

2014.8.28 平成26年度全国市町村国保主管課長研究協議会

「データヘルス計画について」 ～新たな成長戦略下での効果的な保健事業～

厚生労働科学研究 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

「特定健診・保健指導における健診項目等の見直しに関する研究」研究分担者

「集団特性に応じた効果的な保健事業のあり方に関する研究」研究代表者

* 資料には上記成果を含みます

古井 祐司 医学博士 yfurui-ky@umin.ac.jp

国立大学法人東京大学 特任助教

ヘルスケア・コミッティー株式会社 代表取締役会長

目次

はじめに

1 新たな成長戦略の狙い

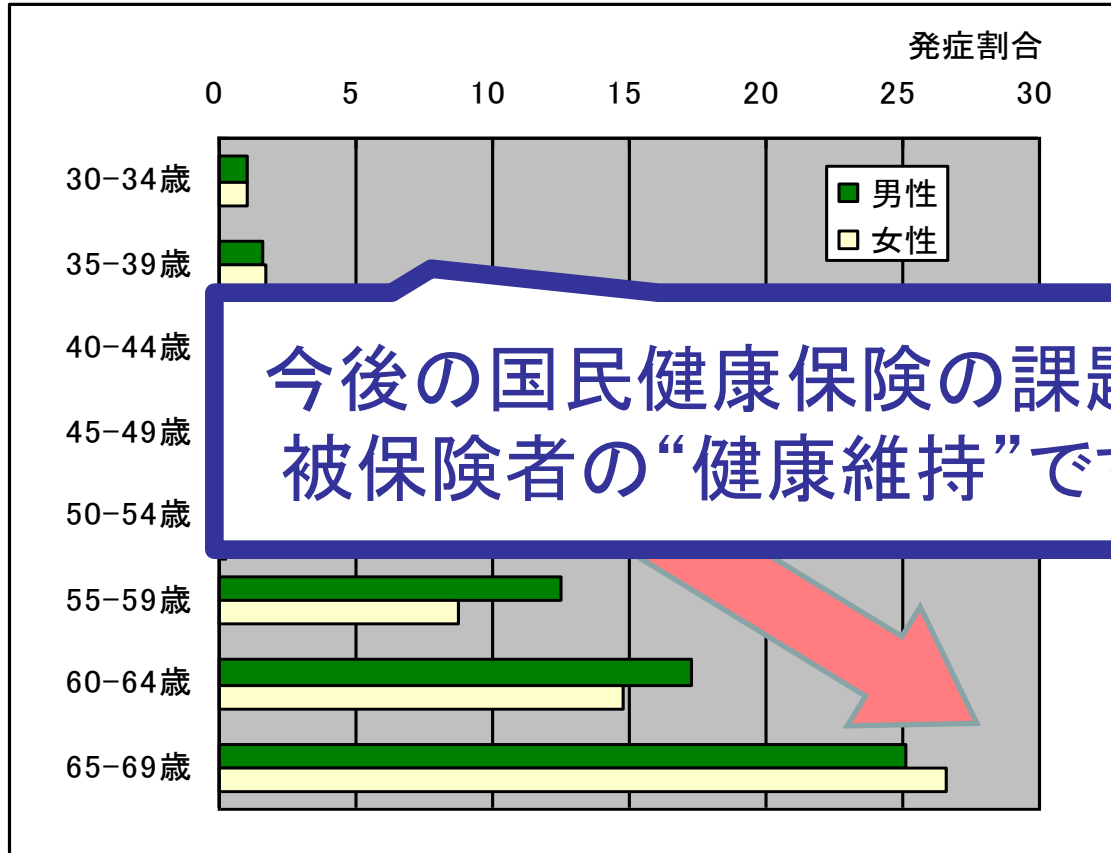
2 データヘルス計画策定のポイント

おわりに

Q; 日本の平均寿命は最長レベル、
乳児死亡率は最低レベルを実現など
保健事業の使命は終わった。

○ or ×

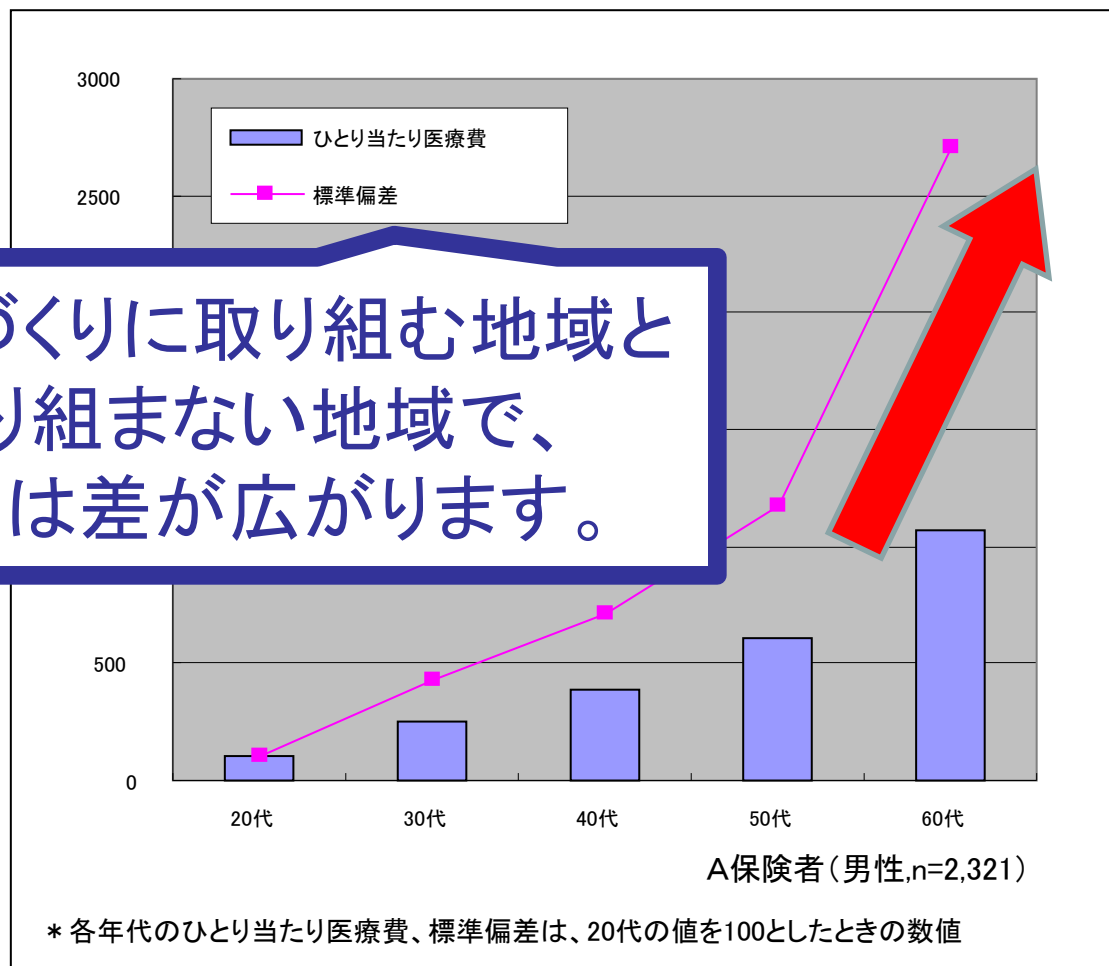
少子高齢化は集団のリスクを高める構造的な問題を内在します。



心疾患の発症割合

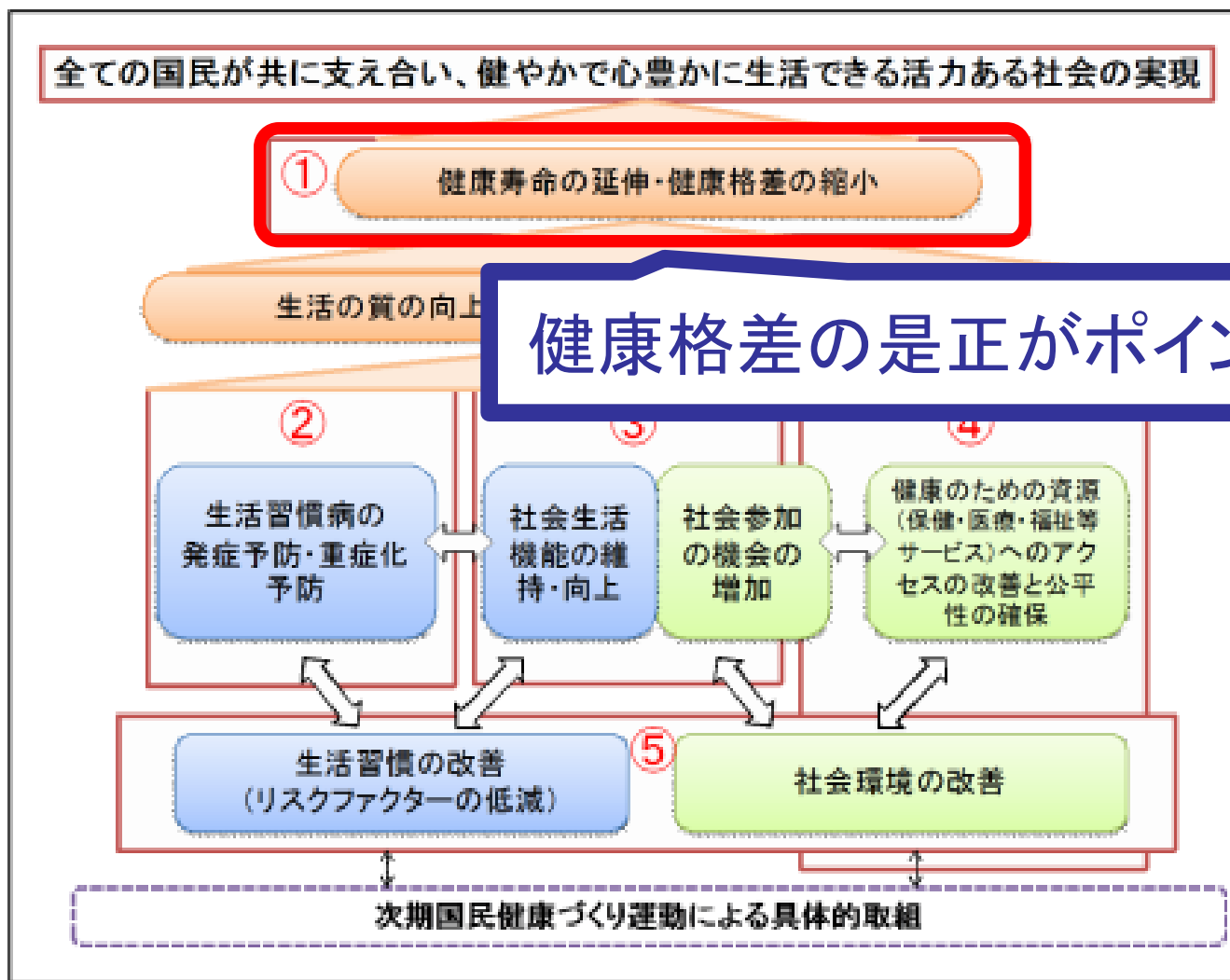
30代前半の発症割合を1としたときの性・年齢階級ごとの心疾患の発症割合を示しています。加齢とともに、発症率が高くなっています。(厚生労働省人口動態統計に基づき作成)

被保険者相互の健康格差が拡大します。



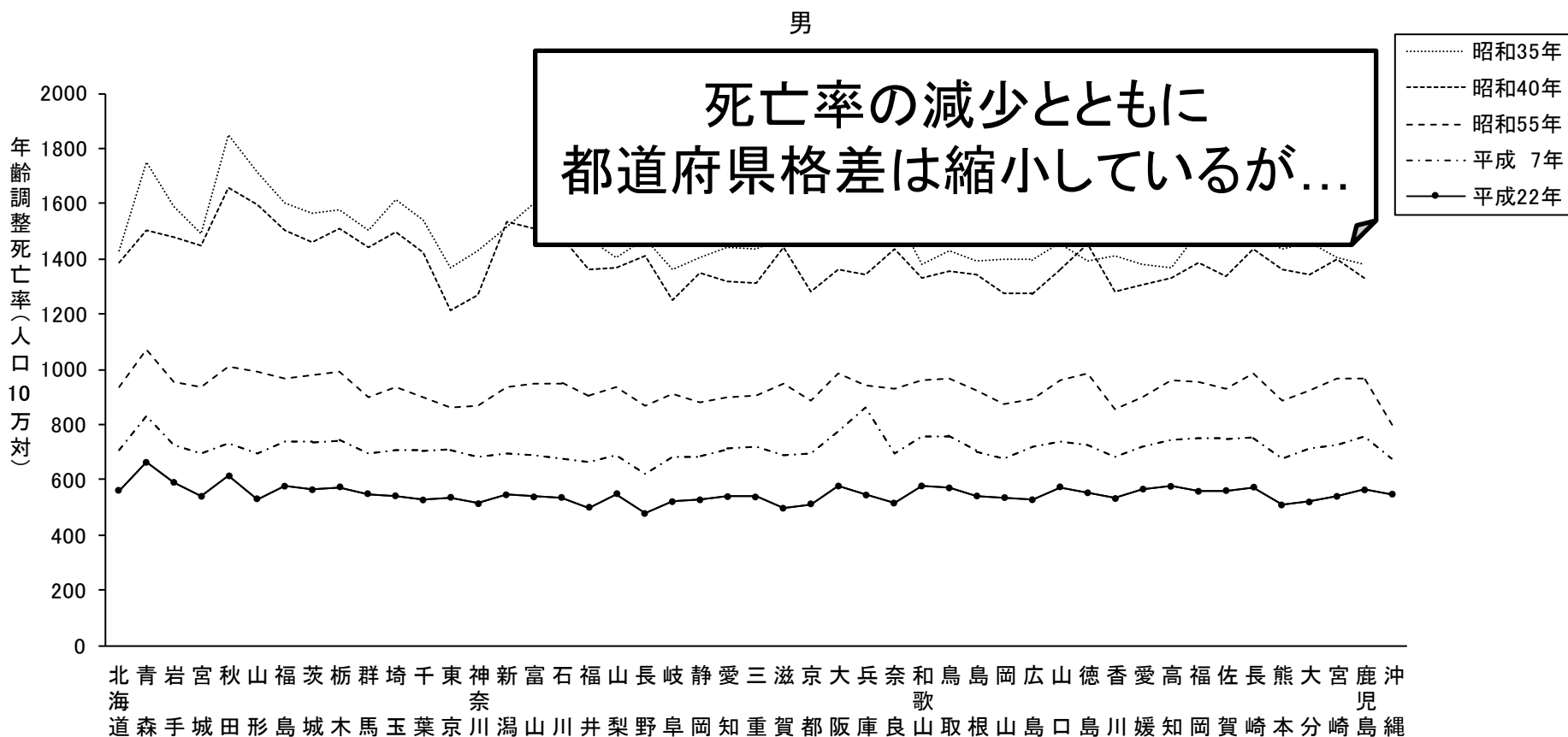
年代ごとの一人あたり医療費および標準偏差
加齢とともに医療費は増加し、被保険者の差が大きくなります。

健康日本21（第2次）の概念図



21世紀における国民健康づくり運動〈健康日本21〉

都道府県別にみた男の年齢調整死亡率の年次比較

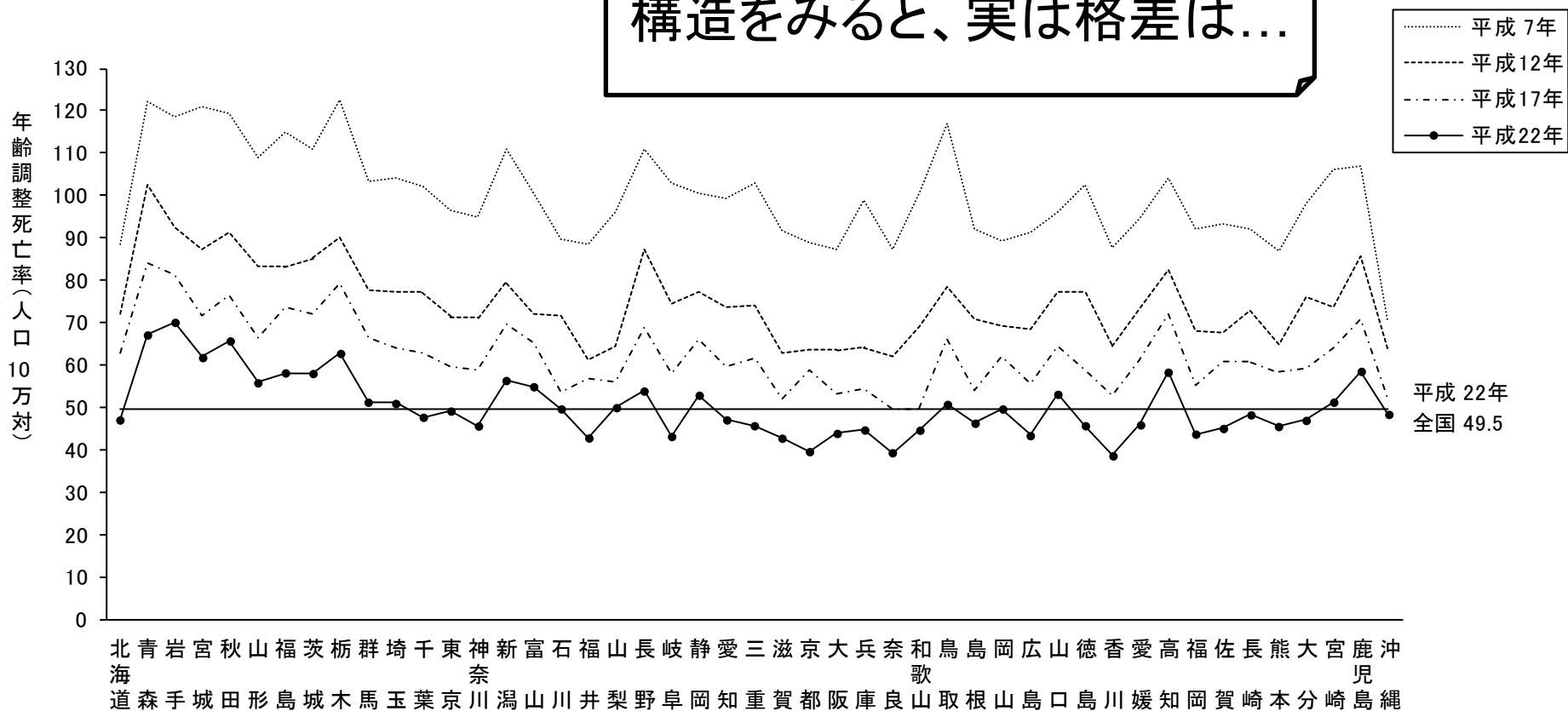


平成22年 都道府県別年齢調整死亡率の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/other/10sibou/>

脳血管疾患の都道府県別年齢調整死亡率の年次比較

構造をみると、実は格差は...



平成22年 都道府県別年齢調整死亡率の概況

1 新たな成長戦略の狙い

国家戦略(健康施策)上の課題

“国民(被保険者)を土俵に乗せる”

多くの国民に、
必要な治療、(予防)医学的な知見が
適用されていない状況です。

例.働き盛り世代の重症疾患の新規発症の
3人に2人は医学的管理下ではありません。

医療保険制度は構造的にイエローカード

超高齢化, 政権の安定運営

治療モデルから予防モデルへの パラダイムシフト

国民全員が対象

⇒ **国民皆保険(医療保険)を活用**

個々に自覚がない

⇒ **健康行動を促す仕組みを創造**

国民皆保険(医療保険)を活用

2004/7 保健事業の実施指針(厚生労働大臣告示)

➡ 患者 + **国民全員**

2006/6 健康保険関連法案の改正(通常国会)

➡ 医療保険制度下での適用

2008/4 特定健診制度の導入

➡ 健診データの**電子的標準化** →

2014/9 *2013/6 成長戦略
データヘルス・ガイドライン(厚労省保険局)

➡ 保険者と自治体等の**協働** →

データを活用することで...

被保険者の意識づけ & 環境の整備を実現

アベノミクス“第3の矢”

「新たな成長戦略(日本再興戦略)」

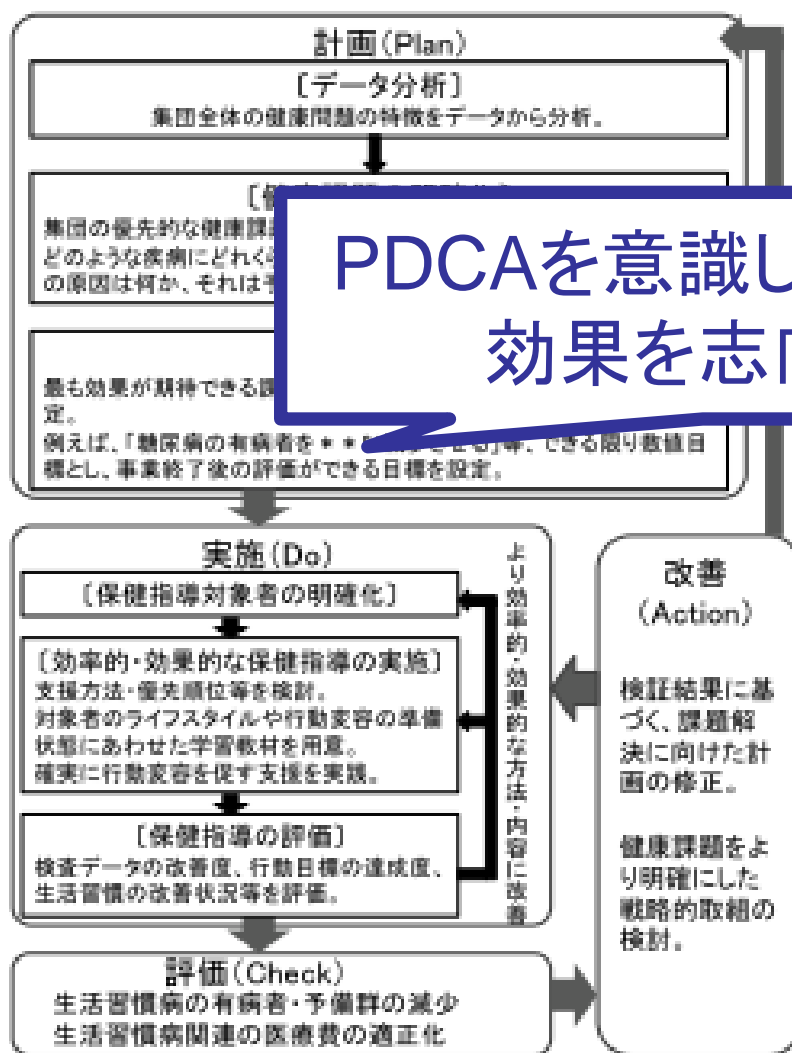
“予防・健康管理の推進に関する
新たな仕組みづくり”

「データヘルス計画」

データを活用して、
人・組織(集団)を動かす。

2 データヘルス計画策定のポイント

保健事業(健診・保健指導)のPDCAサイクル



PDCAを意識した事業運営で
効果を志向します。

標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版),厚生労働省,2013

- データ分析結果の活用 -

■ 事業を(再)設計する

* 事業評価に基づく改善を含む



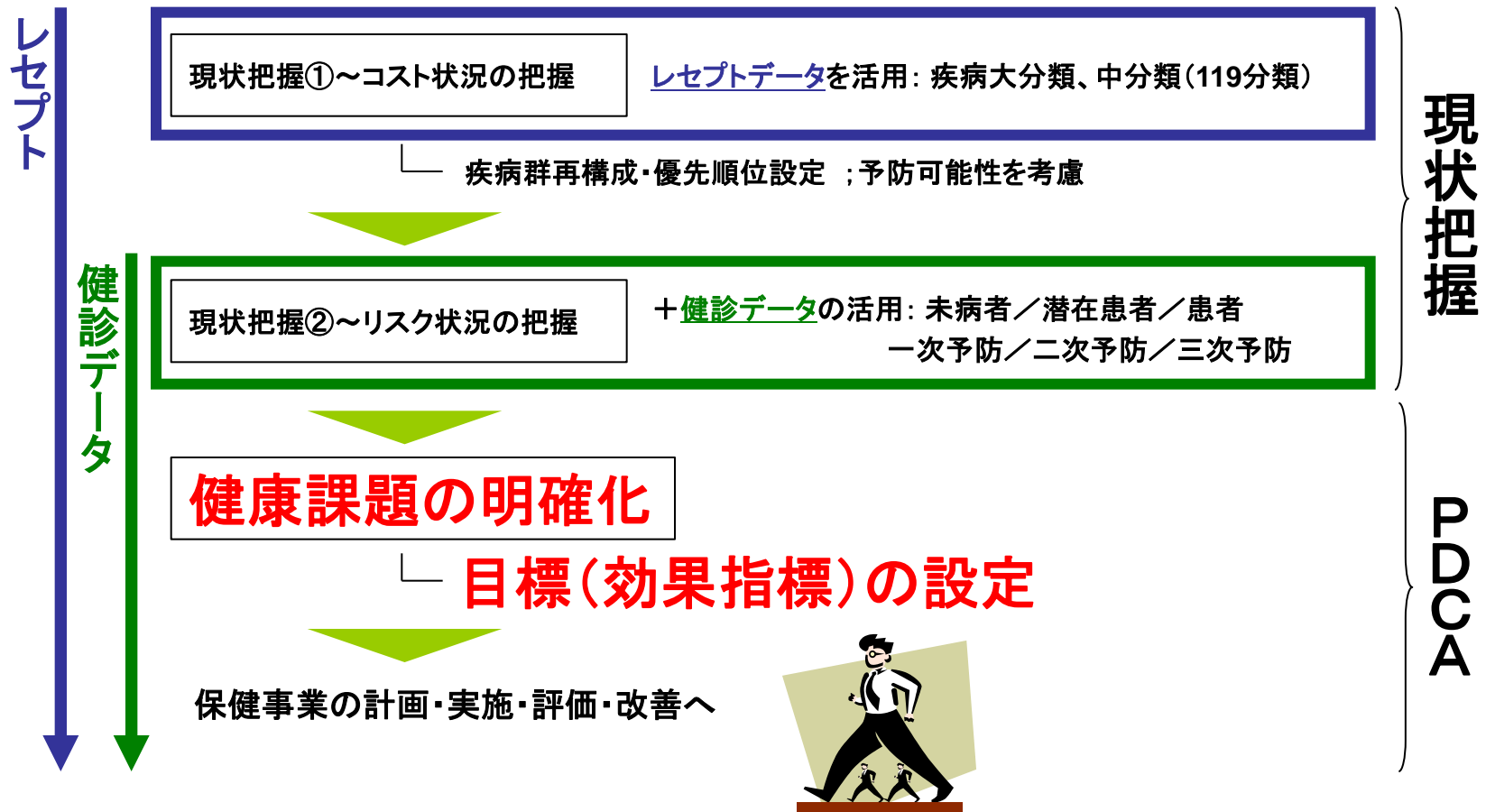
■ 関係者への説明、合意を得る



(1) 現状把握に基づく健康課題の明確化

現状(集団特性)の把握に基づく企画

効果的な施策を立案し、ステークホルダに賛同・協力を得て進めるために不可欠です。



現状(集団特性)の把握のポイント

■ 医療費の構造を捉える(レセプトデータ)

- 当組合の医療費水準および構造を整理する
- 優先順位をつける(予防可能性を含む)

■ 健康リスクを醸成する背景を探る(健診データ)

- リスクの状況を確認する
- 対応する保健事業を具体化する



「メタボと県民性」
地域でもこんなに違うの？

メタボ＝メタボリックシンドロームは、
そもそもどういう症状のことをいうのか、
生活習慣病に詳しい医学博士の古井祐司さん

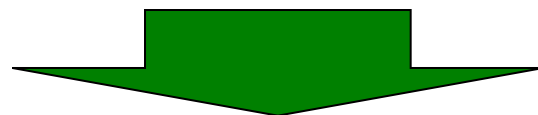


メタボリックシンドロームとは、
「重大な病気になりそうですよ」というサイン

現状および背景に応じた対策へ

集団特性の把握

- どのようなリスクが醸成されているか
- リスクを高めている背景は何か



背景に応じた対策

- 環境(文化)へのアプローチ
- 個々へのアプローチ

健康課題の明確化および目標の設定にあたって...

■ 当該集団での優先度の高い健康課題

- コスト、罹患、有所見におけるボリュームゾーン
- 予防可能性のある課題

既存事業、他国保事例も参照

■ 効果測定ができる目標設定

- 事業効果が期待できる課題に対応する目標
- 目標を数値化

【例】

■ 特定保健指導実施者の〇%改善(1年間)

- 翌年度・非該当者数/基準年度・特定保健指導実施者数

■ メタボリック・シンドロームの△%減少(3年間)

- メタボ該当者割合・対基準年度該当者割合
- ただし、集団全体での悪化および改善それぞれの割合をモニタリング

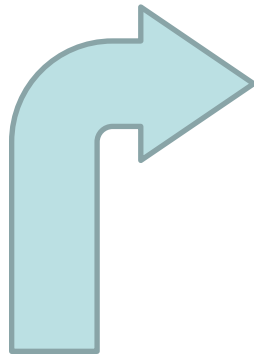
効果指標をビルトイン

実際の2市国保のレセプト・健診データで、
健康課題および事業の目的を明確にする
イメージを持ちます。

2市国保ではどのような事業が
どのような目的で実施されているでしょう。
また、どのような課題があるでしょう。

(2) 事業の組み立てにあたって

健康課題に応じた事業



ウォーキング

特定保健指導

受診勧奨

■■■■
保健事業の進化

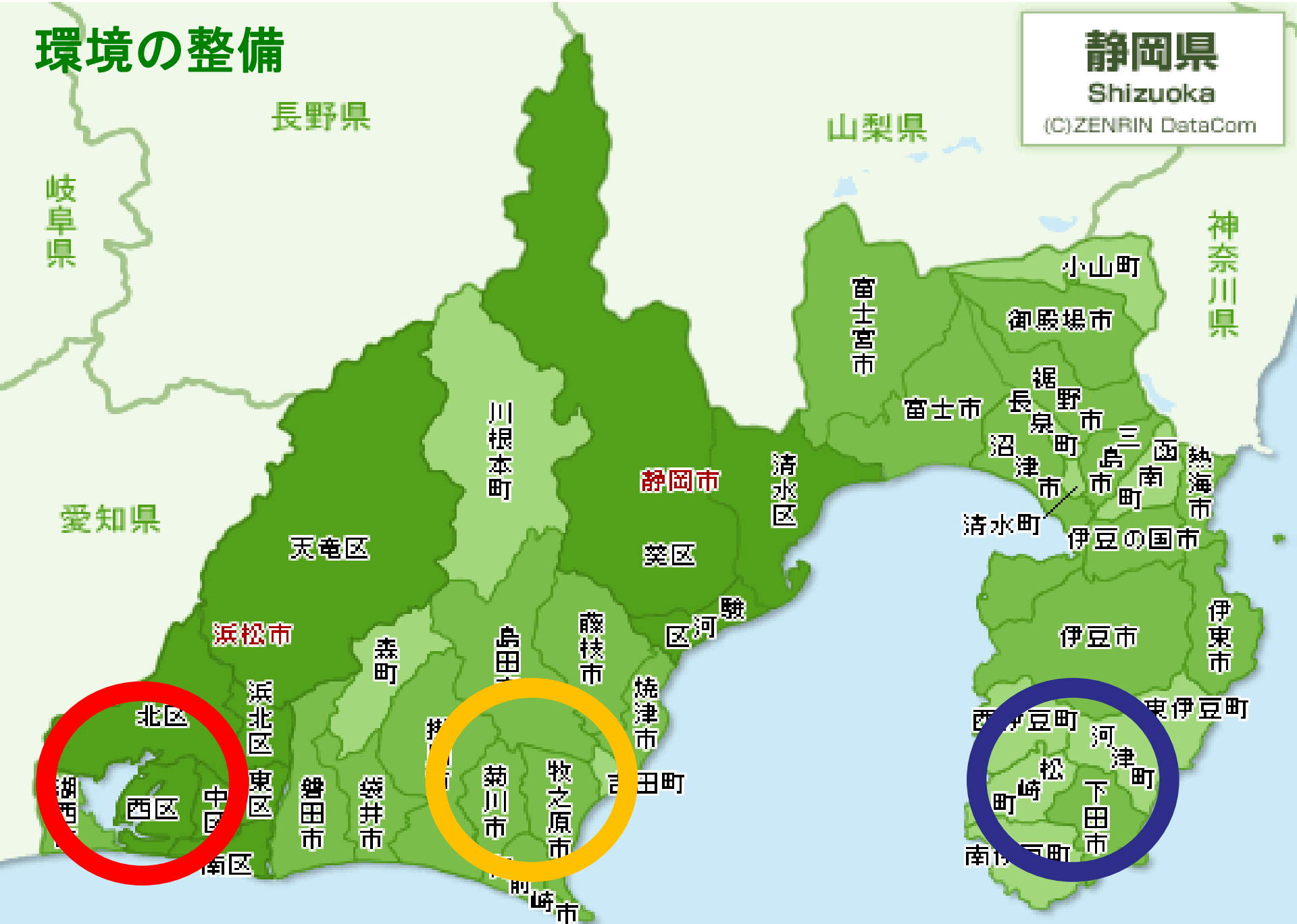
基盤となる事業

環境の整備／被保険者の健康意識づくり

基盤となる事業とは...

