

社会保障審議会医療保険部会での 主な意見(案)に関する参考資料

平成26年7月 日
厚生労働省

■市町村国保について	3
■全国健康保険協会について	25
■健康保険組合について	35
■高齢者医療制度について	40
(高齢者医療の費用負担)	44
(後期高齢者医療の保険料)	63
■審査支払機関について	76
・審査の質の向上について	79
・審査・支払業務の効率化について	87
・統合、競争促進の観点からの組織の在り方について	93
・規制改革に関する第2次答申について(H26. 6. 13)	95

■ 給付の効率化について

- ・ 予防・健康管理、データヘルス 99
- ・ 後発医薬品の使用促進 110
- ・ 現金給付の見直しについて 117

■ 療養の範囲の適正化・負担の公平の確保について

- ・ 紹介状なしで大病院を受診する際の患者負担の在り方について 137
- ・ 入院時食事療養費・生活療養費について 150
- ・ 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 157
- ・ 国民健康保険組合に対する国庫補助について 169

市町村国保について

市町村国保が抱える構造的な課題と 社会保障制度改革プログラム法における対応の方向性

1. 年齢構成

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. 財政基盤

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%
- ・ 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)

3. 財政の安定性・市町村格差

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)
- ・ 一人当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)



① 国保に対する財政支援の拡充

② 国保の運営について、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、

- ・ 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、都道府県と市町村との適切な役割分担について検討

③ 低所得者に対する保険料軽減措置の拡充

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。

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

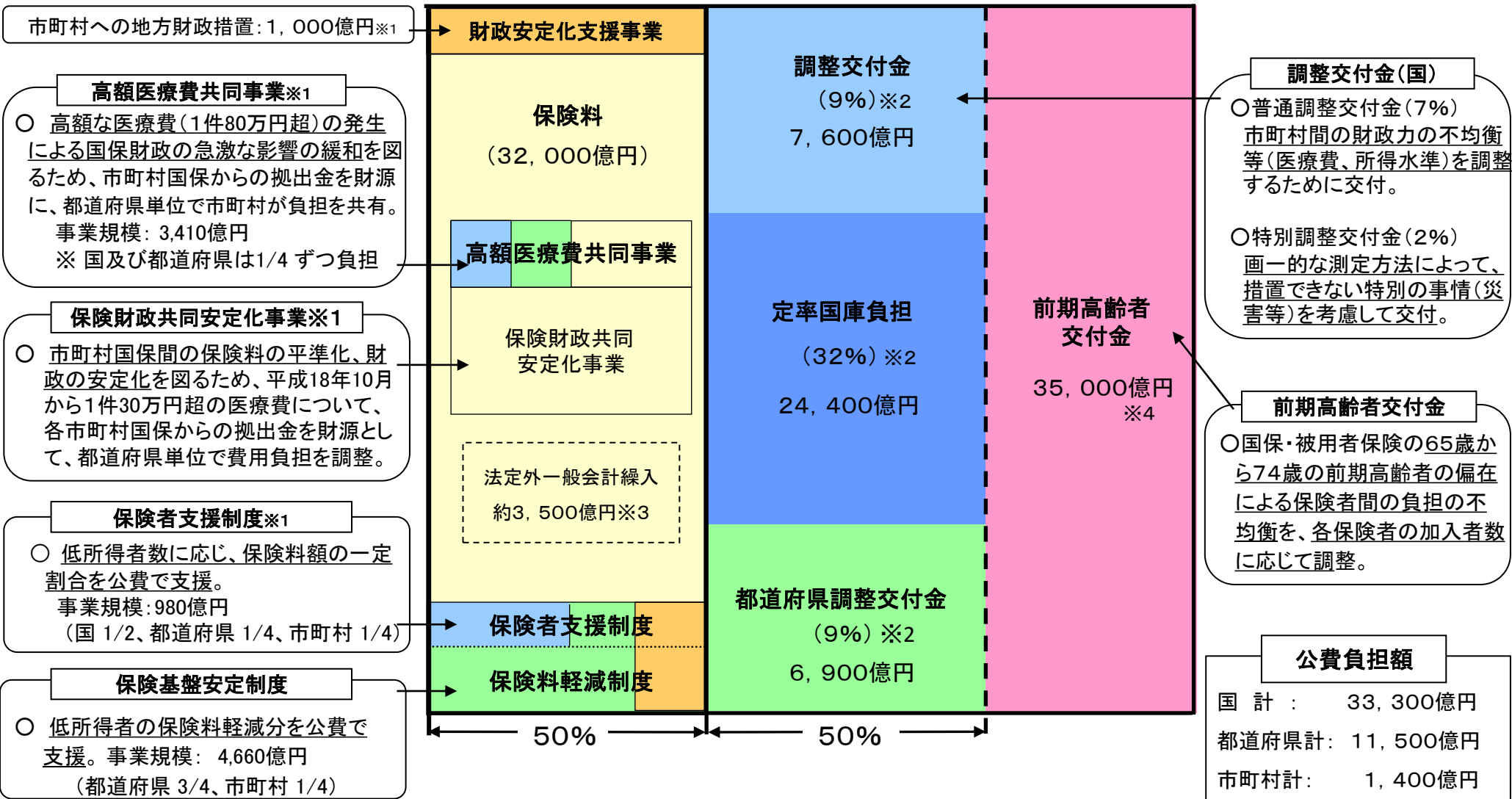
ロ・ハ （略）

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

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)



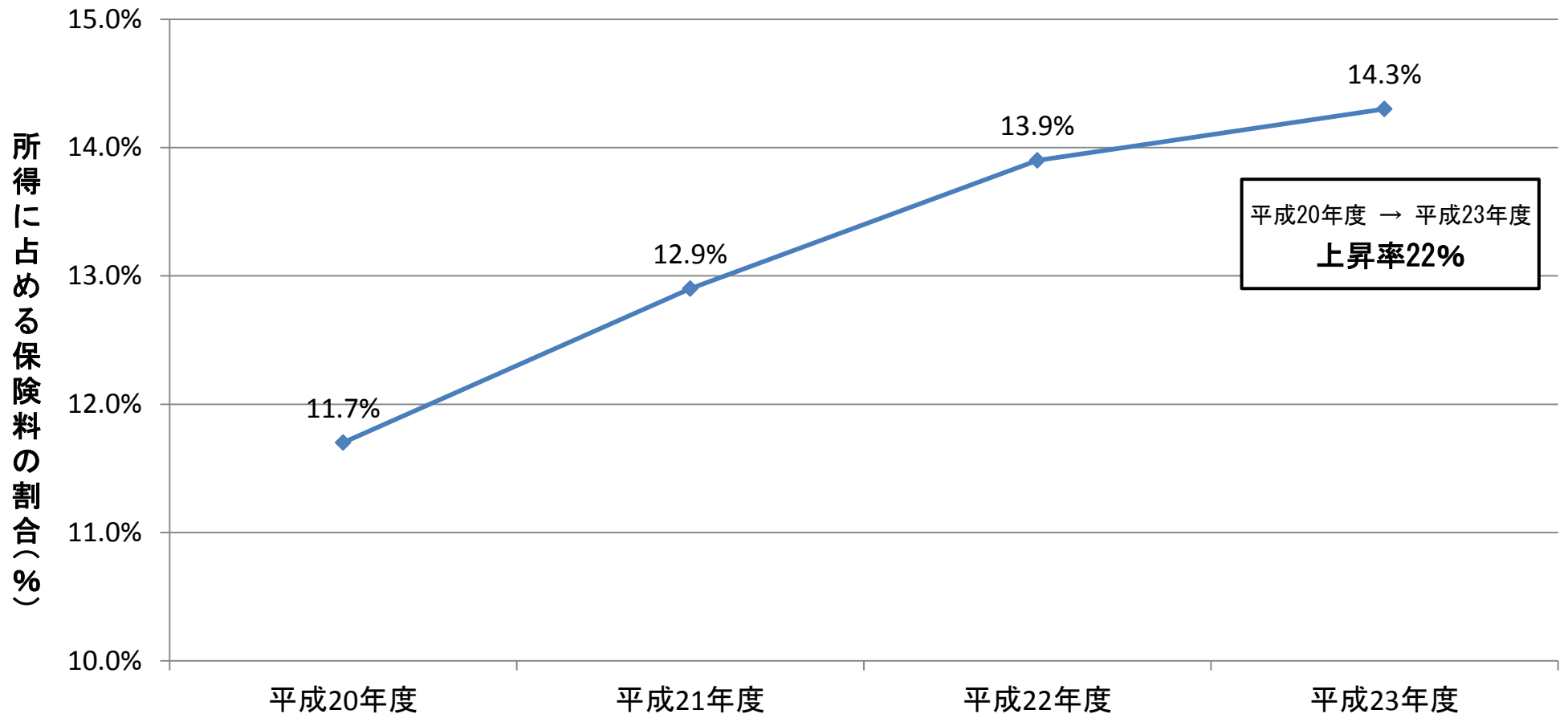
※1 平成22年度から平成26年度まで暫定措置。平成27年度以降恒久化。

※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。



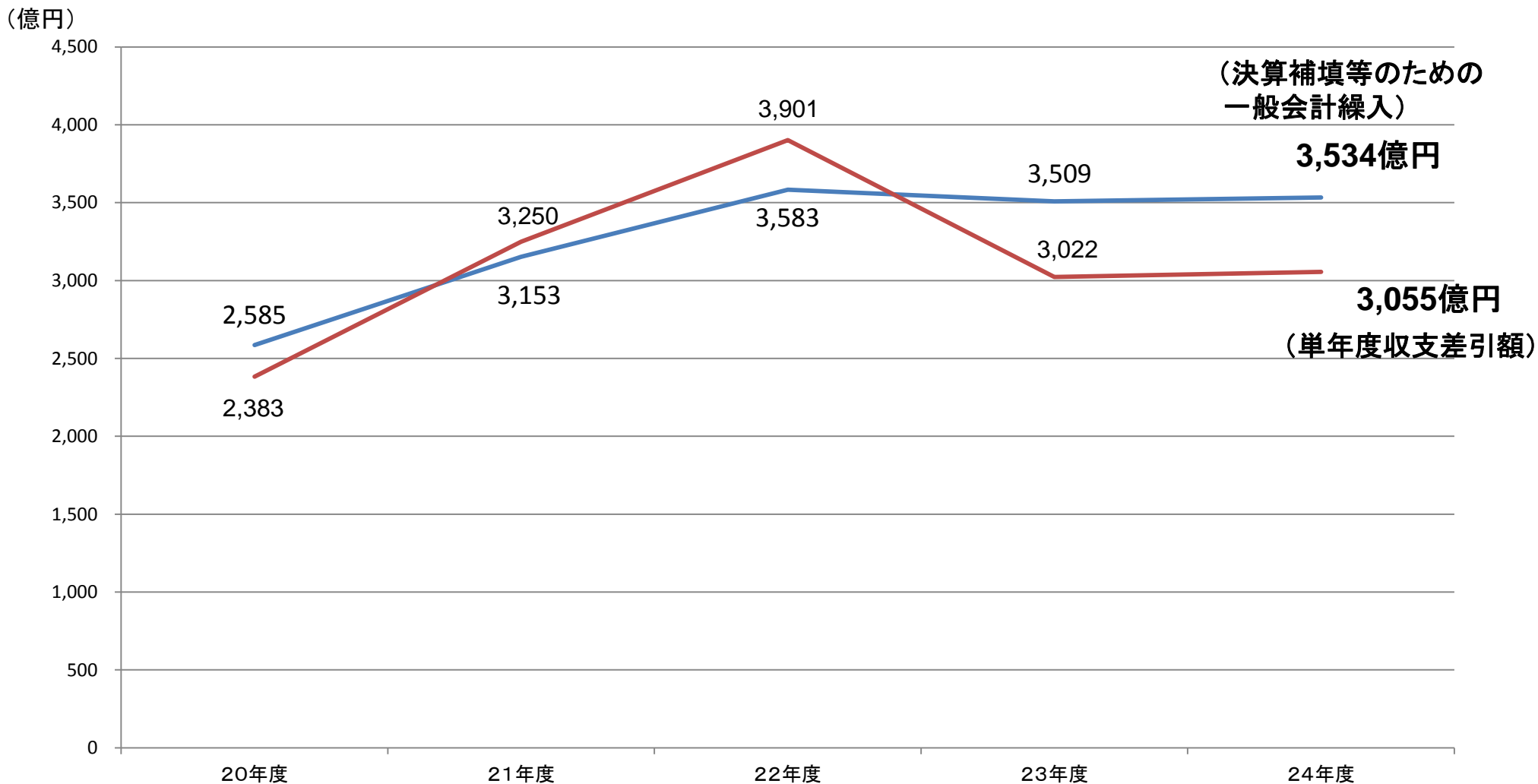
〔出典〕平成23年度国民健康保険事業年報、平成23年度国民健康保険実態調査

※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。

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

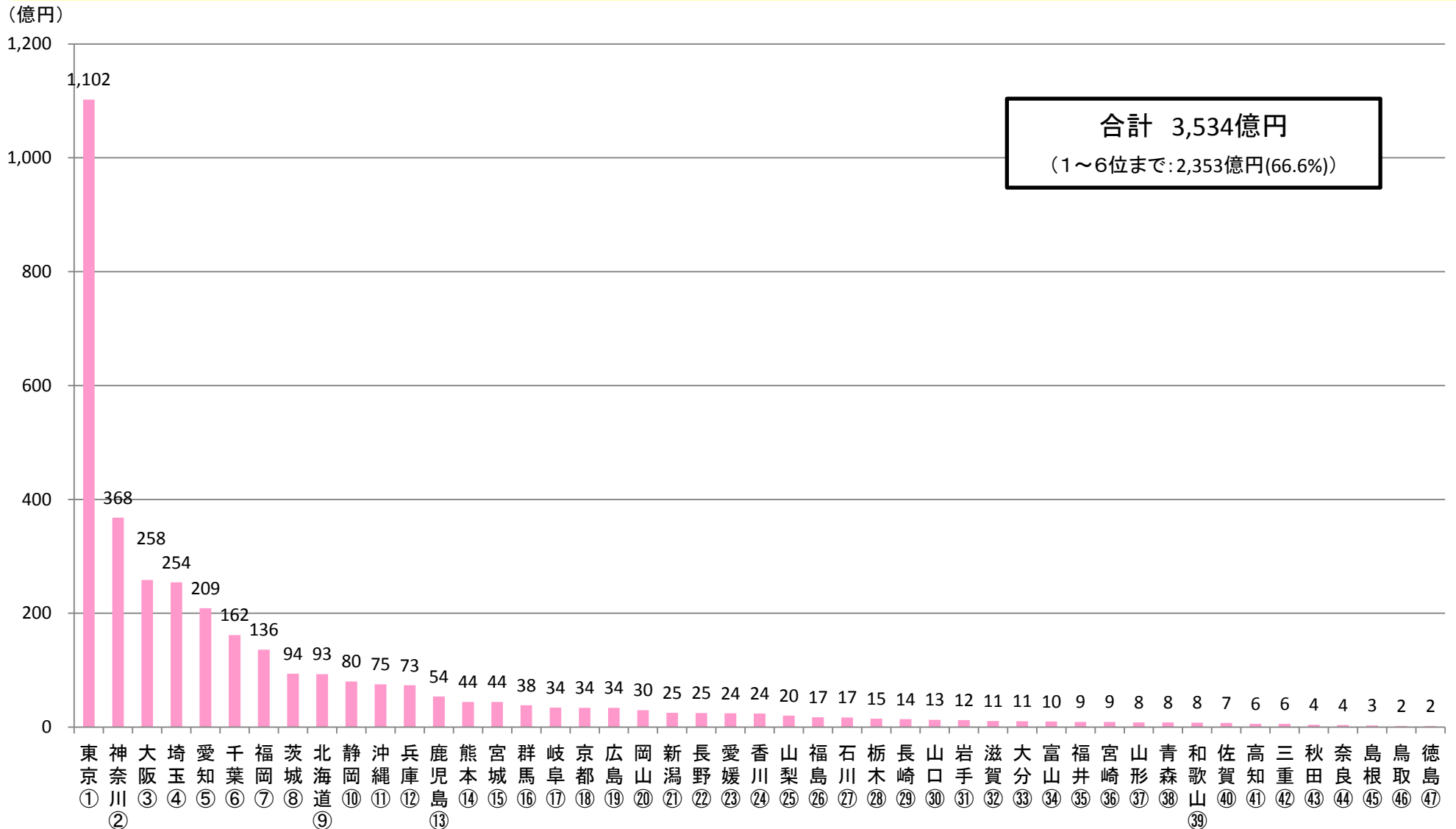
(注1) 「決算補てん等のための一般会計繰入金」とは、「一般会計繰入金(法定外)」のうち決算補てん等を目的とした額。平成21年度から東京都の特別区財政調整交付金のうち決算補てん目的のものを含む。

(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。



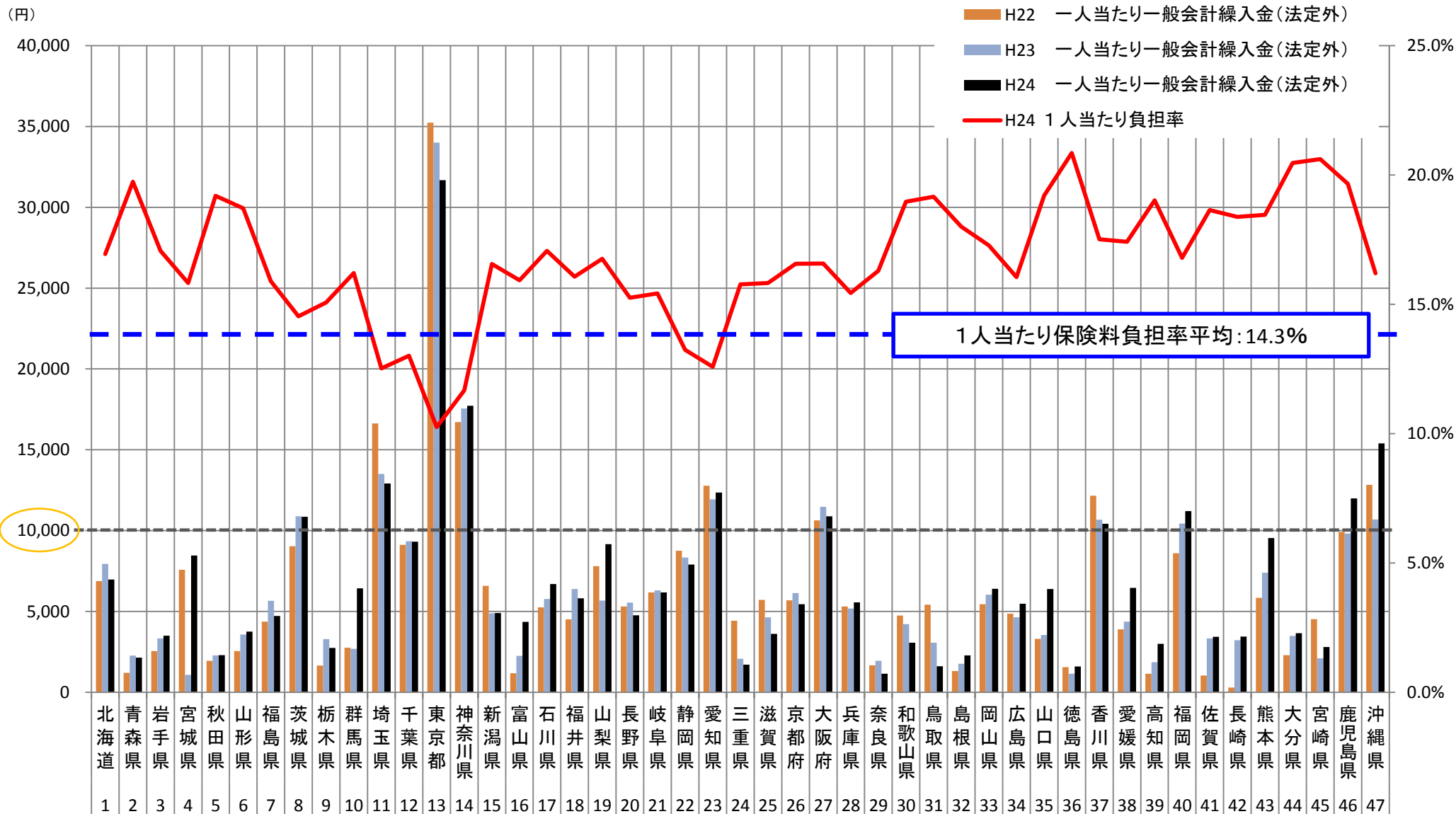
【出所】国民健康保険事業の実施状況報告

(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

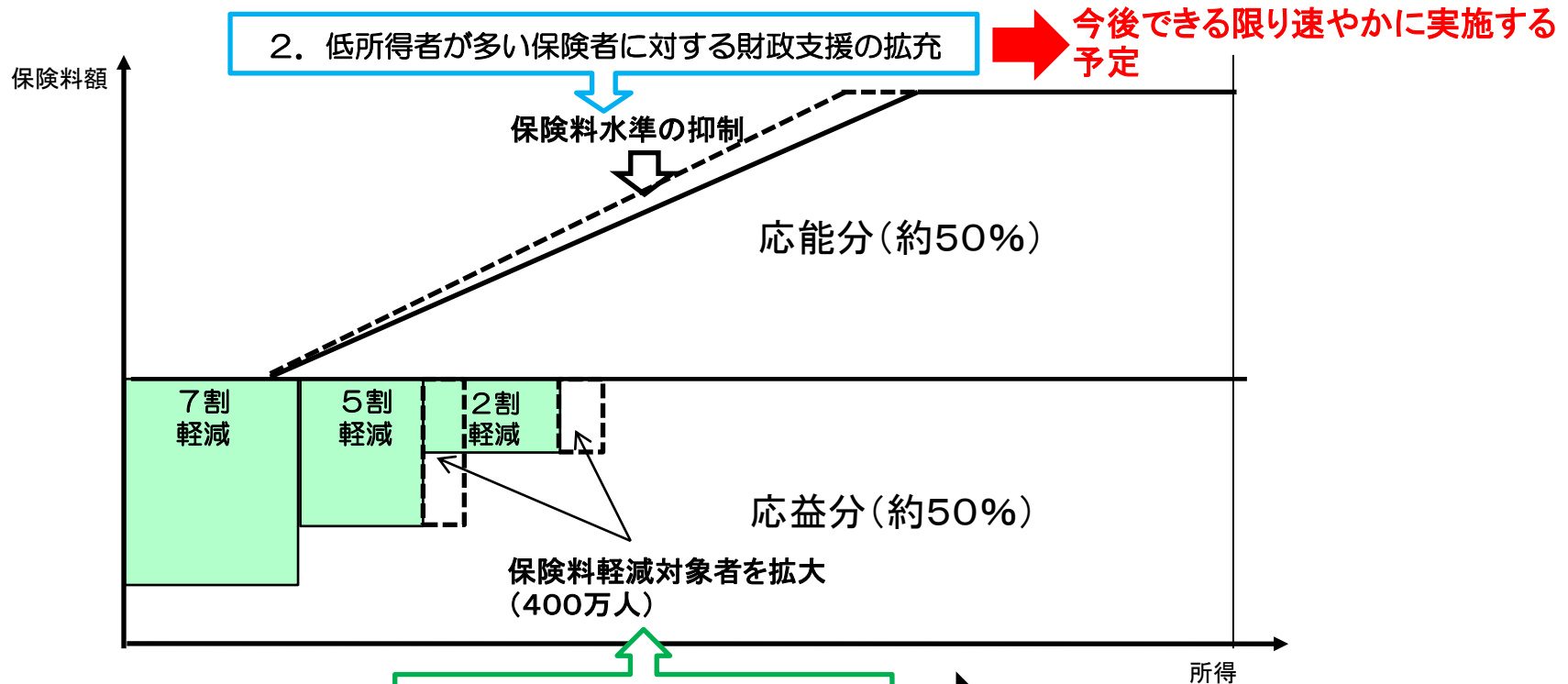
☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆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

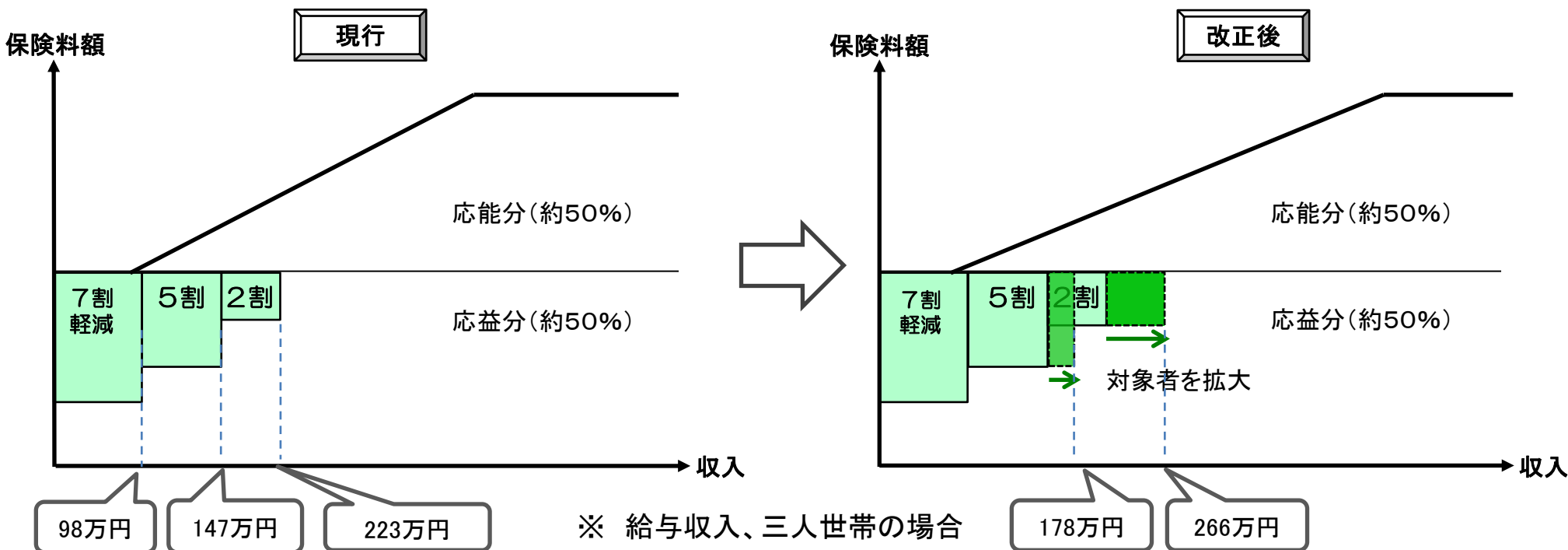
・ 保険料水準全体を抑制する効果 (対象者：全被保険者(3,500万人)) *27年度ベース



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。

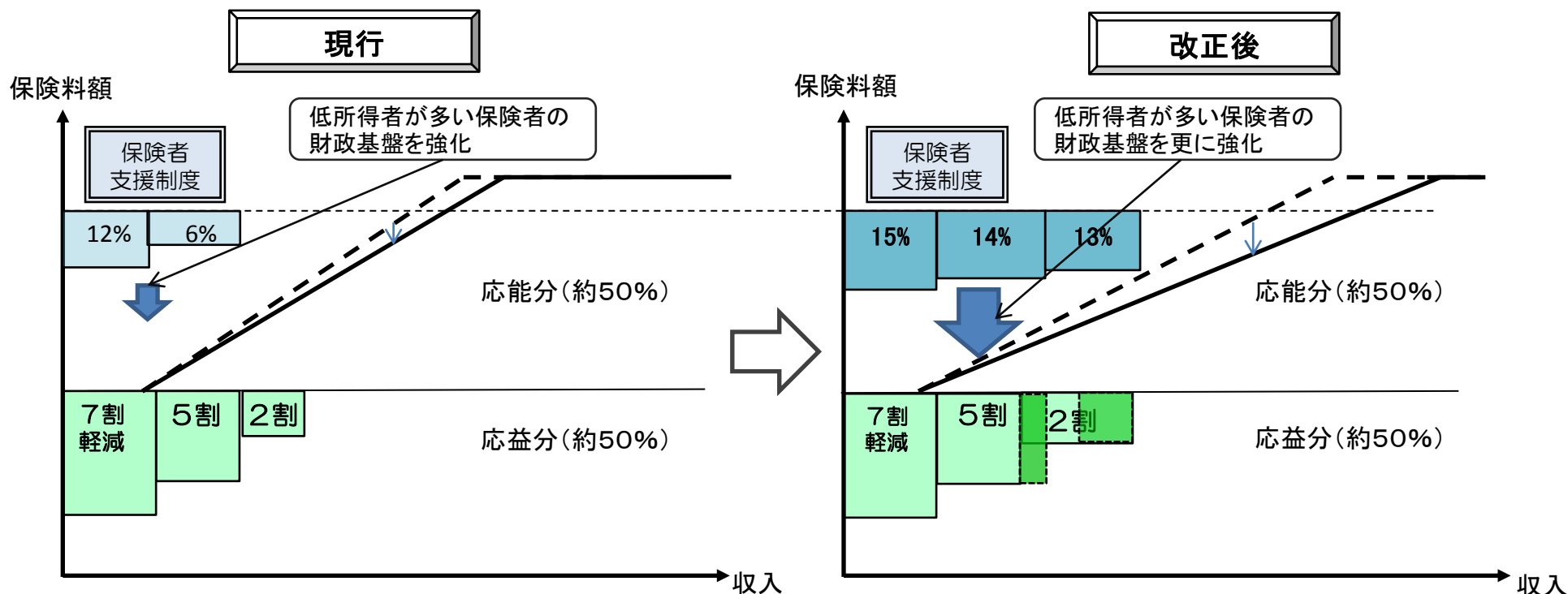
《具体的な内容(案)》

- 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。 16

「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	

国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担に関する主な論点

- 国保の運営については、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、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。

【現時点における主な論点】

1. 国保の財政運営を都道府県が担うこととした場合における保険料の賦課・徴収の具体的な仕組みをどう考えるか。
2. 都道府県が地域医療の提供水準と併せて総合的に検討するとの方向性が示された「標準的な保険料等の住民負担」の具体的な仕組みをどう考えるか。
3. 国保の財政運営を都道府県が担うこととした場合における保険給付、資格管理の具体的な仕組みをどう考えるか。

- 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。

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	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24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見ると、
- ・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(88.4%)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44.8%を占めている。

(1) 行政区分

	特定健診実施率52.52%以上 (上位10%の保険者)		特定健診実施率25.10%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	152	88.4%	63	36.8%	905	52.7%
市部						
政令都市及び特別区	0	0.0%	8	4.7%	43	2.5%
中核市	0	0.0%	9	5.3%	41	2.4%
その他	20	11.6%	91	53.2%	728	42.4%
合計	172	100.0%	171	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52.52%以上 (上位10%の保険者)		特定健診実施率25.10%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	38	22.1%	3	1.8%	72	4.2%
500～1,000人未満	39	22.7%	10	5.8%	135	7.9%
1,000～5,000人未満	71	41.3%	46	26.9%	635	37.0%
5,000～10,000人未満	19	11.0%	46	26.9%	340	19.8%
10,000～50,000人未満	5	2.9%	49	28.7%	448	26.1%
50,000～100,000人未満	0	0.0%	9	5.3%	59	3.4%
100,000～500,000人未満	0	0.0%	7	4.1%	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	172	100.0%	171	100.0%	1717	100.0%

全国健康保険協会について

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

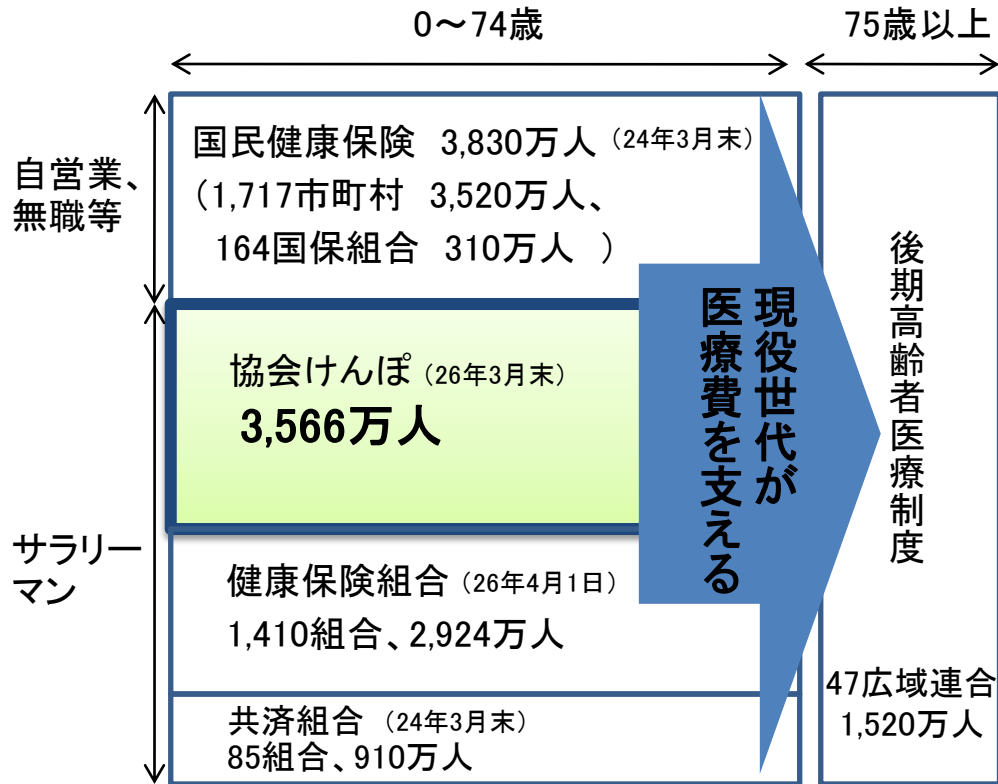
(検討)

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。**

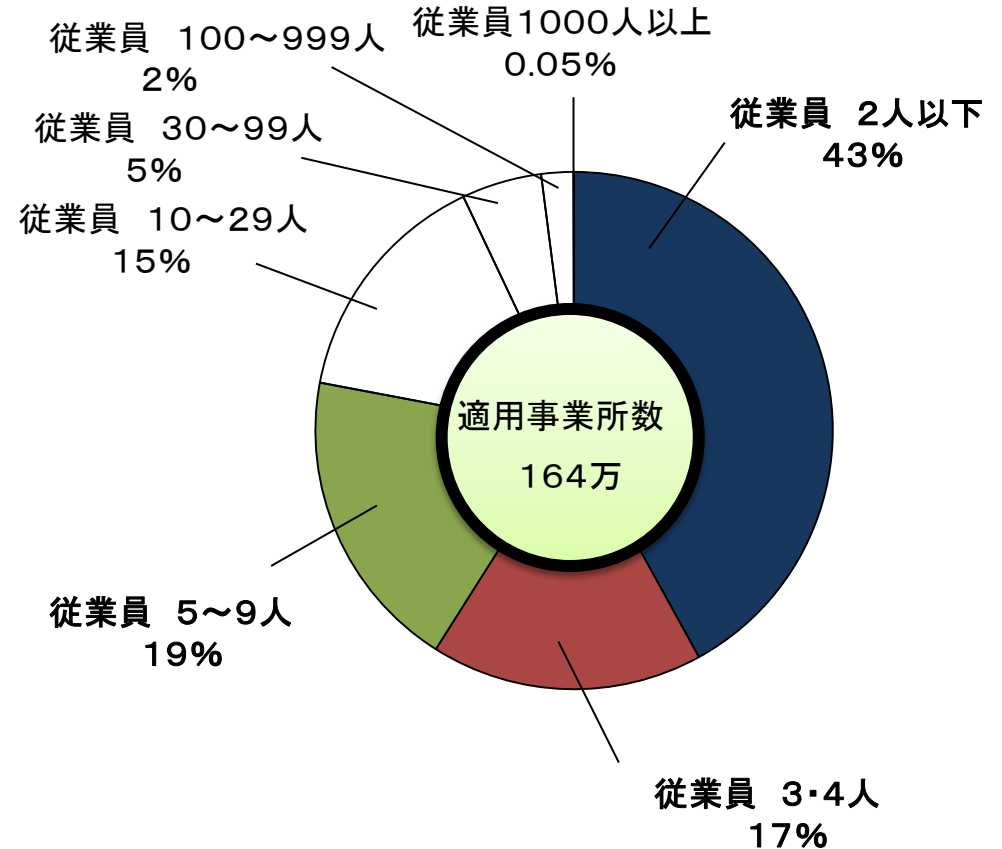
協会けんぽ（全国健康保険協会）の規模

- 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



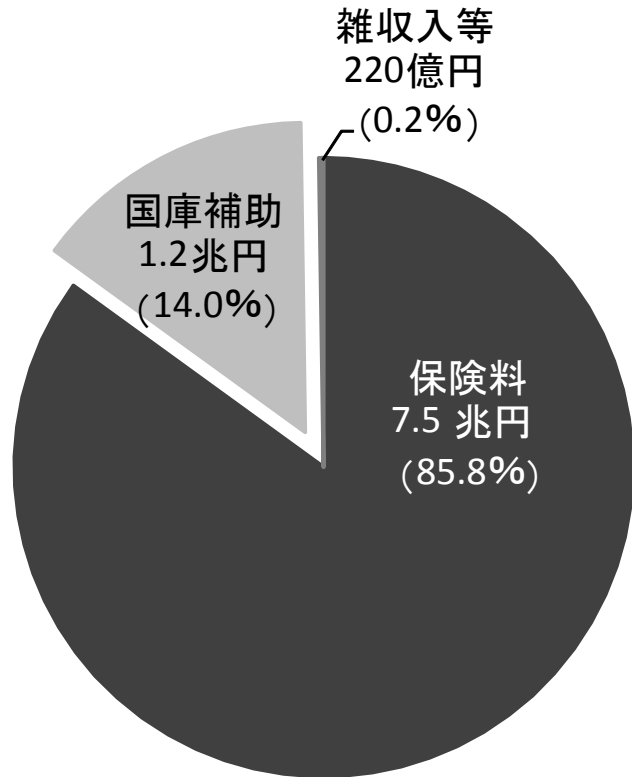
○ 協会の事業所規模別構成 (26年3月末)



