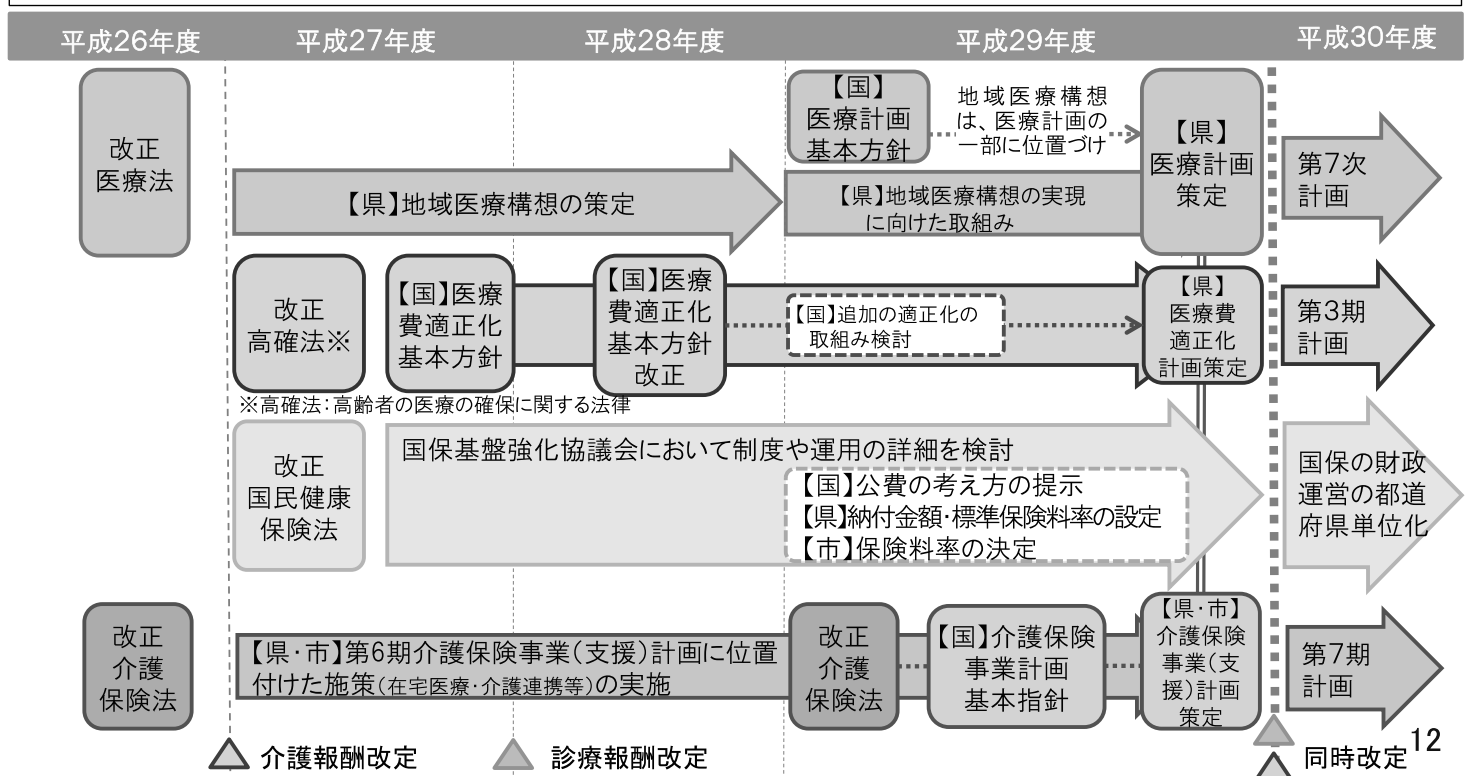


医療・介護提供体制改革

11

医療・介護分野における一体的な改革

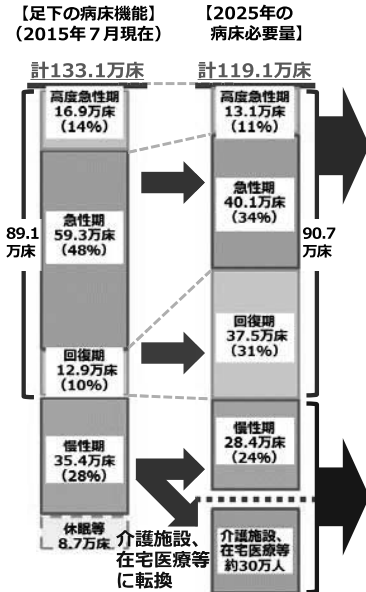
- 社会保障については、「経済・財政再生計画」において、「歳出改革の重点分野」とされ、医療と介護分野において一体的な改革が進められている。
- 医療費・介護費の動向は、地方財政にも大きな影響を及ぼすことから、医療・介護担当部局のみならず、総務部局においても関心を持って主体的に取り組む必要がある。



医療・介護提供体制の改革

地域医療構想

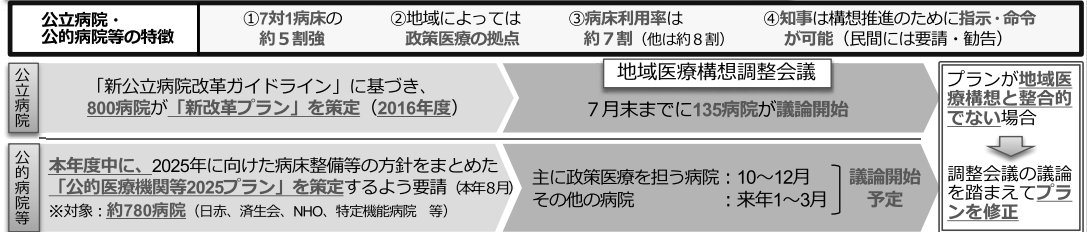
2016年度に全都道府県で策定完了
⇒地域ごとに、2025年時点での
病床の必要量を『見える化』



急性期・回復期

- 個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的に検討
- 一般病棟入院基本料(7対1)の約5割強を占める公立・公的病院等について、調整会議における検討を促進
- 地域医療介護総合確保基金や、診療報酬改定においても、病床機能の分化・連携に向けた取組を後押し

①「地域医療構想調整会議」における公立病院・公的病院等の議論の促進



②地域医療介護総合確保基金の配分方針

- H29 病床の機能分化・連携関連に重点化(504億円)
- H30 引き続き重点化
解体撤去費等の対象拡大を検討

③H30診療報酬改定の方向性

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価を進め、病床機能の分化・連携に向けた取組を後押し

慢性期

- 介護療養病床(約6万床)：介護医療院等への転換を2023年度末までに段階的・計画的に実施
- 医療療養病床：入院医療の必要性に応じて介護医療院等における対応への移行を促進
- 在宅医療・介護サービス：高齢化の進展や病床の機能分化・連携による需要増大に対応する提供体制構築

①介護医療院等への転換(同時改定での総合的な対応)

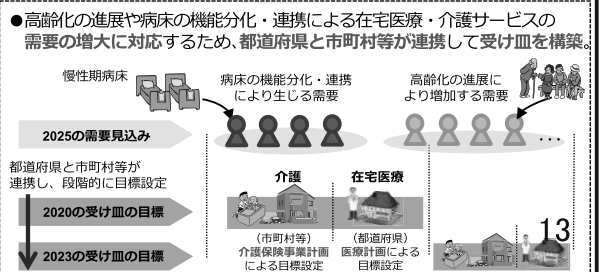
<介護報酬>

- 介護医療院の基準・報酬は、入所者の状態等に応じた必要な医療が提供されるよう、I型(介護療養病床相当)とII型(老健施設相当以上)として、現行の介護療養病床や老健施設を参考に設定。
- 施設基準の経過措置や介護保険事業(支援)計画の弾力運用等の転換支援策を用意。

