



中央社保協 国保改善運動交流集会

国保の構造的問題を解決するために

2025年12月7日：東京・砂防会館

長友 薫輝（佛教大学社会福祉学部）

長友 薫輝（佛教大学社会福祉学部）



○専攻は社会保障論、医療・福祉政策論、地域医療論、地域福祉論。

○1975年宮崎県生まれ。倉敷市、大阪市にて育つ。大阪府立天王寺高校、龍谷大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻博士後期課程単位取得。2004年から津市立三重短期大学専任講師、助教授、准教授、教授を経て佛教大学社会福祉学部准教授。社会福祉士。

○公益財団法人日本医療総合研究所副理事長、自治体問題研究所理事、総合社会福祉研究所理事、日本高齢期運動サポートセンター理事、日本医療福祉政策学会幹事などを務めている。

○三重県国民健康保険運営協議会委員、三重県ひきこもり支援推進協議会会長、三重県地域福祉推進会議委員、三重県障がい者自立支援協議会会長、三重県障がい者差別解消支援協議会会長、三重県地域包括ケアシステムアドバイザー、松阪市地域包括ケア推進会議会長、亀山市地域福祉推進委員会委員長、大阪府忠岡町行政アドバイザーなど。

佛教大学社会福祉学部の新キャンパス（JR・地下鉄二条駅前）

2026年度～新築・移転

通学課程・通信課程

学部・大学院（修士・博士）

浄土宗（総本山は知恩院）



2021年11月 長友薫輝 編著
『感染症に備える医療・公衆衛生』自治体研究社



2022年4月 日本医療総合研究所編
『コロナ禍で見た保健・医療・介護の今後』新日本出版社



2024年3月 村田隆史・長友薫輝・曾我千春編著
『基礎から考える社会保障』自治体研究社



最新刊、2025年3月
『全世代型
社会保障改革
とは何か』

～国民健康保険と
医療政策のゆくえ～』



本日の主な内容



- ①皆保険体制における国保の役割を確認する
- ②国保加入者の動向から、雇用・労働をめぐる構造的な課題
- ③国保運営方針および保険料水準の統一をめぐる動向
- ④医療保障の充実、受療権・健康権保障が実感できる社会へ

このあとのスライドは以下の資料から抜粋（2025年3月開催）



国民健康保険制度の足下の状況①

1. 被保険者の状況 ⇒被保険者数は大きく減少、高齢化は進行、低所得

①被保険者数

…被保険者数は直近10年間で1,000万人減少している（平成24年度:3,466万人⇒令和4年度:2,413万人）。

②年齢構成…高齢化が進行。ただし団塊世代の後期移行により、令和4年度に65～74歳割合は低下（R3:45.5%⇒R4:44.8%）平均年齢も令和4年度に低下（R3:54.4歳⇒R4:54.2歳）

③属性構成…最大割合の無職は45.3%、被用者は32.0%（適用拡大で被用者割合は低下見込み）。

④所得…平均月額所得は8万円（協会けんぽは14.5万円）

2. 保険者の状況 ⇒厳しい財政状況、小規模保険者の増加

①単年度収支（R4）…都道府県：▲1,067億円（黒字14、赤字33）

市町村：▲125億円（黒字778、赤字938）

国保組合：63億円（黒字76、赤字84）

赤字自治体は概ね減少傾向

R4決算では増加

（R3：638市町村・▲349億円）。

②小規模保険者

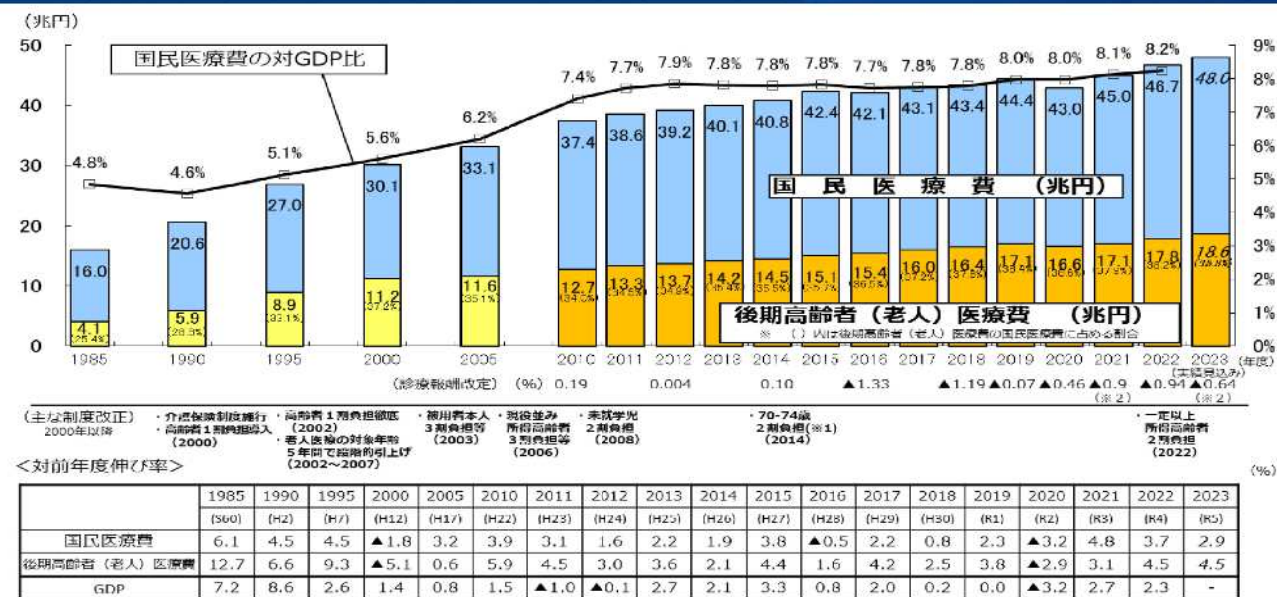
・小規模保険者数は増加傾向。全保険者数の3分の1が被保険者数3千人未満。

・市町村国保の職員数はほぼ横ばいだが、専任職員は減少傾向（H26：13.6千人→R4：12.9千人）

③法定外繰入の状況（R5）…1,220億円（対平成29年度▲532億円）で着実に削減。

※資料：厚生労働省保険局（国民健康保険実態調査報告、国民健康保険事業年報）

医療費の動向

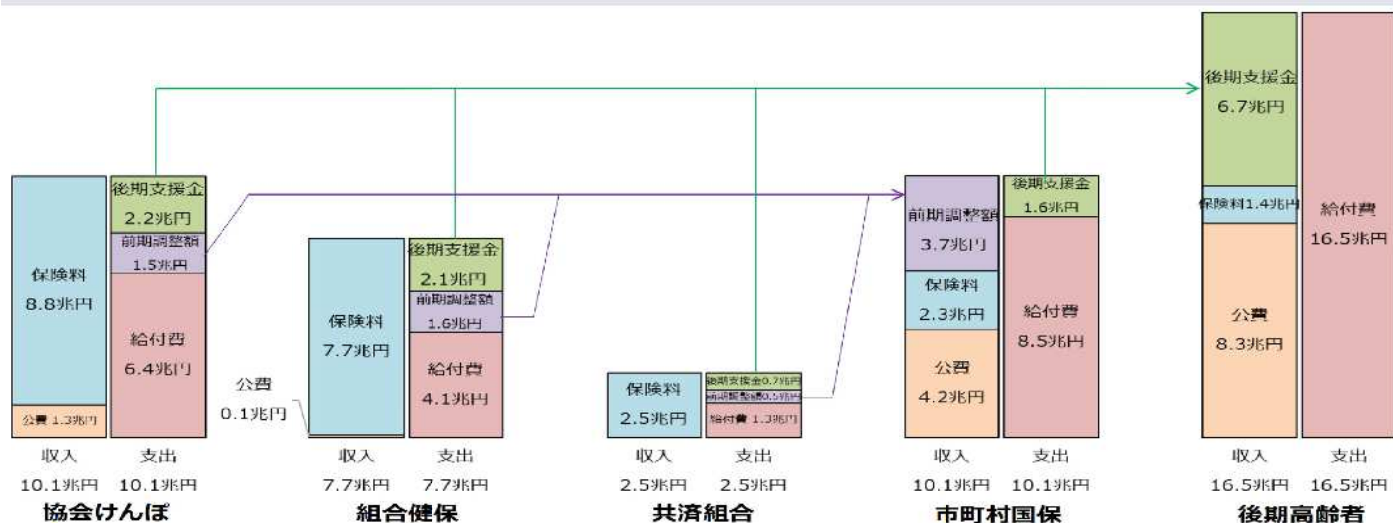


注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。
 注2 後期高齢者 (老人) 医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。
 注3 2023年度の国民医療費 (及び2023年度の後期高齢者医療費) は、以下同じ。は、実績見込みである。2023年度分は、2022年度の国民医療費に2023年度の国民医療費の増減率 (上表の増減率) を乗じることで推計している。
 (※1) 70-74歳の者の一部が立派な高齢者の割合 (1割-2割)、2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に減らす。
 (※2) 令和3年度と令和5年度については当該年度の医療費を用いて、衆議院の審議を医療費に算入する率へ換算したものである。

