

全国健康保険協会運営委員会（第54回）議事次第

平成26年5月23日（金）15:00～
アルカディア市ヶ谷 穂高（5階）

〔議 題〕

1. 社会保障審議会医療保険部会における議論について
2. 協会けんぽの財政基盤強化行動計画について
3. その他

○ 支部評議会議長との意見交換について

（京都支部、広島支部、香川支部）

〔資 料〕

- 資料1－1 第74回 社会保障審議会医療保険部会（H26.4.21）資料
- 資料1－2 第75回 社会保障審議会医療保険部会（H26.5.19）資料
- 資料2 医療保険制度改革に関する被用者保険関係5団体の要望について
- 資料3 支部別大会について
- 資料4 第1回協会けんぽ調査研究報告会
ーデータヘルス計画の策定に向けてー（開催報告）
- 資料5 中央社会保険医療協議会等について
- 資料6－1 支部評議会議長との意見交換について
（京都支部、広島支部、香川支部）
- 資料6－2 支部評議会議長との意見交換 資料集
- 参考資料1 平成26年度の運営委員会の主な議題・スケジュール
- 参考資料2 保険財政に関する重要指標の動向
- 参考資料3 モニターアンケート調査 報告書

第74回 社会保障審議会医療保険部会
(H26.4.21) 資料

「プログラム法」（医療保険制度関係）の実施スケジュール

プログラム法に盛り込まれた事項については、社会保障審議会医療保険部会等で議論し、平成26年度から平成29年度までを目途に順次必要な措置を講ずる。法改正が必要な事項については、平成27年通常国会に法律案を提出することを目指す。

「プログラム法」の文言	実施スケジュール
(医療制度) 第4条7項 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする	
一 医療保険制度の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項	
イ 国民健康保険(国保)に対する財政支援の拡充	平成27年法案提出等
ロ 国保の保険者、運営等の在り方に関し、国民健康保険の保険料の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置を講ずることにより、国民健康保険の更なる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した上で、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に必要な方策	平成27年法案提出
ハ 健康保険法等の一部を改正する法律(平成25年法律第26号)附則第2条に規定する所要の措置	平成27年法案提出
二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項	
イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減	平成26年度税制改正、政令改正
ロ 被用者保険等保険者に係る後期高齢者支援金の額の全てを標準報酬総額に応じた負担とすること	平成27年法案提出
ハ 被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し	平成27年法案提出
二 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額等の上限額の引上げ	平成26年度税制改正、政令改正 平成27年法案提出
三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項	
イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し	平成26年度予算措置、政令改正
ロ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し	平成27年法案提出

医療保険制度改革の今年度の進め方

【プログラム法関係】

- ・ 高齢者医療
- ・ 協会けんぽの状況
- ・ 組合健保の状況
- ・ 市町村国保の状況
- ・ 入院時食事療養費・生活療養費
- ・ 大病院外来定額自己負担
- ・ 国保組合
- ・ 被用者保険標準報酬上限引上げ

第1回目の議論
～平成26年7月まで

第2回目の議論
平成26年9月～12月

【プログラム法関係以外】

産科医療補償制度について

1 補償対象基準の見直し内容について

(平成26年1月20日 第73回社会保障審議会医療保険部会 決定)

(一般審査基準)

- ・ 在胎週数 : 33週以上 ⇒ 32週以上
- ・ 出生体重 : 2000g以上 ⇒ 1400g以上

(個別審査基準)

- ・ 低酸素状況を示す要件の見直し (別添1参照)

(適用時期)

- ・ 平成27年1月以降の分娩より適用

2 補償対象者数の推計及び保険料水準について

○ 上記の社会保障審議会医療保険部会の決定に基づいた補償対象者数の推計及び保険料水準については、以下のとおりである。

(補償対象者数の推計)

(保険料水準)

・ 年間 571人(推定区間 423人～719人) 2.4万円(※)

※ 保険料水準は、補償対象者数推計の上限である719人を元に試算し、そのうち事務経費の金額(別添2参照)については、1月20日医療保険部会で提示した額より、制度変動リスク対策費を4%から3%に見直しを行い再計算した額。

〈算出式〉

$$719人 \times 3千万円 + 事務経費27.4億円 = 243.1億円$$

$$243.1億円 \div 100万分娩 \doteq 2.4万円$$

(参考)

(補償対象者数の推計)

(保険料水準)

〔	・制度創設時の推計	: 概ね 500人～ <u>800人</u> 程度	⇒ 3.0万円
	・昨年7月に公表した推計	: 481人(推計区間 340人～ <u>623人</u>)	⇒ 2.2万円

3 剰余金の充当額及び掛金について

○ 剰余金の使途は、平成27年以降の保険料に充当することとなり、1分娩当たりの充当額は、長期安定期な制度運営の観点から、実際の補償対象者数や分娩数が見込みより上回る可能性を考慮し、以下のとおりとする。

・1分娩当たりの充当額 : 0.8万円 ※ 充当期間 約10年(見込み)

・充当後の掛金 : 1.6万円

※剰余金の総額(見込み)は、平成21～26年分で約800億円。(補償対象者数を481人とした場合)

(参考)

- | | | | |
|---|--------------------|---|---------|
| 〔 | ・ 充当期間20年とした場合の充当額 | : | 0.4万円程度 |
| | ・ 充当期間15年とした場合の充当額 | : | 0.5万円程度 |
| | ・ 充当期間10年とした場合の充当額 | : | 0.8万円程度 |
- ※補償対象者数を481人、年間100万分娩とした場合。〕

産科医療補償制度における個別審査基準改定案について

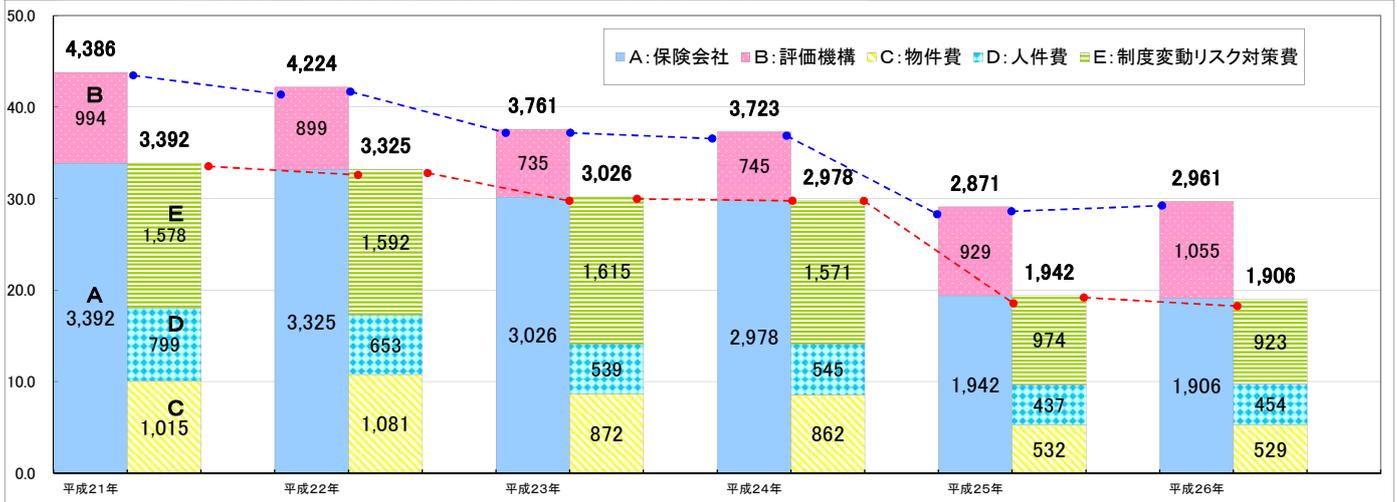
〈産科医療補償制度審査委員会 個別審査基準改定案〉

現行基準	改定案	参考
<p>■別表第一 補償対象基準（第三条第一項関係）</p> <p>二 在胎週数が28週以上であり、かつ、次の（一）又は（二）に該当すること</p> <p>（一）低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス（酸性血症）の所見が認められる場合（pH 値が7.1未満）</p> <p>（二）胎児心拍数モニターにおいて特に異常のなかった症例で、通常、前兆となるような低酸素状況が前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、子癇、臍帯脱出等によって起こり、引き続き、次のイからハまでのいずれかの胎児心拍数パターンが認められ、かつ、心拍数基線細変動の消失が認められる場合</p> <p>イ 突発性で持続する徐脈</p> <p>ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈</p> <p>ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈</p> <p>＜参考＞</p> <p>【出典】米国産婦人科学会。 「Neonatal Encephalopathy and Cerebral Palsy」</p> <p>【内容】脳性麻痺を起こすのに十分なほどの急性の分娩中の出来事を定義</p>	<p>■別表第一 補償対象基準（第三条第一項関係）</p> <p>二 在胎週数が28週以上であり、かつ、次の（一）又は（二）に該当すること</p> <p>（一）低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス（酸性血症）の所見が認められる場合（pH 値が7.1未満）</p> <p>（二）低酸素状況が常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等によって起こり、引き続き、次のイからチまでのいずれかの所見が認められる場合</p> <p>イ 突発性で持続する徐脈</p> <p>ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈</p> <p>ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈</p> <p>ニ 心拍数基線細変動の消失</p> <p>ホ 心拍数基線細変動の減少を伴った高度徐脈</p> <p>ヘ サイナソイダルパターン</p> <p>ト アプガースコア1分値が3点以下</p> <p>チ 生後1時間以内の児の血液ガス分析値（pH 値が7.0未満）</p>	<p>1) 前提病態および胎児心拍数陣痛図の基準について</p> <p>【出典】</p> <p>① 産婦人科診療ガイドライン産科編作成委員会意見書</p> <p>② 日本産婦人科学会/日本産婦人科医会、産婦人科診療ガイドライン産科編2011。 CQ411. Answer および表Ⅱ・Ⅲ</p> <p>【内容】</p> <p>○ 突発的に胎児低酸素状況を引き起こす特殊な病態（常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等）では、診断次第急速遂娩となることから、胎児心拍パターンにおいて Answer2 の基準を満たす以前に娩出となり脳性麻痺となる児が存在する。しかし、それらの病態により脳性麻痺となった児は例外なく、出生前ならびに出生時の状態が極めて悪いことから、児の状態が悪かったことを証明するための条件として、産科医療補償制度の個別審査基準改定案では二（二）ーイ～チを設定している。</p> <p>○ 胎児心拍数陣痛図に関する二（二）ーイ～へはいずれも同ガイドラインのレベル4以上であり、重篤な低酸素状態が進行している状態と解釈される。</p> <p>○ また、二（二）における、前提病態（常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等）は日本産科婦人科学会として「妊娠28週以降であれば、診断次第あるいは強く疑った時点で急速遂娩すべきである」と考える。</p> <p>2) アプガースコアについて</p> <p>【出典】新生児医療連絡会、NICU マニュアル第4版、2007。</p> <p>【内容】アプガースコア1分値3点以下を重度仮死とする</p> <p>3) 生後の児の血液ガス分析値について</p> <p>【出典】茨聡、日本脳低温療法学会公認テキスト 新生児・小児のための脳低温療法、2011。</p> <p>【内容】脳低温療法法の適応基準におけるアシドーシスの基準：臍帯血もしくは生後60分以内に計測した血液ガス検査（動脈血、静脈血、末梢毛細血管）でpHが7.0未満</p>

* 現行基準からの変更点を赤字で記載

産科医療補償制度の収支状況

別添2



単位: 百万円

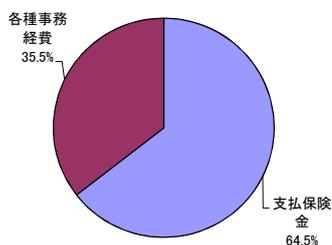
(参考)

制度の前提・見直しの状況	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年度以降 ※2 保険料水準算出のための試算	
							前回 医療保険部会 に提示	事務経費 見直し後
保険料収入 (①+②) (掛金対象分娩数)	31,525 (1,054,340)	32,383 (1,083,045)	31,800 (1,063,540)	31,345 (1,048,337)	31,156 (1,042,000)	30,707 (1,027,000)	25,000 (1,000,000)	24,000 (1,000,000)
純保険料 (補償原資) ①	27,139 (86.1%)	28,159 (87.0%)	28,039 (88.2%)	27,622 (88.1%)	28,285 (90.8%)	27,746 (90.4%)	21,983 (87.9%)	21,256 (88.6%)
給付金支給実績 <平成25年10月末時点> (補償対象者数)	6,570 (219人)	5,790 (193人)	4,290 (143人)	2,100 (70人)	—	—	—	—
支払備金 <平成25年10月末時点>	20,569	22,369	23,749	25,522	—	—	—	—
付加保険料 (事務経費) ②	4,386 (13.9%)	4,224 (13.0%)	3,761 (11.8%)	3,723 (11.9%)	2,871 (9.2%)	2,961 (9.6%)	3,017 (12.1%)	2,744 (11.4%)
評価機構	994 (3.2%)	899 (2.8%)	735 (2.3%)	745 (2.4%)	※3 929 (3.0%)	※3 1,055 (3.4%)	1,090 (4.4%)	1,090 (4.5%)
保険会社	3,392 (10.8%)	3,325 (10.3%)	3,026 (9.5%)	2,978 (9.5%)	1,942 (6.2%)	1,906 (6.2%)	1,927 (7.7%)	1,654 (6.9%)
物件費	1,015 (3.2%)	1,081 (3.3%)	872 (2.7%)	862 (2.8%)	532 (1.7%)	529 (1.7%)	487 (1.9%)	487 (2.0%)
人件費	799 (2.5%)	653 (2.0%)	539 (1.7%)	545 (1.7%)	437 (1.4%)	454 (1.5%)	447 (1.8%)	447 (1.9%)
制度変動 リスク 対策費	1,578 (5.0%)	1,592 (4.9%)	1,615 (5.1%)	1,571 (5.0%)	974 (3.1%)	923 (3.0%)	993 (4.0%)	720 (3.0%)

※2 平成27年度以降の保険料水準算出のための試算であり、実際の額については異なる可能性がある。

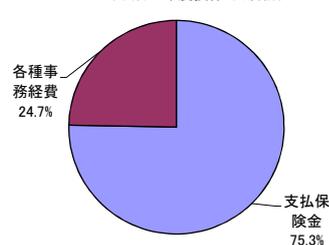
※3 実績に基づく見込み

損保決算概況における支出構成割合
(平成24年度損害保険協会加盟26社計)



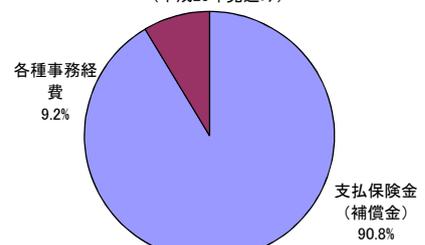
「日本損害保険協会 平成24年度損保決算概況について」

自賠責保険における支出構成割合
(平成23年度損保・共済計)



「平成25年1月開催 自賠責審議会資料」より

産科医療補償制度における支出構成割合
(平成25年見込み)



出産育児一時金について

平成26年4月21日
厚生労働省保険局

出産育児一時金について

- 出産育児一時金とは、健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度。
- 出産育児一時金の支給額については、出産費用等の状況を踏まえ、弾力的な改定を実施するため、被用者保険は政令、市町村国保は条例で、それぞれ規定。

➤平成18年10月：30万円→35万円

保険局保険課の調査に基づく平成17年3月の国立病院の平均出産費用（35万円）を参照

➤平成21年1月：35万円→原則38万円

産科医療補償制度の導入に伴い3万円の加算措置を創設

➤平成21年10月：原則38万円→原則42万円（平成23年3月までの暫定措置）

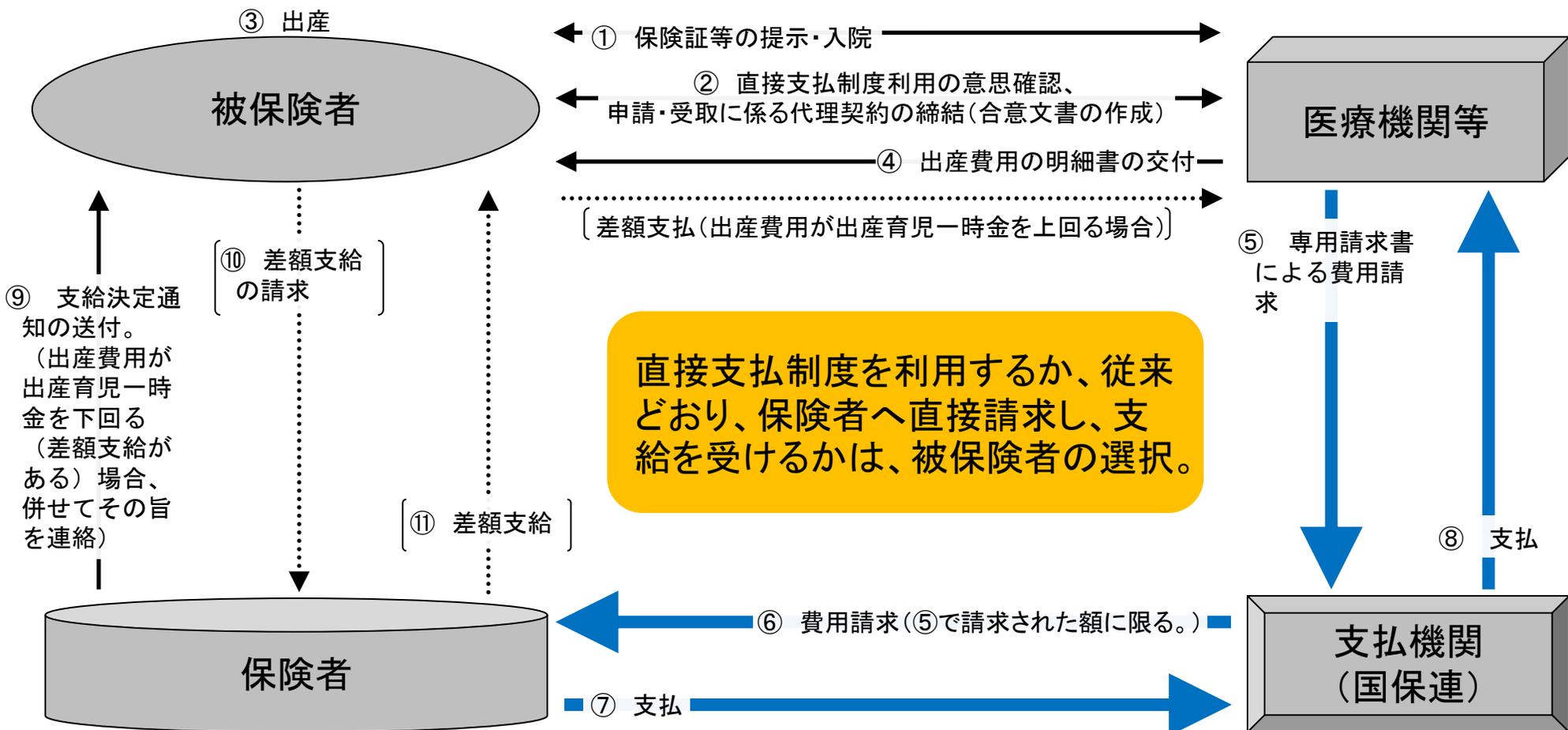
日本産婦人科医会の調査に基づく平成19年度の公的病院、私的病院、診療所の平均出産費用（39万円）を参照

出産育児一時金の直接支払制度導入

➤平成23年4月：原則42万円を恒久化

出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度

- 緊急の少子化対策の一環として、平成21年10月1日より支給額の引上げ(原則38万円→原則42万円)と併せて実施。
- 医療機関等に直接支払われるため、被保険者がまとまった出産費用を事前に用意する必要がない。



※ 被用者保険分の異常分娩については、社会保険診療報酬支払基金へ請求

(参考)専用請求書について

平成 年 月分 出産育児一時金等代理申請・受取請求書【 正常 ・ 異常 分娩】

保険者番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関等コード																				
分娩機関管理番号																				
医療機関等所在地及び名称																				

被保険者等との申請及び受取に係る契約に基づき、被保険者等に代わり以下のとおり支払を求めます。

社国	本家	被保険者証記号		被保険者証番号		妊婦氏名(カナ氏名)		生年月日	在胎週数	出産年月日
1:社・2:国	1:本・5:家							3:昭 4:平 年 月 日		4:平 年 月 日
死産有無	出産数	入院日数	産科医療補償制度		入院料	室料差額	分娩介助料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在			1:対象・2:対象外・3:混在							
処置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考				

合計	取扱件数	出産数	代理受取額合計

頁数
/

(参考)専用請求書記載項目について

- ①入院料…妊婦に係る室料、食事料。保険診療に係る入院基本料及び入院時食事療養費はこれに含まれない。
- ②室料差額…妊婦の選定により、差額が必要な室に入院した場合の当該差額。
- ③分娩介助料…異常分娩（分娩に係る異常が発生し、鉗子娩出術、吸引娩出術、帝王切開術等の産科手術又は処置等が行われるものをいう。）時の医師等による介助その他の費用。正常分娩時には「－」（ハイフン）とする。
- ④分娩料…正常分娩（分娩が療養の給付の対象とならなかった場合）時の、医師・助産師の技術料及び分娩時の看護・介助料。異常分娩時には「－」（ハイフン）とする。
- ⑤新生児管理保育料…新生児に係る管理・保育に要した費用をいい、新生児に係る検査・薬剤・処置・手当に要した相当費用を含める。新生児について療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ⑥検査・薬剤料…妊婦（産褥期も含む）に係る検査・薬剤料をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ⑦処置・手当料…妊婦（産褥期も含む）に係る医学的処置や乳房ケア、産褥指導等の手当に要した費用をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ⑧産科医療補償制度…産科医療補償制度の掛金相当費用をいう。
- ⑨その他…文書料、材料費及び医療外費用（お祝い膳等）等、①～⑧に含まれない費用をいう。
- ⑩一部負担金等…異常分娩となった場合の一部負担金及び入院時食事療養費の食事療養標準負担額をいう。被保険者等又はその被扶養者より限度額適用認定証の提示があった場合は、「一部負担金等」として現に窓口で請求することとなる額を記載するものとする。
- ⑪妊婦合計負担額 … 直接支払制度の利用の有無にかかわらず、実際に被保険者等又はその被扶養者に請求することとなる実費をいう。①～⑩の合計に一致する。
- ⑫代理受取額 … 直接支払制度により、被保険者等が加入する保険者に被保険者等に代わり請求し、代理して受け取る額をいう。実費が42万円（加算対象出産でない場合は39万円）の範囲内で収まった場合にはその実費を記載し、超えた場合には42万円又は39万円が記載額となる。直接支払制度を利用していない場合には、領収・明細書上0円となる。また、多児出産（死産を含む）の場合は、児数×出産育児一時金等の額が上限となる。

全国の平均的な出産費用について

○病院、診療所、助産所 合計（全国）【平均値】

専用請求書項目	平成22年度(※1)	平成23年度	平成24年度
入院日数	6日	6日	6日
入院料(※2)	108,159円	108,986円	110,248円
室料差額(A)	14,084円	14,159円	14,635円
分娩料	222,607円	226,609円	231,018円
新生児管理保育料	50,642円	50,267円	50,454円
検査・薬剤料	11,547円	11,648円	11,988円
処置・手当料	13,136円	13,210円	13,356円
産科医療補償制度(B)	29,655円	29,698円	29,672円
その他(※3)(C)	24,626円	24,708円	25,363円
小計	474,455円	479,284円	486,734円

※1 これらの数値は、正常分娩に係る直接支払制度専用請求書を国民健康保険中央会において集計したものであり、平成22年度は、集計上の都合、4月分を除く11か月分について集計している。

※2 入院料の中には、食事料等も含んでいる。

※3 その他とは、医療外費用(お祝い膳など)の直接分娩に関わらないものをいう。

小計から(A)～(C)を 控除した額(D)	406,090円	410,719円	417,064円
--------------------------	----------	----------	----------

全国の平均的な出産費用について(平均値と中央値)

○病院、診療所、助産所 合計 (全国) 【平均値と中央値】

専用請求書項目	平成22年度(※1)		平成23年度		平成24年度	
	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値
入院日数	6日	6日	6日	6日	6日	6日
入院料	108,159円	102,000円	108,986円	102,000円	110,248円	102,000円
室料差額	14,084円	0円	14,159円	0円	14,635円	0円
分娩料	222,607円	220,000円	226,609円	220,000円	231,018円	228,000円
新生児管理保育料	50,642円	52,000円	50,267円	51,000円	50,454円	51,380円
検査・薬剤料	11,547円	9,170円	11,648円	9,380円	11,988円	9,680円
処置・手当料	13,136円	5,610円	13,210円	5,480円	13,356円	5,120円
産科医療補償制度	29,655円	30,000円	29,698円	30,000円	29,672円	30,000円
その他(※2)	24,626円	16,350円	24,708円	16,670円	25,363円	16,945円
妊婦合計負担額	474,455円	465,750円	479,284円	470,415円	486,734円	477,000円

※1 これらの数値は、正常分娩に係る、直接支払制度専用請求書を国民健康保険中央会において集計したものであり、平成22年度は、集計上の都合、4月分を除く11か月分について集計している。

※2 その他とは、文書料や医療外費用(お祝い膳など)の直接分娩に関わらないものをいう。

都道府県別出産費用について(平成22年度)

○妊婦合計負担額(病院、診療所、助産所合計 都道府県別)

(単位:円)

	平均値	中央値		平均値	中央値		平均値	中央値
北海道	412,860	415,570	石川県	450,260	452,030	岡山県	472,284	465,560
青森県	413,859	414,120	福井県	443,928	437,510	広島県	465,673	463,098
岩手県	433,116	432,875	山梨県	464,534	459,049	山口県	418,958	412,130
宮城県	500,749	500,300	長野県	476,950	476,840	徳島県	441,576	443,290
秋田県	429,109	430,650	岐阜県	465,311	466,758	香川県	416,563	420,050
山形県	471,760	473,650	静岡県	469,765	468,725	愛媛県	434,409	435,305
福島県	446,884	447,280	愛知県	479,934	478,433	高知県	411,528	412,505
茨城県	488,278	481,000	三重県	472,913	473,133	福岡県	450,368	448,340
栃木県	513,990	510,133	滋賀県	464,068	463,823	佐賀県	426,053	426,090
群馬県	480,416	472,975	京都府	461,419	460,130	長崎県	445,537	446,400
埼玉県	496,881	489,635	大阪府	484,201	486,365	熊本県	407,805	416,340
千葉県	481,080	473,485	兵庫県	480,996	480,430	大分県	418,749	420,390
東京都	566,354	545,670	奈良県	470,084	480,890	宮崎県	418,049	421,140
神奈川県	519,489	512,260	和歌山県	432,590	438,828	鹿児島県	424,301	424,440
新潟県	481,317	485,160	鳥取県	388,477	393,570	沖縄県	413,005	416,162
富山県	449,406	447,565	島根県	443,357	447,890	全国	474,455	465,750

※ これらの数値は、正常分娩に係る、直接支払制度専用請求書を国民健康保険中央会において集計したもの

都道府県別出産費用について(平成23年度)

○妊婦合計負担額(病院、診療所、助産所合計 都道府県別)

(単位:円)

	平均値	中央値		平均値	中央値		平均値	中央値
北海道	420,123	421,950	石川県	452,578	453,634	岡山県	474,585	468,700
青森県	416,708	416,910	福井県	449,195	444,020	広島県	469,528	466,240
岩手県	442,487	441,920	山梨県	471,119	467,167	山口県	420,945	414,980
宮城県	501,905	500,400	長野県	483,807	483,290	徳島県	450,737	452,240
秋田県	435,298	437,254	岐阜県	467,649	469,700	香川県	423,136	424,914
山形県	483,713	485,000	静岡県	472,854	473,000	愛媛県	436,366	438,590
福島県	455,533	456,607	愛知県	489,571	489,460	高知県	413,118	412,090
茨城県	491,359	484,510	三重県	479,100	477,416	福岡県	454,179	451,840
栃木県	518,709	515,200	滋賀県	467,348	467,300	佐賀県	429,999	429,095
群馬県	485,378	480,073	京都府	465,111	463,580	長崎県	445,384	445,690
埼玉県	503,330	495,020	大阪府	487,891	489,680	熊本県	408,125	418,590
千葉県	486,798	481,340	兵庫県	484,937	482,570	大分県	419,814	420,670
東京都	573,375	551,030	奈良県	472,858	484,500	宮崎県	420,965	421,560
神奈川県	526,307	518,560	和歌山県	438,252	441,770	鹿児島県	423,660	424,000
新潟県	483,644	487,088	鳥取県	389,541	393,015	沖縄県	415,074	418,993
富山県	453,860	451,180	島根県	446,477	450,678	全国	479,284	470,415

※ これらの数値は、正常分娩に係る、直接支払制度専用請求書を国民健康保険中央会において集計したもの

都道府県別出産費用について(平成24年度)

○妊婦合計負担額(病院、診療所、助産所合計 都道府県別)

(単位:円)

	平均値	中央値		平均値	中央値		平均値	中央値
北海道	427,536	427,620	石川県	456,037	457,860	岡山県	479,016	471,326
青森県	424,054	421,217	福井県	453,697	446,735	広島県	475,611	473,721
岩手県	450,152	448,380	山梨県	477,026	475,783	山口県	426,973	419,615
宮城県	517,394	513,200	長野県	492,076	492,195	徳島県	457,491	457,570
秋田県	439,574	441,500	岐阜県	474,691	475,088	香川県	434,345	432,000
山形県	486,012	487,190	静岡県	481,314	478,690	愛媛県	441,567	442,340
福島県	461,714	460,789	愛知県	497,657	498,090	高知県	415,006	413,700
茨城県	496,986	488,010	三重県	489,252	487,794	福岡県	459,253	455,990
栃木県	525,763	521,200	滋賀県	471,587	471,800	佐賀県	430,704	430,360
群馬県	492,802	485,976	京都府	473,349	471,895	長崎県	446,221	447,180
埼玉県	511,750	502,450	大阪府	492,944	494,000	熊本県	411,449	420,000
千葉県	492,400	486,795	兵庫県	493,542	490,102	大分県	422,215	421,600
東京都	586,146	559,590	奈良県	479,864	493,550	宮崎県	420,879	420,520
神奈川県	534,153	525,250	和歌山県	443,955	447,810	鹿児島県	426,711	426,240
新潟県	486,386	488,550	鳥取県	399,501	402,861	沖縄県	414,410	418,315
富山県	457,650	456,624	島根県	453,170	456,565	全国	486,734	477,000

※ これらの数値は、正常分娩に係る、直接支払制度専用請求書を国民健康保険中央会において集計したもの

参 考 資 料

出産育児一時金の規定について

健康保険法施行令(大正15年勅令第243号)(抄)

第三十六条 法第百一条の政令で定める金額は、**三十九万円**とする。**ただし**、病院、診療所、助産所その他の者であつて、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものによる医学的管理の下における出産であると保険者が認めるときは、三十九万円に、**第一号に規定する保険契約に関し被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で保険者が定める金額を加算した金額とする。**

- 一 当該病院、診療所、助産所その他の者による医学的管理の下における出産について、特定出産事故(出産(厚生労働省令で定める基準に該当する出産に限る。)に係る事故(厚生労働省令で定める事由により発生したものを除く。)のうち、出生した者が当該事故により脳性麻痺にかかり、厚生労働省令で定める程度の障害の状態となったものをいう。次号において同じ。)が発生した場合において、当該出生した者の養育に係る経済的負担の軽減を図るための補償金の支払に要する費用の支出に備えるための保険契約であつて厚生労働省令で定める要件に該当するものが締結されていること。
- 二 出産に係る医療の安全を確保し、当該医療の質の向上を図るため、厚生労働省令で定めるところにより、特定出産事故に関する情報の収集、整理、分析及び提供の適正かつ確実な実施のための措置を講じていること。

