

参考資料

平成25年1月9日
厚生労働省保険局

<目次>

1.	協会けんぽの財政対策	1
2.	高齢者医療制度の在り方について	
	▪ 後期高齢者支援金の総報酬割について	30
	▪ 70歳から74歳の患者負担の取扱い	41
	▪ 高齢者医療制度の経緯等について	
	高齢者医療制度の見直しに関する経緯	56
	高齢者医療制度の見直し	63
	(参考)後期高齢者医療制度の概況	74
3.	高額療養費制度の見直しについて	89
4.	健康保険と労災保険の適用関係の整理について	104
5.	保険者への調査権限の付与について	114
6.	傷病手当金の見直しについて	119
7.	健保組合における準備金の見直しについて	125

1. 協会けんぽの財政対策

協会けんぽの財政再建の措置（平成22年度～24年度）

○ 協会けんぽは、平成22年改正の健康保険法で、平成22年7月から24年度までの間、後期高齢者支援金の総報酬割（3分の1）と併せて、**国庫補助率の引上げ（13%→16.4%）の措置が講じられている。**

（※）リーマンショック後の景気悪化による保険料収入の激減により、平成21年度に4900億円の収支赤字を計上し、積立金を取り崩しても3200億円の負債が生じたため、平成22年に健康保険法を改正して、財政再建の措置を講じた。

（※）平成4年に法律附則で「当分の間、本則中「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」とあるのは「13%」とする」と定め、それまで16.4%であった補助を13%に引き下げた。

◇協会けんぽの財政再建の措置（平成22年7月～24年度）

①国庫補助率の引上げ：13%→16.4%（平成24年度予算ベースで+2000億円）

②**後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割**を導入（平成24年度予算ベースで▲1000億円）

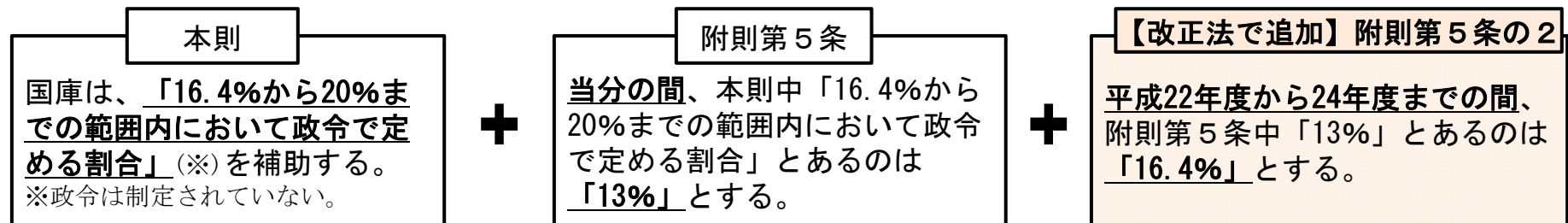
③**単年度収支均衡原則の緩和**（21年度末の累積債務3200億円を3年間で解消）

（参考）協会けんぽの保険料率：8.2%（21年度）→9.34%（22年度）→9.5%（23年度）→10.0%（24年度）

（1.8%分の引き上げ＝約1兆3000億円）

○ **平成22年健保法改正法の附則（検討規定）**では、国庫補助率を、①「**当分の間13%**」とする規定と、②「**3年間16.4%**」とする規定の両方について、**24年度までの間に検討し、所要の措置を講じるとされている。**

（※）24年度中に法律上の手当てを行わない場合、25年4月以降、国庫補助率が13%に戻るとともに、後期高齢者支援金もすべて加入者割となる。**措置が終了した場合、保険料率がさらに全国平均で0.4%程度上がる影響がある。**



平成22年改正健保法附則第2条：検討規定

政府は、**附則第5条及び第5条の2の規定**について、協会けんぽの財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、**24年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講じる。**

協会けんぽに対する前回の措置の内容について

	具体的内容
国庫補助率	13.0%→16.4% (※)平成4年に法律附則で「当分の間、本則中「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」とあるのは「13%とする」と定め、それまで16.4%であった補助を13%に引き下げた。
後期高齢者支援金の負担方法	加入者割→総報酬割3分の1
措置の期間	3年間
短期借入金の償還の特例	1年間→3年間
5年間の収支見通しの特例	5年間の収支見通しに代えて、特例期間中のみ の見通しを作成すること。

短期借入金の償還期間の特例・5年間の収支見通しの特例について

<短期借入金の償還期間の特例について>

- 協会けんぽが短期借入金をした場合、原則として、1の事業年度で償還を行わなければならないこととしている。これに伴い、保険料率の算定も1事業年度での償還を前提として行う必要があることとなる。
- しかしながら、平成22年度から平成24年度までの間は、特例的に、協会けんぽの負債は3年間で償還することとしている。このため、保険料率を算定する際も、特例的に、3年間のうち当該年度で予定する償還額を算定対象とする旨の規定を置いている。

<5年間の収支見通しの特例について>

- 併せて、特例期間中は、財政再建の進捗状況を適切にフォローする必要がある。このため、特例期間中は、5年間の収支見通しに代えて、平成24年度までの特例期間の収支見通しを毎年度作成し、公表する特例措置を設けている。

短期借入金の償還期間の特例について（参照条文）

■健康保険法 （借入金）

第七条の三十一 協会は、その業務に要する費用に充てるため必要な場合において、厚生労働大臣の認可を受けて、短期借入金をすることができる。

2 前項の規定による短期借入金は、当該事業年度内に償還しなければならない。ただし、資金の不足のため償還することができないときは、その償還することができない金額に限り、厚生労働大臣の認可を受けて、これを借り換えることができる。

3 前項ただし書の規定により借り換えた短期借入金は、一年以内に償還しなければならない。
（保険料率）

第一百六十条 （略）

2 （略）

3 （略）

一・二 （略）

三 保健事業及び福祉事業に要する費用の額（第一百五十四条の二の規定による国庫補助の額を除く。）並びに健康保険事業の事務の執行に要する費用及び次条の規定による準備金の積立ての予定額（第一百五十一条の規定による国庫負担金の額を除く。）のうち当該支部被保険者が分担すべき額として協会が定める額

4 （略）

5 協会は、二年ごとに、翌事業年度以降の五年間についての協会が管掌する健康保険の被保険者数及び総報酬額の見通し並びに保険給付に要する費用の額、保険料の額（各事業年度において財政の均衡を保つことができる保険料率の水準を含む。）その他の健康保険事業の収支の見通しを作成し、公表するものとする。

6～17 （略）

■健康保険法附則第8条の4の規定による読替え後の健康保険法第160条 （保険料率）

第一百六十条 （略）

2 （略）

3 （略）

一・二 （略）

三 保健事業及び福祉事業に要する費用の額（第一百五十四条の二の規定による国庫補助の額を除く。）、健康保険事業の事務の執行に要する費用及び次条の規定による準備金の積立ての予定額（第一百五十一条の規定による国庫負担金の額を除く。）並びに第七条の三十一の規定による短期借入金の償還に要する費用の額に充てるものとして政令で定める額のうち当該支部被保険者が分担すべき額として協会が定める額

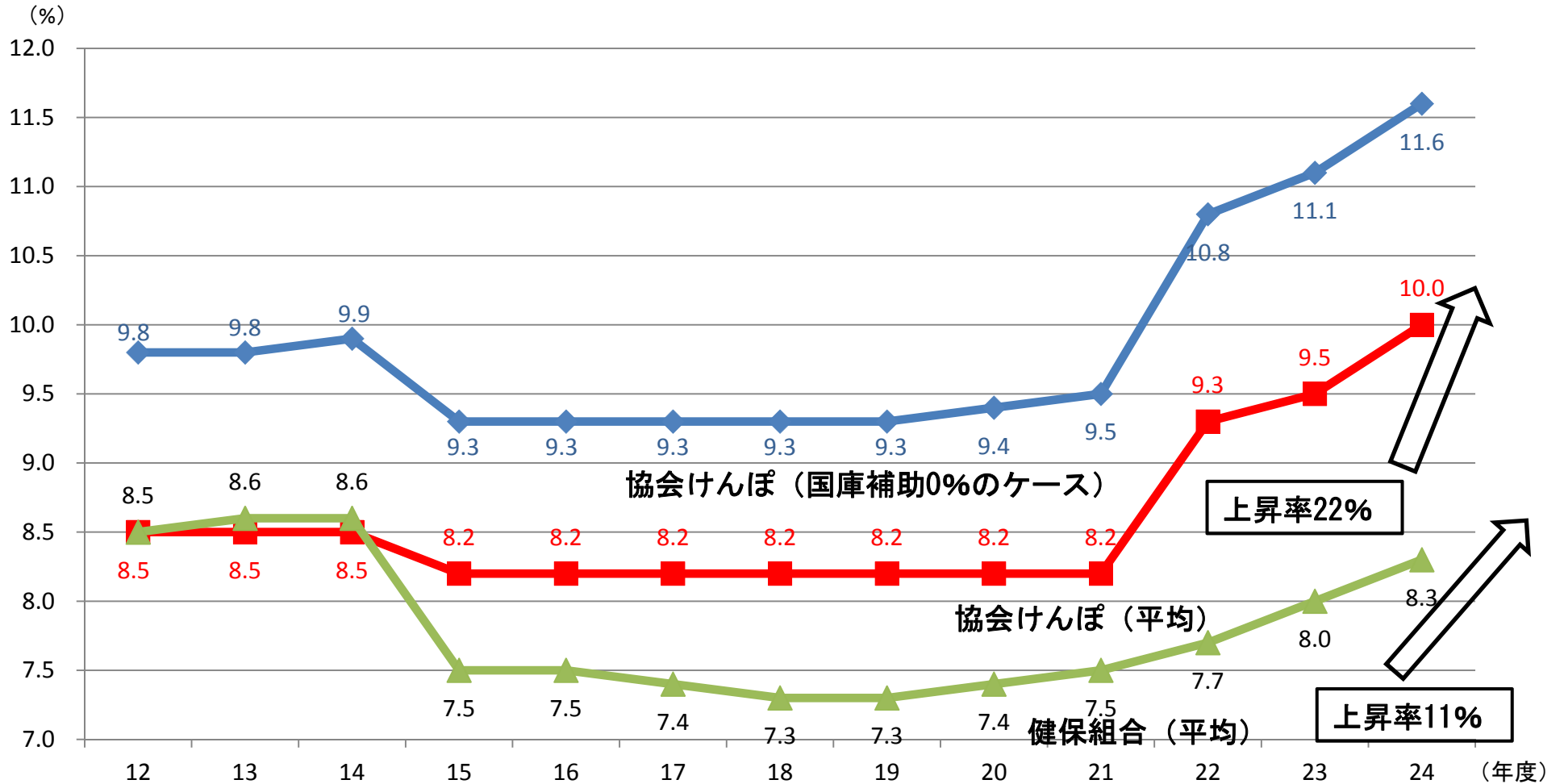
4 （略）

5 協会は、平成二十二年度から平成二十四年度までの間、毎事業年度の開始前に（平成二十二年度にあつては、当該年度開始後速やかに）、当該事業年度から平成二十四年度までの間（当該事業年度が平成二十四年度の場合にあつては、当該事業年度）についての協会が管掌する健康保険の被保険者数及び総報酬額の見通し並びに保険給付に要する費用の額、保険料の額（各事業年度において財政の均衡を保つことができる保険料率の水準を含む。）その他の健康保険事業の収支の見通しを作成し、公表するものとする。

6～17 （略）

協会けんぽと健保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。協会けんぽの引き上げ率の方がより大きい。
- 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。

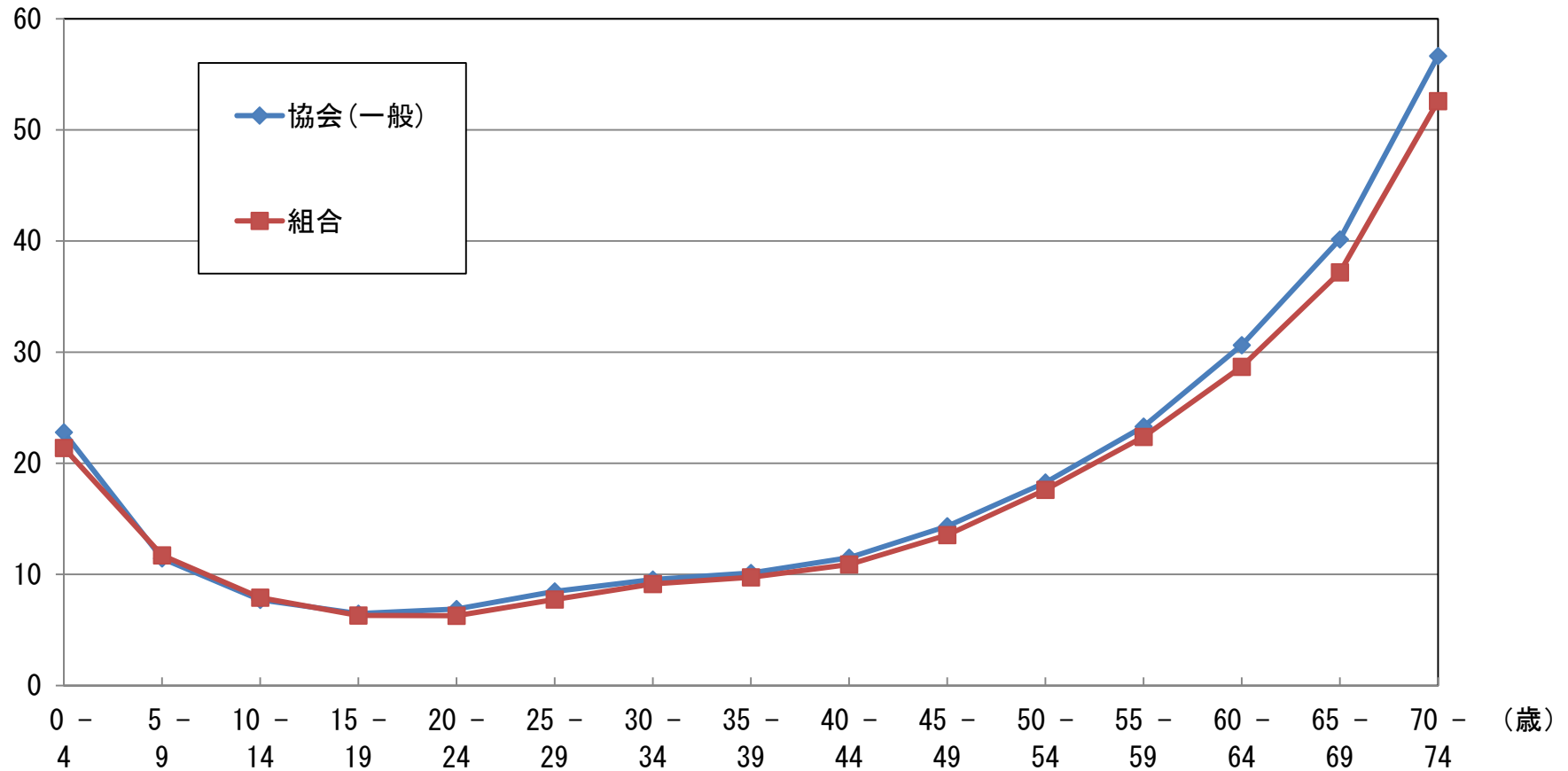
(※2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、「組合決算概況報告」「23年度健保組合決算見込」、「24年度健康保険組合の予算早期集計」による。

年齢階級別一人当たり医療費

○ 協会けんぽと健保組合との間で、一人当たり医療費の差は大きくない。

(万円)

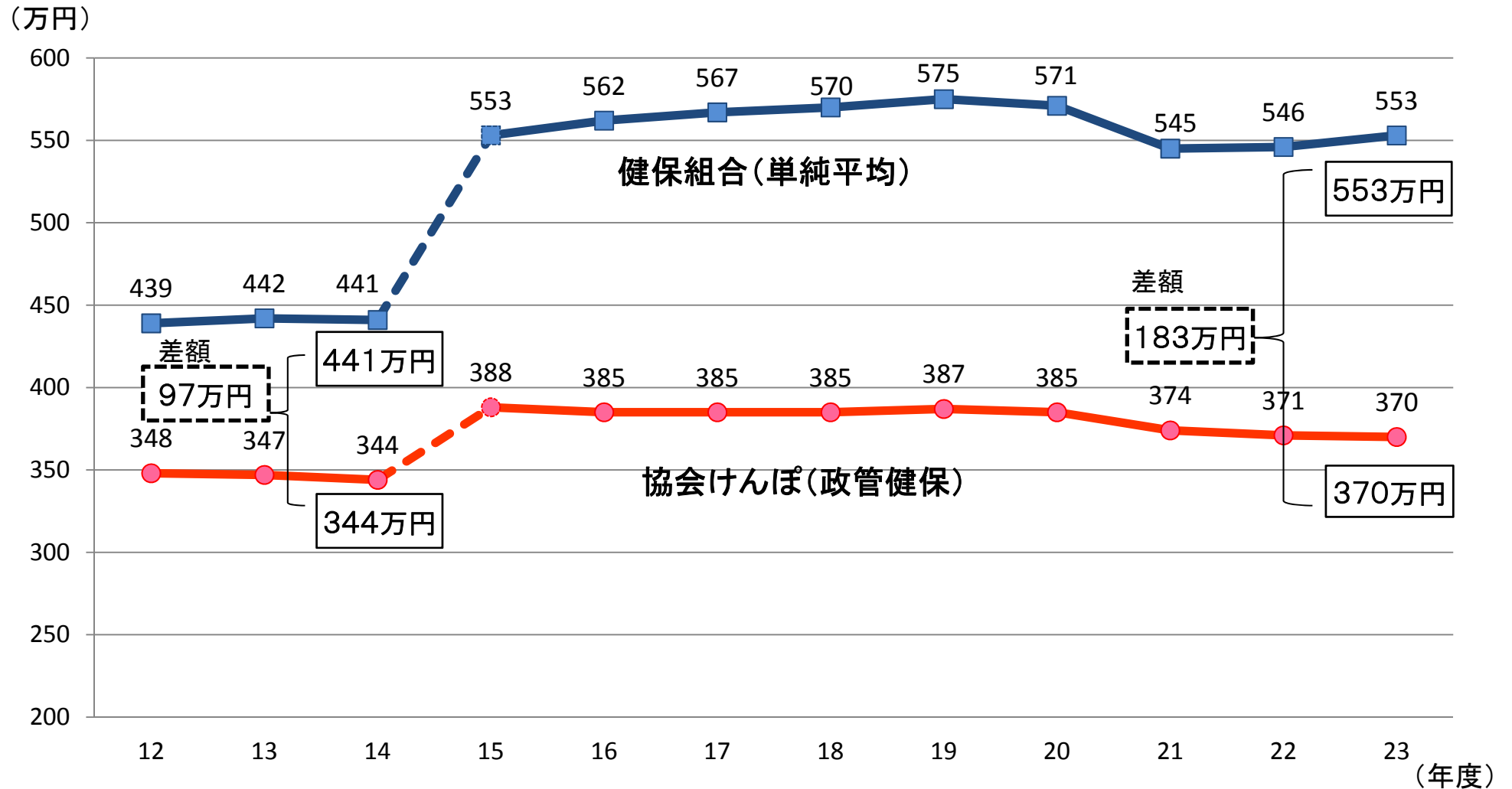
(平成22年度分)



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

協会けんぽと健保組合の報酬水準の推移

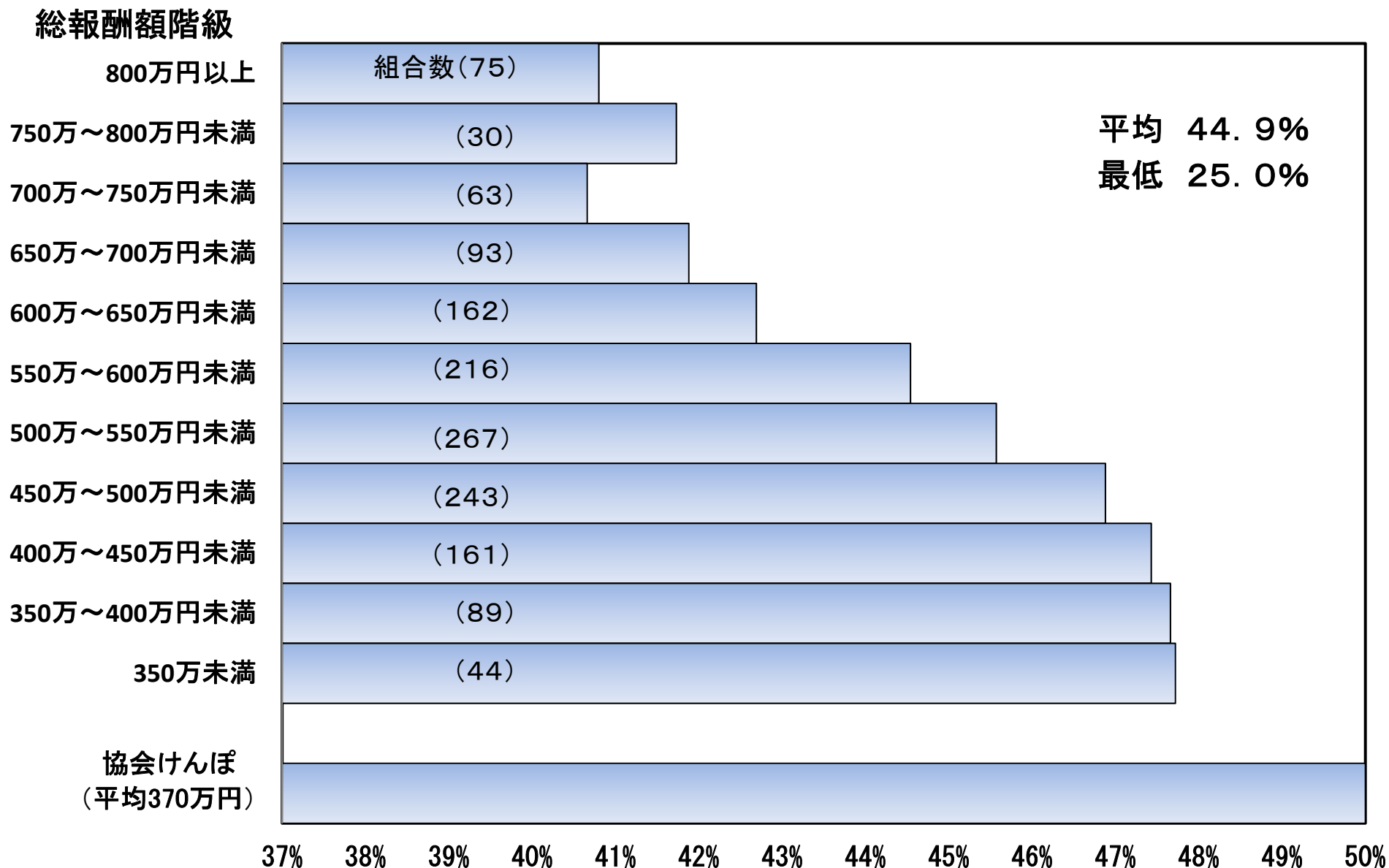
○ 平成15年度より総報酬制へ移行してから、保険料の基礎となる報酬水準の格差が拡大。



注1：健康保険組合は平成22年度までは決算、平成23年度は決算見込。

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

保険料を100とした場合の被用者保険の本人の負担割合（階級ごとの平均）



(注) 保険料率には調整保険料率を含まない(平成23年度決算見込)。

被用者保険の準備金等について

- 協会けんぽの準備金は必要とされる法定準備金を常に下回っている一方、健保組合の法定準備金は大幅に上回っている。

<準備金等残高の推移>

	平成20年度末	平成21年度末	平成22年度末	平成23年度末
協会けんぽ (必要とされる 法定準備金)	1,539億円 (一)	△3,179億円 (5,752億円)	△638億円 (5,784億円)	1,951億円 (5,855億円)
健保組合 (うち法定準備金)	4兆2,155億円 (1兆6,261億円)	3兆8,809億円 (1兆6,467億円)	3兆5,751億円 (1兆6,854億円)	3兆3,745億円 (1兆7,659億円)

- (参考) ○ 協会けんぽの加入者数 : 約3,485万人 (平成23年度末)
○ 健康保険組合の加入者数 : 約2,961万人 (平成23年度末)
○ 法令の規定により、
・ 協会けんぽは医療給付費相当分及び後期高齢者支援金等拠出金相当分の1か月分、
・ 健保組合は医療給付費相当分及び後期高齢者支援金等拠出金相当分給付費の3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 (表の括弧内は、協会けんぽと健保組合それぞれの法定準備金の額)。

準備金について

1. 健康保険法及び健康保険法施行令において、協会けんぽは、毎事業年度末において、その年度と直前2事業年度内に行った保険給付費及び後期高齢者支援金等の平均の1か月分に相当する額に達するまでは、その年度の剰余金を準備金として積み立てなければならないとされている。

健康保険法

(準備金)

第六十条の二 保険者は、政令で定めるところにより、健康保険事業に要する費用の支出に備えるため、毎事業年度末において、準備金を積み立てなければならない。

健康保険法施行令

(指定の要件)

第二十九条 法第二十八条第一項の政令で定める要件は、(中略)一の年度における健康保険組合の保険給付に要した費用の額(前期高齢者納付金等、後期高齢者支援金等及び日雇拋出金並びに介護納付金の納付に要した費用の額(高齢者の医療の確保に関する法律の規定による前期高齢者交付金(第六十五条第一項第一号イ及び第六十七条第三項において「前期高齢者交付金」という。)がある場合には、これを控除した額)を含む。以下この条及び第四十六条において同じ。)(中略)を下回ったものとする。

(準備金の積立て)

第四十六条 協会は、毎事業年度末において、当該事業年度及びその直前の二事業年度内において行った保険給付(※)に要した費用の額(法第一百五十三条及び第一百五十四条の規定による国庫補助の額を除く。)の一事業年度当たりの平均額の十二分の一に相当する額に達するまでは、当該事業年度の剰余金の額を準備金として積み立てなければならない。

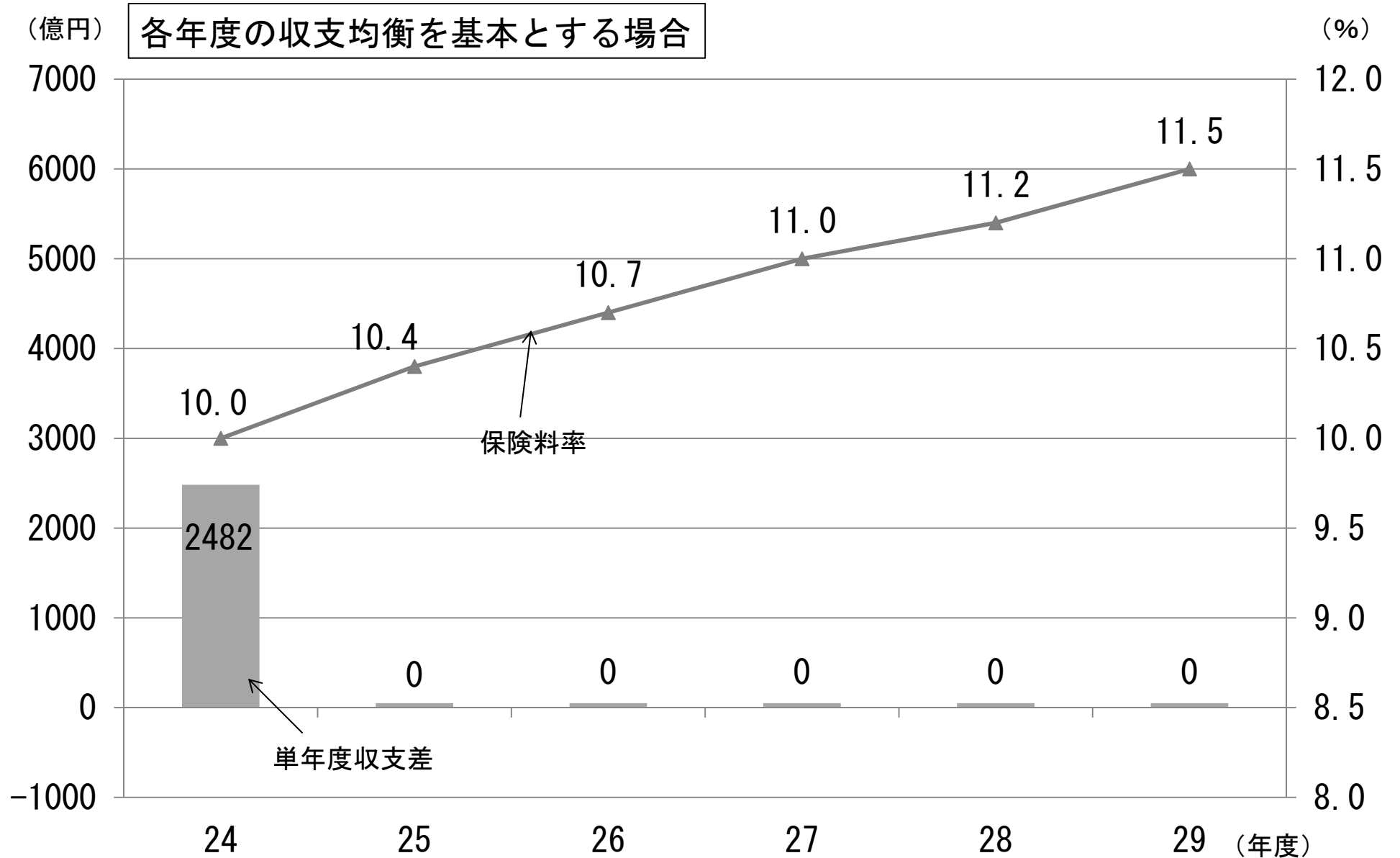
※ 保険給付に要した費用の額は、健康保険法施行令第29条において「前期高齢者納付金等、後期高齢者支援金等及び日雇拋出金並びに介護納付金の納付に要した費用の額を含む。」とされている。

