

平成 26 年度
第 3 回
倉吉市国民健康保険運営協議会

日 時 平成 26 年 10 月 16 日（木）午後 1 時 30 分～ 2 時 30 分
場 所 倉吉市役所 大会議室（本庁舎 3 階）

日 程

1	開 会	
2	会長あいさつ	
3	議事録署名委員の決定	
4	諮問事項	ページ
	(1) 倉吉市国民健康保険料率の検討について -----	1
	(2) 国民健康保険の給付に係る出産育児一時金の引き上げについて -----	13
5	報告事項	
	(1) 療養費の内訳について -----	20
	(2) 特定健康診査 年代別受診状況について -----	20
	(3) 健康寿命について -----	21
	(4) ジェネリック医薬品差額通知について -----	24
	(5) 国民健康保険料の収納率向上への取り組みについて -----	26
6	そ の 他	
	(1) 医療制度改革における国の動向について	
	〔資料〕① 国保基盤強化協議会の中間整理のポイント -----	28
	② 国民健康保険の見直しについて -----	31
7	閉 会	



倉吉市国民健康保険運営協議会委員

平成26年7月25日現在

(任期:平成28年7月24日まで)

(敬称略)

選出区分	氏名	所属	役職	備考
被保険者を代表する委員 (5名)	廣戸 直登			
	宍戸 明男			
	北村 祐子			
	山口 とも子			
	池谷 知恵			
保険医又は保険薬剤師を代表する委員 (5名)	松田 隆	中部医師会		
	野田 博司	中部医師会		
	福嶋 寛子	中部医師会		
	桑名 富雄	中部歯科医師会		
	加藤 美加	中部薬剤師会		
公益を代表する委員 (5名)	栗原 隆政	鳥取中央農業協同組合		
	伊田 充雄	倉吉市民生児童委員連合協議会	会長代理	
	山根 奈緒美	倉吉商工会議所		
	美船 智代	鳥取短期大学		
	岡野 勝義	倉吉市自治公民館連合会	会長	
被用者保険等被保険者を代表する委員 (1名)	吉長 誠	全国健康保険協会鳥取支部		

【諮問事項1】倉吉市国民健康保険料率の検討について



発 医 第 7 9 6 号

平成 26 年 8 月 21 日

倉吉市国民健康保険運営協議会

会長 岡 野 勝 義 様

倉吉市長 石 田 耕太郎

倉吉市国民健康保険料率の検討について（諮問）

国民健康保険は、相互扶助と負担の公平を基本とし、その運営は加入者が負担する保険料と公費等によってまかなうことを原則としています。

本市においては、国保財政調整基金を取り崩しながら保険料率を低く抑えた国保財政運営を行っていましたが、医療の高度化等による医療費の伸びにより財政調整基金が底をつく状況となったため、平成 22 年度と平成 24 年度の 2 回にわたり保険料の引き上げを行ってきたところです。

平成 24 年度以降の保険料率の検討にあたっては、国の進める医療制度改革の見通しが不透明であったことから、平成 26 年度までの期間を対象とし、引き上げ幅をできる限り抑制した保険料率の設定を行いました。

現在、国において社会保障制度改革が進められており、この中で国保運営主体を平成 29 年度までに都道府県に移行することが示されています。

このような状況を踏まえながら、平成 27 年度以降の保険料率についての検討をお願いし、貴運営協議会の意見を求めるものです。

○平成26年度第2回倉吉市国民健康保険運営協議会の概要
(平成26年8月21日開催)

【平成27～29年度の3カ年度における国民健康保険料の試算結果】

現行の保険料率での今後の国保財政の試算を行った結果、

○医療分・後期高齢者支援金分については1年度あたり約2千6百万円(3年間で約7千7百万円)程度の財源不足

○介護納付金分については、1年度あたり多くて約3千万円程度の財源不足

という試算結果となった。これにより、平成27～29年度の3ヶ年間で最大で約1億6千万円程度の財源不足となる見込みとなる。

※ 消費増税分を活用した社会保障充実のための財政支援が予定されているが、実施時期等明確にされていないため試算には入れていない。

【主な意見】

- 財政調整基金を十分に保有しており、基金が底をつくようなことはない。
- 消費税率も上がった中で国保料を引き上げるとするのは市民の方に暗いイメージを抱かせる。
- 国保財政運営の都道府県化がどうなるかはっきり示されていない段階なので、当面料率は据え置き、都道府県化についての国の方針が出た段階で改めて検討すべき。
- 医療費適正化について、具体的な数値目標等を示してほしい。

【補足資料（保険料率検討）】

1 平成26年度国民健康保険料（税）率決定状況について（資料P. 4～6）

- ・平成26年度に国民健康保険料（税）率の改定を行ったのは、7市町村であった。改定の内容は、引き上げが大半であるが、医療分や支援金分の財源の均衡に配慮して均等割りのみ引下げを行うなどしているところもある。
- ・被保険者一人当たり調定額が県内で最も低い智頭町は、今年度大幅な引き上げを行っている。これにより、調定額が最も高い八頭町は平成25年度には最低の智頭町の約2.2倍であったものが、平成26年度は約1.5倍となり差が縮小している。
- ・各市町村の状況を聞いたところ、いずれの市町村も医療費の増高により国保に財源不足が生じている状況であり、財政調整基金や、一般会計からの繰り入れで赤字を補てんしているところが多い。
- ・平成27年度以降の保険料（税）率の改定予定については未検討のところが多いが、財政が厳しく、すでに引き上げを決定しているところもある。
- ・国保運営の都道府県化については、保険料決定に際し、現段階では特に考慮していないところがほとんどであったが、都道府県化に向けて保険料（税）率を県の平均に近づけるよう段階的に改定を行っているところや、分賦金方式（※）になれば立ち行かなくなるので率の引き上げを決定したというところもあった。

※分賦金方式…国保運営の都道府県化にあたり検討されている保険料収納の方法。

都道府県が医療給付費等の見込みを立て、それに見合う「保険料収納必要額」を算出の上、各市町村が都道府県に納める額（分賦金）を定め、市町村が被保険者に賦課し徴収して都道府県に納める。

平成26年度 国民健康保険料(税)率決定状況

被保険者1人当たり調定額(医療+支援+介護)

(金額単位:円)

市町村名	平成26年度			平成25年度		対前年比 (H26/H25) (%)
	順位	改定	調定額	順位	調定額	
八頭町	1		108,712	1	107,986	100.7
北栄町	2		105,800	2	106,938	98.9
鳥取市	3	○	104,268	3	105,349	99.0
大山町	4	○	104,177	10	97,237	107.1
若桜町	5		103,362	4	101,123	102.2
日南町	6		101,241	6	100,107	101.1
岩美町	7	○	99,814	5	100,276	99.5
日吉津村	8	○	99,604	12	94,344	105.6
南部町	9		97,830	7	98,930	98.9
米子市	10		97,739	8	98,520	99.2
琴浦町	11		96,855	11	95,810	101.1
湯梨浜町	12		93,225	9	97,892	95.2
倉吉市	13		92,403	13	93,274	99.1
境港市	14		90,932	14	93,205	97.6
江府町	15	○	87,134	18	79,378	109.8
三朝町	16		87,115	16	91,254	95.5
日野町	17	○	86,253	15	92,222	93.5
伯耆町	18		84,509	17	85,375	99.0
智頭町	19	○	74,791	19	48,606	153.9
市計			100,916		101,934	99.0
町村計			101,183		99,057	102.2
市町村計			101,010		101,119	99.9

※一人当たり調定額

最高額/最低額 ≒

1.5倍

2.2倍

平成26年度 国民健康保険料（税）率（医療分＋支援金分）決定状況

市町村名	平成25年度				平成26年度				被保険者1人当たり調定額		
	所得割 (%)	資産割 (%)	均等割 (円)	平等割 (円)	所得割 (%)	資産割 (%)	均等割 (円)	平等割 (円)	25年度	26年度	前年比
鳥取市	10.50	21.20	33,300	33,700	10.50	21.20	32,300	33,700	85,838	84,092	97.97
米子市	9.61	26.00	29,500	29,000	9.61	26.00	29,500	29,000	78,437	77,670	99.02
倉吉市	8.70	28.00	31,400	28,600	8.70	28.00	31,400	28,600	76,647	75,833	98.94
境港市	8.75	26.77	30,800	31,600	8.75	26.77	30,800	31,600	77,589	75,620	97.46
岩美町	9.50	45.20	29,510	22,020	9.50	44.80	30,020	22,420	75,859	75,246	99.19
八頭町	11.11	34.40	30,900	25,500	11.11	34.40	30,900	25,500	82,082	82,366	100.35
若桜町	11.80	56.30	34,600	30,800	11.80	56.30	34,600	30,800	86,351	88,051	101.97
智頭町	5.80	33.50	16,000	14,100	7.40	38.60	27,200	25,000	41,378	59,745	144.39
湯梨浜町	8.40	35.00	31,500	26,200	8.40	35.00	31,500	26,200	81,168	77,242	95.16
三朝町	10.00	24.50	30,000	25,000	10.00	24.50	30,000	25,000	73,163	69,809	95.42
北栄町	7.43	33.30	32,400	30,600	7.43	33.30	32,400	30,600	86,418	85,291	98.70
琴浦町	8.00	33.00	28,700	26,000	8.00	33.00	28,700	26,000	77,241	77,978	100.95
南部町	8.14	35.20	29,800	22,600	8.14	35.20	29,800	22,600	74,616	73,670	98.73
伯耆町	7.29	36.13	27,300	22,300	7.29	36.13	27,300	22,300	71,161	70,395	98.92
日吉津村	5.95	17.98	29,600	20,400	7.05	17.98	29,600	20,400	75,100	80,309	106.94
大山町	8.42	38.20	30,500	26,200	9.12	38.20	33,600	27,800	77,749	82,954	106.69
日南町	8.60	43.60	29,100	25,800	8.60	43.60	29,100	25,800	75,343	76,046	100.93
日野町	9.10	32.50	27,900	20,000	9.10	32.50	27,900	20,000	67,190	65,555	97.57
江府町	9.10	35.43	28,000	23,000	9.50	35.93	28,400	23,400	64,295	69,453	108.02
市計	9.39	25.49	31,250	30,725	9.39	25.49	31,000	30,725	81,434	80,110	98.37
町村計	8.58	35.62	29,054	24,035	8.83	35.96	30,068	24,921	76,246	77,336	101.43
市町村計	8.75	33.48	29,516	25,443	8.95	33.76	30,264	26,143	79,938	79,305	99.21

