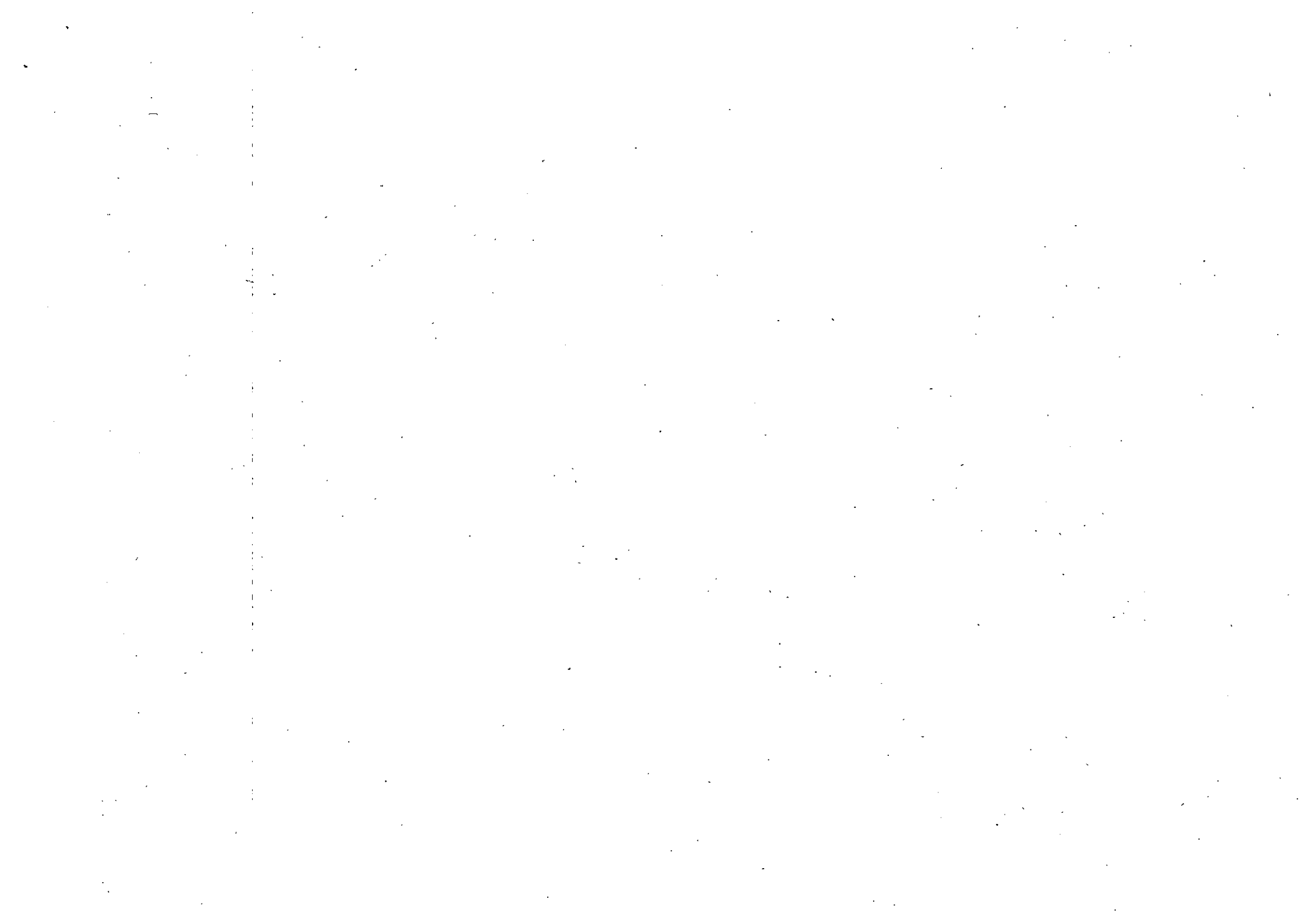


全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長
及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議

《保険局高齢者医療課説明資料》

平成25年3月1日



<目 次>

1. 高齢者医療制度の課題と取組方針・・・・・・・・・・ 1
2. 制度関係の主要事項について・・・・・・・・・・ 36
3. 平成24年度補正予算及び平成25年度予算(案)・・・ 50
4. 高齢者の健康づくり等について・・・・・・・・・・ 55



1. 高齢者医療制度の課題と取組方針



①高齢者医療制度の在り方について

高齢者医療制度に関する議論

問題の所在

- 高齢化の進展、医療技術の高度化等により、高齢者の医療費は大幅に増加。
- 「国民皆保険」の下、高齢化の進展、産業構造の変化等により、国保と被用者保険との間で、年齢構成や所得に偏り。
- 国保にはほとんどの高齢者が加入し、また、所得水準が低いことから、そのままでは支えられないという構造的な課題。
→ 一層の増大が見込まれる高齢者の医療費について、制度横断的に社会全体で支える必要。

経緯

- 昭和36年 「国民皆保険」達成
- 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…高齢者にも患者負担を設定。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。
→ 被用者保険側の不満の高まり
・拠出金負担が増大する一方、給付責任(市町村)と財政責任(各保険者)の分離により、各保険者が医療費を直接コントロールできない。 ※患者負担引上げ、公費拡充、介護保険制度創設等により、逐次対応。
- 平成20年 後期高齢者医療制度創設…75歳以上の独立制度(都道府県単位の広域連合が運営)とし、公費と支援金により社会全体で支える。

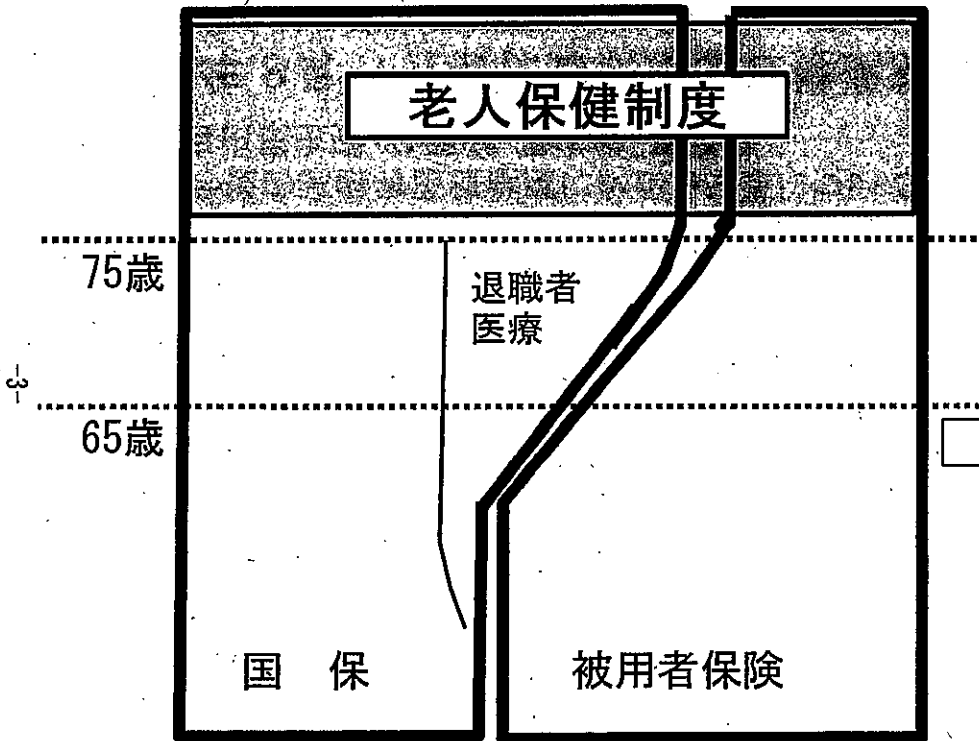
現行制度

- <後期高齢者医療制度>
- 75歳以上の方の医療給付費について、公費(約5割)、現役世代からの支援金(約4割)、高齢者自身の保険料(約1割)といった負担割合を明確化。
- 75歳以上の方は、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。
- <前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整>
- 65歳以上75歳未満の方は、国保に多く加入しているため、その医療費について、保険者間の負担の不均衡を調整。
※各保険者の費用負担を、65歳以上75歳未満の方の加入率が全国平均と同じ加入率だった場合に必要な費用負担となるよう、財政調整。

老人保健制度と後期高齢者医療制度の違い

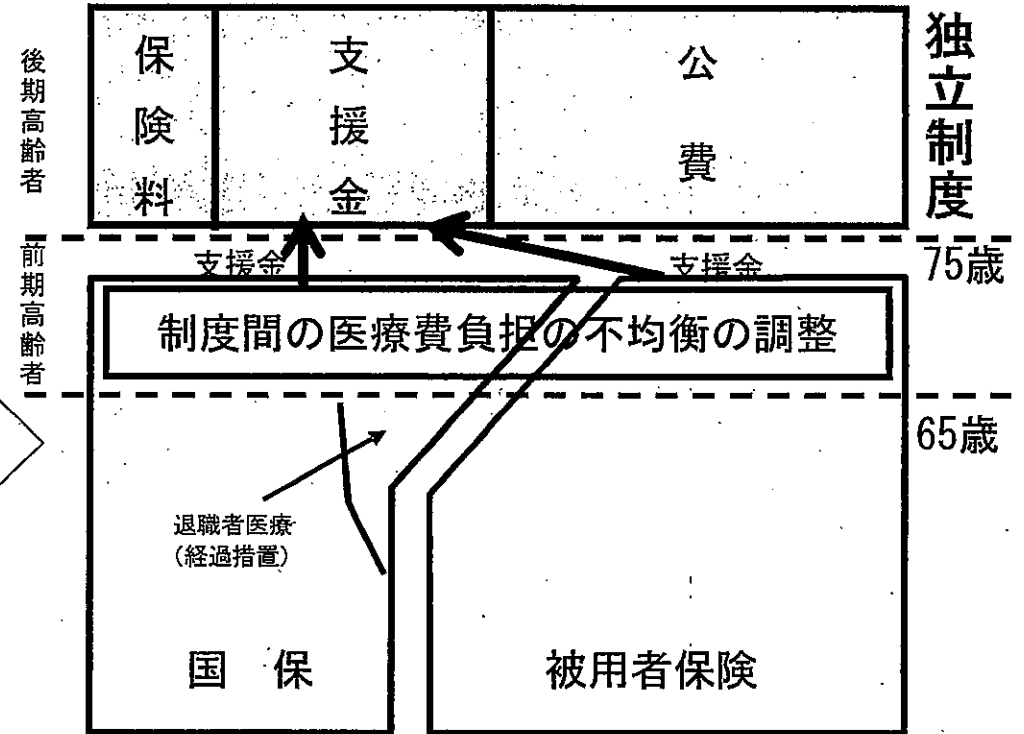
【老人保健制度】

75歳以上の高齢者は国保・被用者保険に加入し、各々に保険料を払いつつ、市町村が運営する老人保健制度から給付を受ける。



【後期高齢者医療制度】

75歳以上の高齢者は、広域連合が運営する独立した後期高齢者医療制度に加入し、給付を受ける。



- ・若人と高齢者の費用負担関係が不明確
- ・保険料を納める所(健保組合等の保険者)とそれを使う所(市町村)が分離
- ・加入する制度や市区町村により、保険料額に高低

- ・若人と高齢者の分担ルールを明確化(若人が給付費の4割、高齢者が1割)
- ・保険料を納める所とそれを使う所を都道府県ごとの広域連合に一元化し、財政・運営責任を明確化
- ・都道府県ごとの医療費水準に応じた保険料を、高齢者全員で公平に負担。

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 6月 3党合意(自由民主党・公明党・民主党)

- ・「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。」(自由民主党・公明党・民主党「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)

平成24年 11月～ 社会保障制度改革国民会議開催

- ・平成24年11月30日から平成25年2月28日の間5回開催
- ・併行して、3党実務者協議を実施

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20年7月一部停止→平成22年4月廃止)	<p>○ 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20年7月1日から後期高齢者終末期相談支援料の算定を停止。</p> <p>○ 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。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>
保険料の納付方法選択制の導入 (平成21年4月)	<p>○ 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。</p> <p>【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)】</p>
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)	<p>○ 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。</p> <p>【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)】</p>
健康診査の受診率向上 (平成21年10月)	<p>○ 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。</p> <p>【受診率: 26%(19年度) → 21%(20年度) → 22%(21年度) → 23%(22年度)】</p>

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。

(※)「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。

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。

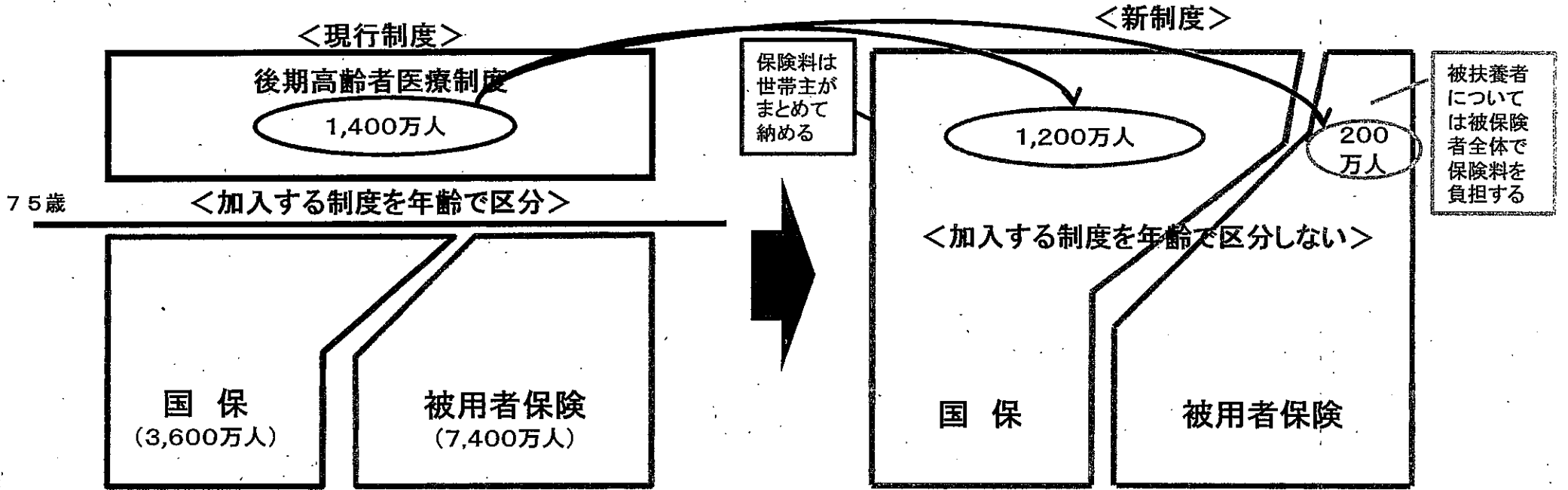
(3) 現役世代の保険料による支援金

・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。

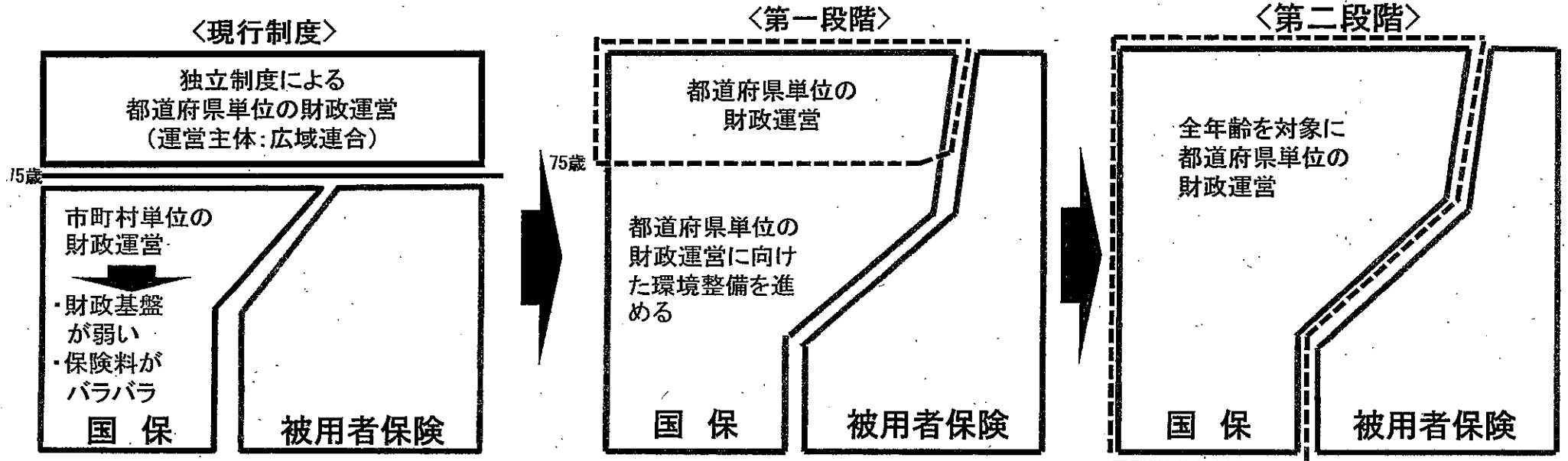
(4) 患者負担

・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。

制度の基本的枠組み、加入関係



国保の財政運営の都道府県単位化



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））

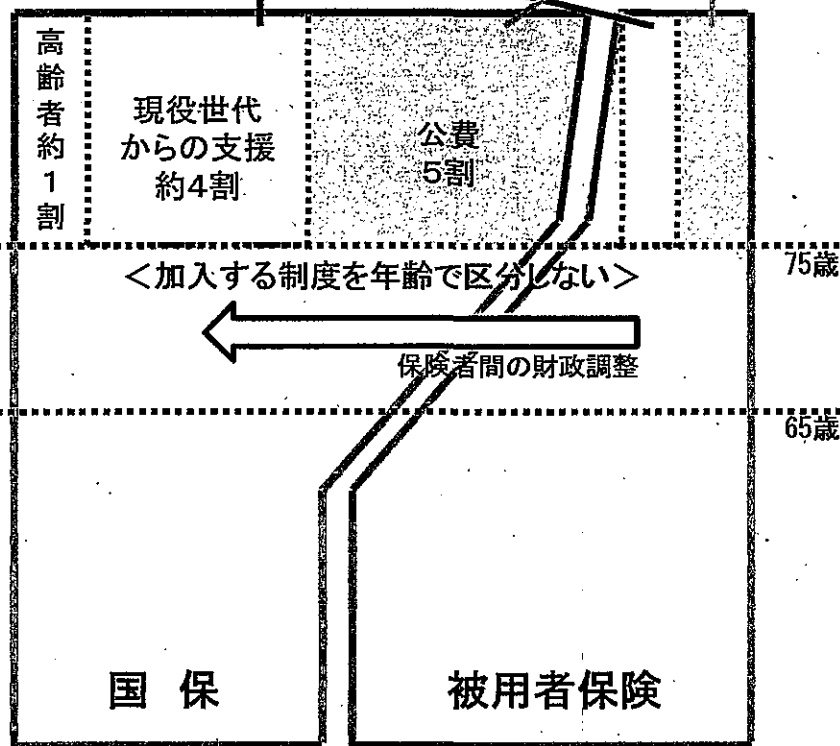
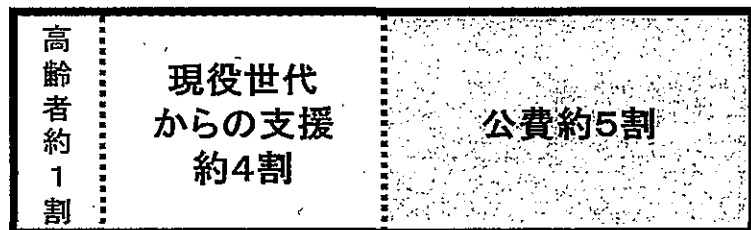
- 75歳以上の医療給付費については、引き続き、公費、保険料、支援金で支える。
- 65歳から74歳までの医療給付費についても、引き続き、現行の前期財政調整と同様の仕組みを設ける。

