

全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長
及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議

《保険局国民健康保険課説明資料》

平成25年3月1日

目 次

1. 国民健康保険の課題と取組方針	1
2. 国民健康保険をめぐる現状と課題 (制度関係の主要事項)	11
3. 保険者に対する助言等について	51
4. 平成25年度国民健康保険助成費の概要	71
5. 補助金申請事務等について	77
6. 国保組合の事業運営について	81
7. 市町村国保における保健事業について	89

1. 国民健康保険の課題と取組方針

市町村国保の構造的な問題への対応の枠組み

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(31.3%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費:国保(29.9万円)、健保組合(13.8万円)



● 前期高齢者財政調整

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(84万円)、健保組合(195万円(推計))
- ・無所得世帯割合:23.4%

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(9.7%)、健保組合(4.8%)
- ※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 91.4% → 平成22年度 88.61%
- ・最高収納率:94.22%(島根県) 最低収納率:83.90%(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4,000億円 うち決算補てん等の目的:約3,600億円、繰上充用額:約1,800億円



● 財政基盤の強化

- ① 財政基盤強化策(平成22～25年度の暫定措置)の恒久化
- ② 低所得者の保険料に対する財政支援の強化

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

- ・1723保険者中3000人未満の小規模保険者 417 (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:2.6倍(沖縄県) 最小:1.2倍(富山県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大:6.5倍(秋田県) 最小:1.3倍(富山県)
- ・一人当たり保険料の都道府県内格差 最大:2.8倍(長野県) 最小:1.3倍(富山県)



● 財政運営の都道府県単位化の推進

● 財政調整機能の強化

国民健康保険法の一部を改正する法律の概要(イメージ) (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11兆1,000億円
(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。

財政基盤強化策の恒久化

○ 平成22年度から平成25年度までの暫定措置である財政基盤強化策(保険者支援制度及び都道府県単位の共同事業(高額医療費共同事業及び保険財政共同安定化事業))を恒久化する。

【平成27年度】

※ 保険者支援制度

→ 保険料軽減の対象となる低所得者数に応じて、保険者に対して財政支援する制度
(国、都道府県、市町村が2:1:1で負担)

※ 都道府県単位の共同事業

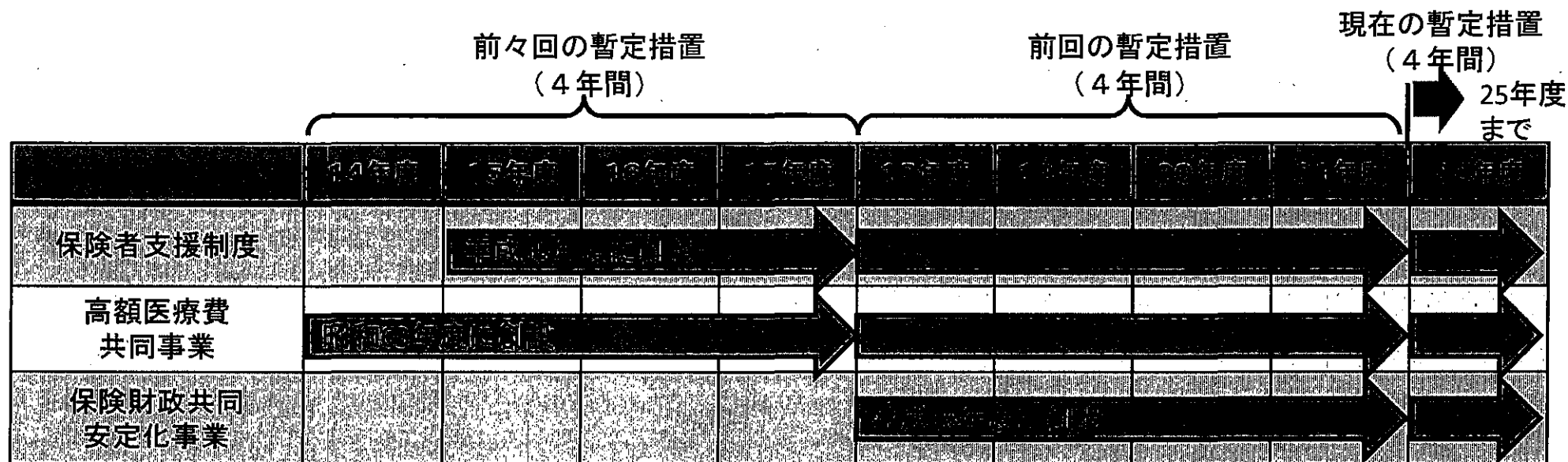
① 高額医療費共同事業：

→ 一定額以上(一件80万円超)の高額医療費について、都道府県内の全市町村が拠出し、各市町村の単年度の負担の変動を緩和する事業(国・都道府県が事業対象の1/4ずつ公費負担)

② 保険財政共同安定化事業：

→ 一定額以上(一件30万円超)の医療費について、都道府県内の全市町村が共同で負担する事業

4



※ 上記のほか、市町村の一般会計から国保特別会計への繰入について、1,000億円の地方財政措置(財政安定化支援事業)が講じられているが、社会保障・税一体改革による財政基盤の強化及び財政運営の都道府県単位化を踏まえ、所要の見直しを行う。

財政運営の都道府県単位化の推進

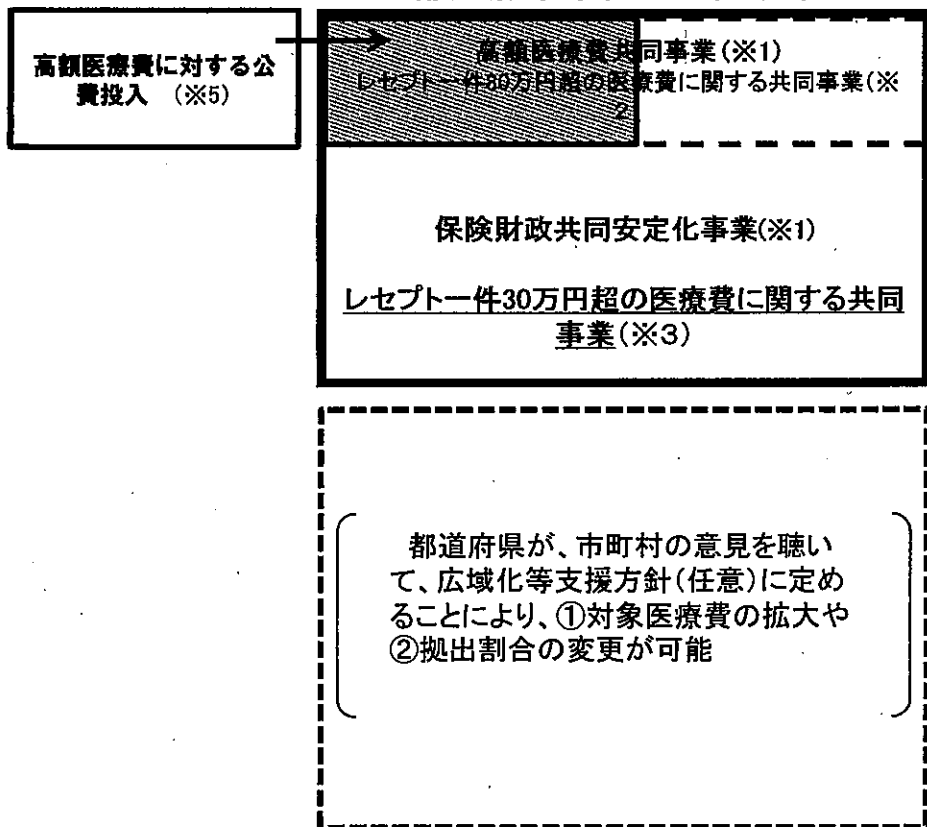
○ 市町村国保の都道府県単位の共同事業(保険財政共同安定化事業)について、事業対象をすべての医療費に拡大する。【平成27年度】

※ 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。

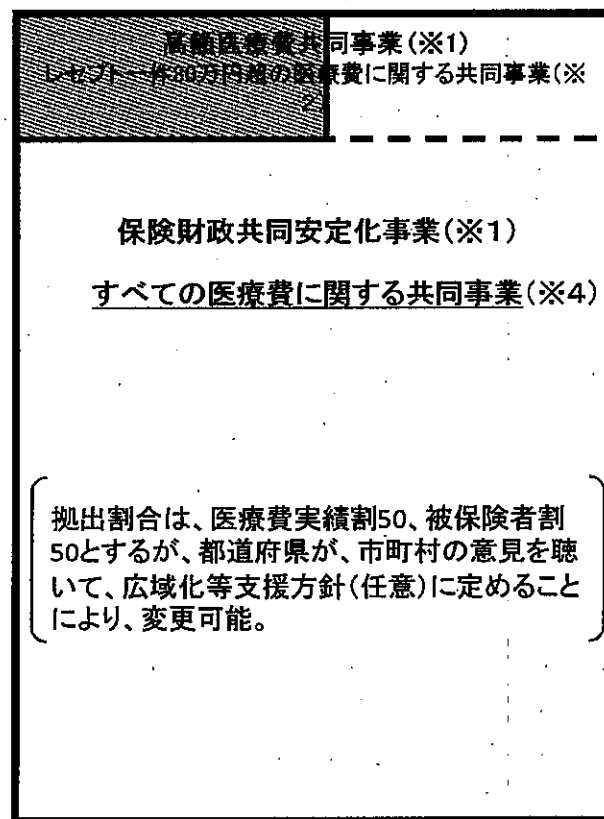
【現行】

【改正後】

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



※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。

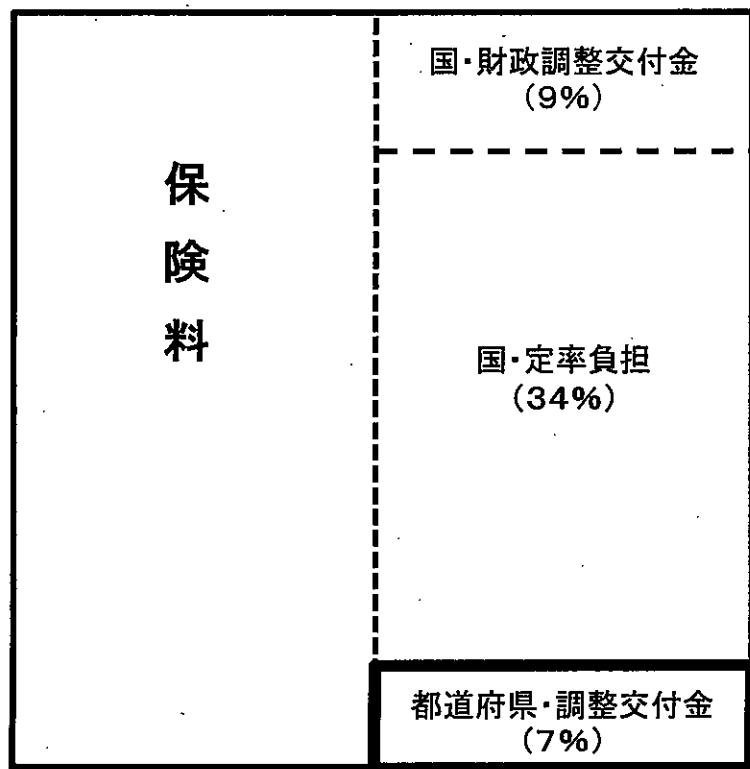
都道府県調整交付金の割合の引上げ

○ 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、都道府県調整交付金について、給付費等の7%から9%に引き上げる。【平成24年度】

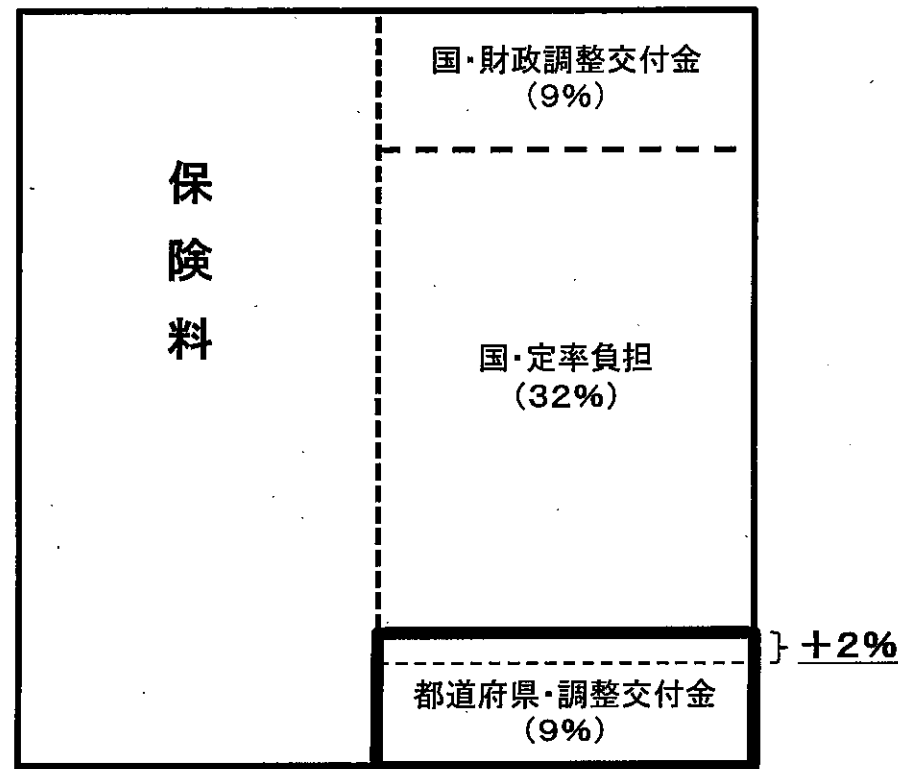
※ これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。

※ 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に対応するために交付されている。

【現行】



【改正後】



※ 都道府県・調整交付金の2%増分の額は、平成24年度ベースで1,526億円

市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化

◎ 低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援制度の拡充により、財政基盤を強化する。
(～2,200億円程度、税制抜本改革とともに実施。)

《「国保に関する国と地方の協議」提出資料より》

1. 低所得者保険料軽減の拡大 (500億円程度)

・ 5割軽減・2割軽減世帯の基準額の引上げ (さらに保険料が軽減される者: 約400万人) *27年度ベース

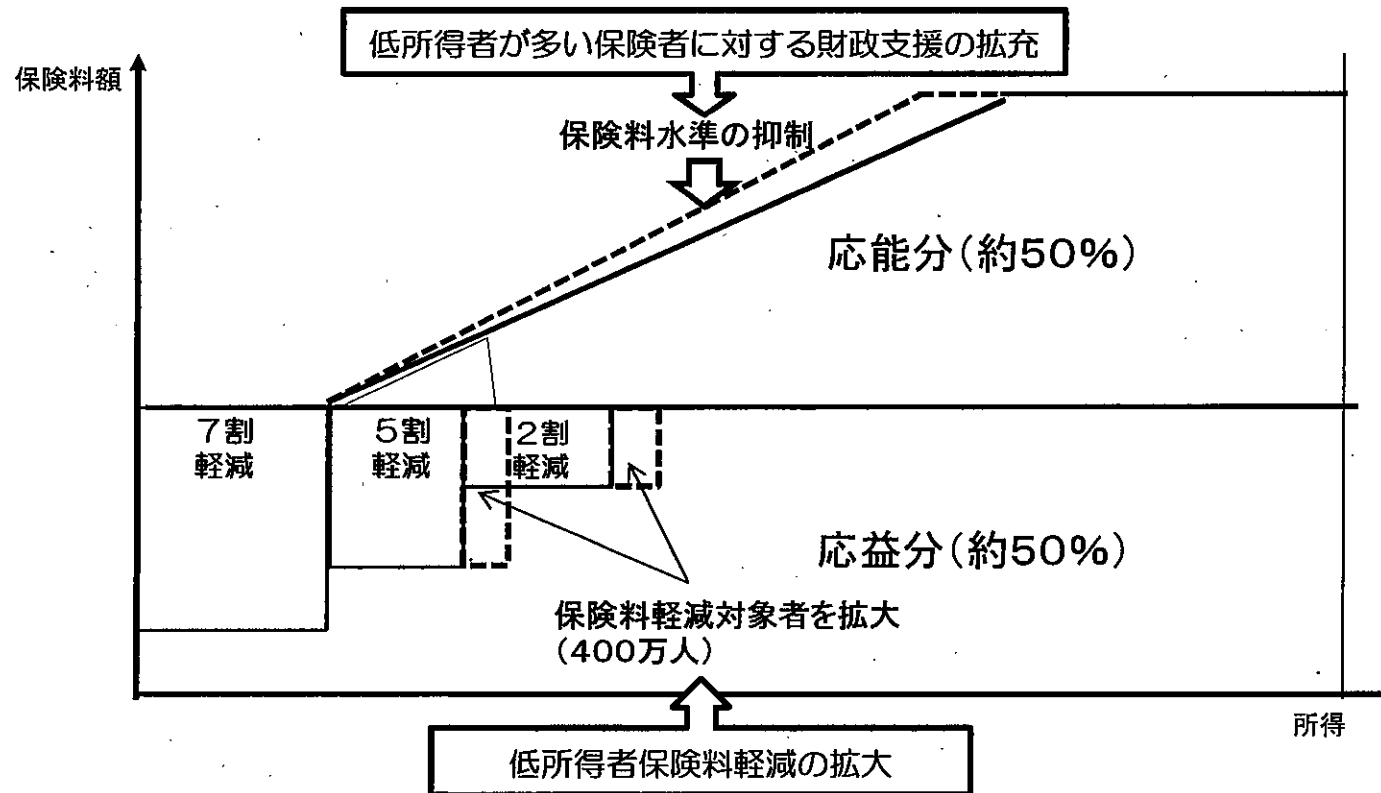
☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆2割軽減対象者 年収223万円以下 → 266万円以下 (※いずれも、夫婦、子1人で夫の給与収入のみの場合)

2. 保険者支援制度の拡充 (1,700億円程度)

・ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援の拡充

・ 保険料水準全体を抑制する効果 (対象者: 全被保険者(3,500万人)) *27年度ベース



現行の高額療養費の課題

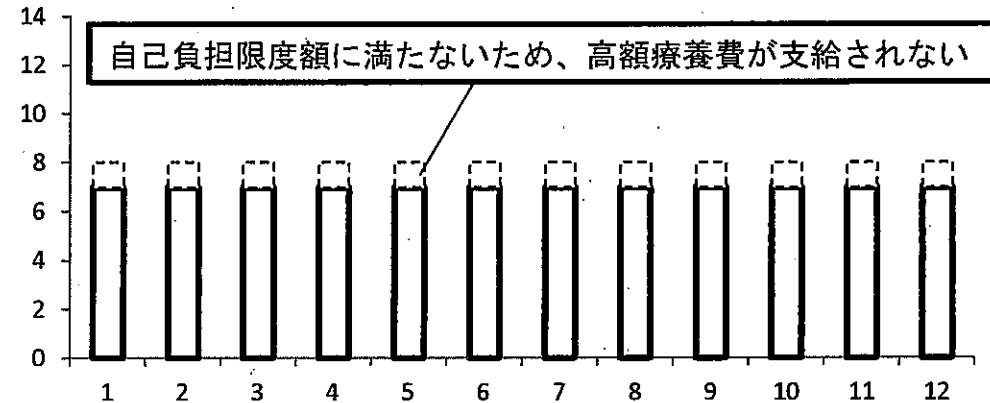
現行の高額療養費の課題

- 医療が高度化する一方で、がんや難病など長期にわたって負担が重い患者が生じている。
- 特に、現在の制度では、70歳未満の一般所得者の所得区分の年収の幅が大きい（年収約210万～790万円）ため、中低所得者層の負担が重い。
- 自己負担上限額は月単位で設定されているため、自己負担上限額は超えないが、長期にわたって負担が重い方の負担が軽減されない場合もある。

<現行の自己負担上限額（70歳未満）>

	月単位の上限額
上位所得者	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% <4月目～: 83,400円>
一般所得者 (年収約210万円 ^(※) ～約790万円) (※) 3人世帯(給与所得者/夫婦子1人)の場合 約210万円 単身(給与所得者)の場合 約100万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <4月目～: 44,400円>
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 <4月目～: 24,600円>

<毎月の医療費約23万円・自己負担額7万円の場合>



高額療養費が支給されないため、年間トータルの自己負担額は84万円。
 ※ 自己負担限度額を80,100円、多数該当44,400円として試算

社会保障・税一体改革大綱（抄）

平成 24 年 2 月 17 日
閣議決定

3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

(3) 長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

- 高額療養費については、制度の持続可能性の観点から、高額療養費を保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。
- 他方、こうした抜本的な見直しまでの間も、高額な医療費の負担を少しでも改善することが必要である。このため、平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間での負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。その際、年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮する。

議論の整理（平成25年1月9日 社会保障審議会 医療保険部会）（抄）

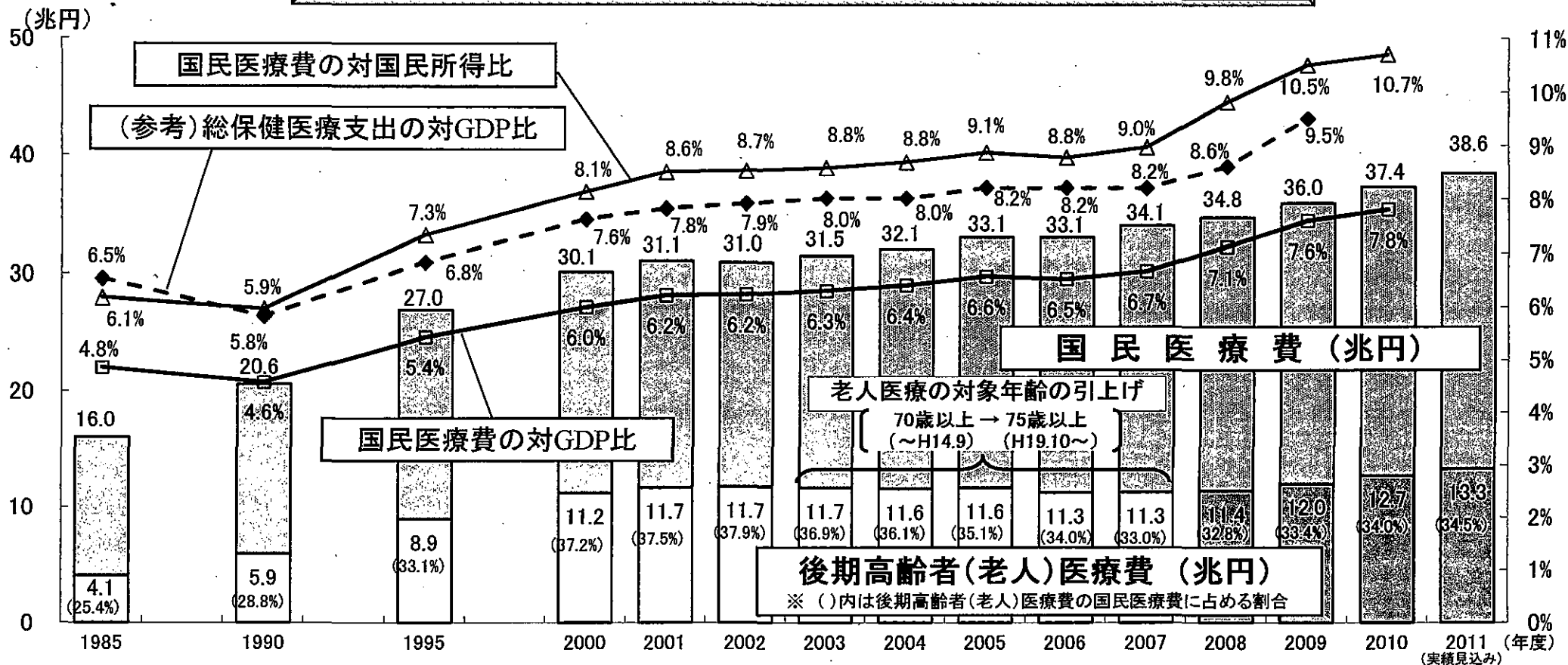
4. 高額療養費制度の改善

- 近年、医療の高度化等により、がんの患者など長期にわたって高額な医療を受ける方が増えており、これらの方の負担を軽減し、医療保険のセーフティネット機能を強化することが求められている。
- このため、当部会では、大綱に基づき、まずは年間での負担上限を新たに設けることについて、議論を行った。
- 議論では、高額療養費の改善の必要性については、異論がなかったが、年間での負担上限の導入については、①必要となる保険料財源と比較してシステム改修費が多額に上るため、費用対効果が薄く、提案された規模の改正では効果が限定的、②厳しい医療保険財政の中、保険者への負担増は避けるべきであり、改善に当たっては、財政中立であるべき等の理由から、導入には慎重な意見が多かった。
- また、これ以外にも、社会保障・税番号制度に関する議論等が控えており、今後、制度改正に伴う大幅なシステム改修が見込まれる中で、現段階で多額の投資を伴う一部のシステム改修のみ行うことには慎重であるべきとの意見があった。

2. 国民健康保険をめぐる現状と課題 (制度関係の主要事項)

