



- 地方分権改革推進委員会第3次勧告で指摘された規定については、勧告に従って廃止。
- 民主党マニフェストで盛り込まれた地域保険としての一元的運用の方向性及び地方分権改革推進要綱の趣旨を踏まえ、市町村国保の都道府県単位化を進めるための環境整備として、新たに都道府県の判断により、以下のことを実施できることとする。
 - ① 保険財政共同安定化事業の拡大(対象医療費の引下げ等)
 - ② 「広域化等支援方針(仮称)」の策定
 - ③ 事業運営について改善の必要が認められる市町村に対する助言又は勧告
- 「地域保険としての一元的運用」のあり方については、高齢者医療制度の見直しにあわせて議論を行う。

☆ 「広域化等支援方針(仮称)」のイメージ

都道府県が、市町村の意見を聞きつつ、国保の都道府県単位化に向けた3～5年程度の支援方針を策定。

<p>(1) 事業運営の広域化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・収納対策の共同実施 ・医療費適正化策の共同実施 ・広域的な保健事業の実施 ・保険者事務の共通化 など 	<p>(2) 財政運営の広域化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険財政共同安定化事業の拡充 ・都道府県調整交付金の活用 ・広域化等支援基金の活用など 	<p>(3) 都道府県内の標準設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険者規模別の収納率目標 ・赤字解消の目標年次 ・標準的な保険料算定方式 ・標準的な応益割合 など
--	--	---

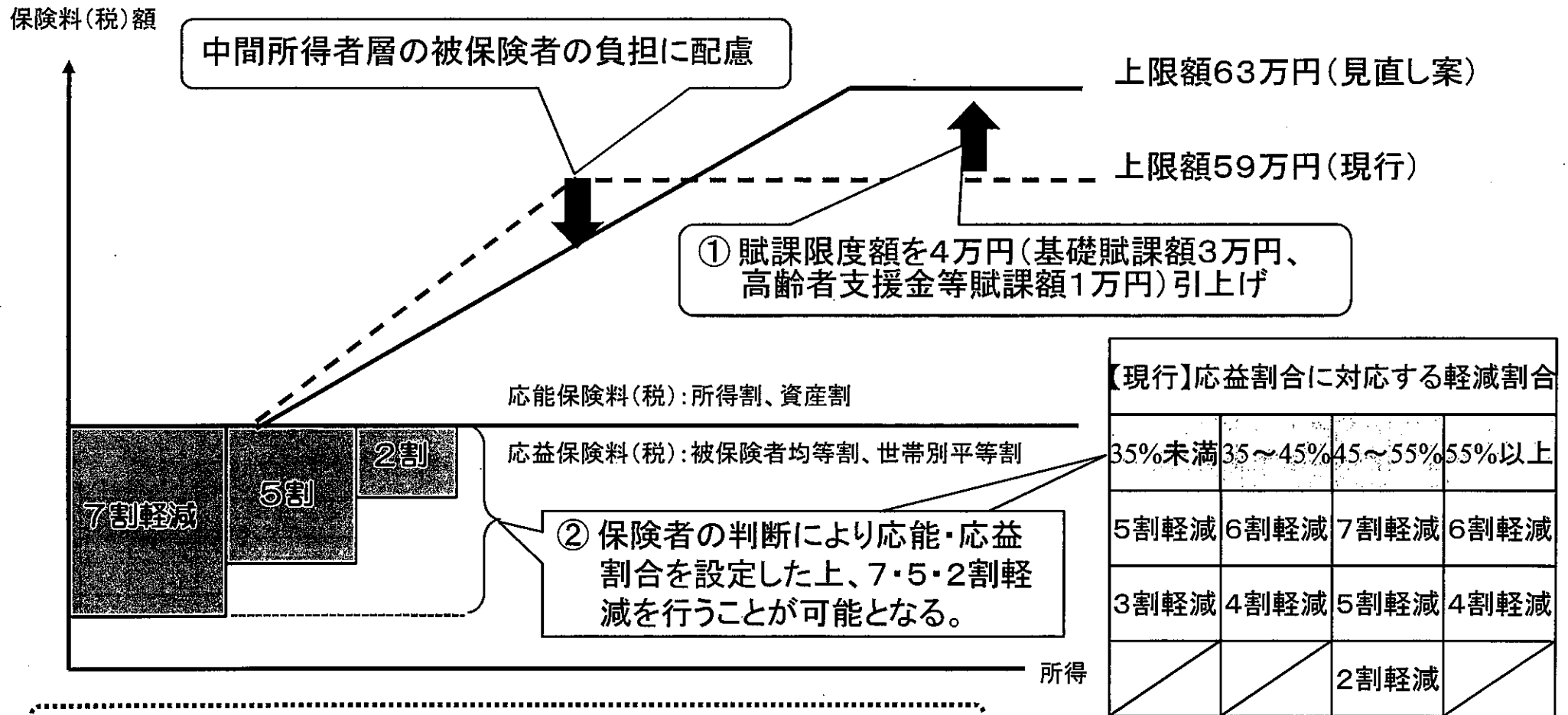
(参考)「広域化等支援方針(仮称)」が策定された都道府県については、次の措置を講じる。

- ① 保険料収納率が基準を下回る市町村国保に対する国の交付金の減額措置の廃止
- ② 広域化等支援基金の都道府県による使用の容認(広域化等支援方針策定経費への支出等)

(3) 市町村国保の保険料(税)のあり方

(a) 市町村の実情に応じた保険料(税)の設定

- ① 保険料(税)の保険料賦課限度額を4万円引き上げる。
- ② 保険料(税)を減額賦課する際、応益割合にかかわらず7・5・2割軽減を可能とする。



保険税では、地方税法を改正。保険料では、国保法施行令を改正

(b) 非自発的失業者の保険料(税)の軽減

リストラなどで職を失った失業者が、在職中と同程度の保険料負担で医療保険に加入できるよう、国民健康保険料(税)の負担軽減策を講じる。【平成22年4月施行】

1. 軽減措置の概要

- ① 次の非自発的失業者の国民健康保険料(税)については、失業時からその翌年度末までの間、前年所得の給与所得を30/100として算定
 - ・ 雇用保険の特定受給資格者(倒産、解雇等の事業主都合により離職した者)
 - ・ 雇用保険の特定理由離職者(雇用期間満了などにより離職した者)
- ② 高額療養費等の所得区分の判定についても、給与所得(前年)を30/100として対応

2. 保険料(税)の減収に対する措置

- ① 保険基盤安定制度(保険料軽減分・保険者支援分)により、公費負担(国・都道府県・市町村)
※平成22年度要求額 国 約40億円、都道府県 約170億円、市町村 約70億円(地方分は地方財政措置要求)
- ② ①の対象者分については、①の補てんでは不足する平均保険料と軽減後の保険料との差額を特別調整交付金で補てん
※1①以外の非自発的失業者(65歳以上の者や雇用保険適用外の者など)は、引き続き、条例減免で対応することとし、条例減免に対する特別調整交付金の補てん措置も継続。
※平成22年度所要額 約180億円(見込み)