環境の整備

静岡県
Shizuoka
(C)ZENRIN DataCom



集団のリスク評価

“若年層が多いが
高血糖である職場”

空腹時血糖（全国20代*）
男性98mg/dl（89mg/dl）
女性94mg/dl（87mg/dl）

- ・欠食
- ・甘い飲料
- ・野菜不足



- ・平均年齢26歳の従業員
- ・血糖値は50代のレベル

組織の取組

- ・食事タイムを設定
- ・朝礼で健康講和

個々の行動変容

- ・飲料の置換え
- ・弁当持参

など

組織の健康リスクレベルの低減

“全国20代の
平均レベルに低減！”

空腹時血糖
男性98⇒88mg/d
女性94⇒88mg/d

「お客さんに朝食の重要さを
伝えるようになった」

* 厚生労働省「国民健康・栄養調査」より

職場環境を整えて健康改善を図ったアクア

健診結果に基づき、集団のリスクが可視化された事例。健康リスクとその背景が把握されたことで、管理者および従業員の行動変容と職場の環境整備を促し、高血糖の改善につながった。

QUPiOとは?
100万人分に及び経年の健診データの集積と
東京大学との共同研究で得られた知見を基
に提供しています。

検索

健康データをお持ちしている理由

CATEGORY

- 男性 (Man)
- 女性 (Woman)
- 食品 (Food)
 - 日々の食事
- 運動 (Exercise)
 - 歩行
 - 有酸素
 - コンディショニング
 - ロコモティブシンドローム
 - ウォーキング
 - 乗換確認
 - 筋肉トレーニング
- その他 (etc)

なるほど
これは伝えてあげよう

実は朝食を抜くと
太りやすくなるんですよ



医療ルネサンス 健康のすすめ

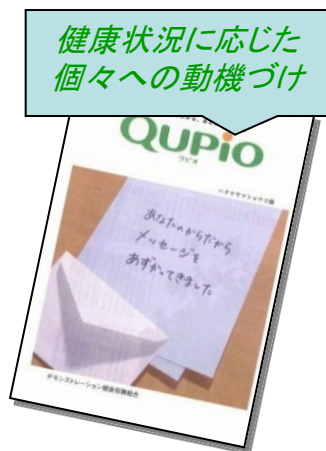
「朝食を抜くと太りやすくなる」というのは、本当のところどうなのか、野采を採りなくしては、ヨーグルトドリンク)を水やお豆腐や納豆も購入するよなど

職場環境

朝食を抜くと太りやすくなる、という噂は、本当のところどうなのか、野采を採りなくしては、ヨーグルトドリンク)を水やお豆腐や納豆も購入するよなど

被保険者の健康意識づくり

本人の健診データに基づく「情報提供」が起点です。



健康状況に応じた
個々への動機づけ



① 病気のリスクを「自分ごと」に

- 本人と同じリスクで倒れた著名人のエピソードを配し、生活習慣病の重大性を印象づけ



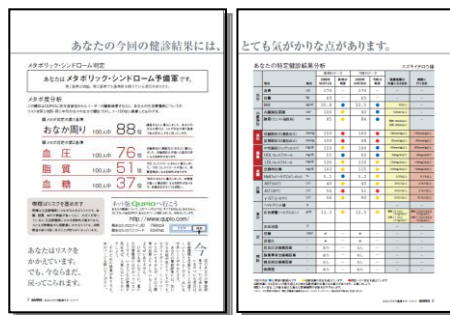
③ アクションプラン<食事編>

- リスク内容に応じた食生活(体験談)を提案
- 禁煙への挑戦

健診受診者全員を対象にし、
行動変容の準備(意識づけ)
を目的とする。

- 男性・女性
- 被保険者・被扶養者
- 肥満、リスクの種類
- 喫煙、服薬、運動習慣

などによる内容で個別化。
媒体は冊子・IT媒体



② 健診結果のどこにリスクがあるかを理解

- 健診結果に基づくリスクおよび同世代での自分の位置づけ

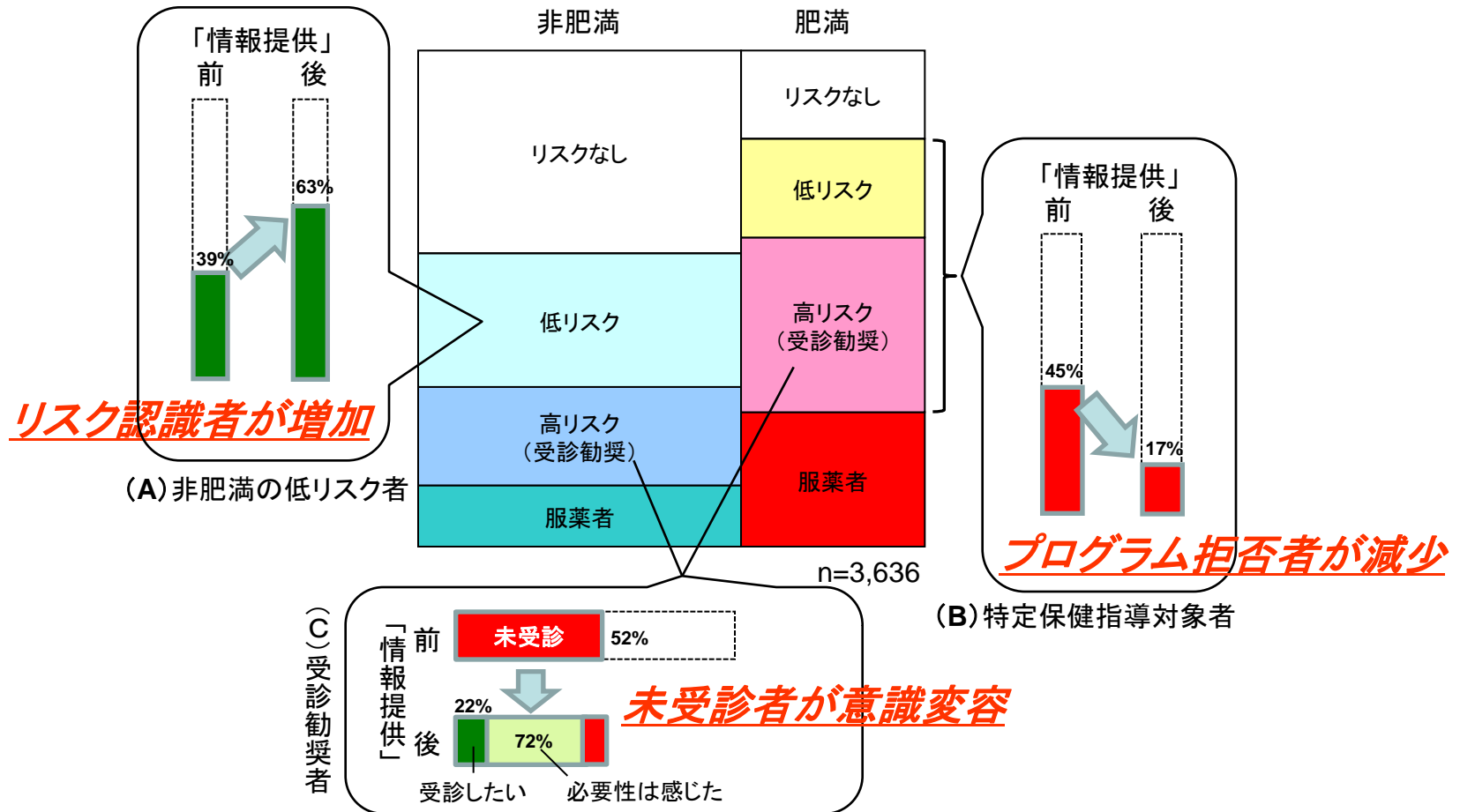


④ アクションプラン<運動編、その他>

- 運動習慣を生活に取り入れるヒント(体験談)
- 医療機関への受診、服薬の重要性
- メタボリスクがないひとには他の健康課題

資料)厚生労働省「第4回保険者による健診・保健指導等に関する検討会」一部改変

「情報提供」による意識づけ効果が表れました。



資料)厚生労働省「第4回保険者による健診・保健指導等に関する検討会」一部改変

江戸川区 特定健診の結果を速報 冊子にまとめ、生活習慣病予防

江戸川区は特定健診の「にまとめ、受診者にその受診結果を冊子」写真」場で渡す取り組みを1日

からスタートした。こうした取り組みは初めて。特定健診は2008年度に医療保険の保険者に義務付けられ、対象となる40〜74歳のうち、江戸

川区は40〜64歳までの健診を区医師会医療検査センター(タワーホール船堀)で実施。同センター



を即日配布する。冊子は全12ページ。血液検査、尿検査、身長・体重・腹囲の測定結果を表にまとめ、過去の回数と比較できるようにした。また、円グラフで危険度ごとに「レッドゾーン」「イエローゾーン」「安全ゾーン」に色分けし、経過が一目で分かるようにした。さらに結果をもとに、リスクに応じた生活習慣改善策などを108ページ用意。生活習慣の維持・改善に取り組みやすいよう工夫している。生活習慣病予防のため最も重要なのが「本人のやる気だ。江戸川区では、血液検査の結果をその場で伝えるなどしているが、血糖値や血圧が少々高い程度の場合、危機感を持つってもらえないケースも多かったという。速報冊子は受診者が結果を「自分のこと」と捉えてもらうのが狙い。受診者からは「読み込めがあった」「すぐに結果が出るので安心」などの声が多く寄せられたという。区医療保険課では、「健診後に医師の保健指導を受けたい人は一部、受けたい人への動機づけが弱かった。生活習慣を振り返り、改善するきっかけにしてもらえれば」と話している。

日本経済新聞

メタボ健診当日 結果の冊子渡す

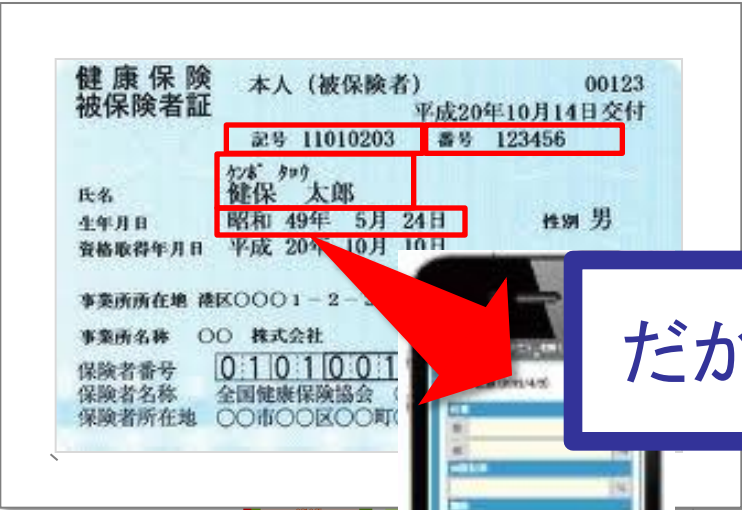
江戸川区が迅速化

東京都江戸川区は国民健康保険加入者への特定健診(メタボ健診)の診断結果を当日に冊子にして渡すサービスを始めた。これまで当日は結果を口頭で伝え、冊子は後日郵送していた。

当日に冊子を受け取れる対象者は区医師会医療検査センターで特定健診を受けた40〜64歳の区民約7万人。検体の分析に時間がかかる血液検査を先にするため、健診終了後には冊子ができあがっているという。

6月21日
木曜日

「情報提供」の国保先進事例



協会けんぽでは...

- 2013年度; 大分支部導入
- 2014年度; 全国支部へ

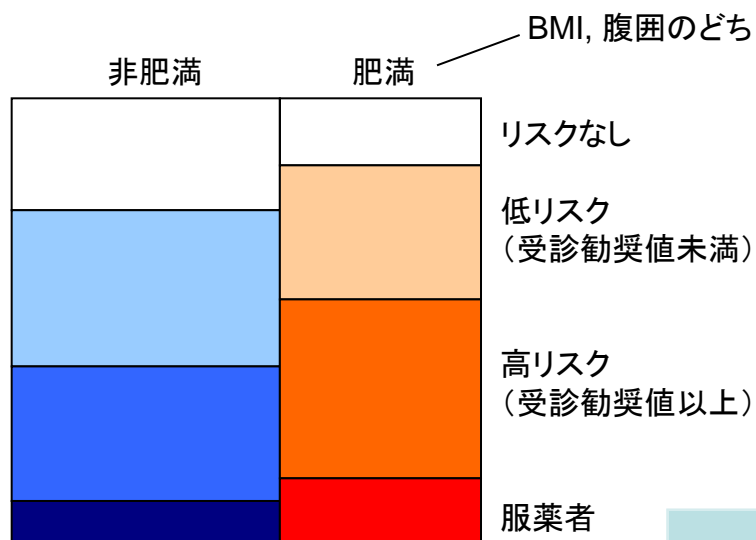
だから“健康”保険証なんですわ!



出典)協会けんぽ大分支部ホームページ

太田旗店と協会けんぽとの協働した健康増進活動
協会けんぽのプログラムを活用して自らの健康状況をチェックする。

参考；特定健診データに基づく集団特性の可視化



被保険者の健康状況を

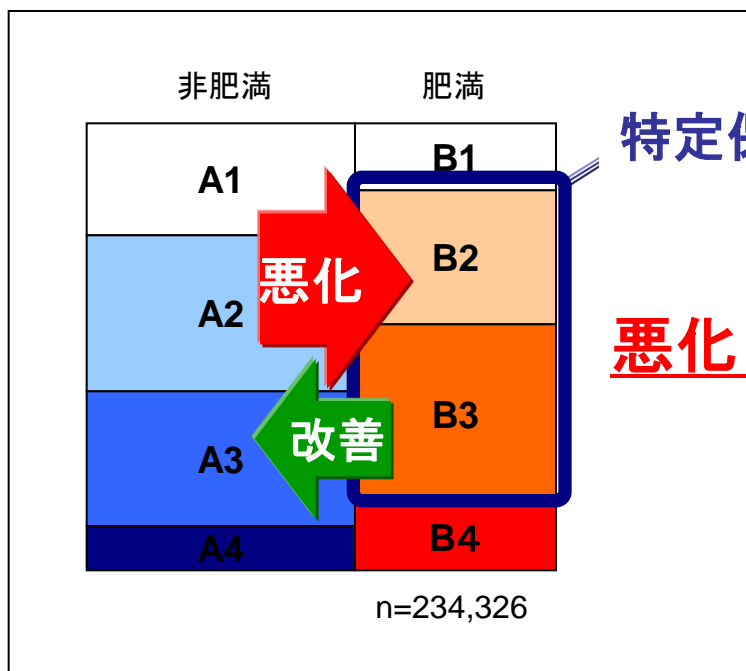
- 内臓脂肪(腹囲・BMIで代替)
- 血圧・脂質・血糖

といった心血管系疾患リスクの視点から捉え、
集団の特性を把握します。

他自治体との相互比較で、特性が一層明確に。

項目名	低リスク (特定保健指導対象)	高リスク (受診勧奨対象)	単位
血圧(収縮期)	130 ~ 139	140 以上	mm Hg
血圧(拡張期)	85 ~ 89	90 以上	mm Hg
中性脂肪	150 ~ 299	300 以上	mg /dl
HDLコレステロール	35 ~ 39	34 以下	mg /dl
空腹時血糖	100 ~ 125	126 以上	mg /dl
HbA1c	5.2 ~ 6.0	6.1 以上	%

厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」に基づき作成

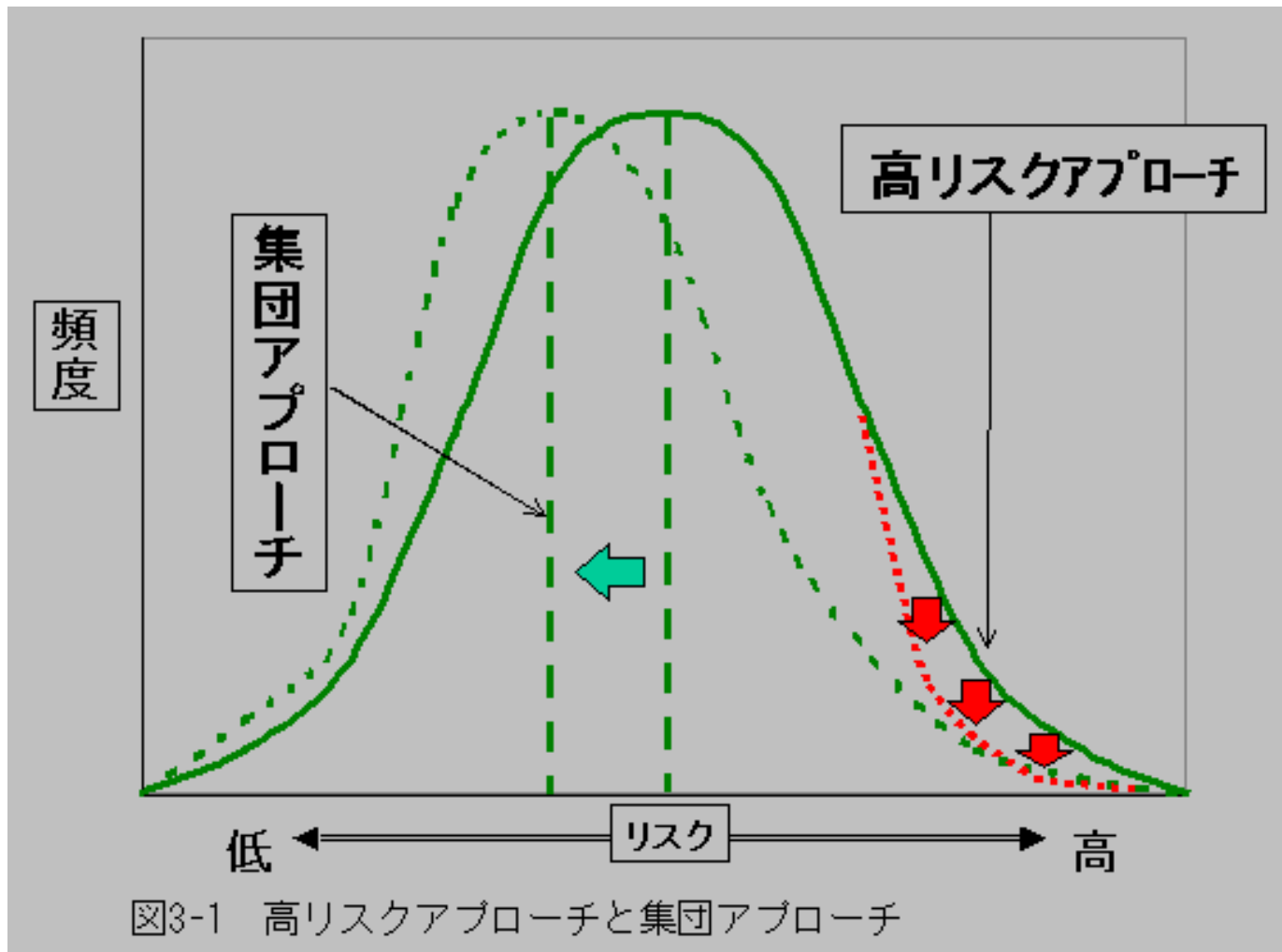


特定保健指導対象者

悪化 13,494人 > 改善 11,323人

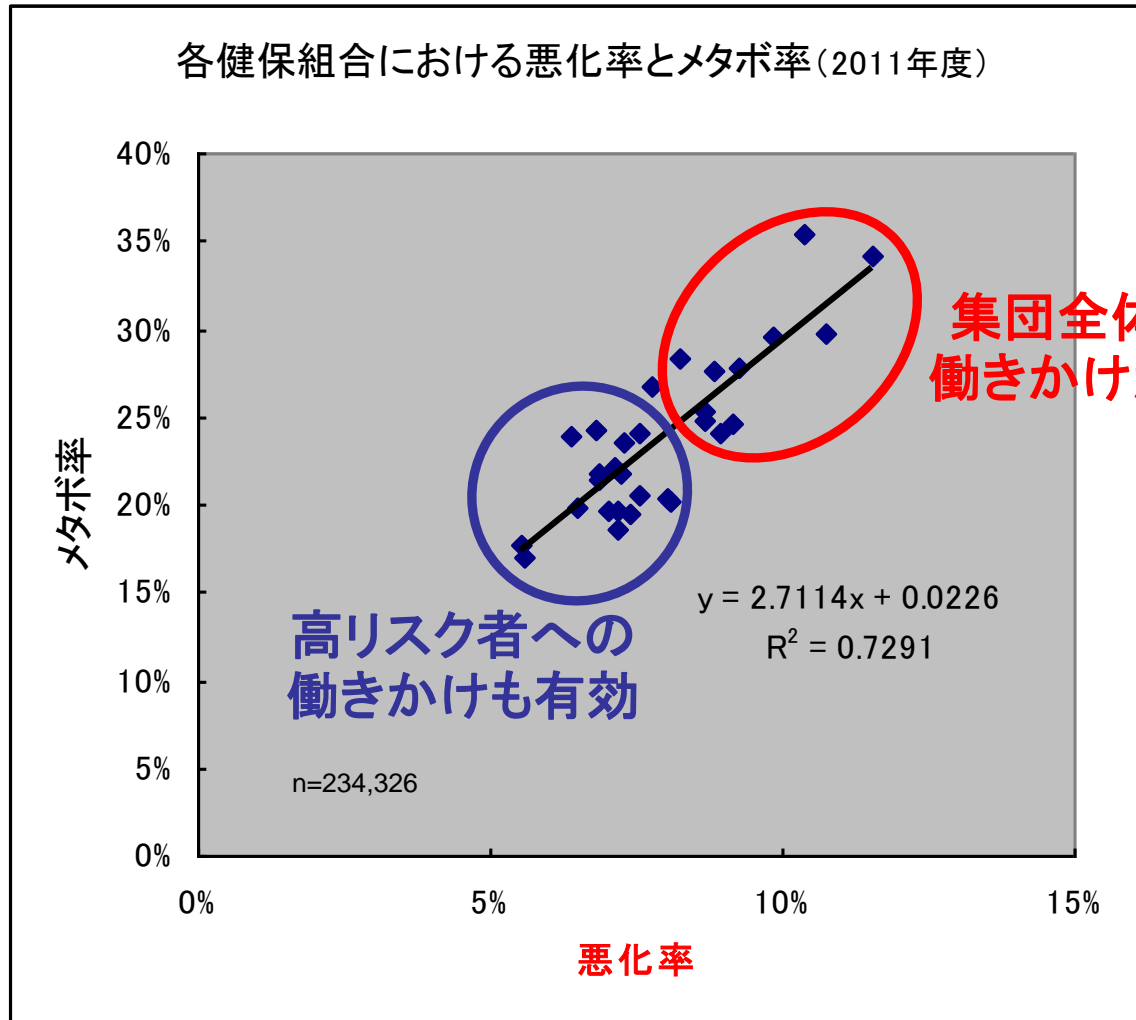
* その他に服薬導入3,930人

崖上から落下している人が多い状況であり、
 集団アプローチが不可欠です。



21世紀における国民健康づくり運動<健康日本21>

基盤となる事業が大切です。



健康課題に応じた 事業の組み立てとは...

“わかる”と“かわる” ≠“知る”



特定健診・保健指導

古井祐司

医療・保健師・管理栄養士
健保・国保・人事総務・自治体

人生の未来に思い届く人の必読書

国はマジです。

被保険者一人ひとりの意識・行動の変容が健康づくりのベースです。



やる気にさせる

適切な行動計画を設定する

取り組みを続けさせる
(モチベーション維持)

“わかる”
自分ごとになる

“かわる”
行動変容&継続

既存・新規事業は...

**保健事業の
どこに位置づけられる取り組みか？**

たとえば...
「ウォーキングプログラム」
「高血圧教室」
はどちらのイメージでしょうか？

おわりに

■ 基盤となる事業の徹底

- 環境の整備
- 被保険者の健康意識づくり

■ 健康課題に応じた事業の設計

- 既存事業を把握、活用する
- 健康課題に応じた目標を設定する

クローズアップ現代

2014年1月28日(火)放送
“健康経営”のすすめ
～会社も町も大変身！～

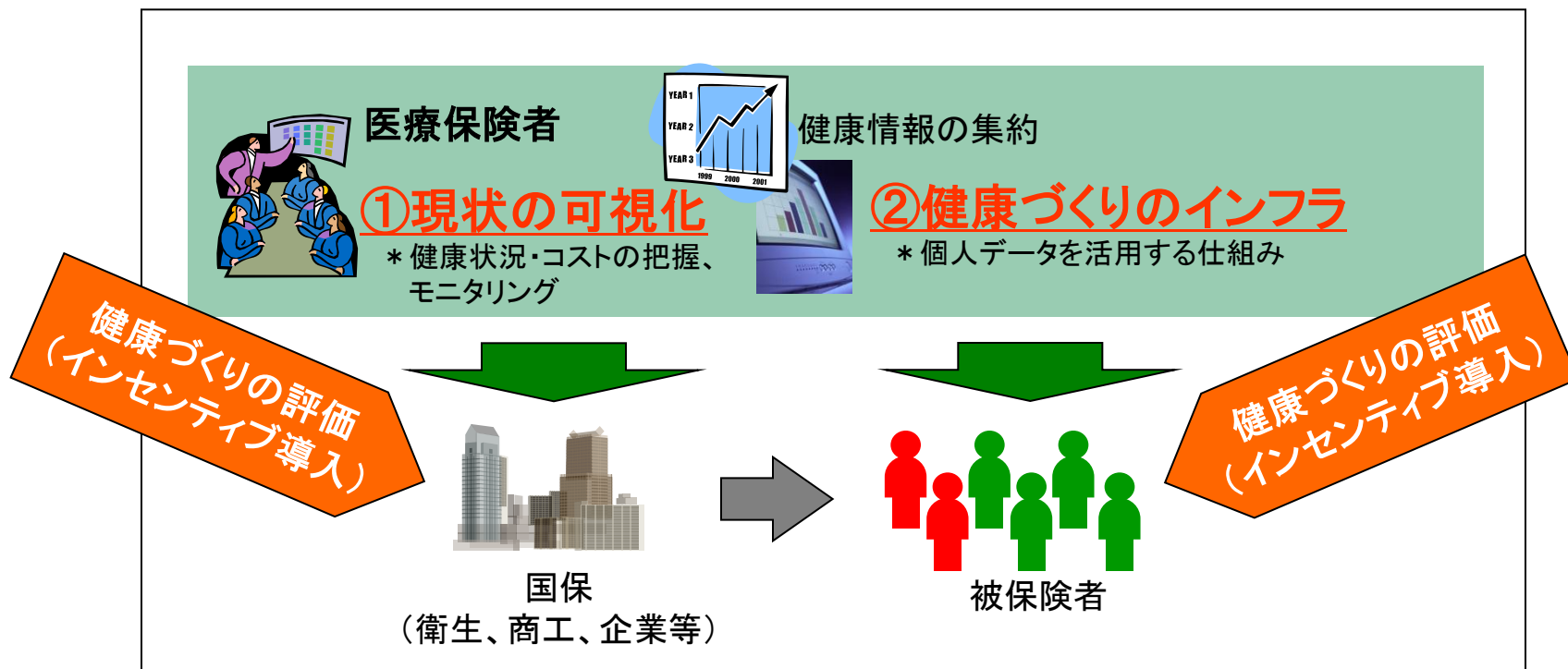


健康づくりはコミュニケーション・ベース
⇒“生活動線”“仕事動線”に乗せる仕掛けづくり

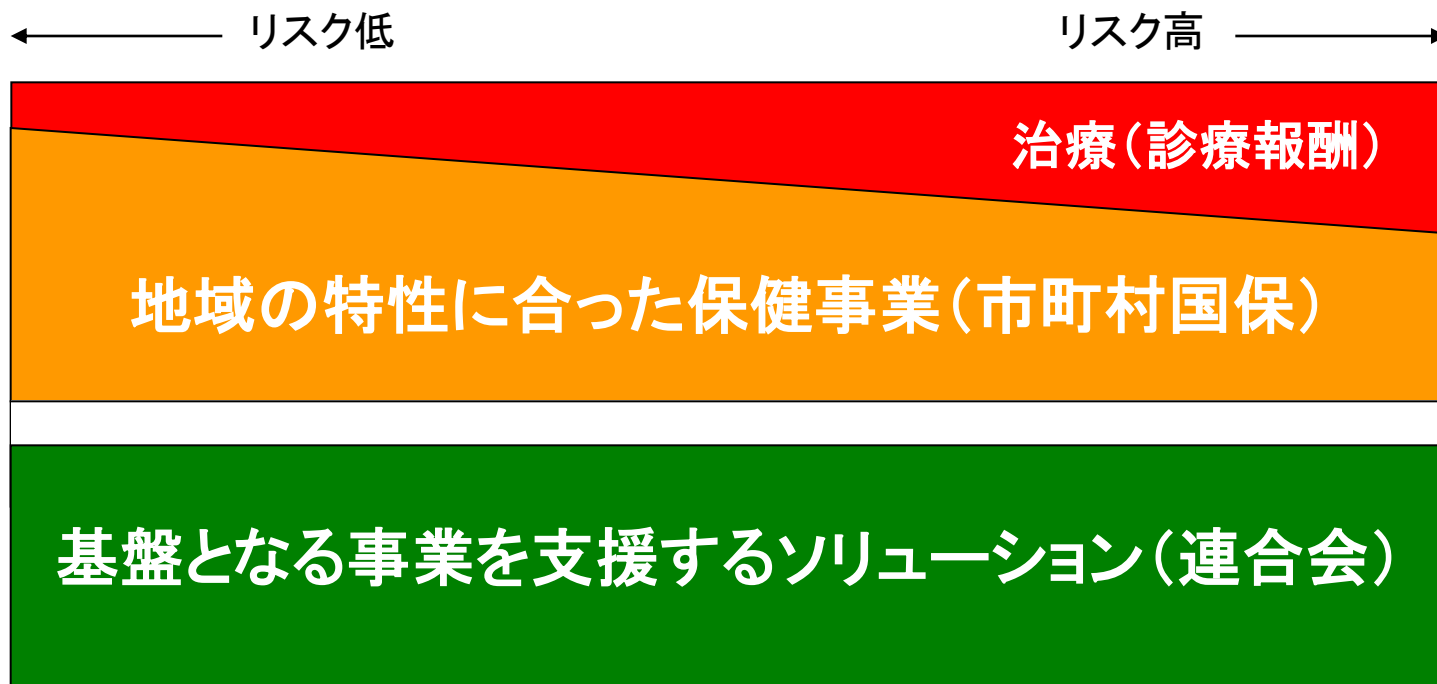
国保と衛生・商工、企業等との連携が不可欠

地域の健康づくりにデータをもって貢献する保険者

— 地域における保険者機能活用のスキーム —



厚生労働省地域・職域連携推進事業関係者会議一部改変



実効性ある保健事業の組み立て

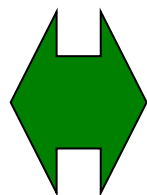
国保連合会が基盤となる事業を支援するソリューションを提供することで、市町村国保は特性に応じた保健事業の設計および実施に注力することが可能となる。また、被保険者の健診データに基づく意識づけを徹底することで、保健事業の実効性が高まることが期待される。

平成24年度 東京大学健康経営研究ユニット創設記念シンポジウム一部改変

産官学連携に基づく予防医学研究・事業拠点の整備



2002 22世紀医療センターの創設



HCC ヘルスケア・コミッティー株式会社

2003 健康委員会の株式会社化



予防医学の社会適用

データヘルスの実証

2012 健康経営の研究拠点の創設



国保制度改革について

政策研究大学院大学

島崎謙治

本日の講演の目的と内容

【目的】

国民健康保険改革について、国民皆保険の本質など基本的な事項に関する理解を深めるとともに、現下の最大の争点である保険者の都道府県移管問題などの解説を行うこと。

【内容】

- I. 国民皆保険の本質と日本の医療制度
- II. 国民健康保険をめぐる政策動向と論点

国民皆保険の本質と 日本の医療制度

最初に幾つかの質問

(今日、国民皆保険は、日本人にとって、空気のように“当たり前”の存在になっているけれども…)

1. 「国民皆保険の堅持」に賛成か？国民皆保険の意義は何か？
2. 「国民皆保険の堅持」は社会保険方式の維持を含意するか？
※ 英国・スウェーデン等は医療は社会保険方式ではない。
3. 「保険あって医療なし」という状態は国民皆保険だと思うか？
※ 年金制度と医療制度の本質的な違いは何か？
4. 「国民皆」のカバーと「保険」で行うことは両立するか？
※ 「保険」である以上、保険料の納付はゆるがせにできない原則。
5. 国民健康保険では何をもって保険関係が成立しているのか。
※ 被用者保険では「使用」により保険関係が成立。国保では何か？
6. 保険者とは何か。最も重要な保険者の役割は何か？
※ 給付に見合った保険料の設定と徴収が最も重要な保険者の役割。

国民健康保険の保険者の在り方等について

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

…**A**: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、**B**: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、**C**: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、**D**: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、**E**: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。

※ AからEのアルファベットは原文にはない。説明の便宜上島崎が付したものである。

(質問)

- Aについて … 保険者とは何か？ 財政運営に責任を負うのは保険者だけか？
- Bについて … 医療提供体制に係る責任と保険の給付責任が同一であることは必然か？
- Cについて … 「地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担」との関係如何？
- Dについて … 具体的にどのような役割分担となるか。そしてそれはなぜか？
- Eについて … これは(特に「分権的な仕組み」)何を言っているのか？

