

市町村国保の課題 保険料負担の市町村格差 <1人当たり所得>

	平均所得(万円)	最高		最低		格差		平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)				(万円)	(万円)			
北海道	54.6	猿払村	252.6	赤平市	31.4	8.0	滋賀	60.7	栗東市	85.8	豊郷町	42.6	2.0
青森	44.1	六ヶ所村	69.1	今別町	31.5	2.2	京都	53.5	長岡京市	70.3	井手町	41.5	1.7
岩手	45.5	普代村	59.4	大槌町	30.9	1.9	大阪	53.3	箕面市	75.8	泉南市	37.7	2.0
宮城	51.0	色麻町	60.9	女川町	35.3	1.7	兵庫	57.6	芦屋市	107.1	新温泉町	42.5	2.5
秋田	44.0	大湯村	202.2	五城目町	34.6	5.8	奈良	55.3	生駒市	75.3	野迫川村	33.5	2.2
山形	51.5	三川町	59.5	小国町	37.0	1.6	和歌山	45.7	みなべ町	63.7	湯浅町	36.5	1.7
福島	47.3	飯館村	81.9	浪江町	27.3	3.0	鳥取	45.4	北栄町	59.0	江府町	34.9	1.7
茨城	62.0	美浦村	81.1	北茨城市	43.0	1.9	島根	50.9	海士町	62.5	津和野町	39.6	1.6
栃木	65.3	宇都宮市	79.9	茂木町	45.1	1.8	岡山	51.5	真庭市	63.2	美咲町	35.2	1.8
群馬	58.2	嬭恋村	104.3	上野村	38.0	2.7	広島	59.3	海田町	69.7	安芸太田町	44.1	1.6
埼玉	72.3	和光市	91.9	神川町	48.0	1.9	山口	51.2	光市	60.2	上関町	42.1	1.4
千葉	72.1	浦安市	107.2	九十九里町	51.3	2.1	徳島	42.2	松茂町	58.6	つるぎ町	24.8	2.4
東京	91.4	千代田区	192.0	奥多摩町	57.5	3.3	香川	52.4	直島町	71.8	小豆島町	40.6	1.8
神奈川	85.6	葉山町	114.0	真鶴町	66.4	1.7	愛媛	47.2	松山市	57.0	松野町	25.4	2.2
新潟	53.3	津南町	62.4	阿賀町	38.3	1.6	高知	43.5	馬路村	61.1	大豊町	24.5	2.5
富山	59.3	黒部市	65.5	氷見市	51.2	1.3	福岡	49.2	新宮町	73.0	川崎町	21.6	3.4
石川	58.1	野々市市	70.0	穴水町	43.3	1.6	佐賀	50.0	佐賀市	57.4	大町町	35.7	1.6
福井	59.0	敦賀市	63.9	おおい町	49.9	1.3	長崎	43.4	長与町	56.2	五島市	34.3	1.6
山梨	57.9	山中湖村	82.1	丹波山村	40.8	2.0	熊本	47.3	嘉島町	58.6	津奈木町	24.3	2.4
長野	55.1	軽井沢町	134.9	売木村	29.1	4.6	大分	42.6	竹田市	48.0	姫島村	24.3	2.0
岐阜	64.4	白川村	97.8	飛騨市	54.6	1.8	宮崎	41.8	新宮町	49.3	日之影町	31.3	1.6
静岡	77.0	浜松市	106.4	南伊豆町	46.6	2.3	鹿児島	39.1	南九州市	50.2	伊仙町	15.3	3.3
愛知	76.9	飛島村	115.4	東栄町	52.8	2.2	沖縄	36.5	北大東村	62.8	多良間村	14.1	4.5
三重	60.9	木曾岬町	83.4	紀宝町	42.3	2.0							

1人当たり所得 全国平均：63.3万円

(注1)厚生労働省保険局「平成24年度国民健康保険実態調査」(保険者票)における平成23年所得である。

(注2)ここでいう「所得」とは、旧ただし書所得(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から基礎控除を除いた金額)である。

12

(法改正年度)

主な流れ

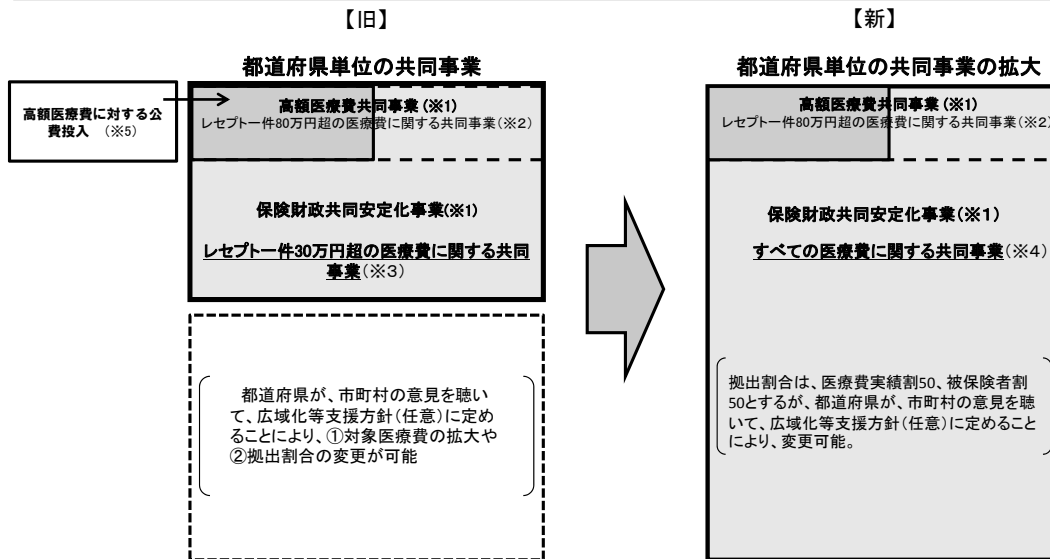
- ・昭和63年 ○低所得者の保険料軽減分への公費補填制度の創設(※都道府県負担の導入) 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
- ・平成14年 ○広域化等支援基金の創設、都道府県に基金を設置(※市町村国保の広域化等を支援)
○保険者支援制度の創設 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
○高額医療費共同事業の拡充・制度化 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4
- 平成17年 **【三位一体改革】**
○都道府県財政調整交付金の創設(給付費等の7%)
○低所得者の保険料軽減分への公費補填制度の都道府県割合を1/4から3/4に変更
- 平成18年 ○新たな高齢者医療制度の創設、都道府県に財政安定化基金を設置
○都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合(保険財政共同安定化事業の創設、政管健保の公法人化等)
○医療費適正化計画の創設(※都道府県に策定を義務づけ)
- 平成22年 ○広域化等支援方針の創設(※市町村国保の広域化等を推進)
- 平成24年 ○財政運営の都道府県単位化の推進(保険財政共同安定化事業の事業対象を全ての医療費に拡大)
○都道府県調整交付金を給付費等の7%から9%に引き上げ
- 平成25年 **【社会保障制度改革プログラム法】**
○財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村との適切な役割分担について検討

13

財政運営の都道府県単位化の推進

○ 市町村国保の都道府県単位の共同事業（保険財政共同安定化事業）について、事業対象をすべての医療費に拡大。【平成27年度】

※ 拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。



- ※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置
 ※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。
 ※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円（自己負担相当分）を控除した額を対象としている。
 ※4 自己負担相当額等を除く。
 ※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

14

「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」（国保基盤強化協議会）について

1. 協議事項

- ① 国民健康保険の財政上の構造問題の分析とその解決に向けた方策
- ② 国民健康保険の運営に関する業務に係る都道府県と市町村の役割分担のあり方
- ③ その他、地方からの提案事項