医療提供体制について

医療提供体制について

ポイント

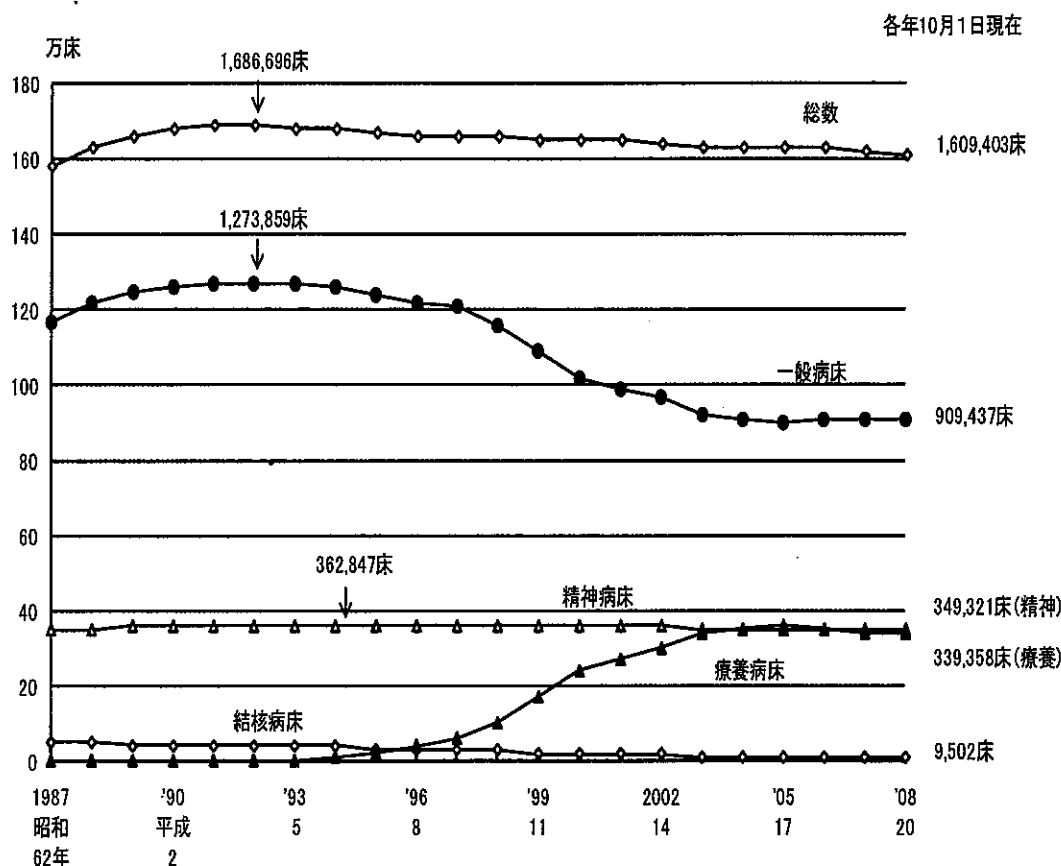
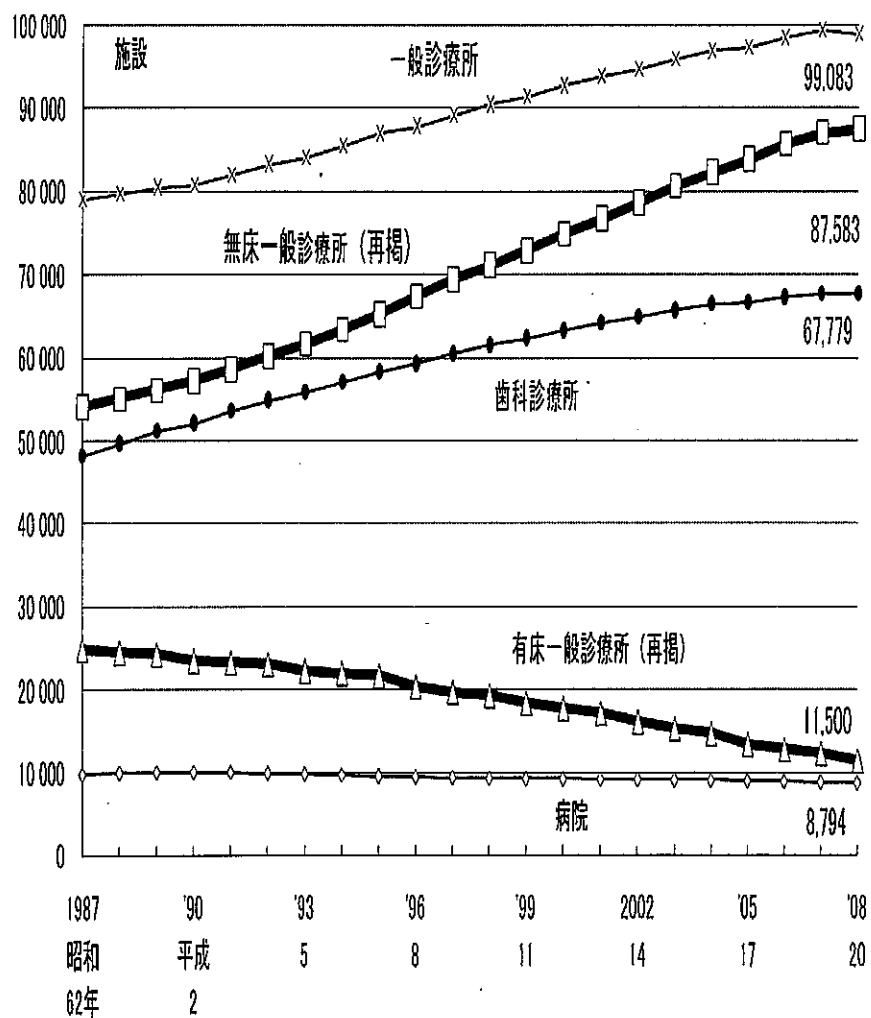
- 我が国の医療提供体制に関する法制度は、
 - ・ 医療法：医業を行う場所を病院(20床以上の病床を有するもの)と診療所(病床を有さないもの)又は19床以下の病床を有するもの)に限定するなど、医療施設等について規定
 - ・ 医師法、保健師助産師看護師法等：医師、看護師等の資格・業務等について規定を中心として構築されている。
- 医療提供体制の確保を図るため、各都道府県において、国が定める基本方針・地域の実情を踏まえて医療計画を策定している。

基本データ

- 医療施設数＝病院：8,794、診療所：99,083、歯科診療所：67,779 （平成20年）
- 病床規模別病院数＝500床～：468、300～499床：1,111、100～299床：3,876、20～99床：3,339 （平成20年）
- 医療関係者数＝医師：286,699人、歯科医師：99,426人、薬剤師：267,751人、看護師：882,819人 （平成20年、看護師については平成19年）

医療施設数・病院病床数の年次推移

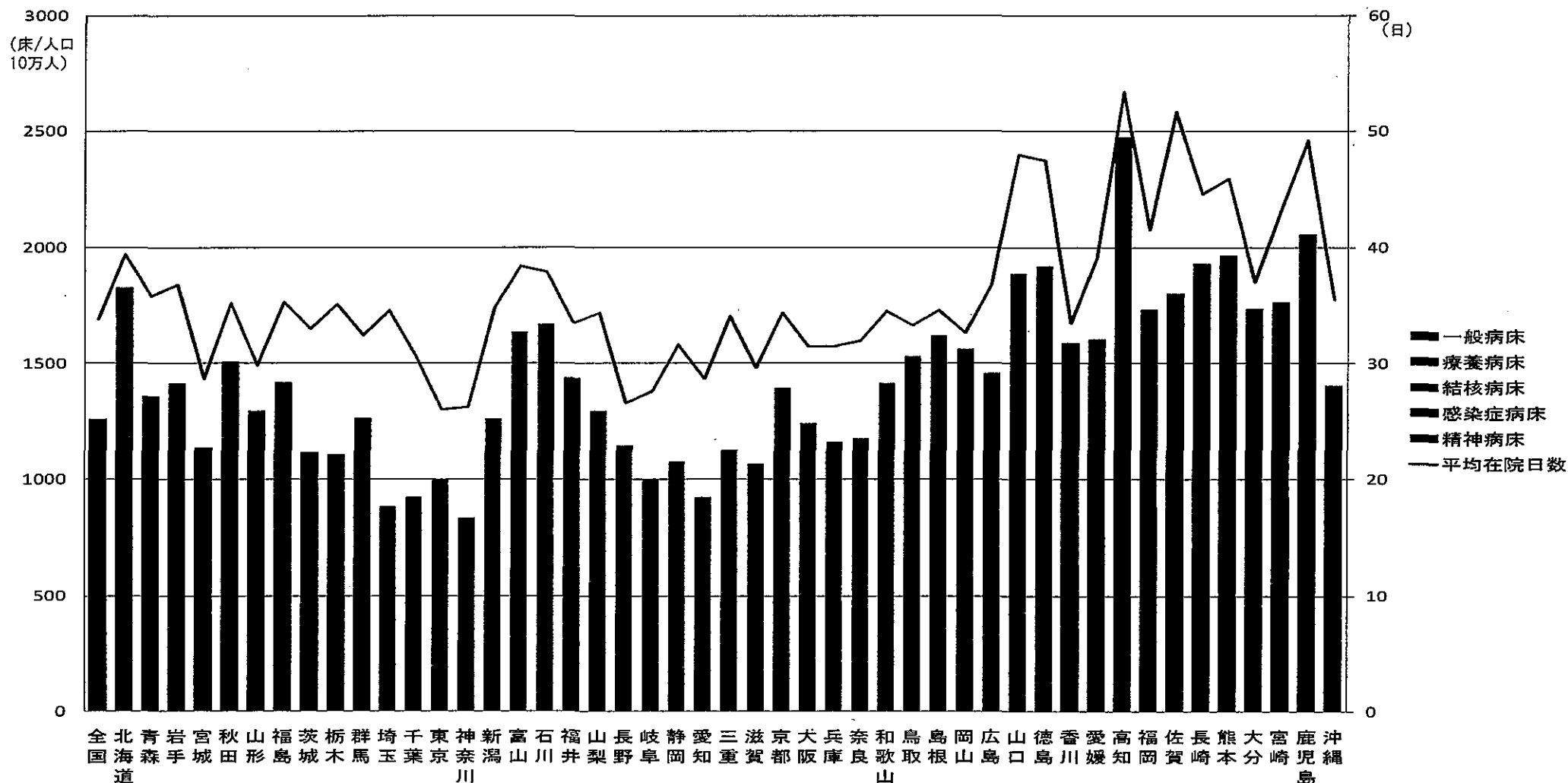
- 病院施設総数は、平成2年の10,096病院をピークに約1割減少し、平成20年で8,794病院。
- 有床診療所が大幅に減少する一方で、無床診療所は、有床診療所の無床化等により大幅に増加。
- 病院の病床数は、1,609,403床で、ピーク時よりも77,293床減少している。