日本の医療制度の特徴

1. 医療制度と年金制度の相違

年金制度は、finance だけの仕組みであるのに対し、医療は、サービスの供給 (delivery) + 財政 (finance) からなる。

このため、医療制度は歴史・経済・政治・文化・風土等に彩られ、各国の固有性が強く現れる。

2. 年金制度は社会保険方式を採用している国が圧倒的に多いが、医療制度では税方式 (直接供給方式) の国は少数ではない。また、社会保険方式を採用している国でも、日本とドイツやフランスの制度設計は大きく異なる。

3. 日本の医療制度の最大の特徴は次の3つである。

◎ ①. 被用者保険と地域保険の二本建てによる国民皆保険

※ ドイツやフランスには国保に相当する地域保険が存在しない。

○ ②. 民間セクター中心の医療供給体制

△ ③. 医療機関へのフリーアクセスの尊重

特徴①: 被用者保険と地域保険の二本建て

1. 基本構造

- 市町村に「住所」(生活の本拠地)を有する者は、当該市町村を保険者とする国民健康保険(地域保険)の適用対象。ただし、民間企業被用者・公務員およびそれらの被扶養者は国民健康保険の適用除外。
※ 正確に言えば、生活保護受給者も医療扶助が行われるため適用除外。75歳以上の者については後期高齢者医療制度の対象となるため適用除外。
- つまり、日本の国民皆保険は、いったん国民すべてを国民健康保険の「投網をかける」ことにより成り立っているのである。逆に言えば、国民健康保険が瓦解すれば国民皆保険は崩れる。

2. 沿革

- 被用者保険は、1922年に制定された健康保険法が嚆矢。これはドイツの疾病保険法を模倣したもの。
- 1938年に農民・自営業者等を対象に国民健康保険法(旧法)が制定。これは日本の独創である。ただし、任意設立・任意加入方式であった。
- 1958年に国民健康保険法が全面改正され、1961年から全市町村で実施。 ⇒ 国民皆保険の実現。

図 医療制度の粗い国際比較

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	アメリカ
供給	「民」中心 (公の占める割合は約3割)	「公」中心 (公の占める割合は約9割)	「公」中心 (公の占める割合は約7割)	ほぼすべてが「公」	ほぼすべてが「公」	「民」中心 (公の占める割合は約25%)
財政	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (税方式)	「公」 (税方式)	「民」 (メディケア・メディケイドを除く)
財政の制度設計	<ul style="list-style-type: none"> ○国民皆保険 ○社会保険方式 ○「保険料」のほか「税」の割合も高い 	<ul style="list-style-type: none"> ○国民の9割が対象(自営業者・高所得者は任意加入) ○社会保険方式 ○原則として「保険料」 	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民が対象 ○社会保険方式 ○保険料が約8割、その他一般社会拠出金等が約2割 	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○財源は「税」 	<ul style="list-style-type: none"> ○全国民を対象 ○保健サービス方式 ○財源は「税」 	<ul style="list-style-type: none"> ○公的医療費保障は、高齢者・障害者、低所得者、児童のみ ○メディケアは社会保険方式 ○メディケイドは「税」により低所得者をカバー
	75歳	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">後期高齢者医療</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%; text-align: center;">国民健康保険</div> <div style="width: 30%; text-align: center;">被用者保険</div> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">9割の国民を社会保険方式でカバー</p> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※2009年1月から国民皆保険化(公的保険か民間保険に加入)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">民間セクターの被用者保険(一般制度)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto; margin-top: 5px;"> <p style="text-align: center;">公務員等の被用者保険(特別制度)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto; margin-top: 5px;"> <p style="text-align: center;">自営業者等任意加入</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">税方式で国民全員をカバー</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">税方式で国民全員をカバー(県単位)</p> </div>

(出典) 島崎謙治 (2011) 『日本の医療—制度と政策』 23頁の図を簡略化。

(参考) 諸外国の制度に関するショートコメント

1. ドイツ

労働立法として成立。範囲拡大するもその性格が残存。厳密な意味では国民皆保険ではない。被用者であっても高所得者は任意加入(民間保険と緊張関係あり)。

2. フランス

いずれの職域保険にも属さない者は、1999年のCMU(普遍的医療制度)により、「一般制度」(日本の協会けんぽに相当)の「別勘定」を設け、“受け皿”としている。

3. 英国

NHSは国営の医療直接供給方式。一種の「配給方式」(rationing の「先進国」)。

4. スウェーデン

県営の医療直接供給方式。基本的な構造。問題(例:待機問題)は英国と類似。

5. 米国

1910年代に被用者保険創設の動きがあるも頓挫。民間保険が「先占」・中心。オバマの改革も民間保険に加入しやすくするもの(主要な改正内容の施行は2014年度から)。大企業は従業員に民間保険加入補助している例が多いが、解雇されれば、医療をも喪失。競争に対する過剰な信頼 ⇒ 「階層消費」、「低い統合性」。

6. 韓国

日本をモデルに国民皆保険。「一元化している」と紹介されることがあるが、被用者とそれ以外の保険料賦課は別々。公的保険給付のカバー内容は狭い。なお、医療のIT化は日本よりはるかに進んでいる。

特徴②：民間セクター中心の医療供給体制

1. 沿革

- 西欧諸国では病院と診療所は別個のものとして生成発展。病院は公的性格が強く、病床数も大規模なものが多い。
- 日本では1874年の「医制」公布以来、自由開業医制が採られ、個人立の小規模病院・診療所が多かった。第二次世界大戦前後に都道府県の公営病院を中心に再編成する動きがあったものの頓挫し、1950年以降、医療法人中心に医療機関の整備(量的拡大)が指向。現在でも全病床の約7割は医療法人等が占有。

2. 医療供給構造および政策手法との関係

- 日本の医療機関は、大病院、中小病院、有床診療所、無床診療所と連続的であり、機能分化が進んでいない。また、病院が本来は介護・福祉で対応すべき者も受け入れてきたため、病床数が多い、平均在院日数が長い、医療密度が低いといった問題を抱えている。
- 民間セクター中心の医療供給体制であるため、財産権の侵害禁止や営業の自由との関係上、医療供給の直接規制(例：病院の統廃合・高額医療機器等の共同利用の強制)は最小限にとどめられている。

医療供給体制の国際比較 (2010年)

国名	平均在院日数	人口千人 当たり 病床数	人口千人 当たり 医師数	100床 当たり 医師数	人口千人 当たり 看護職数	100床 当たり 看護職数
日本	32.5	13.6	2.2	16.4	10.1	74.3
ドイツ	9.6	8.3	3.7	45.2	11.3	136.7
フランス	12.7	6.4	3.3#	50.9#	8.5#	131.5#
英国	7.7	3.0	2.7	91.8	9.6 ㇑	324.7
米国	6.2	3.1 ㇑	2.4	79.7	11.0#	358.5#

出典: OECD Health Data 2012

注1 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。「㇑」は推計値である。

注2 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百を乗じた数値である。

注3 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本: 全病院の病床。ドイツ: 急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナーシングホームの病床を除く)。

フランス: 急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床。イギリス: NHSの全病床(長期病床を除く)。アメリカ: AHA

(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

特徴③：医療機関へのフリーアクセスの尊重

1. 現状と国際比較

- 各国の医療供給制度の相違は、患者の医療機関への「最初のコンタクト」の場面に現れる。日本では紹介状なしでも大病院で受診できる。諸外国に比べ、日本の外来受診回数(特に高齢者)は際立って高い。
- ヨーロッパ諸国の中で、英国はGP (general practitioner) のゲート・キーパー機能が最も強い国である。ドイツやフランスは、ゲート・キーパー機能が強い国ではない。実はスウェーデンもさほど強い国ではない。
- しかし、日本は、そもそも、診療科別専門医と総合医・家庭医の制度的区分がない。教育・研修等も基本的に分かれていない。

2. 沿革

- 1874年以来、日本は自由開業医制を採用。1922年に健康保険法が制定された際、医師会員で健康保険の取扱いを希望する者の中で被保険者が選択した医師から受療するという原則が採用。
- 日本でも家庭医制度の創設の議論は何度か行われたが、頓挫を繰り返してきた歴史がある。

国民皆保険の医療政策上の意義

1. 一義的な意義

傷病は国民が生活を営む上で最大のリスク。日本では国民皆保険が実現されており、大病や大怪我をしてもaffordable（そこそこ）の自己負担で必要な医療を受けることができる。これは国民の生活の安心の源泉という意味で非常に重要。

※ 国民皆保険ではない米国と異なり、仮に会社を解雇されても医療保障を失うことはない。

2. 二義的な意義・・・医療政策という意味ではこれも重要

日本では制度は分立していても診療報酬はまったく同じ（審査支払方式も同じ）で、統合性が非常に高い。また、日本の医療の供給は民間セクター中心であるが、国民皆保険の下で経営原資のほぼ全部を公的医療保険の診療報酬に依存。このため、診療報酬による医療供給の制御が機能。

社会保険方式か税方式か

1. 社会保険方式か税方式かは単なる財源調達の方法の相違ではない。国家像・社会像に関わる問題である。
2. 社会保険方式は単なる「共助」の仕組ではない。自ら保険料を拠出することにより受給権が得られるという意味で「自助」の要素をも有している。これは、自由経済社会の基本原則と合致する。社会経済の上部構造である社会保障の制度設計は、社会経済の基本原則と一致させておく方が望ましい。
3. また、社会保険方式は、給付と負担を両睨みし、給付に見合った保険料率を自律的に決定する方式である。
4. 日本の医療保険制度の立案者は、以上のことを理解し、意図的に社会保険方式を採用した。偶然の産物ではない。
5. ただし、社会保険方式では、保険料の納付はゆるがせにできない。保険料の負担能力の低い人をどうするか、保険料を納付しない人をどうするかという問題に直面する。

国民健康保険が抱える本質的な課題

1. 国保が抱える本質的な問題は「三重の均質性」の欠落。
 - ①. 保険者の規模 …… 小規模では専任職員も置けない。
 - ②. 世帯主の職業分布 …… “寄合所帯”保険というのが実態
 - ③. 所得分布 …… 「所得なし」世帯が4分の1を超える。
※ ただし、「所得」は税制上の所得であり「収入」とは異なる。
2. これらは、もともと国保が抱える「宿命」であるが、日本の皆保険は常用雇用者以外は国保が「受け皿」となっているため、人口構造や産業構造等の変化は国保を直撃する。
3. 1980年代の老健制度・退職者医療制度の創設、2008年度からの新しい高齢者医療制度の創設は、その1つの「解答」。
4. ただし、これだけでは国保は安定しないため、国保の「再保険事業」をはじめ都道府県の関与の強化が図られてきた。また、医療供給と財政の権限の連動を強化すべきという見解も存在。

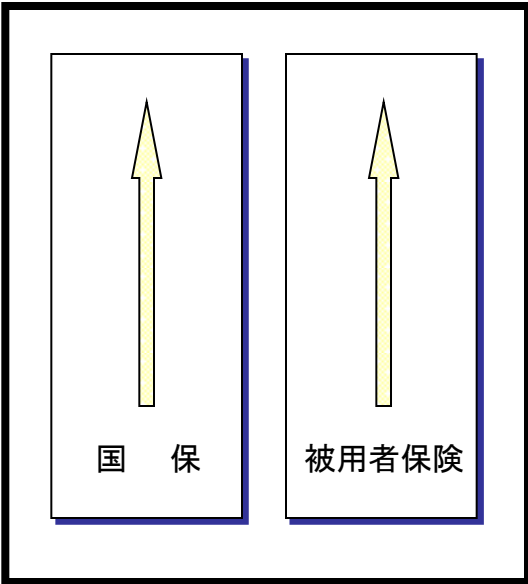
日本の医療保険制度の沿革

1922年	健康保険法制定	社会保険方式の道筋
1938年	国民健康保険法制定	二本建ての骨格が形成
1948年	国保の市町村公営主義	市町村が保険者に
1958年	国民健康保険法全面改正	強制設立
1961年	国民皆保険実現	
1973年	老人医療費無料化	老人別扱いの嚆矢
1983年	老人保健法制定	老人医療費共同負担
1984年	退職者医療制度創設	被用者保険との調整
2002年	老人保健制度(医療)の年齢引上げ	75歳という刻み
2008年	後期高齢者医療制度の創設	独立方式

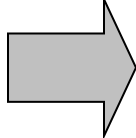
国民皆保険制度の創設

(被用者保険に加入していない国民は、年齢を問わず基本的に国保に強制適用)

(国民皆保険制度)

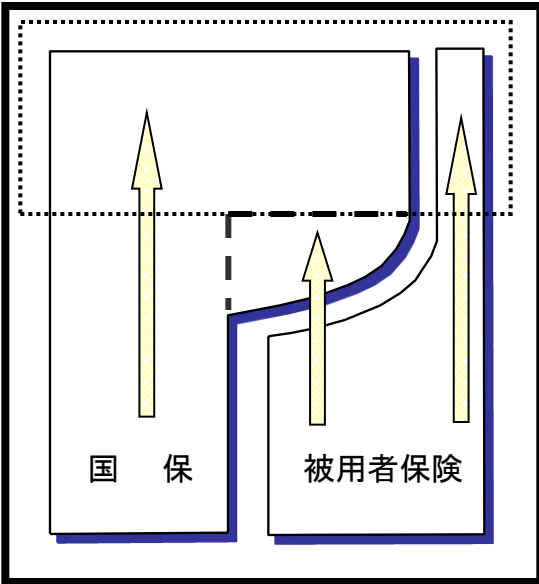


- ・ 高齢者医療費の増大
- ・ 高齢者の偏在化

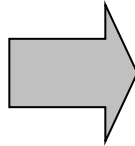


老人保健制度 + 退職者医療制度の創設

(国民皆保険制度)

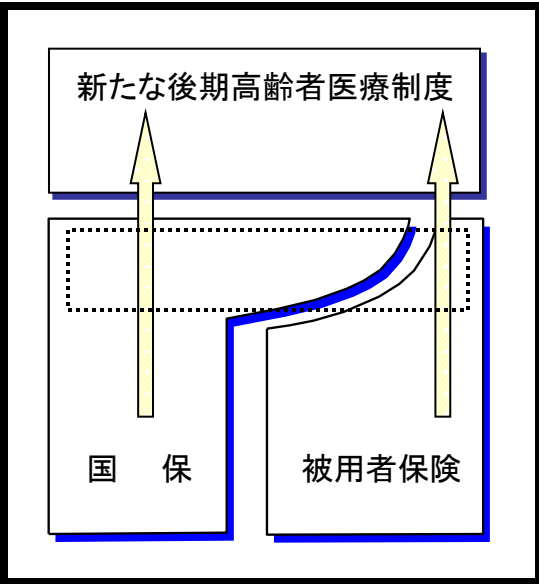


さらなる高齢者医療費の増大



新たな高齢者医療制度の創設

(国民皆保険制度)



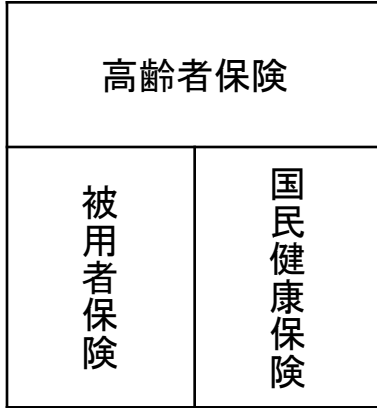
職域及び地域の「連帯」に基づき各保険者が成立し、個々の保険者の内部において「世代間の連帯」が行われる

国民皆保険制度を堅持するため、「保険者の枠組みを超えた世代間の連帯」の仕組みを導入

「保険者の枠組みを超えた世代間の連帯」のさらなる明確化

図： 高齢者医療に関する制度設計(概念図)

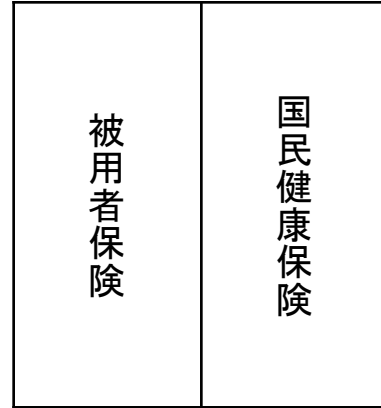
独立方式



[説明]

高齢者を対象として被用者保険および国民健康保険から独立させ保険制度を設ける方式。後期高齢者医療制度はこれに該当する。

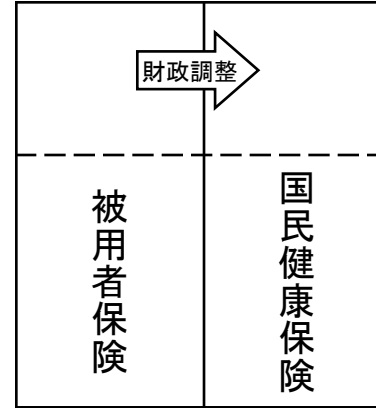
突き抜け方式



[説明]

被用者OBは被用者保険の現役が、国民健康保険OBは国民健康保険の現役が支えるという方式。二本建てて体系を高齢者部分まで「突き抜け」させ純化させた方式である。

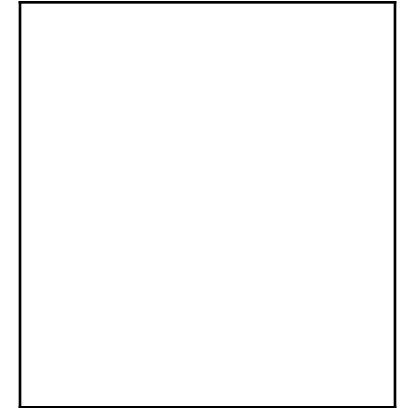
年齢リスク構造調整方式



[説明]

加入者の年齢構成の差は保険者の責任ではないから、年齢構成の相違に起因する医療費は、保険者間で財政調整する方式。前期高齢者医療制度で採られた方式であり、老人保健制度もこの方式に属する。

一本化方式



[説明]

保険集団を区分すれば年齢・所得の相違による「不公平」が発生するため、年齢や稼得形態で区分せず医療保険制度を一本化する（全国一本でなくとも都道府県単位で一本でもよい）という方式。

(出典) 島崎謙治『日本の医療－制度と政策』(東京大学出版会)

将来人口の基本指標

年	総人口 (A) (万人)	人口3区分				高齢 化率 (D/A) (%)	老年人口 の生産年 齢人口に 対する割 合(C/D)	(参考) 生産年齢人口 を20～69歳、 老年人口を70 歳以上とした 場合の、老年 人口の生産年 齢人口の割合
		年少 人口(B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15～64 歳) (万人)	老年 人口(D) (65歳以 上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以 上) (万人)			
2010	12,806 (100)	1,684 (100)	8,173 (100)	2,948 (100)	1,419 (100)	23.0	2.8人で 1人を 支える	4.0人で 1人を 支える
2035	11,212 (88)	1,129 (67)	6,343 (78)	3,741 (127)	2,245 (158)	33.4	1.7人で 1人を 支える	2.3人で 1人を 支える
2060	8,674 (68)	791 (47)	4,418 (54)	3,464 (117)	2,336 (165)	39.9	1.3人で 1人を 支える	1.6人で 1人を 支える

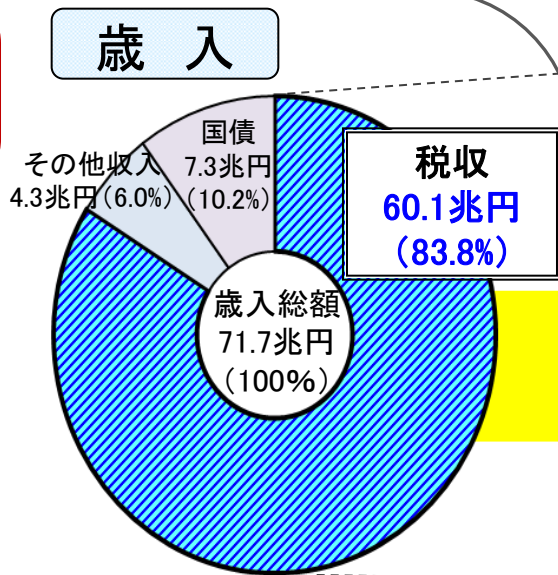
(注) 括弧書は2010年を100とした場合の割合。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2012年1月推計)」(出生中位・死亡中位の場合)。

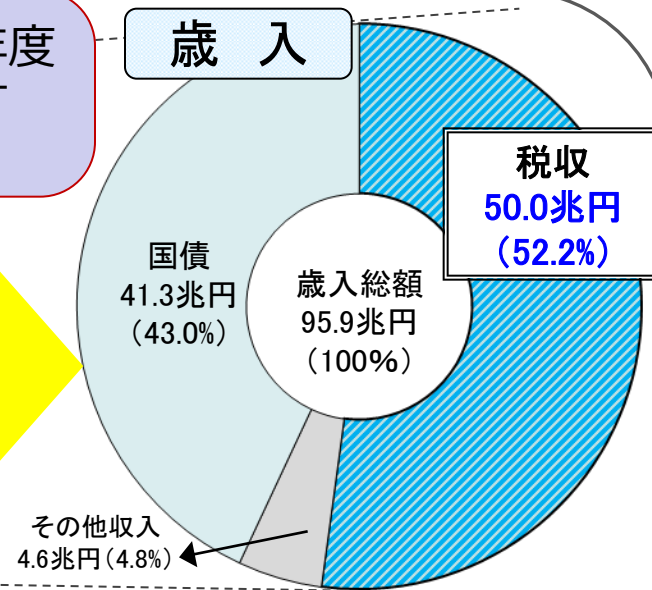
歳出・歳入構造の変化

平成2(1990)年度と平成26(2014)年度の国の一般会計の構造をみると、**税金は大幅に減少し、歳入に占める割合も半分を切る一方、社会保障関係費は大幅に増加し、国の一般歳出(政策経費)の半分以上を占めるようになった。**

平成2年度
一般会計
決算

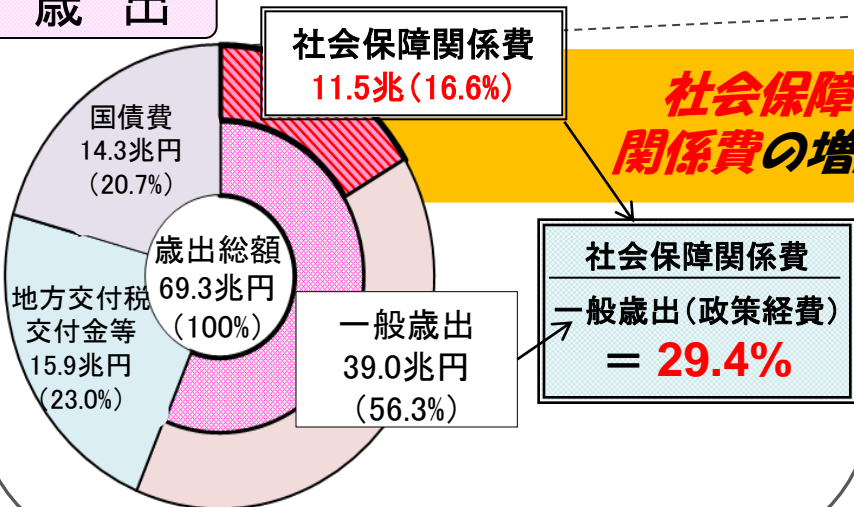


平成26年度
一般会計
予算案



税金の減少

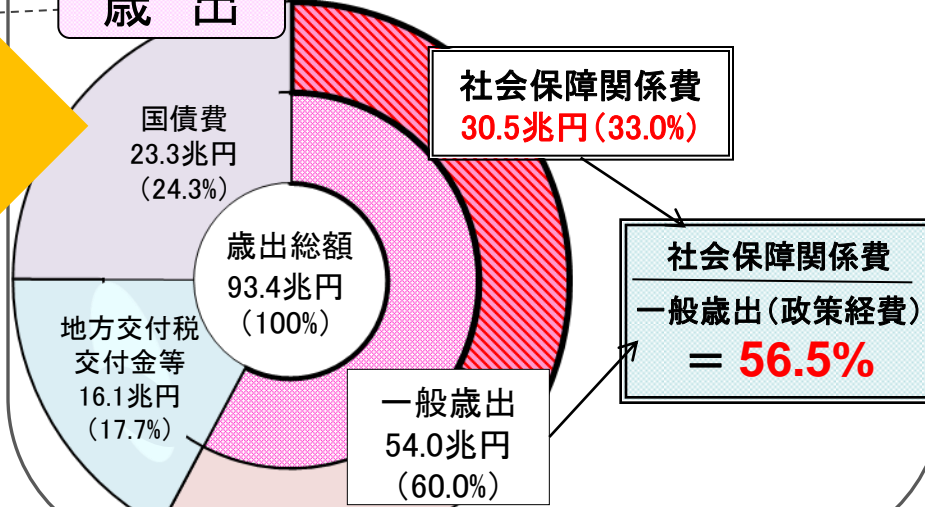
歳出



**社会保障
関係費の増加**

社会保障関係費
一般歳出(政策経費)
= **29.4%**

歳出



社会保障関係費
一般歳出(政策経費)
= **56.5%**

社会保障給付費及び負担額の将来推計

	2012年度		2025年度		2012年度から2025年度の伸び	
	金額	GDP比	金額	GDP比	金額	伸率
給付費	109.5兆円	22.8%	148.9兆円	24.4%	39.4兆円	1.36
年金	53.8	11.2	60.4	9.9	6.6	1.12
医療	35.1	7.3	54.0	8.9	18.9	1.54
介護	8.4	1.8	19.8	3.2	11.4	2.36
子ども・子育て	4.8	1.0	5.6	0.9	0.8	1.17
その他	7.4	1.5	9.0	1.5	1.6	1.22
負担額	101.2兆円	21.1%	146.2兆円	23.9%	45.0兆円	1.44
年金	45.5	9.5	57.7	9.5	12.2	1.27
医療	35.1	7.3	54.0	8.9	18.9	1.54
介護	8.4	1.8	19.8	3.2	11.4	2.36
子ども・子育て	4.8	1.0	5.6	0.9	0.8	1.17
その他	7.4	1.5	9.0	1.5	1.6	1.22

(注) 四捨五入の関係で合計は必ずしも一致しない。

(出典) 厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(2012年3月30日)。

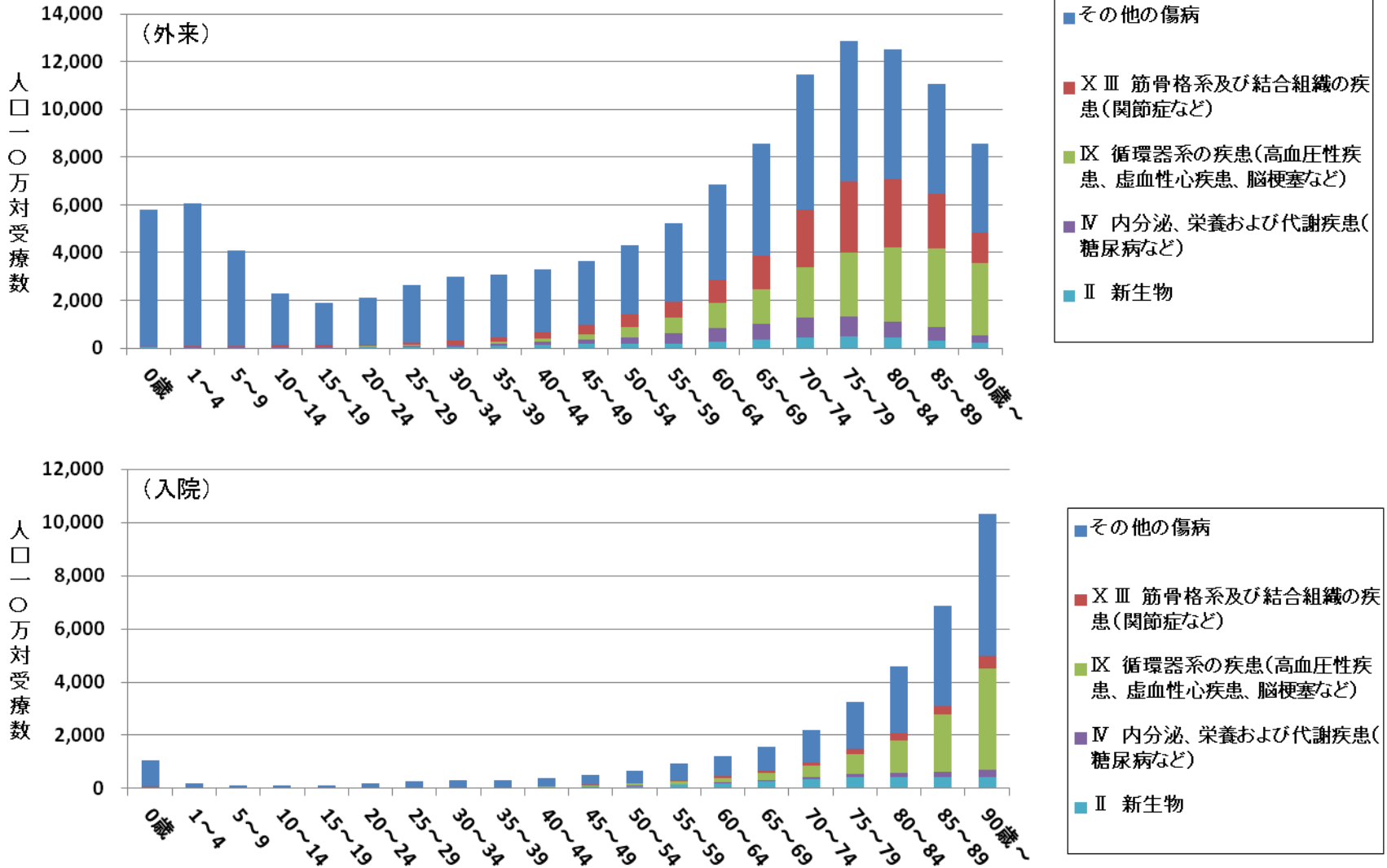
国民医療費の増加率の要因別内訳

近年の医療費の主な増加要因は、A:医療技術の進歩（新薬の開発を含む）、B:高齢化の進展、の2つである。

年	増加率 (①~④の計)	①診療報酬 改定	②人口増	③高齢化	④その他(技術 進歩等)
2005	3.2	—	0.1	1.8	1.3
2006	△0.0	△3.16	0.0	1.3	1.8
2007	3.0	—	0.0	1.5	1.5
2008	2.0	△0.82	△0.1	1.3	1.5
2009	3.4	—	△0.1	1.4	2.2
2010	3.9	0.19	0.0	1.6	2.1

(出典)厚生労働省統計情報部「2010年度国民医療費」参考資料

年齢階級別受療数

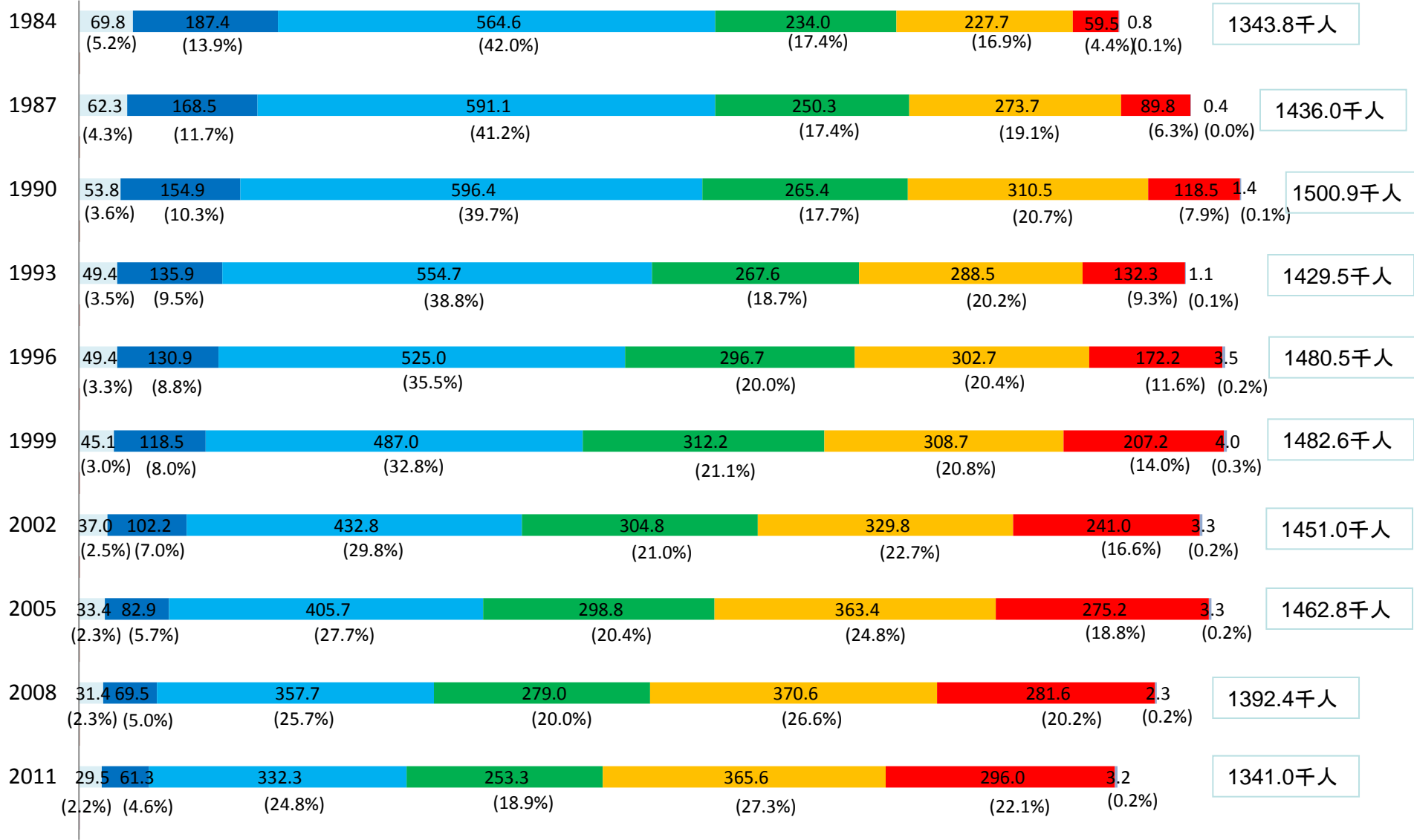


(出典):厚生労働省統計情報部「患者調査(2008年)」。

高齢化の影響(入院患者の高齢化)



