

国民健康保険の制度改革（広域化） について

平成29年5月1日
千葉県 健康福祉部
保険指導課

はじめに

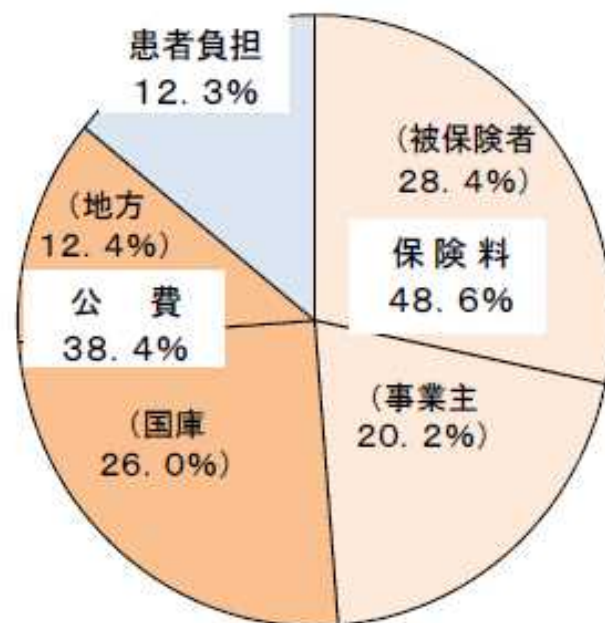
国民皆保険制度の意義

- 我が国は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現。
- 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要。

【日本の国民皆保険制度の特徴】

- ① 国民全員を公的医療保険で保障。
- ② 医療機関を自由に選べる。(フリーアクセス)
- ③ 安い医療費で高度な医療。
- ④ 社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するため、公費を投入。

日本の国民医療費の負担構造(財源別)(平成23年度)



医療保険の各保険者の比較

被用者保険

	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 (平成27年3月末)	1,716	1	1,409	85	47
加入者数 (平成27年3月末)	3,303万人 (1,981万世帯)	3,639万人 〔被保険者2,090万人 被扶養者1,549万人〕	2,913万人 〔被保険者1,564万人 被扶養者1,349万人〕	884万人 〔被保険者449万人 被扶養者434万人〕	1,577万人
加入者平均年齢 (平成26年度)	51.5歳	36.7歳	34.4歳	33.2歳	82.3歳
65~74歳の割合 (平成26年度)	37.8%	6.0%	3.0%	1.5%	2.4%(※1)
加入者一人当たり 医療費(平成26年度)	33.3万円	16.7万円	14.9万円	15.2万円	93.2万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成26年度)	86万円 〔一世帯当たり 144万円〕	142万円 〔一世帯当たり(※3) 246万円〕	207万円 〔一世帯当たり(※3) 384万円〕	230万円 〔一世帯当たり(※3) 451万円〕	83万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成26年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8.5万円 〔一世帯当たり 14.3万円〕	10.7万円<21.5万円> 〔被保険者一人当たり 18.7万円<37.3万円>〕	11.8万円<26.0万円> 〔被保険者一人当たり 22.0万円<46.3万円>〕	13.9万円<27.7万円> 〔被保険者一人当たり 27.2万円<54.4万円>〕	6.9万円
保険料負担率(※5)	9.9%	7.6%	5.7%	6.0%	8.3%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助(※7)	なし	給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※6) (平成28年度予算ベース)	4兆3,319億円 (国3兆958億円)	1兆1,781億円 (全額国費)	381億円 (全額国費)		7兆6,368億円 (国4兆9,132億円)

(※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である。

(※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」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(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。

(※3) 被保険者一人当たりの金額を表す。

(※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) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※6) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(※7) 共済組合も補助対象となるが、平成23年度以降実績なし。

