社保協国保学習会

民医連の手遅れ死亡事例調査が示すもの

2024年6月1日（土）
全日本民医連
事務局次長　山本淑子

はじめに
～民医連が手遅れ死亡事例にとりくみ始めたきっかけ

- 2005年～国保短期証、資格証明書の発行が増加
- 各地から、受診を控えたために手遅れで死亡する事例報告あり
- 実態を明らかにして、問題点を告発するために調査を実施
- 大本に、暮らしを圧迫する国保の保険料負担の重さ
- その後、国保だけでなく、社保、後期高齢者医療でも…
- 保険証を持っていても、窓口負担の重さで受診のためらい、手遅れになる事例が後を絶たない
- 継続して毎年調査し、記者会見を実施
- 今年は全県連で実施を呼びかけ

１．2023年の手遅れ死亡事例の特徴

- 救急搬送が例年に比べて突出して多い
  ⇒ぎりぎりまで我慢していたことが推察できる

- 共同組織、何でも相談や食糧支援からの紹介はゼロ
  ⇒民医連のアウトリーチが、まだ不十分か

- 大阪の手遅れ死亡調査記者会見では、食糧支援のアンケート結果に保険証がない手遅れ事例の予備軍

これまでになかった特徴的な事例

- 後期高齢者医療制度の窓口負担2割で手遅れが2事例

- 生活保護利用者でクーラーなく熱中症で死亡の事例

国民皆保険制度の日本に無保険者がいる事実

- 経済的困窮が医療へのアクセスを阻む
- 保険料が納められない人、窓口負担が困難な人を排除
- **国民皆保険制度**なら、金のあるなしに関わらず、**すべての国民に必要な医療を提供する**ための仕組みを構築すべき
- 同時に、医療だけではいのちを守れない
- 非正規雇用など低所得者、低年金の高齢者などの生活保障→社保協の出番