注: 1) 「一般病床」は、昭和59年～平成4年は「その他の病床」であり、平成5年～平成12年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13・14年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を除く。)」である。
 2) 「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

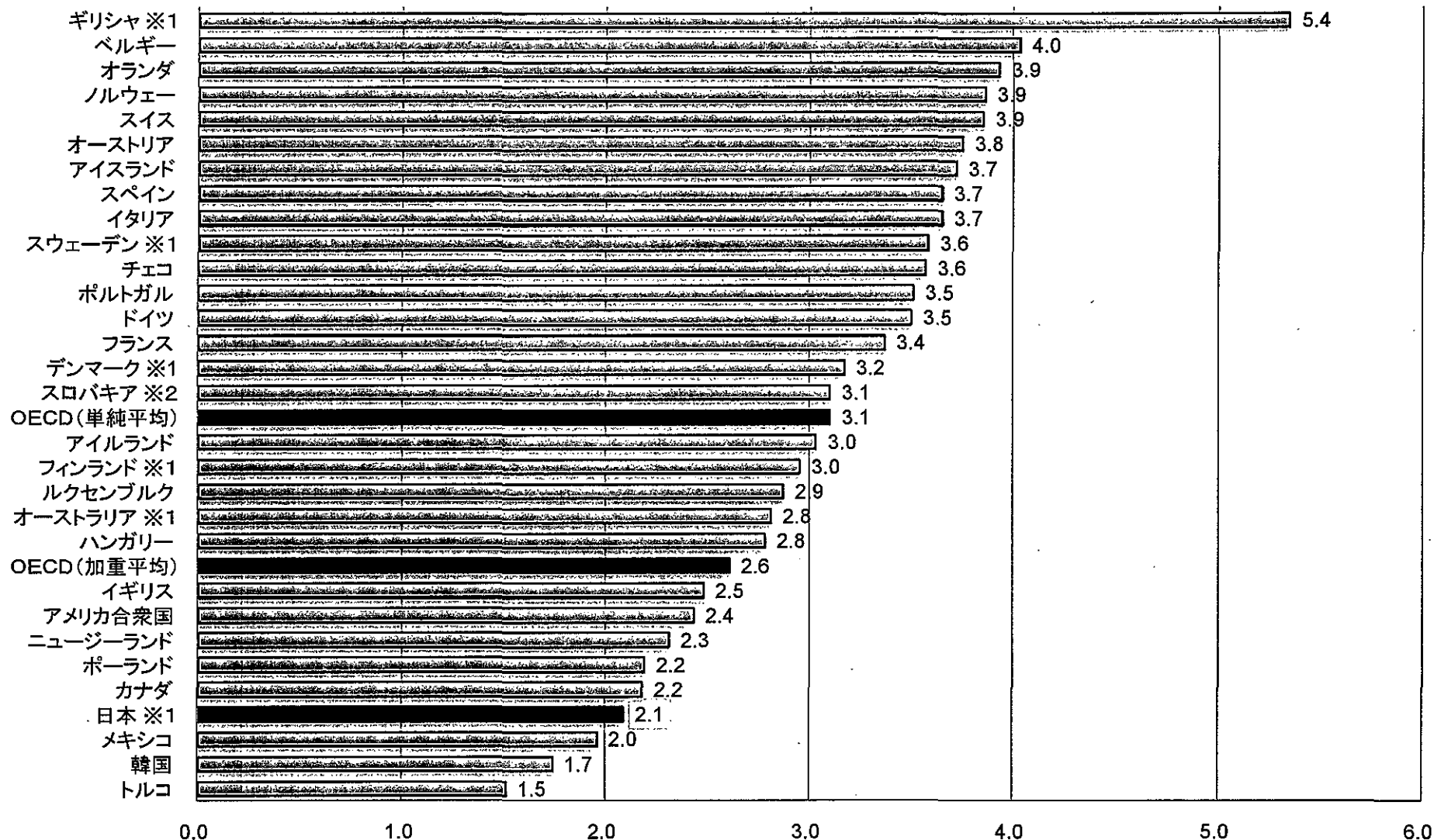
人口10万人当たり病院病床数、病院平均在院日数(平成20年)

- 人口10万人当たりの病院病床数は、全国平均は1260.4床で、前年に比べて7.6床減少。
都道府県別にみると、最多は高知県(2477.9床)、最少は神奈川県(832.2床)。
- 病院平均在院日数は、全国平均で33.8日で、前年に比べ0.3日短い。
都道府県別にみると、最長は高知県(53.4日)、最短は東京都(26.0日)。



(出典)医療施設調査・病院報告

人口1000人当たり臨床医数の国際比較(2007年(平成19年))



※1 2006 ※2 2004

注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

注3 一部の国では、臨床医数ではなく総医師数を用いている。

OECD Health Date 2009(平成21年)より

人口10万人当たり医師数の分布(平成20年)

(凡例)人口10万人当たり医師数

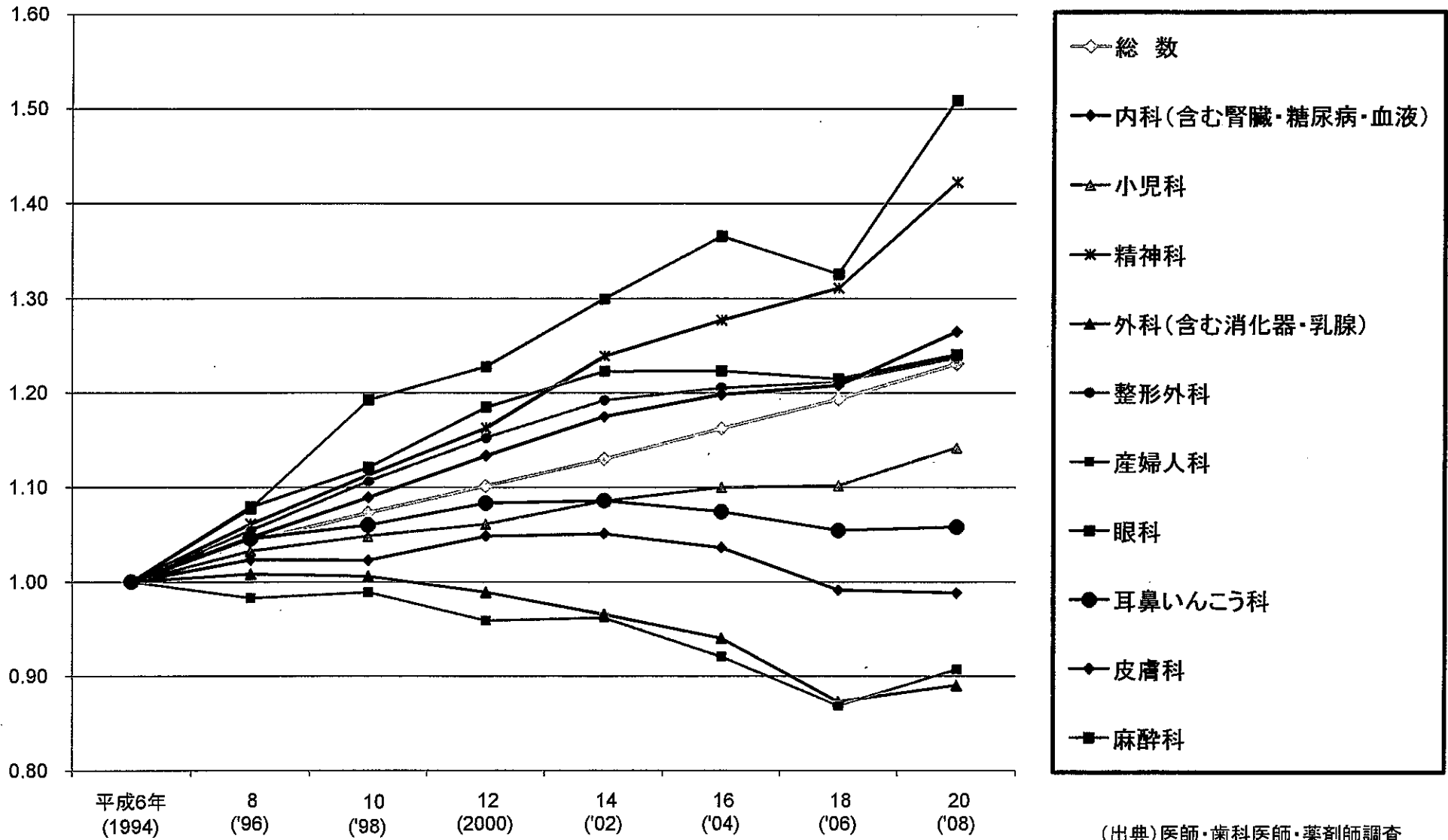
- 240以上
- 220以上240未満
- 200以上220未満
- 180以上200未満
- 180未満



