

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7月23日

新制度の方向性

○ 後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、利点は残し、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 高齢者の保険料の増加 高齢者の医療費の増加に比例して高齢者の保険料が増加。
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 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。
V 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 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しないよう抑制する仕組みを導入。
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は負担なし。
IV 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。
V 国保・健保組合等に健康診査の実施義務。

改善

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メリットが生じる

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**

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。

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

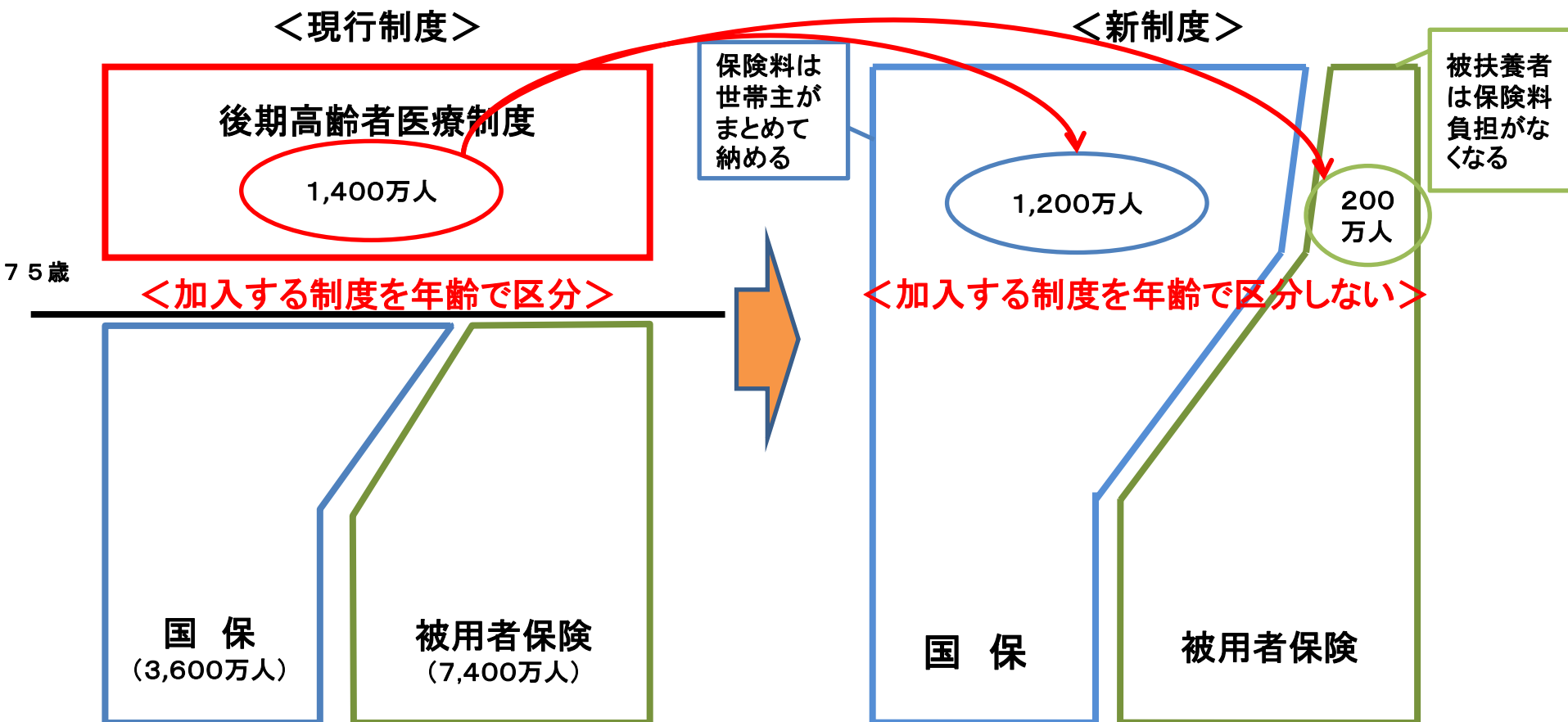
旧老人保健制度の問題点

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

制度の基本的枠組み

- 加入する制度を年齢で区分することなく、何歳になっても、サラリーマン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、年齢によって保険証が変わることはなくなり、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。(別紙)



