

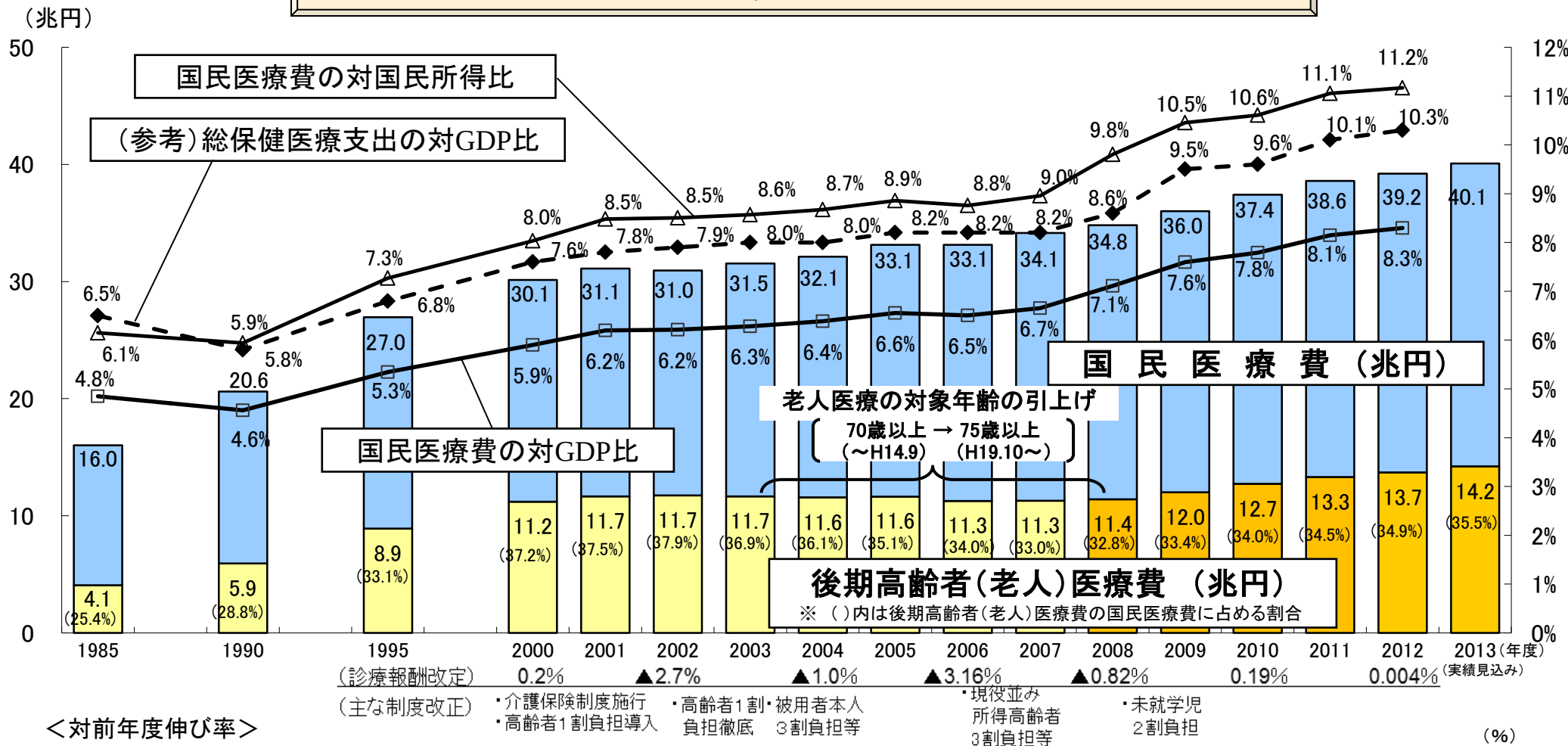
新しい国保制度に向けて



新しい国保制度に向けて

医療費の動向・医療保険制度の現状

医療費の動向



	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)
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
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	3.7
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲1.0	0.6	—
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.3	▲1.4	▲0.2	1.9

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。総保健医療支出はOECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、

国民医療費より範囲が広い。2012年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.3%

注2 2013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。2013年度分は、2012年度の国民医療費に2013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。

医療費の伸び率の要因分解

- 近年の医療費の伸び率を要因分解すると、「高齢化」で1.5%前後の伸び率となっている。
※ 「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

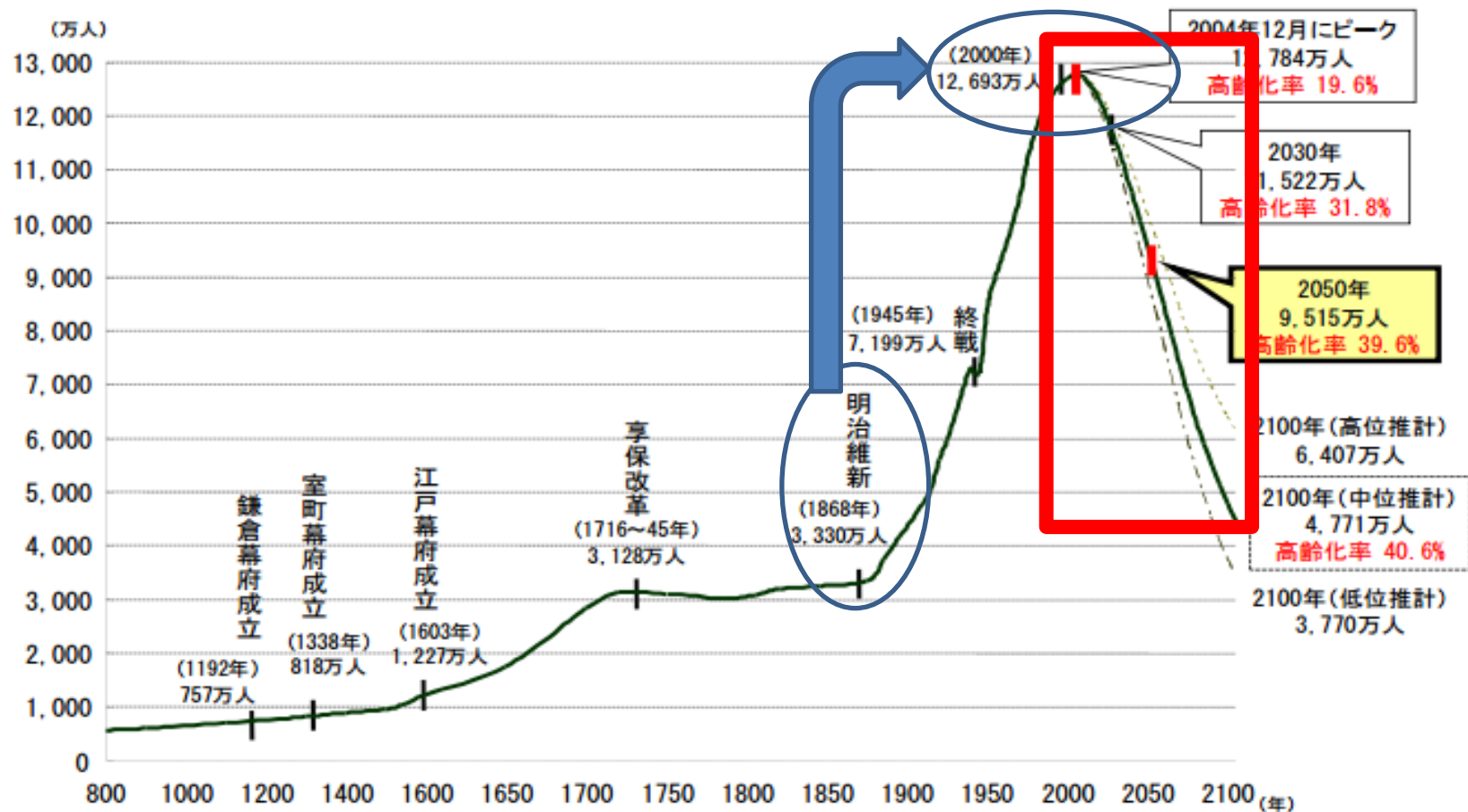
	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%
診療報酬改定 ②		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%	
人口増の影響 ③	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響 ④	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%
制度改正	H15.4 被用者本人 3割負担 等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担 等		H20.4 未就学2割負担					

注1: 医療費の伸び率は、平成24年度までは国民医療費の伸び率、平成25年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

2: 平成25年度の高齢化の影響は、平成24年度の年齢階級別（5歳階級）国民医療費と平成25年度の年齢階級別（5歳階級）人口からの推計である。

【図 I -1】我が国の人口は長期的には急減する局面に

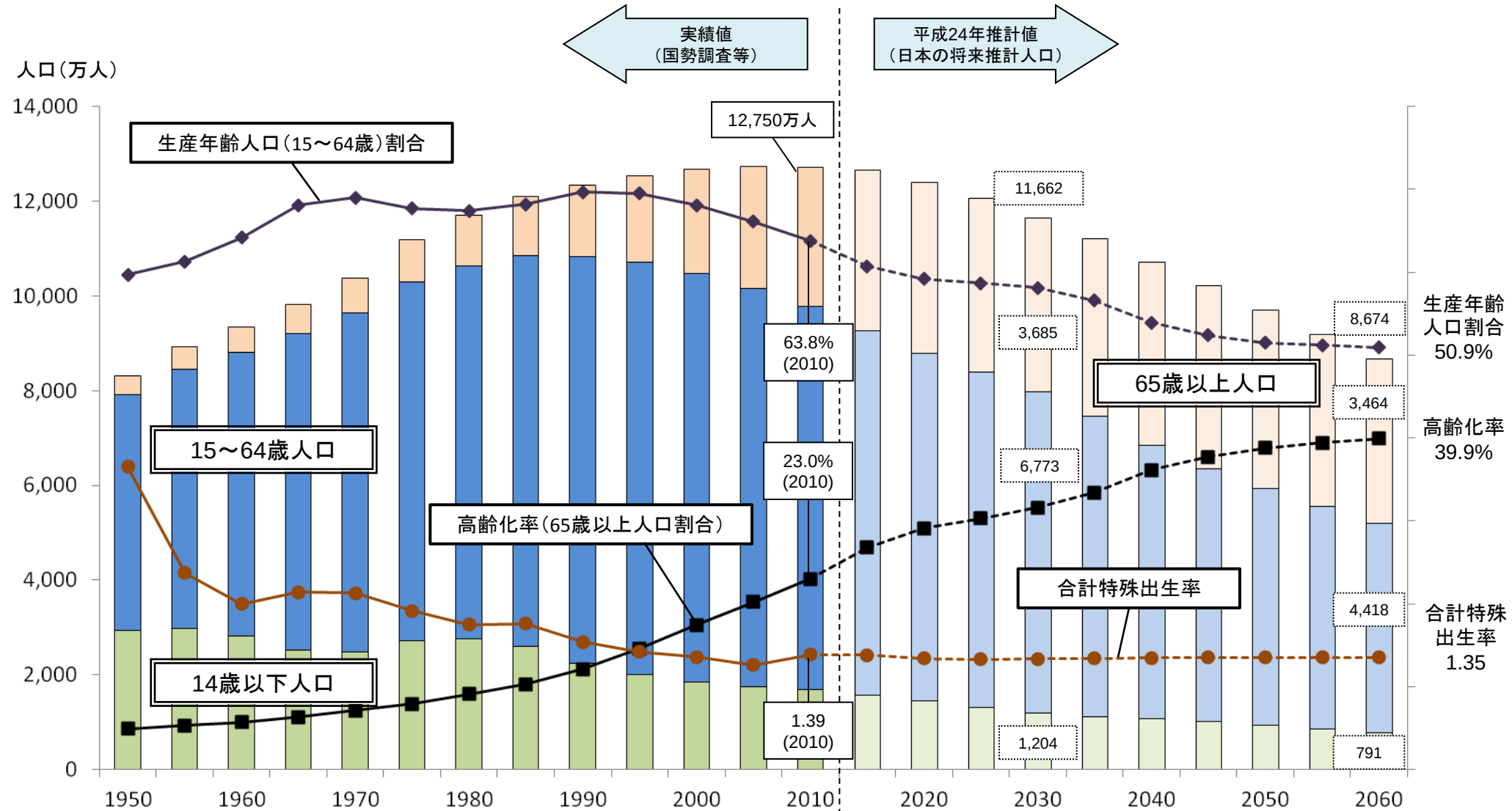
○日本の総人口は、2004年をピークに、今後100年間で100年前（明治時代後半）の水準に戻っていく。この変化は千年単位でみても類を見ない、極めて急激な減少。



（出典）総務省「国勢調査報告」、同「人口推計年報」、同「平成12年及び17年国勢調査結果による補間推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」、国土庁「日本列島における人口分布の長期時系列分析」（1974年）をもとに、国土交通省国土計画局作成

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。

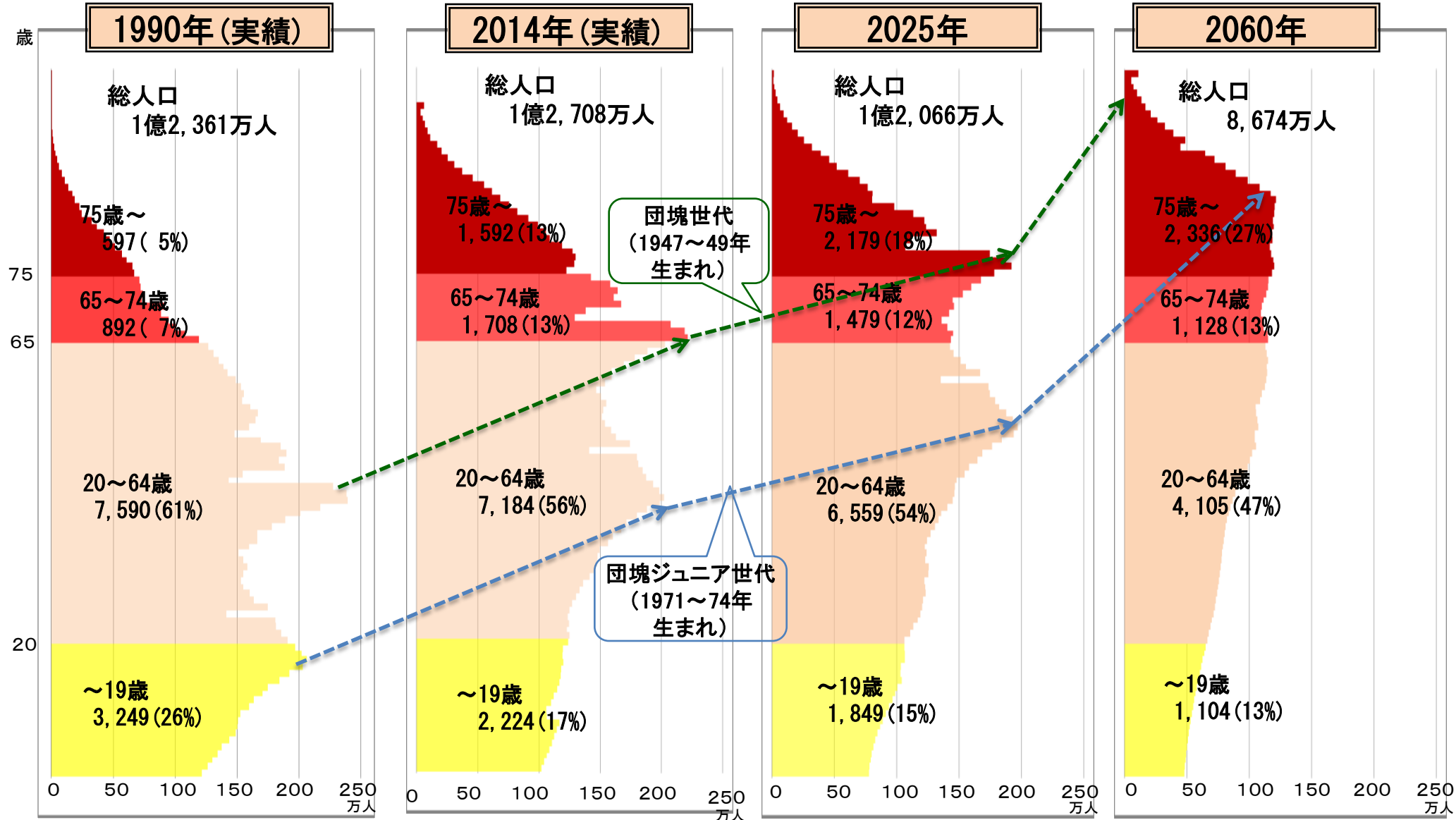


(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」

日本の人口ピラミッドの変化

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。

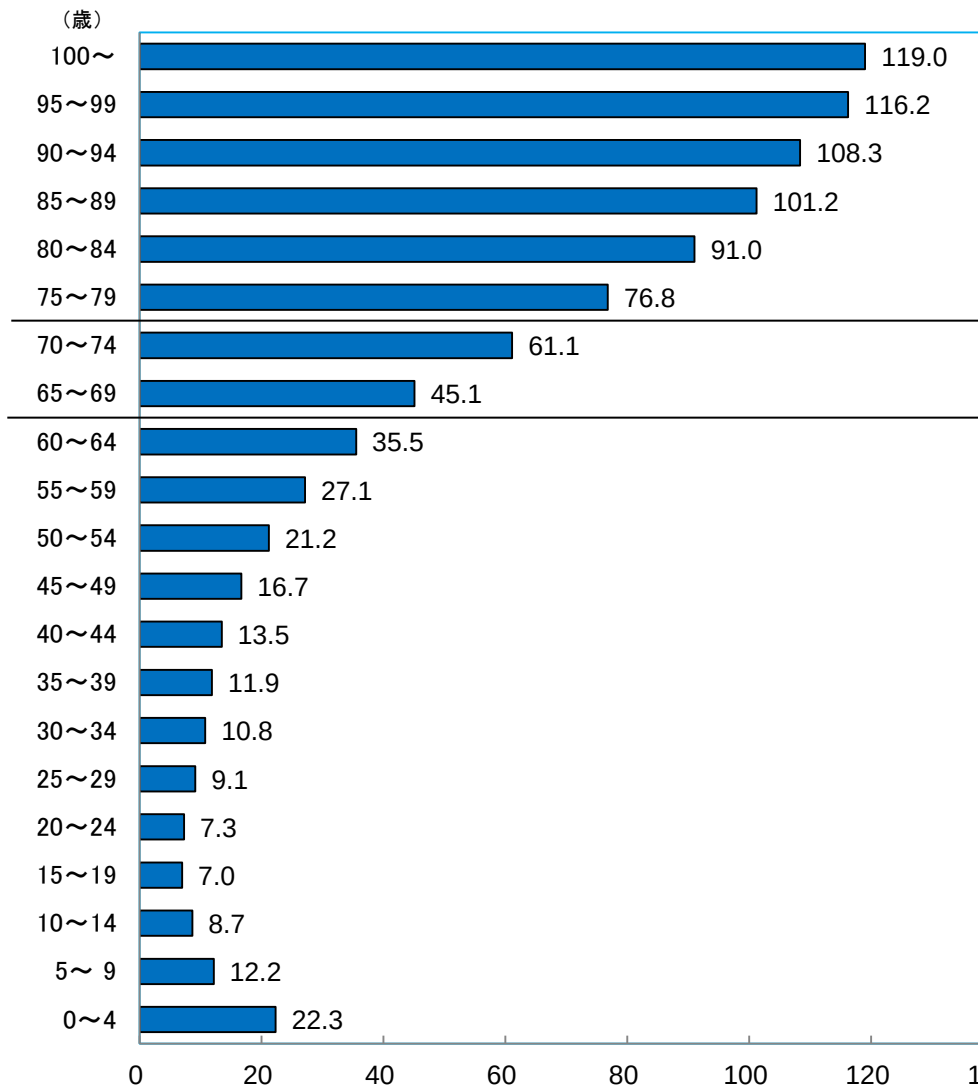
○2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。



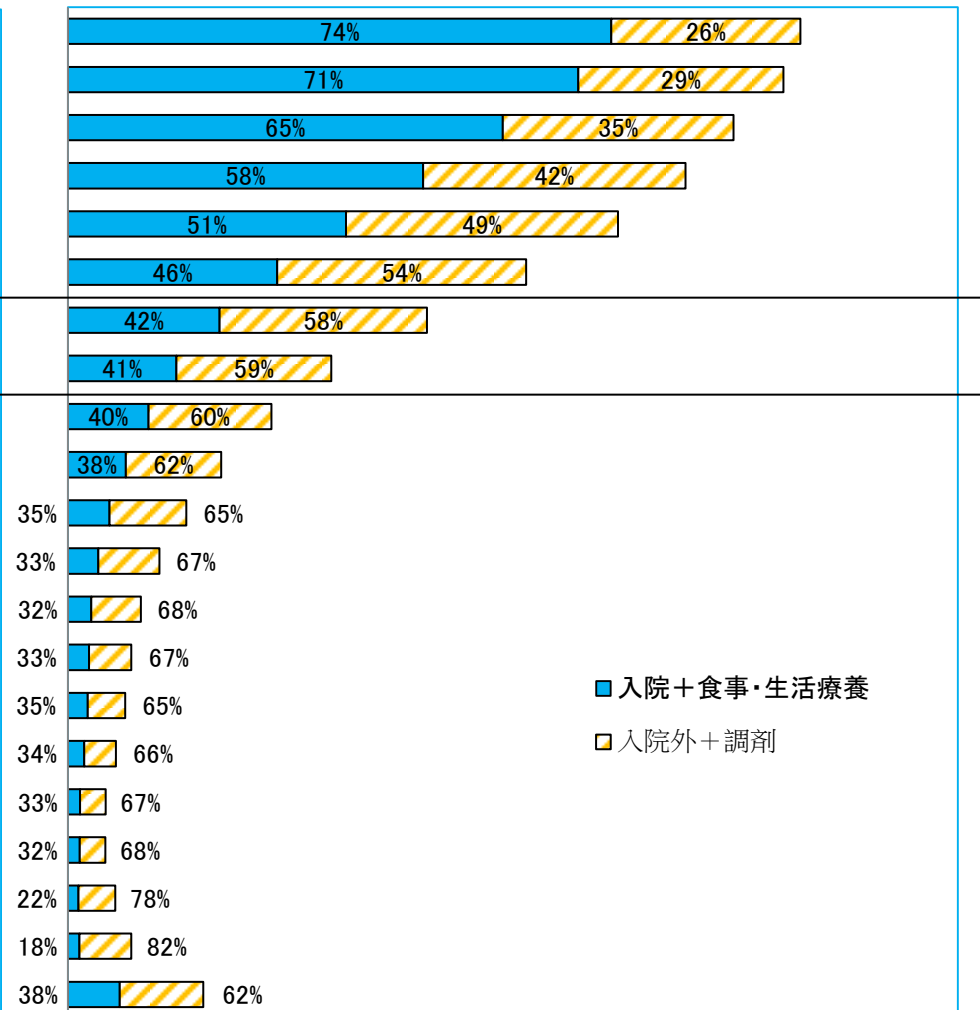
年齢階級別1人当たり医療費(平成24年度)(医療保険制度分)

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

(医療費計)

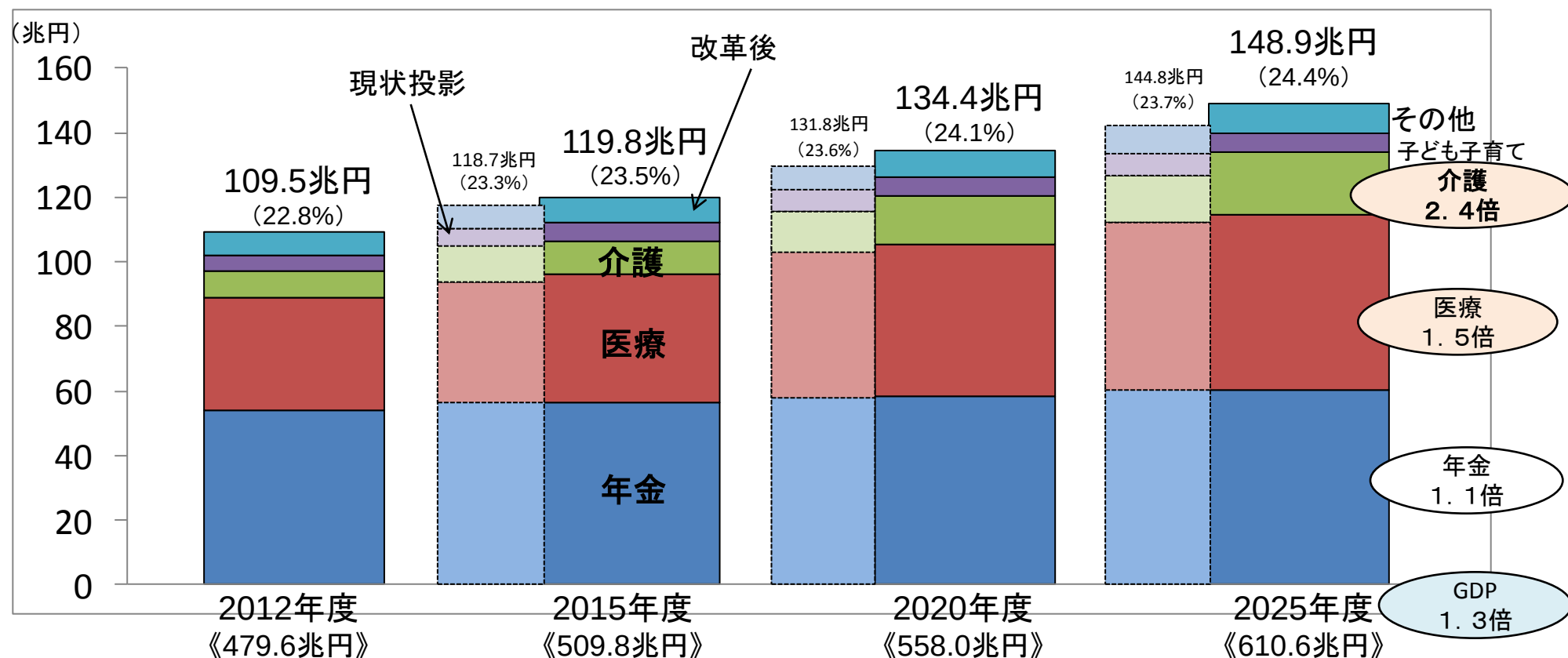


(医科診療費)



■ 入院＋食事・生活療養
■ 入院外＋調剤

- 給付費は、2012年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加
- 2025年度にかけて、医療・介護の給付費が急激に増加



※ 平成24年3月に厚生労働省において作成したもの

注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

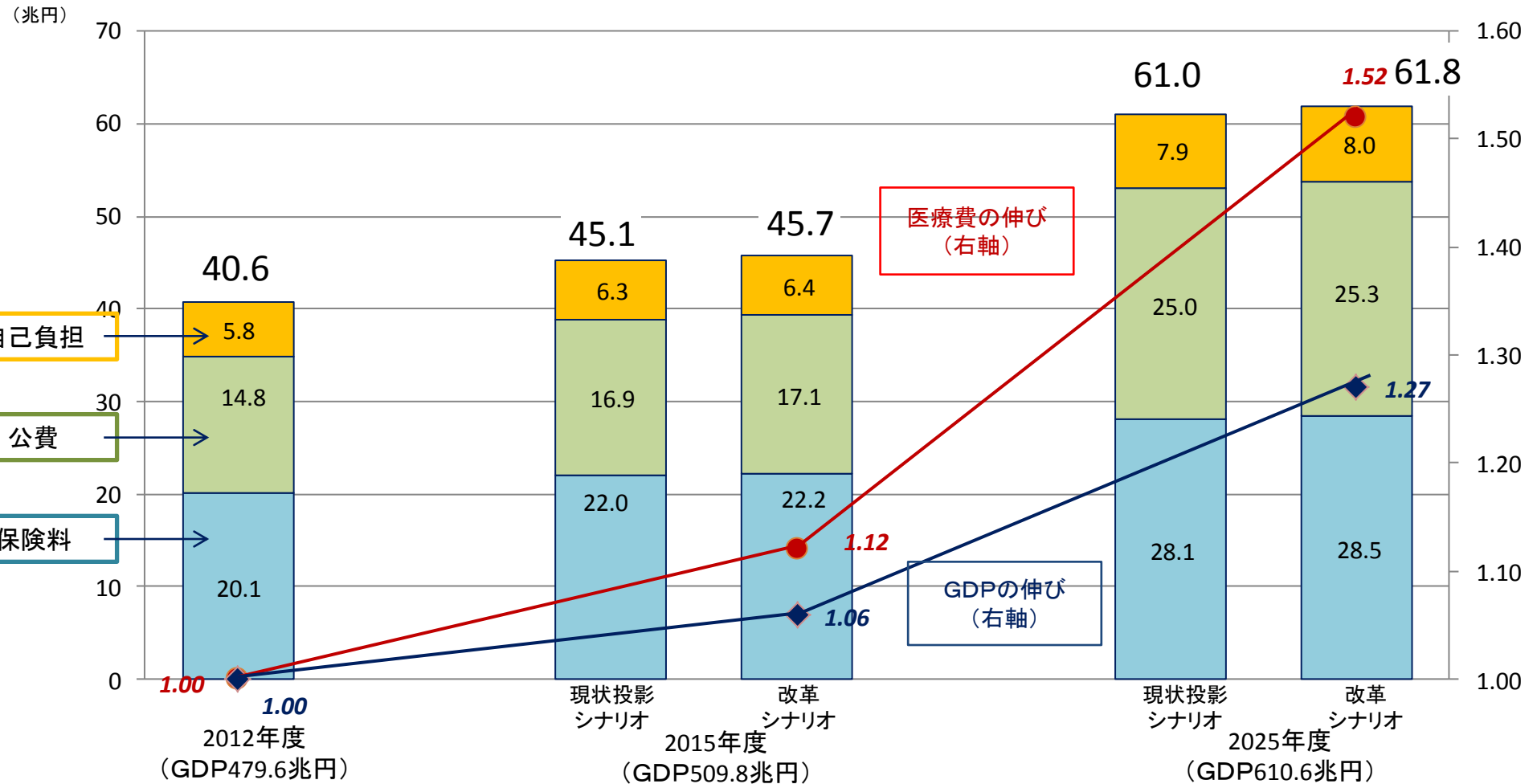
(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

注2: 上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。

注3:()内は対GDP比である。《 》内はGDP額である。

医療費の将来推計

- 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを上回って増大。
これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを上回って増大する見込み。特に公費の増大が著しい。
※医療費の額は、GDPの設定如何によって左右されるので、対GDP比（青線、赤線）を重視するのが適当。



※1 社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）を基に作成。

※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、
「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）

※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）

※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。

【医療保険制度の体系】

後期高齢者医療制度

約15兆円

- ・75歳以上
- ・約1,610万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1630万人)約7兆円(再掲)※3

65歳

国民健康保険
(市町村国保+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、
非正規雇用者等
- ・約3,700万人
- ・保険者数:約1,900

約10兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,500万人
- ・保険者数:1

約5兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,890万人
- ・保険者数:約1,400

共済組合

- ・公務員
- ・約880万人
- ・保険者数:85

健保組合・共済等 約4兆円

※1 加入者数・保険者数、金額は、平成27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120万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1630万人)の内訳は、国保約1310万人、協会けんぽ約210万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

各保険者の比較

	市町村国保	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25年3月末)	1, 7 1 7	1	1, 4 3 1	8 5	4 7
加入者数 (平成25年3月末)	3, 4 6 6 万人 (2, 025万世帯)	3, 5 1 0 万人 被保険者1, 987万人 被扶養者1, 523万人	2, 9 3 5 万人 被保険者1, 554万人 被扶養者1, 382万人	9 0 0 万人 被保険者450万人 被扶養者450万人	1, 5 1 7 万人
加入者平均年齢 (平成24年度)	5 0. 4 歳	3 6. 4 歳	3 4. 3 歳	3 3. 3 歳	8 2. 0 歳
65～74歳の割合 (平成24年度)	3 2. 5 %	5. 0 %	2. 6 %	1. 4 %	2. 6 % (※1)
加入者一人当たり医療費 (平成24年度)	3 1. 6 万円	1 6. 1 万円	1 4. 4 万円	1 4. 8 万円	9 1. 9 万円
加入者一人当たり 平均所得 (※2) (平成24年度)	8 3 万円 一世帯当たり 1 4 2 万円	1 3 7 万円 一世帯当たり (※3) 2 4 2 万円	2 0 0 万円 一世帯当たり (※3) 3 7 6 万円	2 3 0 万円 一世帯当たり (※3) 4 6 0 万円	8 0 万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成24年度) (※4) ＜事業主負担込＞	8. 3 万円 一世帯当たり 1 4. 2 万円	1 0. 5 万円 <20. 9万円> 被保険者一人当たり 18. 4万円 <36. 8万円>	1 0. 6 万円 <23. 4万円> 被保険者一人当たり 19. 9万円 <43. 9万円>	1 2. 6 万円<25. 3万円> 被保険者一人当たり 25. 3万円 <50. 6万円>	6. 7 万円
保険料負担率 (※5)	9. 9 %	7. 6 %	5. 3 %	5. 5 %	8. 4 %
公費負担	給付費等の5 0 %	給付費等の1 6. 4 %	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への 補助 (※7)	なし	給付費等の約5 0 %
公費負担額 (※6) (平成26年度予算 ^{ペー} ス)	3 兆 5, 0 0 6 億円	1 兆 2, 4 0 5 億円	2 7 4 億円		6 兆 8, 2 2 9 億円

(※1) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※2) 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「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したもの。(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。)

(※3) 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。

(※4) 被保険者一人当たりの金額を表す。

(※5) 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。

(※6) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

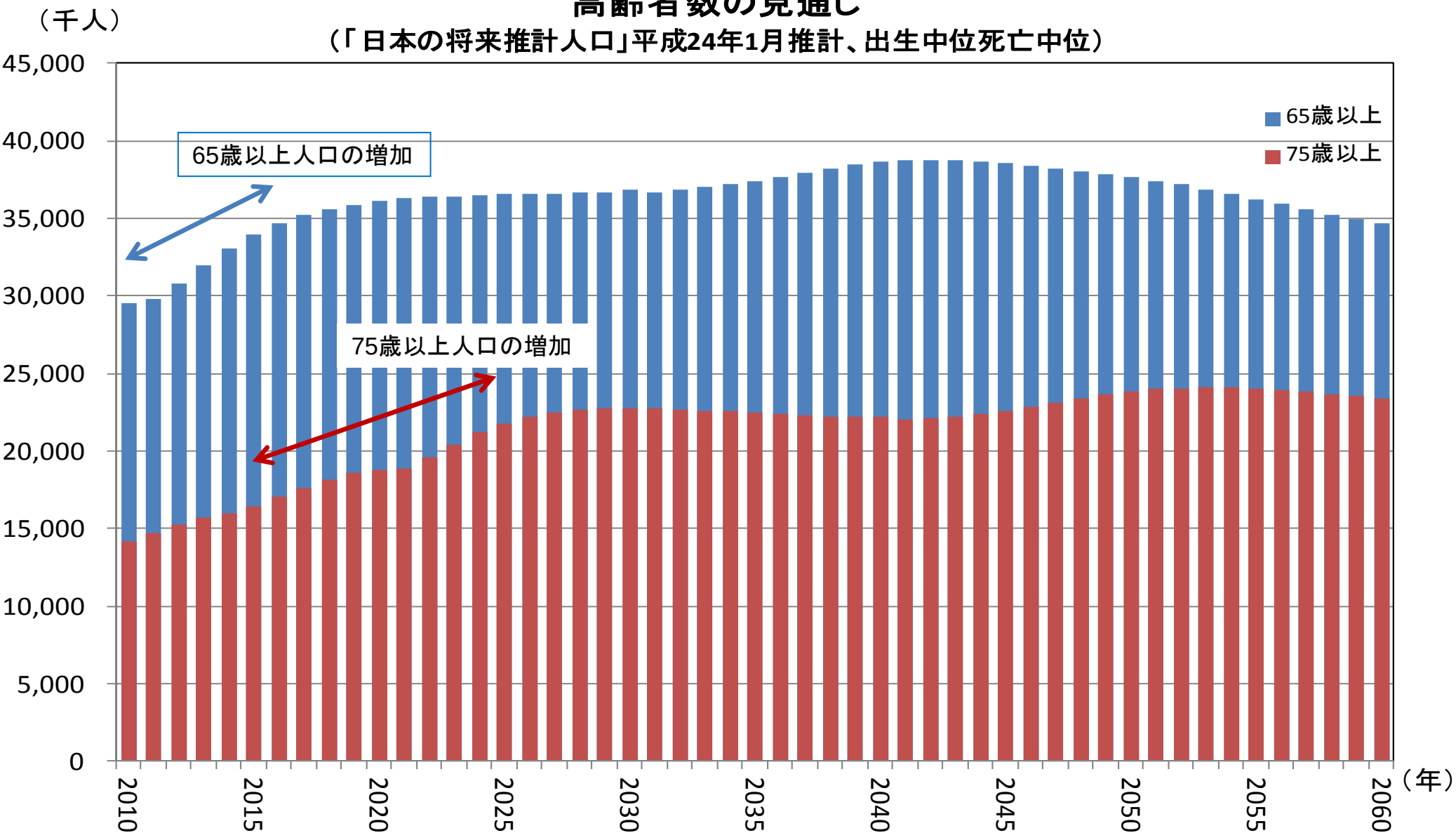
(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(※7) 共済組合も補助対象となるが、平成23年度以降実績なし。

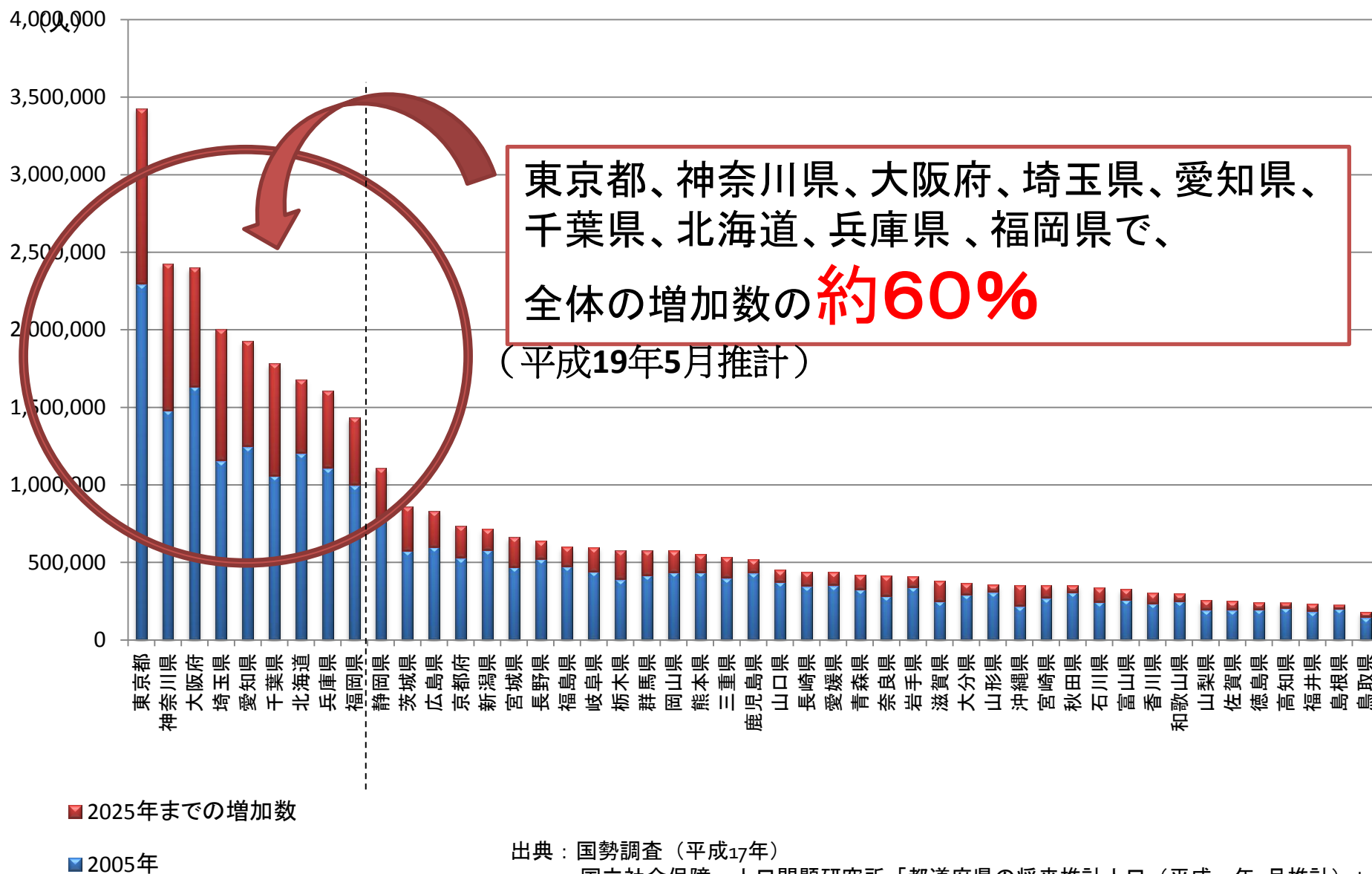
(参考:65歳以上人口、75歳以上人口の推移)

高齢者数の見通し

(「日本の将来推計人口」平成24年1月推計、出生中位死亡中位)



都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)

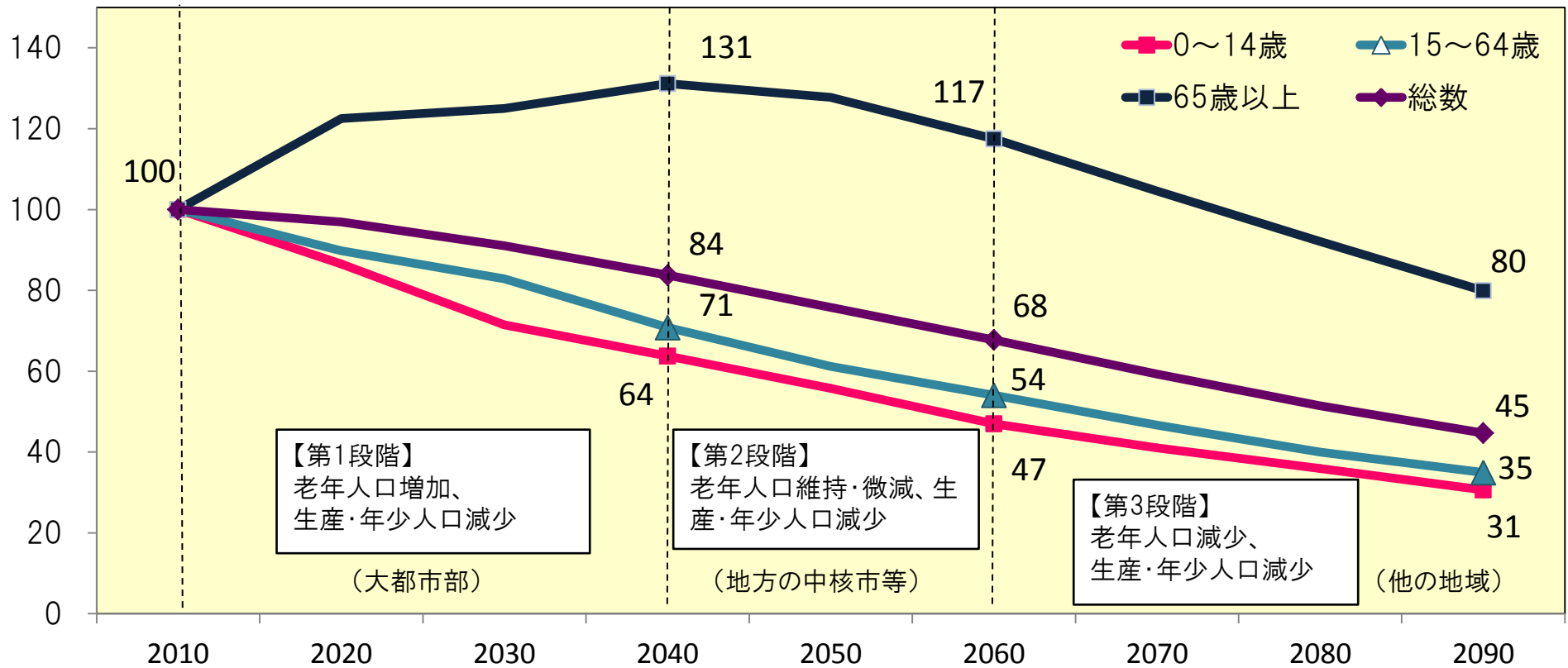


出典：国勢調査（平成17年）

国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

＜図2＞将来人口動向：「3つの減少段階」

我が国の人口動向は、大きく「3つの減少段階」を経て、人口減少に至る。

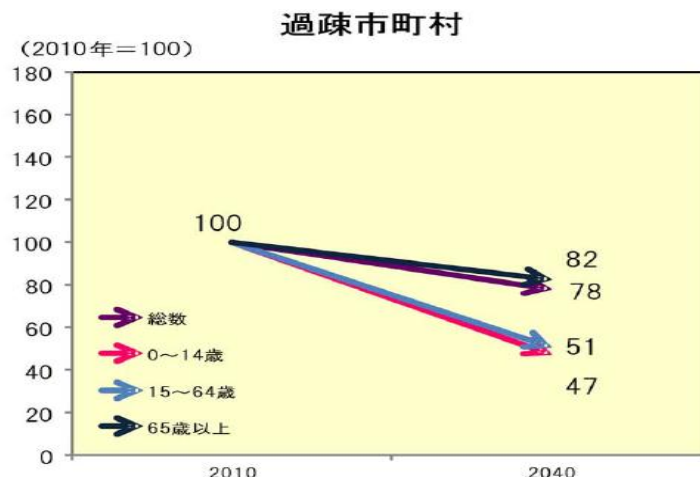
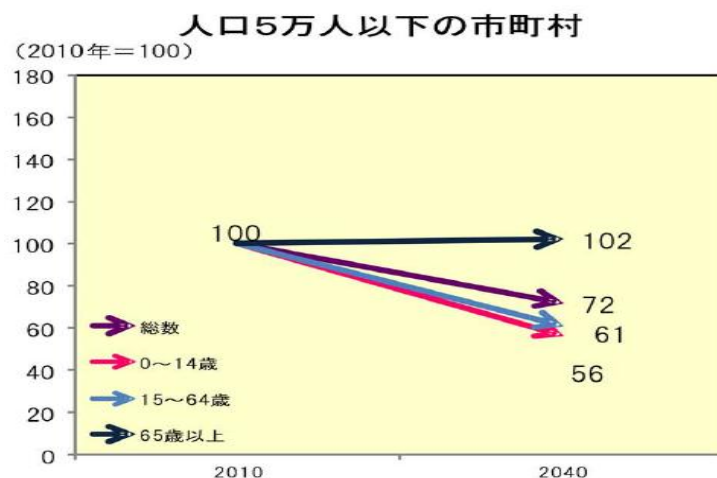
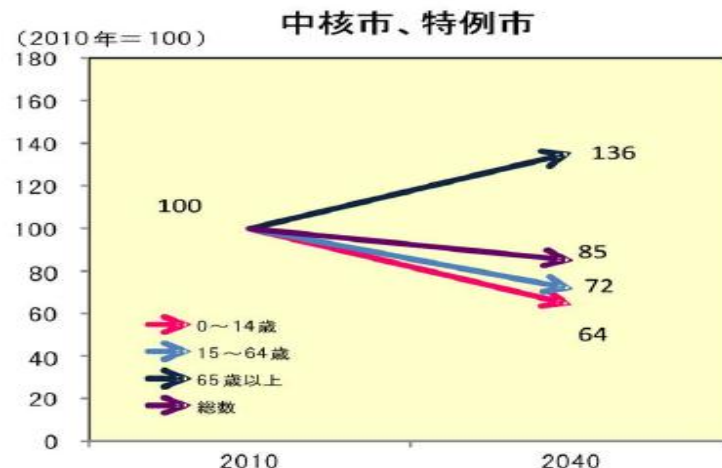
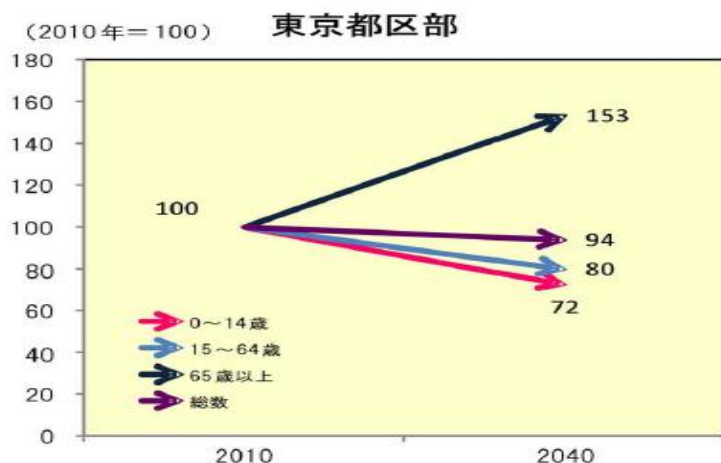


