

参考資料

平成22年7月23日
厚生労働省保険局

目 次

1. 制度の基本的枠組み	3
2. 国保の運営のあり方	15
3. 費用負担	22
4. 医療サービス	54
5. 保健事業等	66

1. 制度の基本的枠組み

「高齢者医療制度改革会議」の開催について

1. 趣旨

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」を開催する。

2. 検討に当たっての基本的な考え方

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

現行の高齢者医療制度について

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、高齢者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>

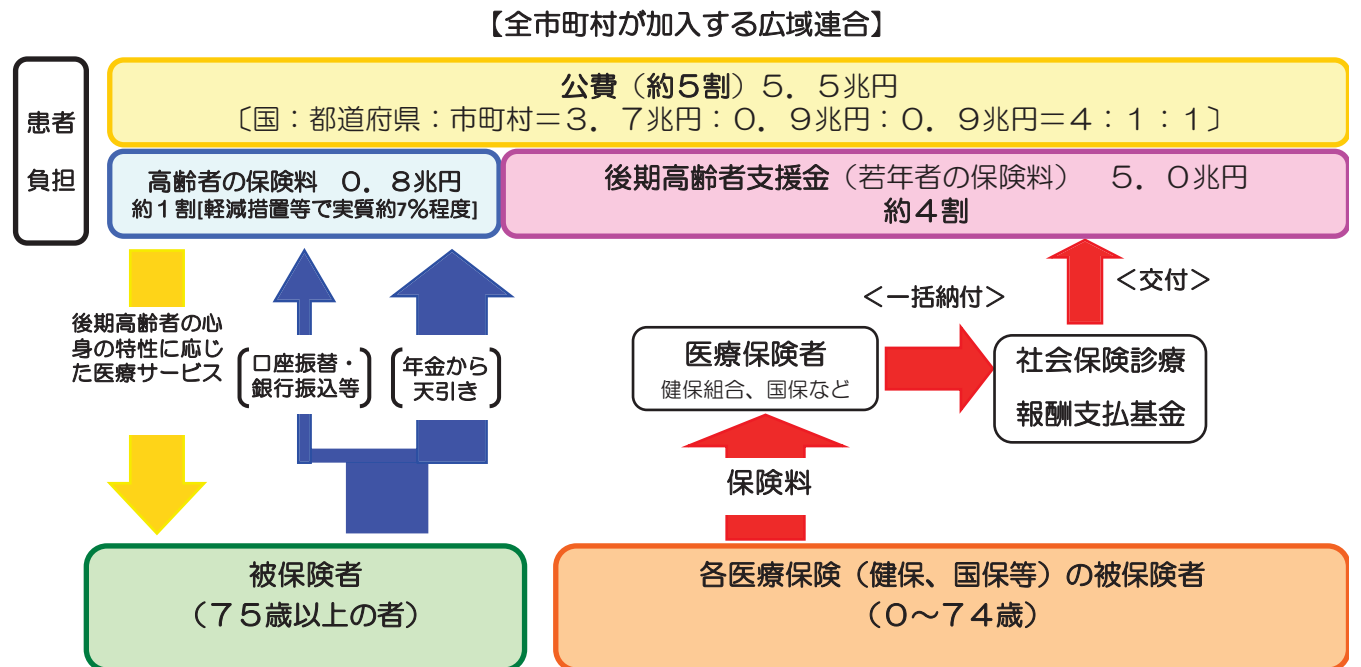
75歳以上の高齢者 約1,400万人

<後期高齢者医療費>

12.8兆円（平成22年度予算案ベース）
 給付費 11.7兆円
 患者負担1.1兆円

<保険料額（平成22年度）>

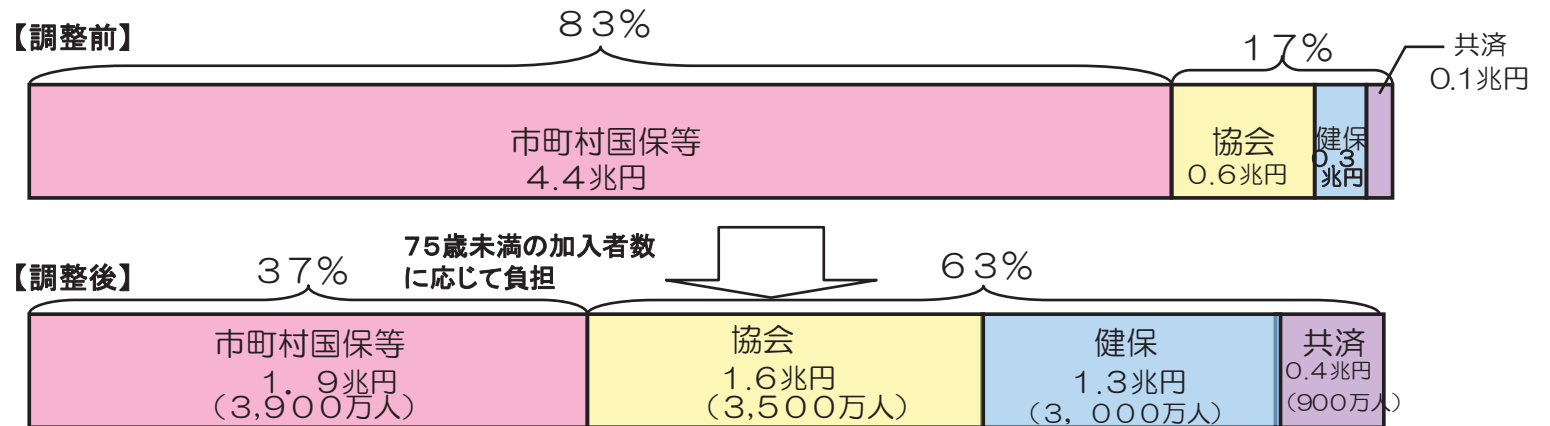
全国平均 約63,300円/年
 ※ 基礎年金のみを受給されている方は
 約4,200円/年