新たな制度における高齢者のメリット

(別紙)

- 高齢者の方々も、現役世代と同じ国民健康保険や被用者保険に加入することにより、以下の例のようなメリットが生じる。

現行制度（後期高齢者医療制度）	新たな制度																	
<p>○ 保険料の納付義務は高齢者の個々人。 ⇒ 国保の世帯員であった高齢者や被用者保険の被扶養者であった高齢者にも納付義務が生じる。</p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 後期高齢者医療）：Aの保険料を納付 世帯員B（75歳 後期高齢者医療）：Bの保険料を納付 世帯主C（45歳 国保）：C・Dの保険料をまとめて納付 世帯員D（40歳 国保）：保険料の納付義務無し</p>	<p>○ 保険料の納付義務は世帯主。 ⇒ <u>世帯主以外の高齢者は保険料の納付義務が無くなる。</u></p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 国保）：保険料の納付義務無し 世帯員B（75歳 国保）：保険料の納付義務無し 世帯主C（45歳 国保）：A・B・C・Dの保険料をまとめて納付 世帯員D（40歳 国保）：保険料の納付義務無し</p>																	
<p>○ 保険料の軽減判定は、医療保険ごとに行う。 ⇒ 同じ世帯であっても軽減判定は別に行うため、保険料負担が増加する事例が生じる。</p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 後期高齢者医療 年金収入165万円）：2割軽減※ 世帯員B（75歳 後期高齢者医療 年金収入 80万円）：2割軽減※ 世帯主C（45歳 国保 給与収入120万円）：5割軽減 世帯員D（40歳 国保 給与収入 50万円）：5割軽減</p> <p>※ A及びBの軽減判定方法 A所得30万円+B所得0円+C所得55万円 >33万円+24.5万円×2人（5割軽減非該当） <33万円+35万円×2人（2割軽減該当）</p>	<p>○ 保険料の軽減判定は、世帯全体で行う。 ⇒ <u>同じ国保世帯として最終的な軽減判定が行われるため、保険料負担の増加が解消される。</u></p> <p>【具体例】</p> <p>世帯員A（80歳 国保 年金収入165万円）：5割軽減※ 世帯員B（75歳 国保 年金収入 80万円）：5割軽減※ 世帯主C（45歳 国保 給与収入120万円）：5割軽減 世帯員D（40歳 国保 給与収入 50万円）：5割軽減</p> <p>※ A及びBの軽減判定方法 A所得30万円+B所得0円+C所得55万円+D所得0円 <33万円+24.5万円×3人（5割軽減該当）</p>																	
<p>○ 高額療養費の自己負担限度額は、医療保険ごとに適用。 ⇒ 同じ世帯であっても加入する医療保険の自己負担限度額がそれぞれ適用される。</p> <p>【具体例】</p> <table border="1" data-bbox="19 1128 966 1385"> <thead> <tr> <th></th> <th>自己負担限度額</th> <th>世帯の負担額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>世帯員A（80歳 後期高齢者医療）</td> <td rowspan="2">A・Bで 24,600円 (低所得Ⅱ区分)</td> <td rowspan="4">60,000円</td> </tr> <tr> <td>世帯員B（75歳 後期高齢者医療）</td> </tr> <tr> <td>世帯主C（45歳 国保）</td> <td rowspan="2">C・Dで 35,400円 (低所得者区分)</td> </tr> <tr> <td>世帯員D（40歳 国保）</td> </tr> </tbody> </table>		自己負担限度額	世帯の負担額	世帯員A（80歳 後期高齢者医療）	A・Bで 24,600円 (低所得Ⅱ区分)	60,000円	世帯員B（75歳 後期高齢者医療）	世帯主C（45歳 国保）	C・Dで 35,400円 (低所得者区分)	世帯員D（40歳 国保）	<p>○ 高額療養費の自己負担限度額は、世帯全体で適用。 ⇒ <u>同じ国保世帯として自己負担限度額が一本化され、世帯の負担が軽減される。</u></p> <p>【具体例】</p> <table border="1" data-bbox="1004 1128 1874 1385"> <thead> <tr> <th></th> <th>自己負担限度額（＝世帯の負担額）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>世帯員A（80歳 国保）</td> <td rowspan="4">35,400円 (低所得者区分)</td> </tr> <tr> <td>世帯員B（75歳 国保）</td> </tr> <tr> <td>世帯主C（45歳 国保）</td> </tr> <tr> <td>世帯員D（40歳 国保）</td> </tr> </tbody> </table>		自己負担限度額（＝世帯の負担額）	世帯員A（80歳 国保）	35,400円 (低所得者区分)	世帯員B（75歳 国保）	世帯主C（45歳 国保）	世帯員D（40歳 国保）
	自己負担限度額	世帯の負担額																
世帯員A（80歳 後期高齢者医療）	A・Bで 24,600円 (低所得Ⅱ区分)	60,000円																
世帯員B（75歳 後期高齢者医療）																		
世帯主C（45歳 国保）	C・Dで 35,400円 (低所得者区分)																	
世帯員D（40歳 国保）																		
	自己負担限度額（＝世帯の負担額）																	
世帯員A（80歳 国保）	35,400円 (低所得者区分)																	
世帯員B（75歳 国保）																		
世帯主C（45歳 国保）																		
世帯員D（40歳 国保）																		

