

高齢者医療制度改革について

- 1 高齢者医療制度改革会議及び全国知事会 P T 等の経緯と今後の予定
- 2 厚生労働省案のポイントと問題点
- 3 高齢者医療制度改革についての考え方(案)

平成 22 年 1 1 月 2 2 日

全国知事会

1 高齢者医療制度改革会議及び全国知事会PT等の経緯と今後の予定

高齢者医療制度改革会議	全国知事会後期高齢者医療制度改革PT等
<p>○7月23日 第8回高齢者医療制度改革会議 ・中間とりまとめ(案)について</p> <p>○8月上旬 新たな高齢者医療制度に係る地方公聴会・意見交換会 8/2(福岡県)、8/4(宮城県)、8/7(厚労省：意見交換会)、8/10(大阪府)、</p> <p>○8月20日 第9回高齢者医療制度改革会議 ・中間とりまとめ</p> <p>○9月27日 第10回高齢者医療制度改革会議 ・国保の運営のあり方及び保険料等について</p> <p>○10月上旬 新たな高齢者医療制度に係る地方公聴会 10/1(愛知県)、10/2(広島県)、10/5(東京都)</p> <p>○10月25日 第11回高齢者医療制度改革会議 ・費用負担について ※財政影響試算及び将来推計</p> <p>○11月16日 第12回高齢者医療制度改革会議 ・運営主体等について</p>	<p>○6月29日 第5回後期高齢者医療制度改革PT ・PT中間取りまとめ</p> <p>○7月8日 高齢者医療に係る医療費等の将来推計に関する申入れ」提出</p> <p>○7月15～16日 全国知事会議 ・PT中間取りまとめ報告</p> <p>○8月11日 神田委員から改革会議の中間取りまとめ(案)に対する意見書を提出</p> <p>○9月17日 第6回後期高齢者医療制度改革PT拡大WG ・厚生労働省と意見交換、今後の対応等について</p> <p>○10月15日 第7回後期高齢者医療制度改革PT拡大WG開催 ・厚生労働省と意見交換、PTに向けた検討等について</p> <p>○11月11日 第6回後期高齢者医療制度改革PT ・高齢者医療制度改革に係る今後の対応等について</p>
<p>○12月8日 第13回高齢者医療制度改革会議 ・最終とりまとめ(案)?</p> <p>○12月20日 第14回高齢者医療制度改革会議 ・最終とりまとめ?</p> <p>○平成23年2～3月 法案提出予定</p>	<p>○11月22日 全国知事会議・政府主催全国都道府県知事会議</p> <p>○12月8日～20日 第7回後期高齢者医療制度改革PT <改革会議の最終とりまとめ(案)に対し、必要に応じて厚生労働省へ意見提出></p> <p>○12月下旬 全国知事会議?</p>

