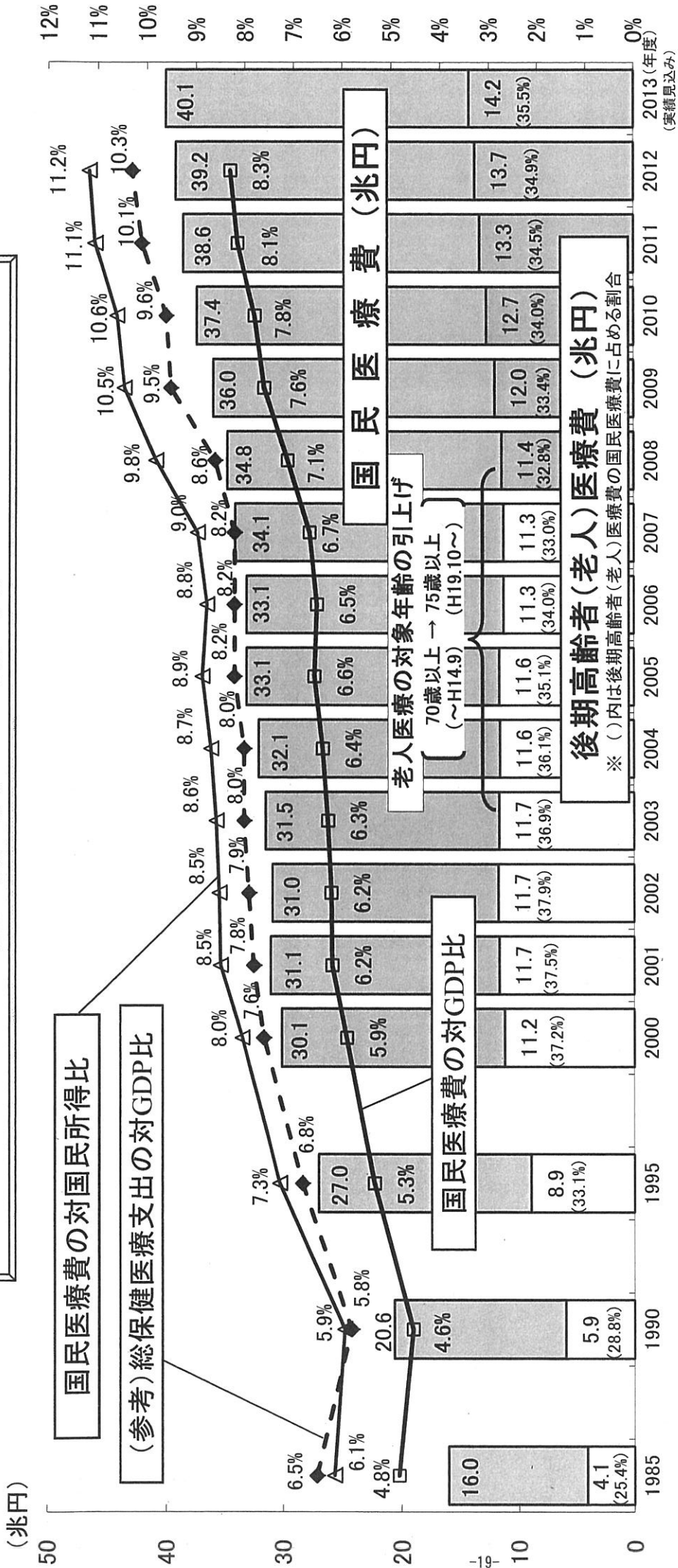


2. 国民健康保険の見直しについて

① 市町村国保の現状

医療費の動向



<対前年度伸び率>

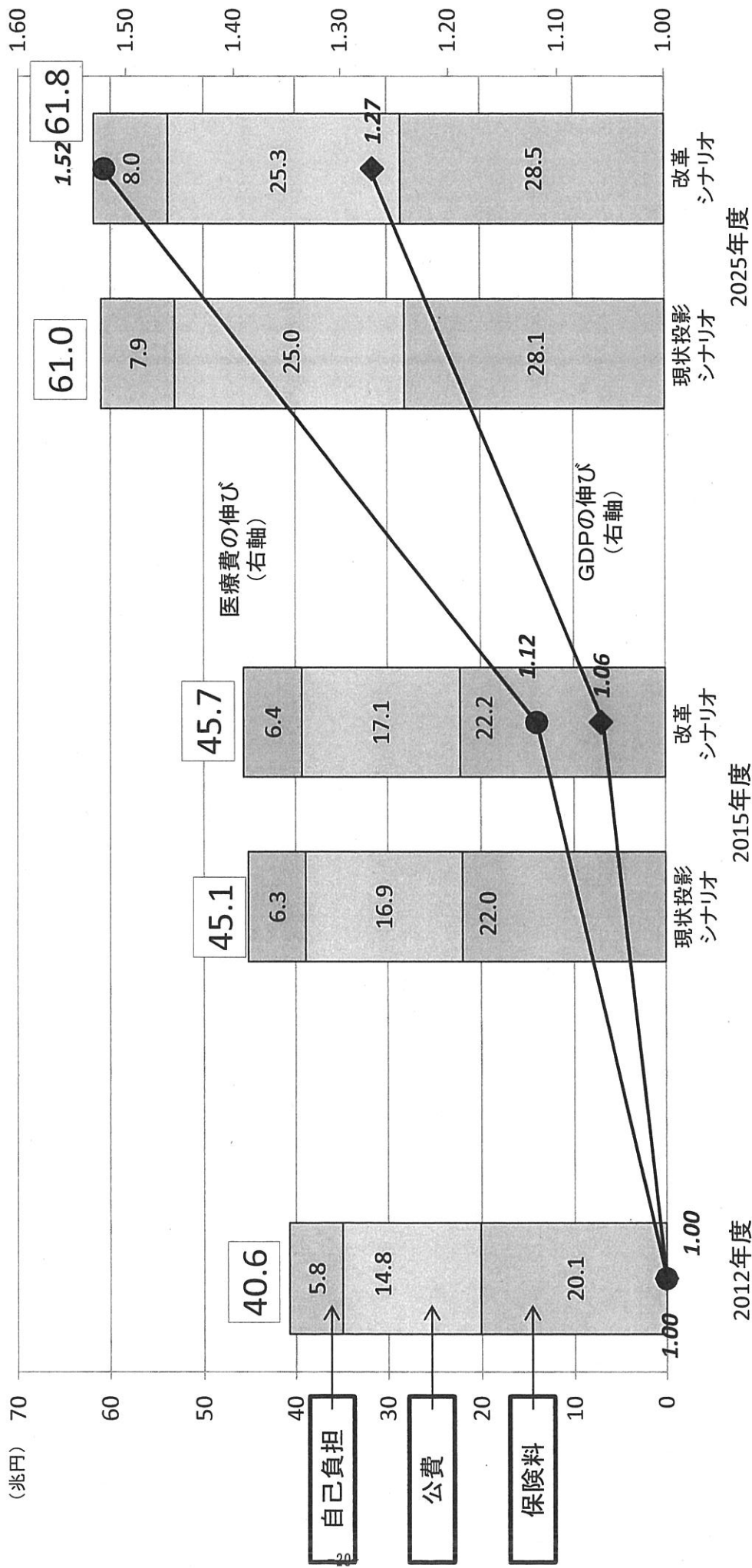
	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.7
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲1.0	0.6	-
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.3	▲1.4	▲0.2	1.9

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。総保健医療支出はOECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2012年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.3%

注2 2013年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2013年度分は、2012年度の国民医療費に2013年度の国民医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

医療費の将来推計

○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大。これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。特に公費の増大は著しい。



※1 社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）のバックデータから作成。

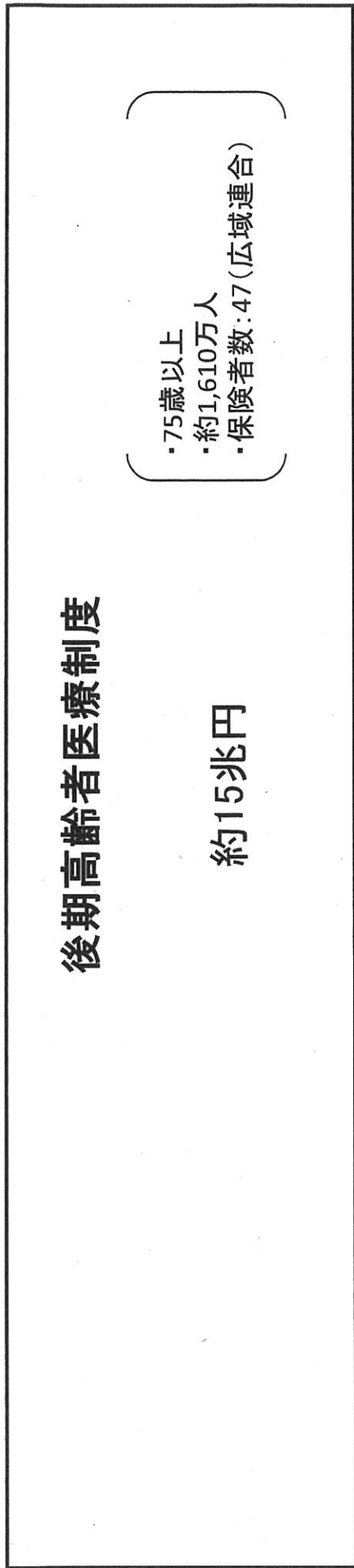
※2 「現状推計シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、

「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）

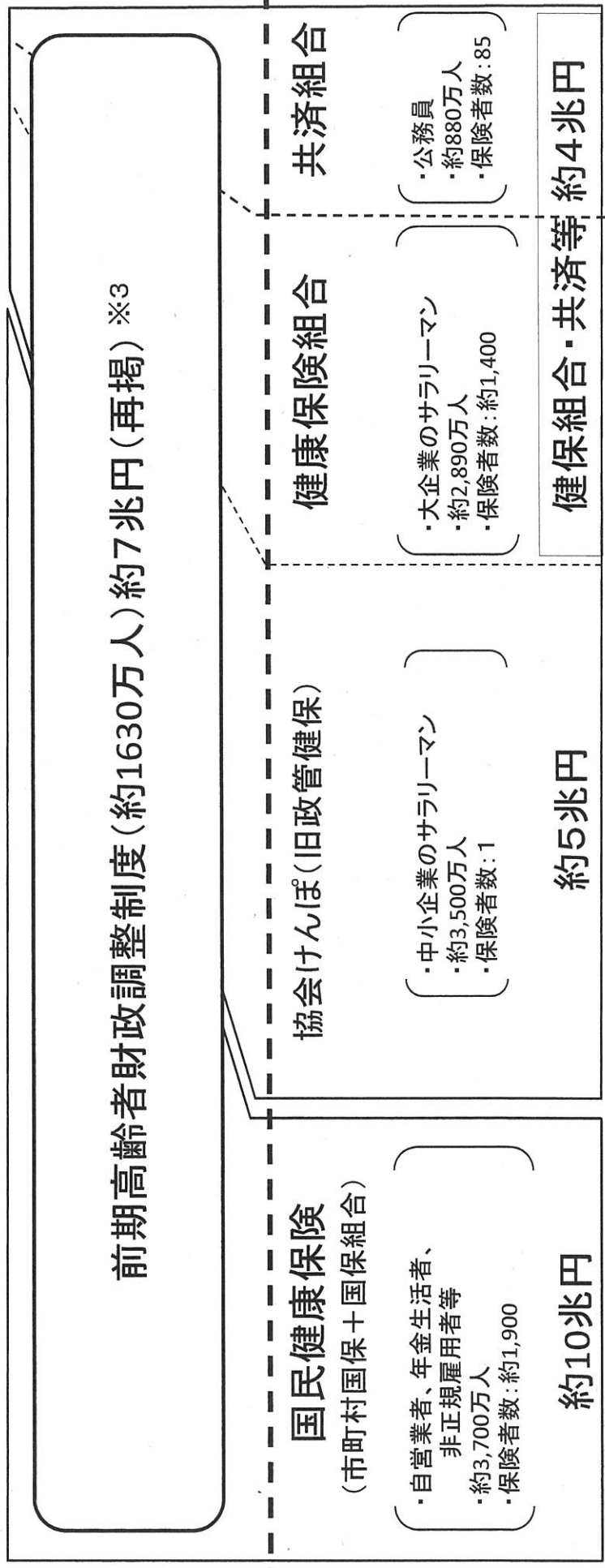
※3 「現状推計シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）

