

高齢者医療制度改革会議（第10回） 議事次第

平成22年9月27日（月）

17時20分～19時20分

厚生労働省 9F 省議室

（議 題）

国保の運営のあり方及び保険料等について

（資 料）

資料1：本日の議題に関する基本資料

資料2：参考資料

資料3：「後期高齢者医療制度 都道府県・広域連合ブロック会議」
の開催状況

資料4：委員配付資料

第10回 高齢者医療制度改革会議座席図

日時：平成22年9月27日（月）17：20～19：20
 場所：厚生労働省内9階省議室

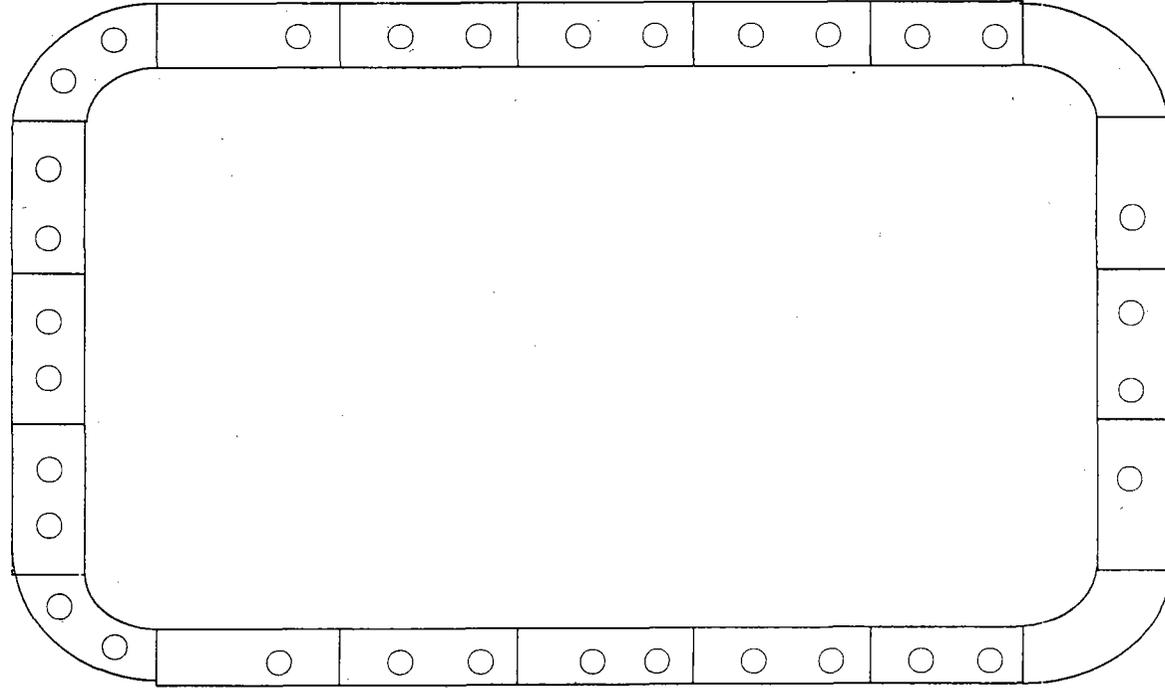
随 行 者 席

- 阿部委員
（日本高齢・退職者団体連合会事務局長）
- 池上委員
（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授）
- 岩見委員
（政治評論家・毎日新聞委員編集委員）
- 岡崎委員
（全国市長国民健康保険対策特別委員長、高知市長）
- 小島委員
（日本労働組合総連合会総会政策局長）
- 鎌田委員
（諏訪中央病院名誉院長、森医療制度改革監視団委員長代理、愛知県健康福祉部齊藤理事（目見功委員代理）、全国老人クラブ連合会）
- 小林委員
（全国健康保険協会理事）

傍
聴
席

事
務
局
席

- 岩 淵 課 長
- 村 山 課 長
- 伊 藤 課 長
- 武 田 課 長
- 外 口 局 長
- 阿 曾 沼 次 官
- 唐 澤 審 議 官
- 吉 岡 課 長
- 吉 田 課 長
- 鈴 木 課 長



- 岡本政務官
- 岩村座長
（東京大学大学院
法政政治学研究所教授）
- 細川大臣
- 藤村副大臣

- 横尾委員
（全国後期高齢者医療広域連合協議会会長、佐賀県広域連合会長、多久市長）
- 宮武委員
（早稲田大学衛生学博士研究科教授）
- 三上委員
（日本医師会常任理事）
- 藤原委員
（全国町村会長、長野県川上村長）
- 樋口委員
（高齢社会をよくする女性の会理事長）
- 堂本委員
（前千葉県知事）
- 白川委員
（健康保険組合連合会事務理事）
- 齊藤委員
（日本経済団体連合会社会政策委員会医療改革部会長）
- 近藤委員
（日本福祉大学社会福祉学部教授）

— 入 口 —

— 入 口 —

本日の議題に関する基本資料

厚生労働省保険局
平成22年9月27日

目 次

○ 今後の議論の進め方	2
○ 市町村国保の抱える構造的な課題と対応	3
○ 市町村国保の財政運営の都道府県単位化の必要性について	4
○ 市町村国保の財政運営の都道府県単位化に関する論点	5
○ 第二段階の都道府県単位化に関する課題	15
○ 新制度の保険料に関する主な論点	17

今後の議論の進め方

< 9月 >

国保の運営のあり方 及び保険料等について

- ② 全年齢を対象とした都道府県単位化への移行手順、期限、環境整備の進め方
- ③ 今回の制度移行時における都道府県単位化の対象年齢（65歳か75歳か）
- ④ 国保の事務の分担（給付事務）
- ⑦ 財政調整の仕組み
- ⑤ 保険料
- ⑨ 収納率低下防止策
- ⑩ 保険料軽減の特例措置

< 10月 >

費用負担について

- ⑧ 公費
- ⑪ 被用者保険者間の具体的な按分方法
- ① 特定健保
- ⑫ 高齢者の患者負担（特に70～74歳の患者負担）
- ⑤ 財政安定化基金

※財政影響試算及び将来推計

< 11月 >

運営主体等について

- ⑥ 運営主体
- ⑬ 特定健診等の推進方策
- ⑭ 医療費効率化

※その他、積み残し案件等

※ 各番号は第9回高齢者医療制度改革会議の資料3「中間とりまとめ後に残される課題」の検討課題①～⑭に対応

市町村国保の抱える構造的な課題と対応

低所得の被保険者

被保険者1人当たり所得:95.6万円
無所得世帯割合:26.3%
保険料軽減世帯割合:40.6%

保険料(税)の格差

〈一人当たり保険料の全国格差〉
最高:13.5万円(北海道さっぽろ猿払村)
最低:2.8万円(沖縄県伊平屋村) 格差:4.8倍
〈一人当たり保険料の都道府県内格差〉
最高:2.7倍(東京都)
最低:1.3倍(富山県)

財政基盤が不安定になるリスク の高い小規模保険者の存在

被保険者数最大:93万人(神奈川県横浜市)
被保険者数最小:92人(東京都御蔵島村)

保険料の収納率低下

平均収納率:88.4%
最高収納率:100%(18市町村)
最低収納率:75.8%(沖縄県渡名喜村)

一般会計繰入・繰上充用

市町村による一般会計繰入額:約3,700億円
うち赤字補填目的:約2,600億円
繰上充用額:約1,700億円

平成22年通常国会で 国保財政基盤強化策を4年間延長

- ① 高額医療費共同事業
高額な医療費の発生が国保財政に与える影響を緩和
- ② 保険者支援制度
低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援
- ③ 保険財政共同安定化事業
市町村国保の保険料(税)の平準化、財政の安定化

今後、全年齢を対象とした 都道府県単位化を図る

- ① 広域化等支援方針の策定(H22)
市町村国保の都道府県単位化に向けた環境整備
- ② 保険財政共同安定化事業の拡充(H22)
対象医療費の拡大、拠出方法の見直し
- ③ 広域化等支援基金の活用促進(H22)
広域化等の推進を財政面で支援

収納率向上対策を推進

- ① 国保料(税)の年金特別徴収(H20)
市町村国保においても年金特別徴収を開始
- ② 収納対策緊急プランの策定(H17)
市町村による総合的な収納対策の実施
- ③ 収納率向上アドバイザーの設置、口座振替の推進等

市町村国保の財政運営の都道府県単位化の必要性について

○ 市町村国保の現状の問題点

- ・ 全国で最大約4.8倍となる一人当たり保険料の格差が存在（県内の保険料格差は最大約2.7倍）
- ・ 全国で最大約3.6倍となる一人当たり医療費の格差が存在（県内の医療費格差は最大約2.7倍）
- ・ 小規模保険者において、医療費の変動に左右されやすいなど、保険財政が不安定

○ 財政運営の都道府県単位化の必要性

- ・ 一人当たりの保険料・医療費の格差が縮小されること
 - ・ 安定的な財政運営ができる規模が必要であること
 - ・ 各都道府県において医療計画が策定され、医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があること
- ⇒ こうしたことから、これまで、協会けんぽの財政運営の都道府県単位化や、健保組合の都道府県単位での再編・統合を図るための地域型健保組合の仕組みを導入したところであり、今般、残された市町村国保について財政運営の都道府県単位化を行う

2次医療圏(349)単位で市町村が広域連合を設立して広域化を図るべきという考え方について

- ① 既に高齢者医療については、都道府県単位化されており、これを改めて349の2次医療圏単位に分割することは不適當
 - ② 医療サービスの供給体制の観点から設定された2次医療圏内の市町村に行政単位としての結びつきは弱い
 - ③ 医療費適正化計画などの各種計画は都道府県単位で策定されていることを踏まえ、都道府県単位で予防、医療提供、医療保険に関する政策を有機的に連動させる必要があるのではないか
- ※ 広域化等支援方針に基づく取組の進め方として、まずは2次医療圏や郡市単位で保険料算定方式の標準化等を図り、最終的に都道府県単位化を図ることは考えられる

市町村国保の財政運営の都道府県単位化に関する論点

- ① 第一段階(平成25年度～)において、都道府県単位化の対象年齢を「65歳以上」とするか、「75歳以上」とするか。
- ② 若人部分の都道府県単位の財政運営に向けた環境整備をどのように進めていくか。
- ③ 全年齢を対象とした都道府県単位化への移行手順については、「期限を定めて全国一律」か、「合意された都道府県から順次」か。期限を設定するとした場合、具体的な年限をどうするか。
- ④ 都道府県単位化した場合の国保の運営について、「都道府県単位の運営主体」は都道府県単位の標準(基準)保険料率の算定・会計の処理等の事務を担い、「市町村」は保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業などの事務を担うが、給付事務はいずれが担うべきか。
- ⑤ 第一段階における財政調整のあり方はどうあるべきか。
- ⑥ 財政安定化のための方策をどうするか。

< 現行制度 >

< 第一段階(平成25年度～) >

< 第二段階 >

独立制度による
都道府県単位の財政運営
(運営主体: 広域連合)

市町村単位
の財政運営

国保

被用者保険

都道府県単位の
財政運営

論点
④ ⑤ ⑥

都道府県単位
の財政運営に
向けた環境
整備

論点
②

国保

被用者保険

全年齢を対象に
都道府県単位の
財政運営

論点
③

国保

被用者保険

75歳

75歳

65歳

論点
①

①第一段階における都道府県単位化の対象年齢

- 第一段階において、65～74歳を都道府県単位の財政運営とするか。

都道府県単位化の対象年齢を65歳以上とすべきとする考え方

- 退職年齢・年金受給開始年齢・一般的な高齢者の概念等を考慮して65歳以上とすべき。
- 対象年齢を65歳以上とすれば、国保加入者のほぼ半分が、第一段階で都道府県単位の財政運営となる。

65歳以上とした場合の論点

- 若人部分の広域化については、環境整備に一定の期間を要する中、第一段階において65～74歳だけを切り出して都道府県単位化する必然性はあるのか。
- 65～74歳の保険料は、第一段階及び第二段階の2度にわたって上下動することによる混乱の可能性について、どう考えるか。
- 第一段階において、65～74歳にも75歳以上と同じ保険料率を適用した場合、65～74歳の保険料総額は0.1～0.2兆円(▲15%)程度、減少し、若人の負担が増加することについて、どう考えるか。
- 市町村国保によっては65～74歳の保険料収入に大きく依存しているところがあり、市町村国保によっては大きな負担増が生じるが、これをどう考えるか。

⇒ 全年齢を対象とした都道府県単位化を図ることを明確にした上で、第一段階で都道府県単位化するのは75歳以上とし、74歳以下は一体的に都道府県単位化に向けた環境整備を進め、第二段階の際に都道府県単位化してはどうか。

②国保(若人)の都道府県単位化の環境整備の進め方

- 若人部分の都道府県単位化の環境整備をどう進めていくか。
- ⇒ 都道府県のイニシアティブの下、市町村が利害を超えて協調し合い、広域化等支援方針に基づき、下記のように計画的に進めていくべきではないか。

平成22年度

平成23～24年度

平成25年度～
(第一段階)

平成〇〇年度頃
(第二段階)

広域化等支援方針に基づいた環境整備

保険財政共同
安定化事業

・検討

保険財政共同安定化事業(いわゆる再保険)の
対象医療費(現行30万円超)を拡大
→段階的に財政運営の都道府県単位化が進む

保険財政共同安定化事業の拠出金の算定方法
の変更
(医療費水準に基づく拠出を縮小し、被保険者
数・所得水準等に基づく拠出を拡大)
→段階的に保険料水準が平準化する

若人部分も含めた
都道府県単位化

保険料算定方式
の標準化

・検討

・標準化された保険料算定方式への変更

収納率の格差

・分析
・収納率
目標設定

・収納率の向上



繰上充用・
一般会計繰入

・分析

・繰上充用の段階的縮小
・一般会計繰入の段階的縮小



③全年齢を対象とした都道府県単位化への移行手順

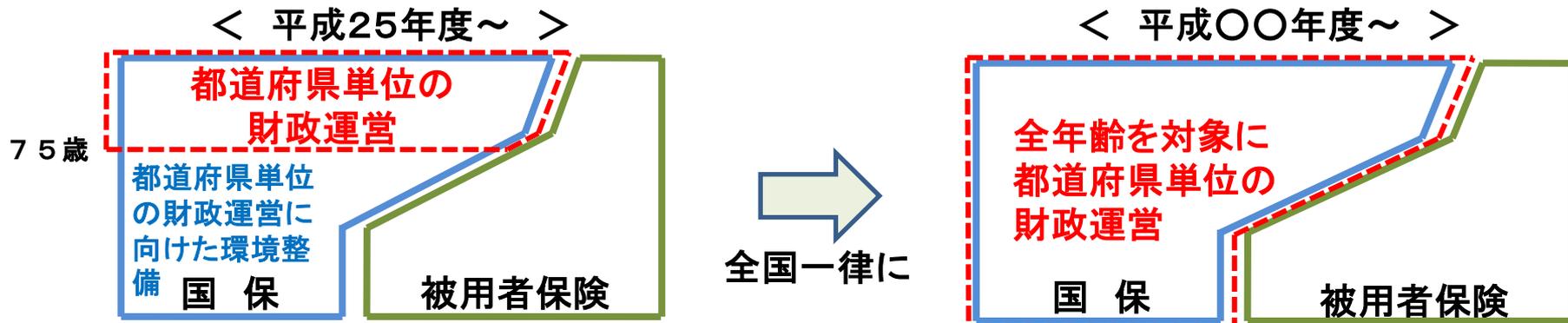
I. 期限を定めて全国一律に移行するか、合意された都道府県から順次移行するか

- 合意された都道府県から順次、都道府県単位化することについては、次の問題点があるが、どう考えるか。
 - ① 国民にとってわかりにくく、事務体制やシステムの準備・広報等が円滑に行えないおそれがある。
 - ② 合意された都道府県から順次移行するとなると、都道府県単位化されない都道府県が出てくる可能性がある。
 - ③ 保険者間の財政調整は、全保険者が共通の方式で行う必要があり、一部の国保だけ全年齢を対象に都道府県単位の財政運営とすることは困難。

※全年齢を都道府県単位化すると、若人と高齢者は保険料を一本化することが考えられるが、その場合は、財政調整の方法も自ずと異なるものになるが、同時期に2つの財政調整を併存させることはできない。

⇒ 全年齢を対象とした都道府県単位化は、期限を定めて全国一律に行うのが適当ではないか。また、明確に期限を定めることで、広域化等支援方針に基づく環境整備を円滑かつ計画的に進めることが可能となるのではないか。

(※なお、平成25年度からの制度においても、合意された都道府県は、高齢者部分は都道府県単位で財政運営しつつ、地方自治法に基づく事務委託等で、若人部分も都道府県単位化することは可能。)



Ⅱ. 期限を設定するとした場合、具体的な年限をどうするか

⇒ 以下の要素を考慮し、都道府県単位化の具体的な年限を設定する必要があるのではないか。

- ① 平成25年度の新しい高齢者医療制度の施行状況の確認、第二段階の制度の具体的な検討に必要な期間
- ② 第二段階の制度の施行準備のために必要な期間
- ③ 若人国保の都道府県単位化の環境整備に必要な期間

平成18年度 平成20年度 平成22年度 平成23年度 平成25年度 平成〇〇年度 平成〇〇年度

健康保険法等改正法案が成立

後期高齢者医療制度の施行

国民健康保険法の改正

後期高齢者医療制度を廃止する法案提出

〈第一段階〉
新しい国民健康保険制度の施行(新しい高齢者医療制度の施行)
財政基盤強化策等の国保法の年限

法案提出

〈第二段階〉
全年齢で都道府県単位化するための新しい国民健康保険制度の施行

① 施行状況の確認、第二段階の制度の検討

② 第二段階の制度の施行に向けた準備期間

③ 都道府県単位化の環境整備

- ・ 保険料賦課方式の統一
- ・ 全国で最大4.8倍の保険料格差の是正(同一都道府県内での格差は約1.3~2.7倍)
- ・ 一般会計繰入・繰上充用の段階的縮小

④都道府県単位化した場合の国保の運営のスキーム

- 「都道府県単位の運営主体」と「市町村」が、分担と責任を明確にしつつ、国保を地域の総合力により共同運営する仕組みとする。
 - 具体的には、「都道府県単位の運営主体」は、都道府県単位の標準(基準)保険料率の算定・会計の処理等の事務を行う。
 - 「市町村」は、保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業などの事務を行う。
- ※給付事務については、いずれの主体で行うべきか(別紙)

都道府県単位の運営主体

市町村国保の財政基盤等を考えると都道府県単位の財政運営が必要

各市町村の納付すべき保険料額の算定・納付

都道府県単位の標準(基準)保険料率の算定・会計の処理等

市町村

市町村

被保険者の利便性等を考えると、窓口サービスや保険料の徴収、健康づくりなどは、住民に身近な市町村が行うことが必要

各被保険者の保険料額の算定・納付

被保険者

被保険者

被保険者

被保険者

保険料の賦課・徴収、資格管理、保健事業等

※高齢者の保険料は、同一世帯の他の現役世代の保険料と合算し、世帯主が納付

給付事務の主体

「給付事務」については、いずれの主体で行うべきか、第二段階では若人も都道府県単位の財政運営となることを念頭に置きつつ、以下の点を踏まえて、「都道府県単位の運営主体」をどこにするかといった課題と併せて検討することが必要。

	都道府県単位で行う場合	市町村で行う場合
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者分の給付事務については、現在、広域連合で実施しており、都道府県単位で行っている状態を維持することができる。 ・都道府県単位で事務を実施することにより、市町村の事務が軽減されるとともに、事務の効率化が期待される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・若人も高齢者も、資格管理、保険料賦課、給付事務を市町村が一体的に実施できる。 ・迅速に処理できるため、支給までの日数が短い。(高額療養費の場合:診療から3ヶ月程度) ・市町村のみのシステム改修により対応できる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者分の給付事務は、都道府県単位の運営主体(支給決定等)と市町村(窓口業務、照会対応等)の両者で対応することとなり、時間がかかる。(高額療養費の場合:診療から4ヶ月程度) ・一方、若人分の給付事務は市町村が実施するため、事務が複雑となる。(例えば、高額療養費については、高齢者分は都道府県単位の運営主体から、若人分は市町村から、それぞれ世帯主に支給される。) ・都道府県単位の運営主体と市町村双方でシステムの整備が必要となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者分の給付事務に対応する職員を改めて確保することが必要となる。

※ 「都道府県単位の運営主体」で行う事務は、「財政」と「給付」になる

※ 「都道府県単位の運営主体」で行う事務は、「財政」に特化される

⑤第一段階における財政調整のあり方

- 国保の都道府県単位化について、第一段階では75歳以上とした場合、第一段階における財政調整をどうするか。
- 財政調整の仕組みとしては、以下の方法がある。
 - ① 現行の後期高齢者医療制度のように、高齢者の保険料と公費を高齢者の医療給付費に充て、これら以外の分を各保険者が現役世代の加入者数等に応じて支援する方法を65歳以上で適用する
 - ② 老健制度や現行の前期財政調整のように、充当される公費以外の分を各保険者がその加入者数等に応じて費用負担を行う方法を65歳以上で適用する
 - ③ 両者を組み合わせる方法

- 国保の75歳以上の保険料は、引き続き、都道府県単位で医療給付費の1割相当とすることから、その保険料は高齢者の医療給付費に充て、それ以下の世代との負担割合を明確にすることができる。
- 一方、65～74歳の保険料は、第一段階においては、市町村単位で64歳以下の保険料と一体的に扱われており、65～74歳の保険料だけを切り出して、これらの医療給付費に充てることは困難。

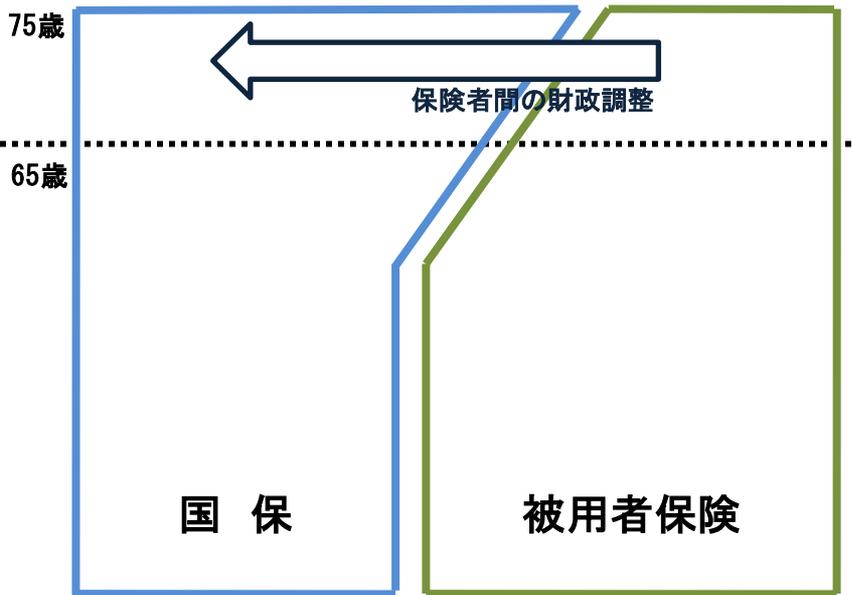
- ⇒ 第一段階においては、現行の財政調整の仕組みを踏襲し、
- ・ 75歳以上の医療給付費については、75歳以上の高齢者の保険料(約1割)、公費、各保険者が74歳以下の加入者数等に応じて負担する支援金で支えたとともに、
 - ・ 65～74歳の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整する仕組み(現行の前期財政調整)を継続することとしてはどうか。
- ⇒ すなわち、③の方法となり、現行制度も③の方式であることから、新制度への移行に伴って、各制度の負担が大幅に増加することはなくなる。【次回財政影響試算を提示】
- なお、全年齢を対象とした都道府県単位化(第二段階)の際の保険料のあり方や財政調整のあり方については、第二段階の前に具体的に検討し、再度、法改正を行うことが適当ではないか。

