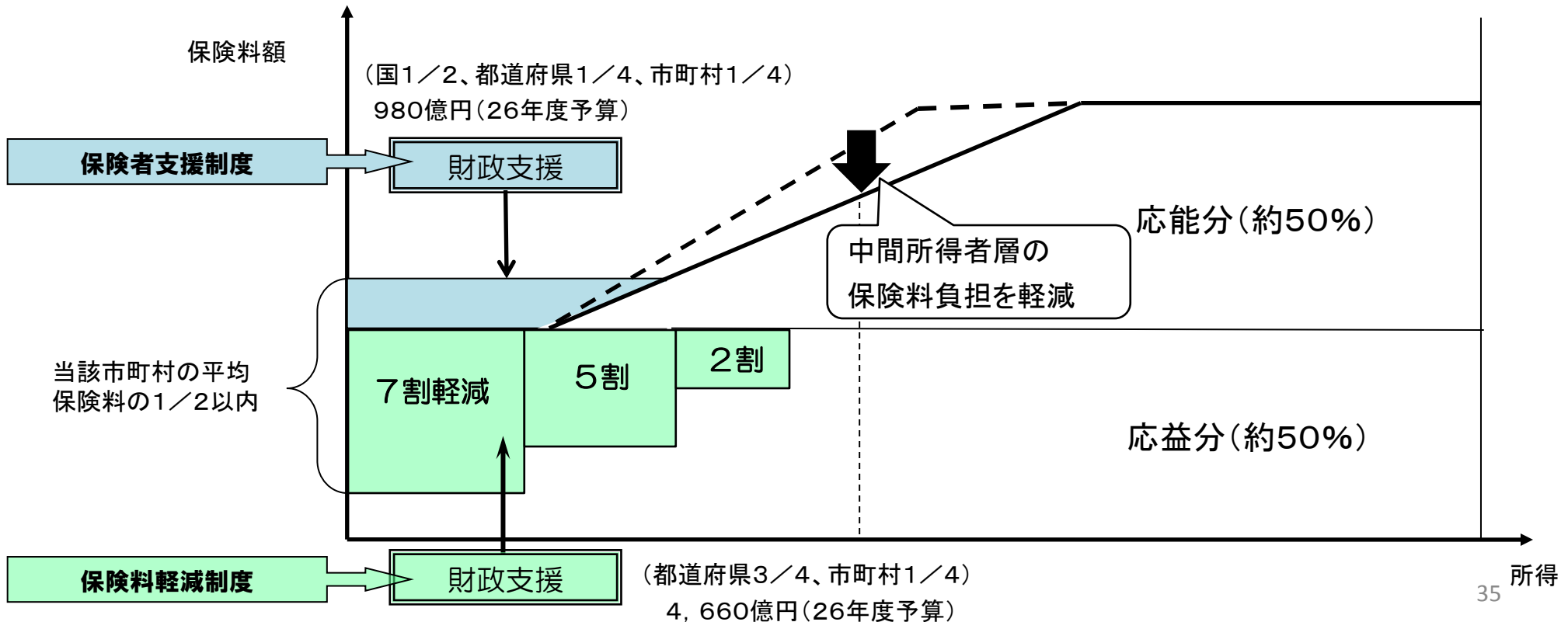
保険者支援制度及び保険料軽減制度の概要

○保険者支援制度

保険料軽減の対象となる低所得者数に応じて、平均保険料の一定割合を保険者に対して財政支援。

○保険料軽減制度

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



高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

○高額医療費共同事業

高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、市町村国保からの拠出金を財源として、市町村が負担を共有。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県及び国が財政支援。

○保険財政共同安定化事業

都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円を超える医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する共同事業を実施。

※拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。

都道府県単位の共同事業

(事業主体:各都道府県の国民健康保険団体連合会)

高額医療費共同事業

事業規模 約3,410億円(平成26年度予算ベース)
(国1/4、都道府県1/4、市町村国保の拠出金1/2)
該当する高額医療費の実績(3年平均)に応じて拠出
→ 医療費の急激な変動を緩和

保険財政共同安定化事業

事業規模 約1兆1,800億円(平成22年度)
(全額:市町村国保の拠出金)

次の(1):(2)=50:50で拠出
(1)該当する高額医療費の実績(3年平均)に応じて拠出
→ 医療費の急激な変動を緩和
(2)被保険者数に応じて拠出
→ 保険料を平準化

1人1か月80万円超の医療費に関する共同事業※1

1人1か月30万円超の医療費に関する共同事業※2

平成27年度以降、事業対象を全ての医療費に拡大予定

実際に発生した医療費に応じて交付

交付金

拠出金

A市

交付金

拠出金

B町

交付金

拠出金

C村

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

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

※1 医療費のうち80万円を超える額を対象としている

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

国民健康保険法の一部を改正する法律の概要 (平成24年4月5日成立)

(1) 財政基盤強化策の恒久化

市町村国保の安定的な運営を確保するため、平成22年度から平成25年度までの暫定措置となっている市町村国保の「**財政基盤強化策**」(公費2,000億円)を恒久化する。

※ 財政基盤強化策として、保険料軽減の対象となる低所得者数に応じた、市町村に対する財政支援や、高額医療費に関する市町村に対する財政支援を行っている。

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

市町村国保の都道府県単位の共同事業について、平成27年度から、**事業対象を全ての医療費に拡大し、財政運営の都道府県単位化を推進**する。

※ 現在、1件30万円を超える医療費について、都道府県内の全市町村が被保険者数と医療費実績に応じて共同で負担。

(3) 財政調整機能の強化

都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、平成24年度から、都道府県調整交付金を給付費等の**7%から9%**に引き上げる。

※ これに伴い、定率国庫負担を**34%から32%**とする。

※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情への対応のために交付。

(4) その他

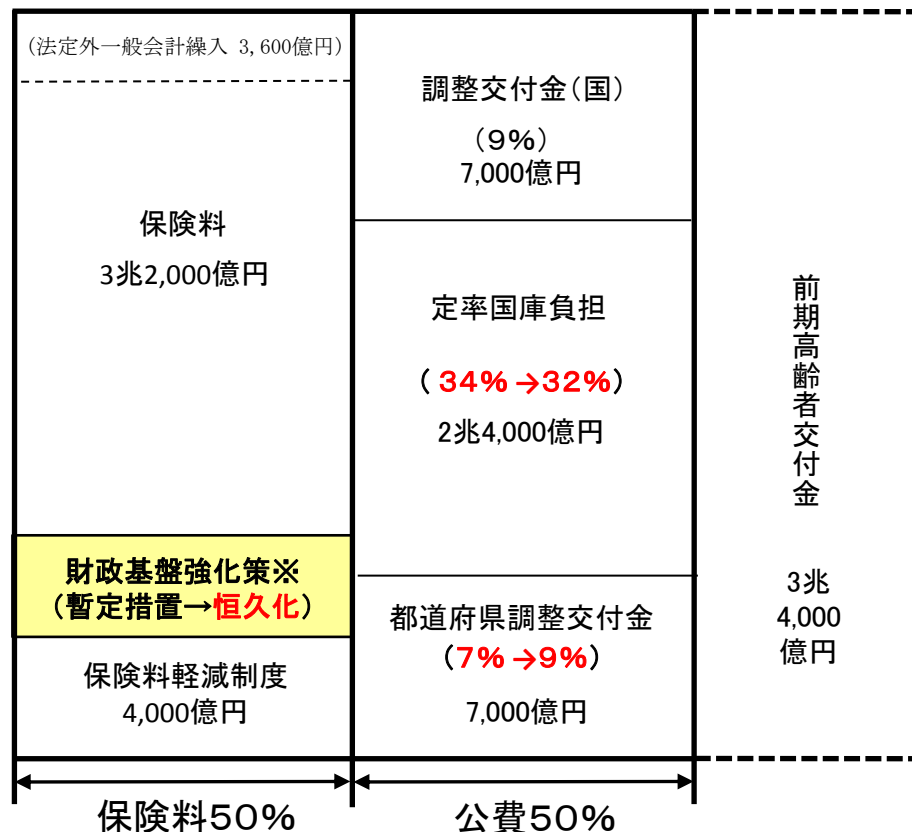
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

施行期日(適用日)

- (1)、(2) 平成27年4月1日
- (3)、(4) 平成24年4月1日

国保財政のイメージ

医療給付費等総額: 約11兆1,000億円
(24年度予算)



※財政基盤強化策には、恒久化する上記の公費2,000億円のほか、財政安定化支援のため地財措置(1,000億円)がある。

※法定外一般会計繰入は平成22年度実績ベース。

財政基盤強化策の恒久化（平成24年改正国保法）

- 平成22年度から平成25年度までの暫定措置である財政基盤強化策（保険者支援制度及び都道府県単位の共同事業（高額医療費共同事業及び保険財政共同安定化事業））を恒久化する。

【平成27年度】

※ 保険者支援制度

→ 保険料軽減の対象となる低所得者数に応じて、保険者に対して財政支援する制度（国、都道府県、市町村が2:1:1で負担）

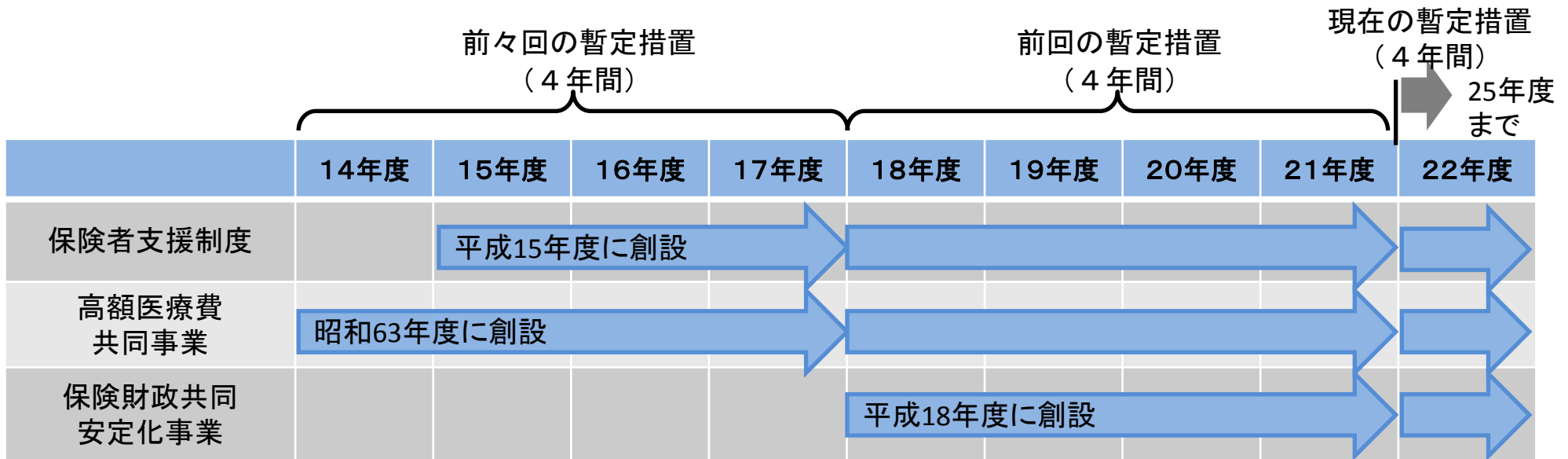
※ 都道府県単位の共同事業

① 高額医療費共同事業：

→ 一定額以上（一件80万円超）の高額医療費について、都道府県内の全市町村が拠出し、各市町村の単年度の負担の変動を緩和する事業（国・都道府県が事業対象の1/4ずつ公費負担）

② 保険財政共同安定化事業：

→ 一定額以上（一件30万円超）の医療費について、都道府県内の全市町村が共同で負担する事業



※ 上記のほか、市町村の一般会計から国保特別会計への繰入について、1,000億円の地方財政措置（財政安定化支援事業）が講じられているが、社会保障・税一体改革による財政基盤の強化及び財政運営の都道府県単位化を踏まえ、所要の見直しを行う。

財政運営の都道府県単位化の推進（平成24年改正国保法）

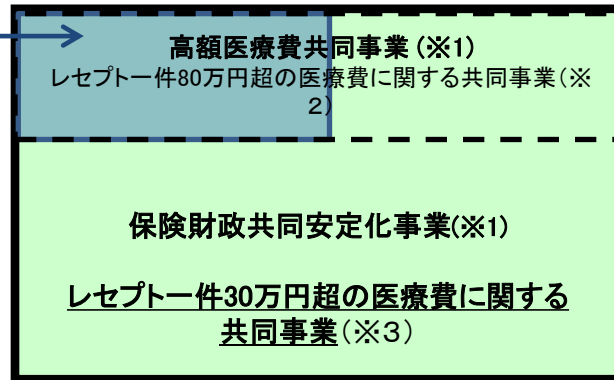
○ 市町村国保の都道府県単位の共同事業（保険財政共同安定化事業）について、事業対象をすべての医療費に拡大する。【平成27年度】

※ 拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。

【現行】

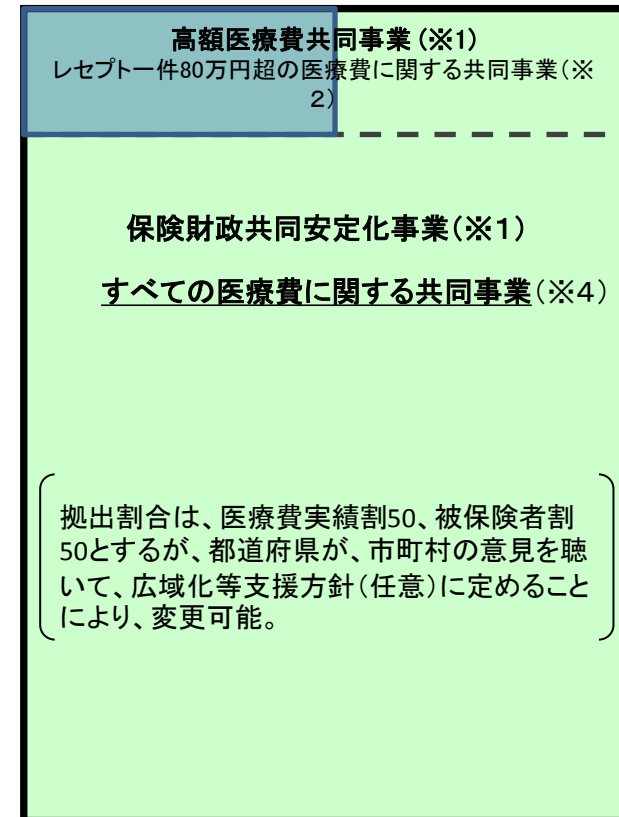
【改正後】

都道府県単位の共同事業



都道府県が、市町村の意見を聴いて、広域化等支援方針（任意）に定めることにより、①対象医療費の拡大や②拠出割合の変更が可能

都道府県単位の共同事業の拡大



拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて、広域化等支援方針（任意）に定めることにより、変更可能。

※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置

※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。

※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円（自己負担相当分）を控除した額を対象としている。

※4 自己負担相当額等を除く。

※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

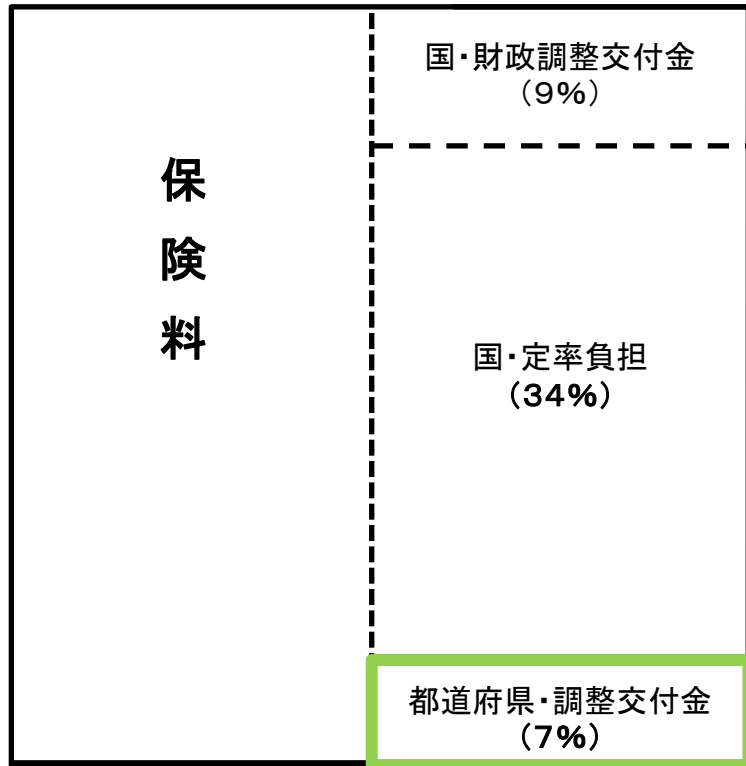
都道府県調整交付金の割合の引上げ

○ 都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、都道府県調整交付金について、給付費等の7%から9%に引き上げる。【平成24年度】

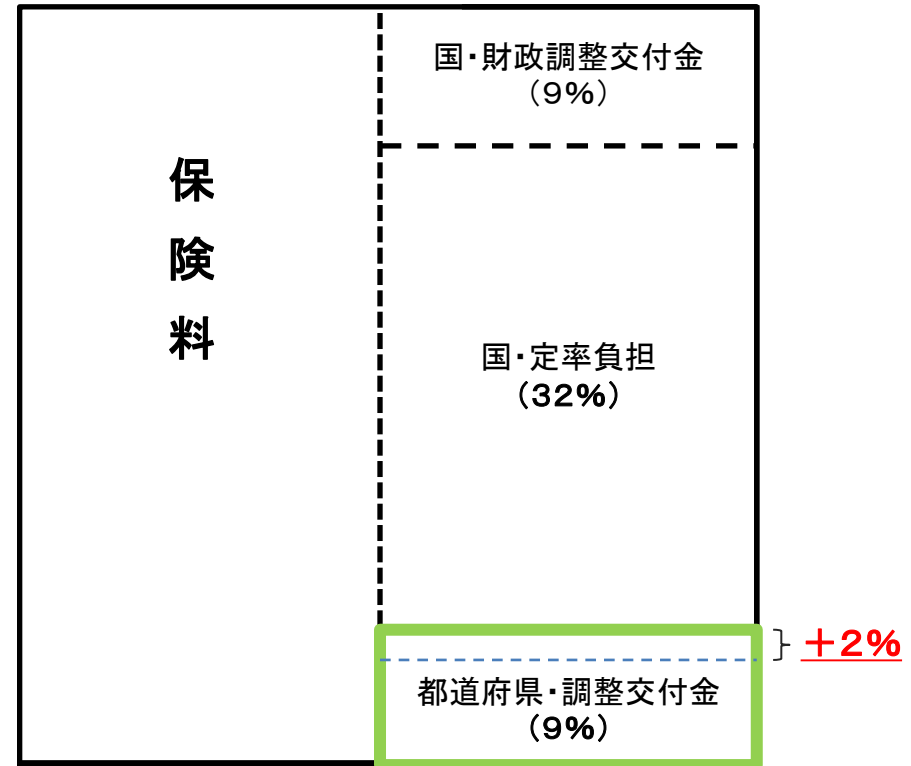
※ これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。

※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情に対応するために交付されている。

【現行】



【改正後】



※ 都道府県・調整交付金の2%増分の額は、平成24年度ベースで1,526億円

見直し後の保険財政共同安定化事業等の拠出超過額に対する財政支援の概要

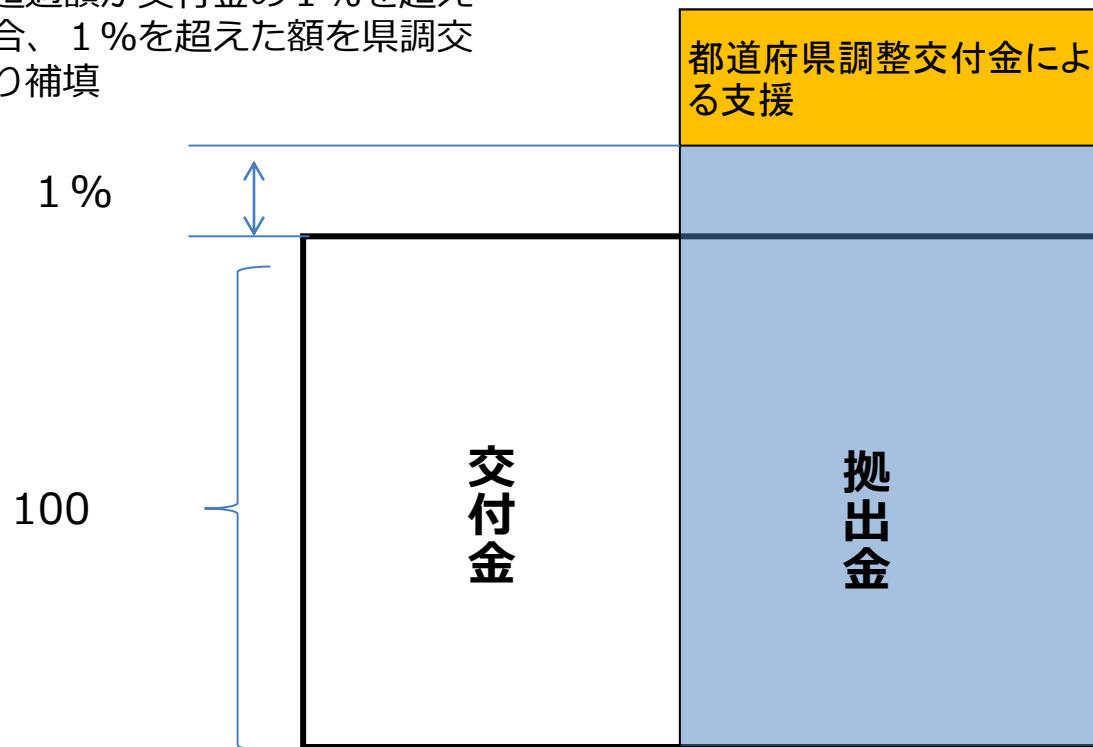
- 保険財政共同安定化事業の拠出金の持ち出し額(拠出金－交付金)が、交付金の1%を超える場合には、当該超過額を都道府県調整交付金により財政支援するよう、ガイドラインの見直しを行った。

※ 財政支援の対象となる拠出超過額の計算方法

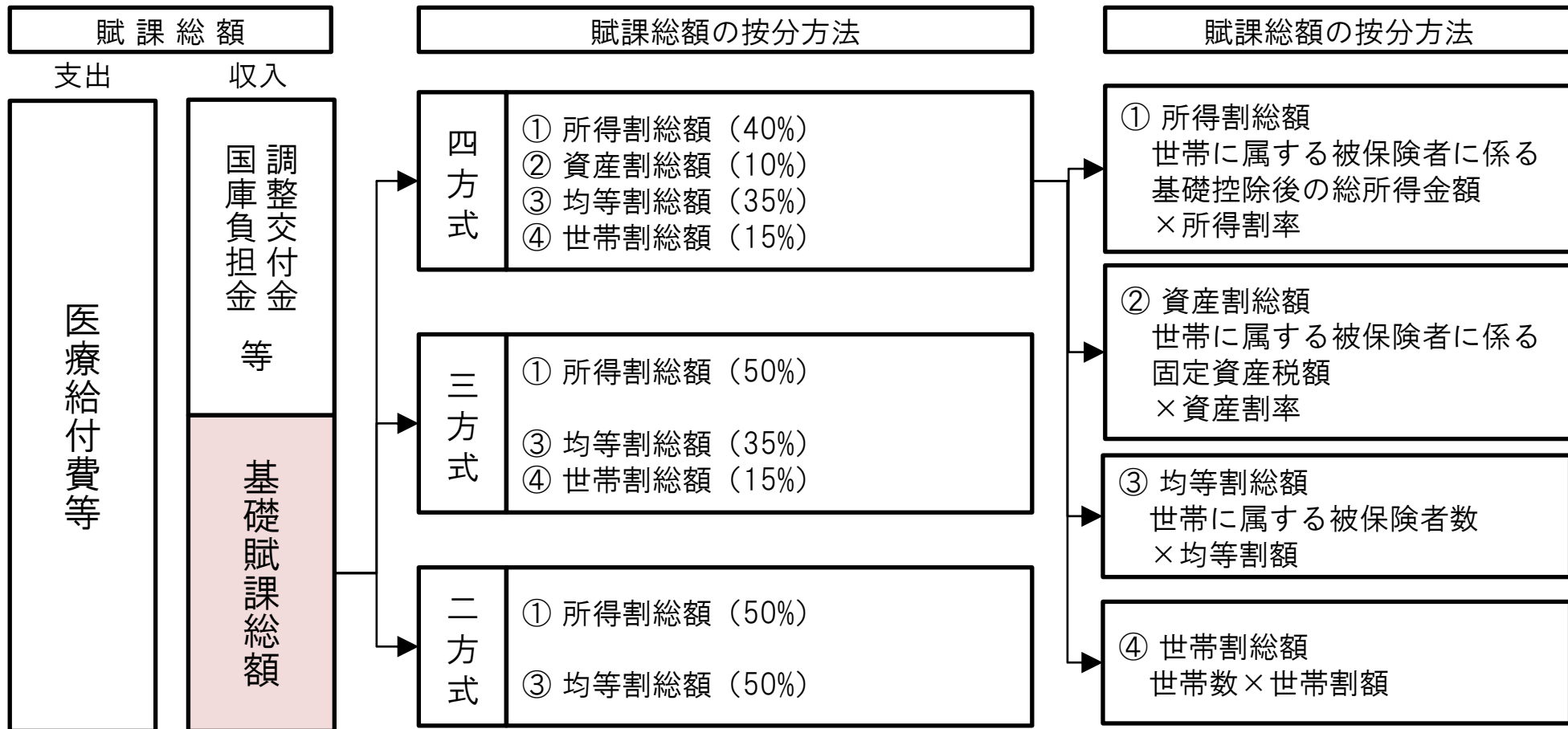
$$\text{支援対象の拠出超過額} = \frac{\text{拠出超過額}}{(\text{拠出額} - \text{交付額})} - \text{交付金の1\%}$$

【1%超過額に対する財政支援のイメージ】

拠出超過額が交付金の1%を超える場合、1%を超えた額を県調交により補填



国民健康保険料（税） 賦課基準



国民健康保険料（税）の賦課方式別保険者数

(平成23年度末現在)

区分	保険者数	保険者数による構成比
四方式	1,179	69.2%
三方式	470	27.6%
二方式	54	3.2%
合計	1,703	100.0%

- ※1 不均一課税の保険者(14保険者)を除く。
- ※2 計数は、四捨五入によっているため、端数において合致しないものがある。
- ※3 「平成23年度国民健康保険事業年報」より。
- ※4 基礎賦課分(医療給付費等にかかるもの)の賦課方式別保険者数。(基礎賦課分(他、後期高齢者支援金等、介護納付金にかかるものがある。))

市町村国保の保険者規模別収納率

年度	全国平均		市部平均										町村部平均			
			政令都市及び特別区		中核市		10万人以上		5万人以上10万人未満		5万人未満					
	増減差	増減差	増減差	増減差	増減差	増減差	増減差	増減差	増減差	増減差	増減差	増減差	増減差			
平成	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
19	90.49	0.09	90.13	0.11	88.32	0.50	89.94	▲ 0.27	89.05	0.04	90.44	0.05	91.98	0.05	93.47	▲ 0.04
20	88.35	▲ 2.13	87.91	▲ 2.22	85.97	▲ 2.36	87.48	▲ 2.47	85.49	▲ 3.56	87.51	▲ 2.93	89.85	▲ 2.12	92.08	▲ 1.39
21	88.01	▲ 0.34	87.58	▲ 0.33	85.89	▲ 0.08	87.16	▲ 0.32	85.56	0.07	86.69	▲ 0.82	89.47	▲ 0.38	91.88	▲ 0.20
22	88.61	0.59	88.19	0.60	86.30	0.41	87.91	0.75	86.56	1.00	87.32	0.63	90.12	0.65	92.42	0.56
23	89.39	0.78	89.01	0.82	87.42	1.12	88.63	0.72	87.31	0.75	88.00	0.68	90.81	0.69	92.98	0.56
24	89.86	0.47	89.49	0.48	87.92	0.50	89.00	0.37	87.61	0.30	88.54	0.54	91.29	0.48	93.46	0.48

(注1) 市部内訳における保険者規模は、年度平均の被保険者数による。

(注2) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

【出典】平成24年度国民健康保険(市町村)の財政状況(速報)

<参考>後期高齢者医療制度の保険料収納率の推移

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
98.75%	99.00%	99.10%	99.20%

【出典】厚生労働省保険局「平成23年度後期高齢者医療事業年報」

市町村国保における保険者の規模と特定健診実施率（平成23年度）との関係

- 市町村国保における保険者の規模等と特定健診の実施率との関係をみると、
- ・行政区分でみると、「実施率が上位10%までに位置する保険者」については、町村部の保険者が大半(88%)を占めている。
 - ・保険者ごとの特定健診対象者数の規模別でみると、「実施率が上位10%までに位置する保険者」については、特定健診対象者数が1,000人未満の保険者が42.7%を占めている。

(1) 行政区分

	特定健診実施率51.5%以上 (上位10%の保険者)		特定健診実施率23.5%以下 (下位10%の保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
町村部	151	88.3%	65	37.8%	910	53.0%
市部						
政令都市及び特別区	0	0.0%	9	5.2%	43	2.5%
中核市	0	0.0%	9	5.2%	40	2.3%
その他	20	11.7%	89	51.8%	724	42.1%
合計	171	100.0%	172	100.0%	1717	100.0%

(2) 特定健診対象者の規模

特定健診対象者数	特定健診実施率51.5%以上 (上位10%の保険者)		特定健診実施率23.5%以下 (下位10%の保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
500人未満	36	21.1%	3	1.7%	70	4.1%
500～1,000人未満	37	21.6%	8	4.7%	132	7.7%
1,000～5,000人未満	75	43.9%	51	29.7%	639	37.2%
5,000～10,000人未満	14	8.2%	46	26.7%	341	19.9%
10,000～50,000人未満	9	5.3%	46	26.7%	447	26.0%
50,000～100,000人未満	0	0.0%	9	5.2%	60	3.5%
100,000～500,000人未満	0	0.0%	8	4.7%	27	1.6%
500,000～1,000,000人未満	0	0.0%	1	0.6%	1	0.1%
1,000,000人以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	171	100.0%	172	100.0%	1717	100.0%

保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書（概要）

平成24年度厚生労働省委託事業(平成25年3月みずほ情報総研株式会社)

○ 保険者機能とは「保険者が果たしている（果たすべき）役割・機能」であり、以下の①～⑥と整理。

保険者とは

医療費の資金調達（ファイナンス）に関し社会保険方式を採用
⇒ 保険運営を行う主体が必要（＝保険者）

医療にはファイナンスの前に
医療サービスの提供・受療という過程がある
⇒ 保険者は医療の共同購入組織・加入者の健康の保持増進を図る必要

保険者機能とは

① 被保険者の適用（資格管理） ③ 保険給付（付加給付も含む）
② 保険料の設定・徴収 ④ 審査・支払

⑤ 保健事業等を通じた加入者の健康管理
⑥ 医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

加入者のエージェントとして、加入者の利益の最大化を図る観点から、具体的に整理すると…

- ① 適正に被保険者の適用・資格管理を行うこと
- ② 加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を行うこと
- ③ 必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うこと
- ④ レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通じて、適正な審査・支払を行うこと
- ⑤ レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること
 - ・ 加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと
 - ・ 医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること
- ⑥ 医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと
 - ・ レセプトデータ等の活用による医療費等の分析、医療関連計画の策定への参画、診療報酬の交渉などにより良質な医療を効率的に提供するよう医療提供側へ働きかけること

※1 保険者機能の発揮には、一定の体制整備とコストが必要であり、保険者機能と一口にいっても、複数の保険者が共同して行うことになじむもの、保険者全体（例えば保険者協議会）で対応すべきものがあること、保険者種別ごとの制度上の違いがあること、保険者ごとの置かれている状況に応じて最重要課題として取り組んでいることが異なることなどを踏まえた対応が必要。

※2 複数の保険者が共同して行うことになじむもの、保険者全体（例えば保険者協議会）で対応すべきものなど、個々の保険者機能の内容・性格等を踏まえた対応が必要。 45

国民健康保険事業の事務の広域化(保険料賦課・徴収方法の比較)