※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。

【医療保険制度の体系】



75歳



65歳

※1 加入者数・保険者数、金額は、平成27年度予算案ベースの数値。

※2 上記のほか、経過措置として退職者医療 (対象者約120万人) がある。

※3 前期高齢者数 (約1630万人) の内訳は、国保約1310万人、協会けんぽ約210万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

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)	1,717	1	1,431	85	47
加入者数 (平成25年3月末)	3,466万人 (2,025万世帯)	3,510万人 被保険者1,987万人 被扶養者1,523万人	2,935万人 被保険者1,554万人 被扶養者1,382万人	900万人 被保険者450万人 被扶養者450万人	1,517万人
加入者平均年齢 (平成24年度)	50.4歳	36.4歳	34.3歳	33.3歳	82.0歳
65～74歳の割合 (平成24年度)	32.5%	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)	31.6万円	16.1万円	14.4万円	14.8万円	91.9万円
加入者一人当たり 平均所得 (※3) (平成24年度)	83万円 一世帯当たり 142万円	137万円 一世帯当たり (※4) 242万円	200万円 一世帯当たり (※4) 376万円	230万円 一世帯当たり (※4) 460万円	80万円
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 14.2万円	10.5万円 <20.9万円> 被保険者一人当たり 18.4万円 <36.8万円>	10.6万円 <23.4万円> 被保険者一人当たり 19.9万円 <43.9万円>	12.6万円 <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%	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%
公費負担額 (※7) (平成26年度予算ベース)	3兆5,006億円	1兆2,405億円	274億円		6兆8,229億円

(※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「分離課税所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものを、(市町村国保は「国民健康保険実施調査」、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算す。

(※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。

市町村国保の抱える構造的な問題

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%(速報値)
- ・最高収納率：94.95%(島根県) ・最低収納率：85.20%(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)
- ※繰上充用...一會計年度経過後に至って歳入が歳出に不足するときは翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てること。

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

- ・1717保険者中3000人未満の小規模保険者 430(全体の1/4)

⑦市町村間の格差

- ・一人当たり医療費の都道府県内格差 最大：3.1倍(東京都) 最小：1.2倍(富山県)
- ・一人当たり所得の都道府県内格差 最大：6.8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：2.9倍(東京都)(※) 最小：1.3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。

市町村国保の収支状況

【再掲】

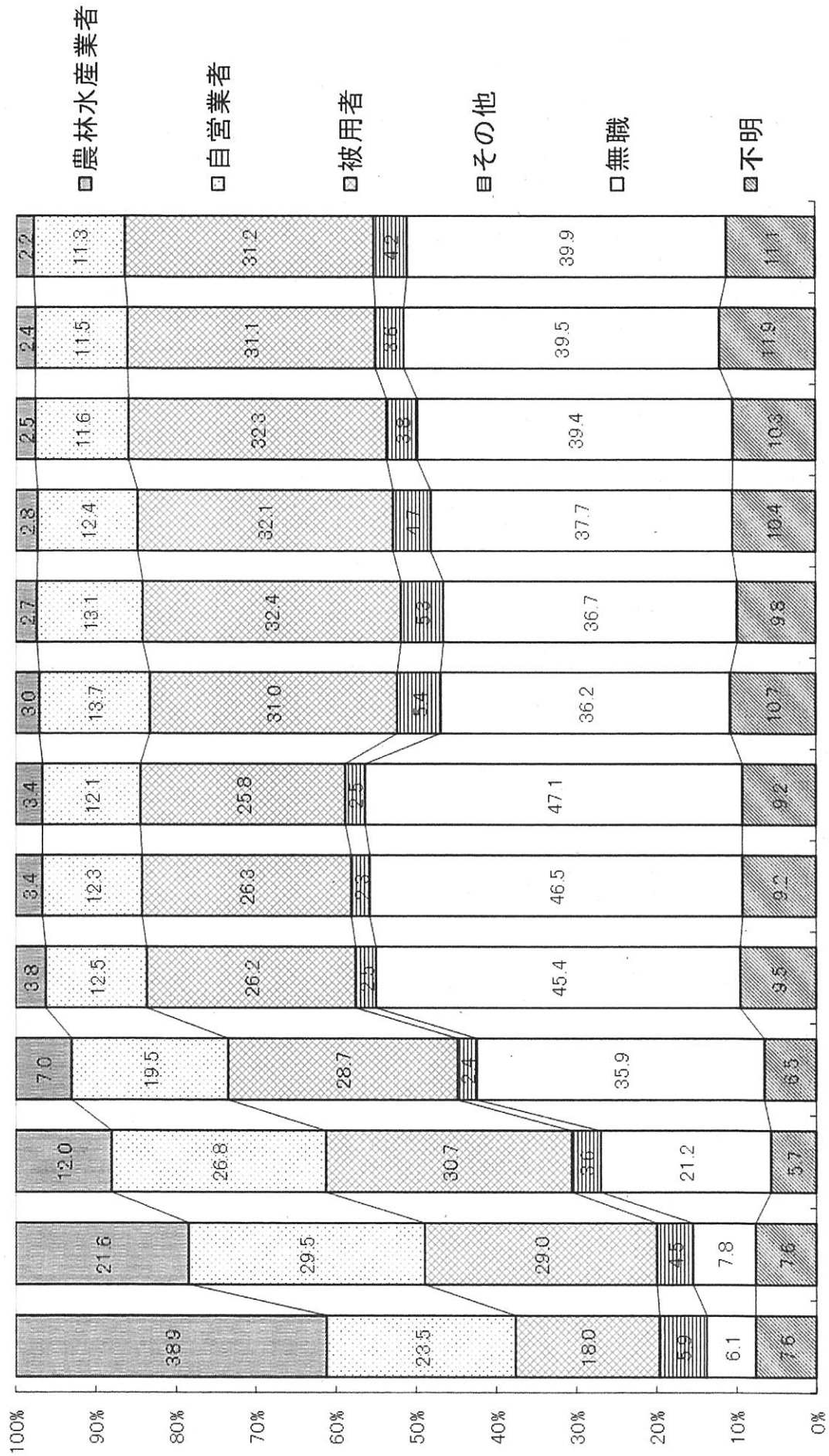
(億円)

科 目	平成24年度	平成25年度 (見込み)
保 険 料 (税)	30,634	31,078
国 庫 支 出 金	32,757	32,989
療養給付費交付金	7,755	7,319
前期高齢者交付金	32,189	33,474
都道府県支出金	10,570	10,651
一般会計繰入金 (法定分)	4,230	4,220
一般会計繰入金 (法定外)	3,882	3,899
共同事業交付金	15,331	15,453
直診勘定繰入金	1	1
そ の 他	414	437
合 計	137,762	139,521
総 務 費	1,835	1,826
保 険 給 付 費	92,149	93,025
後期高齢者支援金	17,442	18,206
前期高齢者納付金	19	19
老人保健拠出金	3	1
介護 納 付 金	7,407	7,790
保 健 事 業 費	1,018	1,041
共同事業拠出金	15,317	15,436
直診勘定繰出金	46	48
そ の 他	1,954	1,923
合 計	137,188	139,315
単年度収支差引額 (経常収支)	574	206
国庫支出金精算額	▲94	199
精算後単年度収支差引額 (A)	480	405
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)	3,534	3,544
実質的な単年度収支差 (A) - (B)	▲3,053	▲3,139
前年度繰上充用金 (支出)	1,190	984

(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) 前期高齢者交付金、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金及び老人保健拠出金は、当年度概算額と前々年度精算額を加えたもの。
(注2) 「決算補填等のための一般会計繰入金」とは、収入の「一般会計繰入金 (法定外)」のうち決算補填等を目的とした額。
(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。
(注4) 決算補填等のための一般会計繰入金 (B) は、平成21年度から東京都財政調整交付金分を含めた計算となっている。
(注5) 平成25年度は速報値である。

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

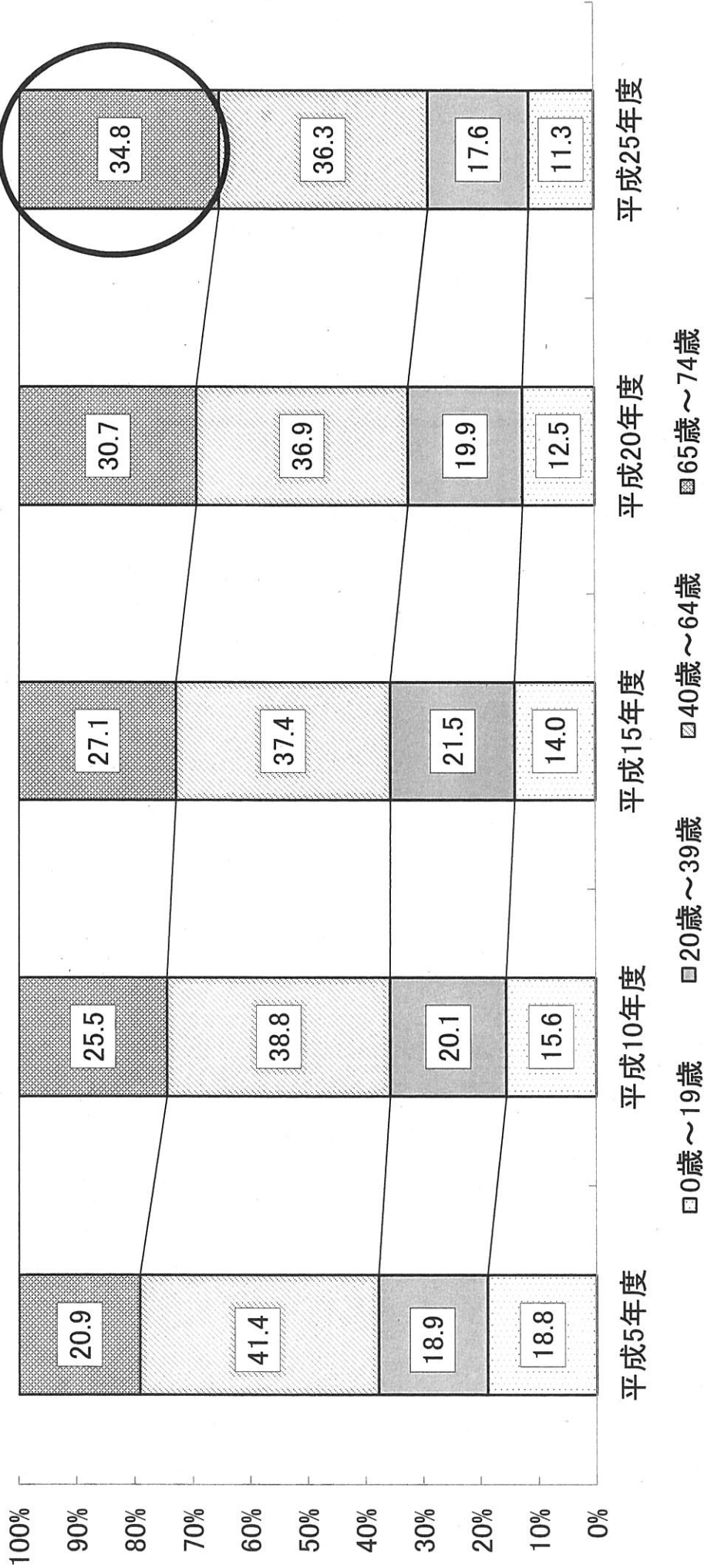
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(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。

