

第3部 国民健康保険制度及び介護保険制度

国民健康保険制度について

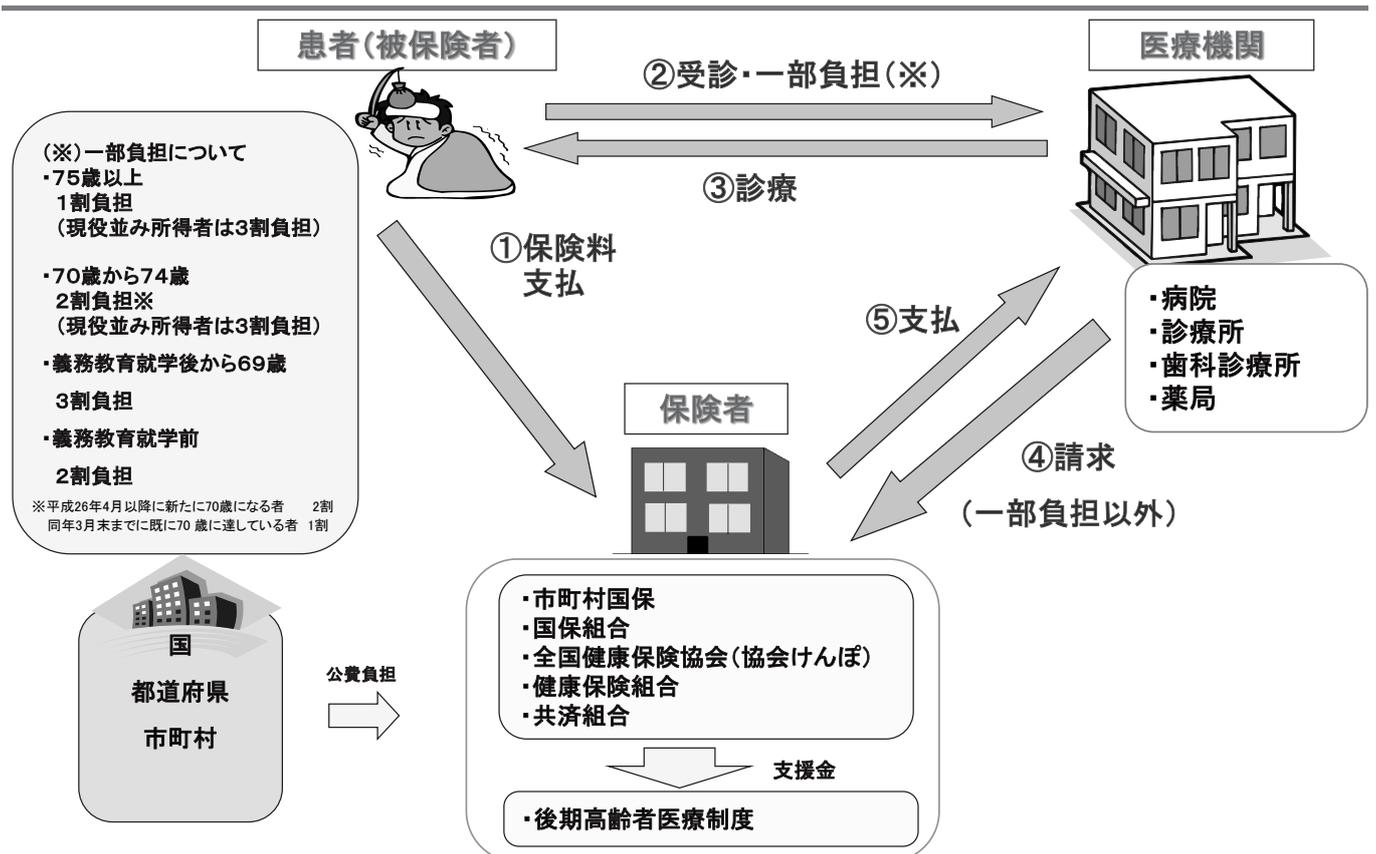
平成30年9月28日
厚生労働省保険局国民健康保険課
野村 知司

< 目次 >

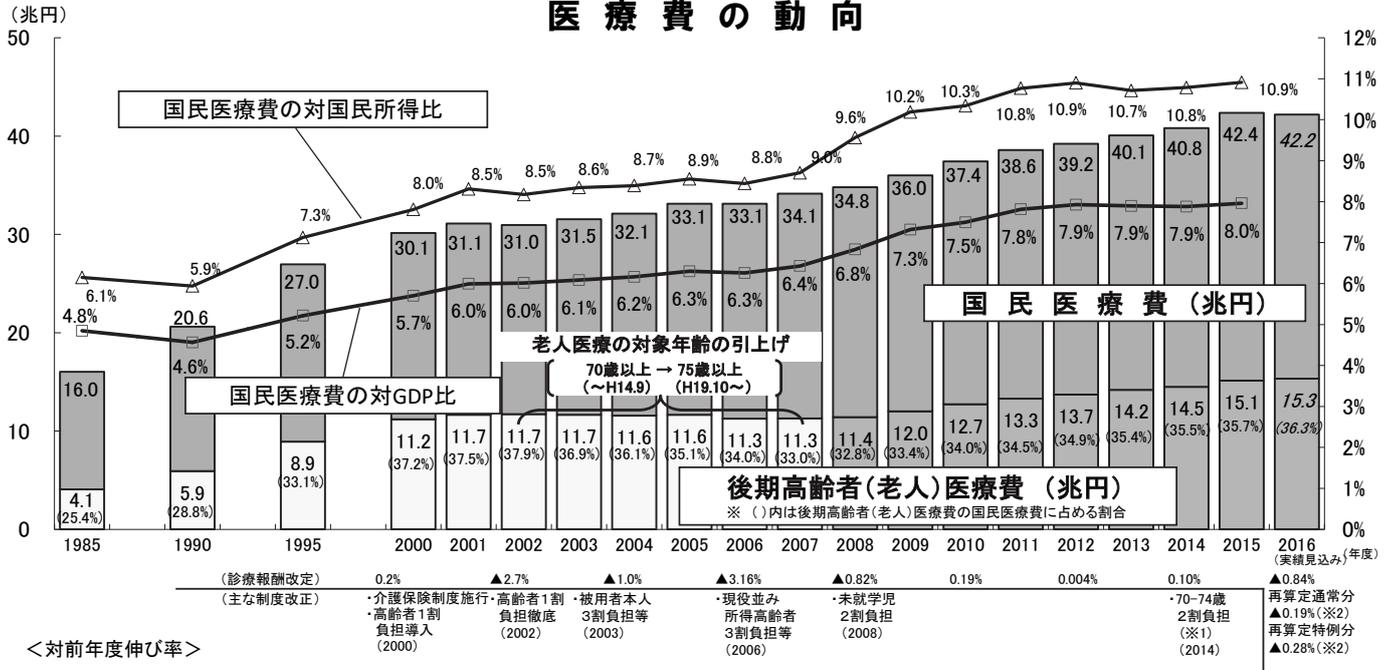
1 国民皆保険と国民健康保険制度	.....	2
2 国民健康保険制度の状況	.....	11
3 平成30年国保制度改革	.....	27
4-1 国保の財政(公費)	.....	34
4-2 国保の財政(納付金、保険料)	.....	45
5 保険者機能の強化	.....	57
6 2040年頃を展望した社会保障改革	.....	64

1. 国民皆保険と国民健康保険制度

我が国の医療制度の概要



医療費の動向



<対前年度伸び率>

項目	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.4
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.2
国民所得	7.2	8.1	2.7	▲3.0	▲0.4	1.4	1.3	1.2	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	3.9	1.2	2.7	-	-
GDP	7.2	8.6	2.9	▲1.8	▲0.8	0.7	0.5	0.9	0.7	0.3	▲4.1	▲3.4	1.4	▲1.1	0.2	2.6	2.1	2.8	-	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。
 注2 2016年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費、以下同じ)は実績見込みである。2016年度分は、2015年度の国民医療費に2016年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。
 (※1) 70-74歳の者の一部負担割合の予算凍結措置解除(1割→2割)、2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。
 (※2) 「再算定通常分」とは市場拡大再算定による薬価の見直し、「再算定特例分」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特別の実施を指す。

OECD加盟国の医療費の状況(2016年)

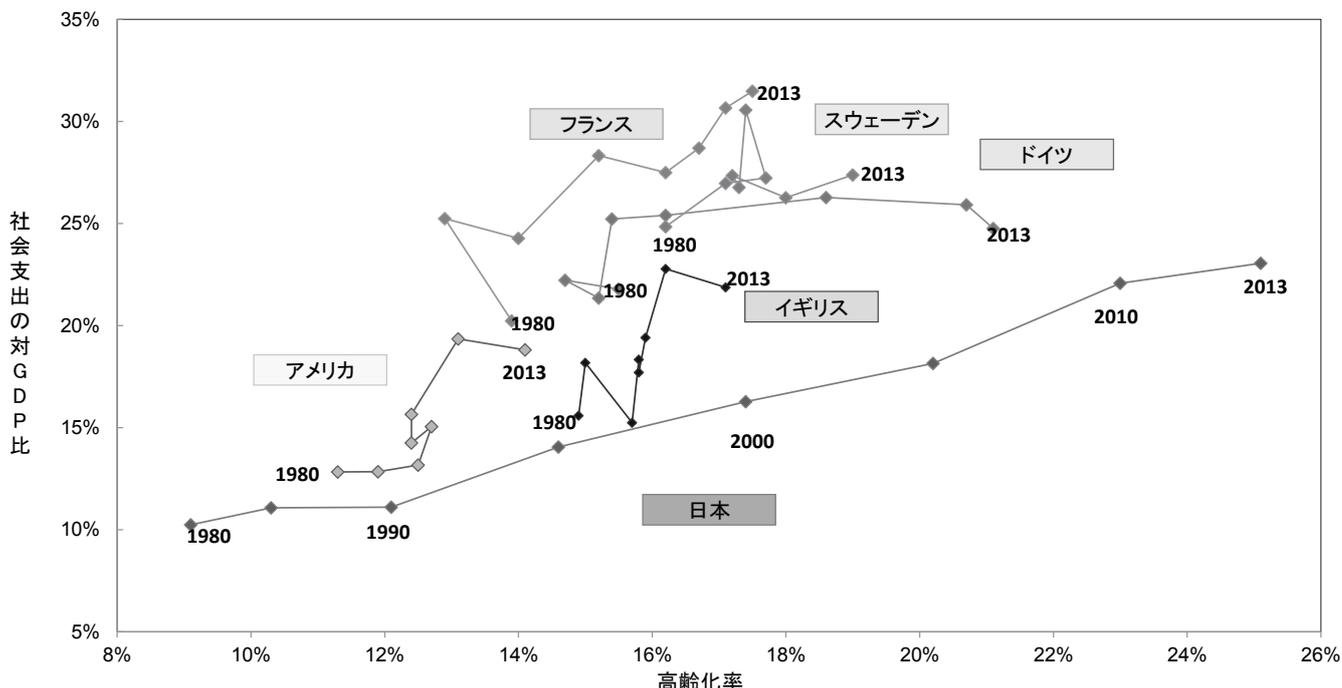
国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
	順位	順位	順位	順位	
アメリカ合衆国	17.2	1	9,892	1	
スイス	12.4	2	7,919	2	
ドイツ	11.3	3	5,551	5	
スウェーデン	11.0	4	5,488	7	
フランス	11.0	5	4,600	14	
日本	10.9	6	4,519	15	
オランダ	10.5	7	5,385	8	
ノルウェー	10.5	8	6,647	4	
ベルギー	10.4	9	4,840	11	
オーストリア	10.4	10	5,227	9	
デンマーク	10.4	11	5,199	10	
カナダ	10.3	12	4,644	13	
イギリス	9.7	13	4,192	17	
オーストラリア	9.6	14	4,708	12	
フィンランド	9.4	15	4,062	18	
ニュージーランド	9.2	16	3,590	19	
スペイン	9.0	17	3,248	21	
ポルトガル	8.9	18	2,734	24	

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)	
	順位	順位	順位	順位
イタリア	8.9	19	3,391	20
アイスランド	8.6	20	4,376	16
スロベニア	8.6	21	2,835	22
チリ	8.5	22	1,977	31
ギリシャ	8.2	23	2,187	27
アイルランド	7.8	24	5,528	6
韓国	7.7	25	2,729	25
ハンガリー	7.6	26	2,101	29
イスラエル	7.3	27	2,776	23
チェコ	7.2	28	2,515	26
スロバキア	6.9	29	2,150	28
エストニア	6.7	30	1,989	30
ポーランド	6.4	31	1,798	32
ルクセンブルク	6.3	32	7,463	3
メキシコ	5.8	33	1,080	35
ラトヴィア	5.7	34	1,466	33
トルコ	4.3	35	1,088	34
OECD平均	9.0		3,997	

【出典】「OECD HEALTH DATA 2017」
 (注1) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

高齢化率と社会保障の給付規模の国際比較

- 日本は1980年から2013年までの33年間で高齢化率は約16%上昇しており、社会支出の対GDP比も約13%程度増加している。一方、フランスは30%を超えている。
- イギリス・アメリカなどは、高齢化率はさほど大きく変わらないものの、その社会支出の対GDP比は6~7%程度上昇している。



出典: OECD(2016): Social Expenditure Database、OECD Health Statistics 2016より作成

6

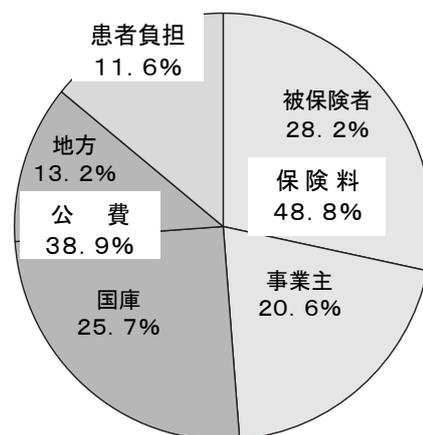
国民皆保険制度の意義

- 我が国は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現。
- 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要。

【日本の国民皆保険制度の特徴】

- ① 国民全員を公的医療保険で保障。
- ② 医療機関を自由に選べる。(フリーアクセス)
- ③ 安い医療費で高度な医療。
- ④ 社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するため、公費を投入。

日本の国民医療費の負担構造(財源別)(平成27年度)



7

医療保険制度の歴史

【戦前から戦後：制度の創設期】

1927：健康保険法の施行

→ 被用者保険からスタート：労働者の健康の確保、生活の安定化

【高度経済成長期：制度の発展期】

1961：国民皆保険の達成

→ 被用者以外の者の国保への加入を義務化

【高度経済成長期の終焉：制度の成熟期】

1973：老人医療費の無料化

→ 病院のサロン化などが社会問題に 1983～再び患者負担導入

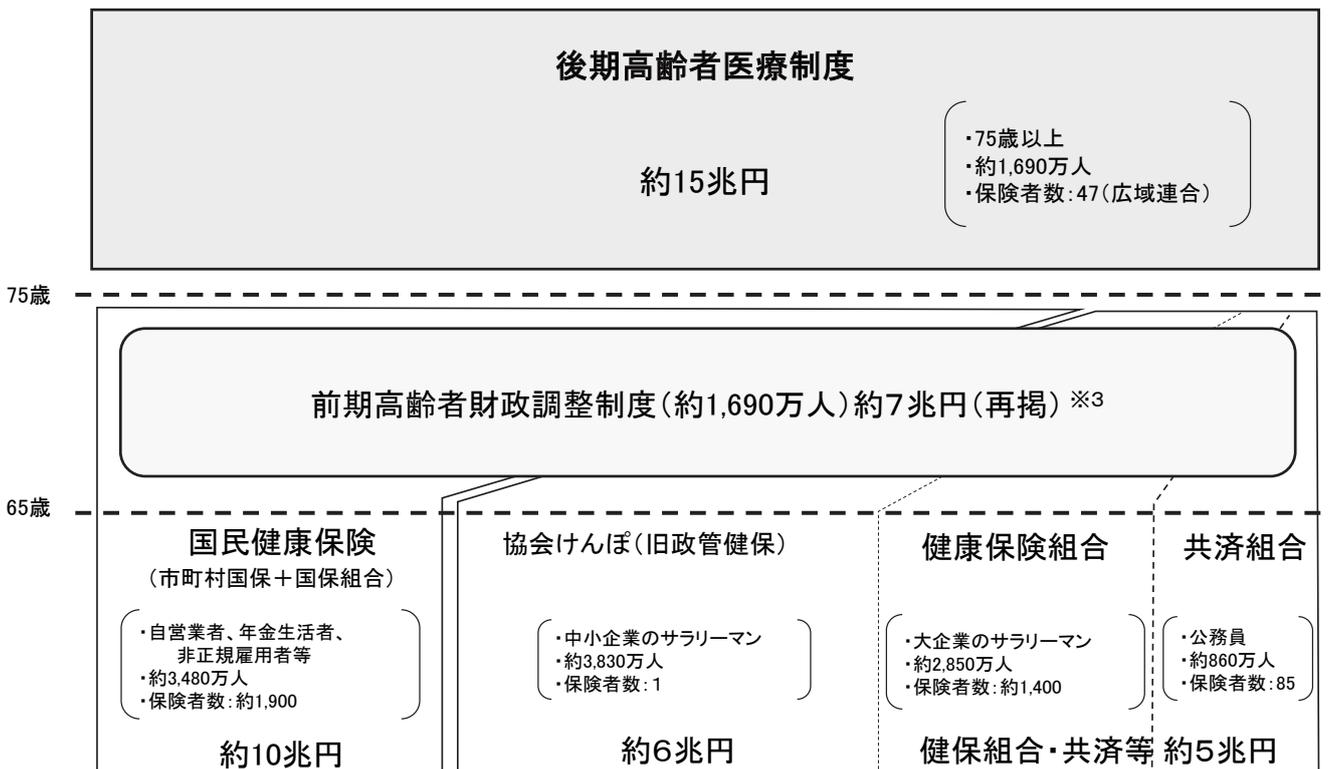
【低成長期：制度の構造改革期】

2008：後期高齢者医療制度

→ 75歳以上の者の独立の制度の創設

8

医療保険制度の体系



※1 加入者数・保険者数、金額は、平成29年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、経過措置として退職者医療(対象者約90万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1,690万人)の内訳は、国保約1,300万人、協会けんぽ約280万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

