

全国厚生労働関係部局長会議
(厚生分科会)

資 料

保 険 局

平成25年2月20日

全国厚生労働部局長会議(厚生分科会)

保険局説明資料

- 1 医療費適正化計画について
- 2 国民健康保険制度について
- 3 高齢者医療制度について
- 4 医療に係る消費税に関する検討状況について
- 5 参考資料

1. 医療費適正化計画について

平成25年2月20日

厚生労働省保険局総務課

医療費適正化対策推進室

第1期医療費適正化計画について(概要)

基本的な考え方

◎ 平成20年度を初年度とし、平成24年度までの5年計画として、以下の政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化することを目的に国及び都道府県において策定(目標値は平成24年度まで)。

- ・ 健康の保持の推進 → 政策目標: 特定健康診査実施率を70%
特定保健指導実施率を45%
メタボリックシンドロームの該当者・予備群を平成20年度比で10%減少
- ・ 医療の効率的な提供の推進 → 政策目標: 全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を9分の3に縮小

国

共同作業

都道府県

○ 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針を作成
(特定健診の実施率の達成目標等を設定)

○ 都道府県における事業実施への支援
・ 平均在院日数の短縮に資する診療報酬の見直し
・ 医療提供体制の整備
・ 人材養成
・ 病床転換に関する財政支援

○ 全国計画の中間評価、実績の評価の実施

○ 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等

○ 都道府県医療費適正化計画を作成

○ 生活習慣病対策
・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導
・ 市町村の啓発事業の指導

○ 在院日数の短縮
・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進
・ 病床転換の支援

○ 各都道府県計画の中間評価、実績の評価の実施

○ 診療報酬に関する意見を提出することができる

保険者

○ 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

第1期医療費適正化計画の目標の進捗状況

第1期医療費適正化計画における目標について

- ◎ 生活習慣病対策や長期入院の是正などにより中長期的に医療費適正化に取り組むため、国及び都道府県が計画を策定(第1期:平成20~24年度)

政策目標	特定健診実施率	特定保健指導実施率	メタボ該当者・予備群減少率	平均在院日数
第1期 (24年度)	70%	45%	10%以上減(平成20年度比)	全国平均(32.2日)と最短の長野県(25日)の差を9分の3(29.8日)に縮小

第1期医療費適正化計画の目標の進捗状況について

特定健診・保健指導等の推進

平成22年度 実施率	全体	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
特定健診	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
特定保健指導	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%

実施率の状況

- ・特定健診・特定保健指導ともに、目標とはまだ開きがあるものの、実施率は着実に上昇してきている。
- ・特定健診の実施率は被用者保険において高い傾向にあるのに対して、特定保健指導の実施率は市町村国保や健保組合において高い。

特定健診・保健指導の効果

- ・特定保健指導終了者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群でなくなった者の割合 **▲約32%(21年度)**
- ・メタボリックシンドローム該当者と非該当者との年間医療費の比較 **▲約9万円(22年度)**

平均在院日数の縮減

	18年	23年
全国平均	32.2日	30.4日
最短県	25.0日	23.3日

平均在院日数の状況

- ・全国平均で見れば、目標には届いていないものの一定程度縮減してきている。
- ・全国平均と最短との差はほとんど縮小していない。

※ 18年の最短県は長野県、23年は東京都

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	健保組合	共済組合
平成22年度	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度	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	健保組合	共済組合
平成22年度	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

都道府県別の特定健診・特定保健指導の実施状況(平成22年度)

都道府県	特定健康診査 受診率 (%)	特定保健指導 実施率 (%)
北海道	31.7%	12%
青森	34.4%	19%
岩手	40.2%	17%
宮城	49.9%	12%
秋田	36.8%	12%
山形	49.6%	17%
福島	43.1%	14%
茨城	40.9%	13%
栃木	41.6%	16%
群馬	44.8%	11%
埼玉	41.9%	12%
千葉	43.9%	14%
東京都	59.2%	11%
神奈川県	41.8%	10%
新潟	48.5%	14%
富山	48.8%	13%
石川	44.6%	16%
福井	39.9%	16%
山梨	47.4%	16%
長野	46.3%	21%
岐阜	42.5%	19%
静岡県	45.0%	14%
愛知県	47.2%	11%
三重	44.3%	12%
滋賀	44.3%	13%

都道府県	特定健康診査 受診率 (%)	特定保健指導 実施率 (%)
京都	40.5%	12%
大阪	37.9%	10%
兵庫	39.6%	12%
奈良	33.3%	13%
和歌山	34.6%	11%
鳥取	35.1%	13%
島根	45.7%	11%
岡山	49.9%	12%
広島	36.5%	17%
山口	33.7%	15%
徳島	38.8%	18%
香川	41.9%	20%
愛媛	35.1%	16%
高知	37.0%	13%
福岡	38.4%	15%
佐賀	38.0%	20%
長崎	37.5%	18%
熊本	39.3%	20%
大分	43.5%	16%
宮崎	36.2%	24%
鹿児島	37.0%	18%
沖縄	40.7%	19%
全国	43.2%	13%

※ 法定報告に基づき、国において作成。

※ 法定報告に際して、特定健診を受診した者及び特定保健指導利用者に係る事項として、当該者の住所地の郵便番号についても報告を求めており、国において郵便番号に基づき、都道府県別に振り分けたもの。