① 市町村国保の現状

医療費の動向



-13-

<対前年度伸び率>

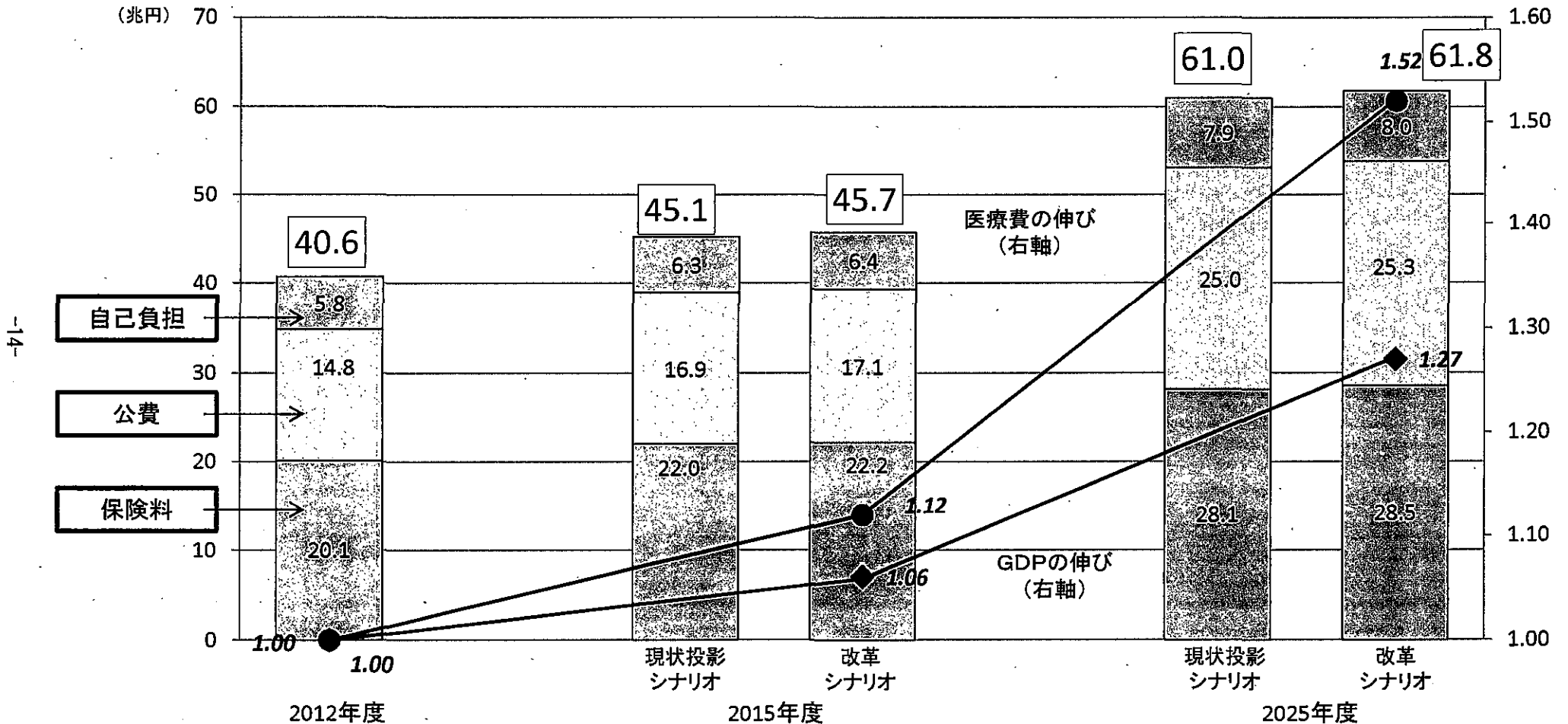
	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.6
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲1.4	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.5	2.0	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲0.5	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.1	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2011.12)。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。2010年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.5%

注2 2011年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

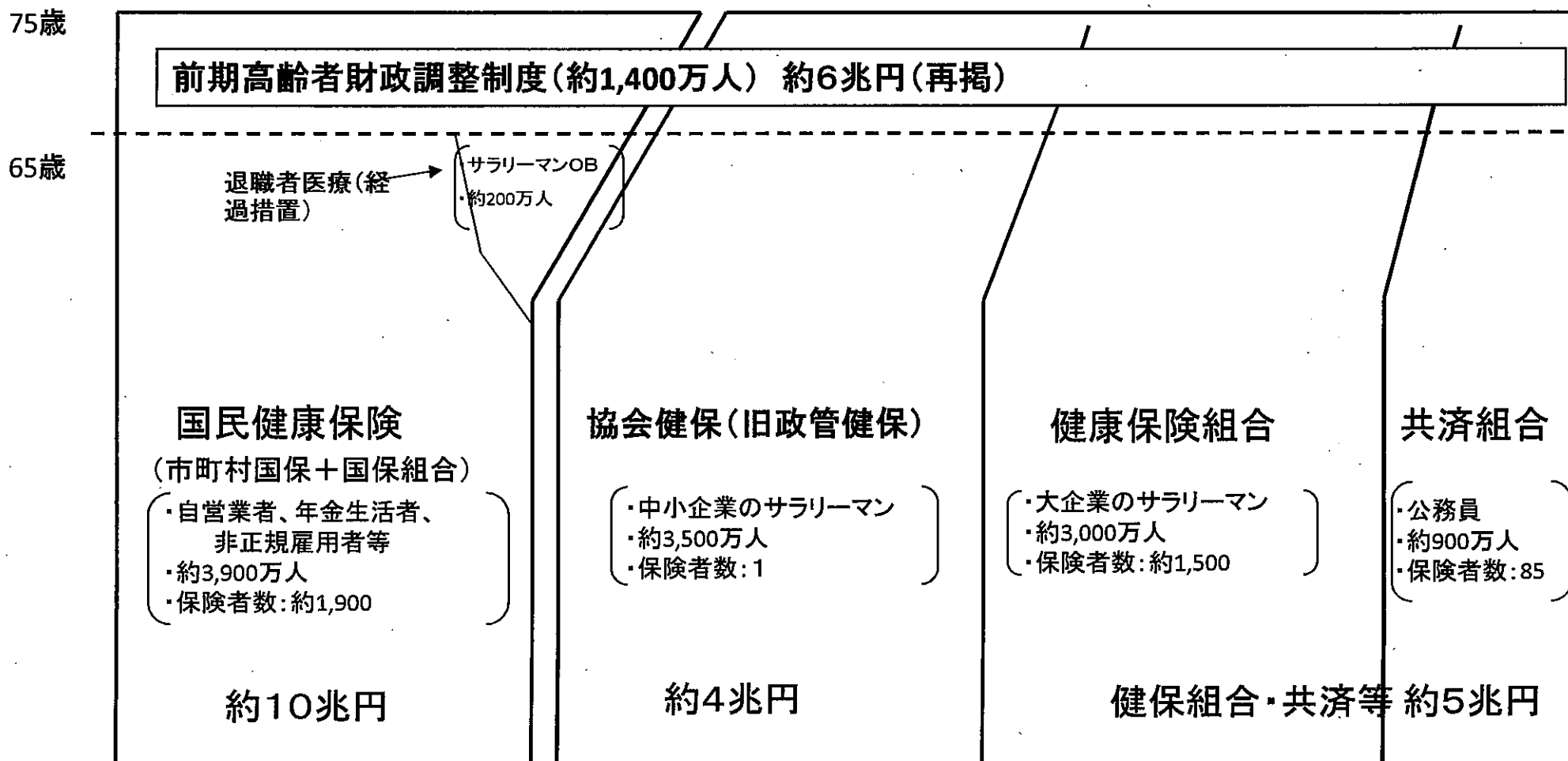
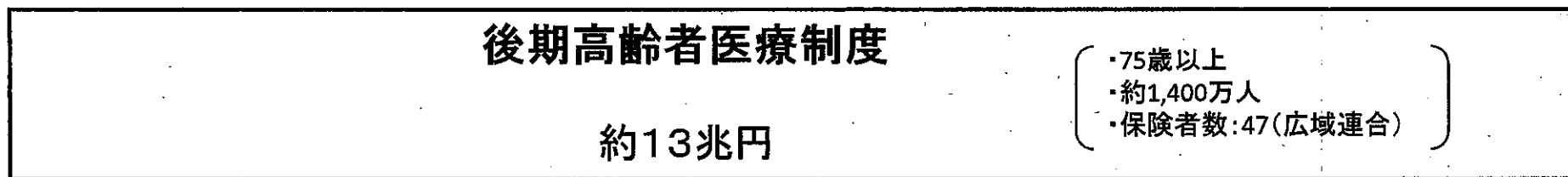
医療費の将来推計

○ 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 「現状投影シナリオ」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 「現状投影シナリオ」「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】



※1 加入者数・保険者数は、平成23年3月末の数値、ただし協会健保、健康保険組合は速報値、保険者数は平成22年3月末の数値
 ※2 金額は平成24年度予算ベースの給付費

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23年3月末)	1,723	1	1,458	85	47
加入者数 (平成23年3月末)	3,549万人 (2,037万世帯)	3,485万人 被保険者1,958万人 被扶養者1,527万人	2,961万人 被保険者1,557万人 被扶養者1,403万人	919万人 被保険者452万人 被扶養者467万人	1,434万人
加入者平均年齢 (平成22年度)	49.7歳	36.3歳	34.0歳	33.4歳	81.9歳
65~74歳の割合 (平成22年度)	31.3%	4.8%	2.6%	1.8%	2.9%
加入者一人当たり医療費 (平成22年度)(※1)	29.9万円	15.6万円	13.8万円	14.0万円	90.5万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成22年度)	84万円 一世帯あたり 145万円	137万円 一世帯あたり(※3) 242万円	195万円 一世帯当たり(※3) 369万円	229万円 一世帯当たり(※3) 467万円	80万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成22年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8.1万円 一世帯あたり 14.2万円	9.7万円〈19.3万円〉 被保険者一人あたり 17.2万円〈34.4万円〉	9.3万円〈20.7万円〉 被保険者一人あたり 17.7万円〈39.4万円〉	11.2万円〈22.4万円〉 被保険者一人あたり 22.7万円〈45.5万円〉	6.3万円
保険料負担率(※5)	9.7%	7.1%	4.8%	4.9%	7.9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16.4% (※6)	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額(※7) (平成24年度予算 ^{ペー} 入)	3兆4,459億円	1兆1,822億円	16億円		6兆1,774億円

(※1) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保については速報値である。また共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)である。

(※2) 総所得金額等(収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)を指す。

市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額及び山林所得金額」に「雑所得の繰越控除額」と「分離課税所得金額」をくわえたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」による。

協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」(標準報酬総額を加入者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。

(※3) 被保険者一人あたりの金額を表す。

(※4) 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。

(※5) 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。

(※6) 平成22年度予算における22年6月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金に係る分を除き、13.0%。

(※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。

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(31.3%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費：国保(29.9万円)、健保組合(13.8万円)

②所得水準が低い

- ・加入者一人あたり平均所得：国保(84万円)、健保組合(195万円(推計))
- ・無所得世帯割合：23.4%

③保険料負担が重い

- ・加入者一人あたり保険料／加入者一人あたり所得
市町村国保(9.7%)、健保組合(4.8%)
- ※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23年度 89.39%
- ・最高収納率：94.60%(島根県) ・最低収納率：85.32%(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1,500億円
- ※ 繰上充用...一会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 422 (全体の1/4)

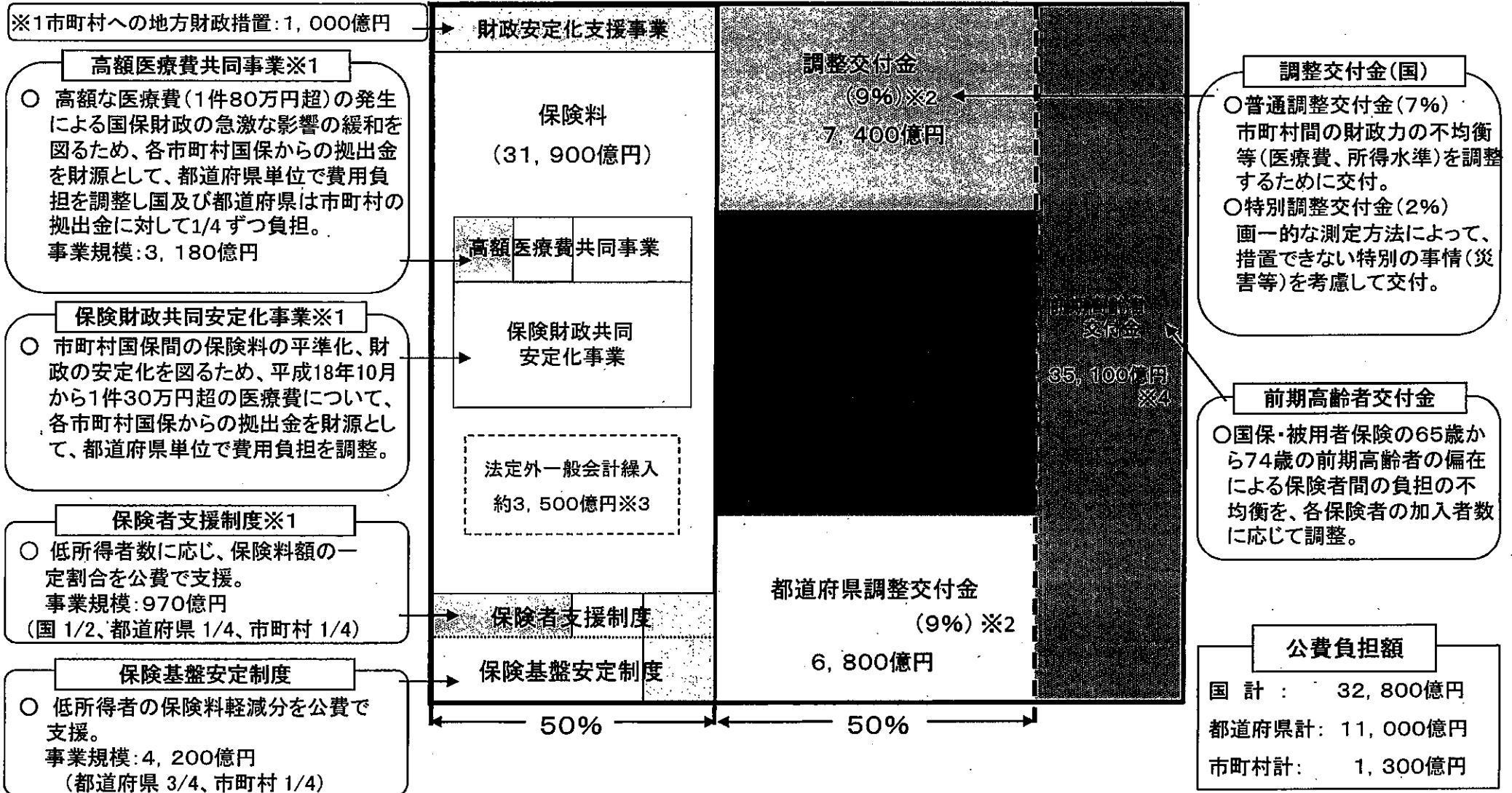
⑦市町村間の格差

- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大：2.6倍(沖縄県) 最小：1.2倍(富山県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大：6.5倍(秋田県) 最小：1.3倍(富山県)
- ・一人あたり保険料の都道府県内格差 最大：2.8倍(長野県) 最小：1.3倍(富山県)

国保財政の現状

医療給付費等総額: 約113,000億円

(25年度 予算案ベース)



※1 平成22年度から平成26年度まで暫定措置。平成27年度以降恒久化。

※2 それぞれ給付費等の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。

※3 平成23年度決算(速報値)における決算補填等の目的の額 ※4 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。

市町村国保の収支状況

(億円)

	科 目	平成22年度	平成23年度(速報)
単年度収入	保 険 料 (税)	29,861	30,411
	国 庫 支 出 金	33,196	34,359
	療養給付費交付金	6,028	7,174
	前期高齢者交付金	27,142	29,569
	都道府県支出金	8,720	8,956
	一般会計繰入金 (法定分)	4,332	4,282
	一般会計繰入金 (法定外)	3,979	3,903
	共同事業交付金	14,384	14,767
	直診勘定繰入金	1	3
	そ の 他	375	407
	合 計	128,019	133,831
単年度支出	総 務 費	2,047	1,890
	保 険 給 付 費	88,291	90,821
	後期高齢者支援金	14,518	15,915
	前期高齢者納付金	25	47
	老人保健拠出金	199	7
	介 護 納 付 金	6,271	6,887
	保 健 事 業 費	924	968
	共同事業拠出金	14,355	14,752
	直診勘定繰出金	49	46
	そ の 他	1,046	1,478
	合 計	127,726	132,811
単年度収支差引額 (経常収支)		293	1,019
国庫支出金精算額		▲611	▲534
精算後単年度収支差引額 (A)		▲318	486
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)		3,582	3,508
実質的な単年度収支差 (A) - (B)		▲3,900	▲3,022
前年度繰上充用金 (支出)		1,811	1,527

(出所) 国民健康保険事業年報 (保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書 (保険局国民健康保険課)

(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。

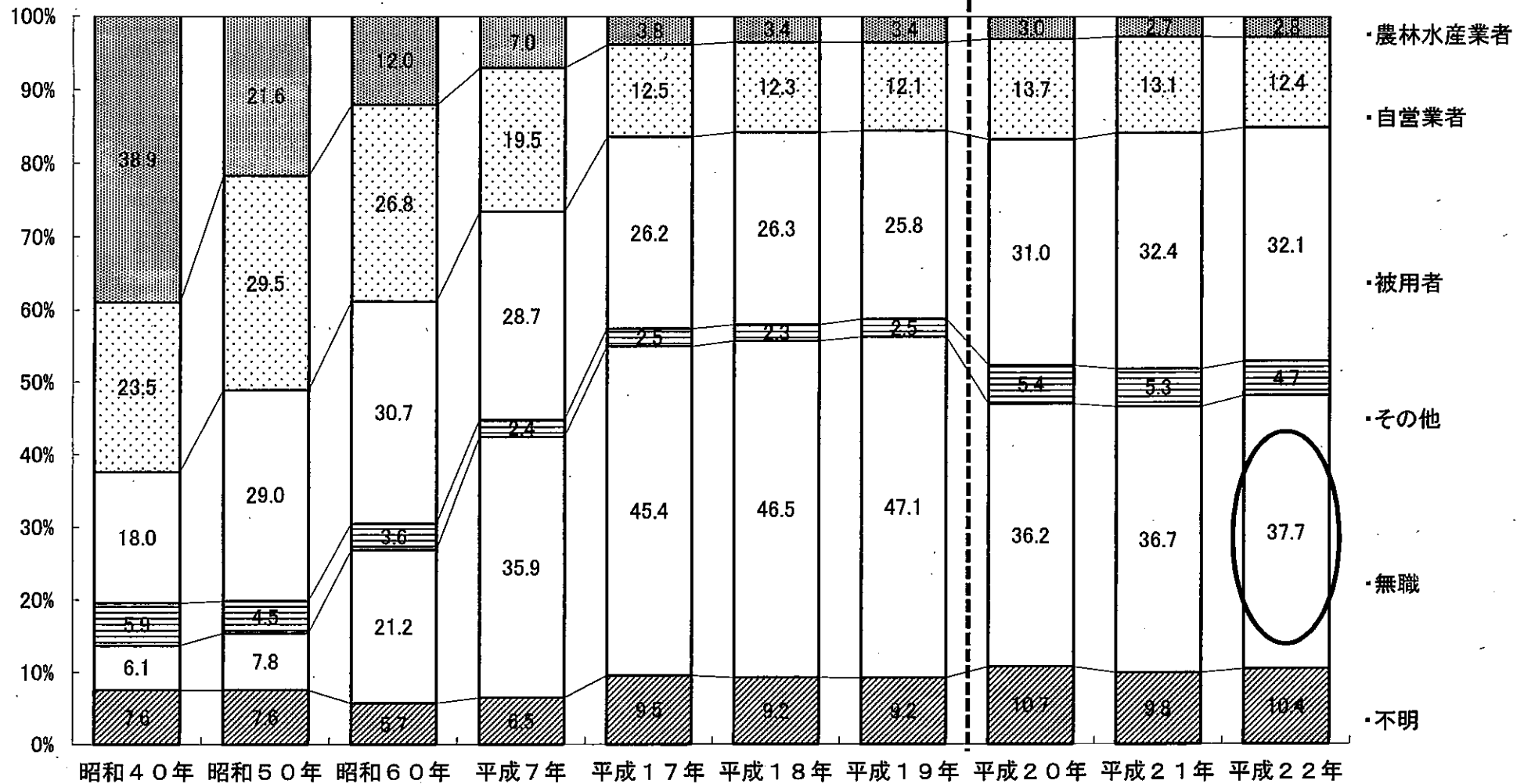
(注4) 決算補填等のための一般会計繰入金 (B) は、平成21年度から東京都財政調整交付金分を含めた計算となっている。

(注5) 平成23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

1. 論点に関する補足説明資料

- 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。



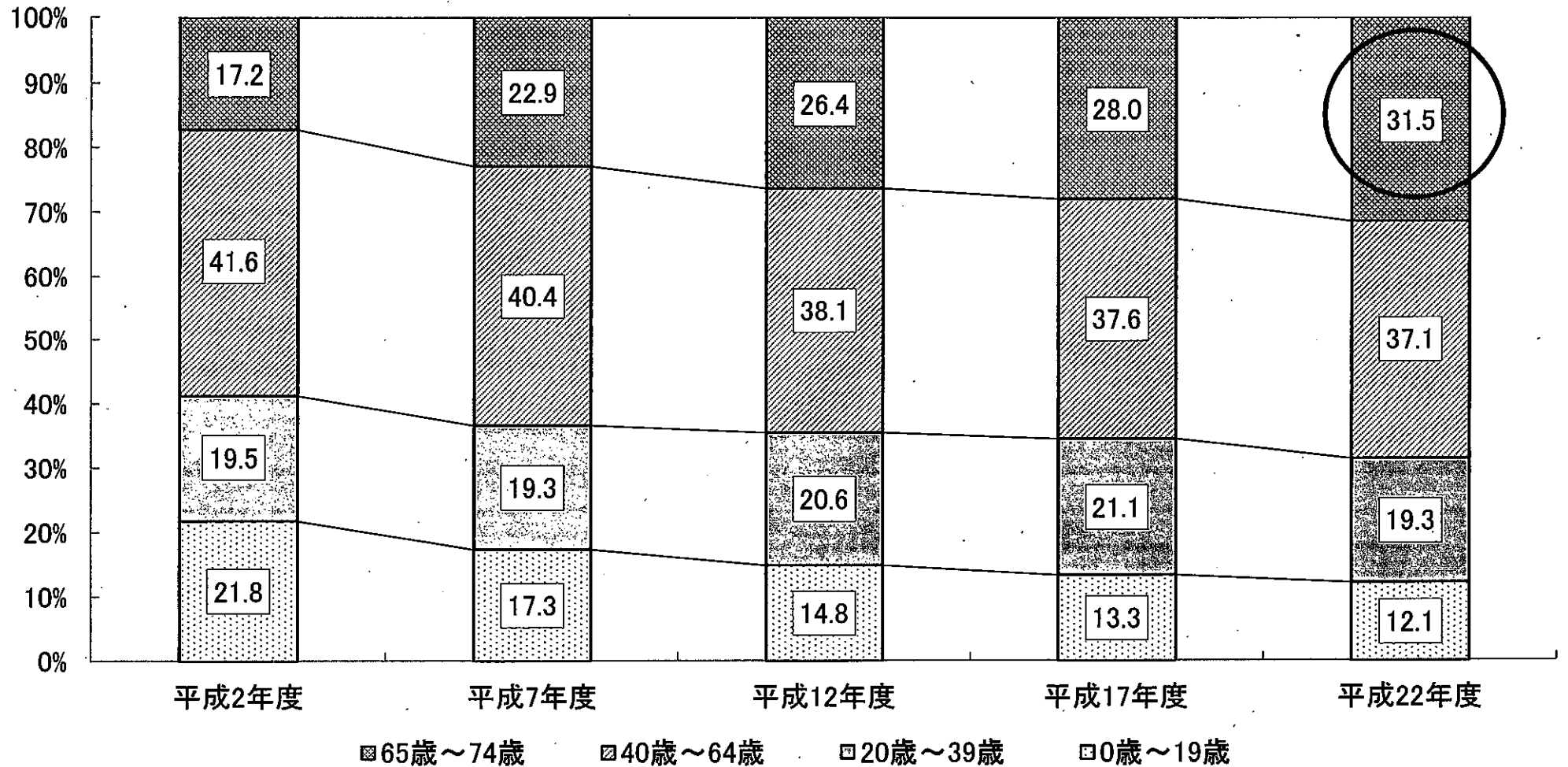
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(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22年度には31.5%となっている。