※「健康保険法施行令第36条における「保険者が定める額」について」(抄)(平成20年12月5日 保保発第1205001号)

財団法人日本医療機能評価機構(以下「機構」という。)が運営する産科医療補償制度に加入する医療機関等については、令第36条第1号及び第2号のいずれにも該当するものである。

これらの医療機関等において出産したことが認められた場合の出産育児一時金等の加算額は、機構の運営する産科医療補償制度における掛金(在胎週数第22週以降の出産(死産を含む。以下同じ。))の場合に発生)が3万円であることから、**3万円が基準となるものであり**、出産育児一時金等については在胎週数第22週以降の出産の場合、合計38万円を支給すること。

なお、令第36条において加算額については「3万円を超えない範囲内で保険者が定める額」としているのは、産科医療補償制度開始後の見直しの中で当該掛金の額が変動しうるためである。

健康保険法施行規則(大正15年内務省令第36号)(抄)

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める基準)

第八十六条の二 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める基準は、出生した者が、出生した時点において次の各号のいずれかに該当することとする。

- 一 **体重が二千グラム以上であり、かつ、在胎週数が三十三週以上であること。**
- 二 **前号に掲げるもののほか、在胎週数が二十八週以上であり、かつ、厚生労働大臣が定めるものに該当すること。**

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める事由)

第八十六条の三 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める事由は、次のとおりとする。

- 一 天災、事変その他の非常事態
- 二 出産した者の故意又は重大な過失

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める程度の障害の状態)

第八十六条の四 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める程度の障害の状態は、身体障害者福祉法施行規則(昭和二十五年厚生省令第十五号)別表第五号の一級又は二級に該当するものとする。

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める要件)

第八十六条の五 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める要件は、病院、診療所、助産所その他の者(以下この条及び次条において「病院等」という。)に対し、当該病院等が三千万円以上の補償金を出生した者又はその保護者(親権を行う者、未成年後見人その他の者で、出生した者を現に監護するものをいう。)(次条において「出生した者等」という。)に対して適切な期間にわたり支払うための保険金(特定出産事故(同号に規定する特定出産事故をいう。次条において同じ。))が病院等の過失によって発生した場合であって、当該病院等が損害賠償の責任を負うときは、補償金から当該損害賠償の額を除いた額とする。)が支払われるものであることとする。

(令第三十六条第二号の厚生労働省令で定めるところにより講ずる措置)

第八十六条の六 令第三十六条第二号の厚生労働省令で定めるところにより講ずる措置は、病院等と出生した者等との間における特定出産事故に関する紛争の防止又は解決を図るとともに、特定出産事故に関する情報の分析結果を体系的に編成し、その成果を広く社会に提供するため、特定出産事故に関する情報の収集、整理、分析及び提供について、これらを適正かつ確実に実施することができる適切な機関に委託することとする。

健康保険法施行規則第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるもの(平成20年12月17日)
(厚生労働省告示第541号)

健康保険法施行規則(大正十五年内務省令第三十六号)第八十六条の二第二号の規定に基づき、健康保険法施行規則第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるものを次のように定め、平成二十一年一月一日から適用する。

健康保険法施行規則第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるもの

健康保険法施行規則(大正十五年内務省令第三十六号)第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるものは、次の各号に掲げるものとする。

- 一 低酸素状態が継続して、臍帯動脈血中の水素イオン指数が七・一未満である代謝性アシドーシス(酸性血症)の所見があると認められるもの
- 二 分娩監視装置が示す情報に当初異常が認められなかったが、その後胎児に低酸素状態が生じ、当該情報に異常が認められたもの

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要

趣旨

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に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し**、都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実**とあわせ、**予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する**「補足給付」の要件に資産などを追加**

4. その他

- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

施行期日（予定）

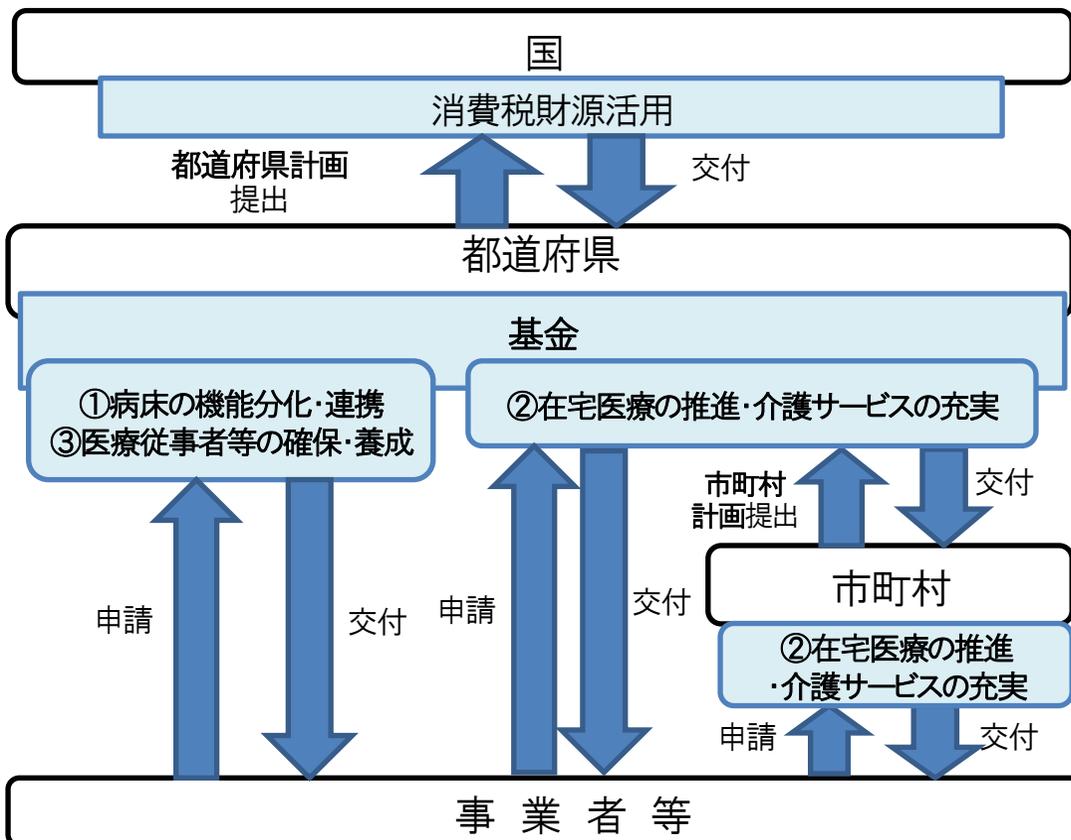
公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度
：公費で904億円

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。
- このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。
- 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した計画に基づき事業実施。
- ◇ 「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設ける。
- ◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療構想(ビジョン)の策定後に更なる拡充を検討。

【新たな財政支援制度の仕組み(案)】



地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み(案)

- ①国は、法律に基づく基本的な方針を策定し、対象事業を明確化。
 - ②都道府県は、計画を厚生労働省に提出。
 - ③国・都道府県・市町村が基本的な方針・計画策定に当たって公正性及び透明性を確保するため、関係者による協議の仕組みを設ける。
- ※国が策定する基本的な方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求める旨を記載するなどの対応を行う予定。(公正性及び透明性の確保)

新たな財政支援制度の対象事業(案)

- 1 病床の機能分化・連携のために必要な事業
(1)地域医療構想(ビジョン)の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
(1)在宅医療(歯科・薬局を含む)を推進するための事業
(2)介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 3 医療従事者等の確保・養成のための事業
(1)医師確保のための事業
(2)看護職員の確保のための事業
(3)介護従事者の確保のための事業
(4)医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業 等

■国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3

地域医療構想の推進及び新たな財政支援制度について

1. 医療計画(地域医療構想含む)の達成の推進

(1) 医療計画(地域医療構想含む)策定時の意見聴取

- 都道府県が医療計画を定め又は変更するときは、新たに保険者協議会の意見を聴かなければならないこととする。
(改正後の医療法第30条の4第14項)

(2) 地域医療構想の達成の推進のための「協議の場」での協議

- 医療計画の一部として、病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量などを含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿である「地域医療構想」を新たに定める。
- 都道府県知事が適当と認める区域ごとに診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との「協議の場」を設け、地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行う。
(改正後の医療法第30条の14第1項)

2. 医療・介護の一体的な確保のための新たな財政支援制度

(1) 国における「総合確保方針」の策定

- 国は、医療と介護の一体的な確保のための「総合確保方針」を策定し、医療及び介護の確保に関する基本指針の基本となる事項、都道府県事業に関する経費を支弁するための基金に関する事項等を定める。
- 国は、「総合確保方針」の案を作成し、又は変更するときは、医療・介護を受ける立場の者、都道府県知事、市町村長、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体、学識経験を有する者その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずる。(改正後の医療介護総合確保促進法第3条第3項)

(2) 「都道府県計画」及び「市町村計画」の策定

- 都道府県及び市町村は、「総合確保方針」に即して、医療及び介護の総合的な確保のための事業に関する計画である「都道府県計画」及び「市町村計画」を策定。
- 都道府県及び市町村は、「都道府県計画」及び「市町村計画」を作成又は変更するときは、医療・介護を受ける立場の者、都道府県知事、市町村長、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体、学識経験を有する者その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずるよう努める。
(改正後の医療介護総合確保促進法第4条第4項、第5条第4項)

○ 改正後の医療法(昭和三十二年法律第二百五号)

第三十条の四

14 都道府県は、医療計画を定め、又は第三十条の六の規定により医療計画を変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会、市町村(救急業務を処理する地方自治法(昭和三十二年法律第六十七号)第二百八十四条第一項の一部事務組合及び広域連合を含む。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和三十七年法律第八十号)第一百五十七条の二第一項の保険者協議会の意見を聴かなければならない。

第三十条の十四

1 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(以下この条において「関係者」という。)との協議の場(第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。)を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

○ 改正後の地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律

(※ 現行「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律(平成元年法律第六十四号)」を改正、名称変更)

(総合確保方針)

第三条 3 厚生労働大臣は、総合確保方針の案を作成し、又はこれを変更(新設)しようとするときは、あらかじめ、医療又は介護を受ける立場にある者、都道府県知事、市町村長(特別区の区長を含む。次条第四項及び第十条において同じ。)、介護保険法第七条第七項に規定する医療保険者(次条第四項及び第五条第四項において「医療保険者」という。)、医療機関、同法第一百五十五条の三十二第一項に規定する介護サービス事業者(次条第四項及び第五条第四項において「介護サービス事業者」という。)、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体、学識経験を有する者その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるものとする。

(都道府県計画)

第四条 1 都道府県は、総合確保方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県の地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画(以下「都道府県計画」という。)を作成することができる。
4 都道府県は、都道府県計画を作成し、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、市町村長、医療又は介護を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体、学識経験を有する者その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

(市町村計画)

第五条 1 市町村(特別区を含む。以下同じ。)は、総合確保方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該市町村の地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画(以下「市町村計画」という。)を作成することができる。
4 市町村は、市町村計画を作成し、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県知事、医療又は介護を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体、学識経験を有する者その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

改正の背景

保険者協議会に関する改正事項(案)

- 社会保障審議会医療部会では、平成25年12月27日に医療法等改正に関する意見を取りまとめ、その中において、地域医療ビジョンを実現するために必要な措置として、都道府県が医療計画を策定する際には医療保険者(保険者協議会)の意見を聴くこととされている。

医療法等改正に関する意見(平成25年12月27日社会保障審議会医療部会)(抄)

II 具体的な改革の内容について

1. 医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進について

(3) 地域医療ビジョンを実現するために必要な措置(必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等)

② 医療保険者の意見を聴く仕組みの創設

・ 都道府県が医療計画を策定する際には、医療保険者の意見を聴くこととする。

・ その際には、都道府県ごとに設けられている医療保険者による協議会である保険者協議会の意見を聴くことも必要である。

改正の内容

- 今回の医療法改正において、都道府県が医療計画を策定する際には保険者協議会の意見を聴くこととする。
- 上記に伴い、現在実行上都道府県ごとに設けられている保険者協議会を法律(高齢者の医療の確保に関する法律)に明記するとともに、現行において担うこととされている以下の業務を位置付けることとする。

- ・ 特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営等に関する保険者や関係者間の連絡調整
- ・ 保険者に対する必要な助言又は援助
- ・ 医療に要する費用等に関する情報についての調査・分析等

- 今後、保険者協議会が十分にその機能を発揮できるよう、その方策等については更に検討を進める。

施行日

地域医療ビジョンの策定(平成27年度～)に併せて施行予定

第 75 回 社会保障審議会医療保険部会
(H26.5.19) 資料 1

市町村国保について

平成26年5月19日
厚生労働省保険局

市町村国保の抱える構造的な問題

①年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合：国保(32.9%)、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)

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：23.7%

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の推計値

④保険料(税)の収納率低下

- ・収納率：平成11年度 91.38% → 平成24年度 89.86%(速報値)
- ・最高収納率：94.76%(島根県) ・最低収納率：85.63%(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1,200億円(平成24年度速報値)
- ※ 繰上充用...一会計年度経過後に至って歳入が歳出に不足するときは翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てること。

⑥財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1717保険者中3000人未満の小規模保険者 430(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(栃木県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大：8.0倍(北海道) 最小：1.3倍(富山県)
- ・一人あたり保険料の都道府県内格差 最大：2.9倍(東京都)^(※) 最小：1.3倍(富山県)

※東日本大震災による保険料(税)減免の影響が大きい岩手県、宮城県、福島県を除く。

社会保障改革プログラム法（抜粋）

（市町村国保関係）

（医療制度）

第四条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険（国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）第三条第一項の規定により行われるものに限る。以下この項において同じ。）に対する財政支援の拡充

ロ 国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関し、国民健康保険の保険料（地方税法（昭和二十五年法律第二百二十六号）の規定による国民健康保険税を含む。以下この号及び次号において同じ。）の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置を講ずることにより国民健康保険の更なる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した上で、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に必要な方策

ハ （略）

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

ロ・ハ （略）

ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等（医療保険各法（国民健康保険法を除く。）に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。）の上限額の引上げ

社会保障制度改革国民会議 報告書(平成25年8月6日)(抜粋)

(市町村国保関係)

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

(略)

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は、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、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を実現すべきである。ただし、国民健康保険の運営に関する業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、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を目指すべきである。

また、当該移行については、次期医療計画の策定を待たず行う医療提供体制改革の一環として行われることを踏まえれば、移行に際し、様々な経過的な措置が必要となることは別として、次期医療計画の策定前に実現すべきである。

(略)

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

（略）

改革推進法（第6条）はまず国民皆保険制度の維持の必要性を掲げていることから、「財政基盤の安定化」については、国民皆保険制度の最終的な支え手（ラストリゾート）である国民健康保険の財政基盤の安定化が優先課題となる。

具体的には、国民健康保険は、被用者保険と比べて、①無職者・失業者・非正規雇用の労働者などを含め低所得者の加入者が多い、②年齢構成が高く医療費水準が高い、③所得に占める保険料負担が重いといった課題を抱えており、こうしたこともあり、毎年度、市町村が多額の赤字補填目的の法定外繰入を行っている。

さらに、保険財政運営が不安定となるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域ごとの保険料格差が非常に大きいという課題もある。国民皆保険制度を守るためには、こうした現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を、現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。

このためには、従来の保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による対応を超えて、財政運営の責任を都道府県にも持たせることが不可欠であり、医療提供体制改革の観点をも踏まえれば、上記2(2)で述べた国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となろう。

ただし、国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政的な構造問題の解決が図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。その財源については、後述する後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬割にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべきである。

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。さらに、国民健康保険の保険者を都道府県とした後であっても、保険料の賦課徴収等の保険者機能の一部については引き続き市町村が担うことや、前期高齢者に係る財政調整などを通じて被用者保険から国民健康保険に多額の資金が交付されている実態を踏まえると、国民健康保険の運営について、都道府県・市町村・被用者保険の関係者が協議する仕組みを構築しておくことも必要であろう。

次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。

このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置と併せ、一般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える低所得者への配慮としても適切なものである。もっとも、税制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。

市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化

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

《「国保に関する国と地方の協議」提出資料より》

1. 低所得者保険料軽減の拡大 (500億円程度)

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

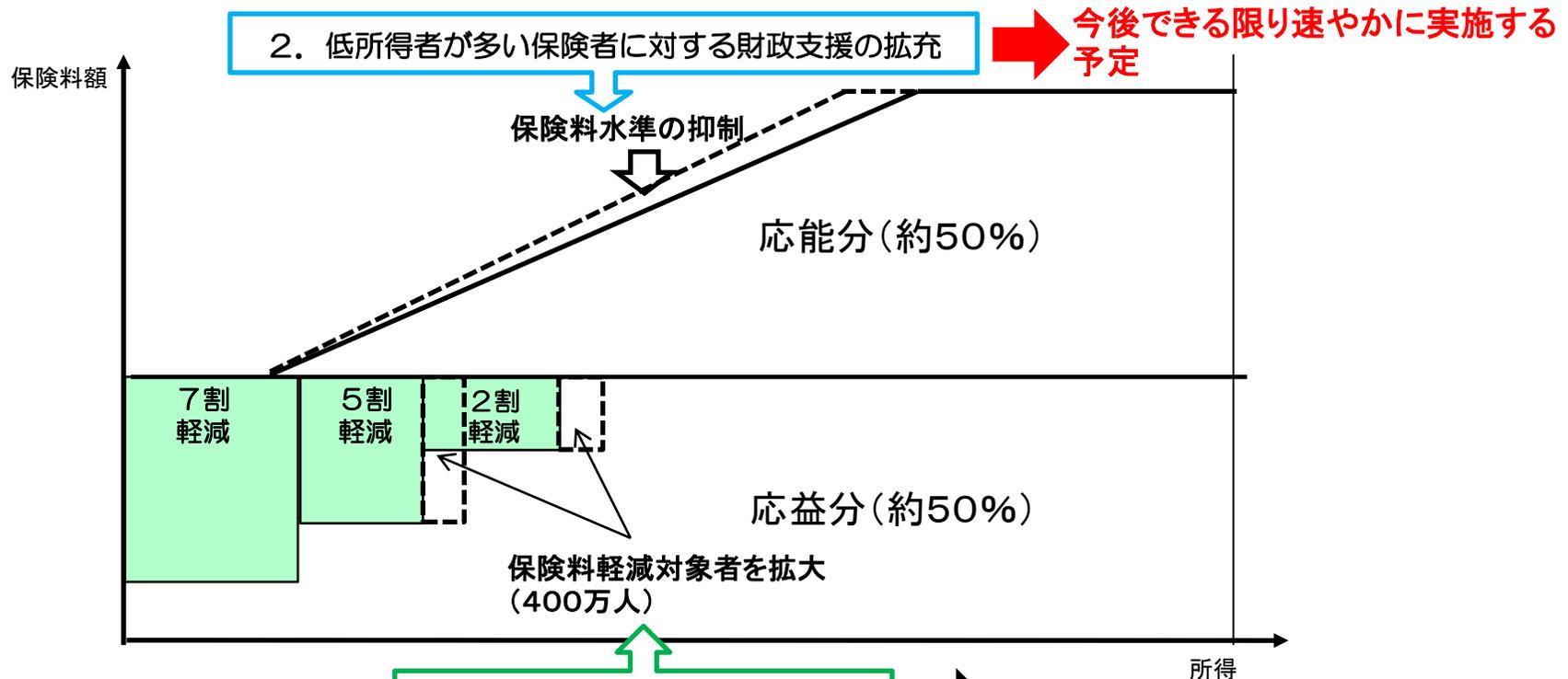
☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

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

2. 保険者支援制度の拡充 (1,700億円程度)

・ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援の拡充

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



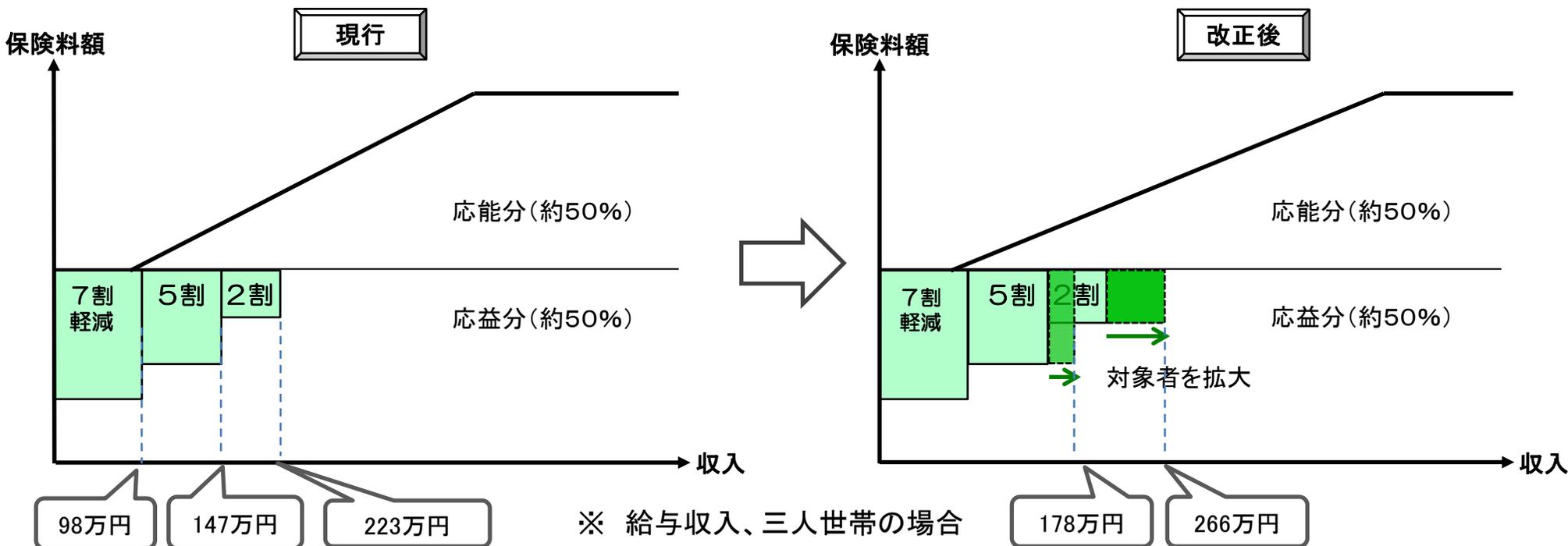
1. 低所得者保険料軽減の拡大

平成26年度から実施

市町村国保・後期高齢者医療の低所得者の保険料軽減措置の拡充(平成26年度)

○ 国民健康保険・後期高齢者医療の保険料の軽減判定所得の基準を見直し、保険料の軽減対象を合計約500万人拡大する。

<国民健康保険制度の場合> ※さらに保険料が軽減される者 約400万人(平成26年度所要額(公費):約490億円)



《具体的な内容》

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、二世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

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

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

(参考)

国保制度では、このほか、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。

<後期高齢者医療制度の場合> ※さらに保険料が軽減される者 約110万人(平成26年度所要額(公費):約130億円)

後期高齢者医療制度においても同様の見直しを行う

市町村国保における保険者支援制度の拡充

○ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援について、拡充を行う。

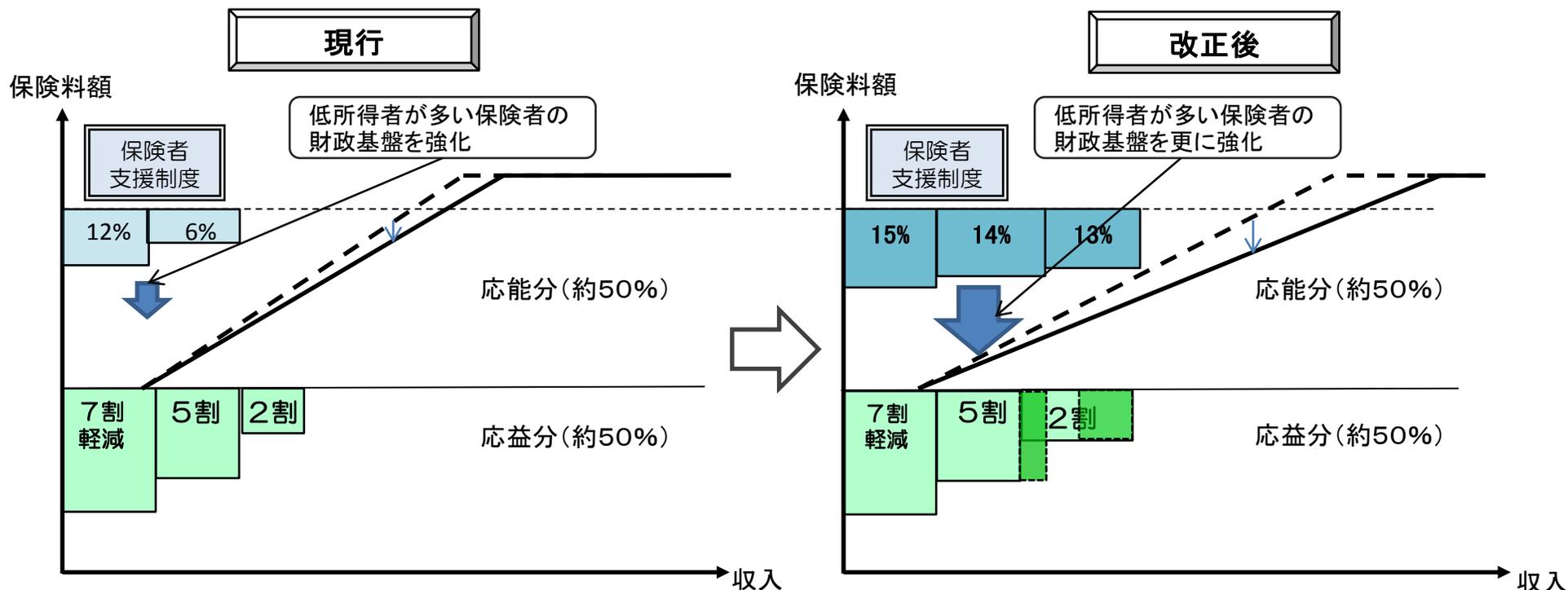
《具体的な内容(案)》

- 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)

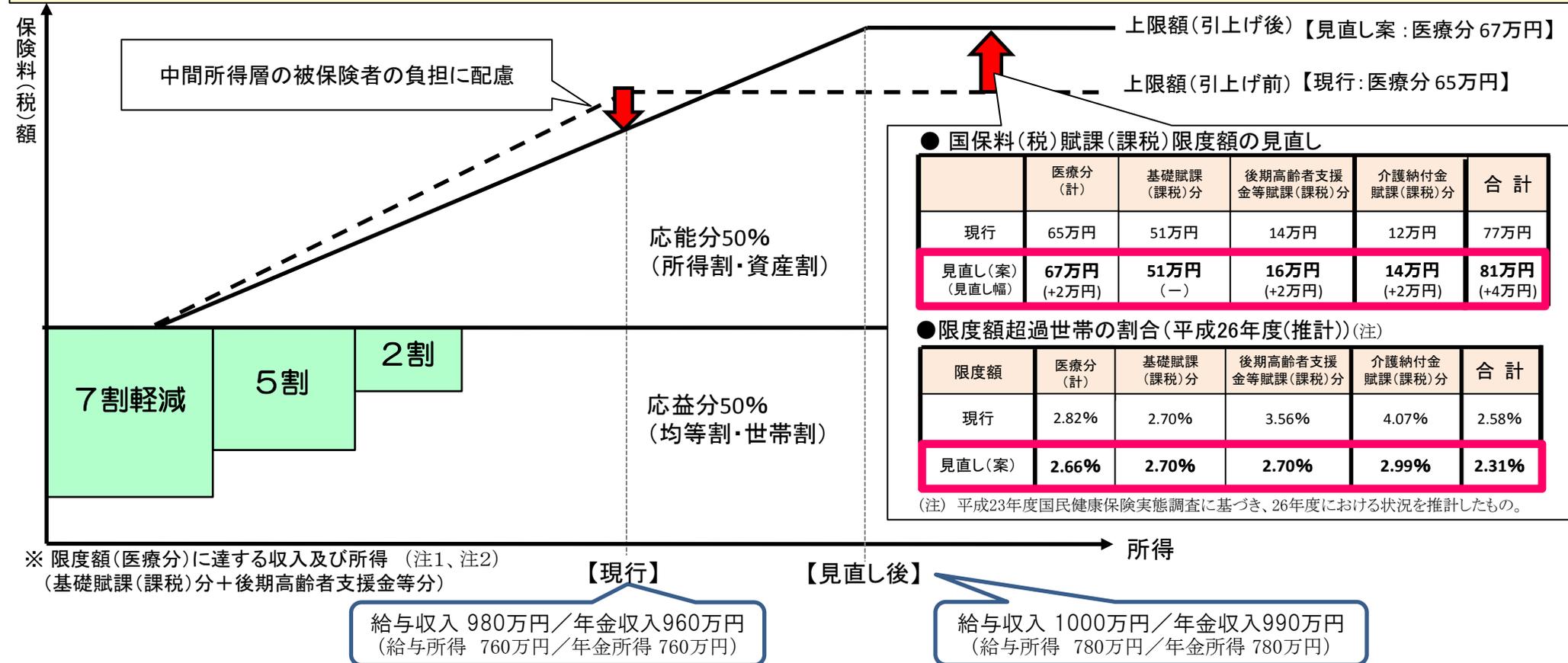


(注) 現在の保険者支援制度は、7割軽減、5割軽減の対象者数に応じ、それぞれ当該市町村の平均保険料収納額の12%、6%に相当する額を補助。 10

平成26年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直し

- 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、平成26年度の国保料(税)の限度額超過世帯の割合(推計)を見ると、
 - ・ 平成25年度と比べて限度額超過世帯の割合が増加する見込みであること
 - ・ 基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯の割合にばらつきが見られることから、これまでの最大引上げ幅と同額の「4万円」を上限として、平成26年度において見直す。
- 具体的には、後期高齢者支援金等分・介護納付金分をそれぞれ2万円ずつ引き上げる。

- (※1) 後期高齢者支援金等分・介護納付金分を2万円ずつ引き上げると、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分のすべてにおいて、限度額超過世帯の割合がいずれも3%未満となる。
- (※2) 平成27年度以降の国保保険料(税)の賦課(課税)限度額の見直しについては、被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げの考え方を踏まえて、国保保険料(税)の賦課(課税)限度額の見直しのルール(見直しのタイミング・引上げ幅等)の検討を行うこととする。



(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。
 (注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成23年度全国平均値で試算。平成23年度 所得割率 8.00%、資産割額 15,667円、均等割額 27,355円、世帯割額 26,337円。

「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、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	} 毎月1回程度 事務レベルWG(計10回程度)
	↓	
	7月	} 政務レベル協議(中間的なとりまとめ) (予定)
	同月目途	

※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。

〔留意点〕

(1) 政務レベル協議は、議論のキックオフ(平成26年1月)と中間的なとりまとめ(平成26年7月目途)時に開催することを基本とするが、WGにおける検討の進捗状況等を踏まえ、必要に応じて開催することとする。

(2) 事務レベルWGについては、上記のスケジュールに沿って月1回程度開催し、課題や取組の方向性を検討・整理し、政務レベル協議に付す。

社会保障制度改革国民会議報告書、社会保障改革プログラム法を踏まえた 国民健康保険の見直しの方向性

プログラム法、国民会議報告書において示された方向性

① 国保が抱える財政上の構造問題の解決を図る

- ・ 現在の国保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保が抱える財政上の構造問題の解決を図る(改革の前提条件)
- ・ 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保自身も努力

② 医療提供体制改革の一環として、国民健康保険の運営の在り方を検討

- ・ 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、国保の財政運営責任を担う主体を都道府県とし、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の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を実現すべき
- ・ 保険料の賦課徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在するため、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を目指す

