

新たな制度に関する基本資料

厚生労働省保険局

平成22年12月20日

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。

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**

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

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。

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

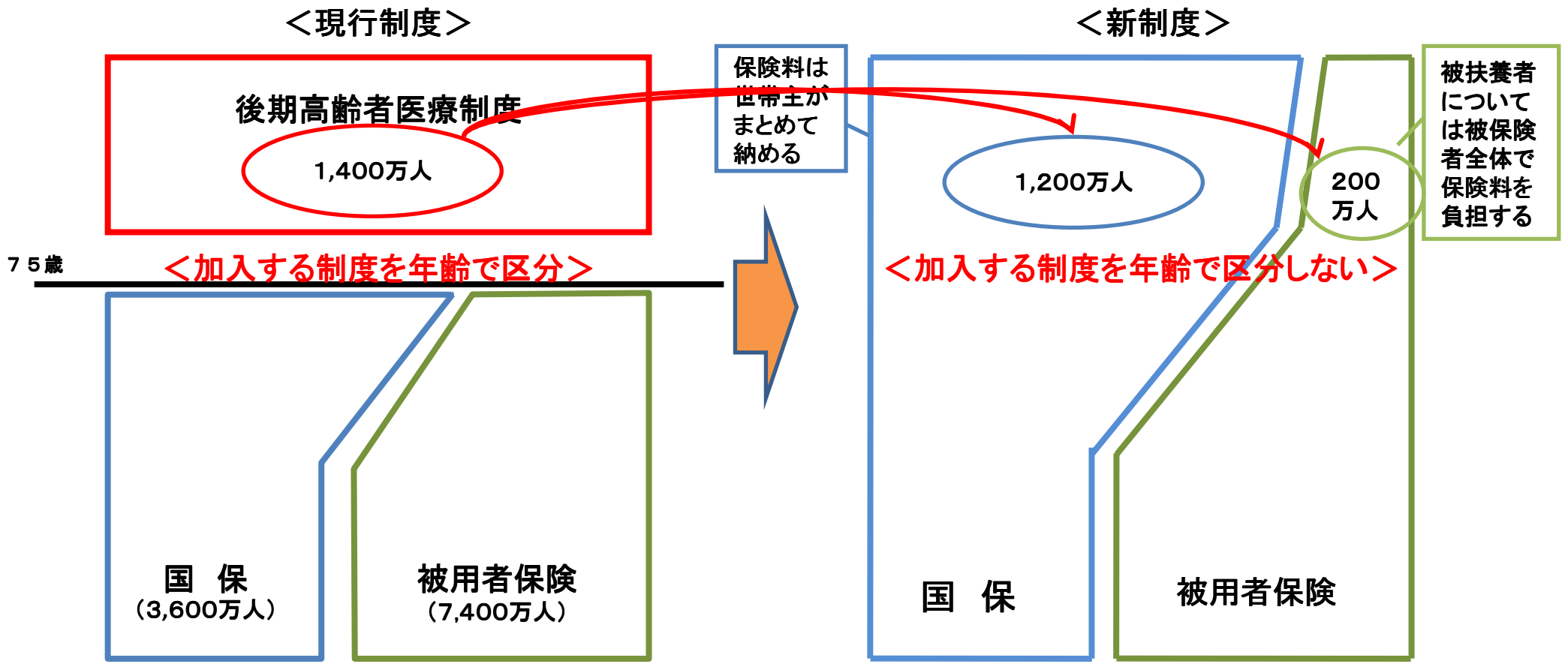