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

＜対象者数＞
65～74歳の高齢者
約1,400万人

＜前期高齢者給付費＞
5.3兆円



制度の改善策及び当面の課題

○ 制度の施行状況等を踏まえ、以下の改善策を実施。

1. 70～74歳の方の患者負担の見直し(1割→2割への引き上げ)の凍結
2. 低所得者に対する保険料の軽減
所得が低い方について均等割の9割軽減・8.5割軽減及び所得割の5割軽減措置を実施
3. 被用者保険の被扶養者であった方の均等割9割軽減措置
4. 年金からの保険料の支払いに係る改善
平成21年度より口座振替と年金からの支払いとの選択制を実施

現行制度の問題点と利点について

現行制度の問題点は改めるとともに、利点は残す方向で、新たな制度を検討する必要がある。

後期高齢者医療制度の問題点

項目	概要
独立制度による本質的な問題	<ul style="list-style-type: none"> ○ 75歳以上の高齢者のみを区分し、保険証も別になり、差別的。 ○ 高齢者医療費の増加に比例して、高齢者の保険料が増加する仕組み。
保険料負担	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者であった方については、被用者保険における事業主負担が無くなったこと等により、多くの方の保険料負担が増加。 ○ 被用者保険の被扶養者であった方については、新たに保険料負担が発生。
保険料徴収	<ul style="list-style-type: none"> ○ 個人単位で保険料を徴収することとなったため、扶養されている配偶者も納付する必要が生じ、年金からの天引きも実施。(世帯当たりの税負担が増加する場合があります。)
高額療養費	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国保世帯内の高齢者が、後期高齢者医療制度に移行し、世帯内で別になったことにより、それぞれの医療保険制度において、高額療養費の自己限度額が適用されることとなり、世帯当たりの自己負担が増加。
健康診査	<ul style="list-style-type: none"> ○ 従前は、市町村の実施義務であったが、広域連合の努力義務となった中で、受診率が低下。
名称	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「後期高齢者」という名称は、高齢者の心情に配慮していない。

※ 以上のほか、①制度開始までの政省令整備及びシステムリリースの遅れによる広域連合及び市町村の業務への支障、②システムの不具合による広域連合及び市町村の実務への支障が生じたところ。

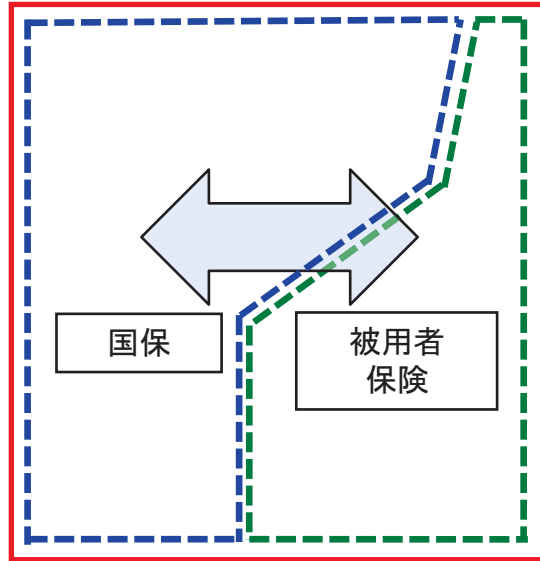
後期高齢者医療制度の利点

項目	概要
都道府県単位の財政運営・財政運営責任の明確化	<p>(老人保健制度の問題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者医療費の増大により、市町村単位での財政運営は困難。 ○ 保険料の納める所とそれを使う所が異なり、財政・運営責任が明確でない。 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(後期高齢者医療制度での改善)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県単位の後期高齢者医療広域連合を運営主体としたことにより、財政運営が安定。 ○ 保険料を納める所とそれを使う所が一元化され、財政・運営責任が明確化。
高齢者と若人の負担割合の明確化	<p>(老人保健制度の問題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者と若人の負担割合が明確でない。 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(後期高齢者医療制度での改善)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者の医療給付費について、公費(5割)・若人(4割)・高齢者(1割)の負担割合を明確化。
高齢者間の保険料負担の公平性	<p>(老人保健制度の問題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ それぞれの医療保険(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。 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>(後期高齢者医療制度での改善)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料となる。

新たな制度のあり方に関する各委員の意見の概要等

1: 年齢構成・所得構成でリスク構造調整を行った上で、都道府県単位で一本化する案【池上委員】

- 医療保険全体で、各保険者の保険加入者の年齢構成(5歳階級毎の一人当たり医療費の差)・所得構成の相違による保険料負担の格差を調整する財政調整を、制度ごとに導入。
- 財政調整を進めつつ、医療保険の統合を以下のとおり段階的に行う。
 - ① 後期高齢者医療制度に代わる「地域医療保険」を創設(広域連合が運営)。ただし、現役で働く高齢者とその家族は被用者保険に継続加入。
市町村国保は都道府県内で賦課方式を統一し、一般会計からの繰入れを廃止した上で、財政調整を進める。
健保組合・共済は、それぞれ全国単位で財政調整を進め、都道府県単位で支部を設置。
 - ② 「地域医療保険」と「協会けんぽ」を統合。
市町村国保を都道府県単位で統合。
健保組合・共済を都道府県単位で統合・再編。
 - ③ 全ての保険者を都道府県単位で一本化



(主なメリット)

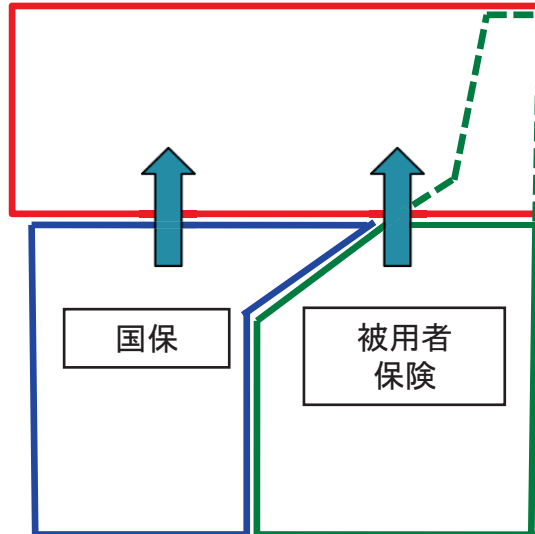
- 年齢による区分がない。
- 運営責任が明確。
- 高齢者であっても、サラリーマン及びその被扶養者は、被用者保険に加入するという合理的な仕組みとなる(第一段階)。