(備考)

1. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」より作成。
2. 2010年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

地域によって異なる将来人口動向

- 地域によって将来人口動向の『減少段階』は大きく異なっている。
- 東京都区部や中核市などの都市部は『第1段階』にあるのに対し、人口5万人以下の地方都市は『第2段階』、うち過疎地域は『第3段階』に突入している。



(備考) 1. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」より作成。
2. カテゴリーごとに総計を求め、2010年の人口を100とし、2040年の人口を指数化した。

新しい国保制度に向けて

医療保険制度改革と国保の現状

市町村国保の概要

- 市町村国保とは、他の医療保険に加入していない住民を被保険者とする、国民皆保険制度の基礎である。(1,717保険者)
- 被保険者数: 約3,400万人
 - ・ 昭和30年代は農林水産業者、自営業者が中心 → 現在は非正規労働者や年金生活者等の無職者が7割を占める。
 - ・ 平均年齢: 50.9歳(平成25年9月末)
- 保険料: 全国平均で、一人当たり年額8.5万円(平成25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27年度予算ベース)

財源構成

医療給付費 … 総額で約11.5兆円

- うち、約3.5兆円は、被用者保険からの交付金
(65歳～74歳の医療費について、被用者保険も含め、保険者間で財政調整)
- 残りの約8兆円について、
 - ・ 公費50%、保険料50%を原則としつつ、
 - ・ 更に、低所得者の保険料軽減措置への財政支援等として、約8,900億円の公費を追加投入(→ 結果、公費は約60%)

(参考)

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

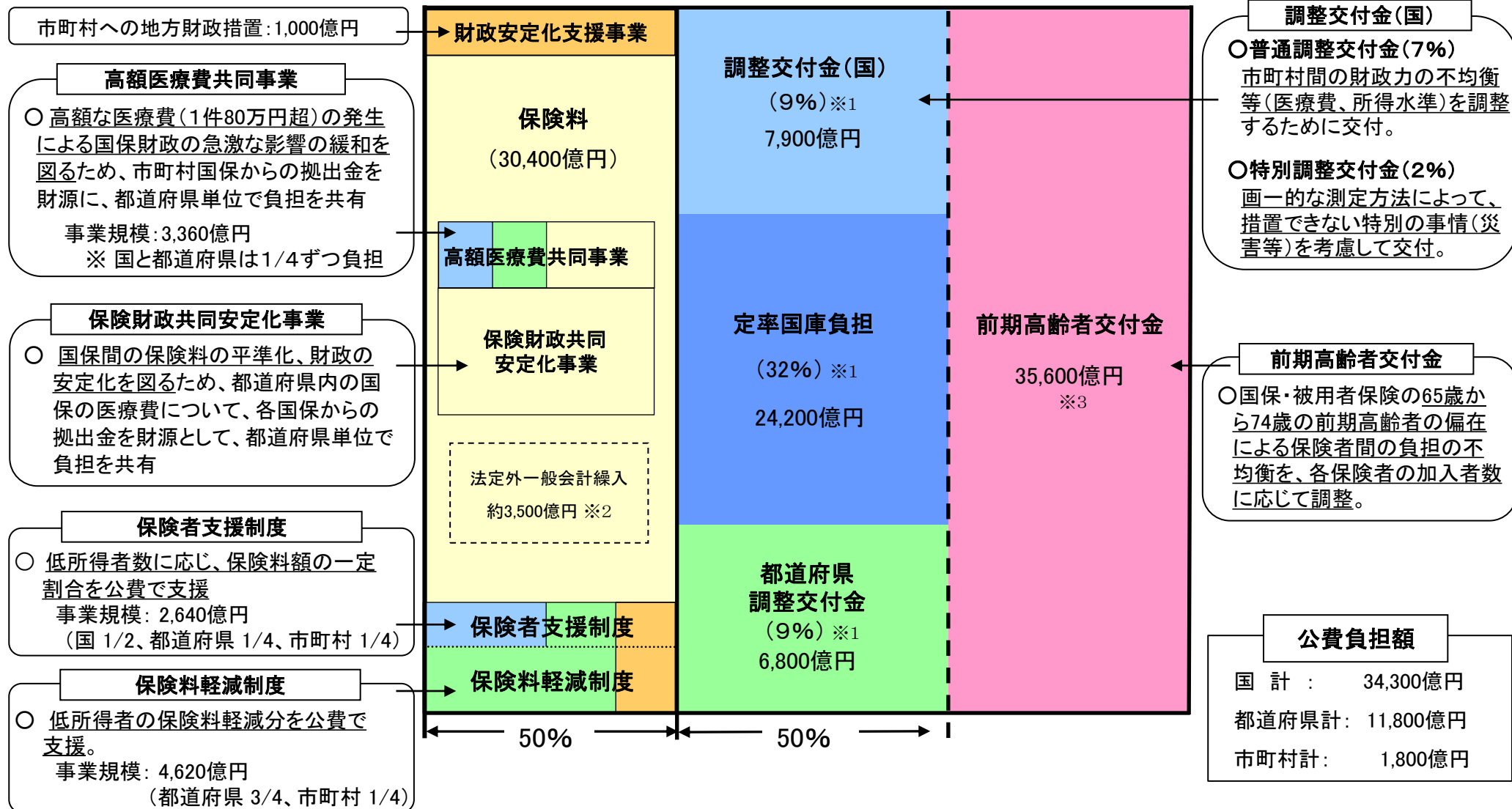
医療給付費等総額: 約11兆5,000億円

財政安定化支援事業 1,000億円	国調整交付金 (9%) 7,900億円	前期高齢者交付金 3兆5,600億円
保険料 3兆400億円 (うち 法定外一般会計繰入 3,500億円)	定率国庫負担 (32%) 2兆4,200億円	
財政基盤強化策 4,300億円	都道府県 調整交付金 (約9%) 6,800億円	
保険料軽減制度 4,600億円		
保険料50%		公費50%

国保財政の現状

(平成27年度予算ベース)

医療給付費等総額： 約115,000億円



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

※2 平成25年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

市町村国保が抱える構造的な課題

- 市町村国保は我が国の国民皆保険の基盤となる仕組み。
- 人口構成の変化や産業構造の変化など、多くの課題を抱えている。

1. 年齢構成

- ① 年齢構成が高い。このため、医療費水準が高い

2. 財政基盤

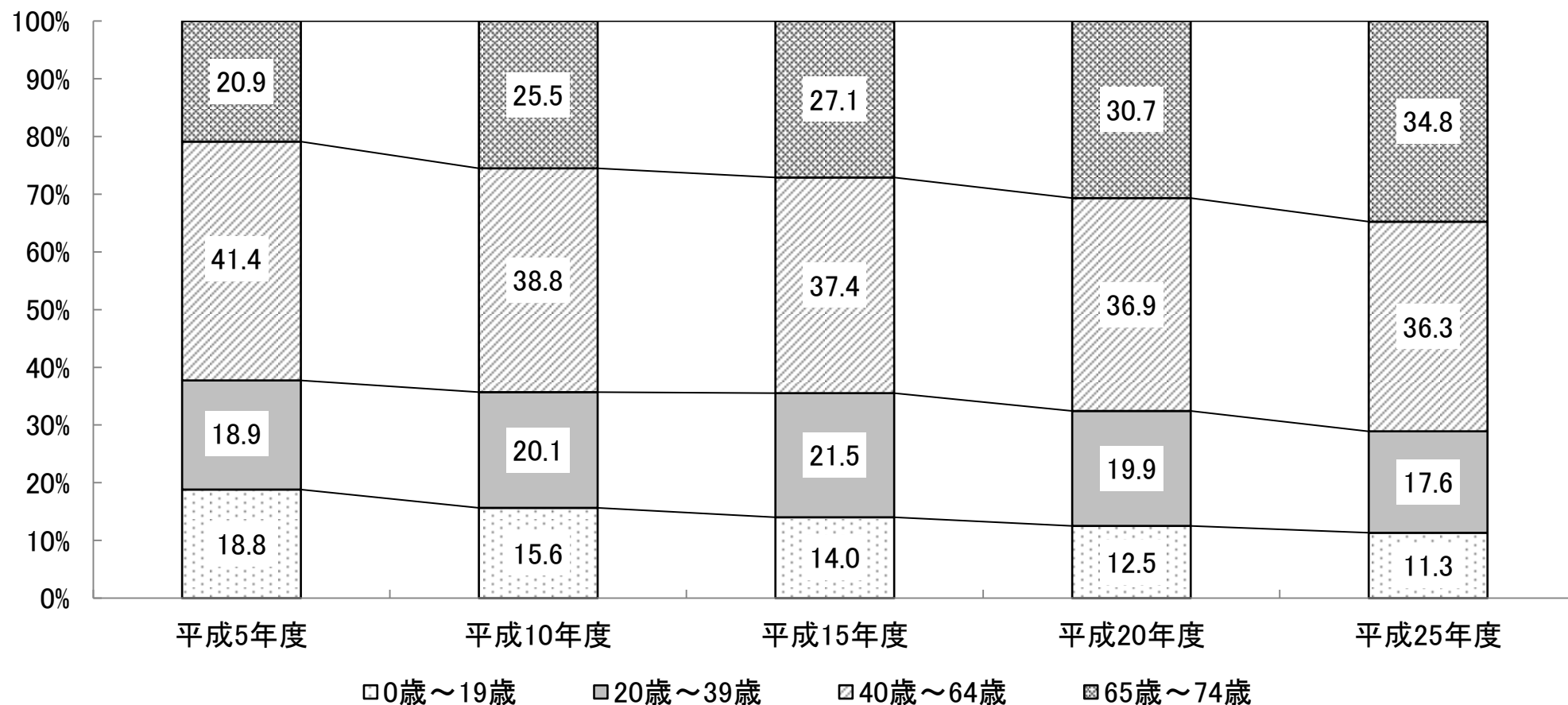
- ① 所得水準が低い
- ② 保険料負担が重い
- ③ 保険料(税)の収納率低下
- ④ 一般会計繰入・繰上充用

3. 財政の安定性・市町村格差

- ① 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
- ② 市町村間の格差

市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成の推移

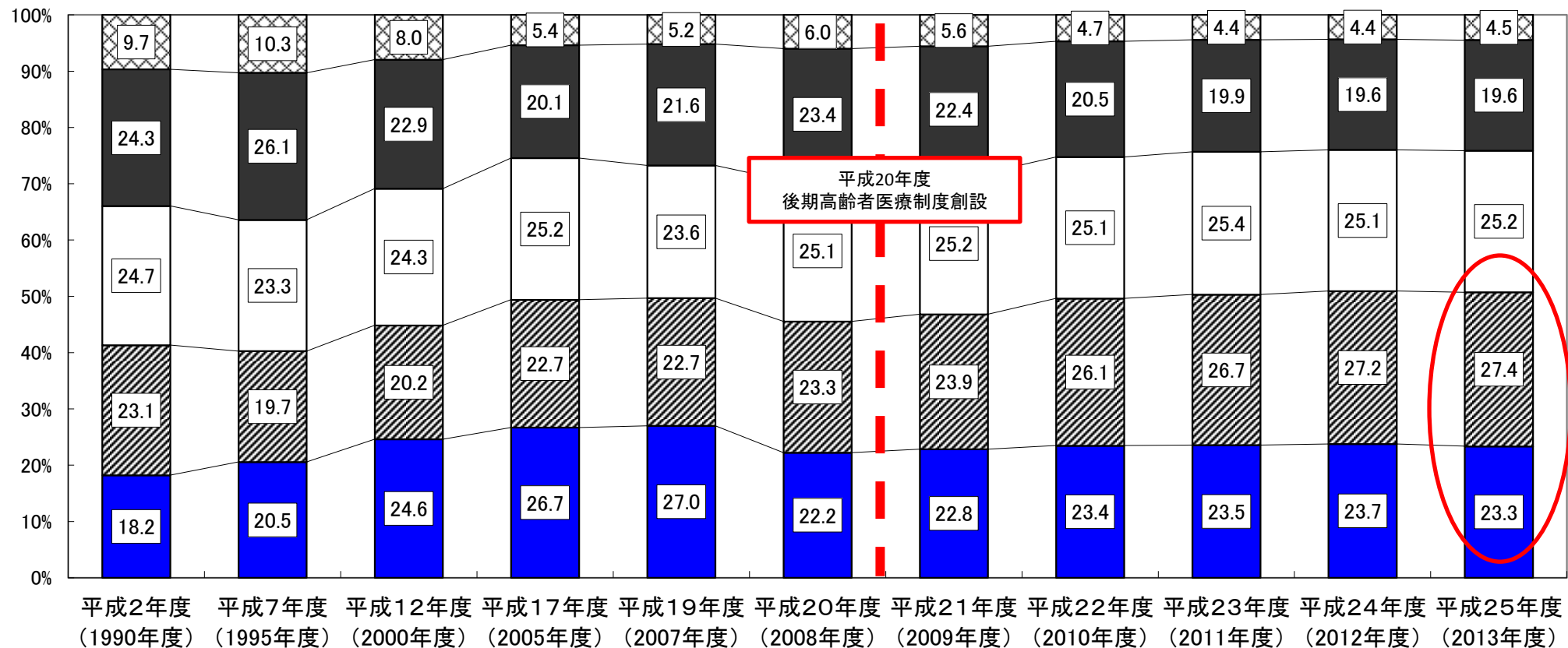
被保険者数全体に占める、65歳から74歳までの割合が次第に増加し、平成25年度には34.8%となっている。



（出所）厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

世帯の所得階層別割合の推移（市町村国保）

低所得世帯の割合が次第に増加している。



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

※「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。

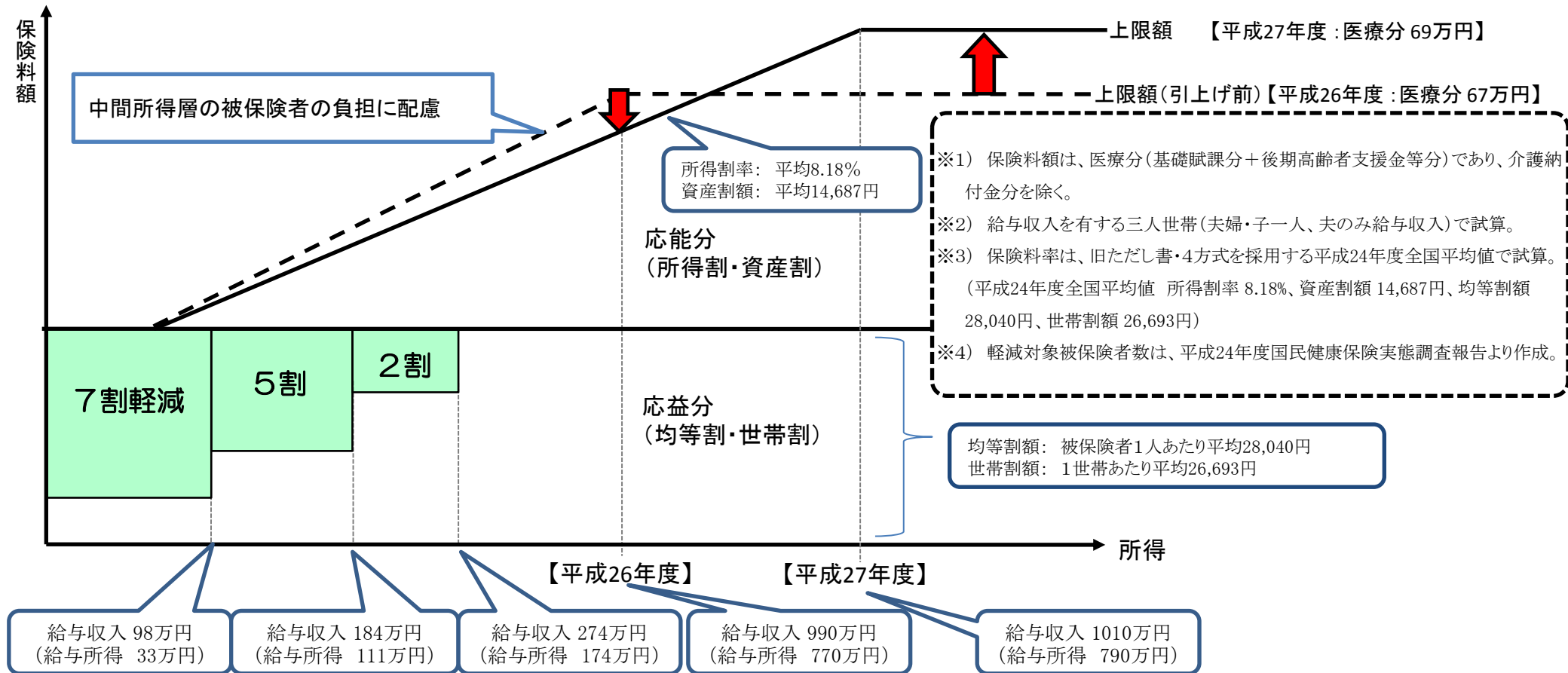
(注2) 擬制世帯、所得不詳は除いて集計している。

(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。

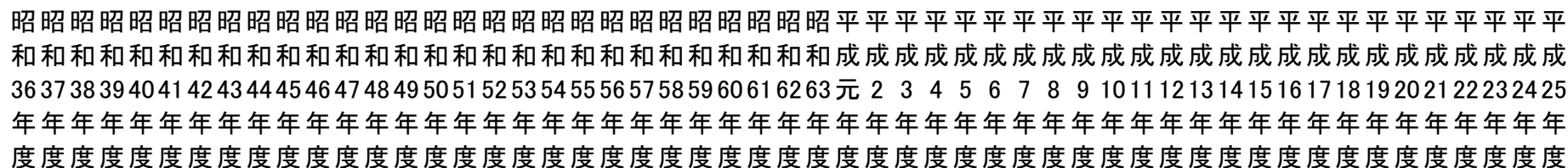
(注4) ここでいう所得とは「旧ただし書き方式」により算定された所得総額(基礎控除前)である。

市町村国保の保険料負担

- 市町村国保は、各市町村において保険料が賦課されている。
- 国は上限を設定するとともに、保険料軽減への財政支援を行うなど低所得者対策を充実してきている。



市町村国保の収納率は全体的に悪化傾向であったが、近年緩やかに上昇。平成25年度の保険料(税)の収納率は、90.42%に上昇し、6年ぶりに90%を回復した。



(注3) 平成25年度は速報値である。

市町村国保の都道府県別収納率（現年度分）

- 平成25年度の収納率を都道府県別に見ると、島根県(94.95%)が最も高く、東京都(86.20%)が最も低い。
○平成25年度においては、46都道府県の収納率が上昇した。

		平成24年度		平成25年度		対前年度 増減	
			順位		順位		順位
		%	位	%	位	%	位
1	北海道	91.33	22	91.94	22	0.61	14
2	青森県	88.69	42	88.84	42	0.15	44
3	岩手県	92.03	15	92.34	17	0.31	32
4	宮城県	89.87	39	90.19	40	0.32	31
5	秋田県	91.46	21	91.72	25	0.26	38
6	山形県	92.47	10	92.71	12	0.24	40
7	福島県	90.39	34	90.38	38	▲ 0.01	47
8	茨城県	88.73	41	89.44	41	0.71	6
9	栃木県	87.88	44	88.38	46	0.50	24
10	群馬県	90.20	35	90.78	35	0.58	17
11	埼玉県	88.16	43	88.84	43	0.67	7
12	千葉県	87.79	45	88.45	44	0.67	8
13	東京都	85.63	47	86.20	47	0.57	18
14	神奈川県	89.47	40	90.65	36	1.18	1
15	新潟県	93.03	6	93.32	8	0.30	34
16	富山県	94.09	2	94.49	2	0.40	29
17	石川県	91.29	23	92.04	19	0.75	4
18	福井県	91.28	24	91.93	23	0.64	11
19	山梨県	89.89	38	91.00	32	1.11	2
20	長野県	93.27	3	93.69	5	0.42	27
21	岐阜県	92.10	13	92.39	16	0.29	36
22	静岡県	90.02	37	90.65	37	0.63	13
23	愛知県	92.30	12	92.96	9	0.66	9
24	三重県	90.71	30	91.01	31	0.30	33
25	滋賀県	93.00	7	93.73	4	0.74	5

	平成24年度		平成25年度		対前年度 増減	
		順位		順位		順位
	%	位	%	位	%	位
26 京 都 府	93.05	5	93.52	6	0.47	21
27 大 阪 府	87.76	46	88.41	45	0.65	20
28 兵 庫 県	91.05	26	91.55	26	0.50	25
29 奈 良 県	92.05	14	92.55	14	0.50	11
30 和 歌 山 県	91.67	20	91.97	20	0.30	47
31 鳥 取 県	91.25	25	91.81	24	0.56	3
32 島 根 県	94.76	1	94.95	1	0.19	35
33 岡 山 県	90.50	32	91.01	30	0.51	26
34 広 島 県	90.12	36	90.21	39	0.09	42
35 山 口 県	91.69	19	91.95	21	0.26	29
36 徳 島 県	90.80	29	91.21	29	0.41	24
37 香 川 県	91.93	18	92.11	18	0.18	44
38 愛 媛 県	92.81	8	92.91	10	0.10	39
39 高 知 県	91.97	16	92.51	15	0.55	43
40 福 岡 県	90.86	27	91.23	28	0.37	38
41 佐 賀 県	93.15	4	93.74	3	0.59	30
42 長 崎 県	92.46	11	92.72	11	0.26	33
43 熊 本 県	90.63	31	90.83	34	0.21	40
44 大 分 県	91.95	17	92.58	13	0.63	7
45 宮 崎 県	90.86	28	91.45	27	0.59	46
46 鹿 児 島 県	90.43	33	90.85	33	0.42	41
47 沖 縄 県	92.68	9	93.49	7	0.81	12
全 国	89.86	—	90.42	—	0.55	—

(出所) 国民健康保険事業年報

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

(出所) 国民健康保険事業年報

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

保険料収納対策等の実施状況　～一定以上の保険者規模と広域的な支援が必要～

1. 収納対策

(1) 収納対策に関する要綱の策定状況

	平成26年9月1日現在	
	保険者数	割合
要綱(緊急プラン、収納マニュアル等)の策定保険者	858	50%

(2) 収納体制の強化

	平成26年9月1日現在	
	保険者数	割合
①税の専門家の配置(嘱託等含む)	339	19.7%
②収納対策研修の実施	917	53.4%
③連合会に設置した収納率向上対策アドバイザーの活用	122	7.1%

(3) 徴収方法改善等の実施状況

	平成26年9月1日現在	
	保険者数	割合
①口座振替の原則化	167	9.7%
②マルチペイメントネットワークシステムを利用した口座振替の推進	124	7.2%
③多重債務相談の実施	650	37.9%

(4) 滞納処分の実施状況

	平成26年9月1日現在	
①滞納処分件数	差押数(件数)	260,174(平成25年度実績)
	差押金額(億円)	935.9(平成25年度実績)
	保険者数	割合
②財産調査の実施	1,614	94.0%
③差押えの実施	1,586	92.4%
④搜索の実施	793	46.2%
⑤インターネット公売の活用	716	41.7%

2. 国民年金被保険者情報の活用状況

	平成26年9月1日現在	
	保険者数	割合
①日本年金機構との覚書の締結状況	1,011	58.9%
②職権喪失の実施状況(2月の通知に基づき職権喪失を実施)	472	27.5%

3. 医療費適正化対策の実施状況

	平成25年度	
柔道整復療養費についての患者調査の実施	525	30.6%

		(億円)					
	科 目	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
単年度収入	保 険 料 (税)	30,621	30,495	29,861	30,411	30,634	31,078
	国 庫 支 出 金	30,943	32,280	33,196	34,353	32,757	32,989
	療養給付費交付金	8,810	5,859	6,028	7,174	7,755	7,319
	前期高齢者交付金	24,365	26,690	27,142	29,569	32,189	33,474
	都道府県支出金	7,985	8,269	8,720	8,956	10,570	10,651
	一般会計繰入金 (法定分)	3,995	4,046	4,332	4,282	4,230	4,224
	一般会計繰入金 (法定外)	3,671	3,601	3,979	3,903	3,882	3,895
	共同事業交付金	13,858	14,247	14,384	14,767	15,331	15,453
	直診勘定繰入金	2	1	1	2	1	1
	そ の 他	339	507	375	416	414	437
	合 計	124,589	125,993	128,019	133,832	137,762	139,521
単年度支出	総 務 費	2,002	1,939	2,047	1,891	1,835	1,826
	保 険 給 付 費	83,382	85,550	88,291	90,820	92,149	93,025
	後期高齢者支援金	14,256	15,776	14,518	15,915	17,442	18,206
	前期高齢者納付金	19	45	25	47	19	19
	老人保健拠出金	3,331	778	199	7	3	1
	介 護 納 付 金	6,114	5,900	6,271	6,887	7,407	7,790
	保 健 事 業 費	840	897	924	968	1,018	1,041
	共同事業拠出金	13,843	14,231	14,355	14,752	15,317	15,436
	直診勘定繰出金	42	50	49	47	46	48
	そ の 他	667	760	1,046	1,477	1,954	1,923
	合 計	124,496	125,927	127,726	132,812	137,188	139,315
単年度収支差引額 (経常収支)		93	66	293	1,020	574	206
国庫支出金精算額		109	▲163	▲611	▲534	▲94	199
精算後単年度収支差引額 (A)		202	▲97	▲318	487	480	405
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)		2,585	3,153	3,583	3,509	3,534	3,544
実質的な単年度収支差 (A) - (B)		▲2,383	▲3,250	▲3,901	▲3,022	▲3,053	▲3,139
前年度繰上充用金 (支出)		1,714	1,833	1,810	1,527	1,190	984

(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業実施状況報告書

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

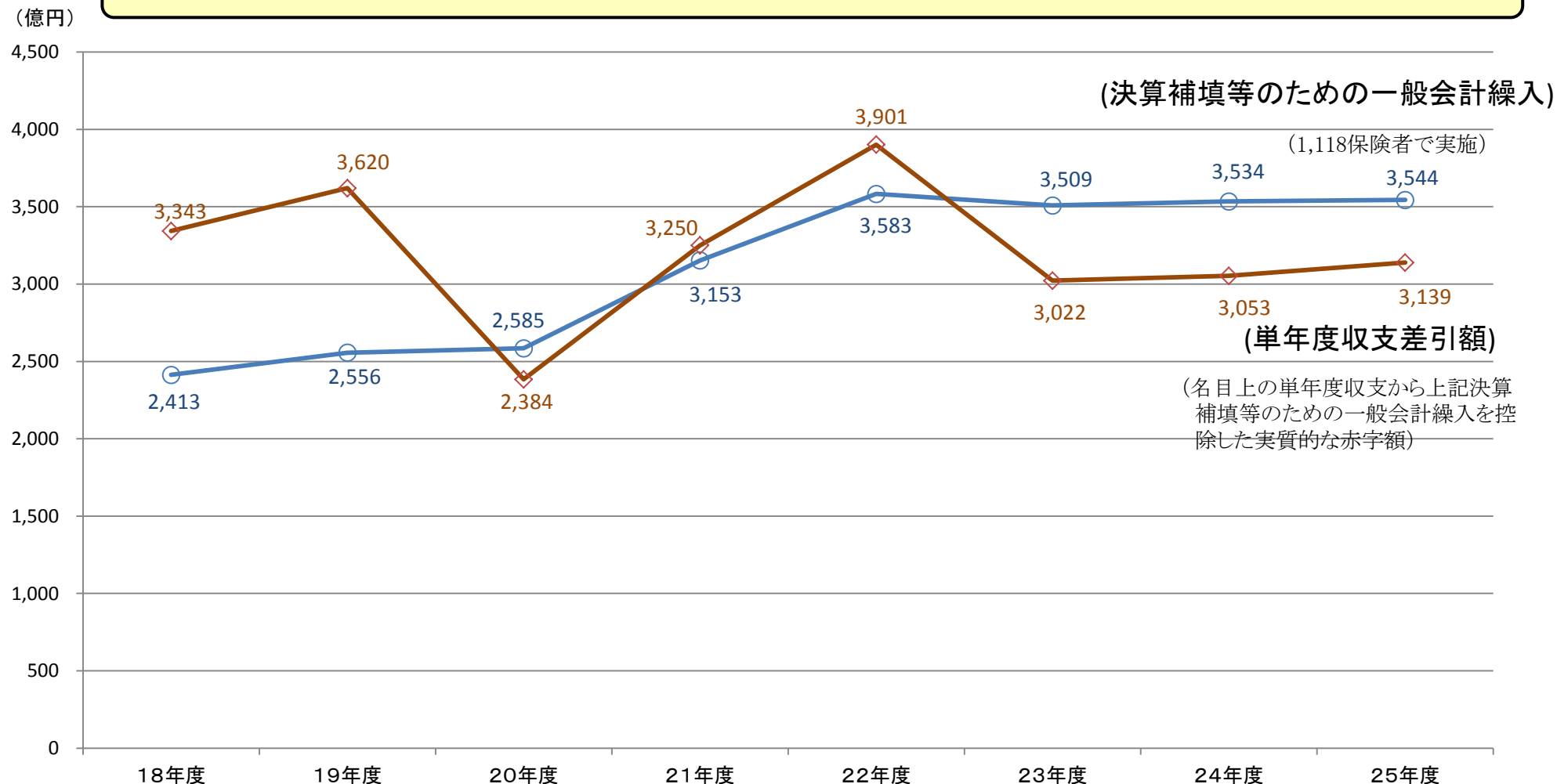
(注2) 「決算補填等のための一般会計繰入金」とは、収入の「一般会計繰入金（法定外）」のうち決算補填等を目的とした額。

(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

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

財政収支の状況（推移）

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



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険事業実施状況報告書

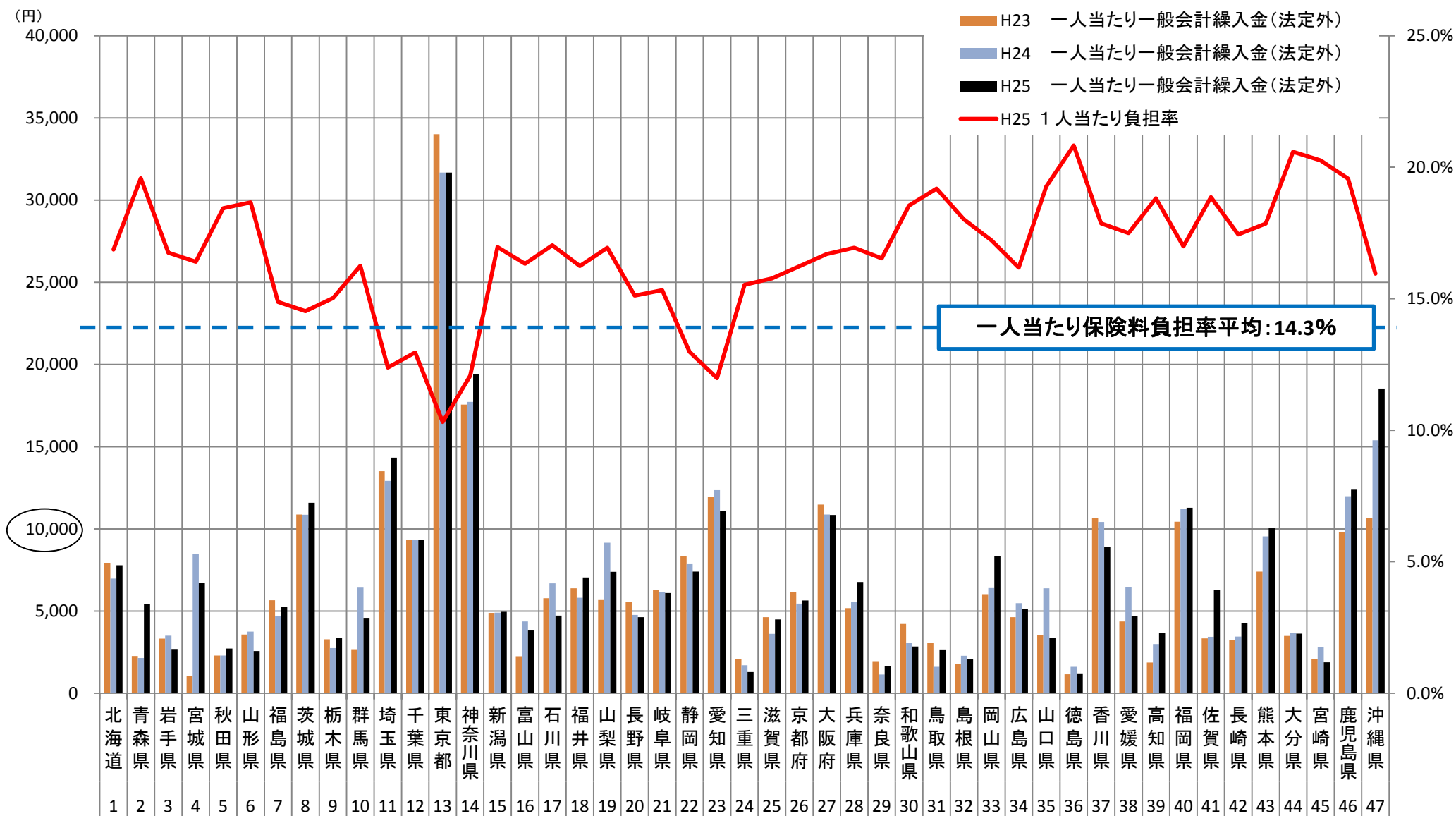
(注1) 「決算補てん等のための一般会計繰入金」とは、「一般会計繰入金(法定外)」のうち決算補てん等を目的とした額。
平成21年度から東京都の特別区財政調整交付金のうち決算補てん目的のものを含む。

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

(注3) 平成25年度は速報値である。

1人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況）

○ 平成25年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡、熊本、鹿児島、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知の保険料負担率は平均（14.3%）よりも低く、茨城、大阪、福岡、熊本、鹿児島、沖縄の保険料負担率は平均よりも高い。

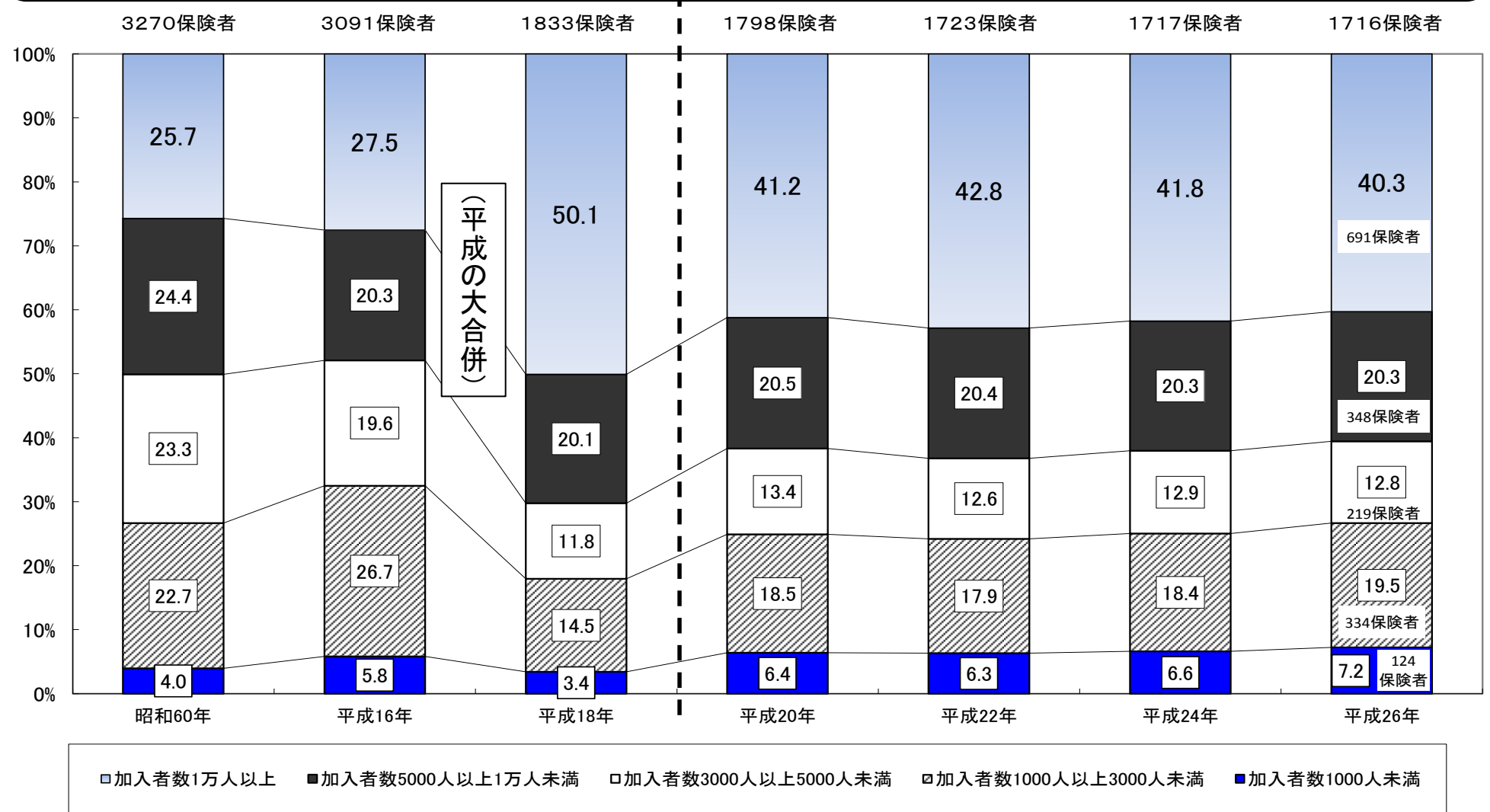


（出所）国民健康保険事業年報、国民健康保険事業の実施状況報告、国民健康保険実態調査報告

（注1）一般会計繰入額（法定外）は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。

（注2）一人当たり負担率は、一人当たり保険料（税）調定額を一人当たり旧たし書き所得で除したものである。

○平成26年9月末時点で、1,716保険者中458保険者(約1/4)が被保険者数3,000人未満の小規模保険者。
 ○市町村合併の進展により、小規模保険者は平成17年度から平成19年度にかけて減少した。
 ○しかし、平成20年度に後期高齢者医療制度の発足により、小規模保険者が再び増大した。
 ○今後、市町村合併が一段落した中で、急激な人口減少が見込まれており、小規模保険者の増加が避けられない見込みである。

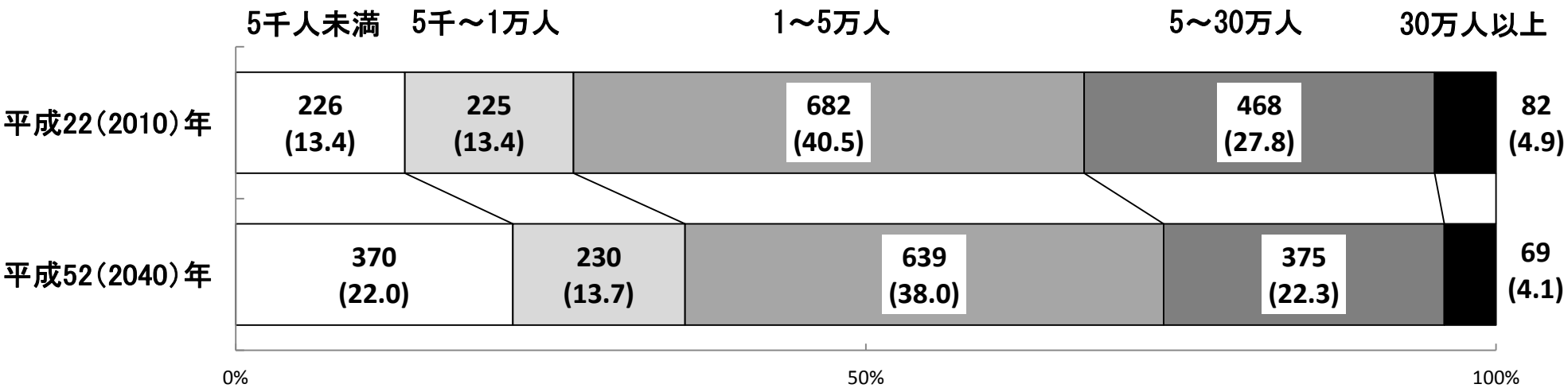


(出所):「国民健康保険実態調査」

(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。

【参考】平成22年(2010年)と平成52年(2040年)における 総人口の規模別にみた市町村数と割合 (推計)

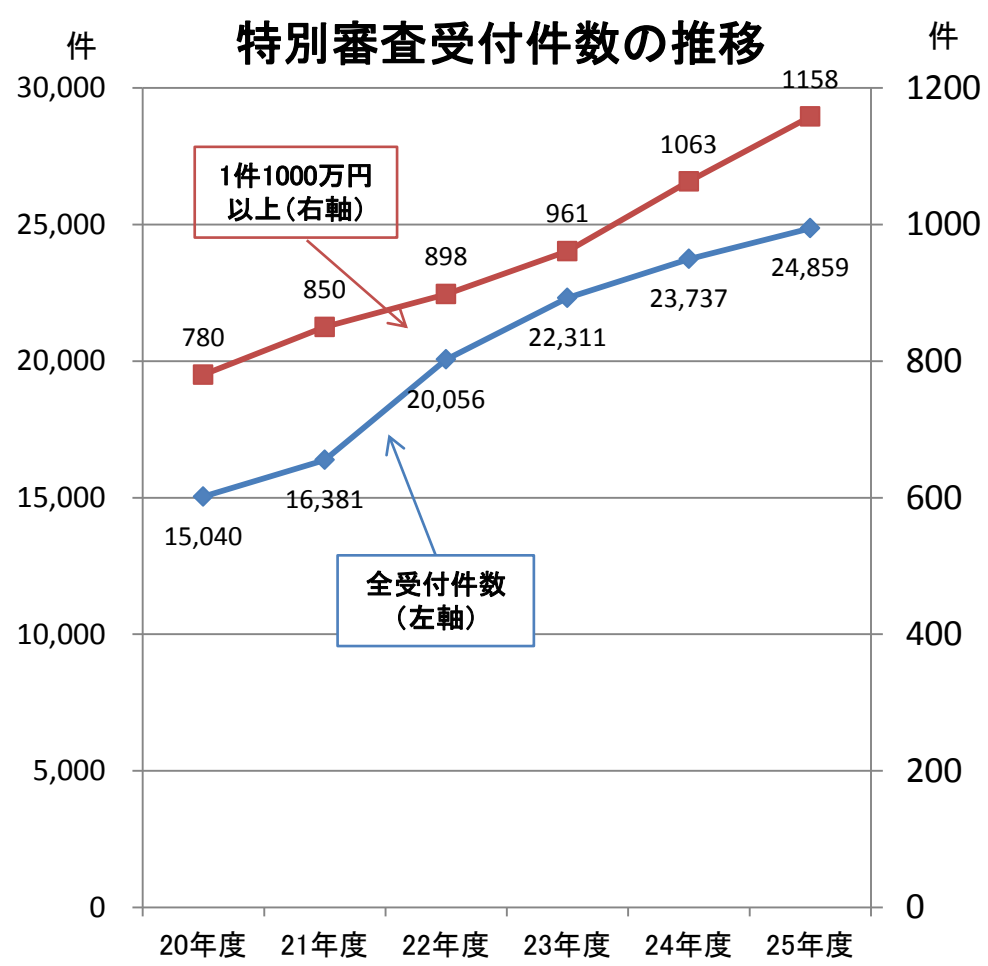
○ 平成52年（2040年）には、5分の1以上の自治体で総人口が5千人未満になる。
（国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計））



【出所】国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)』
 注1) グラフ中の数字は自治体数、カッコ内の数字は1,683市区町村に占める割合(%)。
 対象となる自治体は、2013年3月1日現在の1,683市区町村であり、県全体について将来人口を推計した福島県内の市町村は含まない。
 注2) 割合については四捨五入して表記したため合計が100にならないことがある。

市町村国保における高額な医療費の状況

- 国保中央会が審査する高額レセプト(医科:400万円以上、歯科:200万円以上等)の件数は増加傾向にある。
- 医科・疾患別にみると、心臓及び脳の件数がそれぞれ全体の約21%を占めている。



