



国保保険者の広域化に関する研究会 報告書



目 次

研究の目的	2
1. 市町村国保の根本的な課題	3
2. 課題の解決の方向性	5
3. 都道府県が国保保険者になることで期待される効果	7
4. 都道府県が国保保険者になる場合の国や市町村の役割	8
(参考資料)	
市町村国保の問題点	17
市町村国保の現状	39

平成23年8月
国保保険者の広域化に関する研究会

研究の目的



現在、国においては、国民健康保険の財政安定化や負担の格差是正を図るため、都道府県単位による広域化を検討している。現在、国保だけでなく、協会けんぽや後期高齢者医療制度などの公的な健康保険は都道府県単位で再編成される流れとなっている。

また、新たな高齢者医療制度の具体的なあり方の検討に当たっては、地域保険としての一元的運用の第一段階として新たな制度が構築されること、市町村国保の広域化につながるような見直しを行うこと等が検討されている。

しかしながら、市町村国保の具体的な将来像については、十分な検討・研究がなされているとは言い難い状況である。そこで、本研究会では、現状の市町村国保が抱えている根本的な課題を明らかにするとともにその抜本的な解決の方向性を検討した。

また、その上で、市町村が保険者となっている国保制度を都道府県が保険者となる制度に再編成すること（以下「都道府県化」という。）の必要性を検討し、都道府県化を進める上で考えられる論点や、都道府県化が実現した場合の国・都道府県・市町村の主な役割を整理した。

1. 市町村国保の根本的な課題

(1) 財政基盤の脆弱さ

国民健康保険は、わが国の国民皆保険体制の中で“最後の砦”としての役割を担っている。それは、国民健康保険法第5条で、「市町村または特別区の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする」と規定されていることから明らかである。ただし、同法第6条においては、被用者保険の被保険者や国民健康保険組合の被保険者等は、市町村が行う国民健康保険の被保険者とししないものとされている。

従って、被用者保険に加入されていない国民を全て被保険者とすることになり、当初から農林漁業従事者・自営業者とその家族だけでなく、退職した高齢者や無職者など、疾病リスクの高い人や保険料（税）支払い能力の弱い人を抱えるという課題を持っており、市町村国保は慢性的な赤字体質に陥りやすい。

(2) 保険料（税）負担等の市町村格差

①保険料（税）負担等の格差

保険者である市町村の置かれた環境や条件は千差万別であり、そのことは保健・医療についても当てはまる。平成20年度における市町村国保の1人当たり医療費の市町村格差を見ると、最低の市町村（約15万円）から最高の市町村（約54万円）まで4倍近い格差がある。それに伴って、市町村国保の保険料（税）も市町村によって大きく異なっており、平成20年度の市町村国保の1人当たり保険料（税）調定額を見ると、最低の市町村（約3万円）から最高の市町村（約14万円）まで5倍近い格差がある。こうした状況は、被保険者にとっては地域的な不公平につながる大きな課題である。（P31～P36を参照）

②規模の格差

市町村によって人口規模や高齢化率が大きく異なっていることも、国保制度の運営体制の整備や保健事業の推進体制の整備といった観点から課題である。平成17年度の国勢調査によれば、人口規模が最大の横浜市と最小の青ヶ島村では1万6千倍の差があり、高齢化率が最大の南牧村と最小の小笠原村では6倍の差がある。そうした点も、市町村の国保運営リスクを左右する大きな要因である。（都道府県になると、人口規模が最大の東京都と最小の鳥取県では21倍の差であり、高齢化率が最大の島根県と最小の沖縄県では2倍の差となり、市町村の格差より大幅に平準化される。）



（３）医療提供体制のあり方に対する保険者の立場からの関与が困難

現在、地域医療計画は医療法において、都道府県知事に策定が義務付けられているが、市町村国保等の保険者の立場が明確にされておらず、都道府県レベルの医療計画の策定、2次医療圏ごとの医療計画の策定に市町村が保険者の立場から積極的に関与していない状況である。医師の地域的な偏在や診療科間の偏在、医療機関や病床数の偏在の是正は、国民皆保険体制を維持していく上での必要不可欠な前提条件と考えられるが、これらの問題に対しても、保険者の立場からは是正に関与していく仕組みがないという課題がある。

また、医療計画の策定プロセスに保険者としての立場から参画することにより、被保険者である患者や市民の意見を把握した上で、医療提供体制の課題の解決に関与していくべきである。きちんとした医療サービスを受けたいと考えている患者と、支払う保険料が適正であることを望む被保険者の立場を両立させながら、必要な医療サービスを提供していく責任を保険者は有している。保険者は、患者と被保険者の双方が安心できる、効率的な医療サービスを提供する体制を構築していくことが求められている。

（４）保健事業の課題

医療の問題を考える場合、健康づくりや疾病予防などの保健事業のあり方も一体として考える必要がある。現在、健康増進法によるがん検診等の保健事業は市町村が実施主体となっており、生活習慣病予防をはじめとする様々な保健事業が推進されている。保険者の義務である特定健康診査・特定保健指導についても、市町村国保については市町村が保険者の責任において実施している。しかし、前述したように、市町村の規模や財政力には大きな格差があり、保健事業の質の向上に不可欠な保健師、管理栄養士等の人材の確保や採用後の教育研修等の面で多くの問題を抱えている。

市町村単位では、特に小規模な市町村では、保健事業を担う専門職の教育や人材育成が難しいという問題があり、今後、地域において効果的な保健事業を進めていく上で、大きな課題である。

人材の問題とともに、効果的な保健事業を推進するためには、住民のレセプトデータ等を十分に活用していくことが必要になるが、そうした取り組みを市町村個々で行うことは困難と考えられる。

2. 課題の解決の方向性

(1) 市町村国保の都道府県単位の統合

市町村国保が直面している課題を解決していくには、国民健康保険を都道府県単位で運営する形とすることが考えられる。ただし、市町村国保の抱えている課題は、「1」で述べたように多様であり、財政基盤の脆弱さや保険料負担の格差是正には都道府県単位への移行が最も妥当な解決の方向と考えられる。しかし一方で、保険料の徴収事務や被保険者に密着した特定健康診査・特定保健指導等の保健事業は都道府県に統合した場合多くの問題点が想定され、これらの事項については市町村が実施する形も考慮する必要がある。従って、都道府県単位で統合する場合、財政運営の都道府県単位への統合を基本としつつも、保険料の徴収体制や保健事業の実施体制等を考慮した制度設計が求められる。また、国民皆保険体制を維持し、将来にわたって国民の安心の仕組みを維持していくためには、公的医療保険制度を一元化し、負担と給付の公平の実現を図るべきである。その一里塚として、都道府県単位への統合である。

(これまでも、国民健康保険中央会では、都道府県を軸とした国保制度の再編成と国の財政責任の強化、公的医療保険制度の一元化を提言している。→平成17年度の提言は、37ページの参考資料を参照)

(2) 保険者は都道府県に

市町村国保の都道府県単位への統合を考える場合、その保険者としては、①都道府県内の市町村連合が保険者になる、あるいは②都道府県が保険者になる、という2通りの選択肢が考えられる。財政基盤の強化や市町村間格差の是正の面からは、①案であっても②案であっても大きな違いはないと考えられるが、医療計画の策定等で医療提供体制のあり方への保険者としての積極的な関与や人材育成等の保健事業の推進に積極的に関与していくという観点からは、都道府県が保険者になる②案が優れていると考えられることから、都道府県単位の保険者としては、都道府県自らがその役割を担うことが望ましい。

(3) 運営の形は柔軟に

都道府県が保険者になる場合、都道府県が直接保険を運営するという形だけでなく、都道府県国民健康保険団体連合会等の組織に保険者業務の一部を委託するという形も考えられる。

また、都道府県が保険者になる場合、保険料(税)の徴収業務や保健事業、健康づくりの事業等、市町村が対応する方が効率的と考えられる業務については、法律上そのような制度とするのか、または保険者である都道府県からの委託を受けるなどの形を可能とするのか等の具体的な制度設計の検討が必要である。いずれにしても、状況に応じて柔軟に対応できるような制度設計が求められる。



（４）効果的な保健事業の推進を

健康づくりや疾病予防についても、推進体制の地域的な格差を解消しながら、地域のニーズを反映した効果的な保健事業を推進していく必要がある。そのためには、都道府県が国保保険者として保健事業のマンパワー確保と人材育成を責任をもって行うとともにレセプトなどの電子データを活用しながら効果的な保健事業の企画立案や評価について市町村を支援することが求められる。

（５）国保制度にとどまらず医療制度全体の改革を

国民健康保険制度のあり方を検討する場合、医療保険制度の面からだけでなく、総合医の育成や体制整備、医療機関の機能分化や役割分担の推進等、医療提供体制のあり方や予防事業と一体として議論していくことが必要不可欠である。

（→総合医の育成や体制整備に対する国民健康保険中央会の提言については、38ページの参考資料を参照）

3. 都道府県が国保保険者になることで期待される効果

都道府県が国保保険者になることにより、国保制度と医療計画、保健事業（特定健康診査・特定保健指導など）が都道府県内部で一体的に運営されることになり、効率的・効果的な医療・保健サービスの提供が図られることになる。具体的には、以下のような面で効果がある。

（１）保険料（税）の平準化

被保険者間の負担の公平は重要な課題である。しかし、都市部・町村部・へき地島嶼部など市町村間で医療サービスの環境に大きな格差がある中で、ただちに都道府県内の保険料（税）を一律の形にすると、かえって不公平が発生することもあると考えられる。従って、当面は市町村間の状況に応じて保険料（税）にも幅を持たせつつ、医療提供体制の均質化の実現を図ることによって、保険料（税）の平準化を実現していくことが必要である。

（２）医療計画の策定に当たり、都道府県が保険者の立場を反映することが可能になる

医療計画の策定に当たって、都道府県が保険者の立場を反映した形で関与することが可能となる。医療法では、「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の４疾病、および、「救急医療」「災害医療」「へき地医療」「周産期医療」「小児救急を含む小児医療」の５事業について、都道府県に提供体制の計画策定を義務付けている。従って、都道府県が国保の保険者となれば、医療計画策定に当たる都道府県の立場は、医療提供体制における都道府県の責任者としての立場と保険者の立場の２つの立場から関与することが可能となり、４疾病５事業を中心とする、医療機関の整備・協力連携を進めることがより容易となり、医師・医療機関の確保や適正配置について、地域偏在の是正に関し、より主体的に推進することが期待される。

（３）保健事業推進への効果

市町村は、住民に直接保健事業を実施するという面では、都道府県よりも住民に近い存在であるために、強みを持っている。市町村国保が都道府県化されることになっても、市町村が保健事業に積極的に関与していくことが望ましいと考えられる。しかし、保健事業を担う人材の育成や確保といった面では、市町村（特に規模の小さな市町村）のみの対応では不十分であり、都道府県が積極的に関与していくことが求められる。都道府県が保健事業の人材の育成・確保・市町村への配置に一定の役割を果たし、市町村が実際の事業展開を担当するという形を実現することで、地域格差を是正しながら保健事業を強化できる効果がある。

4. 都道府県が国保保険者になる場合の国や市町村の役割

(1) 国が果たすべき主な役割

都道府県が国保保険者になる場合においても、引き続き国は国保制度を安定的に維持・継続するための最終的な責任を負う。そのために、国保事業全体に関わる指針を定めることや、財政責任を負うこと、医療提供体制や保健・健康づくりの体制を整備することが求められる。具体的には以下の通りである。

①国保事業に関する指針の策定と指導

都道府県が国保保険者になって、創意工夫を活かしながら国保事業を運営することになっても、国全体としての統一的な指針は国の責任において定める必要がある。また、統一的な指針に沿った適切な事業運営がなされるよう、都道府県(保険者)に対して適宜指導を行っていくことも求められる。

②国保財政に関する責任の明確化

都道府県が国保保険者になることは、国保財政の責任主体が都道府県になるということであるが、無制限に責任を負うということにすべきではない。保険者の努力を超えて発生する財政負担等については、国が最終的な責任を持つことを明確にすべきである。

③医療提供体制の基本方針の策定

国保が都道府県単位に広域化されても、医療提供体制の最重要課題の一つが医師の地域偏在、診療科間偏在の是正である。従って、国は必要な医師数について検討を行い、併せて地域偏在、診療科間偏在の是正のための方策を示すべきである。併せて、国保の広域化に伴い、都道府県の医療計画の策定にあたり国保保険者の立場から医療提供体制の在り方に積極的に関与することが望ましいことを、国は医療計画策定の基本指針の中で明記すべきである。

④保健・健康づくりに必要な人材の育成と確保

医師と同様に、保健・健康づくりの推進に必要となる保健師等の人材についても、各都道府県が個別で行うより、国が統一的に育成・確保を進めることが、地域格差の是正を推進するために必要である。



（２）市町村が果たすべき主な役割

市町村国保を都道府県単位で財政運営する形に再編成し、都道府県が国保保険者になる場合には、新たに以下のような課題が発生すると考えられる。それらの課題を乗り越えるためには、都道府県化においても市町村の果たす役割を明確に位置づけて、市町村が都道府県を支援する仕組みを構築することが求められる。

①保険料（税）の収納率の低下への対策

都道府県が保険者となることにより、保険料（税）の徴収は原則として都道府県が行うことになるが、被保険者から見ると、市町村が保険者である時と比べて保険者が遠い存在になる。そのために、被保険者の保険料（税）納付意識が薄れて、収納率が低下してしまうのではないかと懸念が発生する。その懸念を解消するためには、都道府県（保険者）からの委託を受けて、市町村が保険料（税）を徴収するなど、保険料（税）の収納率を低下させない方策を講じる必要もある。

②保健事業の実施体制の再構築

特定健康診査・特定保健指導など生活習慣病予防事業の実施も、法律上都道府県（保険者）が実施主体となる。しかし、上記①と同様の要因により、被保険者の受診意向が弱まり、受診率が低下してしまうのではないかと懸念が発生する。その懸念を解消するためには、都道府県（保険者）からの委託を受けて、市町村が特定健康診査・特定保健指導を実施する仕組みを再構築することが考えられる。そのためには、特定健康診査・特定保健指導を都道府県（保険者）から市町村に委託できるよう、関連する法律においても明確に規定する必要がある。

また、健康増進法によるがん検診等、市町村が行う予防活動と保険者が行う生活習慣病予防活動が協力・連携しながら総合的に推進されるような体制を確立していくことが求められる。

③地域包括ケアシステム等の維持

地域医療や地域保健については、長い年月に亘って国保直営診療施設を中心として地域包括ケアシステムが構築されてきた地域も多い。そうした地域的なシステムが、国保制度の再編成に伴って後退することがないようにすべきである。現在、市町村（保険者）により設置されている国保直営診療施設の国保制度再編成後における機能や位置づけについて別途整理を行い、将来にわたって市町村と国保直営診療施設が協力・連携して地域的な保健・医療の取り組みを継続できるような仕組みを構築する必要がある。

市町村国保の都道府県化を考える上での論点

国民健康保険制度の 保険者業務	主体 (誰が行うか)	考えられる方法 (どのように)	前提条件・課題 など
①被保険者の資格管理	●都道府県が、被保険者の台帳の作成・管理を行う	●市町村が、被保険者の異動（加入・脱退）の把握を行い、都道府県に伝達する	●都道府県で担当部署を設置する必要がある
②給付管理	●都道府県が、レセプトの点検・過誤処理、レセプトデータ管理、支払額の決定を行う	（市町村の業務は原則として、なし）	●都道府県に対して、市町村が人材・ノウハウ等の面で支援する必要がある
③保険料（税）の賦課 （直接賦課方式のケース） （注） 保険料（税）の賦課については、最終的には都道府県が直接賦課を行う直接賦課方式が望ましいが、そこに至る経過段階として、分賦金方式も考えられる	●都道府県は、市町村から被保険者の所得情報を得て、保険料（税）を決定し、被保険者に通知する	市町村は被保険者の所得情報を取得し、都道府県に報告する	●ただちに都道府県内一律の保険料（税）を設定することは難しいと考えられる ●都道府県に担当部署を設置する必要がある
③保険料（税）の賦課 （分賦金方式のケース）	●都道府県は、市町村からの情報に基づき、各市町村の分賦金を決定し、市町村に通知する	●市町村は独自に保険料（税）賦課を行い、被保険者に保険料（税）を通知する	●分賦金の決定に際して、市町村間の利害調整が必要となる
④保険料（税）の徴収	●原則として都道府県が保険料(税)を徴収することになるが、市町村に委託することもある	●都道府県からの委託を受けて、市町村が保険料（税）を徴収することが考えられる	●収納率を高めるよう、都道府県・市町村が協力する仕組みを構築する必要がある



医療提供体制の整備	主体 (誰が行うか)	考えられる 方法 (どのように)	前提条件・課題 など
①医師の確保（適正な配置）	●都道府県が医師の確保・配置に努力する（そのための仕組みを構築する） ●都道府県が保険者の立場から、国保制度と医療計画との一体的な運用を進める必要がある	●都道府県が県内地域の医師の配置状況を把握して、足りない地域に医師を効率的に配置する ●医師・病床が過剰である地域には医師・医療機関の配置を制限する ●配置状況の把握には市町村の協力も必要	●国が、一定の条件の下で医師の確保・適正配置を行う仕組みを構築することが前提（保険医としての契約を活用することも考えられる） ●地域医師会等、医療関係者の協力を得ることも必要
②1次～3次に対応した医療機関の整備等 （医療法で定められた4疾病5事業をはじめとして地域の中で適切な医療提供体制の確保）（→注） （注）医療法では、「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の4疾病、および、「救急医療」「災害医療」「へき地医療」「周産期医療」「小児救急を含む小児医療」の5事業について、都道府県医療計画の中で提供体制を計画策定し、地域において適切な保健医療福祉サービスが提供されるよう定められている。 現在、精神疾患や在宅医療まで範囲を拡大することが検討されている	●都道府県が医療ニーズを調査して、機能分担や連携強化を計画に明示する ●都道府県が保険者の立場から、国保制度と医療計画と一体的な運用を進める必要がある	●市町村が市町村レベルのニーズ把握に協力し、医療計画に反映させる ●都道府県の権限を強化して、医師・医療機関の効率的な配置ができるようにする	●国が、医療機関の役割・連携を推進する仕組みを構築することが前提 ●地域医師会や医療機関・医療関係者の協力を得ることも必要