抜粋

２０２３年経済的事由による手遅れ死亡事例調査概要報告

２０２４年3月１９日

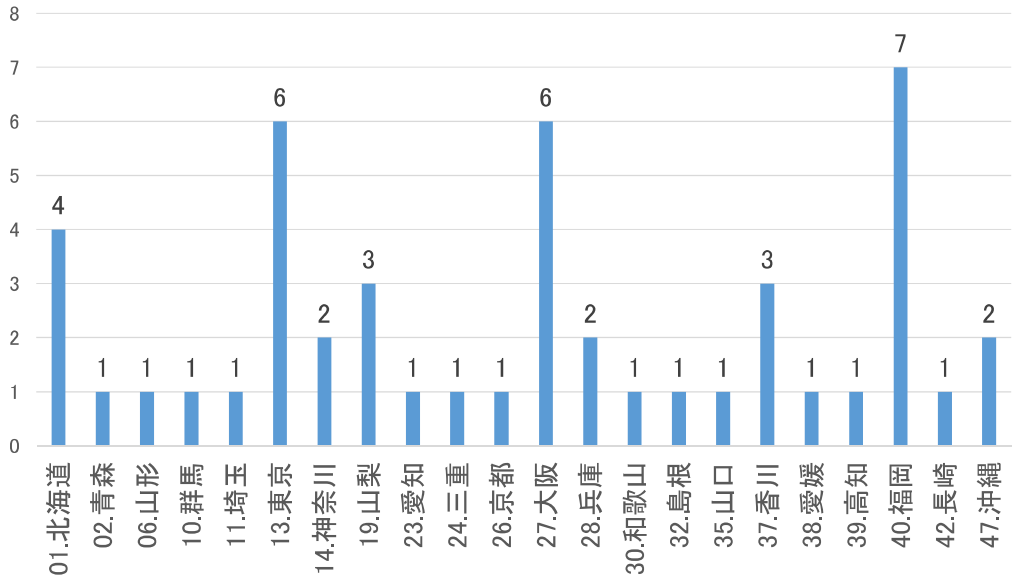
全日本民主医療機関連合会

問合せ　　ＴＥＬ．０3-５８４２－６４５１

社保運動・政策部　　担当　山本・久保田・正森

6

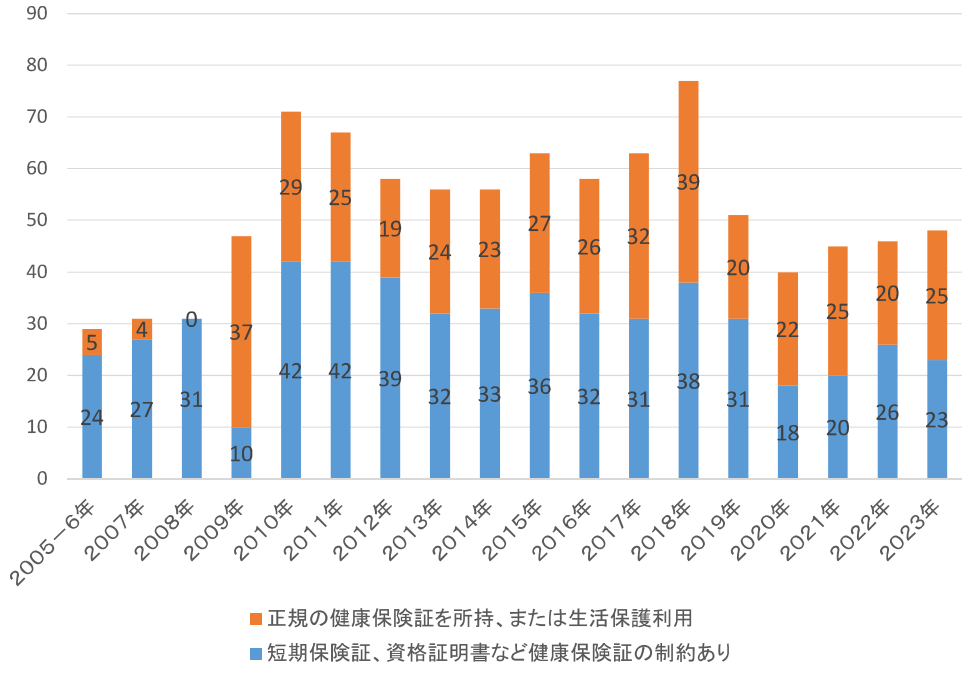
都道府県別事例数



22都道府県連　　48事例

7

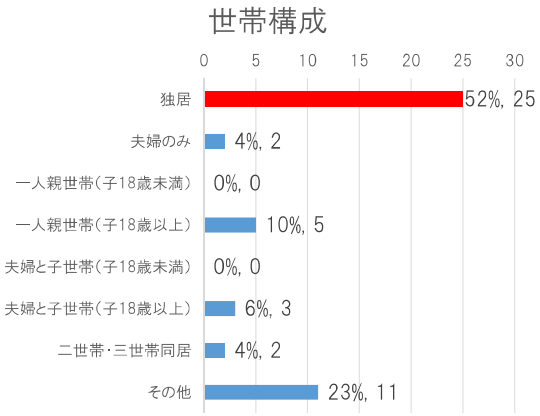
事例数の経年的推移

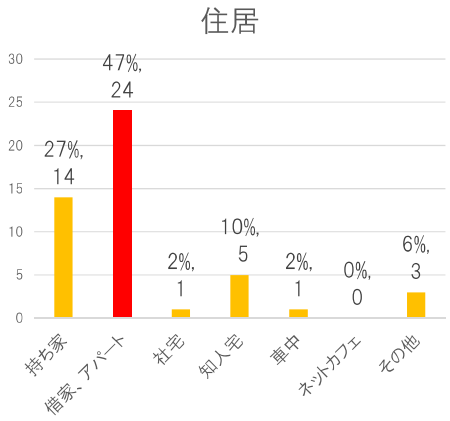


8

世帯構成と住居

- 世帯構成は、独居が最も多く、２５件、５２％を占めた。
- 世帯構成の「その他」１１件は、内縁者・兄弟・姉妹や知人等との同居等。
- 借家・アパートは社会的に孤立しやすい傾向にある。（２４件、４７％）
- 「独居」＋「借家・アパート」の両方に該当する人は20件（43％）
- 住居の「その他」１件はホームレスだった。
- ７５歳以上の男性、独居の事例は６件だった。

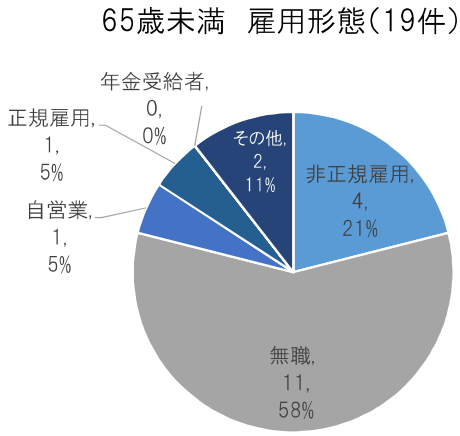


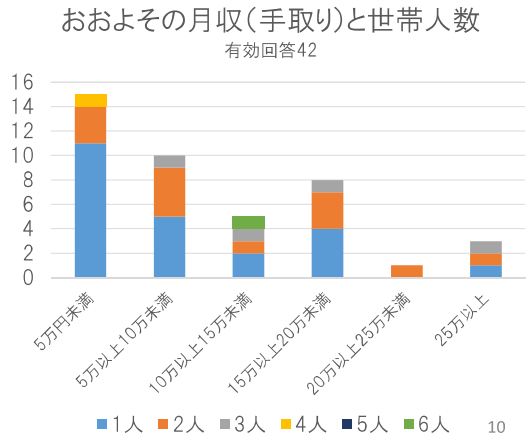


9

雇用形態、主な収入と経済状況

- 65歳未満（19件）に絞った雇用形態では、本人が非正規雇用は21％（前年17％）
- 無職は５８％（前年７８％）を占め、最も多かった。
- 世帯収入が５万円未満は１５件、5万円以上10万円未満は10件で６割を占めた。