国保の広域化

- 市町村国保の中の、少なくとも75歳以上の高齢者医療については、都道府県単位の財政運営とすることが不可欠。
- 市町村国保の財政基盤を考えると、高齢者のみならず全年齢を対象に、国保の広域化を図ることが不可欠。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など、都道府県単位の財政運営に向けた環境整備を進めた上で、全年齢を対象に都道府県単位化を図る。

< 現行制度 >

独立制度による
都道府県単位の財政運営
(運営主体: 広域連合)

市町村単位
の財政運営

- ・財政基盤
が弱い
- ・保険料が
バラバラ

国保

被用者保険

< 新制度 >

都道府県単位の
財政運営

都道府県単位
の財政運営に
向けた環境整
備を進める

国保

被用者保険

全年齢を対象に
都道府県単位
の財政運営

国保

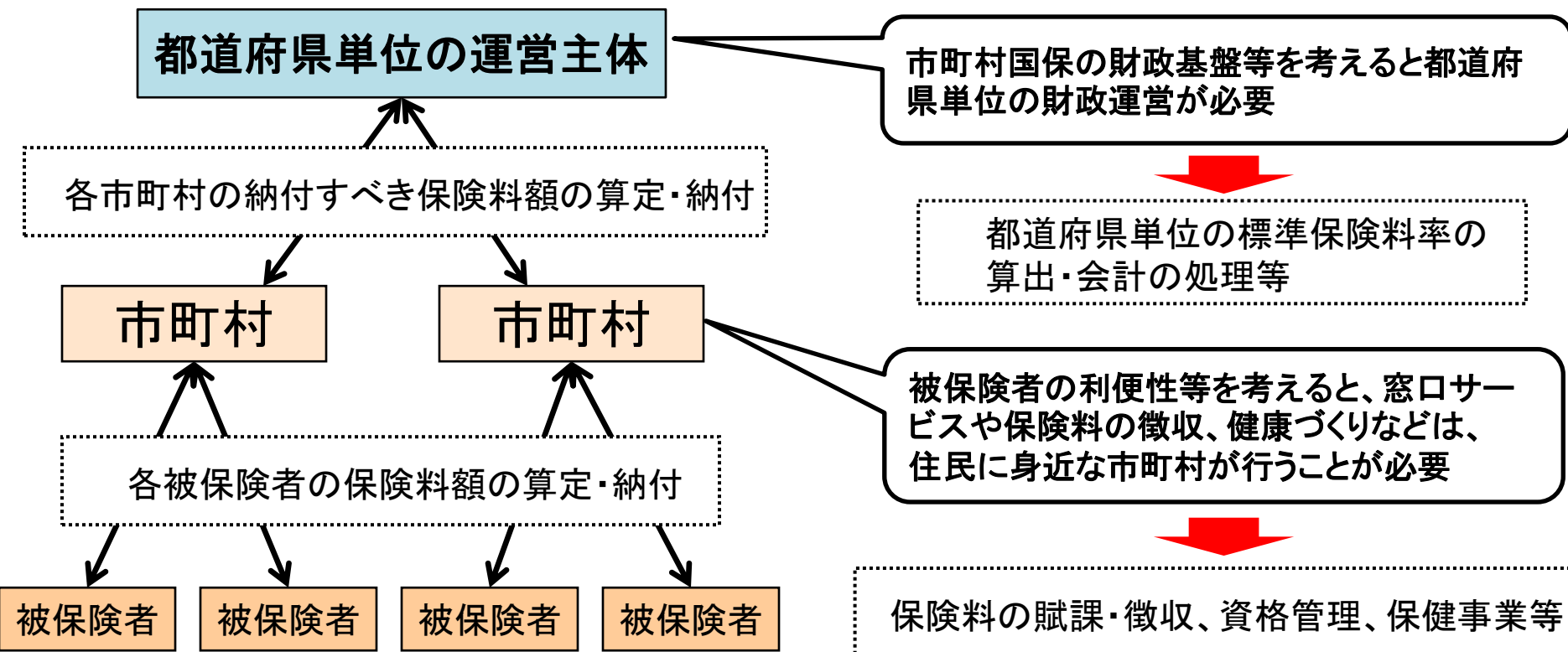
被用者保険

対象を
65歳