10

制度別の財政の概要 (令和4年度)

医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどによる財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みとなっています (前期調整額)。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担しています (後期支援金)。

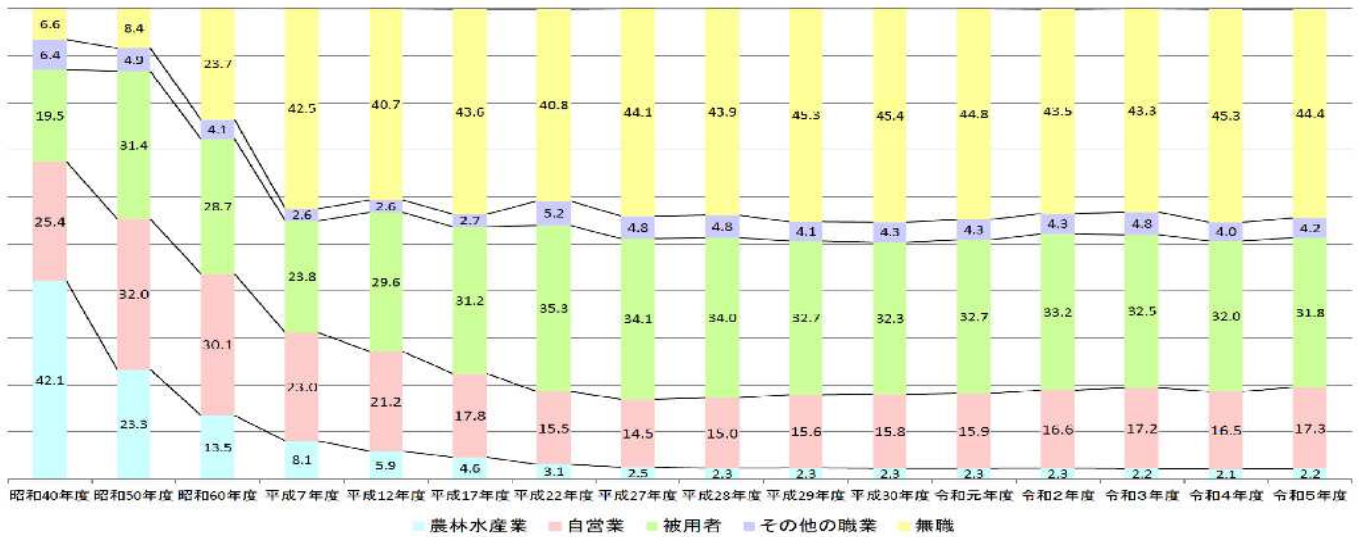


注1 前期調整額及び後期支援金の支出割合の合計と交付額の金額が一致しないのは、表示されていない制度 (国民健康保険) があるため。
 注2 「前期調整額」には、退職給付金も含まれる。また、市町村国保の国民健康保険支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に示されており、「支出」の「後期支援金」に前期調整額を記載している。

14

市町村国保の世帯主の職業別構成割合の推移

- 自営業・農林水産業は、昭和40年代には約7割であったが、平成22年度から15%程度で推移。
○ 年金生活者など無職者の割合が約4割。被用者は約3割。



(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」
(注1)職業不詳を除いた割合である。
(注2)擬制世帯は除く。(昭和40年度、昭和50年度のみ擬制世帯を含む。)
(注3)平成17年度以前は75歳以上を含む。

17

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5年3月末)	1,716	1	1,383	85	47
加入者数 (令和5年3月末)	2,413万人 (1,636万世帯)	3,944万人 (被保険者2,480万人 被扶養者1,464万人)	2,820万人 (被保険者1,655万人 被扶養者1,165万人)	982万人 (被保険者574万人 被扶養者409万人)	1,913万人
加入者平均年齢 (令和4年度9月末)	54.2歳	38.9歳	35.9歳	33.1歳	82.8歳
65～74歳の割合 (令和4年度)	44.6%	8.2%	3.5%	2.4%	1.4%(※1)
加入者一人当たり 医療費(令和4年度)	40.6万円	20.4万円	18.4万円	18.5万円	95.6万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (令和4年度)	96万円 (一世帯当たり 143万円)	175万円 (一世帯当たり(※3) 279万円)	245万円 (一世帯当たり(※3) 418万円)	246万円 (一世帯当たり(※3) 430万円)	93万円
加入者一人当たり 平均保険料 (令和4年度)(※4) <事業主負担込>	9.1万円 (一世帯当たり 13.6万円)	12.5万円<25.1万円> (被保険者一人当たり 20.0万円<39.9万円>)	13.9万円<30.4万円> (被保険者一人当たり 23.7万円<51.9万円>)	14.4万円<28.7万円> (被保険者一人当たり 25.3万円<50.5万円>)	7.9万円
保険料負担率	9.5%	7.2%	5.7%	5.8%	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)一定の障害の状態である日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「健康保険料控除額」と「分離課税所得金額」を加えたものを加入者数で除いたもの。(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(令和4年度税制に基づき算出)。
(※4)被保険者一人当たりの金額を指す。
(※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行分保険料額加算額、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)介護納付金、特定後援金、特定後援金等に対する負担金・補助金は含まれていない。

公的医療保険の二極化、階層化

①国保（および後期高齢者医療制度）に生活保護の医療扶助の参入案

②一方で、被用者保険の適用拡大により国保から協会けんぽ等に移行

③結果として、以下の二層構造となる。「二極化」する。

A)被用者保険

B)国保（後期高齢者医療制度）・生活保護

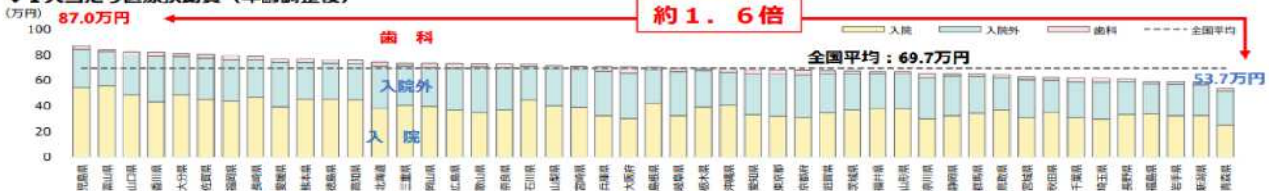
④「公的医療保険の階層化」（中村暁氏）ということになる。

令和6年11月13日
財政制度等審議会資料

医療扶助の適正化⑨（生活保護受給者の国保等の加入①）

- 生活保護受給者に対する医療扶助は、頻回受診や長期入院などの課題があり、医療費の地域差も大きい。糖尿病に関する一人当たり医療費については、国保等と比較し、ほぼ全ての年代で医療扶助費が高い。
- 地域における医療提供体制の整備に関する都道府県の権限を強化していく際には、医療扶助に対しても都道府県ガバナンスを及ぼし、その適正化に取り組んでいくことが重要。

◆1人当たり医療扶助費（年齢調整後）

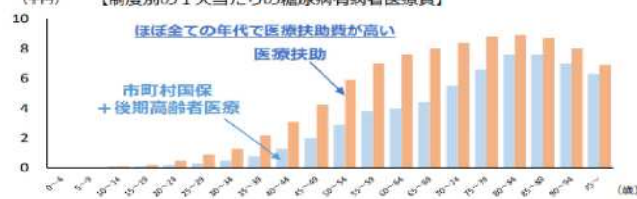


※ 医療扶助費(入院)と入院外診療(生活保護に係る医療費)の合計を「入院」、医療扶助費(入院外)と入院診療(生活保護に係る医療費)の合計を「入院外」、歯科医療扶助費を「歯科」としている。訪問看護医療費及び療養費等は含まれない。

(出所) NUBデータ(令和4年1月～令和5年12月診療分)を用いて、厚生労働省社会・援護局医療費調査課で集計

◆糖尿病に関する医療費の状況

【制度別の1人当たりの糖尿病有病者医療費】



【都道府県別の被保護者1人当たりの糖尿病有病者医療扶助費】



※ 1 糖尿病の抽出条件は、医療入院外診療の主治科が糖尿病等と診断された患者を対象として糖尿病診療費がある場合、または、原則として糖尿病診療費が処方されている場合にシフト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外診療と調剤診療を単独集計した。

※ 2 制度別の1人当たりの糖尿病有病者医療費は、令和3年6月療養分のシフトから求めた当該疾患に係る医療費を被保護者数(市町村国保・後期高齢者医療加入者数)で除したものである。