9

【参考】各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成28年3月末)	1,716	164	1	1,405	85	47
加入者数 (平成28年3月末)	3,182万人 (1,941万世帯)	286万人	3,716万人 被保険者2,158万人 被扶養者1,559万人	2,914万人 被保険者1,581万人 被扶養者1,332万人	877万人 被保険者450万人 被扶養者427万人	1,624万人
加入者平均年齢 (平成27年度)	51.9歳	39.7歳	36.9歳	34.6歳	33.1歳	82.3歳
加入者一人当たり 医療費(平成27年度)	35.0万円	19.7万円	17.4万円	15.4万円	15.7万円	94.9万円
加入者一人当たり 平均所得(※1) (平成27年度)	84万円 〔一世帯当たり〕 140万円	371万円 一世帯当たり(※2) 769万円 (平成25年)	145万円 〔一世帯当たり(※3)〕 249万円	211万円 〔一世帯当たり(※3)〕 387万円	235万円 〔一世帯当たり(※3)〕 456万円	80万円
加入者一人当たりの 保険料の賦課対象 となる額(平成27年度)	68万円(※4) 〔一世帯当たり〕 112万円	―(※5)	220万円 〔一世帯当たり(※3)〕 379万円	300万円(※6) 〔一世帯当たり(※3)〕 552万円	328万円(※6) 〔一世帯当たり(※3)〕 637万円	67万円(※4)
加入者一人当たり 平均保険料 (平成27年度)(※7) 〈事業主負担込〉	8.4万円 〔一世帯当たり〕 14.1万円	15.7万円	10.9万円<21.9万円> 被保険者一人当たり 18.8万円<37.7万円>	12.2万円<26.7万円> 被保険者一人当たり 22.4万円<49.2万円>	14.0万円<27.9万円> 被保険者一人当たり 27.1万円<54.3万円>	6.7万円
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の40% (※8)	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助(※10)	なし	給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※9) (平成30年度予算案ベース)	4兆3,784億円 (国3兆1,581億円)	2,521億円 (全額国費)	1兆1,745億円 (全額国費)	737億円 (全額国費)		8兆374億円 (国5兆1,449億円)

- (※1) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)
- 国保組合については、「市町村民税課税標準額(総所得金額等から基礎控除のほか所得控除(扶養控除、配偶者控除等)を控除した金額)」に、「基礎控除」と「基礎控除を除く所得控除(扶養控除、配偶者控除等)」(総務省「平成26年度市町村税課税状況等の調査」による「給与所得及び営業所得を受給する納税者の課税標準額」の段階別の所得控除額(基礎控除を除く)を納税義務者数で除したものを使用して試算した額)を足した参考値である。
- 協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。
- (※2) 一世帯当たりの額は加入者一人当たりの額に平均世帯人数を乗じたものである。(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。
- (※4) 旧ただし書き方式による課税標準額(保険料の算定基礎)。旧ただし書き方式は、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎を計算する際に用いられている方式で、(※2)から基礎控除等を差し引いたものである。
- (※5) 国保組合ごとに所得の算出方法や保険料の計算方法が大きく異なるため、記載しない。平成26年度所得調査結果における業種別の市町村民税課税標準額は、医師国保717万円、歯科医師国保225万円、薬剤師国保242万円、一般業種国保126万円、建設関係国保79万円。全体の平均額は、各組合の被保険者数を勘案して算定した額であり、242万円となっている。
- (※6) 標準報酬総額を加入者数で割ったものである。
- (※7) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。
- (※8) 平成30年度予算案ベースにおける平均値。(※9) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。(※10) 共済組合も補助対象となる。

10

2. 国民健康保険制度の状況

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。(1,716保険者)
- **被保険者数**: 約3,012万人
 - ・ 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: 52.3歳(平成28年9月末)
- **保険料**: 全国平均で、一人当たり年額11.0万円(平成27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、**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。

(平成30年度予算ベース)

財源構成

医療給付費 … 総額で約11.2兆円

- うち、約3.6兆円は、**被用者保険からの交付金**

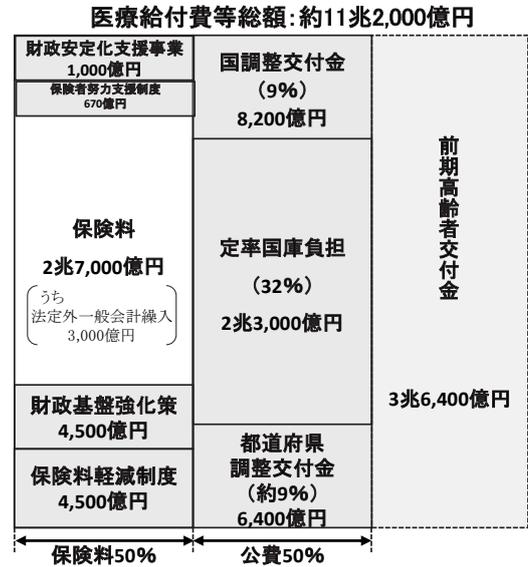
(65歳～74歳の医療費について、被用者保険も含め、保険者間で財政調整)

- 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9,700億円の公費を追加投入(→ 結果、公費は約63%)**

(参考)

- 「調整交付金」
 - ・ 都道府県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
- 「保険者努力支援制度」
 - ・ 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援
- 「財政基盤強化策」
 - ・ 著しく高額な医療費(1件420万円超)や、高額な医療費(1件80万円超)、低所得者が多い市町村国保への財政支援(特別高額医療費共同事業負担金、高額医療費負担金、保険者支援制度)
- 「財政安定化支援事業」
 - ・ 市町村国保財政の安定化、保険料平準化のため地方財政措置



12

高齢者医療制度の財政

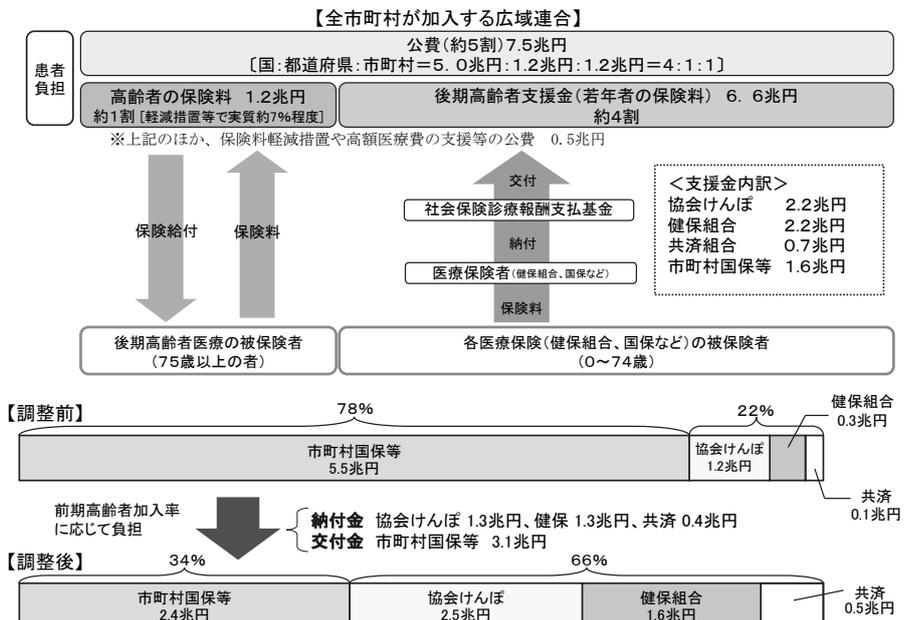
- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

後期高齢者医療制度

- <対象者数>
75歳以上の高齢者 約1,750万人
- <後期高齢者医療費>
17.2兆円(平成30年度予算ベース)
給付費 15.8兆円
患者負担 1.4兆円
- <保険料額(平成30・31年度見込)>
全国平均 約5,860円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は約380円/月

前期高齢者に係る財政調整

- <対象者数>
65～74歳の高齢者
約1,700万人
- <前期高齢者給付費>
7.0兆円
(平成30年度予算ベース)

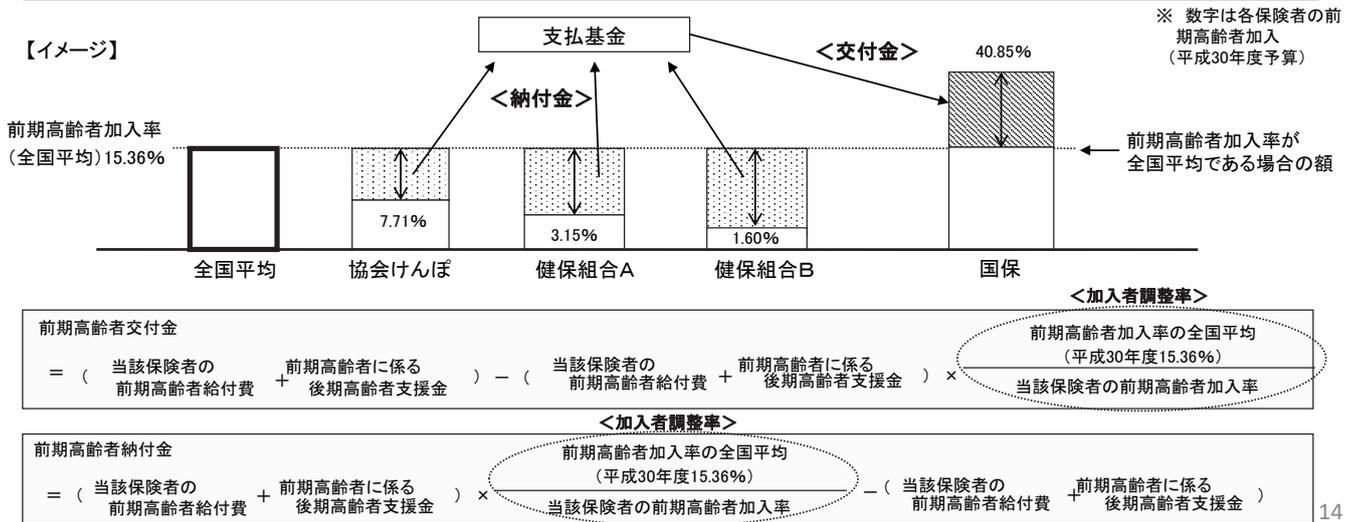


※各医療保険者が負担する後期高齢者支援金は、後期高齢者支援金に係る前期財政調整を含む。

13

前期高齢者に係る財政調整

- 保険者間で高齢者が偏在する(65～74歳の約8割が国民健康保険)ことによる負担の不均衡を是正するため、国保・被用者保険の各保険者が前期高齢者加入率に応じて費用を負担するよう調整を行う。
- 各保険者の前期高齢者給付費と前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率が全国平均であるとみなして算定された額を負担する。(前期高齢者加入率が全国平均より低い場合には、全国平均である場合との差を納付。高い場合には、その差分の交付を受ける。)
- ※ 保険者ごとの負担が過大とならないよう、次のような仕組みを設けている。
 - ・ 前期高齢者加入率が著しく低い保険者の納付金が過大とならないよう、算定する際の加入率には下限割合を設定。(高確法第34条第5項)
 - ・ 一人当たり前期高齢者給付費が著しく高い保険者について、基準を超える部分を調整対象から外すことにより、保険者の医療費適正化努力を促進。(高確法第34条第2項第2号)。その他の保険者については、一人当たり前期高齢者給付費は調整されず、各保険者の65～74歳の医療費水準に応じた負担となる。
 - ・ 抛出自負担(前期高齢者納付金・後期高齢者支援金)が義務的支出(前期高齢者納付金・後期高齢者支援金・法定給付費等)に比し過大となる保険者について、その過大部分を全保険者で按分し、前期高齢者納付金で調整。(高確法第38条第4項及び第5項)



市町村国保が抱える構造的な課題

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: 市町村国保(38.9%)、健保組合(3.0%)
- ・ 一人あたり医療費: 市町村国保(35.0万円)、健保組合(14.9万円)

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: 市町村国保(84.4万円)、健保組合(207万円(推計))
- ・ 無所得世帯割合: 28.4%

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(9.8%)、健保組合(5.7%) ※健保は本人負担分のみの推計値

④ 保険料(税)の収納率

- ・ 収納率: 平成11年度 91.38% → 平成27年度 91.45%
- ・ 最高収納率: 95.49%(島根県) ・ 最低収納率: 87.44%(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3,000億円、繰上充用額: 約960億円(平成27年度)

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

- ・ 1716保険者中3000人未満の小規模保険者 471(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(北海道) 最小: 1.1倍(富山県)
- ・ 一人あたり所得の都道府県内格差 最大: 22.4倍(北海道) 最小: 1.2倍(福井県)
- ・ 一人あたり保険料の都道府県内格差 最大: 3.6倍(長野県)※ 最小: 1.3倍(長崎県)
- ※ 東日本大震災による保険料(税)減免の影響が大きい福島県を除く。

＜社会保障制度改革プログラム法における対応の方向性＞

① 国保に対する財政支援の拡充

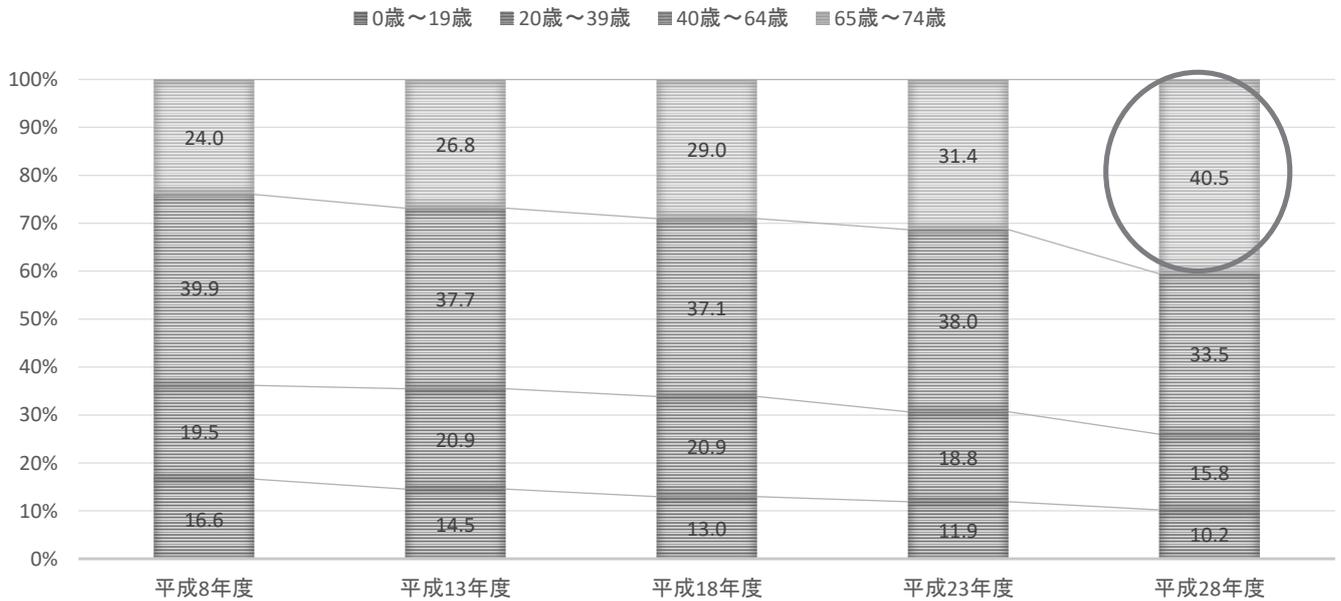
② 国保の運営について、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、

- ・ 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

市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成の推移

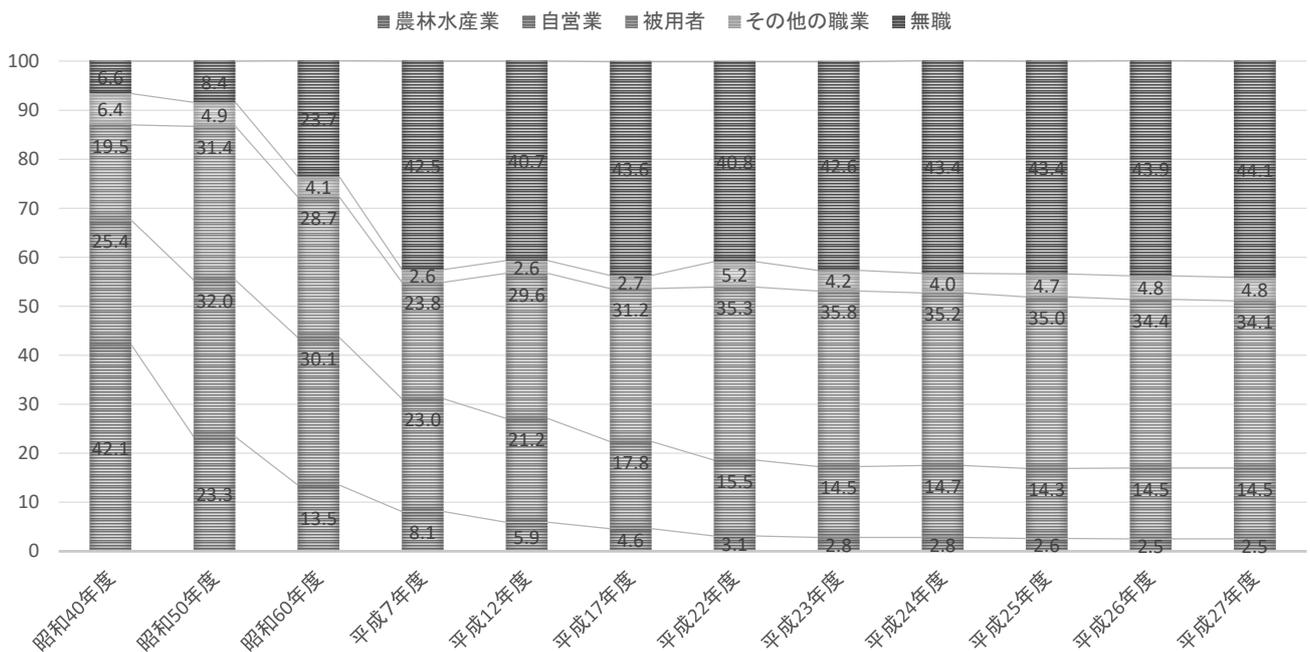
被保険者数全体に占める、65歳から74歳までの割合が次第に増加し、平成28年度には40.5%となっている。



(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

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7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。