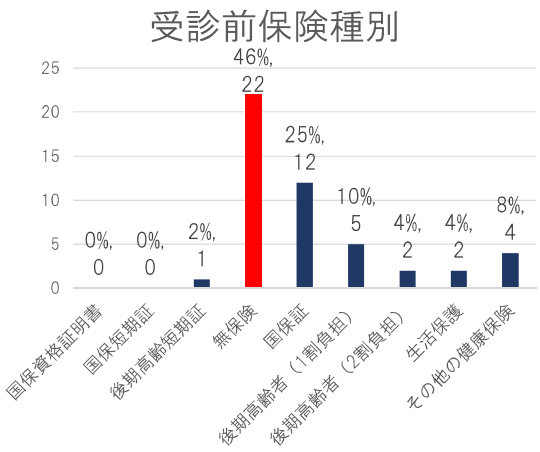


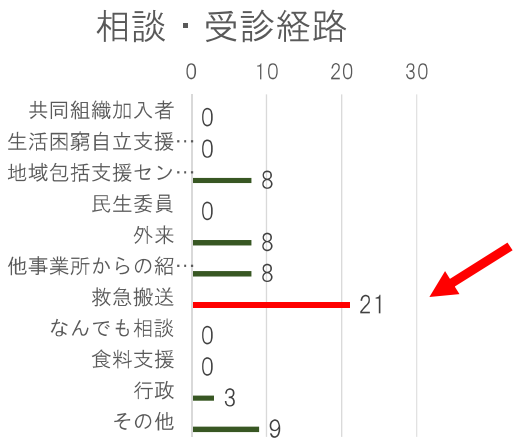


10

受診前の保険情報と通院状況

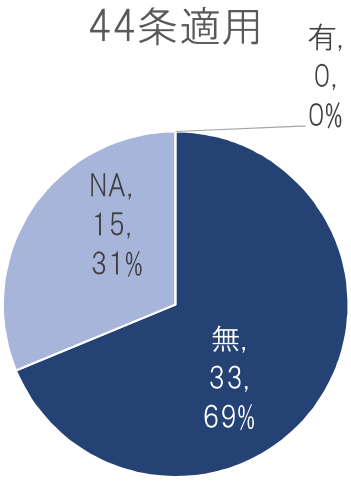
- 資格証明書は0件だった。無保険は22件（46%）を占めた。
- 一方で、正規の保険証、及び短期保険証が24件（49%）あった。保険証を所持していても、窓口負担等が理由で受診できない実態が伺える。
- 相談・受診にいたった経路は、「救急搬送」がもっとも多く２１件だった。これらの事例は、困窮から受診を我慢し、限界に達した事例。





国保法４４条の適用状況

- 国民健康保険法第44条とは、医療費の窓口一部負担金における減免制度。（同法77条は、保険料の減免制度）
- 44条が適用された事例は、０件だった。
- 医療を受ける権利は基本的人権であり、経済的な事由で医療を受ける権利が損なわれることがあってはならない。
- 国保法44条は、経済的困窮者の医療を受ける権利を保障するための建付けのはず。
- しかし、実態は制度利用につながらず、窓口負担が受診控えの大きな要因となっている。



国保法44条を必要とする人が、いつでも安心して活用できるよう、運用を見直し、困窮者が受診をためらうことがない制度運用への改善が必要です。

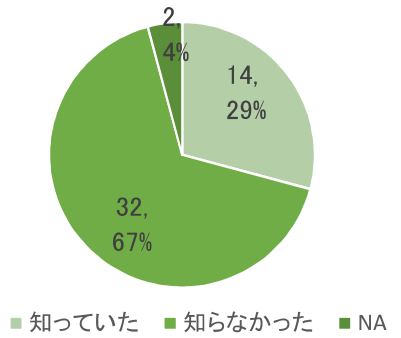
12

無料低額診療事業の利用状況

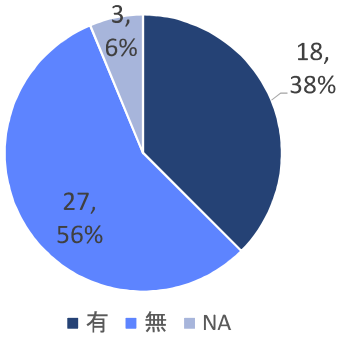
- 無料低額診療事業を知っていて受診した方は１４件で29%だった。（2020年26%、2021年２５%、2022年39%）地域の医療機関や役所、地域包括支援センターなどからの紹介、自らインターネット等から調べて、受診につながった等。引き続き、制度の周知が重要。
- 民医連の無料低額診療事業実施事業所は４６４施設

病院１２４、診療所２７４、歯科診療所３６、老健は３０施設（２０２２年１月現在）

無料低額診療事業を知っていて受診したか



無低の利用



後期高齢者医療２割負担の死亡事例

【事例】29『経済的不安から専門科受診を自己中断したがん患者』

【80代・男性・独居・借家、アパート・後期2割】

- 30年前に離婚、子2人といずれも疎遠
- 公務員→家業→工場→トッラク運転手
- 2023年1月にかかりつけのクリニックで膵がんを指摘され、専門科での治療を勧められ、紹介先の医療機関で金銭的な理由で自己中断。
- 入院になれば高額になると思い入院をあきらめた。
- 子ども2人を呼び、病態を伝え、「一日でも早くあの世に行きたい」と自宅で寝て過ごしていたが痛みが増悪し、救急車にて当院を受診。
- 子どもたちに金銭的負担はかけたくないと語っていた。MSWから医療費・経済的な心配に相談にのると伝え、入院に同意した。
- 入院治療を開始するも、膵体部がんstageⅣ、多臓器転移の診断。
- 入院から約20日後に永眠される。
- 子どもは相続放棄したため入院は請求不可となった。（146,990円）

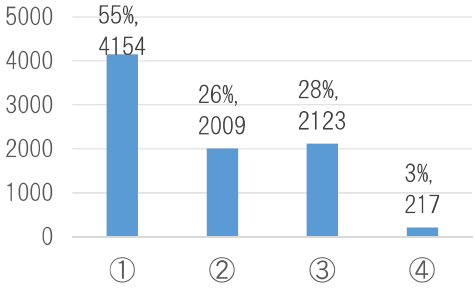
→年金は生活保護基準の140%を上回っていたが、医療費への不安が大きく、受診控えとなった。

全日本民医連調査　2023年3月発表資料より

75歳以上で2割になった人　配慮措置について（複数回答可）

項目	回答件数	%
①手続きしていない	4154	55%
②手続きは済んだ	2009	26%
③手続きの仕方が分からない	2123	28%
④手続きが煩雑で戸惑った	217	3%

手続きをしていない人で、手続きの仕方が分からない人		
①手続きをしていない 4,154	②手続きの仕方が分からない 2,123	51%



激変緩和のために、3年間に限り、1カ月の負担が3千円以上増えない配慮措置が講じられた。
医療費（総額）が増加した分のうち、3千円を超えた分は償還払いとなるが、受け取るためには、高額療養費の手続きが必要とされている。
しかし、手続きしたのは、わずか26%
しかも、手続きをしていない55%のうち、約50%の人が手続きの仕方が分からないと回答