医科・疾患別の受付状況(25年度)

	特別審査件数		増減%(対前年度)	
	※()内は全件数に占める割合	内100万円以上		内100万円以上
心臓	5,018件(21.0%)	649件	1.7%	5.7%
消化器	3,057件(12.8%)	86件	-0.3%	1.2%
腎臓	1,129件(4.7%)	6件	1.5%	-25.0%
血液	3,446件(14.4%)	276件	0.3%	22.7%
脳	4,986件(20.8%)	63件	4.8%	8.6%
救命	988件(4.1%)	44件	1.3%	22.2%
膠原病	57件(0.2%)	1件	46.2%	
感染症	20件(0.1%)	0件	-86.2%	-100.0%
呼吸器	169件(0.7%)	5件	-17.6%	-16.7%
泌尿器	117件(0.5%)	6件	18.2%	-25.0%
整形	3,273件(13.7%)	7件	21.2%	133.3%
その他	1,673件(7.0%)	15件	13.5%	-16.7%
合計	23,933件	1,158件	4.3%	8.9%

国保保険料の都道府県・市町村内格差

- 国保の保険料は、地域の医療費水準、年齢構成、所得水準などによって異なる。
- 国保の財政基盤を強化しつつ、保険者機能や給付と負担のバランスも考慮しながら、格差を合理的な範囲にとどめる必要がある。

市町村国保の課題Ⅲ－②保険料負担の市町村格差 <一人当たり保険料>

			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	149,539	三笠市	57,973	2.6倍	84,647	23
青森県	中泊町	102,475	深浦町	65,597	1.6倍	82,740	27
岩手県	奥州市	89,271	岩泉町	55,263	1.6倍	75,571	43
宮城県	色麻町	107,304	七ヶ宿町	55,109	1.9倍	88,757	12
秋田県	大潟村	135,619	小坂町	51,914	2.6倍	77,003	40
山形県	川西町	107,984	西川町	64,905	1.7倍	91,125	6
福島県	浅川町	97,917	葛尾村・双葉町・大熊町・富岡町・楳葉町	0	-	75,047	44
茨城県	境町	104,426	常陸大宮市	71,412	1.5倍	85,121	22
栃木県	上三川町	126,734	茂木町	75,196	1.7倍	92,770	2
群馬県	榛東村	111,893	上野村	60,997	1.8倍	88,131	14
埼玉県	川島町	99,056	小鹿野町	55,128	1.8倍	84,147	24
千葉県	富津市	104,818	成田市	70,698	1.5倍	87,577	18
東京都	千代田区	126,531	三宅村	42,231	3.0倍	87,769	16
神奈川県	湯河原町	118,550	座間市	76,301	1.6倍	94,427	1
新潟県	粟島浦村	95,870	糸魚川市	56,990	1.7倍	82,789	26
富山県	南砺市	102,544	氷見市	74,375	1.4倍	89,233	11
石川県	加賀市	105,265	珠洲市	74,280	1.4倍	91,371	4
福井県	あわら市	95,541	池田町	58,572	1.6倍	86,952	19
山梨県	富士河口湖町	108,815	小菅村	57,939	1.9倍	90,379	8
長野県	山形村	102,797	大鹿村	34,031	3.0倍	77,280	39
岐阜県	岐南町	109,547	飛騨市	68,916	1.6倍	90,602	7
静岡県	御前崎市	104,850	川根本町	60,995	1.7倍	92,287	3
愛知県	田原市	107,919	豊根村	62,435	1.7倍	89,251	10
三重県	木曽岬町	104,213	大紀町	58,152	1.8倍	88,461	13
滋賀県	栗東市	105,289	甲良町	65,854	1.6倍	87,687	17
京都府	精華町	96,444	伊根町	49,329	2.0倍	80,915	32
大阪府	箕面市	100,584	田尻町	68,994	1.5倍	81,771	31
兵庫県	芦屋市	99,738	養父市	60,663	1.6倍	82,429	29
奈良県	生駒市	102,137	下北山村	45,313	2.3倍	83,119	25
和歌山県	上富田町	100,657	古座川町	46,954	2.1倍	80,609	34
鳥取県	若桜町	87,142	智頭町	42,534	2.0倍	80,306	35
島根県	松江市	95,808	津和野町	64,765	1.5倍	86,273	21
岡山県	早島町	99,660	久米南町	65,980	1.5倍	82,684	28
広島県	安芸高田市	92,385	神石高原町	55,030	1.7倍	88,059	15
山口県	周南市	100,275	上関町	58,346	1.7倍	91,359	5
徳島県	石井町	101,491	つるぎ町	57,354	1.8倍	82,350	30
香川県	多度津町	95,958	小豆島町	64,872	1.5倍	86,871	20
愛媛県	東温市	88,784	愛南町	54,693	1.6倍	77,457	38
高知県	馬路村	87,140	仁淀川町	44,647	2.0倍	76,416	42
福岡県	大木町	93,165	添田町	51,751	1.8倍	76,612	41
佐賀県	白石町	107,397	有田町	67,124	1.6倍	89,838	9
長崎県	大村市	82,549	小値賀町	57,915	1.4倍	73,733	45
熊本県	あさぎり町	97,495	津奈木町	55,932	1.7倍	80,704	33
大分県	竹田市	92,785	姫島村	48,490	1.9倍	80,237	36
宮崎県	新富町	94,857	椎葉村	57,094	1.7倍	78,409	37
鹿児島県	南九州市	84,898	伊仙町	33,728	2.5倍	70,611	46
沖縄県	北大東村	69,445	粟国村	28,969	2.4倍	54,750	47

(注1) 保険料(税)調定額には介護納付金分を含んでいない。
(注2) 被保険者数は3～2月の年度平均を用いて計算している。
(注3) 東日本大震災により保険料(税)が減免されたため、1人当たり保険料調定額が小さくなっている保険者がある
福島県を除くと東京都の格差が最大となる。
(※) 平成25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：84,815円

市町村国保の課題Ⅲ－②保険料負担の市町村格差 <一人当たり医療費>

			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					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	最 大	最 小				格差	最 大	最 小	格差	
北海道	初山別村	526,295	羅臼町	224,090	2.3倍	364,012	13	滋賀県	多賀町	376,065	愛荘町	290,033	1.3倍	323,927	33
青森県	外ヶ浜町	352,882	六ヶ所村	253,378	1.4倍	304,844	39	京都府	南山城村	396,246	京丹後市	310,614	1.3倍	337,826	24
岩手県	大槌町	412,970	軽米町	267,929	1.5倍	334,643	25	大阪府	岬町	413,412	泉南市	287,235	1.4倍	338,021	23
宮城県	七ヶ宿町	370,371	大衡村	253,703	1.5倍	324,271	32	兵庫県	赤穂市	396,107	豊岡市	311,911	1.3倍	340,536	21
秋田県	男鹿市	416,513	大潟村	260,065	1.6倍	354,830	15	奈良県	上北山村	461,660	下北山村	261,459	1.8倍	324,419	31
山形県	山辺町	378,224	最上地区広域連合	278,497	1.4倍	332,347	26	和歌山県	紀美野町	394,570	みなべ町	250,148	1.6倍	326,800	29
福島県	楢葉町	445,443	西郷村	269,445	1.7倍	321,798	34	鳥取県	南部町	421,001	鳥取市	323,262	1.3倍	346,834	20
茨城県	北茨城市	353,393	鉾田市	241,801	1.5倍	281,266	46	島根県	川本町	467,893	知夫村	335,220	1.4倍	396,128	2
栃木県	壬生町	316,630	益子町	267,701	1.2倍	293,796	43	岡山県	新見市	456,187	総社市	361,545	1.3倍	375,435	10
群馬県	神流町	431,508	昭和村	229,099	1.9倍	298,314	41	広島県	大崎上島町	478,957	福山市	347,216	1.4倍	381,454	8
埼玉県	東秩父村	342,243	戸田市	269,157	1.3倍	296,689	42	山口県	美祢市	482,882	下松市	346,791	1.4倍	397,230	1
千葉県	長柄町	352,006	旭市	242,101	1.5倍	292,674	44	徳島県	神山町	453,783	松茂町	323,823	1.4倍	374,484	11
東京都	利島村	555,744	小笠原村	170,706	3.3倍	292,132	45	香川県	直島町	456,819	宇多津町	329,265	1.4倍	391,387	3
神奈川県	山北町	360,667	大井町	277,786	1.3倍	306,556	38	愛媛県	久万高原町	445,396	宇和島市	311,559	1.4倍	352,613	16
新潟県	粟島浦村	444,296	南魚沼市	269,027	1.7倍	331,947	27	高知県	北川村	508,629	大川村	283,153	1.8倍	376,156	9
富山県	魚津市	393,305	砺波市	323,305	1.2倍	350,125	18	福岡県	豊前市	431,738	那珂川町	305,425	1.4倍	349,357	19
石川県	宝達志水町	432,293	野々市市	333,381	1.3倍	367,665	12	佐賀県	みやき町	469,820	玄海町	326,243	1.4倍	384,422	5
福井県	美浜町	422,632	高浜町	302,497	1.4倍	350,392	17	長崎県	長崎市	431,351	小値賀町	318,489	1.4倍	383,975	6
山梨県	丹波山村	456,721	忍野村	266,222	1.7倍	309,004	37	熊本県	水俣市	523,049	産山村	295,089	1.8倍	354,999	14
長野県	筑北村	415,635	南牧村	180,855	2.3倍	314,404	35	大分県	津久見市	455,220	姫島村	305,426	1.5倍	386,609	4
岐阜県	関ヶ原町	359,479	坂祝町	267,627	1.3倍	324,713	30	宮崎県	美郷町	431,024	都農町	291,014	1.5倍	339,803	22
静岡県	西伊豆町	354,284	清水町	271,271	1.3倍	310,209	36	鹿児島県	南さつま市	473,269	与論町	231,528	2.0倍	381,547	7
愛知県	豊根村	371,182	田原市	233,956	1.6倍	299,309	40	沖縄県	大宜味村	368,672	座間味村	176,281	2.1倍	276,918	47
三重県	紀北町	398,423	度会町	284,020	1.4倍	331,810	28								

(※) 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：324,543円

市町村国保の課題Ⅲ－②保険料負担の市町村格差 <1人当たり所得>

	平均所得 (万円)	最高		最低		格差
			(万円)		(万円)	
北海道	58.3	猿払村	435.1	三笠市	29.7	14.6
青森	47.6	六ヶ所村	70.9	今別町	34.0	2.1
岩手	52.4	野田村	72.9	西和賀町	43.7	1.7
宮城	60.7	南三陸町	86.2	白石市	47.3	1.8
秋田	44.7	大潟村	200.4	大館市	34.3	5.8
山形	54.3	三川町	72.5	小国町	37.9	1.9
福島	59.8	飯舘村	102.0	柳津町	42.9	2.4
茨城	65.3	守谷市	86.7	高萩市	48.5	1.8
栃木	70.1	高根沢町	102.3	茂木町	46.4	2.2
群馬	61.1	嬬恋村	119.8	上野村	39.0	3.1
埼玉	75.6	和光市	106.0	神川町	50.9	2.1
千葉	76.2	浦安市	110.5	いすみ市	55.3	2.0
東京	101.4	千代田区	251.4	奥多摩町	58.6	4.3
神奈川	89.0	鎌倉市	115.3	横須賀市	67.7	1.7
新潟	56.0	津南町	63.5	阿賀町	37.9	1.7
富山	60.8	黒部市	68.1	上市町	51.6	1.3
石川	60.4	川北町	76.2	穴水町	42.7	1.8
福井	59.6	池田町	64.1	おおい町	50.0	1.3
山梨	61.2	小菅村	91.5	早川町	43.4	2.1
長野	61.4	軽井沢町	298.2	売木村	30.0	9.9
岐阜	66.8	白川村	95.5	関ヶ原町	53.8	1.8
静岡	80.1	浜松市	110.3	西伊豆町	49.1	2.2
愛知	85.1	長久手市	129.3	豊根村	55.0	2.4
三重	63.6	木曽岬町	85.0	御浜町	45.5	1.9

	平均所得 (万円)	最高		最低		格差
			(万円)		(万円)	
滋賀	62.5	栗東市	86.2	豊郷町	43.5	2.0
京都	55.3	長岡京市	77.1	井手町	40.8	1.9
大阪	56.1	吹田市	83.2	泉南市	40.0	2.1
兵庫	60.1	芦屋市	128.1	新温泉町	45.7	2.8
奈良	56.9	生駒市	78.6	御所市	38.6	2.0
和歌山	47.9	みなべ町	59.9	湯浅町	36.1	1.7
鳥取	47.7	北栄町	63.8	日野町	35.6	1.8
島根	56.8	奥出雲町	99.4	美郷町	38.5	2.6
岡山	53.7	真庭市	66.8	美咲町	35.8	1.9
広島	61.2	府中町	71.2	神石高原町	46.4	1.5
山口	52.0	和木町	64.5	上関町	36.1	1.8
徳島	44.8	鳴門市	59.8	つるぎ町	26.4	2.3
香川	55.2	直島町	80.0	東かがわ市	43.7	1.8
愛媛	44.4	八幡浜市	55.4	松野町	26.8	2.1
高知	45.6	馬路村	60.1	大豊町	30.1	2.0
福岡	51.6	新宮町	68.8	川崎町	24.4	2.8
佐賀	53.9	佐賀市	60.0	大町町	36.3	1.7
長崎	44.8	長与町	56.4	波佐見町	38.3	1.5
熊本	50.3	嘉島町	62.4	津奈木町	27.6	2.3
大分	43.1	竹田市	48.4	姫島村	30.9	1.6
宮崎	44.2	新富町	52.3	日之影町	29.9	1.8
鹿児島	41.0	東串良町	55.1	伊仙町	14.5	3.8
沖縄	40.5	嘉手納町	69.7	多良間村	11.5	6.1

1人当たり所得 全国平均：67.6万円

(注1)厚生労働省保険局「平成26年度国民健康保険実態調査」速報(保険者票)における平成25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。

新しい国保制度に向けて

医療保険制度改革における 国保安定化に向けた改革

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(32.5%)、健保組合(2.6%)
- ・ 一人あたり医療費: 国保(31.6万円)、健保組合(14.4万円)

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(200万円(推計))
- ・ 無所得世帯割合: 23.3%

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(5.3%) ※健保は本人負担分のみの推計値

④ 保険料(税)の収納率低下

- ・ 収納率: 平成11年度 91.38% → 平成25年度 90.42%
- ・ 最高収納率: 94.95%(島根県) ・ 最低収納率: 85.20%(東京都)

⑤ 一般会計繰入・繰上充用

- ・ 市町村による法定外繰入額: 約3,900億円 うち決算補てん等の目的: 約3,500億円、繰上充用額: 約1,000億円(平成25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 458 (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: 3.3倍(東京都) 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: 14.6倍(北海道) 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: 3.0倍(長野県)※ 最小: 1.4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福島県を除く。



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(高知県)、井川町長(秋田県)(聖籠町長(新潟県))

○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7回)
	↓	
	7月	} 政務レベル協議(中間整理)
	8月8日	
	↓	} 毎月1回程度 事務レベルWG(計7回)
平成27年	2月12日	
		政務レベル協議(議論のとりまとめ)

国民健康保険の改革による制度の安定化（公費拡充）

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

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

※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

＜平成27年度から実施＞

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

＜平成30年度から実施＞（毎年約1,700億円）

- **財政調整機能の強化**（財政調整交付金の実質的増額）
- **自治体の責めによらない要因**による医療費増・負担への対応（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等）
- **保険者努力支援制度…医療費の適正化に向けた取組等に対する支援** 700～800億円
- **財政リスクの分散・軽減方策**（財政安定化基金の創設・高額医療費への対応等）等

- ・平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成等（平成27年度200億円⇒平成29年度約1,700億円）
- ・平成30年度以降は、上記の項目に約1,700億円を配分

- あわせて、医療費の適正化に向けた取組や保険料の収納率向上などの事業運営の改善等を一層推進し、財政基盤の強化を図る。

国民健康保険への財政支援の拡充(27年度)

○ 低所得者(保険料の軽減対象者)数に応じた保険者への財政支援(平成26年度:約980億円)を更に約1,700億円拡充。

※被保険者一人当たり約5,000円の財政改善効果

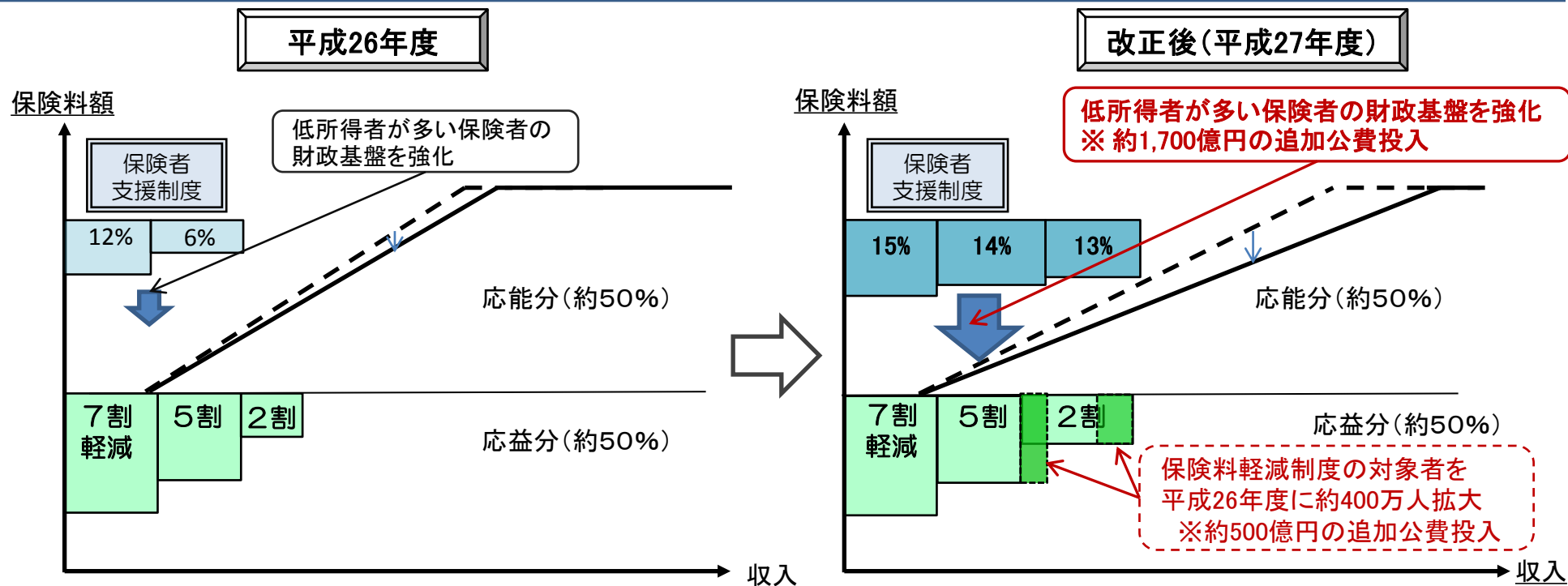
《拡充の内容》

- ① 現在、財政支援の対象となっていない2割軽減対象者についても、財政支援の対象とするとともに、軽減対象の拡大に応じ、財政支援の対象を拡大する。
- ② 現行の7割軽減・5割軽減の対象者数に応じた財政支援の補助率を引き上げる。
- ③ 財政支援額の算定基準を平均保険料収納額の一定割合から、平均保険料算定額の一定割合に改める。

※ 収納額 = 算定額 - 法定軽減額 - 未納額

【現行】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**収納額**の12%(7割軽減)、6%(5割軽減)

【改正後】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**算定額**の15%(7割軽減)、14%(5割軽減)、13%(2割軽減)



○ 財政安定化基金の創設

財政の安定化のため、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補填等を行う必要がないよう、都道府県に財政安定化基金を設置し、都道府県及び市町村に対し貸付・交付を行うことができる体制を確保。

※ 所要額(国費)200億円(今後も積み増す予定)

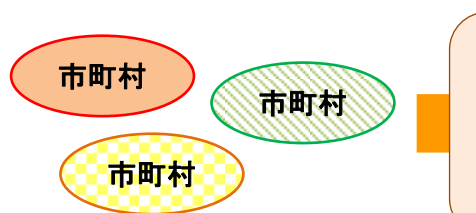
国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

○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

【現行】市町村が個別に運営



- ・国の財政支援の拡充
- ・都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

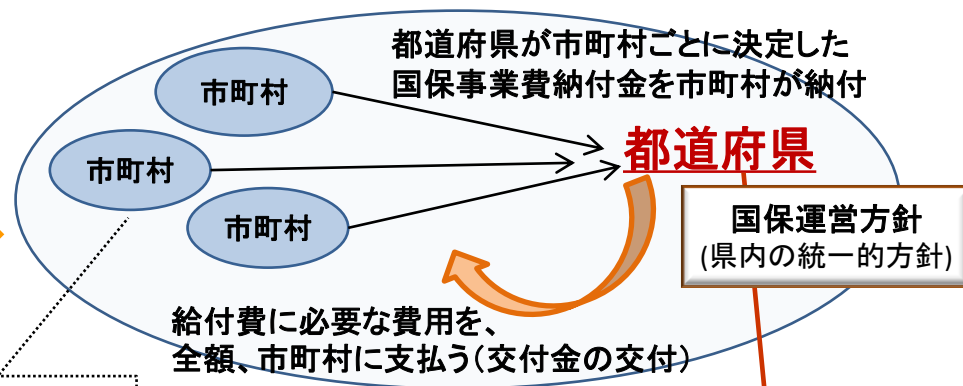
（構造的な課題）

- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

- ・資格管理（被保険者証等の発行）
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの
※保険料率は市町村ごとに決定
※事務の標準化、効率化、広域化を進める

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



- ・財政運営責任（提供体制と双方に責任発揮）
- ・市町村ごとの納付金を決定
市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・市町村が担う事務の標準化、効率化、広域化を促進

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

国保改革後の都道府県と市町村の役割分担

1. 運営の在り方 (総論)	○ 都道府県が財政運営の責任主体。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う。 ○ 都道府県が、域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	市町村ごとの納付金の額を決定 ※納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を反映	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	被保険者証等の発行
4. 保険料の決定 賦課・徴収	市町村ごとの標準保険料率を算定	標準保険料率等を参考に保険料率を決定し、保険料を賦課・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	・ 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

改革後の国保財政の仕組み（イメージ）

※詳細は引き続き地方と協議

- 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

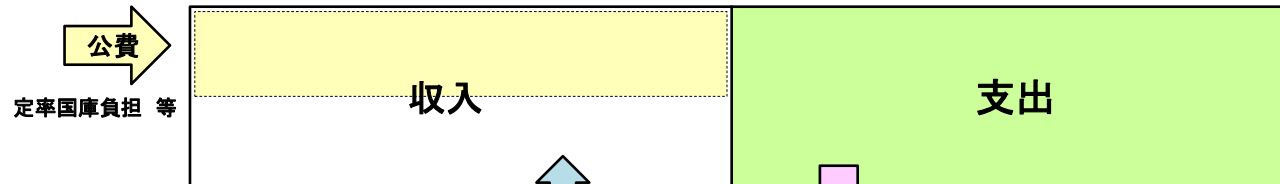
- 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 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

現行

改革後

都道府県の国保特別会計



納付金

交付金

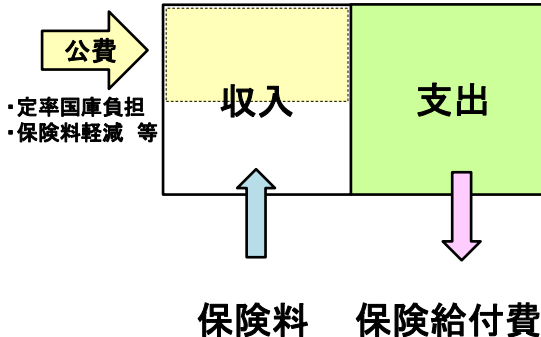
市町村の国保特別会計

A市

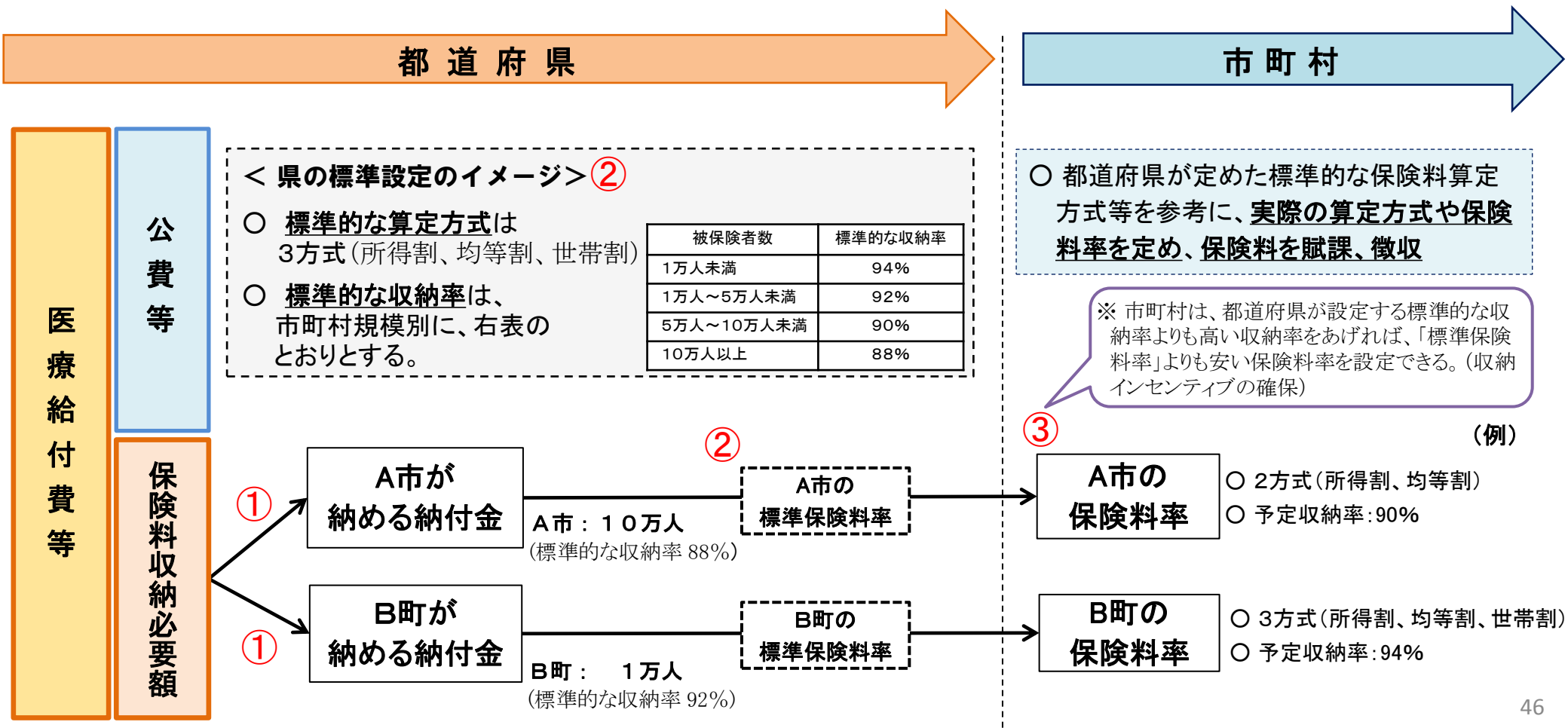


- ① 保険給付に必要な費用を、全額、市町村へ交付
- ② 災害等による保険料の減免額等が多額であることや、市町村における保健事業を支援するなど、市町村に特別な事情がある場合に、その事情を考慮して交付

市町村の国保特別会計



- 都道府県は、
 - ・ 医療給付費等の見込みを立て、市町村ごとの国保事業費納付金 (※) の額を決定 (①)
※ 市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮
 - ・ 都道府県が設定する標準的な算定方式等に基づいて市町村ごとの標準保険料率を算定・公表 (②)
- 市町村は、都道府県の示す標準保険料率等を参考に、それぞれの保険料算定方式や予定収納率に基づき、それぞれの保険料率を定め、保険料を賦課・徴収し、納付金を納める。(③)



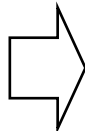
国保改革による財政改善効果と、保険料の設定方法の見直し（イメージ）

※詳細は引き続き地方と協議

- 平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充（約500億円）に加え、
毎年約3,400億円の財政支援の拡充により、保険料負担の軽減や伸び幅の抑制等が期待される。
 - ※ 公費3,400億円は、現在の国保の保険料総額（約3兆円）の1割を超える規模
 - ※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果
- 保険料の設定は、引き続き市町村がそれぞれ行うこととなるが、都道府県が市町村とともに国保の運営を担うこととすることにあわせ、保険料の設定方法等について、以下のように見直す。

【現行】

- 各市町村は、それぞれの医療費水準等を勘案して設定。
 - ※ 同一都道府県内の市町村は、共同事業（医療費を共同して負担する事業）により、医療費水準の差による保険料水準の差の緩和を徐々に進めている。



【改革後】

- 都道府県による財政運営の下、都道府県が、各市町村の医療費水準・所得水準に応じて、各市町村が負担する納付金を決定。
 - その際、医療費水準について年齢構成の差異を調整
(高齢化地域への配慮)
- 都道府県は、当該納付金を賄うために必要となる標準保険料率を市町村ごとに算定。市町村は、それを参考にそれぞれの保険料率を決定。
 - ※ 都道府県は、年齢構成の差異の調整後の医療費水準が同じであれば同じ応益割保険料となるよう、標準保険料率を設定
- ※ 保険料水準が急変しないよう、時間をかけて平準化を進める。

【参考】一人当たり保険料の都道府県内格差：最大2.9倍(平成24年度)

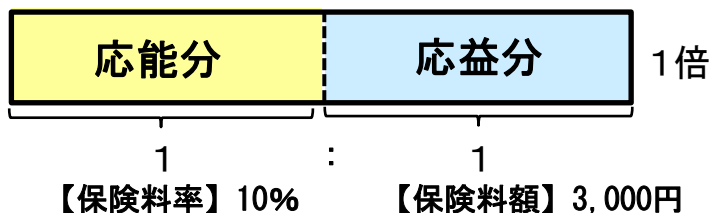
保険料の設定方法の見直しの効果 (イメージ)

詳細は引き続き地方と協議

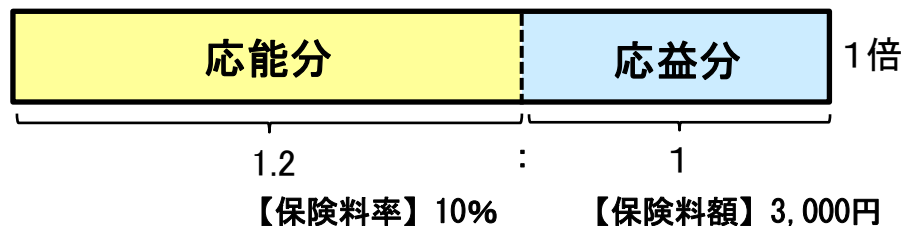
<所得水準が保険料に与える影響(医療費水準が同じ場合)>

- 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)

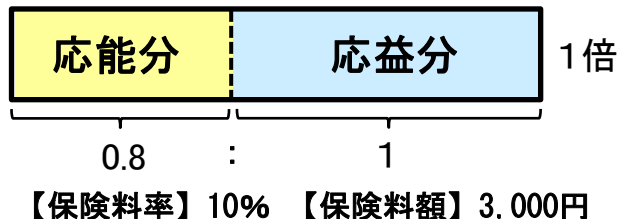
■ 所得水準が県内平均の市町村 (※)



■ 所得水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



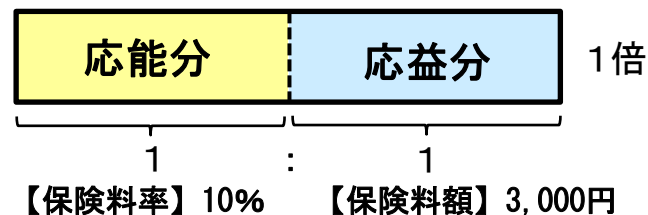
■ 所得水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



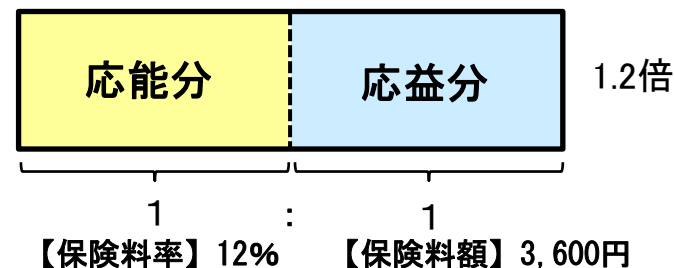
<医療費水準が保険料に与える影響(平均的な所得の場合)>

- 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

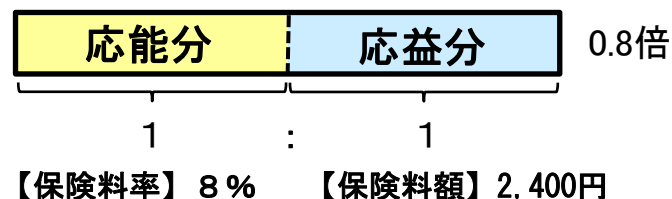
■ 医療費水準が県内平均の市町村 (※)



■ 医療費水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



■ 医療費水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



※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

- 現状、国保の保険料は様々な要因(※)により差異が生じているため、他の市町村の保険料水準との差を単純に比較することは困難な状況。
- ※ 市町村ごとに年齢構成や医療費水準に差があること、保険料の算定方式が異なること、決算補てん等目的の法的外繰入を行っている市町村があること等
- ⇒ 都道府県が市町村ごとの標準保険料率を示すことにより、標準的な住民負担に見える化。
- ※ 将来的な保険料負担の平準化を進める観点から、都道府県は、標準的な保険料算定方式や市町村規模別の標準的な収納率等に基づき、標準保険料率を算定することとする。

（イメージ） ※A市とB町が同じ所得水準である場合

県全体の 保険料の水準	一人当たり医療費		県内統一基準で 算出した場合	当該市町村の 保険料算定方式で 算出した場合	実際の保険料率 （市町村が決定）
	（年齢構成調整前）	（年齢構成調整後）			
所得割 8% 均等割 40,000円	A市： 380,000円	A市： 400,000円	A市： 所得割 10% 均等割 50,000円	A市： 所得割 10% 均等割 50,000円	A市 所得割 10% 均等割 50,000円
	B町： 300,000円	B町： 240,000円 （A市の6割）	B町： 所得割 6% 均等割 30,000円 （A市の6割）	B町： 所得割 6% 均等割 23,000円 世帯割 10,000円	B町 所得割 5.8% 均等割 22,000円 世帯割 9,000円

全国統一ルールで算出した場合

年齢調整後の医療費水準に応じた負担

収納率向上等により、都道府県が示す数値より引き下げが可能

1. 国保の財政運営が市町村から都道府県に拡大

- 都道府県が、各市町村に対し、標準的な算定方式等により算出した市町村ごとの標準保険料率を提示。
市町村はこれを参考に保険料を賦課・徴収。
- 人工透析等の高額医療費の発生などの多様なリスクを都道府県全体で分散。
急激な保険料上昇が起きにくい仕組みに。
- 地域医療構想を含む医療計画を策定・実施する都道府県が、国保の財政運営にも責任を有する仕組みとすることにより、都道府県が住民負担の面から地域医療の提供体制の姿を考えていくこととなり、これまで以上に、良質な医療の効率的な提供に資する。

2. 医療費の支払いは実質的には都道府県が担う

- 市町村が保険給付に必要な費用は全額、都道府県が市町村に交付。
- 給付増や収納不足に対しては、都道府県が運営する財政安定化基金から貸付・交付

3. 国保事務の効率化・平準化を都道府県が後押し

- 国が主導的に構築する標準システムの活用や都道府県が統一的な運営方針を示すことなどにより、市町村の事務遂行の効率化・コスト削減、標準化を図る。
- また、こうした取組による平準化により、事務の共同処理や広域化が図られやすくなる。



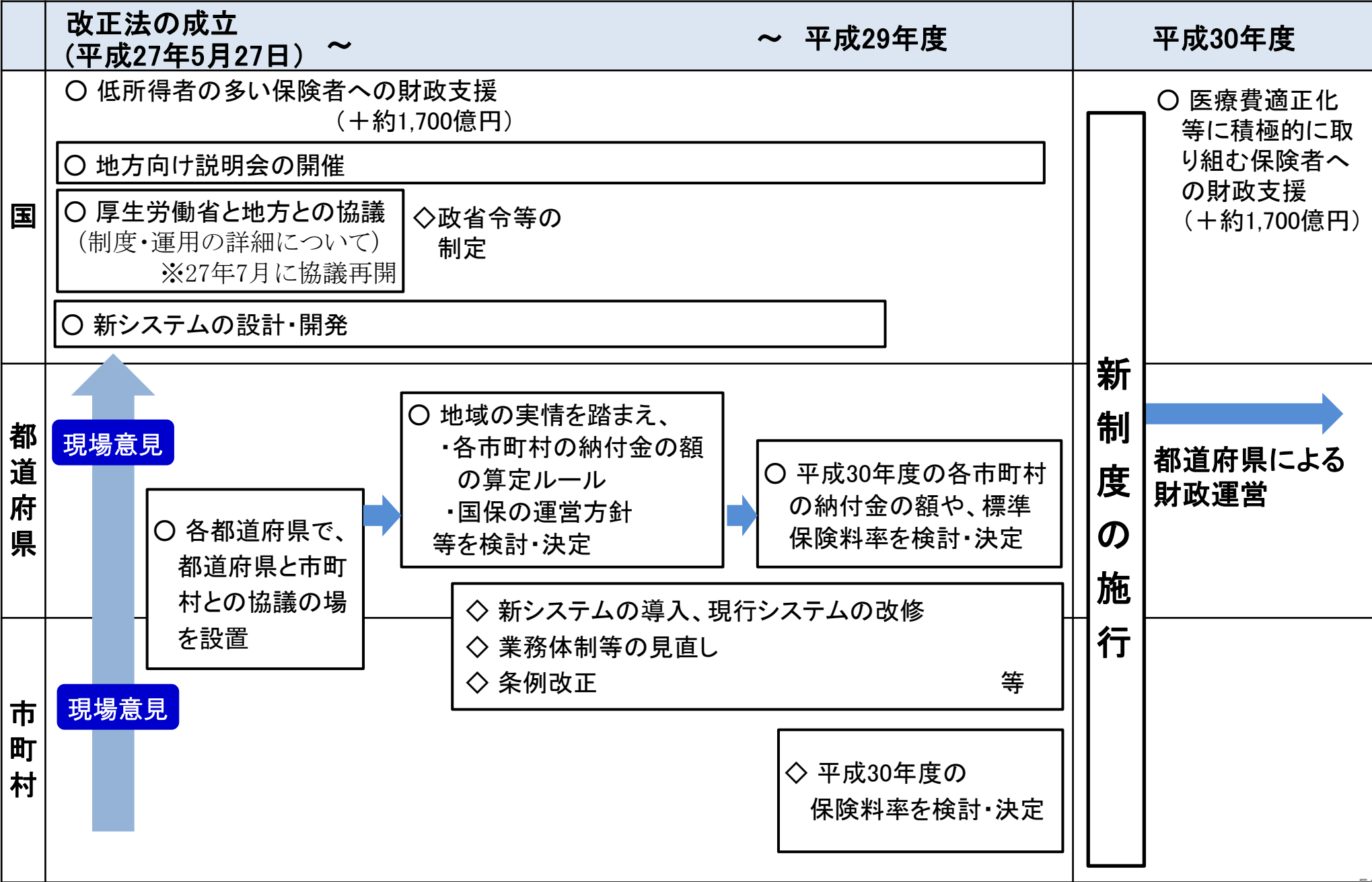
財政支援の大幅な拡充により、国保の財政基盤強化を実施。

これにより、実質赤字の解消や保険料の伸び幅の抑制が期待される。

国保改革による被保険者への効果

- 3,400億円の追加的公費投入等による財政基盤強化により、実質赤字の解消や保険料の伸び幅の抑制が期待される。
 - ※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額(約3兆円)の1割を超える規模
 - ※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果
- 地域住民と身近な関係にある市町村が保健事業や保険料徴収等を実施することから、被保険者は身近な地域でそれぞれの実情に応じた、きめ細やかなサービスを受けられる。
- 都道府県による統一的な運営方針により、都道府県内において、サービスの標準化が図られる。
- 財政運営責任等の都道府県移行や医療費適正化等を支援する保険者努力支援制度により、市町村による保健事業への一層の取組が進み、同時に国や都道府県もこれを支援していくことで、被保険者の健康づくりがより一層促進されることとなる。
- 都道府県内の市町村に異動した場合にも、高額療養費の該当要件が引き継がれ、負担が軽減される(多数回該当等)。

新しい国保制度の施行に向けた主な流れ（イメージ）



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案による改正後の国民健康保険法（抄）

＊今国会へ提出、審議中

（保険者）

第3条 都道府県は、当該都道府県内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）とともに、この法律の定めるところにより、国民健康保険を行うものとする。

2（略）

（国、都道府県及び市町村の責務）

第4条 国は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるよう必要な各般の措置を講ずるとともに、第一条に規定する目的の達成に資するため、保健、医療及び福祉に関する施策その他の関連施策を積極的に推進するものとする。

2 都道府県は、安定的な財政運営、市町村の国民健康保険事業の効率的な実施の確保その他の都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の健全な運営について中心的な役割を果たすものとする。

3 市町村は、被保険者の資格の取得及び喪失に関する事項、国民健康保険の保険料（地方税法（昭和二十五年法律第二百二十六号）の規定による国民健康保険税を含む。…（略）…）の徴収、保健事業の実施その他の国民健康保険事業を適切に実施するものとする。

4 都道府県及び市町村は、前二項の責務を果たすため、保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策その他の関連施策との有機的な連携を図るものとする。

5 都道府県は、第二項及び前項に規定するもののほか、国民健康保険事業の運営が適切かつ円滑に行われるよう、国民健康保険組合その他の関係者に対し、必要な指導及び助言を行うものとする。

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案（抄）

＊今国会へ提出、審議中

附 則

（検討）

第二条 政府は、この法律の公布後において、持続可能な医療保険制度を構築する観点から、医療に要する費用の適正化、医療保険の保険給付の範囲及び加入者等の負担能力に応じた医療に要する費用の負担の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

2 政府は、この法律の施行後において、国民健康保険の医療に要する費用の増加の要因、当該費用の適正化に向けた国、都道府県及び市町村の取組並びに国民健康保険事業の標準化及び効率化に向けた都道府県及び市町村の取組等の国民健康保険事業の運営の状況を検証しつつ、これらの取組の一層の推進を図るとともに、国民健康保険の持続可能な運営を確保する観点から、当該取組の推進の状況も踏まえ、都道府県及び市町村の役割分担の在り方も含め、国民健康保険全般について、医療保険制度間における公平に留意しつつ検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

新しい国保制度に向けて

医療保険制度改革における 医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進

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
(現行: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
(現行: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)

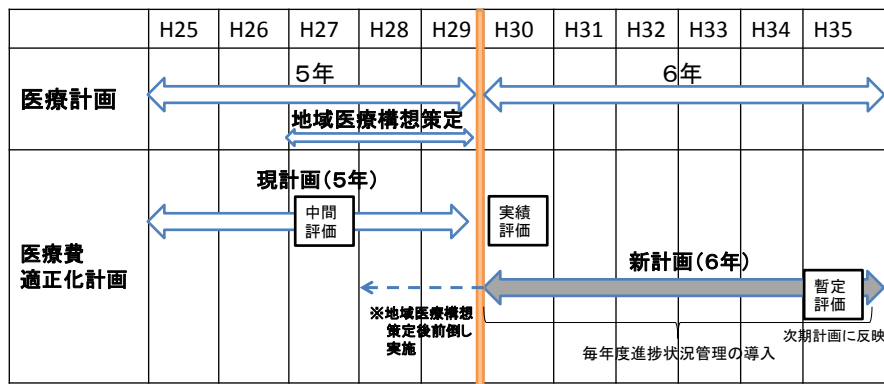
4. その他

- 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に、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)

1. 目標設定等の見直し

- 都道府県が、医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築を図るために策定される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)を計画の中に設定し、国においてこの設定に必要な指標等を定めることとする。
- 上記の見直しにあわせて現行の指標(特定健診・保健指導実施率、平均在院日数等)について必要な見直しを行うとともに、後発医薬品の使用割合等を追加する。
※ 効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築に対応した指標も設定
- 目標が実績と乖離した場合は、都道府県はその要因分析を行うとともに、必要な対策を検討し、講ずるよう努めるものとする。

〈見直しイメージ〉



2. 計画策定プロセス等の見直し

i) 医療計画等との整合性の確保

- 医療計画や介護保険事業支援計画との整合性を確保するため、計画期間を5年から6年に変更する。また、特定健診等実施計画も同様に変更する。
- 都道府県は地域医療構想の策定後、同構想と整合性が図られるよう医療費適正化計画を見直すこととし、第3期計画(平成30～35年度)を前倒して実施する。

ii) 効果的な評価の仕組みの導入

- PDCAサイクルを強化するため、計画期間終了前に暫定的な評価を行い、当該結果を次期計画に反映させる仕組みを導入する。
- 中間評価に代えて、毎年度、計画の進捗状況管理等を行い、その結果を公表することとする。

iii) 保険者協議会の役割の強化

- 都道府県は、医療費適正化計画の策定等に当たり、保険者協議会に協議を行うこととする。また、保険者協議会を通じて各保険者に協力を要請することができる仕組みを導入し、計画の策定や目標達成に向けた取組を実効あるものにする。

医療費の見通しや行動目標の見直し

- 医療費適正化計画において、**都道府県が**、
 - ・「**地域医療構想の推進の成果**」(病床の機能分化・連携など)
 - ・「**行動目標の達成による医療費適正化効果**」(特定健診・保健指導の実施率、後発医薬品の使用促進など)を踏まえて**医療に要する費用の見込み(医療費の目標)を設定**
- 厚生労働省**において上記を定めるに当たって必要となる「**医療費の推計式**」、「**行動目標に関する指標**」等を**提示**