以上と
すること
も検討。

※「都道府県単位の財政運営」の主体を具体的にどこにすべきか、引き続き検討する。

都道府県単位の財政運営とした場合の国保の運営のスキーム

- 「都道府県単位の運営主体」と「市町村」が、分担と責任を明確にしつつ、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みとする。
- 具体的には、「都道府県単位の運営主体」は、都道府県単位の標準保険料率の算出・会計の処理等の事務を行う。
- 「市町村」は、保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業などの事務を行う。
※給付事務については、いずれの主体で行うべきか、引き続き、検討。



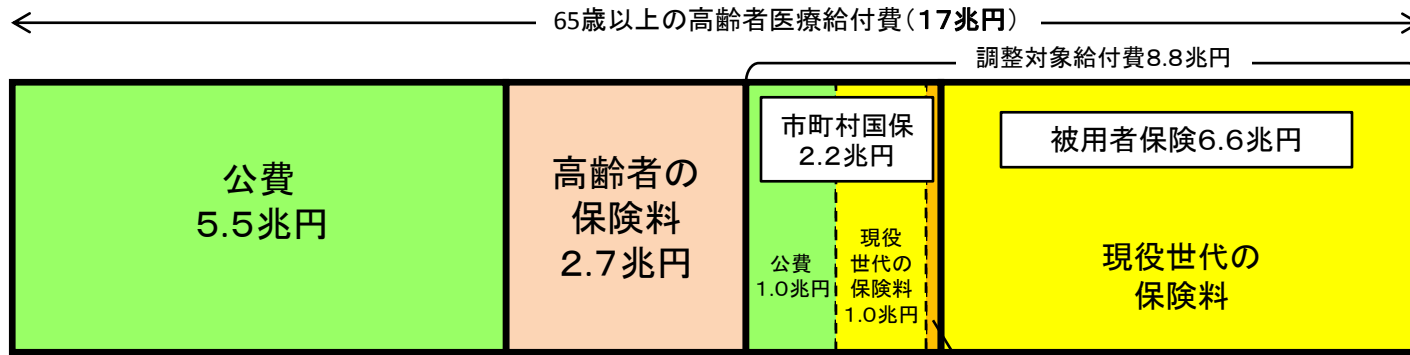
※高齢者の保険料は、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付