配慮措置の期間の間に、高齢者の収入は上がるどころか、マクロ経済スライドにより、年金収入は上がることはありません。高齢者の命を奪う、人権侵害の2割負担は、ただちに中止し、1割に戻す以外にありません。

生活保護受給者の熱中症
～エアコンが買えない生活保護受給者～

【事例】7『生活保護で真夏にエアコンが買えず、熱中症、脱水にて入院したがその後死亡された』

【70代・男性・独居・持ち家・生活保護】

- 7/19受診「エアコン無いので扇風機だけ。暑すぎて食欲がない」と話される。異常な暑さが続いておりエアコンがないと危険。
- 生活保護担当者に相談するが「社協の生活福祉資金を利用して購入できるが毎月3,000円を保護費から引かれる。取り付けは2か月後になる」との返答。
- 本人は「3,000円引かれると生活が苦しいからエアコンはあきらめる」と我慢された。
- 7/20受診。食欲さらに低下。脱水気味で点滴施行。入院を勧めるも拒否。
- 7/21本人から「シビレがあり動けないから受診しない、迎えも来なくていい」と連絡あり。
- 生保担当と市の包括に連絡し、様子を見に行ってもらったところ、ぐったりしており、受診を説得。診療所に受診となる。
- 熱中症で自宅は危険なため、入院を説得。何とか入院を受け入れられ入院。その後、いったん回復するが急変し死亡した。

→生活保護の方がエアコンがない、買いたくても買えない問題。毎年夏が来るたびにこの問題に悩まされる。市に相談してもまるで他人事。現実に同じような方が何人もいる。

16

生活保護とエアコン問題

- 2018年6月27日付、厚労省社会・援護局長発の「生活保護法による保護の実施要領について」の一部改正について（通知）により、2018年4月以降、生活保護を受給した方に対して、一定の条件を満たす保護世帯に、エアコン購入費の支給を認める方向に転じた。（上限6万2千円、設置費は別途、上限支給あり）
- しかし、2018年4月以前から生活保護を受給していた世帯は、対象外となっている。（厚労省：保護費をやりくりして購入すべき）
- 2023年5月～9月の熱中症による救急搬送は、９１，４６７人（総務省　消防庁 調べより）
- 生命を奪うほどの酷暑。「保護費をやりくり」ではなく、生命を守るための対策が求められている。
- 熱中症にかかわる医療等のコストの観点からも、そして何より人権及び人道的にも生活保護受給者のエアコン設置は広く認めるべきである。

17

窓口負担が受診をためらわせる
～障害を抱える家族を支え、自身は受診控えに～

【事例】17『経済的不安と本人の治療に対する気力や積極性がなく、受診時には肝硬変など複数疾患が見つかった事例』

【40代・女性・持ち家・非正規雇用】

- 母・兄と3人暮らし。母は認知機能の低下が顕著。本人が日常生活を介助。兄は精神疾患あり、身の回りのことはできるが、母の介護は難しい。本人は非正規雇用で物流関係の仕事をしていた。
- 母の介護相談時に地域包括の職員が同席した娘の体調が見るからに不良と判断し受診へ。
- 本人は受診は拒否傾向であったが、経済的困窮がみえたので、無料低額診療事業が利用できることを紹介。
- 検査の結果、子宮筋腫、肝硬変、大動脈弁二尖弁（にせんべん）の診断。原発性胆汁性肝硬変疑いもあり、他院へ紹介となる。
- 無料低額診療事業のない病院への紹介のため、本人は経済的な理由で拒まれたが説得。
- 生活保護申請も行くことができ、自身の治療を優先する考えも持つことができた。（結果的には、生命保険を活用して医療費を賄うことができた）
- 今後の受診を考えていた矢先に、心肺停止で当院に救急搬送され死亡。

→本人は家族を大事にしていた。自身の体調不良を感じていたが、経済的な理由で、受診控えが続いた。社会との関係の希薄であったことも受診につながらなかった要因となった。

18

正規保険証所持者の中断、未受診の理由

- 医療費の窓口負担が払えない或いは、医療費への不安を理由に治療の中断や未受診となっている。

→先進国の多くは、医療費の窓口負担は無料か低額となっている。
＝『受療権の保障』一方、日本では窓口負担を増やし続けている。

→国保法44条を活かした一部負担金の減免が求められる。今回の調査で、国保法44条に基づく窓口負担の減免が適用された事例は0件であり、困窮者への医療が公的に保障されていない。

→窓口負担は、お金が無ければ医療にかかることができない仕組み。さらに、国保法44条の不履行、生活保護申請窓口での水際作戦等により、公的に貧しい人の受療権が保障されていない実態がある。

19

無保険が受診をあきらめさせる
～年金収入だけでは医療にかかれない～

【事例】２『保険料が払えず無保険、過去にがん治療を医療費の問題で断念し、その後がんが進行、手遅れになった事例』

【70代・男性・独居・持ち家・年金受給者・無保険】

- 2年前に他院に受診したところ、すい臓がんと診断された。この時も無保険で姉が保険料の一部を負担し、短期保険証を発行してもらっている。
- 抗がん剤治療を開始したが、1回につき5万円が必要で、それが支払えず1回で終了。その後、受診も中断。
- 地域の健康推進員が本人宅を訪問したところ、衰弱している本人を発見。地元の集落で唯一の診療所が臨時に訪問診療を行った。訪問した医師が過去に民医連の病院で働いていた経験があり、経済的な困窮を知り、無料低額診療事業を実施している最も近い病院を探したことで当院への受診につながった。
- 2時間かけて救急搬送となり、入院時脱水症で非常に衰弱していた。すでにすい臓がんの末期の状態。
- 本人の姉に保険料の一部負担をお願いし、短期保険証を発行してもらった。窓口一部負担金の分は、無料低額診療事業で対応した。
- 最後は自宅に帰りたいという強い希望があった。
- 持ち家ありの年金10万円弱は、生活保護基準以上の収入だったが、生活保護を申請。
- 早急に審査にかけ、医療費の自己負担も発生しない決定をしてくれたが、年金支給日の前日までの保護決定であった。
- 地元の診療所の協力で自宅退院を果たし、退院後、25日目に死亡。