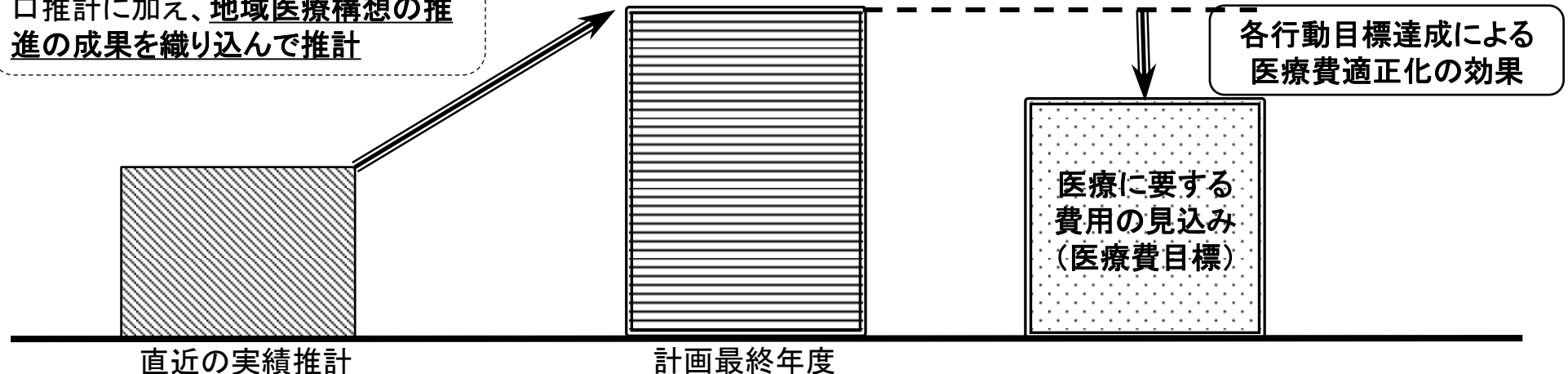
※社会保障制度改革推進本部の下に設置されている「医療・介護情報の活用に関する専門調査会」で議論

○高齢者の医療の確保に関する法律の条文(国保法等改正法による改正後) ※平成28年4月1日施行予定

第9条第2項 都道府県医療費適正化計画においては、当該都道府県の医療計画に基づく事業の実施による病床の機能の分化及び連携の推進の成果並びに住民の健康の保持の推進及び医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果を踏まえて、厚生労働省令で定めるところにより算定した計画の期間における医療に要する費用の見込み(第11条第4項において「都道府県の医療に要する費用の目標」という。)に関する事項を定めるものとする。

算定イメージ

過去の医療費の伸び率や将来の人口推計に加え、**地域医療構想の推進の成果を織り込んで推計**

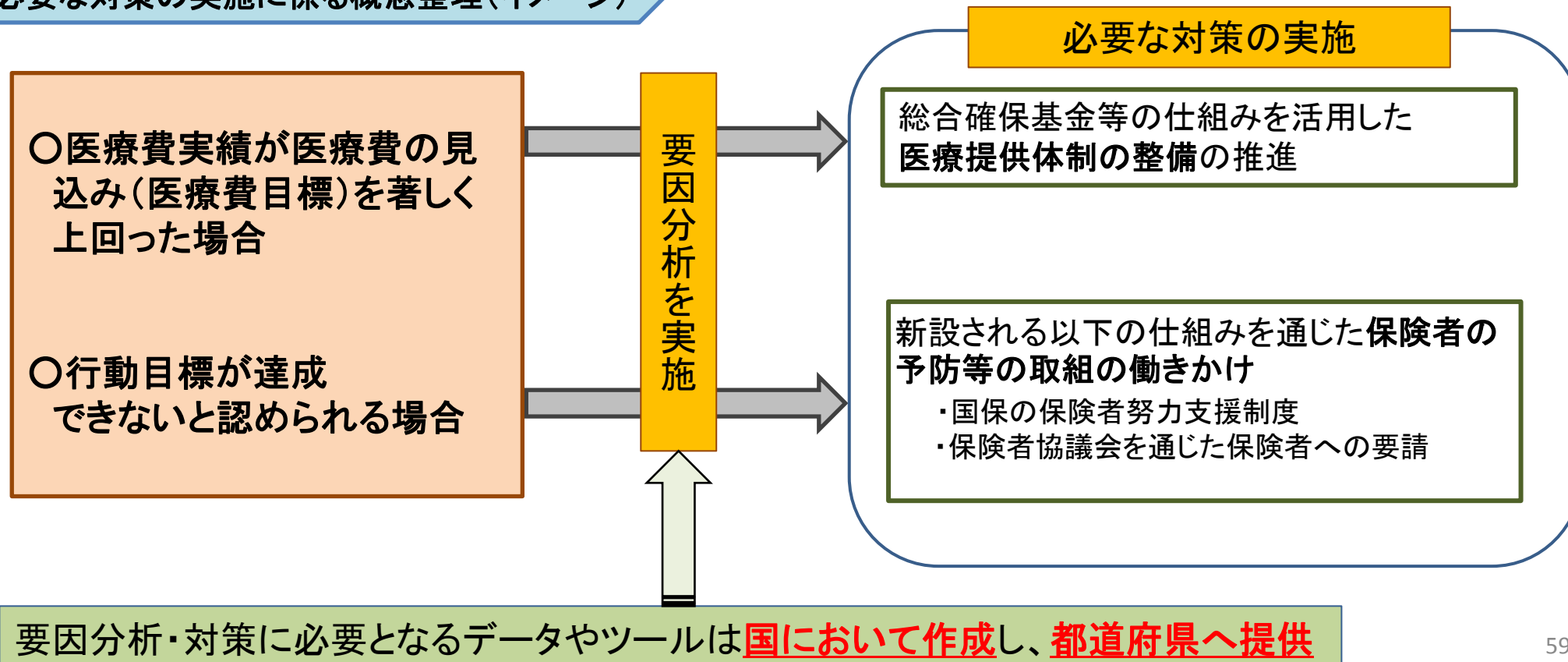


医療費適正化計画における都道府県の役割

POINT

- PDCAサイクルの強化という観点から、都道府県の努力義務として要因分析・対策実施の規定を新設（計画最終年度の暫定評価を受けて行うことを想定）
- 都道府県は、次期計画において、医療提供体制の整備の推進、保険者の予防等の取組の働きかけの強化等の対策を実施

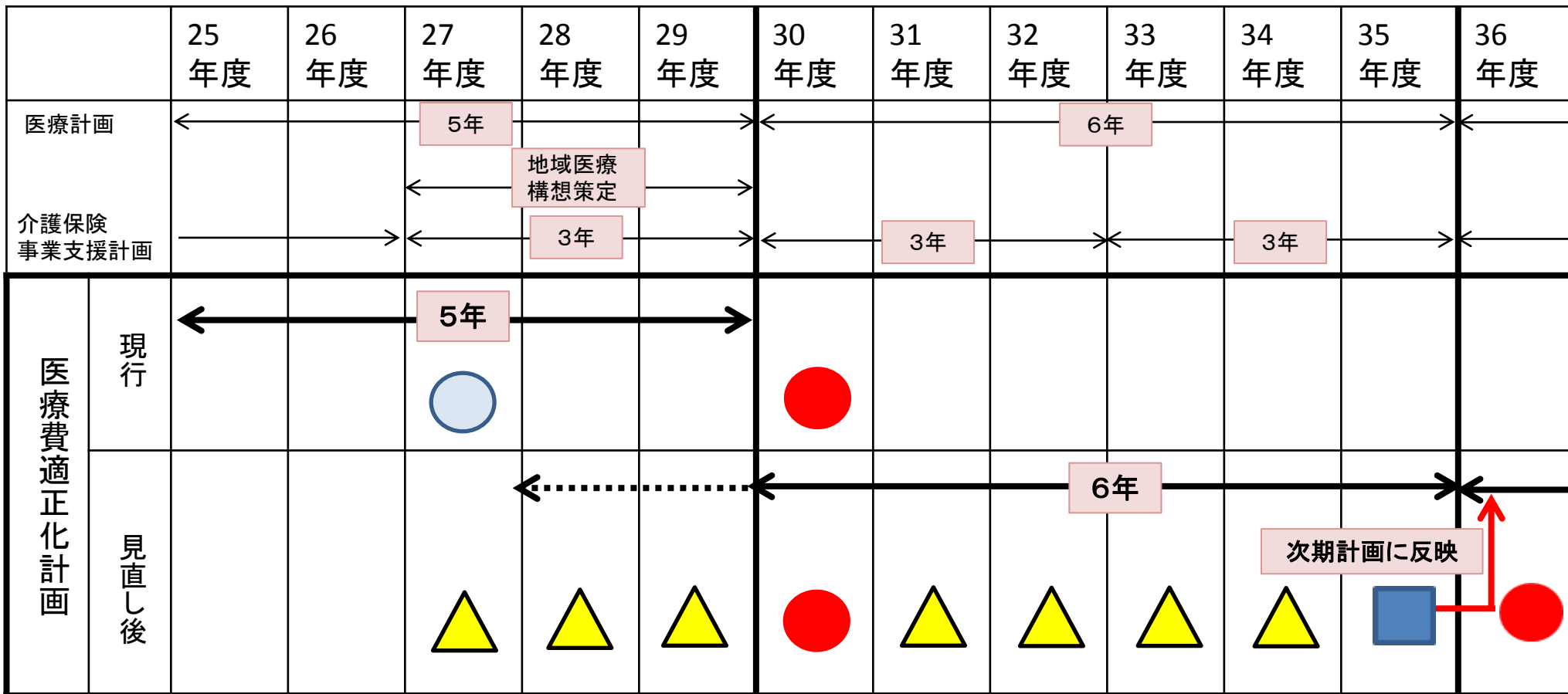
必要な対策の実施に係る概念整理（イメージ）



策定プロセスの見直し

POINT

- 調和規定のある医療計画・介護保険事業支援計画との整合性を踏まえ、**計画期間を『6年』に変更**
- PDCAサイクルの強化を図る観点から、**『毎年度の進捗状況管理』を導入し、次期計画策定等に反映**
(これまでは、計画期間終了後に実績評価を行うこととしていた。)



○ 中間評価 △ 進捗状況の公表 ■ 進捗状況の調査・分析結果の公表 ● 実績評価

※第二期計画の中間評価に代わり、進捗状況の公表を実施

※第三期計画(平成30年度～)については、前倒し実施

保険者協議会に関する法律改正事項

改正の内容

- 今般の医療保険制度改革において、高齢者の医療の確保に関する法律を改正し、医療費適正化計画について以下のとおり見直しを実施。
 - 都道府県が医療費適正化計画を作成又は変更する際には、あらかじめ、保険者協議会に協議しなければならないこととする。
 - 都道府県が医療費適正化計画の作成や施策の実施に関して、保険者等に必要な協力を求める場合は、保険者協議会を通じて協力を求めることができる。

改正後の条文

- 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)(抄)

(都道府県医療費適正化計画)

第九条

- 7 都道府県は、都道府県医療費適正化計画を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、関係市町村(第百五十七条の二第一項の保険者協議会(以下この項及び第十項において「保険者協議会」という。))が組織されている都道府県にあつては、関係市町村及び保険者協議会に協議しなければならない。
- 9 都道府県は、都道府県医療費適正化計画の作成及び都道府県医療費適正化計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、後期高齢者医療広域連合、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることができる。
- 10 保険者協議会が組織されている都道府県が、前項の規定により当該保険者協議会を組織する保険者又は後期高齢者医療広域連合に対して必要な協力を求める場合においては、当該保険者協議会を通じて協力を求めることができる。

施行日

平成28年4月1日施行

1. データを活用した予防・健康づくりの充実

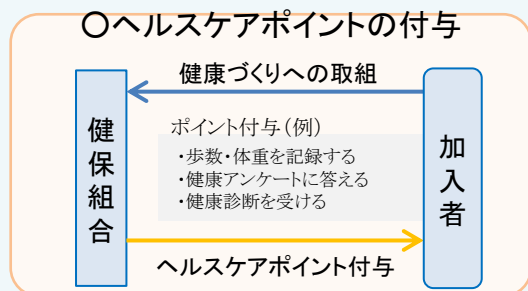
- データヘルスの取組の普及を踏まえ、保険者が保健事業を行うに当たっては、レセプト・健診データ等を活用した分析に基づき効果的に実施することとする(データヘルスの推進)。国は指針の公表や情報提供等により保険者の取組を支援。
- 全国のレセプト・健診データを集積したナショナルデータベース(NDB)の充実を図る。また、NDBを用いた分析結果を国民や保険者にわかりやすく公表。
- 保険者による健診データの保存期間を延長。また、被保険者が異動した場合の健診データの引継に関する手続きについて、被保険者の同意を前提としつつ、明確化。

2. 予防・健康づくりのインセンティブの強化

(個人)

- 保険者が、加入者の予防・健康づくりに向けた取組に応じ、ヘルスケアポイント付与や保険料への支援等を実施。

※国が策定するガイドラインに沿って保健事業の中で実施



(保険者)

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視するため、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算(最大10%の範囲内)する仕組みへと見直し、平成30年度から開始する(政省令事項)。

- ・ 特定健診・保健指導実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等の指標を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みとする。
- ・ 保険者の種別・規模等の違いに配慮して対象保険者を選定する仕組みとするとともに、国保、協会けんぽ、後期高齢者医療について、別のインセンティブ制度を設ける。

3. 栄養指導等の充実

- 平成28年度から、後期高齢者医療広域連合において、市町村の地域包括支援センター、保健センター等を拠点として栄養指導等の高齢者の特性に応じた保健事業を実施することを推進。

保険者の果たすべき機能

※平成24年度厚生労働省委託事業(平成25年3月 みずほ情報総研株式会社)「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」による。

①被保険者の適用(資格管理)

- ・適正に被保険者の適用・資格管理を行うこと。

②保険料の設定・徴収

- ・加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を行うこと。

③保険給付(付加給付も含む)

- ・必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うこと。

④審査・支払

- ・レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通じて、適正な審査・支払を行うこと。

⑤保健事業等を通じた加入者の健康管理

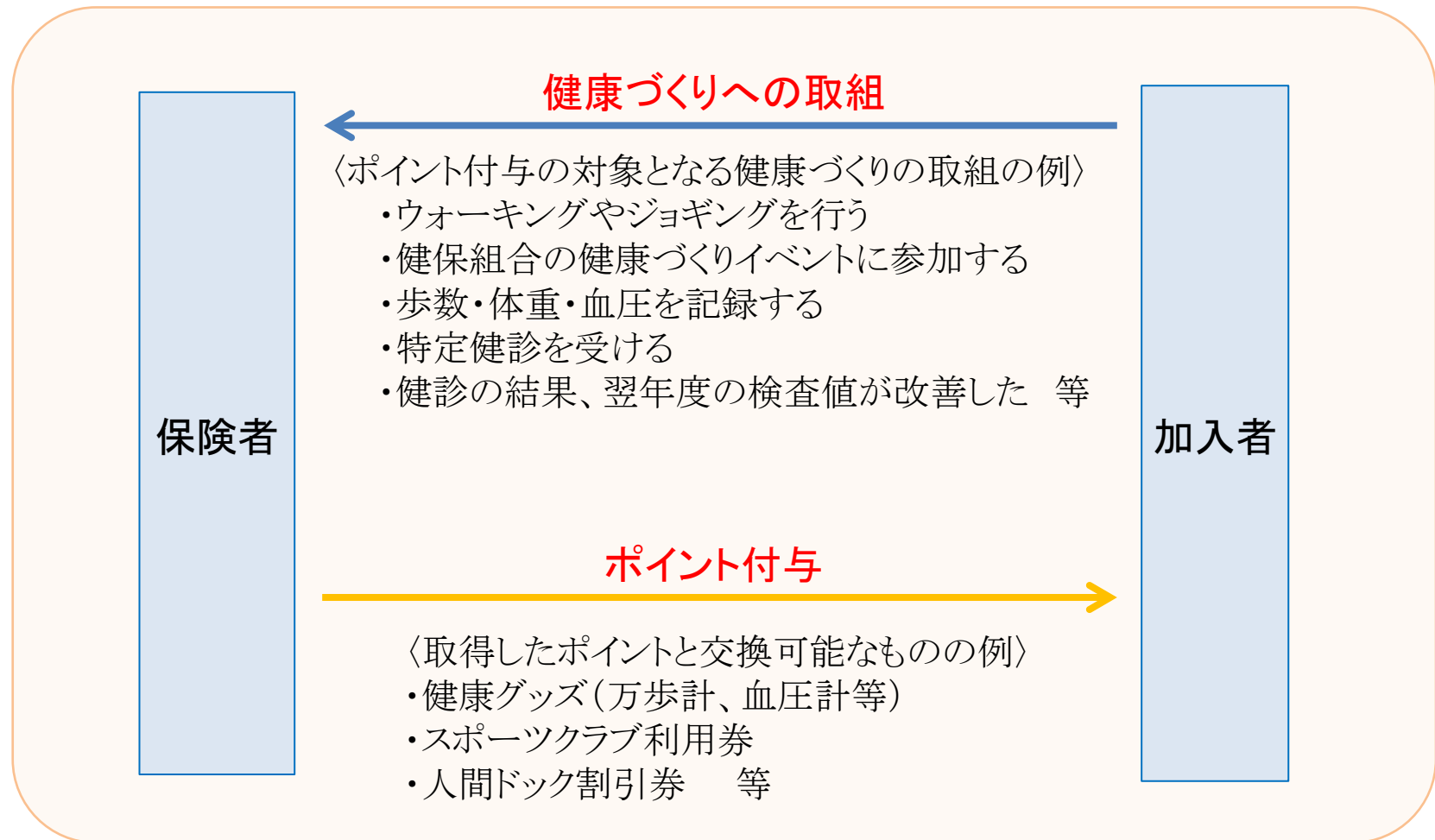
- ・レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること。
- ・加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと。
- ・医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること。

⑥医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

- ・医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと。
- ・レセプトデータ等の活用による医療費等の分析、医療関連計画の策定への参画、診療報酬の交渉などにより良質な医療を効率的に提供するよう医療提供側へ働きかけること。

ヘルスケアポイントを活用した個人に対する予防・健康づくりの推進

- 医療保険者におけるインセンティブ付与の取組として、現在、一部の健康保険組合や市町村で、被保険者のウォーキングやジョギング等の健康づくりの取組に対して、健康グッズやスポーツクラブ利用券等と交換できるポイントを付与する取組を実施。



個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの強化について

- 予防・健康づくりに取り組む加入者に対してヘルスケアポイントを付与し、健康グッズ等と交換できるようにするなど、インセンティブを提供する取組については、既に一部の健保組合や市町村で、保健事業として実施されている。
- このような、保険者が加入者に対して予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組は重要であり、今般の医療保険制度改革でも、保険者の努力義務として位置付けている（平成28年4月施行予定）。

（参考）個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブに関する該当条文

◎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（平成27年法律第31号）（抄）

○健康保険法の一部改正

※傍線部分は今回改正により追加した箇所

第百五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であつて、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下この条において「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

※ 国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、共済各法等の保健事業の規定においても同様に追加

- また、具体的な検討に当たっては、国会においてなされた以下の附帯決議に留意する必要がある。

◎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案に対する附帯決議（抄）

（平成27年5月26日 参議院厚生労働委員会）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

四、医療費適正化計画及び予防・健康づくりについて

2 保健事業において保険者が実施する予防・健康づくりのインセンティブの強化に当たっては、保険者に対し好事例の周知に積極的に取り組むとともに、必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化することがないよう、インセンティブ付与の在り方について十分検討すること。

- 今後、実施主体である保険者等と相談しつつ、平成27年度中に、保健事業で実施する場合の具体的なガイドラインを厚生労働省において策定していく。

後期高齢者支援金の加算・減算制度

- 平成18年の医療保険制度改正において、後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設
- 具体的には、平成25年度後期高齢者支援金から実施(実際の金額への反映は平成27年度に実施する平成25年度確定後期高齢者支援金の精算から実施)。

各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う

〈平成25年度の加算・減算の方法〉

①目標の達成状況

- 特定健診・保健指導の実施率

②保険者の実績を比較

- 支援金の減算

特定健診・保健指導の目標を達成した保険者

※なお、平成26年度以降は、平成25年度の減算保険者数と同程度の対象者が選定されるよう、調整済実施係数を設定予定。

- 支援金の加算

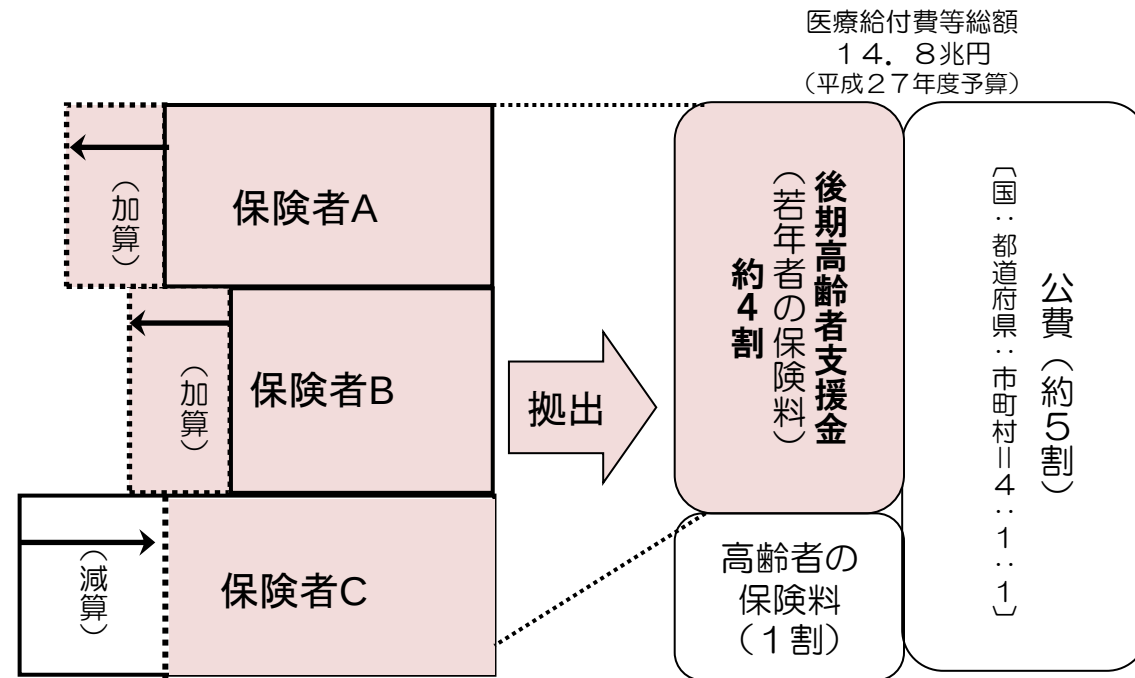
特定健診又は保健指導の実施率が実質的に0%の保険者

③加算率は0.23%に設定（法律上は上限10%）

※例外：災害等の事情により実施できなかった場合等、一定の要件に該当する保険者については、加算の適用を除外。

④減算率については、加算額と減算額の総額が同じになるように設定（法律上は上限10%）

〈後期高齢者支援金の仕組み〉



保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブの見直しについて

- 現行の後期高齢者支援金の加算・減算制度については、これまでも本検討会において、①一部の保険者にペナルティーを課す仕組みとなっていること、②地域・職域の別など保険者ごとに状況が異なる中で、一律に実績を比較する仕組みとなっていること、③特定健診・保健指導の実施率のみの単一の指標による評価となっていること、といった課題が指摘されてきた。
- これらを踏まえ、保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブについて、保険者種別それぞれの特性に応じた新たなインセンティブ制度に見直す方向で検討を進めることとする。

〈現行(～平成29年度)〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(市町村)	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				

〈見直し後(平成30年度～)〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保(都道府県・市町村)	国保組合	後期高齢者医療 広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
評価項目	保険者種別共通の項目を設定 (各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定)				
検討の場	「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の下にWGを設置し、検討	協会けんぽ(運営委員会)で検討	地方3団体関係者と調整しつつ厚労省において検討(国保基盤強化協議会)	国保組合等関係者と調整しつつ厚労省において検討	広域連合等関係者と調整しつつ厚労省において検討
	⇒「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」において、各検討状況を把握しながら進めていく				
検討時期	平成27年7月以降順次検討開始				

日 本 健 康 会 議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるため、民間主導の活動体である「日本健康会議」を2015年7月10日に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標（KPI）を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
 - ①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
 - ②「日本健康会議 ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

日時：2015年7月10日（金） 11:45－12:35

会場：ベルサール東京日本橋

人数：報道メディア、保険者、関係者など、計1,000名程度

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|--------------|-----------------|
| 1. 趣旨説明 | 日本商工会議所 | （会頭 | 三村 明夫） |
| 2. キーノートスピーチ | 東北大学大学院
医学系研究科 | （教授 | 辻 一郎 ） |
| 3. メンバー紹介 | | | |
| 4. 「健康なまち・職場
づくり宣言2020」 | 健康保険組合
連合会 | （会長 | 大塚 陸毅） |
| 5. 今後の活動について | 日本医師会 | （会長 | 横倉 義武） |
| 6. 来賓挨拶
（総理挨拶） | 厚生労働省 | （大臣
官房副長官 | 塩崎 恭久
加藤 勝信） |
| 7. フォトセッション | | | |



日本健康会議の様子

（参考）第二部 先進事例の取組紹介（13:00－15:00）

- ・津下一代（あいち健康の森健康科学総合センター長）・西川太一郎（東京都荒川区長）・向井一誠（協会けんぽ広島支部長）
- ・谷村遵子（三菱電機健康保険組合）・南場智子（株式会社ディー・エヌ・エー 取締役会長）

日本健康会議
実行委員

日本経済団体連合会	会長	榊原 定征
日本商工会議所	会頭	三村 明夫
経済同友会	代表幹事	小林 喜光
全国商工会連合会	会長	石澤 義文
全国中小企業団体中央会	会長	大村 功作
日本労働組合総連合会	会長	古賀 伸明
健康保険組合連合会	会長	大塚 陸毅
全国健康保険協会	理事長	小林 剛
全国国民健康保険組合協会	会長	真野 章
国民健康保険中央会	会長	岡崎 誠也
全国後期高齢者医療広域連合協議会	会長	横尾 俊彦
全国知事会	会長	山田 啓二
全国市長会	会長	森 民夫
全国町村会	会長	藤原 忠彦
日本医師会	会長	横倉 義武
日本歯科医師会	会長	高木 幹正
日本薬剤師会	会長	山本 信夫
日本看護協会	会長	坂本 すが
日本栄養士会	会長	小松 龍史
チーム医療推進協議会	代表	半田 一登
住友商事	相談役	岡 素之
自治医科大学	学長	永井 良三
東北大学大学院医学系研究科	教授	辻 一郎
あいち健康の森健康科学総合センター	センター長	津下 一代
広島大学大学院医歯薬保健学研究院	教授	森山 美知子
千葉大学予防医学センター	教授	近藤 克則
京都大学産官学連携本部	客員教授	宮田 俊男
日本糖尿病学会	理事長	門脇 孝
東京都荒川区	区長	西川 太一郎
読売新聞グループ本社	取締役最高顧問	老川 祥一
テレビ東京	相談役	島田 昌幸
共同通信社	社長	福山 正喜

○事務局は、実行委員会方式で運営（事務局長：渡辺俊介 元日経新聞論説委員）

全32名



健康なまち・職場づくり宣言2020



宣言 1

予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

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、糖尿病対策推進協議会等の活用を図る。

宣言 3

予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言 4

健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言 5

協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

宣言 6

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。

宣言 7

予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言 8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

宣言（K P I）を達成するためのワーキンググループ

- 1) ヘルスケアポイント等情報提供WG
- 2) 重症化予防（国保・後期広域）WG
- 3) 健康経営500社WG
- 4) 中小1万社健康宣言WG
- 5) 保険者データ管理・セキュリティWG
- 6) 保険者向け委託事業者導入ガイドラインWG
- 7) 保険者からのヘルスケア事業者情報の収集・分析WG
- 8) 保険者における後発医薬品推進WG
- 9) ソーシャルキャピタル・生涯就労支援システムWG

後期高齢者の保健事業の充実について

介護予防や認知症対策などに加え、高齢者のフレイル対策に資するよう、後期高齢者医療における保健事業についても、その取組の充実を図る。

〔現状〕

① 健康診査

- 全広域連合で実施。受診率は25.1%（H25年度）。市町村等に委託。
- 基本的に腹囲測定を除き特定健診（若年者）と同じ項目。

② 健診以外の保健事業

- 健診以外に、
 - ・歯科健診
 - ・重複・頻回受診者等への訪問指導
 - ・ジェネリック医薬品使用促進に向けた取組 などを実施。

③ 保健事業の実施体制

- 36広域連合で保健事業実施計画を策定済（平成27年度中に全広域連合で策定予定）。

〔充実の方向性〕

- 生活習慣病等の重症化予防、心身機能の低下に伴う疾病の予防のため、高齢者の心身の特性に応じた保健指導等の実施を推進。

◎国保法等改正法案による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律

第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

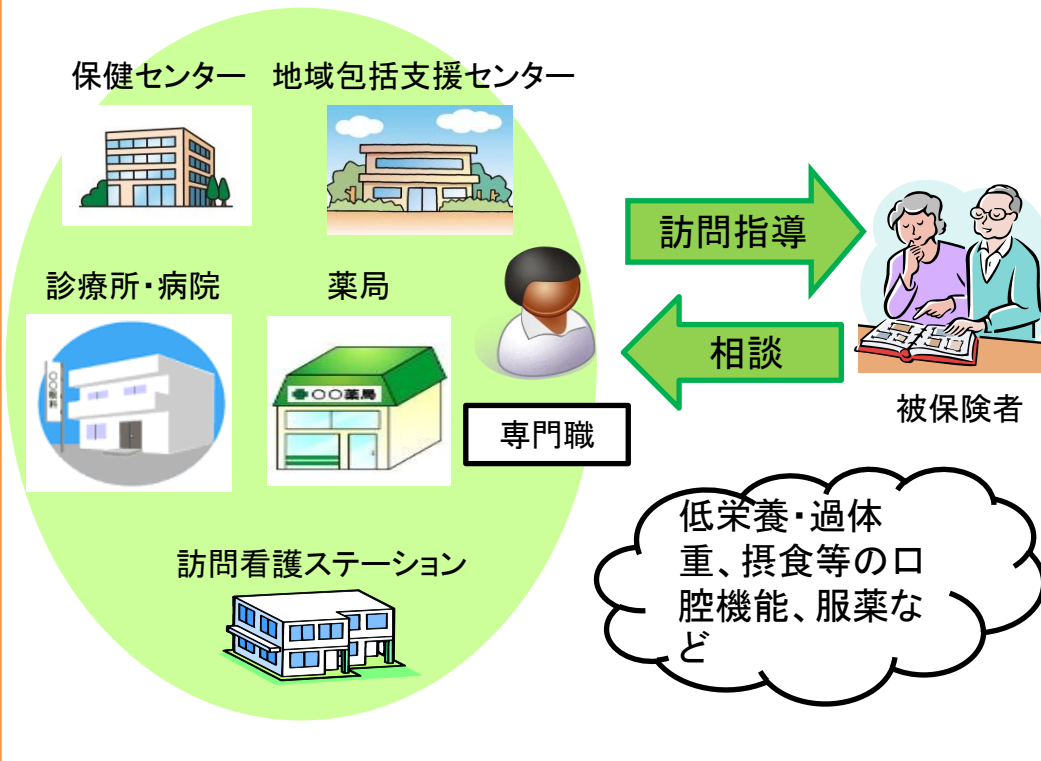
（平成28年4月1日施行）

- 平成28年度から、栄養、口腔、服薬などの面から、高齢者の特性にあった効果的な保健事業として、専門職による支援をモデル実施。※効果検証を行い、平成30年度からの本格実施を目指す。
- 今年度、心身機能等の包括的なアセスメント手法、効果的な支援方法の研究を実施。
- 広域連合と介護保険の地域支援事業を行う市町村が連携を図るなど医療介護連携を推進。

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

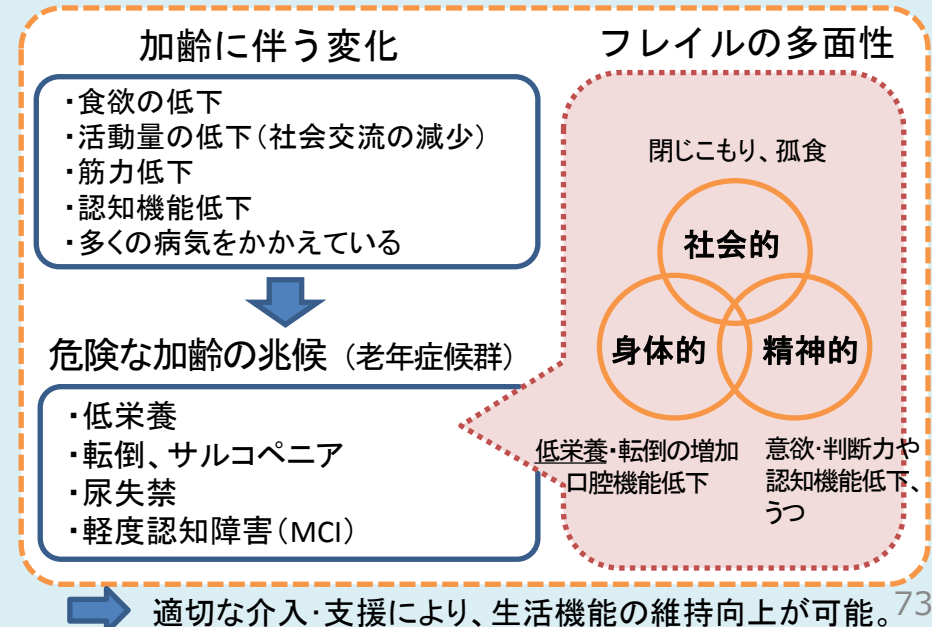
- 低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等をモデル的に実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用し、課題に応じた専門職（管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等）が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を実施。
 - 〈例〉 ・低栄養、過体重に対する栄養相談・指導
 - ・摂食等の口腔機能低下に関する相談・指導
 - ・複数受診等により服用する薬が多い場合における服薬相談・指導 等

推進のための事業イメージ



(参考) 高齢者の特性(例: 虚弱(フレイル))

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。



(参考)後期高齢者医療における保健事業

- 後期高齢者医療広域連合は、「健康教育、健康相談、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない」ととされている。

1. 健康診査

- ・対象・・・被保険者
- ・実施主体・・・広域連合(47広域連合で実施)
- ・財源・・・国庫補助1／3、広域連合2／3（市町村に対し国庫補助と同額を地方交付税措置）

※本人負担は、各広域連合で設定。

	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	平成27年度
受診率	22.7%	23.7%	24.5%	25.1%	25.6%(見込み)	26%(予算)

2. 健康診査以外の保健事業

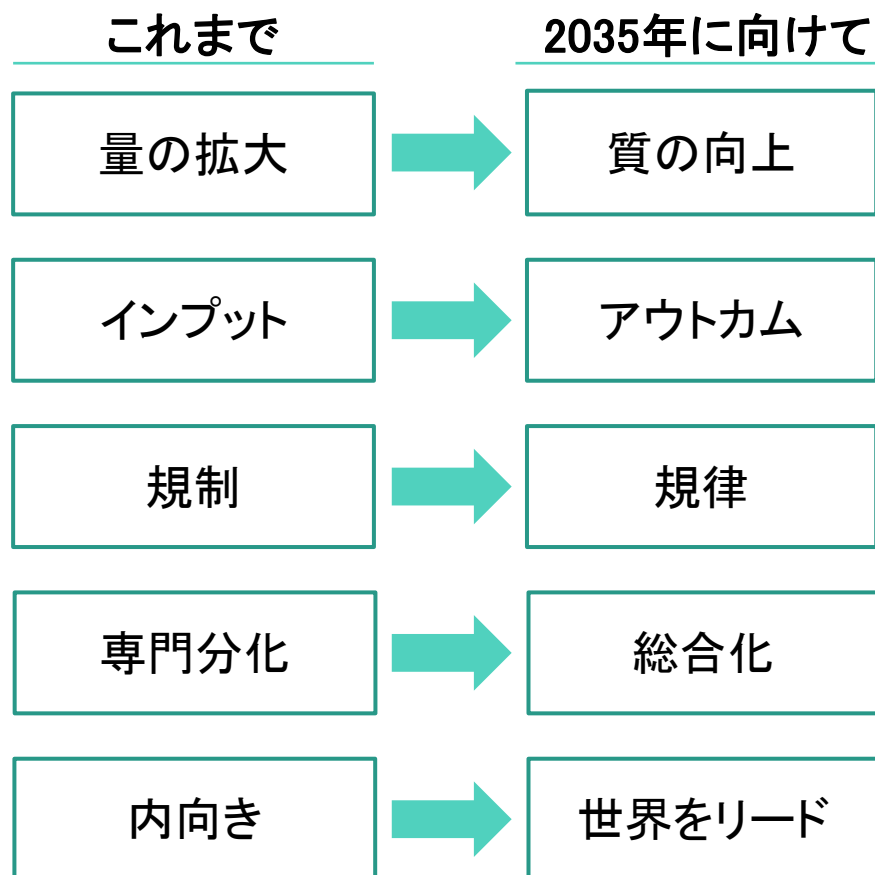
- 歯科健診【今年度から実施(17広域連合)。】
 - ・ 口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防するため、歯・歯肉の状態や口腔清掃状態等をチェック
- 重複・頻回受診者等への訪問指導【37広域連合で実施。重複投薬者について今年度から実施(3広域連合)。】
 - ・ 重複・頻回受診者、重複投薬者等に対して保健師及び薬剤師等による訪問指導を実施
- ジェネリック医薬品使用促進に向けた取組
 - ・ 後発医薬品利用差額通知の送付、後発医薬品希望シール・カードの作成及び配付など
【差額通知の送付:46広域連合で実施。希望カード配布:47広域連合で実施。】
- 保健事業実施計画(データヘルス計画)【今年度中に策定予定】
 - ・ 広域連合がレセプト・健診情報等の分析に基づく効率的・効果的な保健事業を実施するための計画策定

新しい国保制度に向けて

経済財政運営と改革の 基本方針2015について

単なる負担増と給付削減による現行制度の維持を目的とするのではなく、イノベーションを活用したシステムとしての保健医療を再構築し、経済財政にも貢献

保健医療のパラダイムシフト



具体的なアクション(例)

- 医療等分野の番号を用いた情報統合による質の向上
- アウトカム指標に基づく報酬体系への移行
- 過剰医療の削減や医療サービスのベンチマーキング
- 上記による、患者の主体的な選択の支援
- 保健医療・介護の資源配分の地域による決定と
そのための公衆衛生・政策人材の育成
- 「健康への投資」による経済成長の促進
- オリンピックに向けた「たばこフリー」社会の実現
- グローバルリーダーシップの確立(ユニバーサル・ヘルスカバレッジや健康安全保障)

※保健医療2035策定懇談会とは・・・

厚生労働大臣が本年2月から開催する私的懇談会。次世代を担う30代から40代を中心とした、若手気鋭の有識者や厚生労働省の職員で構成。

Ⅱ 中長期的視点に立った社会保障政策の展開について①

社会保障制度改革国民会議 報告書(平成25(2013)年8月)

社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制等の理念の下で以下の改革を推進

- 子ども・子育て支援新制度等に基づいた施策の着実な実施
- 医療の機能分化とネットワークの構築、医療の在り方の変化
- 医療保険の財政基盤の安定化、給付の重点化効率化
- 年金の長期的な持続可能性とセーフティネット機能の強化 等

諮問会議での指摘事項 (平成27(2015)年)

以下の二点を基本視点に集中改革期間に改革を進める。

- ①公的分野の産業化
 - ・データ利用の拡大、・多様な事業者の参画拡大、・医療関係者の活動範囲の拡大、・多様なサービス
- ②インセンティブ改革
 - ・制度の見直し、・健康ポイント・病床再編、・見える化の推進、・所得等に応じた負担、・保険収載範囲の見直し 等

中長期的視点(保健医療2035策定懇談会 (平成27(2015)年2月～)の議論より)

単なる負担増と給付削減による現行制度の維持を目的とするのではなく、イノベーションを活用したシステムとしての保健医療を再構築し、経済財政にも貢献

<具体的なアクション(例)>

- 医療等分野の番号を用いた情報統合による質の向上
- アウトカム指標に基づく報酬体系への移行
- 過剰医療の削減や医療サービスのベンチマーキング
- 上記による、患者の主体的な選択の支援 等

経済再生と財政健全化を両立させる新たな社会保障政策

- ①社会保障の充実・強化と効率化の同時達成
- ②経済財政と調和のとれた社会保障制度
- ③20年後を見据えた課題解決への取り組み

3本柱からなる
政策パッケージ

I 社会保障の充実強化

- ① 地域包括ケアシステムの構築:医療介護サービス体制の改革

Ⅱ 新たな視点に立った社会保障政策

- ② 保険者が本来機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現

- ③ グローバル視点の医薬品政策

- ④ 医療・介護の産業化と国際貢献

- ⑤ 負担能力に応じた公平な負担

これらの施策を総合的・一体的に推進

高齢化対応・健康長寿モデルの実現

医療費等の伸びの抑制

II 中長期的視点に立った社会保障政策の展開について②

○医療・介護

I 社会保障の充実強化

① 地域包括ケアシステムの構築：医療介護サービス体制の改革

○質が高く、効率的な医療提供体制

- ・地域医療構想の策定支援、**医療費適正化計画の前倒し・加速化[30年度改定→前倒し]**
- ・保険者努力支援制度(平成30(2018)年度～)の趣旨を**現行補助制度に前倒して反映**

○プライマリケアの強化

- ・「**患者のための薬局ビジョン**」を平成27(2015)年中に策定
- ・かかりつけ医に関する診療報酬評価を平成28(2016)年度改定でさらに検討

○質が高く、効率的な介護サービス提供体制

○情報連携のためのICT基盤の構築

○医療介護人材の確保・養成

II 新たな視点に立った社会保障政策

② 保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現

○現役世代からの健康づくりの推進

- ・生活習慣病予防対策
- ・**生活習慣病の重症化予防対策**

<インセンティブ改革の推進>(制度改革を活用・前倒し実施)

- ・個人の予防・健康づくりに向けた取組に応じたヘルスケアポイントの付与[平成27(2015)年度にガイドラインを策定・周知]
- ・予防・健康づくりなどに積極的に取り組む保険者を支援
[平成27(2015)年度から後発医薬品の使用促進・重症化予防など、後期高齢者支援金の加減算制度の新たな指標等を検討]

○高齢期の疾病予防・介護予防等の推進

- ・**高齢者の虚弱(「フレイル」)に対する総合対策**
- ・「見える化」等による介護予防等の更なる促進
- ・認知症総合戦略(新オレンジプラン)の推進

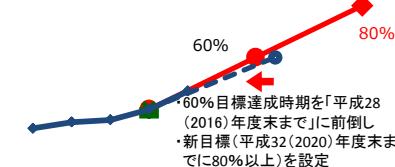
○後発医薬品の使用の飛躍的加速化

(新目標：平成32(2020)年度末までに80%以上)

○医薬品・医療機器・再生医療等製品におけるイノベーションの推進

○エッセンシャルドラッグの安定供給等の推進

<後発医薬品シェアの新たな目標>



③ グローバル視点の医薬品政策

④ 医療・介護の産業化と国際貢献

○データヘルスにおける民間サービスの振興

○介護ロボット等の活用 その他周辺産業の振興

○保健医療分野での国際貢献

<介護ロボット(例)>

- ・転倒検知センサー等を備えた機器のプラットフォーム(認知症の方の見守り)

⑤ 負担能力に応じた公平な負担

○マイナンバーの活用と併せての検討

○負担能力に応じた公平な負担

※国民的な議論が必要。また、過度な歳出抑制は、経済成長率や税収の伸びを押し下げる効果があることに留意。

これらの施策を総合的・一体的に推進

高齢化対応・健康長寿モデルの実現

医療費等の伸びの抑制

○年金 ○子ども子育て ○ひとり親家庭支援
○生活保護・生活困窮者支援 ○障害福祉

将来世代の給付水準の確保を図るための見直しや総合的対応等について検討

○現役世代からの健康づくりの推進

(1)生活習慣病予防対策(一次予防)

- ・特定健診・特定保健指導の受診率向上に向けた取組を推進し、メタボリックシンドローム該当者の減少や糖尿病有病者の増加を抑制
- ・医療機関における禁煙支援・禁煙治療や健診・保健指導における禁煙支援を一層推進、たばこ税の引上げなど

【インセンティブ改革】

保険制度の
インセンティブ

・健康経営銘柄
・表彰制度 等

【関連産業の振興】

データ
分析

福利厚生
管理

個人の
健康支援

保険者

【保険者の強化】

(2)生活習慣病の重症化予防対策(二次予防)

- ・**データ分析に基づく、医療機関と連携した糖尿病性腎症の重症化予防**(効果額:約0.2兆円)、脳卒中・心筋梗塞の再発予防など(参考資料P15「糖尿病重症化予防事業(協会けんぽの例)」、P16「広島県呉市国保の事例」参照)

インセンティブ改革(制度改革を活用・前倒し実施)

- ・個人の予防・健康づくりに向けた取組に応じてヘルスケアポイントを付与

[平成27(2015)年度にガイドライン策定・周知]

- ・予防・健康づくりなど医療費適正化に積極的に取り組む保険者を支援

[平成27(2015)年度から後発医薬品の使用促進・重症化予防など、後期高齢者支援金の加減算制度の新たな指標等を検討]

※データヘルスの実効性を高める保険者規模を確保する取組(参考資料P12「ドイツと日本の保険者」参照)や、保険者におけるレセプトデータ等を活用した重複受診等を防止するための保健指導等も併せて推進

○高齢期の疾病予防・介護予防等の推進

・高齢者の虚弱(「フレイル」)に対する総合対策

[平成28(2016)年度、栄養指導等のモデル事業を実施。食の支援等、順次拡大]

- ・「見える化」等による介護予防等の更なる促進
- ・高齢者の肺炎予防の推進(効果額:約0.1兆円)
- ・認知症総合戦略(新オレンジプラン)の推進

他にも、個別疾患対策による重症化予防も実施(例)

・C型肝炎に対する医療費助成を通じた重症化予防(効果額:約0.1兆円)

Ⅲ 重点改革事項② 地域包括ケアシステムの構築：医療介護サービス体制の改革

提供体制改革への取り組みの加速化・進化

① 質が高く、効率的な医療提供体制⇒地域差の縮小

- ・都道府県が提供体制と保険制度の両面から責任を果たす体制の確立

[今年度法改正(予定)、平成30(2018)年度施行]

- ・地域医療構想の策定支援、医療費適正化計画の**前倒し・加速化**

適正化指標の精緻化・「見える化」手法による地域差縮小 など

[平成30(2018)年度改定⇒前倒し]