2. メンバー

○政務レベル協議

【厚生労働省】 厚生労働大臣、副大臣、政務官

【地方代表】 栃木県知事、高知市長（高知県）、井川町長（秋田県）（聖籠町長（新潟県））

○事務レベルWG

【厚生労働省】 厚生労働省保険局

総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

【地方代表】（全国知事会）… 山形県、栃木県、愛知県、鳥取県、愛媛県

（全国市長会）… 見附市（新潟県）、裾野市（静岡県）、高松市（香川県）、高知市（高知県）

（全国町村会）… 井川町（秋田県）、奥多摩町（東京都）、聖籠町（新潟県）、九重町（大分県）

3. 進め方

平成26年	1月31日	政務レベル協議
	2月	毎月1回程度 事務レベルWG（計7回）
	↓	
	7月	政務レベル協議（中間整理）
	8月8日	
	↓	毎月1回程度 事務レベルWG（計7回）
平成27年	2月12日	

15

国民健康保険の改革による制度の安定化（公費拡充）

国民健康保険に対し、平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充（約500億円）に加え、**毎年約3,400億円の財政支援**の拡充等を以下の通り実施することにより、国保の抜本的な財政基盤の強化を図る。

- ※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額（約3兆円）の1割を超える規模
- ※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果

<平成27年度から実施>

- **低所得者対策の強化**のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充（約1,700億円）

<平成30年度から実施>（毎年約1,700億円）

- **財政調整機能の強化**（財政調整交付金の実質的増額）
- **自治体の責めによらない要因**による医療費増・負担への対応
（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等）
- **保険者努力支援制度**…医療費の適正化に向けた取組等に対する支援
- **財政リスクの分散・軽減方策**（財政安定化基金の創設・高額医療費への対応等）等

- ・平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成（平成27年度約200億円）
- ・平成29年度には、約1,700億円を投入し、財政安定化基金への積増し等を実施。

- あわせて、医療費の適正化に向けた取組や保険料の収納率向上などの事業運営の改善等を一層推進し、財政基盤の強化を図る。

16

自治体の責めによらない要因への財政支援 （特別調整交付金による財政支援の拡充）

※詳細は引き続き地方と協議

- 国保の財政基盤強化のため、自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応を実施することとし、例えば、
 - ①精神疾患に係る医療費が高いこと、
 - ②子どもの被保険者が多いこと、
 - ③非自発的失業者に係る保険料軽減額に着目した、現在の特別調整交付金における財政支援の拡充を検討。

<参考>現行の財政支援の要件

- ① **結核・精神疾患の医療費が高いことによる保険者の財政負担が大きいことへの財政支援**

〔交付要件〕 結核・精神疾患に係る額が医療費の15%を超えること

〔交付額〕 結核・精神疾患に係る額のうち、医療費の15%を超える部分 × 80%以内

- ② **20歳未満の被保険者が多いことによる財政影響があることへの財政支援**

〔交付要件〕 20歳未満の被保険者の加入率が全国平均を上回っており、かつ、1人当たり所得が大幅に低いこと

〔交付額〕 20歳未満の被保険者数のうち、全国平均加入率以上に加入している被保険者の数 × 全国平均の1人当たり応能保険料

- ③ **非自発的失業者の保険料（税）軽減額への財政支援**

〔交付要件〕 倒産・解雇等により職を失った「非自発的失業者」（※非自発的失業者については、給与所得を30%とみなし、保険料を賦課）のうち、応
益割保険料の軽減措置の対象となる者がいること

〔交付額〕（当該市町村の1人当たり平均保険料（税）調定額 - 非自発的失業者の法定軽減後の保険料調定額） × 「非自発的失業者」の数

17

概要・規模

(概要)

○医療費適正化への取組や国保が抱える課題への対応等を通じて保険者機能の役割を発揮してもらう観点から、適正かつ客観的な指標に基づき、保険者としての努力を行う自治体に対し支援金を交付することで、国保の財政基盤を強化する。

(規模)

700億円～800億円程度

指標

○保険者努力支援制度に基づく支援金については、保険者の努力を判断する指標を踏まえて交付額を決定する。

○指標については、後期高齢者支援金の加算・減算で用いられる予定の指標も踏まえ、今後、地方と協議の上決定することとしているが、例えば、

- ・被保険者の健康の保持増進に努力として、特定健診・特定保健指導等の実施状況
- ・医療の効率的な提供の推進に対する努力として、後発医薬品使用割合
- ・国保が抱える課題に対する努力として、収納率向上の状況 等を指標として用いることを検討。

18

国民健康保険の財政安定化基金（案）

※詳細は引き続き地方と協議

1. 趣旨

○ 財政の安定化のため、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補填等を行う必要がないよう、都道府県に財政安定化基金を設置し、都道府県及び市町村に対し貸付・交付を行うことができる体制を確保する。

2. 内容

- 貸付・・・各年度、財源不足額を貸付。原則3年間で償還（無利子）
- 交付・・・特別な事情が生じた場合、モラルハザードが生じないよう留意しつつ、財源不足額のうち保険料収納不足額×1/2以内を交付

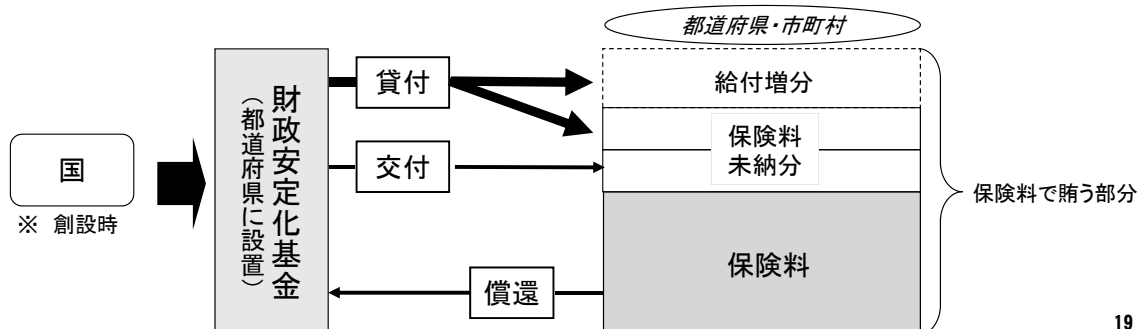
特別な事情に該当する場合 ……災害、景気変動等（詳細は、今後地方と協議の上、政省令で規定）

3. 基金規模等

○ 2,000億円規模をめざし、国費で創設・順次積増しすることとし、平成27年度は200億円を措置。

○ 交付分に対する補填は各都道府県が基金の適正規模を判断して決定。

※国・都道府県・市町村（保険料。按分の在り方については引き続き検討）で1/3ずつ補填



19

国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

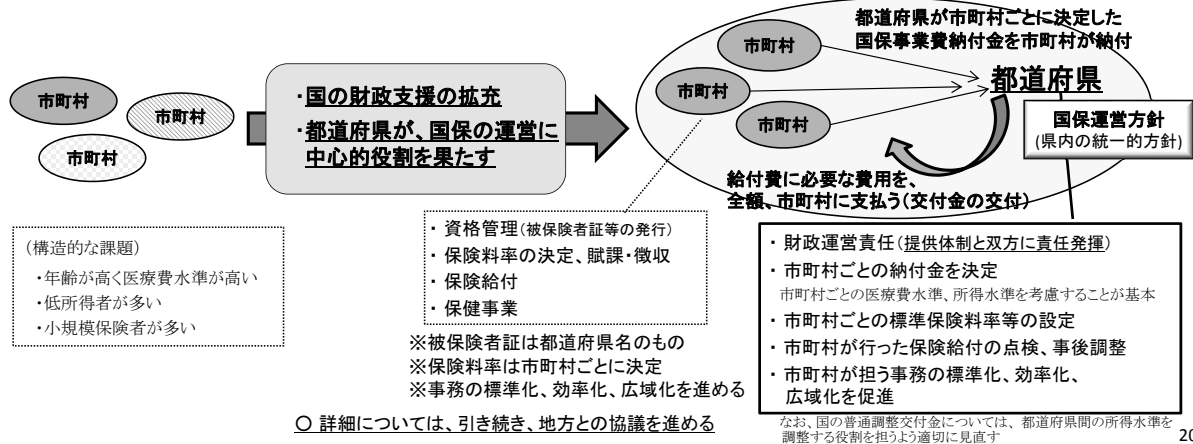
○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、**国保の運営方針を定め**、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