→抗がん剤治療を続けることができれば予後は変わっていたはず。

→保険料支払うことができない国民に対しても、保険証をもれなく発行すべき。

20

無保険に至る経緯（事例から）

- 被用者保険加入者が退職（解雇）後、経済的に国保料が支払えない。
- 非正規雇用者の失業（非正規雇用で働いている時点で無保険のケースも多い）
- 借金（連帯保証人）返済により国保料が支払えない
- 定まった住居も住民票登録もない。
- 住居の喪失
- 生活保護廃止後、国保加入手続きがされない

21

まとめ①

1. 困窮者の「無保険」は、医療を諦めさせ、セーフティーネットからこぼれ落ちる。無保険者を作らせない抜本的な対策が必要。
2. いくらかかるか分からない医療費の窓口負担は、経済的にゆとりのない人にとって「不安」でしかない。受診を我慢させ、手遅れにつながっている。窓口負担はなくすべき。（窓口負担の引き上げ政策はストップを）
3. 低年金による高齢者の貧困は深刻（生活保護捕捉率2割）。低年金から医療費を捻出することが困難（人権侵害）。受診抑制を拡大させる75歳以上医療費2割化は、ただちに1割に戻すこと。
4. 最後のセイフティーネットである生活保護におけるスティグマの問題は、極めて深刻である。困窮者に生活保護の受給を勧めても拒否する事例があとを絶たない。加えて、生活保護行政において「水際作戦」が依然として行われている。申請者の障壁となっている扶養照会を止めること。特に「自動車の保有」を理由に申請を諦めさせる事例は少なくない。自動車が生活必需品に当たる場合は、広く保有を認めるべきである。最後のセーフティーネットとして、申請手続きを簡素化し、誰もが必要な時にためらわずに利用できる制度に

22

まとめ②

5. 困窮に陥っても、安心して必要な医療が受けられるよう十分な施策を

- 医療費窓口負担の減免（国保法４４条）、保険料の減免（国保法７７条）、の適用範囲の拡充や申請手続きの簡素化など
- 国保料の引き上げにつながる、国保料の統一化と、一般会計から繰り入れを行っている市町村への交付金減額のペナルティーをやめること。
- 減らし続けてきた国保の国庫負担をもとに戻し、高すぎる国保料を払える保険料に見直すこと。
- 資格証明書の発行をやめ、全ての人に健康保険証を交付すること。