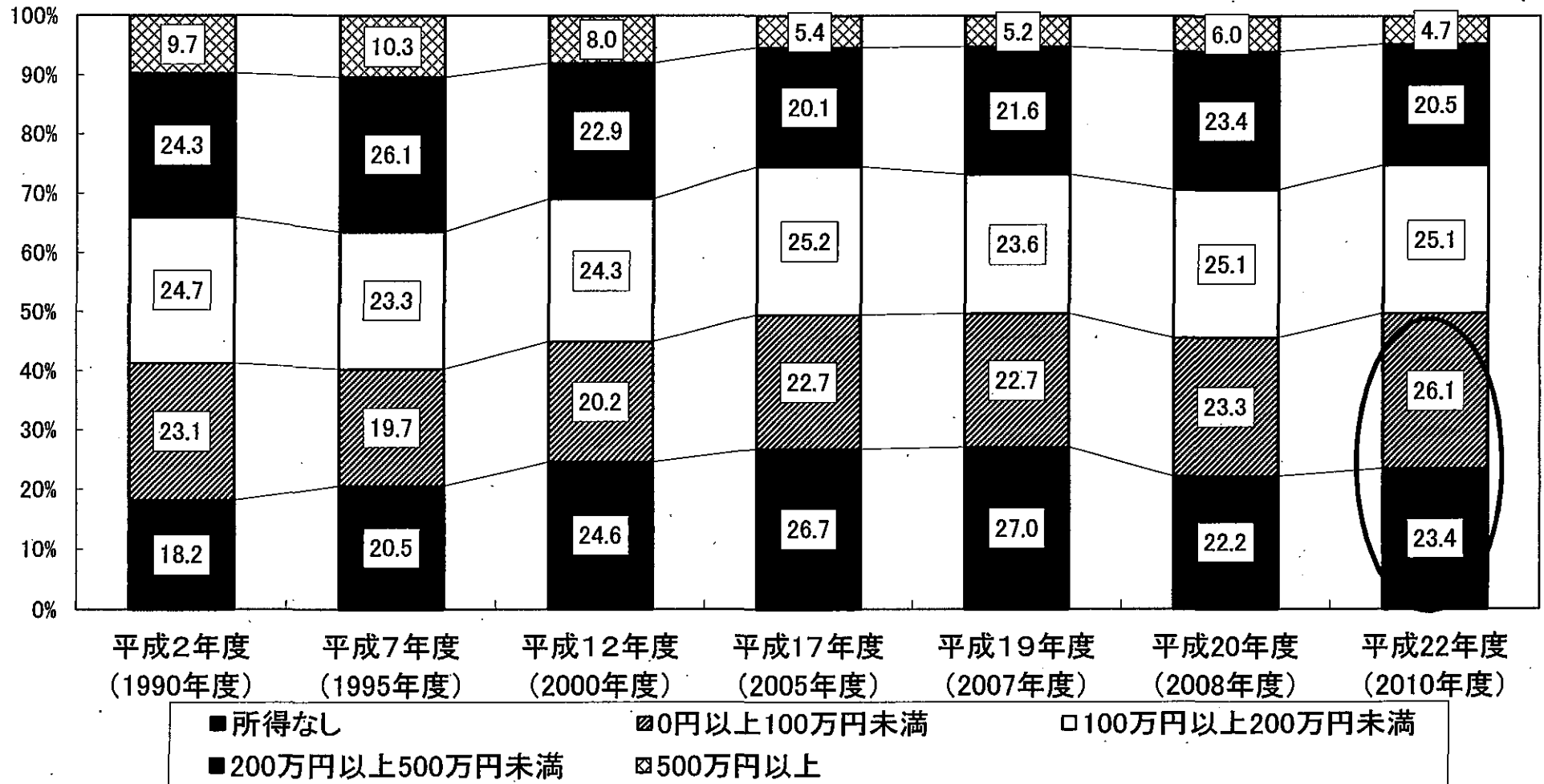


(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

世帯の所得階層別割合の推移

平成22年度において、加入世帯の23.4%が所得なし、26.1%が0円以上100万円未満世帯であり、低所得世帯の割合が次第に増加している。

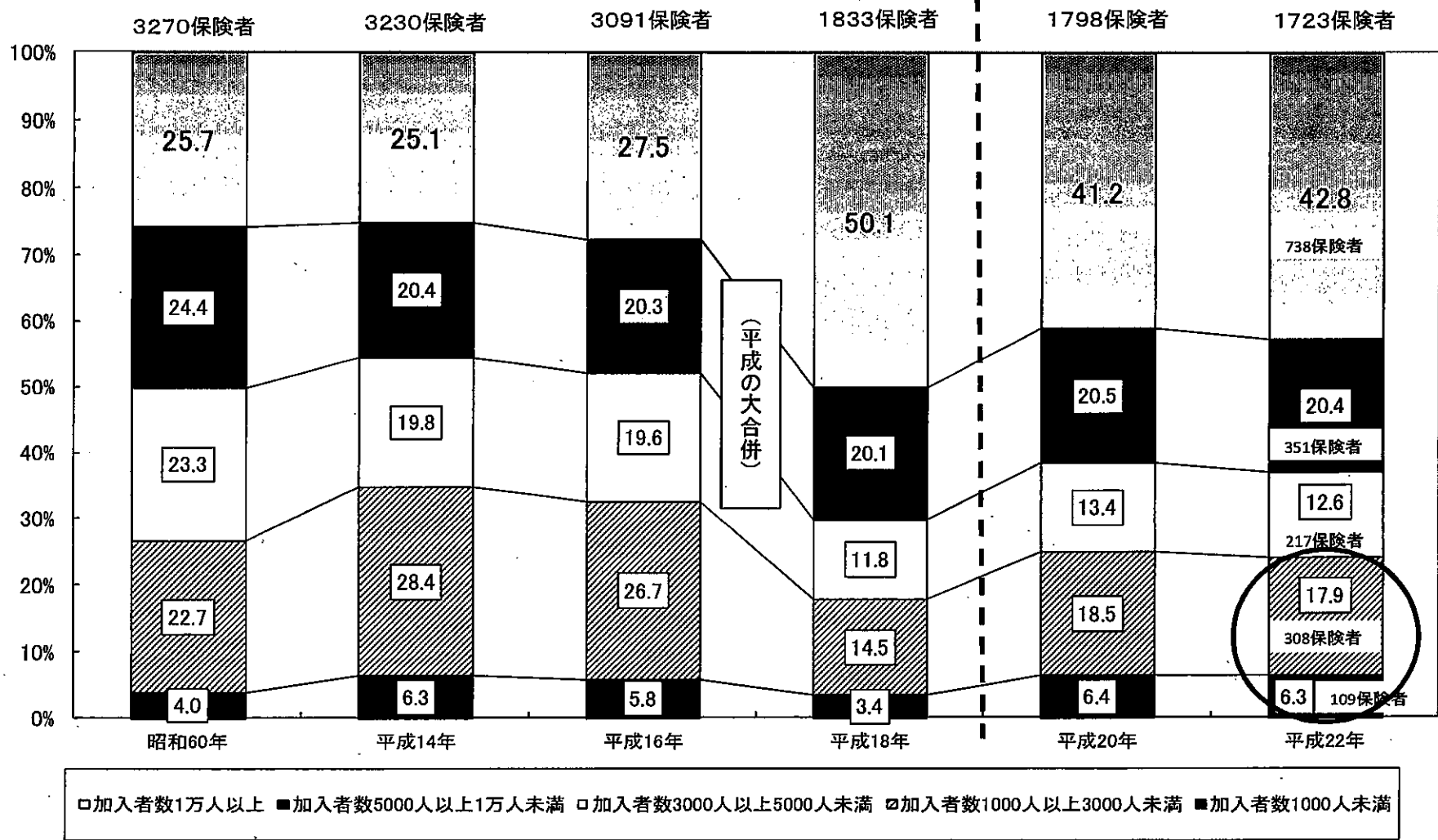
※「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。



(注1) 国民健康保険実態調査報告による。
 (注2) 擬制世帯主、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。

保険者規模別構成割合の推移

平成22年9月末時点で、1,723保険者中417保険者が被保険者数3,000人未満の小規模保険者。



□加入者数1万人以上 ■加入者数5000人以上1万人未満 ◻加入者数3000人以上5000人未満 ◻加入者数1000人以上3000人未満 ■加入者数1000人未満

(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。

都道府県別1人当たり医療費の格差の状況（平成22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	音威子府村	456,927	別海町	214,639	2.1倍	341,885	13
青森県	今別町	328,327	大間町	228,378	1.4倍	280,927	37
岩手県	西和賀町	388,133	普代村	223,130	1.7倍	295,882	30
宮城県	七ヶ宿町	371,557	蔵王町	256,501	1.4倍	290,905	33
秋田県	井川町	379,981	大潟村	246,491	1.5倍	324,738	18
山形県	小国町	339,024	三川町	250,987	1.4倍	301,516	28
福島県	広野町	366,505	葛尾村	234,730	1.6倍	290,091	34
茨城県	高萩市	298,564	境町	212,562	1.4倍	255,242	46
栃木県	日光市	288,997	益子町	234,938	1.2倍	266,725	44
群馬県	神流町	407,158	昭和村	210,034	1.9倍	274,906	41
埼玉県	東秩父村	312,191	戸田市	234,842	1.3倍	270,944	43
千葉県	長南町	337,797	富里市	222,051	1.5倍	265,834	45
東京都	奥多摩町	383,928	小笠原村	160,031	2.4倍	271,015	42
神奈川県	山北町	339,189	大井町	261,459	1.3倍	280,285	38
新潟県	阿賀町	381,229	湯沢町	249,250	1.5倍	309,204	24
富山県	魚津市	361,182	砺波市	313,988	1.2倍	330,258	15
石川県	宝達志水町	388,841	津幡町	312,831	1.2倍	342,354	11
福井県	池田町	379,572	小浜市	289,828	1.3倍	323,672	19
山梨県	早川町	386,127	小菅村	234,885	1.6倍	279,674	39
長野県	麻績村	377,779	川上村	194,419	1.9倍	284,005	35
岐阜県	下呂市	320,374	岐南町	256,401	1.2倍	294,884	31
静岡県	西伊豆町	353,706	清水町	252,255	1.4倍	282,611	36
愛知県	東栄町	358,512	田原市	224,575	1.6倍	278,308	40
三重県	紀北町	376,936	度会町	259,846	1.5倍	304,259	27

	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	野洲市	307,624	愛荘町	251,717	1.2倍	294,726	32
京都府	伊根町	378,807	和束町	270,186	1.4倍	309,102	25
大阪府	岬町	384,863	泉南市	260,370	1.5倍	315,088	22
兵庫県	佐用町	385,729	豊岡市	281,769	1.4倍	316,531	21
奈良県	上北山村	403,935	天理市	261,133	1.5倍	299,245	29
和歌山県	北山村	541,616	みなべ町	214,062	2.5倍	306,887	26
鳥取県	江府町	421,932	北栄町	291,426	1.4倍	317,975	20
島根県	川本町	438,147	知夫村	309,115	1.4倍	358,893	5
岡山県	新庄村	399,268	総社市	328,815	1.2倍	342,199	12
広島県	安芸太田町	462,143	世羅町	320,388	1.4倍	360,409	3
山口県	美祢市	428,296	田布施町	325,783	1.3倍	364,350	1
徳島県	三好市	433,990	松茂町	307,906	1.4倍	352,640	8
香川県	直島町	441,941	宇多津町	315,828	1.4倍	362,151	2
愛媛県	上島町	440,063	宇和島市	288,296	1.5倍	327,309	16
高知県	馬路村	531,513	四万十市	280,040	1.9倍	344,033	10
福岡県	豊前市	422,939	那珂川町	280,078	1.5倍	331,373	14
佐賀県	みやき町	430,337	太良町	290,856	1.5倍	355,318	7
長崎県	長崎市	411,356	小値賀町	266,496	1.5倍	356,972	6
熊本県	水俣市	467,098	産山村	256,329	1.8倍	326,426	17
大分県	津久見市	437,678	九重町	302,031	1.4倍	359,890	4
宮崎県	日南市	380,448	都農町	263,284	1.4倍	313,967	23
鹿児島県	宇検村	479,094	与論町	218,056	2.2倍	349,755	9
沖縄県	渡名喜村	422,041	座間味村	165,320	2.6倍	251,282	47

(※) 3～2月診療ベースである。

1人当たり医療費 全国平均：299,333円

都道府県内における1人当たり所得の格差（平成21年度）

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
			(万円)		(万円)	
北海道	54.1	斜里町	175.5	赤平市	30.0	5.9
青森	43.5	三沢市	70.6	鶴田町	30.2	2.3
岩手	44.6	藤沢町	59.1	遠野市	35.5	1.7
宮城	52.6	女川町	59.2	涌谷町	38.5	1.5
秋田	43.6	大潟村	210.7	小坂町	32.7	6.5
山形	50.1	山形市	58.3	小国町	35.6	1.6
福島	48.5	矢吹町	79.1	昭和村	35.0	2.3
茨城	61.8	守谷市	84.0	北茨城市	40.9	2.1
栃木	65.4	宇都宮市	83.4	茂木町	47.4	1.8
群馬	59.4	昭和村	105.6	上野村	42.8	2.5
埼玉	73.1	和光市	93.2	皆野町	46.9	2.0
千葉	73.6	浦安市	109.6	九十九里町	46.0	2.4
東京	93.5	港区	210.7	奥多摩町	56.5	3.7
神奈川	87.3	伊勢原市	120.5	山北町	68.5	1.8
新潟	52.1	津南町	60.6	阿賀町	35.7	1.7
富山	57.8	舟橋村	64.6	氷見市	51.1	1.3
石川	58.1	野々市町	68.7	中能登町	42.1	1.6
福井	57.5	越前町	65.5	大野市	47.5	1.4
山梨	58.4	山中湖村	93.9	丹波山村	45.6	2.1
長野	54.5	軽井沢町	93.5	大鹿村	35.3	2.7
岐阜	63.9	白川村	118.5	富加町	51.3	2.3
静岡	71.7	長泉町	84.9	南伊豆町	48.7	1.7
愛知	78.3	一色町	122.6	豊根村	54.2	2.3
三重	62.4	朝日町	86.6	御浜町	41.4	2.1

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
			(万円)		(万円)	
滋賀	59.0	栗東市	87.3	甲良町	40.5	2.2
京都	53.5	長岡京市	67.5	与謝野町	38.7	1.7
大阪	53.7	箕面市	81.4	泉南市	39.1	2.1
兵庫	59.9	芦屋市	108.6	新温泉町	42.9	2.5
奈良	55.2	生駒市	78.6	御杖村	31.5	2.5
和歌山	45.1	みなべ町	57.5	北山村	27.5	2.1
鳥取	45.0	日吉津村	56.7	八頭町	36.4	1.6
島根	50.7	海士町	64.9	津和野町	37.3	1.7
岡山	52.2	浅口市	64.2	美作市	34.5	1.9
広島	59.8	海田町	74.1	神石高原町	42.2	1.8
山口	52.1	田布施町	71.9	阿武町	43.9	1.6
徳島	40.1	松茂町	49.9	つるぎ町	22.8	2.2
香川	53.3	直島町	70.8	小豆島町	42.0	1.7
愛媛	47.4	松山市	57.4	松野町	24.2	2.4
高知	42.9	馬路村	61.2	大豊町	27.3	2.2
福岡	49.1	太宰府市	81.7	川崎町	21.5	3.8
佐賀	50.8	白石町	63.1	大町町	34.6	1.8
長崎	43.7	長与町	57.5	平戸市	36.2	1.6
熊本	46.4	西原村	66.0	津奈木町	25.3	2.6
大分	42.8	大分市	48.1	姫島村	24.8	1.9
宮崎	44.4	延岡市	55.3	五ヶ瀬町	31.9	1.7
鹿児島	40.6	日置市	55.6	伊仙町	15.1	3.7
沖縄	36.2	嘉手納町	69.8	多良間村	16.6	4.2

1人当たり所得 全国平均：63.8万円

(注1)厚生労働省保険局「平成22年度国民健康保険実態調査」(保険者票)における平成21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22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	最大	最小			格差	最大	最小	格差	最大	順位		
北海道	猿払村	141,650	上川町	58,002	2.4倍	83,823	14	滋賀県	栗東市	107,734	甲良町	62,677	1.7倍	87,345	3
青森県	平内町	99,225	鶴田町	51,301	1.9倍	76,875	34	京都府	木津川市	92,341	伊根町	46,593	2.0倍	78,049	28
岩手県	矢巾町	84,969	岩泉町	46,871	1.8倍	69,398	45	大阪府	大阪狭山市	97,303	泉南市	72,226	1.3倍	80,173	25
宮城県	富谷町	105,646	七ヶ宿町	49,561	2.1倍	81,760	17	兵庫県	南あわじ市	97,803	新温泉町	53,292	1.8倍	79,757	26
秋田県	大潟村	127,645	小坂町	50,270	2.5倍	75,589	35	奈良県	平群町	106,774	下北山村	46,331	2.3倍	83,816	15
山形県	山形市	100,821	小国町	56,639	1.8倍	80,707	24	和歌山県	九度山町	90,843	古座川町	45,424	2.0倍	77,040	32
福島県	泉崎村	88,889	昭和村	49,164	1.8倍	76,981	33	鳥取県	鳥取市	77,992	智頭町	55,328	1.4倍	72,707	41
茨城県	境町	101,675	東海村	53,919	1.9倍	82,312	16	島根県	出雲市	88,191	飯南町	58,744	1.5倍	78,028	30
栃木県	上三川町	107,542	那珂川町	61,877	1.7倍	88,516	1	岡山県	早島町	90,492	美咲町	52,985	1.7倍	80,962	22
群馬県	吉岡町	104,873	上野村	61,714	1.7倍	87,422	2	広島県	坂町	87,400	神石高原町	52,238	1.7倍	81,117	20
埼玉県	所沢市	100,070	小鹿野町	52,875	1.9倍	85,298	11	山口県	岩国市	99,561	周防大島町	61,201	1.6倍	86,890	5
千葉県	白井市	100,771	成田市	66,016	1.5倍	86,368	9	徳島県	徳島市	98,100	那賀町	57,197	1.7倍	81,097	21
東京都	千代田区	115,724	三宅村	42,035	2.8倍	80,730	23	香川県	多度津町	96,567	綾川町	64,063	1.5倍	81,425	19
神奈川県	南足柄市	105,231	座間市	74,045	1.4倍	85,706	10	愛媛県	四国中央市	100,161	愛南町	53,119	1.9倍	73,700	39
新潟県	粟島浦村	93,615	津南町	55,285	1.7倍	75,568	36	高知県	馬路村	85,625	三原村	42,870	2.0倍	71,974	43
富山県	黒部市	92,447	氷見市	72,507	1.3倍	78,788	27	福岡県	広川町	88,107	添田町	51,681	1.7倍	74,645	37
石川県	白山市	98,168	七尾市	70,590	1.4倍	85,012	12	佐賀県	基山町	96,865	大町町	66,558	1.5倍	81,578	18
福井県	美浜町	91,955	池田町	53,427	1.7倍	77,879	31	長崎県	大村市	82,290	小値賀町	50,156	1.6倍	69,653	44
山梨県	富士河口湖町	107,192	小菅村	60,412	1.8倍	83,859	13	熊本県	あさぎり町	91,958	玉東町	52,517	1.8倍	73,690	40
長野県	南牧村	101,496	大鹿村	36,807	2.8倍	73,871	38	大分県	臼杵市	89,461	姫島村	47,456	1.9倍	78,048	29
岐阜県	美濃加茂市	100,408	飛騨市	60,563	1.7倍	86,641	7	宮崎県	川南町	91,362	日之影町	56,276	1.6倍	72,680	42
静岡県	牧之原市	99,712	川根本町	55,902	1.8倍	87,180	4	鹿児島県	中種子町	82,944	三島村	34,238	2.4倍	67,573	46
愛知県	田原市	100,194	豊根村	50,072	2.0倍	86,829	6	沖縄県	北大東村	70,642	粟国村	31,242	2.3倍	53,524	47
三重県	木曾岬町	102,845	大紀町	55,992	1.8倍	86,619	8								

(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。
 (※)平成22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：81,021円

② 平成24年国民健康保険法の改正等

「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」の開催について

1. 趣旨

社会保障・税一体改革の検討に当たっては、特に、国民健康保険制度のあり方については、地方団体の意見を十分に伺いながら検討を進めることが必要であることから、国民健康保険の構造的な問題の分析と基盤強化策等について検討するため、厚生労働省と地方の協議を開催することとし、平成23年2月以降、事務レベルのワーキング・グループを開催。

平成23年6月30日に取りまとめられた「社会保障・税一体改革成案」においては、医療保険制度改革について、「税制抜本改革の実施と併せ、2012年以降速やかに法案を提出」し、順次実施することとされており、改革案の具体化に向けて、これまでの事務レベル協議を踏まえた検討を行うための政務レベルの協議を開催。

2. メンバー

【厚生労働省】 辻泰弘厚生労働副大臣、藤田一枝厚生労働大臣政務官

【地方代表】 福田富一知事（栃木県）、岡崎誠也市長（高知市）、齋藤正寧町長（秋田県井川町）

3. 協議事項

○市町村国保の構造的問題への対応

・低所得者対策等のあり方 ・事業運営・財政運営の広域化 ・財政支援のあり方 等

○その他

4. 開催経過

○ 政務レベル協議

第1回 平成23年10月24日、第2回 平成24年1月24日

○ 事務レベル ワーキング・グループ(WG)

第1回 平成23年2月25日、第2回 6月6日、第3回 7月14日、第4回 7月27日、第5回 9月30日

第6回 11月17日、第7回 12月1日、第8回 12月12日、第9回 12月27日、第10回 平成24年1月13日

第11回 3月2日、第12回 5月16日、第13回 6月8日、第14回 7月2日

(事務レベルWGのメンバー)

全国知事会 栃木県、愛知県、鳥取県

全国市長会 福島市、高知市

全国町村会 井川町(秋田県)、聖籠町(新潟県)

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

市町村国保の構造的な問題への対応の枠組み

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(31.3%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費:国保(29.9万円)、健保組合(13.8万円)



● 前期高齢者財政調整

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(84万円)、健保組合(195万円(推計))
- ・無所得世帯割合:23.4%

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(9.7%)、健保組合(4.8%)
- ※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 91.4% → 平成22年度 88.61%
- ・最高収納率:94.22%(島根県) 最低収納率:83.90%(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4,000億円 うち決算補てん等の目的:約3,600億円、繰上充用額:約1,800億円



● 財政基盤の強化

- ① 財政基盤強化策(平成22～25年度の暫定措置)の恒久化
- ② 低所得者の保険料に対する財政支援の強化

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

- ・1723保険者中3000人未満の小規模保険者 417 (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:2.6倍(沖縄県) 最小:1.2倍(富山県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大:6.5倍(秋田県) 最小:1.3倍(富山県)
- ・一人あたり保険料の都道府県内格差 最大:2.8倍(長野県) 最小:1.3倍(富山県)



● 財政運営の都道府県単位化の推進

● 財政調整機能の強化

低所得者の保険料に対する財政支援の強化

(1) 保険基盤安定制度の拡充(応益割保険料の軽減対象世帯の拡大)

○ 低所得者に対する保険料軽減の対象世帯を拡大する。【税制抜本改革時】

《具体的な内容(案)》

① 2割軽減の拡大 ... 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

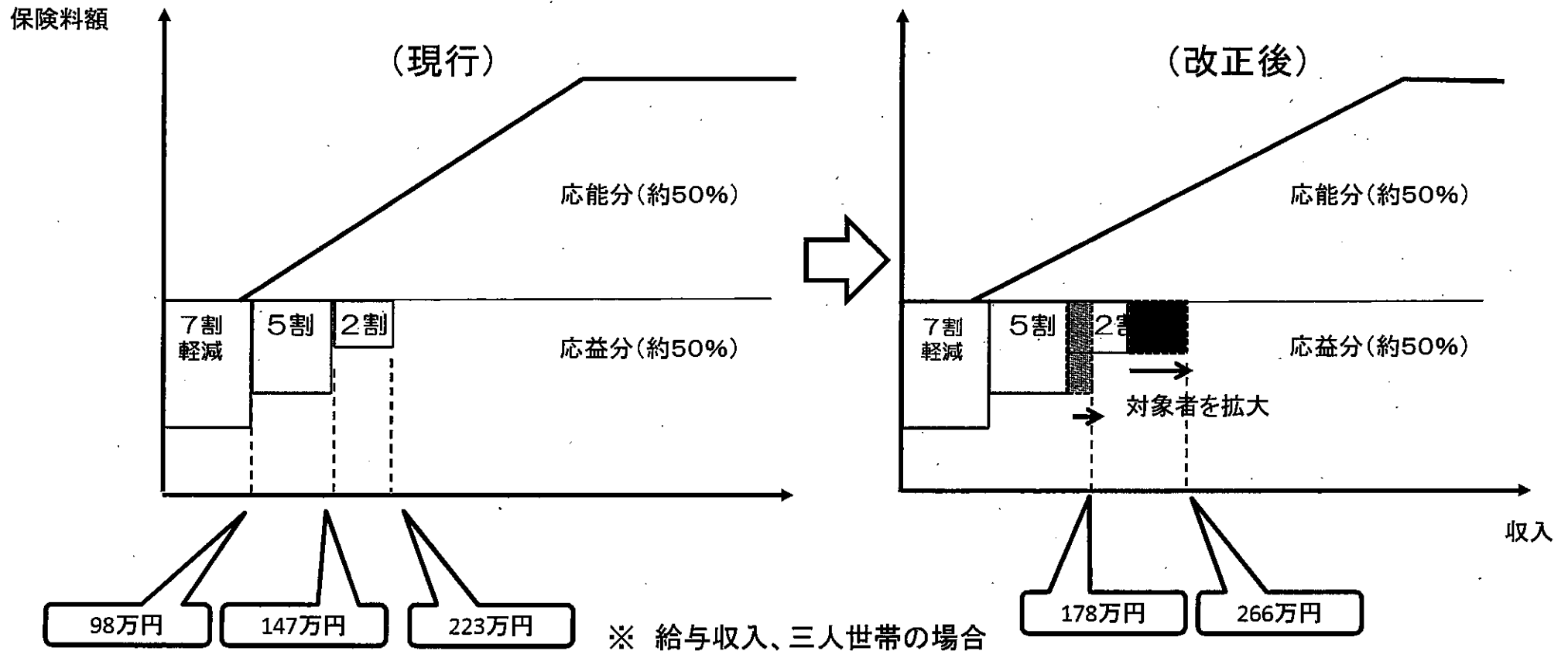
(現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 (給与収入 約223万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 (給与収入 約266万円、3人世帯)

② 5割軽減の拡大 ... 現在、二人世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

(現行) 基準額 33万円+24.5万円 × (被保険者数-世帯主) (給与収入 約147万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+24.5万円 × 被保険者数 (給与収入 約178万円、3人世帯)