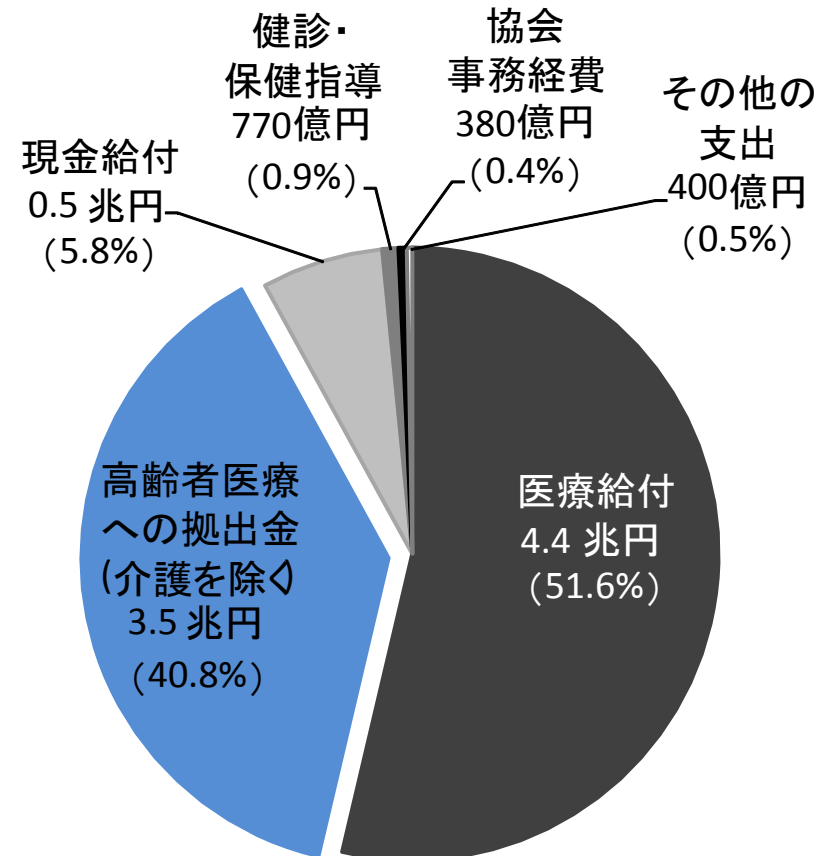
協会けんぽの財政構造（25年度決算）

○ 協会けんぽ全体の収支は約9兆円だが、その約4割、約3.5兆円が高齢者医療への拠出金に充てられており、平成25年度では前年度よりも約2,100億円増加。

収入 8兆7,291億円



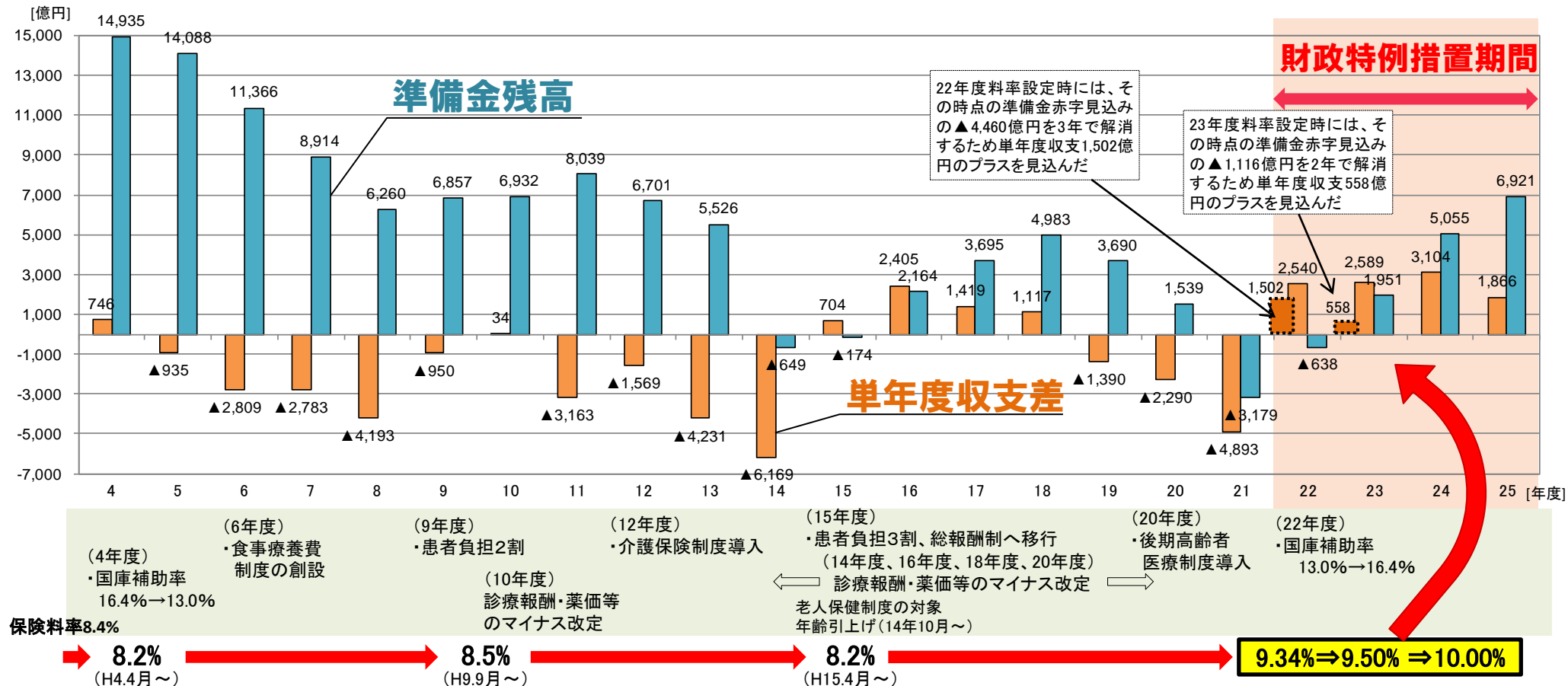
支出 8兆5,425億円



（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

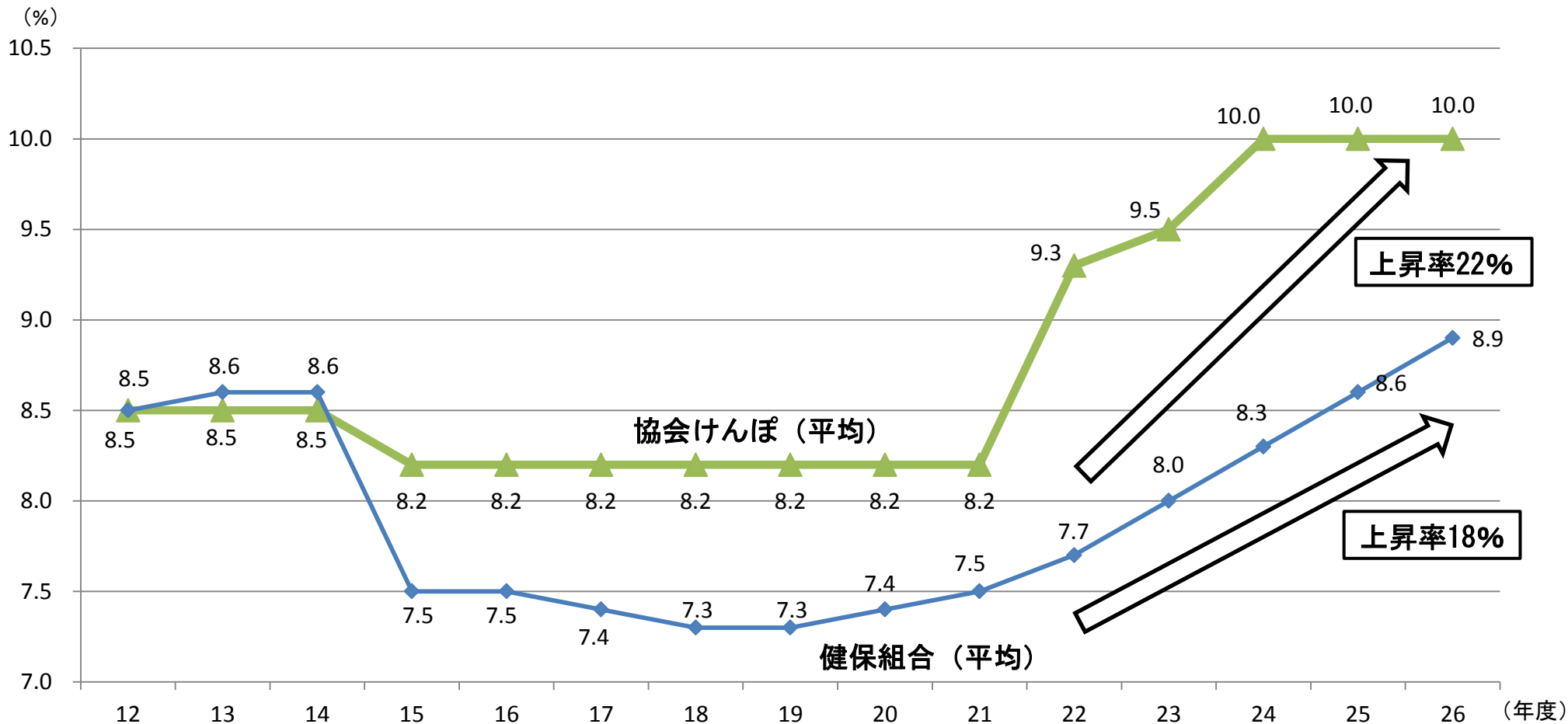
- 19年度から単年度赤字に陥り、18年度に5,000億円あった準備金(累積黒字・赤字)は21年度末で▲3,200億円に悪化。
- 22年度以降、保険料率を大幅に引き上げるとともに、国庫補助率を13%から16.4%に引き上げることなどにより、単年度収支をプラスにして財政運営。



(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）>

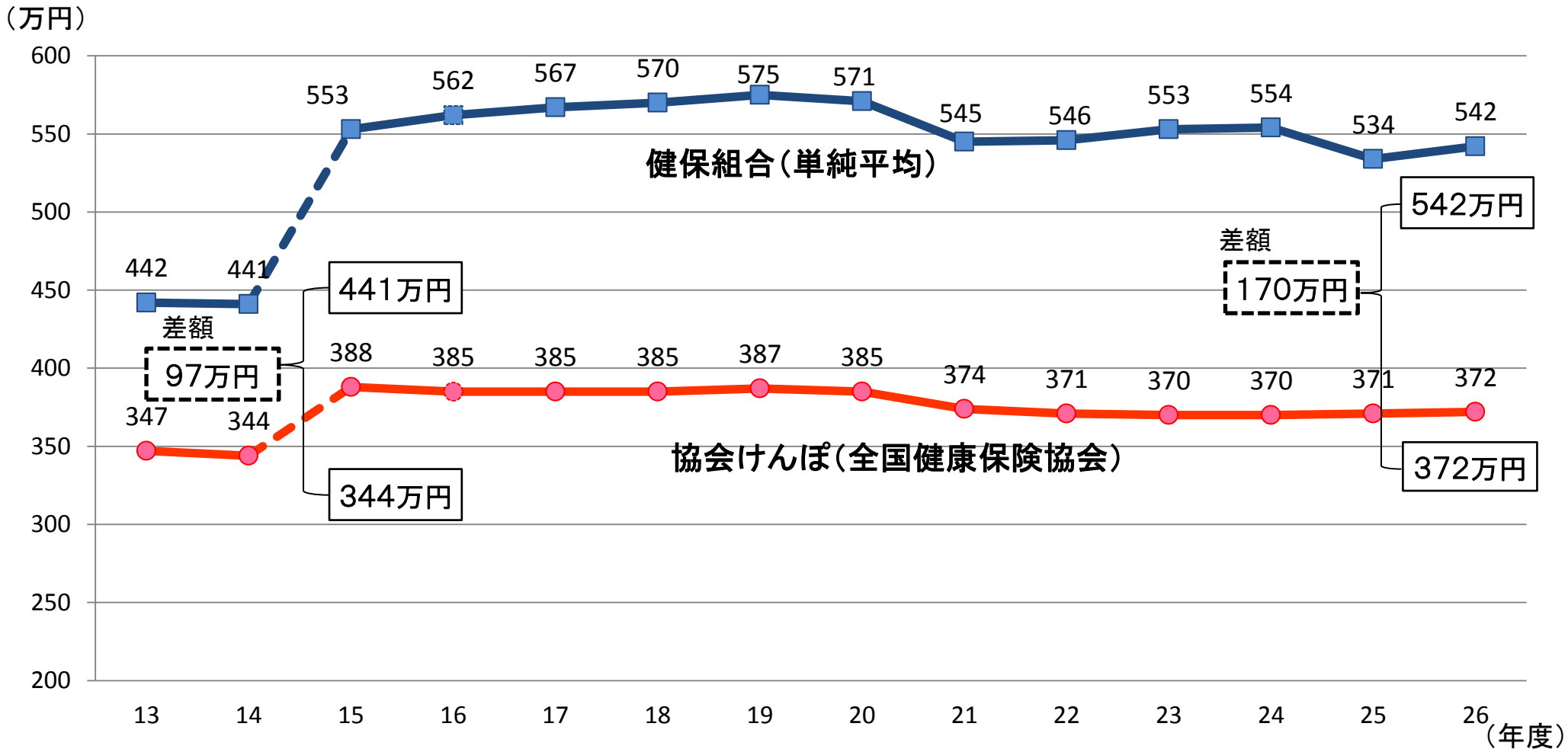
	平成21年度末	平成22年度末	平成23年度末	平成24年度末
協会けんぽ <必要とされる法定準備金>	△3,179億円 <5,752億円>	△638億円 <5,784億円>	1,951億円 <5,855億円>	5,054億円 <6,011億円>
健保組合 (うち法定準備金) <必要とされる法定準備金>	3兆8,809億円 (1兆6,467億円) <1兆4,912億円>	3兆5,751億円 (1兆6,854億円) <1兆5,389億円>	3兆3,742億円 (1兆7,661億円) <1兆5,688億円>	3兆2,133億円 (1兆8,178億円) <1兆6,228億円>

(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。

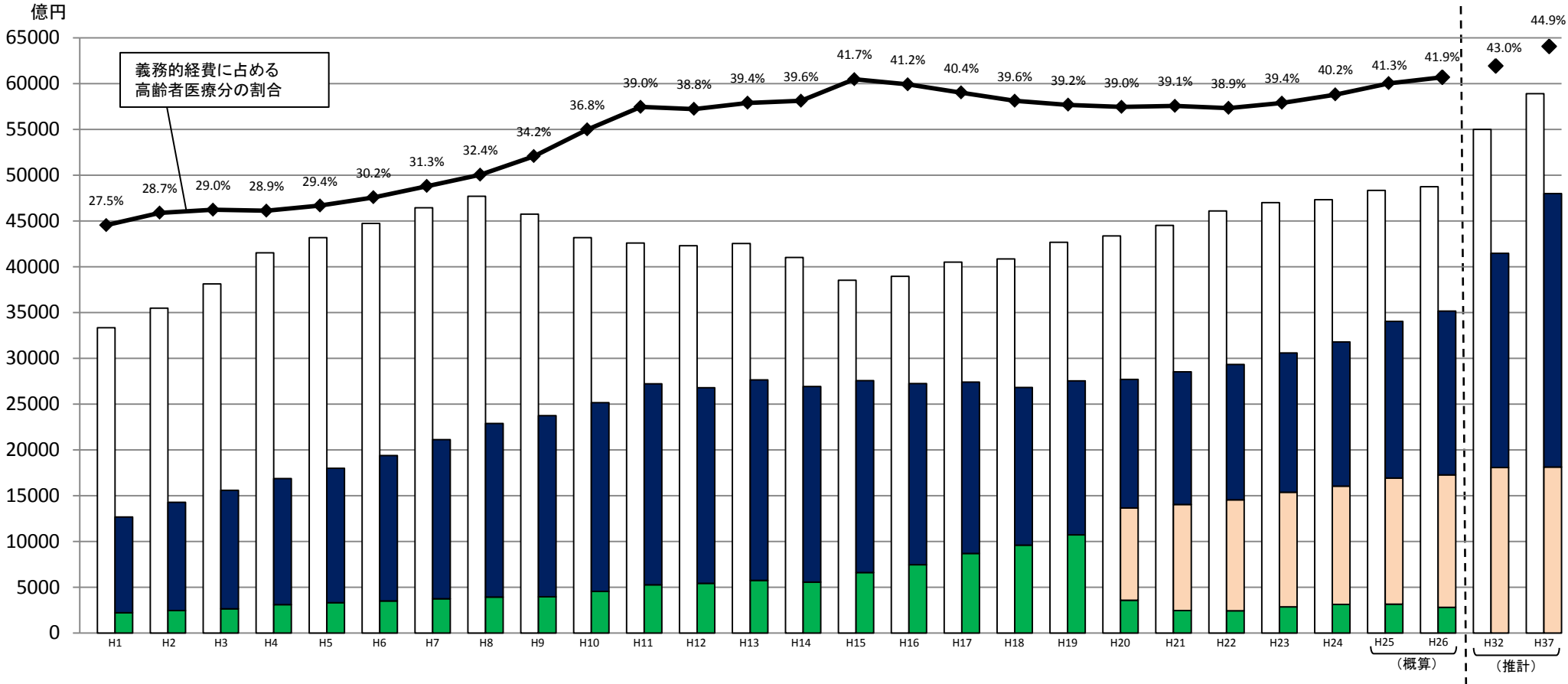
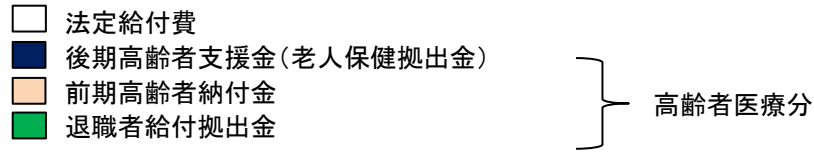


注1：平成元～14年度は、被保険者1人当たり標準報酬月額を単純に12倍。15年度以降は、賞与を含む被保険者1人当たり標準報酬総額。

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。

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。

健康保険組合について

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。

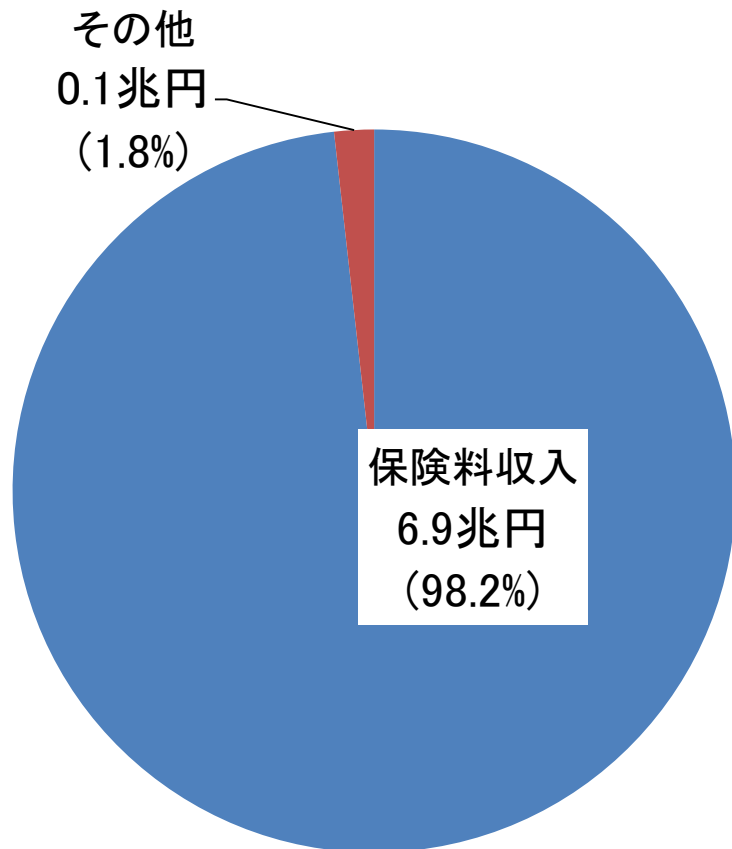
高齢者医療制度の在り方

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。

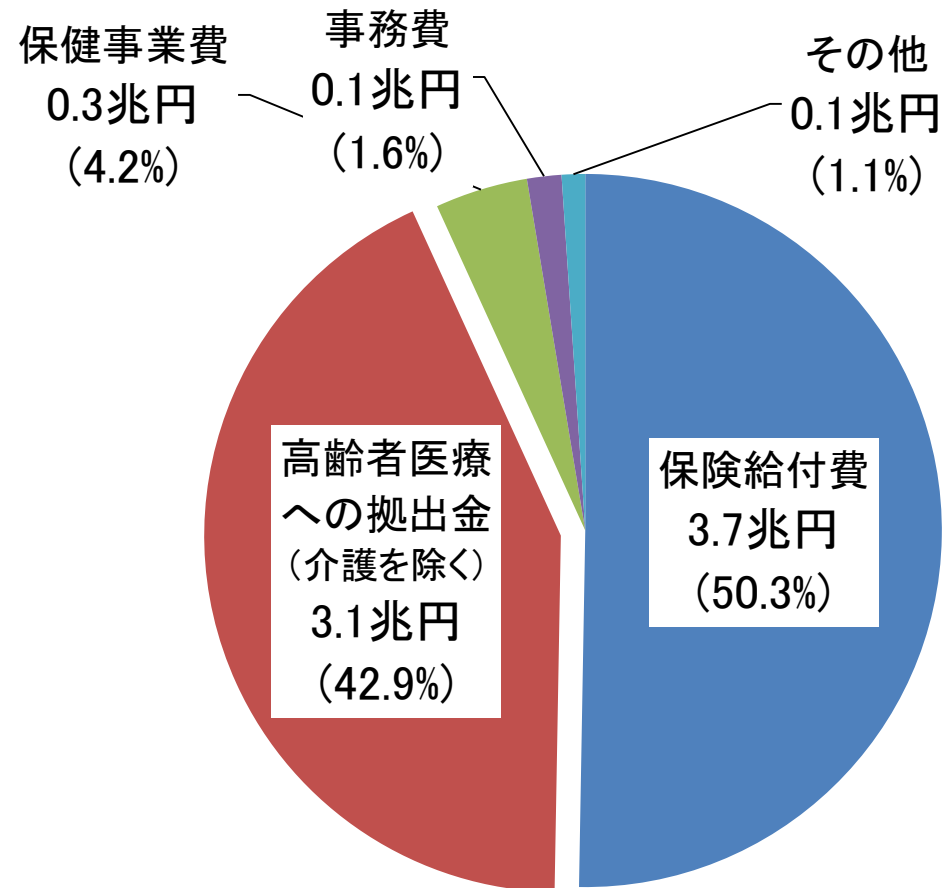
健康保険組合の財政構造（24年度決算見込）

○ 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

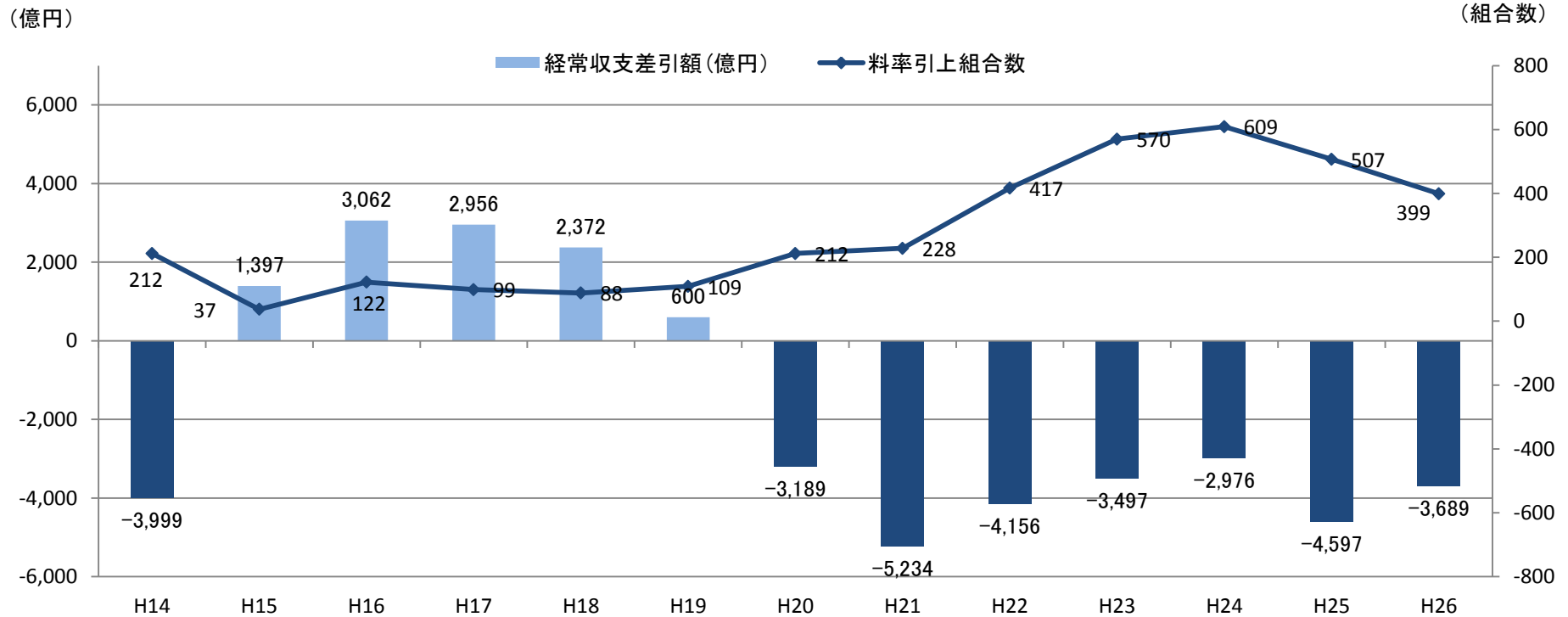


(注) 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

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



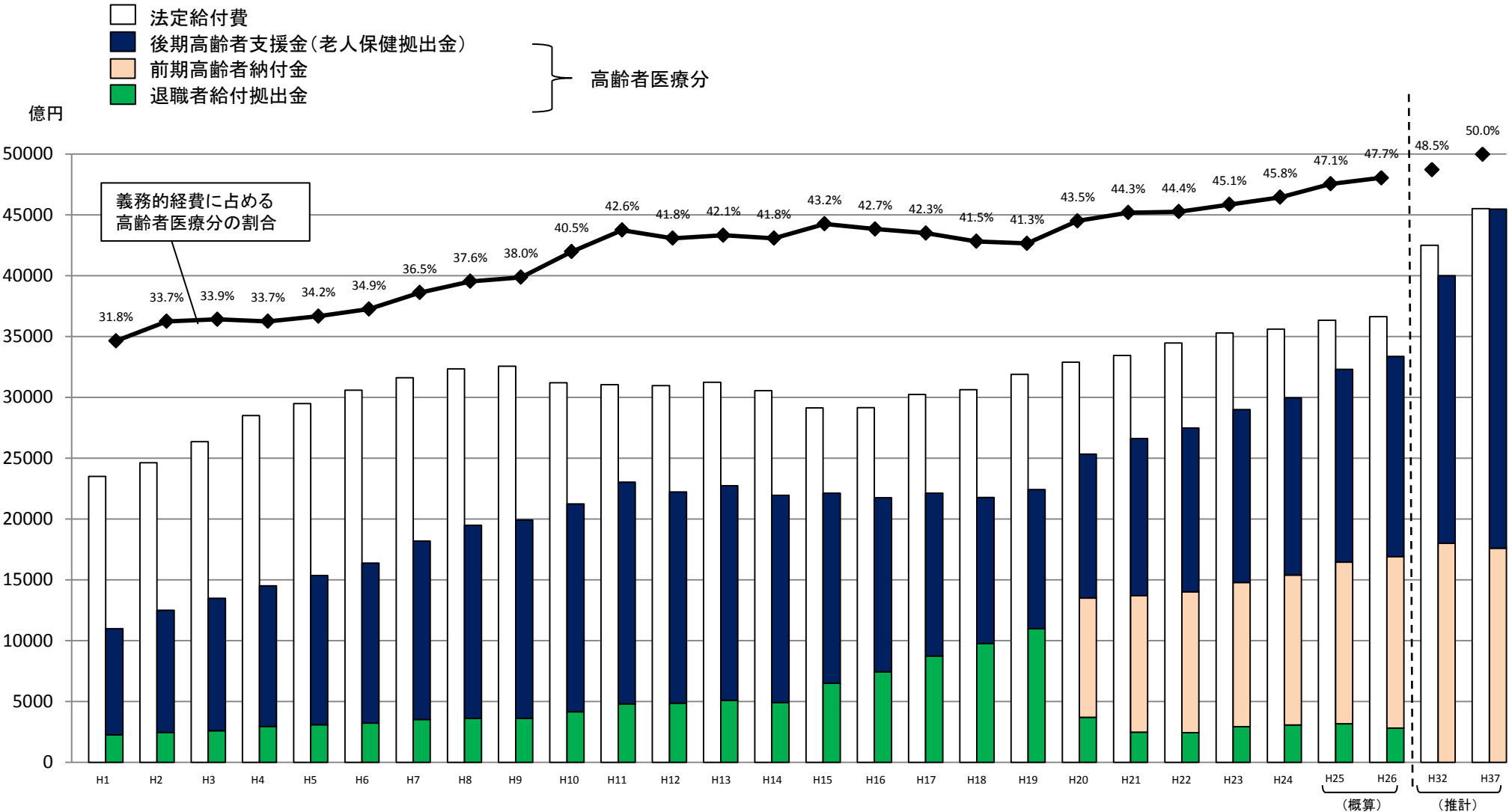
	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
準備金等残高(億円)	35,187	33,438	37,069	40,414	43,170	44,110	42,155	38,809	35,751	33,742	32,133	-	-

(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。

高齢者医療制度について

高齢者医療制度

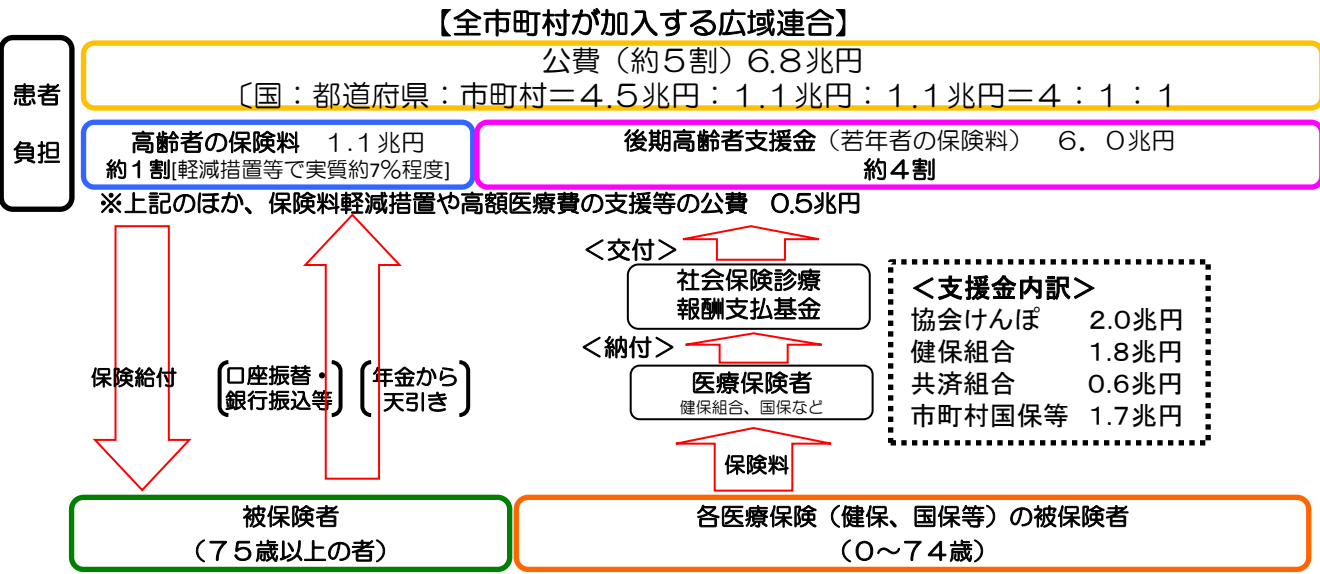
- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

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

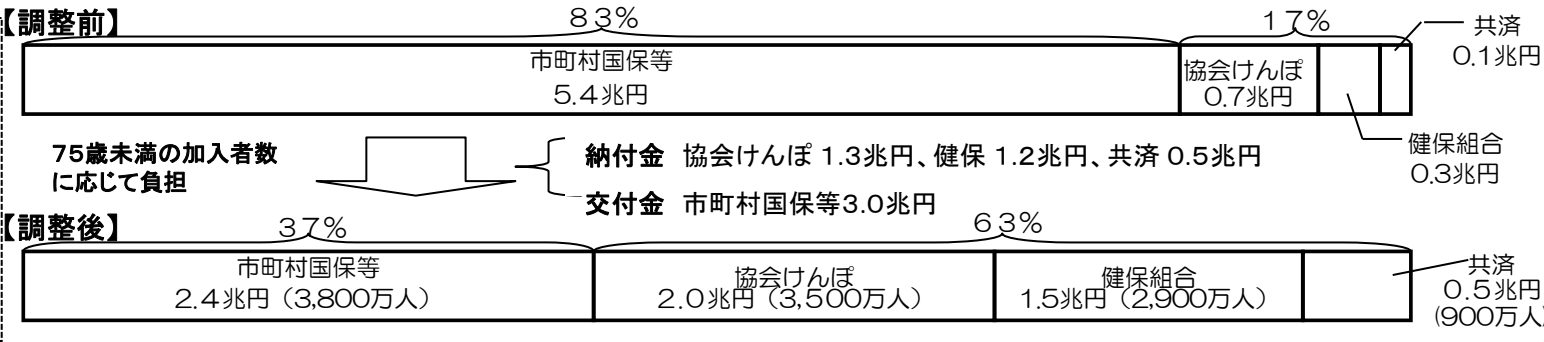
<保険料額（平成26・27年度見込）>
全国平均 約5,670円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は 約370円/月



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。

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。

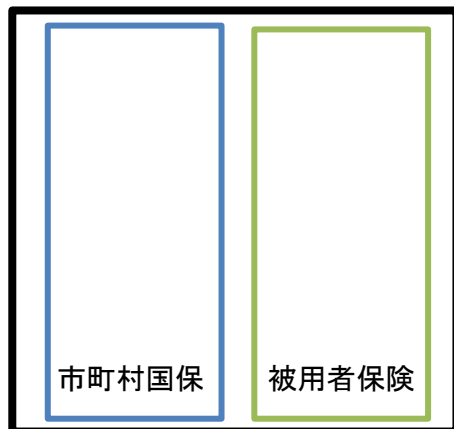
平成20年 後期高齢者医療制度、前期財政調整施行

・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。

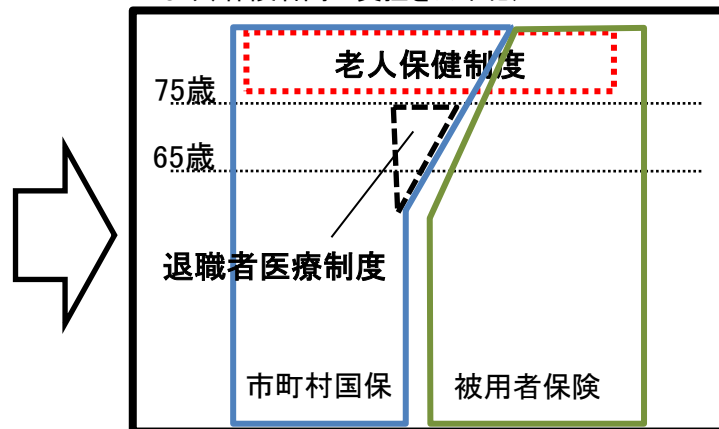
昭和58年まで

(個々の保険者内での世代間の支え合い)



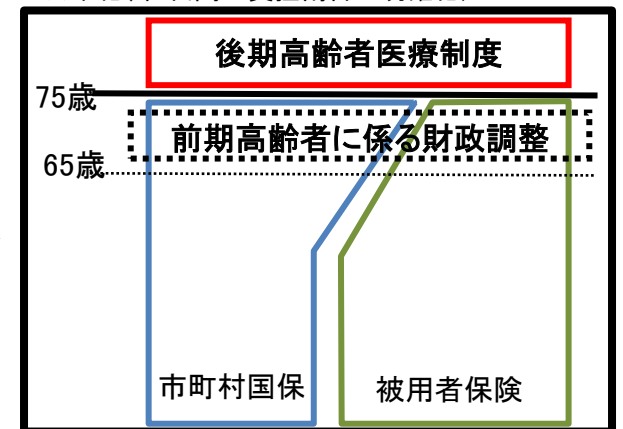
老人保健制度、退職者医療制度

(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)

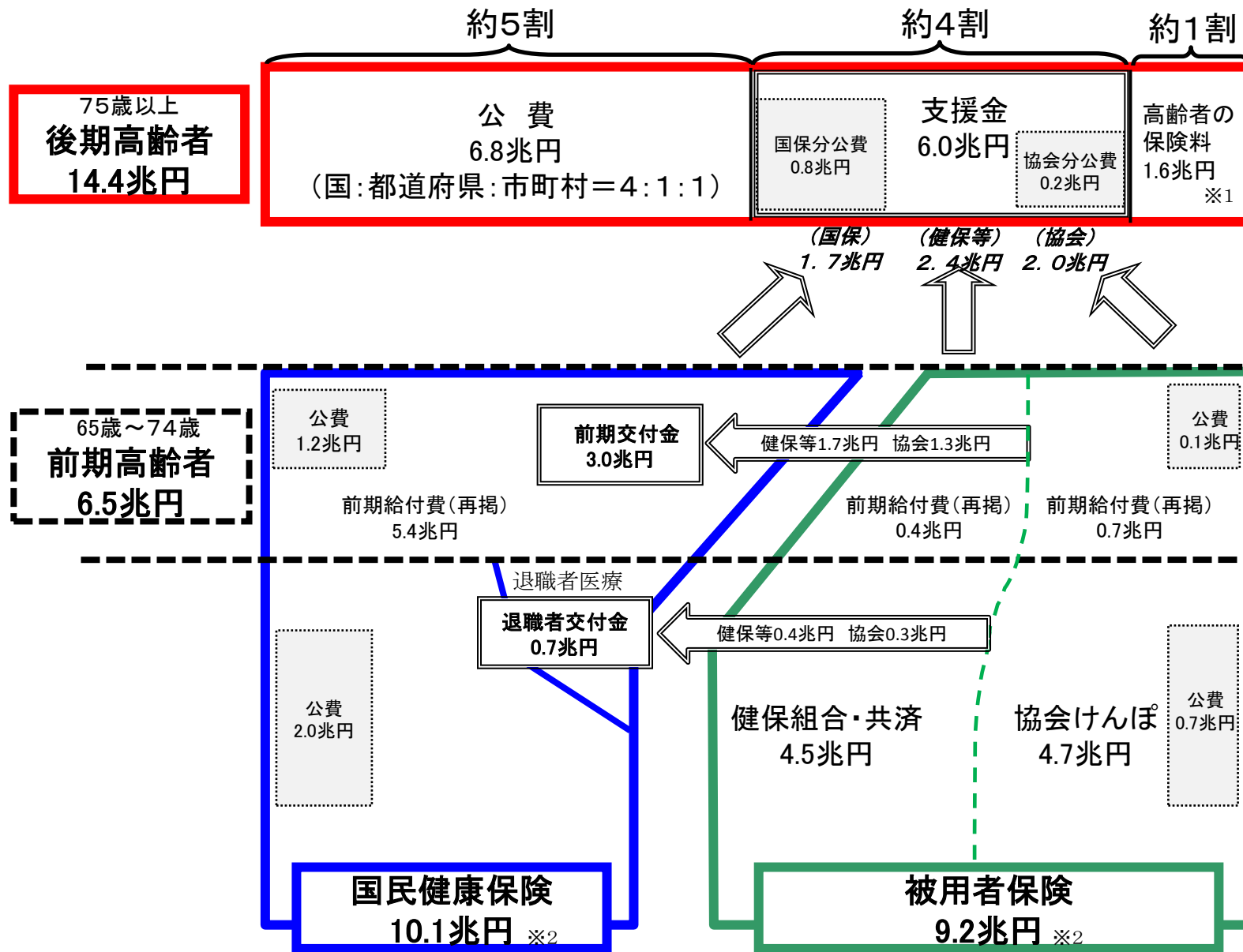


各制度の比較

	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年度賦課ベース)

