

国民健康保険制度の改善 のために

2026年7月29日(水)

埼玉県議団国保学習会
国会議員団 岩藤智彦

日本の社会制度と国民健康保険

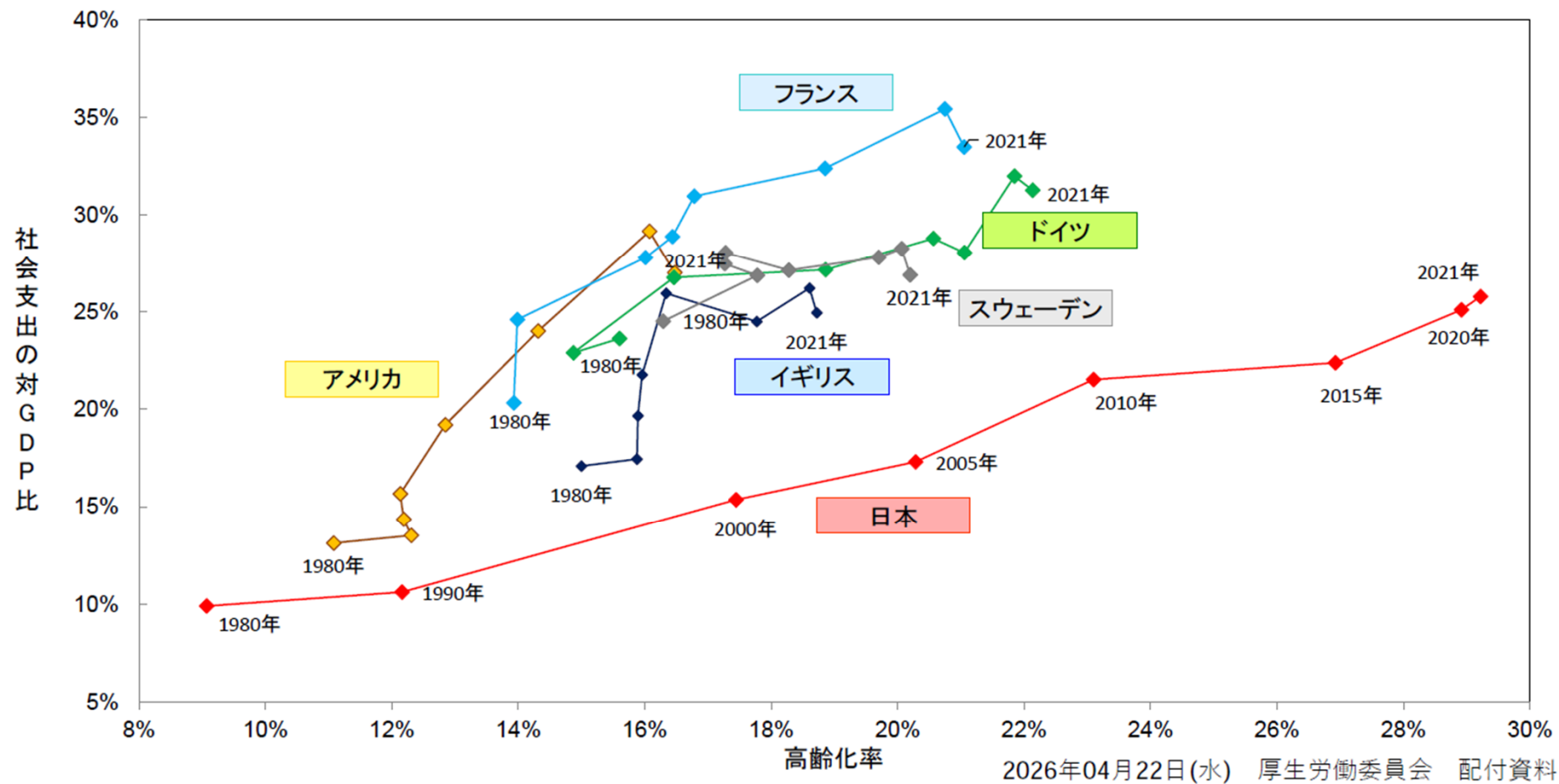
- 社会保険（医療、介護、年金、労働）が中心
- 社会保険と税財源等による障害福祉、子ども、生活保護の組み合わせ

社会保険 保険の技術をもちいつつ民間保険の契約自由（保険引き受けと保険加入の自由）、リスク応能の保険料（応益保険料）という原則を、社会保障原理により強制加入（契約自由の制限）、「支払能力」= 応能保険料（自己負担）に修正したもの

社会保障原理で修正しなければ排除の問題が発生

- 医療保険
被用者保険（健康保険、共済）+ 国民健康保険 + 後期高齢者医療制度

医療、介護、年金の国際比較



財務省・政府は手取り引き上げのために 社会保険料抑制目標を検討

- 骨太の方針2026から

「具体的には、経済・物価動向等に適切に対応し、安心して医療・介護・福祉サービスを受けられる体制を整備することとあわせて、医療・介護を中心とした社会保障制度改革を着実に実行することにより、現役世代の保険料率の上昇を止め、引き下げていくことを目指す。このため、骨太方針2025と同様、経済・物価動向等を踏まえ、的確な対応を行いつつ、これまでの歳出改革努力を継続し、2027年度の社会保障負担率が2025年度と比較して上昇しないよう取り組む。また、社会保障制度が果たす機能を損なわないよう配慮しつつ、社会保障負担率の目標の検討を進め」