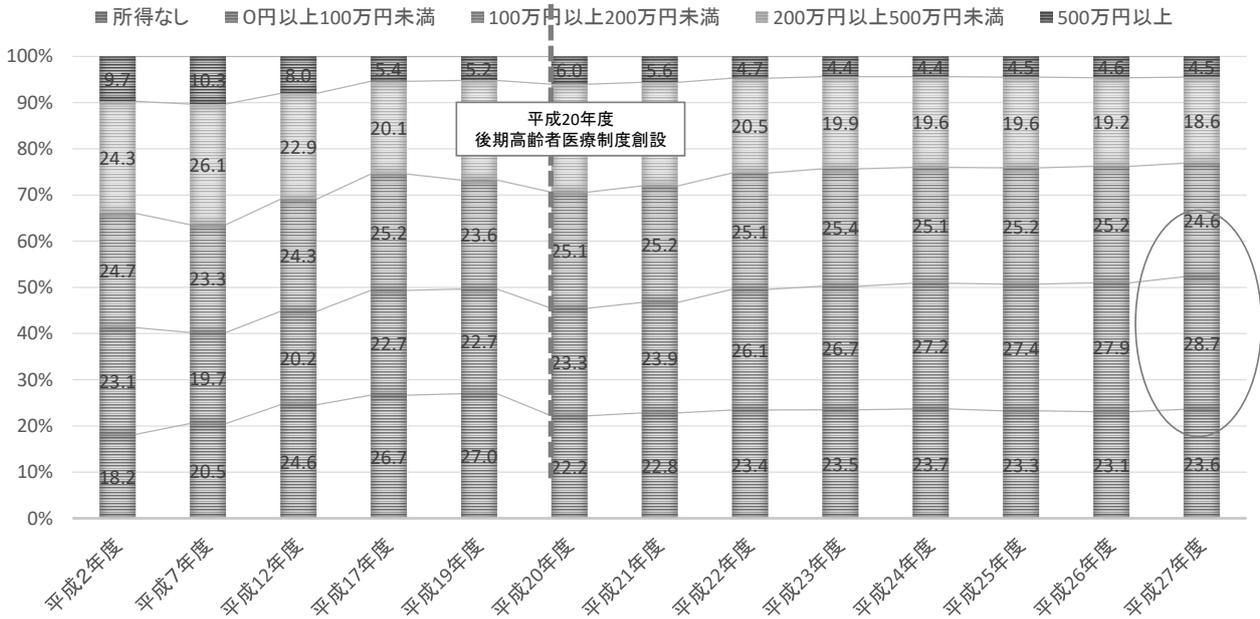


(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」
 (注1)職業不詳を除いた割合である。
 (注2)擬制世帯は除く。(昭和40年度、昭和50年度のみ擬制世帯を含む。)
 (注3)平成7年度以前は75歳以上を含む。

世帯の所得階層別割合の推移

平成27年度において、加入世帯の23.6%が所得なし、28.7%が0円以上100万円未満世帯であり、低所得世帯の割合は増加傾向にある。

※「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。



(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。

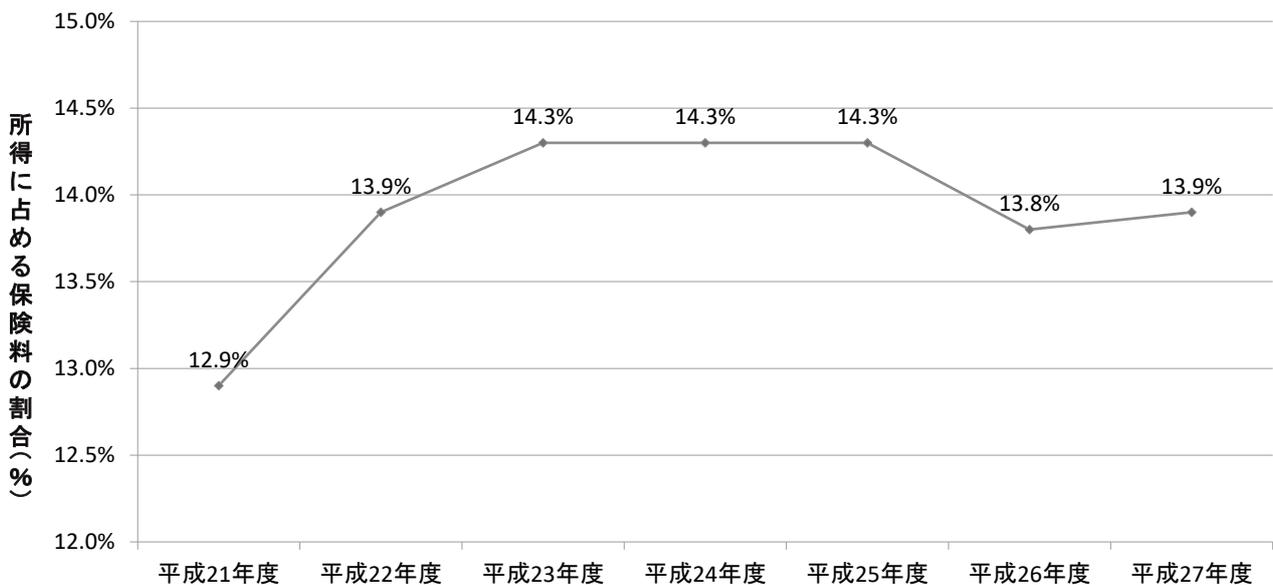
(注3) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設され、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

(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。

18

市町村国保の保険料負担率の推移

○ 平成27年度の所得に占める保険料の割合(保険料負担率)は13.9%である。



〔出典〕 国民健康保険事業年報、国民健康保険実態調査

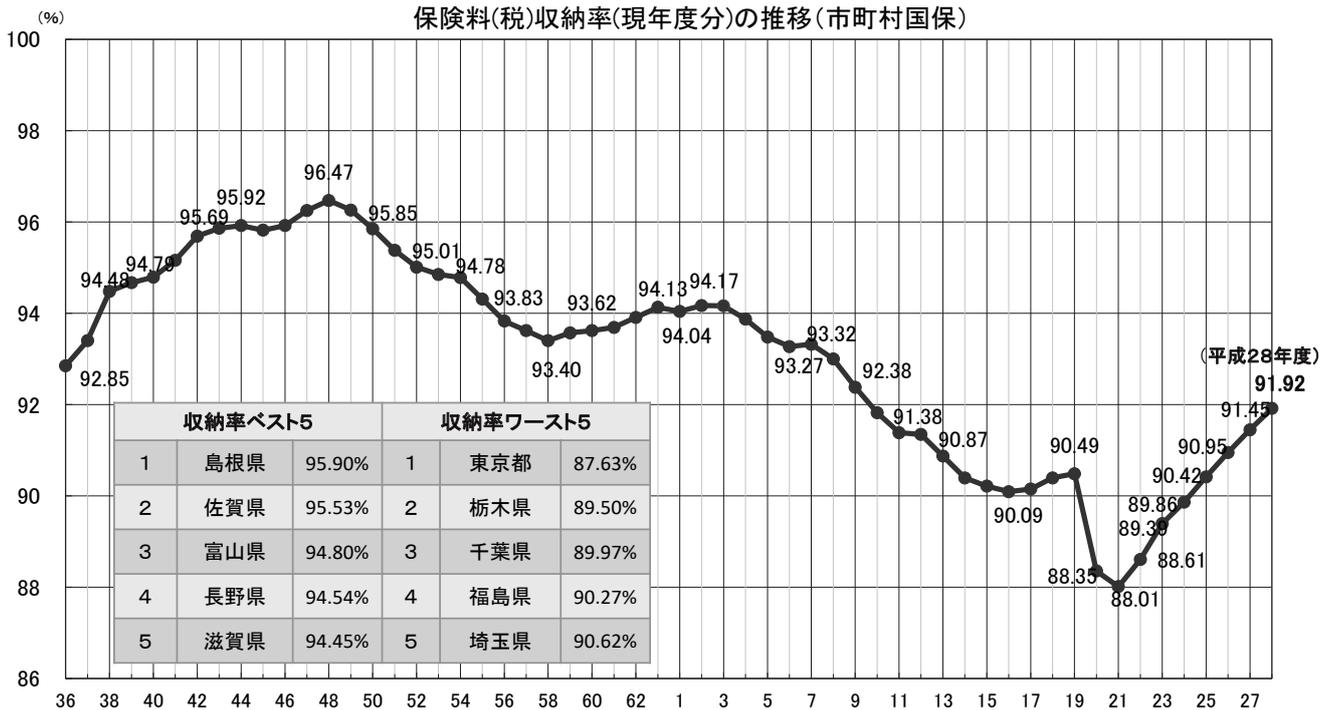
※1 ここでいう所得とは「旧ただし書き所得」を指し、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額である。

※2 「保険料負担率」は、保険料(税)調定額を旧ただし書き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。

19

市町村国保の保険料（税）の収納率（現年度分）の推移

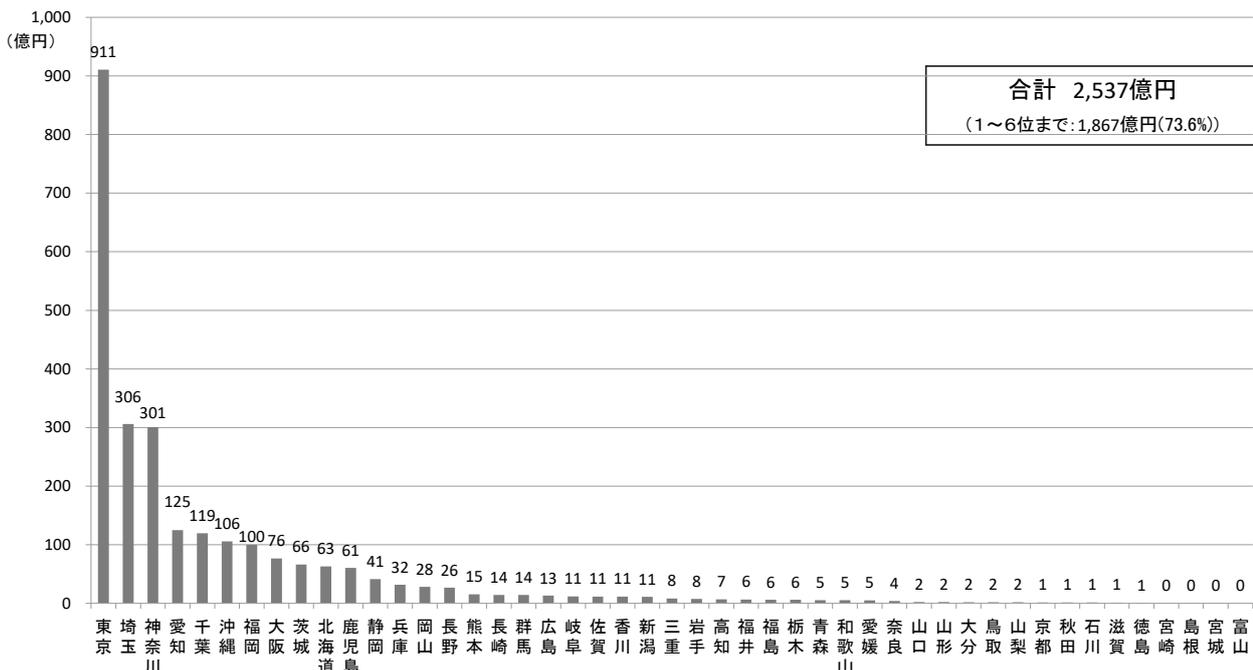
平成28年度の保険料（税）の収納率は91.92%であり、7年連続で上昇している。



(出所) 平成28年度国民健康保険(市町村)の財政状況について(速報)
 (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12年度以降の調定額等は介護納付金、平成20年度以降は後期高齢者支援金を含んでいる。

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28年度）

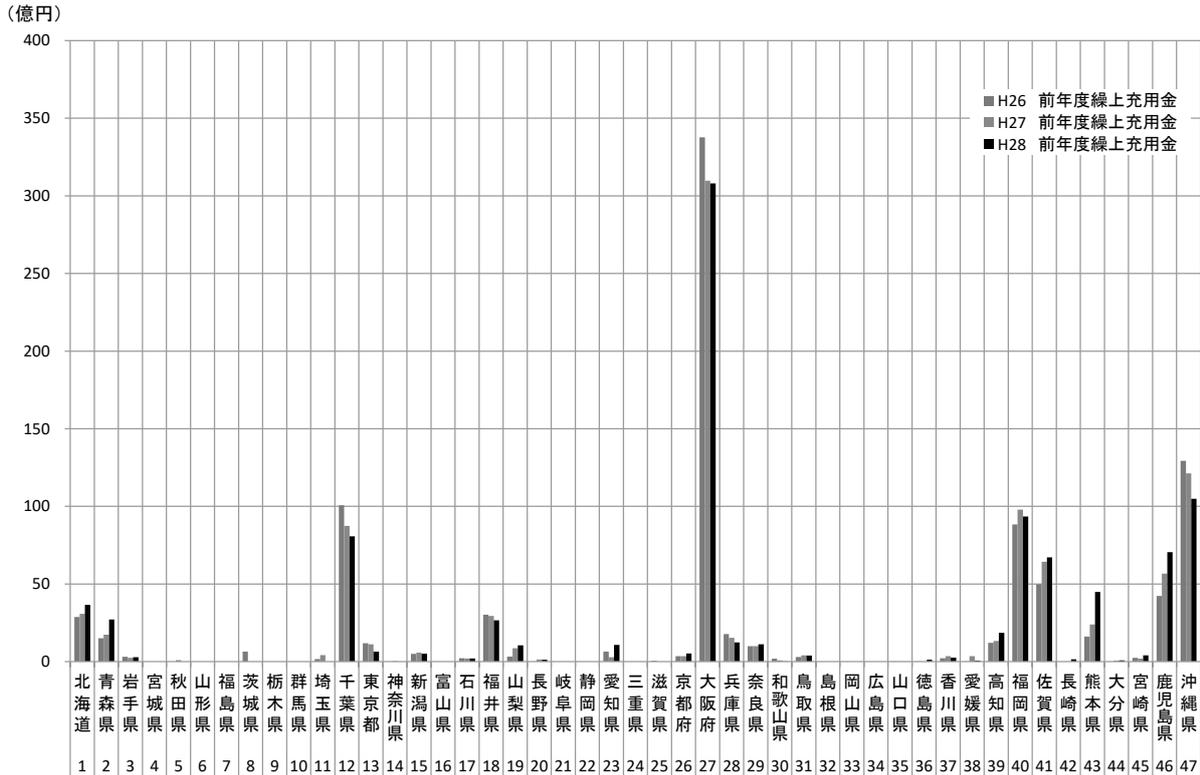
- 法定外繰入を都道府県別に見ると、全体(2,537億円)の約3割(911億円)を東京都が占めている。
- 繰入金額が多く大都市を抱えている1位～6位までの都府県における繰入金額は約1,900億円であり、全体の約7割を占めている。



(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647億円)が特別区の繰入金である。

前年度繰上充用金の状況

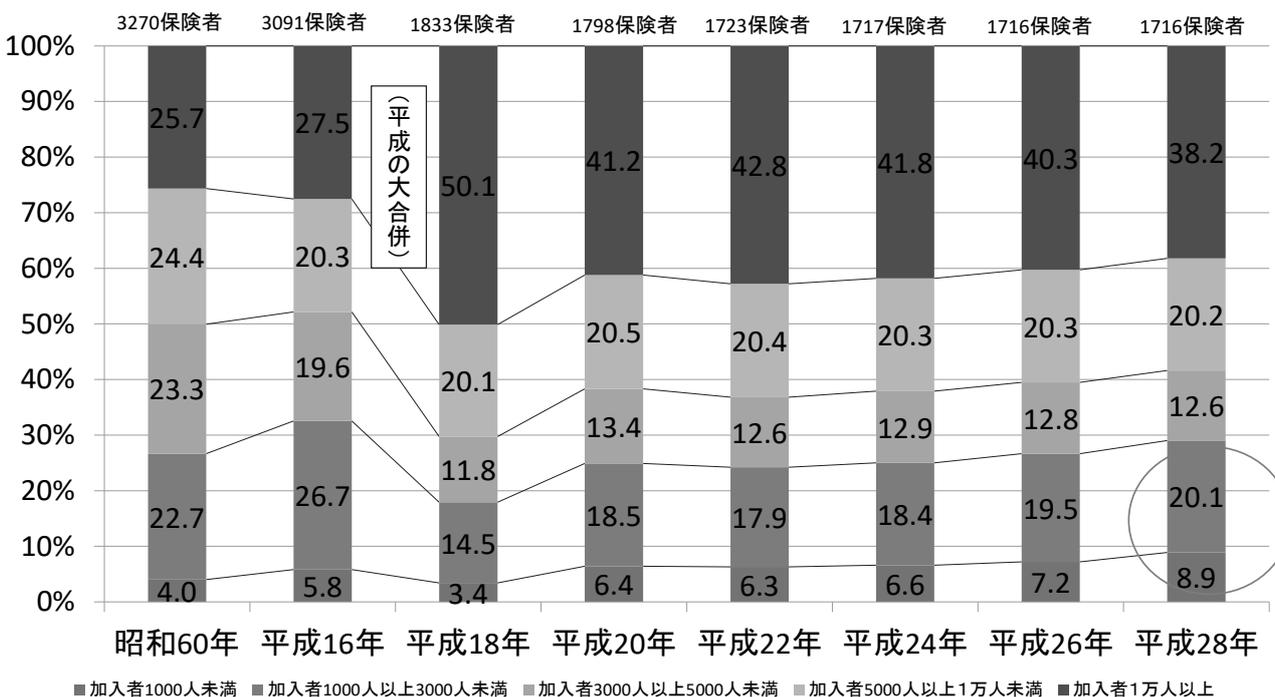
○ 前年度繰上充用金は962億円(平成28年度)。うち大阪府内の市町村の合計が308億円であり、全体の約3割を占める。



(出所) 国民健康保険事業年報(速報値)