（注）国保直営診療施設の機能や位置づけについては、別途整理する必要がある。



保健・健康づくり	主体 (誰が行うか)	考えられる 方法 (どのように)	前提条件・課題など
①保健・健康づくり を行うマンパワーの 確保	●都道府県が健康増 進計画を策定し、マン パワーの確保に責 任を持つ	●市町村の要望を反 映して、都道府県が 保健・健康づくりを 行うマンパワーを確 保（必要に応じて） して、市町村に派遣 する	●国は、必要なマン パワーの育成に努め る ●市町村の要望を反 映して、都道府県が 市町村間格差を是正 する必要がある
②被保険者の個別性 や地域特性に応じた 保健事業の実施	●原則として、都道 府県が特定健康診査 ・特定保健指導をは じめとする、生活習 慣病予防事業を行う	●都道府県が保険者 として行う特定健康 診査・特定保健指導 をはじめとする生活 習慣病予防事業につ いては、市町村に委 託することも考えら れる （その場合、都道府 県が被保険者の対象 者リスト等の情報を 市町村に通知する必 要がある。また、健 診結果や保健指導の 報告等を市町村から 都道府県にフィード バックする） ●レセプトなどの電 子データも積極的に 活用する（保険者が 集約して市町村に配 布・支援を行う）	●国は、支援・指導 や情報提供などを行 う ●市町村の要望を反 映して、都道府県が 市町村間格差を是正 する努力を行う必要 がある

市町村国保を都道府県化する場合の国・都道府県・市町村の役割

国民健康保険制度の保険者業	国	都道府県 (保険者)	市町村	その他の 主体
①被保険者の資格管理	●適宜、都道府県から報告・相談を受け、適切な事業運営を指導する	●被保険者証の作成・市町村への配布	●都道府県が作成した被保険者証の確認・交付	
		●市町村からの報告を受ける	●住民からの年度途中の加入・再発行・受給資格証明書等の申請を受け付ける ●都道府県に報告し、年度途中の加入・再発行・受給資格証明書の作成・交付を行う	
		●被保険者台帳の作成とデータ管理	●住民から資格取得・喪失の申請を受け付ける →都道府県に報告 ●住民からの情報に基づき、被保険者の異動の把握	
		●居所不明被保険者の把握	●居所不明被保険者の調査	
②給付管理	●適宜、都道府県から報告・相談を受け、適切な事業運営を指導する	●レセプトの点検・過誤処理、レセプトデータ管理、支払額の決定 ●医療機関への支払いを行う		●医療機関は保険者（都道府県）に請求
③保険料（税）の賦課	●適宜、都道府県から報告・相談を受け、適切な事業運営を指導する	＜直接賦課方式ケース＞ ●市町村から被保険者の所得情報を得て、保険料（税）額を決定する ●被保険者に保険料（税）額を通知する	＜直接賦課方式ケース＞ ●被保険者の所得情報を都道府県に提供する	
		＜分賦金方式ケース＞ ●市町村からの報告に基づき、各市町村の分賦金を決定する ●市町村に通知する	＜分賦金方式ケース＞ ●被保険者の所得情報を都道府県に提供する ●各市町村で独自に保険料（税）額を決定して、被保険者に通知する	
④保険料（税）の徴収	●適宜、都道府県から報告・相談を受け、適切な事業運営を指導する	●原則として都道府県が保険料（税）を徴収する（市町村に委託することもある） ●徴収した保険料（税）を管理する	●（都道府県からの委託を受けた場合）被保険者から保険料（税）を徴収する ●徴収した保険料を都道府県に納付する	

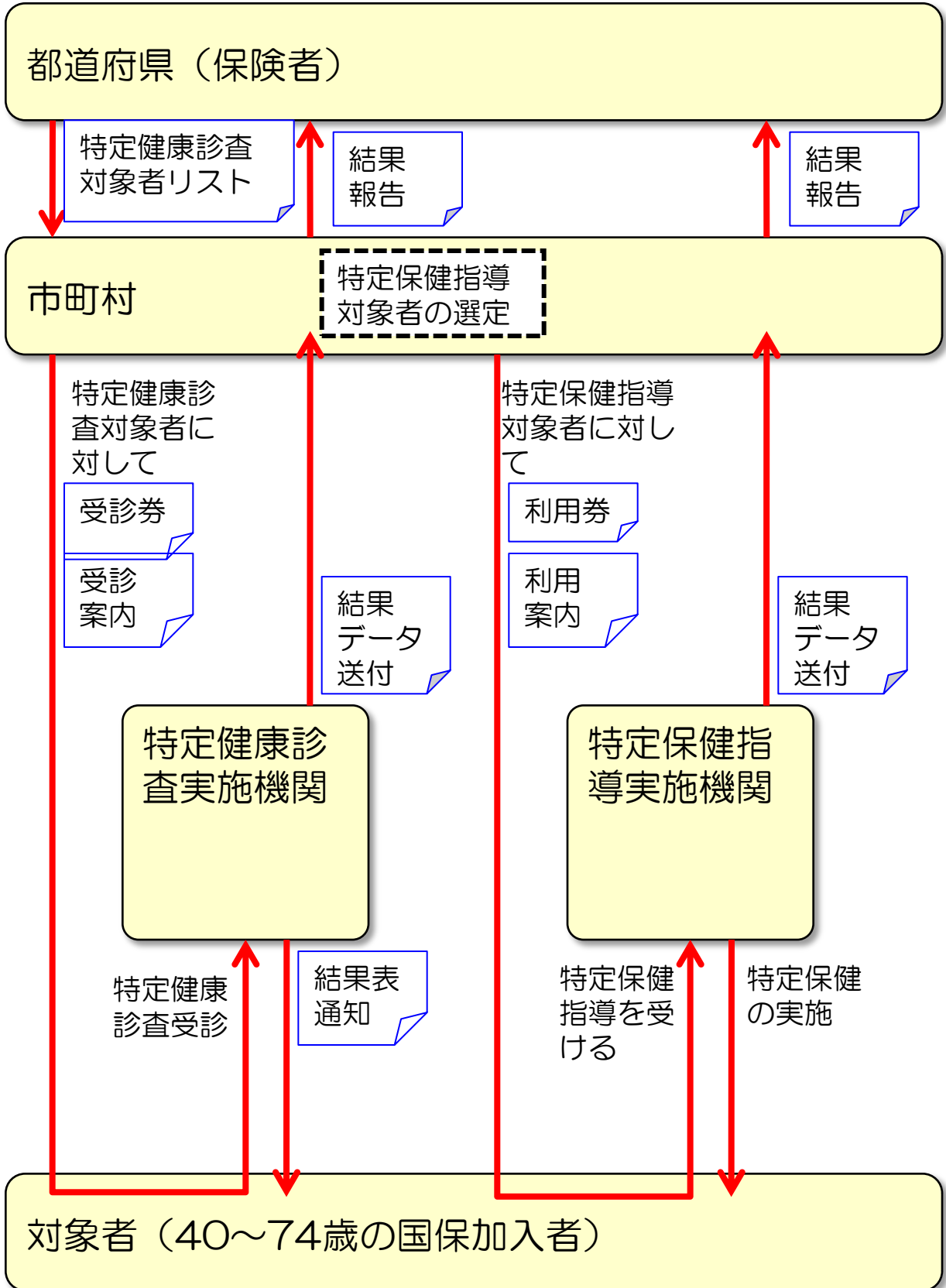


医療提供体制の整備	国	都道府県 (保険者)	市町村	その他の主体
①医師等の医療人材の養成と確保（適正な配置）	●医師等の医療専門職種の養成と確保 ●地域偏在・診療科間偏在の是正の仕組み ●総合医の養成の検討	●地域住民の医療ニーズの把握を行う ●医師の地域偏在の是正	●地域住民の医療ニーズの把握に協力	
②医療機関の適正配置	●医療機関の適正配置に関する基本方針の策定 ●医療計画の基本方針の策定	●医療計画の策定	●地域住民の医療ニーズの把握に協力	●地域医師会や地域の医療機関が地域の医療連携に参画する ●国保直営診療施設が市町村とともに構築してきた地域包括ケアシステム等の取り組みが継続されるように保険者（都道府県が）配慮を行う



保健・健康づくり	国	都道府県（保険者）	市町村	その他の主体
①保健・健康づくりを行うマンパワーの確保	●必要なマンパワーの育成に努める	●市町村の要望を反映して、都道府県が保健・健康づくりを行うマンパワーを確保（必要に応じて）して、マンパワーの不足している市町村に派遣する	●住民のニーズを把握して、必要な人材の確保に努める ●足りない人材については、都道府県に報告を行う	
②被保険者の個別性や地域特性に応じた保健事業の実施	●都道府県・市町村に必要な情報提供を行うとともに、先進事例の紹介などを行う ●必要に応じて、適切な支援・指導を行う	●市町村への支援・指導を行うとともに、市町村間格差の是正に努める ●原則として、都道府県が特定健康診査・特定保健指導をはじめとする、生活習慣病予防事業を実施する（都道府県が市町村に委託することもある）	●都道府県が保険者として実施する保健事業以外の、一般衛生に関する保健事業等について実施する。 ●（都道府県から委託を受けた場合には）特定健康診査・特定保健指導をはじめとする生活習慣病予防事業を実施する。具体的な流れは以下の通り。（→全体の流れは次ページ図を参照） 都道府県から被保険者の対象者リスト等の情報を取得して、特定健康診査の受診券を送付して受診を促す ↓ 特定健康診査実施機関から結果データを得て、特定保健指導の対象者を抽出する（都道府県にも報告する） ↓ 特定保健指導の対象者に利用案内を行い、利用を促す ↓ 特定保健指導実施機関から、実施の結果を得て、適宜フォローアップを行う（結果を都道府県に報告する）	●地域医師会の協力も必要

図表 特定健康診査・特定保健指導の流れ
(都道府県（保険者）から市町村が委託を受けて実施するケース)





(参考資料) 市町村国保の問題点



1. 加入者の状況

○国民の全てを対象とする。

市町村に住所を有する者（ただし、健康保険法等の対象者は適用除外：国保法第5条、第6条）

・・・他の公的保険に加入しない国民は全て対象者となる

2. 財政上の問題点

（1）収入面

① 保険料（税）収納率の低下（平成20年度：88.35%）

② 滞納世帯割合の増加（平成21年度：20.8%）

※市町村国保加入者における無職者・低所得者の増加

③ 低中間所得者層への過重負担

④ 保険料（税）の地域間格差が大きい（平成20年度：都道府県間1.7倍、保険者間4.8倍）

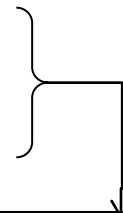
⑤ 一般会計繰入額の増加（法定外）（平成20年度：約3,700億円）

（2）支出面

1人当たり医療費が高く、かつ、市町村格差が大きい。

※加入者年齢が高い。

※若い年齢層であっても、被用者保険の被保険者に比べて医療費のかかる人が多い。（疾病によって継続的な勤務の難しい層が存在する可能性）



医療提供体制の責任主体と国保財政の責任主体が分離しており、国保財政の責任主体が支出面のコントロールを行うことが難しい

3. その他

（1）小規模保険者数が多い

※小規模保険者は国保収支の基盤が脆弱である

※安定的な財政運営が難しい

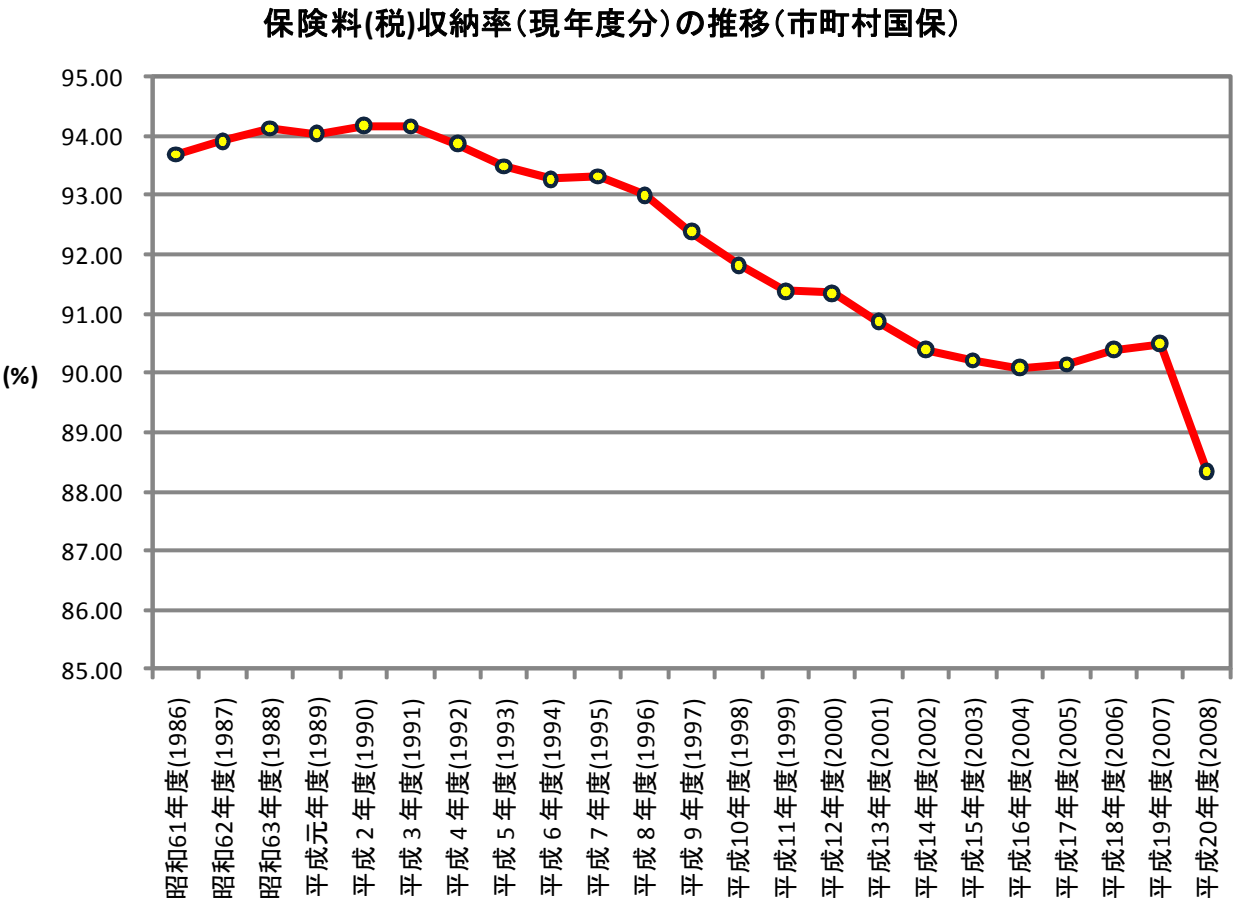
（2）医療関係者（医療機関、医師、医療従事者）の偏在

（3）保健事業関係者（保健師、栄養士、運動指導士等）の偏在

市町村国保の問題点

：保険料（税）の収納率の低下

市町村国保における現年度分の保険料（税）の収納率を見ると、1980年代には94%前後で安定していたが、1990年代以降低下傾向にあり、最近では9割を切るケースもある。なお、2007年度から2008年度にかけて収納率が大きく減少しているのは、2008年度から後期高齢者医療制度が施行されて、収納率の高い75歳以上の層が後期高齢者医療制度に移行したことによる影響が考えられる。



