

国民健康保険の見直しについて

平成27年7月3日

厚生労働省保険局国民健康保険課

【目次】

- これまでの主な経緯 P 3
- 国民健康保険の現状と課題 P16
- 国民健康保険の安定化に向けた改革 P42
- 事業運営の改善等 P83

国民健康保険の見直しについて

これまでの主な経緯

社会保障制度改革国民会議以降の流れ

社会保障制度改革国民会議(H24.11.30:第1回 ⇒ H25.8.6:報告書とりまとめ)

- 社会保障制度改革国民会議(国民会議)は、社会保障制度改革推進法(改革推進法)(※1)に基づき、設置。
(設置期限:平成25年8月21日)
(※1)自民党、公明党、民主党の3党合意に基づく議員立法。平成24年8月10日成立、同22日公布。
- 改革推進法に規定された「基本的な考え方」、社会保障4分野(年金、医療、介護、少子化対策)に係る「改革の基本方針」及び3党実務者協議でとりまとめた「検討項目」に基づき、15名の有識者(清家篤会長)が20回にわたり審議。
- 政府は、国民会議における審議の結果等を踏まえて、法律の施行後1年以内(平成25年8月21日まで)に、必要な法制上の措置を講ずることとされた。(改革推進法第4条)

⇒ 「『法制上の措置』の骨子」(H25.8.21:閣議決定)

社会保障改革プログラム法(H25.10.15:提出 ⇒ H25.12.5:成立、H25.12.13:公布)

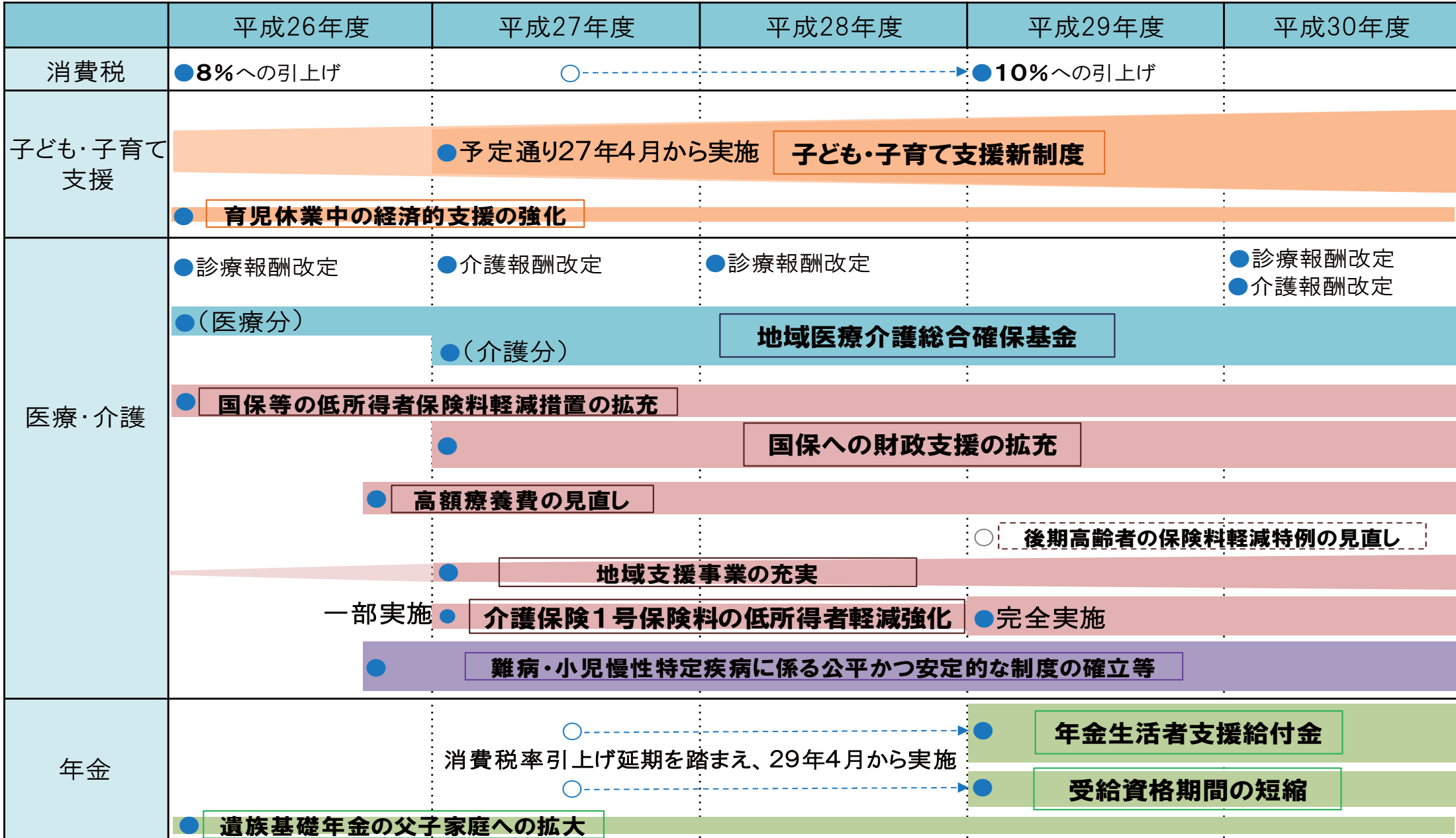
- 「『法制上の措置』の骨子」に基づき、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示。

平成26年の通常国会以降:順次、個別法改正案の提出

- 平成26年の通常国会では、医療法・介護保険法等の改正法案、難病・小児慢性特定疾病対策の法案、次世代育成支援対策推進法等の改正法案、雇用保険法の改正法案を提出し、成立。
- 平成27年通常国会には、医療保険制度改革のための法案を提出し、成立(H27.5.27)。

社会保障・税一体改革による社会保障の充実に係る実施スケジュールについて

○ 消費税率の10%への引上げを平成29年4月から実施することを踏まえ、社会保障の充実を「基本方針」(平成26年12月24日閣議決定※)に沿って着実に推進。



※「基本方針」(平成26年12月24日閣議決定)抜粋

消費税率10%の実現は平成29年4月となるが、子育て支援、医療、介護など社会保障の充実については、可能な限り、予定通り実施する。誰もが安心できる持続可能な社会保障制度の確立を目指し、引き続き、その改革に取り組む。

社会保障・税一体改革による社会保障制度改革の今後の進め方について

	主な実施事項
平成27年 1月～3月	○医療保険制度改革関連法案の提出(平成27年の通常国会) ・法案成立後、同法に基づき各種改革を順次実施
平成27年度	○子ども・子育て支援新制度の施行(平成27年4月～) ・待機児童解消等の量的拡充や保育士の処遇改善等の質の改善を実施 ○医療介護総合確保推進法の一部施行 ・都道府県において、地域医療構想を策定し、医療機能の分化と連携を適切に推進(平成27年4月～) ・地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実(平成27年4月～) ・低所得者への介護保険の一号保険料軽減を強化(平成27年4月より一部実施、平成29年4月より完全実施) ・一定以上の所得のある介護サービスの利用者について自己負担を1割から2割へ引上げ等(平成27年8月～)
平成29年度	○年金関連法の一部施行 ・年金を受給している低所得の高齢者・障害者に対して月額5000円の福祉的給付等を支給(平成29年4月～) ・老齢基礎年金の受給資格期間を25年から10年に短縮(平成29年4月～)
平成30年度	○国民健康保険の財政運営責任等を都道府県に移行し、制度を安定化(平成30年4月～、医療保険制度改革関連法案関係) ○医療計画・介護保険事業(支援)計画・医療費適正化計画の同時策定・実施(平成30年4月～)

※1 ①厚生年金と共済年金の一元化及び②短時間労働者に対する厚生年金・健康保険の適用拡大については、予定どおり実施(①平成27年10月～、②平成28年10月～)。

※2 年金制度については、平成26年財政検証を踏まえた制度改革を検討中。

医療保険制度改革の背景と方向性

1. 改革の背景

○増大する医療費 約40兆円 (毎年約1兆円増加)

H24国民医療費・・・前年比+6,300億円

①入院医療費の増・・・約6割(3,800億円)

②75歳以上の医療費の増・・・約7割(4,300億円)

③医療の高度化による医療費の増

・・・がんの医療費の増(1,700億円)は医科医療費の増の3分の1

○少子高齢化の進展による現役世代の負担増

給付費・・・後期高齢者は若人の約5倍

○国保の構造的な課題 (年齢が高く医療費水準が高い等)

2. 改革の方向性

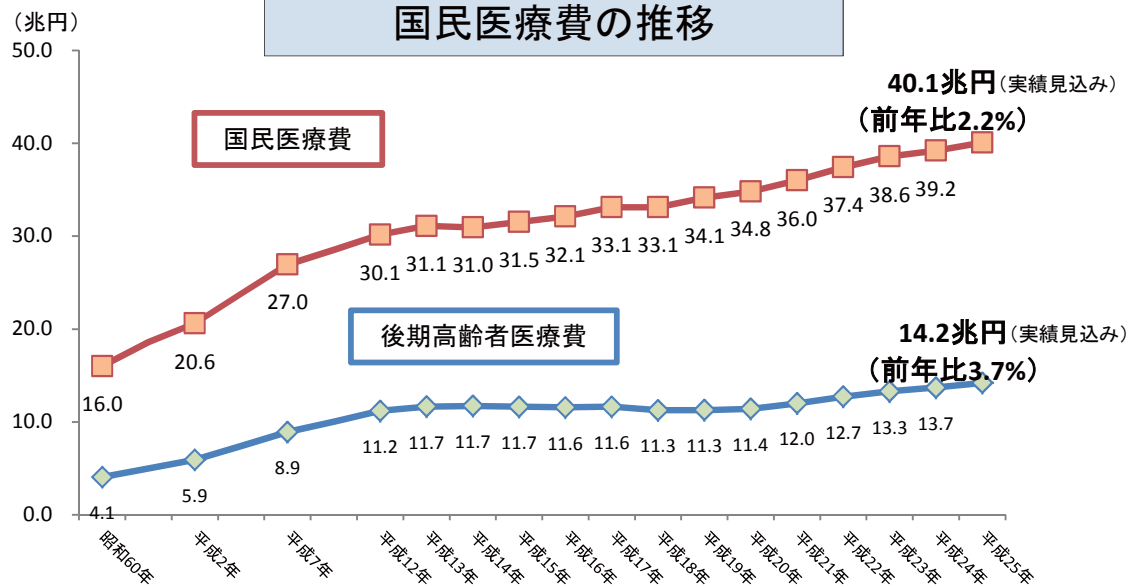
以下により、国民皆保険を将来にわたって堅持

①医療保険制度の安定化 (国保、被用者保険)

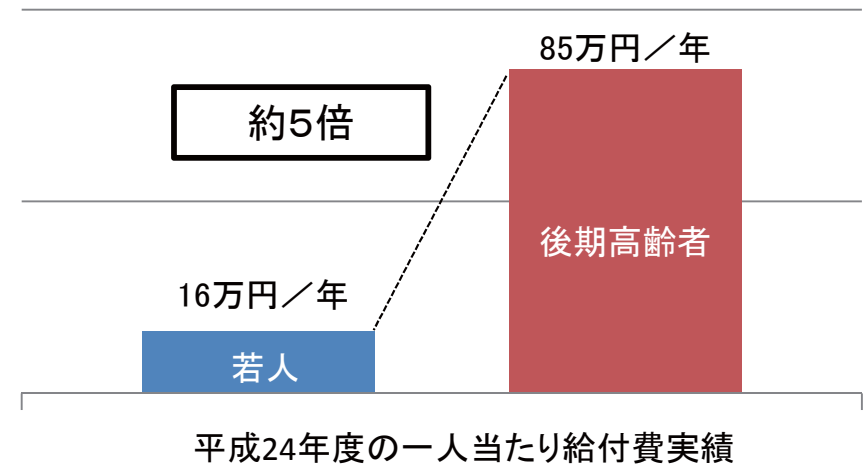
②世代間・世代内の負担の公平化

③医療費の適正化

- ・病床機能の分化・連携、入院医療の適正化、地域包括ケアの推進
- ・予防・健康づくりの推進、ICTの活用
- ・後発医薬品の使用促進



後期高齢者と若人の一人当たりの給付費



社会保障改革プログラム法（抜粋）

（市町村国保関係）

（医療制度）

第四条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険（国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）第三条第一項の規定により行われるものに限る。以下この項において同じ。）に対する財政支援の拡充

ロ 国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関し、国民健康保険の保険料（地方税法（昭和二十五年法律第二百二十六号）の規定による国民健康保険税を含む。以下この号及び次号において同じ。）の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置を講ずることにより国民健康保険の更なる財政基盤の強化を図り、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、国民健康保険の保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割を分担するために必要な方策

ハ （略）

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

ロ・ハ （略）

ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等（医療保険各法（国民健康保険法を除く。）に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。）の上限額の引上げ

「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」（国保基盤強化協議会）について

1. 協議事項

- ① 国民健康保険の財政上の構造問題の分析とその解決に向けた方策
- ② 国民健康保険の運営に関する業務に係る都道府県と市町村の役割分担のあり方
- ③ その他、地方からの提案事項

2. メンバー

○政務レベル協議

【厚生労働省】 厚生労働大臣、副大臣、政務官

【地方代表】 栃木県知事、高知市長(高知県)、井川町長(秋田県)(聖籠町長(新潟県))

○事務レベルWG

【厚生労働省】 厚生労働省保険局

総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

【地方代表】 (全国知事会)… 山形県、栃木県、愛知県、鳥取県、愛媛県

(全国市長会)… 見附市(新潟県)、裾野市(静岡県)、高松市(香川県)、高知市(高知県)

(全国町村会)… 井川町(秋田県)、奥多摩町(東京都)、聖籠町(新潟県)、九重町(大分県)

3. 進め方

平成26年	1月31日	政務レベル協議
	2月	} 毎月1回程度 事務レベルWG(計7回)
	↓	
	7月	} 政務レベル協議(中間整理)
	8月8日	
	↓	} 毎月1回程度 事務レベルWG(計7回)
平成27年	2月12日	

国民健康保険の見直しについて(議論のとりまとめ)のポイント

平成27年2月12日
国民健康保険制度の基盤強化に関する
国と地方の協議(国保基盤強化協議会)

国民皆保険を支える重要な基盤である国民健康保険制度の安定的な運営が可能となるよう、厚生労働省は、以下の方針に基づき、必要な予算の確保、本年通常国会への所要の法案の提出等の対応を行う。

1. 公費拡充等による財政基盤の強化

○毎年約3,400億円の財政支援の拡充等により財政基盤を強化。

⇒これに伴い、被保険者の保険料負担の軽減やその伸びの抑制が可能。

I. 平成27年度から低所得者対策として、保険者支援制度を拡充(約1,700億円)

II. 平成29年度以降は、更なる国費 毎年約1,700億円を投入

- ①国の財政調整機能の強化—自治体の責めによらない要因(※)に対する財政支援の強化(700~800億円規模)
※精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者 等
- ②医療費の適正化に向けた取組等(※)、努力を行う自治体に支援を行う「保険者努力支援制度」の創設
※例えば、後発医薬品使用割合、保険料収納率 等 (700~800億円規模)
- ③財政リスクの分散・軽減のため、財政安定化基金を創設(2,000億円規模)
- ④著しく高額な医療費に対する医療費共同事業への財政支援の拡充 (数十億円規模)

○あわせて、医療費の適正化に向けた取組、保険料の収納対策等を一層推進し、財政基盤を強化。

2. 運営の在り方の見直し（保険者機能の強化）

○平成30年度から、都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに国保の運営を担う。

（1）都道府県

○都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営について中心的な役割を担うこととし、制度の安定化を図る。

- ・都道府県内の統一的な国保の運営方針の策定
- ・国保運営協議会の設置
- ・医療給付費等の見込みを立て、市町村ごとの分賦金(仮称)の額を決定（市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本）
- ・市町村が参考とするための標準保険料率等を算定・公表
- ・保険給付に要した費用を市町村に支払い
- ・市町村が行った保険給付の点検
- ・不正請求事案における不正利得回収等、市町村の事務負担の軽減 等

※国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

（2）市町村

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、被保険者の実情を把握した上で、地域におけるきめ細かい事業を行う。

- ・保険料の賦課・徴収（標準保険料率等を参考）
- ・分賦金(仮称)を都道府県に納付
- ・個々の事情に応じた資格管理・保険給付の決定
- ・保健事業（レセプト・健診情報を活用したデータ分析に基づくデータヘルス事業等）
- ・地域包括ケアシステム構築のための医療介護連携 等

3. 改革により期待される効果

○小規模な保険者の多い従来の国保について、その運営の安定化を図り、全国の自治体において、今後も国保のサービスを確保し、国民皆保険を堅持。

① 地域医療構想を含む医療計画の策定者である都道府県が国保の財政運営にも責任を有する仕組み。

⇒これまで以上に良質な医療の効率的な提供に資する。

同一都道府県内に転居した場合、高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引継ぎ。

② 財政安定化基金も活用しつつ、一般会計繰入の必要性を解消。

⇒保険給付費の確実な支払いを確保。

③ 標準システムの活用や統一的な国保の運営方針等により、市町村の事務遂行の効率化・コスト削減、標準化。

⇒事務の共同処理や広域化が図られやすくなる。

4. 今後、更に検討を進めるべき事項

○厚生労働省は、上記1.～3.を踏まえた新たな制度の円滑な実施・運営に向け、制度や運用の詳細について、引き続き地方と十分協議しながら検討し、順次、具体化を図る。

○また、高齢化の進展等に伴い今後も医療費の伸びが見込まれる中、国保制度を所管する厚生労働省は、持続可能な国保制度の堅持に最終的な責任を有している。国民皆保険を支える国保の安定化を図ることはきわめて重要な課題であり、その在り方については、不断の検証を行うことが重要である。その際には、地方からの提案についても、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論していく。

○今回の改革後においても、医療費の伸びの要因や適正化に向けた取組の状況等を検証しつつ、更なる取組を一層推進するとともに、医療保険制度間の公平に留意しつつ、国保制度の安定的な運営が持続するよう、都道府県と市町村との役割分担の在り方も含め、国保制度全般について必要な検討を進め、当該検討結果に基づき、所要の措置を講じる。

⇒今後も、厚生労働省と地方との間で、国保基盤強化協議会等において真摯に議論を行う。

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の概要

(平成27年5月27日成立)

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

- 国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化 (27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円)
- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施
(現行:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割)

3. 負担の公平化等

- ①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ
(現行:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする(紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ (121万円から139万円に)

4. その他

- ①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる
- ②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
 - ・都道府県が地域医療構想と統合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
 - ・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加
- ④患者申出療養を創設 (患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

【施行期日】 平成30年4月1日(4①は公布の日(平成27年5月29日)、2は公布の日及び平成29年4月1日、3及び4②~④は平成28年4月1日)

医療保険制度改革の主要事項のスケジュール

	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度～
国保改革 ・財政支援の拡充 ・財政運営責任等の都道府県移行	財政支援の拡充 約1,700億円			約3,400億円 財政運営責任等の都道府県移行
後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入 (現行:1/3総報酬割)	1/2総報酬割	2/3総報酬割	3/3総報酬割(全面総報酬割)	
入院時の食事代の見直し (現行:1食260円)	—	1食:360円		1食:460円
		※低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者は据え置き		
紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入	—	平成28年度から導入		
標準報酬月額の上限引上げ		平成28年度から引上げ		
協会けんぽの国庫補助見直し		・国庫補助率16.4%について、事実上の恒久化 ・法定準備金を超過する準備金の国庫補助相当額を翌年度減額する特例措置の導入		
所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し	—	平成28年度から5年間で段階的に減額		
患者申出療養の創設	—	平成28年度から導入		

持続可能な医療保険制度を構築するための 国民健康保険法等の一部を改正する法律案 【審議経緯】

衆議院

4月14日 本会議趣旨説明質疑

4月15日 提案理由説明

4月17日 質疑①

4月22日 質疑②

4月23日 参考人質疑

(福田栃木県知事、岡崎高知県高知市長 他)

4月24日 質疑③、採決、附帯決議

4月28日 本会議議了

参議院

5月13日 本会議趣旨説明質疑(総理入り)

5月14日 提案理由説明、質疑①、
視察(国立がん研究センター)

5月19日 質疑②

5月21日 参考人質疑、質疑③

5月22日 参考人質疑

(福田栃木県知事、渡邊新潟県聖籠町長 他)

5月26日 質疑④(総理入り)、採決、附帯決議

5月27日 本会議議了

国民健康保険の見直しについて

国民健康保険の現状と課題

市町村国保が抱える構造的な課題と 社会保障制度改革プログラム法における対応の方向性

1. 年齢構成

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合:国保(32.5%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費:国保(31.6万円)、健保組合(14.4万円)

2. 財政基盤

② 所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得:国保(83万円)、健保組合(200万円(推計))
- ・無所得世帯割合:23.3%

③ 保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得
市町村国保(9.9%)、健保組合(5.3%) ※健保は本人負担分のみの推計値

④ 保険料(税)の収納率低下

- ・収納率:平成11年度 91.38% → 平成25年度 90.42%
- ・最高収納率:94.95%(島根県) ・最低収納率:86.20%(東京都)

⑤ 一般会計繰入・繰上充用

- ・市町村による法定外繰入額:約3,900億円 うち決算補てん等の目的:約3,500億円、繰上充用額:約1,000億円(平成25年度)

3. 財政の安定性・市町村格差

⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1716保険者中3000人未満の小規模保険者 458 (全体の1/4)

⑦ 市町村間の格差

- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大:3.3倍(東京都) 最小:1.2倍(栃木県)
 - ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大:14.6倍(北海道) 最小:1.3倍(福井県)
 - ・一人当たり保険料の都道府県内格差 最大:3.0倍(長野県)※ 最小:1.4倍(富山県)
- ※東日本大震災による保険料(税)減免の影響が大きい福島県を除く。

① 国保に対する財政支援の拡充

② 国保の運営について、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、

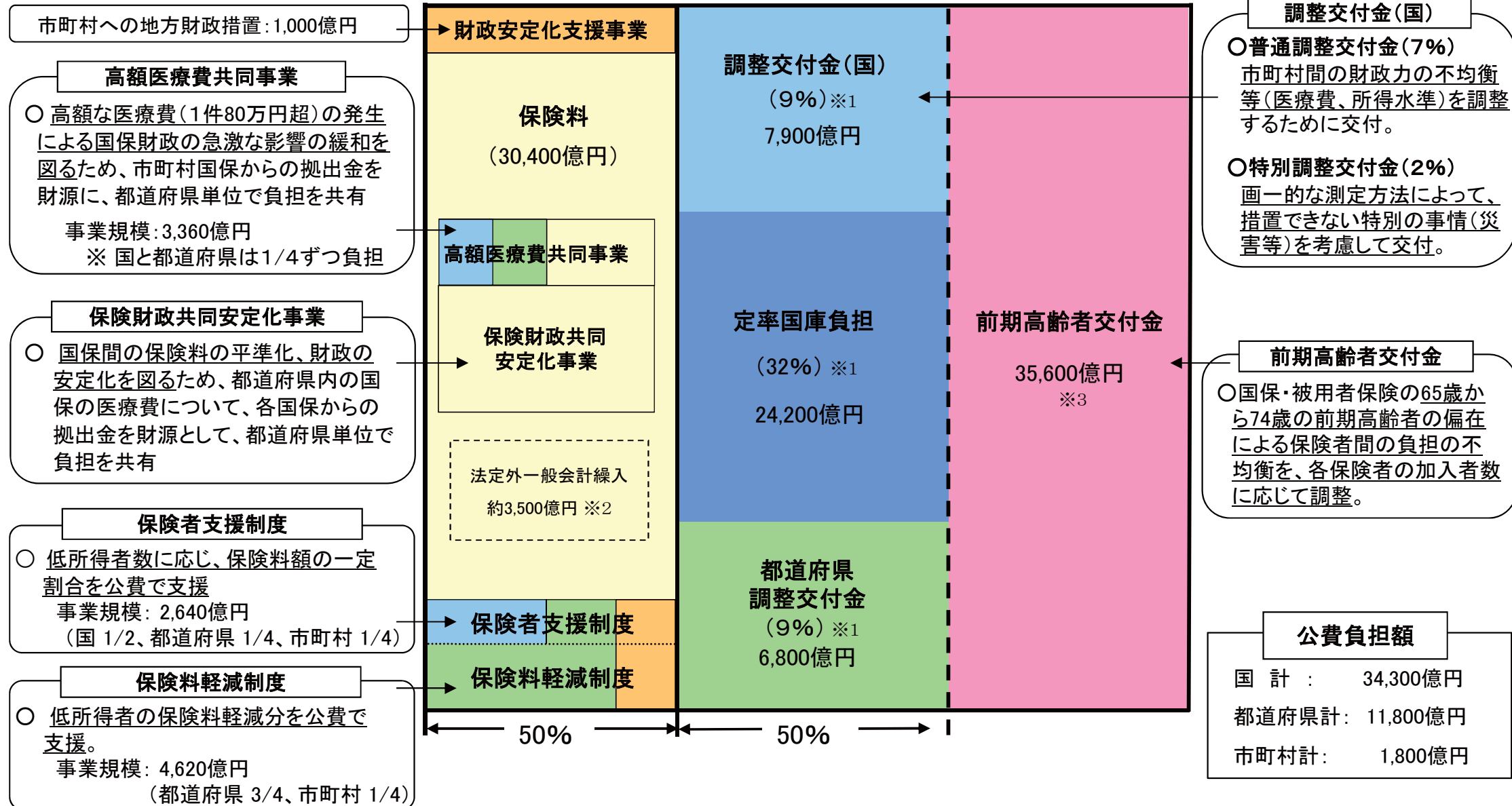
- ・ 財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、
- ・ 保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、
都道府県と市町村との適切な役割分担について検討

③ 低所得者に対する保険料軽減措置の拡充

国保財政の現状

(平成27年度予算ベース)

医療給付費等総額： 約115,000億円



※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

※2 平成25年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成25年3月末)	1, 7 1 7	1	1, 4 3 1	8 5	4 7
加入者数 (平成25年3月末)	3, 4 6 6万人 (2, 025万世帯)	3, 5 1 0万人 被保険者1, 987万人 被扶養者1, 523万人	2, 9 3 5万人 被保険者1, 554万人 被扶養者1, 382万人	9 0 0万人 被保険者450万人 被扶養者450万人	1, 5 1 7万人
加入者平均年齢 (平成24年度)	5 0. 4 歳	3 6. 4 歳	3 4. 3 歳	3 3. 3 歳	8 2. 0 歳
65～74歳の割合 (平成24年度)	3 2. 5 %	5. 0 %	2. 6 %	1. 4 %	2. 6 % (※2)
加入者一人当たり医療費 (平成24年度)	3 1. 6 万円	1 6. 1 万円	1 4. 4 万円	1 4. 8 万円	9 1. 9 万円
加入者一人当たり 平均所得 (※3) (平成24年度)	8 3 万円 一世帯当たり 1 4 2 万円	1 3 7 万円 一世帯当たり (※4) 2 4 2 万円	2 0 0 万円 一世帯当たり (※4) 3 7 6 万円	2 3 0 万円 一世帯当たり (※4) 4 6 0 万円	8 0 万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成24年度) (※5) 〈事業主負担込〉	8. 3 万円 一世帯当たり 1 4. 2 万円	1 0. 5 万円 <20. 9万円> 被保険者一人当たり 18. 4万円 <36. 8万円>	1 0. 6 万円 <23. 4万円> 被保険者一人当たり 19. 9万円 <43. 9万円>	1 2. 6 万円<25. 3万円> 被保険者一人当たり 25. 3万円 <50. 6万円>	6. 7 万円
保険料負担率 (※6)	9. 9 %	7. 6 %	5. 3 %	5. 5 %	8. 4 %
公費負担	給付費等の50% + 保険料軽減等	給付費等の16. 4 %	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への 補助 (※8)	なし	給付費等の約50% + 保険料軽減等
公費負担額 (※7) (平成27年度予算 ^ペ -入)	4兆3, 814億円 (国3兆1382億)	1兆1, 692億円 (全額国費)	308億円 (全額国費)		7兆5, 347億円 (国4兆8450億円)