保険者規模別構成割合の推移

平成28年9月末時点で、1,716保険者中498保険者(約30%)が被保険者数3,000人未満の小規模保険者。
※ただし、平成28年度の数値は速報値。



(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。

都道府県別1人当たり医療費の格差の状況（平成27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			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		最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位				
北海道	道 初山別村	657,915	別海町	253,609	2.6倍	383,551	14	滋賀県	多賀町	397,317	栗東市	326,896	1.2倍	354,135	30
青森県	大鰐町	384,632	大間町	265,366	1.4倍	332,465	39	京都府	笠置町	484,905	和東町	343,600	1.4倍	365,132	23
岩手県	大槌町	440,879	普代村	283,975	1.6倍	360,505	27	大阪府	岬町	479,675	泉南市	309,854	1.5倍	363,927	24
宮城県	山元町	404,904	大衡村	312,791	1.3倍	353,895	31	兵庫県	上郡町	434,627	豊岡市	334,197	1.3倍	367,089	22
秋田県	藤里町	504,255	大湯村	282,257	1.8倍	382,518	16	奈良県	上北山村	515,458	天理市	292,461	1.8倍	348,160	33
山形県	南陽市	401,987	大江町	295,732	1.4倍	362,260	25	和歌山県	北山村	468,867	みなべ町	270,805	1.7倍	355,180	29
福島県	広野町	488,698	檜枝岐村	262,347	1.9倍	341,459	35	鳥取県	江府町	498,071	北栄町	352,008	1.4倍	376,752	18
茨城県	北茨城市	361,817	八千代町	254,842	1.4倍	304,575	46	島根県	川本町	550,670	隠岐の島町	386,294	1.4倍	433,675	1
栃木県	塩谷町	372,941	市貝町	285,016	1.3倍	317,797	44	岡山県	新見市	471,190	新庄村	319,188	1.5倍	404,612	10
群馬県	神流町	479,381	昭和村	247,512	1.9倍	325,565	40	広島県	大崎上島町	501,940	世羅町	345,390	1.5倍	406,385	9
埼玉県	吉見町	370,103	戸田市	286,248	1.3倍	320,652	41	山口県	周防大島町	506,751	下松市	388,610	1.3倍	432,319	2
千葉県	長南町	402,095	旭市	279,664	1.4倍	319,474	42	徳島県	三好市	483,432	上勝町	344,602	1.4倍	398,279	11
東京都	都新島村	408,538	小笠原村	201,879	2.0倍	310,163	45	香川県	直島町	489,293	宇多津町	375,713	1.3倍	422,135	3
神奈川県	山北町	392,705	葉山町	302,862	1.3倍	333,272	38	愛媛県	上島町	478,269	宇和島市	320,941	1.5倍	382,703	15
新潟県	阿賀町	492,662	湯沢町	286,971	1.7倍	355,424	28	高知県	馬路村	624,655	四万十市	345,070	1.8倍	406,635	8
富山県	舟橋村	446,895	砺波市	362,748	1.2倍	375,969	19	福岡県	大牟田市	448,301	春日市	325,325	1.4倍	370,646	20
石川県	宝達志水町	498,971	珠洲市	355,911	1.4倍	398,177	12	佐賀県	みやき町	523,046	太良町	350,401	1.5倍	419,780	5
福井県	美浜町	423,723	高浜町	340,152	1.2倍	381,626	17	長崎県	長崎市	459,240	対馬市	327,131	1.4倍	411,022	7
山梨県	早川町	576,872	小菅村	267,030	2.2倍	340,817	36	熊本県	水俣市	563,833	南小国町	293,574	1.9倍	386,757	13
長野県	小川村	464,871	川上村	209,722	2.2倍	343,102	34	大分県	津久見市	479,047	姫島村	385,282	1.2倍	421,114	4
岐阜県	東白川村	421,802	美濃加茂市	315,234	1.3倍	353,733	32	宮崎県	美郷町	469,654	綾町	315,725	1.5倍	369,959	21
静岡県	南伊豆町	377,002	伊東市	306,166	1.2倍	337,356	37	鹿児島県	南さつま市	511,584	十島村	268,870	1.9倍	415,772	6
愛知県	東栄町	402,607	田原市	254,008	1.6倍	318,912	43	沖縄県	国頭村	358,122	竹富町	199,755	1.8倍	298,165	47
三重県	紀北町	443,524	度会町	305,757	1.5倍	361,085	26								

(※) 3～2月診療ベースである。
(出所) 国民健康保険事業年報

1人当たり医療費 全国平均：349,697円

都道府県内における1人当たり所得の格差（平成27年）

	平均所得 (万円)	最高		最低		格差		平均所得 (万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)				(万円)	(万円)			
北海道	63.0	猿払村	514.8	赤平市	30.4	16.9	滋賀県	61.7	栗東市	83.3	甲良町	43.7	1.9
青森県	52.2	平内町	118.0	今別町	36.2	3.3	京都府	57.2	宇治田原町	68.6	笠置町	41.9	1.6
岩手県	53.8	野田村	75.9	西和賀町	43.4	1.8	大阪府	56.1	箕面市	84.5	泉南市	37.9	2.2
宮城県	59.9	南三陸町	75.6	白石市	47.1	1.6	兵庫県	61.1	芦屋市	141.9	朝来市	48.0	3.0
秋田県	44.7	大湯村	207.2	小坂町	34.3	6.0	奈良県	57.0	曽爾村	79.0	御杖村	39.0	2.0
山形県	55.5	大蔵村	66.1	小国町	44.6	1.5	和歌山県	48.7	高野町	62.4	湯浅町	42.6	1.5
福島県	62.2	葛尾村	214.9	柳津町	44.5	4.8	鳥取県	48.2	北栄町	65.1	日野町	36.5	1.8
茨城県	66.8	八千代町	84.7	高萩市	48.3	1.8	島根県	52.9	知夫村	86.9	美郷町	37.8	2.3
栃木県	66.3	高根沢町	83.4	茂木町	49.6	1.7	岡山県	54.4	真庭市	65.8	美咲町	38.5	1.7
群馬県	62.8	嬬恋村	163.6	上野村	34.6	4.7	広島県	61.3	府中町	76.4	神石高原町	47.6	1.6
埼玉県	76.5	和光市	112.0	神川町	51.3	2.2	山口県	51.4	和木町	63.2	上関町	41.0	1.5
千葉県	76.5	長柄町	128.1	鎭南町	55.6	2.3	徳島県	45.6	松茂町	58.2	つるぎ町	29.5	2.0
東京都	102.7	千代田区	272.1	檜原村	60.2	4.5	香川県	54.4	直島町	76.5	小豆島町	42.6	1.8
神奈川県	88.6	葉山町	105.7	横須賀市	65.6	1.6	愛媛県	45.4	八幡浜市	55.3	松野町	25.8	2.1
新潟県	54.1	津南町	65.6	阿賀町	40.4	1.6	高知県	50.2	土佐清水市	74.5	大豊町	28.9	2.6
富山県	60.5	黒部市	67.8	上市町	48.6	1.4	福岡県	53.3	新宮町	84.3	川崎町	26.7	3.2
石川県	61.8	野々市市	74.7	穴水町	45.6	1.6	佐賀県	57.0	白石町	79.2	大町町	37.1	2.1
福井県	60.8	池田町	76.4	勝山市	53.1	1.4	長崎県	48.4	長与町	62.9	佐世保市	42.2	1.5
山梨県	63.3	山中湖村	115.8	丹波山村	38.3	3.0	熊本県	52.4	西原村	69.8	津奈木町	27.0	2.6
長野県	59.2	川上村	156.5	大鹿村	33.9	4.6	大分県	43.9	竹田市	54.0	姫島村	34.7	1.6
岐阜県	67.8	白川村	97.8	七宗町	54.4	1.8	宮崎県	48.3	高原町	61.7	日之影町	36.9	1.7
静岡県	73.6	長泉町	95.2	南伊豆町	51.7	1.8	鹿児島県	41.9	東串良町	67.2	伊仙町	14.6	4.6
愛知県	86.1	飛島村	143.1	豊根村	56.7	2.5	沖縄県	43.8	北大東村	87.3	粟国村	18.8	4.6
三重県	63.4	木曾岬町	81.1	紀宝町	44.3	1.8							

1人当たり所得 全国平均：68.3万円

(注1) 厚生労働省保険局「平成28年度国民健康保険実態調査」速報(保険者票)における平成27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27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			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	調定額	順位		最大	最小	格差	調定額	順位				
北海道	猿払村	157,793	赤平市	54,250	2.9倍	83,601	24	滋賀県	栗東市	102,840	豊郷町	70,084	1.5倍	85,864	19
青森県	平内町	108,789	深浦町	64,935	1.7倍	80,187	33	京都府	精華町	93,778	伊根町	47,689	2.0倍	78,588	35
岩手県	奥州市	84,120	九戸村	57,929	1.5倍	74,105	44	大阪府	島本町	99,222	田尻町	63,857	1.6倍	80,596	32
宮城県	色麻町	101,518	山元町	55,661	1.8倍	86,249	17	兵庫県	芦屋市	97,858	相生市	67,699	1.4倍	82,135	26
秋田県	大湯村	137,037	小坂町	48,553	2.8倍	72,644	45	奈良県	黒滝村	100,813	下北山村	49,294	2.0倍	81,309	28
山形県	寒河江市	101,105	飯豊町	65,267	1.5倍	88,731	10	和歌山県	美浜町	103,816	北山村	48,211	2.2倍	79,848	34
福島県	古殿町	99,045	飯室町・浪江町・ 双葉町・大原町・ 南相馬市・楢葉町	0	-	74,665	43	鳥取県	北栄町	84,525	智頭町	63,798	1.3倍	78,554	36
茨城県	守谷市	104,141	常陸大宮市	68,281	1.5倍	83,826	22	島根県	松江市	97,770	吉賀町	64,697	1.5倍	87,320	13
栃木県	鹿沼市	110,780	茂木町	75,428	1.5倍	90,669	6	岡山県	早島町	95,954	新庄村	62,585	1.5倍	81,001	30
群馬県	碓氷村	114,429	上野村	55,884	2.0倍	86,258	16	広島県	府中町	92,145	神石高原町	58,474	1.6倍	85,922	18
埼玉県	八潮市	98,002	小鹿野町	55,923	1.8倍	84,060	21	山口県	周南市	98,453	上関町	66,458	1.5倍	88,814	9
千葉県	富津市	102,564	成田市	69,601	1.5倍	87,357	12	徳島県	石井町	97,425	つるぎ町	57,924	1.7倍	82,013	27
東京都	千代田区	133,622	三宅村	40,705	3.3倍	90,582	7	香川県	多度津町	91,110	小豆島町	62,621	1.5倍	83,770	23
神奈川県	湯河原町	116,440	座間市	74,573	1.6倍	90,071	8	愛媛県	八幡浜市	88,184	松野町	56,845	1.6倍	76,382	41
新潟県	粟島浦村	94,796	阿賀町	64,921	1.5倍	81,256	29	高知県	安芸市	90,983	三原村	43,188	2.1倍	77,307	39
富山県	魚津市	100,084	氷見市	70,429	1.4倍	86,639	15	福岡県	宗像市	91,614	添田町	53,162	1.7倍	76,650	40
石川県	野々市市	106,907	珠洲市	70,925	1.5倍	92,688	1	佐賀県	白石町	109,187	有田町	66,275	1.6倍	90,687	5
福井県	福井市	93,958	池田町	56,515	1.7倍	87,043	14	長崎県	佐世保市	85,848	小値賀町	66,502	1.3倍	76,291	42
山梨県	富士河口湖町	110,710	丹波山村	50,826	2.2倍	91,365	3	熊本県	嘉島町	102,830	水俣市	56,969	1.8倍	80,913	31
長野県	川上村	121,083	大鹿村	33,872	3.6倍	78,401	37	大分県	竹田市	87,625	姫島村	53,580	1.6倍	78,107	38
岐阜県	岐南町	109,386	飛騨市	67,571	1.6倍	91,754	2	宮崎県	国富町	94,586	日之影町	59,558	1.6倍	82,412	25
静岡県	吉田町	105,400	川根本町	65,057	1.6倍	90,757	4	鹿児島県	中種子町	86,478	伊仙町	32,646	2.6倍	69,699	46
愛知県	南知多町	105,733	東栄町	59,193	1.8倍	88,709	11	沖縄県	北谷町	70,043	伊平屋村	32,983	2.1倍	57,176	47
三重県	木曽岬町	100,671	大紀町	56,193	1.8倍	84,322	20								

(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
福島県を除くと長野県の格差が最大となる。
(※)平成27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：84,156円

3. 平成30年国保制度改革

社会保障制度改革国民会議以降の流れ

社会保障制度改革国民会議(H24.11.30:第1回⇒H25.8.6:報告書とりまとめ)

- 社会保障制度改革国民会議(国民会議)は、社会保障制度改革推進法(改革推進法)(※1)に基づき、設置。
(設置期限:平成25年8月21日)
(※1)自民党、公明党、民主党の3党合意に基づく議員立法。平成24年8月10日成立、同22日公布。
- 改革推進法に規定された「基本的な考え方」、社会保障4分野(年金、医療、介護、少子化対策)に係る「改革の基本方針」及び3党実務者協議でとりまとめた「検討項目」に基づき、15名の有識者(清家篤会長)が20回にわたり審議。
- 政府は、国民会議における審議の結果等を踏まえて、法律の施行後1年以内(平成25年8月21日まで)に、必要な法制上の措置を講ずることとされた。(改革推進法第4条)
⇒「『法制上の措置』の骨子」(H25.8.21:閣議決定)

社会保障改革プログラム法(H25.10.15:提出⇒H25.12.5:成立、H25.12.13:公布)

- 「『法制上の措置』の骨子」に基づき、社会保障制度改革の全体像・進め方を明示。

平成26年の通常国会以降:順次、個別法改正案の提出

- 平成26年の通常国会では、医療法・介護保険法等の改正法案、難病・小児慢性特定疾病対策の法案、次世代育成支援対策推進法等の改正法案、雇用保険法の改正法案を提出し、成立。
- 平成27年通常国会には、医療保険制度改革のための法案を提出し、成立(H27.5.27)。

28

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の概要 (平成27年5月27日成立)

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、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

- **国保への財政支援の拡充**により、財政基盤を強化 (27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円)
- 平成30年度から、**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**

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、**段階的に全面総報酬割**を実施
(26年度:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割)

3. 負担の公平化等

- ① **入院時の食事代**について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう**段階的に引上げ**
(27年度:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ② 特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする (**紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入**)
- ③ 健康保険の保険料の算定の基礎となる**標準報酬月額の上限額を引き上げ** (121万円から139万円に)

4. その他

- ① **協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」**と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の**特例的な減額措置**を講ずる
- ② **被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助**について、**所得水準に応じた補助率に見直し**
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないよう、調整補助金を増額)
- ③ **医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進**
・都道府県が**地域医療構想と整合的な目標**(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する**被保険者の自助努力への支援**を追加
- ④ **患者申出療養を創設** (患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

【施行期日】 平成30年4月1日(4①は公布の日(平成27年5月29日)、2は公布の日及び平成29年4月1日、3及び4②~④は平成28年4月1日)²⁹

国保制度改革の概要（運営の在り方の見直し）

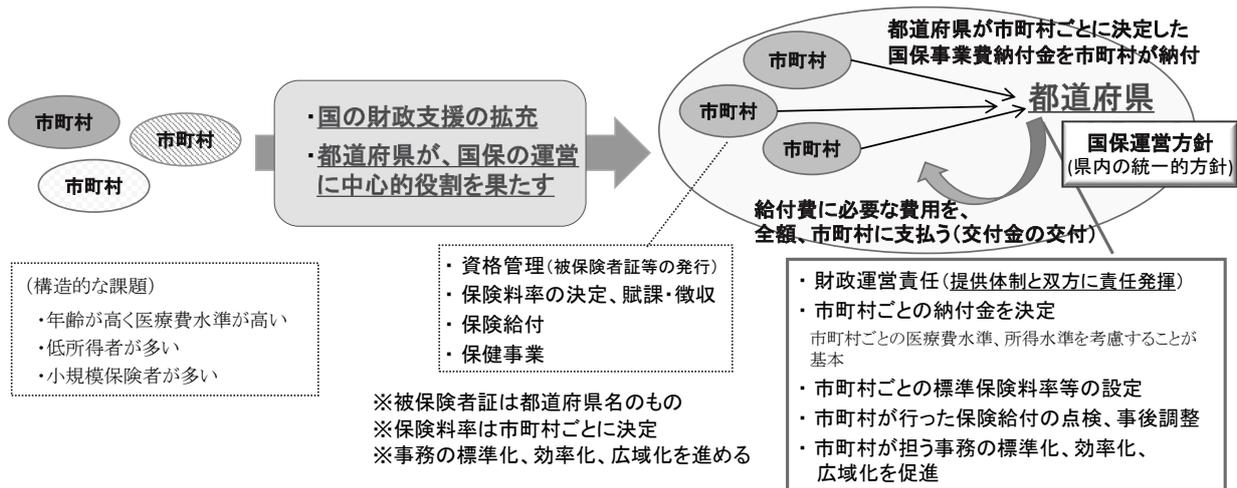
○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、**国保の運営方針を定め**、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○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

【改革前】市町村が個別に運営

【改革後】都道府県が財政運営責任を担う



30

国保制度改革の概要(都道府県と市町村の役割分担)

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、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	
	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）

31

都道府県国保運営方針の策定

- 国保改革に伴い、国保の保険者としての事務は、都道府県と市町村で役割分担をして行うこととなり、都道府県は財政運営の責任主体として安定的な財政運営に責任を持つとともに、県内市町村の国保事業の広域化や効率化を推進する役割も果たすこととなる。
- そこで、改革後は、**都道府県と市町村が一体となって、財政運営、資格管理、保険給付、保険料の賦課徴収、保健事業その他の保険者の事務を共通の認識の下で実施するとともに、各市町村が国保事業の広域化や効率化を推進できるよう、都道府県が、国保法第82条の2に基づき、県内の統一的な国民健康保険の運営方針を定める。**
- **市町村は、国保法第82条の2に基づき、都道府県国保運営方針を踏まえた国民健康保険の事務の実施に努める。**

■ 主な記載事項

〈必須事項〉

- (1) 国保の医療費、財政の見通し
- (2) 市町村の保険料の標準的な算定方法に関する事項
 - ・標準的な保険料の算定方式、市町村規模別の標準的な収納率 等
- (3) 保険料の徴収の適正な実施に関する事項
 - ・複数の自治体による滞納整理事務の共同実施、収納担当職員に対する研修会の共同実施 等
- (4) 保険給付の適正な実施に関する事項
 - ・海外療養費の審査等の専門的な知見を要する事務の共同実施、保険医療機関による大規模な不正請求が発覚した場合における不正利得の回収に関する事項 等

■ 主な記載事項

〈任意項目〉

- (5) 医療費適正化に関する事項
 - ・後発医薬品の使用促進に関する事項、医療費通知の共同実施 等
- (6) 市町村が担う事務の効率化、広域化の推進に関する事項
- (7) 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携に関する事項
- (8) 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整等

全都道府県で策定済み(平成30年3月末現在)

(参考)国保運営方針の対象期間	3年間(32年度)	6年間(35年度)
都道府県数	37	10

32

都道府県内における国保関係事務等の広域化・集約化・共同化に向けた動向

- 国保改革を契機として、都道府県は、国保運営方針を策定し、
 - ①事務処理の広域化・集約化・共同化による効率化等や、
 - ②都道府県内統一の標準的な基準の整備等によるサービスの均質化、均一化を推進することとしている。
- 各都道府県の国保運営方針における、これらの事項の記載状況を整理すると概ね以下のとおり

①事務処理の共同化等による効率化等

主な項目	内容例	都道府県数
保健事業、医療費適正化対策の共同化	重症化予防の取組の共同実施等 特定健診受診促進広報	36
被保険者への広報事業の共同化	国保制度全般に係る広報・外国語版の作成等の共同実施	28
各種統計資料作成事務の共同化	事業月報・年報等に係る資料作成事務の共同実施等	17
保険料収納対策の共同化	広域的な徴収組織の活用等	28
被保険者証等の発行事務の共同化	様式や更新時期を統一した上で 行う発行事務	19