(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

診療科別医師数の推移(平成6年を1.0とした場合)

- 多くの診療科で増加傾向。
- 外科、産婦人科は減少傾向にあったが、平成20年は増加に転じた。



(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

医療提供体制の各国比較(2007年)

国名	平均在院日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 医師数	人口千人 当たり 医師数	病床百床 当たり 看護職員数	人口千人 当たり 看護職員数
日本	34.1	13.9	14.9	2.1	66.8	9.3
ドイツ	10.1	8.2	42.5	3.5	120.7	9.9
フランス	13.2	7.1	47.2	3.4	108.2	7.7
イギリス	8.1	3.4	72.7	2.5	294.2	10.0
アメリカ	6.3	3.1	77.5	2.4	337.2	10.6

(出典):「OECD Health Data 2009」

※医師数、看護師数について、日本は2006年のデータ

※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

※ 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本:全病院の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナーシングホームの病床を除く)

フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス:NHSの全病床(長期病床を除く)

アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

趣旨

- ◎ 各都道府県が、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- ◎ 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- ◎ 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
- ◎ 地域の実情に応じた数値目標を設定し、PDCAの政策循環を実施。

記載事項

- 四疾病五事業(※)に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
- 居宅等における医療の確保 ○ 医師、看護師等の医療従事者の確保 ○ 医療の安全の確保
- 二次医療圏、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 四疾病五事業…四つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

【 基準病床数制度 】

- ◇ 二次医療圏等ごとの病床数の整備目標であるとともに、それを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となる病床数(基準病床数)を算定。
- ◇ 基準病床数制度により、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導し、病院・病床の地域偏在を是正。

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 四疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。

地域完結型医療の実現

生活習慣病の増加など
疾病構造の変化

医療資源(介護、福祉含む)を
有効活用する必要性

医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

➡

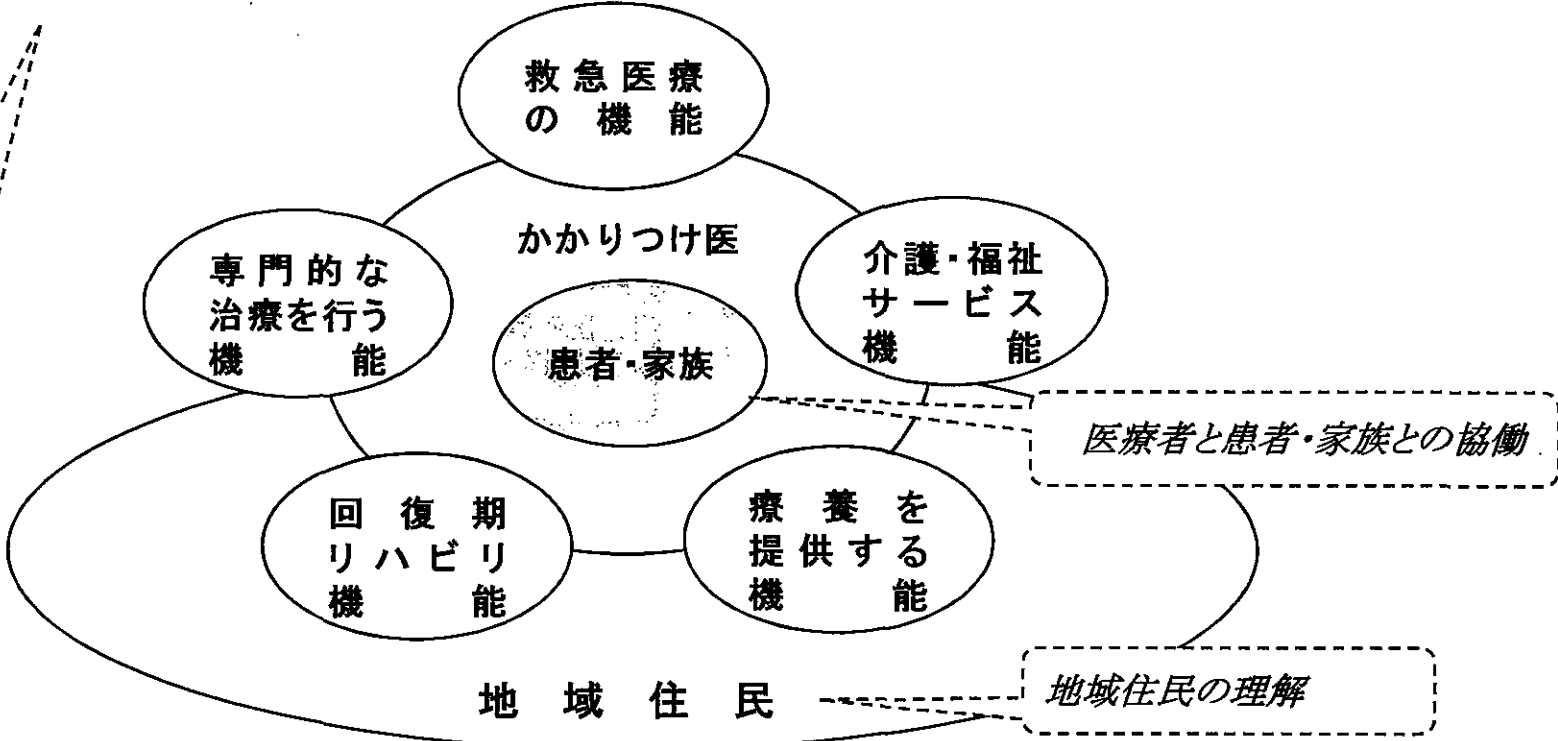
- 都道府県は、四疾病五事業ごとに、必要な医療機能と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築
- 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解