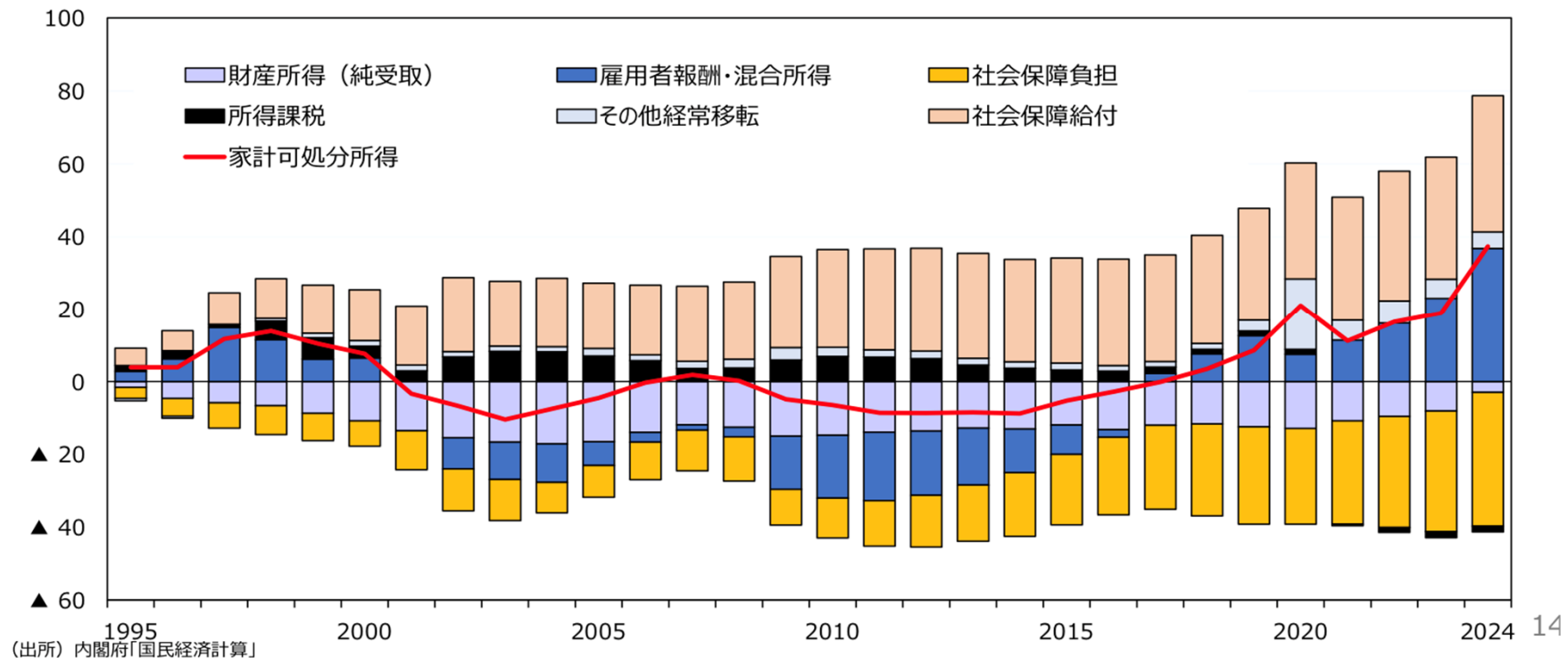
- 社会保険料負担が手取り収入を減らしているのは事実か

- 1、財政制度等審議会に財務省が提出した資料からも手取り収入減少の最大の要因は勤労所得の減少
- 2、名目所得が上昇に転じてからは社会保障給付費が増加しても国民所得に占める社会保険料の割合は減少に転じている

(参考) マクロの家計可処分所得の変動要因

- 経済の好循環を実現するためには、賃金の上昇にとどまらず、社会保険料等を差し引いた可処分所得の持続的な増加が不可欠。
- 過去30年間の家計可処分所得の変動要因を分析すると、社会保険料負担の増加が大きな影響を及ぼしている。社会保険料の背後には給付が存在するが、その多くは年金等の高齢者向け給付に充てられており、結果として社会保障給付の増加分を差し引くと、可処分所得の増加はほとんど相殺されてしまっている。
- 社会保険制度は、世代間扶養や社会的連帯を支える極めて重要な制度であるが、現役世代の納得感を得て、その持続可能性を確保していく上で、現役世代の保険料負担を抑制していくことが不可欠である。

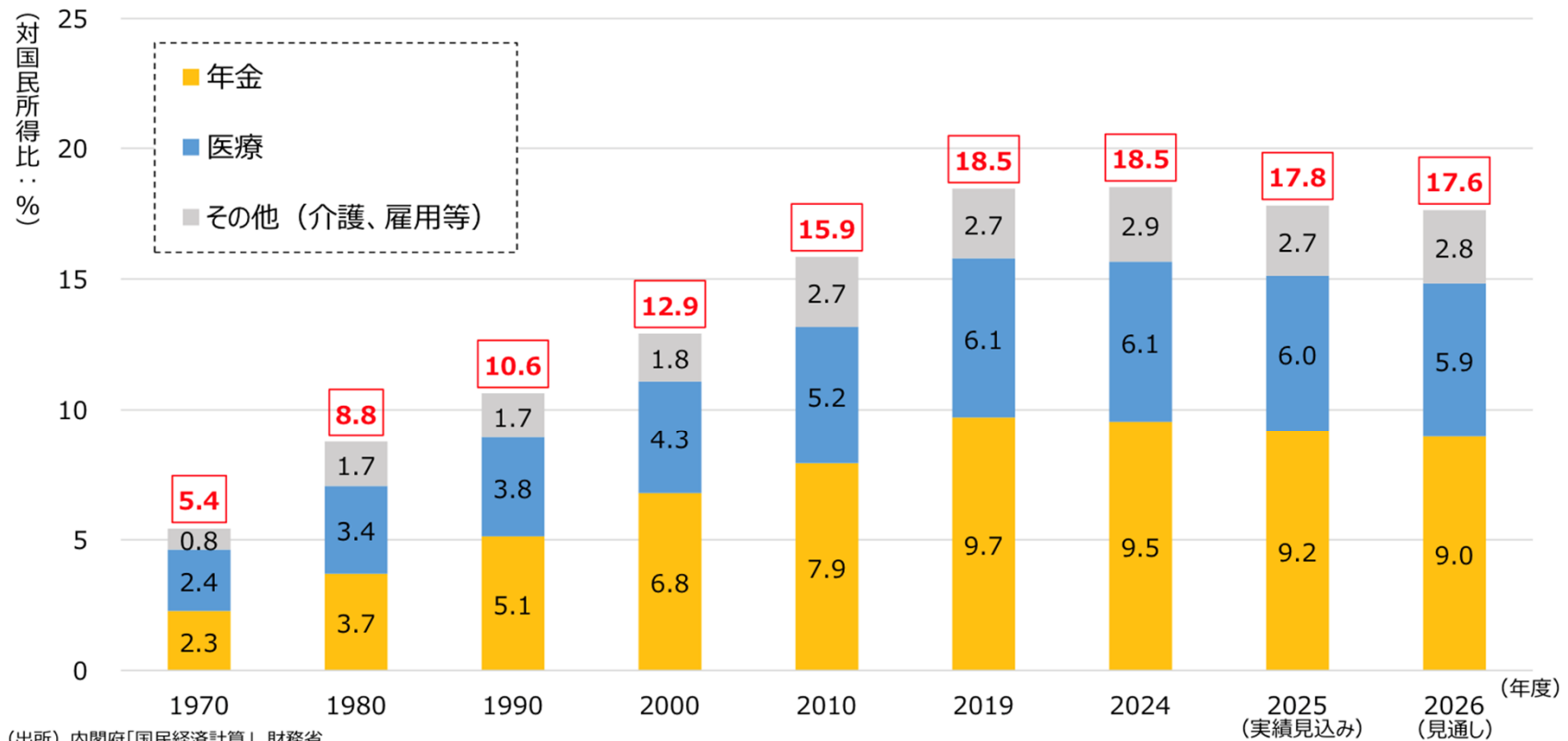
◆家計可処分所得の変動要因



社会保障負担率の推移

- 社会保障負担率（保険料負担の国民所得*に対する割合）は、社会保障給付費の増加に伴い長期的には上昇傾向にあったが、近年では賃上げの進展等により、国民所得の伸びが社会保障負担の伸びを上回っていることから、横ばいないし微減で推移している。
- 今後も一定の物価・賃金上昇が継続すると想定される中で、医療・介護を中心とした社会保障制度改革を着実に推進することにより、社会保障負担率の引下げを通じて現役世代の負担を軽減し、経済全体の賃上げ政策と相まって、家計の可処分所得の増加につなげていくことが重要である。