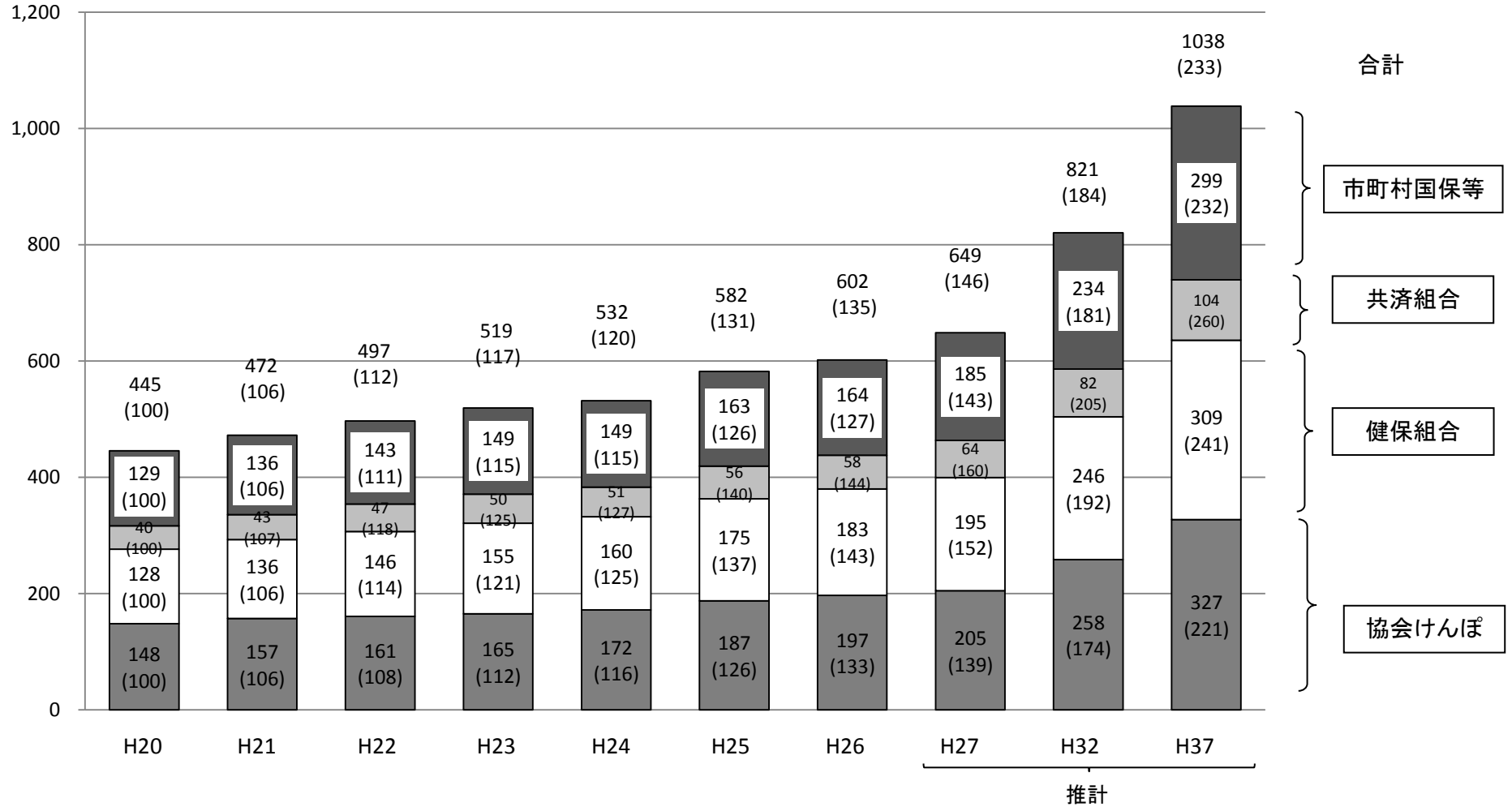


※1 後期高齢者の保険料は、低所得者等に係る軽減分を考慮していない(保険料軽減措置や高額医療費の支援等の公費0.5兆円を含む)。

※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

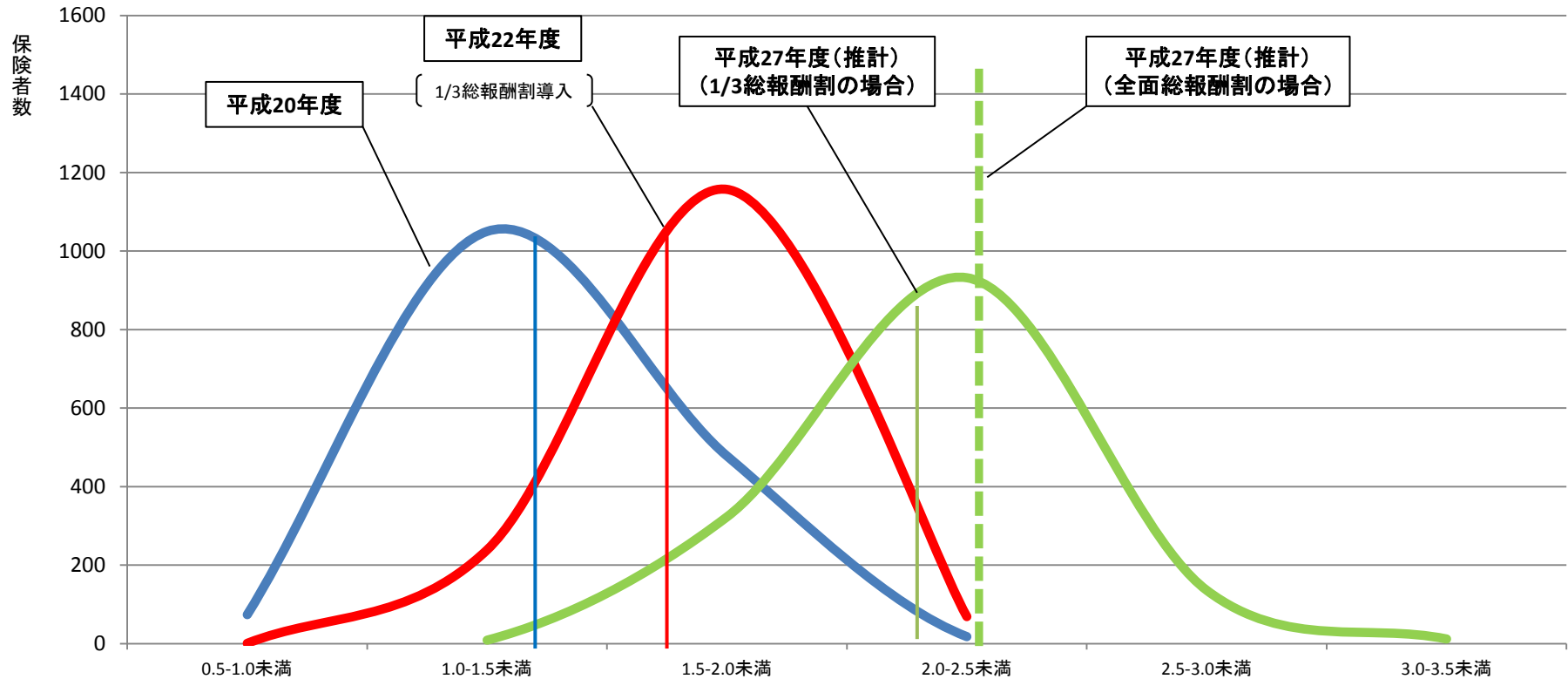
(単位: 百億円)



※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。



平均	所要保険料率 (%)	対象組合数
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
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

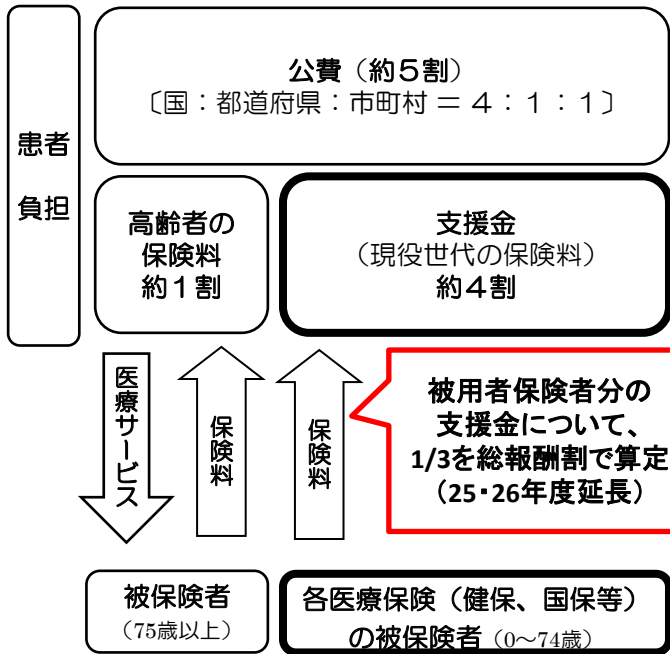
後期支援金に係る
所要保険料率
(%)

※()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

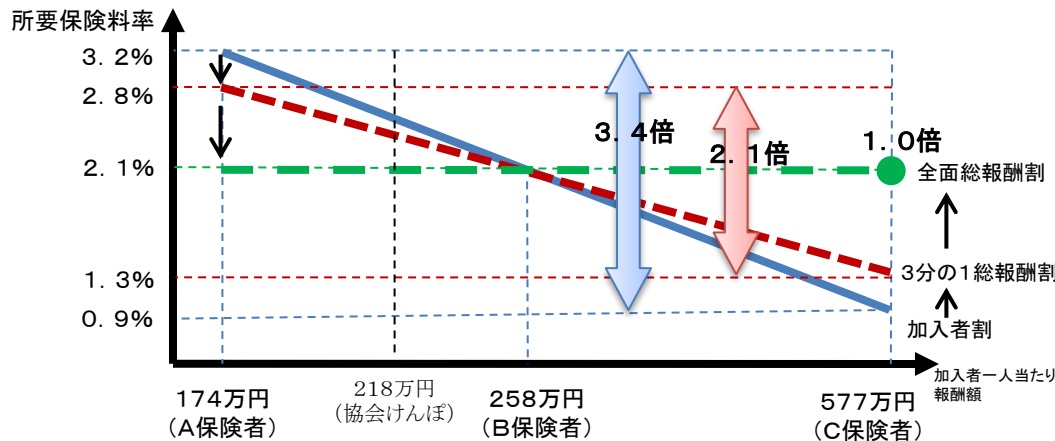
- 75歳以上の医療給付費は、高齢者の保険料（約1割）、現役世代の保険料による後期高齢者支援金（約4割）、公費（約5割）により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、原則、各保険者の加入者数（0～74歳）で按分しているが、被用者保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、財政力の弱い協会けんぽの財政支援を行うとともに、負担能力に応じた費用負担とする観点から、被用者保険者間の按分について、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入している（国保と被用者保険の間では、加入者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



（注）平成26年度賦課ベース。所要保険料率とは、支援金を賄うために必要な保険料率。

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。

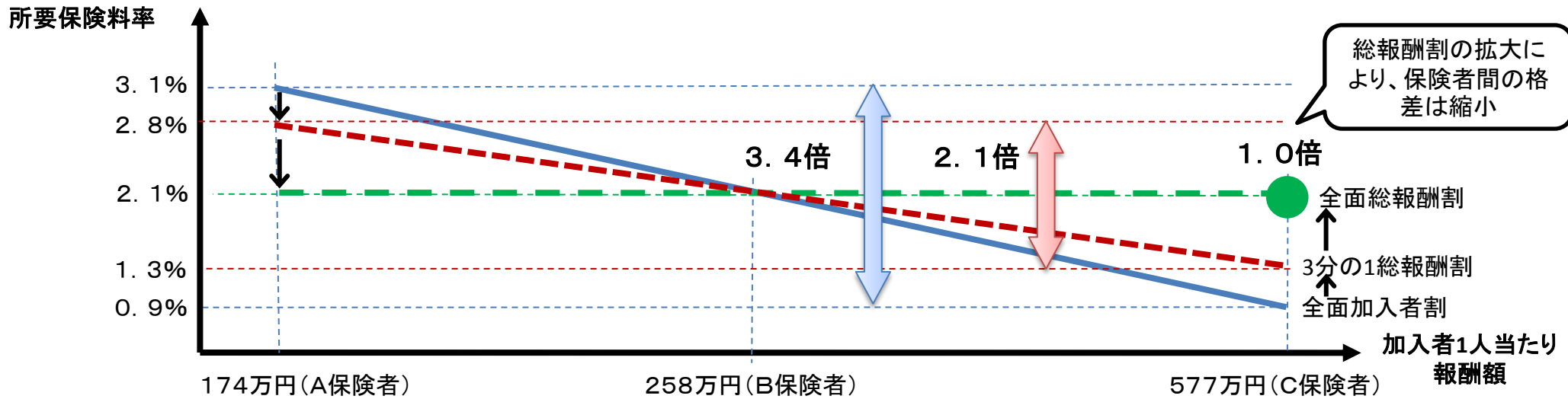
	A保険者	B保険者
支援金負担総額	5,000万円 ← 同じ → 5,000万円	
加入者1人当たり支援金負担額 (支援金負担総額 ÷ 加入者数)	50,000円 ← 同じ → 50,000円	
所要保険料率 (支援金負担総額 ÷ 総報酬額)	3.33% ← 4倍 → 0.83%	

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—

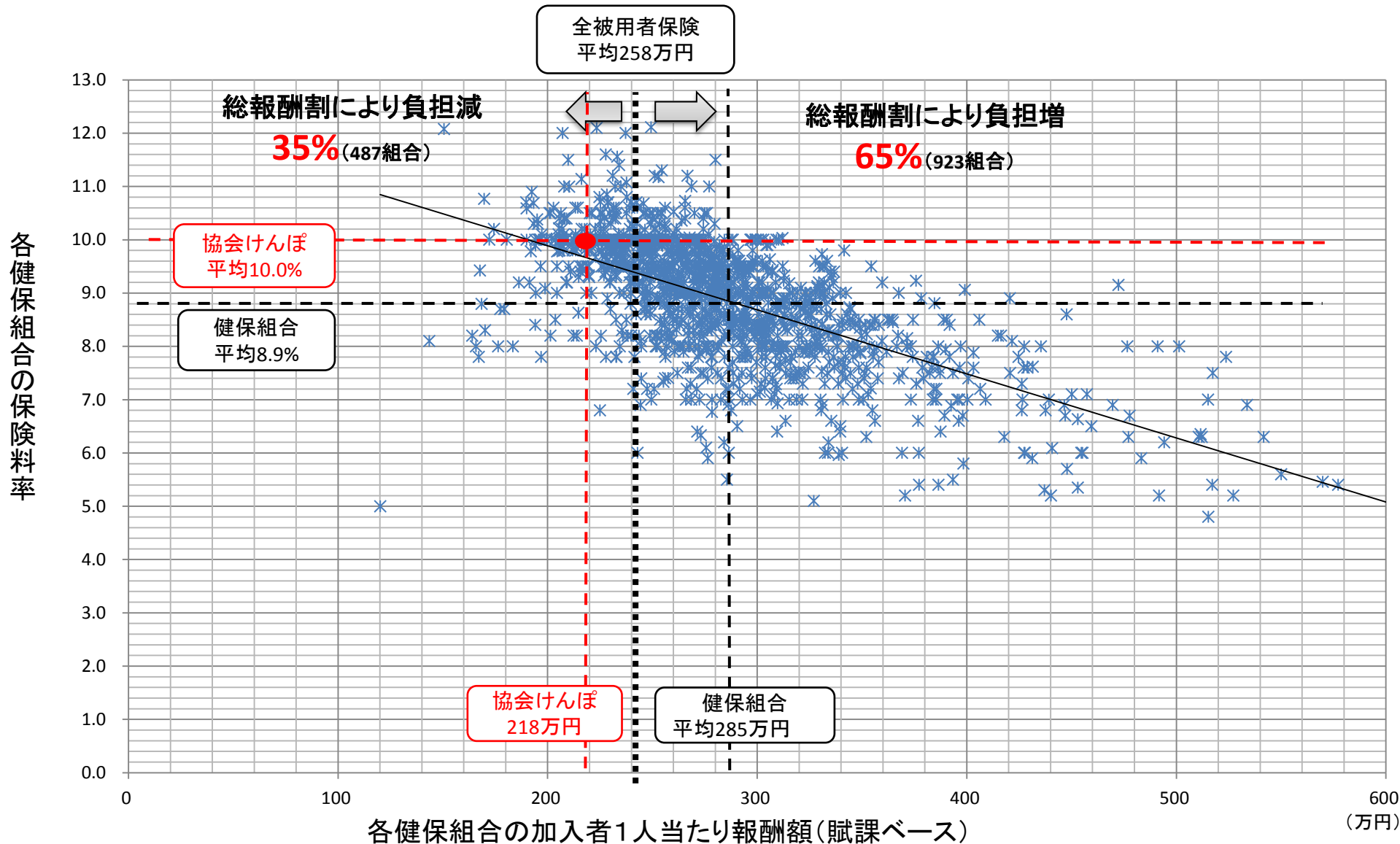


支援金負担額の変化(例)

	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

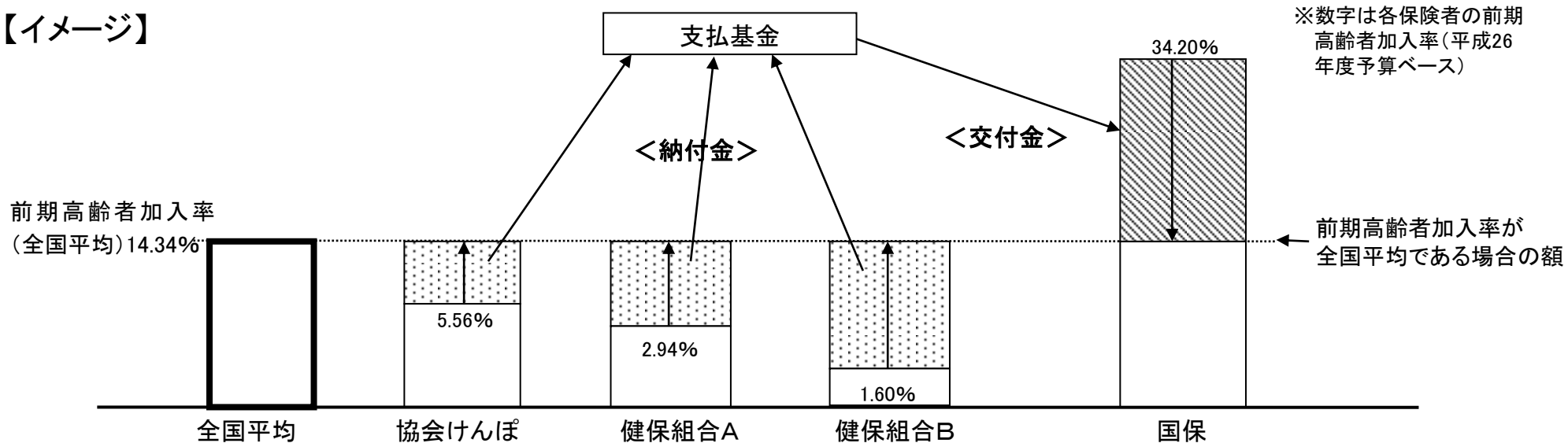
※ 後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。

※ 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

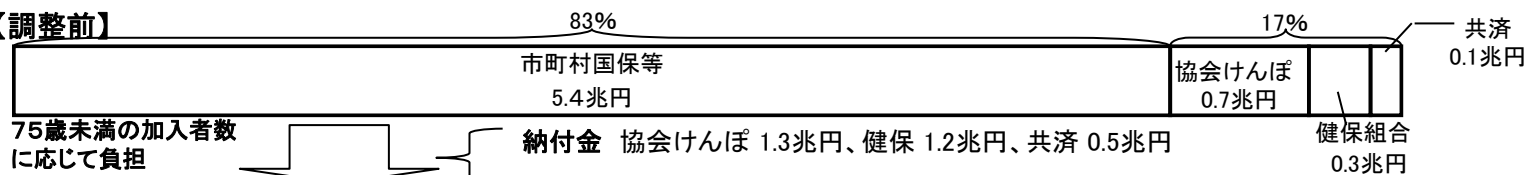
- 保険者間で高齢者が偏在する(65～74歳の約8割が国民健康保険)ことによる負担の不均衡を是正するため、国保・被用者保険の各保険者が加入者数に応じて負担するよう費用負担の調整を行う。
 - 各保険者の前期高齢者給付費と前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率が全国平均であるとみなして算定された額を負担する。
 - ・前期高齢者加入率が全国平均より低い場合には、全国平均である場合との差を納付。高い場合には、その差分の交付を受ける。
 - ・一人当たり前期高齢者給付費は調整されず、各保険者の65～74歳の医療費水準に応じた負担となる。
- ※保険者ごとの負担が過大とならないよう、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】

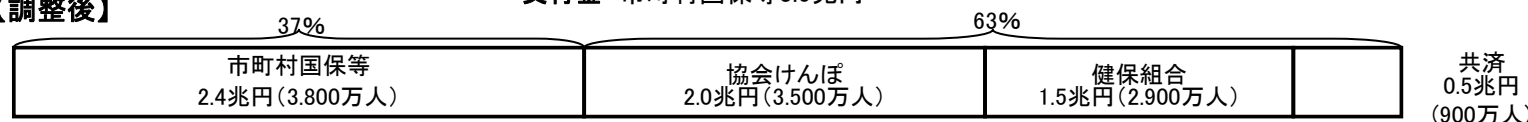


【負担の状況】

【調整前】



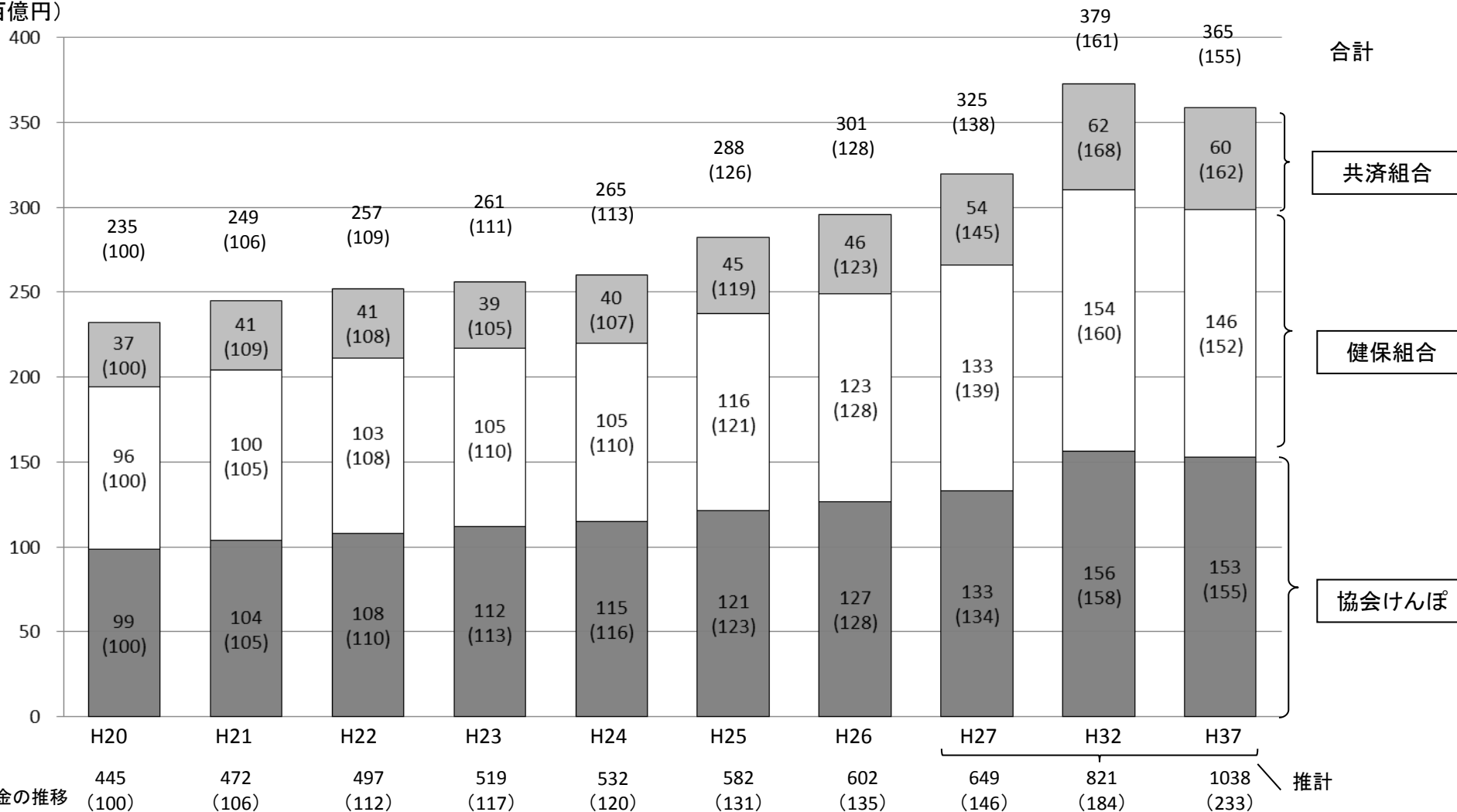
【調整後】



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)



※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。

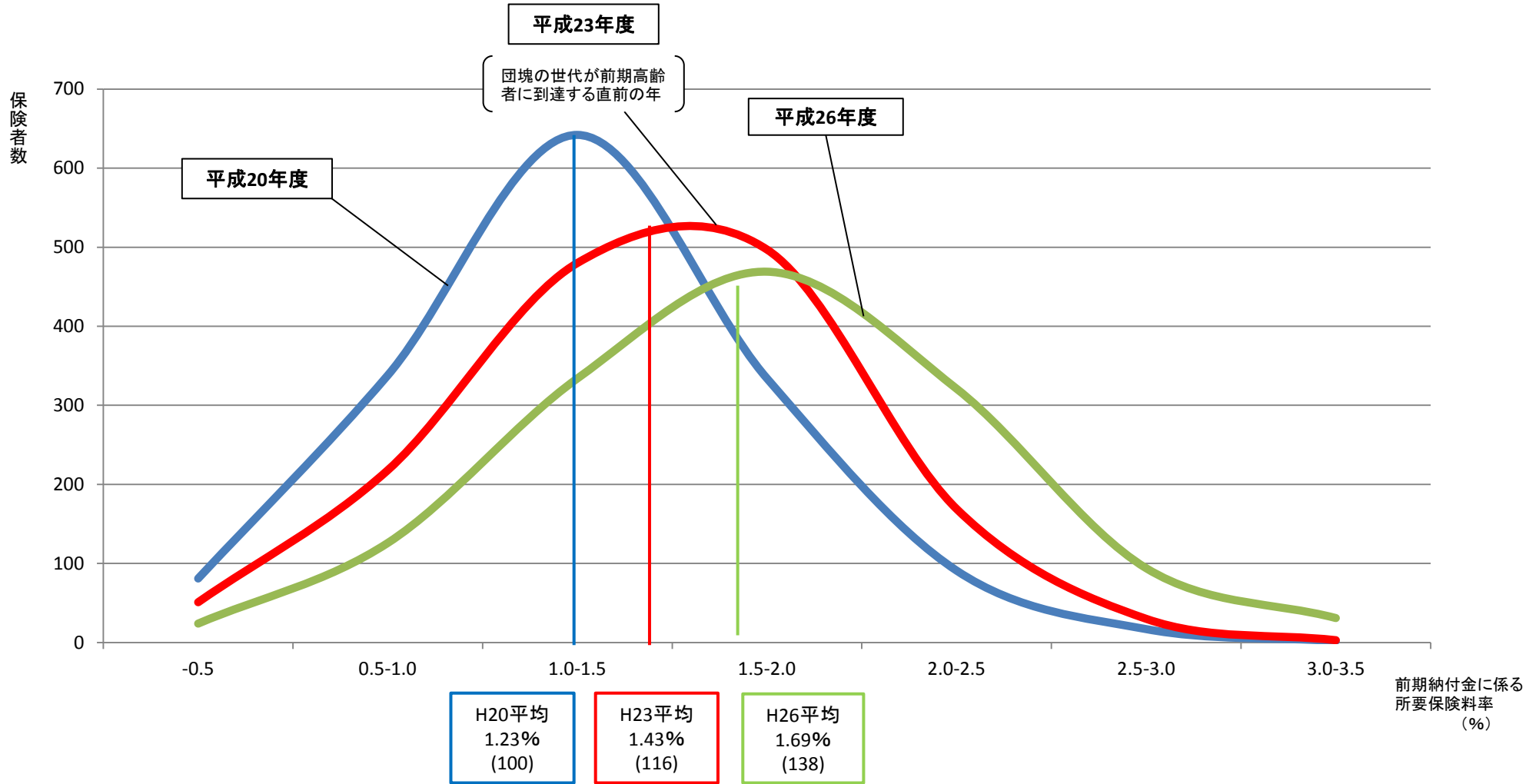
※前期高齢者納付金からは、後期支援金に係る前期納付金分を除いている(後期支援金には含まれる)。

※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。



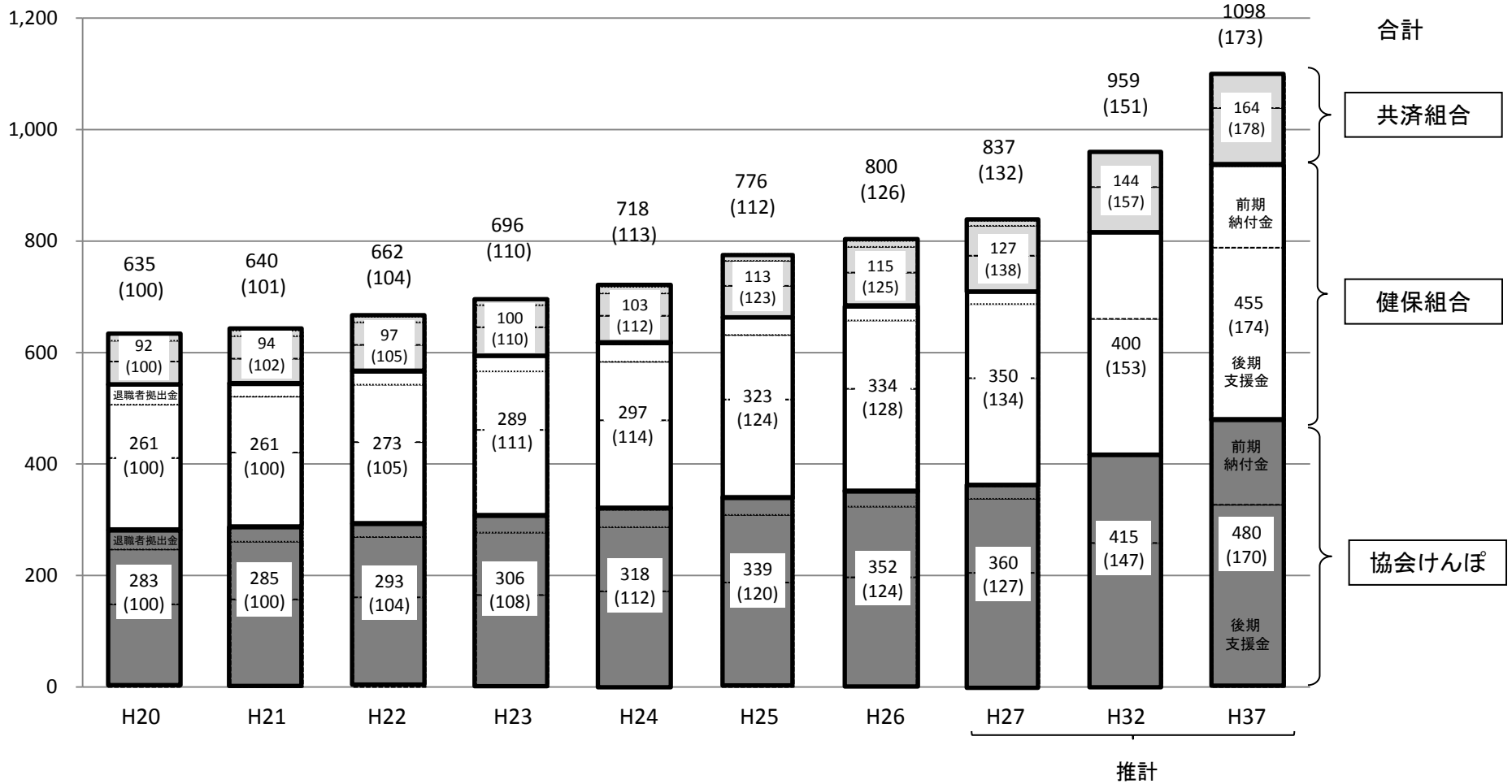
※()内は平成20年度を100とした場合の値
 ※平成20年度及び平成23年度は実績、平成26年度は概算。
 ※対象組合数は平成20年度1,505、平成23年度1,448、平成26年度1,407。

0.78~1.72%の範囲(0.94%)に2/3が該当	0.95~1.96%の範囲(1.01%)に2/3が該当	1.17~2.29%の範囲(1.12%)に2/3が該当
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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。

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)

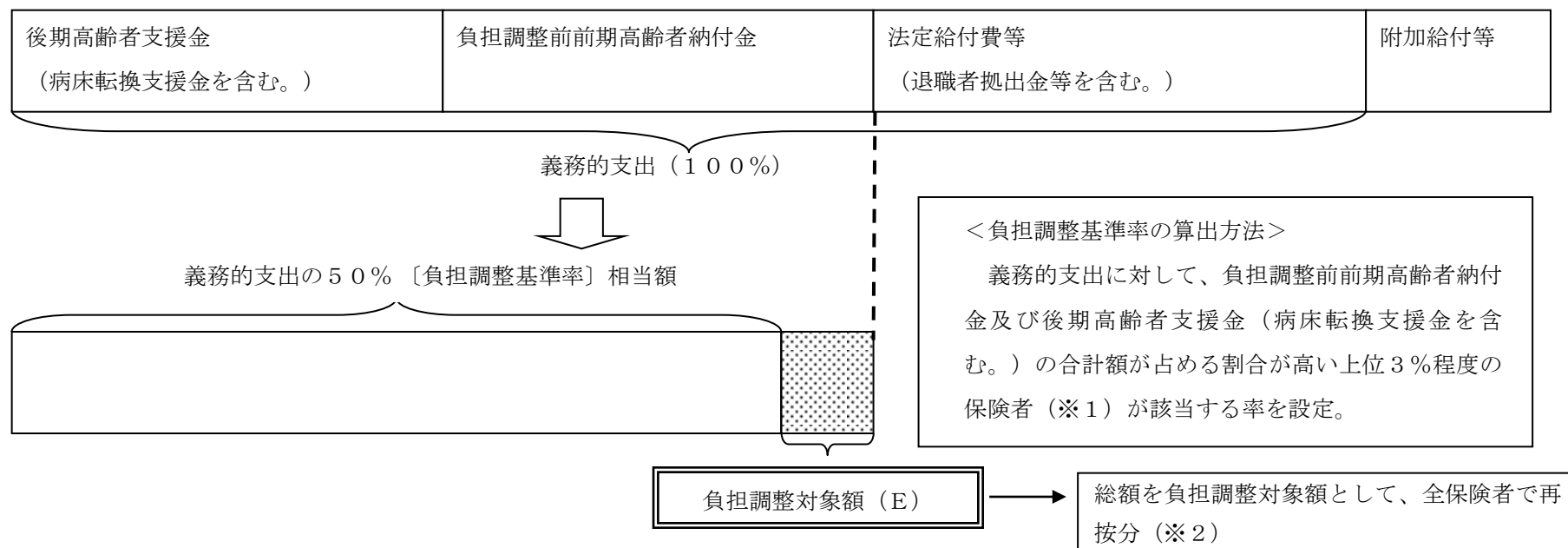
前期高齢者の財政調整における負担調整について

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552万円未満(平成26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	健保:320 共済: 0

【助成基準(平成26年度)】

対象保険者の所要保険料率 (健康保険組合平均41.3%)	助成率	対象保険者数(320組合) (全1,407健保組合の23%)
健康保険組合平均の1.2倍(49.5%)	100%助成 (1.2倍を超える部分)	162
健康保険組合平均の1.19倍(49.1%)～1.2倍	50%助成 (1.19倍を超え1.2倍以下部分)	10
健康保険組合平均の1.1倍(45.4%)～1.19倍	10%助成 (1.1倍を超え1.19倍以下部分)	148

(後期高齢者医療の保険料)

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

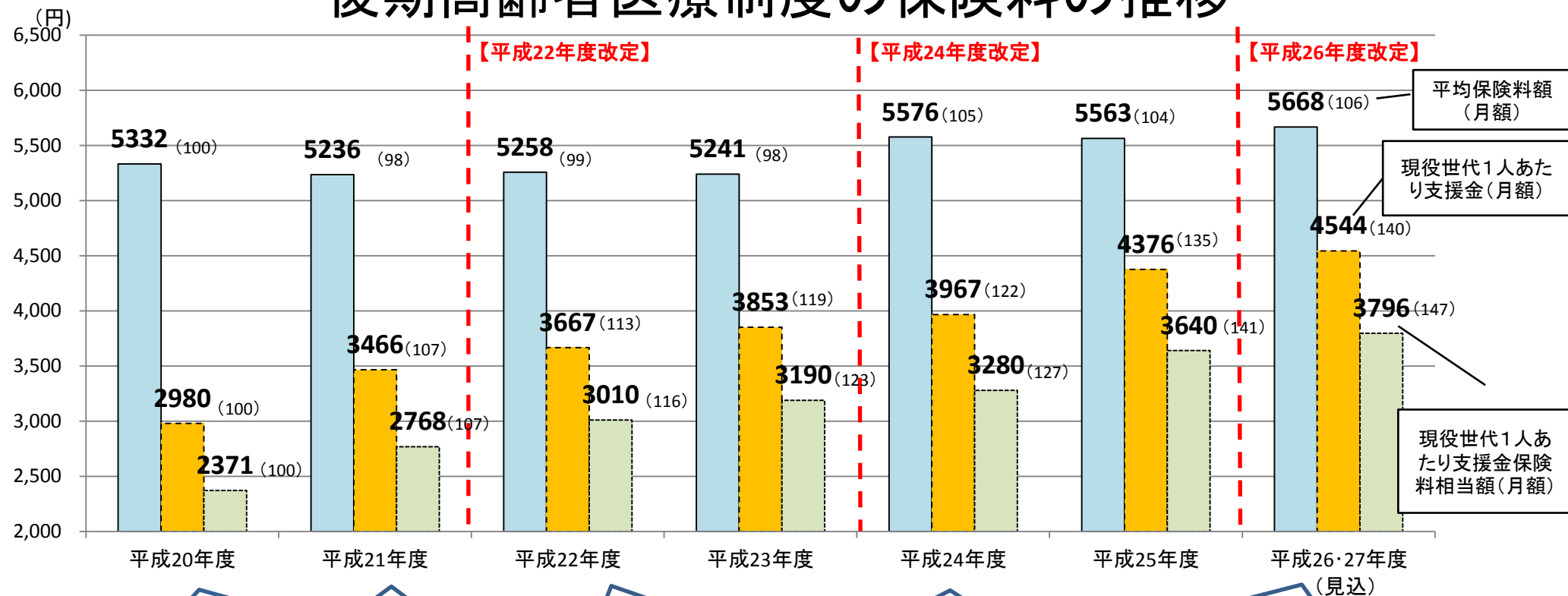
Ⅱ 医療・介護分野の改革

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。

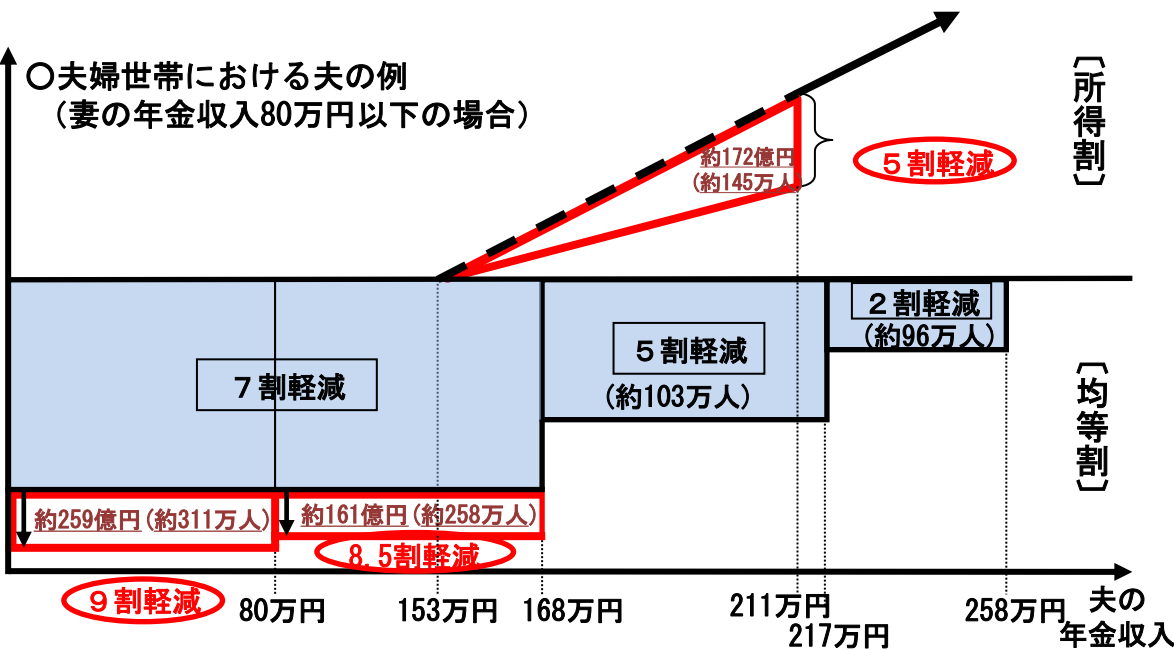
後期高齢者医療制度の保険料軽減特例措置について

- 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)

※経済財政運営と改革の基本方針2014(抄)(平成26年6月24日閣議決定)