(※1) 組合健保の加入者一人当たり平均保険料及び保険料負担率については速報値である。

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

(※4) 被保険者一人当たりの金額を表す。

(※5) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

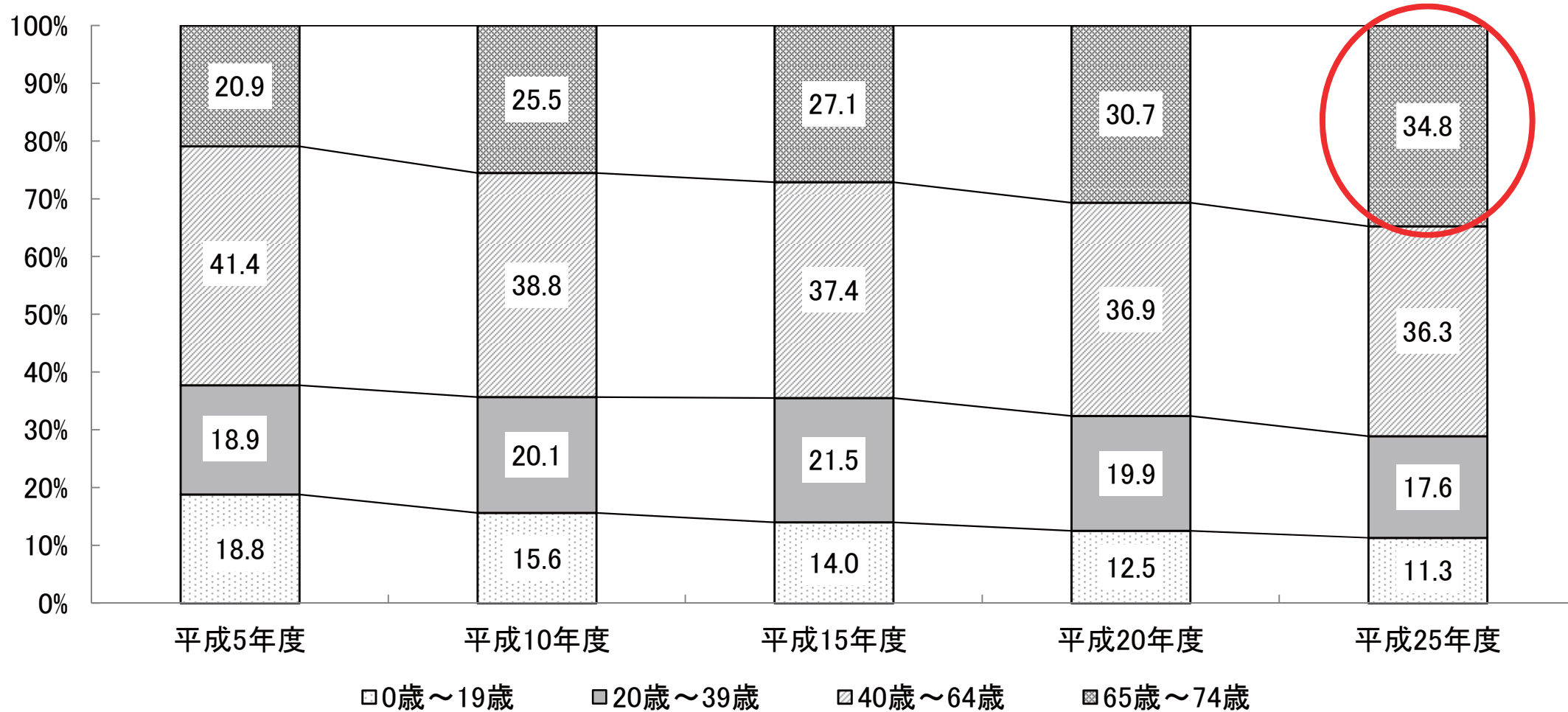
(※6) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(※8) 共済組合も補助対象となるが、平成23年度以降実績なし。

市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成の推移

被保険者数全体に占める、65歳から74歳までの割合が次第に増加し、平成25年度には34.8%となっている。



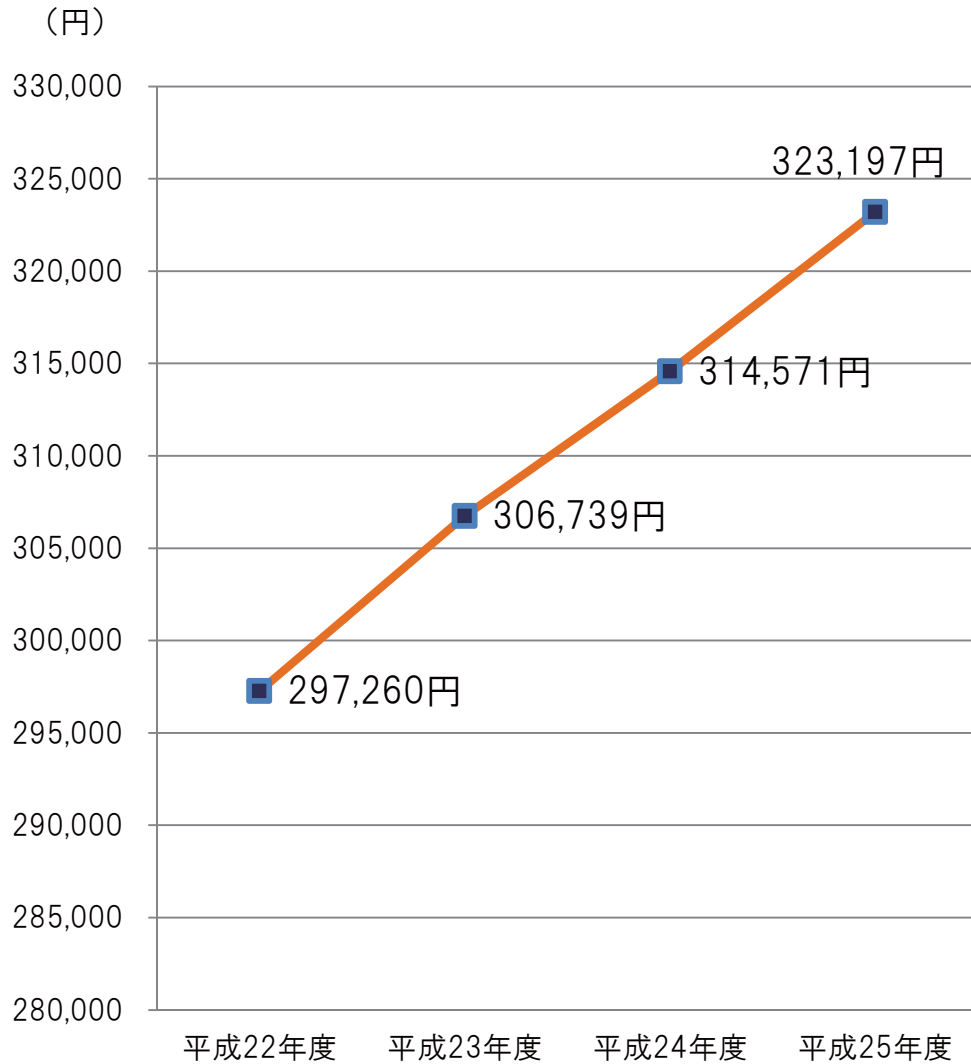
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

市町村国保の一人当たり医療費の推移等

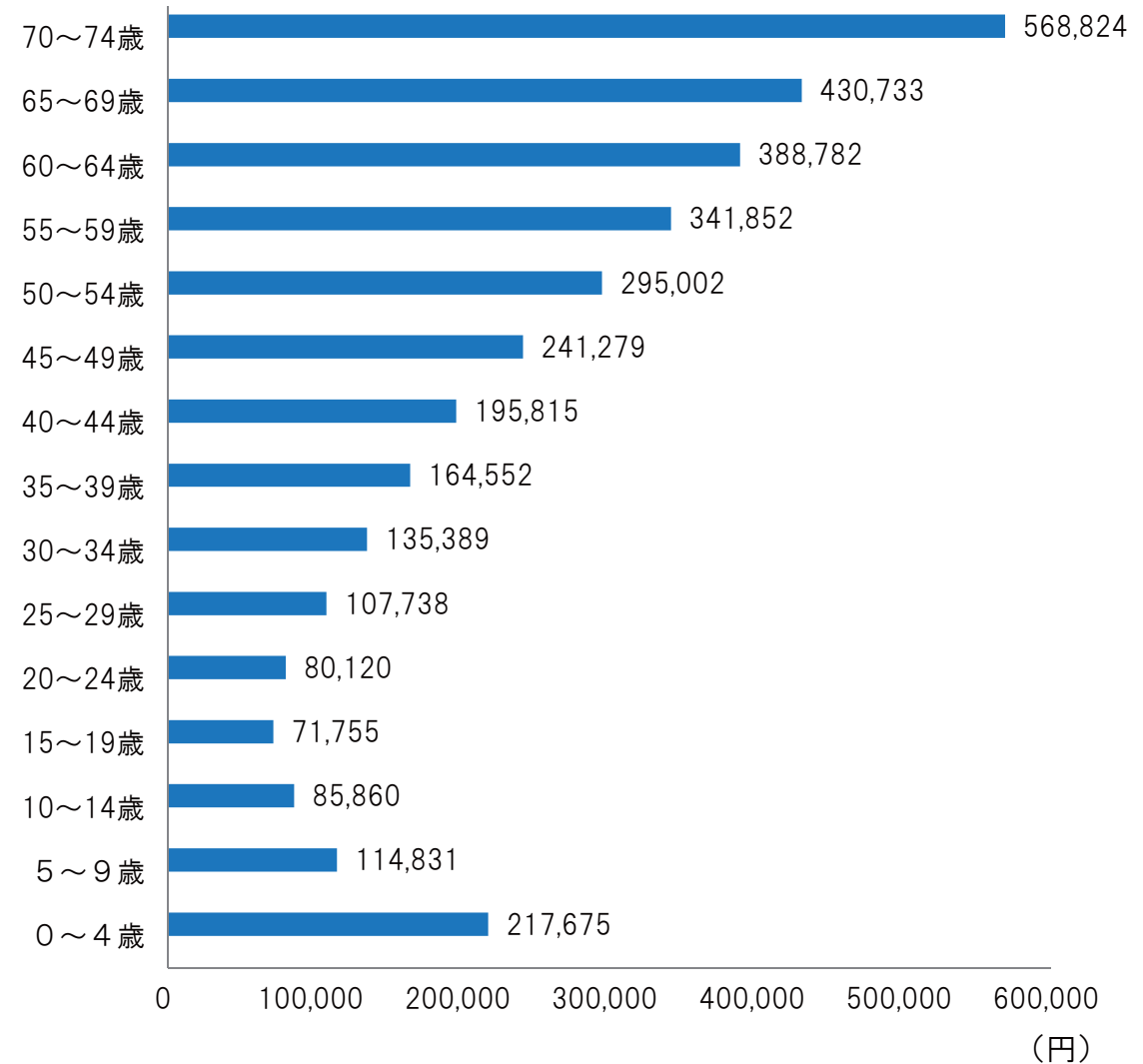
○一人当たり医療費は増加傾向にあり、平成25年度は32.3万円である。

○一人当たり医療費を年齢階層別にみると、70歳から74歳までが最も高く、56.9万円である。

【一人当たり医療費の推移】

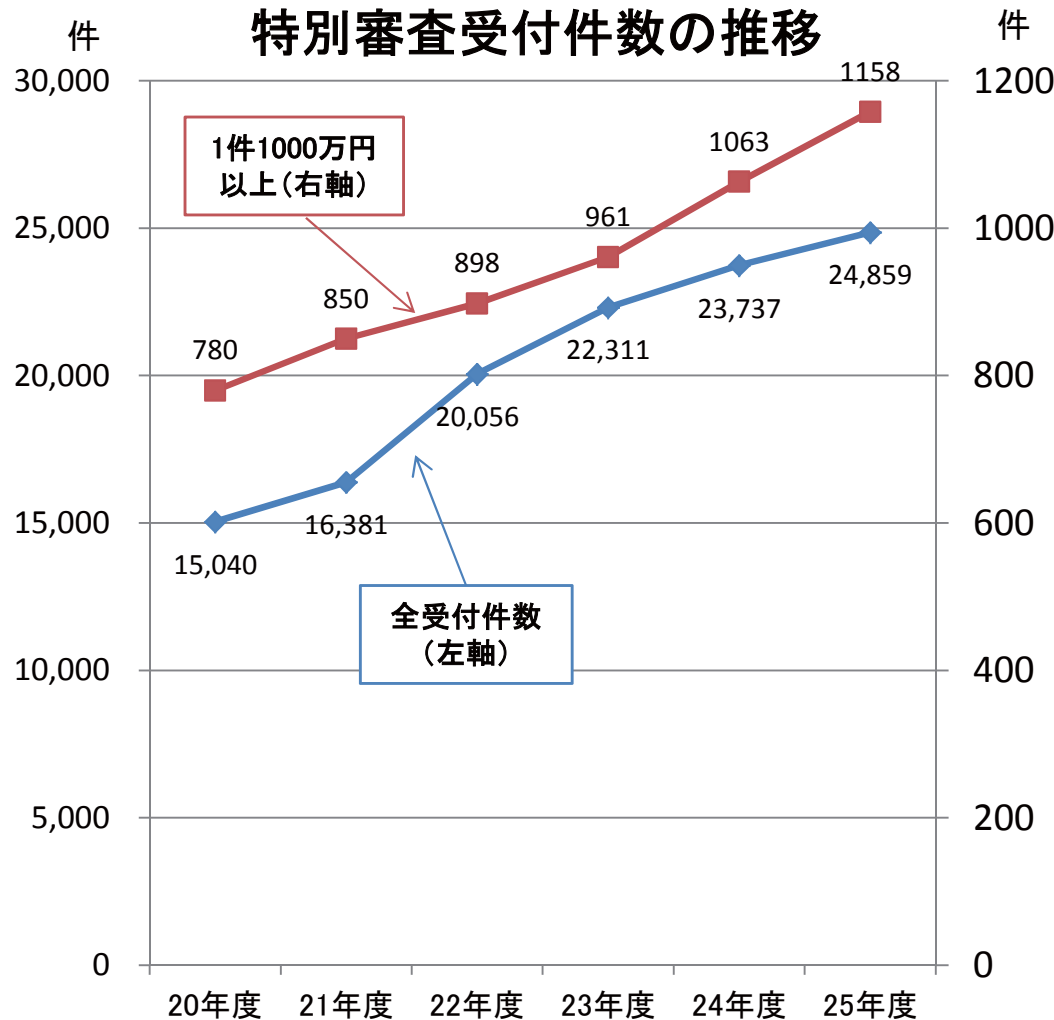


【年齢階層別の一人当たり医療費(平成25年度)】



市町村国保における高額な医療費の状況

- 国保中央会が審査する高額レセプト(医科:400万円以上、歯科:200万円以上等)の件数は増加傾向にある。
- 医科・疾患別にみると、心臓及び脳の件数がそれぞれ全体の約21%を占めている。

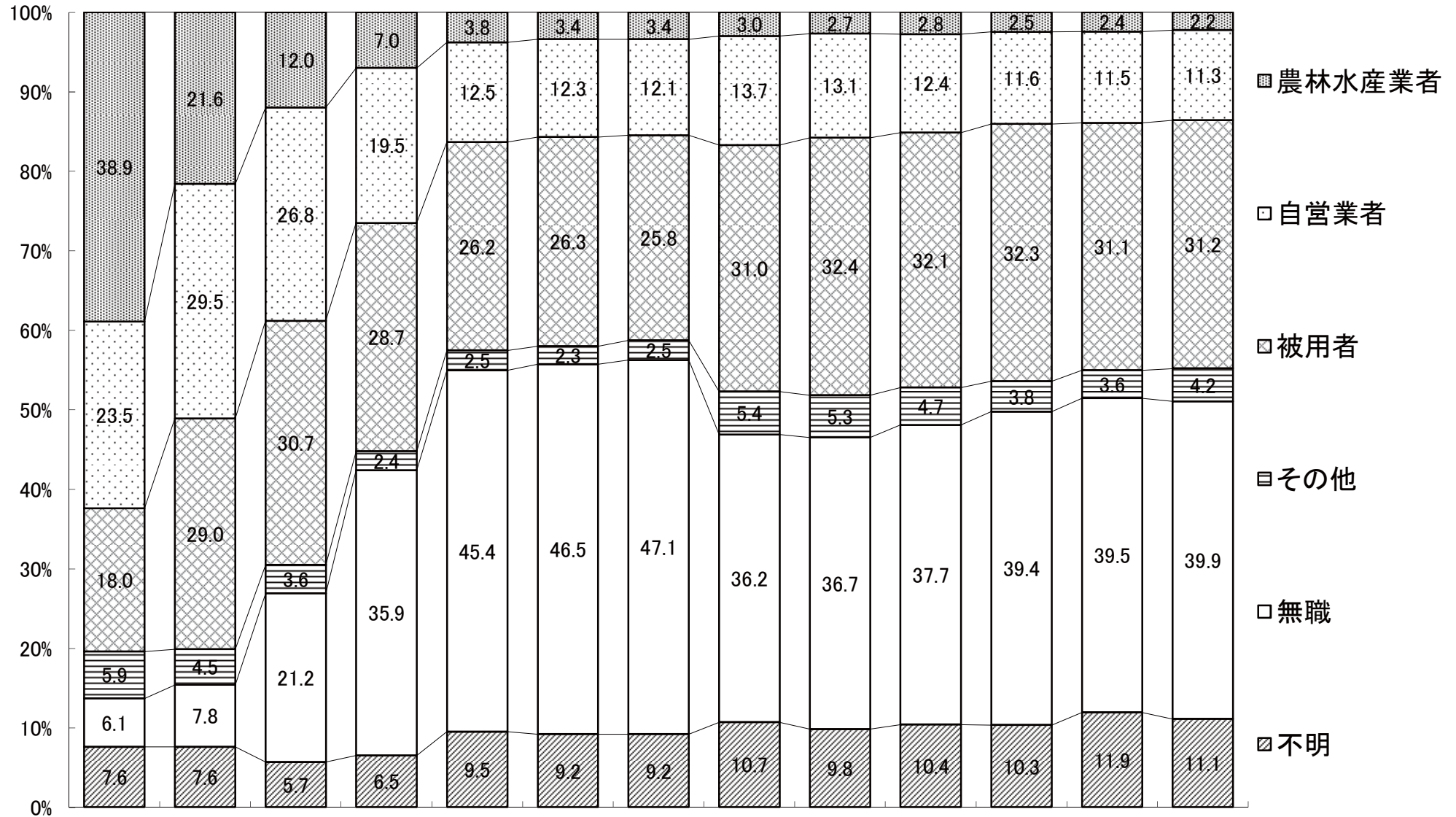


医科・疾患別の受付状況(25年度)

	特別審査件数		増減%(対前年度)	
	※()内は全件数に占める割合	内100万円以上		内100万円以上
心臓	5,018件(21.0%)	649件	1.7%	5.7%
消化器	3,057件(12.8%)	86件	-0.3%	1.2%
腎臓	1,129件(4.7%)	6件	1.5%	-25.0%
血液	3,446件(14.4%)	276件	0.3%	22.7%
脳	4,986件(20.8%)	63件	4.8%	8.6%
救命	988件(4.1%)	44件	1.3%	22.2%
膠原病	57件(0.2%)	1件	46.2%	
感染症	20件(0.1%)	0件	-86.2%	-100.0%
呼吸器	169件(0.7%)	5件	-17.6%	-16.7%
泌尿器	117件(0.5%)	6件	18.2%	-25.0%
整形	3,273件(13.7%)	7件	21.2%	133.3%
その他	1,673件(7.0%)	15件	13.5%	-16.7%
合計	23,933件	1,158件	4.3%	8.9%

市町村国保の世帯主の職業別構成割合の推移

- 自営業・農林水産業は、昭和40年代には約6割であったが、近年15%程度で推移。
- 年金生活者等無職者の割合が大幅に増加するとともに、被用者は約2割から約3割に増加。



昭和40年昭和50年昭和60年 平成7年 平成17年平成18年平成19年平成20年平成21年平成22年平成23年平成24年平成25年

(資料) 厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

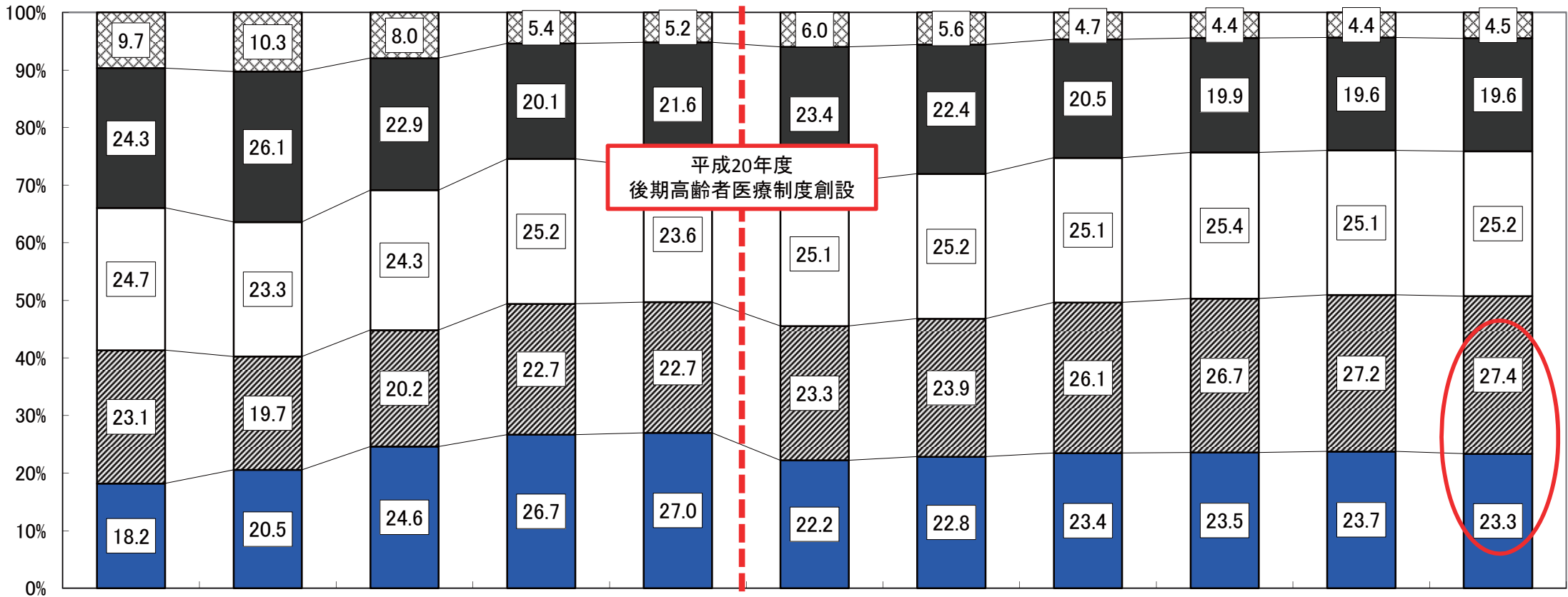
(注1) 擬制世帯を含む。

(注2) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設に伴い、無職の世帯割合が減少していることに留意が必要。

世帯の所得階層別割合の推移

平成25年度において、加入世帯の23.3%が所得なし、27.4%が0円以上100万円未満世帯であり、低所得世帯の割合は増加傾向にある。

※「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。



平成2年度 平成7年度 平成12年度 平成17年度 平成19年度 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 平成25年度
(1990年度) (1995年度) (2000年度) (2005年度) (2007年度) (2008年度) (2009年度) (2010年度) (2011年度) (2012年度) (2013年度)

■ 所得なし ■ 0円以上100万円未満 □ 100万円以上200万円未満 ■ 200万円以上500万円未満 □ 500万円以上

(注1) 国民健康保険実態調査報告による。

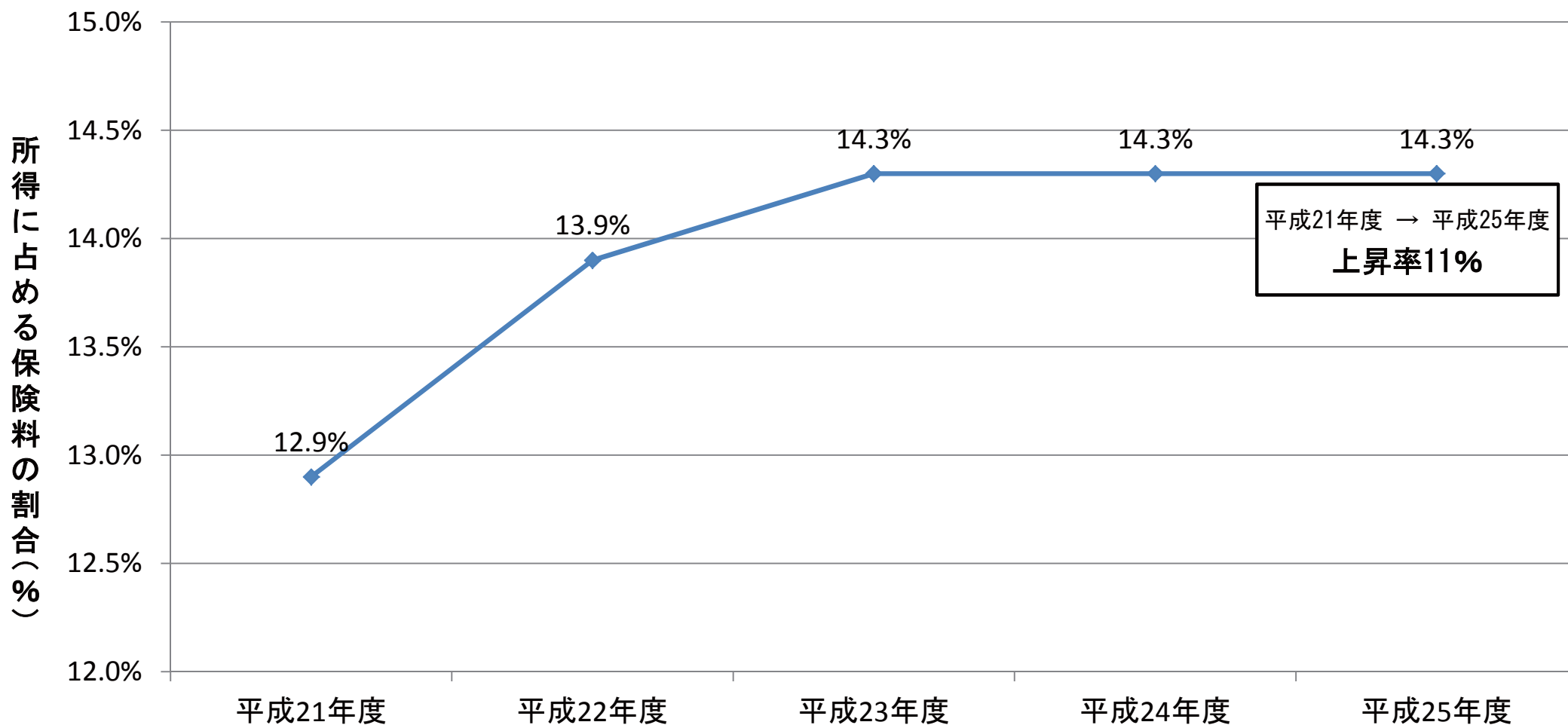
(注2) 擬制世帯、所得不詳は除いて集計している。

(注3) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設され、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

(注4) ここでいう所得とは「旧ただし書き方式」により算定された所得総額(基礎控除前)である。

市町村国保の保険料負担率の推移

- 所得に占める保険料の割合(保険料負担率)は年々上昇しており、平成25年度の保険料負担率は14.3%である。
- 平成21年度から平成25年度にかけて、保険料負担率は11%上昇している。



〔出典〕国民健康保険事業年報、国民健康保険実態調査

※1 ここでのいう所得とは「旧ただし書所得」を指し、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額である。

※2 「保険料負担率」は、保険料(税)調定額を旧ただし書所得で除したものであり、保険料(税)調定額には、介護納付金分を含む。

市町村国保の都道府県別収納率（現年度分）

○平成25年度の収納率を都道府県別に見ると、島根県(94.95%)が最も高く、東京都(86.20%)が最も低い。
 ○平成25年度においては、46都道府県の収納率が上昇した。

