

療養の範囲の適正化 負担の公平の確保について

平成26年7月7日
厚生労働省保険局

・紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の 在り方について	2
・入院時食事療養費・生活療養費について	16
・国民健康保険の保険料(税)の賦課(課税)限度額及び 被用者保険における標準報酬月額上限について	24
・国民健康保険組合に対する国庫補助について	41

紹介状なしで大病院を受診する場合 の患者負担の在り方について

社会保障制度改革国民会議報告書（抄）

〔平成25年8月6日〕

3. 医療保険制度改革

(2) 医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。

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(抄)

(医療制度)

平成25年12月5日成立
平成25年法律第112号

第四条

1～6 (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。

一～二 (略)

三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

ロ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し
及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

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。

外来機能の分化に関する医療保険制度上の措置

- 現在、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に係る初診料等を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費（選定療養）の枠組みを活用し、病院及び診療所における外来機能の分化を図っている。

初診料・外来診療料	選定療養
<p>初診料 209点 外来診療料 54点</p> <p>【対象医療機関】 平成26年度診療報酬改定において、対象を拡大</p> <p>① 特定機能病院と許可病床が<u>500床以上</u>の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設（平成24年：紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満）</p> <p>② 許可病床数が<u>500床以上</u>の全ての病院のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設（平成24年：対象外）</p>	<p>初再診において特別の料金を徴収</p> <p>【対象医療機関】 病床数が<u>200床以上</u>の病院であって、地方厚生局に届け出たもの</p> <p>【主な要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の医療機関からの紹介なしに病院を受診した患者に限る(初診) ・ 病院が他の医療機関(200床未満)に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に限る(再診) ・ 緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く ・ 初再診に係る費用の徴収について、患者にとってわかりやすく明示 <p>【設定状況(H24.7.1現在)】</p>
<p>初診料 282点 外来診療料 73点</p> <p>上記以外</p>	<p>《初診》 1,204施設 最高8,400円 最低200円 平均2,085円</p> <p>《再診》 111施設 最高8,000円 最低300円 平均 981円</p>

■「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成18年3月13日保医発第0313003号）（抄）

2 病院の初診に関する事項

- (1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。
 - ① 患者の疾病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた場合に徴収できるものであり、自ら健康診断を行った患者に診療を開始した場合等には、徴収できない。
 - ② 同時に2以上の傷病について初診を行った場合においても、1回しか徴収できない。
 - ③ 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合においても、第1回の初診時にしか徴収できない。
 - ④ 医科・歯科併設の病院においては、お互いに関連のある傷病の場合を除き、医科又は歯科においてそれぞれ別に徴収できる。
 - ⑤ ①から④までによるほか、初診料の算定の取扱いに準ずるものとする。
- (2) 初診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであり、当該情報提供に資する観点から、「他の保険医療機関等からの紹介によらず、当該病院に直接来院した患者については初診に係る費用として〇〇〇〇円を徴収する。ただし、緊急その他やむを得ない事情により、他の保険医療機関からの紹介によらず来院した場合にあっては、この限りでない。」旨を病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示するものとする。
- (3) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。
- (4) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式2により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。
- (5) 国の公費負担医療制度の受給対象者については、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして、初診に係る特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。
- (6) いわゆる地方単独の公費負担医療（以下「地方単独事業」という。）の受給対象者については、当該地方単独事業の趣旨が、特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものである場合には、（5）と同様の取扱いとすること。
- (7) 社会福祉法（昭和26年法律第45号）第2条第3項第9号に規定するいわゆる無料低額診療事業の実施医療機関において当該制度の対象者について初診に係る特別の料金の徴収を行うこと、及びエイズ拠点病院においてHIV感染者について初診に係る特別の料金の徴収を行うことは、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして認められないものであること。

8 200床（医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

- (1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものであるが、同時に2以上の傷病について再診を行った場合においては、当該2以上の傷病のすべてにつき、以下（2）～（4）の要件を満たさない限り、特別の料金の徴収は認められないものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。
- (2) 外来診療料又は地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定する療養に相当する療養が行われた場合に特別の料金を徴収することができるものである。
- (3) 再診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提とされるものであり、当該情報提供に資する観点から、必要な情報を病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示するものとする。
- (4) 他の病院又は診療所に対する文書による紹介を行う旨の申出については、当該医療機関と事前に調整した上で行うものとし、以下の事項を記載した文書を交付することにより行うものであること。また、当該文書による申出を行った日については、特別の料金の徴収は認められないものであること。
 - ア 他の病院又は診療所に対し文書により紹介を行う用意があること。
 - イ 紹介先の医療機関名
 - ウ 次回以降特別の料金として〇〇円を徴収することとなること。
- (5) その他、病院の初診に関する事項の（3）から（7）の取扱いに準ずるものとする。

特別な機能を有する病院等（1）

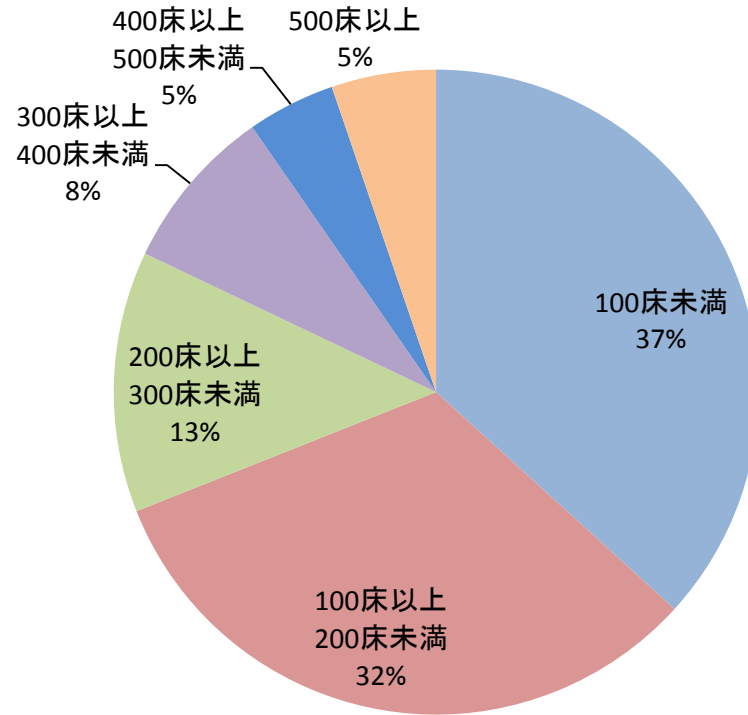
	特定機能病院	地域支援医療病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。
病院数	86 (平成26年4月1日時点)	439 (平成24年10月末時点)
主な要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ <u>紹介率50%以上、逆紹介率40%以上</u>であること。 ○ 病床数は<u>400床以上</u>であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下のいずれかを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ① <u>紹介率が80%以上</u> ② <u>紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上</u> ③ <u>紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上</u> ○ <u>原則として200床以上の病床</u>、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。

特別な機能を有する病院等（2）

	DPC病院	救急指定病院等
概要	診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度（DPC/PDPS）に参加するもの。平成24年診療報酬改定により、病院群別（Ⅰ群・Ⅱ群・Ⅲ群）の基礎係数を導入し、評価。	救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき、都道府県知事が認定するもの。 また、都道府県が作成する医療計画において、初期、第二次、第三次救急医療の体制を整備。
病院数	Ⅰ群（大学病院本院）：80 Ⅱ群（大学病院本院に準じた機能を有する病院）：99 Ⅲ群（Ⅰ・Ⅱ群以外の病院）：1,406 （平成26年4月1日時点）	＜救急指定病院等＞ 4,147カ所（病院：3,830カ所、診療所：317カ所） ＜医療計画における救急医療体制＞ ○三次救急：救命救急センター 259カ所 ○二次救急：病院群輪番制病院 392地区、2,893カ所 共同利用型病院 11カ所 ○初期救急：在宅当番医制 622地区 休日夜間急患センター 553カ所 （平成25年3月31日時点）
主な要件	○ 急性期入院医療を提供する病院として、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。 ○ 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。 ○ 厚生労働大臣が実施する調査に適切に参加すること。 ○ 退院した患者数を、当該病院の一般病棟の病床数で除した1月あたりの値が0.875以上であること。 ○ 適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備されていること。	＜救急指定病院等の要件＞ ○ 救急医療について、相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること。 ○ エックス線装置、心電計、輸血及び輸液のための設備・その他救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること。 ○ 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること。 ○ 救急医療を要する傷病者のための専用病床又は当該傷病者のために、優先的に使用される病床を有すること。 ＜医療計画における救急医療体制＞ ○三次救急・・・緊急性・専門性の高いもの、重症及び複数の診療科領域にわたる重篤なもの ○二次救急・・・入院治療を必要とする重症なもの ○初期救急・・・比較的軽症なもの

病床規模別病院数の割合

○ 全病院8,565病院のうち、500床以上の病院は5%程度、200床以上の病院は31%程度を占める。



(内訳の詳細)

病院数	20～29床	30～39床	40～49床	50～99床	100～149床	150～199床	200～299床
8,565	123	319	529	2,176	1,431	1,330	1,121

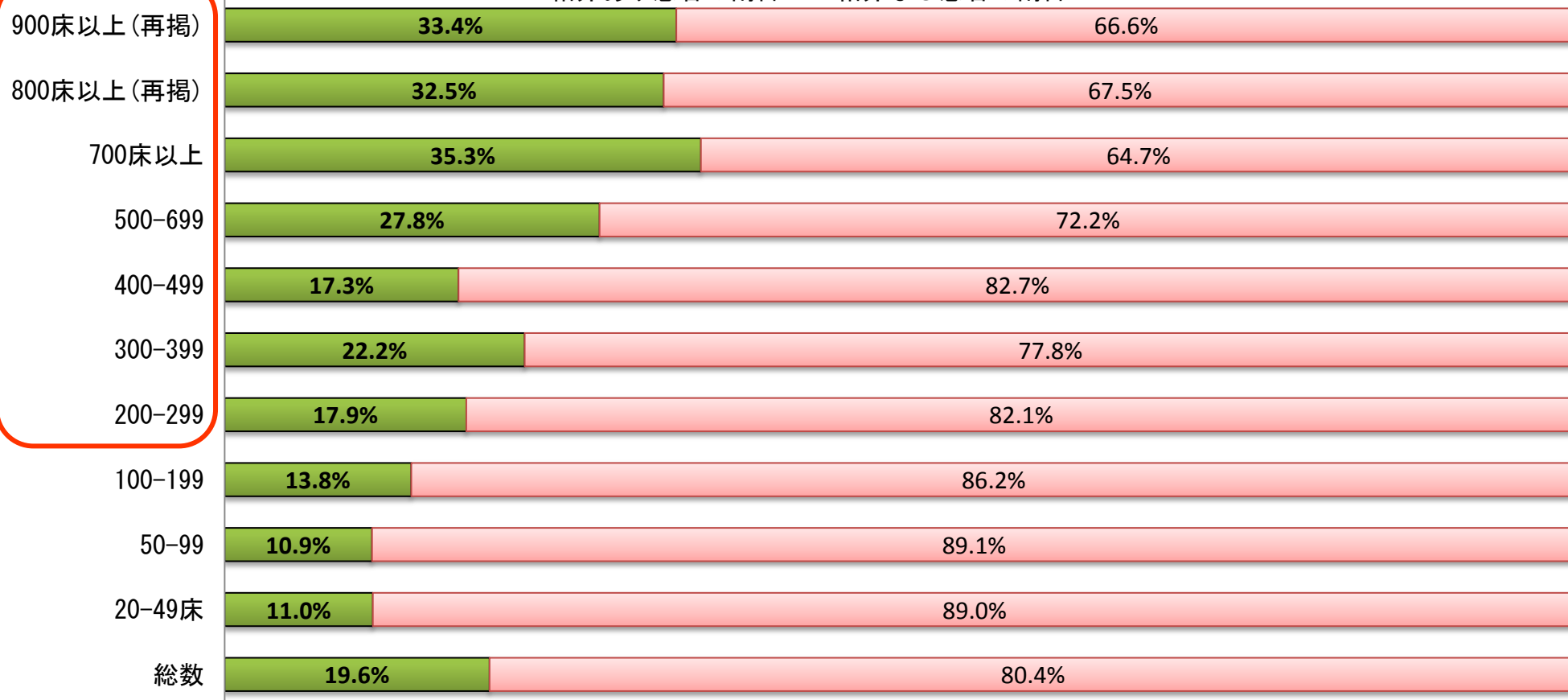
300～399床	400～499床	500～599床	600～699床	700～799床	800～899床	900床以上
709	378	191	116	52	31	59

