

高齢者医療制度に関する検討会

議事次第

平成20年12月4日(木)
17時00分～18時30分
厚生労働省 省議室
中央合同庁舎第5号館 9階

(議題)

- 広域連合についてヒアリング
 - ・ 高知県国民健康保険制度広域化勉強会
 - ・ 福岡県介護保険広域連合
- 保険料の算定方法・支払方法について

(資料)

- 資料1 検討会の当面のスケジュールについて
- 資料2 これまでの議論の概要
- 資料3 前回の検討会において御依頼いただいた資料
- 資料4 高齢者医療制度について(本日の議題に関する参考資料)

(ヒアリング関係資料)

- 資料5 高知県国民健康保険制度広域化勉強会説明資料
- 資料6 福岡県介護保険広域連合説明資料

「高齢者医療制度に関する検討会」の当面のスケジュールについて

- 第1回 開催日 平成20年 9月25日(木)
○フリーディスカッション
- 第2回 開催日 平成20年10月 7日(火)
○年齢で区分することについて
○広域連合について
- 第3回 開催日 平成20年12月 4日(木) 17:00~18:30
○ヒアリング①
・高知県国民健康保険制度広域化勉強会
・福岡県介護保険広域連合
○保険料の算定方法・支払い方法について
- (予定)
- 第4回 開催日 平成21年 1月19日の週、又は26日の週
○ヒアリング②
・大雪地区広域連合(国保・介護・長寿の市町村事務)
・滋賀県後期高齢者医療広域連合
○医療サービスについて
○世代間の納得と共感の得られる財源のあり方について

※以降、引き続き、月1回程度を目途に開催。

これまでの議論の概要

(下線部は前回の議論での発言)

1. 今回の改革の評価と今後の見直しの基本的な考え方・進め方について
 - ・ 短期的に考えるべき課題と長期的な課題を分けて考えるべきではないか。
(岩村委員)
 - ・ これだけ批判を受けた以上、抜本的に見直すべきではないか。(岩本委員)
 - ・ 10年に渡る議論の中で、どこの意志決定で失敗したのかを検討しなければならない。(岩本委員)
 - ・ 「物語・介護保険」に書いたのだが、介護保険が提案されたときは8割以上の人が負担増に賛成した。それは、事務次官が本部長になり、当事者の意見を聞いた上で検討していったからだ。その先例を学ぶべきだったのではないか。(大熊委員)
 - ・ 長寿医療制度はスタートから6ヶ月が経過したが、どうしてうまくいっていない(とされる)のか、その失敗原因を分析すべきではないか。(川淵委員)
 - ・ 今の制度は改革以前と比べて悪いところばかりではなく、評価に値する点もある。制度は、直線的に進化するものでもないから、失敗したところ、読み間違えたところは直し、良いところは伸ばす方向に議論を重ねていけばいい。(権丈委員)
 - ・ 今回の経験から、次の2点を学んだと思っている。ひとつは、75歳で区切る日医案には無理があること。日医は、国庫負担5割、保険者からの財政支援金4割の現状から国庫負担9割にすれば、今の不満が収まると考えているようだが、そうではないだろう。いまひとつは、財政調整に強く抵抗すれば国庫負担が増えて、自分たちの負担が軽くなると見込んだ健保組合側の読みが甘かったということ。これまで75歳以上でなされていた財政調整が、今回の改革で65歳まで下ろされた。健保組合を含めて、今後の議論は、65歳以上の前期高齢者医療制度による財政調整制度の存在をスタート点とせざるを得なくなっている。(権丈委員)
 - ・ 医療費を増やすべきであるこの国の現状と高齢者の医療費抑制の目標は矛盾する。現在の医療費の老若の比率の大きさを問題視するというのであれば、急性期の医療を充実させたりすることにより他国に比して少ない若人の一人当たり医療費を増やして高齢者医療費との差を小さくすべきではないか。(権丈委員)

- ・ 政府で検討した際のメンバーに75歳以上のメンバーが一人しかおらず、当事者不在で、75歳以上の意見を聞く姿勢がなかったのではないか。(樋口委員)
- ・ 高齢者医療確保法の冒頭で、医療費適正化が謳われており、介護保険法等と違い、高齢者に敬意を払っていないのではないか。(樋口委員)
- ・ 高齢者医療制度については、これまで、さんざん議論してきたのだから、そんなに新しい抜本改革案はないだろう。(山崎委員)

2. 年齢で区分することについて(制度の建て方、名称等)

- ・ 制度の建て方は、長期的に議論すべき課題。(岩村委員)
- ・ どこかでは年齢で線を引かなければならないと思う。どこで線を引くかは政策的に考えて合理的なものであればよく、75歳以上としたのはやむを得なかった。(岩村委員)
- ・ 75歳で区切る理由は、75歳以上の高齢者の特性に応じた医療が必要との説明であったが、目新しい医療サービスがない。(岩本委員)
- ・ 全国健康保険協会が導入した「リスク構造調整方式」が良いのではないか。(岩本委員)
- ・ 財政調整の機能と保険者の機能は分離して制度設計すればよい。(岩本委員)
- ・ 国保加入者の所得捕捉が困難というのは過去の事実であり、国保の保険料は所得比例でよい。(岩本委員)
- ・ 介護保険も40歳で区切ったが、時間をかけていろいろな意見を聞いたので、理解が得られた。(大熊委員)
- ・ 平成18年4月26日の衆議院厚生労働委員会の参考人質疑でも申し上げたが、年金が60(→65)歳、(高齢者)医療が75歳、介護が65歳で果たして整合性がとれるのかどうか。(川淵委員)
- ・ 現行の長寿医療制度を廃止して、医療保険制度の一元化を求める意見もあるが、これが日本で実現可能かどうか。韓国やドイツの医療保険制度が一元化できた理由も含めて分析すべき。(川淵委員)
- ・ 75歳で線を引くことについては、将来を考えれば、1つの可能性としてはあるのではないか。(川淵委員)
- ・ 要医療と要介護の線引きは難しいので、医療保険と介護保険の統合ができないか。しかし、当面は、年金支給開始年齢、並びに介護保険の原則給付が始まる65歳をひとつの目安としてはどうか。(川淵委員)
- ・ 制度において、若人の一人当たり老人医療費の負担が、過重にならないように、若人と高齢者の老人医療費負担割合を自動調整化できたこと、および個人単位の加入にして保険料負担の水平的公平が改善されたことは、今回の改革の長所ということもできる。しかしこの長所は75歳で区切った

から可能となっている。75歳以上の独立した医療制度を設けることの弊害を鑑みれば、それら長所を犠牲にしてでも、前期高齢者の財政調整の仕組みを後期高齢者に拡大して65歳以上でリスク構造調整をする方が望ましいのではないか。もっとも、先に挙げた長所を享受しながら75歳で区切らないですむ方法があるのならば、その方がベターである。(権丈委員)

- ・ 韓国の医療保険一元化では、一元化公約時の「全国民共通の単一保険料賦課体系」が未だ確立されていないし、今後も整備される様子はない。そして韓国内外の専門家の間では、韓国の医療保険一元化は失敗であったと評価されていることは、日本の医療保険論議に、少なからず示唆を与えるのではないか。(権丈委員)
- ・ 職業上の属性等を見捨て、75歳で区切るのは問題ではないか。夫婦別れ、親子別れなどの世帯の分離を促している。(樋口委員)
- ・ 後期高齢者は学問上の概念定義。後期高齢者と呼ばれた人の気持ちをもっと考えるべきではないか。(樋口委員)
- ・ 障害認定者を長寿医療制度の被保険者とする事で厄介払いをしているのではないか。(樋口委員)
- ・ 75歳という年齢で一律分離するのが最大の問題である。ただし、財政的に現役世代と高齢者の負担区分の明確化は良い面である。(宮武委員)
- ・ 老人保健制度に対する不満を解決するために、各団体の主張の折り合いをつけて、今回の制度ができた。(山崎委員)
- ・ 批判が強い中でも、制度の枠組みに対する議論は低調。関係者は、当面は現在の制度でいってほしいのが本音と思われる。(山崎委員)
- ・ 医療保険制度の一元化は簡単ではなく、大変難しい問題である。(山崎委員)
- ・ 75歳という年齢を下げ、介護保険と同様、65歳以上の人を対象とすればうまくいくのではないか、その場合には、リスク構造調整型と介護保険型の二つの考え方がある。(山崎委員)
- ・ 高齢者医療に対する被用者保険の支援金・納付金については、保険者の財政力按分とする等あり方を検討すべきではないか。(山崎委員)

3. 広域連合について

- ・ 都道府県レベルで保険者を考えた方がいいというのが全体の流れであると思う。広域連合はこれまであまり使ったことがなかった仕組みではある。いずれにせよ当事者の方の意見を伺いながら考える必要がある。(岩村委員)
- ・ 都道府県単位で運営し、保険者機能を強化するとのことであったが、広域連合の保険者としての積極的な活動が見られない。(岩本委員)

- ・ 都道府県が運営してうまくいくかは疑問がある。運営は市町村とし、国や県は財政調整をしっかりと行うこととすべきではないか。（岩本委員）
- ・ 10月1日からスタートした「全国健康保険協会」では、都道府県ごとに政管健保の保険料率を決定することになるが、これで「国民すべからく平等に医療を受けられるかどうか」リスク構造調整のあり方が問われる。（川淵委員）
- ・ 都道府県は医療保険の事務に関するノウハウがなく、ファイナンスの機能を果たせる力はないのではないか。（川淵委員）
- ・ 国民健康保険も都道府県単位に発展させれば、今回の改革以前の制度よりも良い制度ができる。都道府県単位の広域連合を使うにしろ、責任主体を明確にする等、組織そのものについては考える必要がある。（権丈委員）
- ・ 改善の形は大臣の私案と同じ。都道府県に事務処理のノウハウがないことについては、市町村職員の協力を促す仕組みを工夫することで対応できる。都道府県単位の保険者にしたとしても、保険料を都道府県で統一する必要はなく、市町村単位で保険料に差を設けることにより、市町村がもつこれまでのノウハウを活用し市町村に徴収インセンティブを持ち続けてもらうことも考えられる。（権丈委員）
- ・ 長寿医療制度は、都道府県単位で運営することとした良い面がある。ただし、本来は全市町村参加の広域連合ではなく都道府県が直接に運営すべきではないか。（宮武委員）
- ・ 75歳未満が対象になった市町村の国民健康保険についても、まず広域連合化を図り、75歳以上も75歳未満も同じ構造の制度にしてドッキングさせる、いわば二階建てに改造すれば75歳で別制度にした欠点を是正できる。（宮武委員）
- ・ 都道府県単位とするのが全体の流れではないか。ただ保険料の納付率等を考えても都道府県単位とすることは色々問題があるので、実際の担当者をお呼びして話を聞きたい。（宮武委員）
- ・ 広域連合は住民に見えない。高齢者等の当事者の要望をきちんと受け止めて責任をもって制度運営をする組織になっていないことが問題。これは、市町村との妥協の産物だからであり、医療は県単位でという方向を目指すのであれば都道府県が運営主体となるべきではないか。（山崎委員）
- ・ 市町村国保の中に高齢者医療勘定を設けて高齢者医療を引き受けるのが最善だと考えているが、零細な市町村では困難だといっているのであれば、次善の策として、都道府県を保険者にして国保と高齢者医療を引き受け、市町村と国が支える形がよいのではないか。（山崎委員）

4. 医療サービスについて

- ・長寿医療制度には、家庭医をもつ、人生の最期の迎え方を自分で決める、などの良い面もある。ただ、これは、75歳になったら突然必要になる、という仕組みではない。(大熊委員)
- ・他の国では、医療ではなく、ホームヘルプや住宅政策で受け止めている高齢者を、日本では「患者」にして、医療で扱っている。介護報酬が低いために介護職が足りず、本来医療でやらなくても良いもののために高齢者医療費が増大している。この状況を放置したのでは、根本的解決は図れないのではないか。(大熊委員)
- ・同じ年金天引きの介護保険制度と違い、長寿医療制度は目新しい給付が無く、むしろ「制限医療」の色彩が強い診療報酬改定が行われたため、理解が得られなかったのではないか。(川淵委員)
- ・イギリスでの家庭医をモデルとして、担当医を作ろうとしていることは理解できるが、家庭医の養成自体がまだできていないのではないか。(樋口委員)
- ・スパゲッティ状態になりたくないというターミナルケアに関する国民的議論がせっかく成熟していたのに、それを無視したのではないか。(樋口委員)

5. 保険料の算定方法・支払い方法について

- ・長寿医療制度には、保険料の個人単位化など公平性の観点から良い面もある。この点は、女性たちが長いこと提言していたものである。(大熊委員)
- ・高齢化により医療費が増えると、高齢者の負担も増えることをきちんとアピールしていなかったから、混乱を招いた。事実、厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編「医療制度改革の課題と視点～解説・資料編」を見ると、「若年世代からの支援を行う場合」として、高齢者一人当たり保険料は現行制度6.4万円(平成11年度)から6.8万円に上昇すると試算している。その一方で保険組合は、加入者一人当たり保険料が1.5万円減少すると試算している。しかし、実際は総額3900億円の負担増となっており、これが現役世代の不信を招いているのではないか。(川淵委員)
- ・天引きをする場合に、社会保険料控除の問題について、きちんと周知していない。(樋口委員)
- ・現役並みの600万円の所得がある勤労者に対して、上限の50万円の保険料を賦課することはすれすれの所得層には勤労意欲を削減するものであり、問題ではないか。(樋口委員)

6. 世代間の納得と共感の得られる財源のあり方について

- ・ 高齢化で負担が増えることについて、国民が理解した上で、制度改革を行うべきではないか。(岩本委員)
- ・ 制度をどのように変えるにしても、現役世代の支援は不可欠。その納得が得られる制度にすべき。(岩本委員)
- ・ いつも健保財政赤字と報道されるが、保険料率一定のもとでは医療費が増えれば赤字になるのは当たり前の話である。GDPに占める社会保険料の割合が、日本は他の国に比べて低いことを国民共有の知識として議論の前提に置いても良いのではないか。(権丈委員)
- ・ 改革前の老人保健制度、改革後の前期高齢者医療制度の財政調整では、国保・被用者保険の各保険者の老人加入率が全制度平均と同一であると仮定して、公平な負担を行っている。まずは、これら財政調整の仕組みを広く国民は理解した上で、制度の善し悪しを議論するべきではないか。(権丈委員)
- ・ 税を多く投入して税による負担を大きくすれば、財政当局から口出しがしやすくなるので慎重に考えるべきである。ただし現状では、保険者が低所得者を抱えるというリスクは、税によって調整せざるを得ない側面がある。(権丈委員)

7. その他

- ・ 与党の強行採決で決まったものであり、説明責任が履行されていないのではないか。(樋口委員)
- ・ 制度の運営にあたり、事務ミスが多すぎるのではないか。(樋口委員)
- ・ 制度運営で事務ミスが生じたのは、昨年10月、つまり制度開始のわずか半年前になって激変緩和措置が講じられ、自治体に大幅なシステム改修を求めたことにも原因があったと思っている。(権丈委員)