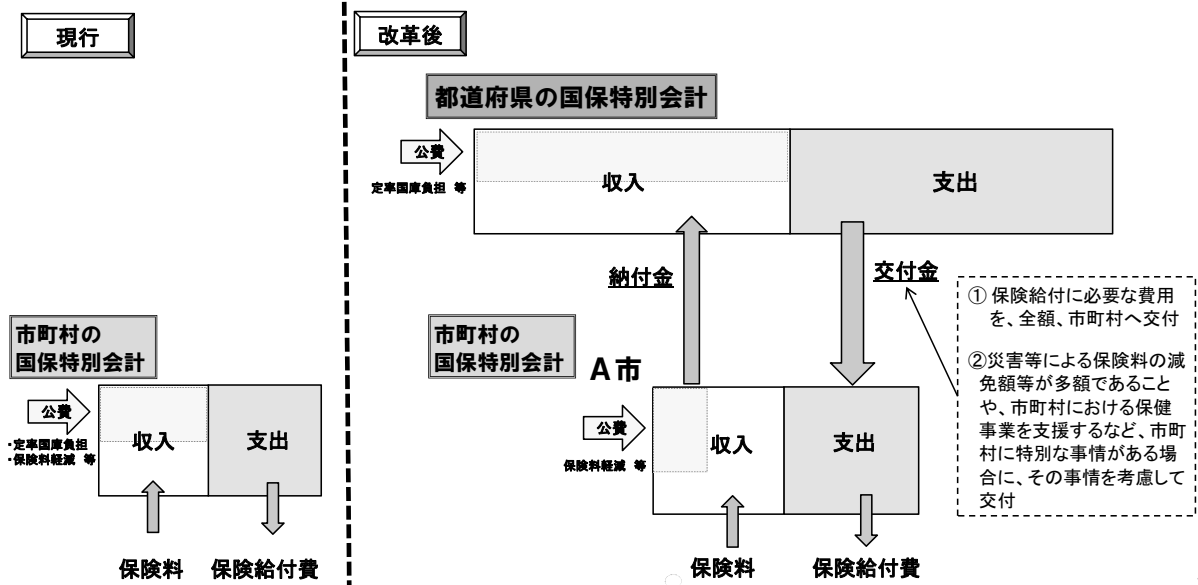
改革後の国保の運営の在り方について（都道府県と市町村のそれぞれの役割）

改革の方向性		
1. 運営の在り方 （総論）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化 ○ 都道府県が、都道府県内の統一な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進 	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	財政運営の責任主体 ・市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・財政安定化基金の設置・運営	・国保事業費納付金を都道府県に納付
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※4. と5. も同様	・地域住民と身近な関係の中、資格を管理（被保険者証等の発行）
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、 市町村ごとの標準保険料率を算定・公表	・標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・個々の事情に応じた賦課・徴収
5. 保険給付	・ 給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い ・市町村が行った保険給付の点検	・ 保険給付の決定 ・個々の事情に応じた窓口負担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	・ 被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施 （データヘルス事業等）

改革後の国保財政の仕組み（イメージ）

※詳細は引き続き地方と協議

- 都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う（保険給付費等交付金の交付）ことにより、国保財政の「入り」と「出」を管理する。
※ 都道府県にも国保特別会計を設置
- 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。
※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

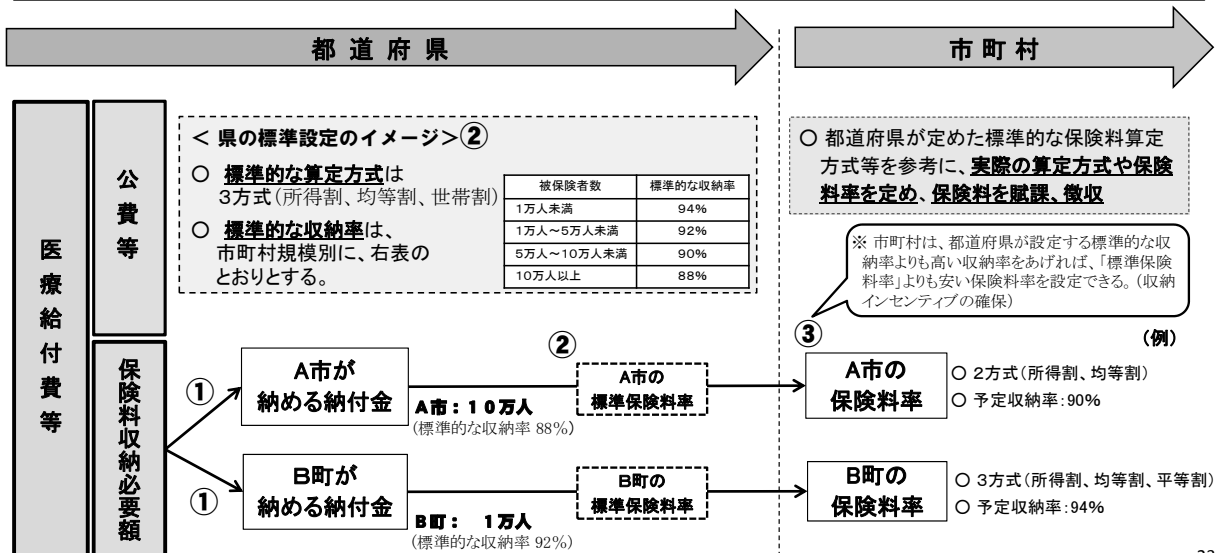


22

国保の財政運営、保険料の賦課・徴収の仕組み（イメージ）

※詳細は引き続き地方と協議

- 都道府県は、
 - ・ 医療給付費等の見込みを立て、市町村ごとの国保事業費納付金（※）の額を決定（①）
※ 市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮
 - ・ 都道府県が設定する標準的な算定方式等に基づいて市町村ごとの標準保険料率を算定・公表（②）
- 市町村は、都道府県の示す標準保険料率等を参考に、それぞれの保険料算定方式や予定収納率に基づき、それぞれの保険料率を定め、保険料を賦課・徴収し、納付金を納める。（③）



23

国保改革による財政改善効果と、保険料の設定方法の見直し（イメージ）

※詳細は引き続き地方と協議

- 平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充(約500億円)に加え、
毎年約3,400億円の財政支援の拡充により、保険料負担の軽減や伸び幅の抑制等が期待される。
※ 公費3,400億円は、現在の国保の保険料総額(約3兆円)の1割を超える規模
※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果
- **保険料の設定は、引き続き市町村がそれぞれ行うこととなるが、都道府県が市町村とともに国保の運営を担うこととすることにあわせ、保険料の設定方法等について、以下のように見直す。**

【現行】

- **各市町村は、それぞれの医療費水準等を勘案して設定。**
※ 同一都道府県内の市町村は、共同事業(医療費を共同して負担する事業)により、医療費水準の差による保険料水準の差の緩和を徐々に進めている。