	平成24年度		平成25年度		対前年度 増減	
	%	順位	%	順位	%	順位
1 北海道	91.33	22	91.94	22	0.61	14
2 青森県	88.69	42	88.84	42	0.15	44
3 岩手県	92.03	15	92.34	17	0.31	34
4 宮城県	89.87	39	90.19	40	0.32	31
5 秋田県	91.46	21	91.72	25	0.26	40
6 山形県	92.47	10	92.71	12	0.24	41
7 福島県	90.39	34	90.38	38	▲0.01	47
8 茨城県	88.73	41	89.44	41	0.71	6
9 栃木県	87.88	44	88.38	46	0.50	24
10 群馬県	90.20	35	90.78	35	0.58	17
11 埼玉県	88.16	43	88.84	43	0.67	7
12 千葉県	87.79	45	88.45	44	0.67	8
13 東京都	85.63	47	86.20	47	0.57	18
14 神奈川県	89.47	40	90.65	36	1.18	1
15 新潟県	93.03	6	93.32	8	0.30	37
16 富山県	94.09	2	94.49	2	0.40	29
17 石川県	91.29	23	92.04	19	0.75	4
18 福井県	91.28	24	91.93	23	0.64	11
19 山梨県	89.89	38	91.00	32	1.11	2
20 長野県	93.27	3	93.69	5	0.42	27
21 岐阜県	92.10	13	92.39	16	0.29	36
22 静岡県	90.02	37	90.65	37	0.63	13
23 愛知県	92.30	12	92.96	9	0.66	9
24 三重県	90.71	30	91.01	31	0.30	37
25 滋賀県	93.00	7	93.73	4	0.74	5

	平成24年度		平成25年度		対前年度 増減	
	%	順位	%	順位	%	順位
26 京都府	93.05	5	93.52	6	0.47	21
27 大阪府	87.76	46	88.41	45	0.65	20
28 兵庫県	91.05	26	91.55	26	0.50	25
29 奈良県	92.05	14	92.55	14	0.50	11
30 和歌山県	91.67	20	91.97	20	0.30	37
31 鳥取県	91.25	25	91.81	24	0.56	3
32 島根県	94.76	1	94.95	1	0.19	35
33 岡山県	90.50	32	91.01	30	0.51	26
34 広島県	90.12	36	90.21	39	0.09	46
35 山口県	91.69	19	91.95	21	0.26	40
36 徳島県	90.80	29	91.21	29	0.41	24
37 香川県	91.93	18	92.11	18	0.18	43
38 愛媛県	92.81	8	92.91	10	0.10	45
39 高知県	91.97	16	92.51	15	0.55	43
40 福岡県	90.86	27	91.23	28	0.37	38
41 佐賀県	93.15	4	93.74	3	0.59	30
42 長崎県	92.46	11	92.72	11	0.26	40
43 熊本県	90.63	31	90.83	34	0.21	42
44 大分県	91.95	17	92.58	13	0.63	7
45 宮崎県	90.86	28	91.45	27	0.59	46
46 鹿児島県	90.43	33	90.85	33	0.42	41
47 沖縄県	92.68	9	93.49	7	0.81	12
全国	89.86	—	90.42	—	0.55	—

(出所) 国民健康保険事業年報

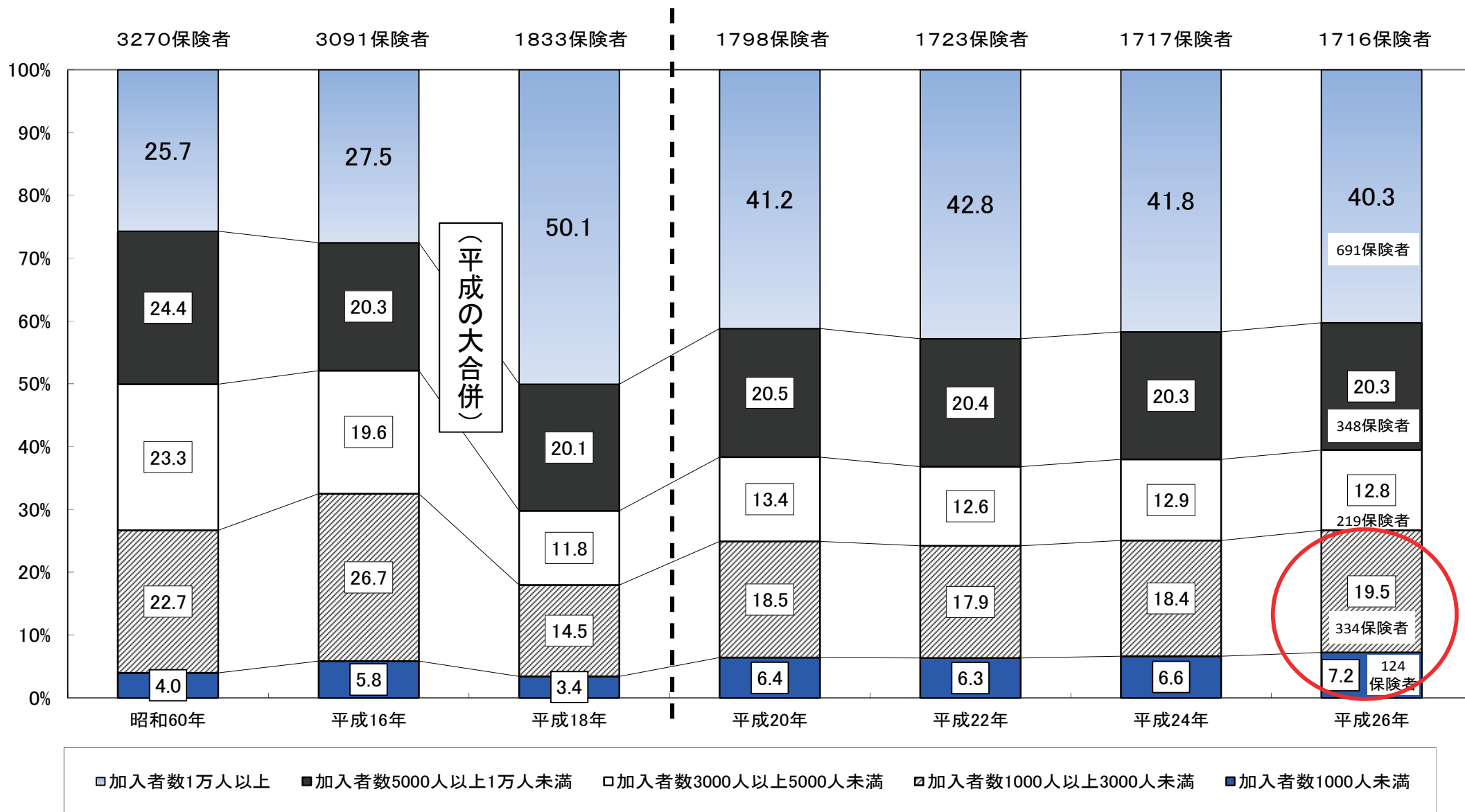
(注1) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

(出所) 国民健康保険事業年報

(注1) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

保険者規模別構成割合の推移

平成26年9月末時点で、1,716保険者中458保険者(約1/4)が被保険者数3,000人未満の小規模保険者。
 ※ただし、平成26年度の数值は速報値。

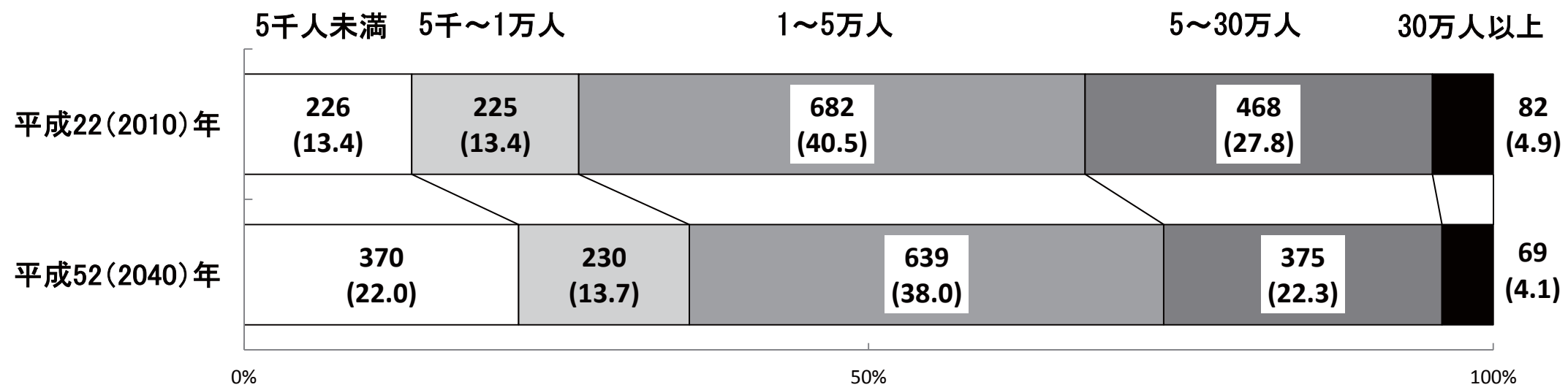


(出所):「国民健康保険実態調査」

(注)平成20年度に後期高齢者医療制度が創設され、被保険者数が減少していることに留意が必要。

【参考】平成22年(2010年)と平成52年(2040年)における 総人口の規模別にみた市町村数と割合 (推計)

○ 平成52年(2040年)には、5分の1以上の自治体で総人口が5千人未満になる。
(国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計))



【出所】国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)』

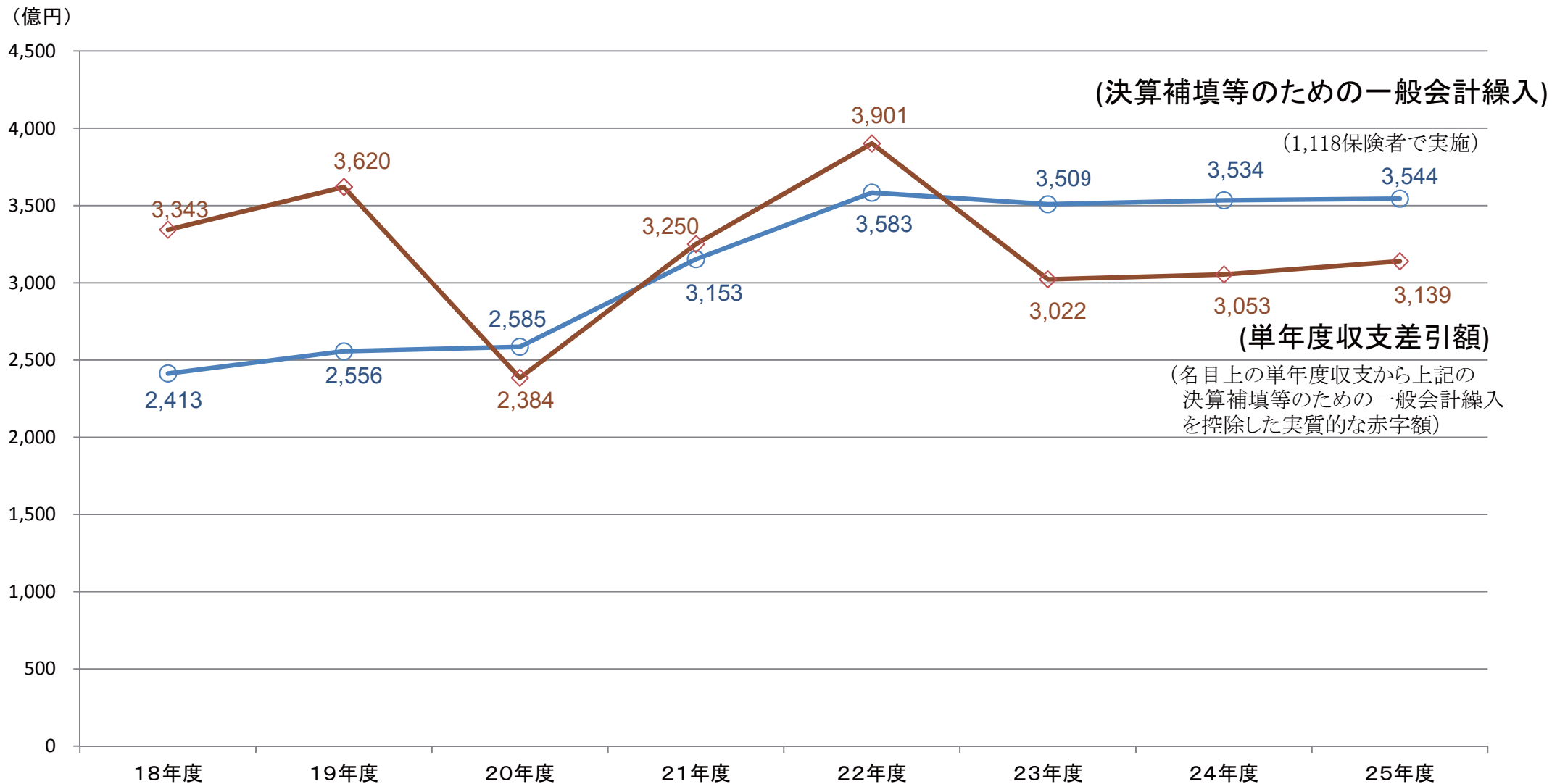
注1) グラフ中の数字は自治体数、カッコ内の数字は1,683市区町村に占める割合(%)。

対象となる自治体は、2013年3月1日現在の1,683市区町村であり、県全体について将来人口を推計した福島県内の市町村は含まない。

注2) 割合については四捨五入して表記したため合計が100にならないことがある。

市町村国保の財政収支の状況（推移）

○単年度の収支は恒常的に赤字であり、決算補填等のための一般会計繰入も行われている。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業実施状況報告書

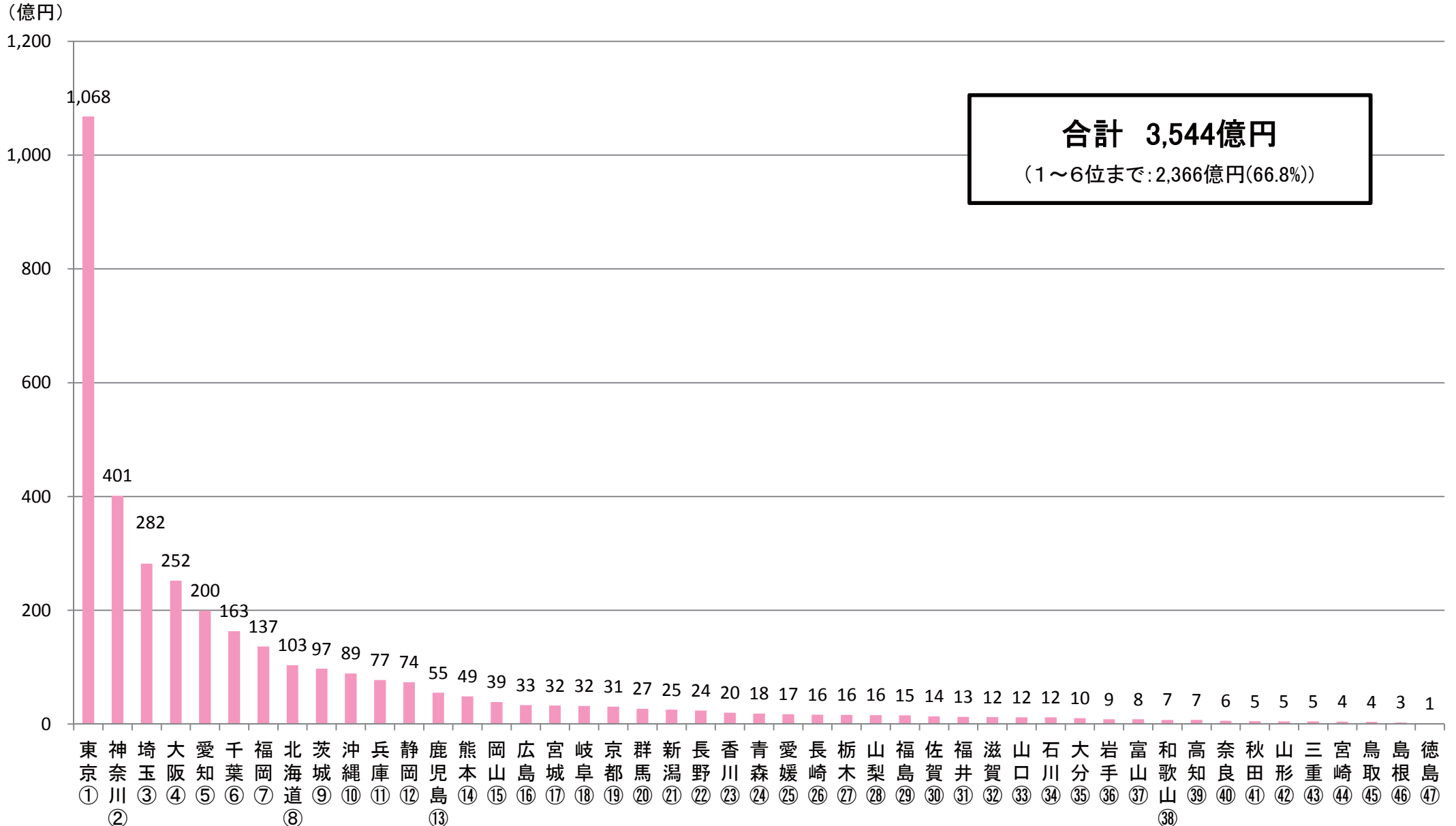
(注1) 「決算補てん等のための一般会計繰入金」とは、「一般会計繰入金（法定外）」のうち決算補てん等を目的とした額。平成21年度から東京都の特別区財政調整交付金のうち決算補てん目的のものを含む。

(注2) 単年度収支差引額は実質的な単年度収支差引額であり各年度いずれも赤字額。

(注3) 平成25年度は速報値である。

一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況：平成25年度）

- 法定外繰入を都道府県別に見ると、全体(3,544億円)の約3割(1,068億円)を東京都が占めている。
- 繰入金額が多く大都市を抱えている1位～6位までの都道府県における繰入金額は約2,400億円であり、全体の約7割を占めている。

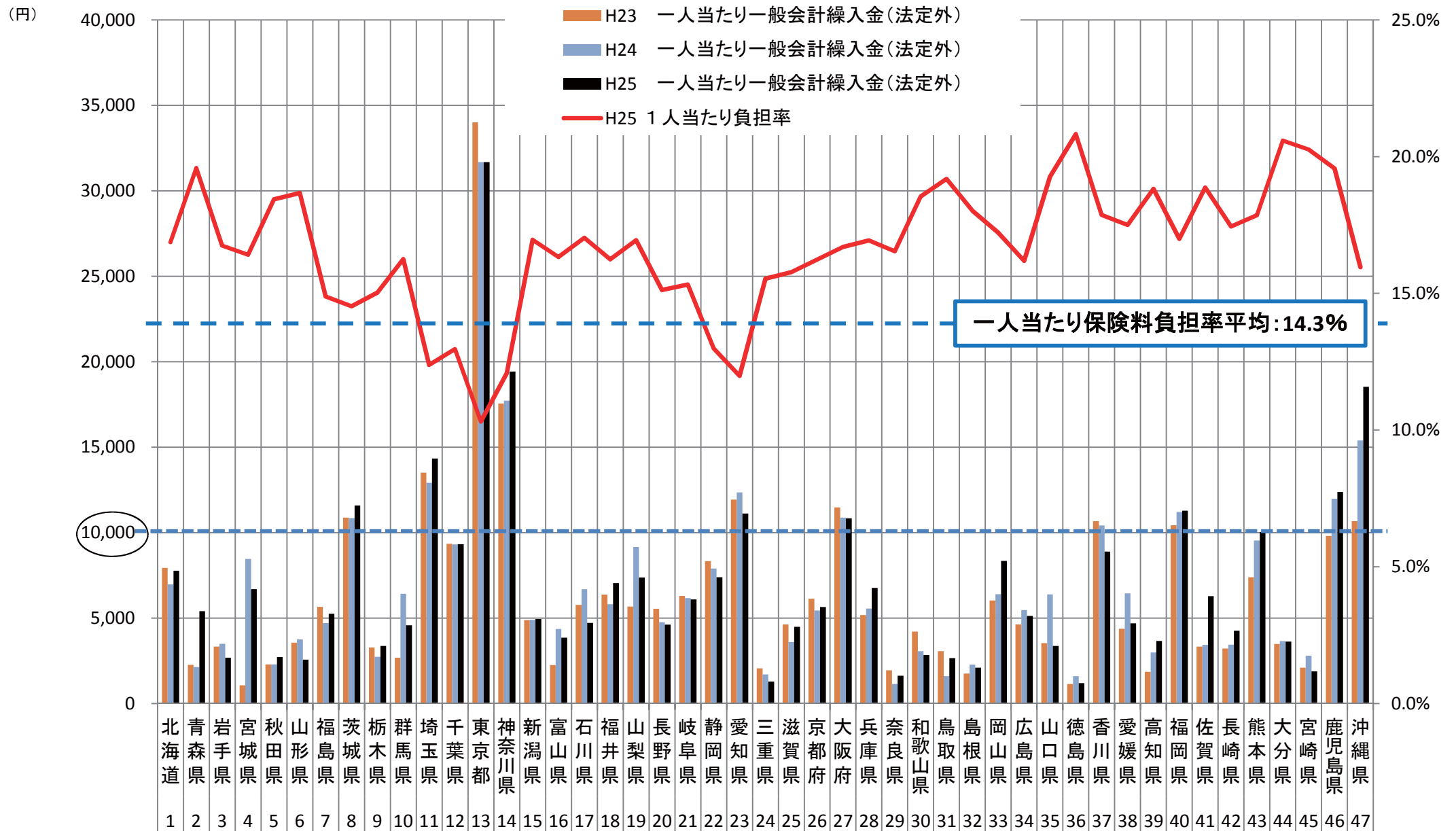


[出所] 国民健康保険事業の実施状況報告

(注1) 東京都の決算補填等目的の繰入金のうち約6割(約680億円)が特別区の繰入金である。

1人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況）

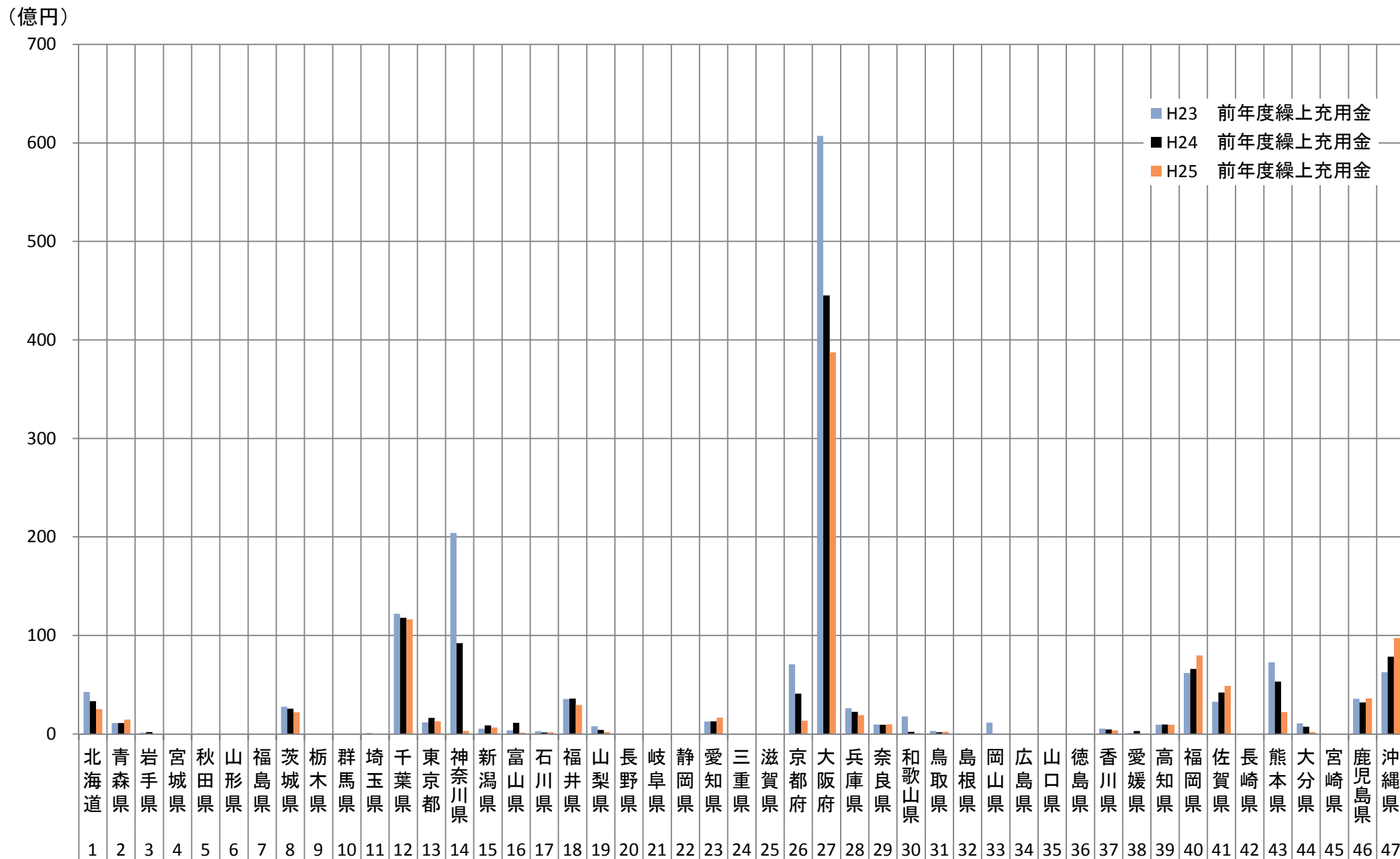
○ 平成25年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡、熊本、鹿児島、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知の保険料負担率は平均(14.3%)よりも低く、茨城、大阪、福岡、熊本、鹿児島、沖縄の保険料負担率は平均よりも高い。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業の実施状況報告、国民健康保険実態調査報告
 (注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。
 (注2) 一人当たり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧ただし書き所得で除したものである。

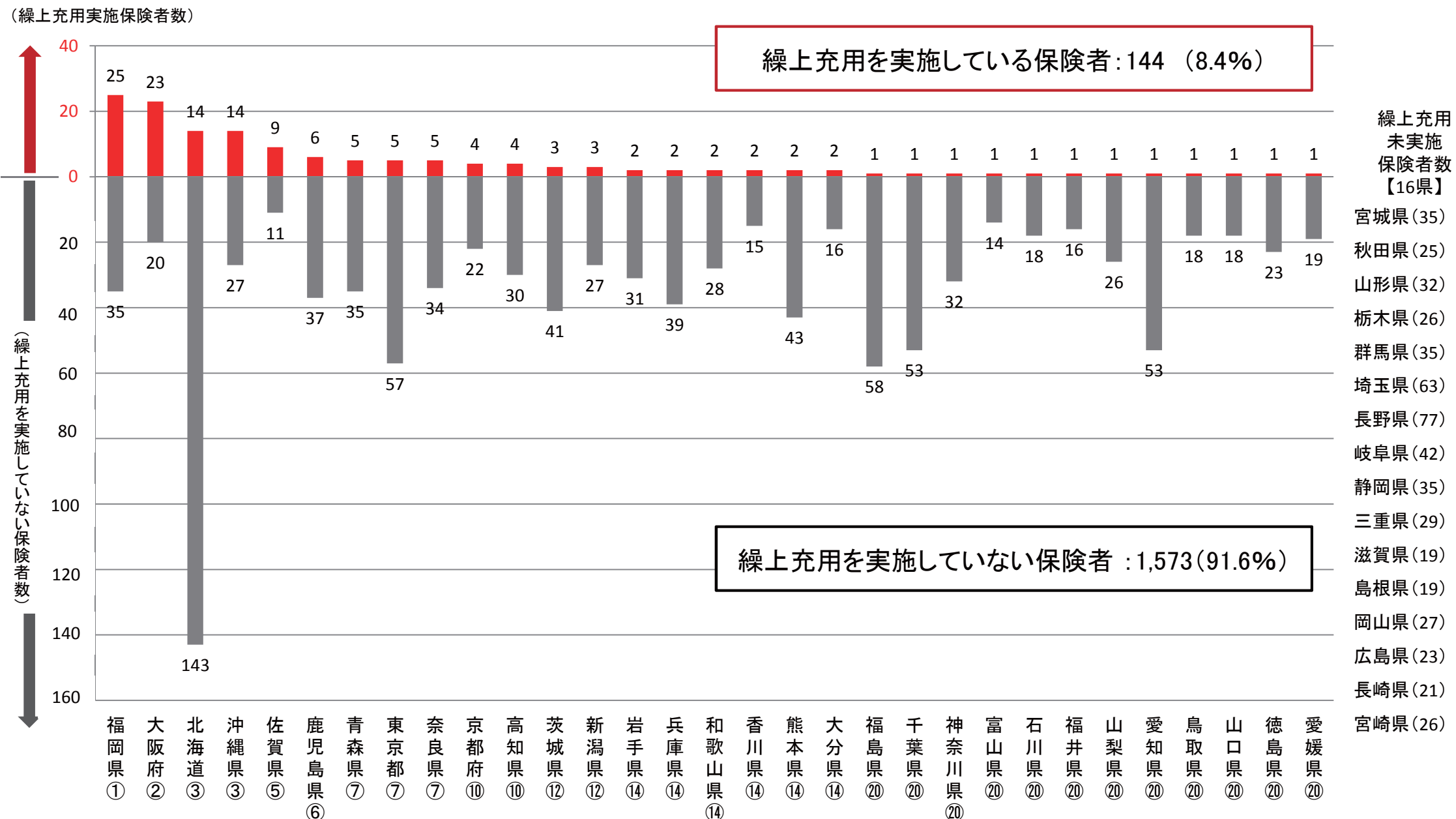
前年度繰上充用金の状況

○ 前年度繰上充用金は984億円(平成25年度)。うち大阪府内の市町村の合計が387億円であり、全体の約4割を占める。



前年度繰上充用を実施している保険者数（都道府県別：平成25年度）

- 47都道府県のうち前年度繰上充用を実施している保険者があるのは31都道府県。
- 繰上充用を実施している保険者(144)は、福岡県(25)、大阪府(23)、北海道(14)、沖縄県(14)など特定の道府県で多く見られる。



