

全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長
及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議

《保険局高齢者医療課説明資料》

平成23年2月14日

<目 次>

1. 高齢者医療制度の見直しについて・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 平成22年度補正予算及び平成23年度予算（案）の概要・・・ 29
3. 後期高齢者の健康診査及び長寿・健康増進事業について・・・・ 35
4. 後期高齢者に係る保険者機能強化事業について・・・・・・・・ 39
5. 後期高齢者医療電算処理システム（標準システム）について・・・ 45

1. 高齢者医療制度の見直しについて

「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。

(※)「民主党マニフェスト2010」(抄)

後期高齢者医療制度は廃止し、2013年度から新しい高齢者医療制度をスタートさせます。

○ 検討に当たっての基本的考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

- ① 後期高齢者医療制度は廃止する
- ② マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- ③ 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- ④ 市町村国保などの負担増に十分配慮する
- ⑤ 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
- ⑥ 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

※ 参集者 (敬称略)

- | | | | |
|----------------------------|-----------|---------------------------|-------|
| ・日本高齢・退職者団体連合事務局長 | 阿部 保吉 | ・日本福祉大学社会福祉学部教授 | 近藤 克則 |
| ・慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授 | 池上 直己 | ・日本経済団体連合会 社会保障委員会医療改革部会長 | 齊藤 正憲 |
| ・政治評論家・毎日新聞客員編集委員 | 岩見 隆夫 | ・健康保険組合連合会専務理事 | 白川 修二 |
| ・東京大学大学院法学政治学研究科教授 | 岩村 正彦(座長) | ・前千葉県知事 | 堂本 暁子 |
| ・全国市長会 国民健康保険対策特別委員長(高知市長) | 岡崎 誠也 | ・高齢社会をよくする女性の会 理事長 | 樋口 恵子 |
| ・日本労働組合総連合会 総合政策局長 | 小島 茂 | ・日本医師会 常任理事 | 三上 裕司 |
| ・諏訪中央病院名誉院長 | 鎌田 實 | ・目白大学大学院生涯福祉研究科教授 | 宮武 剛 |
| ・全国知事会 社会文教常任委員会委員長(愛知県知事) | 神田 真秋 | ・全国町村会長(長野県川上村長) | 藤原 忠彦 |
| ・全国老人クラブ連合会 相談役・理事 | 見坊 和雄 | ・全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長 | 横尾 俊彦 |
| ・全国健康保険協会 理事長 | 小林 剛 | (佐賀県後期高齢者医療広域連合長、多久市長) | |

新制度のポイント (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>より)

I 改革の基本的な方向

- 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限り維持し、より良い制度を目指す。
- 長年の課題であった国保の財政運営の都道府県単位化を実現し、国民皆保険の最後の砦である国保の安定的かつ持続的な運営を確保する。

II 新たな制度の具体的な内容

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、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、共同運営する仕組みとする。

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。)

- ・さらに、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。

(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。

改革の基本的な方向

○ 後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、現行制度の利点はできる限り維持し、更に後期高齢者医療制度の廃止を契機として国保の広域化を実現する。

後期高齢者医療制度の問題点

- I 年齢による区分(保険証)
75歳到達で、これまでの保険制度から分離・区分。保険証も別。
- II 被用者本人の給付と保険料
75歳以上の被用者の方は傷病手当金等を受けられず、保険料も全額本人負担。
- III 被扶養者の保険料負担
個人単位で保険料を徴収するため、扶養されている高齢者も保険料負担。
- IV 高齢者の保険料の増加
高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを基本的に上回る構造。
- V 患者負担
患者負担の上限は、同じ世帯でも、加入する制度ごとに適用される。
- VI 健康診査
広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。

新制度

- I 年齢で区分しない。保険証も現役世代と同じ。
- II 被用者保険に加入することにより、傷病手当金等を受けることができるようになり、保険料も事業主と原則折半で負担。
- III 国保は世帯主がまとめて保険料負担。被用者保険に移る被扶養者については被保険者全体で保険料負担。
- IV 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らないよう抑制する仕組みを導入。
- V 現役世代と同じ制度に加入することで、世帯当たりの負担は軽減。
- VI 国保・健保組合等に健康診査の実施義務。

後期高齢者医療制度は老人保健制度の問題点を改善するための制度であったが、独立型の制度としたことによる問題が生じている

改善

旧老人保健制度の問題点

- ①負担割合
高齢者と現役世代の負担割合が不明確。
- ②高齢者の保険料負担
それぞれ市町村国保・被用者保険に加入しているため、同じ所得であっても、保険料負担が異なる。

改善

後期高齢者医療制度の利点

- ① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。
- ② 原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

維持

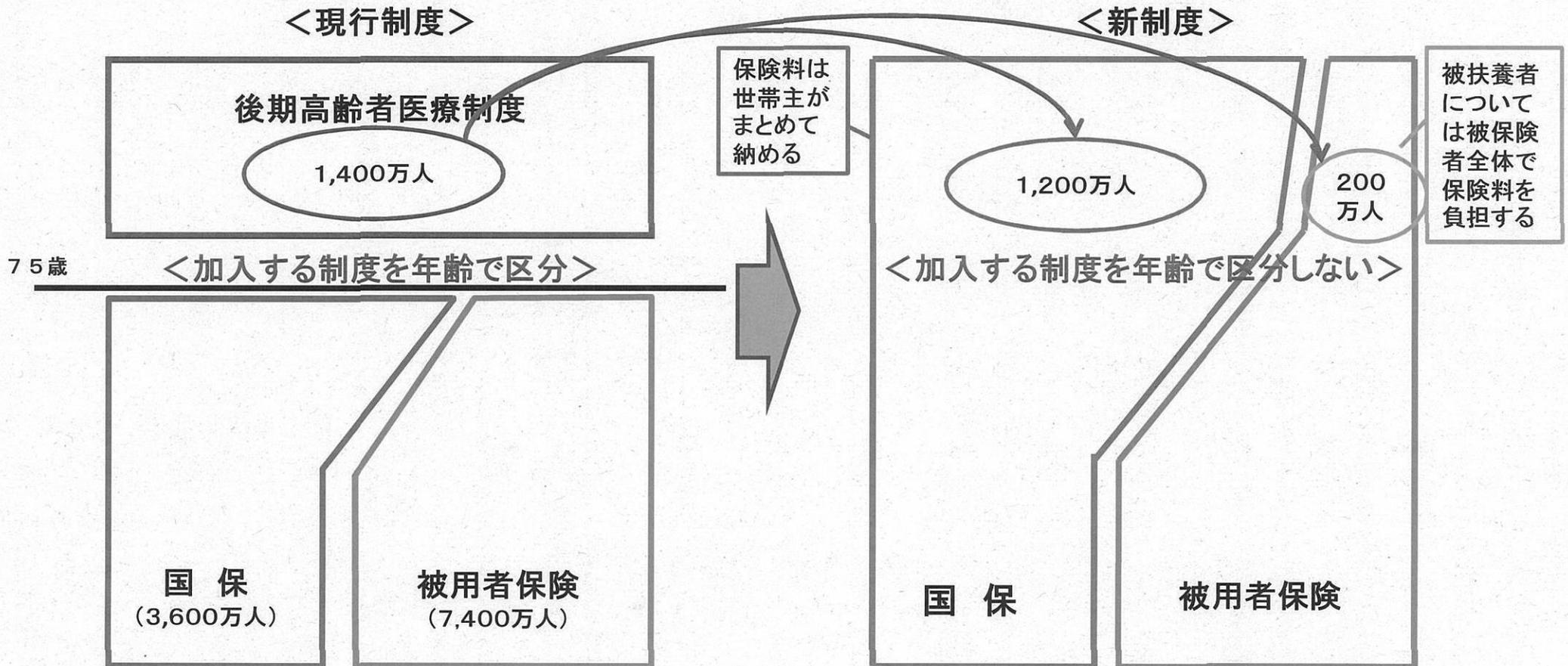
- ① 高齢者の医療給付費について、公費・現役世代・高齢者の負担割合を明確化。
- ② 国保に加入する高齢者は、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

高齢者も現役世代と同じ制度(国保又は被用者保険)に加入すること等で改善が図られる

国保の高齢者医療を都道府県単位化すること等で維持
→次の段階で現役世代も都道府県単位化

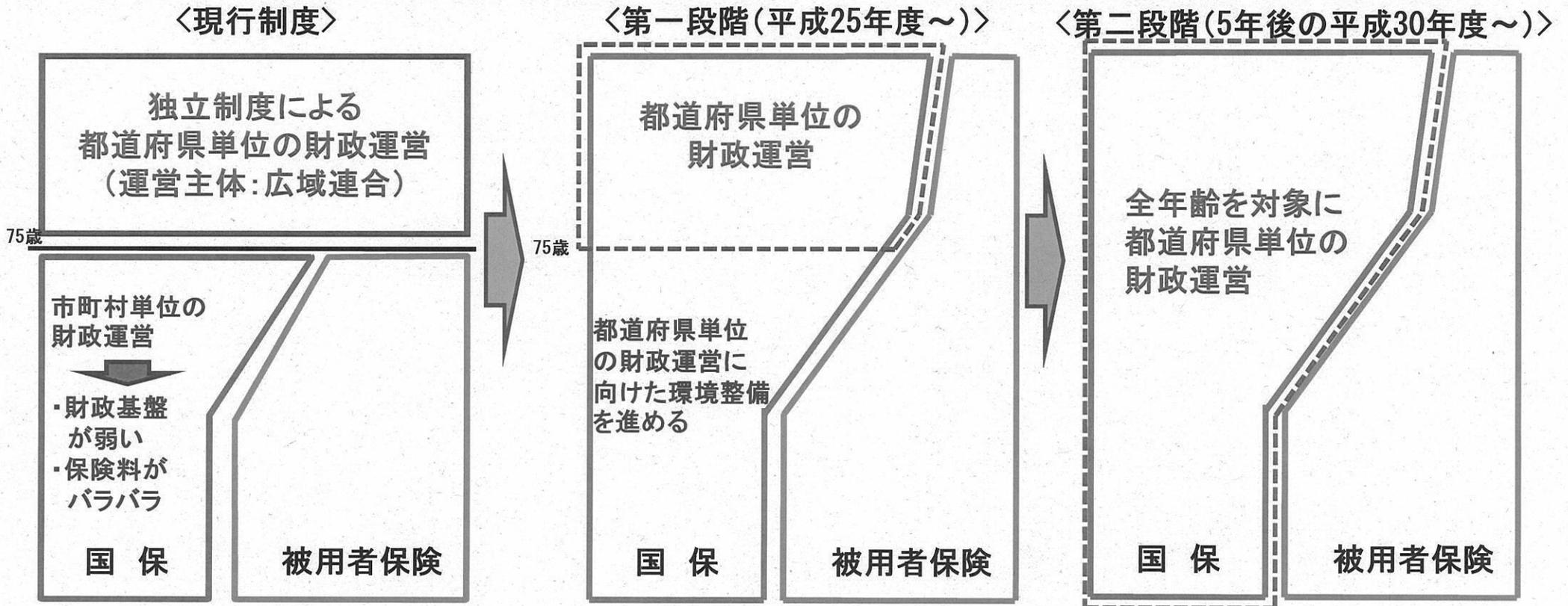
制度の基本的枠組み、加入関係

- 加入する制度を年齢で区分することなく、被用者である高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 高齢者も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。また、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。



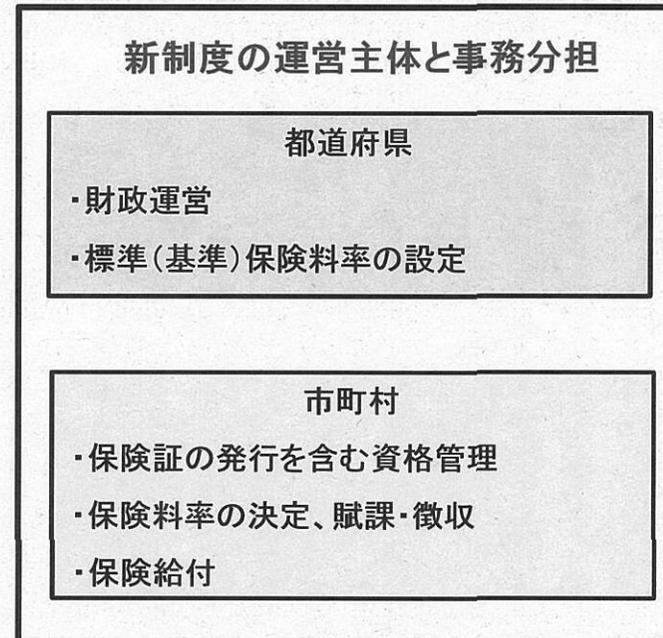
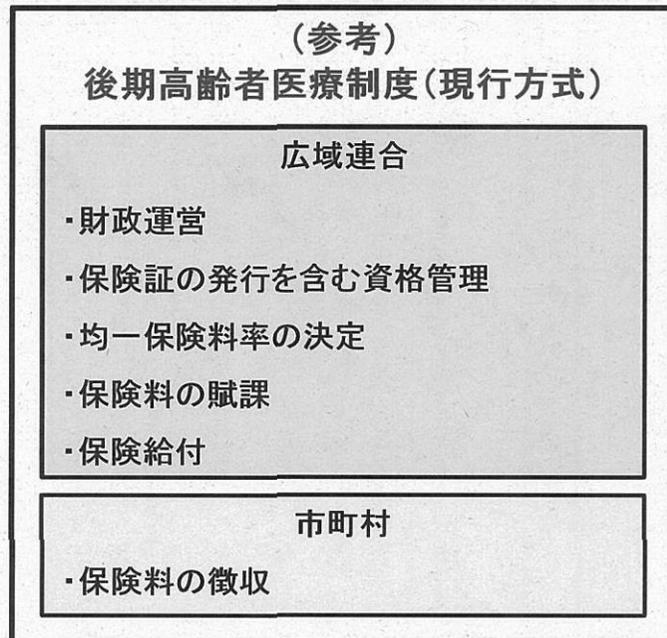
国保の財政運営の都道府県単位化