…引上げ …引下げ

平成26年度 国民健康保険料（税）率（介護分）決定状況

市町村名	平成25年度				平成26年度				被保険者1人当たり調定額		
	所得割 (%)	資産割 (%)	均等割 (円)	平等割 (円)	所得割 (%)	資産割 (%)	均等割 (円)	平等割 (円)	25年度	26年度	前年比
鳥取市	2.20	4.40	8,000	6,200	2.20	4.40	9,000	6,200	21,185	21,768	102.75
米子市	1.95	9.60	9,200	4,800	1.95	9.60	9,200	4,800	20,149	20,434	101.41
倉吉市	1.55	6.50	8,500	5,000	1.55	6.50	8,500	5,000	19,111	18,903	98.91
境港市	1.82	6.51	9,000	4,800	1.82	6.51	9,000	4,800	20,246	19,811	97.85
岩美町	3.60	24.50	13,300	7,160	4.00	24.30	13,680	7,250	34,566	35,223	101.90
八頭町	3.61	12.50	10,800	5,600	3.61	12.50	10,800	5,600	29,602	29,844	100.82
若桜町	1.40	12.00	8,000	4,800	1.40	12.00	8,000	4,800	15,333	15,984	104.25
智頭町	0.90	6.00	3,500	2,800	1.60	9.20	8,400	5,000	8,698	16,850	193.72
湯梨浜町	1.80	7.00	7,500	4,500	1.80	7.00	7,500	4,500	21,904	20,501	93.59
三朝町	2.00	9.50	9,000	6,000	2.00	9.50	9,000	6,000	20,377	19,855	97.44
北栄町	1.36	8.00	8,200	5,800	1.36	8.00	8,200	5,800	21,994	22,432	101.99
琴浦町	1.60	8.00	8,100	5,300	1.60	8.00	8,100	5,300	21,532	21,406	99.41
南部町	1.97	10.98	10,200	5,200	1.97	10.98	10,200	5,200	23,255	23,073	99.22
伯耆町	1.20	8.12	8,300	4,800	1.20	8.12	8,300	4,800	18,234	17,712	97.14
日吉津村	1.62	3.88	8,200	4,500	1.62	3.88	8,200	4,500	21,504	23,199	107.88
大山町	2.54	14.00	9,600	5,500	2.80	14.00	11,600	6,400	25,112	28,977	115.39
日南町	2.00	10.70	7,400	7,600	2.00	10.70	7,400	7,600	22,163	23,049	104.00
日野町	3.00	12.00	10,600	5,600	3.00	12.00	10,600	5,600	25,015	25,366	101.40
江府町	1.75	8.00	6,500	3,500	2.00	8.80	7,600	4,600	14,350	18,894	131.67
市計	1.88	6.75	8,675	5,200	1.88	6.75	8,925	5,200	20,500	20,806	101.49
町村計	2.02	10.35	8,613	5,244	2.13	10.60	9,172	5,530	22,811	23,847	104.54
市町村計	1.99	9.59	8,626	5,235	2.08	9.79	9,120	5,461	21,181	21,705	102.47

…引上げ …引下げ

2 社会保障制度改革における国民健康保険料(税)軽減の拡充について

(資料 P. 8～11)

社会保障制度改革において、消費税増税分を活用した社会保障の充実策の一つに、国民健康保険制度等の低所得者保険料軽減措置の拡充が挙げられている。

この中で、保険料軽減対象所得の引き上げによる保険料軽減世帯の拡大が今年度実施されている。

さらに、保険料軽減対象者数に応じた保険者への財政支援（保険者支援制度）の拡充について1,700億円の公費投入が予定されているが、実施時期は明確に示されていない。

この保険者支援制度は保険料水準全体を抑制する効果があり、拡充が実施された場合、倉吉市においても数千万円程度の収入増が見込まれる。

経済再生を進めながら財政再建との両立を図っていくことの重要性並びに増大する社会保障の持続性と安心の確保及び我が国の信認維持といった社会保障と税の一体改革の趣旨を踏まえつつ、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律(平成24年法律第68号)(以下「税制抜本改革法」という。)附則第18条及び社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための地方税法及び地方交付税法の一部を改正する法律(平成24年法律第69号)附則第19条の規定に基づき、以下のとおり経済状況等を総合的に勘案した検討を行った結果、消費税率(国・地方)については、平成26年4月1日に5%から8%へ引き上げることを確認する。

これに伴い、消費税率の引上げによる反動減を緩和して景気の下振れリスクに対応するとともに、その後の経済の成長力の底上げと好循環の実現を図り持続的な経済成長につなげるため、下記4. のとおり経済政策パッケージを決定し、デフレ脱却と経済再生に向けた道筋を確かなものとする。

3. 社会保障制度改革

社会保障と税の一体改革は、社会保障の安定財源確保と財政健全化を同時に達成することを目指す観点から行われるものであり、政府は、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための社会保障制度改革を総合的かつ集中的に推進する。

本年8月には、社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」(平成25年8月21日閣議決定)を決定し、社会保障制度改革について、その方向性とスケジュールを明らかにするとともに、消費税増収分と社会保障給付の重点化・効率化により必要な財源を確保しつつ行うこととしたところである。

政府は、この骨子に基づく法律案を速やかに策定し、次期国会冒頭に法案を提出した上で、基礎年金国庫負担割合の1/2への引上げを恒久化するほか、消費税増収分を活用した社会保障の充実策として、「待機児童解消加速化プラン」の推進をはじめとする子育て支援や国民健康保険制度等の低所得者保険料軽減措置の拡充などの低所得者対策などに着実に取り組んでいく。

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(31.4%)、健保組合(2.5%)
- ・一人あたり医療費: 国保(30.9万円)、健保組合(14.2万円)

● 高齢者医療制度

2. 財政基盤

② 所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得: 国保(83万円)、健保組合(198万円(推計))
- ・無所得世帯割合: 23.5%

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(5.0%)
- ※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

● 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【平成24年国保法改正】

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

- ・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

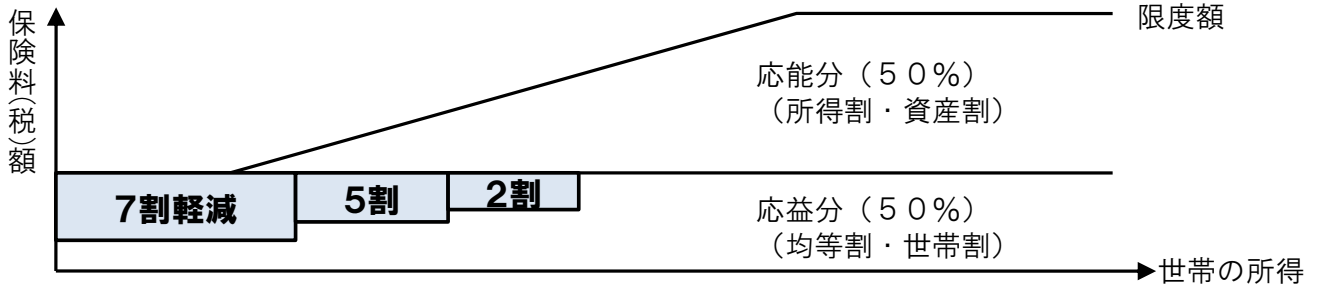
- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大: 2.6倍(沖縄県) 最小: 1.2倍(富山県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大: 6.5倍(秋田県) 最小: 1.3倍(富山県)
- ・一人当たり保険料の都道府県内格差 最大: 2.8倍(長野県) 最小: 1.3倍(富山県)

● 財政運営の都道府県単位化の推進【平成24年国保法改正】

● 財政調整機能の強化【平成24年国保法改正】

国民健康保険料（税）の軽減について

- 市町村（保険者）は、国民健康保険の給付費の約50%を被保険者が負担する国民健康保険料（税）により賄うこととされている。
- 保険料（税）については、被保険者の保険料負担能力に応じて賦課される応能分（所得割、資産割）と、受益に応じて等しく被保険者に賦課される応益分（均等割、世帯割）から構成される。
- 世帯の所得が一定額以下の場合には、応益分保険料（税）（均等割・世帯割）の7割、5割又は2割を軽減している。



減額割合	対象者の要件 (例: 3人世帯(夫婦40歳、子1人)夫の給与収入のみの場合)	対象者数 (平成23年度実績)
7割	33万円以下 (給与収入 98万円以下)	798万人(22.5%)
5割	33万円 + (世帯主を除く被保険者数) × 24.5万円以下 (給与収入 147万円以下)	242万人(6.8%)
2割	33万円 + (被保険者数) × 35万円以下 (給与収入 223万円以下)	416万人(11.7%)