～ 財政調整等のスキーム ～

<現行制度>



<加入する制度を年齢で区分>

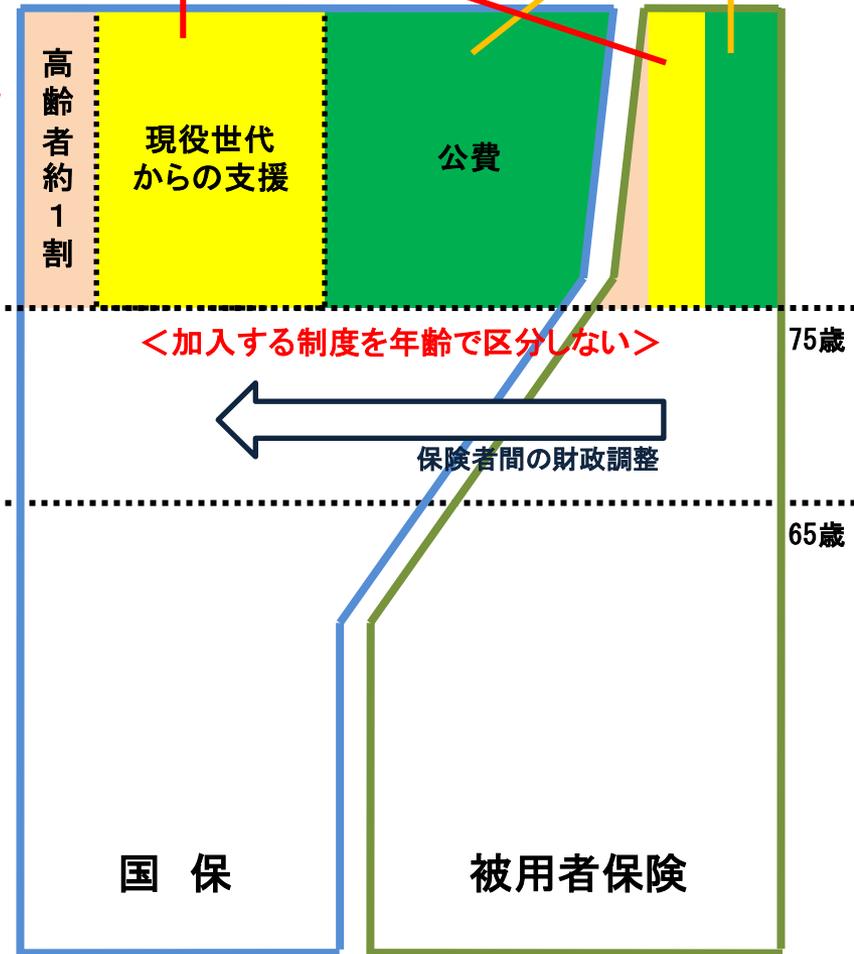


<新制度>

加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して支援金を投入
(被用者保険からの支援は、負担能力に応じた分担とすることが課題)

加入する制度が分かれても、75歳以上の医療給付費に対して公費を投入
(公費拡充が課題)

都道府県単位の財政運営



⑥財政安定化のための方策

○ 財政安定化のための方策をどうするか。

- ⇒ 新たな制度においては、保険料は市町村が決められた額を確実に納める仕組みとし、徴収不足や給付の増加が生じた場合には、財政安定化基金を活用するなど、安定的な運営を図ることができる仕組みとする。
- ⇒ 標準(基準)保険料率の算定方法は法令で明確に定め、都道府県単位の運営主体において、一般会計からの繰入れを行う必要は生じない仕組みとする。
- ⇒ これらに加えて、現行の後期高齢者医療制度同様、以下のような財政安定化のための方策を講じてはどうか。

① 財政安定化基金

都道府県に財政安定化基金を設置し、保険料の徴収不足等による財源不足や給付費の増加リスクに対応する。また、新制度においては、保険料の上昇抑制に対しても基金を活用できるようにする。(基金の規模・財源等については次回検討)

② 2年を1期とした財政運営

保険料は、おおむね2年を通じ財政の均衡を保つことができるものとして設定し、給付増リスクに対応する。

③ 都道府県間の財政力格差の調整(調整交付金)

高齢者の所得分布による都道府県間の財政力格差を調整し、医療費水準や所得水準が同じであれば、標準(基準)保険料率は同じ水準とする。

④ 保険基盤安定制度

所得の低い方に対する保険料軽減制度(7割・5割・2割)を設け、軽減分を公費で負担し、保険料徴収リスクに対応する。

⑤ 高額医療費の公費負担

レセプト1件当たり80万円超の医療費については保険料で賄う部分の5割を公費負担とし、更にレセプト1件当たり400万円超の医療費については200万円を超える部分を保険者間の共同事業とし、給付費増リスクに対応する。

⑥ 保険料の特別徴収

高齢者世帯の世帯主で希望する方は、引き続き、年金からの天引きを実施できるようにするほか、収納率の低下を防止するための措置を講ずる。

第二段階の都道府県単位化に関する課題

○ 全年齢を対象に都道府県単位化を図る際には、以下の点などについて結論を得ることが必要。

① 保険料の設定

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、若人と高齢者の保険料の基準は別々とするのか、一本化するのか。
- ・ 国保の保険料は、現在、2～4方式で賦課されているが、各都道府県の標準(基準)保険料率の賦課方式は各都道府県で定めることとすればよいのか、全国で統一するのか。(別紙)

② 財政運営のあり方

- ・ 全年齢で都道府県単位化した段階で、高齢者と若人の会計を区分する必要があるのか。(高齢者と若人の保険料を別々とするのかどうかとも関係)
- ・ 会計を区分しないのであれば、高齢者の医療費の一定割合を高齢者が負担し、残りを公費と若人の支援で賄うという定め方はしないことによいのか。その場合、被用者保険と国民健康保険の間の財政調整の方法をどうするか。

③ 事務体制のあり方

- ・ 都道府県単位の運営主体と市町村の役割分担について、見直す必要があるのかどうか。

⇒ 平成25年度からの第一段階の都道府県単位化の施行状況等を踏まえながら、改めて検討することが必要ではないか。

第二段階における国保の保険料の賦課方式について

- 広域化等支援方針に基づく広域化を進める前提として、全年齢で都道府県単位化した場合の保険料の賦課方式については、現段階で確認しておくことが必要。

- ① 現在、4方式を採用している保険者は1,263箇所(被保険者数は1,259万人)、3方式を採用している保険者は387箇所(同1,454万人)、2方式を採用している保険者は51箇所(同569万人)となっており、賦課方式が県内で統一されている都道府県は4県のみ。
- ② 後期高齢者医療制度では、個人単位で賦課することから2方式で全国统一したが、世帯単位で賦課される国保では、世帯規模が大きい被保険者への負担が重く、採用している保険者も少ない。
- ③ したがって、2方式に全国统一する必要はなく、幅広く採用されている4方式、3方式を引き続き認めることが合理的ではないか。



各都道府県における現在の賦課方式の状況を踏まえ、各都道府県において移行しやすい標準(基準)保険料率の方式をそれぞれ決定することとしてはどうか。

新制度の保険料に関する主な論点

1 標準（基準）保険料率の算定方法及び市町村の納付方法等について

- ・ 収納率の向上が大きな課題となっている市町村国保の若人も含めた広域化の実現も視野に入れ、都道府県単位の保険料という考え方は維持しつつ、保険料の収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みを導入することとしてはどうか。 （資料1）

2 賦課上限額超過分の取扱いについて

- ・ 賦課上限額については、市町村国保の世帯単位の上限に一本化した上で、被用者保険の賦課上限額も勘案しつつ、段階的に引き上げることとし、賦課上限額を超過することにより不足する保険料収入は、高齢者分と若人分とで按分した上で、それぞれの応能保険料率を引き上げることにより賄うこととしてはどうか。 （資料2）

3 軽減特例措置及び軽減判定について

- ・ 現在、後期高齢者医療制度で適用している低所得者の保険料軽減の特例（均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減）については、同制度施行時の追加的な措置として導入されたものであることや、介護保険との整合性を踏まえつつ、合理的な仕組みに改める必要があるが、具体的にどのようにするか。 （資料3）
- ・ 高齢者の負担増を回避する観点から、高齢者の軽減判定については、世帯単位の判定に加え、後期高齢者医療制度と同様の方法による判定を行うこととしてはどうか。 （資料4）

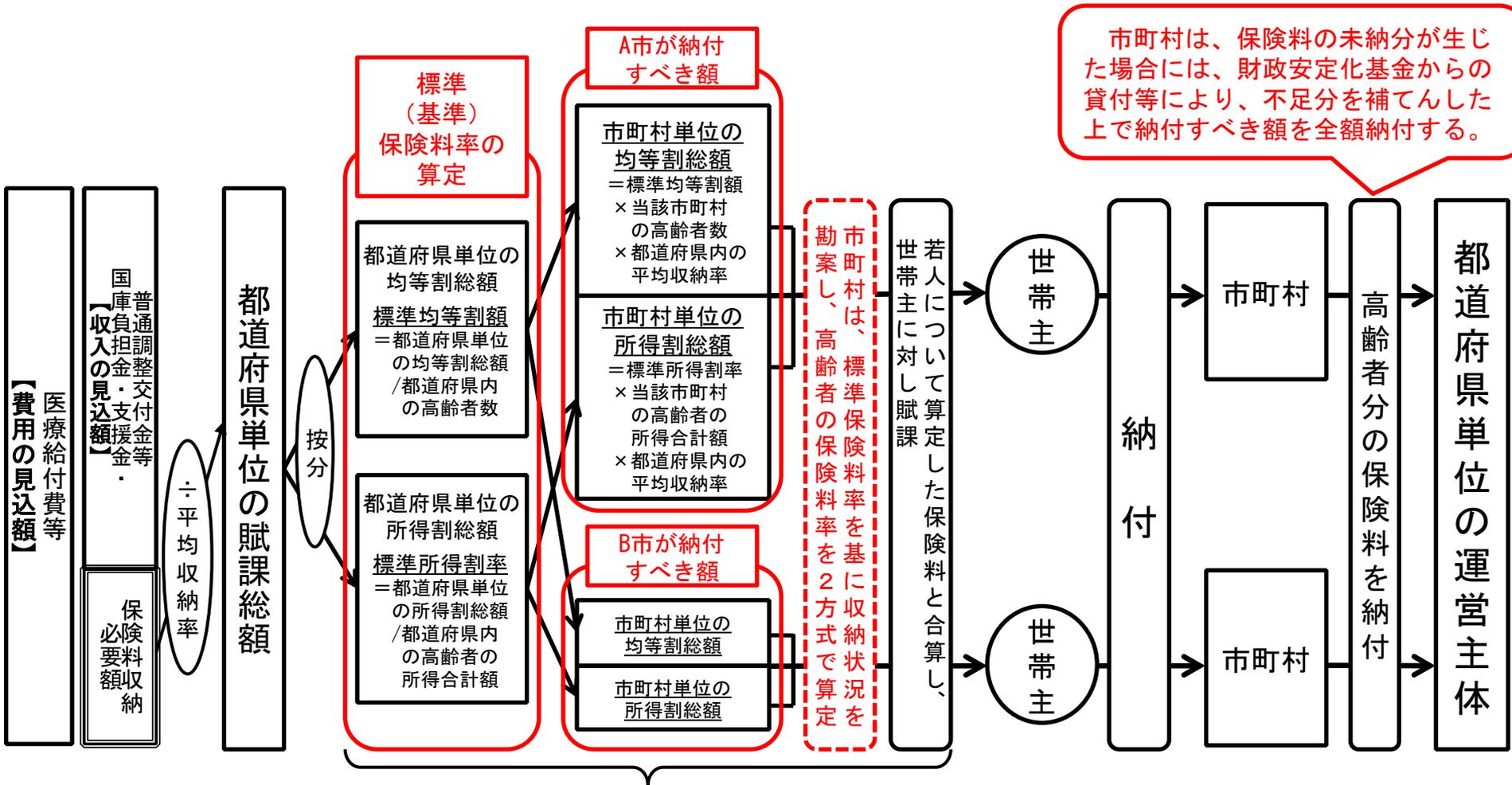
4 保険料の納付方法について

- ・ 市町村国保へ移行する高齢者の保険料については、同一世帯の他の若人の保険料と合算し、世帯主が納付することを基本とすることにより、世帯主以外の高齢者は保険料の納付義務がなくなることとなるため、高齢者分の保険料の収納率が低下することが懸念されることから、収納率低下防止の観点からの措置を講じることが必要ではないか。 （資料5）

標準（基準）保険料率の算定方法及び市町村の納付方法等

都道府県単位の運営主体

市町村



賦課上限超過保険料額は応能保険料率の引上げで対応

賦課上限額超過分の取扱い

- 保険料の賦課上限額を超過する額については、賦課及び収納することができず、その分、保険料収入が不足することになることから、「都道府県単位の運営主体」及び「市町村」において、当該不足分を賄うことが可能となる水準まで応能保険料率を引き上げることとしてはどうか。

(例)

	賦課上限額 (世帯の保険料合計額)	賦課上限額を加味 しないで算定した 保険料額	按分率	按分後の 保険料額	上限超過 保険料額
高齢者	63万円※	40万円	2/5	25.2万円	14.8万円
若人		60万円	3/5	37.8万円	22.2万円

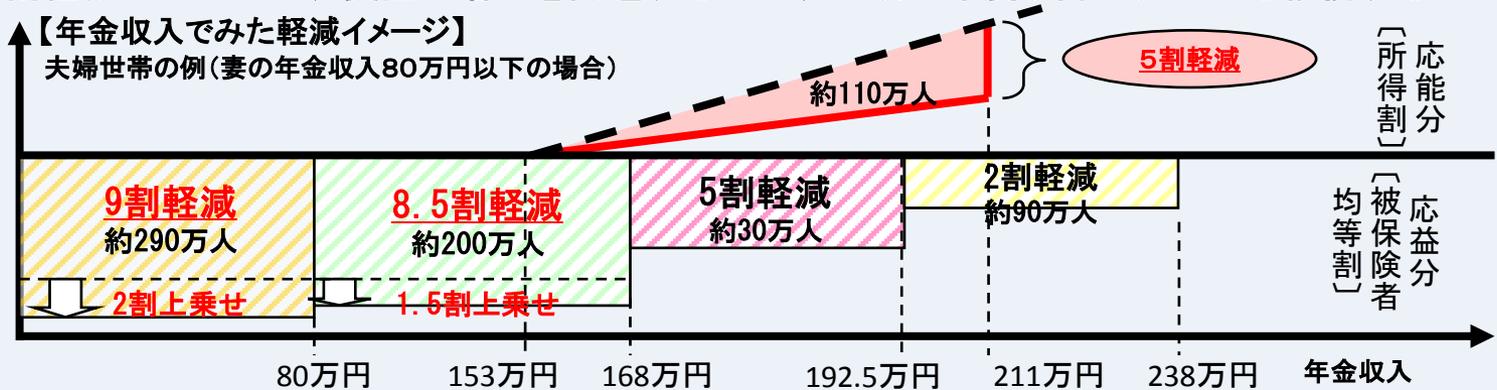
※ 平成22年度における市町村国保の賦課上限額であり、今後、段階的に引上げる。

<具体的な取扱い>

- ① 上表のとおり、世帯の保険料合計額を、賦課上限額を加味しないで算定した高齢者分の保険料額と若人分の保険料額との比率で按分し、按分後の保険料額及び上限超過保険料額を算出する。
- ② 「都道府県単位の運営主体」及び「市町村」において、各世帯の高齢者分及び若人分の上限超過保険料額を合算し、都道府県単位及び市町村単位の上限超過保険料額を算出する。
- ③ 当該上限超過保険料額を賄うことが可能となる水準まで、高齢者及び若人の応能保険料率を引き上げる。

1 これまでの経緯

- 制度施行時は、均等割7割・5割・2割軽減。(国民健康保険と同様。)
- 平成20年6月の政府・与党決定に基づき、
 - ① 平成20年度から、所得割を負担する方のうち、所得の低い方(具体的には年金収入153万円から211万円まで)の「5割軽減」を設けた。
 - ② 平成21年度から、均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、後期高齢者医療制度の被保険者全員が、年金収入80万円以下(その他各種所得がない)の場合の「9割軽減」を設けた。
 - ③ その間の経過的措置として、平成20年度は、均等割7割軽減を受ける方は、一律8.5割軽減とした。(4・6・8月の年金から保険料をお支払いいただいている方については、10・12・2月の保険料の徴収を行わない。)
- 均等割8.5割軽減については、負担の増加を回避するため、平成21年度以降においても継続することとした。



2 新たな制度の下でのあり方

<論点>

- 国民健康保険との整合性をどう考えるか
⇒ 後期高齢者医療制度のみ上記の特例措置を追加的に実施。
- 介護保険との整合性をどう考えるか
⇒ 介護保険はサービス利用者が被保険者の2割に満たない一方で、最低でも全国平均で月額2,000円程度の保険料を負担していただいているが、後期高齢者医療制度は、毎月約85%の方が医療サービスを受け、一人当たりの平均医療費は年間約88万円(平成21年度)である一方、均等割の9割軽減が適用される場合、保険料は全国平均で月額350円程度。
- 特例措置の実施により後期高齢者医療制度への批判が収まっているとの指摘があることをどう考えるか。20

保険料軽減判定

- 市町村国保においては、世帯の負担能力に着目し、世帯単位で軽減判定を行っているため、高齢者の軽減判定に若人の所得及び人数が加わることにより、高齢者に適用される軽減割合に変動が生じる場合がある。
- 新制度への移行を要因とする高齢者の負担増を生じさせない観点から、一定期間（例えば、市町村国保の全年齢を対象にした都道府県単位化を実施するまでの間）の措置として、以下の①のとおり、高齢者の軽減判定については、世帯単位の判定に加え、後期高齢者医療制度と同様の方法による判定を行った上で、より高い割合の軽減を適用することとしてはどうか。

	現行制度	新制度案	
		①（高齢者のみの判定も実施）	②（世帯単位で判定）
高齢者	<p>後期高齢者医療制度 被保険者 + 世帯主</p>	<p>高齢者の特例 高齢者 + 世帯主</p>	<p>全被保険者 + 世帯主</p>
若人	<p>市町村国保 市町村国保被保険者 + 後期被保険者※ + 世帯主</p>	<p>全被保険者 + 世帯主</p>	

※ 市町村国保においては、同一世帯の高齢者が後期高齢者医療制度へ移行した後、継続して同一の世帯に属する場合、5年間、当該高齢者の所得及び人数を含めて軽減判定を行っている。

- 新制度において、若人の世帯主が保険料の納付義務を負うこととなった場合、高齢者分の保険料の収納率が低下することが懸念されること、また、収納率の低下が問題となっている市町村国保における収納率向上の観点から、以下のような措置を講じることとしてはどうか。(年金保険者のシステム改修が必要であることを踏まえ、今後、実現可能性を含めて検討。)

1 特別徴収適用除外規定の弾力的運用

<現行制度の状況>

現行の国民健康保険においては、

- ① 国民健康保険料と介護保険料との合算額が世帯主の年金給付額の1/2を超える世帯
- ② 世帯内に65歳未満の国保被保険者がいる世帯

は、特別徴収の対象外。

<対応案>

上記の適用除外要件に該当する場合でも、世帯主の申し出により特別徴収を行うことを可能とすることとしてはどうか。

2 特別徴収対象年金の優先順位等の撤廃

<現行制度の状況>

特別徴収の対象となる年金の順位を政令で定めており、世帯主が複数の年金を受給している場合でも、先順位の年金が上記①の要件に該当する場合及び年金給付額が少額（18万円未満）である場合は特別徴収の対象外。

※ 特別徴収対象年金の順位

①国民年金法による老齢基礎年金 ②旧国民年金法による老齢年金又は通算老齢年金 ③旧厚生年金保険法による老齢年金、通算老齢年金又は特例老齢年金（以下略）

<対応案>

特別徴収の対象となる年金の順位を撤廃し、最も高い給付額である年金や、複数の年金給付額を合算した上で前記①の判定等を行うこととしてはどうか。

3 世帯主以外の被保険者からの徴収等

<現行制度の状況>

世帯主が納付義務者である旨が法定されており、市町村は、世帯主以外の被保険者から保険料を徴収することは不可能。

※ 納付義務者が個々の被保険者である後期高齢者医療制度においては、世帯主及び配偶者の一方は、当該被保険者の保険料を連帯して納付する義務が法定されている。

<対応案>

世帯主が保険料を納付しない場合等には、保険料を徴収することが合理的であると市町村が認める被保険者から保険料を徴収することや、自己について算定された保険料は自ら納付する旨を申し出た被保険者について、世帯の保険料を分割して徴収することを可能とすることとしてはどうか。

新制度における保険料収納率の見込み（粗い試算）（参考資料）

- 新制度において若人の世帯主が納付義務を負うこととなった場合、収納率が低下することが懸念されているが、粗く試算すると以下のとおりと見込まれる。

① 平成19年度国民健康保険実態調査における75歳以上の被保険者の内訳

被保険者の属性	人数（千人）	割合
擬制世帯以外に属する被保険者	9,564	95.5%
世帯主が75歳以上である世帯に属する被保険者	8,259	82.5% (A)
世帯主が65歳から74歳である世帯に属する被保険者	413	4.1% (B)
世帯主が65歳未満である世帯に属する被保険者	892	8.9% (C)
擬制世帯に属する被保険者	448	4.5% (D)
合計	10,012	100.0%

② 平成19年度国民健康保険実態調査における世帯主の年齢階級別収納率

世帯主の属性	収納率
擬制世帯以外	92.0%
75歳以上	98.5% (E)
65歳から74歳	97.0% (F)
65歳未満	84.9% (G)
擬制世帯	92.9% (H)
合計	92.0%

⇒ ①及び②から粗く推計すると、 $(A \times E) + (B \times F) + (C \times G) + (D \times H) = \underline{97\%}$ 程度以上（現年度分）となることが見込まれる。

※ 平成19年度の保険料及び世帯構成に基づいた試算であり、幅をもって考える必要がある。

※ 平成19年度においては特別徴収が実施されていなかったことから、上記の数値は普通徴収のみ行った場合の収納率であり、世帯主が65歳以上である世帯について特別徴収を行ったとみなして収納率を試算すると、上記以上の数値となることが想定される。

※ 上記の現年度分に加えて、翌年度以降、滞納繰越分の収納も一定程度見込まれる。

参考資料

厚生労働省保険局
平成22年9月27日

目 次

○ 市町村国保の現状	3
○ 広域化に向けた取組	15
○ 保険料について	22

各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合	後期高齢者医療制度
被保険者	自営業者・無職等	自営業者等	主として中小企業のサラリーマン	主として大企業のサラリーマン	公務員・教職員等	75歳以上の高齢者
保険者数 (平成21年3月末)	1,788	165	1	1,497	77	47
加入者数 (平成21年3月末)	3,597万人 (2,033万世帯)	352万人	3,472万人 〔被保険者1,951万人 被扶養者1,522万人〕	3,034万人 〔被保険者1,591万人 被扶養者1,443万人〕	902万人 〔被保険者439万人 被扶養者462万人〕	1,346万人
加入者平均年齢 (平成20年度)	49.2歳	38.8歳	36.0歳	33.8歳	33.4歳	81.8歳
加入者一人当たり 平均所得 (平成20年度)	79万円 (旧但し書き所得※1) 〔一世帯あたり 138.9万円〕	298万円 (市町村民税 課税標準額)	218万円(収入) 〔被保険者一人あたり 385万円〕	293万円(収入) 〔被保険者一人あたり 554万円〕	321万円(収入) 〔被保険者一人あたり 681万円 (平成19年度)〕	75.8万円 (旧但し書き所得※1)
加入者一人当たり 医療費(平成20年度) (※2)	28.2万円	16.7万円	14.8万円	13.0万円	13.3万円	86.5万円
加入者一人当たり 保険料(平成20年度) (※3) 〈事業主負担込〉	8.3万円 〔一世帯あたり 14.4万円〕	12.4万円	8.8万円<17.6万円> 〔被保険者一人あたり 15.6万円<31.3万円>〕 平均保険料率8.2% (8.15~8.26%) (平成21年度)	9.1万円<20.3万円> 〔被保険者一人あたり 17.3万円<38.5万円>〕 平均保険料率7.38% (3.12~10.0%) (平成20年度決算見込)	10.9万円<21.9万円> 〔被保険者一人あたり 22.4万円<44.8万円>〕 平均保険料率 7.676%	6.4万円
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の39%	給付費等の16.4% (※4)	財政窮迫組合 に対する 定額補助	なし	給付費の約50%
公費負担額(※5) (平成22年度予算ベース)	3兆7,011億円	2,902億円	1兆447億円	24億円	なし	5兆5,427億円

(※1) 旧但し書き所得とは、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎とされているもので、収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除及び基礎控除等を差し引いた額のこと。