③ 保険料に係る国民負担に関する公平の確保

- ・ これまで、国保の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきであり、したがって、まず、保険料軽減措置の対象の拡充を図るべき
- ・ 負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべき
- ・ 財政運営責任を担う主体を都道府県へ移行することは、財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組である

国民健康保険の見直しの方向性

- 既に方針が決まっている低所得者対策の強化(2,200億円)に加え、財政上の構造問題を解決するための更なる公費投入を実現。構造的な問題を抱え、財政状況の厳しい保険者への効果的・効率的な公費投入を行い、保険料負担やその伸びを抑制。
- 医療費の適正化に向けた取組を進めるなど、事業運営の改善の更なる推進。
- 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、市町村による保険料の賦課徴収、保健事業、医療費適正化へのインセンティブが確保される仕組みとなるよう、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、都道府県と市町村との適切な役割分担を検討。
- 財政上の構造問題を解決するための追加公費の投入とあわせ、保険料負担の平準化を推進。こうした取組を通じて、国民の保険料負担の公平の確保に努める。

国保が抱える財政上の構造問題の解決に向けた方向性

- 必要な追加公費の投入が行われることを前提に、現在の赤字の原因や運営上の課題の分析を踏まえ、国保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を検討。

※ 財源は、今後、具体的な検討が始められることとなる後期高齢者支援金の全面総報酬割を導入した場合に生ずる税財源の活用について検討することを含め、予算編成過程を通じて確保に努めていく。

- 効果的・効率的な追加公費の投入により保険料負担やその伸びを抑制。あわせて、保険料負担の平準化や、事業運営の改善等により保険料の適正化に向けて取り組む。こうした取組を通じて、国民の保険料負担の公平の確保に努力。

主な課題

これまでの主な取組

方向性

1. 医療費水準が高い

- 年齢構成が高い
- 入院医療費が高い
- 精神疾患の医療費が高い
- 市町村間で医療費水準に格差

- 高齢者医療制度
- 高額な医療費を対象とした共同事業の実施及び公費投入
- 調整交付金による財政調整(地域的な事情による医療費増に伴う負担増への配慮)

- 保険者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への財政支援の強化等
- 市町村の医療費適正化インセンティブが確保されるための制度的対応(保険料率の設定の在り方等)等

2. 保険料負担が重い

- 市町村間で財政力に格差
- 低中所得者の保険料負担が重い
- 市町村間で保険料に格差
- 保険料収納率が低い
- 非正規労働者が多く、財政負担増

- 調整交付金による財政調整(所得調整)
- 低所得者の保険料軽減措置
- 低所得者が多い保険者の財政基盤の強化
- 都道府県単位の医療費の共同事業による保険料負担の平準化
- 収納率向上対策

- 低中所得者等の保険料負担やその伸びを抑制するための財政支援の強化等
- 保険料負担の更なる平準化
- 市町村の徴収インセンティブが確保されるための制度的対応
- 短時間労働者に対する健保の適用拡大等

3. 国保財政は赤字

- 決算補填等目的の法定外繰入の実施
- 繰上充用の実施

- 給付費等に対する50%の公費負担に加え、財政上の構造問題に着目した公費投入

- 財政リスクへの制度的な対応、財政上の構造問題に着目した効果的・効率的な追加公費の投入等により、法定外繰入の必要性を大幅に解消等

国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担について

○ 国保の運営については、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に必要な方策を検討することとされているが、その中で、

- ・ 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
- ・ 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

とすることに留意し、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協議を進めていく。

国保の運営に関する主な業務	現 行	プログラム法、国民会議報告書において示された方向性	
		プログラム法	国民会議報告書
財政運営	※ 都道府県は、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 国保事業の運営が健全に行われるよう、必要な指導を行う ・ 広域化等支援方針に基づき、国保事業の運営の広域化、国保財政の安定化を推進 	都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、<u>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</u>することを可能とする体制を実現すべき。 ・ 保険料の賦課徴収・保険事業など市町村が担うことが適切な業務が存在。 ・ <u>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</u>を目指すべき。
保険料の賦課及び徴収 保健事業		市町村の役割が積極的に果たされるよう検討	
被保険者の資格管理 保険給付 審査・支払		都道府県と市町村の適切な役割分担を検討	

參考資料

市町村国保の概要

- 市町村国保とは、他の医療保険に加入していない住民を被保険者とする、国民皆保険制度の基礎である。(1,717保険者)
- 被保険者数： 約3,520万人
 - ・ 昭和30年代は農林水産業者、自営業者が中心 → 現在は非正規労働者や年金生活者等の無職者が7割を占める。
 - ・ 平均年齢： 50.0歳
- 保険料： 全国平均で、一人当たり年額8.2万円 (平成23年度)
 - ・ 実際の保険料は、各市町村が医療費水準等を勘案して定めている。
 - ※ また、各都道府県内の全市町村は、財政の安定化や医療費水準・保険料水準の平準化のため、一定額以上の医療費を共同で負担する事業(保険財政共同安定化事業)を実施している。

財源構成

医療給付費 … 総額で約11.4兆円

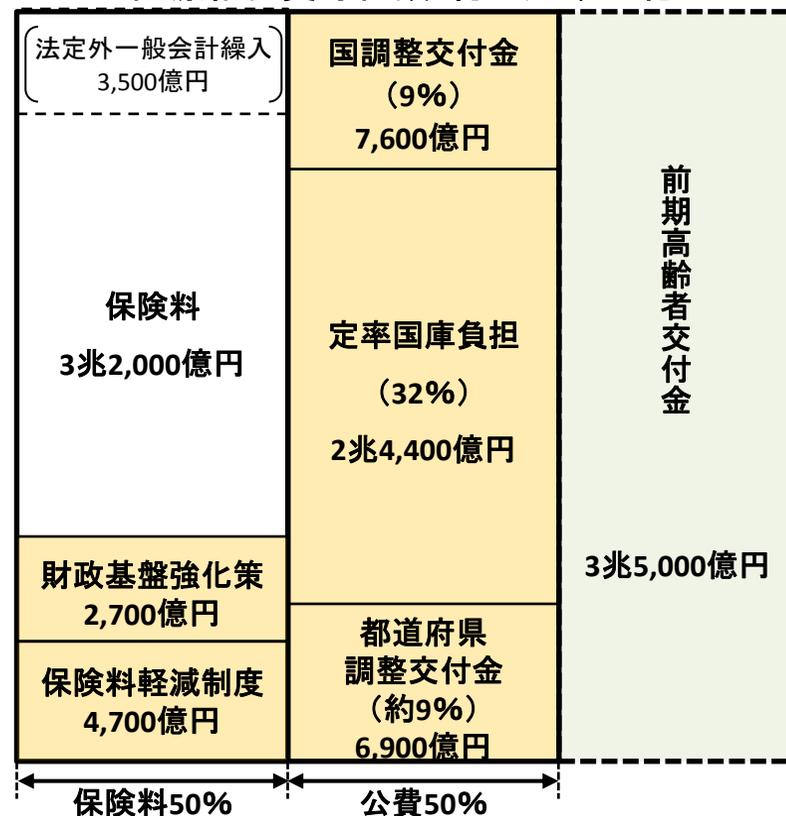
- うち、約3.5兆円は、被用者保険からの交付金
(65歳～74歳の医療費について、被用者保険も含め、保険者間で財政調整)
- 残りの約8兆円について、
 - ・ 公費50%、保険料50%を原則としつつ、
 - ・ 更に、低所得者の保険料軽減措置への財政支援等として、約7,400億円の公費を追加投入(→ 結果、公費は約60%)

(参考)

- 「調整交付金」
 - ・ 市町村間の財政力の不均衡を調整するためや、災害など地域的な特殊事情を考慮して交付
- 「財政基盤強化策」
 - ・ 高額な医療費(1件80万円超)や、低所得者が多い市町村国保への財政支援(高額医療費共同事業、保険者支援制度)等

(平成26年度予算ベース)

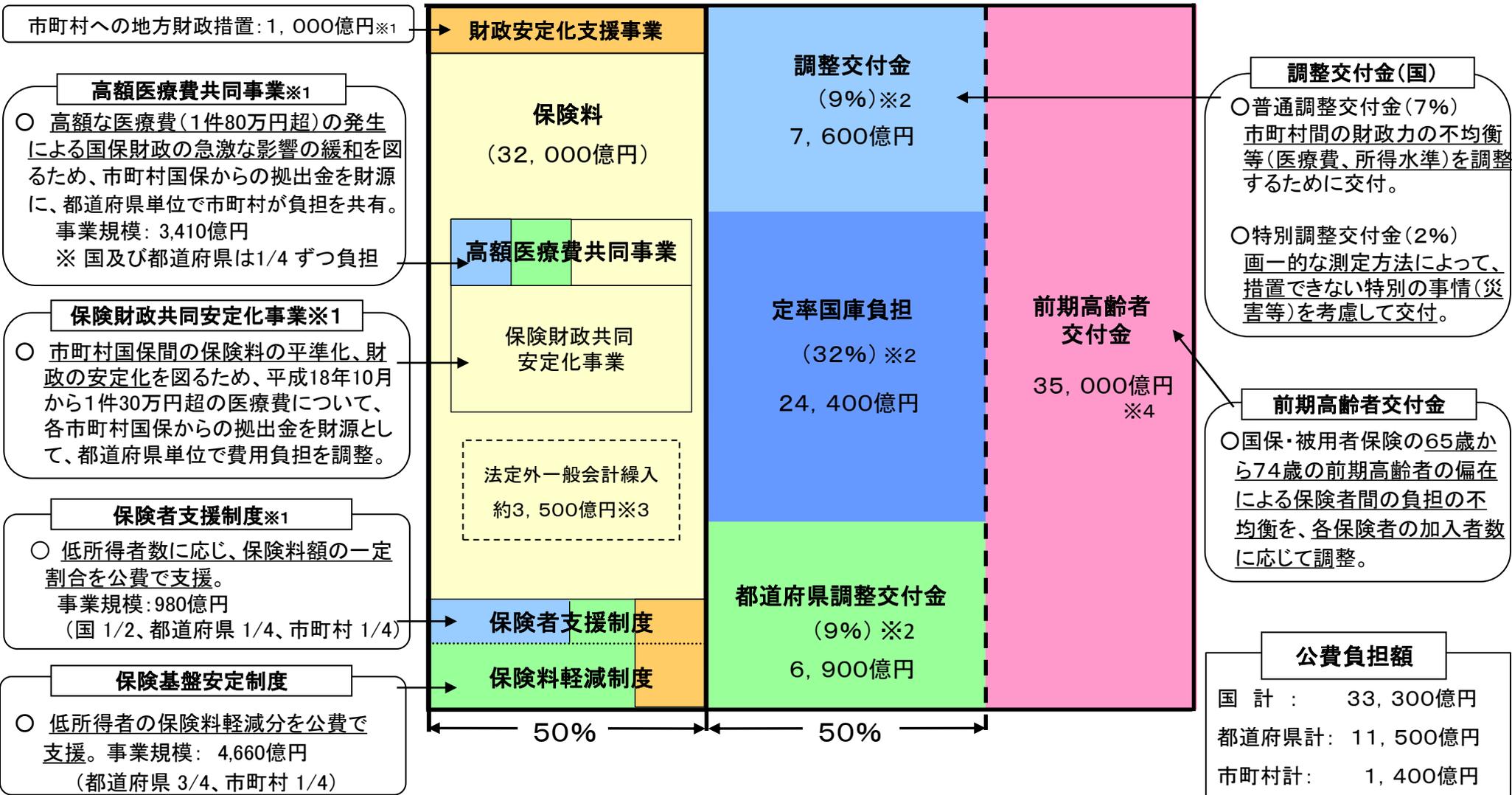
医療給付費等総額：約11兆4,100億円



市町村国保財政の現状

医療給付費等総額: 約114,100億円

(平成26年度予算ベース)



※1 平成22年度から平成26年度まで暫定措置。平成27年度以降恒久化。

※2 それぞれ給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある。

※3 平成24年度決算(速報値)における決算補填等の目的の額 ※4 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる。

市町村国保の収支状況

(億円)

科 目		平成23年度	平成24年度 (速報値)
単年度収入	保 険 料 (税)	30,411	30,634
	国 庫 支 出 金	34,353	32,755
	療養給付費交付金	7,174	7,755
	前期高齢者交付金	29,569	32,189
	都道府県支出金	8,956	10,570
	一般会計繰入金 (法定分)	4,282	4,230
	一般会計繰入金 (法定外)	3,903	3,882
	共同事業交付金	14,767	15,331
	直診勘定繰入金	2	1
	そ の 他	416	414
	合 計	133,832	137,761
単年度支出	総 務 費	1,891	1,835
	保 険 給 付 費	90,820	92,149
	後期高齢者支援金	15,915	17,442
	前期高齢者納付金	47	19
	老人保健拠出金	7	3
	介 護 納 付 金	6,887	7,407
	保 健 事 業 費	968	1,018
	共同事業拠出金	14,752	15,317
	直診勘定繰出金	47	46
	そ の 他	1,477	1,954
	合 計	132,812	137,188
単年度収支差引額 (経常収支)		1,020	573
国庫支出金精算額		▲534	▲94
精算後単年度収支差引額 (A)		487	479
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)		3,509	3,534 億円
実質的な単年度収支差 (A) - (B)		▲3,022	▲3,055 億円
前年度繰上充用金 (支出)		1,527	1,190

(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業実施状況報告書

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

(注2) 「決算補填等のための一般会計繰入金」とは、収入の「一般会計繰入金 (法定外)」のうち決算補填等を目的とした額。

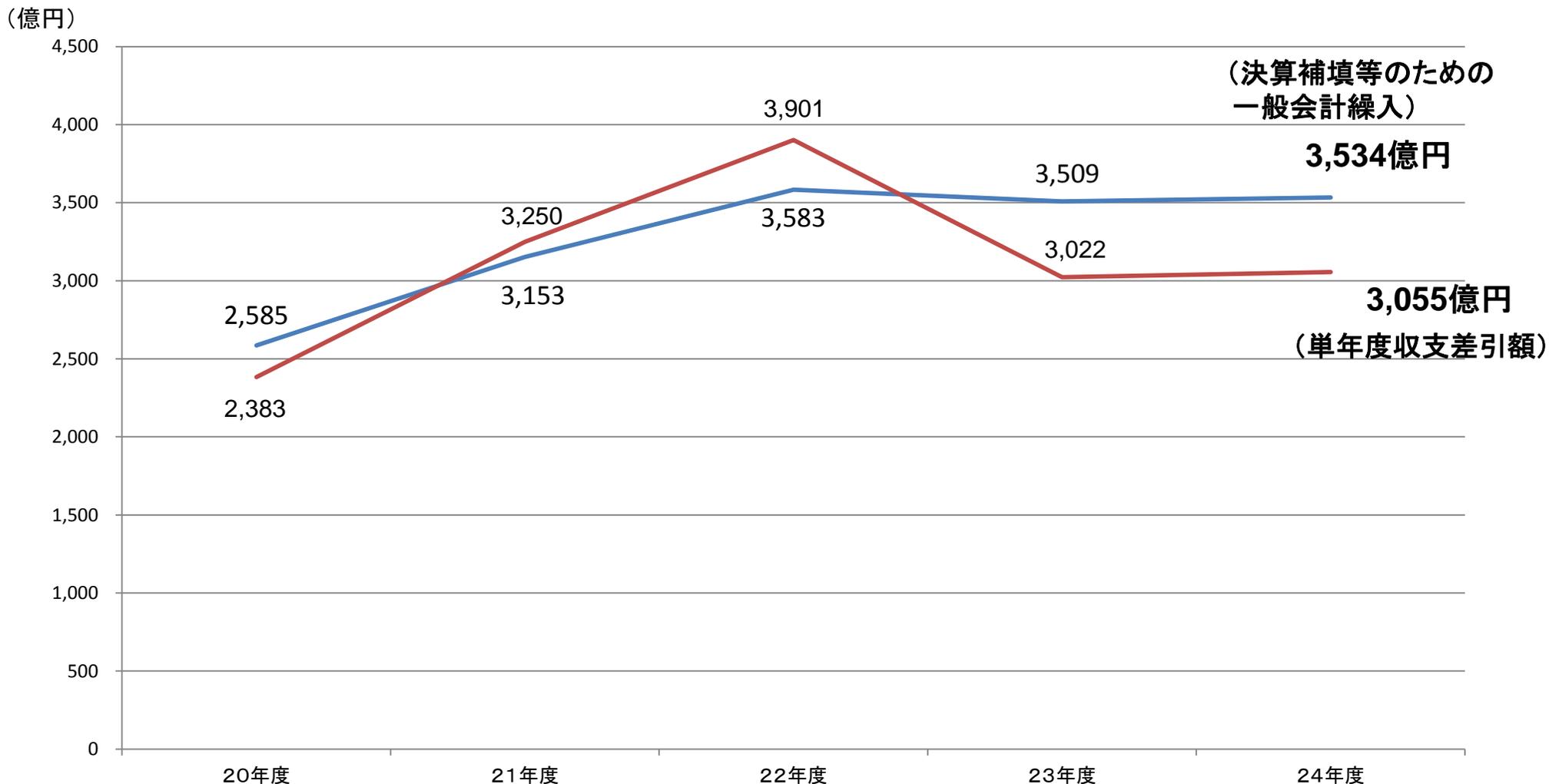
(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

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

(注5) 平成24年度は速報値である。

単年度収支・一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入の推移（市町村国保）

○ 単年度の収支は恒常的に赤字であり、決算補填等のための一般会計繰入も恒常的に生じている。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業実施状況報告書

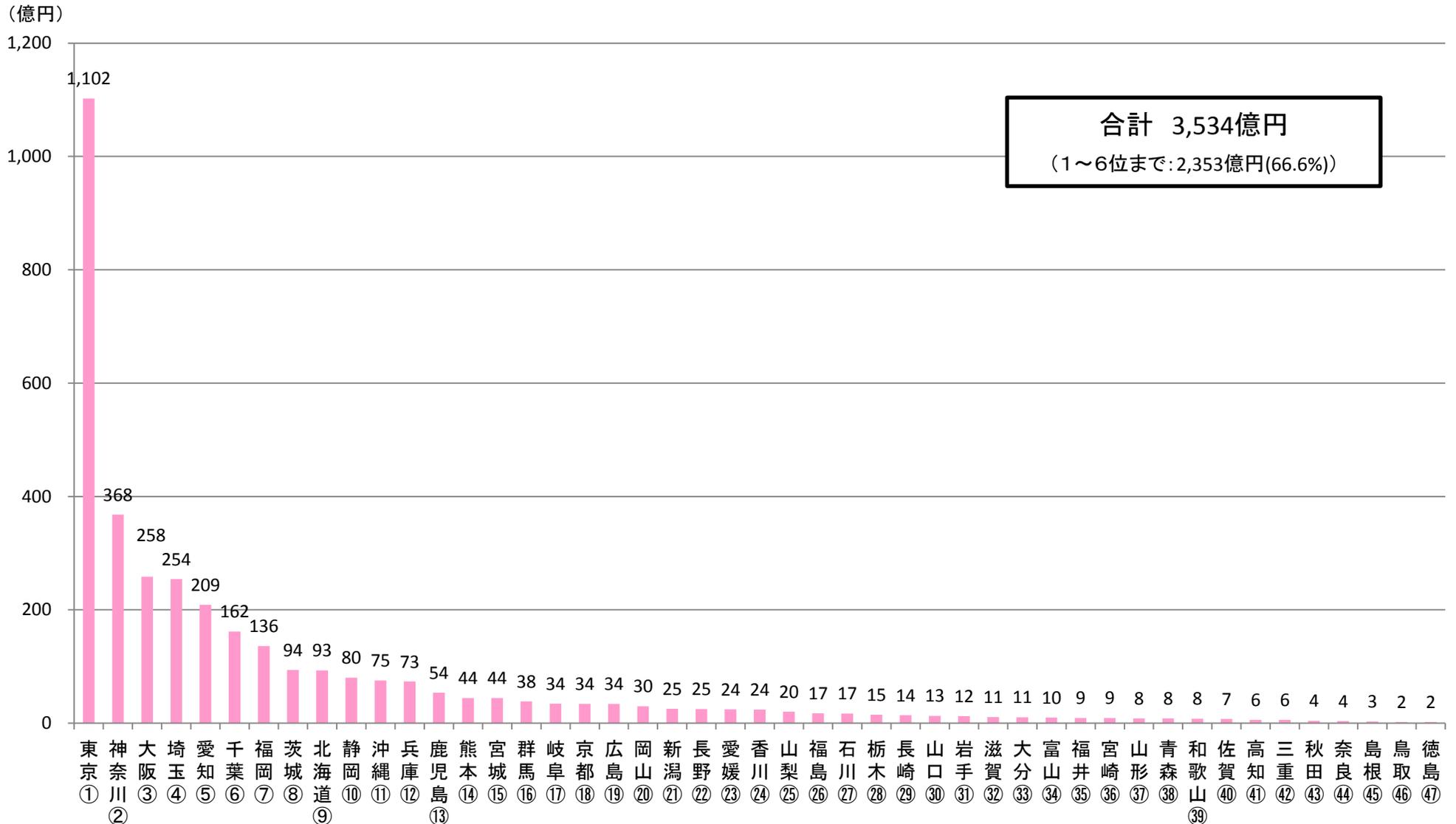
(注1) 「決算補てん等のための一般会計繰入金」とは、「一般会計繰入金(法定外)」のうち決算補てん等を目的とした額。平成21年度から東京都の特別区財政調整交付金のうち決算補てん目的のものを含む。

(注2) 単年度収支差引額は実質的な単年度収支差引額であり各年度いずれも赤字額。

(注3) 平成24年度は速報値である。

一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況：平成24年度速報値）

- 法定外繰入を都道府県別に見ると、全体(3,534億円)の約3割(1,102億円)を東京都が占めている。
- 繰入金額が多く大都市を抱えている1位～6位までの都府県における繰入金額は約2,400億円であり、全体の約7割を占めている。



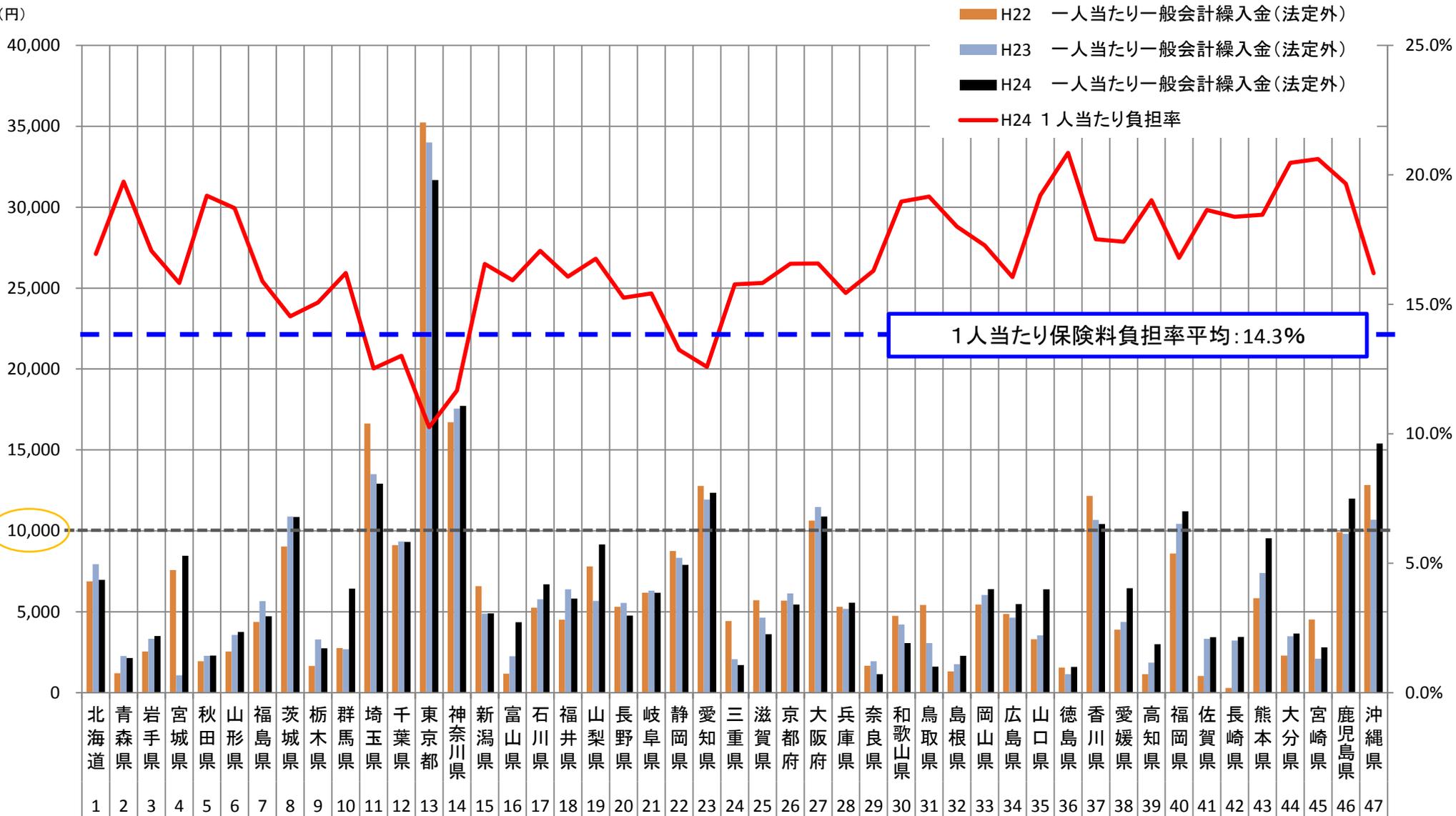
【出所】国民健康保険事業の実施状況報告

(注1) 東京都の決算補填等目的の繰入金のうち約6割(約712億円)が特別区の繰入金である。

(注2) 速報値である。

1人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況）

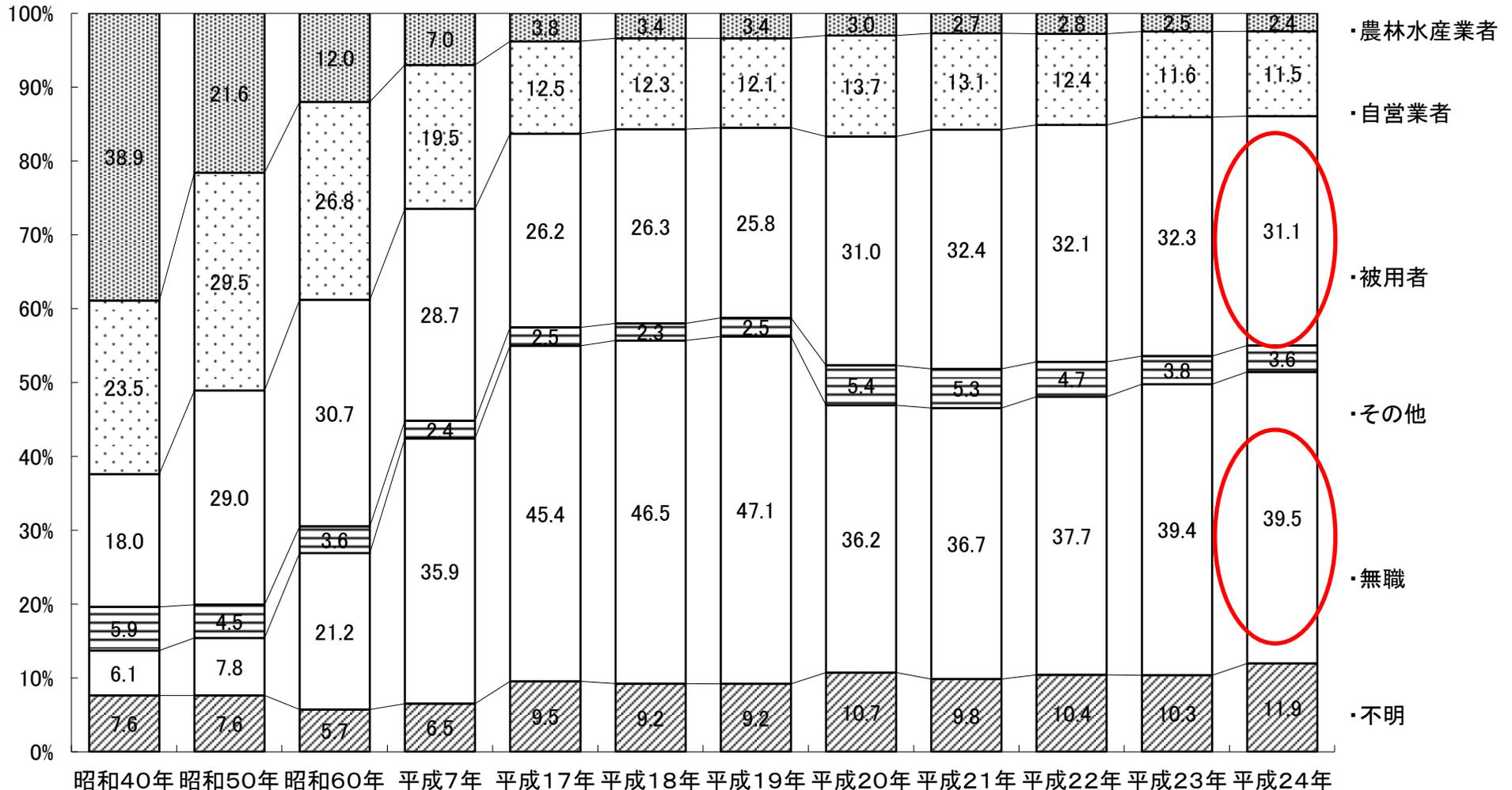
○ 平成24年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、鹿児島、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知の保険料負担率は平均(14.3%)よりも低く、茨城、大阪、香川、福岡、鹿児島、沖縄の保険料負担率は平均よりも高い。



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業の実施状況報告、国民健康保険実態調査報告
 (注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。
 (注2) 一人当たり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧ただし書き所得で除したものである。
 (注3) 平成24年度は速報値である。

市町村国保の世帯主の職業別構成割合の推移

- 自営業・農林水産業は、昭和40年代には約6割であったが、近年15%程度で推移。
- 年金生活者等無職者の割合が大幅に増加するとともに、被用者は約2割から約3割に増加。