<現行制度>

<第一段階>

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）

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）



<加入する制度を年齢で区分>

<加入する制度を年齢で区分しない>

保険者間の財政調整

保険者間の財政調整

75歳
65歳

75歳
65歳

国保

被用者保険

国保

被用者保険

※ 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。

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

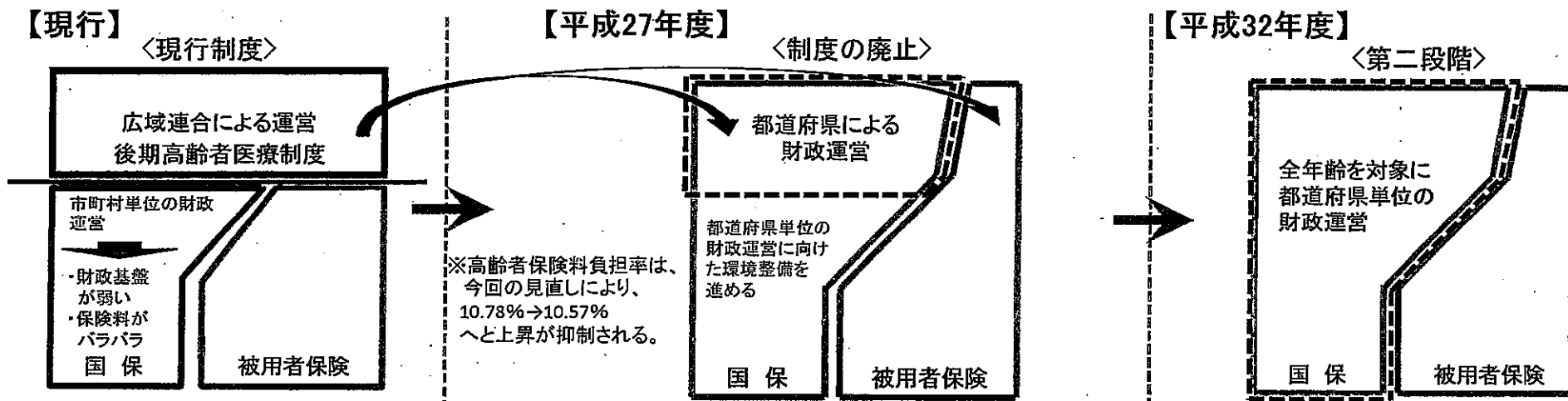
この法律の施行後5年を目途として、市町村が行う国民健康保険について、全ての被保険者に係る財政運営を都道府県単位化する。

※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、自公民「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 自由民主党・公明党・民主党「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)

社会保障制度改革国民会議

1 設置根拠

- 社会保障制度改革推進法に基づき設置。
- 法律に基づく設置期限は平成25年8月21日。

2 委員

○委員として以下の有識者15名を任命（法律上は20名以内）。

(会長)	清家 篤	慶應義塾長	神野 直彦	東京大学名誉教授
(会長代理)	遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授	永井 良三	自治医科大学学長
	伊藤 元重	東京大学大学院経済学研究科教授	西沢 和彦	日本総合研究所調査部上席主任研究員
	大島 伸一	国立長寿医療研究センター総長	増田 寛也	野村総合研究所顧問
	大日向雅美	恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授	宮武 剛	目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
	権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授	宮本 太郎	北海道大学大学院法学研究科教授
	駒村 康平	慶應義塾大学経済学部教授	山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学名誉教授
	榊原 智子	読売新聞東京本社編集局社会保障部次長		

※国民会議の事務局は、内閣官房社会保障改革担当室が担当している。

3 開催経過

【第1回】平成24年11月30日

〈議題〉 会長選任等諸手続、各委員からのあいさつ、意見交換 等

【第2回】平成24年12月7日

〈議題〉 医療、介護、年金、少子化対策の各分野について、厚生労働省の関係審議会部会長を務める委員から現状と課題を説明、意見交換

【第3回】平成25年1月21日

〈議題〉 これまでの議論の確認、意見交換

【第4回】平成25年2月19日

〈議題〉 ヒアリング（経団連・日商・経済同友会・連合）

【第5回】平成25年2月28日

〈議題〉 ヒアリング（全国知事会・市長会・町村会・財政制度等審議会）

今後の高齢者医療制度にかかる改革

第2回社会保障制度改革
国民会議(12/7)
遠藤委員提出資料

現状と課題

- 旧老人保健制度では次の問題あり。
 - ・高齢と現役の負担関係が不明確
 - ・加入制度や市町村により保険料額に高低 等
- このため、75歳以上が独立した後期高齢者医療制度施行(平成20年4月)。
 - ・給付費13.1兆円、加入者約1,500万人(平成24年)
- これに対し、「年齢による差別」と受け止め。
 - ・運用面で可能な限り対応済。
 - ※75歳以上の年齢に着目した診療報酬の廃止等
 - ・平成22年12月、高齢者医療制度改革会議が見直し案をとりまとめ。
 - ※75歳以上は国保又は被用者保険に加入。最終的に全年齢で国保を都道府県単位化等
- 民自公3党合意、社会保障制度改革推進法で規定。
 - 今後の高齢者医療制度の改革については、あらかじめ三党間で合意に向けて協議するとともに、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。

今後の方向性

- 民自公3党合意及び社会保障制度改革推進法を踏まえ、以下について検討を進める。
 1. 高齢者医療制度の在り方
 - 制度的枠組みの在り方
 - 制度的枠組みにかかわらず検討を要する課題
 - ・支援金(総報酬割の検討(負担の公平化))
 - ・保険料・公費負担の在り方 等
 2. 70~74歳の患者負担の在り方
 - 現在1割に凍結(法定は2割)されている70~74歳の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、25年度以降の取扱いを25年度予算編成過程で検討

社会保障制度改革国民会議における主な議論（抄）

（第1回：11月30日、第2回：12月7日）

1. 総論

【持続可能な社会保障制度の構築】

- ・ 質の高く持続可能な社会保障制度の構築に向けて、専門家としての論理的・実証的な議論を積み重ねるべき。
- ・ 現役世代支援に軸足を移しながら、持続可能な社会保障を目指すべき。
- ・ 急速な少子高齢化の下で、制度を持続可能にするためには、長期的なビジョンを持って、給付を抑制していくことが重要ではないか。

【給付と負担の見直し】

- ・ 限られた資源の中で、どこを重視し、どこを抑制するか、トレードオフとなっていることを踏まえて議論すべき。
- ・ 将来世代にツケを残さず、制度が持続可能となるよう、負担の引上げ、給付の削減を議論すべき。

【保険料と税】

- ・ 保険料と税の役割分担を明確にすべき。社会保険全体の中で公費をどう誰に使うのか、保険の中の応能負担（再分配機能）をより高めていくのか、議論すべき。
- ・ 年金、医療、介護について「社会保険制度を基本とする」ことが3党合意されたのは画期的ではないか。財政制約がある中で、低所得者対策に公費を重点化し、保険料財源で調整できるところは調整すべき。
- ・ 雇用の構造転換もあり、保険原理そのものが成り立たなくなっているのではないか。 保険制度内の再分配だけで乗り越えていけるのか。
- ・ 今後、税財源には、財政健全化の役割が期待されることに留意すべき。

【低所得者の取扱い】

- ・ 公的年金等控除及び遺族年金が非課税であることの影響により、多くの高齢者が住民税非課税となっており、低所得者をひとくりに考えるのは適切ではないのではないか。
- ・ 低年金者が多い中、低所得高齢者への対応を検討すべき。
- ・ 年金について、救済機能を持たせるならば制度設計は難しくなるのではないか。

【経済・雇用との関係】

- ・ 医療と介護は、多くの国民がサービスの提供に関わっており、雇用も含めて、サービス提供側が活性化する制度づくりを行うべき。
- ・ 老若男女が元気に働き続けることができる社会などを念頭に議論すべき。

【その他】

- ・ 子育て支援0.7兆円と年金0.6兆円については、既に法律が通っているが、医療・介護1.6兆円についてはまだ法律も出していないので、どのような見直しが行われるのか明確になるよう、議論すべき。
- ・ 社会保障の制度設計は財政再建問題と関わることを踏まえるべき。

2. 医療・介護

【医療と介護の在り方】

- ・ 高齢者が増え、疾病構造が大きく変化しており、従来追求してきた医療と根本的に異なるのではないか。
- ・ 1人の医者が総合的に高齢者を診るなど、医療提供の在り方を変えるべき。
- ・ 今後、生産年齢人口が少ない自治体が増えることから、在宅医療と地域包括ケアについて、少ない人員で対応する新たなシステムを考えるべき。
- ・ 医療の課題と介護の課題を一体として議論すべき。
- ・ 単に生活保障を削るのではなく、老後の暮らしの質が良くなる観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。
- ・ 確率的な医療が増加しており、統計を基に医療の内容・適正化を議論すべき。

【医療・介護サービス提供体制】

- ・ 提供体制の機能強化に当たっては、重点化・効率化することが条件になっており、集中検討会議で示されたとおり、効率化と機能強化を並行して行うべき。
- ・ 医療を広く薄く提供するのではなく、社会全体での役割分担や連携の在り方などを論点とすべき。

【給付と負担の見直し】

- ・ 介護の重点化・効率化について、骨太の方針を示すべき。
- ・ 消費増税に見合った社会保障改革が行われるかが重要であり、医療・介護1.6兆円の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。
- ・ 後発医薬品の使用促進で具体的に医療費がいくら減るかといった議論すべき。
- ・ 医療では既に3割負担となっていることを踏まえ、介護でも一定以上所得者の自己負担の議論を進めるべき。
- ・ 一定以上所得者の給付の見直しは制度横断的に検討すべき。
- ・ 同じ要介護度でも高所得の方が裁量的に保険給付を多く受けているのであれば不公平ではないか。
- ・ 高齢者医療や介護への拠出金について、総報酬割を導入すべき。被用者間で助け合うべき。

【高齢者医療制度】

- ・ 高齢者医療制度については、医療保険制度を持続可能にする観点から、現役世代が支えていくにはどうすればいいか、議論すべき。
- ・ 高齢者医療制度は、結局、当事者（都道府県）が保険者を担ってくれるのかという問題ではないか。
- ・ 市町村国保では零細な保険者が増えていくので、高齢者医療制度の在り方は、地域保険の在り方・再編成と並行して議論すべき。

②高齢者医療制度の概況

現行の高齢者医療制度

制度の概要

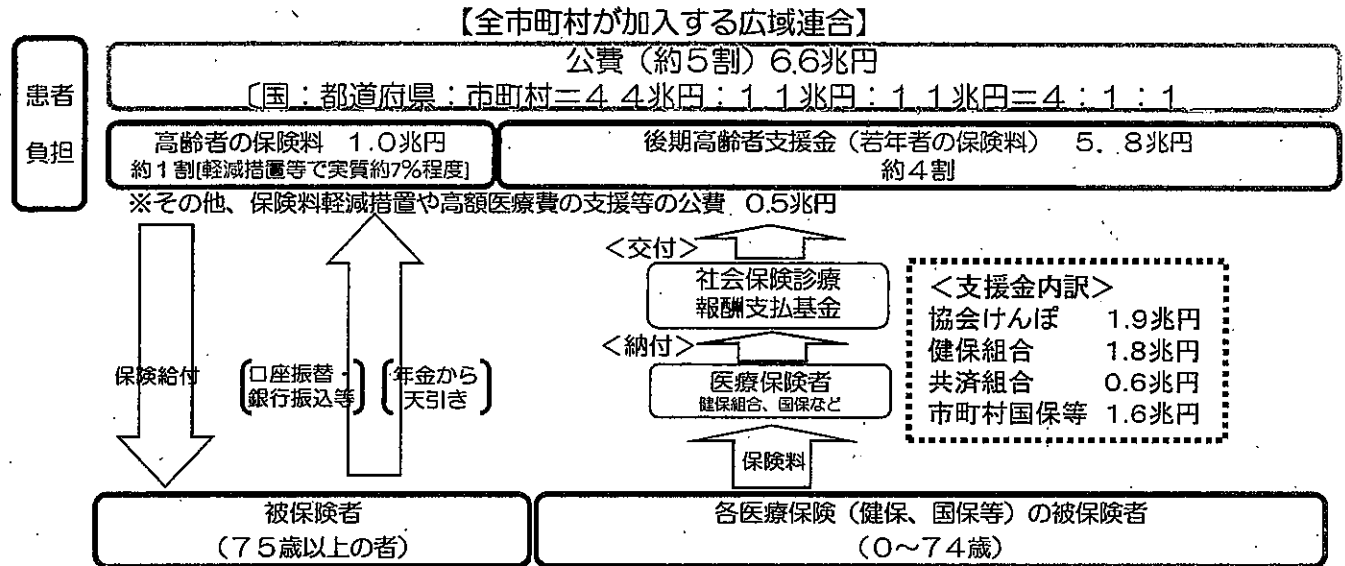
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

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>
15.0兆円（平成25年度予算案ベース）
給付費 13.8兆円
患者負担 1.2兆円

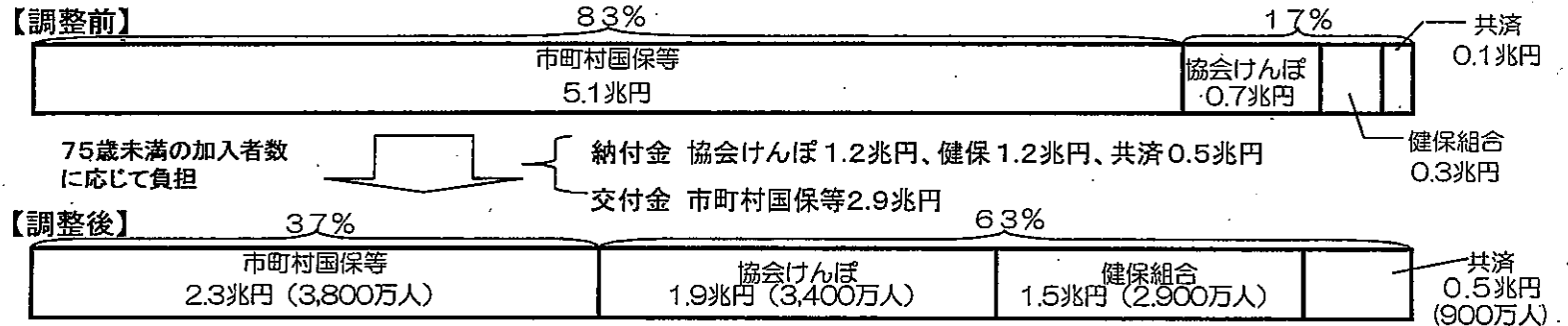
<保険料額（平成24・25年度見込）>
全国平均 約5,560円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は約360円/月