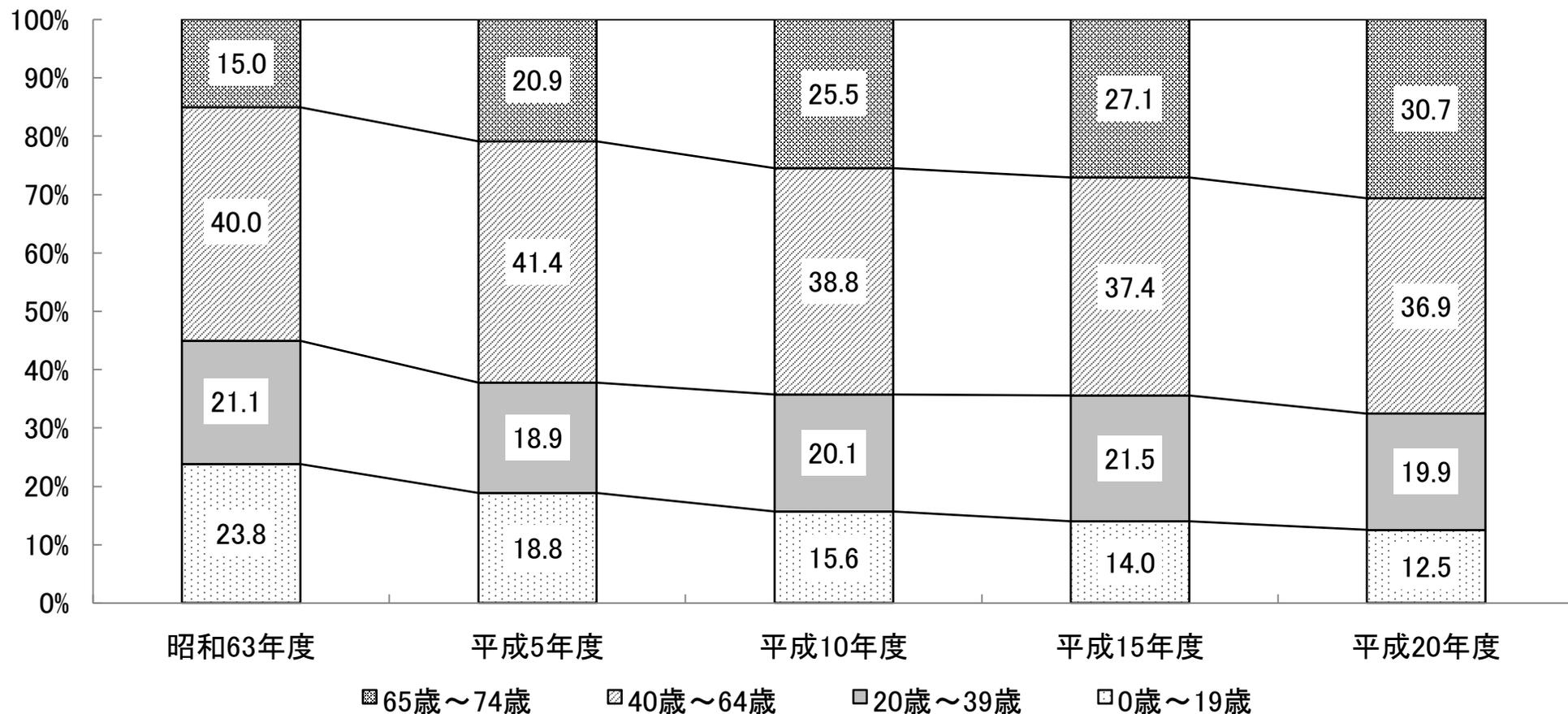
(※2) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保は速報値であり、共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)。

(※3) 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。

(※4) 平成22年度予算における22年7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%。

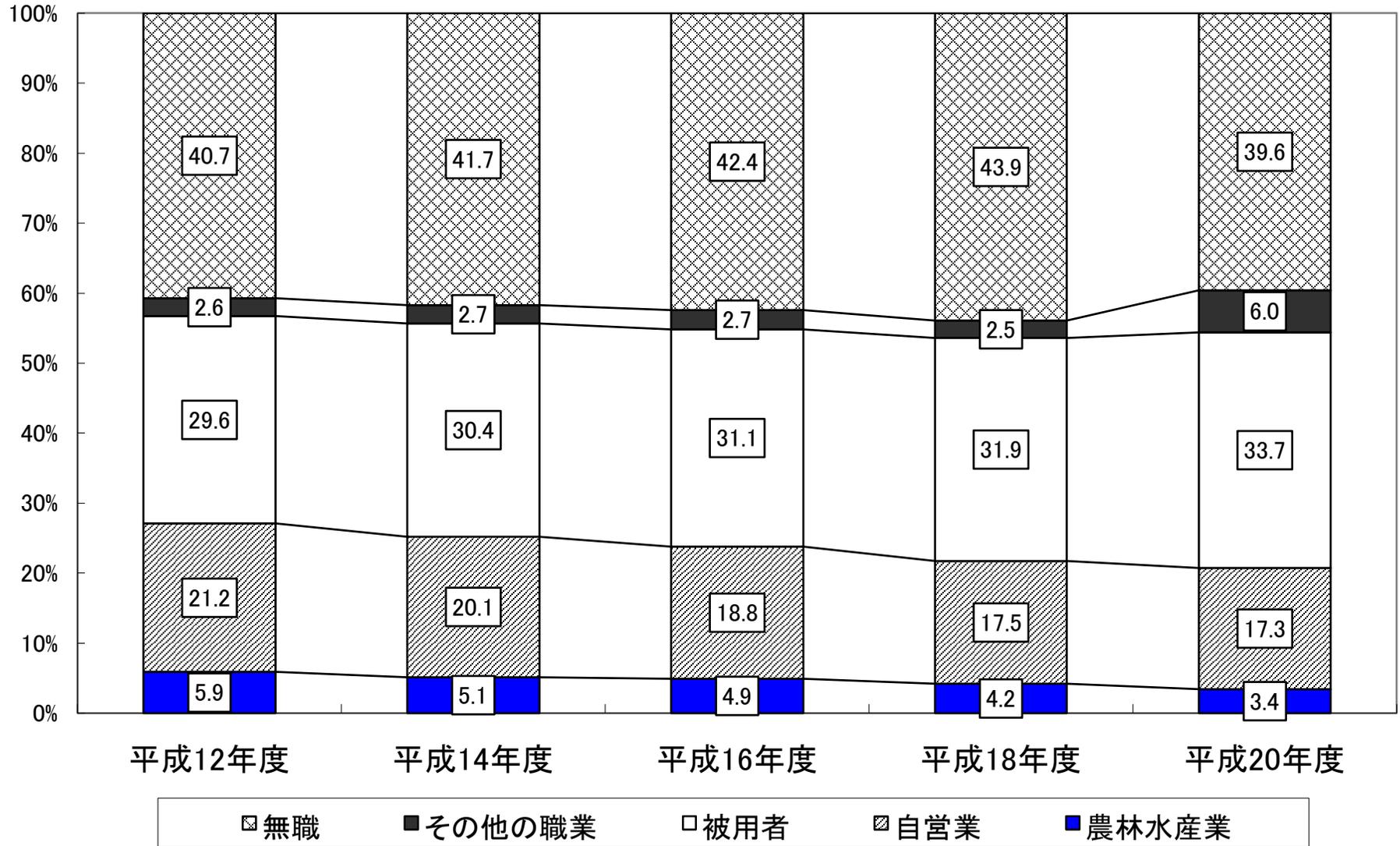
(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

市町村国保の被保険者(75歳未満)の年齢構成の推移



(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

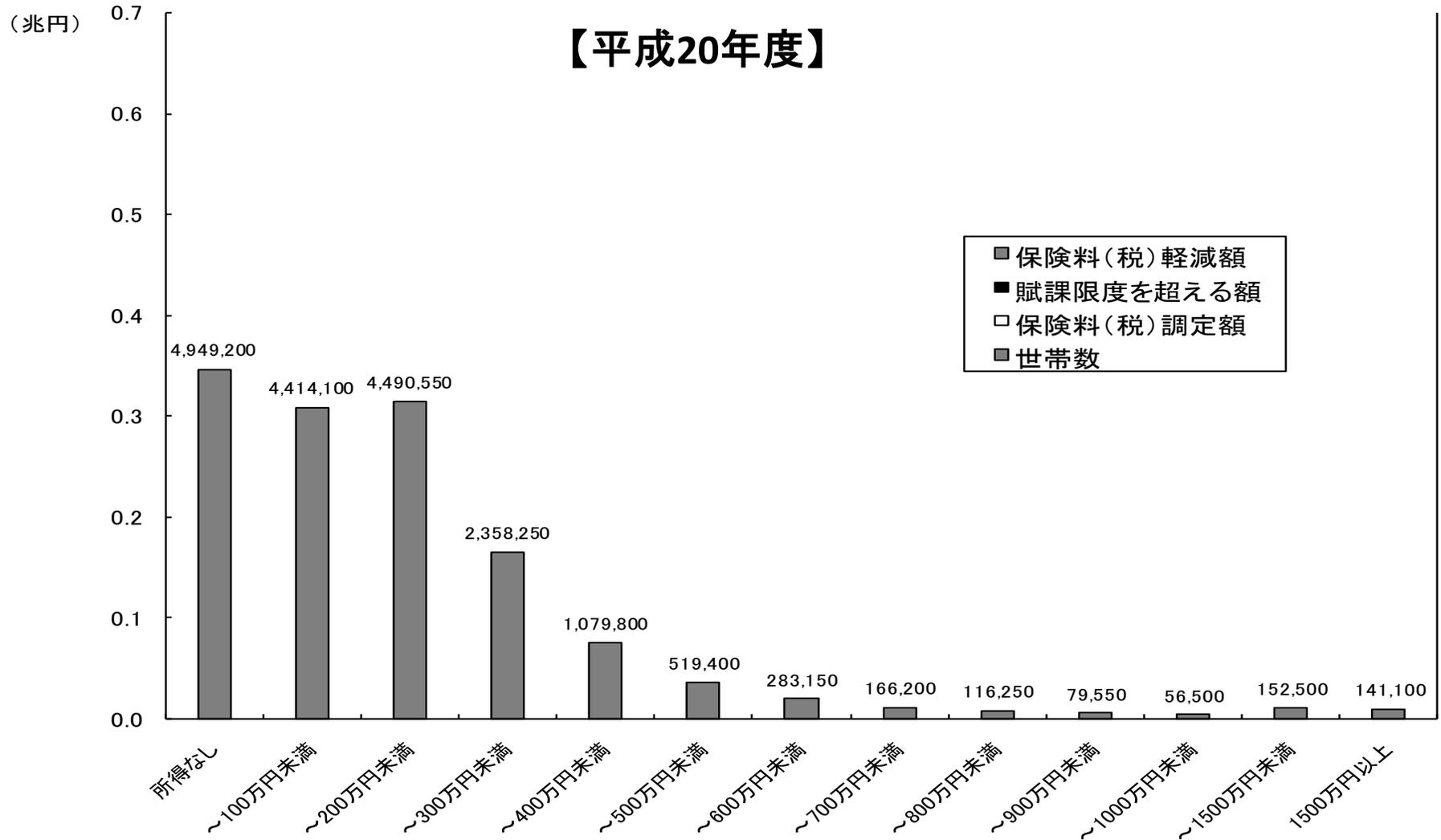
市町村国保の世帯主(75歳未満)の職業別構成割合の推移



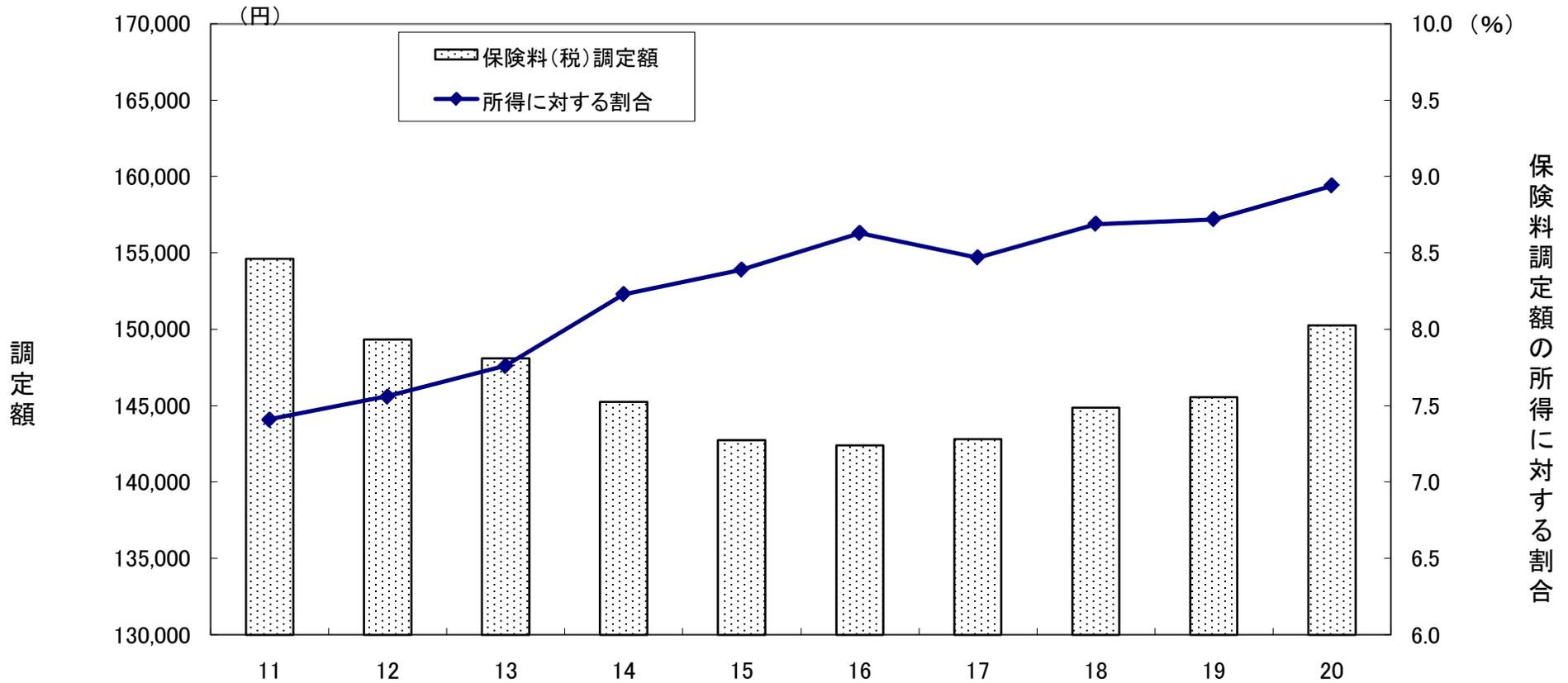
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(注)擬制世帯を除く。

市町村国保の所得階級別保険料(税)調定額等

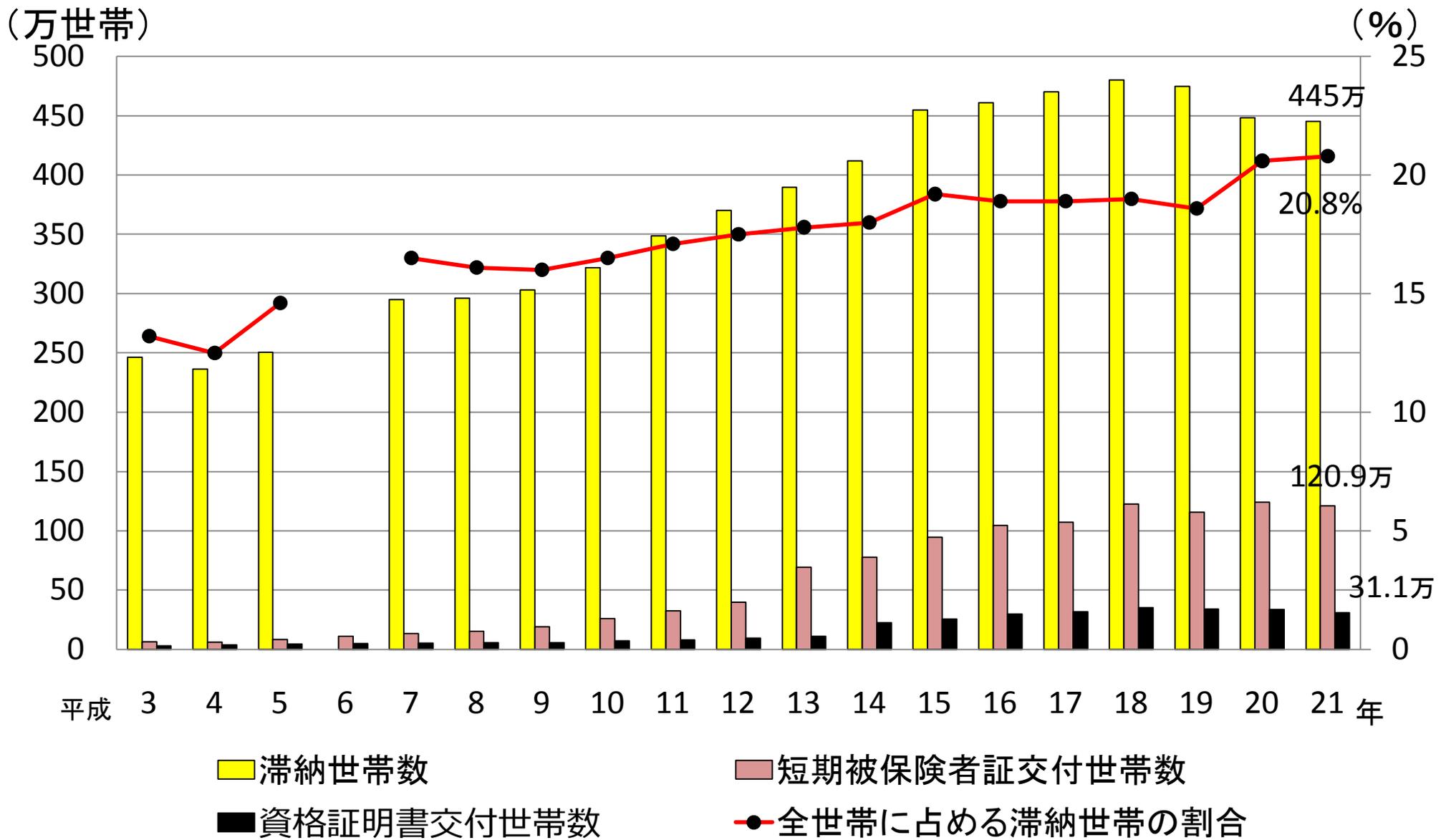


国民健康保険料(税)の負担



	平均所得(平成19年)		保険料(税)調定額		保険料調定額の所得に対する割合(②/①)
	1世帯当たり①	1人当たり	1世帯当たり②	1人当たり	
全世帯	1,680千円	956千円	150,271円	85,448円	8.9%
2割軽減世帯	792千円	421千円	104,557円	55,553円	13.2%
5割軽減世帯	523千円	214千円	68,028円	27,853円	13.0%
7割軽減世帯	67千円	48千円	23,321円	16,734円	34.9%

市町村国保の保険料(税)の滞納世帯数等の推移

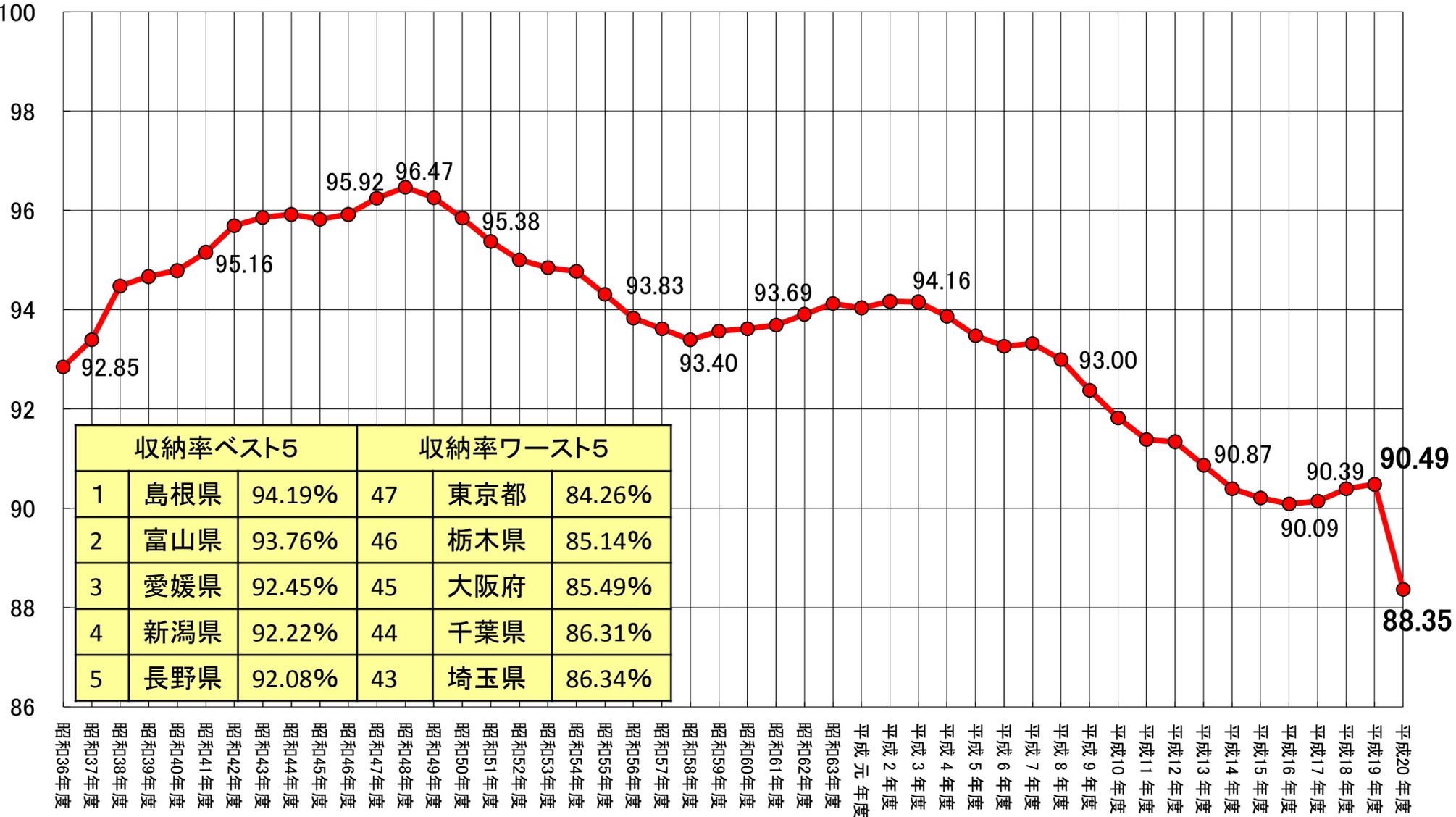


(出所) 保険局国民健康保険課調べ

(注) 平成6年の滞納世帯数については、調査していない。

市町村国保の保険料(税)の収納率(現年度分)の推移

(%)



収納率ベスト5			収納率ワースト5		
1	島根県	94.19%	47	東京都	84.26%
2	富山県	93.76%	46	栃木県	85.14%
3	愛媛県	92.45%	45	大阪府	85.49%
4	新潟県	92.22%	44	千葉県	86.31%
5	長野県	92.08%	43	埼玉県	86.34%

(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) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)
 (注2) 平成12年度以降の調定額等は、介護納付金を含んでいる。

1人当たり保険料(税)調定額の格差(平成20年度)

1人当たり保険料(税)調定額の全国平均 82,765円

【最高】 栃木県 93,782円 【最低】 沖縄県 54,670円 (格差) 1.7倍

【最高】 猿払村 135,188円 【最低】 伊平屋村 28,132円 (格差) 4.8倍

	最 大		最 小		格 差
1. 東京都	千代田区	114,859円	三宅村	42,359円	2.7倍
2. 鹿児島県	いちき串木野市	87,485円	伊仙町	35,554円	2.5倍
3. 奈良県	平群町	112,182円	下北山村	45,625円	2.5倍
4. 長野県	山形村	102,911円	大鹿村	41,984円	2.5倍
5. 秋田県	大潟村	123,131円	小坂町	51,322円	2.4倍
...					
43. 鳥取県	三朝町	82,761円	日南町	58,978円	1.4倍
44. 石川県	野々市町	103,058円	輪島市	73,715円	1.4倍
45. 大阪府	大阪狭山市	97,625円	田尻町	74,083円	1.3倍
46. 神奈川県	箱根町	106,425円	逗子市	78,856円	1.3倍
47. 富山県	小矢部市	97,173円	立山町	74,328円	1.3倍