- 四疾病**

 - ・ がん
 - ・ 脳卒中
 - ・ 急性心筋梗塞
 - ・ 糖尿病

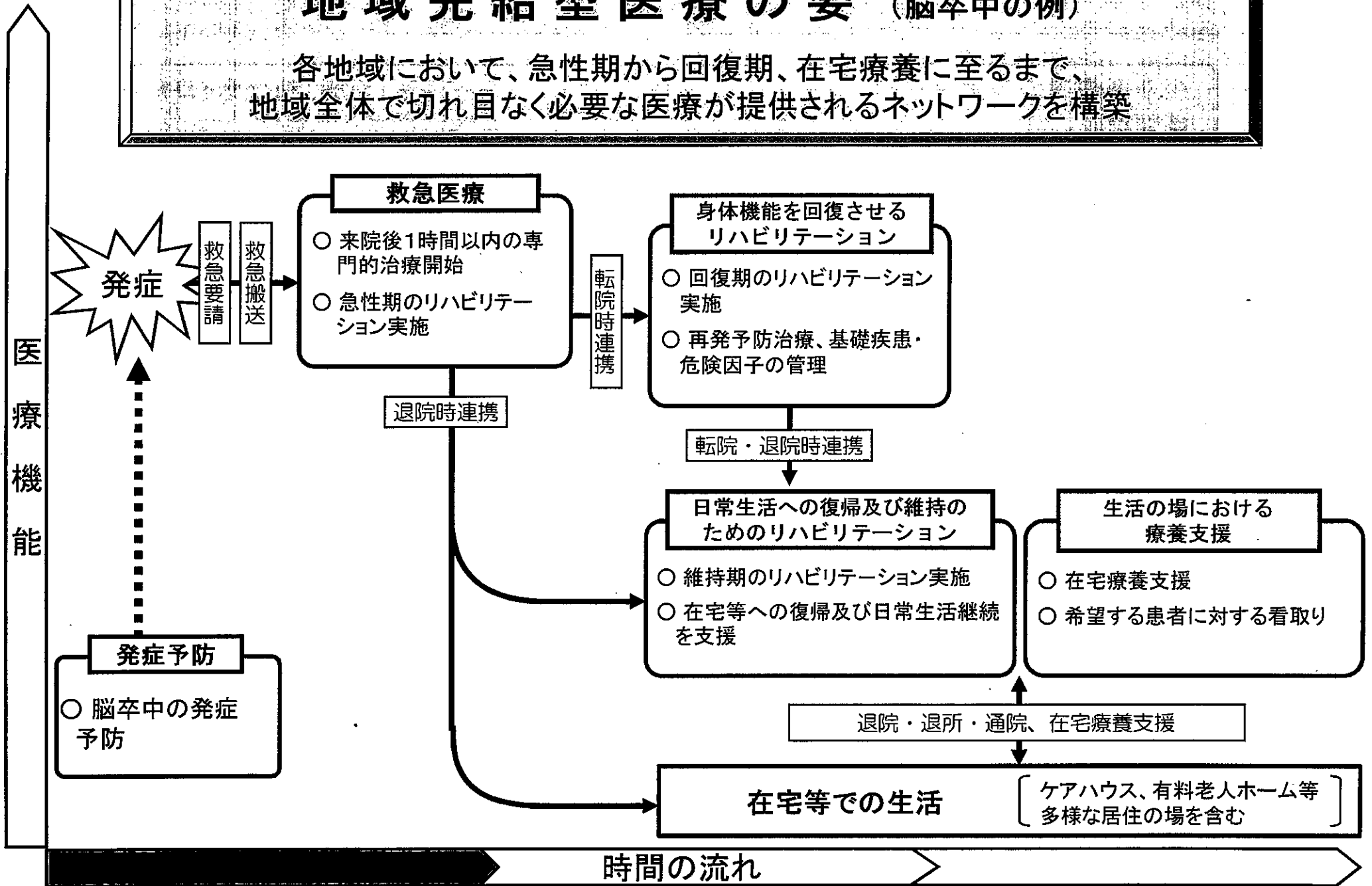
五事業

 - ・ 救急医療
 - ・ 災害医療
 - ・ へき地医療
 - ・ 周産期医療
 - ・ 小児医療
(小児救急含む)



地域完結型医療の姿 (脳卒中の例)

各地域において、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、
地域全体で切れ目なく必要な医療が提供されるネットワークを構築



医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みを創設(薬局についても同様の仕組みを創設)

医療機能情報提供制度

医療機関

医療機関の管理者に対し、
医療機能に関する一定の情報について、報告を義務化

都道府県

○ 集約した情報をインターネット等で
わかりやすく提供
○ 医療安全支援センター等による相談、助言

住民

- 「一定の情報」は医療機関でも閲覧可能
- 正確かつ適切な情報の積極的な提供を行うよう努める責務
- 患者等からの相談に適切に応ずるよう努める責務

【基本情報】

①名称 ②開設者 ③管理者 ④所在地 ⑤電話番号 ⑥診療科目 ⑦診療日 ⑧診療時間 ⑨病床種別及び届出・許可病床数

【基本情報以外の全ての情報】

- ①管理・運営・サービス等に関する事項(アクセス方法、外国語対応、費用負担 等)
- ②提供サービスや医療連携体制に関する事項(専門医〔※広告可能なものに限る〕、保有する設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、地域医療連携体制等)
- ③医療の実績、結果に関する事項(医療安全対策、院内感染対策、クリティカルパスの実施、診療情報管理体制、情報開示体制、治療結果に関する分析の有無、患者数、平均在院日数 等)

一定の情報

地域医療の機能強化に関する厚生労働省の取組み(平成22年度予算案等)

課題	対応
<p>医師確保・医療人材確保対策等の推進</p> <p>(病院の勤務医の過重労働) ○病院の医師が夜勤・当直などで疲弊し、病院の医師不足に拍車をかけている。</p> <p>(医師の診療科偏在) ○産科、救急など特定の診療科の医師が不足している。</p> <p>(医師の地域偏在) ○対人口比でも、全国的に大都市に医師が集中し、周辺地域やへき地で医師が不足している。</p>	<p>◆医師の診療科偏在・地域偏在対策(22年度予算案 80億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢救急、分娩、新生児医療を担う勤務医等の手当への財政支援 ➢医師不足地域の臨床研修病院において研修医が宿日直等を行う場合の医療機関への財政支援 等 <p>◆女性医師等の離職防止・復職支援(22年度予算案 25億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢出産・育児等により離職している女性医師の復職支援のための都道府県への受付・窓口の設置等の支援 ➢病院内保育所の運営等に対する財政支援の拡充 <p>◆地域医療再生基金(21年度1次補正予算 2,350億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢都道府県において基金を創設し、地域の医療課題の解決に向けて都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づく地域の医師確保、医療機能の強化等の取組を支援 <p>◆チーム医療の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、看護師など各医療関係職種の専門性を活かした適切な役割分担について検討(平成21年度末までに具体策を取りまとめ)

	課題	対応
救急医療・周産期医療の体制整備	<p>(周産期医療の不足)</p> <p>○周産期医療の病床や医師・看護師等が不足。</p>	<p>◆周産期医療体制の充実・強化 (22年度予算案 87億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢周産期母子医療センターのMFICU(母体・胎児集中治療室)、NICU(新生児集中治療室)等に対する財政支援 ➢NICU等に長期入院している小児の在宅への移行促進
	<p>(救急患者の受入れに時間がかかる)</p> <p>○救急患者が、病院に受け入れられるまでに時間がかかるケースがある。</p>	<p>◆救急医療体制の充実 (22年度予算案 152億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターに対する財政支援 ➢二次救急医療体制の充実 <ul style="list-style-type: none"> ー 受入困難患者の受入れを確実にを行う医療機関の空床確保に対する財政支援 ー 診療所医師が二次救急医療機関等で休日・夜間に診療支援を行う場合の財政支援 ➢重篤な小児救急患者に対する医療の充実を図るため、「小児救命救急センター(仮称)」や小児集中治療室に対する財政支援 ➢改正消防法に基づき、都道府県において地域の搬送・受入ルールを策定【総務省消防庁と連携】

横尾委員ご依頼資料

あんしん医療制度研究会中間報告の概要

～京都府民が安心できる医療制度の構築に向けて～

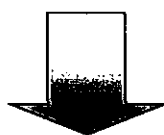
1. 調査研究の目的

都道府県は保健医療政策全般に責任を有するが、効果的には遂行しにくい現状。

ア. 医療計画等の策定、検証に必要なデータの入手が困難であること

イ. 保健医療政策の実施主体が分散しており、調整が困難であること

ウ. 厳しい状況にある市町村国保への関与が限定的であること



こうした状況を踏まえ、府民の健康確保に必要な医療サービスを将来にわたり安定的に提供できる制度の構築に資するよう、京都府内の疾病構造や医療資源、市町村国保の保険財政等について調査分析し、あわせて都道府県の保健医療政策をより効果的にするための方策について検討。

2. 分析結果の概要

(1) 京都府内の疾病構造及び医療資源

①地域ごとの疾病構造の特徴

医療計画に定めるがん（胃がん・肺がん・肝がん・大腸がん・乳がん）、脳卒中、急性心筋梗塞等の死亡率を地域ごとに分析。

- ・**丹後医療圏**：がんは、男女とも肝がんの死亡率が顕著に高いほかは低い傾向。脳卒中は低い傾向。急性心筋梗塞は特に男性で低い。
- ・**中丹医療圏**：がんは、男性で肺がん、女性で肝がんが高いほかは、全体的に低い。脳卒中は男女ともおおむね平均的。急性心筋梗塞は男性が比較的低い。
- ・**南丹医療圏**：がん、脳卒中とも全般的に死亡率は低めもしくは平均的。男性の急性心筋梗塞は高い傾向。

- ・ **京都・乙訓医療圏**：がんは、男性はおおむね平均的で女性はいずれも平均以上。脳卒中は男女とも平均以下。急性心筋梗塞は、特に女性で低い。
- ・ **山城北医療圏**：がんは男女とも平均的。脳卒中及び急性心筋梗塞は、男女とも非常に低い。
- ・ **山城南医療圏**：がんは部位によって差が大きく、肺がんは男女とも高い。脳卒中の死亡率は特に男性で低い。急性心筋梗塞の死亡率は特に女性で高い。

②医療圏を越えた患者の受診行動

国保、協会けんぽ、後期高齢者医療のレセプトデータを用いて、疾病ごとに患者の動きをマクロ的に分析。

- ・ **全体**：居住する市町村内の医療機関にかかる割合 → 外来 55.9%、入院 32.0%
- ・ **がん**：胃がん及び大腸がんは、患者の移動が比較的少なく、拠点となりうる病院が分散する傾向。肺がん、肝がん及び乳がんは、患者が広範囲を移動しており、拠点となりうる病院が集中する傾向。緊急的医療でないことや医療資源の蓄積を必要とすること等を踏まえつつ、必要な拠点整備などを進めるべき。
- ・ **脳卒中**：全体的に患者の移動が多いが、比較的多くの医療機関で治療を実施。二次医療圏単位で見て、保健医療計画で定める急性期医療を担う基準を満たす医療機関が所在しない地域もあり、今後の対応が求められる。
- ・ **急性心筋梗塞**：脳卒中と比較すると患者の移動は少ないが、一部の医療機関に患者が集中する傾向がある。全ての二次医療圏に急性期医療を担う基準を満たす医療機関が所在しているが、30分以内にアクセスできない地域も一部残る。