2. インフルエンザの流行など予測し得ない事態に備えるという準備金の性質を踏まえると、準備金が保険給付費及び後期高齢者支援金等の1か月分未満である場合においては、準備金を取り崩すことはできないと解釈している。

6つのケース（議論用の一例）

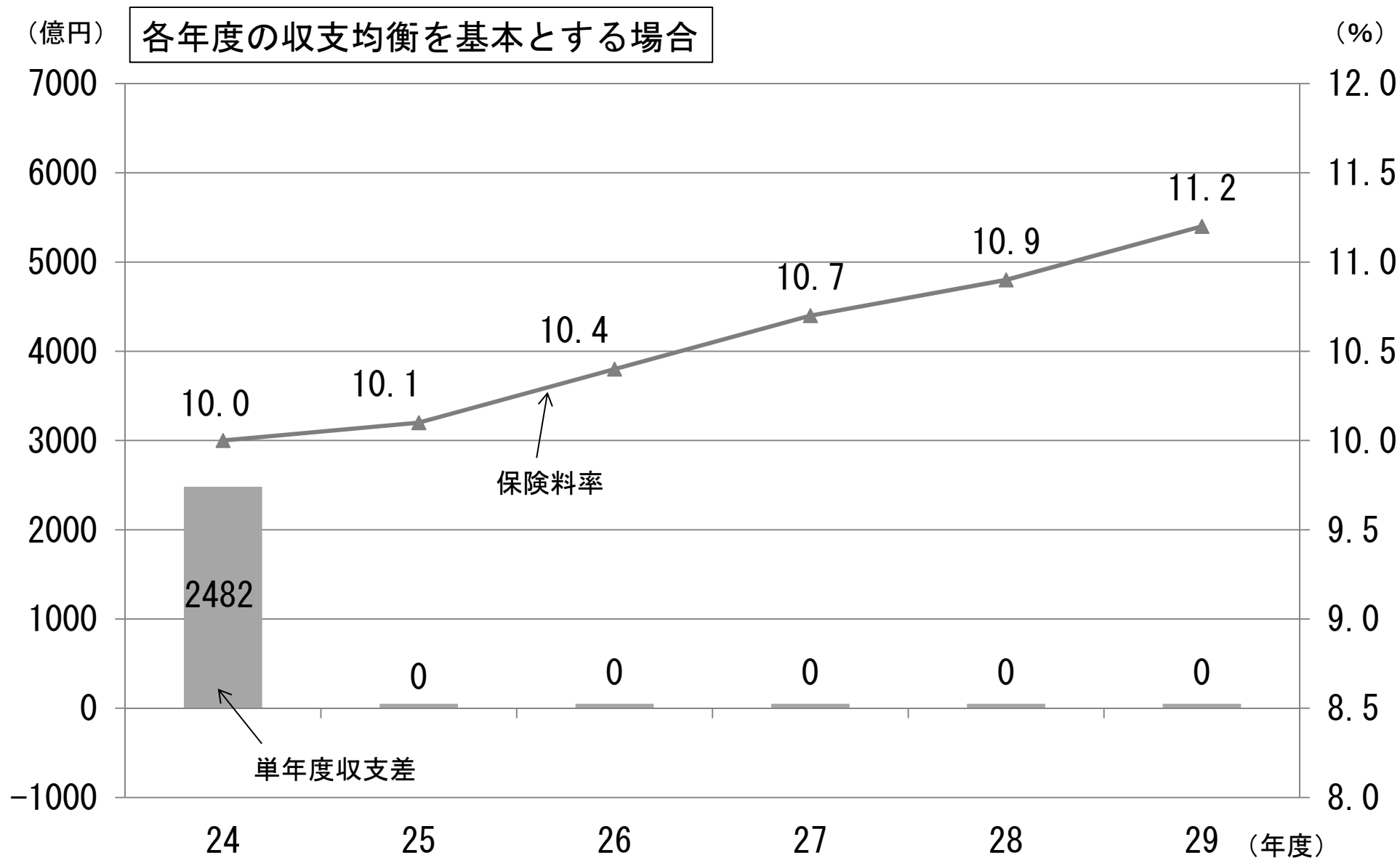
- 議論の円滑化を図るため、準備金を維持する場合、取り崩す場合のそれぞれについて、①国庫補助率13%、加入者割、②国庫補助率16.4%、1/3総報酬割、③国庫補助率20%、全面総報酬割の各ケースにおける保険料率の推移をグラフにした。
- ※1 グラフの前提となる各年度の保険収入、保険給付費、後期高齢者支援金等の各前提条件は、協会けんぽが11月2日に発表したものと同一である。
- ※2 なお、賃金上昇率については、協会けんぽが設定した3つの前提のうち、「0%で一定」のみを掲げた。

協会けんぽの平成25年度～29年度の見通し (国庫補助率13%・加入者割)



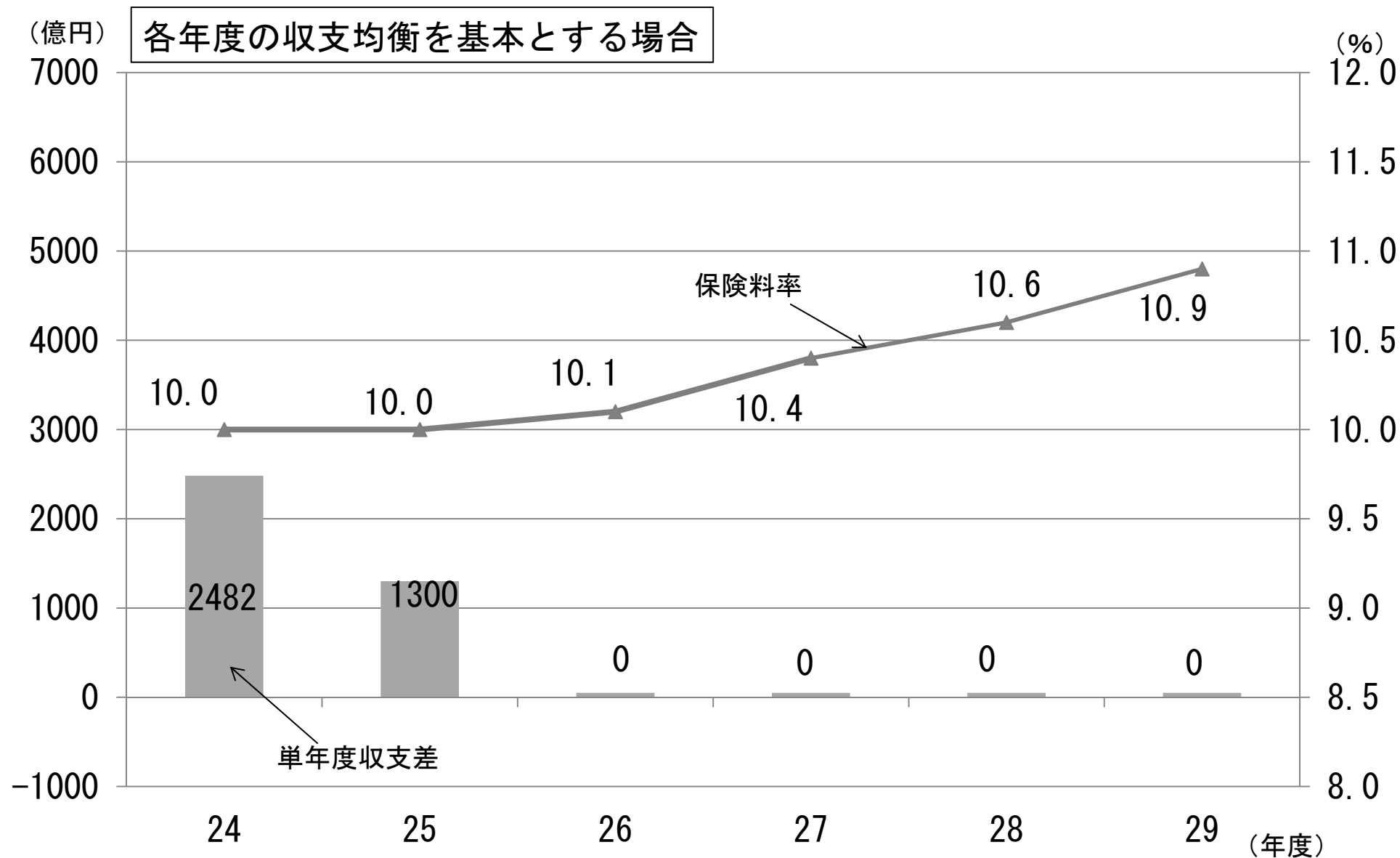
(注) 準備金(平成24年度決算見込み約4400億円)を取り崩さないとした場合の見通し。

協会けんぽの平成25年度～29年度の見通し (国庫補助率16.4%・1/3総報酬割)



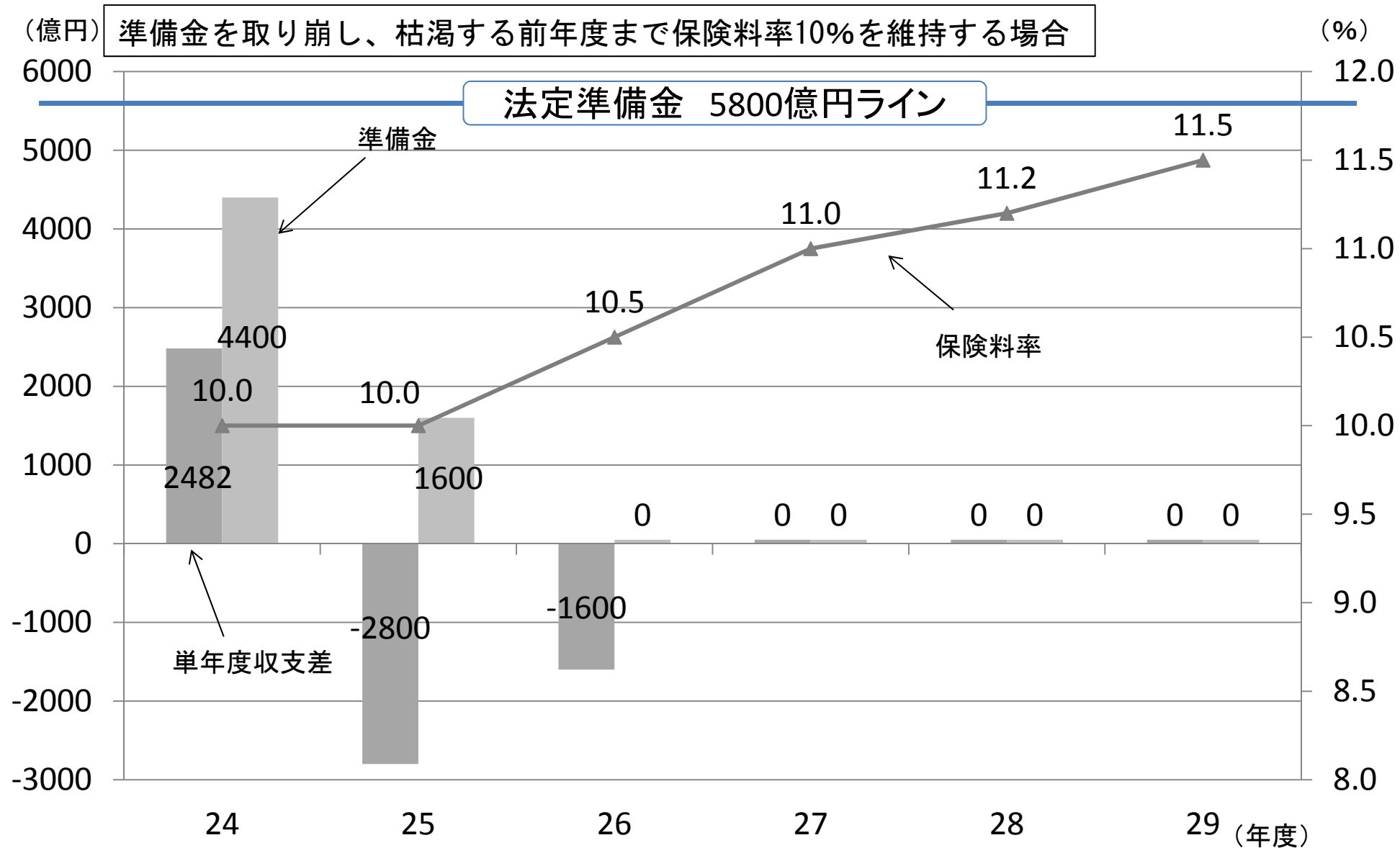
(注) 準備金(平成24年度決算見込み約4400億円)を取り崩さないとした場合の見通し。

協会けんぽの平成25年度～29年度の見通し (国庫補助20%・全面総報酬割)

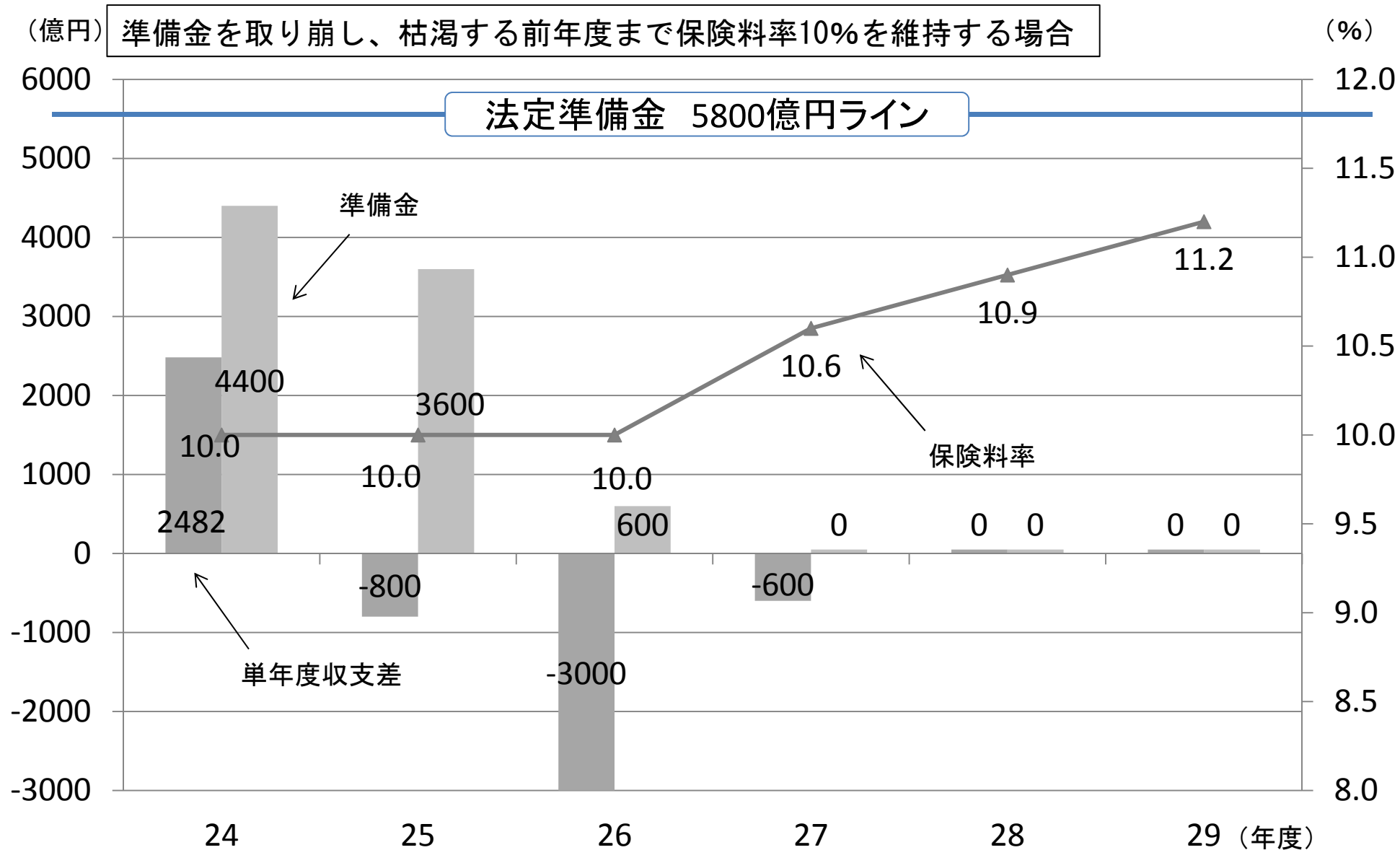


(注) 平成24年度決算見込みで生じた約4400億円の準備金については取り崩さず、平成25年度に生じた剰余金については、準備金としてさらに積み立てることを前提とした見通し。

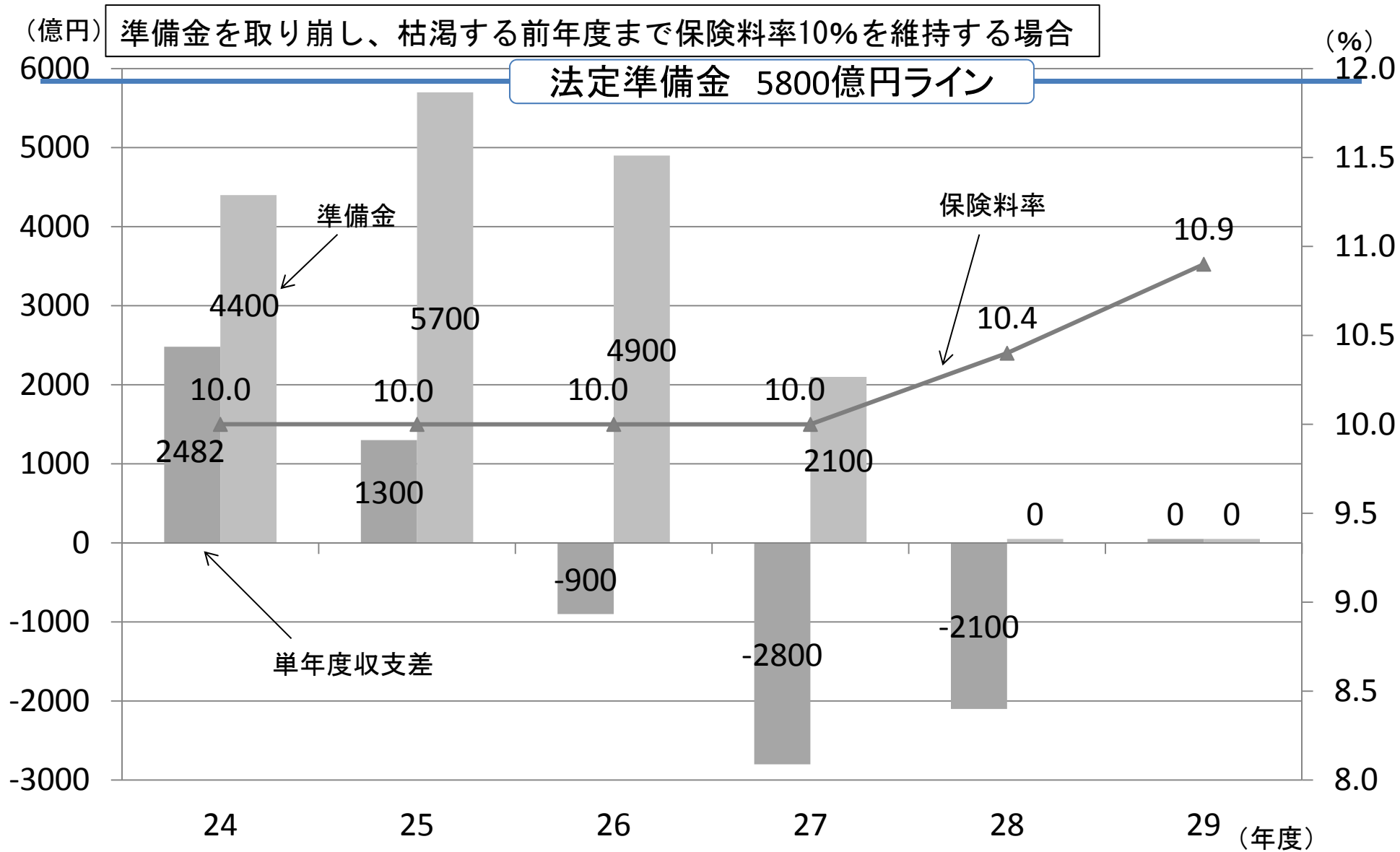
協会けんぽの平成25年度～29年度の見通し (国庫補助率13%・加入者割)



協会けんぽの平成25年度～29年度の見通し (国庫補助率16.4%・1/3総報酬割)

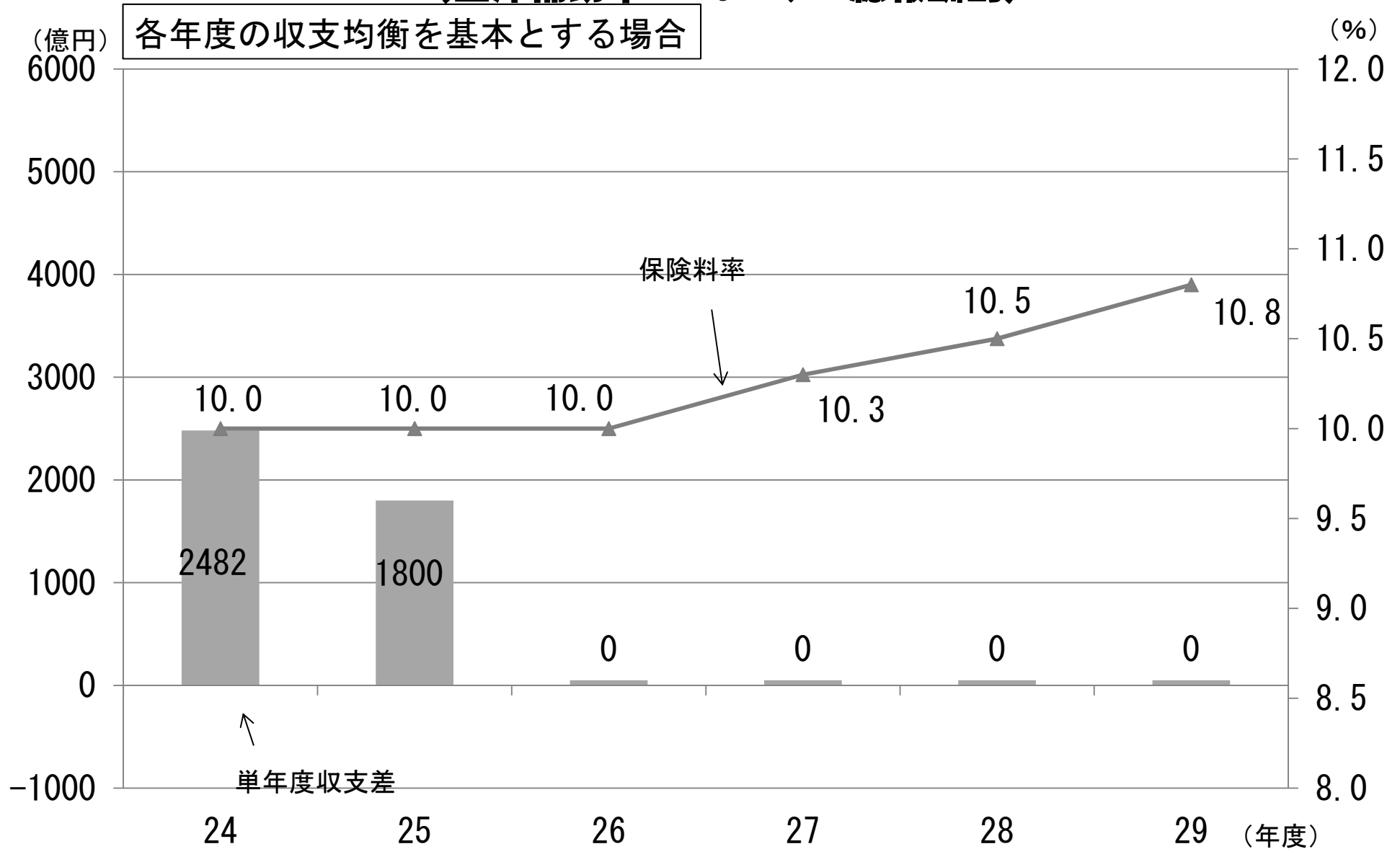


協会けんぽの平成25年度～29年度の見通し (国庫補助率20%・全面総報酬割)



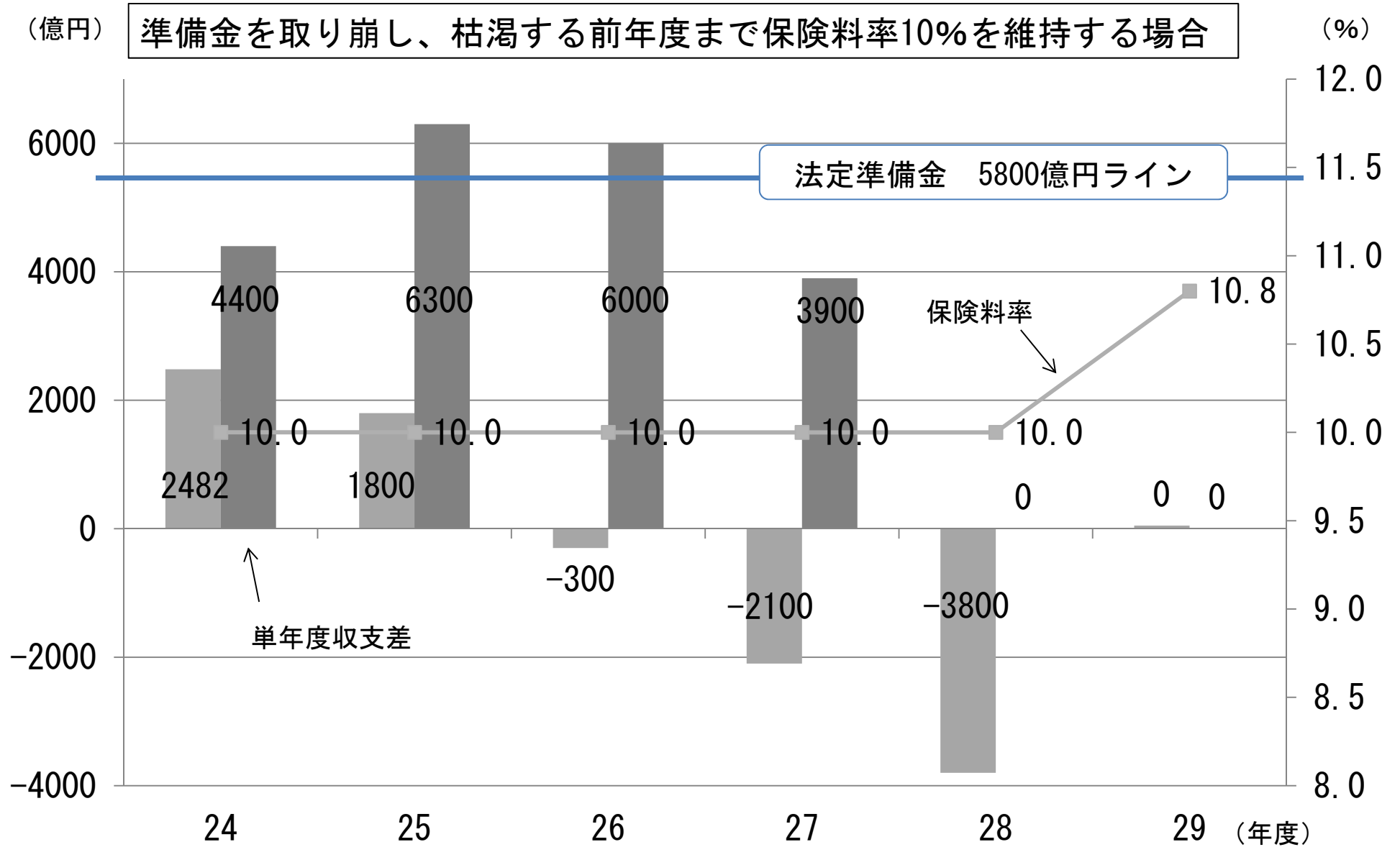
11月7日の部会で御指摘があったもの

協会けんぽの平成25年度～29年度の見通し (国庫補助率20%・1/3総報酬割)