- 現在、国民健康保険事業を広域連合により実施しているのは、空知(そらち)中部広域連合(北海道:6市町)、大雪(だいせつ)地区広域連合(北海道:3町)、後志(しりべし)広域連合(北海道:16町村)、最上地区広域連合(山形:4町村)の4例。
- 広域連合により国保事業を実施する場合の保険料の賦課・徴収について、大きく以下2つの方法がある。

	分賦金方式	直接賦課方式
広域連合名	空知中部広域連合(北海道) 後志広域連合(北海道)	大雪地区広域連合(北海道) 最上地区広域連合(山形)
賦課主体	各市町村	広域連合
料/税	各市町村において選択可 (空知:6市町すべて国保税) (後志:16町村すべて国保税)	国保税のみ可
賦課基準	各市町村が独自に選択 (空知:5市町4方式、1町3方式) (後志:16町村すべて4方式)	構成市町村すべて統一 (大雪:4方式) (最上:4方式)
徴収主体	各市町村	各市町村
未納が生じた場合の財政責任	各市町村 ※広域連合は給付に必要な額を市町村に分賦金として賦課し、市町村は収納率に関わらず分賦金を納付 (分賦金納付率100%)	広域連合 ※市町村は徴収した額のみ納付
収納率 (平成23年度)	空知:97.2% 後志:94.7% ※広域連合を構成する市町村全体の収納率	大雪:94.8% 最上:92.2%

(注)直接賦課方式においても、広域連合を構成する市町村をいくつかのグループに分類し、グループごとに賦課基準を決定する方式(不均一方式)が制度上は可能であるが、実例はない。

「旧ただし書所得」について

- 国民健康保険料の所得割は、「旧ただし書所得」を算定の基礎としている。
- 「旧ただし書所得」とは、「収入」(事業収入、給与収入、年金収入等)から、必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を控除し(「総所得金額等」)、さらに「所得控除」(基礎控除(33万円)、配偶者控除、扶養控除等)のうち、「基礎控除(33万円)」のみを控除した後の所得金額である。

収入

事業収入、給与収入、年金収入 等

総所得金額等

必要経費、給与所得控除、
公的年金等控除 等

旧ただし書所得

基礎控除
(33万円)

課税所得

所得控除
(基礎控除、配偶者控除、扶養控除 等)

【例】

(1) 旧ただし書所得が100万円となる給与収入

給与収入216万円の場合 : $216\text{万円} - 82.8\text{万円}(\text{給与所得控除}) - 33\text{万円}(\text{基礎控除}) = 100\text{万円}(\text{旧ただし書所得})$

(2) 基礎年金相当の年金受給者の旧ただし書所得

年金収入80万円の場合 : $80\text{万円} - 70\text{万円}(\text{公的年金等控除}) - 33\text{万円}(\text{基礎控除}) = 0\text{円}(\text{旧ただし書所得})$

(65歳未満の方)

全国健康保険協会について

平成26年5月19日
厚生労働省保険局

被用者保険の現状と課題

1. 協会けんぽの財政基盤

- ・協会けんぽの保険料率は大きく上昇
9.34% (22年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (24年度～)

2. 被用者保険者間の財政力の格差

- ・被保険者一人あたり標準報酬総額
協会けんぽ372万円、健保組合542万円 (26年度)
- ・健保組合の保険料率
最低: 4.8% 最高: 12.1% (平均8.86%) (26年度)

3. 高齢者医療への拠出金負担

- ・義務的支出に占める高齢者医療拠出金(後期、前期)の割合
健保組合・・・43.5% (20年度) → 45.1% (23年度) → 47.7% (26年度)
協会けんぽ・・・39.0% (20年度) → 39.4% (23年度) → 41.9% (26年度)
- ・保険料率の推移
健保組合・・・7.4% (20年度) → 8.0% (23年度) → 8.9% (26年度)
協会けんぽ・・・8.2% (20年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (26年度)

国庫補助の水準の検討

協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長(健保法等の一部を改正する法律)。

平成27年度以降の協会けんぽの国庫補助の水準について、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

全面総報酬割の検討

後期高齢者支援金の負担方法を、全面的に各被用者保険者等の総報酬に応じた負担することについて、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

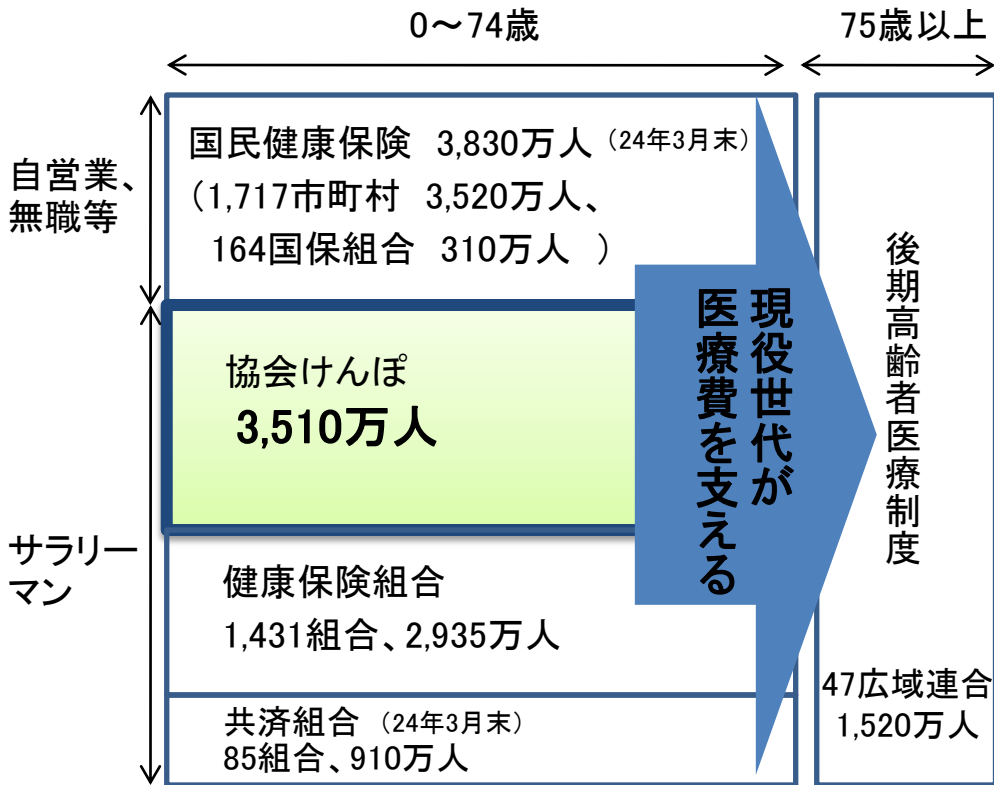
高齢者医療制度の在り方

高齢者医療制度の費用負担の在り方について、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

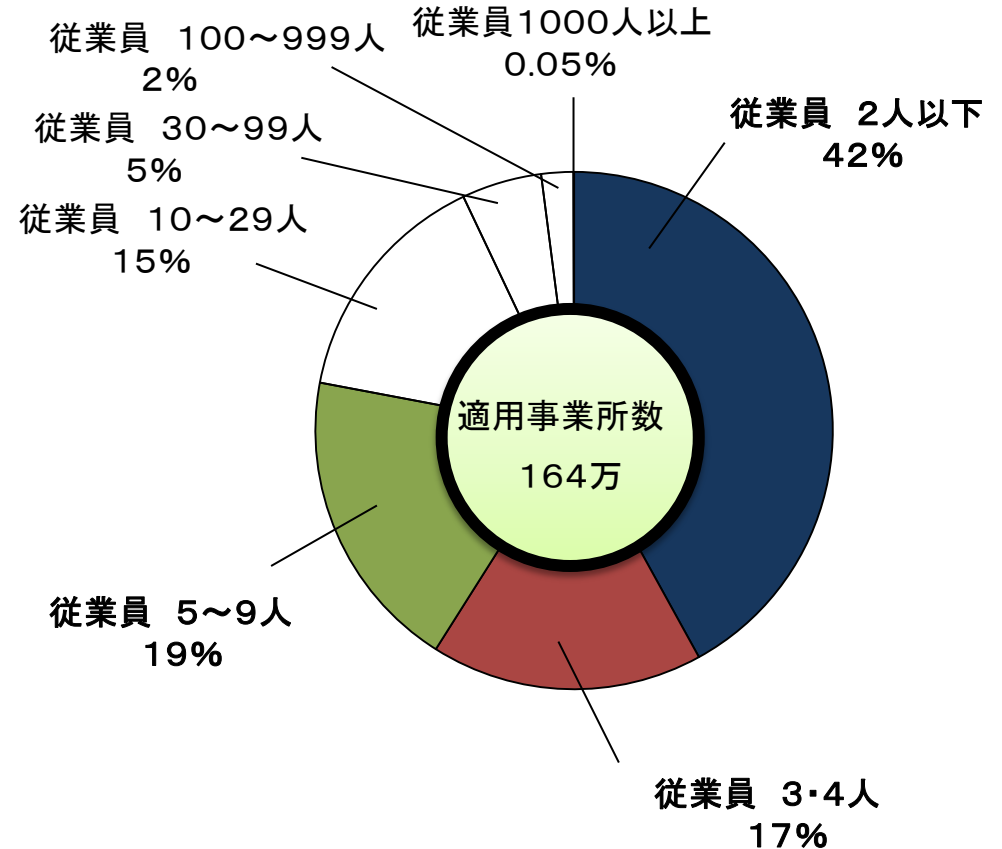
協会けんぽ（全国健康保険協会）の規模

- 約3500万人(国民の3.6人に1人)が加入者。
- 中小企業・小規模事業所が多く、事業所数の約3/4以上が従業員9人以下。

○ 保険者の位置付け (25年3月末)



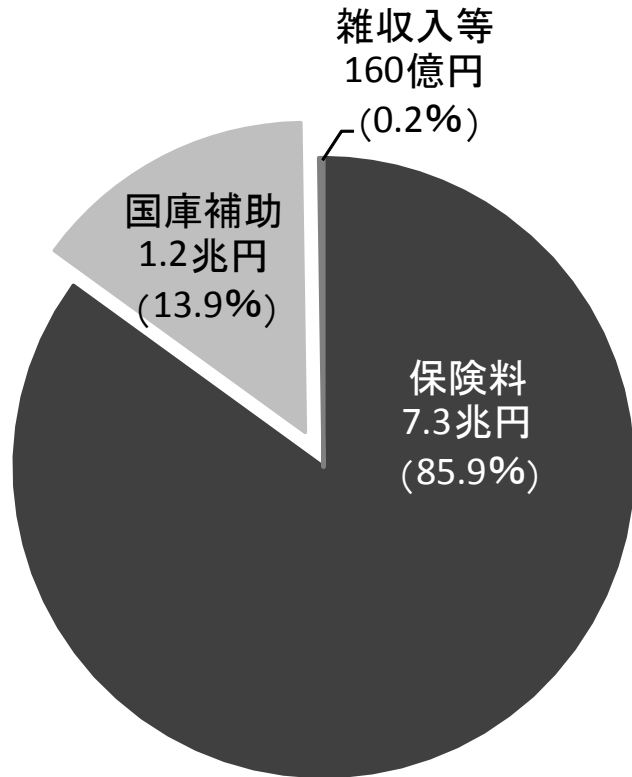
○ 協会の事業所規模別構成 (25年3月末)



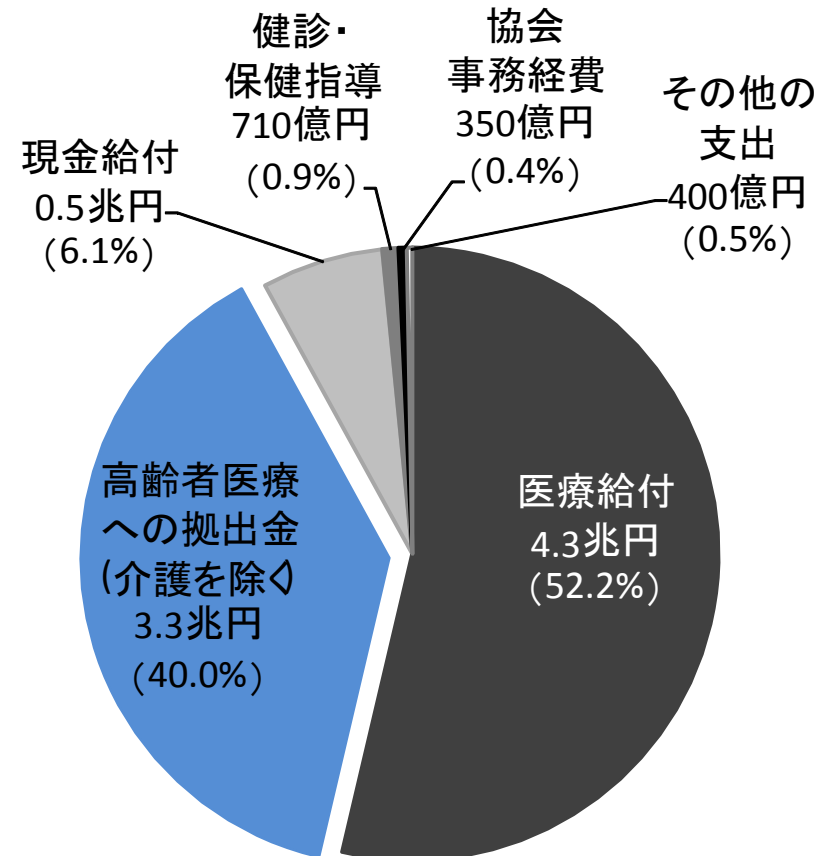
協会けんぽの財政構造（24年度決算）

○ 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年度では約3,000億円増加。25年度もさらに約2,100億円増加の見込み。

収入 8兆5,127億円



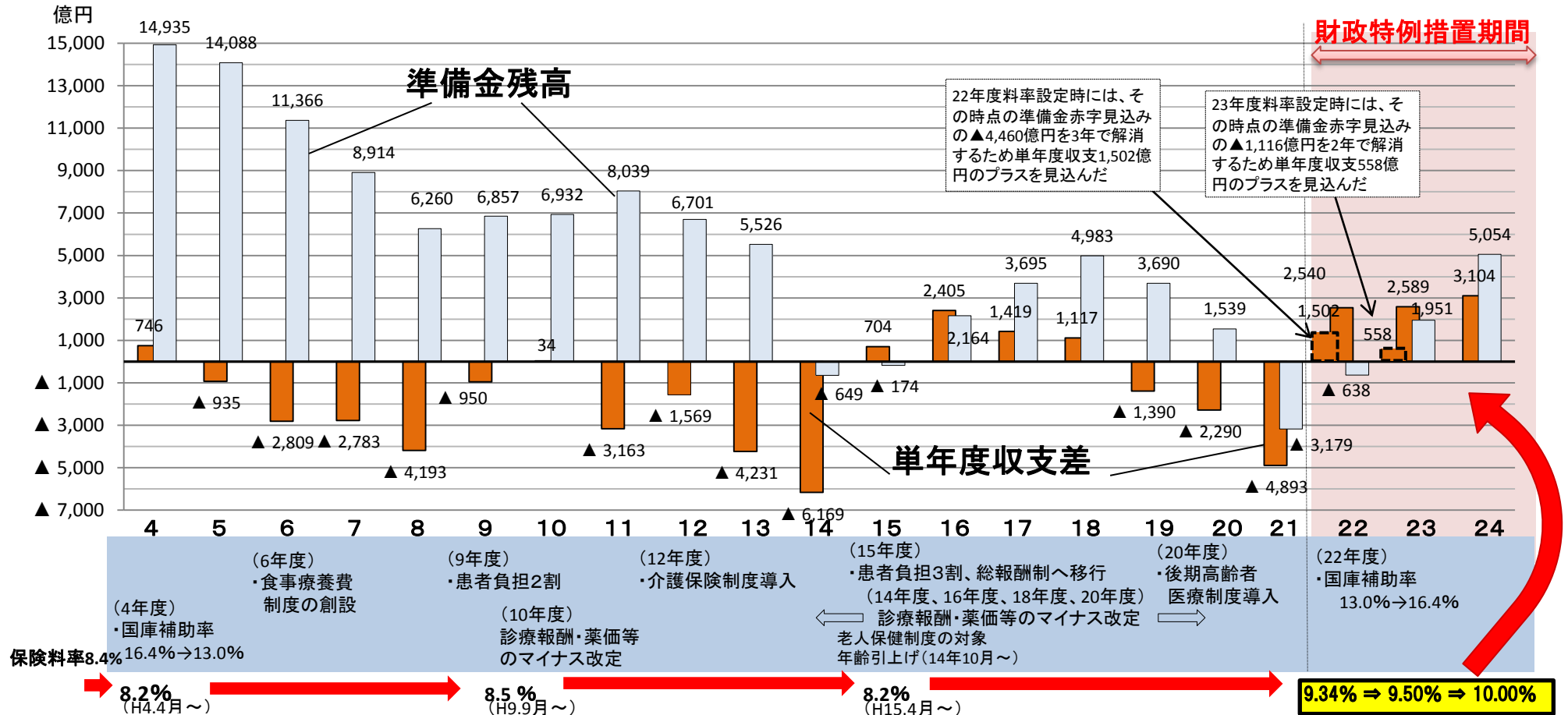
支出 8兆2,023億円



(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

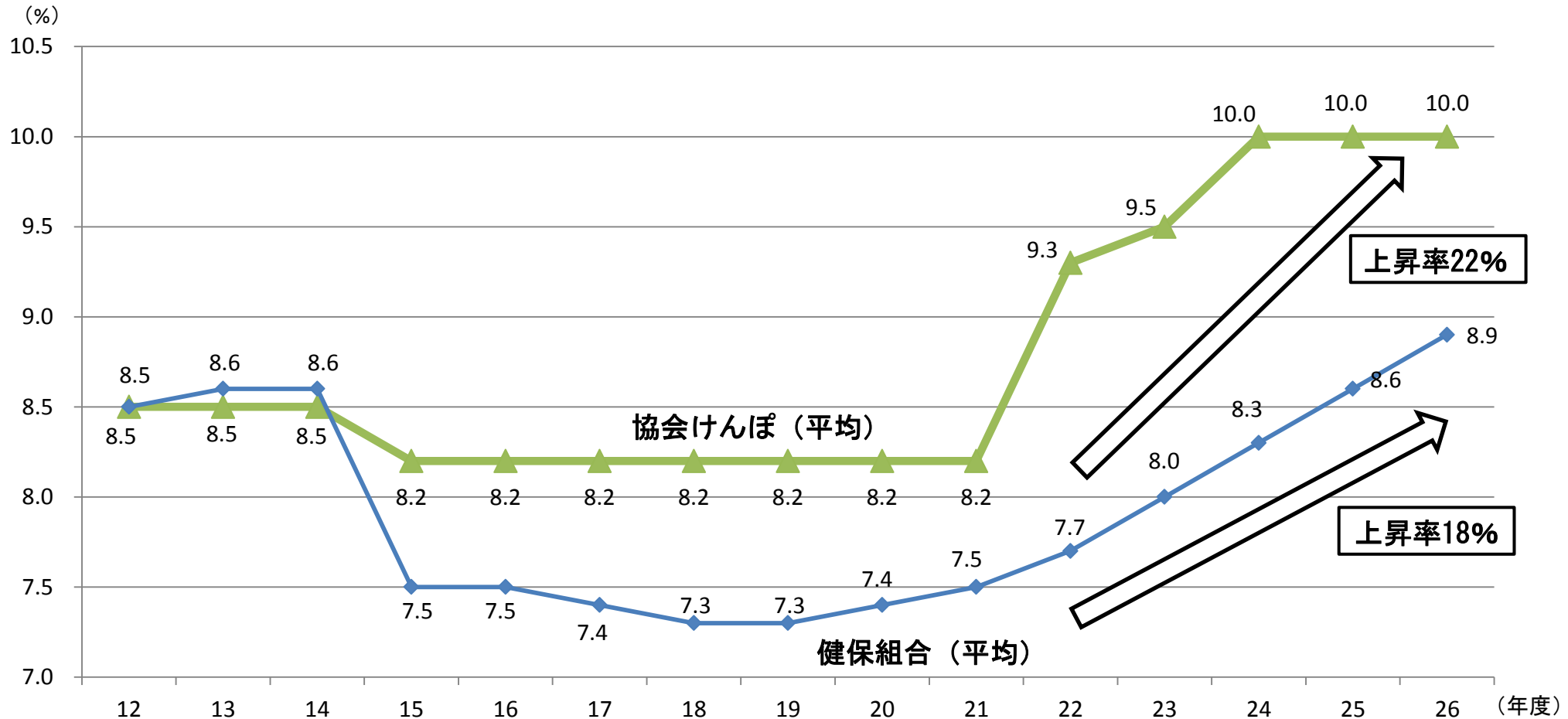
- 19年度から単年度赤字に陥り、18年度に5,000億円あった準備金(累積黒字・赤字)は21年度末で▲3,200億円に悪化。
- ▲3,200億円に悪化。
- 22年度以降、保険料率を大幅に引き上げるとともに、国庫補助率を13%から16.4%に引き上げることなどにより、単年度収支をプラスにして財政運営。



(注) 1. 平成5年度、6年度、8年度、9年度、13年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延分の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
 2. 平成21年度以前は国庫補助の精算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。

協会けんぽと健康保険組合の保険料率の推移

- 近年、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている（協会けんぽは、24年度以降据え置き）。
- 協会けんぽへの国庫補助により、一定程度格差が縮小されている。



(※ 1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。

(※ 2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、平成23年度までは実績、24年度は実績見込、25年度は予算ベース、26年度は予算早期集計ベースによる。

被用者保険の準備金等について

- 協会けんぽは必要とされる法定準備金を常に下回っている一方、健保組合は上回っている。

<準備金等残高の推移（医療分）>

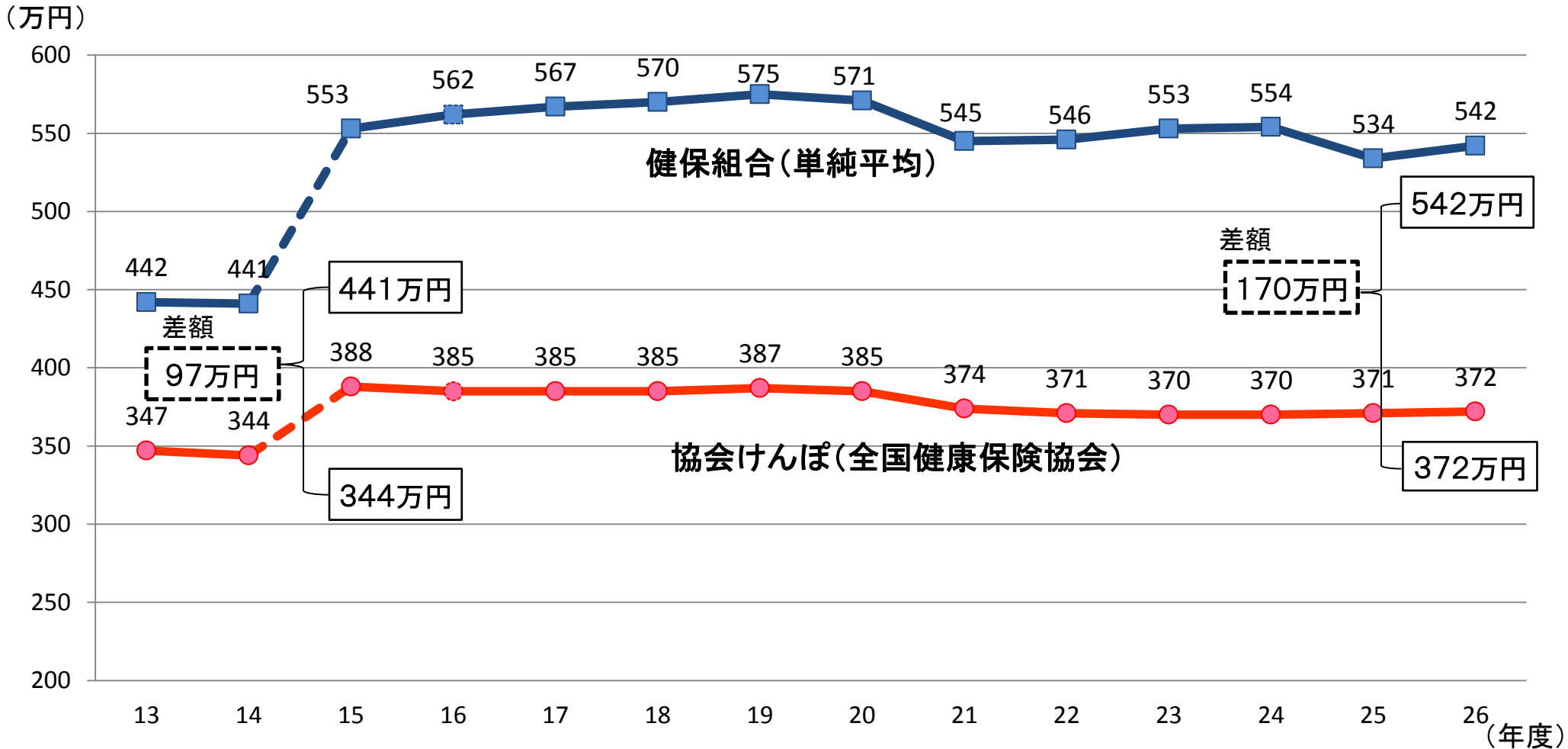
	平成21年度末	平成22年度末	平成23年度末	平成24年度末
協会けんぽ <small><必要とされる法定準備金></small>	△3,179億円 <small><5,752億円></small>	△638億円 <small><5,784億円></small>	1,951億円 <small><5,855億円></small>	5,054億円 <small><6,011億円></small>
健保組合 <small>(うち法定準備金)</small> <small><必要とされる法定準備金></small>	3兆8,809億円 <small>(1兆6,467億円)</small> <small><1兆4,912億円></small>	3兆5,751億円 <small>(1兆6,854億円)</small> <small><1兆5,389億円></small>	3兆3,742億円 <small>(1兆7,661億円)</small> <small><1兆5,688億円></small>	3兆2,133億円 <small>(1兆8,178億円)</small> <small><1兆6,228億円></small>

(参考)

- 協会けんぽの加入者数 : 約3,510万人 (平成24年度末)
- 健康保険組合の加入者数 : 約2,935万人 (平成24年度末)
- 協会けんぽの法定準備金は、保険給付費相当分1か月分 (約3千億円) 及び後期高齢者支援金等拠出金相当分1か月分 (約3千億円)。
- 健保組合の法定準備金は、平成24年度以前は、保険給付費相当分3か月分 (約9千億円) 及び後期高齢者支援金等拠出金相当分3か月分 (約7千億円) とされていた (平成25年度以降は、保険給付費相当分3か月分、後期高齢者支援金等拠出金相当分1か月分の準備金を積み立てなければならないとされている)。

協会けんぽと健康保険組合の報酬水準の推移

○ 平成15年度より総報酬制へ移行してから、保険料の基礎となる報酬水準の格差が拡大。



注1：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。

注2：健康保険組合は平成23年度までは実績、平成24年度は実績見込、平成25年度は予算ベース、平成26年度は予算早期集計ベース。

注3：協会けんぽは平成24年度までは実績、平成25年度以降は平成26年度予算ベース。

協会けんぽの国庫補助に関する国民会議報告書・プログラム法の規定等

■社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日) (抄)

3 医療保険制度改革

(1) 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

健康保険法等の一部改正法の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとり、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある。

■持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年法律第112号) (抄)

(医療制度)

第四条 (略)

2～6 (略)

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

イ・ロ (略)

ハ 健康保険法等の一部を改正する法律(平成二十五年法律第二十六号)附則第二条に規定する所要の措置

二・三 (略)

8 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

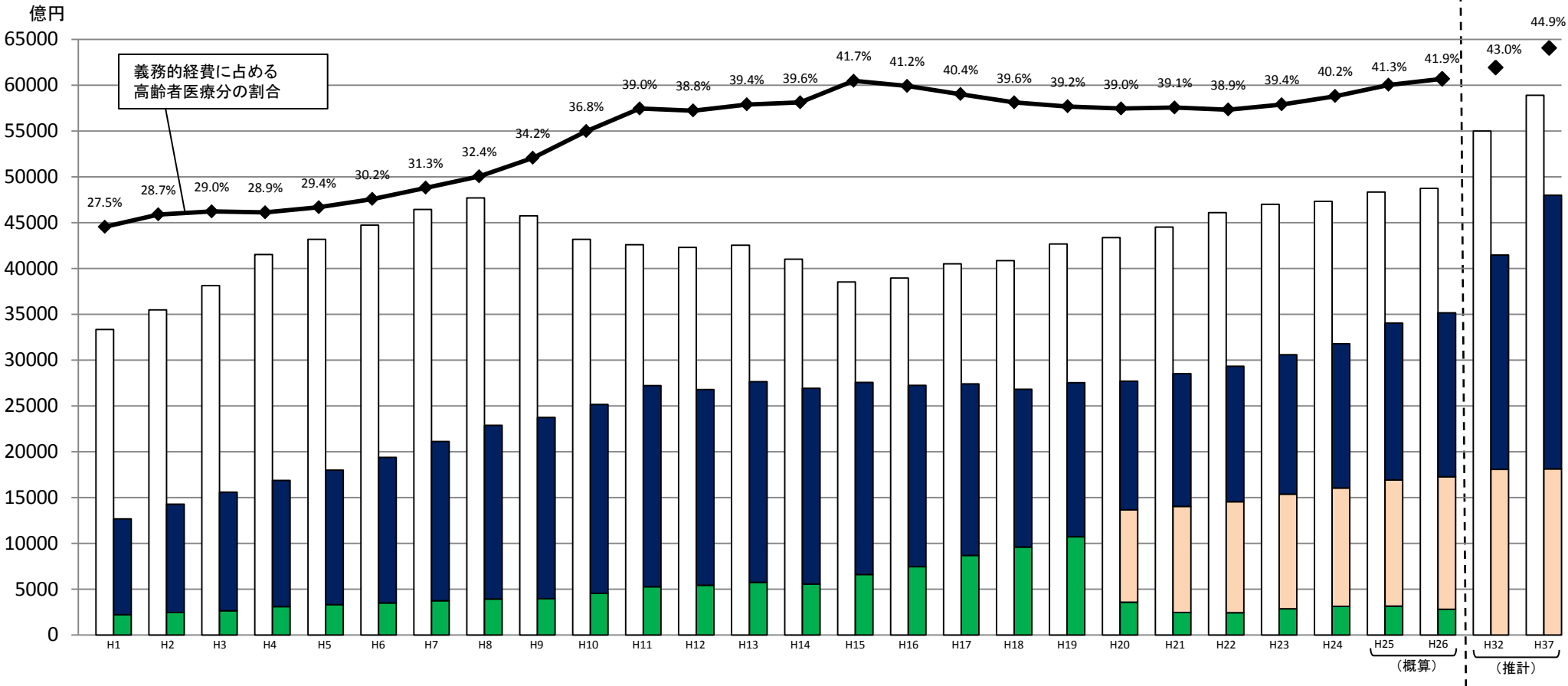
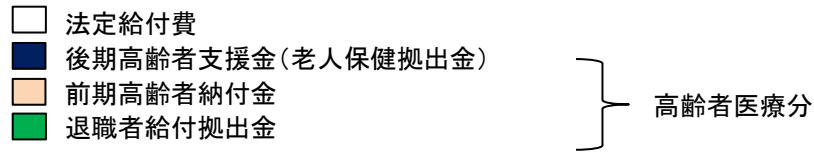
■健康保険法等の一部を改正する法律(平成25年法律第26号) (抄)

附 則

(検討)

第二条 政府は、第一条の規定による改正後の健康保険法附則第五条及び第五条の三(国庫補助率に係る部分に限る。)の規定について、**全国健康保険協会が管掌する健康保険の財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況、国の財政状況その他社会経済情勢の変化等を勘案し、平成二十六年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講ずるものとする。**

高齢者医療への拠出負担の推移(協会けんぽ)



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成24年度までは実績額を、平成25年度及び平成26年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成24年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成25年度及び平成26年度は概算賦課額。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度以降は3分の1総報酬割としている。