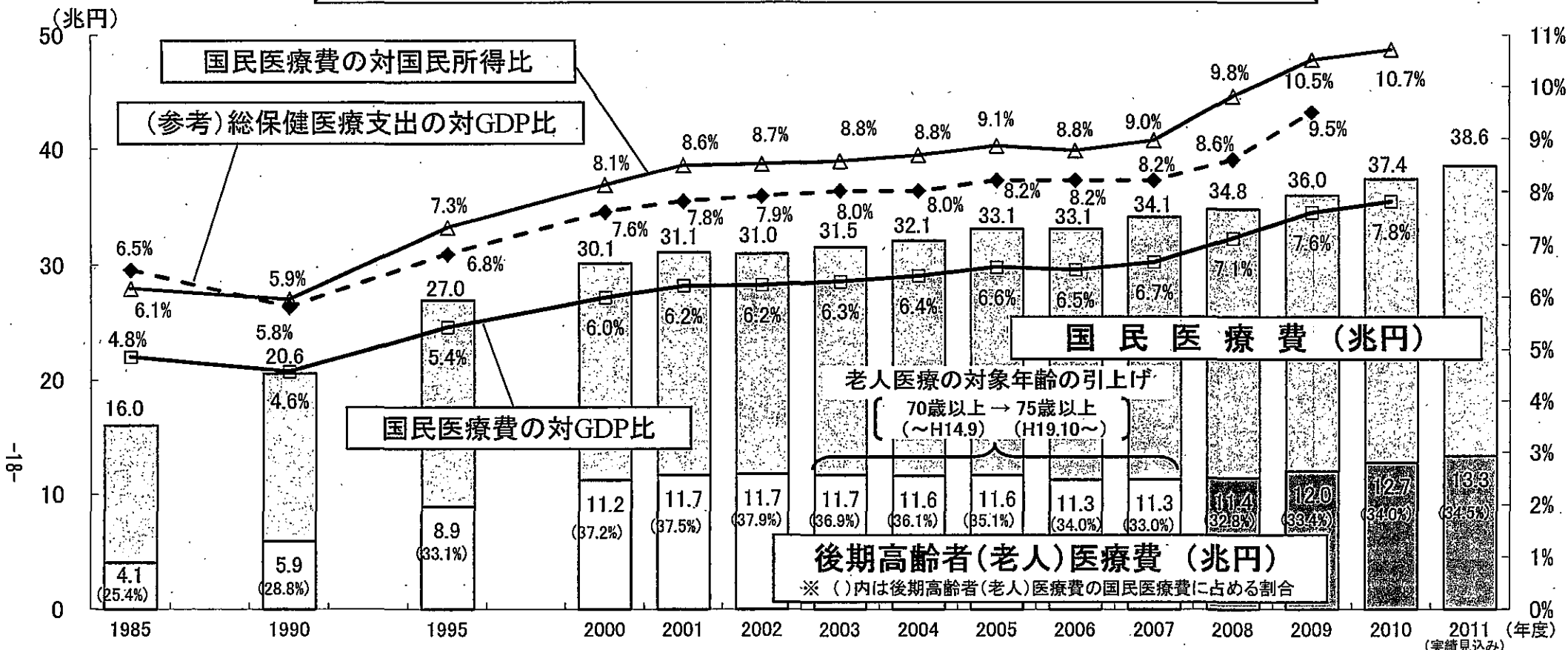
前期高齢者に係る財政調整の仕組み

<対象者数>
65～74歳の高齢者
約1,500万人

<前期高齢者給付費>
6.1兆円
（平成25年度予算案ベース）



医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.7
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.6
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲1.4	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.5	2.0	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲0.5	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.1	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2011.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2010年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.5%

注2 2011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、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

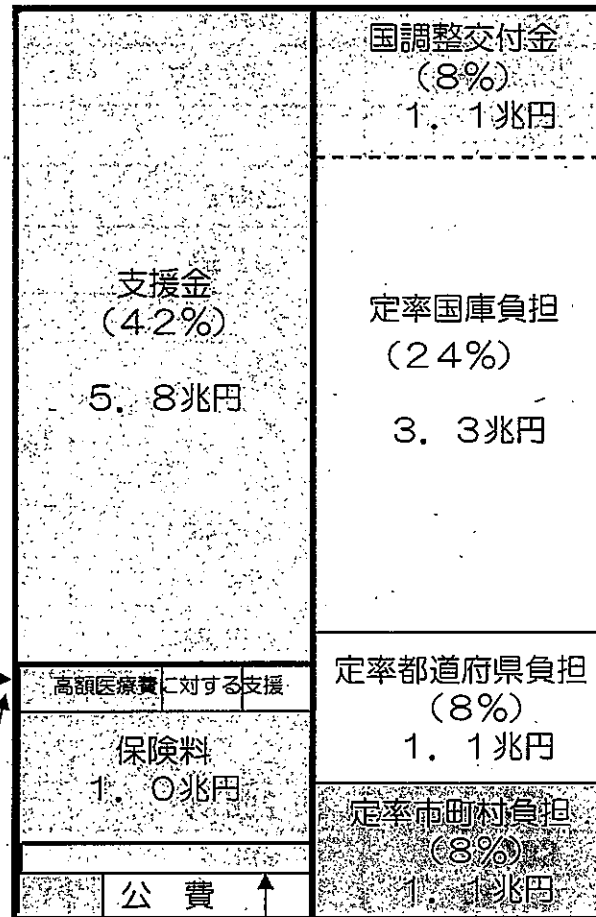
後期高齢者医療制度の財政の概要(25年度予算(案))

医療給付費等総額：13.8兆円

25年度予算案ベース

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	平成23年度
単年度収入(経常収入)	保険料	8,213	8,565	8,907	9,073
	国庫支出金	31,547	36,221	36,778	39,782
	都道府県支出金	9,050	10,314	11,232	11,825
	市町村負担金	8,366	9,293	9,854	10,560
	後期高齢者交付金	41,296	47,189	49,526	51,821
	特別高額医療費共同事業交付金	7	16	18	22
	その他	38	94	119	147
	合 計	98,517	111,691	116,434	123,232
単年度支出(経常支出)	総務費	267	273	260	254
	保険給付費	95,008	110,403	117,340	122,948
	財政安定化基金拠出金	89	89	142	142
	特別高額医療費共同事業拠出金・事務費拠出金	8	16	19	22
	保健事業費	133	158	184	222
	その他	5	37	57	53
	合 計	95,510	110,974	118,001	123,640
単年度収支差(A)		3,007	717	▲1,567	▲409
前年度精算額(B)		—	1,599	1,809	340
当年度精算額(C)		▲1,599	▲1,809	▲340	▲333
精算後単年度収支差(A)+(B)+(C)		1,408	507	▲98	※ ▲401

※平成23年度の精算後単年度収支差は401億円の赤字だが、前年度までの剰余金等により収支は1,072億円の黒字。

(出所:後期高齢者医療事業年報(厚生労働省保険局))

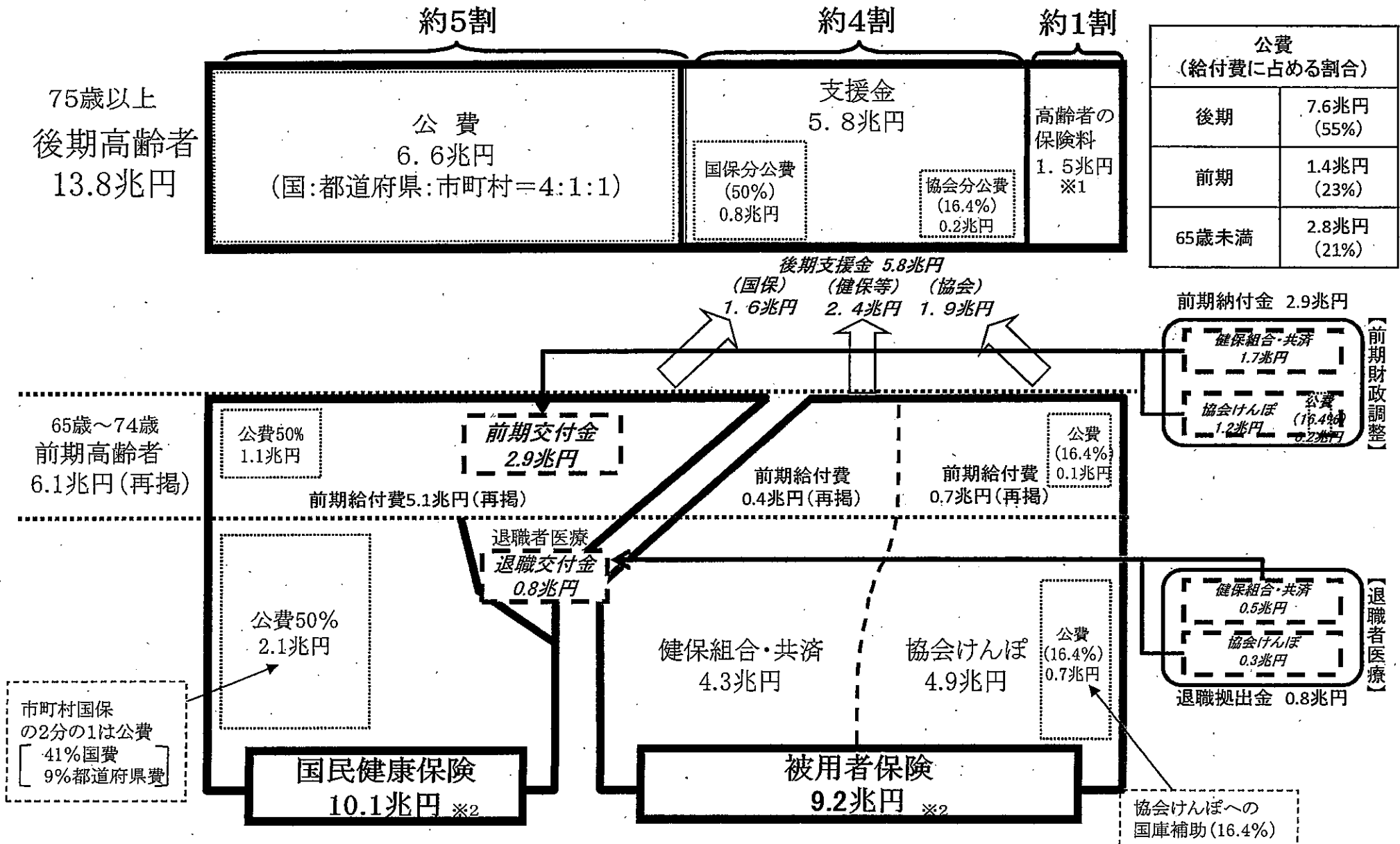
(注1) 数値は、後期高齢者医療広域連合の特別会計に係るものである。

(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。

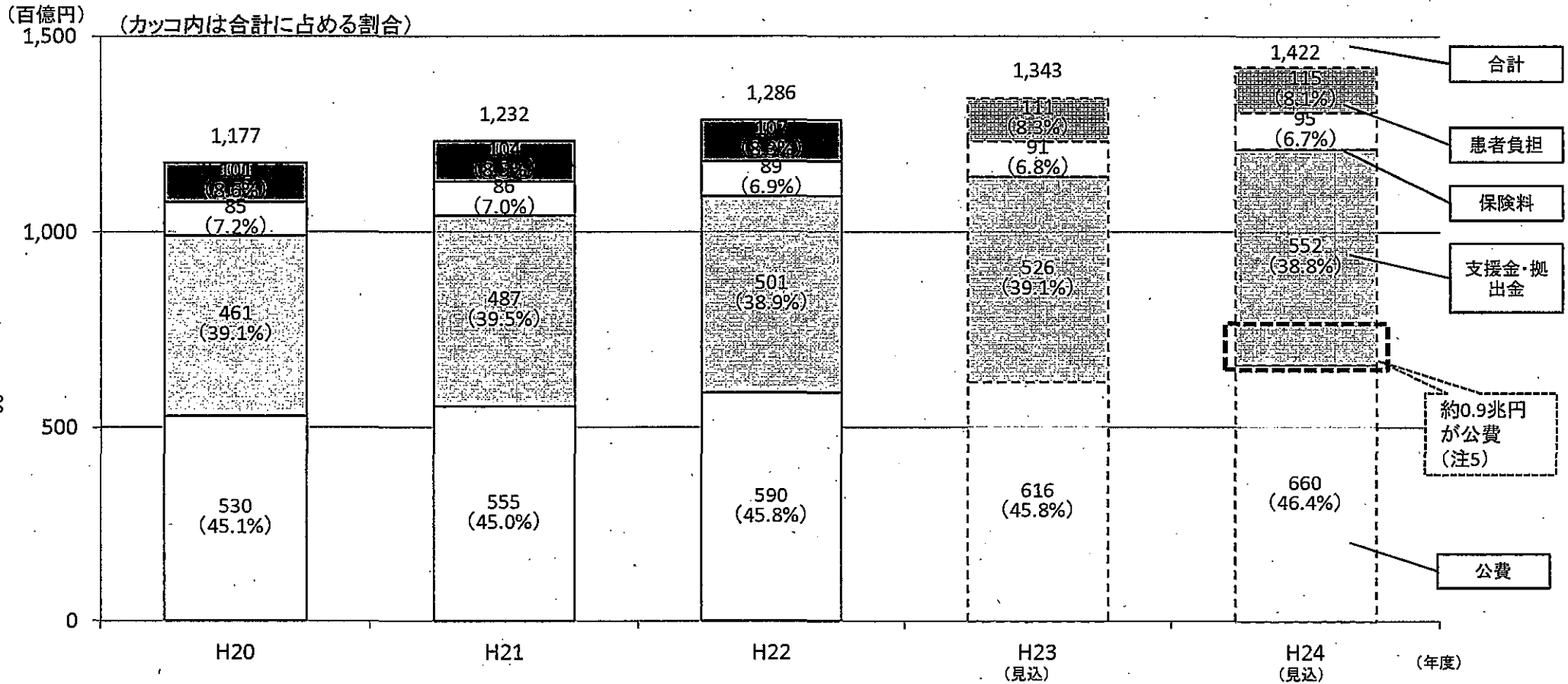
医療保険制度の財源構成

〔医療給付費・平成25年度予算(案)ベース〕



※1 後期高齢者の保険料は、低所得者等に係る軽減分を考慮していない。(保険料軽減措置や高額医療費の支援等の公費0.5兆円)
 ※2 国民健康保険(10.1兆円)及び被用者保険(9.2兆円)は、各制度の給付費を示しており、他制度への納付金、支援金を含まない。
 ※3 保険料軽減等の公費を含まない。

後期高齢者医療の財源



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1.1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。

※ 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。

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。

後期高齢者医療制度の被保険者数の推移

- 平成23年度の被保険者数は1448.4万人であり、平成22年度と比較すると42.4万人(3.0%)増加している。
- 現役並み所得者の割合が減少し、それ以外の割合が増加してきている。

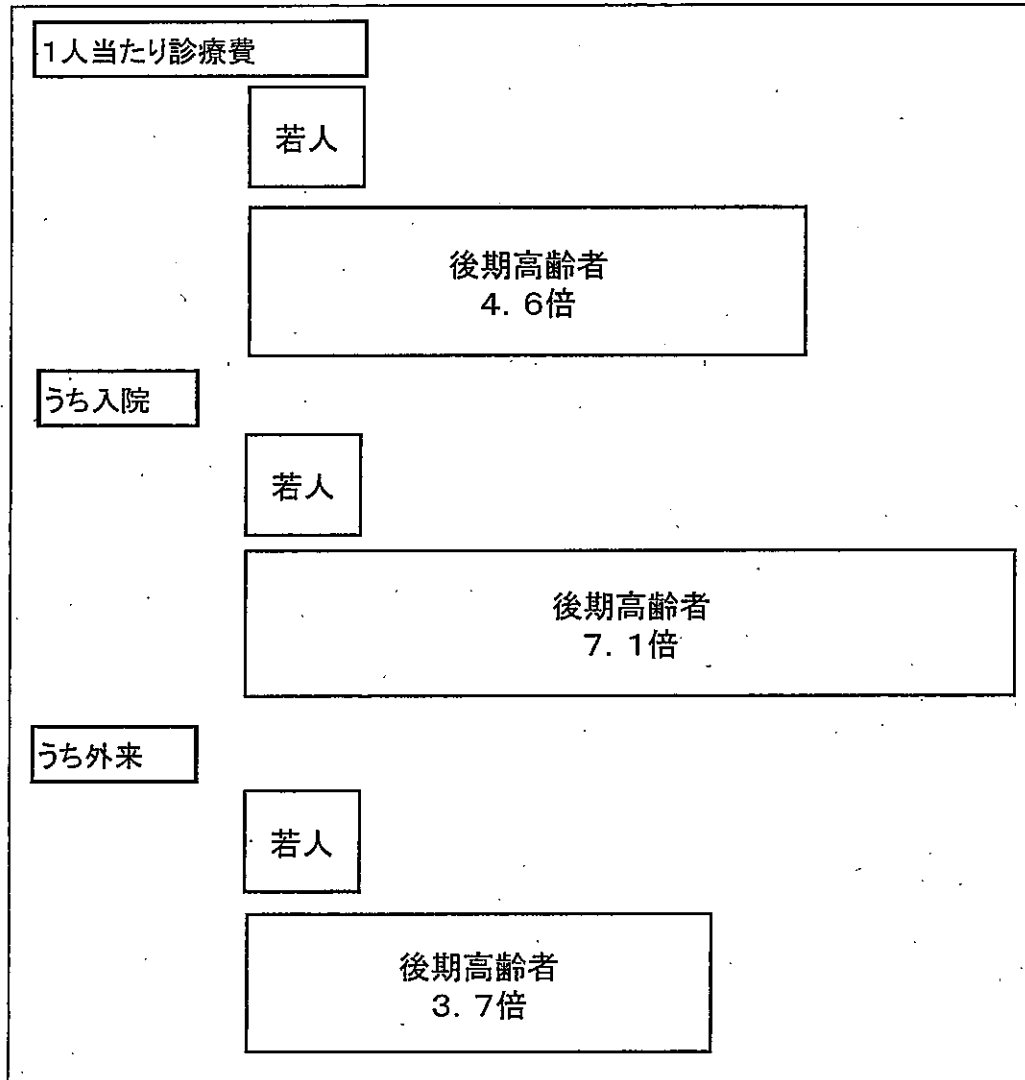
年度	全被保険者		(再掲)現役並み所得者		(再掲)現役並み所得者以外		(再掲)低所得Ⅰ該当者		(再掲)低所得Ⅱ該当者	
	被保険者数(千人) (対前年度比(%))	構成比 (%)	被保険者数(千人) (対前年度比(%))	構成比 (%)	被保険者数(千人) (対前年度比(%))	構成比 (%)	被保険者数 (千人)	構成比 (%)	被保険者数 (千人)	構成比 (%)
平成20	13,194 (一)	100	1,077 (一)	8.2	12,117 (一)	91.8	2,298	17.4	2,413	18.3
平成21	13,616 (3.2)	100	1,033 (▲4.0)	7.6	12,583 (3.8)	92.4	2,481	18.2	2,471	18.1
平成22	14,060 (3.3)	100	1,013 (▲2.0)	7.2	13,047 (3.7)	92.8	2,584	18.4	2,669	19.0
平成23	14,484 (3.0)	100	1,013 (0.1)	7.0	13,471 (3.2)	93.0	—	—	—	—