※ 3 都道府県別の被保護者1人当たりの糖尿病有病者医療扶助費は、糖尿病有病者に係る医療扶助費を令和3年6月療養分のシフトの受診者数で除し、全国の当該シフトの受診者の年齢構成比率に合わせる形で調整したものである。

医療扶助の適正化⑩（生活保護受給者の国保等の加入②）

○ 生活保護受給者は、現状、国保等に参加せず、医療扶助を受けるものとされているが、国保等に参加することとすれば、都道府県のカバナンスが医療扶助に及び、頻回受診・長期入院への対応が強化され、医療扶助費の適正化につながり得る。

◆生活保護受給者の各種制度への加入

介護 保険	国民 年金	労働 保険	被用者 保険	障害福祉 サービス	国保等
加入・利用が可能					国保等から脱退して医療扶助を受ける

（参考）生活保護法第4条第2項

民法に定める扶養義務者の扶養及び他の法律に定める扶助は、すべてこの法律による保護に優先して行われるものとする。

◆高齢者の保険制度別医療費と医療扶助

75歳以上	後期高齢者医療制度 16.4兆円			生活 保護 （医療扶 助） 0.7兆円
65歳以上 74歳以下	0.7 兆円	国保 6.4兆円	被用者保 険 2.1 兆円	0.5兆 円

（出所）医療保険については、2021年度医療保険に関する基礎資料
医療扶助については、2021年度生活保護費負担金事業費実績報告、被保護者調査、医療扶助実態調査をもとに推計

（参考）全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程） （2023年12月22日閣議決定）

・ 医療扶助について、都道府県が広域的な観点から、市町村に対して頻回受診対策や重複・多剤投与等の取組目標の設定・評価やデータ分析等に係る必要な助言その他の援助を行う仕組みを創設して推進するとともに、オンライン資格確認の仕組みも活用して頻回受診対策等を推進するほか、医療費全体に関する都道府県のカバナンス強化の観点から、生活保護受給者が国民健康保険制度や後期高齢者医療制度に加入することについて、検討を深める。

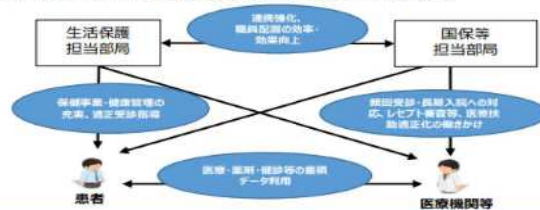
【改革の方向性】（案）

○ 国が引き続き応分の財政責任を果たすことを前提として、改革工程にも記載されたとおり、都道府県のカバナンス強化の観点から、生活保護受給者が国民健康保険制度や後期高齢者医療制度に加入することについて、検討を深めるべき。

◆生活保護（医療扶助）と国保等に関する自治体の業務

国保等のみ必要	国保等・生活保護ともに必要（重複）	生活保護のみに必要
・ 保険料の設定・徴収	・ 資格管理 ・ 保健事業（健康管理指導・健診）、 ・ 適正受診指導 ・ レセプト審査・支払 ・ 医療提供側への働きかけ	・ 医療要否を確認のうえ医療券の発行等

◆生活保護受給者の国保等加入により期待される効果

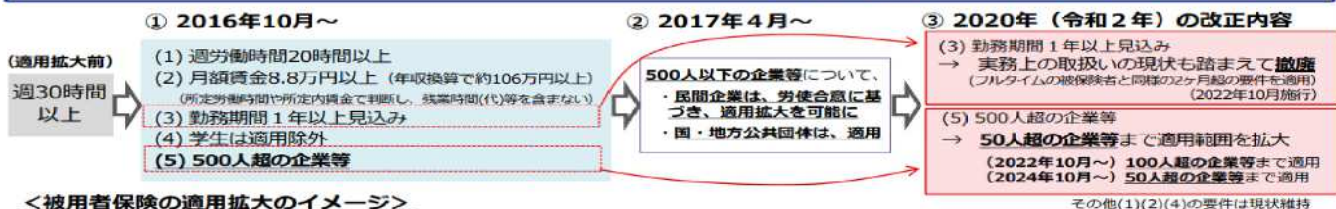


短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の概要

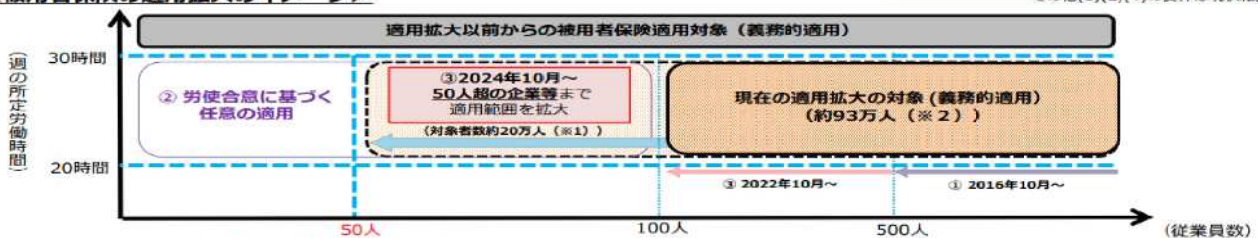
働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、短時間労働者について、年金等の保障を厚くする観点から、被用者保険（年金・医療）の適用拡大を進めていくことが重要。

- ①（2016年10月～）従業員500人超の企業等で、月額賃金8.8万円以上等の要件を満たす短時間労働者に適用拡大。
- ②（2017年4月～）従業員500人以下の企業等で、労使の合意に基づき、企業単位で短時間労働者への適用拡大を可能とする。（国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする。）
- ③ 令和2年の改正では、従業員50人超の企業等まで適用範囲を拡大。（100人超（2022年10月）→50人超（2024年10月））

※ 従業員数は、適用拡大前の基準で適用対象となる労働者の数で算定



<被用者保険の適用拡大のイメージ>



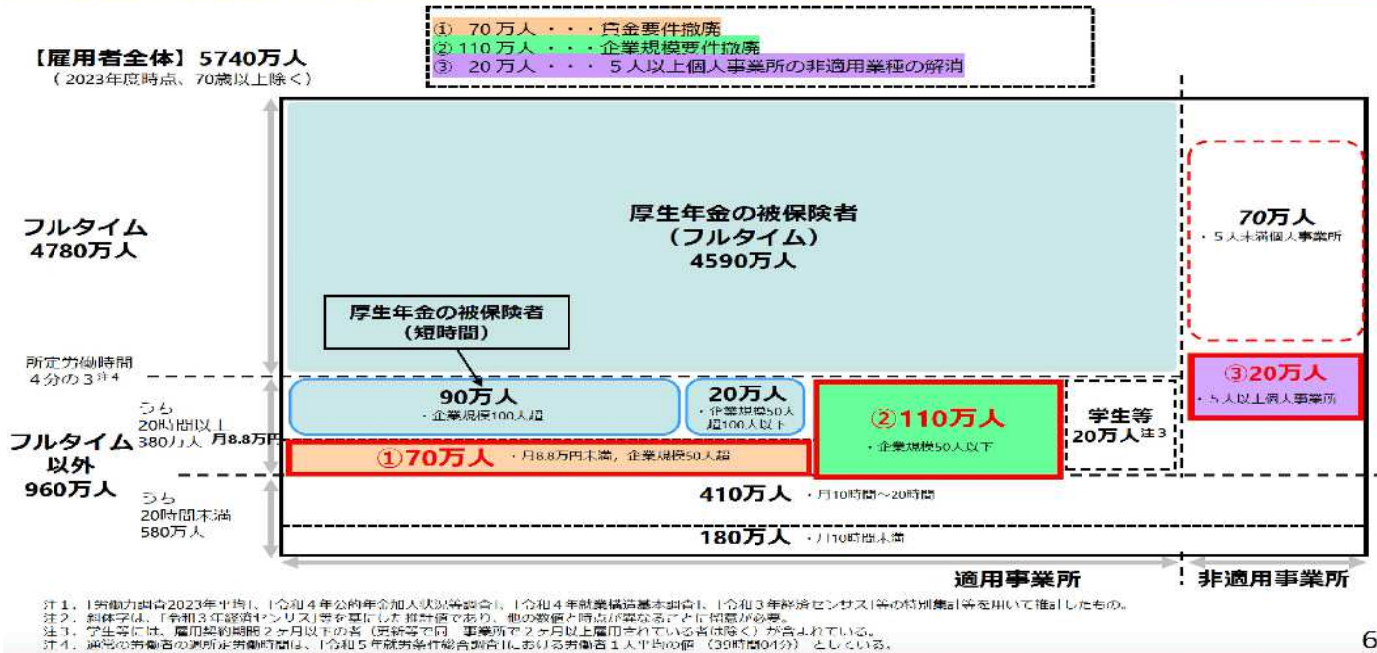
※1 令和2年度法改正時点の推計によるもの

※2 2024年5月末時点（厚生年金保険・国民年金事業状況（事業月報））

適用範囲のイメージ図（2024年度時点）

令和6年7月3日
第16回社会保障審議会
年金部会

資料1
(一部
改定)



