

国民健康保険制度改革の検討状況

平成29年6月8日
島根県健康推進課

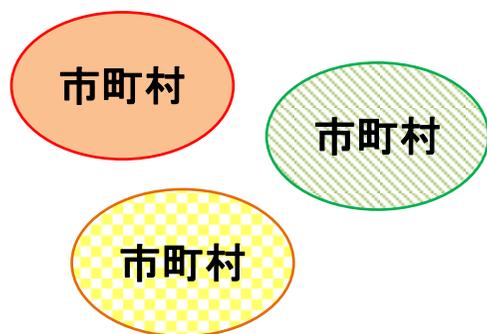
1. 改正のポイント

(1) 改正後のイメージ

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)

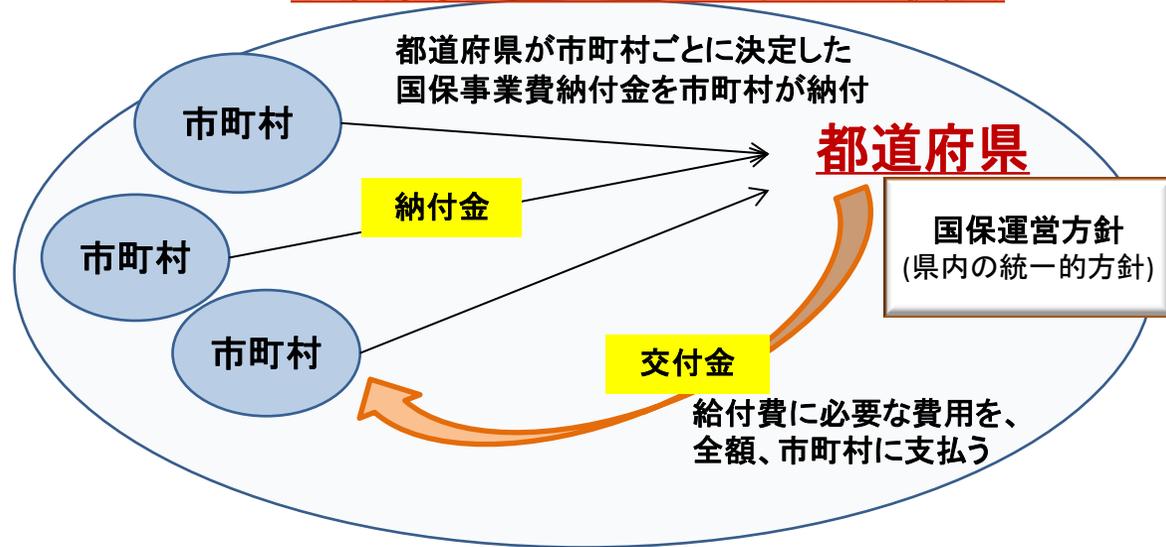
【現行】

市町村が個別に運営



【改革後】

平成30年度から都道府県が財政
運営責任を担うなど中心的役割



■市町村の役割:

地域住民と身近な関係の中、地域におけるきめ細かい事業を担う

- ・資格管理
- ・保険給付
- ・保険料率の決定
- ・賦課・徴収
- ・保健事業 など

■都道府県の役割:

財政運営の責任主体として国保運営の中心的役割を担う

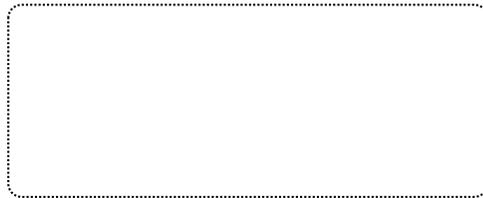
- ・国保運営方針策定
- ・財政安定化基金の設置、運用
- ・市町村の納付金決定
- ・市町村毎の標準保険料率提示
- ・国保運営協議会の設置、運営 など

国保改革前後における財政のしくみ

〔参考1〕財政のしくみ(イメージ)