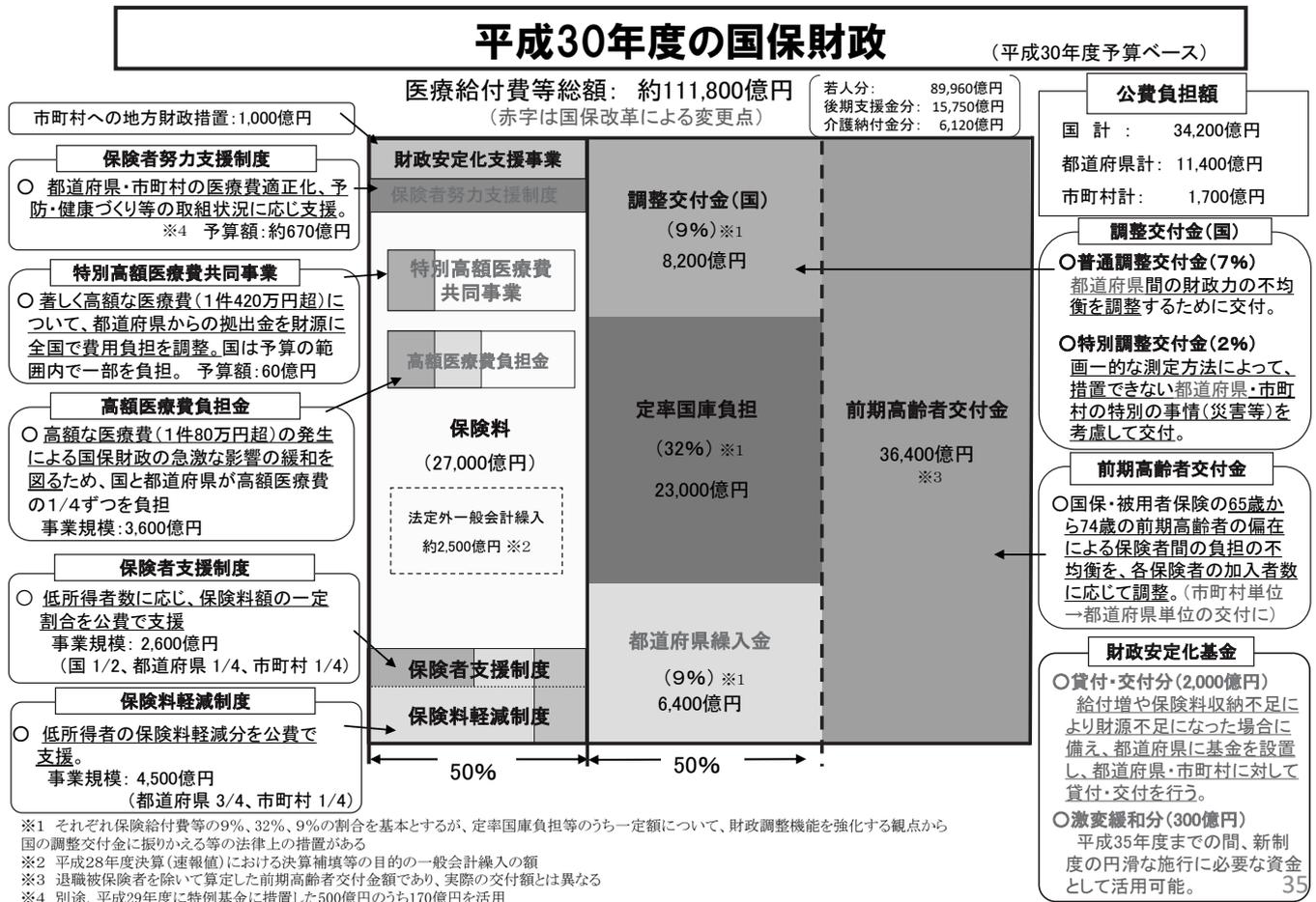
②統一基準の整備等によるサービスの均質化、均一化

主な項目	内容例	都道府県数
一部負担金の減免基準の統一	減免基準の段階的統一等	19
保険料の減免基準の統一	減免理由や基準の段階的統一等	17
出産育児一時金等の支給額等の統一	出産育児一時金・葬祭費の支給額や申請方法の統一等	15
短期被保険者証等の交付基準の統一	短期被保険者証・資格証明書の交付基準の統一	13
療養費の標準的な取扱基準の策定	療養費の標準的な取扱基準の策定等	11

⇒ 今後、国保運営方針に基づき、具体的な取組を推進

33

4-1. 国保の財政(公費)



調整交付金の概要

【概念図】

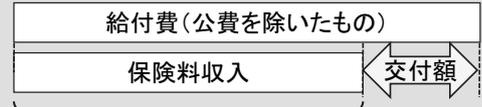


<約8,200億円(平成30年度予算ベース)>

(a) 普通調整交付金(概ね7%分※Cを含む) 【約6,100億円】

○ 都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。

(交付額のイメージ)



※都道府県の給付費を踏まえ、徴収すべき水準(所得水準を踏まえた上限あり)

(b) 特別調整交付金(概ね2%分) 【約1,800億円】

○ 市町村に特別の事情がある場合に、その事情を考慮して交付。

<特別な事情の例>

- ・ 東日本大震災等による保険料・一部負担金の減免額等が多額である場合
- ・ 精神疾病や原爆被爆者に係る医療費が多額である場合 等

○ 都道府県に特別の事情がある場合に、その事情を考慮

<特別な事情の例>

- ・ 子どもが多いことによる財政影響がある場合 等

(c) 特例調整交付金【300億円】

○ 改革当初の激変緩和(保険料水準の著しい上昇の抑制や健全な事業運営の確保等)に充てるため、当分の間、暫定措置として交付。

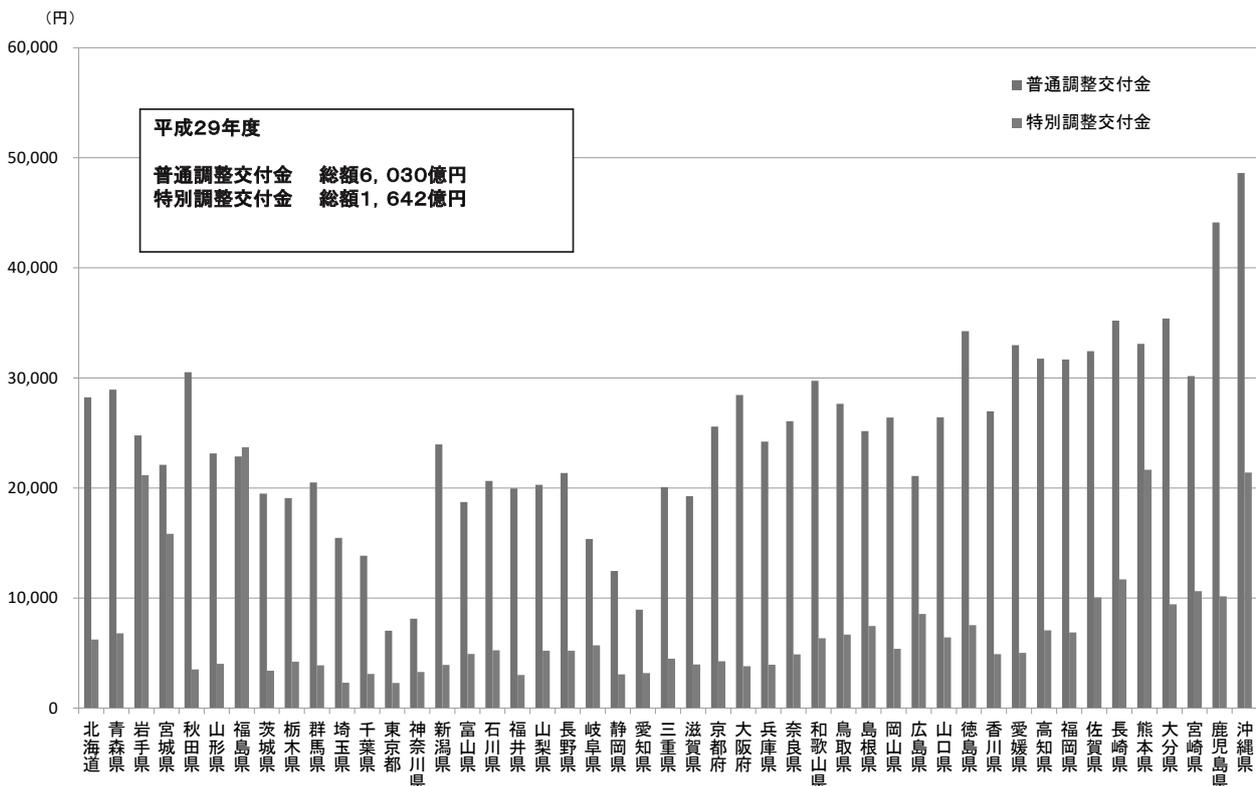
※公平な配分の観点から各都道府県の被保険者数に応じて配分

(c) 都道府県繰入金

○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村国保の財政調整を行うことを目的に繰入。

36

国の調整交付金交付額(被保険者一人あたり・都道府県別・平成29年度)



37

国保改革による財政支援の拡充について

○ 国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年3,400億円の財政支援の拡充を行う。

＜平成27年度から実施＞（1,700億円）

○ **低所得者対策の強化**

（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

＜平成30年度から実施＞（1,700億円）

○ **財政調整機能の強化**

（精神疾患や子どもの被保険者数等自治体の責めによらない要因への対応 等）

800億円

○ **保険者努力支援制度**

（医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）

840億円

○ **財政リスクの分散・軽減方策**

（高額医療費への対応）

60億円

- ※ 保険料軽減制度を拡充するため、平成26年度より別途500億円の公費を投入
- ※ 平成27～30年度予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て

【参考】

（単位：億円）

	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度～
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・ 保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,700
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	200 ＜200＞	400 ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	— ＜2,000＞

38

平成27年度からの財政支援の拡充(保険者支援制度の拡充)

○ 平成27年度に保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援を拡充

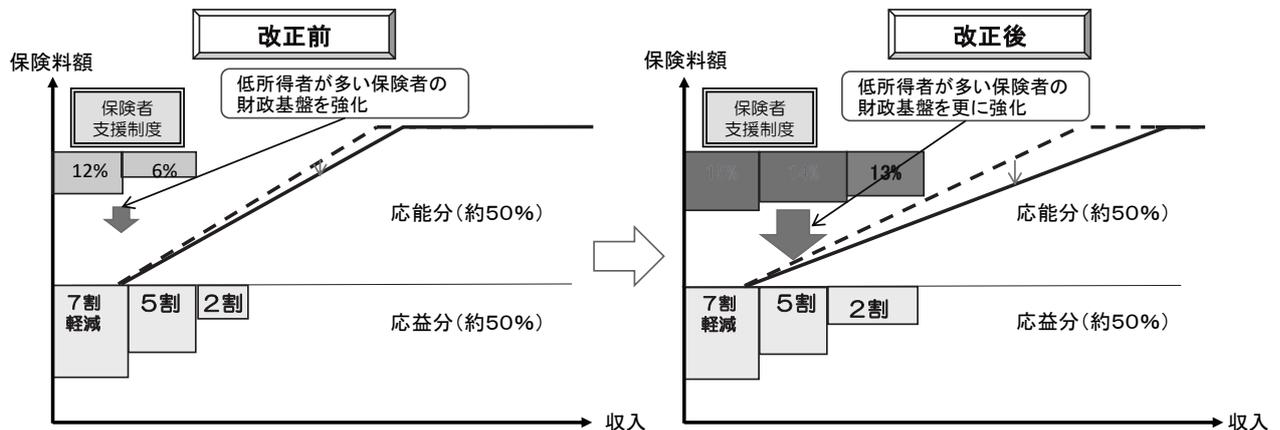
《拡充の内容》

- ① 財政支援の対象となっていなかった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
- ② 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
- 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変更
※ 収納額 = 算定額 - 法定軽減額 - 未納額

【改正前】 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）

※ 平成29年度予算額（公費）1,664億円（国：1/2、都道府県：1/4、市町村：1/4）



39

保険者努力支援制度の実施について

保険者努力支援制度
実施時期：30年度以降 対象：市町村及び都道府県 規模：約800億円(国保改革による公費拡充の財源を活用) ※別途、特調より約200億円を追加 評価指標：前倒しの実施状況を踏まえ、29年夏に30年度分の評価指標等を市町村及び都道府県へ提示し、29年秋に評価を実施。31年度分以降の評価指標については、今後の実施状況を踏まえ検討

保険者努力支援制度【前倒し分】
実施時期：28年度及び29年度 対象：市町村 規模：特別調整交付金の一部を活用して実施(平成28年度：150億円、平成29年度：250億円) 評価指標：保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄)[平成27年6月30日閣議決定]

(インセンティブ改革)

全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組むつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度(平成30年度)までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立(中略)など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

40

平成30年度の保険者努力支援制度について (全体像)

市町村分 (300億円程度) ※特調より200億円程度を追加	
保険者共通の指標	国保固有の指標
指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ○特定健診受診率・特定保健指導受診率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 収納率向上に関する取組の実施状況 ○保険料(税) 収納率 ※過年度分を含む
指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況 ○がん検診受診率 ○歯科疾患(病) 検診実施状況	指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況 ○データヘルス計画の実施状況
指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況 ○重症化予防の取組の実施状況	指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況 ○医療費通知の取組の実施状況
指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況 ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況 ○国保の視点からの地域包括ケア推進の取組
指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 ○重複服薬者に対する取組	指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況 ○第三者求償の取組状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況 ○後発医薬品の促進の取組 ○後発医薬品の使用割合	指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況 ○適切かつ健全な事業運営の実施状況

都道府県分 (500億円程度)		
指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価 ○主な市町村指標の都道府県単位評価 <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診・特定保健指導の実施率 ・ 糖尿病等の重症化予防の取組状況 ・ 個人インセンティブの提供 ・ 後発医薬品の使用割合 ・ 保険料収納率 ※ 都道府県平均等に基づく評価	指標② 医療費適正化のアウトカム評価 ○都道府県の医療費水準に関する評価 ※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、 <ul style="list-style-type: none"> ・ その水準が低い場合 ・ 前年度より一定程度改善した場合に評価 	指標③ 都道府県の取組状況 ○都道府県の取組状況 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療費適正化等の主体的な取組状況(保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等) ・ 医療提供体制適正化の推進 ・ 法定外繰入の削減

41

保険者努力支援制度(市町村分) 平成31年度配点

【平成30年度】

加 points	項目
100点	重症化予防の取組、収納率向上
70点	個人へのインセンティブ提供
50点	特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、適正かつ健全な事業運営の実施状況
40点	後発医薬品の使用割合、データヘルス計画の取組、第三者求償の取組
35点	重複服薬者に対する取組、後発医薬品の促進の取組
30点	がん検診受診率
25点	歯周疾患(病)健診、個人への分かりやすい情報提供、医療費通知の取組、地域包括ケアの推進



【平成31年度】

加 points	項目
100点	重症化予防の取組、後発医薬品の使用割合、収納率向上
70点	個人へのインセンティブ提供
60点	適正かつ健全な事業運営の実施状況
50点	特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 重複・多剤投与者に対する取組、データヘルス計画の取組
40点	第三者求償の取組
35点	後発医薬品の促進の取組
30点	がん検診受診率
25点	歯科健診、医療費通知の取組、地域包括ケアの推進、
20点	個人への分かりやすい情報提供

42

保険者努力支援制度(市町村分) 各年度配点比較

		平成28年度 (前例し分)		平成29年度 (前例し分)		平成30年度		平成31年度	
		加 points	(A)に対して 占める割合	加 points	(A)に対して 占める割合	加 points	(A)に対して 占める割合	加 points	(A)に対して 占める割合
共通①	(1) 特定健診受診率	20	6%	35	6%	50	6%	50	5.5%
	(2) 特定保健指導実施率	20	6%	35	6%	50	6%	50	5.5%
	(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	20	6%	35	6%	50	6%	50	5.5%
共通②	(1) がん検診受診率	10	3%	20	3%	30	4%	30	3%
	(2) 歯周疾患(病)健診	10	3%	15	3%	25	3%	25	2.5%
共通③	重症化予防の取組	40	12%	70	12%	100	12%	100	11%
共通④	(1) 個人へのインセンティブ提供	20	6%	45	8%	70	8%	70	7.5%
	(2) 個人への分かりやすい情報提供	20	6%	15	3%	25	3%	20	2%
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	10	3%	25	4%	35	4%	50	5.5%
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	15	4%	25	4%	35	4%	35	4%
	(2) 後発医薬品の使用割合	15	4%	30	5%	40	5%	100	11%
固有①	収納率向上	40	12%	70	12%	100	12%	100	11%
固有②	データヘルス計画の取組	10	3%	30	5%	40	5%	50	5.5%
固有③	医療費通知の取組	10	3%	15	3%	25	3%	25	2.5%
固有④	地域包括ケアの推進	5	1%	15	3%	25	3%	25	2.5%
固有⑤	第三者求償の取組	10	3%	30	5%	40	5%	40	4.5%
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					50	6%	60	6.5%
	体制構築加 points	70	20%	70	12%	60	7%	40	4.5%
全体	体制構築加 points 含まず	275		510		790		880	
	体制構築加 points 含む(A)	345		580		850		920	

43

保険者努力支援制度(都道府県分) 各年度配点比較

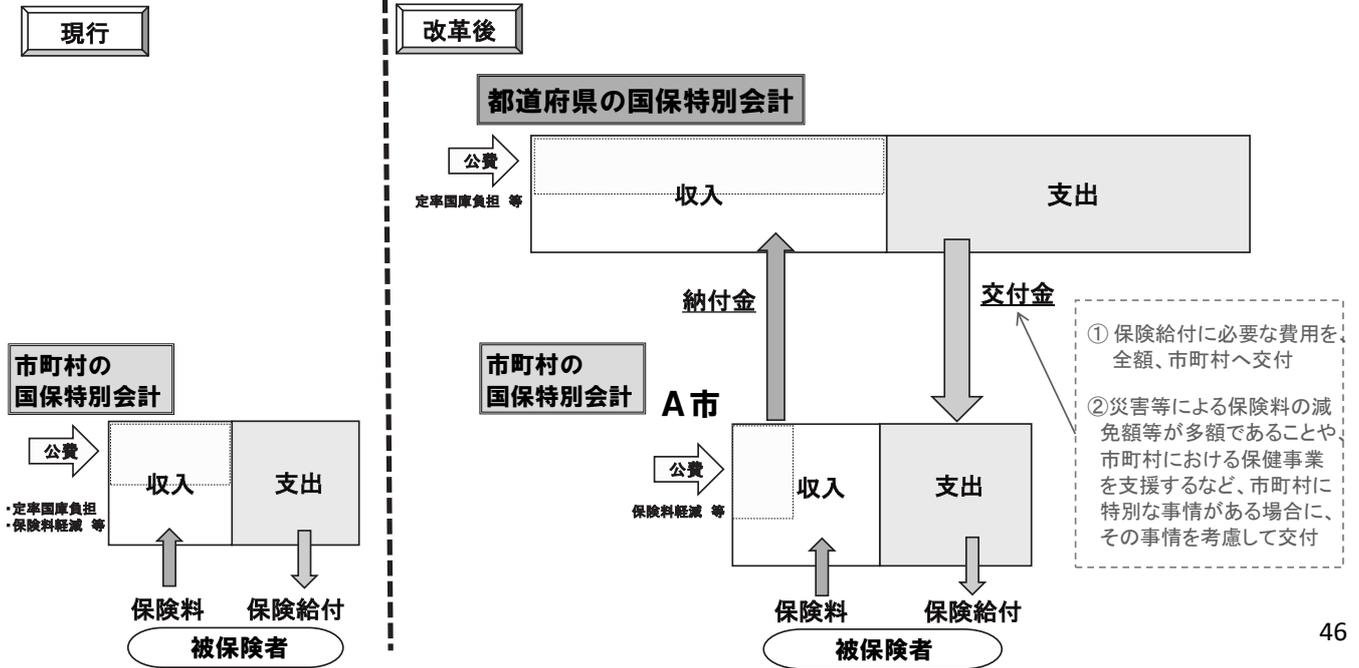
指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価【200億円程度】	H30年度		H31年度
(i) 特定健診受診率・特定保健指導実施率	20 (10点×2)	➔	20 (10点×2)
(ii) 糖尿病等の重症化予防の取組	10		15
(iii) 個人インセンティブの提供	10		10
(iv) 後発医薬品の使用割合	20		20
(v) 保険料収納率	20		20
体制構築加算	20		15
合計	100		100
指標② 都道府県の医療費水準に関する評価【150億円程度】	H30年度		H31年度
(i) 平成28年度の数値が全国平均よりも低い水準である場合	20	➔	20
(ii) 平成28年度の数値が前年度より改善した場合	30		30
合計	50		50
指標③ 都道府県の取組状況に関する評価【150億円程度】	H30年度		H31年度
(i) 医療費適正化等の主体的な取組状況		➔	
<ul style="list-style-type: none"> ・重症化予防の取組 	20		20
<ul style="list-style-type: none"> ・市町村への指導・助言等 	10		10
<ul style="list-style-type: none"> 都道府県による給付点検 都道府県による不正利得の回収 第三者求償の取組 			
<ul style="list-style-type: none"> ・保険者協議会への積極的関与 	-		10
<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県によるKDBを活用した医療費分析 	-		10
(ii) 決算補填等目的の法定外一般会計繰入等の削減	30		30
(iii) 医療提供体制適正化の推進	(30)		25
合計	60		105