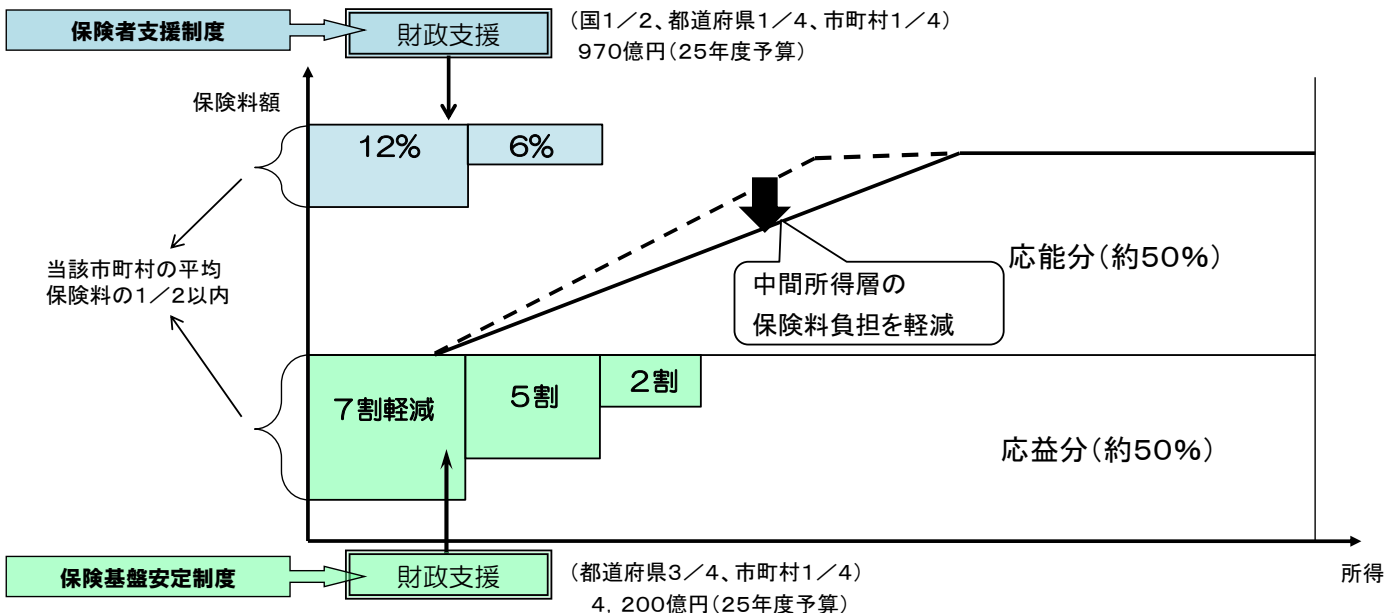
保険者支援制度及び保険基盤安定制度の概要

○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、平均保険料の一定割合を保険者に対して財政支援。

○保険基盤安定制度

保険料軽減(応益分の7割、5割、2割)の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で財政支援。



◎ 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

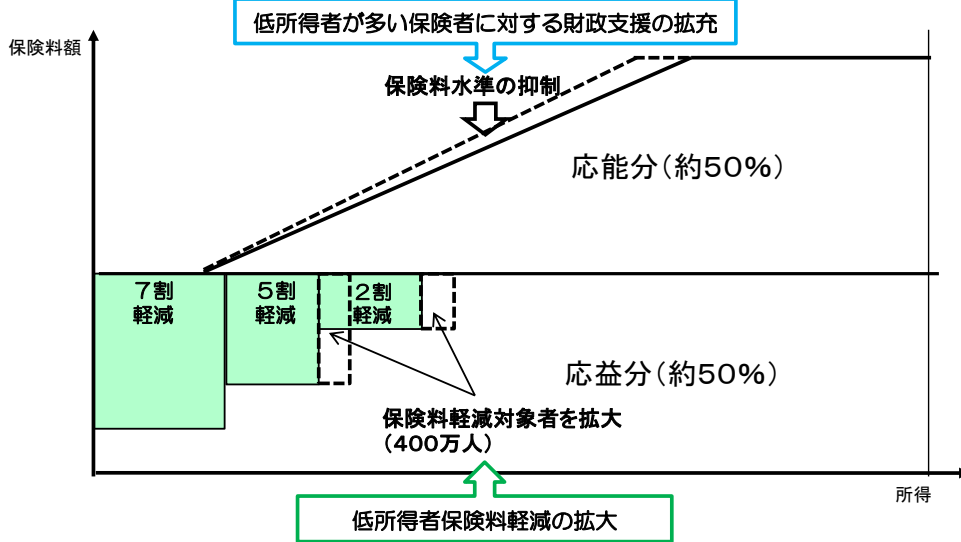
☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆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



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。

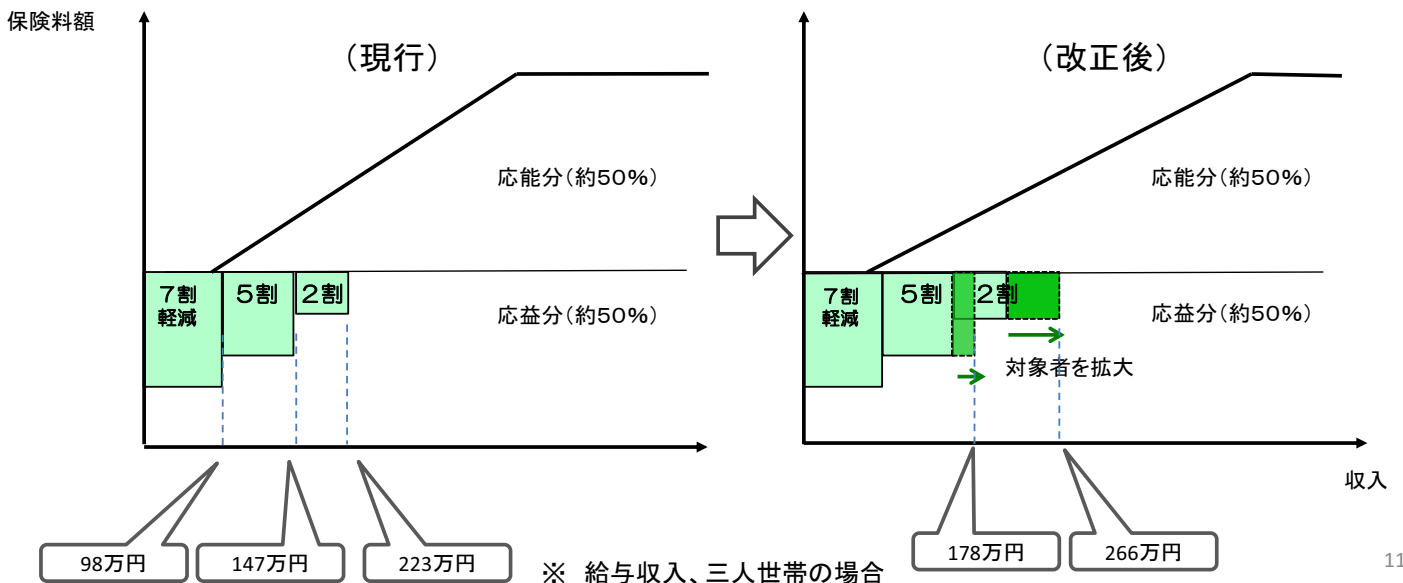
(現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 (給与収入 約223万円、3人世帯)

(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-一世帯主) (給与収入 約147万円、3人世帯)

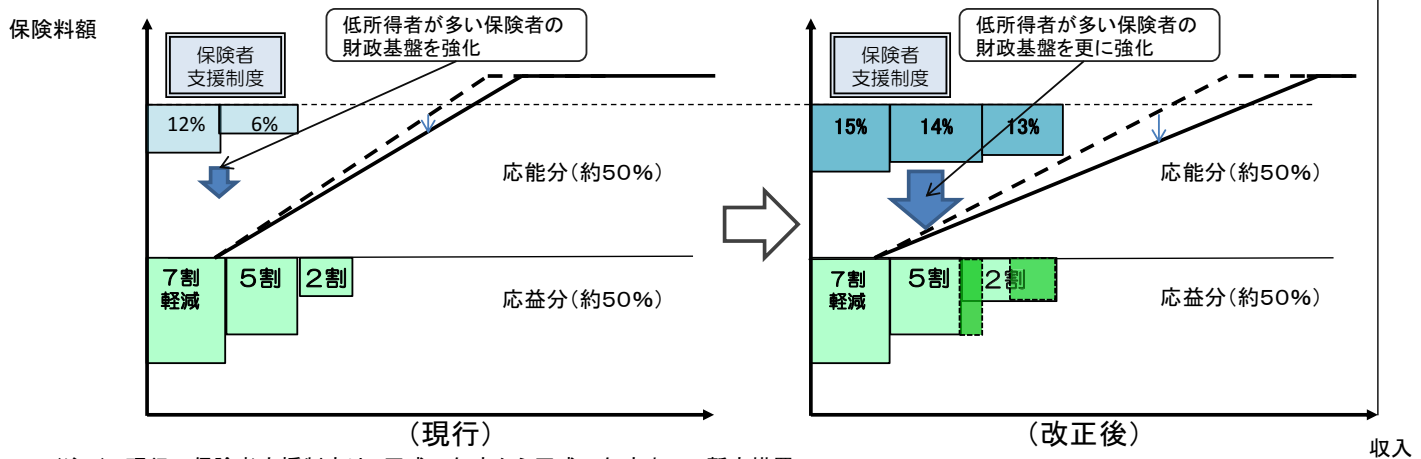
(改正後) 基準額 33万円+24.5万円 × 被保険者数 (給与収入 約178万円、3人世帯)



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

平成24年1月24日
第2回国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議
提出資料(抜粋)

- 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。

平成26年度における社会保障の充実に係る事項要求の考え方について(案)
(厚生労働省・内閣府)

- 消費税引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向けてのこととなっており、平成26年度の増収額(5.1兆円程度(※2))については、基礎年金国庫負担割合の1/2への恒久的引上げ等(2.95兆円程度)による社会保障の安定化のほか、0.5兆円程度を「社会保障の充実」に充てる。
- 以下の内容は、現時点の厚生労働省・内閣府の考え方を示すものであり、今後の予算編成過程で引き続き検討・調整を行う。

子ども・子育て支援	<ul style="list-style-type: none"> ○「待機児童解消加速化プラン」の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・29年度末までに約40万人分の保育の受け皿を確保することとし、新制度の施行を待たずに、25・26年度で約20万人分を確保する。 ○新制度への円滑な移行を図るための保育緊急確保事業(子ども・子育て支援法附則) ○社会的養護の充実 	～0.3兆円程度～
医療・介護	①医療・介護サービスの提供体制改革 <病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等> ○病床の機能分化と連携を進め、発症から入院、回復期(リハビリ)、退院までの流れをスムーズにしていくことで、早期の在宅・社会復帰を可能にする。 ○在宅医療・介護を推進し、地域での生活の継続を支える。 ○医師、看護師等の医療従事者を確保する。	～0.1兆円程度～
	②医療保険制度改革 <地域包括ケアシステムの構築> 介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らせるよう、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するための取組を行う。 国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充 ※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についても今後実施する予定(1,700億円程度)	620億円程度
	③難病・小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立 低所得者に配慮しつつ行う高額療養費の見直し(27年1月実施)	50億円程度
年金	遺族年金の父子家庭への拡大	10億円程度
合計		0.5兆円程度

※1 このほか、消費税引上げに伴う社会保障支出の増についても、予算編成過程で検討。
 ※2 上記の数字は公費(国及び地方の合計額)であり、国及び地方の内訳についても予算編成過程で検討するが、現行制度における国と地方の負担割合は、全体として、子ども・子育て分野では概ね1:1、医療保険分野では概ね2:1、介護分野では概ね1:1となっている。

答 申 案

発 運 協 第 3 号
平成26年10月 日

倉吉市長 石 田 耕太郎 様

倉吉市国民健康保険運営協議会
会長 岡 野 勝 義

倉吉市国民健康保険料率の検討について（答申）

平成26年8月21日付発医第796号で諮問のありましたこのことについて、次のとおり答申します。

記

1 答 申

〔要旨〕

当面、国民健康保険料率を据え置くことが望ましい。

- ・今後の国保財政見通しにおいて財源不足が見込まれるものの、国保財政調整基金の繰り入れで対応が可能である。
- ・消費税率の引き上げ等、市民の財政的な負担が増す中、現段階で国民健康保険料率を引き上げることは好ましくない。
- ・国保運営の都道府県化や、消費税増税分を活用した国保の財政支援の拡充の方針が明確に示された時点で改めて見直しを検討すべきである。
- ・市民の健康づくりに努め、健康寿命の延伸、医療費の削減に一層の努力を望む。

【諮問事項 2】 国民健康保険の給付に係る出産育児一時金の引き上げについて



発 医 第 7 9 7 号

平成 26 年 8 月 21 日

倉吉市国民健康保険運営協議会

会長 岡 野 勝 義 様

倉吉市長 石 田 耕太郎

国民健康保険の給付に係る出産育児一時金の引き上げについて（諮問）

産科医療補償制度のために分娩機関が支払う掛金が、平成 27 年 1 月 1 日以降の分娩から、現在の 1 分娩当たり 3 万円から 1 万 6 千円に引き下げられることとなりました。

これを受け、被用者保険においては、出産育児一時金の加算の基準額を 1 万 6 千円に引き下げ、また、出産費用の実勢価額が上昇傾向にあることに配慮し、出産育児一時金の本体を現在の 39 万円から 40 万 4 千円に引き上げるよう健康保険法施行令等の改正が予定されているところです。

本市においても子育て支援の充実及び被用者保険との均衡の観点から、本市国民健康保険の給付に係る出産育児一時金についても同様に引き上げたいと考えますので、貴運営協議会の意見を求めます。