2 厚生労働省案のポイントと問題点

(1) 運営主体

厚生労働省が提案する「共同運営方式」

都道府県単位の運営主体の役割

標準（基準）保険料率の算定・会計の処理等の事務

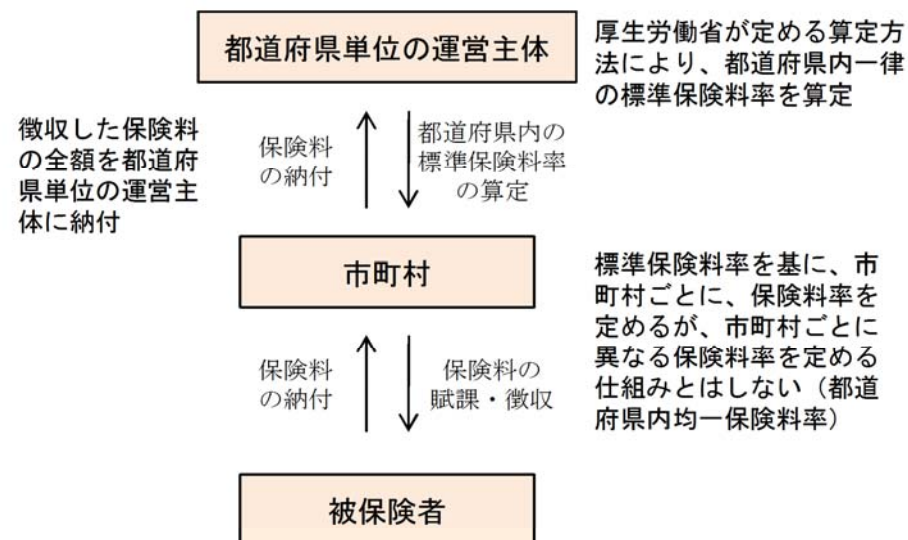
国が定める算定方法により都道府県内一律の標準（基準）保険料率を設定

市町村の役割

保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業等の事務

「都道府県単位の運営主体」が定める標準（基準）保険料率を基に保険料を設定

※ 「給付事務」については検討中



<ポイントと問題点>

- 年齢区分、財政スキーム等の点で現行と大きく変わることがなく、現行制度の修正で対応が可能である。また、短期間での新制度への移行は、システム構築や制度の周知等にかかるコスト、国民の理解を考えれば大きなリスクが懸念される。
- 市町村は被保険者から収納した保険料を都道府県単位の運営主体に納付するだけの仕組みとなっており、市町村が責任を持って収納率を高める仕組みとなっていない。

(2) 公費負担

ア 新制度への移行に伴う公費負担への影響

(ア) 財政負担の将来見通し (高齢者医療制度改革会議資料から抜粋)

(兆円)

	2010年度 (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)	年平均伸び(2010→2025)	
						増減	伸び率
医療保険給付費	29.4	31.8	33.4	37.5	41.8	0.8	2.4%
保険料負担	18.2	19.4	20.1	21.8	23.6	0.4	1.7%
公費負担	11.2	12.4	13.3	15.7	18.2	0.5	3.3%
国	8.2	9.0	9.6	11.2	12.9	0.3	3.1%
都道府県	1.9	2.1	2.2	2.7	3.2	0.1	3.6%
市町村	1.2	1.4	1.5	1.8	2.1	0.1	4.2%

※ 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。

都道府県 2010年度 1.9 兆円 ⇒ 2025年度 3.2 兆円 1.3兆円の増加(1.68倍)

年平均伸び率 国 (3.1%) < 都道府県 (3.6%) < 市町村 (4.2%)
(2010⇒2025)

<ポイントと問題点>

- 国よりも地方における財政負担の伸び率が大きくなっている。

(イ) 国・都道府県・市町村への影響額 (高齢者医療制度改革会議資料から抜粋) (億円)

	国	都道府県	市町村	計
2013年度	0	200	500	700
2015年度	▲ 200	100	600	500
2020年度	▲ 600	100	700	200
2025年度	▲ 500	200	900	600

(参考) 2013年度の影響額の内訳

(億円)