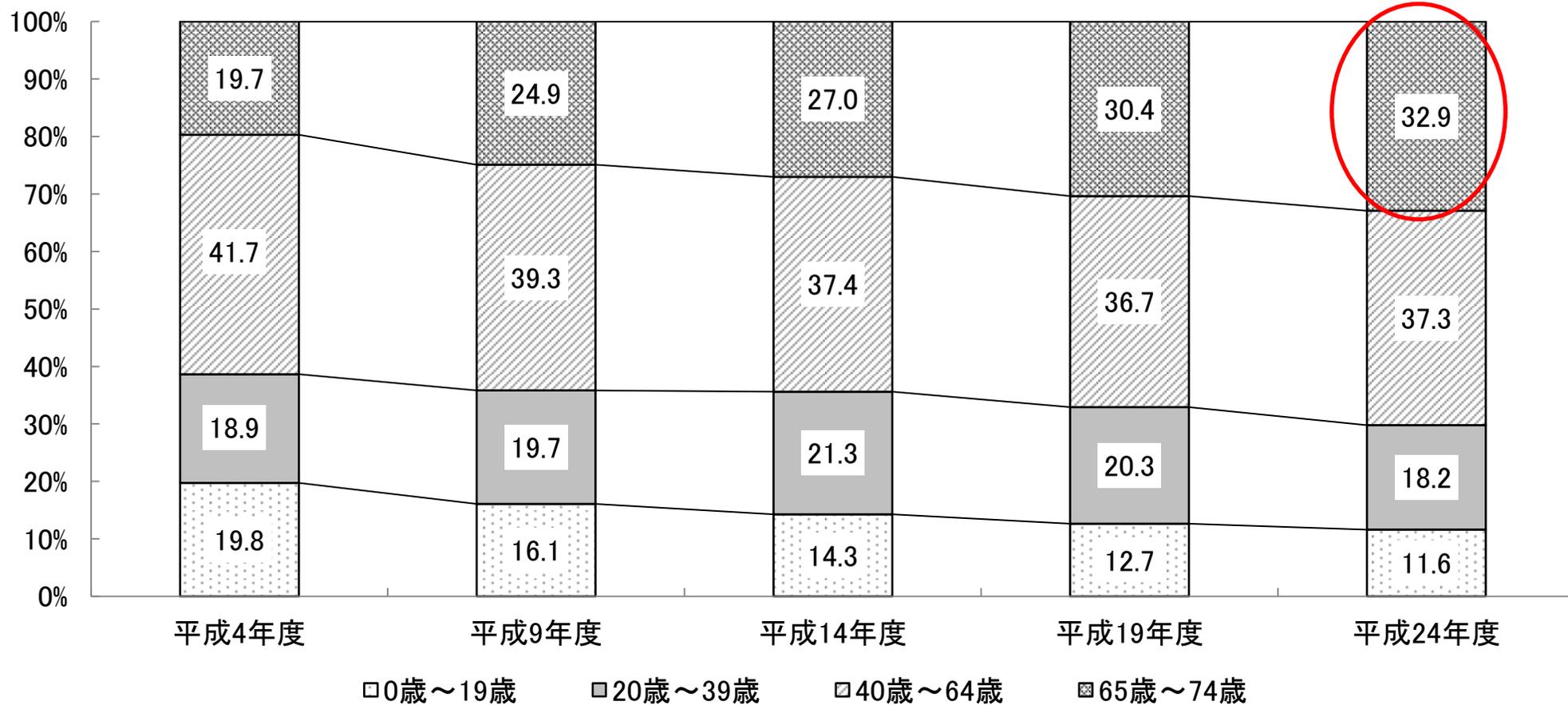
(資料) 厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(注1) 擬制世帯を含む。

(注2) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設に伴い、無職の世帯割合が減少していることに留意が必要。

市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成の推移

被保険者数全体に占める、65歳から74歳までの割合が次第に増加し、平成24年度には32.9%となっている。



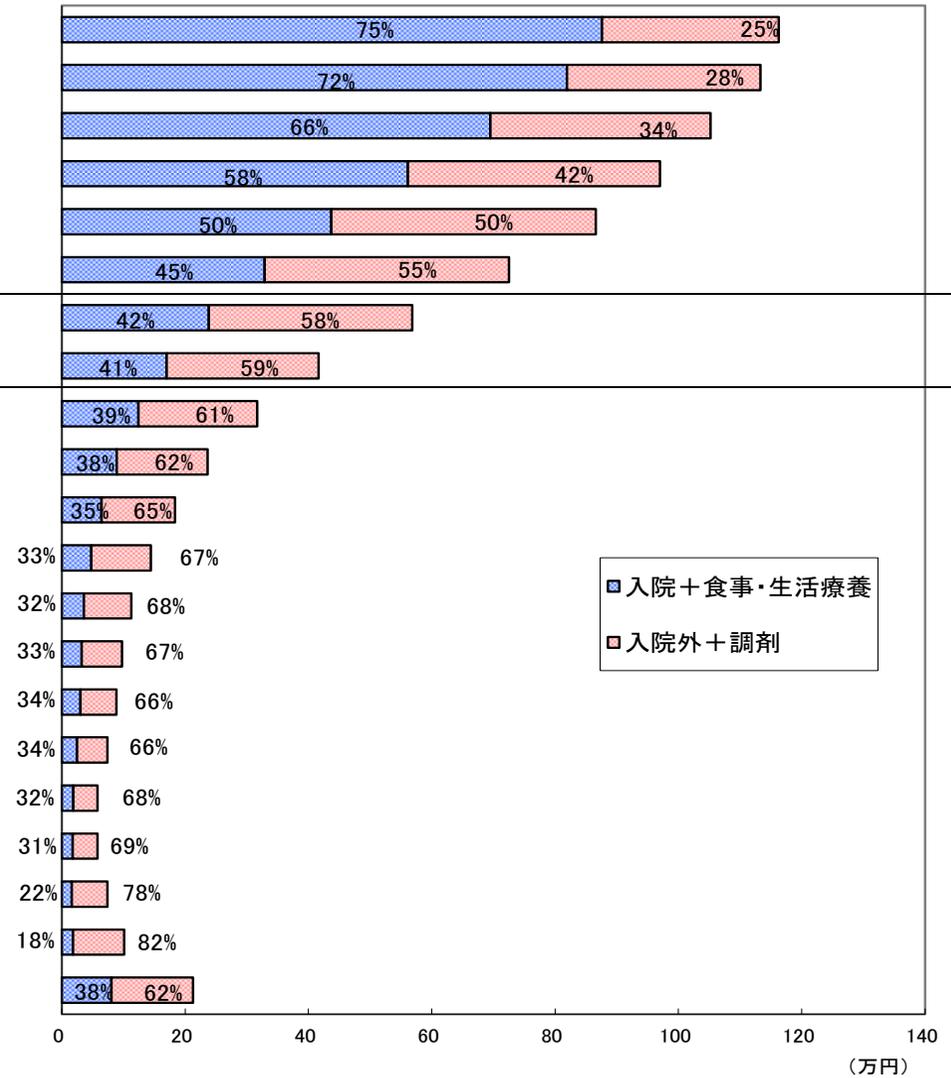
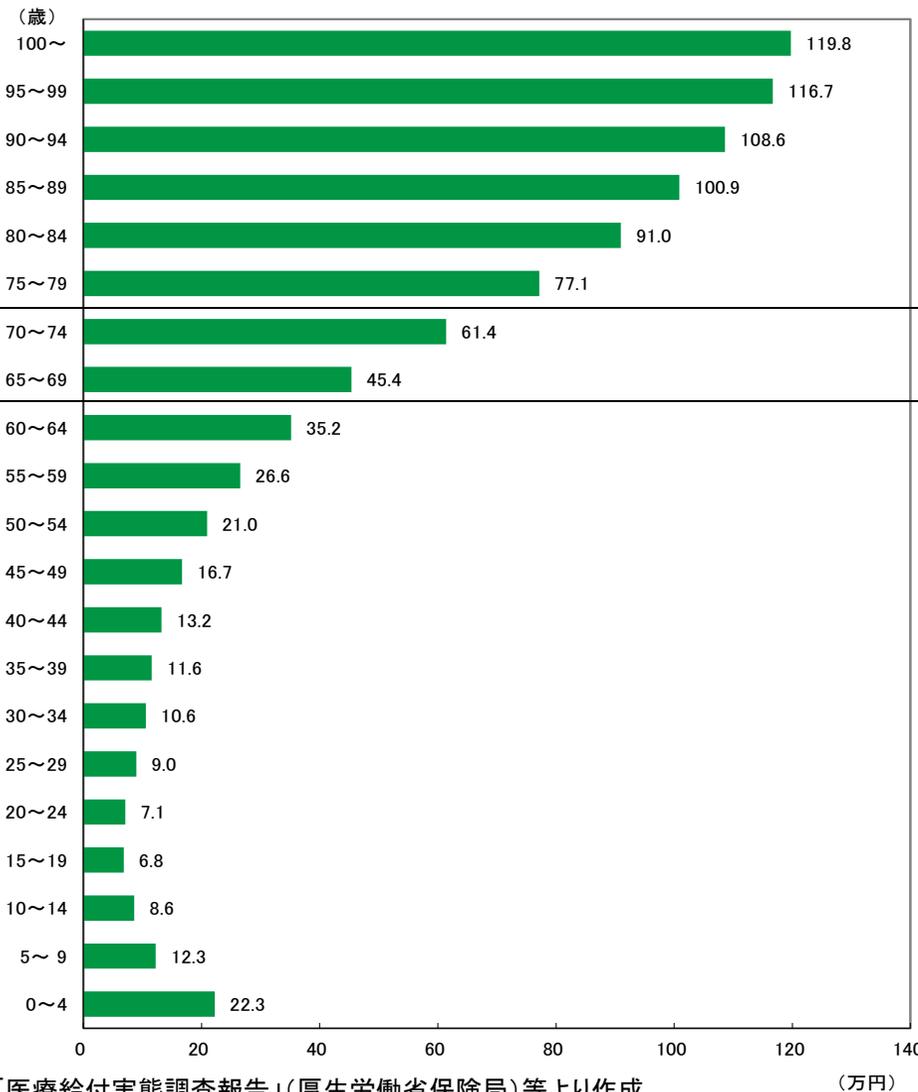
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

年齢階級別1人当たり医療費(平成23年度)(医療保険制度分)

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

(医療費計)

(医科診療費)

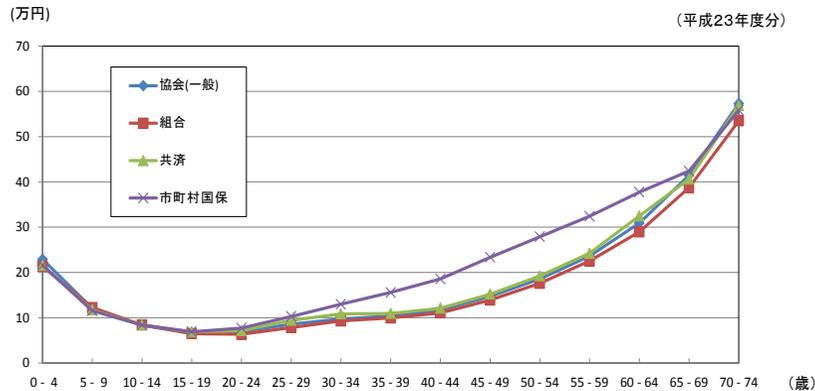


※ 「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

年齢階級別1人当たり医療費(75歳未満)の制度間比較(平成23年度)

【総計】

図1 年齢階級別1人当たり医療費【総計】



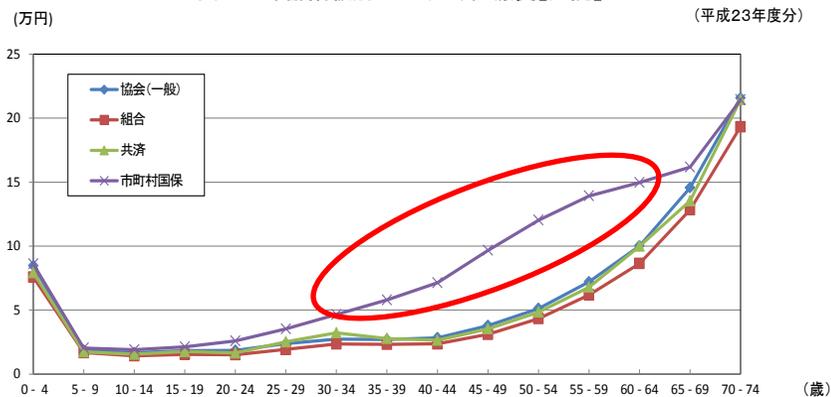
(注) 1人当たり医療費【総計】は、診療費(入院、入院外、歯科)、調剤及び食事・生活療養に係る分である。

○ 協会けんぽ(一般)、健保組合、共済組合、国保の年齢階級別1人当たり医療費を比べると、国保の入院医療費が高めとなっている。

資料:厚生労働省保険局
「医療給付実態調査(平成23年度)」

【入院】

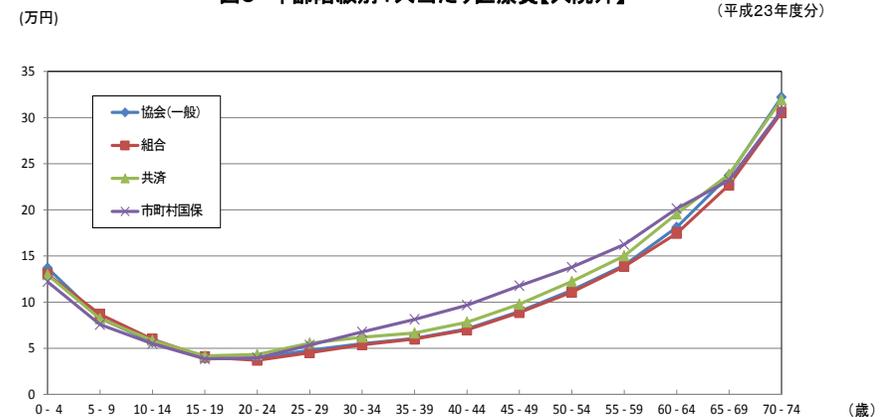
図2 年齢階級別1人当たり医療費【入院】



(注) 1人当たり医療費【入院】は、入院及び食事・生活療養に係る分である。

【入院外】

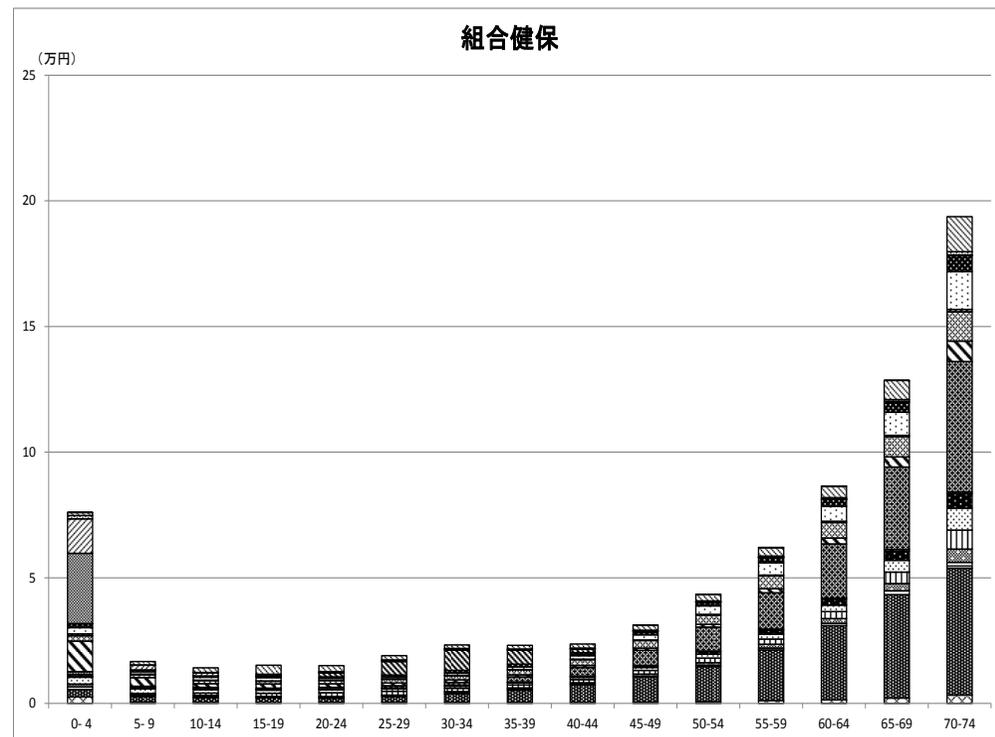
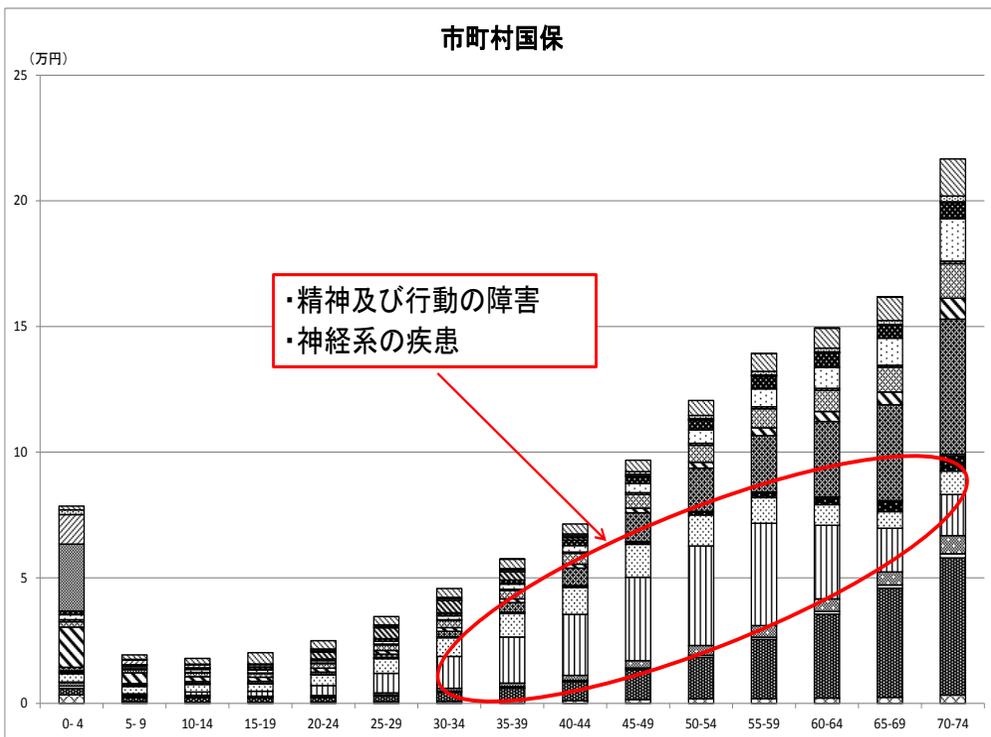
図3 年齢階級別1人当たり医療費【入院外】



(注) 1人当たり医療費【入院外】は、入院外及び調剤に係る分である。

主疾病別、年齢階級別、1人当たり入院医療費の比較【市町村国保と健保組合】（平成23年度）

市町村国保の入院医療費を主疾病別で見ると、幅広い年齢層で「精神及び行動の障害」「神経系の疾患」の割合が高くなっている。



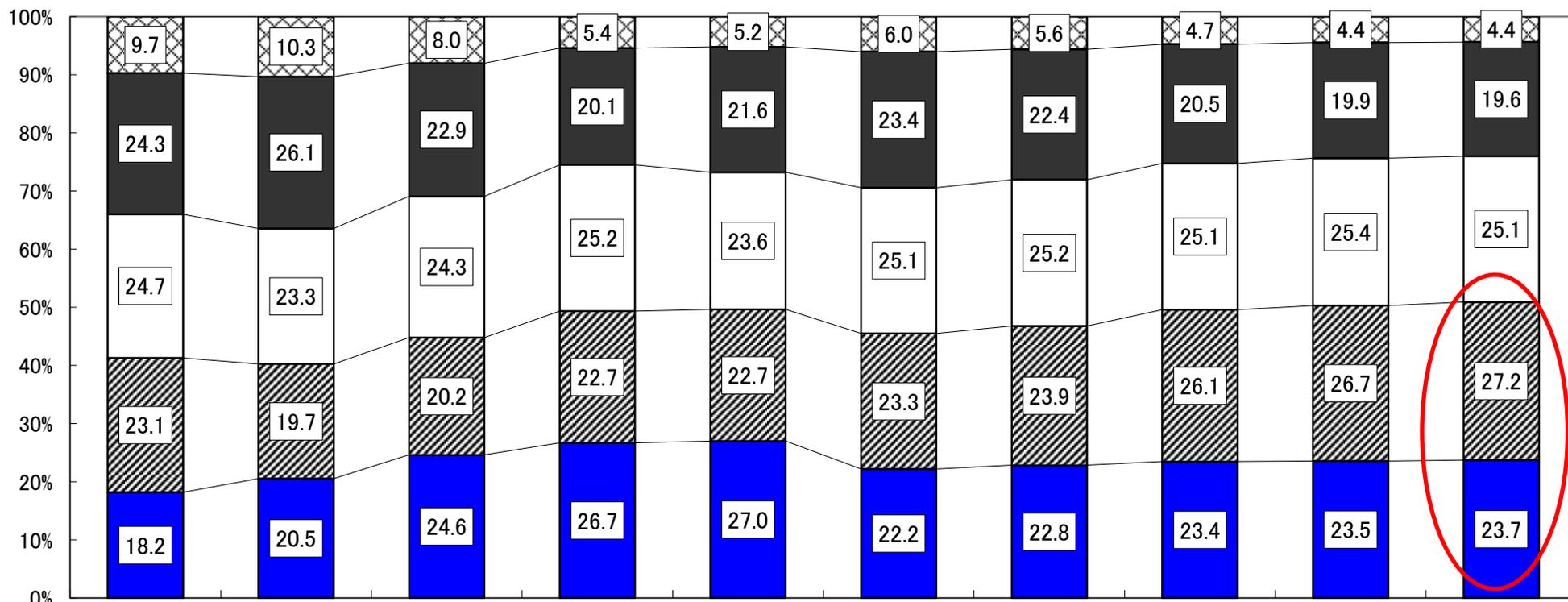
- 特殊目的用コード
- ▣ 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- 周産期に発生した病態
- 腎尿路生殖器系の疾患
- 皮膚及び皮下組織の疾患
- 呼吸器系の疾患
- 耳及び乳突突起の疾患
- **神経系の疾患**
- 内分泌、栄養及び代謝疾患
- 新生物

- 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- 先天奇形、変形及び染色体異常
- 妊娠、分娩及び産後
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- 消化器系の疾患
- 循環器系の疾患
- 眼及び付属器の疾患
- **精神及び行動の障害**
- 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
- 感染症及び寄生虫症

世帯の所得階層別割合の推移（市町村国保）

平成24年度において、加入世帯の23.7%が所得なし、27.2%が0円以上100万円未満世帯であり、低所得世帯の割合が次第に増加している。

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



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

■ 所得なし ■ 0円以上100万円未満 □ 100万円以上200万円未満 ■ 200万円以上500万円未満 □ 500万円以上

(注1) 国民健康保険実態調査報告による。

(注2) 擬制世帯、所得不詳は除いて集計している。

(注3) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設され、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

(注4) ここでいう所得とは「旧ただし書き方式」により算定された所得総額(基礎控除前)である。

市町村国保の都道府県別収納率（現年度分）

- 平成24年度の収納率を都道府県別に見ると、島根県(94.76%)が最も高く、東京都(85.63%)が最も低い。
- 平成24年度においては、42都道府県の収納率が上昇した。

	平成23年度		平成24年度		対前年度増減	
	順位		順位		順位	
	%	位	%	位	%	位
1 北海道	90.69	26	91.33	22	0.64	13
2 青森県	88.30	40	88.69	42	0.39	28
3 岩手県	91.30	20	92.03	15	0.72	8
4 宮城県	87.98	42	89.87	39	1.89	1
5 秋田県	90.75	24	91.46	21	0.71	9
6 山形県	91.78	15	92.47	10	0.69	10
7 福島県	89.27	37	90.38	34	1.11	2
8 茨城県	88.20	41	88.73	41	0.54	19
9 栃木県	87.04	46	87.88	44	0.84	5
10 群馬県	89.63	36	90.20	35	0.56	17
11 埼玉県	87.59	43	88.17	43	0.57	16
12 千葉県	87.16	45	87.79	45	0.62	14
13 東京都	85.32	47	85.63	47	0.30	31
14 神奈川県	88.63	39	89.47	40	0.84	4
15 新潟県	92.47	8	93.03	6	0.56	18
16 富山県	93.96	2	94.09	2	0.13	37
17 石川県	91.44	17	91.29	23	▲ 0.15	45
18 福井県	90.89	23	91.28	24	0.39	27
19 山梨県	89.10	38	89.89	38	0.79	6
20 長野県	92.79	5	93.27	3	0.48	22
21 岐阜県	91.90	14	92.10	13	0.20	34
22 静岡県	89.73	35	90.02	37	0.29	32
23 愛知県	91.71	16	92.30	12	0.59	15
24 三重県	90.28	32	90.71	30	0.43	23
25 滋賀県	92.86	3	93.00	7	0.14	36

	平成23年度		平成24年度		対前年度増減	
	順位		順位		順位	
	%	位	%	位	%	位
26 京都府	92.53	7	93.05	5	0.52	21
27 大阪府	87.24	44	87.76	46	0.52	20
28 兵庫県	90.65	27	91.05	26	0.40	25
29 奈良県	91.38	18	92.05	14	0.67	11
30 和歌山県	92.33	9	91.67	20	▲ 0.66	47
31 鳥取県	90.39	29	91.25	25	0.86	3
32 島根県	94.60	1	94.76	1	0.16	35
33 岡山県	90.10	33	90.50	32	0.40	26
34 広島県	90.08	34	90.12	36	0.04	42
35 山口県	91.33	19	91.69	19	0.36	29
36 徳島県	90.38	30	90.80	29	0.43	24
37 香川県	91.97	13	91.93	18	▲ 0.05	44
38 愛媛県	92.70	6	92.81	8	0.11	39
39 高知県	91.98	12	91.97	16	▲ 0.01	43
40 福岡県	90.75	25	90.86	27	0.11	38
41 佐賀県	92.80	4	93.15	4	0.34	30
42 長崎県	92.21	10	92.46	11	0.25	33
43 熊本県	90.52	28	90.63	31	0.11	40
44 大分県	91.20	21	91.95	17	0.75	7
45 宮崎県	91.14	22	90.86	28	▲ 0.28	46
46 鹿児島県	90.34	31	90.43	33	0.09	41
47 沖縄県	92.02	11	92.68	9	0.65	12
全国	89.39	—	89.86	—	0.47	—

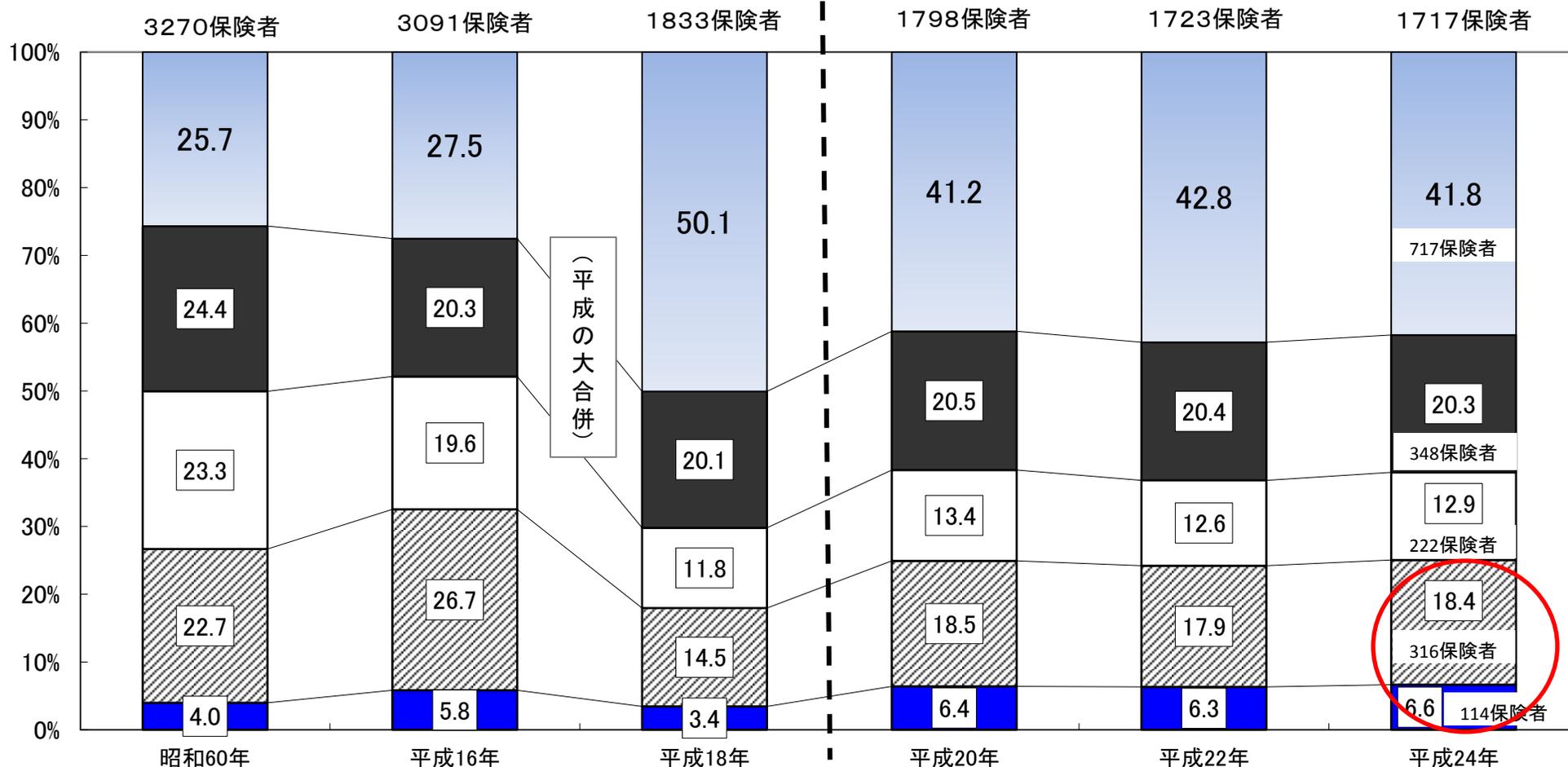
(出所) 国民健康保険事業年報

(注1) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

(注2) 平成24年度は速報値である。

保険者規模別構成割合の推移

平成24年9月末時点で、1,717保険者中430保険者(約1/4)が被保険者数3,000人未満の小規模保険者。



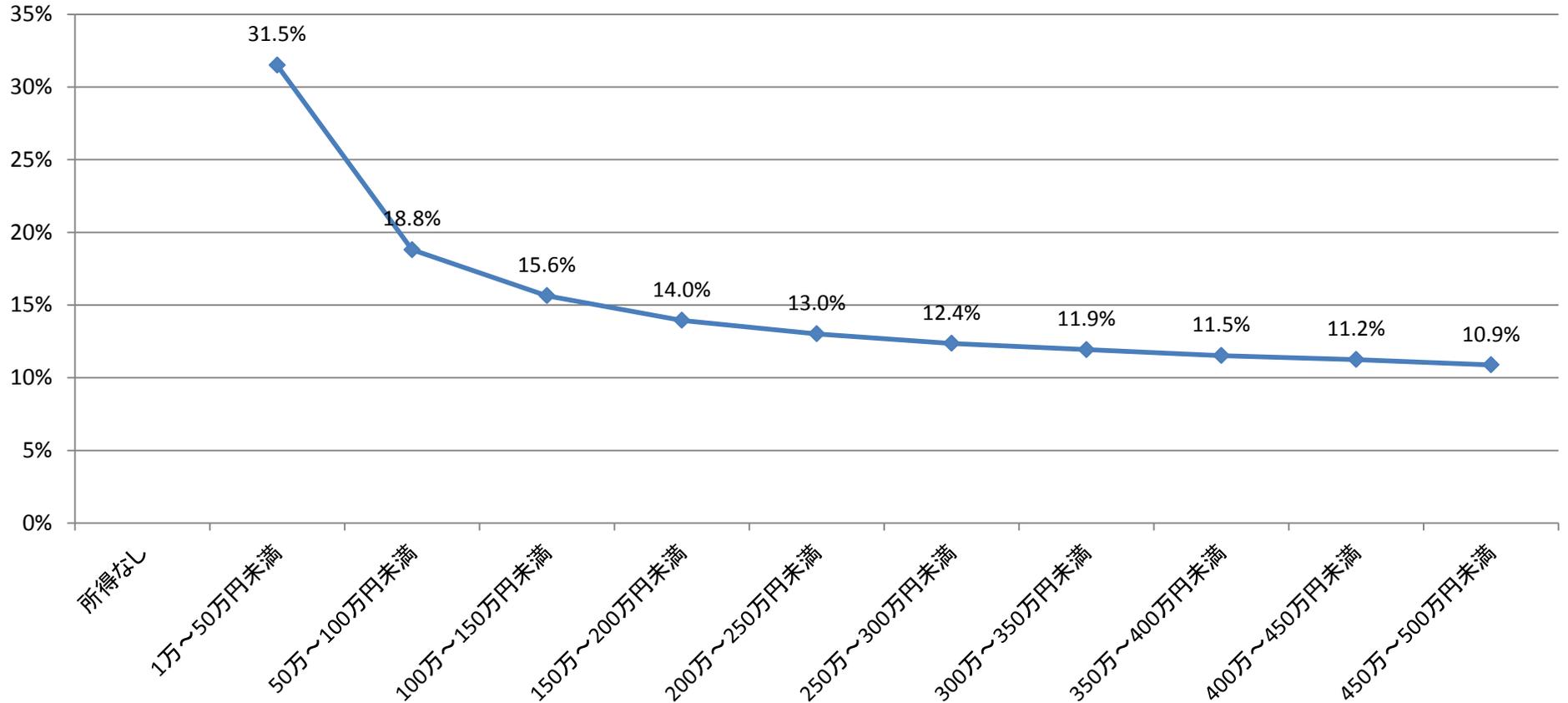
■加入者数1万人以上 ■加入者数5000人以上1万人未満 □加入者数3000人以上5000人未満 □加入者数1000人以上3000人未満 ■加入者数1000人未満