※ 改革施行後の医療費適正化の取組状況を見つ、アウトカム評価の比重を高めていくものとする

4-2. 国保の財政(納付金、保険料)

改革後の国保財政の仕組み

- 都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う(保険給付費等交付金の交付)ことにより、国保財政の「入り」と「出」を管理する。
※ 都道府県にも国保特別会計を設置
- 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。
※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

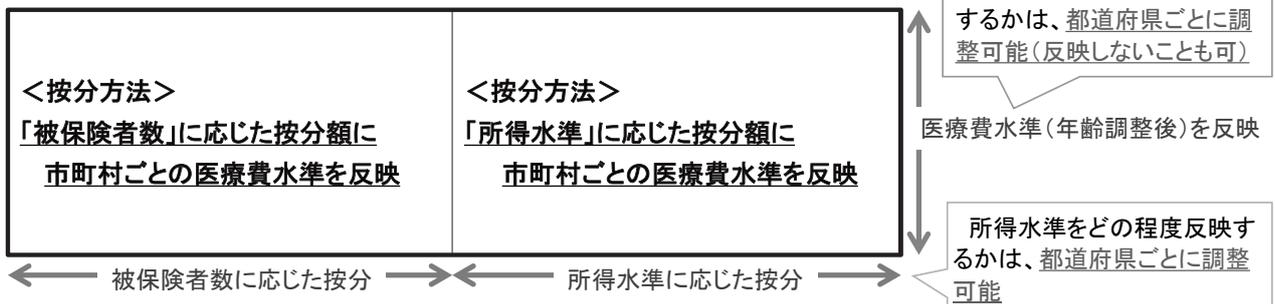


46

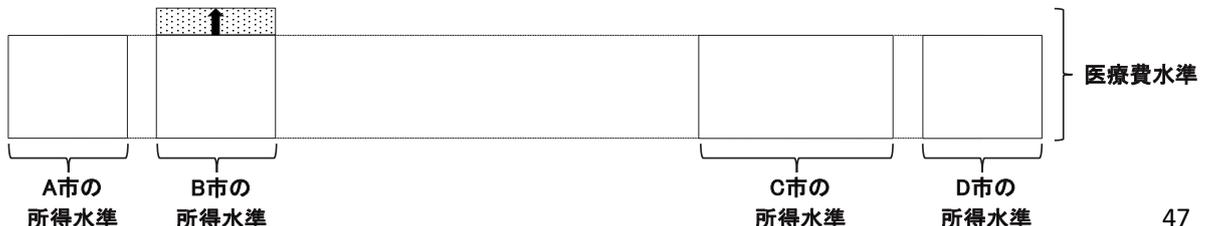
納付金の市町村への配分

- 都道府県が、都道府県内の保険料収納必要額(医療給付費－公費等による収入額)を市町村ごとの「被保険者数」と「所得水準」で按分し、それぞれに「医療費水準」を反映することにより、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定

〈市町村の納付金額〉



- 市町村の所得水準が同じ場合、年齢調整後の医療費水準が高いほど納付金負担が大きくなり、医療費水準に応じた負担となる。
- 年齢調整後の医療費水準が同じ場合、市町村の所得水準が高いほど納付金負担が大きくなり、公平な保険料水準となる。



47

保険料の設定方法の見直しの効果

<所得水準が保険料に与える影響(医療費水準が同じ場合)>

○ 年齢構成の差異の調整後の医療費水準が同じ市町村であれば同じ保険料水準となる。(所得水準の高い市町村ほど納付金の額のうち応能割保険料分の割合が大きくなる)

■ 所得水準が県内平均の市町村 (※)

【保険料率】10% 【保険料額】3,000円

■ 所得水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)

【保険料率】10% 【保険料額】3,000円

■ 所得水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)

【保険料率】10% 【保険料額】3,000円

<医療費水準が保険料に与える影響(平均的な所得の場合)>

○ 所得水準が同じ市町村であれば、年齢構成の差異の調整後の医療費水準の高い市町村ほど、保険料が高くなる

■ 医療費水準が県内平均の市町村 (※)

【保険料率】10% 【保険料額】3,000円

■ 医療費水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)

【保険料率】12% 【保険料額】3,600円

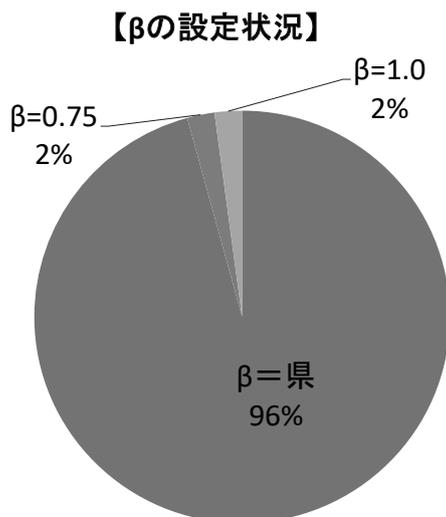
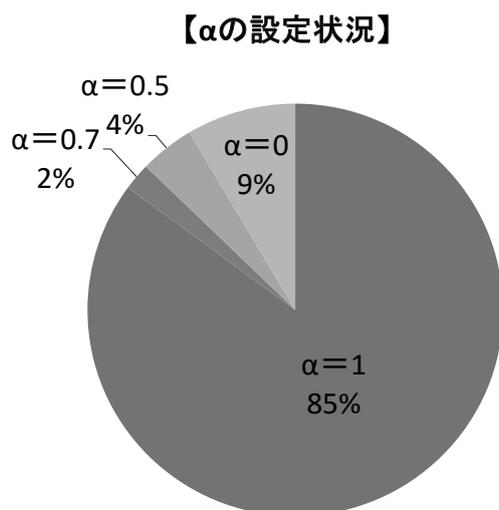
■ 医療費水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)

【保険料率】8% 【保険料額】2,400円

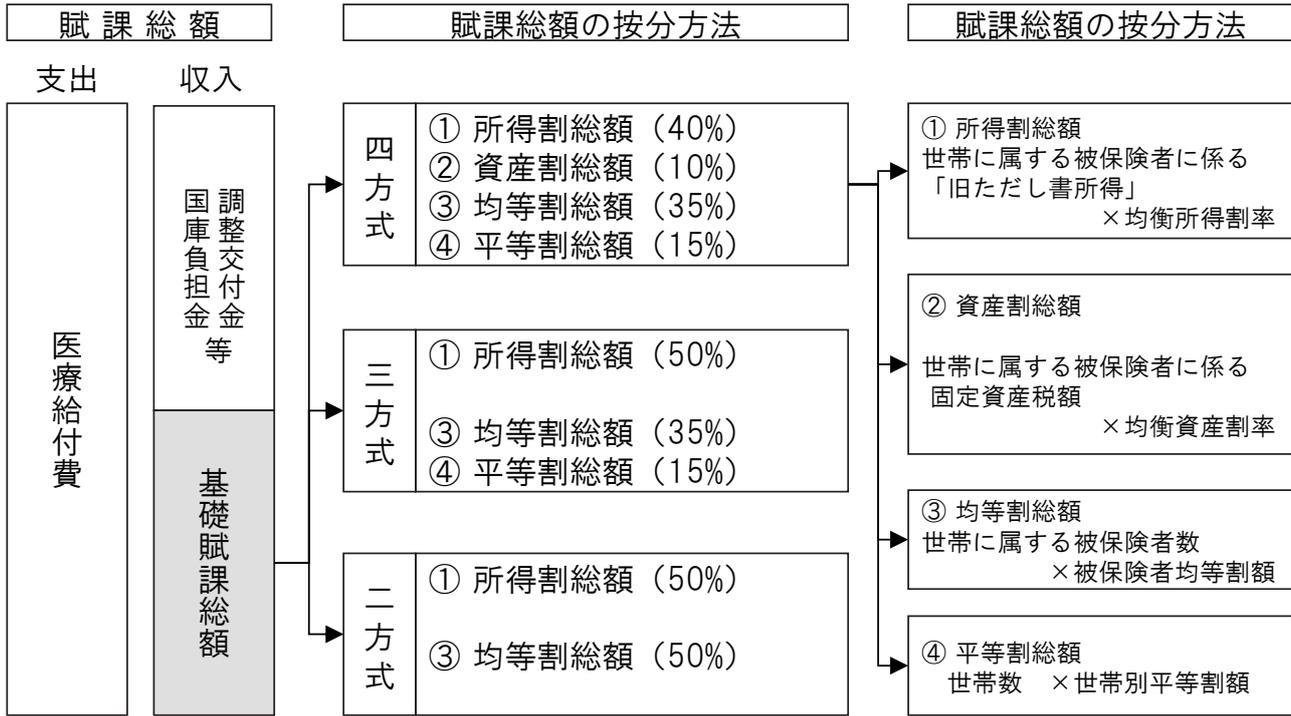
※全国的にも平均的な所得水準の都道府県の場合

※ 保険料水準が急激に変化しないよう、時間をかけて、見直しを進める必要 48

α (医療費指数反映係数) ・ β (所得係数) の設定状況について (平成29年11月中旬時点)



保険料の賦課(賦課方式)

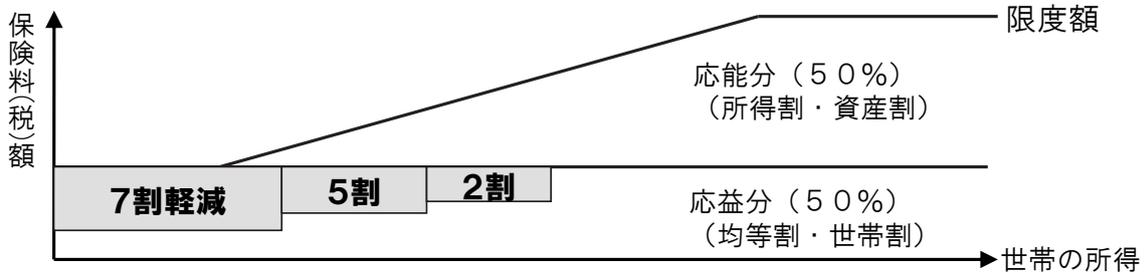


(※) 基礎賦課総額の場合の例。後期高齢者支援金等賦課総額・介護納付金賦課総額も同様の仕組み。

50

保険料の減免について(低所得世帯に対する保険料の軽減)

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



減額割合	対象者の要件 (例: 3人世帯(夫婦40歳、子1人)夫の給与収入のみの場合)
7割	33万円以下 (給与収入 98万円以下)
5割	33万円 + (被保険者数) × 27万円以下 (給与収入 188万円以下)
2割	33万円 + (被保険者数) × 49万円以下 (給与収入 283万円以下)

51

4段階の激変緩和措置

- 平成30年度においては、追加公費の投入(1,700億円規模)が行われるため、一般的には、平成29年度から平成30年度にかけての保険料の伸びは抑制・軽減されることとなる。
- ただし、国保の財政運営の仕組みが変わる(納付金方式の導入等)ことに伴い、一部の市町村においては、被保険者の保険料負担が上昇する可能性がある。

被保険者の保険料負担が急激に増加することを回避するための重層的な仕組みを用意

ア)市町村ごとの「納付金の設定」の際の対応

- 納付金の算定にあたって、各都道府県は、市町村ごとの医療費水準や所得水準の差を、納付金にどの程度反映させるかを定めることになるが、激変が生じにくい反映方法を用いることを可能とする。

イ)「都道府県繰入金」による対応

- 都道府県繰入金(給付費の9%相当)の活用により、市町村ごとの状況に応じたきめ細やかな激変緩和措置を講じることが可能な仕組みを設ける。

ウ)「特例基金」による対応

- 施行当初の激変緩和の財源を確保するため、各都道府県ごとの「特例基金」を国費により設け、これを計画的に活用することが可能な仕組みを設ける。(平成30~35年度の時限措置。基金の規模は全国で300億円【6年間で活用】)

エ)「追加激変緩和財源」による対応

- 施行当初の激変緩和財源の充実に関する地方団体からの要請を踏まえ、平成30年度から投入する1,700億円の中の300億円を追加激変緩和財源として確保し、都道府県ごとの柔軟な活用を可能とする。(施行当初の暫定措置。平成30年度は全国で300億円【単年度で活用】)。さらに、平成30年度は、特別調整交付金による追加激変緩和措置として100億円を交付。

※ 決算補填目的等のための法定外一般会計繰入を削減したことによる変化は緩和措置の対象外

52

「都道府県の算出による国保改革前後の保険料の動向の取りまとめ」 (平成30年3月30日公表) について

【概要】

- 本取りまとめは、平成30年4月に施行される国保改革の前後における、市町村ごとの一般被保険者一人当たり保険料または納付金の伸び率(法定外一般会計繰入等の影響を除いた理論値同士を比較)について、各都道府県が算出し、国に提出したものをとりまとめたもの。

※ 国保改革の影響を把握する方法としては、保険料ベースで把握する方法と、納付金ベースで把握する方法の2種類があり、各都道府県は、国保改革の影響を把握する方法として適切と判断した方法により算出を行っている。

- 平成30年度に公費拡充及び激変緩和措置を行う結果、市町村ごとの単年度換算後伸び率を見ると、保険料ベースでは約59%の市町村が維持または減少、約41%の市町村が増加(納付金ベースでは約55%が維持・減少、約45%が増加)となっている。

	都道府県数	増加市町村数	維持・減少市町村数	合計
保険料ベース	21	292 (41%)	421 (59%)	713
納付金ベース	24	364 (45%)	447 (55%)	811
(参考) 合計	45	656 (43%)	868 (57%)	1,524

(注) 北海道は一人当たり納付金額のみ、宮城県は一人当たり納付金額及び県平均伸び率のみの提出であり、市町村数の計算には含まれない

※ 伸び率については、今回の改革による国保財政の都道府県単位化や公費拡充の影響だけでなく、改革の有無に関わらず生じる医療費の自然増(一人当たり医療費の平成26年度から28年度の伸び率は全国平均で年間3%程度)等に対応した保険料等の上昇が含まれることに留意が必要

- 平成30年度における各市町村の実際の保険料率については、都道府県から示される納付金額に基づき、各市町村の判断で行う決算補填等目的の法定外一般会計繰入や財政調整基金からの繰入等も踏まえて3~6月にかけて決定される。(本調査結果とは一致しない)

【公表日】

- 3月30日

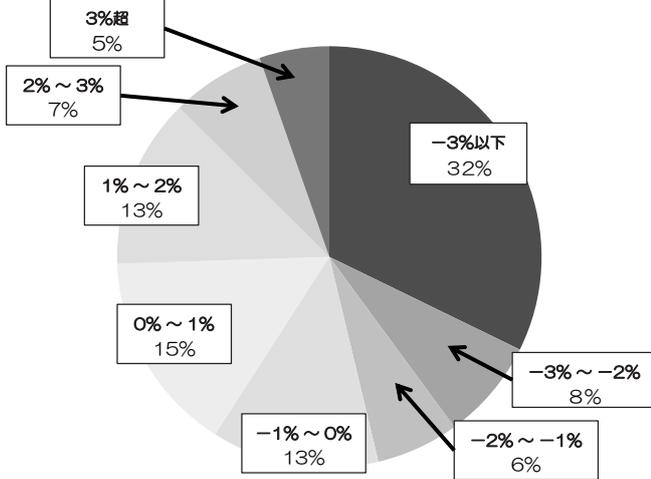
53

一人当たり保険料または納付金の伸び率(単年度換算後)別の市町村数の分布

○ 市町村ごとの単年度換算後伸び率を見ると、保険料ベースでは約59%の市町村が維持または減少、約41%の市町村が増加（納付金ベースでは約55%が維持・減少、約45%が増加）となっている。

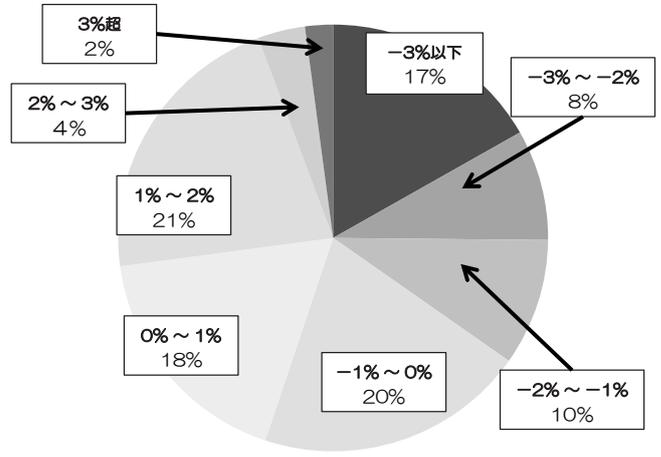
※ 伸び率については、今回の改革による国保財政の都道府県単位化や公費拡充の影響だけでなく、改革の有無に関わらず生じる医療費の自然増（一人当たり医療費の平成26年度から28年度の伸び率は全国平均で年間3%程度）等に対応した保険料水準の上昇が含まれることに留意が必要（単年度換算により、公費拡充の影響は半分程度に減殺されている）