前回の検討会において御依頼いただいた資料

【 事 項 】 ※①～④は権丈委員、⑤は山崎委員、⑥は岩本委員の御依頼

- ① 被用者保険の高齢者に係る負担の保険料率換算(納付金を総報酬で除して算出したもの)
 - I. 現行の前期高齢者医療制度
 - II. 前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合

- ② 国保の保険料上限(年間59万円)を協会健保並み(年間82万円※)とした場合の保険料増収
額(応能保険料率は固定と仮定した場合)。
※ 総報酬の上限(121万円×12月+540万円)×保険料率(8.2%)÷2=82万円

- ③ 被用者保険において、65歳以上の被扶養者を扶養する被保険者に対して、被扶養者の医療給付費を賄うため割増保険料を賦課する場合の保険料率

- ④ 高齢者の患者負担割合を3割から1割に変更した場合の医療給付費の増加額

- ⑤ 健保組合の加入者(被保険者+被扶養者)1人当たり総報酬額(上位10組合、下位10組合等)

- ⑥ 各医療保険制度における財政調整制度について

① 被用者保険の納付金等に係る負担の保険料率換算

I. 現行制度における前期高齢者に係る負担の保険料率換算（平成20年度）

	被用者保険 計	協会健保	組合健保
前期高齢者に係る負担(満年度) ① ＜前期高齢者給付費＋前期高齢者納付金＞	3.3兆円	1.5兆円	1.3兆円
総報酬 ②	194兆円	77兆円	88兆円
保険料率換算 ①/②	1.7% [1.6%]	2.0% [1.7%]	1.5% (0.8%～2.5%)

注1: 前期高齢者納付金には前期高齢者が負担する後期高齢者支援金の財政調整に係る分を含む。

2: 協会健保の保険料率換算の[]は協会健保の国庫負担分(75歳以上分の16.4%及び75歳未満分の13%)を除いたものである。

3: 健保組合の()は、健保組合の保険料率換算について、組合ごとの加入者1人当たり総報酬の格差による変動範囲を粗く計算したものである。

Ⅱ. 前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大した場合

(平成20年度の医療給付費等を基礎とした極めて粗い計算)

<前提条件>

- 現行の長寿医療制度の加入者は、長寿医療制度導入前の制度に加入するものとし、前期高齢者の財政調整の仕組みを75歳以上にも拡大して適用。
- 高齢者の医療給付に対する公費負担については次の2ケースを仮定。
 ケースⅠ : 高齢者の医療給付に対して5割の公費負担なし
 ケースⅡ : 現行の長寿医療制度の医療給付に対して5割の公費負担(現役並み所得者の公費負担なし)

		被用者保険	協会健保	組合健保
65歳以上医療給付に係る負担 (5割公費を除く) <65歳以上給付費+納付金>	ケースⅠ ①	9.4兆円	4.7兆円	3.6兆円
	ケースⅡ ②	6.5兆円	3.2兆円	2.5兆円
総報酬	③	196兆円	78兆円	88兆円
保険料率換算 (5割公費を除く)	ケースⅠ ①/③	4.8% [4.4%]	6.1% [5.2%]	4.0% (2.2%~6.8%)
	ケースⅡ ②/③	3.3% [3.1%]	4.1% [3.5%]	2.8% (1.5%~4.7%)

注1:協会健保の保険料率換算の[]内は納付金に係る協会健保の国庫負担分(75歳以上分の16.4%及び75歳未満分の13%)を除いたものである。

2:健保組合の()は、健保組合の保険料率換算について、加入者1人当たり総報酬の格差による変動範囲を粗く計算したものである。

3:現行の長寿医療制度の給付に対する公費(支援金に対する公費及び保険料軽減等に対する公費を除く)は、現役並み所得者には公費がつかないことから長寿医療制度の給付費に対する割合は46%(平成20年度)となっている。したがって、今回の試算においては、公費割合を46%とした。

4:納付金は、平成20年度における前期高齢者納付金及び平成20年3月分の老人保健の給付費及び拠出金を年度換算したものを基礎に算出。

5:総報酬は、平成20年度の総報酬を基礎に75歳以上の被保険者本人が長寿医療制度導入前の制度に加入することにより1%増加すると仮定した。

② 市町村国保の保険料上限を協会健保並みにした場合の保険料増収額

(長寿医療制度に移行した被保険者(1,050万人)は保険料の上限に到達していないと仮定した極めて粗い計算)

<平成18年度保険料調定額 3兆7,000億円 (国民健康保険実態調査)>

- 所得割の保険料率を固定し、市町村国保の保険料上限を協会健保並みに引き上げた場合の保険料の増収額を計算。

※ ただし、実際の保険料の算定に当たっては、医療給付費から国庫負担金等を控除した保険料として徴収することが必要な額に基づき保険料率を設定するため、保険料上限が上がっても保険料率が下がり保険料総額に変化はない。

	保険料の上限	
	82万円の場合 (本人負担の上限)	163万円の場合 (事業主負担含む上限)
保険料増収額	3,000億円	6,000億円

注1:平成18年度国民健康保険実態調査報告による所得分布(平成17年所得)及び旧ただし書所得、四方式を採用している市町村の平均料率(所得割率7.36%、資産割額1.9万円、均等割額2.3万円、平等割額2.4万円)を基礎に、粗く計算。

注2:平成20年度の保険料上限額は59万円となっているが、平成18年度の53万円の保険料上限額を基に保険料上限額を変更した場合の保険料の増収額を計算。

注3:協会健保並みの保険料上限は、以下により算出。

総報酬の上限(121万円×12月+540万円)×保険料率(8.2%)÷2(事業主負担)=82万円

総報酬の上限(121万円×12月+540万円)×保険料率(8.2%)=163万円

③ 被用者保険の65歳以上被扶養者に係る割増保険料率

仮に、65歳以上被扶養者が被用者保険に加入する場合に割増保険料を被保険者本人から徴収すると仮定した場合の割増保険料率を計算。

I. 65歳以上被扶養者の医療給付を賄うために必要な保険料率

- 公費負担は、現行の長寿医療制度と同様の75歳以上の医療給付費に対する5割の公費負担の他、協会健保には、5割公費分を除く医療給付費にも国庫負担(75歳以上分の16.4%及び75歳未満分の13%)を仮定。

		協会健保	組合健保
65歳以上の被扶養者の医療給付費	①	1.2兆円	0.6兆円
公費負担	②	0.5兆円	0.2兆円
65歳以上被扶養者を扶養する被用者本人の総報酬	③	7.6兆円	5.3兆円
割増保険料率(被扶養者1人あたり)	$(①-②) / ③$	9%程度	7%程度

※ 平成18年度健康保険被保険者実態調査の被保険者数及び総報酬並びに平成20年度予算ベースの1人当り医療給付費を基礎とした推計値

II. 長寿医療制度において負担することとなる保険料相当額を割増保険料率とする場合

- 長寿医療制度の均等割保険料の平均額(年額) 41,500円 …… ①

(被扶養者は所得割を負担せず世帯としては軽減世帯に該当しないと仮定)

		協会健保	組合健保
65歳以上被扶養者を扶養する被用者本人の1人当たり平均総報酬	②	410万円	610万円
割増保険料率(被扶養者1人あたり)	① / ②	1.0%程度	0.7%程度

④ 高齢者の患者負担割合を1割に変更した場合の医療費・医療給付費の変化

○ 現行制度で3割負担の65歳以上高齢者の患者負担割合を1割負担に変更した場合の医療費・医療給付費の変化を計算。

・現行制度で3割負担の高齢者 …… 65～69歳の者(長寿医療制度対象者除く)及び70歳以上(長寿医療制度対象者含む)の現役並み所得者

	医療費 〔現行制度で3割負担 の高齢者分〕	医療給付費 〔現行制度で3割負担 の高齢者分〕	実効給付率
変更前	40,400億円	33,100億円	81.8%
変更後	44,500億円	40,900億円	91.9%
増加額	4,000億円	7,800億円	-

注1: 給付率の変化に伴う医療費の波及増(長瀬効果)を見込んでいる。

注2: 変更前の医療費は平成19年度メディアス(概算医療費)ベース。

注3: 実効給付率は、変更前は老人保健の現役並み所得者の実効給付率、変更後は老人保健の一般所得者の実効給付率(平成19年1～12月実績)を用いている。

<医療費の波及増(長瀬効果)とは>

制度的な給付率の変更(=患者負担率の変更)に伴い、1人当たり医療費の水準が変化することが経験的に知られており、この効果を「長瀬効果」と呼んでいる。

例えば、給付率が低くなる(=患者負担が増加する)制度改革が実施されると、受診行動が変化し、受診率が低下したり、1人当たり日数が減少する。

⑤

加入者1人当たり総報酬の状況(平成18年度)

	加入者数(人)	総報酬(億円)	加入者1人当たり総報酬(円)	扶養率
政管健保	35,963,571	751,685	2,090,128	0.84
組合健保	29,834,094	844,806	2,831,680	0.97
計	65,797,665	1,596,491	2,426,364	0.90

<加入者1人当たり総報酬額の上位10組合>

順位	加入者数(人)	総報酬(百万円)	加入者1人当たり総報酬(円)	扶養率
1	5,113	26,932	5,267,623	0.59
2	2,985	15,424	5,167,559	1.11
3	21,971	112,846	5,136,112	1.01
4	4,297	21,951	5,108,128	0.49
5	2,833	14,246	5,029,052	1.14
6	3,039	15,188	4,997,114	0.95
7	3,734	18,612	4,984,962	1.13
8	1,896	9,432	4,974,984	1.24
9	7,599	37,472	4,931,296	0.68
10	5,032	24,545	4,878,311	1.17

<加入者1人当たり総報酬額の下位10組合>

順位	加入者数(人)	総報酬(百万円)	加入者1人当たり総報酬(円)	扶養率
1	564	950	1,685,196	0.85
2	2,235	3,781	1,691,375	1.01
3	227	385	1,698,450	1.19
4	2,417	4,117	1,703,040	1.17
5	10,794	18,573	1,720,634	1.30
6	1,934	3,342	1,728,219	1.32
7	1,985	3,436	1,730,574	0.76
8	1,067	1,870	1,752,020	1.22
9	4,644	8,187	1,762,734	1.26
10	1,426	2,521	1,767,335	0.42

(資料)平成18年度健康保険組合事業年報(速報)

※1 特例退職被保険者分を除き、任意継続被保険者分は含んでいる。

※2 加入者数は平成18年度平均。

※3 年度中に新規設立、合併、分割、解散した組合は順位には含まれていない。

⑥

各医療保険制度における財政調整制度について

		長寿医療制度	国保	協会健保	組合健保
財政単位		都道府県単位の広域連合	市町村	都道府県支部	組合
年齢構成の調整	現役世代		—	都道府県支部間の年齢構成の調整	—
	高齢者		後期高齢者支援金(全保険者における0~74歳の加入者数(後期高齢者加入率)による調整) 前期高齢者財政調整(全保険者における前期高齢者の加入率による調整) 退職者医療制度(65歳未満のサラリーマンOBについての調整) (総報酬割による財政力の調整)		
財政力の調整		調整交付金 ・都道府県間の財政力の調整 ・給付費の12分の1を国が負担	調整交付金 ・市町村間の財政力の調整 ・給付費の9%を国、7%を都道府県が負担	都道府県支部間の財政力の調整 (被用者保険による協会健保に対する支援措置) ・20年度の措置 ・協会健保に対する国庫補助額1,000億円を削減し、保険料率が一定基準未満の健保組合が750億円、共済組合が250億円を協会健保に拠出	
高額医療費に関する調整		高額医療費に対する公費負担 ・1件80万円超の医療費につき、国が1/4、都道府県が1/4を負担	高額医療費共同事業 ・1件80万円超の医療費のリスクヘッジ ・保険料負担1/2、国負担1/4、都道府県負担1/4 保険財政共同安定化事業 ・1件30万円超の医療費のリスクヘッジ ・全て保険料負担 ・人头割1/2、医療費実績割1/2で拠出	—	交付金交付事業 ・1件100万円超の医療費のリスクヘッジ ・各組合が財政力に応じ拠出する調整保険料を財源とする

高齢者医療制度について (本日の議題に関する参考資料)

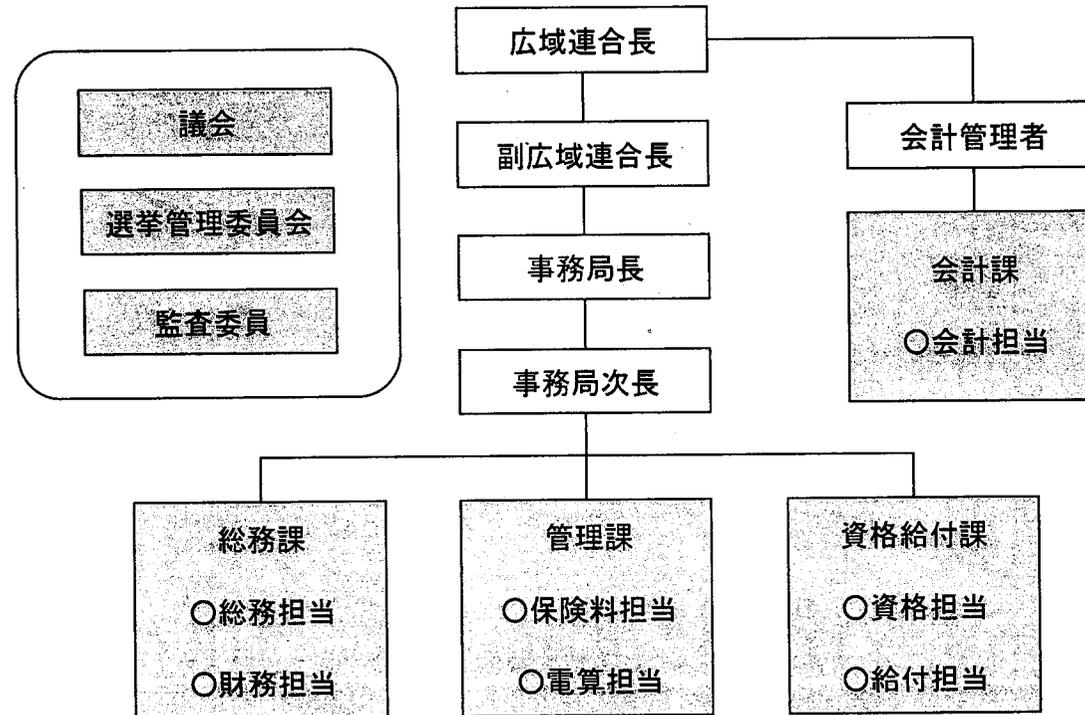
平成20年12月4日
厚生労働省保険局

広域連合について

4. 広域連合の処理する事務

- ① 被保険者の資格の管理に関する事務
- ② 医療給付に関する事務
- ③ 保険料の賦課に関する事務
- ④ 保健事業に関する事務

※広域連合組織の一例



5. 長寿医療制度の運営主体

長寿医療制度の運営主体については、(1)広域連合の他に、(2)市町村、(3)都道府県、(4)一部事務組合が議論された。

(1) 広域連合

- 独自の首長及び独自の議会を持っており、責任をもって保険者機能を発揮できる。
- 広域連合における事務処理は、国民健康保険や老人保健制度に精通した市町村の職員が中心となることができ、保険料決定や保険料徴収等について、広域連合と市町村が密接な連携のもとに、事務処理を行っていくことが可能である。