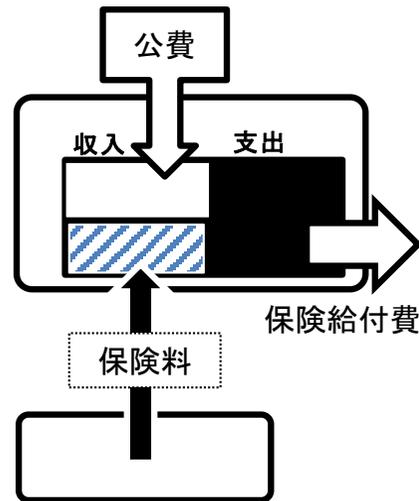
【現行】

都道府県



市町村

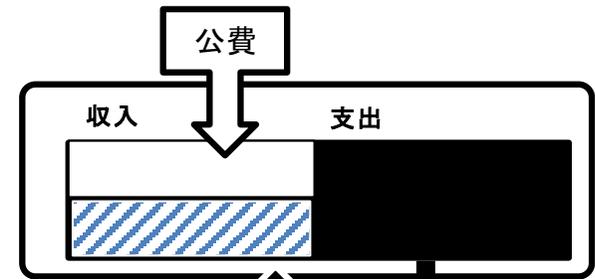
国保特別会計



住民

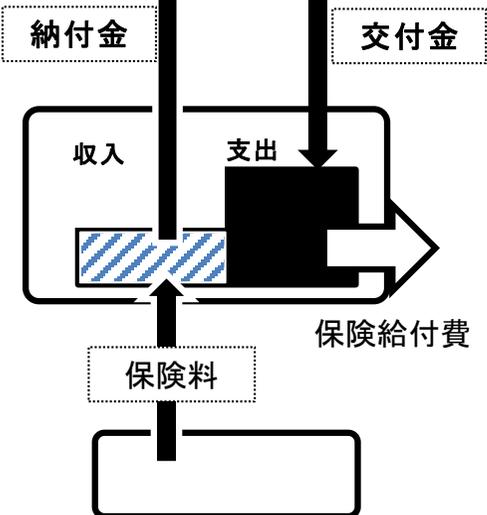
【改革後】

都道府県
国保特別会計



市町村

国保特別会計

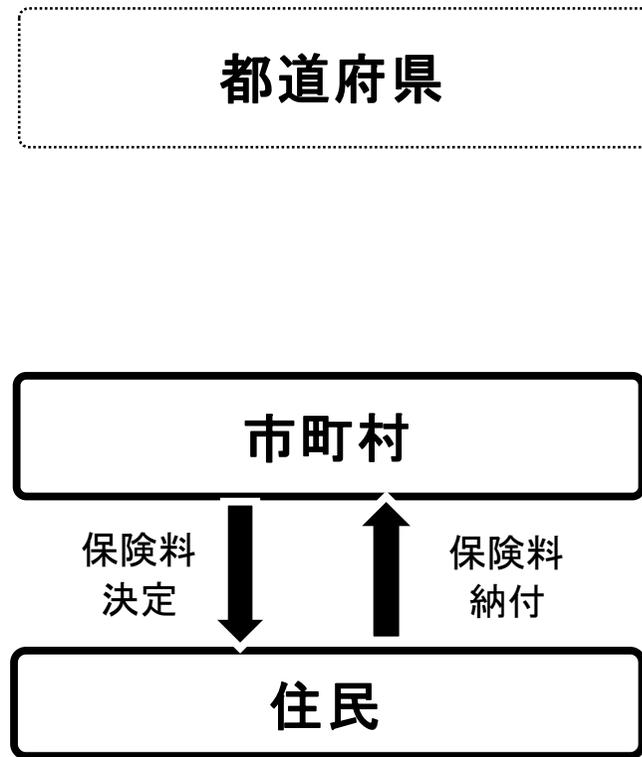


住民

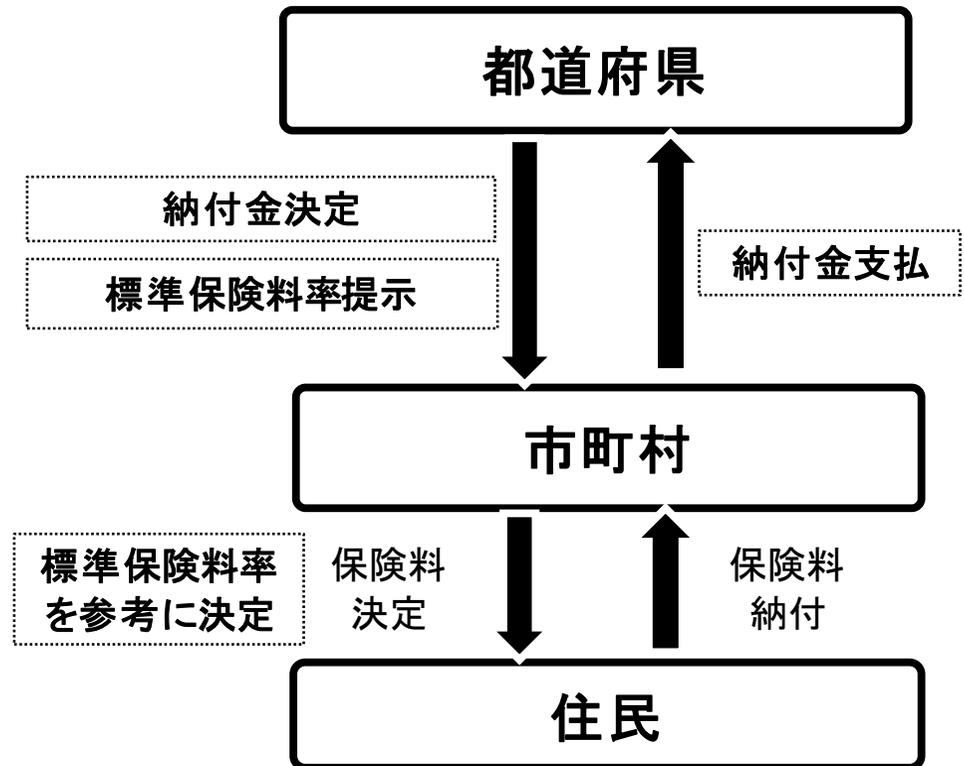
国保改革前後の保険料賦課等のしくみ

〔参考2〕保険料の賦課、徴収のしくみ（イメージ）