(出所) 国民健康保険事業年報

都道府県別1人当たり医療費の格差の状況（平成25年度）

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別1人当たり医療費			
	最大	最小	格差	順位			
北海道	初山別村	526,295	羅臼町	224,090	2.3倍	364,012	13
青森県	外ヶ浜町	352,882	六ヶ所村	253,378	1.4倍	304,844	39
岩手県	大槌町	412,970	軽米町	267,929	1.5倍	334,643	25
宮城県	七ヶ宿町	370,371	大衡村	253,703	1.5倍	324,271	32
秋田県	男鹿市	416,513	大潟村	260,065	1.6倍	354,830	15
山形県	山辺町	378,224	最上地区広域連合	278,497	1.4倍	332,347	26
福島県	檜葉町	445,443	西郷村	269,445	1.7倍	321,798	34
茨城県	北茨城市	353,393	鉾田市	241,801	1.5倍	281,266	46
栃木県	壬生町	316,630	益子町	267,701	1.2倍	293,796	43
群馬県	神流町	431,508	昭和村	229,099	1.9倍	298,314	41
埼玉県	東秩父村	342,243	戸田市	269,157	1.3倍	296,689	42
千葉県	長柄町	352,006	旭市	242,101	1.5倍	292,674	44
東京都	利島村	555,744	小笠原村	170,706	3.3倍	292,132	45
神奈川県	山北町	360,667	大井町	277,786	1.3倍	306,556	38
新潟県	粟島浦村	444,296	南魚沼市	269,027	1.7倍	331,947	27
富山県	魚津市	393,305	砺波市	323,305	1.2倍	350,125	18
石川県	宝達志水町	432,293	野々市市	333,381	1.3倍	367,665	12
福井県	美浜町	422,632	高浜町	302,497	1.4倍	350,392	17
山梨県	丹波山村	456,721	忍野村	266,222	1.7倍	309,004	37
長野県	筑北村	415,635	南牧村	180,855	2.3倍	314,404	35
岐阜県	関ヶ原町	359,479	坂祝町	267,627	1.3倍	324,713	30
静岡県	西伊豆町	354,284	清水町	271,271	1.3倍	310,209	36
愛知県	豊根村	371,182	田原市	233,956	1.6倍	299,309	40
三重県	紀北町	398,423	度会町	284,020	1.4倍	331,810	28

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別1人当たり医療費			
	最大	最小	格差	順位			
滋賀県	多賀町	376,065	愛荘町	290,033	1.3倍	323,927	33
京都府	南山城村	396,246	京丹後市	310,614	1.3倍	337,826	24
大阪府	岬町	413,412	泉南市	287,235	1.4倍	338,021	23
兵庫県	赤穂市	396,107	豊岡市	311,911	1.3倍	340,536	21
奈良県	上北山村	461,660	下北山村	261,459	1.8倍	324,419	31
和歌山県	紀美野町	394,570	みなべ町	250,148	1.6倍	326,800	29
鳥取県	南部町	421,001	鳥取市	323,262	1.3倍	346,834	20
島根県	川本町	467,893	知夫村	335,220	1.4倍	396,128	2
岡山県	新見市	456,187	総社市	361,545	1.3倍	375,435	10
広島県	大崎上島町	478,957	福山市	347,216	1.4倍	381,454	8
山口県	美祢市	482,882	下松市	346,791	1.4倍	397,230	1
徳島県	神山町	453,783	松茂町	323,823	1.4倍	374,484	11
香川県	直島町	456,819	宇多津町	329,265	1.4倍	391,387	3
愛媛県	久万高原町	445,396	宇和島市	311,559	1.4倍	352,613	16
高知県	北川村	508,629	大川村	283,153	1.8倍	376,156	9
福岡県	豊前市	431,738	那珂川町	305,425	1.4倍	349,357	19
佐賀県	みやき町	469,820	玄海町	326,243	1.4倍	384,422	5
長崎県	長崎市	431,351	小値賀町	318,489	1.4倍	383,975	6
熊本県	水俣市	523,049	産山村	295,089	1.8倍	354,999	14
大分県	津久見市	455,220	姫島村	305,426	1.5倍	386,609	4
宮崎県	美郷町	431,024	都農町	291,014	1.5倍	339,803	22
鹿児島県	南さつま市	473,269	与論町	231,528	2.0倍	381,547	7
沖縄県	大宜味村	368,672	座間味村	176,281	2.1倍	276,918	47

(※) 3～2月診療ベースである。
(出所)国民健康保険事業年報

1人当たり医療費 全国平均：324,543円

都道府県内における1人当たり所得の格差（平成25年）

	平均所得 (万円)	最高		最低		格差
			(万円)		(万円)	
北海道	58.3	猿払村	435.1	三笠市	29.7	14.6
青森	47.6	六ヶ所村	70.9	今別町	34.0	2.1
岩手	52.4	野田村	72.9	西和賀町	43.7	1.7
宮城	60.7	南三陸町	86.2	白石市	47.3	1.8
秋田	44.7	大潟村	200.4	大館市	34.3	5.8
山形	54.3	三川町	72.5	小国町	37.9	1.9
福島	59.8	飯舘村	102.0	柳津町	42.9	2.4
茨城	65.3	守谷市	86.7	高萩市	48.5	1.8
栃木	70.1	高根沢町	102.3	茂木町	46.4	2.2
群馬	61.1	嬬恋村	119.8	上野村	39.0	3.1
埼玉	75.6	和光市	106.0	神川町	50.9	2.1
千葉	76.2	浦安市	110.5	いすみ市	55.3	2.0
東京	101.4	千代田区	251.4	奥多摩町	58.6	4.3
神奈川	89.0	鎌倉市	115.3	横須賀市	67.7	1.7
新潟	56.0	津南町	63.5	阿賀町	37.9	1.7
富山	60.8	黒部市	68.1	上市町	51.6	1.3
石川	60.4	川北町	76.2	穴水町	42.7	1.8
福井	59.6	池田町	64.1	おおい町	50.0	1.3
山梨	61.2	小菅村	91.5	早川町	43.4	2.1
長野	61.4	軽井沢町	298.2	売木村	30.0	9.9
岐阜	66.8	白川村	95.5	関ヶ原町	53.8	1.8
静岡	80.1	浜松市	110.3	西伊豆町	49.1	2.2
愛知	85.1	長久手市	129.3	豊根村	55.0	2.4
三重	63.6	木曾岬町	85.0	御浜町	45.5	1.9

	平均所得 (万円)	最高		最低		格差
			(万円)		(万円)	
滋賀	62.5	栗東市	86.2	豊郷町	43.5	2.0
京都	55.3	長岡京市	77.1	井手町	40.8	1.9
大阪	56.1	吹田市	83.2	泉南市	40.0	2.1
兵庫	60.1	芦屋市	128.1	新温泉町	45.7	2.8
奈良	56.9	生駒市	78.6	御所市	38.6	2.0
和歌山	47.9	みなべ町	59.9	湯浅町	36.1	1.7
鳥取	47.7	北栄町	63.8	日野町	35.6	1.8
島根	56.8	奥出雲町	99.4	美郷町	38.5	2.6
岡山	53.7	真庭市	66.8	美咲町	35.8	1.9
広島	61.2	府中町	71.2	神石高原町	46.4	1.5
山口	52.0	和木町	64.5	上関町	36.1	1.8
徳島	44.8	鳴門市	59.8	つるぎ町	26.4	2.3
香川	55.2	直島町	80.0	東かがわ市	43.7	1.8
愛媛	44.4	八幡浜市	55.4	松野町	26.8	2.1
高知	45.6	馬路村	60.1	大豊町	30.1	2.0
福岡	51.6	新宮町	68.8	川崎町	24.4	2.8
佐賀	53.9	佐賀市	60.0	大町町	36.3	1.7
長崎	44.8	長与町	56.4	波佐見町	38.3	1.5
熊本	50.3	嘉島町	62.4	津奈木町	27.6	2.3
大分	43.1	竹田市	48.4	姫島村	30.9	1.6
宮崎	44.2	新富町	52.3	日之影町	29.9	1.8
鹿児島	41.0	東串良町	55.1	伊仙町	14.5	3.8
沖縄	40.5	嘉手納町	69.7	多良間村	11.5	6.1

1人当たり所得 全国平均：67.6万円

(注1)厚生労働省保険局「平成26年度国民健康保険実態調査」速報(保険者票)における平成25年所得である。

(注2)ここでいう「所得」とは、旧ただし書所得(総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額)である。

国保保険料の都道府県内格差（平成25年度）

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額				保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額				
	最大	最小	格差	順位	最大			最小	格差	順位					
北海道	猿払村	149,539	三笠市	57,973	2.6倍	84,647	23	滋賀県	栗東市	105,289	甲良町	65,854	1.6倍	87,687	17
青森県	中泊町	102,475	深浦町	65,597	1.6倍	82,740	27	京都府	精華町	96,444	伊根町	49,329	2.0倍	80,915	32
岩手県	奥州市	89,271	岩泉町	55,263	1.6倍	75,571	43	大阪府	箕面市	100,584	田尻町	68,994	1.5倍	81,771	31
宮城県	色麻町	107,304	七ヶ宿町	55,109	1.9倍	88,757	12	兵庫県	芦屋市	99,738	養父市	60,663	1.6倍	82,429	29
秋田県	大湯村	135,619	小坂町	51,914	2.6倍	77,003	40	奈良県	生駒市	102,137	下北山村	45,313	2.3倍	83,119	25
山形県	川西町	107,984	西川町	64,905	1.7倍	91,125	6	和歌山県	上富田町	100,657	古座川町	46,954	2.1倍	80,609	34
福島県	浅川町	97,917	葛尾村・双葉町・大熊町・富岡町・楢葉町	0	-	75,047	44	鳥取県	若桜町	87,142	智頭町	42,534	2.0倍	80,306	35
茨城県	境町	104,426	常陸大宮市	71,412	1.5倍	85,121	22	島根県	松江市	95,808	津和野町	64,765	1.5倍	86,273	21
栃木県	上三川町	126,734	茂木町	75,196	1.7倍	92,770	2	岡山県	早島町	99,660	久米南町	65,980	1.5倍	82,684	28
群馬県	榛東村	111,893	上野村	60,997	1.8倍	88,131	14	広島県	安芸高田市	92,385	神石高原町	55,030	1.7倍	88,059	15
埼玉県	川島町	99,056	小鹿野町	55,128	1.8倍	84,147	24	山口県	周南市	100,275	上関町	58,346	1.7倍	91,359	5
千葉県	富津市	104,818	成田市	70,698	1.5倍	87,577	18	徳島県	石井町	101,491	つるぎ町	57,354	1.8倍	82,350	30
東京都	千代田区	126,531	三宅村	42,231	3.0倍	87,769	16	香川県	多度津町	95,958	小豆島町	64,872	1.5倍	86,871	20
神奈川県	湯河原町	118,550	座間市	76,301	1.6倍	94,427	1	愛媛県	東温市	88,784	愛南町	54,693	1.6倍	77,457	38
新潟県	粟島浦村	95,870	糸魚川市	56,990	1.7倍	82,789	26	高知県	馬路村	87,140	仁淀川町	44,647	2.0倍	76,416	42
富山県	南砺市	102,544	氷見市	74,375	1.4倍	89,233	11	福岡県	大木町	93,165	添田町	51,751	1.8倍	76,612	41
石川県	加賀市	105,265	珠洲市	74,280	1.4倍	91,371	4	佐賀県	白石町	107,397	有田町	67,124	1.6倍	89,838	9
福井県	あわら市	95,541	池田町	58,572	1.6倍	86,952	19	長崎県	大村市	82,549	小値賀町	57,915	1.4倍	73,733	45
山梨県	富士河口湖町	108,815	小菅村	57,939	1.9倍	90,379	8	熊本県	あさぎり町	97,495	津奈木町	55,932	1.7倍	80,704	33
長野県	山形村	102,797	大鹿村	34,031	3.0倍	77,280	39	大分県	竹田市	92,785	姫島村	48,490	1.9倍	80,237	36
岐阜県	岐南町	109,547	飛騨市	68,916	1.6倍	90,602	7	宮崎県	新富町	94,857	椎葉村	57,094	1.7倍	78,409	37
静岡県	御前崎市	104,850	川根本町	60,995	1.7倍	92,287	3	鹿児島県	南九州市	84,898	伊仙町	33,728	2.5倍	70,611	46
愛知県	田原市	107,919	豊根村	62,435	1.7倍	89,251	10	沖縄県	北大東村	69,445	粟国村	28,969	2.4倍	54,750	47
三重県	木曾岬町	104,213	大紀町	58,152	1.8倍	88,461	13								

(注1) 保険料(税)調定額には介護納付金分を含んでいない。

(注2) 被保険者数は3~2月の年度平均を用いて計算している。

(注3) 東日本大震災により保険料(税)が減免されたため、1人当たり保険料調定額が小さくなっている保険者がある
福島県を除くと東京都の格差が最大となる。

(※)平成25年度 国民健康保険事業年報を基に作成

1人当たり保険料(税)全国平均：84,815円

主な流れ

(法改正年度)

- ・昭和63年 ○低所得者の保険料軽減分への公費補填制度の創設（※都道府県負担の導入） 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
- ・平成14年 ○広域化等支援基金の創設、都道府県に基金を設置（※市町村国保の広域化等を支援）
○保険者支援制度の創設 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
○高額医療費共同事業の拡充・制度化 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
- 平成17年 **【三位一体改革】**
○都道府県財政調整交付金の創設（給付費等の7%）
○低所得者の保険料軽減分への公費補填制度の都道府県割合を1/4から3/4に変更
- 平成18年 ○新たな高齢者医療制度の創設、都道府県に財政安定化基金を設置
○都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合（保険財政共同安定化事業の創設、政管健保の公法人化等）
○医療費適正化計画の創設（※都道府県に策定を義務づけ）
- 平成22年 ○広域化等支援方針の創設（※市町村国保の広域化等を推進）
- 平成24年 ○財政運営の都道府県単位化の推進（保険財政共同安定化事業の事業対象を全ての医療費に拡大）
○都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げ
- 平成27年 ○平成30年度以降、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担う。

財政運営の都道府県単位化の推進（平成24年 国保法改正）

○ 市町村国保の都道府県単位の共同事業（保険財政共同安定化事業）について、事業対象をすべての医療費に拡大。【平成27年度】

※ 拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。

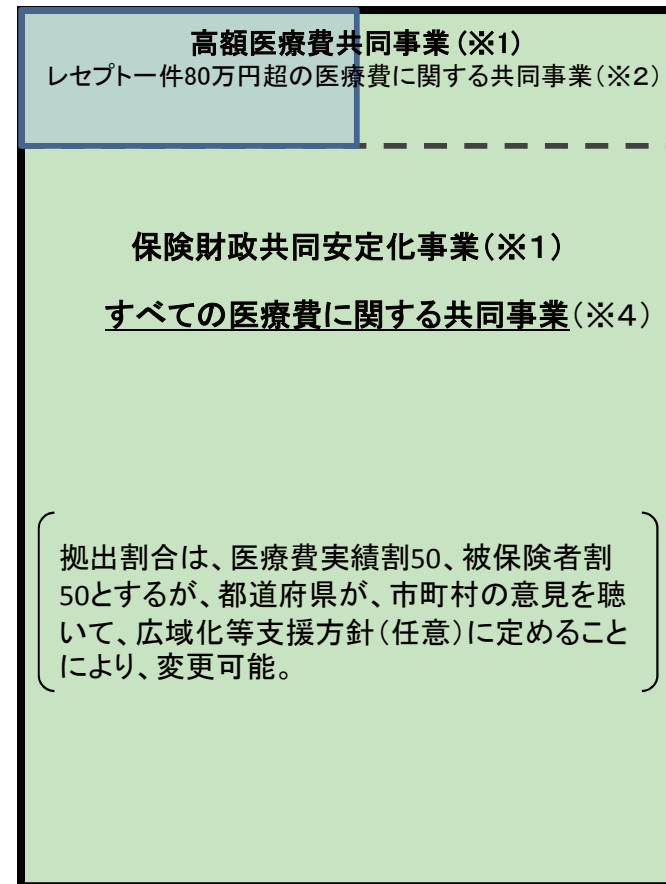
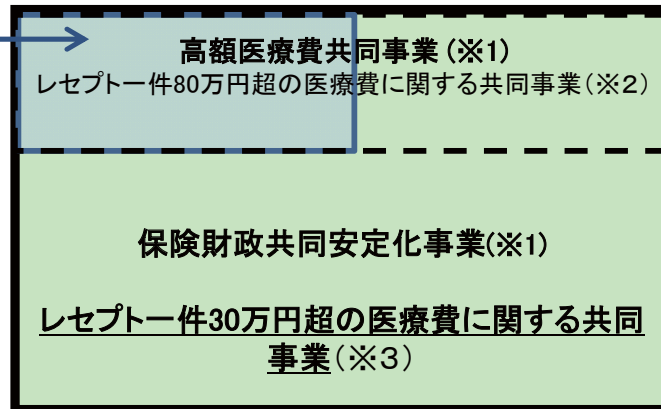
【旧】

【新】

都道府県単位の共同事業

都道府県単位の共同事業の拡大

高額医療費に対する公費投入（※5）



都道府県が、市町村の意見を聴いて、広域化等支援方針(任意)に定めることにより、①対象医療費の拡大や②拠出割合の変更が可能

拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて、広域化等支援方針(任意)に定めることにより、変更可能。

※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置

※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。

※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている。

※4 自己負担相当額等を除く。

※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

保険財政共同安定化事業等の拠出超過額に対する財政支援の概要（平成24年改正）

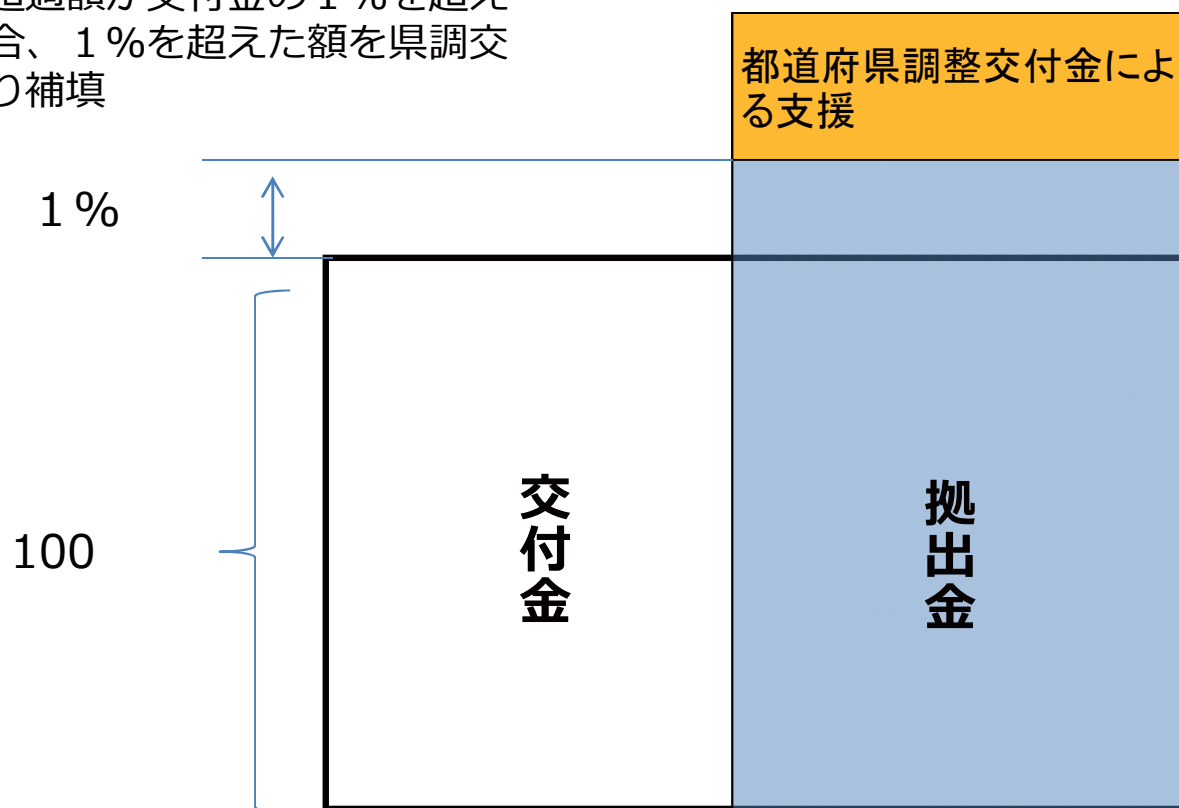
○ 保険財政共同安定化事業の拠出金の持ち出し額（拠出金－交付金）が、交付金の1%を超える場合には、当該超過額を都道府県調整交付金により財政支援するよう、ガイドラインの見直しを行った。

※ 財政支援の対象となる拠出超過額の計算方法

$$\text{支援対象の拠出超過額} = \frac{\text{拠出超過額}}{(\text{拠出額} - \text{交付額})} - \text{交付金の1\%}$$

【1%超過額に対する財政支援のイメージ】

拠出超過額が交付金の1%を超える場合、1%を超えた額を県調交により補填



保険財政共同安定化事業における各都道府県の拠出割合について (平成27年度方針)

「医療費実績割：被保険者割：所得割」

- 「50:50」 ----- 34 (滋賀*、京都*、ほか)
- 「50:40:10」 ----- 1 (東京*)
- 「50:25:25」 ----- 4 (長野*、広島*、愛媛*、佐賀)
- 「45:45:10」 ----- 1 (福井)
- 「40:60」 ----- 1 (奈良)
- 「40:55:5」 ----- 1 (青森)
- 「40:50:10」 ----- 1 (岡山*)
- 「40:30:30」 ----- 1 (埼玉)
- 「25:50:25」 ----- 3 (宮城*、三重、大阪)

(注) 「*」は、平成27年度から拠出割合を変更した都道府県を表す。

(平成27年2月末現在。厚生労働省保険局国民健康保険課調べ。)

国民健康保険の見直しについて

国民健康保険の安定化に向けた改革

国民健康保険の改革による制度の安定化

公費拡充

○国民健康保険に対し、平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充(約500億円)に加え、29年度以降**毎年約3,400億円の財政支援**(平成27年度は低所得者対策として保険者支援制度を1,700億円拡充)の拡充等を実施することにより、国保の抜本的な財政基盤の強化を図る。

- ・公費約3,400億円は、現在の国保の**保険料総額(約3兆円)**の1割を超える規模
- ・被保険者一人当たり、**約1万円の財政改善効果**

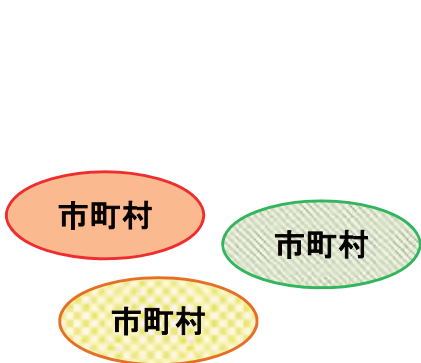
運営の在り方の見直し

○**平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割**を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示(標準的な住民負担の見える化)
- ・都道府県は、**国保の運営方針を定め**、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

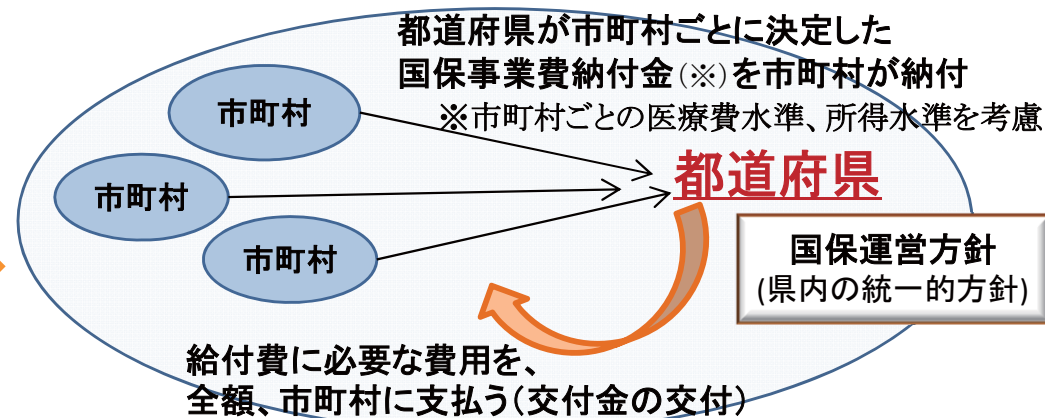
○市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う ※保険料率は市町村ごとに決定

【現行】市町村が個別に運営



- ・**国の財政支援の拡充**
- ・**都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす**

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



国民健康保険の改革による制度の安定化（公費拡充）

国民健康保険に対し、平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充（約500億円）に加え、**毎年約3,400億円の財政支援**の拡充等を以下の通り実施することにより、国保の抜本的な財政基盤の強化を図る。

※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額（約3兆円）の1割を超える規模

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

<平成27年度から実施>

- **低所得者対策の強化**のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充（約1,700億円）

<平成30年度から実施>（毎年約1,700億円）

- **財政調整機能の強化**（財政調整交付金の実質的増額）
- **自治体の責めによらない要因**による医療費増・負担への対応
（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等）
- **保険者努力支援制度…医療費の適正化に向けた取組等に対する支援**
- **財政リスクの分散・軽減方策**（財政安定化基金の創設・高額医療費への対応等）等

- ・平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成等（平成27年度200億円⇒平成29年度約1,700億円）
- ・平成30年度以降は、上記の項目に約1,700億円を配分

- あわせて、医療費の適正化に向けた取組や保険料の収納率向上などの事業運営の改善等を一層推進し、財政基盤の強化を図る。

国民健康保険への財政支援の拡充(27年度)

○ 低所得者(保険料の軽減対象者)数に応じた保険者への財政支援(平成26年度:約980億円)を更に約1,700億円拡充。
 ※被保険者一人当たり約5,000円の財政改善効果