【改革後】

- 都道府県による財政運営の下、**都道府県が、各市町村の医療費水準・所得水準に応じて、各市町村が負担する納付金を決定。**
その際、**医療費水準について年齢構成の差異を調整**
(高齢化地域への配慮)
- 都道府県は、当該納付金を賄うために必要となる標準保険料率を市町村ごとに算定。市町村は、それを参考にそれぞれの保険料率を決定。
※ 都道府県は、**年齢構成の差異の調整後の医療費水準が同じであれば同じ応益割保険料となるよう、標準保険料率を設定**
- ※ **保険料水準が急変しないよう、時間をかけて平準化を進める。**
【参考】一人当たり保険料の都道府県内格差:最大2.9倍(平成24年度)

24

国保事業費納付金について（イメージ）

※詳細は引き続き地方と協議

- 都道府県が、都道府県内の保険料収納必要額(医療給付費－公費等による収入額)を**市町村ごとの医療費水準と所得水準等で按分し、市町村ごとの国保事業費納付金の額を決定**

〈都道府県単位の保険料収納必要額〉

<p>〈按分方法〉 被保険者数に応じた按分額に 市町村ごとの医療費実績を反映 (医療費実績は、年齢構成の相違による差を調整したもの、複数年平均)</p>	<p>〈按分方法〉 所得水準に応じた按分額に 市町村ごとの医療費実績を反映 (医療費実績は、年齢構成の相違による差を調整したもの、複数年平均)</p>
--	---

所得水準の高い都道府県ほど、割合大
(全国平均並の所得水準の場合、全体の50%)

- 市町村の所得水準が同じ場合、**年齢構成の差異の調整後の医療費水準が高いほど納付金の負担が大きくなり、医療費水準に応じた負担となる。**
- **年齢調整後の医療費水準が同じ場合、市町村の所得水準が高いほど納付金負担が大きくなり、公平な保険料水準となる。**



25

国保運営方針について

※詳細は引き続き地方と協議

○ 都道府県は、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保のため、**都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を定め、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進する。**

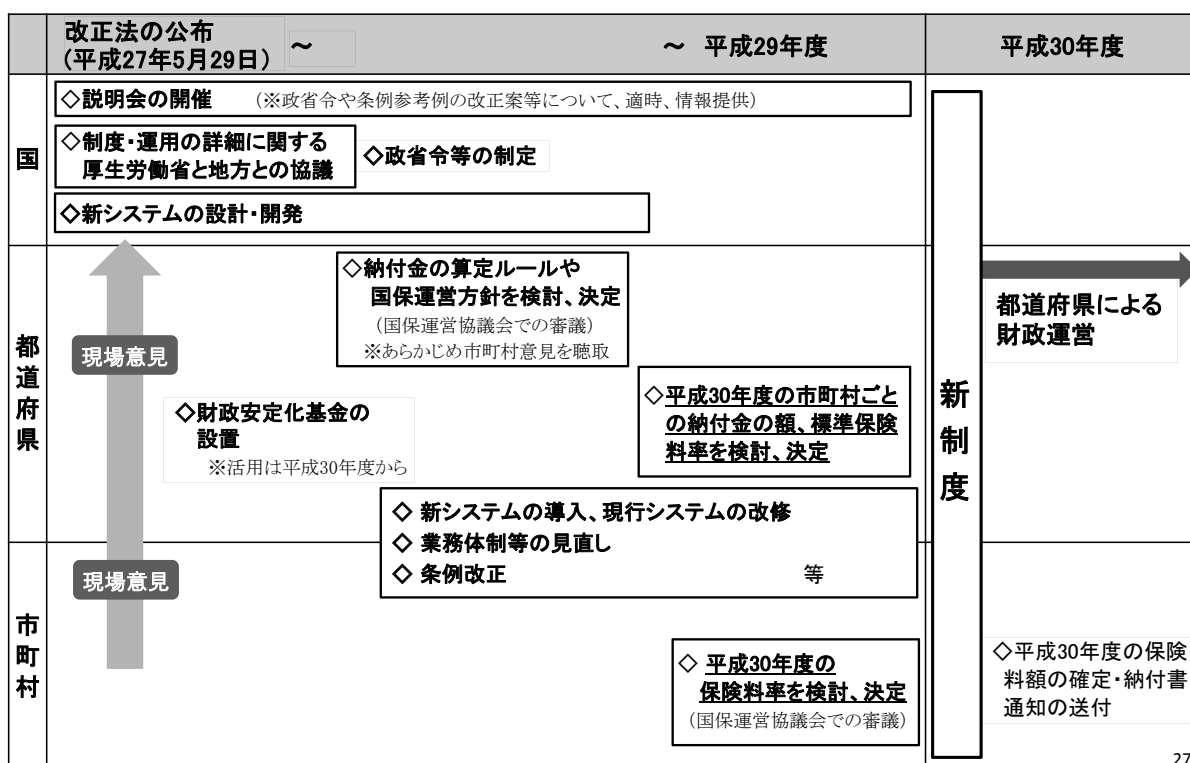
※都道府県は、あらかじめ市町村の意見を聴いた上で、都道府県に設置する国保運営協議会での議論を経て、**地域の実情に応じた国保運営方針を定める。**

■ 主な記載事項

- (1) 国保の医療費、財政の見通し
- (2) 市町村の保険料の標準的な算定方法に関する事項
 - ・標準的な保険料の算定方式、市町村規模別の標準的な収納率 等
- (3) 保険料の徴収の適正な実施に関する事項
 - ・複数の自治体による滞納整理事務の共同実施、収納担当職員に対する研修会の共同実施 等
- (4) 保険給付の適正な実施に関する事項
 - ・海外療養費の審査等の専門的な知見を要する事務の共同実施、保険医療機関による大規模な不正請求が発覚した場合における不正利得の回収に関する事項 等
- (5) 医療費適正化に関する事項
 - ・後発医薬品の使用促進に関する事項、医療費通知の共同実施 等
- (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
- (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

26

新制度の施行に向けた主な流れ（イメージ）



27

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の
一部を改正する法律案による改正後の国民健康保険法（抄）

＊平成30年4月施行

（保険者）

第3条 **都道府県は、当該都道府県内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）とともに、この法律の定めるところにより、国民健康保険を行うものとする。**

2（略）

（国、都道府県及び市町村の責務）

第4条 国は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるよう必要な各般の措置を講ずるとともに、第一条に規定する目的の達成に資するため、保健、医療及び福祉に関する施策その他の関連施策を積極的に推進するものとする。

2 **都道府県は、安定的な財政運営、市町村の国民健康保険事業の効率的な実施の確保その他の都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の健全な運営について中心的な役割を果たすものとする。**

3 **市町村は、被保険者の資格の取得及び喪失に関する事項、国民健康保険の保険料（地方税法（昭和二十五年法律第二百二十六号）の規定による国民健康保険税を含む。…（略）…）の徴収、保健事業の実施その他の国民健康保険事業を適切に実施するものとする。**

4 **都道府県及び市町村は、前二項の責務を果たすため、保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策その他の関連施策との有機的な連携を図るものとする。**

5 都道府県は、第二項及び前項に規定するもののほか、国民健康保険事業の運営が適切かつ円滑に行われるよう、国民健康保険組合その他の関係者に対し、必要な指導及び助言を行うものとする。

28

参 考 資 料

29

国民健康保険の見直しについて(議論のとりまとめ)のポイント

平成27年2月12日
国民健康保険制度の基盤強化に関する
国と地方の協議(国保基盤強化協議会)

国民皆保険を支える重要な基盤である国民健康保険制度の安定的な運営が可能となるよう、厚生労働省は、以下の方針に基づき、必要な予算の確保、本年通常国会への所要の法案の提出等の対応を行う。