60

市町村国保の世帯の状況

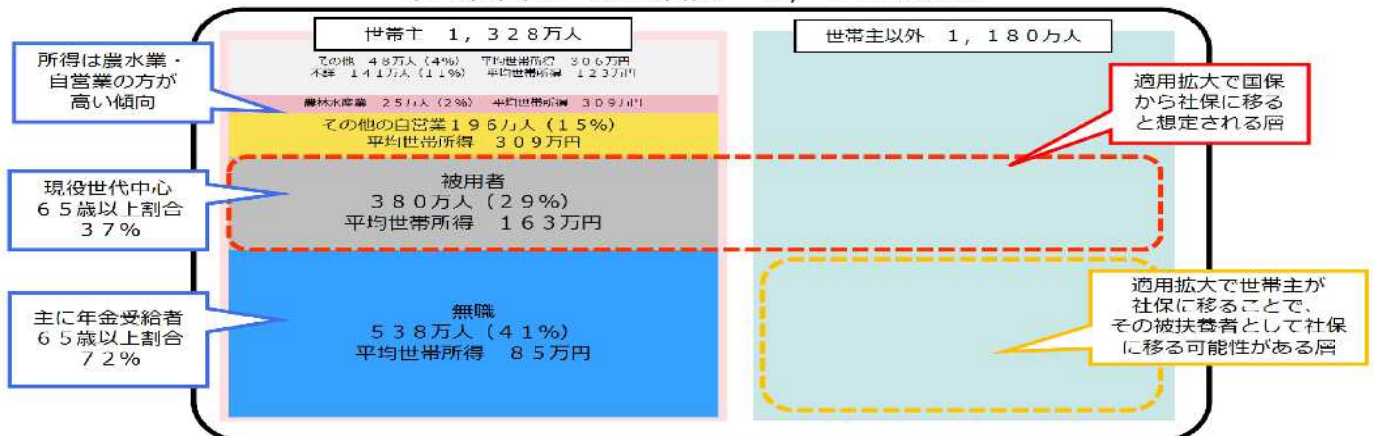
令和6年12月12日

第189回社会保障審議会医療保険部会

資料1

- 市町村国保の世帯について世帯主の職業別に内訳をみると、無職が41%で高齢者中心、被用者は29%で現役世代中心。
- 世帯の平均所得をみると、その他の自営業、農林水産業で高くなっており、無職、被用者の世帯で相対的に低くなっている。
- 被用者保険の適用拡大によって国保から異動するのは、被用者、無職が主に想定される。

市町村国保 加入者数 2,508万人



【出典】厚生労働省保険局「国民健康保険生活調査」（令和4年度）

※ここでいう「所得」とは、「総所得金額及び山林所得金額」「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えた所得総額（基礎控除前）に相当するものである。

※平均世帯所得については、所得総額を世帯数で除く算出した世帯の平均額である。

61

国保加入者の内訳

- ①国保の被保険者のうち、被用者が占める割合が高い。特に都市部。
- ②無業者、高齢者の割合も依然として高いが、働いている人が多く加入。
- ③被用者保険への適用拡大方針により、被用者保険に移行する人が増加。
- ④国保の中では比較的所得が高い人々が被用者保険に移行した影響が生じている。
- ⑤その一方で適用拡大の対象とならない事業所等で働く人々は国保加入。

令和6年12月12日 第189回社会保障審議会医療保険部会 資料1			
これまでの被用者保険の適用拡大による市町村国保の異動数・財政影響			
	被用者保険の適用拡大の内容 (変更点は下線)	国保から異動する 被保険者数	財政影響 (※2)
平成24年制度改正	・ 週20時間以上 ・ 月額賃金8.8万円以上（年収106万円以上） ・ 勤務期間1年以上 ・ 学生を除外 ・ 従業員501人以上の企業に適用	▲15万人	+40億円
令和2年制度改正	・ 週20時間以上 ・ 月額賃金8.8万円以上（年収106万円以上） ・ 勤務期間2か月超 ・ 学生を除外 ・ 従業員50人超の企業に適用 ・ 土業の個人事業所を適用業種に追加	▲40万人	0億円
今回（案）	・ 週20時間以上 ・ <u>賃金要件撤廃</u> ・ 勤務期間2か月超 ・ 学生を除外 ・ <u>企業規模要件撤廃</u> ・ 5人以上個人事業所の非適用業種解消	▲110万人 ○賃金要件 ▲30万人 ○企業規模要件 ▲55万人 ○非適用業種解消 ▲25万人	+170億円

※1

異動、財政影響は各法改正時の医療保険部会で示した推計値

※2

「+」は財政改善を示す。

○従前の改正と比較して、今回の見直し案において、国保から異動する被保険者数が多い。

○こうした被保険者数の減少に対しては、保険料水準統一、事務の効率化等の取組を進めるとともに、個別の保険者への影響も注視。

○国保の構造的な課題への対応については、今後の制度改革の中で検討。

都道府県国保運営方針について

- 都道府県国保運営方針は、都道府県と各市町村が一体となり、役割分担をしつつ、保険者としての事務を共通認識の下で実施する体制を確保するために策定。
- 策定に当たり、都道府県と各市町村が保険者として目指す方向性について認識を共有しておくことが必要。
- 被保険者、医療関係者、学識経験者、被用者保険代表等の地域の関係者の意見もよく聴いた上で、地域の実情に応じた方針を策定することが必要。
- 策定後も運営状況等も踏まえ、定期的に検証・見直しを行い、必要に応じ改善していくことが重要。
- 都道府県は、県内の国民健康保険制度の「望ましい均てん化」を図るため、一層主導的な役割を果たすことが重要。

都道府県国保運営方針の主な記載事項

- (1) 国保の医療費、財政の見通し（医療費の動向と将来の見通し、赤字解消・削減の取組、財政安定化基金の運用等）
- (2) 市町村の保険料の標準的な算定方法及びその水準の平準化に関する事項（保険料水準の統一に向けた検討等）
- (3) 保険料の徴収の適正な実施に関する事項
- (4) 保険給付の適正な実施に関する事項（レセプト点検、第三者求償、高額療養費多数該当の取扱い等）
- (5) 医療費適正化に関する事項（医療費適正化に向けた取組、保健事業の取組、医療費適正化計画との関係）
- (6) 市町村が担う事務の効率化、広域化の推進に関する事項（保険者事務、収納対策、保健事業等の共同実施）
- (7) 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携に関する事項
- (8) 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整等

※下線部は国保法改正により、令和6年4月から新たに必須記載事項として追加

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。

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。

令和6年11月13日
財政制度等審議会資料

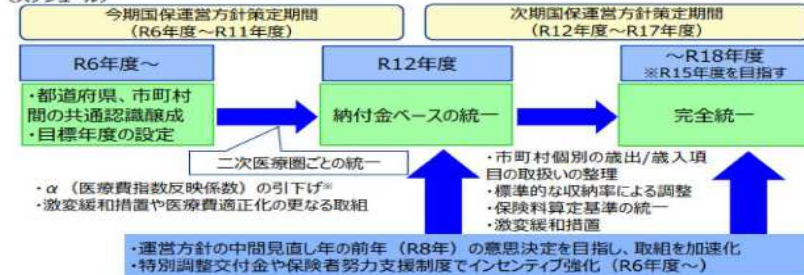
国民健康保険における保険料水準統一の加速化

保険者機能

- 平成30年度から都道府県単位化された国民健康保険制度においては、都道府県内のどの市町村に居住していても、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料額となるよう、保険料水準の統一に向けた取組が進められており、令和6年6月に策定された「**保険料水準統一加速化プラン（第2版）**」（厚生労働省）では、令和12年度までに全ての都道府県で保険料水準（納付金ベース）の統一を目指すことが明記された。

◆「保険料水準統一加速化プラン」（R6.6）

【スケジュール】



※ αは、各市町村の年齢調整後の医療費水準のあつきなどの程度各市町村が自己負担（納付金）の配分に反映させるかを調整する係数。
α = 0であれば、各市町村は、年齢調整後の医療費水準の高低に左右されず、保険料を徴収の上、納付金を支払うこととなる。