*賃金の総額（雇用者報酬）に企業所得等も加えた概念



（出所）内閣府「国民経済計算」、財務省

（注1）2024年度までは実績、2025年度は実績見込み、2026年度は見通し。

（注2）1970年度は68SNA、1980年度及び1990年度は93SNA、2000年度以降は08SNAに基づく計数。

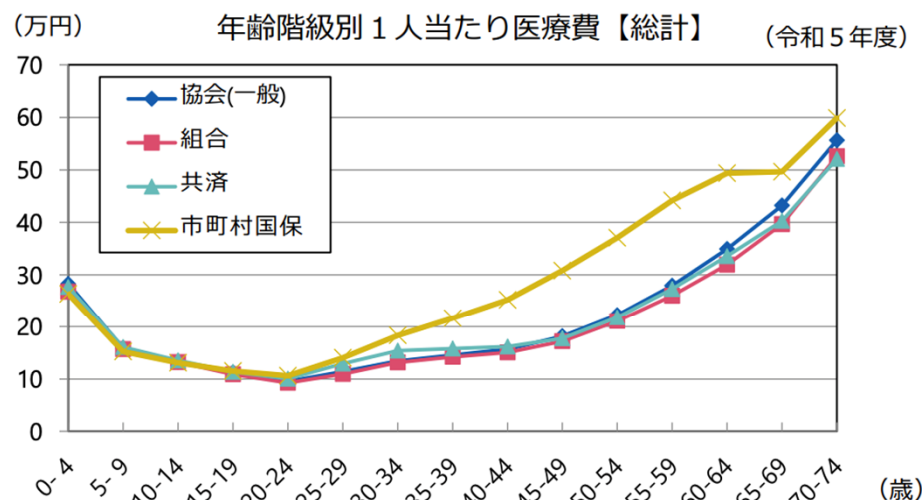
国民健康保険の構造的問題

- 高齢者が多く一人あたり医療費水準が高い
- 所得水準が低く保険料負担が重い

各保険者の比較（令和5年度）

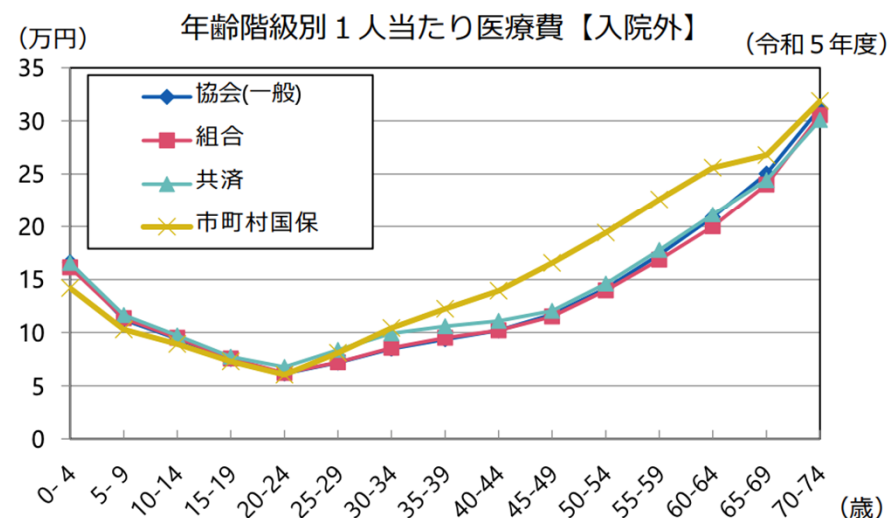
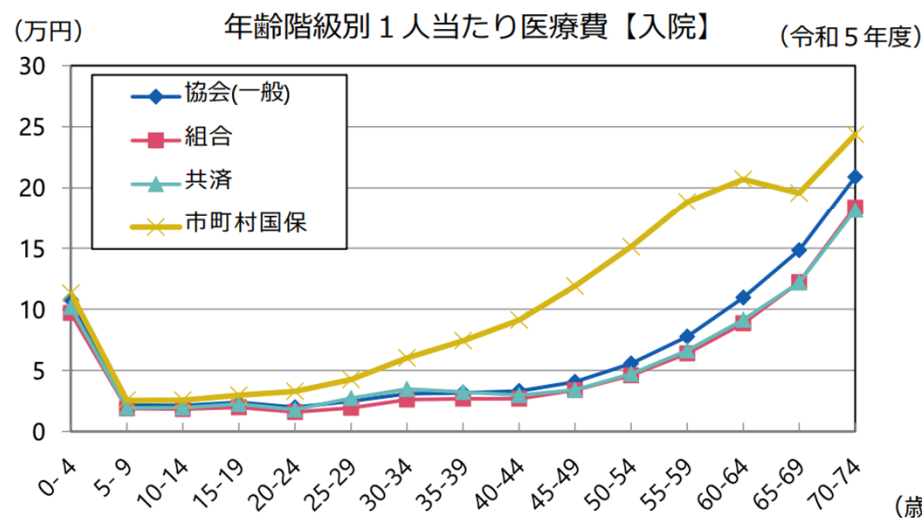
	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (令和6年3月末)	1,716	1	1,380	85	47
加入者数 (令和6年3月末)	2,309万人 (1,590万世帯)	3,954万人 〔被保険者2,521万人 被扶養者1,433万人〕	2,803万人 〔被保険者1,668万人 被扶養者1,135万人〕	979万人 〔被保険者576万人 被扶養者402万人〕	1,978万人
加入者平均年齢 (令和5年度9月末)	54.0歳	38.9歳	36.1歳	35.3歳	82.7歳
65～74歳の割合 (令和5年度)	43.8%	8.2%	3.6%	3.5%	1.3%(※1)
加入者一人あたり 医療費(令和5年度)	41.7万円	21.0万円	19.3万円	20.0万円	96.4万円
加入者一人あたり 平均所得(※2) (令和5年度)	99万円 〔一世帯当たり 145万円〕	182万円 〔一世帯当たり(※3) 286万円〕	253万円 〔一世帯当たり(※3) 425万円〕	244万円 〔一世帯当たり(※3) 413万円〕	94万円
加入者一人あたり 平均保険料 (令和5年度)(※4) 〈事業主負担込〉	9.3万円 〔一世帯当たり 13.6万円〕	13.0万円<26.0万円> 〔被保険者一人当たり 20.5万円<40.9万円>〕	14.4万円<31.4万円> 〔被保険者一人当たり 24.1万円<52.8万円>〕	14.8万円<29.5万円> 〔被保険者一人当たり 25.0万円<50.0万円>〕	7.9万円
保険料負担率	9.3%	7.2%	5.7%	6.1%	8.4%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への補助		給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和7年度予算ベース)	4兆552億円 (国2兆9,190億円)	1兆1,871億円 (全額国費)	1,253億円 (全額国費)		9兆5,133億円 (国6兆367億円)