<診療報酬>

- 療養病床入院基本料については、より入院医療の必要性が高い慢性期患者に対して適切な医療を提供する観点から見直し。

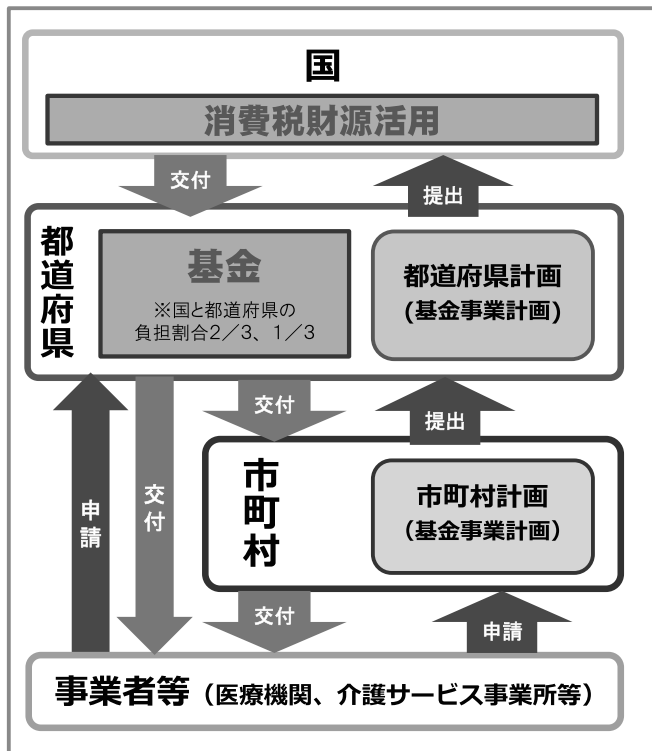
②在宅医療・介護サービスの提供体制の構築



地域医療介護総合確保基金

厚生労働省作成資料
平成29年度政府予算：公費で1,628億円
(医療分 904億円、介護分 724億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる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、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画(基金事業計画)

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容・費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

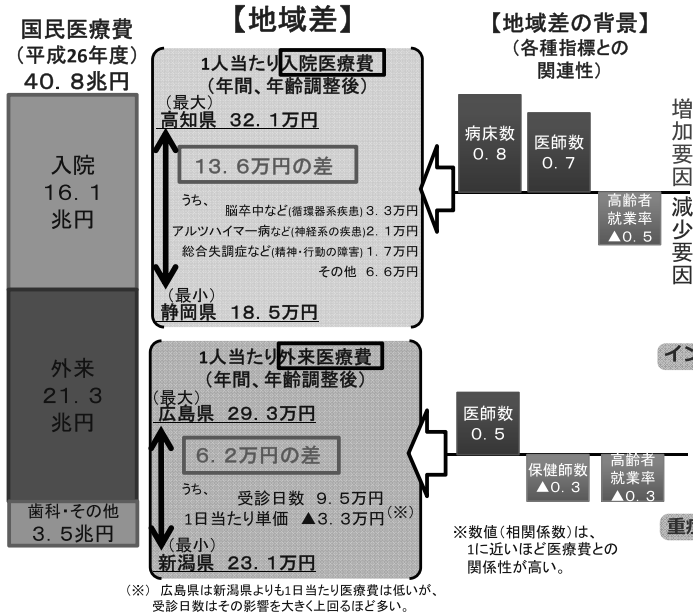
地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

- 医療費の地域差の主な要因は入院医療費。入院医療費は病床数と高い相関がある。
- 病床機能の分化・連携（地域医療構想）や糖尿病重症化予防等により医療費の地域差半減に向けて、医療費適正化を推進。
- インセンティブ改革や重症化予防の横展開等により、予防・健康づくりの取組も加速化。

医療費適正化計画

【医療費の地域差の分析】



【医療費目標の算定式】

- ・ **入院医療費**：地域医療構想と整合的に策定
 - ✓ 病床機能の分化：高度急性期・急性期を減らし、回復期を拡充
 - ✓ 療養病床の入院受療率の地域差の解消
 - ⇒ 政策的手段を駆使して入院医療費の地域差半減に向け縮小
- ・ **外来医療費**：
 - 後発医薬品の使用割合の目標達成（70%→80%）【▲約4000億円】
 - 糖尿病重症化予防（全国的に取組推進＋平均以上は差を半減）【▲約800億円】
 - 医薬品の投与の適正化（重複、多剤投与の是正）【▲約600億円】
 - 特定健診・保健指導実施率（全国目標：各70%、45%）【▲約200億円】
 - ※地域差半減に向け、レセプト分析を継続。更なる取組を検討

○ 都道府県の疾患別医療費の地域差、後発品の使用促進の地域差等を見える化。毎年度、都道府県の医療費適正化目標の達成状況を公表し、国で進捗を評価。

インセンティブ改革

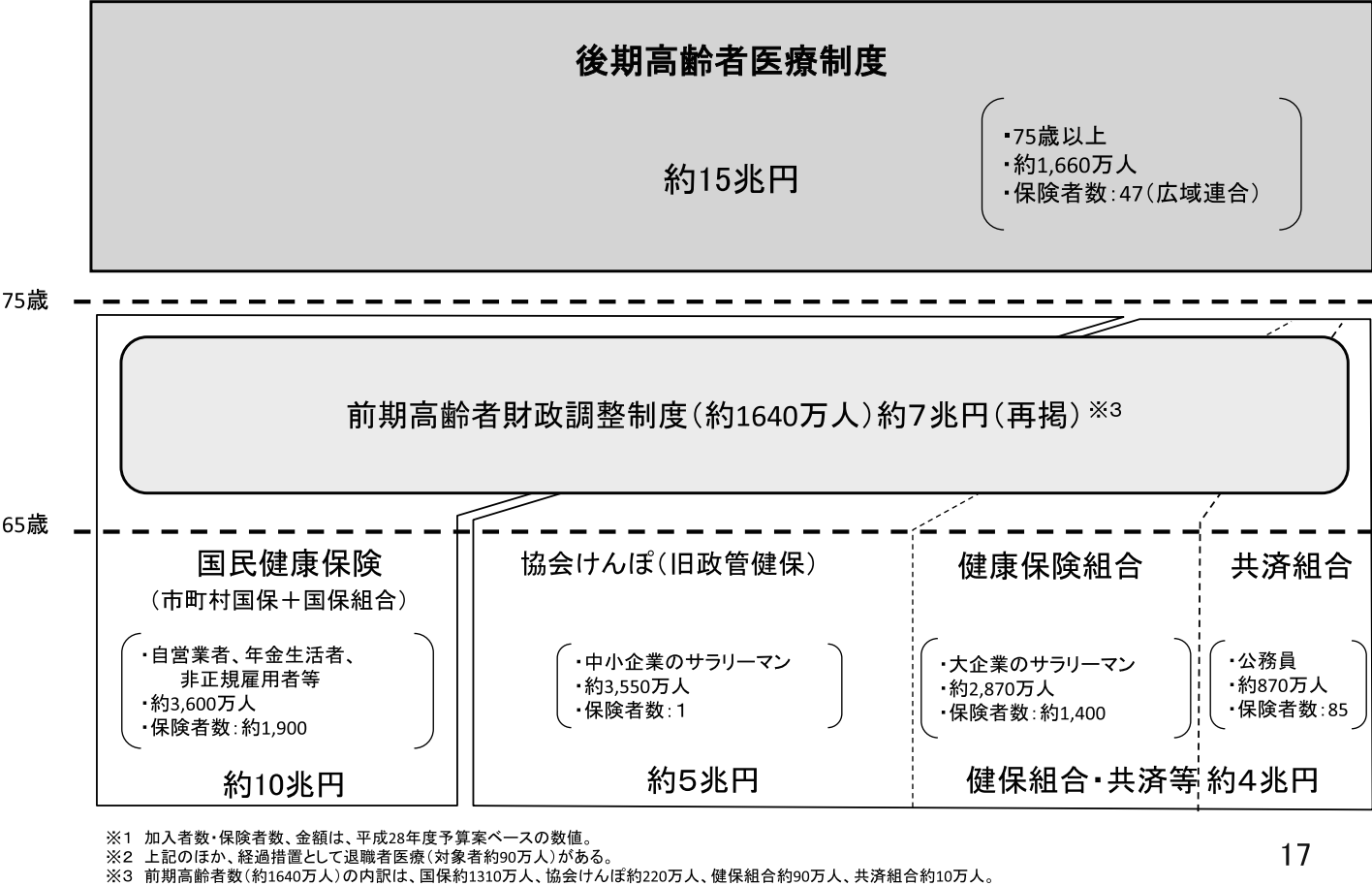
- 予防・健康づくりにしっかり取り組む保険者へのインセンティブ強化
 - ・ **国保** 30年度からのインセンティブ改革を今年度から前倒し実施
 - ※ 特定健診、重症化予防等に関する指標を踏まえた評価に基づき今年度から交付金を分配
 - ・ **被用者保険** 特定健診受診率・保健指導実施率が著しく低い保険者へのペナルティ（高齢者支援金の加算等）のメリハリ強化