(資料)保険局「平成22年度後期高齢者医療事業年報」

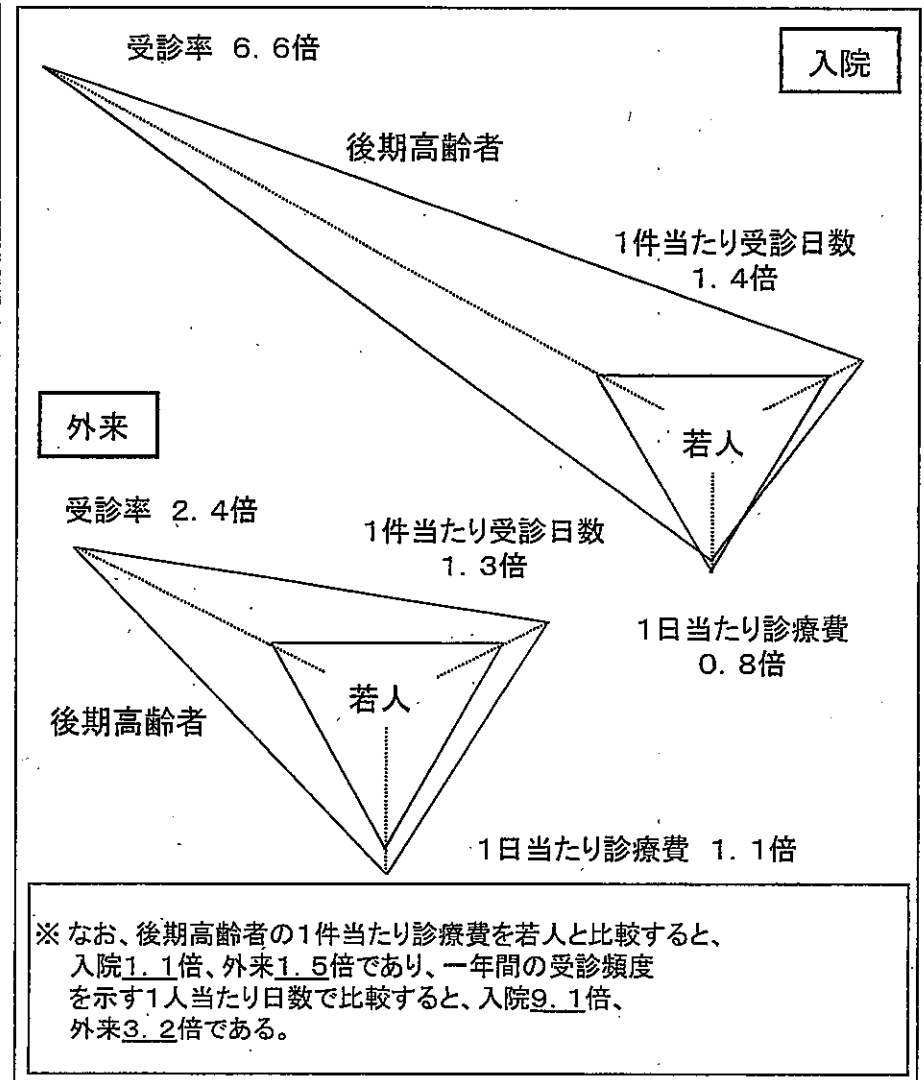
※平成23年度については、「後期高齢者医療毎月事業状況報告
(事業月報)平成24年10月 総括表(速報値)」中の数値。

後期高齢者医療費の特性

1人当たり診療費の若人との比較(平成22年度)



三要素の比較(平成22年度)



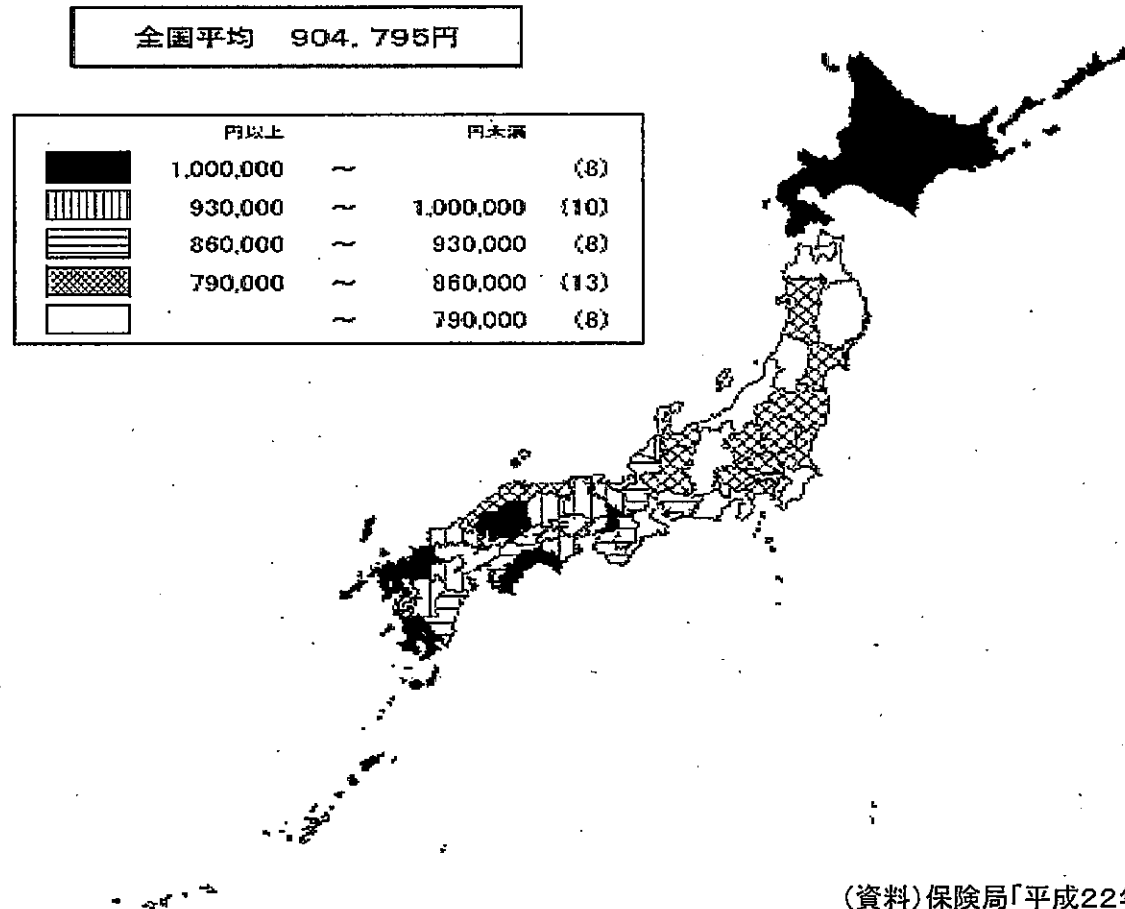
- (注) 1. 後期高齢者とは後期高齢者医療制度の被保険者であり、若人とは後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者である。
 2. 入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費(医科)を含んでおり、外来は、入院外(医科)及び調剤費用額の合計である。
 3. 後期高齢者の1人当たり医療費は90.5万円となっており、若人の1人当たり医療費19.7万円の4.6倍となっている。

(資料) 保険局調査課「医療保険に関する基礎資料」

後期高齢者医療制度の都道府県別被保険者1人当たり医療費

- 平成22年度における後期高齢者医療制度の都道府県別被保険者1人あたり医療費は、全国平均で90万4,795円。最高が福岡114万6,623円、最低が岩手73万269円であり、その格差は41万6,354円、1.57倍となっている。
- 西日本、北海道で1人あたり医療費が高い傾向にある。

1人当たり医療費
(平成22年度)



(資料) 保険局「平成22年度後期高齢者医療事業年報」

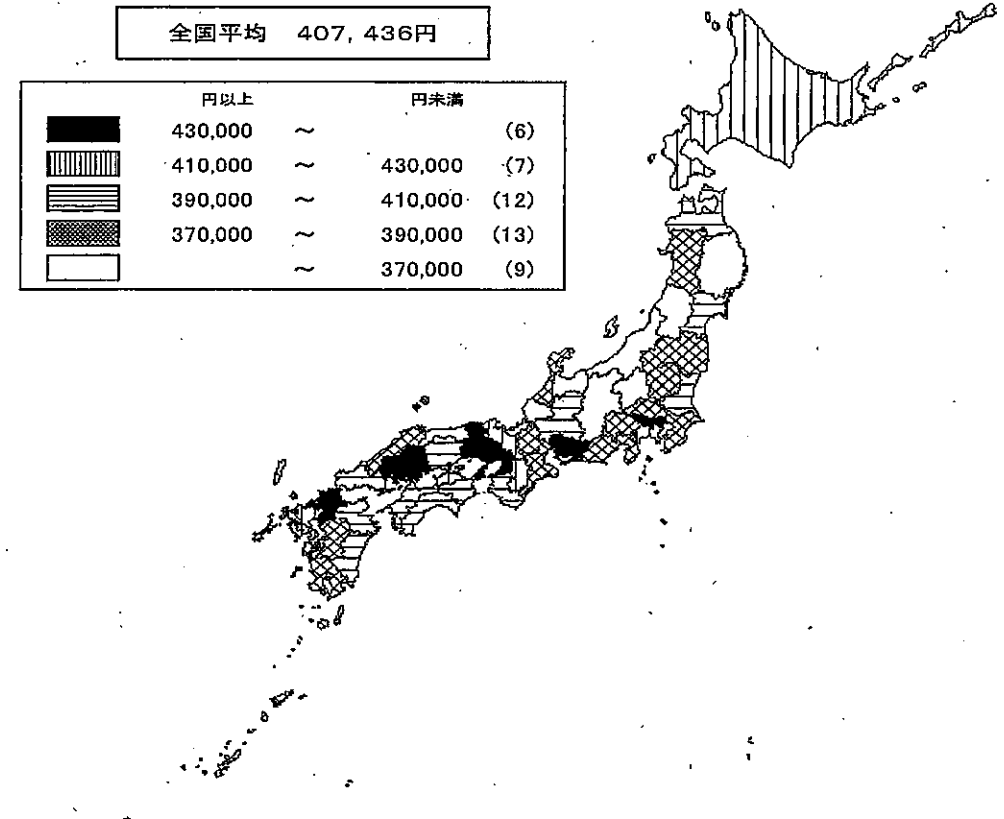
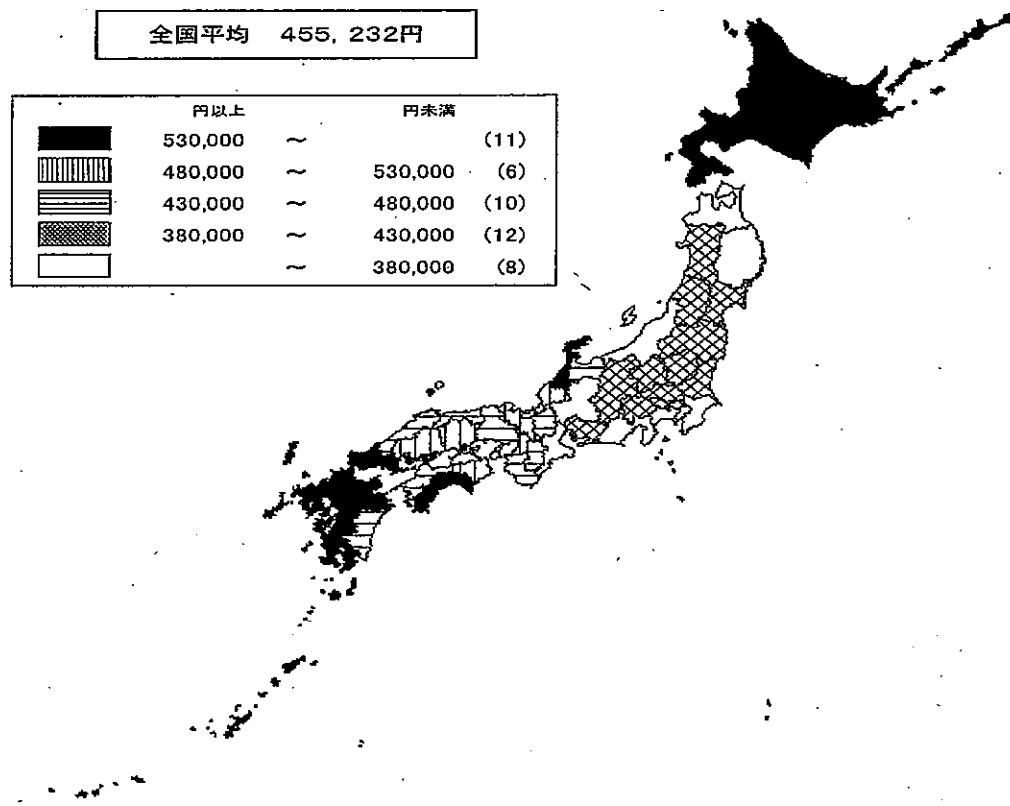
後期高齢者医療制度の被保険者1人当たり医療費(入院・入院外)

○1人当たり入院医療費の全国平均は45万5,232円であり、最高は高知(66万1,231円)、最低は静岡(34万7,033円)である。

○1人当たり入院外医療費の全国平均は40万7,436円であり、最高は広島(48万3,638円)、最低は富山(34万7,687円)である。

1人当たり入院医療費
(平成22年度)

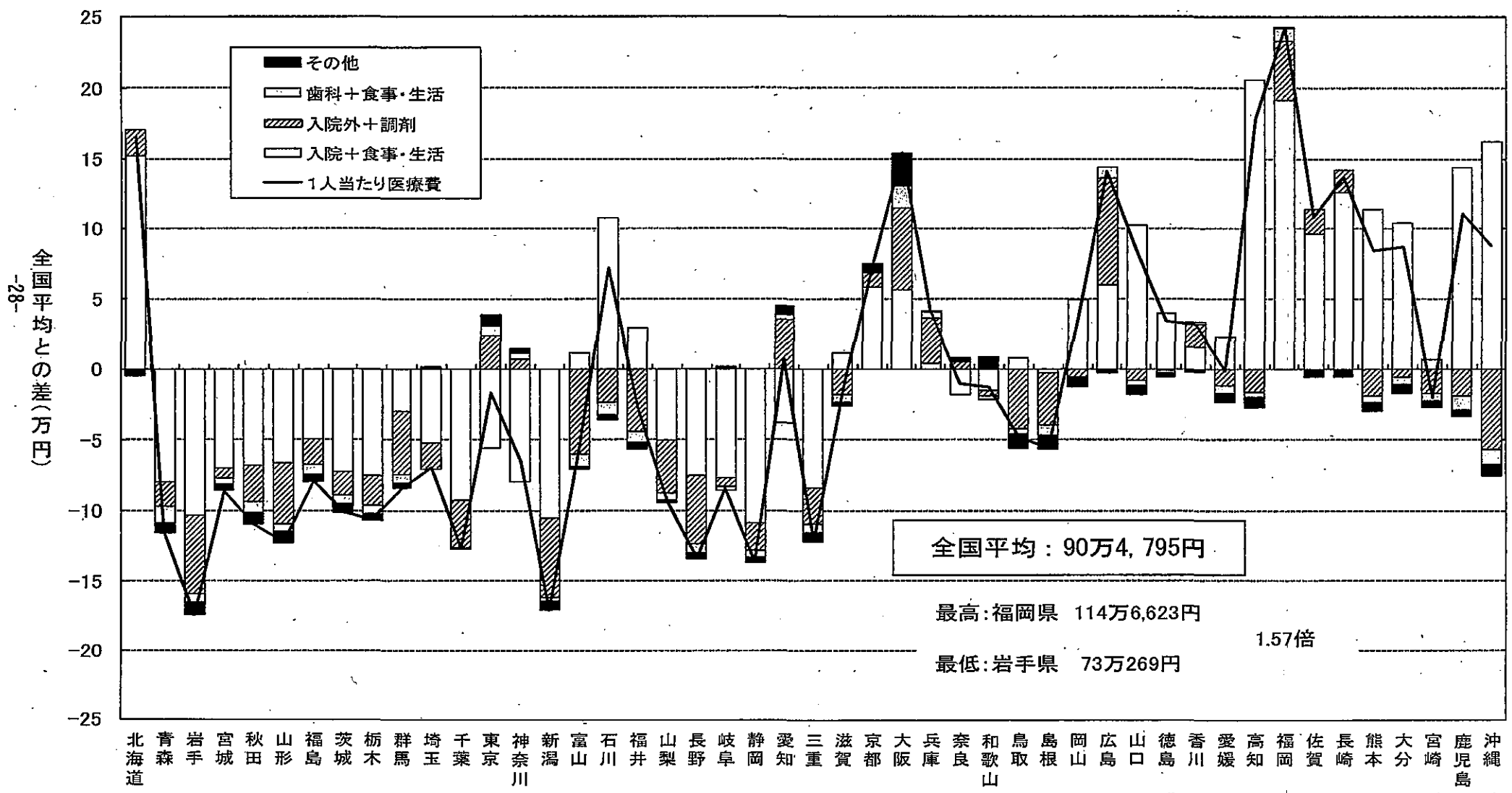
1人当たり入院外医療費
(平成22年度)