23

2．厚労省交渉で改めて明らかになった問題点

- 今回は事例をまとめた時点で、記者会見前の3月8日に厚労省交渉を実施

厚労省側の出席者

社会・援護局保護課
　保護係長、基準係、保護係員
保険局高齢者医療課
　企画法令係
保険局国民健康保険課
　企画法令係

厚労省交渉での要請事項と回答

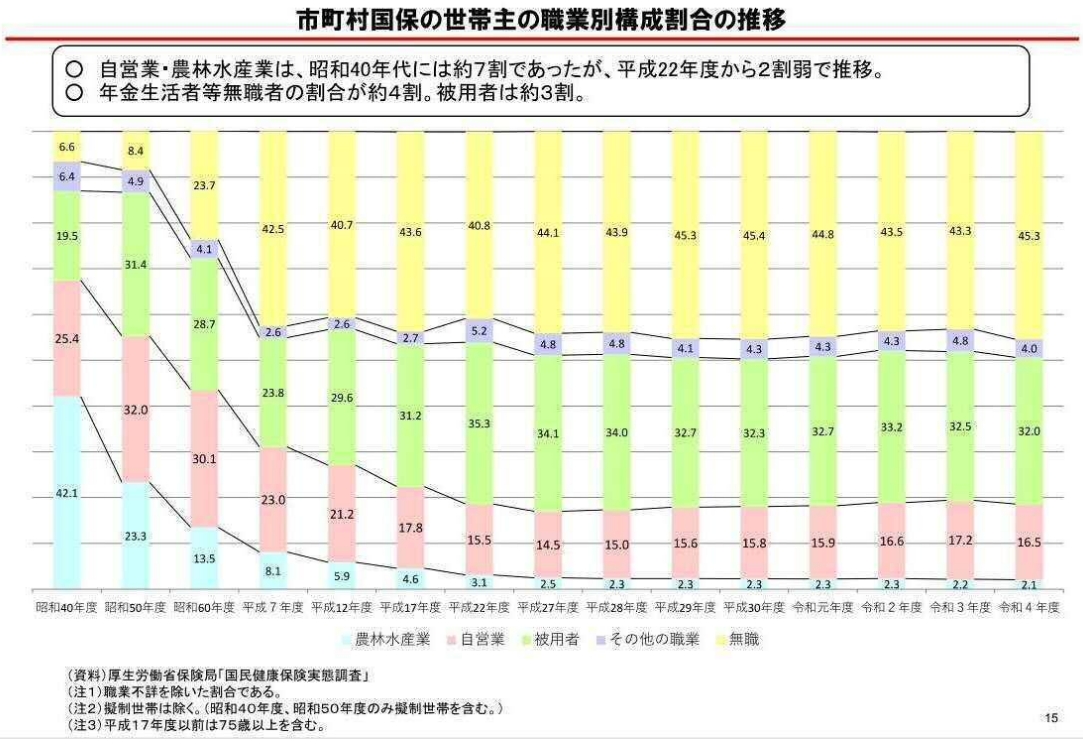
【要請事項】

1．困窮等により保険料を支払うことができず、無保険状態となって死亡した事例が寄せられた。無保険状態を作らない制度改善が必要である。

1）支払能力に応じた国保料（税）とすること。そのために、全国知事会も求めている国庫負担を大幅に増やし、国保料（税）を大幅に引き下げること。

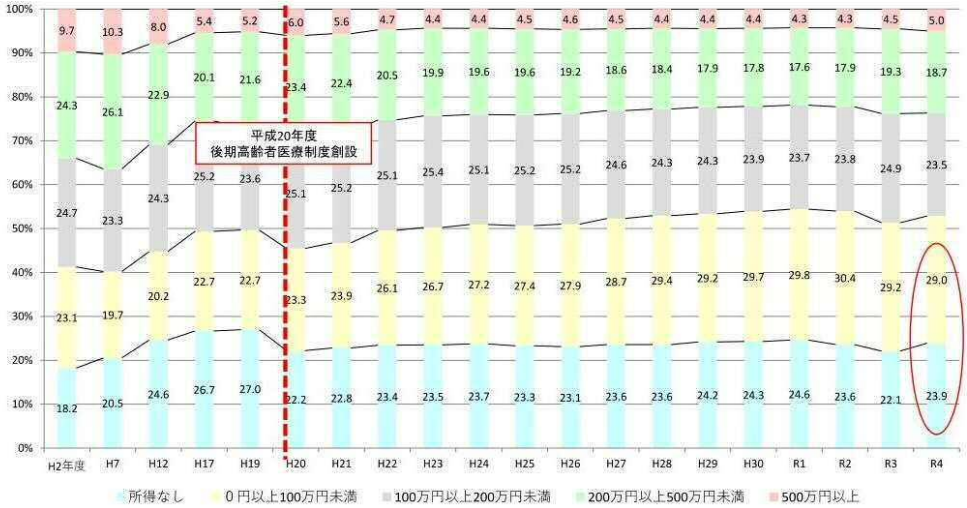
【回答】

- 国民健康保険は、**年齢構成が高く所得水準が低い被保険者の加入が増加し、構造的な課題が生じている。**市町村国保は保険給付費の5割が公費負担で、低所得世帯に対し最大7割軽減する制度を設けており、**他の制度よりも公費を手厚く投入している。**
- 平成30年度の国保改革で、毎年約3400億円の財政支援
- 子育て世代の経済的負担軽減、令和4年度から未就学児の均等割り保険料を半額に、今年1月からは出産した被保険者の産前産後期間相当分の保険料を免除



世帯の所得階層別割合の推移

令和4年度において、加入世帯の23.9%が所得なし、29.0%が0円以上100万円未満世帯である。
※「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。



（注1）国民健康保険実態調査報告による。
（注2）擬制世帯、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が創設され、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（基礎控除前）である。

16

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（令和4年3月末）	1,716	1	1,388	85	47
加入者数（令和4年3月末）	2,537万人（1,690万世帯）	4,027万人（被保険者2,507万人 被扶養者1,519万人）	2,838万人（被保険者1,641万人 被扶養者1,197万人）	869万人（被保険者477万人 被扶養者392万人）	1,843万人
加入者平均年齢（令和3年度）	54.4歳	38.7歳	35.7歳	33.1歳	82.9歳
65～74歳の割合（令和3年度）	45.2%	8.2%	3.5%	1.6%	1.6%（※1）
加入者一人当たり医療費（令和3年度）	39.5万円	19.4万円	17.1万円	16.7万円	94.0万円
加入者一人当たり平均所得（※2）（令和3年度）	93万円（一世帯当たり140万円）	169万円（一世帯当たり（※3）272万円）	237万円（一世帯当たり（※3）408万円）	252万円（一世帯当たり（※3）458万円）	88万円
加入者一人当たり平均保険料（令和3年度）（※4）〈事業主負担込〉	8.9万円（一世帯当たり13.5万円）	12.2万円〈24.4万円〉（被保険者一人当たり19.6万円〈39.2万円〉）	13.5万円〈29.5万円〉（被保険者一人当たり23.2万円〈50.8万円〉）	14.2万円〈28.5万円〉（被保険者一人当たり25.9万円〈51.8万円〉）	7.6万円
保険料負担率	9.6%	7.2%	5.7%	5.6%	8.6%
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6年度予算案ベース）	4兆1，353億円（国2兆9，819億円）	1兆1，344億円（全額国費）	1，253億円（全額国費）		9兆3，232億円（国5兆9，227億円）

（※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。
（※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「分離課税所得金額」を加えたものを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。）
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（令和3年度税制に基づき算出）。
（※3）被保険者一人当たりの金額を指す。
（※4）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。
（※5）介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

24

厚労省交渉での要請事項と回答

【要請事項】

２） 資格証明書並びに短期保険証は廃止し、正規の健康保険証を交付すること

【回答】

- 国民健康保険は被保険者の**相互扶助**によって成り立つ
- 保険料収納が制度の安定的な運営や**被保険者間の負担の公平を図る**観点で極めて重要と考える

厚労省交渉での要請事項と回答

【要請事項】

２．健康保険証を所持していても、医療費窓口負担が支払えない、あるいは負担額が不安との理由から治療の中断や未受診により死亡となった事例が寄せられた

１）生活困窮者の受療権を保障するため、医療費窓口負担はゼロを目指すこと

【回答】

- 医療費窓口一部負担金は、**療養の給付を受ける被保険者と健康な被保険者間での公平を保つことが目的**で導入されている
- 負担が過大になった場合は高額療養費制度なども利用
- 国民健康法に基づいて、特別な事情が認められる者に対して、保険者は一部負担金の減免などができる