- 低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える国保については、財政基盤強化策や収納率向上に向けた取組に加え、今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、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。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に従前の市町村国保に戻ることであれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する。
- このため、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の財政運営とする。
- 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、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者3,600万人の保険料が大きく変化することとなるため、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。



運営主体及び事務の分担

- 財政運営、標準(基準)保険料率の設定は、都道府県が行う。
 - 世帯単位で保険料を徴収することから、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収は市町村が行う。
 - 75歳以上の高齢者に係る保険証の発行を含む資格管理は市町村が行う。
 - 75歳以上の給付事務については、「都道府県」が行うとすると、給付事務が複雑になり、被保険者から分かりにくく、事務処理に時間を要すること等から、市町村が行う。
- ※ 高齢者分は「都道府県」が行い、若人分は「市町村」が行うため、例えば、現金給付について、高齢者に係る現金給付を「都道府県」から世帯主(若人の世帯主を含む)に、若人に係る現金給付を「市町村」から世帯主(高齢の世帯主を含む)に行うこととなる。
- ※ 高齢者分の給付事務は、都道府県(支給決定等)と市町村(窓口業務、照会対応等)の両者で対応することとなり、時間を要する。
- ※ 全ての都道府県において事務処理体制を整え、給付事務を円滑に行うことは現実的に困難な面もある(広域連合において給付事務に携わっている職員数313名;平成22年度実施状況調査)。
- ⇒ 「都道府県」は、財政運営、標準(基準)保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、共同運営する仕組みとする。



○ これらの事務については、それぞれ都道府県及び市町村が処理することが基本となるが、地域の実情に応じ、自主的な判断によって地方自治法に基づく広域連合を活用することや市町村の事務の一部を都道府県が行うこととすることも考えられる。

- ① 例えば、都道府県の事務と市町村の給付事務を持ち寄り、都道府県と全ての市町村による「広域連合」を設立し、「広域連合」において、財政運営、標準(基準)保険料率の設定、保険給付を行い、「市町村」において、資格管理、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収を行う場合
- ② 例えば、市町村の給付事務を都道府県が行うこととし、「都道府県」において、財政運営、標準(基準)保険料率の設定、保険給付を行い、「市町村」において、資格管理、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収を行う場合

基本の仕組み

都道府県

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付

① 都道府県と市町村で広域連合を設立する場合

広域連合

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定
- ・保険給付

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収

② 市町村の給付事務を都道府県が行うこととした場合

都道府県

- ・財政運営
- ・標準(基準)保険料率の設定
- ・保険給付

市町村

- ・保険証の発行を含む資格管理
- ・保険料率の決定、賦課・徴収

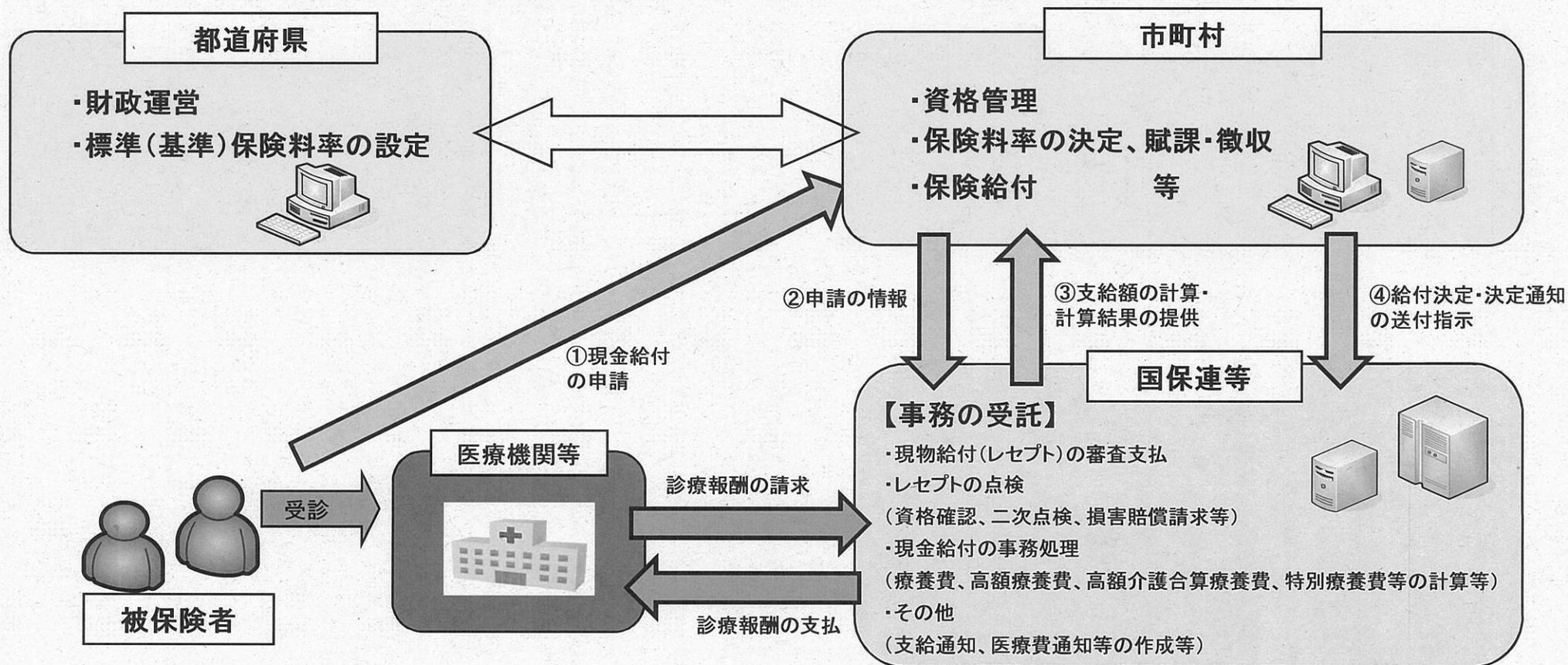
※ ①②いずれの場合であっても、75歳以上の給付事務を「都道府県単位の運営主体(広域連合・都道府県)」で行い、75歳未満の給付事務を「市町村」で行うため、高齢者と若人で世帯合算して給付を行う高額療養費については、両者が連携して事務処理を行う等、住民に分かりやすいものにすることが必要。

給付事務等の各種事務の市町村からの委託

○ 給付事務をはじめとする各種事務については、事務処理や体制の効率化を図ることができるよう、市町村等の意向に沿って、国保保険者の共同処理機関としての国民健康保険団体連合会(国保連)等を最大限活用できるようにする必要がある。

※ 現在、各広域連合や市町村によって国保連等への委託状況は異なっている。

※ 現金給付の支給決定など保険者としての決定行為については市町村が行う必要があるが、支給額の計算・確認など支給決定に付随する事務処理については国保連等が行うことができるようにする必要がある。



保険料率の決定・賦課・徴収・納付の仕組み(第一段階)

都道府県

- ① 都道府県は、高齢者の保険給付及び保健事業に要する費用から、均等割と所得割の2方式で標準（基準）保険料率を定める。
※ 離島など医療の確保が著しく困難である地域については、現行制度同様、不均一保険料率の設定を可能とする。

- ② 市町村は、標準（基準）保険料率を基に、条例で高齢者の保険料率を定める。

- ③ 市町村は、現役世代の被保険者の保険料率を条例で別途定める（広域化等支援方針に基づき標準化を進める）。

- ④ 市町村は、高齢者の保険料と同一世帯の他の現役世代の被保険者の保険料を合算し、世帯主に賦課し、世帯主から徴収する。

- ⑤ 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付する。

- 市町村は、高齢者分の保険料を都道府県へ納付することとし、保険料の収納不足が生じた場合には、都道府県が財政安定化基金を活用する。

（現行制度同様、1/2交付、1/2貸付け）

〔 仮に、市町村において、都道府県が定めた標準（基準）保険料率より低い保険料率を決定する場合、標準（基準）保険料率を適用すれば徴収できた額との差額は、市町村が一般会計から補填する仕組みとすることが必要。 〕

納付

市町村

※ 全年齢を都道府県単位化する第二段階においては、市町村が責任を持って収納対策に取り組む仕組みとする。その具体的なあり方については、第一段階の施行状況も踏まえつつ検討する。

全年齢での都道府県単位化(第二段階)に向けて

○ 第二段階に向けては、以下の点について結論を得ることが必要。

① 保険料の設定

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、高齢者と現役世代の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか。
- ・ 市町村の収納率や医療費格差を保険料率に反映するか。また、保健事業、国保直診などへの保険料の充当をどうするか。

② 費用負担のあり方

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、高齢者と現役世代の会計を区分する必要があるのか。(高齢者と現役世代の保険料を別々とするのかどうかとも関係)
- ・ 被用者保険と国保の間の財政調整の方法をどうするのか。

③ 事務体制のあり方

- ・ 都道府県と市町村の役割分担について見直す必要があるのか。

⇒ これらの点については、現時点で拙速に判断することは適当ではなく、今後の医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえつつ、第一段階の都道府県単位化の施行状況等も見ながら検討することが必要。

⇒ 一方、第二段階への移行の目標時期については、

- ① 第一段階はあくまで暫定的なものであり、できる限り速やかに全年齢での都道府県単位化を図ることが必要であること
- ② そのためには、「広域化等支援方針」に基づき、市町村間の保険料の平準化等の取組が計画的に進められることが必要であるが、具体的な時期が定められなければ実効性のある取組は進まないことから、目標とする具体的な時期を設定することが必要。

⇒ 具体的には、第一段階の施行状況を確認し、第二段階の検討・施行準備に必要な期間、法定外一般会計繰入・繰上充用の解消に向けた取組に必要な期間、保険料の平準化を円滑に行うために必要な期間を勘案して、第一段階の施行から5年後(平成30年度)を目標とすることとし、法律上これを明記する。

保険料の平準化に向けた取組

- 第二段階への移行の目標時期までに、保険料の平準化に向けて、「広域化等支援方針」に基づき、
- ① 保険財政共同安定化事業の対象医療費(現行30万円超)の拡大
 - ② 保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し
(医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大)
 - ③ 保険料算定方式の標準化
 - ④ 収納率向上や医療費適正化等への取組
 - ⑤ 法定外一般会計繰入・繰上充用の段階的・計画的な解消に向けた取組
- 等について、都道府県のリーダーシップの下に、市町村は利害を超えて取り組む必要があり、国においても必要な助言・支援を行う。

平成22年度

平成23～24年度

平成25年度～
(第一段階)

→
<5年間>

平成30年度～
(第二段階)

広域化等支援方針に基づいた環境整備			若人部分も含めた 都道府県単位化
保険財政共同 安定化事業	・検討	保険財政共同安定化事業(いわゆる再保険)の対象医療費(現行30万円超)の拡大 → 段階的に財政運営の都道府県単位化が進む	
		保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法の見直し (医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者数・所得水準等に基づく拠出を拡大) → 段階的に保険料水準が平準化する	
保険料算定方式の 標準化	・検討	・標準化された保険料算定方式への変更	
収納率の格差	・分析 ・収納率 目標設定	・収納率の向上	→
法定外一般会計繰入・繰上充用	・分析	・法定外一般会計繰入の段階的縮小 ・繰上充用の段階的縮小	→

費用負担(第一段階)

- 独立型制度を廃止し、75歳以上の方も国保・被用者保険に加入することとなるが、75歳以上の医療給付費については、公費、75歳以上の高齢者の保険料、75歳未満の加入者数・総報酬に応じて負担する支援金で支える。
- このような費用負担とすることにより、75歳以上の方の偏在により生じる保険者間の負担の不均衡は調整されることとなるが、加えて、65歳から74歳までの方についても、国保に偏在する構造にあり、この点についても費用負担の調整が必要であることから、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。