「後期高齢者医療の保険料軽減特例措置について、段階的な見直しを進めることについて検討する。」

【 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～

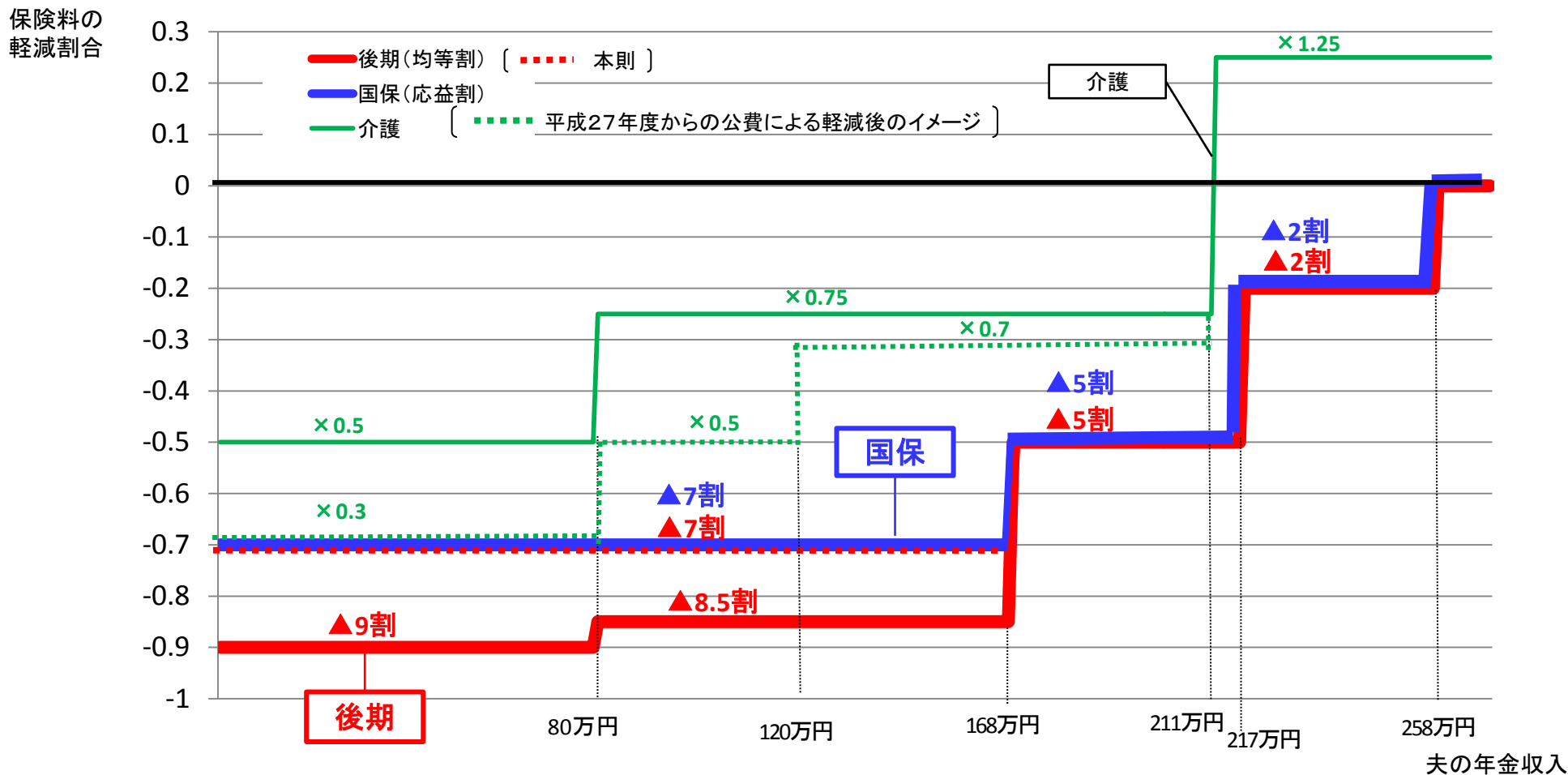
- ・【低所得者】 【元被扶養者】 毎年度、特例措置を継続

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。

※介護保険は標準6段階を基に示しているが、平成27年4月から標準9段階に見直すこととしている。

※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。

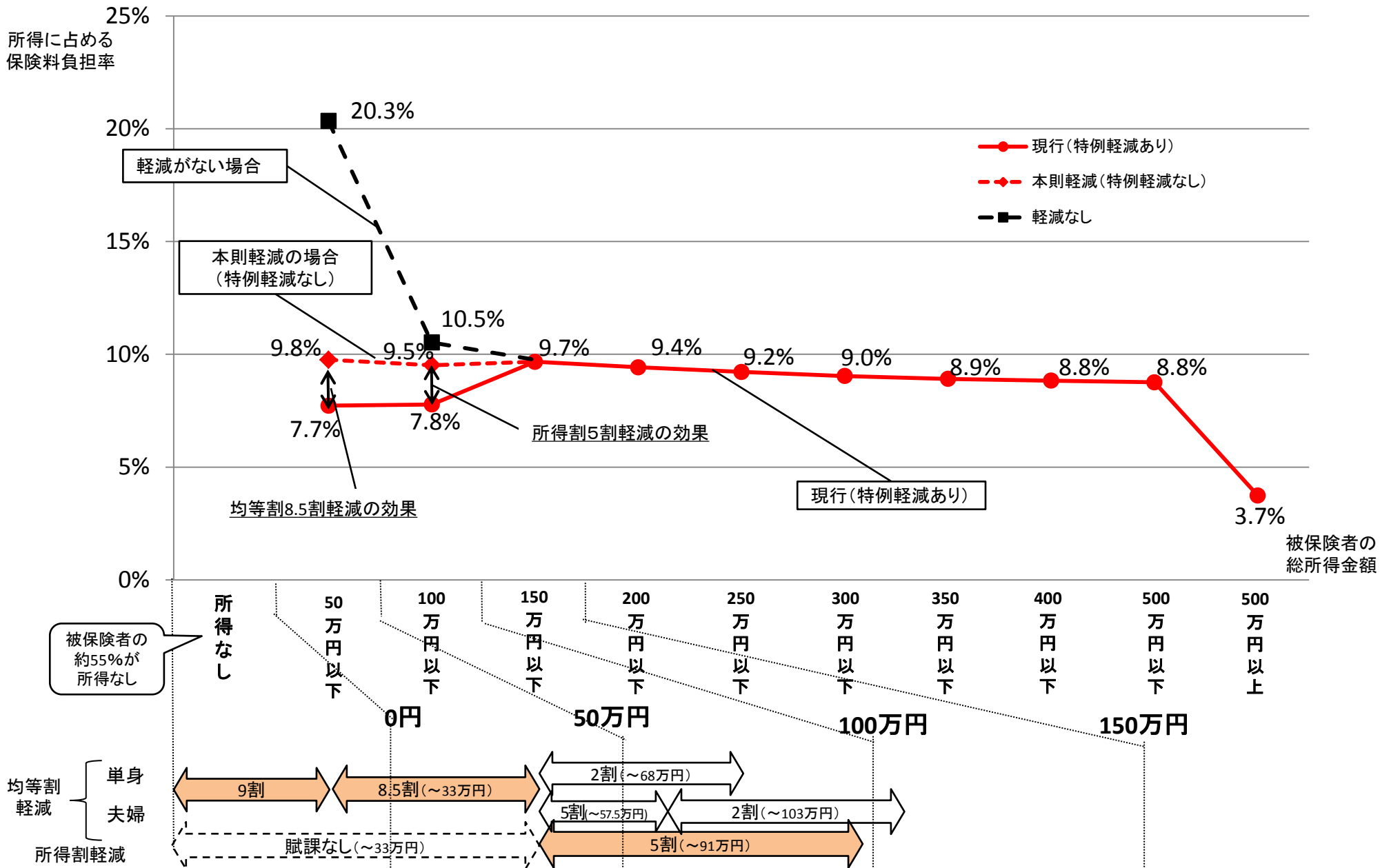
後期高齢者医療制度の保険料の状況

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。

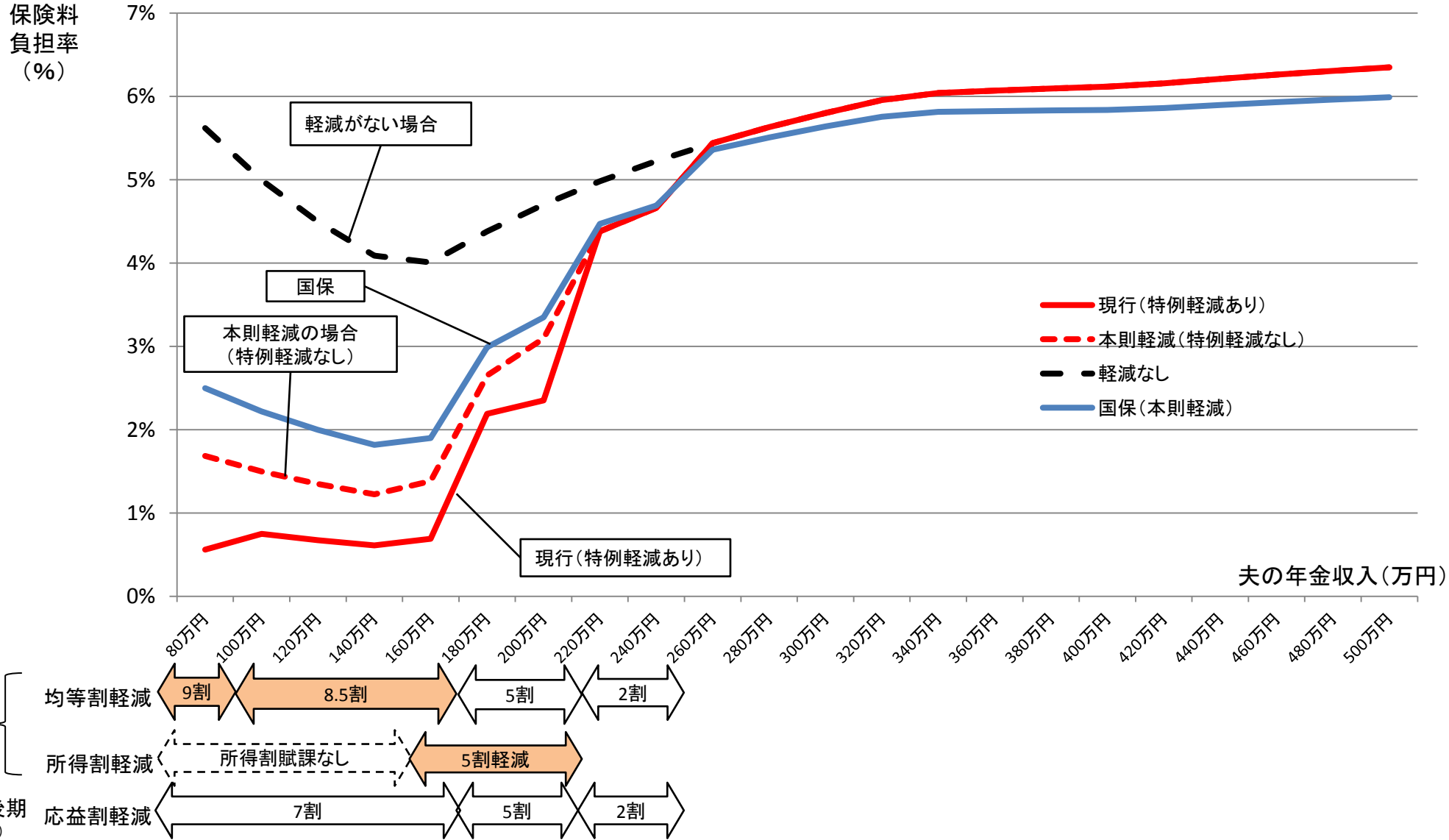
所得に対する保険料負担率（平成25年度）



※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。

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。

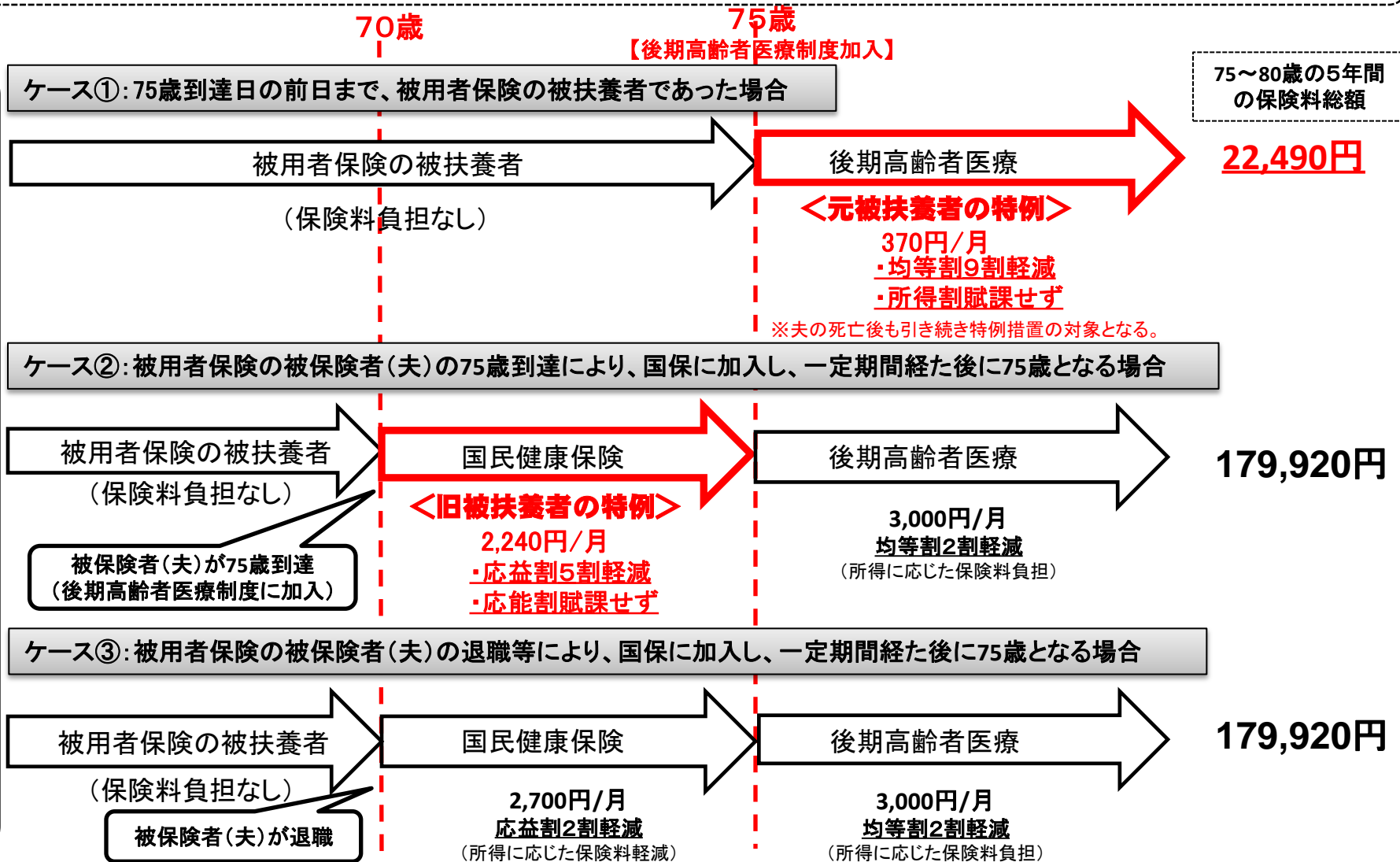
※各保険料軽減区分の被保険者数については、元被扶養者の属する世帯の軽減判定用の世帯所得及び世帯員数等を使用し、元被扶養者保険料特例軽減措置がなかった場合に適用される区分に計上して推計している。

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。

被用者保険の被扶養者
(夫婦世帯※)



※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）。

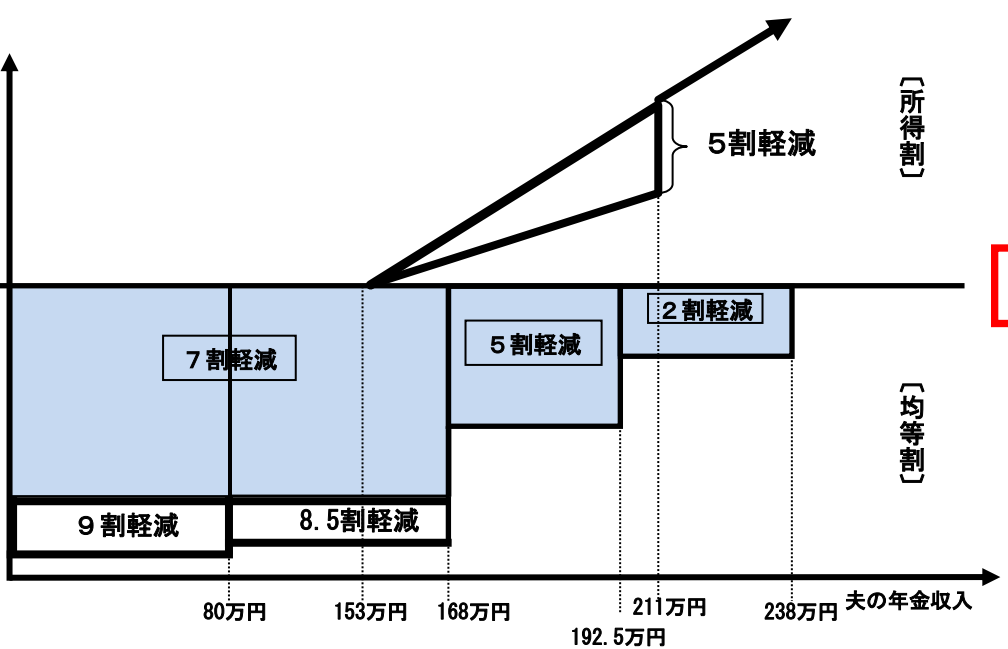
後期高齢者医療制度の保険料軽減対象の拡大 平成26年4月から実施

○ 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

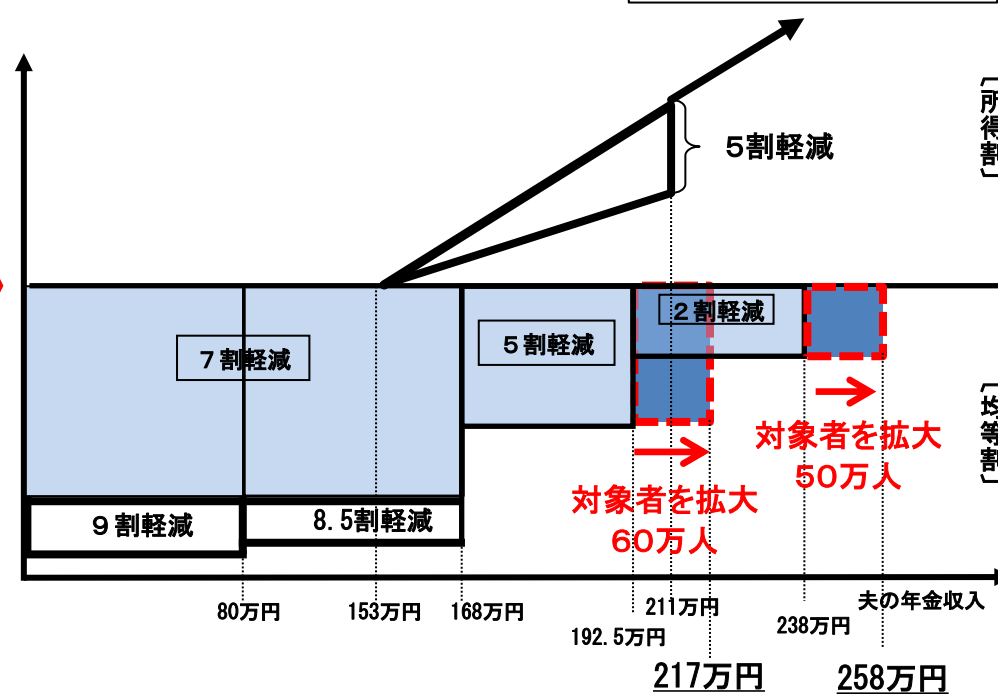
- ① 2割軽減の拡大… 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。(対象者約50万人)
 - (現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 【年金収入 238万円以下】
 - (改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 【年金収入 258万円以下】
- ② 5割軽減の拡大… 現在、二人世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。(対象者約60万人)
 - (現行) 基準額 33万円+24.5万円×(被保険者数-世帯主) 【年金収入 192.5万円以下】
 - (改正後) 基準額 33万円+24.5万円×被保険者数 【年金収入 217万円以下】

※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)。

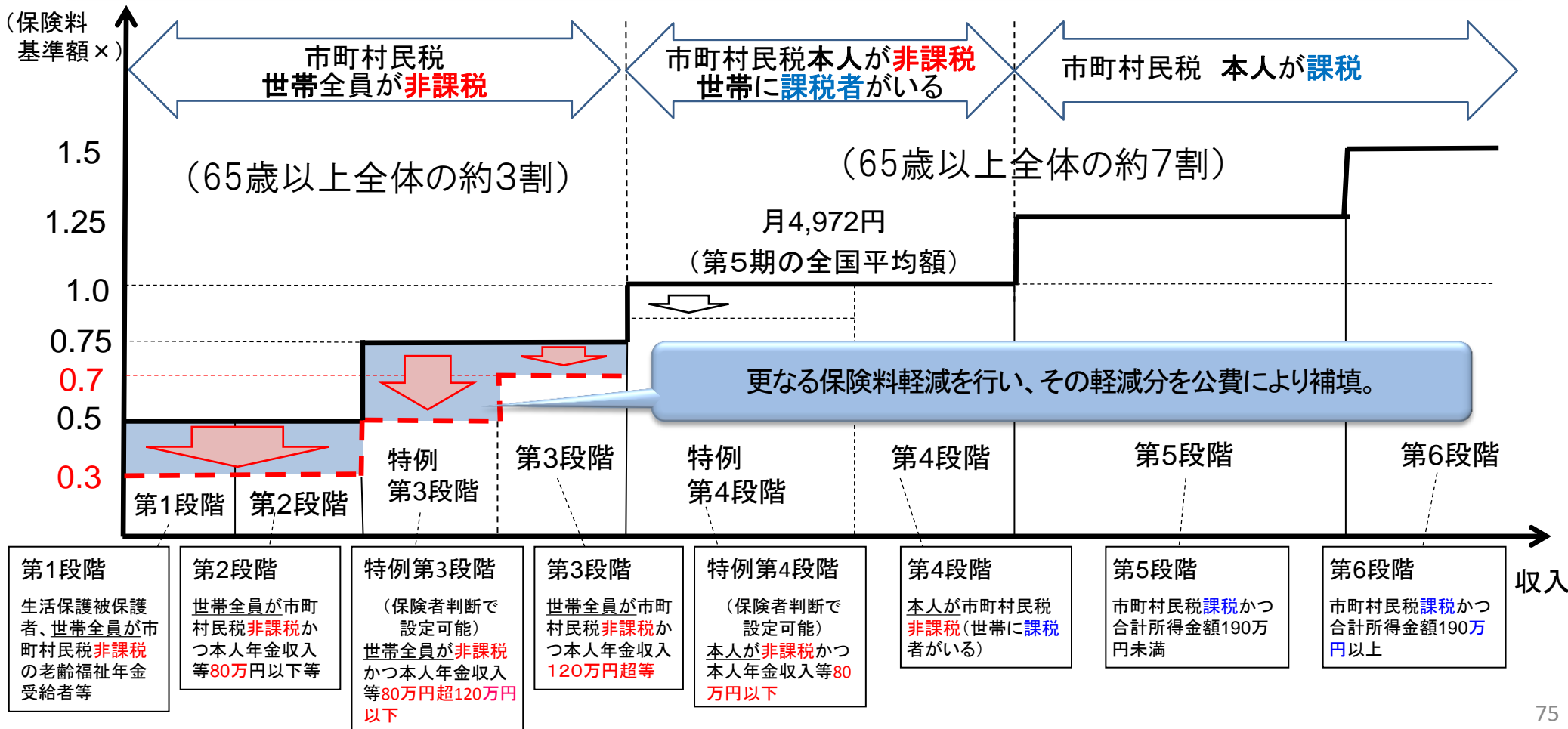
【介護保険】低所得者の一号保険料の軽減強化

〔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。
(公費負担割合 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4)
- 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



審査支払機関について

審査支払機関の在り方に関する検討状況

○ レセプト電子化の進展や医療費の増嵩と相まって、適正な保険診療の確保、貴重な保険料を原資とする審査支払事務の効率化への期待が高まる中で、規制改革会議や行政刷新会議からの指摘等を踏まえ、審査支払機関の審査の質の向上、効率化の推進、統合と競争の両面から総合的に検討するため、平成22年4月に「審査支払機関の在り方に関する検討会」を設置。

- ・規制改革推進のための3か年計画(平成19年6月22日閣議決定)
 - 業務効率化計画の作成、手数料適正化の数値目標を明示
 - 審査支払機関の公正な受託競争環境を整備
- ・行政刷新会議「事業仕分け」(平成21年11月11日)の評価結果
 - レセプト審査率と手数料を連動させるべき
 - 国保連と支払基金を統合すべき

○ 同検討会では、平成22年4月8日から計11回にわたって、現地視察や有識者からのヒアリングを行うとともに、審査支払システムをめぐる課題について幅広い観点から議論し、同年12月10日に「議論の中間的整理」をとりまとめた。

- ・審査支払機関の在り方に関する検討会「議論の中間的整理」(平成22年12月10日)
 - 審査は、医師又は歯科医師の専門的知見に基づく判断であり、審査手数料と査定率との連動よりも、ITの活用や判断基準の統一化により、審査機能の強化を進めること
 - 組織の統合について、定量的な検証や効果・留意点を含め、統合と競争の観点から引き続き検討

○ その後、衆議院決算行政監視委員会における決議等も踏まえ、審査支払機関の在り方について、社会保障審議会医療保険部会において平成24年4月18日から同年5月24日まで計3回議論するなど、引き続き検討しているところ。今後は、今般の規制改革会議の指摘等を踏まえ、審査の更なる効率化等に取り組む。

- ・衆議院決算行政監視委員会「行政監視に基づく事業の見直しに関する決議」(平成23年12月8日)
 - 競争による改善が期待できないのであれば、審査の効率化を図り、医療費を削減するため、保険者たる市町村に混乱を来たさないようにしつつ、統合に向けた検討を速やかに進めるべき。
- ・衆議院決算行政監視委員会「行政監視に基づく事業の見直しに関する決議のフォローアップに基づく決議」(平成24年9月7日)
 - 競争原理が働かない障壁を取り除く努力を真剣に行うことを求める。

- 厚生労働省では、有識者による「審査支払機関の在り方に関する検討会」を設置（平成22年4月～）。審査の質の向上、業務の効率化、組織の在り方等について、外部からのヒアリングも行いつつ議論（11回）。平成22年12月に「議論の中間的整理」をとりまとめ。
- 「検討会」では、組織の在り方は「統合と競争の観点から引き続き検討」としている。

○患者の個別性・地域の医療体制等の尊重 ○国民が受ける医療に違いが生じない共通の判断基準 ○迅速で効率的な審査支払い

審査の質の向上

- 審査の均一性の確保のための取組の推進
 - ・ 支払基金と国保連で審査の判断基準の統一化のための定期的な連絡協議会の開催
 - ・ 支払基金で支部間の専門医による審査照会のネットワークの構築、本部に専門分野別ワーキンググループの編成
- 審査における判断基準の違いを縮小するためのITの活用
 - ・ 電子レセプトの審査履歴の記録システムの導入、審査実績の分析評価、標準化への活用
 - ・ 電子化に対応した審査補助職員の事務能力の向上（研修の充実等）
- 支払基金の調剤レセプトの審査機能の強化（審査委員会への薬剤師の配置）

審査・支払業務の効率化

- コスト削減に対応した審査手数料の更なる引下げ（23年度も更に引下げ）
 - ・ 支払基金では27年度の水準を22年度と比較して約11%引き下げる目標
- 業務効率化、保有資産の整理合理化
 - ・ 支払基金の給与水準の引下げ、資金管理業務の本部への集約化等
 - ・ 47国保連の審査支払の共通基盤システムの構築

統合、競争促進の観点からの組織の在り方

- 組織の在り方について、定量的な検証や効果・留意点を含め、統合と競争の観点から引き続き検討。
- 保険者が支払基金と国保連の相互に審査の委託が可能な環境整備
- 保険者の直接審査の推進
 - ・ 調剤レセプトの直接審査の対象薬局の追加手続きの簡素化等

(審査の質の向上について)

審査の質の向上に関する取組状況（１）

支払基金・国保連が共同で実施

（１）審査の均一性の確保のための取組の推進

- ・ 更なる判断基準の統一化を図るため、各都道府県に「連絡協議会」を設置するとともに、統一的な判断基準を検討する場として「中央連絡協議会」を設置する（24年12月3日付三課長通知）。
- ・ 支払基金と国保連では、審査の質の向上と判断基準の統一化のため、共通の「審査情報提供事例」（216件）の公表（26年5月現在）。

（２）その他の取組

診療担当者等の適正な保険診療、保険医療機関等の適正な保険請求の一層の推進

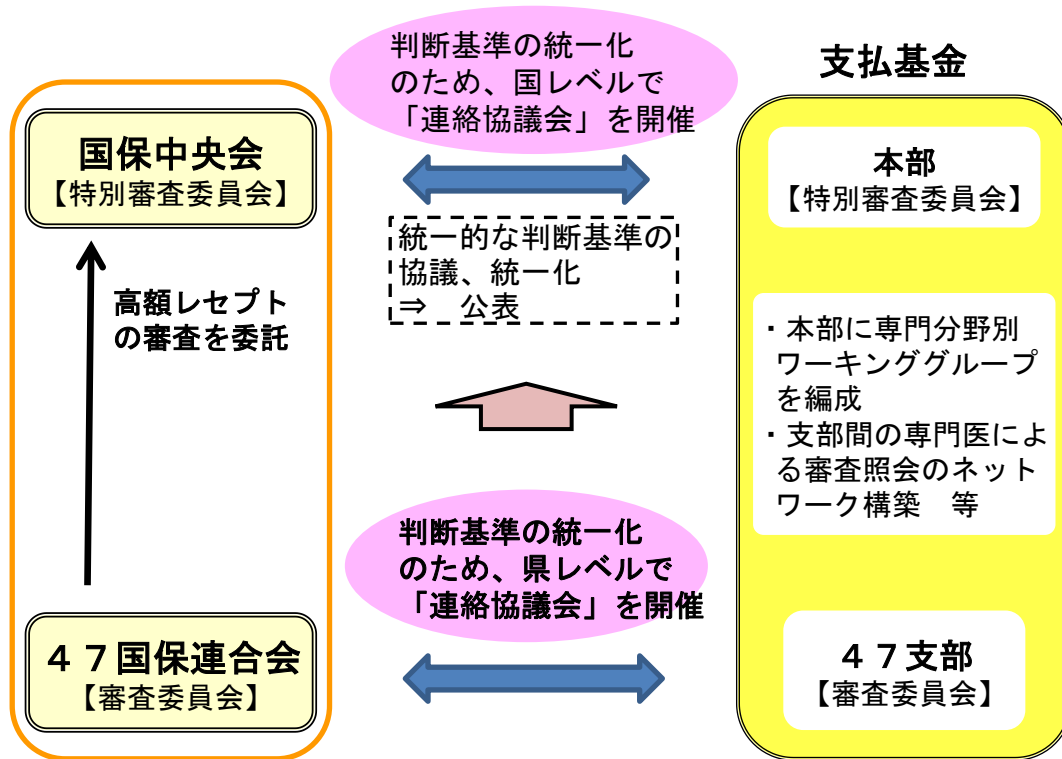
- ・ 保険医療機関等の指導監督部署（地方厚生(支)局等）と審査支払機関との連携を強化し、情報の共有化を図るため、診療報酬適正化連絡協議会を設置（23年2月17日付三課長通知）。

審査の質の向上に関する取組状況（２）

支払基金	国保連
<p>○審査における判断基準の違いを縮小するためのITの活用</p> <p>① 電子レセプトの突合審査・縦覧審査の実施（24年3月～）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・突合審査：医科・歯科レセプトと調剤レセプトを患者単位で照合 ・縦覧審査：同一患者のレセプトを複数月にわたり照合 <p>② 算定日情報の記録に伴うコンピュータチェック（24年4月診療分）</p> <p>算定日情報：診療行為、医薬品及び特定保険医療材料に係る各請求項目に対応する算定日を記録</p> <p>○支払基金の調剤レセプトの審査機能の強化</p> <p>調剤レセプトの審査機能を強化するため、医師、歯科医師に加えて、薬剤師を調剤レセの審査委員に委嘱・配置（23年6月）</p> <p>○その他の取組</p> <p>審査委員会に常勤の「医療顧問」（審査に専任する医師）（101人）を配置。</p>	<p>○審査の均一性の確保のための取組の推進</p> <p>① 各都道府県国保連間における判断基準の統一化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・17年度分以降の判定事例の調査を行い、全国の国保連の70%以上が同判定とした事例を審査基準（暫定）とし、調査結果を周知。23年度以降、順次、統一的な審査基準に位置付け。 <p>② 審査データ（審査件数、審査状況等）を公表</p> <p>○審査における判断基準の違いを縮小するためのITの活用</p> <p>① 審査委員への統一の判断基準の周知や判断を支援するツールなど、審査の判断基準の差を縮小するためのITの活用の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・審査事例データベースの再構築の検討 ・詳細な審査統計表を作成できるシステム（23年6月～） <p>② 電子レセプトの突合審査、縦覧審査等の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・縦覧審査：国保総合システムにて標準機能として（23年10月～） ・突合点検：都道府県医療関係者と調整のうえ、順次実施 <p>③ 算定日情報の記録に伴うコンピュータチェック（24年4月診療分～）</p> <p>算定日情報：診療行為、医薬品及び特定保険医療材料に係る各請求項目に対応する算定日を記録</p>

審査の判断基準の統一化のための取組み

- 支払基金支部と国保連間で、審査の判断基準に差異（ローカルルール）があることが指摘されている。
- 医療保険の請求ルールは全国一本であり、適正な審査体制の確保の観点だけでなく、加入する保険者や地域にかかわらず、公平な医療サービスを提供する観点からも、統一的な判断基準が必要なものは統一化していくことが求められる。
- これまでも、厚生労働省や支払基金、国保連では、統一化した判断基準を随時公表しているが、さらにこの取組みを推進するため、国・県レベルで判断基準の統一化のための「連絡協議会」の設置・運用に順次着手していく。



[国レベルの連絡協議会]

レセプトの審査の判断基準の統一を図るため、都道府県に設置された連絡協議会で検討した事例のうち、審査の運用の際に統一的な判断基準が必要と思われるものを検討の上、統一的な判断基準を提供。

[都道府県レベルの連絡協議会]

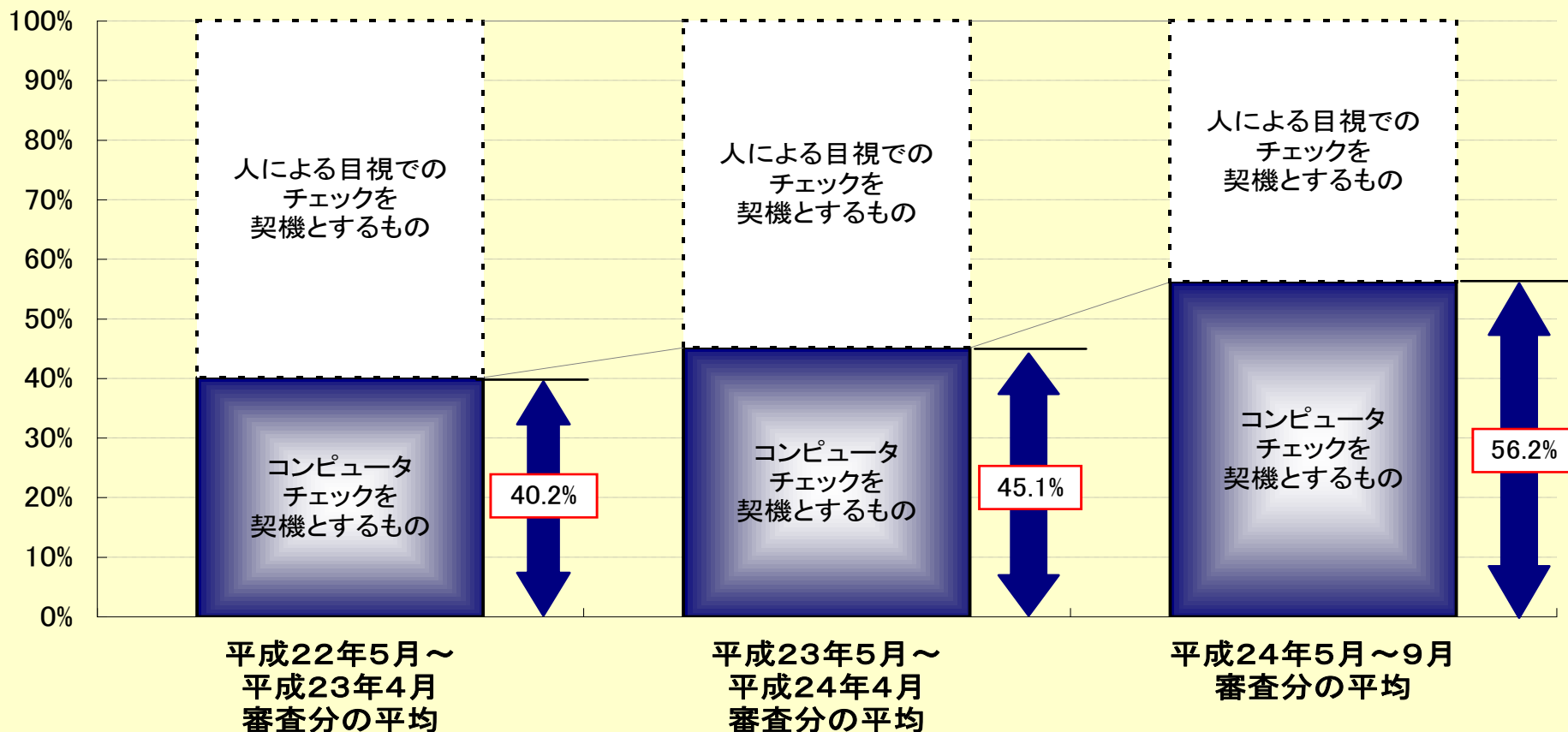
審査事例等の共有を進めることで、審査支払機関の判断基準の統一化、審査の均一性の確保を目的として、審査事例等の情報の共有、審査の統一性の確保のための情報の共有、情報提供に関する意見交換等を行う。

原審査査定点数に占めるコンピュータチェックの寄与率(支払基金)

平成22年度平均 40.2%

→ 平成24年5月～9月審査分平均 56.2%(16.0%の増加)

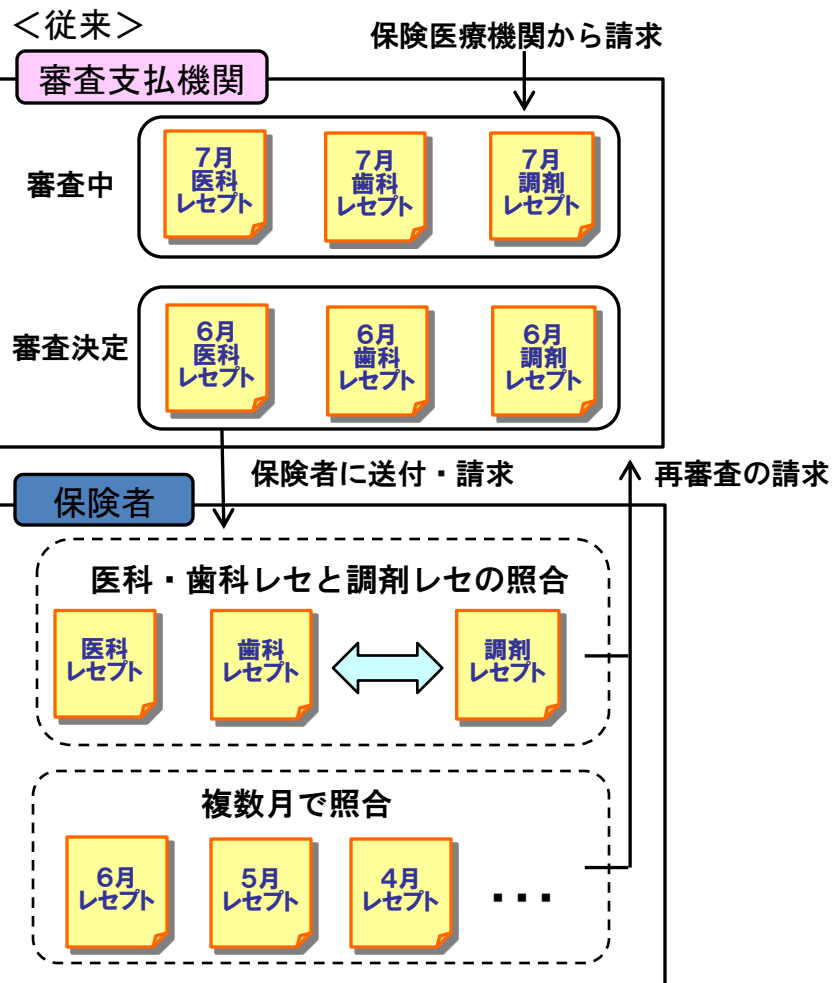
医科電子レセプト【特別審査委員会分を含む】



(注) コンピュータチェックを契機とする査定についても、職員が確認の上、審査委員が審査

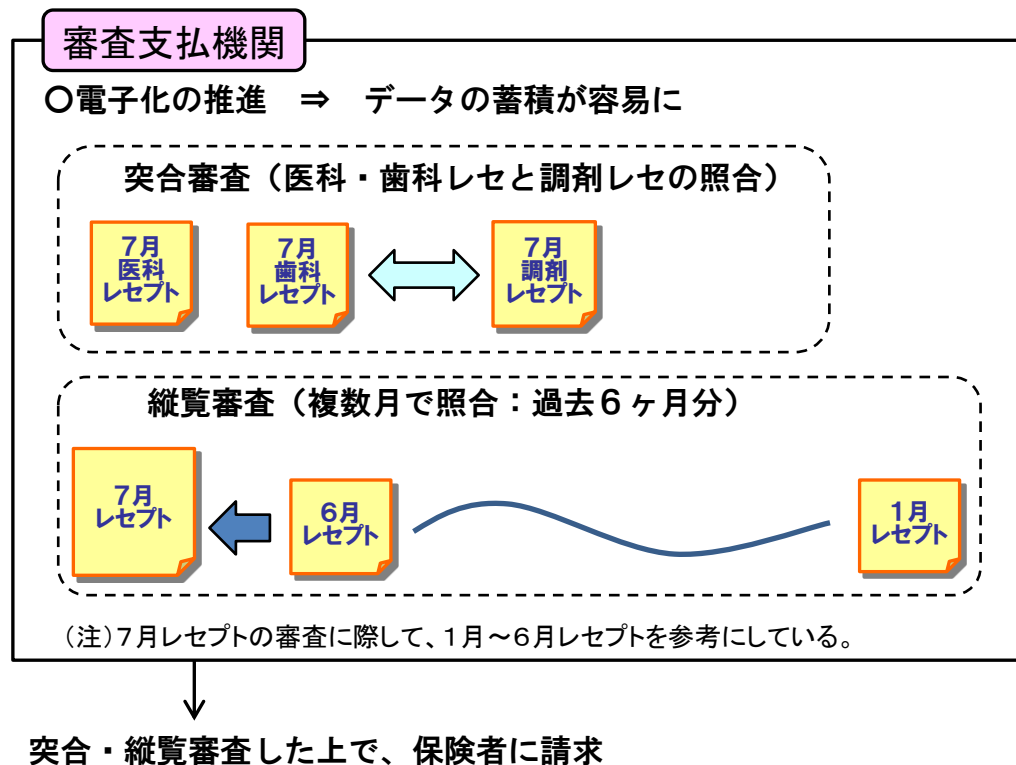
レセプトの電子化に対応した縦覧・突合審査の導入

- これまでは紙レセプトが大半であったため、審査支払機関（支払基金及び国保連）ではレセプトごとに単月審査を行い、①レセプトを受け取った保険者において、患者ごとに複数月のレセプトを名寄せ・照合した点検（縦覧点検）や、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとを患者単位で照合した点検（突合点検）を行い、②この点検結果による保険者の申出を受け、審査支払機関で再審査を行っていた。
- レセプトの電子化が進み、データの抽出や蓄積が容易となったため、レセプトの適正な審査を推進する観点から、審査支払機関では、最初の審査の段階から、縦覧・突合審査を導入（国保連：23年10月～、支払基金：24年3月～）。