(主な論点)

- 被用者保険を都道府県単位に分割・統合すること等について、企業や同種同業の連帯を基礎とした健保組合等をどのように位置づけるか。
- 「地域医療保険」と被用者保険である協会けんぽを統合することについて、どのように考えるか。
- 自営業者とサラリーマンでは所得捕捉の状況が異なる中で、国保と被用者保険では保険料の算定方法が異なっているが、これをどのように統合するのか。

2: 一定年齢以上の「別建て」保険方式を基本とする案【対馬委員(健保連)】

- 65歳以上の高齢者を対象に前期・後期の区別のない一つの制度とする。
- 費用負担や運営責任を明確化するために、「別建て」の制度とした上で、高齢者の医療費を若年者が支える仕組みとする。
- 現役で働く高齢者とその家族については、若年者の各制度への継続加入を検討。
- 運営主体については、都道府県単位を念頭に、行政から独立した公法人が保険者を担う。



【65歳以上の高齢者を一つの制度とした場合】

(主なメリット)

- 若年者と高齢者の負担ルールや運営責任が明確。
- 高齢者間において、所得に応じた公平な保険料負担。

(主な論点)

- 「年齢で区分するという問題を解消する制度とする」との関係について、どのように考えるか。

※「65歳」は、介護や年金等との関係から理解が得られやすいのではないか。

【現役で働く高齢者とその家族について、若年者の各制度へ継続加入させることとした場合】

(主なメリット)

- 高齢者であっても、サラリーマン及びその被扶養者は、被用者保険に加入するという合理的な仕組みとなる。

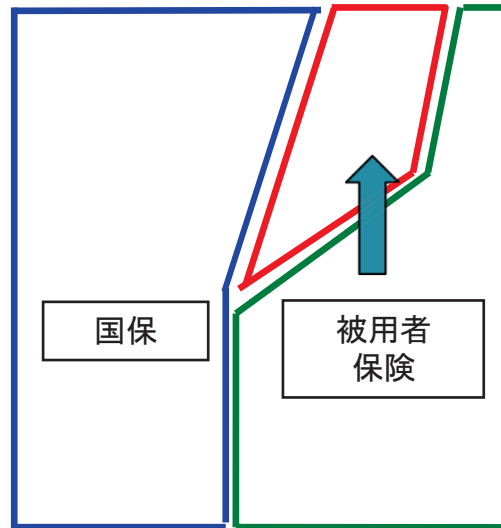
(主な論点)

- 「地域保険としての一元的運用」との関係について、どのように考えるか。
- 現在の制度では同じ都道府県内で高齢者の保険料の公平が図られていることについて、どのように考えるか。

新たな制度のあり方に関する各委員の意見の概要等

3: 突き抜け方式とする案【小島委員(連合)】

- 被用者保険の退職者は、国民健康保険に加入するのではなく、被用者保険グループが共同で運営する新たな制度(「退職者健康保険制度」(仮称))に引き続き加入。
- 対象者は、被保険者期間が通算して一定期間(例えば25年)を超える退職者とその扶養家族とする。
- 運営主体は、全被用者保険の代表者及び労使代表者で構成する管理運営機関とする。
- 市町村国保と高齢者医療は都道府県単位に広域化し、国保連合会、後期高齢者医療広域連合と一体的な運用を図る。
- 現役で働く高齢者とその家族については、若年者の各制度に継続加入。



(主なメリット)

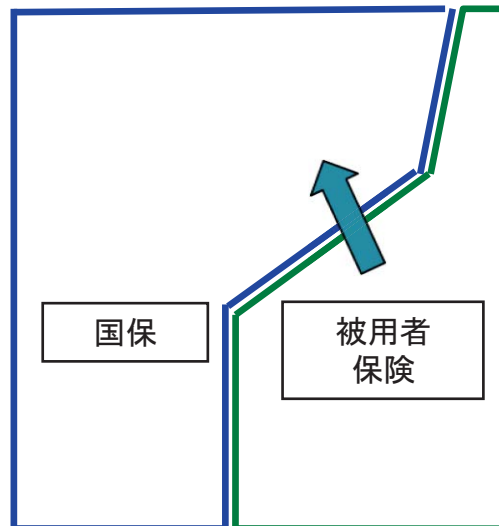
- 年齢による区分がない。
- 運営責任が明確。
- 被用者グループ内での助け合いとすることで、若年被用者の納得を得られやすい。(若年者と高齢者の負担ルールが明確)

(主な論点)

- 高齢者が職域保険と地域保険に加入することとなるが、「地域保険としての一元的運用」との関係について、どのように考えるか。
- 現在の制度では同じ都道府県内で高齢者の保険料の公平が図られていることについて、どのように考えるか。
- 従来より指摘されている以下の課題について、どのように考えるか。
 - ・ 市町村国保が負担増となる点
 - ・ 就業構造が流動化している中、高齢期においても被用者・非被用者を区分する点

4: 高齢者医療と市町村国保の一体的運営を図る案【宮武委員】

- 都道府県単位の国民健康保険を創設し、定年退職者等を迎える。現役で働く高齢者とその家族については、若年者の各制度に継続加入。
- 市町村国保の運営を都道府県単位に広域化し、都道府県が市町村との役割分担の下に、高齢者を含めて一体的に運営する仕組み。
- 若人の国保の保険料についても、都道府県単位でできるだけ統一(地域ブロック別の賦課方式等を含む)。



(主なメリット)

- 年齢による区分がない。
- 運営責任が明確。
- 財政運営の安定化を図ることができる。
- 高齢者間において、所得に応じた公平な保険料負担。
- 高齢者であっても、サラリーマン及びその被扶養者は、被用者保険に加入するという合理的な仕組みとなる。

(主な論点)