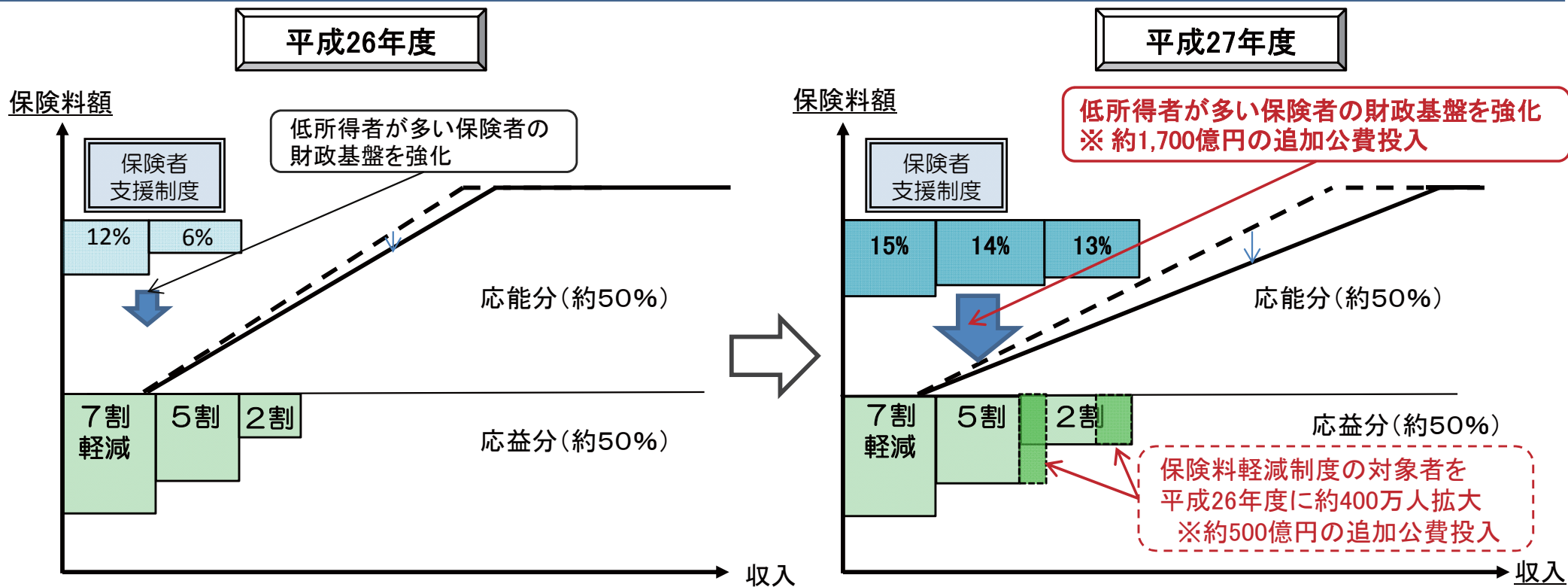
《拡充の内容》

- ① 現在、財政支援の対象となっていない2割軽減対象者についても、財政支援の対象とするとともに、軽減対象の拡大に応じ、財政支援の対象を拡大する。
- ② 現行の7割軽減・5割軽減の対象者数に応じた財政支援の補助率を引き上げる。
- ③ 財政支援額の算定基準を平均保険料収納額の一定割合から、平均保険料算定額の一定割合に改める。

※ 収納額 = 算定額 - 法定軽減額 - 未納額

【現行】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**収納額**の12%(7割軽減)、6%(5割軽減)

【改正後】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**算定額**の15%(7割軽減)、14%(5割軽減)、13%(2割軽減)



○ 財政安定化基金の創設

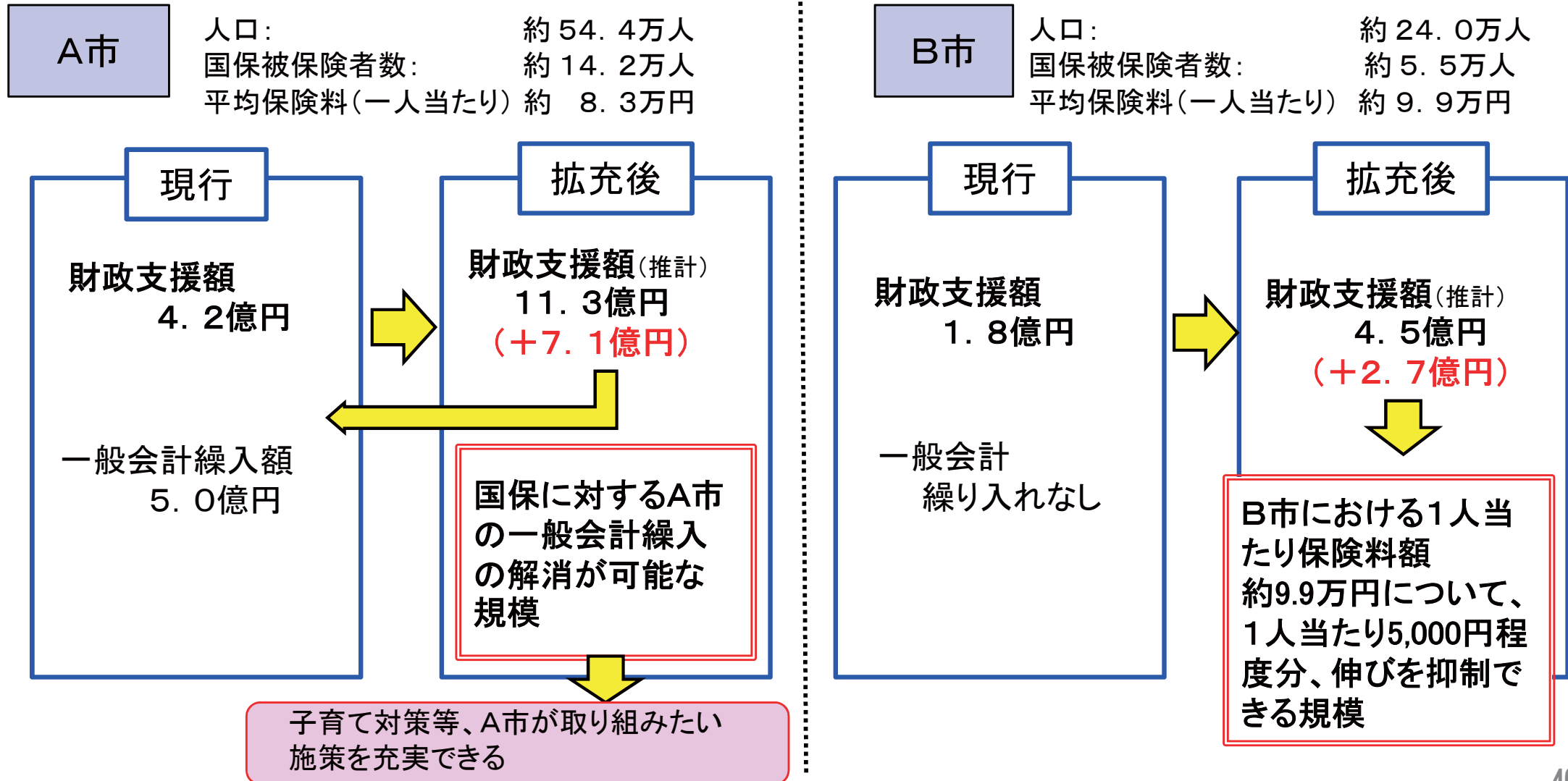
財政の安定化のため、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補填等を行う必要がないよう、都道府県に財政安定化基金を設置し、都道府県及び市町村に対し貸付・交付を行うことができる体制を確保。

※ 所要額(国費)200億円(今後も積み増す予定)

保険者支援制度拡充(平成27年度)による効果について(イメージ)

- 国保において、低所得者(保険料の軽減対象者)数に応じて行っている財政支援(H26年度:約980億円)を、更に約1,700億円追加し、平成27年度は約2,640億円に拡充。
- 地方等の低所得者が多く、財政的に厳しい市町村ほど、特に財政支援効果を発揮。
※1,700億円は、3,400万人の国保被保険者全体で見れば、被保険者1人当たり5,000円程度の財政改善効果

(被保険者1人当たり5,000円の規模を拡充したと仮定した場合の例)



自治体の責めによらない要因への財政支援 (特別調整交付金による財政支援の拡充)

※詳細は引き続き地方と協議

- 国保の財政基盤強化のため、自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応を実施することとし、例えば、
- ①精神疾患に係る医療費が高いこと、
 - ②子どもの被保険者が多いこと、
 - ③非自発的失業者に係る保険料軽減額
- に着目した、現在の特別調整交付金における財政支援の拡充を検討。

<参考> 現行の財政支援の要件

① 結核・精神疾患の医療費が高いことによる保険者の財政負担が大きいことへの財政支援

[交付要件] 結核・精神疾患に係る額が医療費の15%を超えること

[交付額] 結核・精神疾患に係る額のうち、医療費の15%を超える部分 × 80%以内

② 20歳未満の被保険者が多いことによる財政影響があることへの財政支援

[交付要件] 20歳未満の被保険者の加入率が全国平均を上回っており、かつ、1人当たり所得が大幅に低いこと

[交付額] 20歳未満の被保険者数のうち、全国平均加入率以上に加入している被保険者の数 × 全国平均の1人当たり応能保険料

③ 非自発的失業者の保険料(税)軽減額への財政支援

[交付要件] 倒産・解雇等により職を失った「非自発的失業者」(※非自発的失業者については、給与所得を30%とみなし、保険料を賦課)のうち、応
益割保険料の軽減措置の対象となる者がいること

[交付額] (当該市町村の1人当たり平均保険料(税)調定額 - 非自発的失業者の法定軽減後の保険料調定額) × 「非自発的失業者」の数

概要・規模

(概要)

○医療費適正化への取組や国保が抱える課題への対応等を通じて保険者機能の役割を発揮してもらう観点から、適正かつ客観的な指標に基づき、保険者としての努力を行う自治体に対し支援金を交付することで、国保の財政基盤を強化する。

(規模)

700億円～800億円程度

指 標

○保険者努力支援制度に基づく支援金については、保険者の努力を判断する指標を踏まえて交付額を決定する。

○指標については、後期高齢者支援金の加算・減算で用いられる予定の指標も踏まえ、今後、地方と協議の上決定することとしているが、例えば、

- ・被保険者の健康の保持増進に努力として、特定健診・特定保健指導等の実施状況
- ・医療の効率的な提供の推進に対する努力として、後発医薬品使用割合
- ・国保が抱える課題に対する努力として、収納率向上の状況 等を指標として用いることを検討。

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の
一部を改正する法律案による改正後の国民健康保険法（抄）
（保険者努力支援制度）

（調整交付金等）

第七十二条 （略）

2 （略）

3 国は、第一項に定めるもののほか、被保険者の健康の保持増進、医療の効率的な提供の推進その他医療に要する費用の適正化等に係る都道府県及び当該都道府県内の市町村の取組を支援するため、政令で定めるところにより、都道府県に対し、予算の範囲内において、交付金を交付する。

1. 趣旨

- 財政の安定化のため、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補填等を行う必要がないよう、都道府県に財政安定化基金を設置し、都道府県及び市町村に対し貸付・交付を行うことができる体制を確保する。

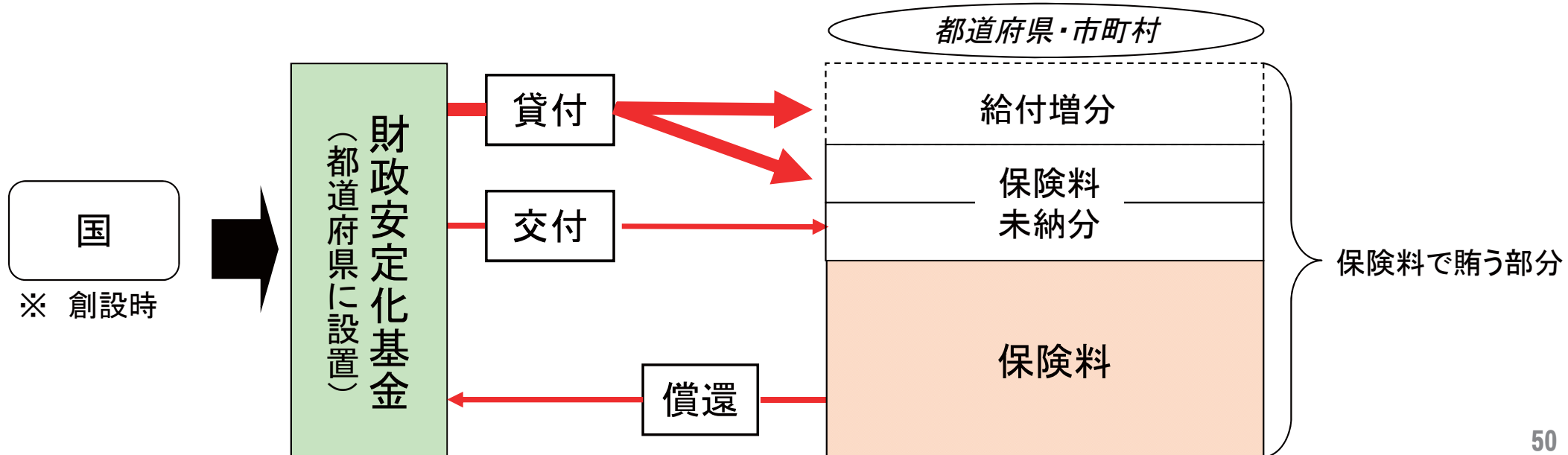
2. 内容

- 貸付…各年度、財源不足額を貸付。原則3年間で償還（無利子）
- 交付…特別な事情が生じた場合、モラルハザードが生じないように留意しつつ、財源不足額のうち保険料収納不足額×1/2以内を交付

特別な事情に該当する場合 …災害、景気変動等（詳細は、今後地方と協議の上、政省令で規定）

3. 基金規模等

- 2,000億円規模をめざし、国費で創設・順次積増しすることとし、平成27年度は200億円を措置。
- 交付分に対する補填は各都道府県が基金の適正規模を判断して決定。
※国・都道府県・市町村（保険料。按分の在り方については引き続き検討）で1/3ずつ補填



持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案による改正後の国民健康保険法（抄） （財政安定化支援基金）

（財政安定化基金）

第81条の2 都道府県は、国民健康保険の財政の安定化を図るため財政安定化基金を設け、次に掲げる事業に必要な費用に充てるものとする。

一 当該都道府県内の収納不足市町村に対し、政令で定めるところにより、基金事業対象保険料収納額が基金事業対象保険料必要額に不足する額を基礎として、当該都道府県内の市町村における保険料の収納状況等を勘案して政令で定めるところにより算定した額の範囲内の額の資金を貸し付ける事業

二 基金事業対象保険料収納額が基金事業対象保険料必要額に不足することにつき特別の事情があると認められる当該都道府県内の収納不足市町村に対し、政令で定めるところにより、基金事業対象保険料収納額が基金事業対象保険料必要額に不足する額を基礎として、当該都道府県内の市町村における保険料の収納状況等を勘案して政令で定めるところにより算定した額の2分の1以内の額の資金を交付する事業

2 都道府県は、基金事業対象収入額が基金事業対象費用額に不足する場合に、政令で定めるところにより、当該不足額を基礎として、当該都道府県内の市町村による保険給付の状況等を勘案して政令で定めるところにより算定した額の範囲内で財政安定化基金を取り崩し、当該不足額に相当する額を当該都道府県の国民健康保険に関する特別会計に繰り入れるものとする。

3 都道府県は、前項の規定により財政安定化基金を取り崩したときは、政令で定めるところにより、その取り崩した額に相当する額を財政安定化基金に繰り入れなければならない。

(前頁からの続き)

- 4 都道府県は、財政安定化基金に充てるため、政令で定めるところにより、当該都道府県内の市町村から財政安定化基金拠出金を徴収するものとする。
- 5 市町村は、前項の規定による財政安定化基金拠出金を納付しなければならない。
- 6 都道府県は、政令で定めるところにより、第四項の規定により当該都道府県内の市町村から徴収した財政安定化基金拠出金の総額の三倍に相当する額を財政安定化基金に繰り入れなければならない。
- 7 国は、政令で定めるところにより、前項の規定により都道府県が繰り入れた額の3分の1に相当する額を負担する。
- 8 財政安定化基金から生ずる収入は、全て財政安定化基金に充てなければならない。
- 9 (略)

国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

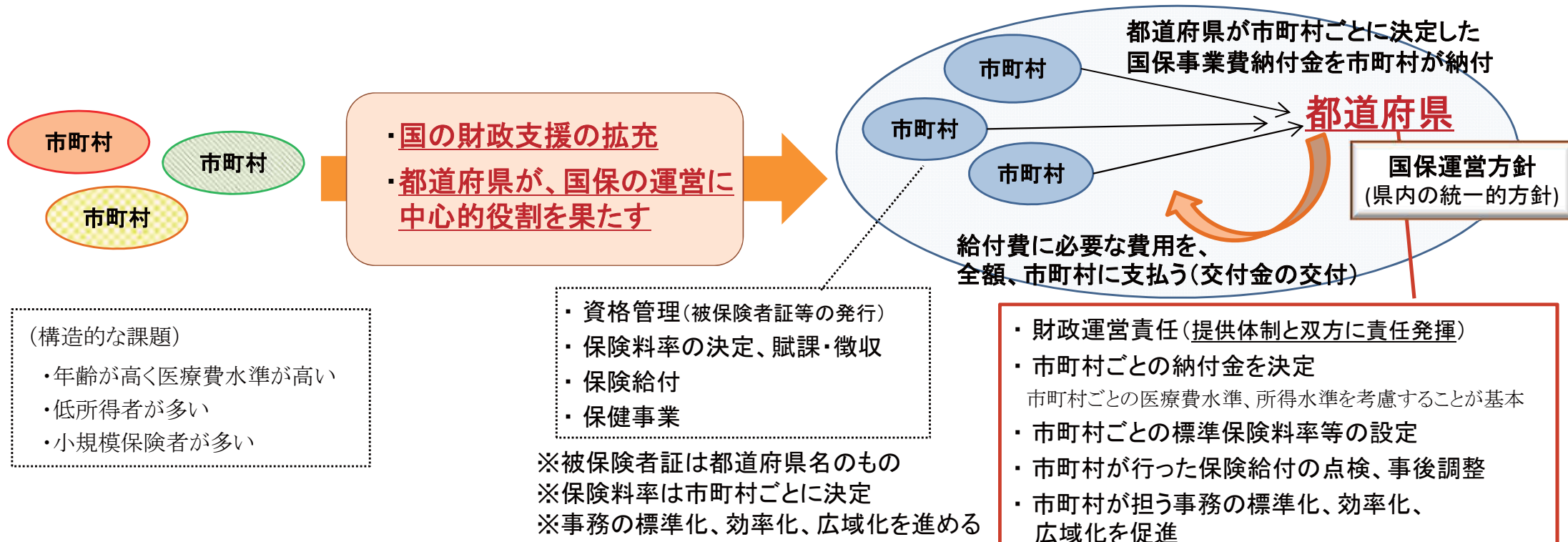
○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、全額、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、国保の運営方針を定め、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案による改正後の国民健康保険法（抄） （保険者 等）

（保険者）

第3条 都道府県は、当該都道府県内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）とともに、この法律の定めるところにより、国民健康保険を行うものとする。

2 （略）

（国、都道府県及び市町村の責務）

第4条 国は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるよう必要な各般の措置を講ずるとともに、第一条に規定する目的の達成に資するため、保健、医療及び福祉に関する施策その他の関連施策を積極的に推進するものとする。

2 都道府県は、安定的な財政運営、市町村の国民健康保険事業の効率的な実施の確保その他の都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の健全な運営について中心的な役割を果たすものとする。

3 市町村は、被保険者の資格の取得及び喪失に関する事項、国民健康保険の保険料（地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による国民健康保険税を含む。…（略）…）の徴収、保健事業の実施その他の国民健康保険事業を適切に実施するものとする。

4 都道府県及び市町村は、前二項の責務を果たすため、保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策その他の関連施策との有機的な連携を図るものとする。

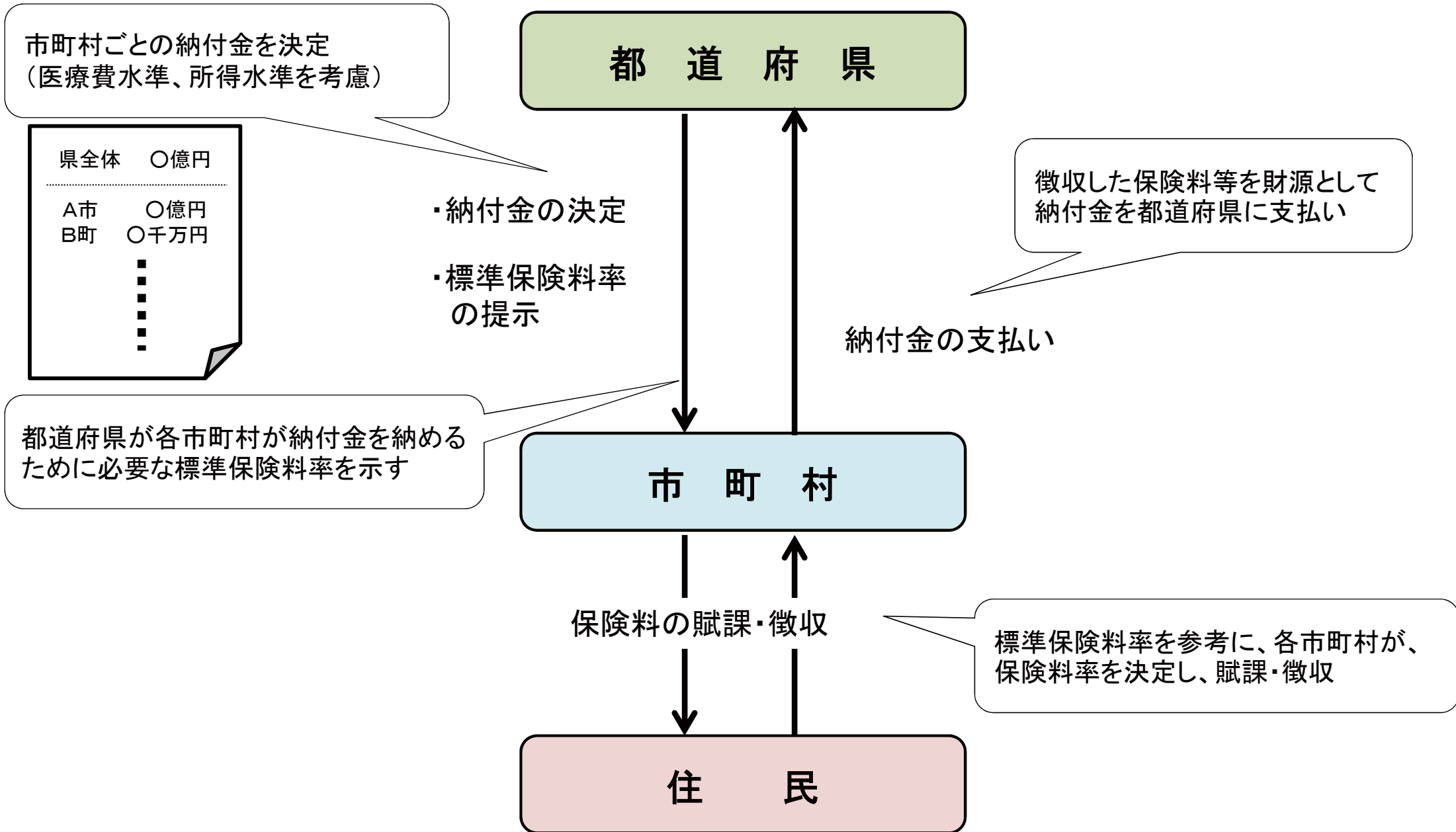
5 都道府県は、第2項及び前項に規定するもののほか、国民健康保険事業の運営が適切かつ円滑に行われるよう、国民健康保険組合その他の関係者に対し、必要な指導及び助言を行うものとする。

改革後の国保の運営の在り方について（都道府県と市町村のそれぞれの役割）

改革の方向性		
1. 運営の在り方 (総論)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化 ○ 都道府県が、都道府県内の<u>統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進</u> 	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	財政運営の責任主体 <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・ 財政安定化基金の設置・運営 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>国保事業費納付金を都道府県に納付</u>
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※4. と5. も同様	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(被保険者証等の発行)
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、 <u>市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・ 個々の事情に応じた賦課・徴収
5. 保険給付	<ul style="list-style-type: none"> ・ 給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い ・ 市町村が行った保険給付の点検 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>保険給付の決定</u> ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施</u> (データヘルス事業等)

国保保険料の賦課、徴収の仕組み（イメージ）

※詳細は引き続き地方と協議



改革後の国保財政の仕組み（イメージ）

※詳細は引き続き地方と協議

○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う（保険給付費等交付金の交付）ことにより、国保財政の「入り」と「出」を管理する。

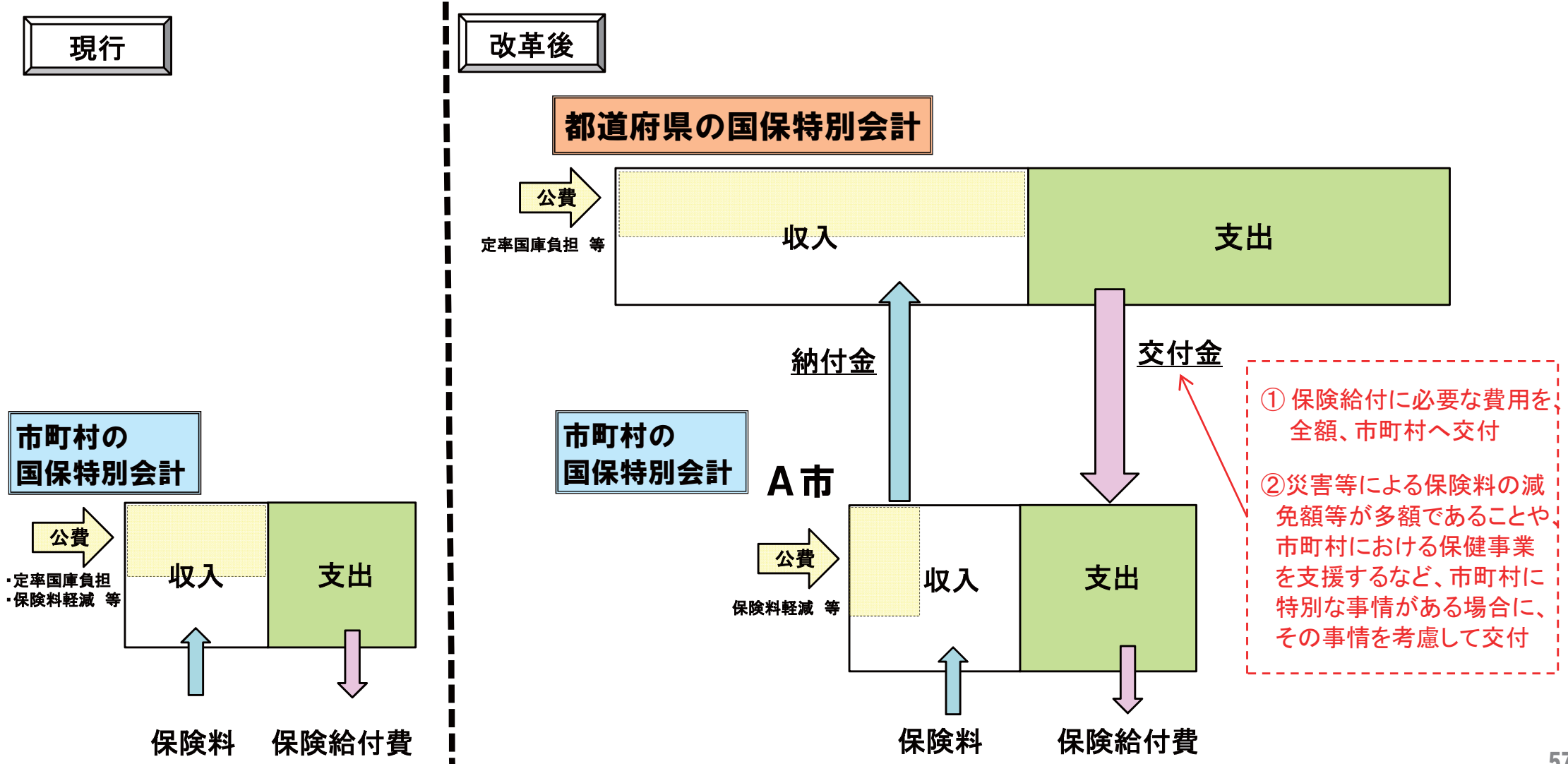
※ 都道府県にも国保特別会計を設置

○ 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

現行

改革後



- 都道府県は、
 - ・ 医療給付費等の見込みを立て、市町村ごとの国保事業費納付金 (※) の額を決定 (①)
 - ※ 市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮
 - ・ 都道府県が設定する標準的な算定方式等に基づいて市町村ごとの標準保険料率を算定・公表 (②)
- 市町村は、都道府県の示す標準保険料率等を参考に、それぞれの保険料算定方式や予定収納率に基づき、それぞれの保険料率を定め、保険料を賦課・徴収し、納付金を納める。(③)