(2) 市町村

- 高齢化の進展に伴い老人医療費は増大することが見込まれており、後期高齢者医療制度の運営に当たっては、財政の安定化を図る観点から広域化を図る必要がある。
- 他方、保険料徴収や各種申請の受付等の窓口業務については、住民に身近な行政主体として、住民情報を保有し、日頃から地域住民に接している市町村が担うことが適当である。
- このような事情や関係者との協議を踏まえ、保険料徴収等の事務は市町村が行うこととした上で、都道府県単位で全市町村が加入する広域連合を設立し、当該広域連合を運営主体とすることにより、財政運営の広域化及び安定化を図ることができる。

(3) 都道府県

- 都道府県は、住民に関する基礎情報を保有せず、医療保険の事務処理に関するノウハウの蓄積もない。
- また、保険料の徴収等の事務処理に関するノウハウの蓄積がなく、都道府県が、こうした事務を担うことは、現実的には困難である。



○地方公共団体の広域的な事務処理の形態としては、一部事務組合もあるが、広域連合は、平成6年の地方自治法の改正により創設された新しい制度であり、一部事務組合と比較して、

- ア 広域計画の策定が義務づけられており、広域的な行政の推進により適した仕組みであること
- イ 構成団体に規約を変更するよう要請することができるなど、より自立的な組織であること
- ウ 一部事務組合の議会の議員及び管理者の選出については充職が認められるのに対し、広域連合の議会の議員及び執行機関の選出については直接公選又は間接選挙が義務づけられており、より民主的な組織であること などを勘案して、広域連合を選択した。

区 分	広 域 連 合	一 部 事 務 組 合
団体の性格	・特別地方公共団体	・同左
構成団体	・都道府県、市町村及び特別区	・都道府県、市町村及び特別区
設置の目的等	・多様化した広域行政需要に適切かつ効率的に対応するとともに、国からの権限移譲の受け入れ体制を整備。	・構成団体またはその執行機関の事務の一部の共同処理
国等からの事務権限の委任	・国又は都道府県は、広域連合に対して直接に権限・事務に委任を行うことができる。 ・都道府県の加入する広域連合は国に、その他の広域連合は都道府県に、権限・事務を委任するよう要請することができる。	・規定なし
構成団体との関係等	・構成団体に規約を変更するよう要請することができる。 ・広域計画を策定し、その実施について構成団体に対し勧告することができる。広域計画は、他の法定計画と調和が保たれるようにしなければならない。	・規定なし
設置の手續	・関係地方公共団体がその議会の議決を経た協議により規約を定め、都道府県の加入するものは総務大臣、その他のものは都道府県知事の許可を得て設ける。 ただし、総務大臣は、広域連合の許可を行おうとするときは、国の関係行政機関の長に協議するものとする。	・関係地方公共団体がその議会の議決を経た協議により規約を定め、都道府県の加入するものは総務大臣、その他のものは都道府県知事の許可を得て設ける。
組織	・議会 —— 長(執行機関)	・議会 —— 管理者(執行機関) ただし、複合的一部事務組合においては、管理者に代えて理事会を設けることができる。
議員等の選挙の方法等	・議会の議員及び執行機関の選出については、直接公選又は間接選挙による。	・議会の議員及び管理者は、規約の定めるところにより、選挙されまたは選任される(充職も認められる)。

6. 広域連合の状況

全国の広域連合設立数・・・111広域連合(平成20年4月1日時点)

後期高齢者医療広域連合	介護保険又は国民健康保険に関する事務を行う広域連合	その他の広域連合	合計
47広域連合	49広域連合	15広域連合	111広域連合

※うち介護保険に関する事務を行う広域連合:48広域連合
国民健康保険に関する事務を行う広域連合:4広域連合

広域連合の状況(例)

広域連合の名称	<small>そらち</small> 空知中部広域連合	<small>たいせつ</small> 大雪地区広域連合	<small>もがみ</small> 最上地区広域連合	福岡県介護保険広域連合
広域連合を組織する地方公共団体	北海道内の6市町(1市5町)	北海道内の3町	山形県内の4町村(2町2村)	福岡県内の39市町村(5市30町4村)
主に処理する事務	(1)国民健康保険事業に関する事務 (国民健康保険直営診療施設に係る事務を除く) (2)介護保険事業に関する事務 (3)広域化の調査研究 など	(1)国民健康保険事業に関する事務 (2)介護保険事業に関する事務 (3)長寿医療制度に関する事務 (4)乳幼児医療給付事業、ひとり親家庭等医療給付事業などに関する受託事務 (5)広域化の調査研究	(1)国民健康保険事業に関する事務 (国民健康保険直営診療施設に係る事務を除く) (2)重度心身障害(児)者・乳幼児及び母子家庭等医療給付事業に関する事務 (3)広域化の調査研究	介護保険事業の (1)被保険者の資格の管理に関する事務 (2)要介護認定及び要支援認定に関する事務 (3)保険給付に関する事務 (4)介護保険事業計画の策定に関する事務 (5)保険料の賦課及び徴収に関する事務 (6)その他介護保険制度の施行に関する事務

高知県国民健康保険制度広域化勉強会

1. 勉強会会議日程 …… 平成19年7月4日～11月15日まで計6回開催

2. 勉強会参加
・協力団体 …… 高知県、高知県内7市町及び高知県国保連合会
※高知県内の市町村数……34市町村

3. 主な検討事項 …… (1)事務処理の広域化の方法(保険者の位置づけ)
(2)保険料について(賦課方法・保険料率・徴収方法)
(3)広域連合と市町村の事務分担

4. 主な提案事項 …… (1)県内全34市町村で構成される高知県国民健康保険
広域連合の立ち上げ
(2)保険料賦課を統一方式とする場合、住民の負担を
考えた激変緩和等経過措置の検討が必要
(3)広域連合と市町村の事務分担については、申請受付
など窓口業務は市町村で行い、被保険者証の発行等、
統一業務は広域連合で行う。

福岡県介護保険広域連合

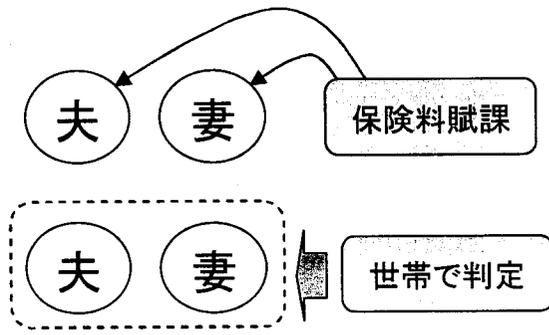
1. 設立 …… 平成11年7月1日
2. 広域連合を組織する
地方公共団体 …… 福岡県内の39市町村(5市30町4村)
※福岡県内の市町村数…66市町村
3. 主に処理する事務 …… 介護保険事業の
 - (1)被保険者の資格の管理に関する事務
 - (2)要介護認定及び要支援認定に関する事務
 - (3)保険給付に関する事務
 - (4)介護保険事業計画の策定に関する事務
 - (5)保険料の賦課及び徴収に関する事務
 - (6)その他介護保険制度の施行に関する事務

※ ・ 資格の異動の届出、被保険者証の再発行交付
・ 要介護認定の申請受付
・ 償還給付の申請受付
・ 保険料納付書の再発行交付・窓口での保険料收受
・ 介護保険事業に係る相談及び受付
については各市町村において行う

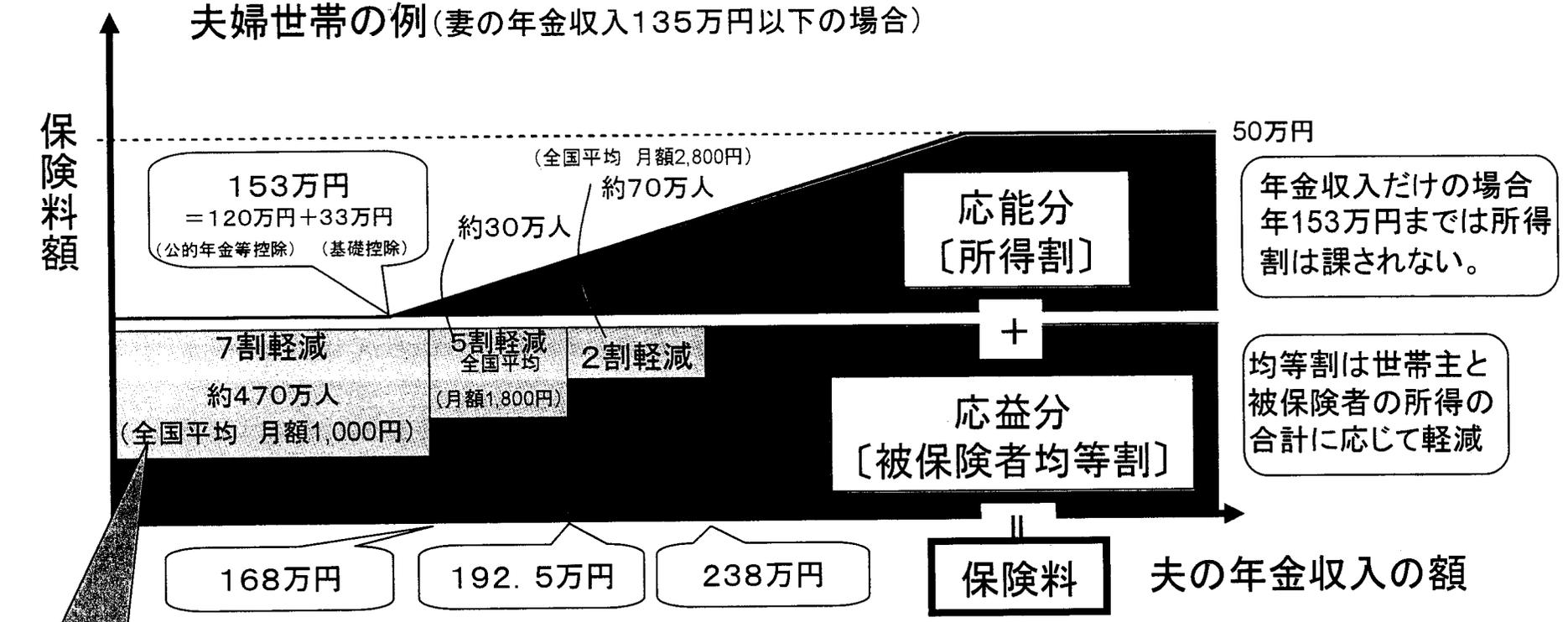
保険料の算定方法について

長寿医療制度の保険料の概要

- **保険料は、個人単位で賦課。**
1人当たり保険料額 = 被保険者均等割額 + 1人当たり所得割額
- **被保険者均等割の軽減(7割、5割、2割)は世帯単位で判定。**



夫婦世帯の例(妻の年金収入135万円以下の場合)



75歳以上の高齢者
(約1,300万人の
約4割)

※年金収入の場合、夫婦それぞれについて計算した所得(年金収入-120万円-15万円)の合計額が基準額以下

基準額(7割軽減)・・・33万円
 基準額(5割軽減)・・・33万円+24.5万円×被保険者数(世帯主は除く)
 基準額(2割軽減)・・・33万円+35万円×被保険者数

後期高齢者医療制度における保険料賦課基準

1. 賦課の基準

- 後期高齢者医療制度においては、介護保険同様、後期高齢者一人ひとりに対して、保険料を賦課する。
- 保険料の額については、国保を参考とし、頭割の部分(応益割)と、所得に応じた部分(応能割)とで設定する。応益割は被保険者均等割、応能割は所得割とし、 $\text{応益割}:\text{応能割}=1:\text{所得係数}$ ※を標準とする。
- 所得割の算定対象所得は、被保険者本人の旧ただし書所得(=総所得金額等-基礎控除)を基準とする。
- 賦課限度額を50万円とする。
＜参考＞賦課限度額が50万円となる年収について(単身世帯の場合の全国平均)
年金の場合 約752万円 給与の場合 約799万円

※ 所得係数=広域連合一人当たり所得/全国一人当たり所得

2. 保険料率

$$\text{被保険者の保険料額} = \text{被保険者均等割額} + \text{旧ただし書所得} \times \text{所得割率}$$

- 被保険者均等割額及び所得割率(保険料率)については、広域連合区域内で均一とする。
- ただし、
 - ・ 無医地区及びこれに準じる地区においては、当該地区単位で、(恒久措置)
 - ・ 一人当たり老人医療給付費が広域連合全体の20%以上低く乖離している市町村においては、当該市町村単位で、(施行後、最長6年間の経過措置)均一保険料率よりも低い保険料率を設定することができる。

3. 軽減措置

- ① 低所得者については、世帯(被保険者及びその属する世帯の世帯主)の所得に応じて、応益割を軽減する。軽減の種類は、7割軽減、5割軽減、2割軽減の3種類とし、すべて職権により処理する。

◎保険料軽減の基準

軽減の種類に応じ、次のとおりとする。

- ・ 7割軽減・基準額＝基礎控除額(33万円)
- ・ 5割軽減・基準額＝基礎控除額(33万円)＋24.5万円×被保険者数(世帯主を除く)
- ・ 2割軽減・基準額＝基礎控除額(33万円)＋35万円×被保険者数

(夫婦二人世帯・夫の年金収入)

168 万円／年

192.5万円／年

238 万円／年

※妻:基礎年金

(注1)高齢者特別控除(15万円)については、国保と同様に、「当面の間の経過措置」として導入する。

(注2)基礎控除額等の数字については、今後の税制改正等により変動があり得る。

- ② 被用者保険の被扶養者であった方については、激変緩和の観点から、後期高齢者医療制度に加入したときから2年間、応益割額のみを賦課することとし、当該応益割額を5割軽減とする。

※更に、

- ・法施行前に、被用者保険の被扶養者であった方については、平成20年度の半年間の保険料負担を凍結し、半年間は9割軽減とすること、21年度においても、9割軽減とすること
- ・法施行後に、①均等割の9割軽減、②所得割の5割軽減を新たに設けることとされた。(次ページ参照)

これまでの政府・与党による主な改善策について

1. 低所得者に対する保険料の軽減 (6月12日政府・与党決定)