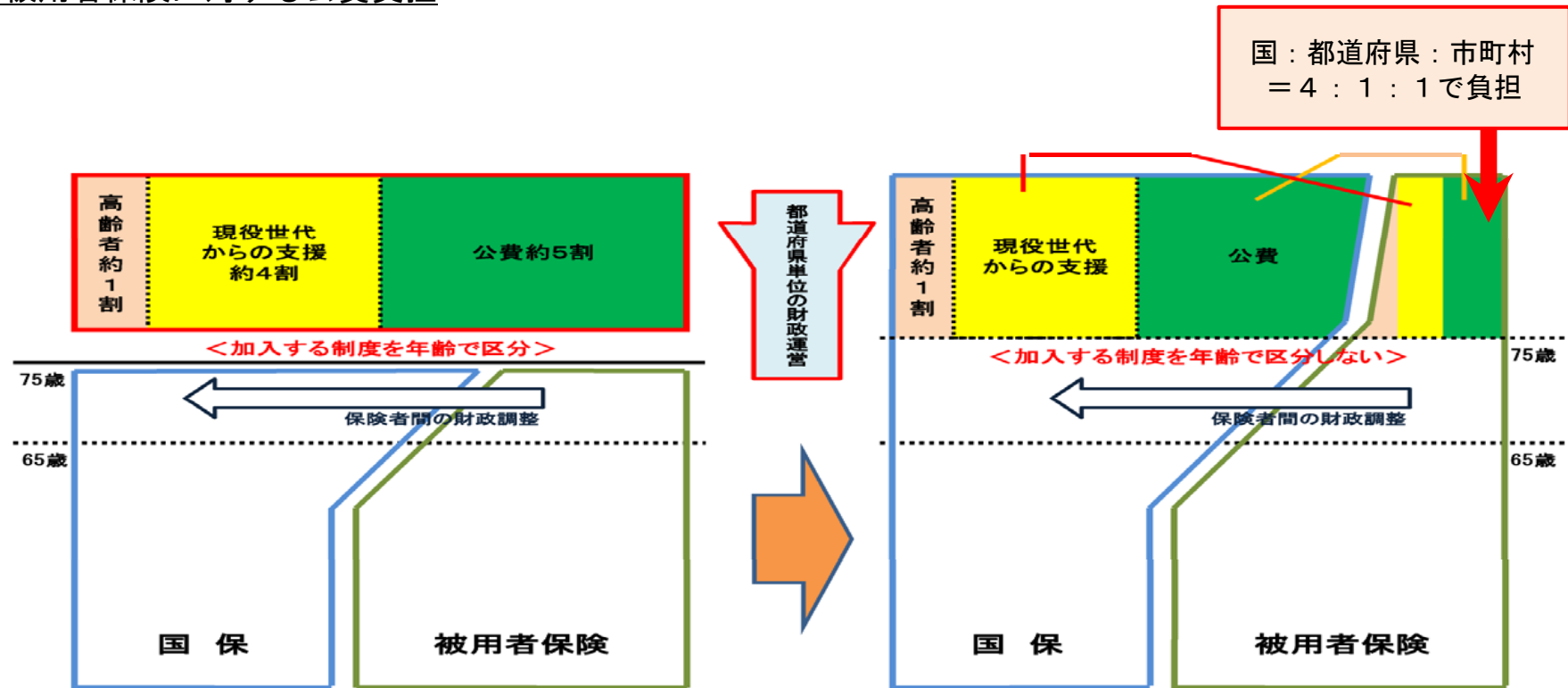
	国	都道府県	市町村
現役並み所得を有する高齢者への5割公費負担	2,200	600	600
被用者保険間の総報酬割の導入による協会けんぽへの国庫負担がなくなる	▲ 2,100		
75歳以上の高齢者も若人と同じ制度に移行するため保険基盤安定制度等への負担がなくなる (※)	▲ 100	▲ 400	▲ 100
	0	200	500

※ 保険基盤安定制度 (低所得者への軽減措置) (都道府県 3 / 4、市町村 1 / 4 を負担)
 高額医療費に対する支援 (国 1 / 4、都道府県 1 / 4 を負担)

<ポイントと問題点>

- 国への負担影響額は減少するのに対し、地方への負担影響額は増加する。

イ 被用者保険に対する公費負担



<ポイントと問題点>

- 被用者保険に移行する高齢者に対し、国：都道府県：市町村＝4：1：1で公費負担するという考えのもと、地方負担相当額を国が代わりに負担し、その分を地方が国保において負担することとなっている。
(都道府県分＝2013年度：1,700億円、2025年度：1,900億円)
- 実質的には、地方が何ら権限の及ばない被用者保険に費用負担することとなり、国保に対する国と地方の費用負担割合が崩れることになる。