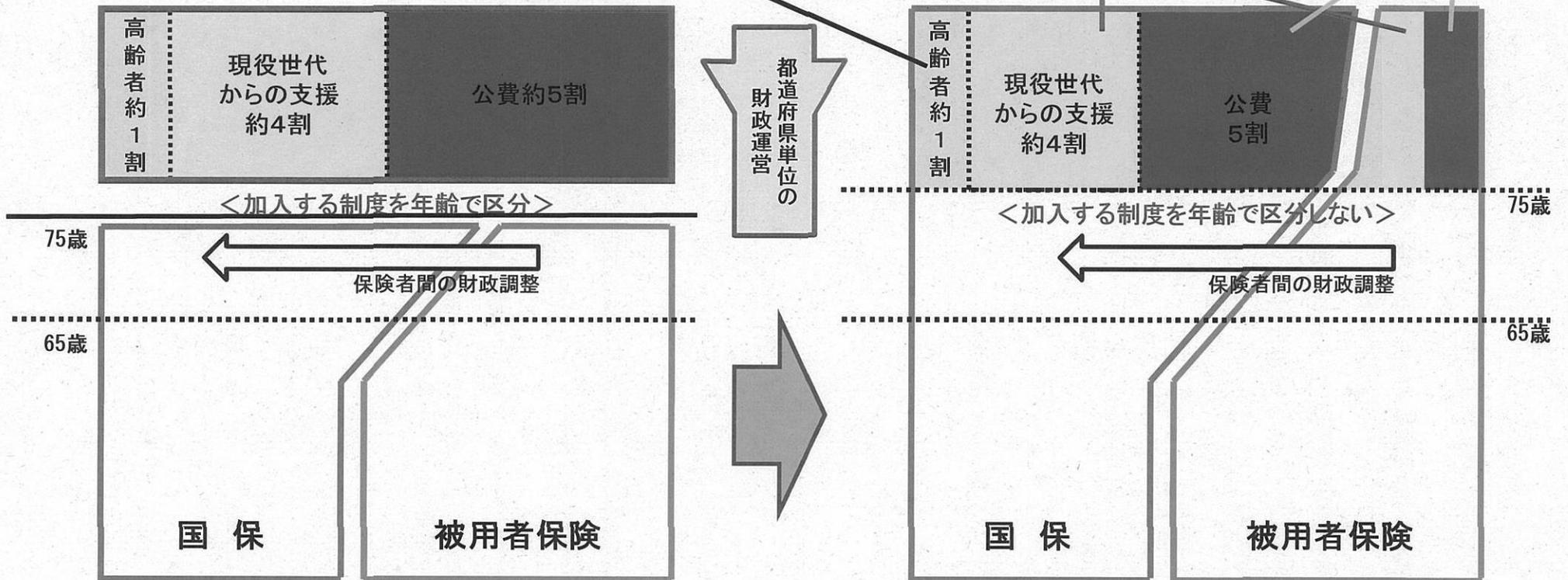
<現行制度>

保険料の伸びを抑制する仕組みを導入(保険料負担率の見直し・財政安定化基金の設置)

加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して支援金を投入(被用者保険からの支援は、負担能力に応じた分担とすべく、総報酬割を導入)

加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して公費を投入(現在47%の公費負担割合を50%に引き上げる)

<新制度(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

公費のあり方

○ 公費については、高齢者や現役世代の保険料負担の増加を抑制するために、効果的な投入を図りつつ、充実させていくことが必要。

○ 現行の高齢者医療制度は、75歳以上の医療給付費に約5割(※)の公費を投入しているところ。
(平成22年度予算ベース 5.5兆円(うち国3.7兆円、都道府県0.9兆円、市町村0.9兆円))

(※) 現役並み所得を有する高齢者(約120万人、約7%)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(実質47%の公費負担割合)。



⇒ まず新たな制度への移行時に、これを改善し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げる。
※ 50%への引上げの所要額 2013年度 3,500億円



⇒ 現在、75歳以上の医療給付費に対する公費については、国：都道府県：市町村が4：1：1の比率で負担しているが、75歳以上の医療費を国民全体で支え合うという考え方や、新たな制度が地域保険と職域保険に分離されることを踏まえ、国及び地方が適切に財政責任を果たす。



⇒ 現在、「政府・与党社会保障改革検討本部」が設置され、社会保障改革の全体像及びその安定的な財源の確保について議論が進められているところであるが、医療費財源をどのように確保していくかについては、その時々^の社会経済情勢等を踏まえながら、国と地方の財源のあり方を含め、政府全体として適切に対応することが必要である。

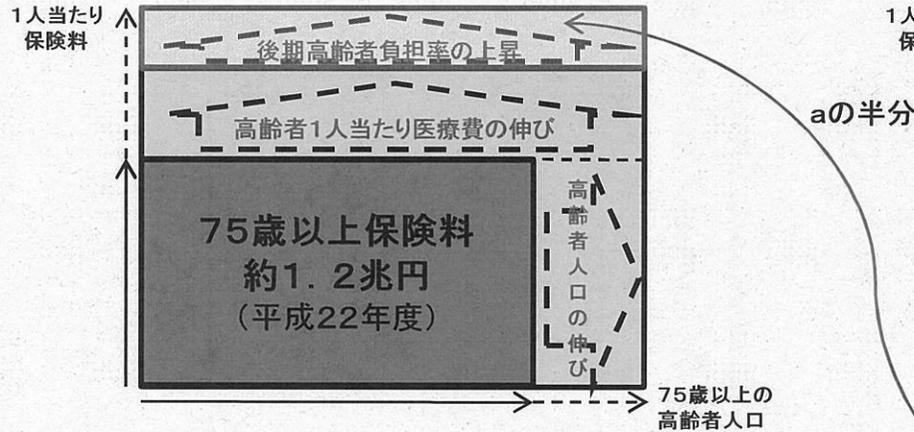
このため、定期的に、医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。

高齢者の保険料の負担率

○ 現行制度においては、現役世代(75歳未満)の負担の増加に配慮し、「現役世代人口の減少」による現役世代の保険料の増加分を75歳以上の高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担割合を段階的に引き上げる仕組みになっている。

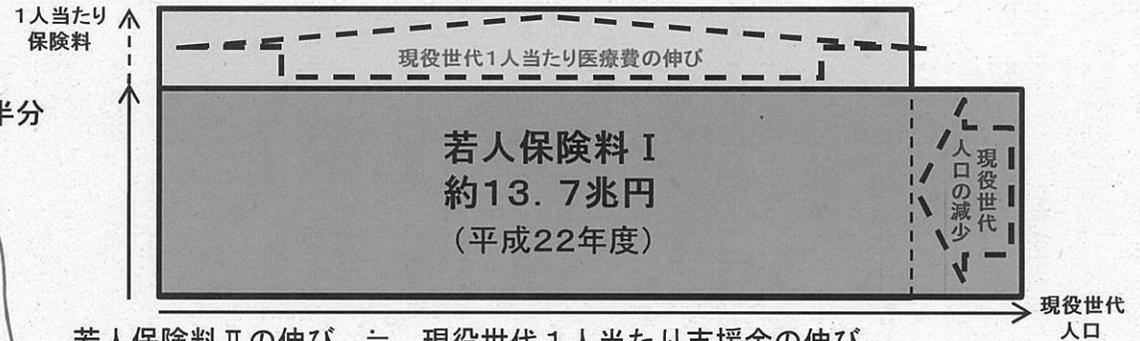
高齢者の保険料・・・高齢者医療給付を賄うための保険料

高齢者保険料の伸び \equiv 高齢者1人当たり医療費の伸び
+ 後期高齢者負担率の上昇

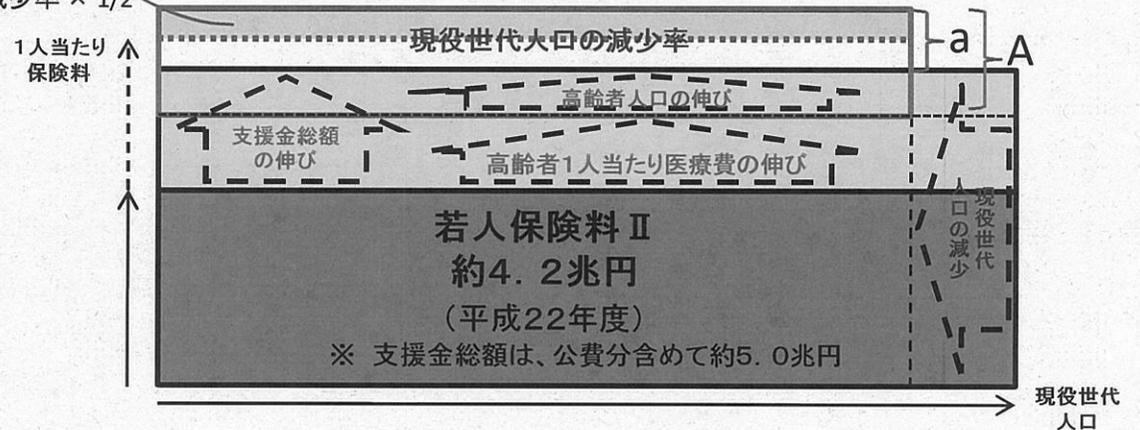


現役世代の保険料・・・若人保険料Ⅰ (若人医療給付を賄うための保険料) + 若人保険料Ⅱ (高齢者医療給付を支える保険料(支援金))

若人保険料Ⅰの伸び \equiv 現役世代1人当たり医療費の伸び



若人保険料Ⅱの伸び \equiv 現役世代1人当たり支援金の伸び
 \equiv 支援金総額の伸び + 現役世代人口の減少率
 \equiv 高齢者1人当たり医療費の伸び
 \quad + 高齢者人口の伸び + 現役世代人口の減少率
 \quad - 後期高齢者負担率の上昇による支援金の減少分



※ 後期高齢者負担率 = 10% + 平成20年度の現役世代負担割合(約4割)
 \times 平成20年度から改定年度までの現役世代人口の減少率 \times 1/2

※ 支援金総額は、公費分含めて約5.0兆円

(現行制度の問題点)

- ① 高齢者と現役世代の保険料規模の違い(1:15)を考慮していないため、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造にある。
 - ② 高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていない。
- ⇒ 「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」に伴う現役世代の保険料の増加分(前ページの右下の赤枠A部分)を、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。これにより、高齢者と現役世代の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなる。
- ⇒ 現行制度は平成24年度に次期保険料の改定を迎えるため、新たな制度の施行に先立って見直す。

負担率の変化の見通し

	(後期高齢者医療制度)			(新制度)				
	20年度	22年度	24年度	25年度	26年度	28年度	30年度	32年度
現行制度	10%	10.26%	10.62%	10.62%	10.92%	11.30%	11.70%	12.06%
見直し後	—	—	10.48%	10.48%	10.64%	10.88%	11.12%	11.25%

(※)平成25年度から現役並み所得を有する高齢者にも公費を投入し、被用者保険間では総報酬割を導入した場合で試算。

保険料額の変化の見通し

<現行制度>

	25年度	32年度	37年度
75歳以上1人当たり 保険料額(年額)	6.8万円 (※)	8.7万円 (28%増)	10.1万円 (48%増)
75歳未満1人当たり 国保保険料額(年額)	9.6万円	11.5万円 (20%増)	13.2万円 (38%増)

高齢者の保険料の
伸び率の方が大きい

<見直し後>

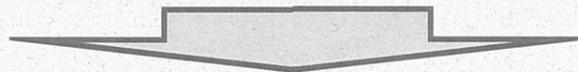
	25年度	32年度	37年度
75歳以上1人当たり 国保保険料額(年額)	7.0万円 (※)	8.5万円 (20%増)	9.5万円 (35%増)
75歳未満1人当たり 国保保険料額(年額)	9.4万円	11.2万円 (19%増)	12.9万円 (37%増)

保険料の伸び率
がほぼ均衡

(※) 現行制度の75歳以上1人当たり保険料額の6.8万円は、9割軽減を受けている被扶養者などを含む加入者1人当たりの保険料額であり、見直し後の7.0万円は、被用者保険に移行した者を除いた国保加入者の1人当たり保険料額であり、対象者が異なっている。こうした理由により、1人当たり保険料額に差が生じているものであり、制度移行に伴い、75歳以上の国保加入者の保険料負担が増加するものではない。

被用者保険者間の支援金の按分方法

- 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。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)



⇒ 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すべて総報酬割とする。

※ 支援金の負担が応能負担となった場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担(3分の2加入者割分の16.4%、2013年度2,100億円)は不要となる。