単位(千人)



出典: 厚生労働省「患者調査」

注: 2011年の数値は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値

国民医療費の将来推計(粗い試算)

年齢階級別の1人当たり医療費が変わらないと仮定しても、後期高齢者の増加等により国民医療費は約13%増加する。

	2010年度		2030年度	
	人口	国民医療費	人口	国民医療費
0～64歳	9,857万人 (77.0%)	16.7兆円 (44.6%)	7,977万人 (68.4%)	14.1兆円 (33.2%)
65～74歳	1,529万人 (11.9%)	8.2兆円 (22.0%)	1,407万人 (12.1%)	7.6兆円 (18.0%)
75歳以上	1,419万人 (11.1%)	12.5兆円 (33.3%)	2,278万人 (19.5%)	20.6兆円 (48.7%)
計	12,806万人	37.4兆円	11,662万人	42.3兆円

(注)国民医療費とは、医療給付費のほか患者の自己負担を含む。概念的には総医療費に近い。

(推計方法)2010年度の国民医療費の年齢階級別1人当たり医療費(基本的に5歳刻み)に、2030年の年齢別人口を乗じて算出した極めて粗い試算(機械的試算)である。

(出典)厚生労働省統計情報部「2010年度国民医療費」、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(2012年1月推計)』(出生中位・死亡中位の場合)。

社会保障制度改革推進法に基づく改革の流れ

平成24年社会保障・税一体改革

社会保障制度改革推進法（自民党が主導し、民主党・公明党との3党合意に基づく議員立法）

- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記。

平成25年8月6日：国民会議報告書とりまとめ

社会保障制度改革国民会議（会長＝清家篤 慶應義塾長）

- 改革推進法により設置され、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言。
- 報告書総論では、意欲のある人々が働き続けられ、すべての世代が相互に支え合う全世代型の社会保障を目指すことの重要性を強調。
- 医療・介護制度改革については、医療・介護提供体制の改革と地域包括ケアシステムの構築、国民健康保険の財政運営の責任を都道府県が担うことなど医療保険制度改革、難病対策の法制化などを提言。

10月15日：社会保障改革プログラム法案の提出

社会保障改革プログラム法案（社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする法律案）の提出

- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定。
- 改革推進体制の整備等について規定。

12月5日：社会保障改革プログラム法成立、同13日：公布・施行

今年の通常国会以降：順次、個別法改正案の提出

医療・介護サービス提供体制の一体的な確保について

○ 医療・介護サービスについては、2025年(平成37年)に向け、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的な確保**を行い、医療・介護の総合的な確保を図るため、以下の見直しを行う。

① 都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画を、**一体的・強い整合性を持った形で策定**

- ①-1 医療計画と介護保険事業支援計画を包括する基本的な方針を策定
- ①-2 医療計画の策定サイクル(現在5年)の見直し
→平成30年度以降、介護と揃うよう6年に。在宅医療など介護と関係する部分は、中間年(3年)で必要な見直し。
- ①-3 医療計画での在宅医療、介護との連携に関する記載の充実
→医療計画に在宅医療の目標等を記載。市町村の介護保険事業計画に記載された在宅医療・介護の連携の推進に係る目標を達成できるよう、医療計画・地域医療ビジョンにおいても、在宅医療の必要量の推計や、目標達成のための施策等の推進体制について記載。

② 病床の機能分化・連携、医療従事者の確保・養成、在宅医療・介護の推進のため、**消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(各都道府県に基金を設置)を法定化**する。

* 地域介護・福祉空間整備交付金の根拠法である「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」(「地域介護施設整備促進法」)を発展的に改組

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

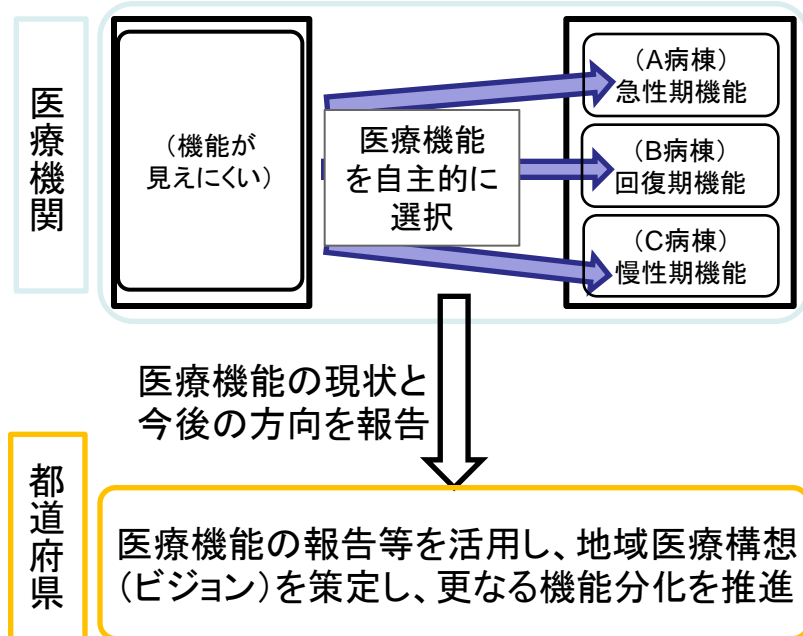
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



（地域医療構想（ビジョン）の内容）

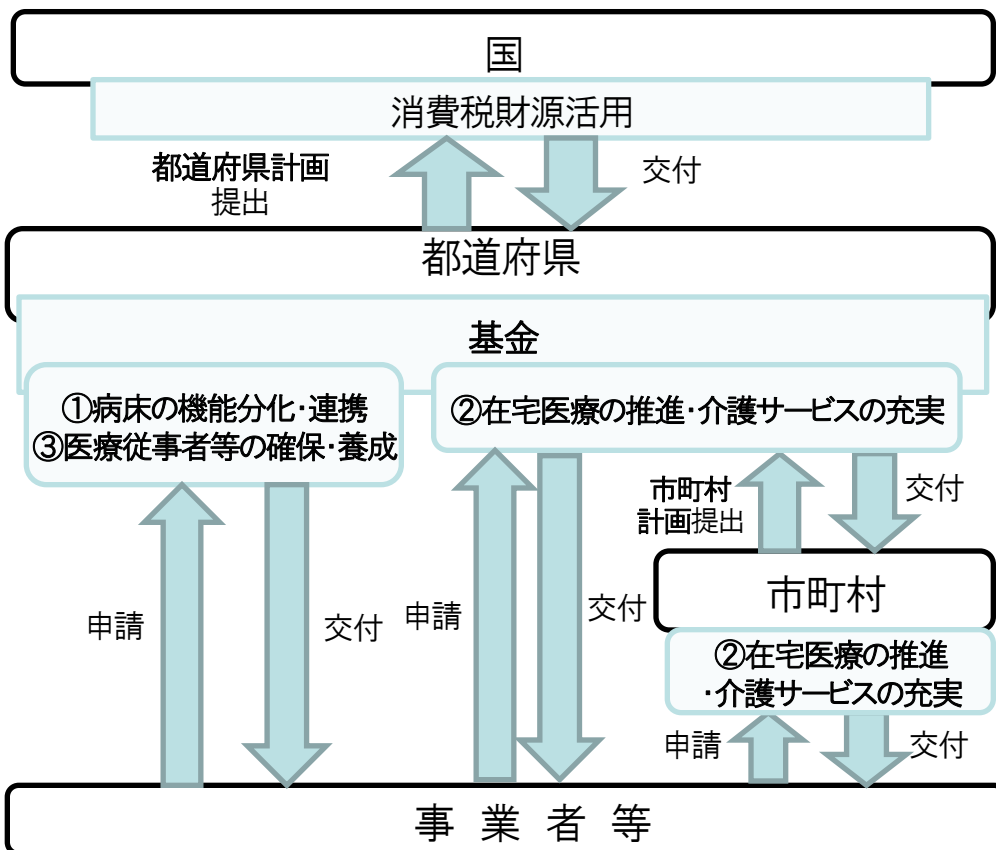
1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

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

医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて

【病床機能報告制度の運用開始】(平成26年度～)

- ・医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告(※)

※ 報告の基準は、当初は「定性的な基準」であるが、報告内容を分析して、今後、「定量的な基準」を定める

【地域医療ビジョンの策定】(平成27年度～)

- ・都道府県において地域医療ビジョンの策定。
- ・地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の必要量(2025年時点)等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示す。

現行の医療法の規定により、案の作成時に、診療又は調剤の学識経験者の団体の意見を聴く。

現行の医療法の規定により、策定時に医療審議会及び市町村の意見を聴く。
※意見聴取の対象に、保険者協議会を追加。

【医療機関による自主的な機能分化・連携の推進】

- ・医療機能の現状と、地域ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が明らかになったことにより、将来の必要量の達成を目指して、医療機関の自主的な取組みと医療機関相互の協議により機能分化・連携を推進

診療報酬と新たな財政支援の仕組みによる機能分化・連携の支援

【都道府県の役割の強化】

- 医療機関や医療保険者等の関係者が参画し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」の設置
- 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化(介護保険の計画との一体的な策定)

機能分化・連携を
実効的に推進

国民健康保険をめぐる 政策動向と論点

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

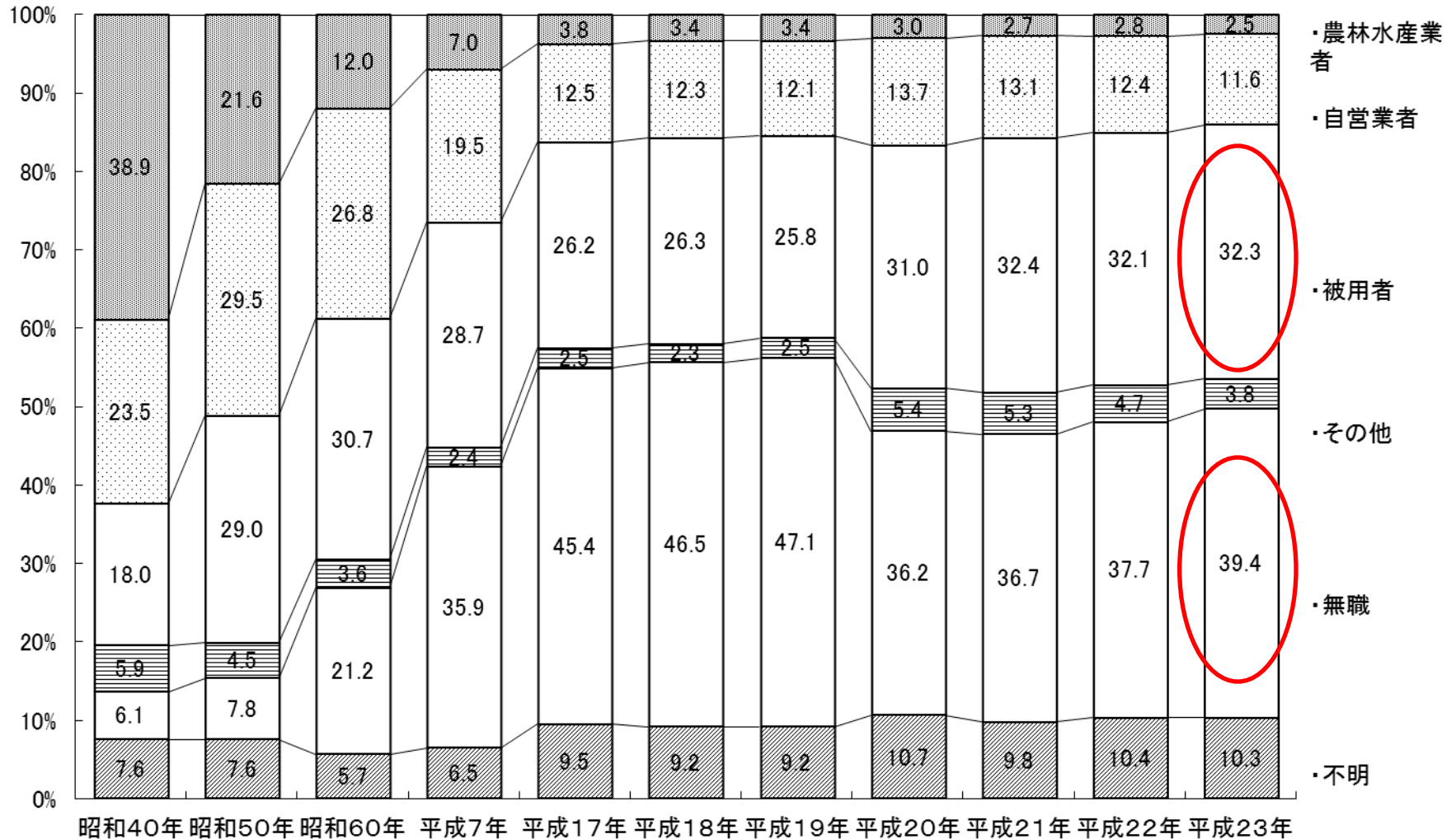
- 決算補填等目的の法定外繰入の実施
- 繰上充用の実施

- 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(財政安定化基金等)、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

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」

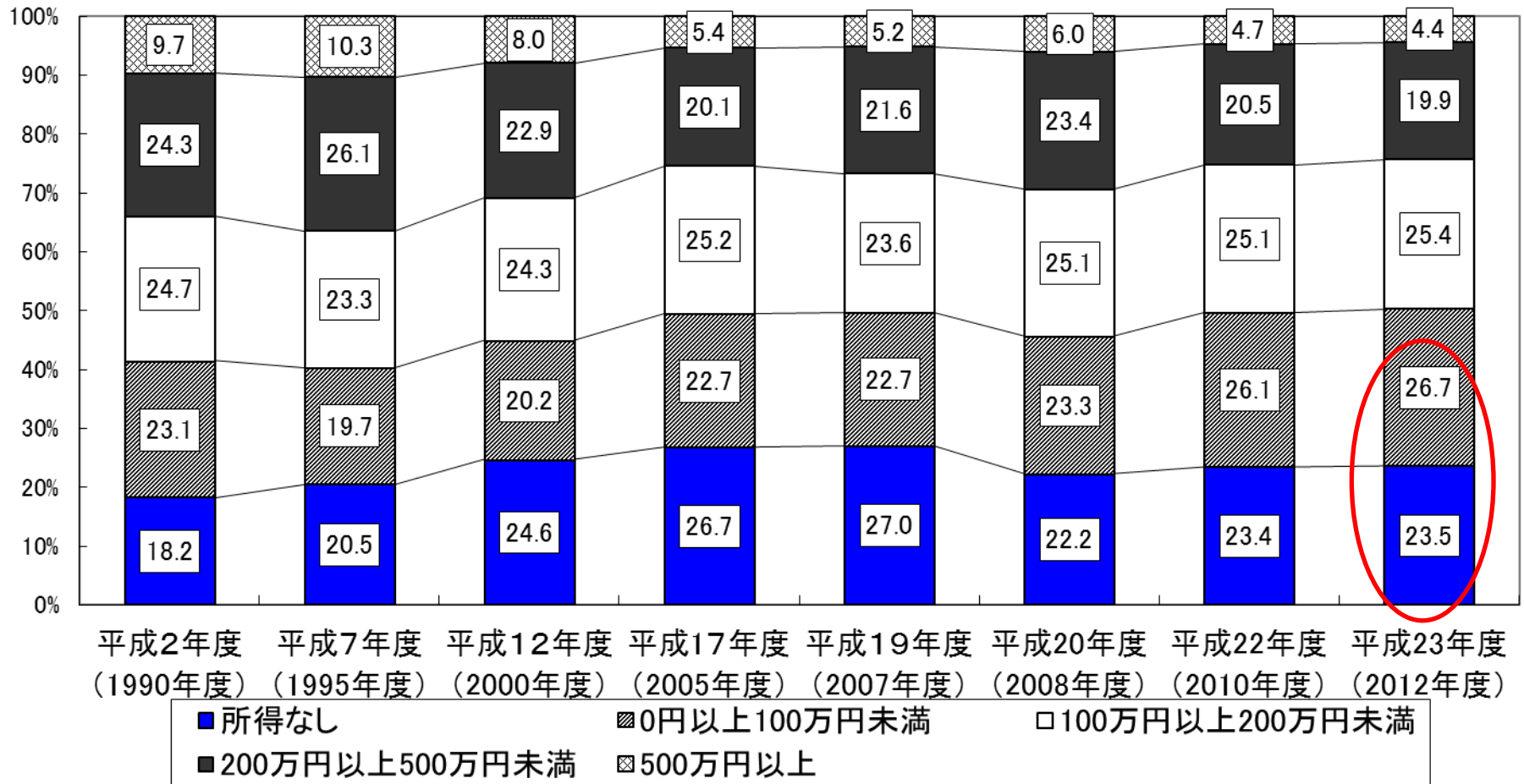
(注1)擬制世帯を含む。

(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。

世帯の所得階層別割合の推移

平成23年度において、加入世帯の23.5%が所得なし、26.7%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。



(注1) 国民健康保険実態調査報告による。

(注2) 擬制世帯主、所得不詳は除いて集計している。

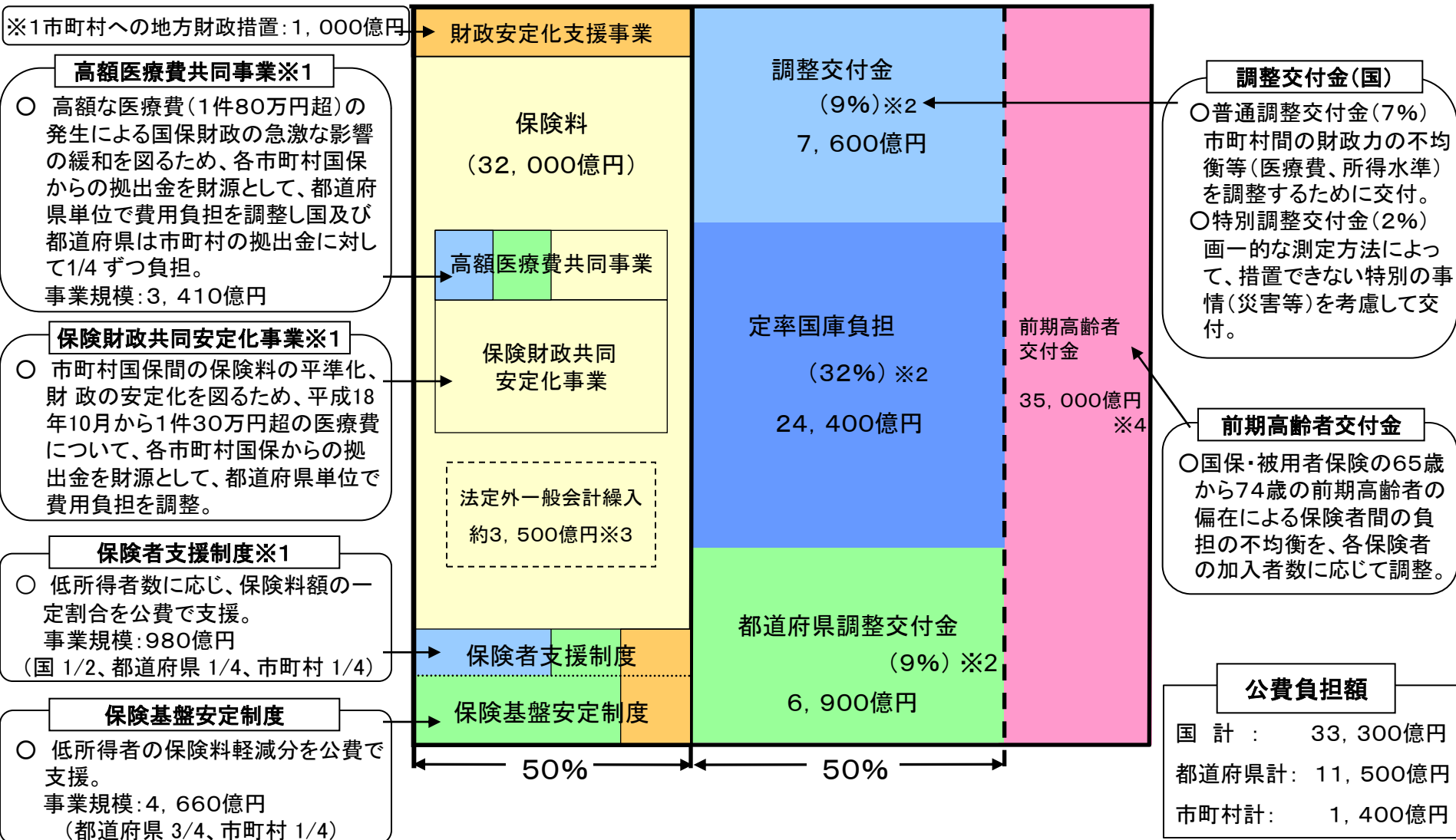
(注3) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設され、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

(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。

市町村国保財政の現状

医療給付費等総額:約114,100億円

(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23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。

都道府県別 1人あたり医療費の格差の状況（平成23年度）

	保険者別1人あたり医療費			都道府県別 1人あたり医療費			
	最大	最小	格差	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	檜葉町	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人あたり医療費			都道府県別 1人あたり医療費			
	最大	最小	格差	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人あたり医療費 全国平均：308,669円

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	調定額	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	大潟村	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	調定額	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)が减免されたため、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

市町村国保の構造的な問題への対応の枠組み

1. 年齢構成

① 年齢構成が高く、 医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合：国保(31.4%)、健保組合(2.5%)
- ・一人あたり医療費：国保(30.9万円)、健保組合(14.2万円)



● 高齢者医療制度

2. 財政基盤

② 所得水準が低い

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

③ 保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料／加入者一人当たり所得
市町村国保(9.9%)、健保組合(5.0%)
- ※健保は本人負担分のみの推計値

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)



● 財政基盤の強化

- ① 財政基盤強化策(平成22～25年度の暫定措置)の恒久化【平成24年国保法改正】
- ② 低所得者の保険料に対する財政支援の強化

3. 財政の安定性・市町村格差

⑥ 財政運営が不安定になるリスクの 高い小規模保険者の存在

- ・1717保険者中3000人未満の小規模保険者 422(全体の1/4)

⑦ 市町村間の格差

- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大：2.6倍(沖縄県) 最小：1.2倍(栃木県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大：7.2倍(秋田県) 最小：1.3倍(福井県)
- ・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)

(※)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。



- 財政運営の都道府県単位化の推進【平成24年国保法改正】
- 財政調整機能の強化【平成24年国保法改正】

国民健康保険法の一部を改正する法律の概要（平成24年4月成立）

(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

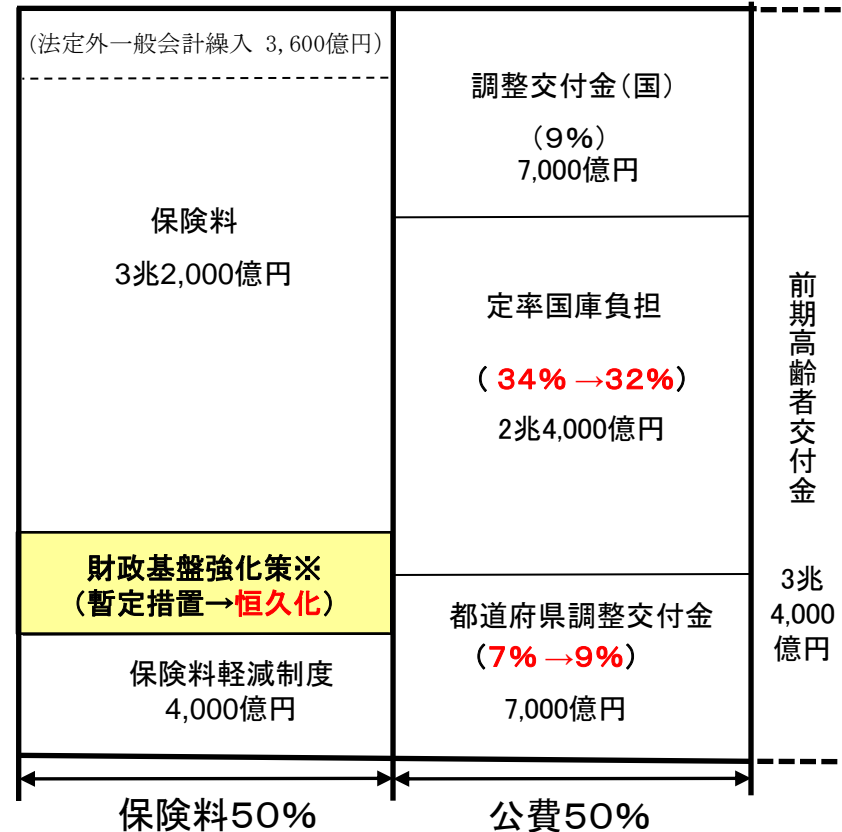
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

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(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。

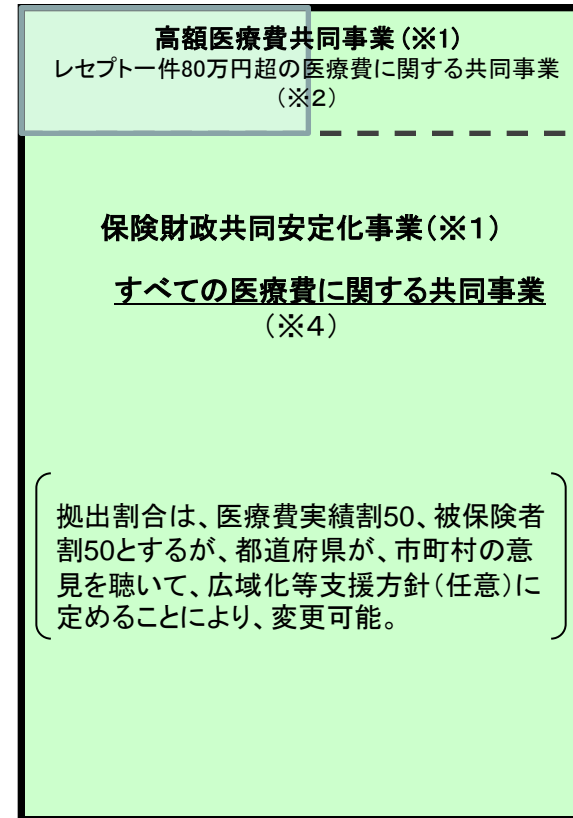
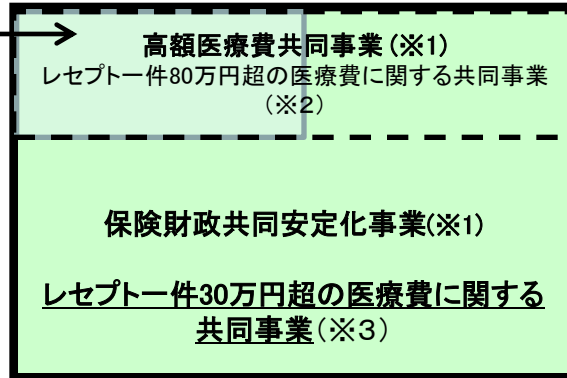
【現行】

【改正後】

都道府県単位の共同事業

都道府県単位の共同事業の拡大

高額医療費に対する
公費投入 (※5)



※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。

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

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24年度 89.86%
- ・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)

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)

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

「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	
	同月目途	政務レベル協議(中間的なとりまとめ) (予定)

※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。

国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担に関する主な論点

- 国保の運営については、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。

【現時点における主な論点】

1. 国保の財政運営を都道府県が担うこととした場合における保険料の賦課・徴収の具体的な仕組みをどう考えるか。
2. 都道府県が地域医療の提供水準と併せて総合的に検討するとの方向性が示された「標準的な保険料等の住民負担」の具体的な仕組みをどう考えるか。
3. 国保の財政運営を都道府県が担うこととした場合における保険給付、資格管理の具体的な仕組みをどう考えるか。

国民健康保険の見直しについて（中間整理案）のポイント

第78回医療保険部会(平成26年7月7日)提出資料(※当該時点における中間整理暫定版)を基に厚生労働省において作成

以下は、現時点における考え方や今後の検討課題等について中間整理を行ったものであり、必要な法律案を平成27年の通常国会に提出することを目指し、更に議論を進める。

■ 財政上の構造問題の解決に向けた方向性

◎ 国保の将来にわたる安定的な制度運営が可能となるよう、以下のような観点に立ち、引き続き検討

○ 以下のような施策を実施し、保険料負担の軽減やその伸びを抑制

① 保険者支援制度の拡充(1,700億円)の早期・確実な実施

② ①に加え、更なる追加公費投入の実現
追加公費の投入に当たっては、現在の赤字の原因等を踏まえ、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・実施

③ 財政安定化基金の創設等

○ 後期高齢者支援金への全面総報酬割を導入した場合に生ずる国費の活用も含め、予算編成過程を通じて財源確保に努力

○ 地方における最終判断に支障をきたさないよう、できる限り早期に、追加公費の規模も含めた財政基盤強化策の具体策と効果を明らかにし、地方と十分に協議を行う

■ 国保の運営に関する都道府県と市町村の役割分担の方向性

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

○ 財政運営と保険料の賦課・徴収の仕組み

・ 財政運営 … 都道府県

(都道府県が、各市町村が納めるべき「分賦金」を定める)

・ 「分賦金」方式の下、市町村は、「分賦金」を納めるために必要な保険料を定め、保険料を賦課・徴収

・ 「分賦金」の額は、市町村ごとの医療費水準、所得水準等を考慮することが基本

○ 保険料水準の平準化に向けた仕組み等

・ 都道府県は、「都道府県内の統一的な保険料算定方式」や「保険者規模別の収納率目標」等の標準を設定(※)することにより、都道府県内の保険料の平準化を推進

※ 設定された標準に基づき、都道府県が、各市町村がそれぞれの分賦金を賄うために必要な「標準保険料率」を示すことも検討

・ 保険料水準が急激に変化することのないよう、必要な経過措置を相当程度の期間設ける

○ 保険給付、資格管理、保健事業の仕組み

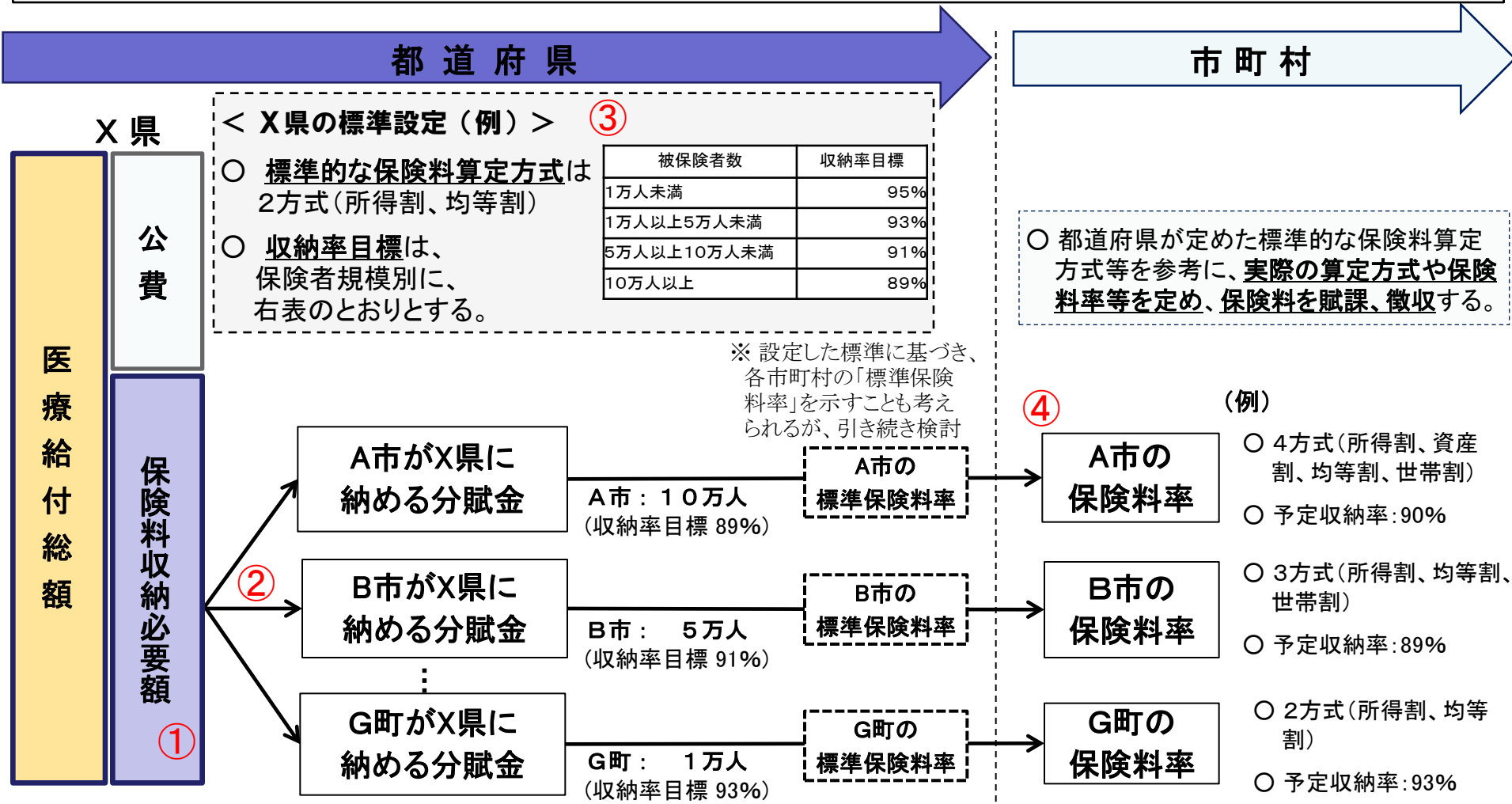
・ 保険給付の決定、資格管理 … 引き続き検討

・ 保健事業 … 市町村

国保の財政運営、保険料の賦課・徴収の仕組み（現時点での考え方）

第78回医療保険部会(平成26年7月7日)提出資料(※当該時点における中間整理暫定版)を基に厚生労働省において作成

- 都道府県は、
 - ① 都道府県内国保の医療給付費等の見込みを立て、それに見合う「保険料収納必要額」を算出
 - ② 都道府県内の各市町村が都道府県に納める額（いわゆる「分賦金」）を市町村ごとに決定
 - ※ 分賦金は、市町村ごとの医療費水準等を考慮して設定
 - ③ 都道府県内統一の標準的な保険料算定方式や市町村規模別の収納率目標等を設定
- ④ 市町村は、都道府県が定めた標準的な保険料算定方式等を参考に、実際の保険料算定方式や保険料率等を定め、**保険料を賦課・徴収し、分賦金を納める。**