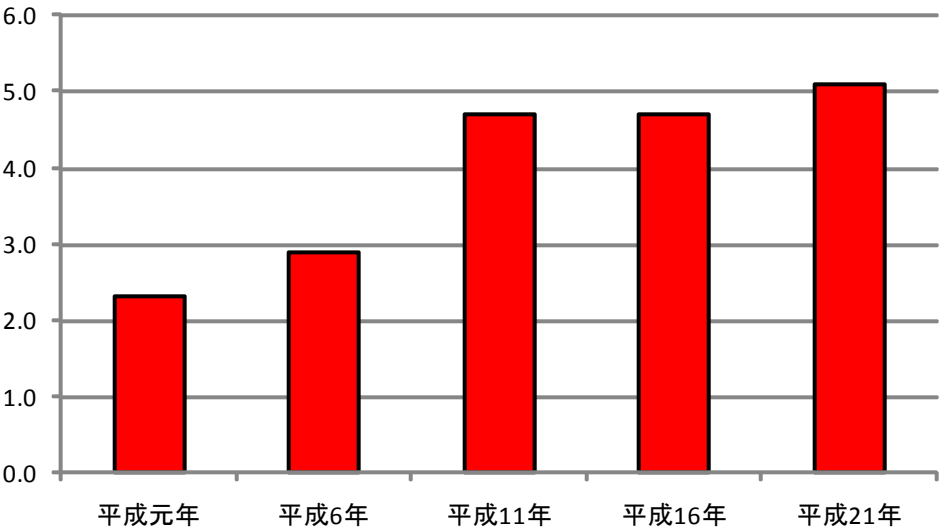
(資料) 国民健康保険事業年報

保険料（税）の収納率低下・滞納世帯増加の背景要因：失業率の状況

国全体の失業率を見ると、平成元年以降、増加傾向にあり、平成21年には5%を超える水準になっている。

失業率

	平成元年	平成6年	平成11年	平成16年	平成21年
失業率（男女計・総数）	2.3	2.9	4.7	4.7	5.1



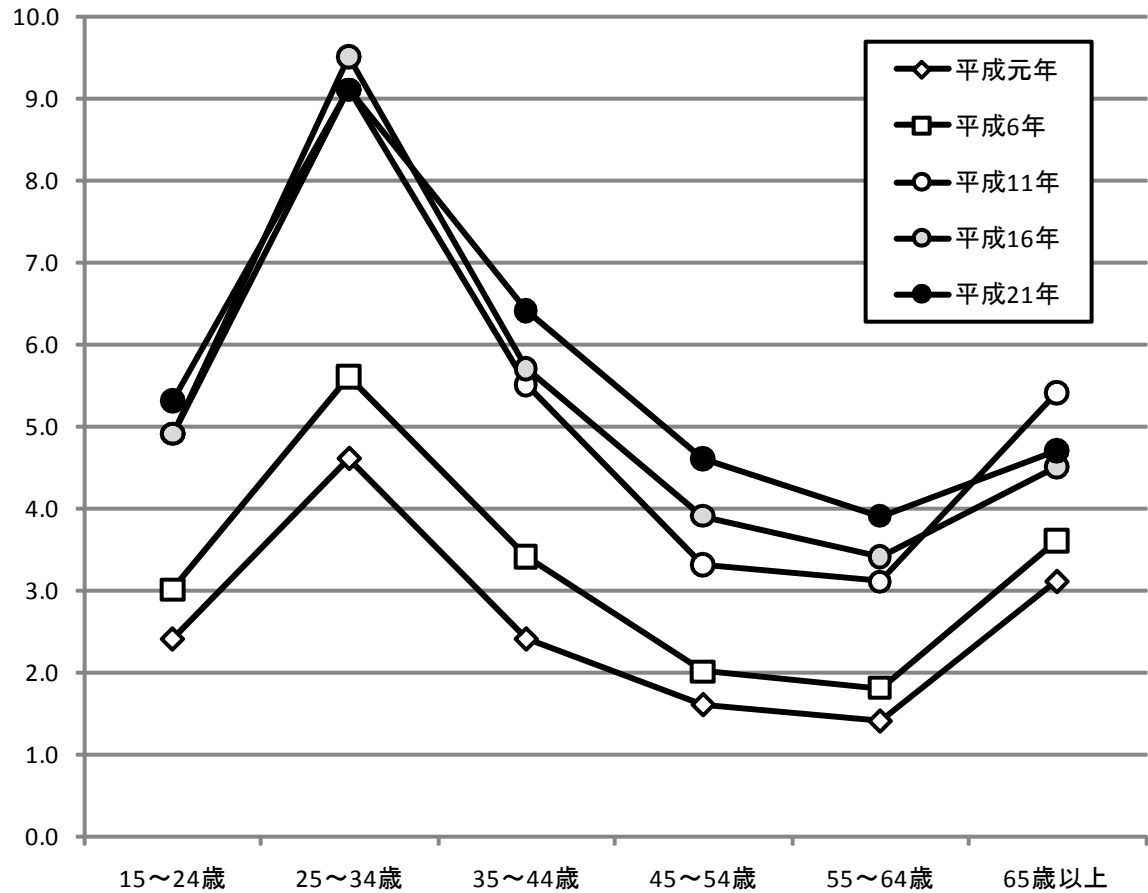
資料：総務省「労働力調査」

保険料（税）の収納率低下・滞納世帯増加の背景要因：失業率の状況

年齢階級別の失業率の推移を見ると、度の年利階層でも失業率が増加傾向にあり、特に、25～34歳のグループでは、9%を超える水準に達している。

年齢階級別失業率

	15～24歳	25～34歳	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65歳以上
平成元年	2.4	4.6	2.4	1.6	1.4	3.1
平成6年	3.0	5.6	3.4	2.0	1.8	3.6
平成11年	4.9	9.1	5.5	3.3	3.1	5.4
平成16年	4.9	9.5	5.7	3.9	3.4	4.5
平成21年	5.3	9.1	6.4	4.6	3.9	4.7



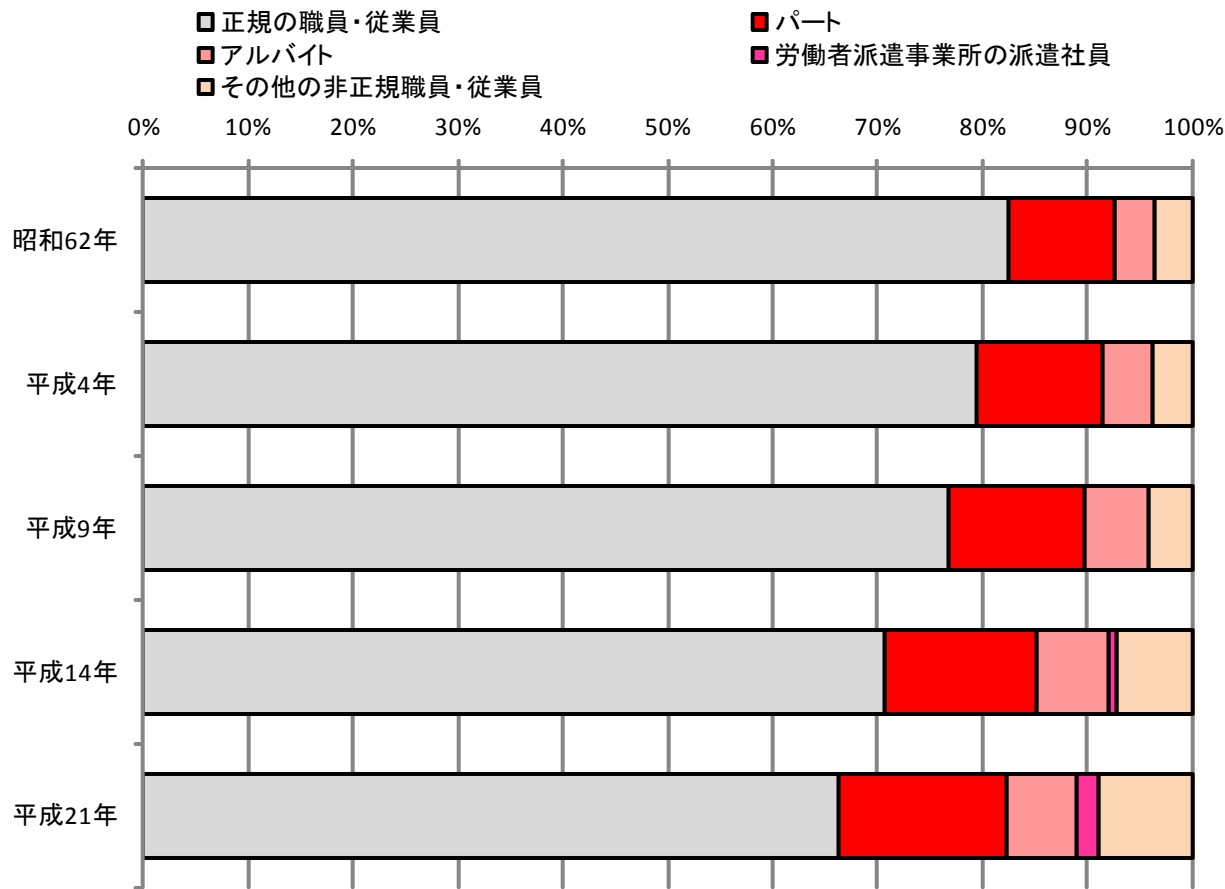
資料：総務省「労働力調査」

保険料（税）の収納率低下・滞納世帯増加の背景要因：雇用形態の状況

国全体の就業者の雇用形態を見ると、昭和62年以降、一貫して「正規の職員・従業員」が減少を続けており、反対に、「パート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「その他の非正規職員・従業員」の割合が増加している。

雇用形態別雇用者数の構成比

	正規の職員・従業員	パート	アルバイト	労働者派遣事業所の派遣社員	その他の非正規職員・従業員
昭和62年	82.4	10.2	3.6	0.0	3.7
平成4年	79.5	11.9	4.9	0.0	3.8
平成9年	76.8	12.9	6.2	0.0	4.2
平成14年	70.6	14.5	6.8	0.9	7.2
平成21年	66.3	16.0	6.6	2.1	9.0



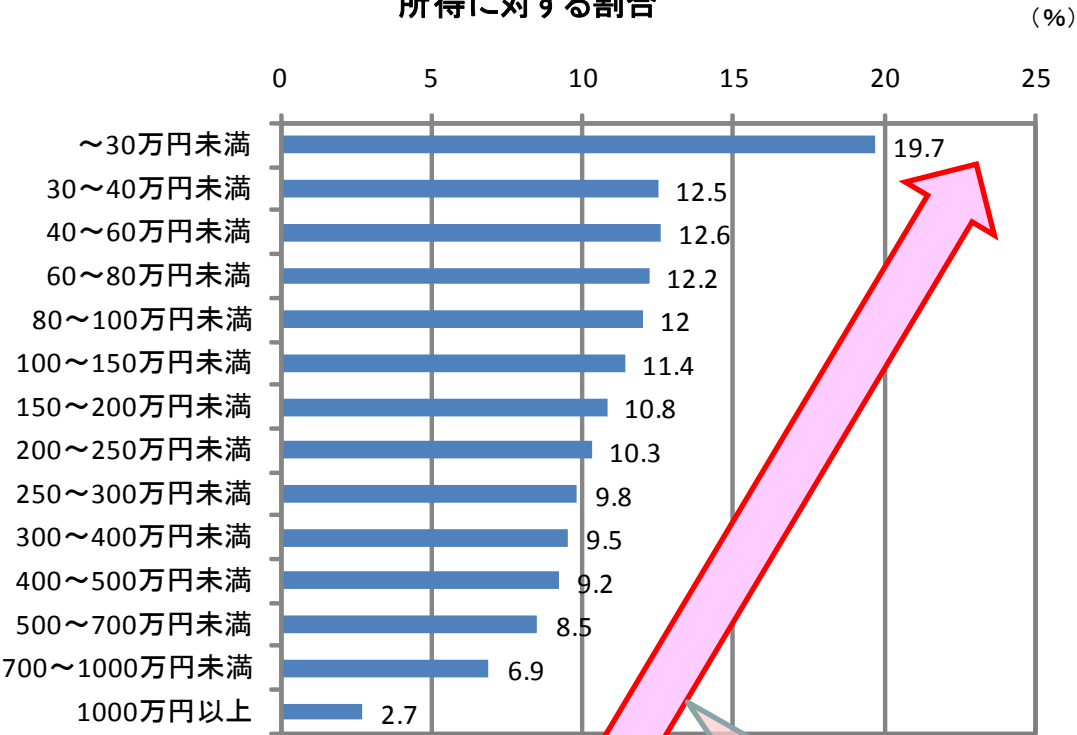
資料：総務省「労働力調査」

市町村国保の問題点

：低中間所得層への過重負担（逆進性）

市町村国保の保険料（税）の調定額等が所得に対する割合を、所得階級別に見ると、所得の低い世帯ほど保険料（税）調定額等が高くなっており、市町村国保の保険料（税）が逆進的な構造となっている。

世帯の所得階級別保険料(税)調定額等の状況
(市町村・医療給付費分+後期高齢者支援金分)の
所得に対する割合

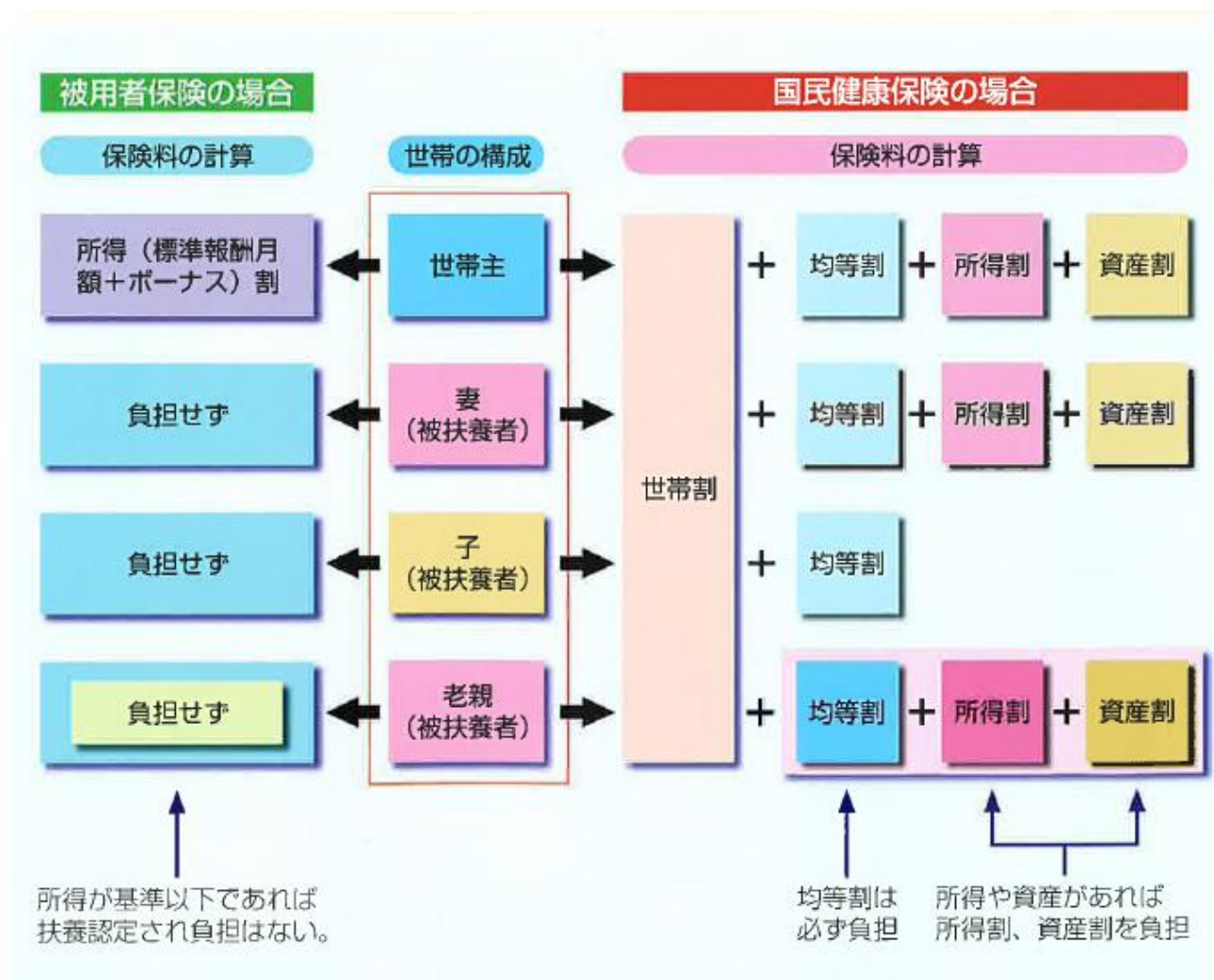


(資料) 国民健康保険中央会

所得の低い世帯ほど
保険料（税）の割合
が高い

保険料（税）賦課方法を見ると、被用者保険の場合には、被保険者が世帯主の世帯に同居している被扶養者（配偶者・子ども・親）については保険料（税）を負担しないのに対して、市町村国保の場合には、世帯に同居している配偶者や子ども・親であっても保険料（税）の均等割の分は必ず負担し、所得や資産があれば所得割や資産割の分も負担することになっており、制度間で保険料（税）の負担の構造に相違がある。

（ご参考）保険料（税）賦課方法の制度間の相違



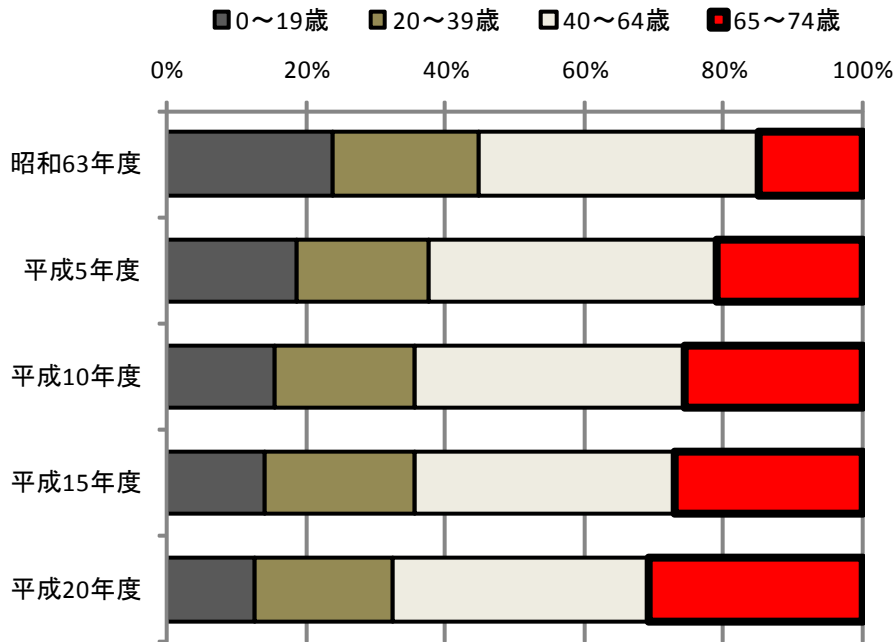
資料: 国民健康保険中央会

医療費増加の背景要因：加入者の年齢構成の状況

市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成を見ると、昭和63年以降、64歳以下の割合が減少を続け、65～74歳の割合が増加を続けている。