保険者間の調整の仕組み

高齢者が偏在して加入することに対する保険者間の調整の仕組みとしては、以下の方法が考えられる。

- ① 現行の後期高齢者医療制度のように、高齢者の保険料と公費を高齢者の医療給付費に充て、これら以外の分を各保険者が現役世代の加入者数等に応じて支援する方法
- ② 老人保健制度や現行の前期高齢者に係る保険者間の財政調整のように、充当される公費以外の分を各保険者がその加入者数等に応じて費用負担を行う方法（高齢者の保険料は、加入する各保険者にそれぞれ納められる）
- ③ 両者を組み合わせる方法

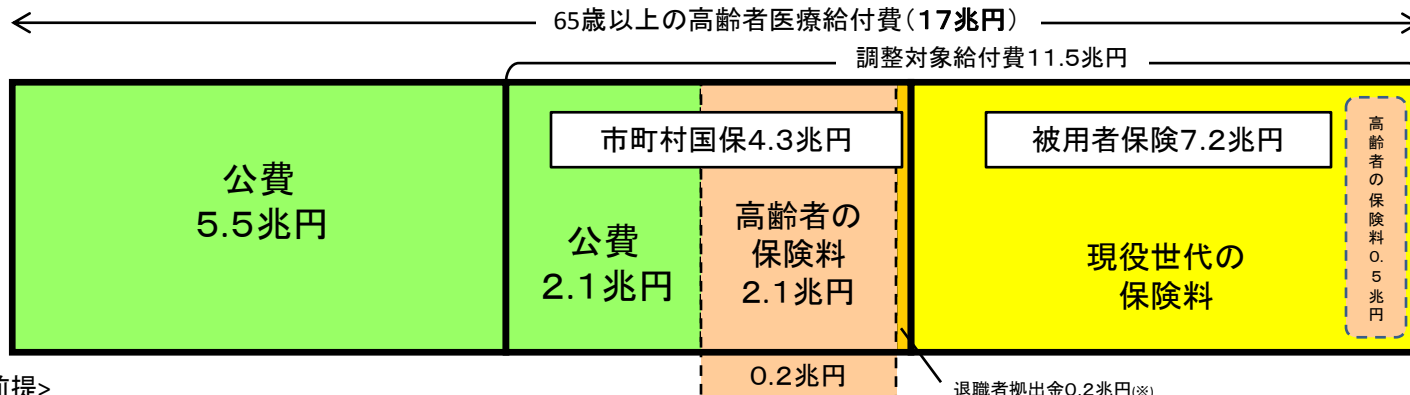
<①の方法による一つのシミュレーション>



高齢者の保険料2.7兆円（国保2.2兆円、被用者保険0.5兆円）が高齢者の医療給付費に直接充てられることから、調整対象給付費が小さくなる。

ただし、市町村国保にとっては、前期高齢者の保険料が入らないことにより負担は増加する。

<②の方法による一つのシミュレーション>



高齢者の保険料2.7兆円（国保2.2兆円、被用者保険0.5兆円）は各保険者に入ることから、調整対象給付費が大きくなる。