後期高齢者2割負担の事例についての要請

【要請事項】

3．自己負担2割の後期高齢者医療の高齢者が、医療費負担に不安を抱え、受診を控えた結果、手遅れとなり死亡した事例があった

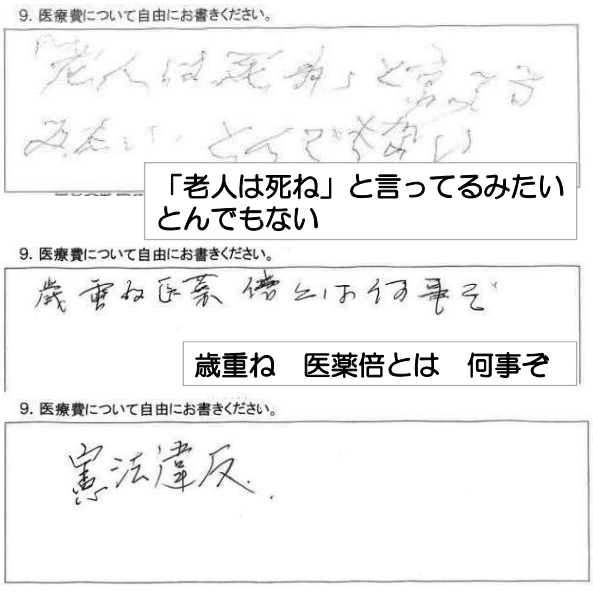
1） 後期高齢者医療費窓口負担2割は中止し、ただちに1割に戻すこと

【回答】

- 高齢化が進む一方で、現役世代が減少している。**全ての国民が年齢にかかわりなく、能力に応じて社会保障を公平に支えあい**、制度の持続可能性を高めあうことが重要
- 必要な受診が抑制されないよう、施行後3年間、配慮措置を講じている

75歳2割化アンケートに寄せられた声

- 切り詰める物がないので、もうこれ以上、上がらないで欲しい
- 2割でこんなに負担になるとは考えてます。高齢ですのでタクシーが利用できなくなると病院にも通う事が出来ない
- 医療費は安い方が助かるが、国の財せいも心配です
- 高齢者よりも若者の負担を減らしてほしい
- 出産ヒ用50万。老人の保険から・・・・



生活保護利用者の熱中症の事例についての要請

【要請事項】

3．生活保護受給者の住居のエアコンが故障し、酷暑の中、衰弱して死亡した事例が報告された。エアコン設置・修理等に関して、改善を求める

1） 2018年4月以前から生活保護を受給している世帯も含め、現にエアコンがない、あるいは故障しているすべての生活保護受給世帯を対象に、購入費・設置費用、または修理費を支給すること

【回答】

- 生活保護制度において、エアコンを含め**日常生活に必要な生活用品は、保護費のやりくりによって計画的に購入していただく**こととなっている
- 一方、保護開始時にエアコンがない場合、真にやむを得ないと認められた場合は、一定の範囲でエアコン購入費を支給することを可能としている
- 以上の考えから、**支給対象の拡大は困難**だと考えている

3．何が問題か～急がれる国保改善の課題

- **保険証がないこと**が、いかに医療へのアクセスを阻害するか

  異常に高い国保保険料が暮らしを圧迫
  →今日、明日の食事、住まいの確保と
  疾病の悪化＝いのちとの両天秤

- 窓口での**一部負担金**、特に**薬代の重さ**

  糖尿病の治療、癌治療、コロナの薬……
  無料低額診療事業でも救いきれない

国保運営方針の改定に向けたガイドラインの見直し①

○　各都道府県において、令和６年度以降の国保運営方針の策定が円滑に進むよう、直近の法改正等を踏まえ、国のガイドライン（通知）を以下のとおり見直した。

国保運営方針の策定

（対象期間の考え方を明確化）

○　医療費適正化計画や医療計画等の他の都道府県が策定する計画の期間と整合性を図る観点から、国保運営方針は**「おおむね６年」ごとに定める**こととする。（国保法第82条の２第１項）

（検証・見直しの考え方を明確化）

○　国保運営方針に基づく取組の状況を**おおむね３年ごとに把握・分析し、評価を行うこと**で検証。その結果に基づいて国保財政の安定化、保険料水準の平準化の推進等のために**必要があると認めるときは、国保運営方針の見直しを行う**こととする。（国保法第82条の２第６項）

（各種計画との整合性に配慮）

○　国保運営方針の「国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し」の項目に「医療計画」における医療需要と将来の病床の必要量を記載するなど、当該計画と関連する箇所における記述の要旨又は概要を、国保運営方針の関連する箇所に再掲することも差し支えないこととする。

保険料水準の統一

※令和６年４月から新たに必須記載事項（国保法第82条の２第２項第２号）

（統一の意義を明確化）

○　**保険料水準の統一を進めることは、国保財政の安定化や被保険者間の公平性の観点から重要**。具体的には、特に小規模な保険者で高額な医療費が発生した場合の年度間の保険料変動が抑制されるほか、県内で同じ所得水準・世帯水準であれば同一保険料水準となり公平性が確保される。