年齢階級別 1 人当たり医療費（75歳未満）の制度間比較（令和 5 年度）



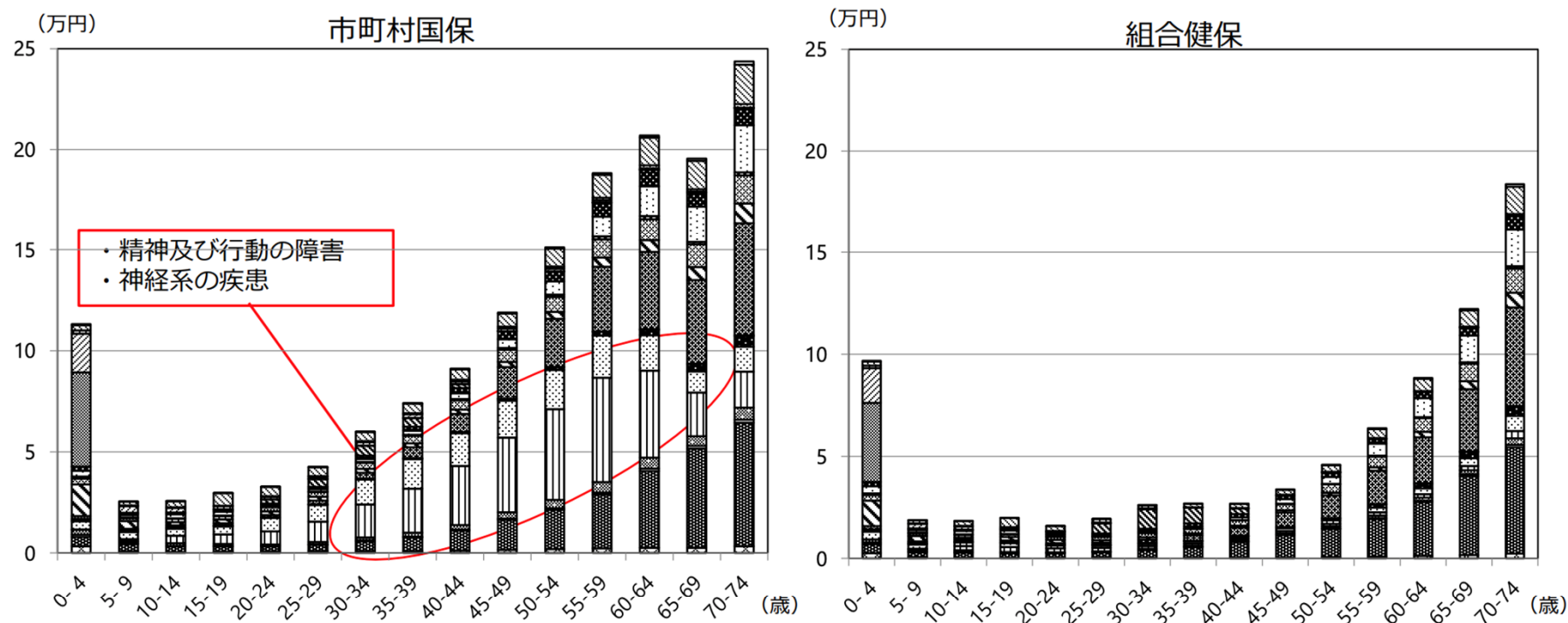
○協会（一般）、組合健保、共済組合、市町村国保の年齢階級別 1 人当たり医療費を比べると、市町村国保の入院医療費が比較的高めとなっているほかは、概ね同程度の水準。

資料：厚生労働省保険局
「医療給付実態調査（令和 5 年度）」



- (注) 1. 「総計」は、診療費（入院、入院外、歯科）、調剤及び食事・生活療養に係る分である。
2. 「入院」は、入院及び食事・生活療養に係る分である。
3. 「入院外」は、入院外及び調剤に係る分である。
4. 年齢階級別 1 人当たり医療費を計算する加入者数は令和 5 年 9 月末時点（組合健保は 10 月 1 日時点）のものを使用している。

主疾病別、年齢階級別、1人当たり入院医療費（令和5年度） ～市町村国保と組合健保の比較～



□ 特殊目的用コード
 ■ 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
 ■ 周産期に発生した病態
 ■ 腎尿路生殖器系の疾患
 ■ 皮膚及び皮下組織の疾患
 ■ 呼吸器系の疾患
 ■ 耳及び乳様突起の疾患
 ■ 神経系の疾患
 ■ 内分泌、栄養及び代謝疾患
 ■ 新生物

■ 損傷、中毒及びその他の外因の影響
 ■ 先天奇形、変形及び染色体異常
 ■ 妊娠、分娩及び産じょく
 ■ 筋骨格系及び結合組織の疾患
 ■ 消化器系の疾患
 ■ 循環器系の疾患
 ■ 眼及び付属器の疾患
 ■ 精神及び行動の障害
 ■ 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
 ■ 感染症及び寄生虫症

資料：厚生労働省保険局「医療給付実態調査（令和5年度）」15

図2 市町村国保の25～64歳の“心の病”の多さ

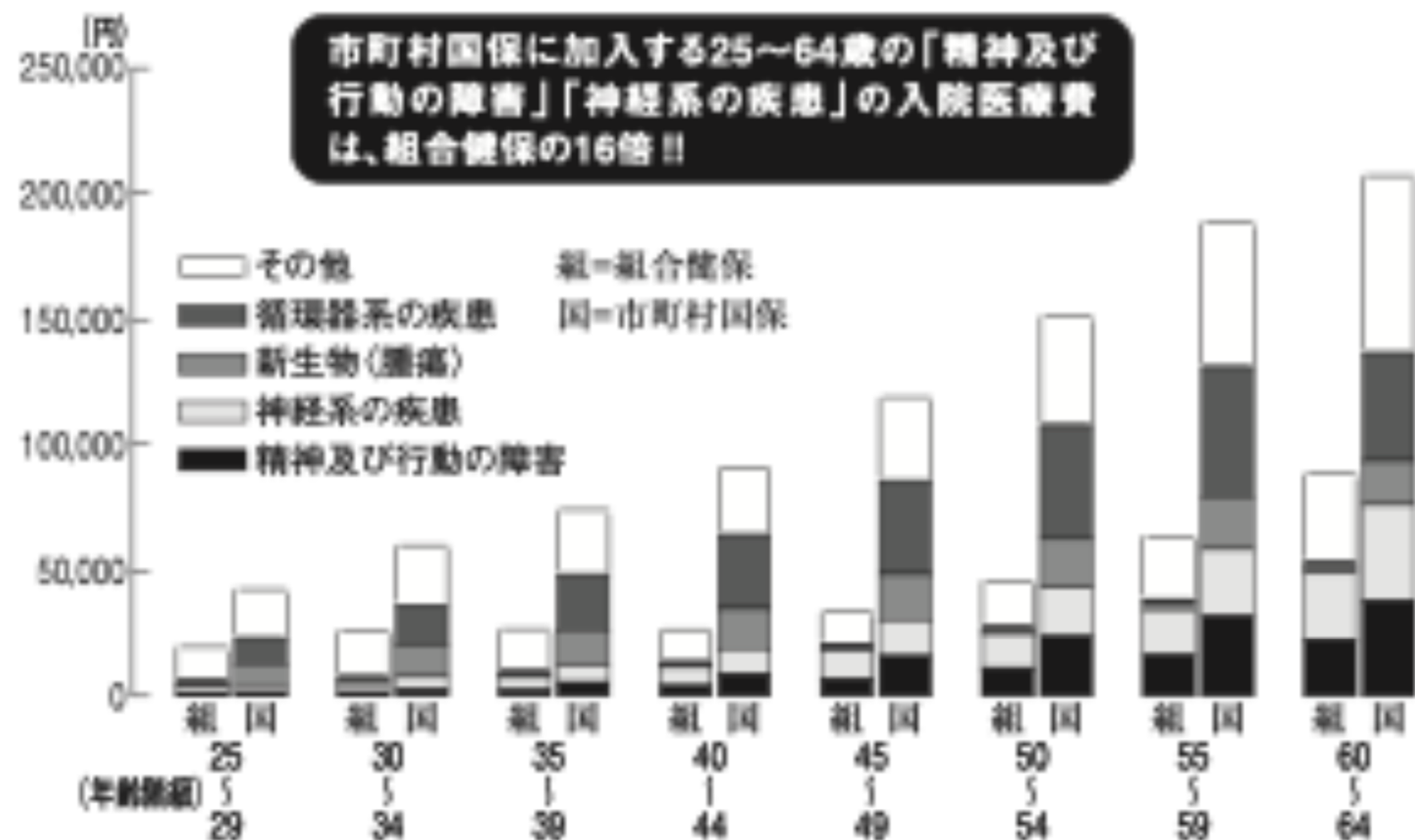


表 6-1 市町村国民健康保険の構造変化

	1965 年度	1985 年度	2005 年度	(参考) 2020 年度
加入者数	4,193 万人	4,173 万人	4,778 万人	2,648 万人
(対国民比)	(42.7%)	(34.5%)	(37.4%)	(24.6%)
老人加入割合	5.0%	12.4%	29.7%	25.9%
1 世帯当たり人員	3.78 人	2.65 人	1.89 人	1.53 人
世帯主の職業				
農林水産業	42.1%	13.5%	4.4%	2.3%
自営業	25.4%	30.1%	14.9%	16.6%
被用者	19.5%	28.7%	24.0%	33.2%
無 職	6.6%	23.7%	53.8%	43.5%
その他	6.4%	4.1%	2.8%	4.3%
「所得なし世帯」の割合	—	15.1%	27.1%	34.6%