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。

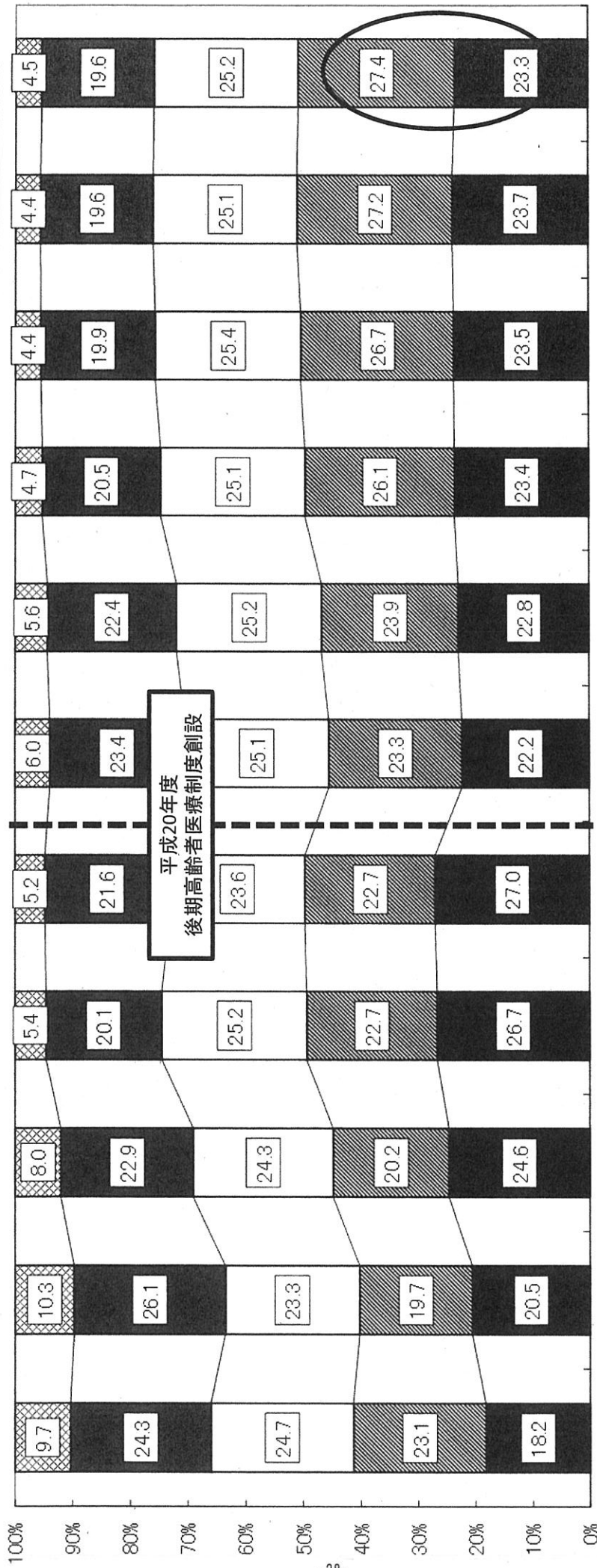


(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

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。



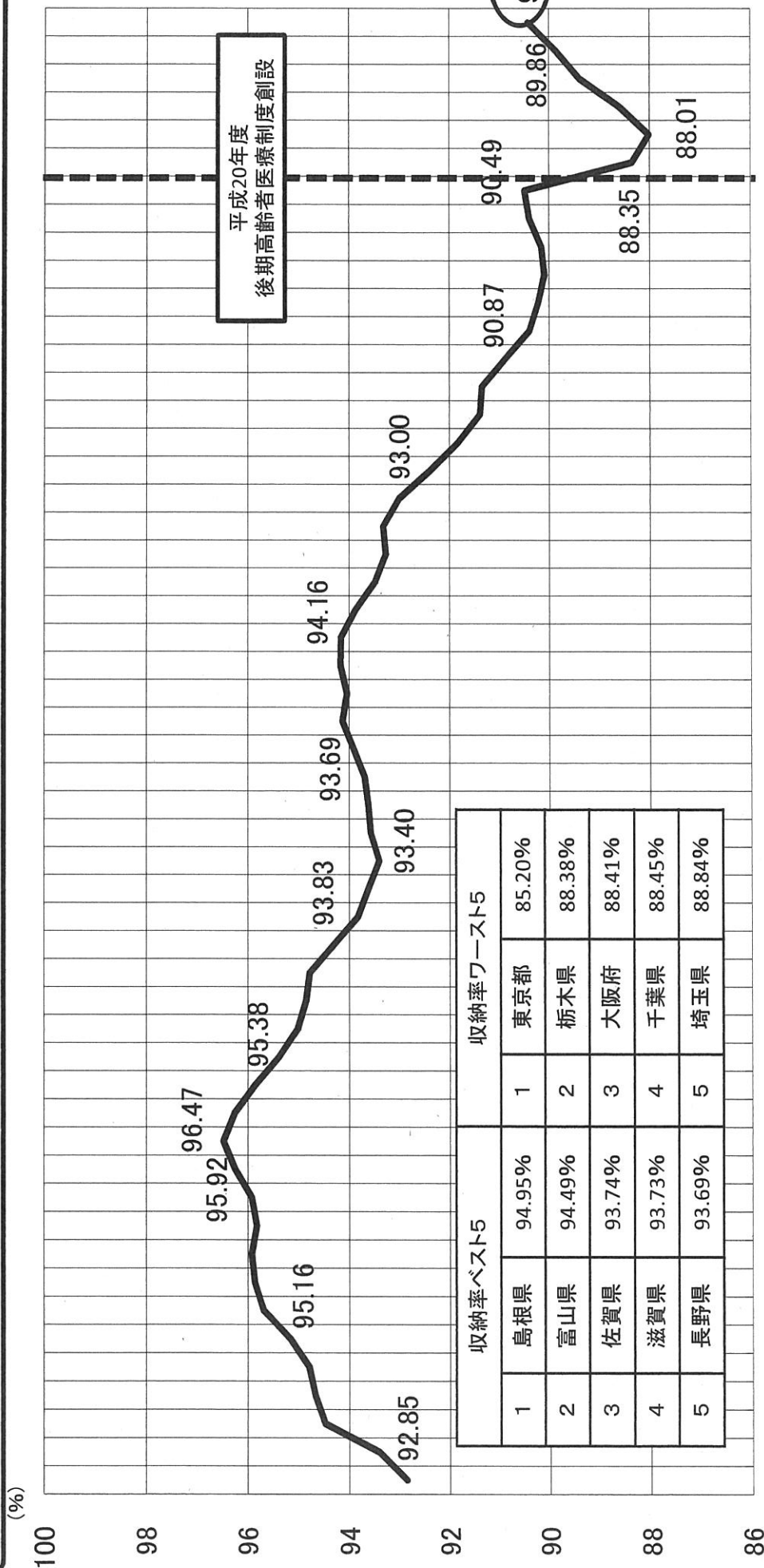
平成2年度 平成7年度 平成12年度 平成17年度 平成19年度 平成20年度 平成21年度 平成22年度 平成23年度 平成24年度 平成25年度
 (1990年度) (1995年度) (2000年度) (2005年度) (2007年度) (2008年度) (2009年度) (2010年度) (2011年度) (2012年度) (2013年度)

■ 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(税)の収納率(現年度分)の推移

平成25年度の保険料(税)の収納率は90.42%に上昇し、6年ぶりに90%を回復した。



昭和38年41.42%、昭和39年44.45%、昭和40年46.47%、昭和41年48.49%、昭和42年50.51%、昭和43年52.53%、昭和44年54.55%、昭和45年56.57%、昭和46年58.59%、昭和47年60.61%、昭和48年62.63%、昭和49年64.65%、昭和50年66.67%、昭和51年68.69%、昭和52年70.71%、昭和53年72.73%、昭和54年74.75%、昭和55年76.77%、昭和56年78.79%、昭和57年80.81%、昭和58年82.83%、昭和59年84.85%、昭和60年86.87%、昭和61年88.89%、昭和62年90.91%、昭和63年92.93%、昭和64年94.95%、昭和65年96.97%、昭和66年98.99%、昭和67年100.00%、昭和68年100.00%、昭和69年100.00%、昭和70年100.00%、昭和71年100.00%、昭和72年100.00%、昭和73年100.00%、昭和74年100.00%、昭和75年100.00%、昭和76年100.00%、昭和77年100.00%、昭和78年100.00%、昭和79年100.00%、昭和80年100.00%、昭和81年100.00%、昭和82年100.00%、昭和83年100.00%、昭和84年100.00%、昭和85年100.00%、昭和86年100.00%、昭和87年100.00%、昭和88年100.00%、昭和89年100.00%、昭和90年100.00%、昭和91年100.00%、昭和92年100.00%、昭和93年100.00%、昭和94年100.00%、昭和95年100.00%、昭和96年100.00%、昭和97年100.00%、昭和98年100.00%、昭和99年100.00%、平成00年100.00%、平成01年100.00%、平成02年100.00%、平成03年100.00%、平成04年100.00%、平成05年100.00%、平成06年100.00%、平成07年100.00%、平成08年100.00%、平成09年100.00%、平成10年100.00%、平成11年100.00%、平成12年100.00%、平成13年100.00%、平成14年100.00%、平成15年100.00%、平成16年100.00%、平成17年100.00%、平成18年100.00%、平成19年100.00%、平成20年100.00%、平成21年100.00%、平成22年100.00%、平成23年100.00%、平成24年100.00%、平成25年100.00%、平成26年100.00%、平成27年100.00%、平成28年100.00%、平成29年100.00%、平成30年100.00%

(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)
 (注2) 平成12年度以降の調定額は介護納付金、平成20年度以降は後期高齢者支援金を含んでいる。
 (注3) 平成25年度は速報値である。