1. 公費拡充等による財政基盤の強化

○毎年約3,400億円の財政支援の拡充等により財政基盤を強化。

⇒これに伴い、被保険者の保険料負担の軽減やその伸びの抑制が可能。

I. 平成27年度から低所得者対策として、**保険者支援制度を拡充(約1,700億円)**

II. 平成29年度以降は、**更なる国費 毎年約1,700億円を投入**

①国の財政調整機能の強化—自治体の責めによらない要因(※)に対する財政支援の強化

※精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等

②医療費の適正化に向けた取組等(※)、努力を行う自治体に支援を行う「保険者努力支援制度」の創設

※例えば、後発医薬品使用割合、保険料収納率等

③財政リスクの分散・軽減のため、財政安定化基金を創設

④著しく高額な医療費に対する医療費共同事業への財政支援の拡充

○あわせて、医療費の適正化に向けた取組、保険料の収納対策等を一層推進し、財政基盤を強化。

30

2. 運営の在り方の見直し(保険者機能の強化)

○平成30年度から、都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに国保の運営を担う。

(1) 都道府県

○都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の**国保運営について中心的な役割を担うこととし、制度の安定化を図る。**

・都道府県内の**統一的な国保の運営方針の策定**

・国保運営協議会の設置

・医療給付費等の見込みを立て、**市町村ごとの分賦金(仮称)の額を決定** (市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本)

・市町村が参考とするための**標準保険料率等を算定・公表**

・**保険給付に要した費用を市町村に支払い**

・市町村が行った保険給付の点検

・不正請求事案における不正利得回収等、市町村の事務負担の軽減 等

※国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

(2) 市町村

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、被保険者の実情を把握した上で、**地域におけるきめ細かい事業を行う。**

・**保険料の賦課・徴収**(標準保険料率等を参考)

・分賦金(仮称)を都道府県に納付

・個々の事情に応じた**資格管理・保険給付の決定**

・**保健事業**(レセプト・健診情報を活用したデータ分析に基づくデータヘルス事業等)

・地域包括ケアシステム構築のための医療介護連携 等

31

3. 改革により期待される効果

- 小規模な保険者の多い従来の国保について、その運営の安定化を図り、全国の自治体において、今後も国保のサービスを確保し、**国民皆保険を堅持**。
 - ① 地域医療構想を含む**医療計画の策定者である都道府県が国保の財政運営にも責任を有する仕組み**。
⇒これまで以上に良質な医療の効率的な提供に資する。
同一都道府県内に転居した場合、**高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引継ぎ**。
 - ② **財政安定化基金も活用しつつ、一般会計繰入の必要性を解消**。
⇒保険給付費の確実な支払いを確保。
 - ③ **標準システムの活用や統一的な国保の運営方針等により、市町村の事務遂行の効率化・コスト削減、標準化**。
⇒事務の共同処理や広域化が図られやすくなる。

4. 今後、更に検討を進めるべき事項

- 厚生労働省は、上記1.～3.を踏まえた新たな制度の円滑な実施・運営に向け、制度や運用の詳細について、引き続き地方と十分協議しながら検討し、順次、具体化を図る。
- また、高齢化の進展等に伴い今後も医療費の伸びが見込まれる中、国保制度を所管する厚生労働省は、持続可能な国保制度の堅持に最終的な責任を有している。**国民皆保険を支える国保の安定化を図ることはきわめて重要な課題であり、その在り方については、不断の検証を行うことが重要**である。その際には、地方からの提案についても、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論していく。
- 今回の改革後においても、医療費の伸びの要因や適正化に向けた取組の状況等を検証しつつ、更なる取組を一層推進するとともに、医療保険制度間の公平に留意しつつ、国保制度の安定的な運営が持続するよう、都道府県と市町村との役割分担の在り方も含め、**国保制度全般について必要な検討を進め、当該検討結果に基づき、所要の措置を講じる**。
⇒今後も、厚生労働省と地方との間で、国保基盤強化協議会等において真摯に議論を行う。

32

国保改革 3つの効果と財政支援

1. 国保の財政運営が市町村から都道府県に拡大

- 都道府県が、各市町村に対し、標準的な算定方式等により算出した市町村ごとの標準保険料率を提示。市町村はこれを参考に保険料を賦課・徴収。
- 人工透析等の高額医療費の発生などの多様なリスクを都道府県全体で分散。
急激な保険料上昇が起きにくい仕組みに。
- 地域医療構想を含む医療計画を策定・実施する都道府県が、国保の財政運営にも責任を有する仕組みとすることにより、都道府県が医療保険と医療提供体制の両面を見ながら、地域の医療の充実を図り、効率的かつ質の高い医療を提供できるよう取り組んでいく。

2. 医療費の支払いは実質的には都道府県が担う

- 市町村が保険給付に必要な費用は全額、都道府県が市町村に交付。
- 予期せぬ給付増や収納不足に対しては、都道府県が運営する財政安定化基金から貸付・交付

3. 国保事務の効率化・平準化を都道府県が後押し

- 国が主導的に構築する標準システムの活用や都道府県が統一的な運営方針を示すことなどにより、市町村の事務遂行の効率化・コスト削減、標準化を図る。
- また、こうした取組による平準化により、事務の共同処理や広域化が図られやすくなる。

+

財政支援の大幅な拡充により、国保の財政基盤強化を実施。
これにより、実質赤字の解消や保険料の伸び幅の抑制が期待される。

33

国保改革による被保険者への効果

- **3,400億円の追加的公費投入等による財政基盤強化により、実質赤字の解消や保険料の伸び幅の抑制が期待される。**
 - ※ 公費約3,400億円は、現在の国保の保険料総額(約3兆円)の1割を超える規模
 - ※ 被保険者一人当たり、約1万円の財政改善効果
- **地域住民と身近な関係にある市町村が保健事業や保険料徴収等を実施することから、被保険者は身近な地域でそれぞれの実情に応じた、きめ細やかなサービスを受けられる。**
- **都道府県による統一的な運営方針により、都道府県内において、サービスの標準化が図られる。**
- **財政運営責任等の都道府県移行や医療費適正化等を支援する保険者努力支援制度により、市町村による保健事業への一層の取組が進み、同時に国や都道府県もこれを支援していくことで、被保険者の健康づくりがより一層促進されることとなる。**
- **都道府県内の市町村に異動した場合にも、高額療養費の該当要件が引き継がれ、負担が軽減される(多数回該当等)。**

34

改革後の市町村における業務改善について

改善項目	国保改革前	国保改革後
財政運営責任等の都道府県移行による安定化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村が給付のための費用を保険料収入等から捻出。急に高額医療費が発生した場合等のキャッシュフローを工面する必要。 ○ 予期しない医療費の増加や保険料収納不足の場合には、法定外の一般会計繰入等により対応する必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村が給付に必要な費用は<u>全額、都道府県が市町村に交付する。</u> ※ <u>医療機関に支払いを行う国保連に対し、都道府県が市町村を経由せず、直接支払いを行う仕組みも検討。</u> ○ 予期しない医療費の増加や保険料収納不足に対しては、県が運営する財政安定化基金から貸付・交付。 ○ 上記の措置により、急激な保険料上昇が起きにくい仕組みとなる。
保険料負担の透明化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該市町村の保険料水準や近隣市町村の水準との差異について、個別に説明責任を負う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が各市町村に対し、標準的な算定方式等により算出した市町村ごとの標準保険料率を提示・公表することで、<u>負担が見える化。</u>
事務の効率化、平準化、広域化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各市町村が異なる事務処理基準、異なるシステム等を用いるため、都道府県内で取扱に差が生じているとともに、事務の広域化に支障。 ○ 医療機関が不正請求を行った場合には関係市町村がそれぞれ不正利得を回収するなど、特殊な事案に個別の市町村が対応する必要。 ○ 国庫補助金等についての申請事務や国民健康保険事業月報等の報告事務などが市町村職員の負担。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>標準システムの活用</u>や都道府県の国保運営方針により事務の標準化が図られ、事務の共同処理や広域化が図られやすくなる。 ○ 医療機関の不正請求については、都道府県が関係市町村からの委託を受けて、一元的に不正利得の回収を行うなど、都道府県による広域的な事務処理を推進。 ○ 財政運営責任等の都道府県移行にあわせ、申請・報告事務の<u>簡略化・効率化等</u>を検討。 ※ <u>市町村の事務の大きな負担となっていた資格過誤に伴う保険者間調整についても、27年1月から簡略化する仕組みを導入。</u>
標準システムによる効率化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 毎年の制度改正等に対応して、<u>個別にシステム改修対応が必要。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国が主導的に構築する標準システムの活用により、一括的な改修を行うなど、<u>事務遂行の効率化、コスト削減</u>が図られる。