① 均等割の軽減について

・平成20年度において、7割軽減世帯で8月まで年金から支払っている方については、10月からは保険料を徴収しないこととする。7割軽減世帯で納付書等で納めていただく方にも同等の軽減措置を講ずる。

(8. 5割軽減。月額保険料は、全国平均で約500円)

- ・平成21年度において、7割軽減世帯のうち、長寿医療制度の被保険者の全員が年金収入で80万円以下(その他の各種所得はない)の世帯について、9割軽減とする。(月額保険料は、全国平均で約350円)

② 所得割の軽減について

- ・所得割を負担する方のうち、所得の低い方(具体的には、年金収入153万円から211万円までの被保険者)について、所得割額を50%程度軽減する措置を講じる。

2. 被用者保険の被扶養者の9割軽減措置の継続 (9月9日与党PT)

平成21年度も継続

3. 年金からの保険料の支払いに係る改善 (6月12日政府・与党決定、11月18日与党PT)

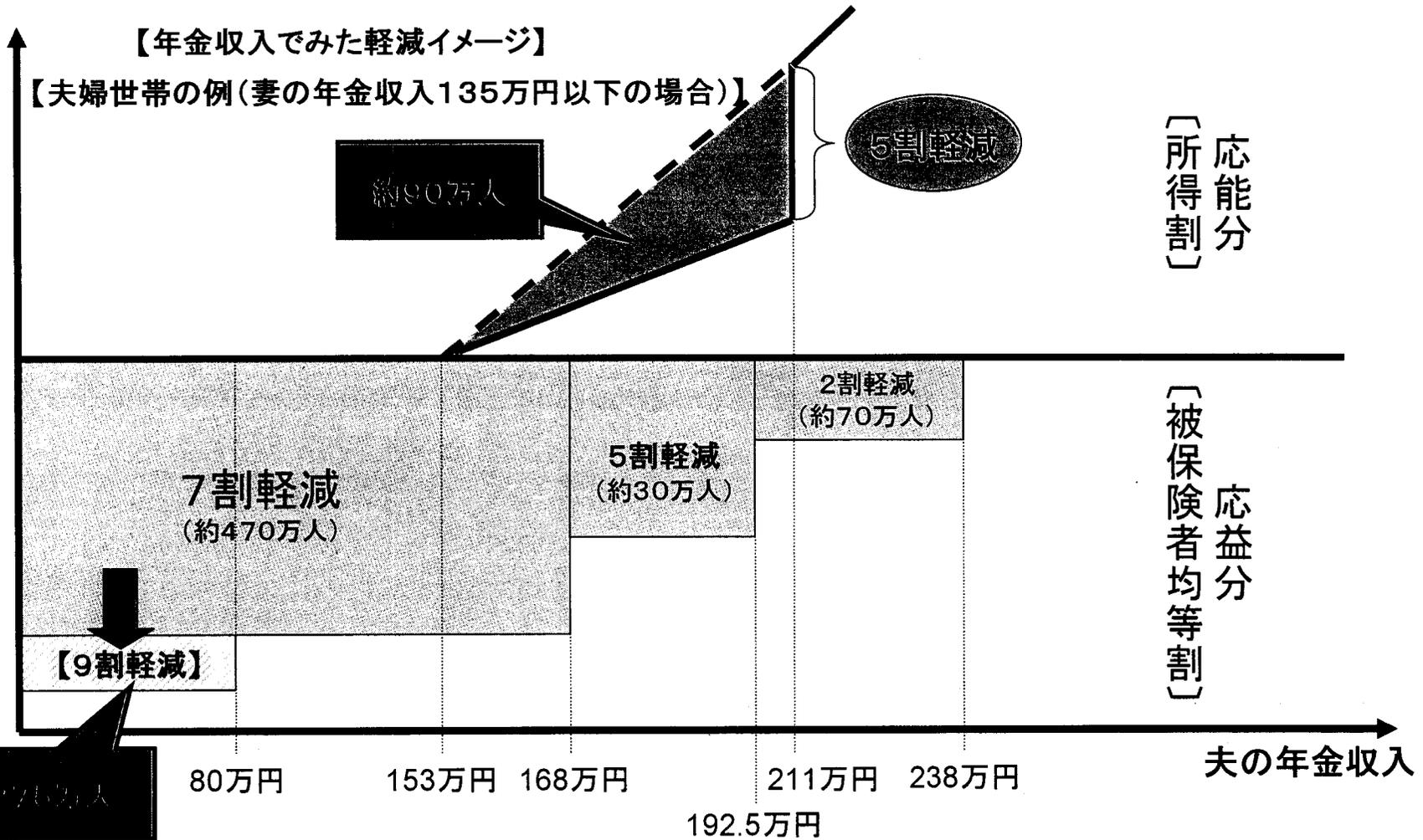
平成21年度以降の対応(恒久措置)

【均等割】

均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、長寿医療制度の被保険者全員が、年金収入80万円以下(その他各種所得がない)の場合に9割軽減する。(月額保険料は、全国平均で約350円)

【所得割】

所得割を負担する方のうち、所得の低い方(具体的には年金収入153万円から211万円まで)について、5割軽減する。



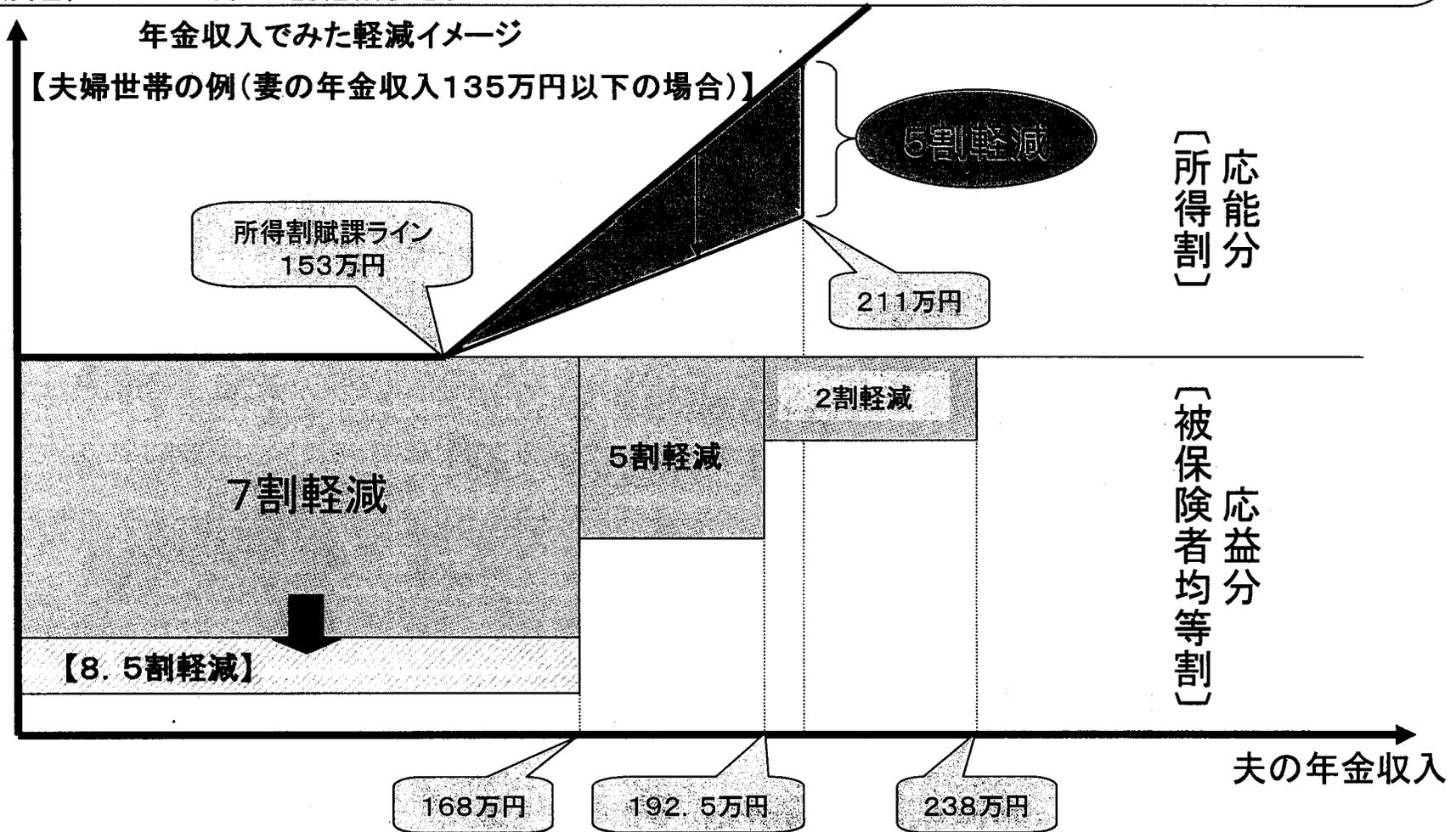
平成20年度の対応(経過的措置)

【均等割】

21年度までの措置として、20年度については、7割軽減世帯で8月まで年金から支払っている方については、10月からは保険料を徴収しない。なお、7割軽減世帯で納付書等で納めていただく方にも同等の軽減措置を講ずる。(8. 5割軽減。月額保険料は、全国平均で約500円)

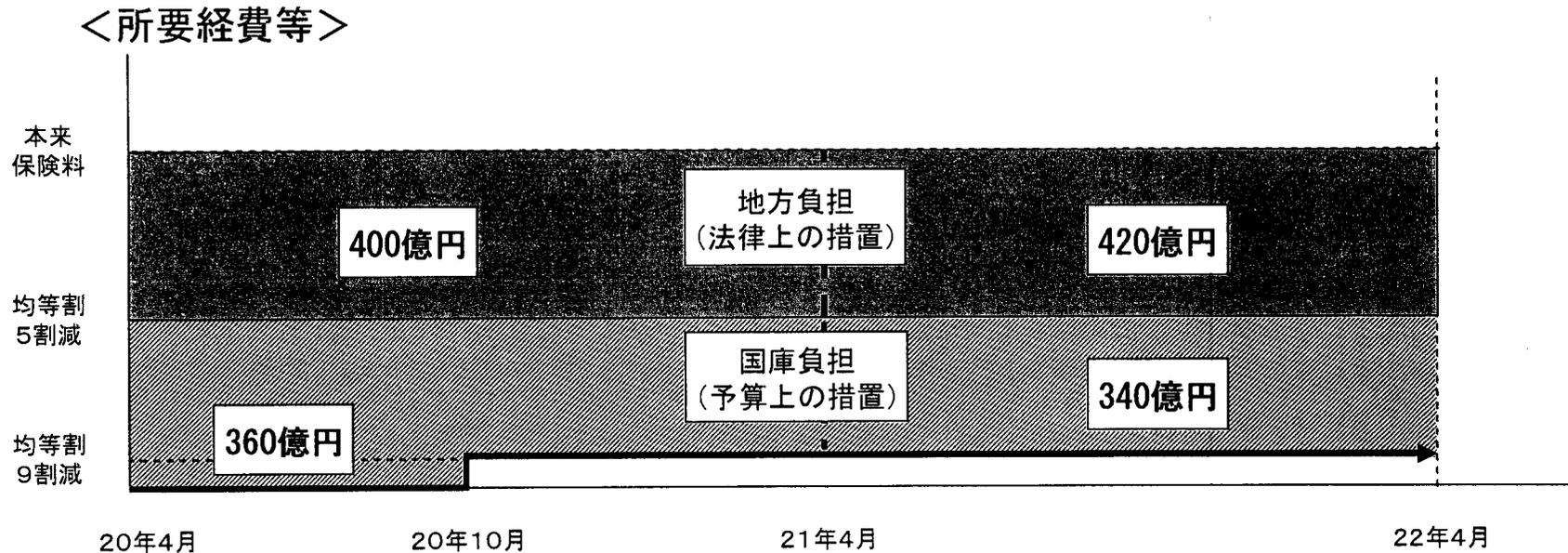
【所得割】

所得割を負担する方のうち、所得の低い方(具体的には、年金収入153万円から211万円までの被保険者)について、5割軽減する。



被用者保険の被扶養者の9割軽減措置の継続について

- 被用者保険の被扶養者であった方については、制度加入時から2年間の軽減措置(均等割5割軽減)に加えて、
 - ・ 平成20年4月～9月の半年間は凍結し、
 - ・ 平成20年10月～平成21年3月の半年間は、均等割を9割軽減した額としている。
- 平成21年4月から平成22年3月までの1年間においても、同様に9割軽減の措置を継続する。
- 平成22年度以降のあり方については、今後検討する。