(出所)：「国民健康保険実態調査」

(注)平成20年度に後期高齢者医療制度が創設され、被保険者数が減少していることに留意が必要。

所得階級別の保険料負担率（市町村国保）

- 「所得」に対する「保険料」の割合（保険料負担率）は、低所得世帯ほど高くなっている。
- ※ 「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。

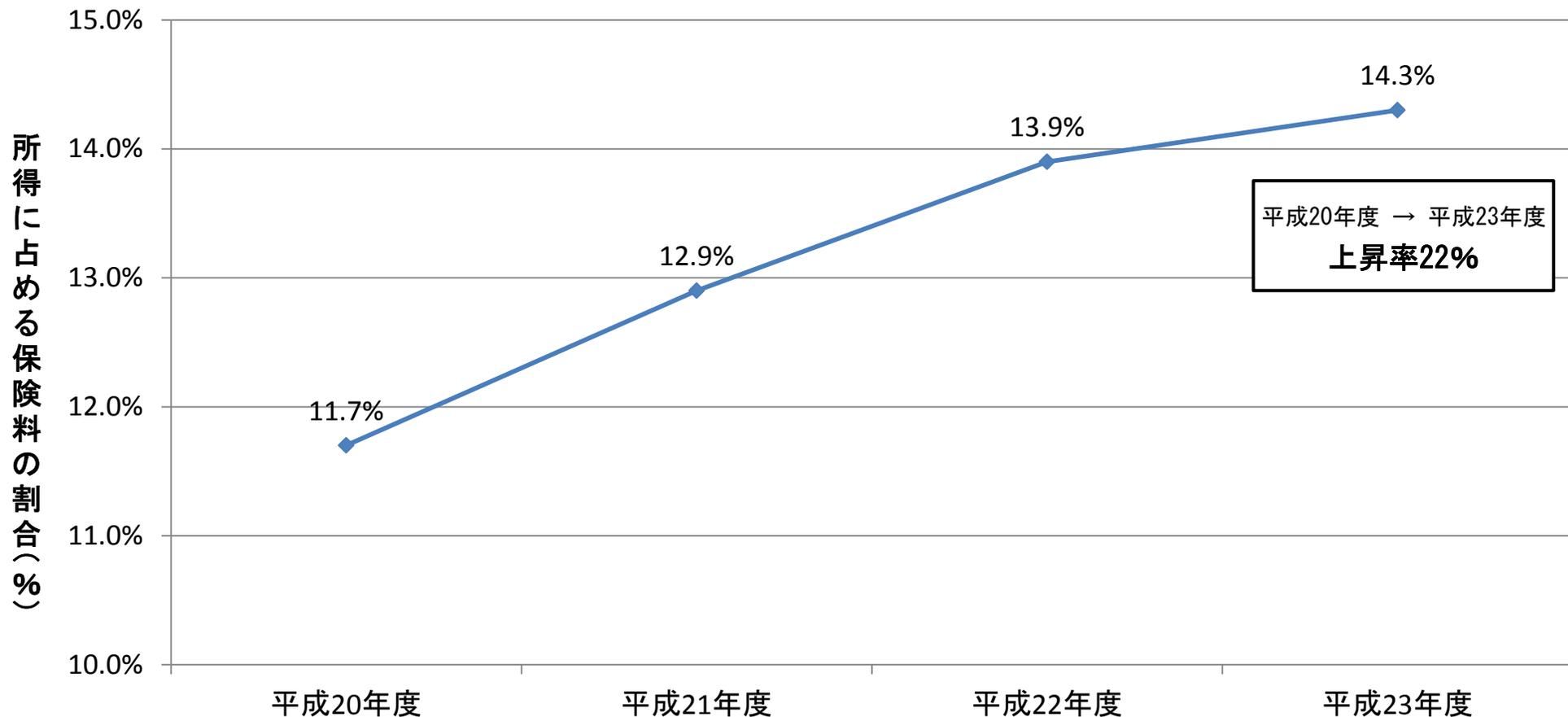


(出所)：「平成24年度 国民健康保険実態調査」

(注)ここでいう「所得」とは、旧ただし書き所得(総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた額)である。

市町村国保の保険料負担率の推移

- 所得に占める保険料の割合(保険料負担率)は年々上昇しており、平成23年度の保険料負担率は14.3%である。
- 平成20年度から平成23年度にかけて、保険料負担率は22.2%上昇している。



〔出典〕平成23年度国民健康保険事業年報、平成23年度国民健康保険実態調査

※1 ここでいう所得とは「旧ただし書所得」を指し、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額である。

※2 「保険料負担率」は、保険料(税)調定額を旧ただし書所得で除したものであり、保険料(税)調定額には、介護納付金分を含む。

都道府県別1人当たり医療費の格差の状況（平成23年度）

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別 1人当たり医療費			
	最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位		
北海道	初山別村	499,742	更別村	221,979	2.3倍	348,960	13
青森県	今別町	334,659	大間町	237,121	1.4倍	289,610	39
岩手県	西和賀町	388,532	軽米町	255,466	1.5倍	304,912	32
宮城県	白石市	337,398	蔵王町	254,831	1.3倍	298,676	34
秋田県	井川町	390,253	大湯村	236,080	1.7倍	332,750	19
山形県	小国町	359,318	新庄市	261,794	1.4倍	310,619	28
福島県	楢葉町	404,208	中島村	238,246	1.7倍	301,688	33
茨城県	北茨城市	305,945	境町	227,224	1.3倍	263,706	46
栃木県	茂木町	298,714	益子町	249,260	1.2倍	274,679	44
群馬県	神流町	455,192	昭和村	217,945	2.1倍	282,471	41
埼玉県	東秩父村	325,753	戸田市	249,227	1.3倍	279,558	42
千葉県	睦沢町	319,718	旭市	232,004	1.4倍	274,667	45
東京都	奥多摩町	372,855	小笠原村	144,950	2.6倍	279,109	43
神奈川県	山北町	337,732	大和市	274,842	1.2倍	289,951	38
新潟県	阿賀町	405,781	湯沢町	250,624	1.6倍	318,130	25
富山県	舟橋村	390,632	黒部市	318,887	1.2倍	337,963	16
石川県	宝達志水町	423,179	内灘町	334,865	1.3倍	354,483	12
福井県	美浜町	397,764	高浜町	285,929	1.4倍	334,576	18
山梨県	早川町	430,254	忍野村	234,554	1.8倍	291,006	37
長野県	麻績村	386,079	南牧村	167,460	2.3倍	297,461	35
岐阜県	関ヶ原町	366,112	輪之内町	253,011	1.4倍	307,985	30
静岡県	西伊豆町	343,424	清水町	264,675	1.3倍	292,143	36
愛知県	東栄町	349,831	田原市	232,371	1.5倍	287,795	40
三重県	南伊勢町	379,181	度会町	272,060	1.4倍	315,665	26

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別 1人当たり医療費			
	最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位		
滋賀県	多賀町	330,465	甲良町	268,794	1.2倍	306,131	31
京都府	南山城村	386,867	和束町	278,346	1.4倍	320,384	24
大阪府	岬町	416,130	泉南市	262,302	1.6倍	324,363	22
兵庫県	赤穂市	382,859	豊岡市	290,337	1.3倍	326,274	21
奈良県	上北山村	475,607	天理市	268,900	1.8倍	309,011	29
和歌山県	北山村	440,105	みなべ町	227,908	1.9倍	315,328	27
鳥取県	江府町	421,598	北栄町	298,699	1.4倍	329,073	20
島根県	川本町	460,305	隠岐の島町	317,001	1.5倍	371,282	3
岡山県	美咲町	407,839	総社市	333,944	1.2倍	355,102	11
広島県	大崎上島町	464,147	福山市	335,737	1.4倍	369,450	5
山口県	美祢市	440,667	下松市	325,649	1.4倍	377,135	1
徳島県	三好市	447,641	藍住町	317,470	1.4倍	361,744	9
香川県	坂出市	423,975	宇多津町	340,176	1.2倍	373,439	2
愛媛県	上島町	422,887	愛南町	293,045	1.4倍	337,475	17
高知県	北川村	539,526	宿毛市	300,716	1.8倍	355,862	10
福岡県	豊前市	417,963	那珂川町	291,620	1.4倍	339,278	14
佐賀県	みやき町	435,137	玄海町	314,599	1.4倍	364,498	7
長崎県	長崎市	418,422	小値賀町	274,866	1.5倍	365,260	6
熊本県	水俣市	496,467	小国町	264,527	1.9倍	338,411	15
大分県	津久見市	440,352	姫島村	274,885	1.6倍	369,987	4
宮崎県	美郷町	390,600	都農町	253,917	1.5倍	324,085	23
鹿児島県	南さつま市	453,139	与論町	224,960	2.0倍	362,410	8
沖縄県	渡名喜村	420,680	北大東村	159,177	2.6倍	259,549	47

(※) 3～2月診療ベースである。

1人当たり医療費 全国平均：308,669円

都道府県内における1人当たり所得の格差（平成23年度）

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
北海道	54.6	猿払村	252.6	赤平市	31.4	8.0
青森	44.1	六ヶ所村	69.1	今別町	31.5	2.2
岩手	45.5	普代村	59.4	大槌町	30.9	1.9
宮城	51.0	色麻町	60.9	女川町	35.3	1.7
秋田	44.0	大潟村	202.2	五城目町	34.6	5.8
山形	51.5	三川町	59.5	小国町	37.0	1.6
福島	47.3	飯舘村	81.9	浪江町	27.3	3.0
茨城	62.0	美浦村	81.1	北茨城市	43.0	1.9
栃木	65.3	宇都宮市	79.9	茂木町	45.1	1.8
群馬	58.2	嬭恋村	104.3	上野村	38.0	2.7
埼玉	72.3	和光市	91.9	神川町	48.0	1.9
千葉	72.1	浦安市	107.2	九十九里町	51.3	2.1
東京	91.4	千代田区	192.0	奥多摩町	57.5	3.3
神奈川	85.6	葉山町	114.0	真鶴町	66.4	1.7
新潟	53.3	津南町	62.4	阿賀町	38.3	1.6
富山	59.3	黒部市	65.5	氷見市	51.2	1.3
石川	58.1	野々市市	70.0	穴水町	43.3	1.6
福井	59.0	敦賀市	63.9	おおい町	49.9	1.3
山梨	57.9	山中湖村	82.1	丹波山村	40.8	2.0
長野	55.1	軽井沢町	134.9	売木村	29.1	4.6
岐阜	64.4	白川村	97.8	飛騨市	54.6	1.8
静岡	77.0	浜松市	106.4	南伊豆町	46.6	2.3
愛知	76.9	飛島村	115.4	東栄町	52.8	2.2
三重	60.9	木曽岬町	83.4	紀宝町	42.3	2.0

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
滋賀	60.7	栗東市	85.8	豊郷町	42.6	2.0
京都	53.5	長岡京市	70.3	井手町	41.5	1.7
大阪	53.3	箕面市	75.8	泉南市	37.7	2.0
兵庫	57.6	芦屋市	107.1	新温泉町	42.5	2.5
奈良	55.3	生駒市	75.3	野迫川村	33.5	2.2
和歌山	45.7	みなべ町	63.7	湯浅町	36.5	1.7
鳥取	45.4	北栄町	59.0	江府町	34.9	1.7
島根	50.9	海士町	62.5	津和野町	39.6	1.6
岡山	51.5	真庭市	63.2	美咲町	35.2	1.8
広島	59.3	海田町	69.7	安芸太田町	44.1	1.6
山口	51.2	光市	60.2	上関町	42.1	1.4
徳島	42.2	松茂町	58.6	つるぎ町	24.8	2.4
香川	52.4	直島町	71.8	小豆島町	40.6	1.8
愛媛	47.2	松山市	57.0	松野町	25.4	2.2
高知	43.5	馬路村	61.1	大豊町	24.5	2.5
福岡	49.2	新宮町	73.0	川崎町	21.6	3.4
佐賀	50.0	佐賀市	57.4	大町町	35.7	1.6
長崎	43.4	長与町	56.2	五島市	34.3	1.6
熊本	47.3	嘉島町	58.6	津奈木町	24.3	2.4
大分	42.6	竹田市	48.0	姫島村	24.3	2.0
宮崎	41.8	新富町	49.3	日之影町	31.3	1.6
鹿児島	39.1	南九州市	50.2	伊仙町	15.3	3.3
沖縄	36.5	北大東村	62.8	多良間村	14.1	4.5

1人当たり所得 全国平均：63.3万円

(注1)厚生労働省保険局「平成24年度国民健康保険実態調査」(保険者票)における平成23年所得である。

(注2)ここでいう「所得」とは、旧ただし書所得(総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額)である。

国保保険料の都道府県内格差（平成23年度）

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額			
	最大	最小	格差		順位		
北海道	猿払村	147,999	西興部村	54,466	2.7倍	84,416	14
青森県	平内町	96,437	鶴田町	52,623	1.8倍	77,801	33
岩手県	矢巾町	82,522	大槌町	28,853	2.9倍	65,982	45
宮城県	富谷町	89,126	女川町	20,785	4.3倍	69,834	43
秋田県	大湯村	127,952	小坂町	52,567	2.4倍	73,916	41
山形県	山形市	99,991	西川町	60,344	1.7倍	81,555	21
福島県	下郷町	84,153	楡葉町・富岡町・ 葛尾村	0	-	64,670	46
茨城県	境町	103,405	東海村	52,728	2.0倍	80,746	25
栃木県	上三川町	107,477	茂木町	66,925	1.6倍	87,992	6
群馬県	吉岡町	104,334	上野村	56,820	1.8倍	87,821	7
埼玉県	八潮市	97,519	小鹿野町	54,659	1.8倍	84,363	15
千葉県	富津市	105,596	成田市	65,039	1.6倍	85,565	12
東京都	千代田区	119,684	三宅村	41,949	2.9倍	82,787	19
神奈川県	南足柄市	109,182	座間市	72,446	1.5倍	88,979	3
新潟県	粟島浦村	89,418	津南町	55,147	1.6倍	76,350	36
富山県	黒部市	91,891	氷見市	72,374	1.3倍	84,449	13
石川県	加賀市	103,288	川北町	70,787	1.5倍	87,212	10
福井県	美浜町	92,279	池田町	54,504	1.7倍	79,409	29
山梨県	富士河口湖町	108,543	丹波山村	60,567	1.8倍	87,408	9
長野県	山形村	96,195	大鹿村	36,277	2.7倍	75,380	38
岐阜県	美濃市	105,262	飛騨市	61,153	1.7倍	89,605	1
静岡県	沼津市	100,586	川根本町	58,453	1.7倍	88,843	4
愛知県	田原市	102,073	東栄町	49,702	2.1倍	88,564	5
三重県	朝日町	115,990	大紀町	57,482	2.0倍	87,566	8

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり 保険料(税)調定額			
	最大	最小	格差		順位		
滋賀県	栗東市	109,118	甲良町	62,581	1.7倍	87,183	11
京都府	木津川市	91,005	伊根町	50,091	1.8倍	80,682	26
大阪府	池田市	97,608	田尻町	69,856	1.4倍	80,254	27
兵庫県	南あわじ市	100,546	新温泉町	55,134	1.8倍	81,363	23
奈良県	生駒市	103,224	下北山村	49,464	2.1倍	83,292	18
和歌山県	上富田町	96,752	古座川町	41,942	2.3倍	78,125	31
鳥取県	鳥取市	85,405	智頭町	55,631	1.5倍	78,033	32
島根県	出雲市	87,913	津和野町	60,591	1.5倍	79,850	28
岡山県	早島町	89,922	美咲町	53,075	1.7倍	81,250	24
広島県	呉市	91,347	神石高原町	53,772	1.7倍	83,986	17
山口県	山陽小野田市	100,117	上関町	64,207	1.6倍	89,061	2
徳島県	徳島市	96,779	那賀町	58,239	1.7倍	81,403	22
香川県	多度津町	97,055	小豆島町	67,258	1.4倍	81,584	20
愛媛県	四国中央市	95,713	愛南町	55,290	1.7倍	75,826	37
高知県	馬路村	91,361	三原村	46,223	2.0倍	74,959	39
福岡県	広川町	89,074	添田町	51,888	1.7倍	74,519	40
佐賀県	白石町	100,249	玄海町	66,599	1.5倍	84,058	16
長崎県	雲仙市	82,363	小値賀町	50,989	1.6倍	71,377	42
熊本県	あさぎり町	94,622	津奈木町	56,677	1.7倍	77,415	34
大分県	竹田市	93,290	姫島村	45,400	2.1倍	78,621	30
宮崎県	川南町	99,881	西米良村	57,570	1.7倍	76,951	35
鹿児島県	中種子町	86,214	伊仙町	34,123	2.5倍	68,933	44
沖縄県	北谷町	66,788	伊平屋村	32,512	2.1倍	53,608	47

(注1) 保険料(税)調定額には介護納付金分を含んでいない。

(注2) 被保険者数は3~2月の年度平均を用いて計算している。

(注3) 東日本大震災により保険料(税)が減免されたため、1人当たり保険料調定額が小さくなっている保険者がある
岩手県、宮城県、福島県を除くと東京都の格差が最大となる。

(※)平成23年度 国民健康保険事業年報を基に作成

1人当たり保険料(税)全国平均：81,698円

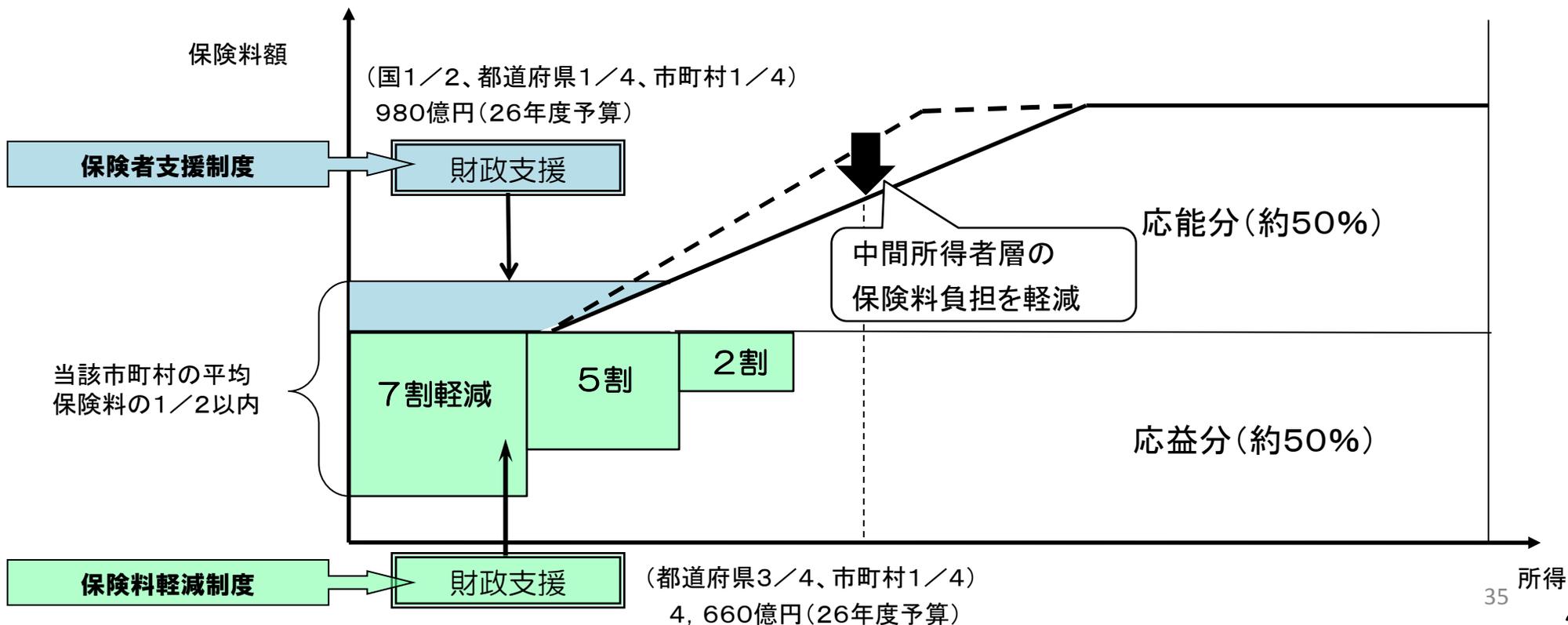
保険者支援制度及び保険料軽減制度の概要

○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。

○保険料軽減制度

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。



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。

※拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。

都道府県単位の共同事業

(事業主体:各都道府県の国民健康保険団体連合会)

高額医療費共同事業

事業規模 約3,410億円(平成26年度予算ベース)
(国1/4、都道府県1/4、市町村国保の拠出金1/2)

該当する高額医療費の実績(3年平均)に応じて拠出
→ 医療費の急激な変動を緩和

保険財政共同安定化事業

事業規模 約1兆1,800億円(平成22年度)
(全額:市町村国保の拠出金)

次の(1):(2)=50:50で拠出

- (1) 該当する高額医療費の実績(3年平均)に応じて拠出
→ 医療費の急激な変動を緩和
- (2) 被保険者数に応じて拠出
→ 保険料を平準化

1人1か月80万円超の医療費に関する共同事業※1

1人1か月30万円超の医療費に関する共同事業※2

平成27年度以降、事業対象を全ての医療費に拡大予定

実際に発生した医療費に応じて交付

交付金

拠出金

A市

交付金

拠出金

B町

交付金

拠出金

C村

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。

※1 医療費のうち80万円を超える額を対象としている

※2 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている

国民健康保険法の一部を改正する法律の概要 (平成24年4月5日成立)

(1) 財政基盤強化策の恒久化

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

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

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

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

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

(3) 財政調整機能の強化

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

※ これに伴い、定率国庫負担を**34%から32%**とする。

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

(4) その他

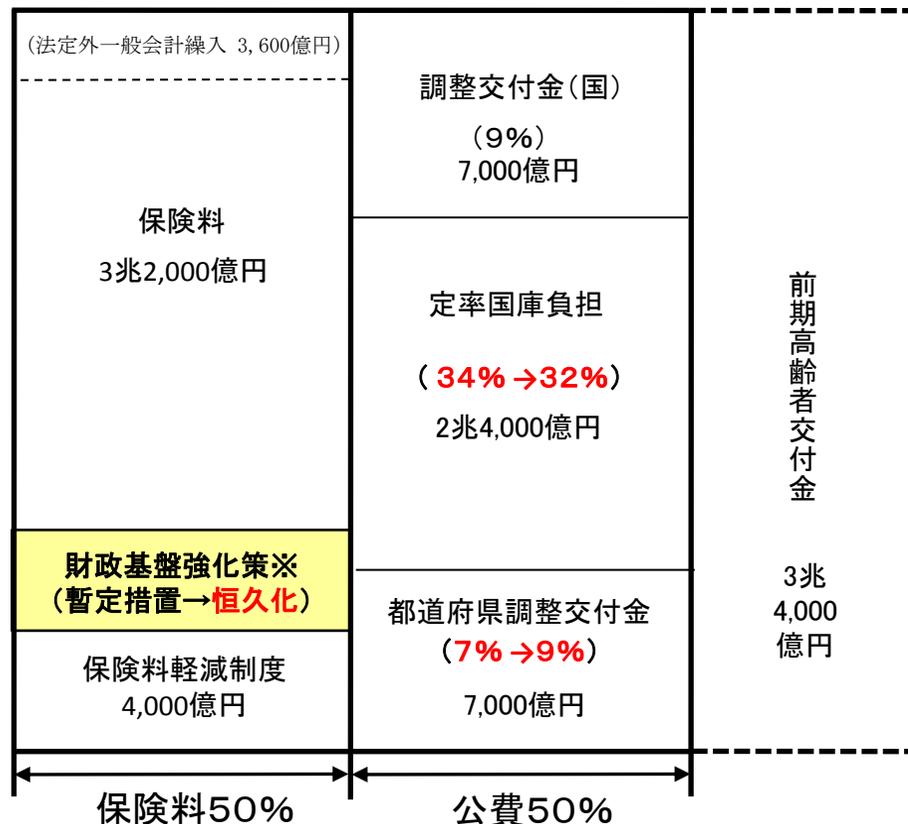
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

施行期日(適用日)

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

国保財政のイメージ

医療給付費等総額: 約11兆1,000億円
(24年度予算)



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

※法定外一般会計繰入は平成22年度実績ベース。

財政基盤強化策の恒久化（平成24年改正国保法）

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

【平成27年度】

※ 保険者支援制度

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

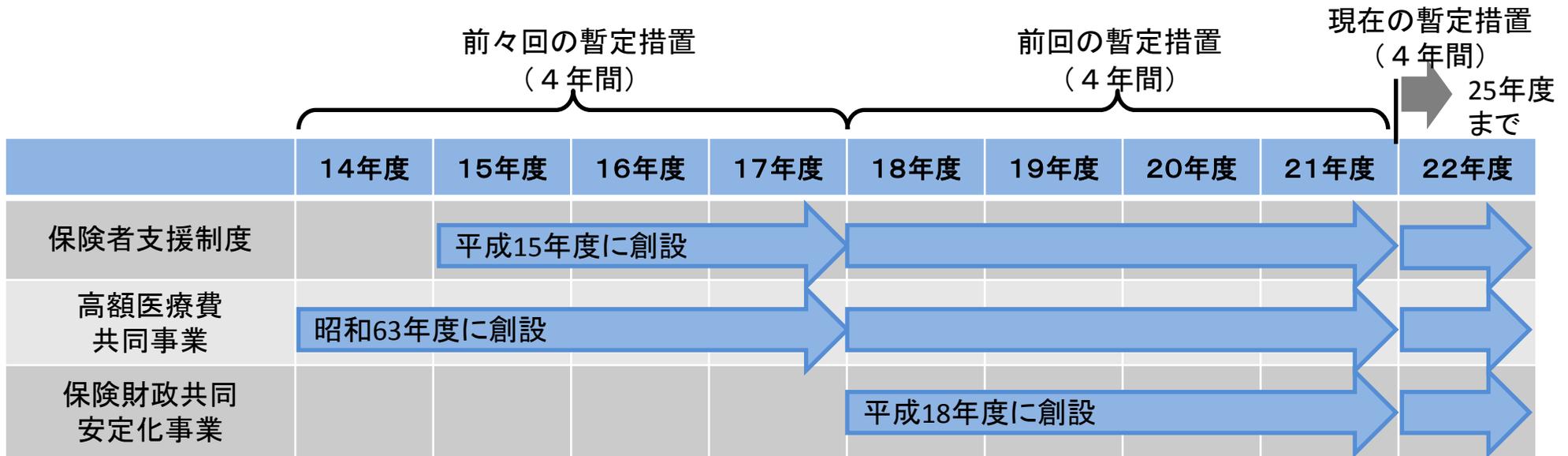
※ 都道府県単位の共同事業

① 高額医療費共同事業：

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

② 保険財政共同安定化事業：

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



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

財政運営の都道府県単位化の推進（平成24年改正国保法）

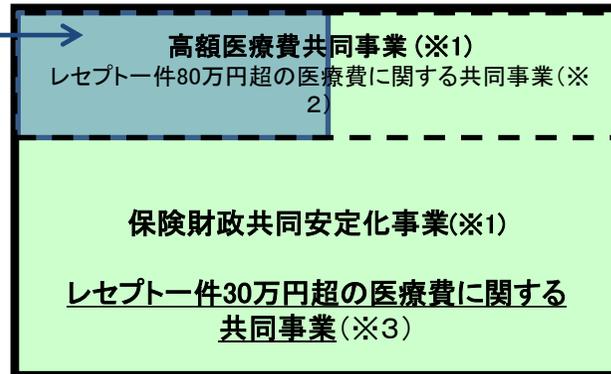
○ 市町村国保の都道府県単位の共同事業（保険財政共同安定化事業）について、事業対象をすべての医療費に拡大する。【平成27年度】

※ 拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。

【現行】

【改正後】

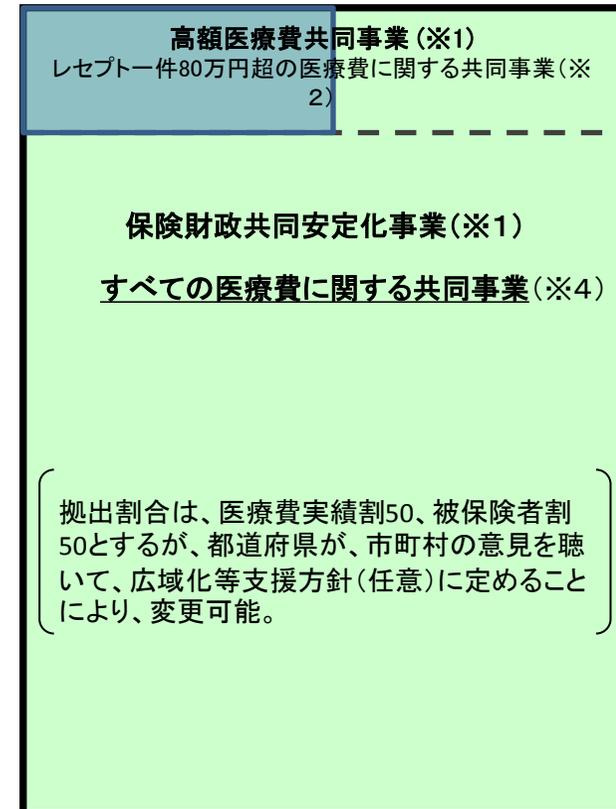
都道府県単位の共同事業



高額医療費に対する
公費投入 (※5)

都道府県が、市町村の意見を聴いて、広域化等支援方針(任意)に定めることにより、①対象医療費の拡大や②拠出割合の変更が可能

都道府県単位の共同事業の拡大



拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて、広域化等支援方針(任意)に定めることにより、変更可能。