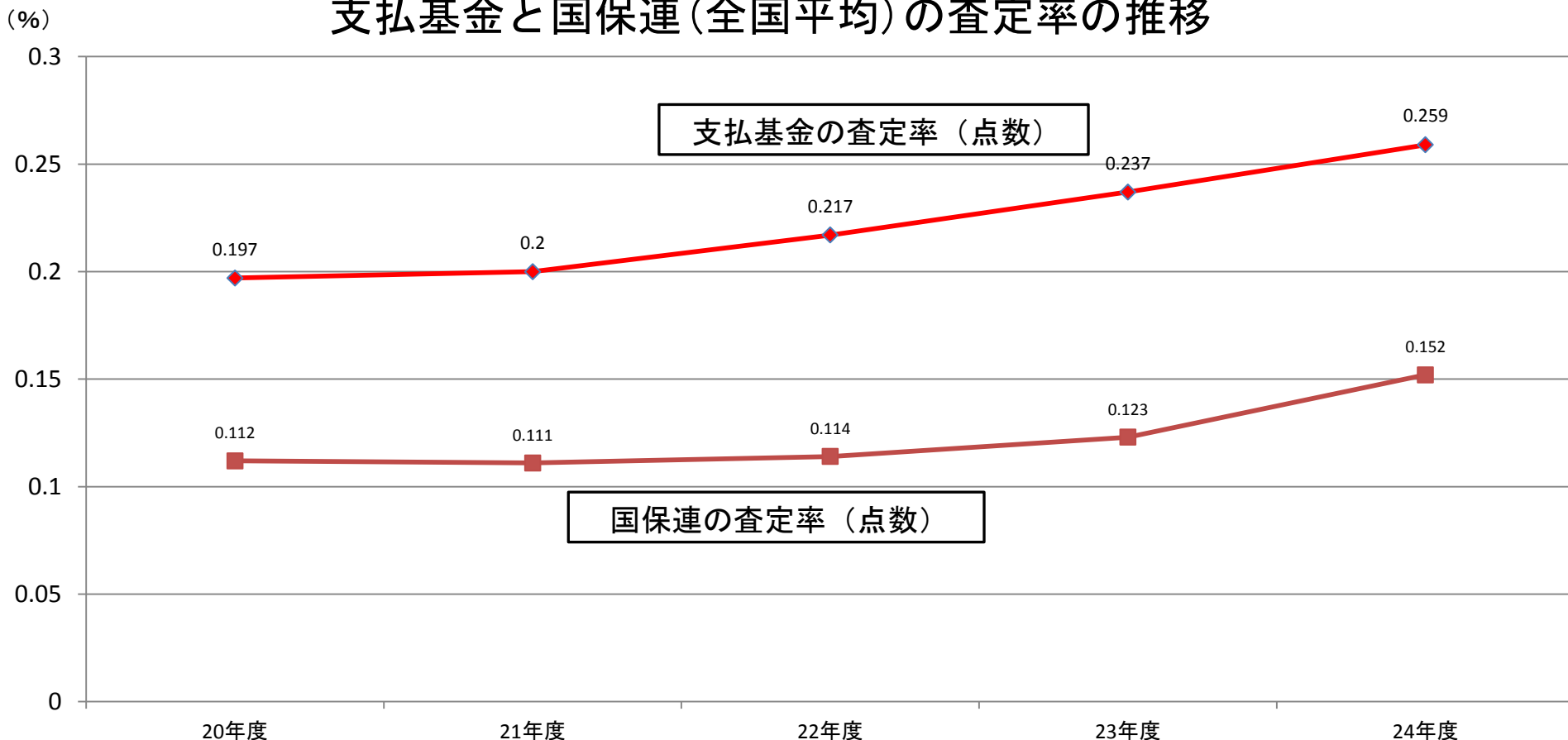


<突合・縦覧審査の導入>

- 適正な審査の推進
- 審査業務の効率化
- 保険者の負担軽減



支払基金と国保連(全国平均)の査定率の推移



		20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
支払基金	査定率(件数)	0.848%	0.847%	1.083%	1.004%	1.133%
	査定率(点数)	0.197%	0.200%	0.217%	0.237%	0.259%
国保連	査定率(件数)	0.559%	0.551%	0.773%	0.660%	0.814%
	査定率(点数)	0.112%	0.111%	0.114%	0.123%	0.152%

(注1) 件数率=査定件数÷請求件数 点数率=査定点数÷請求点数

(注2) 国保連：平成10～19年度は4月～3月審査分の国保+老人、20～24年度は4月～3月審査分の国保+後期高齢（20年4月審査分は老人保健分）

(注3) 支払基金：平成10～19年度は4月～3月審査分、平成20年度以降は5月～4月審査分

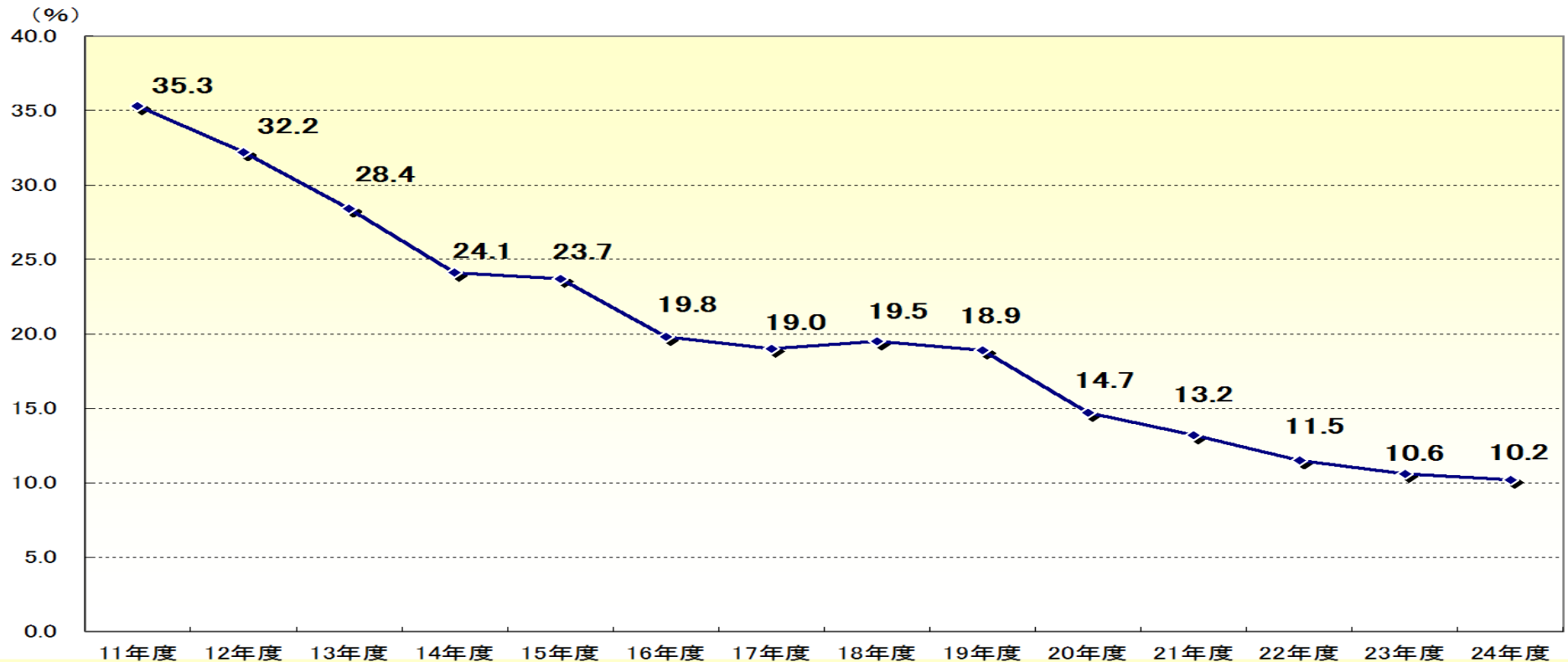
再審査査定割合(全査定点数に占める再審査査定点数の割合:単月点検分)(支払基金)

- 「再審査査定割合」は、原審査での見落とし割合であり、審査のパフォーマンスを表す指標の一つ。
- 「再審査査定割合」の減少を目指して審査の充実に取り組んでいる。

保険者の不服申出による再審査の査定点数

支払基金における原審査の査定点数 + 保険者の不服申出による再審査の査定点数

医科歯科計



(審査・支払業務の効率化について)

審査・支払業務の効率化に関する取組状況（1）

支払基金	国保連
<p>○コスト削減に対応した審査手数料の更なる引下げ</p> <p>① 審査手数料の引下げ目標を策定：H27年度の水準をH22年度と比較して約11%引き下げ（90.24円→80円）、H9年度と比較して約25%引き下げ（107.29円→80円）を目指す。【支払基金サービス向上計画：23年1月】 目標：107.29円（9年度）→80.00円（27年度）（▲27.3円、▲25.4%）</p> <p>② 手数料の引下げ（実績） 90.49円（22年度）→86.09円（23年度）（▲4.40円、▲4.9%） →83.77円（24年度）（▲2.32円、▲2.7%） →82.02円（25年度）（▲1.75円、▲2.1%）</p>	<p>○コスト削減に対応した審査手数料の更なる引下げ</p> <p>審査手数料の更なる引下げ 65.93円（22年度）→61.92円（23年度）（▲4.01円、▲6.1%） →58.35円（24年度）（▲3.57円、▲5.8%） →56.87円（25年度）（▲1.48円、▲2.5%）</p> <p>○業務効率化、保有資産の整理合理化</p> <p>国保連の審査支払関係システムに共通する機能・データを管理する「共通基盤システム」を構築・稼働（23年10月～全保険者）</p>
<p>○業務効率化、保有資産の整理合理化</p> <p>管理職手当の縮減（平均▲5.12%）（23年度予算）</p>	<p>○その他の取組</p> <p>① 電子化による業務効率化に伴う支払いの早期化（24年2月診療分から）</p>
<p>○その他の取組</p> <p>① 職員定員の削減目標を策定：H27年度の職員定員をH22年度と比較して約13%減（4,934人→4,310人）【支払基金サービス向上計画：23年1月】</p> <p>② 職員定数の削減（実績） 4,934人（22年度）→4,809人（23年度予算）（▲125人、▲2.5%） →4,684人（24年度予算）（▲125人、▲2.6%） →4,559人（25年度予算）（▲125人、▲2.7%）</p> <p>③ 管理職ポストの削減（23年度）（▲11ポスト） （24年度）（▲10ポスト）</p>	<p>② 保険者業務・市町村からの受託業務の拡大 ・一次審査での被保険者資格チェックの実施（23年10月～） ・ジェネリック差額通知の作成（23年8月～） ・オンラインで保険者がレセプト点検や過誤・再審査請求できる「保険者レセプト管理システム」を構築（23年5月より順次稼働、同年10月より全国で稼働）</p> <p>③ 平成25年度決算より全ての国保連合会で複式簿記を導入。今後コスト分析手法の検討を進め財政面の透明化を図る。</p> <p>④ 職員定数の削減（実績） 2,914人（22年度）→2,904人（23年度予算）（▲10人、▲0.3%） →2,676人（24年度予算）（▲228人、▲7.9%） →2,668人（25年度予算）（▲8人、▲0.3%）</p>

審査・支払業務の効率化に関する取組状況（2）

支払基金・国保連が共同で実施

その他の取組

システムの共同開発・共同利用の一層の推進

- ① 支払基金は、昭和58年度以降、記録条件仕様・標準仕様を更新し、厚生労働省に提供（国保中央会と経費を按分）。
- ② 支払基金は、平成3年11月以降、診療報酬改定に対応したレセプト電算処理システムの基本マスタ・医療機関マスタを作成・更新し、国保中央会に提供（提供された国保は件数按分で経費を負担）。

※レセプト電算処理システム：医療機関による提出、審査支払機関による審査及び保険者による受取を一貫して実施

基本マスタ：傷病名、診療行為、医薬品、特定保険医療材料等のコード、名称等に関するデータベース

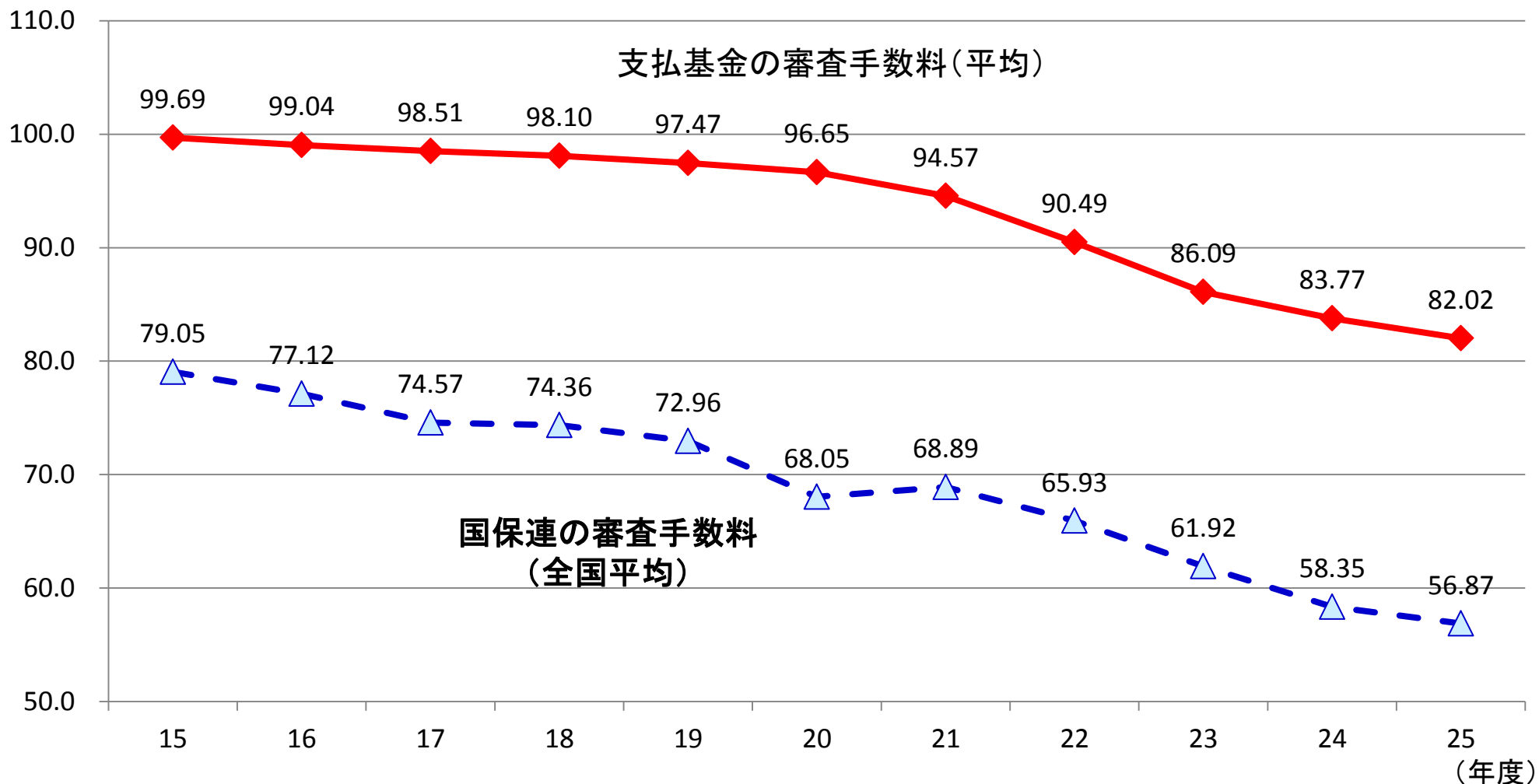
医療機関マスタ：レセプト電算処理システムに参加する医療機関に名称、コード、施設基準、標榜科等に関するデータベース

記録条件仕様：レセプトのデータを電子的に記録するための条件を定めた仕様

標準仕様：医療機関が審査支払機関に対して電子レセプトを提出するに当たって点検すべき事項を定めた仕様

支払基金と国保連(全国平均)の審査支払手数料の推移

(円)

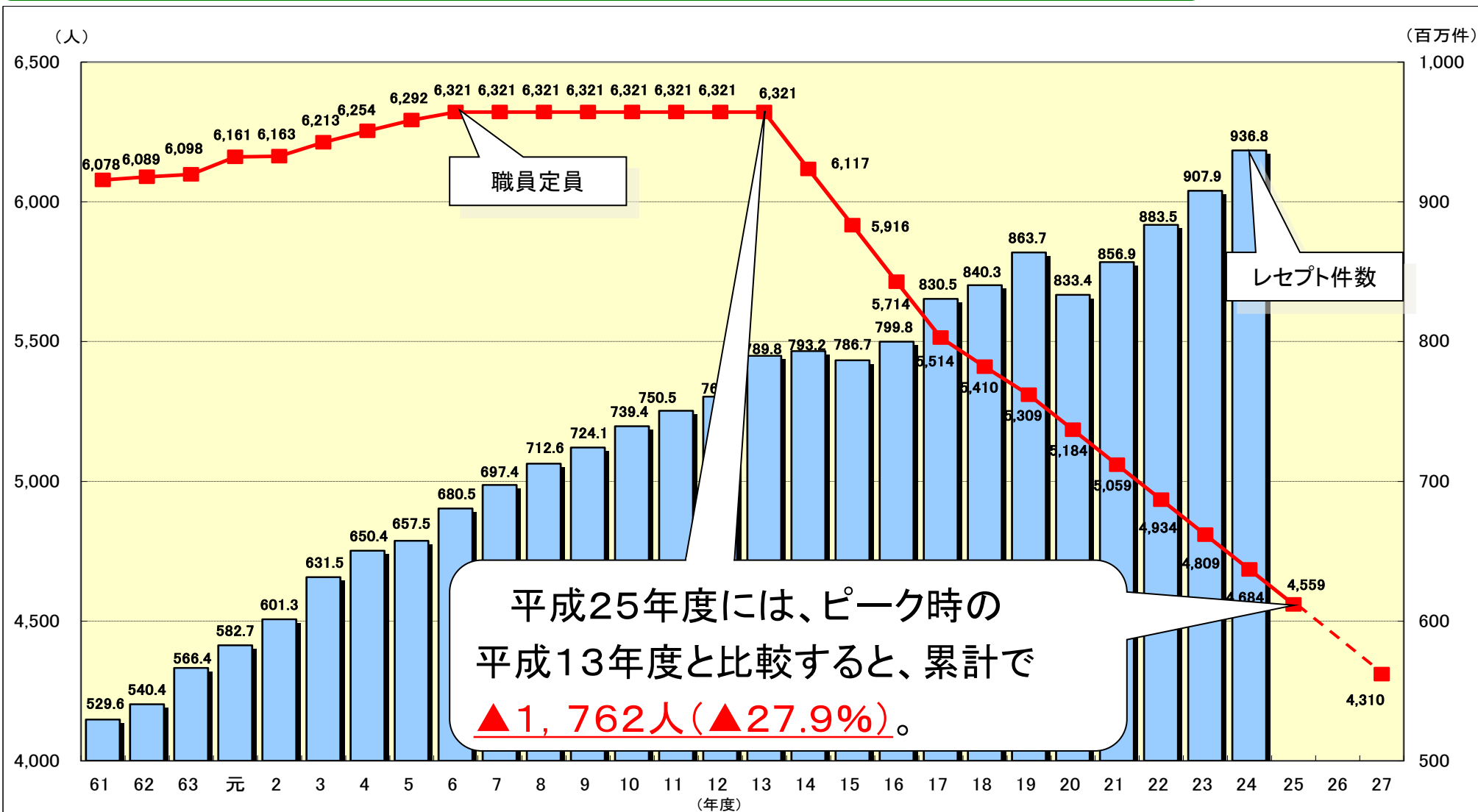


(注1) 支払基金は、専門の審査支払機関であり、手数料以外の財源を有しないため、審査支払業務に必要な経費をすべて手数料の算定基礎に計上。これに対し、47国保連は、審査支払業務だけでなく保険者業務等を実施する機関であり、手数料以外の収入(負担金等)を有する。

(注2) 24年度以前は決算(確定)、25年度は決算(速報)国保連は予算(速報)

(注3) 国保連の審査手数料は、15年~19年度は「国保+老人保健制度」の手数料単価、20年度以降は「国保+後期高齢者医療制度」の手数料単価。

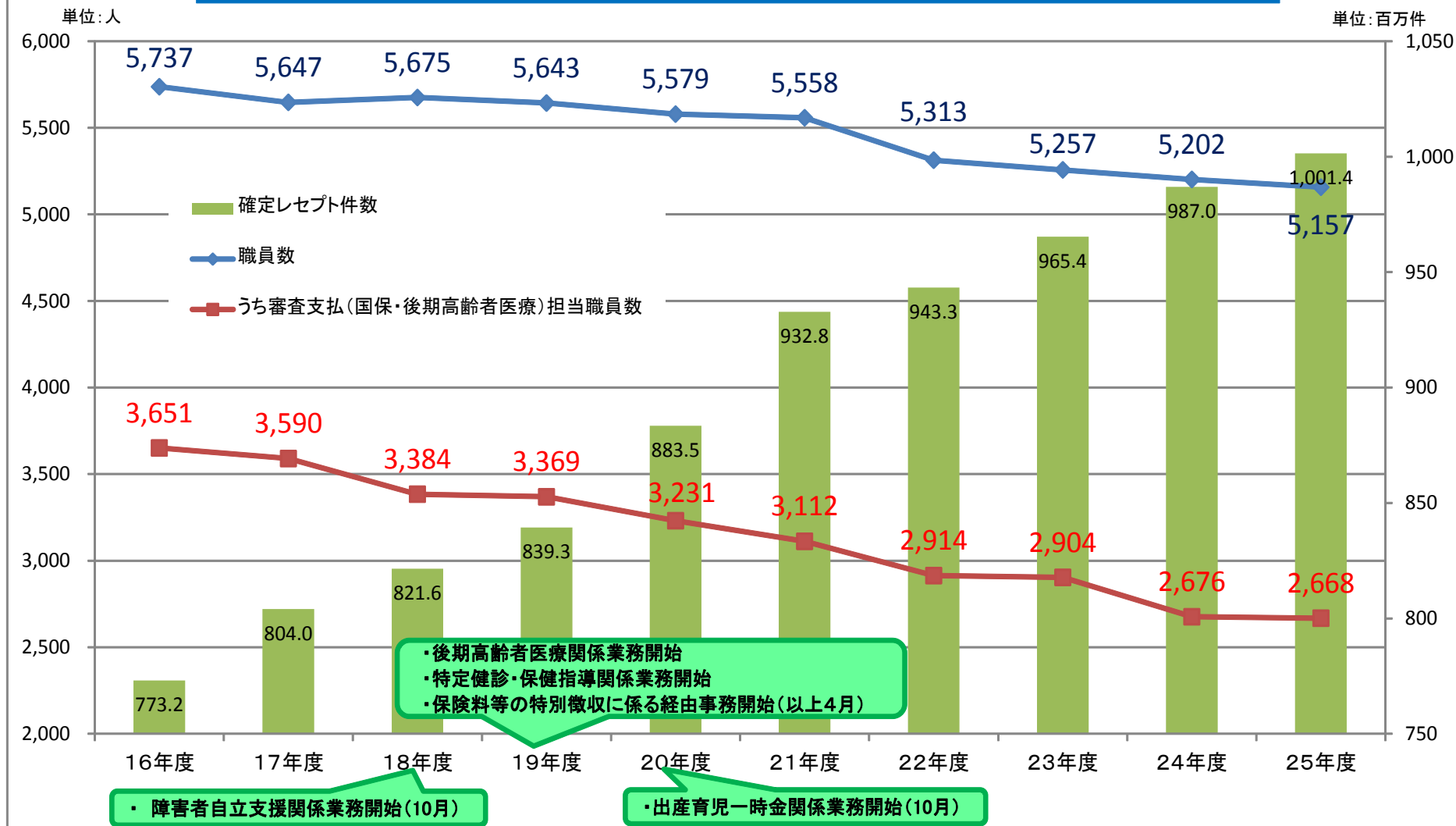
支払基金におけるレセプト件数の増加と職員定数の削減



(注1)各年度のレセプト件数は、当年4月～翌年3月審査分である。

(注2)職員定員は、一般会計分である。

国保連合会職員数の推移



※職員数は各年度とも4月1日現在の正規職員数

※確定レセプト件数は医療保険分のみ

(統合、競争促進の観点からの組織の在り方について)

組織の在り方に関する取組状況

支払基金・国保連が共同で実施

(1) 保険者が支払基金と国保連の相互に審査の委託が可能な環境整備

- ① 保険者が、支払基金と国保連の相互に審査を委託可能な環境を整備するため、委託先を変更したい保険者のための変更の手続を整備（22年12月28日付け保険局長通知）。
- ② 保険者が、当該手続きを行う場合は、
 - ・ 保険者と審査支払機関間で契約を締結、
 - ・ 審査支払の委託先の変更について公示又は規約等に明記、
 - ・ 被保険者が有する被保険者証の保険者番号を修正、
する等の事務が必要。
- ③ 支払基金及び国保連においては、委託先の変更に際して参考となるよう、契約書例、手数料等の情報のほか、新たに審査支払の委託契約を締結した旨を支払基金及び国保連のホームページに公開することが必要。

(2) 保険者の直接審査の推進

保険者が、直接審査を行う場合、保険者と医療機関等の間での紛争処理ルールについては、あらかじめ具体的な取決めを文書により取り交わすこととされているが、保険者が支払基金との間で適正な審査に関する意見を受ける契約を締結した場合は、保険者と対象医療機関等との間で具体的な取決めがなされたものとみなすこととされた（24年2月20日付け保険局長通知（医科歯科）、調剤については、19年1月10日付け保険局長通知）。

(規制改革に関する第2次答申について (H26. 6. 13))

規制改革に関する第2次答申について (H26.6.13) 保険者機能の充実、強化に向けた体制整備に関するもの(抜粋)

保険者がまず全ての診療報酬明細書の点検を可能とする仕組みの導入

- ・ 診療報酬明細書の審査については、まず審査支払機関が行い、その審査したものについて保険者も請求内容の点検を行っている。

そのため、同じ診療報酬明細書について、審査支払機関が審査を行った後、保険者が同様の点検を行っており、効率的な運営となっていないとの指摘がある。

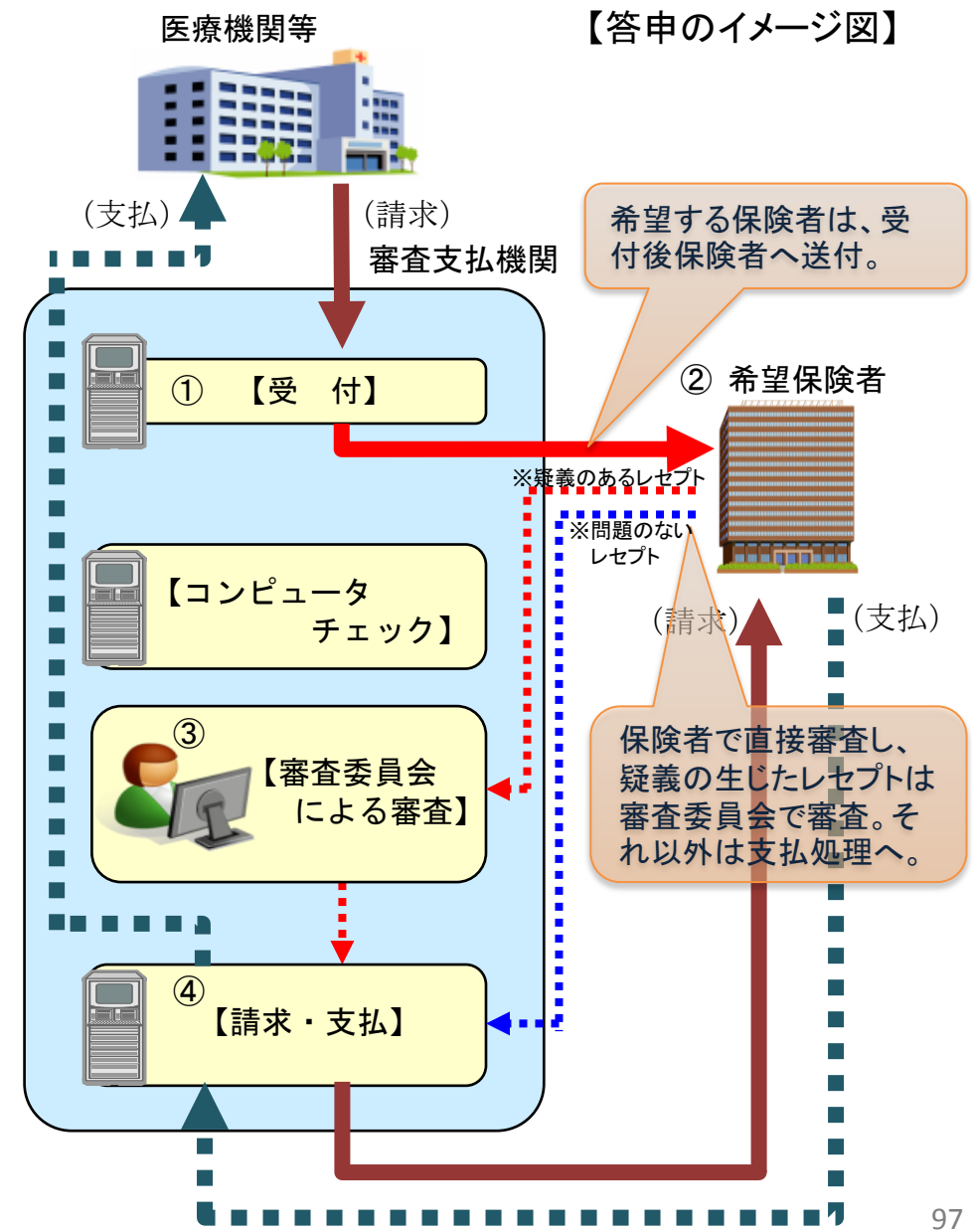
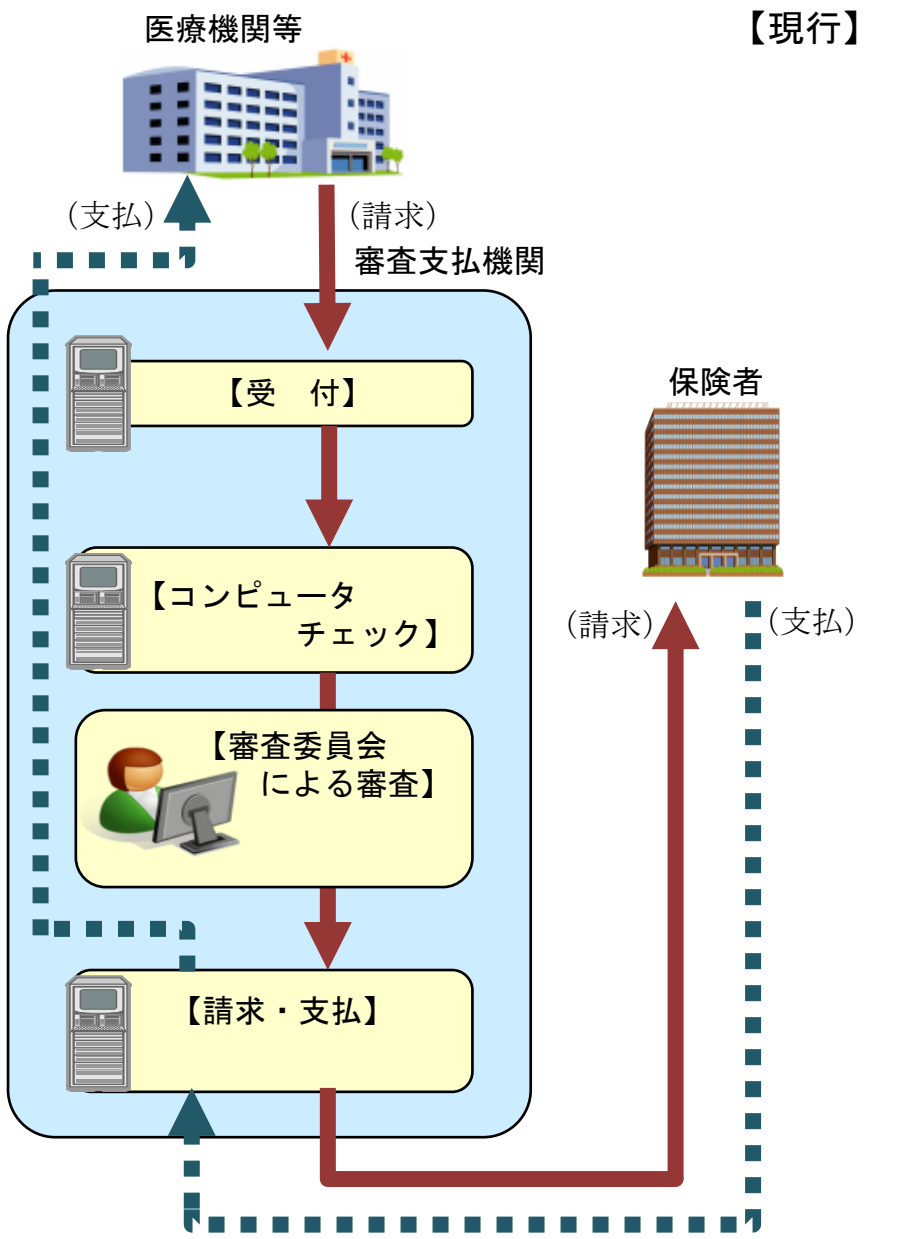
したがって、現行法において、審査支払機関の審査の前に点検することを希望する保険者は、希望どおりに支払基金又は国保連が審査する前に請求内容の点検を行い、疑義がある診療報酬明細書のみを支払基金又は国保連に審査依頼を行うことが選択可能である。このことを前提として、審査支払業務の効率化を図るべきとの指摘を踏まえ、必要となるシステムの改修、保険者に周知すべき手続内容、審査手数料の在り方等について検討を行い、結論を得る。

診療報酬明細書の審査体制の強化

- ・ 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会は診療報酬明細書の審査を行っているが、審査支払機関間、同一機関であっても各地域の支部等との間において、診療報酬明細書の審査ノウハウが十分に共有されていない。そのため、同一の請求内容であっても審査する主体により、審査にバラつきが大きいとの指摘がある。

したがって、診療報酬明細書の審査の適正化及び審査支払機関、支部等の間での査定のバラつきを解消するため、将来的には審査の判断基準の統一化を目指し、コンピューターを使ったチェックの更なる拡充を図るとともに、審査委員会における審査ルール及び査定結果の共有化を図る。

保険者がまず全ての診療報酬明細書の点検を可能とする仕組みの導入(イメージ)



給付の効率化について

予防・健康管理、データヘルス

- ① 予防・健康管理
- ② データヘルス

① 特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のための ワーキンググループ 中間取りまとめ 概要

特定健診・保健指導の効果検証の概要

- 特定健診・保健指導による検査値の改善状況や行動変容への影響、医療費適正化効果等を検証するため、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の下に、有識者により構成されるワーキンググループを設置し、レセプト情報・特定健康診査等情報データベース（NDB）を活用しつつ、これまで検討を行ってきた（平成25年3月から計6回開催）。

<ワーキンググループ構成員>（50音順・敬称略）

北村 明彦	大阪大学大学院医学系研究科准教授	多田羅 浩三	一般財団法人日本公衆衛生協会会長
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長	福田 敬	国立保健医療科学院統括研究官
三浦 克之	滋賀医科大学教授		

- 今回、平成20年度から23年度の特定健診等の4年間分のデータを用いて、特定健診・保健指導による検査値の改善状況及び喫煙行動の影響について、当該ワーキンググループで中間的な結果として取りまとめた。
なお、特定健診・保健指導による医療費適正化効果については、平成26年度中に検討を行い、その結果を取りまとめる予定である。

【参考】

- 特定健診・・・医療保険者（国民健康保険、被用者保険）が40歳から74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査のこと。
- 特定保健指導・・・医療保険者が特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し、毎年度、計画的に実施する保健指導のこと。特定健診の結果に基づき、腹囲以外の追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、積極的支援の対象者と動機付け支援の対象者に階層化される。

1. 特定健診・保健指導による評価指標等の推移

<分析内容>

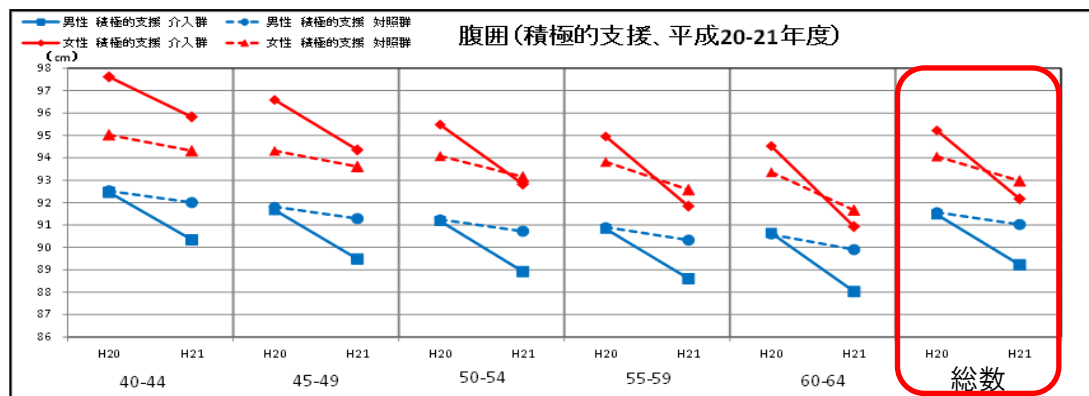
- 特定健診の結果、特定保健指導の対象と判断された者のうち、特定保健指導終了者とそれ以外の者について、翌年度の検査データの差を、それぞれの年度ごとに、性・年齢階級別に比較