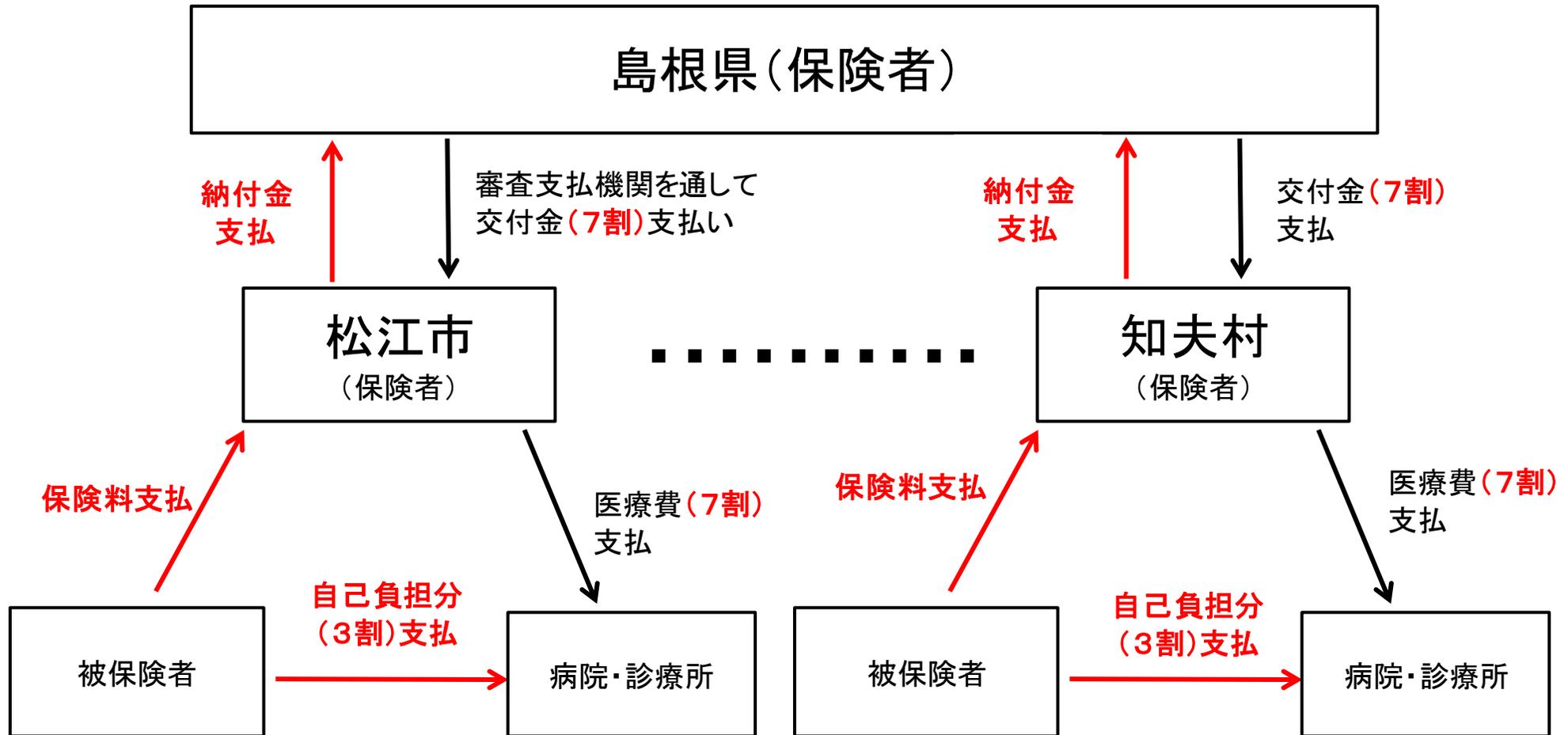
【現行】



【改革後】



都道府県化後 H30.4～



(2) 納付金

後期高齢者支援金分、介護納付金分も同様

現行方式と新方式との違い

○現行方式(市町村ごとに算定)

	保険給付費 (費用の見込) ①	収入の見込		保険料として 集めるべき額 ①-②-③ ④
		被用者保険 (現役世代)か らの支援 ②	国・県補助金 ③	
A市	13,700	6,600	3,300	3,800
B市	3,300	1,700	800	800
C町	1,200	600	300	300
D町	400	200	100	100

市町村ごとに計算

A市の場合

○新方式(納付金方式)