ただし、市町村国保にとっては、前期高齢者に加えて、後期高齢者の保険料（約8割）が入ることにより、負担は減少する。

<前提>

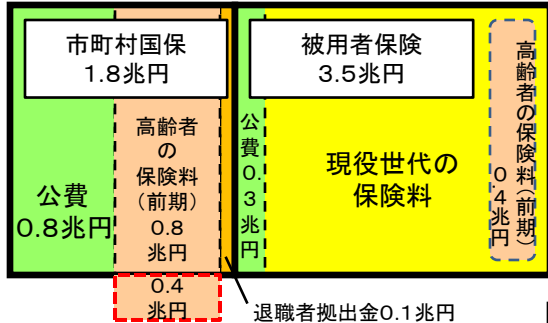
- ・75歳以上の高齢者の医療給付費に約5割の公費を投入。
- ・被用者保険の65歳以上被保険者及び被扶養者は、被用者保険に加入。
- ・市町村国保の高齢者の保険料総額は現行水準。（保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれていることから、実際には定額公費を差し引いた額となる。）
- ・市町村国保と被用者保険の間は加入者数に応じて按分し、被用者保険者間には総報酬額に応じて按分する。（被用者保険に加入する65歳以上の医療給付費についても調整対象としている。）

※被用者保険には国保組合を含む。ただし、国保組合の現役世代の保険料（支援金、交付金）に対する公費は記載していない。

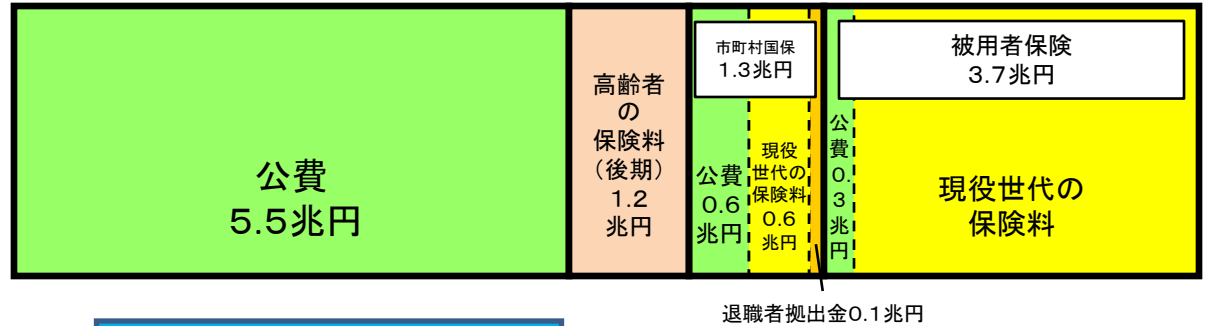
(※)退職者拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る支援金で、被用者保険が負担

(参考) 現行制度の財源構成について(平成22年度予算ベース)