※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

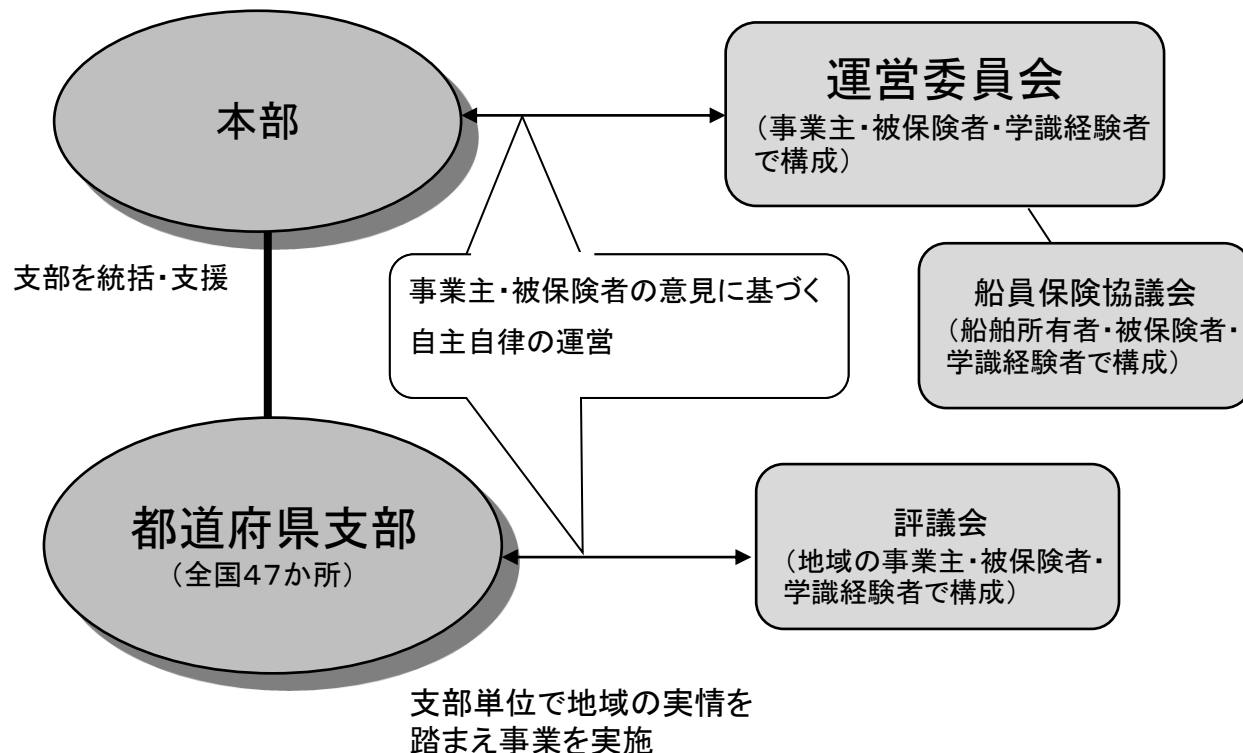
參考資料

協会けんぽ（全国健康保険協会）の概要

- 平成20年10月、協会けんぽが設立。政府管掌健康保険を国から引き継ぎ、協会が運営。
- 非公務員型の法人であり、職員は民間職員。
- 約3500万人（国民の3.6人に1人）が加入者。（平成25年3月末）
- 中小企業・小規模企業が多く、事業所数の約3/4以上が従業員9人以下。

○組織（平成26年度）

- ・本部と47都道府県支部で構成
- ・理事長（小林剛）、理事6名、監事2名
- ・常勤職員数 2,124名



- 平成26年度の全国平均保険料率は10.00%であるが、都道府県支部ごとに保険料率が設定されており、最高は佐賀の10.16%、最低は長野の9.85%。
- 健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）に基づき、平成25年度及び平成26年度の給付費等に係る国庫補助率については、13%から16.4%に引き上げられている。

協会けんぽの収支状況（医療分）

（単位：億円）

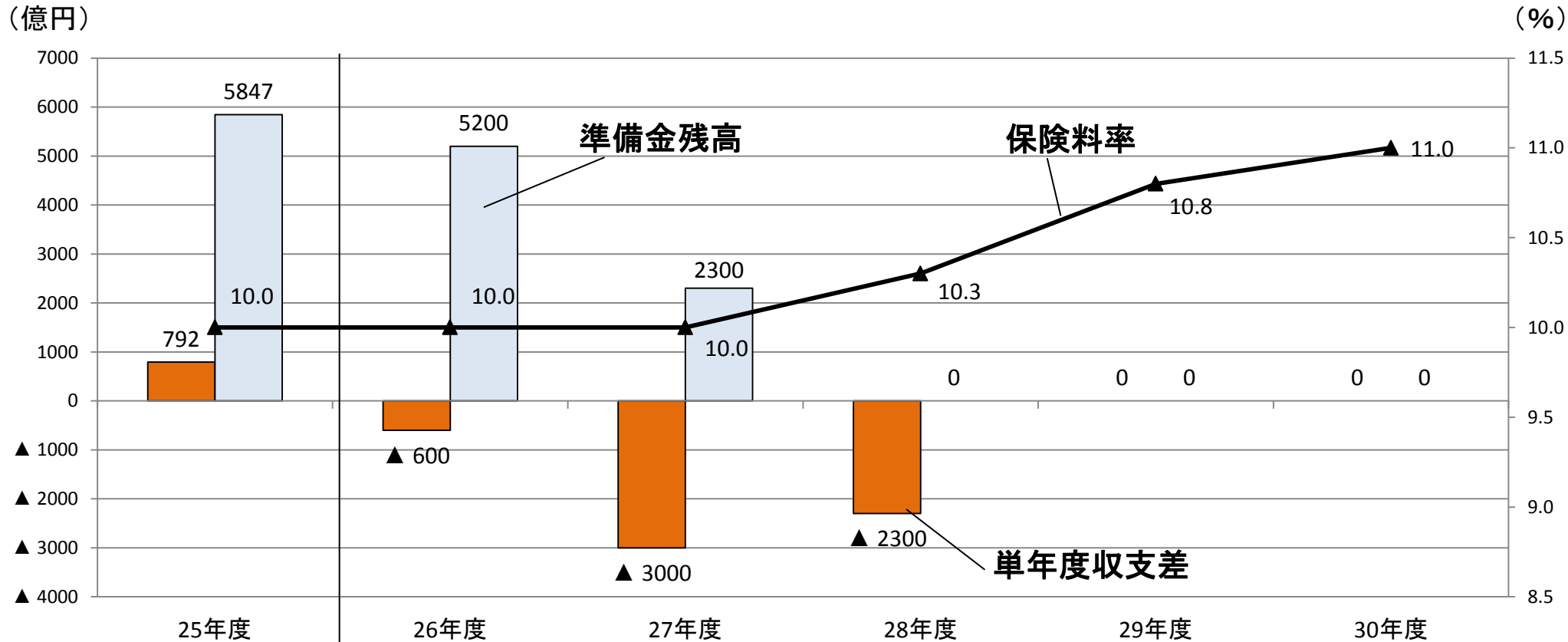
		24年度	25年度	26年度		
		決算	見込み	見込み	備考	
収 入	保険料収入	73,156	74,486	75,211	平均保険料率 25・26年度 10.00%	
	国庫補助等	11,808	12,194	12,538		
	その他	163	203	180		
	計	85,127	86,882	87,928		
支 出	保険給付費	47,788	49,541	51,572	⇒ ▲112 ⇒ +472 ⇒ ▲139 +221 対25年度比	
	老人保健拠出金	1	1	1		
	前期高齢者納付金	13,604	14,466	14,354		
	後期高齢者支援金	16,021	17,101	17,573		
	退職者給付拠出金	3,154	3,317	3,178		
	病床転換支援金	0	0	0		
	その他	1,455	1,664	1,858		
	計	82,023	86,090	88,535		
単年度収支差		3,104	792	▲ 607		
準備金残高		5,054	5,847	5,240		

（注）1. 平成26年1月14日 全国健康保険協会公表資料「協会けんぽ（医療分）の収支見通しについて（概要）（平成26年1月試算）」ベース。

2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

協会けんぽの財政収支の将来見通し（～平成30年度）

- 以下の前提を置いた場合、平成28年度に準備金が枯渇する見込み（協会けんぽ平成26年1月推計）。
 - ① 保険料率 10% ② 国庫補助率 16.4% ③ 1./3総報酬割 ④ 賃金上昇率 0%
- 準備金が枯渇する平成28年度以降は、単年度収支が均衡する保険料率を設定した場合、平成30年度には保険料率が11%まで引き上がる計算となる。



(出典) 全国健康保険協会「協会けんぽ(医療分)の収支見通しについて(平成26年1月試算)」

(注)

- ・ 医療給付費の伸び率は、70歳未満は2.2%、70歳以上75歳未満は0.3%、75歳以上は1.2%としている。
- ・ 消費税10%への引上げ(平成27年10月)に伴う診療報酬改定への影響については、消費税8%への引上げ(平成26年4月)に準じている。

協会けんぽ（政管健保）の国庫補助率・保険料率の推移

	国庫補助率	保険料率（注2）
昭和31年度～	予算の範囲内で給付費の一部を補助	6.5%（S30年7月～） 6.3%（S35年4月～） 6.5%（S41年5月～） 7.0%（S42年9月～）
昭和48年度～	10.0%（S48年10月～） 13.2%（S49年11月～） 14.8%（S51年10月～） 16.4%（S53年2月～）	7.2%（S48年11月～） 7.6%（S49年12月～） 7.8%（S51年11月～） 8.0%（S53年3月～）
昭和56年3月～	16.4%（S56年3月～） （※）16.4%～20%の間で政令で定める。ただし、当分の間16.4%に法定。	8.4%（S56年4月～） 8.5%（S56年12月～） 8.4%（S59年4月～） 8.3%（S61年4月～） 8.4%（H2年4月～）
平成4年度～	13.0%（H4年4月～） （※）16.4%～20%の間で政令で定める。ただし、当分の間13.0%に法定（給付費分）。（注1）	8.2%（H4年5月～） 8.5%（H9年10月～） 8.2%（H15年5月～） （※）総報酬制に移行。実質0.7%増。
平成20年10月～ （協会けんぽ発足）		平均8.2%（H21年11月～） （※）都道府県単位料率を導入。
平成22年度～	16.4%（H22年7月～） （※）22年度から26年度までの間は16.4%に法定。	平均9.34%（H22年4月～） 平均9.5%（H23年4月～） 平均10.0%（H24年4月～）

（注1）老健拠出金（昭和58年2月～）、後期高齢者支援金・前期高齢者納付金（前期高齢者の給付費分を除く）（平成20年4月～）の国庫補助率は16.4%。

（注2）保険料率の変更の開始月は、変更後の保険料率に基づく徴収の開始月を記載している（保険料は徴収する月の前月の報酬を基礎に賦課する）。

健康保険法等の一部を改正する法律の概要（平成25年5月24日成立）

協会けんぽに対する平成22年度から平成24年度までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を2年間延長する等の措置を講ずる。

1. 法律の概要

I 協会けんぽへの財政支援措置

- ① 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長する。
- ② 後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長する。
- ③ 協会けんぽの準備金について、平成26年度まで取り崩すことができることとする。

→ 以上の措置により、現行の協会けんぽの保険料率10.0%が平成26年度まで維持できる見通し。

II その他

- ① 健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷等について、労災の給付対象とならない場合は、原則として、健康保険の給付対象とする。
- ② 保険給付に関する厚生労働大臣の事業主への立入調査等に係る事務を協会けんぽに委任する。

2. 施行期日

公布の日（平成25年5月31日）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

(参考) 国庫補助にかかる健康保険法の条文の構成について

本則

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

+

附則第5条

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

+

【改正法で追加】 附則第5条の3

平成25年度及び平成26年度においては、附則第5条中「13%」とあるのは「16.4%」とする。

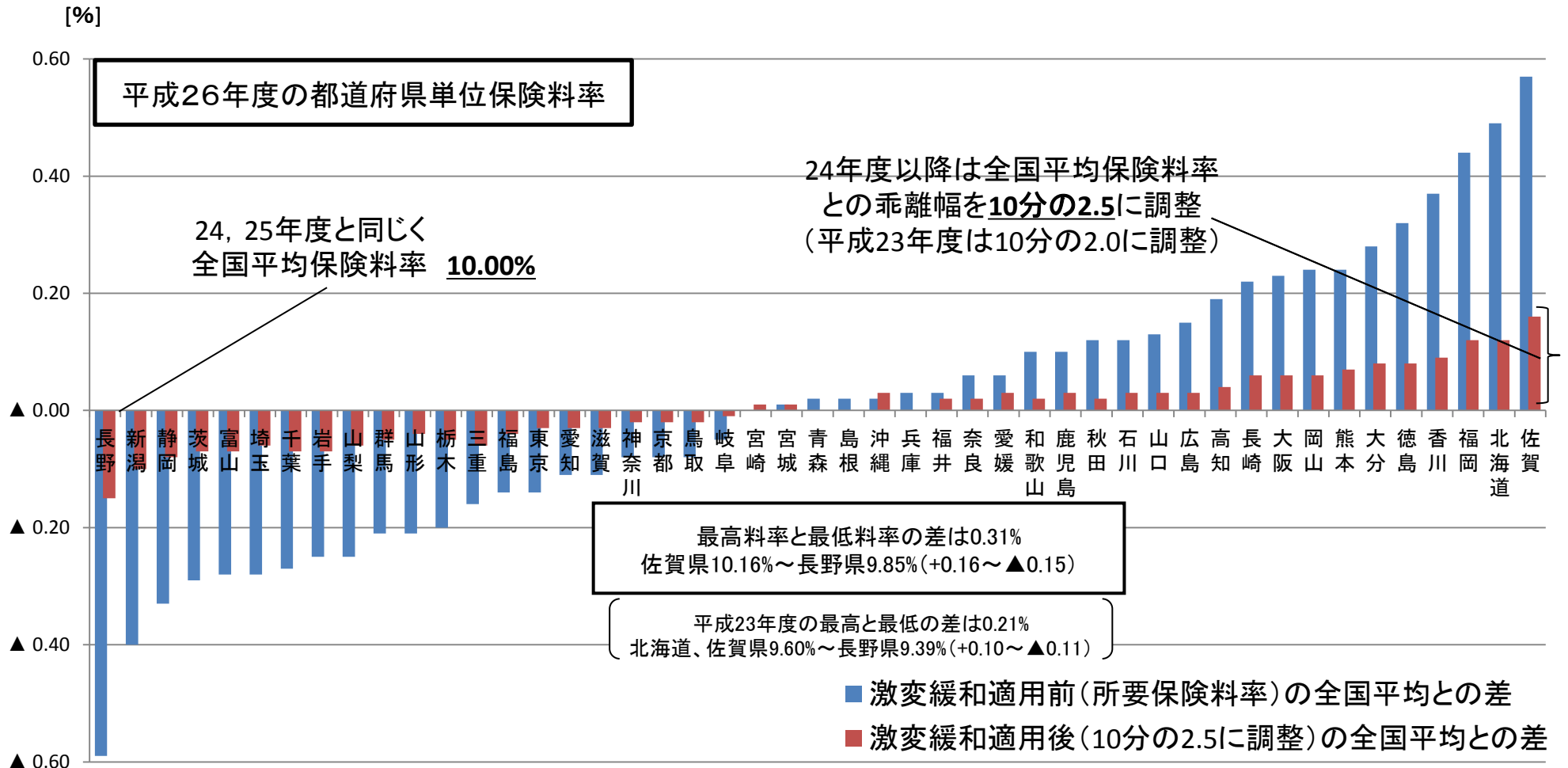
改正法附則第2条：検討規定

政府は、附則第5条及び第5条の3の規定について、協会けんぽの財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、平成26年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講じる。

協会けんぽの都道府県単位保険料率について

○ 協会けんぽでは、平成21年9月から、年齢構成や所得の調整を行った後の「医療費の地域差」を反映した都道府県単位保険料率を設定。

※ 都道府県単位保険料率導入に伴う保険料率の大幅上昇を緩和するため、平成32年3月までの間、激変緩和措置を講ずることとされている（平成25年改正法では、平成30年3月までとしていた激変緩和の措置を、保険料が上昇している状況にかんがみ、平成32年3月まで延長した）。



協会けんぽの都道府県単位保険料率の設定のイメージ

年齢構成の高い県ほど医療費が高く、保険料率が高くなる。また、所得水準の低い県ほど、同じ医療費でも保険料率が高くなる。このため、都道府県間で次のような年齢調整・所得調整を行った上で都道府県単位保険料率を算定している。

※全国平均保険料率との差が一定基準を超える場合に、当該超過分の一部を協会全体が負担し、当該支部の負担を軽減する激変緩和措置が講じられている。

全国一本の保険料率
(21年8月まで)

都道府県単位保険料率(21年9月から): 年齢構成が高く、所得水準の低いA県の例

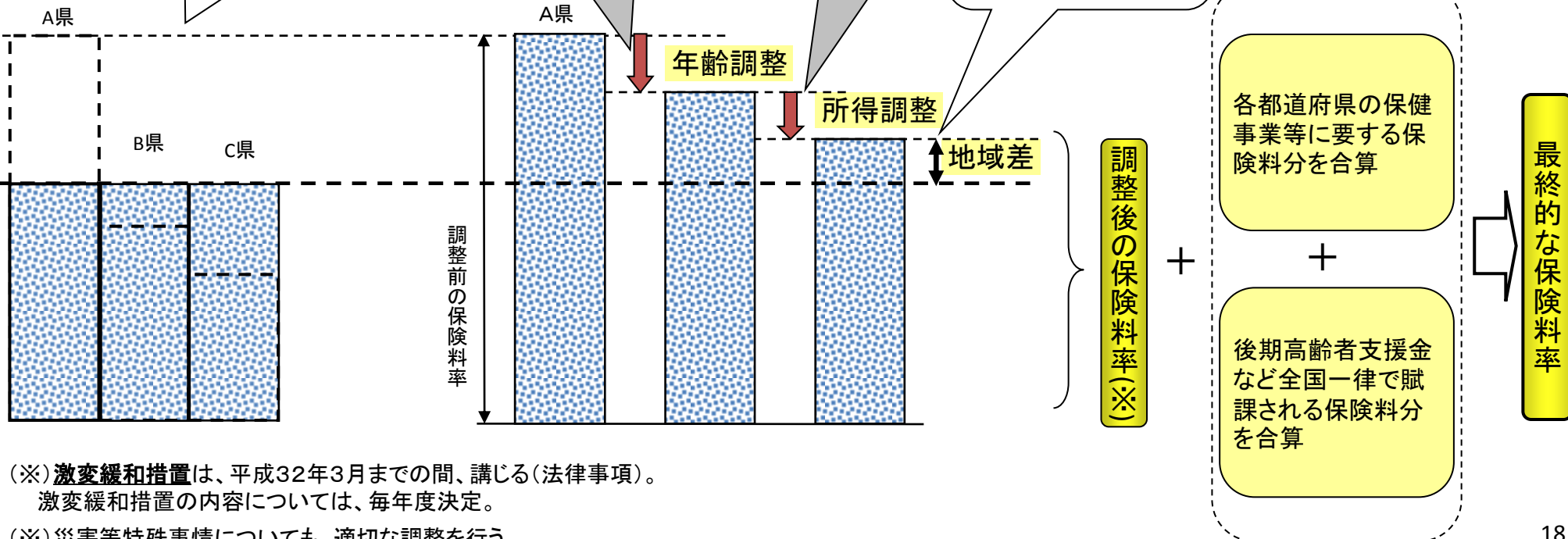
都道府県ごとの医療費の水準にかかわらず保険料率は一律

年齢構成を協会の平均とした場合の医療費との差額を調整

所得水準を協会の平均とした場合の保険料収入額との差額を調整

年齢調整・所得調整の結果、都道府県ごとの保険料率は、医療費の地域差を反映した保険料率となる。

全国一律の保険料率



(※) **激変緩和措置**は、平成32年3月までの間、講じる(法律事項)。
激変緩和措置の内容については、毎年度決定。

(※) 災害等特殊事情についても、適切な調整を行う。

26年度の協会けんぽ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、都道府県ごとに異なる。

○ 最高は佐賀の10.16%、最低は長野の9.85%。

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%		

各支部における先進的な保健事業の実施状況

	平成25年度事業	事業内容 (26年2月現在)
広島 宮城	医療機関における資格確認	医療機関等の窓口において、オンライン上で被保険者資格を確認し、資格喪失後の受診を防止し、返納金債権の発生を抑制する。平成25年7月から実施。 26年2月末時点で、広島支部では58医療機関、宮城支部では23医療機関等が参加。
埼玉	協会けんぽメンバーシップ特典サービス	協会の加入者であれば、協会と提携した事業者から割引サービスを受けられる特典を用意し、協会けんぽに加入していることを実感することで、協会と加入者・事業主との距離を縮める取組み。平成26年2月から実施。 主な割引サービスの一例として、スイミングスクール・スポーツクラブ入会金無料等がある。
広島	行政と連携した 歯科検診推進事業	県と歯科医師会が実施する歯科検診推進事業にあわせて、協会も事業所向け歯科検診を実施し、歯周病の治療に結びつける取組み。 25年5月～8月に5事業所、受診者約786名に対してスクリーニング検査を実施。陽性者368人に対して口腔内診査(無料)を文書にて勧奨。その結果、60人が医療機関を受診。
熊本	返納金債権回収の効率化	資格喪失後受診による返納金債権を、加入者を介すことなく保険者間の代理受領を通じて回収し、加入者の負担軽減及び事務経費の節減を図る取組み。平成25年9月から実施。 25年12月時点で、国保では対象者32名を受付け、協会けんぽでは対象者40名を受付け。
大分	健康保険委員と連携した 事業所まるごと健康づくり事業 (一社一健康宣言)	健康保険委員のいる事業所に対して「一社一健康宣言」をしてもらい、宣言した事業所には、健康リスクに即した健康づくりを促す取組み。 26年2月末時点で279事業所が参加を表明。
	健康リスクに応じた 特定保健指導の促進事業	保健指導初回面談未実施者(3000人)を生活習慣病発症リスクの程度に応じて8パターンに分類し、各リスクの程度に応じた通知書を個別送付。自分の健康リスクを認識し、保健指導等に繋げる取組み。 25年9月特定保健指導訪問拒否事業所から対象者を抽出、同年11月に約640名に通知送付。返信は31件。そのうち保健指導希望者は27名で、23名に実施。 26年2月に1560名に2回目通知を送付し、返信は41件。うち、保健指導希望者は39名。 20

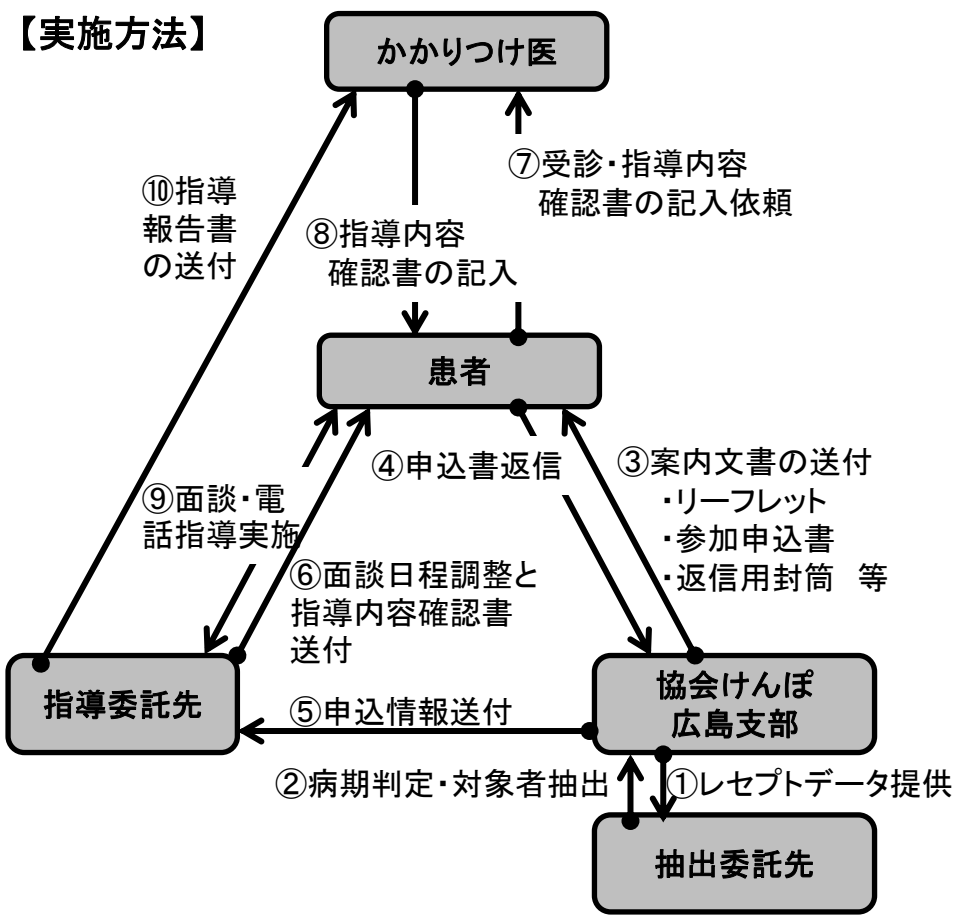
	平成26年度事業(予定)	事業内容
長野	健康保険委員の活性化 (長野県の保健補導員制度との共同事業)	健康活動を目的にボランティアとして長野県各地域に配置されている「保健補導員」について、協会けんぽの健康保険委員を中小企業版の保健補導員と位置づけ、中小企業の健康づくりをサポートする取組み。
兵庫	データヘルス計画 (GISを活用した保健事業の推進)	GIS(地理情報システム)を活用して、加入者の医療費、健診データ等を電子地図上に反映、分析し、特定健診受診率の向上や、集中的に重症化予防を図る取組み。
広島	データヘルス計画 (事業所ごとの疾病リスク特性に応じた保健事業の取組み)	疾病別、事業所別、業種別等の医療費分析を行い、事業所別医療費や健診結果から疾病リスクを把握する診断ツールを作成。さらに、事業所ごとの分析結果から、事業所の特性に応じた保健事業を企画・立案し、個々人の状況に応じた健康増進活動の勧奨や受診勧奨を実施する取組み。
	協会けんぽ加入事業所の経営状況等に関するアンケート	加入事業所の経営状況を把握し、社会保険料の負担増が会社経営に及ぼす影響を分析する取組み。
熊本	家庭の健康づくりサポーター制度の創設	被扶養配偶者を「健康づくりサポーター」として委嘱し、広報誌の発行、セミナーの案内、地域の健康づくり計画に参画する関係団体の事業等について情報提供する取組み。
大分	データヘルス計画 (階層化支援サービス)	40歳以上の被保険者を対象に、レセプトデータと健診データの分析から健康管理状況に応じた8つのグループに分類し、それぞれのグループの状況に応じた保健事業等を企画、立案し、勧奨する取組み。
	自覚的・自発的・自律的な健康づくり (インセンティブ付与健康増進活動事業)	加入者の健康状態を健診結果データに基づきWeb上で自動的に判定し、ポイント化して、健康づくりに向けたインセンティブを付与する取組み。

協会けんぽ広島支部は、糖尿病で治療を受けている者の重症化（人工透析への移行等）を防ぐことを目的に、通院先の医療機関と保健指導委託先の看護師・保健師が協力・連携し、対象者の自己管理を促すよう、保健指導プログラムを提供している。

【対象者】

糖尿病を起因とする早期腎症期(2期)、顕性腎症期(3期)、腎不全期(4期)に該当する協会けんぽ広島支部の加入者。レセプトデータを委託業者に提供し、病期を判定した。(病名だけではなく投薬内容・検査項目内容から病期を推定)

【実施方法】



【指導方法】

参加者が医師から提供を受ける「指導内容確認書」に記載されたeGFR値および参加者からのヒアリング内容(知識・理解力等)を加味し、プログラム内容を決定。

	期間	病期	内容
23年度	12カ月プログラム	2期	面談1回、電話17回
		3～4期	面談3回、電話15回
24年度	6カ月プログラム	2期	面談2回、電話4回以上
		3～4期	面談2回以上、電話6回以上

【結果】

人工透析移行者数(平成25年11月時点)

		透析者数
23年度事業 (978名)	指導完了者 <u>(61名)</u>	0名
	中断者 (19名)	1名
	不参加者 (898名)	11名
24年度事業 (798名)	指導完了者 <u>(79名)</u>	0名
	中断者 (14名)	0名
	不参加者 (705名)	9名

事業主との協働事業「一社一健康宣言」(協会けんぽ大分支部 25年度パイロット事業)

○協会けんぽ大分支部は、中小企業の健康増進の底上げを図るために、事業主が従業員等の健康増進に取り組むことを内外に宣言して健康経営を推進することを目的とする支援事業を行っている。この事業の中で、

- ①大分支部は、協会けんぽが保有する健診結果データ等を提供して事業主の健康意識の改善を図り、健康宣言につなげている。
- ②事業主は協会けんぽが保有する健診結果データを活用し、従業員の健康意識の改善や行動変容を促して、健康を重視した職場環境づくりに取り組んでいる。

【背景・目的】

中小企業(事業主)

小さい会社ほど、生活習慣病予防健診受診率が低い。

9人以下企業では28.8%(平成22年)
(全体では42.2%)

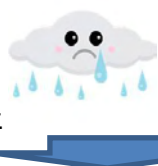
厳しい経営等により、健康増進に
かける余裕がない

協会けんぽ

膨大な被保険者に対し、健康増進の
対応に苦慮

国民の3人に1
人が加入者

被保険者
1,963万人
企業数164万社
3/4が10人未満



協会けんぽ

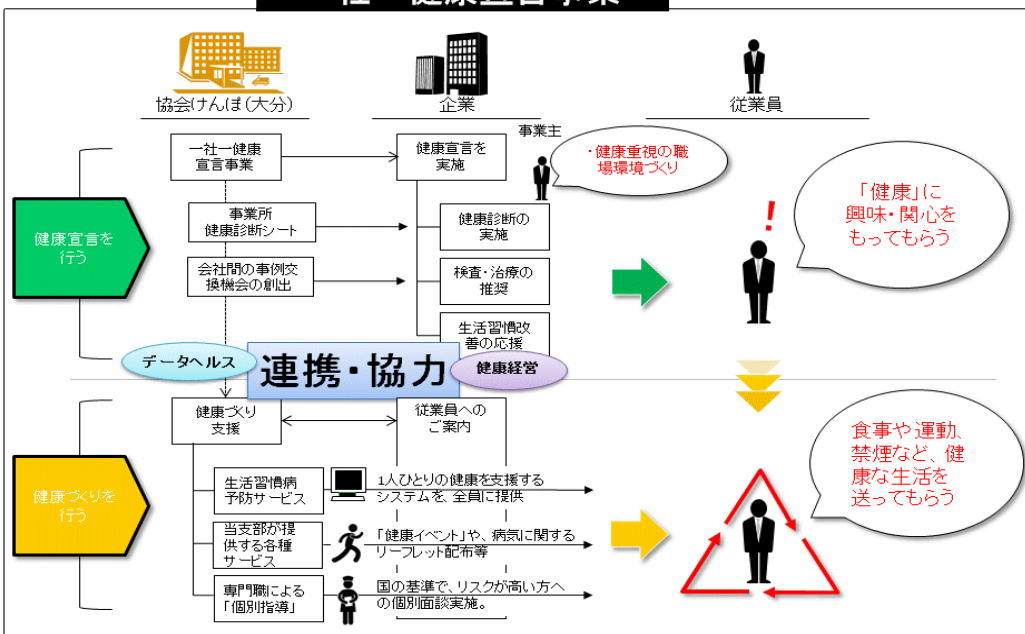
コラボ

事業主

中小企業の健康増進 の底上げ

【事業概要のイメージ】

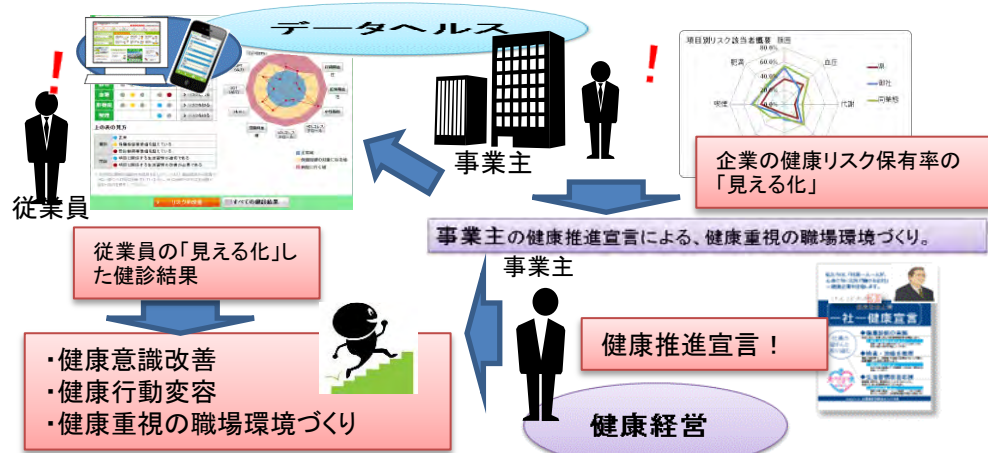
一社一健康宣言事業



【実施内容】

25年8月から本格勤奨開始し、宣言企業は287社、
被保険者24,153人が参加している

①健康意識の改善と健康行動が可能な職場づくり



②中小企業の実態に合わせた取組み工夫



【今後の展開等】

宣言企業へのフォローイベント
等の実施(WEBも含む)