都道府県別1人当たり医療費の状況（平成24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		順位
	最大	最小	格差	格差	最大	最小	
北海道	543,834	228,478	2.4倍	353,697	13		
青森県	351,020	232,841	1.5倍	295,626	39		
岩手県	391,697	265,072	1.5倍	323,487	27		
宮城県	370,305	268,509	1.3倍	326,119	24		
秋田県	408,748	227,029	1.8倍	340,297	18		
山形県	384,824	268,538	1.4倍	322,989	28		
福島県	415,195	264,223	1.6倍	319,157	31		
茨城県	331,791	238,466	1.4倍	273,408	46		
栃木県	308,885	252,141	1.2倍	284,464	44		
群馬県	518,634	231,183	2.2倍	291,317	41		
埼玉県	324,925	260,716	1.2倍	287,665	42		
千葉県	363,509	239,237	1.5倍	283,246	45		
東京都	495,266	160,469	3.1倍	285,233	43		
神奈川県	348,551	271,417	1.3倍	297,302	38		
新潟県	409,241	254,130	1.6倍	323,939	26		
富山県	382,183	330,010	1.2倍	341,784	17		
石川県	419,263	328,098	1.3倍	360,345	12		
福井県	403,483	275,538	1.5倍	338,029	20		
山梨県	447,897	243,983	1.8倍	298,777	37		
長野県	408,869	163,345	2.5倍	303,819	35		
岐阜県	373,560	261,037	1.4倍	313,620	33		
静岡県	343,384	269,031	1.3倍	298,818	36		
愛知県	414,535	234,477	1.8倍	292,079	40		
三重県	396,653	273,513	1.5倍	320,469	30		
滋賀県	338,064	284,125	1.2倍	312,211	34		
京都府	389,910	297,787	1.3倍	325,233	25		
大阪府	400,478	276,134	1.5倍	329,224	22		
兵庫県	391,432	292,729	1.3倍	332,525	21		
奈良県	506,833	262,432	1.9倍	316,103	32		
和歌山県	411,148	233,404	1.8倍	321,692	29		
鳥取県	417,904	308,933	1.4倍	338,265	19		
島根県	526,676	334,513	1.6倍	383,023	2		
岡山県	416,813	301,658	1.4倍	364,296	10		
広島県	460,744	335,626	1.4倍	373,288	6		
山口県	473,445	351,506	1.3倍	387,180	1		
徳島県	462,579	314,248	1.5倍	367,196	9		
香川県	423,626	323,419	1.3倍	381,664	3		
愛媛県	432,920	304,112	1.4倍	342,563	16		
高知県	465,450	305,177	1.5倍	363,076	11		
福岡県	446,169	296,336	1.5倍	343,734	15		
佐賀県	435,359	302,853	1.4倍	372,102	7		
長崎県	424,395	288,883	1.5倍	374,159	5		
熊本県	481,638	277,154	1.7倍	344,013	14		
大分県	438,092	312,123	1.4倍	376,407	4		
宮崎県	408,583	275,221	1.5倍	328,134	23		
鹿児島県	455,675	231,605	2.0倍	369,295	8		
沖縄県	395,398	162,343	2.4倍	268,473	47		

1人当たり医療費 全国平均：315,856円

(※) 3～2月診療ベースである。
(出所) 国民健康保険事業年報

都道府県内における1人当たりの所得の格差（平成24年）

	平均所得 (万円)	最高		最低		格差
		(万円)		(万円)		
北海道	55.5	猿払村	216.3	赤平市	31.7	6.8
青森	47.0	六ヶ所村	75.8	今別町	34.9	2.2
岩手	49.9	普代村	66.7	西和賀町	41.3	1.6
宮城	59.7	南三陸町	75.8	白石市	47.9	1.6
秋田	46.5	大潟村	235.7	小坂町	35.6	6.6
山形	54.2	三川町	67.1	小国町	39.1	1.7
福島	56.1	葛尾村	96.1	柳津町	39.6	2.4
茨城	64.2	守谷市	84.5	高萩市	50.2	1.7
栃木	67.9	宇都宮市	83.1	茂木町	46.7	1.8
群馬	59.2	昭和村	99.7	神流町	42.0	2.4
埼玉	73.3	和光市	94.0	皆野町	50.7	1.9
千葉	73.8	浦安市	103.7	いすみ市	54.9	1.9
東京	94.3	千代田区	206.7	奥多摩町	60.5	3.4
神奈川	86.4	鎌倉市	101.6	横須賀市	66.8	1.5
新潟	53.9	津南町	62.0	阿賀町	38.5	1.6
富山	59.3	舟橋村	66.0	氷見市	51.6	1.3
石川	58.5	野々市市	70.0	穴水町	40.9	1.7
福井	58.6	坂井市	62.1	おおい町	49.5	1.3
山梨	58.6	山中湖村	97.3	丹波山村	40.3	2.4
長野	56.5	軽井沢町	91.7	売木村	30.0	3.1
岐阜	64.7	白川村	95.3	七宗町	52.5	1.8
静岡	78.3	浜松市	107.9	西伊豆町	47.3	2.3
愛知	81.8	飛島村	122.5	東栄町	57.2	2.1
三重	62.3	木曾岬町	93.7	御浜町	42.0	2.2

	平均所得 (万円)	最高		最低		格差
		(万円)		(万円)		
滋賀	60.6	栗東市	84.8	豊郷町	43.6	1.9
京都	54.6	長岡京市	65.2	笠置町	39.1	1.7
大阪	53.9	島本町	82.7	泉南市	37.8	2.2
兵庫	58.7	芦屋市	113.9	新温泉町	43.6	2.6
奈良	54.6	生駒市	75.9	御杖村	37.1	2.0
和歌山	47.7	みなべ町	90.4	湯浅町	35.3	2.6
鳥取	45.9	北栄町	61.1	江府町	34.1	1.8
島根	52.8	海士町	63.8	川本町	39.7	1.6
岡山	52.0	真庭市	63.3	久米南町	34.7	1.8
広島	59.4	府中町	69.3	安芸太田町	45.0	1.5
山口	51.5	光市	60.9	上関町	38.4	1.6
徳島	43.0	鳴門市	58.4	つるぎ町	24.3	2.4
香川	52.6	直島町	76.4	小豆島町	42.4	1.8
愛媛	48.0	松山市	57.7	松野町	24.7	2.3
高知	44.7	芸西村	54.6	大豊町	27.4	2.0
福岡	49.6	新宮町	68.6	川崎町	23.4	2.9
佐賀	52.5	白石町	68.0	大町町	34.2	2.0
長崎	46.9	五島市	124.8	平戸市	36.8	3.4
熊本	49.7	氷川町	58.0	津奈木町	25.0	2.3
大分	42.4	大分市	45.6	姫島村	27.3	1.7
宮崎	42.9	新富町	54.5	日之影町	27.4	2.0
鹿児島	39.7	南九州市	58.3	伊仙町	15.1	3.9
沖縄	37.6	北大東村	72.8	伊是名村	17.3	4.2

1人当たり所得 全国平均：65.1万円

(注1)厚生労働省保険局「平成25年度国民健康保険実態調査」(保険者票)における平成24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24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		順位
	最大	最小	格差	最大	最小	
北海道	148,439	58,322	2.5倍	83,945	20	
青森県	95,531	54,968	1.7倍	78,373	35	
岩手県	84,347	37,400	2.3倍	70,188	44	
宮城県	92,353	36,685	2.5倍	73,287	42	
秋田県	138,740	53,421	2.6倍	75,867	38	
山形県	100,071	61,466	1.6倍	86,578	13	
福島県	84,788	0	-	67,488	46	
茨城県	103,245	61,388	1.7倍	82,093	24	
栃木県	124,878	72,726	1.7倍	89,203	6	
群馬県	109,324	56,626	1.9倍	86,065	15	
埼玉県	97,359	54,838	1.8倍	83,835	21	
千葉県	101,827	65,016	1.6倍	86,004	16	
東京都	120,724	40,953	2.9倍	84,866	17	
神奈川県	110,942	71,519	1.6倍	90,424	4	
新潟県	89,101	57,329	1.6倍	79,704	31	
富山県	94,640	73,706	1.3倍	86,808	12	
石川県	103,492	74,085	1.4倍	90,487	3	
福井県	95,804	55,931	1.7倍	86,386	14	
山梨県	108,757	58,101	1.9倍	88,041	9	
長野県	99,396	34,690	2.9倍	75,893	37	
岐阜県	105,184	68,128	1.5倍	90,698	2	
静岡県	102,386	60,763	1.7倍	92,340	1	
愛知県	100,050	49,728	2.0倍	88,440	7	
三重県	113,768	55,722	2.0倍	87,701	10	

	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		順位
	最大	最小	格差	最大	最小	
滋賀県	107,064	63,994	1.7倍	88,104	8	
東京都	91,250	51,960	1.8倍	80,770	27	
大阪府	96,365	70,024	1.4倍	80,554	29	
兵庫県	95,951	59,858	1.6倍	81,027	26	
奈良県	102,797	45,273	2.3倍	82,744	23	
和歌山県	98,033	43,143	2.3倍	78,786	34	
鳥取県	84,804	43,400	2.0倍	78,838	33	
島根県	90,638	63,031	1.4倍	82,791	22	
岡山県	89,362	57,386	1.6倍	81,916	25	
広島県	93,338	57,062	1.6倍	87,159	11	
山口県	101,987	61,898	1.6倍	90,359	5	
徳島県	90,392	57,603	1.6倍	80,743	28	
香川県	95,368	66,474	1.4倍	84,513	19	
愛媛県	86,641	54,226	1.6倍	75,586	39	
高知県	91,740	45,261	2.0倍	74,956	41	
福岡県	88,471	50,727	1.7倍	75,106	40	
佐賀県	97,610	67,080	1.5倍	84,656	18	
長崎県	82,621	54,481	1.5倍	71,869	43	
熊本県	97,622	55,218	1.8倍	79,194	32	
大分県	94,668	46,413	2.0倍	79,888	30	
宮崎県	90,285	56,983	1.6倍	77,492	36	
鹿児島県	81,901	35,264	2.3倍	69,753	45	
沖縄県	69,203	28,591	2.4倍	53,974	47	

1人当たり保険料(税) 全国平均：82,744円

(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24年度 国民健康保険事業年報を基に作成

② 国民健康保険の見直し

「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【再掲】

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

↓

7月

毎月1回程度 事務レベルWG(計7回)

8月8日

政務レベル協議(中間整理)

↓

毎月1回程度 事務レベルWG(計7回)

平成27年 2月12日

政務レベル協議(議論のとりまとめ)

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）【抜粋】

プログラム法を踏まえた国保改革については、厚生労働省と地方三団体（全国知事会、全国市長会、全国町村会）との間で設置した国保基盤強化協議会において協議を重ね、平成27年2月12日に、同協議会における議論のとりまとめとして、「国民健康保険の見直しについて」が合意に達した。

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

- 国保に対し、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実施することにより財政基盤を更に強化する。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となる。
- 具体的な公費拡充策としては、
 - ・ 平成27年度から、低所得者対策の強化として、保険者支援制度の拡充（約1,700億円）を実施する。
 - ・ これに加えて、更なる国費の投入を平成27年度から行い、平成29年度以降は、毎年約1,700億円を投入し、以下のような施策を実施する。

1. 公費拡充等による財政基盤の強化

①-1 国の国保財政に対する責任を高める観点からの財政調整機能の強化

※ 高額医療費共同事業の国庫負担については、その一部を国の財政調整交付金から振り替える予算上の措置を行っているが、本事業への直接の財源手当を増加することにより、国の財政調整交付金を実質的に増額する。

①-2 国民皆保険の基礎としての役割を果たしている国保において、自治体の責めによらない要因により医療費が高くなっていること等への財政支援の強化

※ 例えば、精神疾患に係る医療費が高いことへの財政支援、子どもの被保険者が多い自治体への財政支援、非自発的失業者に係る保険料軽減額への財政支援等

(①: 700億円～800億円規模)