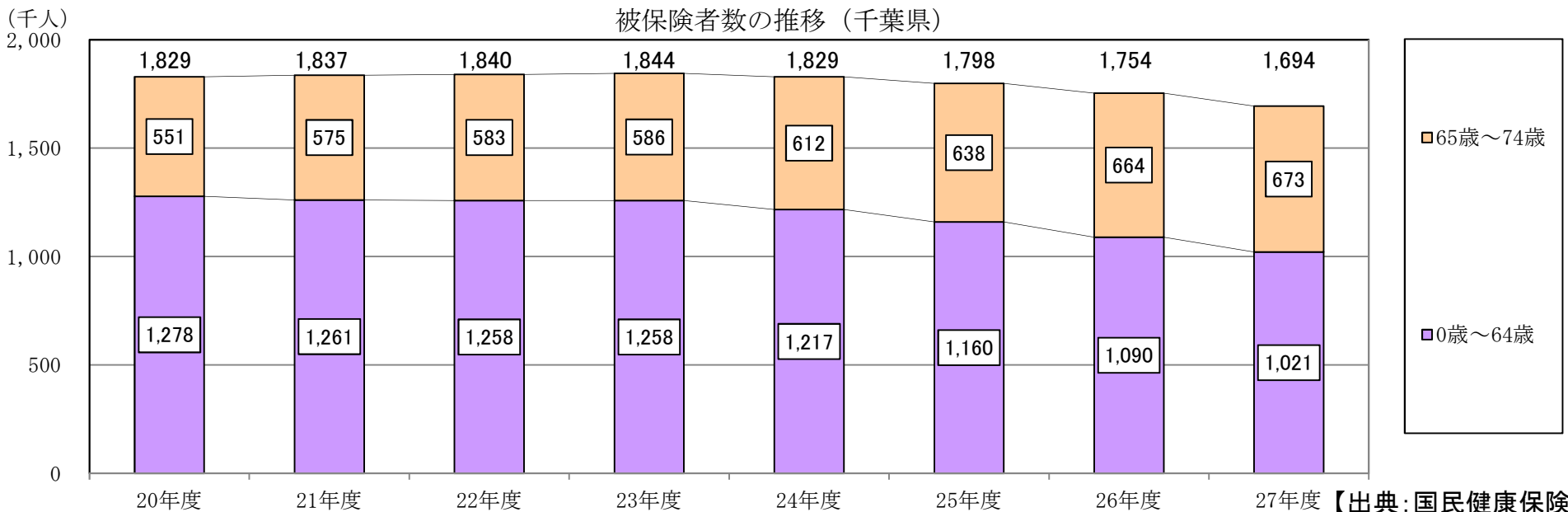
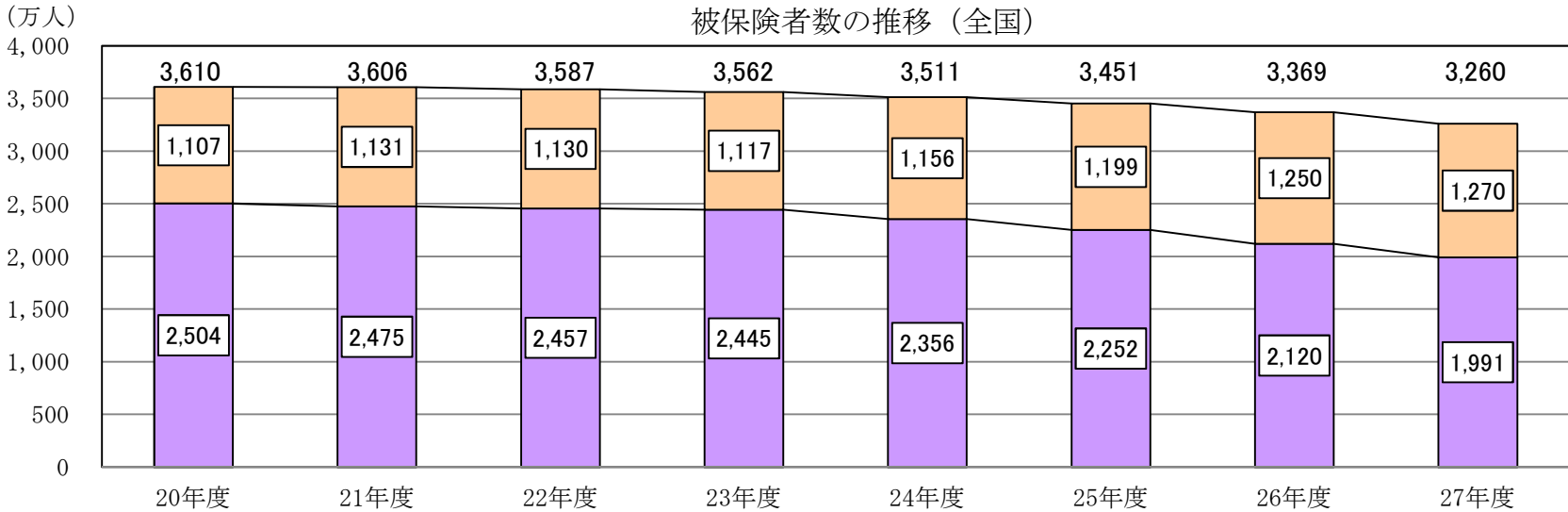
□:被用者保険と比べて高い