低所得者の保険料に対する財政支援の強化

(2) 保険者支援制度の拡充

○ 暫定措置を恒久化する。【平成27年度】

○ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援について、拡充を行う。【税制抜本改革時】

《具体的な内容(案)》

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。

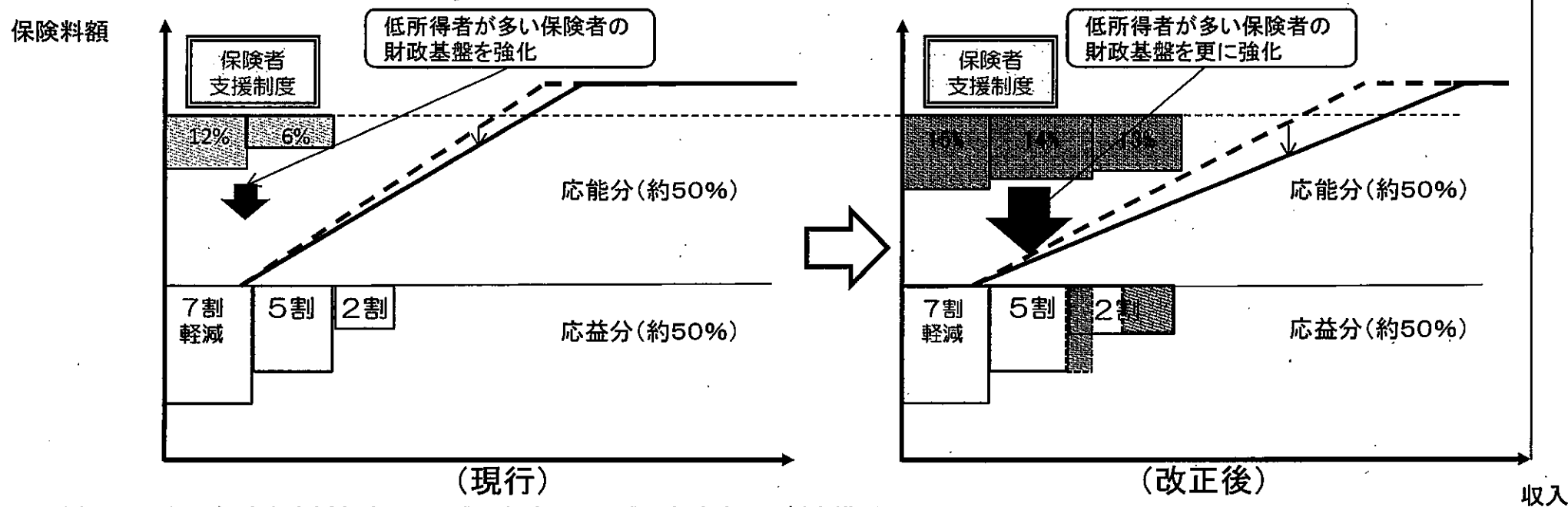
② 現行の7割軽減・5割軽減の対象者数に応じた財政支援の補助率を引き上げる。

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)



(注1) 現行の保険者支援制度は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置。

(注2) 現在の保険者支援制度は、7割軽減、5割軽減の対象者数に応じ、それぞれ当該市町村の平均保険料収納額の12%、6%に相当する額を補助している。

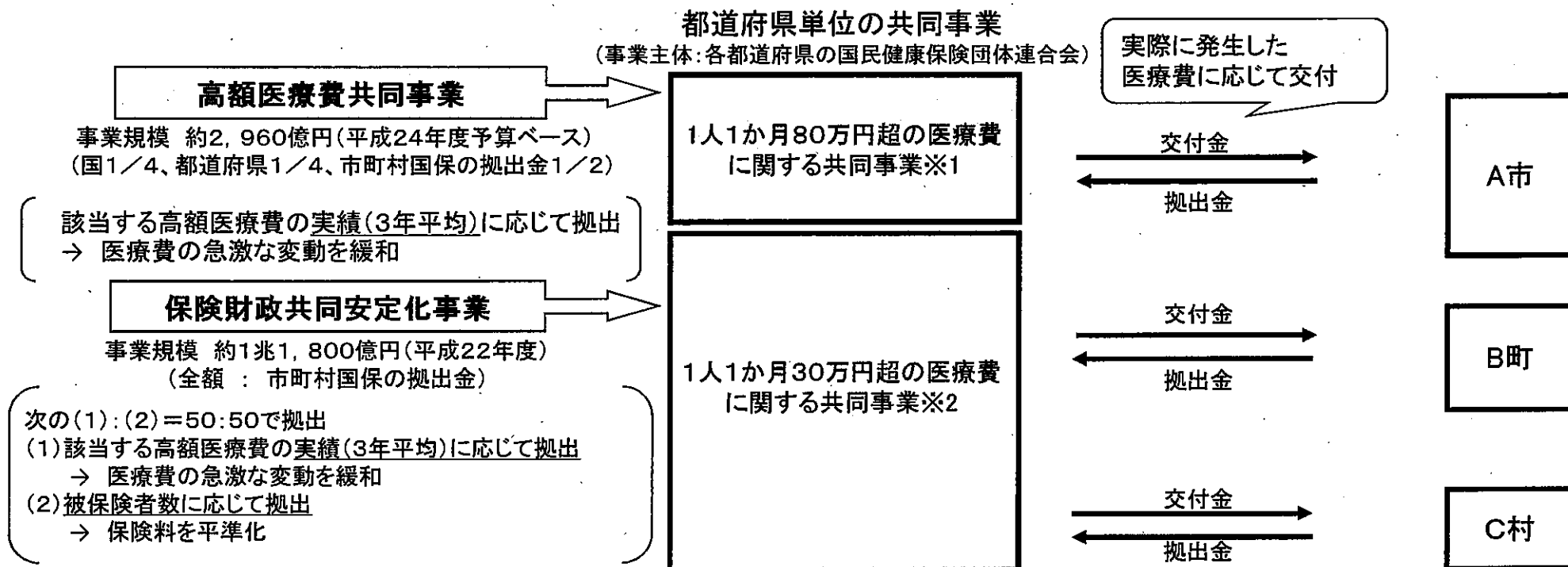
高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

○高額医療費共同事業

高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、市町村国保からの拠出金を財源として、市町村が負担を共有。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県及び国が財政支援。

○保険財政共同安定化事業

都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円を超える医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する共同事業を実施。



保険財政共同安定化事業について、**都道府県が広域化等支援方針に定めることにより、**

- ①30万円以下の額から行うこと、②被保険者数に応じて拠出する割合を50%以上にすること、
- ③高額医療費の実績や被保険者数に応じた拠出だけでなく、所得に応じた拠出を行うことが可能に。

※1 医療費のうち80万円を超える額を対象としている

※2 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

保険財政共同安定化事業の見直しの状況

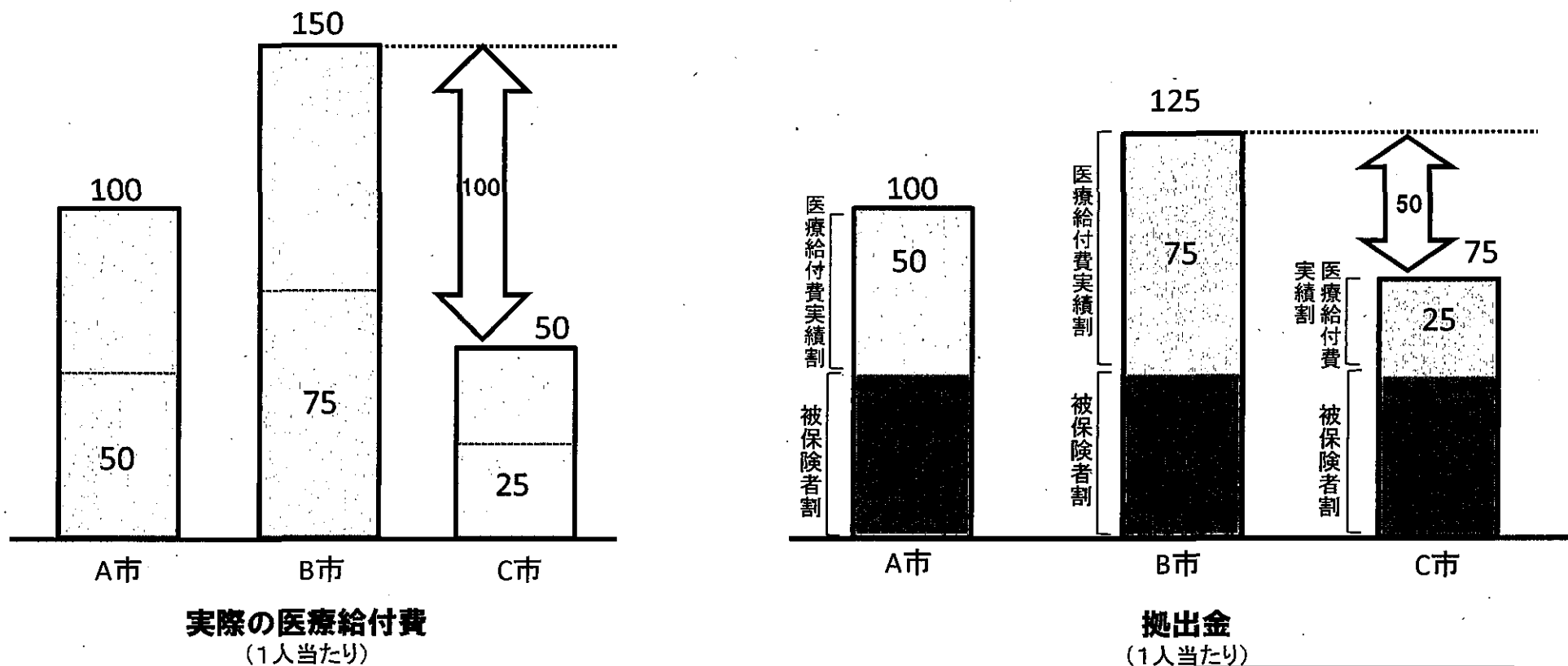
	対象医療費	拠出割合	実施時期	県調整交付金による対応	見直し規定
埼玉県	10万円超に引下げ (26年度から5万円超)	実績割 40% 被保険者割 30% 所得割 30%	24年度	拠出超過の負担軽減措置として補填	
静岡県	10万円超に引下げ	変更なし	25年度	拠出超過の状況を勘案して、県調整交付金を交付し、激変緩和を図る	
三重県	20万円超に引下げ (25年度から)	実績割 25% 被保険者割 50% 所得割 25%	24年度	激変緩和策として、適切な支援措置を導入	
滋賀県	20万円超に引下げ	実績割 50% 被保険者割 30% 所得割 20%	23年度	激変緩和策として必要な対応	
奈良県	20万円超に引下げ	実績割 40% 被保険者割 60%	24年度	現行条件で拠出超過保険者のうち、事業拡充で拠出負担増となる保険者に補填	数年の期間における事業拡充の影響を評価し、見直しを行う
佐賀県	20万円超に引下げ	実績割 50% 被保険者割 25% 所得割 25%	23年度	拠出額超過分が一定以上の市町に対して支援	
青森県	変更なし	実績割 40% 被保険者割 55% 所得割 5%	23年度	拠出超過額が一定率以上にならないよう交付金で調整	対象医療費の拡大と実績割の減少の方向で見直しを検討
福井県	変更なし	実績割 45% 被保険者割 45% 所得割 10%	24年度	拠出超過保険者に対して負担軽減措置	
京都府	変更なし	実績割 40% 被保険者割 40% 所得割 20%	23年度	府調整交付金と新たな無利子貸付金制度により、 24年度までの激変緩和措置 24年度：拠出増加額の1/2無利子貸付	対象医療費の引き下げ、所得割の増加の方向で引き続き検討
大阪府	変更なし	実績割 25% 被保険者割 50% 所得割 25%	23年度	府調整交付金を活用して激変緩和措置	必要に応じて見直し

都道府県単位の共同事業の仕組み

- 都道府県内の市町村国保の医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する事業。
 - これにより、都道府県内の市町村国保の財政の安定化(毎年の医療費の変動による財政への影響の緩和)及び保険料の平準化(医療費の差による保険料の相違の緩和)が図られる。
- ※ 以下イメージ図で見ると、共同事業の実施により、市町村間の格差が最大100 → 50 に縮小する。

都道府県単位の共同事業

(事務:国民健康保険団体連合会)



※ 医療給付費の実績(3年平均)と被保険者数に応じて拠出

都道府県調整交付金ガイドライン等の見直しについて

1. 見直しの趣旨

国保法改正により、平成27年度から都道府県単位の共同事業の対象医療費を拡大するため、各市町村の共同事業に係る費用負担が変動することが見込まれる。共同事業の対象医療費の拡大を円滑に進める等のために増額した都道府県調整交付金の具体的な配分方法等について、国保に関する国と地方の協議ワーキング・グループで議論した上で、方針を示す。

→ 都道府県調整交付金ガイドライン及び広域化等支援方針策定要領の改正

2. 見直し内容

(1) 1号交付金の交付方法

- ・ 財政調整機能を発揮するよう広域化のための連携会議の活用等により市町村の意見を十分に聴いて検討
- ・ 共同事業が拠出超過となる所得が低く負担が大きい保険者に対する調整として、活用することも考えられる
- ・ 共同事業の所得割による拠出と財政調整型の都道府県調整交付金については選択的に、かつ都道府県調整交付金による財政調整を優先的に導入

(2) 1号交付金と2号交付金の割合

- ・ 現行のガイドラインでは、「1号交付金:2号交付金=6%程度:1%程度」
 - 共同事業の拡大を円滑に進める等のために増額した都道府県調整交付金(2%相当額)については、2号交付金として位置付け
- ・ 平成26年度までの間は1号交付金と同様の交付も可能

(3) 共同事業の拠出超過額に対する財政支援の期間

- ・ 共同事業の拠出超過額に対する財政支援については、激変緩和措置と位置付け

(4) 共同事業の拠出超過額に対する財政支援の規模と方法

- ・ 現在は、都道府県単位の共同事業による拠出超過額が交付額の3%を超過した部分を財政支援
 - 27年度以降は、保険財政共同安定化事業(80万円以下)について、拠出超過額が交付額の1%を超過した部分を財政支援することが考えられる

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

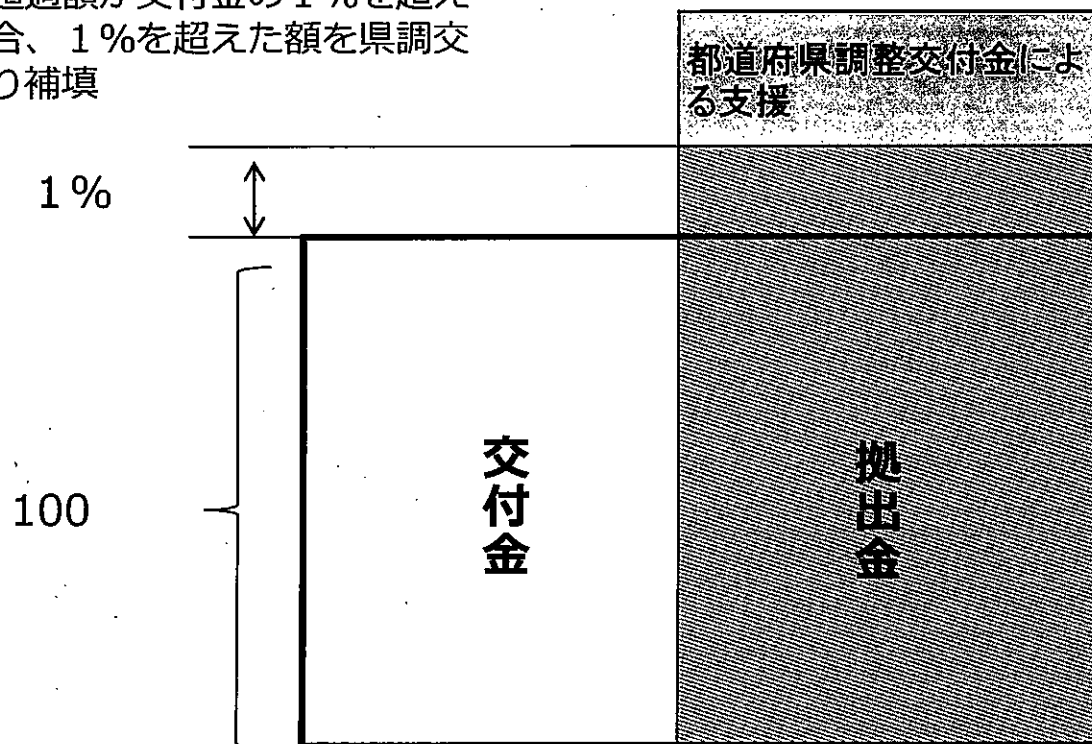
○ 保険財政共同安定化事業の拠出金の持ち出し額(拠出金－交付金)が、交付金の1%を超える場合には、当該超過額を都道府県調整交付金により財政支援するよう、ガイドラインの見直しを行った。

※ 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



都道府県調整交付金（1号交付金）の交付状況（平成22年度）

定率(財政調整無し)	定率・財政調整型併用	財政調整型
35／47	6／47	6／47

1	北海道	財政調整型	17	石川県	定率	33	岡山県	定率
2	青森県	定率	18	福井県	定率	34	広島県	定率
3	岩手県	定率	19	山梨県	定率	35	山口県	定率
4	宮城県	定率	20	長野県	定率	36	徳島県	定率
5	秋田県	定率	21	岐阜県	財政調整型	37	香川県	定率・財政調整型併用
6	山形県	定率	22	静岡県	定率	38	愛媛県	定率
7	福島県	定率	23	愛知県	定率	39	高知県	財政調整型
8	茨城県	定率	24	三重県	定率	40	福岡県	定率
9	栃木県	定率	25	滋賀県	財政調整型	41	佐賀県	定率・財政調整型併用
10	群馬県	定率	26	京都府	定率	42	長崎県	定率
11	埼玉県	定率	27	大阪府	財政調整型	43	熊本県	定率・財政調整型併用
12	千葉県	定率	28	兵庫県	財政調整型	44	大分県	定率
13	東京都	定率・財政調整型併用	29	奈良県	定率	45	宮崎県	定率
14	神奈川県	定率	30	和歌山県	定率	46	鹿児島県	定率
15	新潟県	定率	31	鳥取県	定率・財政調整型併用	47	沖縄県	定率
16	富山県	定率	32	島根県	定率・財政調整型併用			

公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための
国民年金法等の一部を改正する法律(平成24年8月10日成立・22日公布 平成24年法律第62号)

<主要項目>(衆議院での修正を反映)

- (1) 納付した保険料に応じた給付を行い、将来の無年金者の発生を抑えるという観点から、受給資格期間の短縮を行う。
(税制抜本改革の施行時期にあわせ、平成27年10月から施行)
- (2) 基礎年金国庫負担1/2が恒久化される特定年度(平成16年改正法で「別に法律で定める年度」と規定)を平成26年度と定める。(税制抜本改革の施行時期にあわせ、平成26年4月から施行)
- (3) 短時間労働者に対する厚生年金・健康保険の適用拡大を行う。(平成28年10月から施行)(※)
- (4) 厚生年金、健康保険等について、次世代育成支援のため、産休期間中の保険料免除を行う。
(2年を超えない範囲内で政令で定める日から施行)
- (5) 遺族基礎年金の父子家庭への支給を行う。(税制抜本改革の施行時期にあわせ、平成26年4月から施行)
- (6) 低所得高齢者・障害者等への福祉的な給付措置を講ずる。高所得者の年金額調整、国民年金第1号被保険者に対する産前産後の保険料免除措置について検討する。(※)

注) (1)、(2)、(5)については、税制抜本改革により得られる税収(消費税込)を充てる。

(※)は衆議院の修正・追加のあった項目。原案にあった、低所得者の年金額の加算、高所得者の年金額の調整、交付国債償還に関する規定は削除された。

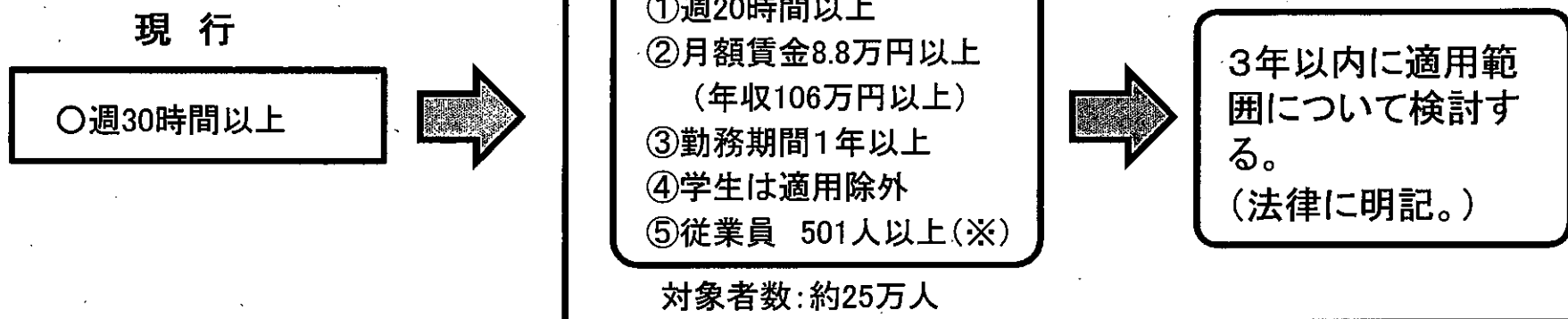
短時間労働者に対する厚生年金・健康保険の適用拡大

【適用拡大の考え方】

- 被用者でありながら被用者保険の恩恵を受けられない非正規労働者に社会保険を適用し、セーフティネットを強化することで、社会保険における「格差」を是正。
- 社会保険制度における、働かない方が有利になるような「壁」を除去することで、特に女性の就業意欲を促進して、今後の人口減少社会に備える。

《具体案》

短時間労働者への適用拡大



(※) 現行の基準で適用となる被保険者の数で算定。

(参考) 平成19年法案の概要(被用者年金一元化法案。自公政権時に提出し、平成21年7月21日衆議院解散により審議未了で廃案。)

① 週20時間以上、②月額9.8万円以上、③勤務期間が1年以上、④学生は適用除外、⑤従業員301人以上

対象者数:約10～20万人

《影響緩和措置》

- 短時間労働者など賃金が高い加入者が多く、その保険料負担が重い医療保険者に対し、その負担を軽減する観点から、賃金が高い加入者の後期支援金・介護納付金の負担について、被用者保険者間で広く分かち合う特例措置を導入し、適用拡大によって生じる保険者の負担を緩和する。

適用拡大による財政影響の試算

[適用の要件]

- ・ 週20時間以上
- ・ 月額賃金8.8万円以上（年収106万円以上）
- ・ 勤務期間1年以上
- ・ 学生を除外
- ・ 従業員501人以上の企業に適用（※）

（※）現行の被保険者基準で適用となる被保険者の数で算定。

対象者数 約25万人

<年金>

うち第1号 約10万人
うち第3号 約10万人

（注）対象者数の約25万人には、現在の国民年金第1号被保険者と第3号被保険者のほか、60歳以上の者や20歳未満の者で、新たに厚生年金に適用となる者を含む。

<医療>

うち国保被保険者 約15万人
うち健保被扶養者 約10万人

（健保組合に20万人、協会けんぽに5万人が加入）

○医療保険

	適用拡大による財政影響
協会けんぽ	▲50億円
健保組合	加入者増の影響 300億円 加入者減の影響 ▲100億円 ネット負担 200億円
共済	▲30億円
国保	▲50億円

公費支出	▲200億円
うち国費支出	▲200億円
うち地方負担	▲40億円

○厚生年金

厚生年金	ほぼ影響なし
------	--------

○事業主負担

事業主負担	500億円 (年金300億円、医療200億円)
-------	----------------------------

（※1）100億円以上は100億円単位で四捨五入している。

（※2）財政影響はそれぞれ2015年度ベース。後期高齢者支援金は、総報酬割3分の1ベースで試算。

③ その他

- ・ 特定世帯等に係る国保料(税)の軽減特例措置の延長等
- ・ 東日本大震災における国保の特別措置
- ・ 社会保障・税番号制度
- ・ 審査支払機関の統合

特定世帯等に係る国民健康保険税の軽減特例措置の延長等 (国民健康保険税)

平成25年度税制改正の大綱 (平成25年1月29日閣議決定) (抜粋)

国民健康保険の被保険者であった者が国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行する場合について、国民健康保険税の軽減判定所得の算定の特例を恒久化するほか、特定世帯に係る世帯別平等割額を最初の5年間2分の1減額する現行措置に加え、その後3年間4分の1減額する措置を講ずる。

① 保険税軽減制度に係る特例

軽減を受けている世帯について、従前と同様の軽減措置を受けることができるよう、国保から後期高齢者医療へ移行したことにより国保の被保険者でなくなった者(特定同一世帯所属者)を含めて軽減対象基準額を算定することとしている措置について、期限を区切らない恒久措置とする。

(例) 夫婦2人世帯 (夫(世帯主): 75歳以上、妻: 75歳未満)

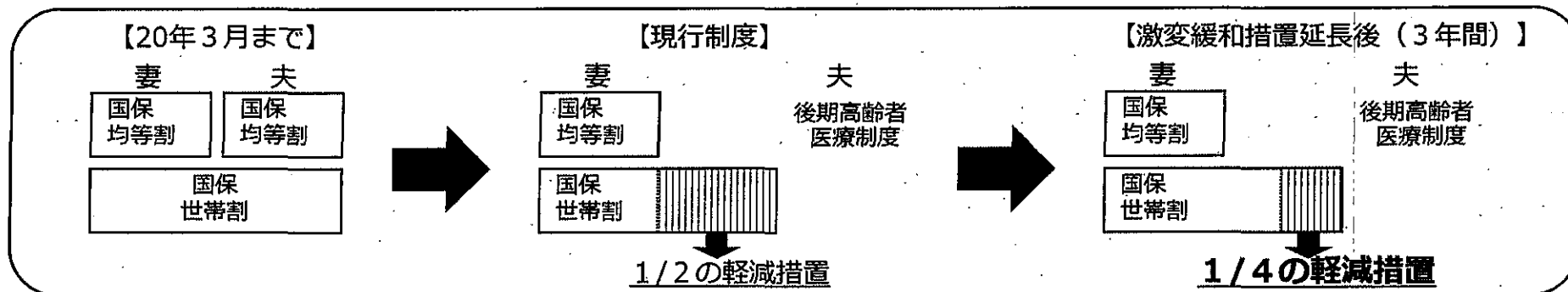
【20年3月まで】 (35万円×世帯に属する被保険者数) + 33万円以下

【現行制度】 (35万円×(世帯に属する被保険者数と特定同一世帯所属者の合計数)) + 33万円以下

↓
恒久化

② 世帯割に係る配慮

二人世帯で、一人が後期高齢者医療へ移行し、もう一人が国保に残った世帯(特定世帯)となる者について、世帯割額を半分にする措置について、軽減割合を現在の半分(1/4)として、3年間延長する。