改善

- 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。

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

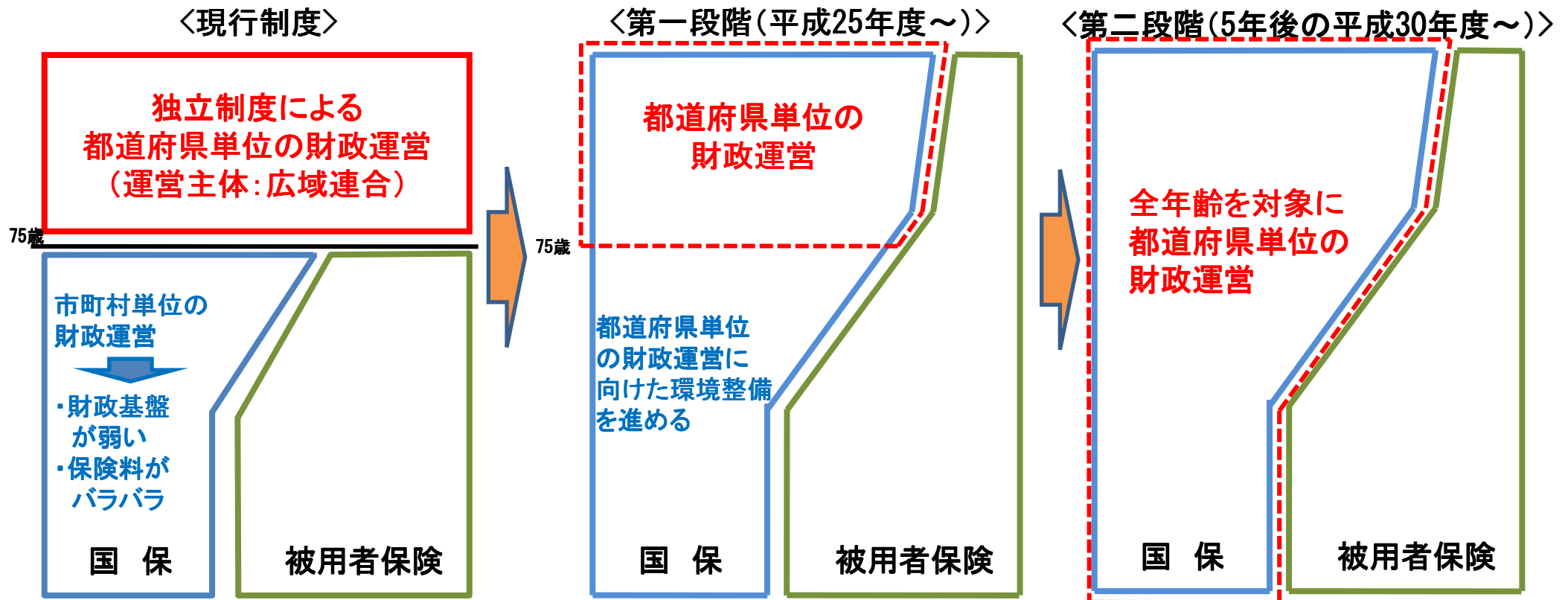
制度の基本的枠組み、加入関係

- 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

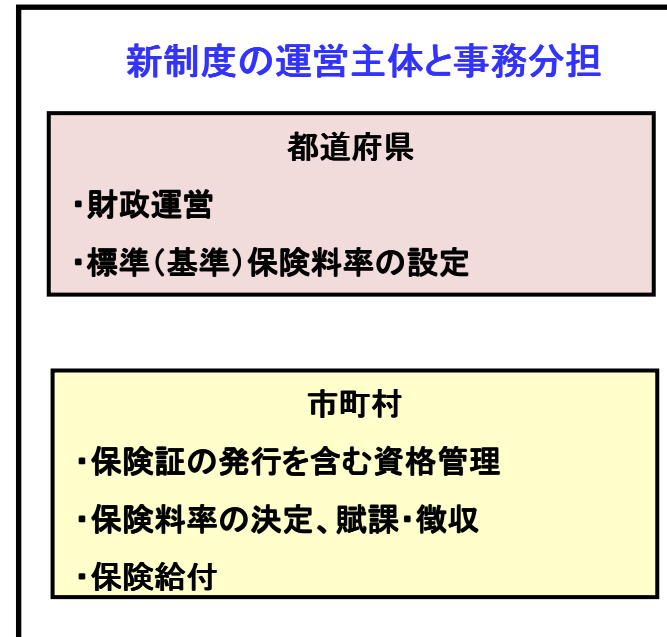
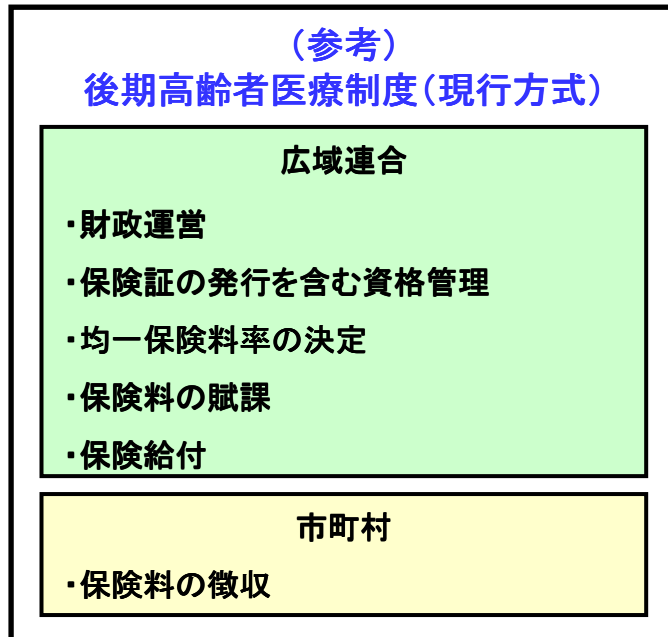
- 財政運営、標準(基準)保険料率の設定は、都道府県が行う。