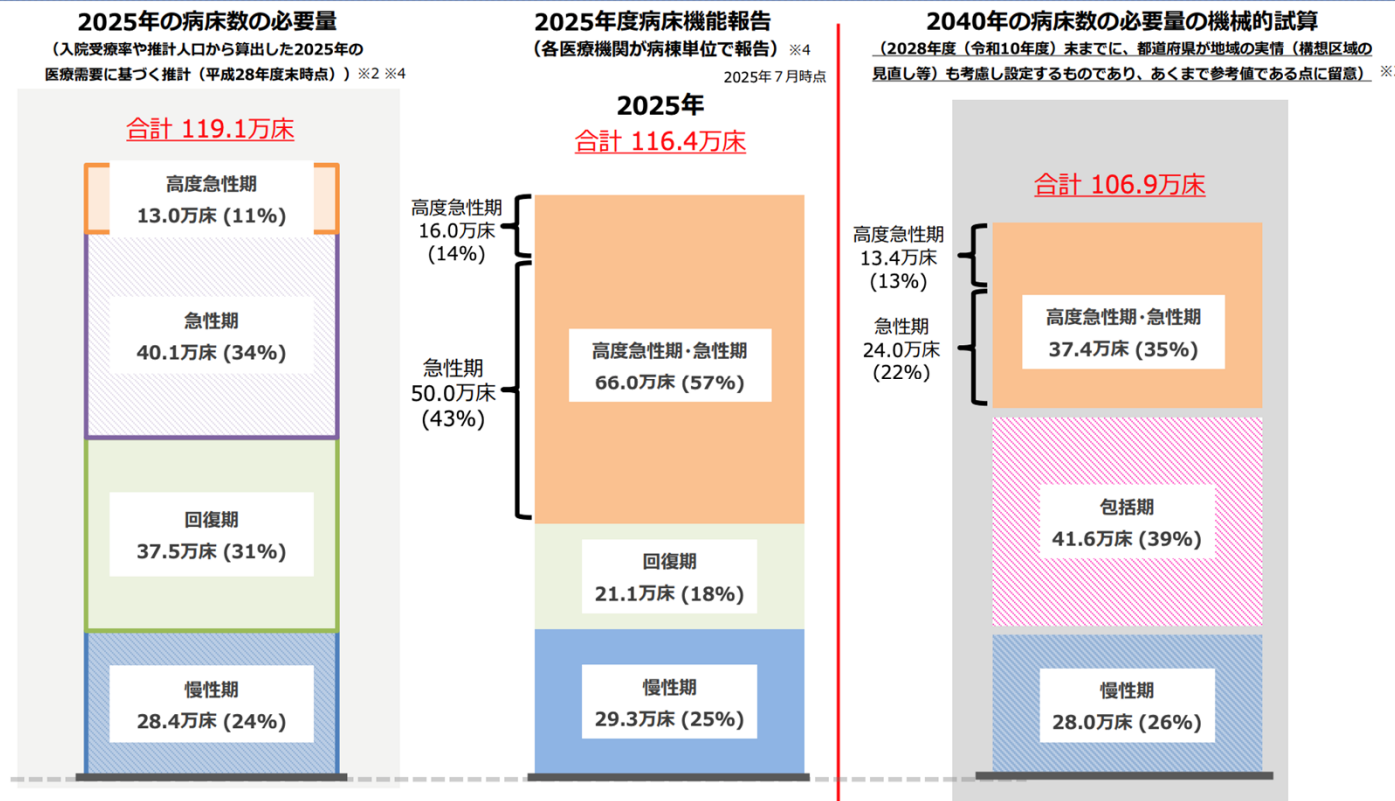
国保の都道府県化が目指すもの

- 消費増税に道をはらった社会保障国民会議報告（2013年）が医療分野の「改革」として提言をしたのが地域医療構想（病床削減）と国民健康保険の都道府県化等
- 地域医療構想（病床削減）
医療の機能分化・連携の促進を目指す
- 国保都道府県化
 - 国保の構造的問題の解決
 - 都道府県単位の医療提供体制を実効性を上げる
「都道府県が効率的な医療提供体制への改革を実効ある観点から」「都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである」（国民会議報告書）

地域医療構想

- 2025年の地域医療のあるべき姿を構想（主に病床数）
- 概ね二次医療圏毎に設置された構想会議で協議
- これらを通じて医療の機能分化・連携の促進を目指す

2025年度病床機能報告について



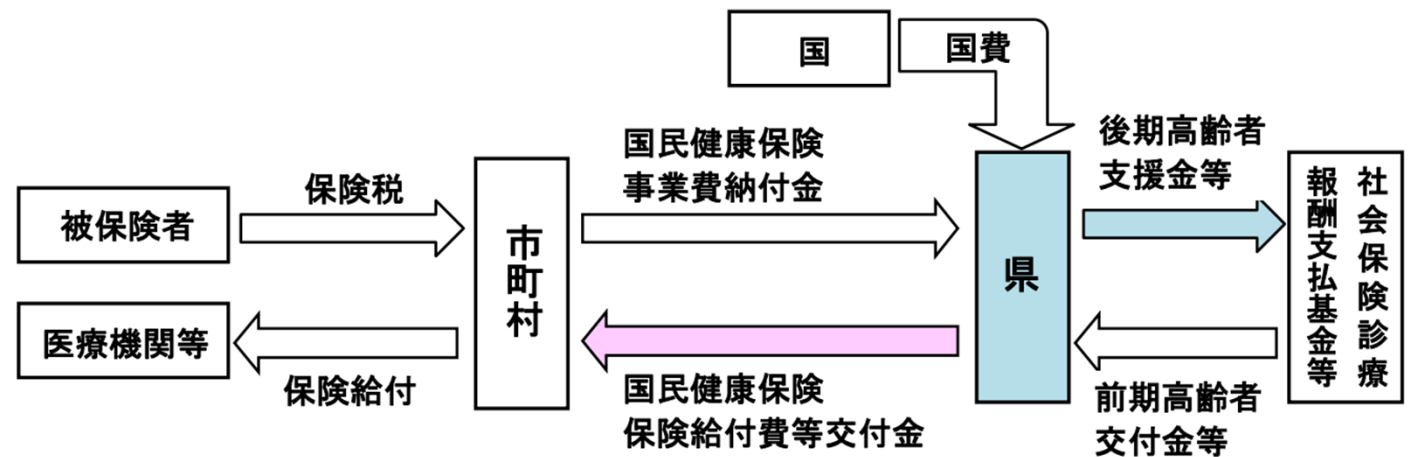
出典：2025年度病床機能報告

国民健康保険の都道府県化

→ 都道府県と市町村が共同して運営

- 都道府県は納付金決定と標準保険料率の決定、国保事業運営費交付金の交付
- 市町村は国保事業費納付金納付、納付金額をもとに保険料決定・徴収、保険給付

【国保制度改革後の国保財政の仕組み】



「保険料の統一」の定義

- 納付金ベースの統一(目標30年度) 済 14 (埼玉も含)
 $\alpha = 0$ 医療費水準の格差を納付金に反映させない
- 完全統一 (同38年度。33年度を目指す) 済 2 (大阪、奈良)
- 都道府県毎の状況
 - 納付金ベースの統一目標年度を定めている都道府県 16
 - 完全統一の目標年度を定めている都道府県 21
 - 目標年度を定めていない都道府県 8