市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成の推移

	0～19歳	20～39歳	40～64歳	65～74歳
昭和63年度	23.8	21.1	40.0	15.0
平成5年度	18.8	18.9	41.4	20.9
平成10年度	15.6	20.1	38.8	25.5
平成15年度	14.0	21.5	37.4	27.1
平成20年度	12.5	19.9	36.9	30.7

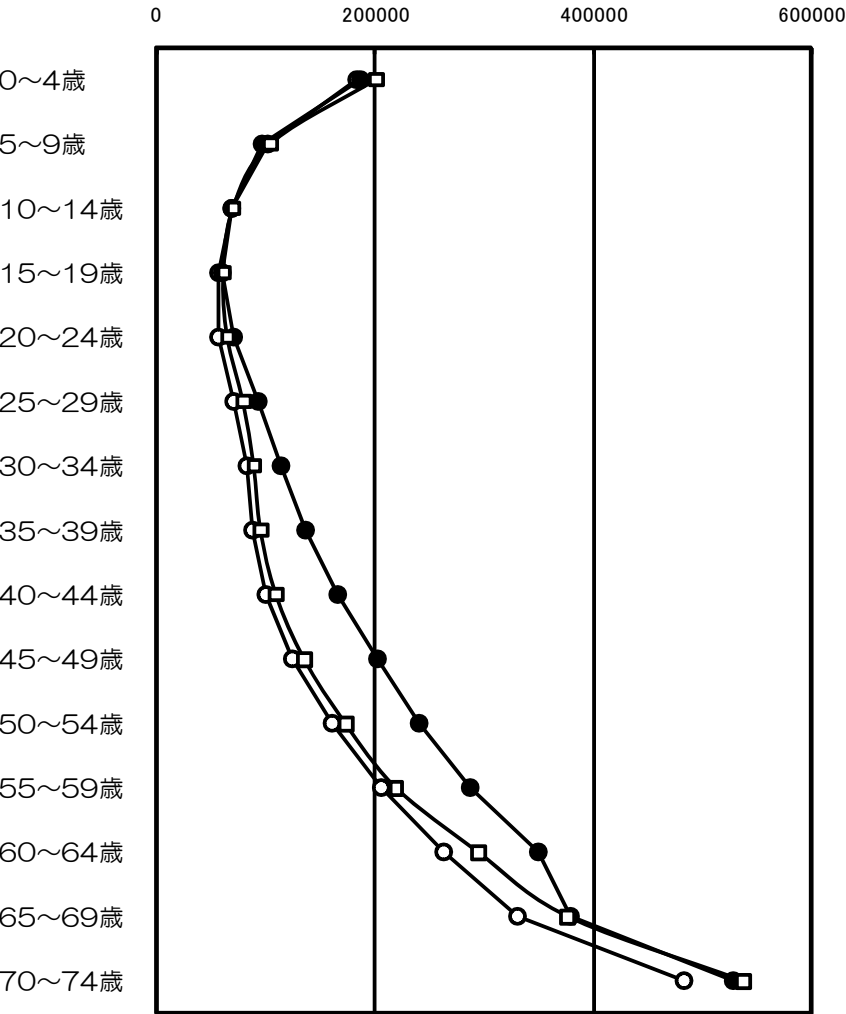


資料：厚生労働省「国保実態調査」

医療費増加の背景要因：1人当たり医療費の状況

国民健康保険・協会けんぽ・組合健保それぞれについて、年齢階級別に1人当たり医療費を見ると、国民健康保険は他の保険制度に比べて、30～64歳の年齢層において1人当たり医療費が高い傾向がある。

1人当たり医療費（平成20年度）



国民健康保険	協会けんぽ	組合健保
●	□	○
187,857	201,792	183,738
96,395	104,926	101,767
68,428	70,683	68,515
61,192	62,046	57,360
71,118	65,487	56,983
93,571	80,033	71,206
115,053	89,885	82,634
136,819	95,976	87,889
166,286	110,103	100,125
202,942	135,909	125,012
240,112	173,728	161,145
288,513	220,151	206,435
349,778	295,480	263,911
379,801	377,646	330,922
528,505	538,369	483,125

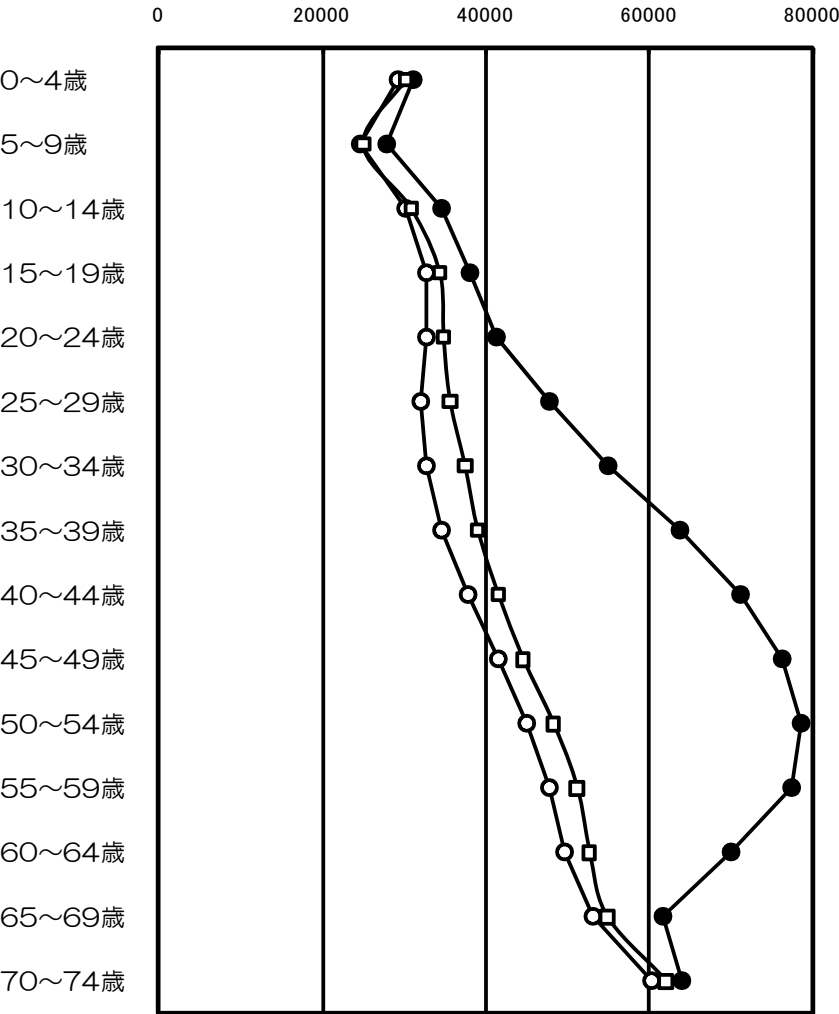
(単位：円)

資料：厚生労働省「平成20年度医療給付実態調査報告」

医療費増加の背景要因：1件当たり医療費の状況

国民健康保険・協会けんぽ・組合健保それぞれについて、年齢階級別に1件当たり医療費を見ると、国民健康保険は他の保険制度に比べて、特に20～69歳の年齢層において1件当たり医療費が高い傾向がある。

1件当たり医療費（平成20年度）



国民健康保険	協会けんぽ	組合健保
●	□	○
31,297	30,285	29,297
27,944	25,103	24,615
34,716	30,967	30,183
38,181	34,468	32,856
41,470	34,930	32,722
47,832	35,719	32,216
55,081	37,538	32,765
63,793	39,088	34,748
71,237	41,603	37,830
76,255	44,631	41,563
78,637	48,351	45,055
77,516	51,263	47,957
69,956	52,748	49,709
61,629	54,873	53,080
64,009	62,136	60,279

資料：厚生労働省「平成20年度医療給付実態調査報告」

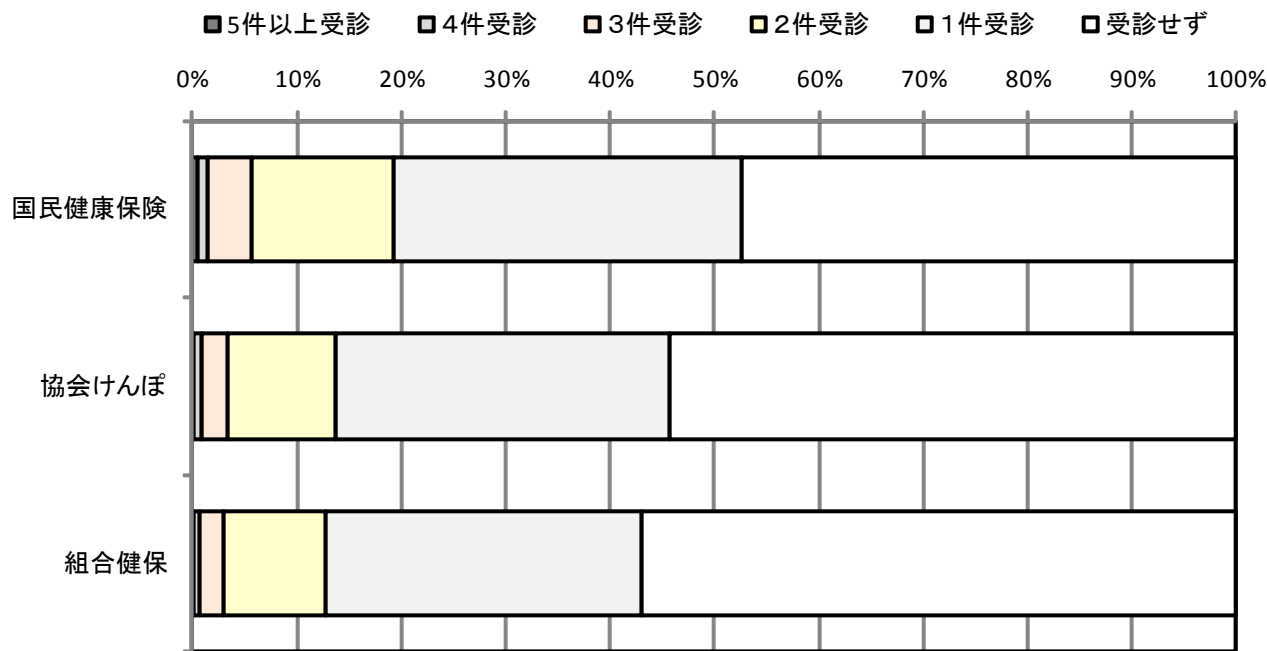
(単位：円)

ご参考：受診した医療機関数別の患者割合

国民健康保険・協会けんぽ・組合健保それぞれについて、平成21年3月において受診した医療機関数別の患者割合を見ると、国民健康保険の患者は複数受診する割合が高く、かつ、3件以上受診する割合も多い。

医療保険制度別、受診した医療機関数別の患者割合（平成21年3月）

	5件以上受診	4件受診	3件受診	2件受診	1件受診	受診せず
国民健康保険	0.4	1.1	4.2	13.6	33.3	47.4
協会けんぽ	0.2	0.6	2.6	10.3	32.1	54.3
組合健保	0.1	0.5	2.4	9.7	30.4	56.9



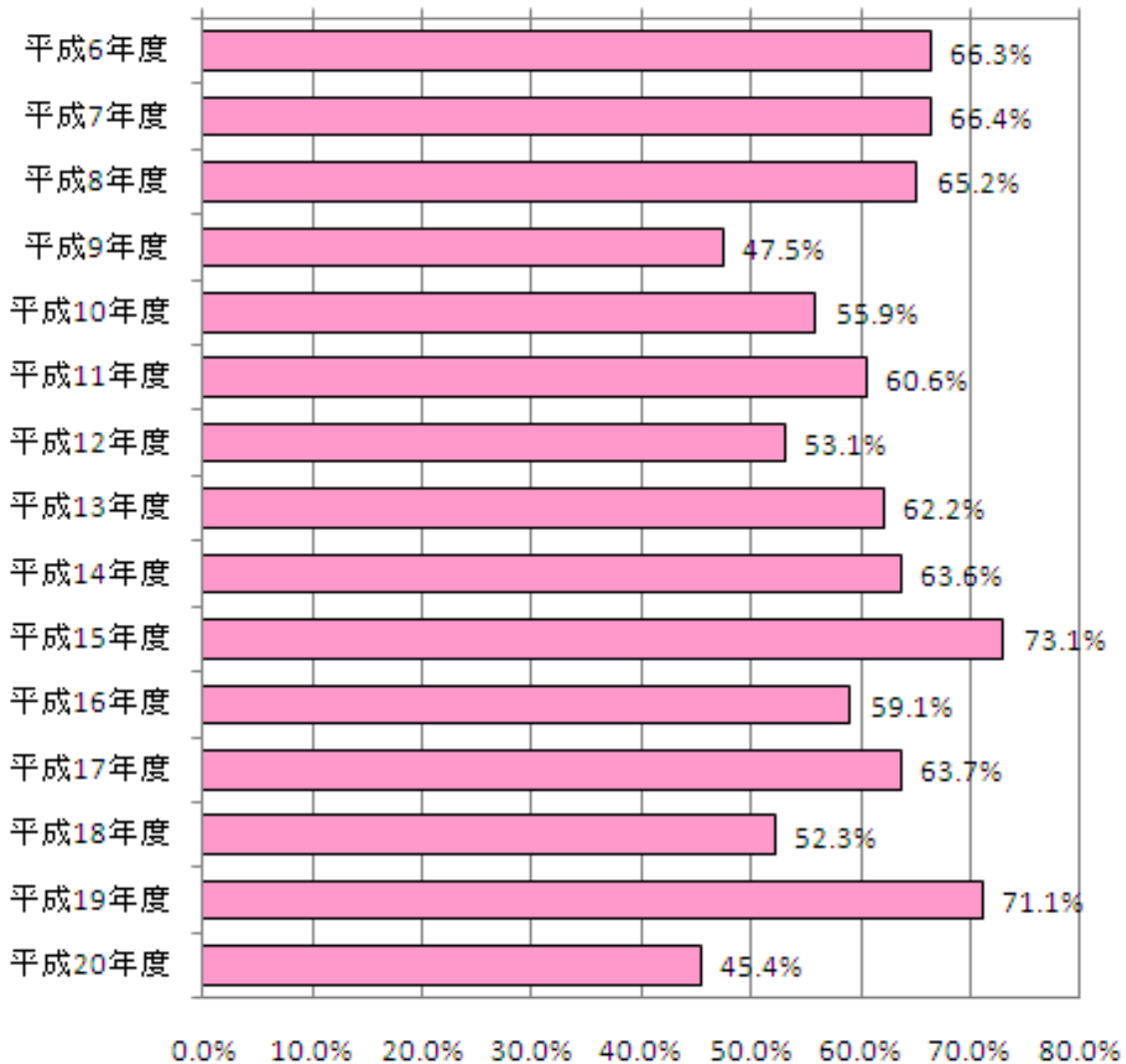
資料：厚生労働省「平成20年度医療給付実態調査報告」

市町村国保の問題点

：赤字保険者の割合が多い

市町村国保の保険者における赤字保険者の割合を見ると、平成6年度以降、5割～7割の間で推移している。年度によって数値が大きく違うのは、特に小規模保険者において、高額医療の患者が発生することで赤字に直結しやすいリスク（不安定さ）の表れではないかと推測される。なお、平成19年度から20年度にかけて赤字保険者の割合が大きく減少しているのは、平成20年度から後期高齢者医療制度が施行されて、75歳以上の層が後期高齢者医療制度に移行したことによる影響が考えられる。