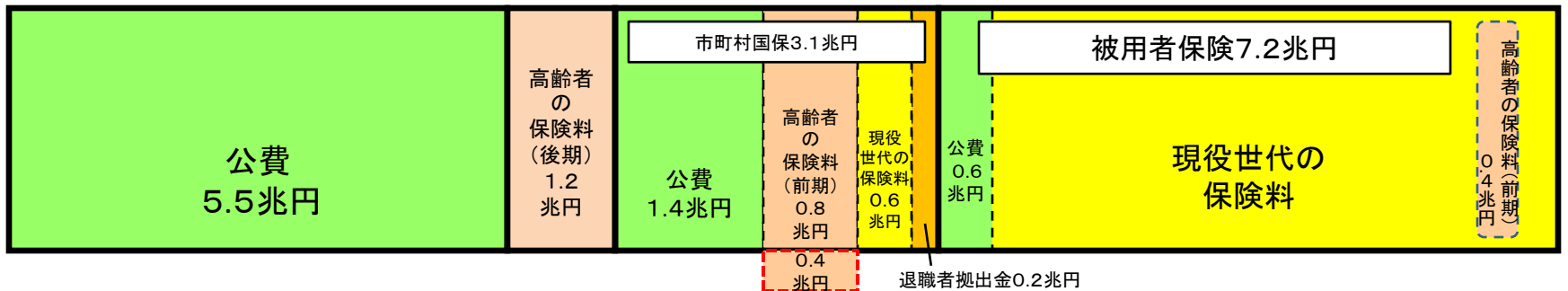
<65歳から74歳までの高齢者医療給付費の財源構成 5.3兆円>



<75歳以上の高齢者医療給付費の財源構成 11.7兆円>



<65歳以上の高齢者医療給付費全体の財源構成 17兆円>



(※)保険料には、保険料軽減等に対する定額公費が含まれている。

(※)前期高齢者の保険料収入は、まず、前期高齢者の医療給付費に充てられるものとして整理している。

(※)市町村国保0.4兆円(赤字点線部分)は、市町村国保の後期高齢者支援金(市町村国保の保険料0.6兆円の部分)及び現役世代の給付費に充当されている。

(※)退職者拠出金は、市町村国保に加入する退職者医療制度の対象者に係る支援金で、被用者保険が負担している。

(※)被用者保険には国保組合を含む。

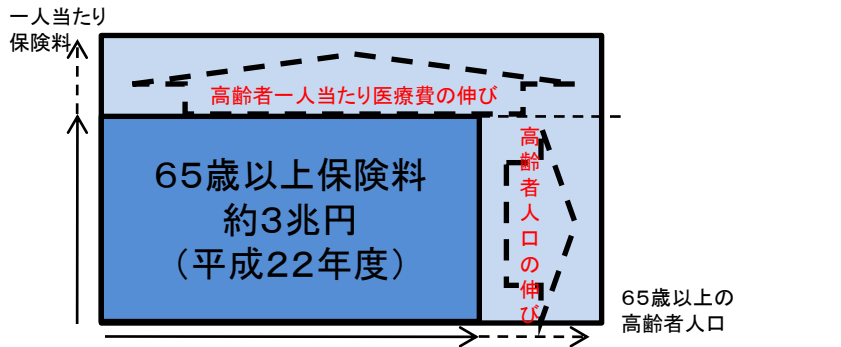
高齢者の保険料と若人の保険料の伸びについて

<高齢者と若人の保険料の伸びについて>

新たな制度は、どのような制度であっても、公費・若人の保険料・高齢者の保険料等の組み合わせにより支えることとなり、その割合を定率で固定する場合、高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同程度であれば、若人の保険料の伸びは、高齢者の保険料の伸びより大きくなる。

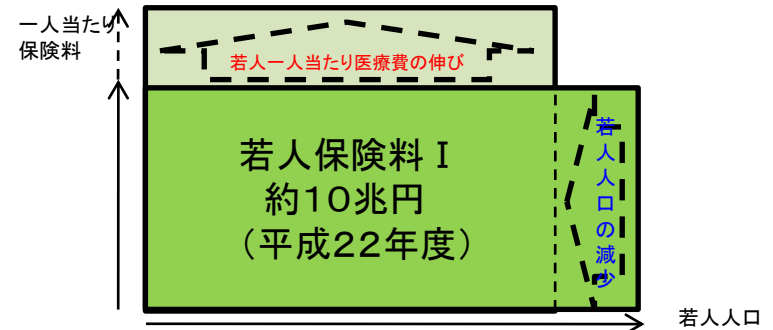
高齢者の保険料・・・高齢者医療給付を賄うための保険料

高齢者保険料の伸び ≡ 高齢者1人当たり医療費の伸び



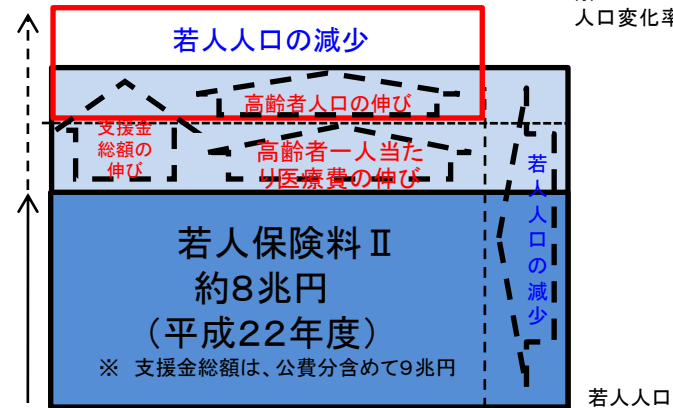
若人の保険料・・・若人保険料Ⅰ（若人医療給付を賄うための保険料）＋若人保険料Ⅱ（高齢者医療給付を支える保険料（支援金））