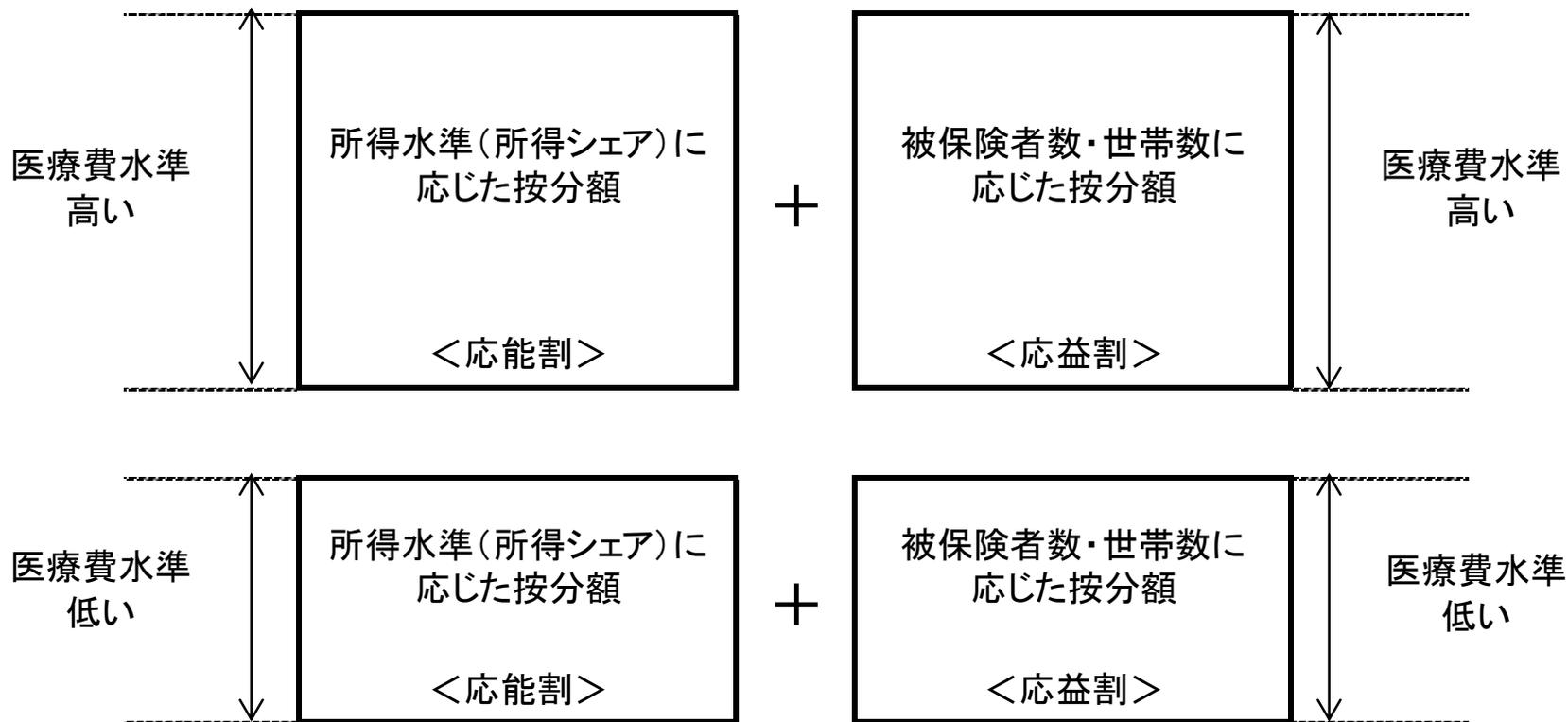
5,000百万円 × 平均シェア 76.9% × 医療費指数 1.031 × 調整率 0.956674163 ≒ 3,795百万円

調整率 0.956674163

	保険給付費 (費用の見込) ⑤	収入の見込		納付金 算定基礎額 ⑤-⑥-⑦ ⑧	⑧を以下の医療費指数やシェアにより按分								【参考】 上段現行方式 ④との差 ⑪-④
		被用者保険 (現役世代)か らの支援 ⑥	国・県補助金 ⑦		所得額	被保険者 数		世帯数		左記割合 の平均 ⑨	医療費指数 (国 = 1.000) ⑩	⑧*⑨*⑩* 調整率 ⑪	
						同左割合 (ア)	同左割合 (イ)	同左割合 (ウ)					
A市	13,700	6,600	3,300	19,900	77.7%	38,000	76.0%	24,000	76.9%	76.9%	1.031	3,795	▲ 5
B市	3,300	1,700	800	3,700	14.5%	8,100	16.2%	5,000	16.0%	15.4%	1.126	828	28
C町	1,200	600	300	1,500	5.9%	2,800	5.6%	1,700	5.4%	5.7%	0.955	260	▲ 40
D町	400	200	100	500	2.0%	1,100	2.2%	500	1.6%	2.0%	1.233	117	17
合計	18,600	9,100	4,500	5,000	25,600	100%	50,000	100%	31,200	100%	-	5,000	