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 (窓口負担の免除・保険料の減免)

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警戒区域等の住民の方等について、窓口負担を免除・保険料を減免
- 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)

- ・ 窓口負担 : 平成24年2月末まで
- ・ 保険料 : 平成24年3月分まで

※ 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(国民健康保険制度等の仕組み)

警戒区域等

- 東電福島第一原発事故に伴う警戒区域等の住民の方については、窓口負担の免除と保険料の免除を**1年延長**
- 国により全額を財政支援(平成24年度予算 及び 特別調整交付金)

- ・ 窓口負担 : 平成25年2月末まで
- ・ 保険料 : 平成25年3月分まで

特定被災区域(警戒区域等以外)

- その他の被災地域の住民の方については、窓口負担の免除及び保険料の減免を**平成24年9月末まで延長**
- 国により全額を財政支援(特別調整交付金)

- ・ 窓口負担 : 平成24年9月末まで
- ・ 保険料 : 平成24年9月分まで

- 東電福島第一原発事故に伴う警戒区域等の住民の方については、窓口負担の免除と保険料の免除を**さらに1年延長**

- 国により全額を財政支援(平成25年度予算案 ※ 及び 特別調整交付金)

- ・ 窓口負担 : 平成26年2月末まで
- ・ 保険料 : 平成26年3月分まで

※医療保険制度全体で108億円

- 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・保険料の減免を行うことができる

- 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) 「警戒区域等」とは、①警戒区域、②計画的避難区域、③旧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。

(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) 震災発生後、他市町村へ転出した方も含む。

社会保障・税番号制度の概要

- マイナンバー法により、より公平な社会保障制度の基盤となる「**社会保障・税番号制度**」を導入する。
- これにより、国民の給付と負担の公平性、明確性を確保するとともに、国民の利便性の更なる向上を図ることが可能となるほか、行政の効率化・スリム化に資する効果が期待できる。

個人番号(マイナンバー)

- 市町村長は、法定受託事務として、**住民票コードを変換して得られるマイナンバー**を定め、書面により本人に通知。盗用、漏洩等の被害を受けた場合等に限り変更可。中長期在留者、特別永住者等の外国人住民も対象。
- **マイナンバーの利用範囲を法律に規定**。具体的には、①国・地方の機関での社会保障分野の事務、国税・地方税の賦課徴収及び防災等に係る事務での利用、②当該事務に係る申請・届出等を行う者（代理人・受託者を含む。）が事務処理上必要な範囲での利用、③災害時の金融機関での利用に限定。
- マイナンバー法に規定する場合を除き、**他人にマイナンバーの提供を求めることは禁止**。本人からマイナンバーの提供を受ける場合、個人番号カードの提示を受ける等の本人確認を行う必要。

個人情報保護

- マイナンバー法の規定によるものを除き、**特定個人情報（マイナンバー付きの個人情報）の収集・保管、特定個人情報ファイルの作成を禁止**。
- **特定個人情報の提供は原則禁止**。ただし、行政機関等は**情報提供ネットワークシステムでの情報提供**などマイナンバー法に規定するものに限り可能。
- 情報提供ネットワークシステムでの情報提供を行う際の連携キーとしてマイナンバーを用いないなど、個人情報の一元管理ができない仕組みを構築。
- 国民が自宅のパソコンから情報提供等の記録を確認できる仕組み（**マイ・ポータル**）の提供、**特定個人情報保護評価の実施、個人番号情報保護委員会の設置、罰則の強化**など、十分な個人情報保護策を講じる。

法人番号

- 国税庁長官は、法人等に法人番号を通知。法人番号は原則公表。民間での自由な利用も可。

個人番号カード

- 市町村長は、住民からの申請により、顔写真付きの個人番号カードを交付。

○27年1月以降、社会保障、税、防災等の各分野のうち、可能な範囲でマイナンバーの利用開始

社会保障・税番号大綱(抄)

第3 法整備

Ⅷ 情報連携

2. 情報連携の範囲

新たな制度、利便性やサービスの質の向上、行政事務の効率化等を実現するために、情報連携基盤を用いることができる事務の種類、提供される個人情報の種類及び提供元・提供先等を法案策定までに明らかにする。

なお、医療・介護等の分野での情報連携については、特に情報保有機関相当数に上り非常に多くの情報がやり取りされることや、民間の医療機関等も含まれることから、法制上の特段の措置と併せて、負荷や費用の面で効率的なシステムとなるよう、特段の技術設計を行う方向で検討する。

第4 情報の機微性に応じた特段の措置

社会保障分野、特に医療分野等において取り扱われる情報には、個人の生命・身体・健康等に関わる情報をはじめ、特に機微性の高い情報が含まれていることから、個人情報保護法成立の際、特に個人情報の漏洩が深刻なプライバシー侵害につながる危険性があるとして医療分野等の個別法を検討することが衆参両院で付帯決議されている。

今般、番号制度の導入に当たり、番号法において「番号」に係る個人情報の取扱いについて、個人情報保護法より厳格な取扱いを求めることから、医療分野等において番号制度の利便性を高め国民に安心して活用してもらうため、医療分野等の特に機微性の高い医療情報等の取扱いに関し、個人情報保護法又は番号法の特別法として、その機微性や情報の特性に配慮した特段の措置を定める法制を番号法と併せて整備する。なお、法案の作成は、社会保障分野サブワーキンググループでの議論を踏まえ、内閣官房と連携しつつ、厚生労働省において行う。

(衆) 決算行政監視委員会での議論 (医療費レセプト審査事務)

平成23年

11月16日 衆議院決算行政監視委員会小委員会で、「医療費レセプト審査事務」について、厚生労働省から事業内容の聴取、質疑及び評価

12月8日 決算行政監視委員会決議 (行政監視に基づく事業の見直しに関する決議)
「競争による改善が期待できないのであれば、審査の効率化を図り、医療費を削減するため、保険者たる市町村に混乱を来さないようにしつつ、統合に向けた検討を速やかに進めるべき」

平成24年

3月21日 決算行政監視委員会視察 (支払基金埼玉支部、埼玉県国保連)

6月13日 衆議院決算行政監視委員会小委員会で、厚生労働大臣から「行政監視に基づく事業の見直しに関する決議に対して政府の講じた措置」について報告

- 「・4月～5月にかけて、社会保障審議会医療保険部会で検討。
・審査支払機関の統合については、保険者を初めとする関係者の意見を聞きながら、理解が得られるような統合の在り方について引き続き検討。
・あわせて、今回の検討に基づいて、さらなるコストの削減や審査基準の統一化の取り組みを進める。
・労災レセプトの支払基金等委託について、本年3月から検討会を5回開催し、6月1日に報告書を公表。国が直接一括して審査する現在の方式の中で業務改善を行い、更なる経費の縮減に努めていく。」

6月20日 衆議院決算行政監視委員会小委員会へ、関係資料提出

8月2日 衆議院決算行政監視委員会小委員会で、「行政監視に基づく事業の見直しに関する決議に対して政府の講じた措置」に対するフォローアップ質疑

9月7日 決算行政監視委員会決議 (行政監視に基づく事業の見直しに関する決議のフォローアップに基づく決議)
「・競争原理が働かない障壁を取り除く努力を真剣に行うことを求める。
・当初の試算が不適切であり、結果として、議論を一方向的に誘導するものであった。このような問題について、責任が明確になる体制を整備し、再発の防止に努めるよう求める。
・誤ったレセプトを多数提出する医療機関については、指導を徹底し、なおも改善が見られない場合には、その名称を国民に公表することも検討するなど、医療費請求のより一層の適正化を図るよう求める。」

決算行政監視小委員会（平成24年8月2日）における主な意見

【「行政監視に基づく事業の見直しに関する決議に足して政府の講じた措置」に対するフォローアップ質疑】

- ・ 統合した場合は不動産の売却益が出ると思われるが、今回の試算では売却しない試算となっている。不動産を売却したケースの試算も示すべき。
- ・ システムの更改費用は、機械的に統合後の組織のシステムをベースに試算しているが、どちらに統合した場合でも、システムの更改は、よりコストがかからない方のシステムを選択すべき。そういう前提で試算をやり直すべき。
- ・ 国保連と支払基金で査定率に差がある。国保連では、システムの改修等によって、査定率の差を解消する努力がどれだけできたのか。結果を出して、委員会に報告いただきたい。
- ・ 査定の仕方を統一することについては、国で音頭をとって行うべき。
- ・ 効率化をし、なおかつ統合した場合には、これくらいの手数料も減らせるかもしれないということを明らかにした上でアンケートを取り直すべき。
- ・ 競争環境を整備したにもかかわらず、実際に委託先を変更した保険者はない。委託先を変更する場合、保険者は被保険者証を回収し、番号を直す必要があり、この費用負担も要因の一つ。こうした障壁を取り除く努力が必要。保険者が負担するコストは、国で負担すべきではないか。
- ・ レセプト審査という同じ業務をやっているのに、システムが全く違う。競争原理を働かせるという趣旨からは、システムの相互性、互換性の担保が必要。
- ・ 厚生労働省は、決議を受けて、試算をやり直し、統合でコスト削減効果があるというまったく逆の資料が出てきた。前回は、統合しないように誘導した試算を出したということであり、極めて悪質。国会による政府のガバナンス、国家の統治の根本にかかわる問題。前回、間違ったデータで試算した責任をとり、再発防止の仕組みも作るべき。
- ・ 医療機関や保険者でのシステム改修も含めた、トータルのコストが出せるのであれば提示いただきたい。
- ・ 視察した際、審査のうち、3割は医学的判断が必要だが、7割は医学的判断がなくても審査可能との説明だった。医学的判断がなくても審査可能なレセプトは、医者でない方に何らかの資格基準を整えて審査できるようなくみにすれば、大幅なコスト削減になるのではないか。
- ・ 間違った請求を繰り返す医療機関は、名前を公表すべき。

「行政監視に基づく事業の見直しに関する決議」のフォローアップに基づく決議（抜粋）

平成24年9月7日 衆議院決算行政監視委員会

本委員会は、予算の計上及び執行の適正について徹底した検証を行うために行政監視に関する小委員会を設置し、昨年十一月十六日及び十七日に同小委員会において有識者の意見を求めつつ集中的に討議して評価を行った結果、革新的ハイパフォーマンス・コンピューティング・インフラの構築、医療費レセプト審査事務、公務員宿舎建設・維持管理等に必要な経費並びに原子力関連予算の独立行政法人及び公益法人への支出について、改善を求めるべき事項を指摘し、予算編成及び執行に十分に反映させるなどの対応を求めるとともに、反映状況につき講じた措置について、本委員会に対し六箇月以内に報告するよう求める決議を十二月八日に行ったところである。

今国会に設置した行政監視に関する小委員会において、去る六月十三日に報告を聴取し、八月二日に集中的に討議してその内容を精査したところ、政府の対応、また、これを説明する資料の提出について十分でないものがあつた。改善が不十分な点があつたことは極めて遺憾である。

よって、本委員会は、これらの事項を今後も質疑等で適宜取り扱い、行政監視を行っていくため、政府に対し、以下について速やかに対応するよう求める。

一 革新的ハイパフォーマンス・コンピューティング・インフラの構築（略）

二 医療費レセプト審査事務

決議では、社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会のレセプト審査事務の質の向上とコスト削減について、競争による改善が期待できないのであれば、統合に向けた検討を進めることを求めたが、今回の討議においては厚生労働省が中途半端な対応をしていることが明らかになった。競争原理が働かない障壁を取り除く努力を真剣に行うことを求める。

また、昨年の小委員会において統合効果に否定的な試算が提出されたことに対して、決議において、既存の統合コスト試算を抜本的に見直し、統合による長期コスト削減効果を明確に示すことを求めたところ、厚生労働省からは統合効果に肯定的な新たな試算が提出されたが、その結果、当初の試算が不適切であり、結果として、議論を一方に誘導するものであつた。このような問題について責任が明確になる体制を整備し、再発の防止に努めるよう求める。

誤ったレセプトを多数輩出する医療機関については、指導を徹底し、なおも改善が見られない場合にはその名称を国民に公表することも検討するなど、医療費請求のより一層の適正化を図るよう求める。

また、労災医療費のレセプト審査事務の支払基金等への委託についての検討を求めたが、（略）

三 公務員宿舎建設・維持管理等に必要な経費（略）

四 原子力関連予算の独立行政法人及び公益法人への支出（略）

3. 保険者に対する助言等について

(1) 広域化等支援方針の策定状況

○ 平成22年の国保法改正により、市町村国保の事業運営の都道府県単位化の環境整備を進めるため、都道府県が「広域化等支援方針」を策定することが可能に。

◎ 平成24年9月30日現在の広域化等支援方針策定都道府県 46都道府県

I 保険財政共同安定化事業の見直し

I-1. 保険財政共同安定化事業(対象医療費の拡大)(6)

埼玉県・静岡県・三重県・滋賀県・奈良県・佐賀県

I-2. 保険財政共同安定化事業(拠出方法の変更)(9)

青森県・埼玉県・福井県・三重県・滋賀県・京都府・大阪府・奈良県・佐賀県

II 事務の共同実施

II-1. 保険者事務の共同実施(15)

青森県・山形県・栃木県・群馬県・富山県・石川県・福井県・岐阜県・滋賀県・京都府・兵庫県・和歌山県・鳥取県・島根県・高知県

II-2. 医療費適正化の共同実施(25)

青森県・山形県・福島県・茨城県・群馬県・富山県・石川県・福井県・長野県・岐阜県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県・鳥取県・島根県・山口県・徳島県・愛媛県・高知県・佐賀県・大分県・宮崎県

II-3. 収納対策の共同実施(18)

北海道・青森県・宮城県・山形県・茨城県・群馬県・石川県・福井県・長野県・岐阜県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県・鳥取県・宮崎県

II-4. 保健事業の共同実施(16)

青森県・山形県・福島県・茨城県・群馬県・石川県・福井県・岐阜県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県・山口県・福岡県

III 広域化のための財政支援等

III-1. 都道府県調整交付金(23)

北海道・青森県・宮城県・秋田県・山形県・群馬県・埼玉県・富山県・福井県・山梨県・静岡県・岐阜県・三重県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・和歌山県・鳥取県・島根県・愛媛県・佐賀県・沖縄県

III-2. 広域化等支援基金(15)

北海道・青森県・群馬県・埼玉県・千葉県・福井県・岐阜県・三重県・滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・和歌山県・愛媛県・佐賀県

III-3. 保険者規模別収納率目標(46)

策定した46都道府県

III-4. 赤字解消の目標年次(3)

群馬県・兵庫県・愛媛県

III-5. 標準的な保険料算定方式(4)

福島県・群馬県・埼玉県・佐賀県

III-6. 標準的な応益割合(7)

青森県・秋田県・福島県・群馬県・埼玉県・京都府・香川県

(2) 収納率向上に向けた取組

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24年9月1日現在	
	保険者数	割合
要綱(緊急プラン、収納マニュアル等)の策定保険者	770	44.8%

(2) 収納体制の強化

	平成24年9月1日現在	
	保険者数	割合
①税の専門家の配置(嘱託等含む)	342	19.9%
②収納対策研修の実施	887	51.7%
③連合会に設置した収納率向上対策アドバイザーの活用	98	5.7%

(3) 徴収方法改善等の実施状況

	平成24年9月1日現在	
	保険者数	割合
①口座振替の原則化	141	8.2%
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	51	3.0%
③多重債務相談の実施	598	34.8%

(4) 滞納処分の実施状況

	平成24年9月1日現在	
	保険者数	割合
①滞納処分件数	差押数(件数)	212,277
	差押金額(億円)	799.4
②財産調査の実施	1,587	92.4%
③差押えの実施	1,554	90.5%
④搜索の実施	724	42.2%
⑤インターネット公売の活用	663	38.6%

2. 国民年金被保険者情報の活用状況

	平成24年9月1日現在	
	保険者数	割合
①日本年金機構との覚書の締結状況	738	43.0%
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)	410	23.9%

3. 医療費適正化対策の実施状況

	平成23年度	
	保険者数	割合
柔道整復療養費についての患者調査の実施	192	11.2%

(出所)厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

滞納処分件数の推移

	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	
	延べ差押 数 (件数)	差押金額 (百万円)	延べ差押 数 (件数)	差押金額 (百万円)	延べ差押 数 (件数)	差押金額 (百万円)	延べ差押 数 (件数)	差押金額 (百万円)	延べ差押 数 (件数)	差押金額 (百万円)
(括弧内は対前年度増加率)	120,525	45,409	164,369	56,397	185,420	65,736	187,328	73,363	212,277	79,939
	(26.6%)	(16.5%)	(36.4%)	(24.2%)	(12.8%)	(16.6%)	(1.0%)	(11.6%)	(13.3%)	(9.0%)

(出所) 国民健康保険事業の実施状況報告[国民健康保険課調べ]

(注1) 延べ差押数は、差押えした物件の数であり、1世帯で2つの物件を差し押さえた場合は2件と計算している。

(注2) 差押金額は、差し押えに係る債権額(滞納保険料(税)額等)である。

保険者における「新規に実施した対策」及び「最も効果的と考える対策」(平成23年度)

1. 収納体制

対 策	新規に実施した 保険者	最も効果的と考える 保険者
	保険者	保険者
① コールセンターの設置	27	127
② 夜間・休日における納税相談、電話催告及び戸別訪問等	24	309
③ 滞納整理機構への移管、設置	41	179
④ 嘱託職員の活用	22	197

3. 滞納処分の実施状況

対 策	新規に実施した 保険者	最も効果的と考える 保険者
	保険者	保険者
① 資産調査の実施	13	234
② 差押えの実施	13	1,050
③ 捜索の実施	16	73
④ インターネット公売の実施公売	32	75

2. 徴収方法改善等の実施状況

対 策	新規に実施した 保険者	最も効果的と考える 保険者
	保険者	保険者
① コンビニ収納	154	320
② MPNを利用した口座振替の推進	22	8
③ クレジットカードによる決済	4	2

【参考】

・新規に実施した対策はないと回答した保険者数	1,198
・特段効果のある収納対策はないと回答した保険者数	135

(出所)厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

(3) ジェネリック医薬品の使用促進について

社会保障・税一体改革大綱（抄）

平成 24 年 2 月 17 日
閣議決定

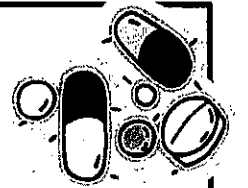
3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

(9) 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。
- 医薬品の患者負担の見直しについては、「社会保障・税一体改革成案」に「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す」とあることを踏まえ、検討する。

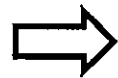
ジェネリック医薬品(後発医薬品)について



ジェネリック医薬品の主な特徴

- ① 有効成分、効能・効果、用法・用量等は先発医薬品と同じ。
- ② 価格が安い(当初の薬価は先発医薬品の70%)。
- ③ 添加物等の有効成分以外の成分が異なる場合がある。

(苦みの軽減、使用感の改善等のため) * 先発医薬品との同等性は承認時等で確認。その基準は欧米と同じ。



価格が安いことによる患者負担の軽減、医療保険財政の効率化



○医療関係者の意識

- ① 医療関係者全般に、品質や安定供給に不安を抱き、使い慣れた先発医薬品に代えて、ジェネリック医薬品をあえて用いる必要性を十分に感じていない。
- ② 薬局における品揃えの負担、ジェネリック医薬品の選択の難しさ
(ある高血圧の薬は34社がジェネリック医薬品を供給)

○患者の意識

- ① ジェネリック医薬品の認知度はある程度進んでいる。
- ② 患者としては、薬代が安くなるメリットがある一方で、使い慣れた先発医薬品を後発医薬品に代えても大丈夫との安心感が医療関係者から十分得られていない。

主な対応方策



平成24年度までにジェネリック医薬品の数量シェア30%達成を目標に

①主に医療機関、
薬局向け対応



・「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」

(安定供給、品質確保、情報提供等に関する信頼性向上のための国及びジェネリック企業等の具体的な取組)

・診療報酬上の環境整備(薬局における調剤数量の割合に応じた段階的な評価、薬剤情報提供文書を活用した情報提供、一般名処方の推進及び処方せん様式の変更 など)

・国立病院機構や地域の中核病院等における採用リスト等の公表

②主に患者向け対応



・ジェネリック医薬品希望カードの配布

・ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知 など

(参考)

平成23年度
国民健康保険ジェネリック差額通知実施状況

	国保保険者				前年度		
	保険者数	実施数	実施率	実施件数	実施数	実施率	実施件数
1北海道	161	30	18.63	21,189	29	18.01	29,115
2青森県	41	1	2.44	252	0	0.00	0
3岩手県	34	18	52.94	17,134	1	2.86	88
4宮城県	38	0	0.00	0	0	0.00	0
5秋田県	27	1	3.70	3,000	0	0.00	0
6山形県	35	31	88.57	74,179	4	11.43	17,095
7福島県	61	44	72.13	63,204	39	63.93	22,012
8茨城県	46	12	26.09	7,312	4	8.70	5,851
9栃木県	28	3	10.71	2,929	0	0.00	0
10群馬県	37	3	8.11	7,232	1	2.70	192
11埼玉県	69	0	0.00	0	1	1.43	43,138
12千葉県	57	3	5.26	43,130	0	0.00	0
13東京都	84	25	29.76	39,023	0	0.00	0
14神奈川県	39	14	35.90	75,861	1	2.56	10,000
15新潟県	33	0	0.00	0	0	0.00	0
16富山県	17	0	0.00	0	0	0.00	0
17石川県	20	3	15.00	3,516	0	0.00	0
18福井県	20	11	55.00	11,084	1	5.00	569
19山梨県	28	2	7.14	150,520	0	0.00	0
20長野県	79	9	11.39	1,862	0	0.00	0
21岐阜県	44	0	0.00	0	0	0.00	0
22静岡県	40	1	2.50	96	0	0.00	0
23愛知県	60	14	23.33	39,295	7	11.11	5,384
24三重県	33	0	0.00	0	0	0.00	0
25滋賀県	20	19	95.00	15,047	0	0.00	0

	国保保険者				前年度		
	保険者数	実施数	実施率	実施件数	実施数	実施率	実施件数
26京都府	37	7	18.92	5,338	6	16.22	3,224
27大阪府	59	34	57.63	69,435	14	23.73	39,600
28兵庫県	48	7	14.58	32,704	5	10.42	15,129
29奈良県	41	13	31.71	16,350	2	4.88	2,869
30和歌山県	33	0	0.00	0	0	0.00	0
31鳥取県	20	3	15.00	33,552	2	10.00	6,587
32島根県	20	19	95.00	32,174	21	95.45	29,186
33岡山県	30	1	3.33	319	0	0.00	0
34広島県	27	19	70.37	176,945	3	11.11	159,048
35山口県	20	4	20.00	6,041	0	0.00	0
36徳島県	26	0	0.00	0	0	0.00	0
37香川県	19	1	5.26	6,309	1	5.26	4,575
38愛媛県	22	0	0.00	0	1	4.55	0
39高知県	35	26	74.29	157,110	16	45.71	38,472
40福岡県	63	31	49.21	64,060	3	4.76	18,717
41佐賀県	23	0	0.00	0	0	0.00	0
42長崎県	25	9	36.00	42,335	4	16.00	17,767
43熊本県	47	23	48.94	35,925	16	34.04	14,105
44大分県	20	18	90.00	25,958	0	0.00	0
45宮崎県	28	1	3.57	6,091	1	3.57	195
46鹿児島県	45	34	75.56	40,863	4	8.89	1,592
47沖縄県	42	40	95.24	14,035	40	95.24	15,327
計	1,881	534	28.39	1,341,409	227	12.03	499,837

前年度より307保険者増加

ジェネリック医薬品軽減額通知の内容(呉市国保の例)

ジェネリック医薬品使用促進のお知らせ

■番号 00000000
 国保 部 様

平成21年09月処方分
 を現在、よく流通しているジェネリック医薬品に
 切り替えた場合の薬のみの削減可能額は

※1
3,600円～
 です。

この明細について 使い方

本明細※3では、過去あなたに処方された医薬品と、同一成分のジェネリック医薬品※5に変更した場合の削減可能な金額を参考までにご紹介いたします。

平成21年09月分の処方実績		ジェネリック医薬品に※2 切り替えることで 削減できる金額
医療機関・薬局区分	お薬代※1 (3割負担)	
薬局	8,810	3,610～
合計	8,810	3,600～

(100円未満切り捨て)

費用対効果

(呉市の場合:平成23年度)

- ①費用 約 26,000千円
- ②費用削減効果 約124,000千円



費用対効果(①-②) 約 98,000千円

参考:中医協の検証調査結果

◆「軽減額通知」の受取り経験のある患者のうち約半数(48.3%)の患者が、ジェネリック医薬品に変更した、と回答。

◆一方で、「軽減額通知」の受取り経験のある患者は、全体の10.4%に留まる。

平成21年09月分の処方実績				ジェネリック医薬品に※2 切り替えることで 削減できる金額	
医療機関・薬局区分	お薬の単価	数量	単位	お薬代※1 (3割負担)	
薬局					
ベイスン錠0.2 0.2mg	47.5	270.0	錠	3,840	1,230～
セロケン錠40mg	29.8	180.0	錠	1,600	1,200～
メバロチン5 5mg	65.6	90.0	錠	1,770	650～
ガスター-D錠20mg	59.3	90.0	錠	1,600	530～
合計				8,810	3,810～