都道府県別の平均在院日数

病院報告における平均在院日数について

○平均在院日数は以下の式により算出される。

○療養病床については以下の式により算出される。

年間在院患者延数

$$1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})$$

年間在院患者延数

$$1/2 \times \left[\begin{array}{l} \text{年間新入院患者数} \\ + \text{同一医療機関内の} \\ \text{他の病床から移された} \\ \text{患者数(年間)} \end{array} + \begin{array}{l} \text{年間退院患者数} \\ + \text{同一医療機関内の} \\ \text{他の病床へ移された} \\ \text{患者数(年間)} \end{array} \right]$$

	平均在院日数					
	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	総数
北海道	288.8	6.2	67.4	237.5	19.7	34.7
青森	259.3	-	94.4	135.7	19.7	32
岩手	283.1	-	84.5	173	20.5	33.4
宮城	303	6.7	67.3	102.1	17.3	27.5
秋田	311.1	-	76.4	216.1	19.8	33.3
山形	256.3	-	133	103.7	17.5	28.9
福島	277.8	-	75.4	152.4	18.9	31.8
茨城	348.3	-	61	161.7	17.8	30.3
栃木	402.9	62	98.7	180.7	18.5	32.6
群馬	357.9	16.5	88.8	129	17.8	29.3
埼玉	301.6	9.6	58.1	203.5	17.7	31.5
千葉	334.2	6.3	58	205.4	16.7	27.8
東京都	215.6	8.9	66.6	201.7	15.6	23.3
神奈川県	246.9	9	65.1	212.2	15.3	23.8
新潟	346	3.5	66.1	186.6	19.6	31.3
富山	357	4.8	115.8	284.4	17.7	32.5
石川	289.1	-	105.7	199	20.1	34.2
福井	220.2	7	34	136.8	19.3	30.5
山梨	301.6	-	67.2	137.4	19	32.5
長野	262.2	3.9	78.7	108.6	16.1	24.1
岐阜	297	-	67.3	135	16.3	25.8
静岡県	307.8	28.3	69	212.8	15.9	28.3
愛知県	287.5	-	81.2	170.1	15.7	25.5
三重	317.7	7.2	48.1	165.4	17.5	30.9
滋賀	255.7	-	63.7	176.6	17.7	27.3

	平均在院日数					
	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	総数
京都	323.1	12.3	54.8	204.6	20.5	29.1
大阪	251.7	4.8	82.7	193.5	18	29.3
兵庫	322.8	14.2	71.4	168.7	16.7	27.8
奈良	309.7	23.5	71.9	150.7	18.2	27.6
和歌山	347	7.4	137	156.8	21.4	32.4
鳥取	315.5	-	71.9	114.9	19.1	31.3
島根	260.9	3.3	53.3	163.3	19.5	32.1
岡山	248.3	4	79.9	143.9	19.5	29.9
広島	286.5	-	77.8	160.2	18.5	32.6
山口	395	-	45.7	229.8	19.4	41.2
徳島	446.4	-	68.2	150.5	20.1	39.9
香川	344.2	38	52.2	175.5	18.5	29.9
愛媛	342.3	30	52.9	146.3	19.9	33.8
高知	244.7	-	38.5	208.6	23.4	45.6
福岡	332.4	-	74.1	177.1	19.5	37
佐賀	366.9	-	77.8	132.7	21.1	43.8
長崎	361	9.2	54.7	121.9	19.8	39.7
熊本	304.7	-	65	172	21.3	41
大分	401.6	-	79.6	136.4	21.2	35
宮崎	357.7	-	34.7	143.3	19.7	38.7
鹿児島	420.1	14.6	73.7	136.6	21	45.1
沖縄	294.3	-	87.3	187.3	17.2	32.5
全国	298.1	10	71	175.1	17.9	30.4
(参考H18)						
全国						32.2
最短(長野県)						25.0

※「平成23年(2011)医療施設(動態)調査・病院報告の概況」より

第2期医療費適正化基本方針の改正の基本的な考え方

地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律において、都道府県医療費適正化計画の記載事項については、「医療に要する費用の見通し」以外の特定健診・保健指導の実施目標や平均在院日数の短縮に関する目標等については任意的記載事項となった。



① 第2期の医療費適正化基本方針においては、国が一律に各都道府県の目標を示すこととはせず、国が参考となる指標・データや考え方を各都道府県へ示した上で、各都道府県がこれらを勘案し、地域の実情を踏まえた上で、目標を設定できることとする。

② 高齢者の医療の確保に関する法律第9条第2項で「おおむね」定めることとされている事項については、都道府県の設定する目標や取組の例として、これまでの構成を踏襲し、基本方針に記載。

- 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 三 前二号に掲げる目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項
- 四 第一号及び第二号に掲げる目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項
- 五 当該都道府県における医療に要する費用の調査及び分析に関する事項
- 六 計画の達成状況の評価に関する事項

③ 必須記載事項とされている「医療に要する費用の見通し」に関しては、推計方法を提示する。これによることが望ましいものの、合理的な理由がある場合は、各都道府県においてこれと異なる推計を行っても構わない。

第2期医療費適正化基本方針の主な改正のポイント

<主な改正事項>

	第1期における方針	第2期における方針
目標及び施策の達成状況の評価について	計画の中間年度及び最終年度の翌年度にそれぞれ評価を行う。	PDCAサイクルに基づき、中間評価、実績評価だけでなく、毎年、進捗状況の管理を行い、適切な分析、対応を行うことや、計画期間の途中であっても、必要に応じて計画の見直し等を行うことが望ましい旨を記載。
住民の健康の保持の推進に関する目標	特定健診の実施率70% 特定保健指導の実施率45% メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率10%(27年度までに25%)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、<u>メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率25%(20年度対比)</u>を全国目標とし、これを達成する上で必要な各保険者種別毎の目標と各都道府県内の保険者の実績を踏まえ、この3つの事項についての各都道府県における目標の目安を示す。 ○ 健康増進計画等との整合性の観点から、<u>たばこ対策</u>に関する目標及び都道府県が取り組むべき施策の例を記述する。 ○ 市町村が行う<u>予防接種</u>の接種率向上に向け、保険者が普及啓発を行うことや都道府県が保険者の支援を行うことを取組例に記載。