(参考)総報酬割導入による支援金の負担額の変化

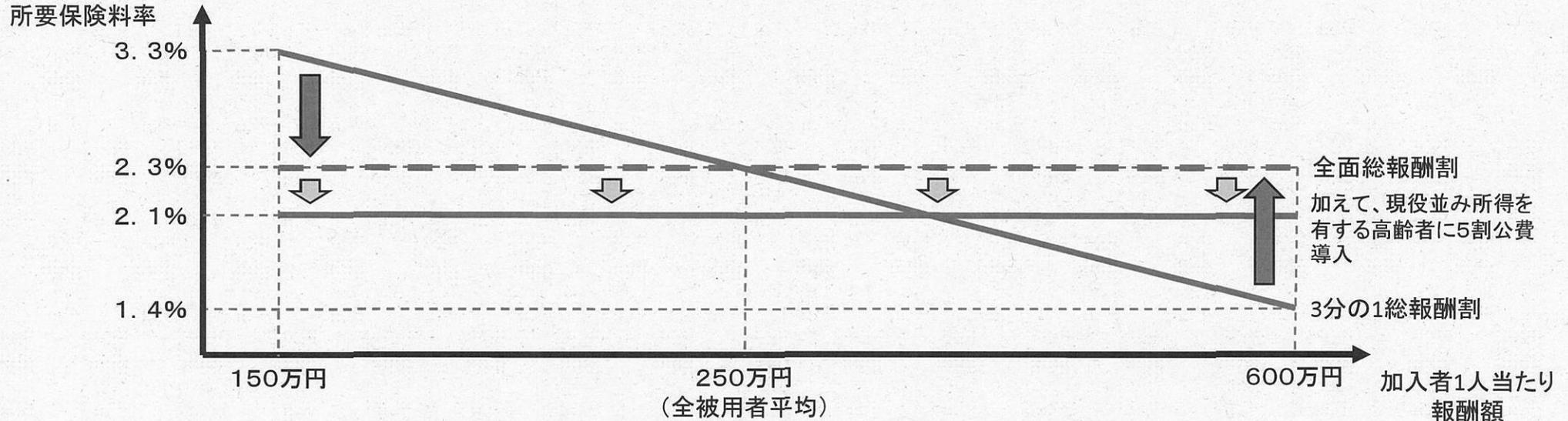
(2013年度推計)

	協会けんぽ	健保組合	共済組合	被用者保険 計
2/3 加入者割	1兆2,700億円 (加入者数3,370万人/全体比47%)	1兆900億円 (加入者数2,850万人/全体比40%)	3,400億円 (加入者数890万人/全体比12%)	2兆7,300億円 (加入者数7,160万人)
1/3 総報酬割	5,300億円	6,100億円	2,100億円	1兆3,700億円
計(①)	1兆8,100億円	1兆7,000億円	5,600億円	4兆1,000億円
全面総報酬割 (②)	1兆6,000億円 (総報酬69.6兆円/全体比39%)	1兆8,300億円 (総報酬79.7兆円/全体比45%)	6,400億円 (総報酬28.0兆円/全体比16%)	4兆1,000億円 (総報酬178.7兆円)
負担額の変化 (②-①)	▲2,100億円	+1,300億円	+800億円	±0

(注) ・加入者数・総報酬は75歳未満。
・支援金に係る前期財政調整後の額である。

・被用者保険計には全国土木国保組合を含む。
・健保組合には、65歳未満の特例退職被保険者分を除く。

(参考) 新制度において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)
 - 2013年度(平成25)推計 -



(注1) 2013年度の所要保険料率は、賃金上昇率が0%の前提で算出。また、前期財政調整を加味した支援金負担を算定。
 (注2) 協会けんぽの加入者1人当たり報酬額は207万円。1人当たり報酬額が協会けんぽより高い健保組合は1,338、低い健保組合は124。

(参考1) 支援金の総報酬割導入等による負担増(負担減)の保険者数 (2013年度推計)

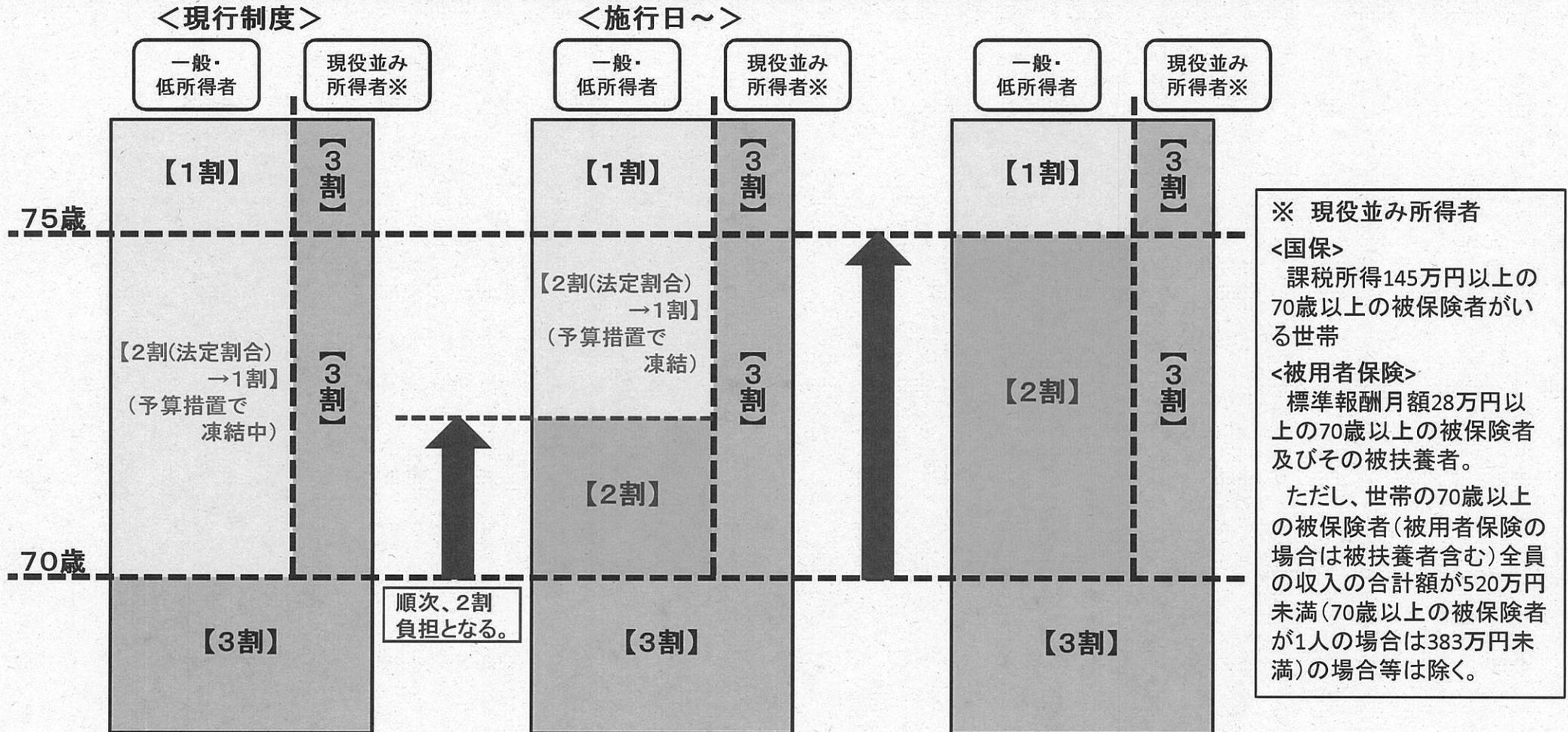
	全面総報酬割導入		加えて、現役並み所得を有する高齢者に5割公費を導入した場合	
	健保組合	共済組合	健保組合	共済組合
負担増 保険者数	872	82	540	62
負担減 保険者数	590	1	922	21

(参考2) 支援金の負担額の変化の例 (2013年度推計)

	加入者数 (75歳未満)	加入者一人当たり報酬額 (75歳未満)	3分の1総報酬割	全面総報酬割	加えて、現役並み所得を有する 高齢者に5割公費を導入した場合
A健保組合	1,840人	501万円 (総報酬9,220百万円)	142百万円	212百万円	197百万円
			所要保険料率 1.5%	所要保険料率 2.3%	所要保険料率 2.1%
B健保組合	1,939人	164万円 (総報酬3,184百万円)	99百万円	73百万円	68百万円
			所要保険料率 3.1%	所要保険料率 2.3%	所要保険料率 2.1%

患者負担割合(特に70~74歳の患者負担割合)

- 70~74歳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。
※ 仮に1割負担で恒久化した場合の財政影響 +2,000億円(協会けんぽ500、健保組合500、共済200、市町村国保300、公費500)
- 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、70~74歳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。



(参考)高額療養費の自己負担限度額

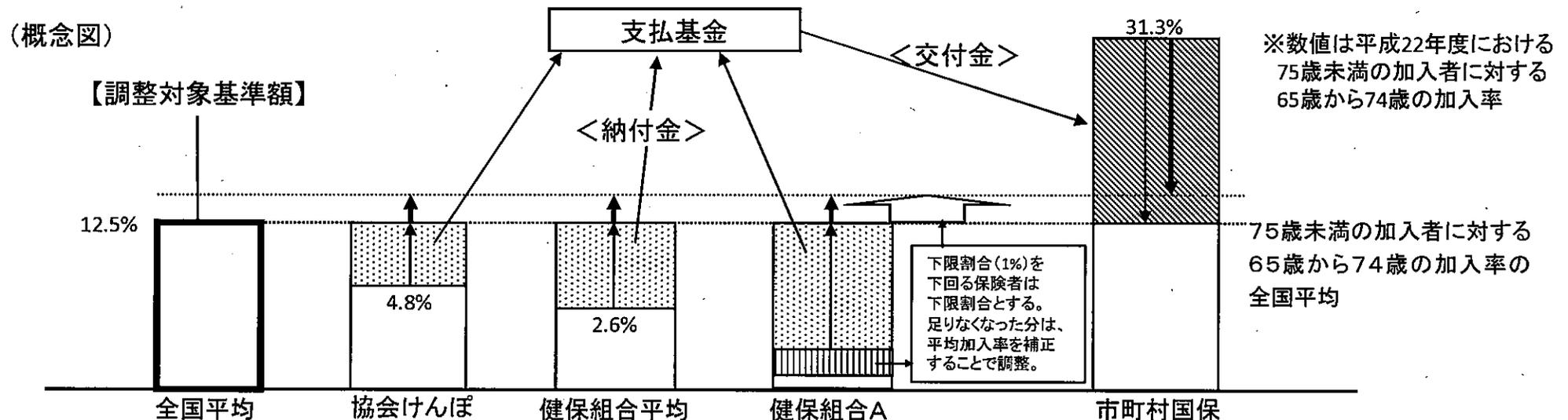
○ 特に配慮すべき低所得の方については、1割負担でも2割負担でも、高額療養費の自己負担限度額は同額とする。

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歳未満 (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	一般のみ変更	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		12,000円	44,400円			一般		24,600円	62,100円 (44,400円)
	低所得者 (住民税非課税)	II	8,000円	24,600円			低所得者		II	<u>24,600円</u>
		I (年金収入80万円以下等)		15,000円					I	<u>15,000円</u>
			8,000円	24,600円			低所得者		8,000円	<u>24,600円</u>
		8,000円	15,000円	低所得者		8,000円	<u>15,000円</u>			
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)	変更なし	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		一般		12,000円	44,400円	
	低所得者	II	8,000円	24,600円		低所得者		II	<u>24,600円</u>	
		I		15,000円				I	<u>15,000円</u>	
		8,000円	24,600円	低所得者		8,000円	<u>24,600円</u>			
		8,000円	15,000円	低所得者		8,000円	<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。

保険者間の財政調整 (65歳から74歳までの方の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整する仕組み)

- 新たな制度においても、65歳から74歳までの方の偏在により保険者間の負担の不均衡が生じることとなる。これを是正するため、保険者間の財政調整の仕組み(現行の前期財政調整)を継続する。
- 具体的には、各保険者は、65歳から74歳までの方に係る給付費及び支援金について、75歳未満の加入者に対する65歳から74歳の加入率が全国平均と同じであるとみなして算定された額(調整対象基準額)を負担する。
 - ※ 給付費のみならず、65歳から74歳までの方に係る支援金についても、これらの方の偏在に伴う負担であり、全ての保険者で負担を分かち合うべきであることから、現行の前期財政調整においても調整対象となっている。(旧退職者医療制度でも、退職者に係る老健拠出金は、被用者保険が負担)
 - ※ 被用者保険グループにおいては、支援金を全面総報酬割で負担することとすれば、65歳から74歳までの方に係る支援金についても、全面総報酬割で負担することとなる。(現在は、3分の1が総報酬割、3分の2が加入者割)
- また、現行と同様、以下の措置を引き続き設ける。
 - ① 75歳未満の加入者に対する65歳から74歳までの加入率が著しく低い保険者の負担が過大とならないよう、加入率の下限を定める。【現在の下限 1%(平成22年度)】
 - ② 65~74歳の方に係る給付費が著しく高い保険者について、一定の基準を超える部分を調整の対象から外すことにより、各保険者の医療費の効率化を促進する。【1人当たり医療費が全国平均の1.46倍を超える部分を調整対象外(平成22年度)】
 - ③ 納付金等の他保険者への持出しが、給付費等の義務的支出の合計額に比して著しく過大となる保険者の納付金のうち、その過大となる部分について、全保険者で再按分する。【全保険者の3%が調整の対象となるよう設定】



健康づくり・医療の効率的な提供等

【現状・課題】

【見直しの方向性】

論点Ⅰ 各地域における 医療費適正化の 取組

- 都道府県単位での健康づくりや医療の効率的な提供に向けた取組を一層推進するための体制や具体的仕組みについて検討が必要。

論点Ⅱ 各保険者における 壮年期からの 健康づくり等

- 特定健診等の実施率の向上が課題。
特定健診実施率38.3%
特定保健指導終了率7.8%
(平成20年度)
- 75歳以上の方の健康診査について、広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。
(平成20年度21%)