保険料水準統一加速化プラン（第2版）（概要）

※令和8年度に本加速化プランの見直しを行う

保険料水準の統一の意義・定義

統一の意義

- ①保険料変動の抑制：特に小規模な保険者で、高額な医療費の発生等による年度間の保険料の変動を抑制可能。
- ②被保険者間の公平性確保：保険運営の都道府県単位化を踏まえ、都道府県内のどの市町村でも、同じ保険給付を同じ保険料負担で受けられることで被保険者の公平性が確保可能。（保険運営の都道府県単位化は平成30年度国保改革で実現済）

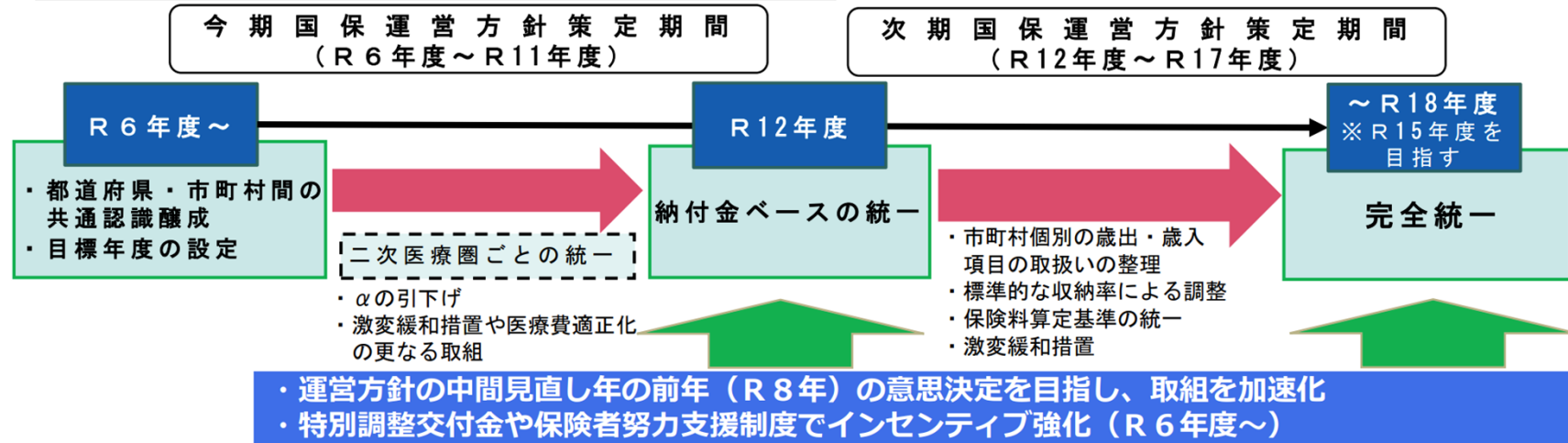
統一の定義

- 納付金ベースの統一：各市町村の納付金に各市町村の医療費水準を反映させない
- 完全統一：同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料とする

統一の目標年度

- 納付金ベースの統一：令和12年度保険料算定までの達成を目標とする。今期国保運営方針の中間見直し年度の前年（令和8年）に向けた取組の加速化を進める。
- 完全統一：全国において、次期国保運営方針期間（令和12～17年度）の中間年度（令和15年度）までの移行を目指しつつ、遅くとも令和17年度（令和18年度保険料算定）までの移行を目標とする。
※完全統一についても、今期国保運営方針の中間見直し年度の前年（令和8年）に目標年度の意志決定ができるよう取組を進める。

保険料水準の統一のスケジュール



保険料水準の統一に向けた都道府県ごとの状況

○ 令和6年度からの各都道府県の国保運営方針における、保険料水準の統一に向けた各都道府県の取組予定は下記のとおり。

- **完全統一を達成済みの都道府県 R6年度：大阪府、奈良県**
- **完全統一の目標年度を定めている都道府県**

・R9年度：滋賀県 ・R11年度：福島県、大分県
 ・R12年度：北海道、青森県、宮城県、埼玉県、福井県、山梨県、兵庫県、和歌山県、高知県、佐賀県、熊本県
 ・R12年度～R17年度：岩手県、広島県 ・R15年度：群馬県 ・R18年度：神奈川県、香川県
 ・未設定(納付金ベースは達成)：三重県、長崎県

※完全統一：当該都道府県内のどこに住んでいても、同じ所得水準、世帯構成であれば同じ保険料であること

- **納付金ベースの統一等の目標年度を定めている都道府県**

都道府県	運営方針への記載状況等	都道府県	運営方針への記載状況等
秋田県	・納付金ベースの統一：R15年度 ・完全統一：将来的に目指す	岐阜県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：将来的に目指す
山形県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：将来的な課題	静岡県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議
栃木県	・納付金ベースの統一：R10年度 ・完全統一：収納率較差が一定程度まで縮小された段階から実現	愛知県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：今後協議
千葉県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：段階的に進める	鳥取県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：今後協議
東京都	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：段階的に進める	山口県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議
新潟県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議	徳島県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：将来的に目指す
富山県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議	愛媛県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：今後協議 ・統一保険料をベースに収納率格差を反映する準統一：R15年度
長野県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議	鹿児島県	・納付金ベースの統一：R15年度 ・完全統一：今後協議

※ 納付金ベースの統一：納付金算定に当たって、 $\alpha = 0$ （年齢調整後の医療費水準を反映させない）とすること

- **納付金ベースの統一等の目標年度を定めていない都道府県**

・茨城県、石川県、京都府、島根県、岡山県、福岡県、宮崎県、沖縄県

平成30年度から令和8年度における α の設定状況

○ α ：納付金の算定に当たって、年齢調整後の医療費水準をどの程度反映するかを調整する係数

$\alpha = 1$

市町村の年齢調整後医療費水準を
納付金の配分に反映

$\alpha = 0$

市町村の年齢調整後医療費水準を
納付金の配分に反映しない

年度	1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0		
H30	40	-	-	1	-	2	-	-	-	-	4		
H31	39	1	-	1	-	2	-	-	-	-	4		
R2	39	-	-	2	-	2	-	-	-	-	4		
R3	35	1	1	1	1	3	-	-	-	-	5		
R4	34	-	1	1	2	1	2	1	-	-	5		
R5	34	-	-	1	-	2	1	1	1	-	6		
R6	20	2	5	-	2	3	1	-	2	-	12		
R7	11	1	9	3	2	6	0	1	0	1	13		
R8	8	0	4	1	8	7	2	2	1	0	14		
	茨城県 石川県 京都府 徳島県	新潟県 長野県 島根県 鹿児島県	-	岡山県 山口県 愛媛県 福岡県	秋田県	岩手県 山形県 福島県 千葉県 神奈川県 静岡県 愛知県 鳥取県	東京都 富山県 福井県 岐阜県 熊本県 宮崎県 沖縄県	栃木県 山梨県	和歌山県 大分県	佐賀県	-	北海道 宮城県 埼玉県 滋賀県 兵庫県 広島県 高知県	青森県 群馬県 三重県 大阪府 奈良県 香川県 長崎県