	第1期における方針	第2期における方針
医療の効率的な提供の推進に関する目標	<p>療養病床の数と平均在院日数を目標。</p> <p>療養病床の入院者のうち、医療区分1及び医療区分2の3割の者に対応する病床が介護保険施設等へ転換する等を見込む。</p> <p>平均在院日数の全国平均と最短の長野県との差を9分の3とする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護療養病床の廃止が平成29年度末まで延長されたことや療養病床の機械的な削減はしないとの方針としていることを踏まえ、療養病床の数を目標としない。 ○ 平均在院日数については、その短縮を引き続き目指すこととする。なお、平均在院日数の推計ツールとして、医療計画における基準病床数等と整合性のとれた一般病床、療養病床等の適正な病床数を各都道府県が設定することにより、平均在院日数の目標が明らかになるものを配布。 ○ 都道府県からの意見を踏まえ、<u>後発医薬品の使用促進に関する目標</u>及び都道府県が取り組むべき施策の例を記述する。
関係者との連携・協力について	<p>都道府県が、取組を円滑に進めていくために、保険者等と連携・協力を図ることやそのための情報交換の場について記載。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 第2期医療費適正化計画においては、特に<u>保険者との取組</u>を深めることが重要であることを記載。 ○ なお、国が<u>保険者機能に関するガイドライン</u>を策定することを併せて記載。
その他の適正化策	<p>取組例として、重複頻回受診の是正や医療費通知の充実等について記載。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各都道府県毎の医療費や平均在院日数の要素分析、<u>後発医薬品の普及状況のデータ等、各都道府県の政策立案に資すると考えられるデータや分析手法等の情報をできる限り提供していくこととする。</u> ○ <u>情報通信技術</u>を活用した重複頻回受診の是正やレセプト審査、<u>情報通信技術</u>を活用した医療機関間の連携を取組例として記載。
医療費の見通しの推計について	<p>各都道府県における医療費推計に平均在院日数の短縮効果を織り込む。</p>	<p>各都道府県における医療費推計に平均在院日数の短縮効果と生活習慣病の予防による効果を織り込む(※)。</p> <p>※ 各都道府県が一般病床・療養病床等の見込み数や域内保険者の特定健診実施率の目標を設定すること等により、一定の仮定の下で効果を推計するツールを配付する。</p>

都道府県における第2期医療費適正化計画の完成時期及び目標の設定状況について(平成24年12月末時点)

<計画公表の予定時期(都道府県数)>

3月頃	4月頃	7月頃	未定等
25	14	2	6

<目標の設定状況(都道府県数)>

	目標とする		目標としない	未定等
	目標値を設定する	目標値は設定しない		
特定健診実施率	40	0	1	6
特定保健指導実施率	40	0	1	6
メタボリックシンドローム該当者及び予備群者の減少率	38	1	1	7
たばこ対策	21	13	3	10
平均在院日数の減少	24	4	4	15
後発医薬品の使用促進	9	16	12	10

※ 厚生労働省において、各都道府県の平成24年の12月末時点の都道府県医療費適正化計画の策定状況についてアンケートした結果

※ 平成24年12月末時点の状況であり、今後変更の有りうるものである。

病床転換助成事業の概要(医療療養病床からの転換に対する助成)

概要及び負担割合

- 療養病床の転換を支援するため、都道府県の区域内にある医療機関が療養病床（医療保険適用）から介護保険施設等へ転換する場合に、その整備費用を都道府県から助成（平成20年度～平成24年度。平成25年度～平成29年度まで延長予定）。
- 費用負担割合・・・国：都道府県：保険者＝10：5：12

対象となる病床

- ①療養病床（介護療養型医療施設を除く）
- ②一般病床のうち、療養病床とともに同一病院（又は同一診療所）内にあり、療養病床とともに転換を図ることが合理的であると考えられるもの

転換

対象となる転換先施設

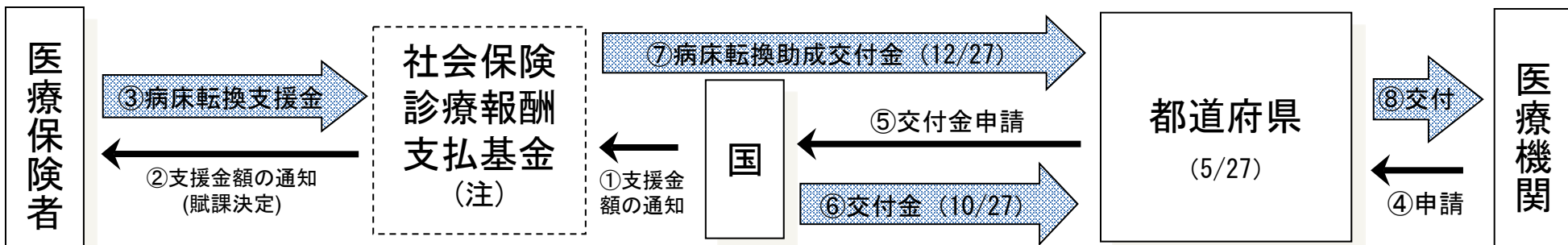
- ①ケアハウス
 - ②老人保健施設
 - ③有料老人ホーム(居室は原則個室とし、1人当たりの床面積が概ね13㎡以上であること。)
 - ④特別養護老人ホーム
 - ⑤ショートステイ用居室(特別養護老人ホームに併設するものに限る。)
 - ⑥認知症高齢者グループホーム
 - ⑦小規模多機能型居宅介護事業所
 - ⑧生活支援ハウス
 - ⑨サービス付き高齢者住宅
- ※上記対象転換先施設については、介護療養型医療施設転換整備事業と同様