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)	国保料のみ可
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。

後期高齢者支援金の総報酬割について

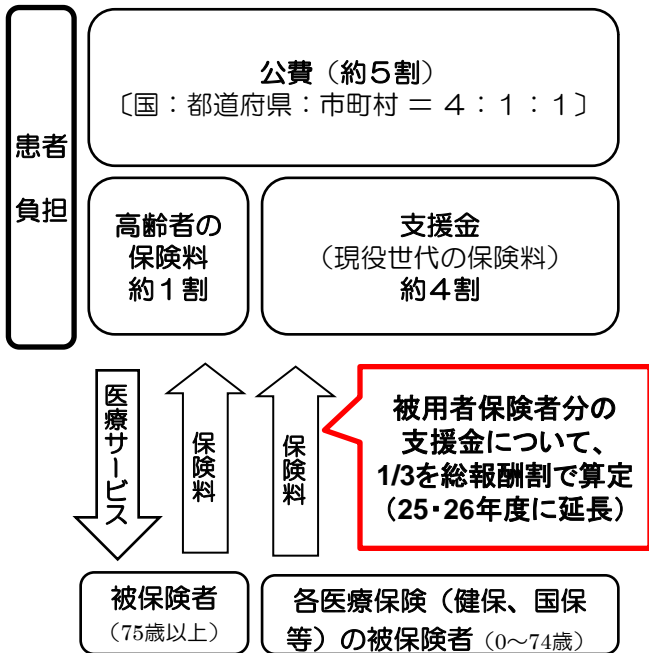
現行

- 75歳以上の医療給付費は、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、原則、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分しているが、被用者保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、財政力の弱い協会けんぽの財政支援を行うとともに、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの間、被用者保険者間の按分について、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入している。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

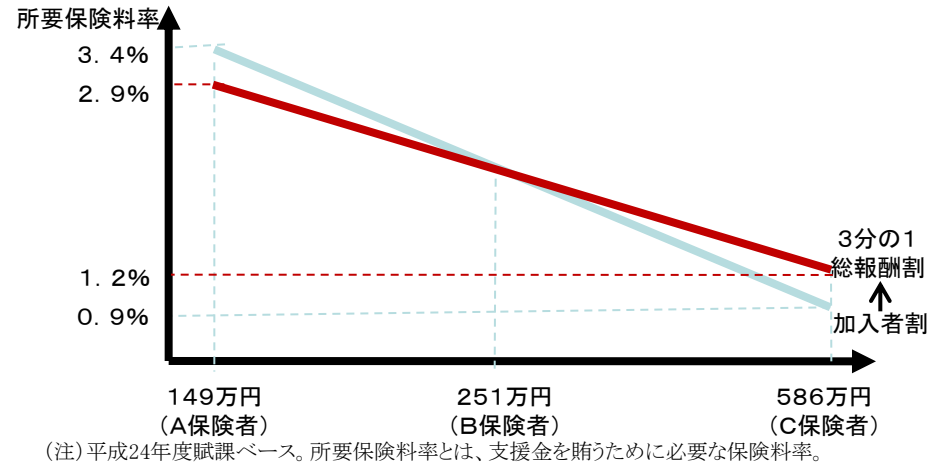
法改正の内容

- 平成25年度及び平成26年度の2年間、被用者保険の支援金の3分の1について総報酬割とする特例措置を延長

75歳以上の費用負担の仕組み



加入者割から3分の1総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



支援金内訳
(平成25年度予算案)
(1/3総報酬割の場合)
協会けんぽ1.9兆円
健保組合1.8兆円
共済組合0.6兆円
市町村国保等1.7兆円

加入者割から3分の1総報酬割にした場合に負担増・負担減となる保険者数

	健保組合	共済
負担増	935	83
負担減	498	2

(注)平成24年度賦課ベース。

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

平成26年3月19日
第75回社会保障審議会国民健康保険部会資料

○ 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	市町村 ※ 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、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。 ・ 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。 ・ 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。
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	

国保保険者の都道府県移行について(私見)

1. まず押さえておくべき点は、市町村以外を保険者とする場合、国保の事務はその保険者で完結しないということ。

※ A:被保険者の管理、B:保険料の普通徴収、C:保健事業、の3つは市町村で行わざるをえないと思われる。

2. また、仮に都道府県を保険者とする場合、①都道府県内の保険料の賦課方法及び料率の統一が可能か、②保険給付は誰が行うのか、③保険料徴収の規律を維持する仕組み、④介護保険との関係、⑤累積赤字の処理、などの検討課題がある。

3. さらに、国保の基盤強化の財源の規模や確保の見通しは、現時点で立っているわけではない。この点を含め、「中間整理案」は、不透明あるいは両論併記の部分が少なくない。

4. 次期通常国会の法案提出に向け、年末まで議論は続くが、最終的な「着地点」がどうなるかは予断を許さない。

注意事項と参考文献

【注意事項】

本スライドは演者のオリジナルなもののほか、他の研究者らから借用したものが含まれている。また、厚生労働省等のHPからとったスライドであっても一部加工したものが含まれていることに注意していただきたい。

【参考文献】

1. 国保新聞(2014年7月10日号)

「国保基盤強化協議会」の中間整理案の全文が掲載されているほか、適切な解説記事もあるため、精読することをお薦めする。

2. 拙書『日本の医療』(東京大学出版会,2011年)

時間の関係もあって、本講演では十分説明できなかった点が少なくない。特に272－286頁は、国民健康保険をめぐる制度改革の論点や方向性等について、演者の見解を述べている。

かづのでわくわく 健康ポイント事業

平成26年8月28日

かづの
秋田県鹿角市健康推進課
成田 靖浩

かづので 平成26年度版 わくわく

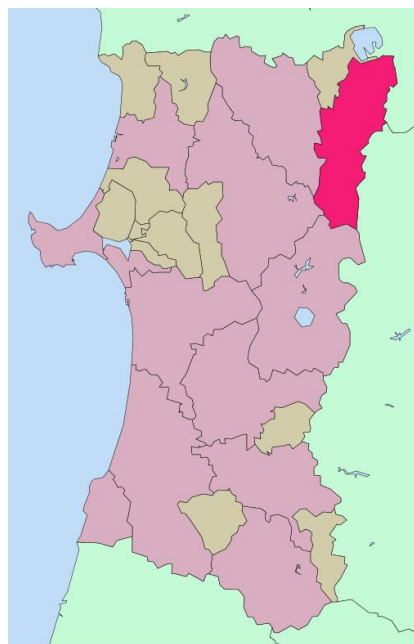
健康ポイント事業

- ★脳ドック、歯周疾患検診などを追加!
- ★各種がん検診のポイントが**3倍!** (25年度比)
- ★人間ドック、各種検診などのポイントが**2倍!** (25年度比)

Illustrations include a doctor examining a patient, a patient undergoing a CT scan, and a woman running. Two cards are shown: a pink 'キラリングカード' (Kira Hing Card) and a blue 'コンナカード' (Konan Card).



鹿角（かづの）市の概要



50km



面積 : 707.34 km²

人口 : 33,452人

(H26.7.31現在)

世帯数 : 13,325世帯

高齢化率 : 34.6%

国保被保険者数 : 8,736人

国保世帯数 : 5,395世帯



鹿角（かづの）市の概要

十和田八幡平国立公園

八幡平（はちまんたい）



十和田湖



鹿角（かづの）市の概要



きりたんぼ鍋



鹿角りんご



北限の桃



かづの牛（日本短角牛）



八幡平ポーク



鹿角（かづの）市の概要

一つの市に国指定重要無形民俗文化財が3つも！



大日堂舞楽（1月2日）
（ユネスコ無形文化遺産）



花輪ばやし（8月19日・20日）
（「山・鉾・屋台行事」として全国32の
祭りとともにユネスコ無形文化遺産候補）

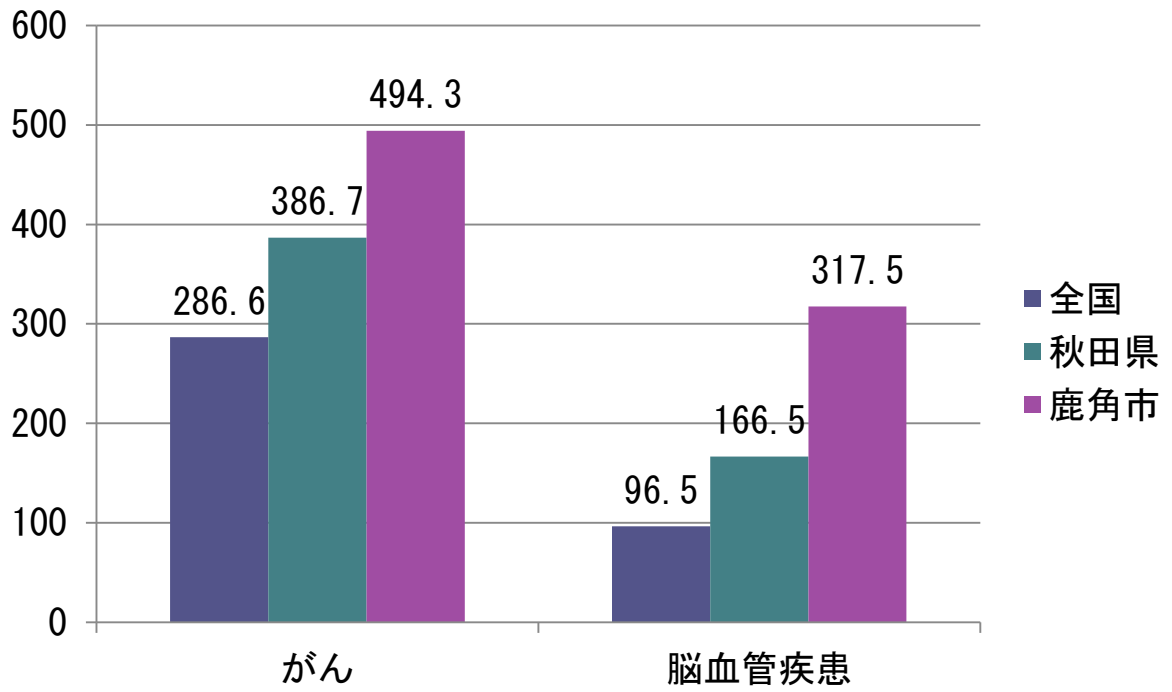


毛馬内の盆踊
（8月21日～23日）



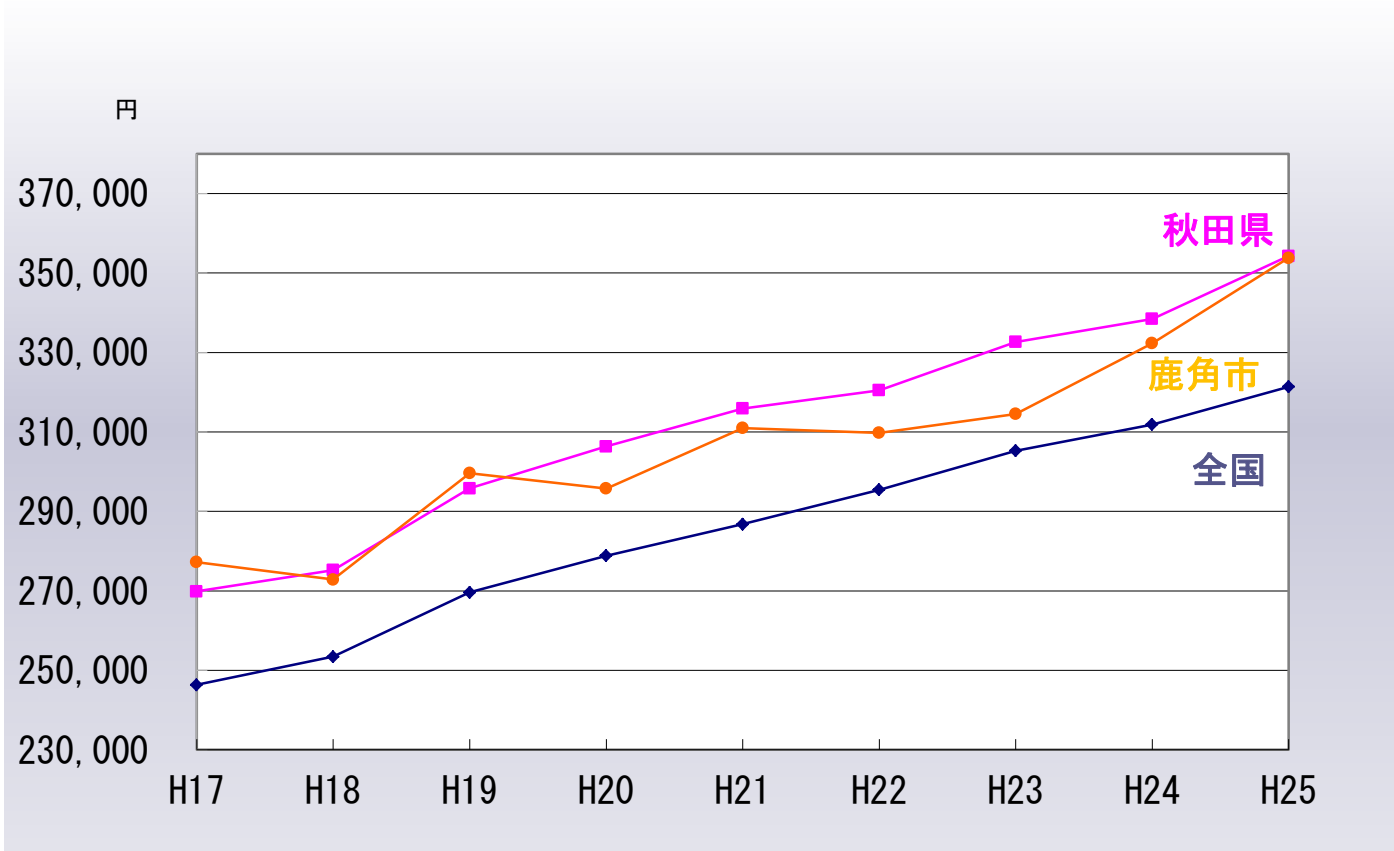
がん・脳血管疾患について

秋田県は、がん・脳血管疾患の死亡率が全国ワースト。
その中でも、鹿角市は死亡率が高い。



がん・脳血管疾患の死亡率（人口10万人対・平成24年）

一人あたり医療費の推移



1人あたり医療費の推移（鹿角市国保）



“かづの健康づくり大作戦” 推進プログラム

- 平成22年度に、市内に「健康づくり推進プロジェクトチーム」を設置。
- 医療費削減、介護予防の充実に向け、「市民の運動実施率向上」「市民の健康管理意識の向上」を図るための事業計画を策定。
- 関係課（健康づくり担当、高齢者担当、スポーツ振興担当、市民センター担当、国保担当）により、ほぼ月1回のペースで開催。

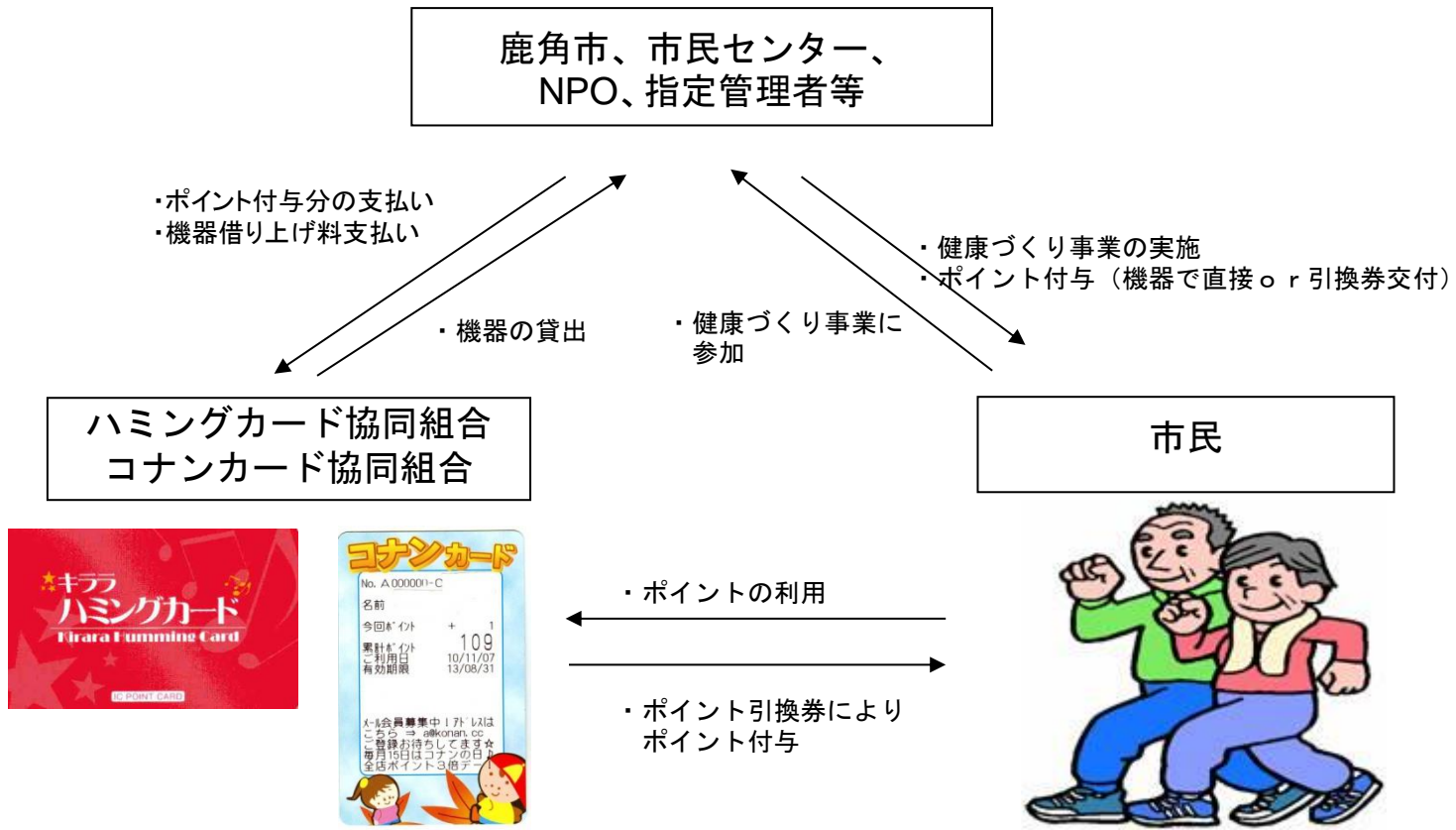
→ “かづの健康づくり大作戦” 推進プログラム
（平成23年度～27年度）



「かづのでわくわく健康ポイント事業」誕生



事業スキーム



【目的】

- ・市民に、健康づくりに関心をもってもらい、積極的に参加してもらう
- ・市内商店街の活性化を図る

【予算額（26年度）】 954千円（ポイント付与、周知用チラシ）



ポイントの付与方法



かづのでわくわくポイント事業

引換券の交換は、 当店で！！


かづのでわくわく健康ポイント事業 24年度【ポイント引換券】
□ををお願いします。→ ハミングカード コナンカード
カード番号 氏名

事業日 年 月 日 ※有効期限 25年3月31日
事業名 No. 22 事業名事業名事業名事業名事業名
事業名事業名事業名事業名事業名事業名事業名

ポイント数 ポイント
お知らせ：カード組合加盟店であれば、どこでも引換できます。

※有効期限は、
平成25年3月31日まで。

鹿角市健康推進課 Tel. 30-0119



- (1) カード組合から機器を借り上げ、会場で直接付与。
- (2) 参加者にポイント引換券を渡し、加盟店でポイントを付与してもらう。



ハミングカード・コナンカード



ハミングカード協同組合
加盟店：99店舗
発行枚数：約2万枚

コナンカード協同組合
加盟店：36店舗
発行枚数：約8千枚



- ポイントは1ポイント1円として使用可能。
- 加盟店は、主に地元商店街（商店・飲食店・美容室・・・etc）
- 概ね100円の買い物につき1ポイント進呈（2倍・3倍デーあり）
- ポイントを集めると旅行や電化製品等が当たるプレゼント抽選会も



ポイント対象事業

- 市（健康づくり担当課）
→がん検診、人間ドック等各種健（検）診、健康教育等
- 市（国保担当課）→水中運動教室
- 市（スポーツ振興担当課）
→マラソン大会、ウォーキングイベント、チャレンジデー
- 市民センター（地域づくり協議会）
→市民運動会、駅伝大会、各種スポーツ大会等
- 市内スポーツ施設の指定管理者（東京美装興業株式会社）
→エアロビ教室、ノルディックウォーキング教室等
- NPO法人かづのふるさと学舎 →森林セラピーイベント

【23年度】・・・38事業
【24年度】・・・55事業
【25年度】・・・56事業
【26年度】・・・58事業

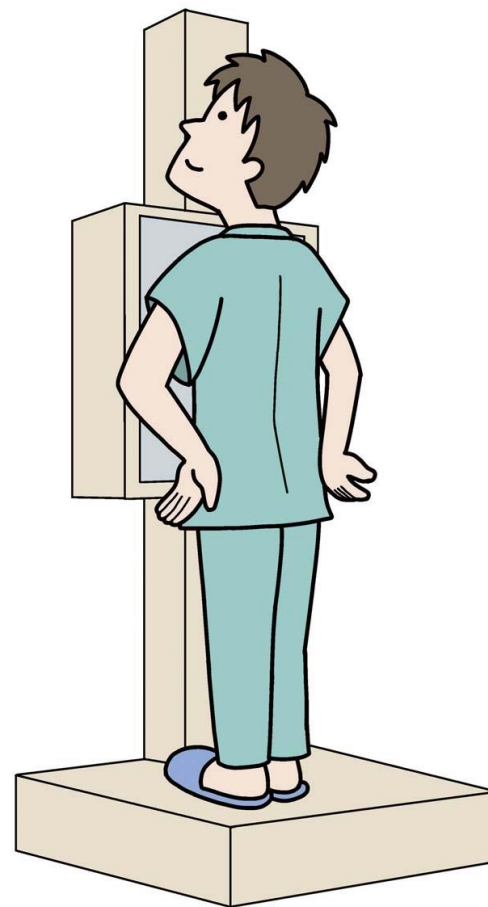


ポイント対象事業

各種がん検診（市健康づくり担当課）

- ・ 胃がん検診 45 p t
- ・ 肺がん等検診 15 p t
- ・ 大腸がん検診 30 p t
- ・ 子宮がん検診 60 p t
- ・ 乳がん検診 75 p t
- ・ 前立腺がん検診 15 p t

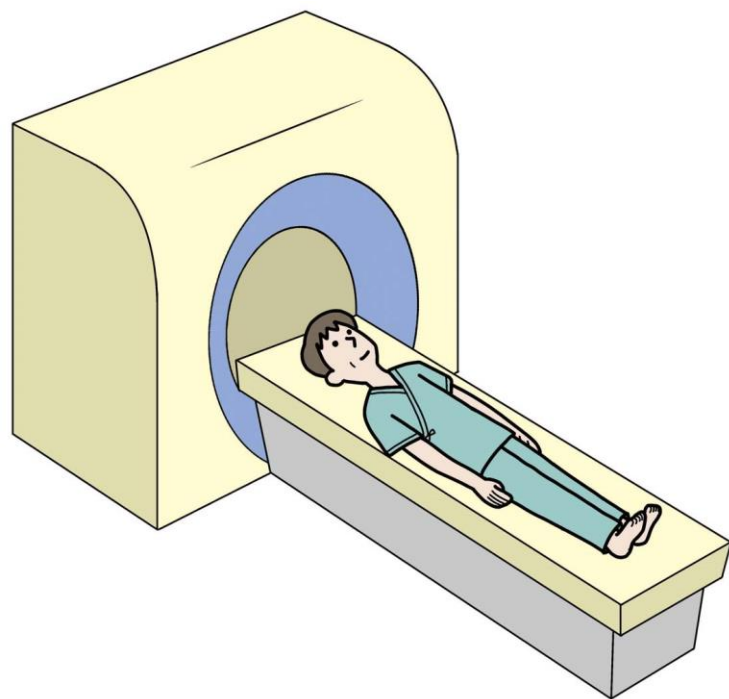
→ 26年度はポイント3倍に！



ポイント対象事業

各種健（検）診（市健康づくり担当課）

・ 特定健診	20 p t
・ 人間ドック	300 p t
・ 後期高齢者検診	10 p t
・ 肝炎ウイルス検診	60 p t
・ 骨粗しょう症検診	20 p t
・ 脳ドック	250 p t
・ 脳ミニドック	100 p t
・ 歯周疾患検診	30 p t



ポイント対象事業

健康教育等（市健康づくり担当、高齢者担当）

- 出前講座 10 p t
- 特定保健指導 10 p t
- 健康アップ名人講座 10 p t
- 地域生き生き元気塾 10 p t

運動教室（市国保担当課）

- 水中運動教室 10 p t



ポイント対象事業

スポーツイベント等（市スポーツ振興担当課）

- タートルマラソン 10 p t
- わくわくウォーキング 10 p t
（NPO法人かづのウインプルスポーツクラブ、十和田スポーツクラブに業務委託）
- チャレンジデー 5 p t



ポイント対象事業

市民センター事業（地域づくり協議会）

- ・市内4地区の市民センターが独自に企画したスポーツイベント等
31事業 5pt



駅伝大会



市民運動会



ポイント対象事業

市民センター事業（地域づくり協議会）

- ・市内4地区の市民センターが独自に企画したスポーツイベント等
31事業 5pt



市民スキー大会



ポイント対象事業

各種運動教室等（東京美装興業一市内スポーツ施設の指定管理者）

- エアロビクス・ヨガ教室 5 p t
- グラウンドゴルフ教室 5 p t
- ノルディックウォーク教室 5 p t
- パークゴルフ場の利用 5 p t



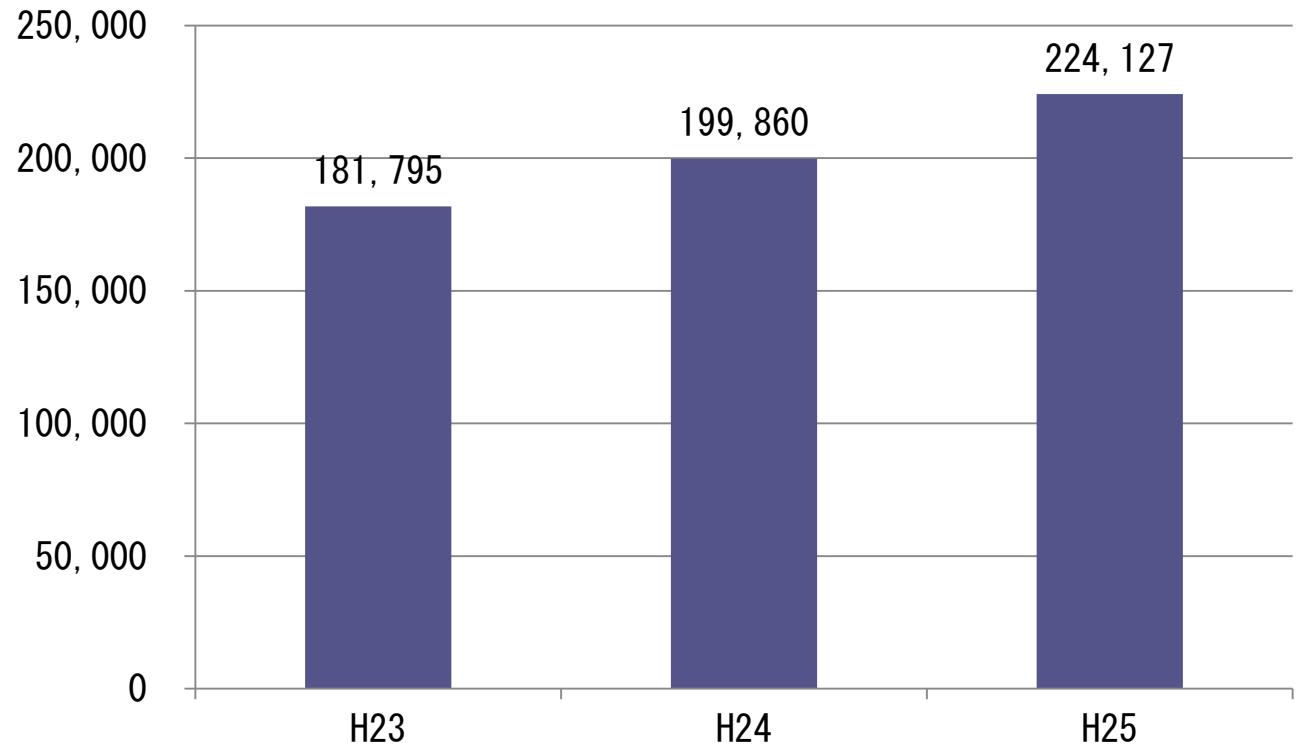
ポイント対象事業

森林セラピーイベント（NPO法人かづのふるさと学舎）

- 平成20年、生理・心理・物理実験により「癒し」効果の検証等がなされ、「森林セラピー基地」に認定（全国57か所）。
- 森林コンダクターのガイドにより、森の持つ癒し効果を体感しながら森林浴を行う。（5pt）