病床規模別の紹介率の状況

○ 病床規模が大きくなるほど紹介率は高くなる傾向にあるが、病床数が200床以上の病院についてみても、外来患者総数に占める紹介なしの患者の割合が6割～8割と高い水準にある。

病院（外来）

■ 紹介あり患者の割合 □ 紹介なし患者の割合



紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合

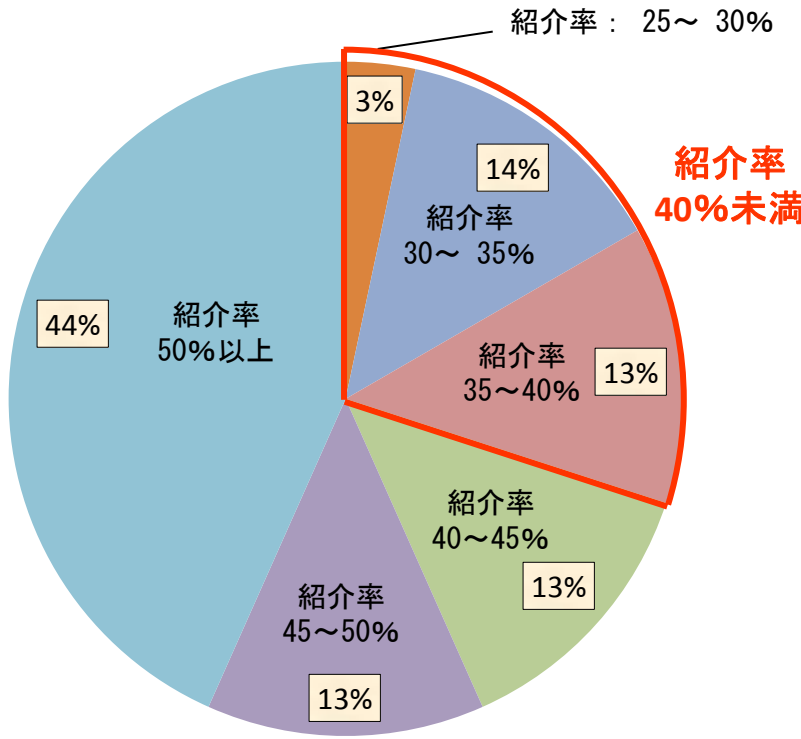
（出所）平成23年患者調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料2を基に作成
注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

医療機関の紹介率の状況

- 病床数500床以上の医療機関については、紹介率が40%未満である医療機関の割合が30%、紹介率の平均は53.0%となっている。
- 病床数500床未満の医療機関については、紹介率が40%未満である医療機関の割合が52%、紹介率の平均は48.9%となっている。

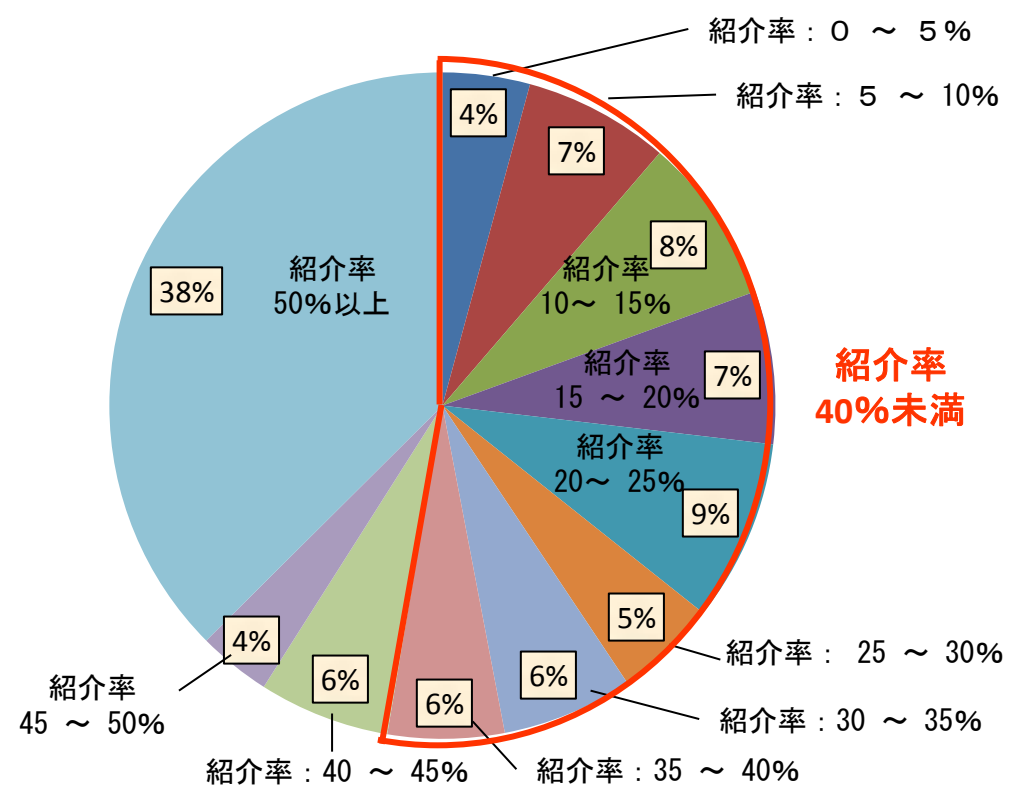
N=30 紹介率 (500床以上)
 <特定機能病院と地域医療支援病院を除く>

■ 0～5% ■ 5～10% ■ 10～15% ■ 15～20% ■ 20～25% ■ 25～30%
 ■ 30～35% ■ 35～40% ■ 40～45% ■ 45～50% ■ 50%以上



N=283 紹介率 (500床未満)
 <特定機能病院を除く>

■ 0～5% ■ 5～10% ■ 10～15% ■ 15～20% ■ 20～25% ■ 25～30%
 ■ 30～35% ■ 35～40% ■ 40～45% ■ 45～50% ■ 50%以上

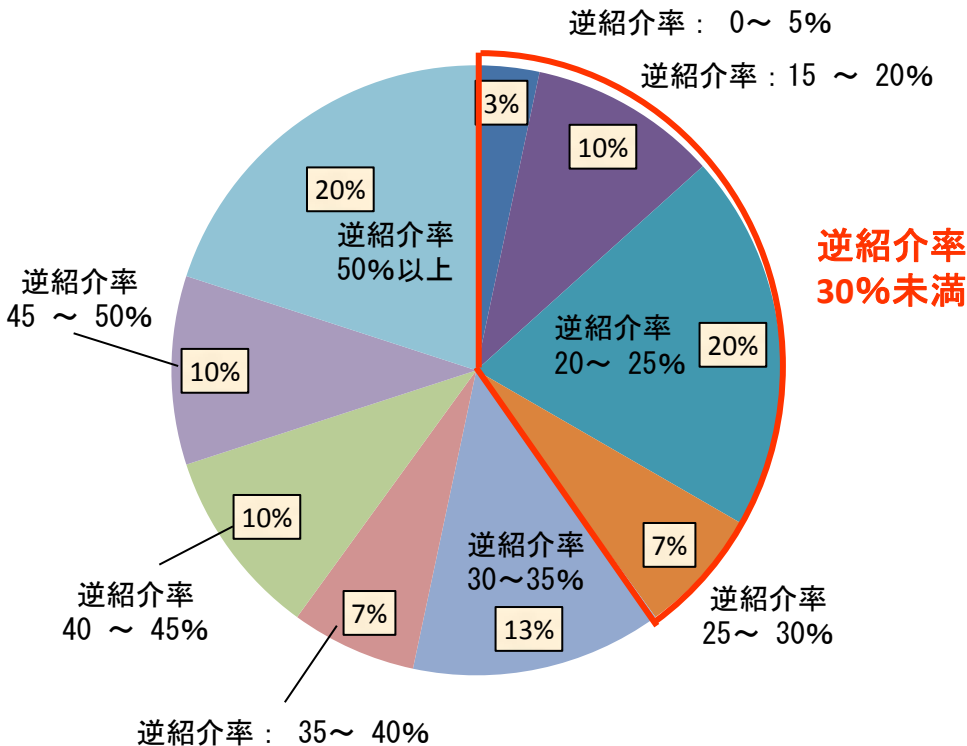


医療機関の逆紹介率の状況

- 病床数500床以上の医療機関については、逆紹介率が30%未満である医療機関の割合が40%、逆紹介率の平均は37.8%となっている。
- 病床数500床未満の医療機関については、逆紹介率が30%未満である医療機関の割合が56%、逆紹介率の平均は37.0%となっている。

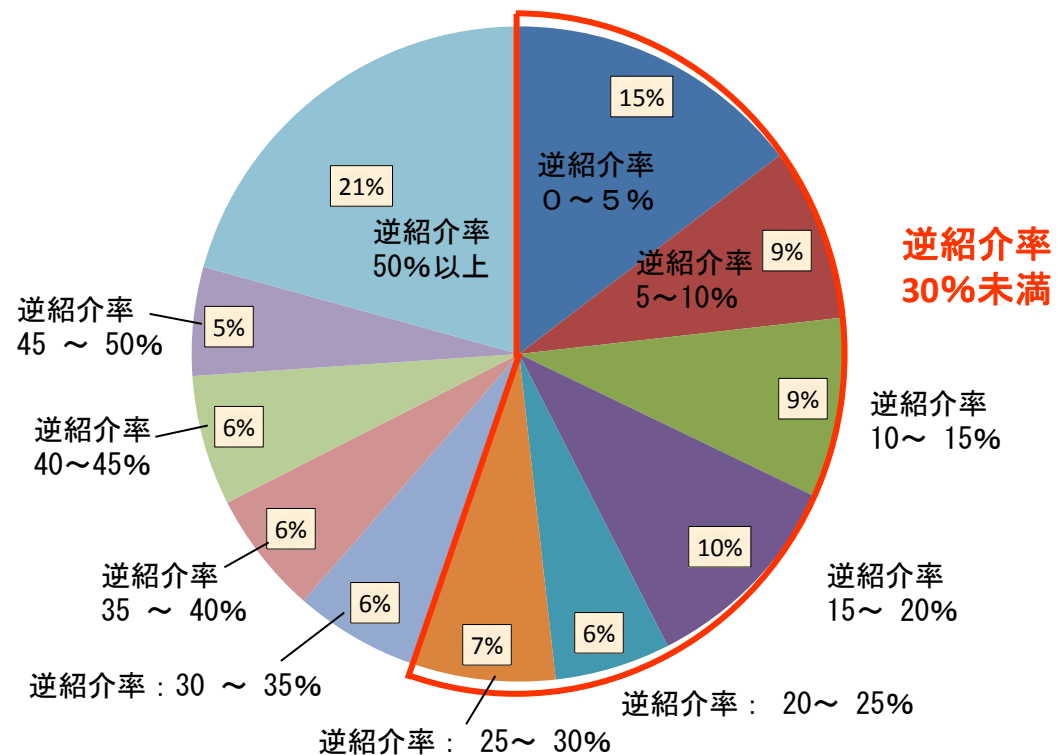
N=30 逆紹介率 (500床以上)
 <特定機能病院と地域医療支援病院を除く>

■ 0~5% ■ 5~10% ■ 10~15% ■ 15~20% ■ 20~25% ■ 25~30%
 ■ 30~35% ■ 35~40% ■ 40~45% ■ 45~50% ■ 50%以上



N=280 逆紹介率 (500床未満)
 <特定機能病院を除く>

■ 0~5% ■ 5~10% ■ 10~15% ■ 15~20% ■ 20~25% ■ 25~30%
 ■ 30~35% ■ 35~40% ■ 40~45% ■ 45~50% ■ 50%以上



紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方の主な論点

<対象とする保険医療機関>

- 定額負担を求める保険医療機関（大病院）の範囲をどうするか。

<対象とする患者・ケース>

- 現行の選定療養の取扱いや、大病院の外来診療の在り方をどう考えるかという視点等を踏まえ、
 - ・ 初診について、定額負担を求める（求めない）患者・ケースはどのようなものか。
（例：救急搬送患者 等）
 - ・ 再診について、定額負担を求める（求めない）患者・ケースはどのようなものか。
（例：病状が安定した後の再診 等）