市町村による法定外一般会計繰入れの状況(平成20年度)

法定外一般会計繰入れのある保険者 1,223 (1,788保険者中)

	保険者	繰入額 (百万円)	医療給付費 等に対する 割合(%)		保険者	繰入額 (百万円)	医療給付費 等に対する 割合(%)
1	大阪市	17,211	7.10	1	御蔵島村(東京)	9	40.40
2	横浜市	13,132	5.66	2	本部町(沖縄)	450	29.77
3	札幌市	11,438	8.41	3	青ヶ島村(東京)	8	21.67
4	川崎市	10,898	11.79	4	平谷村(長野)	8	19.64
5	足立区	10,648	17.16	5	三好町(愛知)	522	18.84
6	名古屋市	10,383	6.57	6	川北町(石川)	60	18.31
7	江戸川区	8,437	15.42	7	瑞穂町(東京)	497	17.95
8	広島市	7,900	9.11	8	赤平市(北海道)	303	17.80
9	福岡市	6,634	6.47	9	文京区(東京)	2,282	17.57
10	葛飾区	5,769	14.86	10	府中市(東京)	2,814	17.86

(資料)平成20年度国民健康保険事業年報

前年度繰上充用の状況(平成20年度)

前年度繰上充用を行っている保険者 191 (1,788保険者中)

	繰上充用の金額が 大きい保険者	繰上 充用額 (億円)	保険給付 費等に対 する割合 (%)
1	大阪市(大阪)	385.7	17.8
2	京都市(京都)	104.4	12.1
3	福岡市(福岡)	82.9	9.2
4	熊本市(熊本)	78.8	17.7
5	札幌市(北海道)	61.5	5.3
6	門真市(大阪)	58.5	53.8
7	堺市(大阪)	57.0	9.2
8	和歌山市(和歌山)	53.8	20.5
9	東大阪市(大阪)	43.5	11.5
10	寝屋川市(大阪)	37.8	21.5

	繰上充用の保険給 付費等に占める割 合が大きい保険者	繰上 充用額 (億円)	保険給付 費等に対 する割合 (%)
1	瀬戸内町(鹿児島)	6.6	64.3
2	赤平市(北海道)	7.8	58.4
3	門真市(大阪)	58.5	53.8
4	本部町(沖縄)	7.5	51.6
5	川崎町(福岡)	6.4	45.6
6	阪南市(大阪)	15.4	37.7
7	大島町(東京)	3.5	36.0
8	斑鳩町(奈良)	6.5	35.8
9	守口市(大阪)	37.1	33.8
10	積丹町(北海道)	1.1	33.5

(資料) 1. 厚生労働省保険局「平成20年度国民健康保険事業年報」による。

2. 保険給付費等は、保険給付費、後期高齢者支援金、老健拠出金及び介護納付金の合計から前期高齢者交付金を差し引いたもの。

市町村国保の収支状況

(億円)

科 目		平成19年度(実績)	平成20年度(実績)	増減額
単年度収入(経常収入)	保 険 料 (税)	37,726	30,621	▲7,105
	国 庫 支 出 金	33,240	30,943	▲2,296
	療養給付費交付金	26,584	8,810	▲17,774
	前期高齢者交付金	-	24,365	24,365
	都道府県支出金	8,745	7,985	▲760
	一般会計繰入金(法定分)	4,422	3,995	▲428
	一般会計繰入金(法定外)	3,804	3,671	▲132
	共同事業交付金	12,890	13,858	968
	直診勘定繰入金	6	2	▲4
	そ の 他	380	339	▲41
	合 計	127,797	127,166	▲3,209
単年度支出(経常支出)	総 務 費	2,269	2,002	▲267
	保 険 給 付 費	83,253	83,382	128
	後期高齢者支援金	-	14,256	14,256
	前期高齢者納付金	-	19	19
	老人保健拠出金	22,404	3,331	▲19,074
	介 護 納 付 金	6,795	6,114	▲681
	保 健 事 業 費	406	840	434
	共同事業拠出金	12,874	13,843	969
	直診勘定繰出金	35	42	7
	そ の 他	1,050	667	▲383
合 計	129,087	124,496	▲4,591	
単年度収支差(経常収支差) (A)		▲1,290	93	1,383
赤字補填のための一般会計繰入金 (B)		2,556	2,585	29
実質的な単年度収支差 (A) - (B)		▲3,620	▲2,383	1,237

(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)

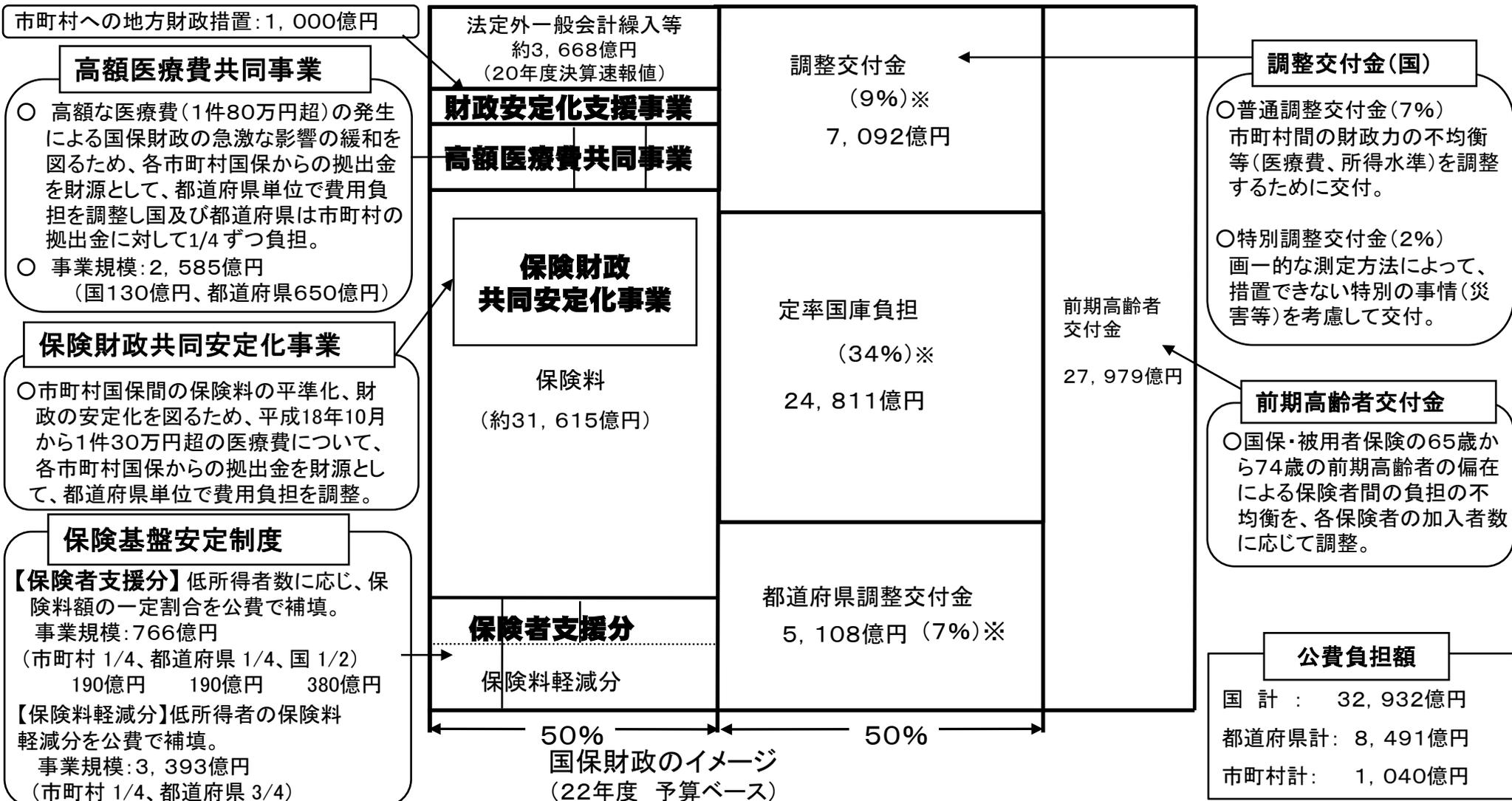
(注1) 前期高齢者交付金、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金及び老人保健拠出金は、当年度概算額と前々年度精算額を加えたもの。

(注2) 「赤字補填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)」のうち赤字補填を目的とした額。

(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

国保財政の現状

医療給付費等総額: 約103,057億円



※ それぞれ給付費等の9%、34%、7%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る波及増分のカットや、保険基盤安定制度繰入金の一部に相当する額を調整交付金としていること等から、実際の割合はこれと異なる。

市町村国保の広域化に向けた施策の軌跡

昭和58年 高額医療費共同事業の全国実施を要請(保険局長通知) ※昭和63年に全国実施

昭和63年 高額医療費共同事業の強化・拡充(国・都道府県が補助)

高医療費の発生による国保運営の不安定化を緩和するために、各都道府県の国保連合会が行う再保険事業である高額医療費共同事業に対して、国・都道府県が補助を行うこととした。

平成7年 高額医療費共同事業の拡充・制度化

平成14年 広域化等支援基金の創設

市町村国保の広域化や市町村合併の際の保険料平準化等を無利子貸付等により支援するため、平成16年度までに総額300億円の基金を創設。

平成18年 保険財政共同安定化事業の創設

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30万円以上の医療費について、市町村国保の拠出による保険財政共同安定化事業を創設。
(国保医療費の4割が対象)

平成22年 広域化等支援方針の策定、保険財政共同安定化事業の拡充

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、広域化等支援方針を策定することができることとするとともに、保険財政共同安定化事業の拡大(対象医療費の引下げ等)ができることとした。

平成22年改正における市町村国保の運営の広域化（背景）

現状

- ・ 都道府県は、国保事業の運営が健全に行われるよう市町村を指導。
- ・ 広域化等支援基金や都道府県調整交付金の配分を通じて、保険運営の広域化に一定の役割。

平成18年医療制度改革

- ・ 市町村国保では、保険財政の広域化の観点から都道府県単位の再保険事業（保険財政共同安定化事業）を創設。
- ・ 政管健保（現・協会けんぽ）では、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定。

民主党マニフェスト2009（抄）

- ・ 被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を図る。

地方分権改革

- ・ 地方分権改革推進要綱（第1次）（抄）（平成20年6月20日地方分権改革推進本部決定）
「国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進等について検討し、平成21年度中に結論を得る。」

広域化等支援方針の策定について

- ① 平成22年の国民健康保険法の改正により、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「広域化等支援方針」(※)の策定ができることに。**
- ② 都道府県は市町村の意見を聴いて策定することとなるが、**可能なものから早期に策定するよう要請。**
- ③ 現在新たな高齢者医療制度について検討されており、広域化等支援方針の内容についても、この影響を受けることが予想されるため、将来目指すべき方向性を掲げつつ、**当面、平成24年度までに取り組むべきものを中心に定めるよう要請。**

(※) 広域化等支援方針のイメージ

都道府県が、国保事業の運営の広域化又は国保財政の安定化を推進するため、市町村の意見を聴きつつ、国保の都道府県単位化に向けて策定する方針。

内容はおおむね以下に掲げる事項。

(1) 事業運営の広域化

- ・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

(2) 財政運営の広域化

- ・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

(3) 都道府県内の標準設定

- ・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

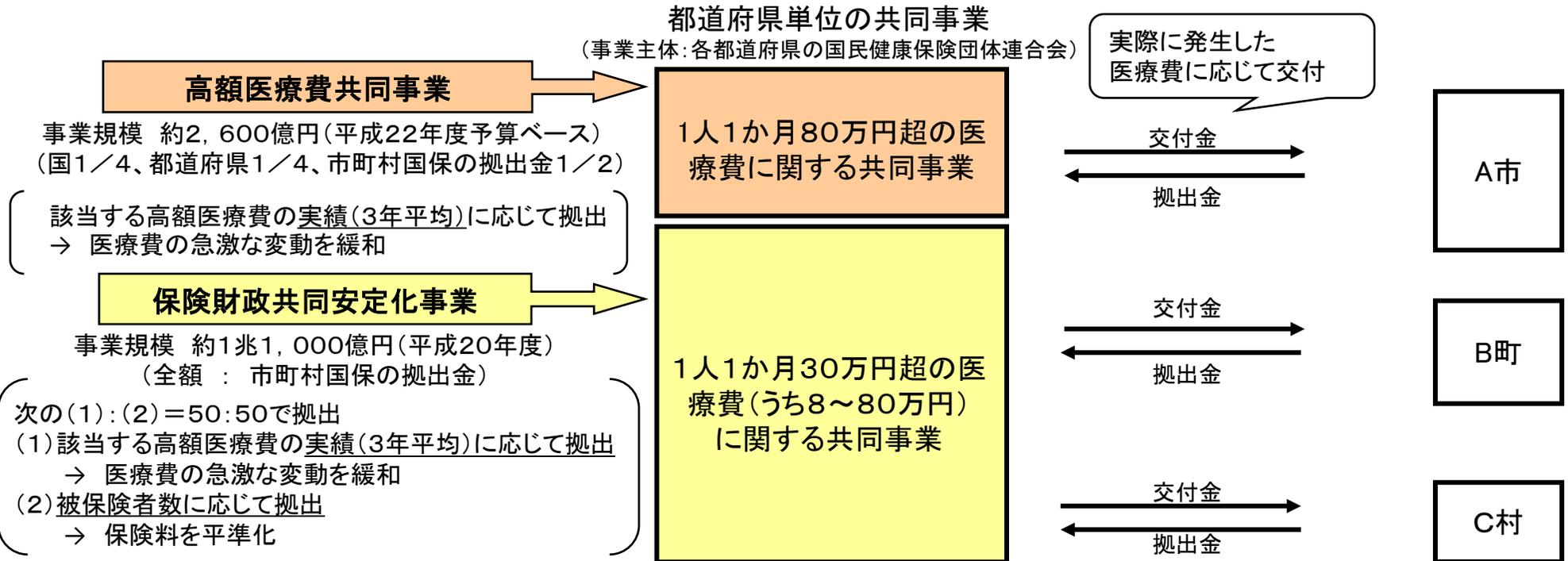
高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

○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%以上にする事、
- 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。

「広域化等支援方針」を策定する都道府県においては

1. 普通調整交付金の減額措置の適用除外

各年度の9月末(平成22年度に限り12月末)時点において、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に次の事項が定められている場合は、当該都道府県内の市町村については、普通調整交付金の減額措置を適用しない。

① 保険者規模別の目標収納率

※広域化等支援方針の計画期間内で年次ごとに目標収納率を設定することも可

② ①の達成状況に応じて技術的助言又は勧告を行ったり、都道府県調整交付金により目標達成を支援したりすること

2. 広域化等支援基金の活用

「広域化等支援方針」を策定しようとする、又は策定した都道府県は、次の経費に充てるため、広域化等支援基金の運用収益を使用し、また、その元本の一部(都道府県が基金の他の事業に支障がないと認める範囲内)を取り崩すことができる。

① 「広域化等支援方針」の策定のための調査・研究に要する経費

② 「広域化等支援方針」に定める共同事業の調整、広報啓発事業等に必要な経費

「広域化等支援方針」の策定状況(アンケート調査の結果)

(平成22年7月末日現在)

1. 広域化等支援方針策定の予定

① 平成22年12月末までに策定を予定している都道府県 **30都道府県**

北海道・青森県・宮城県
茨城県・栃木県・群馬県・埼玉県・千葉県・神奈川県
富山県・山梨県・長野県・岐阜県・静岡県・愛知県・三重県
滋賀県・京都府・大阪府・奈良県・和歌山県
鳥取県・岡山県・広島県・山口県
愛媛県・高知県
福岡県・熊本県・大分県

② 策定を検討中であるが、時期が未定の都道府県 **17都道府県**

2. 本年末までに策定を予定している30都道府県が盛り込む予定の項目

- | | |
|---------------|--------|
| ①医療費適正化の共同実施 | 2都道府県 |
| ②収納対策の共同実施 | 2都道府県 |
| ③保健事業の共同実施 | 1都道府県 |
| ④都道府県調整交付金の活用 | 1都道府県 |
| ⑤広域化等支援基金の活用 | 3都道府県 |
| ⑥収納率目標の活用 | 24都道府県 |

都道府県別・保険料(税)賦課状況(市町村、医療給付分、均一賦課)

(1) 保険者数

	保険料・保険税別		保険税(料)賦課方式別			所得割算定基礎別			
	保険料	保険税	4方式	3方式	2方式	旧ただし 書方式	本文 方式	市町村民税 の所得割額	市町村 民税額
01 北海道	20	145	134	31	0	165	0	0	0
02 青森	1	38	34	5	0	39	0	0	0
03 岩手	0	30	26	4	0	30	0	0	0
04 宮城	1	33	30	4	0	33	0	0	1
05 秋田	0	23	12	10	1	23	0	0	0
06 山形	1	30	30	1	0	31	0	0	0
07 福島	0	55	54	1	0	55	0	0	0
08 茨城	1	42	33	10	0	43	0	0	0
09 栃木	0	29	27	2	0	29	0	0	0
10 群馬	0	34	29	5	0	34	0	0	0
11 埼玉	0	69	61	0	8	69	0	0	0
12 千葉	11	43	28	25	1	54	0	0	0
13 東京	25	37	28	2	32	38	0	1	23
14 神奈川	15	18	22	10	1	28	0	1	4
15 新潟	4	25	8	20	1	29	0	0	0
16 富山	1	13	3	11	0	14	0	0	0
17 石川	1	16	16	1	0	16	0	1	0
18 福井	0	16	16	0	0	16	0	0	0
19 山梨	1	26	24	3	0	27	0	0	0
20 長野	2	74	74	2	0	76	0	0	0
21 岐阜	15	27	36	4	2	41	0	0	1
22 静岡	1	31	30	2	0	32	0	0	0
23 愛知	6	53	52	5	2	55	1	2	1
24 三重	10	17	21	6	0	27	0	0	0
25 滋賀	4	21	18	7	0	25	0	0	0
26 京都	9	16	13	12	0	25	0	0	0
27 大阪	37	5	8	32	2	42	0	0	0
28 兵庫	7	32	23	16	0	38	0	0	1
29 奈良	3	36	34	5	0	39	0	0	0
30 和歌山	3	21	23	1	0	24	0	0	0
31 鳥取	2	15	17	0	0	17	0	0	0
32 島根	10	10	14	6	0	20	0	0	0
33 岡山	3	23	8	18	0	26	0	0	0
34 広島	4	19	19	4	0	22	0	1	0
35 山口	9	10	7	12	0	19	0	0	0
36 徳島	2	22	24	0	0	24	0	0	0
37 香川	0	16	16	0	0	16	0	0	0
38 愛媛	3	16	17	2	0	19	0	0	0
39 高知	1	32	31	2	0	33	0	0	0
40 福岡	2	61	35	27	1	63	0	0	0
41 佐賀	0	19	2	17	0	19	0	0	0
42 長崎	2	19	14	7	0	21	0	0	0
43 熊本	0	45	22	23	0	45	0	0	0
44 大分	0	14	5	9	0	14	0	0	0
45 宮崎	0	26	23	3	0	26	0	0	0
46 鹿児島	0	41	30	11	0	41	0	0	0
47 沖縄	1	40	32	9	0	41	0	0	0
総計	218	1483	1263	387	51	1663	1	6	31

(注) 1 平成20年度末現在の保険者における保険料(税)賦課状況別の保険者数を集計したものである。

ただし、平成20年度中に合併や広域化を行い、合併後に保険料(税)を賦課していない保険者は
不均一賦課保険者とし、合併前の各地域ごとの保険料(税)賦課方式に基づき集計を行っている。

(2) 被保険者数

(単位:万人)

	保険料・保険税別		保険税(料)賦課方式別			所得割算定基礎別			
	保険料	保険税	4方式	3方式	2方式	旧ただし 書方式	本文 方式	市町村民税 の所得割額	市町村 民税額
01 北海道	79	55	40	94	0	134	0	0	0
02 青森	6	42	23	25	0	48	0	0	0
03 岩手	0	21	18	3	0	21	0	0	0
04 宮城	25	32	30	27	0	32	0	0	25
05 秋田	0	28	6	21	1	28	0	0	0
06 山形	1	27	22	6	0	28	0	0	0
07 福島	0	46	37	9	0	46	0	0	0
08 茨城	5	81	56	30	0	86	0	0	0
09 栃木	0	58	44	15	0	58	0	0	0
10 群馬	0	43	33	10	0	43	0	0	0
11 埼玉	0	206	140	0	66	206	0	0	0
12 千葉	96	82	38	124	16	178	0	0	0
13 東京	278	106	52	14	319	114	0	4	267
14 神奈川	184	61	63	88	93	97	0	1	146
15 新潟	28	30	7	51	0	58	0	0	0
16 富山	9	11	1	19	0	20	0	0	0
17 石川	11	15	15	11	0	15	0	11	0
18 福井	0	19	19	0	0	19	0	0	0
19 山梨	0	21	16	5	0	21	0	0	0
20 長野	10	38	38	10	0	48	0	0	0
21 岐阜	37	23	55	5	1	47	0	0	13
22 静岡	6	44	46	5	0	51	0	0	0
23 愛知	75	112	96	27	64	106	1	19	61
24 三重	22	25	20	26	0	47	0	0	0
25 滋賀	15	16	11	20	0	31	0	0	0
26 京都	55	11	9	58	0	66	0	0	0
27 大阪	231	10	14	219	8	241	0	0	0
28 兵庫	86	48	31	103	0	93	0	0	41
29 奈良	13	26	20	19	0	39	0	0	0
30 和歌山	11	17	18	11	0	28	0	0	0
31 鳥取	6	5	11	0	0	11	0	0	0
32 島根	12	5	6	10	0	16	0	0	0
33 岡山	16	15	4	28	0	31	0	0	0
34 広島	39	32	21	50	0	42	0	29	0
35 山口	28	7	5	29	0	34	0	0	0
36 徳島	8	12	20	0	0	20	0	0	0
37 香川	0	15	15	0	0	15	0	0	0
38 愛媛	19	20	25	14	0	39	0	0	0
39 高知	9	14	14	10	0	23	0	0	0
40 福岡	63	61	29	95	0	124	0	0	0
41 佐賀	0	23	1	23	0	23	0	0	0
42 長崎	4	39	13	30	0	43	0	0	0
43 熊本	0	37	12	24	0	37	0	0	0
44 大分	0	27	5	22	0	27	0	0	0
45 宮崎	0	30	17	12	0	30	0	0	0
46 鹿児島	0	46	25	21	0	46	0	0	0
47 沖縄	5	47	19	33	0	52	0	0	0
総計	1492	1790	1259	1454	569	2664	1	63	554

2 均一賦課保険者における被保険者数は3~2月の年度平均(老人保健受給対象者を除く。)である。

後期高齢者医療制度の保険料の算定方法について

◎ 後期高齢者医療制度は、個人単位で保険料を算定し、被保険者が納付義務を負う。

1. 被保険者の均等割額及び所得割額を合算したものを保険料額とする。

$$\boxed{\text{均等割額}} + \boxed{\text{被保険者の旧ただし書き所得}} \times \boxed{\text{所得割率}} = \boxed{\text{保険料額}}$$

(41,700円) (総所得金額から基礎控除を除いたもの) (7.88%) ()内は平成22・23年度の全国平均値。

2. 世帯主及び世帯に属する被保険者の所得の合計額に応じて、均等割額に軽減を適用する。

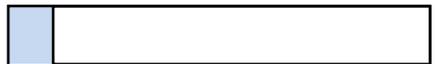
軽減基準所得

年金受給者(65歳以上): 年金収入－公的年金等控除－15万円
 給与所得者: 給与収入－給与所得控除

世帯主及び世帯に属する被保険者分を合算した額

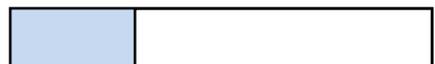
均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、被保険者全員が、年金収入80万円以下(その他各種所得がない)の場合

⇒ 9割軽減(※)



[33万円]以下

⇒ 8.5割軽減(※)