□□:被用者保険と比べて低い

→非正規労働者や、年金生活者等が多いため(構造的課題)

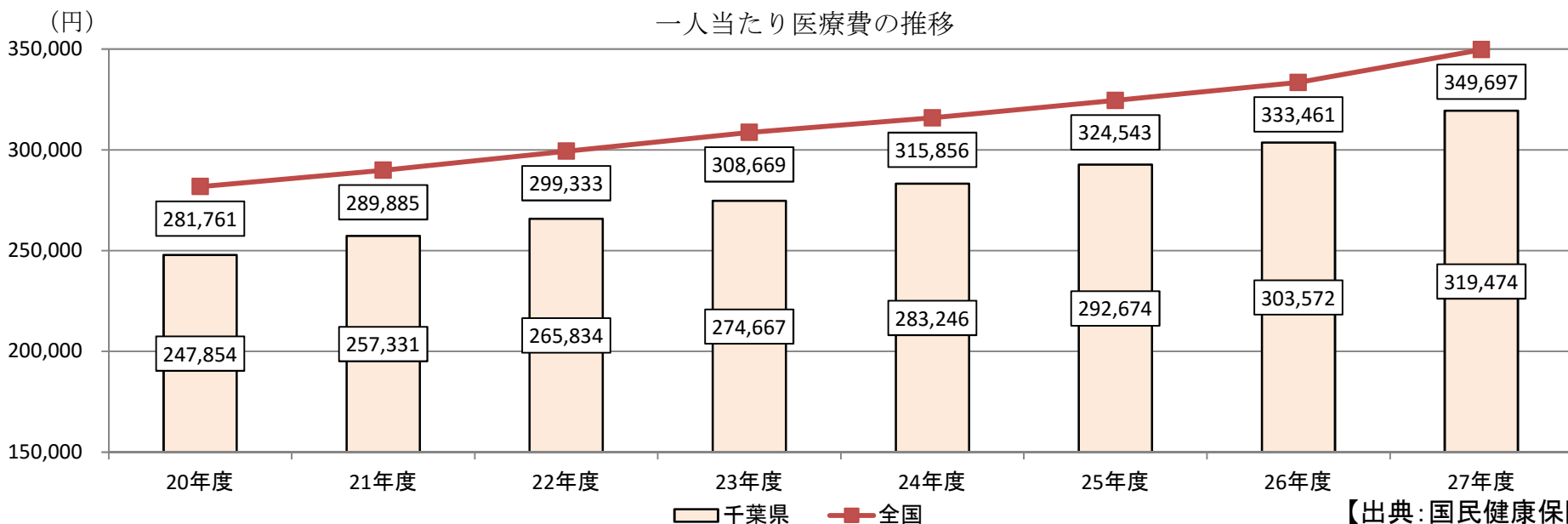