重症化予防の横展開

- 糖尿病重症化予防プログラム（H28.4）策定。
- 日本健康会議（H28.7）で全国の市町村・保険者の取組を公表
- ※ 自治体の取組状況を分析。民間のスキル・ノウハウの活用を働きかけ。
- ⇒ マッチングのためデータヘルス見本市【H27:1回、H28:3回】を開催
- ※ 重症化予防の取組を民間に委託する市町村：53（H27.9）→124（H28.3）

国民健康保険制度

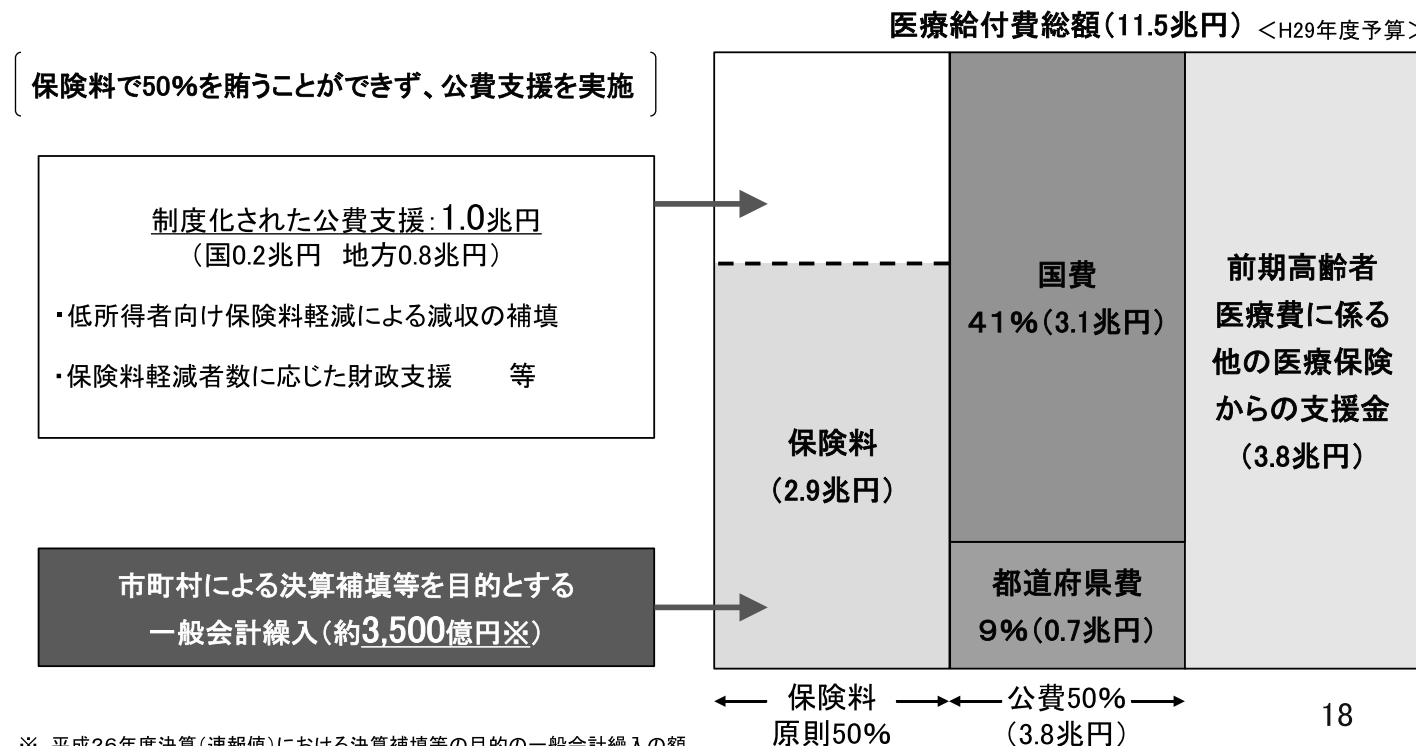
【医療保険制度の体系】



17

市町村国民健康保険の基本的な仕組み

○ 市町村国保については、負担能力の乏しい低所得者を被保険者として多く抱えていること、事業主負担の保険料が無いこと等の理由により、医療給付費等の50%という高率の公費負担が行われている。(厚生労働省資料)