県全体ベースでの金額を算出

納付金算定のイメージ



- ・医療費水準(地域差指数の違い)をどの程度反映するかは、係数 α により調整 $0 \leq \alpha \leq 1$
最大反映 $\alpha = 1$ 半分反映 $\alpha = 0.5$ 全く反映させない $\alpha = 0$
- ・所得シェアをどの程度反映させるかは、係数 β により調整
 $\beta = 1$ ならば 応能: 応益 = 50:50 $\beta = 0.87$ ならば 応能: 応益 = 46:54

納付金算定例(再掲)

○ A市条件

・国保加入者の所得シェア	A市所得 19,900百万円	県全体所得 25,600百万円	= 77.7%
・被保険者数のシェア	A市被保険者数 38,000人	県全体被保険者数 50,000人	= 76.0%
・世帯数のシェア	A市被保険者数 24,000世帯	県全体被保険者数 31,200世帯	= 76.9%
・A市の負担割合(以上のシェアの平均値)			

$$\frac{0.87 \times 77.7\% + 1 \times (0.7 \times 76.0\% + 0.3 \times 76.9\%)}{1 + 0.87} = 76.9\%$$

(注) 県平均の1人当たり所得 / 全国平均の1人当たり所得 = 0.87

応能割(所得割): 応益割(被保数+世帯数) = 0.87:1 = 46:54の割合で加重平均
応益割については、被保数:世帯数=0.7:0.3で計算

・医療費水準

医療費の地域差指数(厚労省統計) 1.031 ※全国平均1.000

○ A市の納付金

県全体で集めるべき額 5,000 × A市の負担割合:76.9% × 医療費の地域差指数 1.031 × 調整率

≒ 3,795百万円

(3) 標準保険料(率)

国保保険料の賦課・徴収の基本的仕組み（イメージ）

- **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）**

都道府県

市町村

公費等

医療給付費等

保険料収納必要額

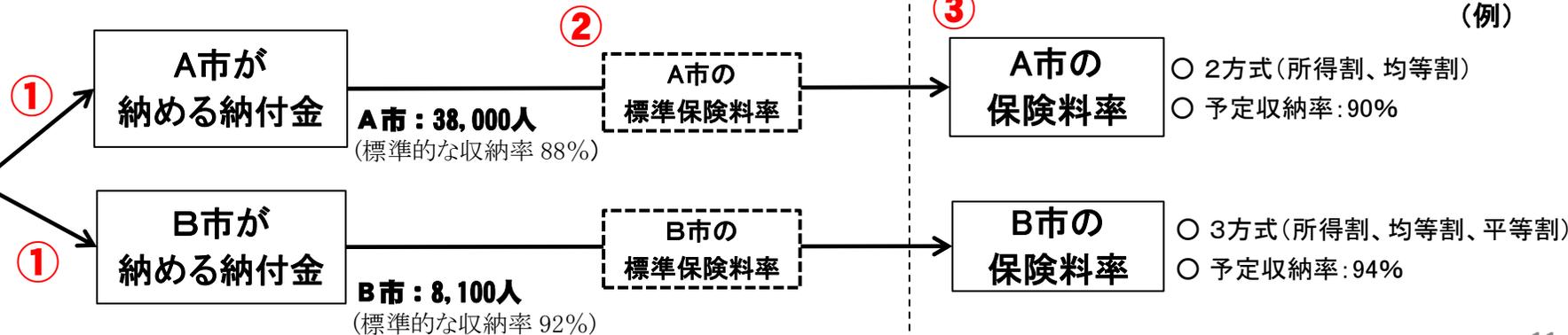
＜県の標準設定のイメージ＞②

- 標準的な算定方式は3方式（所得割、均等割、世帯割）
- 標準的な収納率は、市町村規模別に、右表のとおりとする。

被保険者数	標準的な収納率 (イメージ)
1万人未満	94%
1万人～5万人未満	92%
5万人～10万人未満	90%
10万人以上	88%

- 都道府県が定めた標準的な保険料算定方式等を参考に、**実際の算定方式や保険料率を定め、保険料を賦課、徴収**

※ 市町村は、都道府県が設定する標準的な収納率よりも高い収納率をあげれば、「標準保険料率」よりも安い保険料率を設定できる。（収納インセンティブの確保）



標準保険料率についての国の考え方

○ 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、標準的な住民負担が見える化。

※ 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。

標準保険料率(上)と実際の保険料率(下)

	納付金額	納付金以外に 保険料として集める額 (県が一定のルールで計算)	その他特別事情 (繰越金・基金・法定外繰入等)	標準保険料率 (県が算定、市町村に提示)
A市	3,795 百万円	100 百万円	勘案せず	所得割率 9.15% 均等割額 38,105円 世帯割額 26,125円
B市	828 百万円	50百万円	勘案せず	所得割率 10.32% 均等割額 42,963円 世帯割額 29,600円