② 医療費の適正化に向けた取組み等、保険者としての努力を行う自治体に対し、適正かつ客観的な指標(例えば、後発医薬品使用割合、前期高齢者一人当たり医療費、保険料収納率等を検討)に基づく財政支援を創設

(「保険者努力支援制度」の創設。700億円～800億円規模)

③ 予期しない給付増や保険料収納不足といった財政リスクの分散・軽減のため、モラルハザードを防ぐための一定のルールを設定した上で、都道府県及び市町村に対し貸付・交付を行う財政安定化基金を都道府県に創設

(2,000億円規模)

※ 財政安定化基金の創設を全額国費で行う。

※ 財政安定化基金のうち交付分への補填措置については都道府県が適正規模を判断して決定し、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ずつ補填する。

※ 基金創設の完了後に生ずる国費の使途は、国保への他の財政支援策に充てることを基本とする。

④ 著しく高額な医療費に対する国の責任を強化する観点からの超高額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や保険料の収納対策の推進、被保険者資格の適用の適正化、保険料の賦課限度額の引上げ等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

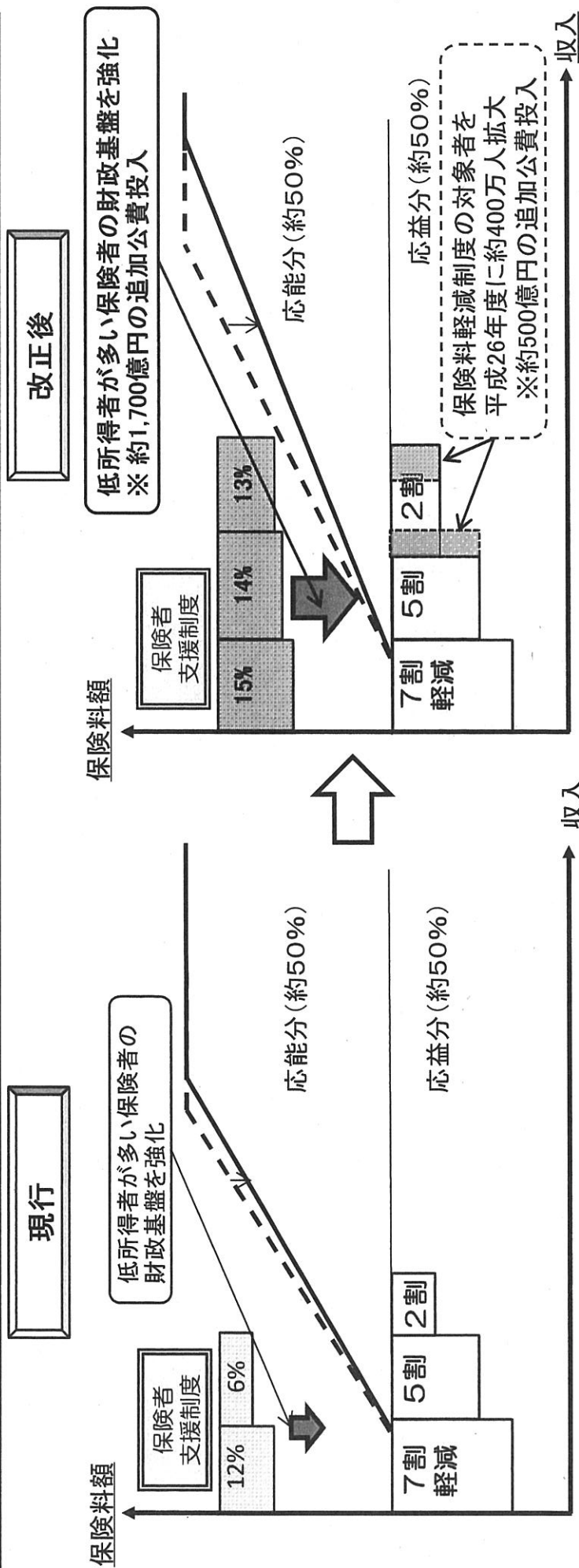
《拡充の内容》

- 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)

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こととする。その上で、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。

都道府県は、都道府県内の統一的な国保の運営方針を定め、市町村が担う事務の効率化や標準化、共同処理・広域化の取組、医療費の適正化に向けた取組、保険料の納付状況の改善のための取組等を推進する。

国保の運営に関する重要事項を審議する場として、都道府県に、被保険者代表、保険薬剤師代表、公益代表、被用者保険代表が参加する国保運営協議会を設置する。
- 市町村は、地域住民との身近な関係の中、被保険者の実情を把握した上で、保険料の賦課・徴収、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、地域におけるきめ細かい事業を行う。
- 都道府県は、国保の財政運営の責任主体として、市町村における保険料収納へのインセンティブを確保する等の観点から、都道府県内の国保の医療給付費等の見込みを立て、市町村ごとの分賦金(仮称)の額を決定する。

また、将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、標準的な保険料算定方式や市町村規模別の収納率目標等、市町村が保険料率を定める際に参考となる事項についての標準を設定するとともに、当該標準等に基づいて市町村ごとの標準保険料率を示すこととする(標準的な住民負担の見える化)。加えて、全国統一ルールで算出した場合の、都道府県単位での標準的な保険料率を示すこととする。

2. 運営の在り方の見直し(保険者機能の強化)

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、保険料率を定め、保険料を被保険者に賦課し、徴収するとともに、都道府県に分賦金(仮称)を納める。

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。

※ 市町村の事務負担の軽減を図るため、医療機関に支払いを行う審査支払機関に対し、都道府県が市町村を経由せず、直接支払いを行う仕組みを検討する。

◎ 都道府県は、市町村ごとの分賦金の額を決定するに当たり、市町村の医療費適正化機能が積極的に発揮されるよう、市町村ごとの医療費水準(年齢構成の差異を調整し、複数年の平均値を用いたもの)を反映するとともに、負担能力に応じた負担とする観点から、市町村ごとの所得水準を反映する。

なお、現在、全国レベルで市町村間の所得水準を調整している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。

また、市町村の特別の事情に応じて交付される財政調整交付金のうち、今後も市町村の財政を直接的に支援すべきものについては、改革後も同様の役割を果たすよう、取り扱う。

保険料率については、市町村ごとに設定することを基本としつつ、地域の実情に応じて、二次医療圏ごと、都道府県ごとに保険料率を一本化することも可能な仕組みとする。

なお、今回の改革により被保険者の保険料水準が急激に変化することのないよう、必要な配慮を行う。

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

・ 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



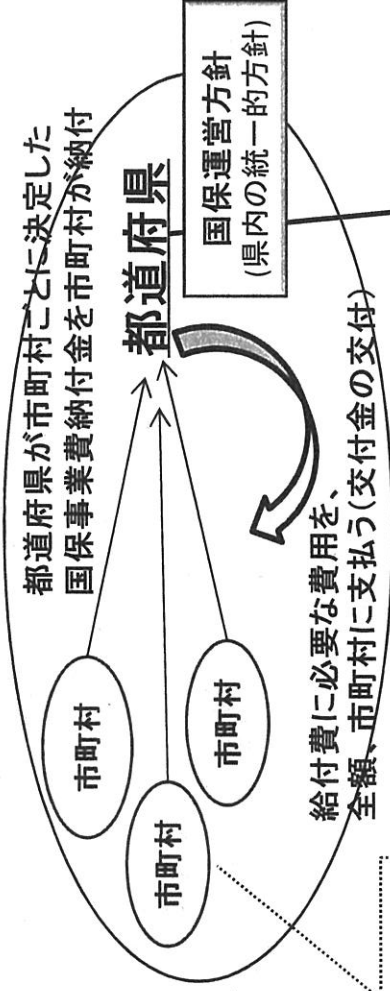
- （構造的な課題）
- ・ 年齢が高く医療費水準が高い
 - ・ 低所得者が多い
 - ・ 小規模保険者が多い

- ・ 資格管理（被保険者証等の発行）
- ・ 保険料率の決定、賦課・徴収
- ・ 保険給付
- ・ 保健事業

- ※被保険者証は都道府県名のもの
- ※保険料率は市町村ごとに決定
- ※事務の標準化、効率化、広域化を進める

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



- ・ 財政運営責任（提供体制と双方に責任発揮）
- ・ 市町村ごとの納付金を決定
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
- ・ 市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・ 市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・ 市町村が担う事務の標準化、効率化、広域化を促進

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

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

- 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

都道府県の主な役割

- 財政運営の責任主体
- ・ 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

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

標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率を算定・公表

- ・ 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

市町村に対し、必要な助言・支援

市町村の主な役割

- ・ 国保事業費納付金を都道府県に納付
- ・ 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）
- ・ 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

- ・ 保険給付の決定
- ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等

- ・ 被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施
(データヘルス事業等)