(2) 市町村国保の状況

①全体の状況

- ・ 市町村国保は、他の保険者に属さないものすべてが加入する国民皆保険制度の「最後の砦」として、府民にとって重要なセーフティネット。
- ・ 様々な財政支援措置の拡充や後期高齢者医療制度の創設等があったものの、現在、市町村国保の運営は非常に厳しい状況。

→府内市町村の財政状況 実質赤字の保険者数 20 (全体の 76.9%)

※一般会計からの任意繰入分等を除外

(背景)

→世帯主の構成割合(全国)(S40年→H19年)

- 自営業・農林水産業 67.5% → 18.2%
- 無職者 6.6% → 55.4%
- 非正規・小規模事業所労働者 19.5% → 23.6%

→課税所得がない世帯の割合(全国) 16.0% (S60年) → 27.4% (H19年)

→1人当たり保険給付費(府内) 12.4万円 (S63年) → 22.4万円 (H19年)

②保険料の格差

- ・市町村ごとに保険料水準が異なり、同一の所得であっても住んでいる市町村によって保険料負担に大きな差。

→世帯類型ごとの保険料額の差

夫婦と子供2人の4人世帯(中所得)	1.8倍
受診程度の差を調整しても	1.9倍
高齢2人世帯(基礎年金のみ)	2.9倍
受診程度の差を調整しても	2.6倍

③将来の保険料推計

- ・2025年の保険料水準を推計。保険料はますます上昇し、市町村間の保険料格差も改善されないとの試算結果。

→1人当たり保険料(医療分) 7.6万円 (H19年) → 11.9万円 (H37年)

→世帯類型ごとの保険料額の差

夫婦と子供2人の4人世帯(中所得)	2.2倍
受診程度の差を調整しても	2.3倍

3. 都道府県の保健医療政策についての検討

(1) 医療の確保に向けた取組

医療資源の分析で見られた課題について医療計画の改定の際に具体的な対応策を描いていくなどの他、医療の確保に向けた実効ある取組を進めるため、政策手段の強化を図るべき。

- ・人材確保対策：臨床研修について都道府県を含めた地域の関係者が関与する方式とする。地域の自助努力が反映されないような臨床研修制度は、すぐに改めるべき。地方の医療機関の経営を支える診療報酬の水準とすべき。
- ・医療機関の整備：地域の実情を踏まえて柔軟に行えるよう、拠点病院の指定権限や施設整備補助の財源を都道府県に移譲する。
- ・保険医療機関の指定等：都道府県に権限を移すことで、効率的な保険医療機関指導を行う。

(2) 医療に関する情報の提供

府民が信頼できる情報を得られるよう、行政が、よろずネット等を活用して的確で質の高い情報提供に努めるべき。

(3) 保健事業の推進

保健事業は、地域の疾病構造や資源などを把握し、また健康増進法に基づく保健事業なども担っている市町村が中心となるべき。

(4) レセプトデータ等を都道府県で集約する仕組み

医療保険及び介護保険の各保険者が、共通の様式により定期的に都道府県にレセプトデータ等を提出する仕組みとすべき。

4. 市町村国保の見直し

(1) 市町村国保の見直しの趣旨

- ・国保の加入世帯は大きく変化し、現在は無職者や非正規労働者が中心。府民が安心して医療を受けるための基本的なセーフティネットとして再構築が必要。
- ・ナショナルミニマムとして、国が責任を持って安定的な制度を構築し、給付費に対する国庫負担割合の引上げ等により必要な財源確保に努めることが必要。
- ・保健医療政策について重要な役割を担う都道府県が、政策全般について相乗効果を上げるためにも、医療保険についても都道府県が一定の責任を果たすべき。



市町村国保を都道府県単位で一元化し、都道府県が積極的に関わっていくべき

(2) 見直しの基本理念

- ①保険財政の安定化
- ②効率的・効果的な保険運営と患者の立場に立った医療の質の向上
- ③保険料格差の是正
- ④住民の理解

(3) 保険者案と制度案

【保険者案】

A案—都道府県（一定の事務は市町村）

B案—都道府県と市町村による広域連合（一定の事務は市町村）

【制度案】

①市町村別方式

→ 一つの都道府県内をカバーする単一の保険者を設けつつ、各市町村単位で収支を均衡させることで、市町村の自立的な運営を維持する方式。

②全体一律方式

→ 一つの都道府県内をカバーする単一の保険者を設け、保険料設定などの制度運営は基本的に都道府県単位で統一する方式。

③ブロック別方式

→ 一つの都道府県内をカバーする単一の保険者を設けつつ、医療提供体制の状況が同程度となるブロック（例えば二次医療圏）ごとに収支を均衡させる方式。

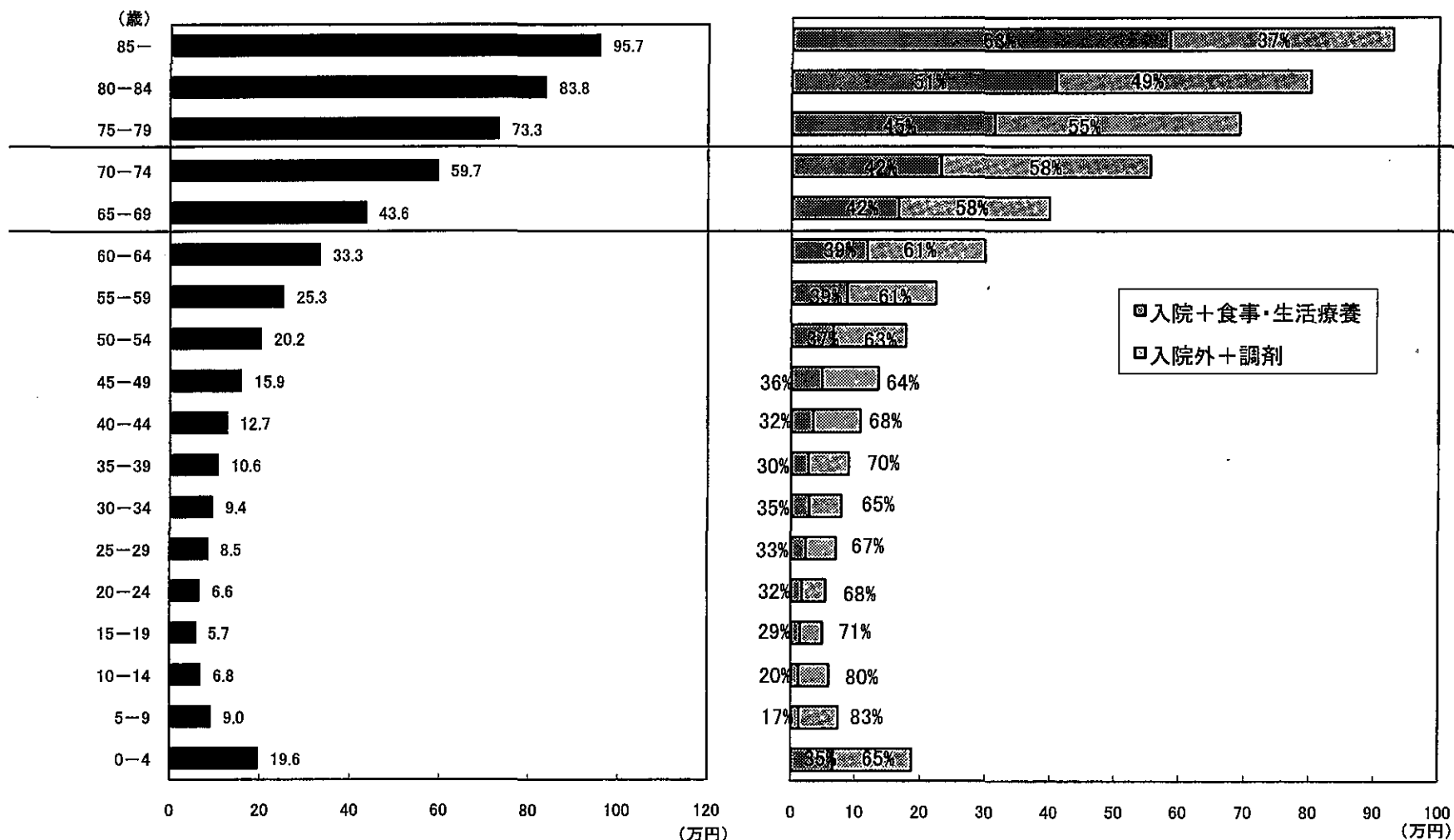
池上委員ご依頼資料

年齢階級別1人当たり医療費(平成19年度)(医療保険制度分)