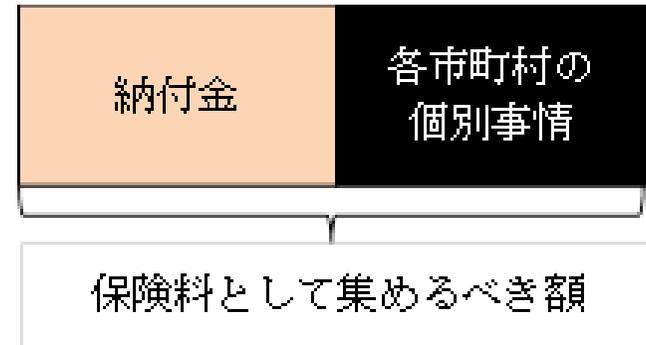
所得割:均等割:世帯割=46%:38%:16%

	納付金額	納付金以外に 保険料として集める額 (市町村で実際に必要とする額)	その他特別事情 (繰越金・基金・法定外繰入等)	実際の保険料率 (市町村が決定)
A市	3,795 百万円	80百万円	▲ 300百万円	所得割率 8.98% 均等割額 32,928円 世帯割額 22,344円
B市	828 百万円	60百万円	▲ 30百万円	所得割率 11.59% 均等割額 37,074円 世帯割額 25,740円

市町村の個別事情

所得割:均等割:世帯割=50%:35%:15%

納付金の多寡のほか、実際の市町村の保険料率の決定には、市町村の個別事情が反映される。



各市町村の個別事情(様々な要因)

- ・保険料の収納率の違い
- ・都道府県化後も市町村に直接入ってくる国補助金の多寡
- ・特定健診など保健事業に要する経費の多寡
- ・国保診療所や公立病院などの国保直診施設への繰出の有無と多寡
- ・過年度に交付された補助金等の精算額の多寡
- ・各市町村の判断で行われる一般会計からの繰入の有無と多寡

→ 「標準保険料率」:この個別事情を県が統一ルールで計算したもの

制度改革の意義・メリット

1. 全般的なメリット

- ・スケールメリット、多様なリスクを県全体で分散
- ・市町村ごとの支え合い、調整機能の強化
- ・特に小規模市町村にとって大きなメリット
- ・事務処理の標準化が進むことによる住民の利便性向上

2. 市町村国保財政上のメリット

- ・県から割り当てられた納付金は、変更や精算は行わない仕組み
- ・市町村は、いったん納付金を払ってしまえば、年度中途に予期せぬ医療給付費の増加があっても、当該年度の追加負担は不要

3. 住民に対する直接的な影響

今回の制度改革の主旨は、国保の財政基盤の強化であり、納付金の多寡が、各市町村の保険料率に与える影響はあるものの、(それ以外の)直接住民に関わる部分に大きな変更はない。

○変わらないこと(これまでどおり市町村の窓口へ)

- ・国保の加入・喪失、保険証に関すること
- ・出産育児一時金や葬祭費等の給付に関すること
- ・国保料の計算に関すること
- ・国保料の納付に関すること
- ・特定健診など保健事業に関すること

○変わること

- ・被保険者証等の様式(被保険者証に「島根県」の文字が追加)
- ・国保加入者の資格管理(県内市町村間の転居であれば島根県の被保険者として資格継続)
- ・高額医療費の多数回該当通算(同様に県内市町村間の転居であれば回数を通算)

2. これまでの検討状況

島根県市町村国保広域化等連携会議の概要等

1. 連携会議の概要

(1) 設置目的

国保広域化に向けた具体的な取組を進めるため

(2) 構成員

県、市町村、国保連の担当課長等

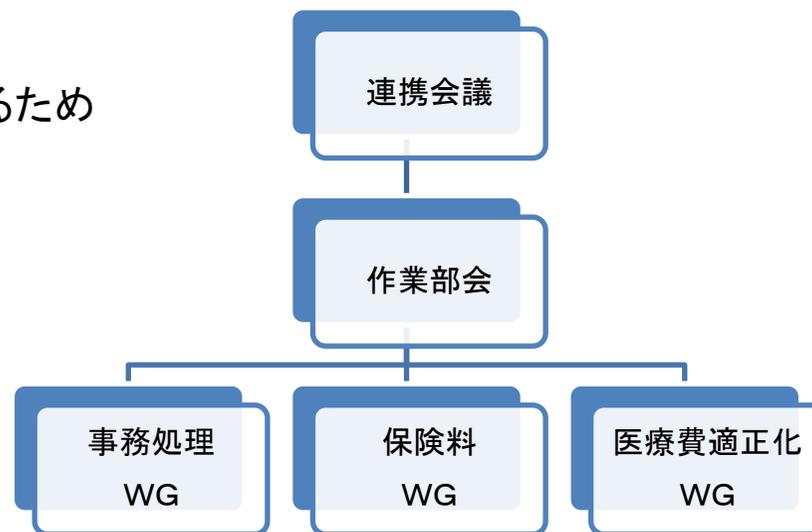
2. 国保制度の見直しに関する検討

平成30年度からの国保制度の見直しに関して、課題整理、対策検討、意見交換等を行う。

(1) 検討組織の新設

ワーキンググループ新設(H27.8～)