- 分析対象者数 約200万人（各年とも）

<分析結果>

- 特定保健指導終了者はそれ以外の者と比較すると、各年度、全ての性・年齢階級別において、腹囲、BMI、体重が大きく減少しており、血糖、血圧、脂質等も改善
- 特定保健指導（積極的支援）による評価指標等の推移は以下のとおり

特定保健指導（積極的支援）による評価指標等の推移について（平成20-21年度推移）

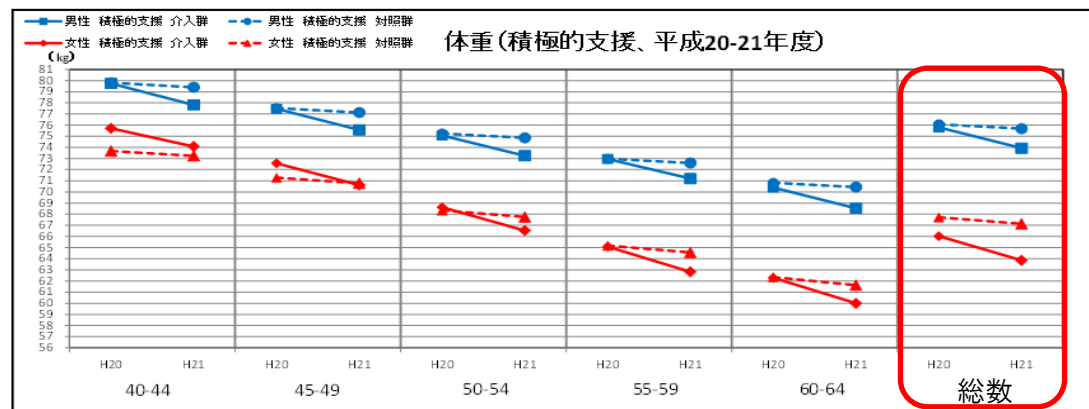


【腹囲】

男性では約**2.2cm**（平成20-21年度）
約1.7cm（平成21-22年度）
約1.2cm（平成22-23年度）

女性では約**3.1cm**（平成20-21年度）
約2.2cm（平成21-22年度）
約1.7cm（平成22-23年度）

の減少



【体重】

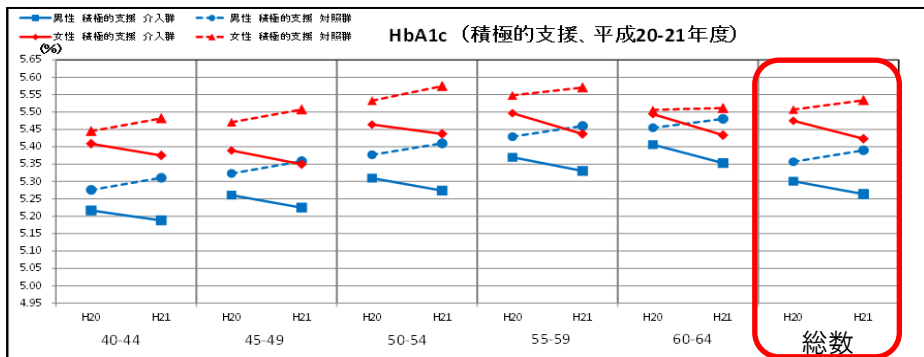
男性では約**1.9kg**（平成20-21年度）
約1.3kg（平成21-22年度）
約1.0kg（平成22-23年度）

女性では約**2.2kg**（平成20-21年度）
約1.6kg（平成21-22年度）
約1.2kg（平成22-23年度）

の減少

血糖、血圧、脂質についても改善

特定保健指導（積極的支援）による評価指標等の推移について（平成20-21年度推移）



【血糖 (HbA1c)】

男性では約**0.04%** (平成20-21年度)

約0.02% (平成21-22年度)

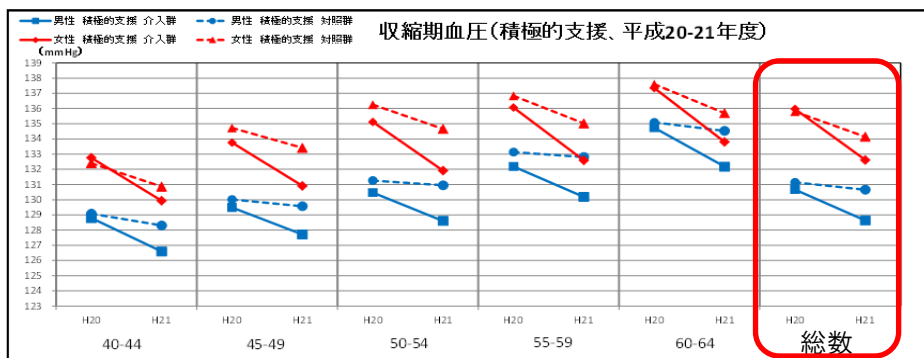
約0.02% (平成22-23年度)

女性では約**0.05%** (平成20-21年度)

約0.004% (平成21-22年度)

約0.03% (平成22-23年度)

の減少



【血圧 (収縮期血圧)】

男性では約**2.0mmHg** (平成20-21年度)

約1.3mmHg (平成21-22年度)

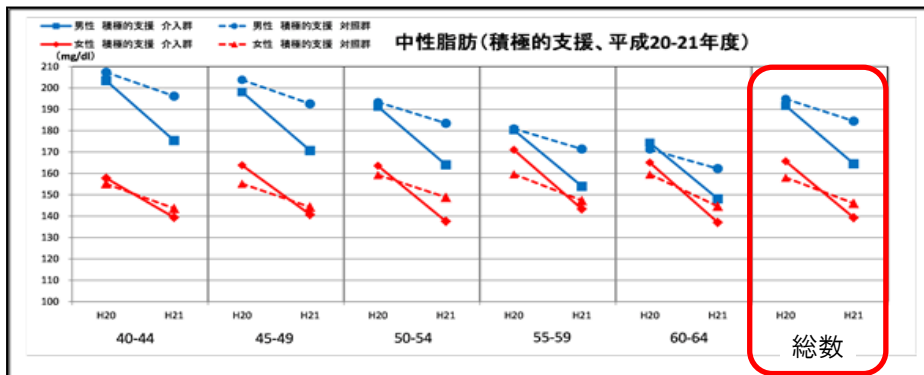
約1.0mmHg (平成22-23年度)

女性では約**3.4mmHg** (平成20-21年度)

約2.8mmHg (平成21-22年度)

約2.2mmHg (平成22-23年度)

の減少



【脂質 (中性脂肪)】

男性では約**27.2mg/dl** (平成20-21年度)

約23.3mg/dl (平成21-22年度)

約17.2mg/dl (平成22-23年度)

女性では約**26.4mg/dl** (平成20-21年度)

約22.9mg/dl (平成21-22年度)

約18.8mg/dl (平成22-23年度)

の減少

2. 保健指導レベルの改善状況

<分析内容>

- 前年度の特定保健指導終了者について、翌年度の健診結果から、性・年齢階級別に、特定保健指導を受ける前後の保健指導レベル（※）を分析

※ 積極的支援、動機付け支援、特定保健指導対象外等

- 分析対象者数 約20~30万人（各年とも）

<分析結果>

- 積極的支援終了者
 - ・保健指導レベルが全般的に改善傾向にあり、改善効果は年齢階層別では大きな違いはないものの、性別で見ると女性の方が男性より強い傾向
- 動機付け支援終了者
 - ・保健指導レベルが改善した者が一定程度みられた

・積極的支援
特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスク（血糖・血圧・脂質）が2つ以上該当か、1つ該当かつ喫煙歴がある、64歳以下の者への支援

・動機付け支援
特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当かつ喫煙歴がない者への支援

※ 血糖・血圧・脂質の服薬者は含まない

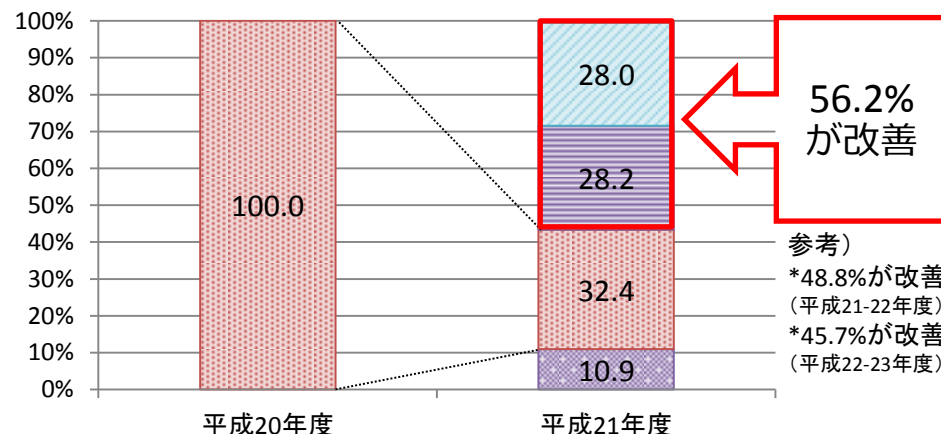
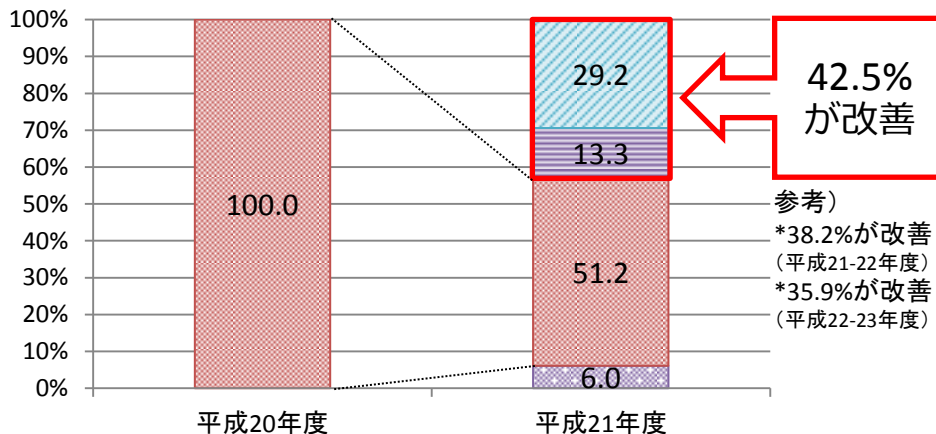
特定保健指導（積極的支援）による保健指導レベルの改善状況について（平成20-21年度推移）

【男性（総数）】

【女性（総数）】

■ 服薬あり ■ 積極的支援 ■ 動機付け支援 ■ 特定保健指導対象外

■ 服薬あり ■ 積極的支援 ■ 動機付け支援 ■ 特定保健指導対象外



積極的支援により、男性では42.5%、女性では56.2%が保健指導レベルが改善

3. メタボリックシンドロームの改善状況

<分析内容>

- 前年度の特定保健指導終了者について、積極的・動機付け支援別、性・年齢階級別に、翌年度の健診結果から、メタボリックシンドロームの改善状況を分析

- 分析対象者数 約20~30万人（各年とも）

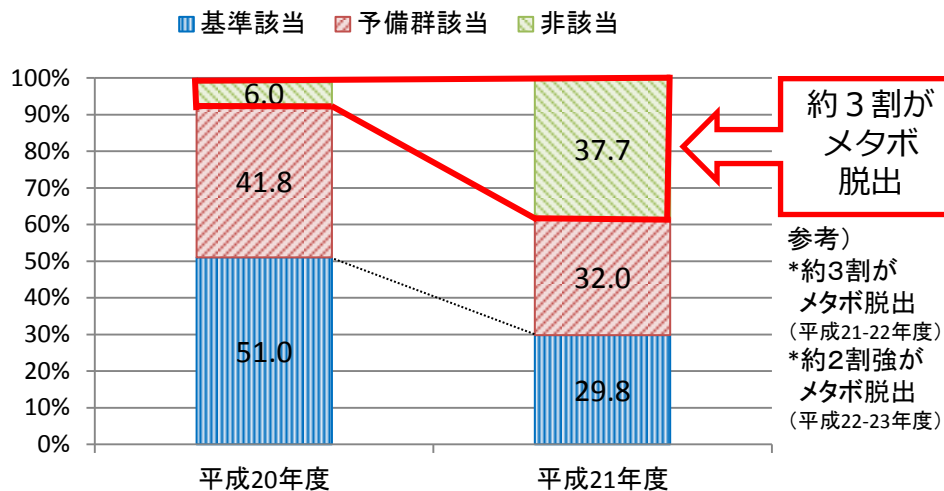
<分析結果>

- 積極的支援終了者
 - ・メタボリックシンドローム基準該当又は予備群該当のうち、男性では約2~3割、女性では約3~4割が改善
- 動機付け支援終了者
 - ・メタボリックシンドローム基準該当又は予備群該当のうち、男性では約2~3割、女性では約1~2割が改善

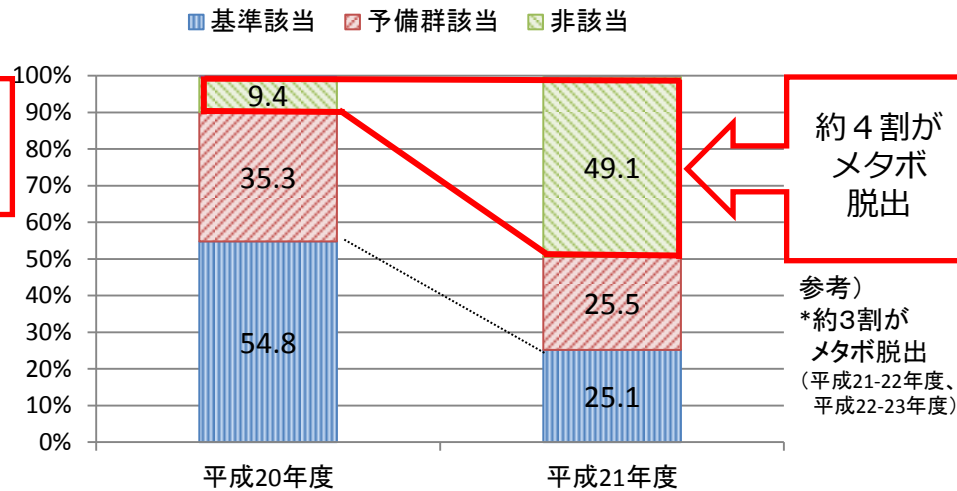
・メタボリックシンドローム基準該当
 腹囲が一定数値以上で、追加リスク（血糖・血圧・脂質）が2つ以上該当
 ・メタボリックシンドローム予備群該当
 腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当
 ※ 血糖・血圧・脂質の服薬者も含む

特定保健指導（積極的支援）によるメタボリックシンドロームの改善状況について（平成20-21年度推移）

【男性（総数）】



【女性（総数）】



積極的支援により、男性では約3割、女性では約4割がメタボリックシンドローム脱出

特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別年次推移）

●特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 (確報値)	44.7%	32.7%	40.6%	36.9%	35.3%	69.2%	72.4%
平成22年度 (確報値)	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度 (確報値)	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度 (確報値)	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 (確報値)	15.0%	19.4%	8.3%	11.5%	6.5%	16.7%	10.6%
平成22年度 (確報値)	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度 (確報値)	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度 (確定値)	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

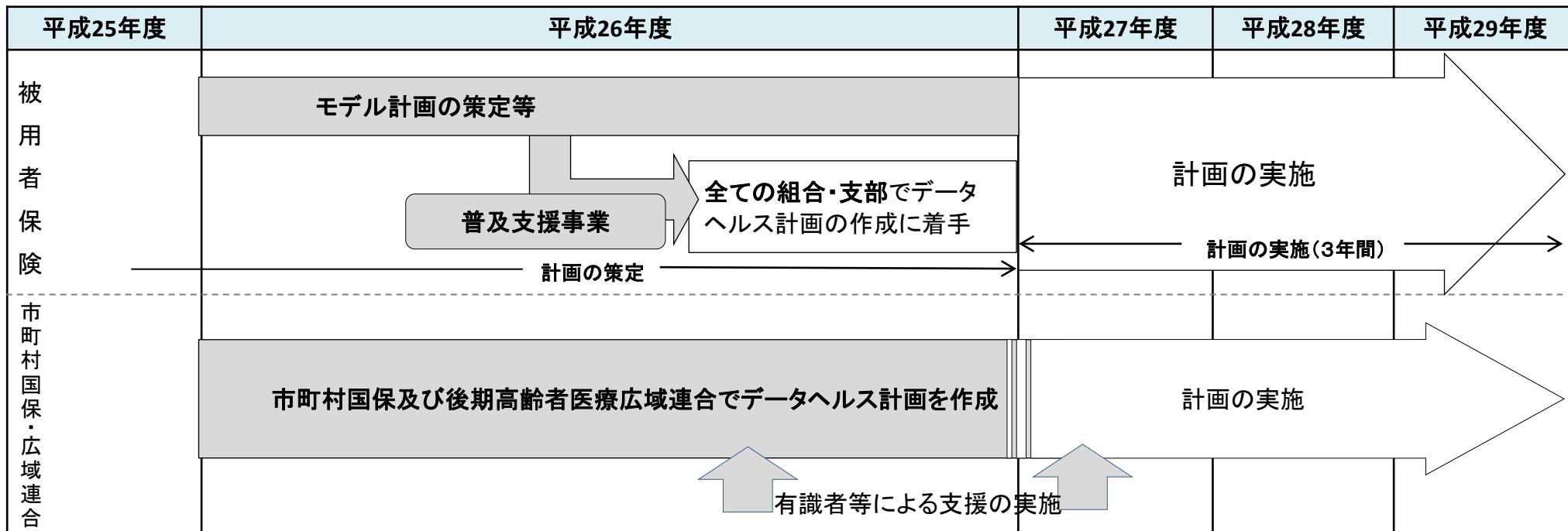
保険者によるデータ分析のための基盤整備

- レセプトのオンライン提出の原則義務化が始まった平成20年度以降、保険者は順次レセプトデータ及び特定健診等データを電子的に保有する状況となっている。
- 保険者による医療費分析及び保健事業の計画の作成・実施等を支援するため、現在、各データベースシステムが順次稼働を開始している。
- 保険者機能の強化等の観点から、健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づく保健事業(データヘルス)の実施に当たり、保健事業担当者への研修の実施等も行いつつ、今後も保険者に対して、各データベースシステムの有効活用を支援していく。

<各データベースシステムの概要>

	レセプト管理・分析システム	協会けんぽシステム	国保データベース(KDB)システム
保有者	健康保険組合、健康保険組合連合会	全国健康保険協会(本部)	国民健康保険中央会、国保連合会
活用者	健康保険組合	全国健康保険協会(本部+各支部)	市町村国保、国保組合、後期高齢者医療広域連合等
システムが保有する情報	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報 ※歯科を含む 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報※歯科を含む ・がん検診情報 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報 ※後期高齢者医療含む ・介護レセプト情報 ※歯科レセは今年度中収載予定
システムの活用方策	<p>現状の把握</p> <p>健保組合内の健康状況を確認するとともに、他の健保の形態・業態・規模別等での比較や健保内の事業所別での分析を行うことにより、自らの特徴を把握</p>	<p>現状の把握</p> <p>都道府県の支部ごとの健康状態を確認するとともに、支部別や、支部内の事業所別・事業所規模・業態別に比較することにより、支部の特徴や支部内の事業所の特徴を把握</p>	<p>現状の把握</p> <p>その地域の健康状況(特定健診・特定保健指導の実施状況、疾病別医療費、一人当たり医療費等)を確認するとともに、他の地域の健康状況と比較することにより、自らの地域の特徴を把握し、優先すべき課題(健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防等)を明確化</p>
	<p>保健指導への活用</p> <p>適正受診が望まれる者や、優先的に保健指導の対象とすべき者を判断し、個人に対する効率的・効果的な保健事業を実施</p>		
稼働時期	平成26年4月～	平成20年10月～ ※平成27年1月よりシステム刷新予定	平成25年10月～

② データヘルス計画の実施スケジュール



健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部を改正する件(告示)及び 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部を改正する件(告示)の概要

1. 改正の内容

保険者は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定し、実施する。具体的には、以下の取組を進める。

P(計画)：健康・医療情報を分析し、加入者の健康課題を明確にした上で、事業を企画する

D(実施)：費用対効果の観点も考慮しつつ、次のような取組を実施する

- ・ 加入者に自らの生活習慣等の問題点を発見しその改善を促すための取組
(例：健診結果・生活習慣等の自己管理ができるツールの提供)
- ・ 生活習慣病の発症を予防するための特定保健指導等
- ・ 生活習慣病の症状の進展及び合併症の発症を抑えるための重症化予防
(例：糖尿病の重症化予防事業)
- ・ その他、健康・医療情報を活用した取組

C(評価)：客観的な指標を用いて保健事業の評価を行う

(例：生活習慣の状況(食生活、日常生活における歩数、アルコール摂取量、喫煙の有無等)、特定健診等の受診率およびその結果、医療費など)

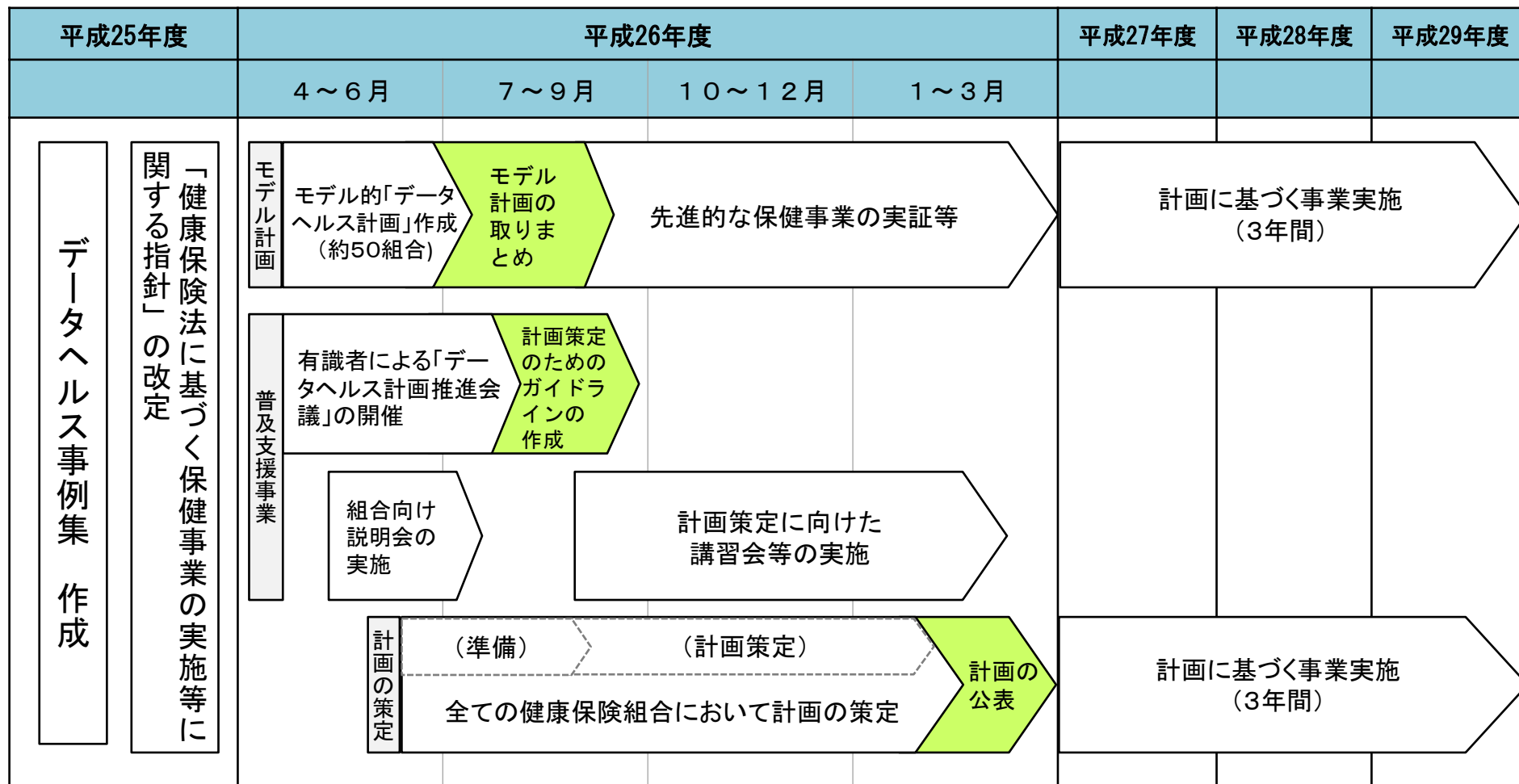
A(改善)：評価結果に基づき事業内容等を見直す

2. 適用期日

平成26年4月1日

健康保険組合における「データヘルス計画」の実施スケジュール

「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)等に沿って、平成26年度中にデータヘルス計画(事業実施期間3年間)を策定・公表し、その後は少なくとも年1回の評価・見直しを求める予定。



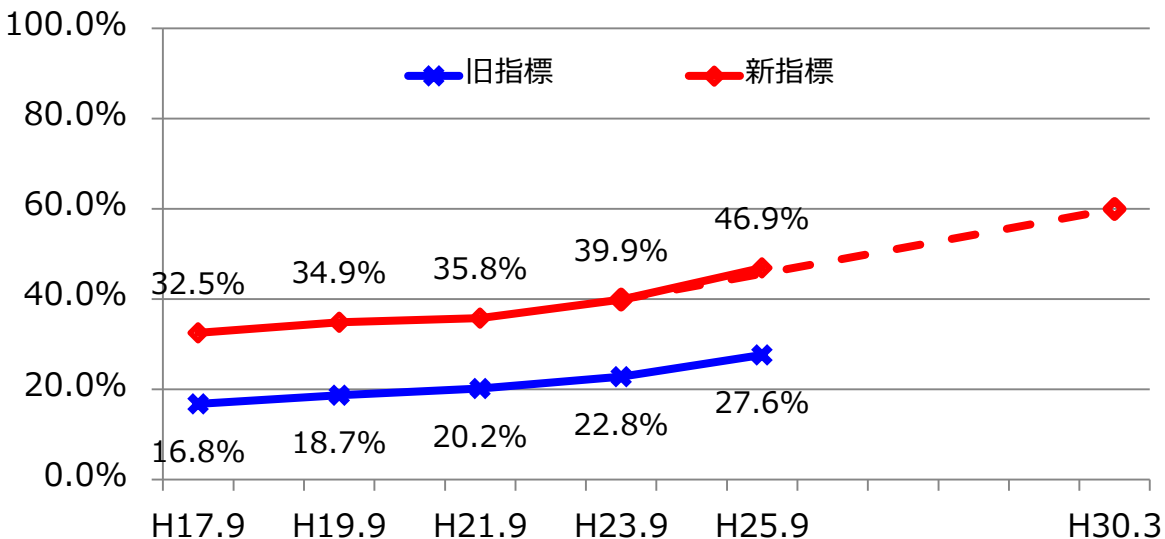
後発医薬品の使用促進

- ① 後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ
- ② 平成26年度診療報酬改定における取組
- ③ 協会けんぽにおける取組

① - 1 「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」

- 厚生労働省では、後発医薬品のさらなる使用を促進するため、平成25年4月5日に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、公表した。
- 新たなロードマップでは、安定供給等これまでの取組に加え、以下の新たな目標を設定するとともに、モニタリングを強化することとした。
 - ・ 後発医薬品の数量シェアを平成30年3月末までに **60%以上**にする。また、達成状況をモニタリングし、その結果や諸外国の動向を踏まえ、適宜見直す。
 - ・ 後発医薬品のさらなる使用促進のための取組についてもモニタリングを行い、その結果を踏まえ必要な促進策を適宜追加する。

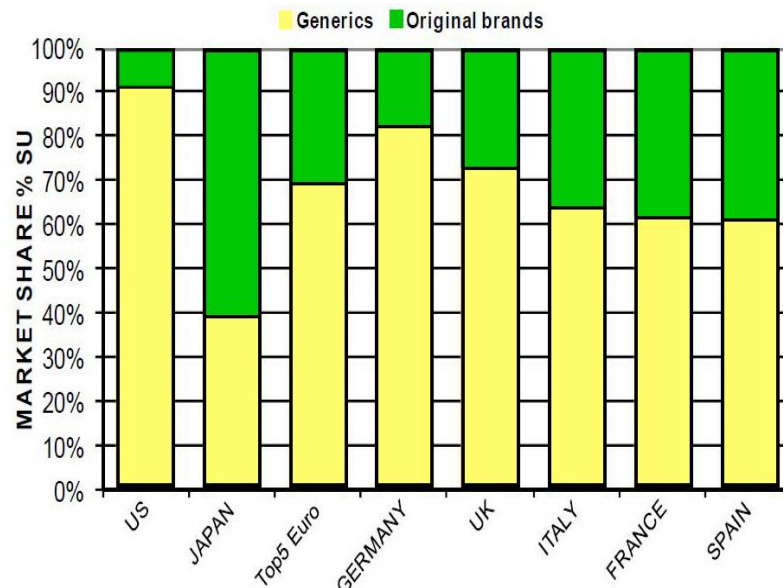
我が国の後発医薬品シェアの推移と目標



旧指標とは、全医療用医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア(平成19年に「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」で定められた目標に用いた指標)
 新指標とは、後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)

厚生労働省調べ

各国の後発医薬品シェア



Source: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, MAT Dec 2010, Rx only.
 Note:母数は特許切れ市場、特許ありの先発品市場は対象外、SU(Standard Units)ベース。SUとは、異なる剤型間を比較するために、IMSが定義した剤型別の使用量で、強度は考慮されない。錠剤は1錠、散剤は1g、バイアルは1本でカウントされる。
 <平成24年8月22日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会資料 より>

①－2 後発医薬品推進の具体策

- 後発医薬品の推進の取組の推進に当たっては、その課題を明確にして、それぞれ関係する主体が積極的な取組を行うことが不可欠である。

安定供給・品質の信頼性確保

★ 安定供給

- ・最低5年間の製造販売の継続等や必要な規格の取り揃えをメーカーに通知
- ・安定供給に支障を生じた場合のメーカーに対する薬価収載時での対応
- ・業界団体・メーカーにおける安定供給マニュアル等の作成
- ・各メーカーでの品切れ品目ゼロ

★ 品質の確保

- ・厳正な承認審査による品質、有効性、安全性の確保
- ・先発医薬品と同じ品質管理に係る基準(GMP)の適用
- ・メーカーによる、製造所の管理等を通じた品質管理の徹底

★ 品質の信頼性確保

- ・国による一斉監視指導等の実施
- ・都道府県協会による、医療関係者への研修事業の実施
- ・メーカーによる品質に関する情報提供
- ・品質情報検討会による品質の確認

情報提供・普及啓発

★ 医療関係者への情報提供

- ・市区町村・保健所単位レベルでの協議会を情報収集の場として活用
- ・業界団体が運営するシステムを活用した利便性の高い情報提供
- ・メーカーによる情報収集・提供体制の強化

★ 普及啓発

- ・ポスター・リーフレット等による普及啓発
- ・広告会社を利用した後発医薬品の推進の意義や品質についての効果的な情報提供。
- ・使用促進の先進事例に関する調査研究事業を実施し、結果を都道府県にフィードバック
- ・医療費適正化計画に基づく使用促進
- ・都道府県協会等を活用した理解促進
- ・業界団体やメーカーによる医療関係者・国民向けセミナーの実施
- ・保険者による患者への差額通知、後発医薬品希望シール等の普及

医療保険制度上の事項

★ 診療報酬上での評価等

- ・保険薬局において、後発医薬品の調剤数量の割合が、一定以上の場合に、調剤体制加算により評価。
- ・薬局で「薬剤情報提供文書」により後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無、価格、在庫情報）を提供した場合に、薬学管理料の中で評価。
- ・保険医療機関において、後発医薬品の採用品目数の割合20%、30%以上の場合に、後発医薬品使用体制加算により評価
- ・一般名処方加算の導入や、一般名処方マスタの公表等により、一般名処方を推進
- ・個々の医薬品について変更の可否を明示するなど、処方箋様式を変更
- ・療養担当規則において、保険医や保険薬剤師に対して、患者に対する後発医薬品の説明や意向確認、調剤の努力義務を明記

★ 薬価改定・算定

- ・後発医薬品の薬価の大幅なばらつき等の是正により、後発医薬への置き換えが着実に進むような薬価制度

ロードマップの実施状況のモニタリング

後発医薬品の使用促進策について

～後発医薬品調剤体制加算の要件見直し～

後発医薬品の調剤を促進するため、後発医薬品調剤体制加算の要件を「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の新指標に基づき2段階で評価する。なお、後発医薬品の調剤数量が少ないにも拘わらず、指標変更によって後発医薬品調剤体制加算が受けられないことがないように適正化を図る。

【現行】

【後発医薬品調剤体制加算】

(処方せんの受付1回につき)

1	後発医薬品調剤体制加算 1	5 点
2	後発医薬品調剤体制加算 2	1 5 点
3	後発医薬品調剤体制加算 3	1 9 点

【施設基準】

後発医薬品調剤体制加算 1	2 2 % 以上
後発医薬品調剤体制加算 2	3 0 % 以上
後発医薬品調剤体制加算 3	3 5 % 以上

(新規)

【改定後】

【後発医薬品調剤体制加算】

(処方せんの受付1回につき)

1	後発医薬品調剤体制加算 1	<u>1 8 点</u>
2	後発医薬品調剤体制加算 2	<u>2 2 点</u>
	(削除)	

【施設基準】

後発医薬品調剤体制加算 1	<u>5 5 % 以上</u>
後発医薬品調剤体制加算 2	<u>6 5 % 以上</u>
	(削除)

- ◆ 当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

旧指標の
数量シェア =

後発医薬品

全医薬品

新指標の
数量シェア =

後発医薬品

後発医薬品あり先発医薬品 + 後発医薬品

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等

機能評価係数Ⅱの見直し

改定前
① データ提出指数
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数



平成26年改定後
① 保険診療指数 (改)
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数
⑦ 後発医薬品指数 (新)

① 保険診療指数 (「データ提出指数」から改変)

・これまでデータ提出指数として評価されていた「部位不明・詳細不明コードの使用率」に加え、「様式間の記載矛盾」、「未コード化傷病名の使用率」、「保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出向(Ⅰ群のみ)」等、新たに評価項目を追加する。

⑤ 救急医療指数

・当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする等の見直しを行う。

⑥ 地域医療指数

・「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」に係る評価を追加する等の見直しを行う。

⑦ 後発医薬品指数 (新設)

・「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に基づき、後発医薬品の使用について数量ベース(新指標)によって評価を行う。

算定ルール等の見直し

① 同一病名で再入院した際に「一連」とみなす算定ルール(いわゆる「3日以内再入院ルール」)の見直し

・診療内容からは一連として取り扱うことが妥当であるにも関わらず意図的に3日間退院させ4日目以降に再入院させていることが疑われる事例があること等を踏まえ、当該ルールの適用対象となる再入院期間を「3日」から「7日」に延長する等、必要な見直しを行う。

② 適切な傷病名コーディングの推進

・適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応を行う。

③ 入院時持参薬の取り扱い

・入院前に外来で処方して患者に持参させる事例等に対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則として禁止する。

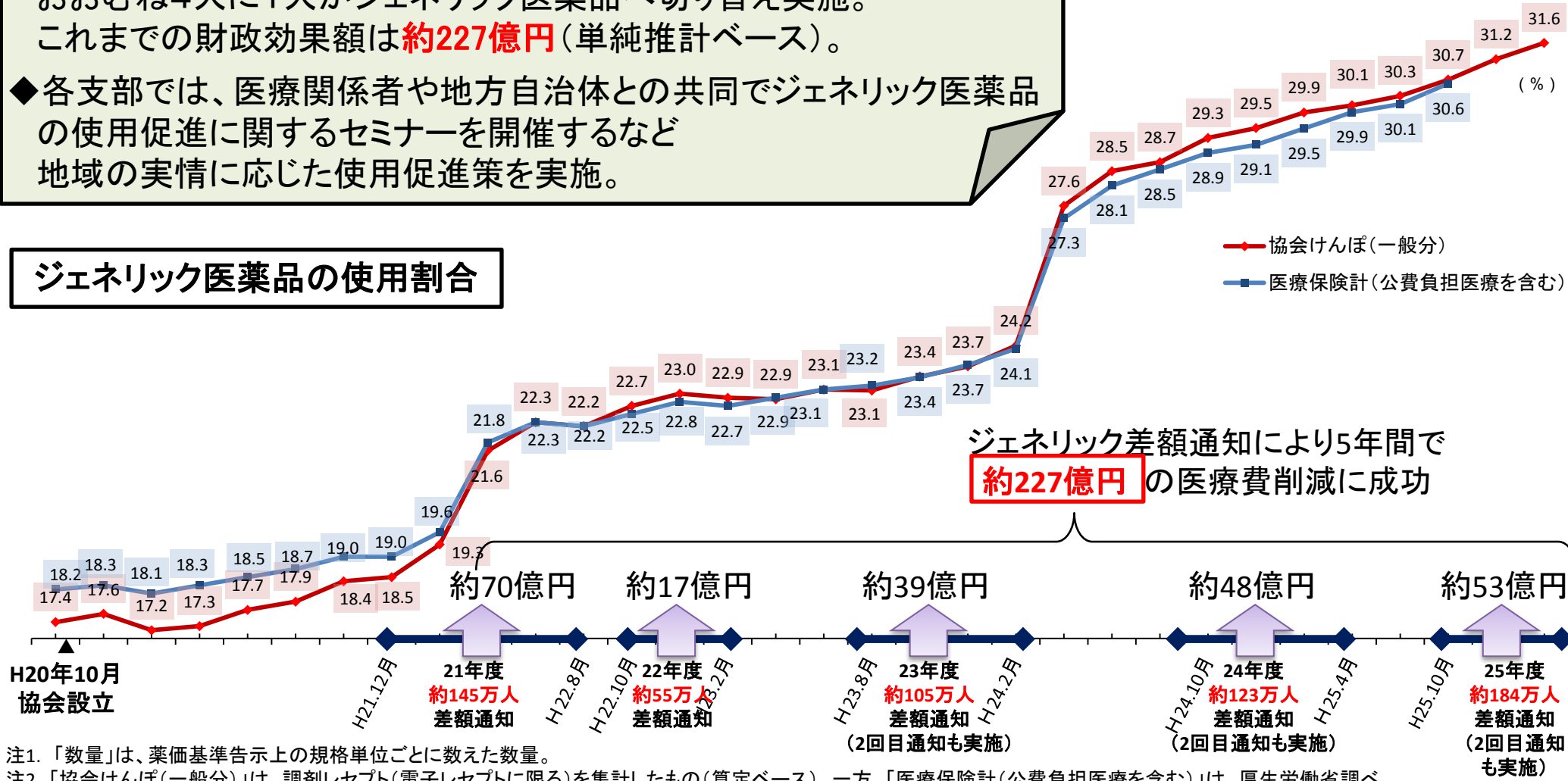
④ 「入院初日に薬剤等の費用を一括して支払う点数設定方式の見直し

・平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

③-1 協会けんぽにおける取組

- ◆協会けんぽ加入者のジェネリック使用割合は、平成25年12月時点で**31.6%**(旧指標)。医療保険全体の使用割合と比べても高い水準。
- ◆設立以降「**ジェネリック医薬品軽減額通知**」を実施。通知した加入者のおおむね4人に1人がジェネリック医薬品へ切り替え実施。これまでの財政効果額は**約227億円**(単純推計ベース)。
- ◆各支部では、医療関係者や地方自治体との共同でジェネリック医薬品の使用促進に関するセミナーを開催するなど地域の実情に応じた使用促進策を実施。

ジェネリック医薬品の使用割合



ジェネリック差額通知により5年間で**約227億円**の医療費削減に成功

注1. 「数量」は、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量。
 注2. 「協会けんぽ(一般分)」は、調剤レセプト(電子レセプトに限る)を集計したもの(算定ベース)。一方、「医療保険計(公費負担医療を含む)」は、厚生労働省調べ。
 注3. 平成24年4月以降、後発医薬品(数量ベース)の算出から、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬及び漢方製剤は除外。
 注4. 25年度の効果額(約53億円)には、2回目通知の効果額は集計中のため含まれていない。

ジェネリック医薬品軽減額通知サービス事業・軽減効果額の推移

※ 軽減額/月×12か月(単純推計)