記

1 諮問内容

出産育児一時金の額を、平成 27 年 1 月 1 日から現行 39 万円から 40 万 4 千円に引き上げ、「産科医療補償制度」に係る出産についての加算額を現行 3 万円から 1 万 6 千円とすること。

2 出産育児一時金について…別添参考資料

出産育児一時金について

1 出産育児一時金の支給額について

被用者保険の給付に係る出産育児一時金については、政令等で金額が定めてありますが、国民健康保険の法令では、保険者は、被保険者の出産に関しては、条例の定めるところにより出産育児一時金の支給を行うものとされており、各自治体の条例により金額を規定しており、ほとんどの自治体で現行 39 万円（「産科医療補償制度」に係る出産については現行 42 万円）を支給しています。

国民健康保険法

第 58 条 保険者は、被保険者の出産及び死亡に関しては、条例又は規約の定めるところにより、出産育児一時金の支給又は葬祭費の支給若しくは葬祭の給付を行うものとする。ただし、特別の理由があるときは、その全部又は一部を行わないことができる。

2 産科医療補償制度について

産科医療補償制度とは、通常の妊娠・分娩にもかかわらず脳性麻痺となった小児に補償金 3 千万円を支払う制度で、運営組織の公益財団法人日本医療機能評価機構が契約者となる損害保険に分娩機関ごとに参加し、1 分娩当たり 3 万円（現行）の保険料を支払うというものです。

3 出産育児一時金の経緯

- ・平成 18 年 10 月 1 件 30 万円から 35 万円に引き上げられる。
- ・平成 21 年 1 月 産科医療補償制度の創設に伴い、3 万円を加算し 38 万円となる。
- ・平成 21 年 10 月 少子化対策として 4 万円引き上げられ、42 万円となる。

※平成 23 年 3 月までの暫定措置

- ・平成 23 年 4 月 1 件 42 万円の支給額が恒久措置となる。

※これに併せて、妊婦の負担軽減のための出産育児一時金の分娩機関への直接支払制度が開始された。

4 予算措置について

出産育児一時金の額は 1 万 4 千円引き上げとなりますが、産科医療補償制度加入の加算後の額は 42 万円のままとするため、新たな予算措置は不要となります。

なお、出産育児一時金の支給額に対し 3 分の 2 の額を一般会計から繰入れることが義務づけられており、繰入金については地方交付税で措置されることとなっています。

答 申 案

発 運 協 第 4 号
平成26年10月 日

倉吉市長 石 田 耕太郎 様

倉吉市国民健康保険運営協議会
会長 岡 野 勝 義

国民健康保険の給付に係る出産育児一時金の引き上げについて（答申）

平成26年8月21日付発医第797号で諮問のありましたこのことについて、次のとおり答申します。

記

1 答 申

産科医療補償制度における掛金の額の見直しが行われ、あわせて出産育児一時金の総額を42万円に維持するよう関係法令の改正が行われることとなった。

本市としても、被用者保険との均衡及び妊産婦の経済的負担の軽減による子育て支援の充実を目的として、諮問のとおり国民健康保険の給付に係る出産育児一時金の額を39万円から40万4千円に引き上げるとともに、産科医療補償制度に係る出産についての加算額を3万円から1万6千円に引き下げ、平成27年1月から実施された。

改正案

倉吉市国民健康保険条例の一部改正について

【改正理由】

産科医療機関の分娩時における重度脳性麻痺児に対する補償の機能と脳性麻痺の原因分析・再発防止の機能を併せ持つ「産科医療補償制度」について、この制度に加入する各産科医療機関が支払う掛金の額が、平成27年1月から現行の3万円から1万6千円に引き下げられることとなりました。

被用者保険においては、出産育児一時金の額を引き上げて現行の給付総額を維持するよう健康保険法施行令の改正が行われることとされております。

本市としても、被用者保険との均衡及び妊産婦の経済的負担の軽減による子育て支援の充実を目的として、現行の支給額を維持するよう出産育児一時金の額の引き上げを行うものです。

【改正要旨】

- 1 国民健康保険の給付に係る出産育児一時金の額について、現行の390,000円を404,000円に引き上げることにした。(第5条関係)
- 2 この条例は平成27年1月1日から施行し、同日以後の出産に係る出産育児一時金について適用することとした。(附則関係)

倉吉市国民健康保険条例の一部を改正する条例

倉吉市国民健康保険条例（昭和63年倉吉市条例第2号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄中下線が引かれた部分（以下「改正部分」という。）を当該改正部分に対応する同表の改正後の欄中下線が引かれた部分に改める。

改正後	改正前
<p>（出産育児一時金）</p> <p>第5条 被保険者が出産したときは、当該被保険者の属する世帯の世帯主に対し、出産育児一時金として<u>40万4千円</u>を支給する。ただし、市長が健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第36条の規定を勘案し、必要があると認める場合は、規則で定めるところにより、これに3万円を上限として加算するものとする。</p> <p>2 略</p>	<p>（出産育児一時金）</p> <p>第5条 被保険者が出産したときは、当該被保険者の属する世帯の世帯主に対し、出産育児一時金として<u>39万円</u>を支給する。ただし、市長が健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第36条の規定を勘案し、必要があると認める場合は、規則で定めるところにより、これに3万円を上限として加算するものとする。</p> <p>2 略</p>

附 則

（施行期日）

- 1 この条例は、平成27年1月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この条例による改正後の第5条の規定は、この条例の施行の日以後の出産に係る出産育児一時金について適用し、同日前の出産に係る出産育児一時金については、なお従前の例による。

倉吉市国民健康保険条例施行規則の一部改正について

【改正理由】

「産科医療補償制度」に加入した産科医療機関で分娩した場合の掛金の額が平成27年1月から引き下げられることとなり、条例で規則委任された産科医療補償制度に加入する場合の出産育児一時金の加算額3万円を1万6千円に引き下げよう、規則の改正を行うものです。

【改正要旨】

- 1 出産育児一時金の支給の対象となる出産が健康保険法施行令第36条ただし書に規定する要件に該当する場合の加算額3万円を、1万6千円に改めることとした。 (第8条の2関係)
- 2 この規則は平成27年1月1日から施行し、同日以後の出産に係る出産育児一時金について適用することとした。 (附則関係)

倉吉市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

倉吉市国民健康保険条例施行規則（昭和63年倉吉市規則第2号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄中下線が引かれた部分（以下「改正部分」という。）を当該改正部分に対応する同表の改正後の欄中下線が引かれた部分に改める。

改正後	改正前
<p>（出産育児一時金の加算） 第8条の2 市長は、条例第5条第1項ただし書の規定により、被保険者の出産が健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第36条ただし書に規定する出産であると認められる場合は、<u>1万6千円</u>を加算するものとする。</p>	<p>（出産育児一時金の加算） 第8条の2 市長は、条例第5条第1項ただし書の規定により、被保険者の出産が健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第36条ただし書に規定する出産であると認められる場合は、<u>3万円</u>を加算するものとする。</p>

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成27年1月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の第8条の2の規定は、この規則の施行の日以後の出産に係る出産育児一時金について適用し、同日前の出産に係る出産育児一時金については、なお従前の例による。

【報告事項】

1 療養費の内訳について

【療養費の内訳】 保険者負担分（一般＋退職）

区 分	平成23年度		平成24年度		平成25年度	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
1 診 療 費	45	702,119	55	419,103	106	717,706
2 補 装 具	183	4,298,074	200	4,479,111	220	4,903,374
3 柔 道 整 復 師	1,167	3,485,307	1,184	3,807,094	1,106	3,494,931
4 アンマ・マッサージ	21	137,376	23	146,208	5	44,184
5 ハリ・キュウ	0	0	0	0	0	0
6 そ の 他	0	0	0	0	0	0
計	1,416	8,622,876	1,462	8,851,516	1,437	9,160,195

○療養費とは

療養の給付が困難なときや緊急でやむを得ないときなどに、被保険者が費用をいったん全額自己負担し、あとで保険者に申請して要件に該当すると認められる場合、自己負担分を除いた額が払い戻される制度（国民健康保険法第54条）

〔主な支給要件〕

区 分	説 明
診 療 費	事故や急病などで保険証を持たずに診療を受けたとき
補 装 具	医師が治療上必要と認めたコルセットなどの治療用装具代がかかったとき
柔 道 整 復 師	骨折やねんざなどで柔道整復師の施術を受けたとき （※急性又は亜急性の外傷性負傷に限られる。）
アンマ・マッサージ	医師の同意を受けてあんま師、マッサージ師の施術を受けたとき
ハリ・キュウ	医師の同意を受けてはり師、きゅう師の施術を受けたとき

2 特定健康診査 年代別受診状況について

平成24年度と平成25年度における国保特定健診の受診状況について調べたところ、次のような傾向がみられた。

- ①男女で比較すると、男性より女性の方が健診受診率が高い。（女性：約17%、男性：約14%）
- ②年代別でみると、特定健診を受診しているのが64歳以下は8人に1人であるのに対し、65歳以上の方は5人に1人となっている。（40～64歳：約12%、65～74歳：約20%）
- ③対象年齢のうちで65～69歳の年齢の方の受診率が一番高く（約21%）、次に高いのが70～74歳（約20%）であり、40～49歳が最も受診率が低くなっている（約8%）。

3 健康寿命について
(平成26年版 厚生労働白書より)

(3) 分野別の目標及び関連施策について

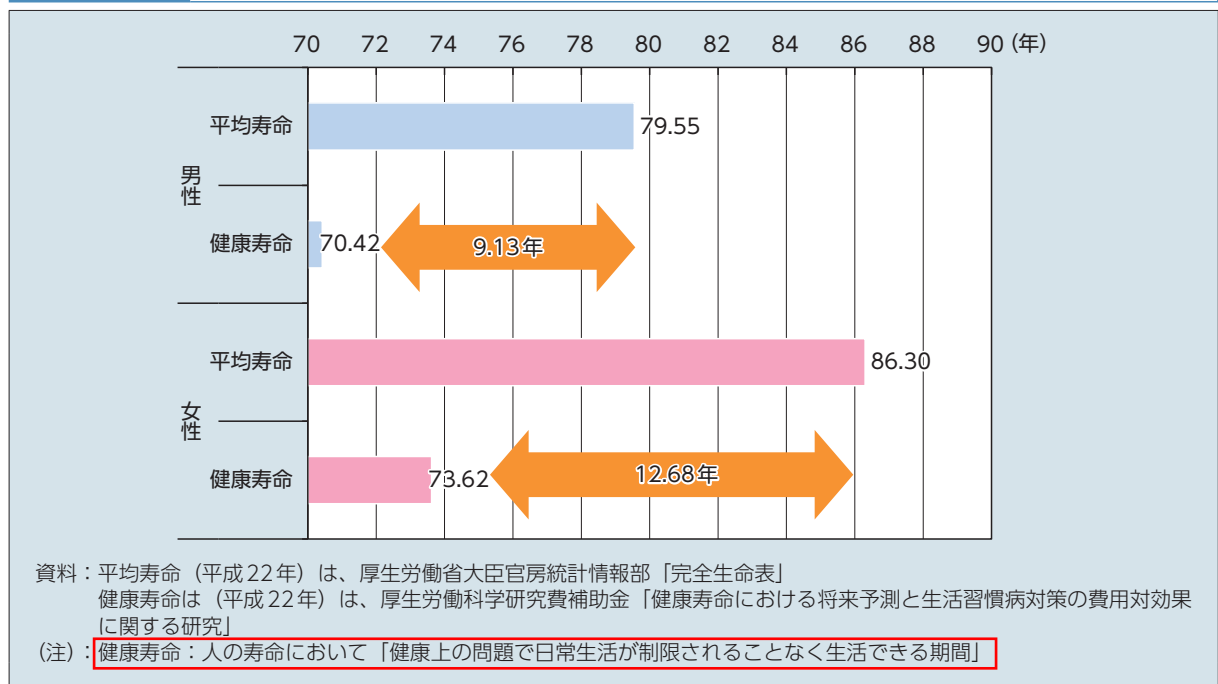
1 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