※1 薬にかかった金額のみです。実際の医療機関への支払金額には、技術料、指導料、検査費用などが含まれています。国や市町村から医療助成を受けている場合には、実際の支払金額と異なる場合があります。

※2 実際に支払った「お薬代」に対して、通知発行時点でジェネリック医薬品として認定を受けている薬品に切り替えた場合、どの程度減額を削減できるかをご紹介しています。ジェネリック医薬品は複数存在する場合があります。金額にも幅があります。

※3 本明細は、医療機関・薬局の過去の請求データに基づいて作成されています。本明細に記載しきれない場合は、削減効果の大きい医療機関分からは順に記載しています。

※4 上記に記載している医薬品には、がんや他特発性疾患に使用されるお薬、短期処方のお薬などについては除外しています。

※5 処方箋医薬品とジェネリック医薬品は同一の成分ですが、使用できる成分(効能)は異なっており、切り替えできない場合があります。詳しくは薬剤師にご相談ください。

ジェネリック医薬品の使用促進策

(1) 現行の補助制度 → 希望カード配布、差額通知、システム改修に係る費用を対象

- ① 市町村国保 …… 特別調整交付金
- ② 国保組合 …… 特別対策費補助金
- ③ 国保連合会 …… 国保連合会等補助金

(2) 差額通知の促進

平成23年度から、全ての保険者及び広域連合が実施できるようになることを目的として、

- ① 国保中央会は、国保連が保険者から差額通知の作成事務を受託できるよう、システムを提供
- ② 保険者が国保連に差額通知の作成事務を委託した場合の経費については、特別調整交付金等による支援を実施

「平成24年度国民健康保険に関するブロック会議における質問に対する追加回答等について」
平成24年12月28日保険局国民健康保険課事務連絡

問 「ジェネリック医薬品希望カード」に代えて、ジェネリック医薬品を希望する旨のシールを被保険者証に貼付する取扱いとしてよいか。
また、当該シールの購入や作成に要した費用については、特別調整交付金の算定対象となるのか。

(答)

1. ジェネリック医薬品を希望する旨のシール(以下「希望シール」という。)を被保険者証に貼付する取扱いについては、被保険者がジェネリック医薬品の処方希望の意思を持って、自主的に被保険者証に貼付することが必要であり、保険者において一律に被保険者証に希望シールを貼付するのではなく、被保険者に対して希望シールを配布し、被保険者に希望シールの貼付を委ねるのであれば、差し支えない。
2. 希望シールを被保険者に配布するに当たっては、被保険者が希望シールを貼付した被保険者証を保険医療機関等で提示したときであっても、
 - ① 処方されている医薬品についてジェネリック医薬品が承認・販売されていない場合
 - ② 患者の疾病やアレルギー等を考慮して医師がジェネリック医薬品への変更差し支えがあると判断した場合等においては、ジェネリック医薬品が処方・調剤されないことがあることについて、被保険者に周知していただきたい。
3. また、希望シールの購入や作成に要した費用については、特別調整交付金の算定対象となる。

平成24年度特別調整交付金交付基準

◇算定省令第6条第12号その他特別の事情がある場合(抜粋)

(3) 次の要件に該当する場合については、当面、特別な事情があることと見なすものとする。

(申請の要件)

① 後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進に要した費用があること。

「国民健康保険における後発医薬品(ジェネリック医薬品)の普及促進について」(平成21年1月20日保国発第0120001号)厚生労働省保険局国民健康保険課長通知に基づき、後発医薬品(ジェネリック医薬品)希望カードやパンフレット等の作成(購入)及び後発医薬品(ジェネリック医薬品)利用差額通知の作成やシステム開発に要した費用があること。ただし、郵送等に係る費用は除く。

また、後発医薬品(ジェネリック医薬品)利用差額通知の作成及び通知書送付後の照会・回答事務等を都道府県国民健康保険団体連合会等へ委託した場合、委託に要した費用及び自庁システムの改修に要した費用があること。

後発医薬品使用促進における都道府県の役割

後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム(抜粋)

4. 使用促進に係る環境整備に関する事項

- 都道府県レベルにおける使用促進策策定や普及啓発を行うため、医療関係者、都道府県担当者等が協議会を発足させ、後発医薬品の使用促進策の策定や普及啓発を行う。

【各都道府県の主な取組事例】

- ・一般向け広報資材(パンフレット等)の作成・配布
- ・中核病院等の後発医薬品取扱リストの作成
- ・後発医薬品採用基準の取りまとめと講習会等を通じた医療関係者へのノウハウの提供
- ・後発医薬品製造工場や後発医薬品の使用に先進的に取り組む医療機関等の視察
- ・モデル保険者を通じた、被保険者が後発医薬品に切り替えた場合の「軽減額通知」の実施

主な県の具体的な取組事例については「ジェネリック医薬品使用促進の先進事例に関する調査報告書」により公表
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/kouhatu-iyaku/04.html>

- 【課題】
- ・2つの府県では、事業未実施
 - ・都道府県により後発医薬品の普及状況は大きく異なる



厚生労働省では、平成24年度内に後発医薬品のさらなる使用促進に向けて、新たな目標値を含むロードマップを策定。各都道府県においても、新たな目標に向けて積極的な取組が必要。

(平成25年度予算案における都道府県向け新規予算)

より医療現場に近いレベルで関係者の理解を図るため、都道府県が設置している協議会に加え、市区町村もしくは保健所単位レベルで協議会を設置する事業。

**(4) 住民基本台帳法改正に伴う外国人に対する
国保・後期高齢者医療の適用について**

住民基本台帳法改正に伴う外国人に対する国保・後期高齢者医療の適用について

1. 住民基本台帳法改正の趣旨

(1) 趣旨

日本に入国・在留する外国人が年々増加していること等を背景に、外国人住民への基礎的行政サービスを提供する基盤を確立し、外国人住民の利便の増進及び市町村等の行政の合理化を進めることが必要。

(2) 改正内容等

外国人登録制度を廃止し、適法に3月を超えて在留する等の外国人であって住所を有する者は、住民基本台帳法の適用対象とする。【平成21年7月15日公布、平成24年7月9日施行】

2. 国保・後期高齢者医療における住所地の考え方

- 国民健康保険及び後期高齢者医療では、「市町村又は特別区の区域内に住所を有する者」を被保険者としている。
- 住所地の判断については、客観的な居住事実を基礎とし、これに当該居住者の主観的居住意思を総合して行うこととしており、客観的な居住地を公証するものとして「住民基本台帳法上の住民の住所」を用いている。

3. 国保・後期高齢者医療の適用について

<改正前>

外国人は、住民基本台帳制度の適用を受けないため、外国人登録法に基づく登録を受け、かつ、出入国管理及び難民認定法に基づく在留資格をもって日本に滞在する外国人であって、

- ①1年以上の在留期間を決定されたもの
- ②1年未満の在留期間を決定されたもののうち、客観的な資料等により、1年以上滞在すると認められるものを被保険者とする。

<改正後> 【平成24年7月9日施行】

外国人も、住民基本台帳制度が適用されることを踏まえ、以下の者を被保険者とする。

①住民基本台帳法の適用を受ける外国人(※)

- (※) { 中長期在留者(3月を超える在留期間を有する)
特別永住者
仮滞在許可者、一時庇護許可者
経過滞在者

②3月以下の在留期間であるため住民基本台帳法の適用を受けないもののうち、客観的な資料等により3月を超えて滞在すると認められるもの

平成24年度特別調整交付金交付基準

◇算定省令第6条第12号その他特別の事情がある場合(抜粋)

(3) 次の要件に該当する場合については、当面、特別な事情があることと見なすものとする。

(申請の要件)

- ⑰ 住民基本台帳法等の改正に伴う外国人被保険者に対する国民健康保険制度の周知及び保険料(税)収納対策実施等に要した費用があること。

住民基本台帳法等の改正に伴う外国人被保険者に対する国民健康保険制度の周知広報(パンフレット等作成費用、翻訳費用等)に要した費用があること。

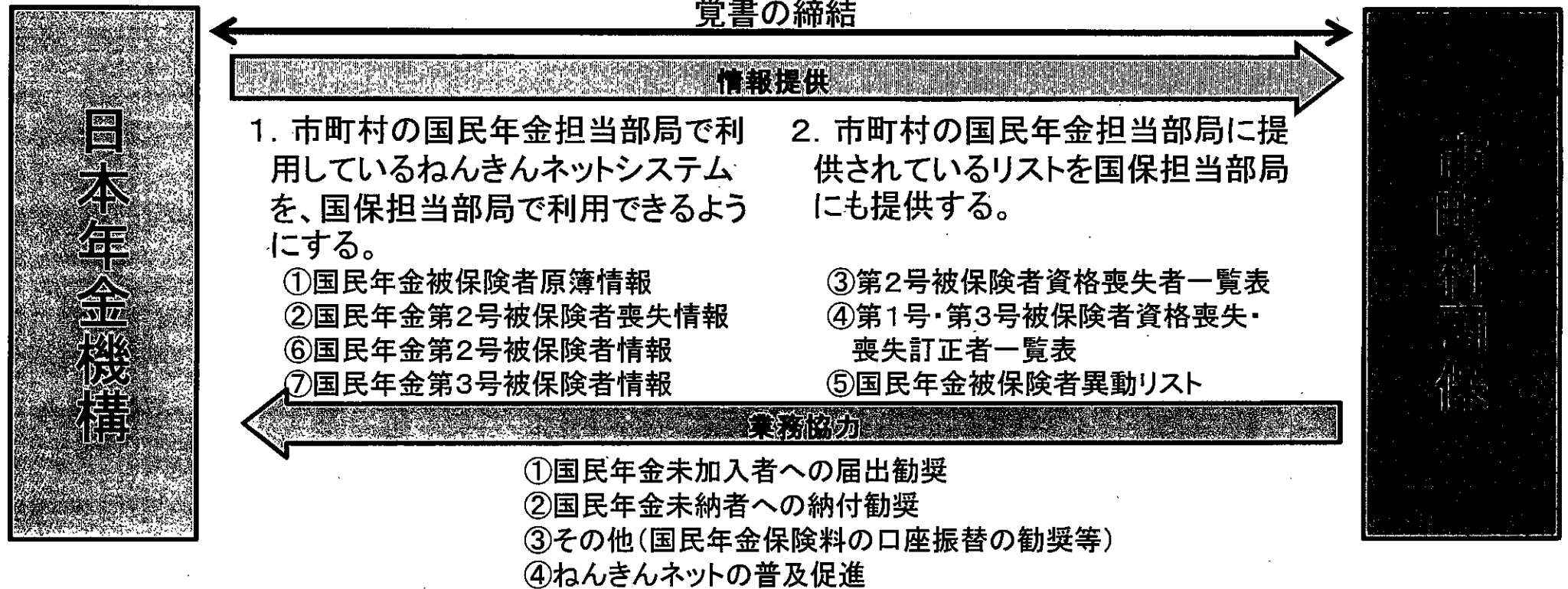
また、外国人被保険者に対する保険料(税)収納対策及び海外療養費の不正請求防止策を実施するため、外国人被保険者に対する保険料(税)収納業務(個別訪問、電話督促等)及び海外療養費請求に対する照会・回答業務を民間会社等に外部委託した費用があること。

(5) その他

国民年金との連携について

○平成23年2月から、日本年金機構と市町村との間で覚書を締結することにより、すべての市町村で実施可能となった。

○平成23年12月からねんきんネットの覚書を締結することで、情報提供の範囲が拡大し、職権喪失要件の緩和及び退職被保険者の適用への利用を可能とした。



〔日本年金機構のメリット〕

- ①未加入者への勧奨の強化
- ②未納者への納付勧奨及び届出の周知の強化

〔市町村国保のメリット〕

- ①国保の資格取得処理の迅速化、資格取得届勧奨の効率化
- ②国保の資格喪失処理の迅速化、資格消失届勧奨の効率化、職権による喪失処理の実施
- ③退職被保険者情報の把握

第1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

一 全般的な事項

4 他の計画との関係

(2) 医療計画との調和

医療計画における良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保に係る目標及びこれを達成するために必要な取組の内容と、第二期都道府県医療費適正化計画における医療の効率的な提供の推進に関する目標及び取組の内容とが整合し、良質かつ適切な医療を効率的かつ安定的に提供する体制が実現されるようにする必要がある。特に、医療計画において、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患の5疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む。)の5事業(以下「5疾病・5事業」という。)及び在宅医療それぞれについて、医療計画を作成、評価する構成員として、医療関係団体等に加え医療保険者が新たに例示されていることから、これらの関係者において、医療計画における良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保について、各種データの分析等を踏まえた協議等を行っていくことが期待されることである。こうした協議の内容・結果も踏まえて、医療費適正化の取組を進めていくことが望ましい。

このため、医療計画の改定時期及び改定後の計画期間について、第二期都道府県医療費適正化計画の作成時期及び計画期間と同一にすることが望ましい。

(略)

二 計画の内容に関する基本的事項

4 目標を達成するための保険者、医療機関その他の関係者の連携及び協力に関する事項

3に掲げた取組を円滑に進めていくために、都道府県は、住民の健康の保持の推進に関しては保険者及び健診・保健指導機関等と、医療の効率的な提供の推進に関しては医療機関及び介護サービス事業者等と、普段から情報交換を行い、相互に連携及び協力を行えるような体制作りに努める必要がある。

こうした情報交換の場としては、3の(1)の保険者協議会のほか、地域・職域連携推進協議会、医療審議会等の積極的な活用が期待されるが、会議の場だけではなく様々な機会を活用して積極的に連携・協力を図ることが重要である。

特に、都道府県においては、保険者による医療費適正化の取組と連携を深めることが必要である。このため、都道府県医療費適正化計画の策定に当たっては、第1の一の3(1)の関係者の意見を反映させる場への参画を保険者に求めることに加えて、保険者協議会の構成員の一員として運営に参画するなど、連携を深めることが望ましい。また、保険者協議会その他の機会を活用して、必要に応じて、保険者が行う保健事業の実施状況等を把握したり、保険者が把握している被保険者のニーズ等を聴取するなど、積極的に保険者と連携することが望ましい。

なお、保険者による医療費適正化の推進や加入者の健康づくりの推進、さらには医療提供体制に関する議論への参画等の保険者機能の発揮が円滑に行われるよう、厚生労働省において、保険者機能に関するガイドラインを示すための検討を行う予定である。

(略)

4. 平成25年度国民健康保険助成費の概要

平成 2 5 年 度 国 民 健 康 保 険 助 成 費 の 概 要

(国民健康保険課)

事 項	平成 2 4 年 度	平成 2 5 年 度	対 前 年 度	対 前 年 度	摘 要
	予 算 額	予 算 額	比 較 増 ▲ 減 額	伸 率 (%)	
	千円	千円	千円		
市町村の国民健康保険助成に必要な経費	3,280,399,058	3,293,175,981	12,776,923	0.39	
(項) 医療保険給付諸費	2,959,535,095	2,956,885,747	▲ 2,649,348	▲ 0.09	
(目) 国民健康保険療養給付費等負担金	1,755,531,211	1,743,246,832	▲ 12,284,379	▲ 0.70	
療養給付費負担金	1,631,883,666	1,615,012,148	▲ 16,871,518	▲ 1.03	
保険基盤安定等負担金	123,647,545	128,234,684	4,587,139	3.71	・うち保険者支援制度 486.5億円 高額医療費共同事業 795.8億円
(目) 国民健康保険後期高齢者医療費支援金負担金	526,311,068	543,031,947	16,720,879	3.18	
(目) 国民健康保険財政調整交付金	529,455,105	517,665,824	▲ 11,789,281	▲ 2.23	
(目) 国民健康保険後期高齢者医療費支援金財政調整交付金	148,067,181	152,941,144	4,873,963	3.29	
(目) 国民健康保険出産育児一時金補助金	170,530	0	▲ 170,530	▲ 100.00	・妊娠・出産に係る負担軽減のための緊急対策経費に対する 国庫補助の終了
(項) 介護保険制度運営推進費	303,433,736	319,280,519	15,846,783	5.22	
(目) 国民健康保険介護納付金負担金	236,780,643	249,170,962	12,390,319	5.23	
(目) 国民健康保険介護納付金財政調整交付金	66,653,093	70,109,557	3,456,464	5.19	
(項) 医療費適正化推進費	17,430,227	17,009,715	▲ 420,512	▲ 2.41	
(目) 国民健康保険特定健康診査・保健指導負担金	17,430,227	17,009,715	▲ 420,512	▲ 2.41	
国民健康保険団体に必要な経費	5,484,958	5,163,874	▲ 321,084	▲ 5.85	
(目) 国民健康保険団体連合会等補助金	5,484,958	5,163,874	▲ 321,084	▲ 5.85	

事 項	平成 2 4 年 度	平成 2 5 年 度	対 前 年 度	対 前 年 度	摘 要
	予 算 額	予 算 額	比 較 増 ▲ 減 額	伸 率 (%)	
	千円	千円	千円		
国保組合の国民健康保険助成に必要な経費	322,228,158	313,507,746	▲ 8,720,412	▲ 2.71	
(項) 医療保険給付諸費	291,532,578	283,183,218	▲ 8,349,360	▲ 2.86	
(目) 国民健康保険組合療養給付費補助金	217,468,906	212,966,555	▲ 4,502,351	▲ 2.07	
(目) 国民健康保険組合後期高齢者医療費支援金補助金	66,715,534	63,105,874	▲ 3,609,660	▲ 5.41	
(目) 国民健康保険組合出産育児一時金等補助金	4,684,115	4,592,895	▲ 91,220	▲ 1.95	
出 産 育 児 一 時 金 補 助 金	2,464,115	2,372,895	▲ 91,220	▲ 3.70	・妊娠・出産に係る負担軽減のための緊急対策経費に対する 国庫補助の終了
高 額 医 療 費 共 同 事 業 補 助 金	2,220,000	2,220,000	0	0.00	
(目) 国民健康保険組合事務費負担金	2,664,023	2,517,894	▲ 146,129	▲ 5.49	
(項) 介護保険制度運営推進費	29,472,288	29,197,858	▲ 274,430	▲ 0.93	
(目) 国民健康保険組合介護納付金補助金	29,472,288	29,197,858	▲ 274,430	▲ 0.93	
(項) 医療費適正化推進費	1,223,292	1,126,670	▲ 96,622	▲ 7.90	
(目) 国民健康保険組合特定健康診査・保健指導補助金	1,223,292	1,126,670	▲ 96,622	▲ 7.90	
国民健康保険関係助成費総計	3,608,112,174	3,611,847,601	3,735,427	0.10	
うち (項) 医療保険給付諸費	3,256,552,631	3,245,232,839	▲ 11,319,792	▲ 0.35	
うち (項) 介護保険制度運営推進費	332,906,024	348,478,377	15,572,353	4.68	
うち (項) 医療費適正化推進費	18,653,519	18,136,385	▲ 517,134	▲ 2.77	

東日本大震災に係る国保保険者等に対する財政支援の延長

【平成25年度予算案】 ※復興庁(東日本大震災復興特別会計)に一括計上

○延長対象

東京電力福島第一原発の事故により設定された警戒区域等に住所を有する被保険者及び保険者。
警戒区域等とは、①警戒区域 ②計画的避難区域 ③旧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つの地域です。

○対象期間

一部負担金免除・・・平成25年3月～26年2月診療分
保険料減免・・・・・・平成25年4月～26年3月納期到来分(平成25年度分)

(億円)

	市町村 国保	国保 組合	国保中 央会・ 国保連	備 考
一部負担金免除	33.9	1.4	—	一部負担金免除の8割相当を補助。 2割相当は特別調整交付(補助)金で補助予定。
保険料減免	21.5	2.2	—	保険料減免の8割相当を補助。 2割相当は特別調整交付(補助)金で補助予定。
固定資産税の課税免除	1.4	—	—	固定資産税の免除に伴う保険料減収分の1/2を補助。 残り1/2は特別調整交付金で補助予定。
被災者に対する特別措置に ついての周知事業	—	—	0.1	医療機関等に対して、一部負担金免除等の特別措置の 延長を周知する事業
特定健診等の自己負担免 除	0.1	0.0	—	特定健康診査等に係る自己負担金に対する助成。
計	56.8	3.6	0.1	

5. 補助金申請事務等について

補助金申請事務等の適正化について

平成23年度決算検査報告について

会計検査院における平成23年度決算検査報告において、国民健康保険助成費について、次のとおり指摘があったところである。

例年、過大交付とされる事務処理誤りは同じような内容が繰り返されており、補助金申請事務の適正化に御配慮をお願いしたい。

1. 不当事項

【市町村分】

〔療養給付費負担金〕

(ア) 療養の給付費等の算定誤り

1都2府14県40保険者 531,955千円

(イ) 地方単独事業の調整率誤り

1道1県12保険者 63,974千円

(ウ) 基礎資料からの転記誤り

2府 2保険者 75,495千円

小計 671,424千円

〔財政調整交付金〕

○普通調整交付金

(ア) 調整対象需要額の算定誤り

1府7県 9保険者 95,224千円

(イ) 調整対象収入額の算定誤り

1県 1保険者 27,157千円

(ウ) 基礎資料からの転記誤り

1県 1保険者 44,082千円

○特別調整交付金

(ア) 離職者減免の保険料調定額の計算誤り

1府4県 6保険者 33,284千円

(イ) 補助対象経費の算定誤り

2県 2保険者 13,273千円

(ウ) 非自発失業者に係る保険料軽減世帯等の算定誤り

1道1県 2保険者 7,534千円

○普通調整交付金及び特別調整交付金

(ア) 調整対象需要額の算定誤り及び普調減額解除の算定誤り

1都 1保険者 15,812千円

(イ) 調整対象需要額の算定誤り及び療養担当手当の算定誤り

1道 1保険者 7,589千円

(ウ) 調整対象需要額の算定誤り及び離職者減免の保険料調定額の計算誤り

1県 1保険者 24,011千円

(エ) 調整対象需要額の算定誤り及び原爆被爆者の療養給付費の算定誤り

1県 1保険者 24,801千円

小計 292,767千円

合計 79保険者 964,191千円

【国保組合】

〔療養給付費補助金等〕

組合員の加入要件誤り

1府3県 5国保組合 227,376千円

合計 5国保組合 227,376千円

2. 意見を表示し又は処置を要求した事項

- (1) 医療保険において、介護保険との突合情報を活用した効率的なレセプト点検を実施することなどにより、医療給付と介護給付との給付調整が適切に行われるよう是正改善の措置を求めたもの
- (2) 国民健康保険団体連合会等補助金により整備されて活用されていない機器等について、保険者事務共同電算処理事業等において早期に活用する方策を検討するなどして、有用活用を図るよう改善の措置を要求したもの

6. 国保組合の事業運営について

平成25年度予算(案) (国保組合関係)

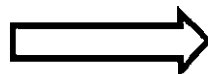
【24年度予算】 【25年度予算案】

◎定率補助	2,076.8億円	→	2,017.2億円 (▲59.5億円)
◎調整補助金	1,059.8億円	→	1,035.5億円 (▲24.3億円)
◎出産育児一時金補助金	24.6億円	→	23.7億円 (▲0.9億円)
◎高額医療費共同事業補助金	22.2億円	→	22.2億円 (±0.0億円)
◎事務費負担金	26.6億円	→	25.2億円 (▲1.5億円)
◎特定健診・保健指導補助金	12.2億円	→	11.3億円 (▲1.0億円)
計	3,222.3億円	→	3,135.1億円 (▲87.2億円)

* 項目毎に四捨五入している。

調整補助金・特別対策費補助金の見直し(23年度～)

【平成22年度】



【見直し後(平成23年度～)】

<p>○普通調整補助金(813億円)</p> <p>・10段階区分に応じた補助率(0～23%)により交付</p>	<p>① 平成23年度から配分方法を見直し、従来の「財政調整分」や市町村国保の普通調整交付金と同様の仕組みとする。</p> <p>② 特別調整補助金の「経営努力分」と「財政調整分」を段階的に廃止し、普通調整補助金に統合。</p> <p>* 調整補助金の総枠を給付費等の「15%以内」から「16%以内」とする。 (国保法の改正が必要)</p>	
<p>○特別調整補助金(230億円)</p>	<p>○財政調整分(37億円)</p> <p>・「調整対象需要額－調整対象収入額」を補填</p>	<p>平成23年度で廃止し、予算枠を普通調整補助金に統合。</p>
<p>○経営努力分(190億円)</p> <p>・各組合の医療費適正化等への取組状況を点数評価し、配分額を決定</p>	<p>平成23年度から段階的に廃止し、予算枠を普通調整補助金に統合。</p> <p>・23年度 2/3 → 24年度 1/3 → 25年度 ゼロ</p>	
<p>○原子爆弾被爆者医療費等への支援(2億円)</p> <p>・原子爆弾被爆者の医療費が一定割合以上の組合等に対して財政支援</p>	<p>従前どおり。</p>	
<p>—</p>	<p>○保険者機能強化分を平成23年度から創設。(60億円程度の枠)</p> <p>・保険者機能強化に資する事業を行った場合に補助</p>	
<p>○特別対策費補助金(26億円)</p> <p>・国保組合が各種事業を行った場合、その費用を補助</p>	<p>平成23年度で廃止。 (内容を整理し、特別調整補助金(保険者機能強化分)へ)</p>	

【これまでの経緯】

行政刷新会議の事業仕分けの結論(平成22年11月16日)

○ 見直しを行う(所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止)