ウ 財政安定化基金

「給付の増加」、「保険料の収納不足」に対するリスクに加え、高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びよりも大きく乖離することとならないよう、高齢者の保険料の伸びを抑制できる仕組みを設けることとする。

負担割合は、現行の後期高齢者医療制度や介護保険制度の財政安定化基金同様、国：都道府県：保険料＝1：1：1とする。

給付の増加リスク	「都道府県単位の運営主体」に貸付 ⇒ 次期保険料により返還
保険料の収納不足リスク	「都道府県単位の運営主体」に1／2交付、1／2貸付 ⇒ 現行制度と同様の仕組み 貸付分について、次期保険料により返還
保険料の上昇抑制リスク	「都道府県単位の運営主体」に交付 ※ 都道府県は、当該都道府県内の市町村国保の1人当たり保険料の伸びに配慮しながら、高齢者1人当たり標準(基準)保険料の伸びを抑制するために基金を活用できるようにする。

〈ポイントと問題点〉

- 収納不足に対しては、都道府県単位の運営主体が基金で対応（1／2交付、1／2貸付）することとなっており、市町村にはリスクが及ばず、収納へのインセンティブが働かない。
- 政策的に保険料の上昇を抑える場合にも基金で対応できることとなっており、医療給付費に対する公費負担割合（国：都道府県：市町村＝4：1：1）と齟齬が生じる。

(3) その他費用負担に係る変更点

ア 高齢者保険料負担率の見直し

「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を、これまでは折半していたが、高齢者と現役世代の保険料規模（1：15）に応じて分担する仕組みとし、高齢者と現役世代の保険料の伸びをほぼ均衡させる。

イ 支援金の総報酬割化

75歳以上の医療給付費に対する被用者保険者からの支援金は、現在、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割としていたが、すべて総報酬割とし、財政力の弱い保険者の負担が過重なものにならないようにする。

ウ 70～74歳の患者負担の段階的見直し

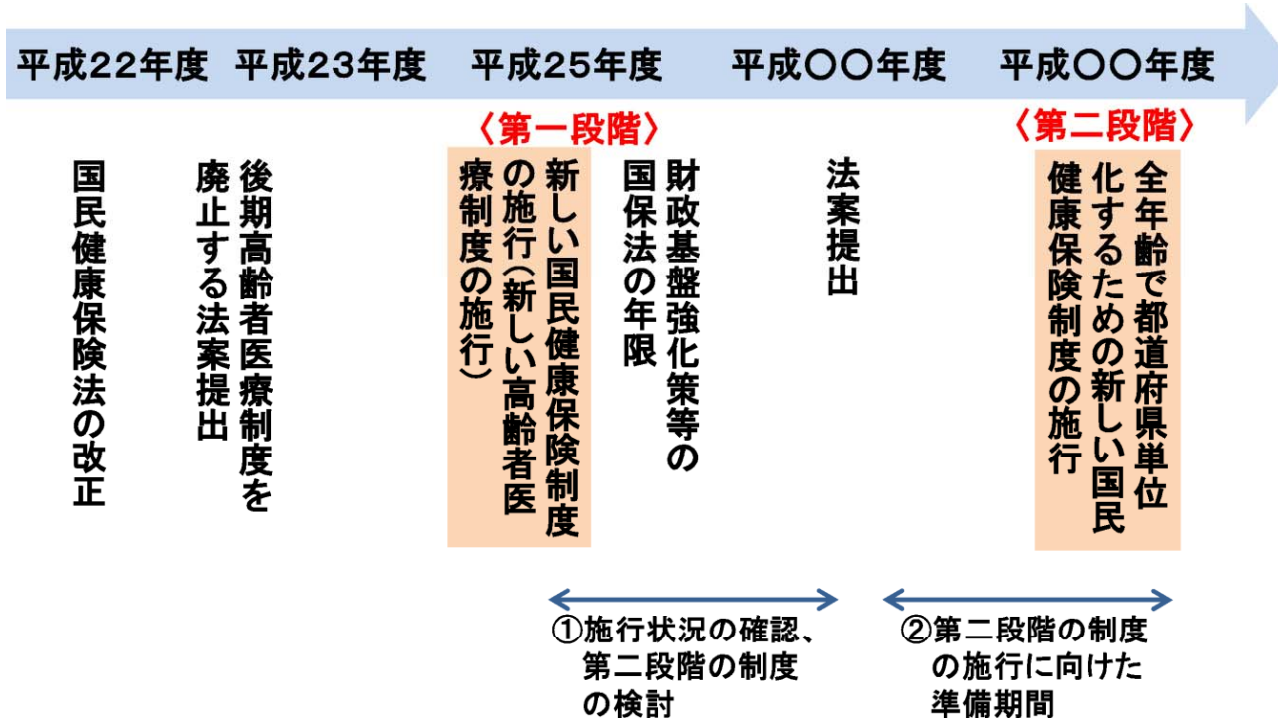
70～74歳の方の患者負担割合については、現在、2割負担と法定化されている中で、毎年度の予算措置により1割負担に凍結しているところを、既に70歳に達し1割負担となった方は引き続き1割負担とし、それ以外の方は70歳到達後、順次2割負担としていく。