保険料の支払方法について

保険料の年金からの支払いについて

1 年金からの支払い(天引き)の仕組み

- ・2ヶ月毎の年金支給の際に、公的年金から、2ヶ月分の保険料を引き落とし
- ・平成12年に介護保険において保険料の年金からの支払いを導入

※ 年金からの支払いの主な理由

- ① 被保険者の皆様に、個別に金融機関等の窓口でお支払いいただくなどの手間をおかけしない
- ② 保険料の徴収に係る行政の余分なコストを省く

2 年金からの支払いの対象者

- ① 公的年金の年額が18万以上であり、かつ、② 介護保険料と合算した保険料額が年金額の1/2を超えない者

※ 75歳以上の高齢者の約8割が対象



3 保険料の口座振替

(1) 支払方法の口座振替への拡大

本年6月12日の政府・与党決定に基づき、以下のいずれかに該当する方は、年金からの支払いに代えて、口座振替を選択可能となった

ア これまで2年間、国民健康保険の保険料の納め忘れがなかった場合

イ 年金収入180万円未満の方で、世帯主や配偶者が本人に替わって口座振替で支払う場合

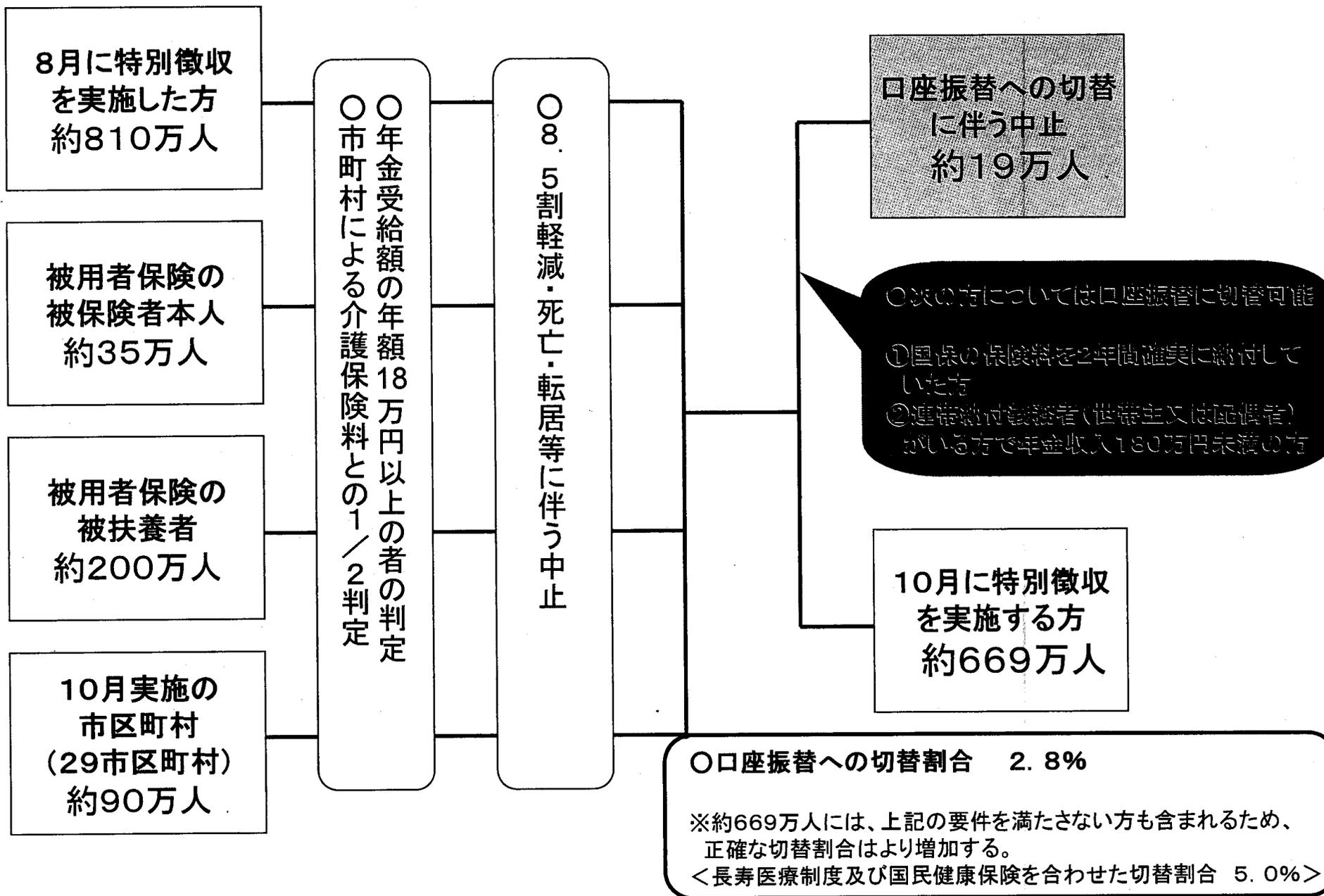
※平成20年10月;年金からの支払い件数 約669万件・口座振替へ切り替えた件数 約19万件



(2) 口座振替と年金からの支払いとの選択制の実施

本年11月18日の与党PTとりまとめを受けて、上記ア、イの要件を撤廃し、原則として、全ての方について、平成21年4月から、口座振替と年金からの支払いとの選択により、保険料の納付をできるようにする。

長寿医療制度の特別徴収等について



今後の年金からの支払いに係る対応

(1) 平成20年度均等割8.5割軽減の方について

○平成20年度において均等割が8.5割軽減となり10月以降の年金からの支払いが中止された方については、平成21年度に保険料の徴収が再開される。(平成21年7月から9月まで普通徴収を行い、10月から年金からの支払いを行うこととなる)

○口座振替への切替が可能であること等を、市町村から対象者に対して、ダイレクトメールにより事前に周知すること等を徹底する。

【徴収方法】

■ : 特別徴収

■ : 普通徴収

9割軽減: 4,200円

7割軽減: 12,600円

	H21.3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	H22.1	2	3	
特別徴収により納める被保険者	ダイレクトメールの発送	9割軽減対象者				700円	700円	700円	700円		700円		700円	
		7割軽減対象者				2,100円	2,100円	2,100円	2,100円		2,100円		2,100円	
口座振替により納める被保険者	ダイレクトメールの発送	9割軽減対象者				1,000円	400円							
		7割軽減対象者				1,400円								

※平成20年度の4, 6, 8月の仮徴収額は、それぞれ2,100円

(2) 平成20年度に資格を取得した方について

○平成20年4月以降、新たに資格を取得した方については、平成21年4月から年金からの支払い(仮徴収)が開始される。

○平成21年4月当初から、希望する方は口座振替にすることができるよう、市町村から対象者に対して、ダイレクトメールにより事前に周知すること等を徹底する。

国民健康保険事業の事務の広域化について

平成19年11月15日

国民健康保険制度広域化勉強会

目 次

○ はじめに	1
○ 検 討	
1 国民健康保険の現状は	1
2 解決のために	1
3 ハードルは高い？	1
4 目指すもの	3
5 広域化の方法は？	3
6 保険者は？	6
7 賦課方法は？	6
8 保険料率は？	8
9 徴収方法は？	9
10 広域連合と市町村の事務の分担は？	10
11 個別の事務分担	11
○ 提 案	
1 具体的な組織	14
2 電算システム	16
3 メリット	20
4 問題点と対応策	20
5 今後検討すべき課題	23

○ はじめに

県では「市町村合併推進構想」を作成し、基礎自治体の将来の望ましい姿と、その実現へのプロセスなどについて、お示ししてきました。その中で、教育、医療、福祉などの分野において、「誰もが、どこでも、安心して暮らせる」高知を目指し、県も入った広域的な行政サービスの仕組みを検討していくことになりました。

○ 検 討

1 国民健康保険の現状は

構造的にば、県内の市町村国保の被保険者には高齢者・低所得者を多く抱えることにより厳しい財政運営や規模の小ささによる事業運営の不安定化という特徴が見られます（本来ならば保険料（税）を引き上げて対応すべきですが、それも出来ないという状況です。）。

また、事務的には、月報や年報といった報告や調整交付金等の事務処理に労力を費やし、さらに制度改正の度にシステムの改修が必要となることから多額の費用がかかっています。

2 解決のために

そのため、県内の市町村の国民健康保険事業（以下、国保）を広域連合、一部事務組合、事務の共同処理等の方法で広域化することにより、財政基盤の安定や事務作業の効率化が可能となるのではないかと考えました。

3 ハードルは高い？

しかしながら、一言に広域化を目指すといっても、様々な面において、クリアをすべき課題がたくさんあります。

- ・そもそも保険者とは？
- ・保険料・税の統一は？
- ・経費削減になるのか？
- ・経費の負担方法は？

【国民健康保険事業の事務の広域化を目指す】

市町村合併推進構想

基礎自治体の将来の望ましい姿・プロセス

教育・医療・福祉

「誰もが、どこでも、安心して暮らせる」
県も入った広域的な行政サービスの仕組みの検討

国保^{だが}現状は

国民皆保険の支え

構造的な現状

- ・高齢者・低所得者を多く抱えることによる厳しい財政運営
- ・規模の小ささによる事業運営の不安定化

事務的な現状

- ・月報・年報といった報告や調整交付金等の事務処理に労力をとられている
- ・制度改正に伴うシステム改修に多額の経費がかかっている

解決

のために

広域化

〔一部事務組合・広域連合・事務の共同処理等〕

2

でも課題？はたくさん

- ☆そもそも保険者とは？
- ☆保険料・税は統一？それぞれ？
- ☆広域化による事務分担（広域連合等と市町村）？
- ☆経費削減になるの？
- ☆経費の負担方法は？
- 国保被保険者資格管理？
- 国保保険給付に関する事務？
- 保健事業は？
- 安定化計画関係事務は？
- 保険財務は？
- 国民健康診療施設の運営は？
- 国民健康保険条例はどこに？
- 事務執行体制は？

4 目指すもの

1 住民サービスの維持

検討に当たっては、広域化をすることによって、住民サービスが低下することのないよう注意します。

窓口業務は変更せず、被保険者である住民の皆様が広域連合に行かなくても、今までどおり市町村の窓口で届け出・申請が出来るようにします。また、保険料(税)の安定化を目指し、従来の保健事業よりも効果のあるものにします。

2 行政コストの縮減 ～個々の運営よりも統一した運営～

保険者に対しては、統一した運営を目指し、システムの統一を行うことによって、制度改正時のシステム改修費、保守管理費の縮減、共用可能な各種帳票類の印刷経費の縮減を行います。

3 構成団体職員経費の削減

レセプト審査等国保業務を1カ所で行うことによって、職員経費の削減を行います。

4 事務処理の統一・一元化 ～トラブルの防止による運営～

国保事務は、国保制度を維持していくために、年々複雑化しています。事務処理の統一・一元化により、担当者交替による事務の一時的な停滞やトラブル等を未然に防ぐとともに、事務処理も効率化されるため、国保制度の安定した運営が可能となります。

5 広域化の方法は？

広域化の手法には、広域連合、一部事務組合、事務の共同処理の3種類の方式が考えられます。

広域連合は、都道府県や市町村等を構成団体として、その事務の一部を共同処理することを目的とした、構成団体から独立した特別地方公共団体の一種です(地方自治法第284条)。

市町村の事務で広域にわたり処理することが適当なものに関し、広域計画の

作成、計画実施のための連絡調整、総合的かつ計画的な処理などを行う権限があります。

また、国や県から権限の移譲の受けることや移譲を行うよう要請することができるほか、構成団体に対し、規約を変更するように要請ができる点、普通地方公共団体に認められている直接請求制度（条例の制定請求等）がある点、議会の議員及び長の選挙を直接選挙が可能であるなどの特徴があります。

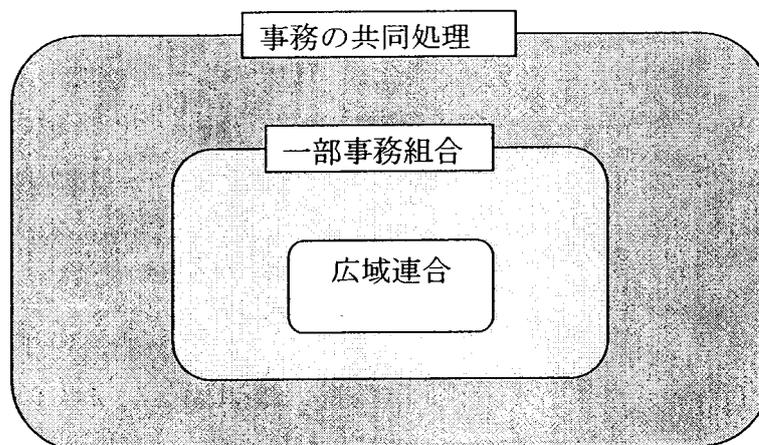
一部事務組合も都道府県や市町村等を構成団体として、その事務の一部を共同処理することを目的とした、構成団体から独立した特別地方公共団体の一種です。

しかし、広域連合に比べ国や県からの権限の移譲や要請はできませんし、構成団体への規約変更の要請も不可能となっています。

なお、議会の組織及び議員の選出方法、執行機関の組織及び選任の方法等は規約で定められますが、直接選挙制度はありません。

事務の共同処理は、市町村それぞれで行っている共通的な事務等を共同して処理する方法で、外部に委託する方法も考えられます。

広域連合と一部事務組合は事務の共同処理が前提となりますが、広域化を検討するうえで、広域連合は一部事務組合に比べ、多様化する行政需要に対応することが可能であり、国や県に権限の移譲を要請することができる点や国保事業以外の事業への広がりがある点で、より可能性が高いと判断しました。また、広域連合から検討した方が効率的だと考えました。



広域連合の仕組み

県

事務権限の委任

事務委任の要請

広域連合

議会

長

広域計画の策定

A仕事

B仕事

C仕事

D仕事

選挙

住民投票による選挙又は構成団体の議会・長による間接選挙

住

民

広域計画の実施に関して構成市町村へ勧告可能

選挙

甲市

乙町

丙村

議会

長

議会

長

議会

長

○規約に定められた事務を広域連合が処理する。
 ○処理事務に関連する予算や条例については、広域連合の長・議会が定める。
 ○広域連合で処理することとなった事務は、各構成団体の権能から外れる。

○各団体に広域連合規約を議決

規約の内容

- ・広域連合の構成団体
- ・広域連合で処理する事務
- ・経費の支弁の方法 等

6 保険者は？

広域連合が保険者となります。

なお、国保法では、保険者は町村及び特別区（国保法第3条第1項）となっていますが、「市町村の広域連合」が運営しているところがあります。

例) 北海道 大雪地区広域連合、空知中部広域連合
山形県 最上地区広域連合

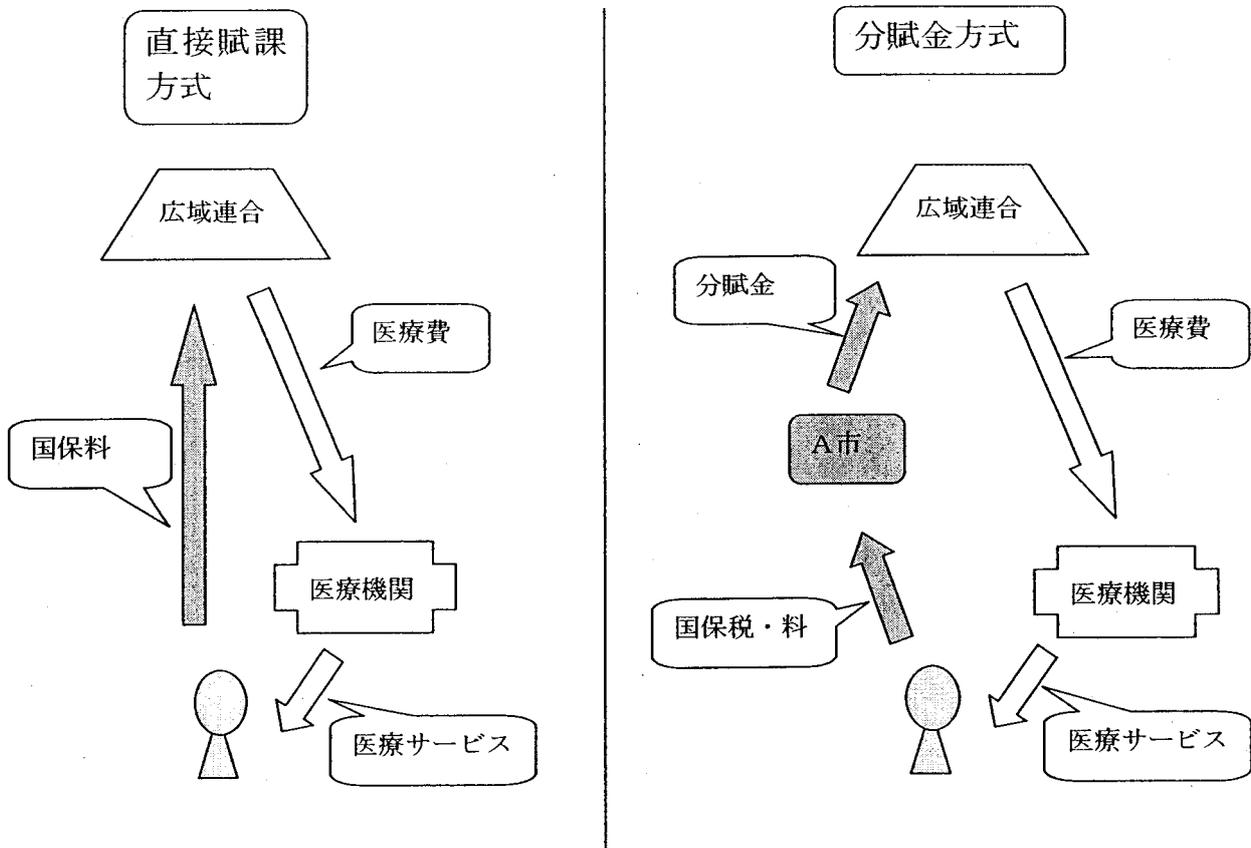
7 賦課方法は？

賦課方法には、「直接賦課方式」と「分賦金方式」が考えられます。

「直接賦課方式」とは、広域連合から直接被保険者に負担を直接求める方法です。広域連合には、地方税法に基づく課税権は認められていないので、国保税ではなく「国保料」となります。