転換に係る整備費用を助成

【補助単価(1床あたり)】

- ①改修 50万円
(躯体工事に及ばない室内改修(壁撤去等))
- ②創設 100万円
(新たに施設を整備)
- ③改築 120万円
(既存の施設を取り壊して、新たに施設を整備)

病床転換助成事業の流れ



(注) 支払基金は、医療保険者から病床転換支援金を徴収し、都道府県に対して病床転換助成交付金を交付

病床転換助成事業の利用状況

○ 現行の病床転換助成事業は、24年度末までの事業となっているが、その実施期限を平成29年度まで延長する方針。（今後、関係政令等を改正予定）

【都道府県別利用実績】

区 分	転換病床数				
	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	合 計
北海道	145	55	74	233	507
青森県	10	19	9	4	42
岩手県	0	0	159	0	159
宮城県	0	22	0	0	22
秋田県	0	0	0	57	57
山形県	0	29	0	40	69
福島県	66	66	0	40	172
茨城県	0	30	50	80	160
栃木県	125	0	0	0	125
群馬県	36	6	40	0	82
埼玉県	0	124	120	0	244
千葉県	0	0	0	0	0
東京都	0	0	0	0	0
神奈川県	0	0	0	0	0
新潟県	0	92	23	0	115
富山県	0	0	0	0	0
石川県	0	0	19	120	139
福井県	24	24	24	0	72
山梨県	0	0	0	0	0
長野県	12	0	0	0	12
岐阜県	0	0	0	0	0
静岡県	0	0	0	0	0
愛知県	0	0	0	0	0
三重県	0	0	0	0	0

区 分	転換病床数				
	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	合 計
滋賀県	0	57	24	0	81
京都府	0	0	87	70	157
大阪府	0	0	20	20	40
兵庫県	0	0	0	0	0
奈良県	0	0	0	0	0
和歌山県	0	0	0	0	0
鳥取県	4	43	19	0	66
島根県	0	37	12	120	169
岡山県	21	0	0	9	30
広島県	0	0	94	71	165
山口県	0	0	0	0	0
徳島県	0	38	0	40	78
香川県	0	0	0	0	0
愛媛県	0	0	48	0	48
高知県	0	0	0	0	0
福岡県	0	19	16	0	35
佐賀県	0	0	0	0	0
長崎県	20	20	0	0	40
熊本県	0	0	0	72	72
大分県	0	0	0	0	0
宮崎県	0	0	19	0	19
鹿児島県	0	0	35	74	109
沖縄県	0	97	0	17	114
合計	463	778	892	1,067	3,200

2. 国民健康保険制度について

平成25年2月20日

厚生労働省保険局

国民健康保険課

市町村国保の構造的な問題への対応の枠組み

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(31.3%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費: 国保(29.9万円)、健保組合(13.8万円)



● 前期高齢者財政調整

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(84万円)、健保組合(195万円(推計))
- ・無所得世帯割合: 23.4%

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(9.7%)、健保組合(4.8%)
- ※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 91.4% → 平成22年度 88.61%
- ・最高収納率: 94.22%(島根県) ・最低収納率: 83.90%(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4,000億円 うち決算補てん等の目的: 約3,600億円、
繰上充用額: 約1,800億円



● 財政基盤の強化

- ① 財政基盤強化策(平成22～25年度の暫定措置)の恒久化
- ② 低所得者の保険料に対する財政支援の強化

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

- ・1723保険者中3000人未満の小規模保険者 417 (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(富山県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大: 6.5倍(秋田県) 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: 2.8倍(長野県) 最小: 1.3倍(富山県)



● 財政運営の都道府県単位化の推進

● 財政調整機能の強化

国民健康保険法の一部を改正する法律の概要(イメージ) (平成24年4月5日成立)

(1) 財政基盤強化策の恒久化

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

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

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

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

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

(3) 財政調整機能の強化

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

※ これに伴い、定率国庫負担を**34%から32%**とする。

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

(4) その他

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

施行期日(適用日)

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

国保財政のイメージ

医療給付費等総額: 約11兆1,000億円
(24年度予算)

(法定外一般会計繰入 3,600億円)		
	調整交付金(国) (9%) 7,000億円	前期高齢者交付金
保険料 3兆2,000億円	定率国庫負担 (34% → 32%) 2兆4,000億円	
	都道府県調整交付金 (7% → 9%) 7,000億円	3兆4,000億円
財政基盤強化策※ (暫定措置→恒久化)		
保険料軽減制度 4,000億円		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ← 保険料50% 公費50% → </div>		