都道府県

市町村

< 県の標準設定のイメージ > ②

- 標準的な算定方式は3方式(所得割、均等割、世帯割)
- 標準的な収納率は、市町村規模別に、右表のとおりとする。

被保険者数	標準的な収納率
1万人未満	94%
1万人～5万人未満	92%
5万人～10万人未満	90%
10万人以上	88%

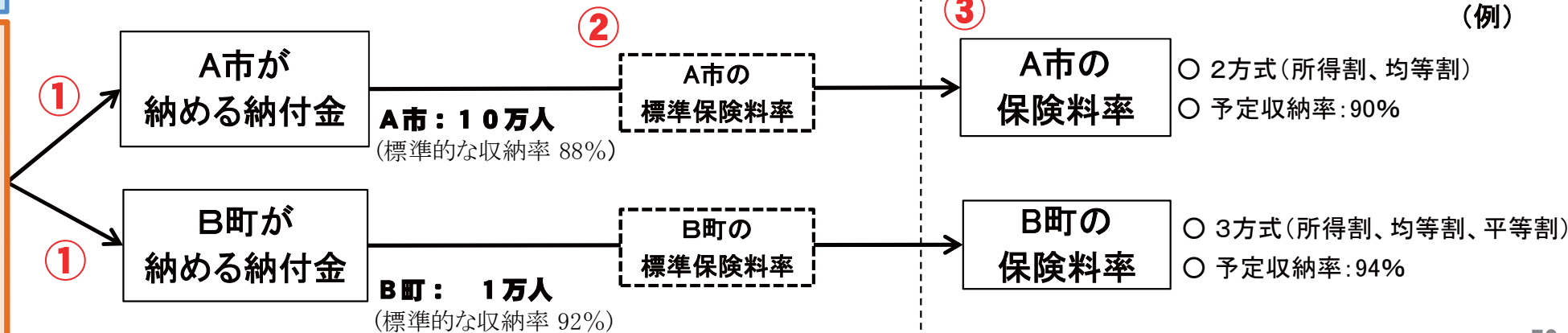
- 都道府県が定めた標準的な保険料算定方式等を参考に、実際の算定方式や保険料率を定め、保険料を賦課、徴収

※市町村は、都道府県が設定する標準的な収納率よりも高い収納率をあげれば、「標準保険料率」よりも安い保険料率を設定できる。(収納インセンティブの確保)

医療給付費等

公費等

保険料収納必要額



持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の
一部を改正する法律案による改正後の国民健康保険法（抄）
（標準保険料率）

（標準保険料率）

- 第82条の3 都道府県は、毎年度、厚生労働省令で定めるところにより、当該都道府県内の市町村ごとの保険料率の標準的な水準を表す数値（第3項において「市町村標準保険料率」という。）を算定するものとする。
- 2 都道府県は、毎年度、厚生労働省令で定めるところにより、当該都道府県内の全ての市町村の保険料率の標準的な水準を表す数値（次項において「都道府県標準保険料率」という。）を算定するものとする。
- 3 都道府県は、市町村標準保険料率及び都道府県標準保険料率（以下この条において「標準保険料率」という。）を算定したときは、厚生労働省令で定めるところにより、標準保険料率を当該都道府県内の市町村に通知するものとする。
- 4 前項に規定する場合において、都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、標準保険料率を公表するよう努めるものとする。

- 都道府県が、都道府県内の保険料収納必要額(医療給付費－公費等による収入額)を市町村ごとの医療費水準と所得水準等で按分し、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定

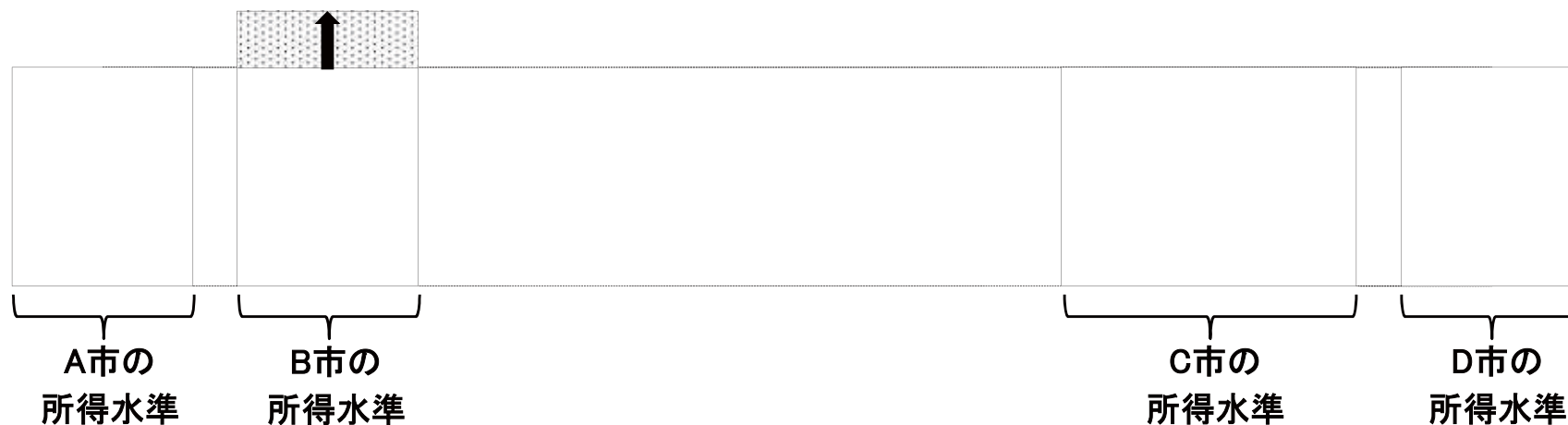
〈都道府県単位の保険料収納必要額〉

<p>〈按分方法〉 <u>被保険者数に応じた按分額に</u> <u>市町村ごとの医療費実績を反映</u></p> <p>(医療費実績は、年齢構成の相違による差を調整したもの、複数年平均)</p>	<p>〈按分方法〉 <u>所得水準に応じた按分額に</u> <u>市町村ごとの医療費実績を反映</u></p> <p>(医療費実績は、年齢構成の相違による差を調整したもの、複数年平均)</p>
---	--

所得水準の高い都道府県ほど、割合大
 (全国平均並の所得水準の場合、全体の50%)

- 市町村の所得水準が同じ場合、年齢構成の差異の調整後の医療費水準が高いほど納付金の負担が大きくなり、医療費水準に応じた負担となる。

- 年齢調整後の医療費水準が同じ場合、市町村の所得水準が高いほど納付金負担が大きくなり、公平な保険料水準となる。



国保改革による財政改善効果と、保険料の設定方法の見直し（イメージ）

※詳細は引き続き地方と協議

- 平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充（約500億円）に加え、
毎年約3,400億円の財政支援の拡充により、保険料負担の軽減や伸び幅の抑制等が期待される。
 - ※ 公費3,400億円は、現在の国保の保険料総額（約3兆円）の1割を超える規模
 - ※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果
- 保険料の設定は、引き続き市町村がそれぞれ行うこととなるが、都道府県が市町村とともに国保の運営を担うこととすることにあわせ、保険料の設定方法等について、以下のように見直す。

【現行】

- 各市町村は、それぞれの医療費水準等を勘案して設定。
 - ※ 同一都道府県内の市町村は、共同事業（医療費を共同して負担する事業）により、医療費水準の差による保険料水準の差の緩和を徐々に進めている。



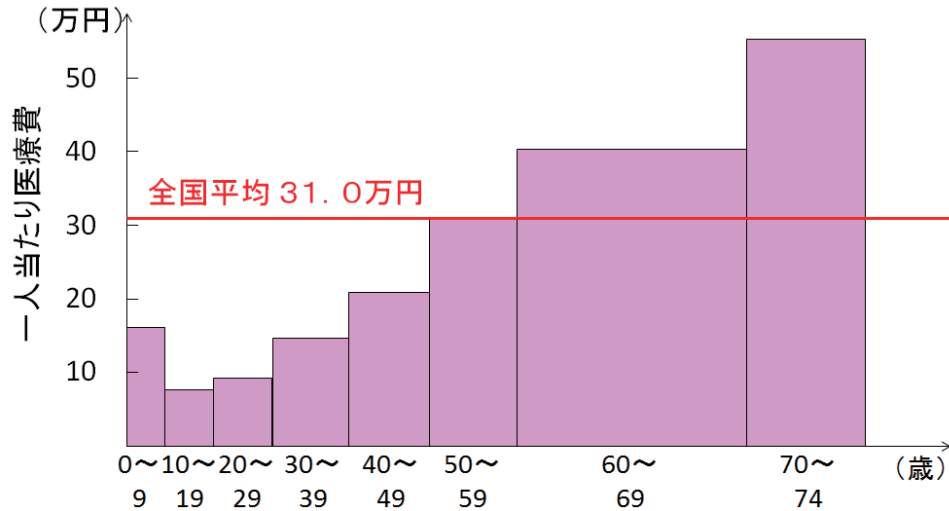
【改革後】

- 都道府県による財政運営の下、都道府県が、各市町村の医療費水準・所得水準に応じて、各市町村が負担する納付金を決定。
 - その際、医療費水準について年齢構成の差異を調整
(高齢化地域への配慮)
- 都道府県は、当該納付金を賄うために必要となる標準保険料率を市町村ごとに算定。市町村は、それを参考にそれぞれの保険料率を決定。
 - ※ 都道府県は、年齢構成の差異の調整後の医療費水準が同じであれば同じ応益割保険料となるよう、標準保険料率を設定
- ※ 保険料水準が急変しないよう、時間をかけて平準化を進める。
【参考】一人当たり保険料の都道府県内格差:最大2.9倍(平成24年度)

年齢構成の差異の調整について(イメージ)

1. 全国平均の国保の年齢構成と医療費

⇒高齢になるほど一人当たり医療費が多く、平均医療費を引き上げている。



2. 被保険者の平均年齢と一人当たり医療費

⇒高齢者が多い自治体は、一人当たり医療費が大きくなる。

保険者	平均年齢(歳)	一人当たり医療費(万円)
北海道初山別村	54.1	54.4
島根県川本町	59.1	52.7
⋮	⋮	⋮
沖縄県座間味村	40.1	16.2
東京都小笠原村	40.4	16.0

	0~9歳	10~19歳	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳	70~74歳	計
被保険者割合 (%)	5.2	6.5	8.0	10.3	10.9	11.9	31.1	16.1	100
一人当たり医療費 (万円)	16.2	7.7	9.3	14.6	21.0	30.9	40.3	55.3	31.0

3. 年齢構成の差異の調整(イメージ)

仮に各自治体の年齢構成を全国平均の年齢構成と擬制して、一人当たり医療費を算出した場合

	0~9歳	10~19歳	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳	70~74歳	計
被保険者割合 (A市、%)	2.1	3.0	5.9	7.3	9.8	12.9	34.5	24.5	100
一人当たり医療費(万円)	14.5	6.9	8.4	13.2	18.9	27.8	36.3	49.7	32.1
被保険者割合 (平均、%)	5.2	6.5	8.0	10.3	10.9	11.9	31.1	16.1	100
平均と同じ年齢構成で補正した場合の一人当たり医療費(万円)									27.9

4. 年齢構成の差異の調整の結果

○一人当たり医療費が高くても、高齢者割合が多いことに起因する場合、調整により、一人当たり医療費が引き下がる。

○一人当たり医療費が低くても、高齢者割合が少ないことに起因する場合、調整により、一人当たり医療費が引き上がる。

※実際には、5歳ごとの年齢階層とすることを検討

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案による改正後の国民健康保険法（抄） （納付金制度）

（国民健康保険事業費納付金の徴収及び納付義務）

第七十五条の七 都道府県は、当該都道府県の国民健康保険に関する特別会計において負担する国民健康保険給付費等交付金の交付に要する費用その他の国民健康保険事業に要する費用（前期高齢者納付金等及び後期高齢者支援金等並びに介護納付金の納付に要する費用を含む。）に充てるため、政令で定めるところにより、条例で、年度（毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。）ごとに、当該都道府県内の市町村から、国民健康保険事業費納付金を徴収するものとする。

2 市町村は、前項の国民健康保険事業費納付金を納付しなければならない。

保険料率に影響を与える主な要因

<平成30年度に向けて保険料に影響を与える主な要因>

	27年度	28年度	29年度	30年度
①追加財政支援	+1700億円	+1700億円	+1700億円	+3400億円
②一般会計繰入の縮減・解消				
③制度改正				納付金方式の導入等 財政運営制度の改正

<ポイント>

- 26年度と比べると、約3,400億円の追加的な財政支援により保険料の伸びの抑制が図られる。
- 一般会計繰入については、被保険者への影響を踏まえつつ、引き続き、計画的・段階的に解消するように取り組んでいただく必要。
- 年齢構成の差異を調整した医療費水準や所得水準を勘案した納付金方式の導入により、市町村の状況に応じて保険料に与える影響は異なる。

今回の国保改革における、保険料率引き下げ・伸びの抑制の主な要因

低所得者の多い自治体	保険者支援制度の拡充
平均的な所得の低い自治体	納付金制度
医療費適正化等に取り組む自治体	保険者努力支援制度
年齢調整の差異を調整した1人あたり医療費が低い自治体	納付金制度
自治体の責めによらない要因による負担のある自治体 (精神疾患、子どもの被保険者数 等)	財政調整機能の強化

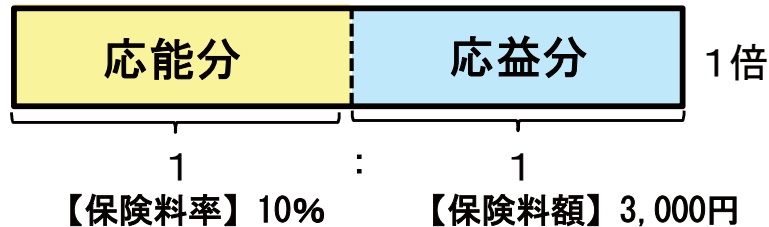
保険料の設定方法の見直しの効果 (イメージ)

※詳細は引き続き地方と協議

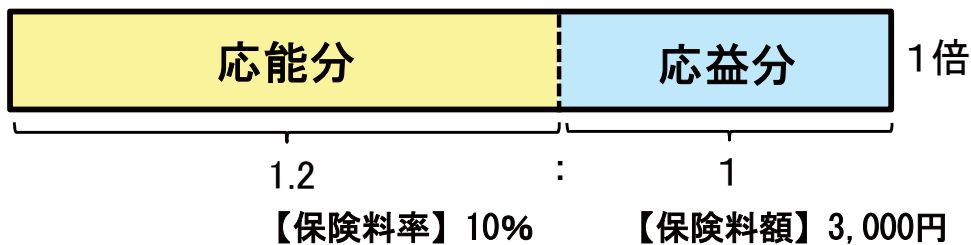
<所得水準が保険料に与える影響(医療費水準が同じ場合)>

- 年齢構成の差異の調整後の医療費水準が同じ市町村であれば同じ保険料水準となる。(所得水準の高い市町村ほど納付金の額のうち応能割保険料分の割合が大きくなる)

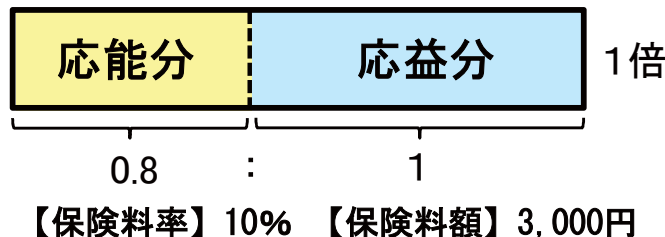
■ 所得水準が県内平均の市町村



■ 所得水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



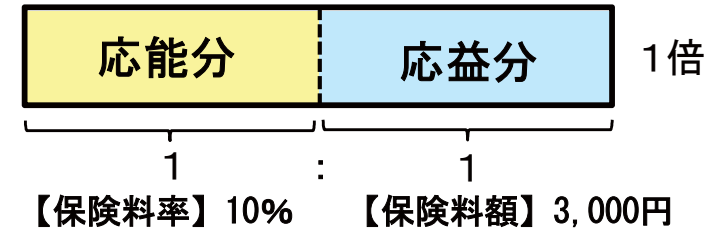
■ 所得水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



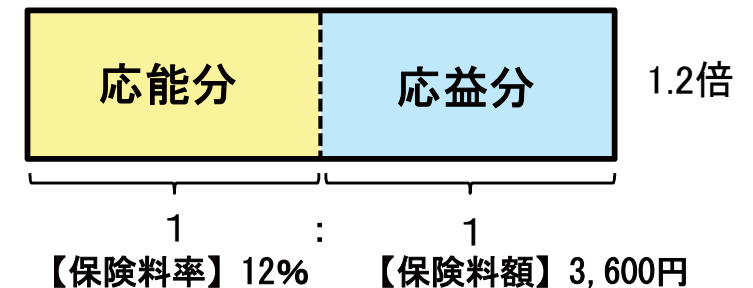
<医療費水準が保険料に与える影響(平均的な所得の場合)>

- 所得水準が同じ市町村であれば、年齢構成の差異の調整後の医療費水準の高い市町村ほど、保険料が高くなる

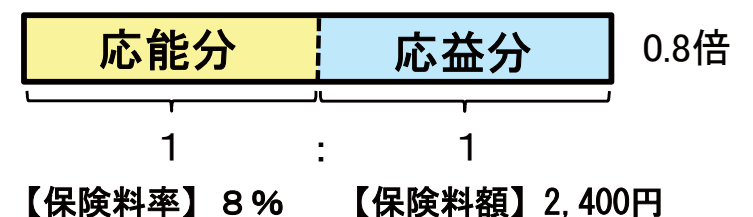
■ 医療費水準が県内平均の市町村



■ 医療費水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



■ 医療費水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



※ 保険料水準が急激に変化しないよう、時間をかけて、見直しを進める必要

市町村ごとの標準保険料率について (イメージ)

※詳細は引き続き地方と協議

○ 現状、国保の保険料は様々な要因(※)により差異が生じているため、他の市町村の保険料水準との差を単純に比較することは困難な状況。

※ 市町村ごとに年齢構成や医療費水準に差があること、保険料の算定方式が異なること、決算補てん等目的の法的外繰入を行っている市町村があること等

⇒ 都道府県が市町村ごとの標準保険料率を示すことにより、標準的な住民負担に見える化。

※ 将来的な保険料負担の平準化を進める観点から、都道府県は、標準的な保険料算定方式や市町村規模別の標準的な収納率等に基づき、標準保険料率を算定することとする。

(イメージ) ※A市とB町が同じ所得水準である場合

県全体の 保険料の水準	一人当たり医療費		県内統一基準で 算出した場合	当該市町村の 保険料算定方式で 算出した場合	実際の保険料率 (市町村が決定)
	(年齢構成調整前)	(年齢構成調整後)			
所得割 8% 均等割 40,000円	A市: 380,000円	A市: 400,000円	A市: 所得割 10% 均等割 50,000円	A市: 所得割 10% 均等割 50,000円	A市 所得割 10% 均等割 50,000円
	B町: 300,000円	B町: 240,000円 (A市の6割)	B町: 所得割 6% 均等割 30,000円 (A市の6割)	B町: 所得割 6% 均等割 23,000円 世帯割 10,000円	B町 所得割 5.8% 均等割 22,000円 世帯割 9,000円

全国統一ルールで算出した場合

年齢調整後の医療費水準に応じた負担

収納率向上等により、都道府県が示す数値より引き下げが可能

○ 都道府県は、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保のため、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を定め、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進する。

※1 都道府県は、あらかじめ市町村の意見を聴いた上で、都道府県に設置する国保運営協議会での議論を経て、地域の実情に応じた国保運営方針を定める。

※2 厚生労働省は、地方と協議をしつつ国保運営方針のガイドラインを作成し、都道府県へ示す予定。

■ 主な記載事項

(1) 国保の医療費、財政の見通し

(2) 市町村の保険料の標準的な算定方法に関する事項

・標準的な保険料の算定方式、市町村規模別の標準的な収納率 等

(3) 保険料の徴収の適正な実施に関する事項

・複数の自治体による滞納整理事務の共同実施、収納担当職員に対する研修会の共同実施 等

(4) 保険給付の適正な実施に関する事項

・海外療養費の審査等の専門的な知見を要する事務の共同実施、保険医療機関による大規模な不正請求が発覚した場合における不正利得の回収に関する事項 等

(5) 医療費適正化に関する事項

・後発医薬品の使用促進に関する事項、医療費通知の共同実施 等

(6) 市町村が担う事務の効率化、広域化の推進に関する事項

(7) 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携に関する事項

(8) 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整

■ 改正後の国民健康保険法（抜粋）

（国民健康保険事業の運営に関する協議会）

第11条 国民健康保険事業の運営に関する事項（この法律の定めるところにより都道府県が処理することとされている事務に係るものであつて、…（略）…国民健康保険事業費納付金の徴収、…（略）…都道府県国民健康保険運営方針の作成その他の重要事項に限る。）を審議させるため、都道府県に都道府県の国民健康保険事業の運営に関する協議会を置く。

2 国民健康保険事業の運営に関する事項（この法律の定めるところにより市町村が処理することとされている事務に係るものであつて、…（略）…保険給付、…（略）…保険料の徴収その他の重要事項に限る。）を審議させるため、市町村に市町村の国民健康保険事業の運営に関する協議会を置く。

3 前二項に定める協議会は、前二項に定めるもののほか、国民健康保険事業の運営に関する事項（…（略）…）を審議することができる。

4 （略）

都道府県に設置される 国保運営協議会

主な審議事項	<ul style="list-style-type: none"> ・国保事業費納付金の徴収 ・国保運営方針の作成 その他の重要事項
委員	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者代表 ・保険医又は保険薬剤師代表 ・公益代表 ・被用者保険代表 <p>（*）「国民健康保険の見直しについて（議論のとりまとめ）」（平成27年2月12日国保基盤強化協議会）より</p>

市町村に設置される 国保運営協議会

主な審議事項	<ul style="list-style-type: none"> ・保険給付 ・保険料の徴収 その他の重要事項
委員	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者代表 ・保険医又は保険薬剤師代表 ・公益代表 ・被用者保険代表（任意）

■ 〔参考〕 現行の国民健康保険法施行令（抜粋） ー市町村の国保運営協議会についてー

（国民健康保険運営協議会の組織）

第三条 国民健康保険運営協議会（第五条第一項及び附則第一条の二において「協議会」という。）は、被保険者を代表する委員、保険医又は保険薬剤師を代表する委員及び公益を代表する委員各同数をもつて組織する。

2 委員の定数は、条例で定める。

（委員の任期）

第四条 委員の任期は、二年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（会長）

第五条 協議会に、会長一人を置き、公益を代表する委員のうちから、全委員がこれを選挙する。

2 会長に事故があるときは、前項の規定に準じて選挙された委員が、その職務を代行する。

附 則

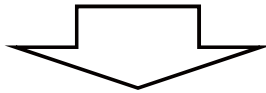
（協議会を組織する委員の特例）

第一条の二 協議会は、第三条第一項の規定にかかわらず、同項に規定する委員に法附則第十条第一項に規定する被用者保険等保険者を代表する委員を加えて組織することができる。

■ 国民健康保険の見直しについて（議論のとりまとめ）（平成27年2月12日国保基盤強化協議会）（抜粋）

2. 運営の在り方の見直し（保険者機能の強化）

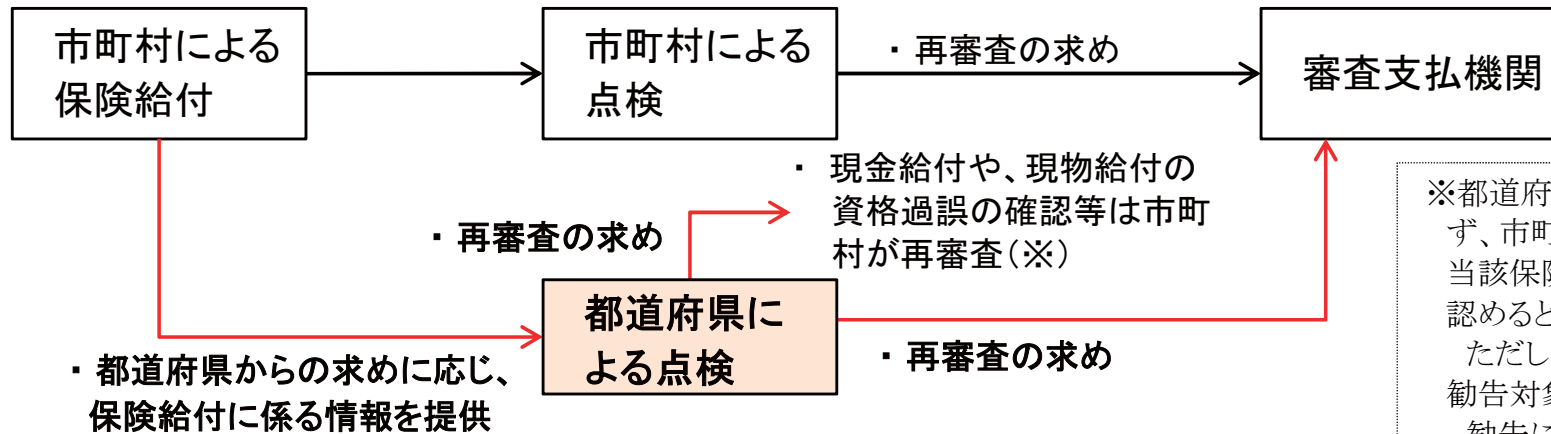
…（中略）… 都道府県は、保険給付に要した費用を市町村に対して確実に支払うとともに、市町村が行った保険給付の点検を行うなど、適正な給付を推進する。また、都道府県内の複数の市町村に関わるような医療機関による大規模な不正請求事案において、不正利得の回収にイニシアティブを発揮する等、市町村の事務負担の軽減を図る。



具体的な内容

○その1 （改正後の国民健康保険法第75条の3～第75条の6関係）

- ・ 都道府県は、広域的・専門的見地により、市町村が行った保険給付の点検を行うことが可能。
- ・ 点検の結果、違法又は不当に保険給付が行われたおそれがあると判断したものについては、理由を付して、市町村や審査支払機関に対して再度の審査を求めること等が可能。



※都道府県は、再審査を求めたにもかかわらず、市町村が保険給付を取り消さない場合、当該保険給付が違法又は不当に行われたと認めるときは、取り消しの勧告ができる。
ただし、審査支払機関が再審査したものは勧告対象外。
勧告に対応しない場合、交付金の額から当該保険給付分の相当額を減額できる。

○その2 （改正後の国民健康保険法第65条第4項関係）

- ・ 保険給付を行った後、保険医療機関などによる大規模な不正請求等が発覚した場合には、都道府県は、広域的・専門的見地から、市町村に代わり、不正請求等に係る費用返還を求める等の取組を行うことが可能。

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案による改正後の国民健康保険法（抄） （都道府県による保険給付の点検）

第75条の3 都道府県は、広域的又は医療に関する専門的な見地から、当該都道府県内の市町村による保険給付の適正な実施を確保し、国民健康保険保険給付費等交付金を適正に交付するため、厚生労働省令で定めるところにより、当該都道府県内の市町村に対し、保険医療機関等が第45条第4項（…（中略）…において準用する場合を含む。）の規定により行つた請求及び指定訪問看護事業者が第54条の2第9項の規定により行つた請求その他の当該市町村による保険給付の審査及び支払に係る情報（当該市町村が、その保険給付に関する事務を国民健康保険団体連合会又は支払基金に委託した場合（次条において「事務委託の場合」という。）にあつては、当該委託された事務に関し、国民健康保険団体連合会又は支払基金が保有する情報を含む。）の提供を求めることができる。

第75条の4 都道府県は、当該都道府県内の市町村による保険給付がこの法律その他関係法令の規定に違反し、又は不当に行われたおそれがあると認めるときは、理由を付して、当該市町村（事務委託の場合にあつては、当該委託を受けた国民健康保険団体連合会又は支払基金を含む。）に対し、当該市町村による保険給付について再度の審査を求めることができる。

2 市町村又は国民健康保険団体連合会若しくは支払基金は、前項の規定による再度の審査の求め（以下「再審査の求め」という。）を受けたときは、当該再審査の求めに係る保険給付について再度の審査を行い、その結果を都道府県知事に報告しなければならない。

(前頁からの続き)