- 世帯単位で保険料を徴収することから、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収は市町村が行う。
- 75歳以上の高齢者に係る保険証の発行を含む資格管理は市町村が行う。
- 75歳以上の給付事務については、「都道府県」が行うとすると、給付事務が複雑になり、被保険者から分かりにくく、事務処理に時間を要すること等から、市町村が行う。

※ 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。

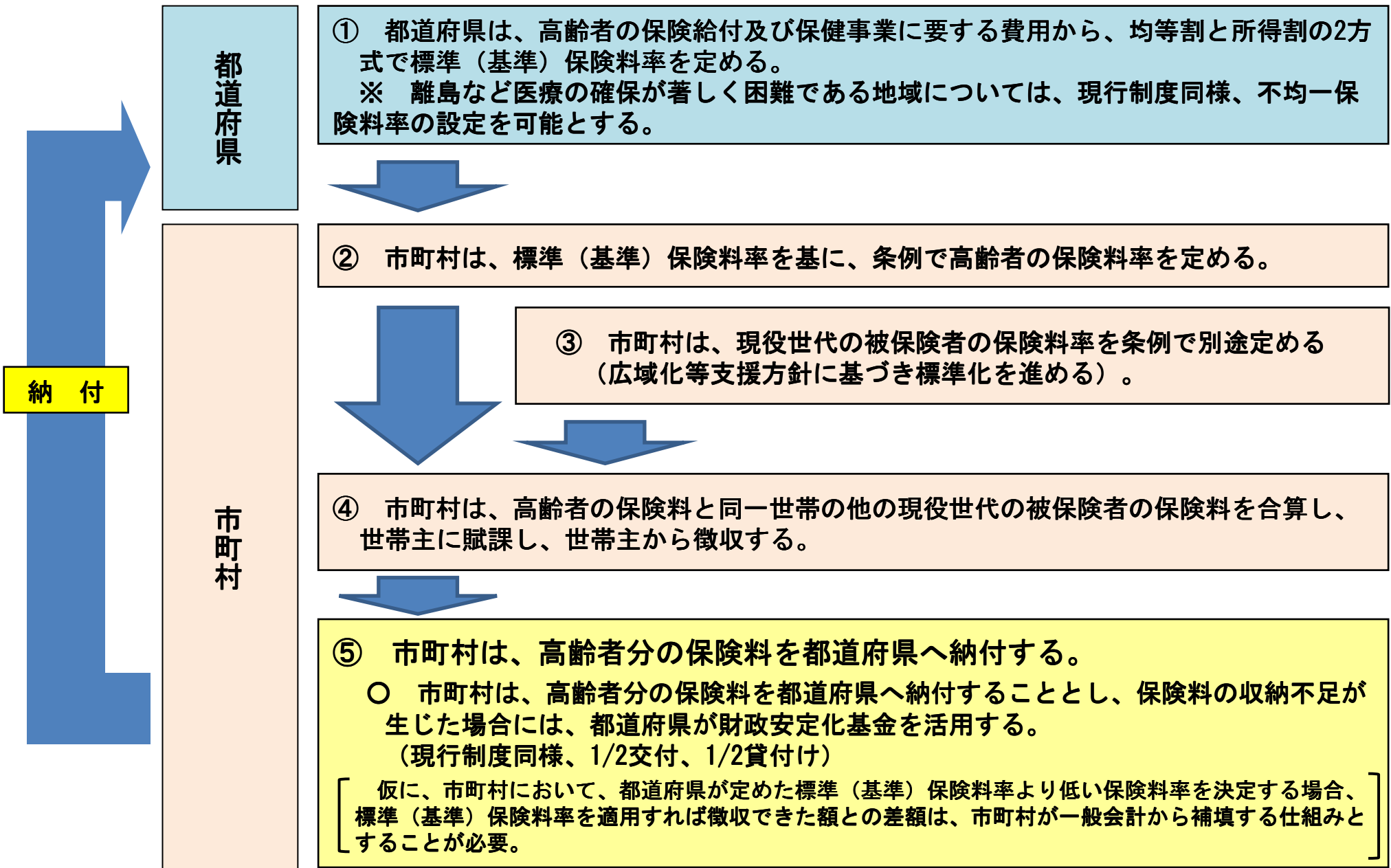
※ 高齢者分の給付事務は、都道府県(支給決定等)と市町村(窓口業務、照会対応等)の両者で対応することとなり、時間を要する。