- 高齢者医療と市町村国保の一体的運用のあり方について、保険料の設定など具体的にどのように考えるか。
- 現在の後期高齢者医療制度、前期高齢者に係る財政調整、市町村国保については、それぞれ財源や仕組みが異なる中で、どのような財政運営の仕組みを設けることが適切か。

4案における新たな制度への移行方策について

	平成25年4月時点の制度の概要	将来的な各保険制度の概要
<p>年齢構成・所得構成でリスク構造調整を行った上で、都道府県単位に一本化する案 【池上委員】</p>	<p><後期高齢者医療制度の対象者の加入制度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新たに創設される「地域医療保険」に加入 ・ ただし、現役サラリーマン及びその被扶養者は被用者保険に加入し、75歳以上の方（現役サラリーマンを除く）に扶養される75歳未満の方は「地域医療保険」に加入 <p><当該制度の運営主体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 組織を強化した広域連合 <p><国保・健保組合・共済></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村国保は、都道府県内での賦課方式の統一、一般会計からの繰入れの廃止を行い、財政調整を進める ・ 健保組合・共済は、それぞれ全国単位で財政調整し、都道府県単位で支部を設置 	<p>【国保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保険料の賦課方式の統一、一般会計からの繰入れの廃止を行った上で、市町村国保間のリスク構造調整を開始 <p>【協会けんぽ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「地域医療保険」と統合 <p>【健保組合・共済】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県単位化された保険者から順に「地域医療保険」とのリスク構造調整を開始 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>全ての保険者が都道府県単位で「地域医療保険」に統合一本化。この間に税・社会保障の番号制度の導入より所得捕捉・保険料賦課方式の統一、被扶養者に係る保険料負担の公平化等の課題に対処</p>
<p>一定年齢以上の「別建て」保険方式を基本とする案 【対馬委員】 (健保連)</p>	<p><後期高齢者医療制度の対象者の加入制度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 65歳以上の高齢者を対象とする別建ての新たな制度に加入 ・ ただし、被用者保険の被保険者及び被扶養者は、被用者保険に加入するかどうか検討 <p><当該制度の運営主体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県単位の行政から独立した公法人（保険者）が運営 	<p>【国保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 広域化等により財政安定化 <p>【協会けんぽ・健保組合・共済】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行制度と同様
<p>突き抜け方式とする案 【小島委員】 (連合)</p>	<p><後期高齢者医療制度の対象者の加入制度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 被用者保険OBは、新たな制度（退職者健康保険制度）に加入（新制度発足後の対象者から順次加入することも検討。） ・ 被用者保険の被保険者及び被扶養者は被用者保険に加入 ・ 上記以外の方は、国保に加入することとし、国保の広域化を推進 <p><当該制度の運営主体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退職者健康保険制度は、各被用者保険が協会けんぽに運営を委託 	<p>【国保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県単位の公法人が運営（平成25年4月実施も視野） <p>【協会けんぽ・健保組合・共済】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行制度と同様 <p>【退職者健康保険制度】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 被用者保険の代表による管理運営機関を設置し、実務を協会けんぽに委託
<p>高齢者医療と市町村国保の一体的運営を図る案 【宮武委員】</p>	<p><後期高齢者医療制度の対象者の加入制度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国保に加入 ・ 被用者保険の被保険者及び被扶養者は、被用者保険に継続して加入 <p><当該制度の運営主体></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 65歳以上の国保の財政運営は都道府県 ・ 65歳未満の国保についても、都道府県及び市町村の判断により、上記と併せて都道府県による財政運営を可能とする 	<p>【国保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 65歳未満の国保についても、すべての都道府県において、都道府県が運営 <p>【協会けんぽ・健保組合・共済】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行制度と同様

被用者保険の被保険者本人及び被扶養者の取扱いについて

- 自営業者や退職者など地域で生活している高齢者は、国保に加入。
- 一方、サラリーマンである高齢者の方や被扶養者(65歳以上)については、被用者保険に加入いただくこととするのか、国保に加入いただくこととするのか、以下の点を考慮し、検討する必要がある。

案	メリット	課題
<p>＜A案＞ 被保険者 及び被扶養者 ↓ 国保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ すべての高齢者が同じルールで保険料を負担することとなり、高齢者間の負担の公平が図られる。 ○ 介護保険と同様、全ての高齢者について、市町村が対応することとなるため、市町村において総合的・一元的に高齢者に対する相談等に対応することが可能となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者であった方は、事業主負担がなくなること等により、多くの場合、負担が増加する可能性がある。 → 保険料軽減措置の検討が必要 ○ 被扶養者であった方は、これまで保険料負担がなかったため、すべての方の負担が増加する。 → 保険料軽減措置の検討が必要 ○ 被用者保険の被保険者であった方は、従前受けていた付加給付や傷病手当金が受けられなくなり、負担が増加する。 → 被用者保険から傷病手当金を受けられる仕組みの検討が必要 ○ 高額療養費制度は医療保険ごとに自己負担限度額が設けられていることから、国保と被用者保険に分かれる世帯において、負担が増加する可能性がある。 → 負担を軽減する仕組みの検討が必要
<p>＜B案＞ 被保険者 及び被扶養者 ↓ 被用者保険</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者は、職域内の若人と同じルールで保険料を負担することとなり、職域内での負担の公平が図られる。 ○ 被用者保険の被保険者は、引き続き傷病手当金や付加給付等を受けられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者は、他の高齢者と保険料負担のルールが異なり、事業主負担もあることから、高齢者間の負担の公平が図られない。 ○ 被扶養者は保険料負担がないことから、高齢者間の負担の公平が図られない。 ○ 被用者保険者（特に協会けんぽ）の負担増が生じる。 → 協会けんぽ等の負担を軽減する仕組みの検討が必要
<p>＜C案＞ 被保険者 ↓ 被用者保険 被扶養者 ↓ 国保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者は、職域内の若人と同じルールで保険料を負担することとなり、職域内での負担の公平が図られる。 ○ 被保険者は、引き続き付加給付や傷病手当金等を受けられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の被保険者は、他の高齢者と保険料負担のルールが異なり、事業主負担もあることから、高齢者間の負担の公平が図られない。 ○ 被扶養者であった方は、これまで保険料負担がなかったため、すべての方の負担が増加する。 → 保険料軽減措置の検討が必要 ○ 被扶養者であった方は、従前受けていた付加給付等を受けられなくなり、負担が増加する。 → 被用者保険から付加給付等を受けられる仕組みの検討が必要 ○ 高額療養費制度は医療保険ごとに自己負担限度額が設けられていることから、国保と被用者保険に分かれる世帯において、負担が増加する可能性がある。 → 負担を軽減する仕組みの検討が必要