【保険料ベース（713）】



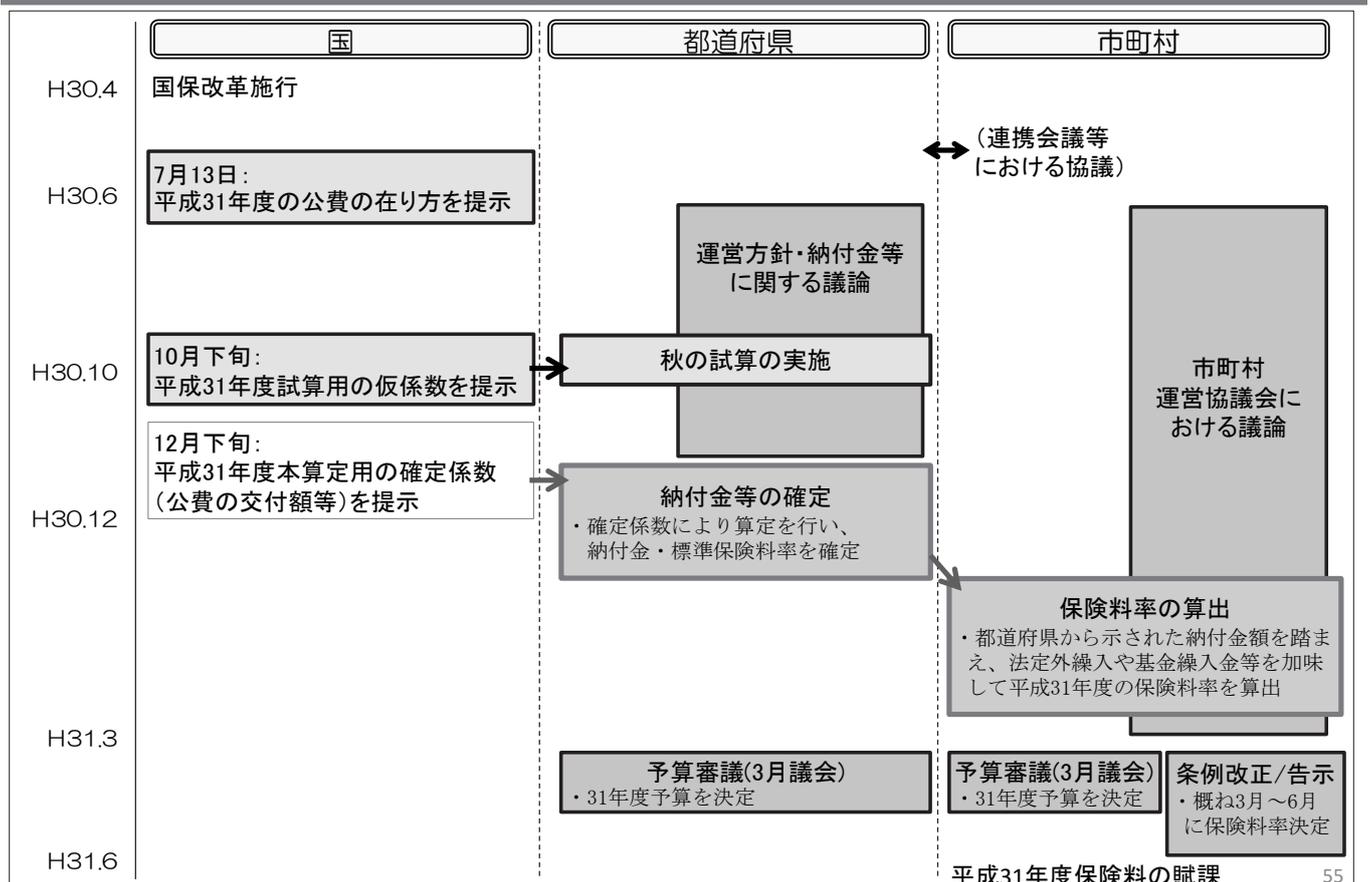
伸び率	-3%以下	-3%超 -2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下
市町村数	230	55	45	91
伸び率	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超
市町村数	110	93	51	38

【納付金ベース（811）】



伸び率	-3%以下	-3%超 -2%以下	-2%超 -1%以下	-1%超 0%以下
市町村数	136	68	78	165
伸び率	0%超 1%以下	1%超 2%以下	2%超 3%以下	3%超
市町村数	144	174	29	17

平成31年度に向けてのスケジュールについて



保険料水準の統一に向けた動向

- 国保の保険料水準の統一について、国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、将来的に保険料水準の平準化（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指す、こととしている。
- 国保改革が施行時点における、各都道府県の保険料水準の統一に向けた状況は、次のとおり。
（各都道府県の国保運営方針の記載に基づき整理を行ったもの）

①国保運営方針において、具体的な統一時期や検討時期等に係る記載がある都道府県

運営方針における記載等	該当都道府県
平成30年度より統一	大阪府（6年間の例外措置あり）
平成36年度までを目標に検討	北海道※1、福島県、奈良県、広島県※2、沖縄県 ※1：北海道は、納付金ベースでの統一 ※2：広島県は、収納率の差異によるバラツキを容認
平成39年度までに統一	和歌山県

②その他の都道府県については、

- ・ 時期を明示せず、将来的に統一を目指す、
- ・ 医療費水準の平準化・赤字の解消等を踏まえ検討、等と整理している。

③保険料水準を統一する場合、保険料算定方式の統一化も重要な課題であるが、以下のように統一期限を明記している都道府県がある。

宮城県：32年度、鹿児島県：35年度、和歌山県：39年度（いずれも3方式に統一）

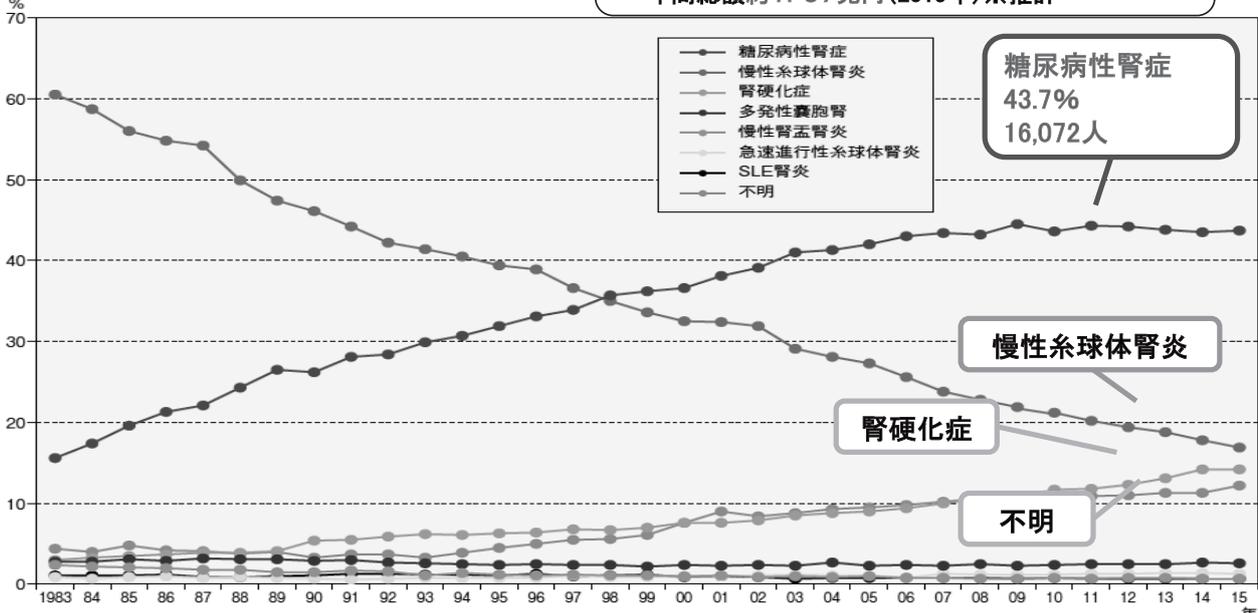
5. 保険者機能の強化 （保健事業を通じた医療費適正化）

透析導入患者の主要原疾患の推移(年別)

- 糖尿病性腎症が進行し腎不全に陥ると、人工透析を要する状態になる。
- 2015年の透析導入患者約3万7千人のうち、約1万6千人(43.7%)は糖尿病性腎症が原因である。
(参考)2015年末時点の透析患者数:324,986人

<人工透析に係る医療費> 1人月額約40万円
出典:第19回透析医療費実態調査報告(日本透析医学会)
年間総額約1.57兆円(2015年)※推計

透析導入患者の主要原疾患の推移(年別)



出典:我が国の慢性透析療法の現状(日本透析医学会)

58

糖尿病性腎症重症化予防の推進

背景

- 人工透析は医療費年間総額1.57兆円を要するため、人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに医療費適正化の観点において喫緊の課題である。
- 平成27年6月「経済財政運営と改革の基本方針2015」及び平成27年7月の日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」等において生活習慣病の重症化予防を推進することとされており、レセプトや健診データを効果的・効率的に活用した取組を全国に横展開することが必要である。 ※かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体800市町村(平成32年)を目指す

横展開を推進

環境整備・ツール提供

- 厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者が連携協定を締結(平成28年3月)。
- 国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定(平成28年4月)。
- 重症化予防WGとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」及び事例集を公表(平成29年7月)。

財政支援

- 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業(市町村向け)

市町村が実施する保健事業(特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等)に係る経費を助成※する

※国保被保険者数に応じた助成限度額:国保ヘルスアップ事業600万~1,800万円、国保保健指導事業400万~1,200万円。財源は特別調整交付金を活用。

- 都道府県国保ヘルスアップ支援事業(都道府県向け、平成30年度新規)

都道府県が実施する保健事業等(基盤整備、現状把握・分析等)に係る経費を助成※する

※国保被保険者数に応じた助成限度額:1,500万~2,500万円。

保険者努力支援制度における評価

- 保険者努力支援制度の創設(平成28年度より前倒し実施、平成30年度より本格施行)

59

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて(平成28年4月20日)

1. 趣旨

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備**が必要。
- 国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定したもの**（それに先立ち本年3月24日に連携協定締結）。

2. 基本的考え方

- 重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止**する。

3. 関係者の役割

- (市町村)
 - 地域における**課題の分析・対策の立案・対策の実施・実施状況の評価**
- (都道府県)
 - **市町村の事業実施状況のフォロー**、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定**
- (地域における医師会等)
 - 都道府県医師会等の関係団体は、**郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言**
 - 都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を努める**
- (都道府県糖尿病対策推進会議)
 - 国・都道府県の動向等について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言など、自治体の取組に協力するよう努める**
 - **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**

4. 対象者選定 ※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用した**ハイリスク者の抽出**
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者からの抽出**
※生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出

5. 介入方法 ※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
 - ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
- ※ 受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能

6. かかりつけ医や専門医等との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と十分協議の上、推進体制を構築。都市医師会は各地域での推進体制について自治体と協力。**
- **かかりつけ医は、対象者の病状を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝えることが求められる。**
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい。

7. 評価

- 事業の実施状況の評価に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要。

60

重症化予防に取り組む自治体の状況（市町村国保）

日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」

宣言2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

全自治体 (1716市町村)	取組の実施状況	平成28年度	平成29年度	平成30年度
		保険者データヘルス 全数調査 (平成28年3月時点)	保険者データヘルス 全数調査 (平成29年3月時点)	保険者データヘルス 全数調査 (平成30年3月時点)
	現在も過去も実施していない	520	250	94
	過去実施していたが現在は実施していない	35	23	6
	現在は実施していないが予定あり	362	303	247
	糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	659	1,009	1,282

5つの要件の達成状況	平成28年3月時点	平成29年3月時点	平成30年3月時点
①対象者の抽出基準が明確であること	622	957	1,249
②かかりつけ医と連携した取組であること	503	846	1,156
③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	566	817	1,087
④事業の評価を実施すること	583	907	1,164
⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること	136	721	1,088
全要件達成数(対象保険者)	118	654	1,003

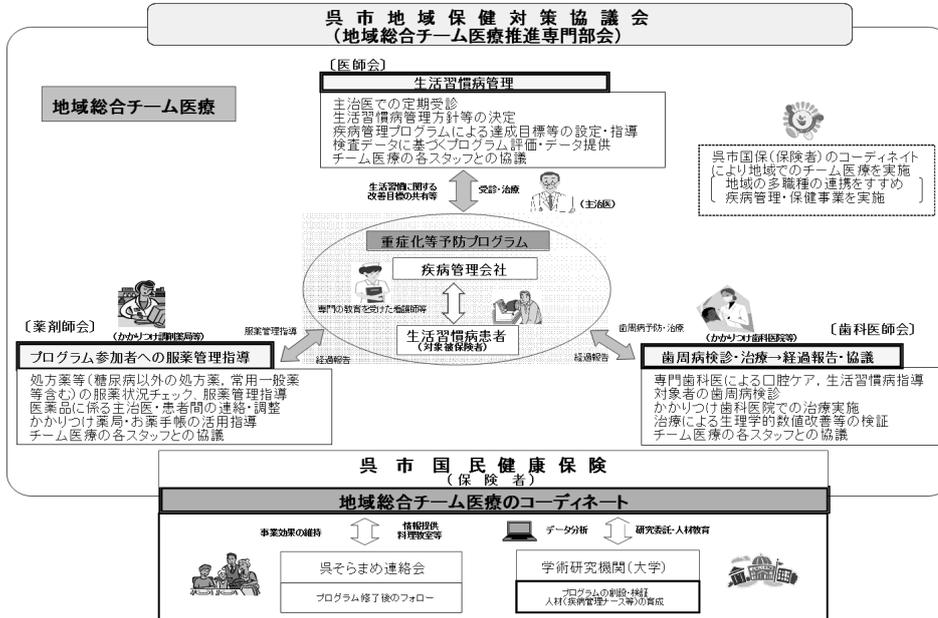
呉市糖尿病性腎症等重症化予防事業

糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者基準

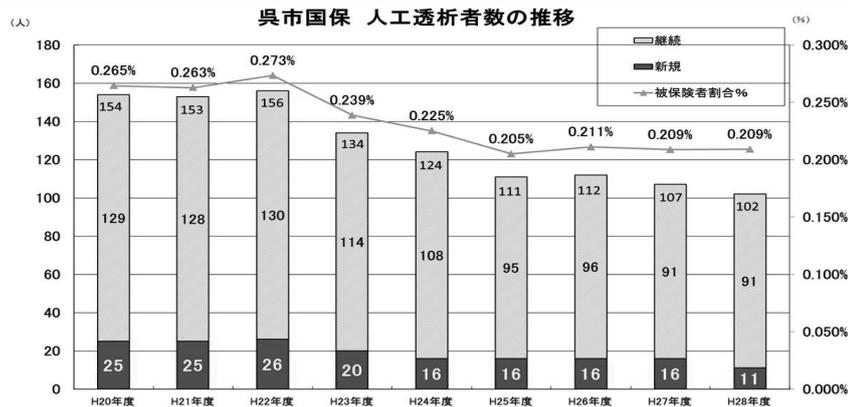
- ① 20歳以上の呉市国民健康保険被保険者
- ② 糖尿病及び糖尿病性腎症第3期又は第4期で通院治療していると思われる者
- ③ 除外基準:がんで治療中の者、重度の合併症や身体症状を有する者等

呉市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

- 専門的な訓練を受けた看護師による個別支援。
 - 期間は6か月。(●面談指導:3回, ○電話指導:9回)
- | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1か月 | 2か月 | 3か月 | 4か月 | 5か月 | 6か月 |
| ●○ | ●○ | ●○ | ○○ | ○○ | ○○ |
- 食事の実践方法を学ぶ「腎臓にやさしい料理教室」を開催。
 - プログラム終了後も6か月ごとにフォローアップ。



呉市糖尿病性腎症等重症化予防事業



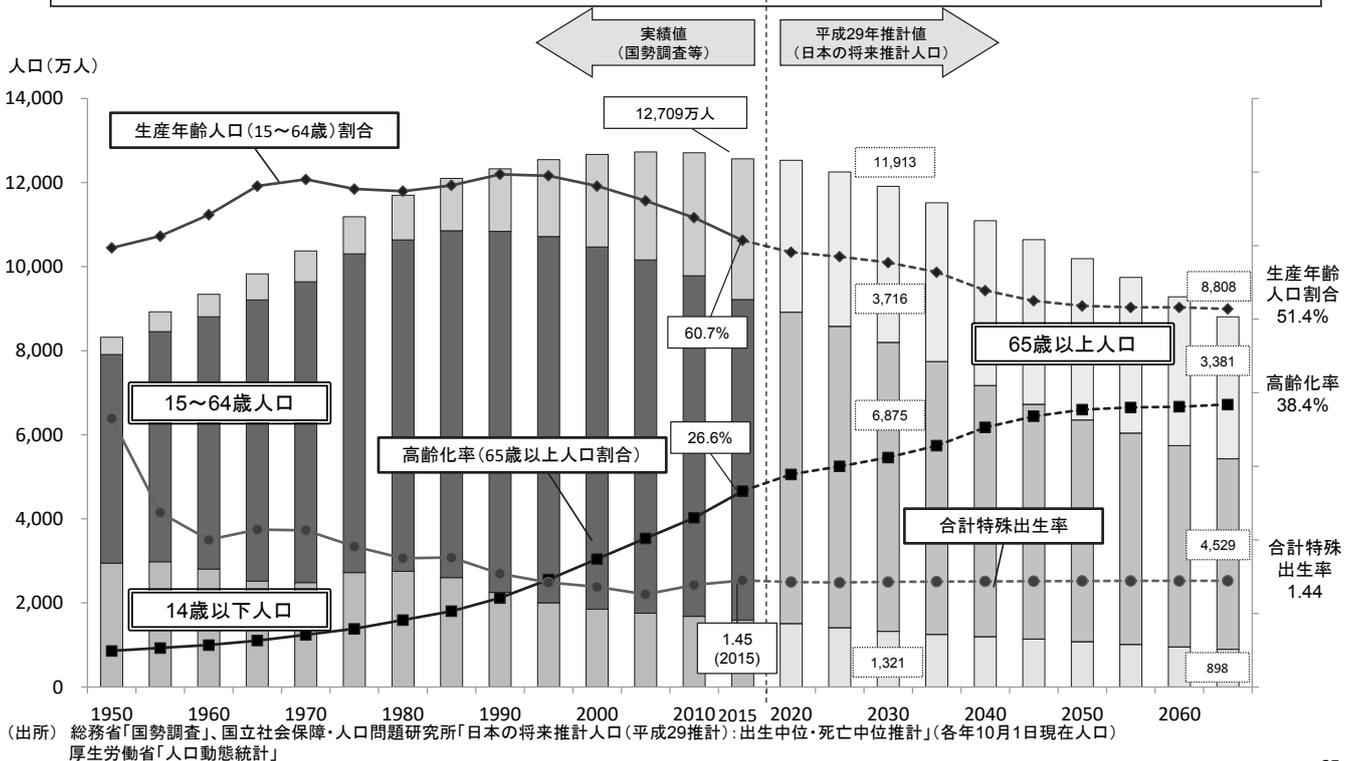
プログラム参加者の人工透析移行状況 (人)