市町村国保保険者における赤字保険者の割合



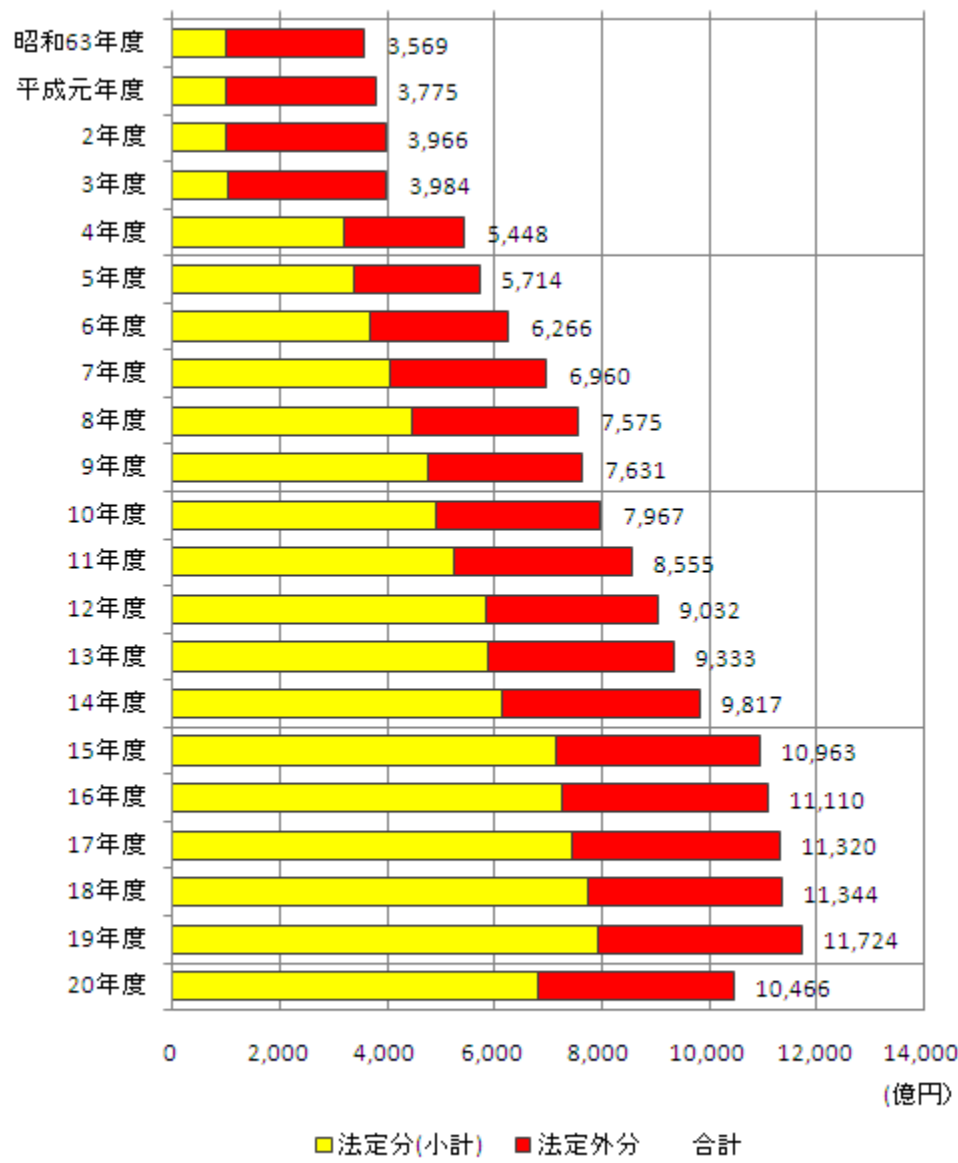
(資料)「国民健康保険(市町村)の財政状況について」

市町村国保の問題点

：一般会計繰り入れの増加

市町村国保に対する一般会計繰り入れ（法定分＋法定外分）を見ると、平成4年度以降増加傾向にあり、平成15年度以降では毎年1兆円を超える一般会計繰り入れが行われている。

一般会計繰入金の年次推移(市町村分)



(資料) 厚生労働省資料

(参考) 国民健康保険法 第72条の3

市町村は、政令の定めるところにより、一般会計から、所得の少ない者について条例の定めるところにより行う保険料の減額賦課又は地方税法第703条の5に規定する国民健康保険税の減額に基づき被保険者に係る保険料又は同法の規定による国民健康保険税につき減額した額の総額を基礎とし、国民健康保険の財政の状況その他の事情を勘案して政令の定めるところにより算定した額を国民健康保険に関する特別会計に繰り入れなければならない。

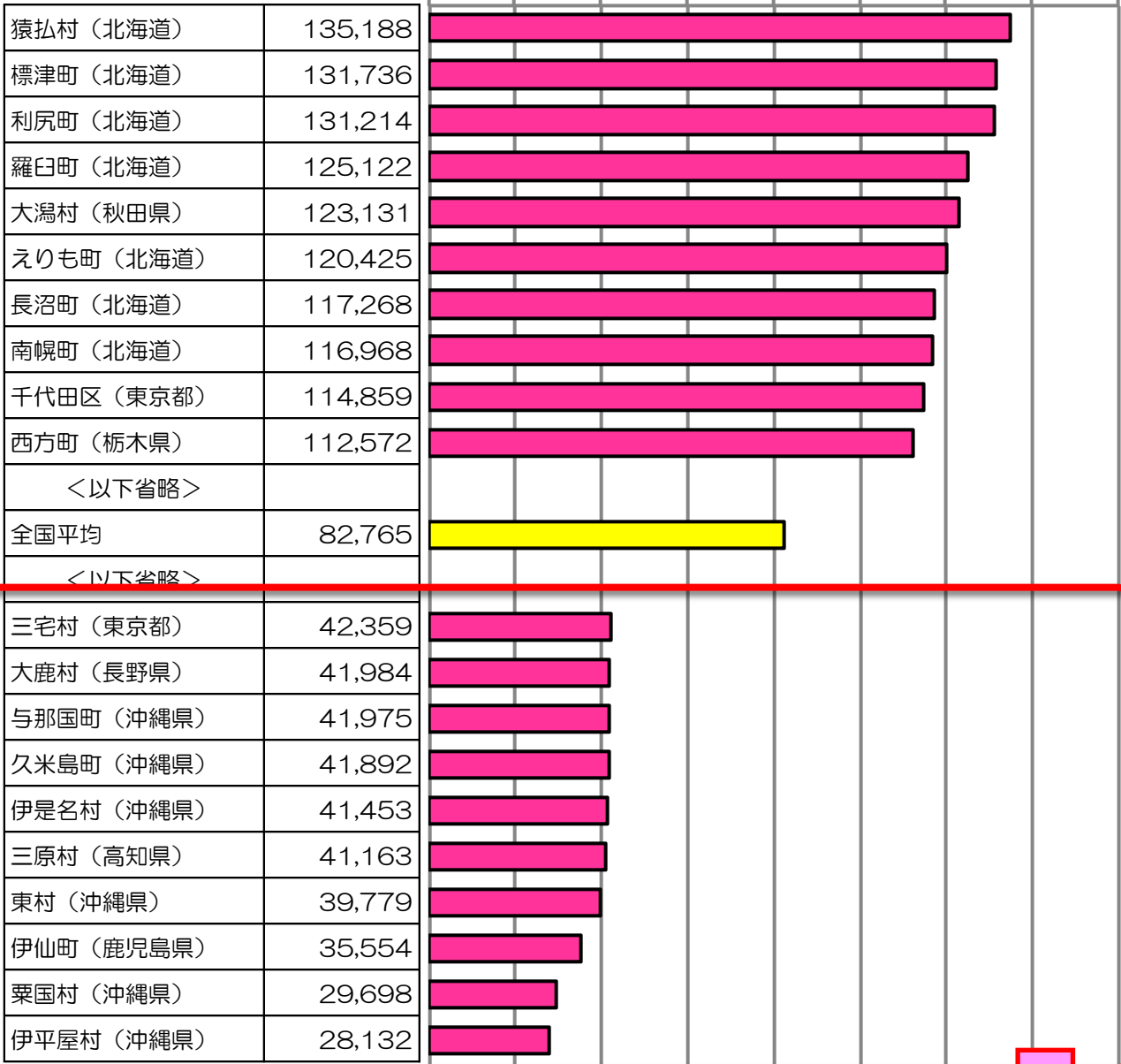
市町村国保の問題点

：1人当たり保険料（税）の地域間格差が大きい

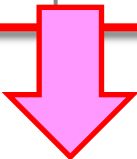
市町村国保の1人当たり保険料（税）調定額を保険者別に見ると、最高の北海道・猿払村（135,188円）は、最低の沖縄県・伊平屋村（28,132円）に比べて4.8倍になっている。

保険者別1人当たり保険料（税）調定額（市町村国保計）（上位・全国平均・下位）（平成20年度）

0 20,000 40,000 60,000 80,000 100,000 120,000 140,000 160,000 (円)



（注）保険料（税）調定額には介護納付金分を含まない。
被保険者数は老人医療受給対象者を除く3～2月の年度平均を用いて計算している。



※下位10保険者の医療提供体制を次ページに表示
しております

前ページで見た、1人当たり保険料（税）の地域間格差について、1人当たり保険料（税）調定額が全国最低の10保険者の医療機関・医師の配置を見たものが右表である。これをみると、1人当たり保険料（税）調定額が少ない市町村はいわゆる「医療過疎」の状態であることが分かる。

1人当たり保険料（税）下位10保険者

	(円)	A-1	A-4	I-86	I-87	I-88	I-89	I-90	I-91
一人当たり保険料（税）下位10保険者	一人当たり保険料（税）	人口総数	65歳以上人口	一般病院数	一般診療所数	歯科診療所数	医師数	歯科医師数	薬剤師数
伊平屋村（沖縄県）	28,132	1,547	383	0	1	1	1	0	0
栗国村（沖縄県）	29,698	936	324	0	2	1	1	0	0
伊仙町（鹿児島県）	35,554	7,255	2,501	0	3	2	1	2	0
東村（沖縄県）	39,779	1,825	463	0	1	1	1	1	0
三原村（高知県）	41,163	1,808	692	0	2	1	0	0	0
伊是名村（沖縄県）	41,453	1,762	491	0	2	1	1	1	0
久米島町（沖縄県）	41,892	9,177	2,198	1	3	2	6	2	6
与那国町（沖縄県）	41,975	1,796	347	0	2	2	2	3	0
大鹿村（長野県）	41,984	1,356	653	0	3	0	1	0	0
三宅村（東京都）	42,359	2,439	911	0	2	2	3	2	1

資料：総務省「統計でみる市町村のすがた」等

市町村国保の問題点

：1人当たり医療費の地域間格差が大きい

市町村国保の1人当たり医療費を保険者別に見ると、最高の高知県・馬路村（541,595円）は、最低の東京都・小笠原村（148,912円）に比べて3.6倍になっている。

保険者別1人当たり医療費（市町村国保計）（上位・全国平均・下位）（平成20年度）



（注）3～2月診療ベース（老人保健による医療給付分を除く。）である。

※下位10保険者の医療提供体制を次ページに表示しております

前ページで見た、1人当たり医療費の地域間格差について、1人当たり医療費が全国最低の10保険者の医療機関・医師の配置を見たものが右表である。これをみると、1人当たり医療費が少ない市町村はいわゆる「医療過疎」の状態であることが分かる。

1人当たり医療費下位10保険者

	(円)	A-1	A-4	I-86	I-87	I-88	I-89	I-90	I-91
一人当たり医療費 下位10保険者	一人当たり 医療費	人口総数	65歳以上 人口	一般病院 数	一般診療 所数	歯科診療 所数	医師数	歯科医師 数	薬剤師数
小笠原村(東京都)	148,912	2,723	232	0	3	1	1	6	4
竹富町(沖縄県)	156,578	4,192	882	0	7	3	3	1	2
与那国町(沖縄県)	160,306	1,796	347	0	2	2	2	2	3
川上村(長野県)	167,478	4,759	1,152	0	2	2	2	3	1
座間味村(沖縄県)	177,956	1,077	224	0	2	1	2	2	1
多良間村(沖縄県)	184,750	1,370	329	0	1	1	1	1	1
北大東村(沖縄県)	185,073	588	88	0	1	1	1	1	1
石垣市(沖縄県)	185,651	45,183	7,585	3	25	20	81	29	56
南牧村(長野県)	185,781	3,494	927	0	3	1	1	1	2
渡嘉敷村(沖縄県)	195,864	790	191	0	1	0	1	0	0

資料：総務省「統計でみる市町村のすがた」等

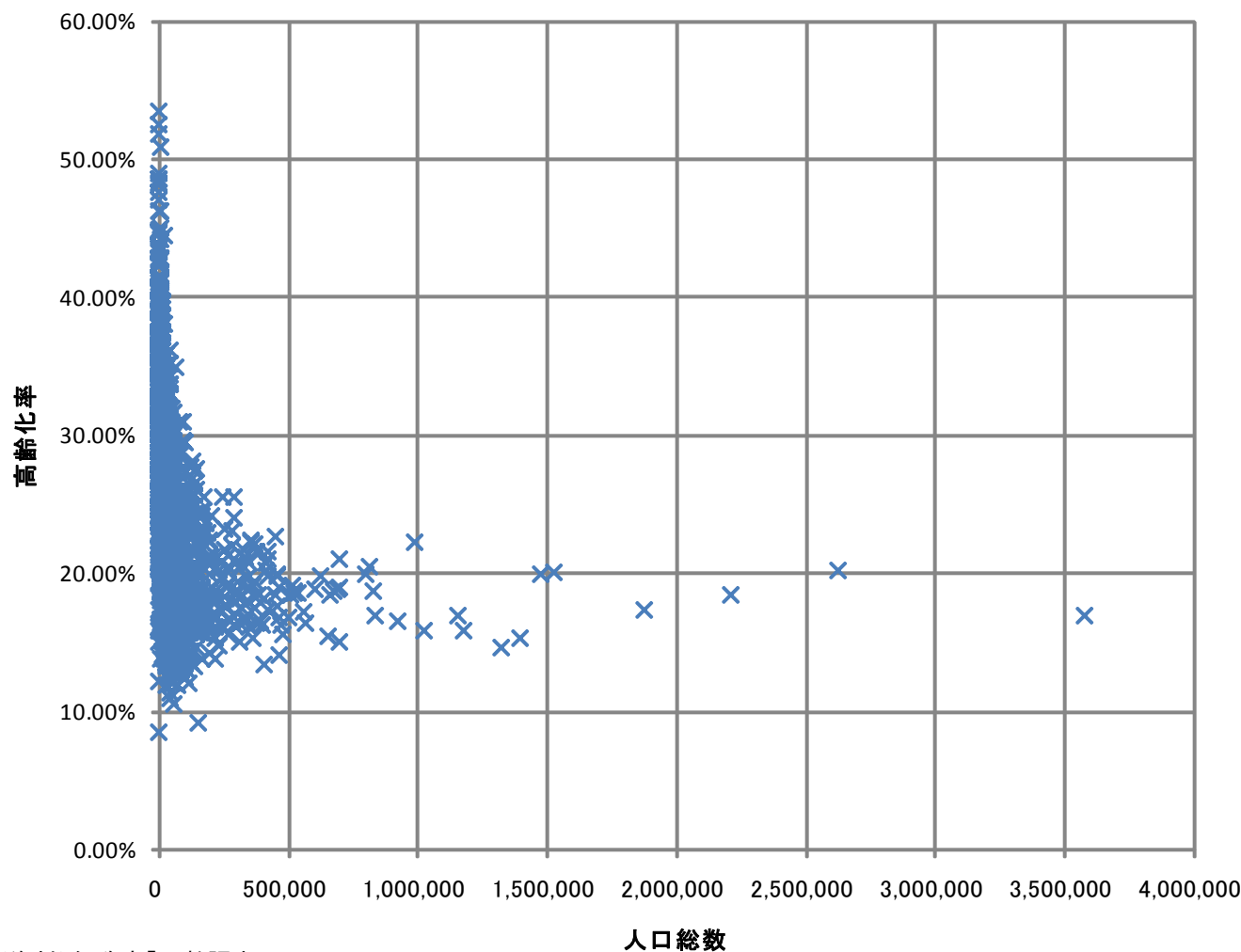
市町村国保の問題点

：人口・高齢化率の地域間格差が大きい

市町村の人口と高齢化率の状況（平成17年度国勢調査）を見ると、人口については、最大の神奈川県・横浜市（358万人）と最小の東京都・青ヶ島村（214人）では1万6千倍の差がある。

高齢化率については、最大の群馬県・南牧村（53.4%）と最小の東京都・小笠原村（8.5%）では6倍の差がある。

高齢化率と人口規模(市町村)



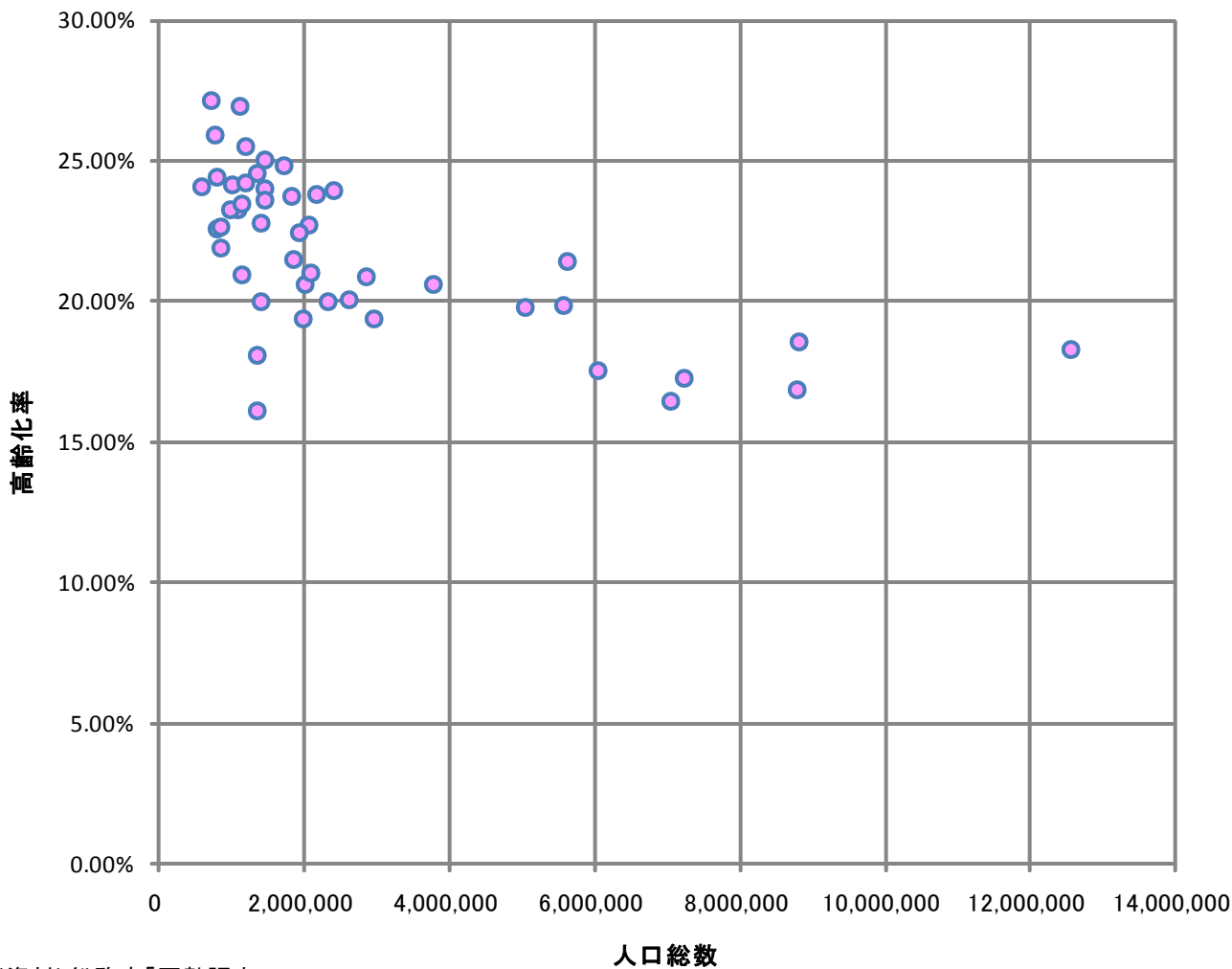
人口	最大	神奈川県・横浜市	3,579,628 人
	最小	東京都・青ヶ島村	214 人
	最大／最小		16,727倍