被用者保険の被保険者とその被扶養者の人数と動きについて(1)

(平成22年度予算案ベースの粗い推計)

現行制度

	75歳以上	65～74歳	65歳未満	合計
被用者保険の被保険者	(後期 約30万人)	協会 約90万人 組合 約40万人 共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人	約4000万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	後期 約5万人	国保 約5万人	国保 約2万人	約10万人
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	後期 約5万人	協会 約20万人 組合 約15万人 共済等 約1万人	協会 約30万人 組合 約15万人 共済等 約2万人	約90万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	後期 約180万人	協会 約50万人 組合 約25万人 共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人	約3500万人
合計	約210万人	約260万人	約7100万人	約7600万人

A案: 被用者保険の被保険者及び被扶養者についても、市町村国保に加入する。

	75歳以上	65～74歳	65歳未満
被用者保険の被保険者	国保 約30万人	国保 約135万人 ・協会 約90万人 ・組合 約40万人 ・共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約5万人	国保 約2万人
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約35万人 ・協会 約20万人 ・組合 約15万人 ・共済等 約1万人	国保 約50万人 ・協会 約30万人 ・組合 約15万人 ・共済等 約2万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	国保 約180万人	国保 約85万人 ・協会 約50万人 ・組合 約25万人 ・共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人

被用者保険から市町村国保に移行する方 約300万人

被用者保険の被保険者とその被扶養者の人数と動きについて(2) (平成22年度予算案ベースの粗い推計)

B案：被用者保険の被保険者及び被扶養者についても、被用者保険に加入する。

	75歳以上	65～74歳	65歳未満
被用者保険の被保険者	協会 約25万人 組合 約3万人 共済等 1万人未満	協会 約90万人 組合 約40万人 共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	協会 約4万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満	協会 約4万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満	協会 約1万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	協会 約3万人 組合 約1万人 共済等 1万人未満	協会 約20万人 組合 約15万人 共済等 約1万人	協会 約30万人 組合 約15万人 共済等 約2万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	協会 約100万人 組合 約50万人 共済等 約30万人	協会 約50万人 組合 約25万人 共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人

後期高齢者医療制度から被用者保険に移行する方 約210万人（協会；約130万人、組合；約50万人、共済等；約30万人）
市町村国保から被用者保険に移行する方 約7万人

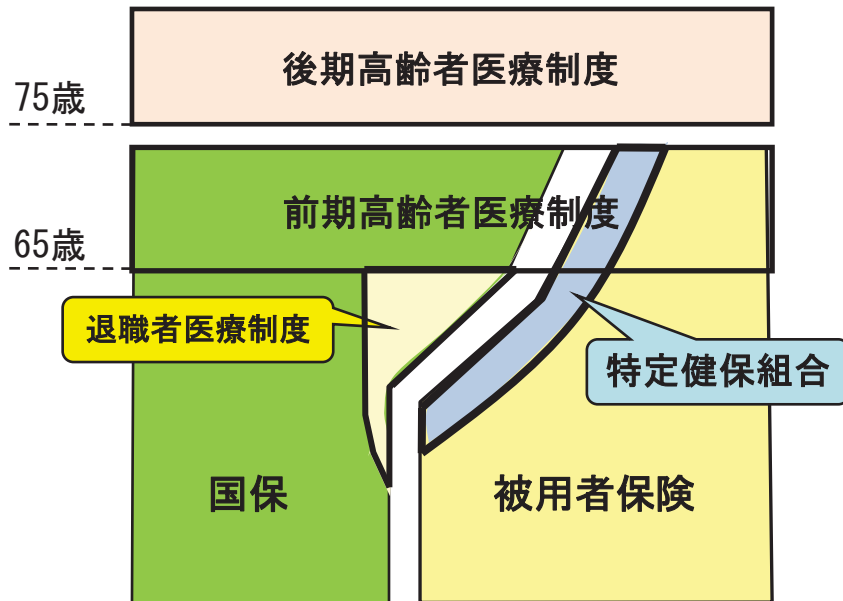
C案：被用者保険の被保険者については、被用者保険に加入し、被扶養者については、市町村国保に加入する。

	75歳以上	65～74歳	65歳未満
被用者保険の被保険者	協会 約25万人 組合 約3万人 共済等 1万人未満	協会 約90万人 組合 約40万人 共済等 約4万人	協会 約1900万人 組合 約1500万人 共済等 約430万人
被用者保険の被保険者であった方(75歳以上)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約5万人	協会 約1万人 組合 1万人未満 共済等 1万人未満
被用者保険の被保険者(65～74歳)に扶養されている方	国保 約5万人	国保 約35万人 ・協会 約20万人 ・組合 約15万人 ・共済等 約1万人	協会 約30万人 組合 約15万人 共済等 約2万人
被用者保険の被保険者(65歳未満)に扶養されている方	国保 約180万人	国保 約85万人 ・協会 約50万人 ・組合 約25万人 ・共済等 約10万人	協会 約1400万人 組合 約1400万人 共済等 約450万人

後期高齢者医療制度から被用者保険に移行する方 約30万人
被用者保険から市町村国保に移行する方 約120万人
市町村国保から被用者保険に移行する方 約2万人

特定健保組合制度について

- 健保組合のうち一定の要件を満たすものは、厚生労働大臣の認可を受けて、健保組合の被保険者であった退職者に対し、退職後も引き続き現役被保険者と同様の保険給付及び保健事業を行うことができる「特定健保組合」となることができる（根拠：健康保険法附則第3条）。
- 特定健保組合制度は、昭和59年に退職者医療制度が創設されたことに併せて創設された。