年度	参加者数	人工透析移行者数			
		H25	H26	H27	H28
H22	50	2	2	0	2
H23	71	1	1	0	0
H24	71	0	0	0	0
H25	73	0	0	0	0
H26	82	0	0	0	0
H27	17	0	0	0	0
H28	24	0	0	0	0
計	388	3	3	0	2

6. 2040年頃を展望した社会保障改革

日本の人口の推移

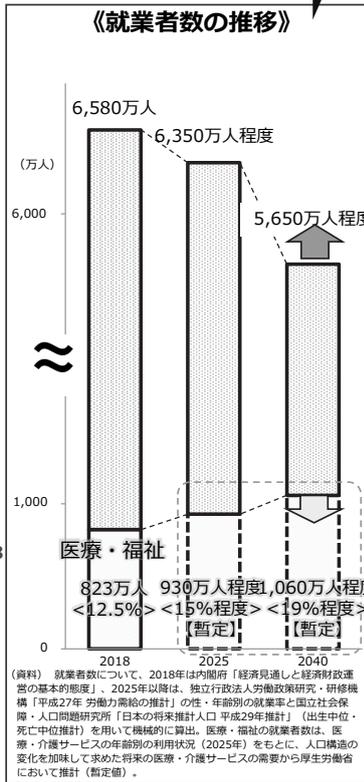
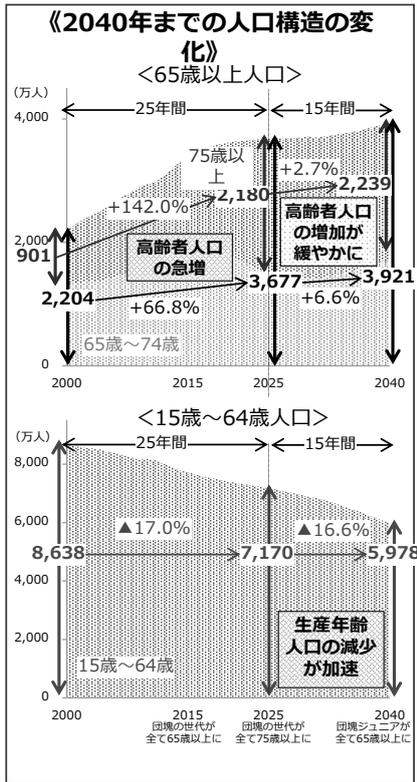
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

2025年以降の現役世代の人口の急減という新たな局面における課題への対応が必要。



国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

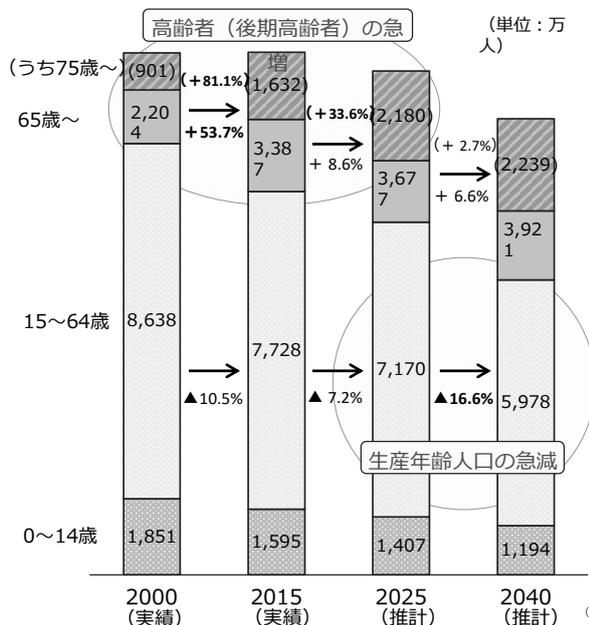
《新たな局面に対応した政策課題》

- 1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上**
⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。
- 2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保**
⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。

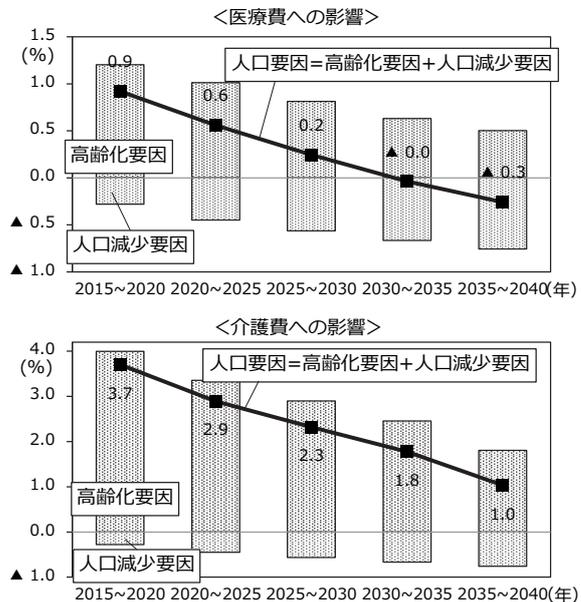
2025年までの社会の変化と2025年以降の社会の変化

- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。
- 人口構造の変化の要因が医療・介護費の増加に及ぼす影響は、2040年にかけて逡減。

【人口構造の変化】



【人口構造の変化が医療・介護費に及ぼす影響】

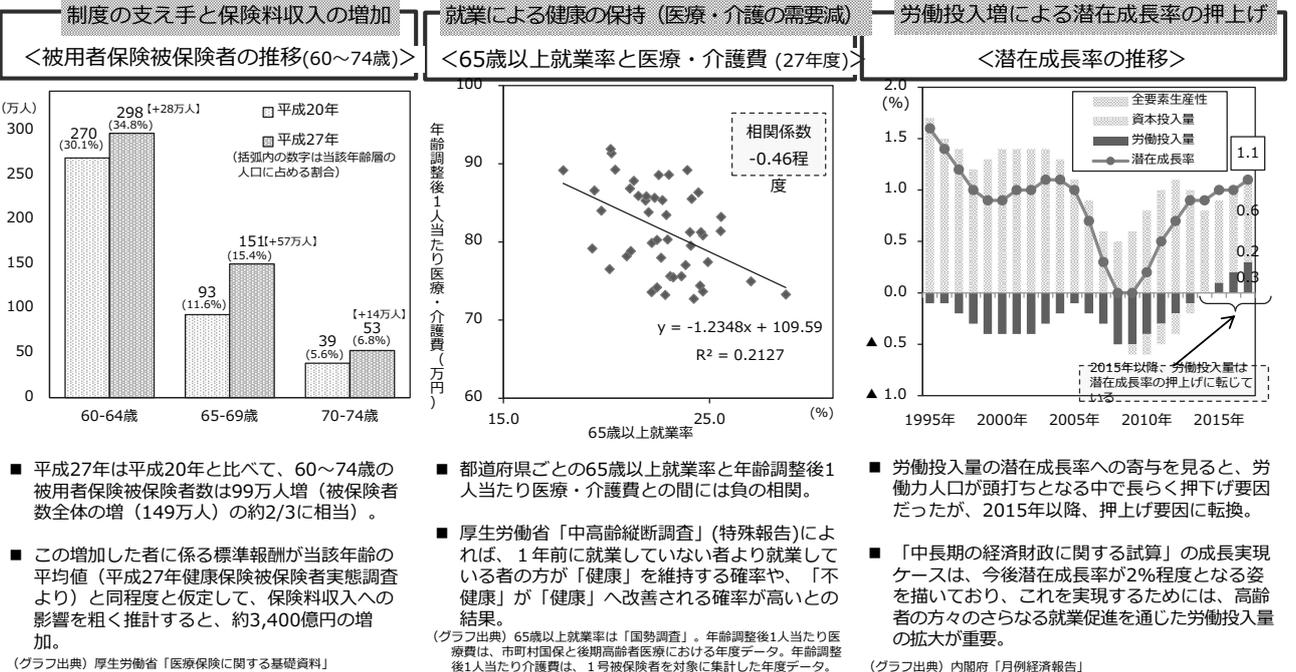


(出典) 総務省「国勢調査」人口推計、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年」

(算出方法) 年齢階級別1人当たり医療費及び介護費の実績と将来の年齢階級別人口を元に、年齢階級別1人当たり医療費・介護費を固定した場合の、将来の年齢階級別人口をベースとした医療費及び介護費を算出し、その伸び率を「人口要因」として、その上で、総人口の減少率を「人口減少要因」とし、「人口要因」から「人口減少要因」を除いたものを、「高齢化要因」としている。

生産年齢人口の急減という局面で健康寿命の延伸に取り組むことの重要性 ～高齢者就業の拡大を例に～

- 近年の高齢者就業の拡大は、今日の経済社会において、社会保障のみならず経済社会全体に様々な好影響をもたらしている。
- 今後、生産年齢人口の急減という新たな局面を迎える我が国経済社会の活力の維持向上のためには、高齢者の方々の就労・社会参加の基盤となる健康寿命の延伸等が重要な政策課題に。

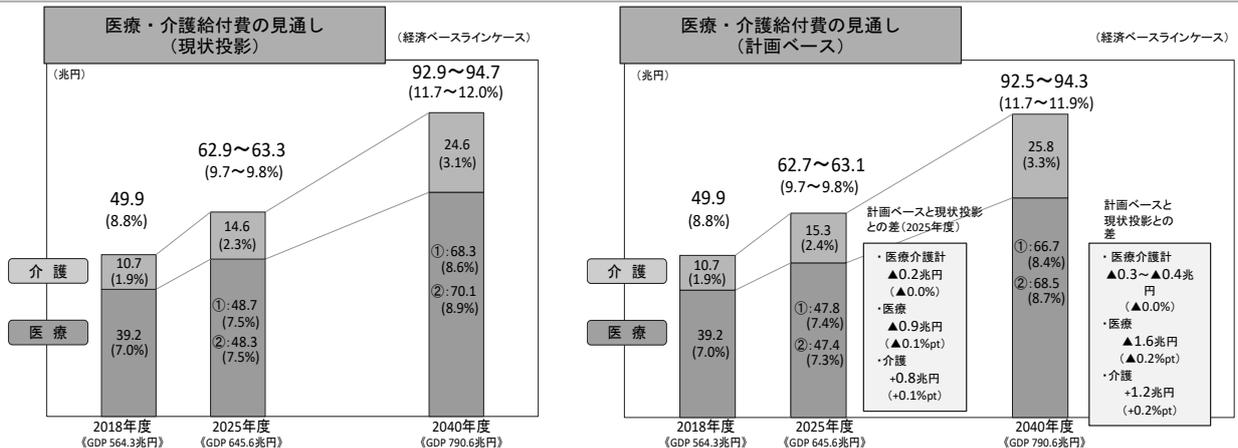


2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－ (内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日)

○ 高齢者人口がピークを迎える2040年頃を見据え、社会保障給付や負担の姿を幅広く共有するための議論の素材を提供するために、一定の仮定をおいた上で、将来見通しを作成。

試算結果①医療・介護給付費の見通し(計画ベースと現状投影との比較)

- 現在、全国の都道府県、市区町村において、医療・介護サービスの提供体制の改革や適正化の取組みが進められている。これらの取組みに係る各種計画(地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画)を基礎とした「計画ベース」の見通しと、現状の年齢別受療率・利用率を基に機械的に将来の患者数や利用者数を計算した「現状投影」の見通しを作成。
- 医療・介護給付費について2つの見通しを比較すると、計画ベースでは、
 - ・ 医療では、病床機能の分化・連携が進むとともに、後発医薬品の普及など適正化の取組みによって、入院患者数の減少や、医療費の適正化が行われ(2040年度で▲1.6兆円)、
 - ・ 介護では、地域のニーズに応じたサービス基盤の充実が行われることで(2040年度で+1.2兆円) 疾病や状態像に応じてその人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会の実現を目指したものとなっている。

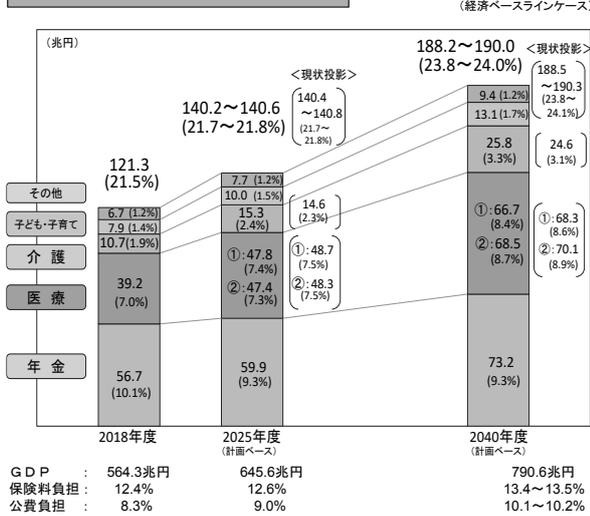


(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。
 (注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。
 ※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。
 なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。()内は対GDP比。

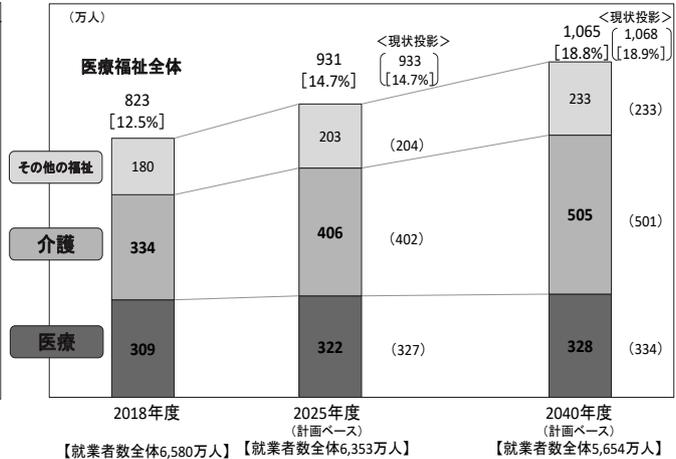
試算結果②(社会保障給付費全体の見直し)

- 社会保障給付費の対GDP比は、2018年度の21.5%(名目額121.3兆円)から、2025年度に21.7~21.8%(同140.2~140.6兆円)となる。その後15年間で2.1~2.2%ポイント上昇し、2040年度には23.8~24.0%(同188.2~190.0兆円)となる。(計画ベース・経済ベースラインケース※)
- 経済成長実現ケース※でも、社会保障給付費の対GDP比は概ね同様の傾向で増加するが、2040年度で比較するとベースラインケースに比べて、1%ポイント程度低い水準(対GDP比22.6~23.2%(名目額210.8~215.8兆円))(計画ベース・経済成長実現ケース)。

社会保障給付費の見直し



医療福祉分野における就業者の見直し



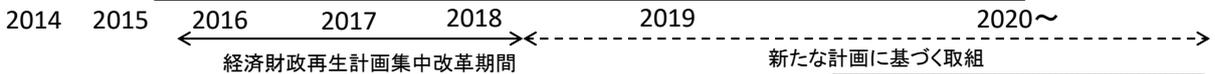
(注1)医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2)「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービスの見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

(注3)医療福祉分野における就業者の見直しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

※平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革の試算の仮定を使用。()内は対GDP比。[]内は就業者数全体に対する割合。保険料負担及び公費負担は対GDP比。

これまでの医療保険制度改革と一体改革後の展望



社会保障・税一体改革等への対応	消費税率引上げ(2019年10月予定) → 一体改革に関わる制度改革が完了	2040年を展望した社会保障改革	
《消費税増収分等を活用した社会保障の充実》 <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療介護総合確保基金(2014年度~) ○ 国保等の低所得者保険料軽減措置の拡充(2014年度~) ○ 国保への財政支援の拡充(2015年度~:約1,700億円 2018年度~:約3,400億円) ○ 高額療養費の見直し(2015年~) 	《持続可能性の確保等のための制度改革》 <p>(患者負担関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 70~74歳の患者負担の見直し(2014~18年度:1割→2割) ○ 高齢者の高額療養費の見直し(2017、18年度) <ul style="list-style-type: none"> ・一般外来:1.2万円/月→段階的に1.8万円/月 ・現役並み外来:外来特例廃止、3区分化 ○ 紹介状のない大病院受診の定額負担(2016年度:500床以上、18年度:400床以上) ○ 入院時の食事療養費の見直し(2016、18年度) ○ 高齢者の入院時居住費の見直し(2017、18年度) <p>(保険料関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 後期高齢者保険料軽減特例の見直し(2017~19年度) <ul style="list-style-type: none"> ・所得割:5割軽減→段階的に軽減なし ・元被扶養者:9割軽減→段階的に軽減なし ○ 後期高齢者支援金の総報酬割(2015~17年度) <p>(財政基盤関係・診療報酬関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 国保改革(都道府県単位の財政運営:2018年度~) ○ 薬価制度の抜本改革(2018年度~) 	《消費税率引上げ(2019年10月予定) → 一体改革に関わる制度改革が完了》 <p>(一体改革の社保充実)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年金生活者支援給付金制度の創設 ○ 介護保険1号保険料軽減強化の完全実施 <p>※新しい経済政策パッケージを実施</p>	2040年を展望した社会保障改革 <p>国民的な議論の下、</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、 ■ 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。 <p>《新たな局面に対応した政策課題》</p> <p>1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上 ⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。</p> <p>2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保 ⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。</p>
<p>地域医療構想に基づく医療提供体制改革</p> <p>医療費適正化計画</p> <p>データヘルス改革、審査支払機関改革</p>			

今後の医療保険制度の検討について

- 消費税率引上げが予定されている2019年10月に社会保障と税の一体改革に関わる制度改革が完了が予定されており、一体改革後の社会保障改革の展望が求められる。
- 高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する政策課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。
- こうした中、厚生労働省においては、2040年を展望した社会保障改革に対応していく必要があり、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性の向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手し、可能なものから予算措置や制度改正を検討していくことが必要。あわせて、医療保険制度の持続可能性の確保のため、不断の改革を進め、総合的な社会保障改革に取り組んでいくことが必要。

2040年を展望した社会保障改革
(医療保険制度関係)

1. 社会保障の持続可能性の確保

給付と負担の見直し等により制度の持続可能性の確保を図る。

- 負担能力に応じた負担の在り方(世代間・世代内)、保険給付の在り方
 - 医療保険制度の基盤・保険者機能の強化
 - 高齢者医療制度の在り方 等
- ※改革工程表の検討事項

2. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく。

- 健康寿命の延伸(介護予防と保健事業の一体的実施等)
- 被用者保険の適用拡大 等

3. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。

地域医療構想に基づく医療提供体制改革
医療費適正化計画
データヘルス改革、審査支払機関改革