統一後に市町村に残る裁量

- 完全統一 課税権は大きく制限（ほぼない）
市町村基金の増加させられないという問題が残る
厚労省も課題として認識
- 納付金ベース 保険料設定の自由度は残る（独自軽減も可能）
後述

「国保の構造的問題の解決」

- 都道府県化にあたって国は 3 , 4 0 0 億円の国費を投入
- 1. 低所得者向け軽減の拡充に 1 , 7 0 0 億円
保険者支援制度に 1 , 7 0 0 億円
―― 7 , 5 , 2 軽減の対象保険料の一定部分を保険者に補助
別途 5 0 0 億円を保険料軽減制度に充てる
- 2. 保険者努力支援制度などに 1 , 7 0 0 億円
保険者努力支援制度に 8 4 0 億円 (2 0 1 9 年以降は 9 1 0 億円)
国調整交付金の実質増加 8 0 0 億円
特別高額医療費共同事業創設 6 0 億円

国保の構造的問題は解決されたか

・被用者保険と国民健康保険との間での格差は温存された

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合
保険者数 (平成27年3月末)	1, 716	1	1, 409	85
加入者数 (平成27年3月末)	3, 303万人 (1,981万世帯)	3, 639万人 〔被保険者2,090万人 被扶養者1,549万人〕	2, 913万人 〔被保険者1,564万人 被扶養者1,349万人〕	884万人 〔被保険者449万人 被扶養者434万人〕
加入者平均年齢 (平成26年度)	51. 5歳	36. 7歳	34. 4歳	33. 2歳
65～74歳の割合 (平成26年度)	37. 8%	6. 0%	3. 0%	1. 5%
加入者一人当たり 医療費(平成26年度)	33. 3万円	16. 7万円	14. 9万円	15. 2万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成26年度)	86万円 〔一世帯当たり 144万円〕	142万円 〔一世帯当たり(※3) 246万円〕	207万円 〔一世帯当たり(※3) 384万円〕	230万円 〔一世帯当たり(※3) 451万円〕
加入者一人当たり 平均保険料 (平成26年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8. 5万円 〔一世帯当たり 14. 3万円〕	10. 7万円<21.5万円> 〔被保険者一人当たり 18.7万円<37.3万円>〕	11. 8万円<26.0万円> 〔被保険者一人当たり 22.0万円<46.3万円>〕	13. 9万円<27.7万円> 〔被保険者一人当たり 27.2万円<54.4万円>〕
保険料負担率(※5)	9. 9%	7. 6%	5. 7%	6. 0%
公費負担	給付費等の50% ＋保険料軽減等	給付費等の16. 4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助(※7)	なし
公費負担額(※6) (平成28年度予算ベース)	4兆3, 319億円 (国3兆958億円)	1兆1, 781億円 (全額国費)	381億円 (全額国費)	

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合
保険者数 (令和6年3月末)	1,716	1	1,380	85
加入者数 (令和6年3月末)	2,309万人 (1,590万世帯)	3,954万人 〔被保険者2,521万人 被扶養者1,433万人〕	2,803万人 〔被保険者1,668万人 被扶養者1,135万人〕	979万人 〔被保険者576万人 被扶養者402万人〕
加入者平均年齢 (令和5年度9月末)	54. 0歳	38. 9歳	36. 1歳	35. 3歳
65～74歳の割合 (令和5年度)	43. 8%	8. 2%	3. 6%	3. 5%
加入者一人当たり 医療費(令和5年度)	41. 7万円	21. 0万円	19. 3万円	20. 0万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (令和5年度)	99万円 〔一世帯当たり 145万円〕	182万円 〔一世帯当たり(※3) 286万円〕	253万円 〔一世帯当たり(※3) 425万円〕	244万円 〔一世帯当たり(※3) 413万円〕
加入者一人当たり 平均保険料 (令和5年度)(※4) 〈事業主負担込〉	9. 3万円 〔一世帯当たり 13. 6万円〕	13. 0万円 <26.0万円> 〔被保険者一人当たり 20.5万円 <40.9万円>〕	14. 4万円 <31.4万円> 〔被保険者一人当たり 24.1万円 <52.8万円>〕	14. 8万円 <29.5万円> 〔被保険者一人当たり 25.0万円 <50.0万円>〕
保険料負担率	9. 3%	7. 2%	5. 7%	6. 1%
公費負担	給付費等の50% ＋保険料軽減等	給付費等の16. 4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への補助	
公費負担額(※5) (令和7年度予算ベース)	4兆552億円 (国2兆9, 190億円)	1兆1, 871億円 (全額国費)	1, 253億円 (全額国費)	

新地域医療構想 2028年度～

- 新地域医療構想は医療計画の上位の行政計画
- 入院に事実上限定していた従来の地域医療構想と比較して、地域医療・在宅医療、介護までを視野に入れた2040年の地域医療のあるべき姿を構想
- 法律上は医療計画と違って6年ごと（3年ごとの中間見直し含む）の見直し規定はない
- 従来の病床機能毎の病床数の目標ではなく、医療機関毎の機能を定めて医療機能の分化・連携を促す（医療機関機能報告）
- 病床数目標を定めてはいないが将来の病床数の目標を示す

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ (地域医療構想策定ガイドライン骨子)の概要

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

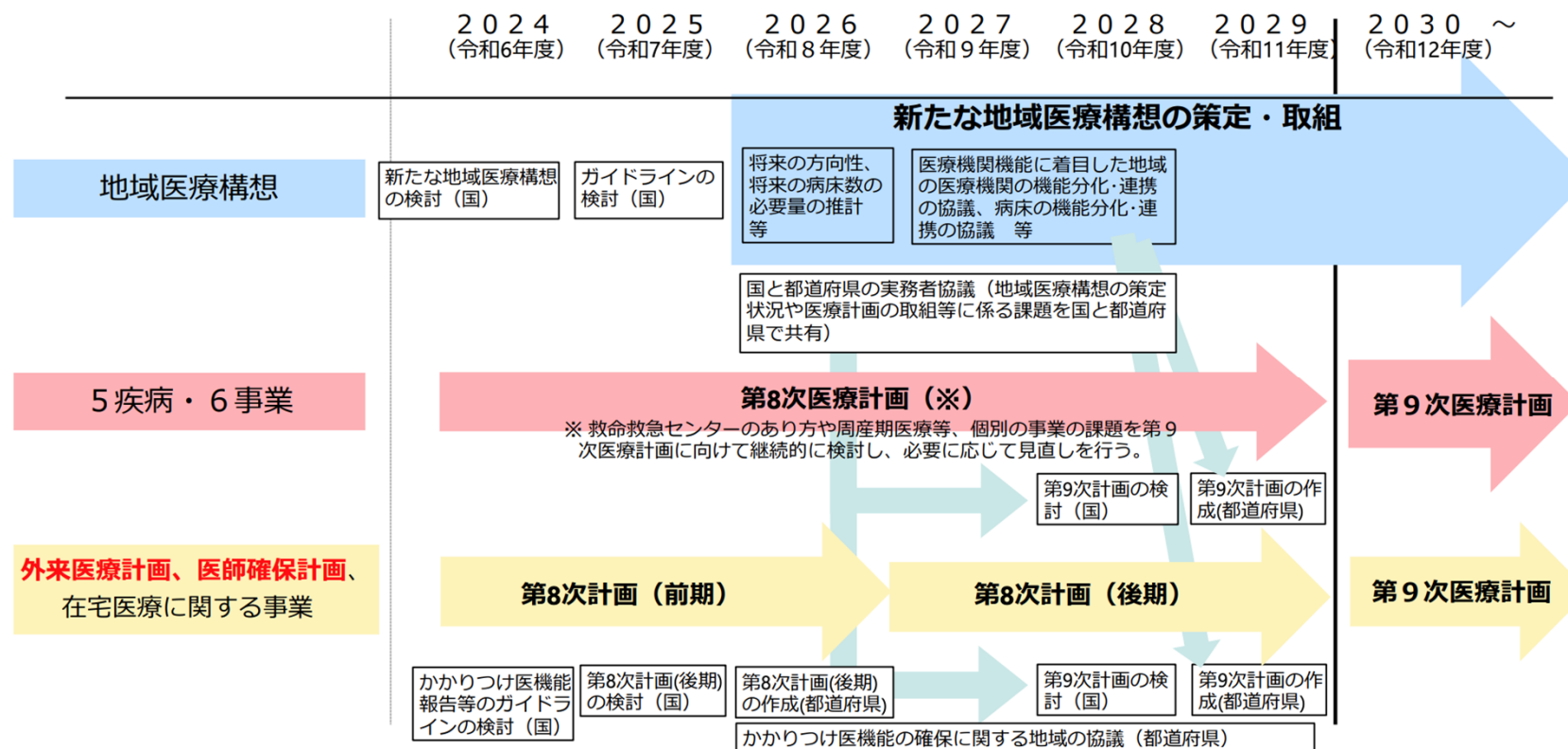
※令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成