1人当たり医療費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、70歳代までは外来(入院外+調剤)の割合が高いが、80歳代になると入院(入院+食事療養)の割合が高くなる。

(医療費計)

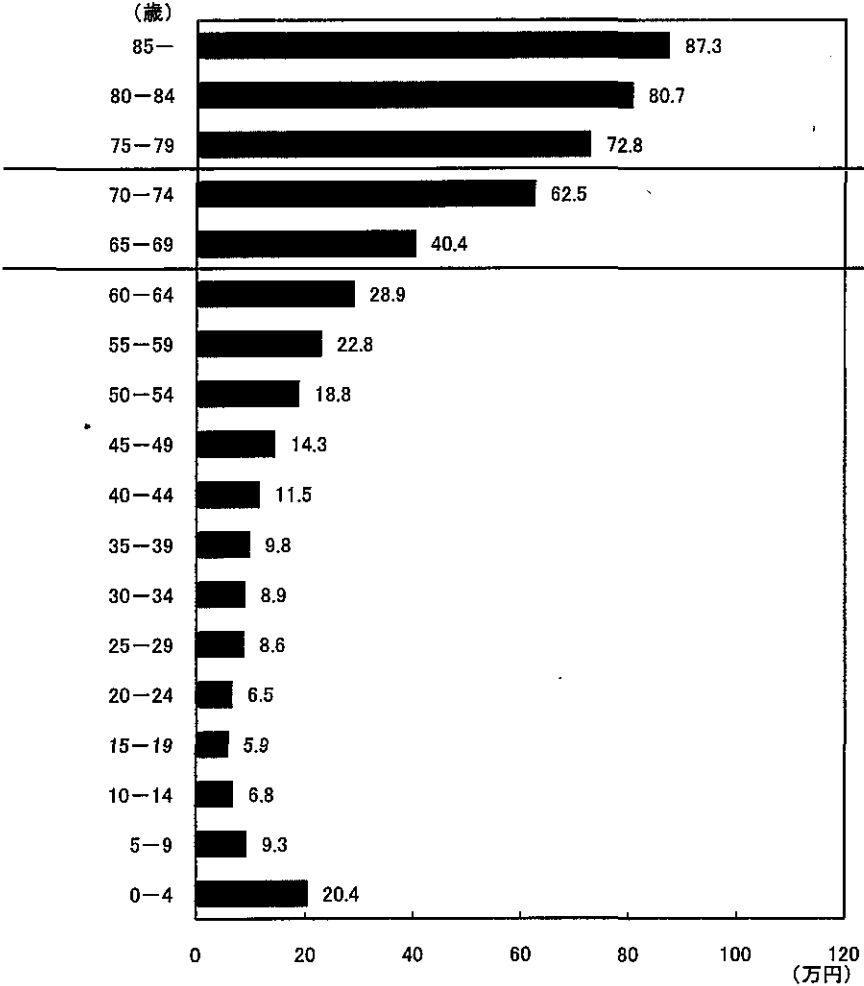
(医科医療費)



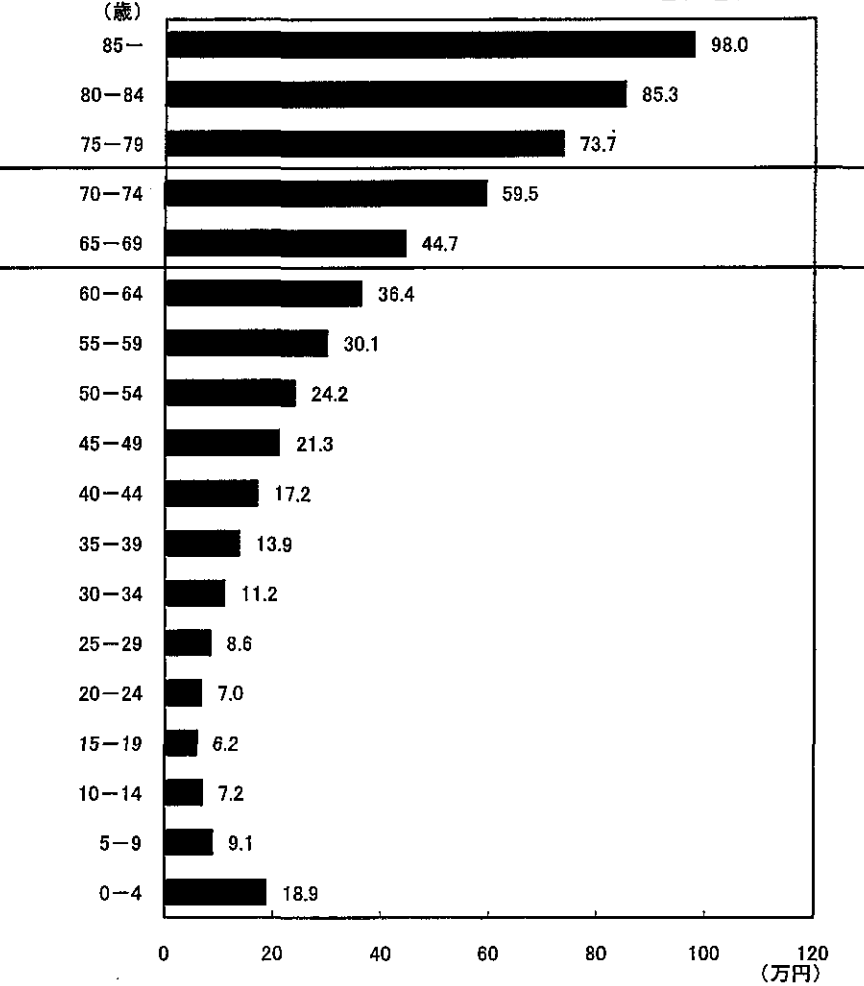
※政管健保、健保組合、船保、共済、国保の各事業状況報告、「医療給付受給者状況調査報告」(社会保険庁)、
「国民健康保険医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

年齢階級別1人当たり医療費(平成19年度)(政管健保、市町村国保)

(政管健保)



(市町村国保) ※退職を含む



※政管健保、国保の各事業状況報告、「医療給付受給者状況調査報告」(社会保険庁)、
「国民健康保険医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