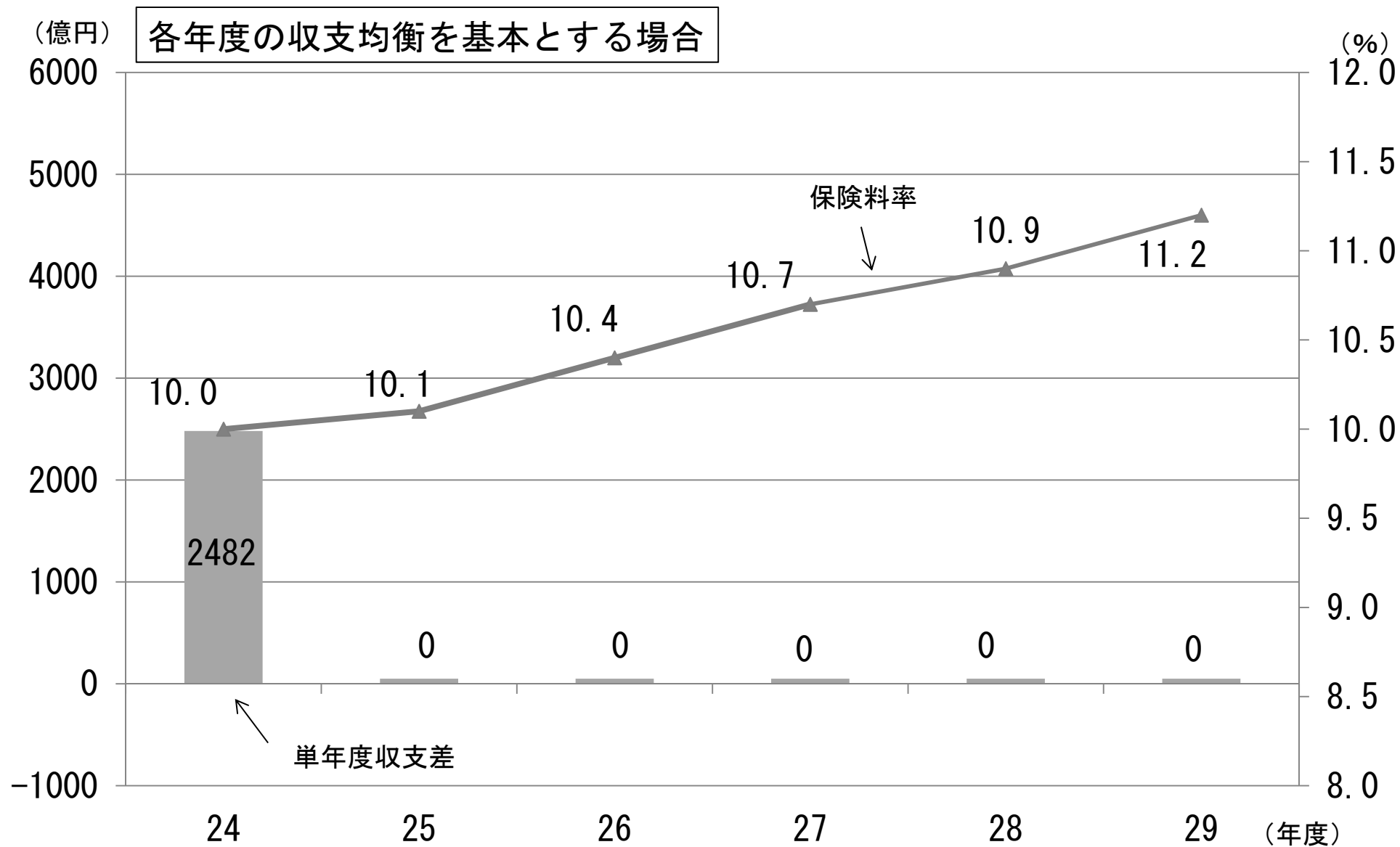


(注) 平成24年度決算見込みで生じた約4400億円の準備金については取り崩さず、平成25年度に生じた剰余金については、準備金としてさらに積み立てることを前提とした見通し。

協会けんぽの平成25年度～29年度の見通し (国庫補助率20%・1/3総報酬割)

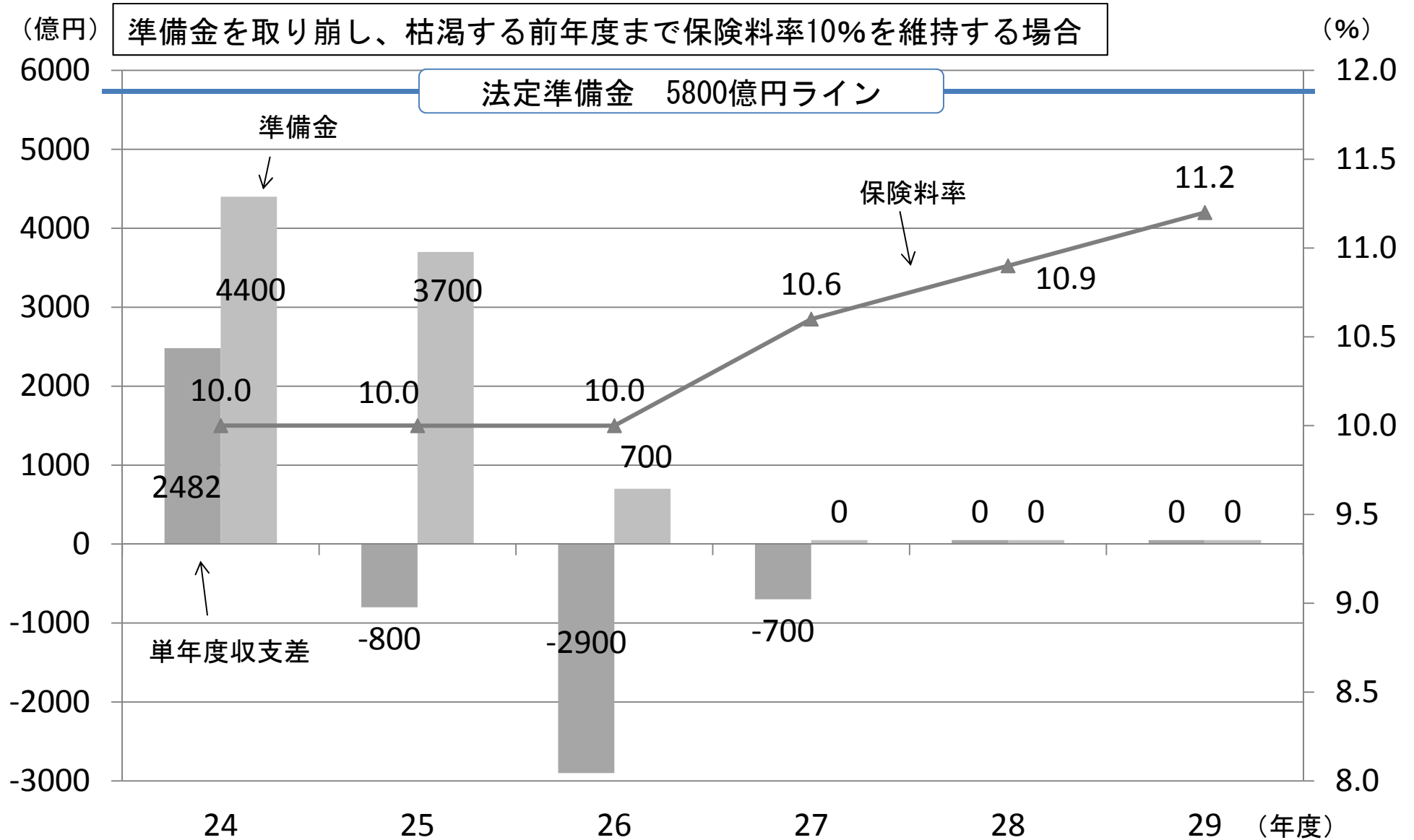


協会けんぽの平成25年度～29年度の見通し (国庫補助16.4%・加入者割)



(注) 平成24年度決算見込みで生じた約4400億円の準備金については取り崩さない前提とした見通し。

協会けんぽの平成25年度～29年度の見通し (国庫補助16.4%・加入者割)



協会けんぽに対する国庫補助について

- 協会けんぽは、中小・零細事業所の被用者とその家族が主な加入者であり、加入者の報酬水準が被用者保険の中で相対的に低いことなどにより、財政基盤が弱いため、法律に基づき、給付費等に対する定率の国庫補助が行われている。

	協会けんぽ	健保組合(平均)	共済組合(平均)
被保険者1人当たり収入 (ボーナス含む) (22年度)	370万円	533万円	651万円
加入者の平均年齢(22年度)	36.3歳	34.0歳	33.4歳
65歳～74歳の割合	4.8%	2.6%	1.8%
加入者1人当たり医療費 (22年度)	15.6万円	13.8万円	14.0万円
公費の補助	給付費等の16.4% (22年度～24年度)	財政窮迫組合への 定額補助	なし
	1.2兆円 (24年度予算ベース)	16億円 (24年度予算ベース)	

(参考) 衆議院社会労働委員会(昭和55年10月30日)

- 小平芳平議員 まず、医療保険において国庫補助というのはどういう意味がありますか。医療保険において国庫補助が出ておりますが、それはどういう意味で、どういう理由で出されておりますか。
- 大和田政府委員 医療保険制度は、保険料によりましてその給付費を賄うというのが原則であると考えておるわけでございますが、政府管掌健康保険におきましては、被保険者に所得の低い階層が多い、あるいは高齢者が多いということ等のために財政基盤が弱い。それを考慮いたしまして必要な国庫補助を行っておるということでございます。
- 小平芳平議員 財政基盤が弱いという、そういう見地からしますと、政管健保は組合健保と比べて中小企業の労働者が多い。したがって賃金が低い。保険料収入が少ない。それに対し、労働条件の悪さから罹患率が高い。老人の割合が多い。したがって給付費が多いということになるわけです。収入が少なくて支出が多いという構造ですから、同じ割合の保険料を取っている以上、財政事情が苦しいのは当然であります。それを保険財政として維持していくためには国庫補助を導入していく。これはむしろ当然のことだというふうに言えるわけでしょう。
- 大和田潔政府委員 そういうような御趣旨から、先ほど私が申しました趣旨並びに先生いまおっしゃいました御趣旨から、政府管掌健康保険におきまして国庫補助を導入してまいったわけでございます。

協会けんぽ（旧政管健保）の国庫補助の経緯

昭和31年度～：予算の範囲内で給付費の一部を補助

- ・ 制度創設当初は、給付費に対する国庫補助は行われていなかった（事務費について予算の範囲内で補助）。
- ・ 昭和29年度・30年度の2年間に約70億円の累積赤字が生じたため、国庫補助で処理した。
- ・ 昭和31年度も約60億円の赤字が見込まれたため、財政を再建し、運営を正常化するため、国が財政援助をすることとなった（事務費に加え、事業に要する費用の一部を補助する規定を創設）。

昭和48年度～：国庫補助率と保険料率との連動制の導入

- 保険料率7.2%に対し、国庫補助率を10%とした上で、保険料率を0.1%引き上げるごとに国庫補助率を0.8%上乗せする連動規定を置き、保険給付費の増加に対し、保険料率と国庫補助率の双方の引上げで対応する仕組みとした。

（参考）補助率10%とした経緯

昭和46年：保険給付費の5%を国庫補助する健保法改正案を国会に提出。審議未了、廃案。

47年：補助率5%に加え、保険料率0.1%引上げごとに補助率0.4%上乗せの法案提出。衆院で補助率10%に修正、参院で廃案。

48年：補助率10%に加え、保険料率0.1%引上げごとに補助率0.4%上乗せの法案提出。衆院で0.6%上乗せ、参院で0.8%上乗せに修正、成立。

昭和56年3月～：保険料率との連動制の廃止、補助率「当分の間16.4%」

- 国庫補助率と保険料率の連動によって、昭和53年以降、保険料率8.0%、国庫補助率16.4%となったが、厳しい国の財政状況を踏まえ、保険料率と国庫補助率との連動規定を廃止した上で、保険料率を8.4%に引き上げた。
- 国庫補助率は、政府原案では、当時の16.4%を下限として法律本則で「16.4%から20%の範囲で政令で定める」と規定したが、国会審議の過程で国の財政状況を踏まえ、改正法附則で「当分の間16.4%」と修正された。
 - ・ 国会修正により「当分の間16.4%」と修正されるとともに、改正法附則で「当該国庫補助率は、保険給付の内容の変更又は国の財政状況の変動その他特別の事情が生じた場合には速やかに検討すべき」とされた。「国の財政状況の変動」とは「国の財政再建が成った場合、すなわち特例公債の発行に依存することなく、国庫の財政運営に必要な財源を確保できるに至った場合」と政府から説明している（昭和55年11月7日衆議院社会労働委員会）。
 - ・ 国会審議では政府原案の「16.4%から20%の範囲で政令で定める」の趣旨について、「①給付費が増大した場合は16.4%を維持する、②自己負担の増加など給付費が減少した場合は、補助額を維持するため補助率を16.4%から20%の範囲で政令で定める」と政府から説明している（昭和55年10月30日衆議院社会労働委員会）。

平成4年度～：補助率「当分の間13%」、中期財政運営方式（旧政管健保の廃止まで）

- 昭和56年以降は黒字基調となり、特に平成元年以降に大きな剰余金が生じ、平成3年度末に積立金が1.4兆円となった。
- こうした中、単年度収支均衡の考え方から、5年を通じて収支均衡を図る中期財政運営に移行した。併せて、保険料率を8.4%→8.2%に引き下げるとともに、平成4年度以降の5年間を通じて、給付費の3ヶ月分の事業運営安定資金（積立金）を確保できるよう、財政収支の見通しを設定する中で、給付費分の国庫補助率を「当分の間13%」に引き下げた。
- 補助率の引き下げは「暫定措置」であり、改正法附則で「政管健保の中期的財政運営の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、検討を加え、所要の措置を講じる」としている。

<参考：平成4年度以降の財政運営>

- ・ バブル崩壊後の経済環境の変化等により、平成5年度から大幅な赤字基調に転じた。
- ・ 平成9年度に保険料率を引上げ（8.2%→8.5%）。2年を1期として収支均衡を図る財政運営に移行。
- ・ 平成14年度に6200億円の赤字を計上。15年度から総報酬制（ボーナスにも月収と同じ保険料率を賦課）を導入するとともに、保険料率を8.2%（実質的に0.7%引上げ）に設定。
- ・ 保険料率の引上げに加えて、平成14年改正で老人保健制度の対象年齢と公費負担割合の段階的引上げを行った結果、一時的に平成15～18年度は黒字、積立金が5000億円（18年度末）となったが、平成19年度以降、赤字に転じた。

平成22年7月～24年度：補助率16.4%（3年間の特例措置）

- 協会けんぽが平成20年10月に政府管掌健康保険を引き継いで発足したが、リーマンショック後の景気悪化による保険料収入の激減等によって、3200億円（21年度）の負債が生じた。このため、平成22年に健康保険法を改正し、平成22年7月以降、国庫補助率を16.4%に戻し、財政再建に取り組んでいる。

協会けんぽ（政管健保）の国庫補助率・保険料率の推移

	国庫補助率	保険料率（注2）
昭和31年度～	予算の範囲内で給付費の一部を補助	6.5%（S30年7月～） 6.3%（S35年4月～） 6.5%（S41年5月～） 7.0%（S42年9月～）
昭和48年度～	10.0%（S48年10月～） 13.2%（S49年11月～） 14.8%（S51年10月～） 16.4%（S53年2月～）	7.2%（S48年11月～） 7.6%（S49年12月～） 7.8%（S51年11月～） 8.0%（S53年3月～）
	}（※）保険料率0.1%増ごとに 補助率0.8%増。	
昭和56年3月～	16.4%（S56年3月～） （※）16.4%～20%の間で政令で定める。ただし、当分の間 16.4%に法定。	8.4%（S56年4月～） 8.5%（S56年12月～） 8.4%（S59年4月～） 8.3%（S61年4月～） 8.4%（H2年4月～）
平成4年度～	13.0%（H4年4月～） （※）16.4%～20%の間で政令で定める。ただし、当分の間 13.0%に法定（給付費分）。（注1）	8.2%（H4年5月～） 8.5%（H9年10月～） 8.2%（H15年5月～） （※）総報酬制に移行。実質0.7%増。
平成20年10月～ （協会けんぽ発足）		平均8.2%（H21年11月～） （※）都道府県単位料率を導入。
平成22年度～	16.4%（H22年7月～） （※）22年度から24年度までの間は16.4%に法定。	平均9.34%（H22年4月～） 平均9.5%（H23年4月～） 平均10.0%（H24年4月～）

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

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

旧政府管掌健康保険の中期財政運営と平成4年の国庫補助率引下げの経緯

<平成4年の中期財政運営の導入の経緯>

- 旧政管健保は、昭和56年度以降、保険料収入が伸びたこと等により、財政収支が黒字基調に推移。平成元年に2200億円、平成2年に3400億円、平成3年に3700億円の黒字となり、平成3年度末に積立金が1.4兆円となった。

(※) 一般会計の財政状況が厳しく、必要な財源を確保できなかったため、昭和60年度から平成元年度まで、政管健保の積立金を一般会計に繰り入れる特例措置を講じた(60年度～元年度の繰入れ累計額：約4600億円。平成11年度までに元本を全額返済、利息も13年度に全額返済)。

- こうした中、短期的な景気変動等に伴う保険料率の変更をできるだけ避けながら、一層の財政運営の安定を図る観点から、この1.4兆円の積立金を活用して事業運営安定資金(積立金)を創設し、単年度の収支を調整する機能を持たせることで、5年を通じて収支均衡を図りながら財政運営する方式に移行した(平成4年健保法改正)。

この中期財政運営では、保険料率を下げる(8.4%→8.2%)とともに、5年にわたって給付費等の約3ヶ月分の事業運営安定資金が確保されるよう、収支見通しを設定する中で、補助率を「当分の間13%」とした。

(※1) 5年間の財政運営では、①中期の財政運営を支える調整資金と単年度の収支不足に対応する支払準備金として、給付費等の約3ヶ月分に相当する事業運営安定資金を確保、②出発年度と最終年度の資金の規模が同程度(給付費等の約3ヶ月分)となるような保険料率を設定、という考えに立って、事業運営安定資金の規模を1.4兆円(平成4年度予算ベースの給付費3.1ヶ月分)とした上で、保険料率8.2%で国庫補助率13%の場合でも、平成8年度に同資金2.0兆円(3.3ヶ月分)を確保できる見通しとした。

(※2) 中期財政運営の保険料率は、平成3年当時、付加給付を除いた健保組合の平均保険料率が8.1%、共済組合が8.4%であり、給付費への国庫補助がない被用者保険者とのバランスを考えて8.2%とした。

<平成9年度以降の中期財政運営>

- バブル崩壊後の経済基調の変化等により、平成5年度以降は大幅な赤字基調となったため、5年を1期とする財政運営を、平成9年度以降、2年を1期として財政均衡を確保する方式に見直し、保険料率を8.5%とした(平成9年改正)。

(※) 複数年度の収支を見通して財政運営することは引き続き有効との考えに立って、財政運営の期間を2年とした。

- 平成15年度に総報酬制(ボーナスにも月収と同じ保険料率を賦課)を導入した際、5年を1期とする財政運営(平成15~19年度)に戻し、保険料率を8.2%として、少なくとも2年ごとに5年間の財政均衡を社会保険庁長官が確認、公表する方式とした。

(※1) 中期財政運営は、平成20年10月の協会けんぽの発足時に廃止され、単年度収支均衡に基づく財政運営に戻された。

(※2) 協会けんぽ発足(平成20年10月)までの間の20年度の料率は、21年3月までの間の財政均衡を確保する料率として、8.2%と設定。

2. 高齢者医療制度の在り方について

後期高齢者支援金の総報酬割について

○社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)

3. 医療・介護等②

(保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策)

(4) 高齢者医療制度の見直し

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

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

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

後期高齢者支援金の総報酬割に関するこれまでの議論①

○高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

- 現行の後期高齢者医療制度の支援金について、被用者保険者間では、各保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなっている。
- このため、負担能力に応じた負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法が導入されたところである。
- 今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法を全て総報酬割とする。
- これにより比較的所得の高い共済組合や健保組合の負担が増加することになるが、負担能力に応じた公平な負担とする趣旨であることについて理解を求めていくことが必要である。
- なお、総報酬割の導入により協会けんぽに対する国庫負担が不要となり、その分を健保組合等が肩代わりする構図となっていることは問題であり、更なる公費拡充によって負担軽減がなされなければ総報酬割導入には反対であるとの意見があった。また、不要となる国庫負担分は、協会けんぽに対する国庫負担割合の引上げ、財政力の弱い健保組合への支援、前期高齢者への公費投入など、被用者保険のために活用すべきとの意見があった。一方、こうした意見に対しては、健保組合等と市町村国保の財政状況の違い等を考慮すれば、被用者保険だけの利益を考えることは適当ではないとの意見があった。

後期高齢者支援金の総報酬割に関するこれまでの議論②

○社会保障審議会医療保険部会 議論の整理(平成23年12月)

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

高齢者医療費の支え合いの仕組みについて

昭和48年 老人医療費無料化

→老人医療費が急増し、特に国保財政に大きな影響。

昭和58年 老人保健制度創設

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

昭和59年 退職者医療制度創設

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

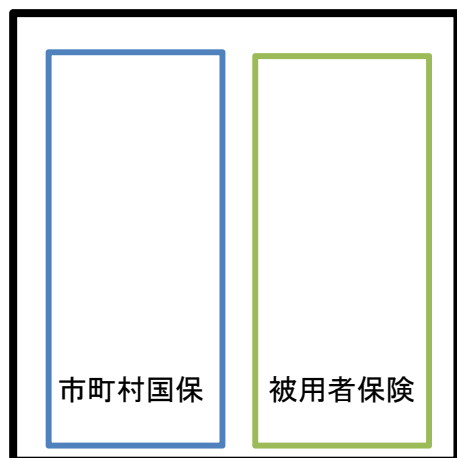
※拠出金負担の増大による被用者保険者側の不満が高まった。

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

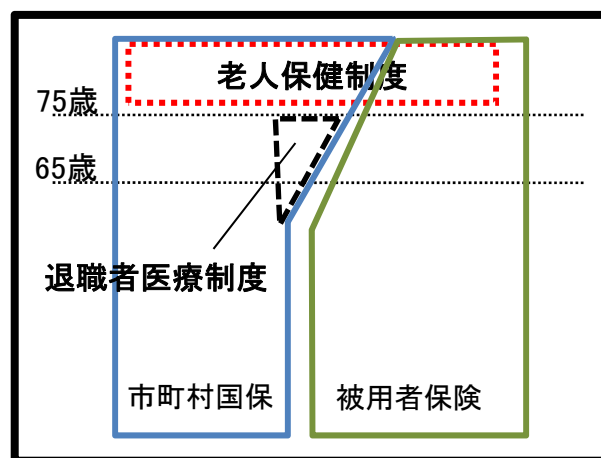
平成20年 後期高齢者医療制度創設

・高齢世代と現役世代の明確化等を図るため、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を創設。
・65～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の均衡を図るため、保険者間の財政調整の仕組み(前期財政調整)を導入。

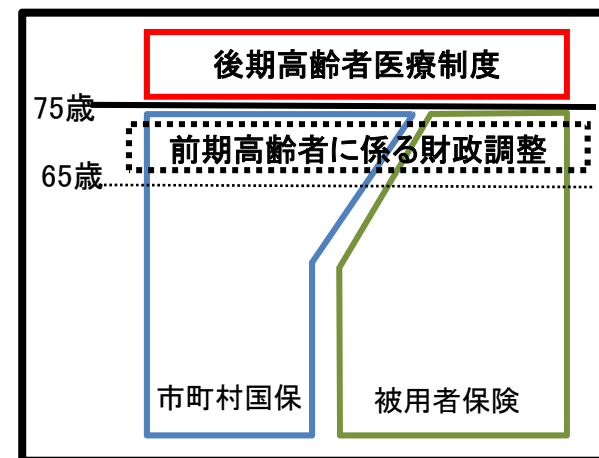
昭和58年まで
(個々の保険者内での世代間の支え合い)



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



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



各制度の比較

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

後期高齢者支援金の総報酬割の拡大

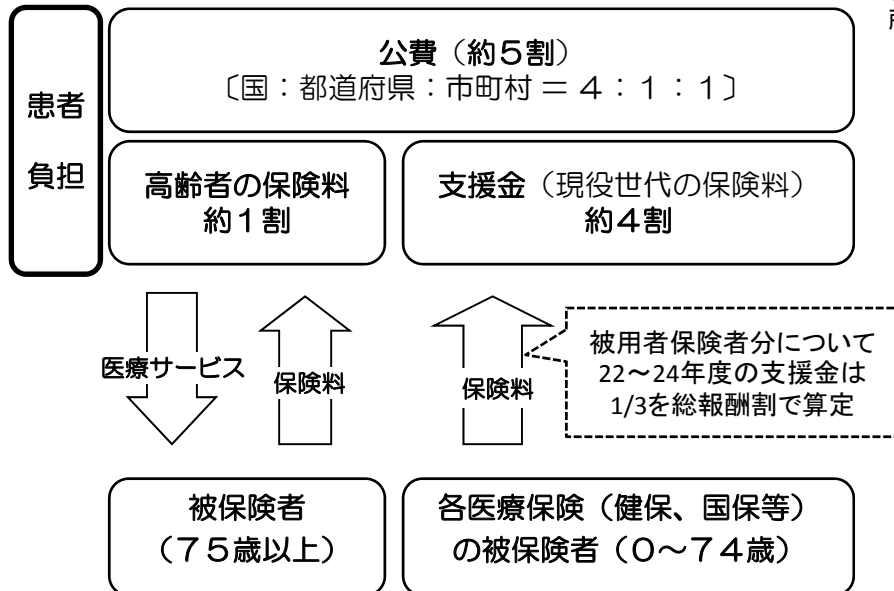
現状

- 75歳以上の者の医療給付費については、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分してきたところ。
- しかしながら、被用者保険者間の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、**負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金について、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入したところ。**(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

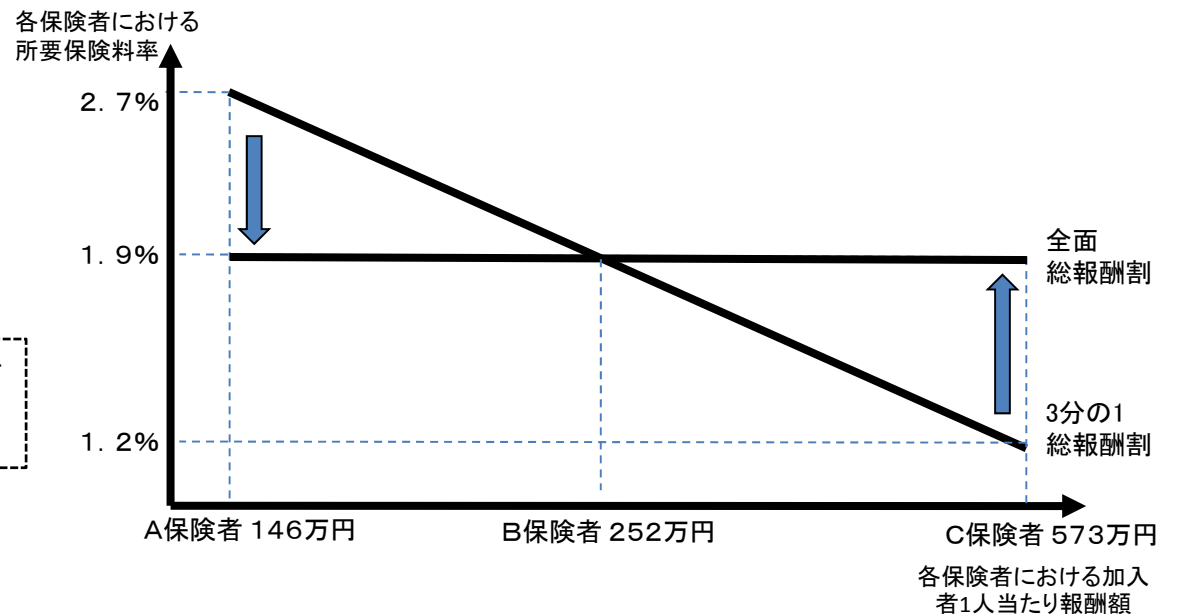
厚生労働省の高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいくええ合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法を全て総報酬割とする。