<定額負担の額>

- 定額負担の額をどうするか（次ページ参照）。

<療養の給付に要する費用の額と定額負担との関係>

- 療養の給付に要する費用の額と定額負担との関係をどうするか（次ページ参照）。

<その他>

- 新たな定額負担は、高額療養費の対象とするか。

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の仕組みについて

通常の療養

療養の給付に要する費用



※一部負担金相当分を除く

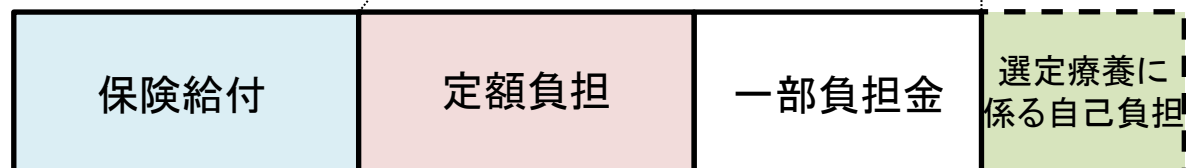
パターン1

初再診料相当分を定額負担として求める(この場合、初再診料相当分は給付しない)



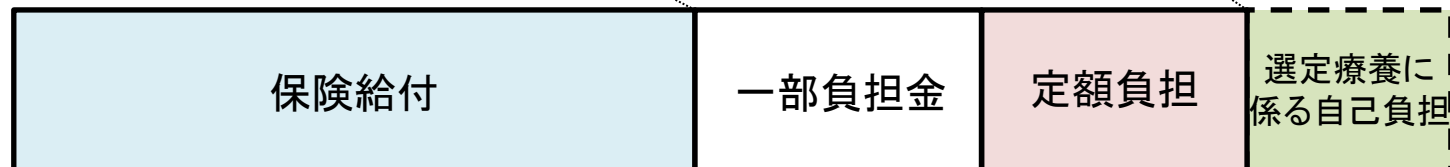
パターン2

保険給付の範囲内で、一部負担金相当額に加え、新たな定額負担を求める



パターン3

定額負担を、療養の給付に要する費用の額に上乗せして求める



入院時食事療養費・生活療養費について

社会保障制度改革国民会議報告書（抄）

〔 平成25年8月6日 〕

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) 医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)

今後、患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。

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(抄)

平成25年12月5日成立
平成25年法律第112号

(医療制度)

第四条

1～6 (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。

一～二 (略)

三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

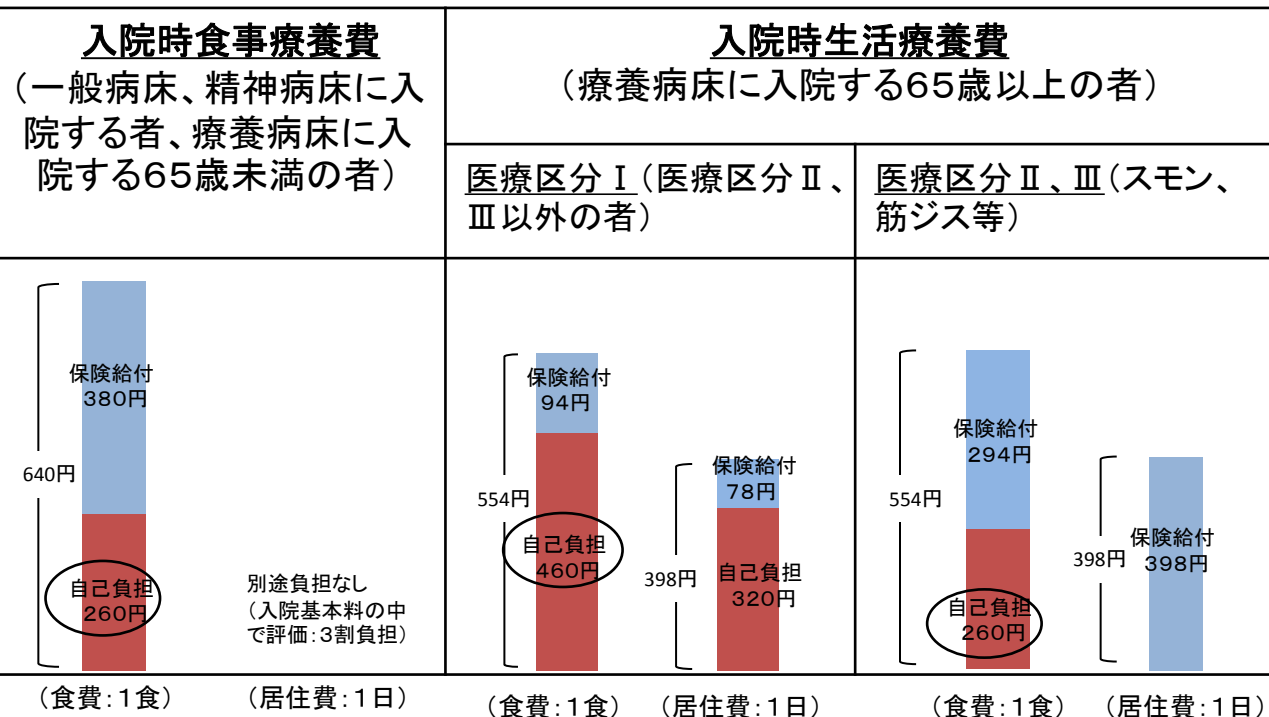
ロ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

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。

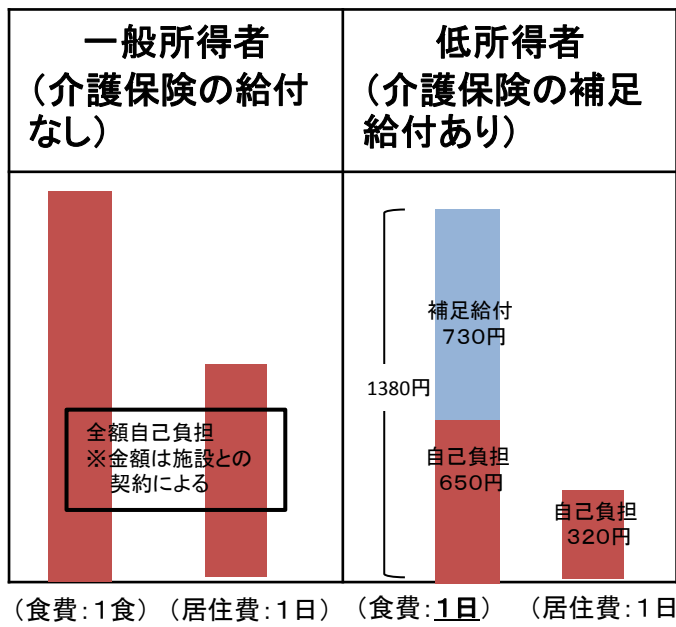
入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
- 支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額。
「入院時食事(生活)療養費」＝「基準額」－「標準負担額」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

<現状の仕組み>



(参考)介護保険施設(多床室)における食費・居住費の自己負担



※ 上記における食費の総額(基準額)は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算(1食あたり76円)等がある。

※ 上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担(90日超の入院の場合、160円)、入院時生活療養費の対象者で、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。

※ 介護保険においては、食費及び居住費は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、一定の総額(基準額)と自己負担額を定めた上で、その差額を保険給付している。

※ 上記補足給付の自己負担額は、市町村民非課税者の場合のもの。生活保護受給者の場合、自己負担額は食費が1日あたり320円、居住費が0円となる。

入院時食事療養費及び生活療養費生活療養費における標準負担額

		療養病床		一般病床・精神病床等
		医療区分Ⅰ	医療区分Ⅱ、Ⅲ	
65歳未満	一般所得	入院時食事療養費 (一食260円)	入院時食事療養費 (一食260円)	入院時食事療養費 (一食260円)
	低所得	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円
65歳以上	一般所得	入院時生活療養費(Ⅰ) (一食460円、居住費320円) 入院時生活療養費(Ⅱ) (一食420円、居住費320円)	入院時生活療養費 (一食260円、居住費0円)	入院時食事療養費 (一食260円)
	低所得Ⅱ	入院時生活療養費 (一食210円、居住費320円)	入院時生活療養費 (一食210円、居住費0円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円
	低所得Ⅰ (70歳以上のみ)	入院時生活療養費 (一食130円、居住費320円) ※老齢福祉年金を受給している 場合は、一食100円、居住費0円	入院時生活療養費 (一食100円、居住費0円)	入院時食事療養費 (一食100円)

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の創設経緯について

～昭和46年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料の一部(給食加算)として評価
昭和47年 ～ 平成5年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料とは別に、給食料を新設し、評価
平成6年 ～ 平成17年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時食事療養費制度の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の食事は保険給付の対象としつつ、在宅と入院の費用負担の公平化の観点から、在宅と入院双方にかかる費用として食材料費相当額を自己負担化 ・ 患者側のコスト負担意識を高めることによる、食事の質向上の効果も期待
平成18年～	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時生活療養費制度の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病床が、介護病床と同様に「住まい」としての機能を有していることに着目し、介護施設において通常本人や家族が負担している食費(食材料費+調理費相当額)及び居住費(光熱水費相当額)を自己負担化

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の推移について

	総計	協会けんぽ	健保組合	共済組合	国保 (国保組合含)	後期高齢者
平成21年	約4,770億円	約360億円	約210億円	約70億円	約1,600億円	約2,530億円
平成22年	約4,830億円	約350億円	約210億円	約70億円	約1,570億円	約2,630億円
平成23年	約4,770億円	約340億円	約200億円	約70億円	約1,490億円	約2,670億円
平成24年	約4,800億円	約330億円	約200億円	約70億円	約1,540億円	約2,660億円

※出典 医療経済実態調査(厚生労働省)

見直しの論点について

- 国民会議の報告書やプログラム法の規定を踏まえ、在宅療養との公平を確保する観点から、入院時食事療養費(入院時生活療養費)をどのように見直すか。
- 具体的には、現行の入院時食事療養費においては、食材費相当分を自己負担として求めているが、調理費相当分等についても、今後自己負担を求めていくべきかどうか。
- 自己負担を引き上げる場合、どのような者に配慮すべきか。

国民健康保険の保険料(税)の賦課(課税)限度額及び 被用者保険における標準報酬月額上限について

■ 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）

第1部 社会保障制度改革の全体像

3 社会保障制度改革の方向性

(2) すべての世代を対象とし、すべての世代が相互に支え合う仕組み

上述のように、「21世紀型(2025年)日本モデル」の社会保障では、主として高齢者世代を給付の対象とする社会保障から、切れ目なく全世代を対象とする社会保障への転換を目指すべきである。

その際、全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある。

また、**世代間の公平だけではなく、世代内の公平も重要**であり、特に他の年代と比較して格差の大きい高齢者については、一律横並びに対応するのではなく、負担能力に応じて社会保障財源に貢献してもらうことが必要である。

このような観点から、**これまでの「年齢別」から「負担能力別」に負担の在り方を切り替え**、社会保障・税番号制度も活用し、資産を含め**負担能力に応じて負担する仕組みとしていくべき**である。

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。もともと、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。

■「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) (抜粋)

第二章 講ずべき社会保障制度改革の措置等

(医療制度)

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。

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**

三 医療保険の保険給付となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

ロ (略)

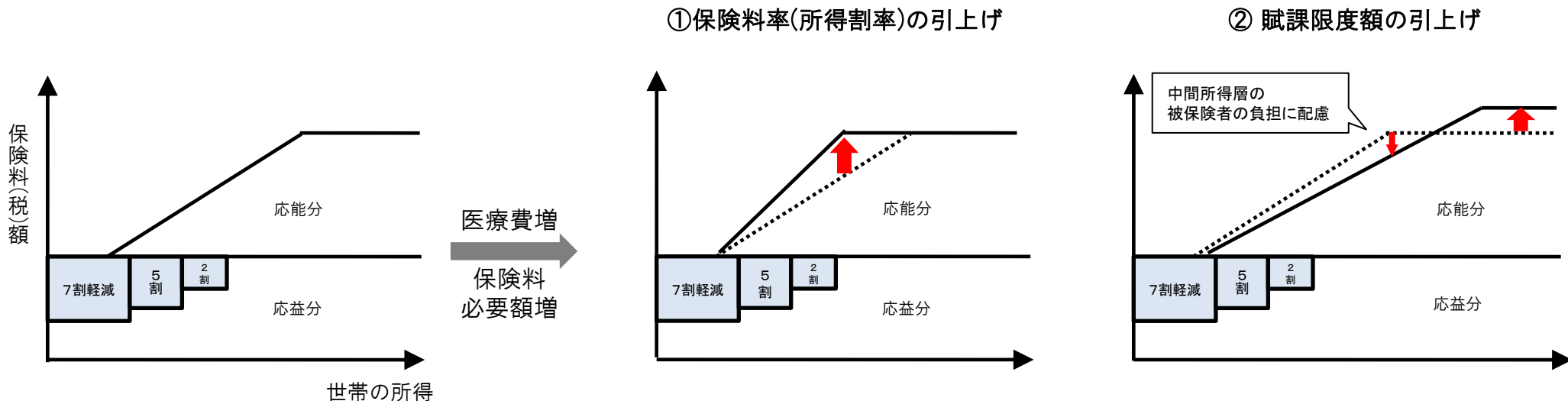
8 **政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。**