[33万円+(24.5万円×世帯主以外の被保険者数)]以下

⇒ 5割軽減



[33万円+(35万円×世帯に属する被保険者数)]以下

⇒ 2割軽減



3. 被保険者の所得に応じて、所得割額に軽減を適用する。

所得割を負担する方のうち、所得の低い方(具体的には年金収入153万円から211万円まで)の場合

⇒ $\boxed{\text{被保険者の旧ただし書き所得}} \times \boxed{\text{所得割率}} \times 5\text{割軽減}$

※ 施行当初は、「保険料の均等割;7割・5割・2割軽減」であったが、施行後の見直しにより、「保険料の均等割;9割・8.5割・5割・2割軽減、所得割;5割軽減」となっている。

4. 被用者保険の被扶養者であった方については、均等割額のみとし、当該均等割額に9割の軽減を適用する。

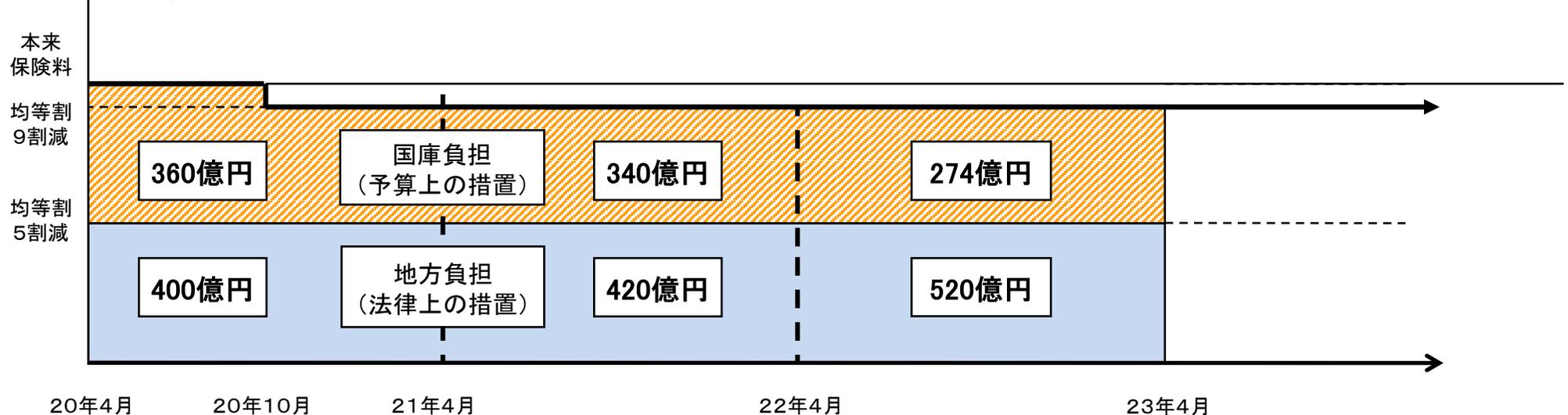
※ 当初、制度加入時から2年間の軽減措置(均等割5割軽減)を講じることにしていたが、施行前に、①平成20年4月～9月の半年間は凍結し、②平成20年10月～平成21年3月の半年間は、均等割を「9割軽減」することとした。
 また、平成21年度以降においても、毎年、同措置の延長が必要。

被用者保険の被扶養者の9割軽減措置の継続について

【これまでの経緯】

- 被用者保険の被扶養者であった方については、制度加入時から2年間の軽減措置(均等割5割軽減)に加えて、
 - ・ 平成20年4月～9月の半年間は凍結し、
 - ・ 平成20年10月～平成21年3月の半年間は、均等割を9割軽減した額とした。
- 平成21年4月から平成22年3月までの1年間においても、同様に9割軽減の措置を継続。
- 平成22年度以降についても、同措置を延長するため、高齢者医療確保法を改正し、地方負担の期間を延長。
※ 被用者保険の被扶養者であった方の均等割の軽減(5割分)に対して行う地方負担の財源措置については、法律上「加入後2年間」とされているが、これを削除し、当該財源措置を「当分の間」延長することとした。

＜所要経費等＞

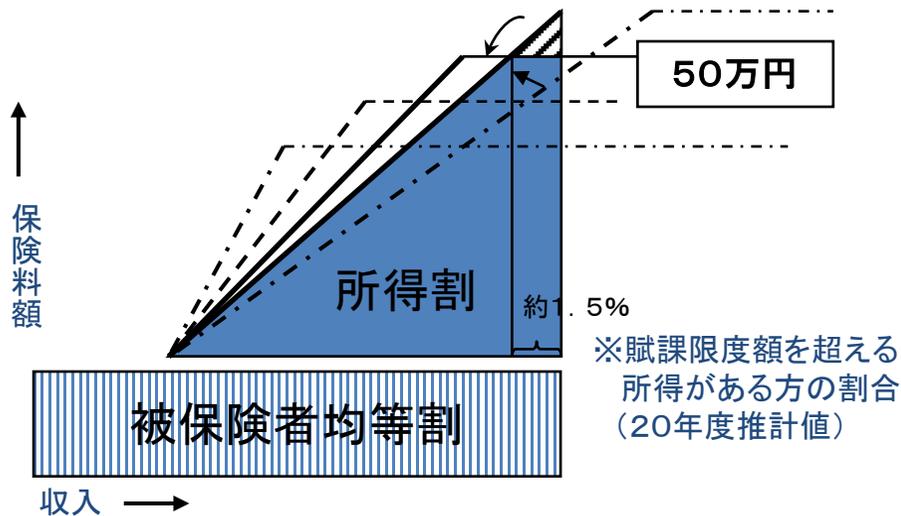


後期高齢者医療制度の賦課限度額の設定の考え方について

○以下の理由により、後期高齢者医療制度の賦課限度額を50万円と設定している。

- ・ 限度額を低く設定すればするほど、この傾きがきつくなり、中間所得層の負担が重くなる。
- ・ 限度額を高く設定すればするほど、この傾きが緩やかとなり、限度額に近い高所得者の負担が増え、給付と保険料賦課額のバランスが悪くなる。

所得水準と保険料賦課のイメージ



(参考) 後期高齢者医療制度において、年間保険料額が上限(50万円)に達する年収について

東京都・・・年金収入9,410,000円
給与収入9,530,000円
(所得割率6.56%、均等割額37,800円)

福岡県・・・年金収入7,050,000円
給与収入7,120,000円
(所得割率9.24%、均等割額50,935円)

全国平均・・・年金収入8,300,000円
給与収入8,380,000円
(所得割率7.65%、均等割額41,500円)

後期高齢者医療制度における不均一保険料率の特例について

保険料率は、広域連合区域内均一を原則とするが、次の場合には、不均一の保険料率を設定することができる。

① 医療の確保が著しく困難である地域における特例(恒久措置:3地区)

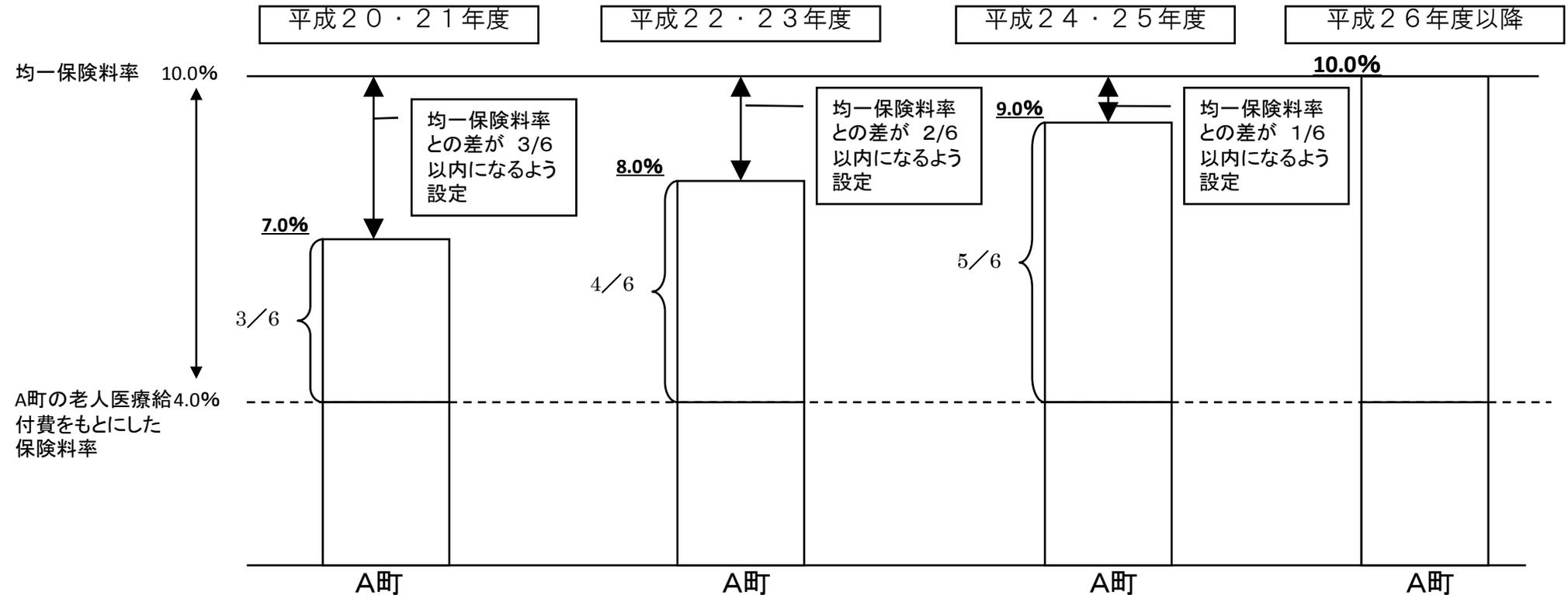
無医地区及びこれに準じる地区においては、当該広域連合の均一保険料率、後期高齢者医療給付費等を勘案して、均一保険料率の50%を下回らない範囲内で、均一保険料率よりも低い保険料率を設定することができる。

② 医療費の地域格差の特例(経過措置:97市町村)

施行前3年間の一人当たり老人医療給付費実績が広域連合区域全体の20%以上低く乖離している市町村においては、施行後最長6年の範囲内で広域連合の条例で定める期間、均一保険料率よりも低い保険料率を設定することができる。(下図参照)

※均一保険料との差額については、公費(国1/2、都道府県1/2)で負担する。

◎医療費の地域格差の特例のイメージ (例:条例で定める期間を「6年」とした場合)



後期高齢者医療制度の平成22年度及び23年度の保険料率等について(1)

	均一保険料率				被保険者一人当たり保険料額 (年額：円)			収入別の保険料額の例 (年額：円)			
	平成20年度・21年度		平成22年度・23年度		平成21年度	平成22年度(見込額)		平成21年度		平成22年度・23年度	
	均等割額 (円)	所得割率 (%)	均等割額 (円)	所得割率 (%)		増加率	基礎年金 受給者 (年金収入79万円)	平均的な 厚生年金受給者 (年金収入201万円)	基礎年金 受給者 (年金収入79万円)	平均的な 厚生年金受給者 (年金収入201万円)	
北海道	43,143	9.63	44,192	10.28	62,217	65,319	1.050	4,300	57,600	4,400	60,000
青森県	40,514	7.41	40,514	7.41	39,975	39,939	0.999	4,000	50,100	4,000	50,100
岩手県	35,800	6.62	35,800	6.62	38,270	38,342	1.002	3,500	44,500	3,500	44,500
宮城県	38,760	7.14	40,020	7.32	52,308	53,998	1.032	3,800	48,100	4,000	49,500
秋田県	38,426	7.12	38,925	7.18	37,108	38,110	1.027	3,800	47,800	3,800	48,300
山形県	37,300	6.85	38,400	7.12	38,782	40,678	1.049	3,700	46,200	3,800	47,800
福島県	40,000	7.45	40,000	7.60	45,083	45,473	1.009	4,000	49,800	4,000	50,200
茨城県	37,462	7.60	37,462	7.60	49,660	46,992	0.946	3,700	48,200	3,700	48,200
栃木県	37,800	7.14	37,800	7.18	48,939	48,886	0.999	3,700	47,300	3,700	47,400
群馬県	39,600	7.36	39,600	7.36	51,786	52,349	1.011	3,900	49,300	3,900	49,300
埼玉県	42,530	7.96	40,300	7.75	74,230	71,609	0.965	4,250	53,120	4,030	50,840
千葉県	37,400	7.12	37,400	7.29	64,279	64,909	1.010	3,700	47,000	3,700	47,400
東京都	37,800	6.56	37,800	7.18	84,274	88,439	1.049	3,700	45,900	3,700	47,400
神奈川県	39,860	7.45	39,260	7.42	85,890	85,724	0.998	3,980	49,760	3,920	49,210
新潟県	35,300	7.15	35,300	7.15	43,137	42,206	0.978	3,500	45,400	3,500	45,400
富山県	40,800	7.50	40,800	7.50	54,959	54,951	0.999	4,000	50,600	4,000	50,600
石川県	45,240	8.26	45,240	8.26	59,481	59,973	1.008	4,524	56,016	4,524	56,016
福井県	43,700	7.90	43,700	7.90	54,386	54,178	0.996	4,300	53,900	4,300	53,900
山梨県	38,710	7.28	38,710	7.28	46,325	46,195	0.997	3,870	48,440	3,870	48,440
長野県	35,787	6.53	36,225	6.89	45,770	48,023	1.049	3,500	44,300	3,600	45,500
岐阜県	39,310	7.39	39,310	7.39	54,576	55,162	1.011	3,900	49,100	3,900	49,100
静岡県	36,000	6.84	36,400	7.11	59,100	59,571	1.008	3,600	45,200	3,600	46,100
愛知県	40,175	7.43	41,844	7.85	73,998	77,658	1.049	4,000	49,900	4,100	52,300
三重県	36,758	6.79	36,800	6.83	49,321	50,102	1.016	3,675	45,702	3,680	45,832
滋賀県	38,175	6.85	38,645	7.18	54,369	56,103	1.032	3,817	46,980	3,864	48,148

後期高齢者医療制度の平成22年度及び23年度の保険料率等について（2）

	均一保険料率				被保険者一人当たり保険料額 (年額：円)			収入別の保険料額の例 (年額：円)			
	平成20年度・21年度		平成22年度・23年度		平成21年度	平成22年度（見込額）		平成21年度		平成22年度・23年度	
	均等割額 (円)	所得割率 (%)	均等割額 (円)	所得割率 (%)		増加率	基礎年金 受給者 (年金収入79万円)	平均的な 厚生年金受給者 (年金収入201万円)	基礎年金 受給者 (年金収入79万円)	平均的な 厚生年金受給者 (年金収入201万円)	
京都府	45,110	8.29	44,410	8.68	70,665	70,969	1.004	4,511	55,984	4,441	56,360
大阪府	47,415	8.68	49,036	9.34	76,833	80,728	1.051	4,741	58,764	4,903	61,644
兵庫県	43,924	8.07	43,924	8.23	70,041	71,095	1.015	4,392	54,507	4,392	54,891
奈良県	39,900	7.50	40,800	7.70	62,202	63,881	1.027	3,900	49,900	4,000	51,100
和歌山県	43,375	7.92	42,649	7.91	50,196	50,196	1.000	4,300	53,700	4,200	53,100
鳥取県	41,592	7.75	40,773	7.71	48,097	47,569	0.989	4,100	51,800	4,000	51,100
島根県	39,670	7.35	39,670	7.35	43,067	43,342	1.006	3,960	49,370	3,960	49,370
岡山県	43,500	7.89	44,000	8.55	56,621	59,013	1.042	4,300	53,700	4,400	55,700
広島県	40,467	7.14	41,791	7.53	60,310	63,801	1.058	4,046	49,509	4,179	51,504
山口県	47,272	8.71	46,241	8.73	64,779	64,299	0.993	4,727	58,721	4,624	57,944
徳島県	40,774	7.43	43,990	8.03	44,913	48,391	1.077	4,000	50,400	4,300	54,400
香川県	47,700	8.98	47,200	8.81	63,540	63,422	0.998	4,700	59,700	4,700	58,900
愛媛県	41,659	7.85	41,227	7.84	49,801	49,779	0.999	4,160	52,160	4,120	51,790
高知県	48,569	8.88	48,931	8.94	52,331	53,106	1.015	4,856	60,167	4,893	60,600
福岡県	50,935	9.24	52,213	9.87	71,851	75,401	1.049	5,090	62,920	5,220	65,450
佐賀県	47,400	8.80	47,400	8.80	53,795	53,720	0.999	4,700	59,000	4,700	59,000
長崎県	42,400	7.80	42,400	7.80	49,334	49,496	1.003	4,200	52,600	4,200	52,600
熊本県	46,700	8.62	47,000	9.03	50,443	51,931	1.030	4,600	58,000	4,700	59,200
大分県	47,100	8.78	47,100	8.78	52,710	53,159	1.009	4,700	58,700	4,700	58,700
宮崎県	42,800	7.95	42,500	7.55	43,965	42,760	0.973	4,200	53,300	4,200	52,100
鹿児島県	45,900	8.63	45,900	8.63	44,215	44,488	1.006	4,500	57,400	4,500	57,400
沖縄県	48,440	8.80	48,440	8.80	52,510	52,964	1.009	4,844	59,872	4,844	59,872
全国	41,500	7.65	41,700	7.88	62,000	63,300	1.021	4,150	51,600	4,170	52,300

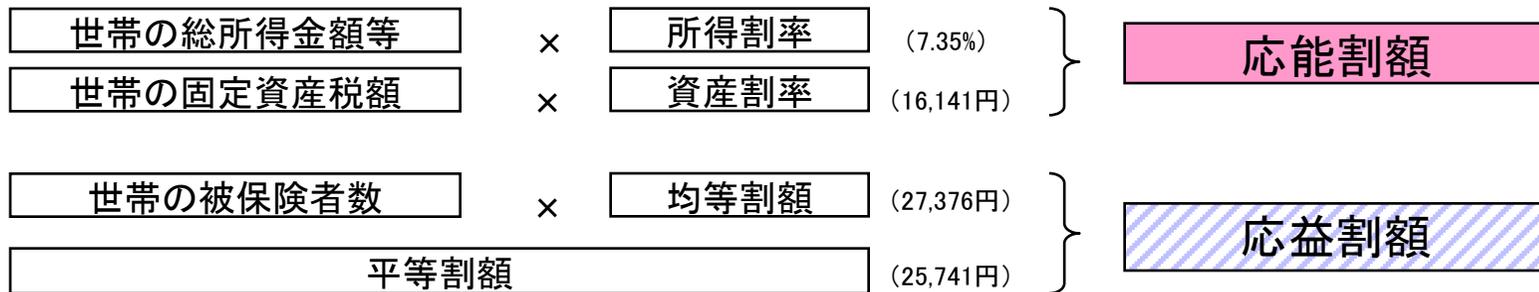
○ 均一保険料率（均等割額及び所得割率）は、平成22年度及び23年度とも同じであるが、被保険者一人当たり保険料額は、被保険者の所得水準の変化等の影響を受けることから、各年度において異なる額となる。このため、均一保険料率の据置き又は引下げを行った広域連合においても、被保険者一人当たり保険料額は増加している場合がある。

○ 被保険者一人当たり保険料額は、保険料改定に係る条例改正案提出時における見込額であり、被保険者ごとの保険料額が確定する6月から7月時点の額とは異なる。

国民健康保険料(税)の算定方法

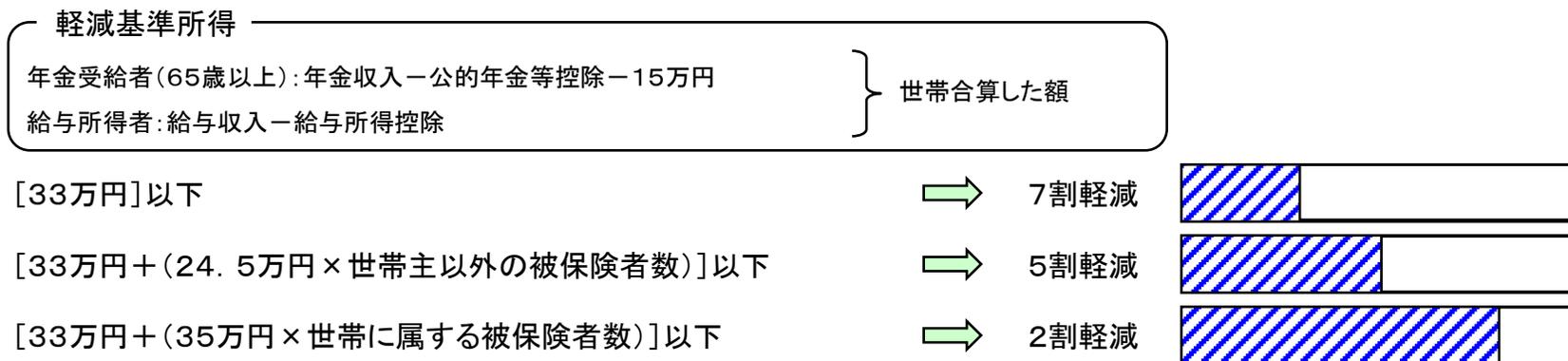
◎ 国民健康保険は、世帯毎に保険料を算定し、世帯主が納付義務を負う。

1. 各世帯の応能割額、応益割額を算定する(4方式) 他に所得割・均等割・平等割の3方式、所得割・均等割の2方式がある。



()内は平成20年度の4方式の全国平均値。ただし資産割は定額として算定。

2. 各世帯に属する被保険者の所得の合計額に応じて、応益割額に軽減を適用する。



3. 各世帯の応能割額、応益割額(軽減適用後)を合算して、保険料総額を決定する。



国民健康保険料(税)における所得割の算定基礎

○ 国民健康保険料(税)の所得割算定方式は7通りある。

※保険者数は平成20年度末の数値

1. 基礎控除後の総所得金額を算定基礎とした保険料算定方式(旧ただし書方式/1,663保険者)

$$\boxed{\text{総所得金額}} - \boxed{\text{基礎控除}} = \boxed{\text{算定基礎 (旧ただし書き所得)}}$$

33万円

2. 各種控除後の総所得金額を算定基礎とした保険料算定方式(本文方式/1保険者 ※平成22年度からは採用している保険者は無し)

$$\boxed{\text{総所得金額}} - \boxed{\text{基礎控除}} - \boxed{\text{所得控除}} = \boxed{\text{算定基礎 (本文方式所得)}}$$

※ 住民税非課税世帯は所得をゼロとして、保険料は賦課しない保険料算定方式(算定特例方式/1保険者)

3. 住民税額(注)を算定基礎とした保険料算定方式(住民税方式/37保険者)

$$\left(\boxed{\text{総所得金額}} - \boxed{\text{基礎控除}} - \boxed{\text{所得控除}} \right) \times \boxed{\text{住民税率}} - \boxed{\text{税額控除}} = \boxed{\text{算定基礎 (住民税方式所得)}}$$