「健康寿命の延伸」は、健康日本21（第二次）の中心課題であり、指標として盛り込むことは不可欠である。目標値の設定に当たっては、平均寿命と健康寿命（日常生活に制限のない期間）との差に着目することにした（図表3-1-4）。

平均寿命と健康寿命の差は、日常生活に制限のある「不健康な期間」を意味し、2010（平成22）年で、男性9.13年、女性12.68年であった。

今後、平均寿命の延伸に伴い、こうした健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護給付費用を消費する期間が増大することになる。疾病予防と健康増進、介護予防などによって、平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、社会保障負担の軽減も期待できる。このように持続可能な社会保障制度にも資する新たな国民健康づくり運動を展開するという視点から、健康寿命に関する目標は、「平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加」とした。

図表3-1-4 健康寿命の定義と平均寿命との差

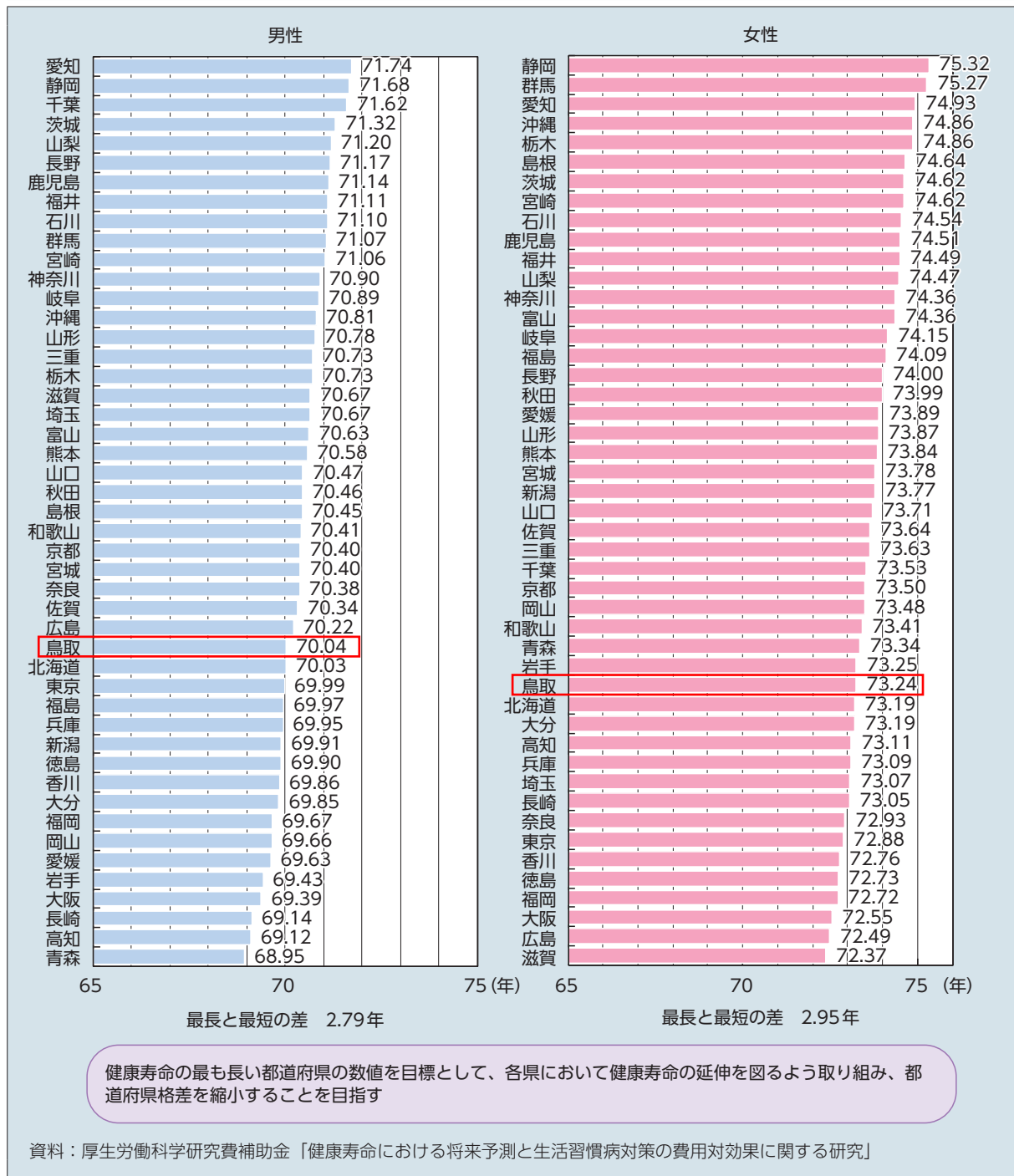


* 3 このほか、健康日本21の目標期間や目標数値は、厚生労働省健康局長通知（2003（平成15）年4月30日健発0430002号）において示していたが、健康日本21（第二次）では、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（平成24年厚生労働省告示第430号）に盛り込まれ、厚生労働省として一体的に取り組むこととしたことも特徴である。

また、「地域や社会状況の違いによる集団における健康状態の差」と定義される「健康格差」については、データの蓄積度や、各自治体の自主的な取組みを促進する観点などを踏まえ、地域格差に重点を置くこととした。(図表3-1-5)

具体的には、健康寿命の最も長い都道府県(男性は愛知県の71.74年、女性は静岡県の75.32年。いずれも2010(平成22)年*4)の数値を目標として、各県において健康寿命の延伸を図るよう取組み、都道府県格差を縮小することを目指している。

図表3-1-5 都道府県別 日常生活に制限のない期間の平均(2010年)



*4 資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

図表 3-1-6 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

項目	現状	目標
①健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の平均の延伸)	男性 70.42年 女性 73.62年 (2010 (平成22) 年)	平均寿命の増加分を上回る 健康寿命の増加 (2022 (平成34) 年度)
②健康格差の縮小 (日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小)	男性 2.79年 女性 2.95年 (2010年)	都道府県格差の縮小 (2022年度)

(注) 上記①の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意することとする。
また、上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各都道府県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

2 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

我が国の主要な死亡原因であるがんや循環器疾患への対策に加え、患者数が増加傾向にあり、かつ、重大な合併症を引き起こすおそれのある糖尿病や、後述する死亡原因として急速に増加すると予測される慢性閉塞性肺疾患（COPD）への対策は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題である。このため、これらの4分野で目標項目を設定した。

がんについては、2012（平成24）年6月に閣議決定した「がん対策推進基本計画」で目標値とされている75歳未満の年齢調整死亡率^{*5}の減少とがん検診の受診率の向上を目標とした。^{*6}（図表 3-1-7）

図表 3-1-7 主要な生活習慣病予防と重症化予防の徹底に関する目標①「がん」

項目	現状	目標
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少 (10万人当たり)	84.3 (2010 (平成22) 年)	73.9 (2015 (平成27) 年)
②がん検診の受診率の向上	胃がん 男性 36.3% 女性 28.3% 肺がん 男性 26.4% 女性 23.0% 大腸がん 男性 28.1% 女性 23.9% 子宮頸がん 女性 37.7% 乳がん 女性 39.1% (2010年)	50% (胃がん、肺がん、 大腸がんは当面40%) (2016 (平成28) 年度)

(注) がん検診の受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで（子宮頸がんは20歳から69歳まで）を対象とする。

循環器疾患については、脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少、高血圧の改善、メタボリックシンドロームの該当者と予備群の減少、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上などを目標とした。（図表 3-1-8）

*5 日本における人口当たりのがんの死亡率の推移をみると、男女ともに一貫して上昇傾向が認められるが、これは平均寿命の延びと出生率の低下に伴い、がんになる確率の高い高齢者の人口比率が増加していることが影響している。こうした高齢化の影響を除いてがんの死亡率の年次推移を観察するには、一定の年齢構成を仮定したモデル人口に調整した年齢調整死亡率が有用である。さらに、75歳以上の死亡を除くことで、壮年期がん死亡の現状や動向を高い精度で評価することができる。これは、75歳以上の高齢者が様々な疾病を合併しやすく、死因分類の精度が必ずしも高くないためである。

*6 なお、2013（平成25）年12月に、がん医療・がん検診の質の向上、がんの予防の推進や国民へのがんに関する情報提供の充実等を科学的知見に基づき実施するため、全国がん登録の実施、これに係る情報の利用・提供や保護、院内がん登録（病院内における登録）の推進に関する事項等について定めた「がん登録等の推進に関する法律」が公布された。この法律は、公布から3年を超えない範囲内において政令で定める日から施行される。

4 ジェネリック医薬品差額通知について

倉吉市では、国民健康保険の医療費適正化を目的として、平成24年度からジェネリック医薬品差額通知を実施してきました。

これは、薬剤費の負担軽減につながる「ジェネリック医薬品」の普及推進のため、処方された薬をジェネリック医薬品に切り替えた場合、どのくらい薬代が安くなるかを試算したお知らせを、一定額以上の削減額が見込まれる被保険者に対して通知を行うものです。

この通知を行ったことにより、最近のデータでは月平均約2百万円、1年間で2千4百万円の薬剤費削減効果があるという結果が出ています。（表1）

しかし、ジェネリック医薬品に切り替えることができない薬剤費が全体の約8割程度あり（表2）、医療の高度化等により薬剤費全体の額は削減効果額ほどには減らないのが現状です。