75歳以上の方の費用負担の仕組み



支援金を全面総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



(注) 23年度賦課ベース。所要保険料率とは、支援金を賄うために必要な保険料率。

後期高齢者支援金の負担方法（加入者割と総報酬割の違い）

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

<モデル例>

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

《全面加入者割の場合》

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

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

財政力の弱い組合の負担が大きくなる。

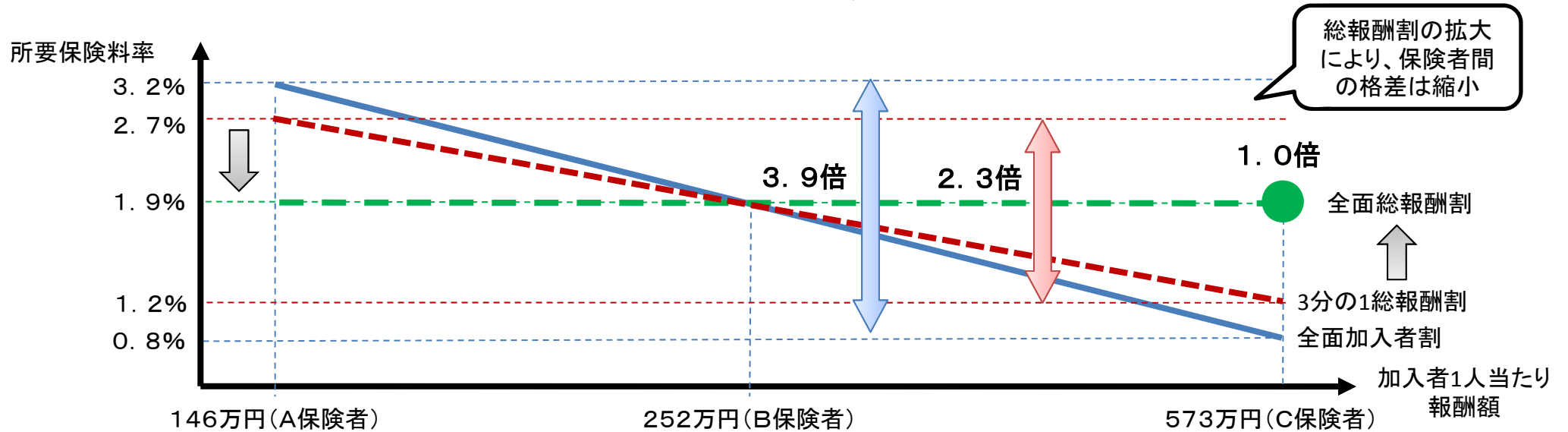
《全面総報酬割の場合》

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

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

財政力に応じた負担となる。

後期高齢者支援金を総報酬割にした場合の所要保険料率の変化（イメージ） —平成23年度—

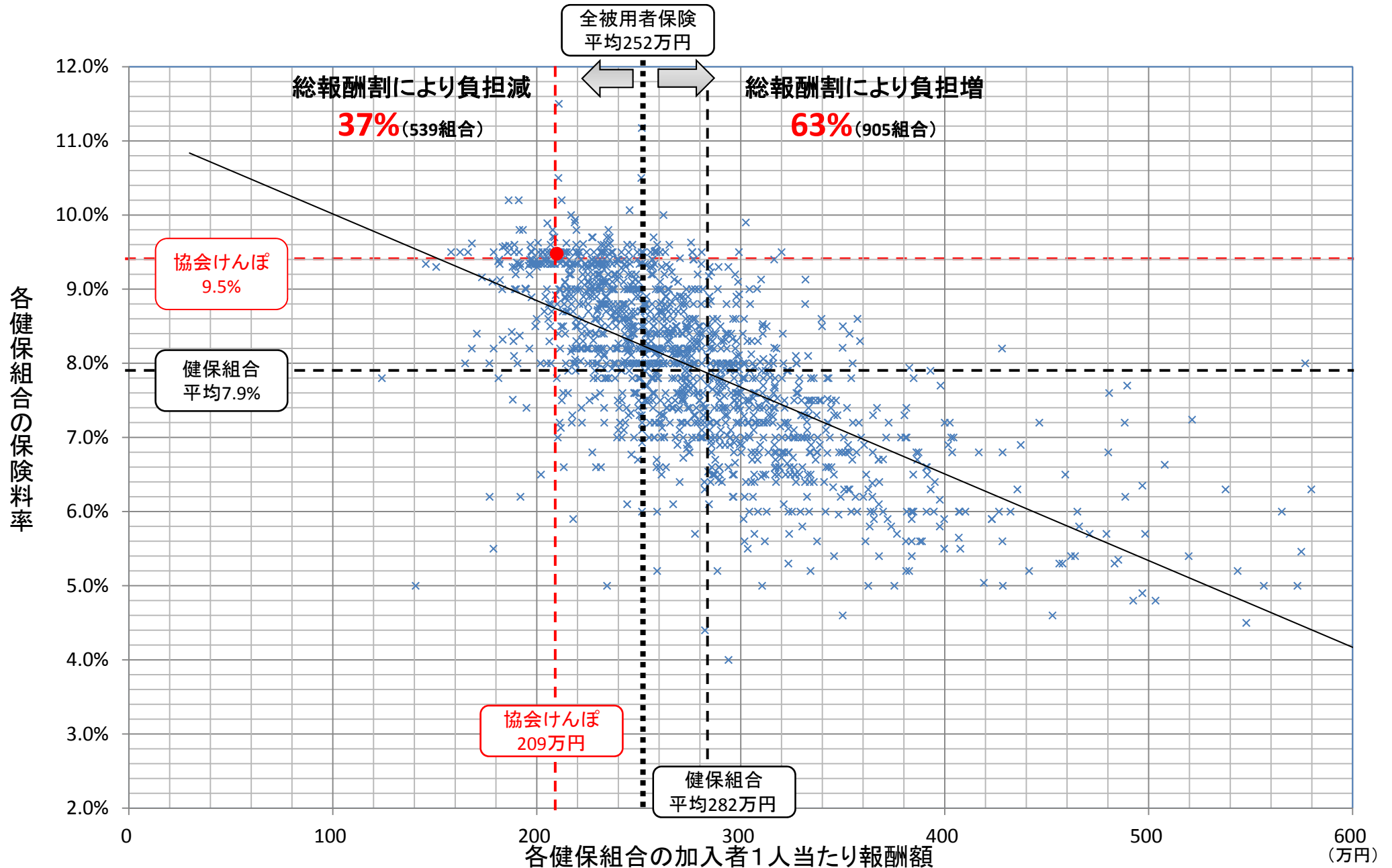


支援金負担額の変化(例)

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

※後期高齢者支援金に係る前期納付金分は考慮していない。

健保組合の報酬額と保険料率の関係（平成23年度：全1,444組合）



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

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

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

後期高齢者支援金の総報酬割拡大による影響

【高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月20日)抄】

○今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、**被用者保険者間の按分方法を全て総報酬割とする。**

【社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日)抄】

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

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

○ 総報酬割を拡大した場合の各保険者の支援金負担額の変化(H25年度推計)

		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現行	2/3 加入者割	1兆2,800億円	1兆1,100億円	3,500億円	2兆7,500億円
	加入者数	3,380万人(47%)	2,880万人(40%)	900万人(13%)	7,180万人
	1/3 総報酬割	5,300億円	6,100億円	2,200億円	1兆3,700億円
	総報酬額	70.7兆円(39%)	81.3兆円(45%)	28.7兆円(16%)	181.0兆円
	計(①)	1兆8,100億円	1兆7,300億円	5,700億円	4兆1,200億円
1/2総報酬割(③)		1兆7,600億円	1兆7,600億円	5,900億円	4兆1,200億円
負担額の変化(③-①)		▲500億円	300億円	200億円	±0億円
2/3総報酬割(④)		1兆7,100億円	1兆7,900億円	6,100億円	4兆1,200億円
負担額の変化(④-①)		▲1,000億円	600億円	400億円	±0億円
全面総報酬割(⑤)		1兆6,000億円	1兆8,500億円	6,500億円	4兆1,200億円
負担額の変化(⑤-①)		▲2,100億円	1,300億円	800億円	±0億円

○ 総報酬割拡大により負担増・負担減となる保険者数(H25年度推計)

	健保組合	共済
負担増	880	83
負担減	564	2

※ 全面総報酬割を導入した場合の各保険者の支援金負担額の変化については、後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。

※ いずれも23年度賦課ベースに基づく推計

70～74歳の患者負担の取扱いについて

○社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日閣議決定)

3. 医療・介護等②

(保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策)

(4) 高齢者医療制度の見直し

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

(注)患者負担は、69歳までは3割、70歳以上75歳未満は2割、75歳以上は1割と、年齢に応じた負担割合を設定しているが、70歳以上75歳未満については、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されている。

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

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

1. 平成25年度予算の概算要求に当たっての基本的考え方

各省大臣は、この基本方針に沿って、(別紙)により、要求を行うこととする。

別紙 1. 基礎的財政収支対象経費

(1) 年金・医療等に係る経費等

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

70～74歳の患者負担特例措置に関するこれまでの議論①

○高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

- 患者負担については、これまで、義務教育就学前は2割、それ以降69歳までは3割、70歳から74歳まで2割、75歳以上は1割と、制度横断的に年齢に応じて負担割合を設定する方向で見直しが行われてきた。しかしながら、70歳から74歳までの方の患者負担については、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されているところであり、70歳を境に急に負担割合が低下することとなっている。
- 仮に、負担割合を単純に引き上げることとした場合には、今まで1割負担であった方の負担が急に2割へと増加する一方、1割負担に恒久化することとした場合には、各保険者の負担が増え、現役世代の保険料負担が増加する。
- このため、個々人の負担が増加しないように配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70歳から74歳までの方の患者負担について、新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。
- すなわち、個々人に着目してみれば、既に1割負担となった方の患者負担を2割に引き上げるものではなく、69歳までは3割負担だった方が70歳に到達するときから順次2割負担となるものであり、個々人の患者負担が増加するものではない。また、特に配慮すべき低所得の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする。
- なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げべきとの意見があった。

70～74歳の患者負担特例措置に関するこれまでの議論②

○社会保障審議会医療保険部会 議論の整理(平成23年12月)

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

医療保険制度における患者負担の推移

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

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

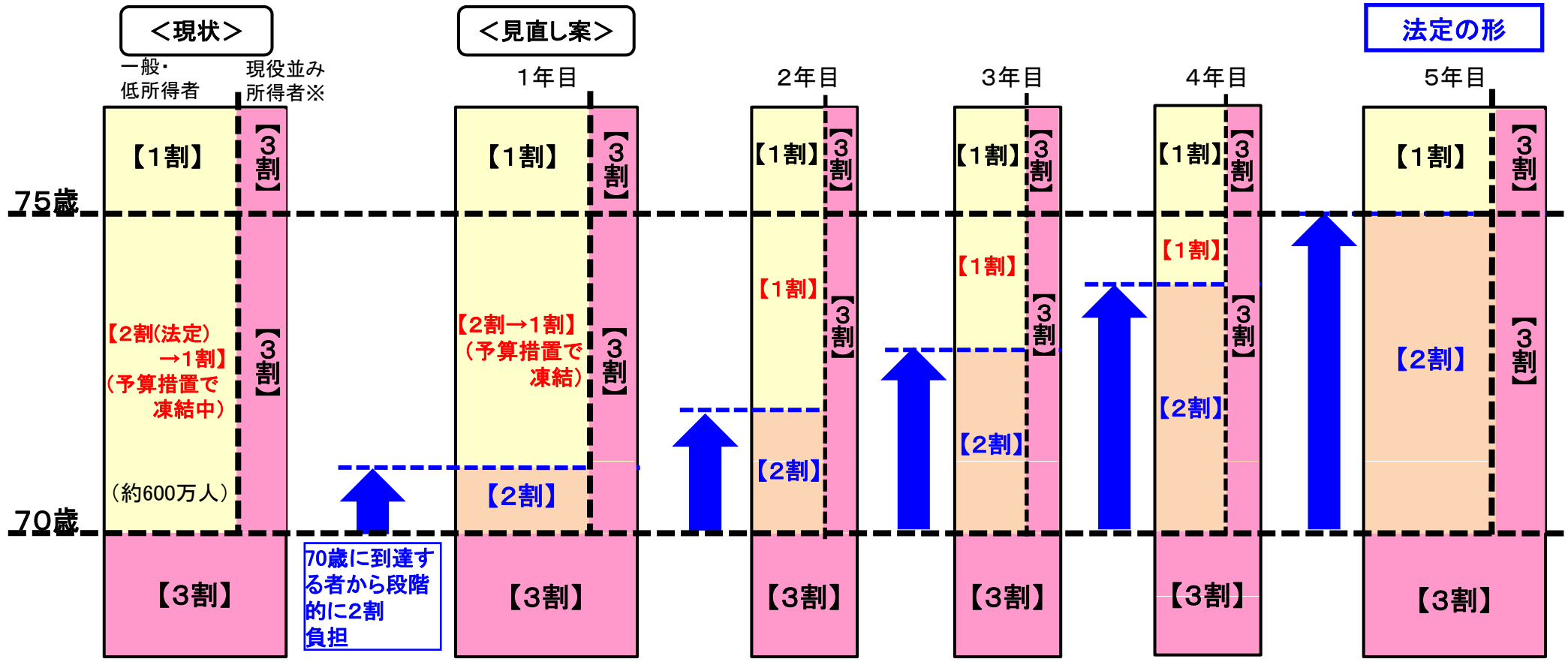
- ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
- ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

70～74歳の患者負担特例措置の見直し

○ 70～74歳の者の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、平成20年度から毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結している。

高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) 一抄一
 「新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」
 ⇒ 個人で見た場合、負担が増える人が出ないような方法

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



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

70～74歳の患者負担特例措置の状況

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

1人当たり医療費に対する患者負担割合

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

1人当たり平均収入に対する患者負担割合

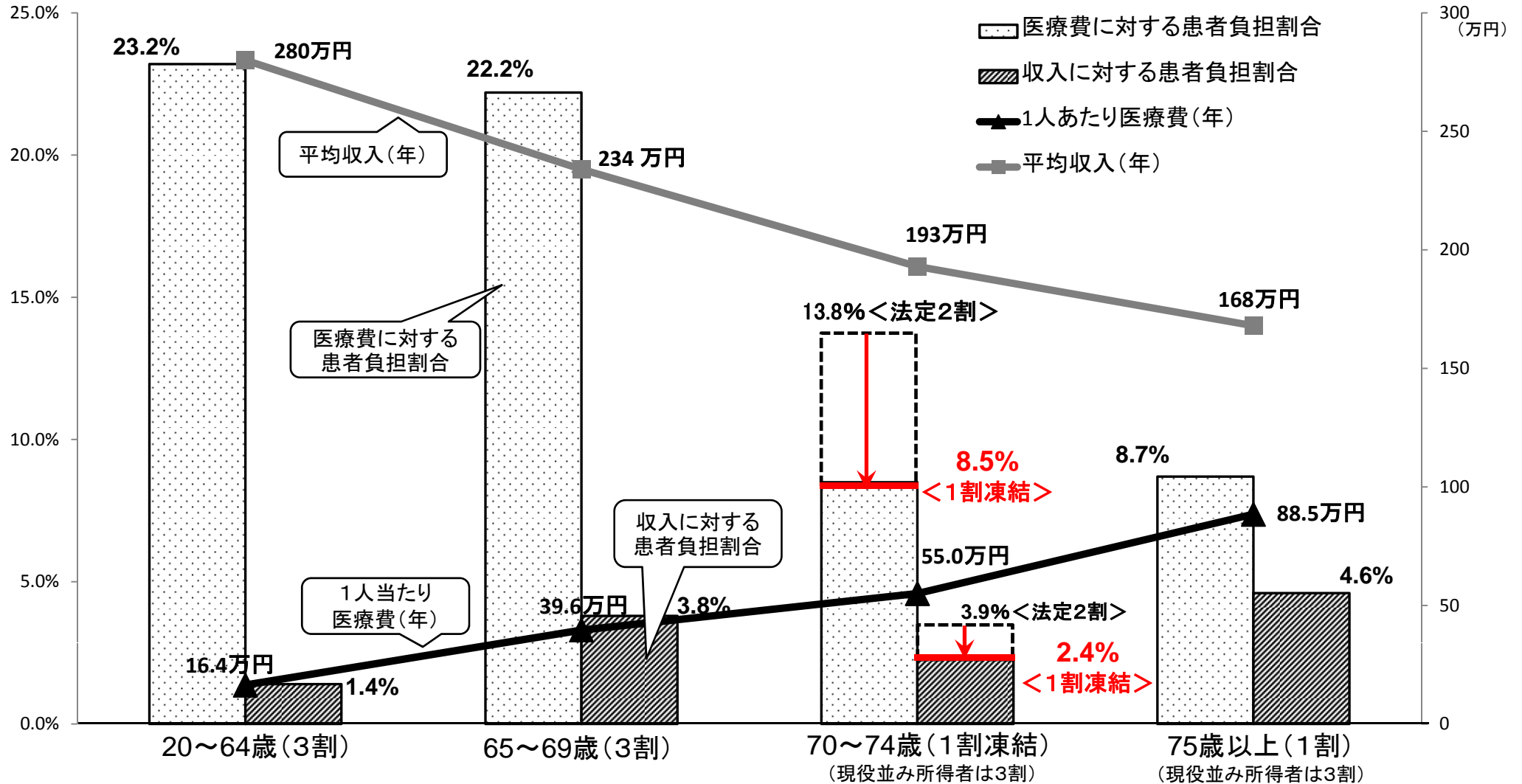
年齢(負担割合)		平均収入(年)	患者負担額(年)	収入に対する患者負担割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		168万円	7.7万円	4.6%
70～74歳	法定2割 (現役並み所得3割)	193万円	7.6万円	3.9%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.7万円	<u>2.4%</u>
65～69歳(3割)		234万円	8.8万円	3.8%
20～64歳(3割)		280万円	3.8万円	1.4%

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

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

70～74歳の患者負担特例措置の状況

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



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

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

高齢者医療制度改革会議最終とりまとめの考え方（高額療養費の自己負担限度額）

○ 改革会議とりまとめでは、患者負担割合の特例措置を法定2割に戻しても、特に配慮すべき低所得の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とすることとしている。

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

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

70～74歳の患者負担特例措置見直しに係る財政影響（粗い試算）

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

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

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

初年度の財政影響（注5）

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

最終的な財政影響（特例見直し後）

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

（参考）平成25年4月から、対象者全て2割負担とした場合

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

（注1）前期財政調整後の財政影響

（注2）協会は16.4%の国庫負担にて試算

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

（注4）平成26年度以降の医療費の増加は考慮していない。

（注5）平成25年5月診療分以降に影響が発生する場合の見込み。

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

70～74歳の患者負担特例措置見直しを行う場合の論点

○見直しの対象者

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

○見直しの開始時期

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

○高額療養費の取扱い

- ・ 70～74歳の患者負担特例措置見直しに伴う高額療養費の取扱いについて、高齢者医療制度改革会議最終とりまとめにおいては、「特に配慮すべき低所得者の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする」とされている。
- ・ 一般の被保険者に適用される高額療養費の自己負担限度額についてどう考えるか。

(参考) 高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月20日)(抄)

(前略)

- 仮に、負担割合を単純に引き上げることとした場合には、今まで1割負担であった方の負担が急に2割へと増加する一方、1割負担に恒久化することとした場合には、各保険者の負担が増え、現役世代の保険料負担が増加する。
- このため、個々人の負担が増加しないように配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70歳から74歳までの方の患者負担について、新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。
- すなわち、個々人に着目してみれば、既に1割負担となった方の患者負担を2割に引き上げるものではなく、69歳までは3割負担だった方が70歳に到達するときから順次2割負担となるものであり、個々人の患者負担が増加するものではない。また、特に配慮すべき低所得の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする。
- なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げるべきとの意見があった。

年齢階級別平均収入額（1世帯当たり・1人当たり）（平成21年）

○平成22年国民生活基礎調査(厚生労働省大臣官房統計情報部)による。(注1)

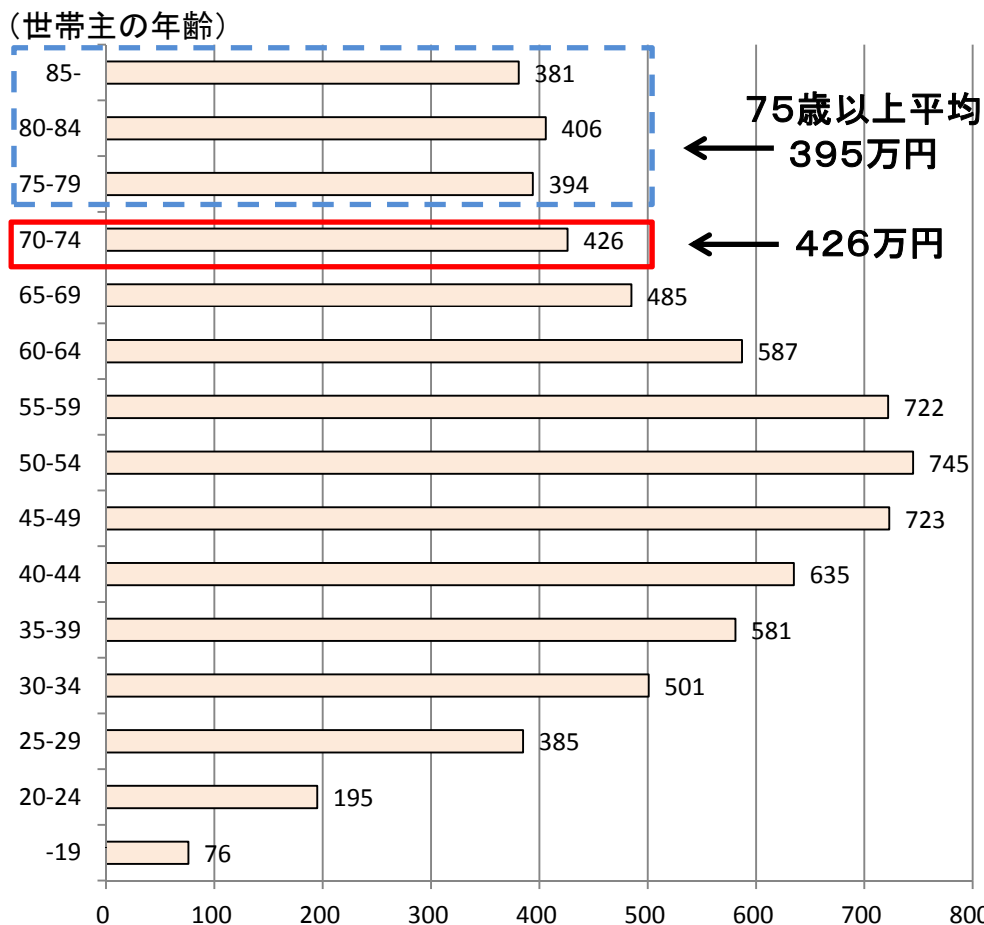
・「1世帯当たり平均収入額」、「1人当たり平均収入額」とも、平成17年国勢調査区(約98万地区)から、世帯票調査対象として無作為抽出した5,510地区内のうち、さらに無作為抽出した2,000単位区(注2)内の全ての世帯(約3.6万世帯)及び世帯員(約9.5万人)を調査客体とした所得票により算出。

* 調査時期 平成22年7月15日(所得については、平成21年1月1日から12月31日までの1年間の所得を調査。)

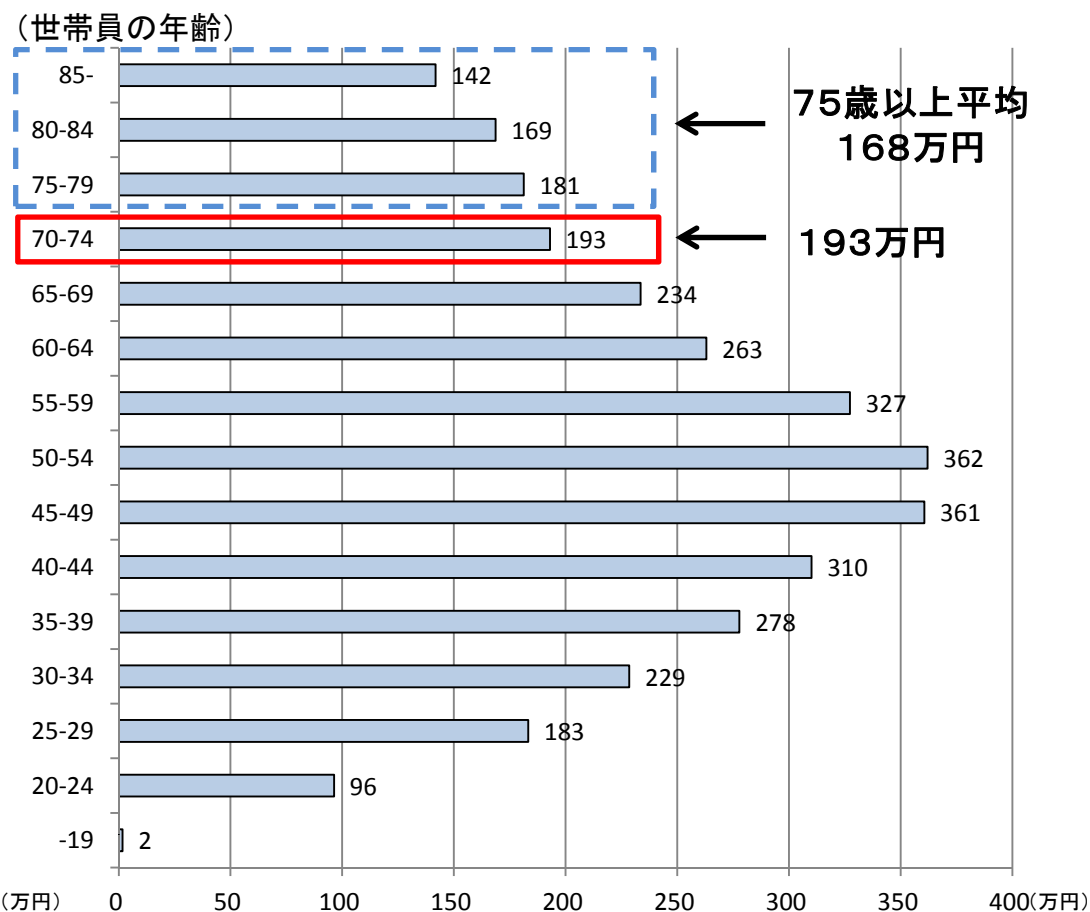
* 調査方法 予め調査員が配布した調査票に世帯員が自ら記入し、後日、調査員が回収する方法により実施。

* 調査客体数 約3.6万世帯(約9.5万人)(うち集計客体数約2.6万世帯(約7.0万人))(約74%)(注3)

1世帯当たり平均収入額



1人当たり平均収入額



(注1)平成22年国民生活基礎調査の数値を用いた特別集計。

(注2)単位区とは、一つの国勢調査区を15~30世帯になるように地理的に分割したもの。

(注3)所得票の調査客体人数は、所得票の調査客体世帯数に平均世帯人員数を乗じて算出。

年齢階級別平均収入に対する患者負担の状況

1世帯当たり平均収入に対する患者負担割合

年齢(負担割合)		平均収入(年)	患者負担額(年)	収入に対する患者負担割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		395万円	7.7万円	1.9%
70～74歳	法定2割 (現役並み所得3割)	426万円	7.6万円	1.8%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.7万円	<u>1.2%</u>
65～69歳(3割)		485万円	8.8万円	1.7%