- ・医療費適正化に取り組む市町村の支援

[保険者努力支援制度(平成30(2018)年度～)の趣旨を現行補助制度に

前倒しで反映]

② プライマリケアの強化

- ・「**患者のための薬局ビジョン**」の策定[年内**公表予定**]

薬剤師がチームの一員として参画することを促進し、地域包括ケアを進化させる。

- ・かかりつけ医の普及

[平成26(2014)年度診療報酬改定で初めて評価・平成28(2016)年度改定で更なる評価を検討、先行事例を収集・横展開]

③ 質が高く、効率的な介護サービス提供体制⇒適正な給付

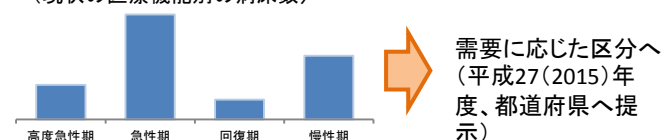
- ・介護保険事業計画に基づく自治体のPDCAの取組を支援

[第6期計画：平成27(2015)年度～、第7期計画：平成30(2018)年度～]

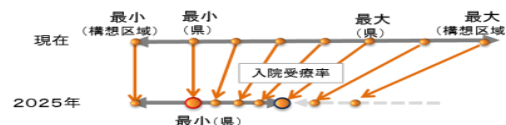
- ・適切なケアマネジメントの推進、保険者ごとの給付分析等を通じた給付の適正化

【病床機能の再編、地域差の縮小】

(現状の医療機能別の病床数)



療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定



患者のための薬局ビジョン

～「**門前**」から「**かかりつけ**」、そして「**地域**」へ～

医業分業の原点に立ち返り、57,000の薬局すべてを患者本位のかかりつけ薬局に再編

- ・「立地から機能へ」：24時間対応、在宅対応
- ・「薬中心から患者中心へ」：服薬指導、処方提案
- ・「バラバラから一つへ」：情報の一元的管理、
残薬解消、重複投薬防止

○地域包括ケアシステムとは・・・

高齢者が住み慣れた地域でできる限り自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的に確保される体制をいう。

④ 情報連携のためのICT基盤の構築

①平成30(2018)年度までに医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開

②平成32(2020)年度までに医療現場のデジタル化として400床以上の一般病院の90%が電子カルテを導入

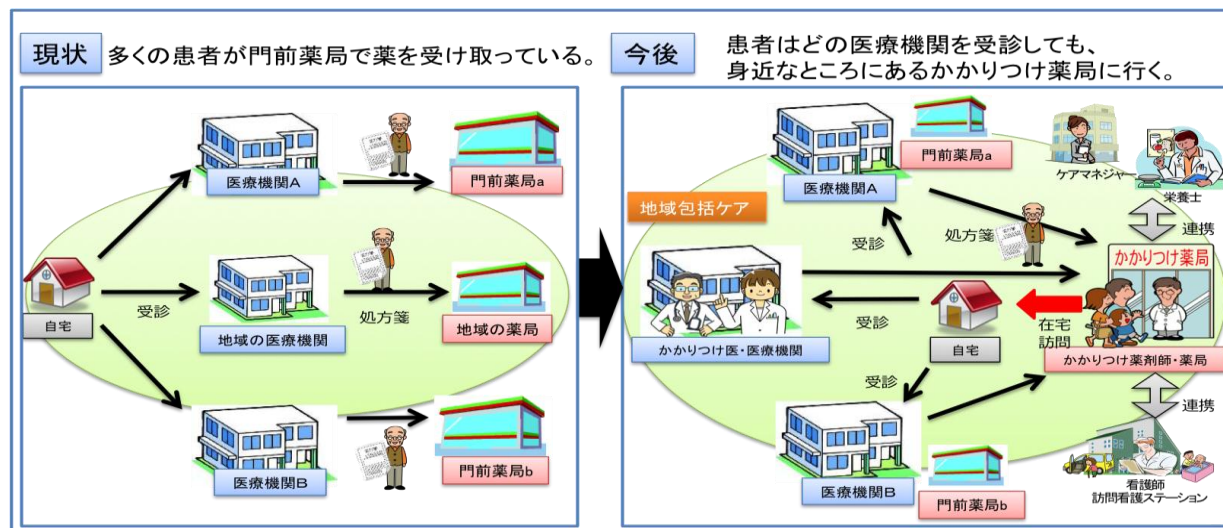
⑤ 医療介護人材の確保・養成

- ・地域医療支援センターの機能充実に向けた支援
- ・ナースセンターによる看護職員の復職支援強化(本年10月施行)
- ・介護人材を質・量の両面から確保するため、「参入の促進」「労働環境の改善」「資質の向上」を推進

インフラ整備

医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

- 地域包括ケアのチームの一員として、薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的・継続的な薬学的管理を実施。
- これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。



◎患者がかかりつけ薬局のメリットを実感できるような調剤報酬

- 患者にとってメリットが実感できるかかりつけ薬局を増やし、いわゆる門前薬局からの移行を推進するため、調剤報酬の例えば以下のような評価等の在り方について検討する。

- ① 在宅での服薬管理・指導や24時間対応など、**地域のチーム医療の一員として活躍する薬剤師への評価**
- ② **かかりつけ医と連携した服薬管理**に対する評価
- ③ **処方薬の一元的・継続的管理**に対する評価
- ④ **薬剤師の専門性を生かした後発医薬品の使用促進**に対する評価
- ⑤ **いわゆる門前薬局に対する評価の見直し** など

→ **調剤報酬を抜本的に見直す**こととし、次期改定以降、累次に亘る改定で対応するよう、今後、中央社会保険医療協議会で具体的に検討。

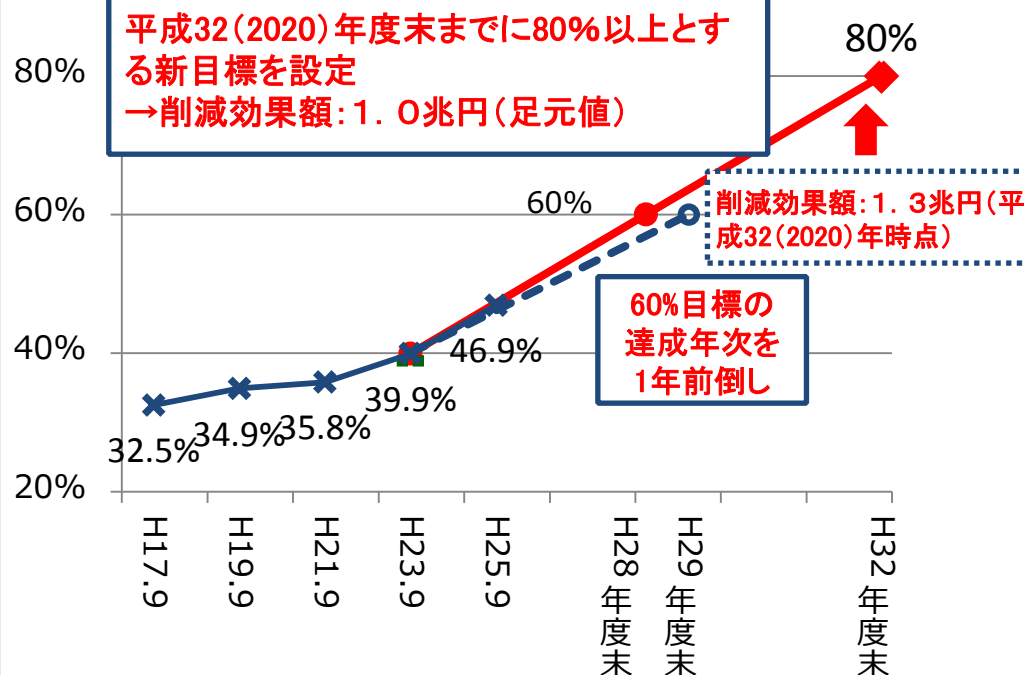
- 後発医薬品の使用促進を更に強化するため、現行の数量シェア目標の達成時期を1年前倒して「平成28(2016)年度末までに60%以上」とし、さらに、ロードマップの見直しを視野に、「平成32(2020)年度末までに80%以上」とする次期目標を新たに定める。

今後、企業における生産体制強化や設備投資の状況をヒアリングし、適切で意欲的な目標を設定する。

※ 併せて、我が国の経済成長に資する知識集約型の産業である医薬品産業を全体として底上げするため、緊急的・集中実施的な、革新的医薬品・医療機器・再生医療等製品の創出促進、エッセンシャルドラッグの安定供給等の推進、流通の振興等も含めた、総合的な戦略を推進する。[総合戦略策定(本年夏)]

後発医薬品シェアの新たな目標

※ 現行目標:平成29(2017)年度末までに60%以上
(「後発医薬品の使用促進のためのロードマップ」)



具体的推進策(例)

<薬価・診療報酬制度>

- 保険収載価格等の適正化の検討
- 後発品促進のための処方あり方の検討 等

<品質確保対策とその周知>

- 学術的評価と監視指導を連動させた一元的な品質確保の推進
- 流通事業者による品質確認の実施 等

<後発医薬品産業の健全な発展>

- 共同開発のあり方の検討
- 規格揃えの見直し 等

<普及促進策>

- 保険者取組の評価指標に後発医薬品使用割合の導入
- 政府広報(テレビ・新聞)による積極的な普及啓発 等

※ 診療報酬・調剤報酬上の推進策については、流通の混乱を避け安定供給を確保する観点から、進捗状況を踏まえて段階的に実施。

「見える化」と地域差の是正①

「見える化」の枠組み

医療の「見える化」

○病床機能報告制度・地域医療構想

- 医療機関が、現在の病床機能と今後の方向性を病棟単位で都道府県に報告。都道府県が、地域ごとに各病床機能の医療需要及び将来の必要病床数を含む地域医療構想を策定し、病床の機能分化・連携を推進。
- 地域医療構想等を踏まえ、医師・看護職員等の需給を見直し、地域定着対策を推進。

○医療費適正化計画（地域ごとの医療費等）

- 医療費適正化計画の策定を通じて、地域ごとの医療費、医療費目標、医療費適正化に向けた取組状況等を明らかにし、地域差の要因分析、医療費適正化効果のエビデンスの提示等を実施。

○データヘルス（レセプト・健診情報等を活用した保健事業）

- 保険者が策定するデータヘルスの計画を把握・分析し、保険者ごとの取組状況等を明らかにする。

住民負担の「見える化」

○国保における標準保険料率

- 国保の財政運営が都道府県に移行した後、地域ごとの医療費水準が反映された標準保険料率を提示。

分析項目（都道府県別、二次医療圏別、市町村別、保険者別など）

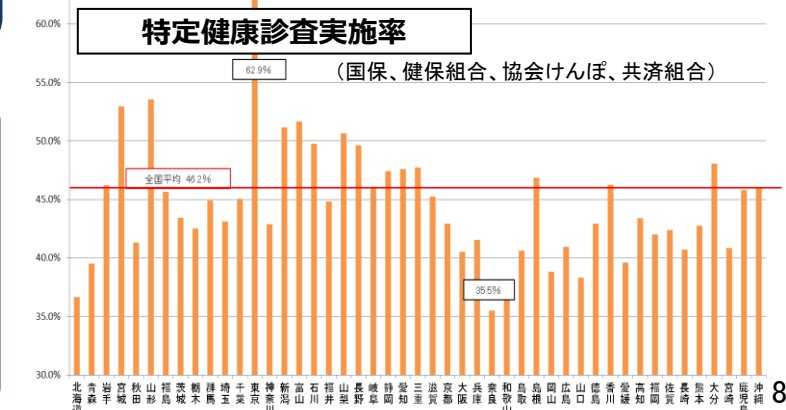
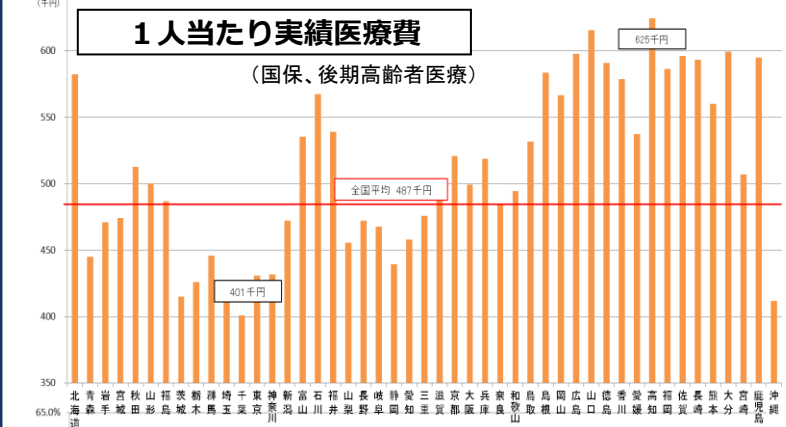
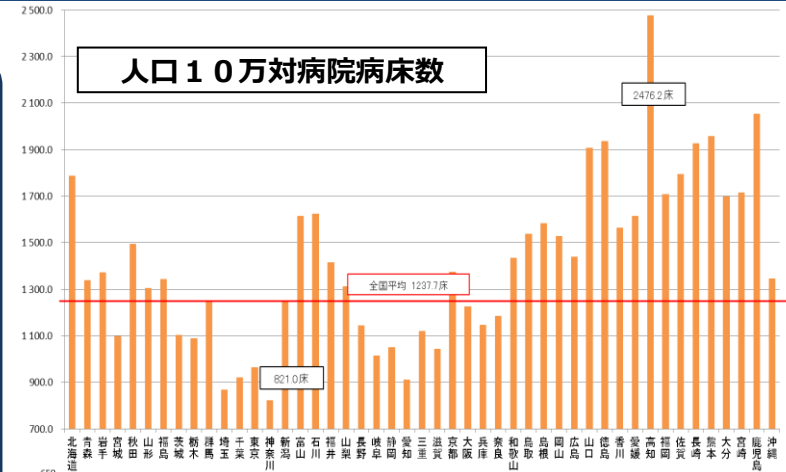
○医療提供体制〔病床数、将来の必要病床数、平均在院日数、疾病別患者数、後発医薬品の使用割合、重複受診・投与の状況等〕

○予防・健康づくり〔特定健診・保健指導の実施率、メタボ該当者数、重症化予防（糖尿病性腎症・脳卒中・心筋梗塞等）の取組状況等〕

○医療費〔入院・外来別、病床種別、性・年齢別、疾患別等〕

赤枠は、新たに「見える化」する項目

病床機能報告制度のデータ、レセプト・特定健診等のNDBデータ、DPCデータ、病院報告、患者調査等の統計データなどを活用



「見える化」と地域差の是正②

～平成29(2017)年度

平成30(2018)年度～

「見える化」の推進

地域医療構想を策定し、病床機能の分化・連携を推進

(①調整会議の開催、②基金の効果的な活用、
⇒調整会議における協議だけでは進まない場合には、③知事による要請・指示等(※))

※要請・指示等に従わない場合・・・(要請の場合は勧告した上で)医療機関名の公表、
地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し 等

医療費適正化計画(平成30(2018)年度改訂予定)の前倒し・加速化

保険者努力支援制度の趣旨を前倒しで実施(現行補助に反映)

都道府県による国保の財政運営開始

(都道府県が提供体制と保険制度の両面から責任を果たす体制を確立)

医療計画と介護保険事業(支援)計画の同時策定

地域において患者
ニーズにあった機能
別の病床数の実現

都道府県ごとの医療
費目標を設定し、
PDCAサイクルを強化

インセンティブの強化

- ・医療費適正化に積極的に取り組む保険者、自治体を重点的に支援
- ・健康産業の拡大に向けた好事例の横展開を進めるプラットフォームに協力

地域差の是正

インセンティブの強化

○保険者へのインセンティブ

	健保組合 共済組合	協会けんぽ	国保 (都道府県・市町村)	後期高齢者 医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加減算制度を見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設(現行補助に趣旨反映)	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
時期	平成27(2015)年度から新たな指標を検討し、順次実施			
指標	特定健診・保健指導の実施率、後発医薬品の使用割合、データヘルスの指標等を活用(各制度の特性を踏まえながら検討)			

○医療提供者へのインセンティブ

- 〔平成28(2016)年度診療報酬改定で検討〕
- ・病床の機能に応じた評価(高度急性期、急性期、回復期、慢性期等)
 - ・かかりつけ医、かかりつけ薬局の評価
 - ・いわゆる門前薬局に対する評価の見直し
 - ・後発医薬品の使用促進

○個人へのインセンティブ

- ・保険者によるヘルスケアポイントの導入、保険料への支援(平成27(2015)年度中にガイドライン作成)

第3章「経済・財政一体改革」の取組－「経済・財政再生計画」－

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

〔1〕 社会保障

（略）

（基本的な考え方）

- ・ 安倍内閣のこれまで3年間の経済再生や改革の成果と合わせ、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び（1.5兆円程度）となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を2018年度（平成30年度）まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む。この点も含め、2020年度（平成32年度）に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す。

（時間軸）

- ・ 社会保障・税一体改革を確実に進めるとともに、団塊の世代が後期高齢者になり始める2020年代初め以降の姿も見据えつつ、主要な改革については2018年度（平成30年度）までの集中改革期間中に集中的に取組を進める。2020年度（平成32年度）までの検討実施に係る改革工程を速やかに具体化していく中で、予断を持たずに検討する。平成27年度からできる限り速やかに取組を進める。

（医療・介護提供体制の適正化）

- ・ 都道府県ごとの地域医療構想を策定し、データ分析による都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の「見える化」を行い、それを踏まえた病床の機能分化・連携を進める。その際、療養病床については、病床数や平均在院日数の地域差が大きいことから、入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を着実に行う。
- ・ このため、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制について、医療の内容に応じた制度上の見直しを速やかに検討するとともに、医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化について検討を行う。
- ・ 外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ、地域差の是正を行う。
- ・ これらの取組を進めるため、地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定する。平成27年度中に、国において目標設定のための標準的な算定方式を示す。これらの取組を通じて、都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す。
- ・ 医療・介護に関する計画については、中長期的な視野に立った工程管理を行う観点からPDCAマネジメントの実施を進める。
- ・ 都市・地方それぞれの特性を踏まえ、在宅や介護施設等における看取りも含めて対応できる地域包括ケアシステムを構築する。また、人生の最終段階における医療の在り方の検討を行う。かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する。
- ・ 改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療介護総合確保基金の平成27年度からのメリハリある配分や、医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用 の在り方の検討、機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた適切な評価など平成28年度診療報酬改定及び平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応、都道府県の体制・権限の整備の検討等を通じて、都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。これらの施策について可能なものから速やかに実施する。

（インセンティブ改革）

- ・ 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、国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映、後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化、医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方など、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。
- ・ 個人については、健康づくりの取組等に応じたヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与を行うことにより、国民一人ひとりによる疾病予防、健康づくり、後発医薬品の使用、適切な受療行動を更に促進する。
- ・ また、個人の健康管理に係る自発的な取組を促す観点から、セルフメディケーションを推進する。
- ・ 民間事業者の参画も得つつ高齢者のフレイル対策を推進する。

（負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化）

- ・ 社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する(略)。
- ・ また、現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う。
- ・ 医療保険、介護保険ともに、マイナンバーを活用すること等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて、実施上の課題を整理しつつ、検討する。
- ・ 公的保険給付の範囲や内容について検討した上で適正化し、保険料負担の上昇等を抑制する。
- ・ 医療の高度化への対応として、医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて、平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入をすることを目指すとともに、生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方の在り方等について検討する。
- ・ 市販品類似薬に係る保険給付について、公的保険の役割、セルフメディケーション推進、患者や医療現場への影響等を考慮しつつ、見直しを検討する。
- ・ 不適切な給付の防止の在り方について検討を行う。

保険者努力支援制度に向けて ～保険者機能の強化～

あいづじげん健康ポイント倶楽部

平成27年8月28日

福島県会津美里町

健康ほけん課



1.事業の背景

会津美里町の紹介

○会津美里町に生まれたとされる
「天海大僧正」のおくり名
「慈眼大師」の名にあやかり、
「あいづじげん」と名づけました。

			
 福島県 西部に位置	 面積 276.3km²	 人口 21,619人  高齢化率 33.6%	会津美里町 イメージキャラクター あいづじげん！

会津美里町の花・木・鳥



あやめ



槐(エンジュ)



セキレイ

会津美里町の特産品



高田梅



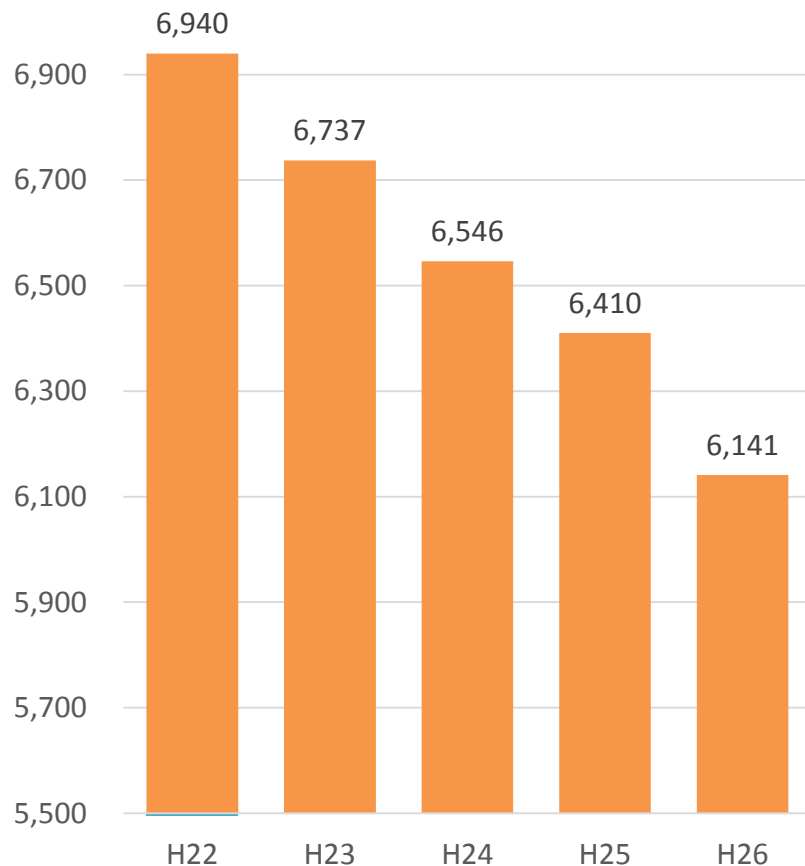
会津本郷焼



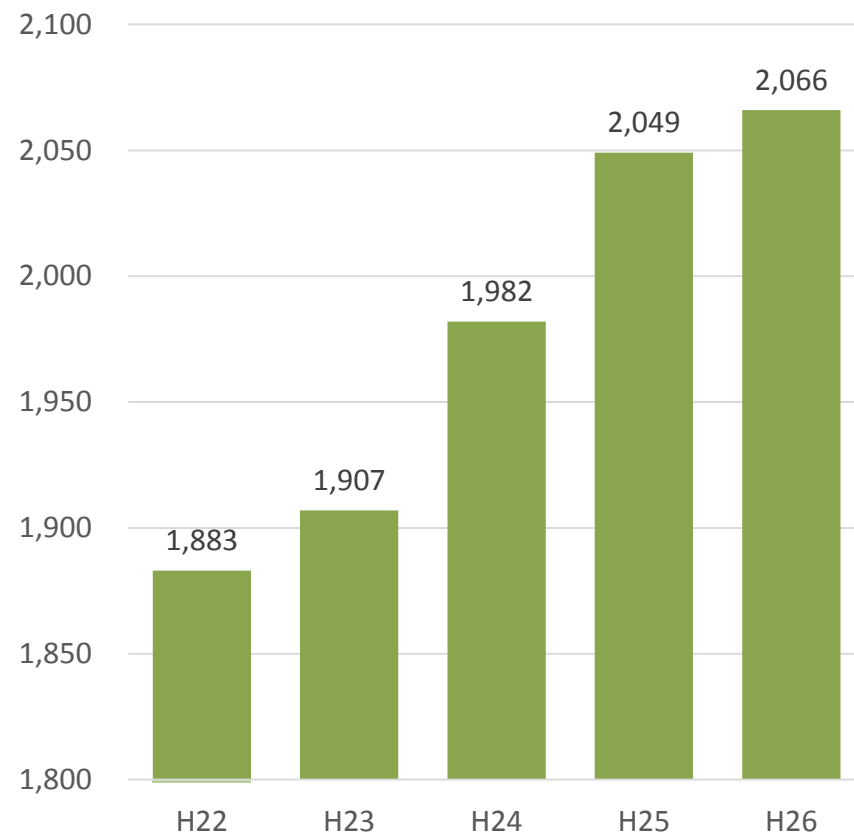
新鶴ワイン

国民健康保険の状況

年間平均被保険者数(単位:人)

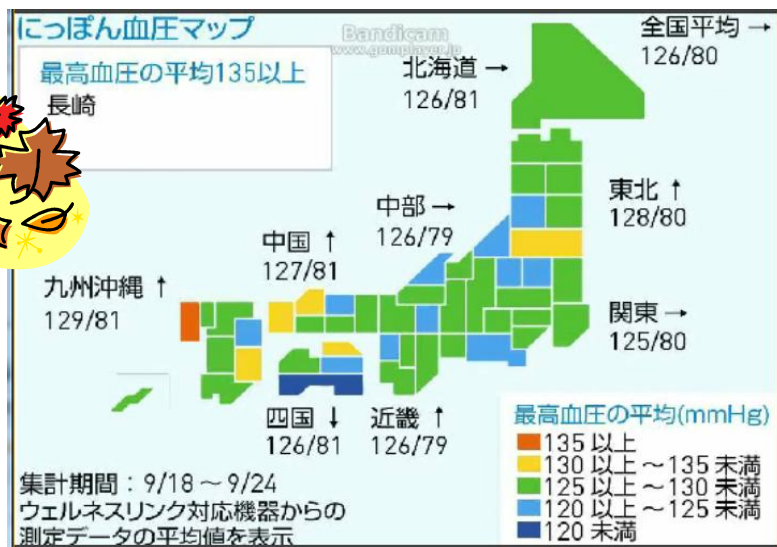
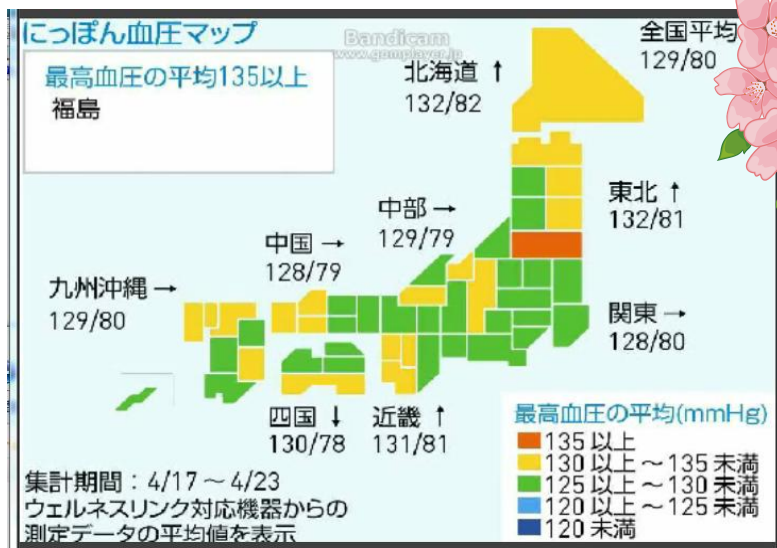


年間の医療費(単位:百万円)



福島県の血圧値

2010年11月から2014年6月までに登録された約37万件のデータから見る県別家庭血圧ワースト15



		朝平均血圧	夕平均血圧	平均
33	山口県	100.3	94.6	97.5
34	島根県	101.1	97.4	99.3
35	宮城県	100.5	94.7	97.6
36	和歌山県	101.1	95.8	98.4
37	青森県	101.4	96.8	99.1
38	千葉県	100.9	95.8	98.3
39	群馬県	100.9	95.5	98.2
40	茨城県	101.3	95.7	98.5
41	栃木県	100.5	95.3	97.9
42	鹿児島県	101.0	96.1	98.6
43	長野県	101.2	94.9	98.1
44	岐阜県	100.8	95.6	98.2
45	秋田県	101.8	95.7	98.7
46	高知県	102.6	96.5	99.6
47	福島県	103.7	97.3	100.5

オムロンヘルスケア(株)提供



福島県の死亡原因

福島県は心筋梗塞死亡率、第一位！

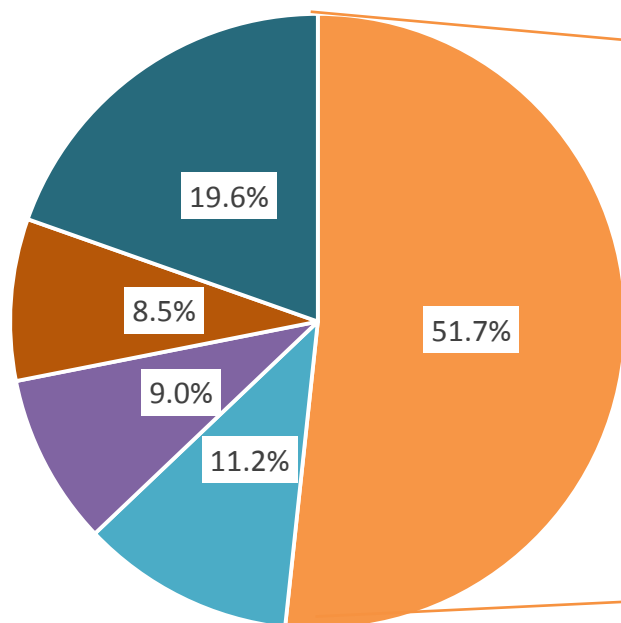
	急性心筋梗塞				脳血管疾患				脳梗塞			
	男		女		男		女		男		女	
	率	順位	率	順位	率	順位	率	順位	率	順位	率	順位
北海道	21.5	24	9.2	21	47.1	28	25.2	29	24.0	28	11.5	32
青森	32.0	4	11.4	6	67.1	2	34.0	3	35.7	2	15.5	10
岩手	22.8	17	8.0	28	70.1	1	37.1	1	35.8	1	16.2	6
宮城	16.9	36	7.9	30	61.8	5	33.9	4	29.5	11	16.4	4
秋田	16.0	40	6.4	41	65.7	3	31.6	11	33.2	3	14.9	11
山形	25.7	8	11.3	7	55.8	11	31.7	10	39.8	9	15.6	8
福島	36.7	1	15.5	1	58.2	8	32.7	6	32.2	5	17.4	1

厚生労働省 平成22年都道府県別にみた主な死亡別男女別年齢調整死亡率から

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

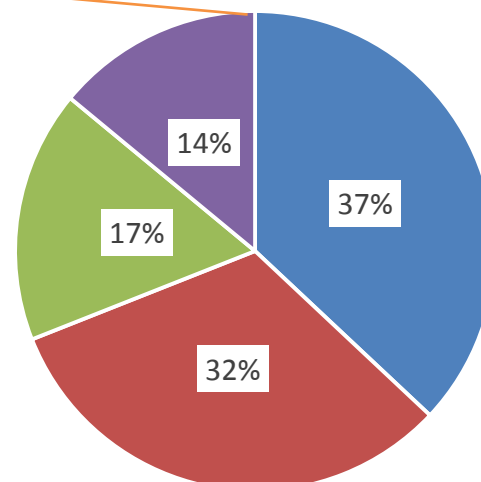
国民健康保険の状況（平成25年度）

医療費の内訳



- 生活習慣病
- 消化器系疾患
- 精神・行動障害
- 筋骨格系及び結合組織の疾患
- その他

生活習慣病の内訳



- 循環器系の疾患
- 新生物
- 腎・尿路系の疾患
- 内分泌・栄養及び代謝疾患

あいづじげん健康ポイント倶楽部の構成

住民への啓発支援
財政負担

会津美里町

商品券管理
サービスカウンター運営

会津美里町商工会

医学的なアドバイス

福島県立医科大学

事務局

N P O 福島医療・ヘルス
ケア I C T 研究会

あいづじげん健康
ポイント倶楽部
実行委員会



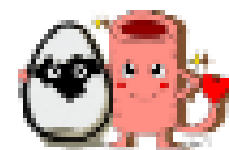
平成25.4.4協 定
25.8.1事業開始

2.事業目的

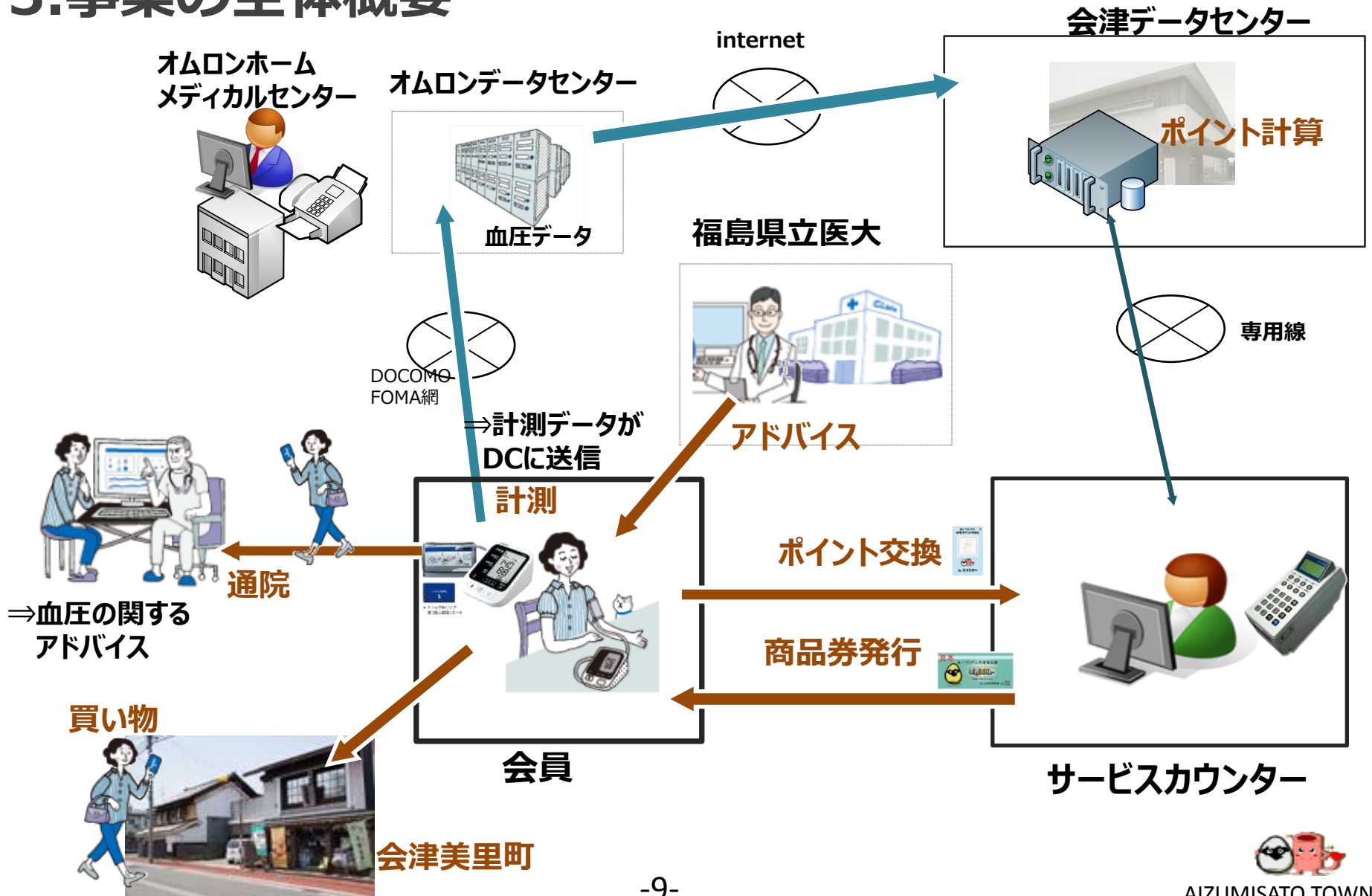
- ・ 血圧測定により
町民の健康増進を図る。
- ・ 高血圧は多様な病気につながります。
家庭でできる効果的な予防手段
の一つです。
- ・ この事業は毎日、血圧測定をすることにより
「ポイント」が貯まっていくシステムです。



～からだと地域を元気に～



3.事業の全体概要



4.入会方法（その1）

◆会津美里町内の3か所（地域）で申し込みができます。

⇒サービスカウンター（ブース）

- ①高田インフォメーションセンター（美里蔵）
- ②会津美里町商工会 本郷支所
- ③会津美里町商工会 新鶴支所

FAX送信先: 0120-25-9066

「あいづじげん健康ポイント倶楽部会員」申込書 兼
「メディカルリンク会員（血圧計送付依頼書）」申込書

■この申込書は、「あいづじげん健康ポイント倶楽部」の会費を徴収し、ポイントカードを発行するためのものです。
■申し込みをされた時点で「あいづじげん健康ポイント倶楽部」の会費が自動的に引き落とされます。

☐ 既にメディカルリンク会費の方は、ここをチェック（し）して下さい
☐ 若二人（ご家族）で申込み/送付をする方は、ここをチェック（し）して下さい

申込日	平成 25年 月 日
カナ氏名	
氏 名	
性 別	男 女
自宅住所	〒
自宅電話番号	
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日

【若二人でご利用/送付の場合（若二人同姓のご家族の方）】

カナ氏名	
氏 名	
性 別	男 女
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日

※お二人様は必ずしも同じ住所に居住する必要はありません。お二人様それぞれに住所を記載して下さい。

【注 意】
 ・商品お届け時に、¥12,918円（本体価格＋半年分のサービス料）を、お振付した電匯振替の方にお振込（代金引当）をお願いします。
 ※お一人様お一人様につき、¥12,918円（税込）が上限となります。※お振込は必ずお振込み下さい。

【申し込みの受付時間】

受付	取扱ブース名	高田インフォメーションセンター
	取扱担当	
	〒	〒242-0000
	連絡先	FAX: 0120-25-9066

OMRON



会員カード

会員カードはその場で発行します。

申込書に記入



4.入会方法（その2）

◆申込みをすると血圧測定機が送付

⇒申込みから一週間以内に届きます。



+

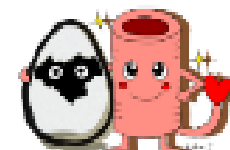


血圧測定機

- ・乾電池でも動作。
- ・一台で二人まで利用可能。
- ・血圧値は測定後、自動的にコンピューターに登録。

メディカルリンクカード

- ・病院に行く時に必要。
- ・サービスカウンターで血圧状況を印刷する時に必要。



血圧測定機の操作方法

◆ 2ステップで終了

① カフを巻きます



② 測定開始ボタンを押します



- ・ 測定終了後、自動的に
コンピューターに登録



5.費用

◆自己負担

血圧測定器の購入費用（最初だけ）

・ ￥ 7, 5 0 0 円 + 消費税

毎月のサービス料（通信費 + 情報提供等）

・ ￥ 8 0 0 円 + 消費税（一人で申込み）

・ ￥ 1, 3 0 0 円 + 消費税（二人で申込み）

負担が大変です

しかし 毎日の血圧測定、町主催の行事等に参加すると
ポイントが付きます。



6.ポイントの取得（その1）

毎日の血圧測定



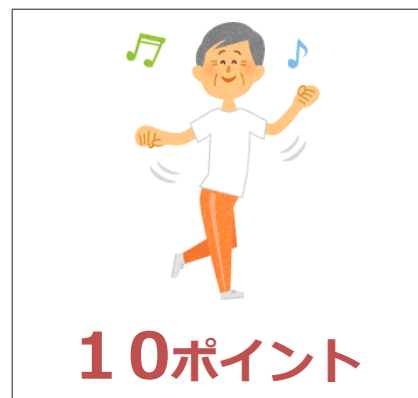
1日に朝晩2回測定し、年間続けた場合。

健康診断結果の提示



人間ドックの結果でも可能。

町主催の行事への参加



多数の行事を用意。
1回当たり
10ポイント。

特定健診受診者事後指導



特定健診受診者事後指導修了者が対象。

ポイントが貯まると商品券



と交換が可能。

※1ポイント=1円換算



6.ポイントの取得（その2）

◆サービス料（通信費等）

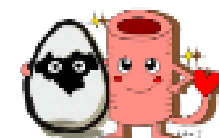
¥800円（税別）×12ヶ月＝¥9,600円／年間
10,368円（税込み）

◇参考パターン

- ・ 血圧測定を毎日行った : 7,200ポイント
- ・ 健康診断結果を提示した : 500ポイント
- ・ 倶楽部の行事に2回参加 : 1,000ポイント
- ・ 町の健康事業に10回参加 : 100ポイント
- ・ お薬の明細書を6回提示 : 600ポイント

合計 9,400ポイント

➡ この例では、年間 968円の自己負担



7. 会員向けサービス（その1）

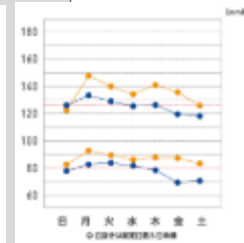
かかりつけ医と続ける血圧管理



- ・ 会員の血圧記録を医師がいつでも参照可能。
- ・ より的確なアドバイスがもらえる。

提携病院：高田厚生病院
（会津美里町）

正確な家庭血圧を活用



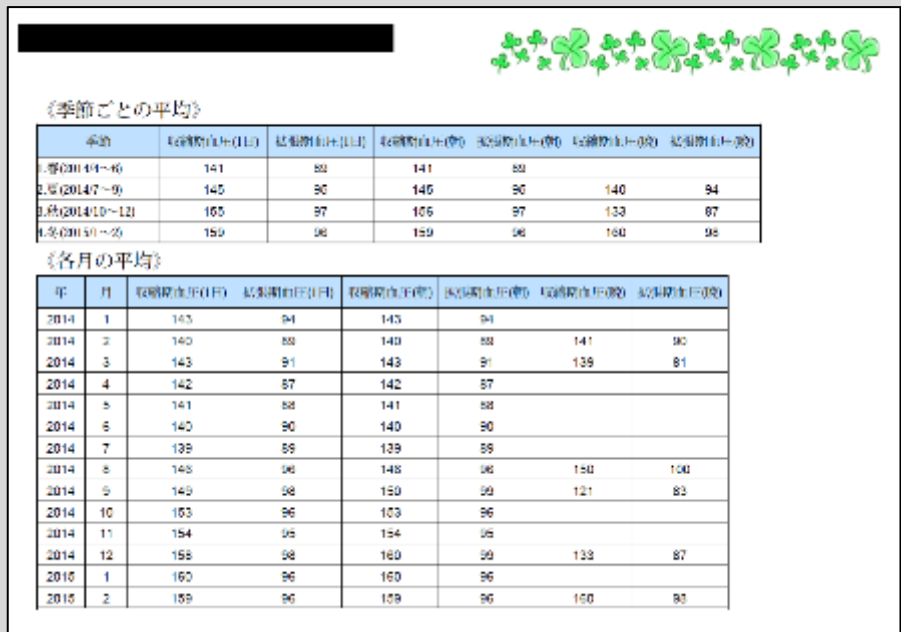
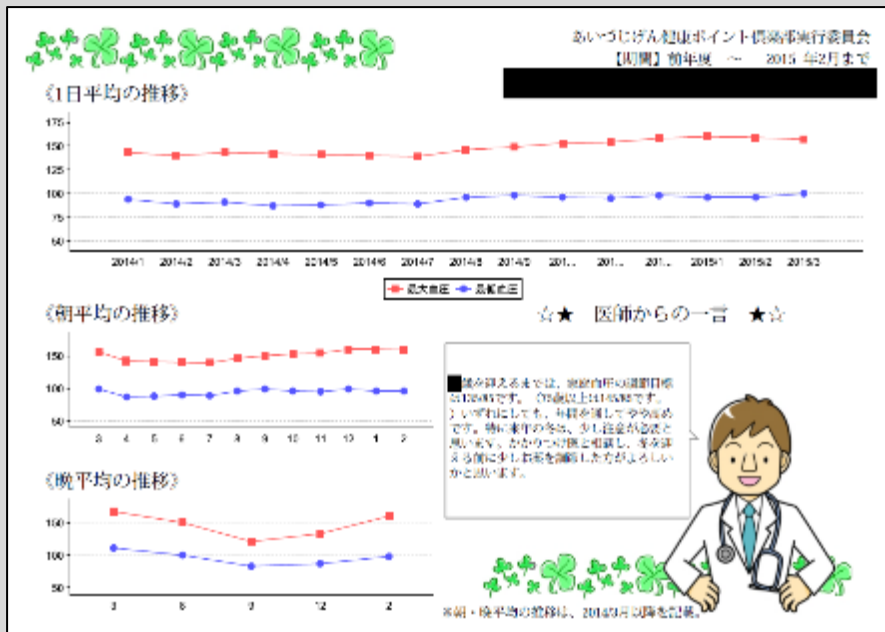
- ・ 提携病院以外では、倶楽部サービスカウンターで用紙に印刷。これを医師に渡す事で、診察に活用が可能。

- ・ 手帳に手書きで記録をつける必要がありません。

※インターネットができれば自宅にて印刷が可能です。

7.会員向けサービス（その2）

医師からのアドバイス



- ・半年に1度血圧測定グラフと医師からの健康に関するアドバイスを送付。
- ・処方歴・既往歴などアンケートに答えた会員には、より適切なアドバイスを送付。

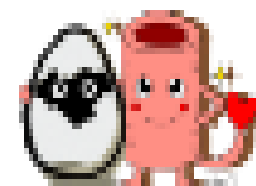
7.会員向けサービス（その3）

今後の事業展開として

家族への報告



- ・ 血圧状況を離れた家族に、携帯電話のメール等でお知らせ。
- ・ 未測定が続いた場合に、家族にお知らせ。



8.健康増進事業（その1）

健康イベントの開催



- ・健康をテーマにした著名な先生の講演、シンポジウム、イベントなどの開催。

これまでの
イベントの様
です。



8.健康増進事業（その2）

町の健康事業との合同開催



- ・「総合検（健）診結果説明会」を開催

➡ 説明会「健康診査から
見えてくること」

医師による個別
相談の開催



9.成果と課題

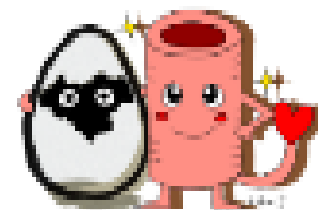
- 健康への意識は高まってきている。
- 会員からは、良い反応が。
 - 血圧測定が習慣化できた。
 - ポイントも健康生活とタイアップして楽しみです。
 - 環境・体調によってぜんぜん数値が違っていたことが分かりました。