【表1】ジェネリック医薬品差額通知実績

○平成25年6月診療分～平成26年5月診療分（1年間）

上段：金額（千円）

下段：レセプト1枚当り（円/件）

発送年月	診療年月	基本要件		比較対象月の通知書送付					切り替え人数	削減効果額（※）		
		加入者数 （a）（人） データ化 対象者数 （人）	レセプト件数 （b）（件）	対象者 選択条件 （本人薬剤 費削減額）	通知書数 （c）（枚）	通知割合 （加入者 数） （c）/（a）	通知割合 （レセプト件 数） （c）/（b）	削減 可能額				
平成25年 10月	平成25年 6月	13,804	14,846	100円以上	444	3.2%	3.0%	1,025 69	874	1,391 94		
	11月	13,796	15,632	100円以上	583	4.2%	3.7%	1,314 84		932	1,570 100	
	12月	13,722	15,039	100円以上	363	2.6%	2.4%	839 56		947	1,549 103	
平成26年 1月	9月	13,700	14,637	100円以上	323	2.4%	2.2%	666 46	1,167	1,728 118		
	2月	13,669	15,461	100円以上	640	4.7%	4.1%	1,497 97		1,098	2,016 130	
	3月	13,633	14,873	100円以上	464	3.4%	3.1%	991 67		1,102	1,781 120	
	4月	13,539	15,222	100円以上	575	4.2%	3.8%	1,241 82		1,187	2,148 141	
	5月	平成26年 1月	13,400	14,804	100円以上	349	2.6%	2.4%		816 55	1,167	1,966 133
	6月	2月	13,282	14,413	100円以上	299	2.3%	2.1%		645 45	1,186	1,848 128
	7月	3月	13,268	15,422	100円以上	521	3.9%	3.4%		1,283 83	1,367	2,407 156
	8月	4月	13,461	15,155	100円以上	424	3.1%	2.8%		1,012 67	1,389	2,698 178
	9月	5月	13,349	14,864	150円以上	536	4.0%	3.6%		951 64	1,443	2,892 195
合計		162,623	180,368		5,521			12,281 813	13,665	23,994 1,596		
月平均		13,552	15,031		460	3.4%	3.1%	1,023 68	1,139	1,999 133		

【表2】後発品(ジェネリック)普及率

平成25年6月診療分～平成26年5月診療分(1年間)

診療年月	平成25年6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
1 薬剤費総額 (千円)	77,752	84,842	92,960	79,010	97,432	84,543	88,912
2 先発金額(削減可能額) (千円)	3,356	4,116	4,088	3,742	4,179	3,668	4,060
3 先発金額(削減不可額) (千円)	64,708	70,053	77,354	65,014	80,713	70,478	73,326
4 先発品薬剤費 (千円)	68,064	74,169	81,442	68,756	84,892	74,146	77,386
5 後発品薬剤費 (千円)	9,688	10,673	11,518	10,254	12,539	10,397	11,526
6 後発品普及率(金額)	12.46%	12.58%	12.39%	12.98%	12.87%	12.30%	12.96%
7 後発品普及率(金額) (1年移動平均)	11.58%	11.73%	11.78%	11.93%	12.09%	12.19%	12.32%

診療年月	平成26年1月	2月	3月	4月	5月	合計	月平均
1 薬剤費総額 (千円)	81,127	78,397	86,555	85,986	90,796	1,121,145	93,429
2 先発金額(削減可能額) (千円)	3,811	3,414	3,793	3,529	3,499	49,342	4,112
3 先発金額(削減不可額) (千円)	66,841	65,049	71,522	71,860	75,471	929,833	77,486
4 先発品薬剤費 (千円)	70,652	68,463	75,315	75,389	78,970	979,589	81,632
5 後発品薬剤費 (千円)	10,475	9,934	11,239	10,597	11,827	141,556	11,796
6 後発品普及率(金額)	12.91%	12.67%	12.99%	12.32%	13.03%	12.63%	12.63%
7 後発品普及率(金額) (1年移動平均)	12.46%	12.51%	12.56%	12.59%	12.70%		

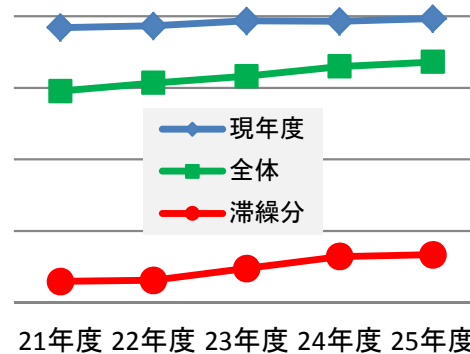
5. 国民健康保険料の収納率向上への取り組みについて

国民健康保険料の調定額と収納額は、被保険者数の減少や高齢化の進展、経済雇用環境の悪化などの影響から減少傾向にあったが、平成24年度には医療保険課に債権回収担当を設置して債権回収を強化した結果、特に滞納繰越分で収納率が向上した。

今後とも、負担の公平性の確保のため、収納率の向上に向けた取り組みを強化していく。

<国保料収納率の推移>

年度	収納率		
	現年度	滞繰分	全体
21年度	91.81	20.89	74.06
22年度	92.29	21.20	76.36
23年度	93.70	24.52	78.25
24年度	93.61	27.84	80.96
25年度	94.34	28.34	82.21



【国保料の滞納整理の推進】

○取り組みの方向性

1) 滞納状況の分析

滞納状況を所得や年齢などの視点から分析と原因の究明を行ない、効果的かつ効率的な徴収事務が推進できるよう計画的に取り組む。

2) 早期対応

初期の滞納者に対し、早期に電話や文書による催告、嘱託徴収員による訪問による催告、徴収を実施し、新たな滞納を増やさないよう努める。

3) 嘱託徴収員の充実

嘱託徴収員は、滞納者リストをもとに、担当職員と連携を図り、平日、土日、祝日、夜間と日時を問わず、完全収納を目標に訪問催告、徴収を行う。

週一回、嘱託徴収員と担当職員の連絡会を開催し、情報の交換と対応困難案件の報告、対応策等の協議を行う。

4) 分納者に対する対応

分納による納付者に対しては、納付相談等を通じて従来からの納付計画をできる限り見直すよう取り組みを進める。分納履行状況を監視し、不履行者に対する速やかな催告、滞納処分への移行を行う。

5) 口座振替の加入促進

平成25年度における加入率は43.1%（特別徴収を除く。）と、前年度との比較では向上しているが、収納確保には極めて重要な要素であるため、さらに加入促進をはかる。

市報による啓発や納付書送付時の加入案内、金融機関を通じての加入勧奨のほか、窓口来庁者、新規加入者への積極的な加入勧奨を行う。

また、口座振替の推進月間を設け、期間中の申請者への抽選によるプレゼントを実施し、加入促進をはかる。

6) 滞納処分の実施

納付に応じない滞納者に対し、担当課において財産調査を行い、滞納処分を実施する。

7) その他

- ・滞納管理システムにより滞納者との接触状況を記録として残すことで一貫した納付指導体制をとり、徴収事務の効率化をはかる。
- ・短期被保険者証を交付し、滞納者との接触機会の確保をはかる。
- ・長期高額滞納者については、鳥取中部ふるさと広域連合への徴収委託、及び市税務課債権回収室への徴収事務移管等により、組織的滞納整理を徹底する。
- ・納付者の利便性を考慮し、平成25年度からコンビニでも国保料の納付が可能となり、多くの方に利用されており、さらに周知をはかる。

国保基盤強化協議会の中間整理のポイント

平成26年9月19日

厚生労働省保険局

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

1. 協議事項

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

2. メンバー

○政務レベル協議

【厚生労働省】 厚生労働大臣、副大臣、政務官

【地方代表】 栃木県知事、高知市長（高知県）、井川町長（秋田県）

○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）

※平成26年8月以降の協議の進め方については、議論の状況等を踏まえ、改めて協議する。

国保基盤強化協議会の中間整理のポイント

平成26年8月8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)

1. はじめに

(1) 中間整理の位置づけ

○ 平成26年1月以降、厚生労働省と地方との協議を開催し、プログラム法や国民会議報告書の方向性に沿って、以下の協議事項について議論。

- 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都道府県と市町村の役割分担の在り方
- ③ その他、地方からの提案事項

○ 事務レベルワーキンググループでの7回にわたる議論を踏まえ、国民健康保険の見直しについて、課題や見直しの方向性等について整理を行うもの。

(2) 今後の進め方

○ 引き続き検討することとしている事項については、地方の理解が得られるよう、更に議論を深めることとし、年末までを目途に結論を得て、必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを目指す。

2

2. 財政上の構造問題の解決に向けた方向性

⇒国民健康保険の将来にわたる安定的な制度運営が可能となるよう、
以下のような観点に立ち、引き続き検討

(1) 保険料負担の軽減・伸びの抑制

- ① 一体改革において方針の決まっている低所得者対策のうち、未だ実現していない保険者支援制度の拡充(1,700億円)の早期・確実な実施
- ② ①に加え、更なる追加公費投入の実現
赤字の原因等の分析を踏まえ、財政上の構造問題の解決のための効果的・効率的な公費投入の方法を検討・実施
- ③ 予期せぬ給付増や保険料収納不足といった財政リスクを分散・軽減するための制度的対応として、例えば、財政安定化基金の創設などを検討 等

(2) 財源等

- ① 後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入した場合に生ずる国費の活用の検討を含め、予算編成過程を通じて財源確保に努力
- ② 地方の最終判断に支障をきたさないよう、できる限り早期に、追加公費の規模・財政基盤強化策を提示
- ③ 厚生労働省が、引き続き、国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決に責任を持って取り組む。

3

3. 国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の方向性

⇒財政上の構造問題の解決が図られることを前提に、以下のような仕組みに見直すことが考えられ、引き続き検討

(1) 財政運営と保険料の賦課・徴収の基本的な仕組み

- 財政運営 … 都道府県
- 市町村は、
 - ・ 都道府県が定める「分賦金」(※)を納付 ※ 市町村ごとの医療費水準等を考慮することが基本
 - ・ 分賦金を納めるために必要な保険料率を定め、保険料を賦課・徴収

(2) 保険料水準の平準化に向けた仕組み等

- 都道府県は、市町村ごとの保険料率の算出方法 (※1) を示す
 - ※1 市町村規模別の収納率目標、都道府県として考える算定方式 等
 - ※2 「算出方法」のみならず、市町村ごとの標準保険料率を示すことについて、引き続き検討
- 保険料水準が急激に変化することのないよう、必要な経過措置を相当程度の期間設けることを検討

(3) 保険給付・資格管理・保健事業についての役割分担

- 保険給付の決定、資格管理 … 引き続き検討 (注)「窓口業務」(申請・届出の受付等)は、市町村で概ね一致
- 保健事業 … 市町村

国民健康保険の見直しについて（中間整理）

平成26年8月8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）

I はじめに

- 国民健康保険の在り方については、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（以下「プログラム法」という。）や社会保障制度改革国民会議報告書（以下「国民会議報告書」という。）において、以下のような方向性が示された。
 - ① 今回の改革の前提条件として、国民健康保険に対する財政支援の拡充等により国民健康保険の抜本的な財政基盤の強化を図り、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとする
 - ② その上で、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、国民健康保険の保険料の賦課・徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割分担する
 - ③ 保険料に係る国民負担に関する公平の確保を図る
- また、プログラム法では、国民健康保険の在り方を含む医療保険制度改革について、平成26年度から平成29年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとするものとされている。
- 国民健康保険の見直しについては、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、本年1月以降、厚生労働省と地方との協議（国保基盤強化協議会）を開催し、
 - 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都道府県と市町村の役割分担の在り方
 - ③ その他、地方からの提案事項を主な協議事項として、議論を重ねてきた。
- 以下は、事務レベルのワーキンググループでの7回にわたる議論を踏まえ、国民健康保険の見直しについて、課題や見直しの方向性等について整理を行うものである。