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

※法定外一般会計繰入は平成22年度実績ベース。

財政基盤強化策の恒久化

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

【平成27年度】

※ 保険者支援制度

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

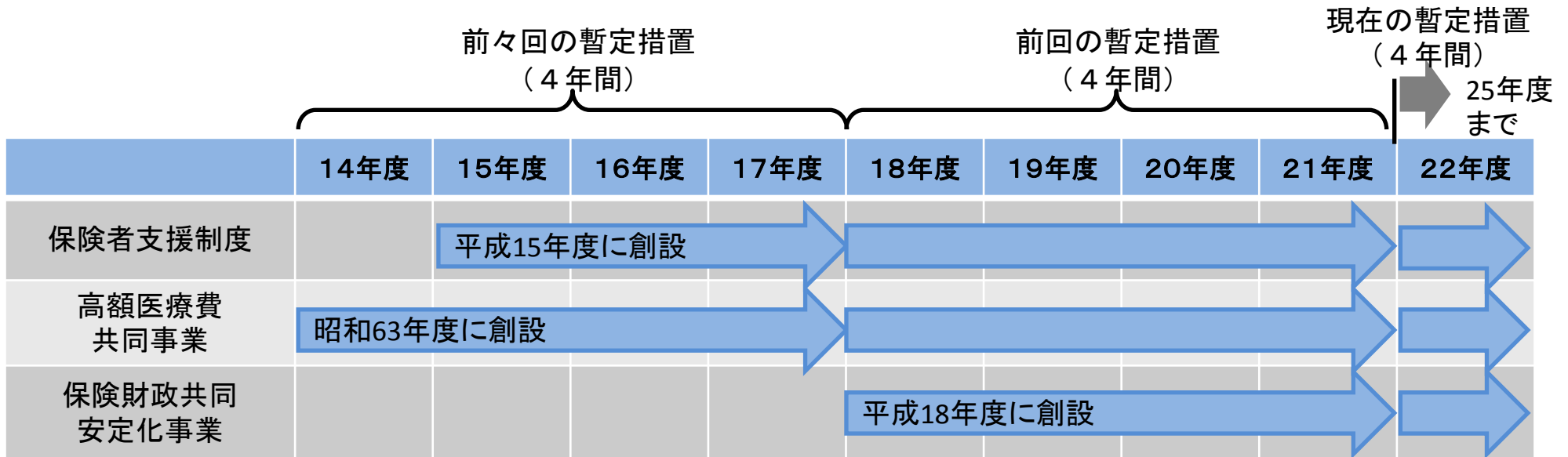
※ 都道府県単位の共同事業

① 高額医療費共同事業:

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

② 保険財政共同安定化事業:

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



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

財政運営の都道府県単位化の推進

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

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

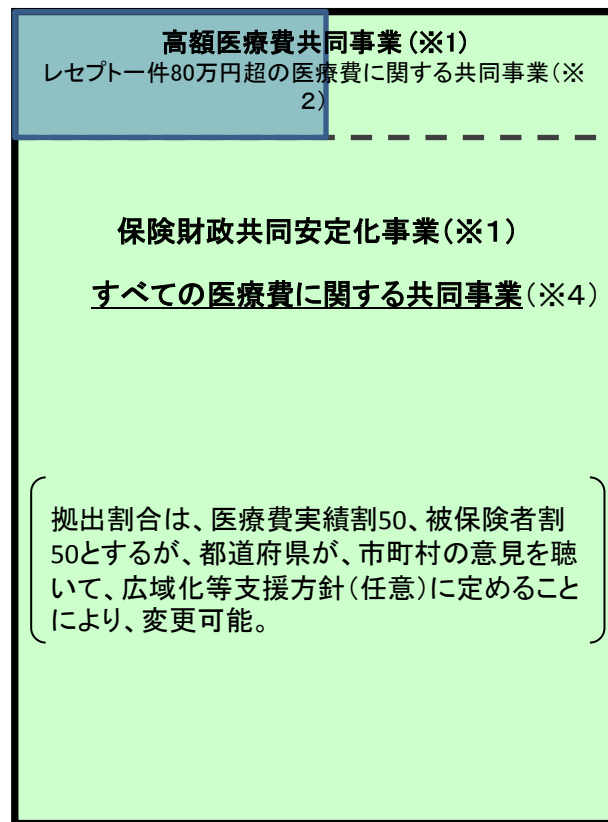
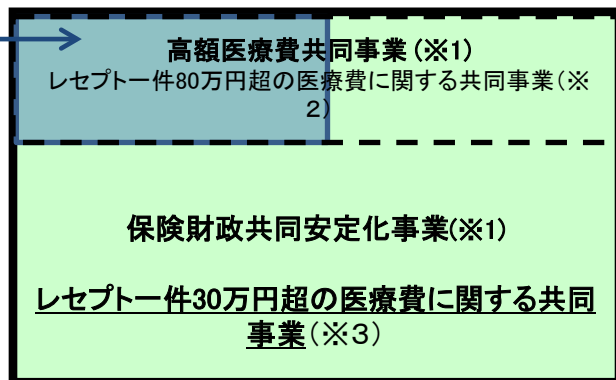
【現行】

【改正後】

都道府県単位の共同事業

都道府県単位の共同事業の拡大

高額医療費に対する公費投入 (※5)