高齢化率	最大	群馬県・南牧村	53.43%
	最小	東京都・小笠原村	8.52%
	最大／最小		6倍

都道府県の人口と高齢化率の状況（平成17年度国勢調査）を見ると、人口については、最大の東京都（1億2千万人）と最小の鳥取県（61万人）では21倍の差である。

高齢化率については、最大の島根県（27.1%）と最小の沖縄県（16.1%）では2倍の差である。

高齢化率と人口規模（都道府県）



人口	最大	東京都	12,576,601 人
	最小	鳥取県	607,012 人
	最大／最小		21倍

高齢化率	最大	島根県	27.09%
	最小	沖縄県	16.08%
	最大／最小		2倍

(参考) 厚生労働省・医療制度構造改革試案について

平成17年10月26日
全 国 市 長 会
全 国 町 村 会
国民健康保険中央会

全国市長会、全国町村会及び国民健康保険中央会は、従来から、国民皆保険制度を堅持し、我が国社会の安定を確保するためには、公的医療保険制度を一本化し、国民全体の給付と負担の公平を図るべきであると主張してきた。

こうした中、今般、厚生労働省は「医療制度構造改革試案」を公表したが、同試案は、国保制度が抱える構造的問題を解決する視点から見て極めて不十分である。

本年末に取りまとめられる予定の政府案においては、次の事項に十分留意し、国民が安心できる医療制度改革を図られたい。

1. 医療保険制度の基本的方向について

国保は、加入者の平均年齢が高く、かつ、所得が低いといった構造的な問題を抱え、このため、医療保険制度間において保険料負担に大きな格差・不公平が生じており、これを解決するには国保と被用者保険との一本化が必要である。

平成15年3月の基本方針に明記されていた「医療保険制度を通じた給付の平等、負担の公平を図り、医療保険制度の一元化を目指す」が、試案では削除されているが、政府案においては、この基本原則を明示し、また、今後の一本化へ向けた道筋を明確に示すこと。

2. 都道府県単位を基本とした保険者の再編・統合について

政管健保と健保組合については都道府県単位を軸として運営する方針が明確に示され、国保保険者については、高額医療費共同事業の拡充が示されているが、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進する観点から、その位置付けを明確にするとともに、早急に具体的な内容を明らかにすること。

3. 国保財政基盤の確立について

国保の財政運営は、平成15年度の決算においては、一般会計から1兆円を超える法定内及び法定外繰入れを行っているが、単年度実質収支は巨額な赤字を抱えている。

このような状況にもかかわらず、試案では低所得者や高齢者が多いといった国保が抱える構造的問題に対する財政対策が明記されていない。

現行の財政支援措置である保険基盤安定制度・財政安定化支援事業・高額医療費共同事業等を拡充強化するとともに、国保の財政基盤を確立するべく、抜本的な財政措置を講ずること。

(以下、略)

(参考) 国保中央会のH21年度の提言

(1) 総合医の必要性

わが国の社会状況の変化（高齢化など人口構造の変化、世帯構造の変化、疾病構造の変化など）に伴う医療需要の構造的な変化に、医療提供の仕組みや医師育成システムが十分に対応できていない。そのため、結果として医療資源の無駄遣いや住民のQOL

（クオリティー・オブ・ライフ=生活の質）の低下につながっている。そうした状況は、わが国で、総合医を普及・浸透することによって、解決を図ることが期待される。総合医の役割は、以下の4つである。

- 地域住民によくみられる症状に幅広く対応する
- 初期診療に対応し、他の専門的な医療機関等を適切に紹介する
- 住民・患者と継続的な関係を保つ
- 住民・患者の疾病予防や健康づくりを行う

(2) 総合医の育成

これまでわが国では、総合医の専門性に対する評価が低く、総合医が専門医であるとの認識が乏しかった。総合医は、前提として高い専門性を必要とするものであり、専門医の一つとして総合医を位置付けて、その教育システムを早急に確立することが求められる。あわせて、総合医のキャリアパスを設定したり、雇用の場を確保するなどの取り組みを進めることも必要である。

(3) 総合医の認定

総合医を認定する仕組みを確立する必要がある。総合医の認定については、これから医師になる人が通るルートと、臨床経験のある医師が通るルートの2つに分けて整備する必要がある。

総合医を認定するための機関として、日本医師会や関連学会等が第三者機関を作ることが考えられる。

総合医の認定条件については、認定機関が全国統一的な認定条件を設定することが望ましい。ただし、すでに臨床経験のある医師については、これまでの活動実績等を考慮して、柔軟な認定を行っていくことが求められる。

認定は1回限りではなく、一定の期間（例えば10年）を設けて、更新していくものとする。

(4) これからの医療のイメージ

<受診行動>

地域住民一人ひとりが、あらかじめ日頃受診する医師を決めておく。他の専門医を受診したり、病院に入院する場合には、その医師の紹介によるものとする。紹介によらずにいきなり専門医や病院にかかる場合には、別途負担がかかる。

<必要な法改正等>

必要な法改正や総合医確保策が展開され、総合医が様々な地域や医療機関に所属して、特性に応じた役割を担う。



（参考資料）市町村国保の現状



国民健康保険の事業

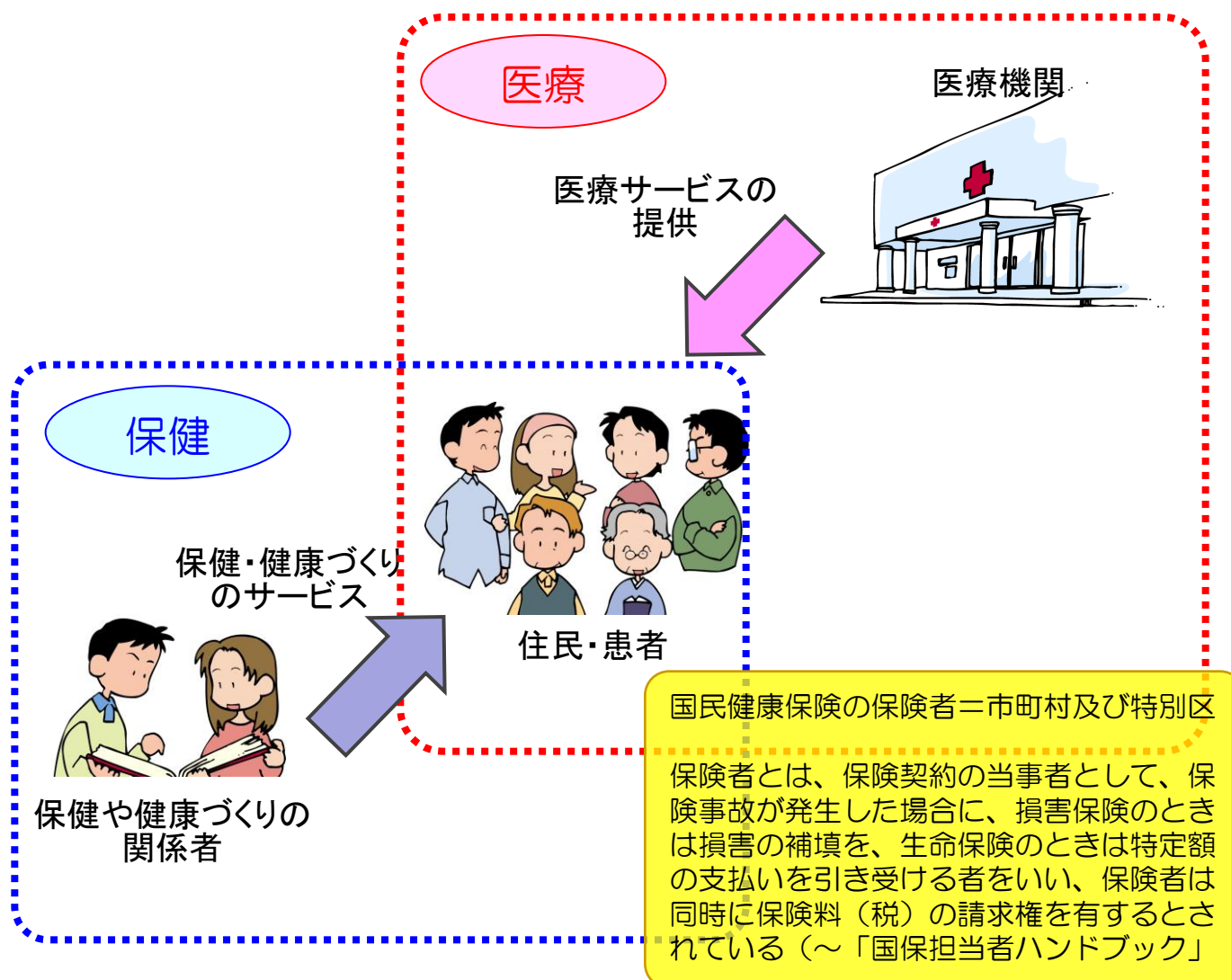
国民健康保険法

目的：この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もって社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする。
(第1条)

国民健康保険：国民健康保険は、被保険者の疾病、負傷、出産又は死亡に関して必要な保険給付を行うものとする。(第2条)

保険者：市町村及び特別区は、この法律に定めるところにより、国民健康保険を行うものとする。(第3条)

保健事業：保険者は、特定健康診査等を行うものとするほか、これらの事業以外の事業であって、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。(第82条)



国保事業に関わる運営項目

1. 医療提供体制の整備

地域住民が、必要にして十分な医療を等しく（地域等による格差をなるべく少なくして）、受けられるようにする

（１）医師の確保

（２）コメディカル（看護師等）の確保

（３）１次～３次に対応した医療機関の整備

（４）がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の４疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の５事業に係る医療提供

（５）居宅等における医療の確保

2. 国民健康保険制度の保険者業務

医療費の発生リスクをカバーしあう国民健康保険の仕組みが、破たんすることなく円滑に存続するように実務を処理する

（１）被保険者の資格管理

（２）給付管理

（３）保険料（税）の賦課

（４）保険料（税）の徴収

3. 保健・健康づくり

地域住民の疾病リスクを低減して、健康寿命を増進するとともに、国民健康保険制度のコストを軽減して安定的な運営を実現する

（１）保健・健康づくりを行うマンパワーの確保

（２）地域住民の必要性や地域特性に応じた保健事業の実施

（３）地域包括ケアの推進（地域の保健、医療、福祉・介護の連携支援）

（４）保健・健康づくりに関する各種機関の運営

（注）各項目の説明は次ページ以降の通り。

国民健康保険の事業が現状どうなっているか

1. 医療提供体制の整備

(1) 医師の確保

都道府県が医療計画を策定して、医療提供体制の整備を行っており、医療法人の設立や病院、診療所の開設、病床の増加等の許可権限は都道府県にある。

また、へき地保健医療対策事業の実施主体も都道府県である。

なお、保険医療機関の指定と保険医の登録は国が行っている。

(2) コメディカル（看護師等）の確保

「医療提供体制の確保に関する基本方針」では、都道府県が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保について計画を策定することとされている。

「看護師等の人材確保の促進に関する法律」では、看護師等の人材確保について、都道府県の役割が期待されており、看護師等について職業紹介事業を行うナースセンターも都道府県ごとに設置されている。

(3) 1次～3次に対応した医療機関の整備

都道府県が医療計画を策定して、医療提供体制の整備を行っており、医療法人の設立や病院、診療所の開設、病床の増加等の許可権限は都道府県にある。

「医療提供体制の確保に関する基本方針」では、都道府県が、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する項目について計画を策定することとされている。

上記(1)～(3)を通じて、都道府県が主体となることで、医療の無駄を排する方向を打ち出しやすくなると想定される。

(4) がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む。)の5事業に係る医療提供

「医療提供体制の確保に関する基本方針」では、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む。)の5事業に係る医療提供について、都道府県が計画を策定することとされている。

(5) 居宅等における医療の確保

「医療提供体制の確保に関する基本方針」では、都道府県が、居宅等における医療の確保について、計画を策定することとされている。



2. 国民健康保険制度の保険者業務

(1) 被保険者の資格管理

被保険者の資格管理（資格の取得及び喪失）は市町村が管理を行っている。

- 被保険者の属する世帯の世帯主は、厚生労働省令の定めるところにより、その世帯に属する被保険者の資格の取得及び喪失に関する事項その他必要な事項を市町村に届出なければならない（国民健康保険法第9条）

(2) 給付管理

療養の給付は市町村が行っている。

- 市町村及び組合は、被保険者の疾病及び負傷に関しては、次の各号に掲げる療養の給付を行う。ただし、当該被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員が当該被保険者に係る被保険者資格証明書の交付を受けている間は、この限りではない
 - 1 診察
 - 2 薬剤又は治療材料の支給
 - 3 処置、手術その他の治療
 - 4 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
 - 5 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- 被保険者が第1項の給付を受けようとするときは、自己の選定する保険医療機関または保険薬局に被保険者証を提出して、そのものについて受けるものとする

（国民健康保険法第36条）

(3) 保険料（税）の賦課

国保事業に要する費用に充てるため、市町村は保険料又は国民健康保険税を世帯主から徴収する。市町村は、保険料に変えて、目的税である国民健康保険税を課することができる。市町村は、保険料として徴収するか国民健康保険税として徴収するかを選択することができるが、両者を併用することはできない。

なお、保険料では、保険料率の設定・変更を行う国民健康保険条例の改廃については、知事に協議しなければならない。国保税では、賦課に関する諸事項は、地方税法に規定が置かれており、協議の必要はない。

- 保険者は、国民健康保険事業に要する費用に充てるため、世帯主又は組合員から保険料を徴収しなければならない。ただし、地方税法の規定により国民健康保険税を課するときは、この限りではない（国民健康保険法第76条）

(4) 保険料（税）の徴収

市町村が保険料（税）の徴収手続きを行っている。保険料は地方自治法、同法施行例及びこれに基づく条例により徴収手続きが行われ、保険税は地方税法第706条～730条の規定により一般税と同じく徴収の確保を図っている。



3. 保健・健康づくり

（１）保健・健康づくりを行うマンパワーの確保

「健康増進法」では、都道府県が住民の健康の増進の推進に関する施策についての基本的な計画（都道府県健康増進計画）を定めることとされている。

また、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」では、市町村が人材確保に責任を持つこととされている。（ただし、都道府県は、町村が必用な対策を講じても地域の特性によりなお必要な人材を確保できない場合には、町村の申出に基づき人材確保支援計画を策定するとともに、これに基づき人材の確保又は資質の向上に資する事業を推進するものとされている。）

（２）地域住民の必要性や地域特性に応じた保健事業の実施

これまで、地域住民の必要性に応じた保健事業の実施は市町村が担っている。

「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」では、市町村が地域保健事業の将来的な見通しの下に、保健師、管理栄養士等の地域保健対策に従事する専門技術職員の計画的な確保を推進することとされている。

「高齢者の医療の確保に関する法律」では、国が特定健康診査・特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針（特定健康診査等基本指針）を定めるものとされている。国保保険者（市町村等）は、特定健康診査等基本指針に即して、5年ごとに特定健康診査等の実施に関する計画（特定健康診査等実施計画）を定め、その計画に基づき厚生労働省令で定めるところにより、40歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとされている。また、特定健康診査等実施計画に基づいて、厚生労働省令で定めるところにより、特定保健指導を行うこととされている。

特定健康診査は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健診で、生活習慣病の予防を目的として行われている。特定健康診査の結果から、生活習慣病のリスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待される人に対して、生活習慣を見直すサポート（特定保健指導）が実施されることになっている。