第75条の5 都道府県は、再審査の求めをしたにもかかわらず、当該市町村が当該再審査の求めに係る保険給付の全部又は一部を取り消さない場合であつて、当該保険給付がこの法律その他関係法令の規定に違反し、又は不当に行われたものと認めるとき(当該再審査の求めに基づく審査が第87条第1項に規定する国民健康保険診療報酬審査委員会(第45条第6項の規定により国民健康保険団体連合会が診療報酬請求書の審査に係る事務を同項に規定する厚生労働大臣が指定する法人(以下「指定法人」という。)に委託した場合において、当該診療報酬請求書の審査を行う者を含む。)又は社会保険診療報酬支払基金法第16条第1項に規定する審査委員会若しくは同法第21条第1項に規定する特別審査委員会において行われたときを除く。)は、当該市町村に対し、当該保険給付の全部又は一部を取り消すべきことを勧告することができる。

2 都道府県は、前項の規定による勧告を行うに当たつては、あらかじめ、当該市町村の意見を聴かなければならない。

第75条の6 都道府県は、前条第1項の規定により保険給付の全部又は一部を取り消すべきことを勧告したにもかかわらず、当該市町村が当該勧告に従わなかつたときは、国民健康保険保険給付費等交付金の交付に当たり、政令で定めるところにより、国民健康保険保険給付費等交付金の額から当該保険給付(当該勧告に係る部分に限る。)に相当する額を減額することができる。

都道府県による不正利得の回収等への イニシアティブの発揮について

※詳細は引き続き地方と協議

■ 改正後の国民健康保険法（抜粋） ※第4項は新設

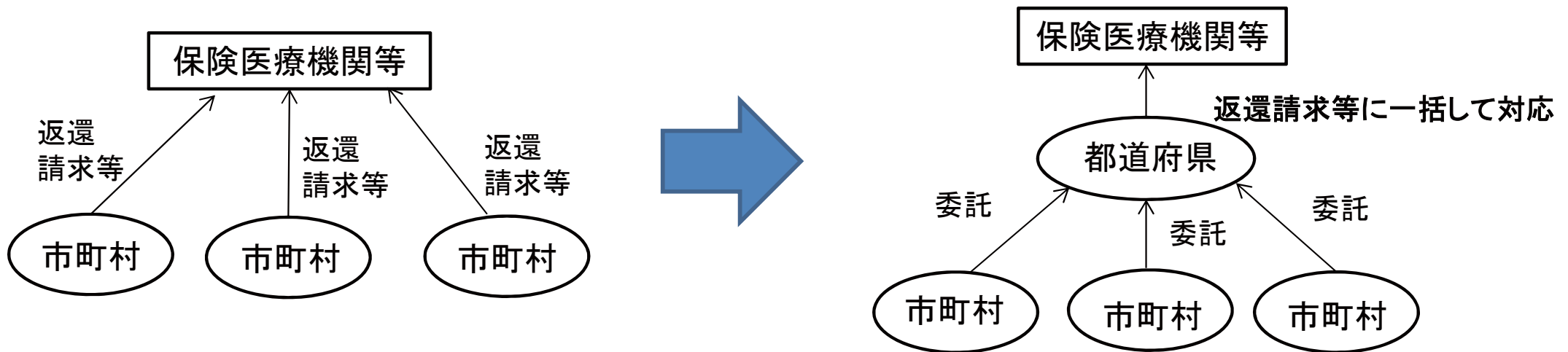
（不正利得の徴収等）

第65条（略）

2（略）

3 市町村及び組合は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者が偽りその他不正の行為によつて療養の給付に関する費用の支払…（中略）…を受けたときは、当該保険医療機関等又は指定訪問看護事業者に対し、その支払った額につき返還させるほか、その返還させる額に100分の40を乗じて得た額を支払わせることができる。

4 都道府県は、市町村からの委託を受けて、市町村が前項の規定により保険医療機関等又は指定訪問看護事業者から返還させ、及び支払わせる額の徴収又は収納の事務のうち広域的な対応が必要なもの又は専門性の高いものを行うことができる。



都道府県が専門性を要する事務に一括して対応することにより、より効果的に返還金の徴収等が行われることが期待されるとともに、市町村の事務負担の軽減に資する

■ 改正後の国民健康保険法（抜粋）

（被保険者）

第5条 都道府県の区域内に住所を有する者は、当該都道府県が当該都道府県内市町村とともに行う国民健康保険の被保険者とする。

（資格取得の時期）

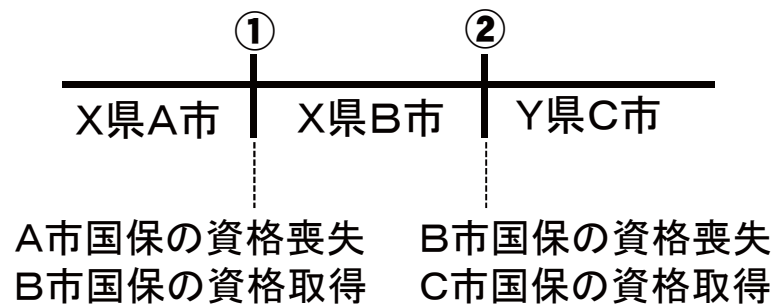
第7条 都道府県等が行う国民健康保険の被保険者は、都道府県の区域内に住所を有するに至った日又は前条各号のいずれにも該当しなくなつた日から、その資格を取得する。

（資格喪失の時期）

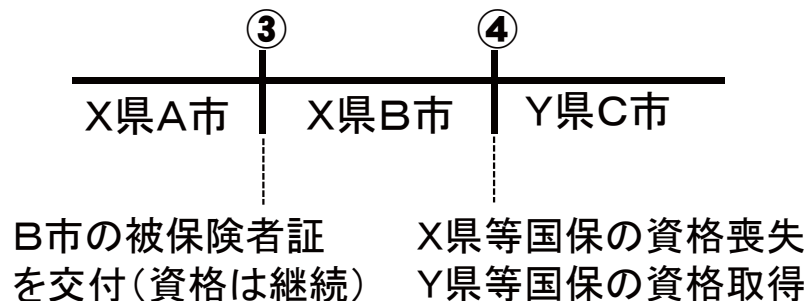
第8条 都道府県等が行う国民健康保険の被保険者は、都道府県の区域内に住所を有しなくなつた日の翌日又は第6条各号（第9号及び第10号を除く。）のいずれかに該当するに至つた日の翌日から、その資格を喪失する。ただし、当該市町村の区域内に住所を有しなくなつた日に他の市町村の区域内に住所を有するに至つたときは、その日から、その資格を喪失する。

2 （略）

改正前



改正後



【改正事項のポイント】

○ 改正後においては、被保険者が同一都道府県内の他の市町村へ転居した場合には、資格は継続する。

* これに伴い、都道府県単位で被保険者証のレイアウトを統一することが考えられる

○ ただし、転居後の市町村において、改めて被保険者証を交付する。

* 資格管理の法的主体は市町村

* なお、上記の事務を支援するための電算処理システムを開発する方針

※経過措置として、新制度施行後の一定の期間においては、従来の被保険者証を使用することができるよう検討中。

■ 開発の必要性

○ 今回の国保改革による新たな事務の円滑な実施

- ・都道府県…新たに納付金の額や標準保険料率の算出、決定
- ・市町村…都道府県内の他市町村へ転居した場合の高額療養費の多数回該当に係る該当回数の引継ぎ

等

○ 制度改正のたびに必要となるシステム改修に係る負担軽減

*「厚生労働省が社会保障・税番号制度の導入も踏まえつつ主導的に構築する標準システムの活用等により、市町村の事務遂行の効率化・コスト削減、標準化が図られるとともに、それにより事務の共同処理や広域化が図られやすくなる」

(国保基盤強化協議会の議論のとりまとめ。平成27年2月12日。)

■ 標準事務処理システムとは

都道府県及び市町村が行う国保事務を支援するため、以下のような標準的な電算処理システムを開発し、配布予定。

① 国保事業費納付金等算定標準システム（仮称）

都道府県による市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、市町村ごとの標準保険料率の算定業務を支援するためのシステム

② 国保情報集約システム（仮称）

市町村ごとに保有する資格情報等を都道府県単位で集約し、被保険者が同一都道府県内で転居した場合に高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引継ぐなど、市町村間の情報連携等を支援するためのシステム

③ 市町村事務処理標準システム（仮称）

市町村が行う資格管理、賦課、徴収・出納、給付業務を支援するための標準的な事務処理システム

■ 開発の進め方・配布スケジュール（現時点の予定）

○ 標準システムの具体的な内容については、地方の意見を伺いながら詳細設計を行う。

→ 平成27年夏、国保中央会に検討会を設置。

○ 平成28年度に、市町村事務処理標準システムの要件定義、基本設計書を順次公開し、市町村に導入意向調査を実施。

○ 平成28年秋を目途に、国保事業費納付金等算定標準システムの簡易版を希望する都道府県に配布。

○ 平成30年度から市町村事務処理標準システムの導入を希望する市町村に対し、平成29年秋を目途に配布。

(平成30年度以降も市町村の希望に応じて、随時導入可能。)

国保改革 3つの効果と財政支援

1. 国保の財政運営が市町村から都道府県に拡大

- 都道府県が、各市町村に対し、標準的な算定方式等により算出した市町村ごとの標準保険料率を提示。市町村はこれを参考に保険料を賦課・徴収。
- 人工透析等の高額医療費の発生などの多様なリスクを都道府県全体で分散。急激な保険料上昇が起きにくい仕組みに。
- 地域医療構想を含む医療計画を策定・実施する都道府県が、国保の財政運営にも責任を有する仕組みとすることにより、都道府県が医療保険と医療提供体制の両面を見ながら、地域の医療の充実を図り、効率的かつ質の高い医療を提供できるよう取り組んでいく。

2. 医療費の支払いは実質的には都道府県が担う

- 市町村が保険給付に必要な費用は全額、都道府県が市町村に交付。
- 予期せぬ給付増や収納不足に対しては、都道府県が運営する財政安定化基金から貸付・交付

3. 国保事務の効率化・平準化を都道府県が後押し

- 国が主導的に構築する標準システムの活用や都道府県が統一的な運営方針を示すことなどにより、市町村の事務遂行の効率化・コスト削減、標準化を図る。
- また、こうした取組による平準化により、事務の共同処理や広域化が図られやすくなる。



財政支援の大幅な拡充により、国保の財政基盤強化を実施。

これにより、実質赤字の解消や保険料の伸び幅の抑制が期待される。

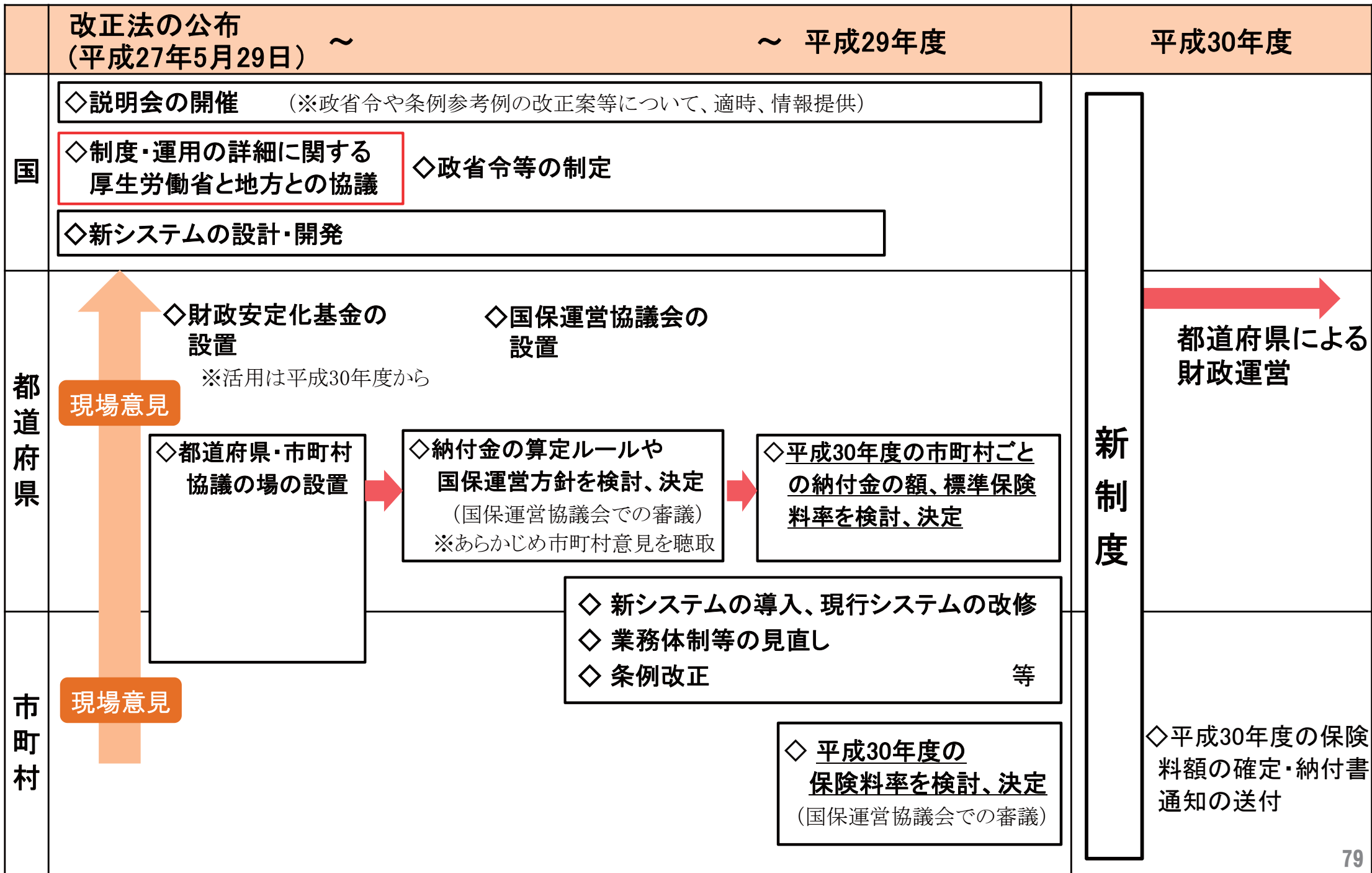
国保改革による被保険者への効果

- 3,400億円の追加的公費投入等による財政基盤強化により、実質赤字の解消や保険料の伸び幅の抑制が期待される。
 - ※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額(約3兆円)の1割を超える規模
 - ※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果
- 地域住民と身近な関係にある市町村が保健事業や保険料徴収等を実施することから、被保険者は身近な地域でそれぞれの実情に応じた、きめ細やかなサービスを受けられる。
- 都道府県による統一的な運営方針により、都道府県内において、サービスの標準化が図られる。
- 財政運営責任等の都道府県移行や医療費適正化等を支援する保険者努力支援制度により、市町村による保健事業への一層の取組が進み、同時に国や都道府県もこれを支援していくことで、被保険者の健康づくりがより一層促進されることとなる。
- 都道府県内の市町村に異動した場合にも、高額療養費の該当要件が引き継がれ、負担が軽減される(多数回該当等)。

改革後の市町村における業務改善について

改善項目	国保改革前	国保改革後
財政運営責任等の都道府県移行による安定化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村が給付のための費用を保険料収入等から捻出。急に高額医療費が発生した場合等の<u>キャッシュフローを工面する必要</u>。 ○ 予期しない医療費の増加や保険料収納不足の場合には、<u>法定外の一般会計繰入等により対応する必要</u>。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村が給付に必要な費用は<u>全額、都道府県が市町村に交付する</u>。 ※ <u>医療機関に支払いを行う国保連に対し、都道府県が市町村を經由せず、直接支払いを行う仕組みも検討</u>。 ○ 予期しない医療費の増加や保険料収納不足に対しては、<u>県が運営する財政安定化基金から貸付・交付</u>。 ○ 上記の措置により、<u>急激な保険料上昇が起きにくい仕組みとなる</u>。
保険料負担の透明化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該市町村の保険料水準や近隣市町村の水準との差異について、個別に説明責任を負う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が各市町村に対し、標準的な算定方式等により算出した市町村ごとの<u>標準保険料率を提示・公表</u>することで、<u>負担が見える化</u>。
事務の効率化、平準化、広域化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各市町村が異なる事務処理基準、異なるシステム等を用いるため、都道府県内で取扱に差が生じているとともに、<u>事務の広域化に支障</u>。 ○ <u>医療機関が不正請求を行った場合には関係市町村がそれぞれ不正利得を回収するなど、特殊な事案に個別の市町村が対応する必要</u>。 ○ <u>国庫補助金等についての申請事務や国民健康保険事業月報等の報告事務などが市町村職員の負担</u>。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>標準システムの活用や都道府県の国保運営方針により事務の標準化が図られ、事務の共同処理や広域化が図られやすくなる</u>。 ○ <u>医療機関の不正請求については、都道府県が関係市町村からの委託を受けて、一元的に不正利得の回収を行うなど、都道府県による広域的な事務処理を推進</u>。 ○ <u>財政運営責任等の都道府県移行にあわせ、申請・報告事務の簡略化・効率化等を検討</u>。 ※ <u>市町村の事務の大きな負担となっていた資格過誤に伴う保険者間調整についても、27年1月から簡略化する仕組みを導入</u>。
標準システムによる効率化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 毎年の制度改正等に対応して、<u>個別にシステム改修対応が必要</u>。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国が主導的に構築する標準システムの活用により、<u>一括的な改修を行うなど、事務遂行の効率化、コスト削減が図られる</u>。

新制度の施行に向けた主な流れ（イメージ）



新制度の施行に向けた主な課題【都道府県】

- 市町村等との協議
 - 協議の場の設置、国保運営方針の策定や納付金の算定方法等についての協議
- ※必要に応じて、国保連合会等の協力を求める
- 標準保険料率の算定
- 国保運営協議会の設置
- 特別会計の設置
- 条例等の整備
 - 国保事業費納付金の算定方法
 - 国保保険給付費等交付金の配分方法(市町村の財政状況その他の事情に応じた財政調整)
 - 財政安定化基金(①平成27年度、②平成29年度まで)
 - 国保運営協議会
- 国保連合会への加入
- 円滑な制度の施行に向けた体制整備(人材配置等における配慮、住民への周知広報)

新制度の施行に向けた主な課題【市町村】

- 都道府県や他市町村との協議
 - 国保運営方針の策定や国保事業費納付金の算定方法等についての協議
 - 国保事業費納付金や標準保険料率の算定に必要なデータの提供
 - 事務の広域化、標準化等に向けた協議
- 保険者支援制度の拡充等を活用した財政収支バランスの確保
 - 決算補填等目的の一般会計繰入の計画的、段階的な解消
 - 繰上充用の計画的、段階的な解消
 - 収納率の向上や医療費適正化の取組み
- 業務フローの見直し
- 業務システムの改修（事務処理標準システムの活用等）
- 円滑な制度の施行に向けた体制整備（人材配置等における配慮、住民への周知広報）

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（抄）

*平成27年5月27日成立

附 則

（検討）

第二条 政府は、この法律の公布後において、持続可能な医療保険制度を構築する観点から、医療に要する費用の適正化、医療保険の保険給付の範囲及び加入者等の負担能力に応じた医療に要する費用の負担の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

2 政府は、この法律の施行後において、国民健康保険の医療に要する費用の増加の要因、当該費用の適正化に向けた国、都道府県及び市町村の取組並びに国民健康保険事業の標準化及び効率化に向けた都道府県及び市町村の取組等の国民健康保険事業の運営の状況を検証しつつ、これらの取組の一層の推進を図るとともに、国民健康保険の持続可能な運営を確保する観点から、当該取組の推進の状況も踏まえ、都道府県及び市町村の役割分担の在り方も含め、国民健康保険全般について、医療保険制度間における公平に留意しつつ検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

国民健康保険の見直しについて

事業運営の改善等

■ 社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

■ 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年法律第112号)(抄)

(医療制度)

第四条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 (略)

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ～ハ (略)

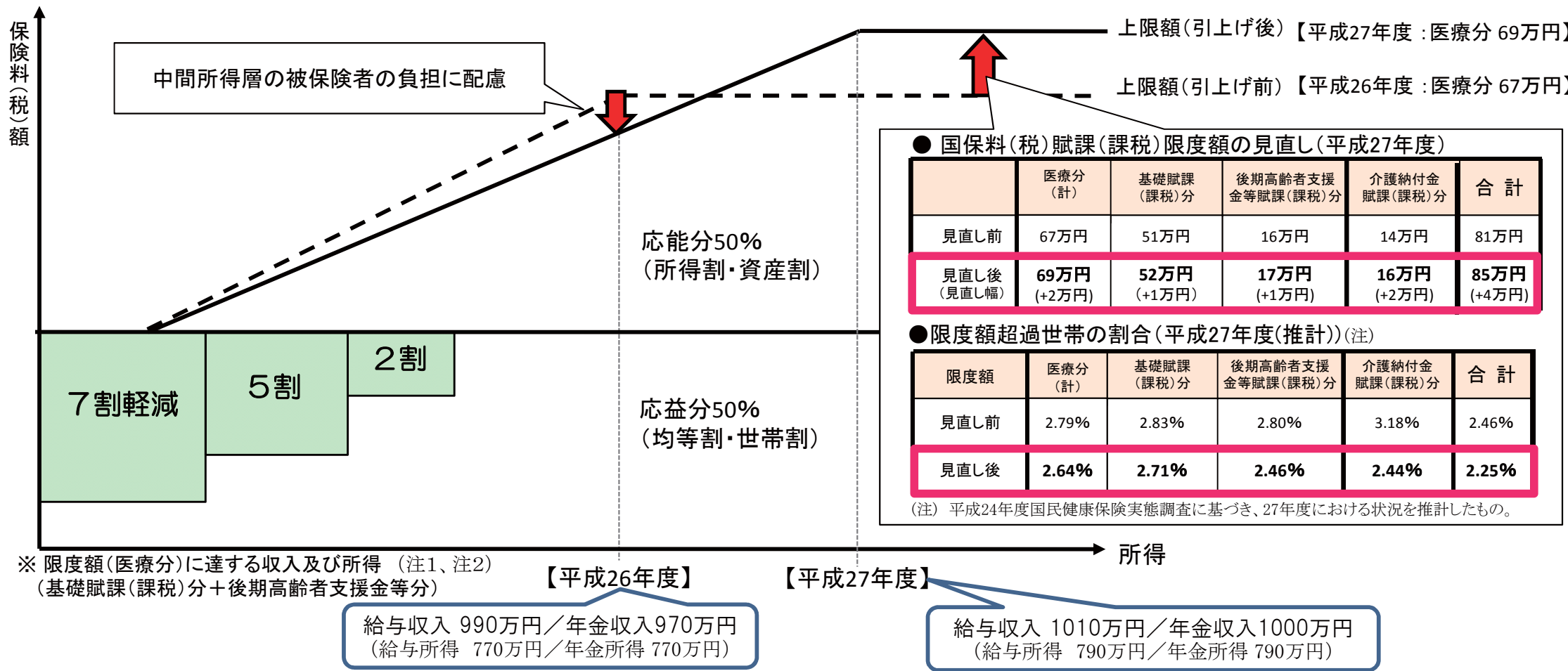
ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等(医療保険各法(国民健康保険法を除く。)に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。)の上限額の引上げ

三 (略)

8 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

平成27年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直し

- 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、被用者保険におけるルール(※)とのバランスを考慮し、当面は超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に賦課限度額を引き上げていく。
※最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が1.0%~1.5%の間となるように法定されている。
- ただし、低中所得層の多い市町村においては、相対的に所得の低い世帯の保険料額が賦課限度額に該当することもあることから、引上げにあたっては、各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断する。
- 平成27年度においては、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯割合のバランスを考慮し、基礎賦課分を1万円、後期高齢者支援金等分を1万円、介護納付金分を2万円の計4万円を引き上げた。



(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。
 (注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成24年度全国平均値で試算。平成24年度 所得割率 8.18%、資産割額 14,687円、均等割額 28,040円、世帯割額 26,693円。同様の考え方で平成27年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入890万円/年金収入880万円、2方式の場合には給与収入1040万円/年金収入1030万円となる。

国民健康保険料(税)賦課(課税)限度額の推移

○ これまでの国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額の推移を見ると、介護保険制度が創設された平成12年度を除けば、限度額(合計額)の引上げ幅の最大は「4万円」となっており、27年度も同額の引上げを実施。

	医療分(計)		基礎賦課(課税)額		後期高齢者支援金等賦課(課税)額【平成20年度～】		介護納付金賦課(課税)額【平成12年度～】		合計	
		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額
平成5年度	\		50万円	+4万円	\				50万円	+4万円
7年度			52万円	+2万円					52万円	+2万円
9年度			53万円	+1万円					53万円	+1万円
12年度			53万円	-			7万円	+7万円	60万円	+7万円
15年度			53万円	-			8万円	+1万円	61万円	+1万円
18年度			53万円	-			9万円	+1万円	62万円	+1万円
19年度			56万円	+3万円			9万円	-	65万円	+3万円
20年度		59万円	+3万円	47万円		▲9万円	12万円	+12万円	9万円	-
21年度	59万円	-	47万円	-	12万円	-	10万円	+1万円	69万円	+1万円
22年度	63万円	+4万円	50万円	+3万円	13万円	+1万円	10万円	-	73万円	+4万円
23年度	65万円	+2万円	51万円	+1万円	14万円	+1万円	12万円	+2万円	77万円	+4万円
24年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
25年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
26年度	67万円	+2万円	51万円	-	16万円	+2万円	14万円	+2万円	81万円	+4万円
27年度	69万円	+2万円	52万円	+1万円	17万円	+1万円	16万円	+2万円	85万円	+4万円

(注1) 平成19年度までは、老健拠出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度以降、老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設されている。

(注2) 昭和33年以降平成4年度以前の賦課(課税)限度額の改定経緯を見ると、退職者医療制度が創設された昭和59年度に基礎賦課(課税)分が7万円引き上げられている以外は、引き上げ幅は最大4万円(昭和49年度)となっている。

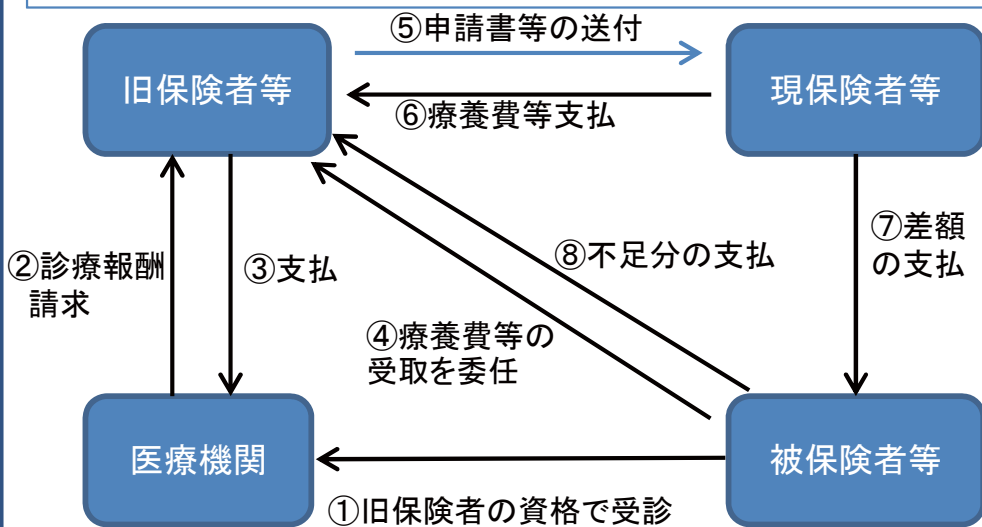
被保険者資格喪失後の受診により発生する返還金の保険者間での調整について

(平成26年12月5日 保保発1205第1号・保国発1205第1号・保高発1205第1号)

- 被保険者等が被保険者資格を喪失した後に、資格喪失前の保険者等（旧保険者等）の被保険者等として受診した場合の医療費については、被保険者等は医療費を支払った旧保険者等へ医療費を返納するとともに、本来の保険者等（現保険者等）に療養費を申請することができるが、
 - ・ 被保険者等は医療費を旧保険者等に返納するため、一時的に金銭負担をしなければならない場合があり、それが被保険者等にとって負担
 - ・ 旧保険者等においても、被保険者等へ返納金を請求し、回収する事務が負担となっており、未回収となる返納金もある
- ことから、以下の方法による保険者間調整の仕組みについて普及を推進。