	通知対象条件等	通知対象者数	軽減効果人数 (切替割合)	医療費全体		コスト (郵送料含む)
				軽減額/月	軽減額/年※	
21年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 40歳以上の加入者 ➤ 軽減効果額:200円以上 	約145万人	約38万人 (26.2%)	約5.8億円	約69.6億円	約7.5億円
22年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 35歳以上の加入者 ➤ 軽減効果額:300円以上 ➤ 21年度送付者は除く 	約55万人	約11万人 (21.5%)	約1.4億円	約16.8億円	約4.7億円
23年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 35歳以上の加入者 ➤ 軽減効果額:300円以上 ➤ 22年度送付者は除く 	1回目 約84万人 (全支部)	約20万人 (23.3%)	約2.5億円	約30.0億円	約5.0億円
		2回目 約21万人 (22支部)	約5.3万人 (25.4%)	約0.78億円	約9.3億円	
24年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 35歳以上の加入者 ➤ 軽減効果額 【1回目】医科:400円以上/調剤:200円以上 【2回目】医科:400円以上/調剤:400円以上 ➤ 23年度送付者は除く 	1回目 約96万人 (全支部)	約24万人 (25.1%)	約3.1億円	約37.2億円	約4.8億円
		2回目 約27万人 (全支部)	約6.7万人 (24.9%)	約0.9億円	約10.8億円	
25年度	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 35歳以上の加入者 ➤ 軽減可能額 【1回目】医科:400円以上/調剤:250円以上 【2回目】医科:400円以上/調剤:400円以上 ➤ 24年度送付者も通知対象とする。 	1回目 約134万人 (全支部)	約32.3万人 (24.0%)	約4.4億円	約52.8億円	約2.4億円 (見込み)
		2回目	現在集計中			

○ 2回目通知は、1回目通知送付者のうち、『切替効果がなかった者』または『まだ一定額以上軽減額が見込める者』を対象に実施。

現金給付の見直しについて

- ① 傷病手当金及び出産手当金について
- ② 埋葬料について
- ③ 海外療養費について

① 傷病手当金及び出産手当金について

傷病手当金について

- 疾病又は負傷の療養のため労務不能となり、収入の喪失又は減少を来たした場合に、これをある程度補填し、生活保障を行う趣旨から、傷病手当金を支給している。

給付要件	支給額	支給される期間
被保険者（任意継続被保険者を除く。）が業務外の事由による療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から労務に服することができない期間、支給される。	1日につき、標準報酬日額（標準報酬月額 \div 30）の3分の2に相当する金額	同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関して、その支給を始めた日から起算して1年6月を超えない期間

○ 健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

（傷病手当金）

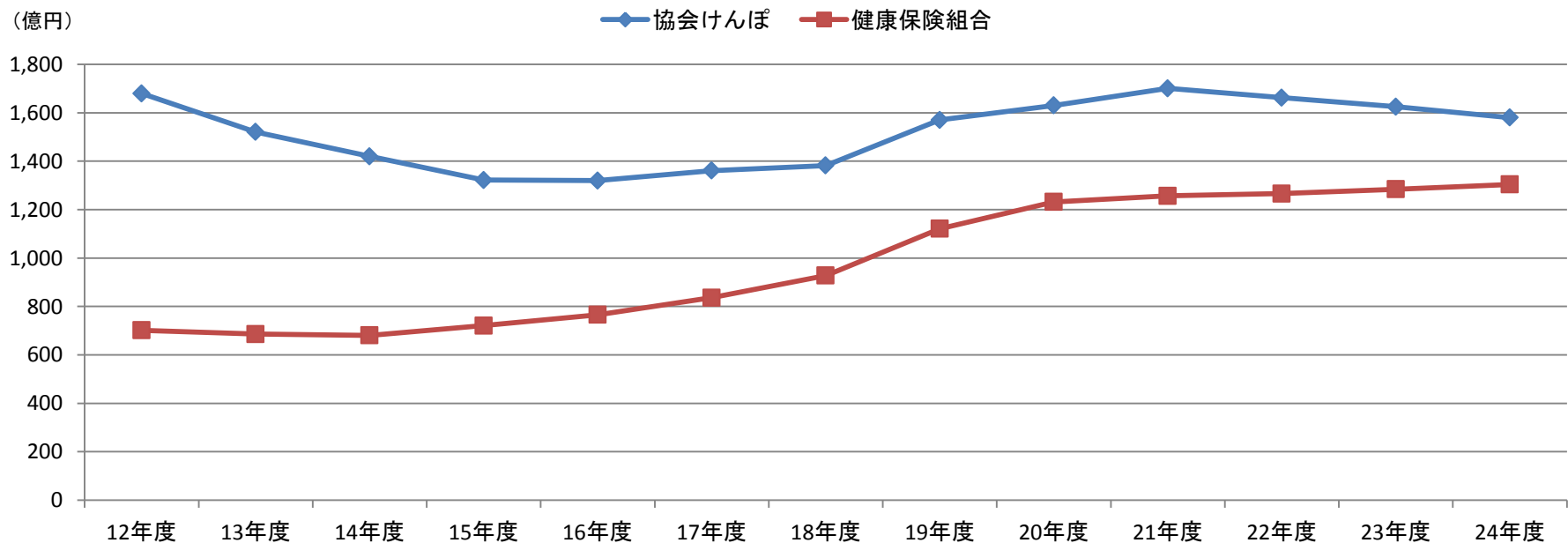
第九十九条 被保険者（任意継続被保険者を除く。第百二条において同じ。）が療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して三日を経過した日から労務に服することができない期間、傷病手当金として、一日につき、標準報酬日額（標準報酬月額 \div 30）の三分の二に相当する金額（その額に、五円未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとし、五円以上十円未満の端数があるときはこれを十円に切り上げるものとする。）をいう。第百二条において同じ。）の三分の二に相当する金額（その金額に、五十銭未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとし、五十銭以上一円未満の端数があるときはこれを一円に切り上げるものとする。）を支給する。

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

傷病手当金の支給実績について（平成24年度）

	支給件数	支給額	1件あたり金額
計	1,508,249件	2,885億円	19.1万円
協会けんぽ	899,514件	1,580億円	17.6万円
健康保険組合	608,735件	1,304億円	21.4万円

傷病手当金の支給額の推移について



出産手当金について

- 出産の前後における一定期間内において労務に服さなかったことにより、所得の喪失又は減少を来した場合には、これをある程度補填し、生活保障を行う趣旨から、出産手当金を支給している。

給付要件	支給額	支給される期間
被保険者（任意継続被保険者を除く。）が出産のために会社を休み、事業主から報酬が受けられないときに、支給される。	1日につき、標準報酬日額（標準報酬月額 \div 30）の3分の2に相当する金額	出産の日（実際の出産が予定日後のときは出産の予定日）以前42日目（多胎妊娠の場合は98日目）から、出産の日の翌日以後56日目までの範囲内で会社を休んだ期間（※）

- （※） 予定日より遅れて出産した場合の支給期間は、出産予定日以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から出産の日の翌日以後56日の範囲内となっており、実際に出産した日までの期間も支給される。

○ 健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

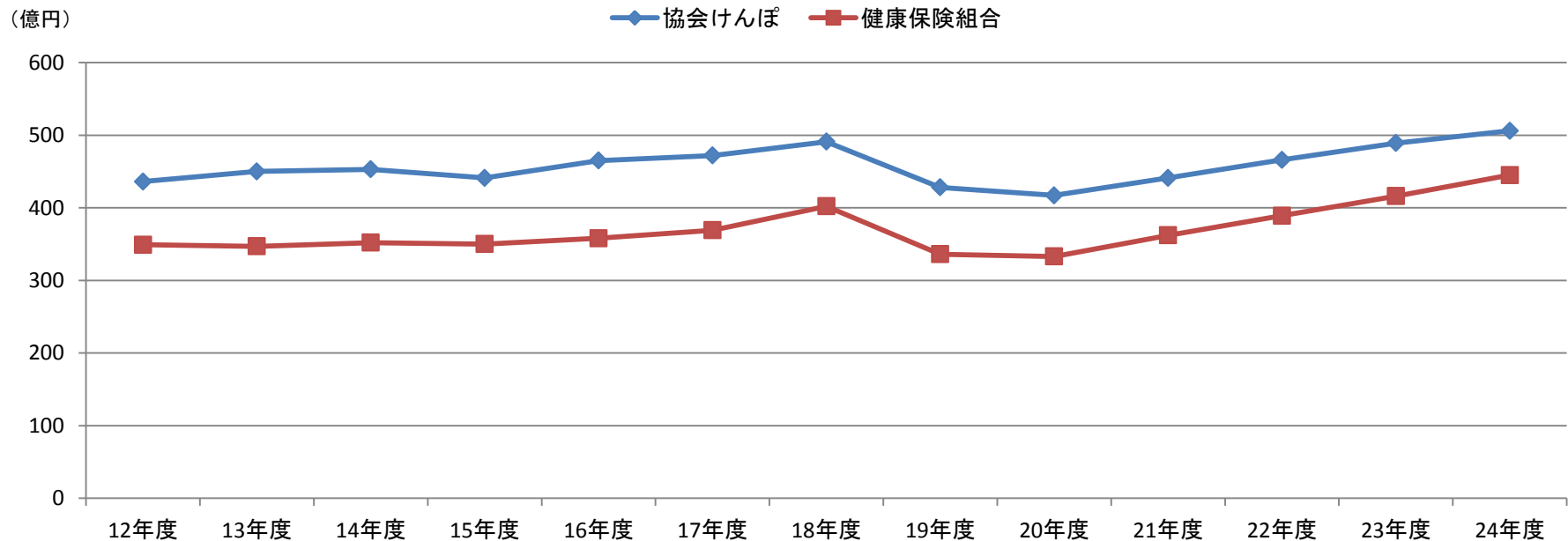
（出産手当金）

第二条 被保険者が出産したときは、出産の日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日）以前四十二日（多胎妊娠の場合においては、九十八日）から出産の日後五十六日までの間において労務に服さなかった期間、出産手当金として、一日につき、標準報酬日額の三分の二に相当する金額（その金額に、五十銭未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとし、五十銭以上一円未満の端数があるときはこれを一円に切り上げるものとする。）を支給する。

出産手当金の支給実績について（平成24年度）

	支給件数	支給額	1件あたり金額
計	220,112件	905億円	43.2万円
協会けんぽ	125,569件	506億円	40.3万円
健康保険組合	94,543件	445億円	47.0万円

出産手当金の支給額の推移について



② 埋葬料について

埋葬料について

- 遺族等の救済ないし弔慰を図るため、死亡に関する保険給付として、埋葬に要する費用を補填し、国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的として、埋葬料を支給している。
- 被保険者が死亡した場合、死亡した被保険者の収入により生計を維持していた者で葬儀を行うべきもの等に対し、埋葬料（5万円）が支給される。また、被扶養者が死亡した場合、被保険者に対し、家族埋葬料（5万円）が被保険者に支給される。
- 被保険者資格を喪失してから3か月以内に死亡した場合なども、同様に埋葬料が支給される。
 - ※ 埋葬料の支給を受けるべき者がいない場合においては、埋葬を行った者に対し、5万円の範囲内で埋葬に要した費用を支給することとしている。

<埋葬料の変遷>

- 平成18年の改正までは、埋葬料として死亡した被保険者の標準報酬月額額の1月分相当を支給。また、被扶養者が死亡した場合、被保険者に対して定額の家族埋葬料を支給。

	本人	被扶養者
昭和48.10.1	標準報酬月額額の1月分（30,000円）	30,000円
昭和51.7.1	標準報酬月額額の1月分（50,000円）	50,000円
昭和56.4.1	標準報酬月額額の1月分（70,000円）	70,000円
昭和60.4.1	標準報酬月額額の1月分（100,000円）	100,000円

※（ ）内は最低保障額

- 平成18年改正において、埋葬料の補填や遺族の弔慰等を目的とする埋葬料の性格に照らした場合、標準報酬月額に連動させた給付を行う必然に乏しいことから定額化を図ることとした。金額は国民健康保険における葬祭に係る医療保険からの給付の平均額が約5万円であることを踏まえ、5万円とした。（平成18年10月施行）

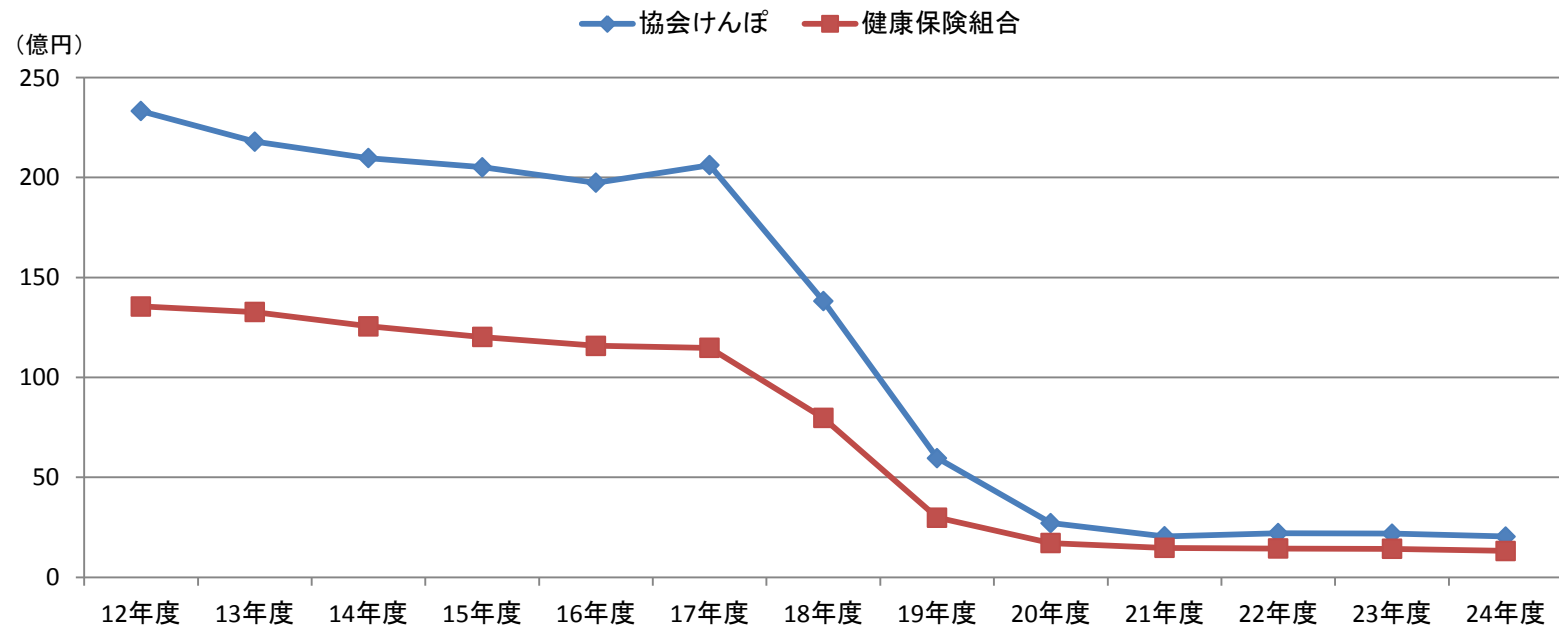
保険給付の種類(健保・国保)

健康保険	国民健康保険
<p>○法定給付 ⇒支給するか否か、いかなる内容の給付を行うか等は法律の規定に従いこれを行わなければならない、健保組合においても、その規約によりこれを変更することは許されないもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養の給付 ・入院時食事療養費の支給 ・入院時生活療養費の支給 ・保険外併用療養費の支給 ・療養費の支給 ・訪問看護療養費の支給 ・移送費の支給 ・高額療養費の支給 ・高額介護合算療養費の支給 ・傷病手当金の支給 ・埋葬料の支給 ・出産育児一時金の支給 ・出産手当金の支給 ・家族療養費、家族訪問看護療養費及び家族移送費の支給 ・家族埋葬料の支給 ・家族出産育児一時金の支給 	<p>○法定給付</p> <p>【絶対的必要給付】 ⇒保険者は必ず実施しなければならない給付であり、給付内容が法令で規定されているもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療養の給付 ・入院時食事療養費の支給 ・入院時生活療養費の支給 ・保険外併用療養費の支給 ・療養費の支給 ・訪問看護療養費の支給 ・特別療養費の支給 ・移送費の支給 ・高額療養費の支給 ・高額介護合算療養費の支給 <p>【相対的必要給付】 ⇒保険者は給付を実施するものとされているが、特別の理由があるときは実施しなくてもよいものであり、給付内容を条例又は規約で定めることができるとされているもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出産育児一時金の支給 ・葬祭費の支給または葬祭の給付
<p>○付加給付 ⇒これを行うか否か、いかなる内容の給付を行うか等については、健保組合が自己の財政状況等を勘案して任意に定めることができるもの</p>	<p>○任意給付 ⇒給付を実施するかや、実施する場合の給付内容を保険者で決定できるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・傷病手当金の支給 ・その他の給付

埋葬料（家族埋葬料）の支給実績について（平成24年度）

	支給件数	支給額
計	67,260件	33.6億円
協会けんぽ	40,736件	20.4億円
健康保険組合	26,524件	13.2億円

埋葬料（家族埋葬料）の支給額の推移について



国民健康保険における葬祭に係る給付の状況について

- 国保保険者は、被保険者の死亡に関して、条例又は規約の定めるところによって葬祭費の支給もしくは葬祭の給付を行うこと（特別の理由があるときは、葬祭に係る給付の実施自体を行わないことが可能）とされている。

【葬祭費支給額別保険者数】（平成25年4月1日現在）

	1万円未満	1万円以上 2万円未満	2万円以上 3万円未満	3万円以上 4万円未満	4万円以上 5万円未満	5万円以上 7.5万円未満	7.5万円以上 10万円未満	10万円以上	未実施	合 計
市町村 国保	1	99	256	384	38	937	2	0	0	1,717

出典：保険局国民健康保険課調べ

③ 海外療養費について

海外療養費について

【 制度の概要 】

- 公的医療保険制度に加入する被保険者等が、海外渡航中に医療機関等において療養を受けた場合に、被保険者の申請に基づき、保険者が療養の給付を行うことが困難であると認めるとき等に、海外療養費が支給される。

(例) 海外旅行中に病気や怪我をし、現地の医療機関で受診した場合

(※) 海外渡航の一般化を背景に、健康保険は昭和56年3月から、国民健康保険は平成13年1月から制度化されている。

【 支給手続 】

- ① 被保険者は、一旦かかった医療費の全額を海外の医療機関等に支払うとともに、担当の医師等から治療内容やかかった金額等についての証明をもらう。
- ② 被保険者は、帰国後、ないし海外に在住する場合は事業主を通じて（被用者保険）、加入する保険者に対し、(1)～(3)の書類をもって申請する。
 - (1) 療養費支給申請書
 - (2) 診療の内容等がわかる医師の診療明細書及び領収明細書等
 - (3) (2)が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文
- ③ 保険者において、提出された書類をもとに審査し、療養の給付を行うことが困難であると認めるとき等に、海外療養費を支給する。

海外療養費の支給実績（推移）

■健康保険（協会けんぽ、健康保険組合）

※ 支給金額の単位は億円

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
協会けんぽ	支給件数	7,382	9,357	8,708	8,953
	支給金額	3.3	3.3	2.8	2.7
健康保険組合	支給件数	82,091	88,275	85,856	88,923
	支給金額	13.6	13.8	13.3	13.1

（出典）「健康保険・船員保険事業年報」

（注1）協会けんぽは、一般被保険者のみ。

■市町村国保

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
市町村国保	支給件数	15,091	18,220	20,187	21,508
	支給金額	5.1	6.6	6.1	6.7

（出典）「国民健康保険事業の実施状況報告」

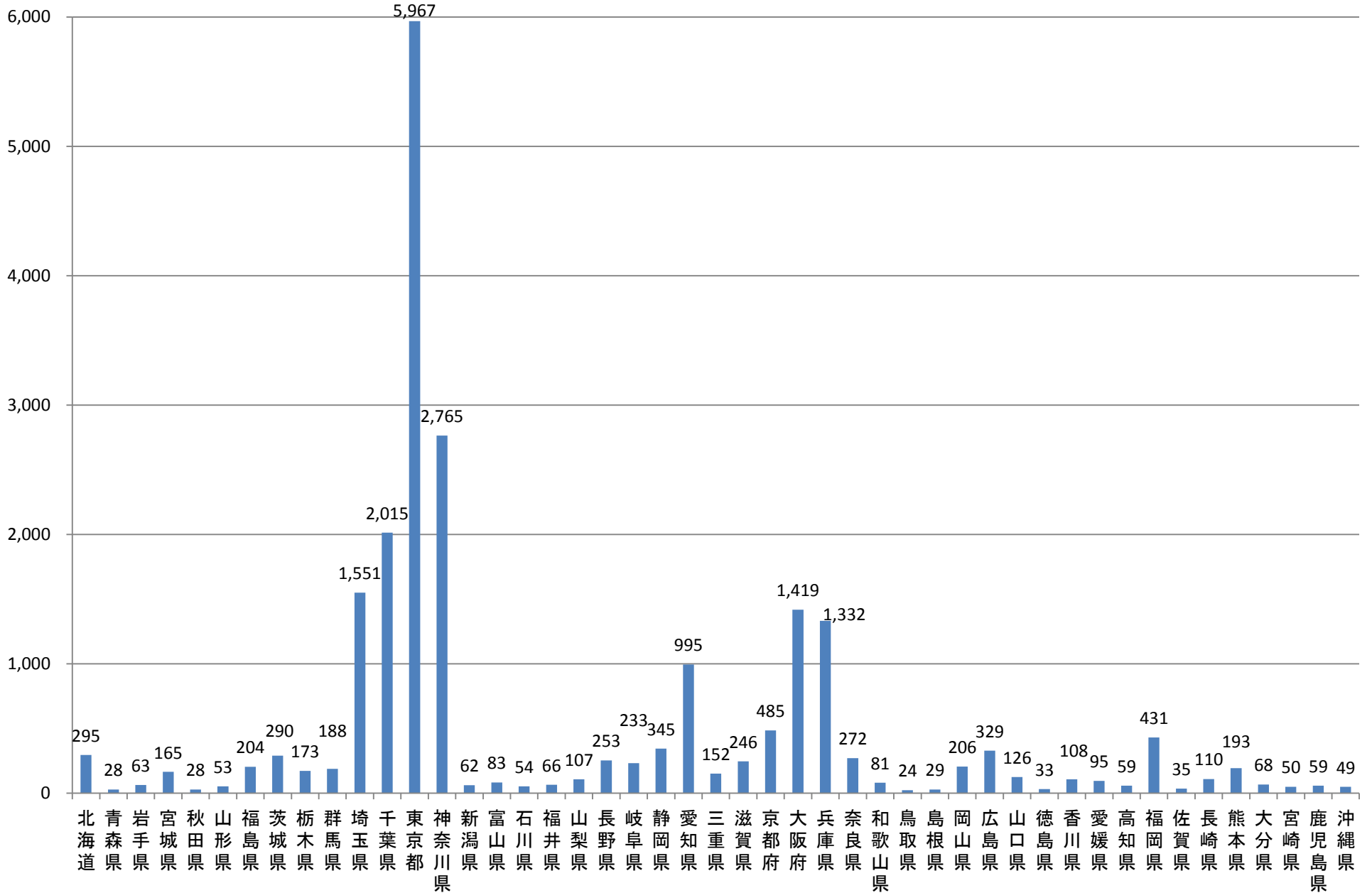
（注1）一般被保険者と退職被保険者の合計

（注2）平成20年度の一部被保険者（埼玉県鴻巣市、東京都港区、東京都大田区、東京都豊島区、東京都調布市、愛知県小牧市）の支給件数等は不明である。

（注3）平成21年度の一部被保険者（埼玉県鴻巣市、東京都港区、東京都大田区、愛知県江南市）の支給件数等は不明である。

海外療養費支給件数（市町村国保：平成24年度）

(件)



(出典) 厚生労働省保険局「国民健康保険事業の実施状況報告」

(注) 一般被保険者と退職被保険者の合計

海外療養費の不正請求対策について

海外療養費の不正請求対策等について
(平成25年12月6日 保保発1206第1号・保国発1206第1号・保高発1206第1号)

- 海外療養費制度については、先般より、海外の医療機関で療養を受けた事実がないにもかかわらず、虚偽の申請を行うことによって、海外療養費を詐取する不正請求事案が複数明らかになっていったところ。
- このため、海外療養費について、**① 支給申請に対する審査の強化**、**② 不正請求事例への対応**、**③ 審査業務等に対する財政支援**など、不正請求対策を一体的に推進。

1. 支給申請に対する審査の強化

(1) 支給申請時における確認

- 海外療養費の支給申請時に、パスポート等の提示を求め、渡航の事実等を確認

(2) 支給申請書等の審査

- 支給申請書等に不自然な点等がないかを確認
(例) ① 申請者ごとに、過去の支給申請との縦覧点検を実施
② 海外の医療機関が作成した書類(診療明細書等)の再翻訳 等

(3) 海外で受診した事実等の確認

- 審査の過程で、不自然な点等がある場合、海外の医療機関に対して受診した事実・受診内容を確認

➡ 受診した事実・受診内容を偽ったと認められる場合、不正請求として不支給決定

2. 不正請求事例への対応

(1) 厚労省への報告等

- 不正請求事例があった保険者は厚労省に報告し、厚労省は全保険者に対して不正請求事例を情報提供

(2) 警察との相談・連携

- 不正請求事例は警察に相談を行い、警察との連携を推進
(例) ① 不正請求として不支給決定を行った場合
② 過去に行った支給決定が不正請求であったと判明した場合
③ 支給申請や審査の過程で、不正請求の疑いがあると判断した場合

(*) 警察庁から、全国の都道府県警等に対して、不正請求に関して保険者から相談があった場合の迅速な対応、厳正な取締りを推進するよう通達

3. 審査業務等に対する財政支援

- 国民健康保険においては、保険者が不正請求対策等に要した費用について、財政支援を実施

(1) 審査強化の取組や、警察との連携の実施についての周知・広報経費

⇒周知・広報に要した費用に対して、30万円を上限として実支出額を交付

(2) 翻訳業務や、海外の医療機関等に対する照会業務について、国民健康保険団体連合会等への委託経費

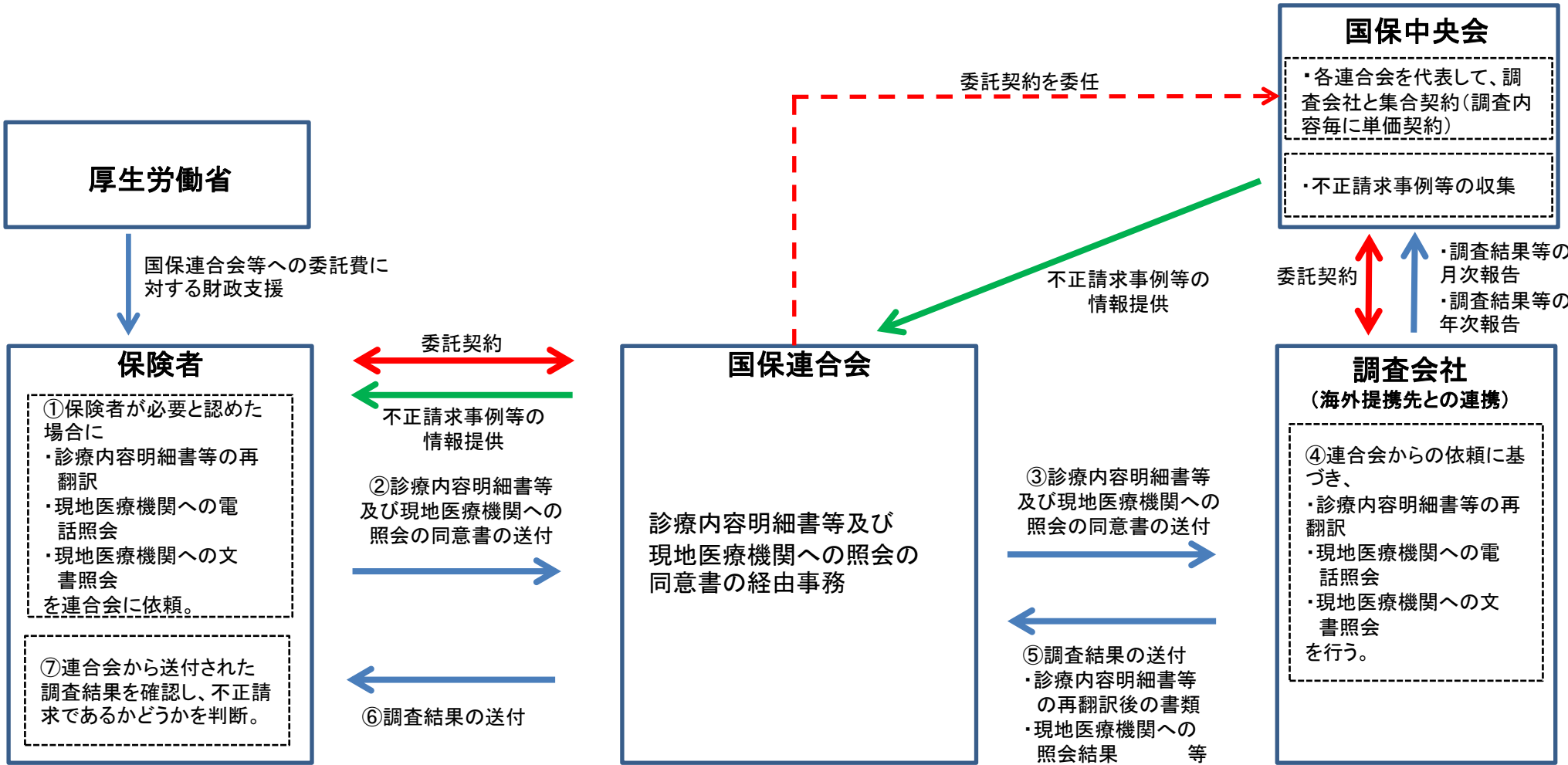
⇒委託に要した費用について、年間平均被保険者数に応じた交付限度額(別表)を上限として実支出額を交付

(別表)

年間平均被保険者数	交付限度額
5千人未満	150万円
1万人未満	300万円
5万人未満	500万円
10万人未満	750万円
10万人以上	1000万円

国民健康保険における海外療養費の審査業務の強化について（平成26年2月～）

- 国民健康保険においては、海外療養費の審査に関し、専門的なノウハウを有する民間会社に対して、診療内容明細書等の翻訳業務や、海外の医療機関等に対する照会業務を委託する取組を推進。
- 厚生労働省においては、これらの審査業務について、保険者が国保連合会等へ委託した費用について、財政支援を実施。



諸外国における公的医療保障制度の給付に係る調査について(概要)

- 海外療養費の不正請求に向けた対策を一層進めるにあたって、諸外国の公的医療保障制度における「海外療養費に類似する給付」の有無や、不正請求事例・不正請求対策について調査を実施。

1. 調査概要

○ 調査方法：調査訓令(外務省を經由して、在外公館宛公電による依頼)

○ 対象国：12カ国 { アメリカ・イギリス・イタリア・カナダ・フランス・ドイツ・ロシア
中国・韓国・フィリピン・ブラジル・ベトナム }

○ 調査期間：平成26年3月17日～4月30日

2. 回答の概要

① 回答が得られた国：10カ国 { アメリカ・イギリス・イタリア・カナダ・ドイツ・中国・韓国・フィリピン
ブラジル・ベトナム }

② ①のうち「海外療養費に類似する給付」があり、当該給付につき不正請求事例・不正請求対策がある国
：5カ国 { イギリス・イタリア・カナダ・ドイツ・ベトナム }

(※)「海外療養費に類似する給付」については、「公的医療保障制度の加入者が、国外渡航中に、病気やケガによって海外(国外)の医療機関で療養を受けた場合、医療機関で支払った費用の全部又は一部を給付する制度」として調査を実施。

諸外国における海外療養費類似制度と不正請求対策等について(調査結果)

「諸外国における公的医療保障制度に係る調査について(調査訓令)」より

○諸外国の公的医療保障制度における「海外療養費に類似する給付」と不正請求事案・不正請求対策等について、調査結果をとりまとめると以下のとおりとなっている。

	イギリス	ドイツ	イタリア	カナダ (オンタリオ州の例)	ベトナム
公的医療保障制度の概要	<ul style="list-style-type: none"> ○運営主体: 国 ○加入者: 英国に居住する者 ○給付の内容: 医療サービスの提供(現物給付)等 ○給付の財源: 公費等 	<ul style="list-style-type: none"> ○運営主体: 疾病金庫 ○加入者: 一定の所得を超えない被用者、自営農林業者等 ○給付の内容: 医療サービスの提供(現物給付)等 ○給付の財源: 保険料及び公費 	<ul style="list-style-type: none"> ○運営主体: 州政府 ○加入者: 全国民 ○給付の内容: 医療サービスの提供(現物給付)等 ○給付の財源: 公費等 	<ul style="list-style-type: none"> ○運営主体: オンタリオ州政府 ○加入者: カナダ市民権又は永住権を持つオンタリオ州民 ○給付の内容: 医療サービスの提供(現物給付)等 ○給付の財源: 公費 	<ul style="list-style-type: none"> ○運営主体: ベトナム社会保険 ○加入者: 被雇用者、公務員、年金受給者等 ○給付の内容: 医療サービスの提供(現物給付)等 ○給付の財源: 保険料及び公費
海外療養費に類似する給付の例	<ul style="list-style-type: none"> ○EU加盟国等の公的医療制度が適用される医療機関で療養を受けた場合、欧州健康保険カードを提示することで、当該国の国民と同様の自己負担で医療サービスが提供される。 ○EU加盟国の医療機関で療養を受けた場合、医療費が償還払いされる。 			<ul style="list-style-type: none"> ○加入者が、国外渡航中に、緊急的に発生した病気や怪我によって国外の医療機関で療養を受けた場合、オンタリオ州で算定される医療費の範囲内で償還払いされる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○加入者が、国外渡航中に、不可避的な治療が必要であるとして国外の医療機関で療養を受けた場合、医療機関で支払った費用が給付される(上限あり)。
	<ul style="list-style-type: none"> ○各公的医療保障制度には外国人も加入できるとされており、外国人に対しても「海外療養費に類似する給付」は給付される。 				
不正請求事例・不正請求対策	<p>【不正請求対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○領収書等の原本の提出を求める。 ○申請書類に不明確な点等がある場合は、更なる証拠書類を求める。 	<p>【不正請求事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○虚偽内容の申請書類による請求。 <p>【不正請求対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○不正行為が疑われる場合には、調査を実施。 	<p>【不正請求対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○治療を行った相手国のイタリア大使館又は領事館が、償還払いの申請の前に、書類の原本を検証。 	<p>【不正請求事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○加入資格を有しないことを知りながら請求。 <p>【不正請求対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○不正が疑われる事例について匿名で通報できる州政府窓口の設置。 ○診療明細書・領収明細書の原本の提出。 ○不正請求は犯罪であること等を申請書に記載。 	<p>【不正請求事例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○虚偽内容の申請書類による請求。 <p>【不正請求対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○パスポート・領収書等の提出を求める。

(※) 各国の公的医療保障制度や、海外療養費に類似する給付等については、調査結果に基づき、主なものを記載

療養の範囲の適正化・ 負担の公平の確保について

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。

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≫ 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>
<p>初診料 282点 外来診療料 73点</p> <p>上記以外</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揭示事項等」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）

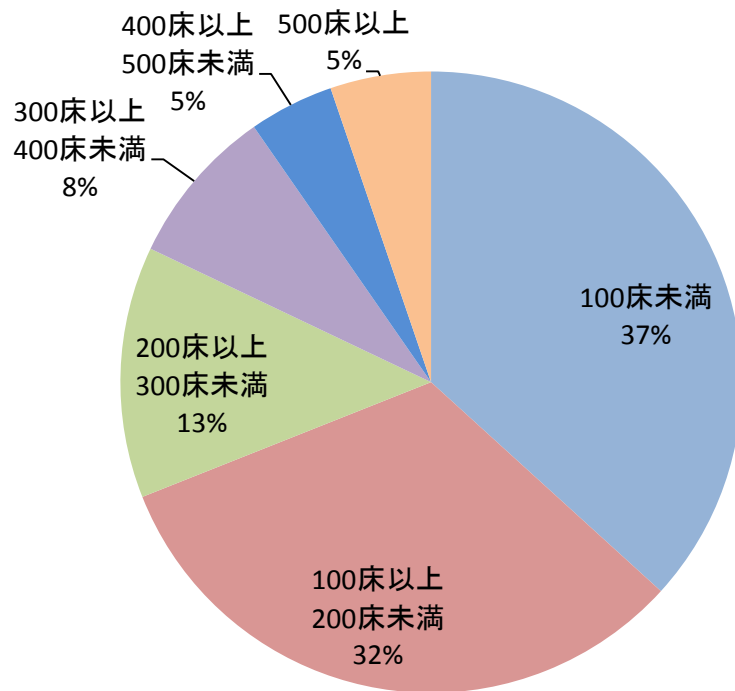
	特定機能病院	地域支援医療病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。
病院数	86 (平成26年4月1日時点)	439 (平成24年10月末時点)
主な要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ <u>紹介率50%以上、逆紹介率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

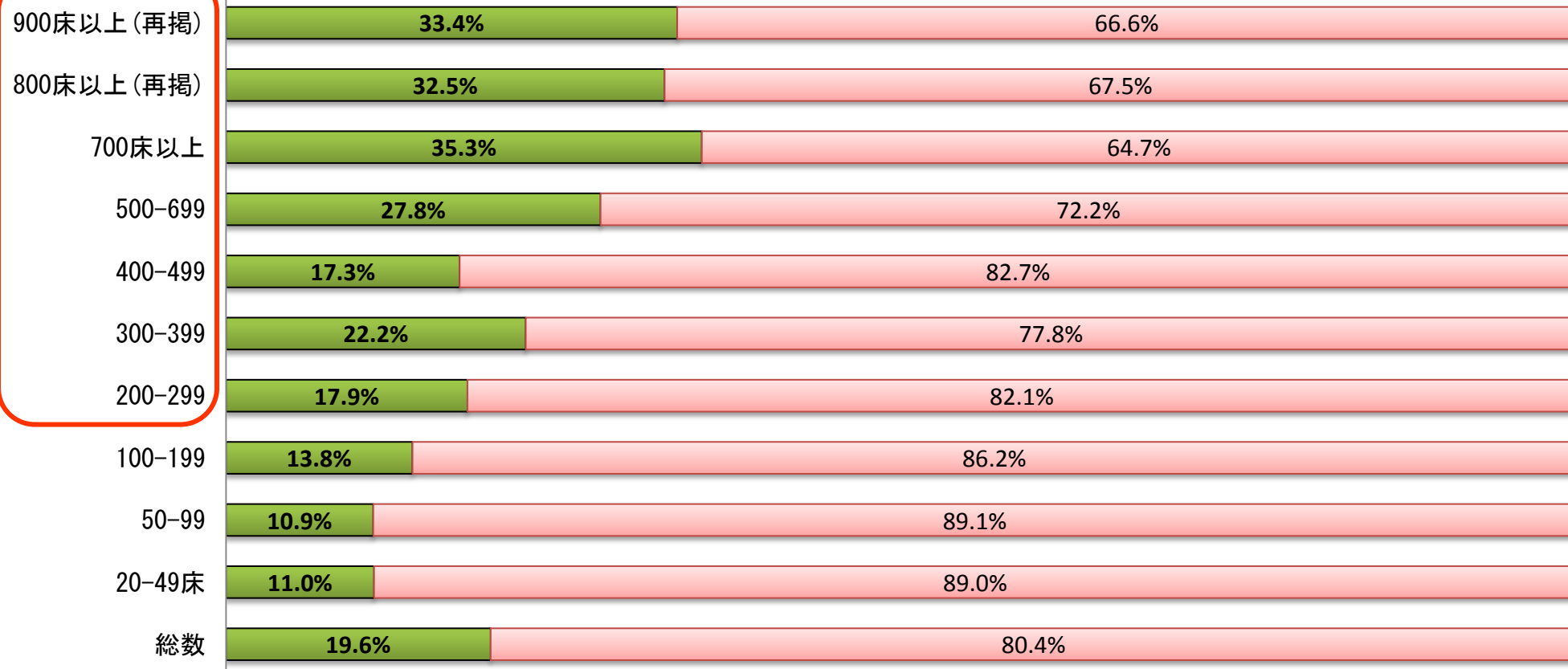
300～399床	400～499床	500～599床	600～699床	700～799床	800～899床	900床以上
709	378	191	116	52	31	59