など

でも・・・会員が増えない。

- 加入しない理由
 - 血圧計をすでに持っている。
 - 加入するとき、負担がある。
 - 毎日、計るのが、おっくうだ。 など

今後 「ポイント」付与条件の工夫
周知方法の検討 など



10. 今後（その1）

～もっと大きな視点に立って～

- ・ 事業をつないで

健康で長生きすることは共通の目標

- ・ 認知症の知識を伝えるため
寸劇チーム「劇団オレンジじげん」
が講演をしています。

- ・ 町の健康増進事業に合わせて

健康づくり講演会、総合検（健）診事後指導
など

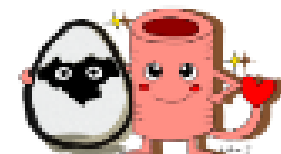
- ・ 介護予防事業も一緒に

「福島県一認知症にやさしい町」

介護予防事業「うんどう教室」
など



・ うんどう教室の様子



10. 今後（その2）

- データヘルス計画
 - 疾病内容の分析
 - 倶楽部加入者の分析
 - 検診率のアップ



・ 総合検診の様子



・ 結果説明会の様子

総合検診時のプレ指導、検診結果返却会、地区各に結果説明会など

- 運動に関する連携・協力体制の構築

健康ほけん課、生涯学習課、地域スポーツクラブ

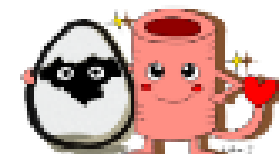
- 運動フローチャート作成
- 運動の習慣化を効果的に進めるため、町の事業検討



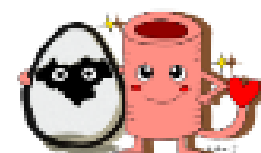
・ 事後指導の様子

- 高田厚生病院と連携して

疾病予防対策（住民検診）、認知症予防対策 など



ご清聴ありがとうございました。



日光市における 医療・介護データ分析に基づく 「データヘルス計画」



日光杉並木



竜頭の滝

栃木県 日光市役所
市民生活部 保険年金課
藤巻 郁子

日光市の概要

平成18年3月20日
2市2町1村で合併

面積：1,449.83km²
(栃木県の概ね
1/4の面積)

約87%が森林

<H27.7.1現在>

人口	:	86,563人
世帯数	:	36,399世帯
国保被保険者数	:	24,777人
国保世帯数	:	14,772世帯
国保加入率	:	28.6 %
高齢化率	:	31.3 %

<関東地方>



栃木県

日光東照宮 400
平成27年 日光東照宮
400th Anniversary

世界遺産 日光の社寺

400 四
平成27年 日光東照宮
四百年 式年大祭
式年大祭
各種事業への取組



下野国一之宮
日光二荒山神社
NIKKO FUTARASAN-JINJA

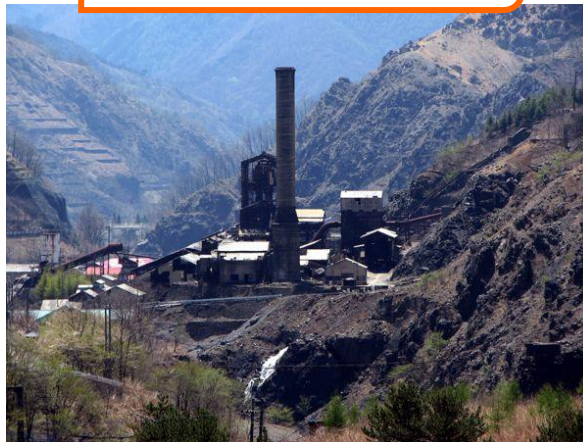


四季折々の豊かな自然と産業遺産

中禅寺湖



足尾銅山跡



龍王峡



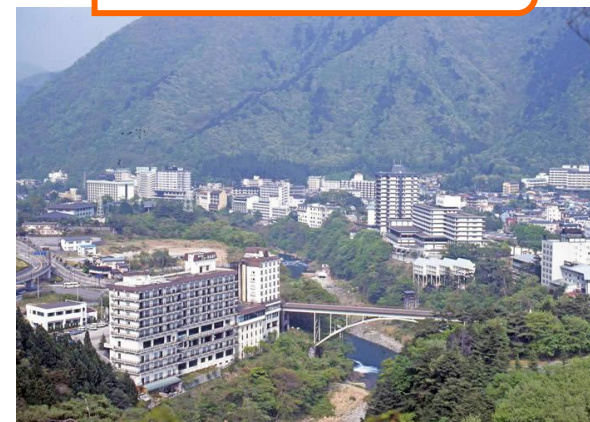
華嚴の滝



湯西川温泉
(かまくらまつり)



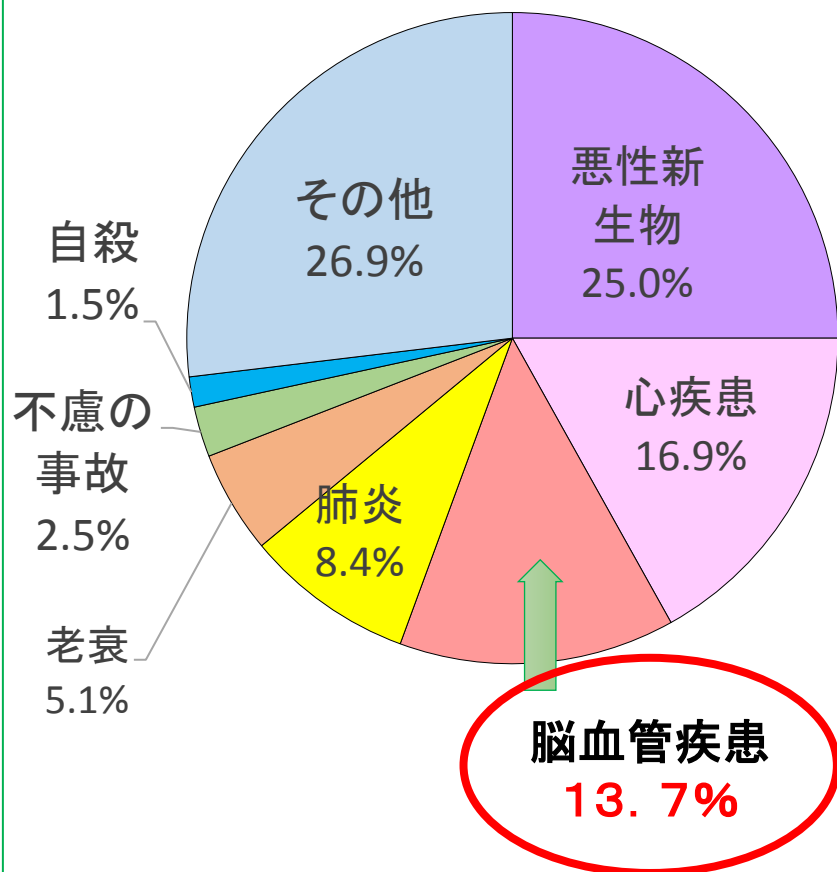
鬼怒川温泉



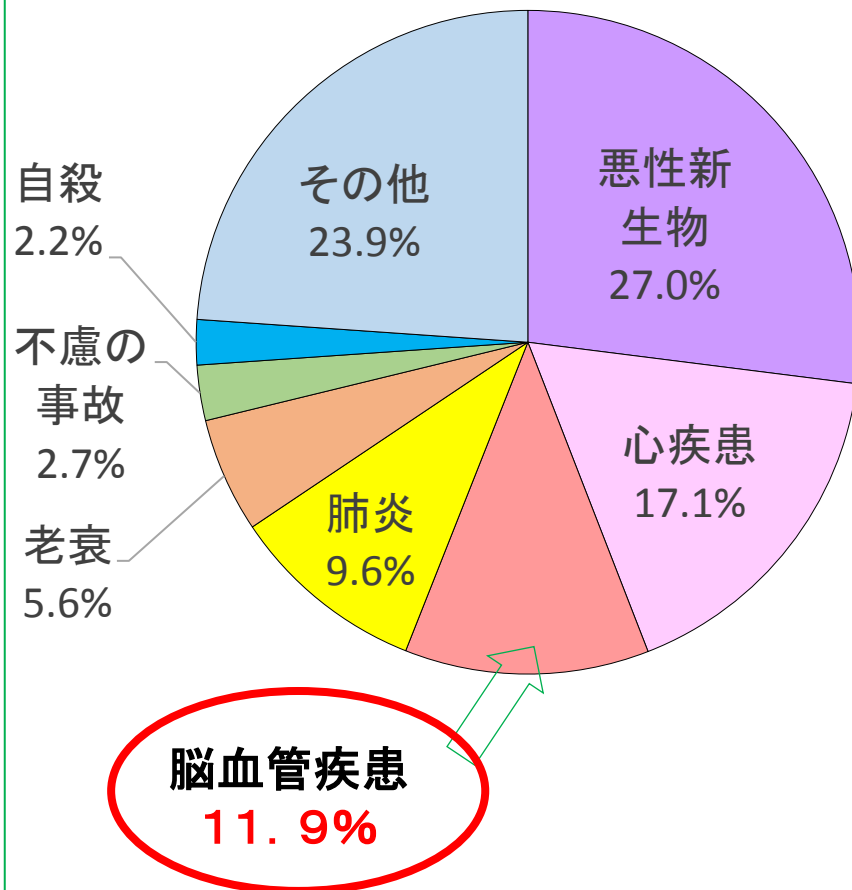
死亡数 死因(簡単分類)別状況①

日光市・栃木県比較(平成24年度)

H24年度 <日光市> 総数



H24年度 <栃木県> 総数



死亡数 性・死因(簡単分類)別状況②

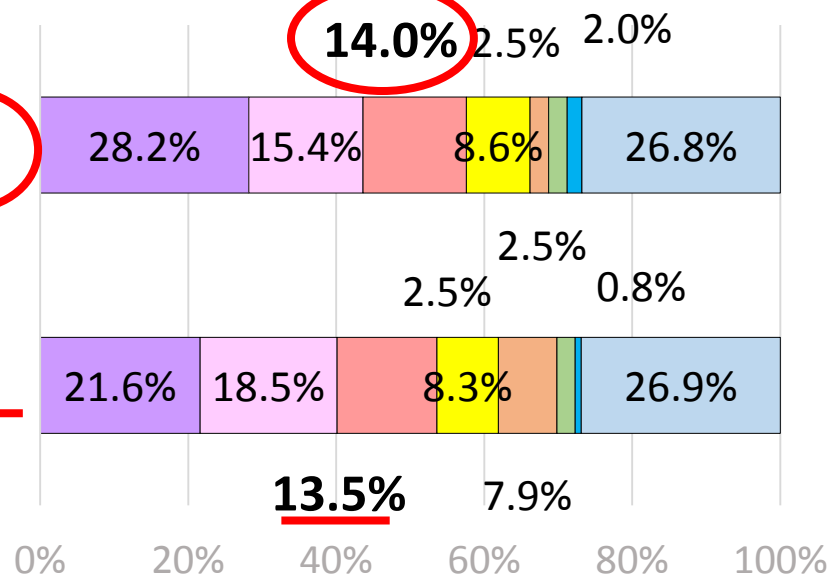
日光市・栃木県比較(平成24年度)

H24年度<日光市>男女別割合

14.0%

男

女



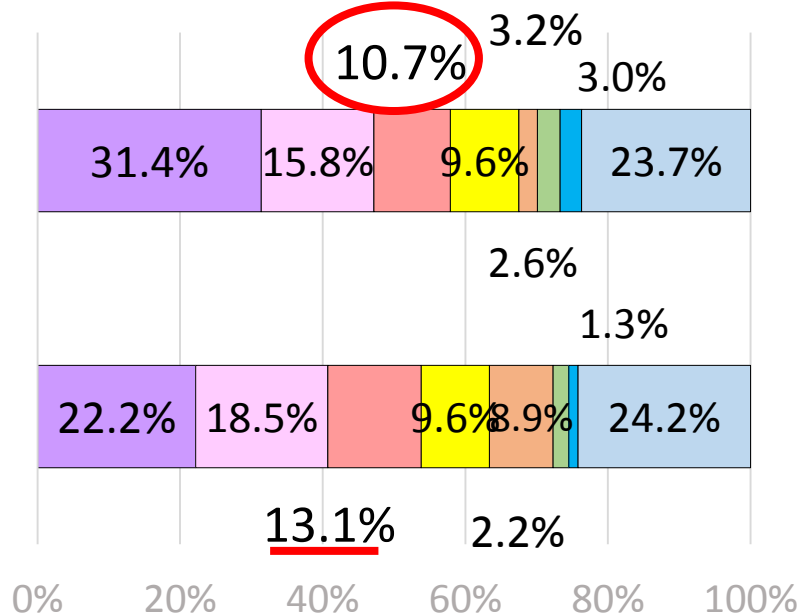
■ 悪性新生物 ■ 心疾患 ■ 脳血管疾患
■ 肺炎 ■ 老衰 ■ 不慮の事故
■ 自殺 ■ その他

H24年度<栃木県>男女別割合

10.7%

男

女



■ 悪性新生物 ■ 心疾患 ■ 脳血管疾患
■ 肺炎 ■ 老衰 ■ 不慮の事故
■ 自殺 ■ その他

<栃木県公式HP「平成24年度版栃木県保健統計年報」より>

平成24年度 国民健康保険 年間1人当たり医療費(一般被保険者+退職被保険者)

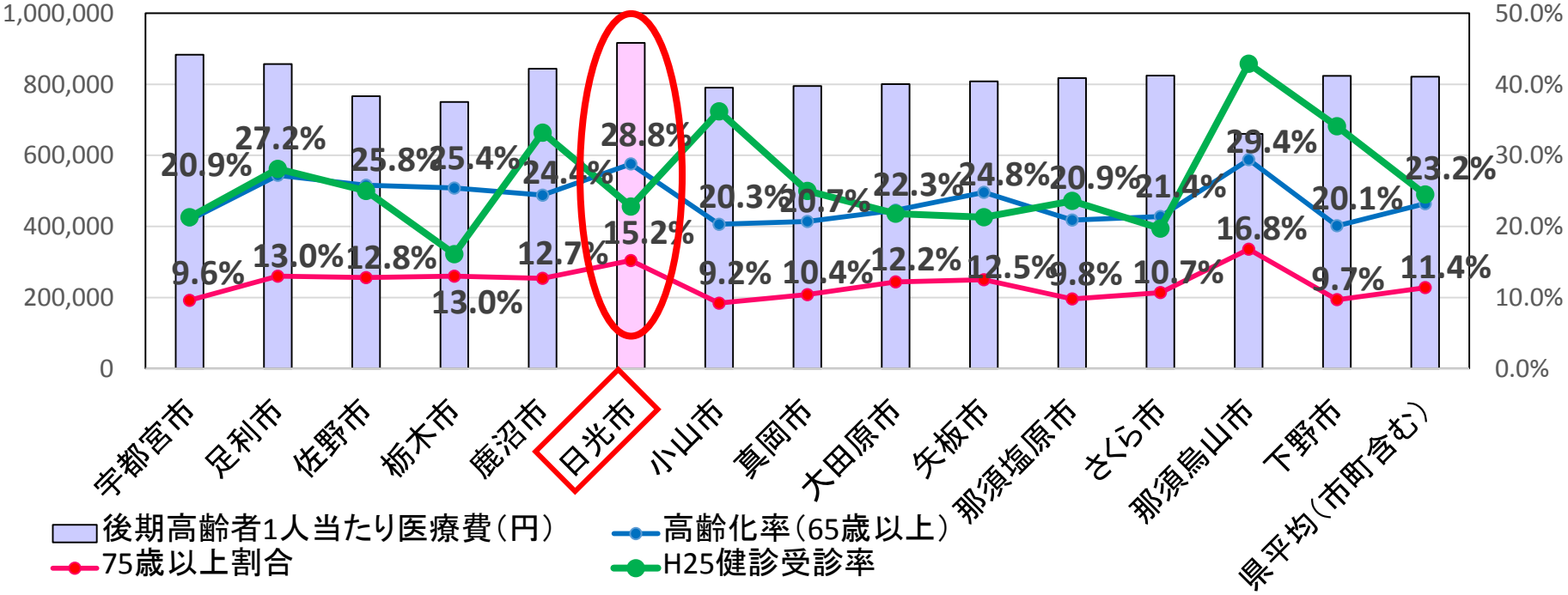
県内上位3市町			県内下位3市町			差額	
順位			順位				
1	日光市	308,885円	26	益子町	252,141円	56,744円	(最高-最低)
2	茂木町	308,697円	25	那須塩原町	264,695円		
3	上三川市	305,257円	24	那須町	264,857円		
傾向の近い市との比較			高齢化率・人口が近い			差額	日光市
10	那須烏山市	285,940円	65歳以上高齢化率県内1位			22,945円	高齢化率2位
13	鹿沼市	283,094円	H25.3.31現在人口			25,791円	(人口) 89,129人
15	大田原市	282,629円				26,256円	
23	真岡市	267,487円				41,398円	

<平成24年度「国民健康保険事業状況」「平成24年度市町の人口及び人口動態」(栃木県)より>

【H25年度】後期高齢者 人口に占める高齢者割合と1人当り医療費との関係県内比較

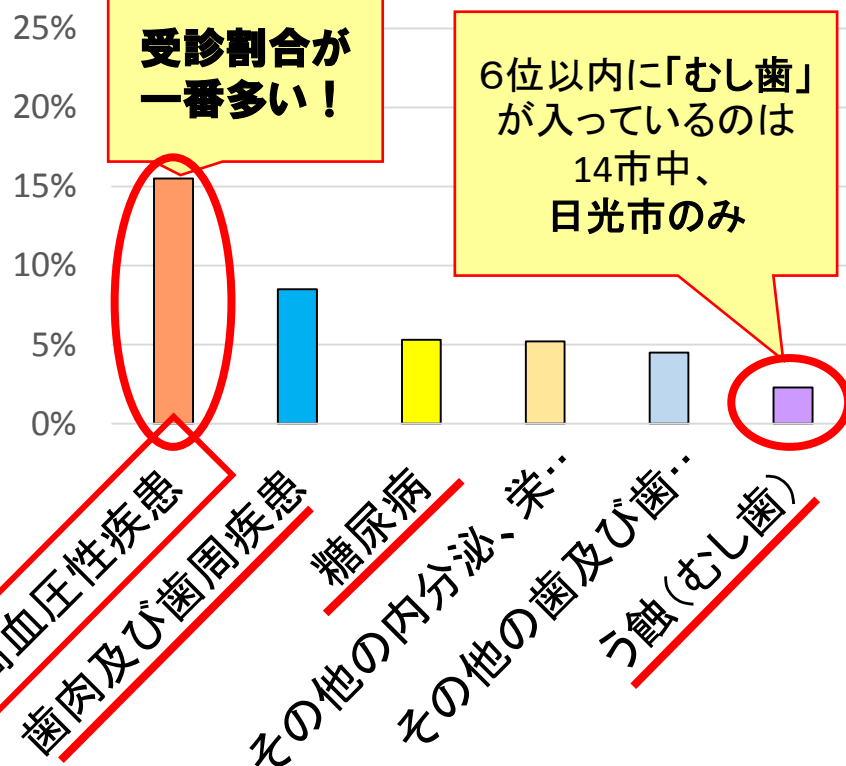
県内14市	＜H24.10.1現在栃木県人口統計より＞					＜H25年度栃木県後期高齢者医療広域連合年報より＞			
	順位	高齢化率 (65歳以上)	順位	75歳以上割合	平均年齢	順位	H25 健診受診率	順位	後期高齢者1人当たり 医療費(円)
日光市	②	28.8%	②	15.2%	48.9歳	⑨	22.8%	①	916,768
県平均(市町含む)		23.2%		11.4%	45.3歳		24.5%		821,865
市部平均		23.0%		11.2%	45.2歳		26.5%		

【後期高齢者】高齢化率・健診受診率・1人当たり医療費県内比較



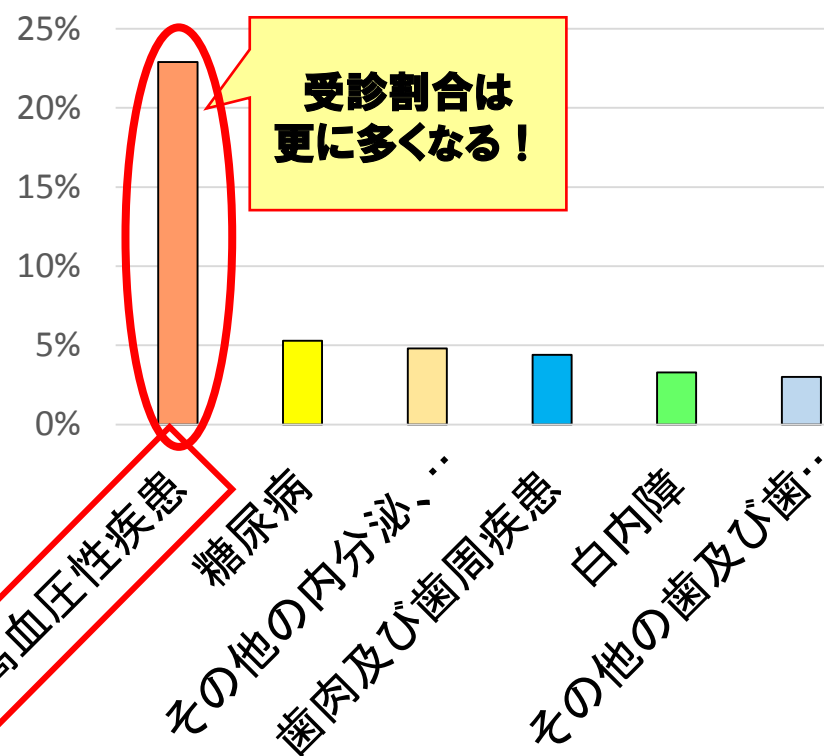
国民健康保険・後期高齢者医療 多発疾病上位6疾患 (平成25年6月審査分)

<国民健康保険>



<平成25年度国民健康保険疾病分類統計表>
平成25年6月審査分より

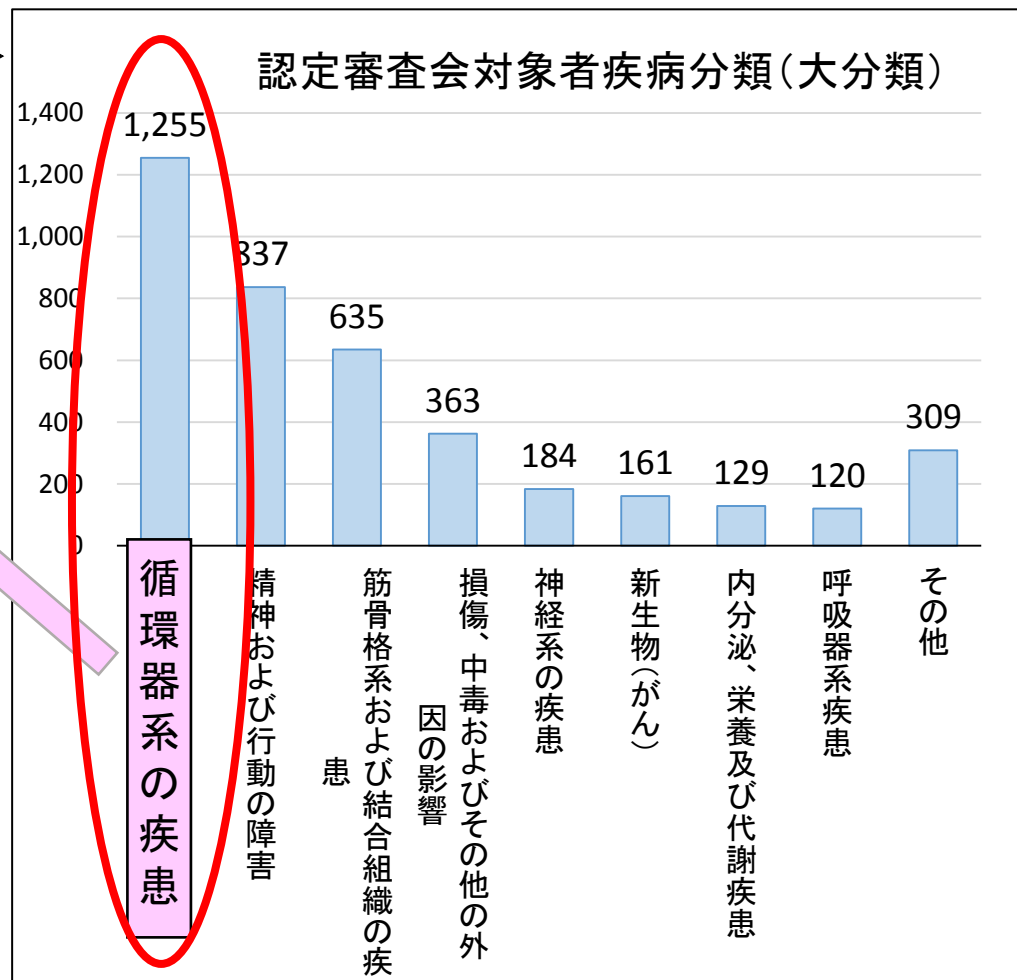
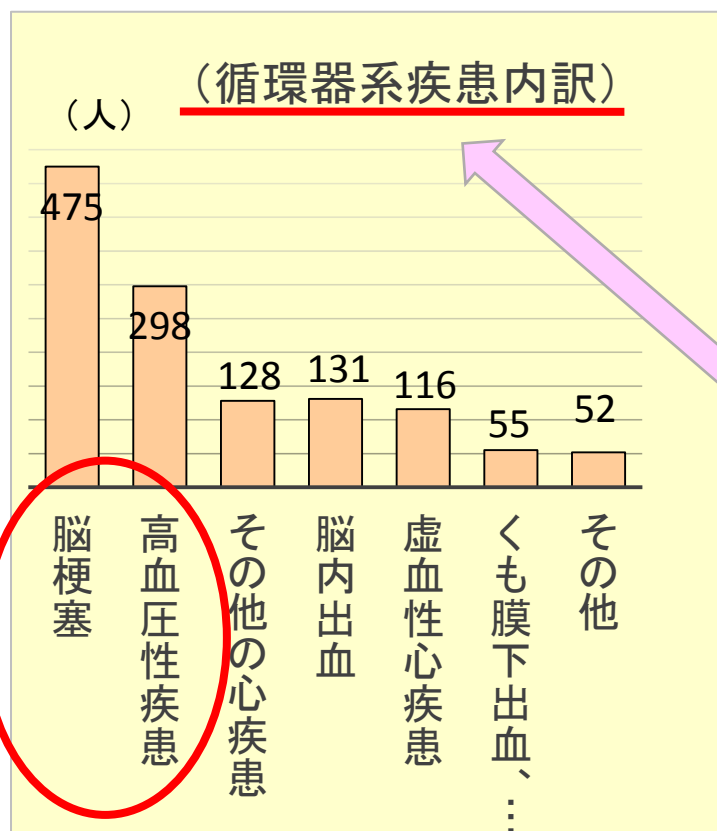
<後期高齢者医療>



<平成25年度後期高齢者医療疾病分類統計表>
平成25年6月審査分より

介護認定審査会対象者主たる疾病分類統計及び介護給付費の推移 (平成25年度)

<平成25年度 介護認定審査会対象疾病分類統計>

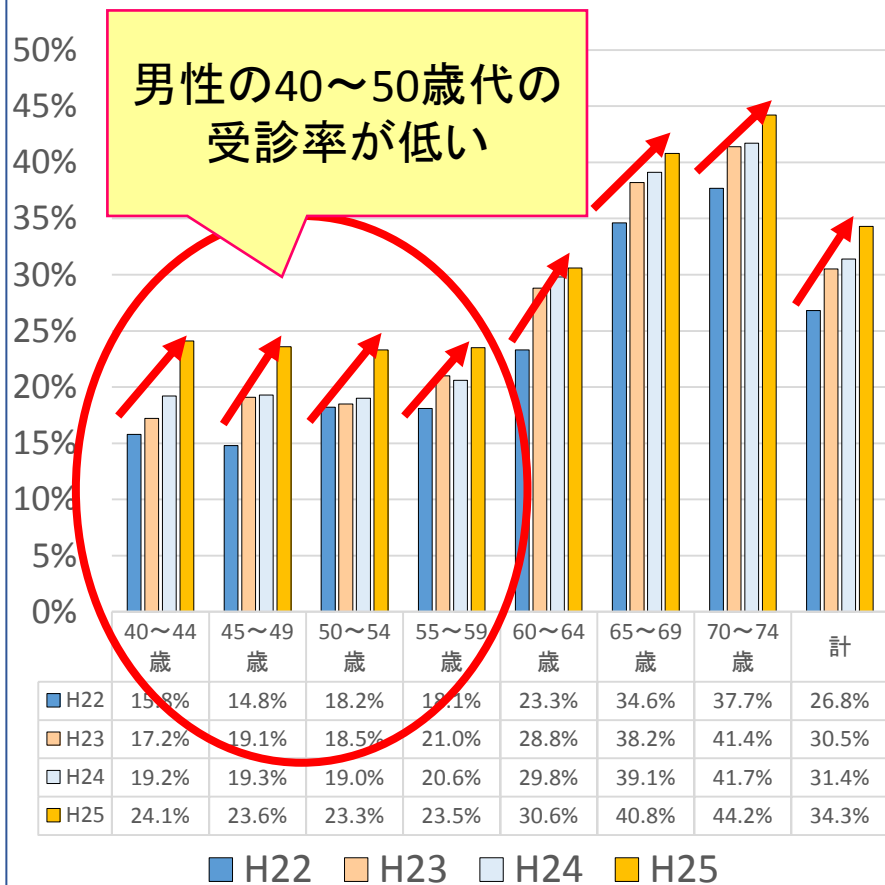


特定健診 年齢層・性別 受診率 (平成22～25年度)

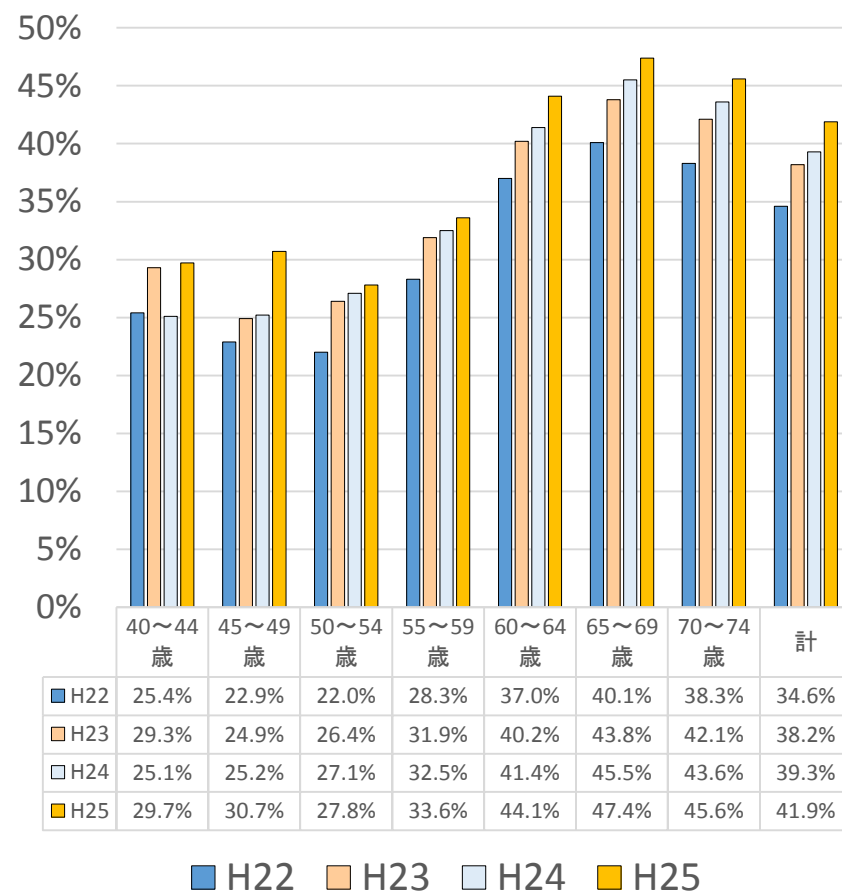
<平成25年度受診率：38.1% (法定報告値)>

<特定健診法定報告より>

特定健診受診率(男性)

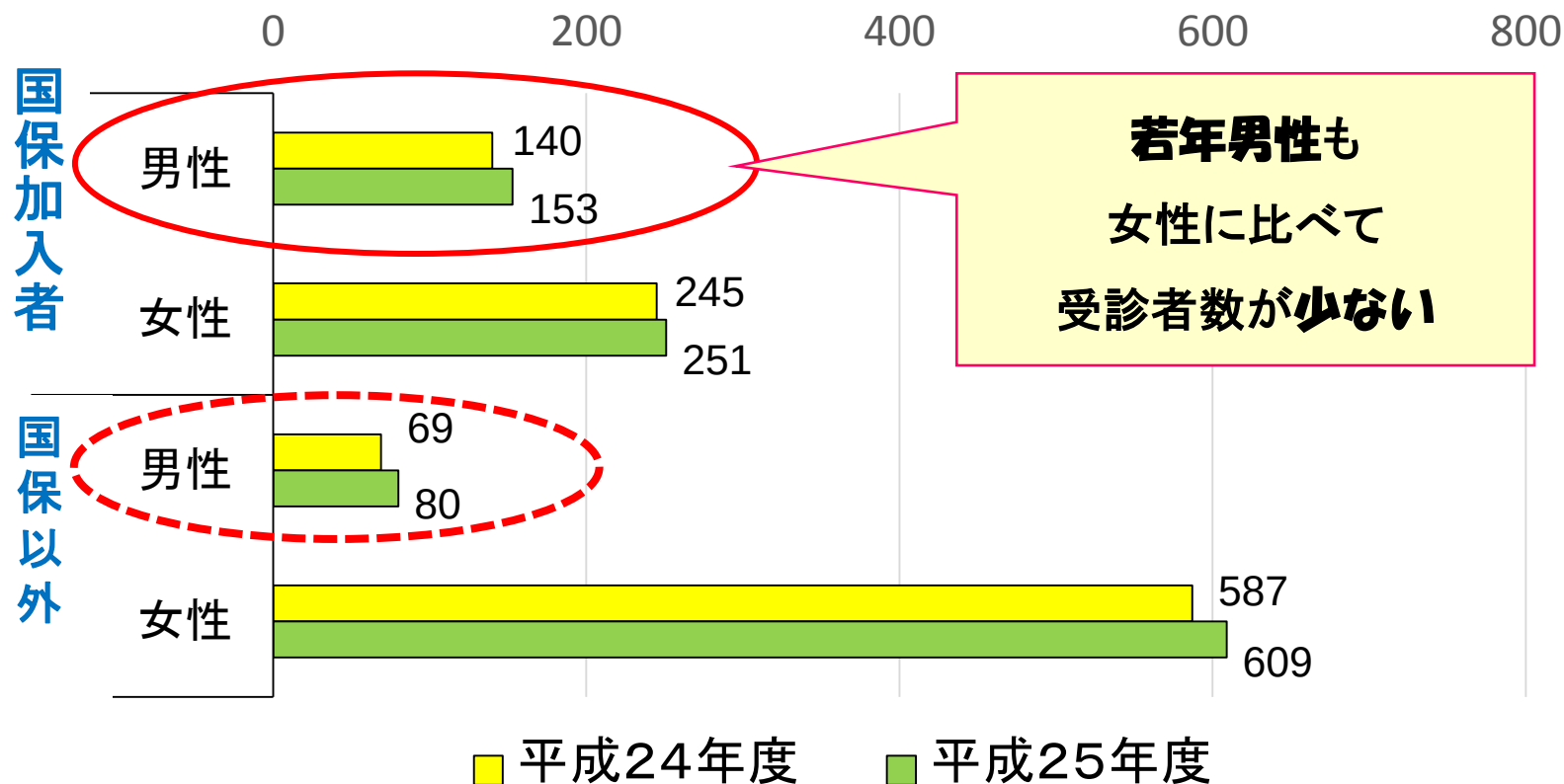


特定健診受診率(女性)



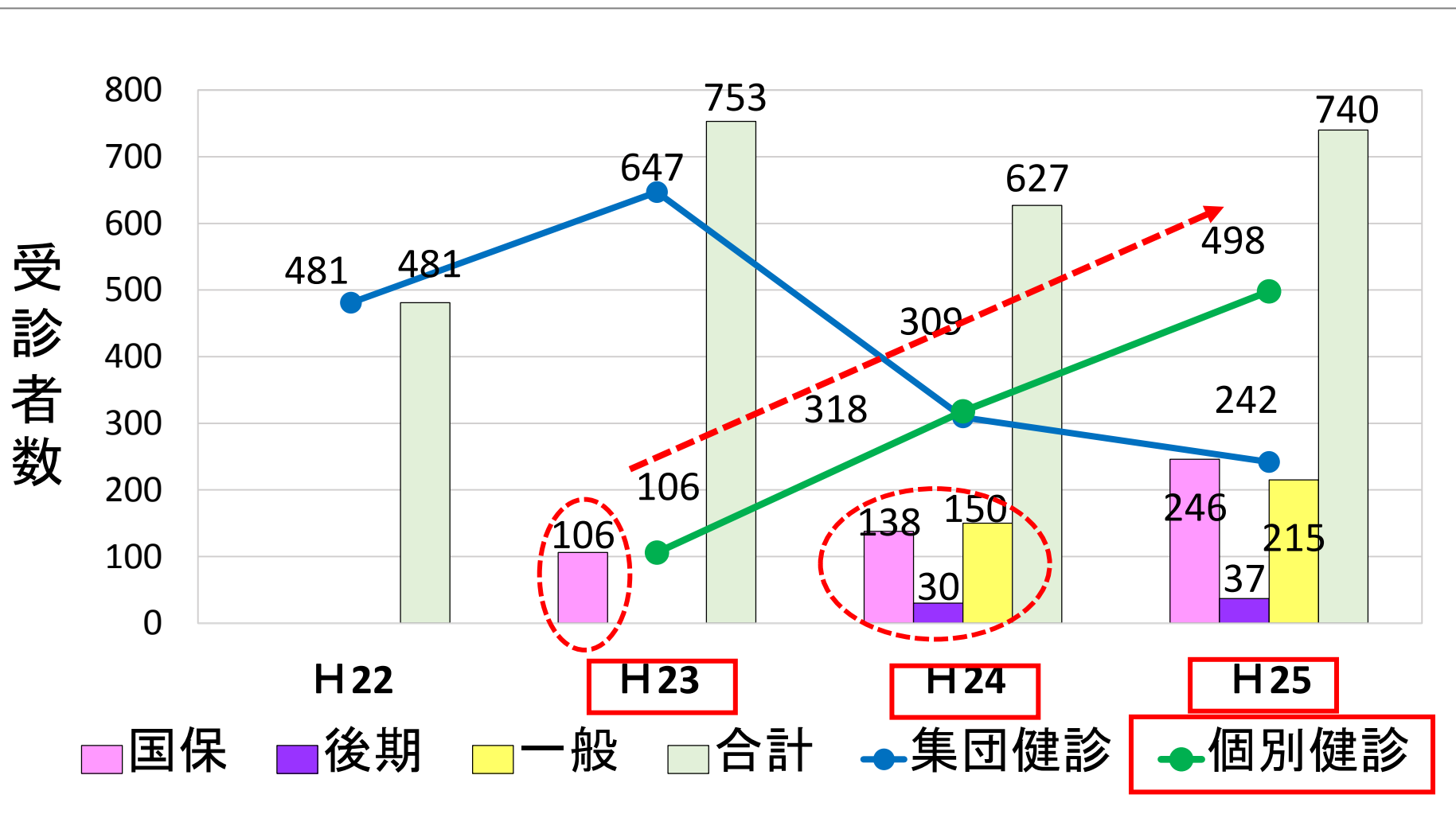
若年層(19～39歳)健診 受診状況 地域別・男女別・加入保険別(平成24・25年度)

＜H24・25年度 若年層加入保険別受診者数＞



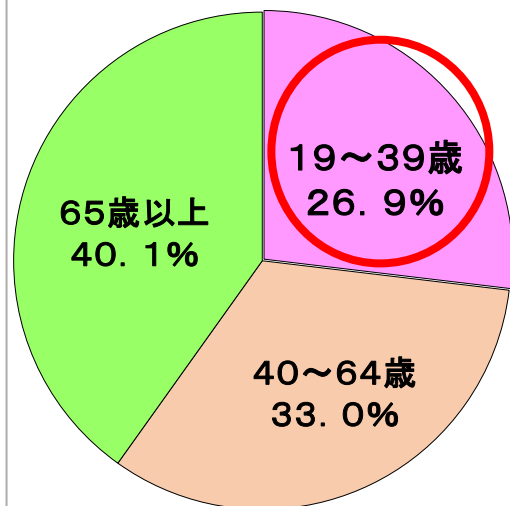
歯科健診 受診者の年次推移(H22～25年度)

※H24年度～19歳以上の全市民を対象に無料で歯科健診を実施

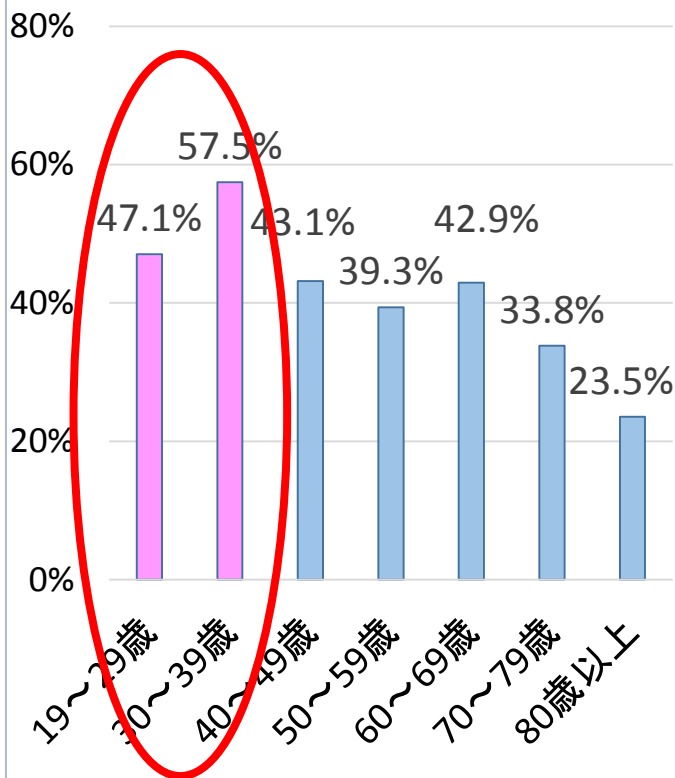


歯科健診 世代別受診割合及び有所見内訳(平成25年度)

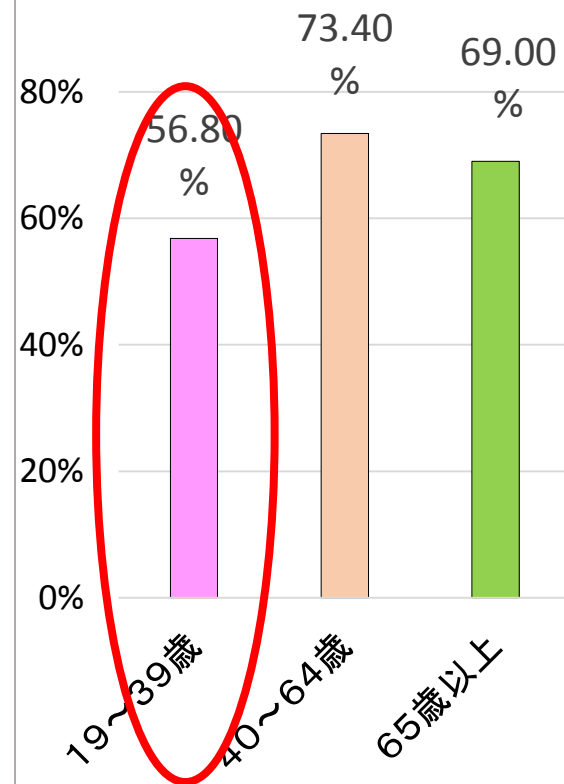
＜世代別受診割合＞



＜年代別 **未処置歯あり** 者の割合＞
(医療機関健診のみの集計)



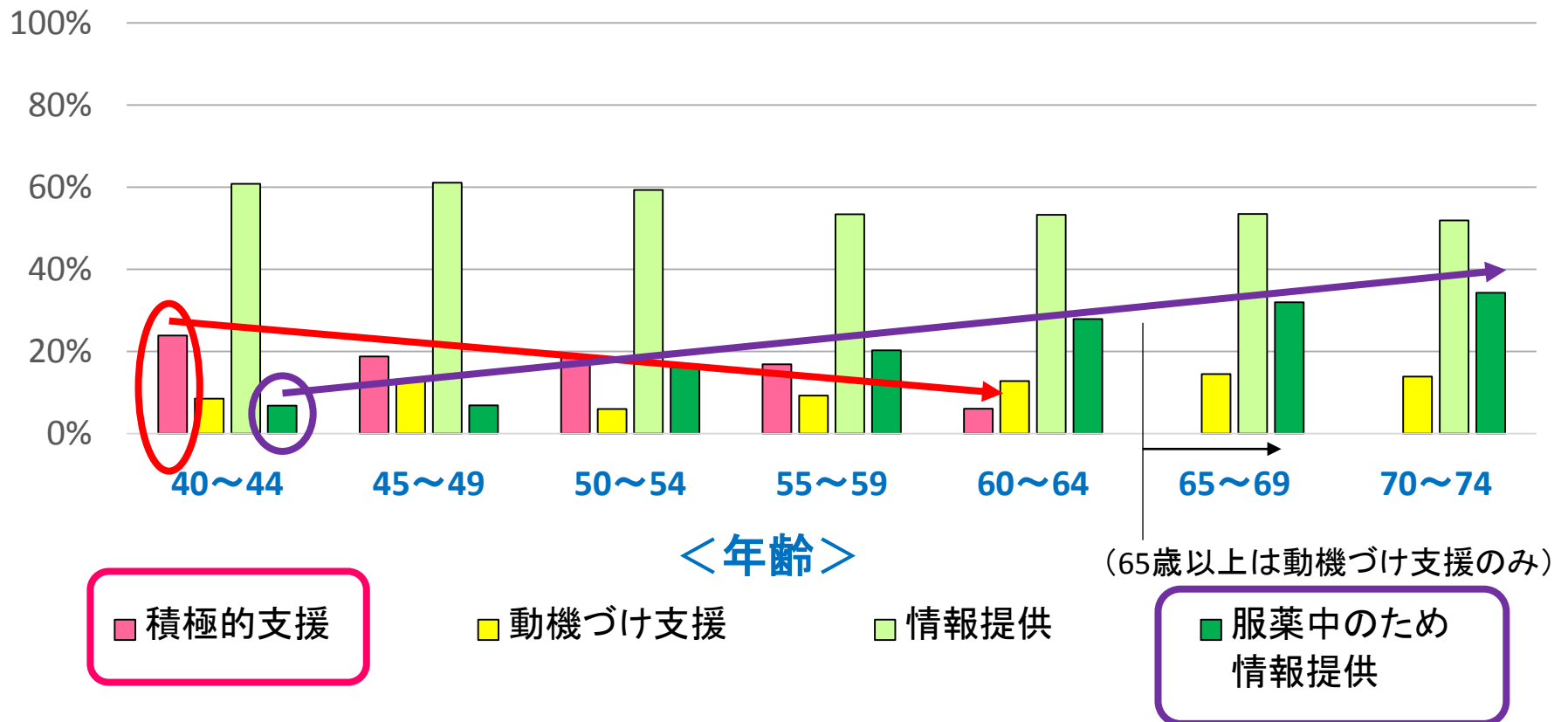
＜年代別 **歯周病あり** 者の割合＞
(集団・医療機関含)