宣言をベースとした関係団体等
との連携

将来的な期待できる効果

協会けんぽ全体1,963万人への波及

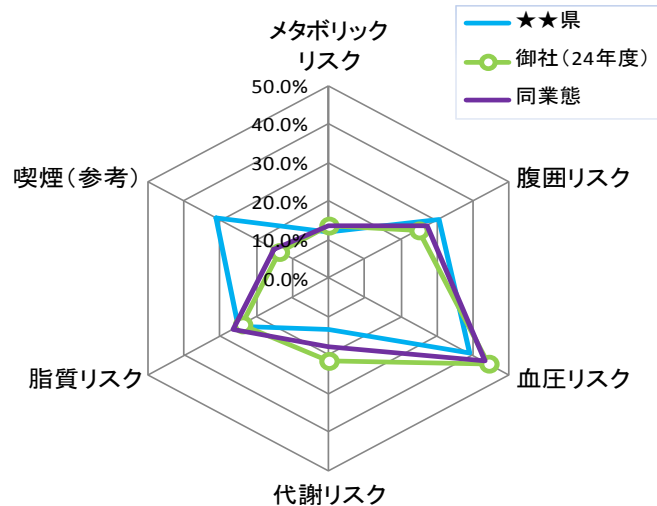
メンタルヘルス、ワークライフバランス改
善にも寄与。

事業所健康度診断(協会けんぽ)

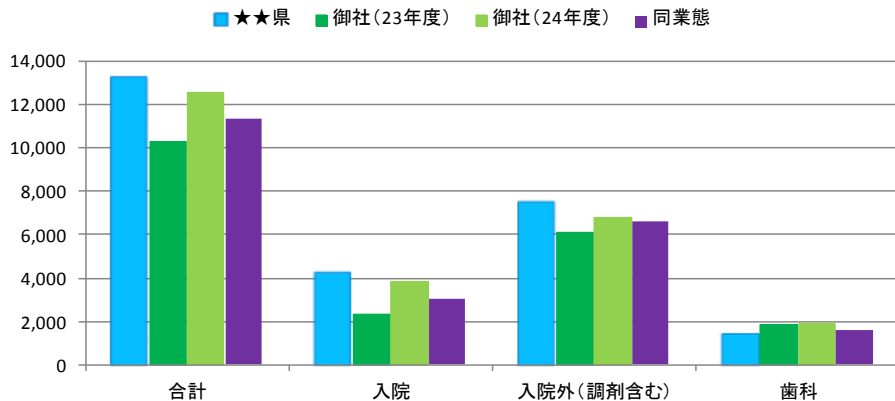
協会けんぽでは、保有する健診結果データ、医療費データを活用し、特定保健指導等の対象となる事業主に、全国・県・同業態と比較した健診結果(メタボ関連リスク保有率等)や医療費を示して、当該事業所における健康づくり意識の醸成や健康づくり事業の取り組みを支援している。

【事業所健康度診断の例】

生活習慣病のリスク保有率の比較



加入者1人当たりの月平均医療費の比較



〇〇〇製作所 様 事業所健康度診断

生活習慣病のリスク保有率の比較

※全国・★★県・同業態 は平成24年度データ

	メタボリック シンドロームの リスク保有率	腹囲リスク	血圧リスク	代謝リスク	脂質リスク	喫煙者の 割合 (参考)
全国平均	13.7%	34.1%	39.9%	14.3%	28.1%	34.9%
★★県	11.9%	30.5%	39.2%	13.3%	25.0%	31.1%
御社 23年度	8.3%	19.0%	47.1%	17.0%	18.1%	10.9%
御社 24年度	13.7%	24.9%	44.3%	21.4%	23.9%	13.7%
同業態平均(★★県)	13.7%	27.1%	43.1%	17.8%	26.4%	15.0%

加入者1人当たりの月平均医療費の比較(0歳~74歳)

23年度 1,351名 24年度 1,324名

	医療費	単位:(円)		
		入院医療費	入院外医療費	歯科医療費
全国平均	13,192	3,867	7,833	1,492
★★県	13,115	4,200	7,488	1,426
御社 23年度	10,264	2,336	6,116	1,812
御社 24年度	12,526	3,823	6,813	1,890
同業態平均(★★県)	11,324	3,050	6,636	1,638

御社の 24年度 総医療費: 199,012,170 円 (入院 60,738,820 円 / 入院外 108,237,100 円)
/ 歯科 30,036,250 円)

被保険者1人当たりの月平均医療費の比較(0歳~74歳)

23年度 1,106名 24年度 1,067名

	医療費	単位:(円)		
		入院医療費	入院外医療費	歯科医療費
全国平均	12,763	3,545	7,610	1,607
★★県	12,090	3,614	6,925	1,551
御社 23年度	9,541	1,652	6,036	1,853
御社 24年度	11,764	3,100	6,722	1,942
同業態平均(★★県)	10,069	2,237	6,196	1,637

御社の 24年度 総医療費: 150,564,540 円 (入院 39,674,440 円 / 入院外 86,036,080 円)
/ 歯科 24,854,020 円)

保険者機能強化アクションプラン（第2期）

（制定：平成24年7月23日）

- 協会けんぽでは、保険者機能を強化し、その機能を十分に発揮していくため、「保険者機能強化アクションプラン」を制定。アクションプランでは、保険者機能として新たに充実強化を図るべき事項を整理し、これまで各種の取組を実施。
- アクションプランは、3か年を1期として、平成24年に第2期のアクションプランを策定。「業務・システムの刷新」の節目となる平成26年度に向けて、さらに保険者機能の強化を図ることとしている。

1. 医療に関する情報の収集と分析

- (ア) 協会が保有するレセプト情報及び加入者の健診データ・保健指導データを最大限に活用する。
 - ・本部では、協会全体の基礎的なデータベースを構築するとともに、各種の情報リスト等を支部に提供する。
 - ・支部では、協会保有のレセプト情報等に加え、地方自治体や、医療関係団体等が提供する情報等を通じ、地域ごとの健康特性や疾病動向・受療動向、医療費や医療提供体制の現状を把握する。
- (イ) 加入者・事業主の医療制度・医療保険制度、医療の内容に関する意識、意見等を把握する。
 - ・本部では、加入者アンケートや協会モニター、対話集会等を活用して、加入者・事業主の声を聞く。
 - ・支部では、その実情に応じ、様々な機会を通じて、加入者・事業主の意見・意識を把握する。
- (ウ) (ア) 及び (イ) で得られた情報等を活用し、本部及び支部において、協会の保険者機能発揮・加入者利益の実現につながる分析を行う。
 - ・都道府県・二次医療圏単位の一人当たり医療費、平均在院日数、健診・保健指導結果、医療提供体制の状況、受診・受療率、疾病動向等の関係を分析する。
 - ・都道府県ごとにレーダーチャート等を作成し、支部において情報の活用をより一層進める。
- (エ) 医療機関等に関する情報について、医療の質の向上や医療費の適正化等につながる可能性のある情報（特定の傷病についての治療状況・平均在院日数・支払われた医療費、ジェネリック医薬品の使用割合等）の収集・分析手法を研究する。併せて、このような情報の患者・加入者への提供方法を検討する。
- (オ) 協会の保健医療に関する情報収集・分析能力の向上を図るため、特に支部において、医療費適正化や医療の質の確保につながる医療費データの分析等に関する調査研究を行い、主体性を失わない範囲で、調査研究に実績のある外部機関と提携し、あるいは医療費分析関係の有識者に参画を求めることも検討する。
- (カ) 協会の情報収集・分析を強化するための基盤として、「業務・システム刷新」において、統合データベースの構築、各種リストの支部への自動配信、検索・分析等のためのITツールの充実を進める。また、データの精度を高めるような工夫を行う。

2. 医療に関する情報の加入者・事業主への提供

- (ア) 1. で得られる情報を加入者・患者に対して分かりやすく提供し、地域の医療費の動向やこれに関連する要因についての理解を深めていただくとともに、限りある医療費を加入者皆で適切に利用していくという環境を醸成する。
 - ・救急医療機関の適切な利用や、小児救急医療電話相談事業の存在など加入者に対し、医療サービスや医療機関を適切に利用するための情報提供や啓発に努める。
 - ・現行の紙媒体による医療費通知を着実に実施していくほか、希望者にインターネットを通じた医療費の情報提供サービスを実施する。
 - ・柔道整復師、あんま・マッサージ・指圧師及びはり灸師の施術に係る療養費や治療用装具の作成に係る療養費の支給について適切な利用が図られるよう、啓発に努める。併せて必要な制度改善についての提言を行う。
- (イ) 加入者や事業主に対する広報については、リーフレットなど紙媒体による広報を継続しつつ、ホームページ、メールマガジンなどのITの活用を更に進める。本部・支部ともに、全国メディア、地元メディアへの発信力を強化すべく、工夫を行う。
- (ウ) 保健事業・公衆衛生に関わる非営利団体、都道府県等の行政機関や大学等の教育機関等と協力し、健康に関するセミナーの実施、健康づくりに関する共同25事業の実施などを通じて、加入者自らがあるいは事業主が職場において健康づくりに取り組む意識を高める。

- (エ) 加入者・事業主との距離を近づけ、一体感を醸成するため、次の取組みについて検討を行う。
- ① インターネットを活用して、加入者・事業主が協会からのお知らせを入手し、協会への意見を述べることを可能とする新たな場の設置
 - ② 加入者相互間で医療機関に関する情報を共有できるサイトの構築
 - ③ ホームページ、メールマガジンや広報誌において、従業員に対して特色ある健康づくり運動を実施している中小企業・小規模企業を紹介するなど、加入者・事業主の活動を互いが知りあえる場のニーズの把握

3. 都道府県など関係方面への積極的な発信

- (ア) 協会の財政基盤を強化し、加入者・事業主の保険料負担を軽減するため、加入者・事業主と一体となった取組みを進める。
- (イ) 1. で得られる情報やその分析結果を基に、国や都道府県など医療政策に携わる行政機関等に対して、積極的に政策提言を行う。
- ・本部では、中央社会保険医療協議会をはじめ関係審議会等において、加入者・事業主の立場に立った保険者としての意見を積極的に発信する。
 - ・支部では、都道府県の政策関係部局をはじめ、地方公共団体に対して、積極的に政策提言を行うとともに各種協議会等に積極的に参画し、意見を積極的に発信する。
 - ・協会の職員が公衆衛生学会や産業衛生学会等に参加し、医療費の分析結果や保健指導の成果等の研究成果を発表する。

4. 他の保険者との連携や共同事業の実施

- (ア) 3. の政策提言や情報発信を行うに当たっては、健康保険組合や市町村、後期高齢者医療広域連合など他の保険者との連携を図り、できるだけ共同で行う。中央社会保険医療協議会をはじめ関係審議会等においては、良質かつ効率的な医療提供の実現を目指し、患者の立場及び保険料を負担する立場に立った意見を発信する。
- (イ) 高齢者医療への拠出金等を負担している保険者として、高齢者医療制度の見直しや高齢者に係る医療費の適正化等について、他の被用者保険者とともに、積極的に意見発信を行う。
- (ウ) 本部及び支部において、他の保険者とも意見交換を行いつつ、レセプト情報の分析等の調査研究や保健事業、医療費適正化に向けた取組みを共同して実施するなどの取組みを進める。

5. 保健事業の効果的な推進

- (ア) 保健指導をはじめとした生活習慣病予防対策の効果的な実施に取り組む。健診・保健指導の結果データとレセプト情報を突合せ、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評価、検証し、加入者に合った保健指導、あるいは適切な受診勧奨を行う。
- (イ) 保健事業の効果的な推進を図るため、パイロット事業を実施し、その成果を広めていく。好事例を検証し、支部独自の取組みを強化する。
- (ウ) 自治体等と連携し、特定健康診査や特定保健指導の推進を図るとともに、健康づくりや生活習慣改善に関する教育や相談、普及啓発等、地域の実情に応じて、創意工夫を活かし、保健事業を推進する。

6. ジェネリック医薬品の使用促進

- (ア) 調剤薬局においてジェネリック医薬品に切り替えた場合の軽減額効果を薬剤交付時に提供する仕組みが導入されたことを踏まえ、加入者の視点から、ジェネリック医薬品の使用を促進するための各般の方策を進める。
- (イ) ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額の軽減効果を通知するサービスを継続しつつ、その効果を更に着実なものとするよう、加入者への広報、医療機関関係者、薬局関係者への働きかけ等を進める。

健康保険組合について

平成26年5月19日
厚生労働省保険局

被用者保険の現状と課題

1. 協会けんぽの財政基盤

- ・協会けんぽの保険料率は大きく上昇
9.34% (22年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (24年度～)

2. 被用者保険者間の財政力の格差

- ・被保険者一人あたり標準報酬総額
協会けんぽ372万円、健保組合542万円 (26年度)
- ・健保組合の保険料率
最低: 4.8% 最高: 12.1% (平均8.86%) (26年度)

3. 高齢者医療への拠出金負担

- ・義務的支出に占める高齢者医療拠出金(後期、前期)の割合
健保組合・・・43.5% (20年度) → 45.1% (23年度) → 47.7% (26年度)
協会けんぽ・・・39.0% (20年度) → 39.4% (23年度) → 41.9% (26年度)
- ・保険料率の推移
健保組合・・・7.4% (20年度) → 8.0% (23年度) → 8.9% (26年度)
協会けんぽ・・・8.2% (20年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (26年度)

国庫補助の水準の検討

協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長(健保法等の一部を改正する法律)。

平成27年度以降の協会けんぽの国庫補助の水準について、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

全面総報酬割の検討

後期高齢者支援金の負担方法を、全面的に各被用者保険者等の総報酬に応じた負担することについて、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

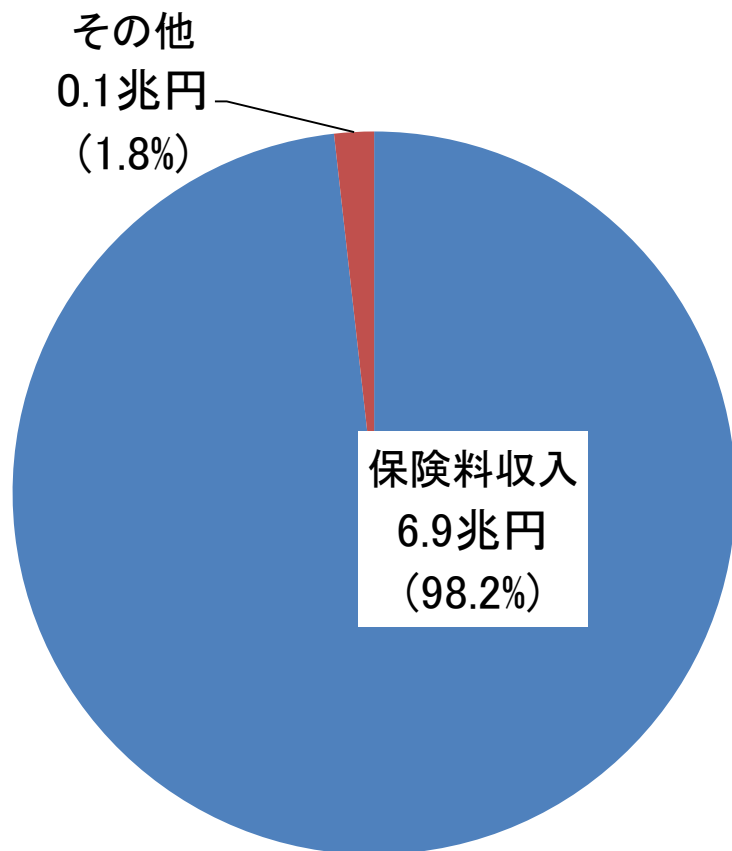
高齢者医療制度の在り方

高齢者医療制度の費用負担の在り方について、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

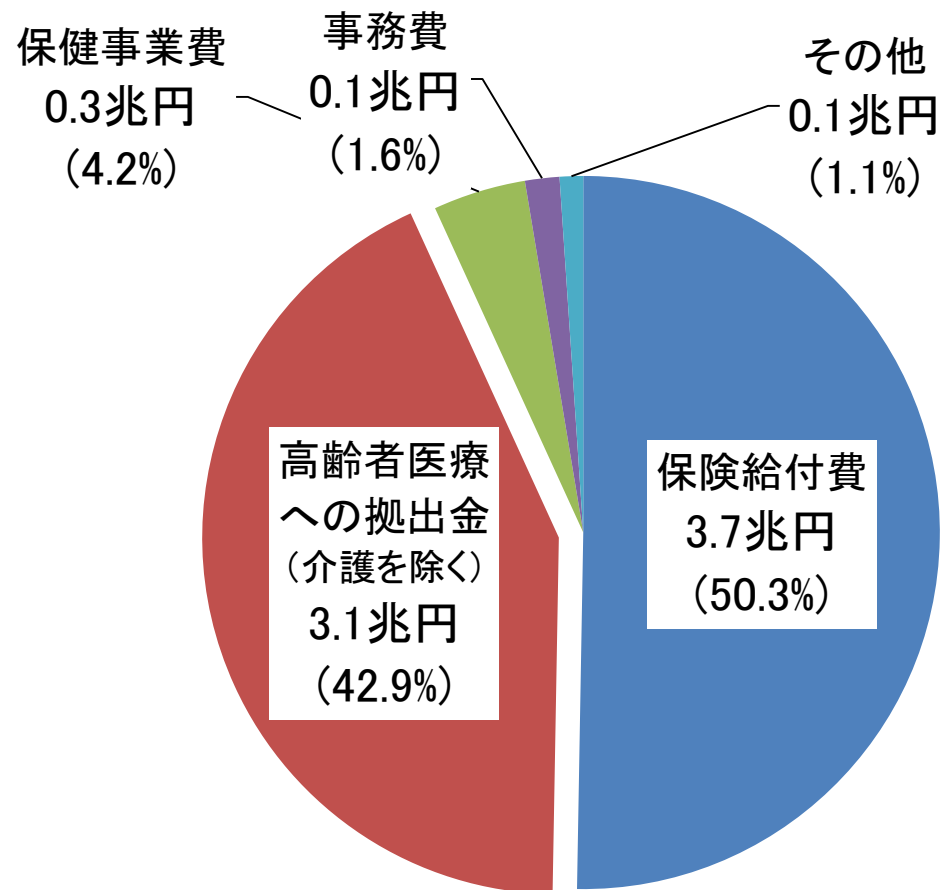
健康保険組合の財政構造（24年度決算見込）

○ 健保組合の経常収支は約7兆円だが、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年度では約2,600億円増加。平成25年度もさらに約1,600億円増加の見込み。

経常収入 7兆0,057億円



経常支出 7兆3,033億円

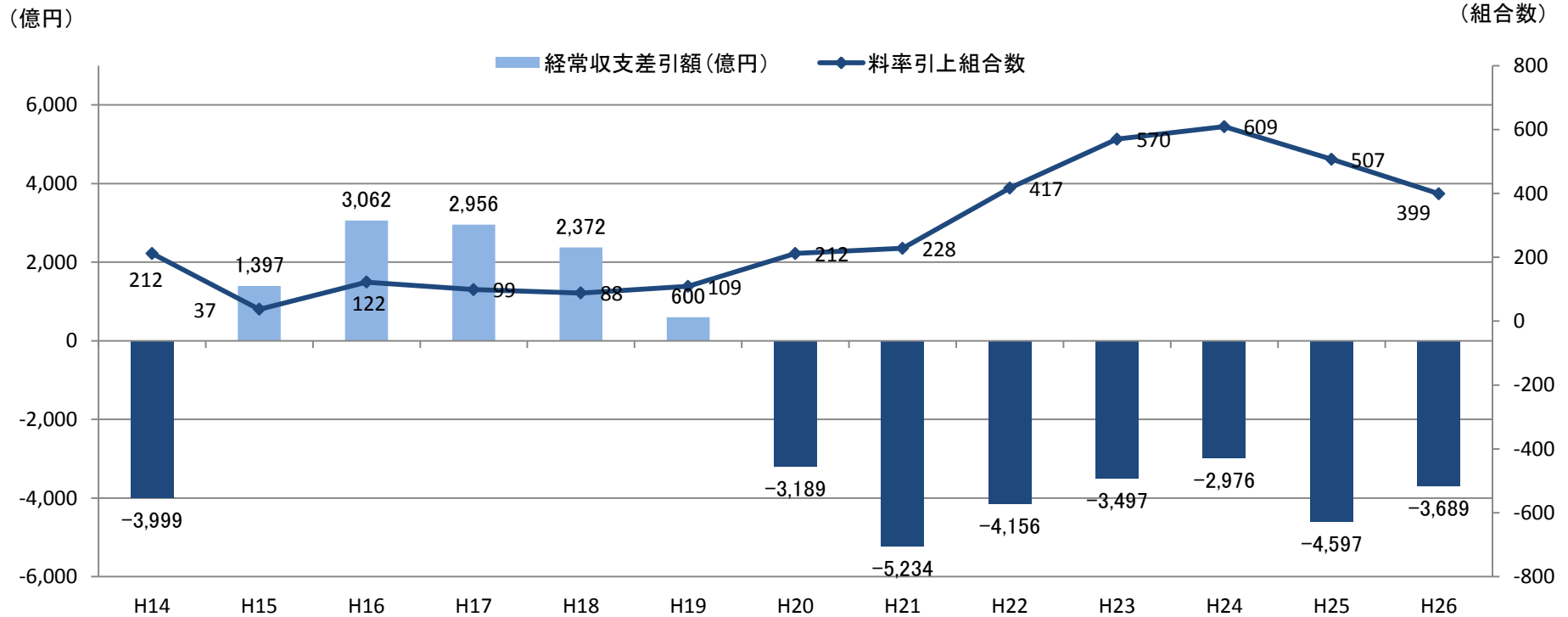


(注) 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

健康保険組合の財政状況

26年度予算早期集計（平成26年4月18日健保連公表）

- ・ 保険料率の引上げ：健保組合全体の3割
 → 平均保険料率（8.63%→8.86%） 対前年度伸び率2.6%
- ・ 単年度赤字：健保組合全体の8割 → 全体では約3,689億円の経常赤字



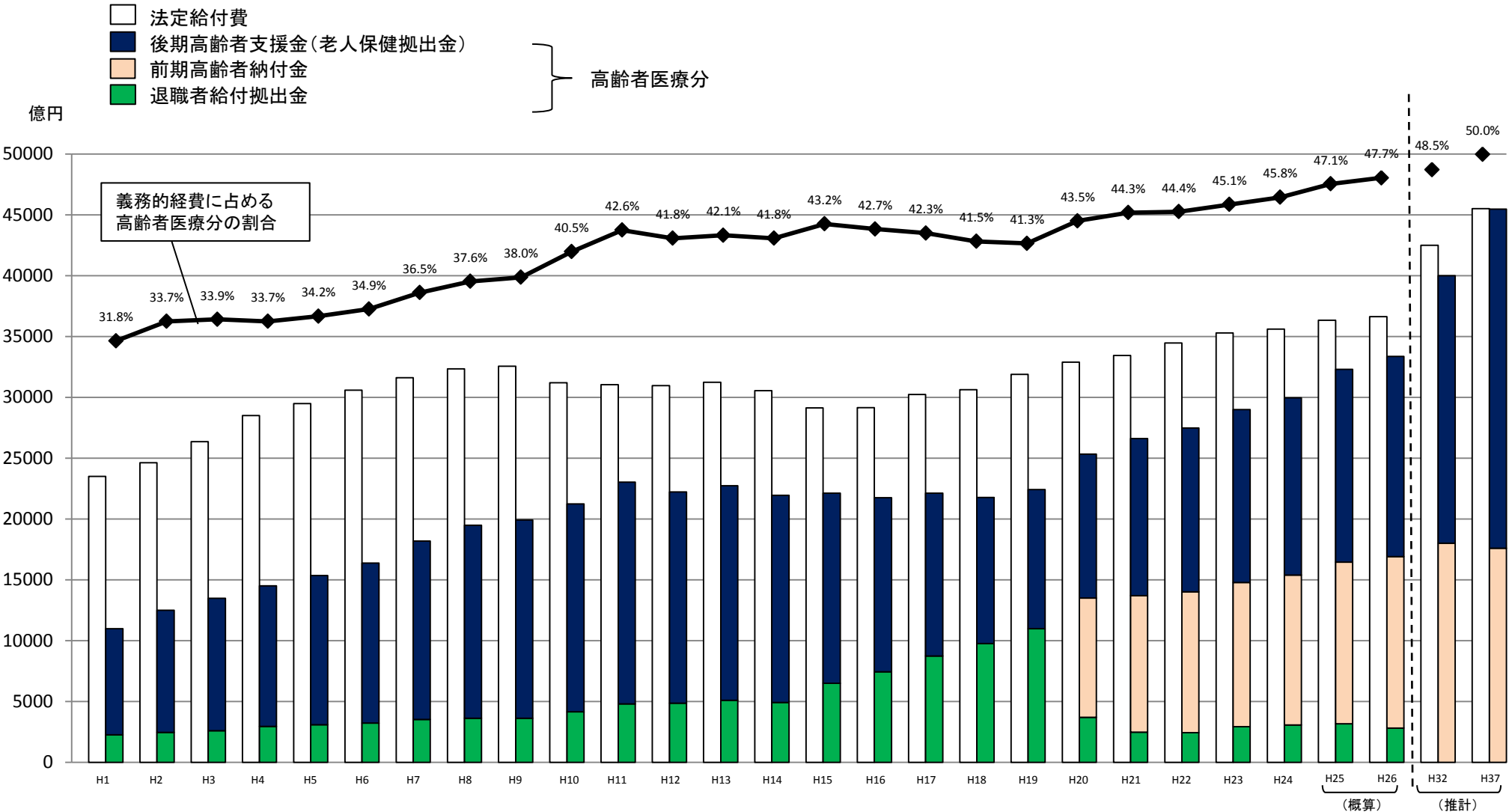
	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
準備金等残高(億円)	35,187	33,438	37,069	40,414	43,170	44,110	42,155	38,809	35,751	33,742	32,133	-	-

(注1) 平成14～23年度までは決算、24年度は決算見込、25年度は予算、26年度は予算早期集計の数値である。

(注2) 保険料率引き上げ組合数は、14～24年度までは前年度決算、25年度は24年度決算見込との比較。26年度は予算データ報告組合(1,376組合)と25年度予算との比較である。

高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)

○ 健保組合の高齢者医療への拠出負担は増加しており、義務的経費に占める割合は平成26年度47.7%となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成24年度までは実績額を、平成25年度及び平成26年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成24年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成25年度及び平成26年度は概算賦課額。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度以降は3分の1総報酬割としている。

※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

参考資料

健康保険組合の概要

1. 組織

- (1) 健康保険組合とは、健康保険法に基づき、健康保険事業を行う公法人である。
(平成26年4月1日現在：1,410組合)
- (2) 健康保険組合は、その組織形態により2つの種類に分けられる。
 - ・ 単一組合：1企業により組織された組合（被保険者数：700人以上）
 - ・ 総合組合：同種同業の事業主等で組織された組合（被保険者数：3,000人以上）

2. 事業内容

健康保険組合は、健康保険事業として、被保険者等に対する保険給付と保健福祉事業を行っている。

- (1) 保険給付
 - ・ 法定給付：健康保険法に定める給付
 - ・ 付加給付：法定給付の内容を補充するもの。例えば、出産育児一時金（法定42万円）に上乗せ。
- (2) 保健事業及び福祉事業
例：人間ドックの実施、歯科検診の実施、健康相談、保養所の運営等

3. 費用負担

- (1) 健康保険組合の事業運営に必要な費用は、被保険者及び事業主の負担する保険料によって賄われている。財政窮迫組合等を除き、保険給付費等に係る国庫補助は投入されていない。
- (2) 健康保険組合の一般保険料率は、標準報酬月額及び標準賞与額に対し、30～120%の範囲内で設定し、厚生労働大臣の認可を受けて、個々の組合ごとに定めることとなっている。
- (3) 保険料率をはじめとして、組合の運営は労使からなる組合会により決定される。
- (4) 義務的支出のうち、後期高齢者支援金等の拠出金の負担が半分近くを占めている。

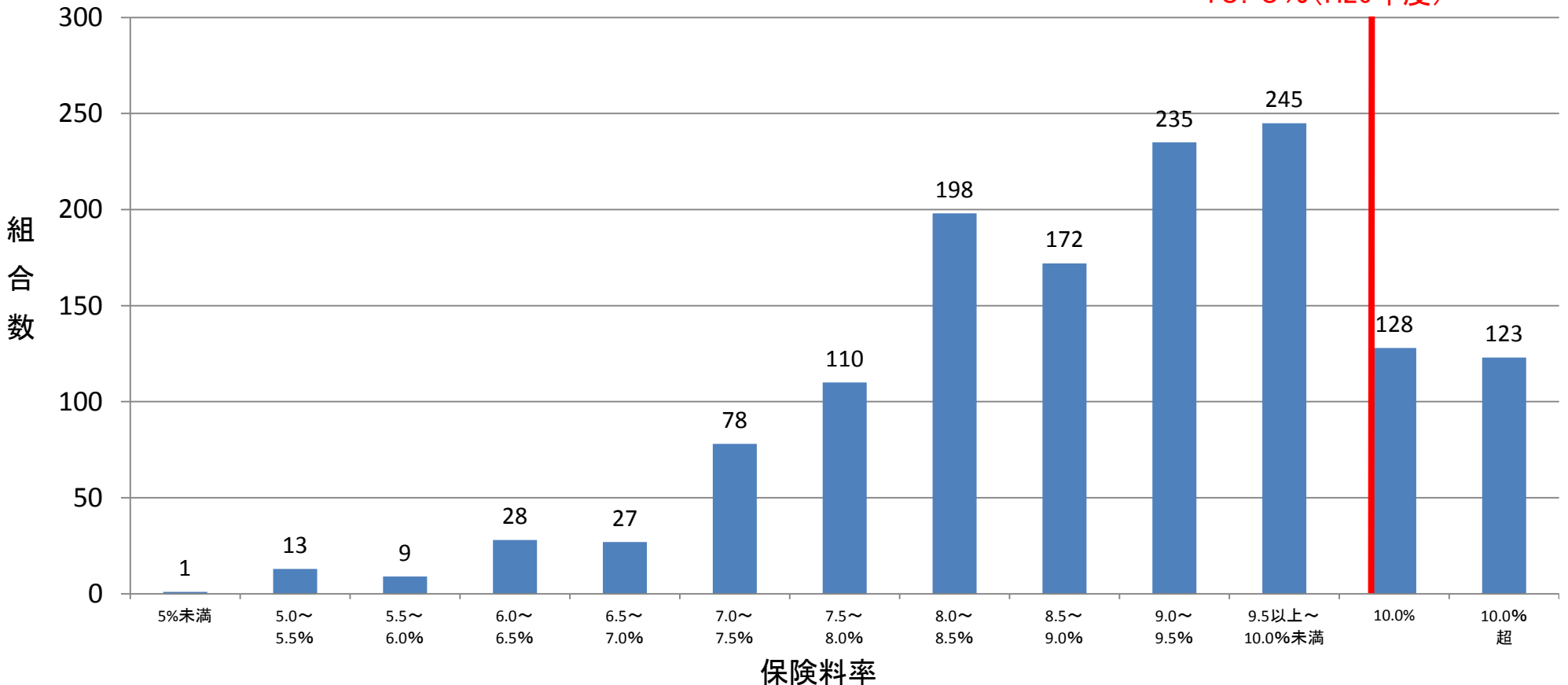
健康保険組合の保険料負担について

健康保険組合の保険料率は、保険者間において差があり、平成26年度の健康保険組合の保険料率については、最低4.8%、最高12.1%となっている。

また、協会けんぽの保険料率(10.0%)を超えている健康保険組合が123組合ある。

全組合の平均 8.86%
(26年度予算早期集計: 1,367/1410組合)