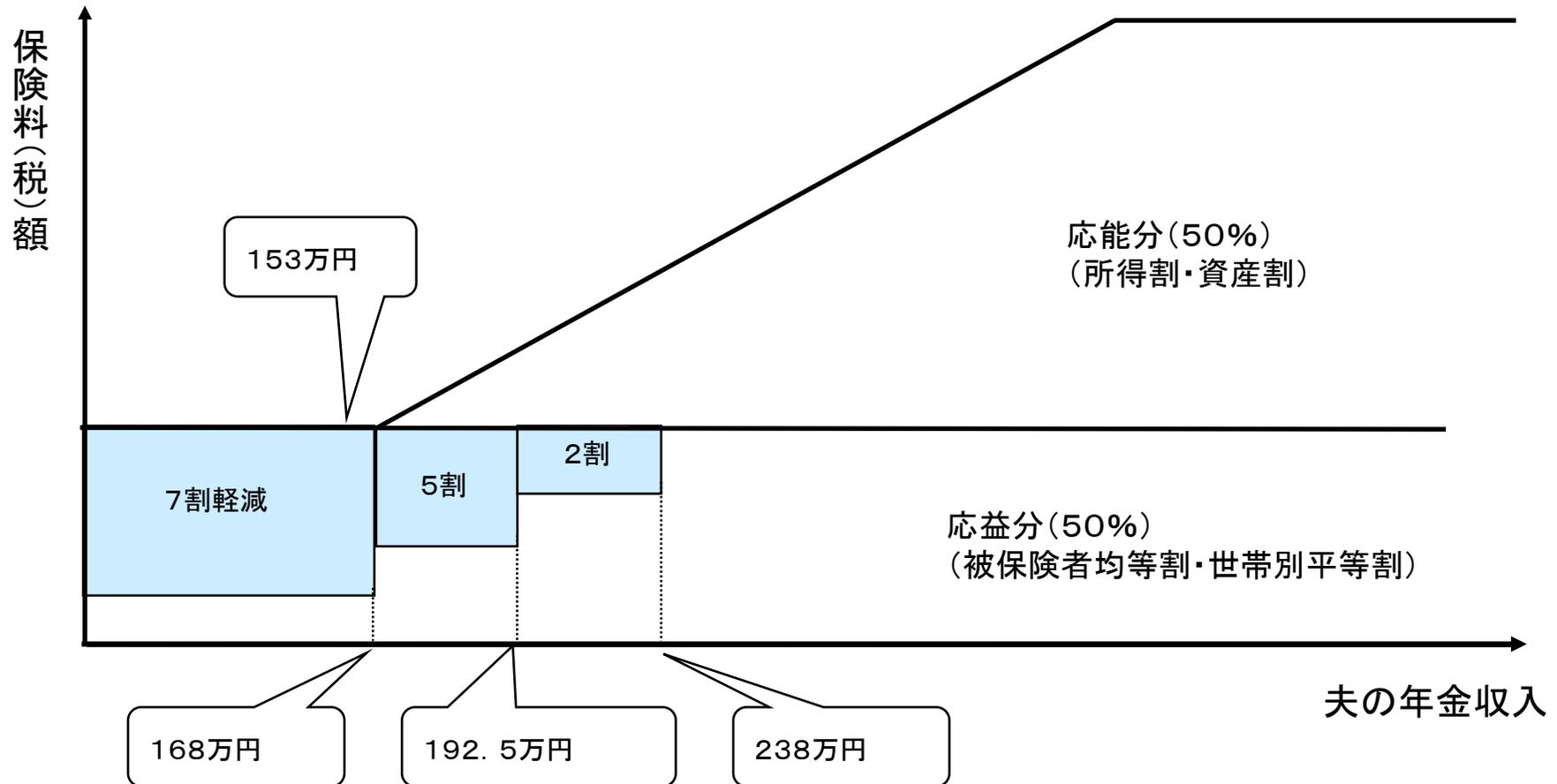
(注1) 算定基礎となる住民税額は以下3通り(上の模式図は①)

①市町村民税所得割額、②市町村民税額、③市町村民税及び道府県民税の合計額

(注2) 所得に応じてそもそも住民税非課税となる場合がある。

国民健康保険料(税)の軽減等について

- 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。
- 国民健康保険の保険料(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(被保険者均等割、世帯別平等割)から構成される。
- 低所得等の事情のある被保険者については、応益分を軽減(7割、5割、2割)する制度を設けている。



(注) 年金受給者(65歳以上)+配偶者(年79.2万円)の2人世帯の場合
(基礎控除後の総所得金額を算定基礎とした保険料算定方式(旧ただし書方式))

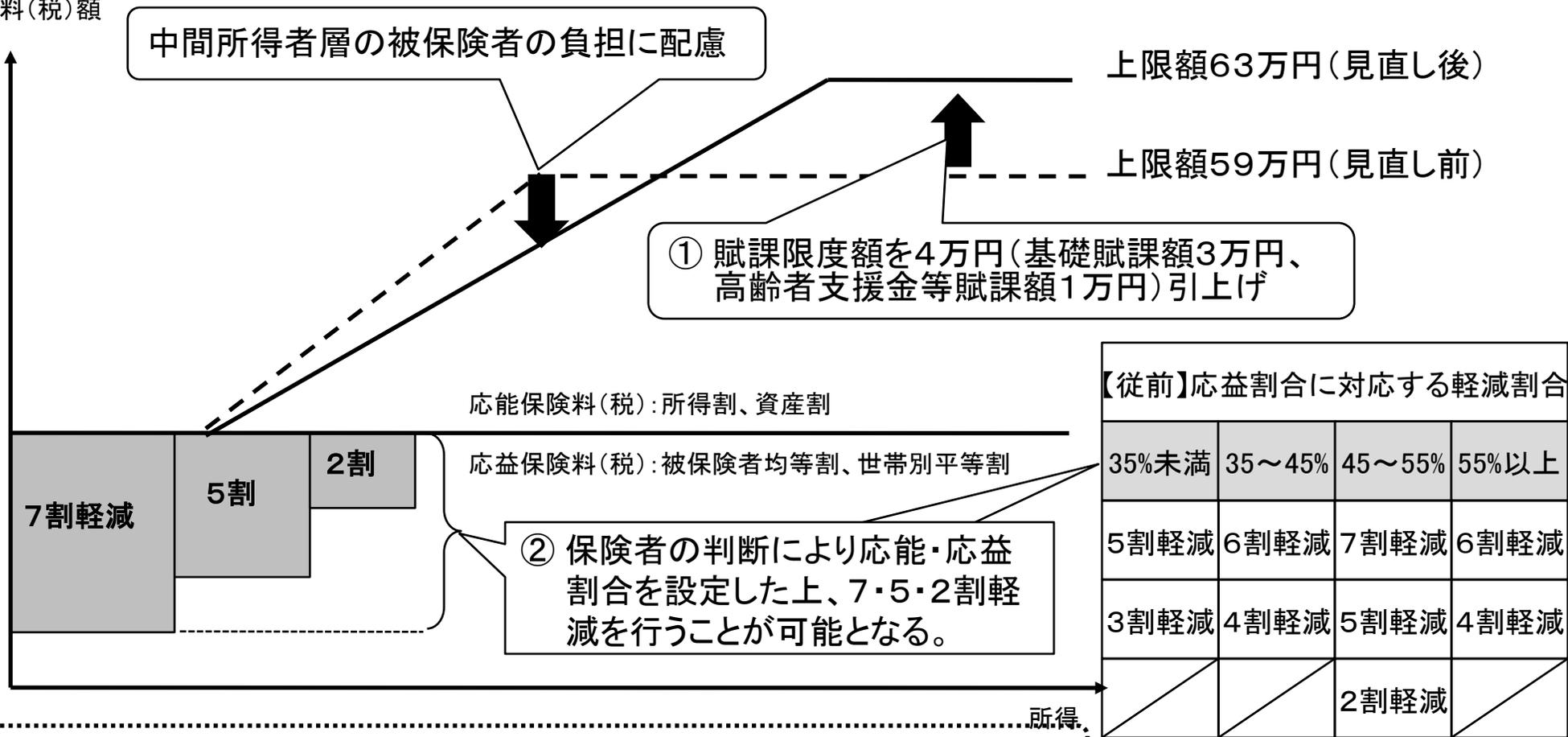
平成22年度における市町村国保の保険料(税)の見直し

市町村の実情に応じた保険料(税)の設定

【平成22年4月施行】

- 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。

保険料(税)額



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

国民健康保険料(税)の保険料の上限額の設定について

- 現行の国民健康保険料(税)の賦課上限については、
 - ① 基礎賦課額(医療給付費を賄うためのもの) 47万円
 - ② 高齢者支援金等賦課額(後期高齢者支援金等を賄うためのもの) 12万円を合わせて、59万円としていたところ。
- これまで賦課上限を、毎年度見直し、必要に応じて引き上げてきたところであるが、厳しい経済情勢が続くなか、被保険者の所得の伸びが見込まれず、これまでどおり、賦課上限額を超える世帯が全体の4%となるように設定していると、中間所得者層の負担が重くなること等を考慮し、平成22年度から
 - ① 基礎賦課額 50万円(3万円引き上げ)
 - ② 高齢者支援金等賦課額 13万円(1万円引き上げ)を合わせて、63万円とすることとした。

※ 保険料が賦課上限額に達する収入は、単身世帯の場合、給与収入のみ:1,017万円、年金収入のみ:1,001万円となる。
4方式を採用する市町村国保における以下の平成20年度の保険料率の全国平均値から試算。
(均等割額:27,376円 平等割額:25,741円 所得割率:7.35% 資産割額:16,141円)

被用者保険の保険料に係る標準報酬月額等の上限の設定について

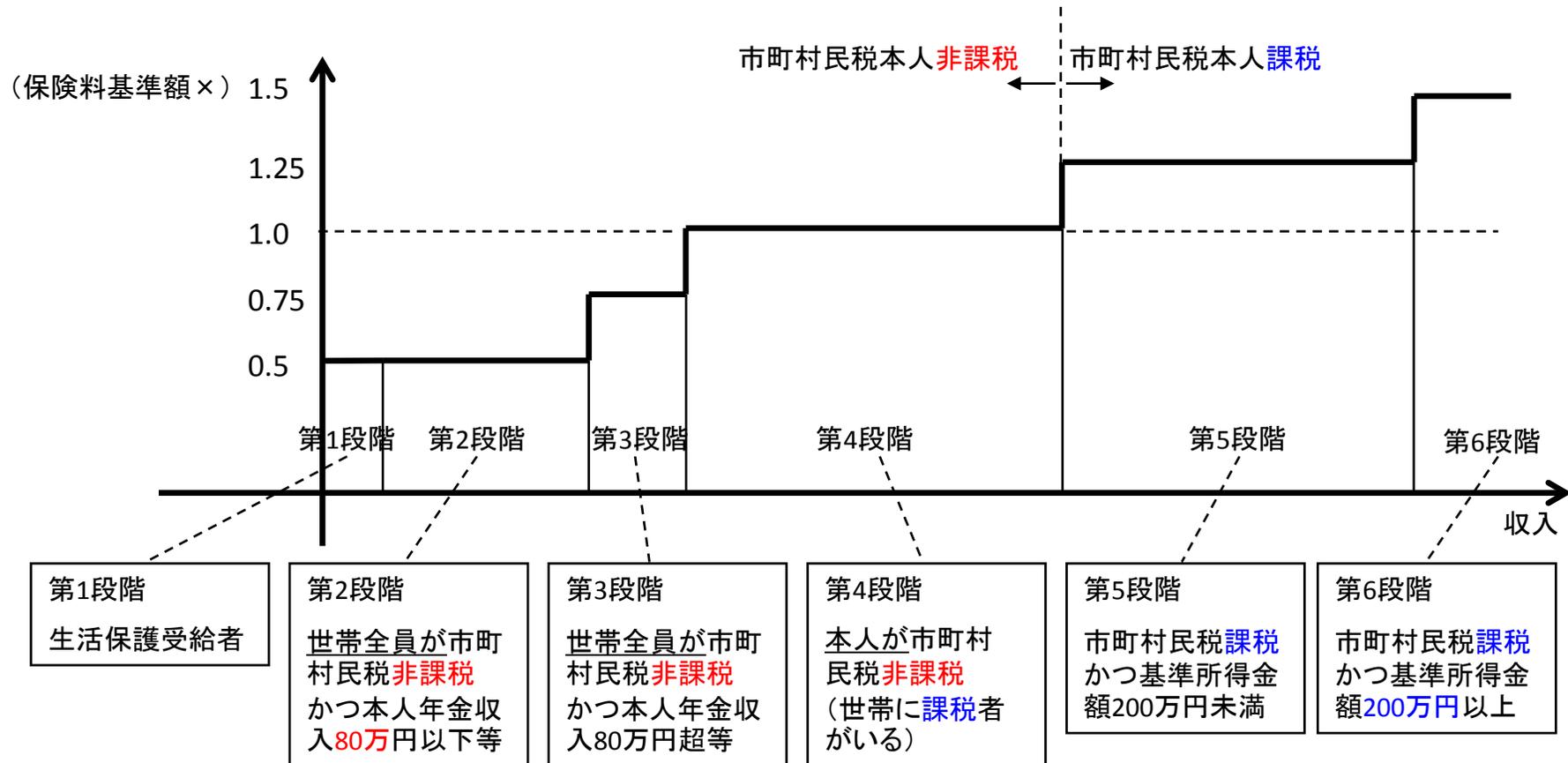
- 被用者保険の保険料の算出基礎となる標準報酬月額については、被保険者全体に占める標準報酬月額等級の上限に該当する被保険者の割合が1%となるよう、その上限については、報酬月額が1,175千円以上の場合に1,210千円としている。
- 被用者保険の保険料の算出基礎となる賞与の賦課上限額については、標準報酬月額の上限(1,210千円)×4.46ヶ月(平成17年度人事院勧告において比較対象としている民間の年間賞与月数)を基に、540万円としている。

※ 考えられる保険料の上限額は以下のとおり。(事業主負担分を含む)
標準報酬月額及び賞与の上限額 × 協会けんぽの保険料率(平成22年度)
(1,210千円×12ヶ月+5,400千円) × 9.34% = 約186万円

介護保険料(第1号保険料)について

- 介護保険の給付費の50%を、65歳以上の高齢者と40歳～64歳の者の人口比で按分し、市町村(保険者)は、その約20%を高齢者に個人単位で課した介護保険料により賄う。
- 介護保険料は、低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。(標準は6段階)

※ H21～23年度の保険料の全国平均額(月額)は、4,160円となっている。



保険料収納率の差により生じる保険料の格差について（見込み）

○ 新制度の保険料は、都道府県単位の標準（基準）保険料率を基に、各市町村が収納状況を勘案して設定する仕組みとすることにより、市町村ごとの保険料率に差が生じることとなるが、各都道府県の乖離幅の平均は2%程度にとどまることが見込まれる。

（平成20年度保険料納期別収納状況調査）

広域連合	都道府県単位の平均収納率 (a)	市町村単位の最大収納率 (b)	市町村単位の最小収納率 (c)	収納率の格差 (b)/(c)	平均収納率と最大収納率との格差 (a)/(b)	平均収納率と最小収納率との格差 (a)/(c)	広域連合	都道府県単位の平均収納率 (a)	市町村単位の最大収納率 (b)	市町村単位の最小収納率 (c)	収納率の格差 (b)/(c)	平均収納率と最大収納率との格差 (a)/(b)	平均収納率と最小収納率との格差 (a)/(c)
北海道	98.89%	100.00%	82.32%	1.2147	0.9889	1.2012	滋賀県	99.41%	100.00%	99.07%	1.0094	0.9941	1.0034
青森県	98.83%	100.00%	96.71%	1.0340	0.9883	1.0219	京都府	98.94%	99.79%	98.38%	1.0143	0.9915	1.0057
岩手県	99.20%	100.00%	97.85%	1.0219	0.9920	1.0138	大阪府	98.39%	99.64%	97.22%	1.0249	0.9874	1.0120
宮城県	98.63%	100.00%	97.98%	1.0206	0.9863	1.0066	兵庫県	98.87%	99.89%	98.39%	1.0152	0.9898	1.0049
秋田県	99.16%	100.00%	98.64%	1.0138	0.9916	1.0053	奈良県	98.96%	100.00%	96.56%	1.0357	0.9896	1.0249
山形県	99.36%	100.00%	98.73%	1.0129	0.9936	1.0064	和歌山県	98.71%	99.93%	96.23%	1.0384	0.9878	1.0258
福島県	98.86%	100.00%	96.40%	1.0373	0.9886	1.0255	鳥取県	99.28%	100.00%	98.60%	1.0142	0.9928	1.0069
茨城県	98.87%	99.80%	98.10%	1.0173	0.9907	1.0079	島根県	99.54%	100.00%	99.21%	1.0079	0.9954	1.0033
栃木県	98.83%	99.81%	97.81%	1.0205	0.9902	1.0104	岡山県	99.01%	100.00%	98.70%	1.0132	0.9901	1.0032
群馬県	99.18%	100.00%	98.08%	1.0196	0.9918	1.0112	広島県	99.17%	100.00%	98.90%	1.0111	0.9917	1.0027
埼玉県	98.62%	100.00%	96.67%	1.0344	0.9862	1.0201	山口県	98.98%	100.00%	98.50%	1.0152	0.9898	1.0049
千葉県	98.74%	99.87%	96.78%	1.0319	0.9886	1.0202	徳島県	98.71%	100.00%	97.89%	1.0215	0.9871	1.0083
東京都	97.84% (100.00%)	100.00%	80.34%	1.2446	0.9784	1.2178	香川県	99.29%	100.00%	98.89%	1.0112	0.9929	1.0040
神奈川県	98.76%	99.99%	97.93%	1.0209	0.9877	1.0084	愛媛県	99.08%	99.97%	98.69%	1.0130	0.9911	1.0039
新潟県	99.35%	100.00%	98.79%	1.0123	0.9935	1.0057	高知県	98.87%	100.00%	98.02%	1.0202	0.9887	1.0087
富山県	99.07%	99.97%	98.64%	1.0135	0.9910	1.0044	福岡県	98.60%	100.00%	97.98%	1.0206	0.9860	1.0063
石川県	99.28%	100.00%	98.09%	1.0194	0.9928	1.0121	佐賀県	99.06%	99.81%	98.60%	1.0122	0.9925	1.0046
福井県	98.89%	100.00%	98.24%	1.0180	0.9889	1.0067	長崎県	99.17%	100.00%	98.05%	1.0199	0.9917	1.0115
山梨県	98.61%	100.00%	95.28%	1.0496	0.9861	1.0350	熊本県	98.80%	100.00%	98.13%	1.0191	0.9880	1.0069
長野県	99.31%	100.00%	97.46%	1.0260	0.9931	1.0190	大分県	98.97%	99.66%	97.39%	1.0233	0.9930	1.0162
岐阜県	99.19%	100.00%	98.05%	1.0199	0.9919	1.0116	宮崎県	98.76%	100.00%	96.56%	1.0357	0.9876	1.0228
静岡県	98.71%	99.95%	97.90%	1.0209	0.9876	1.0082	鹿児島県	99.02%	100.00%	93.72%	1.0670	0.9902	1.0566
愛知県	99.11%	99.99%	97.48%	1.0257	0.9912	1.0167	沖縄県	96.27%	100.00%	90.65%	1.1031	0.9627	1.0620
三重県	98.91%	100.00%	97.98%	1.0206	0.9891	1.0095	全国(※)	98.75%	99.95%	98.17%	1.0182	0.9879	1.0059

（注1） 東京都は、市町村における保険料の未収分を市町村の一般会計から補填しているため、実質的には100%の収納率となる。

（注2） 北海道及び東京都における最小収納率は、被保険者数が少ない村における高額所得者の滞納といった特殊な要因によるもの。仮にこうした特殊な要因を有する村を除いた場合、最小収納率は95%程度となる。

（※） 全国平均欄の「市町村単位の最大(最小)収納率」は、各都道府県において収納率が最大(最小)の各市町村の、保険料収納額の合計を保険料調定額の合計で除したものの。

保険料収納率の差により生じる保険料の格差について（見込み）

○ 新制度の保険料は、都道府県単位の標準（基準）保険料率を基に、各市町村が収納状況を勘案して設定する仕組みとすることにより、市町村ごとの保険料率に差が生じることとなるが、全国における乖離幅の単純平均は2%程度にとどまることが見込まれる。

広域連合	都道府県単位の平均収納率 (a)	市町村単位の最大収納率 (b)	市町村単位の最小収納率 (c)	収納率の格差 (b)/(c)	平均収納率と最大収納率との格差 (a)/(b)	平均収納率と最小収納率との格差 (a)/(c)	広域連合	都道府県単位の平均収納率 (a)	市町村単位の最大収納率 (b)	市町村単位の最小収納率 (c)	収納率の格差 (b)/(c)	平均収納率と最大収納率との格差 (a)/(b)	平均収納率と最小収納率との格差 (a)/(c)
北海道	98.89%	100.00%	82.32%	1.2147	0.9889	1.2012	滋賀県	99.41%	100.00%	99.07%	1.0094	0.9941	1.0034
青森県	98.83%	100.00%	96.71%	1.0340	0.9883	1.0219	京都府	98.94%	99.79%	98.38%	1.0143	0.9915	1.0057
岩手県	99.20%	100.00%	97.85%	1.0219	0.9920	1.0138	大阪府	98.39%	99.64%	97.22%	1.0249	0.9874	1.0120
宮城県	98.63%	100.00%	97.98%	1.0206	0.9863	1.0066	兵庫県	98.87%	99.89%	98.39%	1.0152	0.9898	1.0049
秋田県	99.16%	100.00%	98.64%	1.0138	0.9916	1.0053	奈良県	98.96%	100.00%	96.56%	1.0357	0.9896	1.0249
山形県	99.36%	100.00%	98.73%	1.0129	0.9936	1.0064	和歌山県	98.71%	99.93%	96.23%	1.0384	0.9878	1.0258
福島県	98.86%	100.00%	96.40%	1.0373	0.9886	1.0255	鳥取県	99.28%	100.00%	98.60%	1.0142	0.9928	1.0069
茨城県	98.87%	99.80%	98.10%	1.0173	0.9907	1.0079	島根県	99.54%	100.00%	99.21%	1.0079	0.9954	1.0033
栃木県	98.83%	99.81%	97.81%	1.0205	0.9902	1.0104	岡山県	99.01%	100.00%	98.70%	1.0132	0.9901	1.0032
群馬県	99.18%	100.00%	98.08%	1.0196	0.9918	1.0112	広島県	99.17%	100.00%	98.90%	1.0111	0.9917	1.0027
埼玉県	98.62%	100.00%	96.67%	1.0344	0.9862	1.0201	山口県	98.98%	100.00%	98.50%	1.0152	0.9898	1.0049
千葉県	98.74%	99.87%	96.78%	1.0319	0.9886	1.0202	徳島県	98.71%	100.00%	97.89%	1.0215	0.9871	1.0083
東京都	97.84% (100.00%)	100.00%	80.34%	1.2446	0.9784	1.2178	香川県	99.29%	100.00%	98.89%	1.0112	0.9929	1.0040
神奈川県	98.76%	99.99%	97.93%	1.0209	0.9877	1.0084	愛媛県	99.08%	99.97%	98.69%	1.0130	0.9911	1.0039
新潟県	99.35%	100.00%	98.79%	1.0123	0.9935	1.0057	高知県	98.87%	100.00%	98.02%	1.0202	0.9887	1.0087
富山県	99.07%	99.97%	98.64%	1.0135	0.9910	1.0044	福岡県	98.60%	100.00%	97.98%	1.0206	0.9860	1.0063
石川県	99.28%	100.00%	98.09%	1.0194	0.9928	1.0121	佐賀県	99.06%	99.81%	98.60%	1.0122	0.9925	1.0046
福井県	98.89%	100.00%	98.24%	1.0180	0.9889	1.0067	長崎県	99.17%	100.00%	98.05%	1.0199	0.9917	1.0115
山梨県	98.61%	100.00%	95.28%	1.0496	0.9861	1.0350	熊本県	98.80%	100.00%	98.13%	1.0191	0.9880	1.0069
長野県	99.31%	100.00%	97.46%	1.0260	0.9931	1.0190	大分県	98.97%	99.66%	97.39%	1.0233	0.9930	1.0162
岐阜県	99.19%	100.00%	98.05%	1.0199	0.9919	1.0116	宮崎県	98.76%	100.00%	96.56%	1.0357	0.9876	1.0228
静岡県	98.71%	99.95%	97.90%	1.0209	0.9876	1.0082	鹿児島県	99.02%	100.00%	93.72%	1.0670	0.9902	1.0566
愛知県	99.11%	99.99%	97.48%	1.0257	0.9912	1.0167	沖縄県	96.27%	100.00%	90.65%	1.1031	0.9627	1.0620
三重県	98.91%	100.00%	97.98%	1.0206	0.9891	1.0095							

（平成20年度保険料納期別収納状況調査）

（注1）東京都は、市町村における保険料の未収分を市町村の一般会計から補填しているため、実質的には100%の収納率となる。

（注2）北海道及び東京都における最小収納率は、被保険者数が少ない村における高額所得者の滞納といった特殊な要因によるもの。仮にこうした特殊な要因を有する村を除いた場合、最小収納率は95%程度となる。

後期高齢者医療制度の保険料の年金からの支払いについて

1 年金からの支払い(天引き)の仕組み

- ・2ヶ月毎の年金支給の際に、公的年金から、2ヶ月分の保険料を引き落とし
- ・平成12年に介護保険において保険料の年金からの支払いを導入

※ 年金からの支払いの主な理由

- ① 被保険者の皆様に、個別に金融機関等の窓口でお支払いいただくなどの手間をおかけしない
- ② 保険料の徴収に係る行政の余分なコストを省く

2 年金からの支払いの対象者

- ①公的年金の年額が18万以上であり、かつ、②介護保険料と合算した保険料額が年金額の1/2を超えない方

※ 75歳以上の高齢者の約8割が対象



3 保険料の口座振替

原則として、全ての方について、平成21年4月から、口座振替と年金からの支払いとの選択により、保険料の納付をできるようにした。

※平成22年4月;年金からの支払い件数 約1,077万件、口座振替へ切り替えた件数 約75万件(平成20年10月からの累計)