論点Ⅲ 高齢期における 医療の効率的な 提供を図るための 取組

- 必要な医療の提供が妨げられることのないよう配慮しつつ、効率化できる部分を効率化する取組の強化は必要。
 - ・ 医療費通知が未実施
…4広域連合
 - ・ 後発医薬品希望カードの配布が未実施…6広域連合
 - ・ 重複・頻回受診者への訪問指導が未実施…28広域連合(全市町村で実施している広域連合は8)

- 医療費適正化計画等の策定主体である都道府県が、国保の財政運営を担うことで、医療費適正化計画等がより実効あるものになる。
- 都道府県・市町村・保険者等で構成される協議会を都道府県に設置し、地域の関係機関が一体となって取り組む体制を整備。

- 特定健診等の実施率向上に向けた取組の検討・実施。
- 75歳以上の方々に対しても保険者に実施を義務付け。国保の特定健診等の費用について、国・都道府県はそれぞれ1/3を負担。
※ 高齢者への対応を含め、健診項目、保健指導のプログラムなど、技術的な問題については別途検討。
- 保険者による特定健診等のハイリスクアプローチに加え、健康づくりの普及啓発等のポピュレーションアプローチにより個人の行動変容に結び付けていく。

- 医療費通知の100%実施。
- 後発医薬品希望カードの配布及び利用差額通知の100%実施。
- 重複・頻回受診者への訪問指導の強化。
- レセプト点検、適正受診の普及・啓発等の取組の強化。

支援金の加算・減算の仕組みについて

- 現在、後期高齢者支援金については、各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じて、±10%の範囲内で加減算する仕組みとなっている。(平成25年度から施行)

現行の加減算制度については、以下のような問題点が指摘されている。

- そもそも実施率の低い保険者へのペナルティーである等の理由により、加減算制度自体を廃止すべき、との意見をどう考えるか。
 - 保険財政全体に貢献をした保険者にメリットを与えるのが加減算制度の本来の趣旨。既に20年度において国の定める参酌基準を達成した保険者も存在。
- 状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか。(被用者保険と市町村国保の達成状況の相違など)
 - 保険者毎の状況に配慮し保険者の種別・規模等を勘案する必要があるか。
- 加減算される金額(最大で後期高齢者支援金の±10%)が過大ではないか。(特定健診等の全保険者の事業規模は約1,000億円程度である一方、後期高齢者支援金の10%は、約5,000億円程度(平成22年度予算ベース))
 - 保険者毎の財政状況を勘案し適正な加減算の規模とする必要があるか。
- 生活習慣病対策による将来的な医療費への効果と加減算される支援金の対応関係をどのようにつけるか。
 - 中期的な実施状況やデータの蓄積状況を勘案する必要があるのではないか。

⇒ 各保険者の特定健診・保健指導の実施状況等に応じたインセンティブの仕組みは必要であることから、現行と同様の支援金を加減算する仕組みを新たな制度にも設けることとした上で、これらの問題点を踏まえて関係者間で詳細な検討を行う場を設置し、医療費適正化計画の第2期のスタート(平成25年度～)までに結論を得る。

新制度における医療費、給付費の将来見通し

- 医療費、給付費の将来見通しについては、近年の実績を踏まえて1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定し、高齢化の影響を反映した人口推計を基に、将来に投影して推計を行うと、
- ・ 国民医療費は、2010年度37.5兆円から2025年度52.3兆円に14.8兆円増加(年平均伸び1.0兆円、2.2%)
 - ・ 医療給付費は、2010年度31.9兆円から2025年度45.0兆円に13.1兆円増加(年平均伸び0.9兆円、2.3%)となる見通し。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

	2010年度 (平成22・賦課ベース)	2013年度 (平成25)	2015年度 (平成27)	2020年度 (平成32)	2025年度 (平成37)	(兆円)	
						年平均伸び(2010→2025)	
						増減	伸び率
国民医療費	37.5	40.4	42.3	47.2	52.3	1.0	2.2%
(医療保険分)	35.1	37.9	39.7	44.2	49.0	0.9	2.2%
65歳未満	15.9	16.0	15.9	16.3	17.3	0.1	0.6%
65～74歳	6.4	7.1	7.7	8.2	7.6	0.1	1.2%
75歳以上	12.8	14.8	16.1	19.7	24.1	0.8	4.3%
医療給付費	31.9	34.5	36.1	40.4	45.0	0.9	2.3%
(医療保険分)	29.4	31.8	33.4	37.5	41.8	0.8	2.4%
65歳未満	12.4	12.5	12.3	12.7	13.5	0.1	0.5%
65～74歳	5.3	5.8	6.4	6.8	6.3	0.1	1.2%
75歳以上	11.7	13.5	14.7	18.0	22.0	0.7	4.3%

※ 医療給付費(2025年度45.0兆円)という水準は、平成18年度制度改正時の見通しの医療給付費(2025年度48兆円)を下回る。
また、当時の48兆円という推計値は、医療費適正化の中長期的方策である平均在院日数短縮及び生活習慣病対策による6兆円の適正化効果を織り込んだものである一方、上記45.0兆円は、こうした適正化効果を織り込んでいない数字。

※ 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)について、平成18年度制度改正時は、介護保険導入等の影響を適切に除去することが困難であるため、その前の平成7年度から平成11年度の実績を用いて、70歳未満2.1%、70歳以上3.2%と設定。平成15年度の3割負担の導入以後、大きな制度改正がないことから、今回の試算では、平成17年度から平成21年度の直近の実績を用いて、70歳未満、70歳以上ともに1.5%と設定。

新制度における制度改正等の影響

(1) 高齢者の保険料の負担率の見直し

○ 高齢者の保険料負担率は、現役世代の人口減少を踏まえ、平成20年度の10%から保険料改定の都度、引き上げる仕組みとなっているが、現行制度では、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となっている。(平成25年度→37年度の保険料の伸び率:75歳以上48%増、75歳未満38%増)

このため、高齢者と現役世代の一人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びがほぼ均衡する仕組みに改める。(平成25年度→37年度の保険料の伸び率:75歳以上35%増、75歳未満37%増)

この点については、新制度の施行に先立って、現行制度の次期保険料改定時(2012年度(平成24年度))から見直すこととして試算。

(2) 新制度への移行による財政影響

○ 以下の点から新制度への移行による各保険制度への財政影響を試算。

(A) 75歳以上の高齢者も現役世代と同じ制度に加入(適用関係の変更)

- ・ 後期高齢者医療制度を廃止して、75歳以上の高齢者も現役世代と同じ制度に加入すると、被用者保険に本人約30万人、被扶養者約190万人が戻ることとなるが、被用者保険では被扶養者から保険料を徴収しないことから、被用者保険にとっては負担増。

(B) 75歳以上の医療給付費に対する被用者保険者の支援金を総報酬割

- ・ 75歳以上の医療給付費に対する支援金は、現在、先の制度改正により、総報酬割3分の1、加入者割3分の2となっているが、これをすべて総報酬割にすることにより、健保組合・共済組合全体では負担増。

(C) 現役並み所得を有する高齢者に5割公費

- ・ 現在公費が投入されていない75歳以上の現役並み所得を有する高齢者にも5割公費を投入し、実質47%となっている公費負担割合を50%に引き上げることにより、すべての保険制度において負担減。

(D) 70~74歳の患者負担の段階的見直し

- ・ 個々の患者が負担増とならないよう、既に70歳に達し1割負担となった方は引き続き1割負担とし、それ以外の方は70歳到達後、順次2割負担としていくことにより、医療給付費は段階的に縮減し、すべての保険制度において負担減。

新制度における制度改正等の影響

(億円)

		75歳未満保険料					75歳以上保険料		公費(補正分除く)			
		計	(再)協会 けんぽ	(再)健保 組合	(再)共済 組合	(再)市町村 国保	計	(再)市町村 国保	計	国	都道府県	市町村
2010年度 (平成22)	現行制度	173,100	59,400	57,500	19,800	32,200	8,900	8,000	111,000	80,900	18,600	11,500
2013年度 (平成25)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	184,000	62,900	61,400	21,100	34,000	10,600	9,500	123,100	89,200	20,700	13,100
	新制度	183,500	62,300	61,600	21,700	33,400	10,400	9,300	123,700	89,200	20,900	13,600
	影響額	-400	-600	200	600	-600	-200	-200	700	0	200	500
2015年度 (平成27)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	190,500	64,700	63,700	22,000	35,400	11,700	10,600	131,800	95,300	22,300	14,100
	新制度	189,500	63,900	63,800	22,600	34,600	11,600	10,400	132,200	95,100	22,400	14,700
	影響額	-1,000	-800	100	600	-800	-200	-200	500	-200	100	600
2020年度 (平成32)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	204,800	68,900	67,900	23,600	39,300	15,300	13,900	156,000	112,200	26,800	17,000
	新制度	202,600	67,500	67,700	24,200	38,200	15,200	13,800	156,300	111,600	26,900	17,700
	影響額	-2,200	-1,400	-200	600	-1,100	-100	-100	200	-600	100	700
2025年度 (平成37)	現行制度 高齢者保険料負担率の見直し後	218,400	73,600	72,100	25,100	42,000	19,900	18,200	180,200	128,400	31,300	20,500
	新制度	215,900	71,800	72,000	26,000	40,800	19,900	18,200	180,800	127,900	31,600	21,300
	影響額	-2,500	-1,800	-200	800	-1,200	0	-100	600	-500	200	900

※1 診療報酬改定、制度改正、高齢化の影響を除いた、医療の高度化等による1人当たり医療費の伸び率(自然増)を年1.5%と仮定。

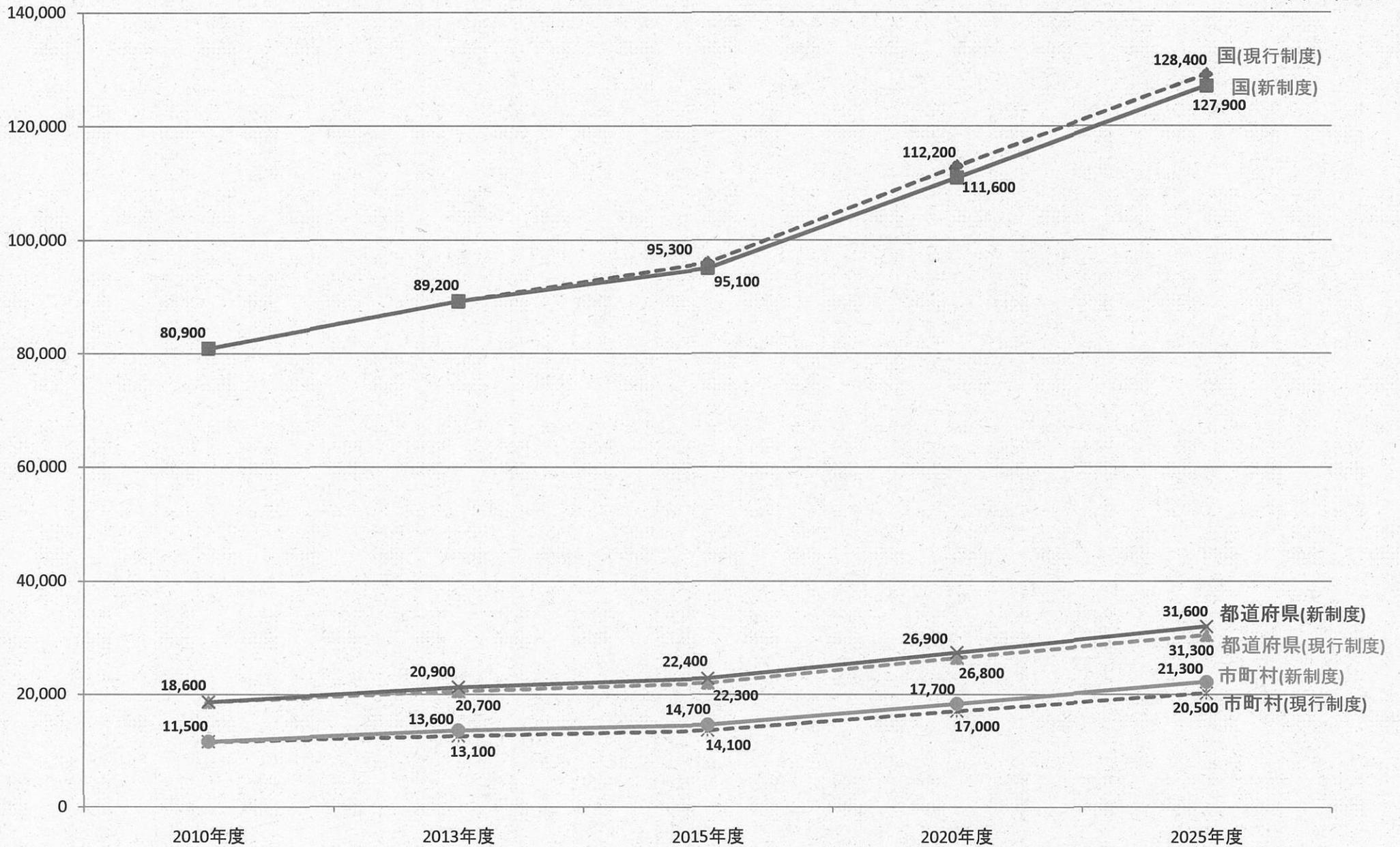
なお、診療報酬改定は見込んでいない。診療報酬改定があった場合は、改定率の累計分の変動が生じることとなる。