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

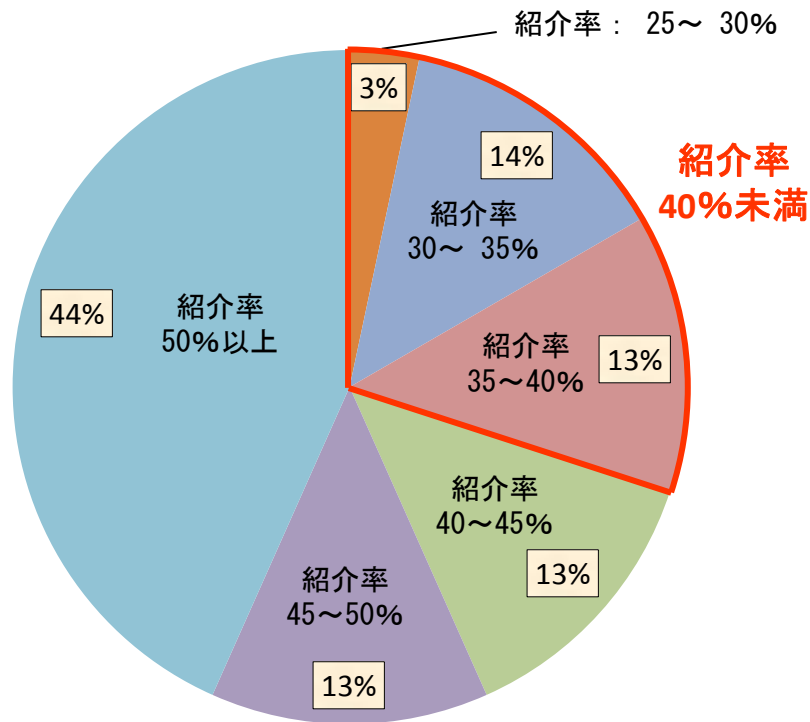
注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

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。

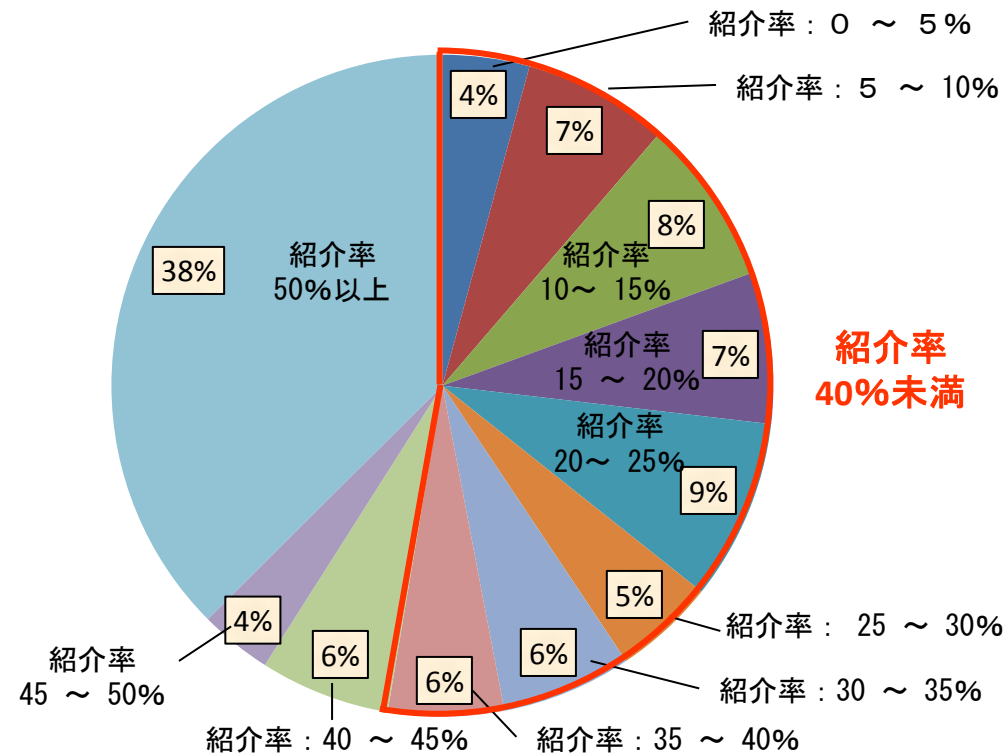
N=30 紹介率 (500床以上)
 <特定機能病院と地域医療支援病院を除く>

■ 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

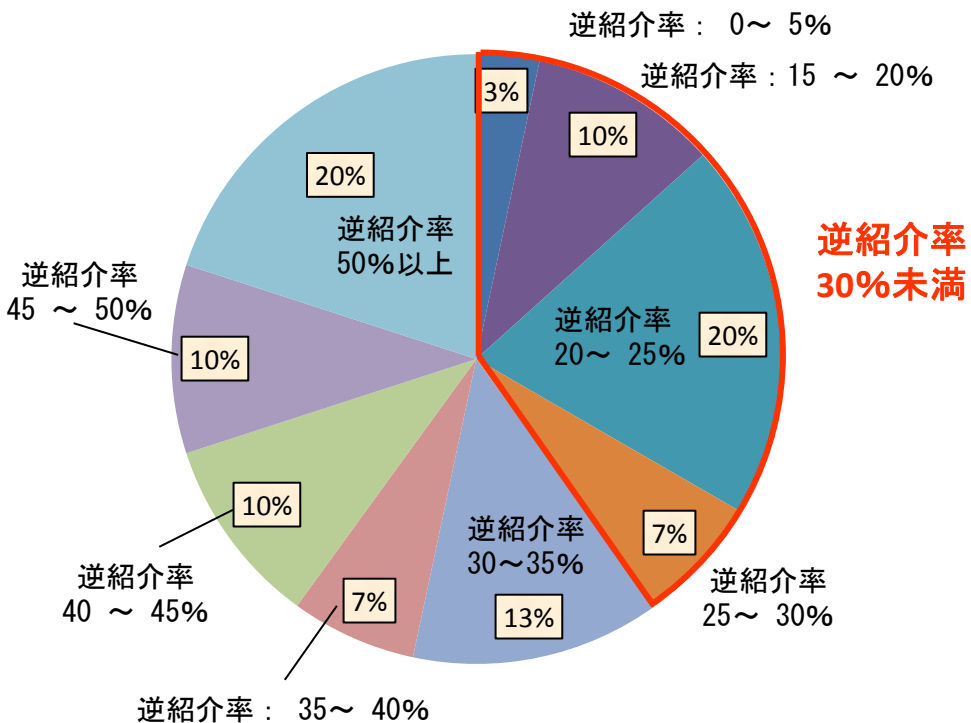


医療機関の逆紹介率の状況

- 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。

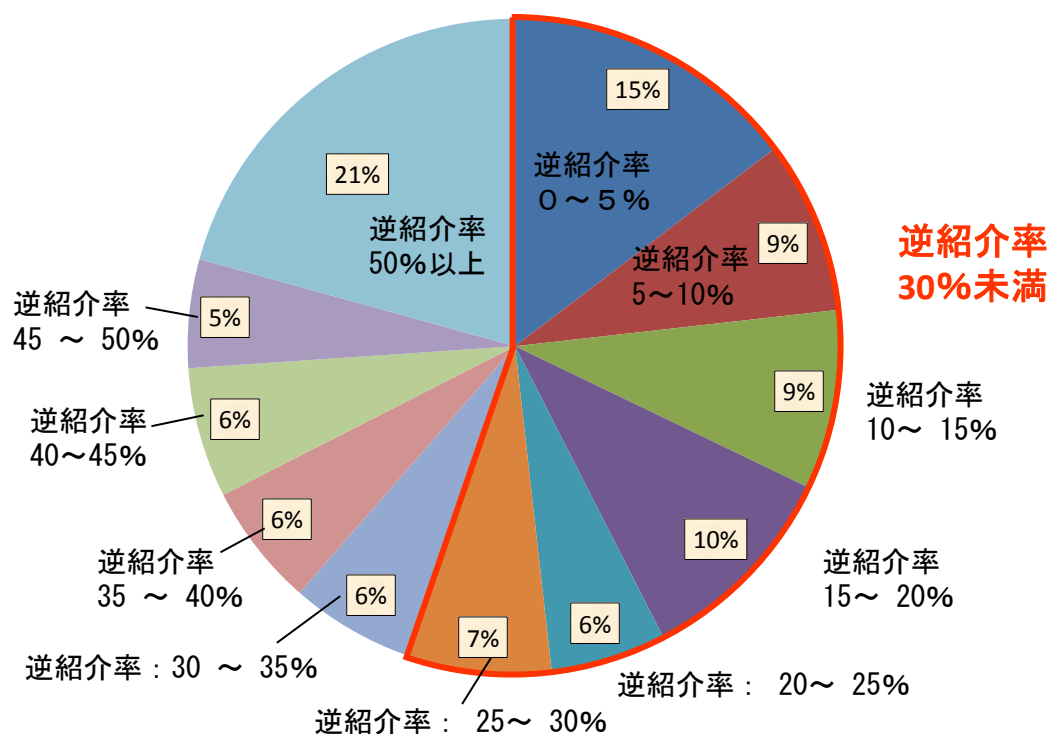
N=30 逆紹介率 (500床以上)
 <特定機能病院と地域医療支援病院を除く>

■ 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

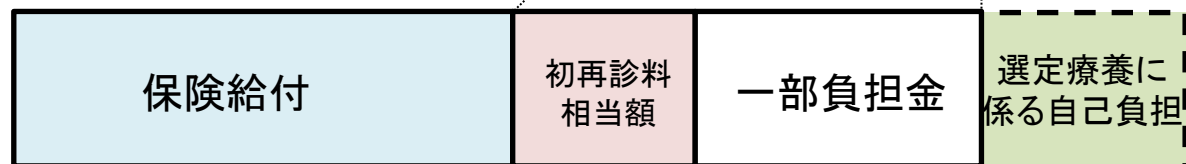
療養の給付に要する費用



※一部負担金相当分を除く

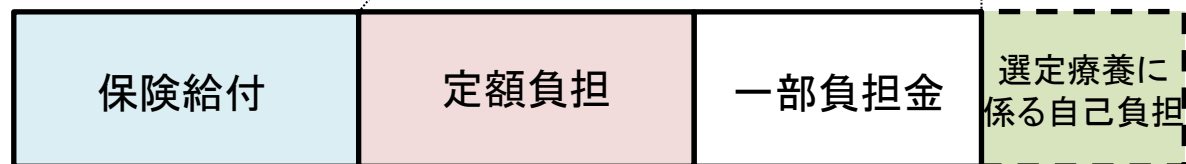
パターン1

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

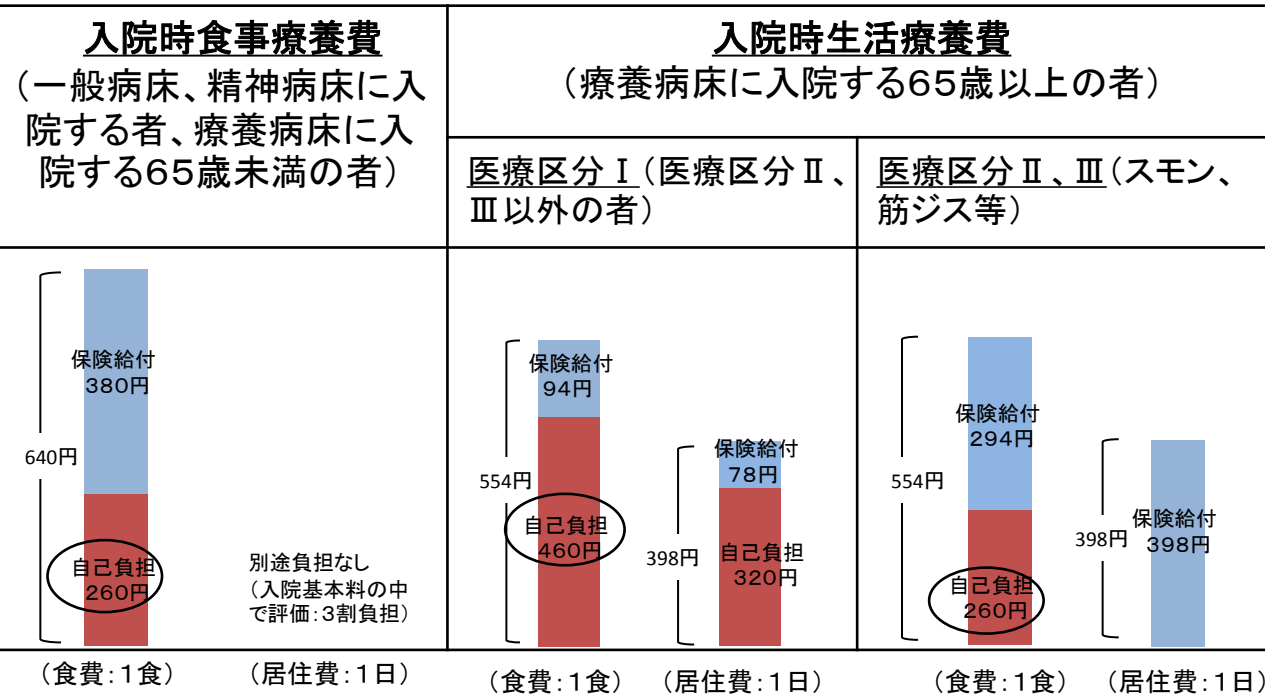
ロ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

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。

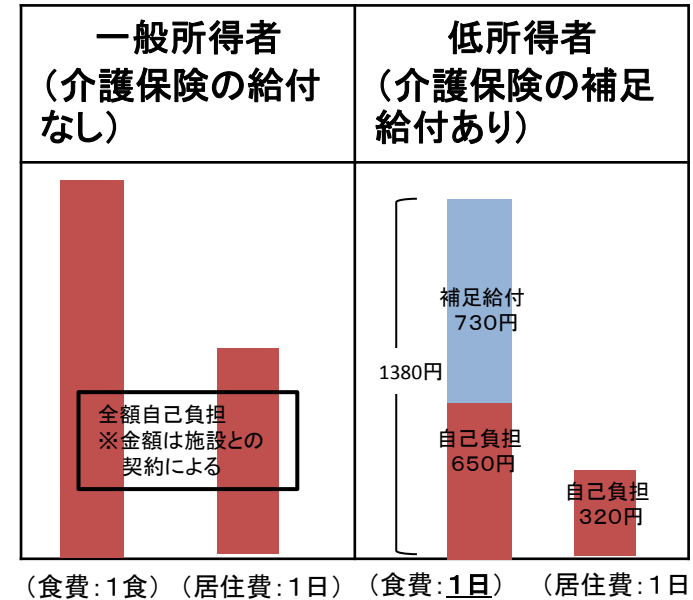
入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

- 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153円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)

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)

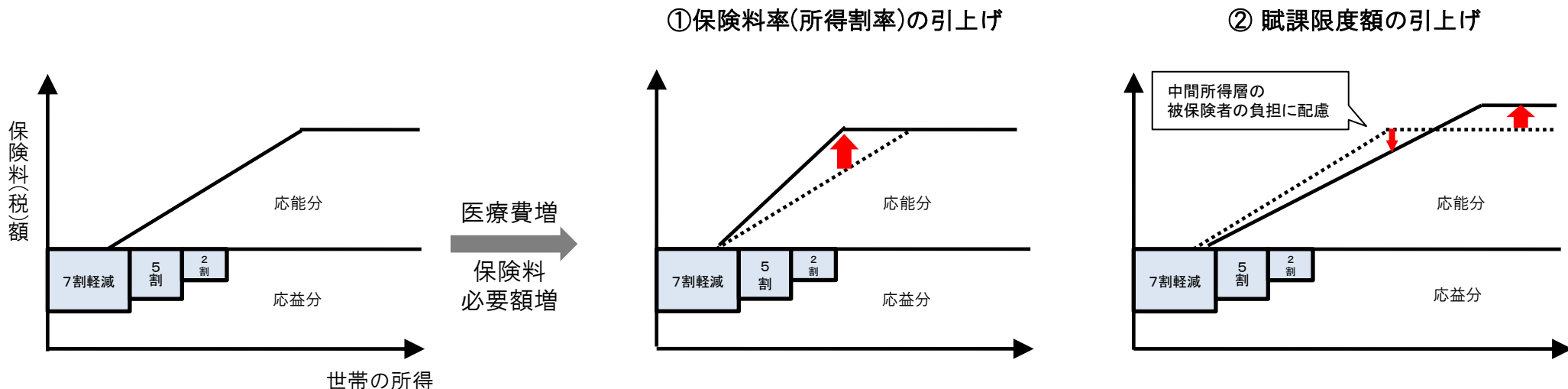
8 **政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。**

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%

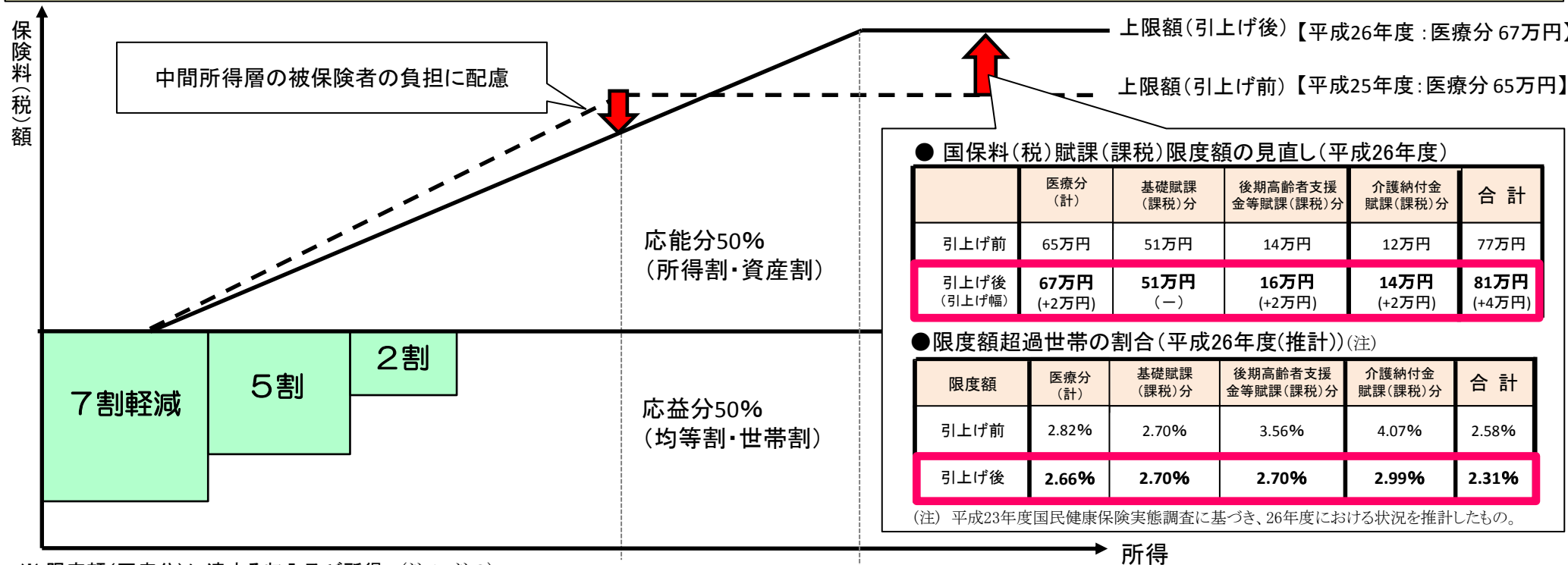
(※) 平成27年度以降の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直しについては、被用者保険の標準報酬月額の上限額引上げの考え方を踏まえて、国保保険料(税)の賦課(課税)限度額の見直しのルール(見直しのタイミング・引上げ幅等)の検討を行うこととする。

平成26年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直し

- 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、平成26年度において、過去の最大引上げ幅と同額の「4万円」の引上げを行った。
- 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た。

(※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。



※ 限度額(医療分)に達する収入及び所得 (注1、注2)
(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)

【平成25年度】

【平成26年度】

給与収入 980万円/年金収入960万円
(給与所得 760万円/年金所得 760万円)

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

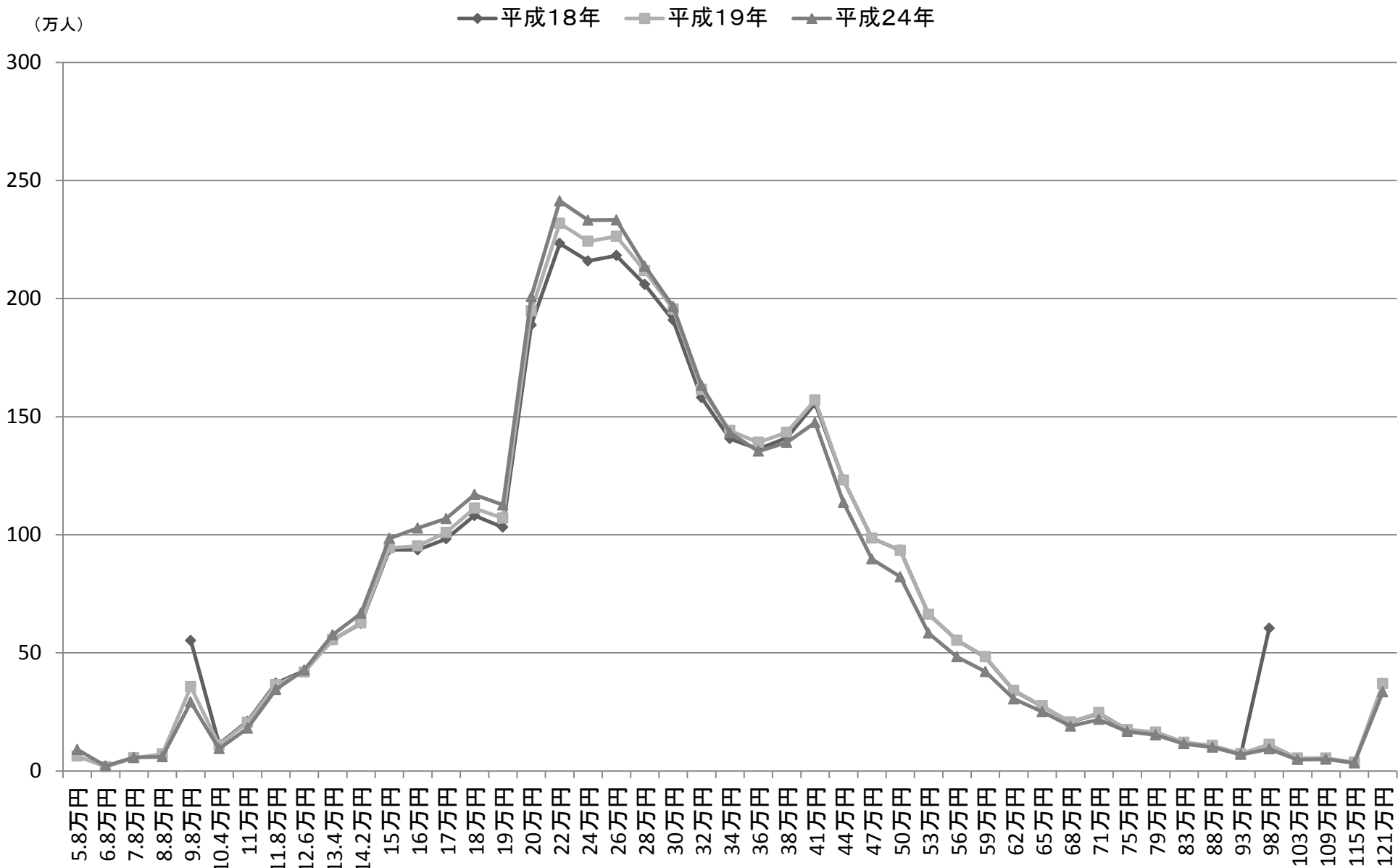
毎年3月31日における標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の被保険者総数に占める割合が100分の1.5を超える場合において、その状態が継続すると認められるときは、その年の9月1日から、政令で、当該最高等級の上に更に等級を加える標準報酬月額の等級区分の改定を行うことができる。ただし、その年の3月31日において、改定後の標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の同日における被保険者総数に占める割合が100分の1を下回ってはならない。

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、
 - ・ 標準報酬月額等の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、標準報酬月額の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の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。

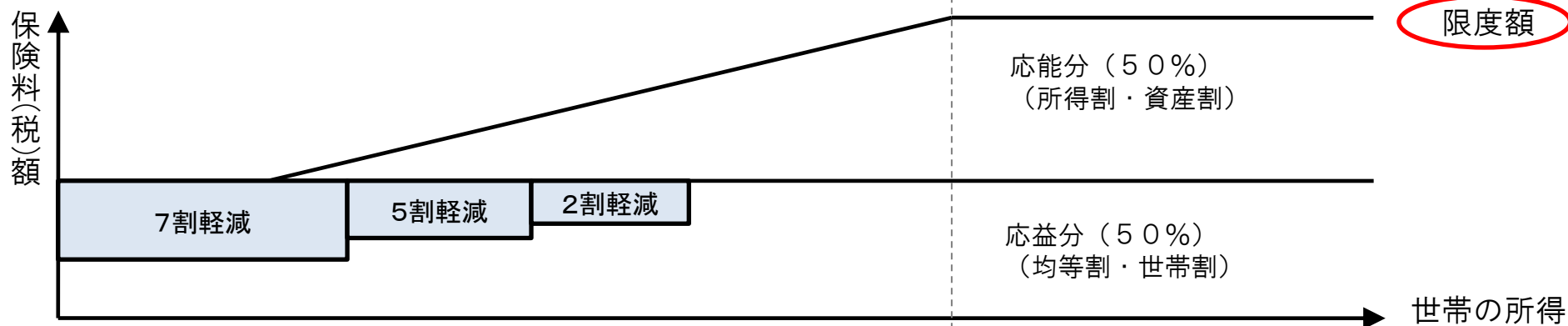
	標準報酬月額 上限	標準報酬月額 の平均額	全被保険者に対する 上限該当者の割合	備 考
昭和51年度末	320,000円	143,016円	3.93%	
昭和53年度末	380,000円	166,828円	3.72%	
昭和56年度末	470,000円	200,321円	3.52%	【昭和55年改正】 標準報酬月額の上限該当者が全体の3%を超え、かつその状態が継続すると認められる場合に、所用の手続きを経た上で、政令で等級を追加できることとした。但し、改訂後の上限該当者が全体の1%を下回ってはならない。
昭和59年度末	710,000円	229,249円	1.59%	
平成4年度末	980,000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。

国民健康保険組合に対する 国庫補助について

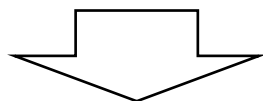
■ 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抜粋）

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		
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		
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		
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		
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		
6 北海道建設		6 東京芸芸	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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		
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

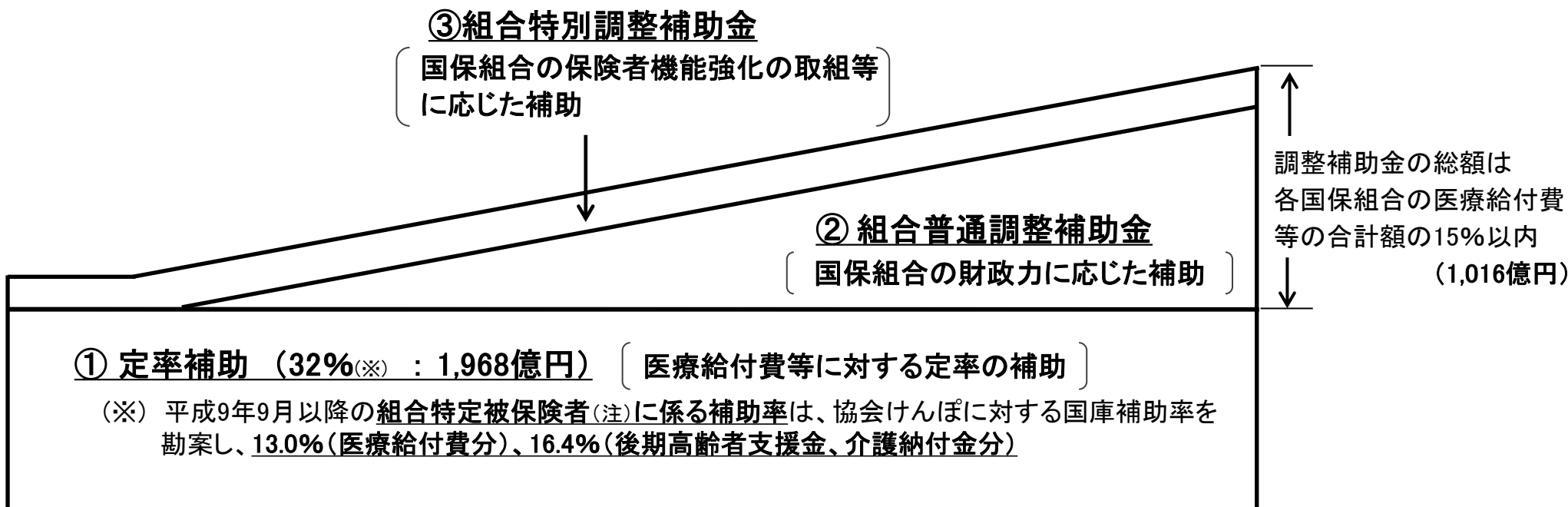
- 国保組合とは、国民健康保険法に基づき、同種同業の者を対象に国保事業を行うことができる公法人である。
(医師・歯科医師・薬剤師：92組合 / 建設関係：32組合 / 一般業種：40組合 計 164 組合)

※ 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)

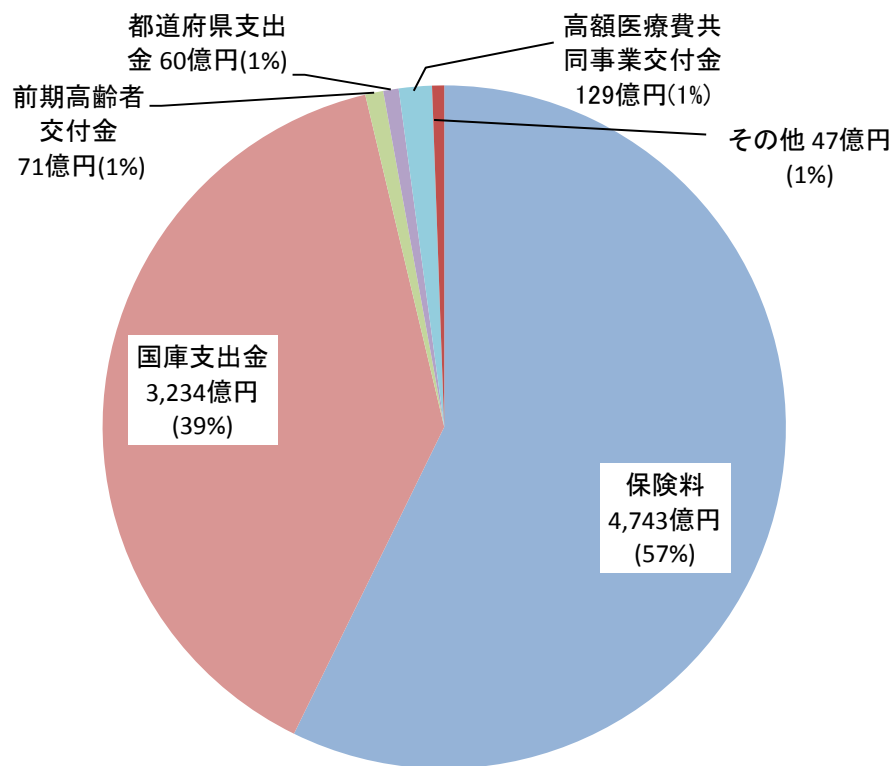


(注) 「組合特定被保険者」とは、本来的には健康保険の適用を受ける被用者であるが、健康保険の適用除外の承認を受けて国保組合の被保険者となった者をいう。

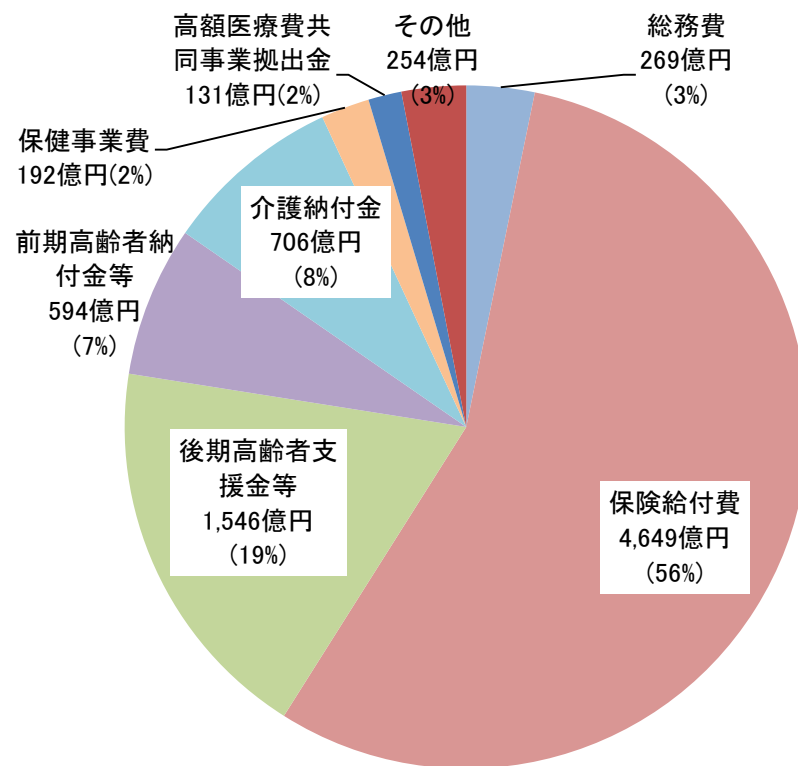
国民健康保険組合の収支状況について(平成24年度)

- 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。

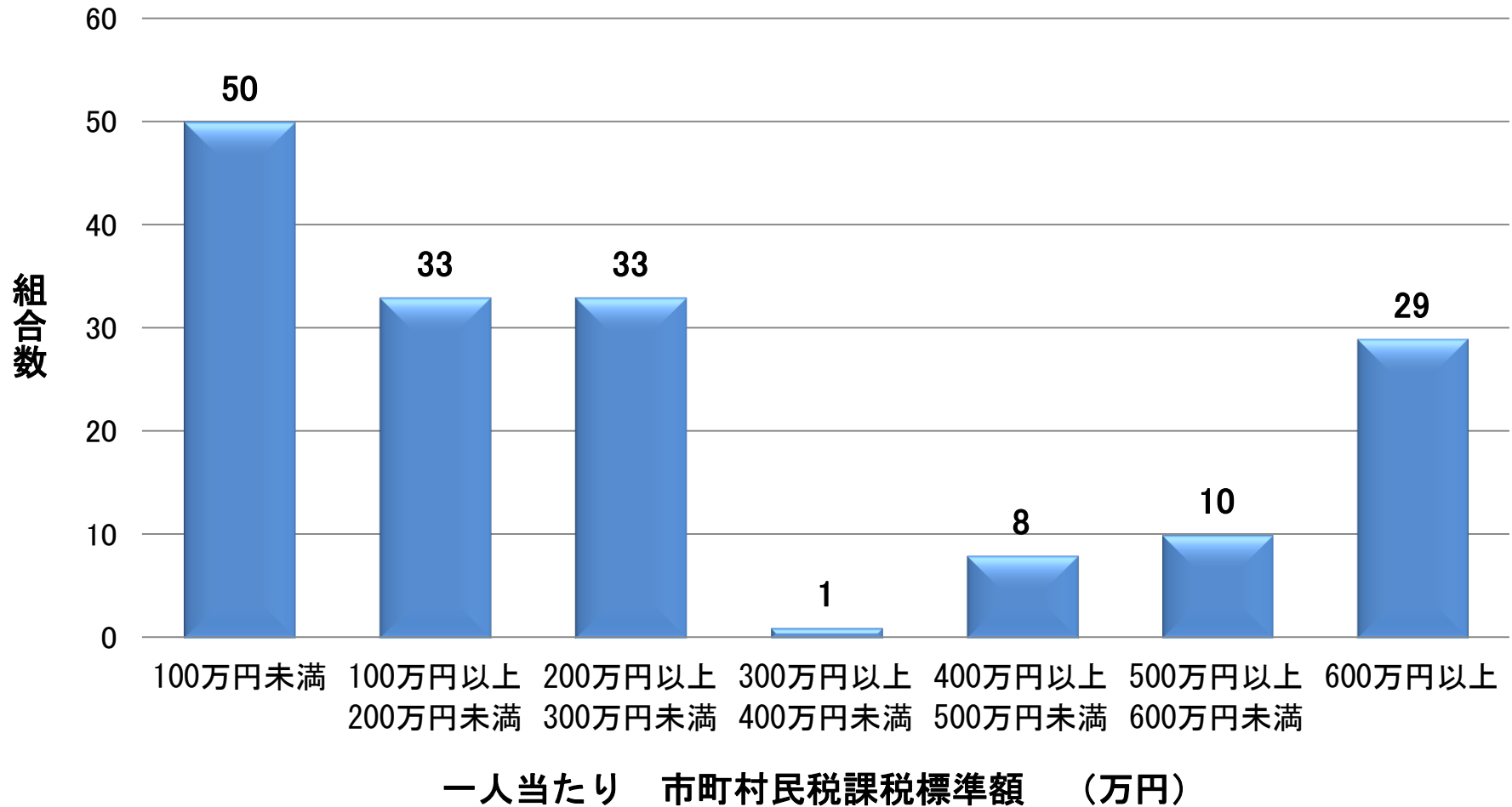
（単位：億円）

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	▲ 55

国民健康保険組合の所得水準について

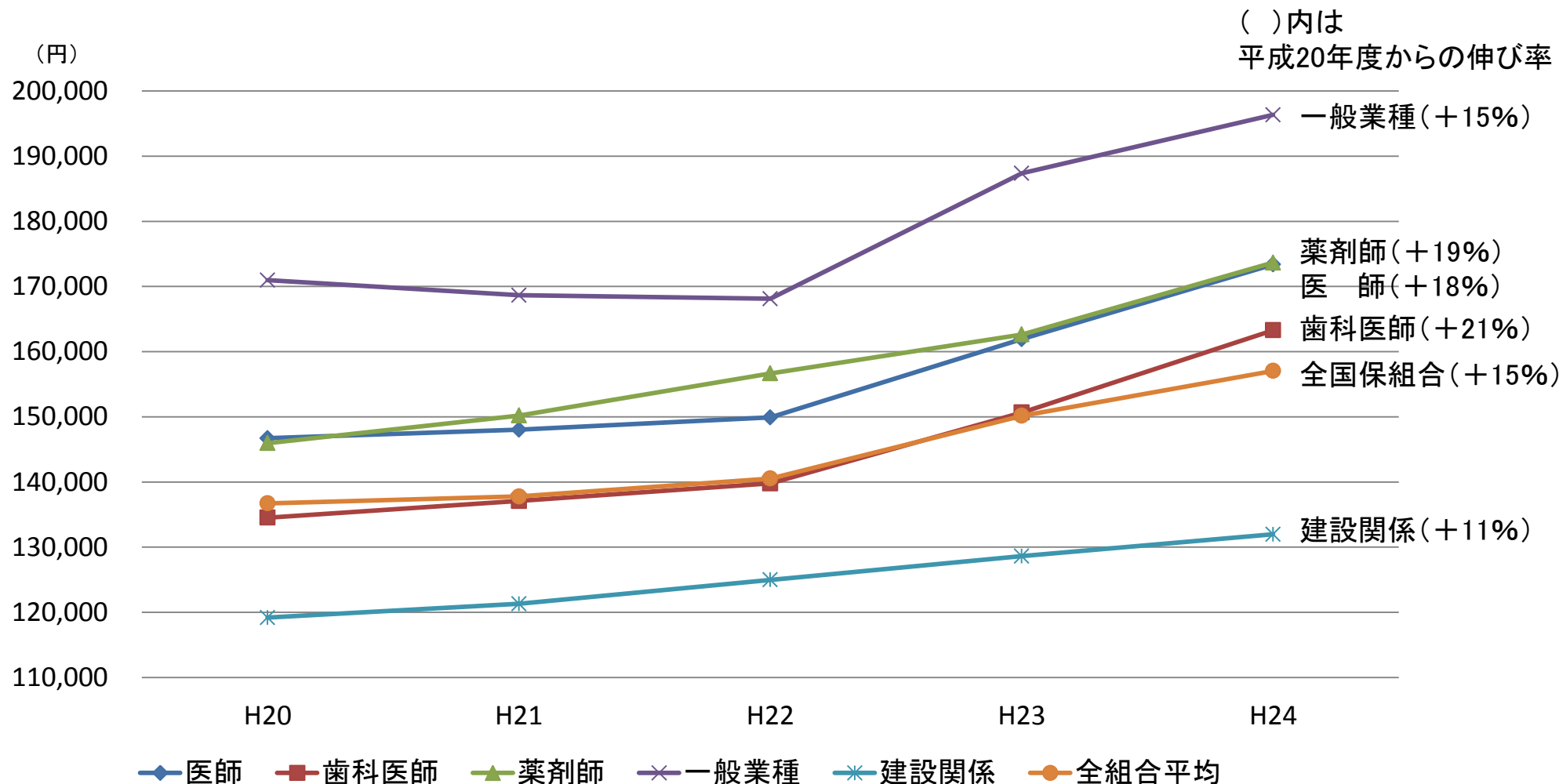
○ 国保組合の所得水準については、

- ・ 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