1人当たり平均収入に対する患者負担割合

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

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

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

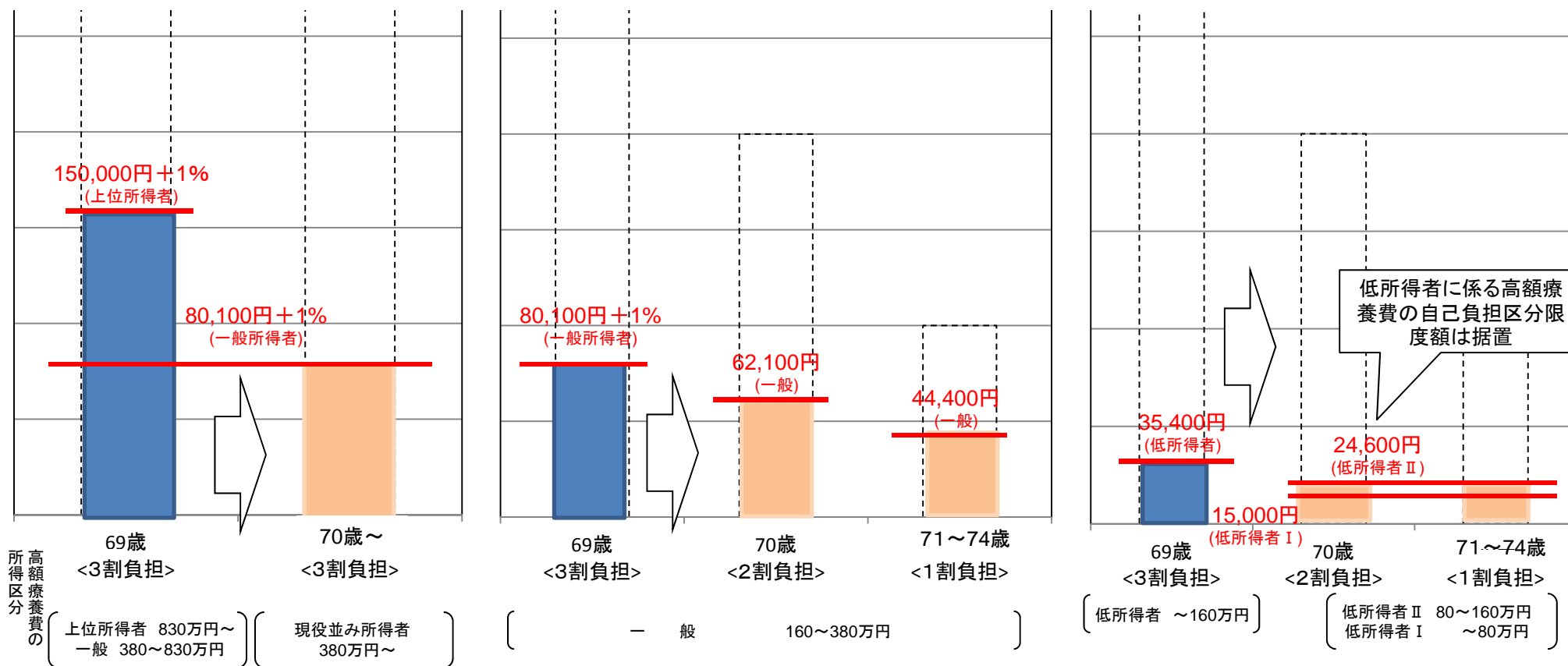
70-74歳の患者負担特例措置の見直しによる患者負担の変化(イメージ)

○対象者が69歳から70歳になった場合の患者負担上限額は、高額療養費により以下のとおりとなる。

現役並み所得者

一般

低所得者



※モデル金額は年金収入のみ、単身を想定。

高齢者医療制度の経緯等について

高齢者医療制度の見直しに関する経緯

高齢者医療制度の見直しに関する経緯

平成20年4月 後期高齢者医療制度施行

○円滑な施行のため、以下のような取組を実施

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

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

- ・「最終とりまとめ」(平成22年12月)では、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同様に国保か被用者保険に加入することとした上で、①公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化、②都道府県単位の財政運営といった現行制度の利点はできるだけ維持しつつ、よりよい制度を目指すとされた。

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

平成23年12月 社会保障審議会医療保険部会で「議論の整理」

平成24年 2月 「社会保障・税一体改革大綱」(閣議決定)

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

平成24年5月 民主党厚生労働部門会議が「見直しの骨子」を決定

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

平成24年 6月 3党合意(民主党・自由民主党・公明党)

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

平成24年 8月 「社会保障制度改革推進法」成立

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

高齢者医療制度改革会議・最終とりまとめ(平成22年12月)について

I 高齢者医療制度改革会議について

三党連立政権合意及び民主党マニフェストを踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を平成21年11月より開催。平成22年8月20日(第9回)、中間とりまとめ。同年12月20日(第14回)、最終とりまとめ。

II 最終とりまとめの主な内容

1. 制度の基本的枠組み

・後期高齢者医療制度は廃止し、地域保険は国保に一本化。

2. 国保の運営のあり方

・第一段階(平成25年度)で75歳以上について都道府県単位の財政運営とし、第二段階(平成30年度)で全年齢について都道府県単位化。

・都道府県単位の運営主体は、「都道府県」が担うことが適当。

・「都道府県」は、財政運営、標準保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、保険料の賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行う。

3. 費用負担

(1) 公費

・75歳以上の医療給付費に対する公費負担割合について、実質47%から50%に引き上げる。

(現在は、現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。)

(2) 高齢者の保険料

・国保に加入する75歳以上の保険料は、同じ都道府県で同じ所得であれば原則として同じ保険料とし、その水準は、医療給付費の1割程度とする。

・高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造を改め、より公平に分担する仕組みとする。

・75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減)は、段階的に縮小する。

(3) 現役世代の保険料による支援金

・被用者保険者間の支援金は、各保険者の総報酬に応じた負担とする。

(4) 患者負担

・70歳から74歳までの患者負担は、個々人の負担が増加しないよう、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。

議論の整理(抄)

平成23年12月6日 社会保障審議会医療保険部会

4. 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度の見直しについては、高齢者医療制度改革会議において平成22年12月に最終とりまとめが行われたが、成案において、「高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど」を行うとされていることを踏まえ、検討を行った。

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

社会保障・税一体改革大綱（抄）

平成24年2月17日
閣議決定

3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

（4）高齢者医療制度の見直し

- 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う。
- 高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。
（注）現在は、平成24年度までの特例として、支援金の3分の1を総報酬に応じた負担とする措置が講じられるとともに、併せて、協会けんぽに対する国庫補助率を13%から16.4%とする措置が講じられている。
- ☆ 具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。
- 70歳以上75歳未満の方の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する。
（注）患者負担は、69歳までは3割、70歳以上75歳未満は2割、75歳以上は1割と、年齢に応じた負担割合を設定しているが、70歳以上75歳未満については、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されている。
- ☆ 平成24年度は予算措置を継続するが、平成25年度以降の取扱いは平成25年度の予算編成過程で検討する。

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

1 後期高齢者医療制度の廃止

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

<施行期日>

平成27年3月1日

(3~5は、平成27年4月1日)

2 国民健康保険の75歳以上の被保険者に係る都道府県単位の財政運営

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

3 高齢者保険料負担率の計算方法の見直し

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

4 高齢者医療支援金の総報酬割

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

5 公費負担割合の引上げ

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

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

6 将来像

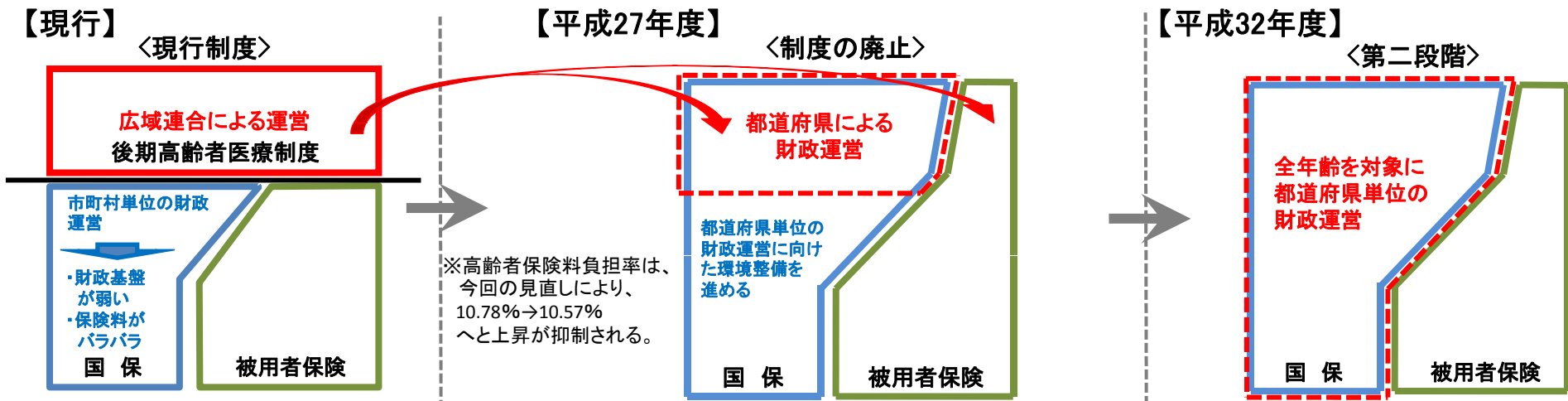
この法律の施行後5年を目途として、市町村が行う国民健康保険について、全ての被保険者に係る財政運営を都道府県単位化する。

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

※市町村国保の低所得者に係る保険料軽減措置の対象世帯の拡大等を行う。

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

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



社会保障制度改革推進法、民自公「確認書」(高齢者医療関係抜粋)

○社会保障制度改革推進法(平成24年法律第64号)

第1章 総則(第1条～第4条)

(改革の実施及び目標時期)

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

第2章 社会保障制度改革の基本方針(第5条～第8条)

(医療保険制度)

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

一～三 (略)

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

第3章 社会保障制度改革国民会議(第9条～第15条)

(社会保障制度改革国民会議の設置)

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

○平成24年6月15日 民主党・自由民主党・公明党「確認書」

別添の「社会保障・税一体改革に関する確認書」に加え、以下を確認する。

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

2・3 (略)

高齢者医療制度の見直し

現行の高齢者医療制度

制度の概要

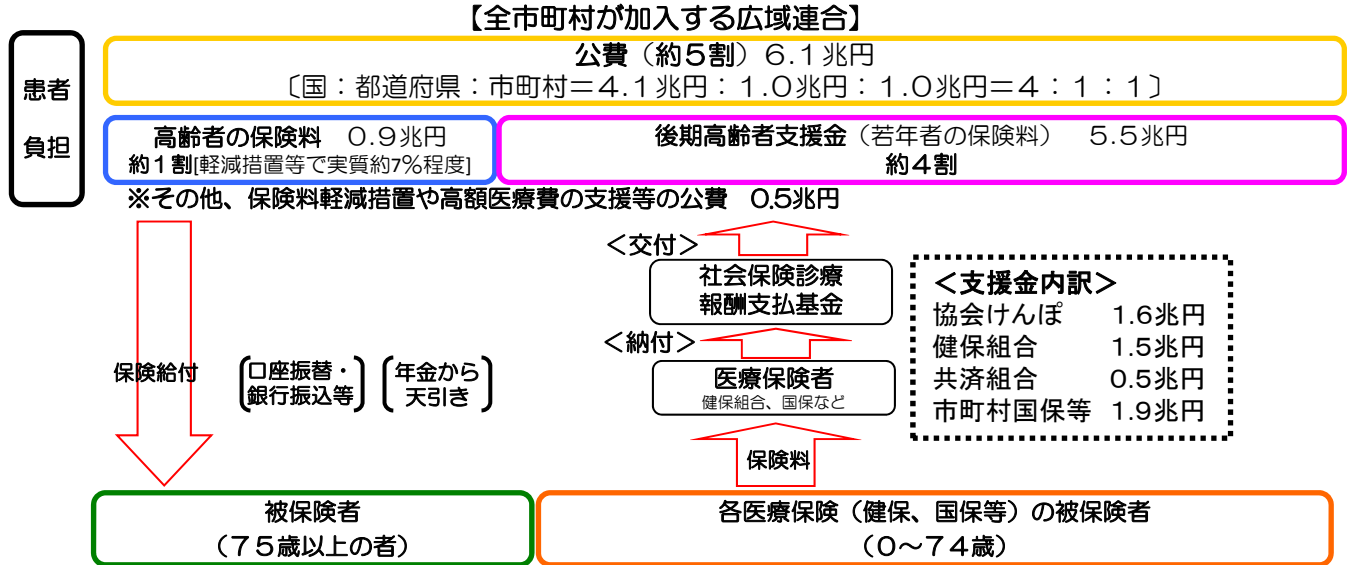
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

<対象者数>
75歳以上の高齢者 約1,500万人

<後期高齢者医療費>
14.2兆円（平成24年度予算ベース）
給付費 13.1兆円
患者負担1.1兆円

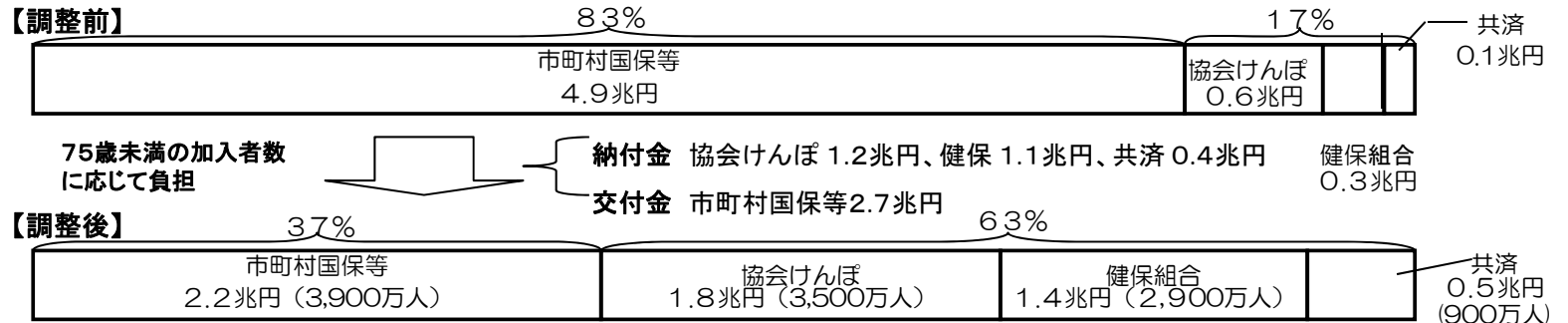
<保険料額（平成24年度見込）>
全国平均 約5,560円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は約360円/月



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

<対象者数>
65～74歳の高齢者
約1,400万人

<前期高齢者給付費>
5.9兆円
（平成24年度予算ベース）

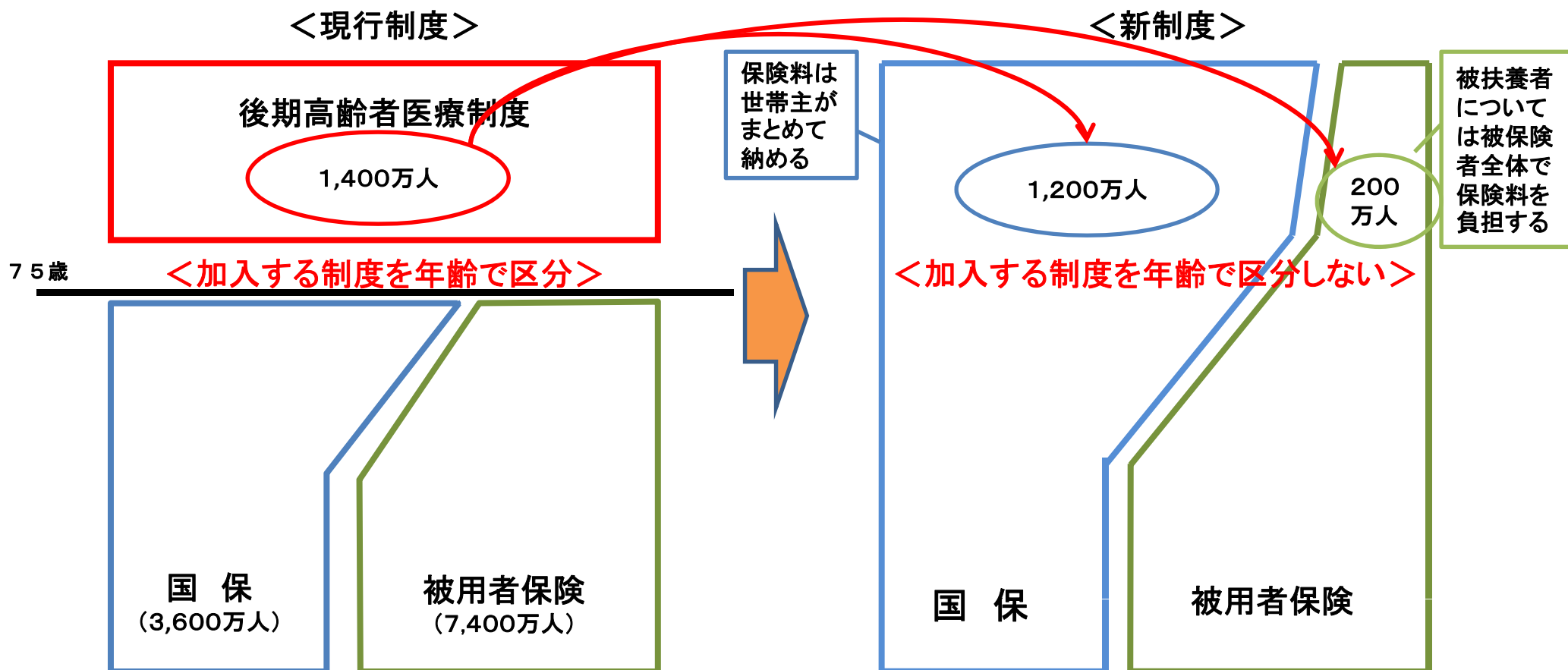


後期高齢者医療制度施行後の取組

取組	実施状況
70～74歳の者の患者負担の凍結 (平成20年4月)	○ 2割負担と法定されている70～74歳の者の患者負担について、施行当初より1割負担に凍結。(現在に至るまで、毎年度の補正予算で対応。) 【1,865億円(平成23年度第4次補正予算)】
保険料軽減の特例措置 (平成20年4月)	○ 低所得者及び被用者保険元被扶養者について、制度上の軽減措置に加え更なる保険料軽減を施行当初より実施。(現在に至るまで、毎年度の補正予算で対応。) 【754億円(平成23年度第4次補正予算)】
75歳以上に着目した診療報酬の廃止 (平成22年4月)	○ 年齢で一律に医療内容を区分することは不相当との観点から、平成22年4月の診療報酬改定において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬を廃止。 1 廃止 後期高齢者診療料、後期高齢者終末期相談支援料等の8項目 ※後期高齢者終末期相談支援料は、平成20年7月1日より算定を凍結。 2 廃止の上、全年齢を対象とする点数として新設 後期高齢者特定入院基本料、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料等の7項目 3 廃止の上、対象年齢を介護保険サービスの受給対象者数と同様として新設 後期高齢者総合評価加算等の2項目
保険料の納付方法選択制の導入 (平成21年4月)	○ 原則として年金からの引き落としのみであった保険料の納付方法について、口座振替と年金からの引き落としとの選択制を導入。 【平成23年9月現在:年金からの支払件数 約1,163万件 :口座振替へ切り替えた件数 約88万件(平成20年10月から平成23年8月までの累計)】
資格証明書の厳格な運用 (平成21年10月)	○ 資格証明書の交付を受けると、窓口で医療費の全額を支払うこととなり、必要な医療を受けられなくなる恐れがあることから、資格証明書は原則として交付しないとする基本方針等を通知。現時点で資格証明書の交付実績はなし。
人間ドックの費用助成 (平成21年10月)	○ 後期高齢者医療制度に移行した高齢者に対し、市町村が人間ドックの費用助成を廃止したことを受け、市町村に対し再実施を要請するとともに、特別調整交付金による財政支援を実施。 【実施市町村数:723(19年度末) → 141(20年5月) → 234(20年度末) → 373(21年度末) → 520(22年度末)】
健康診査の受診率向上 (平成21年10月)	○ 健康診査が、市町村の実施義務から広域連合の努力義務とされ、受診率が低下したことを受け、広域連合で受診率向上計画を策定。 【受診率: 26%(19年度) → 21%(20年度) → 22%(21年度) → 23%(22年度)】

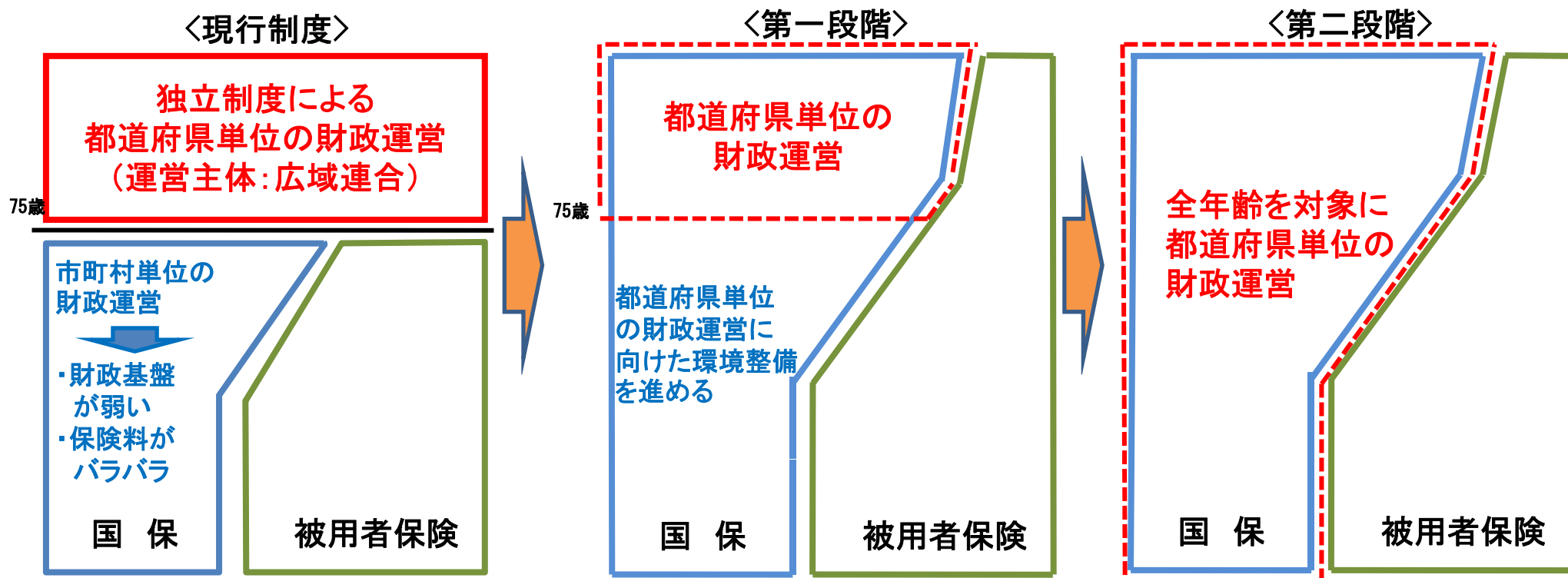
高齢者医療制度改革会議最終とりまとめの考え方（制度の基本的枠組み、加入関係）

- 後期高齢者医療制度を廃止し、地域保険は国保に一本化する。
- 被用者や被扶養者は被用者保険に、これら以外の者は国保に加入する。
- 現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢による差別と受け止められている点を解消する。
- 世帯によっては、保険料・高額療養費等の面でメリットが生じる。



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

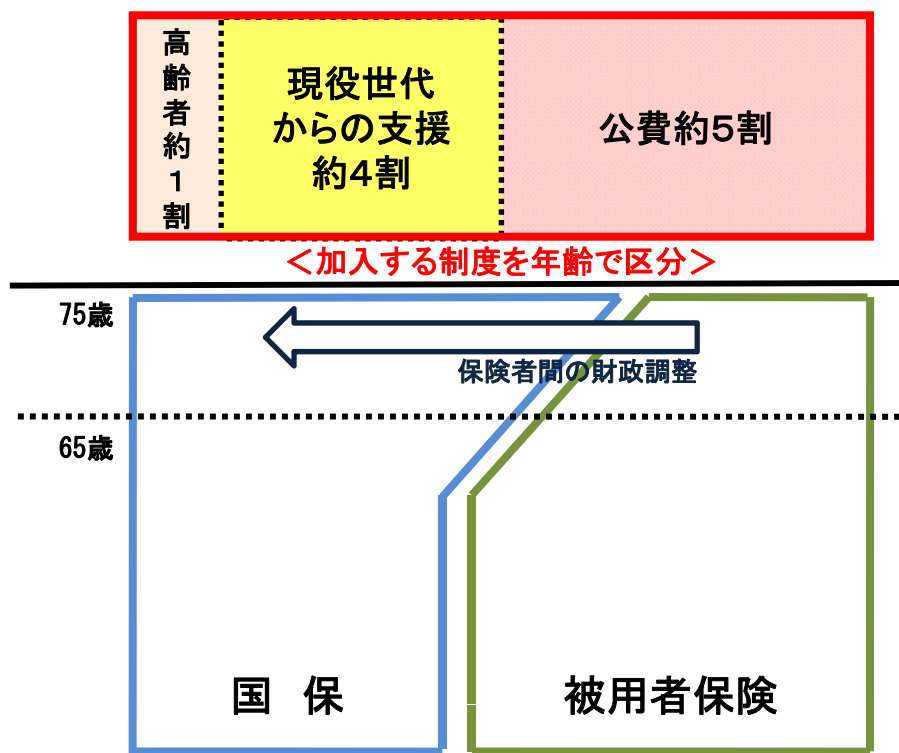
- 低所得者が多く、年齢構成も高い国保については、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠。
- 都道府県単位の運営主体のあり方については、都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢。
- 単純に従前の市町村国保に戻ると、高齢者間の保険料格差が生じ、多くの高齢者の保険料が増加する。
- 新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位による財政運営とする。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。



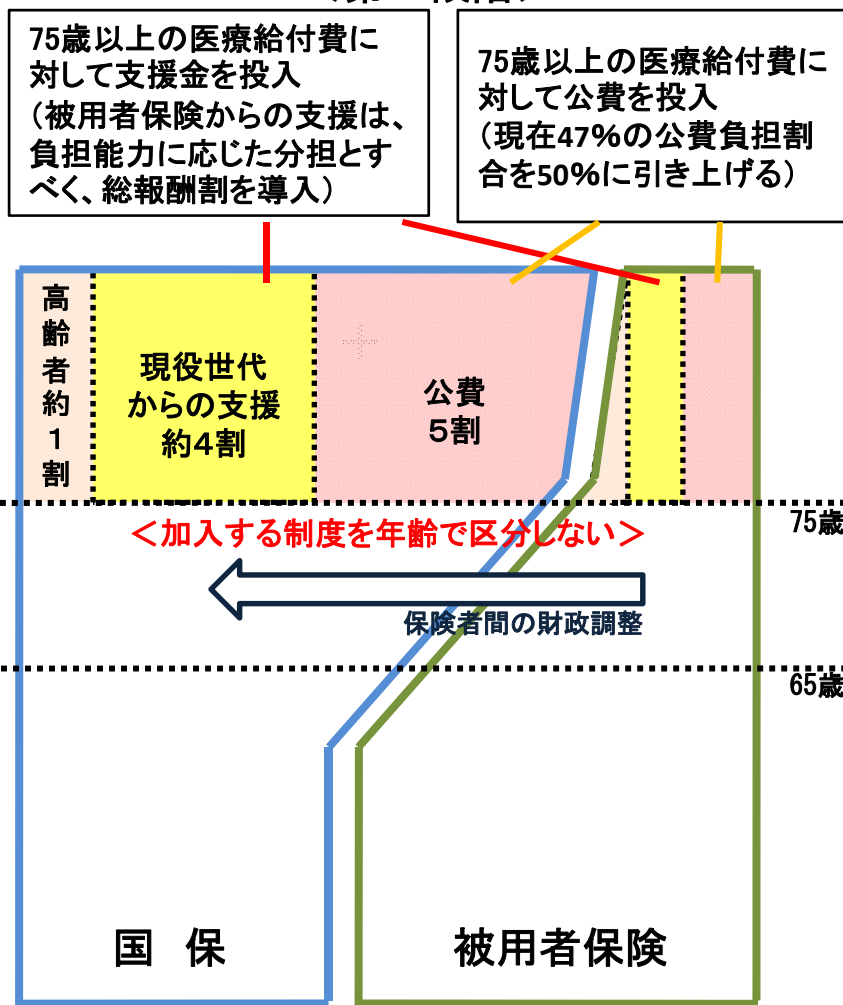
高齢者医療制度改革会議最終とりまとめの考え方（費用負担(第一段階)）

- 75歳以上の医療給付費については、引き続き、公費、保険料、支援金で支える。
- 65歳から74歳までの医療給付費についても、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。

<現行制度>



<第一段階>



※ 第二段階の財政調整のあり方については改めて検討
 ※ 定期的に、医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。

後期高齢者医療制度についての地方団体の意見

○全国知事会意見書（23年10月24日）抜粋

成案では高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえた高齢者医療制度の見直しについても掲げられているが、同会議の「最終とりまとめ」では、75歳以上を国保と被用者保険に戻し、年齢による区分という問題を解消するとしている一方で、区分経理は残すなど、実態は看板の掛け替えに過ぎない。さらに、加入する制度により保険料の違いが出ることから新たな不公平が発生し、システム整備にも多額の費用を要するなど、様々な問題を抱えている。

現行の後期高齢者医療制度は、高齢者の受益と負担の明確化、保険料負担の公平化を図ったものであり、施行から3年半を経過し定着していることから、拙速に「最終とりまとめ」に基づく新制度へ移行する必要はなく、必要な改善を加えながら安定的な運営に努めるべきである。

○全国知事会意見書（24年1月24日）抜粋

3 後期高齢者医療制度について

(1) 高齢者医療制度改革会議の「最終とりまとめ」について

「最終とりまとめ」は、75歳以上を国保と被用者保険に戻し、別々の医療保険制度に加入させるという点で、知事会の目指すすべての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向け大きな後退である。また、年齢による区分を解消するとしている一方で、区分経理は残すなど実態は看板の掛け替えにすぎない、加入する制度により新たな不公平が発生する、システム整備に多額の費用を要する、そして最も重要な課題である財源論が欠如しているなど、様々な問題を抱えており、現行制度の改悪と言わざるを得ない。