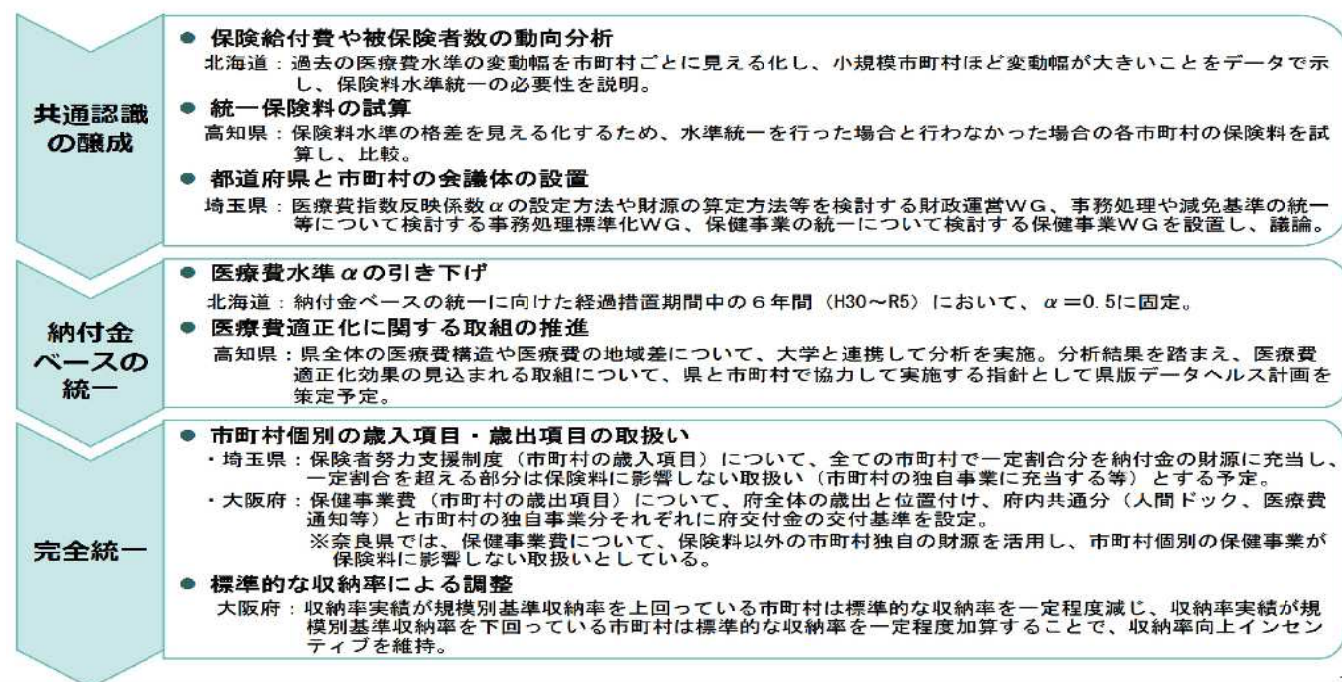
◆各都道府県国保運営方針における取組予定

完全統一をR6年度に達成予定 2府県	完全統一の目標年度を定めている 19道県	※（ ）内は年度	納付金ベースの統一等の目標年度を定めている 16都県（※年度は記載省略）	納付金ベースの統一等の目標年度を定めていない 10府県
大阪府、奈良県	(9)滋賀県、(11)福島県、大分県、(12)北海道、青森県、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、(12～17)広島県、(15)群馬県、(18)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		岩手県、宮城県、秋田県、山形県、栃木県、千葉県、東京都、富山県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、山口県、徳島県、愛媛県、鹿児島県	茨城県、新潟県、石川県、京都府、鳥取県（方針策定予定）、島根県、岡山県、福岡県、宮崎県、沖縄県

【改革の方向性】（案）

- 国民健康保険における保険料水準については、各都道府県内での被保険者間の受益と負担の公平性を確保する観点から、遅くとも令和12年度までに全ての都道府県で「**納付金ベースでの保険料水準の統一**」が実現するよう、必要な取組を早急に進めるべき。

保険料水準の統一の具体的な進め方（各都道府県の事例）



74

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、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：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
岩手県	・納付金ベースの統一：R11年度・完全統一：次期期間中	長野県	・納付金ベースの統一：R12年度・完全統一：今後協議
宮城県	・納付金ベースの統一：R8年度 ・完全統一：今後協議（独自基準統一：R12年度）	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
秋山県	・納付金ベースの統一：R15年度・完全統一：将来的に目指す	静岡県	・納付金ベースの統一：R12年度・完全統一：今後協議
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	愛知県	・納付金ベースの統一：R11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：収納率格差が一定程度まで縮小された段階から実現	山口県	・納付金ベースの統一：R12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	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
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	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
富山県	・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、新潟県、石川県、京都府、鳥取県（運営方針R7.3策定予定）、島根県、岡山県、福岡県、宮崎県、沖縄県 76

平成30年度から令和7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

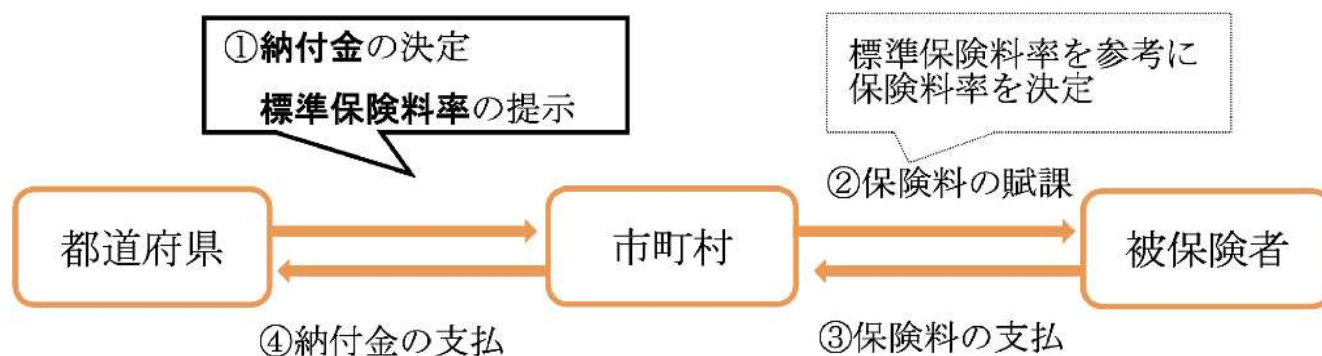
$\alpha = 0$

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	-	-	-	-	1	
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	
	茨城県 石川県 京都府 岡山県 徳島県 鹿児島県	新潟県 長野県 島根県 山口県 愛媛県	福岡県	岩手県 秋田県 山形県 福島県 千葉県 福井県 静岡県 愛知県 鳥取県	東京都 岐阜県 宮崎県	栃木県 神奈川県	富山県 山梨県 和歌山県 熊本県 大分県 沖縄県	佐賀県		宮城県	北海道 群馬県 三重県 大阪府 奈良県 香川県 長崎県	青森県 埼玉県 滋賀県 兵庫県 広島県 高知県