この中で、引き続き検討することとしている事項については、地方の理解が得られるよう、更に議論を深めることとし、年末までを目途に結論を得て、必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを目指す。

Ⅱ 国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方向性

1. 基本認識

- 我が国の医療保険制度は、原則として全ての国民が何らかの公的医療保険制度でカバーされるという国民皆保険に最大の特徴がある。
国民皆保険の理念の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきている。

- その中で、国民健康保険は、他の医療保険等に参加している者を除いた全ての住民を被保険者としており、国民皆保険の基礎として重要な役割を果たしているが、国民会議報告書において指摘されたように、被用者保険と比べ、
①低所得の加入者が多い、②年齢構成が高いこと等により医療費水準が高い、
③所得に占める保険料が重いといった構造的な課題を抱えており、こうしたこともあって、毎年度、市町村が決算補填等を目的とする多額の法定外繰入を行っている。また、特定の都道府県では、前年度繰上充用を行っている市町村も多く見られる。

- こうした課題に対し、プログラム法や国民会議報告書においては、国民皆保険を堅持し、持続可能な医療保険制度を構築する観点から、以下の方針が示された。
 - ① 現在の国民健康保険の赤字の原因や運営上の課題を分析の上、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決を図ること。
 - ② その際には、財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、保険料の適正化など国民健康保険自身の努力によって、国民健康保険が将来にわたって持続可能となるような仕組みについても検討すべきであること。
 - ③ 国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決を図ることが、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、都道府県と市町村において適切に役割分担するという今回の改革の前提条件であること。

- これらを踏まえると、今回の改革においては、国民健康保険の将来にわたる安定的な制度運営が可能となるよう、現在の国民健康保険の赤字の原因等を分析した上で、国民健康保険に対する財政支援を拡充すること等により、将来にわたる法定外繰入の必要性を大幅に解消し、国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決を図ることが必要不可欠である。

2. 財政基盤強化の具体策に関する基本的な考え方

- 今回の改革により国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決が図られることを見通すためには、追加公費の規模も含めた財政基盤強化の具体策と効果を明らかにすることが必要である。

- この点、厚生労働省は、
 - ・ 国民健康保険に対する財政支援の拡充をしっかりと行い、財政上の構造問題の解決に責任をもって取り組んでいくとの考え方を表明しているものの、
 - ・ 国民健康保険の在り方を含む医療保険制度改革に関する議論が社会保障審議会医療保険部会において進められている中、現時点において、追加公費の規模も含めた財政基盤強化の具体策を明らかにできる状況にはない。

- こうした状況にかんがみ、国保基盤強化協議会としては、
 - ・ 高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中、国民健康保険の将来にわたる安定的な制度運営が可能となるよう、
 - ・ 厚生労働省が、引き続き、国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決に責任をもって取り組むとの認識の下、
 - ・ 必要な追加公費の投入が行われることを前提として、現在の国民健康保険の赤字の原因等の分析を踏まえ、国民健康保険が抱える財政上の構造問題を解決するための効果的・効率的な公費投入の方法等について、検討を進めていくとともに、
 - ・ 厚生労働省においては、地方が、追加公費の規模も含めた財政基盤強化の具体策が財政上の構造問題の解決策として受け入れることができるかどうかの最終判断を行うことに支障をきたさないよう、できる限り早期に追加公費の規模も含めた財政基盤強化の具体策を明らかにし、地方と十分に協議を行うものとする。

- また、国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決を図るためには、国民の保険料負担の公平の確保に努めるという視点に立ち、「あるべき保険料水準」について十分議論した上で、きわめて大きい被用者保険との保険料負担の格差をできる限り縮小するような、抜本的な財政基盤の強化が必要であるとの強い指摘や、現状でも重い国民健康保険の保険料負担をこれ以上増やさない仕組みを構築する必要があるとの指摘もあった。

- この点については、仮に「加入者一人当たり平均所得」に占める「加入者一人当たり平均保険料」を機械的に試算すると、国民健康保険は 9.9%、協会けんぽは 7.6%、組合健保は 5.3%となっている。¹
- なお、こうした指摘に対しては、国民健康保険と被用者保険とでは、所得の形態や所得捕捉の状況に違いがあるという観点や、被用者保険における事業主負担をどのように捉えるかという観点から、国民健康保険と被用者保険を単純に比較することは困難であるとの指摘もある。
- 国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決を図るに当たっては、国民皆保険の基礎として他の医療保険等に加入している者を除いた全ての住民の受け皿としての役割を果たしている国民健康保険は、社会情勢の変化等に伴い、年金生活者をはじめとする無職者や被用者保険への加入要件を満たさない非正規の被用者等が多く加入している状況となっており、現状、低中所得層の保険料の負担水準は重くなっているとの認識に基づき、各医療保険制度の保険料の負担水準の格差に関する指摘も念頭に置きつつ、国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決を図るために必要となる方策について、地方からの提案も含め、引き続き、検討を進め、できる限り早期に明らかにすることとする。
- なお、被用者保険の被保険者の範囲を拡大するため、平成 24 年 8 月に成立した年金機能強化法により、平成 28 年 10 月から、一定の要件を満たす短時間労働者を健康保険の被保険者とすることとなっているが、同法の附則において、平成 31 年 9 月 30 日までに、更なる適用拡大について検討を加え、その結果に基づき必要な措置を講ずることとされていること等を踏まえ、厚生労働省において適切に対応していく必要がある。

¹ 「加入者一人当たり平均所得」に占める「加入者一人当たり平均保険料」に係る機械的に試算について

- ・ 国民健康保険については、「現年分保険料調定額」(平成 24 年度)、「加入者数」(平成 24 年度平均)、「総所得金額等」(『総所得金額(収入金額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額』に『雑損失の繰越控除額』と『分離譲渡所得金額』を加えたもの。平成 24 年度)を基に試算。
- ・ 協会けんぽ及び組合健保については、「決算における保険料額」(事業主負担を除く。平成 24 年度)、「加入者数」(平成 24 年度平均)、「加入者一人当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」(平成 24 年度)を基に試算。

3. 国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方向性

- 国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決を図るとともに、国民の保険料負担の公平の確保に努めるという視点に立ち、以下のような施策を講ずることにより、国民健康保険全体としての財政基盤の抜本的な強化や保険料負担の平準化等を図り、被保険者の保険料負担の軽減やその伸びを抑制していく。
- ① 社会保障・税一体改革において方針の決まっている低所得者対策のうち、未だ実現していない保険者支援制度の拡充（1,700億円）について、確実かつ早期の実施に努めること
 - ② 上記に加え、国民健康保険の見直し時期までに、更なる追加公費の投入を実現すること。また、実際に追加公費を投入するに当たっては、
 - ・ 財政上の構造問題を抱える保険者にあっては、現に法定外繰入を実施しているか否かにかかわらず、被用者保険と比べ、年齢構成が高い等の保険者の責によらない要因により医療費水準が高いという課題や、低所得者が多いために所得水準が低く、低中所得層の保険料負担が重いという課題を抱えているという認識の下、
 - ・ 国民皆保険の基礎としての役割を果たしている国民健康保険が、その責によらない要因により医療給付費が高くなっていることや所得水準が低く低中所得層の保険料の負担水準が重くなっていること等への財政支援の強化を図り、国民健康保険が抱える財政上の構造問題を解決するための効果的・効率的な投入方法を検討し、実施すること
 - ③ 更に、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を分散・軽減するための制度的対応として、例えば、財政安定化基金の創設や、2年を一期とした財政運営を導入することなどが考えられる。
財政安定化基金を創設する場合の、財政安定化基金の規模、具体的な活用方法等については、引き続き検討する。
 - ④ このように、財政上の構造問題を抱える保険者に対して追加公費を重点的に投入すること等により、市町村間の所得水準の格差是正や、国民の保険料負担の平準化に向けた取組を推進すること
 - ⑤ 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強化・支援、被保険者資格の適用の適正化を更に進めるなど、事業運営の改善を一層推進することや、負担能力に応じた負担とする観点からの保険料の賦課限度額の在り方の見直しを進めることにより、保険料の適正化に向けた取組等を進めること

- 上記のほか、地方からは、今回の改革により、国民健康保険の将来にわたる安定的な制度運営が可能となるよう、今後とも増大が見込まれる医療費への制度的対応等を行うべきとの強い指摘があった。これに対しては、どのような対応が可能か、引き続き検討する。

また、地方からは、地方公共団体が地方単独事業として医療費助成を行った場合に採られている国民健康保険の国庫負担金の減額措置については、本来国が全国統一的に行うべき子育て・少子化対策等に関する地方の努力に反し、地方のみに責任を負わせるものであるため、廃止すべきであるとの強い指摘があった。これについては、一般的には、医療費の窓口負担を軽減・無料化した場合には、しない場合に比べて医療給付費が増加し、これに対する国庫負担が増加することとなるため、限られた財源の中で公平に国庫補助を配分する観点から行われている措置であり、引き続き検討していく。

- さらに、追加公費の規模については、前述のとおり、厚生労働省は、現時点において、その具体策を示すことが困難な状況にあるが、追加公費の投入のために必要となる税財源については、社会保障審議会医療保険部会において検討が進められている後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入した場合に生じる国費を活用することについて検討することを含め、予算編成過程を通じてその確保に努めることとし、地方が、追加公費の規模も含めた財政基盤強化の具体策が財政上の構造問題の解決策として受け入れることができるかどうかの最終判断を行うことに支障をきたさないよう、できる限り早期に、追加公費の規模も含めた財政基盤強化の具体策と効果を明らかにし、地方と十分に協議を行うものとする。

- 上記の財政基盤強化の具体策について、あくまで国費の投入によって抜本的な財政基盤の強化を図るべきであり、新たな地方負担を前提とすべきではないとの強い意見があった。

- なお、国民皆保険を支える国民健康保険の財政基盤の安定化を図ることは極めて重要な課題であり、今回の改革にとどまらず、不断の取組が求められる分野である。

厚生労働省は、高齢化の進展、高度な医療の普及等により医療費の増大が見込まれるという認識の下、国民健康保険の将来にわたる安定的な制度運営が可能となるよう、国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決を図ることとしているが、それでもなお将来に対応が必要となる課題については、今後とも責任を十分に果たし、適切な措置を講じていくとともに、都道府県及

び市町村においても、それぞれの役割に応じて、国とともにその責任を果たしていく。

- こうした観点に立ち、国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決方策について、引き続き検討を進める。

Ⅲ 国民健康保険の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方

1. 基本認識

- 国民健康保険の運営については、国民会議報告書において、
 - ・ 効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点から、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制とすること
 - ・ 市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みとすることとの方向性が示された。

- これを踏まえ、プログラム法においては、財政支援の拡充等により、国民健康保険の財政上の構造問題を解決することとした上で、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割を分担するための必要な方策を検討するとの方針が示された。