35

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律の概要 (平成27年5月27日成立)

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

- 国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化 (27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円)
- 平成30年度から、**都道府県が財政運営の責任主体**となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の**国保運営に中心的な役割を担い**、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、**段階的に全面総報酬割を実施**
(現行:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割)

3. 負担の公平化等

- ①**入居時の食事代**について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう**段階的に引上げ**
(現行:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする(**紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入**)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる**標準報酬月額の上限額を引き上げ** (121万円から139万円に)

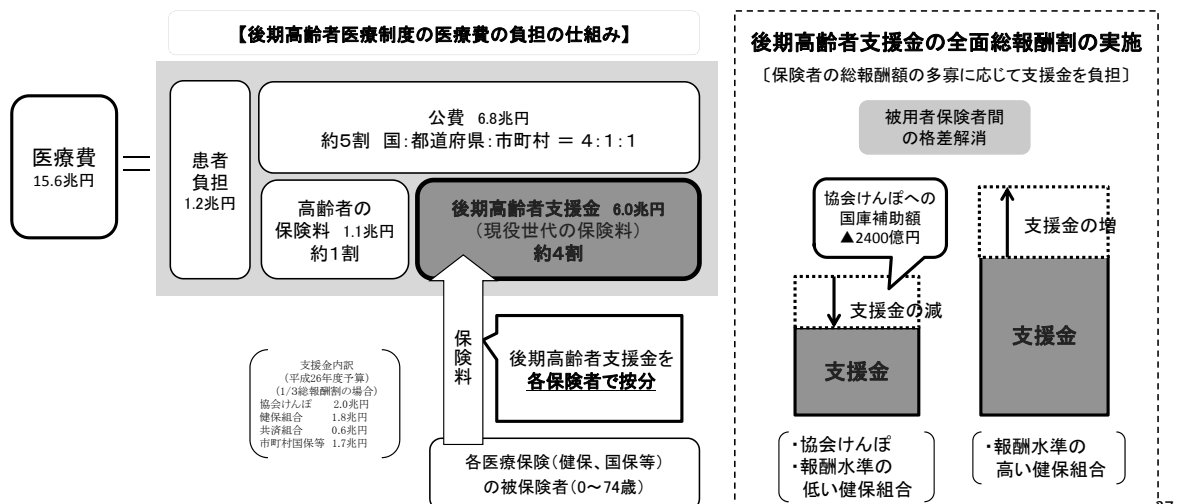
4. その他

- ①**協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」**と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の**特例的な減額措置**を講ずる
- ②**被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助**について、**所得水準に応じた補助率に見直し**
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないよう、調整補助金を増額)
- ③**医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進**
・都道府県が**地域医療構想と整合的な目標**(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する**被保険者の自助努力への支援**を追加
- ④**患者申出療養を創設** (患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

【施行期日】 平成30年4月1日 (4①は公布の日(平成27年5月29日)、2は公布の日及び平成29年4月1日、3及び4②~④は平成28年4月1日) 36

高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、**総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施**
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、**前期高齢者加入率を加味した調整方法**に見直す



被用者保険者への支援

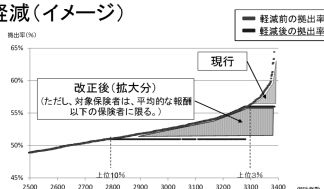
- 被用者保険の負担が増加する中で、**拠出金負担の重い被用者保険者への支援**を実施(平成27年度は約110億円。全面総報酬割が実施される平成29年度には約700億円の見込み。これに加え、既存の高齢者医療運営円滑化等補助金が後期高齢者支援金部分の縮減に対応して、平成27年度は約200億円。平成29年度は約120億円の見込み)
- 具体的には、①平成29年度から**拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策の対象を拡大し、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減する**(枠組みを法律に規定し、制度化を行う。)とともに、②平成27年度から**高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充し、前期高齢者納付金の負担軽減を図る**

①拠出金負担の軽減(制度化)

約100億円
(平成29年度の見込み)

- 現在、保険者の支え合いで、拠出金負担(後期高齢者支援金、前期高齢者納付金)の特に重い保険者(上位3%)の負担軽減を実施。
 - この対象を**上位10%に拡大し※1、拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半する。**
- ※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定
- ※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映

①の負担軽減(イメージ)



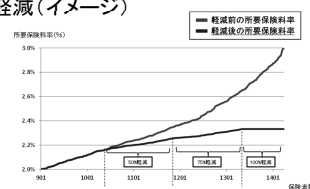
②前期高齢者納付金負担の軽減

約600億円
(平成29年度の見込み)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充。
- 前期納付金負担の負担増の緩和**のため、所要保険料率※の**高い上位の被用者保険者等の負担軽減**を実施。(平成29年度から本格的実施)

※ 総報酬に占める前期納付金の割合

②の負担軽減(イメージ)



38

入院時食事療養費等の見直し

- 入院時の**食事代**について、入院と在宅療養の負担の公平等を図る観点から、在宅療養でも負担する費用として、**食材費相当額に加え、調理費相当額の負担**を求める。
- 低所得者は上げを行わない(据え置き)**。難病患者、小児慢性特定疾病患者は負担額を据え置く。

＜現行＞		＜平成28年度＞		＜平成30年度＞	
	負担額(1食)		負担額(1食)		負担額(1食)
一般所得	260円	⇒	一般所得 360円	⇒	一般所得 460円
低所得Ⅱ (住民税非課税)	210円	}	低所得者は、引き上げない。(据え置き)	}	
低所得Ⅰ (住民税非課税で一定所得以下)	100円				
			(対象者数 約70万人)		
(食材費)			(食材費+調理費)		

※難病、小児慢性特定疾病の患者は、27年1月から原則自己負担となったことから、その影響に鑑み、据え置く。

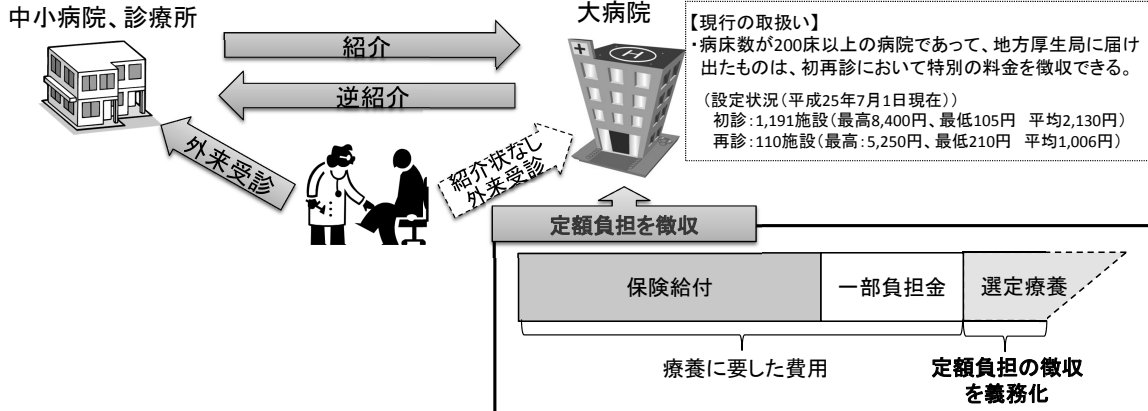
39

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

○ 外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合には、原則として、定額負担を患者に求めることとする(選定療養の義務化)。