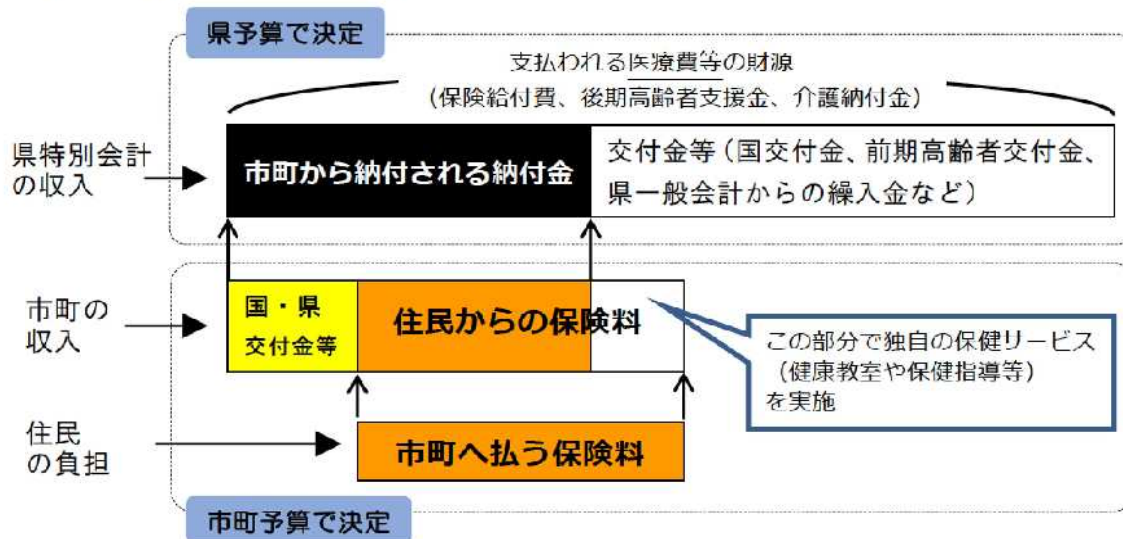
※赤字は、R7算定においてR6算定よりも α を引き上げて設定している都道府県

77

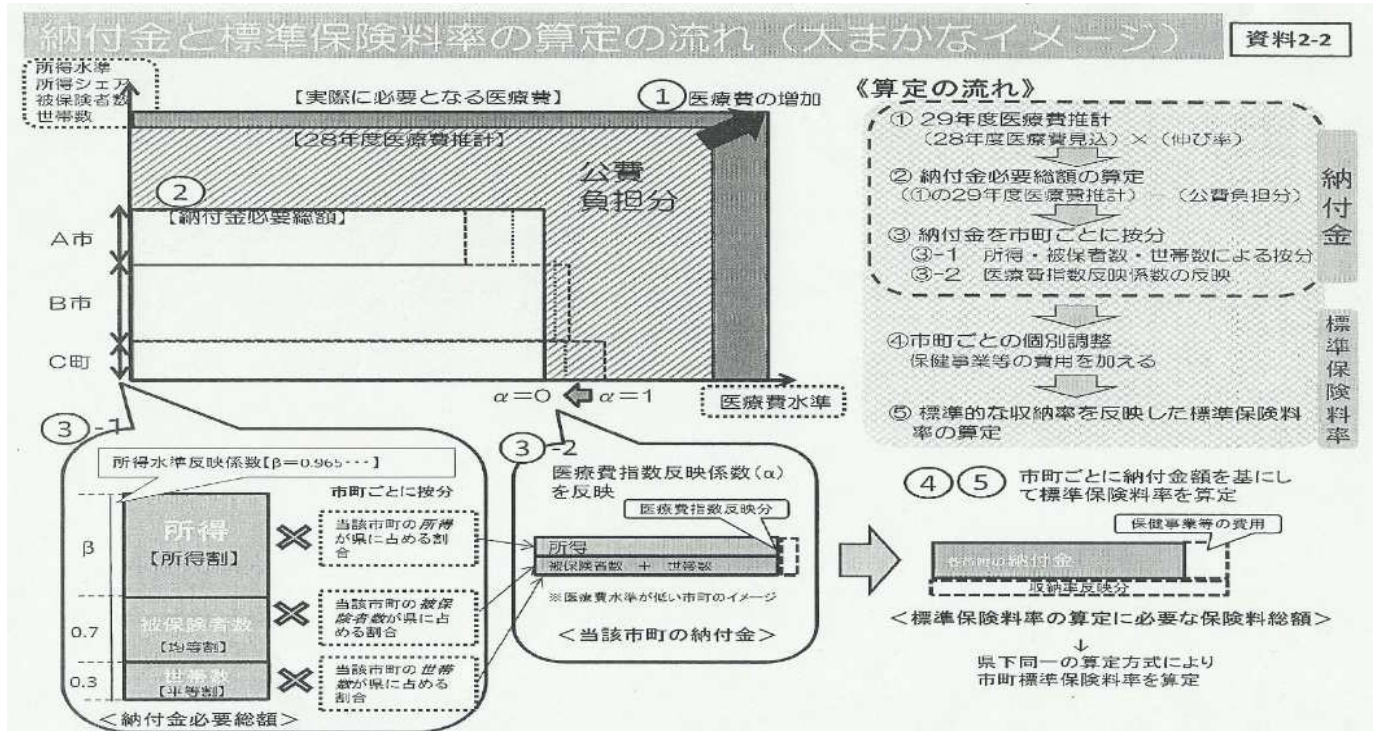


(名古屋市「令和6年度国民健康保険事業費納付金等の算定結果について」)

(納付金と保険料(税)の関係図)



(令和6年度第1回三重県国民健康保険運営協議会資料)

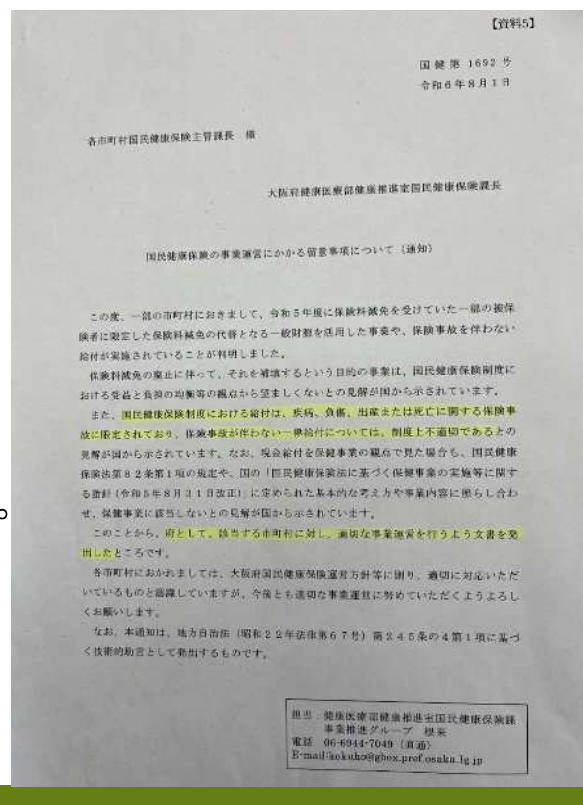


大阪府の通知（2025年8月1日）

①国保の事業運営にかかる留意事項

②国保の給付は保険給付に限定され、保険給付が伴わない一律給付については、制度上不適切であるとの国の見解があるとする。

③大阪府国保運営方針に則り適切に運営するよう、市町村に通知。



大阪府の「助言」の「助言」 2025年8月7日

①資格確認書を全員一律に交付

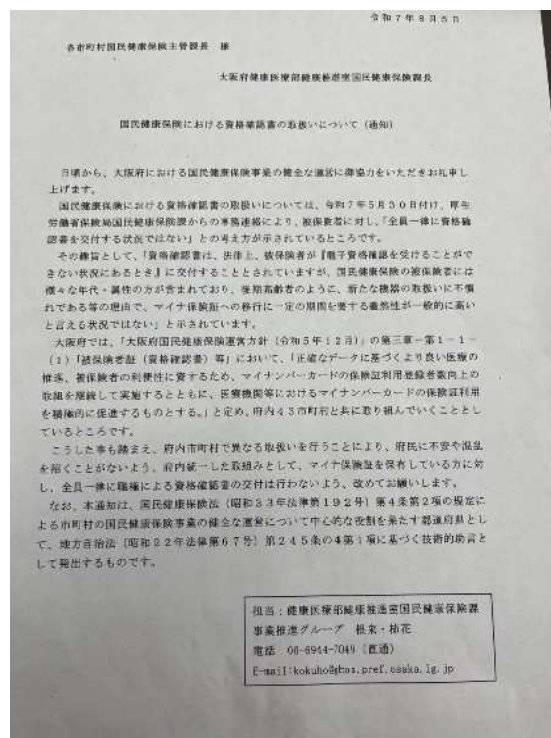
しないよう、市町村に通知。

②ところがこれは根拠に乏しい。

③国保運営方針自体、そもそも技術的助言。

④つまり、助言を根拠に市町村の自治と裁量を奪うもの。

⑤国は世田谷区などの一律交付について「独自に個別に判断するもの」と公式見解。



資格確認書の発行、一律交付

- ①そもそも資格確認書の発行はマイナ保険証発行の条件整備であり、マイナ保険証の利用促進と対立概念ではない。
- ②よって、市町村は国が推進するマイナ保険証発行の条件整備を図る観点からも、資格確認書を一律に交付せざるを得ない。
- ③大阪府のような文書が罷り通るのは看過できない。
＊保険者である自治体の裁量が奪われる。

国保の加入者の3分の1は雇用労働者

- ①国保の加入者のうち、無業者は多いものの、
- ②一方で、国保の加入者の3分の1は雇用労働者となっている。
- ③自治体にとっても看過できない社会保険の問題の1つ。消費者、納税者。
- ④労働者の生活保障の問題として、国保改善運動に取り組む必要がある。

国保加入者の動向から

- ①自営業者よりも、雇用労働者が多く加入している。
- ②都市部だと、さらに雇用労働者の加入割合が高くなる。
- ③後期高齢者医療制度に団塊の世代の方々が移行した。
- ④実態からすれば、いっそう広範囲のアクションが必要となっている情勢。