- 今回の改革においては、プログラム法や国民会議報告書において示された方向性に留意した上で、事務の効率的な運営、被保険者の利便性、医療と介護の連携の確保等の観点も踏まえながら、制度の具体化に向けて検討を進めていく。

2. 国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方策に関する議論との関係

- 前述のとおり、国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決を図ることが、国民健康保険の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の見直しを含めた今回の改革の前提条件となる。

- また、国民健康保険制度における公費支援の役割については、国民健康保険の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方と密接に関わるものであり、役割分担の見直しにあわせ、現行の公費支援の役割も見直す必要があることにも留意が必要である。

- このため、国民健康保険が抱える財政上の構造問題の解決を図るための議論と国民健康保険の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の在り方に関

する議論を完全に切り離して行うことは現実的でないことから、国保基盤強化協議会においては、都道府県と市町村の役割分担の在り方に関する議論についても必要な範囲で行い、下記3. のとおり、現時点における考え方や今後の検討課題等を整理した。

3. 国民健康保険の運営に関する都道府県と市町村の役割分担についての検討状況

(1) 財政運営と、保険料の賦課・徴収の仕組み

- プログラム法を踏まえ、財政支援の拡充等により、国民健康保険が抱える財政上の構造問題を解決することとした上で、国民健康保険の財政運営については、都道府県が担うこととすることが考えられる。

- 国民健康保険の財政運営を都道府県が担うこととする場合における、保険料の賦課・徴収の仕組みについては、プログラム法で示された方針や、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観点等を踏まえ、以下のようなものが考えられる。
 - ・ 都道府県は、都道府県内の国民健康保険の医療給付費等の見込みを立て、それに見合う「保険料収納必要額」を算出の上、都道府県内の各市町村が都道府県に納める額（いわゆる「分賦金」）を定める。
 - ・ 市町村は、分賦金を賄うために必要となる保険料を被保険者に賦課し、徴収した上で、都道府県に納める。

- また、上記の仕組みに加え、都道府県内の保険料負担の平準化を更に推進するとともに、今回の改革が、医療計画の策定者である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に資するものとなるよう、以下のような仕組みを設けることが考えられる。
 - ・ 都道府県が、都道府県内統一の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必要となる事項についての標準を設定することが考えられる。

また、そうした都道府県が設定する標準に基づき、都道府県が、各市町村がそれぞれの分賦金を賄うために必要な保険料率（「標準保険料率」）を市町村ごとに示すことも考えられるが、これに対しては、その必要性についてなお議論すべきであるとの意見があったことを踏まえ、引き続き検討する。

- ・ 市町村は、都道府県が定めた都道府県内統一の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を参考に、市町村として分賦金を賄うために必要と考える保険料算定方式、保険料率等を定め、保険料を賦課・徴収する。

○ 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を分散・軽減するための制度的対応については、前述のとおり、例えば、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財政安定化基金を創設すること等が考えられる。

○ なお、保険料の賦課・徴収の仕組みに関する検討を進めるに当たっては、現在、国民健康保険料として賦課・徴収を行っている市町村と国民健康保険税として賦課・徴収を行っている市町村が併存している等の実態に十分留意しつつ、国民健康保険料・国民健康保険税の在り方についても議論を進めていく必要がある。

(2) 保険料の設定の在り方

○ 現状、国民健康保険の保険料は、市町村によって医療費水準に違いがあることや、保険料の算定方式が異なること、保険料の上昇を抑制するために一般会計からの法定外繰入を行っている市町村が存在すること等の要因により、市町村間で格差が生じており、仮に直ちに都道府県内が均一保険料率となることとした場合には、被保険者の保険料水準が大きく変化する場合が多いものと考えられる。

○ こうした状況の下、今回の改革により、市町村との適切な役割分担を行いつつ財政運営などを都道府県が担うこととする中で、都道府県内の保険料の設定の在り方としては、以下のようなものが考えられる。

- ・ 都道府県が分賦金を定めるに当たり、市町村ごとの医療費水準を考慮することが考えられる。これにより、市町村における医療費適正化の効果が当該市町村の保険料水準に反映されることとなり、市町村における医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みづくりに資することとなることが考えられる。

その際、一般に年齢構成が高いほど医療費水準が高くなることにかんがみ、市町村ごとの年齢構成の差異による医療費水準の差異を調整する仕組みを導入することも考えられるが、その具体的仕組みについては、引き続き検討する。

- ・ 国民健康保険の財政運営を都道府県が担うこととする場合、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、今回の改革により、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うこととなることが考えられる。

また、都道府県内の市町村間の所得水準の差異については、負担能力に応じた負担とする観点から、各市町村の分賦金は市町村ごとの所得水準を考慮したものとすることが考えられる。

- ・ その際、都道府県調整交付金については、例えば、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、保険料の設定方法の見直しを円滑に進めるための調整を行うなど、地域の実情に応じて活用することが考えられ、その役割について、併せて検討する。
- ・ このように、市町村ごとの医療費水準等の差異を一定程度考慮することとする一方で、都道府県のリーダーシップの下、市町村が、保険料の算定方式の統一化等に取り組んでいくことを通じ、保険料負担の更なる平準化が可能となる。
- ・ 以上のことを基本とするが、都道府県内の市町村間の医療費水準等の差異が比較的小さく、また、市町村の合意が得られる都道府県にあっては、都道府県内を均一保険料率に設定することも可能とすべきとの指摘があることを踏まえ、前述の「分賦金」の仕組みの下、そうした都道府県内均一保険料率の設定も可能とすることについて、引き続き検討していく。

- また、国民健康保険については、収納率の向上が課題となっており、保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことができる仕組みとすることが基本であるが、特に若年層が多い市町村等の収納率の低さについては、当該市町村による自助努力だけで対応することは難しいという指摘もある。

このため、都道府県が分賦金を定めるに当たっては、モラルハザードを防ぐための一定のルールを設けた上で、「市町村による自助努力だけで対応することが難しい『収納率の低さ』」に配慮することとしてはどうかとの指摘があったが、保険料負担の公平性や収納率向上を図る観点から問題があるとの指摘もあり、引き続き議論する必要がある。

- こうした観点に立ち、都道府県内の保険料の設定の在り方について検討を進めていくが、今回の改革においては、保険料の設定方法の在り方や現行の公費支援の役割の見直しの影響により、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、必要な経過措置を相当程度の期間設けることを含め、制度設計を行う必要がある。

(3) 保険給付、資格管理の具体的仕組み

○ 保険給付、資格管理の具体的な仕組みについて、届出・申請の受付や、証明書の引渡業務といった事実上の行為（窓口業務）については、被保険者の利便性を確保する観点から、市町村が行うことが考えられる。

○ その上で、証明書の発行・交付や給付の決定といった処分性を有する行為については、以下のような視点の下、その具体的な仕組みについての検討を行った。

- ・ 国保の被保険者の資格情報である住所・世帯情報や所得情報を市町村が有している中、事務の効率的な運営（効率的な事務処理体制の確保を含む）や被保険者の利便性の確保を図ること
- ・ 保険給付、資格管理、保険料の賦課・徴収には、相互に密接に関連している事務（短期被保険者証、被保険者資格証明書の交付等）があり、これらの事務の一体的な処理や、個々の事情に応じた柔軟・迅速な対応の確保を図ること
- ・ 日常生活圏域で医療・介護サービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築していくこととの整合性の確保を図ること
- ・ 膨らんだ保険給付については公費と保険料で賄うこととなることにかんがみ、保険給付の支払の適正化を通じた医療費適正化インセンティブの確保を図ること

○ 市町村が保険給付や資格管理を担うこととした場合には、

- ・ 住民情報や課税情報を管理している市町村が資格管理と保険給付を併せて行うことが効率的であり、また、都道府県ではそうした事務を担うのは難しいとの指摘や、地域包括ケアシステムの構築を推進するに当たり、医療給付と介護給付の情報は市町村に一元的に集約するのが望ましいとの指摘等があった一方で、
- ・ 都道府県が保険給付や資格管理を担うこととする場合と比べ、市町村の事務が集約化されないことやシステムが標準化されないことにより効率的な事務運営の確保やシステム改修費の節減が課題となるとの指摘や、国保データベースシステムを活用し、医療情報と介護情報を突合

させたデータを把握すれば、住民に必要なサービスを把握することは可能ではないかとの指摘等があった。

- 都道府県が保険給付や資格管理を担うこととした場合には、
 - ・ 事務の集約化やシステムの標準化により効率的な運営の確保や将来的に発生するシステム改修費の抑制が図られるとの指摘や、都道府県内における保険給付や資格管理に係る処理基準の統一化が図られるとの指摘、同一都道府県内の転居等の際の被保険者の利便性が向上するとの指摘、国保連合会等を活用すれば都道府県においても事務処理を遂行することは可能であるとの指摘等があった一方で、
 - ・ 市町村が保険給付や資格管理を担うこととする場合と比べ、証明書の発行・交付や給付の決定に時間を要することとなり被保険者の利便性が損なわれるとの指摘や、都道府県において必要な人員増等事務処理体制を新たに構築する必要があるとの指摘、システム開発等に多額の初期投資がかかり、また、住民・世帯情報等を有する市町村においても、引き続き、システム改修が必要であることに留意すべきとの指摘等があった。
- また、保険給付や資格管理には様々な事務が存在することから、一律に論ずるのではなく、個々の事務の具体的な仕組みについて検討すべきとの指摘や、そうした検討を進める際には、国民健康保険と後期高齢者医療制度との被保険者の特性の相違や事務の特性の相違を念頭に置きつつ、後期高齢者医療制度における後期高齢者医療広域連合と市町村の役割分担の仕組みも参考にしてはどうかとの指摘もあった。
- こうした指摘を踏まえつつ、保険給付、資格管理の具体的な仕組みについて、引き続き検討を進めていく。

(4) 保健事業

- 保健事業については、プログラム法で示された方針を踏まえ、引き続き、住民に身近な基礎自治体である市町村が担うことが考えられる。
- また、近年、特定健康診査の実施やレセプトの電子化の進展、国保データベースシステム等の整備により、健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤の整備が進んでいる。

- こうした状況の下、被保険者の更なる健康保持増進に努めるため、レセプト・健診等のデータを活用しながら、自らの地域の健康状況を把握し、優先すべき課題を明確化するとともに、被保険者をリスク別に分け、健康づくりの普及啓発等のポピュレーションアプローチや、生活習慣病の症状の進展や合併症の発症を抑えるための重症化予防の取組等を進めていくことなどが必要となる。
- 市町村においては、こうしたレセプト・健診情報を活用したデータ分析に基づく保健事業（データヘルス事業）を推進していくとともに、国と都道府県においても、それぞれの役割に応じて、市町村の取組を積極的に支援する。

IV その他

- 高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中、厚生労働省においては、国民健康保険の見直しにとどまらず、国民皆保険を堅持し、持続可能な医療保険制度の構築を図る観点から、国民の保険料負担の公平の確保に努めるとともに、医療費の適正化に向けた取組を併せて進めていく。