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

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

※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置

※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。

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

※4 自己負担相当額等を除く。

※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

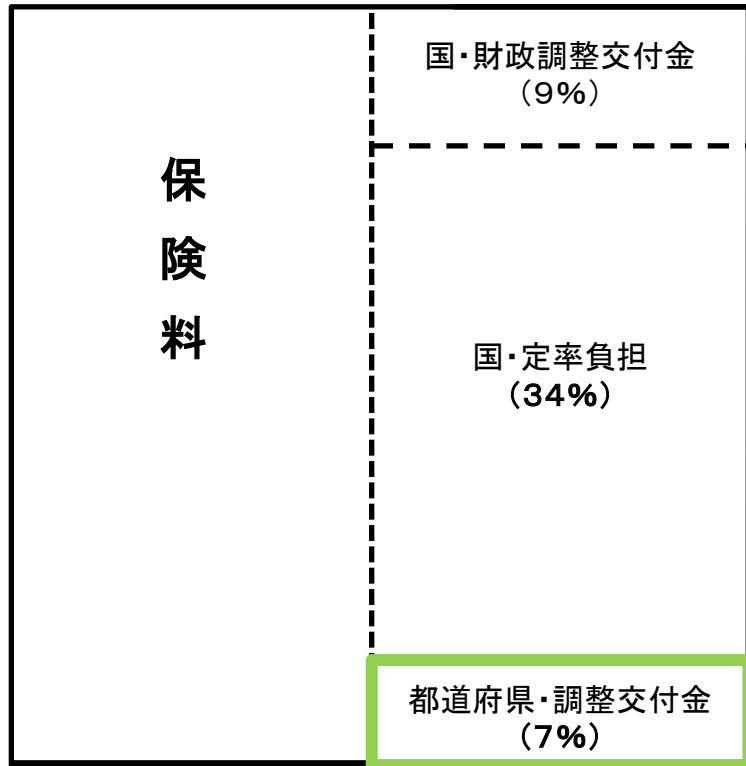
都道府県調整交付金の割合の引上げ

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

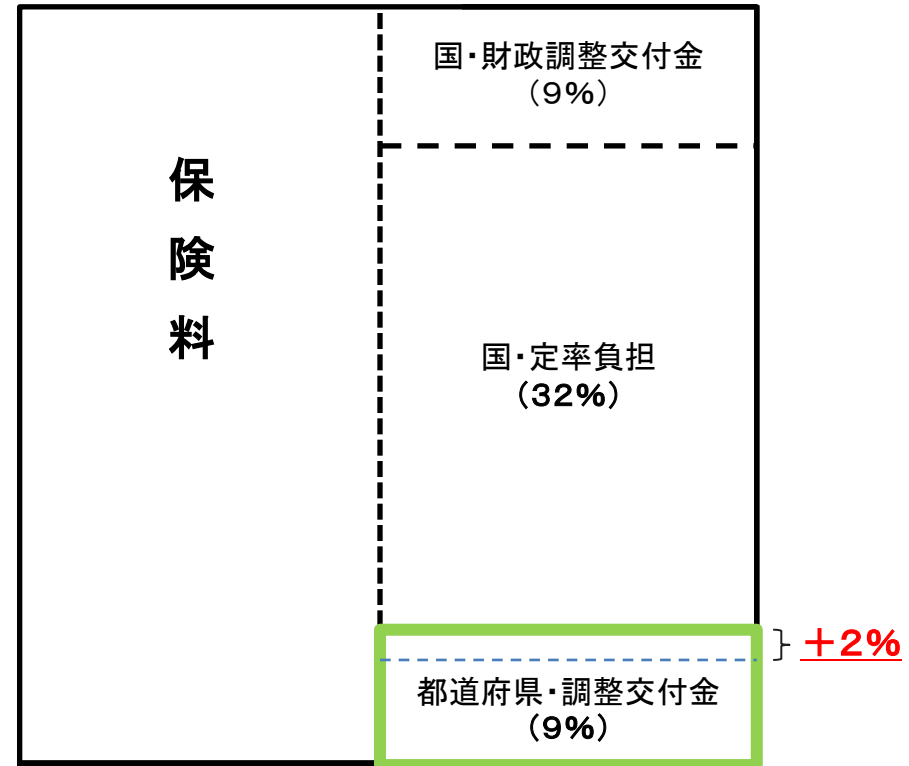
※ これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。