公的医療費抑制の主な手法（1980年代から継続）



- ①受診抑制 － 患者自己負担割合を増加（医療費抑制効果は？科学的根拠は？）
- ②供給抑制 － 病院・診療所の減少、病床の削減（例 療養病床）、在院日数の短縮化、
医師養成数の抑制、医療計画など。「医療から介護へ」、「入院から在宅へ」
- ③診療報酬の操作 － 2024年度に介護報酬、障害者福祉の報酬単価の「トリプル改定」。
- ④他分野への移行 － 長期療養状態にあってケアが必要な人々を介護保険へ移行。
後期高齢者医療制度（新たな公的医療保険）の新設。
- ⑤生活習慣病対策 － 特定健診、特定保健指導など
- ⑥医療費適正化計画の推進 － 都道府県ごとに医療費適正化レースに参加。現在第4期。
- ⑦国保の都道府県単位化 － 国保の運営に新たに2018年度から都道府県が加わった。
＊都道府県に医療費抑制の「管制塔」と「財政運営責任」の役割

公的医療費抑制策の展開（1980年代～現在）

- ①医療費抑制をあらゆる手段で展開、「医療費亡国論」と過大推計
- ②近年では「予防」を重点に行うなどの手段も加わる。
- ③最近では、デジタル化を進展させて、「医療・介護の部分的市場化」が公的医療費抑制に合わせて企図されているのが特徴
 - ＊「経済財政諮問会議」の要請によって医療保障が形成される

医療から介護、介護から地域・自治体へ

- ①公的医療費抑制策の一環。医療から介護、介護から地域・自治体へシフト。
- ②医師の働き方改革などの「三位一体の改革」のタスクシフトとの連動。
- ③より安価な労働力へ、専門職の業務をできれば無償の労働力で代替する。
- ④地域包括ケアシステム、そして地域共生社会という用語で、地域に担わせる。

日本維新の会による4つの社会保障改革（維新の会HPより）



社会保障の基本を確認（応能負担とは何か①）

- ①憲法14条による法の下での平等は税及び社会保険料負担において、応能負担の徹底を通じて実現しなければならない。
- ②法の下での平等は経済力が同等の人には等しく負担を求める水平的公平と、経済力のある人により大きく応分の負担を求める垂直的公平がある。このうち、垂直的公平については応能負担の徹底により実現される。
- ③負担能力といっても所得の多寡だけでなく、例えば勤労所得と資産所得とでは担税力が異なるため、所得の中身を吟味して応能負担とする必要がある。勤労所得は担税力が低く、資産所得は担税力が高い。

社会保障の基本を確認（応能負担とは何か②）

- ①憲法の考え方に照らせば国税と地方税、目的税である社会保険料などはすべて応能原則とすべきもの。応能負担を原則とする健全な社会を志向することが憲法上、求められている。
- ②現状は残念ながら応能負担の徹底が図られず、低所得者層に対して消費税や国民健康保険料など、税・社会保険料負担を通じて搾取・収奪の強化が図られ、主要な税収の構成などからみわかるように、階層の固定化が進展。
- ③憲法が予定しない不健全な社会へと着実に歩みを進めている状態である。憲法の力によって生き続ける垂直的所得再分配機能を絶対的に圧縮・抑制しようとするのは新自由主義の着想によるもの。

医療費削減等をめぐる情勢（2025年2月～）

- ①自民、公明、維新が国民医療費 年間最低4兆円削減で合意
(2月25日)
- ②「現役世代の負担軽減」を主張し、医療費抑制を狙う
- ③高額療養費の自己負担上限引き上げ案を凍結(3月7日)
- ④物価高対策(選挙対策)としてマイナポイント等の活用
*その後、1人2万円の現金給付方針(6月13日石破首相)

2025年6月11日 自民・公明・維新による今後の社会保障改革の方向性についての合意

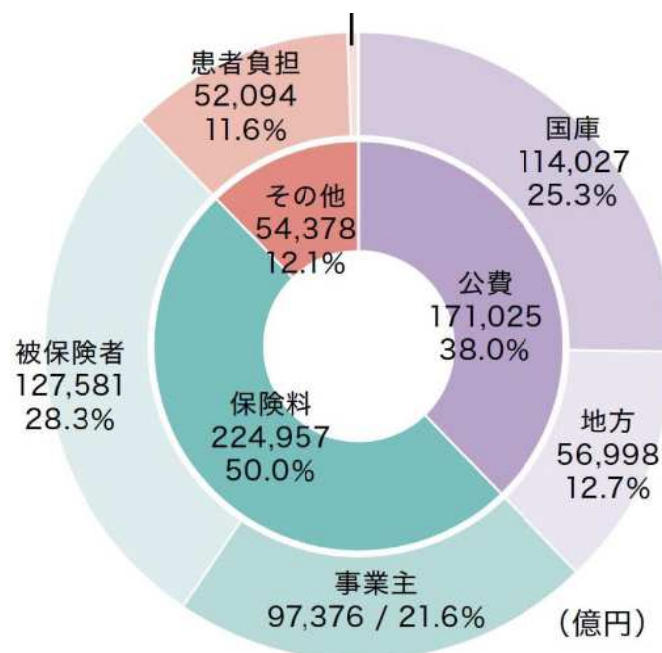


自公維幹事長 病床削減などで保険料含む国民負担軽減 正式合意

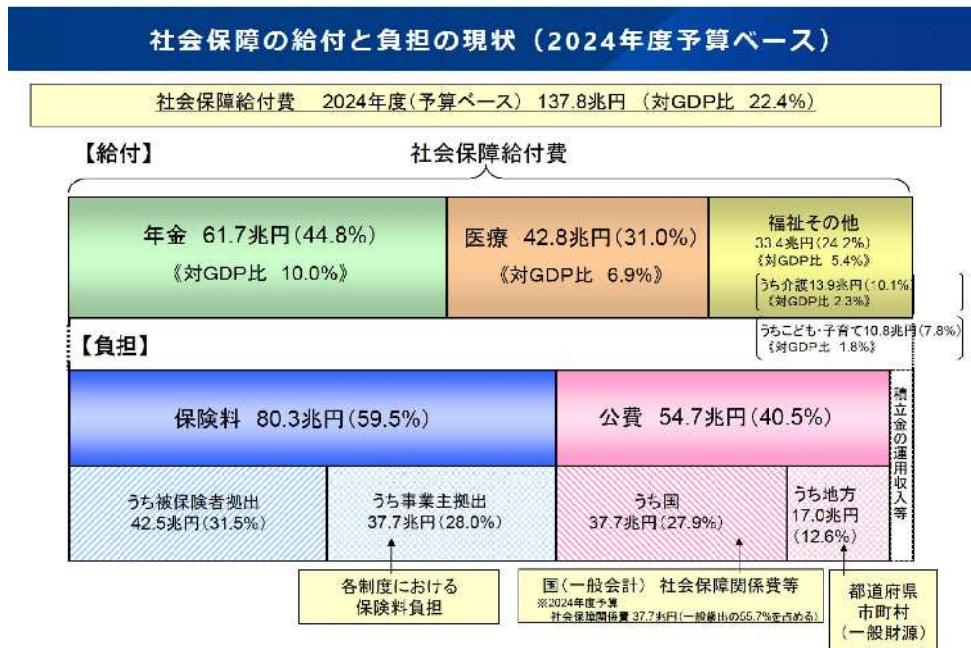
2025年6月11日 21時00分 医療・健康

- ①全国の11万床を削減し、医療費1兆円を削減する。
- ②ただし、これは2027年4月までの約2年間で削減が実現した場合。
- ③11万床の内訳は一般・療養の56,000病床、精神の5万3,000病床を削減する。