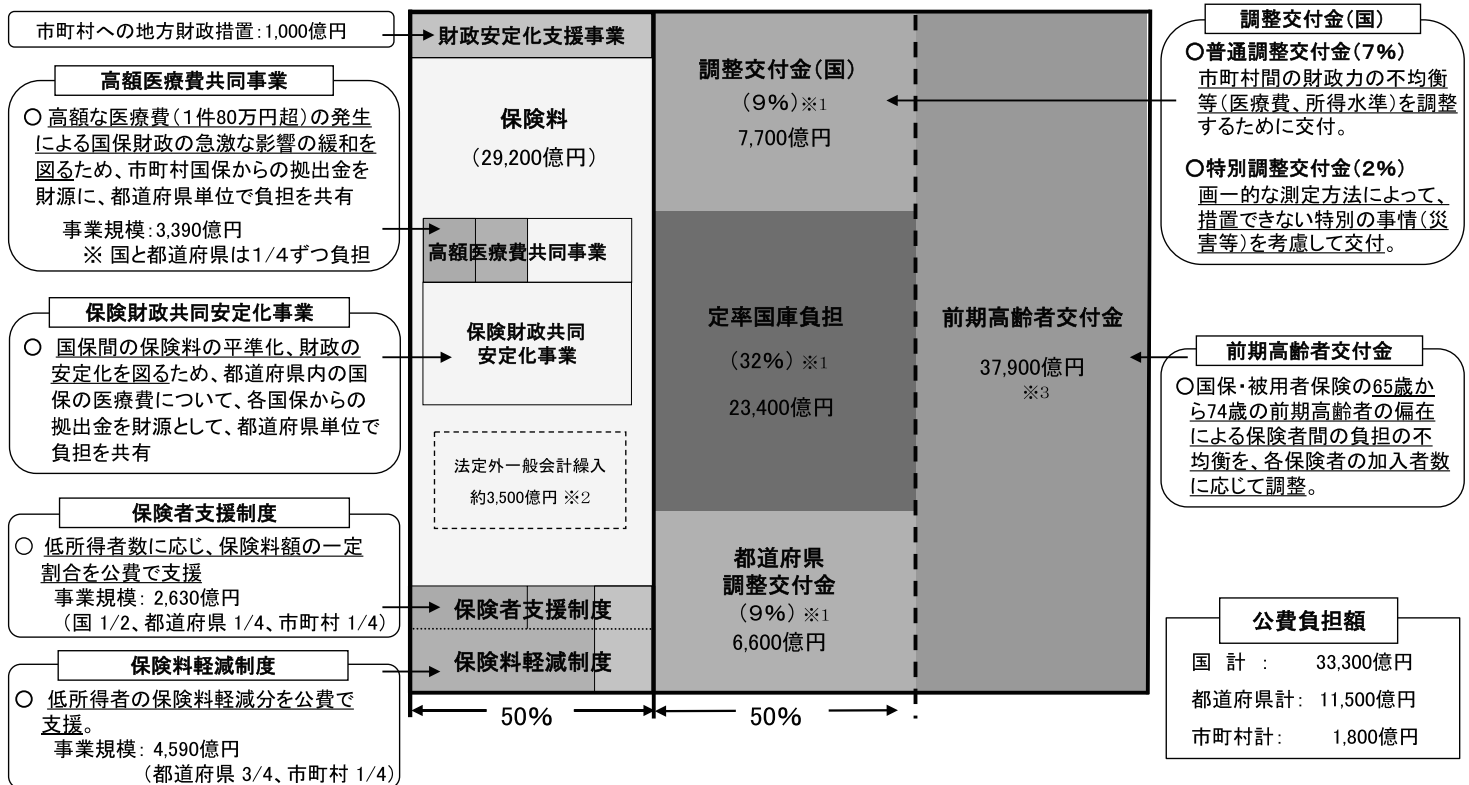


18

国保財政の現状

(平成29年度予算ベース)

医療給付費等総額：約114,700億円



※1 それぞれ保険給付費等の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
 ※2 平成26年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額
 ※3 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

19

市町村国保が抱える構造的な課題と 社会保障制度改革プログラム法における対応の方向性

「国民健康保険の見直しについて」
参考資料(一部加工)
平成27年2月12日
国保基盤強化協議会

構造的な課題

1. 年齢構成

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・ 65～74歳の割合: 国保(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. 財政基盤

② 所得水準が低い

- ・ 加入者一人当たり平均所得: 国保(83万円)、健保組合(198万円(推計))
- ・ 無所得世帯割合: 23.7%

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25年度 90.42%
- ・ 最高収納率: 94.95%(島根県) 最低収納率: 86.20%(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 うち決算補填等の目的: 約3,540億円、繰上充用額: 約980億円(平成25年度速報値)

3. 財政の安定性・市町村格差

⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・ 1717保険者中3000人未満の小規模保険者 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)
- ・ 一人当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)

対応の方向性

① 国保に対する財政支援の拡充

毎年3,400億円

② 国保の運営について、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、

- ・ 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、都道府県と市町村との適切な役割分担について検討

③ 低所得者に対する保険料軽減措置の拡充

<参考>

「地方の意見を踏まえた医療改革を求める決議(抄)」
(平成25年7月8日全国知事会)

都道府県としては、国保について、構造的な問題が解決され持続可能な制度が構築されるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟

20

改革後の国保の運営の在り方について（都道府県と市町村のそれぞれの役割）

厚生労働省
作成資料
(一部加工)

改革の方向性

1. 運営の在り方 (総論)	○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、保険者となり国保の運営を担う ○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化 ○ 都道府県が、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進 ○ 市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	財政運営の責任主体 ・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・ 財政安定化基金の設置・運営	・ 国保事業費納付金を都道府県に納付
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※4. と5. も同様	・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(被保険者証等の発行)
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率を算定・公表	・ 標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・ 個々の事情に応じた賦課・徴収
5. 保険給付	・ 給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い ・ 市町村が行った保険給付の点検	・ 保険給付の決定 ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	・ 被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施（データヘルス事業等） 21

国民健康保険への財政支援の拡充

厚生労働省資料
を一部加工

国民健康保険に対し、平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充(約500億円)に加え、**毎年約3,400億円の財政支援**の拡充等を以下の通り実施することにより、国保の抜本的な財政基盤の強化を図る。

※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額(約3兆円)の1割を超える規模

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

＜平成27年度から実施＞ ※消費税・地方消費税増収分を活用

- 低所得者対策の強化のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充(約1,700億円)

＜平成30年度から実施＞(毎年約1,700億円) ※後期高齢者支援金の全面総報酬割実施により生じる国費を活用

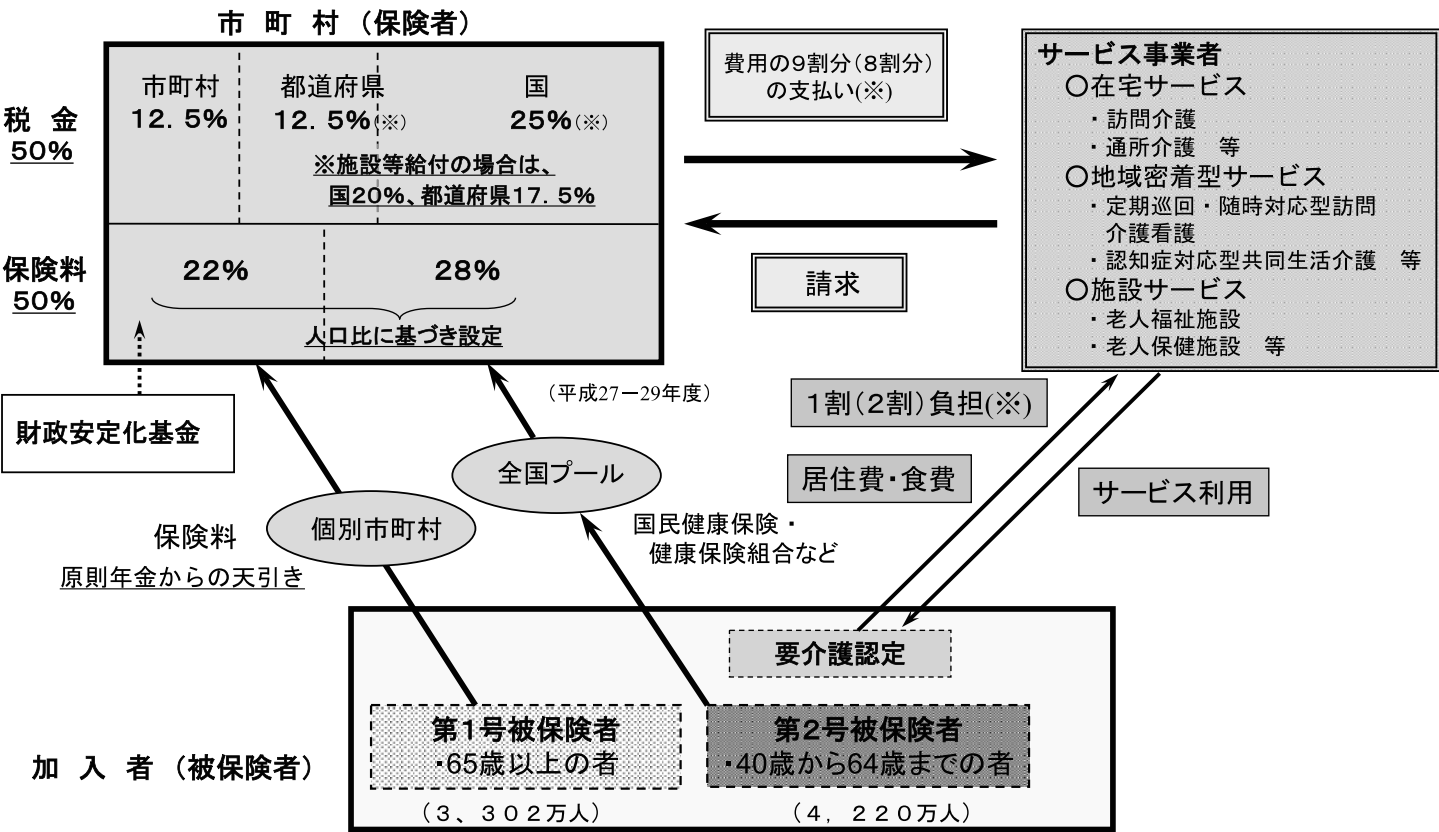
- 財政調整機能の強化(財政調整交付金の実質的増額)
- 自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応
(精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等)
- 保険者努力支援制度・医療費適正化のインセンティブ強化に対する支援 → **800億円程度**
- 財政リスクの分散・軽減方策(財政安定化基金の創設・高額医療費への対応等)等
→ **数十億円程度**