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

【現行】



【改正後】



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

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

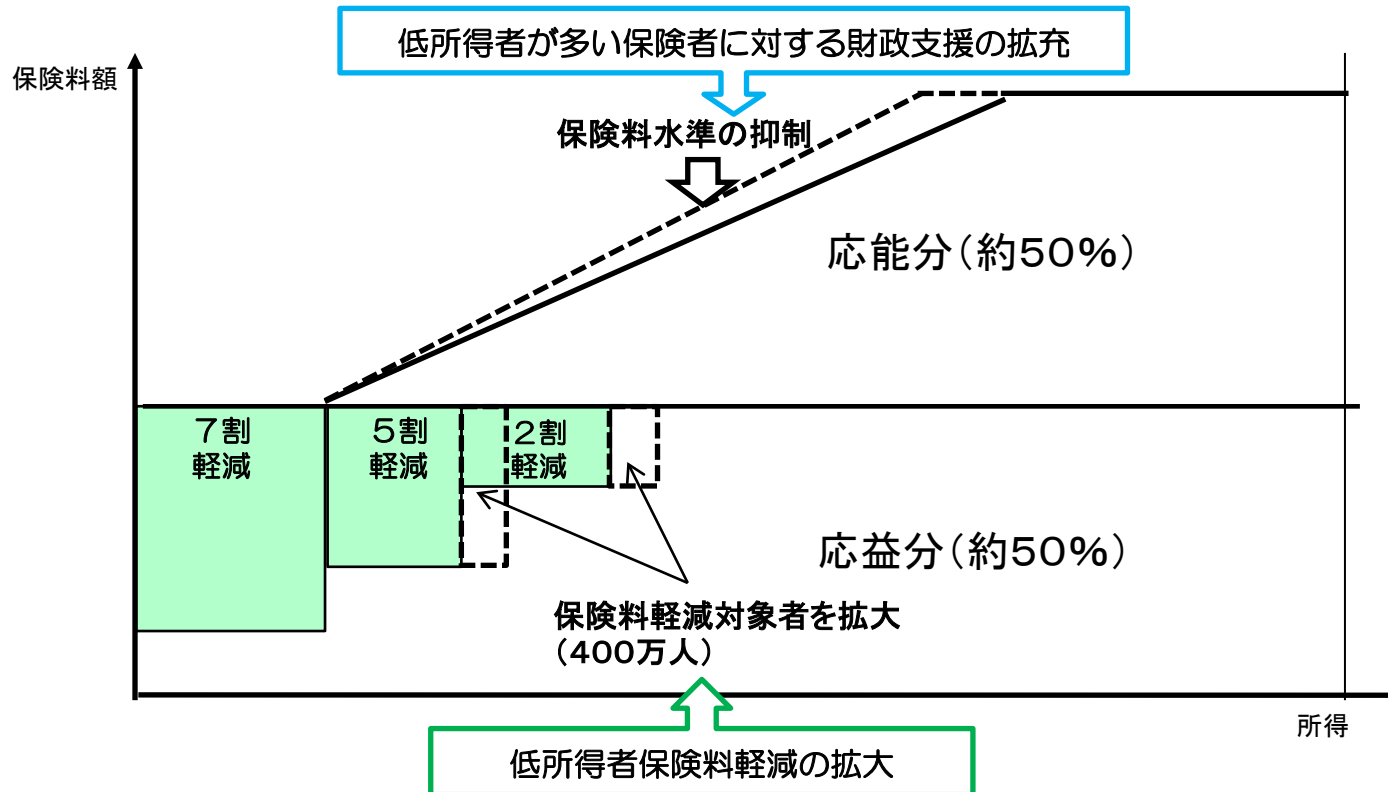
☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆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



現行の高額療養費の課題

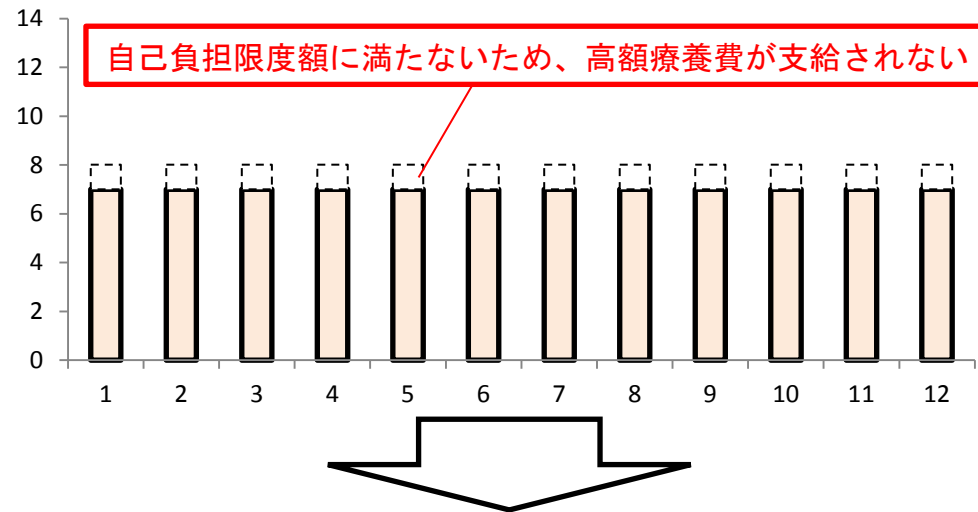
現行の高額療養費の課題

- 医療が高度化する一方で、がんや難病など長期にわたって負担が重い患者が生じている。
- 特に、現在の制度では、70歳未満の一般所得者の所得区分の年収の幅が大きい（年収約210万～790万円）ため、中低所得者層の負担が重い。
- 自己負担上限額は月単位で設定されているため、自己負担上限額は超えないが、長期にわたって負担が重い方の負担が軽減されない場合もある。

<現行の自己負担上限額（70歳未満）>

	月単位の上限額
上位所得者	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% <4月目～: 83,400円>
一般所得者 (年収約210万円 (※)～ 約790万円) <small>(※) 3人世帯(給与所得者/夫婦1人)の場合 約210万円 単身(給与所得者)の場合 約100万円</small>	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <4月目～: 44,400円>
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 <4月目～: 24,600円>

<毎月の医療費約23万円・自己負担額7万円の場場合>



高額療養費が支給されないため、**年間トータルの自己負担額は84万円。**
 ※ 自己負担限度額を80,100円、多数該当44,400円として試算

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）

（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。

議論の整理（平成25年1月9日 社会保障審議会 医療保険部会）（抄）

4. 高額療養費制度の改善

- 近年、医療の高度化等により、がんの患者など長期にわたって高額な医療を受ける方が増えており、これらの方の負担を軽減し、医療保険のセーフティネット機能を強化することが求められている。
- このため、当部会では、大綱に基づき、まずは年間での負担上限を新たに設けることについて、議論を行った。
- 議論では、高額療養費の改善の必要性については、異論がなかったが、年間での負担上限の導入については、①必要となる保険料財源と比較してシステム改修費が多額に上るため、費用対効果が薄く、提案された規模の改正では効果が限定的、②厳しい医療保険財政の中、保険者への負担増は避けるべきであり、改善に当たっては、財政中立であるべき等の理由から、導入には慎重な意見が多かった。
- また、これ以外にも、社会保障・税番号制度に関する議論等が控えており、今後、制度改正に伴う大幅なシステム改修が見込まれる中で、現段階で多額の投資を伴う一部のシステム改修のみ行うことには慎重であるべきとの意見があった。