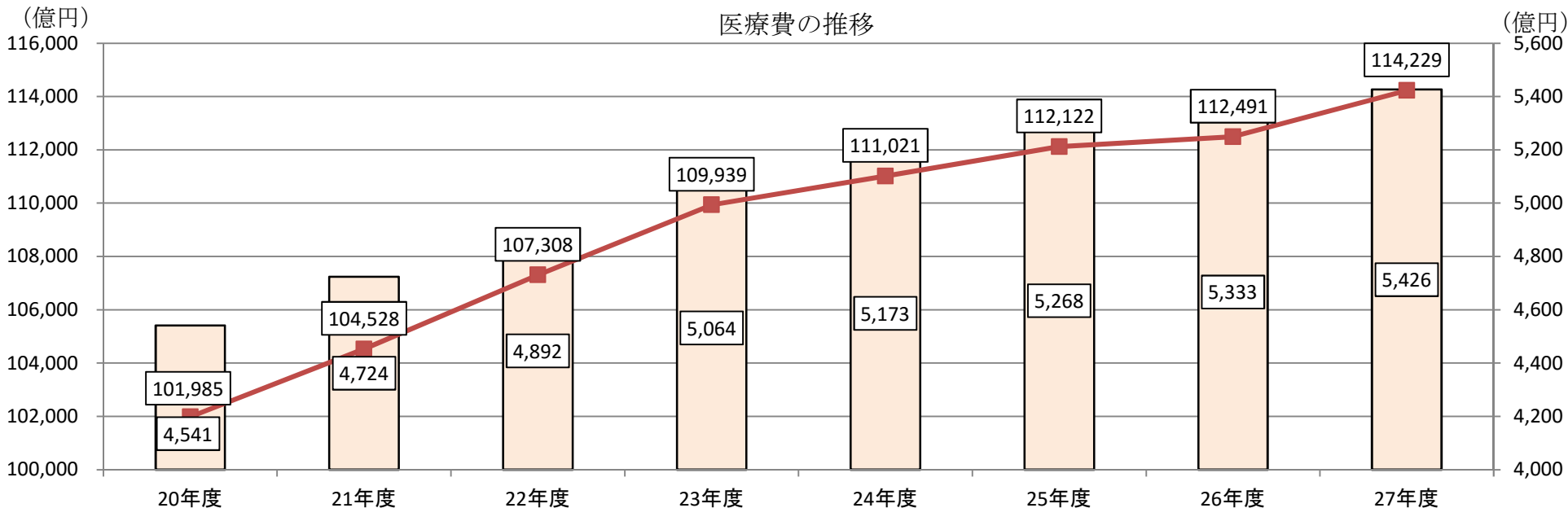
国保加入者の動向① 被保険者数の推移