※2 保険料は保険料軽減や高額医療費共同事業に係る公費等を控除した後のものである。

また、医療給付に必要な保険料(所要保険料)の見通しであり、市町村国保の法定外繰入がないものとしている。

今後の公費の見込み(現行制度と新制度)

(単位: 億円)



「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」の開催について (案)

1. 趣旨

「社会保障改革の推進について」（平成 22 年 12 月 14 日閣議決定）においては、本年半ばまでに社会保障の安定・強化のための制度改革案等について、政府としての成案を得ることとされており、厚生労働省においても「厚生労働省社会保障検討本部」を設置し、検討を進めているところである。

こうした中で、特に、国民健康保険制度のあり方については、地方団体の意見を十分に伺いながら検討を進めることが必要であることから、国民健康保険の構造的な問題を踏まえ、その基盤強化策等について検討するため、厚生労働省（大臣はじめ政務 3 役）と地方（知事・市長・町村長の代表）の協議の場を設置する。

※併せて、事務レベルのWGを設置する。

2. 具体的な検討項目

- 市町村国保の構造的問題の分析
- 市町村国保の構造的問題への対応
 - ・低所得者対策等のあり方
 - ・事業運営・財政運営の広域化
 - ・保険料収納率向上への取組
 - ・地域における医療費適正化の推進
 - ・法定外一般会計繰入れ等の解消支援策
 - ・財政支援のあり方 等
- その他、地方からの提案事項

3. 当面の日程

平成 23 年 2 月上中旬を目途として第一回のWGを開催する。

2. 平成22年度補正予算及び平成23年度 予算（案）の概要

平成22年度補正予算の概要 (現行高齢者医療制度の負担軽減措置の継続)

(国民健康保険課・保険課・高齢者医療課)

事 項	平成22年度 補正予算額	摘 要
(項) 医療保険給付諸費	千円 280,697,689	
(目) 高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金	279,790,534	<p>○ 平成23年度における高齢者の負担軽減ための経費</p> <p>《国保連向け》：国民健康保険課</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 70歳から74歳までの患者負担割合の引上げ（1割→2割）の凍結 1,793.8億円 <p>《支払基金向け》：保険課</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 70歳から74歳までの患者負担割合の引上げ（1割→2割）の凍結 257.4億円 <p>《広域連合向け》：高齢者医療課</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所得の低い方の保険料軽減の継続 506.3億円 (均等割9割・8.5割、所得割5割軽減) ・ 被用者保険の被扶養者であった方の保険料軽減の継続 240.4億円 (均等割9割軽減のうち4割相当分)
(目) 高齢者医療制度円滑運営事業費補助金	907,155	<p>○ 高齢受給者証再発行等の事務経費</p> <p>《市町村及び国保組合向け》：国民健康保険課 8.8億円</p> <p>○ 市町村国保システムの実態調査に必要な経費</p> <p>《国保中央会向け》：高齢者医療課 0.3億円</p>

現行高齢者医療制度の負担軽減措置の継続

【平成20年4月～】

平成22年度補正予算において平成23年度も以下の措置を実施
合計: 2,807億円

①70歳～74歳の窓口負担を1割に軽減する措置の継続
(2,051億円)

②後期高齢者医療制度における被用者保険の被扶養者の保険料負担を9割軽減とする措置の継続
(240億円)

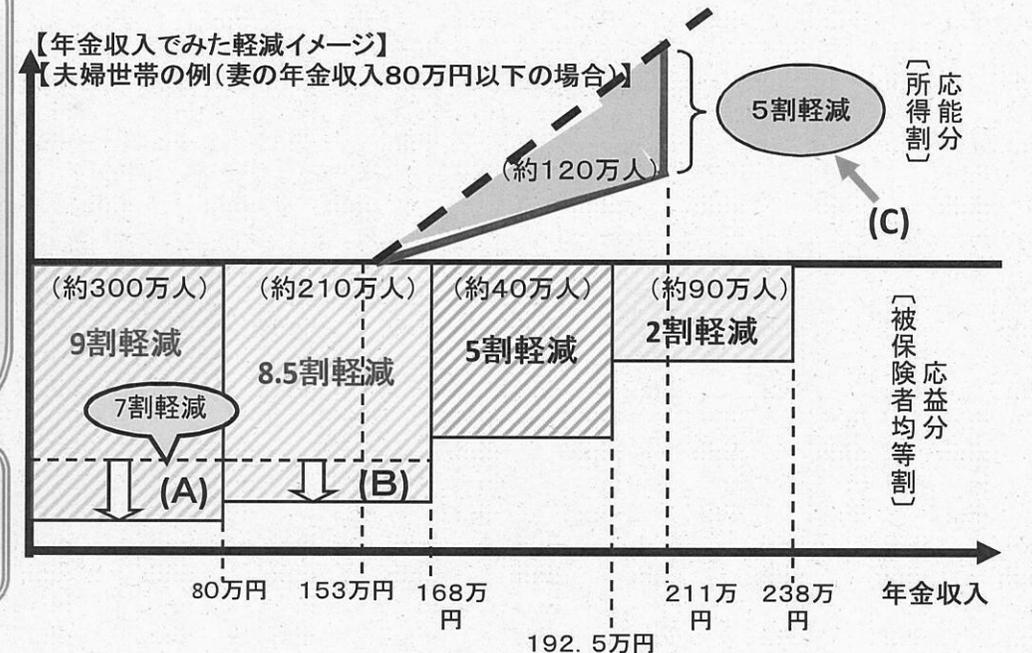
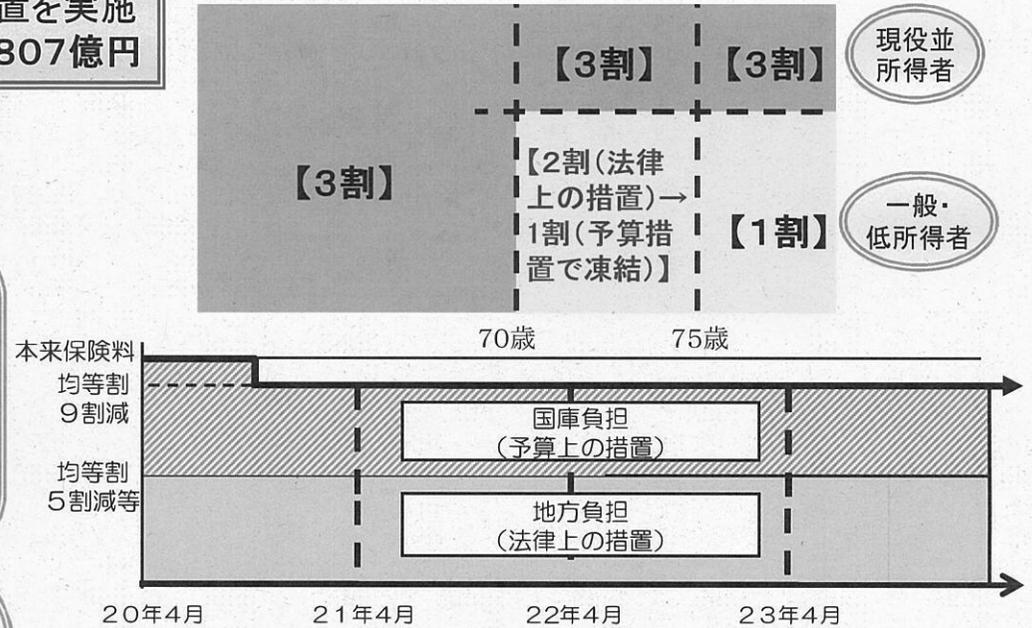
※5割部分は地方負担であり、別途、地方財政措置を講じる。

③後期高齢者医療制度における低所得者の保険料軽減措置の継続
(506億円)

- (A) 均等割の7割軽減を受ける方のうち、後期高齢者医療制度の被保険者全員が年金収入80万円以下(その他各種所得がない)である世帯に属する方について、均等割を9割軽減とする
- (B) 均等割の7割軽減を受ける方((A)に該当する方を除く。)を8.5割軽減とする
- (C) 所得割を負担する方のうち、基礎控除後の所得が58万円以下(年金収入のみの場合211万円以下)の方について、所得割を5割軽減する

④高齢者の負担凍結延長に係る受給者証の再交付等に要する経費
(9億円)

※端数処理により①から④の合計額と総額は一致しない。



平成23年度予算(案) 後期高齢者医療制度関係経費の概要

(保険局 高齢者医療課)

事 項	平成22年度 予 算 額	平成23年度 予 算 額 (案)	対 前 年 度 比 較 増 ▲ 減 額	
	千円	千円	千円	
合 計	3,774,670,591	3,957,304,015	182,633,424	
(目)臨時老人薬剤費特別給付金	137	1	▲ 136	
(目)後期高齢者医療給付費等負担金	2,810,266,116	2,951,165,479	140,899,363	
後期高齢者医療給付費負担金	2,771,327,820	2,900,320,232	128,992,412	
高額医療費等負担金	38,938,296	50,845,247	11,906,951	<ul style="list-style-type: none"> ・高額医療費負担分 353.6億円 (平成22年度 276.6億円) ・財政安定化基金負担分 150.2億円 (" 108.1億円) ・不均一保険料助成分 4.7億円 (" 4.7億円)
(目)後期高齢者医療財政調整交付金	923,775,940	966,773,411	42,997,471	
(目)後期高齢者医療制度事業費補助金	5,961,701	6,326,140	364,439	<ul style="list-style-type: none"> 【後期高齢者医療広域連合向け】 ・健康診査に要する経費 48.3億円 (平成22年度 44.8億円) ・保険者機能強化に要する経費 5.0億円 (" 4.8億円) ・特別高額医療費共同事業に要する経費 10.0億円 (" 10.0億円)
(目)後期高齢者医療制度関係業務事業費補助金	1,718,028	1,376,050	▲ 341,978	<ul style="list-style-type: none"> 【国民健康保険団体連合会・国民健康保険中央会向け】 ・広域連合電算処理システム等に要する経費
(目)高齢者医療運営円滑化等補助金	32,948,669	31,662,934	▲ 1,285,735	<ul style="list-style-type: none"> ・健保組合等が提出する前期高齢者納付金等の負担軽減を図るための経費

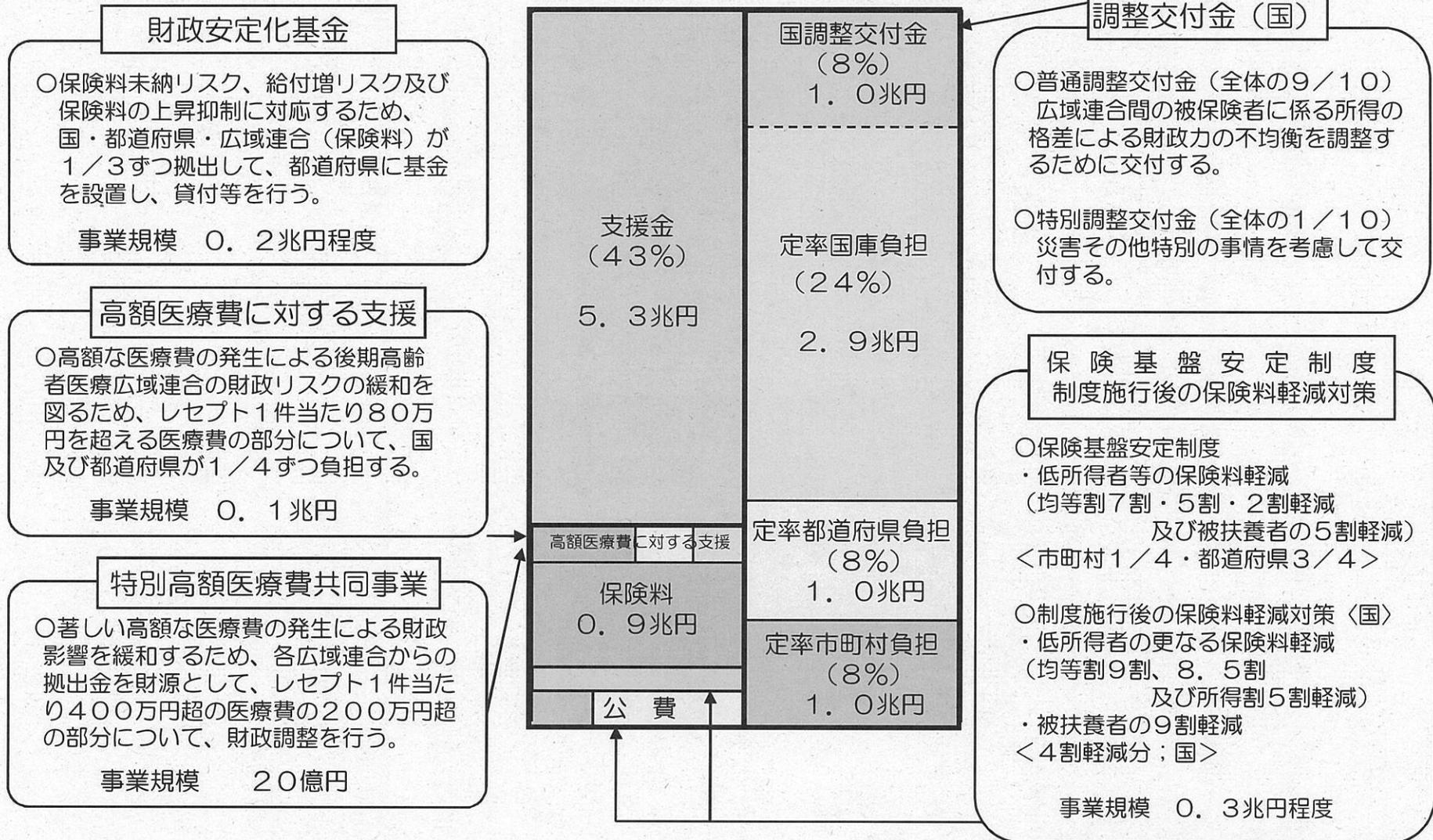
後期高齢者医療制度の財政の概要(23年度当初予算(案))