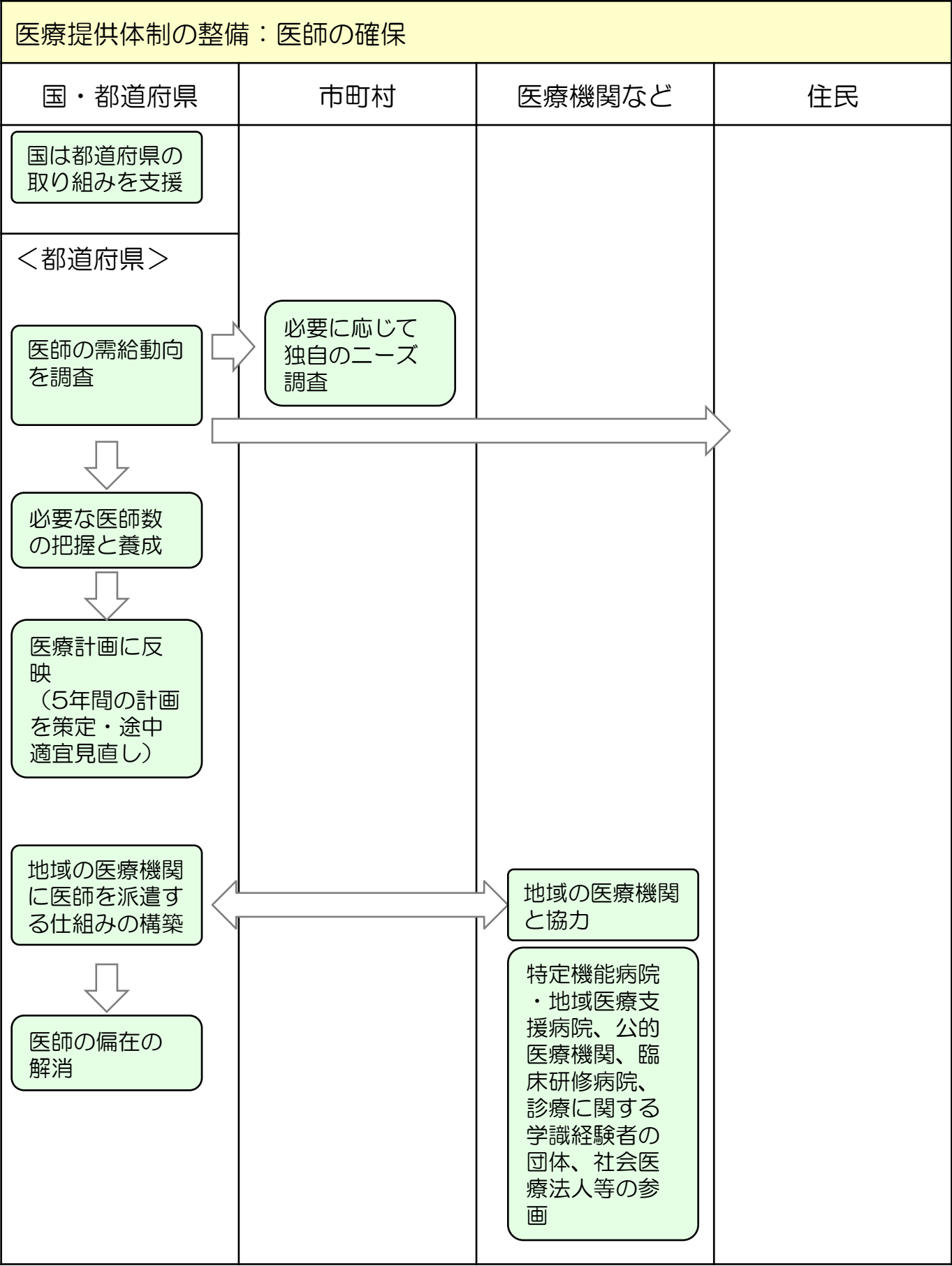
（３）地域包括ケアの推進（地域の保健、医療、福祉・介護の連携支援）

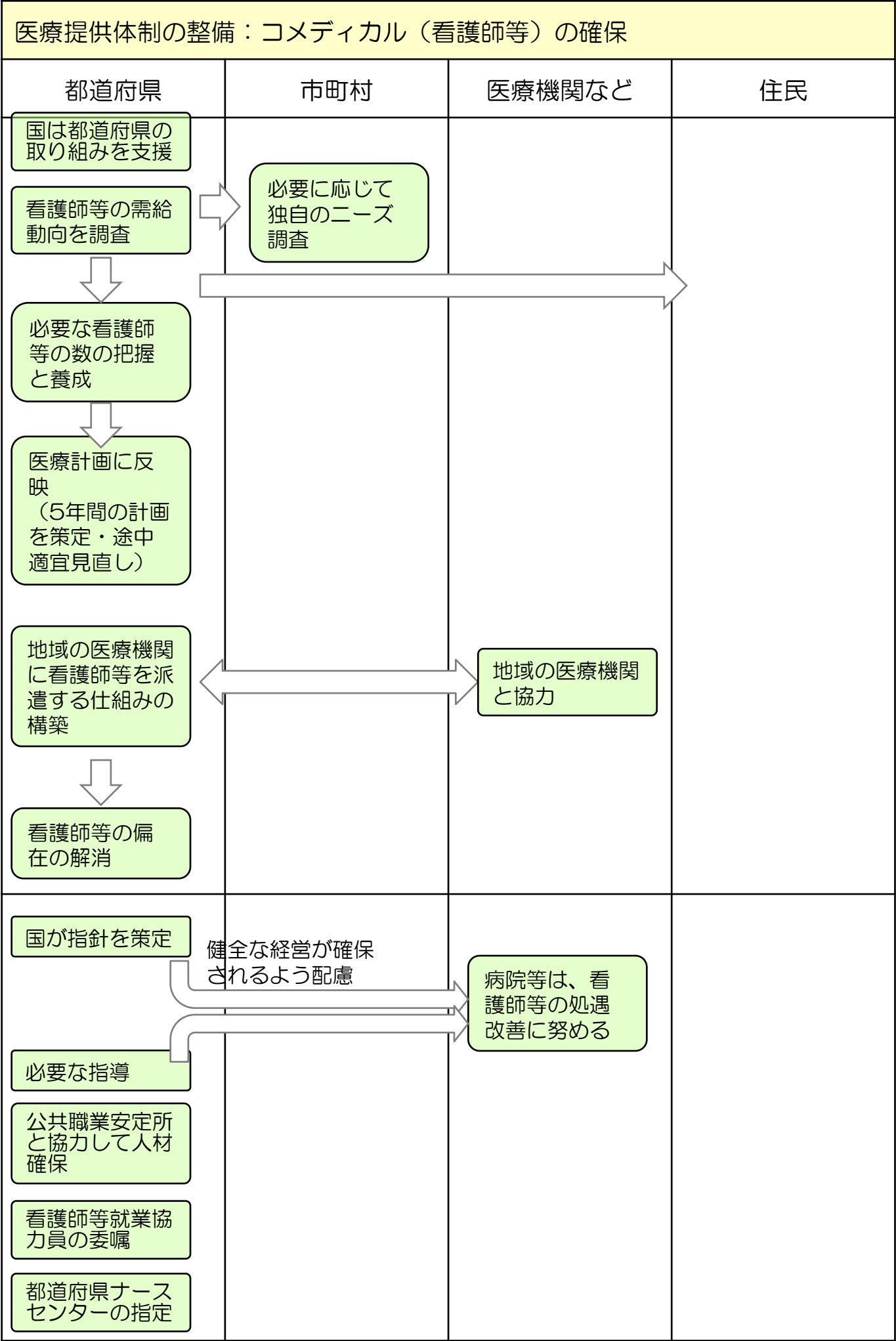
「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」では、市町村が保健事業の充実及び保健事業と介護保険事業等との有機的な連携その他の地域保健対策の推進することとされている。

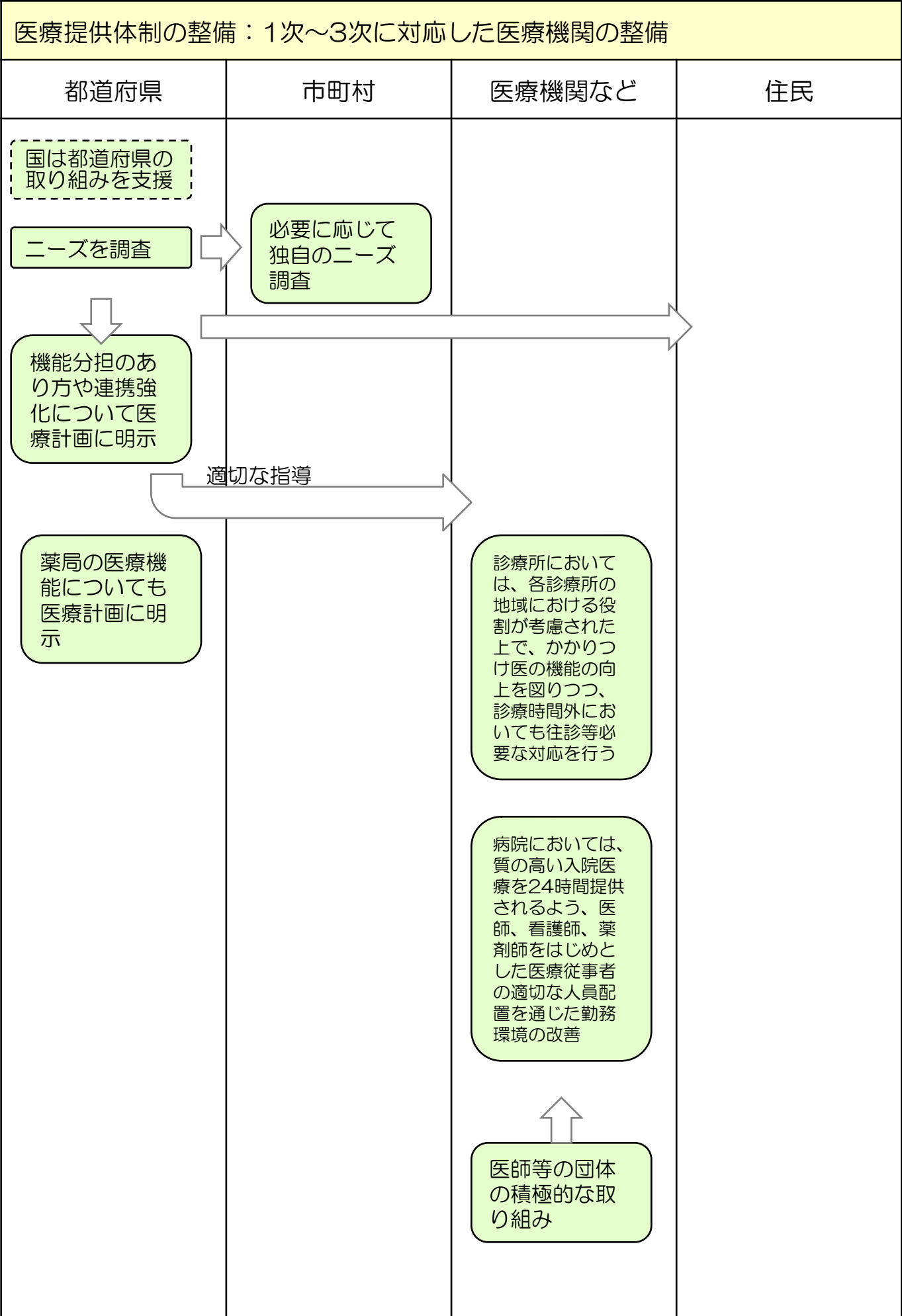
（４）保健・健康づくりに関する各種機関の運営

保健・健康づくりに関わる各種機関については、それぞれの行政主体が責任を持って進める必要がある。

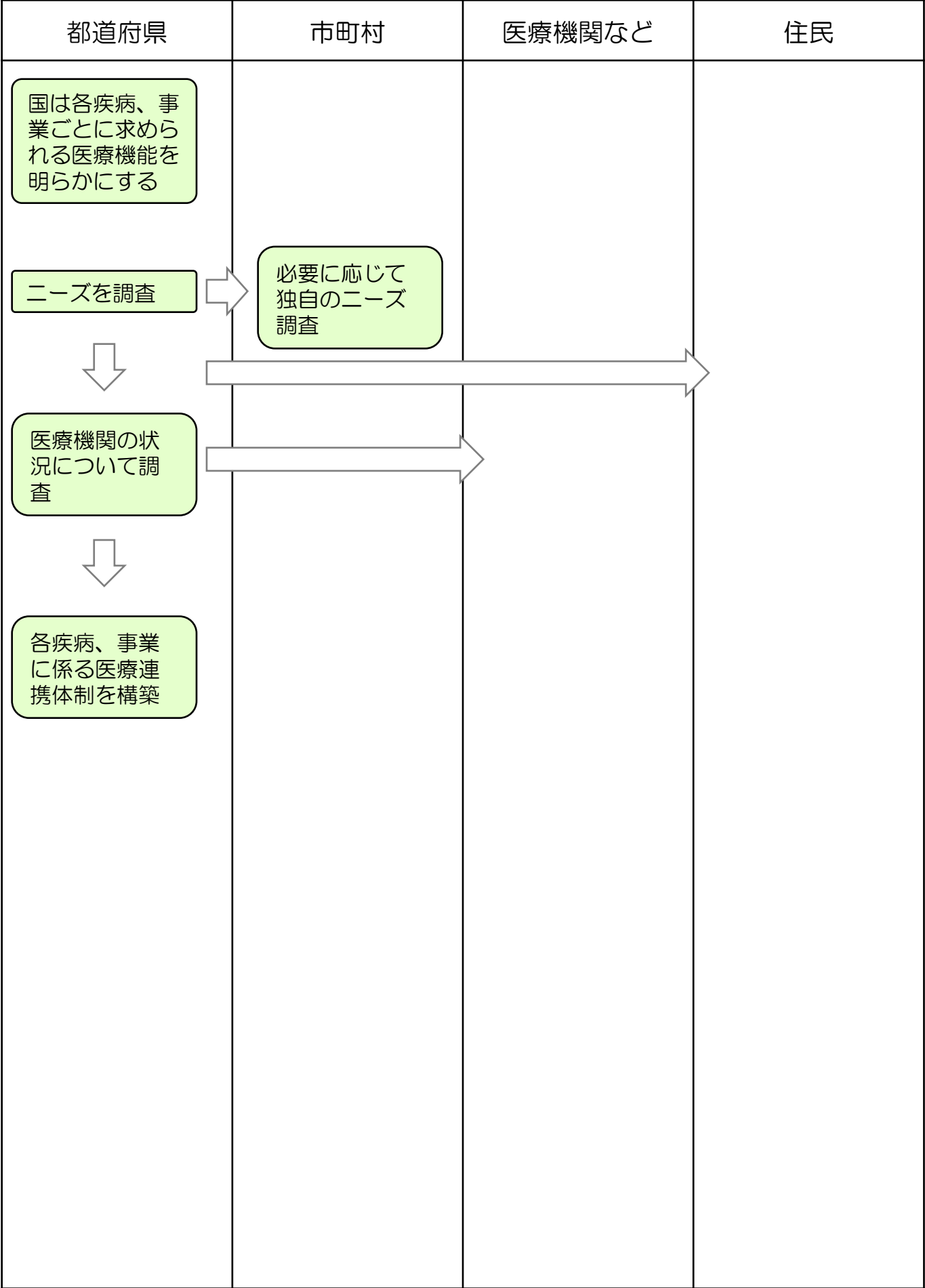
「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」では、保健所は都道府県が、市町村保健センターは市町村が設置することとされている。