国民健康保険料(税)の年金からのお支払いについて

○ 国民健康保険における特別徴収対象者

国民健康保険では、原則として、平成20年4月より、世帯内の国民健康保険の被保険者が、世帯主の方も含めて全員、65歳から74歳までだけの世帯の世帯主の方の受給している年金から、保険料をお支払いいただく仕組みを導入しているところ。

<特別徴収・普通徴収の判定例>

【例1】	世帯主(国保)72歳、妻(国保)68歳の場合	→	特別徴収
【例2】	世帯主(国保)72歳、妻(国保)63歳の場合	→	普通徴収
【例3】	世帯主(後期)78歳、妻(国保)68歳の場合	→	普通徴収
【例4】	世帯主(国保)72歳、妻(国保)68歳、子(社保)40歳の場合	→	特別徴収

また、後期高齢者医療制度と同様、

- ① 年金額が年額18万円(月額1万5千円)未満の場合
- ② 介護保険料とあわせた保険料(税)額が年金額の1/2を超える場合
は、年金からの徴収の対象としない取扱いとしているところ。



○ 保険料の口座振替

原則として、全ての方について、平成21年4月から、口座振替と年金からの支払いとの選択により、保険料の納付をできるようにした。

※平成22年4月;年金からの支払い件数 約174万件、口座振替へ切り替えた件数 約51万件(平成20年10月からの累計)

「後期高齢者医療制度 都道府県・広域連合ブロック会議」の開催状況

- 「中間とりまとめ」において、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について、地方自治体、保険者等の関係者の御意見を聞きながら、細部を含めた検討を更に進めることとされたことも踏まえ、今般、以下のとおり、全国6箇所で開催し、意見交換を行ったところ。

【開催日程】

開催地	開催日
関東・信越ブロック会議（東京都）	8 / 31（火）午後
九州ブロック会議（福岡県）	9 / 1（水）午前
中国・四国ブロック会議（広島県）	9 / 1（水）午後
近畿ブロック会議（滋賀県）	9 / 2（木）午前
東海・北陸ブロック会議（愛知県）	9 / 2（木）午後
北海道・東北ブロック会議（宮城県）	9 / 3（金）午前

【出席者】

厚生労働省 保険局高齢者医療課長及び担当者、
都道府県担当課長、後期高齢者医療広域連合事務局長 等

【会議内容】

- ・ 厚生労働省より「中間とりまとめ」等の説明
- ・ 都道府県・広域連合と厚生労働省との意見交換・質疑応答

【意見交換等の概要】

別添のとおり。

質疑・意見・要望等一覧

項目	質疑・意見・要望等	考え方（対応状況）
<p>1. 国保の運営のあり方 (1) 財政運営単位</p>	<p>○ 広域化によって市町村国保の構造的問題が解決するというものではないのではないか。</p> <p>○ 高齢者は都道府県単位の財政運営、現役世代は市町村単位の財政運営とすると、非常にわかりにくい制度になるのではないかと。</p> <p>○ 新制度の財政運営の対象年齢を65歳で分けることとすれば、65歳以上の高齢者の主な収入は年金となり、将来的な保険料改定の際、所得が経済情勢に大きく左右されることなく、保険料負担の変動がそれほど生じることはなくなるのではないかと。</p>	<p>○ 市町村国保の抱える構造的問題を解決するためには、広域化の推進のみならず、総合的な対策が必要であり、先般の国保法改正で国保財政基盤強化策を4年間延長するとともに、収納率向上等の対策を講じてきたところである。</p> <p style="padding-left: 2em;">これに加えて、今般、長年の課題である市町村国保の広域化に道筋をつけ、保険財政の安定的な運営を図ることとしている。</p> <p>○ 現役世代については、市町村ごとに保険料の算定方式や水準が様々であることから、都道府県単位化に向けた環境整備を段階的に進める必要がある。全年齢での都道府県単位化を実施するまでの一定期間は、都道府県単位の財政運営と市町村単位の財政運営が混在し、一定程度、複雑な仕組みとならざるを得ないが、高齢者をはじめ国民の視点からは、できる限り分かりやすい制度にしたいと考えている。</p> <p>○ 高齢者医療の対象年齢を65歳以上とすれば、市町村国保の加入者のほぼ半分が都道府県単位による財政運営の対象となることにより広域化が進むといったメリットがある一方、65歳以上74歳以下の方の保険料は、近い将来に実施する全年齢での都道府県単位化を含めると、2度にわたって保険料が変動することとなる。</p> <p style="padding-left: 2em;">こうした個々の被保険者の保険料に与える影響や財政影響を踏まえ、引き続き検討していく。</p> <p style="padding-left: 2em;">なお、高齢者だけが都道府県単位の財政運営となるのは、全年齢で都道府県単位化を図るまでの限られた期間にとどまるものであることから、ご指摘の観点を重視する必要性は乏しいと考えられる。</p>

	<p>○ 市町村国保の全年齢での都道府県単位化を行うに当たり、今回、具体的な年限を定めた方が、広域化等支援方針に基づく取組も円滑かつ計画的に進められるのではないか。</p>	<p>○ 中間とりまとめにおいては、「期限を定めて全国一律に都道府県単位化すべきという意見と、合意された都道府県から順次、都道府県単位化すべきという意見があり、引き続き検討する」としている。高齢者医療だけを都道府県単位の財政運営にする場合と、全年齢で都道府県単位の財政運営にする場合とでは、自ずと財政調整の方法も異なるものになることから、合意された地域から順次移行する場合、全国的に財政調整の方法が混在することとなり、そうしたことが可能かどうかといった点などを含め、十分検討する必要がある。</p> <p>こうした中で、都道府県が広域化等支援方針を策定する観点からも、具体的な年限を区切って行うべきとの意見も多くいただいているが、今後、更に検討・調整を進めたい。</p>
(2) 運営の仕組み	<p>○ 都道府県単位の運営主体が担う会計処理にはどのようなものがあるのか。</p> <p>○ 給付事務については、財政運営を行う主体が担うことが自然と考えるが、市町村が行うことを検討するねらいは何か。</p>	<p>○ 国保特別会計を都道府県単位の運営主体に設置し、公費・拠出金・保険料等の歳入、現物給付・現金給付等の歳出全般にわたる会計処理を行うこととなる。</p> <p>○ 例えば、高額療養費等の現金給付については、市町村で行う場合に比べ、都道府県単位で行う場合の方が支給決定が遅く、サービス向上の観点からは、市町村で行うことが望ましく、また、都道府県単位で行う場合には、当面、同一世帯の中で、現役世代は市町村から、高齢者は都道府県単位の運営主体から給付が行われ、分かりにくい仕組みになる。</p> <p>こうした点も踏まえ、都道府県単位の運営主体をどこにするのかといった課題と併せて検討・調整していく必要があると考える。</p>
(3) 運営主体	<p>○ 改革会議のほとんどの委員は、都道府県が新制度の運営主体になるべきとの考えであり、厚労省としても、当初からそう考えていたように思えるがどうか。</p>	<p>○ 中間とりまとめにおいては、「都道府県が担うべきとする意見が多数であったが、慎重な意見もあり、今回の中間とりまとめにより明らかになる新制度の全体像を踏まえ、また、将来的な財政試算等を明らかにしつつ、引き続き検討する」とされている。都道府県が運営主体となるこ</p>

○ 運営主体を都道府県と市町村とで構成する広域連合とする
ことは考えられないのか。

○ 都道府県が運営主体となった場合、現行制度における広域連
合は新制度の施行と同時に解散することとなるのか。

とが望ましいとする考え方としては、

- ① 都道府県が保険財政に一定の責任を持つことにより、都道府県が行
っている健康増進や医療費の効率化の取組の推進、医療提供体制の充
実等が図られるのではないか。
- ② 同じ都道府県をエリアとして、広域連合という別の地方公共団体が
存在することは非合理的ではないか。
- ③ 後期高齢者医療の広域連合に対して指摘されている問題点（①都道
府県や市町村と比べ、住民から十分に認知されていない、②広域連合
長は住民から直接選ばれていないので、責任が明確でない、③市町村
に対する調整機能が十分に働いていない、④市町村からの派遣職員中
心に運営しており、組織としてのノウハウの承継が困難）が改善され
る。

といった点が指摘されているが、いずれにせよ、年末に向けて関係者の
納得がいく結論が得られるよう検討・調整を進めていく。

○ 都道府県が広域連合に参加することとした場合、何かしらの都道府県
の業務を広域連合の業務として移管することが必要となる。

例えば、国保の指導業務等を移管すると、都道府県は国保の運営に基
本的に関与しないものとなること、医療の提供体制の整備や健康づくり
は都道府県が行う一方で、国保の指導業務は別の行政主体が行うことが
適当か、都道府県という行政単位に都道府県と市町村とで構成する別の
行政主体を設ける合理性があるのかなどについて、慎重に検討する必要
があると考えている。

○ 仮に運営主体が都道府県となった場合においても、新制度施行と同時
に広域連合をただちに解散させることは現実的ではなく、現行制度の下
で行われる高額療養費等の現金給付や診療報酬の月遅れ請求の支払い
等が一定程度残ることを考慮しつつ、規模を相当程度縮小した上で、限

- 新制度の保険料については、都道府県単位の運営主体が標準保険料率を定め、これを受けて各市町村が収納率を勘案した上で保険料率を定めることとしているが、後期高齢者医療制度において実現した「原則として、同じ都道府県内で同じ所得であれば、同じ保険料」という原則が崩れてしまうのではないか。
- 新制度における財政運営期間は、現行の市町村国保と同様に1年間となるのか。
- 後期高齢者医療制度の保険料軽減の特例措置について、その実施により施行時の混乱が収まったとも言えるが、新制度においては実施しないのか。

納率の向上が大きな課題となっている市町村国保の現役世代も含めた広域化の実現を視野に入れると、都道府県単位の保険料という考え方は維持しつつ、保険料の収納率を高めるほど当該市町村の被保険者の保険料を安くできるようにするなど、収納対策に市町村が積極的に取り組むことを促す仕組みに改める必要があること。

- ③ 都道府県単位のみで保険料率を設定することとした場合には、一般会計からの繰入れを行って保険料を抑えている市町村においては、保険料を急激に増加させることが必要となるが、最終的な保険料率は市町村が設定することとすれば、保険料の急激な増加を回避することが可能になる。

といった点が挙げられる。

- 市町村ごとの収納率の違いにより標準（基準）保険料率を中心として多少の保険料の差が生じることとなるが、老人保健制度の時のように約5倍の格差が生じるようなものではなく、基本的に公平性は確保されたものになると考えている。
- 後期高齢者医療制度の財政運営期間は、診療報酬の改定年に合わせて2年としており（保険料算定の基礎である医療給付費が変動するため）、新制度においても、高齢者についての財政運営期間は2年とすることが適切であると考えている。
- 後期高齢者医療制度については、一人当たりの医療費が高く、毎月約85%の方が医療サービスを受け一方で、均等割の9割軽減が適用される高齢者の保険料は、全国平均で月額350円程度であるが、介護保険においては、サービス利用者が2割に満たない一方で、最低でも全国平均で月額2千円程度の保険料を負担していただいている。

<p>(3) 財政安定化基金</p>	<p>○ 現在、市町村国保における賦課方式について、「保険料」又は「保険税」のどちらを採用するかは市町村の任意とされている。それぞれの根拠法が異なることから、新制度においてこの取扱いが統一されない場合、例えば、徴収権の消滅時効の期間が異なることにより、高齢者分と現役世代分の保険料（税）の徴収事務について、非効率的な運用となるのではないか。</p> <p>○ 財政安定化基金は、都道府県単位の運営主体と市町村のいずれが活用することとなるのか。</p> <p>また、市町村において保険料の収納不足が生じた場合には、まず一般会計からの繰入れにより補填することが考えられるが、財政安定化基金を活用するかどうかは市町村の判断となるのか。</p> <p>○ 財政安定化基金を設置する本来の目的は、財政リスクへの備えであり、保険料の増加抑制を目的として活用することは現行制度における特例であると認識しているが、新制度においては当初から保険料の増加抑制のためにも活用する理由は何か。</p>	<p>後期高齢者医療制度の保険料軽減の特例措置は、同制度施行時の追加的な措置として導入されたものであることや、上記のような介護保険との整合性も踏まえつつ、新制度においては合理的な仕組みに改めることとし、具体的なあり方について検討することとしている。</p> <p>○ 新制度の保険料（税）は、各市町村が採用する賦課方式により、高齢者分と現役世代分の保険料（税）を合算し、世帯主に対し賦課を行った上で徴収することとなることから、同一市町村内の高齢者と現役世代の間で賦課方式の差異は生じない。</p> <p>○ 高齢者の医療給付費が見込み以上に増加したことにより財政不足が生じた場合には、後期高齢者医療制度と同様に都道府県単位の運営主体が活用し、また、市町村において都道府県単位の運営主体へ納付する保険料に不足が生じた場合には、市町村が活用することにより当該不足分を補填した上で、定められた額を都道府県単位の運営主体へ納付することが適当であると考えている。</p> <p>なお、市町村が財政安定化基金を活用する場合には、翌年度以降に償還する必要があることから、基金を活用するか一般会計からの繰入れにより対応するかは、市町村の判断によることとなる。</p> <p>○ 現行制度の問題点の一つとして、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造となっていることが挙げられている。その改善策として、新制度においては、高齢者人口の増加と現役世代人口の減少に伴う現役世代の保険料の増加分を、保険料規模の違いを考慮した上で、高齢者と現役世代とで公平に分担する仕組みを設けることとしている。これにより、高齢者と現役世代の一人当たり医療費の伸</p>
--------------------	--	---

<p>(4) 財政影響試算</p>	<p>○ 新制度における財政安定化基金は、現に都道府県に設置している同基金を引き継ぐこととするのか。</p> <p>○ 都道府県が責任を持って保険財政に関わるか否かについて、財政試算を行わずに議論するのは適切ではないのではないか。</p>	<p>びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡することとなる。</p> <p>また、高齢者の一人当たり医療費の伸びの見込みが現役世代の一人当たり医療費の伸びを上回ること等により、高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回ることが見込まれる場合には、財政安定化基金を活用し、高齢者の保険料の伸びを抑制することができる仕組みとすることとしている。これは、国保の高齢者の保険料の伸びを抑制するために、現役世代の拠出金に負担を求めることなく、地域保険の中で対応するため、公費と高齢者の保険料を財源とする同基金を活用することとするものである。</p> <p>なお、こうしたことを目的として基金を活用するかどうかは、基金を設置する都道府県の判断によるものとなる。</p> <p>○ 制度移行時に現在の基金の残高を引き継ぐことを想定している。</p> <p>○ 財政試算を行うためには、都道府県単位の財政運営とする対象年齢を75歳以上とするか65歳以上とするか、財政調整の具体的な方法、公費の投入方法、窓口負担割合、保険料、医療費効率化の取組の効果等について、一定の議論を行うことが必要である。</p> <p>また、公費の負担割合については、運営主体が「都道府県」でも、「広域連合」でも変わることはない。いずれにせよ、中間とりまとめにおいては、「都道府県が担うべきとする意見が多数であったが、慎重な意見もあり、今回の中間とりまとめにより明らかになる新制度の全体像を踏まえ、また、将来的な財政試算等を明らかにしつつ、引き続き検討する」とされており、今後、上記の項目別の議論を行った上で、秋には一定の条件を設定しつつ、財政影響試算をお示しし、改めて議論いただくこととしている。</p>
-------------------	---	--

3. その他

○ 新制度において、被用者保険へ移行することとなる高齢者についても広域連合又は市町村が職権で処理をすることとなるのか。

また、移行するに当たっての必要な手続きについては、漏れないよう、国が責任を持って周知していただきたい。

○ 新制度への移行に伴うシステム改修について、2年間という準備期間で間に合うのか。

○ 後期高齢者医療制度や国民健康保険における給付費は、3月から翌年2月までの診療に係る費用を、4月から翌年3月までの間に賦課する保険料で賄っていることから、新制度の施行が平成25年4月となった場合、平成24年度の保険料で13ヶ月分の給付費を賄うこととなり、保険料が大幅に増加することとなるが、どのように考えているか。

○ 広域連合は、現行制度を適切に運営するための努力を続けてきている中で、中間とりまとめにおける広域連合の問題点の記述は、広域連合という組織を否定的に捉え過ぎており、職員的心情等に配慮していないのではないか。

○ 被用者保険へ移行することとなる高齢者については、広域連合や市町村において把握することは困難であるため、被用者保険へ移行する高齢者又は高齢者を扶養している方が各事業所へ届出を行い、被用者保険の適用を受けていただくとともに、その情報を被用者保険の保険者等を通じて市町村が受け、それ以外の者について、市町村が国保の加入者として職権適用を行うことを考えている。

こうした切替事務を円滑に進めるための全体のスケジュール等も早期にお示しした上で、各被用者保険者とも密接に連携を図り、遺漏がないよう周知を徹底していく。

○ 新制度導入に伴うシステム改修は、都道府県単位の広域連合のシステム及び市町村単位の国保のシステムの改修を同時に行う必要があり、改修規模も大きくなることが想定されるが、後期高齢者医療制度導入時の反省を踏まえ、既に8月20日に高齢者医療システム検討会を立ち上げ、地方自治体の意見を十分に踏まえながら、新制度の具体的な検討と並行して現時点から着実に準備を進めることとしている。

○ 新制度の施行が平成25年4月となった場合、平成24年度の保険料は、13ヶ月分の給付費を賄うものとなり、こうした構造的な要因のみで約8%増加することとなる。

例えば、新制度の施行を平成25年3月とした場合には、こうした状況を回避できるが、どのような方策が適切か、今後さらに検討することとしている。

○ 現行制度の施行前から今日までの広域連合のご尽力は評価しているが、中間とりまとめで掲げられた広域連合の問題点は、そうした広域連合関係者のご努力以前の構造的な問題といった観点から、各委員から指摘された事項と考えている。いずれにしても、最終とりまとめにおいて

		<p>は、そうした受け止め方をされることのないよう、十分配慮することとしたい。</p>
--	--	---

委員配付資料

高齢者医療制度改革の課題と戦略

日本版NSF策定に向けて

●近藤克則

日本福祉大学社会福祉学部 (高齢者医療制度改革会議委員)

民主党は、後期高齢者医療制度を廃止することを公約した昨年の総選挙で勝利した。しかし政権につくと、即刻廃止は混乱を招くなどとして「現政権の1期4年の中で、国民の皆様の納得と信頼が得られる新たな制度に移行する」という方針を打ち出した。そして2009年11月に高齢者医療制度改革会議を設置し、2010年度中に新制度の基本構想を提示するとした。

厚生労働省高齢者医療課からの突然の電話で、同会議の委員就任を打診された私は、持論である「公的医療費の拡大^①や健康格差是正^②の必要性などを主張していただいて結構」と言われ、引き受け

小論では、本年1月12日に開催された第2回の高齢者医療制度改革会議(以下、会議)に私が提出した資料「高齢者医療制度改革の課題と戦略—日本版NSF策定に向けて」について簡単に紹介したい。

医療制度—
医療提供制度と医療保険制度

医療制度には、どのように医療を提供するのかがという側面と、その財源をどう確保するのかがという医療保険制度の側面とがある。後者は保険料と公費(税金)、自己負担の3つで賄われている。これら3つをどのように組み合わせ、

誰が負担するのかを設計するのが医療保険制度の中心課題になる。会議の初回に示された「基本的な考え方」の6項目(表1)を見ても、(1)を除く5項目は保険や負担に関するものである。

話が、医療保険制度のあり方を軸に進むのも無理はない。医療保険制度は巨大だからである。平成19年度の(自己負担部分を含む)国民医療費は34兆1360億円だったから、1年で約1兆円増えるとする、22年度には37兆円近くになるだろう。

これは22年度国家予算(一般会計)の歳出額92兆円の4割にあたる。一般会計から国債費、地方交付税などを除いた一般歳出53・5兆円を分母とすると7割に相当する。また歳入額と比べてみると税収は37・4兆円、公債が税収を超える44・3兆円なので、ほぼ税収に匹敵する額が医療保険制度の下で動いている。

「前の(老人保健)制度に戻すにも、コンピュータシステムの改修、あるいは一旦集めたデータを元にお戻りする等々の手続き、あるいは事務作業等がございまして、急ピッチでやっても2年近くかかる」(第1回会議での長妻大臣の発言)のもムリはない規模である。

今後の議論の重点は
医療提供体制

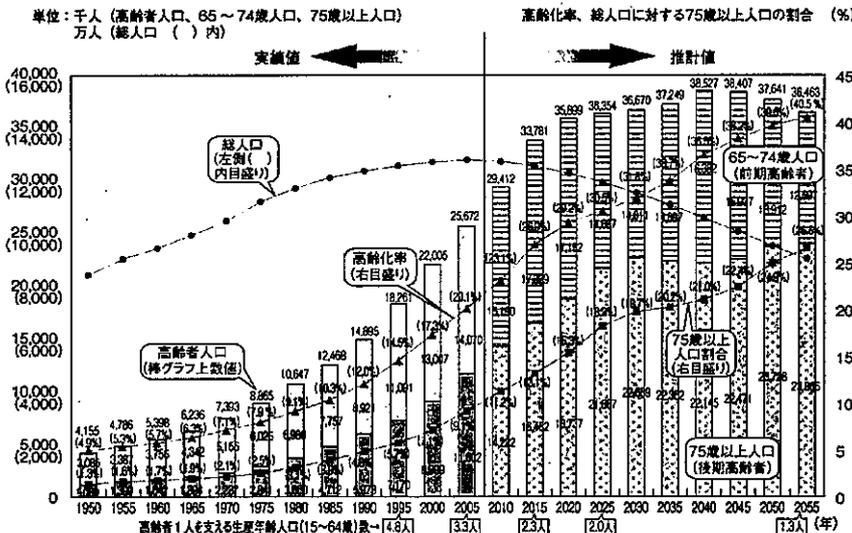
財源や制度設計にめどがつけ

表1 基本的な考え方

- (1) 後期高齢者医療制度は廃止する
- (2) 民主党マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- (3) 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- (4) 市町村国保などの負担増に十分配慮する
- (5) 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
- (6) 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

ば、今後の論議は、その具体化へと進むが、もう一つ重点とすべきものがある。それは医療提供体制である。第1回会議の質疑の中で、長妻大臣も「医療を受ける側に立って、どういう医療を受けるのが理想なのか、まずは理想の医療の提供体制や、受ける側に立った体制を議論をしていただいた上で、そこからあるべき制度はどういう制度が考えられるのか、そういうアプローチもある」と発言している。必要な財源（あるいは対価）の妥当な水準を考える上でも、提供される医療の中身やそれを可能

図1 後期高齢者は急増する



(平成21年版高齢社会白書、p 4)

そこで今後論議すべきだと私が考える方向については、第2回会議に提出した資料「高齢者医療制度改革の課題と戦略」日本版NSF策定に向けて」にそって、その概要を述べておきた

い。問題意識の背景—予想される量的かつ質的・構造的な変化

日本は今や世界一の高齢化先進国であり、今後も高齢者の増加に伴い、医療・介護ニーズにおいて量的な増大がおきる。しかし、より重要なのは質的にも2つの大きな変化—①後期高齢者の増加、②高齢者のみの世帯・単身世帯の増加—が予想されることである。

第一に、今後、高齢者全体の増加速度は鈍化するが、後期高齢者数は2005年からの20年間で1160万人から2167万人（2025年）へと1.9倍に増える（図1）。前期高齢者に比べ、後期高齢者では医療・介護ニーズは急増する。つまり、医療・介護ニーズは2倍にとどまらず、領域によっては3倍以上に増えるだろう。また、年間死亡者数の増加（図3）など、終末期医療の重要性が増してくる。

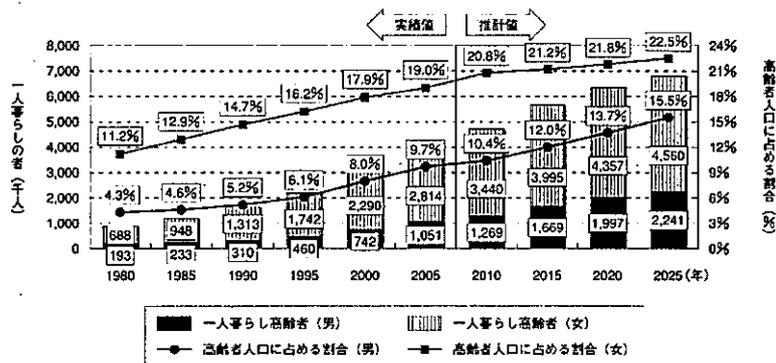
第二の変化のうち単身世帯の増加を図2に示した。導入時の介護保険制度は、在宅支援を掲げたが、家族介護者による介護を前提とし、それを社会的サービスで補う