- ・ 平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成(平成32年度末までに累計2,000億円規模を確保)
- ・ 平成30年度以降は、上記の項目に約1,700億円を配分

介護保険制度

23

介護保険制度の仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「平成26年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成26年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成26年度内の月平均値である。
(※) 平成27年8月以降、一定以上所得者については費用の8割分の支払い及び2割負担。

介護保険制度の被保険者（加入者）

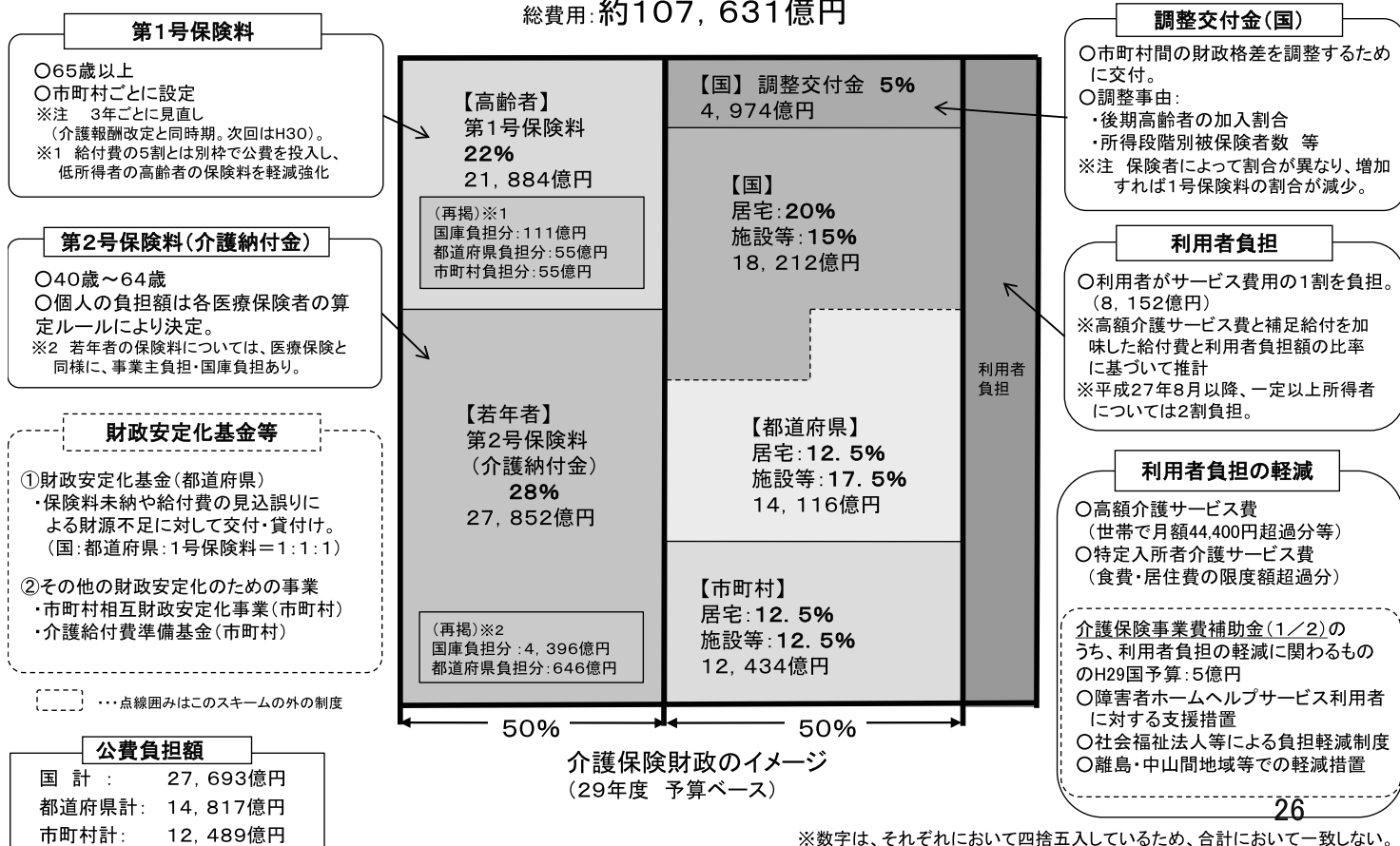
- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第1号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第2号被保険者）となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対 象 者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人 数	3,202万人 (65～74歳:1,652万人 75歳以上:1,549万人) ※1万人未満の端数は切り捨て	4,247万人
受 給 要 件	・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態) ・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態)	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病(特定疾病)による場合に限定
要介護(要支援)認定者数と被保険者に占める割合	569万人(17.8%) 65～74歳: 72万人(4.4%) 75歳以上: 497万人(32.1%)	15万人(0.4%)
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

(注) 第1号被保険者及び要介護(要支援)認定者の数は、「平成25年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成25年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、25
平成25年度内の月平均値である。