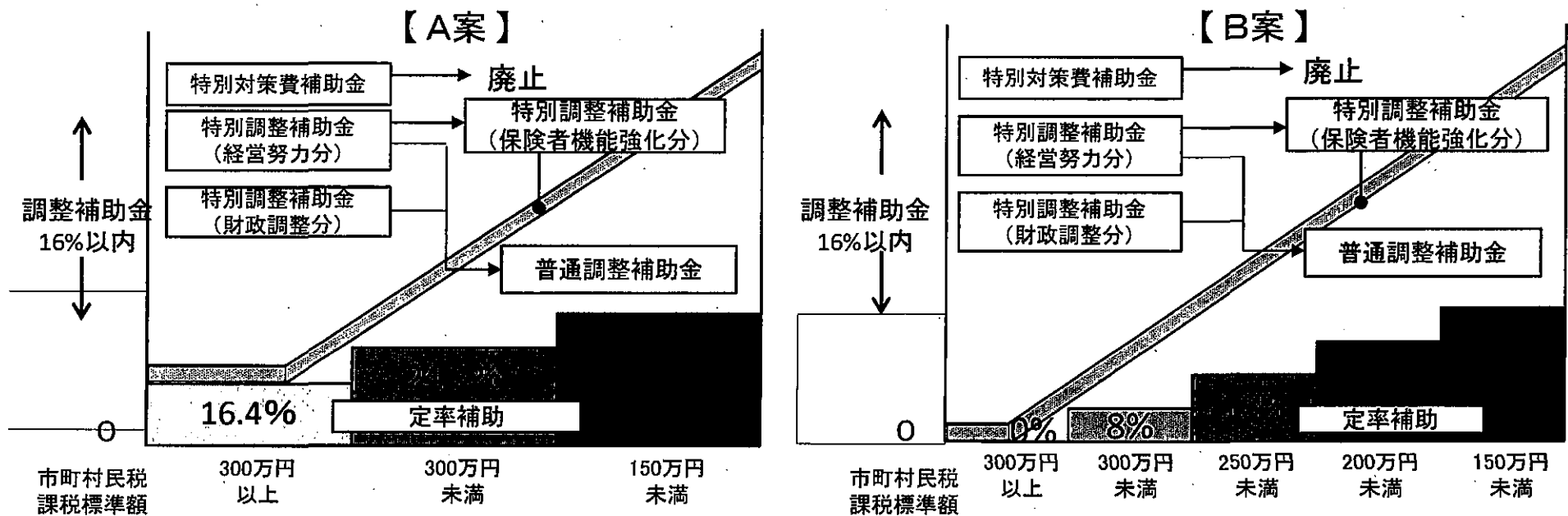
【とりまとめコメント】

それぞれの組合ごとの所得階層が大きく異なっているため、所得の低い皆さんの集団である国保組合については、従前どおりのしっかりとした補助を、その代わりに所得の高い人たちが集まっている国保組合についてはゼロも含めて、厚生労働省B案で進んでいただきたいということを結論とする。

【B案】

○ 「定率補助」は5段階。所得水準の高い国保組合の補助率は、0%

(参考) A案「定率補助」は3段階。補助率は、協会けんぽの水準(16.4%)以上



3. 医療・介護等②

（5）国保組合の国庫補助の見直し

○保険者間の公平を確保する観点から、所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助を見直す。

☆医療保険制度改革の一環として、平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

会計検査院からの処置要求・意見表示事項(国保組合関係)①

会計検査院の平成22年度決算検査報告においては、工事業国保の無資格加入問題の発生を受け、全国の複数の国保組合に対し検査を実施。その結果、厚生労働省に以下の2点について、処置要求及び意見表示がなされており、厚生労働省としては、対応通知を平成24年3月26日付けで発出している。

1 会計検査院法第34条の規定による処置要求事項(抜粋)

については、貴省において、前記4の国保組合に対して、無資格者について速やかに組合員資格の適正化を図らせるよう是正の措置を要求するとともに、国保組合に対して、貴省が前記の研修会で周知した確認の方法等による調査を確実に行わせて、その結果を貴省に報告させるなどして組合員資格の適正化を図り、今後、国保法等の規定にのっとり国保組合の組合員が適正に組織され、ひいては、療養給付費補助金等の算定が適正なものとなるよう是正改善の処置を求めらる。

2 厚生労働省からの通知内容

平成24年3月26日付 保国発0326 第2号 都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)長あて
厚生労働省保険局国民健康保険課長通知

○ 国民健康保険組合における組合員の被保険者資格の確認について

- (1) 全ての国保組合において、全組合員の組合員資格取得後の資格の確認(以下「再確認」という。)を実施し、都道府県を経由し厚生労働省に報告すること。
- (2) 確認項目及び確認方法は、次の通り。
 - ①被保険者の住所 ②組合員の現に従事している業種 ③組合員が健康保険の適用を受けるべき者かの確認(勤務する事業所の法人・個人の別、常時勤務する者の数) ④健康保険適用除外承認を受けるべき者が承認を受けているかの確認
- ⑤再確認は、客観的な証拠書類で確認を行うこと
- (3) 今後は、定期的(2、3年に1回以上)に再確認を実施すること。
- (4) 都道府県は、国保組合から提出のあった調査票を平成24年5月末日までに厚生労働省に提出すること。
(既に確認済の国保組合の場合は、調査票に再確認結果報告書を添付し提出)
- (5) 再確認を行っていない、または追加調査が必要な国保組合は、平成25年12月末日までに再確認(又は追加調査)を実施すること。
- (6) 都道府県は、(5)を平成26年3月末日までに厚生労働省に提出すること。

【参考】

○ 会計検査院法

第34条 会計検査院は、検査の進行に伴い、会計経理に関し法令に違反し又は不当であると認める事項がある場合には、直ちに、本属長官又は関係者に対し当該会計経理について意見を表示し又は適宜の処置を要求し及びその後の経理については是正改善の処置をさせることができる。

会計検査院からの処置要求・意見表示事項(国保組合関係)②

1 会計検査院法第36条の規定による意見表示事項(抜粋)

については、貴省において、国保法の規定にのっとり三師国保組合が適正に組織されるよう、次のとおり意見を表示する。

- ア 三師国保組合に対して、国保組合は、同種の事業又は業務に従事する者を組合員として組織する必要があることの徹底を図るよう指導すること
- イ 三師国保組合に対して、組合員が休廃止を届け出た後におけるそれぞれの事業又は業務への従事の状態を適時的確に把握して組合員資格の管理を適切に行うよう指導すること

2 厚生労働省からの通知内容①

平成24年3月26日付 保発0326第2号 都道府県知事あて
厚生労働省保険局長通知

○ 国民健康保険組合規約例の一部改正について

会計検査院法第36条の規定により、三師国保組合の組合員資格に関し意見表示がなされたことを受け、国民健康保険組合の組合員資格の適正な管理のために、国民健康保険組合規約例第6条に、次の1項を加える。

- ◎ 「組合員が、〇〇の事業(業務)に従事する者(〇〇者)であることの判定基準は、別に定める。」

3 厚生労働省からの通知内容②

平成24年3月26日付 保発0326第1号 都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)長あて
厚生労働省保険局国民健康保険課長通知

○ 国民健康保険組合の組合員資格の適正な取扱いについて

- (1) 三師国保組合においては、組合規約を改正の上、別紙「同種の事業又は業務に従事する者の判定基準に関する指針」を参考として、各国保組合の実情に応じ、同種の事業又は業務に従事する者の判定基準(以下「判定基準」という。)を定めること。
- (2) 国保組合へ加入した後の組合員資格については、定期的(2、3年に1回以上)に確認を行うこと。
- (3) 確認に当たっては、以下の項目について客観的な証拠書類により確認すること。
 - ① 組合員の住所
 - ② 組合員が判定基準に定める業務に従事していること
 - ③ 組合員が健康保険の適用を受けるべき者である場合、組合員の健康保険適用除外承認が適切に行われていること
- (4) 組合規約の改正及び判定基準の策定は、平成24年度末までに行い、遅くとも平成25年度から判定基準による加入資格の管理を実施すること。
- (5) 当該国保組合が規約の改正及び判定基準の策定を行った場合は、その写しを都道府県経由で厚生労働省に提出すること。
- (6) 三師国保組合以外の国保組合においても、必要に応じ、三師国保組合の取扱いに準じて対応すること。

【参考】

- 会計検査院法
第36条 会計検査院は、検査の結果法令、制度又は行政に関し改善を必要とする事項があると認めるときは、主務官庁その他の責任者に意見を表示し又は改善の処置を要求することができる。
- 国民健康保険法
第13条 国民健康保険組合(以下「組合」という。)は、同種の事業又は業務に従事する者で当該組合の地区内に住所を有するものを組合員として組織する。
(第2項～第4項略)

会計検査院からの処置要求・意見表示事項(国保組合関係)②

4 厚生労働省からの通知内容③

平成24年3月26日付 保国発0326 第1号 都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)長 へて
厚生労働省保険局国民健康保険課長通知

○ 国民健康保険組合の組合員資格の適正な取扱いについて

(別紙)

同種の事業又は業務に従事する者の判定基準に関する指針

- 1 医療機関、介護施設又は薬局の開設者又は管理者
- 2 医療機関、介護施設又は薬局で勤務する医師、歯科医師、薬剤師(非常勤勤務者を含む)
- 3 組合員が開設又は管理する医療機関等の従業員
- 4 上記1及び2には該当しないが、医師等の国家資格を有する専門職としての事業又は業務に携わる者(非常勤勤務者を含む)

【例】

- ① 医師等を育成する教育機関等の講師(教師)
- ② 審査支払機関における診療報酬明細書等の審査に携わる者
- ③ 学校医、学校歯科医、学校薬剤師等
- ④ 産業医、警察医、検案業務に携わる者
- ⑤ 検・健診業務に携わる者及び救急科専門医の認定を受け、救急救命の業務に携わる者
- ⑥ 研究機関等において医療に関する調査・研究を行う者
- ⑦ 医師会・国保組合等、その他医療関係機関の役員、委員及び議員等
- ⑧ その他医師会等の事業又は業務に携わる者

7. 市町村国保における保健事業について

平成25年度 国保保健事業（案）

- 22年度に見直した現行の枠組みは維持。
- 被保険者の健康の保持増進・QOLの向上と医療費適正化に資するため、被保険者の積極的な健康づくりを推進し、地域の特性や創意工夫を活かした事業の実施を支援する。
 - ・保健事業の中・長期的な目標とそれを踏まえた単年度の実施計画の策定

平成22～24年度

平成25年度

国保保健事業

(1) 国保ヘルスアップ事業(先駆的・モデル的事業)
 保険者が医療機関等と連携し、地域における生活習慣病の発症予防や重症化予防について、地域における支援体制づくりや効果的保健指導プログラムの開発等を総合的に行う。【ヘルスアップ2010】

(2) 国保保健指導事業

- ① 必須事業（国が重点的に推進する事業）
 - ア 特定健診・特定保健指導未受診者等対策
 - イ 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組
 - ・特定保健指導予備群への保健指導
 - ・30歳代の生活習慣病予備群への保健指導
- ② 国保一般事業
 - ア 健康教育 イ 健康相談
 - ウ 保健指導（例示）
 - ・健診結果に基づく生活習慣病の改善
 - ・重複・頻回受診者への訪問指導
 - ・生活習慣病の重症化予防
 - エ 歯科にかかる保健指導
 - オ 健康づくりを推進する地域活動等
 - カ 保険者独自の取組

(3) 健康管理センター等健康管理事業

- ① 健康管理センターによる事業
- ② 歯科保健センターによる事業
- ③ 直営診療施設による事業

○ 国保ヘルスアップ事業 25年度は実施しない。

※ 国保ヘルスアップ事業（ヘルスアップ2010）は国保一般事業で対応
 次期国保ヘルスアップ事業は26年度以降実施予定

(1) 国保保健指導事業

- ① 必須事業（国が重点的に推進する事業）
 - ア 特定健診未受診者対策
 - ・被保険者の意向を確認し受診勧奨する取組
 - イ 特定健診受診者へのフォローアップ
 - ・健診受診者への丁寧な情報提供
 - ・医療への受診勧奨判定者対策
 - ・特定健診継続受診対策
 - ウ 特定保健指導未利用者対策
 - エ 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組
 （内蔵脂肪型肥満に着目した保健指導）
 - ・特定保健指導予備群への保健指導
 - ・30歳代の生活習慣病予備群への保健指導
- ② 国保一般事業
 （安全性と効果が確認できている方法により実施）
 - ア 健康教育 イ 健康相談 ウ 保健指導
 - エ 歯科にかかる保健指導
 - オ 健康づくりを推進する地域活動等
 - カ 保険者独自の取組

(2) 健康管理センター等健康管理事業

- ① 健康管理センターによる事業
- ② 歯科保健センターによる事業
- ③ 直営診療施設による事業

・保険者の実施計画に基づいた一括助成方式
 ・被保険者数に応じた助成

従来の助成の継続

平成25年度 国保保健事業見直し(案)

○国保ヘルスアップ事業(先駆的・モデル的事業)

22～24年度「国保ヘルスアップ2010」については、国保中央会において評価事業を実施中。

【見直しの方向性】

・25年度は実施しない。

※「国保ヘルスアップ2010」で実施した31保険者の取組は、25年度以降も引き続き一般事業の範囲（データ分析・第三者評価経費を除く）で事業の継続が可能。

・26年度以降、評価事業の成果を踏まえて実施する予定。

○国保保健指導事業

必須事業は毎年度見直すこととしているが、22～24年度の3年間は同じ事業を継続して実施。

【見直しの方向性】

・現行の一括助成方式の枠組みを維持。

・必須事業は

(1)「特定健診・特定保健指導未受診者等対策」を引き続き実施するが、項目を再整理。

①個人を対象とした取組を優先、②効果が期待される取組（医療への受診勧奨判定者対策・特定健診の継続受診対策）を追加し、健診未受診・受診後に分ける。

(2)「生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組」を引き続き実施するが、内蔵脂肪型肥満に着目した早期介入保健指導に限定する。

※ 国保ヘルスアップ事業評価事業中間報告書の成果物「保健事業の手順に沿った評価項目」を活用し、必須事業の実績報告アンケートにおいて自己評価を試行する。

・国保一般事業は

地域の健康課題に応じ、安全性と効果が確認できている方法により行う取組とする。

特定健康診査等実施状況

(平成23年度速報値:国保中央会調べ)

特定健康診査

	対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
平成23年度 (速報値)	22,544,587	7,362,795	32.7%
平成22年度 (確報値)	22,419,600	7,169,761	32.0%

特定保健指導

	対象者数	終了者数	特定保健指導実施率
平成23年度 (速報値)	945,245	204,872	21.7%
平成22年度 (確報値)	1,017,139	196,646	19.3%

※平成23年度速報値は、保険者が社会保険診療報酬支払基金に報告した平成23年度の特定健康診査等の実績報告データをベースとしたファイルの集計結果
 ※平成22年度確報値は、厚生労働省が平成24年12月12日に公表

平成23年度 特定健康診査等実施状況(速報値)

国保中央会調べ

集計項目		合計	男性	女性
特定健康診査	対象者数(人)	22,544,587	10,657,331	11,887,256
	受診者数(人)	7,362,795	3,052,174	4,310,621
	受診率	32.7%	28.6%	36.3%
特定保健指導	対象者数(人)	945,245	615,309	329,936
	対象者割合	12.8%	20.2%	7.7%
	終了者数(人)	204,872	122,202	82,670
	終了率	21.7%	19.9%	25.1%
動機付け支援	対象者数(人)	673,537	402,967	270,570
	対象者割合	9.1%	13.2%	6.3%
	利用者数(人)	187,630	107,455	80,175
	利用率	27.9%	26.7%	29.6%
	終了者数(人)	168,791	96,378	72,413
	終了率	25.1%	23.9%	26.8%
積極的支援	対象者数(人)	271,708	212,342	59,366
	対象者割合	3.7%	7.0%	1.4%
	利用者数(人)	57,937	42,706	15,231
	利用率	21.3%	20.1%	25.7%
	終了者数(人)	36,081	25,824	10,257
	終了率	13.3%	12.2%	17.3%

※平成23年度速報値は、保険者が社会保険診療報酬支払基金に報告した平成23年度の特定健康診査等の実績報告データをベースとしたファイルの集計結果

平成23年度 特定健康診査等実施状況(速報値)

国保中央会調べ

	特定健康診査			特定保健指導(動機付け支援)					特定保健指導(積極的支援)				
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率	対象者数 (人)	利用者数 (人)	利用率	終了者数 (人)	終了率	対象者数 (人)	利用者数 (人)	利用率	終了者数 (人)	終了率
北海道	969,539	227,765	23.5%	21,945	7,511	34.2%	6,647	30.3%	9,282	2,691	29.0%	1,686	18.2%
青森	297,734	86,217	29.0%	6,776	2,613	38.6%	2,560	37.8%	3,271	826	25.3%	453	13.8%
岩手	252,100	98,926	39.2%	10,500	2,282	21.7%	2,265	21.6%	4,365	646	14.8%	560	12.8%
宮城	397,376	172,617	43.4%	17,777	3,120	17.6%	2,691	15.1%	9,100	1,117	12.3%	699	7.7%
秋田	208,615	71,126	34.1%	7,153	1,429	20.0%	1,292	18.1%	3,551	572	16.1%	385	10.8%
山形	205,267	85,652	41.7%	7,164	2,893	40.4%	2,733	38.1%	3,606	1,112	30.8%	631	17.5%
福島	365,878	126,565	34.6%	11,543	2,375	20.6%	2,058	17.8%	5,282	764	14.5%	569	10.8%
茨城	575,023	185,558	32.3%	19,952	6,147	30.8%	5,825	29.2%	9,895	2,248	22.7%	1,254	12.7%
栃木	377,900	111,400	29.5%	10,136	3,545	35.0%	3,143	31.0%	4,376	1,277	29.2%	745	17.0%
群馬	383,568	146,040	38.1%	13,750	2,290	16.7%	2,212	16.1%	5,707	608	10.7%	542	9.5%
埼玉	1,312,207	434,746	33.1%	41,112	9,886	24.0%	8,783	21.4%	14,381	2,044	14.2%	1,563	10.9%
千葉	1,166,579	409,767	35.1%	38,773	9,651	24.9%	8,730	22.5%	14,402	2,949	20.5%	1,797	12.5%
東京	2,231,830	964,406	43.2%	77,714	16,818	21.6%	14,364	18.5%	36,045	6,519	18.1%	3,471	9.6%
神奈川	1,548,525	371,618	24.0%	33,172	4,768	14.4%	4,263	12.9%	11,174	1,079	9.7%	872	7.8%
新潟	416,636	164,876	39.6%	13,695	5,063	37.0%	4,837	35.3%	6,038	1,890	31.3%	1,177	19.5%
富山	175,417	73,621	42.0%	7,086	1,510	21.3%	1,396	19.7%	2,552	368	14.4%	270	10.6%
石川	193,106	76,960	39.9%	6,361	2,842	44.7%	2,810	44.2%	2,476	881	35.6%	484	19.5%
福井	126,299	35,895	28.4%	3,237	1,108	34.2%	1,033	31.9%	1,333	386	29.0%	256	19.2%
山梨	165,216	62,348	37.7%	4,854	2,837	58.4%	2,693	55.5%	2,508	914	36.4%	386	15.4%
長野	374,925	153,533	41.0%	12,933	6,393	49.4%	5,685	44.0%	5,027	2,221	44.2%	1,470	29.2%
岐阜	377,195	132,317	35.1%	11,346	5,033	44.4%	4,755	41.9%	4,164	1,402	33.7%	997	23.9%
静岡	697,379	223,346	32.0%	18,367	5,668	30.9%	4,805	26.2%	6,798	1,747	25.7%	900	13.2%
愛知	1,223,524	437,801	35.8%	39,394	7,520	19.1%	6,500	16.5%	14,208	1,706	12.0%	1,125	7.9%

※平成23年度速報値は、保険者が社会保険診療報酬支払基金に報告した平成23年度の特定健康診査等の実績報告データをベースとしたファイルの集計結果

平成23年度 特定健康診査等実施状況(速報値)

国保中央会調べ

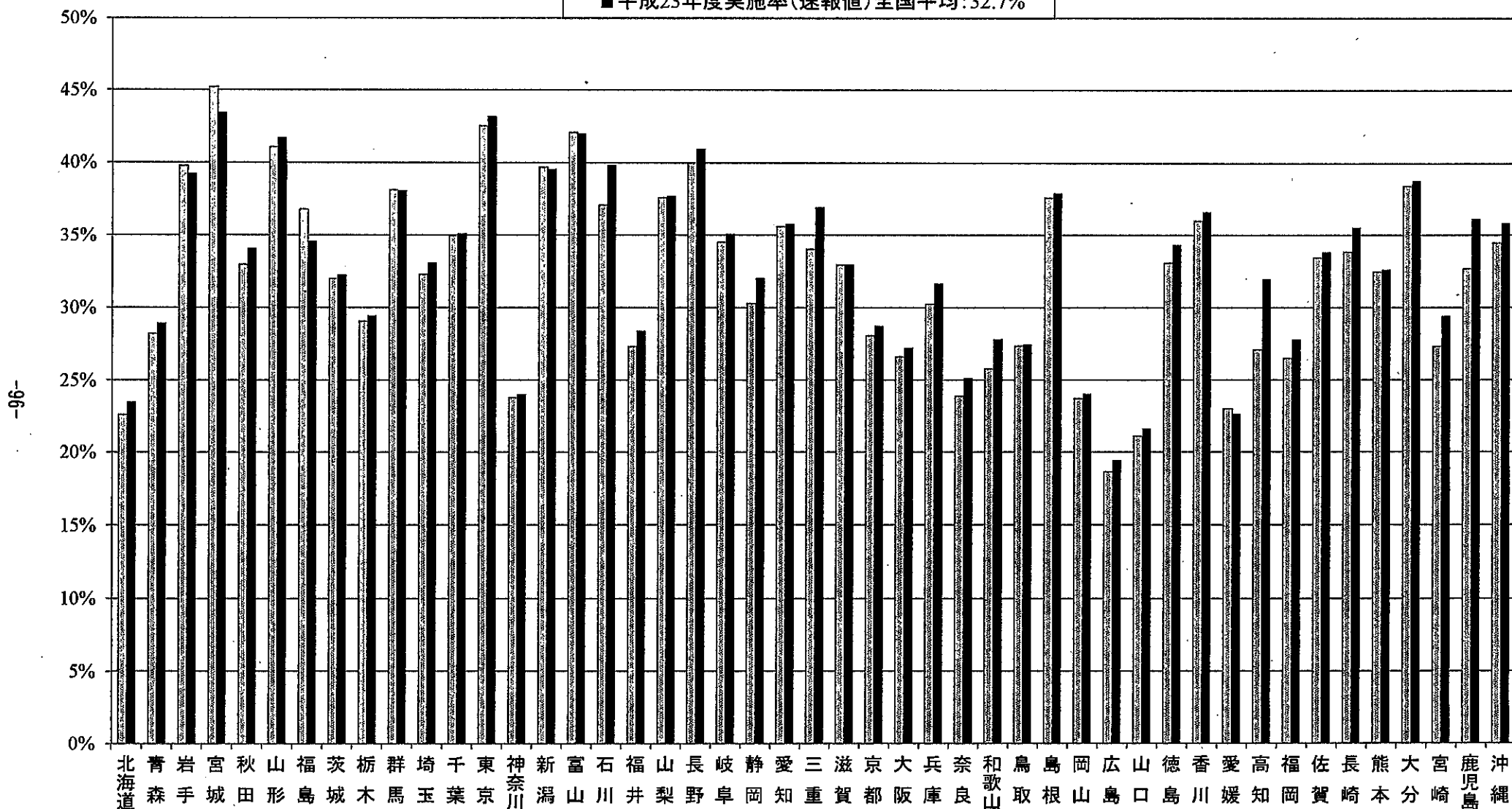
	特定健康診査			特定保健指導(動機付け支援)					特定保健指導(積極的支援)				
	対象者数 (人)	受診者数 (人)	受診率	対象者数 (人)	利用者数 (人)	利用率	終了者数 (人)	終了率	対象者数 (人)	利用者数 (人)	利用率	終了者数 (人)	終了率
三重	318,190	117,514	36.9%	10,773	1,959	18.2%	1,794	16.7%	3,652	376	10.3%	276	7.6%
滋賀	209,250	69,061	33.0%	6,416	1,707	26.6%	1,437	22.4%	2,097	448	21.4%	232	11.1%
京都	430,157	123,664	28.7%	10,709	2,657	24.8%	2,335	21.8%	4,169	722	17.3%	470	11.3%
大阪	1,581,945	431,317	27.3%	39,334	6,543	16.6%	5,658	14.4%	14,954	1,654	11.1%	1,133	7.6%
兵庫	944,308	298,772	31.6%	26,638	6,834	25.7%	5,858	22.0%	9,303	1,716	18.4%	859	9.2%
奈良	249,346	62,709	25.1%	5,647	1,032	18.3%	871	15.4%	1,814	315	17.4%	187	10.3%
和歌山	211,528	58,845	27.8%	5,328	1,822	34.2%	1,414	26.5%	2,593	288	11.1%	239	9.2%
鳥取	102,311	28,115	27.5%	2,594	615	23.7%	475	18.3%	874	146	16.7%	104	11.9%
島根	119,998	45,490	37.9%	3,742	917	24.5%	851	22.7%	1,280	226	17.7%	128	10.0%
岡山	311,828	74,954	24.0%	7,858	1,284	16.3%	1,029	13.1%	2,346	268	11.4%	178	7.6%
広島	464,786	90,268	19.4%	9,943	2,912	29.3%	2,732	27.5%	3,334	488	14.6%	412	12.4%
山口	261,082	56,416	21.6%	4,936	1,083	21.9%	905	18.3%	1,436	234	16.3%	148	10.3%
徳島	127,850	43,863	34.3%	4,272	2,686	62.9%	2,656	62.2%	1,562	740	47.4%	630	40.3%
香川	169,102	61,890	36.6%	6,597	1,234	18.7%	1,286	19.5%	2,336	287	12.3%	265	11.3%
愛媛	270,195	61,164	22.6%	6,374	2,271	35.6%	2,127	33.4%	2,687	739	27.5%	476	17.7%
高知	147,764	47,270	32.0%	5,396	1,289	23.9%	1,185	22.0%	2,540	472	18.6%	282	11.1%
福岡	811,292	225,559	27.8%	21,940	10,292	46.9%	8,943	40.8%	8,236	2,815	34.2%	1,800	21.9%
佐賀	143,666	48,628	33.8%	4,509	2,479	55.0%	2,186	48.5%	1,788	765	42.8%	425	23.8%
長崎	277,350	98,561	35.5%	8,931	4,340	48.6%	4,016	45.0%	3,890	1,613	41.5%	804	20.7%
熊本	344,285	112,321	32.6%	10,410	4,206	40.4%	3,873	37.2%	5,172	1,625	31.4%	1,045	20.2%
大分	207,810	80,611	38.8%	8,629	2,911	33.7%	2,705	31.3%	3,069	896	29.2%	695	22.6%
宮崎	224,977	66,219	29.4%	6,756	2,826	41.8%	2,626	38.9%	2,862	687	24.0%	403	14.1%
鹿児島	311,166	112,426	36.1%	10,387	3,978	38.3%	3,684	35.5%	3,956	1,294	32.7%	799	20.2%
沖縄	262,563	94,058	35.8%	10,678	6,451	60.4%	6,065	56.8%	6,217	3,156	50.8%	1,799	28.9%
全国	22,544,587	7,362,795	32.7%	673,537	187,630	27.9%	168,791	25.1%	271,708	57,937	21.3%	36,081	13.3%