○全国では平成20年度以降減少傾向。千葉県では平成24年度を境に減少に転じている。
ただし65歳以上の被保険者数は、全国、千葉県ともに増加傾向。



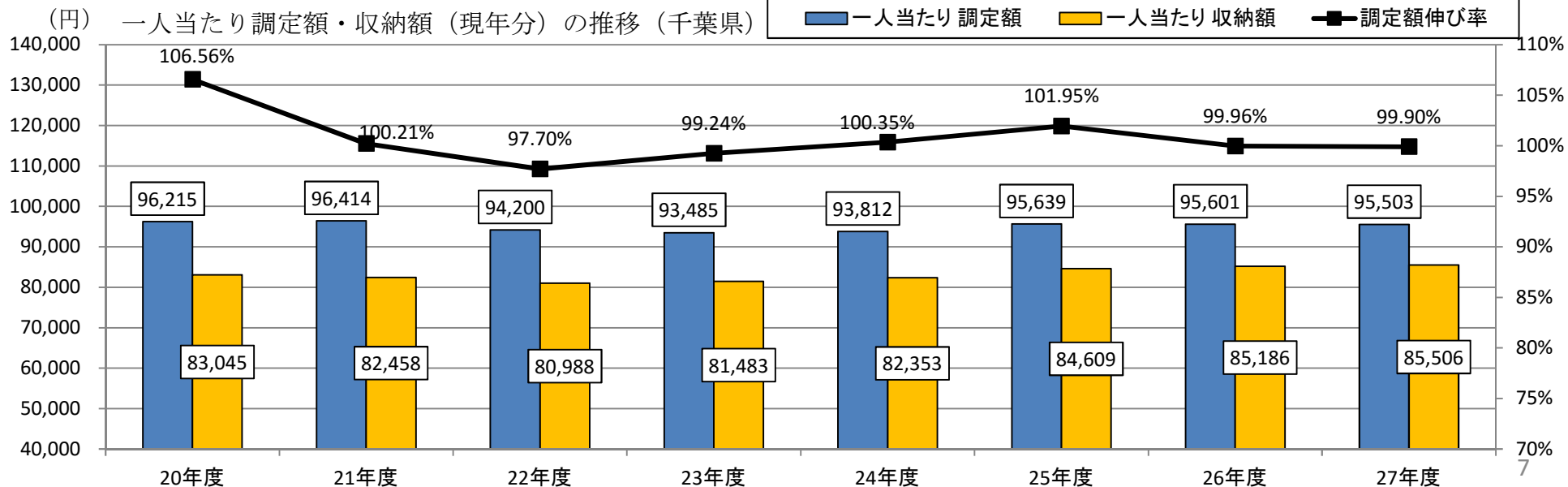
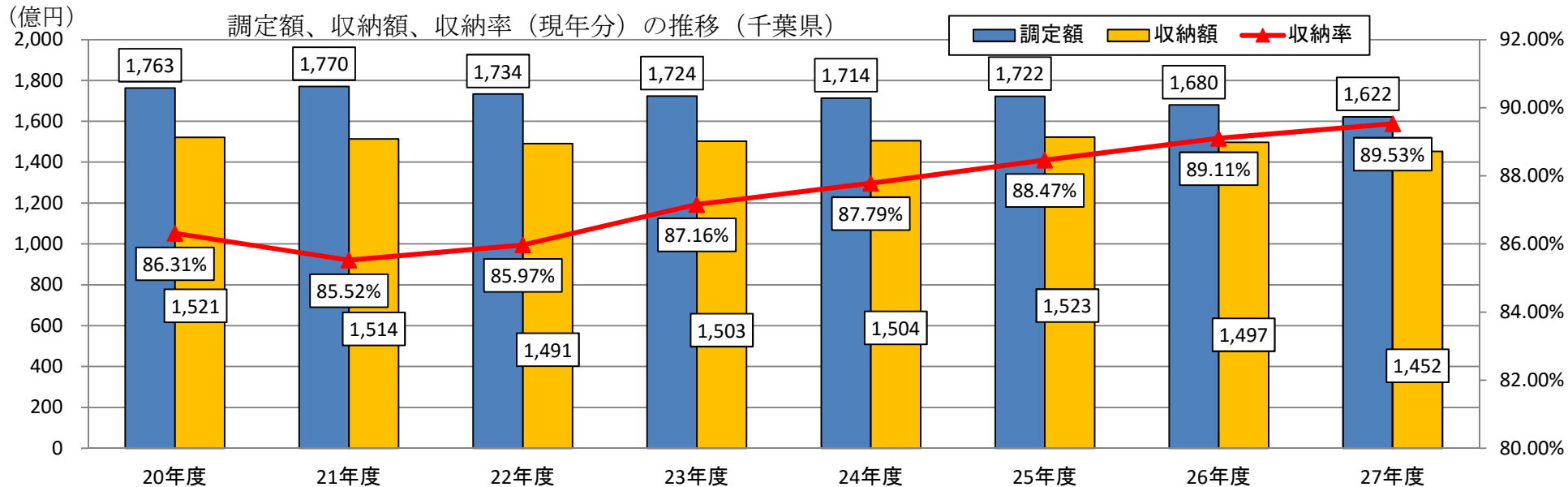
国保加入者の動向② 医療費の推移