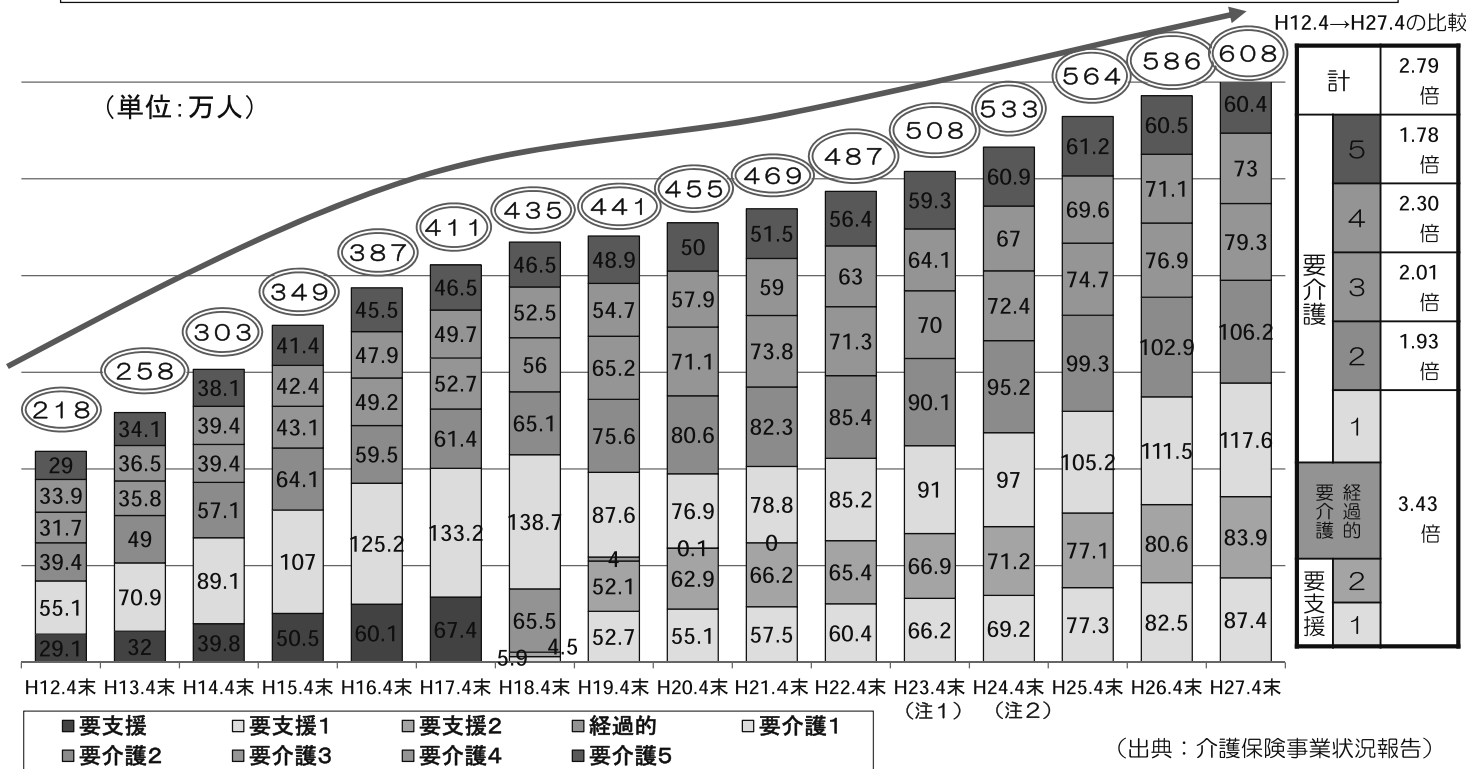
介護保険財政の現状

総費用: 約107,631億円



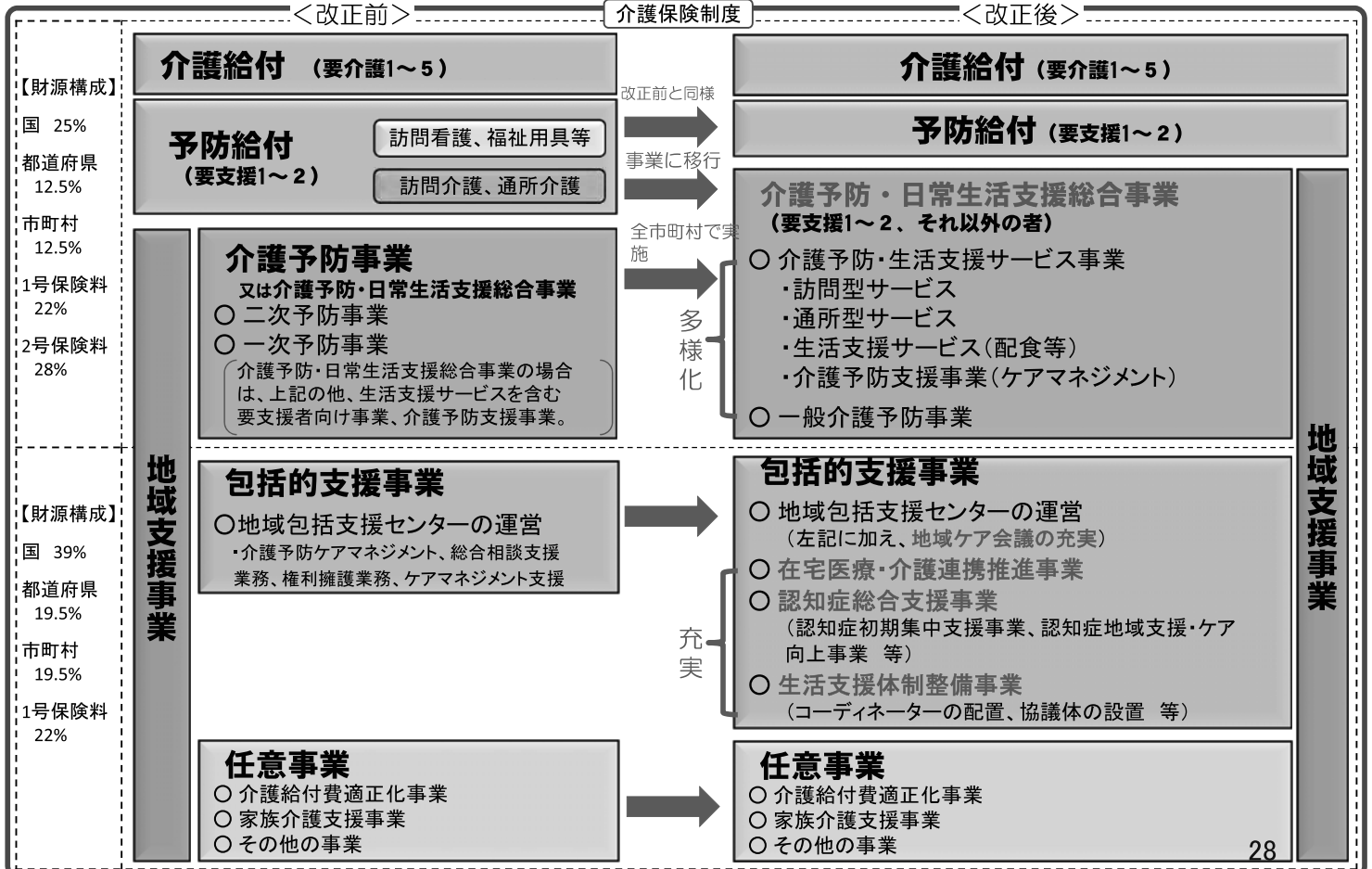
要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成27年4月現在608万人で、この15年間で約2.79倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



27

新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)



見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

○ 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。

○ 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、

- ① データに基づく課題分析と対応
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与
- を法律により制度化。