特定健診結果年齢別階層化内訳（平成25年度）

＜H25年10月国保連提供 特定健診等データベースより＞

男性：年代別階層化割合（新規＋継続受診者）

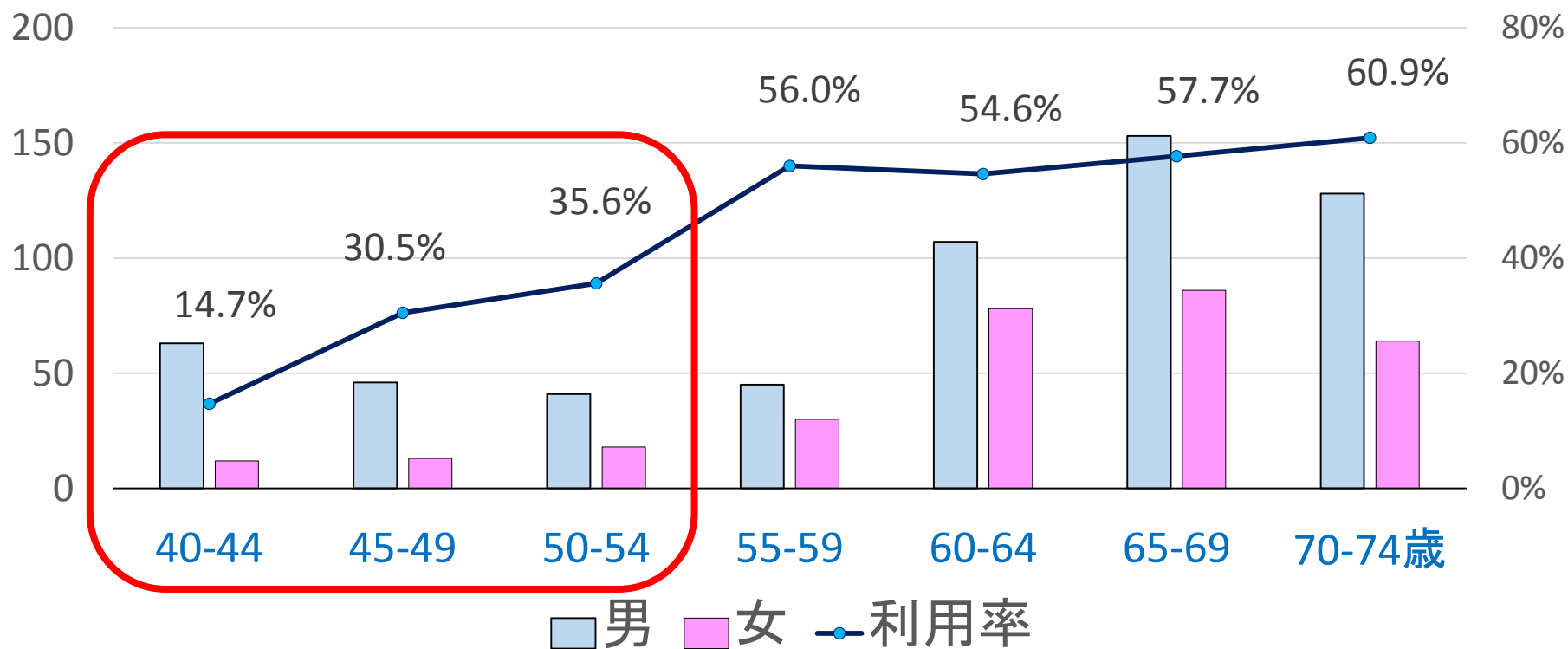


特定保健指導年代別利用率(H25年度)

H25年度:利用率:49.0%(決算値)

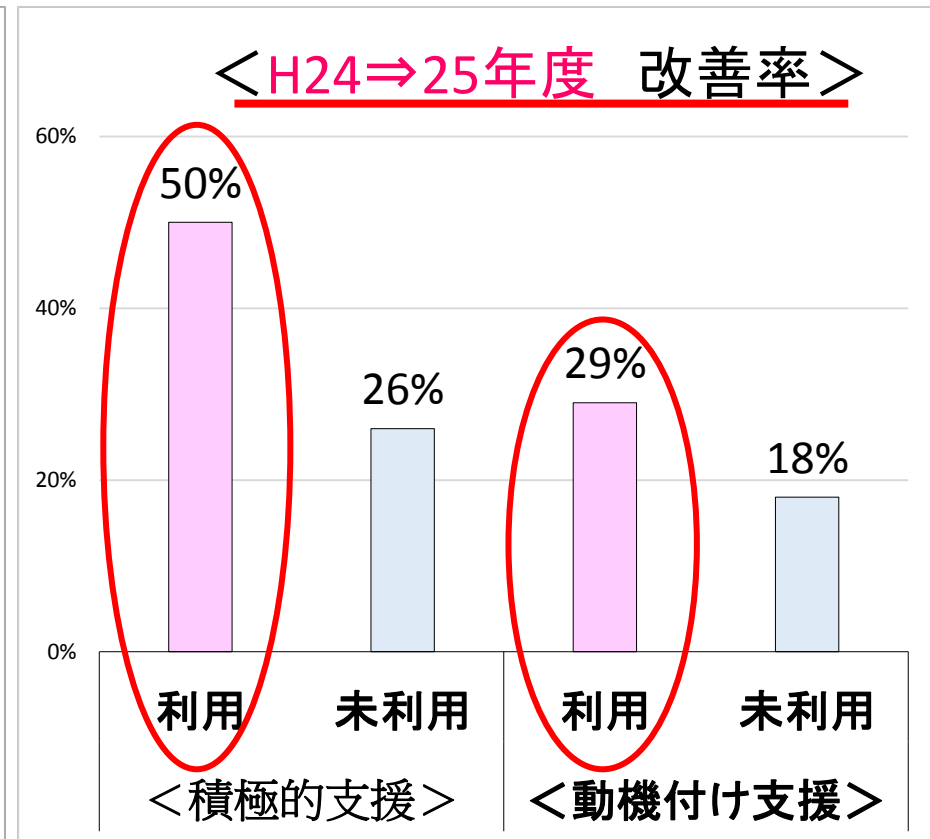
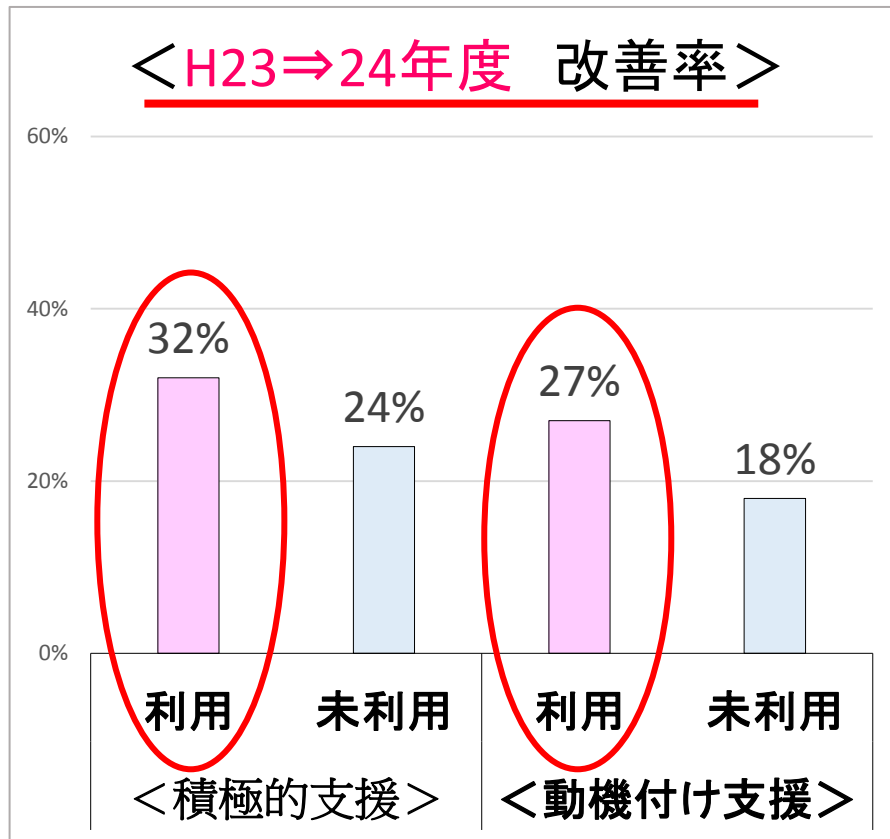
＜特定保健指導対象者リストより抽出＞

＜合計＞(積極的+動機付支援)



特定保健指導利用・未利用者の翌年度健診結果分析

特定保健指導利用・未利用者「特定保健指導階層化」の翌年度健診結果改善率比較



＜H26年10月国保連提供データベースより作成＞

＜改善率の説明＞ 「積極的支援」⇒ 翌年度健診結果で「動機付け支援」または「情報提供」に改善
「動機付け支援」⇒ 翌年度健診結果で「情報提供」に改善

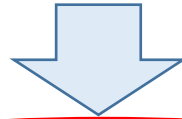
「データヘルス計画」目的・目標の設定

優先的課題

I. 循環器疾患（特に「高血圧性疾患」）の発症（受診）率が高い

II. 男性は、若い年齢から生活習慣病発症リスクが高く、健診の受診率が低い

※生活習慣病発病予防、疾病リスクの早期発見、早期受診、早期治療による重症化予防が重要



目的

※数年後に実現しているべき「改善された状態」

特定健診の継続受診者等を増やすとともに、健診結果に応じた保健行動をとることのできる被保険者の割合を増やす。

「データヘルス計画」の評価指標

(1)アウトプット評価

※実施量を立案した計画の実施率や開催回数で評価

No.	項 目	データ 掲載 ページ	評価指標						データ 収集方法
			現状値		短期		中長期		
					評価時期	評価指標	評価時期	評価指標	
	特定健診受診率の増加	18	H26年度 見込	41.0%	毎年度	1.5%増	H29年度	45.5%	決算値(国庫負担金 実績報告値＋市外 ドック・結果提供)
2	男性の受診率の増	19	H25年度	34.3%	毎年度	2%増	H29年度	42.3%	法定報告値
3	新規受診者の増 ※過去3年間未受診で 当年度受診した人の割合	19	H25受診 (H22～24 未受診)	3.5%	毎年度	0.2%増	H29受診 (H26～28 未受診)	4.3%	国保連提供デー タベース
4	継続受診者の増 ※3年間継続受診した人の割合	19	H23～H25 継続受診	27.0%	毎年度	2%増	H27～H29 継続受診	35.0%	国保連提供デー タベース
5	特定保健指導利用率の増加	41	H26年度見込	46.0%	毎年度	1.5%増	H29年度	50.5%	決算値(年度内 全修了者＋初回 面接のみ)
6	②継続利用者の増 (2年連続参加率)	41	H25年度	35.9%	毎年度	1%増	H29年度	39.9%	国保連提供デー タベース
7	若年層19歳～39歳(男性)の 一般健康診査受診者増	30	H25年度	153人 (国保)	毎年度	20人増	H29年度	233人 (国保)	健康課からデー タ提供
8	若年層の保健指導(動機付け支援) 利用率の増加	41	H25年度	25.0%	毎年度	0.5%増	H29年度	27.0%	決算値

(2) アウトカム評価

※事業を実施したことによる成果を目標の達成度で評価(成果が出るまでには、中長期的追跡が必要)

期 間	No.	項 目	データ 掲載 ページ	評価指標						データ 収集方法
				現状値		短期		中期		
						評価時期	評価指標	評価時期	評価指標	
短期・中期		特定健診結果有所見率の低下								
	1	(男性)中性脂肪の 有所見率	20	H25年度	22.8%	毎年度	0.5%減	H29年度	20.8%	特定健診等データ管理システム
	2	(男性)HbA1cの 有所見率	20	H25年度	44.9%	毎年度	1%減	H29年度	40.9%	
		特定保健指導効果								
	3	翌年度健診： 平均体重減少	46	H24～H25 翌年比較	-1.55kg	毎年度	-0.1kg	H29年度	-1.95kg	国立保健医療科学院データ
	4	翌年度健診： 中性脂肪値減少	46	H24～H25 翌年比較	-15.43 mg/dl	毎年度	-1 mg/dl	H29年度	-19.43 mg/dl	
		特定保健指導減少率								
	5	①昨年度の特定保健指導 対象者のうち、対象ではなくな った者の割合	50	平成25年度	22.4%	毎年度	現状維持	H29年度	22.4%	法定報告値
	6	②特定保健指導による特定 保健指導対象者の減少率	50	平成25年度	27.8%	毎年度	0.5%増	H29年度	29.8%	

「優先的課題」に対する疾患毎の対応策(保健事業)

●＝個別事業計画書に記載、○＝実施主体

優先順位	疾患名	優先順位の根拠	状態(段階)別対策	保健事業内容 (成人対象)	関係課				
					保険年金課	健康課	支援セクター 地域包括	介護保険課	公民館
1	脳血管疾患 心疾患 <優先疾患> ①「高血圧」 ②「脂質異常症」 ③「糖尿病」 予防の促進	・医療費割合↑ ・高額医療費 ・多発(多受診)疾病 ・複数疾患併発↑ ・死亡率↑ ・要介護認定原因疾患割合↑	発症前の予備群	・特定健診、後期高齢者健診、若年層一般健診	●				
				(未受診対策)	●	連携	連携		連携
				・人間ドック	●				
				・脳ドック	●				
				・特定保健指導	●				
				・生活習慣病予防教室	●	連携			●
				・健診結果説明会 ＜要指導・要医療＞		○			
				・健康づくり応援教室		○			
				・健康づくり推進員事業		○			
			早期治療	・健診結果説明会 ＜要指導・要医療＞		○			
				・特定保健指導	●				
				・家庭訪問	●	○			
			重症化予防	・家庭訪問 (重症化ハイリスク・ 受診勧奨判定値以上者)	●	連携			
				・病態別栄養指導 医療機関から依頼時		○			

平成26～29年度 保健事業の概要

事業区分	事業名（※重点事業）	個別計画	対 象 年 齢					
			19歳		35歳	40歳		75歳
成人健康診査等	※特定健康診査事業	○				国保		
	はつらつ健診 （後期高齢者健康診査）	○						後期
	※若年層健康診査事業	○		国保 国保以外				
	人間ドック・脳ドック助成事業	○			国保			後期
	成人歯科検診事業	○		国保 国保以外				後期
特定保健指導等	※特定保健指導事業	○				国保		
	※若年層保健指導事業	○		国保				
健康づくり 推進事業	公民館共催事業	○		国保 国保以外				後期
	健康づくり意識啓発 （フェスティバル等）			国保 国保以外				後期
訪問指導事業	未受診勧奨	○				国保		
	特定保健指導未利用者対策	○		国保				
	医療費適正化 （重複・頻回受診、往療費等）	○		国保				
	重症化ハイリスク未受診者保健指導	○		国保 （若年層保健指導対象者）		国保		
	受診勧奨判定値以上者への保健指導 （ハイリスク以外の一部項目：脂質異常）	○				国保		
電話勧奨	特定健診未申込者勧奨	○				国保		
	人間ドック（がん検診）精検者 受診確認				国保			後期

～ 終わりに ～

「データヘルス計画」を策定したことで、健康課題が明確になり、その対策として実施している各種保健事業の目的も更に鮮明になりました。

明確になった健康課題に対して行っている各事業の内容をPDCAサイクルに基づいて検証・評価し、改善に向けた見直しを繰り返しながら、関係課との連携のもとで各種保健事業を継続します。

ご清聴ありがとうございました。



しょうし こうれいか 「笑子・幸齢化」のまちを目指して

—医療機関との連携はその保健指導の効果を上げる—

三重県伊勢市健康福祉部医療保険課
国民健康保険給付係長 阿竹 美幸

日本人の
心のふるさと



平成28年5月26日・27日
伊勢志摩サミット開催

伊勢市の概要

伊勢市は、三重県の中東部、伊勢平野の南端部に位置し、伊勢志摩国立公園の玄関口に当たります。

比較的温暖な気候に包まれ、豊かな自然と美味しい食材に恵まれた本市には、歴史と文化に富んだ名所・旧跡も多く、魅力ある地域資源があふれています。

また、古くから「お伊勢さん」「日本人の心のふるさと」と呼び親しまれてきた伊勢神宮を擁し、神宮御鎮座のまちとして栄えてきました。



■沿革 平成17年（2005年）11月1日に伊勢市・二見町・小俣町・御園村の4市町村が合併し、新しい「伊勢市」が誕生

■面積 208.35km²

■人口 130,271人（平成22年国調）
高齢化率：26.0%（ 〃 ）

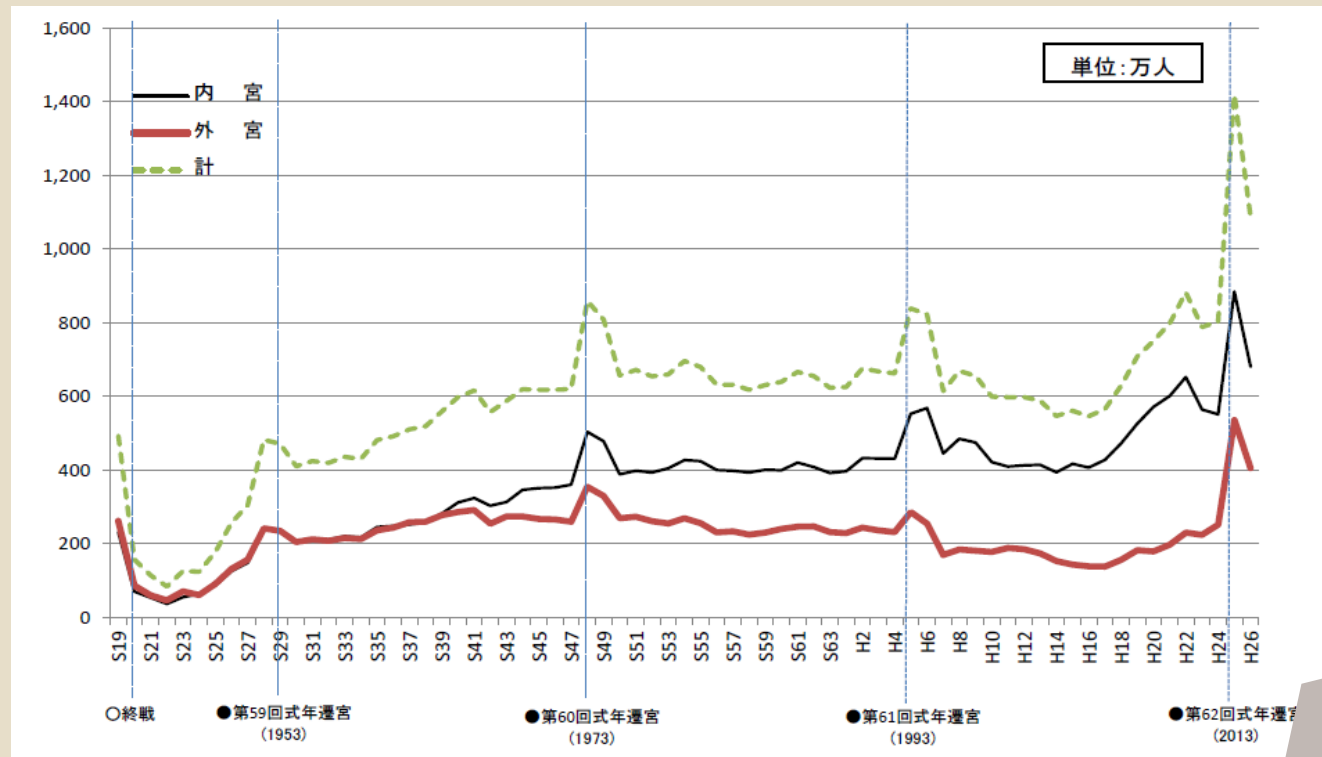
■市長の施政方針

「笑子・幸齢化」のまちを目指して

…子どもたちの笑顔があふれ、
幸せに年齢を重ねられるまちづくり

■主な産業 観光…伊勢神宮（内宮・外宮） 伊勢神宮奉納全国花火大会 中日三重お伊勢さんマラソン

▼神宮参拝者数の変遷

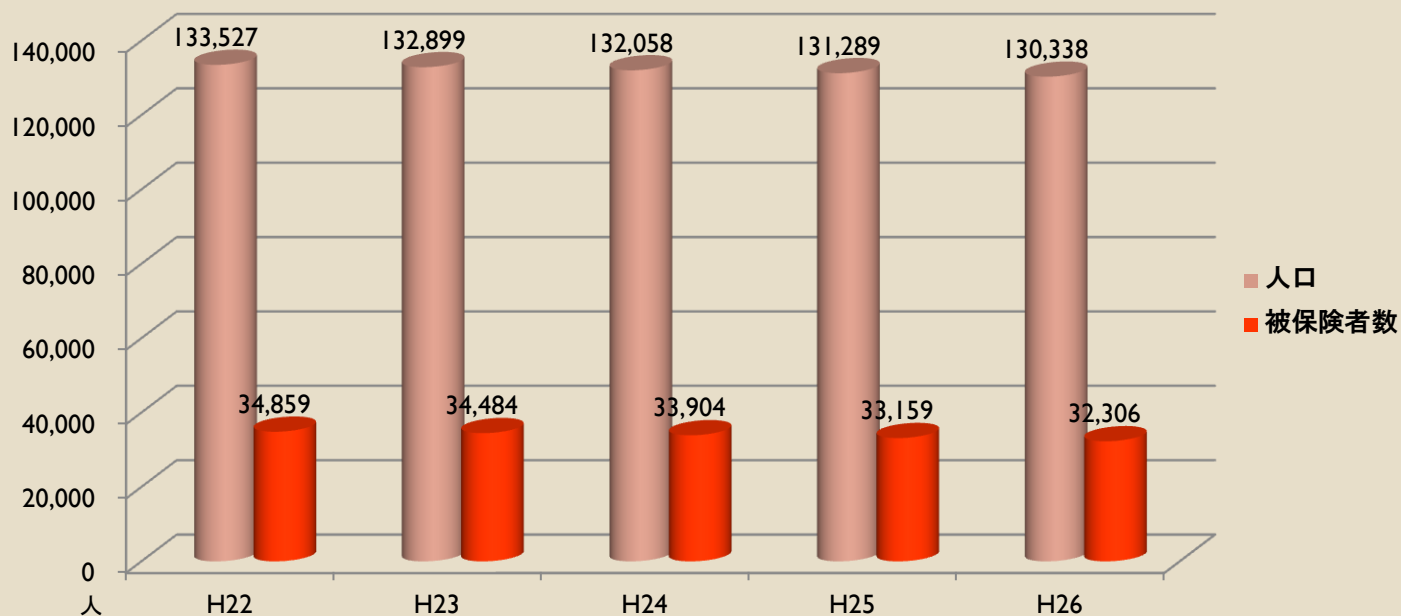


■旬の話題



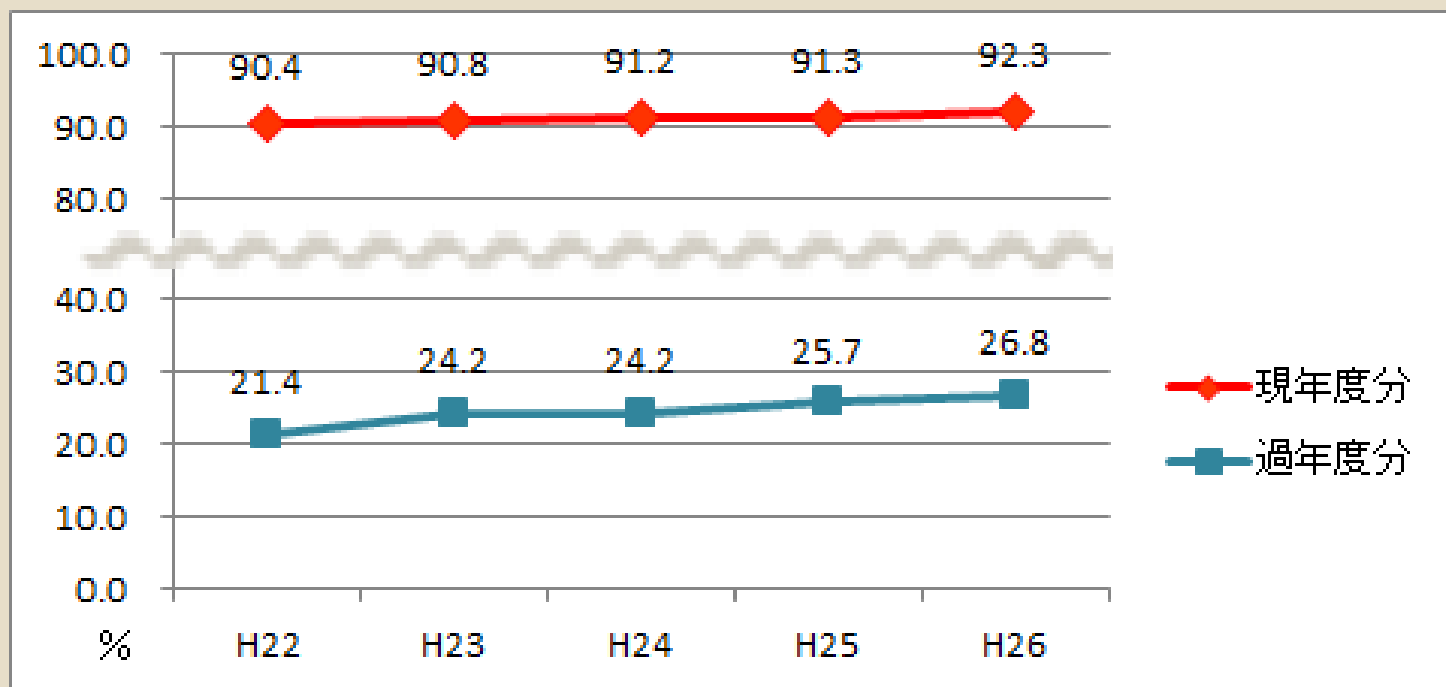
国民健康保険の状況

■人口と被保険者数



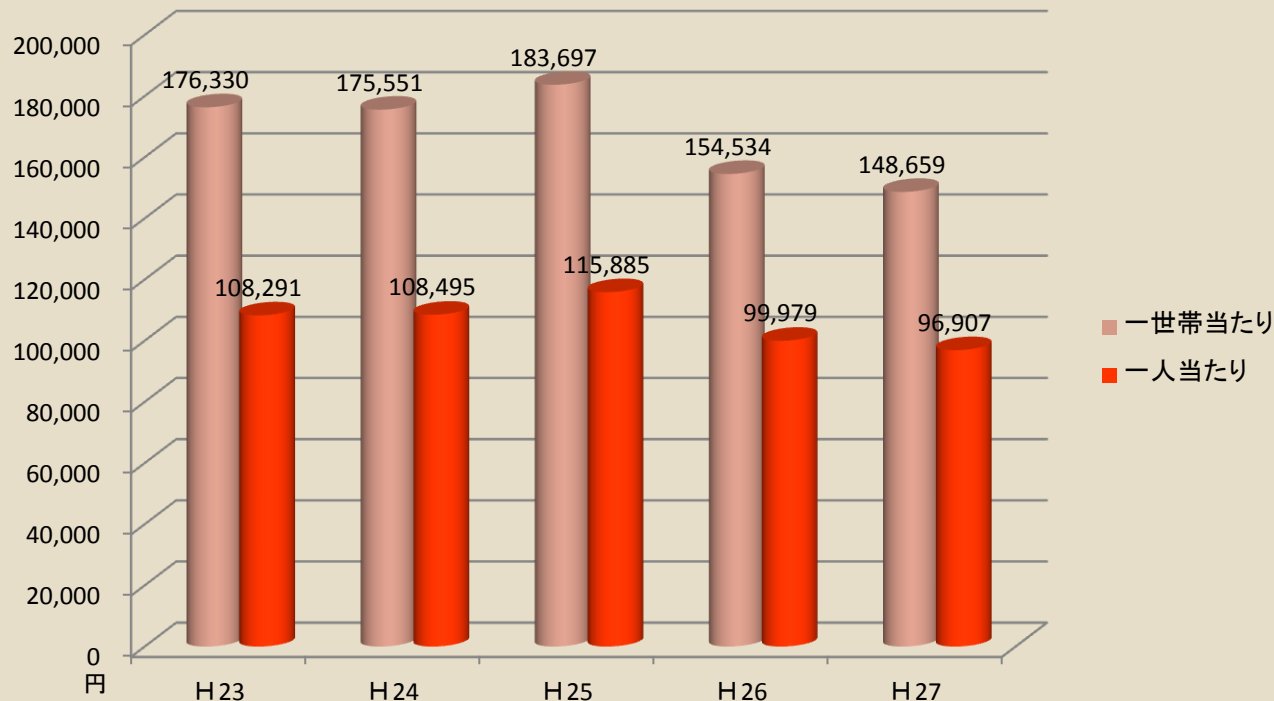
- ・ 人口・被保険者数ともに微減
- ・ 世帯数は微増、被保険者世帯数は微減

■保険料の収納率



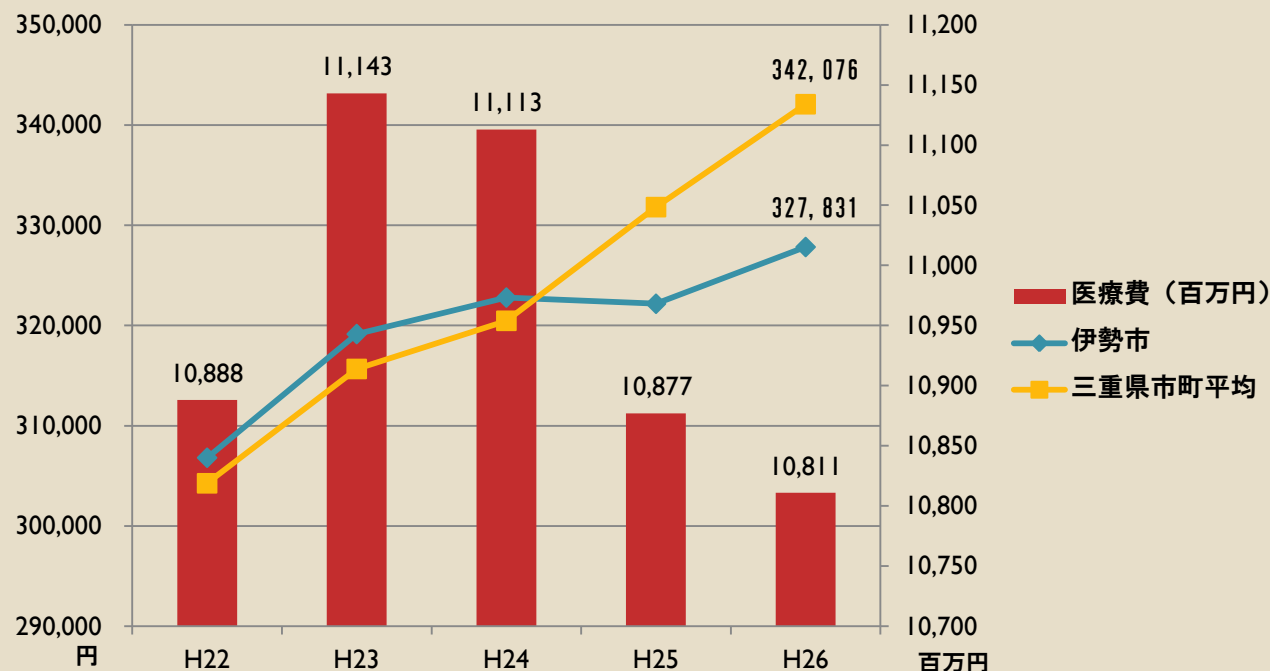
- ・ 現年度分・過年度分ともに収納率は上昇
- ・ 収納体制の強化により滞納額を縮減

■保険料の推移



- ・歳出・歳入を勘案し、毎年料率等を見直し
- ・H26年度に一人当たり保険料を約16,000円引下げ
- ・H27年度も前年度並を維持

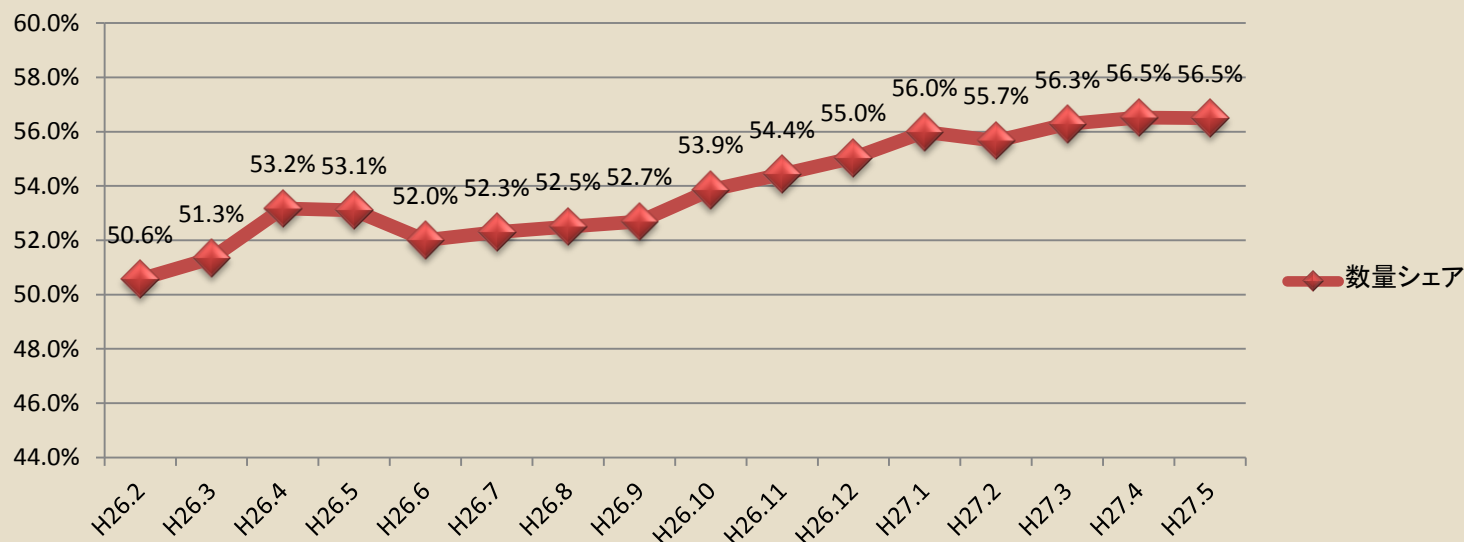
■医療費等の状況 (1) 医療費の推移



- ・ 医療費額は、H23年度以降減少傾向に
- ・ 一人当たり医療費は、県内市町平均の伸びに対し、鈍化傾向

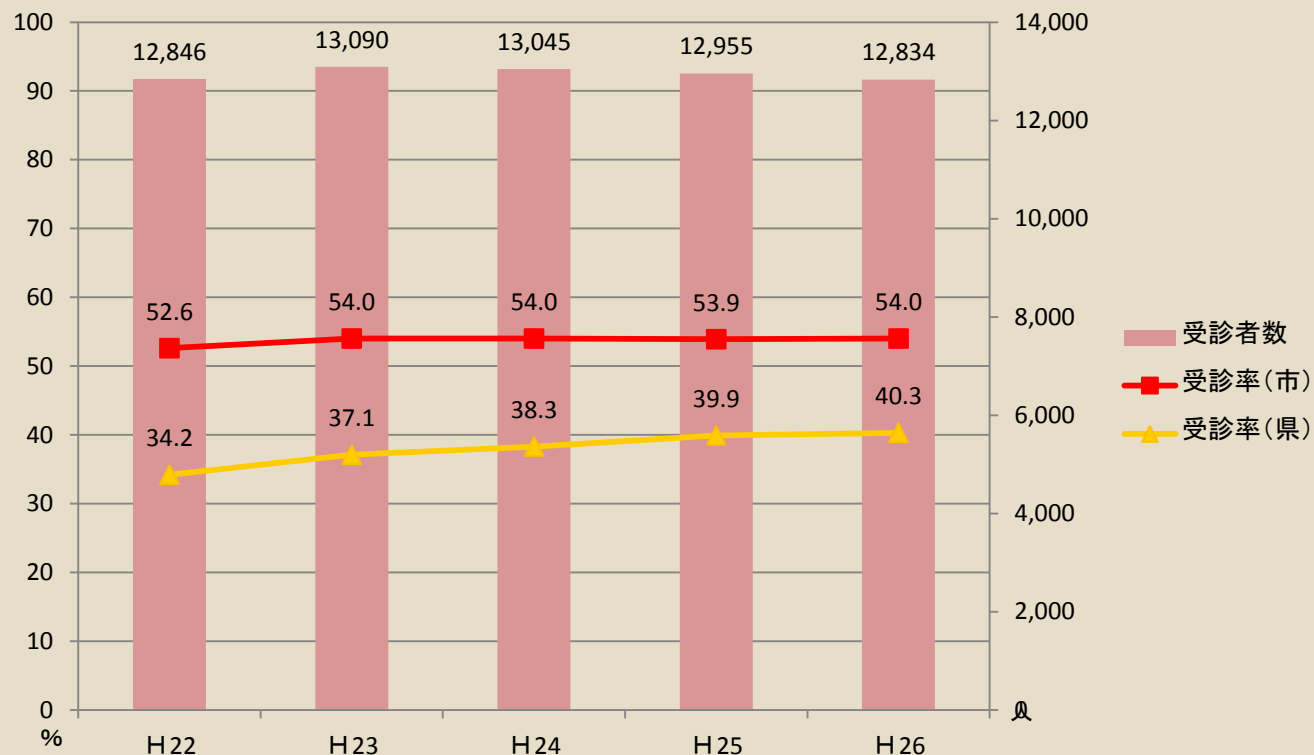
■医療費等の状況

(2) 後発医薬品の利用促進



- ・ 後発医薬品の数量シェアは56.5%（H27年5月）
- ・ H26年度に差額通知を発送（2月）
⇒今後、効果分析と対策
- ・ H30年3月末時点の目標値は60%以上

■特定健診等の取組み (1) 受診率



・ H26年度の受診率は54.0%（目標は56.0%）

■特定健診等の取組み

(2) 受診率向上に向けた取組み

① 受診料無料

- ・伊勢市は従来から受診料を無料に
- ・県内でも6市町が無料化

② 受診勧奨

- ・前年度未受診者に対して8月に、当年度未受診者に対して11月にハガキで受診勧奨
- ・40歳到達者及び受診率の低い40代・50代を重点に電話による受診勧奨

③ 医療機関等の協力

- ・医師会と連携し、各医療機関でも、患者に対して特定健診の受診を勧奨

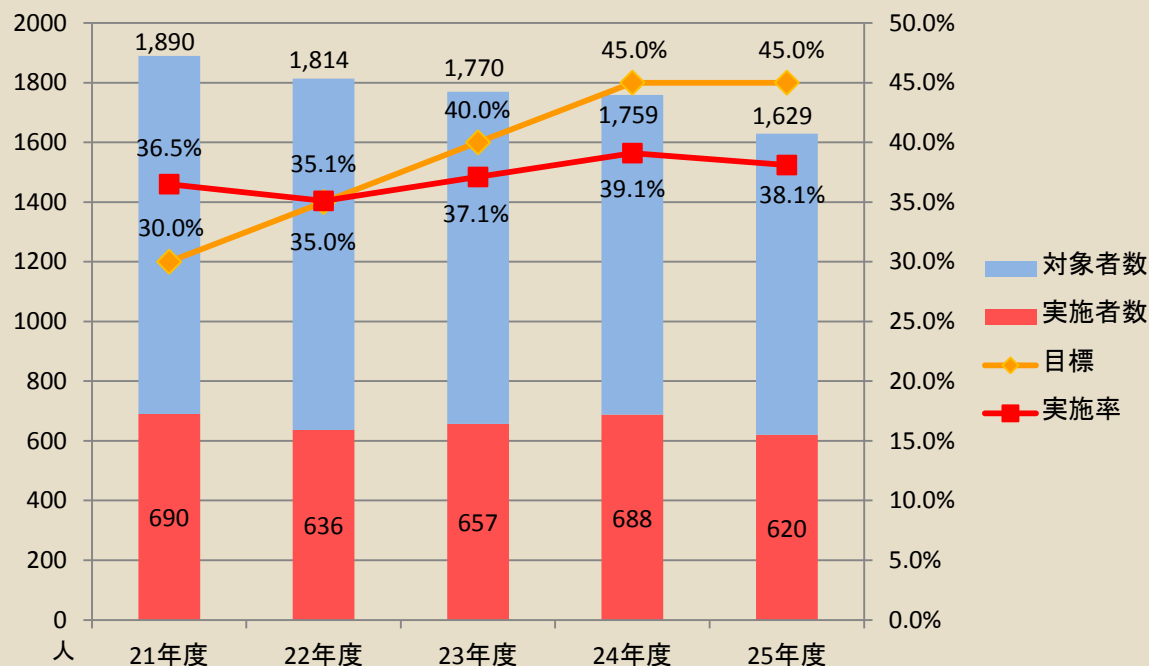
■特定健診等の取組み

(2) 受診率向上に向けた取組み

④ その他

- ・ がん検診と実施時期を合わせることによる相乗効果
…健康課が実施する「がん検診」受診者の検診費用の半額を負担（骨粗しょう症検診・胃がん検診・大腸がん検診・肺がん検診・前立腺がん検診・子宮がん検診・乳がん検診が対象）
- ・ 市民意識の高さ…平成20年度に特定健診が導入される以前の一般健診においても受診率は高かった

■特定保健指導の取組み (1)実施率

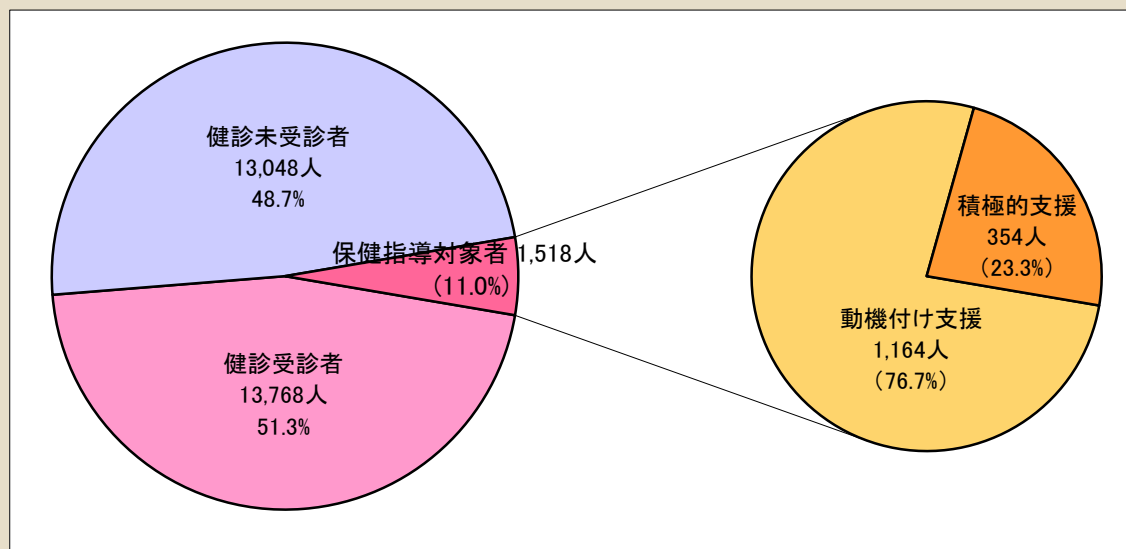


- ・ H25年度の実施率は38.1%（目標は45.0%）
- ・ 県内市町の平均実施率は15.8%
- ・ 対象者数は、減少傾向

■特定保健指導の取組み

(1) 実施状況

①平成26年度特定保健指導対象者の割合



- ・ 健診受診者のうち、保健指導対象者は11.0%
- ・ 動機付け支援は76.7%、積極的支援は23.3%で、出現率はそれぞれ8.5%と7.3%

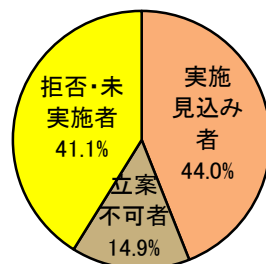
■特定保健指導の取組み

(1) 実施状況

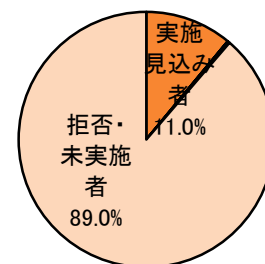
②平成26年度特定保健指導の実施見込み

	動機付け支援	積極的支援	計
対象者数	1,164	354	1,518
被指導者数	685	40	725
指導率	58.8%	11.3%	47.8%
計画立案（利用）者数	512	39	551
利用率	44.0%	11.0%	36.3%
計画立案不可者数	173	1	174
中断者数	—	0	0
実施（終了）見込み者数	512	39	551
実施（終了）見込み率	44.0%	11.0%	36.3%