「分賦金方式」とは、広域連合が構成市町村に対し、広域連合の実施する国保事業に要する費用を分賦金として負担を求め、その額に基づいて各市町村が条例により被保険者に負担をお願いする方式です（地方税法第703条の4）。

この場合、構成市町村は「国保税」又は「国保料」を被保険者に対して賦課することになります。



賦課方法による違い

	直接賦課方式	分賦金方式
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合による一括賦課のため、市町村での賦課のための条例制定やその他の作業がなくなる。 ○負担水準の平準化、財政基盤の安定 	<ul style="list-style-type: none"> ○国保料、国保税のどちらの賦課も可能である。 ○各市町村で独自の算定が可能となる（広域連合での一括算定も可能。）。 ○広域連合への分賦金の納付率は100%となる。 ○調整交付金の算定に有利。 ○独自の地方単独事業や減免を継続することができる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ○国保税から国保料になり、国保税で賦課はできない。 ○統一保険料率にすると増額になる市町村が出る。 ○保険料を統一する場合の算定（特に資産割の扱い）が課題となる。 ○市町村で被保険者への課税状況等がわかりにくくなる。（給付と負担の関係） ○国保料となると徴収が税の担当から離れ、国保担当が行わなければならないため、税担当との連携が必要になる。（市町村が徴収の場合） ○広域連合が県内全域を徴収区域になると効率が悪くなる。（広域連合が徴収する場合） 	<ul style="list-style-type: none"> ○広域連合による一括賦課に比べ条例制定などの業務が残る。 ○財政基盤の安定化のためには別途検討が必要になる。 ○市町村での徴収が現行と変わらない。

8 保険料率は？

【直接賦課方式の場合】

直接賦課方式を採用する場合は、すべての市町村の保険料率を統一する方式（統一方式）と事情に応じて保険料率に差を付ける方式（グループ方式）が考えられます。

【分賦金方式の場合】

分賦金方式を採用する場合は、各市町村によって独自の算定が可能となります。

市町村合併においては、5年間で保険料率を平準化していくことになっていますが、地方税法上による分賦金方式には、そのような制約はありません。

また、現行の調整交付金は徴収率に応じて算定されていますが、広域連合としての徴収率は100%となりますので、有利になると考えられています。

	直接賦課方式	分賦金方式
不均一方式	○グループ方式 (いくつかのグループに分類し、グループごとに保険料率を統一する。) 例) 福岡県介護保険広域連合	○構成市町村が独自に賦課を行う。 例) 空知中部広域連合
統一方式	○構成市町村をすべて統一 (前提条件として医療費の格差が少ないことや所得階層が同程度でない難しい。) 例) 大雪地区広域連合 後期高齢者医療保険	

9 徴収方法は？

【直接賦課方式の場合】

徴収も広域連合が直接行う方法と、市町村の職員を広域連合の職員と併任して、各市町村の収納担当が行う方法の2つが考えられます。

現実的には県内全域を広域連合の職員が徴収するというのは無理があり、収納率も下がる可能性も高いので、各市町村の収納担当を広域連合の職員に併任し、徴収を行うことが現実的だと思われます。

【分賦金方式の場合】

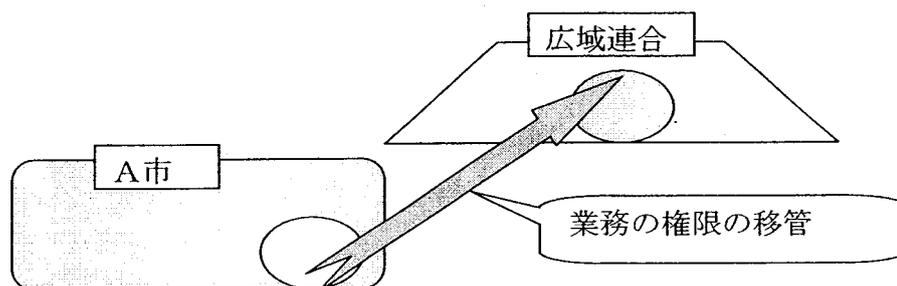
広域連合は構成市町村から負担金を受け取るだけであり、各市町村での徴収業務については関与しません。また、市町村によって、独自の保険料（税）の減免も可能となります。

	直接賦課方式	分賦金方式
広域連合が直接徴収	△（徴収範囲が広くなり、徴収率の低下が懸念される。）	－（市町村は分賦金として連合会へ費用負担を行う。）
市町村が徴収	○（市町村職員を広域連合の職員に併任すれば、可能である。）	○（各市町村での徴収業務には関与せず。独自の減免も可能）

1.0 広域連合と市町村の事務の分担は？

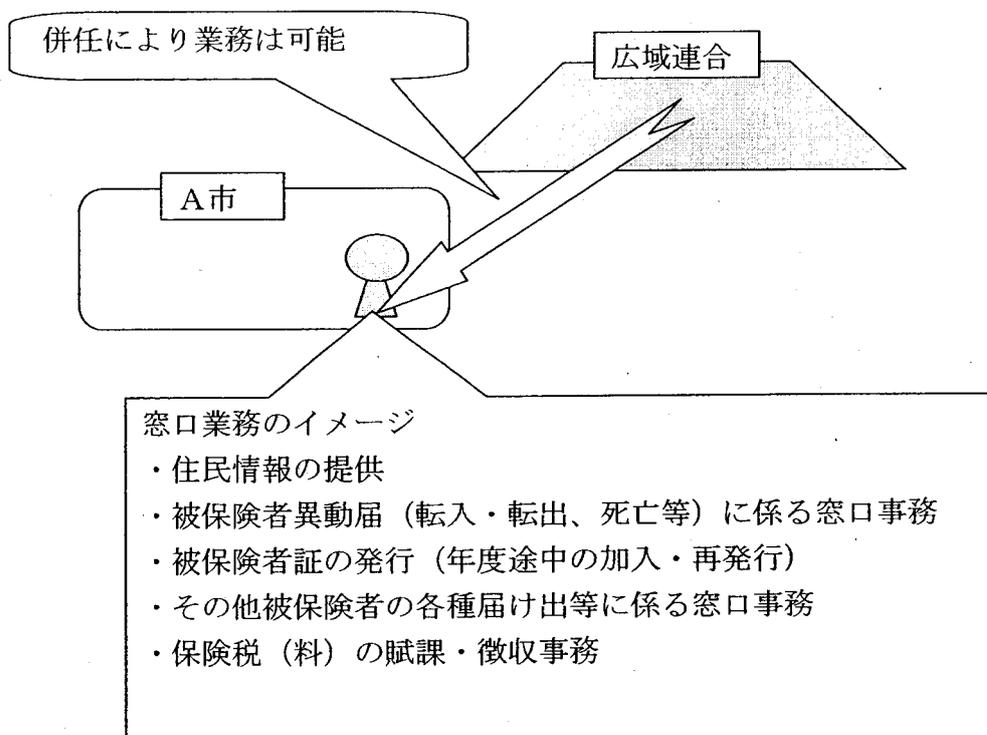
規約に定められた事務を広域連合が処理することとなり、その事務は構成市町村の権限からは、はずれることとなります。

広域連合の規約に国保事業に関する事務（国民健康保険直営診療施設に係る事務を除く。）を規定すると、直営診療以外は広域連合の業務となり、市町村での窓口等の業務ができなくなると考えられます。



しかし、広域連合と地方公共団体の職員（議員・長）は兼ねることができる（自治法第291条の4第4項）ので、併任（兼務）すれば、広域連合の仕事在市町村の窓口で行うことは可能になります。

窓口で行う業務は、市町村と広域連合との間で、業務分担の協定を結び、決定することとなります。



1.1 個別の事務分担

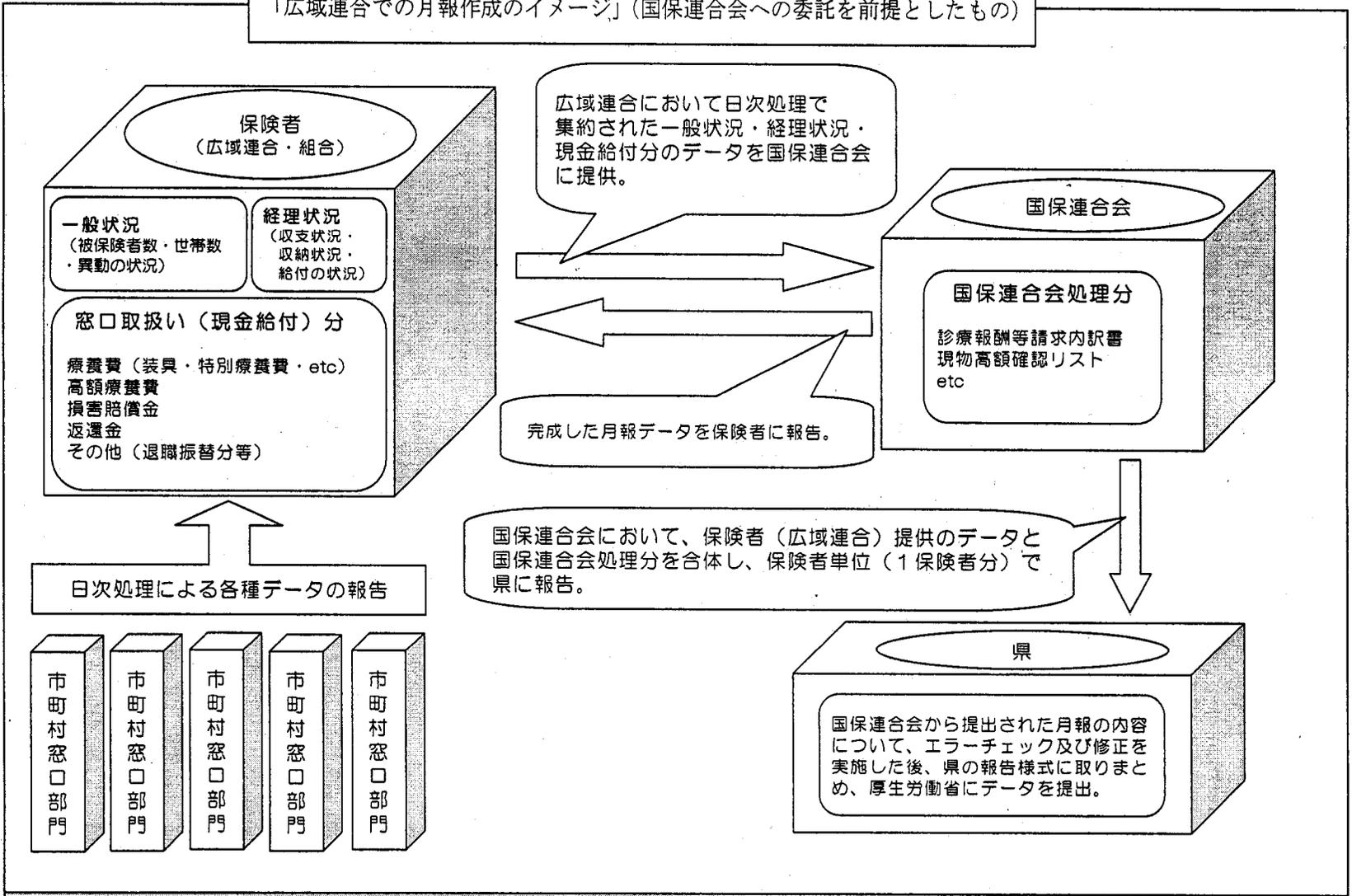
実際には広域連合と構成市町村が詳細を決めることとなりますが、分賦金方式での例をあげると次のようなものが考えられます。

事務区分	広域連合	構成市町村の窓口
1 被保険者証の発行・解除	○被保険者証の作成・市町村への配布	○広域連合で作成した被保険者証の確認・交付 ○年度途中の加入・再発行・受給資格証明書等の作成・交付
2 資格管理	○被保険者台帳の作成 ○データ管理 ○居所不明被保険者の調査依頼 ○市町村からの報告の審査 ○報告市町村へ不在住の認定依頼	○資格取得・喪失の受付業務 ○国保被保険者の異動報告を広域連合に送致 ○居所不明被保険者の調査
3 被保険者資格証明書及び短期被保険者証の発行・解除	○承認	○該当被保険者の選定業務 ○広域連合への申請事務 ○該当被保険者への通知 ○広域連合への報告
4 住所地特例者の管理	○被保険者転出先への通知	○広域連合への報告
5 保険給付	○市町村からの申請を審査 ○申請市町村への結果報告	○各種申請受付 ○広域連合への報告 ○申請者への認定証等の発行
6 標準負担額減額認定証の交付	○標準負担額減額台帳の作成	○各申請受付 ○標準負担額減額認定証の交付・再交付 ○広域連合へ報告 ○各種申請を連合に送致

事務区分	広域連合	構成市町村の窓口
7 レセプト点検・ 過誤処理	○点検・過誤処理 ○レセプトデータ管理 ○給付実績データを各 市町村に送付	
8 診療報酬明細書 等の開示	○開示・非開示の決定 ○医療機関への確認 ○町村への資料提出	○開示請求受付 ○開示日の調整 ○広域連合からの資料開示
9 国保事業報告 (月報、年報)	○市町村、国保連合会 から情報を集めて作 成(次頁参照)	
10 国庫支出金・ 療養給付費交 付金・県支出 金・共同事業 交付金・退職 者医療制度事 務	○作成・報告	
11 安定化計画	○作成・報告	○計画書を作成し、連合に提 出 ○実績を連合に提出
12 保健事業	○特定検診 市町村へ 委託 ○レセプトデータの分 析	○各市町村で実施 ○特定検診の実施
13 単独事業(福 祉事業)		○各市町村の判断で実施
14 国民健康保険 運営協議会	○設置、運営 (会長1名、委員17 名)	○(仮)国民健康保険税審議 会(条例、規則)
15 . . .		