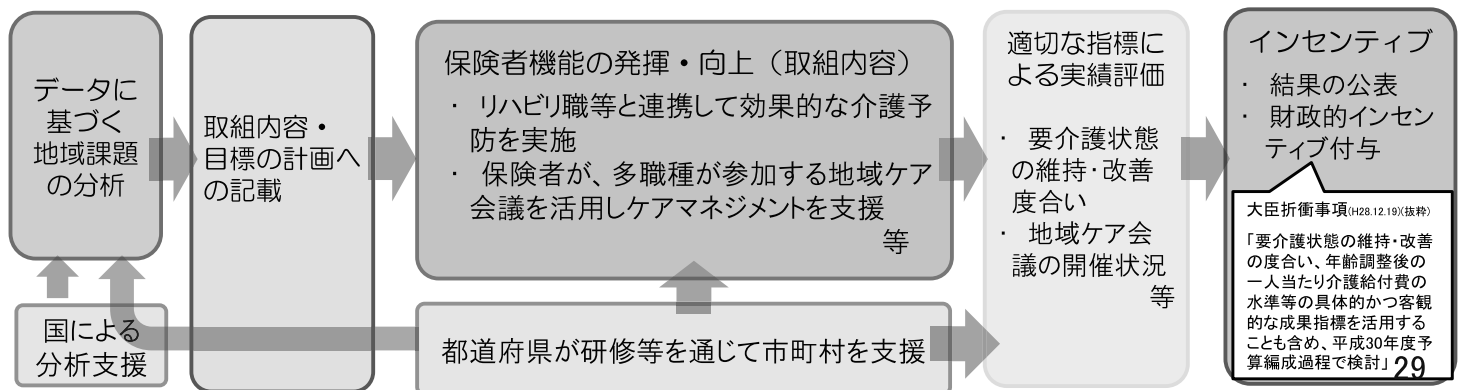
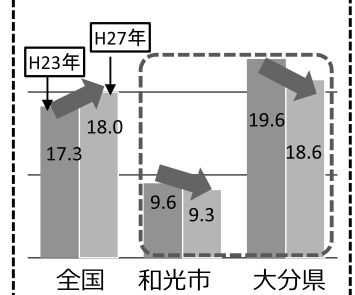
※主な法律事項(関係省庁と検討中の案)

- ・介護保険事業(支援)計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業(支援)計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業(支援)計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている和光市、大分県では

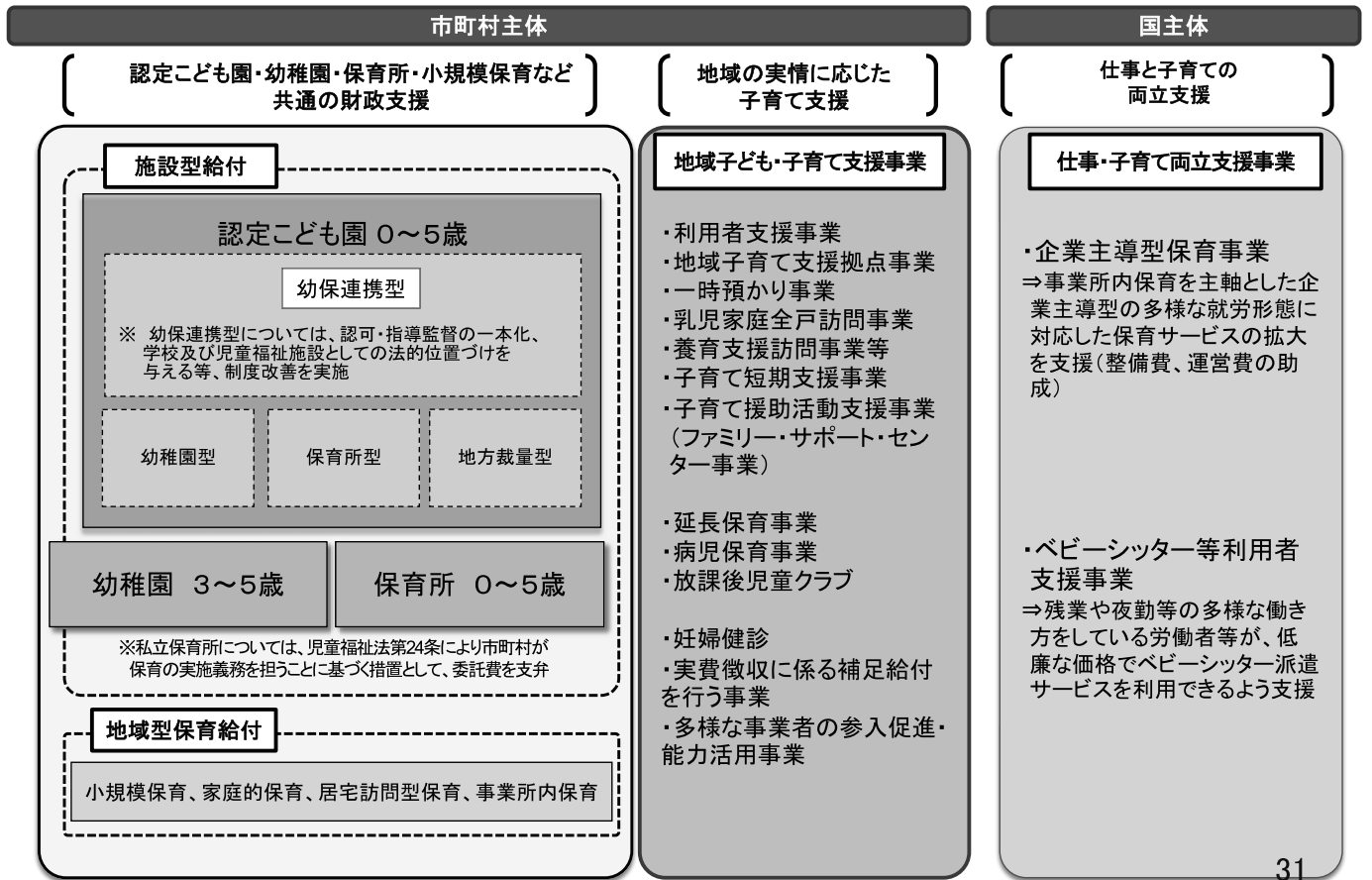
- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制

要介護認定率の推移



子ども・子育て支援

子ども・子育て支援新制度の概要



31

国・地方の負担（補助）割合

		国	都道府県	市町村	備考
施設型給付	私立	1／2	1／4	1／4	
	公立	—	—	10／10	
地域型保育給付（公私共通）		1／2	1／4	1／4	
地域子ども・子育て支援事業		1／3	1／3	1／3	妊婦健康診査、延長保育事業（公立分）のみ市町村10／10

32

生活保護制度 生活困窮者自立支援制度

33

生活困窮者自立支援制度及び生活保護制度の見直しに係る議論の動向について

1. 今後のスケジュール

	平成28年度	平成29年度			平成30年
	～3月	4～6月	7～9月	10～12月	1月～
① 生活困窮者自立支援法	困窮者論点整理検討会(10月～)	社会保障審議会 生活困窮者自立支援及び生活保護部会 (H29.8月までに6回開催、本格的な議論は9月以降の見込み) ※平成30年通常国会に生活困窮者自立支援法及び生活保護法改正法案を提出することを念頭			法案提出 見直し
② 生活保護法	テーマごとの検討 健康管理支援(7月～) 宿泊施設・生活支援(10月～) 国と地方の協議(2月～)				
		実務者協議から開始しハイレベル会合(大臣・首長)にてとりまとめ ※生活保護基準については、社会保障審議会生活保護基準部会を設け、次期生活扶助基準等を検証し、見直しの方向をとりまとめ			

2. これまでの検討状況

- 各法の見直し規定(生活困窮者自立支援法：施行後3年(H27.4施行)、改正生活保護法：施行後5年(H26.7施行))や「経済・財政再生計画改革工程表」を踏まえ、平成28年度から見直しの議論を開始。

・生活困窮者自立支援制度

(論点整理のための検討会：全7回)

平成27年度からの制度の運用状況を踏まえ、現行制度の課題や議論すべき論点を整理。

・生活保護制度

(健康管理支援等に関する検討会：全5回、宿泊施設及び生活支援の在り方に関する意見交換会：全6回)