ポイント付与数の推移

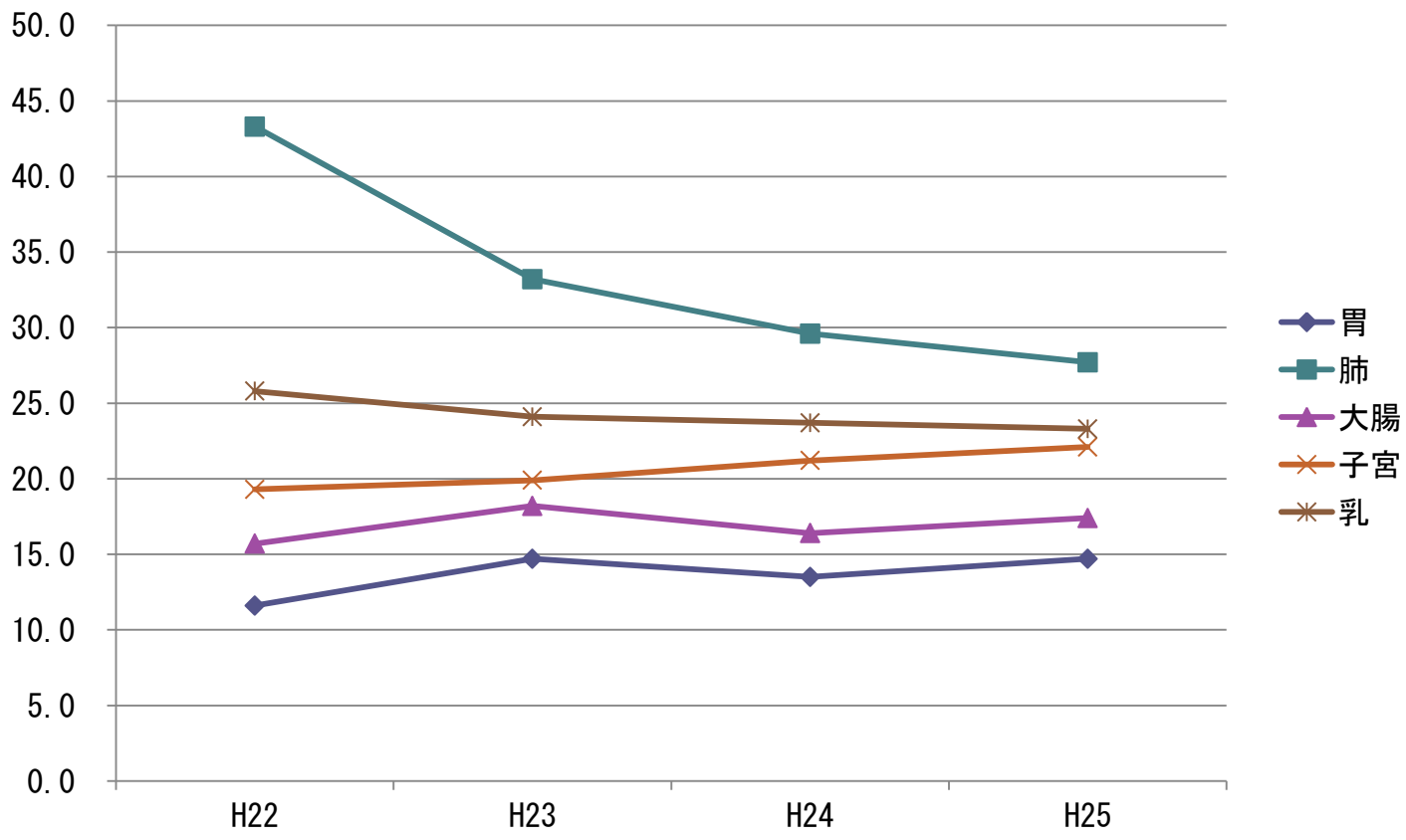


市民の声

- 「サービスいいね！（喜）
- 「保険証は忘れたけど、ハミングカードは持ってきた！」



がん検診受診率の推移



課題

- 健康ポイントが運動や検診受診の動機づけになっているか？
- 若い世代にアピールできているか？
- ポイント対象事業の内容が周知・理解されているか？



むすびに・・・

- 庁内の関係課、庁外の関係団体と協力し、より興味を持ってもらうような事業内容の検討
→若年者向けの事業？
- 検診を受診したことがない人に受診してもらうような仕組みの検討
→受診したことがない方を誘うとポイントGET？
- 様々な事業主体が、健康づくり事業に取り組んでくれるような環境づくり
→商店街との連携、企業や商店でも取り組めないか？



市民一人ひとりが、

「自ら健康づくりに取り組む！

家族や友人とともに取り組む！」

という意識に変わるよう、がんばります。



秩父市の国保特定健診の現状と ちちぶ定住自立圏について



一級河川荒川起点 入川

埼玉県秩父市
保険年金課長
野口 眞



1 秩父市の概況

- 平成17年4月1日 4市町村で合併
- 577.69km² 埼玉県全体の約15%
- 66,336人(H26.7.1現在)
- 26,352世帯(H26.7.1現在)
- 278.9億円(一般会計H26)
- 北は群馬県、西は長野県、南は山梨県と東京都に接する
- 都県境には2千m級の山岳で盆地を形成、市域の87%が森林で、埼玉県の森林の約40%
- 祭り、今年は午年総開帳秩父札所巡礼、荒川源流・自然
- 10月の龍勢祭、12月の秩父夜祭、春の芝桜



龍勢祭

- 10月、下吉田の棕神社で開催



2 秩父市国民健康保険の概況

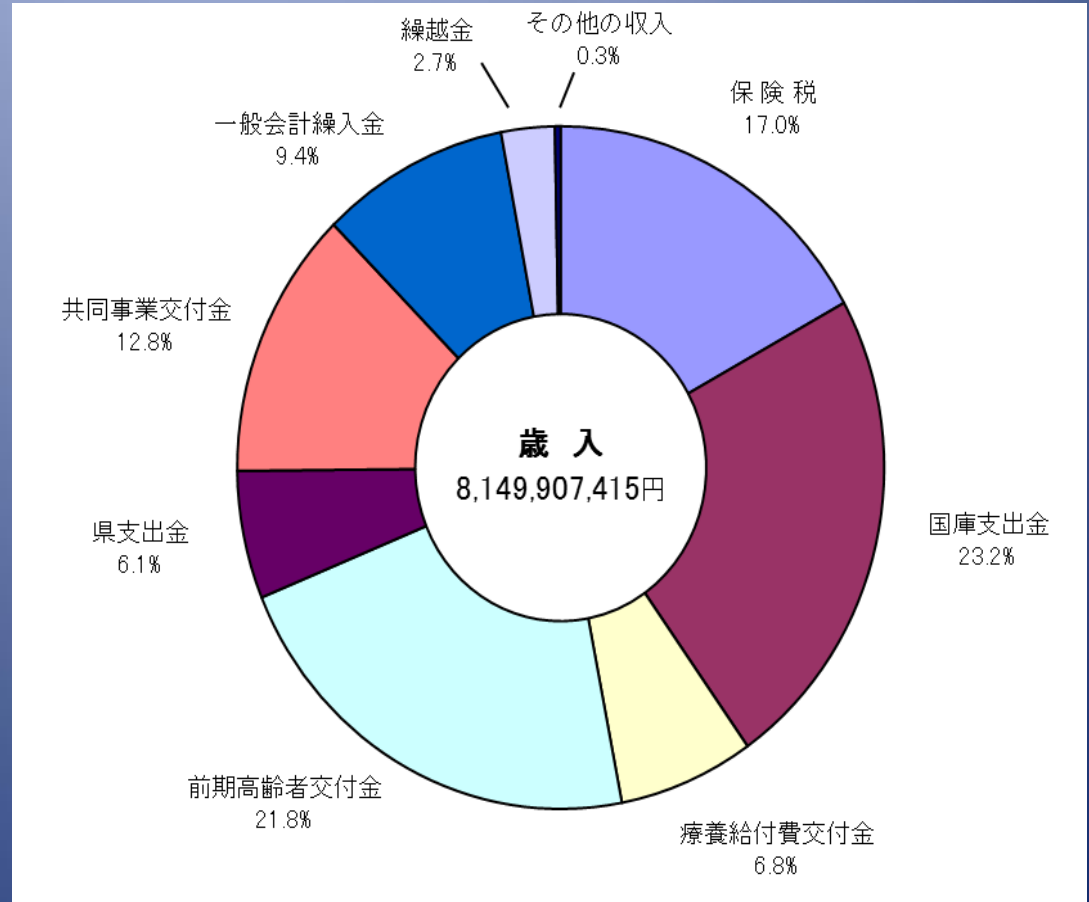
(1) 国保加入状況

- 国保世帯数(H26. 7. 1)
11, 152世帯(42. 3%)
- 被保険者数(H26. 7. 1)
19, 727人(29. 7%)
- 65歳以上の前期高齢者が占める割合
7, 342人(37. 2%)

(2) 財政状況(平成25年度歳入)



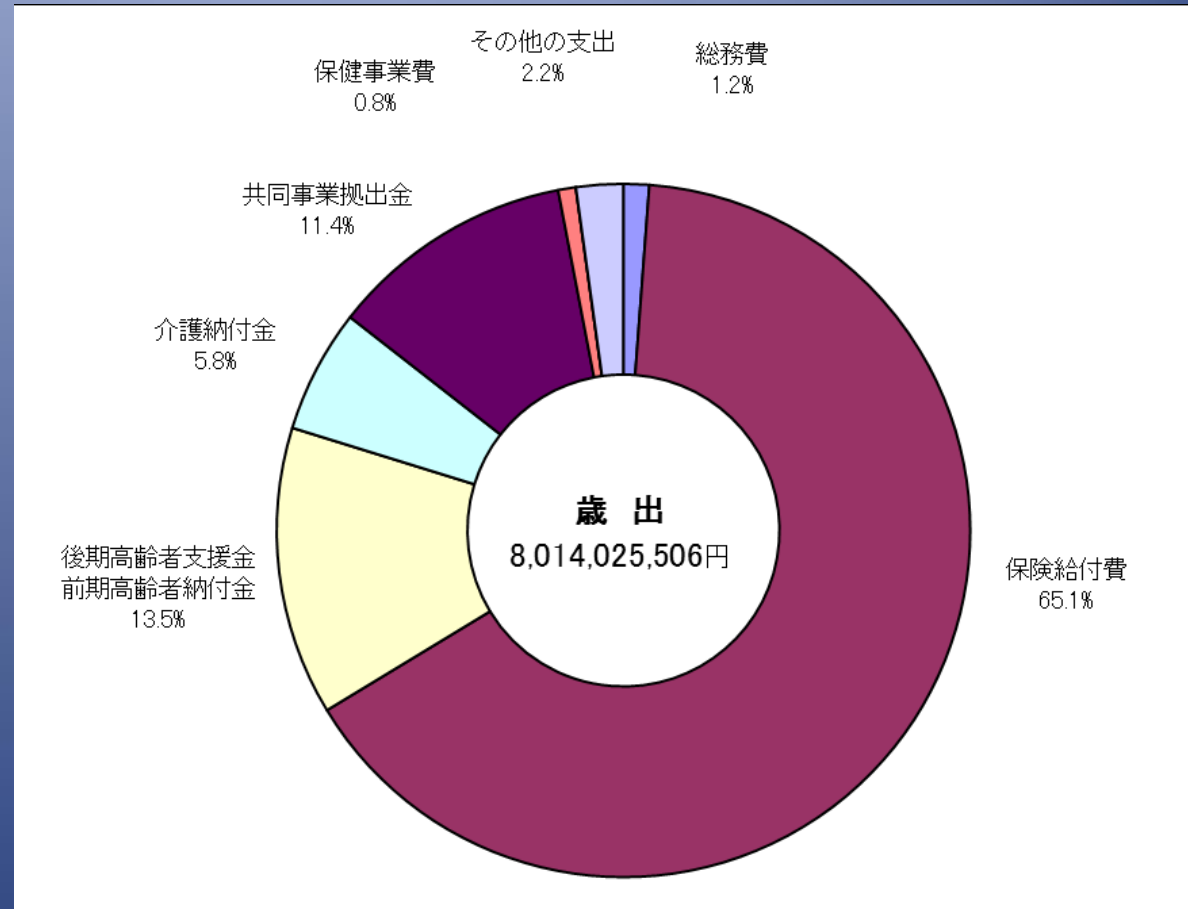
- 歳入総額は、約81億4,990万円。
- 内訳は、「国保税」、「国庫支出金」、「療養給付費交付金」、「前期高齢者交付金」で約69%を占めている。
- 赤字を補てんするために、一般会計から5億2千万円を繰り入れている状況であり、厳しい財政状況が続く。



(2) 財政状況(平成25年度歳出)



- 保険給付費で約65%を占める
- 一人当たり医療費は約31万円
- 高齢者の増加及び、医療技術や機器の高度化等の影響により、毎年金額が増加



(3) 国民健康保険税の収納状況



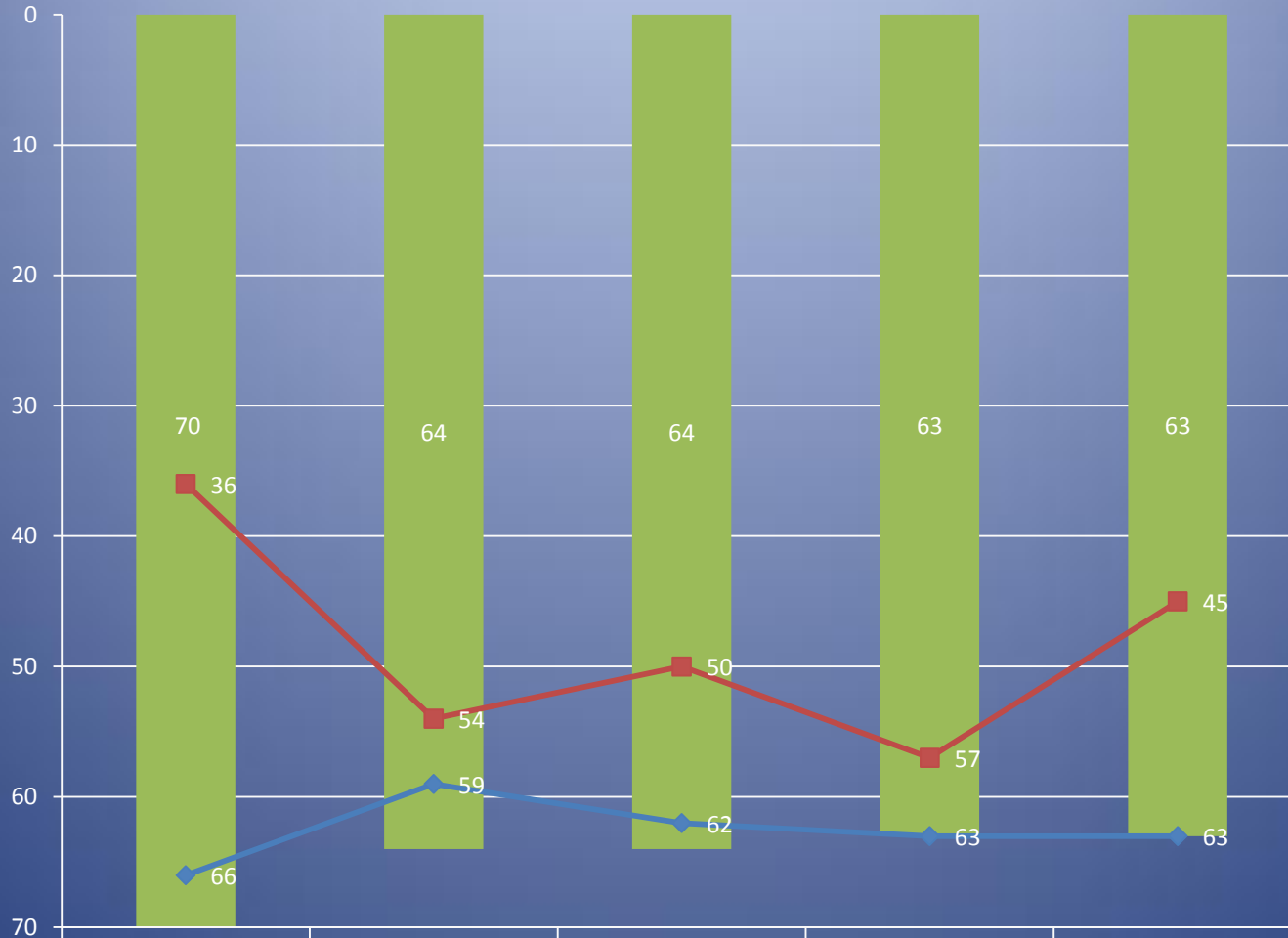
- 不均一税率を平成23年度に統一
- 平成25年度現年度分 収納率 91.99%
(前年度比 0.73%増)
- コンビニ収納、休日窓口・夜間窓口を実施。
さらに平成26年度からは、コールセンターを
開設し収納率の向上に努める



(4) 保健事業

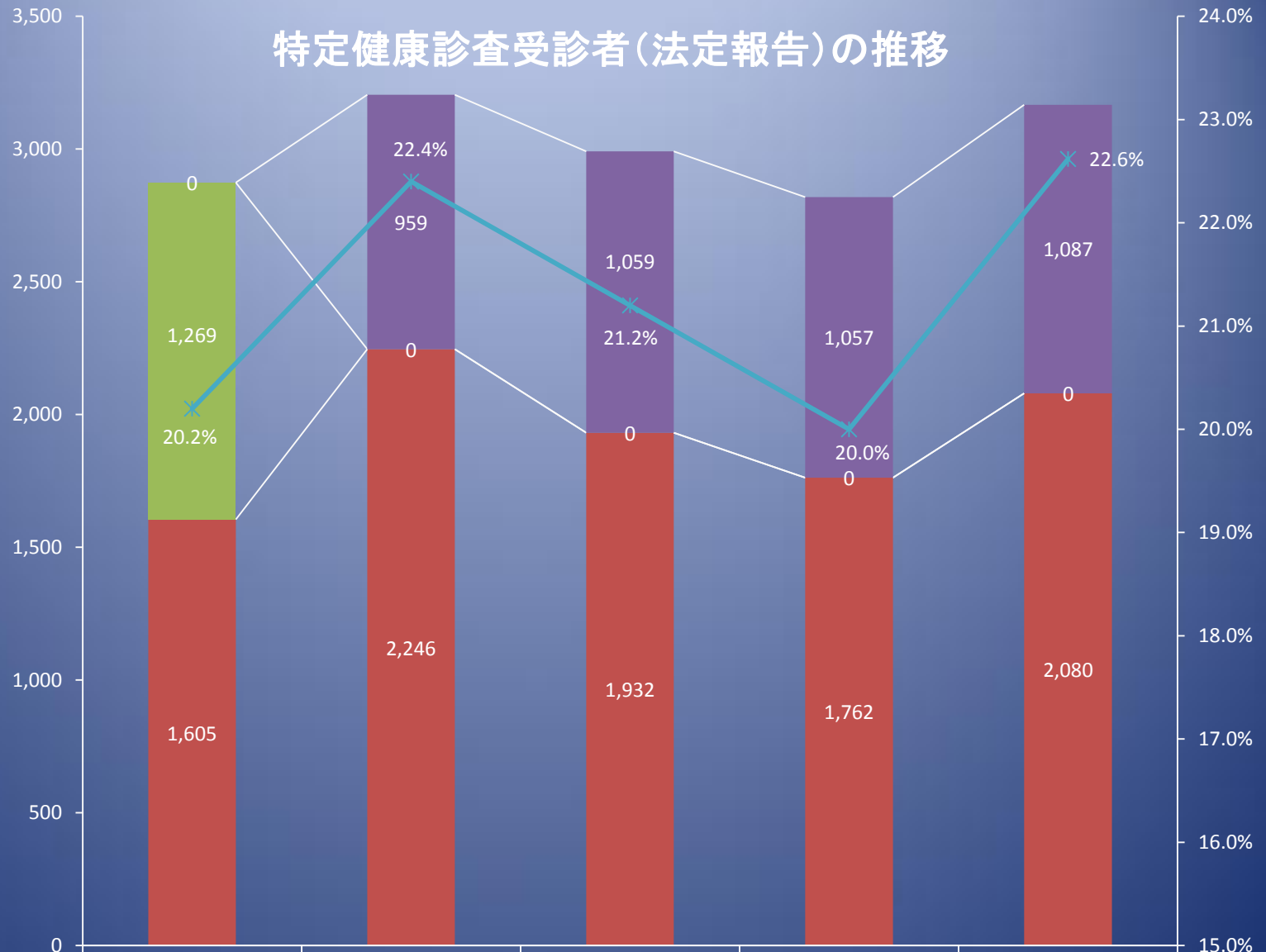
- 人間ドック
平成 8年 から助成事業開始
対象は 35歳 以上
補助額 2万8千円 (50歳・60歳は3万円)
- 特定健診
40歳～64歳まで 1千円 の自己負担
65歳以上は無料
残念ながら受診率 **県内ワースト1** (23、24年度)
→25年度から **集団・個別健診** を実施

特定健診・保健指導県内順位(法定報告)の推移



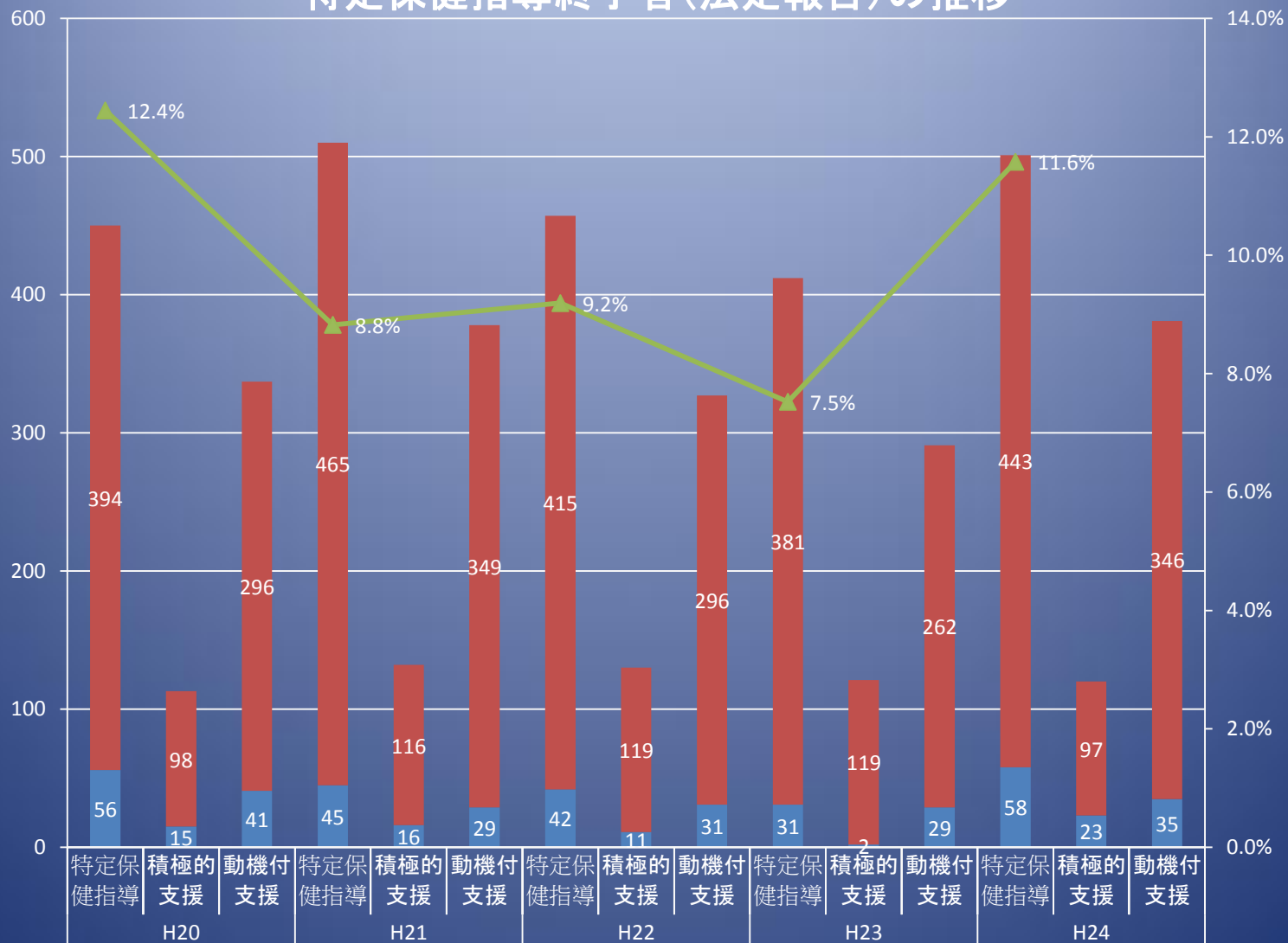
	H20	H21	H22	H23	H24
市町村数	70	64	64	63	63
特定健診	66	59	62	63	63
保健指導	36	54	50	57	45

特定健康診査受診者(法定報告)の推移



	H20	H21	H22	H23	H23
人間ドック受診者	0	959	1,059	1,057	1,087
個別健診	1,269	0	0	0	0
集団健診	1,605	2,246	1,932	1,762	2,080
健診受診率 ②÷①	20.2%	22.4%	21.2%	20.0%	22.6%

特定保健指導終了者(法定報告)の推移



未指導者	394	98	296	465	116	349	415	119	296	381	119	262	443	97	346
終了者数	56	15	41	45	16	29	42	11	31	31	2	29	58	23	35
割合	12.4%			8.8%			9.2%			7.5%			11.6%		

埼玉県国保特定健診の市町村受診率最下位脱出にむけて



- 平成25年度からの取り組み(変更点等)
 - ① 集団健診に加え個別健診を新たに実施
 - ② 申込み通知全てに返信用封筒を同封
 - ③ 集団健診会場の見直しと日数の増加
 - ④ 健診内容の充実→尿中塩分測定、血清クレアチンを追加
 - ⑤ 未受診者への勧奨通知を発送



受診率約6%増加見込みで、最下位脱出確実。



保険年金課職員一同

市の鳥「オオルリ」の色(ロイヤルブルー)をした
ポロシャツを着て特定健診をPRをしています。

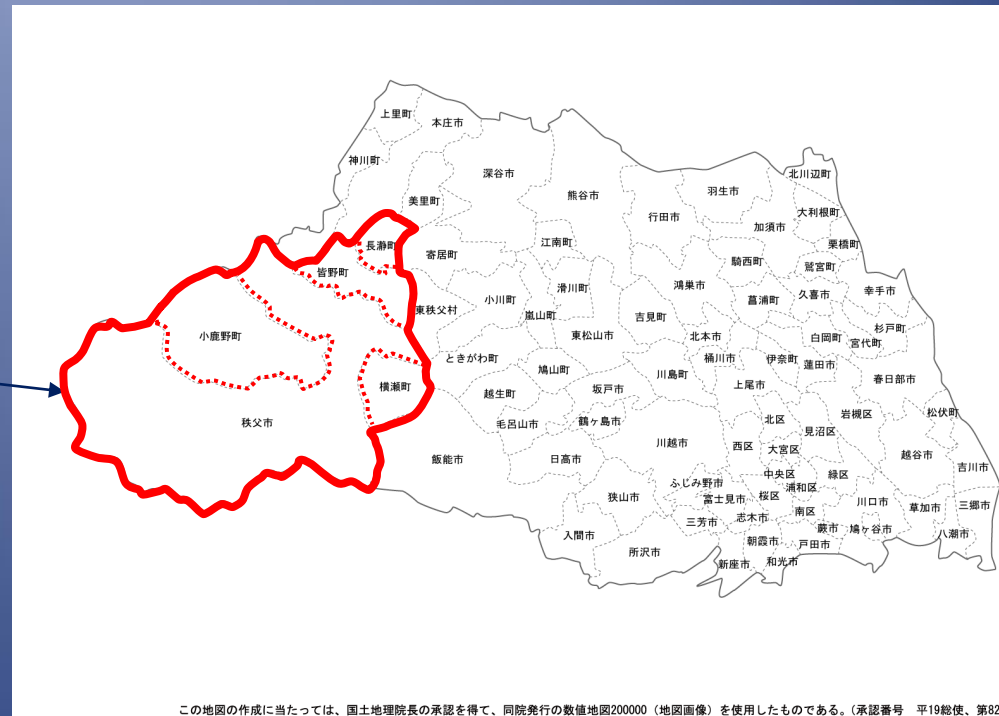
3 ちちぶ定住自立圏の概要



秩父地域1市4町
秩父市、横瀬町、皆野町、
長瀬町、小鹿野町

はじめに

秩父定住自立圏の紹介



この地図の作成に当たっては、国土地理院長の承認を得て、同院発行の数値地図20000（地図画像）を使用したものである。（承認番号 平19総使、第82号）

協定項目

No	分野	No	協定項目	No	分野	No	協定項目
1	医療	1	医師・医療スタッフの確保及び負担軽減		産業振興	11	圏域内企業の支援体制の充実
		2	救急医療体制の充実			12	有害鳥獣対策
		3	リハビリテーション体制の確立			13	地域ブランドの確立と特産品の販売促進
2	保健福祉	4	住民を対象とした保健福祉事業の合同実施	5	環境	14	ちちぶ環境保全の推進
		5	子育て支援及び児童福祉の充実	6	地域公共交通	15	誰もが利用しやすい公共交通の推進
3	教育	6	生涯学習の充実	7	情報	16	秩父圏域情報化の推進
		7	保護者の学習に関する事業の合同推進			17	地域情報共有システムの構築準備
4	産業振興	8	滞在型観光の促進	8	交流移住	18	交流及び移住促進事業の(合同)実施
		9	外国人観光客の増加	9	水道	19	秩父圏域における水道事業の運営の見直し
		10	秩父まるごとジオパークの推進	10	人材育成	20	人材育成等

中心市と周辺町の連絡調整体制

ちちぶ定住自立圏推進委員会

幹事会

医療

保健
福祉

教育

産業
振興

環境

公共
交通

情報

交流
移住

水道

人材
育成

ちちぶ医療協議会の組織構成



a)ちちぶ圏域医師・医療関係者

教育プログラム作成分科会

b)救急医療分科会

c)予防医療分科会

d)リハビリテーション分科会



医師・医療スタッフの確保
救急医療の充実
リハビリテーション体制の確立

圏域が抱える
問題点と強み弱み

ちちぶ定住自立圏で実施する事業

事業の実施により短期的に
期待される効果

事業の実施により中・長期的に
期待される効果及び将来像

圏域内救急輪 番体制の維持

強み: 医師をはじめとする医療関係者の問題意識の高さ
弱み: 二次救急輪番担当病院の減少による負担の増加、救急医療の現状に対する理解不足
→医療崩壊の可能性

地元医師の協力による初期救急対応

輪番病院に隣接する薬局の休日準夜帯開設

産科医療に対する支援

住民への広報活動

2次救急輪番運営経費補助割増

救急車の機能向上

ちちぶ医療協議会の設置

救急輪番病院などに
勤務する医療関係者の
負担感が減少

圏域内の医療関係者の
モチベーション維持

現状の理解拡大と
救急患者の減少

救急体制の維持向上
医療崩壊の阻止

医師・医療 スタッフの 不足

強み: 地元医師会の協力意識の高さ、首都圏に隣接した地域
弱み: 人員不足、他の地域と差が付けにくい

若手医師研修プログラム作成など医師・医療スタッフの確保に向けた取組

相互派遣による有効的な人材活用

院内保育の整備等

医療クレーンや電子カルテ等の導入

公立病院の経営改善

医療関係者が専門知識を習得する体制作り

医療関係者の負担軽減
交流の活性化

勤務環境や福利厚生の上向

医療関係者の負担軽減

投資的経費の確保

医師・医療関係者が
自発的に集まる環境作り

圏域内の医療体制の充実

医療による雇用対策

リハビリテーション 体制の不足

強み: 高齢者の比率が高く、リハビリの必要性を強く認識できる。
弱み: リハビリの実施体制が十分ではない。

リハビリテーション体制を確立するための計画作り

予防医療に向けた取組
(保健福祉分野の事業含む)

回復期リハビリを実施する医療機関へ支援

圏域でリハビリを実施する機運の醸成

住民の健康状態の把握により対処方針が明確化

回復期リハビリのノウハウの蓄積

圏域内でのリハ
ビリ体制の充実

地域完結型医療の実現

医師・医療スタッフの確保

「若き医師の希望

昔は医学博士、今は専門医」



後期研修医に的を絞る

○研修医育成プログラムの構築

～臨床研修医の受入をめざし地域医療研修環境を整備～

- ・ 内科認定医の育成
- ・ 家庭医療専門医の育成

→地域ぐるみで若手研修医を受け入れる体制の構築

- ・ 日本プライマリ・ケア連合学会

家庭医療後期研修プログラムの認定取得

→秩父病院、小鹿野中央病院、秩父生協病院

医師・医療スタッフの確保に向けた取り組み

- 5病院(秩父病院、皆野病院、秩父生協病院、秩父市立病院、小鹿野中央病院)で後期研修医の募集を開始。
- 医師の勉強会(プライマリー医塾)を開催し、地元医師が研修医を育てる手法を学ぶ。
- ちちぶ医療協議会ホームページを開設し、医師・医療スタッフの募集を進める。



ちちぶ医療協議会
秩父地域を拠点に地域医療を志す研修医、医師、医療スタッフのための情報サイト

0494-22-2279
(平日 8:30~17:15)

秋父地域の住民が安心して医療を受けられるために

ちちぶ医療協議会とは？
秋父地域の住民が安心して医療を受けられるために、ちちぶ医療協議会は秩父地域における「ちちぶ医療協議会」の医療分野における組織です。このちちぶ医療協議会は1市4町で協定が締結され、行政からの財政支援等により、医師・医療スタッフの確保、救急体制の維持、予防医療やリハビリテーションの充実に取り組み、推進するために、設置されました。

募集要項
後期研修医を募集(秩父市立病院)
後期研修医を募集(小鹿野中央病院)
研修医、准研修医を募集
詳しくはこちら

救急医療の充実

- ①一般開業医が秩父市立病院にて初期救急を手伝う
- ②秩父市立病院と小鹿野町立病院の医師・医療スタッフの相互派遣
- ③休日及び準夜帯の薬局開設を行う経費を支援
- ④定住自立圏等民間投資促進交付金