○ 定額負担の額は、例えば5000円～1万円などが考えられるが、今後検討。

- ・ 初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
- ・ 再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。



※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 定額負担の額は、例えば5000円～10,000円などが考えられるが、今後、審議会等で検討する。

40

被用者保険や国保における保険料負担の公平化

1. 被用者保険の標準報酬月額上限の引上げ

○ 健康保険及び船員保険の標準報酬月額

全47等級(上限121万円、下限5.8万円)

↓ [平成28年度から上限3等級引上げ]

全50等級(上限139万円、下限5.8万円)

※ 標準賞与額もあわせて見直し、年間上限を540万円から573万円に引き上げる。

追加

第47級	1,210,000円	1,175千円以上 1,235千円未満
第48級	1,270,000円	1,235千円以上 1,295千円未満
第49級	1,330,000円	1,295千円以上 1,355千円未満
第50級	1,390,000円	1,355千円以上

2. 被用者保険の一般保険料率上限の引上げ

○ 1000分の120(健康保険) → 平成28年度から「1000分の130」に引上げ

※ 船員保険も同様に見直し、疾病保険料率の上限を「1000分の130」とする。

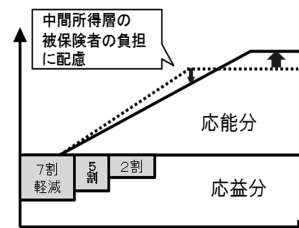
3. 国保の保険料(税)の賦課限度額の引上げ

○ 被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険(税)料負担に一定の限度を設けている(平成27年度:年間85万円)

○ より負担能力に応じた負担とする観点から、被用者保険の仕組みとのバランスを考慮しつつ、段階的に引き上げ

○ 各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断することとし、平成27年度は4万円引上げた(年間81万円→85万円)

賦課限度額の引上げの仕組み



41

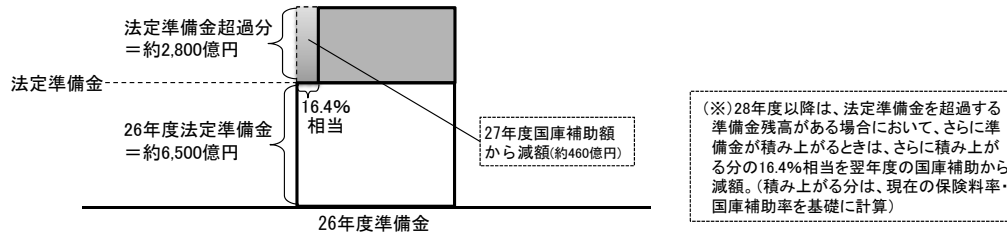
協会けんぽの国庫補助率の安定化と財政特例措置

- 国庫補助率の特例措置が平成26年度までで期限切れとなる協会けんぽについて、国庫補助率を当分の間16.4%と定め、その安定化を図る。
ただし、現下の経済情勢、財政状況等を踏まえ、準備金残高が法定準備金を超えて積み上がっていく場合に、新たな超過分の国庫補助相当額を翌年度減額する特例措置を講じる。

	本則規定(健康保険法)	附則規定
現 行	16.4%~20%の範囲内で政令で定める割合	当分の間 13% (22年度~26年度まで16.4%)
見直し後	13%~20%の範囲内で政令で定める割合	当分の間 16.4% (期限の定めなし)

特例的な対応

- 27年度の国庫補助は、法定準備金を超過する準備金の16.4%相当を減額。



国庫補助の見直し

- 協会けんぽが今後保険料率を引き上げる場合は、他の健保組合の医療費や保険料率の動向等を踏まえて、国庫補助率について検討し、必要があれば、措置を講じる。

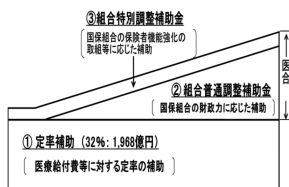
42

被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

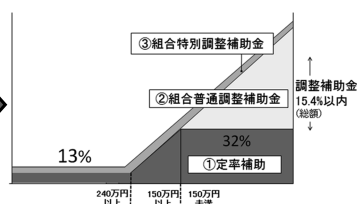
- 被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助については、負担能力に応じた負担とする観点から、各組合への財政影響も考慮しつつ、平成28年度から5年間かけて段階的に見直すこととし、所得水準に応じて13%から32%の補助率とする。
- 具体的には、所得水準が150万円未満の組合には32%の定率補助を維持し、150万円以上の組合に対しては所得水準に応じ段階的に引き下げ、240万円以上の組合については13%とする。
- また、被保険者の所得水準の低い国保組合の国庫補助には影響が生じないようにするため、調整補助金を15.4%まで段階的に増額する。

国保組合・・・同業同種の者を対象に国保事業を行うことができる公法人
(医師・歯科医師・薬剤師:92組合/建設関係32組合/一般業種40組合 計164組合(302万人))

現行の国庫補助 (H26年度)



見直し案 (H32年度)



所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し

国保組合の平均所得	平成27年度(現行)	平成28~31年度	平成32年度
150万円未満		32%(現行通り)	
150万円以上 180万円未満	32%	※5年間かけて段階的に見直し	30.0%
240万円以上			13.0%
調整補助金の総額の国保組合の医療給付費等の総額に対する割合	15%以内		15.4%以内

※国保組合の平均所得を算出するに当たっては、他制度との均衡を考慮し、各被保険者の所得の上限額(200万円)を設定し計算する。
※平成9年9月以降の組合特定被保険者に係る定率補助の補助率については、医療給付分については、13%にて一定。後期高齢者支援金、介護給付金については、他の被保険者に係る補助率と同様の減率とし、今回の見直しで13%まで引き下げる。

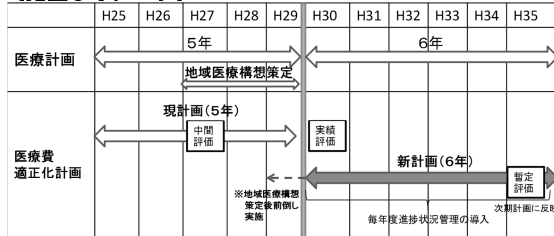
43

医療費適正化計画の見直し

1. 目標設定等の見直し

- 都道府県が、医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築を図るために策定される地域医療構想と整合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定し、国においてこの設定に必要な指標等を定めることとする。
- 上記の見直しにあわせて現行の指標(特定健診・保健指導実施率、平均在院日数等)について必要な見直しを行うとともに、後発医薬品の使用割合等を追加する。
※ 効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築に対応した指標も設定
- 目標が実績と乖離した場合は、都道府県はその要因分析を行うとともに、必要な対策を検討し、講ずるよう努めるものとする。