医療保険制度における保険料上限額(賦課限度額)について

- 社会保険方式を採用する医療保険制度では、保険料負担は、負担能力に応じた公平なものである必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険料負担に一定の限度を設けることとしている。
- 高齢化の進展等により医療給付費等が増加する一方で、被保険者の所得が伸びない状況においては、例えば、
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げずに、保険料率の引上げにより必要な保険料収入を確保することとすれば、高所得層の負担と比較し、中間所得層の負担がより重くなる。【イメージ図:①】
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げることとすれば、高所得層により多く負担いただくこととなるが、中間所得層の被保険者に配慮した保険料設定が可能となる。【イメージ図:②】

【国民健康保険制度の場合(イメージ図)】

- * 医療費が増加し確保すべき保険料収入額が増加した場合において、必要な保険料収入を確保するため、例えば、①保険料率(所得割率)の引上げ ② 賦課限度額の見直し を行うことが考えられる。



- 「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案」(平成25年10月15日閣議決定)において、「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の上限額の引上げ」が盛り込まれていることを踏まえ、保険料負担の公平の確保の観点から、国保料(税)の限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額について、見直しを検討することとしてはどうか。

- 被用者保険の標準報酬月額等の見直しは法改正が必要な事項であることから、被用者保険の標準報酬月額の上限額を含めた医療保険制度における保険料負担の上限の在り方については、「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案」に盛り込まれた他の医療保険制度関係の事項とあわせて、平成27年の通常国会への法案提出を目指して、来年度から本格的に議論を行うこととしてはどうか。

- ただし、国民健康保険の保険料(税)賦課(課税)限度額については、
 - ① 基礎賦課(課税)分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分のそれぞれで、平成25年度と比べて平成26年度の限度額超過世帯の割合が増加する見込みであること
 - ② 平成26年度における国保料(税)の限度額超過世帯の割合(推計)をみると、基礎賦課分は3%未満である一方、後期高齢者支援金等分は3.5%超、介護納付金分は4%超となっており、ばらつきが見られることから、これまでの国保料(税)賦課(課税)限度額の見直しの考え方に照らし、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こととしてはどうか。

(参考) 国保保険料(税)の賦課(課税)限度額を超える世帯の割合

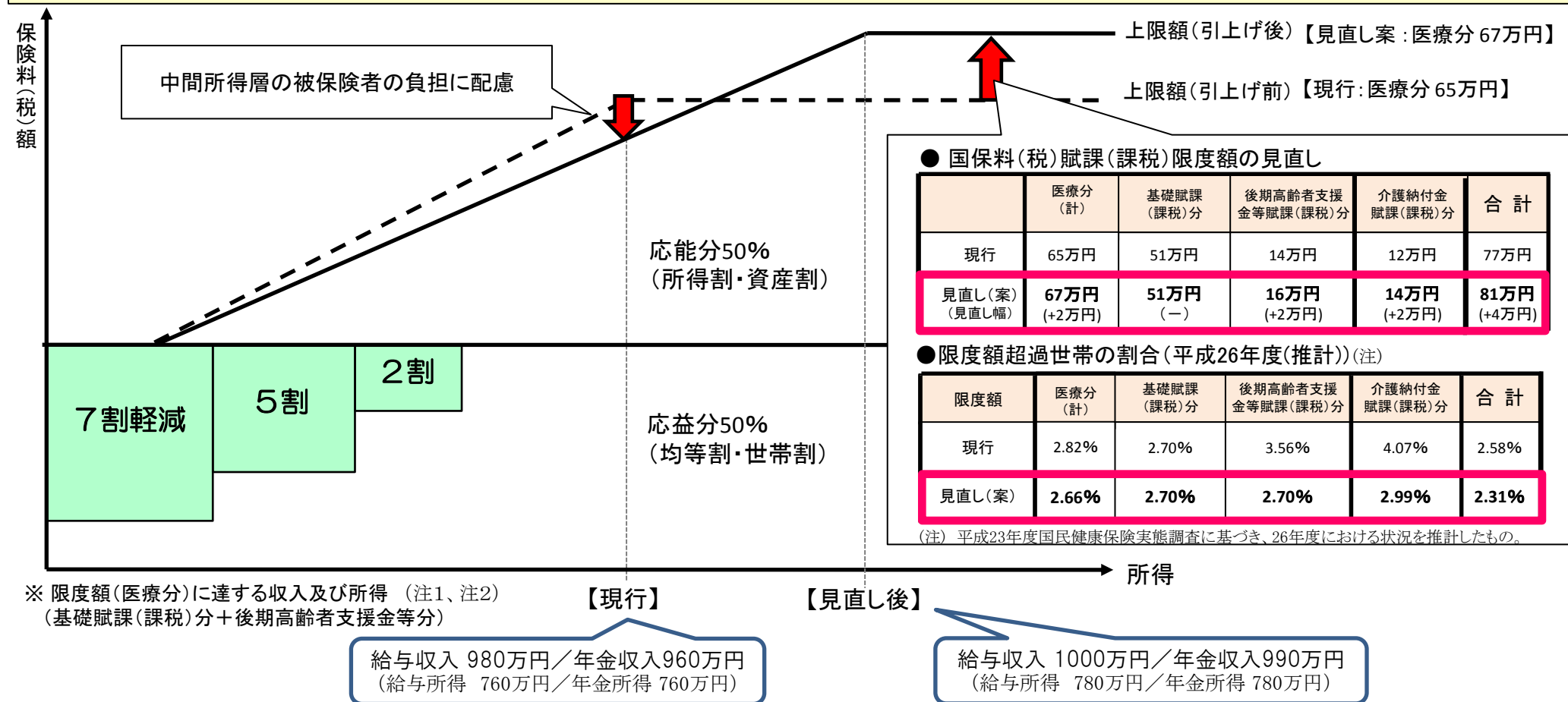
	平成25年度		平成26年度
基礎賦課(課税)分	2.60%	⇒	2.70%
後期高齢者支援金等分	3.41%	⇒	3.56%
介護納付金分	3.59%	⇒	4.07%

(※) 平成27年度以降の国保保険料(税)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。

平成26年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直し(案)

- 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こととしてはどうか。
- 例えば、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こととしてはどうか。

(※) 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。



(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。

健康保険制度における標準報酬月額の上限について

- 現行の健康保険制度において、標準報酬月額の等級は全47等級あり、下限は5.8万円、上限は121万円となっている。
(健康保険法(大正11年法律第70号)第40条第1項)
- 現行法上、標準報酬月額の最高等級該当者の全体に占める割合が1.5%を超え、その状態が継続すると認められる場合に、改定後の最高等級該当者の全体に占める割合が1%を下回らない範囲において、政令で等級を追加できる。
(健康保険法第40条第2項)

(参考1) 標準報酬月額の等級 (健康保険法第40条第1項)

標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額	標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額
第1級	58,000円	63,000円未満	第25級	360,000円	350,000円以上 370,000円未満
第2級	68,000円	63,000円以上 73,000円未満	第26級	380,000円	370,000円以上 395,000円未満
...
第23級	320,000円	310,000円以上 330,000円未満	第47級	1,210,000円	1,175,000円以上
第24級	340,000円	330,000円以上 350,000円未満			

(※) 標準報酬月額とは、健康保険の保険料と保険給付額を算出する基礎として、事務処理の正確化と簡略化を図るために、実際の報酬月額を当てはめる切りの良い額のこと。
具体的には、健康保険は58,000円～1,210,000円の47等級に分かれており、該当する標準報酬月額に保険料率を掛け合わせることで支払うべき保険料額を算定するとともに、標準報酬月額の記録をもとに傷病手当金額、出産手当金額を算定する。

(参考2) 健康保険法第40条第2項

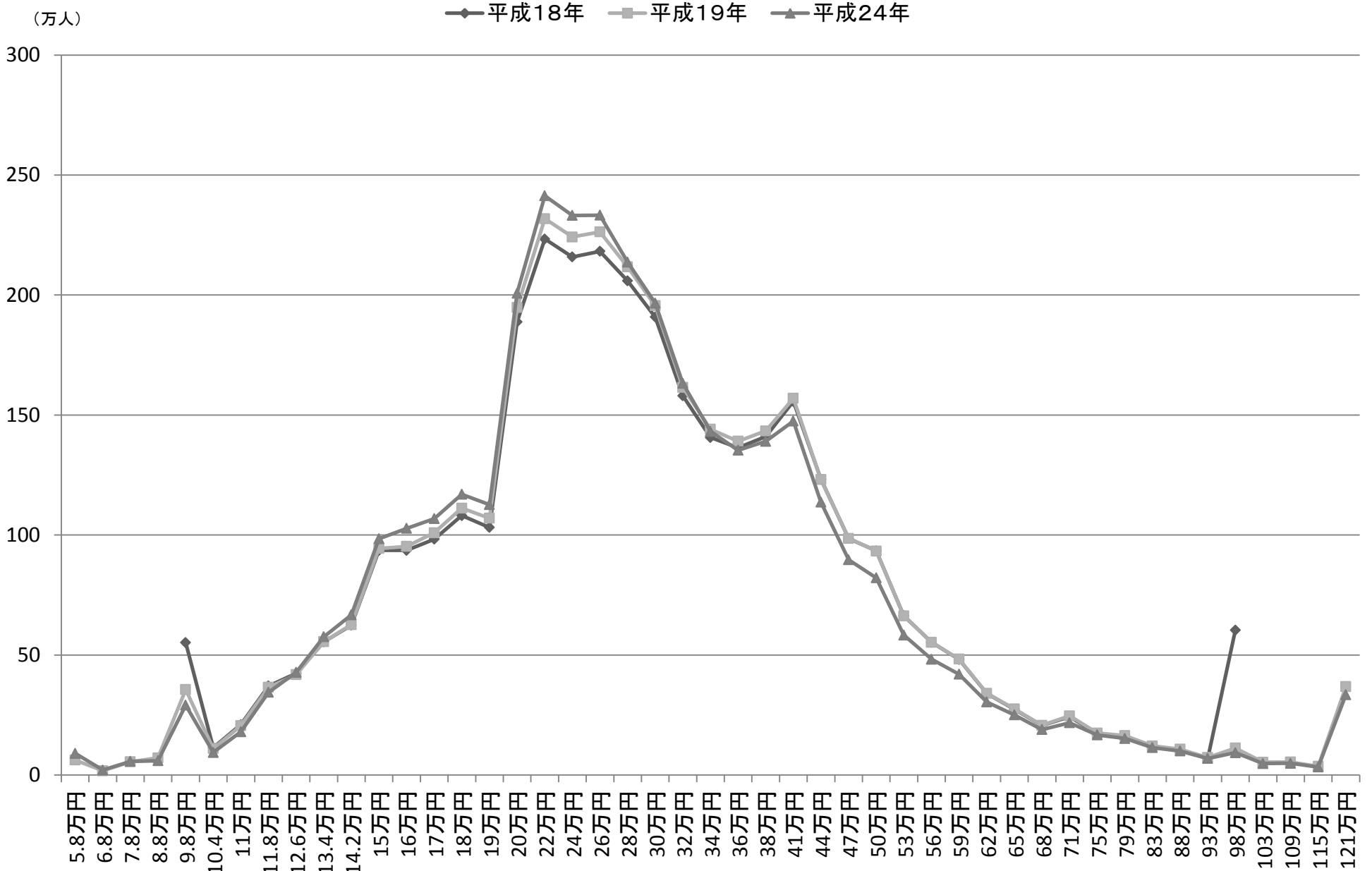
毎年3月31日における標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の被保険者総数に占める割合が100分の1.5を超える場合において、その状態が継続すると認められるときは、その年の9月1日から、政令で、当該最高等級の上に更に等級を加える標準報酬月額の等級区分の改定を行うことができる。ただし、その年の3月31日において、改定後の標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の同日における被保険者総数に占める割合が100分の1を下回ってはならない。