秩父病院・皆野病院などの救急病院への建設費・医療器械補助

産科支援

現在、秩父郡市内で分娩ができる産婦人科診療所は1診療所のみ

- ①秩父市立病院から診療所に **助産師、看護師** を派遣
- ②埼玉医科大学病院、埼玉医科大学総合医療センターから産科医師を派遣

→ 秩父市立病院での産科開設を目指す

最後に

定住自立圏構想事業は
将来への投資

ご清聴ありがとうございました。



市内 羊山公園芝桜と武甲山

木津川市における 特定健診未受診者への取組み

木津川市役所
保健福祉部国保医療課
主査 松下 祥子



史跡・恭仁（くに）宮跡

木津川市の概要

「水・緑・歴史が薫る文化創造都市～
ひとが耀き ともに創る豊かな未来」

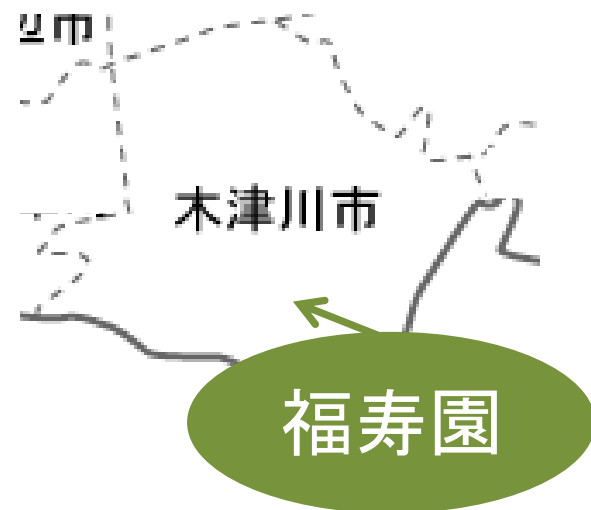
- ・ 面積：85.12km²
- ・ 平成19年3月12日、旧木津町・加茂町・山城町の3つの町が合併
- ・ 京都府南部の山城地域に位置し、南は奈良県奈良市と接している
- ・ JR線・近鉄線が走り、京都・大阪の中心部から30km圏内にある



- ・ 総人口：72,528人（H26.8.1現在）
出生率：10.1（府：7.7／H24年度）
高齢化率：19.0（府：23.6／H24.3.31現在）
- ・ 産業構造：販売業・製造業が多い

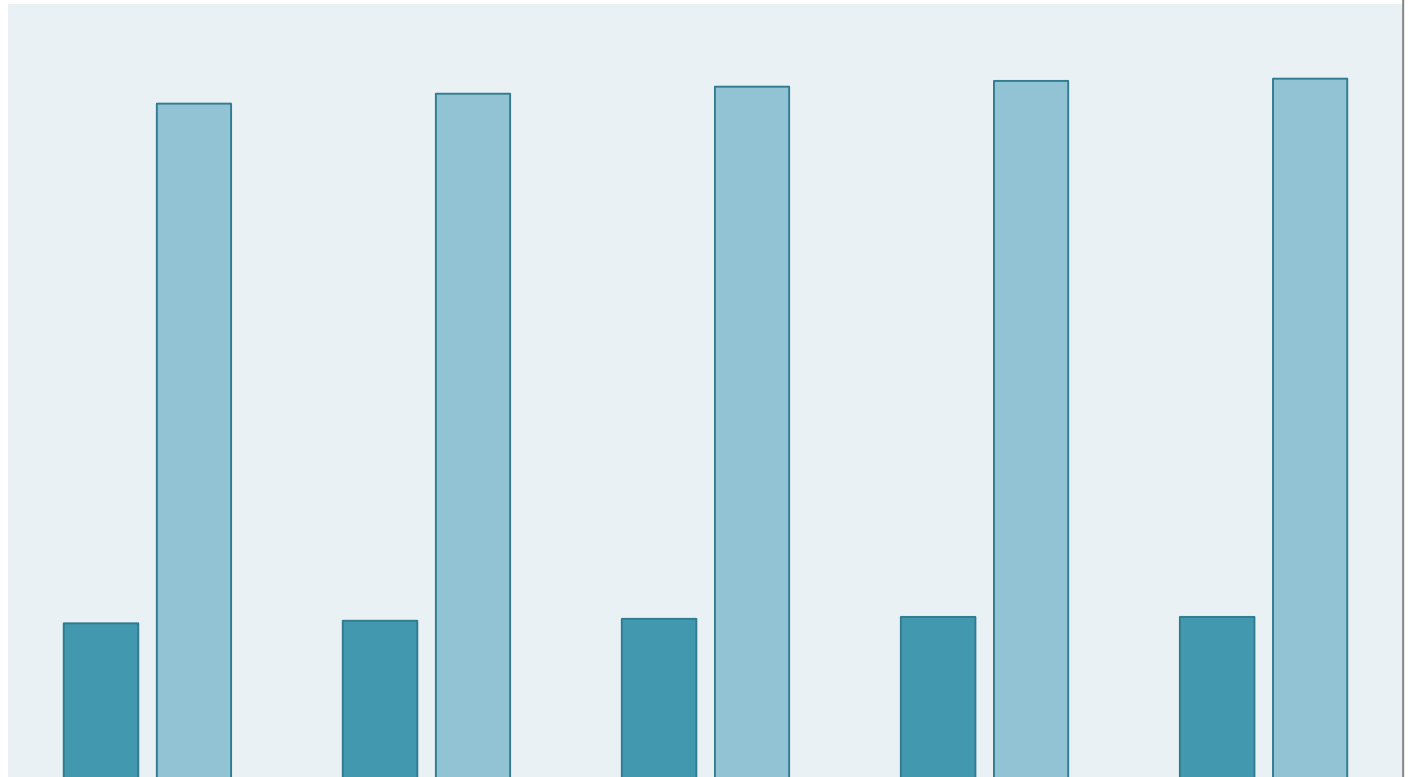
お茶「伊右衛門」ともゆかりのある地

CMでも有名な「京都 福寿園の伊右衛門」というブランドがありますが、この福寿園の本社が木津川市内にあり、お茶の配合を決めた研究所にて日々、新製品等の研究開発を続けておられます。



国民健康保険の状況

被保険者数



	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
■ 被保険者数	16165	16402	16624	16819	16827
■ 人口	69789	70788	71524	72114	72359

医療費の状況

1人当り医療費(各年4月診療～3月診療) (円)

	23年	24年	25年
入院	100,096	120,836	118,274
入院外	148,748	156,964	160,078

- ・ 入院・入院外とも、平成23年に比較し平成24年は医療費が増額している。
- ・ 入院に比べ入院外で増額している。

主な生活習慣病の入院外1人当り医療費(円)

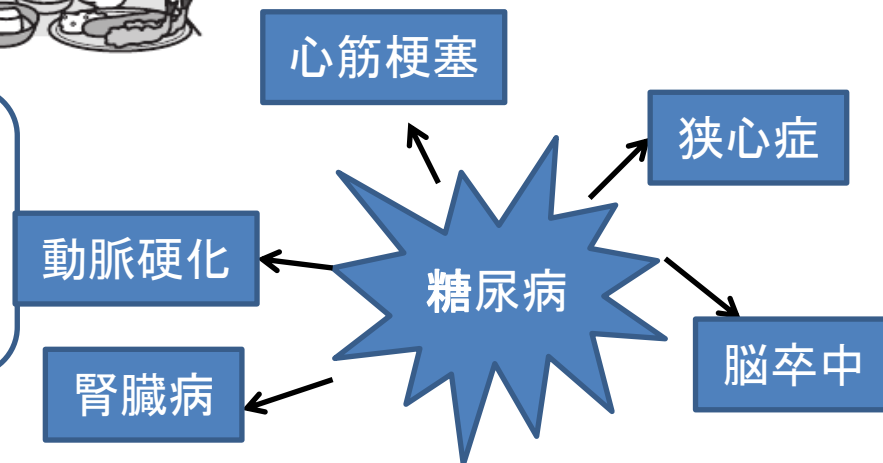
疾患名	23年	24年	25年
高血圧性疾患	15,249	16,859	16,758
虚血性心疾患	1,880	2,048	2,020
その他の心疾患	1,257	1,598	1,796
脳内出血	144	179	208
脳梗塞	1,093	1,024	1,014
糖尿病	8,824	10,907	11,486
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	5,477	7,136	7,836
腎不全	6,479	10,278	11,410

入院外の1人当り医療費を見ると・・・

- 特に増額している疾患：**糖尿病、腎不全**
- 脳血管疾患より**心疾患**の医療費が高い
- 脳血管疾患では、脳出血より**脳梗塞**の医療費が高い



**糖尿病予防の重要性！
が高まってきている**



特定健診について

- 受診券の発行：5月中旬



- 実施体制：個別健診（木津川市内の35医療機関）
- 受診期間：6月～9月
- 自己負担額：1,000円
（4月1日現在、70歳以上の方は無料）

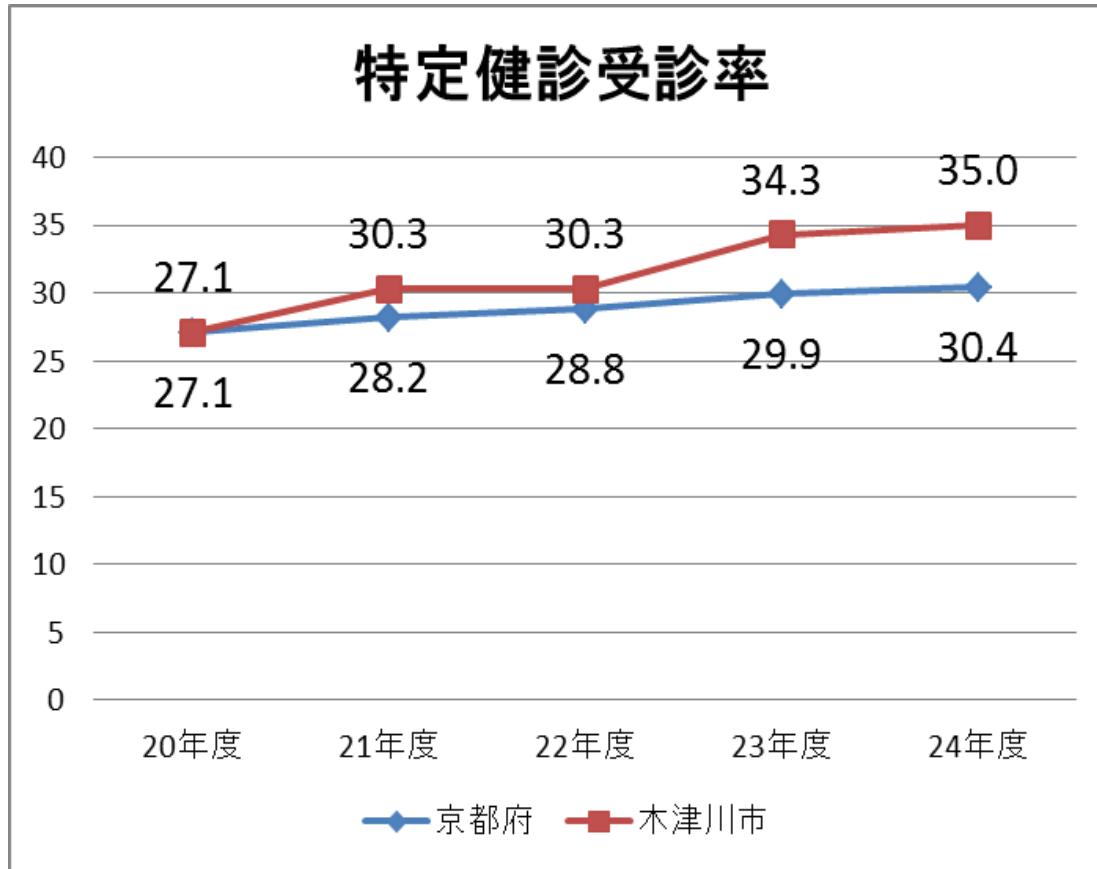
人間ドックについて

- 対象者：4月1日現在、満30歳から満74歳までで国民健康保険の資格がある方
- 自己負担額：人間ドック13,000円
併用ドック20,000円



4月中旬に対象となる方に申込書を送付し、
申込みをしていただく

特定健診受診率



受診率の
伸び悩み



未受診への受診
勧奨をしよう！

平成25年度特定健診 未受診者対策事業

【調査対象】

木津川市国民健康保険加入者の中から、
平成25年度の特定健康診査未受診者6,200人

【調査方法】

- ①特定健診の案内を兼ねた意向調査票を送付し、受診意向と未受診理由を把握

- ② 「未受診」と回答した人に対し、調査票に記載された未受診理由に応じた電話受診勧奨を実施する。
- ③ 未受診者リストと電話番号帳を突合し電話受診勧奨を実施し、未受診理由の聞き取りを行う。

【調査期間】

平成25年8月～9月

特定健診に関するアンケート

1. 受診済み

2. 受診予定 → 月 日頃受診予定

3. 未受診 → 受診しなかった理由は何ですか。【いくつでも】

①治療中または入院中だから

②健康だから

③日時があわないから、または行く時間がないから

④毎年受ける必要性を感じないから

⑤職場で受けているから

⑥受診方法がわからないから

⑦健診項目が不十分だから

⑧忘れていたから

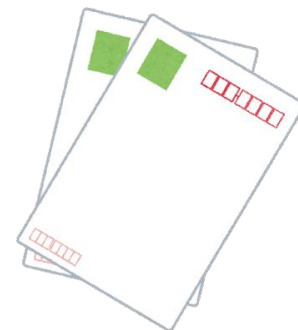
⑨面倒だから

⑩特定健診がよくわからないから

⑪受診券をなくしたから

⑫健診結果がこわいから、または指摘されるのが嫌だから

⑬その他（ ）

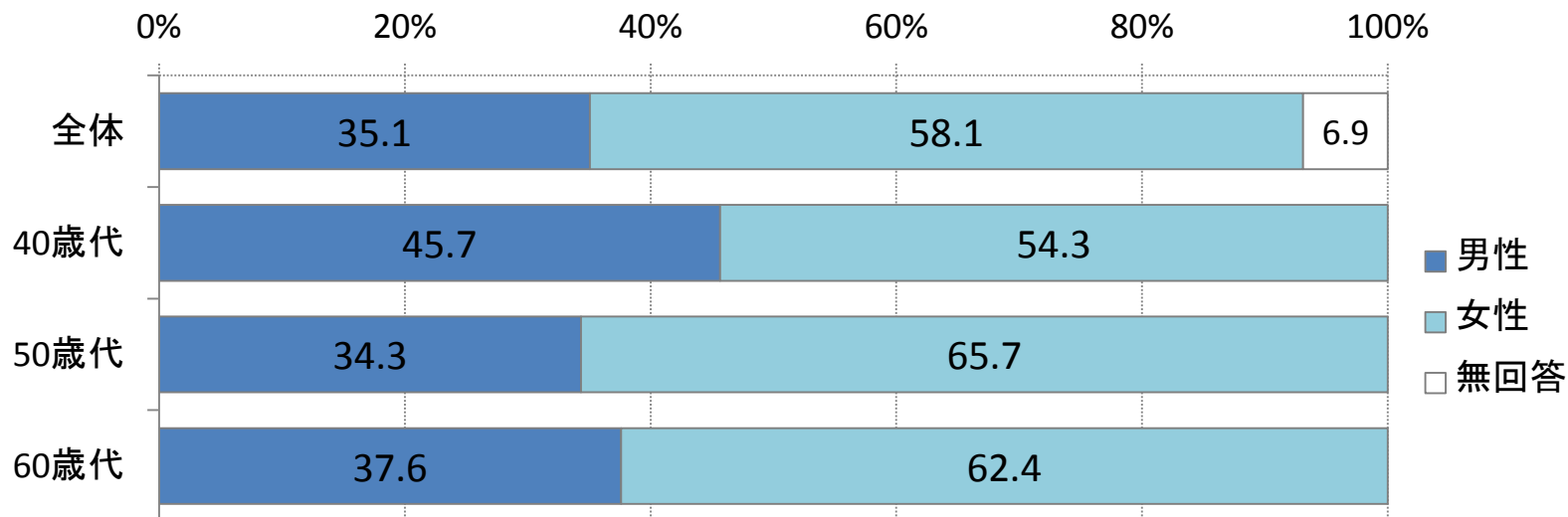


結 果

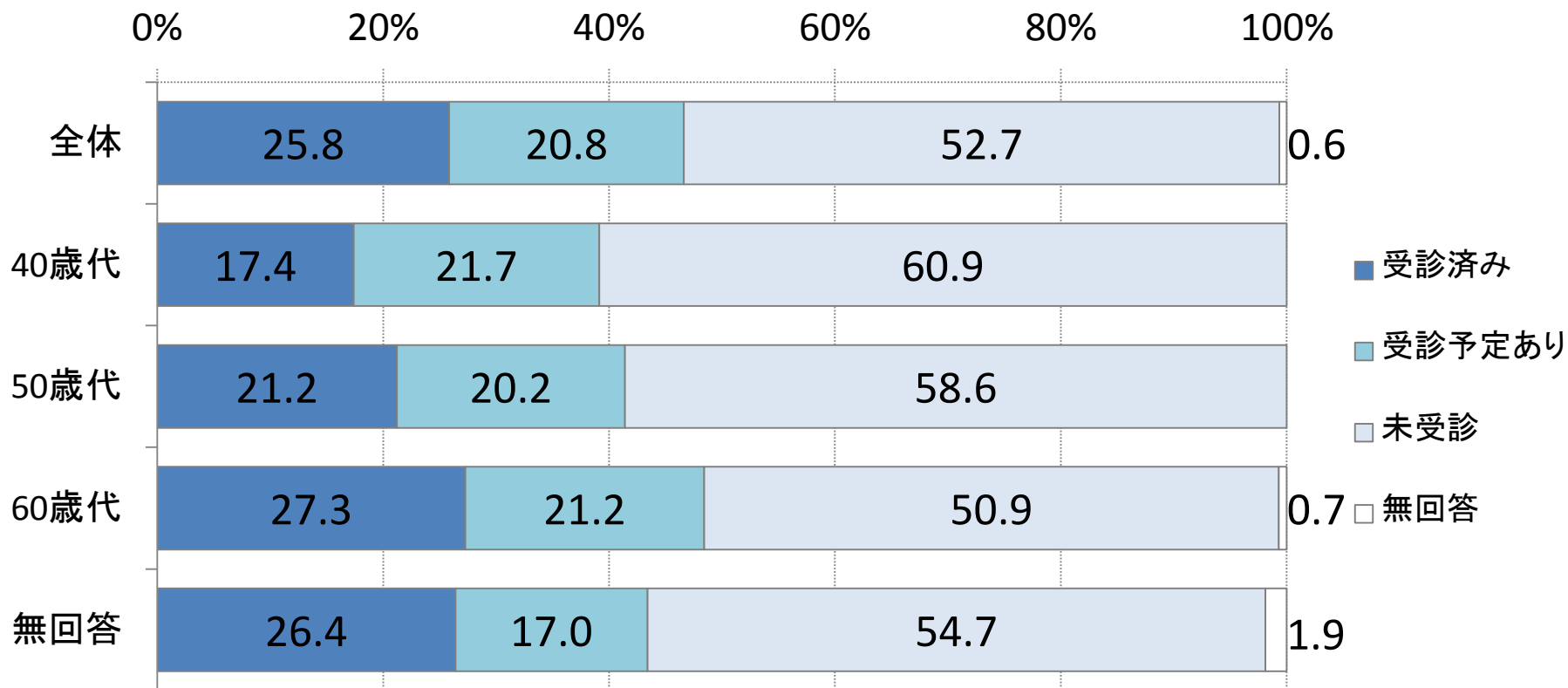
回収率が低い！
木津川市では郵送による
把握は難しい！

1. 回答者数：770件（回答率：11.0%）

図1. 属性



2. 受診状況



3. 未受診理由

はがき返信者（406人）

	全体	40歳代	50歳代	60歳代	無回答
全体	406	28	58	291	29
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
治療中または入院中	145	6	14	117	8
	35.7%	21.4%	24.1%	40.2%	27.6%
健康だから	40	4	5	28	3
	9.9%	14.3%	8.6%	9.6%	10.3%
日時が合わない/行く時間がない	48	6	11	28	3
	11.8%	21.4%	19.0%	9.6%	10.3%
毎年受ける必要性を感じない	21	2	2	16	1
	5.2%	7.1%	3.4%	5.5%	3.4%
職場で受けている	46	6	7	27	6
	11.3%	21.4%	12.1%	9.3%	20.7%
受診方法がわからない	7	0	2	5	0
	1.7%	0.0%	3.4%	1.7%	0.0%
健診項目が不十分	11	1	2	8	0
	2.7%	3.6%	3.4%	2.7%	0.0%
忘れていた	34	6	10	15	3
	8.4%	21.4%	17.2%	5.2%	10.3%
面倒だから	24	4	6	14	0
	5.9%	14.3%	10.3%	4.8%	0.0%
特定健診がよくわからない	13	0	4	8	1
	3.2%	0.0%	6.9%	2.7%	3.4%
受診券をなくした	13	2	1	10	0
	3.2%	7.1%	1.7%	3.4%	0.0%
健診結果がこわい/指摘されるのが嫌	15	1	3	10	1
	3.7%	3.6%	5.2%	3.4%	3.4%
その他	106	7	9	81	9
	26.1%	25.0%	15.5%	27.8%	31.0%

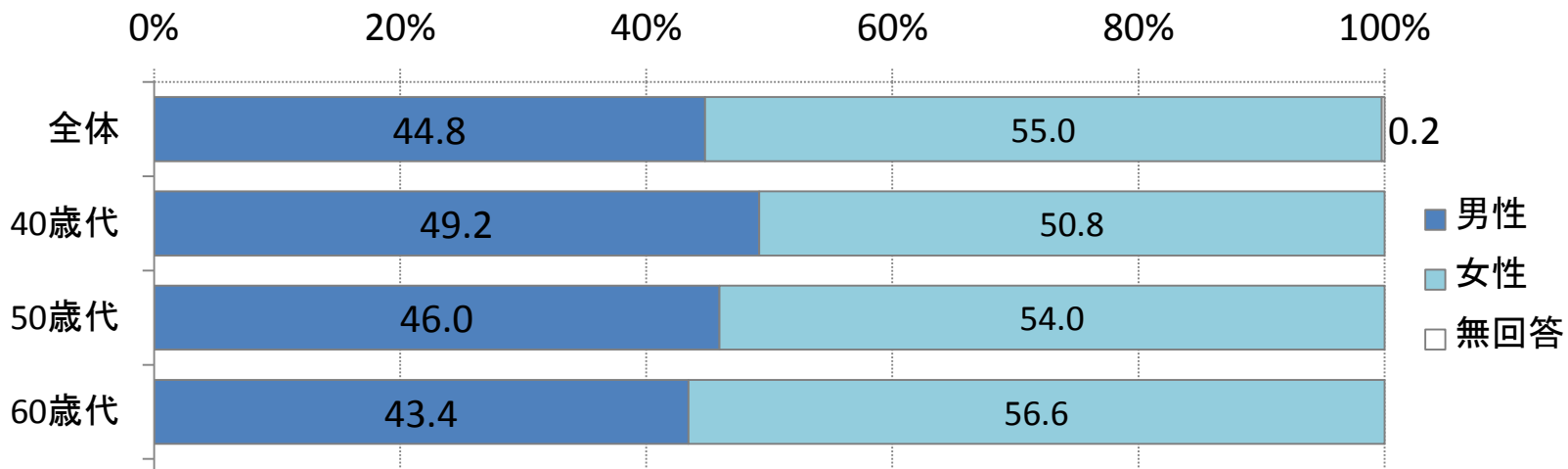
電話にて未受診理由を把握（489人）

	全体	40歳代	50歳代	60歳代
全体	489	91	87	311
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
治療中または入院中	276	40	43	193
	56.4%	44.0%	49.4%	62.1%
健康だから	28	1	6	21
	5.7%	1.1%	6.9%	6.8%
日時が合わない/行く時間がない	109	37	19	53
	22.3%	40.7%	21.8%	17.0%
毎年受ける必要性を感じない	6	2	1	3
	1.2%	2.2%	1.1%	1.0%
職場で受けている	0	0	0	0
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
受診方法がわからない	0	0	0	0
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
健診項目が不十分	3	1	1	1
	0.6%	1.1%	1.1%	0.3%
忘れていた	0	0	0	0
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
面倒だから	27	6	6	15
	5.5%	6.6%	6.9%	4.8%
特定健診がよくわからない	0	0	0	0
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
受診券をなくした	5	0	3	2
	1.0%	0.0%	3.4%	0.6%
健診結果がこわい/指摘されるのが嫌	1	1	0	0
	0.2%	1.1%	0.0%	0.0%
その他	34	3	8	23
	7.0%	3.3%	9.2%	7.4%

電話勧奨の結果

	全体	男性	女性
全体	2,220 100.0%	995 100.0%	1,220 100.0%
40歳代	370 16.6%	182 18.3%	188 15.4%
50歳代	433 19.5%	199 20.0%	234 19.1%
60歳代	1,412 63.7%	614 61.7%	798 65.5%
無回答	5 0.2%	0 0.0%	0 0.0%

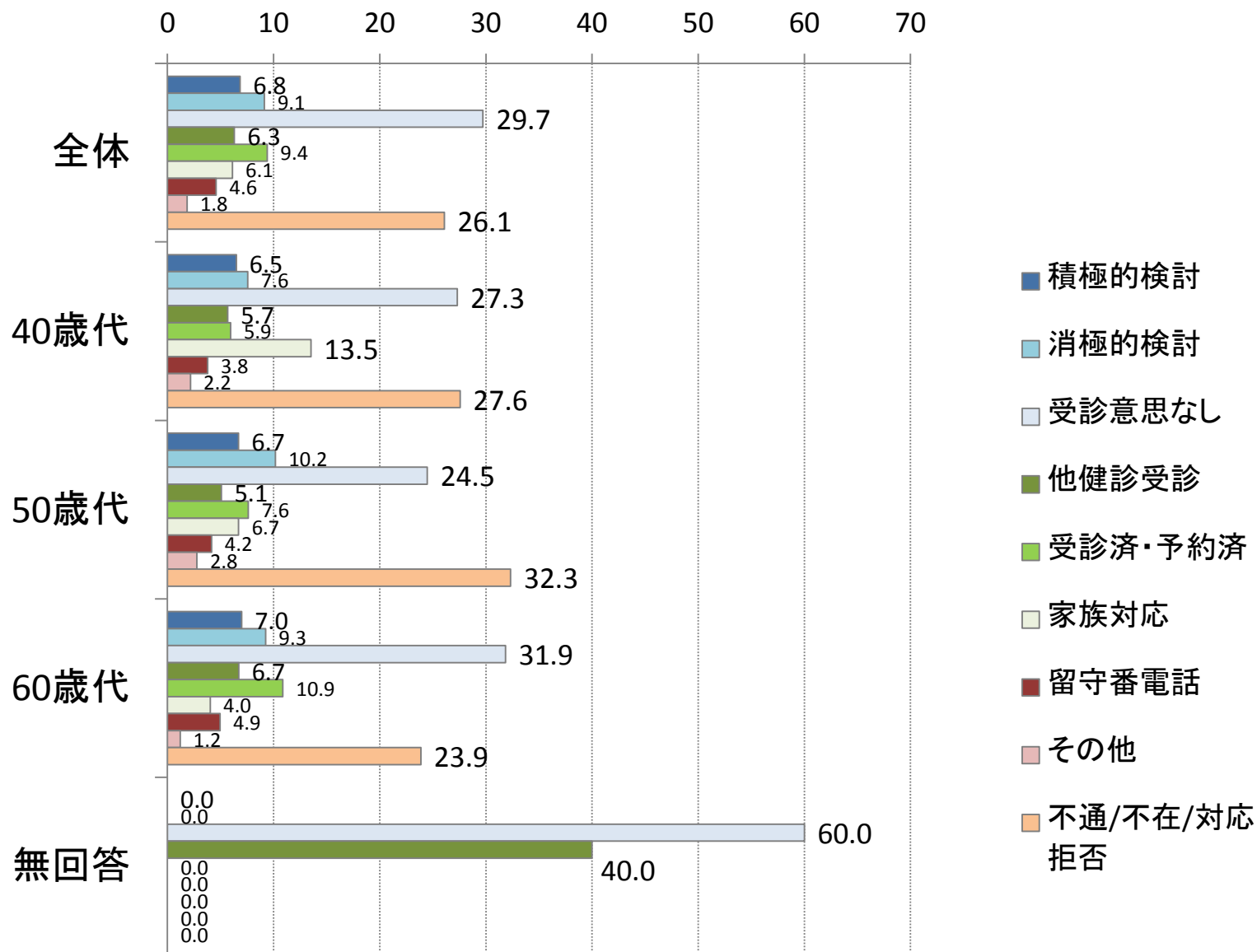
アンケートで未受診
と回答した324人
含む



1. 電話勧奨による受診意向

	全体	40歳代	50歳代	60歳代	無回答
全体	2,220 100.0%	370 100.0%	433 100.0%	1,412 100.0%	5 100.0%
積極的検討	152 6.8%	24 6.5%	29 6.7%	99 7.0%	0 0.0%
消極的検討	203 9.1%	28 7.6%	44 10.2%	131 9.3%	0 0.0%
受診意思なし	661 29.7%	101 27.3%	106 24.5%	451 31.9%	3 60.0%
他健診受診	140 6.3%	21 5.7%	22 5.1%	95 6.7%	2 40.0%
受診済・予約済	209 9.4%	22 5.9%	33 7.6%	154 10.9%	0 0.0%
家族対応	136 6.1%	50 13.5%	29 6.7%	57 4.0%	0 0.0%
留守番電話	102 4.6%	14 3.8%	18 4.2%	70 4.9%	0 0.0%
その他	37 1.8%	8 2.2%	12 2.8%	17 1.2%	0 0.0%
不通/不在/対応拒否	580 26.1%	102 27.6%	140 32.3%	338 23.9%	0 0.0%

図. 電話勧奨による受診意向



- アンケート返信者の電話勧奨結果では、受診意向を得られた人245人中、「受診に肯定的な人」64人（26.1%）「受診に消極的な人」181人（73.9%）であった。
- アンケート未返信者では、電話にて受診意向を得られた人1,120人中、「受診に肯定的な人」437人（39.0%）「受診に消極的な人」683人（61.0%）であった。

- 電話勧奨全数では、電話が通じてなんらかの受診意向を得られた1,365人のうち、「受診に肯定的な人」（受診済・予約済209人、積極的検討152人、他健受診140人）が合計501人（36.7%）
「受診に消極的な人」は
（受診意思なし661人
消極的検討（203人）は
合計で864人（63.3%）
であった。



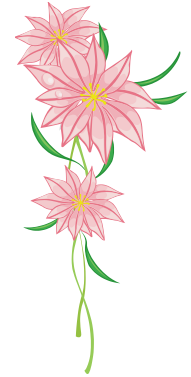
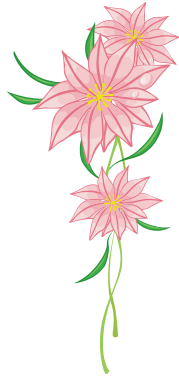
まとめ

- アンケートで未受診と答えた324人中、アンケートを読み、返信を送付し、さらに電話勧奨を受ける事によって64人（19.8%）が肯定的に変化したと言える。
- 一方、アンケートに返信しない人は電話勧奨の結果で39.0%が肯定的な意向を示している。
- 以上より、木津川市では電話勧奨が効果的であったと考えられる。

今後の課題

- (1) 電話勧奨者を行った結果から、①アンケート未返信者で電話勧奨しなかった人（アンケートだけの効果）と②電話勧奨をした人について受診率の比較検証をする必要がある。
- (2) さらに、今後は特定健診未受診者かつ生活習慣病のレセプトがない人への受診勧奨を行うことで、未受診者の健康状態を把握し生活習慣病への予防の取り組みの効果をあげていくことが必要と考える。

ご清聴ありがとうございました。



木津川市マスコットキャラクター いづみ姫

PDCAサイクルに基づく、成果の見える保健事業を目指して

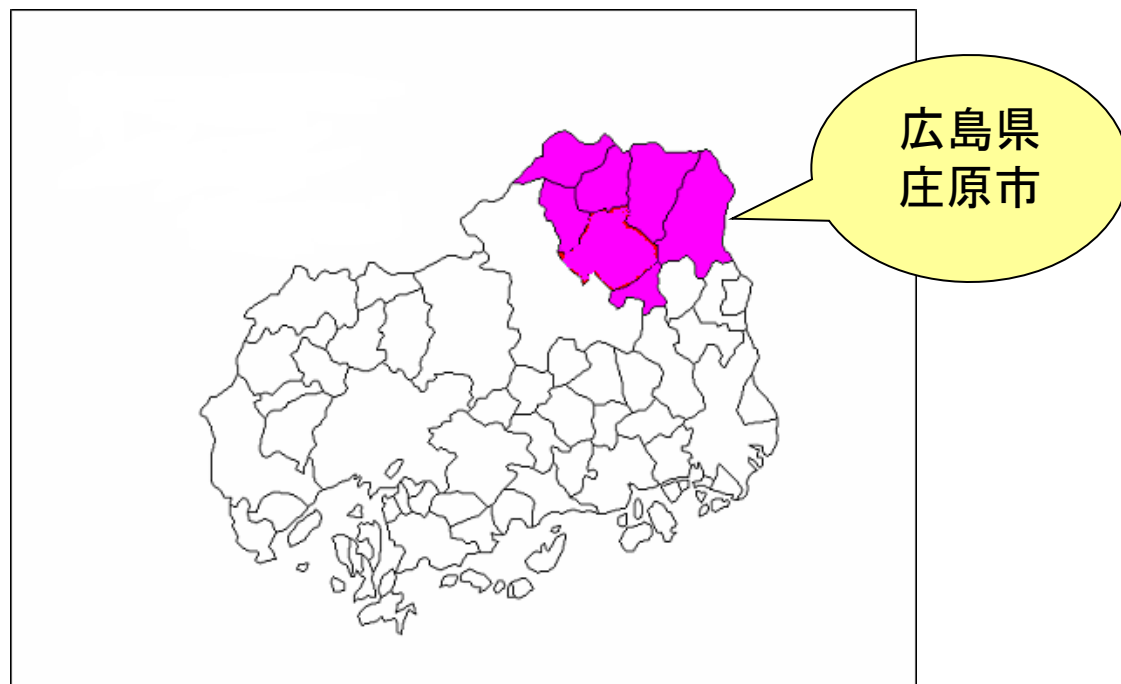
糖尿病対策ワーキングを通しての一考察

広島県庄原市役所
保健医療課健康推進係
主任保健師 山本 尋恵



広島県庄原市の概要

- 広島県北東部に位置し、中国山地の山々に囲まれている
平成17年3月に1市6町が合併
- 総人口38,612人 高齢化率39.3% (H26.3.31現在)