協会けんぽの保険料率
10.0%(H26年度)

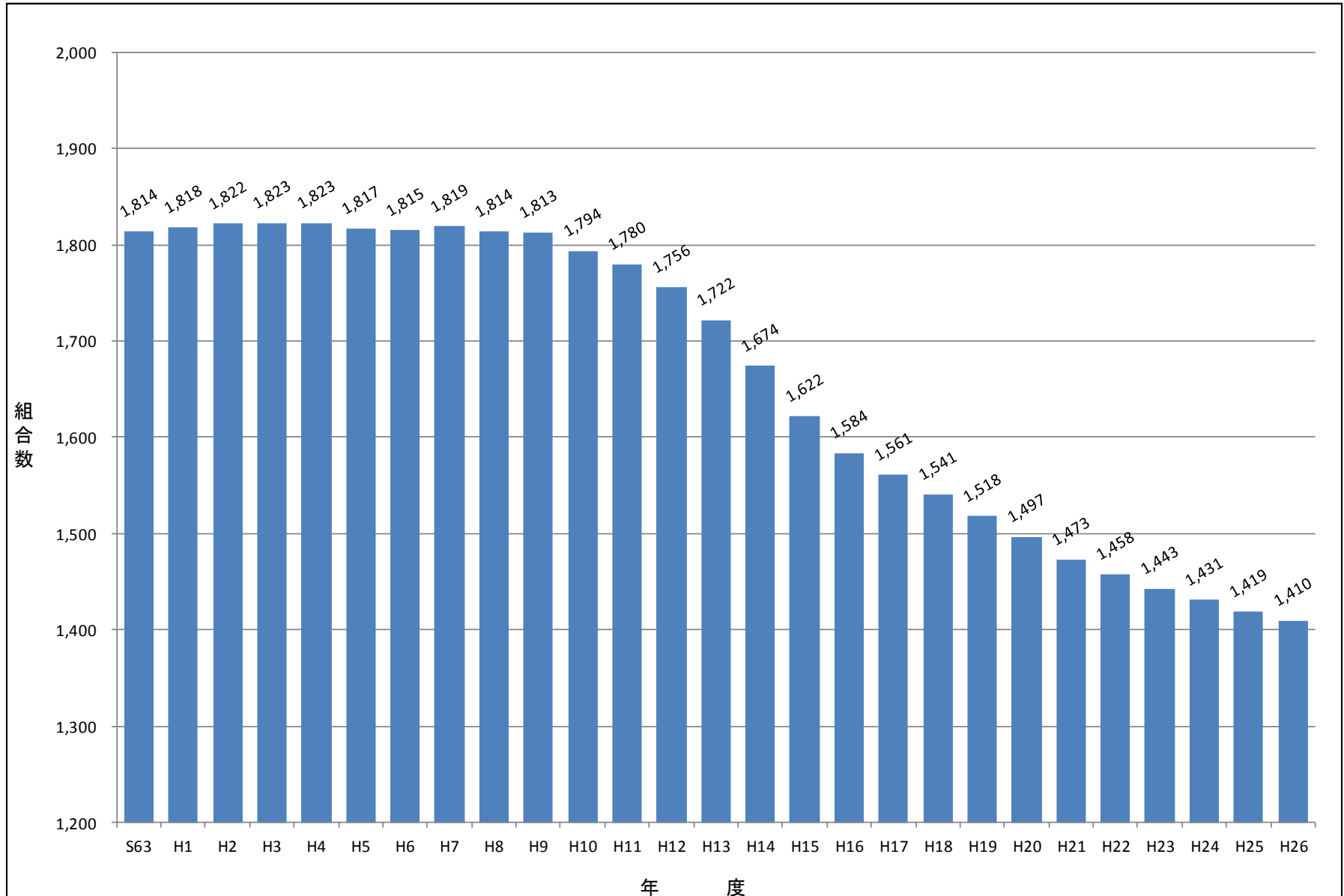


(注1) 保険料率には調整保険料率を含む。

(注2) 被保険者の負担割合(単純平均)は45.3%。

健康保険組合数

平成26年4月1日現在



※S63～H25年度の年度末日に存続していた組合数であり、H26年度は直近(H26.4.1)の存続組合数である。

健保組合の収支状況（医療分）

（単位：億円）

		24年度	25年度	26年度		
		決算見込	予算	予算早期集計	備考	
収 入	保険料収入	68,781	71,062	72,982	平均保険料率 24年度 8.34% 25年度 8.64% 26年度 8.86%	
	その他	1,275	1,146	1,173		
	計	70,057	72,208	74,155		
支 出	保険給付費	36,727	38,405	38,977	⇒ +332 ⇒ +215 ⇒ ▲291 } 256 対25年度比	
	老人保健拠出金	2	1	0		
	前期高齢者納付金	12,985	13,655	13,987		
	後期高齢者支援金	15,079	15,818	16,033		
	退職者給付拠出金	3,265	3,425	3,134		
	病床転換支援金	0	0	0		
	その他	4,975	5,501	5,712		
	計	73,033	76,804	77,844		
単年度収支差		▲2,976	▲4,597	▲3,689		
準備金・別途積立金残高		32,133	—	—		

（注）1. 平成26年4月18日 健康保険組合連合会公表資料「平成26年度健康保険組合予算早期集計の結果の概要」ベース。

2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

高齢者医療制度について

平成26年5月19日
厚生労働省保険局

高齢者医療制度

- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

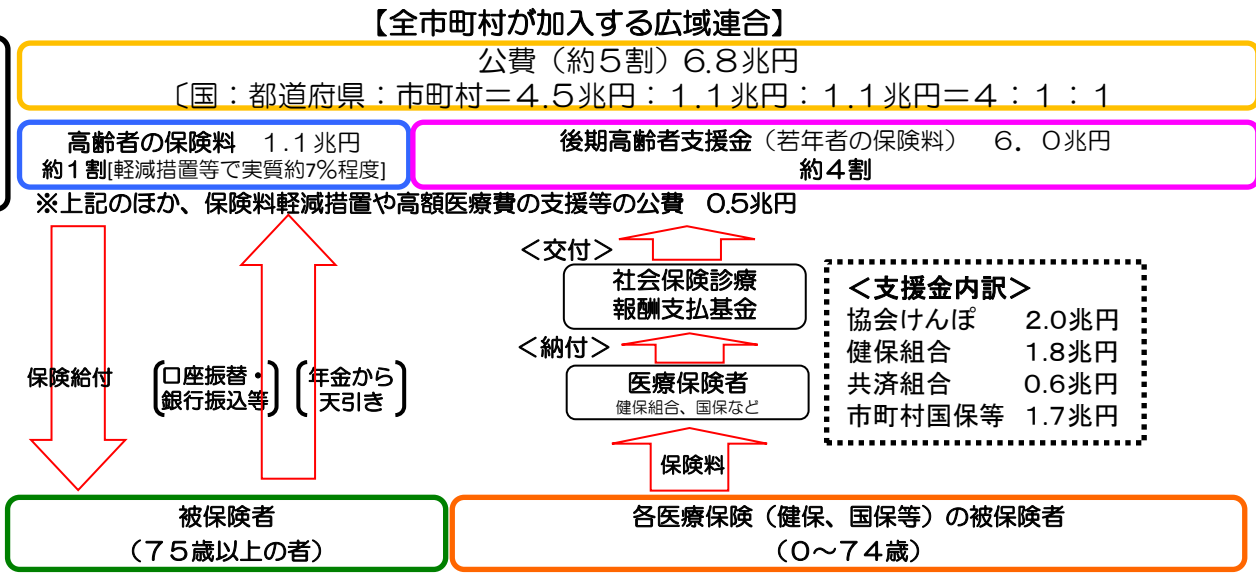
後期高齢者医療制度

<対象者数>
75歳以上の高齢者 約1,600万人

<後期高齢者医療費>
15.6兆円（平成26年度予算ベース）
給付費 14.4兆円
患者負担 1.2兆円

<保険料額（平成26・27年度見込）>
全国平均 約5,670円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は約370円/月

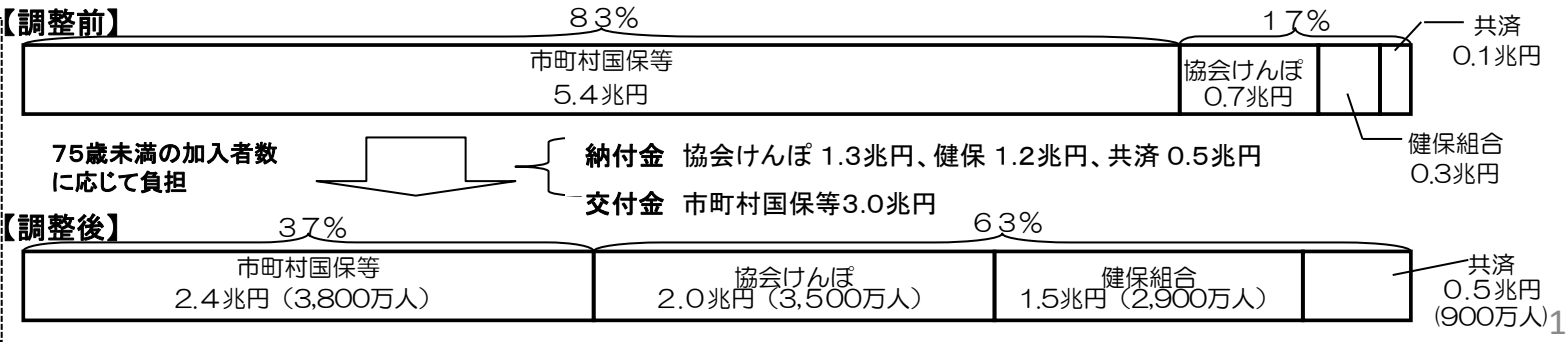
患者
負担



前期高齢者に係る財政調整

<対象者数>
65～74歳の高齢者
約1,600万人

<前期高齢者給付費>
6.5兆円
（平成26年度予算ベース）



高齢者医療制度の在り方に関する近年の議論

平成20年4月 後期高齢者医療制度、前期財政調整施行

○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
- ・保険料納付について口座振替と年金引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22年12月 厚生労働省高齢者医療制度改革会議とりまとめ

○後期高齢者医療制度の廃止等

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。

平成25年8月 社会保障制度改革国民会議報告書

○後期高齢者医療制度は、十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当。

※以下等を指摘。

- ・・・後期高齢者支援金全面総報酬割、協会けんぽ国庫補助率と高齢者医療の費用負担の在り方の検討、70～74歳の患者負担の段階的見直し

平成25年12月 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」成立

○持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

- ・協会けんぽの国庫補助率や高齢者医療の費用負担の在り方
- ・国保・後期高齢者医療の低所得者の保険料負担軽減
- ・後期高齢者支援金の全面総報酬割
- ・70～74歳の患者負担特例措置及び高額療養費の見直し 等

○政府は、上記の措置を平成26～29年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成27年常会に提出することを目指す。

○上記等の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行う。

平成26年4月 低所得者の保険料軽減対象拡大、70～74歳患者負担見直し等を実施

高齢者医療制度の主な課題

〈視点〉

- 現行制度を基本としつつ、高齢者が安心して医療を受けられるよう、安定した制度運営に向けて改善を図る。
 - ・世代間・世代内の公平を図る
 - ・負担能力に応じた負担とする
 - ・高齢者を支える国保・被用者保険の財政基盤の安定を図る
 - ・団塊世代の影響に対応する
 - ・保険料・公費・患者負担をどう組み合わせるか

○増大せざるを得ない高齢者の医療費をどう分かち合うか

【後期支援金】

- ・高齢者増等により後期支援金が増大。加入者割(1/3総報酬割)により、被用者保険者間の負担に偏りがある。

※支援金に必要な保険料率で見ると、健保組合間で2倍以上の格差あり

【前期財政調整】

- ・団塊世代が前期高齢者に達することにより、納付金の大幅増加が見込まれる。

※被用者保険から国保に対し、前期納付金として3.0兆円を交付(平成26年度)
※前期高齢者は支え手と位置付けられ、直接的な公費投入が行われていない
※義務的支出に占める拠出金(前期・後期)の割合(健保組合)
45.1%(23年度)→48.5%(32年度推計)

【後期支援金】

- ・負担能力に応じた公平な負担の在り方(全面総報酬割)

【前期財政調整】

- ・団塊世代の影響による負担増に対する分かち合い

- ・平成20年度からの保険料の特例軽減により、世代間・世代内で不公平が生じている。

※均等割9割軽減の場合の保険料月額(年金収入80万円ケース)
後期370円(対年金収入比0.56%) ↔ 国保2,650円(3.97%) [7割軽減]

- ・高齢者の負担に配慮しつつ、保険料の特例についての段階的見直しの検討

○保健事業等により高齢者の医療費の伸びを適正化していく

○関係者の意見を聞きながら、広域連合による運営の向上を図る

高齢者医療の費用負担

社会保障制度改革国民会議 報告書（抄）

（平成25年8月6日社会保障制度改革国民会議）

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

（1）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

- 後期高齢者支援金に対する負担方法について、健康保険法等の一部改正により被用者保険者が負担する支援金の3分の1を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とすること（総報酬割）を2013（平成25）年度から2年間延長する措置が講じられているが、支援金の3分の2については加入者数に応じたものとなり、そのために負担能力が低い被用者保険者の負担が相対的に重くなっている、健保組合の中でも3倍程度の保険料率の格差がある。この支援金負担について、2015（平成27）年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総数約1400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相当に縮小することにもなる。
- また、上記の健康保険法等の一部改正法の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとり、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある。その際、日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組合間で保険料率に大きな格差があること、その他被用者保険の状況等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組むことも検討が必要である。
- なお、後期高齢者医療制度については、創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である。

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律

（平成25年12月13日公布・施行）

第4条

- 7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。
 - 一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項
 - ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）附則第2条に規定する所要の措置
※附則第2条は、協会けんぽ国庫補助率について、「高齢者医療に要する費用負担の在り方についての検討状況等を勘案し、平成26年度までの間に検討を行い、必要があると認められるときは、所要の措置を講ずる」と規定している。
 - 二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項
 - ロ 被用者保険等保険者に係る高齢者医療確保法第118条第1項に規定する後期高齢者支援金の額の全てを当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすること
- 8 政府は、前項の措置を平成26年度から平成29年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを旨とする。
- 9 政府は、第7項の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行うものとする。

社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(抄)

(平成23年12月6日)

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。
- 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。

5. 協会けんぽの財政健全化の取組

協会けんぽについては、リーマンショックによる被保険者の報酬の下落等による財政悪化を受け、平成24年度末までの間、被用者保険における後期高齢者支援金の3分の1を、総報酬割とするとともに、国庫負担割合を13%から16.4%に引き上げる等の特例措置を講じている。

しかしながら、平成21年度から3年連続で保険料率が上昇しており、平成24年度には10%を超える見込みであり、健保組合との保険料率の乖離が急速に拡大している。

- 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。

社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(抄)

(平成25年1月9日)

2. 高齢者医療制度における支援金の負担の在り方等

- 高齢者医療制度の見直しについては、平成24年6月15日の3党(自公民)の確認書において、「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」とされ、その後成立した社会保障制度改革推進法の規定において、社会保障制度改革国民会議の検討事項とされている。
- 他方、大綱において、「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。」こととされていることから、当部会では、支援金の総報酬割の在り方を中心に高齢者医療制度の在り方について検討を行った。
- 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な制度であることから、将来的には全面総報酬割に移行すべきとの意見が多かった。他方、総報酬割は被用者保険者間の負担の付け替えでしかなく、納得できないという意見もあった。
- 総報酬割とすべきかどうかは、所得格差の状況を含め医療保険制度全体の負担の公平性に関する議論が必要であり、社会保障制度改革国民会議等における高齢者医療制度全体の議論の中で検討すべきとの意見があった。また、全面総報酬割に移行する際は、高齢者医療制度への公費拡充等の改革とセットで議論されるべきとの意見があり、協会けんぽに投入されている公費のうち、全面総報酬割によって不要となる部分について、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見があった。

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

・退職者加入による国保財政への影響を是正するため、被用者年金被保険者期間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。

※平成14年から19年にかけて、対象年齢の引上げ(70歳→75歳)、公費負担割合の引上げ(3割→5割)を実施。また、加入者按分率拡大、老人加入率上限撤廃等調整方法を逐次改正。

※高齢者の患者負担について、定率1割負担導入(平成13年)、現役並み所得者の負担割合引上げ(平成14年2割、平成18年3割)等を実施。

※それでもなお、①高齢者と現役世代の費用負担関係が不明確、②保険料を納める主体と使う主体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。

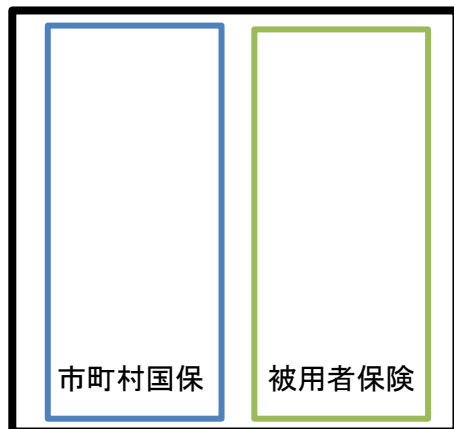
平成20年 後期高齢者医療制度、前期財政調整施行

・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する独立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。

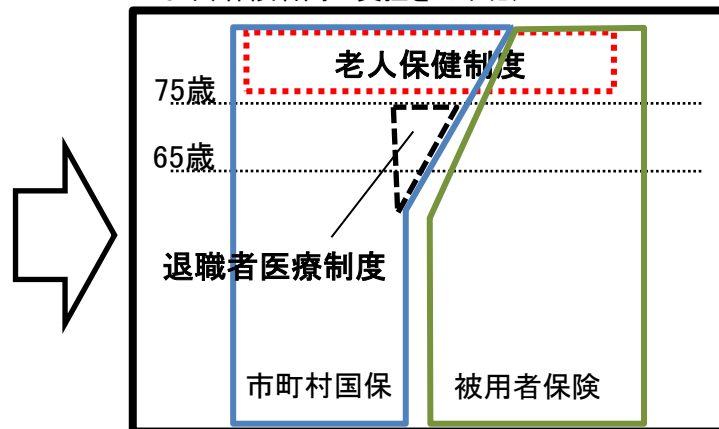
昭和58年まで

(個々の保険者内での世代間の支え合い)



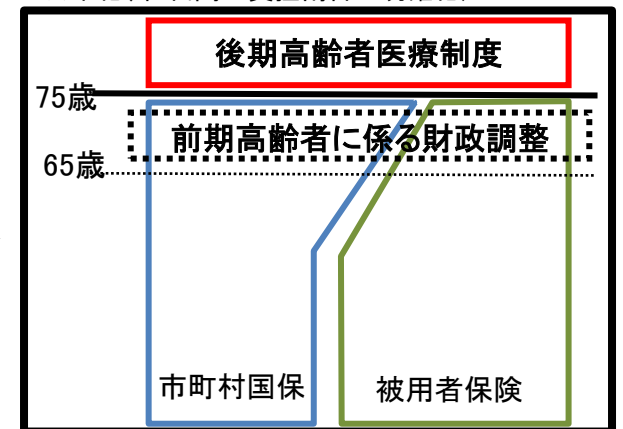
老人保健制度、退職者医療制度

(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加え、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)

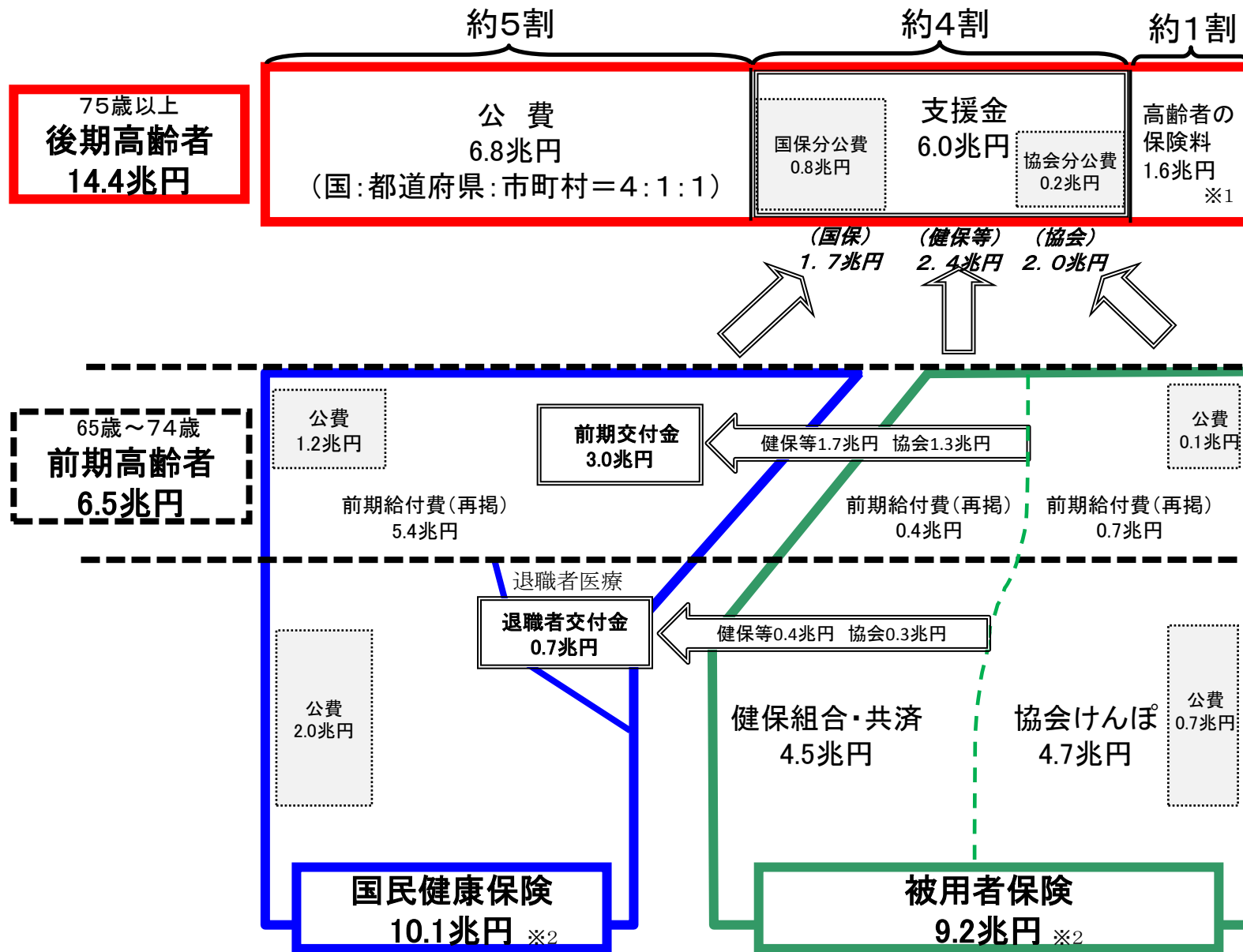


各制度の比較

	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とし、各保険者の共同事業とする	被用者年金被保険者期間が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	75歳以上の者を対象として独立した制度	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
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歳へ引き上げ	65歳未満の国保加入者で、被用者年金被保険者期間が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) ※被用者保険者分の支援金は1/3を総報酬割で算定(平成22～24年度実施、平成25・26年度延長)	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

医療保険制度の財源構成

(平成26年度予算ベース)

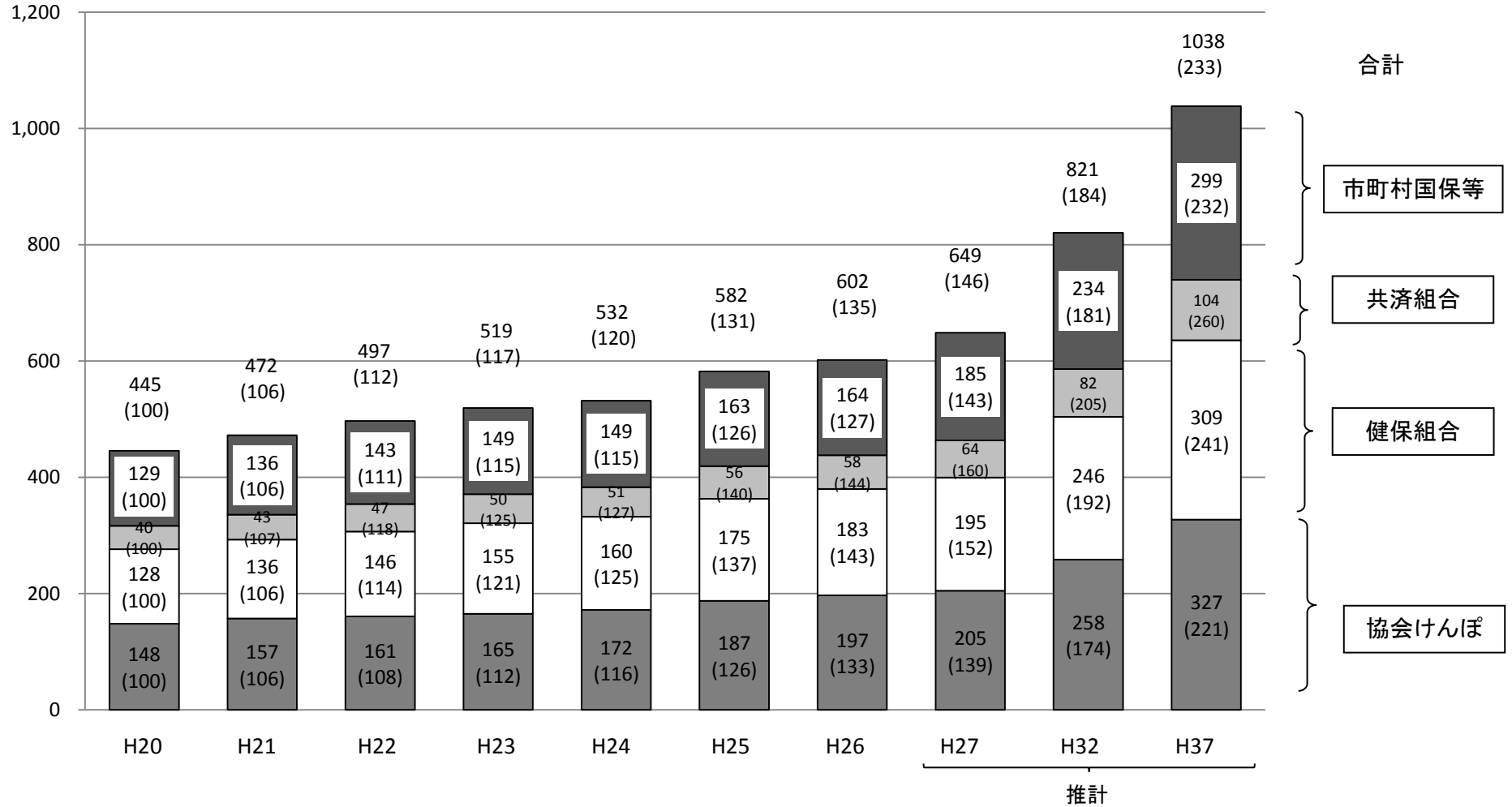


※1 後期高齢者の保険料は、低所得者等に係る軽減分を考慮していない(保険料軽減措置や高額医療費の支援等の公費0.5兆円を含む)。

※2 国民健康保険(10.1兆円)及び被用者保険(9.2兆円)は、各制度の給付費を示しており、他制度への納付金や支援金を含まない。

後期高齢者支援金の推移

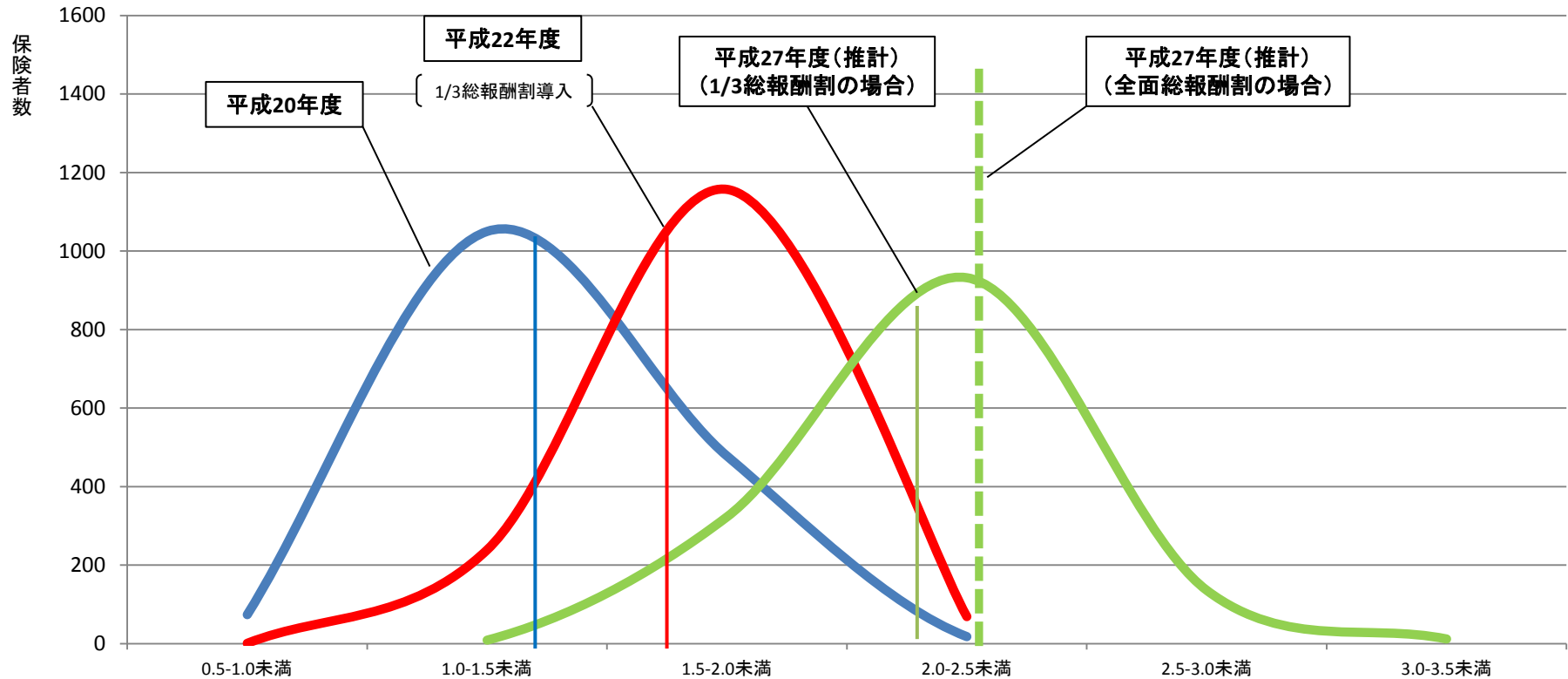
(単位: 百億円)



※平成20年度から平成24年度は確定賦課額、平成25年度及び平成26年度は概算賦課額、平成27年度以降は「税と社会保障の一体改革試算」現状投影ベースの推計。
 ※平成20年度の後期支援金は11か月分であるため、満年度化している。()内は平成20年度を100とした場合の値。
 ※前期納付金のうち後期支援金に係る分は被用者保険者の後期支援金としている。
 ※端数処理の関係上、金額が合わない場合がある。
 ※「医療保険に関する基礎資料」(保険局)等を基に作成。

健保組合の後期支援金に係る所要保険料率

○75歳以上の高齢者増等により、被用者保険者の後期支援金に係る所要保険料率は全体として高まっている。全面総報酬割を導入した場合、所要保険料率は全ての被用者保険者で同じ水準になる。



H20平均 1.34% (100)	H22平均 1.64% (122)	H27平均 1/3 2.11% (158)	H27平均 全面 2.28% (170)
-------------------------	-------------------------	--------------------------------	-------------------------------

1.18~1.63%の 範囲(0.45%)に 2/3が該当	1.50~1.86%の 範囲(0.36%)に 2/3が該当	1.93~2.43%の 範囲(0.50%)に 2/3が該当
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