〈ポイントと問題点〉

- 支援金の総報酬割化により、被用者保険者である共済組合からの支援金が大幅に増加する。
(影響額 2013年度：900億円 2025年度：1500億円)

(4) 全年齢を対象とする都道府県単位化の新しい国民健康保険制度

保険料の設定、財政運営のあり方、事務体制のあり方等は、第一段階の施行状況等を踏まえながら、改めて検討する。移行に当たっては具体的な年限を設定する必要があるのではないか。



〈ポイントと問題点〉

- 第二段階への移行時期について、「今回の法案に明記することが必要」となっている。
- 最終的な財政責任を負うことが想定される運営主体についても、現時点で決められる方向で議論が進められている。
- 全年齢を対象とする国保の都道府県単位化については、市町村国保の構造的な問題の抜本的な解決策を示すこと。

3 高齢者医療制度改革についての考え方(案)

1 厚生労働省案に対する疑問

- 現在示されている厚生労働省案は、75歳で年齢区分を設ける点、財政スキーム等の点で現行と大きく変わることがなく、現行制度の修正で対応が可能である。
- また、保険料負担について、被保険者間での不公平感が生じるといった課題があり、短期間での新制度への移行には、国民の理解はもとより、システム構築や制度の周知等にかかるコストも考えれば大きな障害が予想され、現行制度を廃止して新制度へ移行しなければならない積極的な理由がないと考える。

2 都道府県が高齢者医療制度の運営に主体的に関わっていくための条件

都道府県として、高齢者医療制度の運営に主体的に関わっていくためには、以下の条件が満たされなければならない。

- ① 厚生労働省案では、国よりも地方における財政負担の伸び率が大きくなっている。国は最終的な医療保険制度の責任者として、財政面でより一層その責任を果たすこと。
- ② 厚生労働省案では、市町村は被保険者から収納した保険料を都道府県単位の運営主体に納付するだけの仕組みとなっている。市町村が責任を持って収納率を高める仕組みとすること。
- ③ 全年齢を対象とする国保の都道府県単位化については、市町村がやむなく実施している一般会計からの3,700億円にも上る法定外繰入れをどうするかなどの市町村国保が抱える構造的な問題の抜本的な解決策を示すこと。
- ④ 今後の医療費の増大に対して、社会保障と税制を一体的に議論し、国・地方双方に安定的な財源を確保すること。
- ⑤ 制度の中に、国と地方の協議の場などで定期的に制度の見直しを議論していく仕組みを取り入れること。