健康保険制度の標準報酬月額の上限に該当する被保険者の割合

- 平成18年の健康保険法改正において、
 - ・ 標準報酬月額等級の分布に大きなばらつきがあり、最高等級及び最低等級について、その上下の等級と比べて多くの被保険者が該当していたことを踏まえ、上限を98万円から121万円に引き上げるとともに、下限を9.8万円から5.8万円に引き下げた。
 - ・ 政令による上限の改定ルールについて、改定を行うことができるのは、最高等級に該当する被保険者の全被保険者に占める割合が、「3%」を超えた場合とされていたが、「1.5%」に見直した。
【平成19年4月施行】
- 現行の規定のもと、平成19年度以降、標準報酬月額上限改定は行われておらず、平成24年度末の標準報酬月額最高等級該当者の全体に占める割合は、「0.95%」となっている。

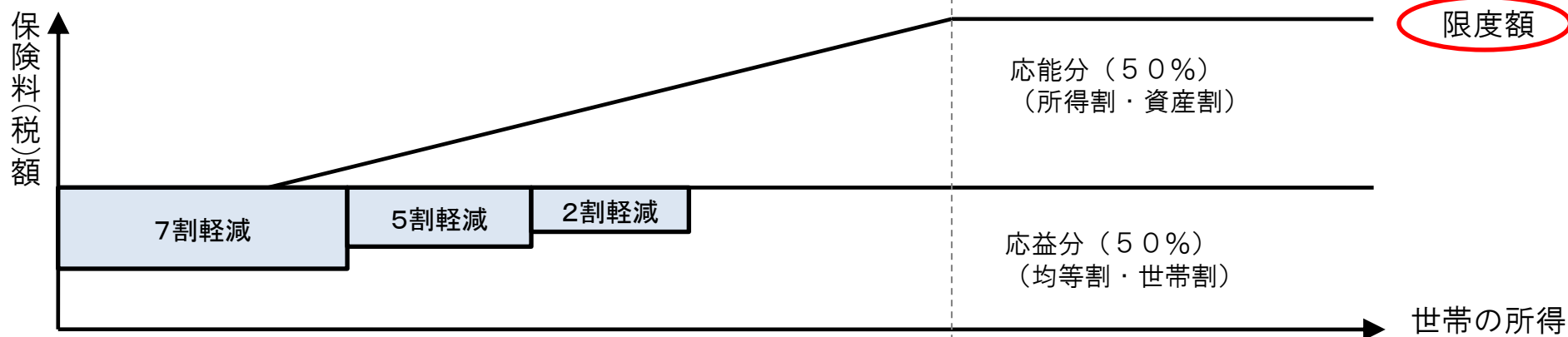
	標準報酬月額 上限	標準報酬月額 の平均額	全被保険者に対する 上限該当者の割合	備 考
昭和51年度末	320,000円	143,016円	3.93%	
昭和53年度末	380,000円	166,828円	3.72%	
昭和56年度末	470,000円	200,321円	3.52%	【昭和55年改正】 標準報酬月額上限該当者が全体の3%を超え、かつその状態が継続すると認められる場合に、所用の手続きを経た上で、政令で等級を追加できることとした。但し、改訂後の上限該当者が全体の1%を下回ってはならない。
昭和59年度末	710,000円	229,249円	1.59%	
平成4年度末	980,000円	305,202円	1.57%	
平成17年度末	980,000円	321,565円	1.71%	
平成18年度末	980,000円	321,070円	1.74%	
平成19年度末	1,210,000円	323,181円	1.15%	【平成18年改正】 政令による等級の追加時の基準を3%から1.5%に変更。但し、改訂後の上限該当者が全体の1%を下回ってはならない。
平成20年度末	1,210,000円	323,988円	1.02%	
平成21年度末	1,210,000円	313,677円	0.92%	
平成22年度末	1,210,000円	314,896円	0.91%	
平成23年度末	1,210,000円	314,050円	0.93%	
平成24年度末	1,210,000円	315,666円	0.95%	

標準報酬月額別の等級別分布(平成18年、19年及び24年)



国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額について

- 市町村国保では、国民健康保険の給付費の約50%を被保険者が負担する国民健康保険料(税)により賄うこととされている。
 - 保険料(税)は、被保険者の保険料負担能力に応じて賦課される応能分(所得割、資産割)と、受益に応じて等しく被保険者に賦課される応益分(均等割、世帯割)から構成されており、①国保の医療給付費等に充てる基礎賦課分、②後期高齢者支援金等に充てる分、③介護納付金に充てる分の3種類の保険料(税)がそれぞれ賦課される。
 - 世帯の所得が一定額以下の場合には、応益分保険料(税)(均等割・世帯割)の7割、5割又は2割を軽減している。
 - 国保料(税)の賦課(課税)限度額は、上述の3種類の保険料(税)それぞれについて法令で規定されており、平成26年度は、①基礎賦課分 51万円、②後期高齢者支援金等分 16万円、③介護納付金分 14万円となっている。
- ・医療分(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)の限度額は67万円、介護納付金分を含めると81万円となっている。
 ・根拠法令：国民健康保険法施行令(昭和33年政令第362号)第29条の7、地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第56条の88の2



医療分の限度額(67万円)に達する収入
 給与収入 1000万円 / 年金収入 990万円
 (給与所得780万円 / 年金所得 780万円)

(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) 保険料率は、旧ただし書所得・4方式を採用する平成23年度全国平均値。
 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

	医療分(計)	基礎賦課(課税)分 (医療給付費等に充てる分)	後期高齢者支援金等 賦課(課税)分	介護納付金 賦課(課税)分	合計
国保料(税)賦課(課税)限度額(平成26年度)	67万円	51万円	16万円	14万円	81万円
限度額超過世帯の割合(※)	2.66%	2.70%	2.70%	2.99%	2.31%

(※) 厚生労働省保険局「平成23年度 国民健康保険実態調査」をもとに、平成26年度における賦課限度額を超える世帯割合を推計したものの。

国民健康保険料(税) 賦課(課税) 限度額の推移

- これまでの国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額の推移を見ると、介護保険制度が創設された平成12年度を除けば、限度額(合計額)の引上げ幅の最大は「4万円」となっている。
- 国保料(税)賦課(課税)限度額は、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分それぞれの限度額超過世帯割合の状況(超過世帯割合の前年度比較・バランス等)を考慮し、合計で「4万円」を引上げ幅の上限として見直しを行っている。

	医療分(計)		基礎賦課(課税)額		後期高齢者支援金等賦課(課税)額【平成20年度～】		介護納付金賦課(課税)額【平成12年度～】		合計	
		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額
平成4年度			46万円	+2万円					46万円	+2万円
5年度			50万円	+4万円					50万円	+4万円
7年度			52万円	+2万円					52万円	+2万円
9年度			53万円	+1万円					53万円	+1万円
12年度			53万円	-			7万円	+7万円	60万円	+7万円
15年度			53万円	-			8万円	+1万円	61万円	+1万円
18年度			53万円	-			9万円	+1万円	62万円	+1万円
19年度			56万円	+3万円			9万円	-	65万円	+3万円
20年度	59万円	+3万円	47万円	▲9万円	12万円	+12万円	9万円	-	68万円	+3万円
21年度	59万円	-	47万円	-	12万円	-	10万円	+1万円	69万円	+1万円
22年度	63万円	+4万円	50万円	+3万円	13万円	+1万円	10万円	-	73万円	+4万円
23年度	65万円	+2万円	51万円	+1万円	14万円	+1万円	12万円	+2万円	77万円	+4万円
24年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
25年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
26年度	67万円	+2万円	51万円	-	16万円	+2万円	14万円	+2万円	81万円	+4万円

(注1) 平成19年度までは、老健拠出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度以降、老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設されている。

(注2) 昭和33年以降平成3年度以前の賦課(課税)限度額の改定経緯を見ると、退職者医療制度が創設された昭和59年度に基礎賦課(課税)分が7万円引き上げられている以外は、引き上げ幅は最大4万円(昭和49年度)となっている。

見直しの論点

- 現在、被用者保険や国民健康保険の保険料については、
 - ① 負担能力に応じた負担となるよう、被保険者の標準報酬月額や世帯の所得に応じた保険料額とするとともに、
 - ② 受益との関連から、標準報酬月額の上限や保険料の賦課限度額を設けている。

- 国民会議報告書やプログラム法の規定では、世代内の公平を図る観点から、標準報酬月額の上限や国民健康保険料の賦課限度額の引き上げについて検討を行うこととされているが、どのような見直しが考えられるか。

参 考 资 料

協会けんぽの保険料上限額について（平成26年度）

- 協会けんぽの保険料率は各都道府県支部ごとに異なるが、平成26年度の保険料上限額は、
115万2,372円～118万3,248円となっている。

〔佐賀県〕

$$\begin{aligned} &121\text{万円(標準報酬月額最高等級)} \times \underline{11.88\%(\text{医療分及び介護分の保険料率})} \times 0.5(\text{労使折半}) \times 12\text{ヶ月} \\ &+ 540\text{万円(標準賞与額上限)} \times 11.88\% \times 0.5 \\ &= \mathbf{1,183,248\text{円}} \end{aligned}$$

〔長野県〕

$$\begin{aligned} &121\text{万円(標準報酬月額最高等級)} \times \underline{11.57\%(\text{医療分及び介護分の保険料率})} \times 0.5(\text{労使折半}) \times 12\text{ヶ月} \\ &+ 540\text{万円(標準賞与額上限)} \times 11.57\% \times 0.5 \\ &= \mathbf{1,152,372\text{円}} \end{aligned}$$

後期高齢者医療の保険料賦課限度額について

【考え方】

○後期高齢者医療の保険料は均等割と所得割を半分ずつ賦課しているが、給付と保険料負担のバランスを失すれば被保険者の納付意識に悪影響を及ぼす等の理由から、年間保険料に賦課限度額を設けている。

【経緯】

○制度施行時(平成20年度)

- ・国保の賦課限度額の水準を参考に、国保で賦課限度額を負担する層についてその賦課限度額と同程度までの負担となるよう50万円に設定。

※高齢者では所得割を負担する者が約3割と少なく、国保に比べ所得割率が高くなることから、中間所得層の負担を一定に抑えるため、負担能力の高い者に応分の負担を求めている(賦課限度額超過被保険者割合は国保より小さい)。

○保険料改定時(平成24、26年度)

- ・国保の賦課限度額引上げの状況等を踏まえ、平成24年度に55万円(5万円引上げ)に、平成26年度に57万円(2万円引上げ)に、それぞれ設定。

【例(夫婦世帯)】 夫:年金収入953万円(年金所得・事業所得750万円)、妻:年金収入153万円以下[所得割なし] のケース

国保 67万円 → 後期 61.3万円
(限度額) (限度額) (限度額)
〔 夫 57万円、妻 4.3万円 〕

※国保保険料は平成23年度の4方式の全国平均保険料率を基に、後期高齢者医療の保険料は平成24・25年度の全国平均保険料率を基に、それぞれ算定。

		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
後期 高齢者	賦課限度額 (平成20年度基準) [対前年変化幅]	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	55万円 (110) [+5万円、+10.0%]	55万円 (110)	57万円 (114) [2万円、+3.7%]
	賦課限度額に達する 年金収入 (年金所得)	830万円 (633万円)	830万円 (633万円)	811万円 (615万円)	811万円 (615万円)	822万円 (626万円)	822万円 (626万円)	821万円 (625万円)
	賦課限度額超過 被保険者割合	1.65%	1.52%	1.44%	1.42%	1.36%	1.36%	—
国保	賦課限度額(医療分) (平成20年度基準) [対前年変化幅]	59万円 (100)	59万円 (100)	63万円 (107) [+4万円、+6.8%]	65万円 (110) [+2万円、+3.2%]	65万円 (110)	65万円 (110)	67万円 (114) [+2万円、+3.1%]