※市町村の窓口での申請の受付については、一定フォーマットを決めておき、
広域連合とのやり取りを容易にする方法が考えられる。

「広域連合での月報作成のイメージ」(国保連合会への委託を前提としたもの)



国保連合会において、保険者(広域連合)提供のデータと国保連合会処理分を合体し、県に報告。(手法は検討の必要有り。)

【主なメリット】 保険者における月報作成事務の省力化。(国保連合会処理分との合算作業等の電算化)

月報の精度向上。(報告内容の入力誤りの減少)

大半のデータを日次処理で蓄積されている広域連合サーバーから入手可能。

療給負担金や調整交付金の事務は広域連合が実施することより、市町村における新たな負担は発生しない。

【主なデメリット】 修正作業等における責任の所在の不明確。

○ 提 案

1 具体的な組織

県内35市町村で構成される高知県国民健康保険広域連合（以下、「本広域連合」といいます。）を立ち上げ、本広域連合が一元的に共同化できる業務を担い、各市町村の担当職員を併任して受付窓口業務を行います。

平成19年4月1日現在の県内の市町村の国保の担当職員数は、資格・給付・報告事務が131名、レセプト点検・管理の非常勤等が60名、国保税の賦課事務が64名、合計255名となっています。

これを本広域連合では、課長1名、資格（賦課）係10名、給付係10名、保健事業係3名、レセプト点検30名他の合計58名の体制で対応が可能だと考えています。

また、各市町村の窓口には、少なくとも資格の取得喪失・給付受付のために最低1名の人員が必要であり、広域連合化後でも県内の合計で79名が必要となりますが、事務が軽減された分、他の事務を担当することも可能となります。

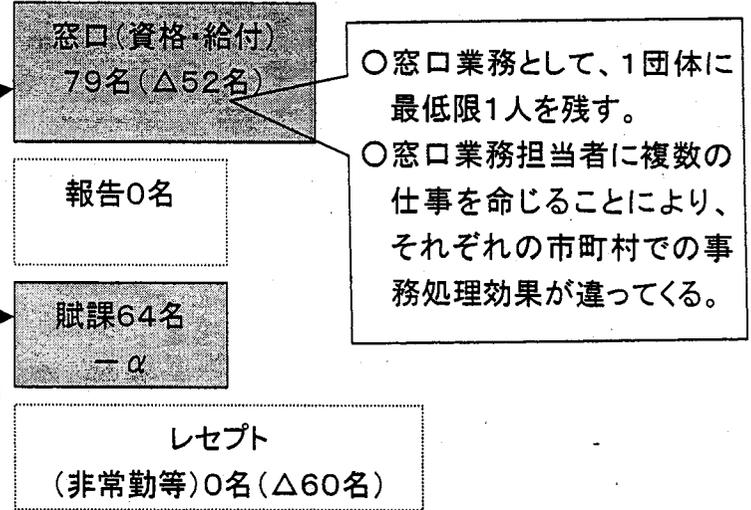
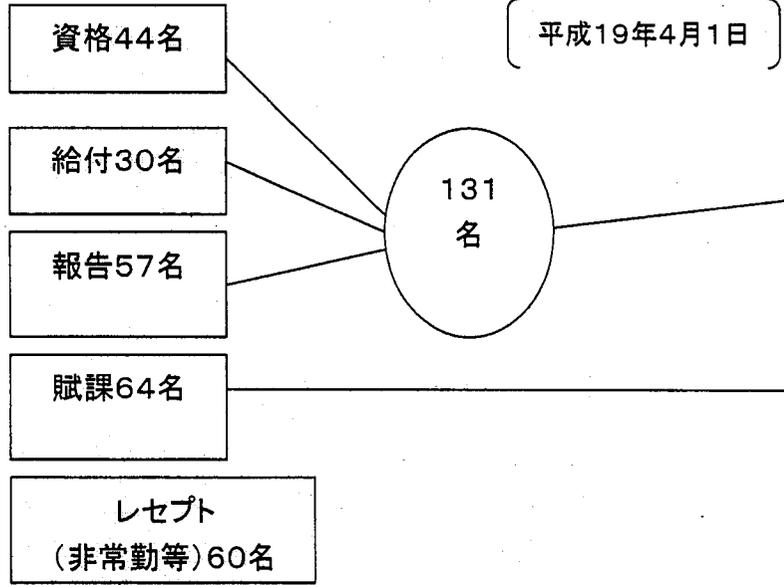
一方、賦課職員64名は、直接賦課方式か分賦金方式によって、本広域連合への配置か市町村への配置かで変わってきますが、分賦金方式でも多くの事務を広域連合で処理することにより、現在よりも縮減することができると考えています。

本広域連合の職員は、主に市町村や県からの派遣職員を想定していますが、レセプト点検については専門性が高い部分であるため、臨時・嘱託職員（非常勤職員）での対応を考えています。また、国保連合会などへのアウトソーシングを積極的に行えば、更に組織体制は縮減することが可能と考えています。

このように、人員削減については、1人で国保を担当している市町村では、国保だけでは削減することは困難ですが、広域連合化した場合、現在市町村で行っている業務の多くは本広域連合で一括して行うため、市町村の国保担当の実質的な負担は軽減されると考えています。

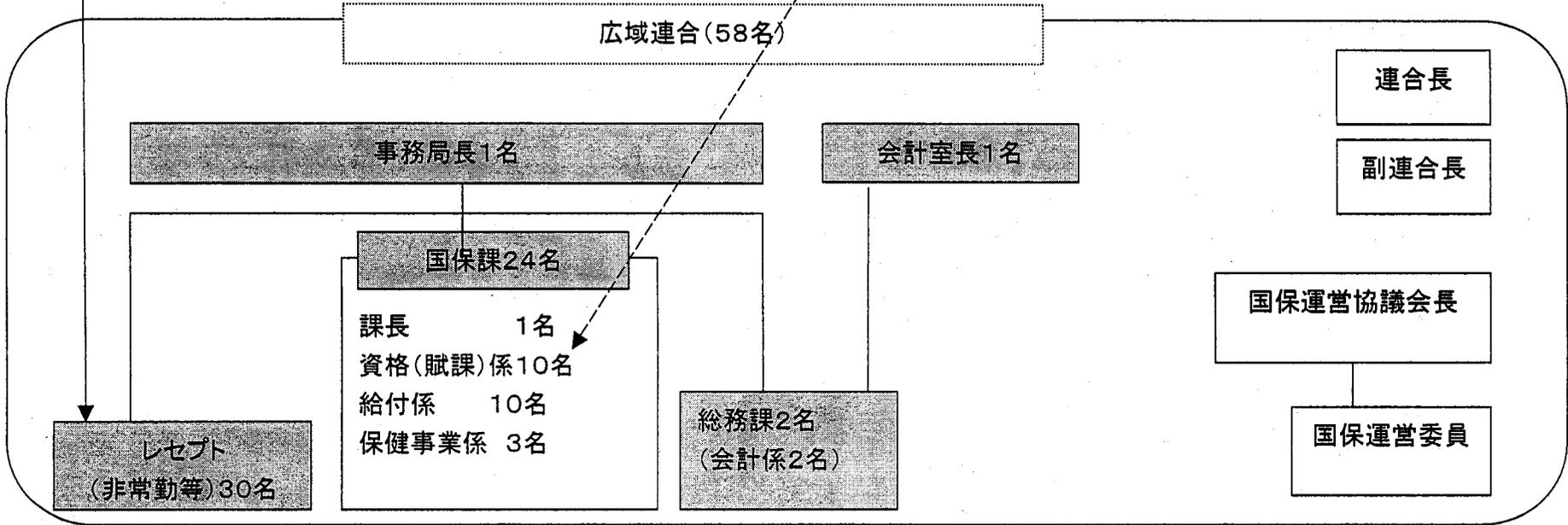
現状の国保事務担当者数(255名)

広域化後の市町村の体制(143名)



○窓口業務として、1団体に最低限1人を残す。
○窓口業務担当者に複数の仕事を命じることにより、それぞれの市町村での事務処理効果が違ってくる。

広域連合(58名)



2 広域専用国保システム

システムについては、新たに統一の国保システムを導入するのか、既存の市町村のシステムを利用して各市町村に設置した端末からデータだけを取り込むようにするのか、検討を行いました。

市町村では、IT関係の費用負担は年々増大しており、現状のまま、それぞれの市町村が制度改正の度に多額の改修費用を支払うよりも、この際に県内統一の国保システムを導入すべきという結論となりました。

具体的には、「平成 18 年度複数市町村等共同アウトソーシング・システム開発実証事業」で高知県政策企画部情報政策課が行った「国民健康保険業務の開発・実証」の成果を基礎に、来年度本格稼働予定の後期高齢者医療制度の広域連合電算処理システムや現在県内 8 町村で進めている介護保険システムの共同利用を参考にして、システムの構築やシステム導入に係る費用を検討していく必要があります。

(1) システム全体イメージ

国民健康保険事業の事務の広域化を実施した場合に想定されるシステム全体のイメージを図 1.1 にお示しします。

広域連合側には、国民健康保険業務用のアプリケーションを格納した「広域専用国保システムサーバ」を設置し、各市町村側から LGWAN 等のネットワークを介して参加する市町村で共同利用する形態を想定しています。

また、国民健康保険システムは、業務の特性上、住民基本台帳、税業務等の個別業務システムと密接に関係しているシステムです。

このため、個別業務システムと広域連合国保システムサーバとの連携を実現させる必要があります。

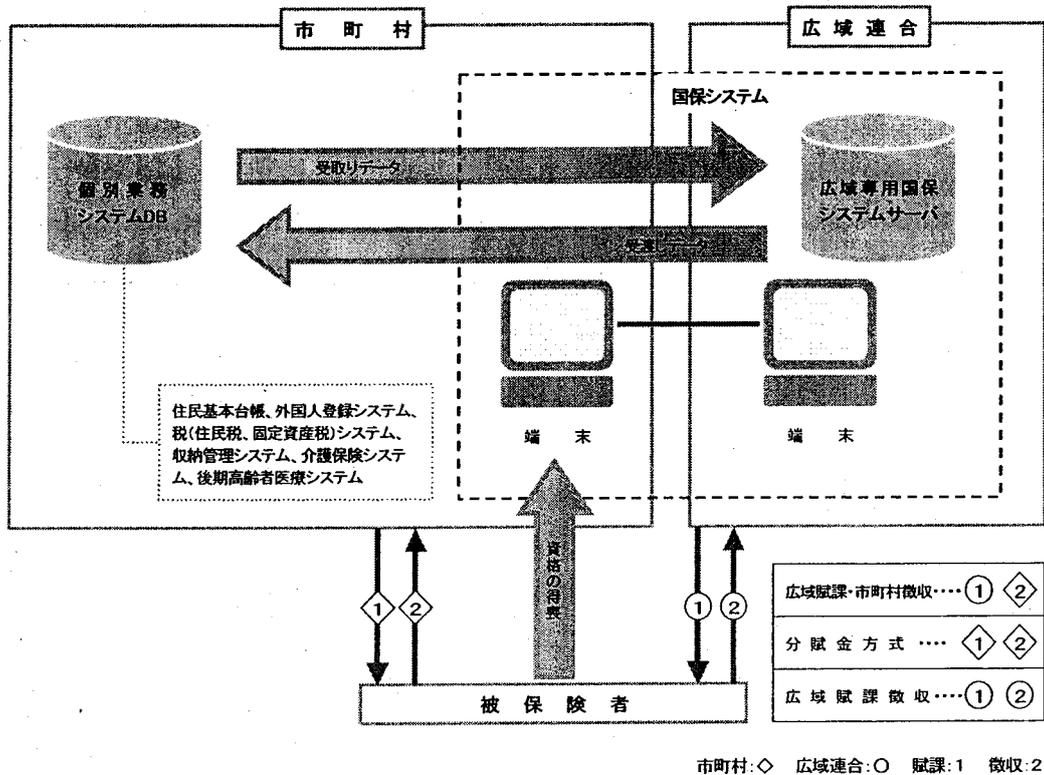


図 1.1 システム全体のイメージ

(2) データ連携及び連携のタイミング

広域専用国保システムと市町村側の個別業務システムとの間で必要と考えられるデータ連携及び連携のタイミングを表 2.1 に示します。

連携のタイミングは、それぞれの業務の特性に合わせて日次、月次、年次を想定したものです。

なお、連携のタイミングは、通常業務に支障がない範囲で、事務の広域化を実施する際に参加市町村が協議のうえ決定する必要があります。

表 2.1 データ連携及び連携のタイミング

個別業務システム	転送データ	転送タイミング※	送信元	受信元
住民基本台帳	住民異動情報	日次	個別業務システム	広域専用国保システム
	資格情報	日次	広域専用国保システム	個別業務システム
外国人登録システム	住民異動情報	日次	個別業務システム	広域専用国保システム
	資格情報	日次	広域専用国保システム	個別業務システム
税システム	所得情報(住民税)	年次・月次	個別業務システム	広域専用国保システム
	税情報(固定資産税)	年次・月次	個別業務システム	広域専用国保システム
収納管理システム	賦課情報	日次	広域専用国保システム	個別業務システム
	収納情報	日次	個別業務システム	広域専用国保システム
宛名管理システム	住在外異動情報	日次	個別業務システム	広域専用国保システム
	宛名移動情報	日次	個別業務システム	広域専用国保システム
介護保険システム	適用除外情報	月次	個別業務システム	広域専用国保システム
後期高齢者医療システム	特別徴収対象者情報	月次	個別業務システム	広域専用国保システム
	特別徴収依頼情報	月次	広域専用国保システム	個別業務システム

(3) システム導入費用

国民健康保険事業の事務の広域化を実施する場合、システム化を行う範囲や規模、必要な機器構成などを決定したうえで、システム導入費用や保守費等について、ベンダから見積書を徴収する必要があります。さらに、参加市町村が連携して、その見積内容を精査し、システム導入費用を固めていく作業が不可欠となります。そのため、現時点でシステム導入費用を算出することは困難ですが、財団法人地方自治情報センター（以下、「LASDEC」といいます。）の「平成 18 年度複数市町村等共同アウトソーシング・システム開発実証事業」で高知県政策企画部情報政策課が実施した「国民健康保険業務の開発・実証」の成果報告書を基礎として、LASDEC ライブラリ登録ソフトウェアを利用することを前提として試算した県内全市町村による共同アウトソーシングの概算費用を 表 3.1 に、その詳細を別紙 1 にお示しします。

また、概算費用を試算するための基礎とした前述の「国民健康保険業務の開発・実証」の成果報告書（抜粋）を別紙 2 にお示しします。

なお、この報告書にある標準導入費用は、あくまでも参考資料として位置づけられています。そのため、表 3.1 の概算費用についても同様の位置づけとなります。

広域化事業の実施の際には、詳細な見積書の提示を受け、一層の見積金額の削減を行ったうえで可能な限り、競争入札を行うなど全体経費の削減に努めることが必要となります。

表 3.1 システム導入の概算費用（県内全市町村による共同アウトソーシング）

項目	概算見積（円）	備考
ライブラリ登録パッケージ改修費	100,400,000	H19年4月以降の法改正対応
ハードウェア、プログラムプロダクト	47,777,500	
システム導入作業費	36,200,000	
データ移行作業	133,750,000	共同システム側のみの費用
データ連携作業	55,000,000	共同システム側のみの費用
システム導入費 合計	373,127,500	H18年度成果報告書の標準導入費用から算出した参考資料