(資料)保険局「平成22年度後期高齢者医療事業年報」

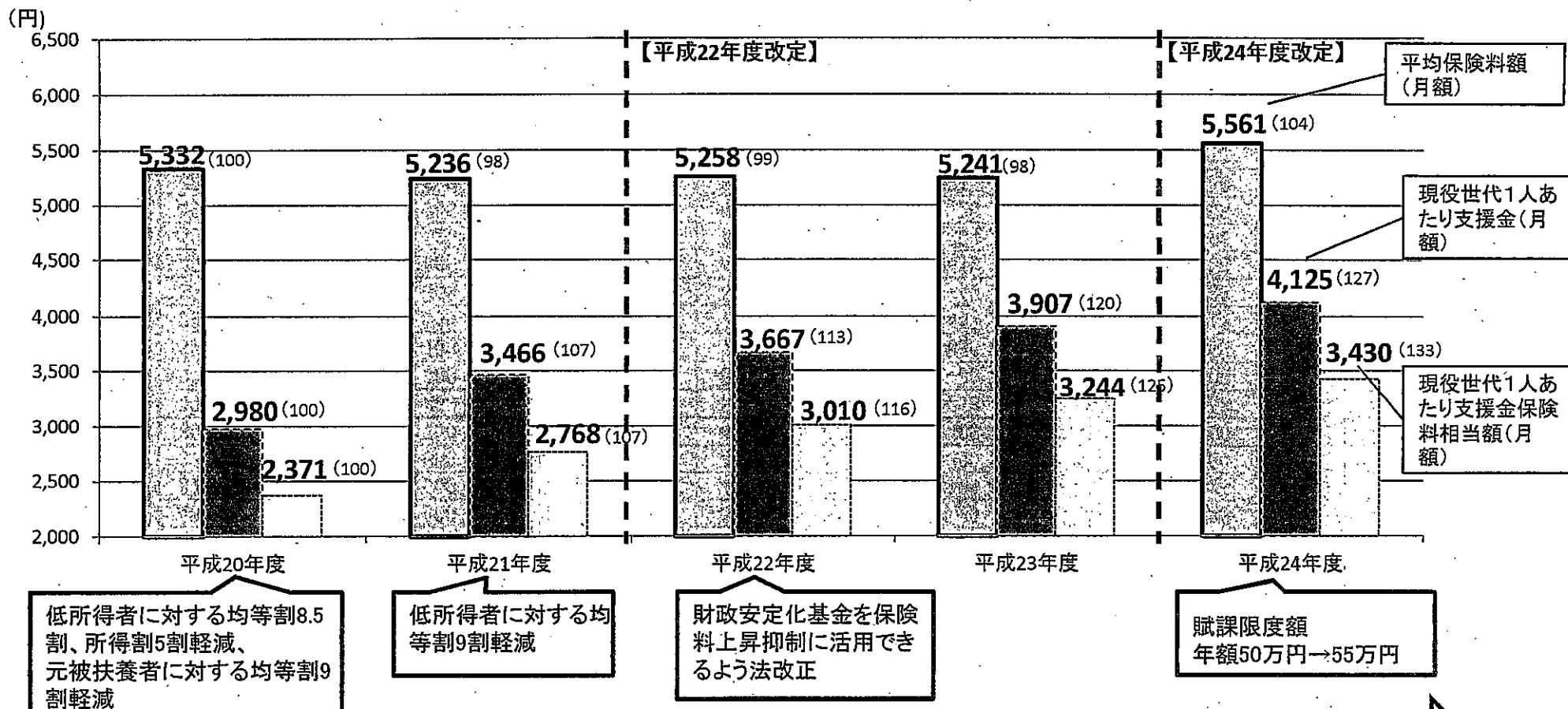
後期高齢者医療制度の被保険者1人当たり医療費の診療種別内訳(全国平均との差)

- 都道府県別1人当たり医療費の診療種別内訳を全国平均との差で示したもの。
- 一人当たり医療費の高い福岡、北海道、高知について見ると、福岡と北海道は入院・入院外ともに高くなっているのに対し、高知は入院が高い一方で入院外は低くなっている。
- 一人当たり医療費の低い岩手、新潟、静岡は入院・入院外ともに低くなっている。



(資料)保険局「平成22年度後期高齢者医療事業年報」

後期高齢者医療制度の保険料の推移



高齢者負担率 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年度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()の数值は平成20年度の金額を100としたときの数值。(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年度の金額に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。

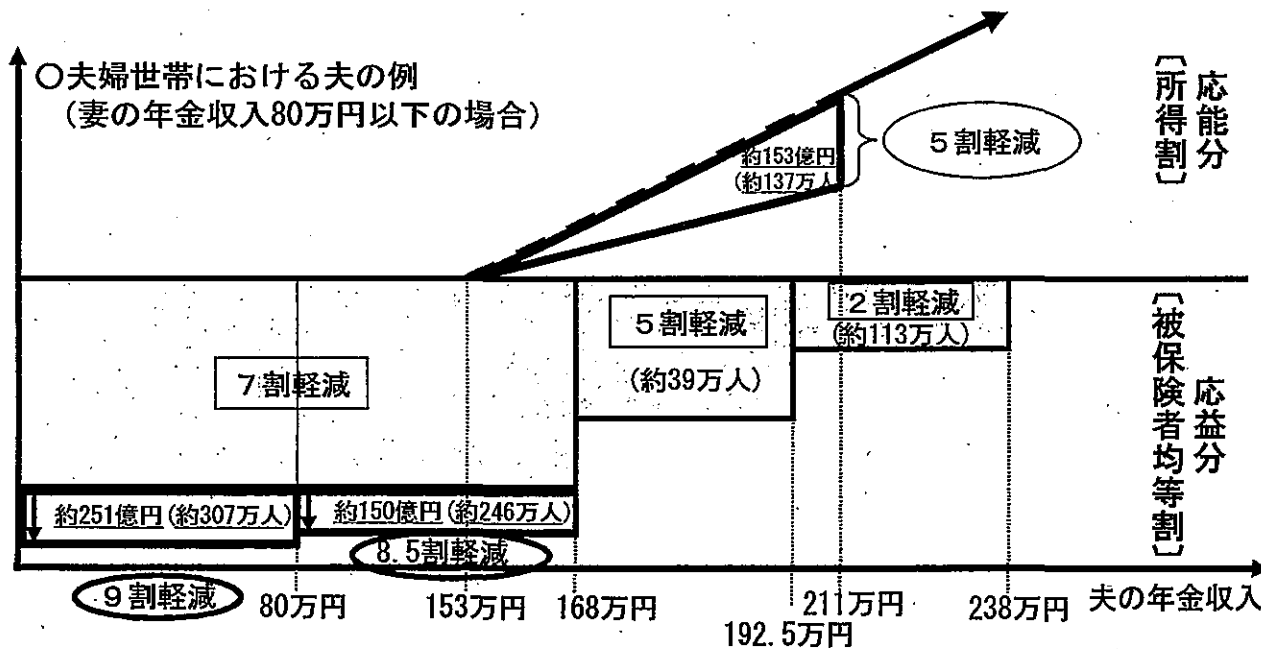
○ 平成21年度及び平成22-23年度の被保険者一人当たり平均保険料額(実績)は、後期高齢者医療制度被保険者実態調査より算出。

後期高齢者医療制度の保険料軽減について

- 後期高齢者医療制度は、毎年度、個人単位で保険料を算定し、被保険者が納付義務を負う。
- 保険料は、広域連合の条例で定め、①被保険者に等しく賦課する均等割額、②所得に応じて賦課される所得割額を合算して算定する。
- 低所得者対策として、世帯の所得に応じて均等割の7・5・2割の軽減措置、被用者保険の被扶養者であった者の軽減措置(均等割5割軽減、所得割賦課せず、加入から2年間限り)が、制度上設けられている。
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、保険料軽減対策として、平成20年度以降毎年度、予算により、
 - ①低所得者の更なる保険料軽減(均等割9・8.5割軽減、所得割5割軽減)
 - ②被用者保険の被扶養者であった者(元被扶養者)の更なる保険料軽減(均等割9割軽減、当分の間)の特例措置を実施している。

【低所得者への保険料軽減（平成24年度補正予算）】

【元被扶養者への保険料軽減（平成24年度補正予算）】

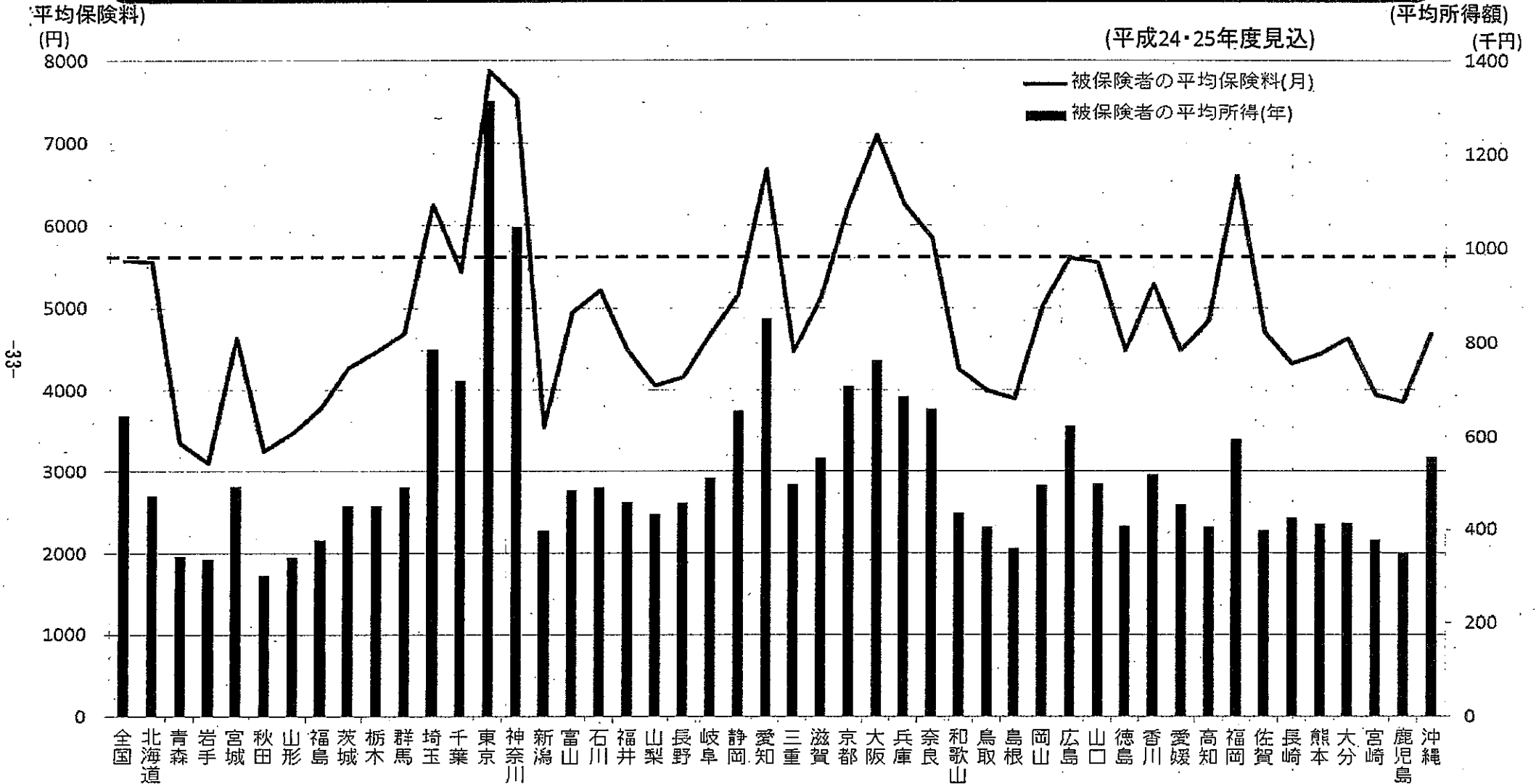


均等割9割軽減	(予算上の措置) 国庫負担	約222億円 (約180万人)
均等割5割軽減	(法律上の措置) 地方負担	

※元被扶養者の軽減は制度上、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している。

後期高齢者医療制度の都道府県別保険料

- 後期高齢者医療制度の全国平均保険料は月額5,561円。
- 所得水準が高い広域連合では、平均保険料額が高い。

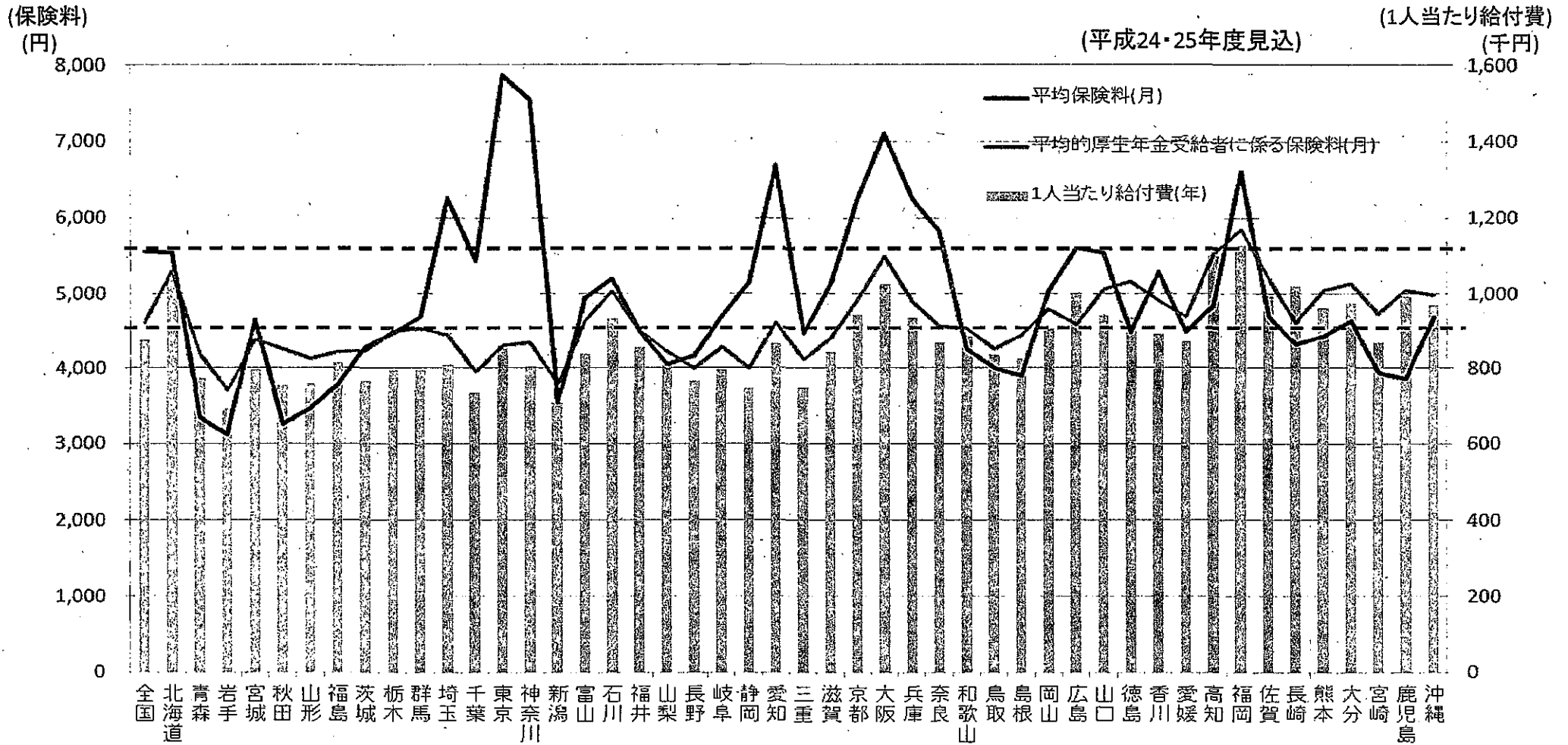


※ 平成24・25年度保険料改定時の試算ベース。

※ 所得は、収入から必要経費等を差し引く等して得られたいわゆる「旧ただし書き方式」により算定された所得(基礎控除後)。

後期高齢者医療制度の都道府県別保険料と医療給付費の関係

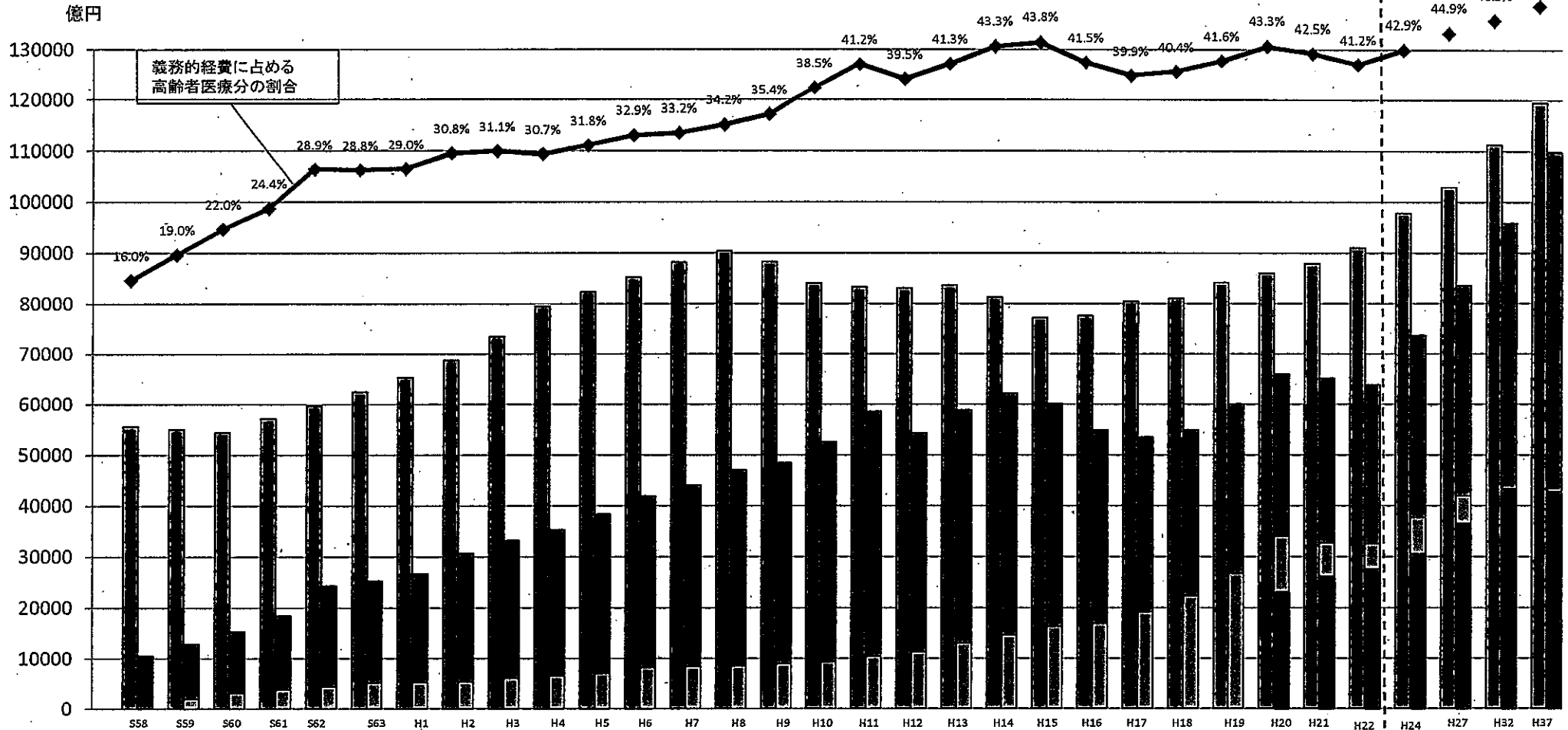
○ 調整交付金により、広域連合間の所得格差に伴う財政不均衡が是正されることから、同一所得の方で見た場合、1人当たり医療給付費が高い広域連合において、保険料水準が高い。