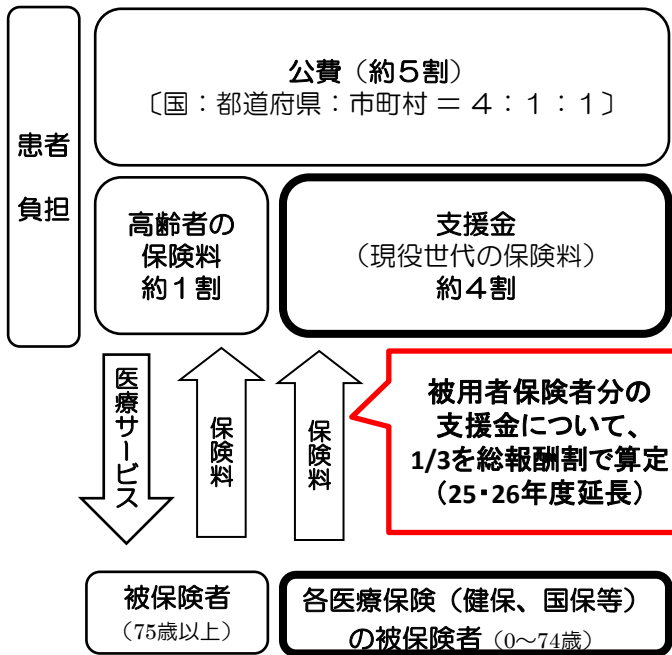
後期支援金に係る
所要保険料率
(%)

※()内は平成20年度を100とした場合の値
 ※平成20年度及び平成22年度は実績、平成27年度は推計。
 ※対象組合数は平成20年度1,505、平成22年度1,467、平成27年度1,414。

後期高齢者支援金の総報酬割について

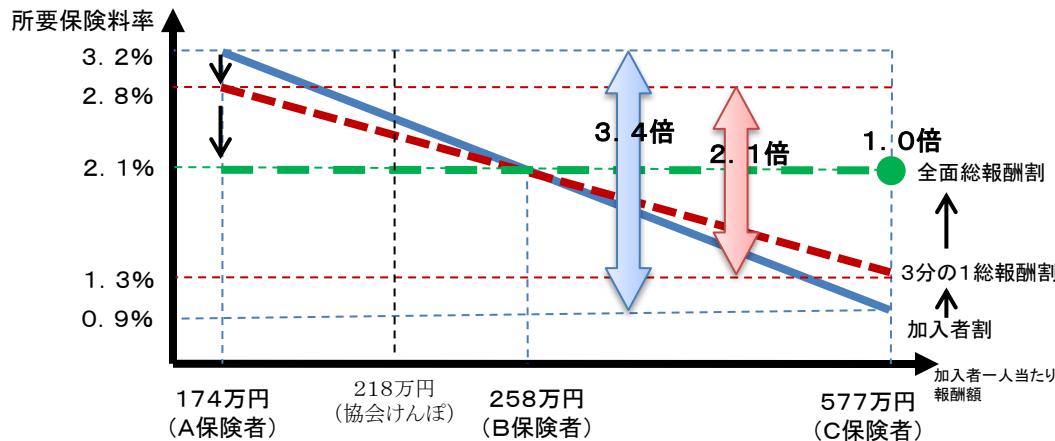
- 75歳以上の医療給付費は、高齢者の保険料（約1割）、現役世代の保険料による後期高齢者支援金（約4割）、公費（約5割）により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、原則、各保険者の加入者数（0～74歳）で按分しているが、被用者保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、財政力の弱い協会けんぽの財政支援を行うとともに、負担能力に応じた費用負担とする観点から、被用者保険者間の按分について、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入している（国保と被用者保険の間では、加入者割を維持）。【平成22年度から24年度に実施、平成25・26年度延長】

75歳以上の医療給付費に係る費用負担の仕組み



支援金内訳
（平成26年度予算）
（1/3総報酬割の場合）
協会けんぽ2.0兆円
健保組合1.8兆円
共済組合0.6兆円
市町村国保等1.7兆円

加入者割から3分の1総報酬割、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）



加入者割から3分の1総報酬割にした場合に負担増・負担減となる保険者（平成27年度推計）

	健保組合	共済
負担増	899	81
負担減	503	4

（注）平成26年度予算ベースの推計

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。

《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。

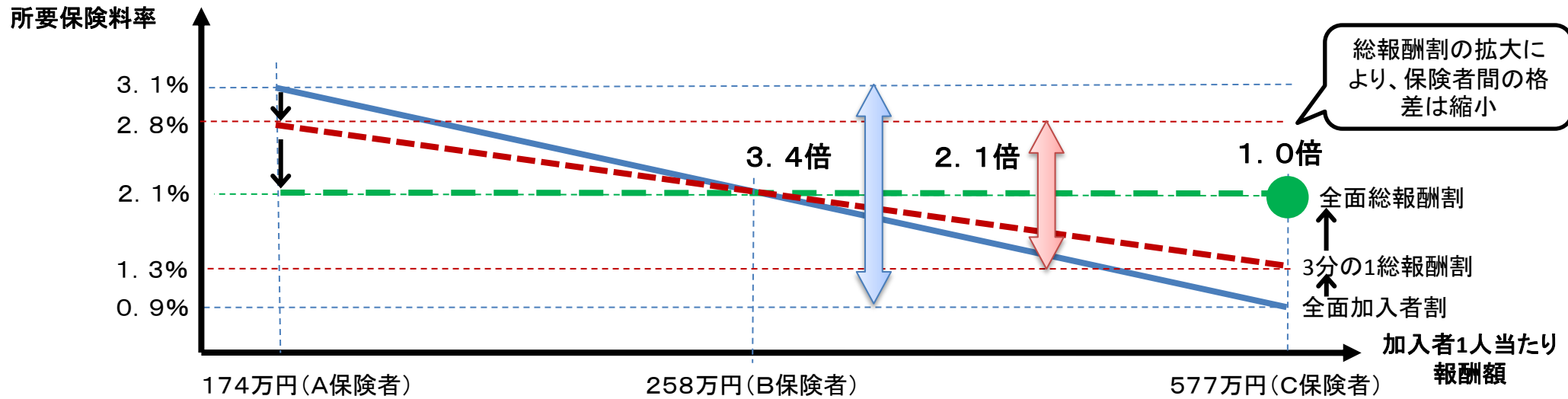
	A保険者	B保険者
支援金負担総額	5,000万円 ← 同じ → 5,000万円	
加入者1人当たり支援金負担額 (支援金負担総額 ÷ 加入者数)	50,000円 ← 同じ → 50,000円	
所要保険料率 (支援金負担総額 ÷ 総報酬額)	3.33% ← 4倍 → 0.83%	

財政力の弱い組合の負担が大きくなる。

	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26年度—

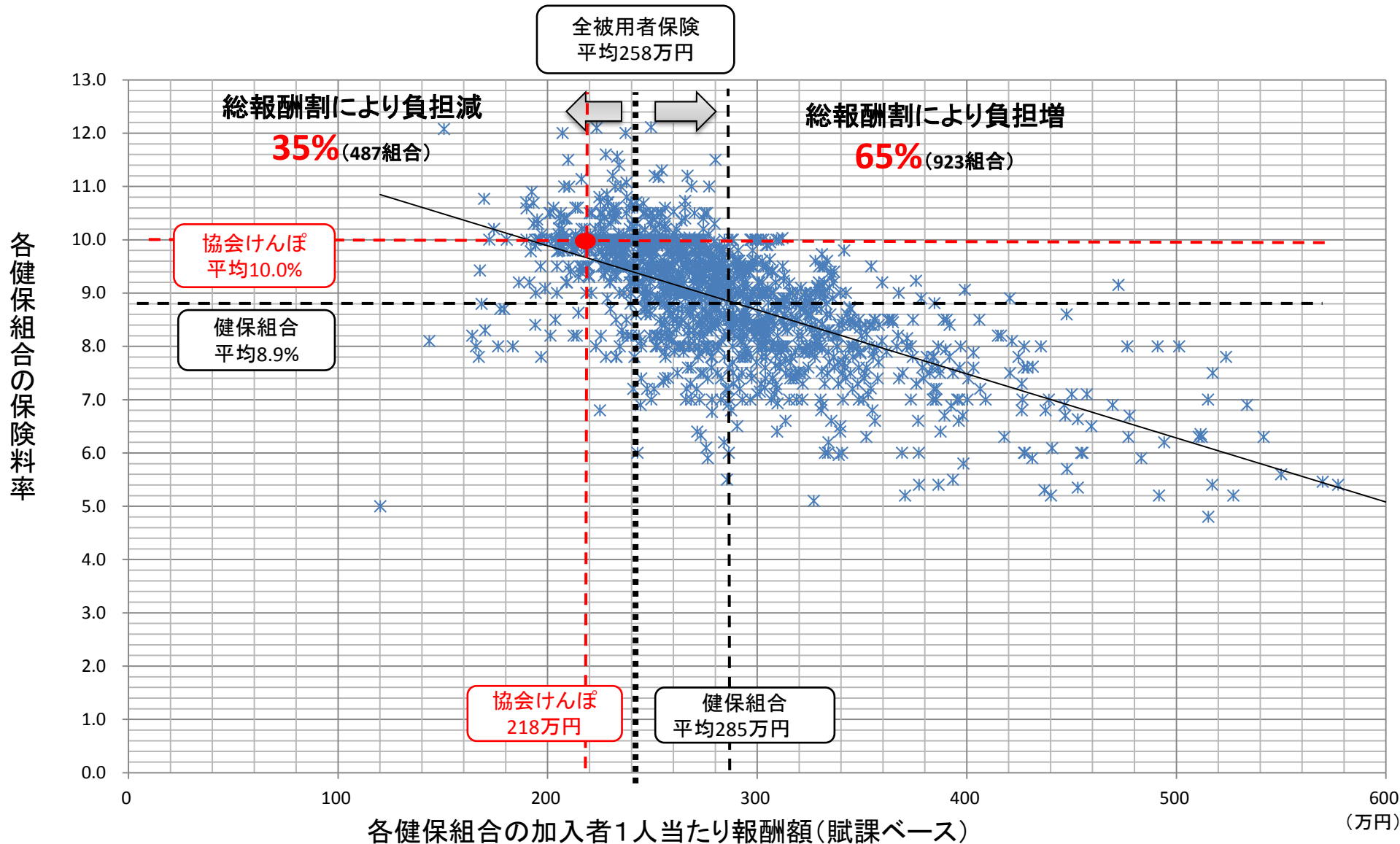


支援金負担額の変化(例)

	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(現行)	全面総報酬割
A保険者	2,943人	174万円	10.2% (支援金分2.8%)	5万5千円/人 所要保険料率 3.1%	4万9千円/人 所要保険料率 2.8%(▲0.3%)	3万7千円/人 所要保険料率 2.1%(▲0.7%)
B保険者	9,026人	258万円	8.2% (支援金分2.1%)	5万5千円/人 所要保険料率 2.1%	5万5千円/人 所要保険料率 2.1%(±0%)	5万5千円/人 所要保険料率 2.1%(±0%)
C保険者	2,837人	577万円	5.4% (支援金分1.3%)	5万5千円/人 所要保険料率 0.9%	7万7千円/人 所要保険料率 1.3%(+0.4%)	12万2千円/人 所要保険料率 2.1%(+0.8%)

3.4倍 3.4倍 2.1倍 同じ

健保組合の報酬額と保険料率の関係（平成26年度：全1,410組合）



(出典)各健保組合の保険料率:平成25年度各健保組合予算、各健保組合の加入者1人当たり報酬額: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。

(注3)1,410組合は、平成26年4月1日時点の組合数。

後期高齢者支援金の総報酬割拡大による影響

○ 全面総報酬割を導入した場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担（H27年度2,400億円）は不要となる。

○ 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（H27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	1兆4,600億円 うち公費 2,400億円	1兆2,500億円	3,800億円	3兆900億円
	加入者数	3,400万人（48%）	2,900万人（40%）	900万人（12%）	7,200万人
	1/3 総報酬割	6,200億円	6,900億円	2,300億円	1兆5,400億円
	総報酬額	74.7兆円（40%）	82.4兆円（44%）	27.9兆円（15%）	185.3兆円
	計①	2兆800億円	1兆9,300億円	6,100億円	4兆6,300億円
2/3総報酬割④		1兆9,700億円	2兆円	6,600億円	4兆6,300億円
負担額の変化④-①		▲1,100億円	700億円	400億円	±0億円
全面総報酬割⑤		1兆8,700億円	2兆600億円	7,000億円	4兆6,300億円
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（H27年度推計）

	健保組合	共済
負担増	899	81
負担減	503	4

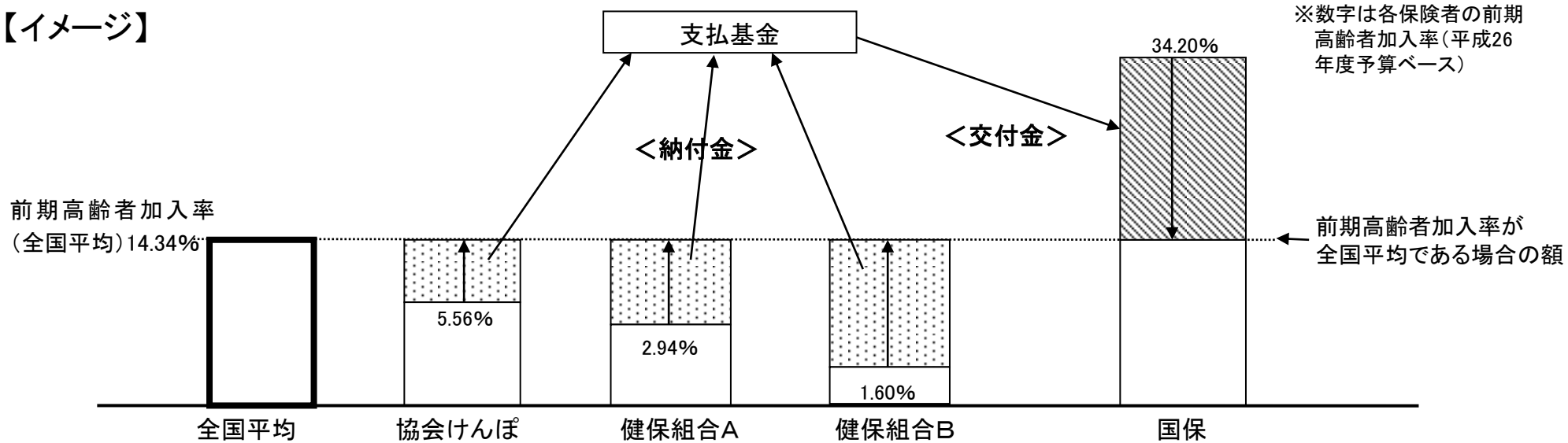
※ 後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。

※ 平成26年度予算ベースの推計。

前期高齢者に係る財政調整

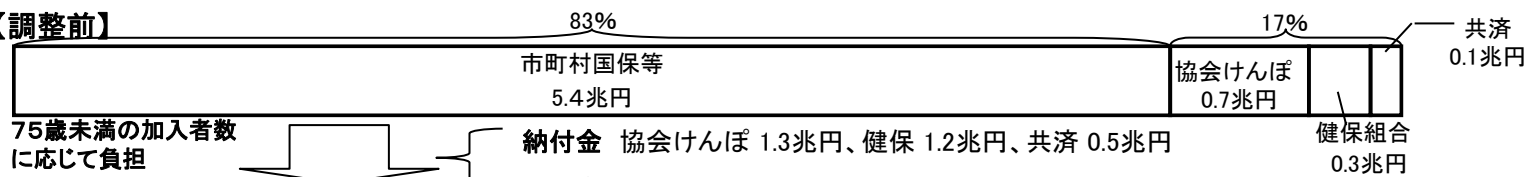
- 保険者間で高齢者が偏在する(65~74歳の約8割が国民健康保険)ことによる負担の不均衡を是正するため、国保・被用者保険の各保険者が加入者数に応じて負担するよう費用負担の調整を行う。
- 各保険者の前期高齢者給付費と前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率が全国平均であるとみなして算定された額を負担する。
 - ・ 前期高齢者加入率が全国平均より低い場合には、全国平均である場合との差を納付。高い場合には、その差分の交付を受ける。
 - ・ 一人当たり前期高齢者給付費は調整されず、各保険者の65~74歳の医療費水準に応じた負担となる。
 - ※ 保険者ごとの負担が過大とならないよう、次のような仕組みを設けている。
 - ・ 前期高齢者加入率が著しく低い保険者の納付金が過大とならないよう、加入率に下限割合を設定。
 - ・ 後期・前期の拠出負担が義務的支出に比し著しく過大となる保険者について、その過大部分を全保険者で再按分。
 - ・ 一人当たり前期高齢者給付費が著しく高い保険者について、基準を超える部分を調整対象から外すことにより、保険者の医療費適正化努力を促進。

【イメージ】

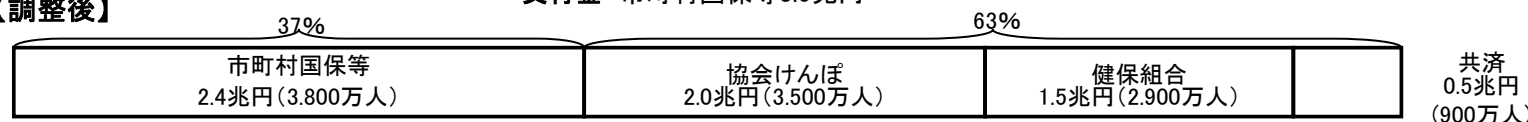


【負担の状況】

【調整前】



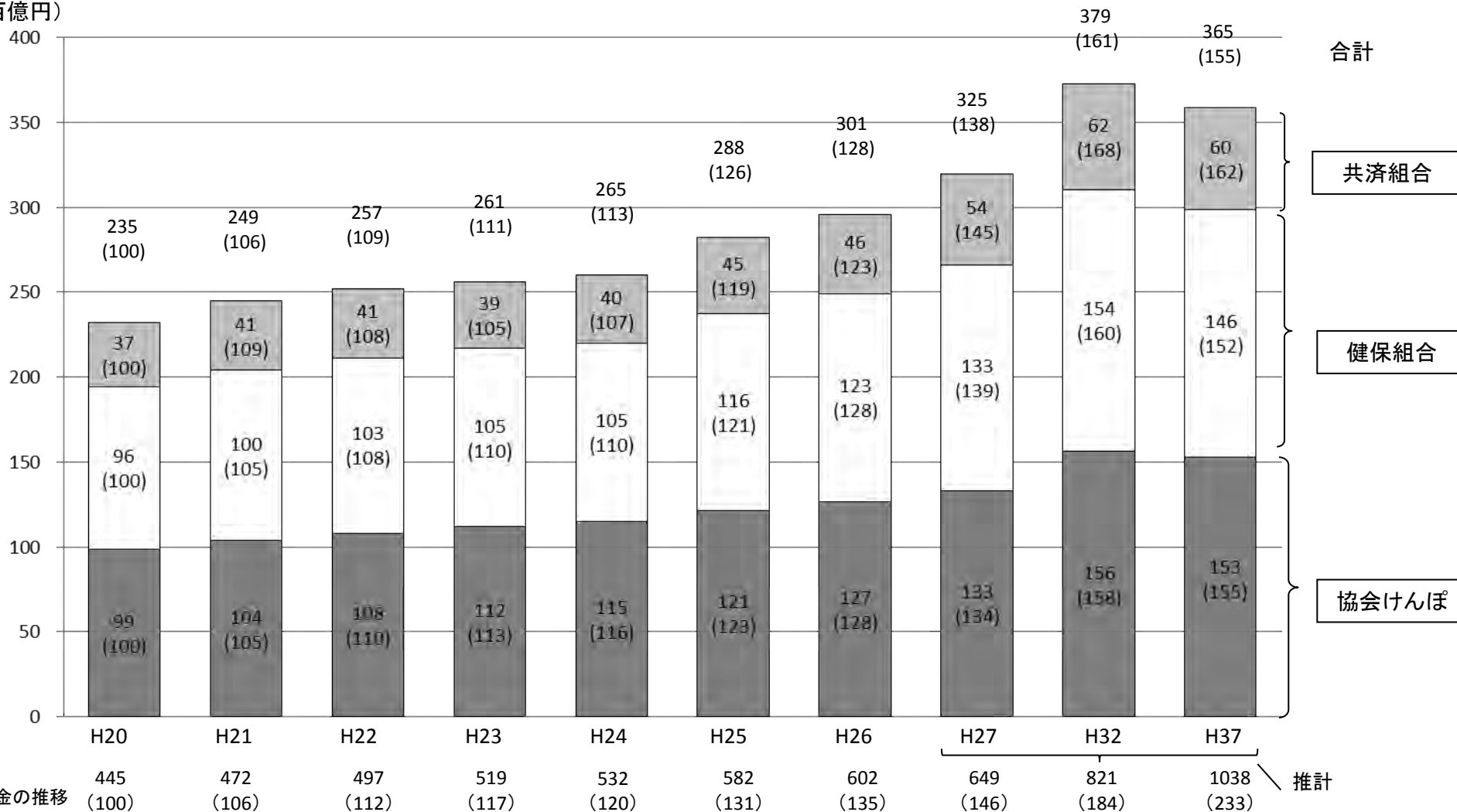
【調整後】



前期高齢者納付金の推移

○ 団塊世代(昭和22~24年生まれ)が平成24年から平成26年にかけて65歳に達することにより、当面、前期調整に係る負担の急増が見込まれる。平成34年度以降は、団塊世代が後期高齢者となり、公費・拠出負担が増加する。

(単位:百億円)

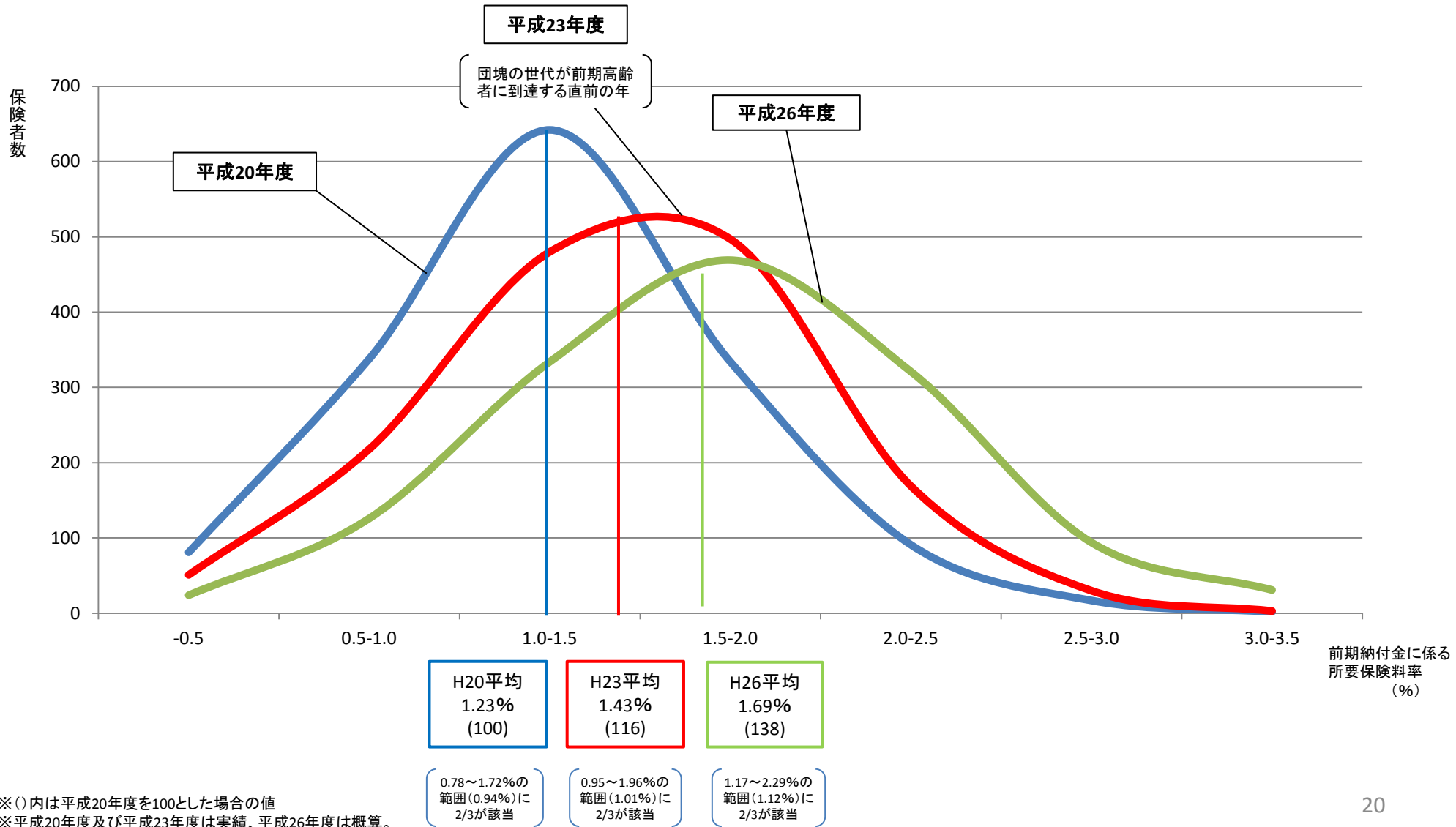


(参考)

- ※平成20年度から平成24年度は確定賦課額、平成25年度及び平成26年度は概算賦課額。27年度以降は「税と社会保障の一体改革試算」現状投影ベースの推計。
- ※合計額は国保を含んだ金額。
- ※平成20年度の前期納付金・後期支援金は11か月分であるため、満年度化している。()内は平成20年度を100とした場合の値。
- ※前期高齢者納付金からは、後期支援金に係る前期納付金分を除いている(後期支援金には含まれる)。
- ※端数処理の関係上、金額が合わない場合がある。
- ※「医療保険に関する基礎資料」(保険局)等を基に作成。

健保組合の前期納付金に係る所要保険料率

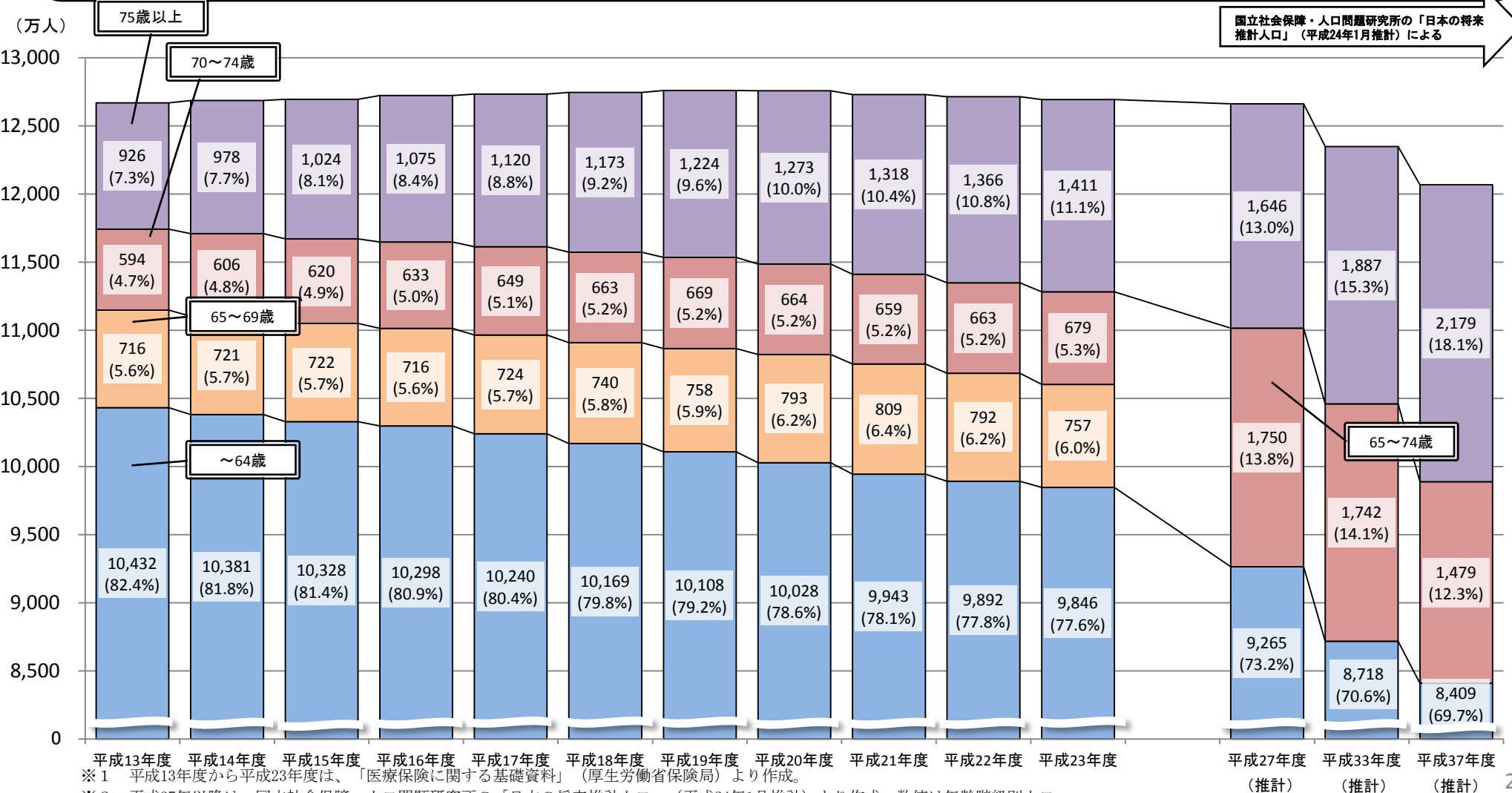
○前期高齢者増により、被用者保険者の前期納付金に係る所要保険料率は全体として高まり、また、保険者間のばらつきが大きくなっている。



※()内は平成20年度を100とした場合の値
 ※平成20年度及び平成23年度は実績、平成26年度は概算。
 ※対象組合数は平成20年度1,505、平成23年度1,448、平成26年度1,407。

年齢階級別の医療保険制度加入者数

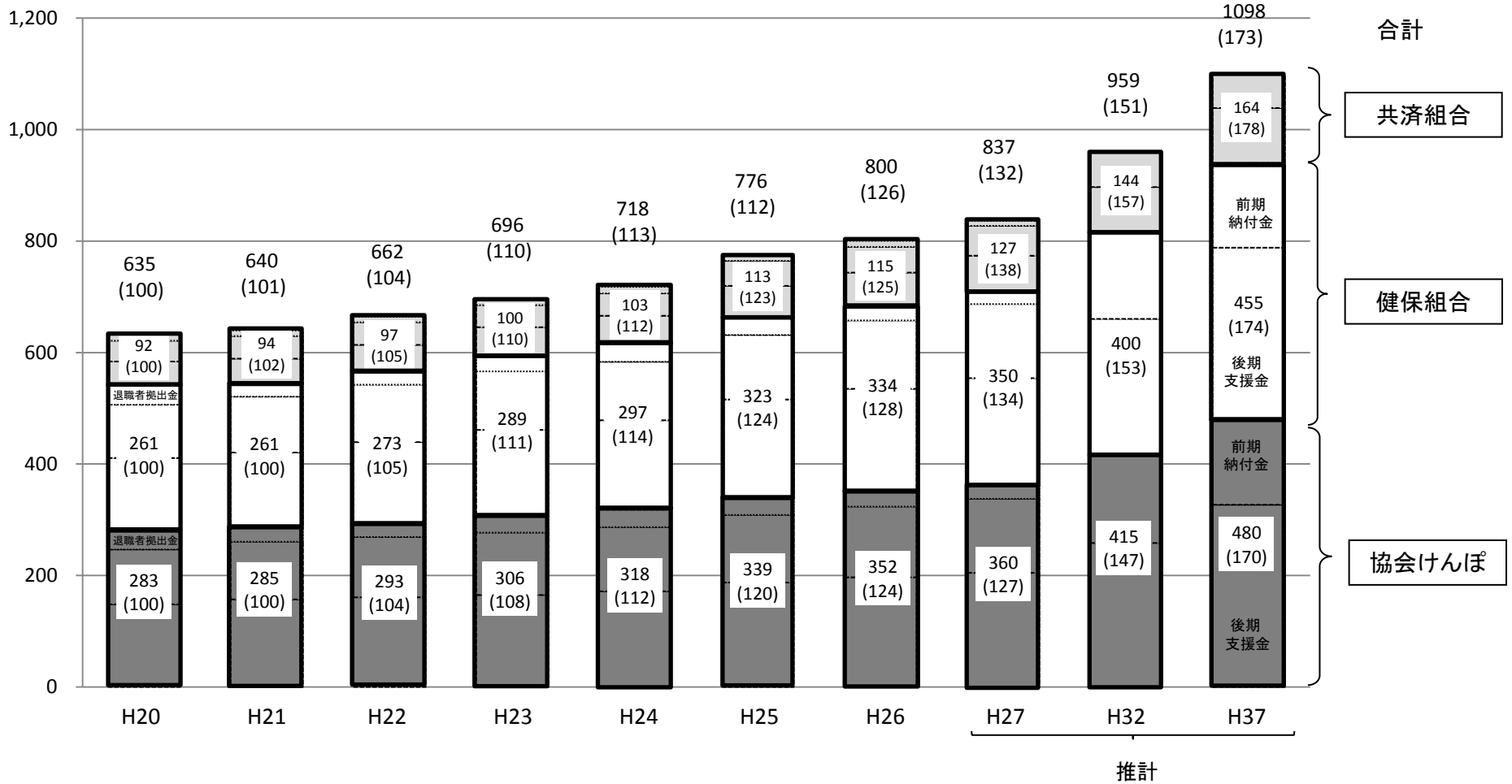
- 65歳以上の医療保険制度加入者は、平成13年度から平成23年度に約1.27倍増加して2,847万人。このうち75歳以上は、約1.52倍増加して1,411万人。平成37年度には、65歳以上が約30%を、75歳以上が約18%を占めると推計される。
- 65歳以上74歳以下の割合は団塊世代の影響により当面増加し、平成33年度を境に減少に転じる。その後は、団塊世代の影響により、75歳以上人口が増加する。
- 64歳以下は、一貫して減少傾向。