（統一の定義・方法を提示）

○　同じ所得水準・世帯構成であれば同じ保険料とする「**完全統一**」と、各市町村の納付金に医療費水準を反映させない「**納付金ベースにおける統一**」の大きく２種類。**将来的には「完全統一」を目指すのが望ましい**が、地域の実情に応じてまずは二次医療圏ごとに統一するなど、段階的に進めることも可能。

（記載事項）

○　国保運営方針には、**①統一に向けた基本的な考え方、②統一の定義に関する事項、③統一の目標年度に関する事項、④統一に向けた検討の組織体制やスケジュールに関する事項**を記載すること。

88

国保運営方針の改定に向けたガイドラインの見直し②

法定外繰入の解消

※令和６年４月から新たに努力義務（国保法第82条の２第４項）

○　今後の財政の見通し等を踏まえながら、法定外繰入等の解消に向けた計画的な取組等、国保財政の均衡を保つために必要な取組を定めることとする。

○　具体的には、**①都道府県全体としての法定外繰入等の解消目標予定年度、②新たに法定外繰入を行う市町村が発生した場合の対応方針（原則翌年度の解消等）、③法定外繰入等の解消を進める上での、都道府県としての取組内容を記載**すること。

医療費適正化

※令和６年４月から新たに必須記載事項（国保法第82条の２第２項第５号）

（医療費適正化計画との整合性担保）

○　都道府県医療費適正化計画において、計画の期間における医療費の見込みを制度区分別に推計することとしていることから、国保運営方針においても、**都道府県医療費適正化計画における国保の医療費の見込みやその推計方法を参考とすることが望ましい**。

○　令和６年度以降の国保運営を行うに当たっては、2025年以降も見据えて、市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握し、**医療費適正化計画とも整合性をとる形で、予防・健康づくりや重症化予防等の医療費適正化の取組を推進**する必要。

○　具体的には、**医療費適正化計画に定められた目標や施策の内容と整合性を図る**とともに、**医療費適正化計画に盛り込まれた都道府県又は市町村が保険者として取り組む内容については、国保運営方針にも盛り込む**こと。

事務の広域化・標準化

※令和６年４月から新たに必須記載事項（国保法第82条の２第２項第６号）

○　国保は被保険者側からみれば、保険給付は全国一律であるため、受けられるサービスも同程度であることが望ましい。**事務の広域化・標準化によって住民サービスを向上しつつ均てん化することが重要**。

○　市町村は、令和７年度末までに地方公共団体情報システムの標準化に関する法律（令和３年法律第40号）に基づく標準化基準に適合するシステムの導入が義務付けられていることを踏まえ、**「市町村事務処理標準システム」の導入に向けたスケジュールを記載する**こと。

その他

（財政安定化基金の運用）

○　令和３年度健保法等改正を踏まえ、新たに導入された**財政安定化基金（財政調整事業分）の活用方法に関する事項**を追記。

89

保険料水準の統一に向けた都道府県ごとの状況

○ 令和３年度からの各都道府県の国保運営方針において、保険料水準の統一に向けて何らかの目標年度を定めている都道府県は下記のとおり。

● **完全統一の目標年度を定めている都道府県**

北海道（R12年度）、福島県（R11年度）、大阪府（R6年度）、奈良県（R6年度）、佐賀県（R11年度）、沖縄県（R6年度）

※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※例外あり
（注）沖縄県はR６年度の完全統一は困難であるとの報告を受けている。（納付金ベースの統一も目途は立っていない）

● **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
青森県	・納付金ベースの統一：Ｒ７年度　・完全統一：引き続き協議
秋田県	・納付金ベースの統一：Ｒ15年度　・完全統一：長期的課題
群馬県	・納付金ベースの統一：Ｒ６年度　・完全統一：今後協議
埼玉県	・納付金ベースの統一：Ｒ６年度 ・市町村毎の収納率を反映した統一：Ｒ９年度 ・完全統一：収納率格差が一定程度まで縮小された時点
山梨県	・納付金ベースの統一：Ｒ12年度
長野県	・概ね二次医療圏での医療費指数の統一と応益割額の平準化：Ｒ９年度

都道府県	運営方針への記載状況等
静岡県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：Ｒ９年度 ・完全統一：段階的に実施
三重県	・納付金ベースの統一：Ｒ５年度　・完全統一：段階的に進める
兵庫県	・納付金ベースの統一：Ｒ３年度 ・完全統一：可能なものから段階的な目標設定を検討
和歌山県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：Ｒ９年度
広島県	・市町村毎の収納率を反映した統一：Ｒ６年度 ・完全統一：収納率が市町村間で均一化したと見なされる段階
長崎県	・納付金ベースの統一：Ｒ６年度

※ 納付金ベースの統一：納付金算定に当たって、α＝０（年齢調整後の医療費水準を反映させない）とすること
※ 市町村毎の収納率を反映した統一：統一保険料率をベースに市町村毎の収納率を反映させること

上記の他にも、地域の実情に応じた保険料水準の統一の検討が進んでいる。
・ 納付金算定において医療費水準の反映を段階的に引き下げることとし、その方針を定めている都道府県（宮城県、福岡県）
・ 保険料算定方式の統一の目標年度を定めている都道府県（茨城県、福井県、鹿児島県）
・ 保険料水準の統一に向けたロードマップを作成することとし、その目標年度を定めている都道府県（神奈川県、愛媛県、熊本県）

106

さいごに

- 現行の保険証廃止、マイナ保険証の強要も無保険者を生み出しかねない
- 「保険証のこして！」の運動強化はますます重要

手遅れ死亡事例調査の記者会見資料は、全日本民医連ホームページに掲載してあります。
トップ＞医療・福祉関係者のみなさま＞民医連の広報・調査資料
ご活用ください。

ご清聴ありがとうございました