改革後の国保財政の仕組み（イメージ）

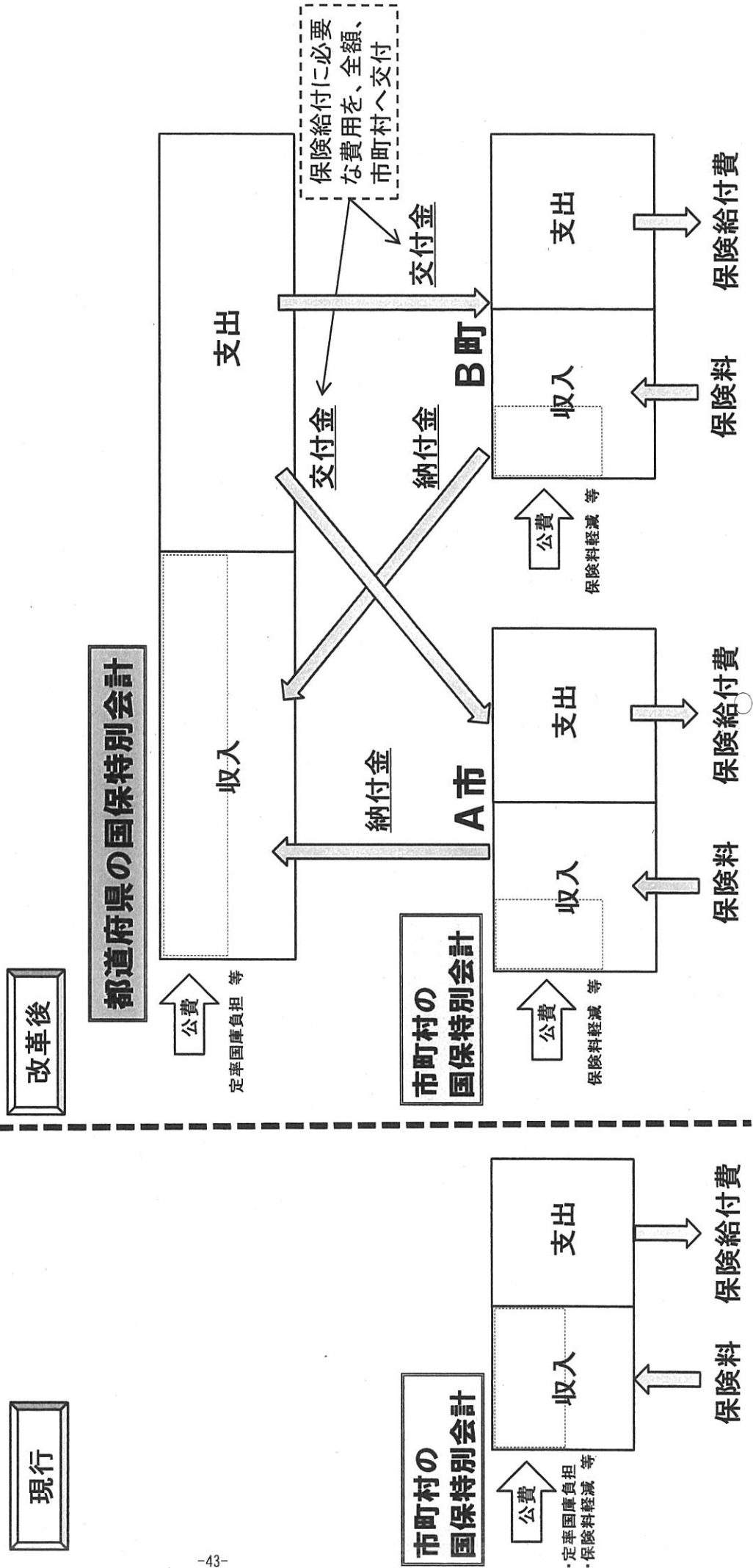
※詳細は引き続き地方と協議

○ 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。

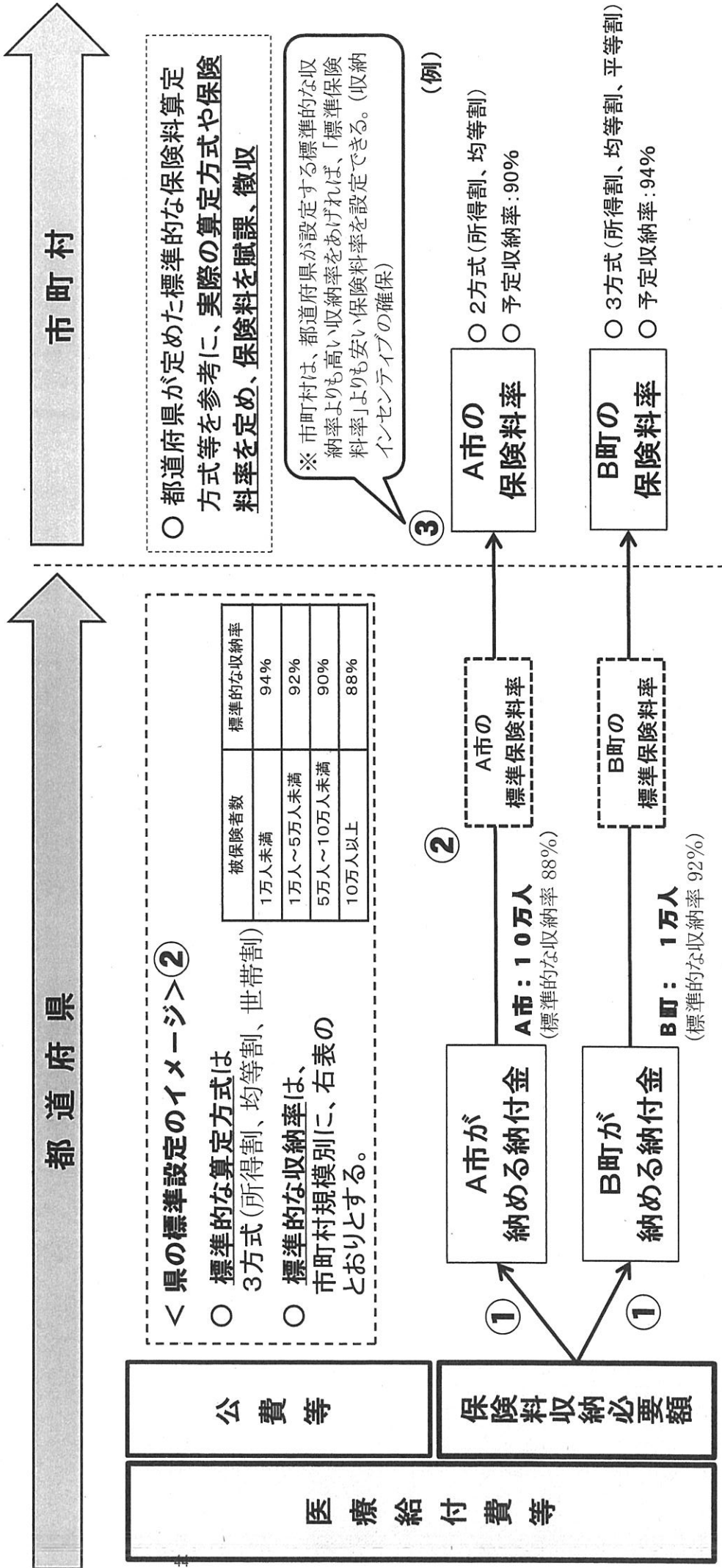
※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮



国保の財政運営、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

- 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)



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)

国保事業費納付金について（イメージ）

※詳細は引き続き地方と協議

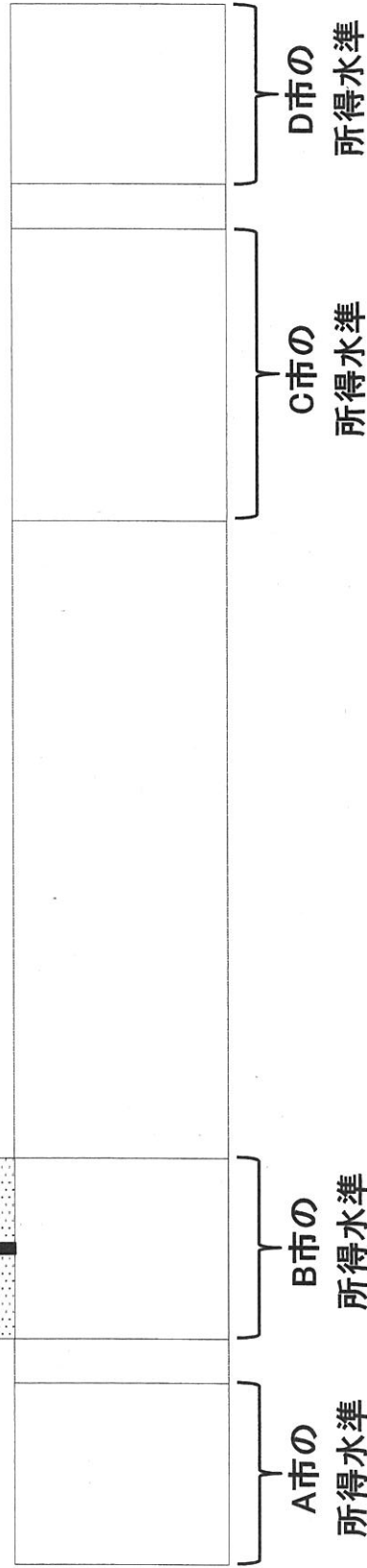
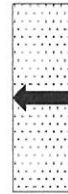
○ 都道府県が、都道府県内の保険料収納必要額（医療給付費－公費等による収入額）を市町村ごとの医療費水準と所得水準等で按分し、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定

〈都道府県単位の保険料収納必要額〉

<p>〈按分方法〉</p> <p>被保険者数に応じた按分額に</p> <p>市町村ごとの医療費実績を反映</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〉</p> <p>所得水準に応じた按分額に</p> <p>市町村ごとの医療費実績を反映</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。

3. 改革により期待される効果

○ 今回の改革において、公費拡充等による財政基盤の強化を行うことにより、被保険者の保険料負担の軽減やその伸びの抑制が図られるとともに、上述の運営の在り方の見直しを行うことにより、以下のような効果が期待される。

① 国保の財政運営責任が市町村から都道府県に移行することにより、人工透析等の高額医療費の発生などの多様なリスクが都道府県全体で分散され、急激な保険料上昇が起きにくくなる。

また、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とすることにより、都道府県が住民負担の面から地域医療の提供体制の姿を考えていくこととなり、これまで以上に良質な医療の効率的な提供に資することとなる。

さらに、被保険者が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き継ぐこととするなど、被保険者の負担の軽減を図る。

② 都道府県が、財政安定化基金も活用しつつ、給付に必要な費用を、全額、市町村に交付することにより、予期しない医療費の増加による財源不足・決算補填等目的の一般会計繰入の必要性が解消することにつながり、保険給付費の確実な支払いが確保される。

③ 厚生労働省が社会保険・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や、都道府県が都道府県内の統一的な国保の運営方針を定めること等により、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。

こうした改革により、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、国民皆保険を堅持する。

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、都道府県が住民負担の面から地域医療の提供体制の姿を考えていくこととなり、これまで以上に、良質な医療の効率的な提供に資する。

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。
- 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。

十

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キャッシュフローを工面する必要。 ○ 予期しない医療費の増加や保険料収納不足の場合には、法定外の一般会計繰入等により対応する必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村が給付に必要な費用は全額、都道府県が市町村に交付する。 ※ 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経由せず、直接支払いを行う仕組みも検討。 ○ 予期しない医療費の増加や保険料収納不足に対しては、県が運営する財政安定化基金から貸付・交付。 ○ 上記の措置により、急激な保険料上昇が起きにくい仕組みとなる。
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標準保険料率を提示・公表することで、負担を見える化。
事務の効率化、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、事務の広域化に支障。 ○ 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。 ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ※ 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。
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、個別にシステム改修対応が必要。 	<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、包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。

4. 今後、更に検討を進めらるべき事項

- 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、具体化を図ることとする。
- 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。そして、その際には、地方からは子どもに係る均等割保険料の軽減措置の導入や地方単独事業に係る国庫負担調整措置の見直しといった提案も行われていることも踏まえ、そうした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こととする。
- 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、都道府県と市町村との新たな役割分担の下での運営の状況を検証しつつ、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、所要の措置を講ずることとする。
- その際、国保の在り方については地方団体の意見を十分に伺いながら検討を進める必要があることから、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こととする。

③ その他

国民健康保険法の一部を改正する法律の概要（平成24年4月5日成立）

(1) 財政基盤強化策の恒久化

市町村国保の安定的な運営を確保するため、平成22年度から平成25年度までの暫定措置となっている市町村国保の「財政基盤強化策」(公費2,000億円)を恒久化する。

※ 財政基盤強化策として、保険料軽減の対象となる低所得者数に応じた、市町村に対する財政支援や、高額医療費に関する市町村に対する財政支援を行っている。

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

市町村国保の都道府県単位の共同事業について、平成27年度から、事業対象を全ての医療費に拡大し、財政運営の都道府県単位化を推進する。

※ 現在、1件30万円を超える医療費について、都道府県内の全市町村が被保険者数と医療費実績に応じて共同で負担。

(3) 財政調整機能の強化

都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、平成24年度から、都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げる。

※ これに伴い、定率国庫負担を34%から32%とする。

※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情への対応のために交付。

(4) その他

財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

施行期日(適用日)

- (1)、(2) 平成27年4月1日
- (3)、(4) 平成24年4月1日

国保財政のイメージ

医療給付費等総額:約1兆1,000億円
(24年度予算)

(法定外一般会計繰入 3,600億円)	調整交付金(国) (9%) 7,000億円	前期高齢者交付金 3兆 4,000 億円
保険料 3兆2,000億円	定率国庫負担 (34% → 32%) 2兆4,000億円	
財政基盤強化策※ (暫定措置 → 恒久化)	都道府県調整交付金 (7% → 9%) 7,000億円	
保険料軽減制度 4,000億円		
保険料50%		公費50%