にする提供体制に関する論議は不可欠のはずだ。私も第2回の会議に資料を提出し、「医療保険制度の側面だけで

なく、提供される医療の中身、提供体制、人材の育成など、どのような医療を提供するのか」について「議論の場が必要である」と発言した。いず

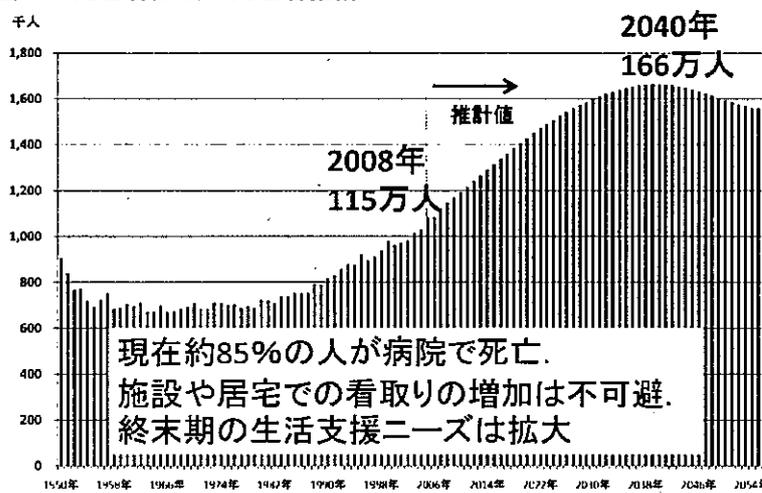
れ医療・介護サービスに関する国民会議を設置して論議を進める方向だという。しかし、今までの所、その動きは見えない。

図2 一人暮らし高齢者世帯の増加



資料：総務省統計局「国勢調査」（2000年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（2003年10月推計）」
 （平成19年版 厚生労働白書、p34）

図3 死亡者数及び死亡者推計



厚生労働省統計情報部「人口動態統計」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」

給付水準であった。しかし、高齢者のみの世帯が増えれば、老老介護に加えて、認知症高齢者の介護者も認知症という「認知介護」も増える。単身世帯でも、今後は子どもがいる離別高齢者だけでなく、頼る子どももない単身世帯が増える。2030年の生涯未

婚率（50歳まで未婚の者の割合）は、男性で29%、女性でも23%と予測されている。まさに「単身世帯社会の衝撃」(4)に備えなければならぬ。
 今から10年、30年後には、この二つの変化に伴い、今も話題の医療・福祉・介護職の量的不足問題

だけでなく、診療科や提供されるサービスなどと（後期）高齢者（世帯）の持つ医療・介護ニーズとのミスマッチなど、質的な矛盾や問題も拡大すると予見できる。例えば、後期高齢者の増加に伴って、リハビリテーションのニーズが急増し、家族介護力や自宅を前

提としない介護システムが必要になる。年間死亡者数が約1・5倍に増えるに伴って（図3）、緩和ケアニーズも増える。生活を支える福祉と医療とが今以上に連携したケアの必要性が高まるなどの変化も予想される。

このような、質的な、あるいは構造的な変化に対し、従来のやり方を少し手直ししたり、トレンドを延長して考えるようなやり方で果たして対応できるであろうか。人材養成一つをとっても、急いでも10年かかるものが少なくないのだ。

政策レベルのマネジメントシステムの開発が必要
 これほどの構造的な変化に耐えるには、今までの延長線上で対策を考えるのではなく、枠組み（フレームワーク）から考え直す必要がある。そこでは医療・介護の一体的な提供プログラム開発すら要素的なものに過ぎない。政策レベルのマネジメント・システム(5)の構築を急がなければならぬ。
 あるべき姿を描き、対処すべき課題を見極め、それらの克服に必要な資源を見積もり、主要な数値

目標を設定し、そこから逆算して戦略・計画を練る。ミッション・ビジョン・ゴールと戦略、計画をつくり、そして実行する。時間的

猶予がないだけでなく社会保障財源の制約や労働力人口の減少も考慮すれば、進捗状況のモニタリングや効果・効率の評価システムも必要だろう。とくに医療制度など複雑なシステムになれば予期せぬ副作用は避けられない。その早期発見のためにも、モニタリングが可能な情報システムなどの整備も重要である。

思い描く「あるべき姿」によって、必要な財源規模もずいぶん異なるものになる。その意味でも、保険制度の基本設計にメドがついたら、このような医療・介護提供体制についても重点的に論議をして、国民にそのイメージを伝え、選択肢を示すことが必要である。

日本版NSF (National Service Framework) の論議を

政策レベルのマネジメントシステムや10年単位の取り組みで参考になるのが、イギリスである⁶⁾。日本より10年早く「医療崩壊」を経験したイギリス政府は、そこから

の脱却・再生に向けて10カ年戦略を立てた。

現状評価に基づき課題を抽出し、全英で達成されるべき10年後の数値目標、目標に至る戦略の大枠を示したのがNHS (国民保健サービス) プランであり、その各論として領域・疾患別に示したものがNSF (National Service Framework) である⁷⁾。高齢者⁸⁾、子ども、がん⁹⁾、冠動脈疾患、糖尿病、腎疾、精神保健¹⁰⁾などおよそ10の重点対象領域や疾患別に策定されている。

NSFの特徴は、①ケアの質や格差是正などを含む多面的なスタンダードを掲げ、②10カ年に及ぶ数値目標を提示し、③それを実現するための長期戦略がエビデンスや患者の声も反映して作られていること、④その目標の達成度が評価公表され、⑤必要な改訂もなされていることなどである¹¹⁾。

日本でも、これらを参考に今後10～20年間に起る構造的なニーズの変化を予想し、それに対応する構造改革のための「日本版NSF」の策定論議を始めるべきだ。

日本版NSF策定プロセスのイメージ

少し具体的な策定プロセスのイメージを示してみよう。まず将来のあるべき姿や将来推計と現状とのギャップから重要課題を設定する。その過程では、政策判断の根拠となる現状把握ができる情報システムすら多くの課題を抱えていることが明らかになるだろう。

主要な課題や資源については、10年後の数値目標と5年後の中間目標が必要だろう。数値目標は、高・中・低の3段階で設定してもよい。それらを達成するための戦略・計画が必要となる。提供に関わる医療計画、人材育成計画をも含むものになるので、これらは診療報酬による誘導だけでできるとは思われない。必要となる財源規模の算出も必要となる。

これらの策定過程に、当事者である高齢者・家族・医療・介護事業者なども参加する方法も取り入れることが重要になる。なぜなら根拠に基づき政策形成を追求するにしても、日本では使える根拠が乏しいのに加え、正確な予測など不可能だからである。科学的な合

理性で予測不可能なことにについては、社会的な合意を尊重すべきだ。費用や効率だけでなく、ケア・サービスの質、都市と地方など地域間格差や社会階層間の健康格差などのモニタリングシステムも、イギリスから学べることは多い。

取り上げる課題の素案

まず基礎となる高齢者人口の変化や独居者の増加など世帯の変化の推計を元に、増大する医療・福祉ニーズを推計する。後期高齢者になると、狭義の医療だけではQOL向上は難しいので、予防、リハビリテーション、緩和ケア、独居生活や施設生活を支える福祉サービスなども対象にすべきだろう。

主な領域としては、例えば、①予防、②狭義の高齢者医療、③リハビリテーション医療、④維持期の在宅・居宅での生活と医療を支える包括ケア、⑤緩和ケアなどが考えられる(表2)。

今後、予防やリハビリテーション医療、包括ケア、緩和ケアが重要になることに異論は少ないと思われる。ところが今80校ある医学部の中に、これらを担う医師を養

表2 基本構想：高齢者医療・介護の目標と戦略の構築

- 目標は延命期間の最大化でなくQOL (quality of life) の最大化
 - ①心身の健康のためにも社会参加・知的活動・情緒的なサポートの授受、心身が多少不健康でも社会参加できる場の重視へ
 - ②延命・臓器別高度専門医療重視からQOL・生活機能の重視へ
- 主要な対象領域：予防から緩和ケアまで
 - ①予防の拡充
 - ②狭義の高齢者医療の質の向上
 - ③(急性期・回復期)リハビリテーション医療の拡充
 - ④維持期の在宅・居宅での地域包括ケアの拡充
 - ⑤慢性期・療養期の施設・病棟の整備
 - ⑥終末期医療の過不足の是正・緩和ケアの拡充
- 診療報酬だけに頼らない構造を変える総合的な戦略
 - ⑦医療・福祉の人材養成：卒前教育
 - ⑧医療・福祉の人材養成：卒後教育
 - ⑨科学的根拠に基づく政策づくり
 - ⑩マネジメントの強化—質・効率・公正のモニタリング

資料が得られるリハビリテーション医療を例に見てみよう。日本リハビリテーション医学会が、将来の専門医の必要数を推計してい

リハビリテーション医療の場合

成できる講座や教授がいる大学は4分の1もない。会議に提出する資料づくりのために厚生労働省医政局に、このような今後ニーズが増えると思われる診療を担える医師数の資料を求めたが、「リハビリテーション科を除き標榜診療科ではないので、現状すら分からない」との回答であった。

自の努力をしてはいるが、臨床研修制度の導入の余波もあって状況はむしろ悪化しているという。

リハビリテーション

4000人到達が2069年の見込みとなる。ただし、医師の高齢化による資格喪失者を差し引くと、現状のままでは必要数を満たす可能性はゼロである。学会も独自の努力をしてはいるが、臨床研修制度の導入の余波もあって状況はむしろ悪化しているという。

リハビリテーション専門医が関与した患者の方が、治療成績が良いことが実証されているので、現状のままでは、技術的には提供可能でも、専門医のいない地域や病院では、それを提供できないことを意味

する。これは研究途上の最先端の医学技術の問題ではなく、政策の問題である。リハビリテーション医療は一例に過ぎない。他の課題についての少し具体的なイメージ例を表3に示しておく。これらを、すべての国民がどこでも受けられる標準的なものとするを「あるべき姿」として望むのであれば、上述したように専門医育成一つをとっても本格的な対策が必要である。

例えば、リハビリテーション医学や緩和ケアなど、今後必要性の高まる診療科の医師を、すべての医学部で養成できるように講座を開設しようとする、文部科学省を含む省庁横断的な対応も必要になる。医療・福祉の卒前と卒後教育における人材養成の規模や身につけるべきものについての目標、それを実現する戦略、裏付けとなる財源なども必要である。これらは、保険局が得意とする診療報酬

■文献

- (1)近藤克則：「医療費抑制の時代」をこえて—イギリスの医療・福祉政策。医学書院, 1-319, 2004
- (2)近藤克則：健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか。医学書院, 2005
- (3)近藤克則：「健康格差社会」を生き抜く。朝日新聞出版, 2010
- (4)藤森克彦：単身急増社会の衝撃。日本経済新聞出版社, 2010
- (5)山本美智子, 近藤克則：イギリスの最近の医療・福祉改革—NSFとPAFを中心に—。ジェロントロジー ニューホライズン 18: 193-195, 2006
- (6)近藤克則：イギリスの医療改革から学ぶもの：日本医療への示唆。Urology View 4: 104-109, 2006
- (7)Department of Health: The National Service Framework for Mental Health - Five Years On. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4099122.pdf, 2004
- (8)イギリス医療保障制度に関する研究会(編)：イギリス医療関連データ集2008年版。医療経済研究機構, 2009
- (9)日本リハビリテーション医学会リハビリテーション科専門医会リハ科専門医需給に関するワーキンググループ(担当幹事 佐伯寛, 委員 菅原英和, 瀬田拓, 水野勝広, 吉田輝, 若林秀隆)：「リハビリテーション科専門医需給」に関する報告。Jpn J Rehabil Med 45: 528-534, 2008
- (10)日本リハビリテーション医学会：リハビリテーション科専門医の関与の有無と患者のアウトカム—ADL改善度, ADL改善率および自宅退院率との関連。リハビリテーション医学 42: 232-236, 2005
- (11)Murata C, Yamada T, Chen C-C, et al.: Barriers to Health Care among the Elderly in Japan. International Journal of Environmental Research and Public Health 7: 1330-1341, 2010

による誘導でできるものではない。

まとめ

会議では、ここで述べたこと以外に、低所得者の死亡率が高所得者の2〜3倍という健康格差^{②)}や、低所得者ほど窓口負担が大きいことを理由に受診を控えている実態があること^{③)}、それらを踏まえた制度改革をすべきことも資料を示して発言した。これらの点については、別の機会に述べたい。

研究者である私にできることは、事実やあるべき姿、それらを踏まえた対応策の意義や必要性、具体化するための方法やその手がかりを示すことである。あるべき姿や課題、数値目標とそれを達成する戦略と予算を含む総合的な改革について、いくつかの選択肢を用意して、小論で述べたような医療「提供」制度改革の基本骨格を作るにも年単位の時間がかかるだろう。財源問題も絡むだけに、それらを国民に示して問う必要もある。このような日本版NSDを巡る論議が、一日も早く始まることを願っている。

表3 領域別の課題と戦略のイメージ (例示)

<p>① 予防の拡充</p> <p>● 特定健診・保健指導 現状：低迷する受診率、妥当性や効果への疑問 5年後：再評価に基づく方法や基準の改善 10年後：高齢者の特性を踏まえた施策（健診以外の方法も含む）</p> <p>● 地域支援事業の一般高齢者介護予防施策 現状：具体化の遅れ、その基礎となる研究の遅れ 5年後：モデル事業を実施し評価 10年後：効果・効率の良いものを選び全国に普及</p> <p>● 地域支援事業の特定高齢者介護予防施策 現状：現行事業では効果が不明 5年後：改善されたモデルプログラムの評価による効果の検証、評価ができる組織・人材の育成 10年後：効果検証済みプログラムの普及と評価義務化</p> <p>● 介護予防給付の質（効果）の検証 現状：マクロレベルで見た効果検証方法に疑義 5年後：モデル事業のプログラム評価、事業所単位のモニタリングシステムの開発 10年後：効果検証済みプログラムの普及と評価義務化</p>	<p>③ (急性期・回復期)リハビリテーション医療の拡充</p> <p>● 急性期リハビリテーションの拡充 現状：「リハビリテーションは回復期で」という誤解、専門医不在の病院が多数 5年後：半数の脳卒中患者が3日以内にリハビリテーションを受けられる。全入院患者の廃用症候群の把握を義務づけ 10年後：廃用症候群のリスクをもつすべての患者が、3日以内にリハビリテーションを受けられる。すべてのDPC病院にリハビリテーション科専門医の配置</p> <p>● 回復期リハビリテーションの拡充 現状：専門医不在の病院が多数、訓練量不足で潜在的能力引き出せていない 5年後：30%の患者で1日3時間以上の訓練 10年後：すべての回復期リハビリテーション病棟にリハビリテーション科専門医の配置。適応ありとされたすべての患者で1日3時間以上の訓練</p>
<p>② 狭義の高齢者医療の質の向上</p> <p>● 高齢者に多い疾患についての基本戦略 現状：がん対策基本法はあるが、人材養成が追いついていない。整備状況のモニタリングが不十分 5年後：脳卒中对策基本法、高齢者医療対策基本法などで、高齢者に多い疾患に対する基本戦略を策定。必要な専門職の人材養成、システム開発の疾患別・診療科別・地域別数値目標設定と予算化、整備状況の中間評価 10年後：高齢者に多い疾患を専門とする医師数、診療チーム・拠点数・急性期入院病床数・訪問診療実施件数等で、2025年に必要とされる疾患別・診療科別・地域別目標数値の60%を達成</p>	<p>④ 維持期の在宅・居宅での地域包括ケアの拡充</p> <p>● 在宅・居宅におけるケア 現状：在宅療養支援診療所不足、介護保険でのリハビリテーション不足、ケアマネジャーの基礎資格で介護福祉士急増。自宅でない居宅の不足 5年後：半数の生活圏域（市町村介護保険事業計画）に複数の在宅療養支援診療所、介護保険リハビリテーションサービスの倍増、ケアマネ研修に基礎的な医療的内容導入、自宅でない居宅の計画的な整備 10年後：すべての生活圏域に複数配置、2025年に必要な介護保険リハビリテーションサービス、医療を受けられる居宅サービス目標値の75%達成。</p>

(※次頁に続く)

(※前頁からの続き)

⑤慢性期・療養期の施設・病棟の整備

現状：医療・介護保険療養病床・老健で患者像が重複，特別養護老人ホーム入所待機者42万人，欧米に比して少ない高齢者人口あたり施設定員

5年後：施設整備構想・計画の策定，一部実施
10年後：計画目標値の50%実現

⑥終末期医療の過不足の是正・緩和ケアの拡充

●医療の過不足

現状：療養病床の一部で家族・本人が望まない延命治療という指摘，特養での医療不足で看取り困難。

5年後：施設・病棟における治療方針ガイドライン策定，治療内容モニタリングシステムの開発，相応しい診療報酬・介護報酬制度の策定，必要な人材養成・配置

10年後：人材配置状況，治療ガイドライン遵守率，治療内容などのモニタリングで質を担保

●がん患者の緩和ケア

現状：希望する患者が緩和ケアを受けられない

5年後：在宅で緩和ケアを受けられるプログラム（デイホスピタルなど）の開発，緩和ケアを受けられる人を倍増

10年後：すべての希望者が緩和ケアを受けられる

●緩和ケアチームの整備

現状：大病院にすら緩和ケア科・病棟・チームがない

5年後：25%の病院で緩和ケアチームのサポート
10年後：年間100万人が，病院・施設・在宅で緩和ケアを受けられる（緩和ケアチームによるサポート含む）

⑦医療・福祉の人材養成：卒前教育

●養成プログラムの見直し

現状：現場では連携が重要とされながら，養成課程は各職種で独立し連携を経験できない

5年後：養成校の20%に多職種連携教育導入

10年後：養成校の50%に多職種連携教育導入

●医学教育・研究内容を超高齢社会対応へ

現状：老年科，リハビリテーション科，緩和ケア科など超高齢社会で需要が増える診療科，地域ケア，プログラム評価の研究・教育スタッフの不足

5年後：50%の大学医学部に配置

10年後：100%の大学医学部に設置

⑧医療・福祉の人材養成：卒後教育

●超高齢社会に対応できるように医療・福祉職の再教育

現状：今までに受けた教育では対応困難，臓器別専門性は高いが，高齢者のQOLを高める視点などが弱く，リハビリテーション，緩和ケアなど超高齢社会で不可欠な知識と技術も不足

5年後：研修プログラムの開発，希望者の25%が修了

10年後：希望者の75%が受講修了

●ケアの質や経営の両面でのマネジメント教育

現状：卒前教育ではマネジメント教育が欠如・困難

5年後：25%の医療・福祉系の大学院にマネジメントコース設置，受講者の授業料支援制度などの拡充

10年後：すべての事業所に修了生

⑨科学的根拠に基づく政策づくり

●高齢者のQOLを高める予防・医療・リハビリテーション・緩和ケア研究の強化

・ CSDH (Commission on Social Determinants of Health, WHO) の勧告に沿って「健康の社会的決定要因」と「健康格差」に関する測定・インパクト評価の強化

・ 生物医学的要因だけでなく心理社会的要因，個人レベルだけでなく地域社会要因も重視した研究の強化

・ 高齢者のみでなく，家族介護者も視野に入れた評価研究

・ ケアの質・公正・効率（費用）を視野に入れた評価研究

・ プログラム評価，政策評価，マネジメント研究の蓄積

・ 日本版NSFとその各領域版の策定・中間評価研究

・ 医療サービス研究拠点・人材の育成

・ 戦略的厚労科研費を活用した研究・教育拠点の整備，社会科学系ポスドクの活用

⑩マネジメントの強化—質・効率・公正のモニタリング

・ 5年後に中間評価と戦略の見直し

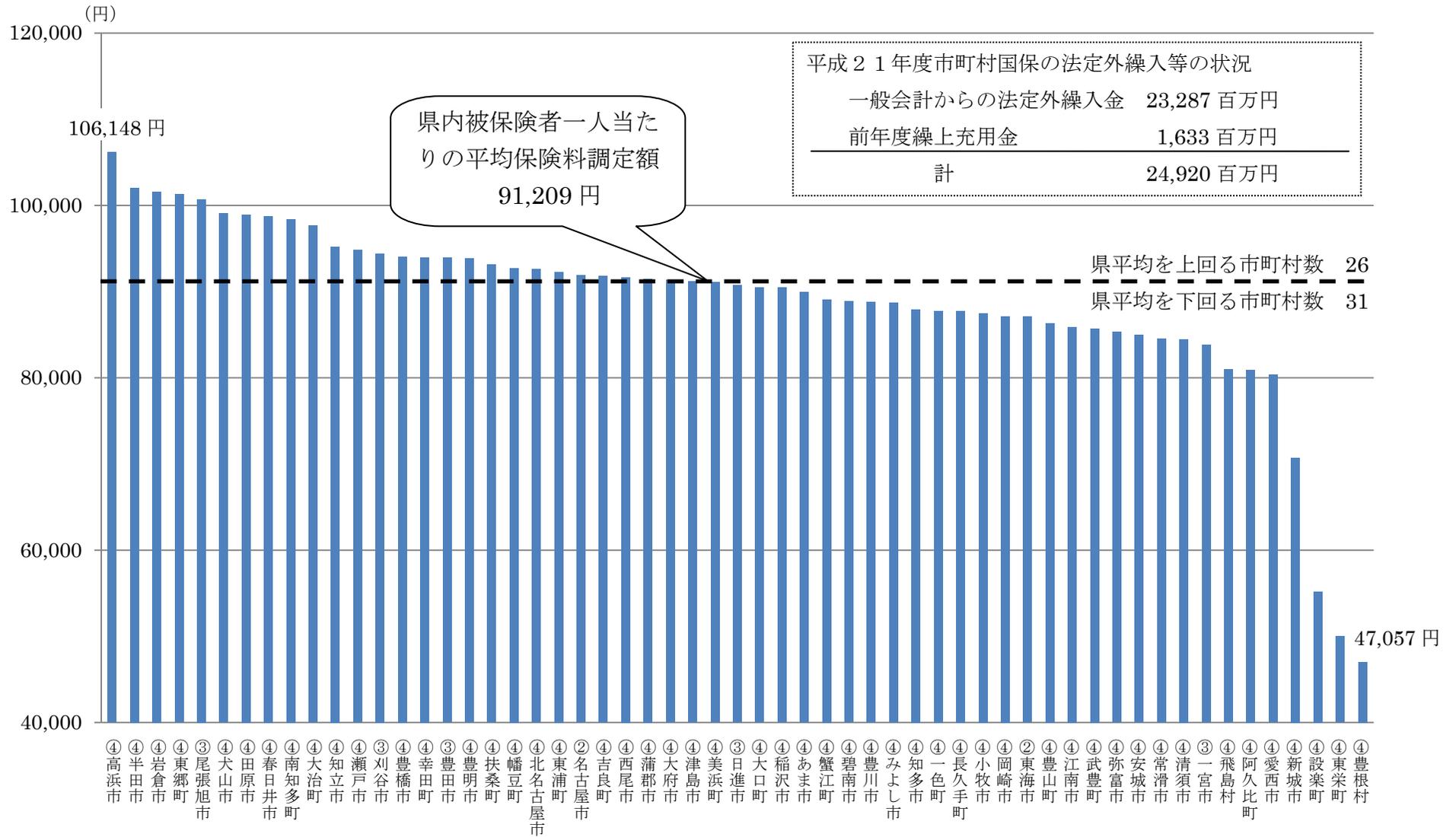
・ 電子化されたデータを活用したアクセス・プロセス・アウトカムの経年的モニタリング

・ 電子レセプト・DPC・電子カルテ・要介護認定データの活用

・ モニタリングのための指標とシステムの開発

・ 米国のHC (Hospital Compare)・NHC (Nursing Home Compare)，英国のPAF (Performance Assessment Framework)・CQC (Care Quality Commission) を参考に医療の質だけでなく，地域偏在・地域格差・健康格差や効率・費用もモニタリングできるシステムの開発

愛知県内市町村の平成21年度被保険者一人当たり保険料調定額



※丸数字は保険料の算定方式を表す

②二方式：所得割・均等割

③三方式：所得割・均等割・平等割

④四方式：所得割・資産割・均等割・平等割