※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

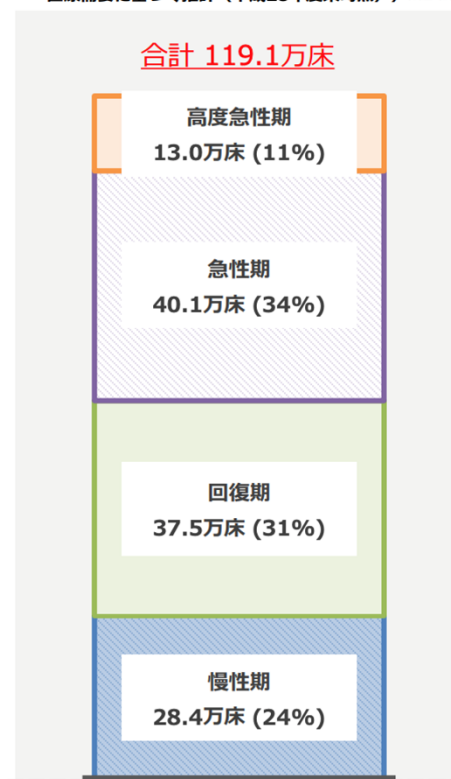
令和6年12月3日新たな地域医療構想等に関する検討会資料(一部改)

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。

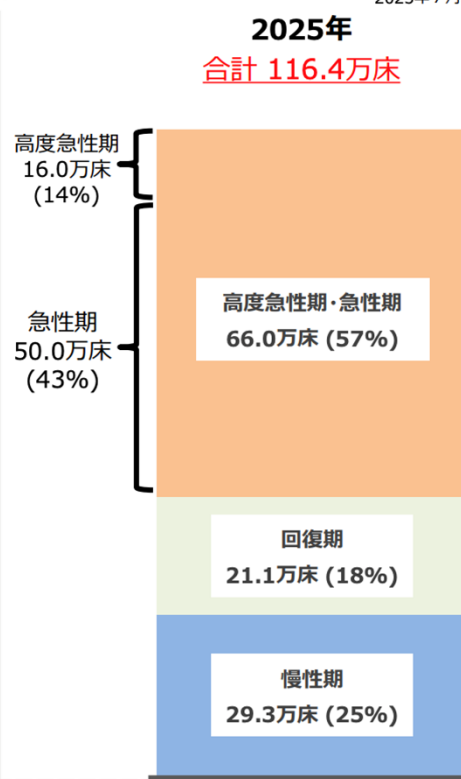


2025年度病床機能報告について

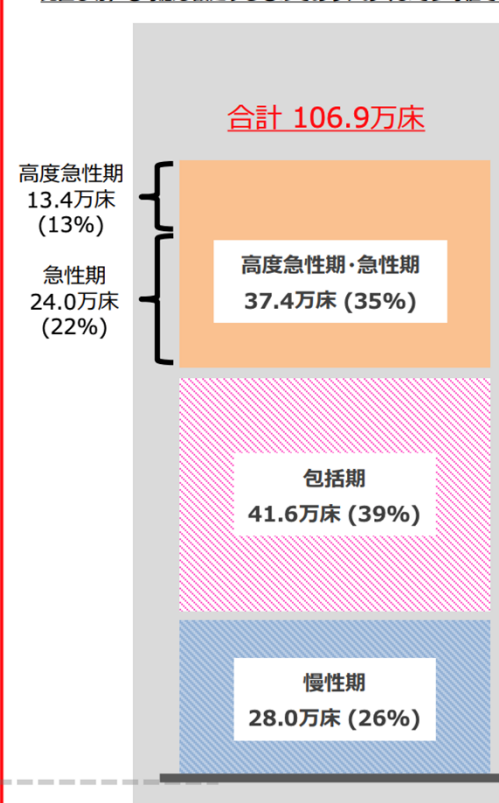
2025年の病床数の必要量
 (入院受療率や推計人口から算出した2025年の
 医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※2 ※4



2025年度病床機能報告
 (各医療機関が病棟単位で報告) ※4
 2025年7月時点



2040年の病床数の必要量の機械的試算
 (2028年度(令和10年度)末までに、都道府県が地域の实情(構想区域の
 見直し等)も考慮し設定するものであり、あくまで参考値である点に留意) ※3 ※4



出典：2025年度病床機能報告

- ※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
- ※2：平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ、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(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
- ※3：令和6年度(2024年度)のNDBのレセプトデータ、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(令和5年(2023年)推計)』等を用いて、現在の構想区域(令和6年度)を前提に機械的に試算したもの
- ※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

わが党の国保改革の提案

- 1兆円を投入して応益割（均等割、平等割）を無くす。

さいたま市の例		
前年所得：給与所得300万円 年齢：42歳		
		党の提案
医療分	239,600	196,300
後期高齢者支	85,000	70,100
介護納付金分	77,000	60,900
子ども・子育て	8,300	6,682
計	409,900	333,982

- 差押えなど強権的な取り立てをやめさせる
- 自治体独自の負担軽減に取り組む

生存権を脅かす強権的な差押えをやめさせるために

- 生存権を脅かす乱暴な差押えは規制されている（資料P13～）
特別療養費（窓口10割負担）切替前に滞納解消の取組実施を義務づけ
- 2000年に導入された保険証取り上げ義務はマイナ保険証導入時に見直し（資料P18～）

自治体独自の保険料の引き下げをどう実現するか

- 完全統一前であれば市町村の国保特会基金を活用しての保険料引き下げは可能(資料P12)
- 国民健康保険法第77条等にもとづく保険料等軽減（同P25～）
 - 地方税法第717条（水利地益税等の減免）地方団体の長は、天災その他特別の事情がある場合において水利地益税等の減免を必要とすると認める者、貧困に困り生活のため公私の扶助を受ける者その他特別の事情がある者に限り、当該地方団体の条例の定めるところにより、当該水利地益税等を減免することができる。但し、特別徴収義務者については、この限りでない。
 - 国民健康保険法第77条（保険料の減免等）市町村及び組合は、条例又は規約の定めるところにより、特別の理由がある者に対し、保険料を減免し、又はその徴収を猶予することができる。
- 国保の赤字削減・解消計画との関係はどうなっているか（同P32～）