※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置

※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。

※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている。

※4 自己負担相当額等を除く。

※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

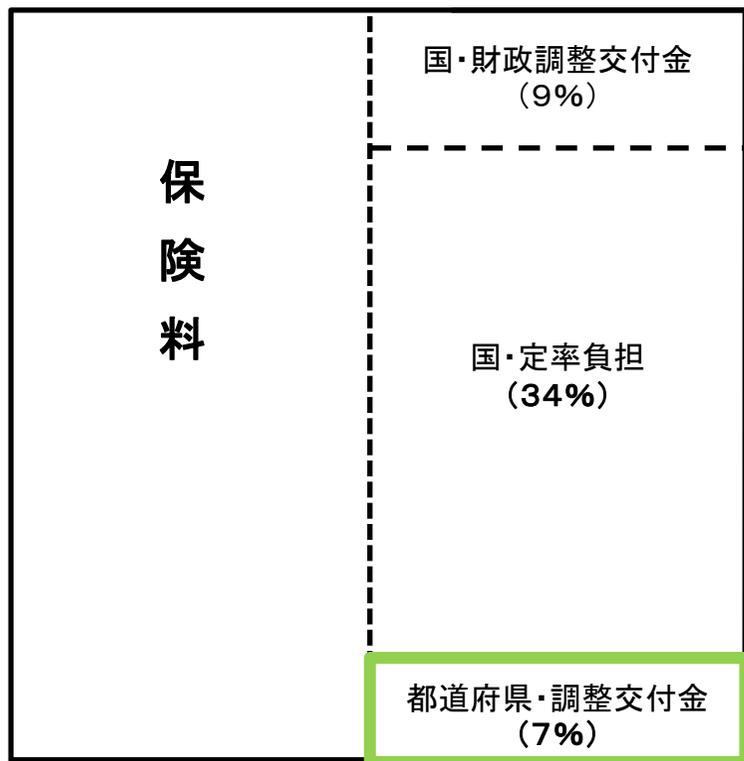
都道府県調整交付金の割合の引上げ

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

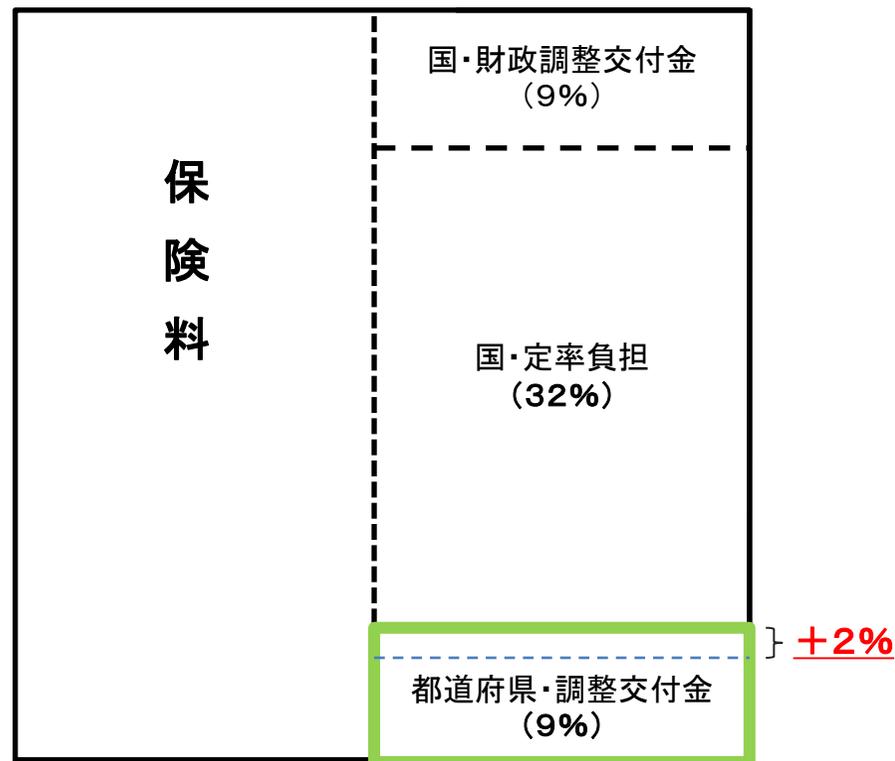
※ これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。

※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情に対応するために交付されている。

【現行】



【改正後】



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

見直し後の保険財政共同安定化事業等の拠出超過額に対する財政支援の概要

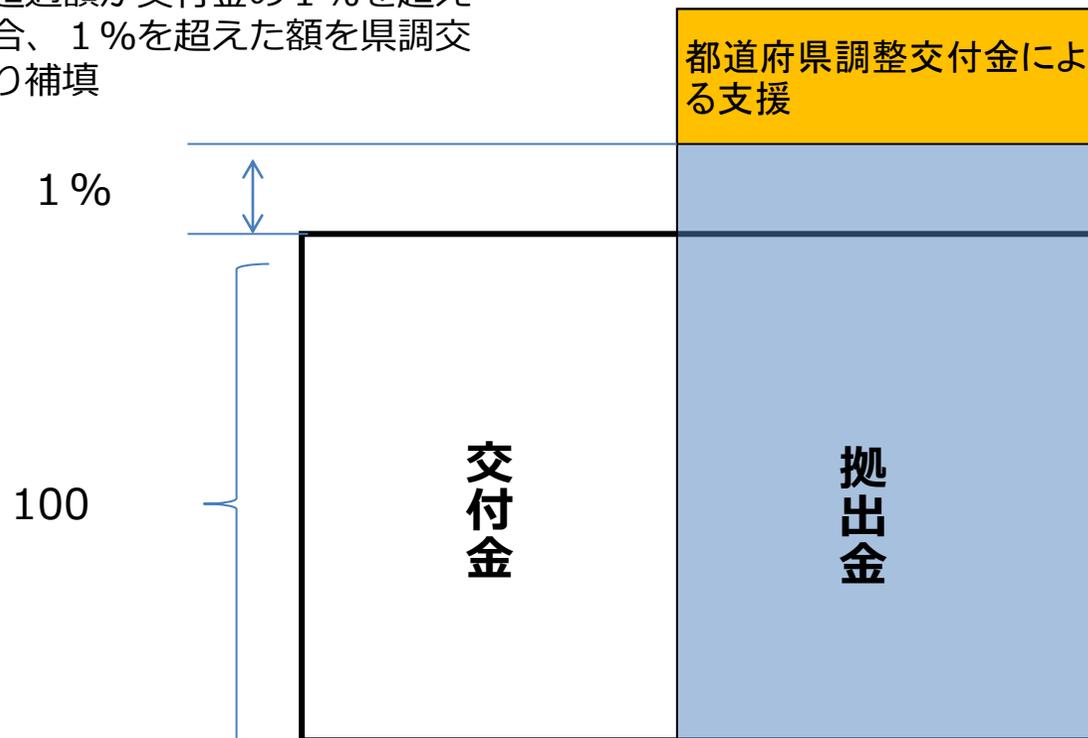
- 保険財政共同安定化事業の拠出金の持ち出し額(拠出金-交付金)が、交付金の1%を超える場合には、当該超過額を都道府県調整交付金により財政支援するよう、ガイドラインの見直しを行った。

※ 財政支援の対象となる拠出超過額の計算方法

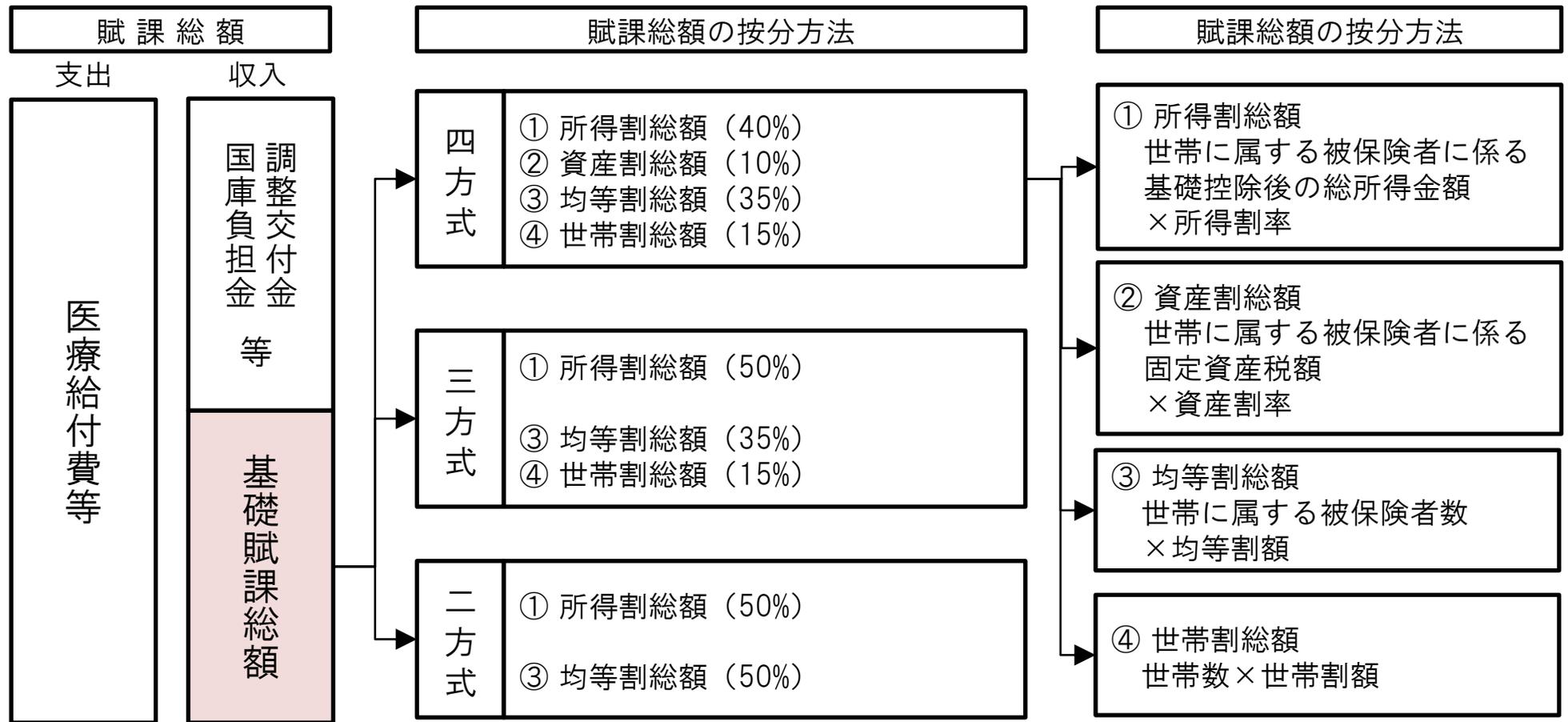
$$\text{支援対象の拠出超過額} = \frac{\text{拠出超過額}}{(\text{拠出額} - \text{交付額})} - \text{交付金の1\%}$$

【1%超過額に対する財政支援のイメージ】

拠出超過額が交付金の1%を超える場合、1%を超えた額を県調交により補填



国民健康保険料（税） 賦課基準



国民健康保険料（税）の賦課方式別保険者数

(平成23年度末現在)

区分	保険者数	保険者数による構成比
四方式	1, 179	69.2%
三方式	470	27.6%
二方式	54	3.2%
合計	1, 703	100.0%

※1 不均一課税の保険者(14保険者)を除く。

※2 計数は、四捨五入によっているため、端数において合致しないものがある。

※3 「平成23年度国民健康保険事業年報」より。

※4 基礎賦課分(医療給付費等にかかるもの)の賦課方式別保険者数。(基礎賦課分(他、後期高齢者支援金等、介護納付金にかかるものがある。))

市町村国保の保険者規模別収納率

年度	全国平均		市部平均										町村部平均			
			政令都市及び特別区		中核市		10万人以上		5万人以上10万人未満		5万人未満					
	増減差	増減差	増減差													
平成	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
19	90.49	0.09	90.13	0.11	88.32	0.50	89.94	▲ 0.27	89.05	0.04	90.44	0.05	91.98	0.05	93.47	▲ 0.04
20	88.35	▲ 2.13	87.91	▲ 2.22	85.97	▲ 2.36	87.48	▲ 2.47	85.49	▲ 3.56	87.51	▲ 2.93	89.85	▲ 2.12	92.08	▲ 1.39
21	88.01	▲ 0.34	87.58	▲ 0.33	85.89	▲ 0.08	87.16	▲ 0.32	85.56	0.07	86.69	▲ 0.82	89.47	▲ 0.38	91.88	▲ 0.20
22	88.61	0.59	88.19	0.60	86.30	0.41	87.91	0.75	86.56	1.00	87.32	0.63	90.12	0.65	92.42	0.56
23	89.39	0.78	89.01	0.82	87.42	1.12	88.63	0.72	87.31	0.75	88.00	0.68	90.81	0.69	92.98	0.56
24	89.86	0.47	89.49	0.48	87.92	0.50	89.00	0.37	87.61	0.30	88.54	0.54	91.29	0.48	93.46	0.48

(注1) 市部内訳における保険者規模は、年度平均の被保険者数による。

(注2) 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)

【出典】平成24年度国民健康保険(市町村)の財政状況(速報)

<参考>後期高齢者医療制度の保険料収納率の推移

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
98.75%	99.00%	99.10%	99.20%

【出典】厚生労働省保険局「平成23年度後期高齢者医療事業年報」

市町村国保における保険者の規模と特定健診実施率（平成23年度）との関係

- 市町村国保における保険者の規模等と特定健診の実施率との関係をみると、
- ・行政区分でみると、「実施率が上位10%までに位置する保険者」については、町村部の保険者が大半(88%)を占めている。
 - ・保険者ごとの特定健診対象者数の規模別でみると、「実施率が上位10%までに位置する保険者」については、特定健診対象者数が1,000人未満の保険者が42.7%を占めている。

(1) 行政区分

	特定健診実施率51.5%以上 (上位10%の保険者)		特定健診実施率23.5%以下 (下位10%の保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
町村部	151	88.3%	65	37.8%	910	53.0%
市部						
政令都市及び特別区	0	0.0%	9	5.2%	43	2.5%
中核市	0	0.0%	9	5.2%	40	2.3%
その他	20	11.7%	89	51.8%	724	42.1%
合計	171	100.0%	172	100.0%	1717	100.0%

(2) 特定健診対象者の規模

特定健診対象者数	特定健診実施率51.5%以上 (上位10%の保険者)		特定健診実施率23.5%以下 (下位10%の保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
500人未満	36	21.1%	3	1.7%	70	4.1%
500～1,000人未満	37	21.6%	8	4.7%	132	7.7%
1,000～5,000人未満	75	43.9%	51	29.7%	639	37.2%
5,000～10,000人未満	14	8.2%	46	26.7%	341	19.9%
10,000～50,000人未満	9	5.3%	46	26.7%	447	26.0%
50,000～100,000人未満	0	0.0%	9	5.2%	60	3.5%
100,000～500,000人未満	0	0.0%	8	4.7%	27	1.6%
500,000～1,000,000人未満	0	0.0%	1	0.6%	1	0.1%
1,000,000人以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	171	100.0%	172	100.0%	1717	100.0%

保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書（概要）

平成24年度厚生労働省委託事業(平成25年3月みずほ情報総研株式会社)

○ 保険者機能とは「保険者が果たしている（果たすべき）役割・機能」であり、以下の①～⑥と整理。

保険者とは

医療費の資金調達（ファイナンス）に関し社会保険方式を採用
⇒ 保険運営を行う主体が必要（＝保険者）

医療にはファイナンスの前に
医療サービスの提供・受療という過程がある
⇒ 保険者は医療の共同購入組織・加入者の健康の保持増進を図る必要

保険者機能とは

① 被保険者の適用（資格管理） ③ 保険給付（付加給付も含む）
② 保険料の設定・徴収 ④ 審査・支払

⑤ 保健事業等を通じた加入者の健康管理
⑥ 医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

加入者のエージェントとして、加入者の利益の最大化を図る観点から、具体的に整理すると…

- ① 適正に被保険者の適用・資格管理を行うこと
- ② 加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を行うこと
- ③ 必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うこと
- ④ レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通じて、適正な審査・支払を行うこと
- ⑤ レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること
 - ・ 加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと
 - ・ 医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること
- ⑥ 医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと
 - ・ レセプトデータ等の活用による医療費等の分析、医療関連計画の策定への参画、診療報酬の交渉などにより良質な医療を効率的に提供するよう医療提供側へ働きかけること

※1 保険者機能の発揮には、一定の体制整備とコストが必要であり、保険者機能と一口にいても、複数の保険者が共同して行うことになじむもの、保険者全体（例えば保険者協議会）で対応すべきものがあること、保険者種別ごとの制度上の違いがあること、保険者ごとの置かれている状況に応じて最重要課題として取り組んでいることが異なることなどを踏まえた対応が必要。

※2 複数の保険者が共同して行うことになじむもの、保険者全体（例えば保険者協議会）で対応すべきものなど、個々の保険者機能の内容・性格等を踏まえた対応が必要。

国民健康保険事業の事務の広域化(保険料賦課・徴収方法の比較)

- 現在、国民健康保険事業を広域連合により実施しているのは、空知(そらち)中部広域連合(北海道:6市町)、大雪(だいせつ)地区広域連合(北海道:3町)、後志(しりべし)広域連合(北海道:16町村)、最上地区広域連合(山形:4町村)の4例。
- 広域連合により国保事業を実施する場合の保険料の賦課・徴収について、大きく以下2つの方法がある。

	分賦金方式	直接賦課方式
広域連合名	空知中部広域連合(北海道) 後志広域連合(北海道)	大雪地区広域連合(北海道) 最上地区広域連合(山形)
賦課主体	各市町村	広域連合
料/税	各市町村において選択可 (空知:6市町すべて国保税) (後志:16町村すべて国保税)	国保税のみ可
賦課基準	各市町村が独自に選択 (空知:5市町4方式、1町3方式) (後志:16町村すべて4方式)	構成市町村すべて統一 (大雪:4方式) (最上:4方式)
徴収主体	各市町村	各市町村
未納が生じた場合の財政責任	各市町村 ※広域連合は給付に必要な額を市町村に分賦金として賦課し、市町村は収納率に関わらず分賦金を納付 (分賦金納付率100%)	広域連合 ※市町村は徴収した額のみ納付
収納率 (平成23年度)	空知:97.2% 後志:94.7% ※広域連合を構成する市町村全体の収納率	大雪:94.8% 最上:92.2%

(注)直接賦課方式においても、広域連合を構成する市町村をいくつかのグループに分類し、グループごとに賦課基準を決定する方式(不均一方式)が制度上は可能であるが、実例はない。

「旧ただし書所得」について

- 国民健康保険料の所得割は、「旧ただし書所得」を算定の基礎としている。
- 「旧ただし書所得」とは、「収入」(事業収入、給与収入、年金収入等)から、必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を控除し(「総所得金額等」)、さらに「所得控除」(基礎控除(33万円)、配偶者控除、扶養控除等)のうち、「基礎控除(33万円)」のみを控除した後の所得金額である。

収入

事業収入、給与収入、年金収入 等

総所得金額等

必要経費、給与所得控除、
公的年金等控除 等

旧ただし書所得

基礎控除
(33万円)

課税所得

所得控除
(基礎控除、配偶者控除、扶養控除 等)

【例】

(1) 旧ただし書所得が100万円となる給与収入

給与収入216万円の場合 : $216\text{万円} - 82.8\text{万円}(\text{給与所得控除}) - 33\text{万円}(\text{基礎控除}) = 100\text{万円}(\text{旧ただし書所得})$

(2) 基礎年金相当の年金受給者の旧ただし書所得

年金収入80万円の場合 : $80\text{万円} - 70\text{万円}(\text{公的年金等控除}) - 33\text{万円}(\text{基礎控除}) = 0\text{円}(\text{旧ただし書所得})$

(65歳未満の方)

第 75 回 社会保障審議会医療保険部会
(H26.5.19) 資料 2-1

全国健康保険協会について

平成26年5月19日
厚生労働省保険局

被用者保険の現状と課題

1. 協会けんぽの財政基盤

- ・協会けんぽの保険料率は大きく上昇
9.34% (22年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (24年度～)

2. 被用者保険者間の財政力の格差

- ・被保険者一人あたり標準報酬総額
協会けんぽ372万円、健保組合542万円 (26年度)
- ・健保組合の保険料率
最低: 4.8% 最高: 12.1% (平均8.86%) (26年度)

3. 高齢者医療への拠出金負担

- ・義務的支出に占める高齢者医療拠出金(後期、前期)の割合
健保組合・・・43.5% (20年度) → 45.1% (23年度) → 47.7% (26年度)
協会けんぽ・・・39.0% (20年度) → 39.4% (23年度) → 41.9% (26年度)
- ・保険料率の推移
健保組合・・・7.4% (20年度) → 8.0% (23年度) → 8.9% (26年度)
協会けんぽ・・・8.2% (20年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (26年度)

国庫補助の水準の検討

協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長(健保法等の一部を改正する法律)。

平成27年度以降の協会けんぽの国庫補助の水準について、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

全面総報酬割の検討

後期高齢者支援金の負担方法を、全面的に各被用者保険者等の総報酬に応じた負担することについて、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

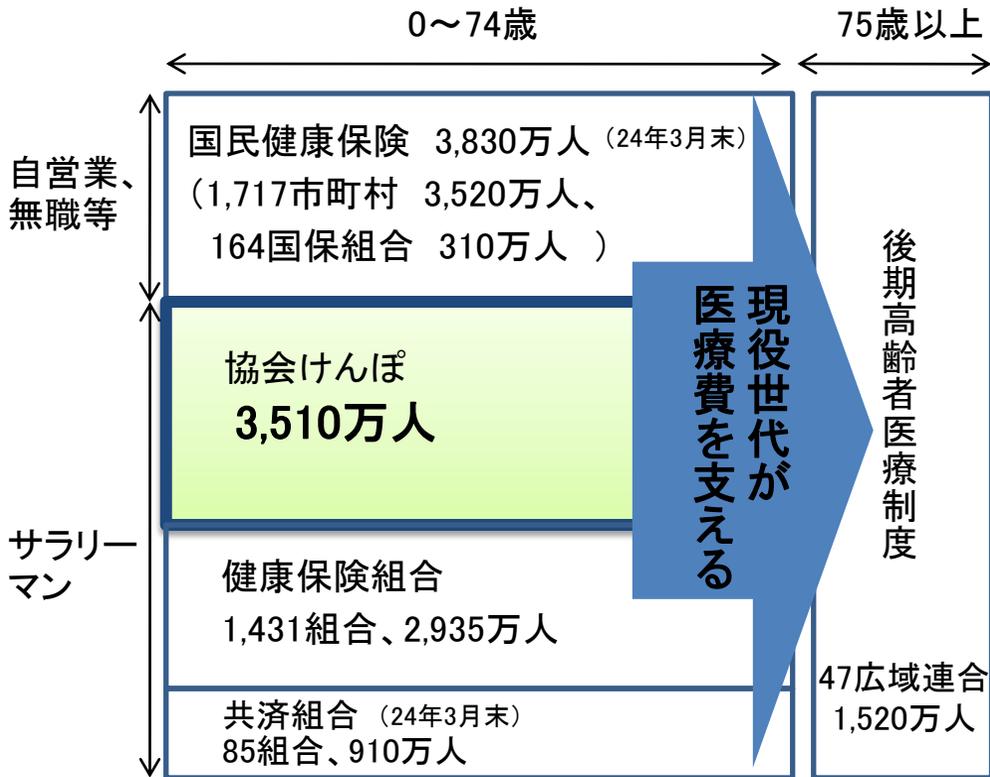
高齢者医療制度の在り方

高齢者医療制度の費用負担の在り方について、プログラム法の規定等を踏まえ、検討。

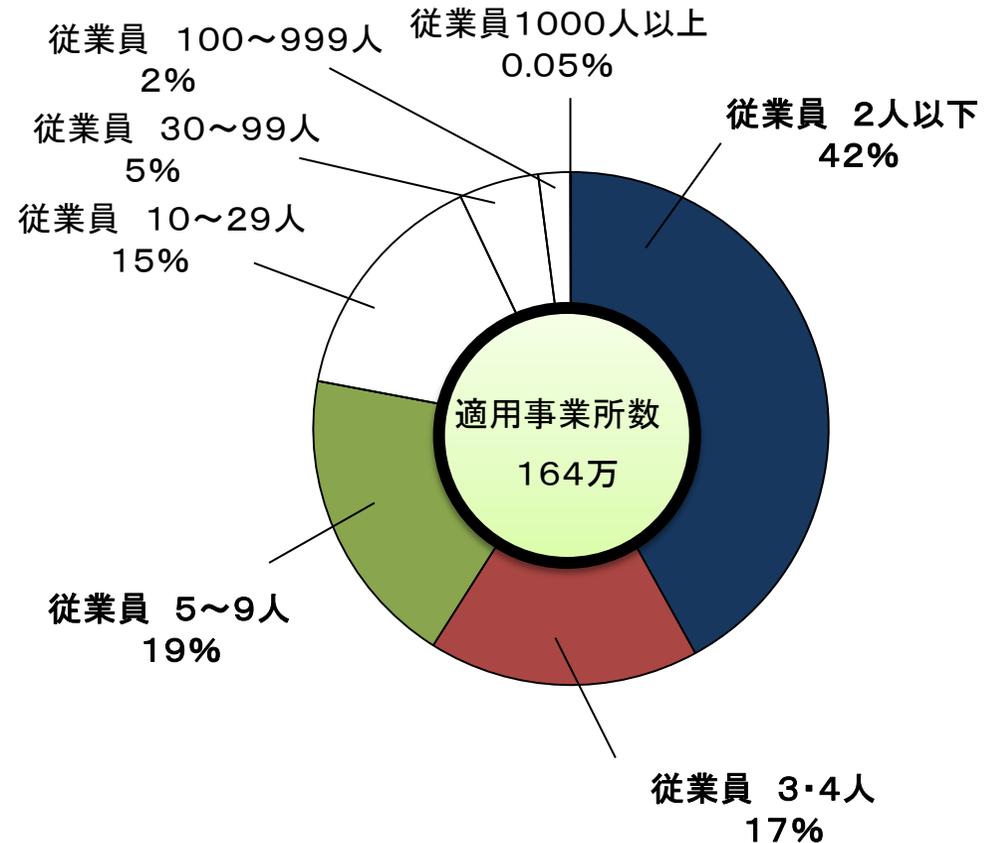
協会けんぽ（全国健康保険協会）の規模

- 約3500万人(国民の3.6人に1人)が加入者。
- 中小企業・小規模事業所が多く、事業所数の約3/4以上が従業員9人以下。

○ 保険者の位置付け (25年3月末)



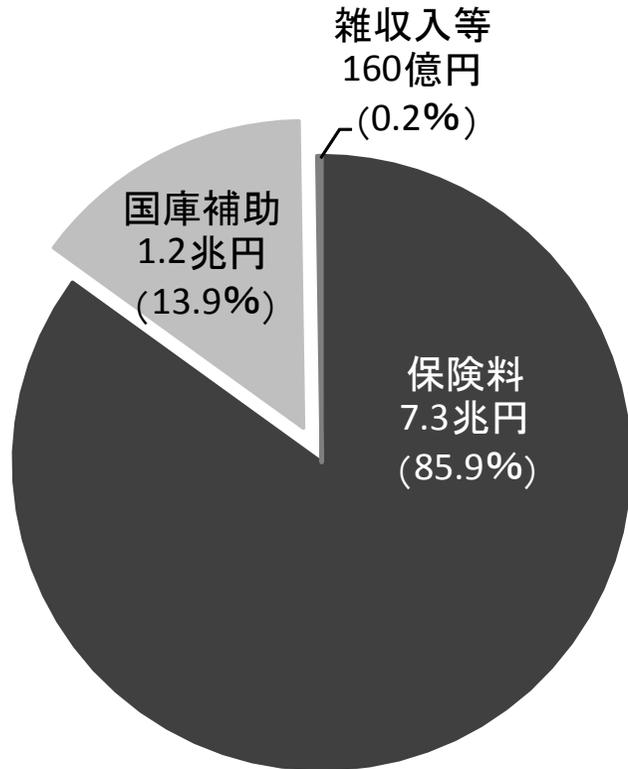
○ 協会の事業所規模別構成 (25年3月末)



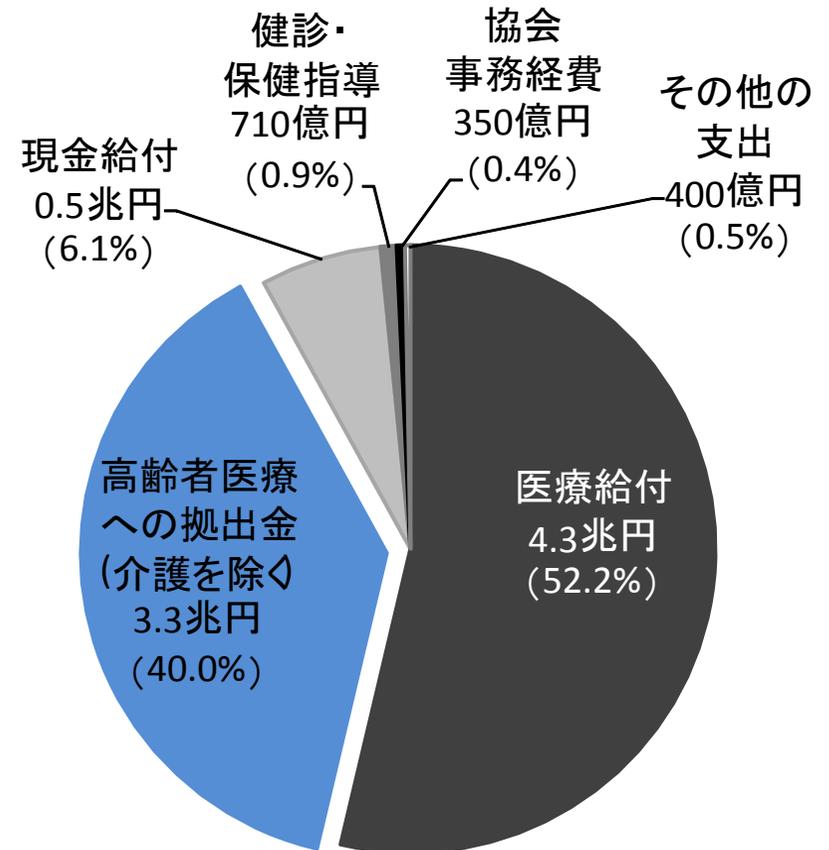
協会けんぽの財政構造（24年度決算）

○ 協会けんぽ全体の収支は約8兆円だが、その約4割、約3兆円以上が高齢者医療への拠出金に充てられており、平成24年度では約3,000億円増加。25年度もさらに約2,100億円増加の見込み。