※ 平成24・25年度保険料改定時の試算ベース。
 ※ 平均的厚生年金受給者=年金収入201万円

高齢者の支援金等の推移(被用者保険)

- 法定給付費
 - 前期高齢者納付金
 - 退職者給付拠出金
 - 後期高齢者支援金(老人保健拠出金)
- } 高齢者医療分



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金) (予算) (見通し) の合計額である。なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※各金額は、健保組合、協会けんぽ(平成19年度以前は旧政府管掌健康保険)、共済組合の合計である。(法第3条第2項被保険者、船員保険に係る金額は含めていない。)

※過去の数値は決算値、平成24年度は予算ベースである。

※平成27年度以降の見通しは、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

出典：昭和58年から平成22年までは「組合決算概況報告(健康保険組合連合会)」、決算報告書、事業年報より。



2. 制度関係の主要事項について



健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

協会けんぽに対する平成22年度から平成24年度までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を2年間延長する等の措置を講ずる。

1. 法案の概要

I 協会けんぽへの財政支援措置

- ① 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長する。
- ② 後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長する。
- ③ 協会けんぽの準備金について、平成26年度まで取り崩すことができることとする。

→ 以上の措置により、現行の協会けんぽの保険料率10.0%が平成26年度まで維持できる見通し。

II その他

- ① 健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷等について、労災の給付対象とならない場合は、原則として、健康保険の給付対象とする。
- ② 保険給付に関する厚生労働大臣の事業主への立入調査等に係る事務を協会けんぽに委任する。

2. 施行期日

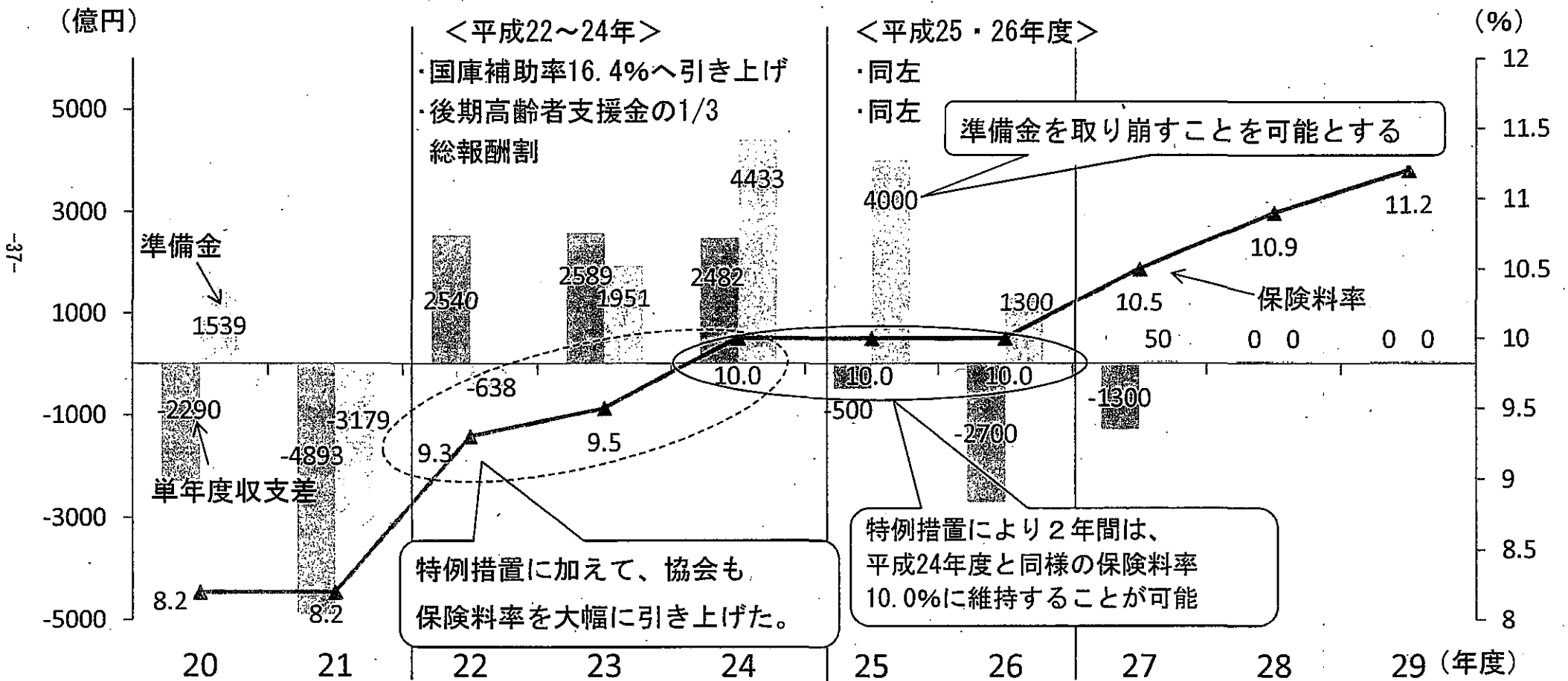
平成25年4月1日

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

今回の法改正による協会けんぽの保険料率の見通し

○ 協会けんぽの財政対策として、平成25年度及び平成26年度は

- ① 国庫補助率を13%から16.4%に引き上げる
- ② 後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割を導入する
を引き続き実施する。
- ③ 加えて、協会けんぽの準備金を取り崩すことを可能とする。



(参考) 協会けんぽの保険料率の推移:

8.2% (21年度) → 9.34% (22年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (24年度) → 10.0% (25年度)

後期高齢者支援金の総報酬割について

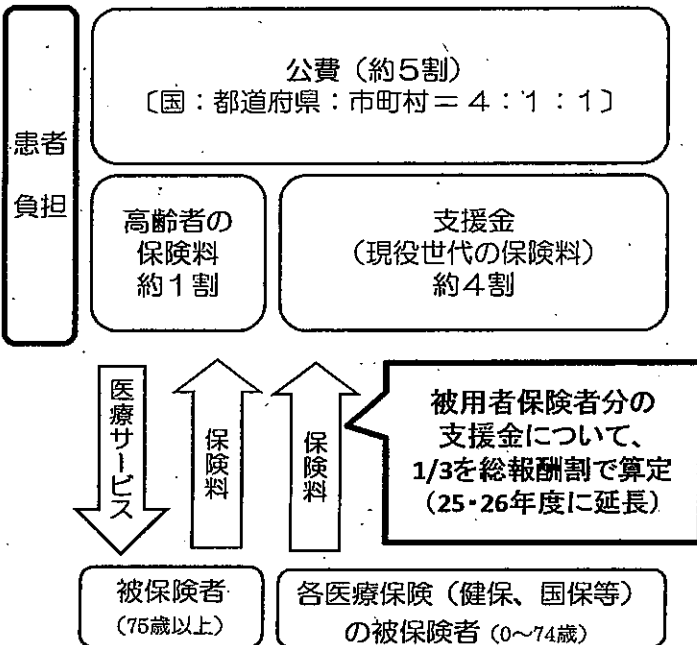
現行

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

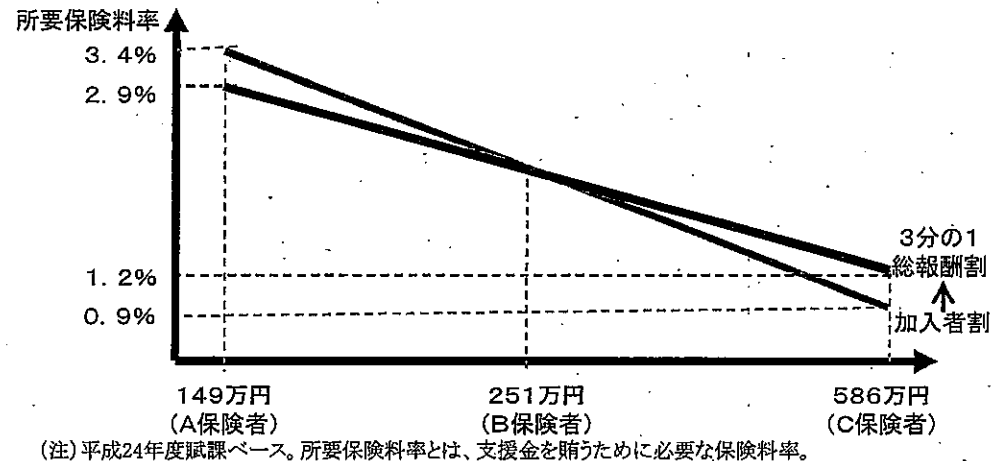
法案の内容

- 平成25年度及び平成26年度の2年間、被用者保険の支援金の3分の1について総報酬割とする特例措置を延長する。

75歳以上の費用負担の仕組み



加入者割から3分の1総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



支援金内訳
(平成25年度予算案)
(1/3総報酬割の場合)
協会けんぽ1.9兆円
健保組合1.8兆円
共済組合0.6兆円
市町村国保等1.7兆円

加入者割から3分の1総報酬割にした場合に負担増・負担減となる保険者数

	健保組合	共済
負担増	935	83
負担減	498	2

(注) 平成24年度賦課ベース。

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%	

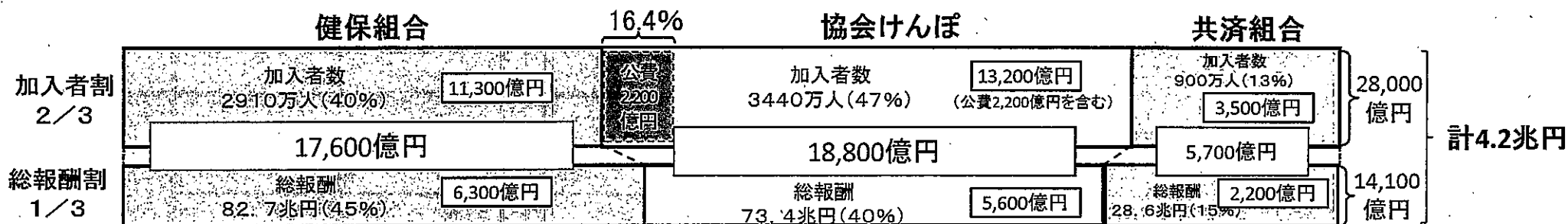
財政力に応じた負担となる。

被用者保険による後期高齢者支援金の負担のイメージ (平成25年度予算案ベース)

○平成22年度から平成24年度までの間、特例措置として、被用者保険が負担する支援金総額の1/3を総報酬割としている。
 ○平成25年度及び平成26年度の2年間について、1/3総報酬割の特例措置を延長する。

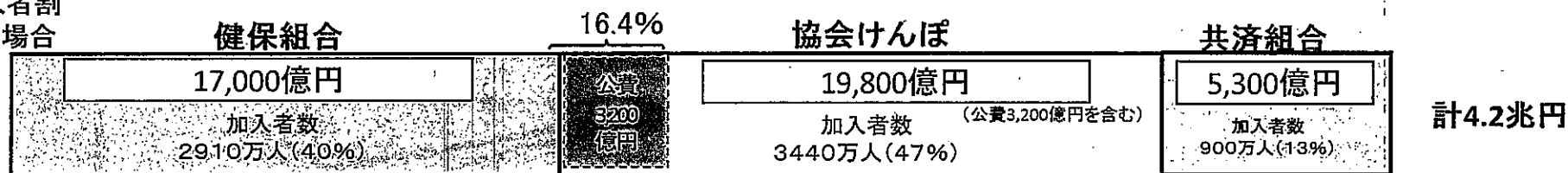
現行の特例措置 (2年間延長)

- ①被用者保険と国保 → 加入者の数で按分
- ②被用者保険内 → 2/3は加入者数で按分、1/3は総報酬で按分

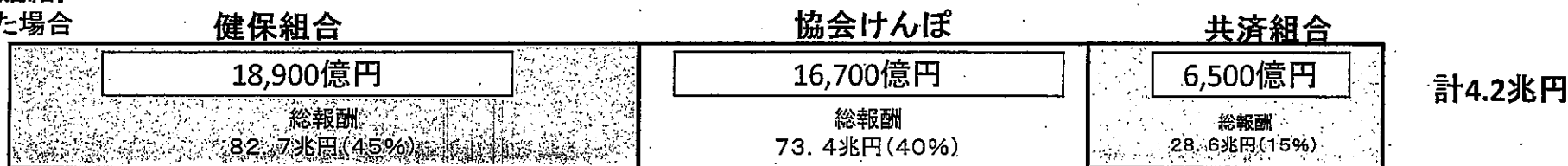


(参考)

全面加入者割
に戻した場合

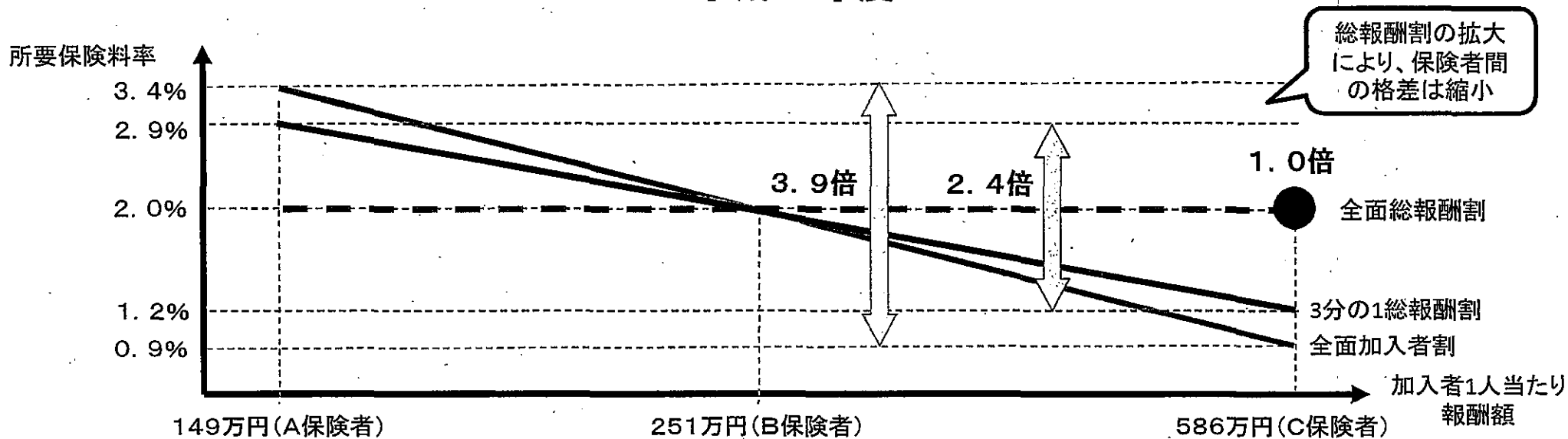


全面総報酬割
に拡大した場合



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24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	1,903人	149万円	9.5% (支援金分2.9%)	5万円/人 所要保険料率3.3%	4万3千円/人 所要保険料率2.9%(▲0.5%)	2万9千円/人 所要保険料率2.0%(▲0.9%)
B保険者	5,134人	251万円	7.5% (支援金分2.0%)	5万円/人 所要保険料率2.0%	5万円/人 所要保険料率2.0%(±0%)	5万円/人 所要保険料率2.0%(±0%)
C保険者	2,818人	586万円	4.8% (支援金分1.2%)	5万円/人 所要保険料率0.9%	7万2千円/人 所要保険料率1.2%(+0.3%)	11万5千円/人 所要保険料率2.0%(+0.8%)