高齢者医療制度に係る拠出金(被用者保険)の推移

(後期支援金、前期納付金、退職者拠出金の合計)

(単位:百億円)



※拠出金は、後期支援金、前期納付金、退職者拠出金の合計。

※平成20年度から平成24年度は確定賦課額、平成25年度及び平成26年度は概算賦課額、平成27年度以降は「税と社会保障の一体改革試算」現状投影ベースの推計。

※平成20年度の後期支援金、前期納付金は11か月分であるため、満年度化している。()内は平成20年度を100とした場合の値。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度以降は3分の1総報酬割としている。

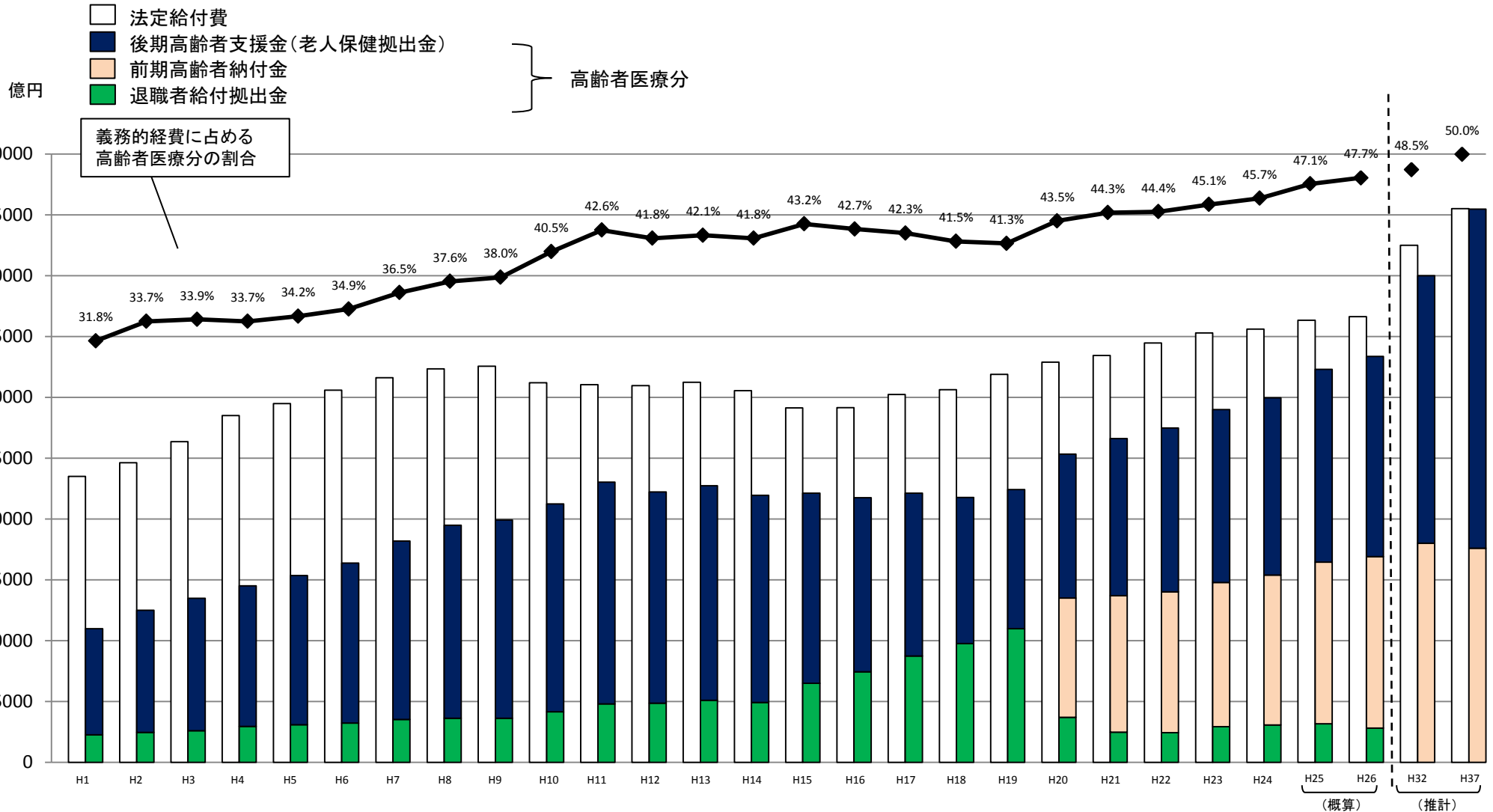
※前期納付金のうち後期支援金に係る分は被用者保険者の後期支援金としている。

※端数処理の関係上、金額が合わない場合がある。

※「医療保険に関する基礎資料」(保険局)等を基に作成。

高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)

○ 健保組合の高齢者医療への拠出負担は増加しており、義務的経費に占める割合は平成26年度47.7%となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成24年度までは実績額を、平成25年度及び平成26年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成24年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成25年度及び平成26年度は概算賦課額。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度以降は3分の1総報酬割としている。

※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

前期財政調整等に係る負担軽減措置

※数字は平成26年度

1. 前期財政調整における負担調整

【概要】 納付金・支援金の持ち出しが義務的支出に比して著しく過大となる保険者について、その過大部分を全保険者で公平に再配分。

【対象】 義務的支出に対する納付金・支援金合計額が50%(上位3%)を超える保険者の該当部分
※該当保険者数 97 (健保：90 共済：6 国保組合：1)

2. 前期財政調整における下限割合の設定

【概要】 前期高齢者加入率が著しく低い保険者の納付金が過大とならないよう、下限割合を設定。

【対象】 前期高齢者加入率が1%未満の保険者(1%として調整)
※該当保険者数 348 (健保：330 共済：18)

3. 前期財政調整における調整対象外給付費

【概要】 一人当たり前期高齢者給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える部分を調整対象から外すことにより、各保険者の医療費適正化努力を促進。

【対象】 一人当たり前期高齢者給付費が全国平均(41.0万円)の1.52倍(統計上の例外値に相当)を超える保険者の該当部分
※該当保険者数 37 (健保：33 市町村国保：3 国保組合：1)

4. 高齢者医療運営円滑化等補助金

【概要】 被用者保険の支援金等の負担増の緩和を目的として、①拠出金負担が重く、②被保険者1人当たりの標準報酬総額が低い保険者を対象に、補助。

【対象】 ・標準報酬月額に占める拠出金の割合(所要保険料率)が、健康保険組合平均の1.1倍を超える
・被保険者1人当たり標準報酬総額が健康保険組合平均より低い(年546万円未満)
※交付対象 健康保険組合 333 (数字は平成25年度)

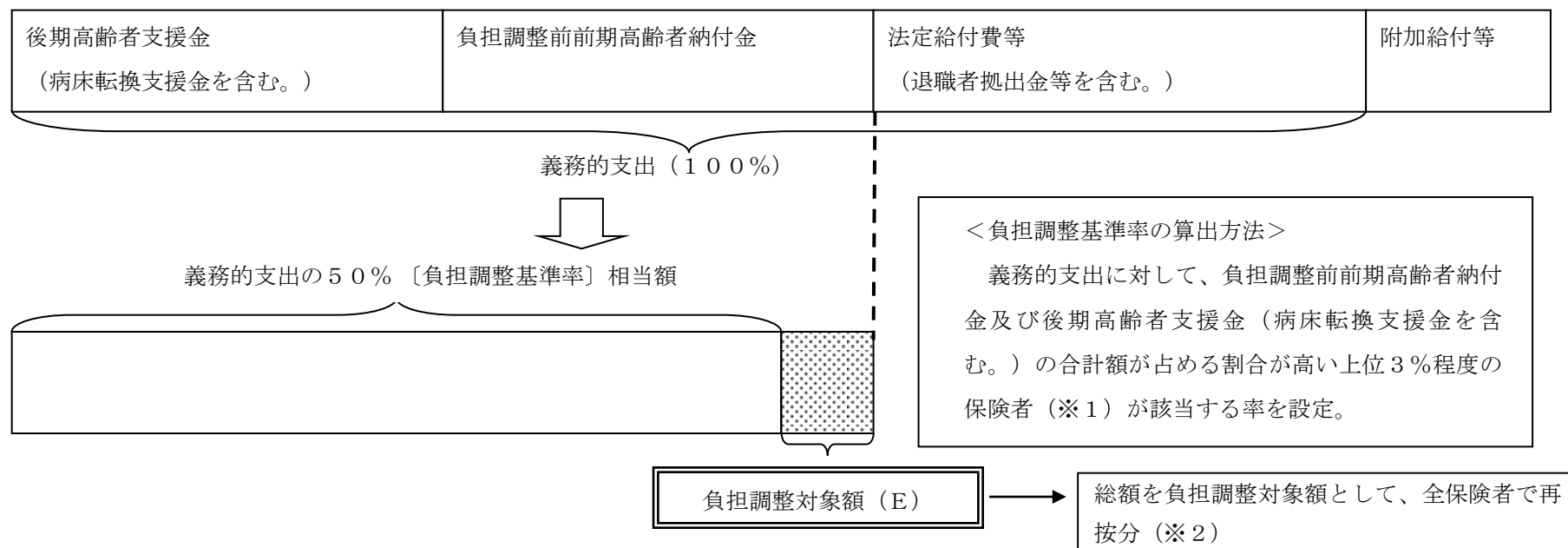
前期高齢者の財政調整における負担調整について

他保険者に対する持出し（前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金）の額が、前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金に法定給付費を加えた各保険者の義務的な支出に比して著しく過大となる保険者の前期高齢者納付金のうち、その過大となる部分について、加入者数に応じ、全保険者で再按分する。

具体的には、前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金が義務的支出に占める割合の分布状況を勘案して、全保険者の上位3%程度が該当する率（負担調整基準率）を超えて前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金を負担する部分を負担調整対象額とする。

（概念図）

【数値は平成26年度予算】



※1 全保険者（約3400）のうち、97保険者で3%程度。

※2 各保険者は、負担調整対象額（平成26年度 75億円）を全保険者総加入者数で除して得た額69円（加入者一人当たり負担調整見込額）に総加入者数を乗じた額を負担。

高齢者医療運営円滑化補助金について

(高齢者医療支援金等負担金助成事業)

【趣 旨】

- 被用者保険者の高齢者医療に係る拠出金負担が大幅に増加している状況にかんがみ、その緩和を図り、制度の円滑な実施を確保する。

【仕組み】

- 助成対象保険者の要件
 - ・標準報酬総額に占める拠出金の割合(所要保険料率)が、健康保険組合平均の1.1倍超
 ※拠出金＝後期高齢者支援金、前期高齢者納付金、退職者医療拠出金
 - ・被保険者1人当たり標準報酬総額が健康保険組合平均より低い(年546万円未満(平成25年度))
- 助成方法
 - ・保険者の所要保険料率に応じて助成(負担が重い保険者に高い助成率を適用)

【推移】

	平成21年度	平成22年度 (1/3総報酬割)	平成23年度	平成24年度	平成25年度 (1/3総報酬割継続)	平成26年度
予算 (前年度比)	163億円	322億円 (+98%)	311億円 (▲3%)	304億円 (▲2%)	273億円 (▲10%)	265億円 (▲3%)
対象保険者	健保:347 共済: 8	健保:452 共済: 21	健保:339 共済: 0	健保:340 共済: 0	健保:333 共済: 0	

【助成基準(平成25年度)】

対象保険者の所要保険料率 (健康保険組合平均40.6%)	助成率	対象保険者数(333組合) (全1,414健保組合の24%)
健康保険組合平均の1.2倍(48.7%)	100%助成 (1.2倍を超える部分)	160
健康保険組合平均の1.16倍(47.0%)～1.2倍	50%助成 (1.16倍を超え1.2倍以下部分)	72
健康保険組合平均の1.1倍(44.6%)～1.16倍	10%助成 (1.1倍を超え1.16倍以下部分)	101

高齢者医療の費用負担に関する論点

- 増大せざるを得ない高齢者の医療費をどう分かち合うか。

＜後期高齢者支援金＞

- ・負担の平準化を図る観点から、被用者保険者間で全面総報酬割とすることについて、どう考えるか。
- ・全面総報酬割を実施する際には、どのような点を併せて検討する必要があるか。

＜前期高齢者納付金＞

- ・団塊世代の影響により、当面、前期納付金の急増が見込まれること、保険者ごとに見れば大きな負担となる場合があること等について、団塊世代がその後、後期高齢者になること等も踏まえ、各保険制度の運営の安定を確保する観点からどのように考えるか。
- ・個々の保険者の負担が過大にならないようにするため、現在、全保険者による負担調整、被用者保険者に対する円滑化補助金等の方策がとられているが、これらをどう考えるか。

後期高齢者医療の保険料

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）

Ⅲ 新たな制度の具体的な内容

3. 費用負担

(3) 高齢者の保険料

- 現行制度においては、75歳未満の現役世代の負担の増加に配慮し、「現役世代人口の減少」による現役世代の保険料の増加分を75歳以上の高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる仕組みになっている。しかしながら、現行制度では、高齢者と現役世代の保険料規模の違いを考慮していないため、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造にある。また、高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていないという問題点がある。
- このため、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」に伴う現役世代の保険料の増加分を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。これにより、高齢者と現役世代の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなる。なお、現行制度は平成24年度に次期保険料の改定を迎えるため、新たな制度の施行に先立って見直す。
- (略)、75歳以上の保険料について財政安定化基金を活用して伸びを抑制できる仕組みを設ける。なお、保険料の上昇抑制に基金を活用するかどうか、どの程度活用するかは、基金を設置する都道府県の判断によることとなるが、そもそも基金を保険料の上昇抑制のために活用すべきではないとの意見もあった。
- 75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減)については、後期高齢者医療制度の施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。なお、実施に当たっては、75歳以上の1人当たり医療費は高く、毎月その85%の方がサービスを受けている一方で、9割軽減の保険料は全国平均で月額350円程度に抑制されていること、75歳未満の国保では最大で7割までの軽減であり世代間の公平を考慮する必要があること等について、十分な説明を行い、国民に理解を求めながら丁寧に進める必要がある。

(注) 高齢者医療制度改革会議では、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の者は国保又は被用者保険に加入する考え方であることから、元被扶養者の特例軽減については記載されていない。

医療保険部会における後期高齢者医療の保険料に関する議論等

○医療保険部会「議論の整理」(平成23年12月6日)

- ・ 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。

○医療保険部会「社会保障審議会医療保険部会における主な議論」(平成25年5月29日)

- ・ 高齢者の保険料についてももう少し累進制をきちんとした再検討をしてもいいのではないか。
- ・ 後期高齢者に係るその他の特例措置等について、負担の公平性の観点から見直しを行った上で、恒久的な措置とし、制度全体の安定化を図るべき。
- ・ 医療保険財政が厳しい中で、所得の高い方からは保険料をより負担してもらおうという観点から、健保の標準報酬月額の上限や国保の保険料の賦課上限を引き上げるべき。

○医療保険部会における主な意見(平成25年10月23日議事録から要旨)

- ・ 特例措置については、負担の公平性の観点から見直しを行った上で、恒久的な措置とし、制度の安定化を図るべき。ほかとあまりバランスを失わないような、多くの国民に理解いただけるような方向性を示すべき。
- ・ 元被扶養者の軽減措置については、所得では軽減の必要のない方が半分近く軽減されている。負担能力のある方には適切な負担をお願いするという方向性からすれば、早い段階で見直しを図っていくべき。
- ・ 元被扶養者の特例措置については、他の制度、他の所得帯に比べてバランスを欠く、不公平という感じがある。保険財政の厳しさ、被保険者の負担の公平といった観点から、なるべく早い段階で特例措置をとりやめるべき。
- ・ 高齢者の保険料のアンバランスの是正について、当事者である高齢者としては、時間をかけるのは難しいかもしれないが、しっかり理解いただけるような配慮を是非お願いしたい。
- ・ 介護保険制度で保険料軽減が示されているので、こういった形で高齢者が医療・介護を含め保険料負担をしなければならないのか、総合的に判断して具体的な在り方を早期に見直していく必要がある。

○「好循環実現のための経済対策」(平成25年12月5日)

- ・ 後期高齢者医療の保険料軽減特例措置についても、段階的な見直しを前提に検討に着手する。

社会保障制度改革国民会議 報告書（抄）

（平成25年8月6日社会保障制度改革国民会議）

※ 国保の保険料に関する部分

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

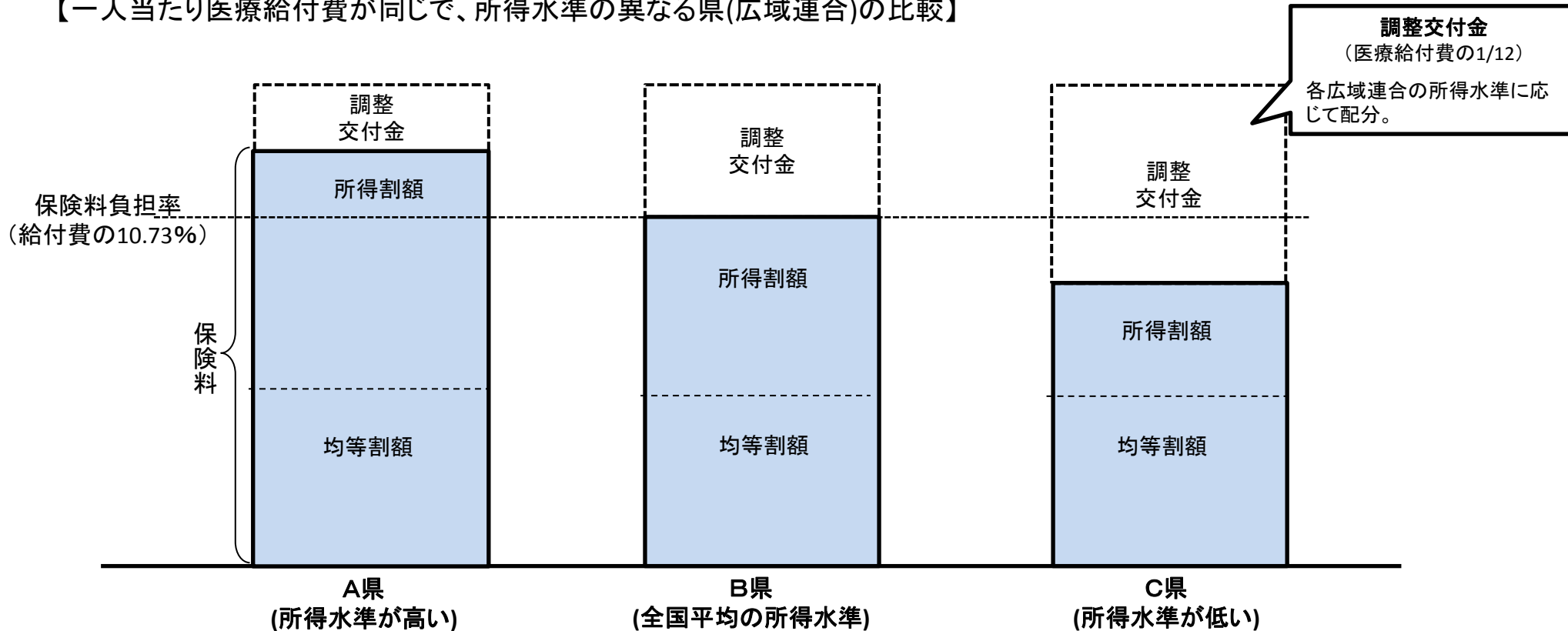
（1）財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

- 次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。
- このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置と併せ、今般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える低所得者への配慮としても適切なものである。もっとも、税制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。
- 国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

後期高齢者医療の保険料について

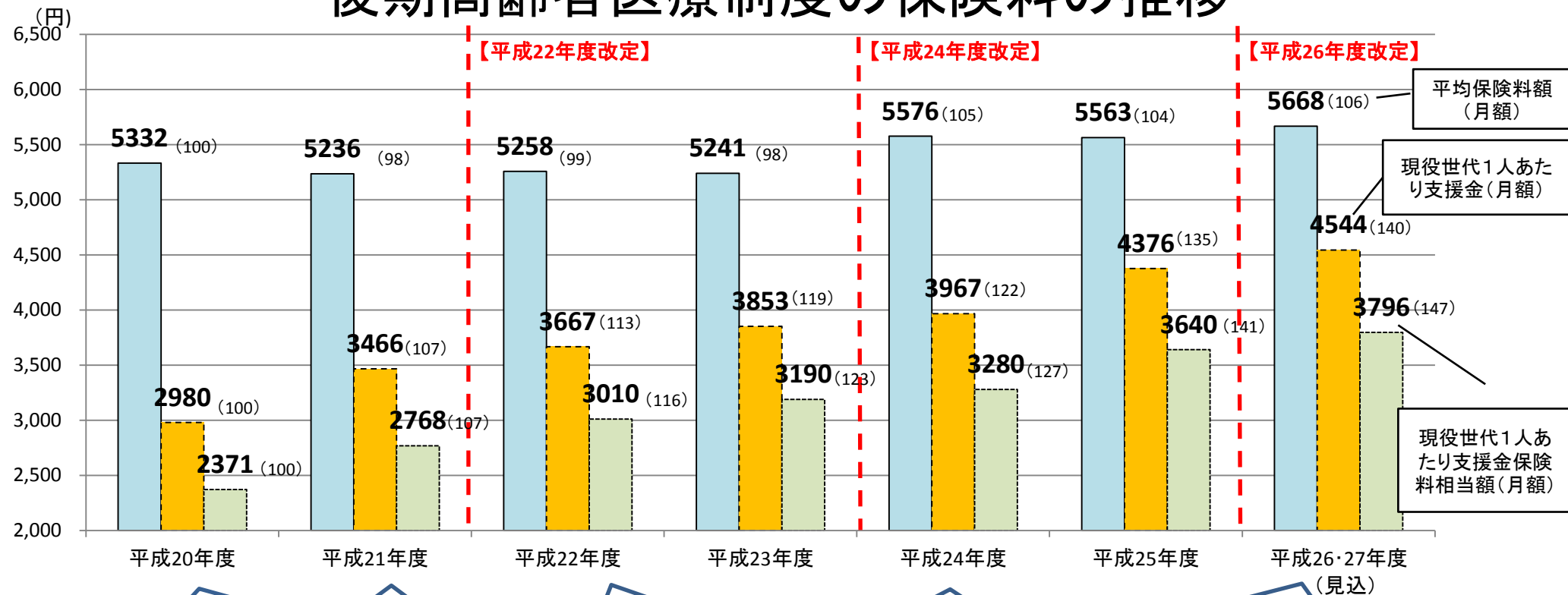
- 被保険者が負担する保険料は、条例により広域連合が決定し、毎年度、個人単位で賦課される(2年毎に保険料率改定)。
- 保険料で賄う分は、医療給付費全体の約1割。(人口減少による現役世代の負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料負担率を段階的に引き上げている(平成26・27年度10.73%。)
- 広域連合間の所得水準の格差を是正するため、国の調整交付金を所得に応じて配分している。これにより、同じ医療給付費水準であれば、広域連合の所得水準にかかわらず、同じ保険料水準となる。
- 広域連合間の医療給付費格差は調整せず、一人当たり医療給付費の高い広域連合は、保険料が高くなる。

【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。

後期高齢者医療制度の保険料の推移



・低所得者に対する均等割8.5割、所得割5割軽減
 ・元被扶養者に対する均等割9割軽減

・低所得者に対する均等割9割軽減

・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例(法改正)

・賦課限度額
 年50万円→55万円

・低所得者に対する均等割2割、5割対象拡大
 ・賦課限度額
 年55万円→57万円

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
1人当たり医療給付費	71.5万円 (100)	80.5万円 (103)	82.9万円 (106)	84.3万円 (108)	84.6万円 (108)	89.1万円 (114)	91.1万円 (117)
高齢者負担率	10.00%(100)		10.26%(103)		10.51%(105)		10.73%(107)

※ 平均保険料額は平成20～25年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査に基づく実績額、平成26・27年度は保険料改定時見込み。
 ※ 支援金は、平成20～24年度は確定賦課ベース、平成25年度は概算賦課ベース、平成26・27年度は平成26年度の概算賦課ベース。
 ※ 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20～24年度は確定賦課ベース、平成25・26年度は予算ベース。(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。)
 ※ 支援金、支援金保険料相当分及び1人当たり医療給付費の伸びについては、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算している。
 ※ 1人当たり医療給付費は平成20～24年度までは実績額、平成25・26年度は予算ベース。

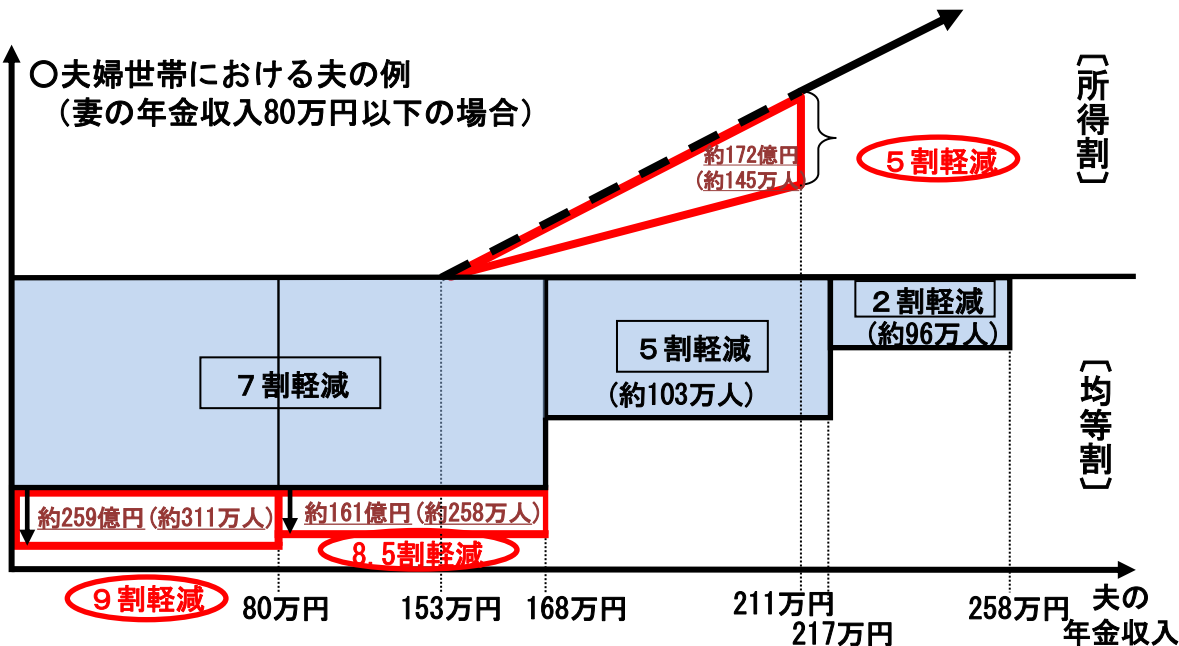
後期高齢者医療制度の保険料軽減特例措置について

- 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている。(政令本則)
 - ① 低所得者の均等割7、5、2割軽減(国保と同じ)
 - ② 被用者保険の被扶養者であった者(元被扶養者)の軽減(均等割5割軽減、所得割賦課せず。2年限り)
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算により次の特例措置を実施している。
 - ① 低所得者の更なる保険料軽減(均等割9・8.5割軽減、所得割5割軽減) 【平成26年度予算 合計811億円】
 - ② 元被扶養者の更なる保険料軽減(均等割9割軽減、期限なし)

※好循環実現のための経済対策(平成25年12月5日閣議決定)(抄)

「後期高齢者医療の保険料軽減特例措置についても、段階的な見直しを前提に検討に着手する。」

【 低所得者の軽減 】



【 元被扶養者の軽減 】



※制度上の軽減は75歳到達から2年間限りとされているが、特例措置により、期限なしで軽減されている(政令附則)。

※数値は、平成26年度予算ベース。

※均等割5割・2割軽減については、平成26年4月から軽減対象を拡大している。

後期高齢者医療保険料特例軽減の経緯

平成20年度 後期高齢者医療制度施行

- ・【低所得者】所得割 5 割軽減を実施
- ・【元被扶養者】保険料徴収を平成20年 9 月まで（6 ヶ月間）凍結

平成20年10月

- ・【低所得者】均等割 7 割軽減世帯の保険料徴収をしない措置を実施
（→これにより、7 割軽減世帯は年間を通じて8.5割軽減となる）
- ・【元被扶養者】平成21年 3 月まで（6 ヶ月間）均等割 9 割軽減