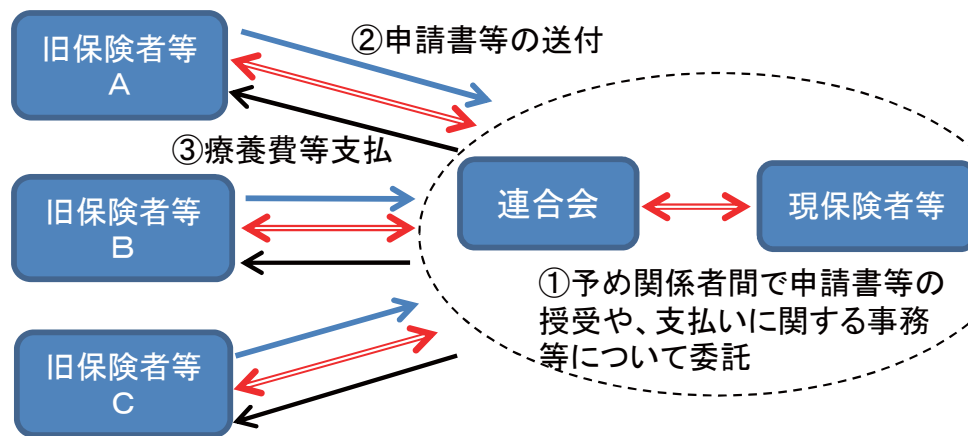
1 基本の仕組み

- 被保険者等に返納金債権を有する旧保険者等が被保険者等から委任を受け、現保険者等から支給される療養費等を代理受領し、これを返納金債権と相殺する。
- これにより、被保険者等の一時的な金銭負担を軽減できるとともに、旧保険者等としても、被保険者等に対する返納金債権を被保険者等から直接回収するのに比較し、少ない事務負担で、より確実に回収できる。



2 国保連合会を経由した仕組み

- 「1基本の仕組み」のうち、旧保険者等と現保険者等との療養費等の支給申請書等の授受や療養費等の支払いに関する事務などを国保連合会に委託することで、旧保険者等と現保険者等との間で個別に連携（療養費等の支給申請等の授受や療養費等の支払いに関する事務、その他付随する業務等）する必要がなくなるなど、保険者等の事務負担が軽減する。



国保・後期高齢者医療における海外療養費の不正請求対策等について

海外療養費の不正請求対策等について
(平成25年12月6日 保国発1206第1号・保高発1206第1号)

- 先般より海外療養費の不正請求事例が複数明らかになっていることから、海外療養費について、**① 支給申請に対する審査の強化**、**② 不正請求事例への対応**、**③ 審査業務等に対する財政支援**など、不正請求対策を一体的に推進。

1. 支給申請に対する審査の強化

(1) 支給申請時における確認

- 海外療養費の支給申請時に、パスポート等の提示を求め、渡航の事実等を確認

(2) 支給申請書等の審査

- 支給申請書等に不自然な点等がないかを確認
(例) ① 申請者ごとに、過去の支給申請との縦覧点検を実施
② 海外の医療機関が作成した書類(診療明細書等)の再翻訳 等

(3) 海外で受診した事実等の確認

- 審査の過程で、不自然な点等がある場合、海外の医療機関に対して受診した事実・受診内容を確認

➡ 受診した事実・受診内容を偽ったと認められる場合、不正請求として不支給決定

2. 不正請求事例への対応

(1) 厚労省への報告等

- 不正請求事例があった保険者は厚労省に報告し、厚労省は全保険者に対して不正請求事例を情報提供

(2) 警察との相談・連携

- 不正請求事例は警察に相談を行い、警察との連携を推進
(例) ① 不正請求として不支給決定を行った場合
② 過去に行った支給決定が不正請求であったと判明した場合
③ 支給申請や審査の過程で、不正請求の疑いがあると判断した場合

(*) 警察庁から、全国の都道府県警等に対して、不正請求に関して保険者から相談があった場合の迅速な対応、厳正な取締りを推進するよう通達

3. 審査業務等に対する国保の財政支援

- 保険者が不正請求対策等に要した費用について、財政支援を実施

(1) 審査強化の取組や、警察との連携の実施についての周知・広報経費

⇒周知・広報に要した費用に対して、30万円を上限として実支出額を交付

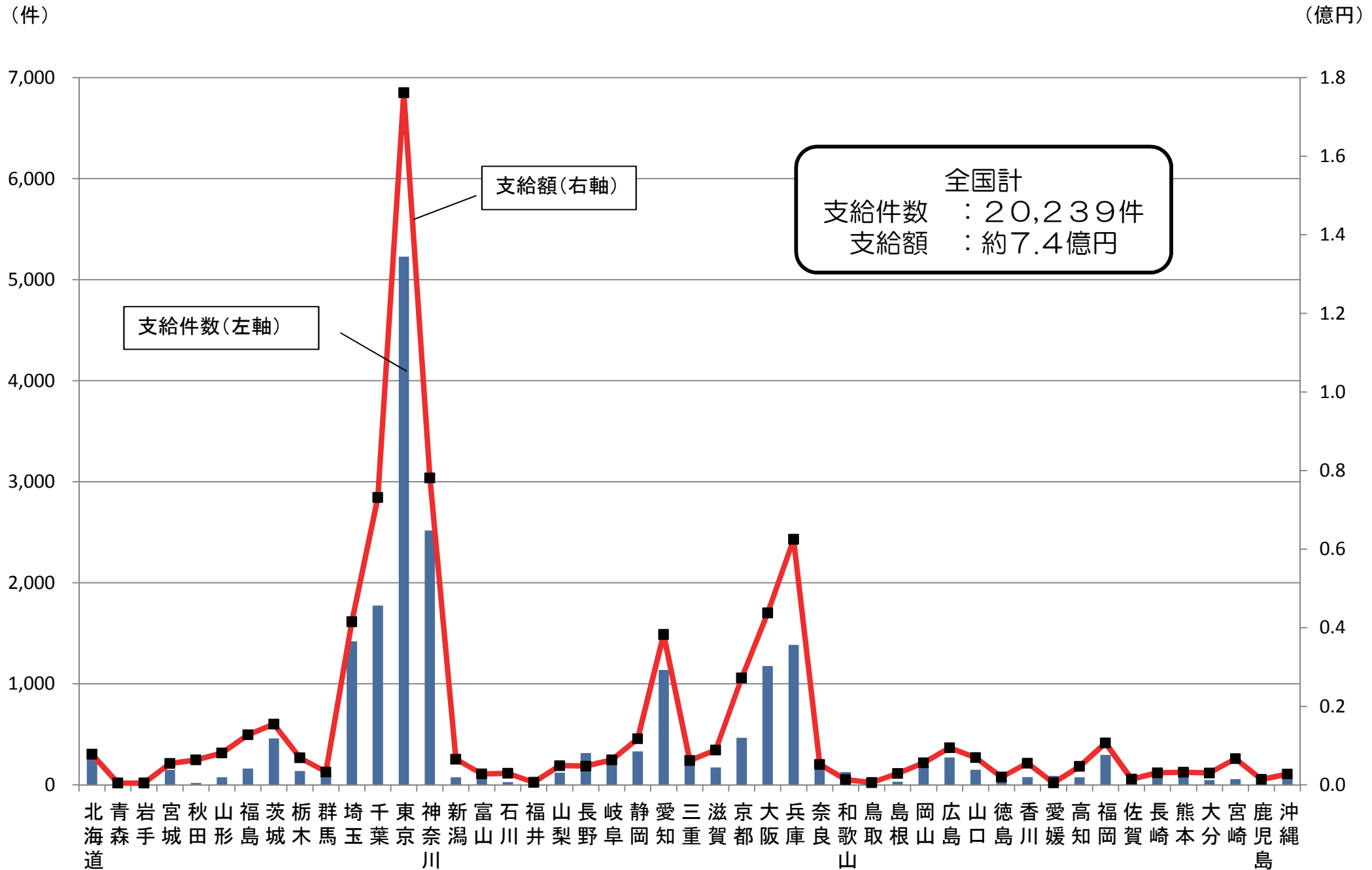
(2) 翻訳業務や、海外の医療機関等に対する照会業務について、国民健康保険団体連合会等への委託経費

⇒委託に要した費用について、年間平均被保険者数に応じた交付限度額(別表)を上限として実支出額を交付

(別表)

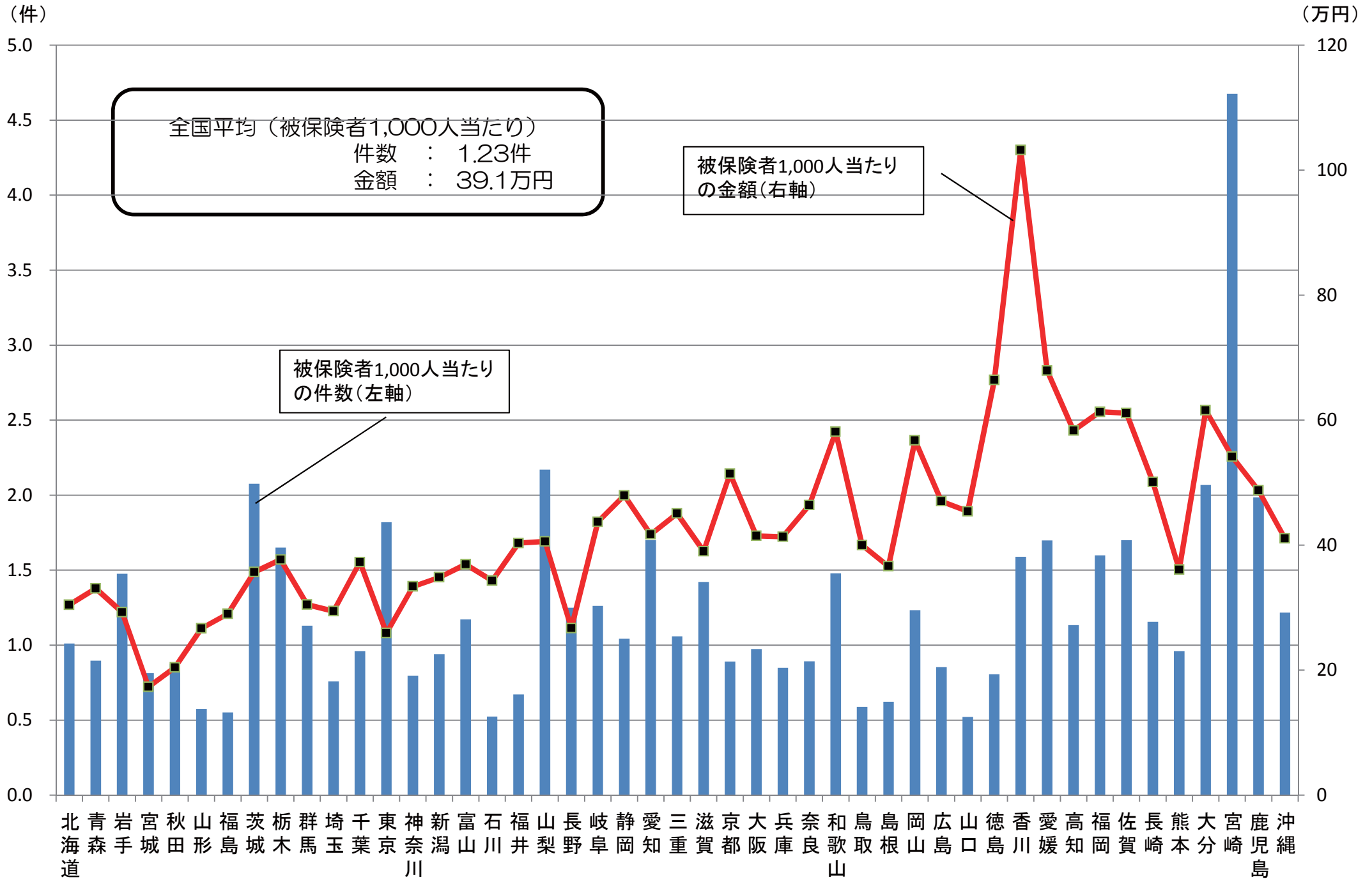
年間平均被保険者数	交付限度額
5千人未満	150万円
1万人未満	300万円
5万人未満	500万円
10万人未満	750万円
10万人以上	1000万円

国保における海外療養費の支給実績国保（都道府県別）【平成25年度】



(出所) 「国民健康保険事業の実施状況報告」 (国民健康保険課)

国保における第三者求償の実績（都道府県別/被保険者1,000人当たり）【平成25年度】



（出所）「国民健康保険事業の実施状況報告」（国民健康保険課）

レセプト・健診情報等を活用した保健事業（データヘルス事業）の推進（市町村国保等）

■ 市町村国保は、平成26年度以降、順次、データヘルス計画（※）の作成・公表。

※「データヘルス計画」とは、データヘルス事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

<データヘルス事業を推進するための取組み>

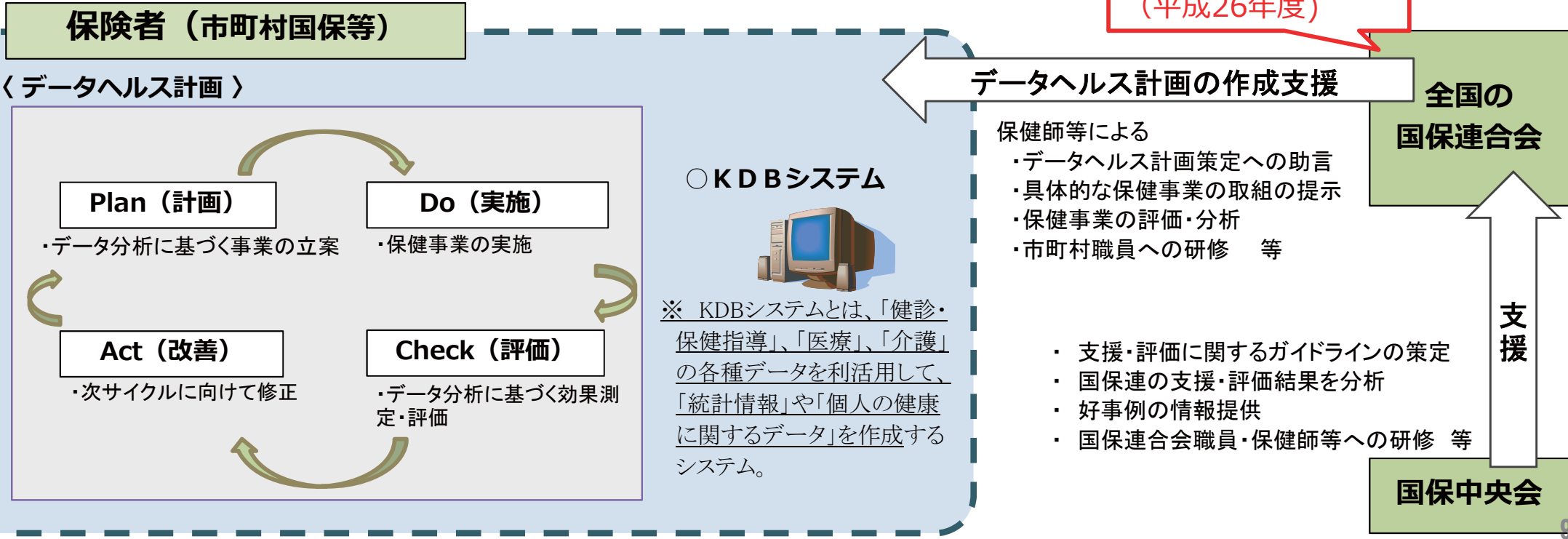
① 国保データベースシステム（KDBシステム）を活用したデータ分析

- ・市町村国保等における医療費分析や保健事業の計画の作成・実施等を支援するためのシステム（KDBシステム）が平成25年10月以降、順次稼働。
- ・KDBシステムを活用し、自らの地域の健康状態（特定健診・特定保健指導の実施状況、疾病別医療費等）の特徴を把握し、優先すべき課題を明確化（健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防等）し、被保険者をリスク別に分け、個人に対する効果的・効率的な保健事業を実施する。

② 市町村国保の取組を支援するための体制整備

- ・市町村国保等における取組を支援するための有識者等からなる支援体制を中央・都道府県レベルで整備し、市町村職員への研修や、市町村によるデータヘルス計画策定の支援等を実施。

531保険者を支援
(平成26年度)



広島県呉市国保の事例

○呉市地域総合チーム医療による重症化予防等の取組

- ・ 呉市国保のコーディネイトにより地域の多職種（医師会・歯科医師会・薬剤師会）の連携を進め、疾病管理・保健事業を実施

〈糖尿病性腎症重症化予防〉

- ・ レセプトから抽出した対象病名ごとに指導対象者を選定し、個別に保健指導プログラムを行うことにより重症化を予防。プログラム参加者の腎機能はほぼ維持され、血糖値（HbA1c）は改善。平成22年度から26年度まで延べ347名の参加者の中で人工透析を導入した者は3名のみ。

〈脳卒中再発予防〉

- ・ 脳卒中の再発予防・重症化予防のための患者に対する保健指導プログラムを地域総合チーム医療で提供。

○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から26年3月までの通知者の82%が後発医薬品へ切り替え。

○重複受診・頻回受診対策

- ・ 重複受診者（同一月に同一疾患で、3医療機関以上受診している方）や、頻回受診者（一医療機関に一月当たり15日以上受診している方）に対して訪問指導を実施

※ 平成24年度における訪問指導の効果

（重複受診） 対象者： 47名 うち訪問指導実施者： 10人 効果額： 52万円

（頻回受診） 対象者：530名 うち訪問指導実施者：147人 効果額：1,351万円

市町村国保におけるデータヘルス計画の策定状況

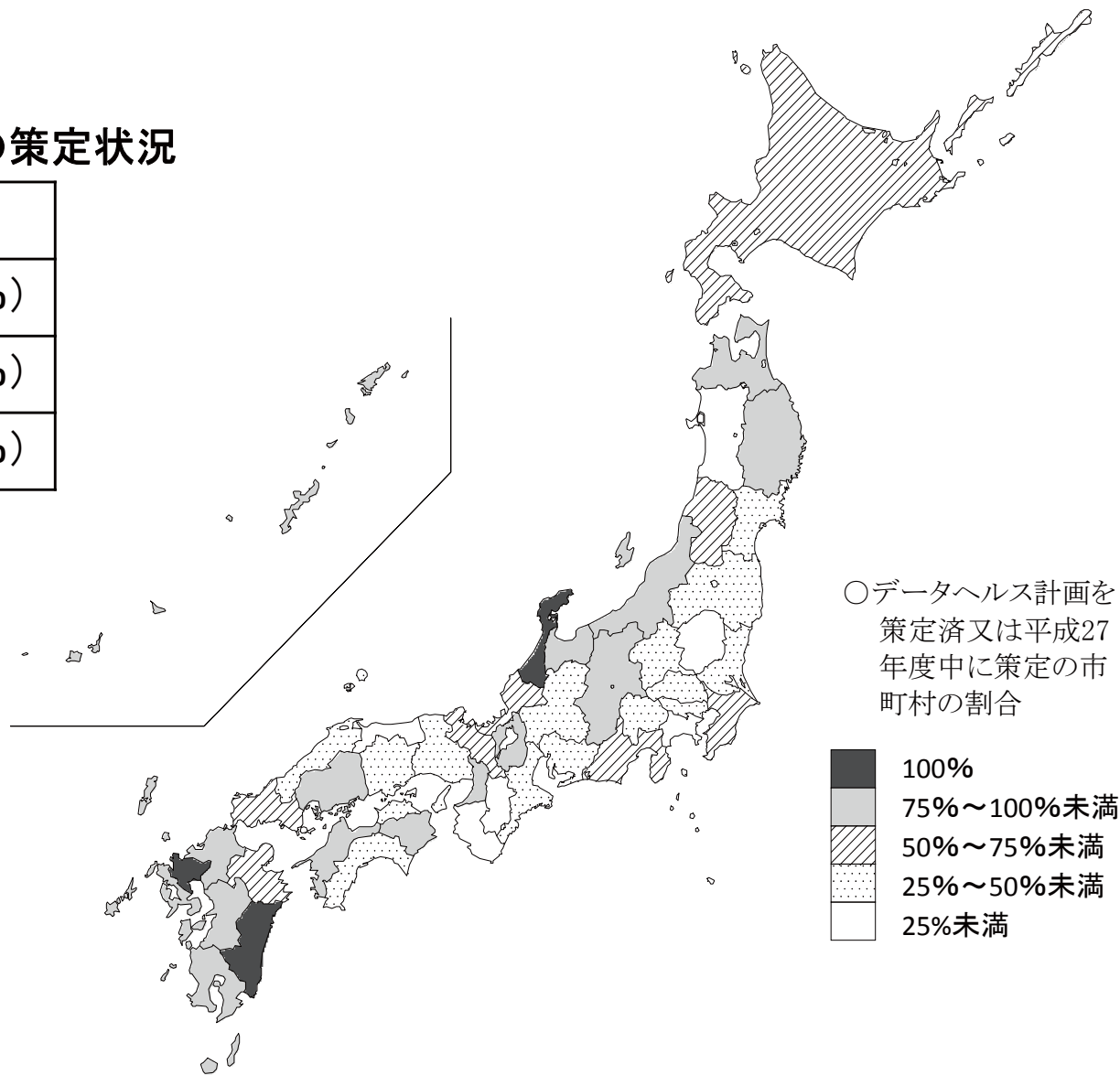
市町村国保の約6割が、データヘルス計画を策定済 又は 平成27年度中に策定予定

○平成27年4月1日時点でのデータヘルス計画の策定状況

策定状況	保険者数
平成26年度に策定済み	383(22.0%)
策定中	688(39.5%)
未着手	670(38.5%)

○策定中688保険者の策定期期

策定期期	保険者数
平成27年度中に策定予定	607(34.9%)
平成28年度中に策定予定	61(3.5%)
上記以外	20(1.1%)



*平成27年4月 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

ジェネリック医薬品の使用促進の取組について（国民健康保険）

○ 取組内容

- ① ジェネリック医薬品利用差額通知書の送付
- ② 差額通知書を送付した被保険者がジェネリック医薬品に切り替えたことによる削減効果額等を被保険者が把握するためのシステムが順次稼働。
- ③ ジェネリック医薬品希望カード、ジェネリック医薬品希望シール等の配布
- ④ 被保険者からの問い合わせへの対応のためのコールセンターを設置

○ 差額通知書送付実績（市町村国保）

	保険者数	実施保険者数	実施件数
23年度	1,717	496 (28.9%)	128万件
24年度	1,717	1,131 (65.9%)	290万件
25年度	1,717	1,362 (79.3%)	372万件

(出所)「国民健康保険事業の実施状況報告」(国民健康保険課)

(注)平成27年3月31日時点の集計である。

個人情報適切な取扱いに係る基幹システムのセキュリティ対策の強化について（依頼）

（平成27年6月17日付 老発0617第1号保発0617第1号）

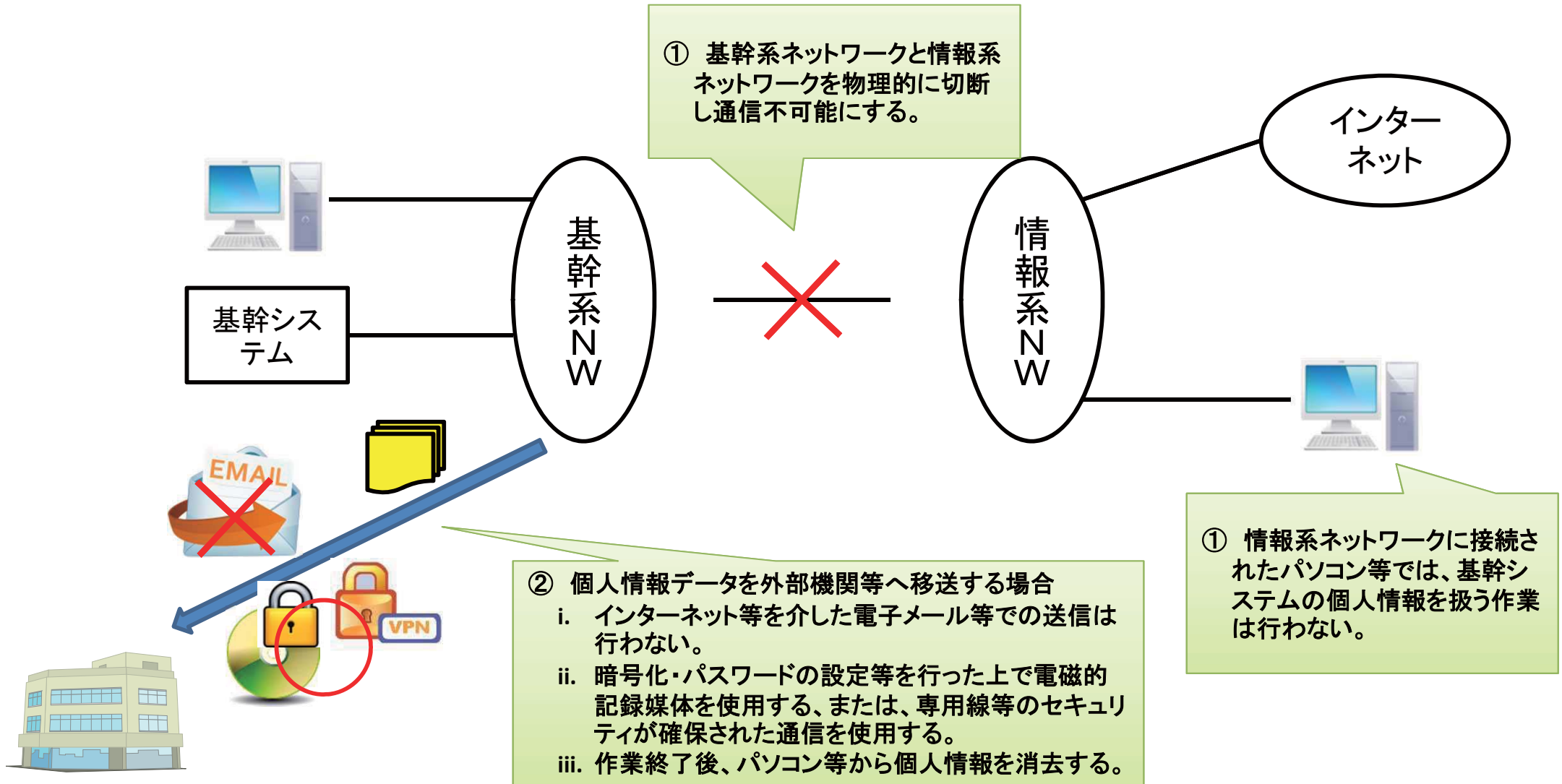
貴団体におかれては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）等に基づき個人情報の適切な取扱いに取り組まれているところと承知してありますが、今般発生した、厚生労働省が所管する関連機関における大量の個人情報流出事案を受け、個人情報を含む重要情報の適正管理について、重ねてお願いさせていただいているところです。

貴団体におかれては、医療や介護の情報は国民にとって特に機微な情報であることに鑑み、さらに、以下の対応を行うなど、個人情報の流出防止のために十分な対策を実施していただくようお願いいたします。

- ① 被保険者等の個人情報を取り扱う基幹システムに接続されたネットワーク（基幹系ネットワーク）とインターネットに接続されたネットワーク（以下「情報系ネットワーク」という。）を物理的に切断し通信不可能な状態にすること。また、基幹システムの個人情報を取り扱う作業は、情報系ネットワークに接続されたパソコン等では行わないこと。
- ② 基幹システムにある個人情報データを外部の機関等へ移送する場合は、インターネット等を介した電子メール等での送信は行わず、必ず、暗号化・パスワードの設定等を行った上で電磁的記録媒体を使用する、または、専用線等のセキュリティが確保された通信を使用すること。また、作業に当たって一時的にパソコン等に個人情報を保存した場合は、作業終了後のデータ消去を徹底すること。
- ③ ①及び②について運用上可能なものは直ちに実施するとともに、システム対応が必要となるものについては、システム改修を検討すること。なお、システム改修までの間、基幹システムにある個人情報を取り扱う場合、必ず、暗号化・パスワードの設定、作業終了後のパソコン等からの個人情報の消去等の安全管理措置を徹底すること。

また、都道府県知事におかれては、以上について、管内市町村（国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険担当）、国民健康保険組合、国民健康保険団体連合会等に対する周知等をお願いいたします。

医療保険者・介護保険者のセキュリティ対策強化について



- ①及び②について運用上可能なものは直ちに実施すること。
- システム対応が必要となるものについては、システム改修を検討すること。
- システム改修までの間、基幹システムにある個人情報を取り扱う場合、必ず、暗号化・パスワードの設定、作業終了後のパソコン等からの個人情報の消去等の安全管理措置を徹底すること。