3.9倍 3.9倍 2.4倍 同じ

※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。

議論の整理（抄）

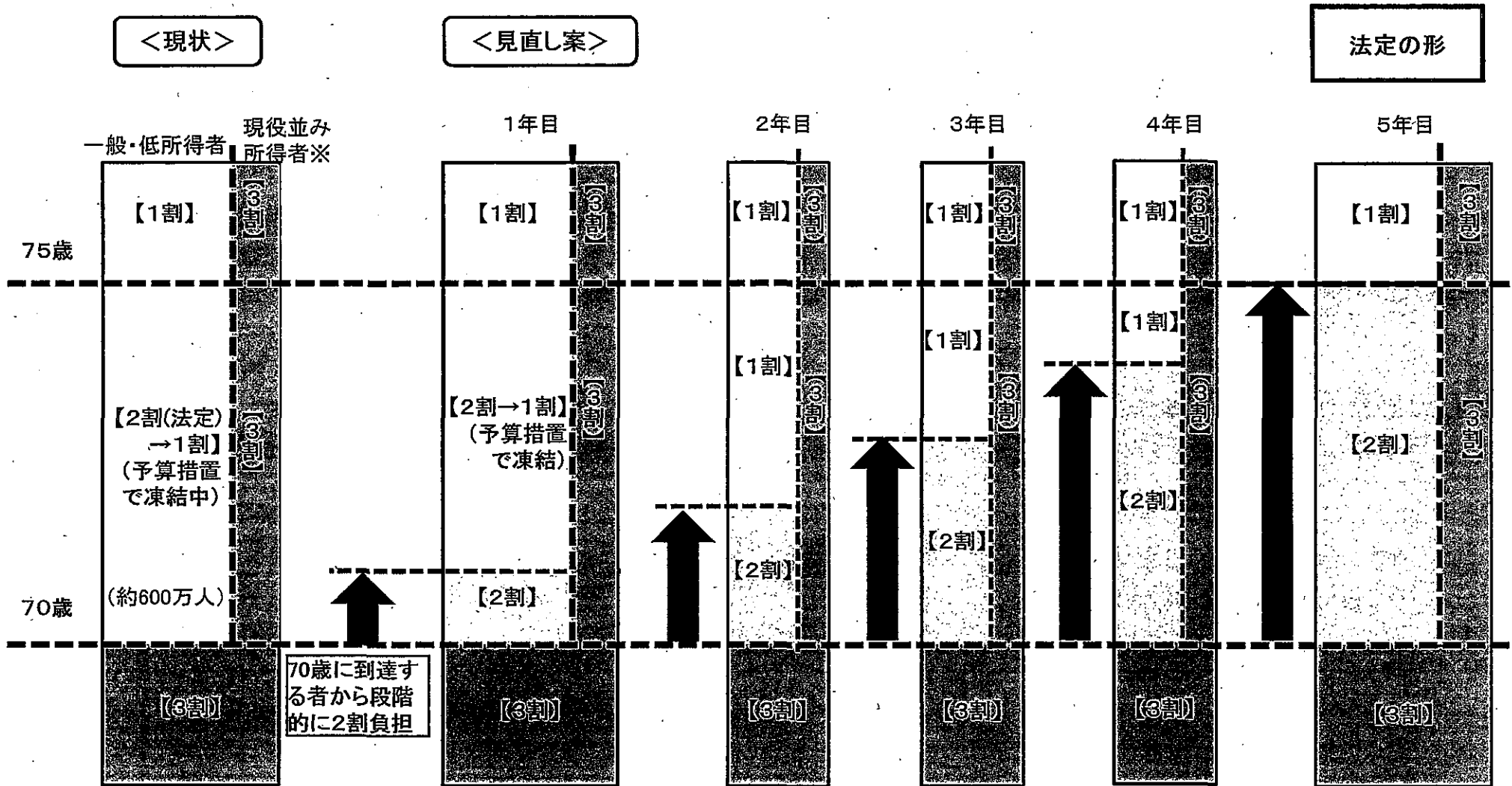
（平成25年1月9日社会保障審議会医療保険部会）

2. 高齢者医療制度における支援金の負担の在り方等

- 高齢者医療制度の見直しについては、平成24年6月15日の3党（自公民）の確認書において、「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」とされ、その後成立した社会保障制度改革推進法の規定において、社会保障制度改革国民会議の検討事項とされている。
- 他方、大綱において、「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。」こととされていることから、当部会では、支援金の総報酬割の在り方を中心に高齢者医療制度の在り方について検討を行った。
- 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な制度であることから、将来的には全面総報酬割に移行すべきとの意見が多かった。他方、総報酬割は被用者保険者間の負担の付け替えでしかなく、納得できないという意見もあった。
- 総報酬割とすべきかどうかは、所得格差の状況を含め医療保険制度全体の負担の公平性に関する議論が必要であり、社会保障制度改革国民会議等における高齢者医療制度全体の議論の中で検討すべきとの意見があった。また、全面総報酬割に移行する際は、高齢者医療制度への公費拡充等の改革とセットで議論されるべきとの意見があり、協会けんぽに投入されている公費のうち、全面総報酬割によって不要となる部分について、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見があった。

70～74歳の患者負担特例措置の見直し

世代間の公平の観点に立って、高齢者の負担増や低所得者に配慮しつつ、70歳に到達した者から、段階的に2割負担とする。



※ 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	8.5%
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	2.4%
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。

議論の整理（抄）（70—74歳患者負担部分）

（平成25年1月9日社会保障審議会医療保険部会）

3. 70歳から74歳の患者負担の取扱い

- 70歳から74歳の患者負担については、平成20年4月から法律上2割負担とされているが、毎年度約2000億円の予算措置により、1割負担に凍結されている。
- これについて、大綱において、「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。」「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。」とされていることから、平成25年度以降の取扱いについて、本来の2割負担に戻すのかどうかという点と、2割負担に戻すとすれば、どのような形で戻すかという点を中心に当部会で議論を行った。
- 前者については、他の世代との負担の公平性の観点から、早急に法律上の2割負担に戻すべきとの意見が多かった。一方で、負担の増加による受診控えにより病状の悪化等が懸念されるため、現行の措置を維持すべきとの意見もあった。
- また、後者については、公平性の観点から見直しは行うべきだが、引き上げによる負担感を軽減するため、現在1割負担である者の負担割合は変更せず、平成25年度以降新たに70歳以上となる者から3割負担が2割負担となることとし、段階的に法律上の負担割合に戻すべきとの意見や、医療保険財政は猶予を許さない厳しい状況であること等から、平成25年度から直ちに70歳から74歳の者を一律2割負担にすべきとの意見があった。また、実施する場合には、低所得者等に配慮を行うべきとの意見が多かった。
- なお、70歳から74歳の者を含めて国民に対して十分な説明をすべきという意見、対象者への周知と市町村におけるシステム対応等現場が混乱しないよう十分な準備期間をとるべきとの意見、システム改修は国が必要な費用を負担すべきとの意見があった。また、年齢ごとの負担割合の水準については、高齢者医療制度の在り方の中で議論すべきとの意見があった。

平成24年度厚生労働省補正予算案 (抄)

(平成25年1月15日閣議決定)

○安定した医療保険制度の構築

(後期高齢者医療制度臨時特例基金等の積み増し・延長等)

医療保険制度の円滑な施行及び運営のため、以下の事業を進める。

①高年齢者医療の負担軽減措置

2,683億円

70～74歳の窓口負担軽減措置、後期高齢者医療の被保険者のうち低所得者等の保険料軽減措置を行う。

・70歳から74歳までの窓口負担軽減措置(1割負担)の継続

(1,898億円)

(参考)「日本経済再生に向けた緊急経済対策」(平成25年1月11日閣議決定)(抄)

○70～74歳の医療費自己負担については、当面、1割負担を継続する措置を講じるが、本措置の在り方については、世代間の公平や高齢者に与える影響等について、低所得者対策等とあわせて引き続き検討し、早期に結論を得る。

・後期高齢者医療の被保険者のうち所得の低い方の保険料軽減の継続(均等割り9割、8.5割、所得割5割軽減)等

(776億円)

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)

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25年2月末まで
 - ・ 保険料 : 平成25年3月分まで

- ・ 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



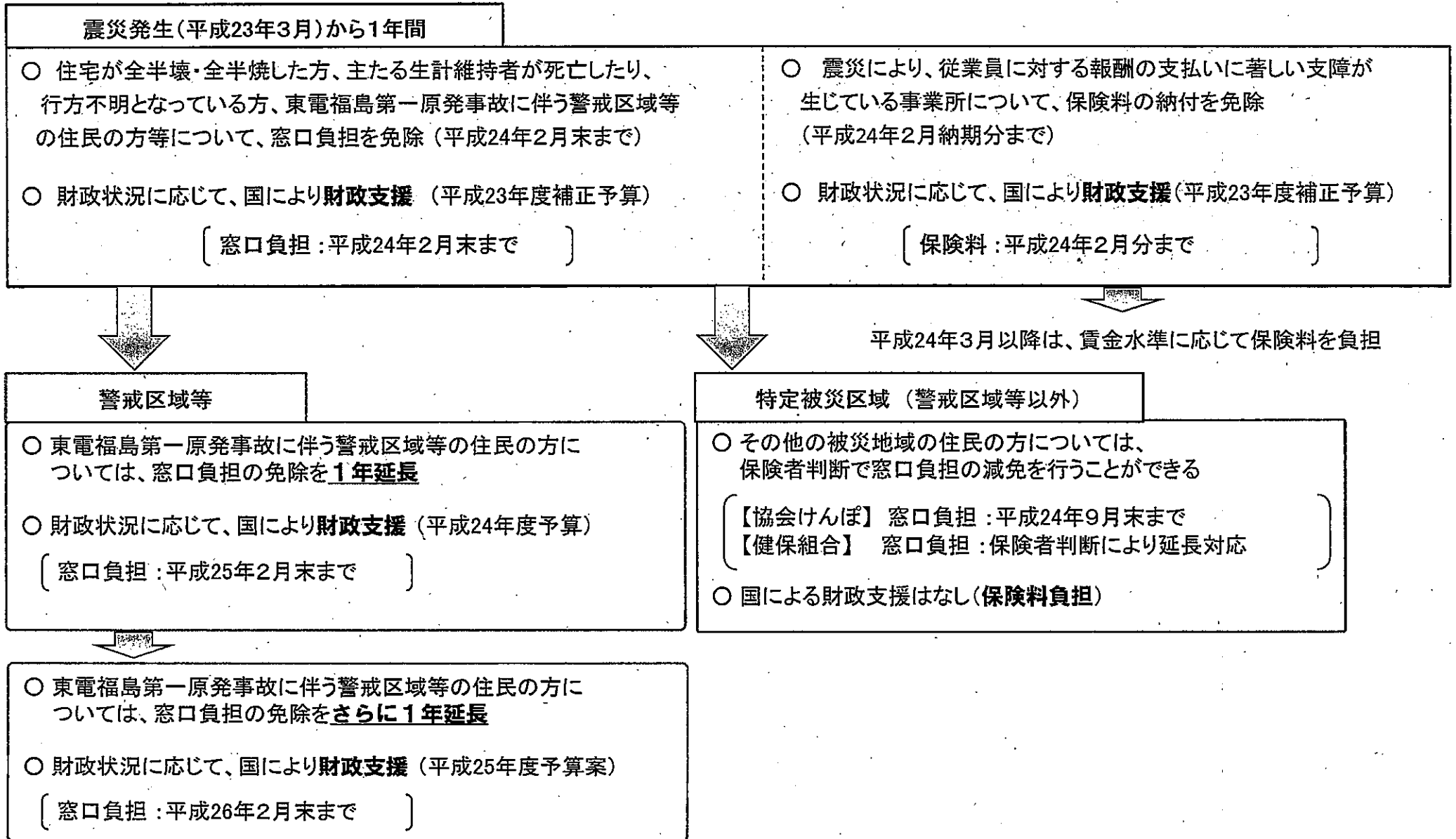
- 東電福島第一原発事故に伴う警戒区域等の住民の方については、窓口負担の免除と保険料の免除を**さらに1年延長**
- 国により**全額を財政支援**(平成25年度予算案 及び 特別調整交付金)

- 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)

- ・ 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

(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。

東日本大震災における被用者保険の特別措置 (窓口負担の免除・保険料の減免)



(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。

3. 平成24年度補正予算及び平成25年度 予算（案）



平成24年度補正予算（案）の概要（高齢者医療制度の負担軽減措置）

（保険課・国民健康保険課・高齢者医療課）

事 項	平成24年度 補正予算（案）額	摘 要
	千円	
（項）医療保険給付諸費	268,257,921	
（目）高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金	267,452,056	<p>○平成25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 1,631.4億円 <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 266.9億円 <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 553.8億円 （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 222.4億円 （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	805,865	<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 8.1億円</p>

高齢者医療制度の負担軽減措置

平成24年度補正により、平成25年度に以下の措置を実施
合計：2,683億円

①70～74歳の窓口負担を1割に軽減する措置

(1,898億円)

<基金設置先> 国民健康保険団体連合会 1,631億円
社会保険診療報酬支払基金 267億円

②後期高齢者医療制度における被用者保険被扶養者の保険料負担を9割軽減とする措置 (222億円)

<基金設置先> 後期高齢者医療広域連合

※5割部分は地方負担であり、別途、地方財政措置を講じる。

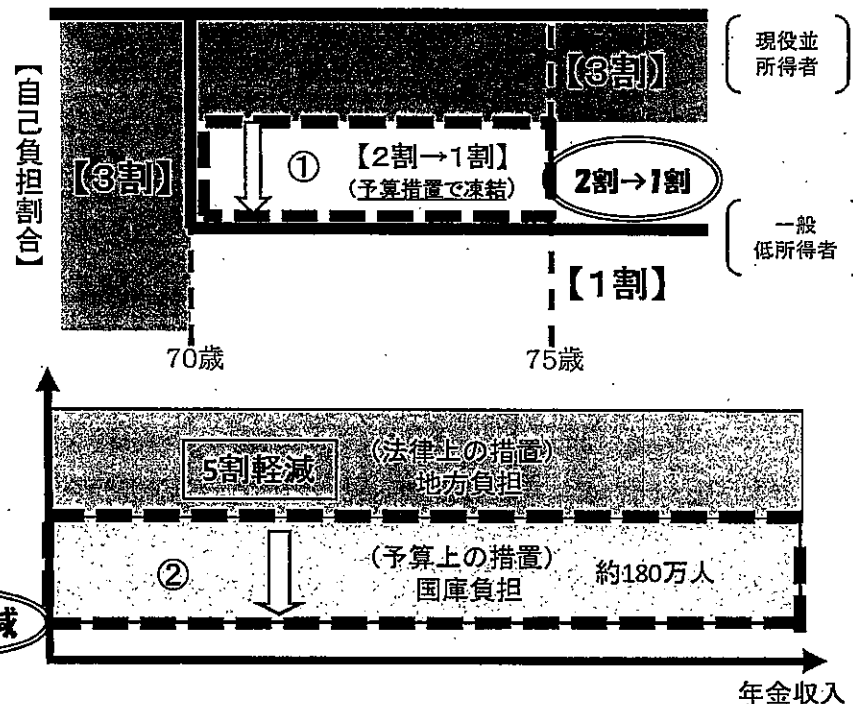
③後期高齢者医療制度における低所得者の保険料軽減措置 (554億円)

<基金設置先> 後期高齢者医療広域連合

- (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

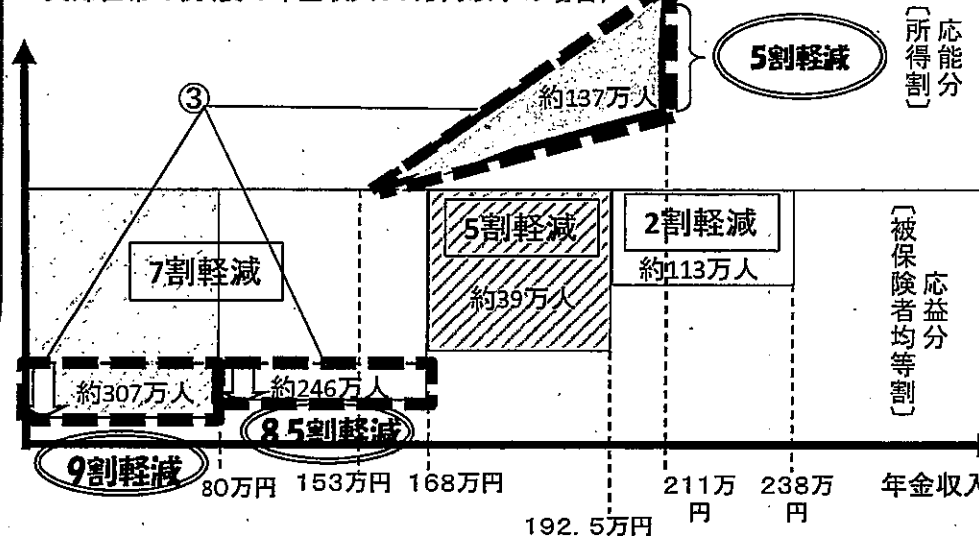
※7割、5割、2割部分は地方負担であり、別途、地方財政措置を講じる。

④高齢者の負担凍結延長に係る高齢受給者証の再交付経費 (8億円)



【年金収入でみた軽減イメージ】

夫婦世帯の例(妻の年金収入80万円以下の場合)



平成25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24年度 予 算 額	平成25年度 予 算 額 (案)	対 前 年 度 比 較 増 ▲ 減 額	
合 計	千円 4,230,701,922	千円 4,471,664,794	千円 240,962,872	
【 一 般 会 計 】	4,228,274,393	4,469,434,870	241,160,477	
(目)臨時老人薬剤費特別給付金	1	1	0	
(目)後期高齢者医療給付費等負担金	3,160,422,783	3,347,373,575	186,950,792	
後期高齢者医療給付費負担金	3,088,712,460	3,267,366,119	178,653,659	
高額医療費等負担金	71,710,323	80,007,456	8,297,133	・高額医療費負担分 601.0億円 (平成24年度 517.4億円) ・財政安定化基金負担分 196.7億円 (" 197.3億円) ・不均一保険料助成分 2.4億円 (" 2.4億円)
(目)後期高齢者医療財政調整交付金	1,029,570,820	1,089,122,039	59,551,219	
(目)後期高齢者医療制度事業費補助金	6,264,048	4,117,654	▲ 2,146,394	・健康診査に要する経費 27.9億円 (平成24年度 49.2億円) ・保険者機能強化に要する経費 3.3億円 (" 3.5億円) ・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	1,137,298	1,029,644	▲ 107,654	【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	30,879,443	27,791,957	▲ 3,087,486	【健保組合等向け】 ・後期高齢者支援金等の拠出金負担が重い健康保険組合等の負担緩和を図るための経費
【東日本大震災復興特別会計】				
計	2,427,529	2,229,924	▲ 197,605	
(目)後期高齢者医療災害臨時特例補助金	2,393,354	2,227,990	▲ 165,364	【東京電力福島第一原発の事故に対する対応】 ・一部負担金免除分 12.5億円 ・保険料免除分 9.8億円
(目)後期高齢者医療制度事業費補助金	34,175	1,934	▲ 32,241	・健康診査に係る自己負担金免除等による損失補填