収入 8兆5,127億円



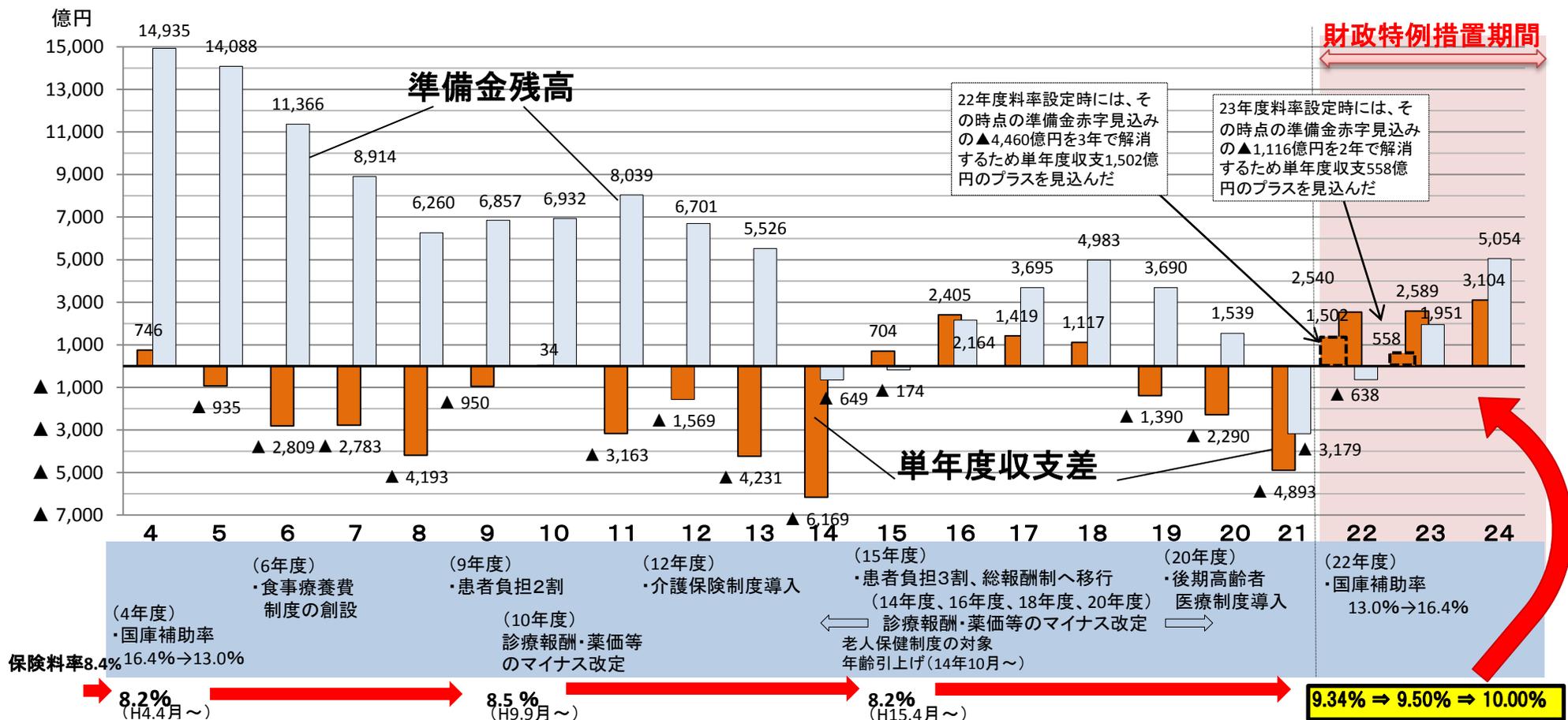
支出 8兆2,023億円



（注）端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

協会けんぽの単年度収支差と準備金残高の推移

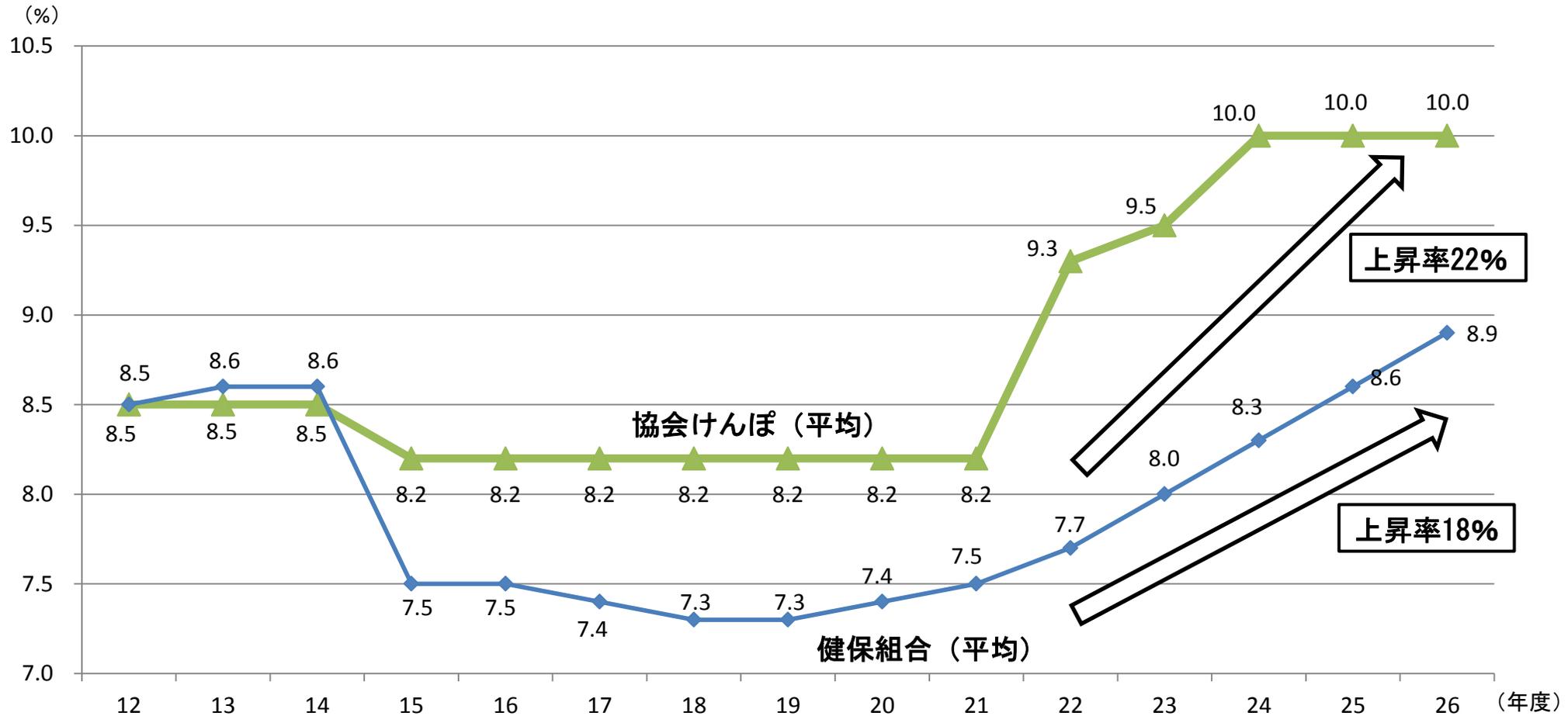
- 19年度から単年度赤字に陥り、18年度に5,000億円あった準備金(累積黒字・赤字)は21年度末で▲3,200億円に悪化。
- ▲3,200億円に悪化。
- 22年度以降、保険料率を大幅に引き上げるとともに、国庫補助率を13%から16.4%に引き上げることなどにより、単年度収支をプラスにして財政運営。



(注) 1. 平成5年度、6年度、8年度、9年度、13年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延分の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。
 2. 平成21年度以前は国庫補助の精算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。

協会けんぽと健康保険組合の保険料率の推移

- 近年、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている（協会けんぽは、24年度以降据え置き）。
- 協会けんぽへの国庫補助により、一定程度格差が縮小されている。



(※ 1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。

(※ 2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、平成23年度までは実績、24年度は実績見込、25年度は予算ベース、26年度は予算早期集計ベースによる。

被用者保険の準備金等について

- 協会けんぽは必要とされる法定準備金を常に下回っている一方、健保組合は上回っている。

<準備金等残高の推移（医療分）>

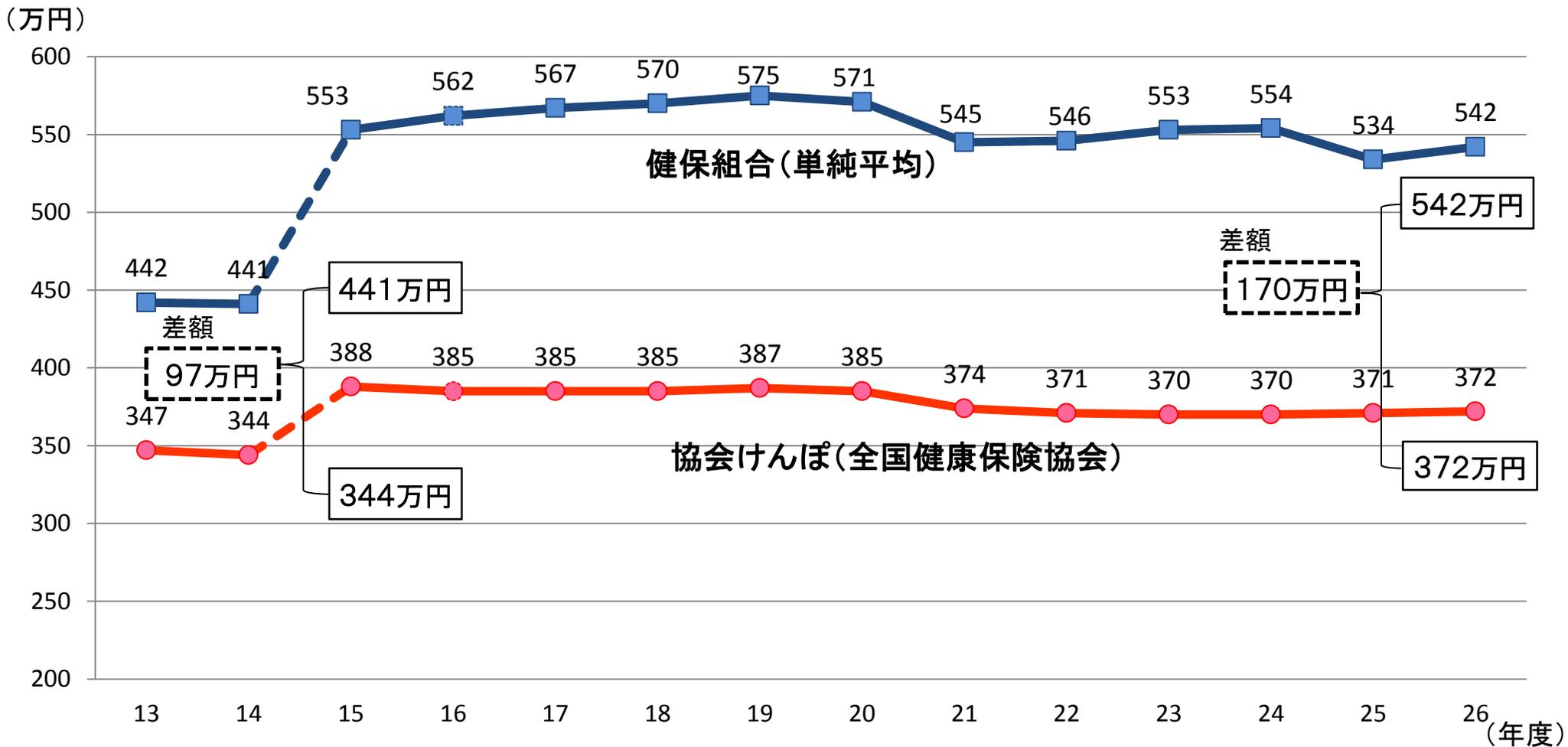
	平成21年度末	平成22年度末	平成23年度末	平成24年度末
協会けんぽ <必要とされる法定準備金>	△3,179億円 <5,752億円>	△638億円 <5,784億円>	1,951億円 <5,855億円>	5,054億円 <6,011億円>
健保組合 (うち法定準備金) <必要とされる法定準備金>	3兆8,809億円 (1兆6,467億円) <1兆4,912億円>	3兆5,751億円 (1兆6,854億円) <1兆5,389億円>	3兆3,742億円 (1兆7,661億円) <1兆5,688億円>	3兆2,133億円 (1兆8,178億円) <1兆6,228億円>

(参考)

- 協会けんぽの加入者数 : 約3,510万人 (平成24年度末)
- 健康保険組合の加入者数 : 約2,935万人 (平成24年度末)
- 協会けんぽの法定準備金は、保険給付費相当分1か月分 (約3千億円) 及び後期高齢者支援金等拠出金相当分1か月分 (約3千億円)。
- 健保組合の法定準備金は、平成24年度以前は、保険給付費相当分3か月分 (約9千億円) 及び後期高齢者支援金等拠出金相当分3か月分 (約7千億円) とされていた (平成25年度以降は、保険給付費相当分3か月分、後期高齢者支援金等拠出金相当分1か月分の準備金を積み立てなければならないとされている)。

協会けんぽと健康保険組合の報酬水準の推移

○ 平成15年度より総報酬制へ移行してから、保険料の基礎となる報酬水準の格差が拡大。



注1：平成元～14年度は、被保険者1人当たり標準報酬月額を単純に12倍。15年度以降は、賞与を含む被保険者1人当たり標準報酬総額。

注2：健康保険組合は平成23年度までは実績、平成24年度は実績見込、平成25年度は予算ベース、平成26年度は予算早期集計ベース。

注3：協会けんぽは平成24年度までは実績、平成25年度以降は平成26年度予算ベース。

協会けんぽの国庫補助に関する国民会議報告書・プログラム法の規定等

■社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日) (抄)

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

健康保険法等の一部改正法の附則においては、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとり、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある。

■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(平成25年法律第112号) (抄)

(医療制度)

第四条 (略)

2～6 (略)

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

イ・ロ (略)

ハ 健康保険法等の一部を改正する法律(平成二十五年法律第二十六号)附則第二条に規定する所要の措置

二・三 (略)

8 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年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二十七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。

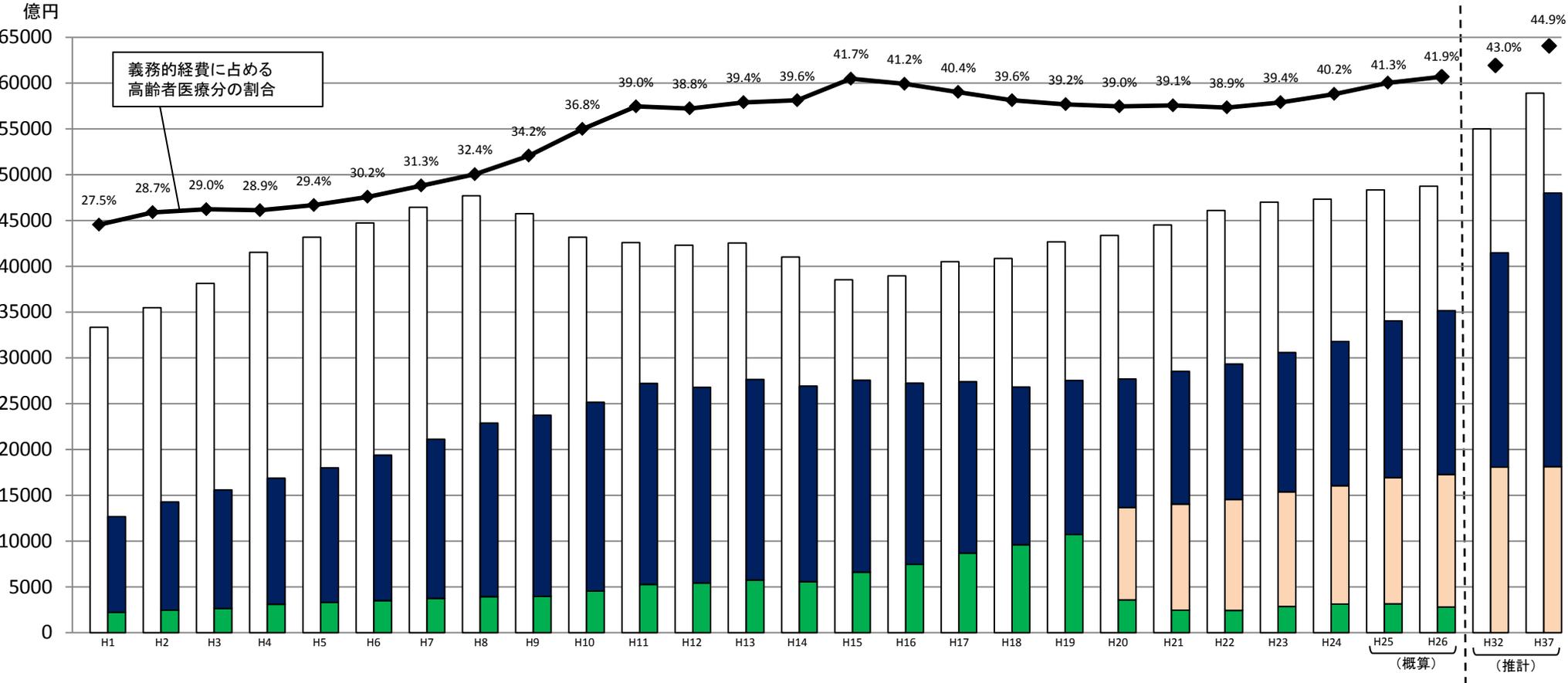
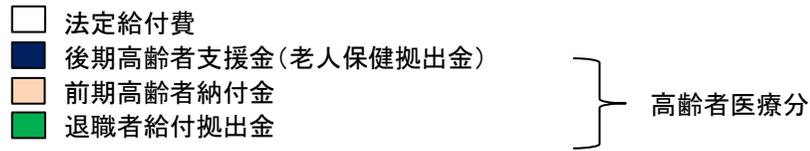
■健康保険法等の一部を改正する法律(平成25年法律第26号) (抄)

附 則

(検討)

第二条 政府は、第一条の規定による改正後の健康保険法附則第五条及び第五条の三(国庫補助率に係る部分に限る。)の規定について、**全国健康保険協会が管掌する健康保険の財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況、国の財政状況その他社会経済情勢の変化等を勘案し、平成二十六年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講ずるものとする。**

高齢者医療への拠出負担の推移(協会けんぽ)



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成24年度までは実績額を、平成25年度及び平成26年度は概算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成24年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成25年度及び平成26年度は概算賦課額。

※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度以降は3分の1総報酬割としている。

※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

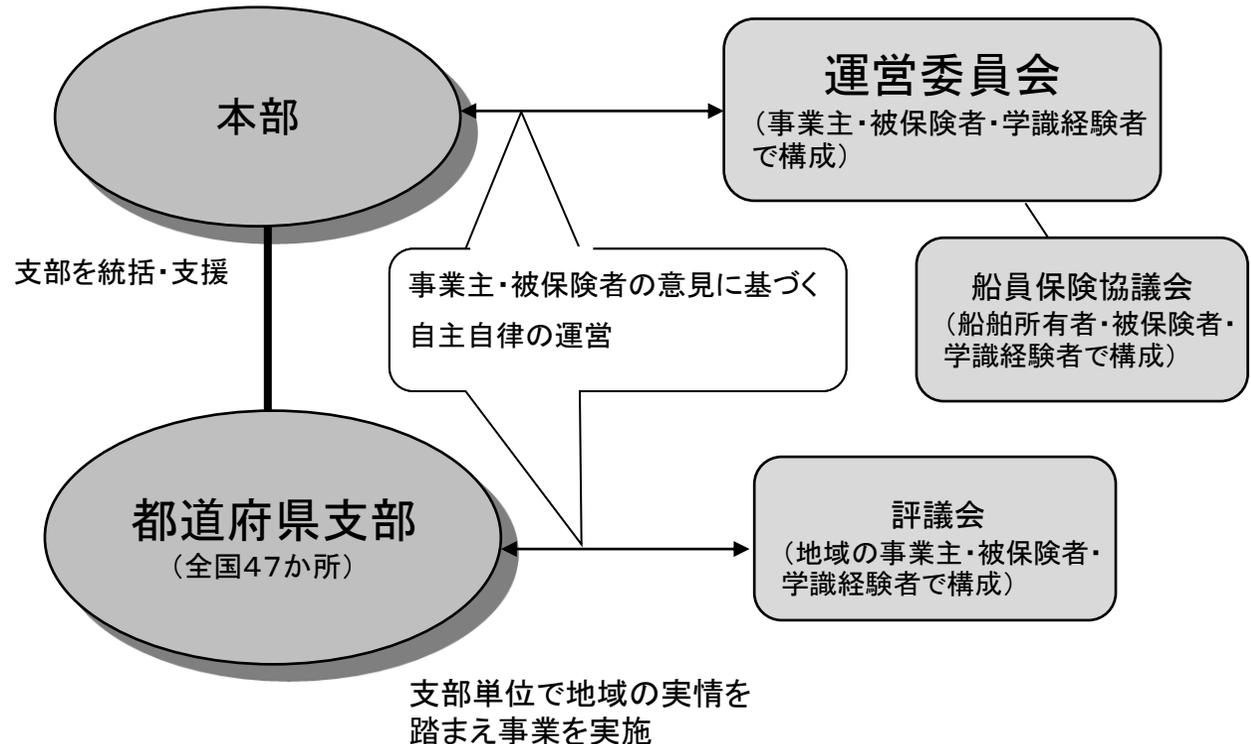
參考資料

協会けんぽ（全国健康保険協会）の概要

- 平成20年10月、協会けんぽが設立。政府管掌健康保険を国から引き継ぎ、協会が運営。
- 非公務員型の法人であり、職員は民間職員。
- 約3500万人（国民の3.6人に1人）が加入者。（平成25年3月末）
- 中小企業・小規模企業が多く、事業所数の約3/4以上が従業員9人以下。

○組織（平成26年度）

- ・本部と47都道府県支部で構成
- ・理事長（小林剛）、理事6名、監事2名
- ・常勤職員数 2,124名



- 平成26年度の全国平均保険料率は10.00%であるが、都道府県支部ごとに保険料率が設定されており、最高は佐賀の10.16%、最低は長野の9.85%。
- 健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）に基づき、平成25年度及び平成26年度の給付費等に係る国庫補助率については、13%から16.4%に引き上げられている。

協会けんぽの収支状況（医療分）

（単位：億円）

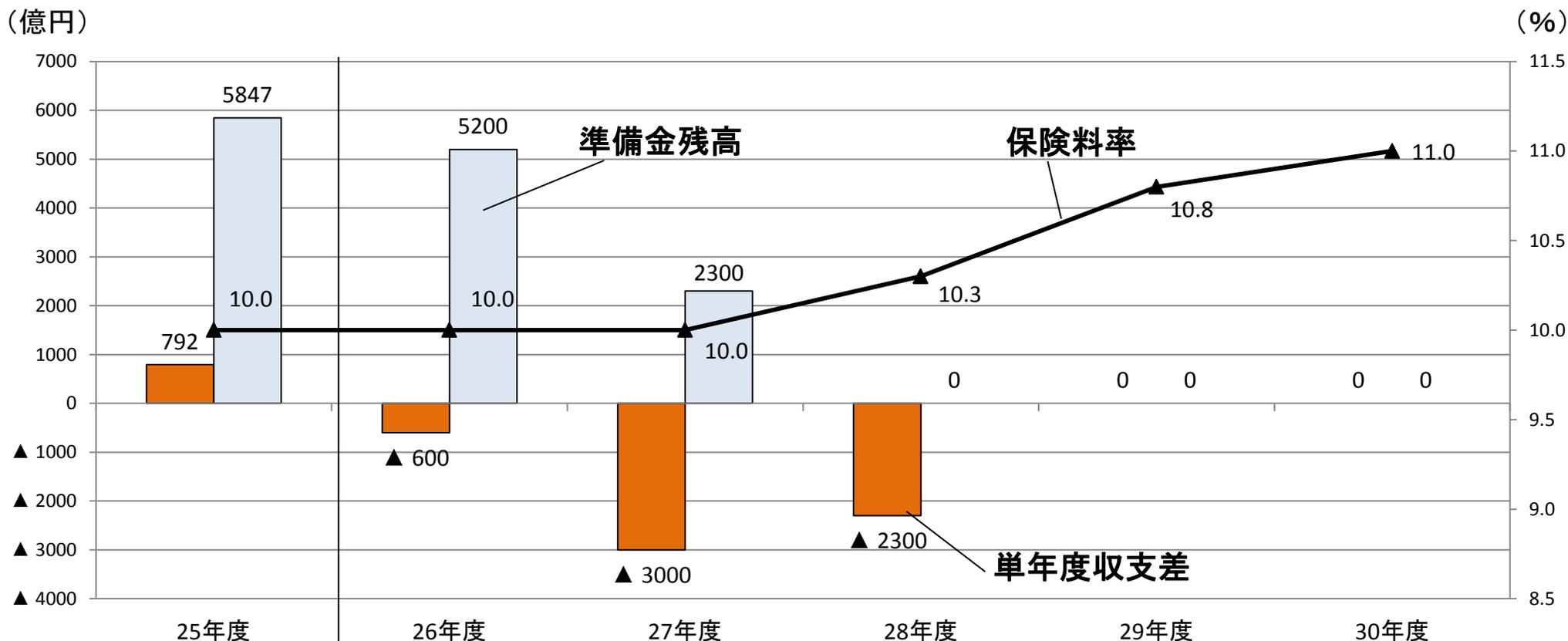
		24年度	25年度	26年度		
		決算	見込み	見込み	備考	
収 入	保険料収入	73,156	74,486	75,211	平均保険料率 25・26年度 10.00%	
	国庫補助等	11,808	12,194	12,538		
	その他	163	203	180		
	計	85,127	86,882	87,928		
支 出	保険給付費	47,788	49,541	51,572	⇒ ▲112 ⇒ +472 ⇒ ▲139 +221 対25年度比	
	老人保健拠出金	1	1	1		
	前期高齢者納付金	13,604	14,466	14,354		
	後期高齢者支援金	16,021	17,101	17,573		
	退職者給付拠出金	3,154	3,317	3,178		
	病床転換支援金	0	0	0		
	その他	1,455	1,664	1,858		
	計	82,023	86,090	88,535		
単年度収支差		3,104	792	▲ 607		
準備金残高		5,054	5,847	5,240		

（注）1. 平成26年1月14日 全国健康保険協会公表資料「協会けんぽ（医療分）の収支見通しについて（概要）（平成26年1月試算）」ベース。

2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

協会けんぽの財政収支の将来見通し（～平成30年度）

- 以下の前提を置いた場合、平成28年度に準備金が枯渇する見込み（協会けんぽ平成26年1月推計）。
 - ① 保険料率 10% ② 国庫補助率 16.4% ③ 1./3総報酬割 ④ 賃金上昇率 0%
- 準備金が枯渇する平成28年度以降は、単年度収支が均衡する保険料率を設定した場合、平成30年度には保険料率が11%まで引き上がる計算となる。



(出典) 全国健康保険協会「協会けんぽ(医療分)の収支見通しについて(平成26年1月試算)」

(注)

- ・ 医療給付費の伸び率は、70歳未満は2.2%、70歳以上75歳未満は0.3%、75歳以上は1.2%としている。
- ・ 消費税10%への引上げ(平成27年10月)に伴う診療報酬改定への影響については、消費税8%への引上げ(平成26年4月)に準じている。

協会けんぽ（政管健保）の国庫補助率・保険料率の推移

	国庫補助率	保険料率（注2）
昭和31年度～	予算の範囲内で給付費の一部を補助	6.5%（S30年7月～） 6.3%（S35年4月～） 6.5%（S41年5月～） 7.0%（S42年9月～）
昭和48年度～	10.0%（S48年10月～） 13.2%（S49年11月～） 14.8%（S51年10月～） 16.4%（S53年2月～）	7.2%（S48年11月～） 7.6%（S49年12月～） 7.8%（S51年11月～） 8.0%（S53年3月～）
昭和56年3月～	16.4%（S56年3月～） （※）16.4%～20%の間で政令で定める。ただし、当分の間16.4%に法定。	8.4%（S56年4月～） 8.5%（S56年12月～） 8.4%（S59年4月～） 8.3%（S61年4月～） 8.4%（H2年4月～）
平成4年度～	13.0%（H4年4月～） （※）16.4%～20%の間で政令で定める。ただし、当分の間13.0%に法定（給付費分）。（注1）	8.2%（H4年5月～） 8.5%（H9年10月～） 8.2%（H15年5月～） （※）総報酬制に移行。実質0.7%増。
平成20年10月～ （協会けんぽ発足）		平均8.2%（H21年11月～） （※）都道府県単位料率を導入。
平成22年度～	16.4%（H22年7月～） （※）22年度から26年度までの間は16.4%に法定。	平均9.34%（H22年4月～） 平均9.5%（H23年4月～） 平均10.0%（H24年4月～）

（注1）老健拠出金（昭和58年2月～）、後期高齢者支援金・前期高齢者納付金（前期高齢者の給付費分を除く）（平成20年4月～）の国庫補助率は16.4%。

（注2）保険料率の変更の開始月は、変更後の保険料率に基づく徴収の開始月を記載している（保険料は徴収する月の前月の報酬を基礎に賦課する）。

健康保険法等の一部を改正する法律の概要（平成25年5月24日成立）

協会けんぽに対する平成22年度から平成24年度までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を2年間延長する等の措置を講ずる。

1. 法律の概要

I 協会けんぽへの財政支援措置

- ① 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長する。
- ② 後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長する。
- ③ 協会けんぽの準備金について、平成26年度まで取り崩すことができることとする。

→ 以上の措置により、現行の協会けんぽの保険料率10.0%が平成26年度まで維持できる見通し。

II その他

- ① 健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷等について、労災の給付対象とならない場合は、原則として、健康保険の給付対象とする。
- ② 保険給付に関する厚生労働大臣の事業主への立入調査等に係る事務を協会けんぽに委任する。

2. 施行期日

公布の日（平成25年5月31日）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

(参考) 国庫補助にかかる健康保険法の条文の構成について

本則

国庫は、「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」(※)を補助する。
※政令は制定されていない。

+

附則第5条

当分の間、本則中「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」とあるのは「13%」とする。

+

【改正法で追加】 附則第5条の3

平成25年度及び平成26年度においては、附則第5条中「13%」とあるのは「16.4%」とする。

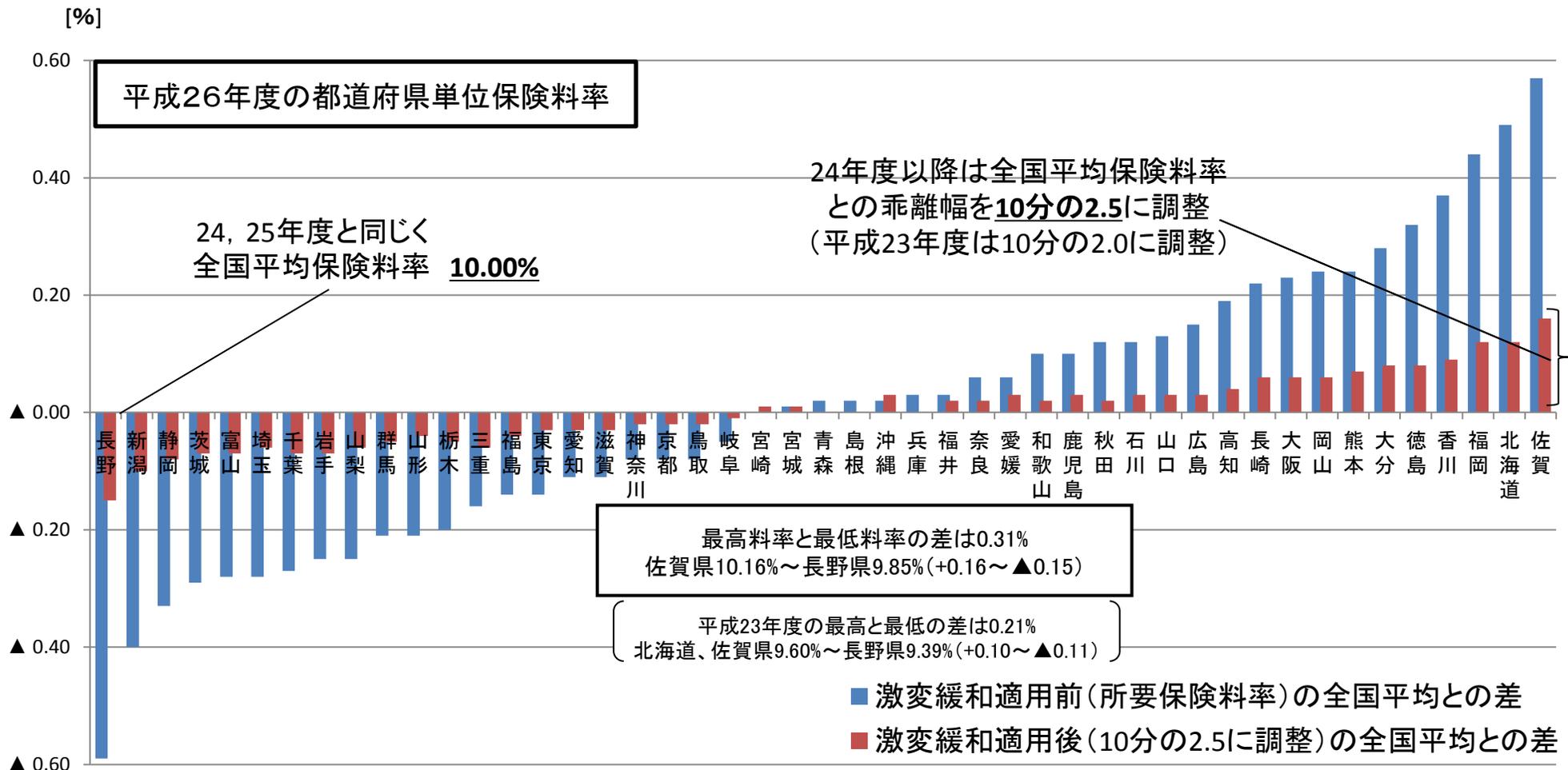
改正法附則第2条：検討規定

政府は、附則第5条及び第5条の3の規定について、協会けんぽの財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、平成26年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講じる。