現行の後期高齢者医療制度は、施行から約4年を経過し定着していることから、必要な改善を加えながら安定的な運営に努めるべきである。

(2) 現行制度の廃止について

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

本会は、本協議への参加に当たっては、「最終とりまとめ」の法制化とは切り離し、国保の基盤強化について議論するという趣旨から国の要請に応じたものである。これまで高齢者医療制度に関する協議は一切行っていない中で、現行制度の廃止法案の提出を断行しようとすることは暴挙と言わざるを得ず、断じて認めることはできない。

○全国市長会意見書（23年10月24日）抜粋

国保制度の見直しとあわせて、後期高齢者医療制度の健全な運営も重要な課題です。平成24年度の保険料改定に当たっては、大幅に保険料を引き上げざるを得ない状況も明らかになってきています。

全ての国民が安心して医療を受けられる医療保険制度を構築するため、国保や後期高齢者医療制度などについて、将来的にわたっての財源確保も含め、国の責任において、持続可能な医療保険制度を構築されるよう強く要望します。

○全国町村会意見書（23年10月24日）抜粋

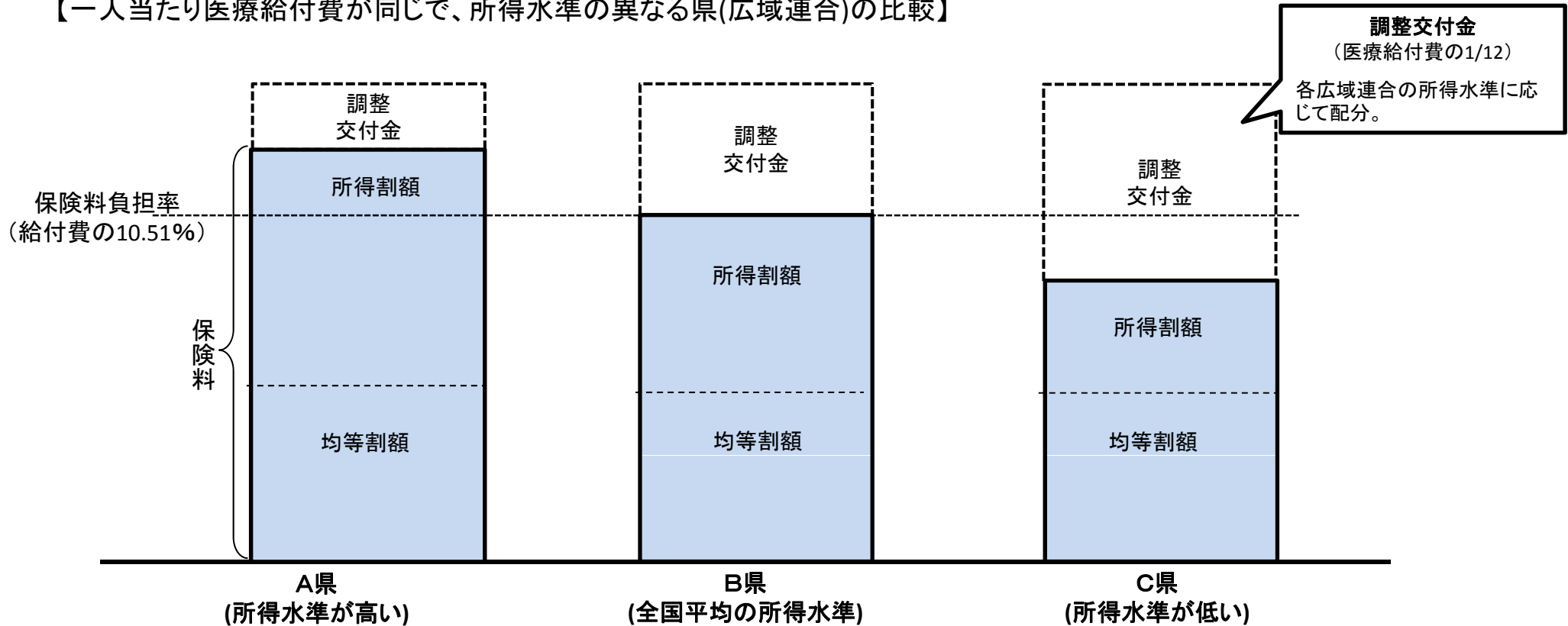
(1) 後期高齢者医療制度は定着しており、新たな高齢者医療制度の創設にあたっては、拙速な導入を避け、地方と十分協議を行うこと。

(2) 制度運営の責任は都道府県が担うことを明確にした制度とすること。

後期高齢者医療の保険料について

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

【一人当たり医療給付費が同じで、所得水準の異なる県(広域連合)の比較】



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

保険料軽減の特例措置

現状

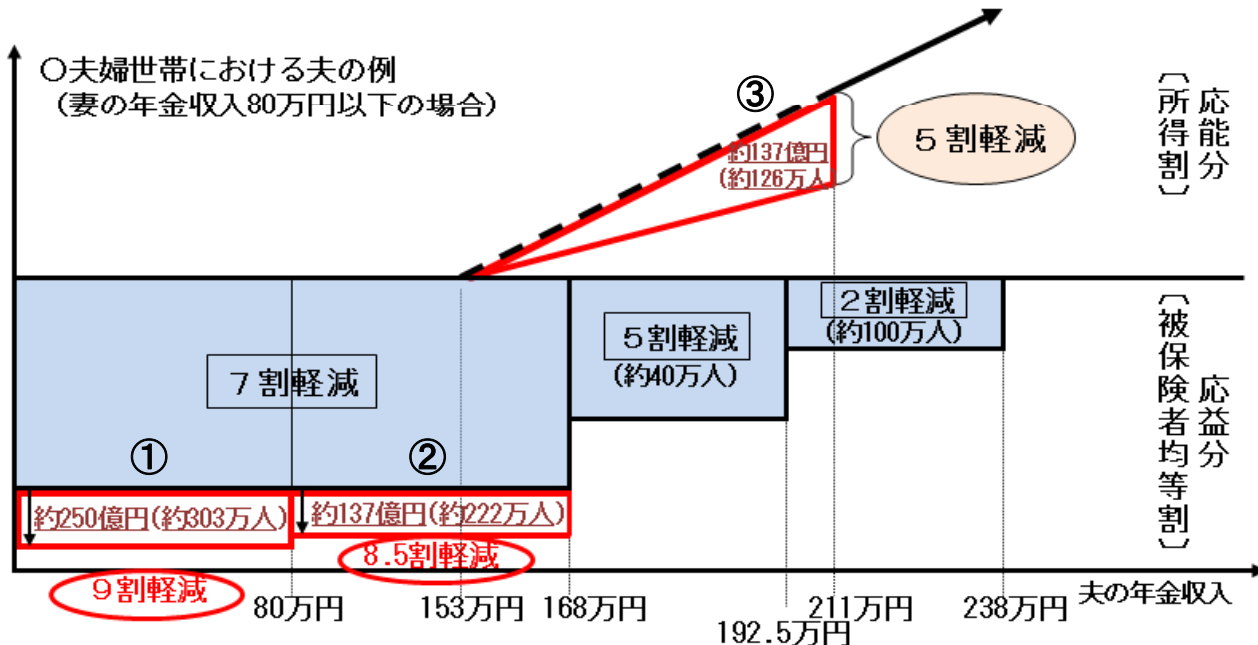
- 75歳以上の方の保険料は、所得に応じ、保険料の均等割を7割・5割・2割に軽減。
- 平成20年4月の制度施行前後に行われた政府・与党決定に基づき、次の特例措置を講じ、現在まで毎年度の予算措置(約750億円)により継続している。
 - ①均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、被保険者全員が年金収入80万円以下(その他の収入なし)の場合、**均等割9割軽減**
 - ②その他の7割軽減に該当する者について、**均等割8.5割軽減**
 - ③低所得者(年金収入211万円まで)について、**所得割5割軽減**
 - ④被用者保険の元被扶養者の均等割を9割軽減、**所得割10割軽減**

厚生労働省の高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

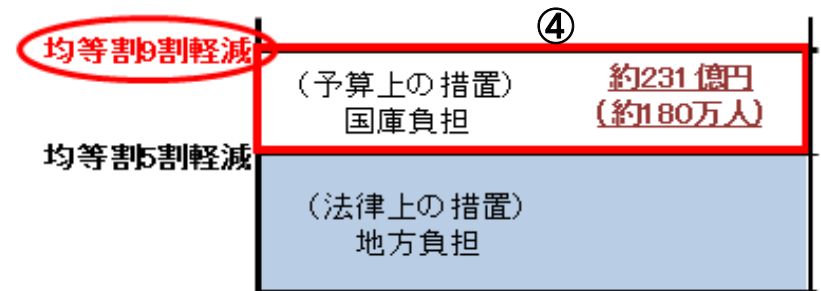
75歳以上の方に適用されている低所得者等の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割、所得割の5割軽減)については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。(※)

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

【低所得者への保険料軽減(平成24年度)】

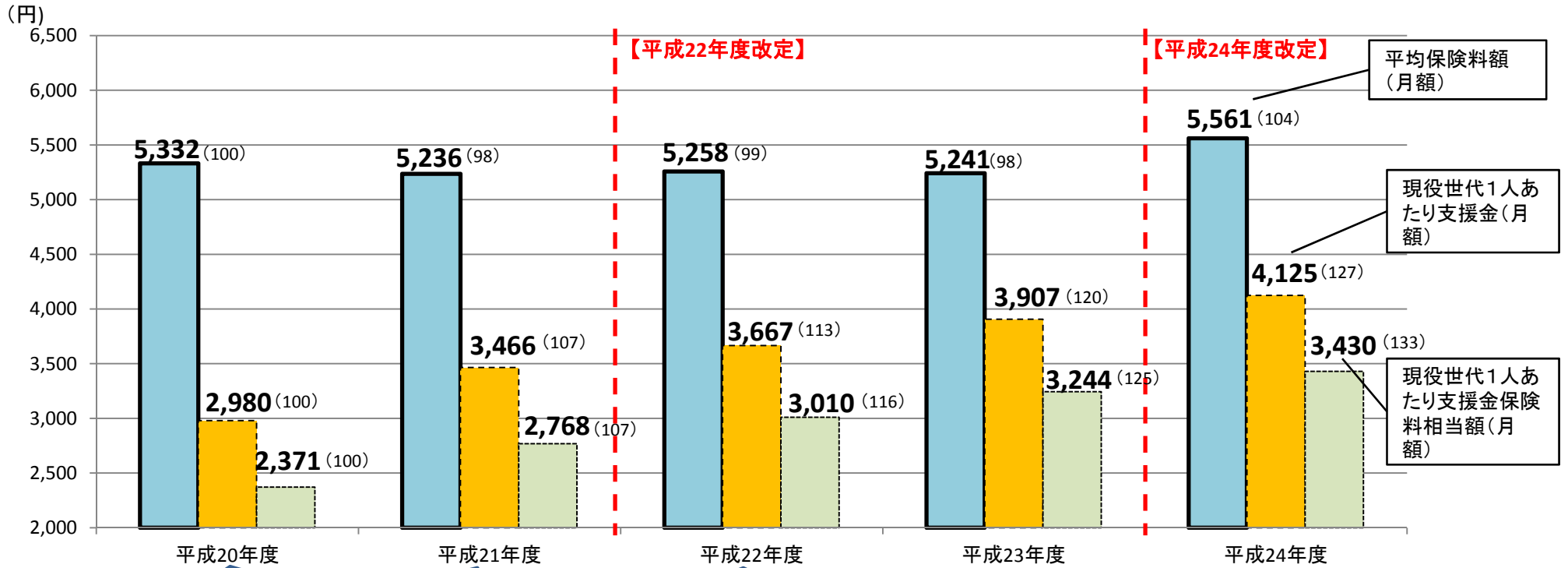


【元被扶養者への保険料軽減(平成24年度)】



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

後期高齢者医療制度の保険料の推移



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

財政安定化基金を保険料上昇抑制に活用できるよう法改正

賦課限度額
年額50万円→55万円

高年齢者負担率 10% 10% 10.26% 10.26% 10.51%

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

後期高齢者医療制度の保険料の状況（単身世帯）

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

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

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

(参考)後期高齢者医療制度の概況

日本の人口の推移

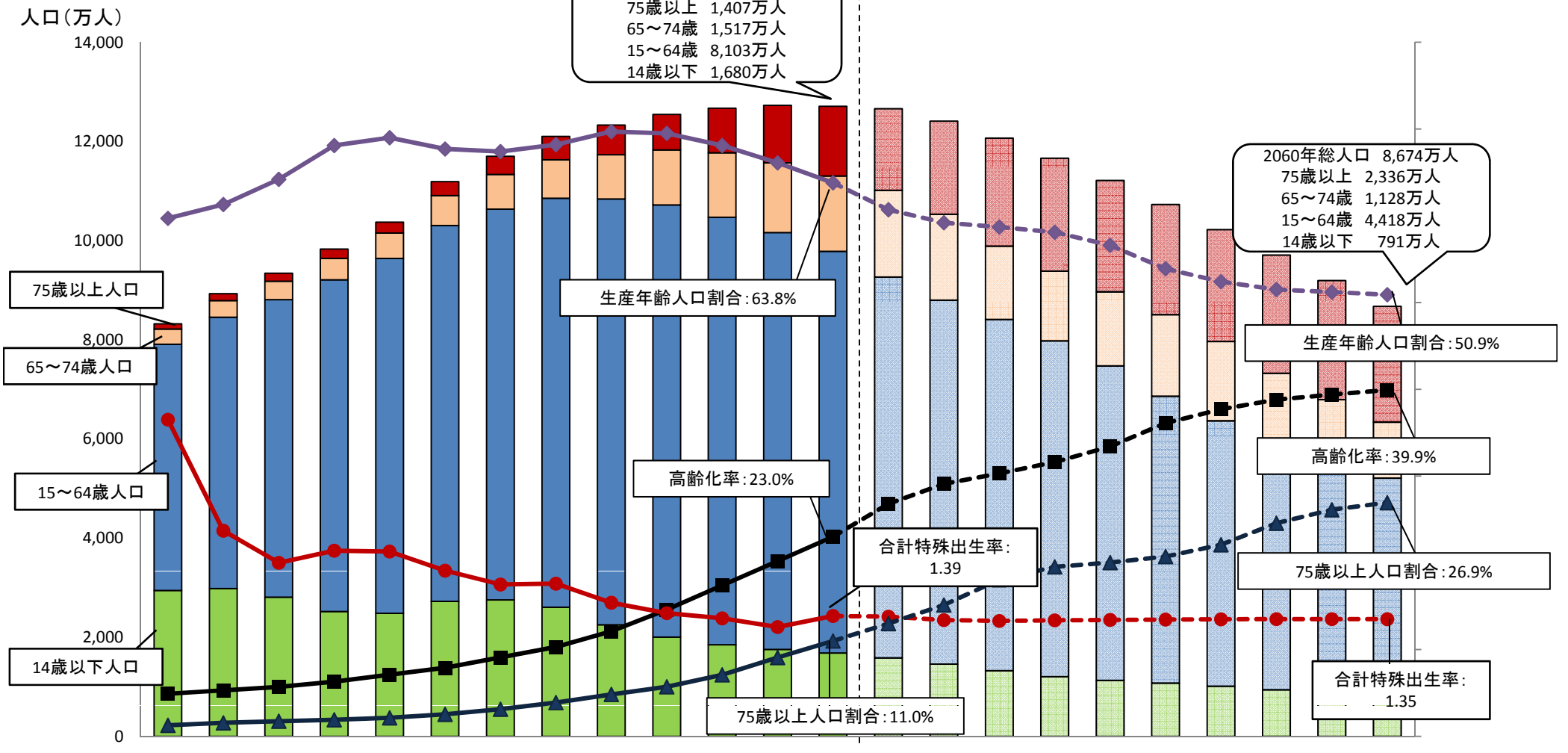
日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。

← 実績値(国勢調査等)

→ 将来推計人口(平成24年度推計値)

2010年総人口 12,806万人
 75歳以上 1,407万人
 65~74歳 1,517万人
 15~64歳 8,103万人
 14歳以下 1,680万人

2060年総人口 8,674万人
 75歳以上 2,336万人
 65~74歳 1,128万人
 15~64歳 4,418万人
 14歳以下 791万人

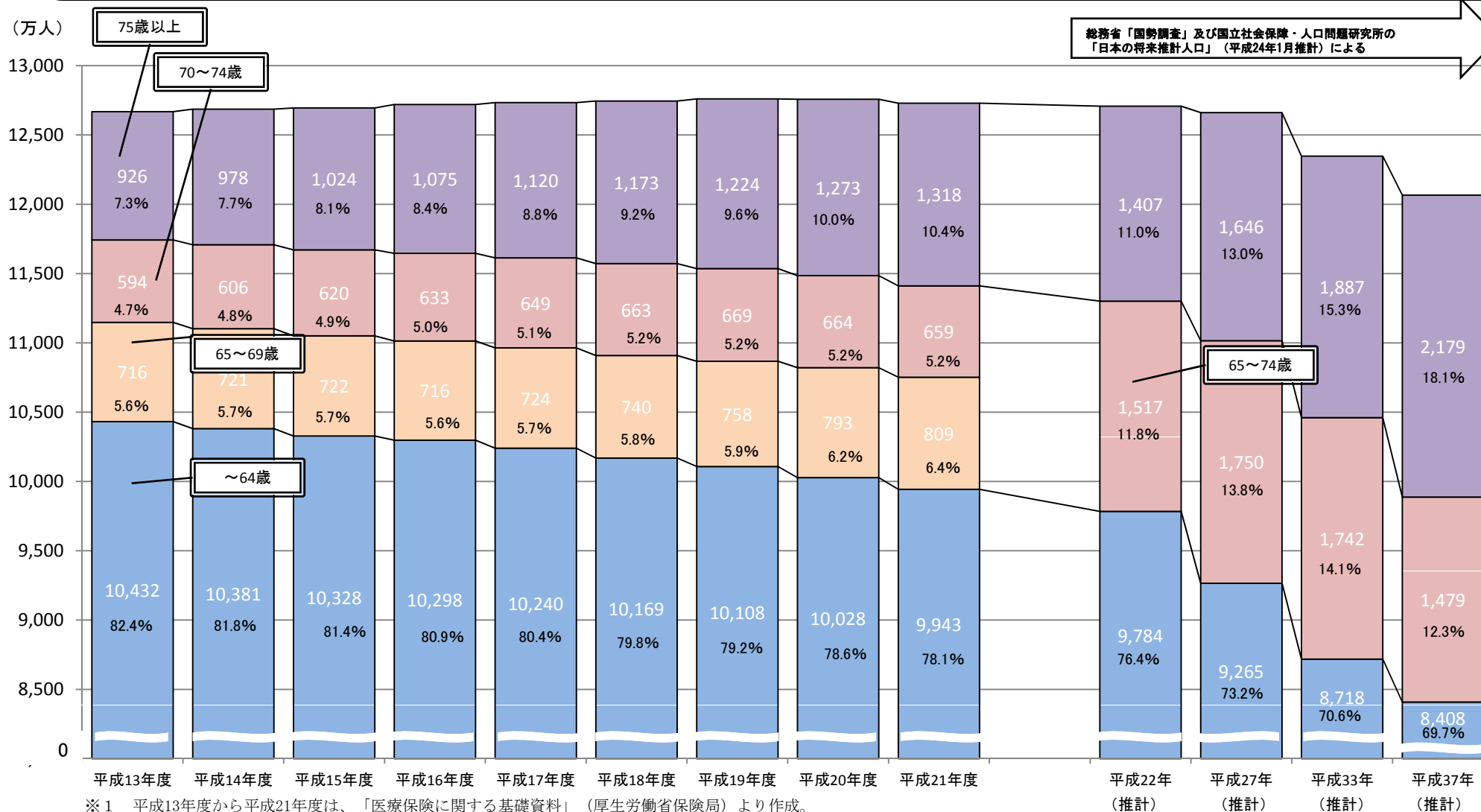


(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」

(注)「高齢化率」は、65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合。

年齢階級別の医療保険制度加入者数

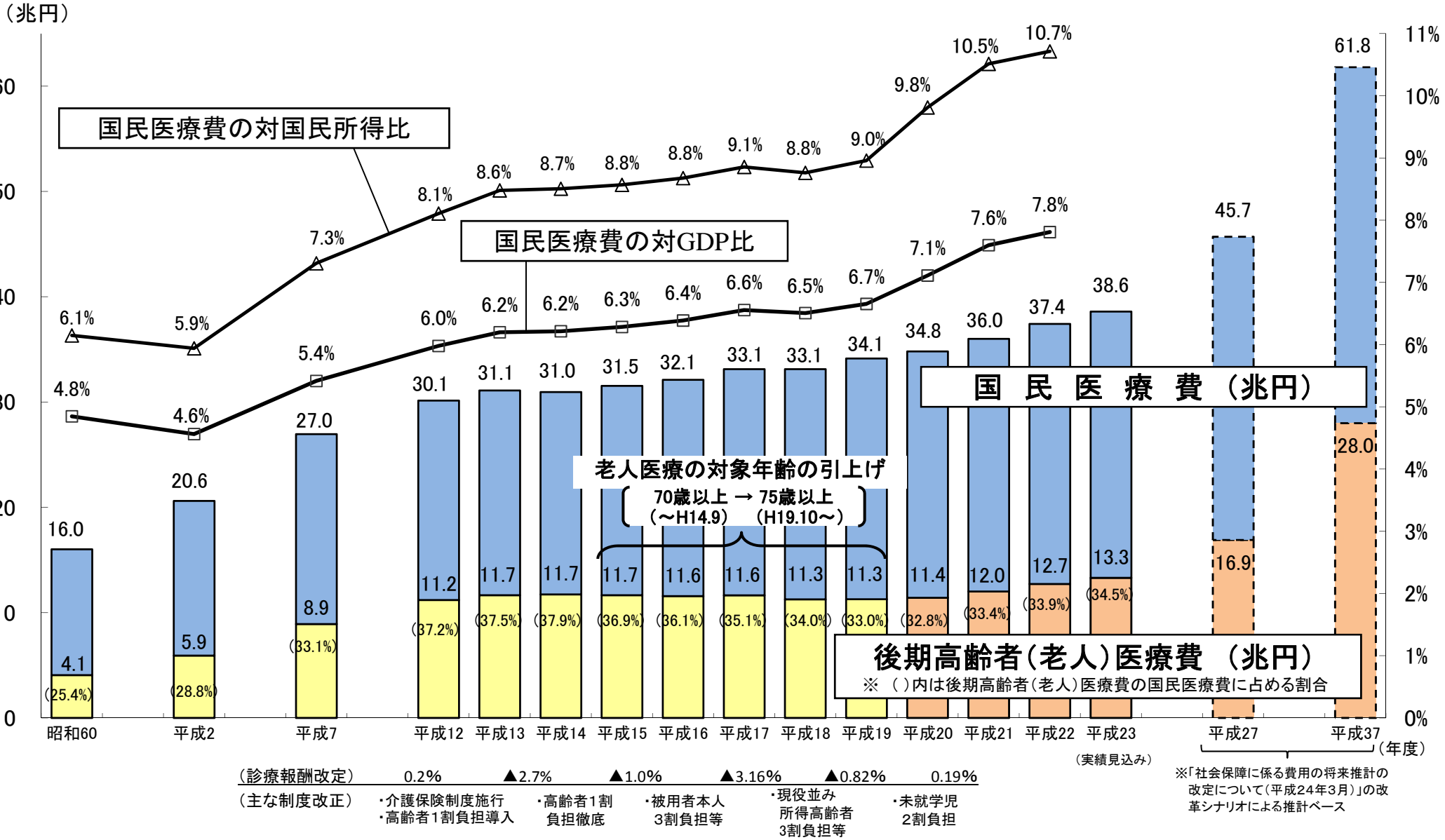
- 65歳以上の医療保険制度加入者は、平成13年度から平成21年度に約1.24倍増加して2,786万人。このうち75歳以上は、約1.42倍増加して1,318万人。
- 65歳以上74歳以下の割合は増加しているが、平成33年を境に減少に転じる。
- 64歳以下は、一貫して減少傾向。
- 平成37年には、65歳以上が約30%を、75歳以上が約18%を占めると推計される。



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

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

医療費の動向



注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(平成23年12月)。
 注2 平成23年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより推計。

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

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

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

注2:表中「対2012年度比」は、兆円単位で計算している。

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

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」の効果は、反映していない。)

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

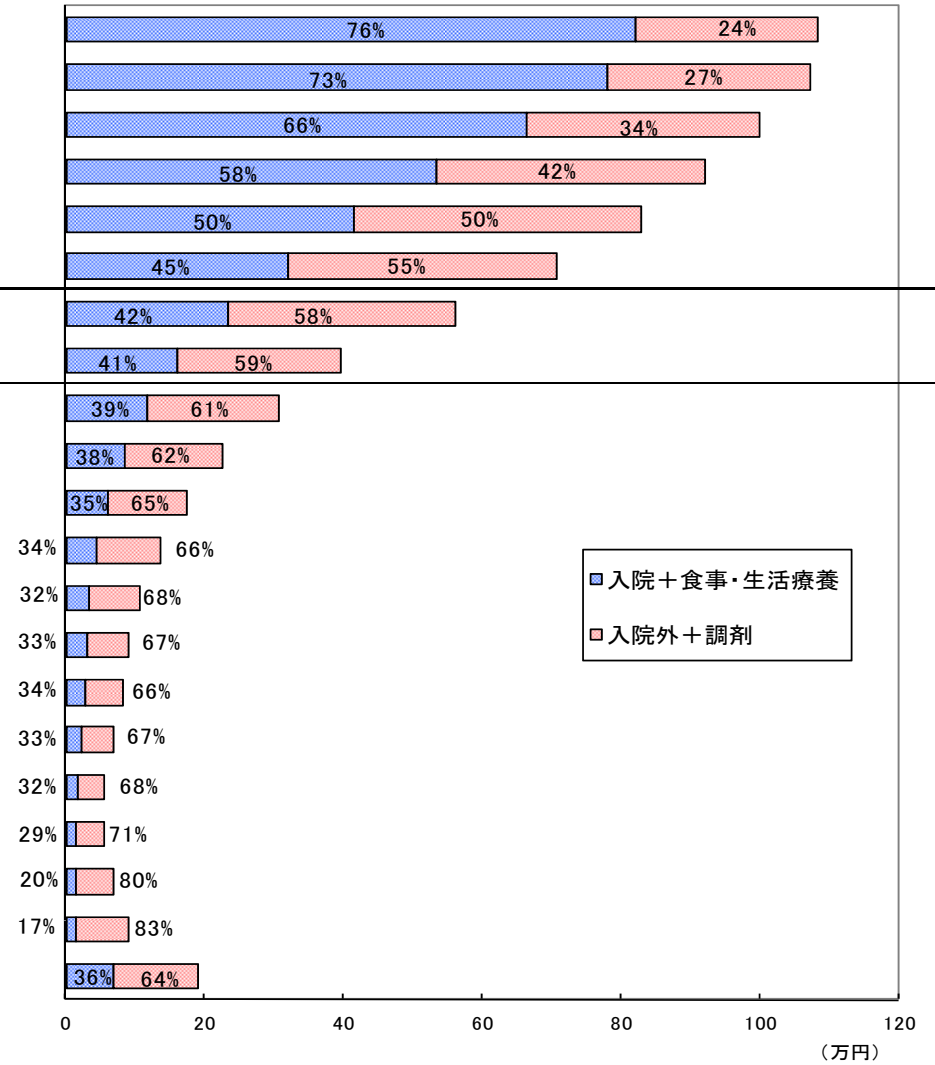
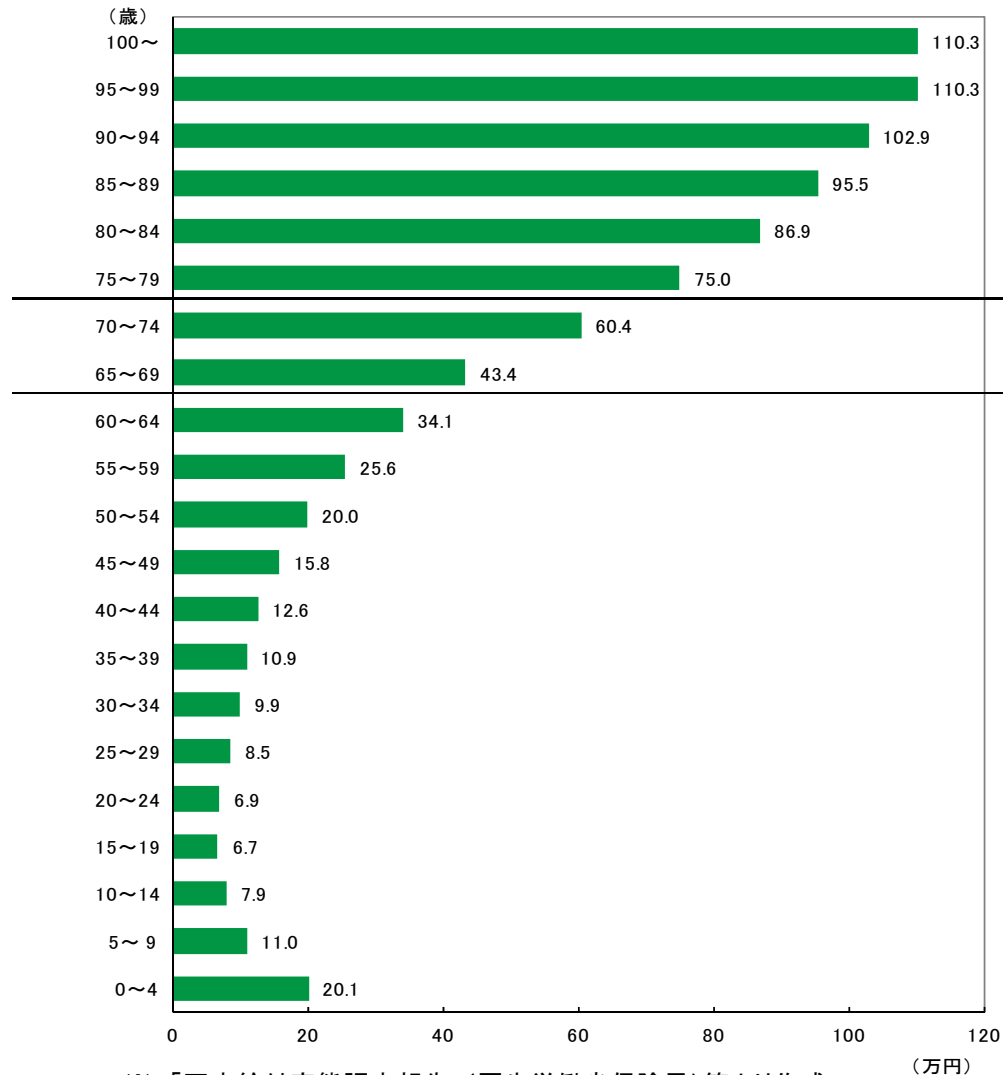
注5:医療の負担には補正予算対応分が含まれている。