※ 財政基盤強化策には、恒久化する上記の公費2,000億円のほか、財政安定化支援のため地財措置(1,000億円)がある。

※ 法定外一般会計繰入は平成22年度実績ベース。

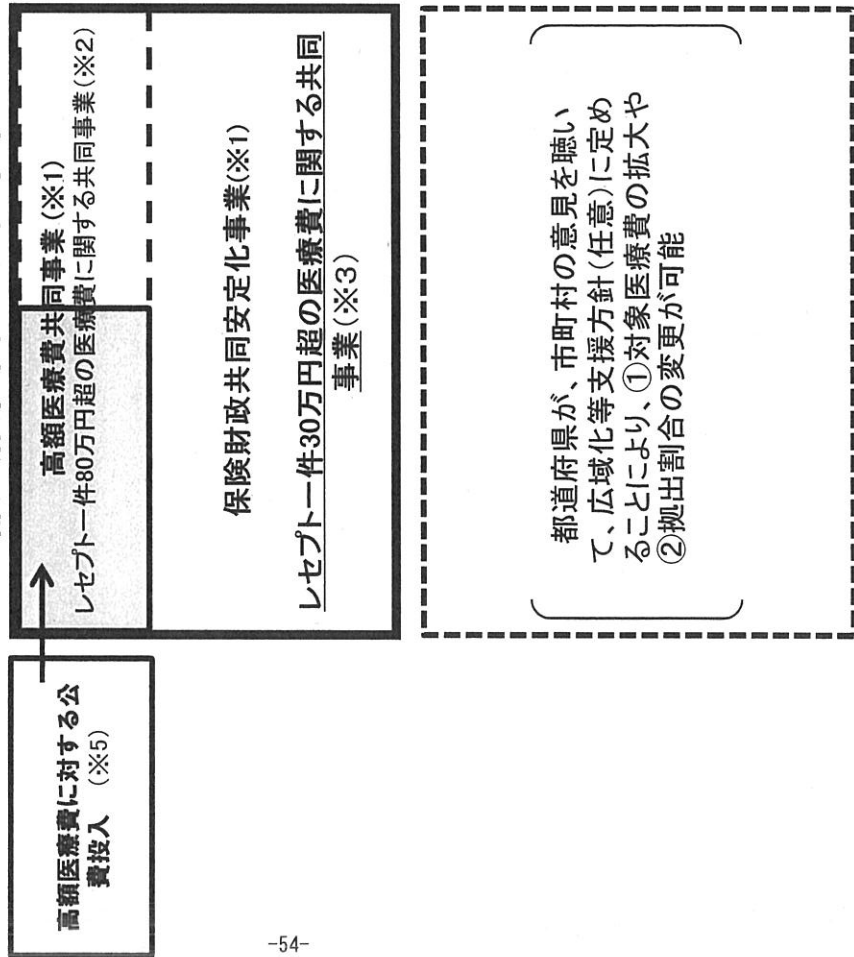
財政運営の都道府県単位の推進(平成24年 国保法改正)

○ 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する。【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。

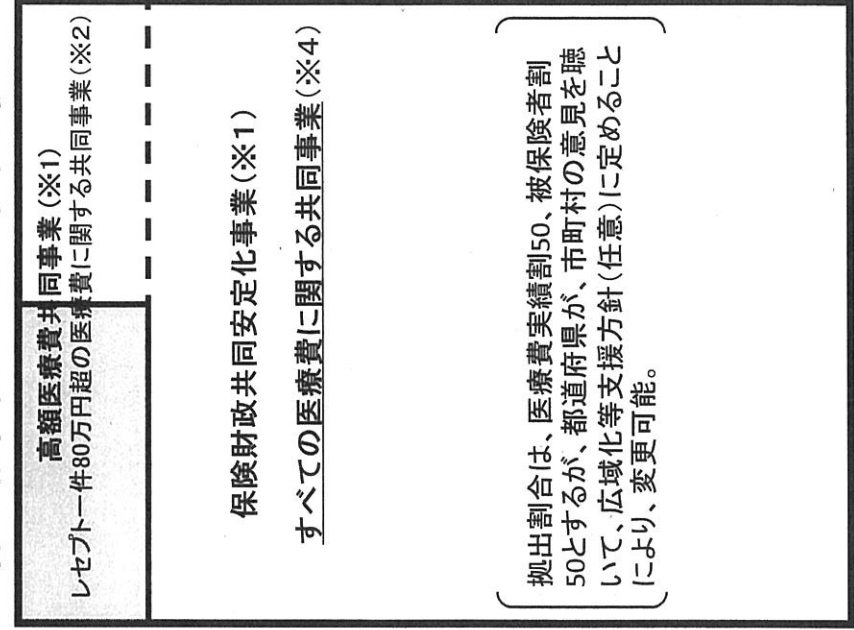
【現行】

都道府県単位の共同事業



【改正後】

都道府県単位の共同事業の拡大



- ※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。

見直し後の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

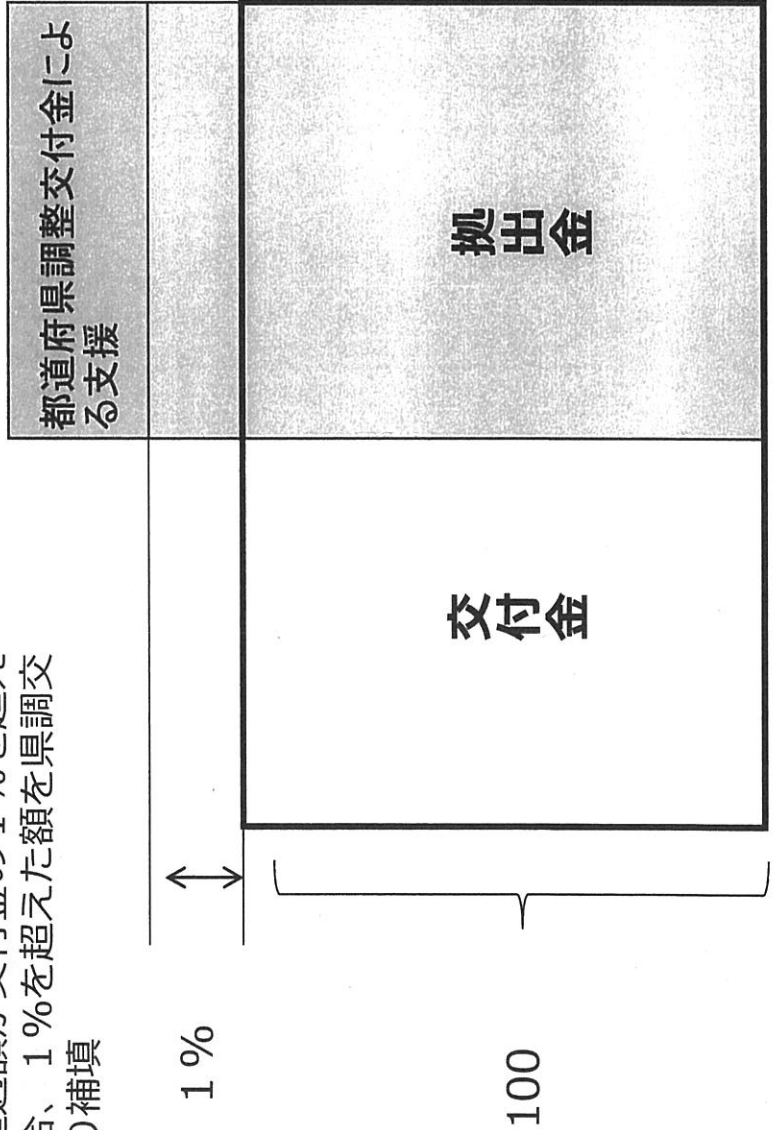
○ 保険財政共同安定化事業の拠出金の持ち出し額(拠出金－交付金)が、交付金の1%を超える場合には、当該超過額を都道府県調整交付金により財政支援するよう、ガイドラインの見直しを行った。

※ 財政支援の対象となる拠出金超過額の計算方法

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

【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)

(平成26年2月末現在)

「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)

計47都道府県 (方針決定済)

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。

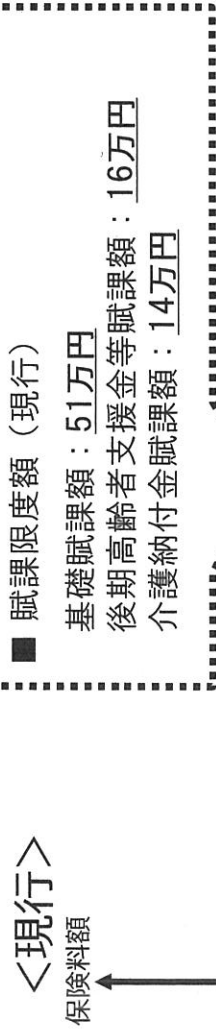
国保保険料の賦課限度額の見直し、低所得者に係る国保保険料の軽減判定所得の見直し(平成27年度)

改正概要

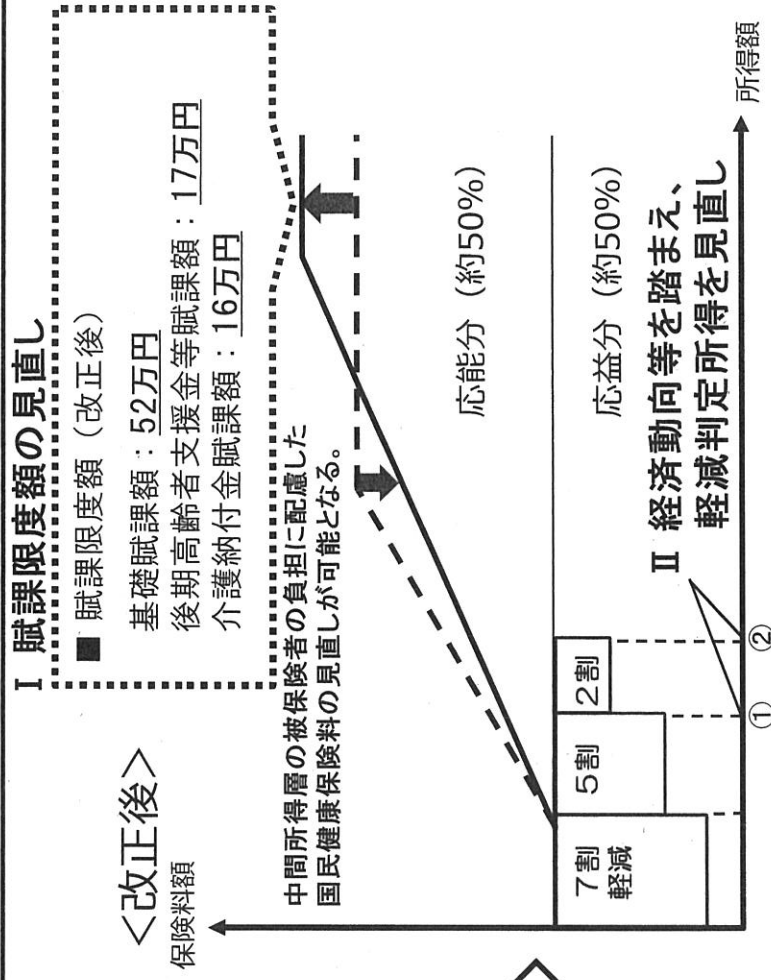
- I 国民健康保険料の賦課限度額を見直す。
- II 低所得者に対する国民健康保険料の軽減措置の対象となる世帯の軽減判定所得について、経済動向等を踏まえ、所要の見直しを行う。