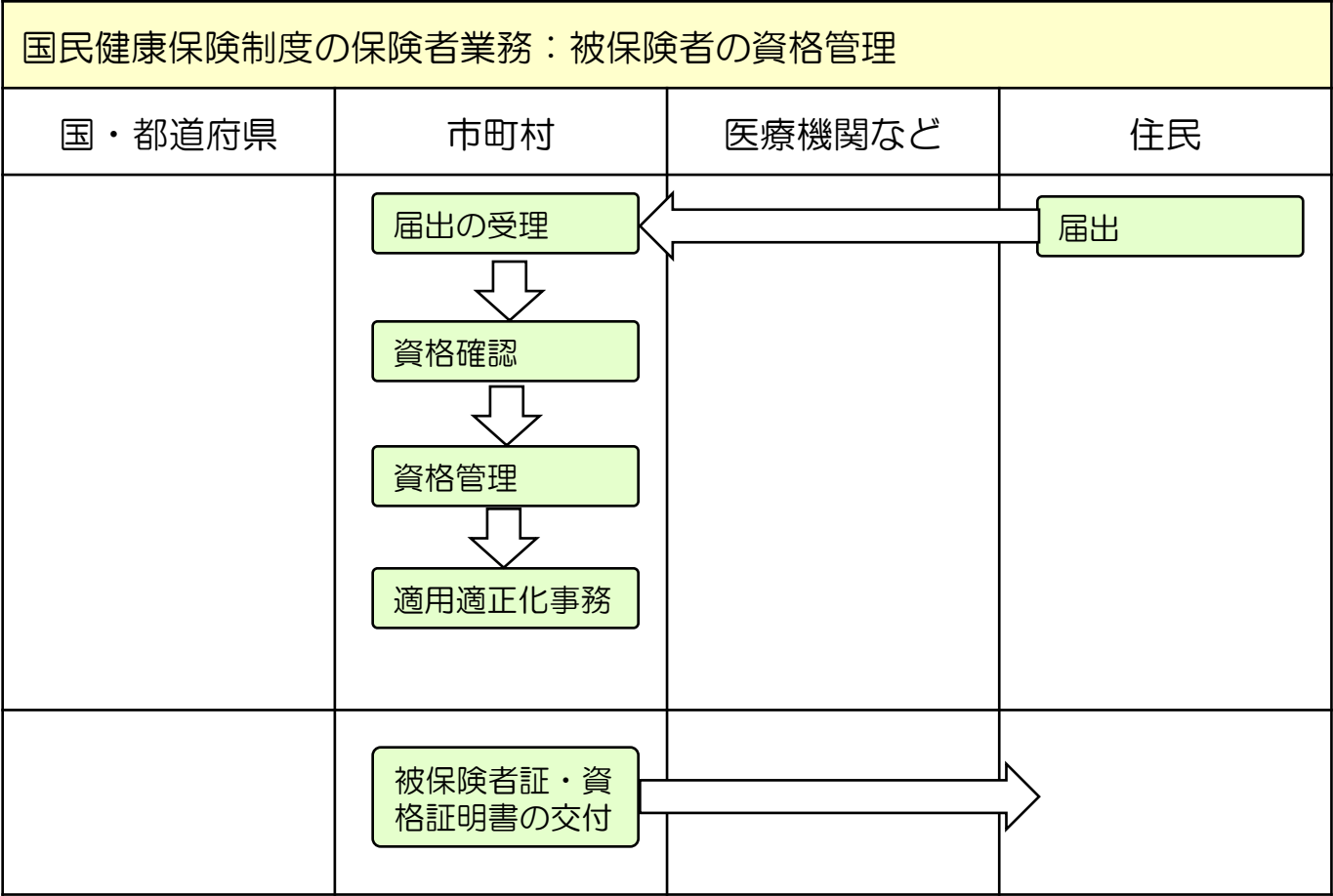


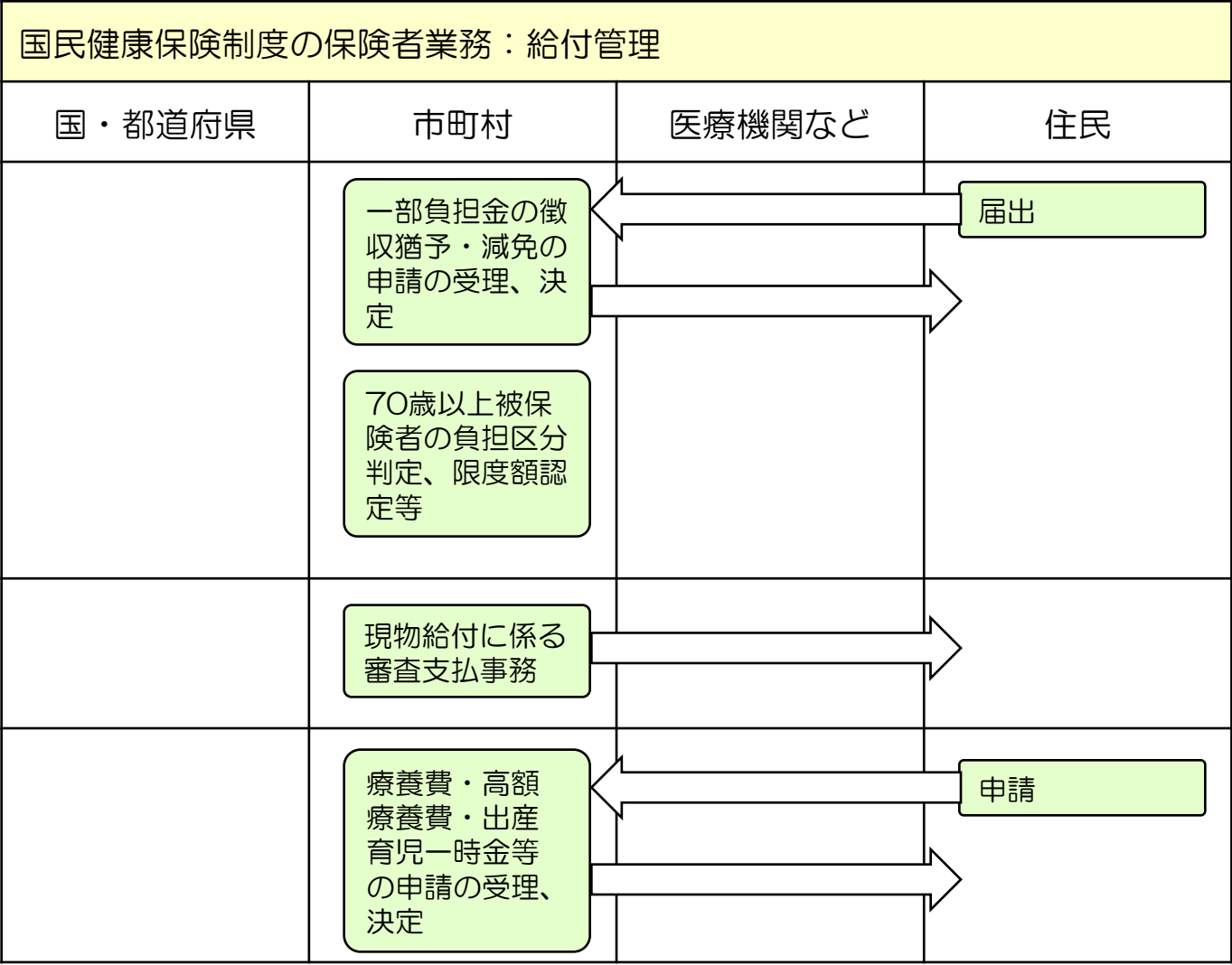


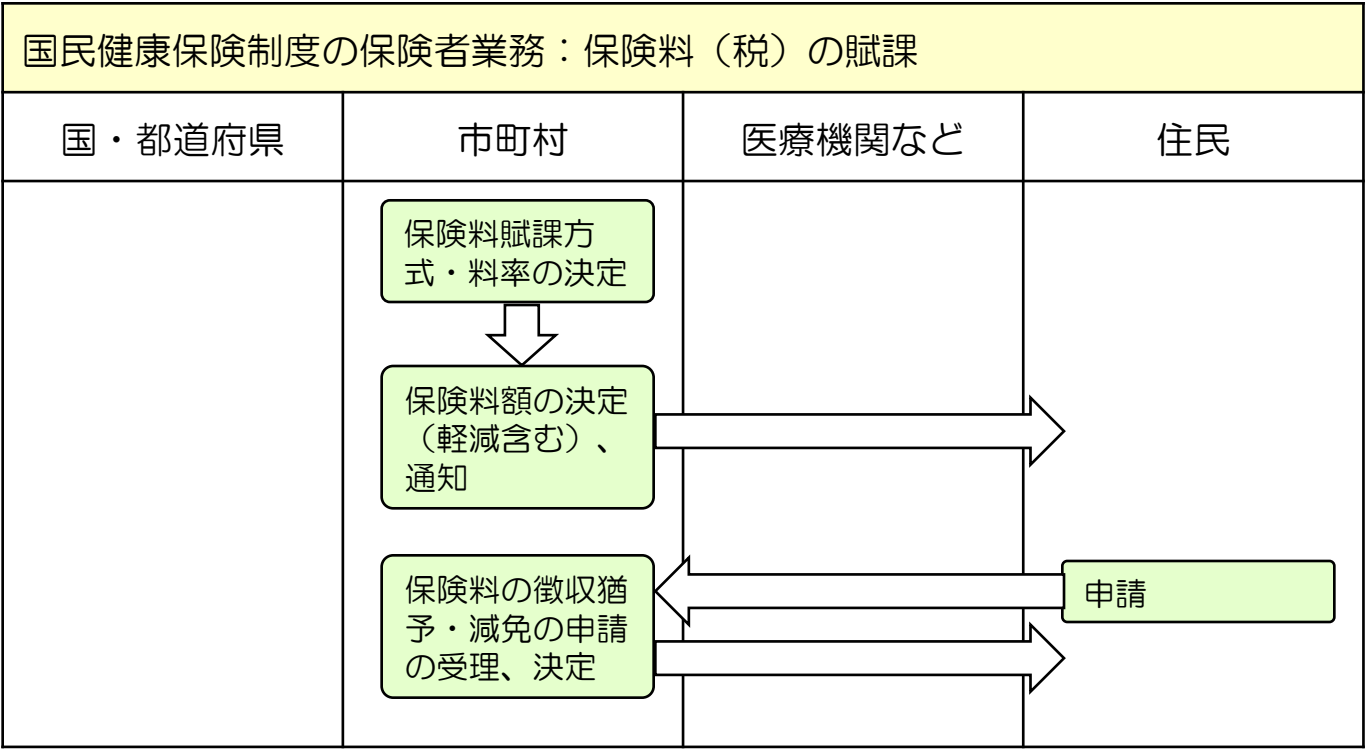
医療提供体制の整備：がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む。)の5事業に係る医療提供

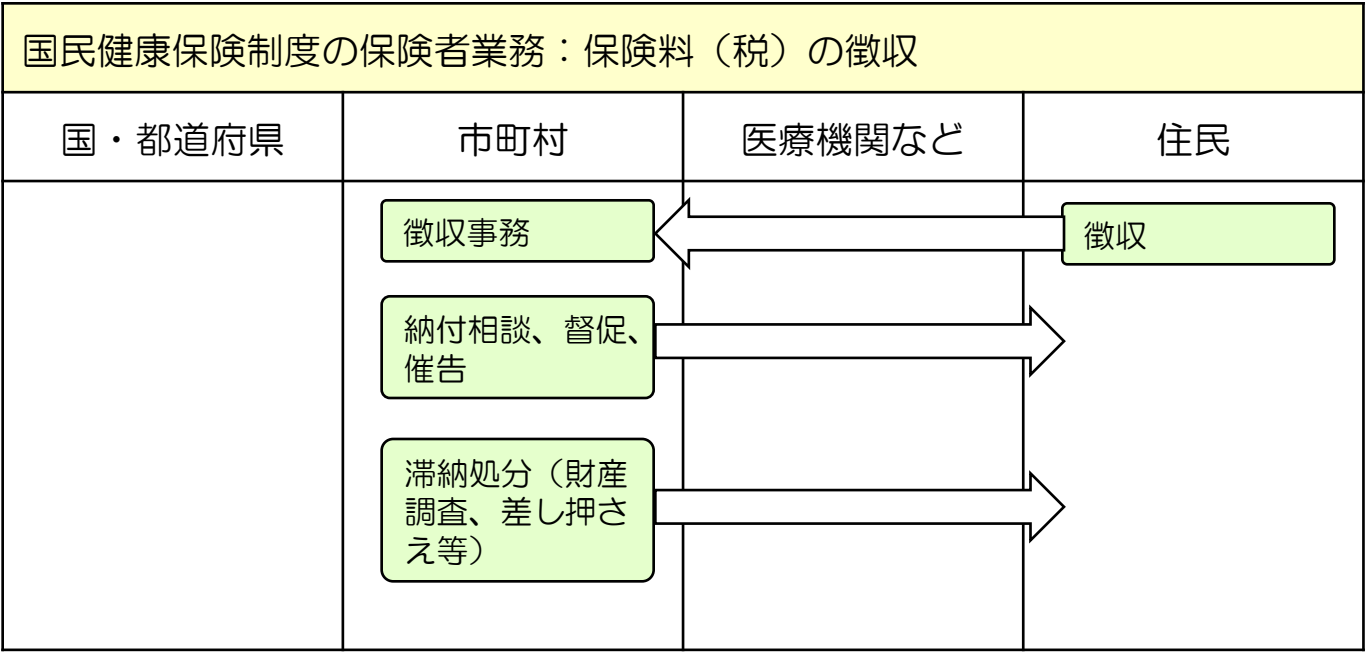


医療提供体制の整備：居宅等における医療の確保等			
都道府県	市町村	医療機関など	住民
国は都道府県の取り組みを支援		医療を受けながらの居宅等での生活を希望する患者及び家族に対し適切な情報提供	
診療所、病院、訪問看護ステーション、薬局等の相互間の機能の分担と業務の連携状況について情報提供			
療養病床の再編成も踏まえ、保健医療サービス・介護サービスを含めた地域のケア体制を計画的に整備			









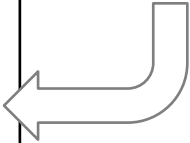


(参考) 国民健康保険制度の保険者業務に関する国の業務	
区分	主な内容
制度設計	● 国民健康保険制度に関する企画立案 ● 関係法令等の整備
財政負担・財政調整	● 国保の事務の執行に要する費用負担 ● 療養の給付費等に対する費用負担 ● 財政調整交付金の交付 ● 特定健康診査・特定保健指導の費用負担 ● 保険基盤安定制度、高額医療費共同事業・高額医療費市町村の基準超過費用額に係る負担金、等の費用負担 ● 各種補助金
市町村への助言	● 国保事業の運営が健全に行われるようにつとめる ● 事業、財政状況に関する報告の徴収及び検査 ● 保険者が行う健康の保持増進のために必要な事業に関して、指針を公表 ● 著しく高医療費の市町村に対する助言、指導等
国保連合会への指導等	● 国保事業の健全な運営ための一般的な指導 ● 事業、財政状況に関する報告の徴収及び検査 ● 保健事業を促進するために必要な助言、情報の提供その他の措置 ● 改善命令等運営に関する監督
保険医療機関等への指導等	● 保険医療機関の指定等 ● 療養の給付等に関する指導、報告の徴収及び検査 ● 指定訪問看護事業者等に関する指導

(参考) 国民健康保険制度の保険者業務に関する都道府県の業務	
区分	主な内容
市町村への助言	● 国保事業の運営が健全に行われるように必要な指導を行う ● 事業、財政状況に関する報告の徴収及び検査 ● 著しく高医療費の市町村に対して、医療費適正化その他の必要な措置を定める ● 広域化等支援方針を必要に応じて定める
市町村への財政支援	● 都道府県調整交付金の交付 ● 特定健康診査・特定保健指導の費用負担 ● 国保事業に要する費用について補助金の交付、貸付金の貸付 ● 保険基盤安定制度・高額医療費共同事業・高医療費市町村の基準超過費用額に係る負担金、等の費用負担 ● 広域化等支援基金の設置
国保連合会への指導等	● 国保事業の健全な運営のための一般的な指導 ● 設立、解散、重要事項に関する認可 ● 事業、財政状況に関する報告の徴収及び検査 ● 改善命令等運営に関する監督 ● 広域化等支援方針の作成・実施に当たり国保連に必要な協力を求める ● 保健事業を促進するために必要な助言、情報の提供その他の措置
保険医療機関等への指導	● 療養の給付等に関する指導、報告の徴収及び検査 ● 指定訪問看護事業者等に関する指導

保健・健康づくり：保健・健康づくりを行うマンパワーの確保

都道府県	市町村	医療機関など	住民
国は国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針を定める 都道府県健康増進計画を定める 地域の特性によりなお必要な人材を確保できない場合には、都道府県は、特にその人材の確保又は資質の向上を支援する必要がある町村について、町村の申し出に基づき人材確保支援計画を作成する 人材確保支援計画に基づき人材の確保又は資質の向上に資する事業を推進する	市町村健康増進計画を定める 市町村は、地域保健対策の円滑な実施を図るため、自ら責任を持って、住民に身近で利用頻度の高い保険サービスに必要な人材の確保及び資質の向上を図る		



保健・健康づくり：地域住民の必要性や地域特性に応じた保健事業の実施

国・都道府県	市町村	医療機関など	住民
国と都道府県は、市町村が右の役割を十分に果たすことができる条件を整備する	住民に身近で利用頻度の高い保健、福祉サービスは、最も基礎的な自治体である市町村が、地域の特性を十分に発揮しつつ、一元的に実施する 市町村は、保健と福祉を一体的に提供できる体制の整備に努める 地域の特性をいかに、住民が積極的に参加し、住民の声を反映した保健と福祉のまちづくりを推進する		
国が特定健康診査等基本指針）を定める	市町村が国保被保険者に対して、特定健康診査を実施 特定健康診査の結果に基づいて、特定保健指導を実施		

保健・健康づくり：地域包括ケアの推進（地域の保健、医療、福祉・介護の連携支援）

都道府県	市町村	医療機関など	住民
	市町村は、保健と福祉を一体的に提供できる体制の整備に努める		
	市町村及び都道府県は、個々の高齢者の健康状態に応じた健康づくり対策、要介護状態等にならないための予防対策及び自立支援対策を強化する		
	市町村及び都道府県は、支援を必要とする高齢者を早期に発見して必要なサービスを提供すること、高齢者の新たなニーズを把握して不足しているサービスを開発すること等により、高齢者を対象とした地域ケアシステムづくりを推進する		
	市町村及び都道府県は、保健、医療、福祉サービスの質の確保及び向上を図るための活動を強化する		

保健・健康づくり：保健・健康づくりに関する各種機関の運営

都道府県	市町村	医療機関など	住民
都道府県及び政令市・特別区は、保健所を整備・運営する 保健所は、地域保健に関する広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を強化するほか、地域の医師会の協力の下に医療機関との連携を図ること等により、ライフサイクルを通して一貫した保健、医療、福祉サービスを提供する 国は、市町村保健センターの設置および改築等の財政的援助に勤める	身近で利用頻度の高い保健サービスが市町村で一元的に提供されることを踏まえ、市町村は保健センター等の保健活動の拠点を整備する 保健センターは、住民に身近で利用頻度の高い保健、福祉サービスを一元的に実施するため、市町村保健センター等の体制の整備を積極的に推進すること等により、ライフサイクルを通して一貫した保健、医療、福祉サービスを提供する		

国保保険者の広域化に関する研究会 委員名簿

- 
- 一 圓 光 彌 （関西大学政策創造学部教授）
- ◎ 伊 藤 雅 治 （全国社会保険協会連合会理事長）
- 尾 形 裕 也 （九州大学大学院医学研究院教授）
- 河内山 哲 朗 （社会保険診療報酬支払基金理事長）
- 田 中 一 哉 （国民健康保険中央会常務理事）
- 新 田 秀 樹 （大正大学人間学部教授）
- 渡 辺 俊 介 （国際医療福祉大学大学院教授）

（注）◎は委員長、○は副委員長

（敬称略、五十音順）