動機付け支援実施状況（見込み）



積極的支援実施状況（見込み）



■特定保健指導の取組み

(2) 効果

①積極的支援

- ・ 計画立案者の改善率は、腹囲37.5% (-3.7 cm)、体重60.0% (-2.2kg)
- ・ 食生活は72.5%、運動習慣は35.0%が改善

②動機付け支援

- ・ 計画立案者の改善率は、腹囲41.2% (-2.7 cm)、体重50.3% (-1.9kg)
- ・ 食生活は53.6%、運動習慣は21.7%が改善

(3) 実施率向上に向けて

- ・ 申込みのない対象者への直接訪問や不在者への電話勧奨、休日相談の実施等
- ・ 内容の見直しや周知方法の検討

■ 特定保健指導の取組み

(3) 健康課による検査データの分析

- ・ 特定健診対象者を生活習慣病のレセプトの有無で分類し、過去の特定健診受診歴をもとに継続受診、新規受診、時々受診（中断）、未受診の4群に分けて分析
- ⇒ 生活習慣病の有無に関わらず、継続受診率は市町平均の2倍近く高く、この継続受診が特定健診受診率にも影響をしている
- ⇒ 生活習慣病ありでも継続受診している人の健診検査値は保健指導判定基準値以下であった
- ⇒ 特定保健指導終了後に、生活習慣病で医療機関を受診した群は、特定健診検査値が比較的良好に保たれている

■今後の課題

(1) データヘルス計画の策定

- ・ H27年度中（12月ごろ？）の策定を予定
- ⇒ 庁内の関係部署と連携しながら、自力策定中（増員・追加予算なし）

(2) 特定健診未受診者・中断者への啓発

- ・ 健康課の健康づくり事業のポピュレーションアプローチで健康意識を高め、受診へ導く

(3) 保健師の人材確保

- ・ 庁内の保健師需要が年々増加し、業務量と配置のバランスが困難に
- ⇒ 業務の外部委託も視野に入れ、重症化予防・医療費の適正化に向けた更なる取組みが求められている

まとめ

○保険者努力支援制度に向けて、これからも職員一丸となって、保険者機能の強化に努めます。



—これからさらに旬を迎える伊勢志摩へ
皆さん、ぜひお越しください—

「全国初のコールセンター共同運用」 —国保税の収納率向上について—



香川県丸亀市健康福祉部
保険課長 南 條 式 数

香川県丸亀市の概要

- 香川県の海岸線側の中央部に位置し、北は瀬戸内海国立公園、南は讃岐山脈、陸地部は田園地帯、そして、瀬戸内海には本島・広島などの島々が点在
- 平成17年3月22日に1市2町が合併
- 人口113,438人 48,489世帯 (H27.4.1現在)
- 丸亀城の「扇の勾配」、うちわづくり、が有名
- 中野美奈子さんを丸亀市文化観光大使に任命
- H27.3月 四国コカ・コーラボトリングスタジアム丸亀が完成



丸亀市 国保の概況

(国保加入状況)

世帯数 15,939世帯(加入割合32.9%)

被保険者数 26,329人 (加入割合23.2%)

- ・被保険者数は高齢化の影響から減少
- ・団塊の世代の動向から前期高齢者数は急激に増加

(財政状況)

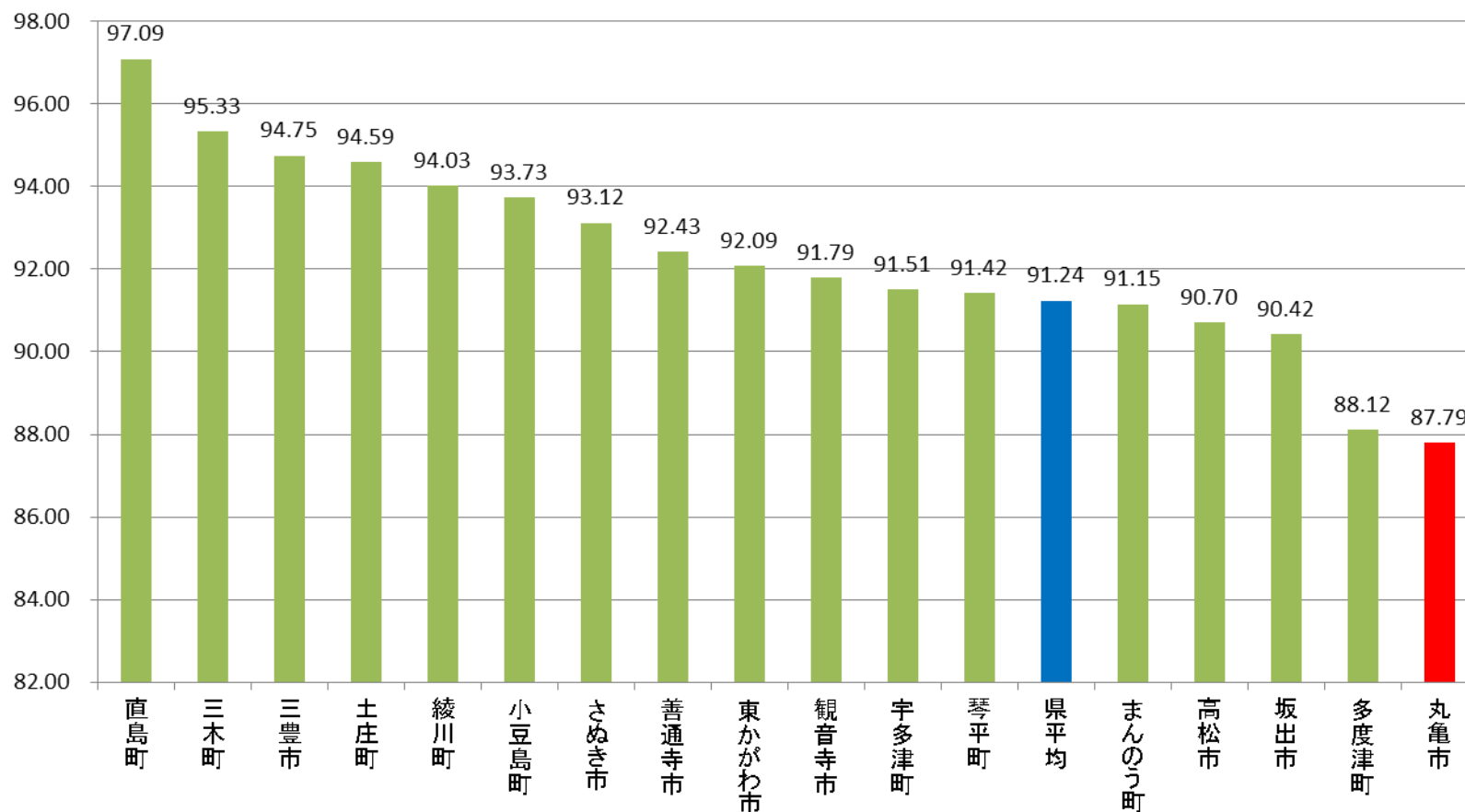
- ・平成20年度に赤字発生
- ・一般会計からの赤字補填金、繰上充用で対応
- ・平成25年度、赤字補填はあるものの黒字に転じた
- ・国保の広域化に向け、収納率向上策等を強化



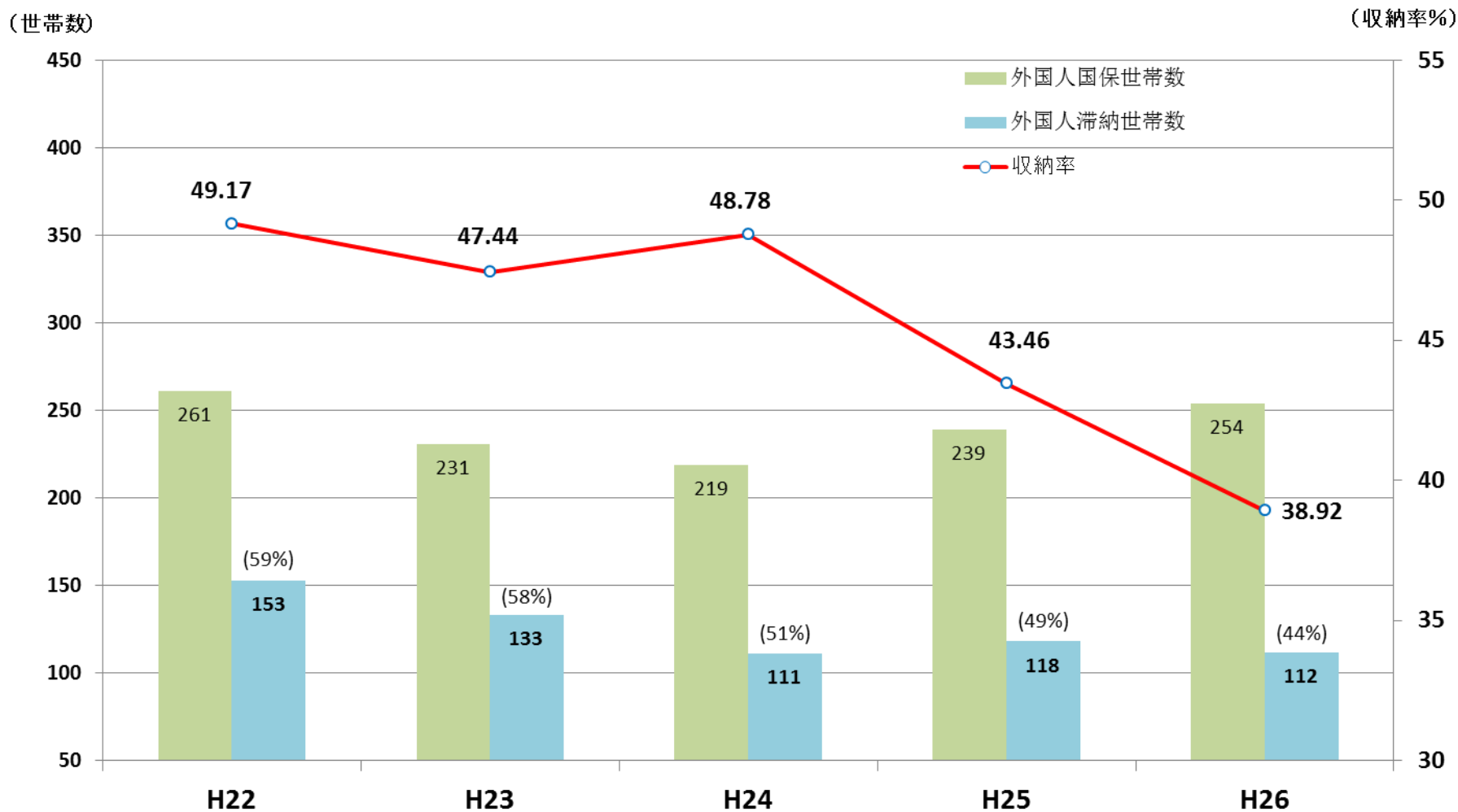
平成24年度 香川県の保険者別収納率の状況

(収納率%)

(現年・一般分)



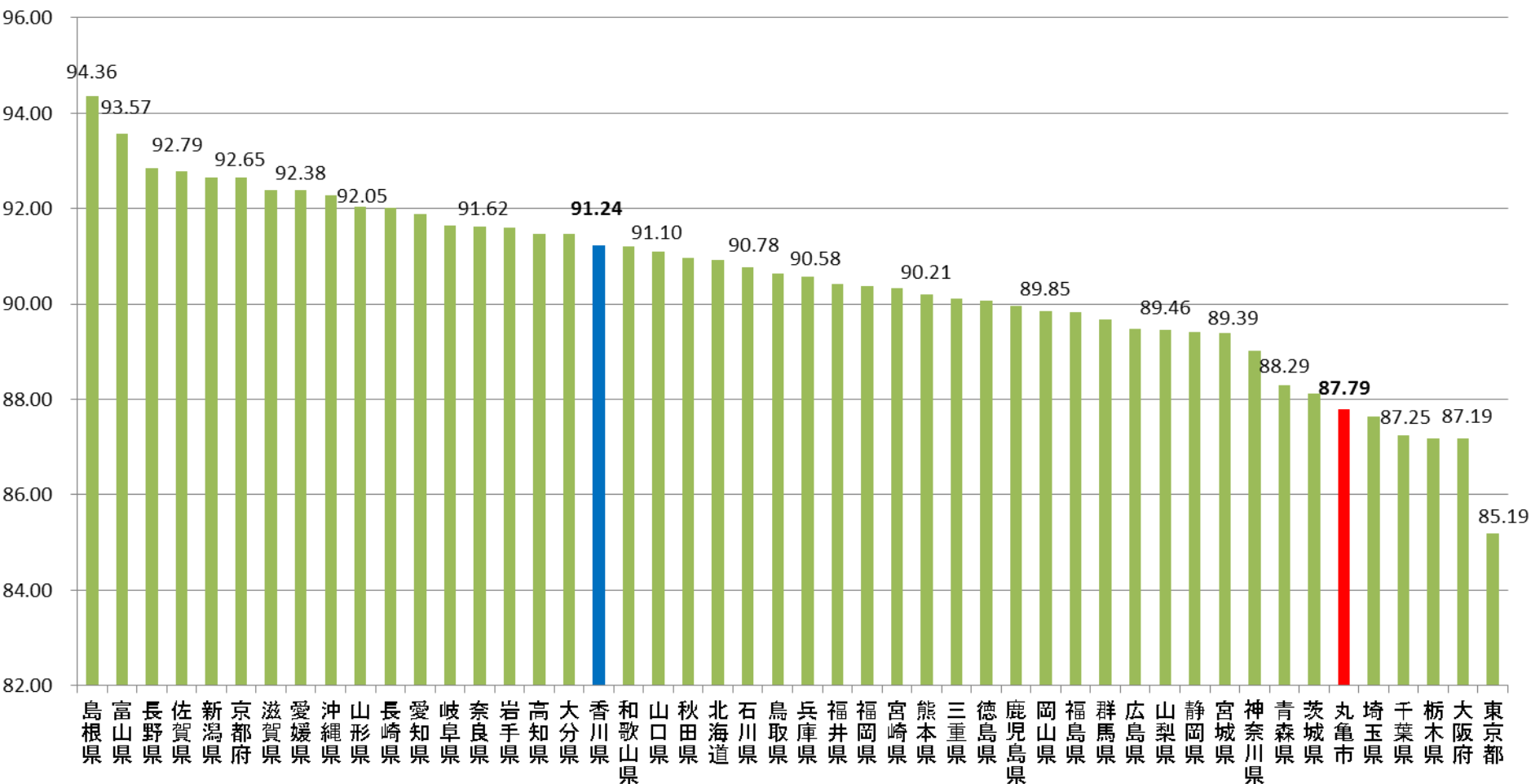
国保加入の外国人の収納率



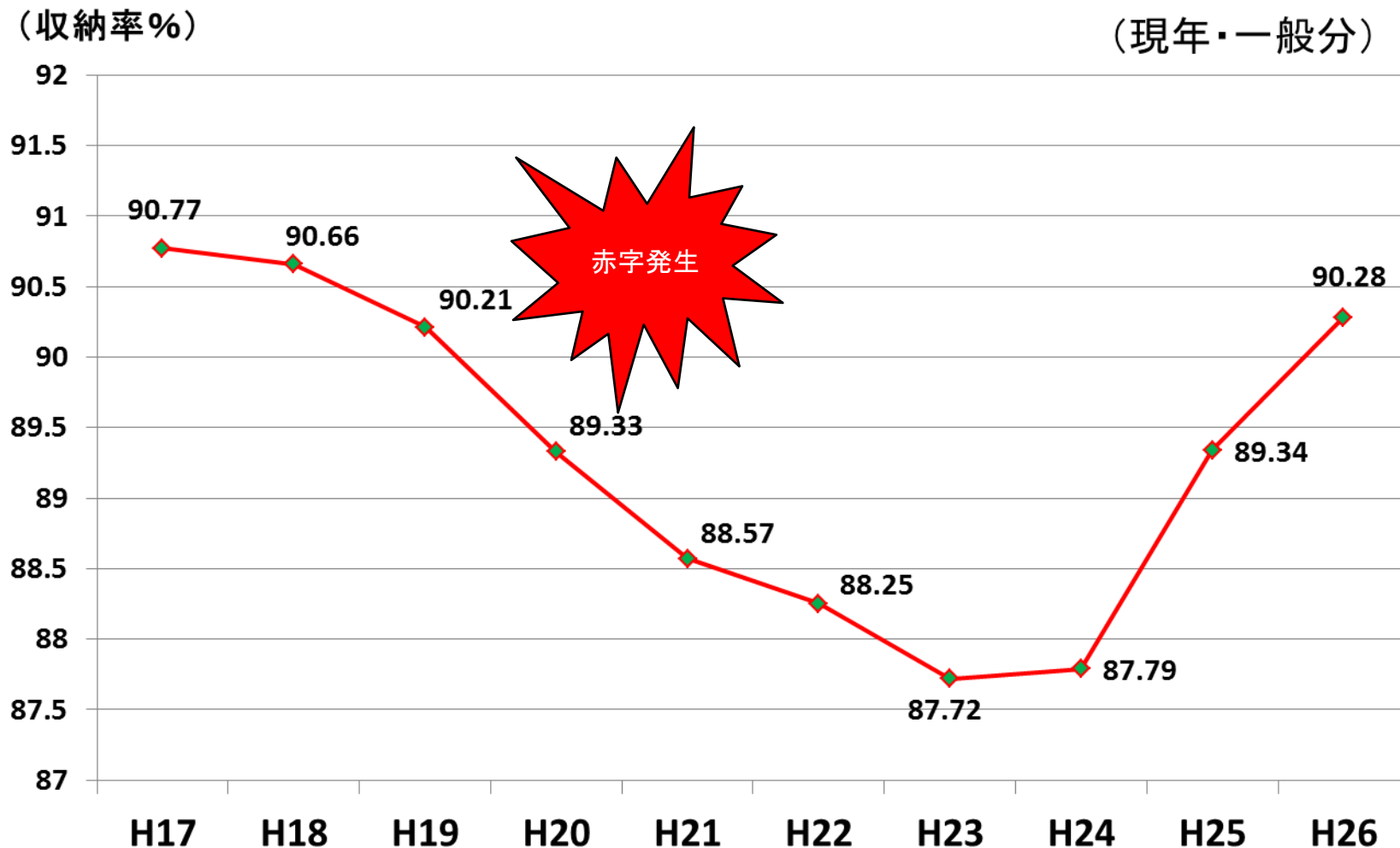
平成24年度 全国における保険者別収納率の状況

(収納率%)

(現年・一般分)



丸亀市の収納率の推移(平成17～26年度)



国保税の収納率向上について

平成25年度より収納率向上アドバイザー事業実施

(平成27年度も継続実施中)

- 口座振替払いに係る事務取扱内規作成
- 口座振替キャンペーン実施
- 居所不明者に係る資格喪失確認の事務処理要領作成
- 普通徴収納期変更(6期→8期)
- コンビニ収納の実施
- 納付案内センター設置
- 「差押秋の陣」の実施

コクホ 丸亀名物
国保税の口座振替で 当てよう!!

骨付じゅうじゅうクッション または 骨付鳥グッズ

「国保税は口座振替で納付しよう! スマートコクホ・キャンペーン」

丸亀市では「国保税は口座振替で納付しよう! スマートコクホ・キャンペーン」と題して、国保税の口座振替による納付の定着と移行を促進し、収納率向上の一助とするため、下記のとおりキャンペーンを実施します。

国保税は口座振替で納付しよう! スマートコクホ・キャンペーン

キャンペーン項目	期 間	対 象 者
ご利用者キャンペーン	平成26年 9月 1日(月) └ 平成26年12月1日(月)	すでに口座振替で国保税を納付中の方
新規ご加入キャンペーン		期間中に新規で口座振替をお申し込みされた方

対象者は、自動的にエントリー!!

ただし、以下の方はキャンペーンの対象となりません。

- 口座振替の申し込みをする必要のない方。
(国保税がかからない方、年金からの天引きのみの方は、口座振替を申込む必要はありません。)
- 市税を滞納している方。(市税全般において滞納がないことが当選条件となります。)

キャンペーンの対象税目▶ **国保税** (国保税以外は、キャンペーン対象外です。)

当 選 賞 品

とり奉行

骨付じゅうじゅうクッション



※ 各回90本ずつ
(計270本)

ま
た
は

骨付鳥 (冷凍若鳥1本)と
骨付じゅうじゅうグッズセット



※ 各回300本ずつ
(計900本)

※9月末・10月末・12月1日の各時点で、抽選により当選者を決定します。
※重複当選はありません。賞品はお選びいただけません。

- ★ 当選発表/当選した方に「引換証」をお送りしますので、賞品と引換えをお願いします。
- ★ 口座振替の申込方法/ **口座振替を希望する金融機関でお申込みください。**
(預金通帳、銀行届出印および納税通知書を持参。)

お問い合わせ

丸亀市健康福祉部 保険課
TEL(0877)24-8842

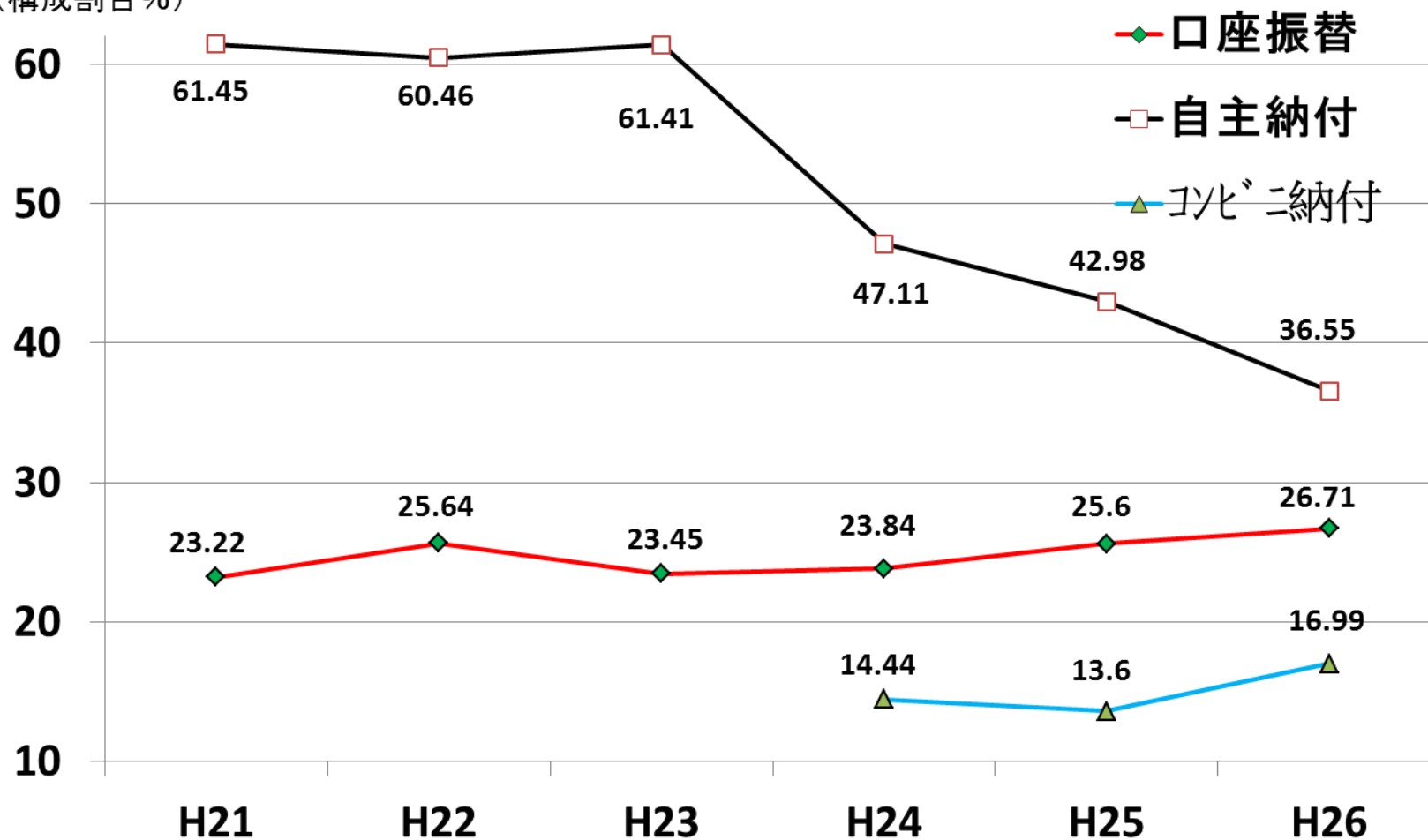


とり奉行
骨付じゅうじゅう

丸亀市国保税は、原則、口座振替により納付していただくことを内規で定めています。

納付方法別世帯構成割合

(構成割合%)



納付案内センター実績

平成26年度実績 (丸亀市)		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
架電可能者数 (電話可能件数)	C	802	30	861	1,014	474	867	761	489	897	463	940	873	8,471
架電回数合計 (電話実施回数の合計)		1,766	95	1,987	1,927	1,127	1,852	1,800	998	1,703	1,024	1,846	1,806	17,931
接触完了件数 (納付案内ができた件数)	E	422	18	561	495	265	484	400	265	491	241	514	441	4,597
架電可能者接触完了率 (接触できた割合)	E/C	52.62%	60.00%	65.16%	48.82%	55.91%	55.82%	52.56%	54.19%	54.74%	52.05%	54.68%	50.52%	54.27%

平成27年度の主な取り組み

1. 不動産の公売実施
2. 過払い金請求の強化(チラシ作成)
3. 預金差押の強化(事務改善)
4. ペイジーの導入
5. 香川県下一斉の差押強化(丸亀方式)
6. その他
 - ・ 封筒に国保税だけの納期を印刷
 - ・ 国税還付金差し押さえ
 - ・ 世帯主変更後の対応(職権で変更)など



うちっ娘

過払い金

あなたのお力に
なれるかも知れません。

次のいずれかにあてはまれば、過払い金が発生している可能性があります。

18% (100万円
以上の借入の場合
15%)を超える金利
でお金を借りて
いた時期がある。

消費者金融やクレ
ジットカード会社
との取引が5年以
上ある。

以前取引していた
が、借金を完済し
た消費者金融やク
レジットカード会
社がある。

市役所(税務課)に
お気軽にご相談下さい。



- ・テレビやラジオで有名な大手の会社から借入をしている場合でも過払い金発生事例が多数あります。
- ・市役所が弁護士への相談予約を行いますし、当日は職員が同行もいたします。
- ・債務整理を弁護士に依頼すれば、返済や取立が直ちに止まります。

過払い金返還請求は少しでも早くしないと

- ・最後の取引(支払など)から何もせずに10年が経過すると、時効によって消滅してしまいます。
- ・倒産する会社もあり、そうなると請求・回収が困難になります。

弁護士などへの相談・依頼費用が心配なら

- ・丸亀市役所が案内している弁護士への相談料は無料です。
- ・過払い金の回収が見込めるときは、着手金も後払いにできるので、今お金がなくても弁護士に依頼できます。
- ・過払い金が出ないときも分割払いにできるので、弁護士費用を気にせずにご相談ください。



お問い合わせ先

丸亀市役所税務課 徴収担当

丸亀市大手町二丁目3番1号 TEL.(0877)24-8856

(裏面)

休日納税相談日開設のお知らせ

4月を納税推進月間として休日納税相談日を開設いたします。
平日に来られない方は、この機会にぜひご利用ください。

日時:平成27年4月26日(日) 午前9時~午後4時

場所:丸亀市役所税務課(別館1階 レンガ色の建物)

内容:納税相談(市税全般・介護保険料・後期高齢者医療保険料)

【担当:税務課徴収担当 TEL0877-24-8856】

※駐車場は、大手町第2駐車場(市役所北側)及び大手町第1駐車場(東中学校北側)をご利用ください。駐車券をご持参くだされば、2時間無料の処理をいたします。市役所構内の駐車場は閉鎖しています。

(記入例)

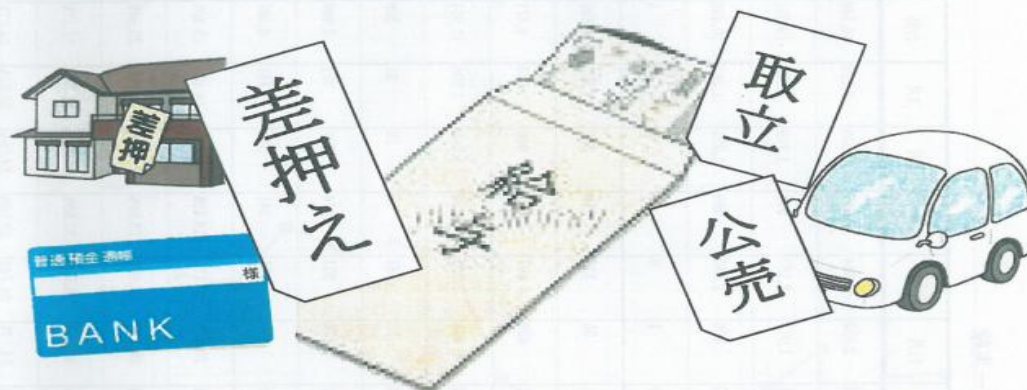
同封の払込取扱票で、
ゆうちょ銀行窓口で
納付することもでき
ます。
印字されている
960469は
丸亀市会計管理者の
口座番号です。

17 連番	払込取扱票	払込金額	振替払込請求書受取印
016009	960469	15000	016009
丸亀市会計管理者			丸亀市会計管理者
00001234567			丸亀太郎
743-PR11 TEL090-1111-2222			
丸亀市大手町二丁目3-1			
丸亀太郎			
振替口座番号			
00001234567			
期元	期満	期元	期満
12/26	12/26	01	14500
合計未納金額		15000	円

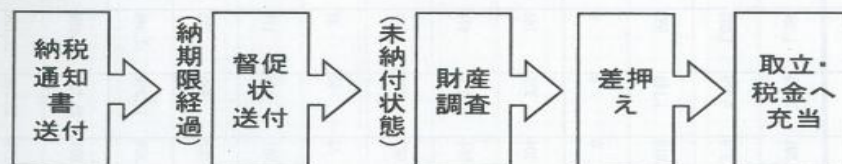


うちっ娘

9/1~12/31 県税・市町税 一斉 滞納整理強化期間



**財産があるにもかかわらず、税金を滞納している方には、
厳正に対処します！**



- 税金は納期限内に納付してください。
税金は、私たちが安心して暮らしていく社会を維持するための貴重な財源です。
- 香川県・各市町・事務組合・香川滞納整理推進機構は、税負担の公平性を確保するため、滞納者に対して、徹底した財産調査（預貯金・給与・生命保険・自動車・不動産等）、差押えを行い、取立・公売（強制換価手続き）を行います。
- 納税のご相談は、それぞれの税金を所管している県税事務所、各市町等へお問い合わせください。（納税通知書または、本紙裏面をよくご確認ください。）

事業主・給与支払者の方へお願い

お勤めの従業員の方に滞納があった場合、給与照会文書を送付させていただく場合があります。
また、自主納付による納税が困難と判断された場合は、給与差押えとなる場合があります。
税金の滞納解消のため、お手数おかけしますが、ご協力を賜りますようお願いいたします。

目 標

(平成27年度)

香川県特別調整交付金算定基準の
収納率91%を達成

(平成30年度)

更に、国保の広域化に向け
標準的収納率92%を目標とする



ある日の税務課風景…

ゼツタイ
91%達成
するぞ!!



平成27年8月28日

平成27年度
全国市町村国保主管課長研究協議会

「口座振替の簡易化による 収納率向上の取り組み」

日出町役場 健康増進課
主査 大塚 英二郎

日出町の紹介



面積	73.33Km ²
世帯数	11,954世帯
総人口	28,576人
65歳以上	7,805人

「平成27年4月1日住民基本台帳」

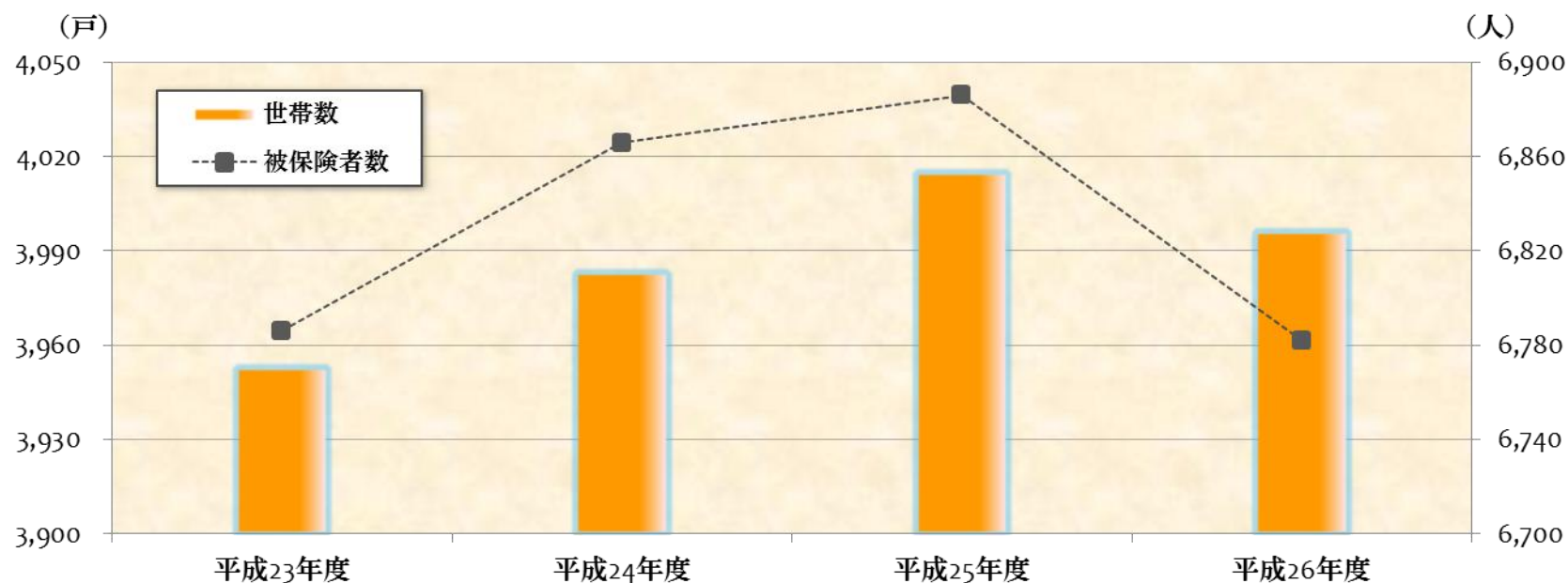
産業の内訳

第1次産業	7.92%
第2次産業	26.53%
第3次産業	64.34%

「平成22年国勢調査」

被保険者数の推移

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
世帯数	3,953戸	3,983戸	4,015戸	3,996戸(加入率33.4%)
被保険者数	6,786人	6,866人	6,886人	6,782人(加入率23.7%)

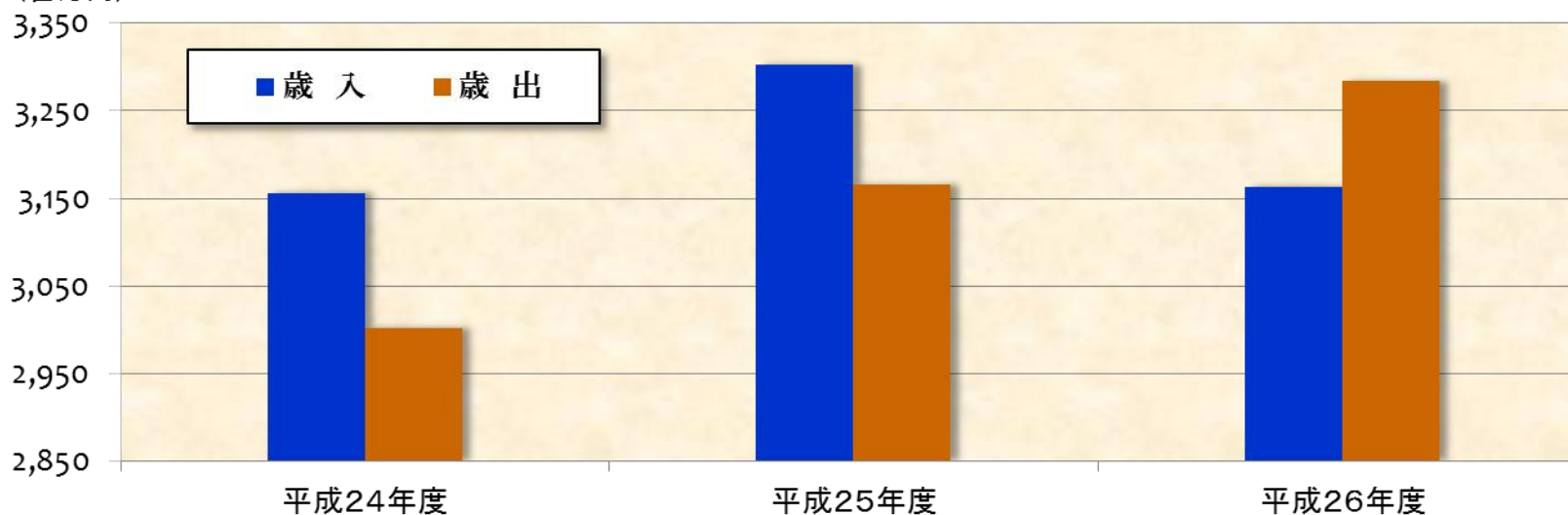


日出町国民健康保険の財政状況

(単位:千円)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度見込
歳入	3,155,445	3,301,238	3,162,193
歳出	3,001,374	3,164,510	3,282,544
単年度収支	154,071	136,728	△120,351

(百万円)



国民健康保険税の収納率

(単位：%)

	平成23年度	平成24年度	平成25年度
県平均	91.59	92.32	92.96
日出町	90.61	90.19	90.91
県内順位	14位	16位	16位

平成25年度の収納率は若干向上はしているものの
大分県内18市町村中

16位!

(参考)

平成22年度 89.4% 平成21年度 89.6% 平成20年度 89.3%

収納率向上に向けて

平成19年度から行財政改革

歳出 抑制による基金の積み増し、公債費の減少に成功

歳入 確かな財源の確保が必要

「町税及び各種料金収納率向上会議」の設立・開催
新たな滞納者を発生させない！



口座振替加入率の向上

口座振替促進のために

- 口座振替促進キャンペーン
- 啓発用ティッシュの配布 等々を実施

◎窓口勧奨の強化(加入しやすい環境づくり)

ペイジー(Pay-easy) に着目

キャッシュカードと暗証番号を入力する
だけで口座振替の手続き完了



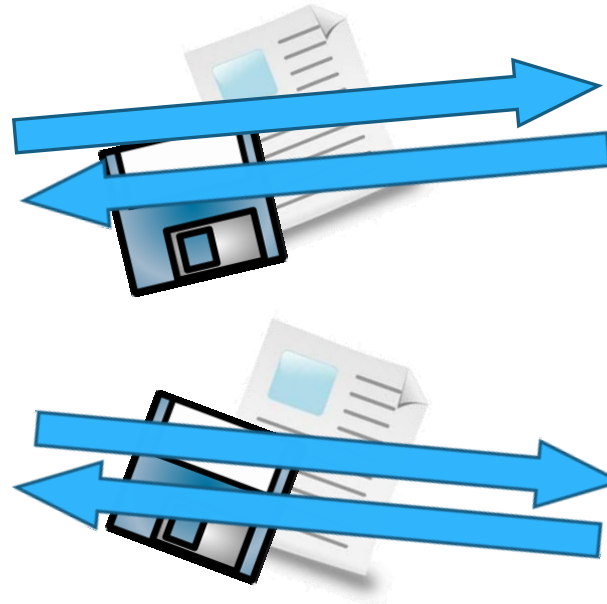
ペイジーとは

◆情報の伝達

収納機関
(公共機関・民間等)



紙や磁気媒体によりデータ受け渡し



A銀行



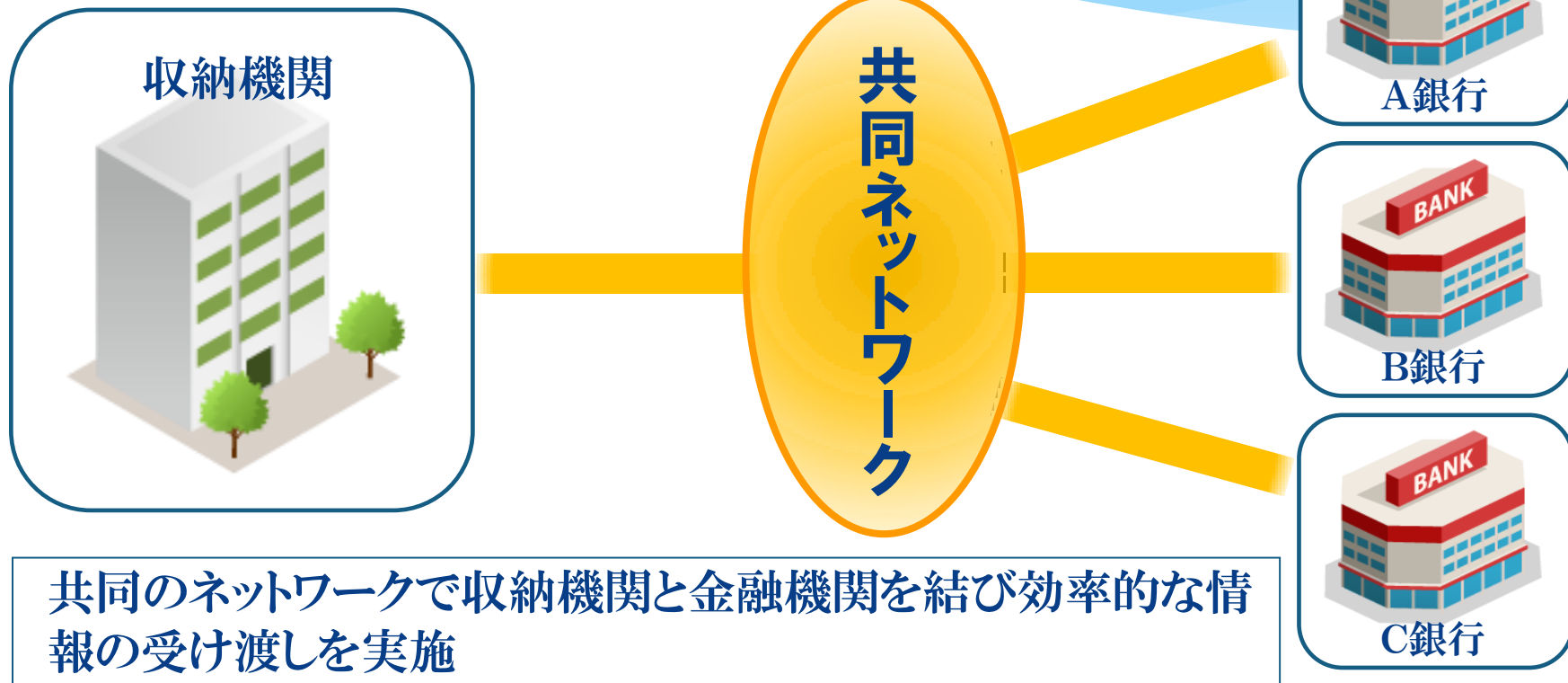
B銀行

【問題点】

納入できる場所、時間、事務処理に伴う時間
などの課題

ペイジーとは

◆マルチメントネットワーク



このネットワークを利用したサービスを ペイジー といいます

ペイジーでできるサービス

①口座振替受付サービス

②収納サービス

ATMやインターネットバンキングで24時間支払可能

しかしながら...

- ・平成27年度からコンビニ収納開始
- ・システム改修などに多額の費用がかかる 等の理由から

日出町では口座振替受付サービスのみを導入決定

ペイジー導入によるメリット

◆口座振替加入手続き

導入前 申込書に通帳印を押印、金融機関窓口にて提出により完了



導入後 キャッシュカード、暗証番号 入力により完了

- 住民にとって利便性向上
- 窓口で端末を設置することで口座振替を勧奨しやすい



運用の概要

- 運用開始時期 平成26年4月2日
- 端末設置場所 健康増進課ほか収納関係課 3課
- 対象税目等 国民健康保険税・個人町県民税・固定資産税
軽自動車税・介護保険料・後期高齢医療保険
料・上下水道料 等々
- ペイジーによる新規口座振替加入状況(国民健康保険税)
平成26年4月2日～平成27年3月31日
全389件加入中 250件(約64%)

運用の概要



〈登録用端末機〉



〈申込みの様子〉

ペイジー導入費用(平成25年度)

項 目	金 額	備 考
金融機関初期登録手数料	3,000,000円	1銀行1,000,000円
その他登録手数料	25,567円	新規契約事務手数料、端末初期設定費用
端末購入費	378,000円	1台90,000円×4台×1.05
消耗品費	7,350円	ロール紙
JAMPA会費	100,000円	日本マルチペイメントネットワーク推進協議会
合 計	3,510,917円	

【財源(国民健康保険特別会計)】

国調整交付金 3,189,000円 (3,000,000円+378,000円×1/2)

県調整交付金 66,459円 (その他経費×1/2)

■導入の際には、県の国保担当に必ずご確認をお願いします

ペイジー導入によるランニングコスト

(平成26年度より)

項 目	金 額	備 考
回線使用料	59,058円	通信料(4台分)、手数料(300件)
口座振替受付手数料	48,600円	$150円 \times 300件 \times 1.08$
端末管理基本料金	259,200円	$20,000円 \times 12月 \times 1.08$
消耗品費	20,000円	ロール紙、バッテリー
JAMPA会費	100,000円	日本マルチペイントネットワーク推進協議会
合 計	486,858円	

※年間利用件数300件の場合

【財源(国民健康保険特別会計)】

県調整交付金 200,000円程度

コンビニ収納

平成15年4月地方自治法施行令等の改正



- 地方税、国民健康保険税等の収納事務を民間委託が可能
- 納付者の利便性の向上



平成27年4月より「コンビニ収納」開始



- 東京三菱UFJ銀行の試算(国民健康保険税)
窓口人数 1,549人
コンビニ収納利用者数 581人 (約38%がコンビニ収納へ移行)

コンビニ収納のメリット・デメリット

○・365日、24時間、全国で納付可能



- ・導入経費、運用費用が高額
- ・人件費の削減など費用対効果は少ない
- ・基幹システムを更新する際に再度導入費用が発生

新たな取組み(まとめ)

～収納率向上に向けて～

ペイジーの導入

- ・口座振替新規加入者の増加

コンビニ収納

- ・納付機会の拡大及び利便性の向上

ご清聴ありがとうございました