平成21年度 全国健康保険協会 都道府県単位保険料率等について

	医療給付費についての 調整前の所要保険料率(%) (a)	加入者の 平均年齢 (平成21年度見 込み)(歳)	調整(b)		加入者1人当たり 総報酬額 (平成21年度見込 み)(円)	医療給付費についての 調整後の所要保険料率 (a+b)	所要保険料率 (%) (a+b+3.59)	保険料率 (激変緩和 措置後) (%)
			年齢調整 (%)	所得調整 (%)				
全国計	4.61	35.9	-	-	2,175,407	4.61	8.20	8.20
1 北海道	5.79	37.2	▲ 0.12	▲ 0.50	1,961,659	5.16	8.75	8.26
2 青森	5.80	35.9	0.03	▲ 1.13	1,745,710	4.69	8.29	8.21
3 岩手	5.58	36.5	▲ 0.15	▲ 0.98	1,792,947	4.44	8.03	8.18
4 宮城	5.07	35.9	▲ 0.01	▲ 0.51	1,958,058	4.55	8.14	8.19
5 秋田	5.89	37.3	▲ 0.28	▲ 0.89	1,823,245	4.72	8.32	8.21
6 山形	5.04	36.1	▲ 0.07	▲ 0.61	1,920,330	4.36	7.96	8.18
7 福島	5.16	35.6	0.01	▲ 0.60	1,925,964	4.57	8.16	8.20
8 茨城	4.23	35.6	0.07	0.07	2,208,360	4.36	7.96	8.18
9 栃木	4.37	35.7	0.04	0.03	2,191,062	4.44	8.03	8.18
10 群馬	4.41	35.9	▲ 0.03	▲ 0.03	2,161,192	4.35	7.94	8.17
11 埼玉	4.08	36.1	▲ 0.04	0.28	2,313,652	4.32	7.91	8.17
12 千葉	4.20	36.7	▲ 0.11	0.24	2,293,370	4.33	7.92	8.17
13 東京	3.61	36.9	▲ 0.03	0.87	2,680,261	4.45	8.04	8.18
14 神奈川	3.99	36.6	▲ 0.07	0.61	2,505,579	4.53	8.12	8.19
15 新潟	4.80	36.3	▲ 0.09	▲ 0.37	2,011,889	4.33	7.92	8.18
16 富山	4.44	36.6	▲ 0.13	0.18	2,261,359	4.49	8.08	8.19
17 石川	4.69	35.8	▲ 0.01	0.07	2,208,557	4.75	8.35	8.21
18 福井	4.60	35.8	▲ 0.04	0.02	2,183,070	4.58	8.17	8.20
19 山梨	4.44	35.8	▲ 0.03	▲ 0.08	2,139,891	4.33	7.92	8.17
20 長野	4.21	36.0	▲ 0.06	▲ 0.07	2,144,374	4.09	7.68	8.15
21 岐阜	4.57	35.8	▲ 0.04	▲ 0.02	2,166,828	4.51	8.10	8.19
22 静岡	4.01	36.1	▲ 0.03	0.31	2,330,138	4.28	7.88	8.17
23 愛知	3.99	35.2	0.09	0.42	2,395,759	4.50	8.10	8.19
24 三重	4.39	35.8	▲ 0.01	0.08	2,213,375	4.46	8.05	8.19
25 滋賀	4.38	35.3	0.03	0.04	2,195,177	4.45	8.04	8.18
26 京都	4.38	35.8	0.01	0.12	2,234,782	4.51	8.10	8.19
27 大阪	4.51	35.5	0.04	0.21	2,277,579	4.76	8.35	8.22
28 兵庫	4.57	35.6	0.04	0.04	2,194,666	4.65	8.24	8.20
29 奈良	5.14	35.8	▲ 0.08	▲ 0.34	2,025,209	4.71	8.31	8.21
30 和歌山	5.19	35.2	0.10	▲ 0.54	1,946,652	4.75	8.34	8.21
31 鳥取	5.36	36.0	▲ 0.05	▲ 0.69	1,891,180	4.62	8.21	8.20
32 島根	5.30	36.0	▲ 0.11	▲ 0.54	1,948,824	4.65	8.25	8.21
33 岡山	4.92	35.4	0.01	▲ 0.16	2,100,223	4.77	8.36	8.22
34 広島	4.84	35.5	0.04	▲ 0.06	2,149,280	4.83	8.43	8.22
35 山口	5.10	36.8	▲ 0.13	▲ 0.20	2,085,153	4.78	8.37	8.22
36 徳島	5.58	36.1	▲ 0.07	▲ 0.49	1,967,692	5.02	8.62	8.24
37 香川	5.21	35.9	▲ 0.04	▲ 0.25	2,063,657	4.92	8.51	8.23
38 愛媛	4.91	35.2	0.12	▲ 0.49	1,966,926	4.55	8.14	8.19
39 高知	5.18	35.8	▲ 0.00	▲ 0.46	1,977,563	4.72	8.31	8.21
40 福岡	5.23	35.5	0.07	▲ 0.31	2,038,852	4.99	8.58	8.24
41 佐賀	5.85	35.3	0.02	▲ 0.78	1,860,426	5.09	8.68	8.25
42 長崎	5.60	35.3	0.11	▲ 0.91	1,816,284	4.80	8.39	8.22
43 熊本	5.48	35.2	0.09	▲ 0.74	1,875,579	4.83	8.42	8.23
44 大分	5.59	36.0	▲ 0.05	▲ 0.69	1,890,655	4.85	8.44	8.23
45 宮崎	5.46	35.2	0.08	▲ 0.90	1,821,283	4.64	8.24	8.20
46 鹿児島	5.50	34.9	0.17	▲ 0.90	1,819,124	4.77	8.36	8.22
47 沖縄	6.04	32.5	0.51	▲ 0.99	1,519,484	4.56	8.15	8.20

(注)・都道府県毎の医療給付費に係る保険料率に、傷病手当金等の現金給付費(0.43%)、後期高齢者支援金等(3.25%)、保健事業等(0.18%)、準備金の取崩し分(約1,550億円)(▲0.20%)、その他収入(▲0.07%)の合計の保険料率3.59%を全国一律で加算。

- ・特別の事情による額(原爆医療費及び療養担当手当に係る額)は、医療給付費から控除されており、全国一律の保険料率に反映。
- ・激変緩和措置後の保険料率は、激変緩和措置として、全国平均保険料率に、当該都道府県の所要保険料率と全国平均保険料率との差の10分の1を加えた率としているほか、支部の保健事業の上乗せ等の特別計上の経費がある場合には、当該保険料率を加えている。
- ・加入者の平均年齢は、平成21年度の都道府県単位保険料率の算定に用いる基礎データ(平成21年度の見込み)から推計したもの。
- ・加入者1人当たりの総報酬額は、総報酬額の平成21年度見込みに予定保険料納付率(99.5%)を乗じたものを、加入者数(年間平均)の平成21年度見込みを除いたもの。

国民健康保険 都道府県別加入者の状況

		平均年齢 (75歳以上除く)	加入者1人当たり旧ただし書 方式による課税標準額 (平成18年)	加入者1人当たり 保険料調定額 (平成19年度)
		歳	千円	円
全	国	49.0	712,605	78,113
北	道	50.4	558,356	81,373
青	森	48.8	444,127	71,136
岩	手	51.5	464,361	68,739
宮	城	48.8	596,120	78,294
秋	田	52.9	440,458	70,473
山	形	51.4	505,937	74,342
福	島	49.6	508,423	73,511
茨	城	47.3	650,015	77,617
栃	木	47.9	659,272	86,566
群	馬	48.2	629,424	79,022
埼	玉	48.5	848,258	82,001
千	葉	48.7	813,847	82,217
東	京	47.1	1,146,602	77,336
神	奈	48.4	1,015,868	84,534
新	潟	52.1	561,607	69,410
富	山	54.0	631,268	79,411
石	川	50.8	647,506	82,373
福	井	51.0	618,068	77,211
山	梨	48.1	625,947	78,293
長	野	50.3	595,610	68,620
岐	阜	49.1	705,664	79,253
静	岡	49.9	847,983	81,751
愛	知	48.7	897,752	83,783
三	重	50.5	647,618	78,482
滋	賀	49.0	767,826	78,788
京	都	49.5	631,680	78,377
大	阪	47.8	646,459	85,087
兵	庫	49.8	656,179	80,986
奈	良	49.5	649,544	80,047
和	山	49.2	473,404	71,838
鳥	取	51.1	486,245	71,661
島	根	53.9	506,873	69,834
岡	山	51.3	563,570	77,806
広	島	51.3	656,001	73,560
山	口	53.3	556,849	77,713
徳	島	51.0	455,621	75,218
香	川	51.3	569,604	75,165
愛	媛	50.9	473,061	67,651
高	知	50.7	448,239	72,707
福	岡	48.6	555,153	76,953
佐	賀	48.9	504,207	77,147
長	崎	49.3	456,578	70,273
熊	本	49.0	480,322	72,382
大	分	51.6	457,849	70,564
宮	崎	49.1	460,755	68,733
鹿	島	50.2	408,670	62,232
沖	縄	41.2	405,775	53,896

※1 国民健康保険事業月報（平成21年3月）、平成19年度国民健康保険実態調査を基に作成

※2 「被保険者1人当たり保険料調定額」は医療給付分に係る保険料調定額である。

（調定額とは、保険者が決定した金額である。）

※3 国保組合は含まれていない。

後期高齢者医療制度の調整交付金について

交付総額

給付費総額の1/12 (ただし、現役並み所得者に係る給付費は除く。)

うち 普通調整交付金:特別調整交付金=9:1

①普通調整交付金 …… 被保険者に係る所得の格差による広域連合間の財政の不均衡を是正



交付の結果、同じ医療費水準であれば、広域連合の所得水準にかかわらず、同じ保険料水準となる。

※ 平均的な所得水準の保険者の普通調整交付金は約8% (平成20年度実績においては、約3%~約11%)
各都道府県の平均年齢に格差は無い(平成20年10月時点 81.2歳~82.3歳)ため、調整の必要はない。

②特別調整交付金 …… 災害その他の特別な事情を考慮して交付

＜特別な事情＞

- ・ 災害等による保険料の減免額、一部負担金の減免額が一定以上である場合
- ・ 流行病、災害原因疾病、地域的特殊疾病に係る額が一定以上である場合
- ・ 原爆被爆者に係る医療費の額が一定以上である場合
- ・ 療養担当手当に係る額がある場合
- ・ 結核、精神の疾病に係る額が一定以上である場合
- ・ その他特別な事情がある場合

＜平均的な所得水準の保険者＞

保険料	公費
応能保険料 (5%)	調整交付金 (約8%)
応益保険料 (5%)	
支援金 (40%)	定率国庫負担 (26%)
	都道府県負担 (8%)
	市町村負担 (8%)

＜所得水準の最も低い保険者＞

保険料	公費
応能保険料	調整交付金 (約11%)
応益保険料 (5%)	
支援金 (40%)	定率国庫負担 (26%)
	都道府県負担 (8%)
	市町村負担 (8%)

＜所得水準の最も高い保険者＞

保険料	公費
応能保険料	調整交付金 (約3%)
応益保険料 (5%)	
支援金 (40%)	定率国庫負担 (26%)
	都道府県負担 (8%)
	市町村負担 (8%)

堂本委員ご依頼資料