〈見直しイメージ〉



2. 計画策定プロセス等の見直し

i) 医療計画等との整合性の確保

- 医療計画や介護保険事業支援計画との整合性を確保するため、計画期間を5年から6年に変更する。また、特定健診等実施計画も同様に変更する。
- 都道府県は地域医療構想の策定後、同構想と整合性が図られるよう医療費適正化計画を見直すこととし、第3期計画(平成30～35年度)を前倒して実施する。

ii) 効果的な評価の仕組みの導入

- PDCAサイクルを強化するため、計画期間終了前に暫定的な評価を行い、当該結果を次期計画に反映させる仕組みを導入する。
- 中間評価に代えて、毎年度、計画の進捗状況管理等を行い、その結果を公表することとする。

iii) 保険者協議会の役割の強化

- 都道府県は、医療費適正化計画の策定等に当たり、保険者協議会に協議を行うこととする。また、保険者協議会を通じて各保険者に協力を要請することができる仕組みを導入し、計画の策定や目標達成に向けた取組を実効あるものにする。

44

個人や保険者による予防・健康づくりの促進

1. データを活用した予防・健康づくりの充実

- データヘルスの取組の普及を踏まえ、保険者が保健事業を行うに当たっては、レセプト・健診データ等を活用した分析に基づき効果的に実施することとする(データヘルスの推進)。国は指針の公表や情報提供等により保険者の取組を支援。
- 全国のレセプト・健診データを集積したナショナルデータベース(NDB)の充実を図る。また、NDBを用いた分析結果を国民や保険者にわかりやすく公表。
- 保険者による健診データの保存期間を延長。また、被保険者が異動した場合の健診データの引継に関する手続きについて、被保険者の同意を前提としつつ、明確化。

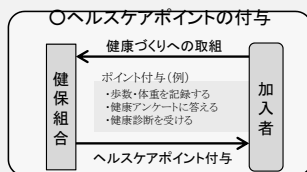
2. 予防・健康づくりのインセンティブの強化

(個人)

- 保険者が、加入者の予防・健康づくりに向けた取組に応じ、ヘルスケアポイント付与や保険料への支援等を実施。
※ 国が策定するガイドラインに沿って保健事業の中で実施

(保険者)

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視するため、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算(最大10%の範囲内)する仕組みへと見直し、平成30年度から開始する(政省令事項)。



- ・ 特定健診・保健指導実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等の指標を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みとする。
- ・ 保険者の種別・規模等の違いに配慮して対象保険者を選定する仕組みとするとともに、国保、協会けんぽ、後期高齢者医療について、別のインセンティブ制度を設ける。

3. 栄養指導等の充実

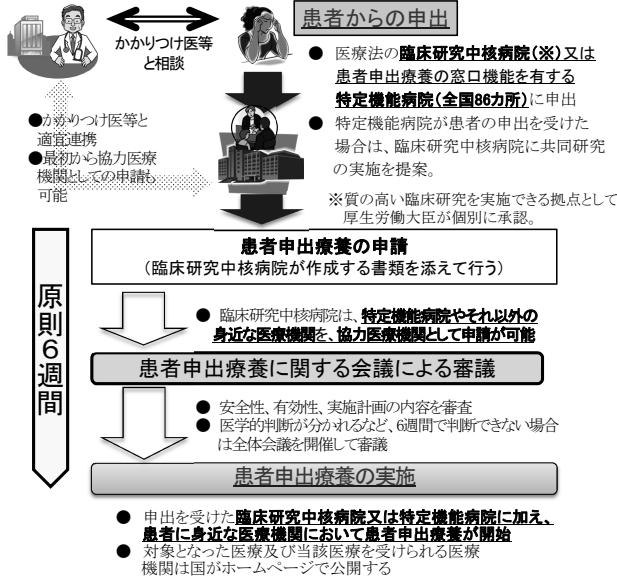
- 平成28年度から、後期高齢者医療広域連合において、市町村の地域包括支援センター、保健センター等を拠点として栄養指導等の高齢者の特性に応じた保健事業を実施することを推進。

45

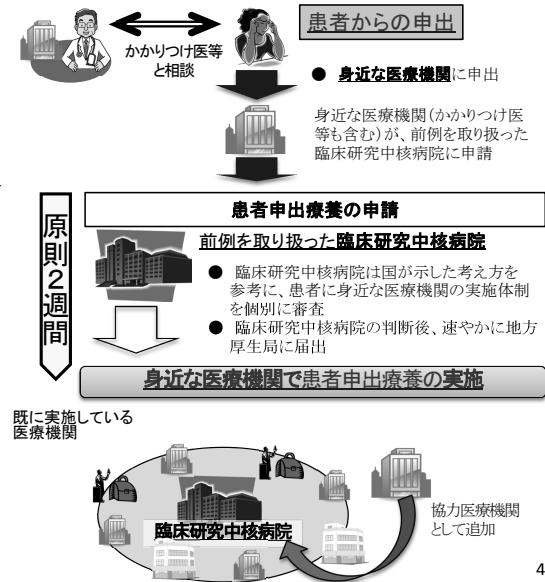
患者申出療養の創設

○国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者の思いに応えるため、患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとして、患者申出療養を創設（平成28年度から実施）

〈患者申出療養としては初めての医療を実施する場合〉



〈既に患者申出療養として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合(共同研究の申請)〉



地方行財政ビジョン研究会（第4回）資料
生活保護制度について



平成27年9月29日
厚生労働省社会・援護局

生活保護制度の現状

生活保護制度

○ 生活保護制度の目的

- 最低生活の保障
⇒ 資産、能力等すべてを活用してもなお生活に困窮する者に対し、困窮の程度に応じた保護を実施
- 自立の助長

最低生活の保障

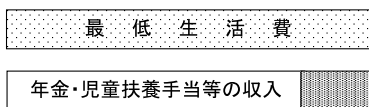
① 資産、能力等あらゆるものを利用することが保護の前提。また、扶養義務者による扶養などは、保護に優先される。

- ・不動産、自動車、預貯金等の資産
- ・稼働能力の活用
- ・年金、手当等の社会保障給付
- ・扶養義務者からの扶養 等

◇保護の開始時に調査
(預貯金、年金、手当等の受給の有無や可否、傷病の状況等を踏まえた就労の可否、扶養義務者の状況及び扶養能力等)
◇保護適用後にも届出を義務付け

② 支給される保護費の額

・厚生労働大臣が定める基準で計算される最低生活費から収入を差し引いた差額を保護費として支給



収入としては、就労による収入、年金等社会保障の給付、親族による援助等を認定。
預貯金、保険の払戻し金、不動産等の資産の売却収入等も認定するため、これらを消費した後に保護適用となる。

自立の助長

- ・ケースワーカーの月1回の家庭訪問等による就労指導
- ・福祉事務所とハローワークの連携強化
- ・福祉事務所への就労支援員の増配置

2

○ 生活保護基準の内容

生活保護基準は、要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情を考慮した最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであつて、且つ、これをこえないものでなければならない。(生活保護法第8条第2項)

生活を営む上で生じる費用	対応する扶助の種類	支給内容
日常生活に必要な費用 (食費・被服費・光熱水費等)	生活扶助	基準額は、 ①食費等の個人的費用(年齢別に算定) ②光熱水費等の世帯共通的费用(世帯人員別に算定) を合算して算出。 特定の世帯には加算がある。(障害者加算等)
アパート等の家賃	住宅扶助	定められた範囲内で実費を支給
義務教育を受けるために必要な学用品費	教育扶助	定められた基準額を支給
医療サービスの費用	医療扶助	費用は直接医療機関へ支払(本人負担なし)
介護サービスの費用	介護扶助	費用は直接介護事業者へ支払(本人負担なし)
出産費用	出産扶助	定められた範囲内で実費を支給
就労に必要な技能の修得等にかかる費用 (高等学校等に就学するための費用を含む。)	生業扶助	〃
葬祭費用	葬祭扶助	〃

※勤労控除：就労収入のうち一定額を控除する仕組みであり、就労収入額に比例して控除額が増加。
⇒ 25年8月からは、全額控除を15,000円に引き上げるとともに、15,000円以降の控除率を10%に見直した。

3