○総額・一人当たりともに増加傾向であり、千葉県は全国平均を上回る伸び率で推移。



国保加入者の動向③ 保険料（税）の推移

○平成25年度より調定額・収納額は減少傾向も、一人当たり調定額はほぼ横ばい。



1 国保制度改革の概要

市町村国保が抱える構造的な課題と 社会保障制度改革プログラム法における対応の方向性

7つの構造的な 課題

1. 年齢構成

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合:市町村国保(37.8%)、健保組合(3.0%)
- ・一人あたり医療費:市町村国保(33.3万円)、健保組合(14.9万円)

2. 財政基盤

② 所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得:市町村国保(86万円)、健保組合(207万円(推計))
- ・無所得世帯割合:27.8%

③ 保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得
市町村国保(9.9%)、健保組合(5.7%) ※健保は本人負担分のみの推計値

④ 保険料(税)の収納率低下

- ・収納率:平成11年度 91.38% → 平成26年度 90.95%
- ・最高収納率:95.25%(島根県) ・最低収納率:86.74%(東京都)

⑤ 一般会計繰入・繰上充用

- ・市町村による法定外繰入額:約3,800億円 うち決算補てん等の目的:約3,500億円、
繰上充用額:約900億円(平成26年度)

3. 財政の安定性・市町村格差

⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1716保険者中3000人未満の小規模保険者 458 (全体の1/4)

⑦ 市町村間の格差

- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大:2.7倍(北海道) 最小:1.1倍(富山県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大:14.6倍(北海道) 最小:1.3倍(福井県)
- ・一人あたり保険料の都道府県内格差 最大:3.7倍(長野県)※ 最小:1.3倍(長崎県)
- ※東日本大震災による保険料(税)減免の影響が大きい福島県を除く。

〈要因〉

- ・非正規労働者や、被用者保険退職後に加入する者が多い
- ・市町村それぞれが国保財政を運営

① 国保に対する財政支援の拡充

② 国保の運営について、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、

- ・ 財政運営を始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

③ 低所得者に対する保険料軽減措置の拡充

改革後の国保の運営に係る都道府県と市町村それぞれの役割

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<u>統一的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</u> 	
	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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>国保事業費納付金を都道府県に納付</u>
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(<u>被保険者証等の発行</u>)
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、 <u>市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>保険給付の決定</u> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施</u> (データヘルス事業等)

国保運営方針の位置付け

○ 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。

※1 都道府県は、あらかじめ連携会議で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、平成29年12月末までに地域の実情に応じた国保運営方針を定める。

※2 厚生労働省は、地方と協議をしつつ国保運営方針のガイドラインを作成し、都道府県へ示した（2016/4/28）。

■ 主な記載事項

〈必須事項〉

(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

〈任意項目〉

(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等

国保運営協議会(都道府県、市町村)の設置

○ 今般の国保法の改正により、都道府県及び市町村のそれぞれに、国保事業の運営に関する重要事項について審議する場である国保運営協議会を設置することとされた。

〈参考〉 国民健康保険の見直しについて(議論のとりまとめ)(平成27年2月12日国保基盤強化協議会)

2. 運営の在り方の見直し(保険者機能の強化)

○ (略)