※ 国民健康保険税についても平成27年度税制改正において同様の改正を予定。

改正内容



- 軽減判定所得（現行）
- 7割軽減基準額 = 基礎控除額(33万円)
 - 5割軽減基準額 = 基礎控除額(33万円) + 24.5万円 × (被保険者数*)
 - 2割軽減基準額 = 基礎控除額(33万円) + 45万円 × (被保険者数*)



- 軽減判定所得（改正後）
- ① 5割軽減基準額 = 基礎控除額(33万円) + 26.0万円 × (被保険者数*)
 - ② 2割軽減基準額 = 基礎控除額(33万円) + 47万円 × (被保険者数*)
- * 被保険者数には、同じ世帯の中で国民健康保険の被保険者から後期高齢者医療の被保険者に移行した者を含む。

被用者保険や国保における保険料負担の公平化

1. 被用者保険の標準報酬月額上限の引上げ

○ 健康保険及び船員保険の標準報酬月額

全47等級(上限121万円、下限5.8万円)

→ 平成28年度から上限3等級引上げ

全50等級(上限139万円、下限5.8万円)

※ 標準賞与額もあわせて見直し、年間上限を540万円から573万円に引き上げる。

第47級	1,210,000円	1,175千円以上 1,235千円未満
第48級	1,270,000円	1,235千円以上 1,295千円未満
第49級	1,330,000円	1,295千円以上 1,355千円未満
第50級	1,390,000円	1,355千円以上

追加

2. 被用者保険の一般保険料率上限の引上げ

○ 1000分の120(健康保険) → 平成28年度から「1000分の130」に引上げ

※ 船員保険も同様に見直し、疾病保険料率の上限を「1000分の130」とする。

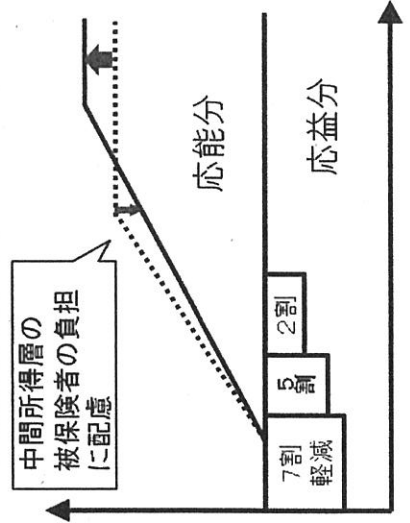
3. 国保の保険料(税)の賦課限度額の引上げ

○ 被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険(税)料負担に一定の限度を設けている(現在、年間81万円)

○ より負担能力に応じた負担とする観点から、被用者保険の仕組みとのバランスを考慮しつつ、段階的に引き上げ

○ 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こととし、平成27年度は4万円引上げ

賦課限度額の引上げの仕組み



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、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、

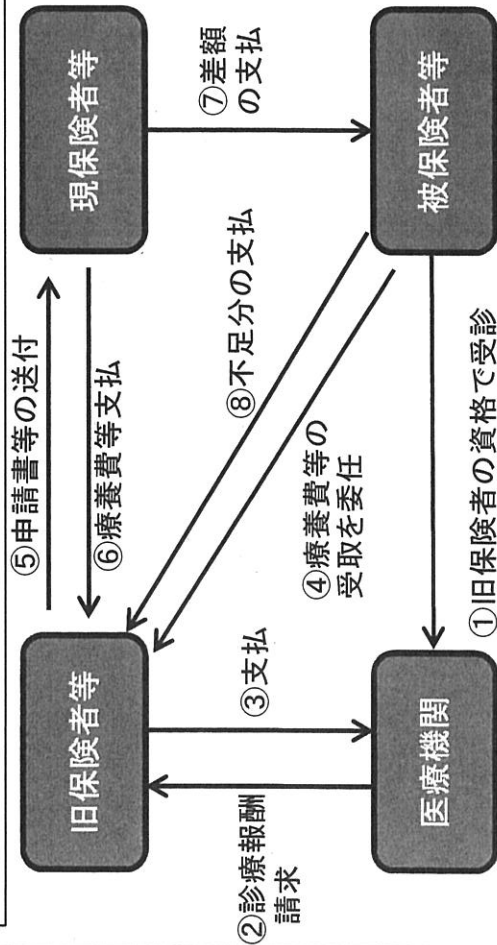
- ・ 被保険者等は医療費を旧保険者等に返納するため、一時的に金銭負担をしなければならない場合があり、それが被保険者等にとって負担
- ・ 旧保険者等においても、被保険者等へ返納金を請求し、回収する事務が負担となっており、未回収となる返納金もある

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

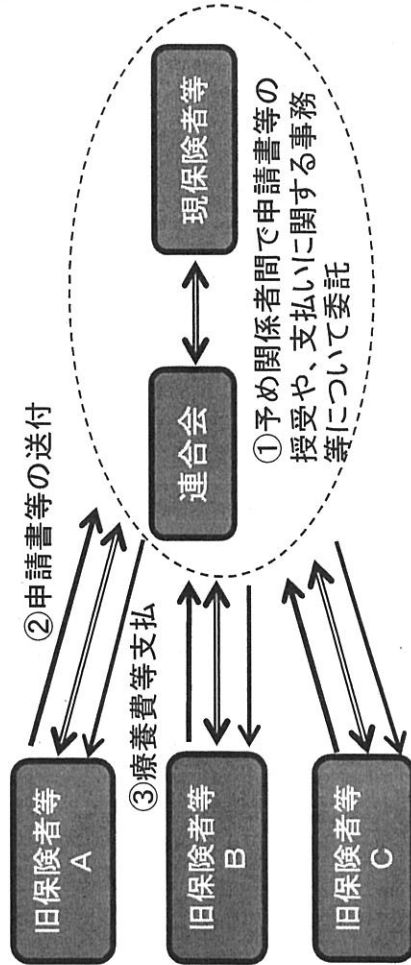
○ 被保険者等に返納金債権を有する旧保険者等が被保険者等から委任を受け、現保険者等から支給される療養費等を代理受領し、これを返納金債権と相殺する。

○ 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と比較し、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間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は個別に連携（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。



保険料収納対策等の実施状況

1. 収納対策

(1) 収納対策に関する要綱の策定状況

	平成26年9月1日現在	割合
要綱(緊急プラン、収納マニュアル等)の策定保険者	858	50%

(2) 収納体制の強化

	平成26年9月1日現在	割合
①税の専門家の配置(嘱託等含む)	339	19.7%
②収納対策研修の実施	917	53.4%
③連合会に設置した収納率向上対策アドバイザースタッフの活用	122	7.1%

(3) 徴収方法改善等の実施状況

	平成26年9月1日現在	割合
①口座振替の原則化	167	9.7%
②マルチペイメントネットワークシステムを利用した口座振替の推進	124	7.2%
③多重債務相談の実施	650	37.9%

(4) 滞納処分の実施状況

	平成26年9月1日現在	割合
①滞納処分件数	260,174(平成25年度実績)	
②財産調査の実施	1,614	94.0%
③差押えの実施	1,586	92.4%
④搜索の実施	793	46.2%
⑤インターネット公売の活用	716	41.7%

2. 国民年金被保険者情報の活用状況

	平成26年9月1日現在	割合
①日本年金機構との覚書の締結状況	1,011	58.9%
②職権喪失の実施状況(2月の通知に基づき職権喪失を実施)	472	27.5%

3. 医療費適正化対策の実施状況

	平成25年度	割合
柔道整復療養費についての患者調査の実施	525	30.6%

東日本大震災における国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険の特別措置 (窓口負担・保険料の減免)

被災地全域

【震災発生(平成23年3月)から1年間】

- 住宅が全半壊・全半焼した方、主たる生計維持者が死亡したり、行方不明となっている方、東電福島第一原発事故に伴う避難指示区域等(注1)及び特定被災区域(注2)の住民の方等について、窓口負担・保険料を免除
- 国により全額を財政支援(平成23年度補正予算及び特別調整交付金)

※「特別調整交付金」とは、災害等による窓口負担・保険料減免などによる給付費増などを全国レベルで調整する交付金(国民健康保険等の仕組み)

避難指示区域等

【平成24年度～平成26年度】

- 窓口負担・保険料の免除を延長
- 国により全額を財政支援(復興特会及び特別調整交付金)
- 旧緊急時避難準備区域等(注3)の上位所得層(注4)の住民
 - ・平成26年10月以降、特別措置の対象外
 - ・本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の減免が可能
- ⇒ 財政負担が著しい場合に、国により減免額の8/10以内の額を財政支援(特別調整交付金)

【平成27年度(案)】

- ① 帰還困難区域等(注5)の住民及び旧緊急時避難準備区域等・旧避難指示解除準備区域等(注6)の上位所得層以外の住民
 - 窓口負担・保険料の免除をさらに1年延長
 - 国により全額を財政支援(復興特会及び特別調整交付金)
- ② 旧緊急時避難準備区域等の上位所得層の住民
 - 本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の減免が可能
- ③ 旧避難指示解除準備区域等の上位所得層の住民
 - 平成27年9月末まで、窓口負担・保険料の免除をさらに半年延長
 - ⇒ 国により全額を財政支援(復興特会及び特別調整交付金)
 - 平成27年10月以降、特別措置の対象外
 - 本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の減免が可能
 - ⇒ ②及び平成27年10月以降の③の減免について、財政負担が著しい場合に、国により減免額の8/10以内の額を財政支援(特別調整交付金)

特定被災区域(避難指示区域等以外)

【平成24年9月末まで】

- 窓口負担の免除及び保険料の減免を延長
- 国により全額を財政支援(特別調整交付金)

【平成24年10月以降】

- 本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の減免が可能
- 財政負担が著しい場合に、国により減免額の8/10以内の額を財政支援(特別調整交付金)

(注1)「避難指示区域等」とは、①警戒区域、②計画的避難区域、③緊急時避難準備区域、④特定避難勧奨地点(ホットスポット)と指定された4つの区域等をいう(いずれも、解除・再編された場合を含む)。

(注2)「特定被災区域」とは、災害救助法の適用地域(東京都を除く)や被災者生活再建支援法の適用地域をいう。

(注3)「旧緊急時避難準備区域等」とは、①旧緊急時避難準備区域、②平成25年度以前に指定が解除された特定避難勧奨地点(ホットスポット)の2つの区域等をいう。

(注4)「上位所得層」とは、医療保険では高額療養費における上位2つの所得区分の判定基準を参考に設定(国保・後期高齢者医療では、年収約840万円以上)。介護保険では、その基準に相当する基準を設定。

(注5)「帰還困難区域等」とは、避難指示区域等から再編された区域であって、平成27年4月1日時点において設定されている①帰還困難区域、②居住制限区域、③避難指示解除準備区域の3つの区域をいう。(平成27年度に解除された区域を含む。)

(注6)「旧避難指示解除準備区域等」とは、平成26年度に指定が解除された①旧避難指示解除準備区域(田村市の一部及び川内村の一部)、②南相馬市の特定避難勧奨地点(ホットスポット)の2つの区域等をいう。

(※1)(注2)(注3)(注5)及び(注6)の区域等の住民については、震災発生後、他市町村へ転出した方を含む。

(※2) 避難指示区域等の窓口負担・保険料の免除措置に対する全額の財政支援の財源構成割合(復興特会:特別調整交付金)は、国保・後期高齢者医療においては、平成26年度以前の8:2から、平成27年度は7:3に変更。介護保険においては、平成26年度以前は全額復興特会であったが、平成27年度は9:1に変更。