項目	概算見積（円）	備考
保守費	13,981,400	1年間分
合計	13,981,400	H18年度成果報告書の標準導入費用から算出した参考資料

なお、複数市町村で業務システムを共同利用する類似の事例として、産学官民が連携して県・市町村の情報システムの共同利用に取り組んでいる社団法人高知県情報産業協会電子自治体推進委員会（以下、「電子自治体推進委員会」という。）が、平成18年度に策定した「介護保険システム共同利用計画」があります。その内容を以下にお示しします。

<県内の12市町村による介護保険システムの共同利用を前提とした経費比較>

- ・ 現行のシステム経費に比べ、6年間で38%の経費の削減効果
- ・ 特に、制度改正によるシステム修正費では、6年間で82%の経費の削減効果

3 メリット

- ① 国保事務を広域連合で行うことにより、市町村国保担当職員の負担軽減と人員削減が可能となります。
- ② システムを統一することによって、制度改正の度に各市町村で行っていたシステム改修を一括に行えるため、大幅なコストダウンが可能となります。
- ③ 県内国保事務のレベルの統一化が図れます。
- ④ 保険者を広域連合とし、保険料を統一、又はグループ化すれば保険財政の基盤の安定化が図れます。
- ⑤ 今後レセプトの電子化が進んでいけば、広域連合に集まったレセプトの情報を活用して、積極的な保健事業を展開していくことが可能となります。

このように、さまざまなスケールメリットが考えられます。

4 問題点と対応策

- ① 地方単独事業の取扱いについて
 - ・市町村によって地方単独事業の内容が異なるため、保険者を広域連合とした場合には単独事業の保険料への影響をどうするのか、また、交付金事務も複雑になると思われます。
 - しかし、地方単独事業は各市町村がそれぞれの政策として行っているため、統一は難しいと思われます。
 - 分賦金方式なら現状を維持することは可能となります。
- ② 特別調整交付金の減額の可能性について
 - ・保険者が広域連合になると、今まで受けていた特別調整交付金が受けられなくなってしまう可能性があります。
 - 制度改正により後期高齢者が国保から独立し、国保全体の医療費が下がり、対象の年齢層が変わるため、広域でも対象になる可能性もあります。
- ③ 保険料の引き上げについて

・税率を統一方式にすると従来に比べ国保料（税）の水準が上がる市町村が出てくる可能性があります。また、市町村の参加状況によっても急激に国保料（税）が増加してしまう可能性があります。

→統一方式の場合には、住民の負担を考えた経過措置を検討する必要があります。

④ 保険料の賦課方式について

・国保料（税）を統一方式とする場合、3方式（所得割・均等割・平等割）と4方式（資産割・所得割・均等割・平等割）のどちらで賦課するのかの検討が必要になります。

→4方式の場合、住所地以外の資産税についても、システムで被保険者番号と個人をマッチングさせることが出来れば算定は可能となります。

⑤ データ移行費用について

・国民健康保険事業の事務の広域化を実施する場合、

- ・市町村側の既存の国保システムから「広域専用国保システム」へのデータ移行
- ・市町村側の個別業務システムと「広域専用国保システム」とのデータ連携

を行わなければなりません。

このデータ移行・データ連携業務は、参加市町村が個別にベンダから見積書を徴収して経費を確定しなければなりません。これもシステム導入費用と同様に、それぞれの市町村が見積内容を精査し、費用を固めていく作業が不可欠であり、現時点で、データ移行・データ連携費用を算出することは困難です。ただし、類似の事例として、前述の「介護保険システム共同利用計画」があります。その内容を以下にお示しします。

なお、平成19年度に、各市町村と高知県後期高齢者広域連合との間で、データ連携システムが構築されていることから、このシステムを有効利用することにより経費を削減できる可能性が考えられるので、その検討が必要となります。

<県内の12市町村の共同利用を前提としたデータ移行・データ連携費>

ア データ移行費

- ・各市町村の保守ベンダからの見積金額：約500万円～1,100万円
※この見積金額を精査し、金額を確定する必要があります。

イ データ連携費

- ・各市町村の保守ベンダからの見積金額：約100万円～700万円
※この見積金額を精査し、金額を確定する必要があります。

ウ 参考

- ・平成20年4月からの介護保険システム共同利用に向けて取り組んでいる4団体(8町村)の実績では、データ移行費・データ連携費の合計で、約600万円の金額となっています。

⑥ 制度改正のリスクについて

- ・県内全域を区域とする広域連合の設立は全国で初めてであり、分賦金制度等判断がつかないケースが多いため、今後確立した制度が出来た時に、様々な修正点が出てくる可能性があります。

→厚生労働省と協議して、方法を決定していく必要があります。

⑦ 県の参画方法について

- ・県の参画方法を具体的にどのように行うのかの検討が必要となります。
→県の条例で定めることによって、県の事務のうち、国保事務に関連するものを広域連合で処理することができます(地方自治法第291条の2第2項)。例えば事業年報、退職者医療事業年報などが考えられます。
これにより、県の業務の軽減や職員の削減が可能となり、その人員を広域連合に派遣できれば、より多くの業務を広域連合で関わることになり、実質的な参画が可能となります。

5 今後検討すべき課題

- ・広域の手法はどうするのか。(広域連合、一部事務組合、また、全市町村、一部の市町村)
- ・賦課の方式をどうするのか。(統一賦課方式・分賦金方式)
- ・統一賦課方式とする場合は、保険料の水準や市町村単独事業の扱い。
- ・国保連合会との関係をどのように整理するのか。
- ・調整交付金の算定がどうなるのか。
- ・システムの移行費用、データ連携費用がどの程度かかるのか。
- ・システム構築費、運用費がどの程度かかるのか。

国保事業の広域連合化の実現に向けて、今後検討すべき課題は多数あります。その課題を解決していくためには、今後も国保事業の広域化の検討・研究を継続的に行っていく必要があります。

また、被保険者である住民の皆さんに国保制度の現状を説明し、広域化の必要性などを理解していただく必要がありますし、それと合わせて保険料の負担に変動が生じるような場合には、その必要性を十分に理解を頂くことが前提となります。

そのためには、保険者である各市町村長の理解と賛同をいただいて、これらの課題の検討を進めていく必要があります。

会議日程

- 第1回・・・平成19年 7月 4日
 第2回・・・平成19年 7月25日
 第3回・・・平成19年 7月31日
 第4回・・・平成19年 8月23日
 第5回・・・平成19年 9月12日
 第6回・・・平成19年11月15日

国民健康保険制度の広域化に関する勉強会に参加・協力していただいた方々

高知市	保険医療課	課長補佐	中澤良夫
安芸市	市民課	課長	島中龍雄
須崎市	市民課	保険医療係 主幹	山下剛史
香南市	保険医療課	国保老人係 主幹	中島貴也
安田町	町民生活課	国保係 主事	手島一憲
中土佐町	町民課	国保係 主幹	高橋洋佑
檮原町	保険福祉支援センター	医療保険係長	橋田淳一
国保連合会	電算管理課	電算係	芝 郁
高知県	情報政策課	チーフ (地域情報担当)	高橋慎一
	〃	主任	遠近知代
	市町村合併支援室	チーフ (合併構想担当)	山崎隆久
	国保指導課	課長	武市隆志
	〃	課長補佐	益井康浩
	〃	チーフ (国保指導担当)	今倉俊男
	〃	主査	廣田陽平
	市町村振興課	課長	松谷 朗
	〃	課長補佐	北村 強
	〃	チーフ (行政担当)	武田良二
	〃	主査	麻田典宏

福岡県介護保険広域連合 説明資料

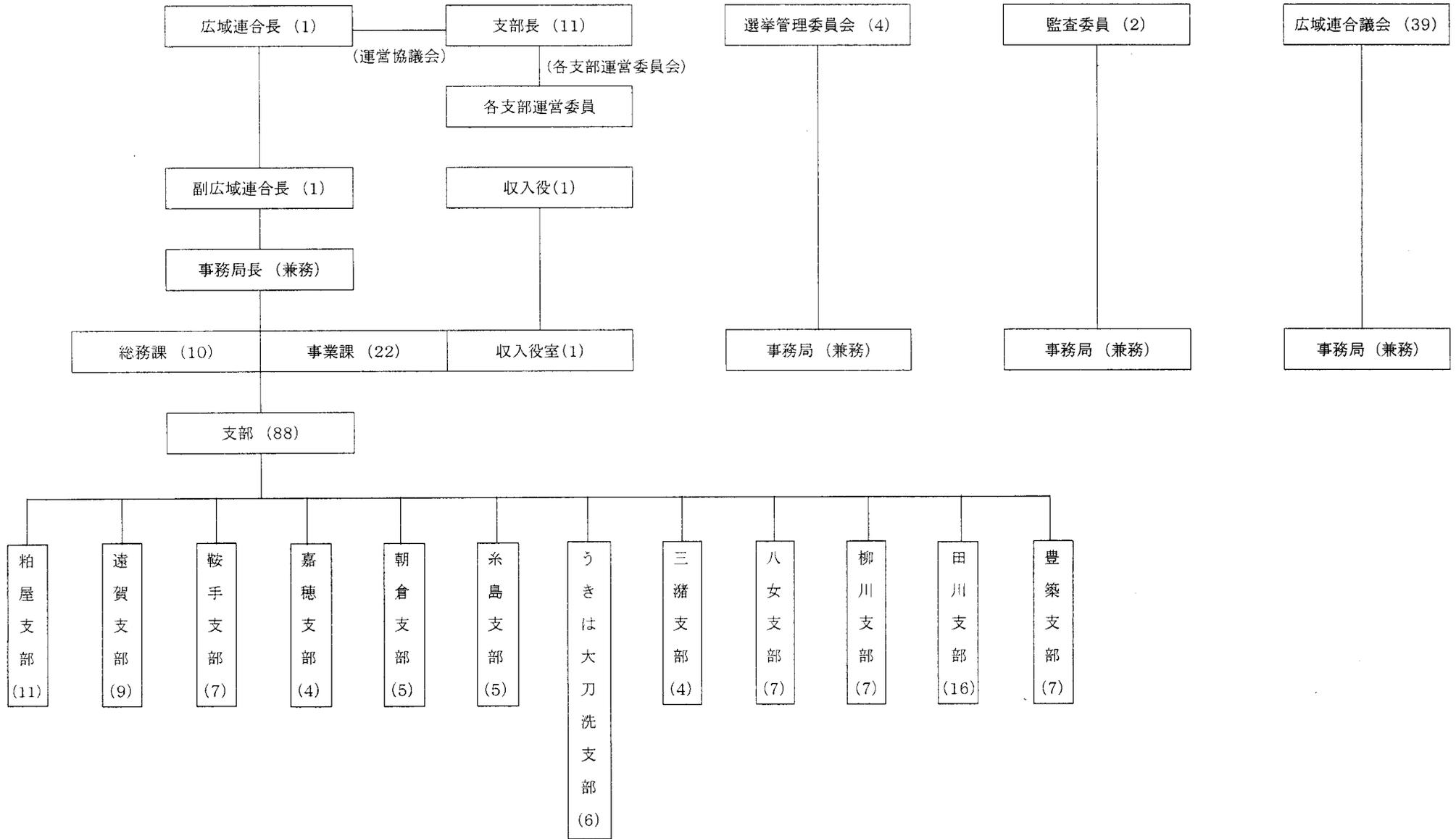
福岡県介護保険広域連合執行機関図・・・1

福岡県介護保険広域連合と市町村の主な事務分担・・・2

広域化におけるメリット及び課題・・・3

グループ別保険料について・・・4

福岡県介護保険広域連合執行機関図



福岡県介護保険広域連合と市町村の主な事務分担

事務区分	福岡県介護保険広域連合		市町村
	本部	支部	
1 被保険者の資格管理	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者証の交付、更新の管理 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者証の発行 資格取得・喪失の集約 住民異動、施設入所者等の情報集約 	<ul style="list-style-type: none"> 資格取得・喪失の届け出の受付 被保険者証の再発行、回収 高齢者名簿の更新 生活保護者の把握 施設入所者等の情報提供
2 保険料賦課・徴収	<ul style="list-style-type: none"> 第1号被保険者の料率の制定 第1号被保険者の賦課計算・納付書発送 保険料の特別徴収の決定及び報告等 保険料の収納管理及び報告 督促・滞納処分・減免の決定・通知・報告 		<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の所得税・住基情報の把握 第1号被保険者保険料滞納者からの徴収 納付証明書の発行
3 要介護(要支援)認定	<ul style="list-style-type: none"> 認定審査会委員の任命 認定基準等の決定及び研修 認定結果管理 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問調査の実施 認定審査会の開催 認定審査会における結果通知・報告 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者からの認定申請の受付 給付制限等の説明
4 保険給付	<ul style="list-style-type: none"> 審査・支払事務 給付の適正化関係事務 	<ul style="list-style-type: none"> 償還払いの決定 高額介護サービス費の支給決定 保険料滞納者の給付制限決定・通知 	<ul style="list-style-type: none"> 償還払い申請受付 高額介護サービス費の申請受付 自己作成居宅サービス計画等の受付
5 介護保険事業計画	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険事業計画の策定、進行管理 		<ul style="list-style-type: none"> 補助資料の提出
6 相談・不服審査	<ul style="list-style-type: none"> 相談・不服審査の管理 	<ul style="list-style-type: none"> 相談・不服審査の集約 	<ul style="list-style-type: none"> 認定等に係る相談、苦情対応 不服審査受付
7 条例・規約等	<ul style="list-style-type: none"> 条例・規約等の制定等 	<ul style="list-style-type: none"> 制定等の報告・伝達 	
8 会計等	<ul style="list-style-type: none"> 予算、決算、収入、支出に係る事務 負担金、交付金等に係る事務 積立金(基金)の設置・管理 統計事務(月報・年報の作成) 	<ul style="list-style-type: none"> 予算、決算等の報告 	

広域化におけるメリット及び課題

メリット	課題
<ul style="list-style-type: none">・県内の構成市町村内は、同一水準のサービス(認定・給付)が提供できる・構成市町村の人的配置や運営コストを大幅に節減できる・規模の拡大により安定した保険財政が確保できる・専門的な人材の確保や多様なサービス資源が確保できる	<ul style="list-style-type: none">・構成市町村間の給付の格差が顕在化し、負担と給付の面からみて不公平感が生じたため、「グループ別保険料」を採用するに至った・地域間の格差について、地域の特殊性や社会的要因に基づくものは解消が困難である