後期高齢者医療制度の財政の概要(25年度予算(案))

医療給付費等総額：13.8兆円

25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

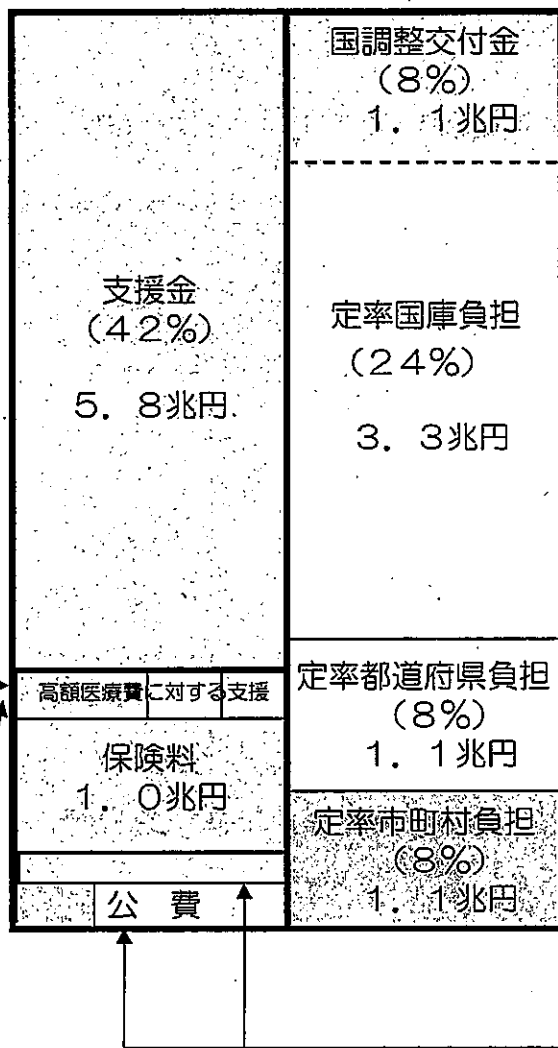
○高額な医療費の発生による後期高齢者医療広域連合の財政リスクの緩和を図るため、レセプト1件当たり80万円を超える医療費の部分について、国及び都道府県が1/4ずつ負担する。

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。

平成25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25年度	平成24年度
・健康診査に要する経費	28 億円	(49 億円)

【単独事業】

1 保険基盤安定制度	2,336 億円	(2,481 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24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)	326 億円	(344 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

※ 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	140 億円	(139 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(138 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	2,829 億円	(3,013 億円)
----	----------	--------------



4. 高齢者の健康づくり等について



高齢者の健康づくり等について

1 健康診査等保健事業の推進

(1) 健康診査

<75歳以上の者に係る健診の考え方>

- 75歳以上の者については、健診により、生活習慣病を軽症のうちに発見し重症化を予防するとともに、QOLを確保し自立した日常生活を営むことができるよう生活機能低下を予防することが重要である。
- このため、健診受診を促進し、その結果を踏まえ、適切に医療につなぐよう支援するとともに、個々の身体状況や日常生活能力等に応じた生活習慣改善支援を行うことが重要である。

<受診率向上計画の策定>

- 広域連合においては、①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受診率向上計画を、市町村等と協議のうえ策定いただいているところであり、当該計画に沿って受診率の向上に取り組んでいただきたい。

(参考)全国平均受診率の推移

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
21%	22%	23%	24%	25%(見込み)

※ 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)

- 広域連合から効果的と報告のあった事例なども参考に、医療機関無受診や過去数年間健診未受診の者などに留意して受診を促進していくよう、地域の実情に応じた取組の充実を図っていただきたい。

(具体的な事例)

- 被保険者個人に対する受診勧奨
 - ・健診受診対象者全員への受診券交付
 - ・受診券を交付する際に健康管理に関するリーフレットをあわせて提供
 - ・健診未受診者に対する個別通知、電話、対面による受診勧奨
 - ・地域の保健推進員等による受診勧奨及び申込受付

- 幅広い広報活動
 - ・市町村等の広報紙、ホームページ、ポスター等の活用による健診目的や受診方法等の周知
 - ・市町村が実施する高齢者のふれあいの場や老人クラブ等多くの高齢者が集まる機会を利用した健診の周知

- 受診しやすい環境づくり
 - ・健診日の追加設定、健診実施期間の延長、休日健診の実施等による受診機会の拡充
 - ・がん検診等との同時実施

- 市町村等関係者との連携
 - ・効果的な事例について保険者協議会等で集約し、全ての市町村に情報提供
 - ・保険者協議会が行う特定健診の啓発、広報活動に参加
 - ・市町村とともに受診率向上策について協議する場を設け、効果的な方策について検討

(2) 健診結果に基づく保健事業等

<健診結果を活用した保健指導等>

- 健診結果の活用状況を見ると、市町村と連携し支援を行っている状況がうかがわれるが、活用されていない広域連合も多い。

(広域連合数)

健診結果の活用状況	活用	未活用
保健指導等に活用	32	15
介護部門との情報共有や情報提供に活用	22	25

※ 活用欄には一部の市町村で活用している場合を含む。

- 健診受診者に対し、疾病の重症化や生活機能の低下を予防するため、健診の結果を踏まえ、適切に医療につなぐよう支援するとともに、対象者の健康状態等に応じた保健指導を進めていただきたい。
- また、高齢者の身体状況等に応じた健康づくりを進めるためには、上記の他、高齢者一般を対象として、住みなれた地域で健康相談や健康教育を利用できる機会を増やすことが重要。このため、関係機関と調整の上、市町村の保健事業や介護関連事業と一体的に実施するなど、一層の取組をお願いする。

<健診データ等を活用した分析>

- 保健事業を効果的に推進するためには、市町村等関係機関と協力し、重点的に支援すべき疾病や対象者等を分析・共有した上、これに即した在り方を工夫することが重要である。
- このため、健診・レセプトデータ、市町村や国民健康保険団体連合会が有する情報等を活用し、市町村等関係機関と協議・検討を進めるなど積極的な対応をお願いする。

(広域連合数)

健診結果の活用状況	活用	未活用
地域の健康課題等の分析に活用	23	24

※ 活用欄には一部の市町村で活用している場合を含む。

2 地域の特性に応じた取組の展開

- 被保険者の健康の保持・増進を図るため、地域の特性・課題を踏まえ、市町村等関係機関と連携の下、管内全域における展開を視野においた取組を計画的に進めていただきたい。
- 厚生労働省においては、広域連合による健康づくりに向けた取組について特別調整交付金を活用して支援している。

<特別調整交付金を活用した事例> (平成24年度長寿・健康増進事業より)

県や市町村等との連携による重症化予防対策と支援体制づくり

【鹿児島県広域連合】

- 健診結果が基準値以上の者に対し、市町村保健師等が重症化予防のための保健指導を実施
- 治療中の者に対して保健指導を実施した場合は、主治医に報告書を提供してフォロー

【宮崎県広域連合】

- 健診データや医療費データを分析した情報を市町村と共有し、優先的に取り組むべき保健指導対象疾患や対象者を検討
- 重症化予防のため、医療機関と連携した保健指導、介護事業者と連携した健診受診勧奨などを実施

【京都府広域連合】

- 健診受診率の低い地域等において、広域連合と市町村が連携し、健診受診勧奨や健診結果に基づく保健指導等を実施
- 府内3地域にワーキンググループ(広域連合、府、市町村、医師会等)を置き、健診実施機関の状況等に応じた方策について協議、調整

大学や医療機関等の専門機関との連携による地域課題への対応

【滋賀県広域連合】

- モデル市町において地域課題に対応した健康づくり(かかりつけ医と連携した糖尿病性腎症の重症化予防等)を実施
- 京都大学(医学部公衆衛生学教室)と連携し、モデル市町に対する指導・助言、評価・検証を実施
- モデル市町での成果をフォーラムなどで紹介し、他市町への展開を目指す

医療・介護との連携による高齢者の健康課題への対応

【奈良県広域連合】

- 広域連合と県が実行委員会を共同設立し、高齢者の健康の維持・増進に向けた取組を実施
- 有識者会議(医師、歯科医師、大学関係者等)において高齢者特有の状況に応じた効果的な予防改善方策を検討
- 市町村や歯科医師会等と連携し、歯科検診・指導、栄養指導、転倒予防指導を実施し、継続に向けて検討

平成24年度長寿健診効果促進訪問事業

(鹿児島県後期高齢者医療広域連合)

<健康診査の事業評価>

□受診率が低い

(H23;13.14%～全国平均と10ポイント以上差あり)

□健診後結果説明会実施市町村(7割弱)

□結果が受診勧奨判定値の者が多い(H23;約6割)

□服薬者でも血圧や血糖では受診勧奨判定値が多い

(H20;H21;収縮期血圧5割超、空腹時血糖4割、

HbA1c5割超)

<後期高齢者の健診・保健指導の在り方>

(標準的な健診・保健指導プログラム改定案抜粋)

・生活習慣の改善による疾病予防というよりQOLの確保、残存機能をできるだけ落とさないこと →重症化予防

・75歳以上の者について特に医療機関に通院していない場合、生活習慣病を早期発見し医療につなげていくことも重要

・75歳以上の高齢者については、個々の身体状況、日常生活能力、運動能力等が相当程度異なっている場合が多い

→一律ではなく個別性を尊重した保健指導

健康診査の目的(重症化予防、疾病の早期発見)を達成できるようにしたい

そのためには、健診後の保健指導の徹底と、健康状態不明者の受診勧奨を行うべき

①長寿健診要医療者訪問指導事業

健康診査の受診者で、健診結果が一定の基準値以上の方を保健師等が訪問し、保健指導を行う。

○広域連合から市町村へ委託して実施(1市)

○広域連合の役割;

・医師会へ協力依頼

・「訪問指導の手引き」を作成し従事者説明会を開催

・結果分析(医療機関受診状況、次年度健診結果等)

○市町村の役割;

・健診結果をもとに訪問指導を実施し、報告書を作成

・治療中者の訪問実施後、主治医へ報告書送付

・広域連合へ訪問結果・実績報告



②元気高齢者生活実態訪問調査事業

長期間に医療機関を受診しておらず、かつ健康診査未受診者を保健師等が訪問し、受診勧奨や健康チェック等を行う。

○広域連合から市町村へ委託して実施(1市1町)

○広域連合の役割;

・調査票作成(県調査票活用)

・「訪問指導の手引き」を作成し従事者説明会を開催

・候補者名簿提供(1年間医療機関受診ない者)

・結果分析(生活状況、健康状態、次年度健診受診等)

○市町村の役割;

・候補者名簿から健診受診者除外し対象者名簿作成

・訪問し、生活実態調査、健康チェック、保健指導実施

・広域連合へ調査・訪問結果報告



医療費等課題分析に基づく健康づくり連携事業

宮崎県後期高齢者医療広域連合

課
題

1. 保健事業(健康診査)の取り組みに地域差が大きい
2. 健診結果が十分に活用されていない
3. これまでの医療費分析結果が保健事業に活かされていない

「後期は必要ない」ではなく「後期だから必要！」な事業の展開

広域連合で実施する内容

①市町村へ委託している健診事業の実施内容統一

受診券の送付・未受診者勧奨・健診結果送付等の事務の統一、健診事務委託料に前年度実績が反映する仕組み
⇒健診受診率向上及び市町村担当者のモチベーションアップ

②レセプト情報と健診結果による医療費分析

県・市町村の現状及び課題の抽出、レセプト情報との突合により明確になる指導対象疾病や対象者の分析
⇒優先度の高い内容を捉えた事業展開が可能になる

市町村モデル事業の実施

①疾病重症化予防事業

慢性腎臓病に着目し、重症化予防を実施する
・個別指導、健康教室等の開催
・医療機関との連携

②地域包括支援センターによる健康連携事業

介護分野の核となる包括支援センターの活用、情報共有・連携
・特に健診受診が必要な対象者への受診勧奨
・介護予防事業等との積極的な連携

市町村事業検討会の実施

各市町村の現状、課題分析による個別協議

- ・市町村独自の保健事業の検討
(補助事業実施)
- ・若年世代に対する施策や事業に必要な情報の分析や提案

医療費の適正化・効率化について

1 考え方

(1) ねらい

医療費の増大が見込まれる中、将来にわたって安定的に高齢者の医療を支えていくためには、広域連合が都道府県や市町村等関係機関と連携しつつ、地域の実情を踏まえた医療費適正化・効率化のための対策を推進していくことが必要。

(2) 重点事項

効果が高いと考えられる以下の取組について、重点課題として積極的に取り組んでいただきたい。

	取組	重点課題
①	後発医薬品の使用促進	<ul style="list-style-type: none">後発医薬品希望カードの配布後発医薬品利用差額通知の送付
②	適正受診の普及・促進	<ul style="list-style-type: none">医療機関等の適正受診に関する普及・啓発医療費通知の送付重複・頻回受診者への訪問指導
③	適正な給付の確保	<ul style="list-style-type: none">介護保険との突合情報を活用したレセプト点検柔整療養費等に関する状況確認

(3) 財政支援

厚生労働省においては、医療費適正化・効率化を推進するための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している。

【国庫補助の内容】

○補助金

「後期高齢者医療制度事業費補助金」のうち「保険者機能強化に要する経費」において、医療費適正化に関し、補助対象としているもの

- ・ 重複・頻回受診者への訪問指導
- ・ 後発医薬品の使用促進(後発医薬品希望カードの配布、後発医薬品利用差額通知の送付等)
- ・ 医療機関等の適正受診に関する普及・啓発
- ・ 「意見を聞く場」の設置

(4) 都道府県による支援

広域連合において、市町村保健師等による訪問指導や後発医薬品希望カード等の共同作成など各般の施策を進める上では、市町村、医療保険者等関係団体との連携・協力が重要であることから、事業の円滑な実施に向けて関係機関との調整が進むよう都道府県の支援をお願いする。

2 主な対策

平成24年度の実施状況(重点課題)

事項	概要	実施 広域連合数	留意点
後発医薬品希望カードの配布	・後発医薬品の希望を医師や薬剤師に伝えやすくするため「希望カード」を作成し、被保険者へ配布又は市町村窓口を設置。	47 (前年度46)	・市町村窓口等に設置するだけでなく、被保険者へ配布する方式が望ましい。 ・窓口設置又は一部の被保険者のみ配布している広域連合:5(北海道、栃木、静岡、徳島、長崎)
後発医薬品利用差額通知の送付	・後発医薬品への切り替えを促進するため、後発医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担軽減額を通知。	34 (前年度19)	・薬局において実施している薬剤情報提供文書による後発医薬品の情報提供と併せて、保険者における差額通知を行うことにより、一層の使用促進を図る。
医療機関等の適正受診に関する普及・啓発	・休日や夜間に救急医療機関を受診しようとする際は、症状の軽重や緊急性について、よく考えてから受診すること等、受診マナーを啓発するためのパンフレット等を作成、配布。	44 (前年度44)	・適正受診に向けた周知啓発について、「医療機関における適正受診に係る普及啓発について」(平成22年4月26日保険局高齢者医療課長通知)により要請している。 ・未実施広域連合:3(石川、京都、和歌山)
医療費通知の送付	・保険者から被保険者に対し、医療機関でかかった医療費の額を通知。	47 (前年度47)	・「長寿医療制度における医療費適正化対策事業等の実施について」(平成21年4月16日保険局高齢者医療課長通知)により、全受給者を対象とした通知などを要請している。 ・対象などを限定して実施している広域連合:9(北海道、秋田、東京、新潟、長野、岐阜、京都、鳥取、島根)
重複・頻回受診者への訪問指導	・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、保健師等による療養上の日常生活指導及び受診に関する指導等のために訪問指導。	27 (前年度24)	・市町村又は国保連や専門業者へ委託して実施する場合も国庫補助対象としている。

事項	概要	実施 広域連合数	留意点
介護保険との突合情報 を活用したレセプト点検	・介護保険と医療保険の給付情報を突合し、疑義のある給付内容について作成したリスト(突合情報)を活用してレセプト点検を実施。	24 ※H23年度の状況	・突合情報を活用した介護保険との給付調整を適切に行うよう、「国保連合会介護給付適正化システムから提供される情報を活用した効率的なレセプト点検の実施について」(平成25年1月17日保険局高齢者医療課長通知)により改めて要請している。
柔整療養費等に関する 状況確認	・柔整療養費等について多部位負傷、長期継続又は頻回傾向の施術の申請書に対し、施術の状況等を確認するため、患者への文書照会や聞き取り等を実施。	— (集計中)	・「柔道整復師の施術の療養費の適正化への取組について」(平成24年3月12日保険局医療課長、保険課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長通知)により要請している。

○ 上記の他、以下の事項についても引き続き取組を推進されたい。

事項	概要
「意見を聞く場」の設置	・被保険者や各医療保険者等の意見を広く聴取し、制度運営に反映。
医療費減額査定通知 の送付	・審査支払機関の審査により医療費の減額があった場合に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観点から被保険者に通知。
レセプト点検の強化	・請求誤りの多い事項等、重点事項を定めてレセプト点検を実施。 ・医療保険の給付の原因となった傷病が第三者の行為によって生じたものであるときは、被害者である被保険者は、その事実等を保険者に届け出る必要があることを被保険者に周知。 ・レセプト中に外傷性の傷病名が記載されている被保険者に対し、負傷原因を照会。
医療費データ分析の 活用	・地域の実情に沿った医療費の適正化に資する取組を進めるため、レセプト情報等を活用した疾病分類別統計を作成すること等により、都道府県・市町村・国保連合会等と広域連合が共同して医療費分析を実施。 (国保データベース(KDB)システムの活用)