※ 賦課限度額に達する年金収入:各年度の全国平均保険料率を基に算定。

※ 年金所得=年金収入-公的年金等控除

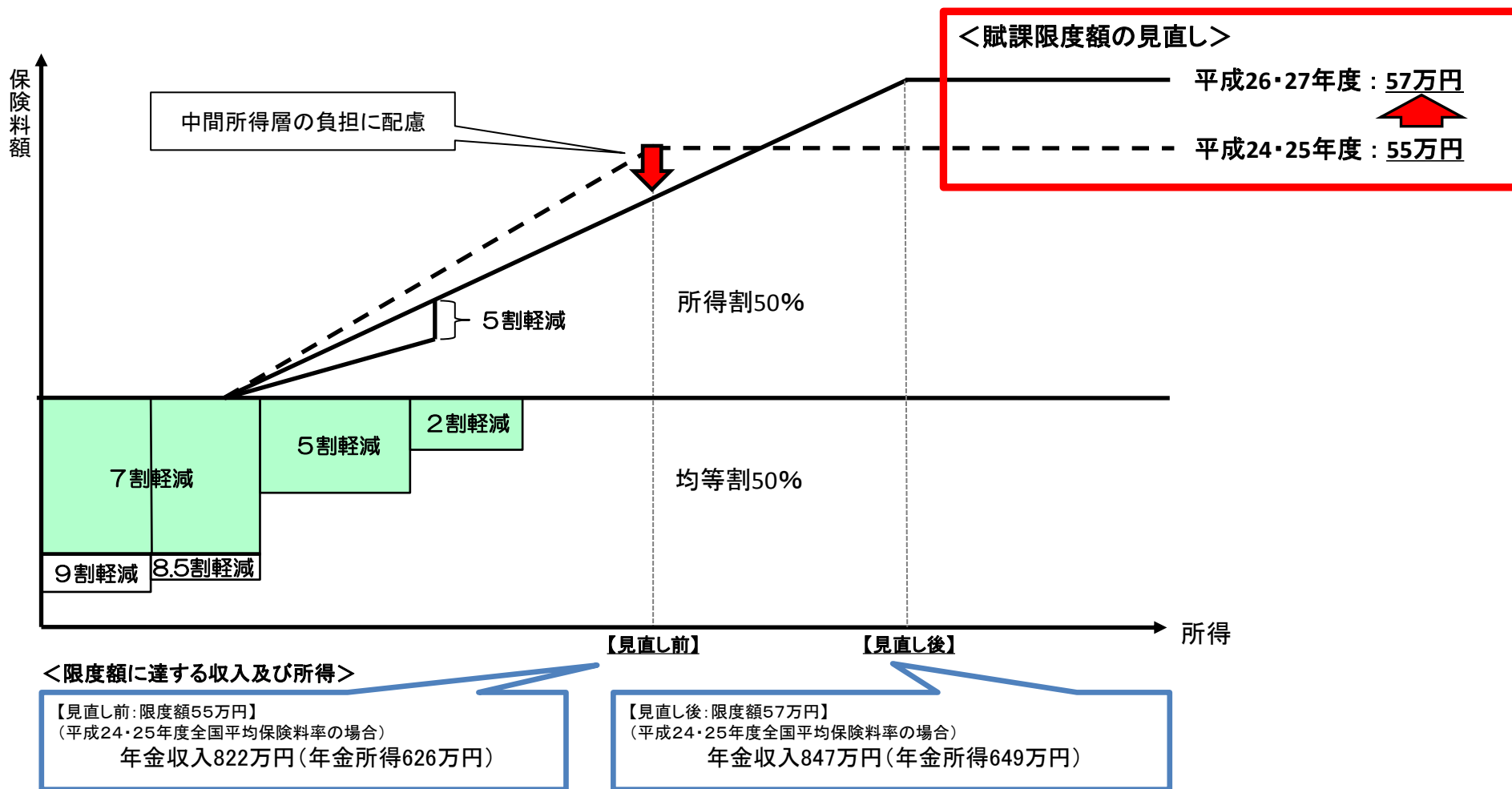
※ 賦課限度額超過被保険者割合:後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告による(平成26年度分は未報告)。

平成26年度の後期高齢者医療保険料賦課限度額の見直し

○医療給付費の伸び等により保険料負担の増加が見込まれる中、受益と負担の関連、被保険者の納付意識への影響、中間所得層の負担とのバランス等を考慮し、保険料賦課限度額を設定している。

○平成26年度国保の限度額見直しに伴い、国保で限度額を負担する層が後期高齢者医療でも同程度までの負担となるよう限度額の見直しを行った。

→ 国保の限度額(医療分)2万円引き上げに伴い、後期高齢者医療でも2万円引き上げ、55万円を57万円とした。



*年金所得=年金収入-公的年金等控除

国民健康保険組合に対する 国庫補助について

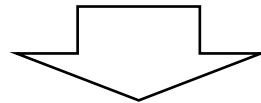
■ 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抜粋）

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）

加えて、所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助もかねて廃止の方針が示されており、保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要がある。

（略）



■ 社会保障制度改革プログラム法（平成25年12月5日成立）（抜粋）

（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。

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

ハ 被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し

国民健康保険組合について

- 国保組合とは、国民健康保険法に基づき、同種同業の者を対象に国保事業を行うことができる公法人である。
- 平成24年度末の組合数及び被保険者数

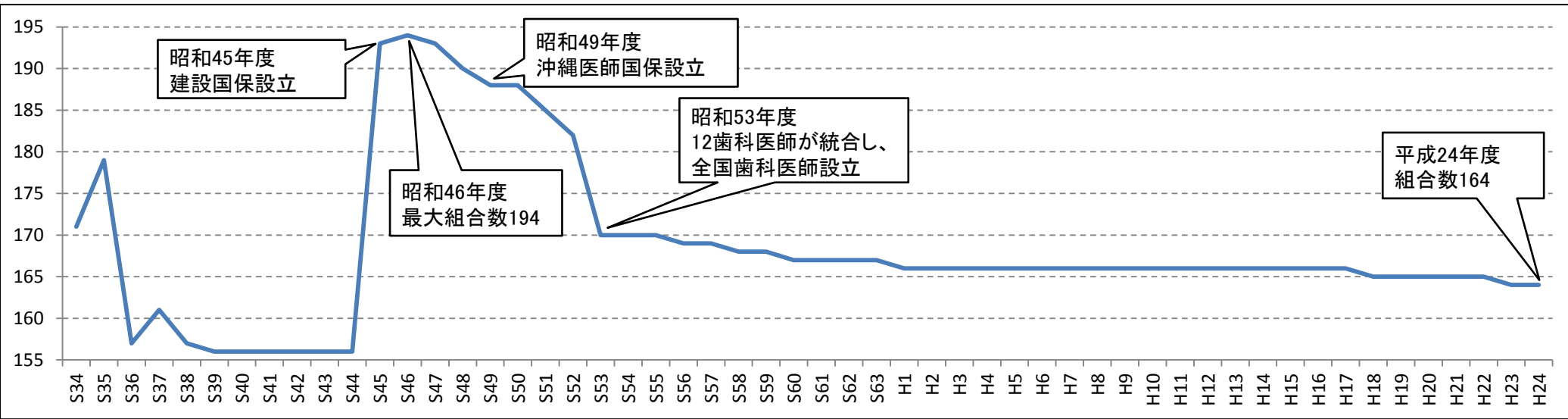
(1) 医師、歯科医師、薬剤師	92組合	被保険者数	64万人
(2) 建設関係	32組合	被保険者数	157万人
(3) 一般業種	40組合	被保険者数	81万人
合計	164組合	被保険者数	302万人

国民健康保険組合一覧

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

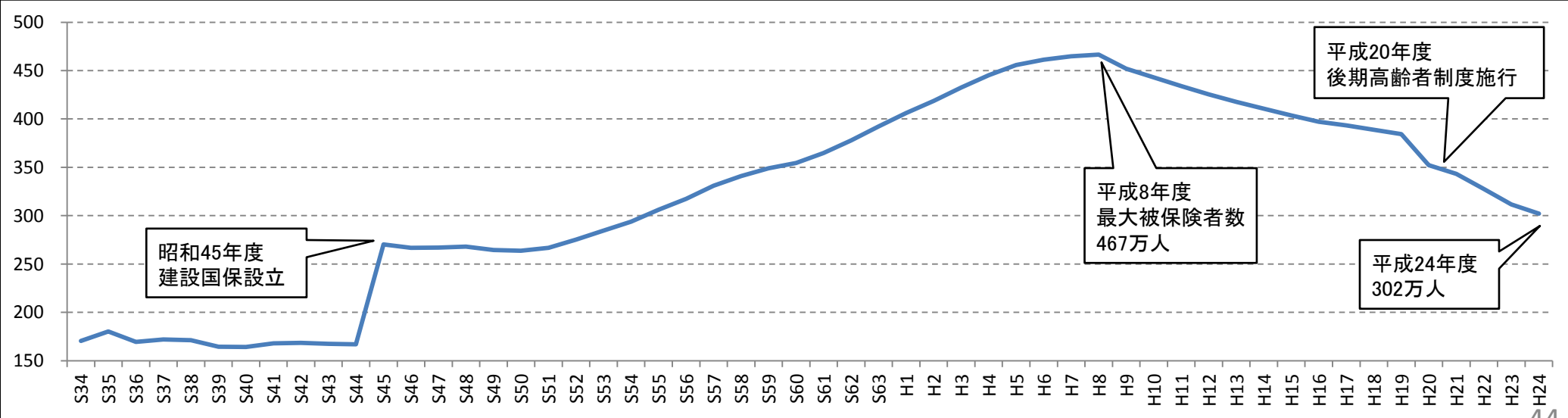
国民健康保険組合 組合数・被保険者数について

国民健康保険組合数の推移



国民健康保険組合被保険者数の推移

(単位: 万人)



国民健康保険組合の概要

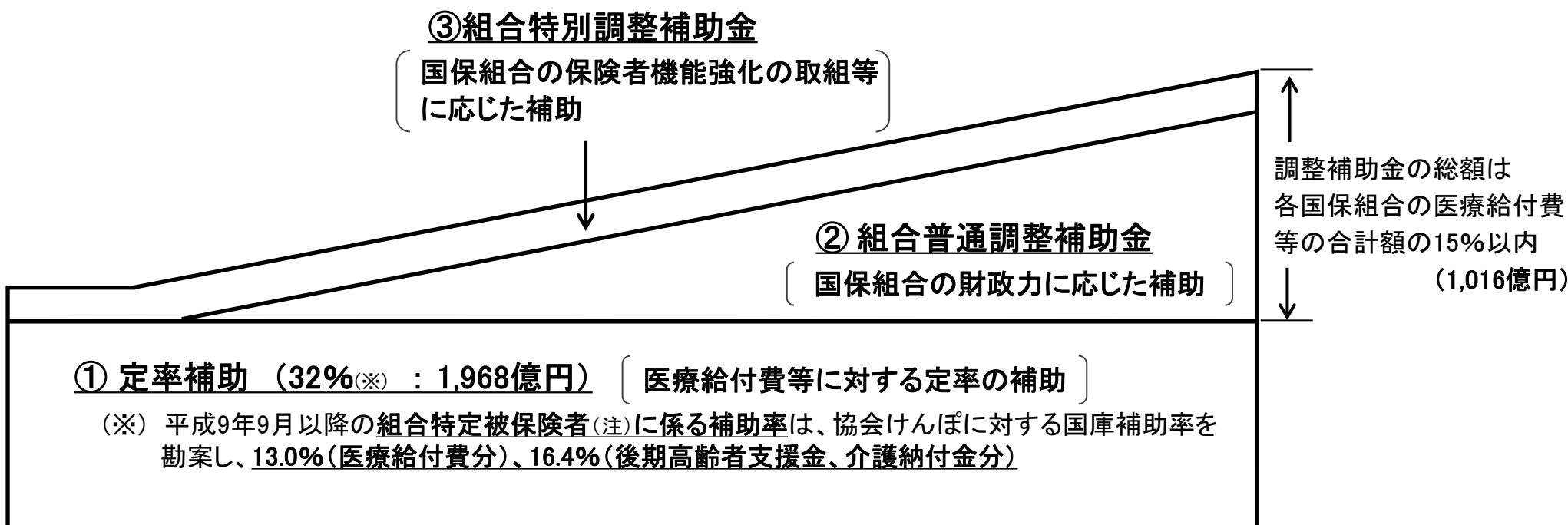
- 国保組合とは、国民健康保険法に基づき、同種同業の者を対象に国保事業を行うことができる公法人である。
(医師・歯科医師・薬剤師 : 92組合 / 建設関係 : 32組合 / 一般業種 : 40組合 計 164 組合)

※ 国保組合は、全市町村に国保事業の実施を義務づける(国民皆保険)以前から制度化されていた公法人であるが、国民皆保険達成後は、市町村が運営する国保を原則とする観点から、原則として国保組合の新設を認めていない。

- 被保険者数：約302万人 (平均年齢:39.3歳)
- 保険料：国保組合ごとに規約で定めている。(収納率は99.9%)

国保組合に対する国庫補助

(平成26年度予算ベース)