特定世帯等に係る国民健康保険税の軽減特例措置の延長等 (国民健康保険税)

平成25年度税制改正の大綱 (平成25年1月29日閣議決定) (抜粋)

国民健康保険の被保険者であった者が国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行する場合について、国民健康保険税の軽減判定所得の算定の特例を恒久化するほか、特定世帯に係る世帯別平等割額を最初の5年間2分の1減額する現行措置に加え、その後3年間4分の1減額する措置を講ずる。

① 保険税軽減制度に係る特例

軽減を受けている世帯について、従前と同様の軽減措置を受けることができるよう、国保から後期高齢者医療へ移行したことにより国保の被保険者でなくなった者(特定同一世帯所属者)を含めて軽減対象基準額を算定することとしている措置について、期限を区切らない恒久措置とする。

(例) 夫婦2人世帯 (夫(世帯主) : 75歳以上、妻 : 75歳未満)

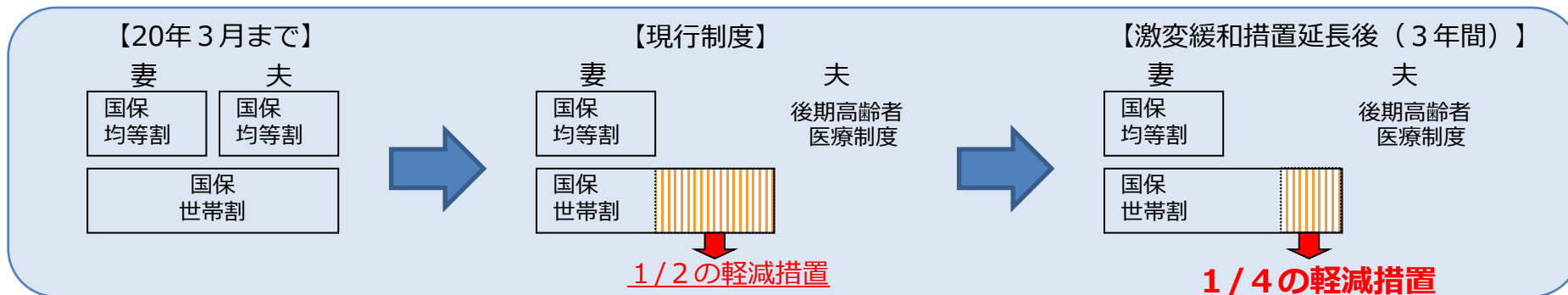
【20年3月まで】 (35万円×世帯に属する被保険者数) + 33万円以下

【現行制度】 (35万円×(世帯に属する被保険者数と特定同一世帯所属者の合計数)) + 33万円以下

↓
恒久化

② 世帯割に係る配慮

二人世帯で、一人が後期高齢者医療へ移行し、もう一人が国保に残った世帯(特定世帯)となる者について、世帯割額を半分にする措置について、軽減割合を現在の半分(1/4)として、3年間延長する。



東日本大震災における国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険の特別措置 (窓口負担の免除・保険料の減免)

震災発生(平成23年3月)から1年間

- 住宅が全半壊・全半焼した方、主たる生計維持者が死亡したり、行方不明となっている方、東電福島第一原発事故に伴う警戒区域等の住民の方等について、窓口負担を免除・保険料を減免
- 国により**全額を財政支援**(平成23年度補正予算 及び 特別調整交付金)

- ・ 窓口負担 :平成24年2月末まで
- ・ 保険料 :平成24年3月分まで

※ 特別調整交付金とは、災害等による窓口負担・保険料減免などによる給付費増などを全国レベルで調整する交付金(国民健康保険制度等の仕組み)

警戒区域等

- 東電福島第一原発事故に伴う警戒区域等の住民の方については、窓口負担の免除と保険料の免除を**1年延長**
- 国により**全額を財政支援**(平成24年度予算 及び 特別調整交付金)

- ・ 窓口負担 :平成25年2月末まで
- ・ 保険料 :平成25年3月分まで

特定被災区域 (警戒区域等以外)

- その他の被災地域の住民の方については、窓口負担の免除及び保険料の減免を**平成24年9月末まで延長**
- 国により**全額を財政支援**(特別調整交付金)

- ・ 窓口負担 :平成24年9月末まで
- ・ 保険料 :平成24年9月分まで

- 東電福島第一原発事故に伴う警戒区域等の住民の方については、窓口負担の免除と保険料の免除を**さらに1年延長**
- 国により**全額を財政支援**(平成25年度予算案 ※ 及び 特別調整交付金)

- ・ 窓口負担 :平成26年2月末まで
 - ・ 保険料 :平成26年3月分まで
- ※医療保険制度全体で108億円

- 平成24年10月以降、本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の減免を行うことができる
- 財政負担が著しい場合に、国により**減免額の8/10以内の額を財政支援**(特別調整交付金)

(注1) 「警戒区域等」とは、①警戒区域、②計画的避難区域、③旧緊急時避難準備区域、④特定避難勧奨地点(ホットスポット)と指定された4つの区域等をいう。

(注2) 「特定被災区域」とは、災害救助法の適用地域(東京都を除く)や被災者生活再建支援法の適用地域をいう。

(注3) 震災発生後、他市町村へ転出した方も含む。