※平成23年度速報値は、保険者が社会保険診療報酬支払基金に報告した平成23年度の特定健康診査等の実績報告データをベースとしたファイルの集計結果

市町村国保 都道府県別の特定健康診査実施率(平成23年度速報値)

国保中央会調べ

□ 平成22年度実施率(速報値)全国平均:32.0%
 ■ 平成23年度実施率(速報値)全国平均:32.7%



※平成22年度速報値は、保険者が社会保険診療報酬支払基金に報告した平成23年度の特定健康診査等の実績報告データをベースとしたファイルの集計結果
 ※平成23年度速報値は、保険者が社会保険診療報酬支払基金に報告した平成23年度の特定健康診査等の実績報告データをベースとしたファイルの集計結果

平成23年度 国保保健指導事業(必須事業)実施状況調査①

～資料を使った特定健診未受診者対策について～

- ①実施保険者数:211保険者(資料数:355)
- ②実施保険者の特定健診受診率(H23年度速報値)

	平均	最大値	最小値
受診率	34.9%	71.1%	13.1%
受診率伸び幅 (H22年度法定報告比)	0.7%	13.2%	-8.5%

- ③実施保険者の内、特定健診受診率伸び幅が5%以上あった保険者の状況

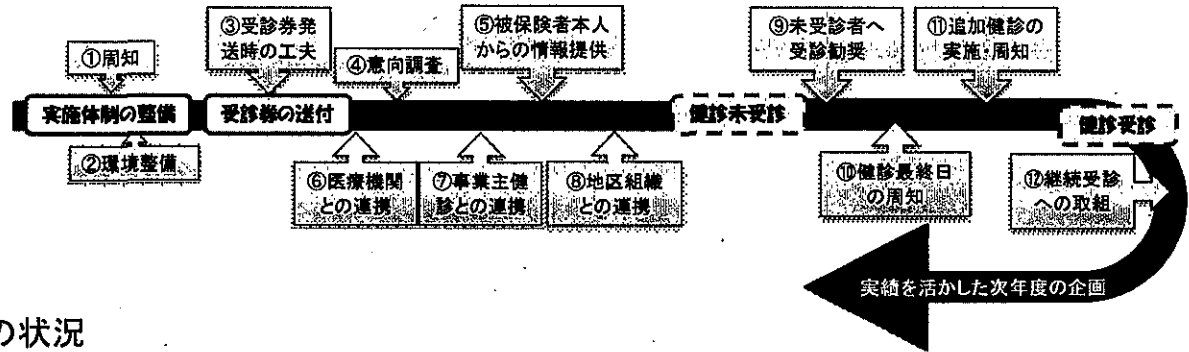
	町村(被保険者 5,000人未満)	町村5,000人以上～ 市5万人未満	市5万人以上～政 令市・特別区	合計
実施保険者数	43	139	29	211
5%以上UP	10	9	3	22

- ④特定健診受診率伸び幅5%以上保険者が行った工夫点の内、効果があったと答えた取組

5%以上 保険者 取組	資料数 (保険 者数)	工夫点									
		記載内容(重複回答)					方法(重複回答)				
		法 の 記 載	分 か り 易 い 受 診 方	受 診 者 の 声 を 掲 載	個 人 デ ー タ の 添 付	お 得 情 報 の 掲 載	そ の 他 (*)	の 同 時 実 施	そ の 他 取 組 み と	他 機 関 と の 連 携	対 象 者 の 限 定
工夫点	39 (22)	24	1	4	20	13	11	8	17	13	6
効果あり		5	0	2	4	6	6	3	9	7	5
%		20.8%	0.0%	50.0%	20.0%	46.2%	54.5%	37.5%	52.9%	53.8%	83.3%

* その他の例:記載内容[追加健診][がん検診等の情報][健康教室の案内][受診券の有効期間]等
方法[がん検診との同時実施]等

- ⑤特定健診過程における、各機会を捉えた受診勧奨



◆主な内容◆

- ①周知
 - ・ポスターや広報誌による案内周知
- ②環境整備
 - ・がん検診との同時実施
 - ・休日健診
 - ・アンケート結果による改善
- ③受診券発送時の工夫
 - ・誕生月に送付
 - ・昨年度の受診月に送付
- ④意向調査
 - ・意向に合わせた受診勧奨
- ⑤被保険者本人からの情報提供
 - ・医療機関受診時の検査結果の提供
 - ・事業主健診結果の提供
 - ・人間ドックの結果提供
- ⑥医療機関との連携
 - ・検査データの提供
 - ・医師より受診勧奨
- ⑦事業主健診との連携
 - ・健診データの提供
- ⑧地区組織との連携
 - ・健康づくり推進委員による家庭訪問
 - ・推進員手作りの受診勧奨資料
- ⑨未受診者への受診勧奨
 - ・TEL・訪問による勧奨
 - ・未受診理由に応じた勧奨
 - ・受け忘れ防止
- ⑩健診最終日の周知
 - ・健診最終日直前の案内
- ⑪追加健診の実施・周知
 - ・追加健診の実施
- ⑫継続受診への取組
 - ・保健指導の充実
 - ・健診結果通知の工夫
 - ・受診勧奨通知の工夫

平成23年度 国保保健指導事業(必須事業)実施状況調査②

～資料を使った特定健診未受診者対策の効果について～

◆所感

未受診者対策について効果があるとされる取組には、以下のような傾向が見られた。

①健診過程(タイミング)を捉えた、ターゲットを絞った取組

・図「特定健診過程における、各機会を捉えた受診勧奨」参照

②一方通行の勧奨ではなく、対象者の意向を確認

・資料による受診勧奨に合わせて、電話や家庭訪問での勧奨を実施

③メッセージ性の高いパンフレットの工夫

・業者作成したパンフレットが多く活用されていたが、保険者の特徴や個人へ向けたメッセージを追記するなど、保険者と業者が連携して作成したものの方が効果的

④新たな取り組みの実施

・一般的には珍しくない取組でも、これまでに実施したことのない保険者が取り組むと効果的

⑤未受診者対策と平行した継続受診への取組

・健診結果を手渡しする結果説明会の実施など、継続受診への取組

⑥地域の状況を踏まえた取組

・同じような取組を行っても、地域によって効果の差異がある

国保ヘルスアップ事業評価事業①

<目的>

国保ヘルスアップ事業における、先駆的、モデル的取組について、国保データベース(KDB)システム等を活用した事業評価を行う。そこで得られたエビデンスや成果を事業モデルや参考事例として、国保連合会とともに国保保険者へ提供することにより、国保ヘルスアップ事業の一層の普及を図り、今後、展開される新たな特定健康診査・特定保健指導を着実に推進することを目的とする。

<事業内容>

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| (1) 評価会議等の開催(アドバイザー会議含む) | (4) 事例集の作成 |
| (2) 実施保険者への現地調査及び支援 | (5) データ活用支援ツールの開発(KDBとの連携) |
| (3) 実施事業評価のための手法等の開発 | (6) 保険者支援に必要な体制、手法の検討 |

<実施主体> 国民健康保険中央会

<実施期間> 平成23~25年度

評価会議・アドバイザー会議の開催

● 検討事項

- (1) 共通の評価項目・手順等による共通の評価手法の検討
- (2) 効果的な生活習慣病発症予防・重症化予防のための支援プログラムの検討
- (3) 被保険者を中心とした地域の連携支援体制作りの検討
- (4) 効果的手法の普及及び事例集の作成

● 開催実績

評価会議 平成23年10月6日より4回開催

アドバイザー会議 平成23年11月7日より5回開催

その他、保険者の現地ヒアリング、保険者報告会を実施

● 委員(敬称略・五十音順)

飯島 幸雄	社団法人国民健康保険中央会常務理事	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長
◎伊藤 雅治	社団法人全国社会保険協会連合会 理事長	杉田 由加里	国立保健医療科学院主任研究官
○岡山 明	公益財団法人結核予防会 常任理事	古井 祐司	東京大学医学部附属病院HCC予防医学研究センター長
尾島 俊之	国立大学法人浜松医科大学健康社会医学部教授	安村 誠司	福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授
掛川 秋美	福岡県健康増進課保健事業係長	吉池 信男	青森県立保健大学健康学部栄養学科教授
佐藤 由美	国立大学法人群馬大学医学部保健学科教授		

* ◎は評価会議座長を示す

* 必用に応じアドバイザー会議を設置、○はアドバイザー会議座長を示す

国保ヘルスアップ事業評価事業②

～中間報告書より～

「保健事業の手順に沿った評価基準」評価項目一覧

段階	項番	評価項目
Ⅰ 事業企画・立案	企画・立案に係るもの	I-1 健診データ、レセプトその他統計資料等のデータに基づいて現状分析をしている
		I-2 現行実施している保健事業の内容・体制の評価をしている
		I-3 健康課題を明確にしている
		I-4 地域資源を把握している
		I-5 事業目的を明確にしている
		I-6 事業目的に応じた各種保健事業を企画している
		I-7 個別事業の優先順位を付けている
		I-8 企画段階から庁内及び庁外の関係者とともに事業内容について検討している
		I-9 事業目的に応じた対象者の選定基準を設定している
		I-10 個別事業及び全体としての成果目標を設定している
		I-11 事業の評価指標・評価方法を設定している
		I-12 事業運営委員会を設け、事業の運営状況を監理できる体制を整備している
		I-13 関係者と調整しスケジュールを立てている
		I-14 保健事業の質の向上のための取組みを行っている。
	準備に係るもの	I-15 事業に必要な予算を確保している
		I-16 関係機関・関係課と連携・調整のうえ、実施体制を構築している
		I-17 個別事業の具体的な実施手順を明らかにし、保健指導実施関係者間で共有している
		I-18 苦情処理の体制を確保している
		I-19 計画に基づいた参加者の募集を実施している
Ⅱ 事業実施	Ⅱ-1 事業開始より関係者間で情報共有を行っている	
	Ⅱ-2 参加者個人の目標を設定している	
	Ⅱ-3 保健指導実施者が参加者個人の状況をモニタリングしている	
	Ⅱ-4 事業実施責任者が事業実施状況をモニタリングしている	
	Ⅱ-5 脱落防止のために、欠席者等にフォローを行っている	
	Ⅱ-6 安全管理に留意している	
	Ⅱ-7 個人情報適切に管理している	
	Ⅱ-8 個人目標の達成状況を評価している	
	Ⅱ-9 保健指導終了後のフォローアップを行っている	
Ⅲ 評価	Ⅲ-1 事業評価を実施している	
	Ⅲ-2 事業結果をとりまとめている	
	Ⅲ-3 第三者評価を受けている	
	Ⅲ-4 事業結果を公表している	
	Ⅲ-5 次年度計画等に向けた改善点を明確にしている	

● 評価項目は3項目で構成

【評価】

- ・判定レベル(3段階)
 - a) 最も望ましい状態
 - b) 概ね望ましい状態
 - c) 課題が残っている状態

【基本的な考え方】

- ・評価のポイント
- ・実施事項の必要性
- ・注意点の解説

【判断基準】

- ・実際に評価を行う際の基準
- ・実施すべき具体的内容
- ・実施した事項にチェックを入れて判断材料とする
- ・必須項目の設定あり



● 将来的な活用方法

- ① 保健事業に取り組む保険者が実施すべき事項を確認
- ② 保健事業を実施した保険者が自己評価を実施する際に活用
- ③ 第三者が評価する際に活用

国保保健事業における課題

～特定健診・保健指導等の実施から見えてきた課題～

●特定健診・特定保健指導について

①実施率を高める必要性(アウトプット)

- ・効果的な未受診者・未利用者対策、継続受診対策

②事業実施の効果を高める必要性(アウトカム)

- ・要治療者への受診勧奨と受診確認
- ・効果的な情報提供
- ・保健指導効果の確認、質の向上(委託事業の費用対効果の確認)
- ・2年目以降の保健指導の工夫

●特定健診等以外の保健事業について

①地域の健康課題の明確化と中長期的な保健事業の効果の確認

- ・電子化されたレセプト・健診データ等の分析

②特定健診結果を活用した事業の展開

- ・特定保健指導対象外の者への保健指導(発症予防・重症化予防)
(特定保健指導予備群への早期介入、非肥満者でリスク保有者への対応、治療中者への対応)

③特定健診対象外の者へのアプローチ

- ・40歳未満の者に対する生活習慣病に着目した健診・保健指導の実施
- ・生活習慣病に関する啓発

④医療費適正化効果の高い取組

- ・重複頻回受診者・多剤投与の訪問指導

●地域保健としての国保保健事業の展開

①住民の健康づくり施策との関連性を踏まえた庁内の連携

②地域資源を活用した事業展開(住民組織、医療機関、商工会等との連携)

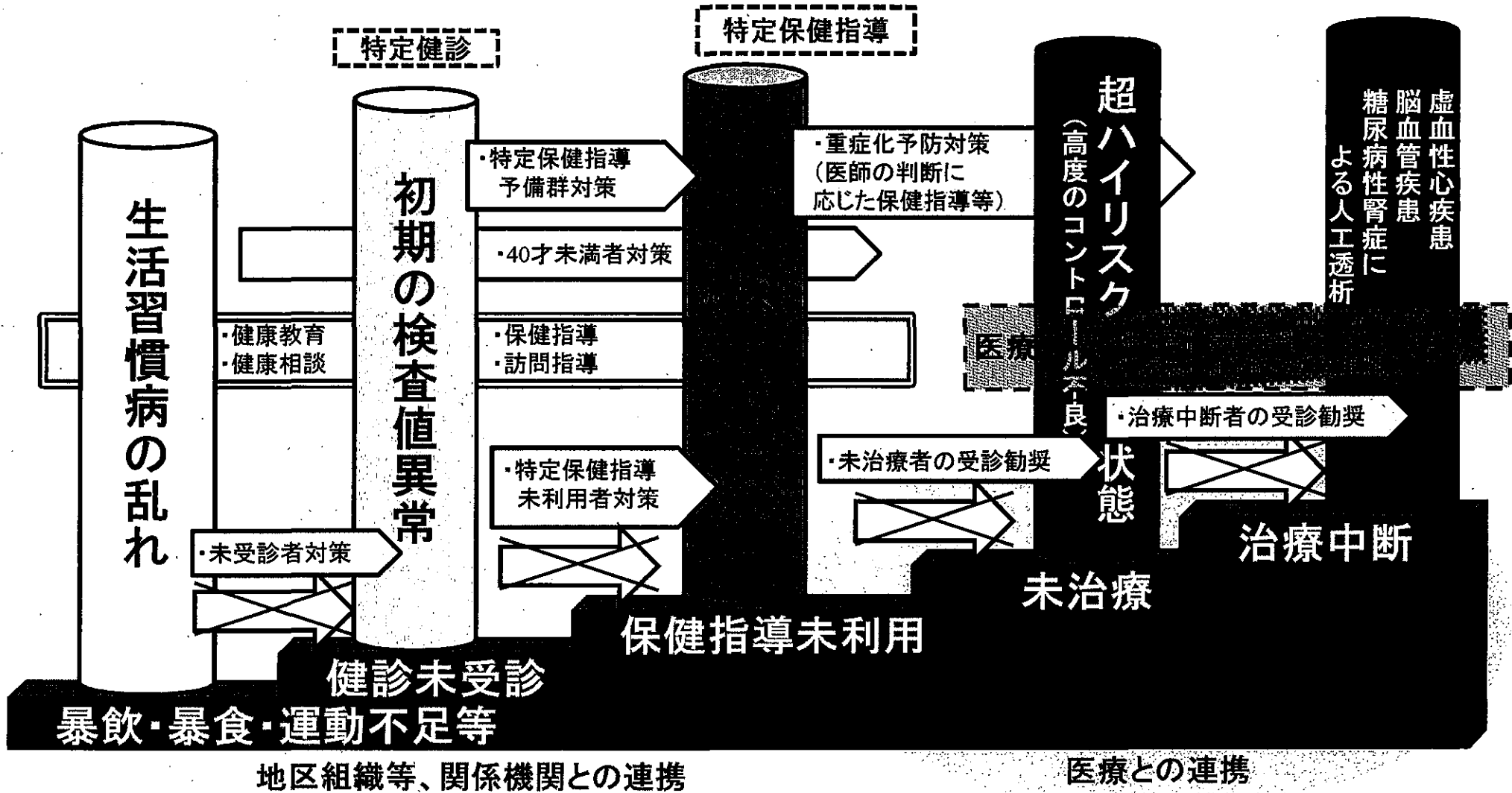
個人の健康リスクの進展に沿った効果的支援策

ポピュレーション
アプローチ

発病予防

重症化予防

疾病管理
専門医療の適正受診
生活のコントロール支援



国保ヘルスアップ事業の今後の展開

H22年度～24年度 国保ヘルスアップ事業2010

(H22～24年度21市町村、H22・23年度10市町村)

先駆的・モデル的な取組として位置づけを明確化

(事業内容) 被保険者の健康の保持・増進、生活の質の向上を目的として、医療機関等と連携し、保健師が中心となって地域における生活習慣病の発症予防や重症化予防について、特定健診結果等を活用し、地域における支援体制づくりや効果的保健指導プログラムの開発等を総合的に行う事業。

(助成期間) 3年(平成22年度～24年度)、2年(平成23・24年度)

(助成限度額) 600万円/年

H23年度～H25年度

国保ヘルスアップ事業評価事業 (国保中央会)

<事業内容>

- (1) 評価会議等の開催(アドバイザー-会議含む)
- (2) 実施保険者への現地調査及び支援
- (3) 実施事業評価のための手法等の開発討
- (4) 事例集の作成
- (5) データ活用支援ツールの開発(KDBとの連携)
- (6) 保険者支援に必要な体制、手法の検討

<成果>

H24年末 中間報告書

- 「保健事業の手順に沿った評価基準」

<今後の予定>

H25年中 最終報告書

H25年度 評価事業の成果の活用(中間報告書)

保健事業の手順に沿った評価項目の活用

- ヘルスアップ事業実績報告にて活用
- 必須事業実施保険者の自己評価への活用

H26年度以降の新たな国保保健事業(予定)

国保ヘルスアップ事業2014

国保ヘルスアップ事業評価事業で得られたエビデンスや成果を活用し、先駆的・モデル的な取組を実施する予定。

保健事業支援システムの活用

第三者評価委員会による保健事業の支援(助言・評価・情報収集/提供・研修)を活用した、PDCAサイクルによる事業展開、地域の連携体制整備への取組を基本とした、地域の実状に応じた効率的・効果的な保健事業の展開。

H25年度～

保健事業評価検討会の設置 (国保中央会)

<検討事項>

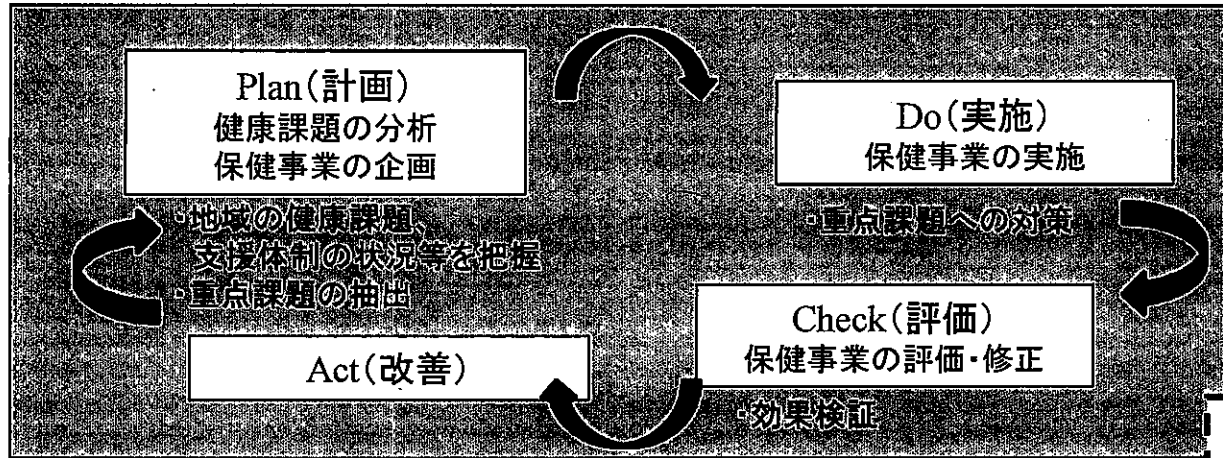
- 国保における保健事業の評価方法
- 都道府県レベルの第三者評価委員会の設置方策

*H26年度以降、保健事業支援システムの全国展開を目指す。

新たな国保保健事業のイメージ

地域の健康づくりと国保保健事業の質の向上を目的に、PDCAサイクルを活用した事業展開、地域の連携体制整備への取組を基本として、さらに、効率的・効果的な保健事業の展開に向けた第三者評価(助言、評価、事例収集と提供の仕組み)の活用を必須事項とする。

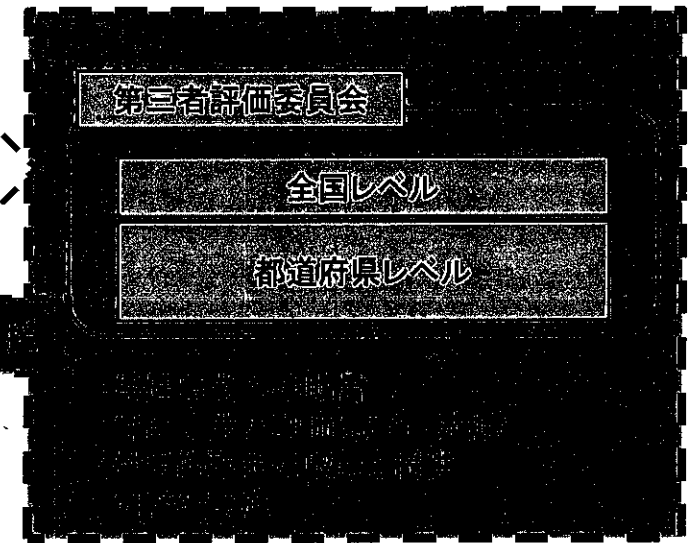
1. 事業の計画・実施・評価(PDCAサイクル)の取組



KDB

※KDB(国保データベース):
国保レセプト、特定健診・保健指導データ、
介護データを収集・突合分析し、
全国的な集計データや国保被保険者別の
健康管理データを作成。

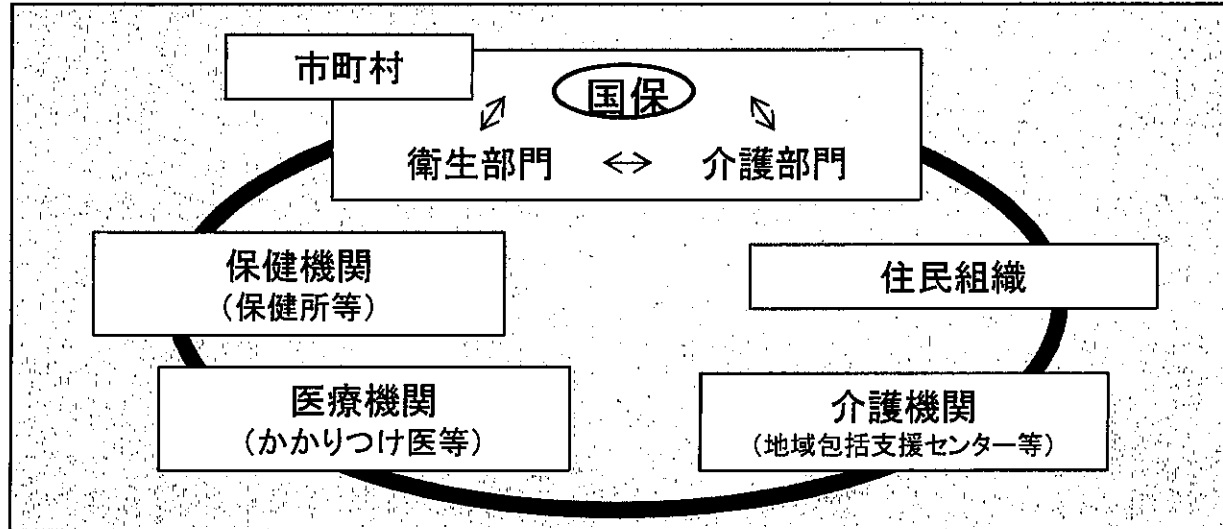
3. 保健事業支援システムの活用



報告

2. 地域の連携体制整備への取組

※補助対象事業については、別途要件を定めることとする。



Show (情報公開)

・効果的な保健事業の提示