＜特定健保組合の給付費等の費用負担＞

- 退職者給付拠出金については、64歳までの退職者全体の給付費等に基づく拠出金相当額から、当該特定健保組合の64歳までの特例退職被保険者の給付費等を除いた額を退職者給付拠出金として負担する。
- 65歳～74歳の被保険者の給付費等の費用負担については、前期高齢者医療制度の中で財政調整される。
- 特例退職被保険者の保険料（※）は、全額自己負担。
※ ただし、保険料算定の基礎となる標準報酬月額は、当該組合の標準報酬月額の平均の2分の1の範囲内で組合が規約で定める。

＜主な特徴＞

- 健保組合にとって、現役時代に組合の財政運営に寄与した者に対し、退職後の保険給付の必要性が増える時期に還元することができる。
- 現役時代から退職後にかけて、自ら保険給付と保健事業を行うため、効果的な医療費適正化が期待できる。

＜平成22年4月現在＞

- ・ 特定健保組合数：64組合
- ・ 特定健保組合の被保険者（特例退職被保険者）とその被扶養者 約54万人（被保険者28万人、被扶養者26万人）

設立の要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健保組合の被保険者（特例退職被保険者）が将来にわたり相当数見込まれる。 ・ 特例退職被保険者及びその被扶養者に対する健康保険事業の実施が将来にわたり当該健保組合の事業運営に支障をおよぼさない ・ 保険給付及び保険料等の徴収を適切かつ確実に行うことができる 等
加入の要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該健保組合における被保険者期間が退職日まで20年以上、又は40歳以降10年以上ある ・ 老齢年金の受給資格がある

2. 国保の運営のあり方

高齢者の加入する医療保険の運営主体のあり方について

- これまでの会議において、多くの委員より、高齢者の加入する医療保険の運営主体は都道府県単位とすべきであるとの意見があったが、具体的にどのような運営主体とすることが適切か。

(1) 都道府県

※(1)・(2)・(4)については、保険料徴収、窓口相談等の業務は市町村が行うことを前提として整理。

メリット

- 住民の認知度が高い。
- 都道府県知事は住民から直接選ばれているため、責任が明確になる。
- 医療費適正化や医療サービスの提供等の政策と有機的な連携を図ることができる。
- 市町村に助言・勧告する権限があるため、市町村に対する調整機能を発揮することができる。
- 事務を実施する上で、組織内でのノウハウが承継しやすい。

デメリット

- 市町村に対し必要な指導及び助言を行ってきたが、直接、医療保険の事務を実施してきた実績がない。
- 保険料等の決定については都道府県が行い、市町村は関与しないこととなれば、市町村は、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が問われない状況になるとともに、保険料の収納対策のインセンティブが働かなくなるおそれがある。
- 保健事業については、基本的に市町村が事業を実施することとなるが、きめ細やかな事業展開を図るインセンティブが働かなくなるおそれがある。

(2) 広域連合(都道府県内のすべての市町村が加入)

メリット

- 市町村からの出向職員が中心となって事務処理を行うため、保険料決定や保険料徴収等について、広域連合と市町村の密接な連携が可能となる。
- 広域連合議会は、都道府県議会や市町村議会と異なり、高齢者医療に限定した詳細な審議を行うことができる。

デメリット

- 都道府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない。
- 広域連合長は住民から直接選ばれていないので、責任が明確でないとの指摘がある。
※地方自治法上は、直接公選とすることも可能。
- 市町村に対する調整機能が十分に働いていない。
- 保険料等の決定については広域連合が行い、市町村は関与しないこととなれば、市町村は、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が問われない状況になるとともに、保険料の収納対策のインセンティブが働かなくなるおそれがある。
- 保健事業については、基本的に市町村が事業を実施することとなるが、きめ細やかな事業展開を図るインセンティブが働かなくなるおそれがある。

(3)市町村

メリット

- 住民の認知度が高い。
- 市町村長は、住民から直接選ばれているため、責任が明確になる。
- 保険料等の決定について市町村が行うことから、議会や住民に対する保険料等の制度の説明責任が明確になる。
- 事務を実施する上で、組織内でのノウハウが承継しやすい。

デメリット

- 高齢化の進展に伴い、高齢者医療費は増大することが見込まれており、市町村単位で財政運営を行うことには限界がある。
- 医療保険制度においては、保険財政規模の広域化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進しているが、こうした取組に逆行する。
(市町村国保;保険財政共同安定化事業等の実施、協会けんぽ;国から都道府県単位の公法人による運営)
- 市町村間において保険料基準にバラつきが生じることとなる。
- 国保と同様に、市町村によっては、一般会計からの繰り入れを行うことによる財政負担が生じるおそれがある。

(4)国

メリット

- 住民の認知度が高い。
- 厚生労働大臣が直接の責任者となるため、責任が明確になる。
- 一律の保険料基準を設けることができれば、全国において、同じ所得であれば、同じ保険料となる。

デメリット

- 「中央集権から、地域主権へ」という基本的な流れに逆行する。
- 医療保険制度においては、保険財政規模の広域化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進しているが、こうした取組に逆行する。
(市町村国保;保険財政共同安定化事業等の実施、協会けんぽ;国から都道府県単位の公法人による運営)
- 地域ごとに医療費が異なる中で、国が一律の保険料基準を設けることが適当か。
※ 後期高齢者医療制度においては、被保険者一人当たりの平均保険料額について、最大約2倍の地域格差があり、全国一律の保険料基準とした場合、著しい保険料の増減が生じる。
- 地域における保健事業等の取組によって、地域の医療費を抑えて保険料率に反映させるといったインセンティブが働かなくなるおそれがある。

高齢者医療と市町村国保の運営のあり方について

- 新たな制度のあり方の検討に当たっての基本的な考え方(6原則)において、『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』としているところ。
- 平成22年度に国保制度の見直し(参考資料参照)の一環として、市町村国保の広域化を進めることとしている中で、今後、高齢者医療と市町村国保の一体的な運営を図っていくことについて、どのように考えるか。