医療給付費等総額：12.3兆円

23年度当初予算(案)ベース

都道府県単位の広域連合

← 53% → ← 47% →



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。

平成23年度 後期高齢者医療制度に係る地方財政措置について

【補助事業】

	平成23年度	平成22年度
・健康診査に要する経費	48億円	45億円

【単独事業】

1 保険基盤安定制度	2,114億円	2,232億円
------------	---------	---------

- ・ 保険料軽減分についての公費補てん分を措置。
 (所得の低い方の均等割7・5・2割軽減及び被用者保険の被扶養者であった方の均等割5割軽減)
- ・ 負担割合 都道府県3/4、市町村1/4

※ 平成22年度の保険料賦課実績を基に必要経費を試算。

2 広域連合への分担経費(市町村)	275億円	274億円
-------------------	-------	-------

- ・ 報酬・賃金、旅費、消耗品、冊子・リーフレット、各種郵送料(保険証、医療費適正化通知、支給決定通知等)、事務所運営費(借上料、光熱水費、電話料等)及びシステム機器リース料等に係る経費を措置

※ 平成23年度の広域連合の予算見込額等を基に必要経費を試算。後期高齢者医療広域連合への派遣職員給与費については別途措置。

3 施行事務経費	137億円	130億円
----------	-------	-------

- ・ 市町村及び都道府県の施行事務に係る経費を措置
 - ①市町村(135億円)
 - 保険料納付通知関係経費(納付書、領収済通知書、郵送料、口座振替関係手数料)、保険料収納関係経費(督促状等通知、郵送料)、戸別訪問旅費及びリーフレット等
 - ②都道府県(2億円)
 - 後期高齢者医療審査会経費(印刷製本、通信運搬費等)、旅費(全国会議、医療指導監査等)

※後期高齢者医療制度事務に係る職員給与費については別途措置。

合計	2,574億円	2,681億円
----	---------	---------

3. 後期高齢者の健康診査及び長寿・
健康増進事業について

健康診査の充実

広域連合への財政支援について

<国の支援> 平成23年度については、受診率の向上等を見込み、48.3億円を措置(前年度比7.8%増額)。
(国の予算額と同額の市町村への地方財政措置あり)

<都道府県の支援> 8都道府県 約11.5億円(平成22年度)

<市町村の支援> 18都道府県 約14.3億円(平成22年度)

【参考】健康診査に係る国の予算額と受診率推移

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
予算額	30.4億円	35.2億円	44.8億円	48.3億円
受診率	21%	22%	27% (予算ベース)	27% (予算ベース)

※ 平成19年度受診率 26% (老人保健制度における基本健康診査受診率)

受診率向上計画の策定について

- 後期高齢者医療制度の健康診査は、生活習慣病の早期発見により、適切に医療につなげて重症化を予防する観点から重要であり、健康診査の実施体制の更なる充実を図っていただくことが必要。
- 各広域連合に対しては、昨年度に引き続き、市区町村等と協議の上、
 - ①平成23年度目標受診率
 - ②目標受診率達成に向けた具体的な取組を掲げた健康診査受診率向上計画の策定を依頼しているところであるが、当該計画に基づく取組を着実に進めていただきたい。

長寿・健康増進事業の実施

事業のねらい

平成20年7月から、広域連合が高齢者の健康づくりに取り組む事業を支援するため、特別調整交付金の一部を活用して、「長寿・健康増進事業」を実施している。

事業内容

- (ア)健康教育・健康相談事業
- (イ)健康に関するリーフレットの提供
- (ウ)スポーツクラブ、保養施設等の利用助成
- (エ)スポーツ大会、レクリエーションの運営費の助成
- (オ)医療と介護の連携強化モデル事業
- (カ)人間ドック等の助成事業(※)
- (キ)その他、被保険者の健康増進のための事業(はり・きゅう等助成事業・運動教室等実施事業等)

※ 平成21年度から、人間ドック等の費用助成額が増加することにより、特別調整交付金の交付基準額を超過する場合、広域連合の事業展開に支障が生じないように交付基準額を引き上げている。

※人間ドック等の助成については、従来人間ドックを実施していた市区町村に、長寿・健康増進事業の周知と実施に向けた検討を要請していただきたい。

【参考】 特別調整交付金の「長寿・健康増進事業」における交付額等

	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度(速報値)
交付総額	—	10.7億円	19.7億円	26.2億円
(再掲)人間ドック等助成	—	2.3億円	5.4億円	9.6億円
人間ドック等助成 実施市区町村数	平成19年度末:723	平成20年5月:141 平成20年度末:234 (うち交付金活用市区町村:166)	平成21年度末:373 (うち交付金活用市区町村:276)	平成22年度末:520 (うち交付金活用市区町村:455)

広域連合が行うモデル的な事業への支援

「長寿・健康増進事業」では、広域連合が行う先駆的・先進的なモデル的な事業について特に重点的に支援を行っているので、さらに積極的に取り組んでいただきたい。

高齢者健康づくり基盤整備モデル推進事業(滋賀県広域連合)

事業内容・・・管内6市1町のモデル市町において以下の事業を実施し、その検証・評価については京都大学(医学部公衆衛生学教室)に業務委託した結果を踏まえて、保健・医療・福祉の関係者で構成するモデル推進委員会で検証する。

- ①肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成と効果検証
- ②お薬手帳を活用した健康管理モデル事業
- ③健診データの活用による健康施策の検討 等

高齢者元気づくり事業「いきいき教室」(鹿児島県広域連合)

事業内容・・・管内の3モデル地区において、「いきいき教室の開催」、「運動実施時間の設定・支援」、「アンケート調査・医療費調査」を実施する。

- ①いきいき教室:筋膜マッサージ、筋力アップ体操を「運動実施期間」の前後に2回実施。
- ②運動実施期間の設定・支援:「いきいき教室」1回目終了後の2ヶ月間を「運動実施期間」に設定し、自主的な健康づくりができるよう、専門スタッフ(筋膜マッサージ有資格者、保健師等)が支援。
- ③アンケート調査・医療費調査
(ア)教室開催時及び終了時に、健康づくりへの意識・行動変容、筋膜マッサージの効果及び習慣化等について調査。
(イ)「いきいき教室」への参加・不参加者の医療費変動を追跡調査。

高齢者の健康増進に関する情報提供事業(島根県広域連合)

事業内容・・・広域連合の保健師により管内の保健事業に対する指導・助言等を実施する。

- ①平成20～21年度に実施した健康増進モデル事業(人間ドックと保健指導を実施)の成果を踏まえ、健康づくりパンフレットを専門的な見地から編集・配布。
- ②市町村保健師及び地域の保健医療関係者を対象に研修会・講演会を開催。
- ③市町村保健師と情報連携し、高齢者の健康増進やレセプトに関する情報等を市町村健康増進事業に生かせるよう、指導・助言を実施。
- ④老人クラブ等各種団体が健康増進事業に取り組めるよう支援。
- ⑤健診結果が要医療判定の者及び健診未受診者を抽出し、市町村と情報共有、調整した上で、必要と判断した者に医療機関への受診勧奨及び健康に関する情報提供を実施。

無医地区に対する健康保持増進事業(三重県広域連合)

事業内容・・・管内の全ての無医地区で、医師・保健師による健康相談及び健康運動指導士等による健康体操等の保健事業を実施する。

4. 後期高齢者に係る保険者機能強化事業について

保険者機能強化事業について

【23年度補助金対象事業等】

〈保険者機能強化事業〉

- 今後、高齢化が更に進行する中で、制度の安定的な運営を図っていくためには、都道府県及び市町村等との連携の下に、地域の実情を踏まえて医療費適正化対策や保険料収納対策を強化することが必要である。
- 医療費適正化対策については、各医療保険者共通の取組として推進することが求められており、中でも適正化効果が期待できる次の事業については、来年度の重点課題として積極的に取り組んでいただきたい。
 - 1 重複・頻回受診者に対する訪問指導の実施
 - 2 後発医薬品（ジェネリック医薬品）希望カード（以下「希望カード」という。）の配布
 - 3 後発医薬品利用差額通知（以下「差額通知」という。）の送付
 - 4 医療費通知の送付
- 厚生労働省においても、後期高齢者医療制度における医療費適正化等を推進するための基盤整備的な事業や普及啓発活動について国庫補助を行うなど、広域連合の積極的な取組を支援する。
- 都道府県にあっては、広域連合の事業実施にあたり、市町村保健師等を活用した訪問指導を実施する場合や、希望カード及び差額通知を他の医療保険者と合同で作成する場合に、広域連合が市町村、関係団体、他の医療保険者等と連携・協力することが必要となることから、事業が円滑に推進できるよう、積極的な支援をお願いします。

〈平成23年度の補助金対象事業〉

1 重複・頻回受診者等への訪問指導体制の強化

レセプト情報等により選定した重複・頻回受診者等に対して、保健師等により、適正受診の促進のための訪問指導を実施する。

実施にあたっては、指導対象者について指導票を作成・管理し、指導後の受診状況等を把握・分析することにより、訪問指導の効果を把握する。

〈国庫補助の考え方〉

広域連合において、直接保健師等を委嘱して実施する場合のほか、市町村等及び専門業者に委託する場合も補助対象とする。

また、実施にあたって、指導票の作成・管理及び指導後の受診状況の把握・分析に必要な経費についても補助の対象とする。

〈平成22年度の実施状況〉

実施広域連合数 19箇所（324市町村）

〈効果（平成21年度の実績）〉

実施広域連合数 14箇所（222市町村）

総費用額 55,131千円（うち広域連合負担額（保険料、市町村負担金） 31,714千円）

訪問指導人数 3,530人（うち改善された人数 1,564人 改善率 44%）

指導後3ヶ月の効果額 161,482千円（医療給付費）

1人あたり1ヶ月あたり効果額 34,416円

2 適正化を推進するための普及・啓発

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進は、患者負担の軽減、医療保険財政の改善に資するものであり、「厚生労働省行政事業レビューの改革案」（平成22年5月策定）に沿って、全広域連合における、希望カードの配布及び差額通知の実施を目指す。

なお、差額通知については、平成23年度中の全広域連合における実施に向けて、都道府県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に当該事務を委託することが可能となるよう、（社）国民健康保険中央会においてシステム開発等の整備を行っており、4月当初には委託可能な状況となる見込みである。

また、医療機関における適正受診について、チラシ・パンフレットを作成、配布し、普及・啓発を図る。

〈国庫補助の考え方〉

希望カードの作成費を補助対象とする。

差額通知の作成にあたっては、国保連に委託する以外にも専門業者や自庁にて対応する場合に係る経費(システム改修経費を含む)も補助対象とするが、送付対象者の抽出条件等、費用対効果を考慮して事業計画を立案すること。

医療機関における適正受診に係る普及・啓発のためのチラシ・パンフレットの作成費を補助対象とする。

〈平成22年度の実施状況〉

・希望カード配布

未実施広域連合数・・・5箇所(秋田・神奈川・静岡・三重・兵庫)

・差額通知

実施広域連合数・・・2箇所(福島(9月から)、滋賀(1月から))

・医療機関における適正受診に係る普及・啓発

未実施広域連合数・・・13箇所

(茨城・栃木・埼玉・千葉・三重・京都・兵庫・和歌山・山口・香川・愛媛・高知・佐賀)

3 医療保険者等の「意見を聞く場」の設置等

被保険者や各医療保険者等の意見を広く聴取する場を設け、得られた意見等を後期高齢者医療制度の効果的な運営に反映させることにより、広域連合の保険者機能の充実・強化を図ることを目的とする。

〈国庫補助の考え方〉

被保険者や医療保険者等の意見を広く聴取する場として設置する懇談会等の運営に要する資料作成費、会議費、委員等旅費及び会場賃借料等を補助対象とする。

なお、「意見を聞く場」を運営する場合には、その取組の一環として保険者協議会への参画に要する経費も補助対象とする。

〈平成22年度の実施状況〉

未実施広域連合数・・・2箇所(和歌山、岡山)