若人保険料Ⅰの伸び ≡ 若人1人当たり医療費の伸び



若人保険料Ⅱの伸び ≡ 若人1人当たり支援金の伸び
 ≡ 支援金総額の伸び + 若人人数の減少率
 ≡ 高齢者1人当たり医療費の伸び + **高齢者人口の伸び (約2.8%)** + **若人人口の減少率 (約1.3%)**

※ 2010～2015年の人口変化率の平均値



※ 支援金総額は、公費分を含めて9兆円

○ 高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、
 若人保険料Ⅰの伸び = 高齢者保険料の伸び
 若人保険料Ⅱの伸び > 高齢者保険料の伸び
 となり、若人の保険料の伸びは高齢者の保険料の伸びを上回る。

○ こうした中で、現行制度においては、後期高齢者の保険料の負担割合について、若人人口の減少率の1/2の割合で引き上げることとなっている。(20年度10%→22年度10.26%)
 仮に、平成22年度の状況をもとに、高齢者人口の伸びを約2.8%、若人人口の減少率を約1.3%と仮定した場合、現行制度の仕組みに当てはめると、高齢者と若人の保険料規模が大きく異なるため、
 高齢者の保険料の伸び = 1人当たり医療費の伸び + 2.2%
 若人の保険料の伸び = 1人当たり医療費の伸び + 1.5%
 となり、高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、0.7%程度、高齢者の保険料の伸びが若人の保険料の伸びを上回る。

保険料の伸びを調整する仕組み

- 「高齢者人口の伸び」及び「若人人口の減少」に伴う若人保険料Ⅱの負担増分について、高齢者と若人の保険料規模を考慮しつつ、高齢者と若人で負担しあう仕組みとする。
⇒これにより、高齢者と若人の1人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と若人の保険料の伸びはほぼ均衡する。

※ 高齢者と若人の区分を65歳とした場合、65歳以上の保険料と64歳以下の若人の保険料の比率は、現時点で1:6であり、負担増分について、その割合で分け合う。

高齢者人口の伸び2.8%、若人人口の減少1.3%とした場合の高齢者負担分

新たな制度 $(2.8\% + 1.3\%) \times 1/7 = 0.59\%$

現行と同様の仕組み $1.3\% \times 1/2 = 0.65\%$

※ 高齢者と若人の区分を75歳とした場合は、75歳以上の保険料と74歳以下の若人の保険料の比率は、現時点で1:15であり、負担増分について、その割合で分け合う。

高齢者人口の伸び3.0%、若人人口の減少0.7%とした場合の高齢者負担分

新たな制度 $(3.0\% + 0.7\%) \times 1/16 = 0.23\%$

現行と同様の仕組み $0.7\% \times 1/2 = 0.35\%$

注) 保険料の比率は、現行制度のものであり、保険料軽減等の定額公費を保険料に含めて算出したもの。

- 高齢者の一人当たり医療費の伸びの見込みが、若人の国保の一人当たり医療費(都道府県平均)の伸びの見込みを上回ること等により、高齢者の保険料の伸びが若人の国保保険料の伸び(都道府県平均)を上回る場合には、都道府県ごとに設置する財政安定化基金を活用し、高齢者の保険料の伸びを抑制することができる仕組みとする。

※ 後期高齢者医療制度における財政安定化基金は、当初、保険料の収納不足や給付の増加に対応することを目的としていたが、先の通常国会において「高齢者の医療の確保に関する法律」を改正し、一定の残高を残した上で、保険料上昇を抑制するために取り崩すことを可能とした。

※ 財政安定化基金の活用は、都道府県の判断によるものであり、基金の規模・具体的活用方法等については、今後、更に検討。