国民健康保険医療費分析 (平成23年8月～平成24年1月分診療分)

1. 大分類による疾病医療費統計

順位	大分類疾病項目	医療費総計 (円)	構成比 (%)
1	循環器系の疾患	268,628,257	16.3
2	新生物	232,663,496	14.1
3	消化器系の疾患	176,866,704	10.7
4	内分泌、栄養及び代謝疾患	172,965,518	10.5
5	筋骨格系及び結合組織の疾患	150,046,975	9.1

2. 中分類による疾病別統計(医療費上位10疾病)

順位	中分類疾病項目	医療費総計 (円)	構成比 (全体に対して占める割合 %)
1	高血圧性疾患	108,317,785	6.6
2	その他の内分泌、栄養および代謝疾患	90,330,210	5.5
3	糖尿病	75,471,283	4.6
4	その他の消化器系の疾患	71,909,882	4.4
5	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	63,545,981	3.8
6	その他の悪性新生物	62,071,560	3.8
7	その他の心疾患	61,275,485	3.7
8	その他の神経系の疾患	57,147,926	3.5
9	腎不全	56,914,101	3.4
10	胃炎及び十二指腸炎	40,224,185	2.4

3. 中分類による疾病統計(一人当たりの医療費が高額な10疾病)

順位	中分類疾病項目	医療費総計 (円)
1	くも膜下出血	973,800
2	悪性リンパ腫	851,538
3	白血病	730,866
4	脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	457,604
5	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	328,749
6	腎不全	231,358
7	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	209,723
8	パーキンソン病	129,926
9	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	126,636
10	気管、気管支及び肺の悪性新生物	110,901

人工透析患者数

- 透析患者: 27人
- 糖尿病起因: 8人 (男性6人 女性2人)



医療費分析

一人当たりの平均医療費 625万円/年

糖尿病予防の展開

保健師・栄養士等の問題意識の共有化



糖尿病ワーキンググループの立ち上げ

(平成24年12月)

○ 糖尿病対策ワーキング会議

- 参加者：保健師・栄養士等
- 実施回数：1～2ヶ月に1回
- 実施場所：市役所本庁舎、庄原市保健福祉センター

Plan(計画)の策定①

1. 課題の洗い出し(ロジックツリーの作成)



成果:

- 日々感じている思いを共有
- ロジックツリー作成上の注意点
 - カテゴリーを意識して分類すること
 - 主語を明確にし、具体的に表現すること

2. 活動計画の策定(地域ケアシステム活動計画表の作成)

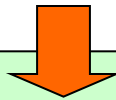


成果:

- 対策の一連の流れが明確
- 事業実施前に、具体的な評価計画の立案

Plan(計画)の策定②

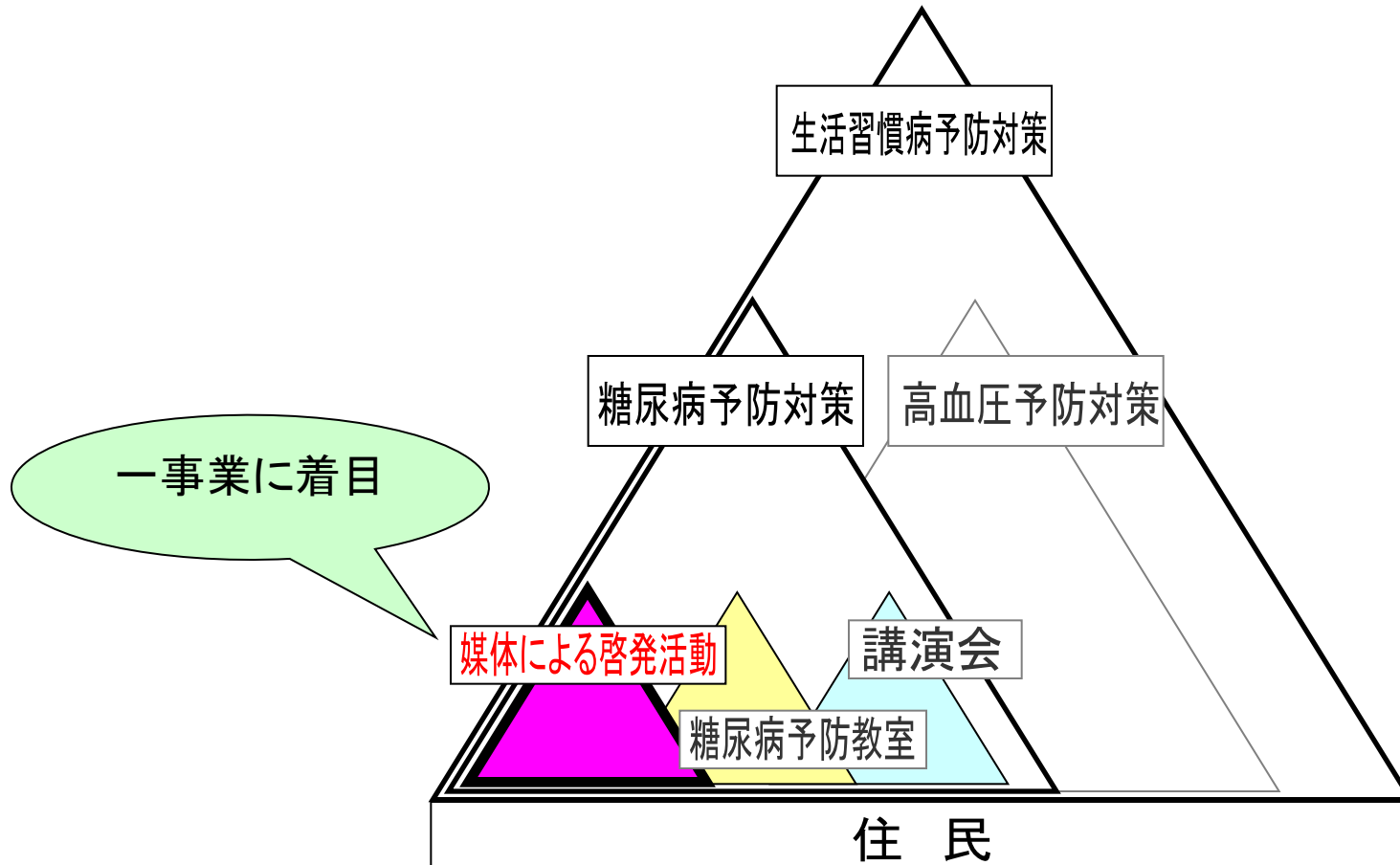
3. 活動計画における保健師の役割の見える化 (保健師活動展開図の作成)



成果:

- 全体像を把握
- 地域の健康課題や目的、目標をより具体的に把握
- 保健師間の活動目標の共有化

Do(実践)の内容の位置づけ



糖尿病予防キャラクター(腹ハッチー)の誕生

触覚・手・足・針...

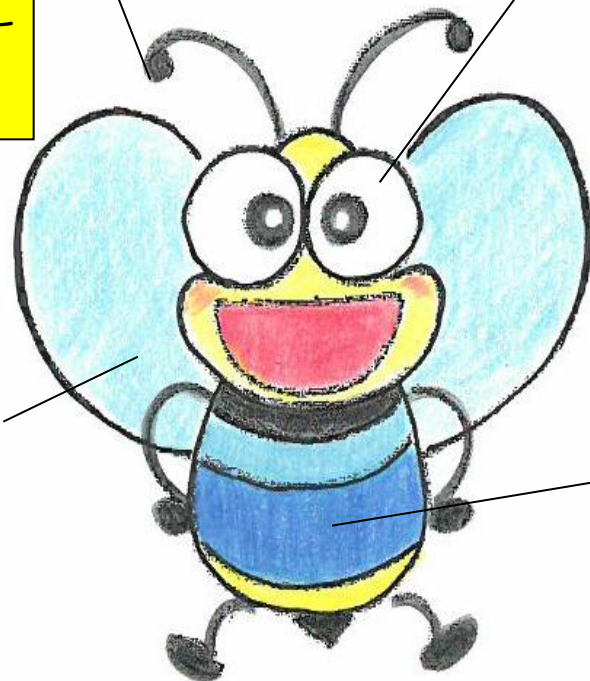
細い線の先を丸くすることで神経を表し、神経と関係があることをアピール。

目...

大きく見開き、網膜症と関係があることをアピール。

羽...

背中に2つある腎臓を表し、腎臓と関係があることをアピール。



腹八分目はらまき...

腹巻の八分目まではブルー。世界糖尿病デーのシンボルマークであるブルーサークルを表現。

糖尿病予防キヤッチコピーの考案

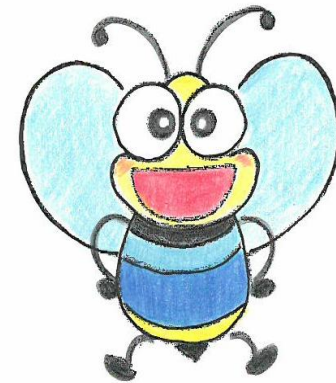
前向きに
取り組める

無関心期の
市民へ
届くように

食べすぎないために
作りすぎない
買いすぎない

やさしい
腹八分術
カラダにやさしい
家計に

脅かすような
表現ではない



糖尿病予防ポスターの作成



内容
気をつけて欲しい生活習慣10項目

枚数
300枚

配布先
保育所・幼稚園・小中学校
・医療機関・商工会議所等

Check(評価)

- モニタリング(地域の健康教室等で実施)
「見たことがある」と答える人は少ない
- 評価
市民の関心はまだまだ低い
「かわいいポスターが欲しい」と問い合わせもあり

キャラクターを活かすことで関心を得ることに成功

Act(改善)

- まずは活動計画の第1目標をクリア
 - キャラクターをより住民に身近な存在に
- 活動計画の第2目標・第3目標クリアも視野に入れ、新たなサイクルへ

第1目標

行政は、住民が糖尿病予防に関心を持つことができるような、わかりやすい媒体を作成する

第2目標

住民が糖尿病予防の正しい情報を得る機会が持てる

第3目標

多くの住民が糖尿病を理解し、他者に伝えていくようになる

考察

- PDCAサイクルの活用で、目的・目標を意識して事業展開でき、達成度を意識した評価ができる
- 「個」に対する健康課題は、「地域」の健康課題へつながる
- 気づきの共有が新しい展開を生み、保健師の意欲とより良い保健師活動につながる

庄原市の保健師です！



国保税収納率向上への 取り組みについて

宮崎県西都市

発表内容

1. 西都市の概要
2. 国民健康保険の現状
 - (1)被保険者数等の推移
 - (2)賦課割合
 - (3)国保事務職員数
 - (4)財政状況
3. 徴収
 - (1)これまでの歩み
 - (2)徴収体制
 - (3)取組の現状
 - ①収納状況
 - ②滞納及び滞納処分の状況
 - ③徴収方法
 - (4)問題点と改善策
 - (5)今後の課題
 - (6)目標

1. 西都市の概要



西都市は宮崎県のほぼ中央に位置し、南部は宮崎市などと隣接しており、車で宮崎市街地から40分、宮崎空港から50分と交通アクセスに優れています。また、温暖な気候と豊かな大地から生み出されるピーマン、完熟マンゴー等の農畜産物は全国でも高く評価されています。

かつては古代日向の都として栄え、『古事記』『日本書紀』に登場する伝承地が市内に数多く残るとともに、日本最大の国の特別史跡「西都原古墳群」や天正遣欧少年使節としてローマ法王に謁見した伊東マンショが誕生した「都於郡城跡」などがあります。現在は「市民との協働型社会づくり」を理念に掲げ、「元気な日本のふるさと“西都”」づくりを目指して歩み続けています。

人口は、平成26年4月1日現在、1万3,857世帯で3万2,289人、高齢化率は31.75%となっています。

2. 国民健康保険の状況

(1) 被保険者数等の推移

年度	世帯数	被保険者数	加入率	1人当たり	
				保険税(円)	医療費(円)
23	6,503	12,474	37.69%	94,764	307,548
24	6,354	12,057	36.74%	95,648	313,729
25	6,214	11,594	35.91%	94,033	327,657

(2) 賦課割合(平成26年度)

区分	所得割	資産割	均等割	平等割
医療分	7.17%	20.00%	22,200円	22,200円
後期支援分	3.92%	5.00%	9,300円	8,000円
介護分	2.96%	5.00%	10,700円	7,500円

(3) 国保事務職員数 (平成26年4月1日現在、嘱託・パート職員は除く)

- ①健康管理課 国保係 1人(兼任)、6人(専任)
業務内容・・・総務・資格・給付・賦課事務等

- ②健康管理課 国保係 1人(専任)、
健康推進係 3人(兼任)
業務内容・・・特定健診・保健指導事業等

- ③税務課 国保税収納係 5人(専任)
業務内容・・・収納業務 ※特別収納係2人(兼任)

(4) 財政状況(平成25年度決算)

(単位:百万円)

歳入		歳出	
保険税	1,137	保険給付費	3,257
国庫支出金	1,385	後期高齢者支援金	633
療養給付費交付金	225	介護納付金	300
前期高齢者交付金	978	共同事業拠出金	698
県支出金	326	その他	328
共同事業交付金	673		
繰入金	341		
その他	320		
計	5,385	計	5,216

3. 徴収

(1)これまでの歩み

～H6 市税・国保税を税務課収納係で一緒に徴収。

H7 国保税の徴収を健康管理課へ移管。

H14 市町村職員中央研修所(市町村アカデミー)で行われる税徴収事務研修に毎年1名以上出席。

H15 税務課において徴収嘱託員を3名雇用し、職員による訪問徴収をやめる。

H16 市税の差押件数が飛躍的に伸びる。

(H14、68件、H15、118件、H16、280件、H17、541件、H18、543件、H19、677件、H20、548件)

※市税のみ

H18 健康管理課で行っていた国保税の徴収を税務課へ移管し、国保税の差押件数が飛躍的に伸びる。

(H17、57件、H18、171件、H19、382件、H20、291件、H21、409件) ※国保税のみ

H19 搜索を実施。

インターネット公売実施。

H20 不動産公売実施。

H21 徴収嘱託員の対応を訪問徴収から訪問催告へ変更開始。

H22 徴収嘱託員の対応を訪問催告のみへ変更完了。

(2)徴収体制

市税収納係 6名

国保税収納係 5名

特別収納係 2名

徴収嘱託員 3名

電話・訪問催告、事務補助、収納(訪問時に納めた場合のみ)。所謂、集金はしない。

◇市税収納係との関係

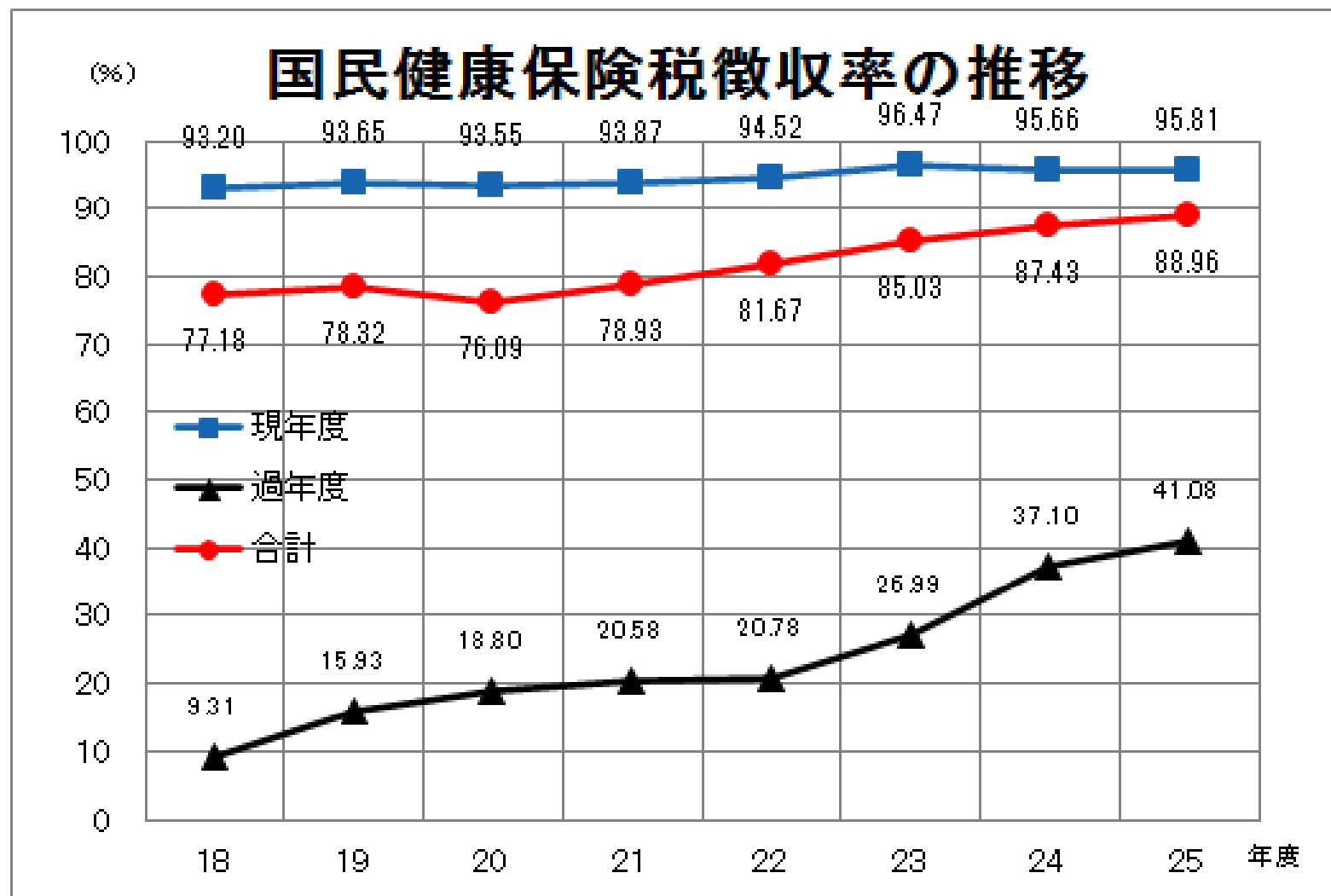
市税、国保両方滞納がある場合は共同で折衝、収納にあたる。分納している場合は、納税者から特に申し出がなければ、原則、滞納額に応じて按分し充当。

◇特別収納係の役割

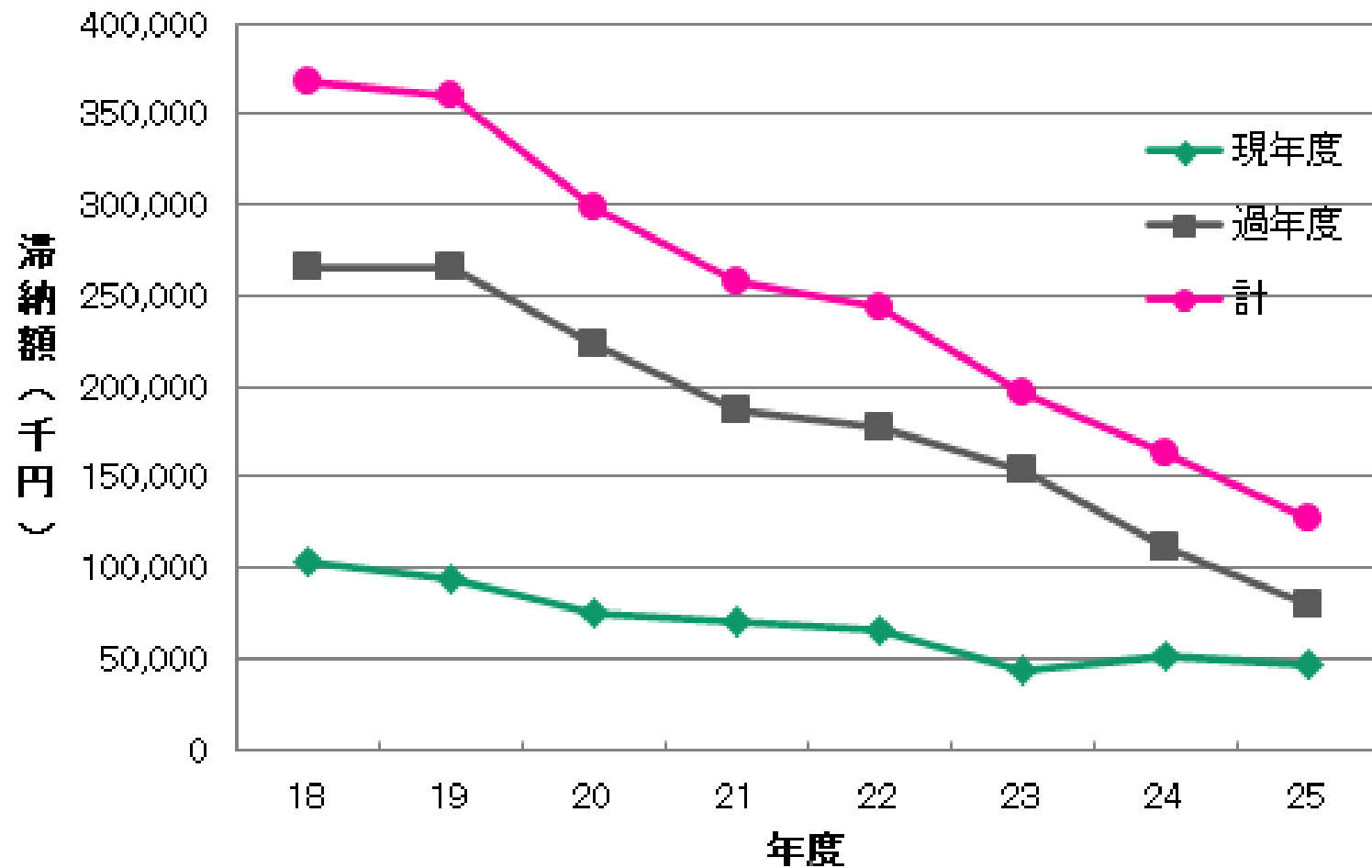
高額、困難案件への対処

(3)取組の現状

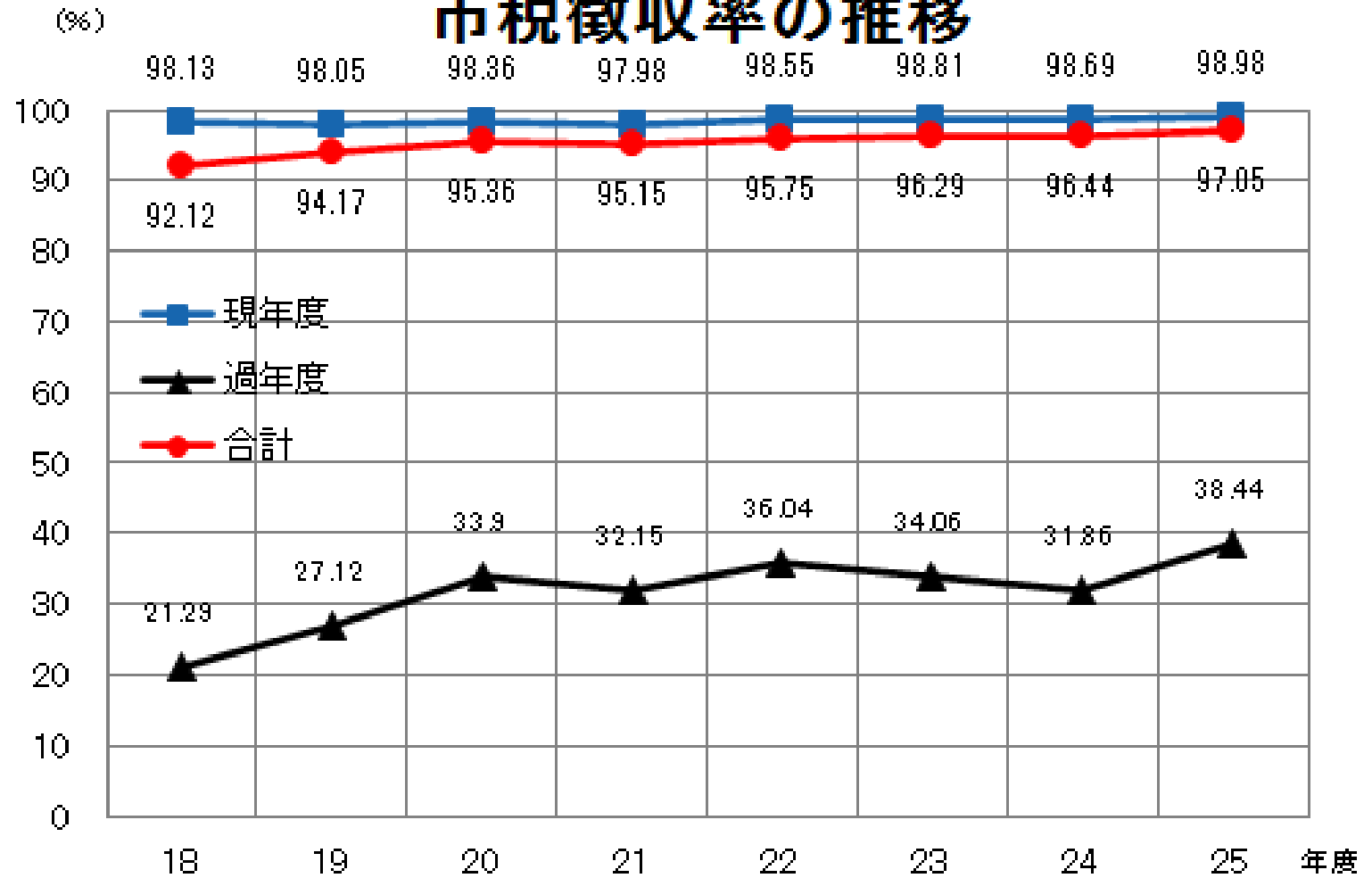
①収納状況



国民健康保険税滞納額の推移



市税徴収率の推移



②滞納及び滞納処分の状況

(単位:千円)

滞納額

年度	19	20	21	22	23	24	25
現年度	94,229	75,487	70,862	65,962	42,820	51,392	46,788
過年度	265,321	223,169	187,093	177,022	153,406	111,208	79,794
計	359,550	298,656	257,955	242,984	196,226	162,600	126,582

不納欠損額

年度	19	20	21	22	23	24	25
金額	41,530	66,735	47,893	24,183	21,374	10,577	14,434

差押

年度	19	20	21	22	23	24	25
件数	382	291	409	392	585	402	307
差押額	36,084	24,064	29,533	25,435	46,401	33,017	21,893
充当金額	20,078	22,277	21,486	21,798	23,471	17,416	14,692

公売

年度	19	20	21	22	23	24	25
件数	1	4 (1)	4	2	3	3	6
充当額	179	4,075 (3,906)	142	33	283	367	622

※()は不動産公売分。「件数」は回数。「充当額」は督促料、延滞金含む。



差押車両等

③徴収方法

◇徴収嘱託員による電話、訪問による催告(現年度のみ、滞納発生初期)

◇職員による夜間一斉電話催告

年税額確定後、7月に実施。現年度、第1期のみ滞納を対象。

納税を促すことはもちろん、滞納者の現状を把握し、納税困難者を早期発見し、納税相談に結びつけることを目的とする。

◇納税相談

市民目線に立った、やさしくていねいな対応に心掛ける。

滞納のある場合は、状況を詳しく聞き取り、滞納解消に向けた方策を親身になって考え、提案相談する。

また、多重債務による納税困難者対策として、「消費者金融・クレジットカード会社の返済でお困りの方、ご相談ください。」との窓口表示をしており、相談のあった方、多重債務を抱えていると思われる方に対してはこちらから話をして、法テラス等の無料法律相談への案内、内容によっては弁護士への引継ぎを行うこととしている。

◇分割納付

分割納付は、完納までの期間を担保無しで1年以内、担保有で2年以内を限度とするが、あくまで、第一目標は年度内完納であり、それを目指す。

一定金額で妥協しない。最低金額を決め、各回少しでも上積みさせるため、できるだけ「〇〇円以上」という決め方をする。納付できない理由として具体的内容でなければ認めない。例えば「借金がある」という場合、借入先、借入額、返済額、終期等まで詳細に聞き取り、必要に応じて調査を行い、裏付をとる。

守らなかった場合に備え、いつでも差押できる準備。守らなければ、即対応。最初は注意を促すが、差押事前通知を発した後、まもなく差押となる。

◇調査

預金、給与、生命保険、普通自動車等

◇差押

対象：債権（預金、給与、生命保険、国税還付金等）、自動車、不動産等

預金差押の場合、やむを得ない事情のある場合にのみ返還は行うが、相手が理由として挙げた事情は納税折衝同様、具体的な話でなければ認めない。事後にせよ、その内容が本当かどうかできるだけ裏付をとり、もし虚偽であった場合、以後の差押の際、返還は認めない。

◇公売

動産：インターネット 不動産：県合同競売会等を利用

◇短期保険証・資格証明書の交付

年度	21	22	23	24	25
滞納世帯数	753	891	925	799	652
短期証交付世帯数	260	477	205	100	49
資格証交付世帯数	215	211	223	200	168
特別事情による短期証 交付世帯数	2	2	2	10	19

◇給与委任払

差押禁止額の縛りが無い。自己管理のできない人などには、かなり有効な手段。本人の同意のもと、こちらから積極的に動いて、委任状を作成してもらう。

◇未申告・国保資格異動手続未了者対策

未申告者は低所得者が多く、申告をすれば、遡って国保税軽減措置適用となる滞納者も多い。また、申告の結果、後年、多額の過年度分賦課が生じる恐れがあり注意を要する。このため、積極的に働きかけ、これらの解消に努めている。

◇研修参加、スキルの強化

市町村アカデミーに毎年参加する等、各種研修に積極参加し、徴収スキルの向上に努めている。

(4)問題点と改善策

◇職員の意識改革の必要性

- ・現状を変えようとする努力…少額分納を無条件に受け入れては駄目。絶えず、状況を聞き取り改善の努力を。
- ・分納履行…「先月は来られなかったんですよ」で、済ませては駄目。定められた期日までに来なかったら、すぐに行動を起こし、何としてもその機会に納めさせようとする気持ちが必要。
- ・滞納処分実施の適切な判断…職員間で若干の温度差がみられる。差し押さえるべき時期が来たら、原則、必ず実施すべき。

◇滞納整理事務の非効率性

個々の滞納者は、以前からの紙の個票とシステム両方で管理している。このため、記録は、その都度、両方に行っている。システムでは一人一人の情報しか見えず、滞納者の管理は紙をめくっている状況。このため、特に、滞納者のスケジュール管理や担当地区内の全体像把握が難しく、何より手間がかかるため、何らかの改善が必要。また、調査等は、できる限り、とりまとめて行う等の工夫をしているが、一方で、各種文書は、各担当がエクセル等で作った個別のファイルを使っている等、改善の余地があると思われる。

◇繁忙による弊害

係長が担当地区を持たざるを得ないため、個別対応に追われ、全体的な進行管理、困難度に応じた対応が十分に行われていない状況。職員の連携、個別協議により対応している場合が多い。

また、徴収困難事例であっても、現地調査、周辺への聞き取りにより、道が開ける場合が多くあるが、その時間が無い。人員増を要望。可能な範囲での事務の簡素化、省力化が望ましい。

◇納期内納付等、滞納整理対象者ではない方の収納業務。

滞納整理の妨げ。平成26年4月に開始したコンビニ収納に期待。

◇差押常習者への対応

年度内完納が危うくなる事態を避けるため、常習者はマークし、通年管理とする。滞納発生と同時に対応。初動対応を迅速に行うべき。また、長期滞納にはならないが、差押でしか収納されず、差押を納付方法の一つとしてしか考えていない滞納者の存在。事務停滞の原因のひとつ。今までの経緯からみて、殆ど納税啓発などは無理。今のところ、対策は見当たらない。

◇時間外勤務の在り方

時間外での現地調査、差押等は必要。

◇出納整理期間中の対応

最も重要な時期であるにもかかわらず、異動直後に当たり、戦力ダウンは否めない。新人職員でも前任職員同様の仕事ができるような工夫。

(5)今後の課題

◇調査の強化

更なる徴収率アップのために

◇進行管理の強化

◇齊一的対応を目指して

◇最適な分業体制へ

困難度、事務の難易度、頻度を考慮し効率的な事務運用を目指す。具体的には、特別収納係との業務分担等。

◇高圧的滞納者への対応と対策

◇封印破棄等想定外の事態への対応方法の研究

◇顧問弁護士を設置

多様化する滞納形態、諸問題への対処として

(6)目標

徴収率の限界値への到達。

どうしても徴収できない部分はある。可能な範囲において、滞納という過去の負の遺産解消を目指し、かつ新たな滞納を作り出さないことを目標としたい。

～終わりに～

今まで述べてきたように、私たちは、全く普通のことを一生懸命やっているだけです。

収納率向上のために最も大切なのは職員のやる気ではないでしょうか。

ご清聴ありがとうございました。