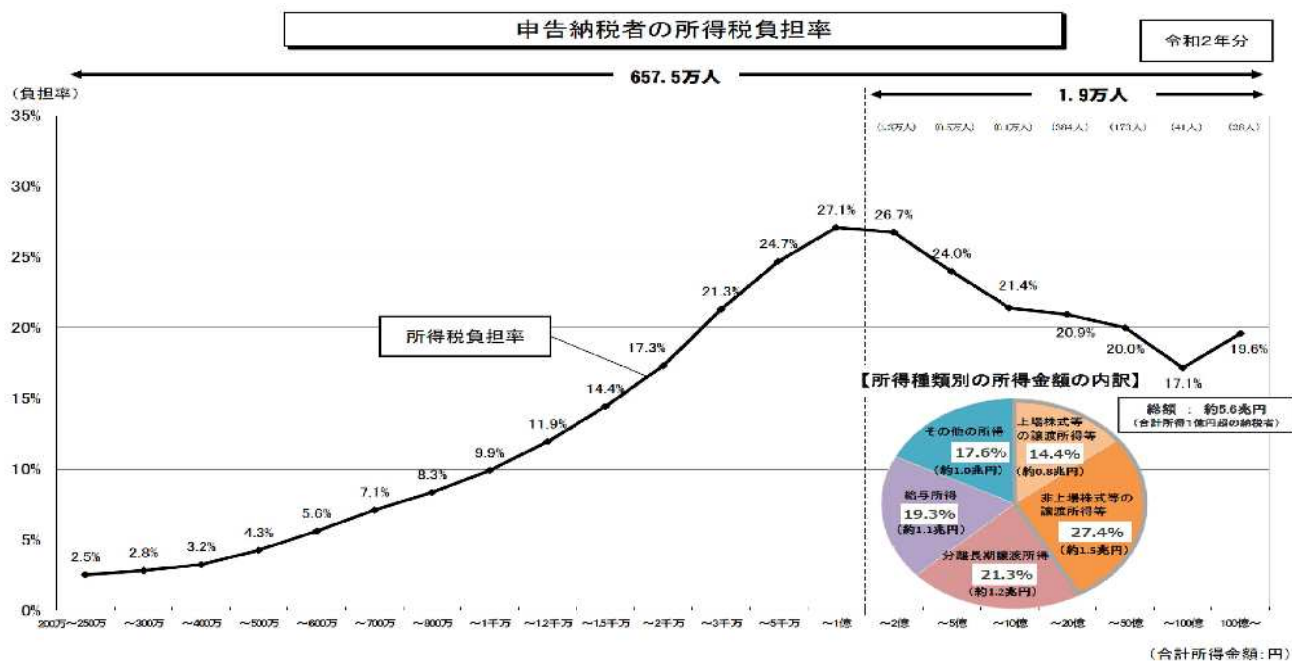
医療にお金を出しているのは誰か？（2021年国民医療費の内訳）



社会保障にお金を出しているのは誰か？



所得別の所得税負担率



主な税収の推移



社会保険に対する理解



- ①「社会保険」はサラリーマンが加入するもの、ではなくて・・・
- ②医療、年金、雇用、労災、介護の5つを指す。
- ③生活保障という側面と、搾取・収奪するという側面がある。

「異次元」の少子化対策と財源

①「子ども未来戦略会議」等において、少子化対策の財源について議論。「子ども・子育て支援金」の創設。

②少子化対策に必要な財源として、公的医療保険料に上乗せして徴収する（2026年度から開始予定）。

＊国保の仮算定をふまえると、同・支援金分の上昇は避けられない。

③被保険者抜きで議論が進展。社会保険は「第2の税」

＊増税できない時は保険料などで搾取・収奪

社会保険の2つの原理



①保険原理と社会原理 ＊この2つの理解が重要

②自己責任や助け合いでは対応できないから整備されてきた。

③民間保険とは違い、社会保険には国庫負担、事業主負担がある。

日本の社会保障

日本の社会保障の4つの分野

①社会保険（医療、年金、雇用、労災、介護）

＊日本の社会保障費のうち・・・

②社会福祉（児童福祉、障害者福祉、老人福祉・・・）

③公的扶助（主に生活保護）

④公衆衛生（感染症対策、保健所など）

国保の改善に向けて

①国保の改善に向けて、社会保険に対する理解を高めていくことが大事

②社会保険は「第2の税」。皆保険・皆年金体制は搾取・収奪の仕組みでもある。「増税と言えば選挙に負ける」と与党が判断すると・・・

③子ども・子育て支援金の徴収（2026年度から医療保険料に上乗せ）

＊合理的理由がない徴収であり搾取である

④国保をはじめとする皆保険体制の充実を図る、国庫負担の増額に向けて

搾取・収奪を図るための手段が必要＝マイナンバーの活用

- ①金融資産を把握する（資産所得倍増プラン）
- ②自己研鑽し、成長産業に転職して、稼いだら・・・
- ③搾取・収奪するためには手段が必要
- ④D X 推進を標榜し、マイナンバーを活用する

金融所得把握は後期高齢者医療制度から

介護保険の利用者負担イメージ	対象者	
	3割負担	現役並み所得者・単身で年金など年収340万円以上 (利用者の3.6%)
	2割負担	一定以上所得者・同280万円以上 (利用者の4.6%)
	1割負担	制度創設時からの原則・同280万円未満 (利用者の91.8%)

対象拡大を検討

預貯金などの額が一定未満の人は1割負担に？

毎日新聞（2025年11月21日）↑

医療保険料や窓口負担への金融所得反映のイメージ ●後期高齢者医療制度の場合



共同通信（2025年11月24日配信）→

公的医療費抑制策の転換へ

- ①受療権、健康権が保障され実感できる社会づくりを志向する。
- ②医療崩壊の主因である公的医療費抑制策の転換、公衆衛生機能の強化
- ③病床削減を急ぐのではなく、医療現場の改善が喫緊の課題
- ④地域づくりの一環として、地域医療構想と地域包括ケアシステムを位置付ける

国保改善運動に向けて



- ①国保加入者の実態をふまえた、ソーシャルアクションの展開が必要
- ②社会保険への理解を土台とした社会保障の向上。特に自治体職場において。
- ③DXで搾取・収奪か、公平な社会か。所得再分配機能を発揮させる
- ④国保を改善し、皆保険体制の充実、受療権・健康権保障が実感できる社会へ

読売新聞 (2025年4月1日)

「保険あって給付なし」

しかも国保の都道府県単位化によって、同じ都道府県内は統一の保険料率へと向かっている。

25 知事選
県政の課題⑤

「リスクを考えると、出産予定日の1、2週間前くらいから仕事を辞めたい。3月初めに秋田市内の病院で、三男を出産した北秋田市の根子（ネコ）のシンガー・ソングライター本城（ほんしろ）さん（38）はそう振り返る。

本城さんは北秋田市内で、出産を断念していたが、市内で唯一の出産が可能だった北秋田市民病院は昨年6月に分娩予約の受け付けを取りやめていた。助産師の確保が難しいのが理由だった。

結局、長男と次男を出産した秋田市内の病院で産むことを選んだ。病院までの所要時間は約1時間40分。経産婦は陣痛から出産までの時間が短い傾向があるため、入院が間に合わなかったら、どうしようかと落ち込みがなかった」と当時の不安な思いを明かす。

夫の不在時に産気づく可能性も考えて近所の人に送

医療体制

迎を頼むなどの策も講じた。実際には想定よりも早く、外出中に陣痛に襲われ、そのまま病院に向かった。「あんなにキドはなるべく味わいたくない」と話し、子どもが生まれてほしいなら経済的な支援だけではなく、出産できる場所を維持して、産みやすい環境をつくるのが必要」と求めた。

◇ 全国的に都市部で医師が集まる一方、県内では医療体制の確保が課題になっている。北秋田市民病院のほか、雄勝中央病院（雄勝市）も1月から分娩取り扱いを停止。県医師会によると、分娩できる医療機関は1月から16か所になる。25か所だった2010年から10年間で9か所減る計算だ。秋田市以外の減少が著しく、北秋田市など市町村の北エリアはほぼ全所から2か所に減っている。

◇ 特に医師確保のために県が取り組むのが、秋田大医学部の「地域枠」による医師の育成だ。県の奨学金を貸与する代わりに県内で最低9年間勤務してもらう制度。06年度に導入した。これまで約600人が貸与を受け、県内勤務の義務期間を終えた医師は114人にのぼる。県内への定着率を高めて、25年度入

試みから全国から応募できる枠を設け、東北5県の高校生を募集し、地場校に新設した。ただ、地域枠により医師を確保しても、自治体や診療科ごとの偏在を解消するのは難しい側面もある。県医師会材料対策担当者は「自治体や診療科まで限ることは高校生の段階で判断が難しい」と話す。

県教員の長友（ながとも）准教授（地域医療）は「身近な地域で出産ができること、子どもを持つとする世帯が住み続けられ、地域の人口減の原因になると指摘。県として出産費用の助成に加え、産婦人科を運営する病院への支援を拡充し、出産を促す際の供給体制を整えるべき」と語る。

（おわり。この連載は、池田航大、熱田博規、藤田陽平、朝比奈、宮口佑貴、広瀬辰馬、鈴木美衣が担当しました）

秋田市内で三男を出産した本城さん（3月初旬、北秋田市で）

出産可能な病院遠く

皆保険体制（1961年～）による医療提供体制

- ①皆保険体制によって、広く公的医療保険料を徴収
- ②保険料を徴収するには、病院・診療所が必要
 - * 「医療を利用する機会がないのに保険料徴収とは何事」
- ③「保険あって給付なし」にならないよう、各地に国保診療所をはじめ、医療機関の設置等が進められた。

新たな地域医療構想（2027年から2040年）の動向



①医療をはじめ社会保障をめぐる政策動向について

②地域医療構想をはじめとする行政計画等の医療政策は少子高齢化、人口減少社会だから、医療需要の減少を見込むのが当然だと考えているが・・・

③このままだと医療も地域も縮小再生産となる。

保健・医療・介護・社会福祉は
地域経済、地域の雇用の拠点（国、自治体に必要な視点）

①地方において医療・介護・社会福祉は地域経済、そして地域の雇用の拠点という視点が欠かせない。

②社会保障は地域の重要な産業の1つ。雇用面での貢献も大きい。公共事業よりも。

＊平成24年版『厚生労働白書』