<論点>

【わかりやすさ ・効率性】

- 同一地域に年齢で区分された2つの地域保険が併存している状況を解消することができる。

【財政運営】

- 高齢者医療と市町村国保を都道府県単位で運営することにより、財政運営の安定化を図ることができる。
- 現在の後期高齢者医療制度、前期高齢者に係る財政調整、市町村国保については、それぞれ財源や仕組みが異なる中で、どのような財政運営の仕組みを設けることが適切か。

【保険料負担】

- 世帯主がまとめて保険料を納付している市町村国保と一体的な運営を図ることにより、後期高齢者医療制度において個人単位で保険料を徴収したことにより生じた問題点を解消できる。
- 市町村国保では、保険料額にバラつきがある(同一都道府県内の市町村国保における被保険者一人当たりの平均保険料額の格差は、最大約3倍)中で、どのようにして保険料基準・額の統一を図るべきか。

【保険料徴収】

- 市町村国保では、収納率の向上が大きな課題となっている中で、財政運営は都道府県単位とした場合、どのようにして市町村が収納対策に責任を果たすことのできる仕組みを設けることが可能か。

【給付】

- 世帯員が年齢で区分されず、同じ制度に加入することにより、高額療養費において不利益を被る事例が解消できる。

【保健事業】

- 市町村国保では、保健事業の推進による医療費の適正化が大きな課題となっている中で、財政運営は都道府県単位とした場合、どのようにして市町村が保健事業に責任を果たすことのできる仕組みを設けることが可能か。

(参考)改正国保法による「広域化等支援方針」の策定について

- ① 改正法により、市町村国保の都道府県単位化を進めるための環境整備として、**新たに都道府県の判断により「広域化等支援方針」(※)の策定ができることに。**
- ② 都道府県は市町村の意見を聴いて策定することとなるが、**可能なものから早期に策定するよう要請。**
- ③ 現在新たな高齢者医療制度について検討されており、広域化等支援方針の内容についても、この影響を受けることが予想されるため、将来目指すべき方向性を掲げつつ、**当面、平成24年度までに取り組むべきものを中心に定めるよう要請。**

(※) 広域化等支援方針のイメージ

都道府県が、国保事業の運営の広域化又は国保財政の安定化を推進するため、市町村の意見を聴きつつ、国保の都道府県単位化に向けて策定する方針。
内容はおおむね以下に掲げる事項。

(1) 事業運営の広域化

- ・収納対策の共同実施
- ・医療費適正化策の共同実施
- ・広域的な保健事業の実施
- ・保険者事務の共通化 など

(2) 財政運営の広域化

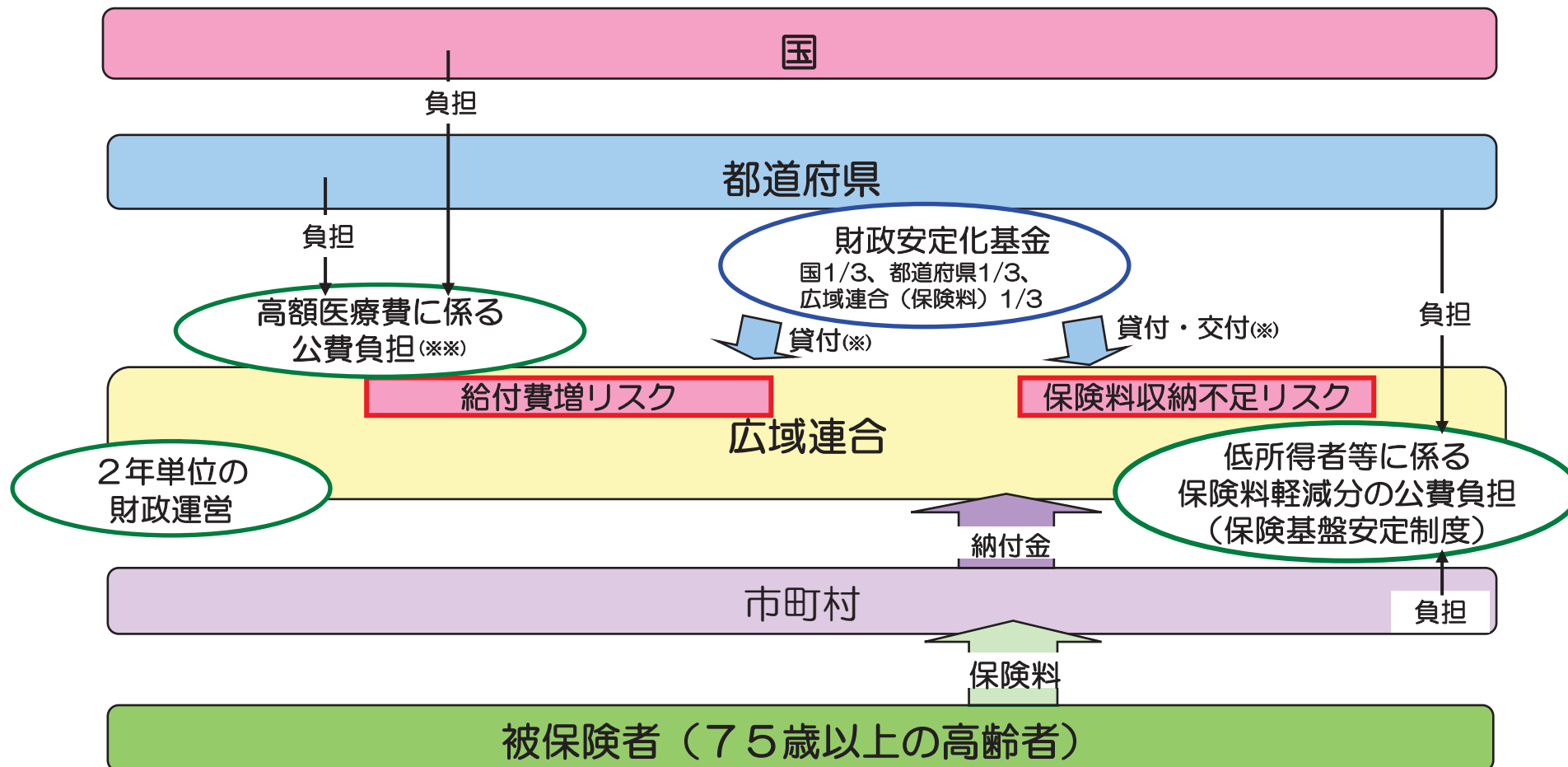
- ・保険財政共同安定化事業の拡充
- ・都道府県調整交付金の活用
- ・広域化等支援基金の活用など