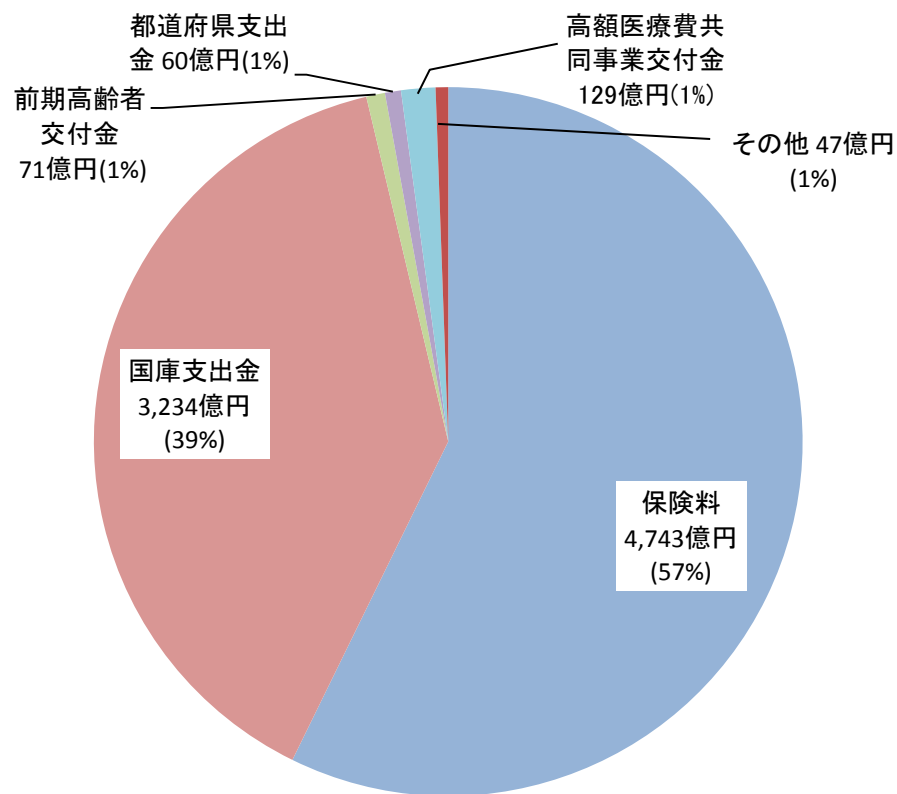
(注) 「組合特定被保険者」とは、本来的には健康保険の適用を受ける被用者であるが、健康保険の適用除外の承認を受けて国保組合の被保険者となった者をいう。

国民健康保険組合の収支状況について(平成24年度)

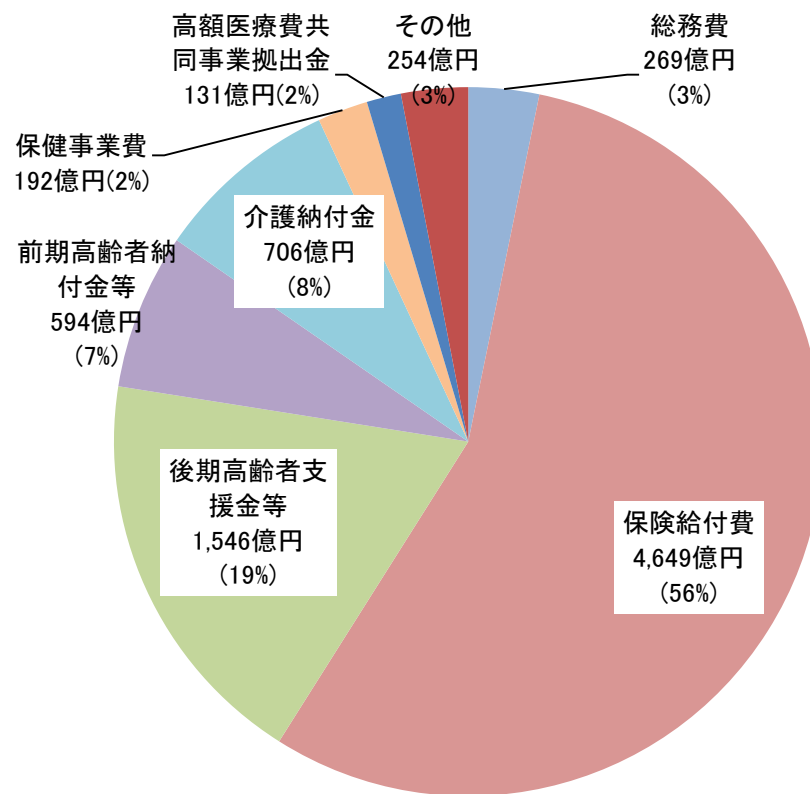
○ 単年度収入(平成24年度)については、保険料収入が57%、国庫支出金が39%を占めている。

○ 単年度支出(平成24年度)については、保険給付費が56%、後期高齢者支援金等が19%、介護納付金が8%、前期高齢者納付金等が7%を占めている。

経常収入 8,284億円



経常支出 8,340億円



国民健康保険組合の収支状況の推移について

- 平成24年度の収支状況については、
- ・ 単年度収入では、保険料収入が4,743億円（前年度比+1%）、国庫支出金が3,234億円（前年度比+0%）
 - ・ 単年度支出では、保険給付費4,649億円（前年度比▲2%）後期高齢者支援金等は1,546億円（前年度比+4%）、前期高齢者納付金等は593億円（+14%）の増となっている。

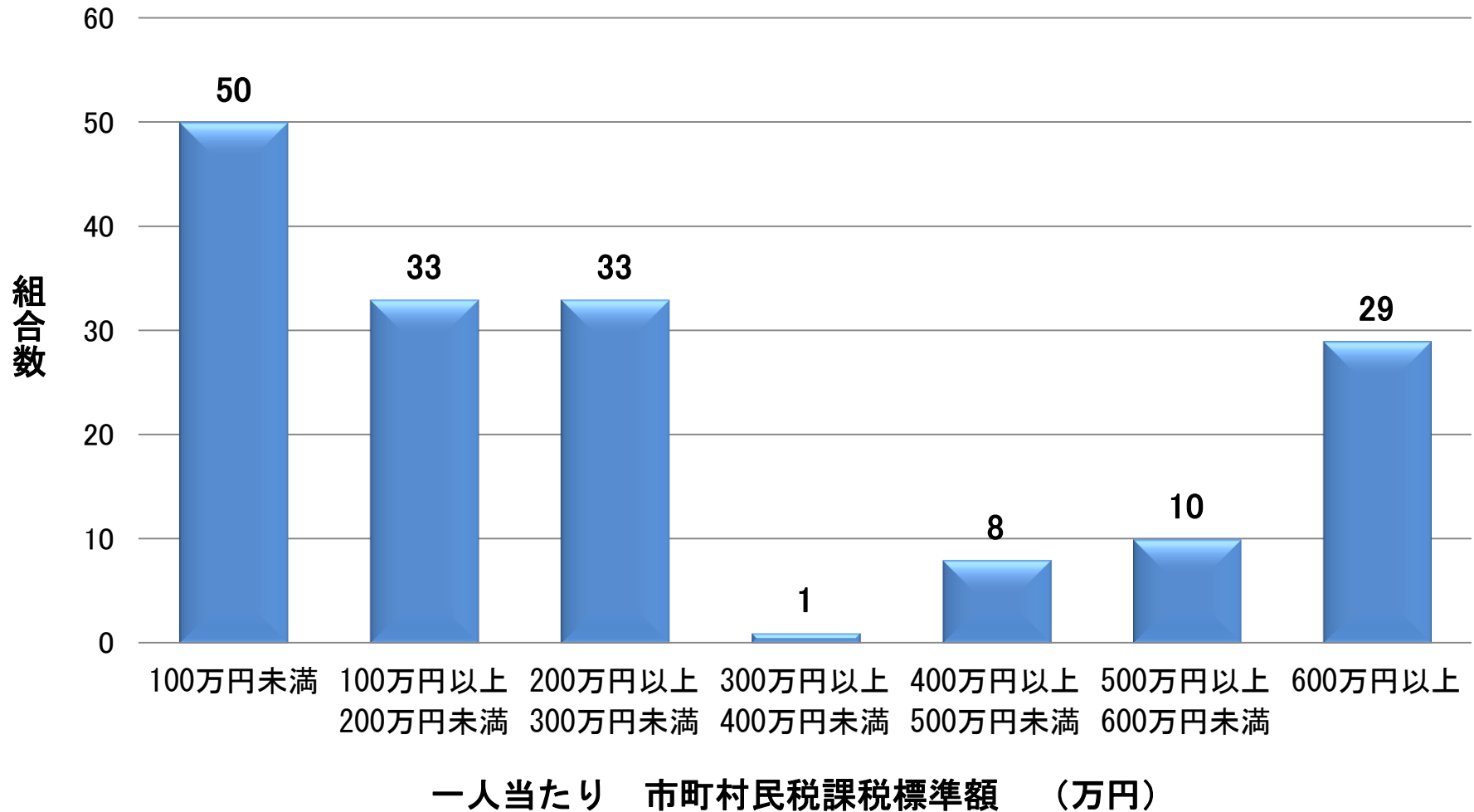
（単位：億円）

科目		平成23年度	平成24年度(対前年度比)
単年度収入	保 険 料	4,678	4,743 (+ 1%)
	国庫支出金	3,230	3,234 (+ 0%)
	前期高齢者交付金	67	71 (+ 6%)
	都道府県支出金	62	60 (▲ 2%)
	高額医療費共同事業交付金	121	129 (+ 7%)
	そ の 他	57	47 (▲17%)
	合 計	8,216	8,284 (+ 1%)
単年度支出	総 務 費	274	269 (▲ 2%)
	保険給付費	4,748	4,649 (▲ 2%)
	後期高齢者支援金等	1,491	1,546 (+ 4%)
	前期高齢者納付金等	521	594 (+14%)
	老人保健拠出金等	1	0 (▲77%)
	介護納付金	717	706 (▲ 2%)
	保健事業費	189	192 (+ 2%)
	高額医療費共同事業拠出金	122	131 (+ 7%)
	そ の 他	245	254 (+ 4%)
	合 計	8,310	8,340 (+ 0%)
	単年度収支差引額（経常収支）		▲ 94