年齢階級別1人当たり医療費(平成21年度)(医療保険制度分)

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

(医療費計)

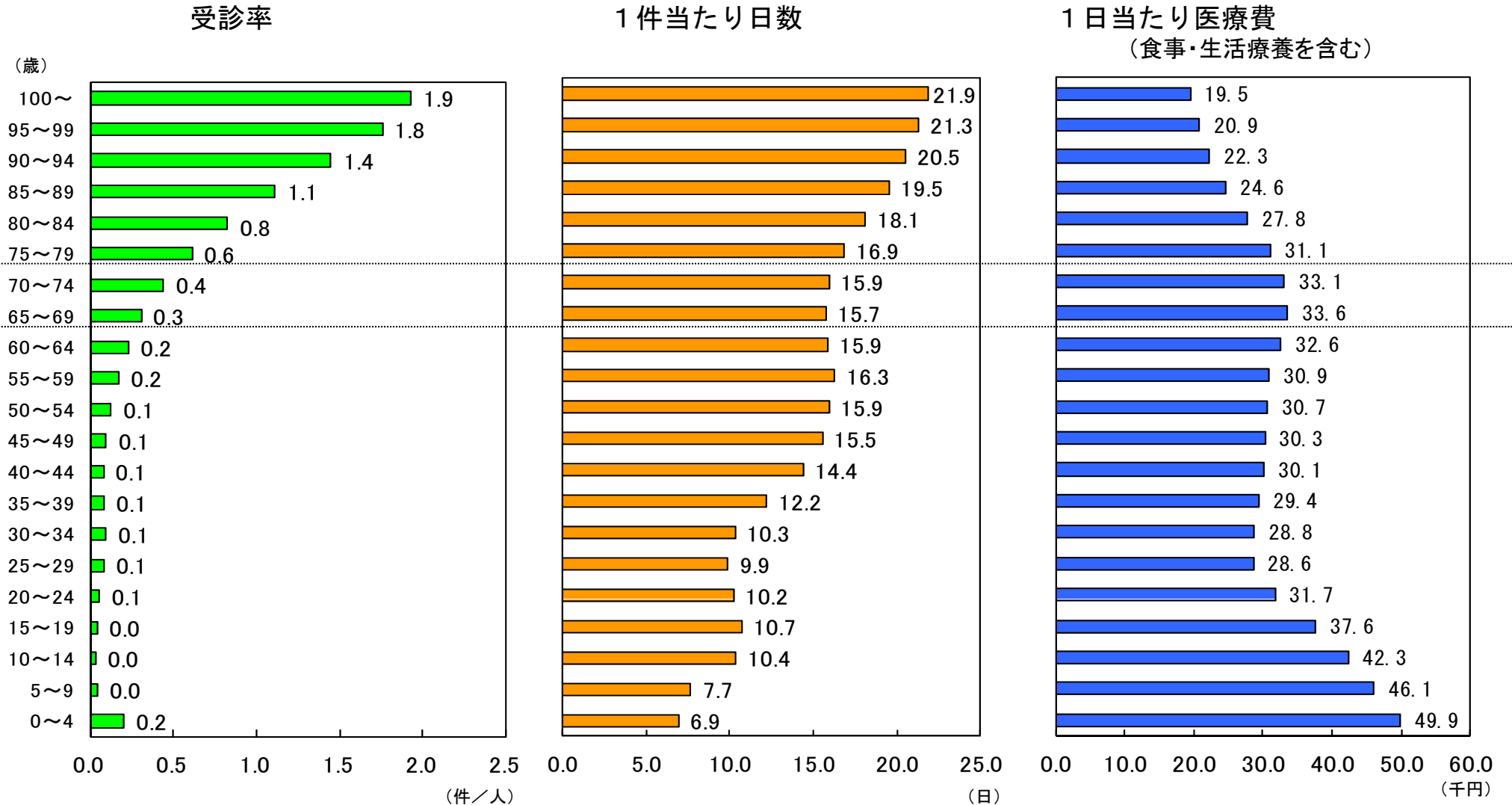
(医科診療費)



※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

年齢階級別 三要素(入院、平成21年度)

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



※「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

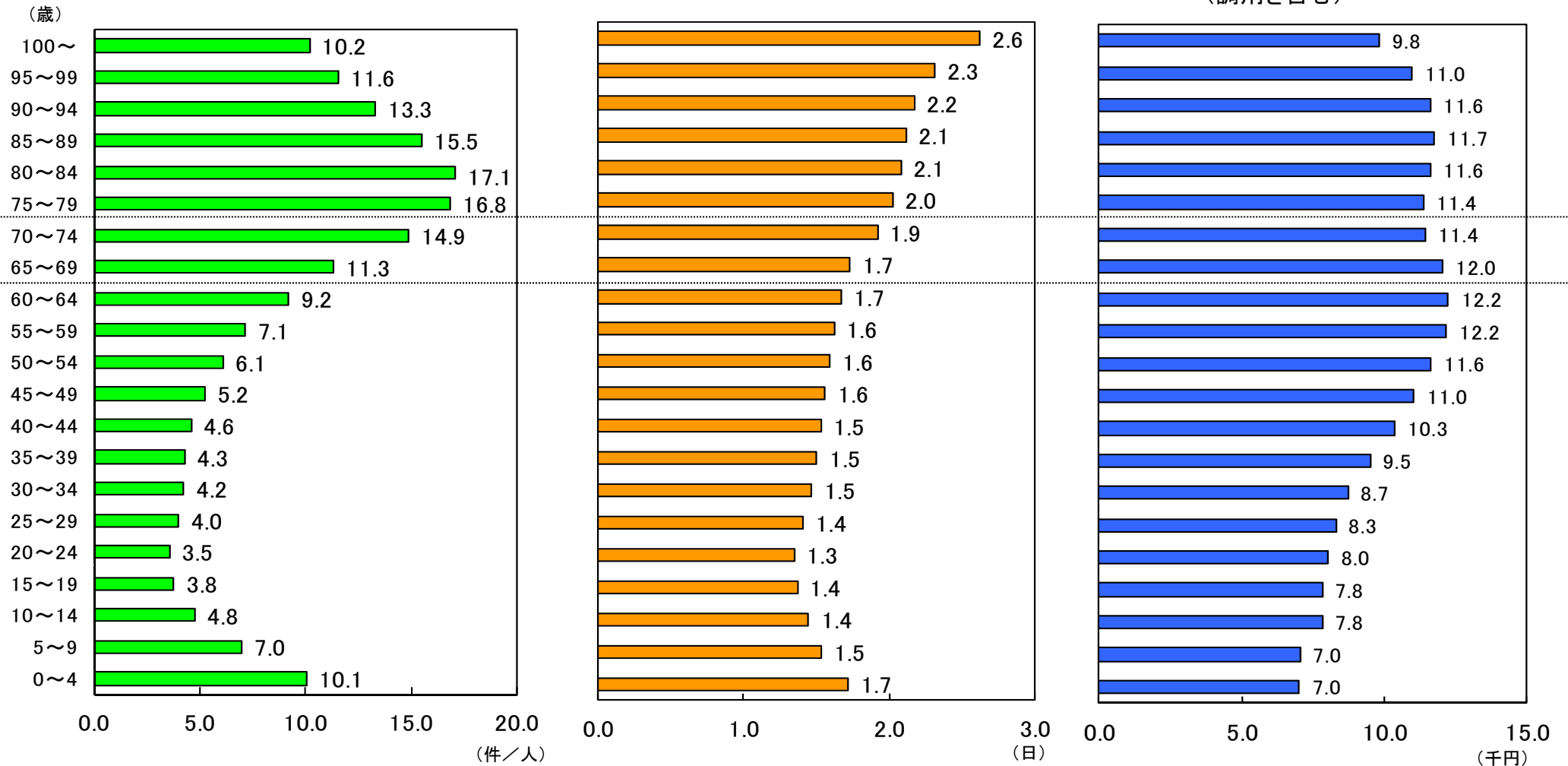
年齢階級別 三要素(入院外、平成21年度)

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

受診率

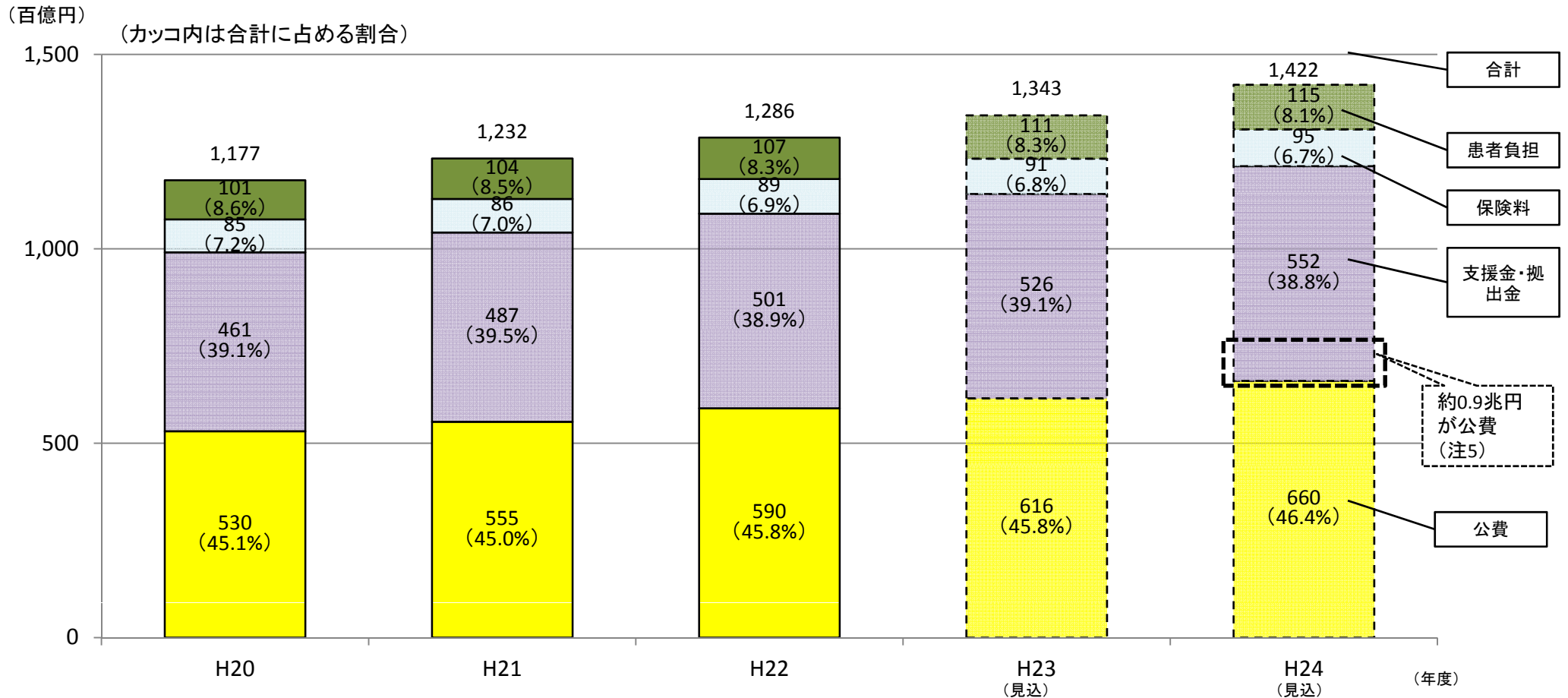
1件当たり日数

1日当たり医療費
(調剤を含む)



※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

後期高齢者医療の財源



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

注1 後期高齢者医療事業年報等により作成。

注2 平成22年度以前は実績、平成23年度以降は予算ベース。

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

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

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

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

※高齢者負担率…「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担率を段階的に引き上げる仕組み。

後期高齢者医療制度の平成24年度及び25年度の保険料率等(1)

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

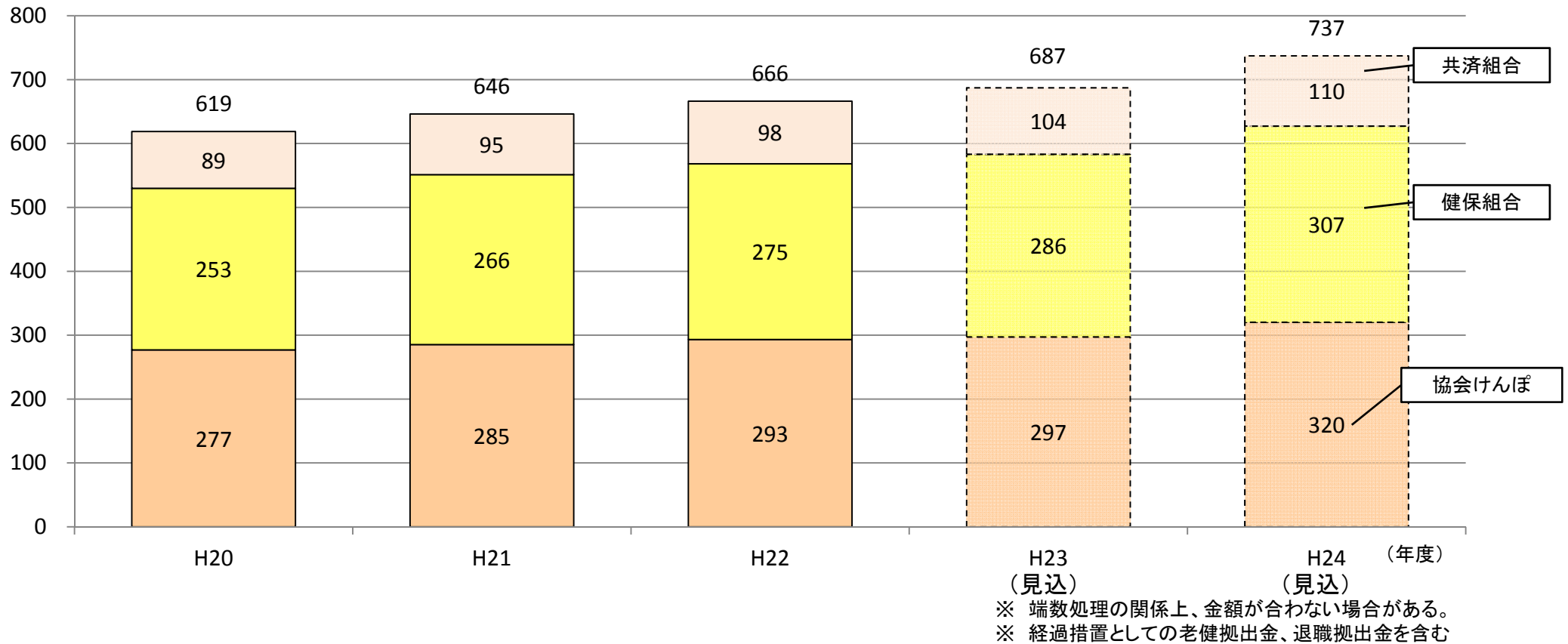
後期高齢者医療制度の平成24年度及び25年度の保険料率等(2)

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

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

被用者保険の拠出金等の推移(保険者別)

(百億円)



注1 社会保険診療報酬支払基金の徴収額等決定状況等により作成。

注2 平成22年度以前は確定額、平成23年度以降は概算額。

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

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

注5 平成20年度より、前期財政調整制度開始。

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

後期高齢者医療制度の財政の概要(24年度予算)

医療給付費等総額：13.1兆円

24年度予算ベース

都道府県単位の広域連合

← 53% → ← 47% →

財政安定化基金

○保険料未納リスク、給付増リスク及び保険料の上昇抑制に対応するため、国・都道府県・広域連合（保険料）が1/3ずつ拠出して、都道府県に基金を設置し、貸付等を行う。

事業規模 0.2兆円程度

高額医療費に対する支援

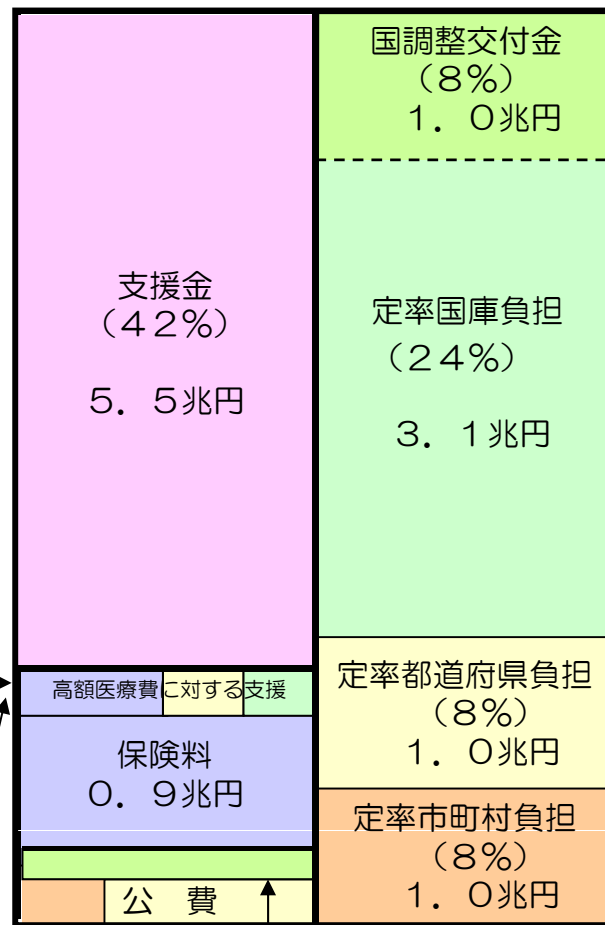
○高額な医療費の発生による後期高齢者医療広域連合の財政リスクの緩和を図るため、レセプト1件当たり80万円を超える医療費の部分について、国及び都道府県が1/4ずつ負担する。

事業規模 0.2兆円

特別高額医療費共同事業

○著しい高額な医療費の発生による財政影響を緩和するため、各広域連合からの拠出金を財源として、レセプト1件当たり400万円超の医療費の200万円超の部分について、財政調整を行う。

事業規模 23億円



調整交付金 (国)

○普通調整交付金 (全体の9/10)
広域連合間の被保険者に係る所得の格差による財政力の不均衡を調整するために交付する。

○特別調整交付金 (全体の1/10)
災害その他特別の事情を考慮して交付する。

**保険基盤安定制度
制度施行後の保険料軽減対策**

○保険基盤安定制度
・低所得者等の保険料軽減 (均等割7割・5割・2割軽減及び被扶養者の5割軽減)
<市町村1/4・都道府県3/4>

○制度施行後の保険料軽減対策 (国)
・低所得者の更なる保険料軽減 (均等割9割、8.5割及び所得割5割軽減)
・被扶養者の9割軽減
<4割軽減分；国>

事業規模 0.3兆円程度

① 現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、公費負担割合は47%となっている。
② 市町村国保及び協会けんぽの後期高齢者支援金には、別途各々50%、16.4% (加入者割部分に限る) の公費負担がある。

後期高齢者医療広域連合の収支状況

(億円)

科 目		平成20年度	平成21年度	平成22年度
単年度収入(経常収入)	保険料	8,213	8,565	8,907
	国庫支出金	31,547	36,221	36,778
	都道府県支出金	9,050	10,314	11,232
	市町村負担金	8,366	9,293	9,854
	後期高齢者交付金	41,296	47,189	49,526
	特別高額医療費共同事業交付金	7	16	18
	その他	38	94	119
	合 計	98,517	111,691	116,434
単年度支出(経常支出)	総務費	267	273	260
	保険給付費	95,008	110,403	117,340
	財政安定化基金拠出金	89	89	142
	特別高額医療費共同事業拠出金・事務費拠出金	8	16	19
	保健事業費	133	158	184
	その他	5	37	57
	合 計	95,510	110,974	118,001
単年度収支差(A)		3,007	717	▲1,567
前年度精算額(B)		—	1,599	1,809
当年度精算額(C)		▲1,599	▲1,809	▲339
実質的な単年度収支差(A)+(B)+(C)		1,408	507	▲97

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

(出所)後期高齢者医療事業年報(厚生労働省保険局)

(注1)数値は、後期高齢者医療広域連合の特別会計に係るものである。

(注2)前年度精算額は、当該年度に精算された国、都道府県及び市町村負担の額及び後期高齢者交付金の額である。

(注3)当年度精算額は、翌年度に精算予定の国、都道府県及び市町村負担の額及び後期高齢者交付金の額である。

後期高齢者医療広域連合

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

※ 広域連合は、地方自治法第284条第3項に規定される特別地方公共団体。

1. 広域連合・市町村の事務分担

広域連合

被保険者の認定、保険料率の決定、医療の給付、
保険料の賦課、健診事業 等

市町村

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

2. 広域連合の組織（例）

広域連合を組織する市区町村長の間接選挙により選出されている。
域内の市区町村首長が務めている。
・都道府県庁所在地の市区町村長：20都道府県
・その他の市区町村長：27都道府県

議会

広域連合を組織する
市区町村議会の間接選挙により選出されている。

広域連合長

事務局長

事務局

職員の出身元（全職員数1,255人）

※平成23年4月1日

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

事務局員の多くは域内市区町村からの職員の派遣により構成。

3. 高額療養費制度の見直しについて

社会保障・税一体改革大綱

(平成24年2月17日閣議決定)

3. 医療・介護等②

(保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策)

(3) 長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

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

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

高額療養費の見直しの方向性について

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

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

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

○ ただし、次のような課題についてどのように考えるか。

① 医療保険財政（保険料負担）への影響（別紙2）

② 保険者の事務負担（別紙3）

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

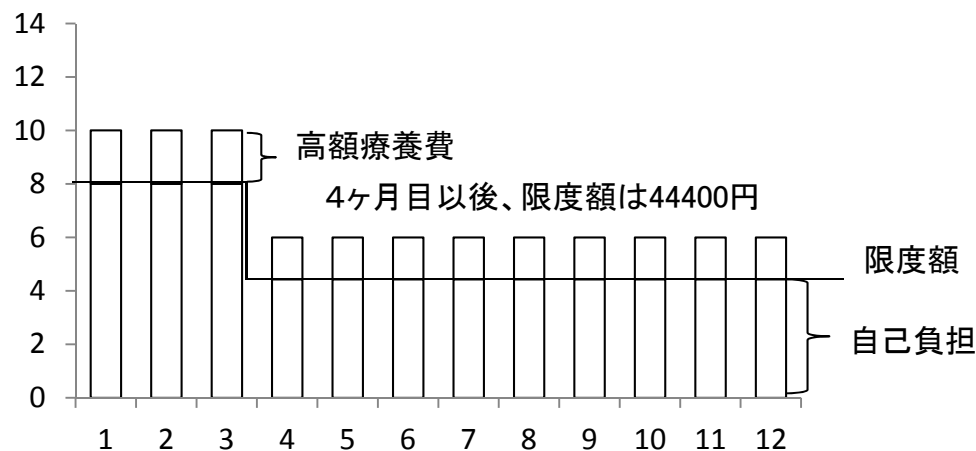
○ また、高額療養費の支給については、平成24年4月から外来における現物給付化を実施するなど、被保険者の負担の軽減を図ってきている。償還払い時における高額療養費の手続きの簡素化など、更なる負担の軽減を図ってはどうか。（別紙4）

年間上限額の設定の考え方（案）

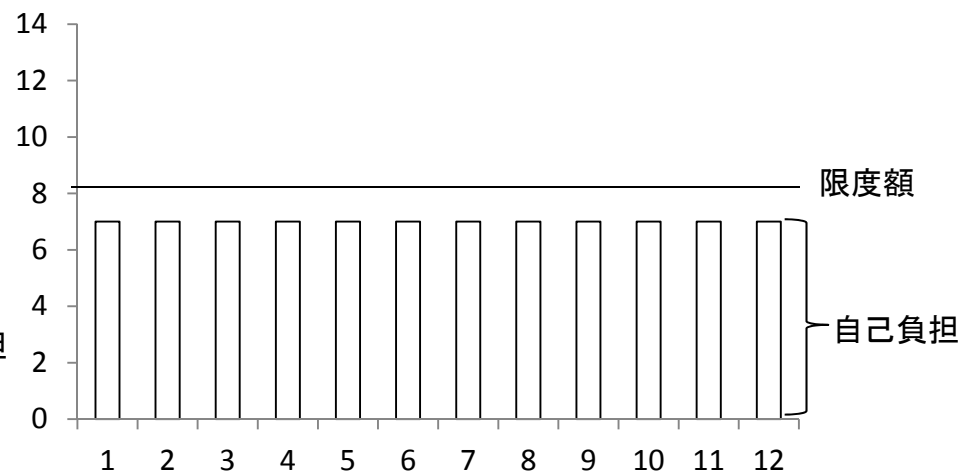
年間の医療費約280万円で、一般所得者層に該当する者

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

ケース②: 1～12月の自己負担が月約7万円(医療費約23万円)



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



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

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

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

高額療養費の見直し案（年間上限の設定）

別紙1-2

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

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

(※) 70歳以上についても70歳未満と同様の考え方で年間上限を設定する。

高額療養費を見直した場合の財政影響（粗い推計）

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

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

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

（注1）平成27年度（2015年度）ベースの試算。

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

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

保険者の事務負担について

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

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

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

【参考2】高額療養費を見直した場合の対象人数について（見込み）

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

（※）高額医療・高額介護合算制度の支給件数（平成22年度）

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

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

高額療養費の支給手続きの改善について

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

<制度別の実施状況>

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

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

近年の高額療養費制度の主な改正

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

高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

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

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

[70歳以上]

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

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

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

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

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

高額療養費の所得区分別の加入者数

[70歳未満]

※一定の仮定を置いた粗い推計

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

[70歳以上]