4 保険料収納対策等

保険料収納率が比較的低い市町村等において、他の市町村においても今後の取組のモデルとなる、地域の実情を踏まえた滞納者へのきめ細やかな納付相談等の効果的な収納対策を企画し、実施する。

〈国庫補助の考え方〉

平成22年度に補助対象とした市町村等については、継続して補助対象とする予定。

平成23年度から新たに実施する市町村等については、予算の範囲内で対応。

きめ細やかな納付相談等を実施するために確保する非常勤職員等の人件費や、電話催告及び口座振替勧奨等の経費を補助対象とする。

市町村において通常実施すべき督促状の発送業務等に要する経費や正規職員の人件費については補助対象外とする。

〈平成22年度の実施状況〉

実施広域連合数・・・16箇所(35市町村)

〈その他重点的に取組をすべき事業〉

1 医療費通知の送付

保険者が被保険者に、医療機関でかかった医療費の額をお知らせすることにより、健康に対する認識を深めさせ、保険事業の健全な運営に資するものであり、「厚生労働省行政事業レビューの改革案」（平成22年5月策定）に沿って、医療費通知の全広域連合での実施を目指す。

また、柔道整復療養費の支給適正化に係る会計検査院からの指摘（平成22年10月）を踏まえ、柔道整復療養費についても積極的に医療費通知を実施する必要がある。

〈平成22年度の実施状況〉

未実施広域連合数・・・4箇所（新潟・長野・島根・宮崎）

柔道整復療養費について未実施広域連合数・・・上記の他5箇所（神奈川・富山・京都・兵庫・佐賀）

2 医療費減額査定通知の送付

審査支払機関の診療報酬の審査により医療費の額に減額があった場合においては、被保険者の一部負担金に過払いが生じたことについて、被保険者が正確な情報を得る機会を確保することが必要であることから、医療費減額査定に伴う被保険者通知の全広域連合での実施を目指す。

〈平成22年度の実施状況〉

未実施広域連合数・・・7箇所（東京・神奈川・新潟・長野・静岡・和歌山・山口）

5. 後期高齢者医療電算処理システム
(標準システム) について

〈住民基本台帳法の改正に伴う標準システムにおける対応について〉

1 概要

「住民基本台帳法の一部を改正する法律」が平成21年7月15日に公布され、外国人住民についても住民基本台帳で管理することになったことに伴い、市区町村においては外国人住民の仮住民票を作成し、その後平成24年7月(公布日から3年以内)までに運用を開始することとなっている。

そこで、標準システムでも仮住民票作成後の外国人住民情報を正しく取り込めるようにするとともに、運用開始後においても外国人住民情報を住民基本台帳情報の一部として取り込むことができるようシステムを改修し、広域連合に提供することとした。

2 標準システムの提供内容(検討中案)

(1) 仮住民票作成時(本番開始前)

① オンライン処理機能

- 制度施行日以降に住民基本台帳で管理対象となる外国人住民候補者を登録するためのオンライン処理機能

② バッチ処理機能

- 標準システムで管理している既存外国人(外国人住民候補者)に係る帳票出力機能
- オンライン画面で登録された外国人住民候補者を既存データベースへ反映させるための移行用データの作成機能
- 本番開始前に移行用データを既存データベースへ反映させるためのバッチ処理機能

(2) 施行日以降(本番開始後)

住民基本台帳で管理対象となる外国人住民についても、既存の住民基本台帳情報(日本人住民)と同様に、オンライン処理機能およびバッチ処理機能により管理する。

3 標準システムの提供時期

平成23年12月を目処に、国保中央会ヘルプデスクセルフサポートサイトより提供予定。

4 その他

(1) 標準システムにおける対応に伴う機器調達

現在の標準システムにおける構成機器で対応可能であるため、新たな調達は不要。

(2) 詳細仕様

平成23年春頃(遅くとも4月末)を目処に、国保中央会ヘルプデスクセルフサポートサイトへ掲載予定。

(掲載予定資料:画面レイアウト、帳票レイアウト等)

※ 既存帳票については、レイアウト変更の予定無し。

(3) 広域連合と市区町村における調整事項

① 外国人住民情報のデータ移行計画の策定

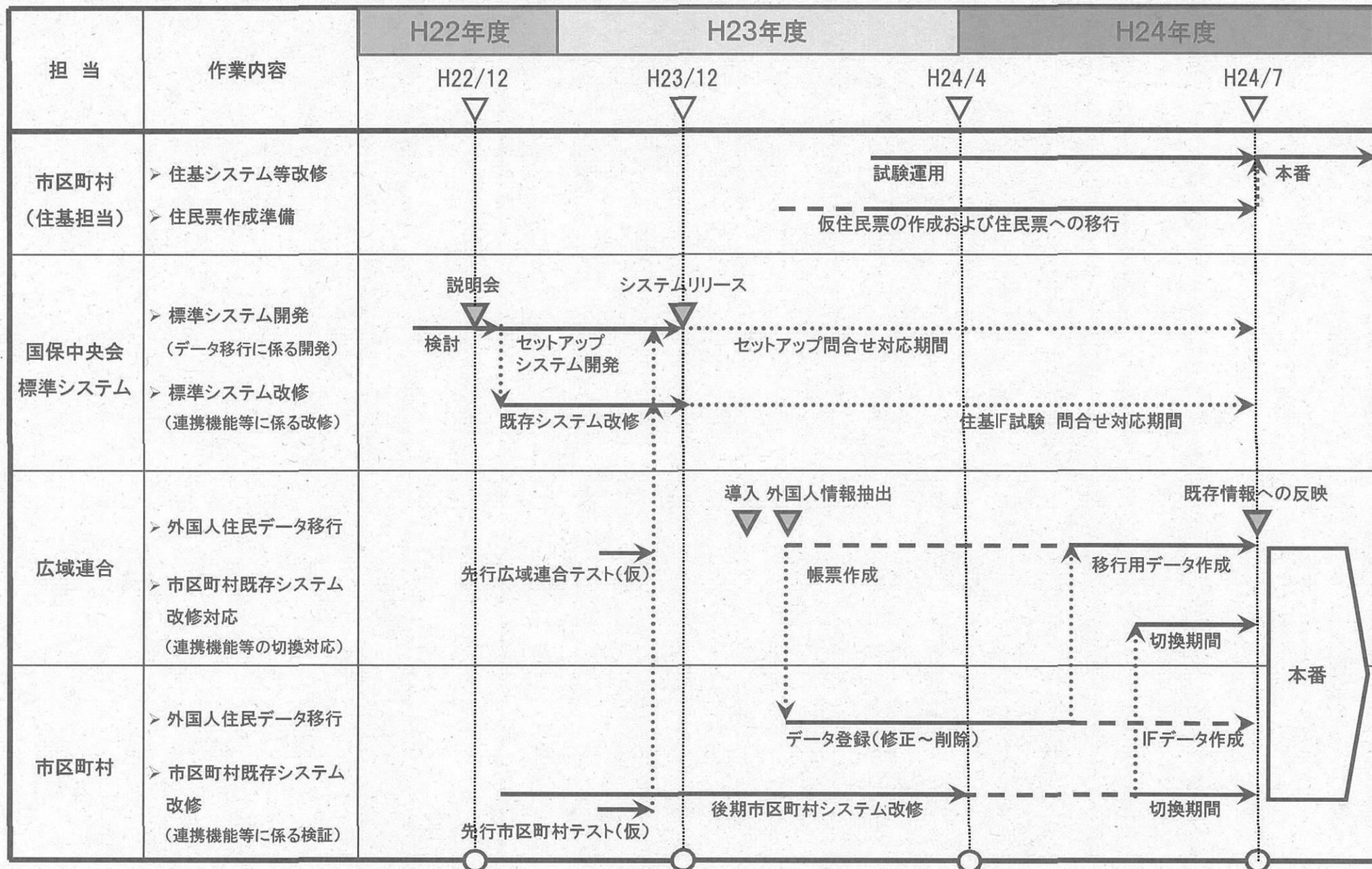
広域連合においては、広域連合・市区町村間におけるセットアップから本番稼働までの全体計画および本番直前のデータ移行等に関する個別計画(本番環境へのデータ更新時における通常業務とデータ更新作業等の計画)の策定を行っていただきたい。

② 市区町村へ向けた説明会の開催

広域連合において、本システムの対応方針に関する市区町村向けの説明会を実施していただきたい。

※ 都道府県にあっては、広域連合が実施するデータ等移行が円滑に行われるよう、広域連合・市町村間のスケジュール調整等、積極的な支援をお願いする。

外国人住民情報のデータ移行に向けた今後のスケジュール(案)



別添. 外国人登録者数

都道府県別 年齢・男女別 外国人登録者

2010.7月7日(公表)

都 道 府 県	総 数			65～74歳			75歳以上			
		男	女	男	女	計	男	女	計	
総	数	2,186,121	1,005,479	1,180,642	36,431	42,639	79,070	20,739	30,004	50,743
北海道		21,866	9,294	12,572	302	332	634	358	347	705
青森		4,795	1,656	3,139	55	69	124	84	102	186
岩手		6,349	1,639	4,710	60	72	132	66	70	136
宮城		16,500	6,670	9,830	179	201	380	134	196	330
秋田		4,337	1,094	3,243	61	38	99	46	57	103
山形		6,963	1,409	5,554	44	71	115	30	36	66
福島		12,153	3,831	8,322	117	145	262	114	119	233
茨城		56,362	27,252	29,110	428	438	866	187	227	414
栃木		34,216	15,564	18,652	300	346	646	136	150	286
群馬		44,906	21,541	23,365	396	402	798	138	168	306
埼玉		123,600	55,926	67,674	1,053	1,210	2,263	523	610	1,133
千葉		115,791	51,374	64,417	960	1,219	2,179	517	658	1,175
東京都		415,098	196,607	218,491	4,674	5,415	10,089	3,507	4,125	7,632
神奈川県		173,039	81,804	91,235	2,249	2,653	4,902	1,468	1,851	3,319
新潟		14,411	5,345	9,066	135	130	265	86	119	205
富山		14,489	6,227	8,262	129	132	261	63	112	175
石川		11,601	5,263	6,338	158	172	330	100	144	244
福井		12,881	4,967	7,914	263	301	564	148	212	360
山梨		16,558	7,160	9,398	142	145	287	68	91	159
長野		38,279	15,731	22,548	408	450	858	204	248	452
岐阜		52,241	22,716	29,525	586	624	1,210	260	406	666
静岡県		93,499	45,521	47,978	853	853	1,706	275	377	652
愛知県		214,816	102,580	112,236	3,281	3,737	7,018	1,353	2,187	3,540
三重		49,087	24,174	24,913	609	614	1,223	210	351	561
滋賀		28,594	14,349	14,245	509	466	975	212	324	536
京都		52,998	24,850	28,148	2,158	2,534	4,692	1,095	1,811	2,906
大阪		209,935	98,929	111,006	7,946	9,866	17,812	4,246	7,162	11,408
兵庫県		102,059	47,943	54,116	3,722	4,609	8,331	2,045	3,289	5,334
奈良		11,403	5,101	6,302	283	391	674	196	278	474
和歌山		6,261	2,387	3,874	200	269	469	132	161	293
鳥取		4,322	1,357	2,965	85	88	173	64	83	147
島根		5,822	2,073	3,749	64	76	140	53	66	119
岡山		23,145	9,993	13,152	437	562	999	273	401	674
広島		41,352	19,662	21,690	845	974	1,819	398	703	1,101
山口		14,784	6,525	8,259	541	675	1,216	352	658	1,010
徳島		5,409	1,575	3,834	30	22	52	18	21	39
香川		8,772	4,059	4,713	78	83	161	39	41	80
愛媛		9,698	4,320	5,378	99	116	215	52	99	151
高知		3,605	1,549	2,056	74	55	129	39	31	70
福岡		52,172	24,713	27,459	1,143	1,344	2,487	727	1,146	1,873
佐賀		4,336	1,571	2,765	67	60	127	46	68	114
長崎		8,166	3,447	4,719	126	133	259	118	152	270
熊本		9,257	3,317	5,940	89	93	182	105	108	213
大分		11,062	4,534	6,528	141	171	312	120	167	287
宮崎		4,197	1,601	2,596	54	45	99	54	62	116
鹿児島		5,897	1,662	4,235	54	57	111	63	69	132
沖縄		9,038	4,617	4,421	244	181	425	217	141	358

〈標準システムのハードウェア保守等の方針について〉

- 各広域連合で現在運用されている標準システムのハードウェアは、多くの広域連合では平成19年度に機器調達を行ったため、システムの導入から5年が経過する平成23年度末に定期保守期間が切れることとなる。
- しかしながら、後期高齢者医療制度の廃止が予定されていることから、各広域連合にあってはハードウェア導入ベンダと協議の上、まずは1年間の保守契約延長をお願いします。
ただし、窓口端末などのクライアントPCについては、保守延長が困難とのことであるため、保守期間が終了した際は、新規調達していただく必要がある。
- 1年間の保守契約延長終了後の対応については、その時点におけるハードウェアの損耗状況や故障時の代替部品の確保可能状況等を踏まえて、ベンダーと協議のうえ、改めて連絡する。