国民健康保険組合の所得水準について

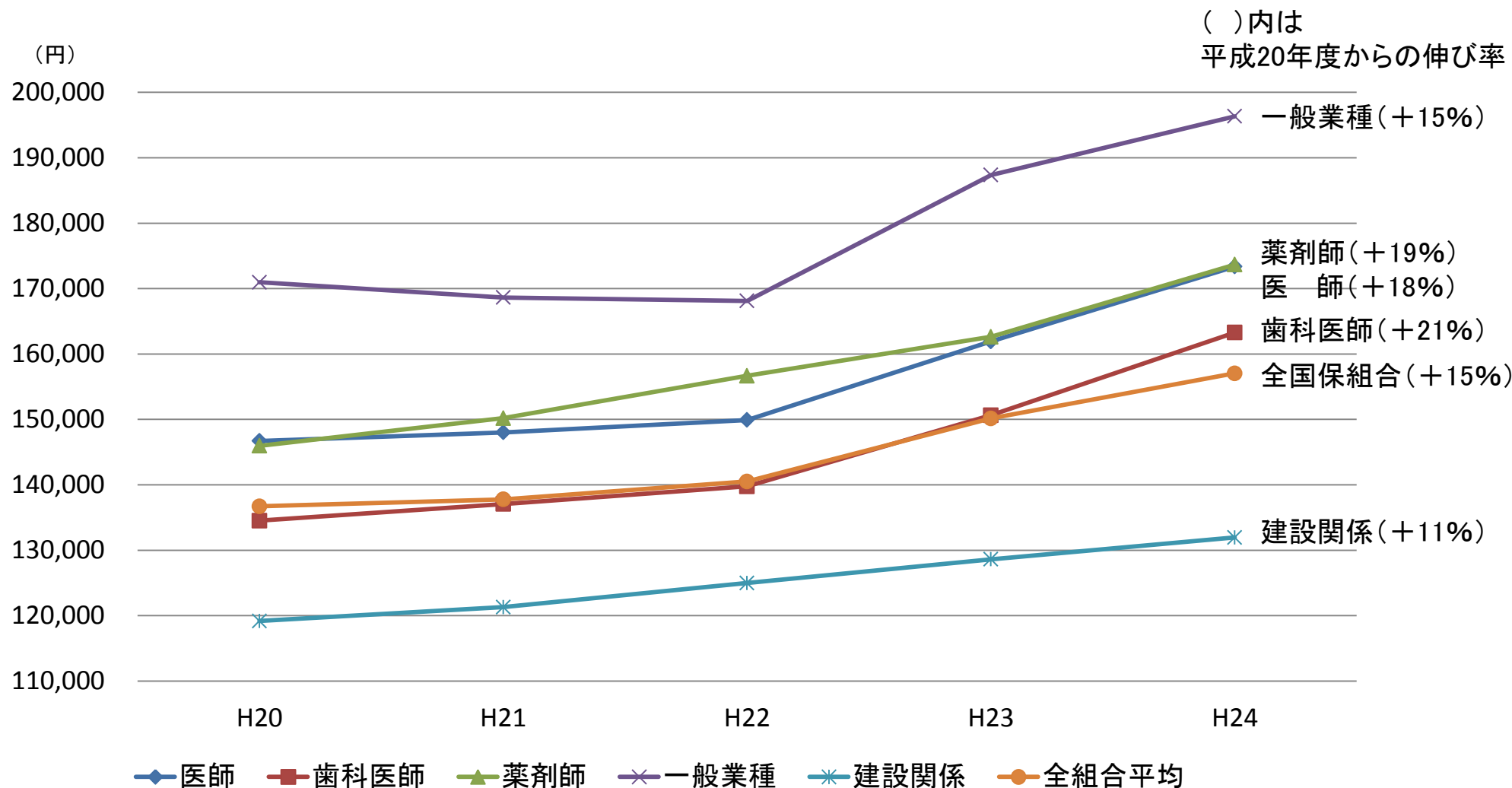
○ 国保組合の所得水準については、

- ・ 50組合(全体の30%)が一人当たり市町村民税課税標準額が100万円未満、33組合(20%)が一人当たり市町村民税課税標準額が100万円以上200万円未満
- ・ 29組合(全体の18%)が一人当たり市町村民税課税標準額が600万円以上



国民健康保険組合の一人当たり保険料の推移について

○ 平成24年度における一人当たり保険料については、平成20年度と比べ、全体で15%上昇している。



(注) 「一人当たり保険料」とは、国民健康保険事業年報における保険料調定額(現年度分)を各年度末の被保険者数で除した額

所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直しの論点

- 国保組合に対する国庫補助については、
 - ・ 被保険者の所得水準にかかわらず、医療給付費等に対する定率の国庫補助
 - ・ 国保組合の財政力に応じた補助
 - ・ 国保組合の保険者機能の強化を図るための国庫補助等を行っているところ。

- 保険料についての国民の負担の公平を図る観点から、「所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し」について、どう考えるか。

参 考 資 料

国民健康保険組合の健康保険適用除外承認について

●国民健康保険組合とは

国保組合は、同種の事業又は業務に従事する者で当該組合の地区内に住所を有するものを組合員として組織された国民健康保険法上の公法人である。（平成24年4月現在：164組合）

（※国保組合に加入していなければ、市町村国保に加入すべき者）

●健康保険（被用者保険）について

- ・法人事業所または従業員5人以上の個人事業所については健康保険の適用事業所となり、当該事業所に使用される者は、健康保険の被保険者となる。
- ・健康保険の被保険者は、国民健康保険に加入することができない。

(参考)

	強制適用業種 [土木・建築、医療等]		非適用業種 [飲食業、サービス業等]	
5人以上	適用	適用	適用	非適用
5人未満	非適用	適用	適用	非適用
	個人	法人	個人	個人

■ 健康保険強制適用被保険者
□ 健康保険任意包括被保険者、市町村国保被保険者

●健康保険適用除外承認制度について

- ・健康保険適用除外承認制度とは、本来、法人事業所または従業員5人以上の個人事業所に使用される者は健康保険の被保険者となるが、以下に該当する者であって、国保組合の理事長が認めた者について、厚生労働大臣（年金事務所）の承認を受けることで、例外的に引き続き国保組合に加入し続けられる制度である。
（※国保組合の事業運営の継続性の観点から例外的に認められたものである）

- ① 国民健康保険組合の被保険者である者を使用する事業所が法人となる又は5人以上事業所となる等により、健康保険の適用事業所となる日において、現に国民健康保険組合の被保険者である者
- ② 国民健康保険組合の被保険者である者が法人又は5人以上事業所を設立する等により、健康保険の適用事業所となる場合における当該被保険者
- ③ ①又は②に該当することにより適用除外の承認を受けた者を使用する事業所に新たに使用されることとなった者
- ④ 国民健康保険組合の被保険者である者が、健康保険の適用事業所に勤務した場合における当該被保険者

組合特定被保険者に対する定率補助について

○ 法人事業所又は従業員5人以上の個人事業所に使用される者は、健康保険の被保険者となるが、国保組合に加入していた者が働く事業所が法人となった場合や個人事業所で従業員が5人以上となった場合など、健康保険の適用要件を満たしたときに国保組合の理事長と厚生労働大臣（年金事務所）の承認を得れば、例外的に引き続き国保組合に加入し続けられる。

※ 健康保険の適用対象が拡大される中、国保組合の事業運営の継続性の観点から、例外的に認められたもの。

○ 平成9年の法律改正により、国民健康保険組合の被保険者のうち、本来、政府管掌健康保険に加入すべき者であるが、上述の承認を得て国民健康保険組合の被保険者となった者を「組合特定被保険者」とし、組合特定被保険者のうち、平成9年9月以降に新規に国保組合に加入した者に係る国庫補助率については、政府管掌健康保険の国庫負担率を勘案し、均衡を保つこととしている。

加入時期 (国保組合一般)	平成9年8月以前加入		平成9年9月以降加入	
	一般被保険者	組合特定被保険者	一般被保険者	組合特定被保険者
本人 ・ 家族	32%	32%	32%	医療給付費 : 13.0%(*1) 後期支援金 : 16.4%(*2) 介護納付金 : 16.4%

※1 平成9年9月以降に適用除外承認を受けた者の医療給付費の補助率は、平成22年度から協会けんぽの補助率が16.4%に引き上げられたものの、13%で据え置き。

※2 後期支援金の1/3は、所得水準に応じて補助している。

※3 全国土木建築国保組合への定率補助は、平成9年8月以前からの加入者の家族については事業所の規模にかかわらず補助率32%、平成9年9月以降300人以上事業所の本人・家族については国庫補助対象外、300人未満事業所の本人・家族については若人13.0%、後期・介護16.4%

行政刷新会議の事業仕分けの結論(平成22年11月16日)

○ 見直しを行う(所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止)

(とりまとめコメント)

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

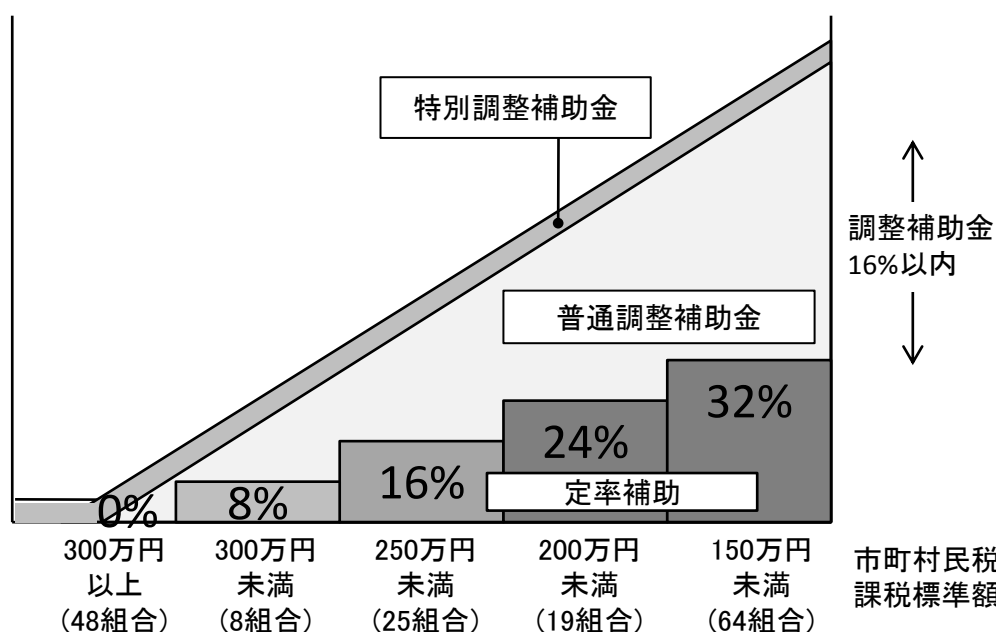
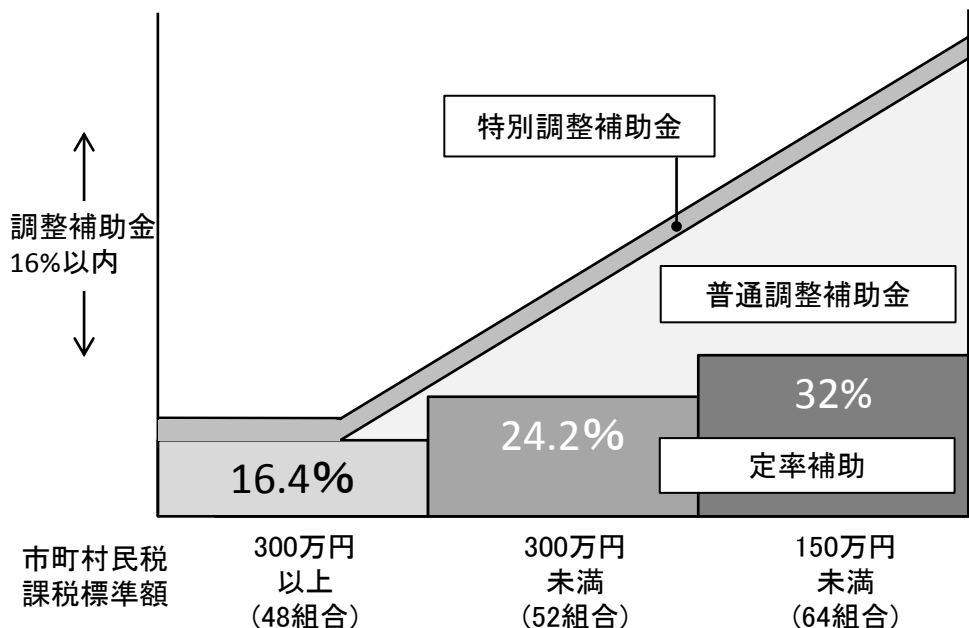
事業仕分けで結論とされた見直し案

【A案】

【B案】

- ・3段階の定率補助
- ・補助率は、協会けんぽの水準(16.4%)以上

- ・5段階の定率補助
- ・所得水準の高い国保組合の補助率は、0%



医療保険部会における主な意見(平成23年11月24日)

(主な意見)

- 国保組合の定率補助の32%は市町村国保とのバランスによって決められたもので、その見直しに当たっては保険者間の財政調整、国庫補助の在り方、新しい高齢者医療制度の創設に伴う財政影響の見極めなど、総合的に判断すべき。
- 医師国保は市町村国保並みに保険料を引き上げても、公費負担がなければ赤字になり解散するしかなくなる。その結果、市町村国保や協会けんぽに移った場合、国保補助率は医師国保よりも高く、今まで自粛していた自家受診の際も請求するようになるため、結果的には国庫負担はかえって増えるのではないか。
- 保険とは、被保険者がお互いのリスクをカバーするという制度であり、公費がないのが理想。ただし、財政的に厳しいところに公費が投入されるのはやむを得ないが、三師組合は標準報酬のレベルが高いので、健保組合と同じ考え方で運営されるのが理論的には正しい。
- 本来加入すべき市町村国保から抜けて、自分たちでやるという形が国保組合の位置づけであり、所得水準の高い組合に国庫補助を入れるという説明は、説得力に乏しい。

6. 給付の重点化・制度運営の効率化

(国保組合の補助率の見直し)

- 3大臣合意(平成22年12月17日、国家戦略担当大臣・財務大臣・厚生労働大臣)を踏まえ、保険者間の公平を確保する観点から、所得水準の高い国民健康保険組合(以下「国保組合」という。)に対する国庫補助の見直しを行う。
- なお、所得水準の高い国保組合についても、国庫補助を完全に廃止することは財政運営への影響が大きい、国庫補助を廃止した場合には、保険料の上昇により加入者が脱退し、国保組合の解散等の可能性もあることから財政影響について精査する必要がある、という意見もあった。

※ 3大臣合意の内容

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