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

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

(※2) 市町村国保は、所得不詳の人数を除いた所得区分の割合から推計。

(※3) 各制度の人数は、平成23年度平均(保険局調べ)。

医療保険制度別の実効給付率の推移

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

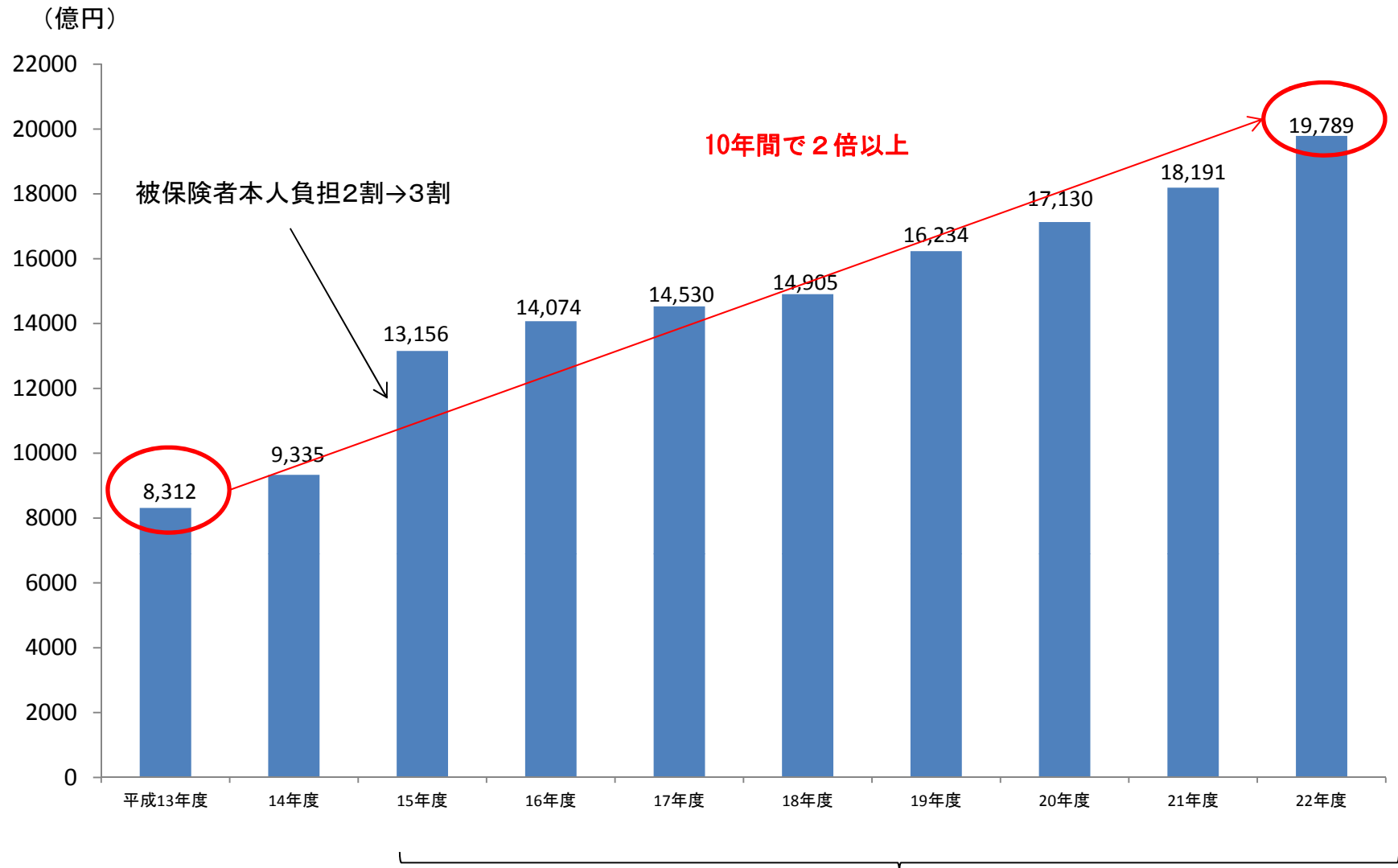
		被用者保険計			国保計			若人計	後期高齢者医療制度(老人保健)	医療保険計	主な制度改正	
		協会(一般)	組合健保	共済組合	市町村国保	国保組合						
		%	%	%	%	%	%	%	%	%		
被保険者(70歳未満)	平成15年度	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—	健保:2割→3割
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	76.78	—	—	
	17	75.30	74.35	75.97	77.11	77.56	77.66	76.17	76.70	—	—	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

(注1) 平成22年度は速報値である。

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

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

高額療養費の支給額の推移



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

高額療養費の支給実績

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

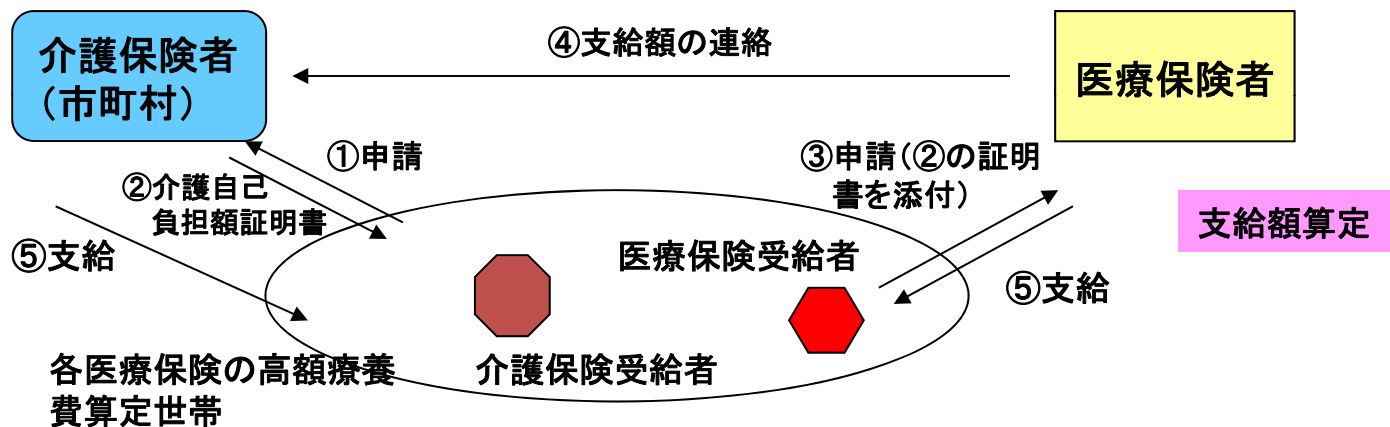
高額医療・高額介護合算制度について

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

(制度の基本的枠組み)

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

(制度のイメージ)



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

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

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

4. 健康保険と労災保険の適用関係の整理について

健康保険と労災保険の適用関係の整理について

- シルバー人材センターにおける負傷事故を契機として、厚生労働省ではプロジェクトチームを立ち上げ、健康保険と労災保険の適用関係について、下記の通り整理を行った。

(問題点の認識)

労働者の業務災害については、使用者が補償責任を負うことから、業務上の負傷等は労働者災害補償保険法に基づく給付が行われ、業務外の負傷等は健康保険法に基づく給付が行われる。健康保険法上、業務は「職業その他社会生活上の地位に基づいて継続して行う事務又は事業」と広く取り扱っており、例えば、副業で行った請負の業務で負傷した場合やインターンシップで負傷した場合などに、労災保険法からも健康保険法からも給付がなされない事態が生じ得る。

(対応方針)

- 健康保険における業務上・外の区分を廃止し、請負の業務(シルバー人材センターの会員等)やインターンシップなど、労災保険の給付が受けられない場合には、健康保険の対象とする。
- その上で、労使等関係者の負担に関わる変更であるため、変更の方法(法改正の要否)、遡及適用の要否、役員の業務上の負傷に対する給付の取扱いを含め、社会保障審議会医療保険部会で審議を行い、結論を得る。

論点①

(業務上・外の区分の廃止)

- プロジェクトチームの取りまとめに基づいて、「健康保険における業務上・外の区分を廃止し、労災保険の給付が受けられない場合には、健康保険の対象とする」こととしたい。
- 但し、労災保険との関係においては、健康保険法第55条第1項において、「被保険者に係る療養の給付（中略）は、（中略）労働者災害補償保険法（中略）の規定によりこれらに相当する給付を受けることができる場合には、行わない」とされており、上記施行時に、労働者の業務災害と疑われるような事例で健康保険の給付が申請された時の取扱いについて、通知で明示することとしたい。（下記通知案を参照）

○ 労働者の業務災害について、労災保険が健康保険に優先する旨を明示する通知案

(Q) 労働者の業務災害と疑われる事例で健康保険の給付が申請された場合、まずは労災保険の請求を促し、健康保険の給付を留保することができるか。

(A) まずは労災保険の請求を促し、健康保険の給付を留保することができる。これは、健康保険法第55条第1項において、「被保険者に係る療養の給付（中略）は、（中略）労働者災害補償保険法（中略）の規定によりこれらに相当する給付を受けることができる場合には、行わない」とされており、この規定に基づき、労災保険からの給付がなされる労働者の業務災害については、労災保険からの給付が優先されるためである。

論点② (役員の取扱い)

- プロジェクトチームの取りまとめに基づいて、「健康保険における業務上・外の区分を廃止し、労災保険の給付が受けられない場合には、健康保険の対象とする」とした場合、労災保険の給付対象とならない役員の業務上の負傷についての取扱いをどうするか。
(役員の業務上の負傷に対して労使折半の健康保険から給付すべきかどうか)
- 現行の取扱いは、役員の業務上の負傷について、原則として、業務外を要件とする健康保険からの給付は行わないが、被保険者が5人未満である適用事業所に所属する法人の代表者等であって、一般の従業員と著しく異ならないような労務に従事している者については、その者の業務遂行の過程において業務に起因して生じた傷病に関して、健康保険による給付の対象としている。

	利点	問題点
これまで通り、5人未満の法人の役員等のみ健康保険から給付	<ul style="list-style-type: none"> ・役員など使用者側の業務上の負傷に対する補償は全額使用者側の負担で行うべき、という考え方となじみやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・労災保険及び健康保険ともに給付されないケースが残る。 ※ 中小企業の場合は、労災保険に特別加入(任意加入)することができる。
全ての役員について健康保険から給付	<ul style="list-style-type: none"> ・労災保険及び健康保険のいずれかが給付されることとなる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・役員など使用者側の業務上の負傷に対する補償は全額使用者側の負担で行うべき、という考え方となじみにくい。 ・軽微ではあるが、保険財政への影響がある。

論点③ (遡及適用の取扱い)

- プロジェクトチームの取りまとめに基づく取扱いの変更は、将来に向かってのみ行うか、過去に遡及して行うか。
- ※ なお、遡及適用の取扱いについては、内閣法制局の見解を求めることも必要となる。

	利点	問題点
遡及適用を行う	<ul style="list-style-type: none"> ・取扱い変更以前の、労災保険及び健康保険ともに不支給となった事例を救済することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・遡及適用は、多くの場合、既に発生、成立している状態に対し法令が後から規制を加え、その法律関係を変更するものであるから、法的安定性の面からみて、みだりに行うべきものではないと考えられる。 ・救済分の保険給付が増加するため、保険料の増加につながり、救済対象でない者や保険者にとっては不利益変更となる。 ・被保険者自らが傷病原因や所要額の証明を行う必要があるため、その証明が可能な者だけが救済され、証明ができなかった者との不公平が生じる。
遡及適用を行わない	<ul style="list-style-type: none"> ・将来についてのみ取扱いを変更することで、法的安定性を確保することができる。 ・将来に向かっての適用のため、加入者間の不公平が生じない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・取扱い変更以前の、労災保険及び健康保険ともに不支給となった事例を救済することができない。

論点④ (法改正の要否)

- プロジェクトチームの取りまとめに基づく取扱いの変更は、解釈による変更でも可能か、法改正によるべきか。
- ※ なお、法改正の要否については、内閣法制局の見解を求めることも必要となる。

	利点	問題点
解釈による変更	<ul style="list-style-type: none">・法律の規定ぶりが包括的なので、解釈によって技術的に変更を行いうるのであれば、あえて法改正という手段を取る必要はない。	<ul style="list-style-type: none">・業務上・外の区分の廃止は、制度の根幹をなすところであり、また保険者事務の取扱いを変更するものであることから、行政内部の手段だけで処理するにはなじまない。
法改正による変更	<ul style="list-style-type: none">・保険給付の対象範囲という制度の根幹や保険者事務の取扱いの変更について国民の信認を得ることができる。・手続きの透明性を確保できる。	<ul style="list-style-type: none">・法律の規定ぶりが包括的なので、解釈によって技術的に変更を行いうるのであれば、あえて法改正という手段を取る必要はない。

参照条文

○ 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）（抄）

（目的）

第 1 条 この法律は、労働者の業務外の事由による疾病、負傷若しくは死亡又は出産及びその被扶養者の疾病、負傷、死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって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する。

（他の法令による保険給付との調整）

第 55 条 被保険者に係る療養の給付（中略）は、（中略）労働者災害補償保険法（中略）の規定によりこれらに相当する給付を受けることができる場合には、行わない。

2・3 （略）

○ 労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）（抄）

第 7 条 この法律による保険給付は、次に掲げる保険給付とする。

1 労働者の業務上の負傷、疾病、障害又は死亡（以下「業務災害」という。）に関する保険給付

2・3 （略）

シルバー人材センター事業の概要

シルバー人材センター事業の内容

- 目的
定年退職後等に、臨時的かつ短期的又は軽易な就業を希望する高年齢者に対して、地域の日常生活に密着した仕事を提供し、もって高年齢者の就業機会の増大を図り、活力ある地域社会づくりに寄与する。
(高年齢者等の雇用の安定等に関する法律第41条)

- 仕組み

- (1) 会 員

- 概ね60歳以上の健康で就業意欲のある高年齢者

- (2) 事業内容

- シルバー人材センターは、家庭、事業所、官公庁から、地域社会に密着した臨時的かつ短期的又は軽易な仕事等を有償で請け負い、これを希望する会員に提供する。

- 会員は就業の実績に応じて一定の報酬(配分金)を受ける。

- 【シルバー人材センターで取り扱う仕事の例】

- 清掃、除草、公園管理、自転車置き場管理、宛て名書き、植木の剪定、障子・襖張り、観光案内、福祉・家事援助サービス等

【現状】

団体数	: 1,294団体
会員数	: 76万人
契約件数	: 349万件
契約金額	: 3,032億円
就業延人員	: 6,979万人日
※ 平成24年3月末日現在	

月平均就業日数	: 9.2日
月平均配分金収入	: 35,154円
※ 平成23年度実績	

労災保険の特別加入制度について

1. 趣旨

労災保険は、労働基準法に基づく事業主の災害補償責任を担保することを基本とする制度である、労働基準法上の労働者でない者については、対象外とされているが、業務の実態、災害の発生状況等からみて労働者に準じて保護することが適当である者について労働者とみなし、業務災害及び通勤災害について保険給付等を行う制度。

2. 特別加入の対象者

- ① 中小事業主及びその者が行う事業に従事する者
- ② 労働者を使用しないで事業を行う一人親方その他自営業者及びその者が行う事業に従事する者

○個人タクシー業者、個人貨物運送業者 ○漁船により水産動植物の採捕に従事する自営業者 ○大工、左官、とび、石工等の建設業の一人親方 ○植林、伐採、木炭製造等を行う林業の一人親方 ○医薬品の配置販売業者 ○廃品回収業、くず鉄業と呼ばれる事業を行う再生資源取扱業者

③ 特定作業従事者

○特定の危険有害な農作業に従事する者 ○特定の農業機械を用いて農作業を行う者 ○国、地方公共団体が直接、または、事業主団体に委託して実施する職場適応訓練として行われる作業に従事する者 ○危険有害な作業に従事する家内労働者 ○労働組合等常勤役員 ○介護作業従事者

④ 海外派遣者等

3. 保険給付

原則として、労働者の場合と同様の給付(二次健康診断等給付を除く)

* ②、③の一部については、通勤災害に関して給付が行われない。

4. 保険料率

- ① : 当該事業に適用される労災保険率と同一の率
- ②～④ : 同種・類似の事業の災害率等を考慮して定める率

5. 給付基礎日額

3,500円～20,000円までの13段階のうち希望額を徴し、都道府県労働局長が決定した額

役員への健康保険・労災保険の給付について(現状)

- 役員(法人の取締役、理事等の地位にある者)については、役員であっても、業務執行権を有する取締役・理事・代表社員等の指揮監督を受けて労働に従事し、その対償として賃金を得ている場合は、「指揮監督下での労働」及び「報酬の労務対償性」という要素を満たし、「労働者性あり」として、業務中の負傷に関して労災保険の給付の対象となる。

	労働者性ありの場合	労働者性なしの場合
大企業の役員	<u>労災保険から給付</u>	<u>健康保険、労災保険ともに給付なし</u>
中小企業の役員	<u>労災保険から給付</u>	<u>健康保険、労災保険ともに給付なし</u> ※ 但し、労災保険に特別加入(任意加入)していれば、労災保険から給付される
5人未満の法人の役員	<u>労災保険から給付</u>	役員が一般の従業員と著しく異ならないような労務に従事している際の負傷等について <u>健康保険から給付される</u> (平成15年7月1日保険局長通知による) ※ 但し、労災保険に特別加入(任意加入)していれば、労災保険から給付される

※ なお、当然のことながら、上記のいずれの場合においても、日常生活上のかぜやけがなどには健康保険から給付される。

5. 保険者への調査権限の付与について

これまでの当部会における議論について

1. 不正請求の疑いのある事例

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

2. これまでの当部会における議論について

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

<医療保険部会における主な意見（平成22年及び平成23年）>

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

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

<議論の整理（平成23年12月6日社会保障審議会医療保険部会）>

6. 給付の重点化・制度運営の効率化

（現金給付（傷病手当金）の見直し）

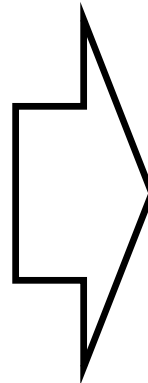
- また、不正請求の防止に加え、保険者機能の強化の観点から、事業主への質問・調査権限の法律上の明確化を検討すべきである。

保険者への調査権限の付与について (見直しの方向性)

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

<現行制度>

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



<改正案>

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

健康保険法における保険者等の事務（適用・徴収・給付）について

（資格得喪の確認）

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

（※）厚生労働大臣は資格得喪事務を日本年金機構に委任している。

（標準報酬月額及び標準賞与額の決定）

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

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

（保険料の徴収）

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

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

（保険給付）

条項	権限の行使者	
	協会けんぽ	健保組合
第63条1項等	○	○

参照条文

○ 健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

（立入検査等）

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

2 （略）

（機構への厚生労働大臣の権限に係る事務の委任）

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

一～十八 （略）

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

二十・二十一 （略）

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

一～四 （略）

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

6. 傷病手当金の見直しについて

傷病手当金の見直しの考え方について

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

参考: 社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」(平成23年12月6日)

6. 給付の重点化・制度運営の効率化

(現金給付(傷病手当金)の見直し)

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

参考: ILO第102号条約における傷病手当金に関する規定について

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

<支給上限額を設定する案>

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

なお、一般所得者以下については、現状の2/3の給付割合を維持する。

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

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

標準報酬月額50万円以下は現行と同じ。

傷病手当金について

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

給付要件	支給額	支給される期間
以下のすべての要件を満たした場合 1、療養中であること 2、仕事につけないこと(労務不能) 3、4日以上仕事を休むこと 4、給与の支払いがないこと	1日につき、標準報酬日額(標準報酬額の30分の1に相当する額)の3分の2に相当する金額	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

(注) ①～③の支給日額が、傷病手当金の日額より多いときは、傷病手当金の支給はなく、傷病手当金の日額より少ないときは、その差額を支給される。

①事業主から報酬の支給を受けた場合

②同一の傷病により障害厚生年金、障害手当金を受けている場合

③退職後、老齢厚生年金や老齢基礎年金又は退職共済年金等を受けている場合

(参照条文)

○ 健康保険法(大正11年法律第70号)(抄)

(傷病手当金)

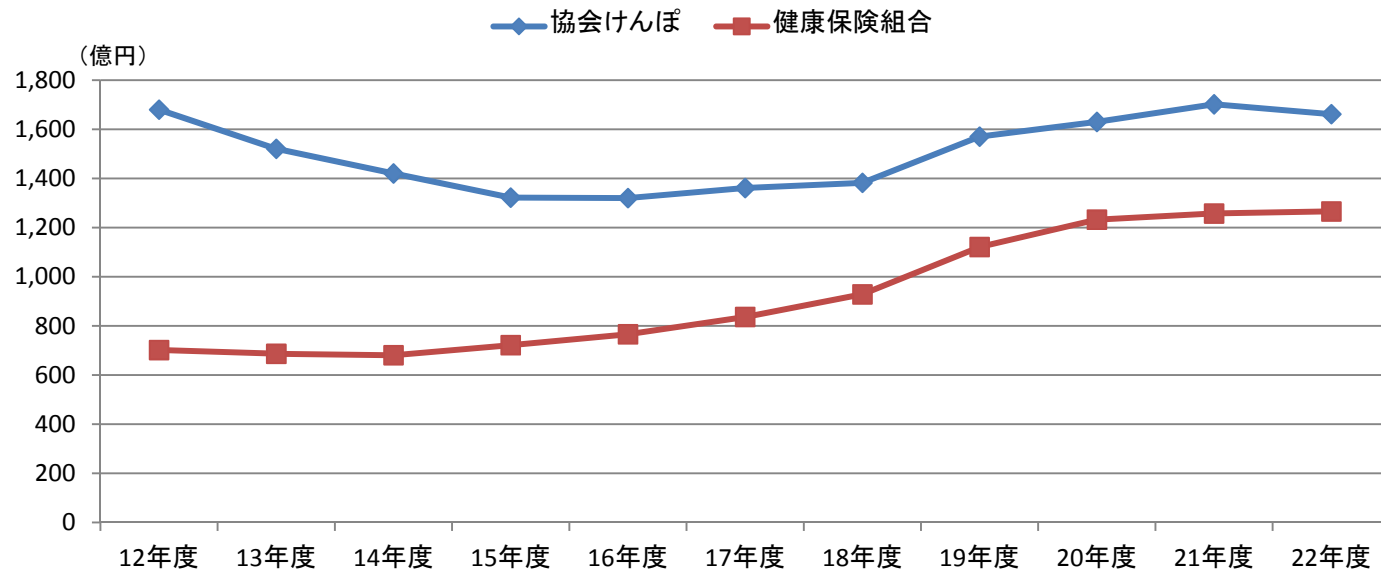
第99条 被保険者(任意継続被保険者を除く。第百二条において同じ。)が療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して三日を経過した日から労務に服することができない期間、傷病手当金として、一日につき、標準報酬日額(標準報酬月額 $\frac{1}{30}$ に相当する額(その額に、五円未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとし、五円以上十円未満の端数があるときはこれを十円に切り上げるものとする。))をいう。第百二条において同じ。)の $\frac{2}{3}$ に相当する金額(その金額に、五十銭未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとし、五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

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

傷病手当金の支給実績について（平成22年度）

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

傷病手当金の支給額推移について



7. 健保組合における準備金の見直しについて

健保組合の変動リスクへの対応について

1. 現行では、変動リスクに対応するために医療給付費相当分及び拠出金相当分1か月分を積み立ての対象としているが、後期高齢者支援金等の拠出金相当分については年度単位の賦課であるため、毎月の変動はほとんどない。

※ 過去の後期高齢者支援金等の拠出金相当分についての変動を調査しても、予算と比較して組合平均で平成21年度は△0.2カ月、平成22年度は0.0カ月、平成23年度は△0.1カ月であり、変動はほとんどない。

このため、後期高齢者支援金等の拠出金相当分については積み立てを不要としたらどうか。

2. 一方、医療給付費相当分については、インフルエンザの蔓延など予測しえない事態は常に生じる恐れがあるため、引き続き、1か月分を積み立ての対象とする必要がある。

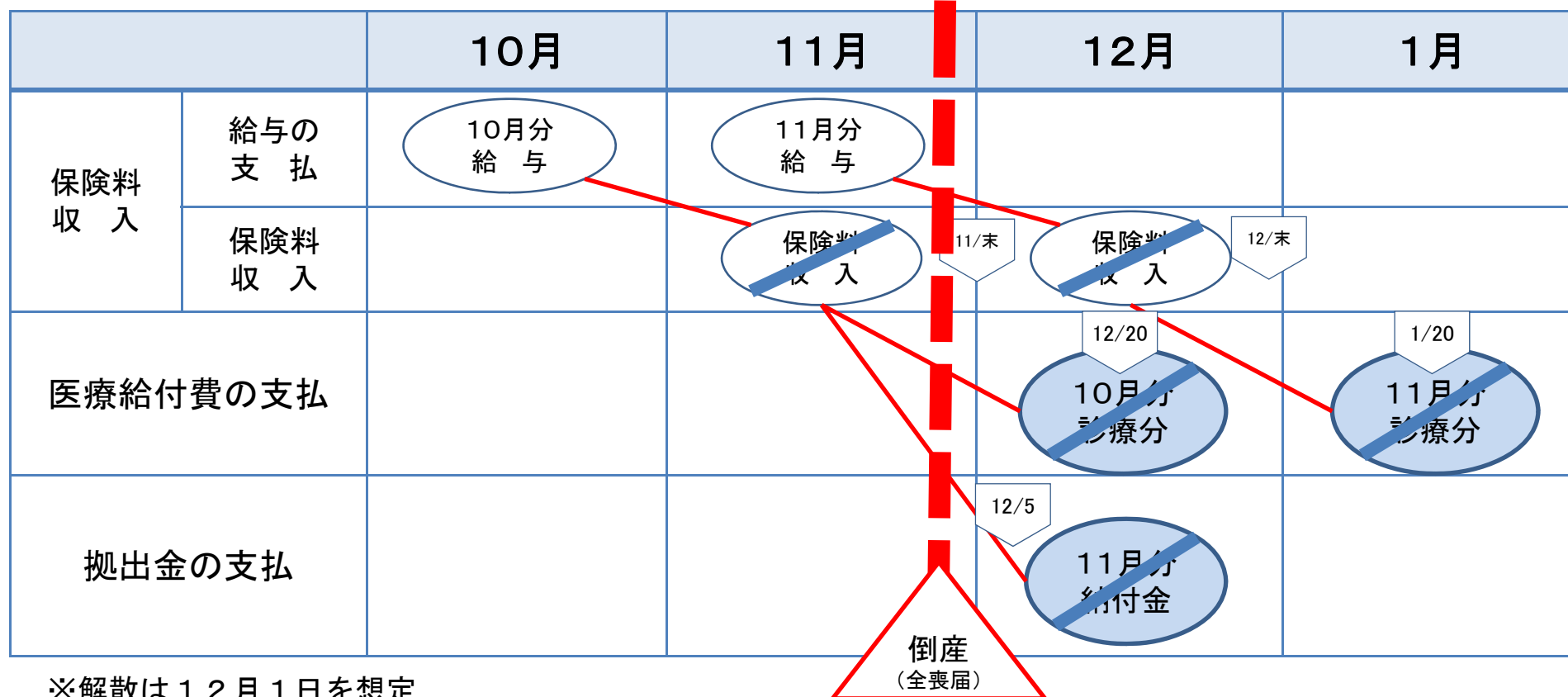
※ 過去の医療費給付相当分についての変動を調査しても、予算と比較して、組合平均で平成21年度は△0.7カ月、平成22年度は△0.5カ月、平成23年度は△0.6カ月であり、1か月の範囲に変動は収まっている。

3. 以上から、変動リスクに相当する分については、現行の「医療給付費相当分及び拠出金相当分1か月分」から「医療給付費相当分1か月分」としたらどうか。

健保組合の解散時のリスクへの対応について

- 現行では、解散に備えた分については、医療給付費相当分及び拠出金相当分2か月分を積み立ての対象としている。
- しかしながら、健保組合が解散した場合のスケジュールを考えると、医療給付費相当分は「解散の前々月分と解散の前月分」の支払いが滞り、拠出金相当分は「解散の前月分」の支払いが滞ることが最悪のケースである。
- このため、解散に備えた分については、「医療給付費相当分及び拠出金相当分2か月分」は必要ないと考えられ、医療給付費相当分2か月分、拠出金相当分1か月分のみ積み立ての対象としたらどうか。

<最悪のケース（突然の倒産で、保険料収入がとれない場合）の流れ>



※解散は12月1日を想定

参照条文

○ 健康保険法

(準備金)

第一百六十条の二 保険者は、政令で定めるところにより、健康保険事業に要する費用の支出に備えるため、毎事業年度末において、準備金を積み立てなければならない。

○ 健康保険法施行令

(指定の要件)

第二十九条 法第二十八条第一項の政令で定める要件は、(中略)一の年度における健康保険組合の保険給付に要した費用の額(前期高齢者納付金等、後期高齢者支援金等及び日雇拋出金並びに介護納付金の納付に要した費用の額(高齢者の医療の確保に関する法律の規定による前期高齢者交付金(第六十五条第一項第一号イ及び第六十七条第三項において「前期高齢者交付金」という。))がある場合には、これを控除した額)を含む。以下この条及び第四十六条において同じ。(中略)を下回ったものとする。

(準備金の積立て)

第四十六条 協会は、毎事業年度末において、当該事業年度及びその直前の二事業年度内において行った保険給付(※)に要した費用の額(法第一百五十三条及び第一百五十四条の規定による国庫補助の額を除く。)の一事業年度当たりの平均額の十二分の一に相当する額に達するまでは、当該事業年度の剰余金の額を準備金として積み立てなければならない。

2 健康保険組合は、毎事業年度末において、当該事業年度及びその直前の二事業年度内において行った保険給付に要した費用の額の一事業年度当たりの平均額の十二分の三に相当する額に達するまでは、当該事業年度の剰余金の額を準備金として積み立てなければならない。

※ 保険給付に要した費用の額は、健康保険法施行令第29条において「前期高齢者納付金等、後期高齢者支援金等及び日雇拋出金並びに介護納付金の納付に要した費用の額を含む。」とされている。