生活保護受給者の生活習慣病に対する予防・重症化予防等の健康管理支援、無料低額宿泊所等における生活支援の在り方等について検討。

34

3. 主な論点

生活困窮者自立支援制度

- 「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会」において整理された論点のうち、地方負担に関わる主な論点は以下のとおり。
- **自立相談支援事業（必須事業：負担率 3 / 4）の体制面の強化**
- ・自立相談支援事業による相談のさらなる掘り起こしに向けて、支援員が十分配置できる枠組みづくりが必要
 - ・既に生活困窮の端緒を把握している関係機関（生活保護、税部門、学校等）との連携の必要性
- **就労準備支援事業（任意事業：補助率 2 / 3）、家計相談支援事業（任意事業：補助率 1 / 2）の必須化**
- ・実施自治体数は、前年度と比較して大幅に増加しており、実施率も上昇
 - ・就労に向けた準備機会の提供や家計収支を明確にすることは、生活困窮からの脱却に不可欠であることから、両事業の必須化について要検討

生活保護制度

- 平成29年度は、5年に一度の生活扶助基準の検証に加え、「経済・財政再生計画改革工程表」や厚労省の検討会において、以下の項目が検討課題として挙げられている。
- **生活扶助基準等の検証**
- ・社会保障審議会生活保護基準部会において、平成26年度全国消費実態調査のデータ等を用いて、
（１）生活扶助基準
（２）有子世帯の扶助・加算（母子加算や教育扶助等）
（３）級地制度 等について検証の上、年内に見直しの方向性をとりまとめ
- **就労支援の強化**
- ・平成27年度から導入した被保護者就労支援事業（必須事業：負担率 3 / 4）への被保護者の参加率が低いことから、参加率向上に向けた体制面等での強化策が必要 ※【改革工程表上のKPI】就労支援事業等の参加率 平成27年度：35.8% → 平成30年度：60%
- **医療扶助の適正化**
- 1 後発医薬品の使用促進 ※【改革工程表上のKPI】後発医薬品の使用割合 平成27年度：63.8% → 平成29年度：75%
 - 2 頻回受診等に係る適正受診指導の徹底 ※【改革工程表上のKPI】適正受診指導による改善者数割合 平成30年度：平成26年度比（46%）2割以上改善
 - 3 健康な生活習慣、適正な医療受診を目指した健康管理支援の仕組みの検討
・医療保険で実施している健康・医療データ（レセプト、健診・検査データ）を活用した健康管理支援の仕組みを参考にした生活保護受給者に対する健康管理支援の仕組みを構築
- **無届け宿泊施設等の貧困ビジネス対策**
- ・悪質な事業者への対策強化を検討（社会福祉法の改正による都道府県の監督強化等）

35

平成29年度 生活困窮者自立支援法等関係予算 事業別の詳細

厚労省資料を一部加工

○ 第二のセーフティネットとして、生活保護に至る前の段階の自立支援策の強化を図るため、生活困窮者に対し、地方公共団体に
おいて法定の必須事業（地方公共団体が行わなければならない）及び任意事業（地方公共団体が行うことができる）を実施（単位：億円）

	事業名（補助率）	平成28年度 予算額	平成29年度 予算額	増減額	備考
必須事業（負担金）	自立相談支援事業（3／4） （自立に向けた総合的な相談支援（就労支援を含む））	136 (182)	136 (182)	0 (0)	
	住居確保給付金（3／4） （就職活動を支えるため家賃費用を有期で給付）	17 (23)	17 (23)	0 (0)	
	被保護者就労支援事業（3／4） （生活保護受給者に対する就労に関する相談・助言や個別の求人開拓等）	64 (86)	64 (86)	0 (0)	生活保護法関係
	小計	218 (290)	218 (290)	0 (0)	
任意事業（補助金）	就労準備支援事業（2／3） （就労に向け準備が必要な者に対する日常生活習慣の改善に向けた助言等）	35 (53)	19 (29)	▲16 (▲24)	
	被保護者就労準備支援事業（2／3） （生活保護受給者に対する就労準備支援事業）	29 (43)	29 (43)	0 (0)	生活保護法関係
	一時生活支援事業（2／3） （住居喪失者に対し一定期間、衣食住等の日常生活に必要な支援を提供）	23 (34)	23 (34)	0 (0)	
	家計相談支援事業（1／2） （家計状況を明確にし、利用者の家計管理に向けた相談支援）	19 (39)	11 (21)	▲9 (▲17)	
	子どもの学習支援事業（1／2） （生活保護世帯の子どもを含む子どもに対する学習支援や居場所づくり等）	33 (66)	35 (70)	2 (4)	
	その他の生活困窮者の自立促進事業（1／2） （直ちに一般就労が困難なものに対して、社会福祉法人等が自主事業により行う就労訓練（認定就労訓練事業）に係る費用の助成等）	44 (87)	66 (115)	23 (28)	
	小計	183 (322)	183 (312)	0 (▲10)	
合 計		400 (612)	400 (603)	0 (▲10)	36

※ 数値は国費ベース。（ ）書は地方負担も含めた事業費ベース。

医療・介護におけるインセンティブ改革

37

国民健康保険の普通調整交付金の配分方法の見直し

財政制度等審議会建議
(平成29年5月25日)
参考資料を一部加工

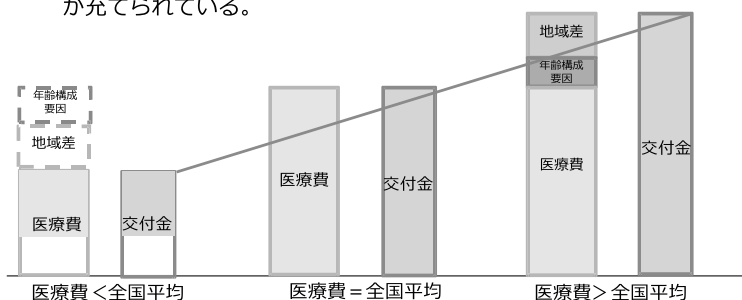
【論点】

- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち6,100億円は、自治体間の財政力の格差（所得水準）を調整するため、普通調整交付金として国から自治体に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組み。

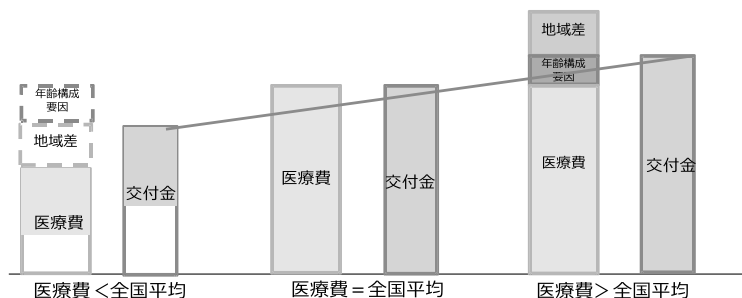
◆国民健康保険の財政（29予算）

保険料 (29,200億円) 法定外一般会計繰入 約3,500億円	調整交付金（国） (9%) 7,700億円	普通調整交付金 6,100億円 特別調整交付金 1,700億円
	定率国庫負担 (32%) 23,400億円	
	都道府県調整交付金 (9%) 6,600億円	

現行では、年齢構成では説明できない地域差の部分にも、国庫負担が充てられている。



年齢構成では説明できない地域差には、普通調整交付金を充てない仕組みとすることで、地域差是正に向けたインセンティブを強化。



【改革の方向性】（案）

- 国保の普通調整交付金の配分にあたっては、実際の医療費ではなく、各自治体の年齢構成のみを勘案した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべき。

38