※ 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。



保険料率の決定・賦課・徴収・納付の仕組み(第一段階)



※ 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	



- 国保の構造的問題の解決及び全年齢での都道府県単位化(第二段階)に向けて、費用負担のあり方や国保の運営の具体的なあり方等について、厚生労働省と地方の協議の場を設置し、具体的な検討を行う。
- 具体的には、平成25年度で暫定措置の期限を迎えることとなる財政基盤強化策の平成26年度以降のあり方、法定外一般会計繰入・繰上充用を解消する市町村の取組に対する支援のあり方、第二段階の都道府県単位化を図る際の保険料の設定、事務体制等の国保の運営のあり方について幅広く検討を行う。

(参考)

1. 国保財政基盤強化策(暫定措置)／平成22～25年度

(1) 高額医療費共同事業の継続

- 1人1か月80万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有(負担区分)市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4

(2) 保険財政共同安定化事業の見直し(都道府県の役割と権限の強化)

- 1人1か月30万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有
- 保険料平準化や国保財政の広域化等の観点から、都道府県が次の内容について「広域化等支援方針」で定めることができるようにする。
 - ・ 事業の対象となる医療費の範囲の拡大(30万円以下でも可)
 - ・ 市町村国保からの拠出金の拠出方法の基準

(3) 保険者支援制度の継続

- 低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援(負担区分)国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

2. 法定外一般会計繰入・繰上充用の状況

※ 平成20年度の市町村国保の単年度収入は12兆4,589億円。法定外一般会計繰入は3,670億円であるが、保険給付以外の支出である保健事業や直営診療施設等の繰入、東京都の財政調整分等を除いた額は2,592億円(単年度収入の2.1%)。さらに、2,592億円の内訳には地方単独事業の実施に伴うものが450億円含まれている。1,778保険者のうち1,223保険者において、法定外一般会計繰入を行っている。

※ 平成20年度の前年度繰上充用は1,714億円。1,778保険者のうち191保険者において、前年度繰上充用を行っている。

3. 第二段階に向けた検討事項

- 保険料の設定
- 費用負担のあり方
- 事務体制のあり方