平成21年度

- ・【低所得者】均等割8.5割軽減を継続、新たに均等割 9 割軽減を実施
- ・所得割 5 割軽減を継続
- ・【元被扶養者】均等割 9 割軽減を継続

平成22年度～

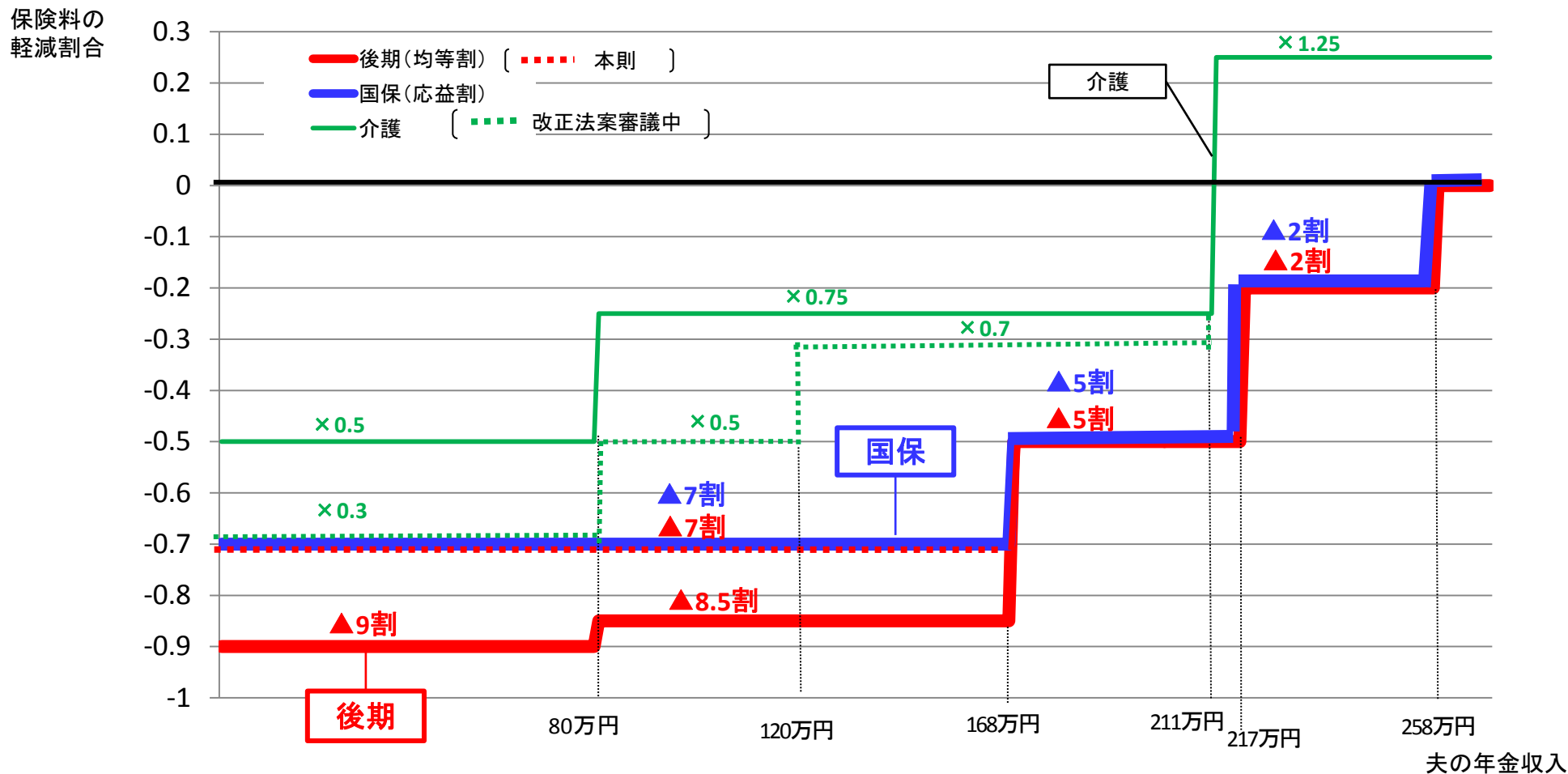
- ・【低所得者】【元被扶養者】毎年度、特例措置を継続

平成26年度

- ・【低所得者】均等割 2 割・5 割軽減の対象を拡大（特例措置でなく本則により実施）

後期・国保・介護保険の保険料軽減割合

○夫婦世帯における夫の例(妻の年金収入80万円以下の場合)



※後期・国保は均等割と所得割により構成されており、そのうち均等割のみを示している。介護保険は基準額を基にした段階額のみとなっている。
 ※介護保険において、基準額の等倍となる第4段階は「住民税本人非課税、世帯課税」のケースであるため、グラフにはあらわれない。

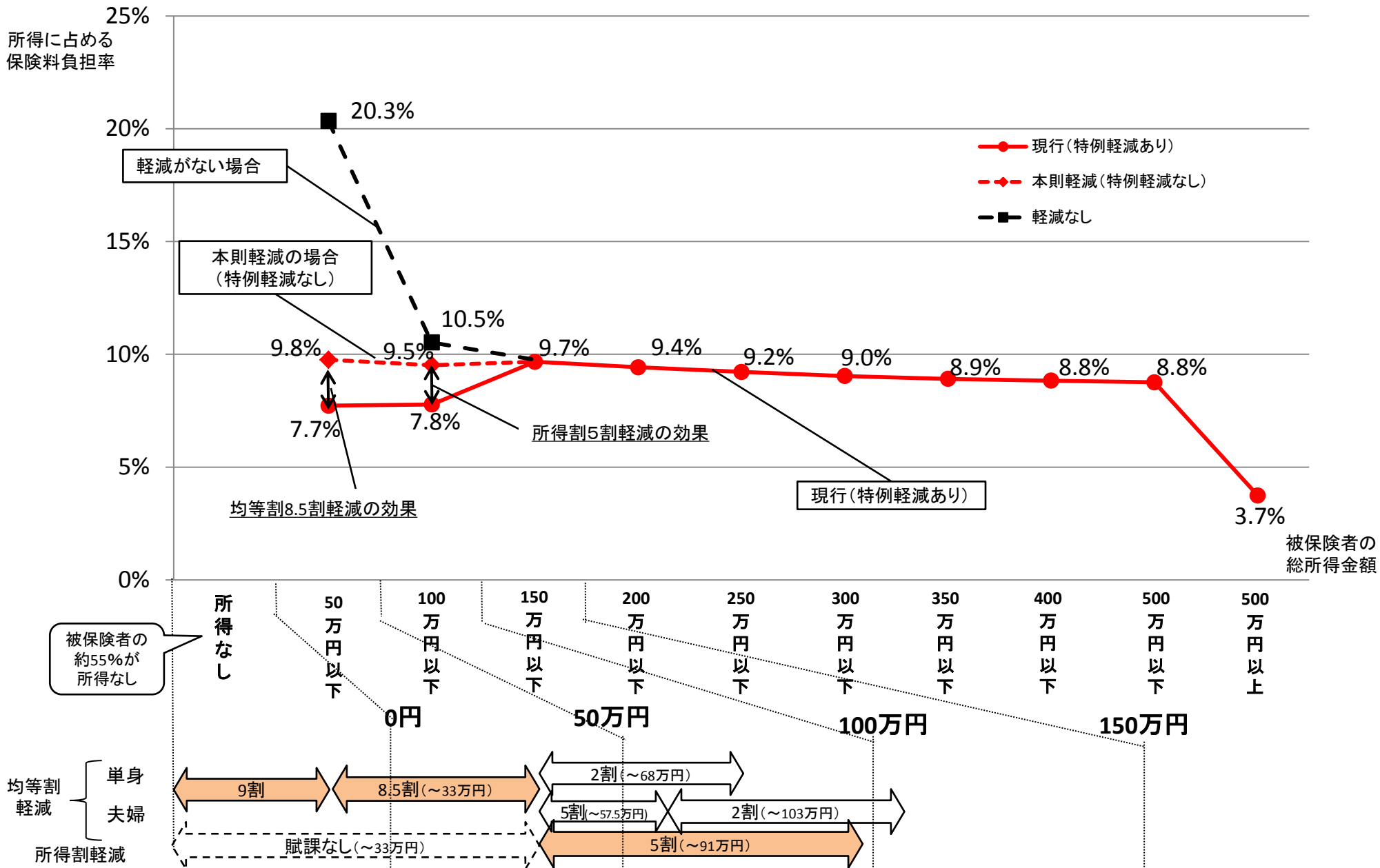
後期高齢者医療制度の保険料の状況

単身世帯	後期高齢者医療				国保
	一般被保険者		元被扶養者		
	特例	本則	特例	本則(制度加入から2年間)	
80万円	<均等割9割軽減> 370円(0.56%)	<均等割7割軽減> 1,120円(1.69%)	<均等割9割軽減> 370円(0.56%)	<均等割7割軽減> 1,120円(1.69%)	<応益割7割軽減> 2,650円(3.97%)
150万円	<均等割8.5軽減> 560円(0.45%)	<均等割7割軽減> 1,120円(0.90%)	<均等割9割軽減> 370円(0.30%)	<均等割7割軽減> 1,120円(0.90%)	<応益割7割軽減> 2,650円(2.12%)
200万円	<均等割2割・ 所得割5割軽減> 4,740円(2.84%)	<均等割2割軽減> 6,480円(3.89%)	<均等割9割・所得割10割軽減> 370円(0.22%)	<均等割5割・所得割10割軽減> 1,870円(1.12%)	<応益割2割軽減> 8,020円(4.81%)
250万円	<軽減なし> 10,930円(5.24%)		<均等割9割・所得割10割軽減> 370円(0.18%)	<均等割5割・所得割10割軽減> 1,870円(0.90%)	<軽減なし> 12,250円(5.88%)

夫婦世帯(妻の年金収入80万円以下の夫の例)		後期高齢者医療				国保
夫の年金収入	一般被保険者		妻が元被扶養者の場合			
	特例	本則	特例	本則(制度加入から2年間)		
80万円	<均等割9割軽減(夫妻)> 740円 夫370円 妻370円	<均等割7割軽減(夫妻)> 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	<均等割9割軽減(夫妻)> 740円 夫370円 妻370円	<均等割7割軽減(夫妻)> 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	<応益割7割軽減> 3,330円	
150万円	<均等割8.5割軽減(夫妻)> 1,120円 夫560円 妻560円	<均等割7割軽減(夫妻)> 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	<均等割8.5割(夫)、9割軽減(妻)> 930円 夫560円 妻370円	<均等割7割軽減(夫妻)> 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	<応益割7割軽減> 3,330円	
200万円	<均等割5割軽減(夫妻)・ 所得割5割軽減(夫)> 5,480円 夫3,610円 妻1,870円	<均等割5割軽減(夫妻)> 7,220円 夫5,350円 妻1,870円	<均等割5割(夫)、9割(妻)・ 所得割5割軽減(夫)> 3,980円 夫3,610円 妻370円	<均等割5割(夫)、5割軽減(妻)> 7,220円 夫5,350円 妻1,870円	<応益割5割軽減> 7,820円	
250万円	<均等割2割軽減(夫妻)> 13,180円 夫10,180円 妻3,000円		<均等割2割(夫)・9割軽減(妻)> 10,550円 夫10,180円 妻370円	<均等割2割(夫)・5割軽減(妻)> 12,050円 夫10,180円 妻1,870円	<応益割2割軽減> 13,180円	

※ () 内は年金収入に占める保険料負担割合、<>内は保険料軽減割合。
 ※後期高齢者医療保険料は、平成26・27年度全国平均保険料率(均等割44,980円、所得割率8.88%)により算出。
 ※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23年全国平均保険料率により算出。国民健康保険料資産割額は、年収にかかわらず全国平均年額15,667円として算出。

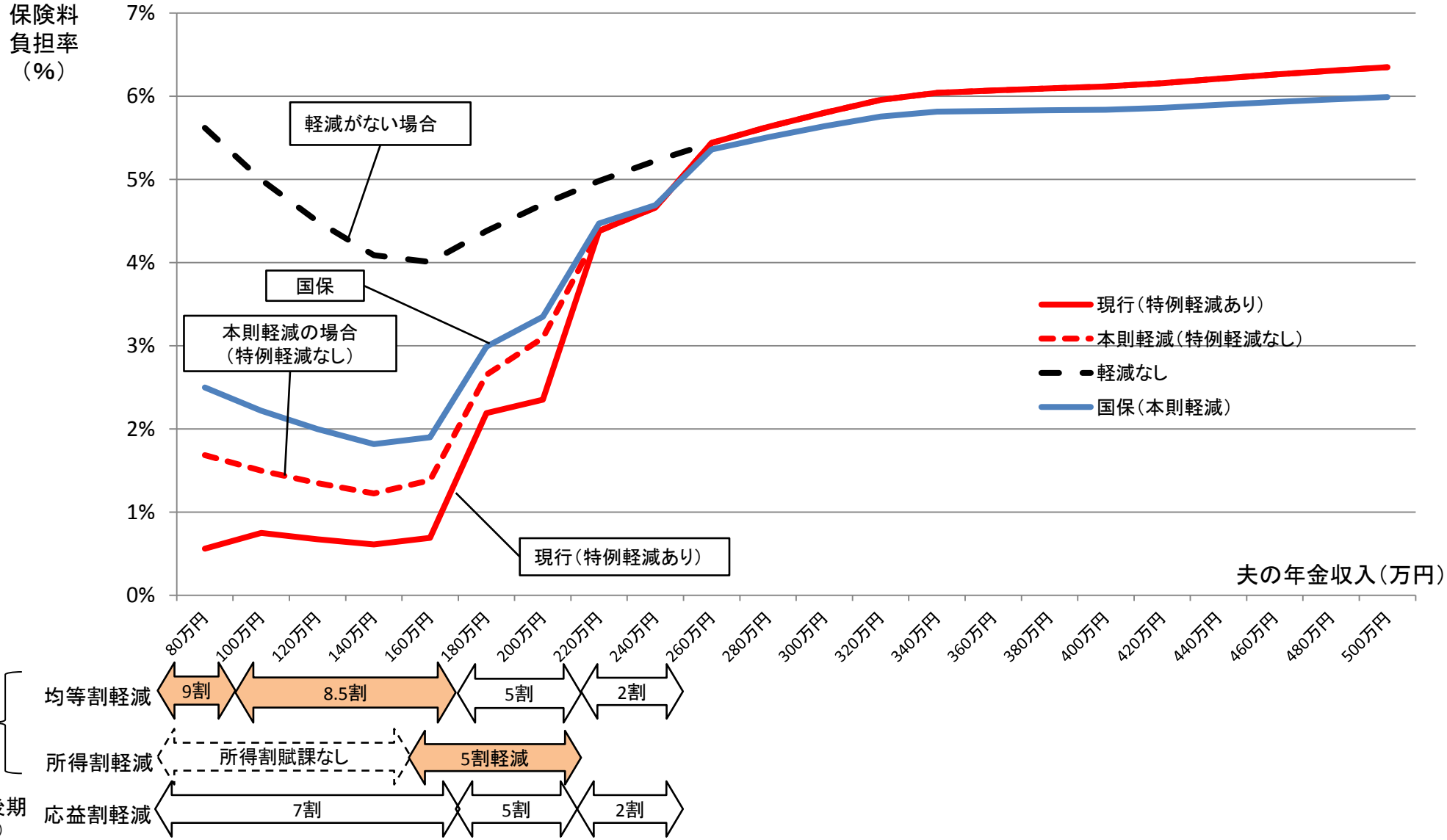
所得に対する保険料負担率（平成25年度）



※厚生労働省保険局調査課「後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告」を集計。
 ※所得は、給与所得控除や公的年金等控除後の所得総額（基礎控除前）。

収入に対する保険料負担率

○夫婦世帯(妻の年金収入80万円以下の場合)における収入に対する保険料合計額の割合



※保険料負担率は夫婦の保険料合計額÷夫婦の収入合計額により算出。

※後期高齢者保険料額は平成26・27年度平均保険料率(均等割44,980円、所得割8.88%)を基に算出。

※国保保険料率は旧ただし書き所得・4方式を採用する平成23年度全国平均値(均等割27,355円、世帯割26,337円、所得割8.00%、資産割15,667円)を基に算出。 39

被用者保険の被扶養者であった者の状況（推計） （低所得者軽減区分を適用した場合）

	合計	9割軽減 (7割軽減(政令本則))	8.5割軽減	5割軽減 (政令本則)	2割軽減 (政令本則)	軽減なし
元被扶養者 被保険者数	175万人 (100%)	49万人 (28%)	35万人 (20%)	7万人 (4%)	4万人 (2%)	80万人 (46%)
均等割額 (全国平均)	370円/月	370円/月	560円/月	1,870円/月	3,000円/月	3,750円/月

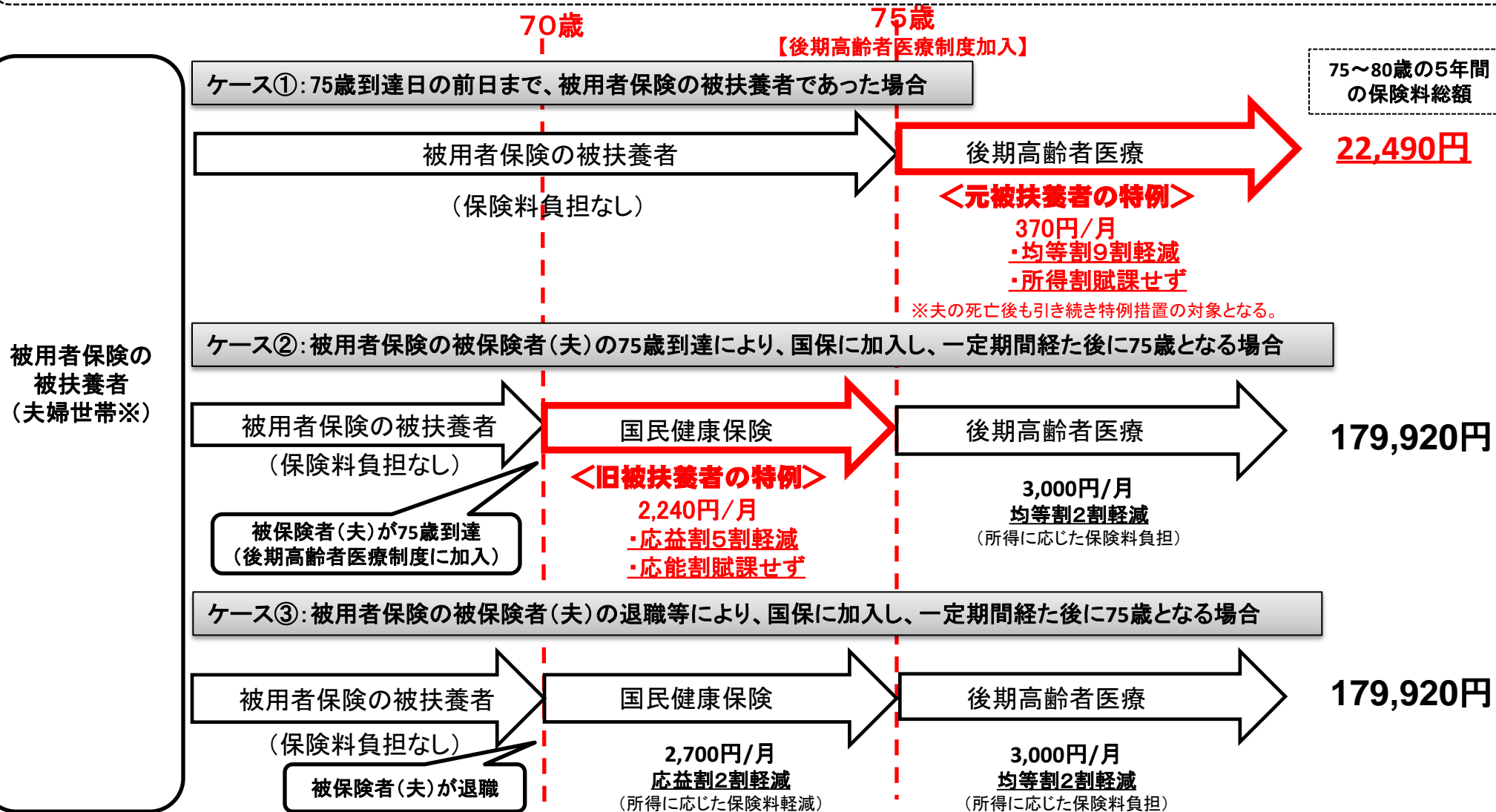
※元被扶養者被保険者数の合計は、平成25年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査の数値を使用している。

※各保険料軽減区分の被保険者数については、元被扶養者の属する世帯の軽減判定用の世帯所得及び世帯員数等を使用し、元被扶養者保険料特例軽減措置がなかった場合に適用される区分に計上して推計している。

なお、5割軽減及び2割軽減については平成26年4月1日以降の基準（軽減拡大後）を適用している。

被用者保険の元被扶養者の保険料負担

- 元被扶養者については、特例軽減により以下の状況がある。
 - ・75歳到達時に元被扶養者であれば、所得や状況変化にかかわらず期限なく均等割9割軽減となる。
 - ・75歳到達直前に国保に加入していた者や単身者等との間で、負担格差がある。



※被用者保険から国保・後期へ異動した後の収入は以下を想定。
 夫：年金収入201万円（平均的な厚生年金受給者） 妻：年金収入80万円（基礎年金のみ）
 ※国保保険料は、平成23年度の4方式の全国平均料率を基に算定（一人当たり均等割額27,355円、平等割額26,337円、資産割額15,667円、所得割率8.00%）。
 ※後期高齢者医療の保険料は、平成26・27年度の全国平均料率を基に算定（均等割額44,980円、所得割率8.88%）。
 ※パターンCの国民健康保険の保険料は、世帯で賦課される保険料のうち妻相当分の額を算出したもの（資産割は夫分、平等割は夫・妻二分の一ずつとして算出）。

後期高齢者医療制度の保険料軽減対象の拡大 平成26年4月から実施

平成26年4月から実施

○ 後期高齢者に対する保険料軽減の対象を拡大する。(世帯の所得で判定)※【】内は夫婦世帯、妻の年金収入80万円以下の夫の例

① 2割軽減の拡大… 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。(対象者約50万人)

(現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 【年金収入 238万円以下】

(改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 【年金収入 258万円以下】

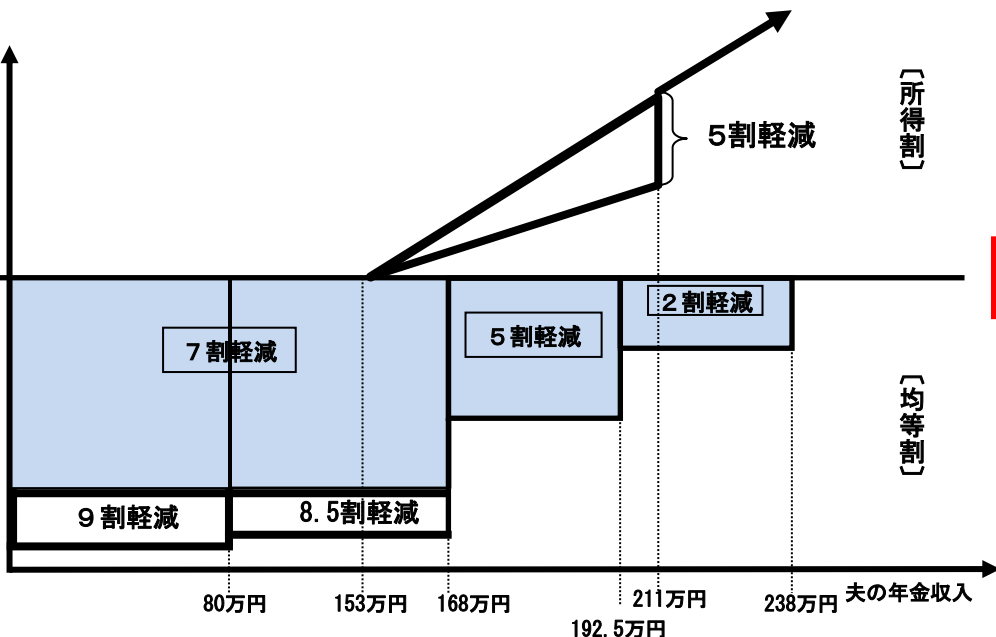
② 5割軽減の拡大… 現在、二人世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。(対象者約60万人)

(現行) 基準額 33万円+24.5万円×(被保険者数-世帯主) 【年金収入 192.5万円以下】

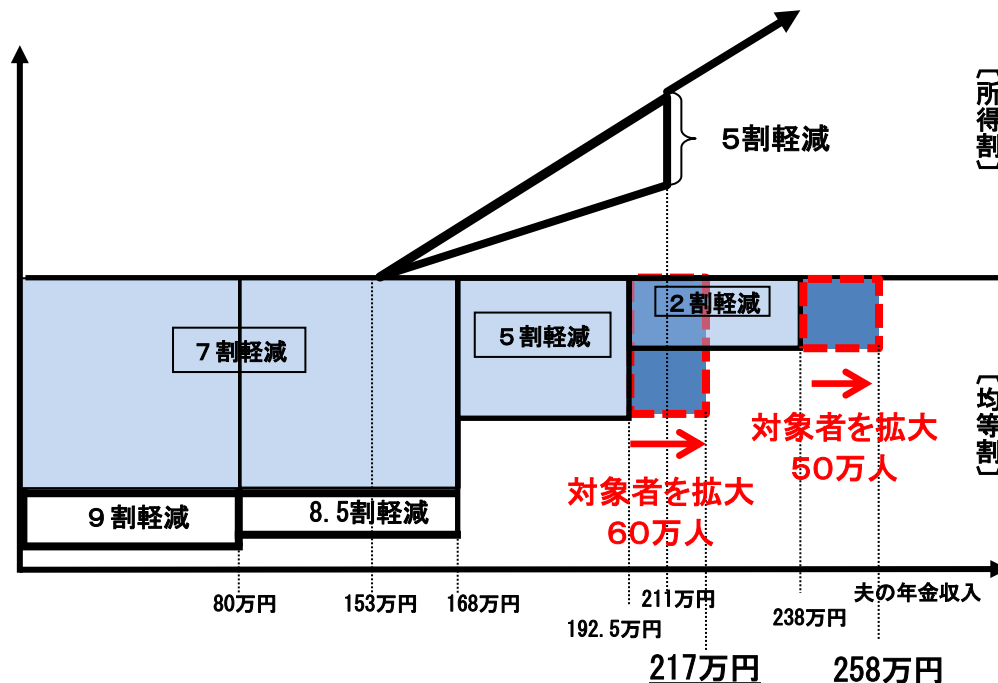
(改正後) 基準額 33万円+24.5万円×被保険者数 【年金収入 217万円以下】

※基準額は、いずれも国保と同じ。

【現行制度】



【改正後】



※夫婦世帯における夫の年金収入の例(妻の年金収入80万円以下の場合)

※対象者数は平成26年度推計。

※太枠は予算措置による保険料軽減特例措置(均等割9割・8.5割軽減、所得割5割軽減)。

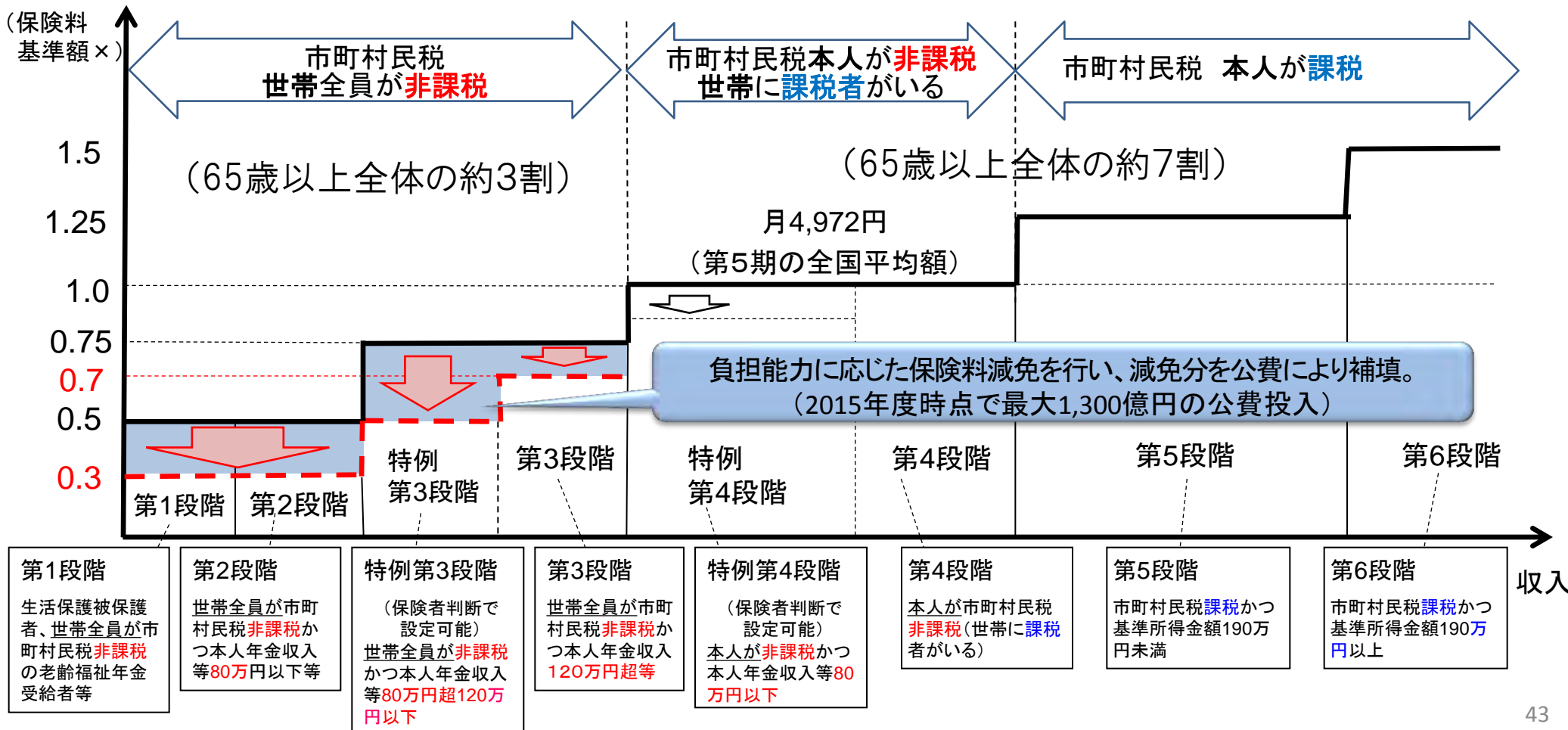
【介護保険】低所得者の一号保険料の軽減強化

〔見直し案〕

- 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。
- 平成27年度（第6期介護保険事業計画）から実施。

現行 27年度～

第1・第2段階	0.5 → 0.3
特例第3段階	0.75 → 0.5
第3段階	0.75 → 0.7



後期高齢者医療の保険料に関する論点

<保険料の特例軽減>

- ・世代内・世代間の公平の観点に立って、高齢者に不安が生じないように配慮しつつ、特例軽減をいつからどのように見直すことが適当か。
- ・その際、低所得者への軽減拡大(平成26年度実施)、介護保険料の低所得者への軽減の拡大等との関連について、どう考えるか。

平成 26 年 5 月 19 日

厚生労働大臣

田村 憲久 殿

健康保険組合連合会	会長	大塚	陸毅
全国健康保険協会	理事長	小林	剛
日本経済団体連合会	会長	米倉	弘昌
日本商工会議所	会頭	三村	明夫
日本労働組合総連合会	会長	古賀	伸明

医療保険制度改革に関する被用者保険関係 5 団体の要望について

2013 年 12 月に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（プログラム法）」では、今後の医療保険制度改革について、「必要な法律案を平成 27 年に開会される国会の常会に提出することを目指す」とともに、最重要課題である高齢者医療制度のあり方については、「必要に応じ、見直しに向けた検討を行う」と規定された。それを受け、社会保障審議会医療保険部会では、今まさに医療保険制度全体の見直しに向けて議論が開始されたところである。

被用者保険は、医療保険制度の中核として国民皆保険を支えてきたが、高齢者を中心に医療費が増加するなか、なによりも高齢者医療への拠出金負担により、かつてない厳しい状況に追い込まれている。就労人口が減少する一方、団塊の世代がすべて前期高齢者に入っていく超高齢社会にあっては、今後も医療保険財政は厳しさを増すばかりであり、このままでは公的医療保険制度の維持は困難な状況に直面しかねない。この危機を回避するためには、最大の要因である高齢者医療制度の財源のあり方を早急に見直すとともに、伸び続ける医療費の適正化策を着実に実行することが必要不可欠である。

われわれ被用者保険関係 5 団体は、現役世代の納得性を確保するとともに、重い拠出金負担を軽減し、将来にわたり持続可能な制度を構築することをめざして、一致して下記の要望事項をとりまとめた。

政府・与党におかれては、次期改革案の取りまとめにあたり、われわれの総意を受け止め、その実現方に真摯に臨まれるよう切に要望する。

記

- 医療保険制度改革にあたっては、現役世代の納得性を確保するとともに、現役世代に過度に依存する制度を構造的に見直すべきである。具体的には、75 歳以上の医療費への公費 5 割を実質確保することはもとより、特に、前期高齢者の財政調整の仕組みを見直し、新たに公費投入を行うべきである。さらに、現役世代の拠出金負担に一定の上限を設定する等、負担増に歯止めをかける仕組みを導入する必要がある。また、これらの負担構造の改革に要する財源としては、消費税の税率引上げ分を活用、充当すべきである。
- プログラム法では、被用者保険における後期高齢者支援金の全面総報酬割導入が検討課題とされているが、これによる国庫補助削減分を国民健康保険の赤字補填に流用することは、国の財政責任を被用者保険に転嫁するものであり、断固反対である。
- 超高齢社会においても持続可能な医療保険制度を構築するためには、診療報酬の仕組みの再構築、医療機関の機能分化・連携の推進、ジェネリック医薬品の使用促進、療養の範囲の見直し等様々な医療費適正化対策を更に推進すべきである。
- 被用者保険の保険者が医療費の適正化・効率化や加入者の健康の維持・増進に効果的に取り組んできた努力を十分尊重するとともに、今後とも国保と被用者保険が共存し、地域と職域それぞれが各々の連帯を基礎に、保険者機能を発揮できる制度体系を維持すべきである。

以上