(2) ワーキンググループの構成



WG名	幹事	構成員
事務処理WG	県、松江市、邑南町、国保連	出雲市、大田市、江津市、安来市、雲南市、奥出雲町、美郷町、津和野町、西ノ島町、知夫村
保険料WG	県、出雲市、吉賀町、隠岐の島町、国保連	松江市、浜田市、安来市、江津市、雲南市、奥出雲町、飯南町、美郷町、海士町
医療費適正化WG	県、浜田市、飯南町、国保連	松江市、出雲市、益田市、川本町、美郷町

連携会議の開催状況

1. 平成27年度

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
連携会議						○							
作業部会			○										
WG	事務処理							○					○
	保険料							○					○
	医療費適正化							○					○
	各WG幹事会	← 随時開催 →											

2. 平成28年度

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
連携会議			○						○				○
作業部会													
WG	事務処理				○				○				
	保険料				○				○			○	
	医療費適正化								○				
	各WG幹事会	← 随時開催 →											

国保運営のあり方に関する基本的な考え方

1. 全体

安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保

2. 個別

<保険料>

保険料率の設定について、当面は各市町村の医療費水準を反映した保険料率とし、将来的には県内において一本化した保険料率を目指すことを基本とする。

<事務処理>

統一できる事務、基準等については可能な限り統一する。特に被保険者のサービス向上に係る項目は優先して検討する。

<医療費適正化>

県内の取組状況を整理し、全体の底上げを図るとともに、優良事例の横展開を図る。

- 保険料水準の平準化
- 医療費水準の平準化
- 県民サービスの向上
- 事務処理の効率化
- 医療費の適正化

保険料率設定の基本的な考え方

基本的な考え方

「保険料率の設定について、当面は各市町村の医療費水準を反映した保険料率とし、将来的には一本化した保険料率を目指すことを基本とする。」

<県内市町村の現状>

- 医療費水準の格差が大きい（県内市町村間で約1.4倍）※医療費水準：年齢構成の違いを調整したもの
- 保険料水準の格差が大きい（県内市町村間で約1.5倍）
- 保健事業の取組に大きな差がある

<現状を踏まえた保険料率設定>

① 「当面は各市町村の医療費水準を反映」

<理由>

- 現状を見える化し、その差異を保険料に反映することにより、各市町村において今後、医療費適正化への認識が深まる
- 医療費水準の格差が大きい場合、それを反映しない場合、医療費水準の低い市町村の被保険者の理解が得られにくい

② 「将来的には一本化した保険料率を目指す」

<理由>

- 県も保険者になることから、県内において保険料負担の平準化が図られることが望ましい
- 医療サービスの均質化や医療費適正化の取組に伴い、医療費水準が平準化されてくれば、保険料水準を一本化しやすくなる