(3) 都道府県内の標準設定

- ・保険者規模別の収納率目標
- ・赤字解消の目標年次
- ・標準的な保険料算定方式
- ・標準的な応益割合 など

後期高齢者医療制度における財政リスクの軽減の仕組み

運営については、保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行う。広域連合の財政リスクの軽減については、国・都道府県が共同して責任を果たす仕組み。



※ 給付の見込額以上の増加、保険料の収納不足による財源不足に対しては毎年度「貸付」を行い、保険料の収納不足により、2年間の財政運営期間を通して財源不足が見込まれる場合には、不足分の1/2を「交付」する。

- ※※ ①レセプト1件あたり80万円を超える医療費
80万円を超える額のうち、保険料で賄うべき部分の1/2を公費で負担(国1/4、都道府県1/4)
- ②レセプト1件あたり400万円を超える医療費(特別高額医療費)
200万円を超える額のうち、保険料で賄うべき部分から①の公費負担を除いた額について、各広域連合の拠出金(*)により交付金を交付。
- (*)平成21年度は、拠出金15.6億円について、国費により10億円の補助を実施

保険料収納率

都道府県別の保険料(税)収納率

	市町村国保				後期高齢者医療制度			
	平成19年度		平成20年度		平成20年度		平成20年度	
	%	順位	%	順位	全体 %	全体 順位	普通徴収のみ %	普通徴収のみ 順位
全国	90.49	-	88.35	-	98.75	-	96.95	-
北海道	90.34	37	88.32	37	98.90	26	97.06	26
青森県	89.97	39	88.22	38	98.84	31	96.44	37
岩手県	92.40	22	91.00	16	99.21	10	97.43	16
宮城県	89.10	42	86.75	42	98.63	41	96.05	46
秋田県	91.68	30	90.15	25	99.29	7	97.57	14
山形県	92.70	15	90.95	17	99.36	3	97.75	8
福島県	90.12	38	87.88	39	98.86	30	96.33	40
茨城県	89.32	41	87.32	40	98.82	33	96.61	32
栃木県	87.48	45	85.14	46	98.82	33	96.71	31
群馬県	90.89	34	88.47	36	99.19	11	97.69	10
埼玉県	88.55	44	86.34	43	98.63	41	97.39	18
千葉県	88.65	43	86.31	44	98.73	36	96.60	33
東京都	86.87	47	84.26	47	97.85	46	96.24	43
神奈川県	89.81	40	87.29	41	98.76	35	97.68	12
新潟県	94.01	4	92.22	4	99.35	4	97.98	5
富山県	95.07	2	93.76	2	99.08	16	97.15	24
石川県	92.69	16	91.12	14	99.28	9	98.10	3
福井県	93.09	12	91.14	13	98.90	26	96.80	29
山梨県	90.82	35	88.64	34	98.62	43	96.16	44
長野県	93.81	6	92.08	5	99.32	5	97.91	6
岐阜県	93.41	7	91.66	9	99.19	11	97.71	9
静岡県	91.44	32	89.30	32	98.71	37	96.56	35
愛知県	91.97	27	90.51	21	99.12	15	97.88	7
三重県	91.16	33	89.19	33	98.91	25	96.48	36
滋賀県	93.23	10	91.71	8	99.41	2	98.21	2
京都府	93.36	9	91.66	9	98.98	22	97.47	15
大阪府	87.42	46	85.49	45	98.40	45	96.27	42
兵庫県	91.85	28	89.94	28	98.87	29	96.92	28
奈良県	92.43	21	90.17	24	98.96	24	97.21	23
和歌山県	93.08	13	91.53	11	98.70	39	96.35	39
鳥取県	92.25	24	90.13	26	99.29	7	97.68	12
島根県	95.34	1	94.19	1	99.64	1	99.09	1
岡山県	90.75	36	88.52	35	99.02	19	97.29	20
広島県	91.83	29	89.57	30	99.18	13	97.69	10
山口県	93.15	11	90.77	20	98.99	21	96.77	30
徳島県	92.76	14	90.34	22	98.71	37	96.36	38
香川県	93.97	5	92.07	6	99.30	6	98.04	4
愛媛県	94.06	3	92.45	3	99.08	16	97.41	17
高知県	92.49	20	90.92	18	98.88	28	96.95	27
福岡県	92.13	25	90.11	27	98.61	44	96.33	40
佐賀県	93.38	8	91.84	7	99.07	18	97.25	22
長崎県	92.64	17	91.10	15	99.17	14	97.32	19
熊本県	91.56	31	89.80	29	98.83	32	96.60	33
大分県	92.10	26	89.40	31	98.97	23	97.08	25
宮崎県	92.54	19	90.80	19	98.70	39	96.11	45
鹿児島県	92.31	23	90.22	23	99.02	19	97.29	20
沖縄県	92.58	18	91.27	12	96.33	47	92.92	47

保険料(税)収納率別の保険者数(市町村)

年度	85%未満	85%以上 90%未満	90%以上 92%未満	92%以上 94%未満	94%以上 96%未満	96%以上 98%未満	98%以上 100%未満	100%	合計
18	36 2.0%	248 13.6%	259 14.2%	423 23.3%	479 26.3%	259 14.2%	93 5.1%	21 1.2%	1,818 100.0%
19	29 1.6%	260 14.4%	245 13.6%	427 23.7%	473 26.2%	265 14.7%	89 4.9%	16 0.9%	1,804 100.0%
20 (速報)	95 5.3%	396 22.1%	345 19.3%	408 22.8%	316 17.7%	155 8.7%	54 3.0%	19 1.1%	1,788 100.0%

※平成20年度の最低は沖縄県 渡名喜村の75.8%