協会けんぽの都道府県単位保険料率について

○ 協会けんぽでは、平成21年9月から、年齢構成や所得の調整を行った後の「医療費の地域差」を反映した都道府県単位保険料率を設定。

※ 都道府県単位保険料率導入に伴う保険料率の大幅上昇を緩和するため、平成32年3月までの間、激変緩和措置を講ずることとされている（平成25年改正法では、平成30年3月までとしていた激変緩和の措置を、保険料が上昇している状況にかんがみ、平成32年3月まで延長した）。



協会けんぽの都道府県単位保険料率の設定のイメージ

年齢構成の高い県ほど医療費が高く、保険料率が高くなる。また、所得水準の低い県ほど、同じ医療費でも保険料率が高くなる。このため、都道府県間で次のような年齢調整・所得調整を行った上で都道府県単位保険料率を算定している。

※全国平均保険料率との差が一定基準を超える場合に、当該超過分の一部を協会全体が負担し、当該支部の負担を軽減する激変緩和措置が講じられている。

全国一本の保険料率
(21年8月まで)

都道府県単位保険料率(21年9月から): 年齢構成が高く、所得水準の低いA県の例

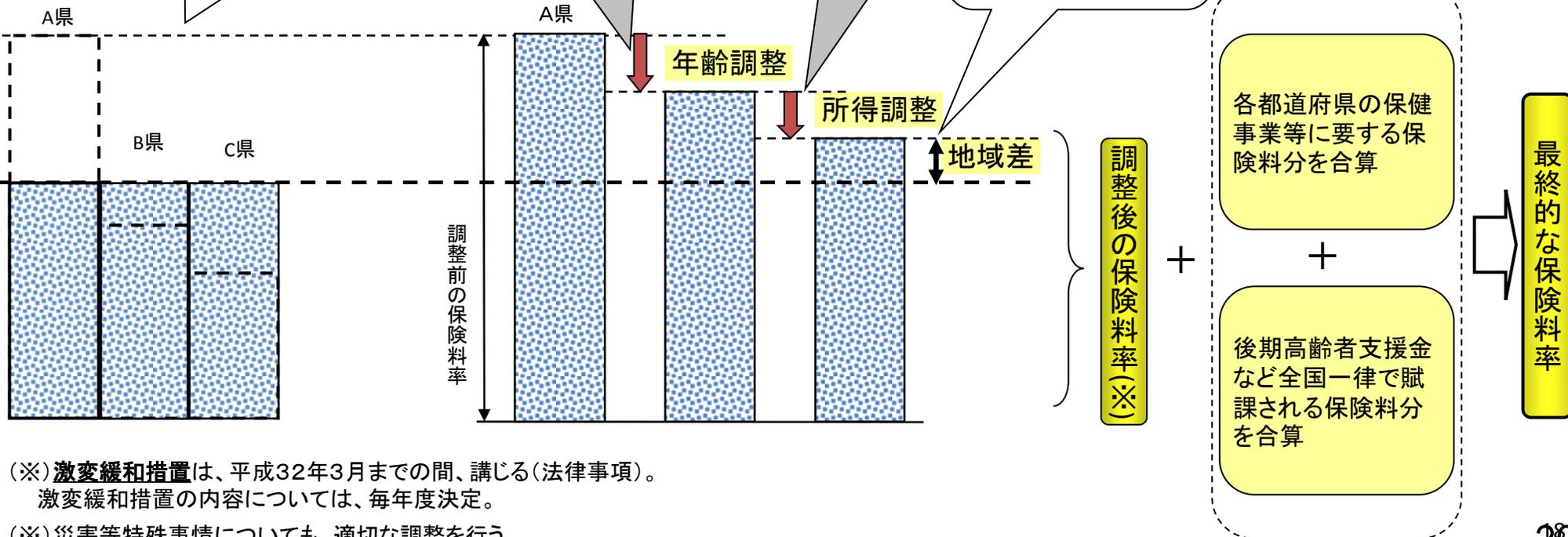
都道府県ごとの医療費の水準にかかわらず保険料率は一律

年齢構成を協会の平均とした場合の医療費との差額を調整

所得水準を協会の平均とした場合の保険料収入額との差額を調整

年齢調整・所得調整の結果、都道府県ごとの保険料率は、医療費の地域差を反映した保険料率となる。

全国一律の保険料率



(※) **激変緩和措置**は、平成32年3月までの間、講じる(法律事項)。
激変緩和措置の内容については、毎年度決定。

(※) 災害等特殊事情についても、適切な調整を行う。

26年度の協会けんぽの都道府県単位保険料率

○ 全国平均保険料率は10.00%であるが、都道府県ごとに異なる。

○ 最高は佐賀の10.16%、最低は長野の9.85%。

北海道	10.12%	石川県	10.03%	岡山県	10.06%
青森県	10.00%	福井県	10.02%	広島県	10.03%
岩手県	9.93%	山梨県	9.94%	山口県	10.03%
宮城県	10.01%	長野県	9.85%	徳島県	10.08%
秋田県	10.02%	岐阜県	9.99%	香川県	10.09%
山形県	9.96%	静岡県	9.92%	愛媛県	10.03%
福島県	9.96%	愛知県	9.97%	高知県	10.04%
茨城県	9.93%	三重県	9.94%	福岡県	10.12%
栃木県	9.95%	滋賀県	9.97%	佐賀県	10.16%
群馬県	9.95%	京都府	9.98%	長崎県	10.06%
埼玉県	9.94%	大阪府	10.06%	熊本県	10.07%
千葉県	9.93%	兵庫県	10.00%	大分県	10.08%
東京都	9.97%	奈良県	10.02%	宮崎県	10.01%
神奈川県	9.98%	和歌山県	10.02%	鹿児島県	10.03%
新潟県	9.90%	鳥取県	9.98%	沖縄県	10.03%
富山県	9.93%	島根県	10.00%		

各支部における先進的な保健事業の実施状況

	平成25年度事業	事業内容 (26年2月現在)
広島 宮城	医療機関における資格確認	医療機関等の窓口において、オンライン上で被保険者資格を確認し、資格喪失後の受診を防止し、返納金債権の発生を抑制する。平成25年7月から実施。 26年2月末時点で、広島支部では58医療機関、宮城支部では23医療機関等が参加。
埼玉	協会けんぽメンバーシップ 特典サービス	協会の加入者であれば、協会と提携した事業者から割引サービスを受けられる特典を用意し、協会けんぽに加入していることを実感することで、協会と加入者・事業主との距離を縮める取組み。平成26年2月から実施。 主な割引サービスの一例として、スイミングスクール・スポーツクラブ入会金無料等がある。
広島	行政と連携した 歯科検診推進事業	県と歯科医師会が実施する歯科検診推進事業にあわせて、協会も事業所向け歯科検診を実施し、歯周病の治療に結びつける取組み。 25年5月～8月に5事業所、受診者約786名に対してスクリーニング検査を実施。陽性者368人に対して口腔内診査(無料)を文書にて勧奨。その結果、60人が医療機関を受診。
熊本	返納金債権回収の効率化	資格喪失後受診による返納金債権を、加入者を介すことなく保険者間の代理受領を通じて回収し、加入者の負担軽減及び事務経費の節減を図る取組み。平成25年9月から実施。 25年12月時点で、国保では対象者32名を受付け、協会けんぽでは対象者40名を受付け。
大分	健康保険委員と連携した 事業所まるごと健康づくり事業 (一社一健康宣言)	健康保険委員のいる事業所に対して「一社一健康宣言」をしてもらい、宣言した事業所には、健康リスクに即した健康づくりを促す取組み。 26年2月末時点で279事業所が参加を表明。
	健康リスクに応じた 特定保健指導の促進事業	保健指導初回面談未実施者(3000人)を生活習慣病発症リスクの程度に応じて8パターンに分類し、各リスクの程度に応じた通知書を個別送付。自分の健康リスクを認識し、保健指導等に繋げる取組み。 25年9月特定保健指導訪問拒否事業所から対象者を抽出、同年11月に約640名に通知送付。返信は31件。そのうち保健指導希望者は27名で、23名に実施。 26年2月に1560名に2回目通知を送付し、返信は41件。うち、保健指導希望者は39名。

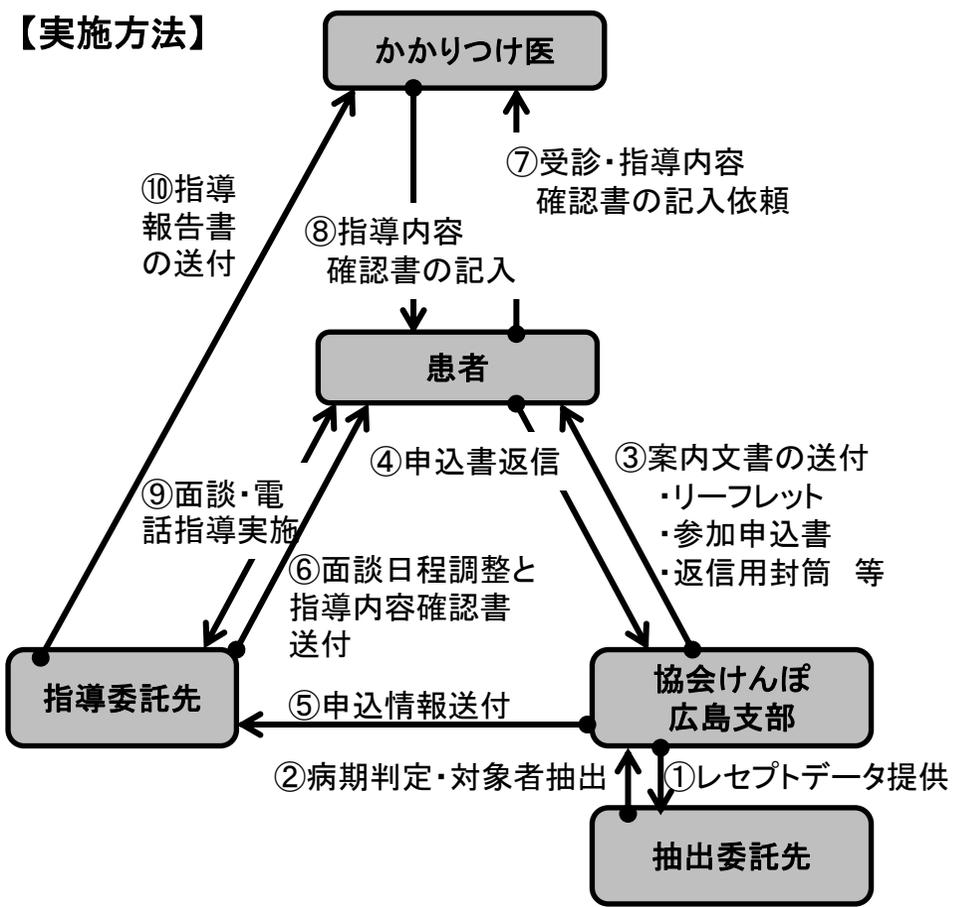
	平成26年度事業(予定)	事業内容
長野	健康保険委員の活性化 (長野県の保健補導員制度との共同事業)	健康活動を目的にボランティアとして長野県各地域に配置されている「保健補導員」について、協会けんぽの健康保険委員を中小企業版の保健補導員と位置づけ、中小企業の健康づくりをサポートする取組み。
兵庫	データヘルス計画 (GISを活用した保健事業の推進)	GIS(地理情報システム)を活用して、加入者の医療費、健診データ等を電子地図上に反映、分析し、特定健診受診率の向上や、集中的に重症化予防を図る取組み。
広島	データヘルス計画 (事業所ごとの疾病リスク特性に応じた保健事業の取組み)	疾病別、事業所別、業種別等の医療費分析を行い、事業所別医療費や健診結果から疾病リスクを把握する診断ツールを作成。さらに、事業所ごとの分析結果から、事業所の特性に応じた保健事業を企画・立案し、個々人の状況に応じた健康増進活動の勧奨や受診勧奨を実施する取組み。
	協会けんぽ加入事業所の経営状況等に関するアンケート	加入事業所の経営状況を把握し、社会保険料の負担増が会社経営に及ぼす影響を分析する取組み。
熊本	家庭の健康づくりサポーター制度の創設	被扶養配偶者を「健康づくりサポーター」として委嘱し、広報誌の発行、セミナーの案内、地域の健康づくり計画に参画する関係団体の事業等について情報提供する取組み。
大分	データヘルス計画 (階層化支援サービス)	40歳以上の被保険者を対象に、レセプトデータと健診データの分析から健康管理状況に応じた8つのグループに分類し、それぞれのグループの状況に応じた保健事業等を企画、立案し、勧奨する取組み。
	自覚的・自発的・自律的な健康づくり (インセンティブ付与健康増進活動事業)	加入者の健康状態を健診結果データに基づきWeb上で自動的に判定し、ポイント化して、健康づくりに向けたインセンティブを付与する取組み。

協会けんぽ広島支部は、糖尿病で治療を受けている者の重症化（人工透析への移行等）を防ぐことを目的に、通院先の医療機関と保健指導委託先の看護師・保健師が協力・連携し、対象者の自己管理を促すよう、保健指導プログラムを提供している。

【対象者】

糖尿病を起因とする早期腎症期(2期)、顕性腎症期(3期)、腎不全期(4期)に該当する協会けんぽ広島支部の加入者。レセプトデータを委託業者に提供し、病期を判定した。(病名だけではなく投薬内容・検査項目内容から病期を推定)

【実施方法】



【指導方法】

参加者が医師から提供を受ける「指導内容確認書」に記載されたeGFR値および参加者からのヒアリング内容(知識・理解力等)を加味し、プログラム内容を決定。

	期間	病期	内容
23年度	12カ月 プログラム	2期	面談1回、電話17回
		3～4期	面談3回、電話15回
24年度	6カ月 プログラム	2期	面談2回、電話4回以上
		3～4期	面談2回以上、電話6回以上

【結果】

人工透析移行者数(平成25年11月時点)

		透析者数
23年度事業 (978名)	指導完了者 <u>(61名)</u>	0名
	中断者 (19名)	1名
	不参加者 (898名)	11名
24年度事業 (798名)	指導完了者 <u>(79名)</u>	0名
	中断者 (14名)	0名
	不参加者 (705名)	9名

事業主との協働事業「一社一健康宣言」(協会けんぽ大分支部 25年度パイロット事業)

○協会けんぽ大分支部は、中小企業の健康増進の底上げを図るために、事業主が従業員等の健康増進に取り組むことを内外に宣言して健康経営を推進することを目的とする支援事業を行っている。この事業の中で、

- ①大分支部は、協会けんぽが保有する健診結果データ等を提供して事業主の健康意識の改善を図り、健康宣言につなげている。
- ②事業主は協会けんぽが保有する健診結果データを活用し、従業員の健康意識の改善や行動変容を促して、健康を重視した職場環境づくりに取り組んでいる。

【背景・目的】

中小企業(事業主)

小さい会社ほど、生活習慣病予防健診受診率が低い。

9人以下企業では28.8%(平成22年)(全体では42.2%)

厳しい経営等により、健康増進にける余裕がない

協会けんぽ

膨大な被保険者に対し、健康増進の対応に苦慮

国民の3人に1人が加入者

被保険者
1,963万人
企業数164万社
3/4が10人未満

協会けんぽ

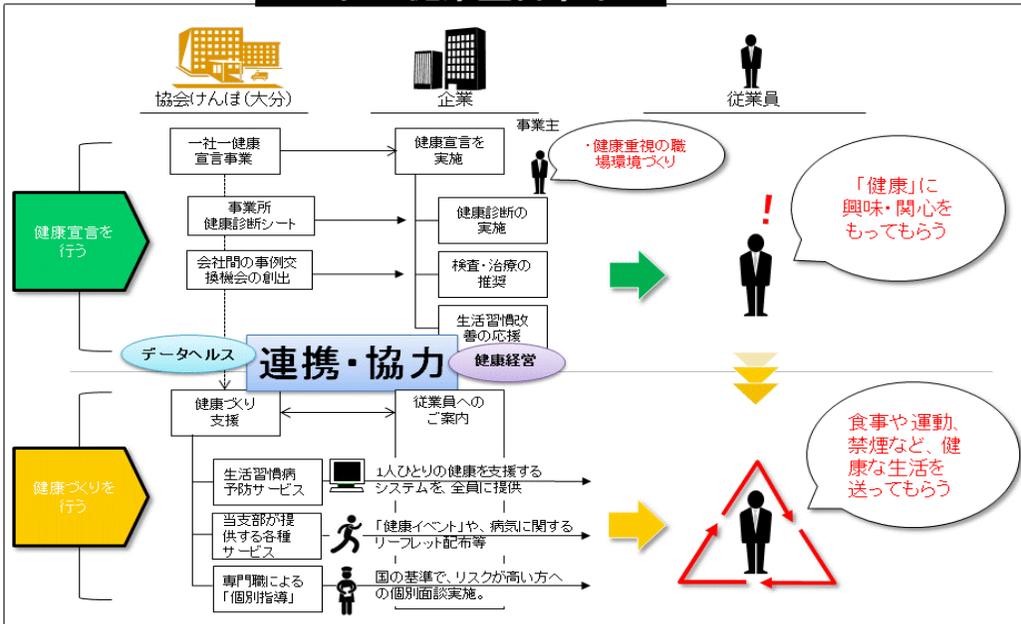
コラボ

事業主

中小企業の健康増進の底上げ

【事業概要のイメージ】

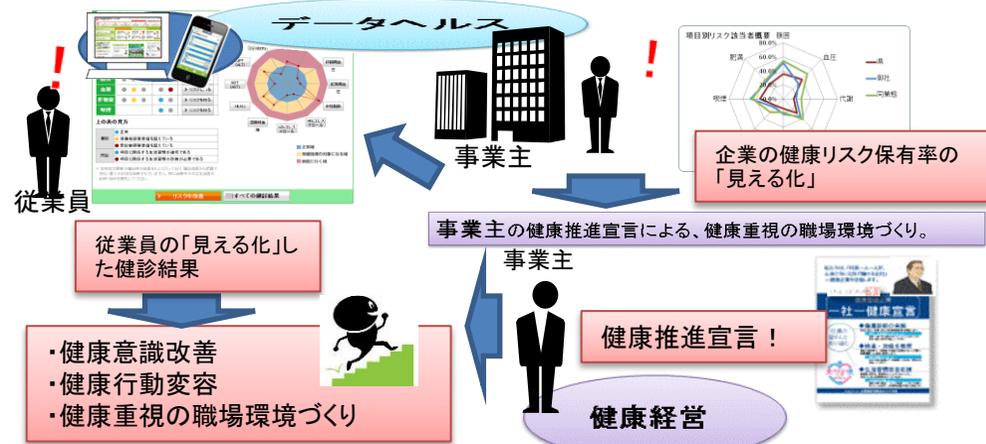
一社一健康宣言事業



【実施内容】

25年8月から本格勤奨開始し、宣言企業は287社、被保険者24,153人が参加している

①健康意識の改善と健康行動が可能な職場づくり



②中小企業の実態に合わせた取組み工夫



【今後の展開等】

宣言企業へのフォローイベント等の実施(WEBも含む)

宣言をベースとした関係団体等との連携

将来的な期待できる効果

協会けんぽ全体1,963万人への波及

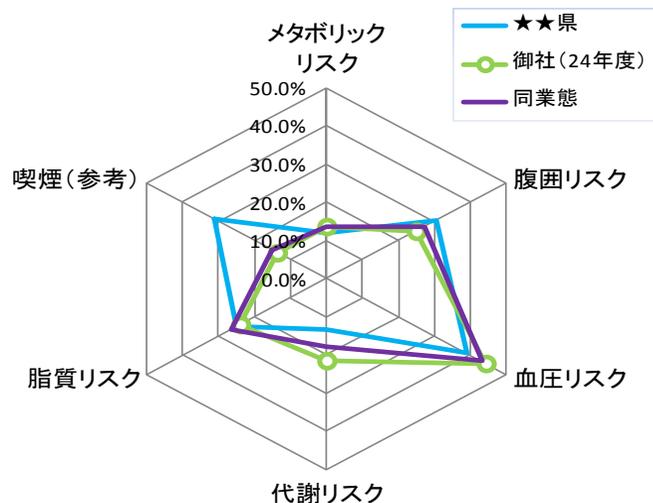
メンタルヘルス、ワークライフバランス改善にも寄与。

事業所健康度診断(協会けんぽ)

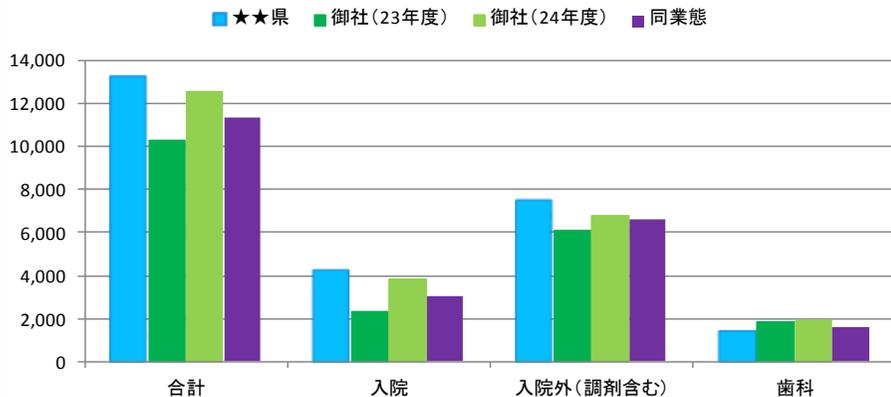
協会けんぽでは、保有する健診結果データ、医療費データを活用し、特定保健指導等の対象となる事業主に、全国・県・同業態と比較した健診結果(メタボ関連リスク保有率等)や医療費を示して、当該事業所における健康づくり意識の醸成や健康づくり事業の取り組みを支援している。

【事業所健康度診断の例】

生活習慣病のリスク保有率の比較



加入者1人当たりの月平均医療費の比較



〇〇〇製作所 様 事業所健康度診断

生活習慣病のリスク保有率の比較

※全国・★★県・同業態 は平成24年度データ

	メタボリック シンドロームの リスク保有率	腹囲リスク	血圧リスク	代謝リスク	脂質リスク	喫煙者の 割合 (参考)
全国平均	13.7%	34.1%	39.9%	14.3%	28.1%	34.9%
★★県	11.9%	30.5%	39.2%	13.3%	25.0%	31.1%
御社	23年度 8.3%	19.0%	47.1%	17.0%	18.1%	10.9%
24年度	13.7%	24.9%	44.3%	21.4%	23.9%	13.7%
同業態平均(★★県)	13.7%	27.1%	43.1%	17.8%	26.4%	15.0%

加入者1人当たりの月平均医療費の比較(0歳~74歳)

23年度 1,351名 24年度 1,324名

	医療費	単位:(円)		
		入院医療費	入院外医療費	歯科医療費
全国平均	13,192	3,867	7,833	1,492
★★県	13,115	4,200	7,488	1,426
御社	23年度 10,264	2,336	6,116	1,812
24年度	12,526	3,823	6,813	1,890
同業態平均(★★県)	11,324	3,050	6,636	1,638

御社の 24年度 総医療費: 199,012,170 円 (入院 60,738,820 円 / 入院外 108,237,100 円)
/ 歯科 30,036,250 円)

被保険者1人当たりの月平均医療費の比較(0歳~74歳)

23年度 1,106名 24年度 1,067名

	医療費	単位:(円)		
		入院医療費	入院外医療費	歯科医療費
全国平均	12,763	3,545	7,610	1,607
★★県	12,090	3,614	6,925	1,551
御社	23年度 9,541	1,652	6,036	1,853
24年度	11,764	3,100	6,722	1,942
同業態平均(★★県)	10,069	2,237	6,196	1,637

御社の 24年度 総医療費: 150,564,540 円 (入院 39,674,440 円 / 入院外 86,036,080 円)
/ 歯科 24,854,020 円)

- 協会けんぽでは、保険者機能を強化し、その機能を十分に発揮していくため、「保険者機能強化アクションプラン」を制定。アクションプランでは、保険者機能として新たに充実強化を図るべき事項を整理し、これまで各種の取組を実施。
- アクションプランは、3か年を1期として、平成24年に第2期のアクションプランを策定。「業務・システムの刷新」の節目となる平成26年度に向けて、さらに保険者機能の強化を図ることとしている。

1. 医療に関する情報の収集と分析

- (ア) 協会が保有するレセプト情報及び加入者の健診データ・保健指導データを最大限に活用する。
 - ・本部では、協会全体の基礎的なデータベースを構築するとともに、各種の情報リスト等を支部に提供する。
 - ・支部では、協会保有のレセプト情報等に加え、地方自治体や、医療関係団体等が提供する情報等を通じ、地域ごとの健康特性や疾病動向・受療動向、医療費や医療提供体制の現状を把握する。
- (イ) 加入者・事業主の医療制度・医療保険制度、医療の内容に関する意識、意見等を把握する。
 - ・本部では、加入者アンケートや協会モニター、対話集会等を活用して、加入者・事業主の声を聞く。
 - ・支部では、その実情に応じ、様々な機会を通じて、加入者・事業主の意見・意識を把握する。
- (ウ) (ア) 及び (イ) で得られた情報等を活用し、本部及び支部において、協会の保険者機能発揮・加入者利益の実現につながる分析を行う。
 - ・都道府県・二次医療圏単位の一人当たり医療費、平均在院日数、健診・保健指導結果、医療提供体制の状況、受診・受療率、疾病動向等の関係を分析する。
 - ・都道府県ごとにレーダーチャート等を作成し、支部において情報の活用をより一層進める。
- (エ) 医療機関等に関する情報について、医療の質の向上や医療費の適正化等につながる可能性のある情報（特定の傷病についての治療状況・平均在院日数・支払われた医療費、ジェネリック医薬品の使用割合等）の収集・分析手法を研究する。併せて、このような情報の患者・加入者への提供方法を検討する。
- (オ) 協会の保健医療に関する情報収集・分析能力の向上を図るため、特に支部において、医療費適正化や医療の質の確保につながる医療費データの分析等に関する調査研究を行い、主体性を失わない範囲で、調査研究に実績のある外部機関と提携し、あるいは医療費分析関係の有識者に参画を求めることも検討する。
- (カ) 協会の情報収集・分析を強化するための基盤として、「業務・システム刷新」において、統合データベースの構築、各種リストの支部への自動配信、検索・分析等のためのITツールの充実を進める。また、データの精度を高めるような工夫を行う。

2. 医療に関する情報の加入者・事業主への提供

- (ア) 1. で得られる情報を加入者・患者に対して分かりやすく提供し、地域の医療費の動向やこれに関連する要因についての理解を深めていただくとともに、限りある医療費を加入者皆で適切に利用していくという環境を醸成する。
 - ・救急医療機関の適切な利用や、小児救急医療電話相談事業の存在など加入者に対し、医療サービスや医療機関を適切に利用するための情報提供や啓発に努める。
 - ・現行の紙媒体による医療費通知を着実に実施していくほか、希望者にインターネットを通じた医療費の情報提供サービスを実施する。
 - ・柔道整復師、あんま・マッサージ・指圧師及びはり灸師の施術に係る療養費や治療用装具の作成に係る療養費の支給について適切な利用が図られるよう、啓発に努める。併せて必要な制度改善についての提言を行う。
- (イ) 加入者や事業主に対する広報については、リーフレットなど紙媒体による広報を継続しつつ、ホームページ、メールマガジンなどのITの活用を更に進める。本部・支部ともに、全国メディア、地元メディアへの発信力を強化すべく、工夫を行う。
- (ウ) 保健事業・公衆衛生に関わる非営利団体、都道府県等の行政機関や大学等の教育機関等と協力し、健康に関するセミナーの実施、健康づくりに関する共同事業の実施などを通じて、加入者自らがあるいは事業主が職場において健康づくりに取り組む意識を高める。

- (エ) 加入者・事業主との距離を近づけ、一体感を醸成するため、次の取組みについて検討を行う。
- ① インターネットを活用して、加入者・事業主が協会からのお知らせを入手し、協会への意見を述べることを可能とする新たな場の設置
 - ② 加入者相互間で医療機関に関する情報を共有できるサイトの構築
 - ③ ホームページ、メールマガジンや広報誌において、従業員に対して特色ある健康づくり運動を実施している中小企業・小規模企業を紹介するなど、加入者・事業主の活動を互いが知りあえる場のニーズの把握

3. 都道府県など関係方面への積極的な発信

- (ア) 協会の財政基盤を強化し、加入者・事業主の保険料負担を軽減するため、加入者・事業主と一体となった取組みを進める。
- (イ) 1. で得られる情報やその分析結果を基に、国や都道府県など医療政策に携わる行政機関等に対して、積極的に政策提言を行う。
- ・本部では、中央社会保険医療協議会をはじめ関係審議会等において、加入者・事業主の立場に立った保険者としての意見を積極的に発信する。
 - ・支部では、都道府県の政策関係部局をはじめ、地方公共団体に対して、積極的に政策提言を行うとともに各種協議会等に積極的に参画し、意見を積極的に発信する。
 - ・協会の職員が公衆衛生学会や産業衛生学会等に参加し、医療費の分析結果や保健指導の成果等の研究成果を発表する。

4. 他の保険者との連携や共同事業の実施

- (ア) 3. の政策提言や情報発信を行うに当たっては、健康保険組合や市町村、後期高齢者医療広域連合など他の保険者との連携を図り、できるだけ共同で行う。中央社会保険医療協議会をはじめ関係審議会等においては、良質かつ効率的な医療提供の実現を目指し、患者の立場及び保険料を負担する立場に立った意見を発信する。
- (イ) 高齢者医療への拠出金等を負担している保険者として、高齢者医療制度の見直しや高齢者に係る医療費の適正化等について、他の被用者保険者とともに、積極的に意見発信を行う。
- (ウ) 本部及び支部において、他の保険者とも意見交換を行いつつ、レセプト情報の分析等の調査研究や保健事業、医療費適正化に向けた取組みを共同して実施するなどの取組みを進める。

5. 保健事業の効果的な推進

- (ア) 保健指導をはじめとした生活習慣病予防対策の効果的な実施に取り組む。健診・保健指導の結果データとレセプト情報を突合せ、生活習慣病のリスクに応じた行動変容の状況や予防の効果を評価、検証し、加入者に合った保健指導、あるいは適切な受診勧奨を行う。
- (イ) 保健事業の効果的な推進を図るため、パイロット事業を実施し、その成果を広めていく。好事例を検証し、支部独自の取組みを強化する。
- (ウ) 自治体等と連携し、特定健康診査や特定保健指導の推進を図るとともに、健康づくりや生活習慣改善に関する教育や相談、普及啓発等、地域の実情に応じて、創意工夫を活かし、保健事業を推進する。

6. ジェネリック医薬品の使用促進

- (ア) 調剤薬局においてジェネリック医薬品に切り替えた場合の軽減額効果を薬剤交付時に提供する仕組みが導入されたことを踏まえ、加入者の視点から、ジェネリック医薬品の使用を促進するための各般の方策を進める。
- (イ) ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担額の軽減効果を通知するサービスを継続しつつ、その効果を更に着実なものとするよう、加入者への広報、医療機関関係者、薬局関係者への働きかけ等を進める。