<現在>

各市町村毎の
保険料率

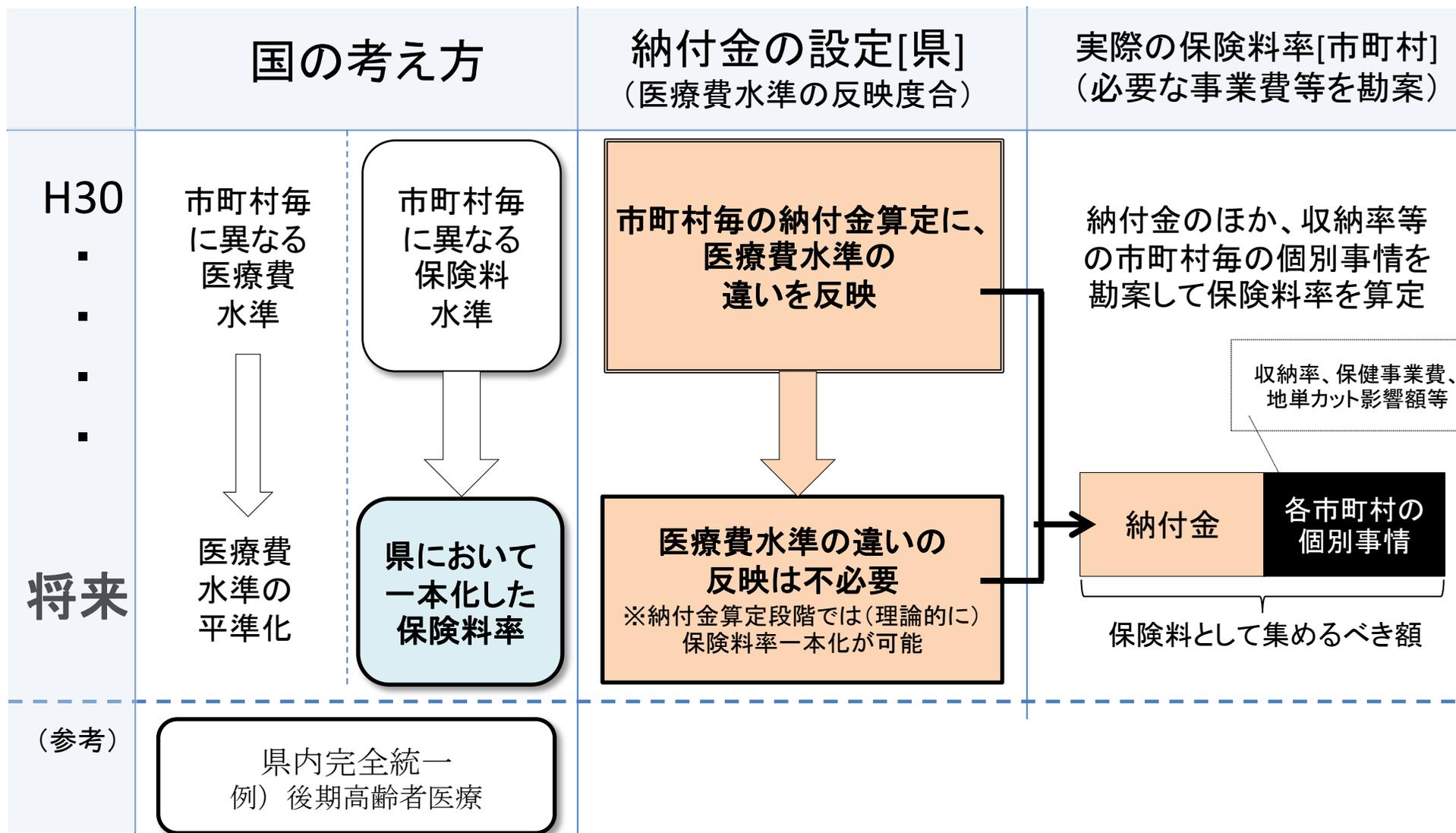
<改革後>

医療費水準に応じた
保険料率

将来的に

県において一本
化した保険料率

あるべき保険料率に関する考え方



事務処理の統一に関する基本的な考え方

基本的な考え方

「統一できる事務、基準等については可能な限り統一する。特に被保険者のサービス向上に係る項目は優先して検討する。」

<県内市町村の現状>

- 資格、給付、収納等に関する事務について、市町村毎にその内容や基準が異なる。
例えば、「資格」：保険証の更新時期、高齢者受給者証との一体化
「給付」：窓口負担金の減免基準、葬祭費の金額
「収納」：資格証、短期証の発行基準

<現状を踏まえた事務処理設定>

① 「統一できる事務、基準は可能な限り統一」

<理由>

- 県も保険者になることから、県内市町村において事務の平準化が図られることが望ましい。

② 「被保険者のサービス向上に資する項目を優先検討」

<理由>

- 現状を踏まえると、すべての事務、基準についてすぐに統一することは困難
- 統一するためには予算が必要となるものがあり、優先順位をつけて検討していく必要がある。

<現在>

市町村毎に異なる事務・基準

<改革後>

統一できる事務、基準は、可能な限り統一

医療費適正化に関する基本的な考え方

基本的な考え方

「県内の取組状況を整理し、全体の底上げを図るとともに、優良事例の横展開を図る。」

<県内市町村の現状>

- 県内市町村において、取組状況が異なる

例えば、「特定健診・特定保健指導」：実施率について、市町村間や年度毎にばらつきがある。

「糖尿病性腎症の重症化予防事業」：取組が、市町村毎に異なる。

「重複頻回受診者等に対する訪問指導」：対象者の選定基準が、市町村によって異なる。

<現状を踏まえた事務処理設定>

①「市町村の取組状況を整理（見える化）」

<理由>

- 県も保険者となることから、県全体の取組状況を整理し、課題抽出、対策検討を行っていく必要がある。

②「取組の底上げ、優良事例の横展開を図る」

<理由>

- 必要な医療提供に支障を来さないことを前提としながら、県内全ての市町村がより低い医療費水準での一本化を目指していくことが重要
- そのためには、県全体で取組の底上げを図ること、優良事例については積極的に参考とすることが必要

<現在>

市町村毎に異なる取組

<改革後>

- ①取組状況を整理
 - ・課題整理
 - ・対策検討
- ②県全体で取組の底上げ、優良事例の横展開を図る

都道府県化に伴う県としての今後の取組

県の考え方

- 当面は、必要な医療提供に支障を来さないことを前提としながら、
県内全ての市町村がより低い医療費水準での一本化を目指していけるよう、
市町村支援を強化。
- 将来的には一本化した保険料率を目指す。

〈 主な取組 〉

- ・ 第3次医療費適正化計画の策定〔H30～H35〕
(医療費の地域差の見える化、特定健診受診率向上、ジェネリック医薬品
普及対策等)
- ・ 国の保険者努力支援制度における評価項目の積極的実施を推奨
- ・ 各市町村に対して個別に助言
(国保データベースシステム活用による要因分析、問題点の共有、対策検討等)
- ・ 県民への啓発、関係機関との連携強化、優良事例の横展開

国保運営方針と関連計画との関係