国保の運営に関する重要事項を協議する場として、都道府県に、被保険者代表、保険医又は保険薬剤師代表、公益代表、被用者保険代表が参加する国保運営協議会を設置する。

〈参考〉 国保運営協議会における審議事項

- ・ 都道府県… 国保事業費納付金の徴収、国保運営方針の作成その他の重要事項
- ・ 市町村… 保険給付、保険料の徴収その他の重要事項



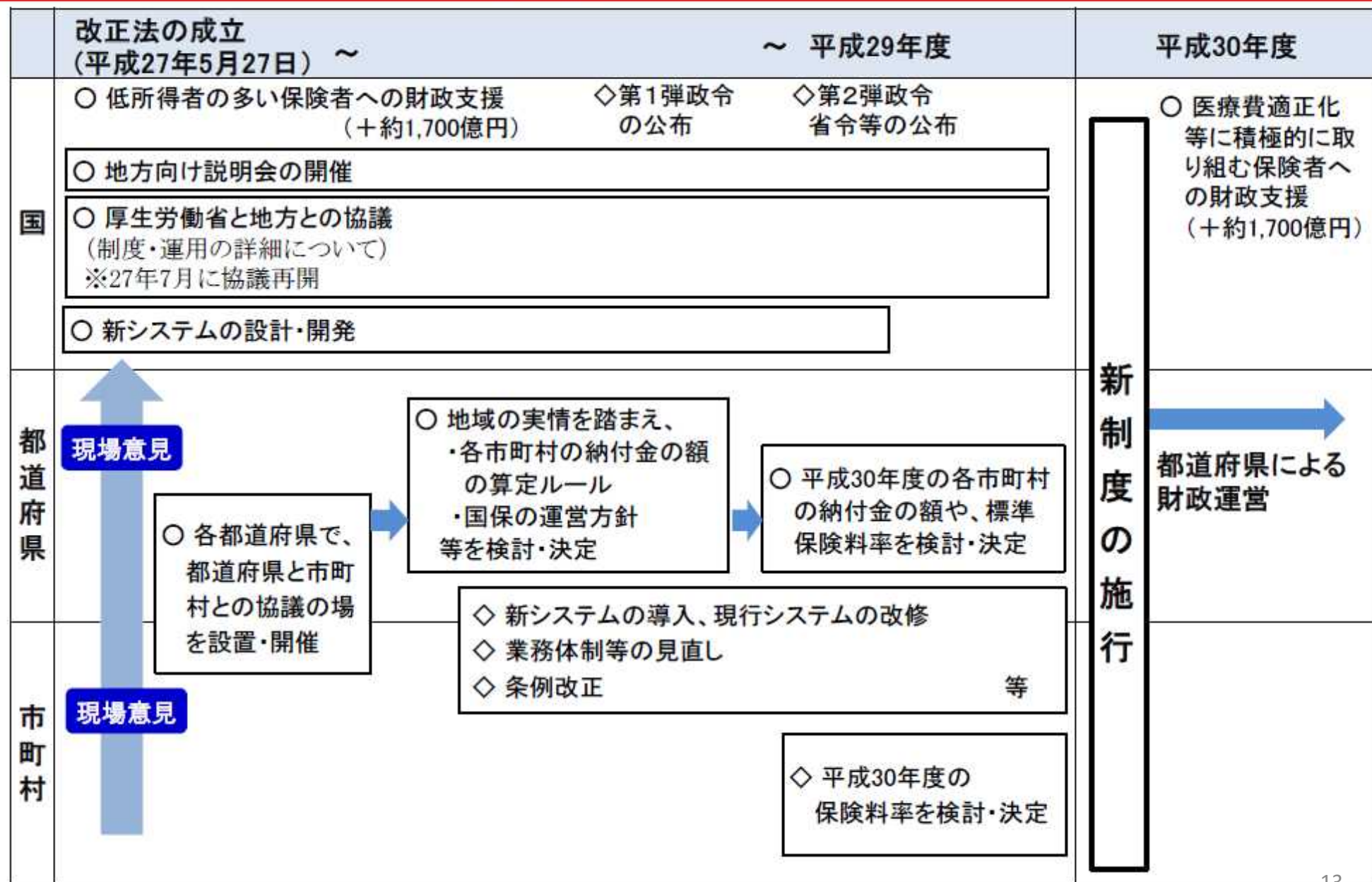
○ **平成28年度に、千葉県国民健康保険運営協議会を設置。**

○ **委員は計14名。**

- | | | |
|---|-----------|------------|
| { | ・被保険者代表4名 | ・保険医等代表4名 |
| | ・公益代表4名 | ・被用者保険代表2名 |

○ **主な審議事項は、国保事業費納付金の徴収及び国保運営方針の作成等の重要事項等。**

国保改革の主な流れ（イメージ）



2 国保制度改革後の財政運営

改革後の国保財政の仕組み(イメージ)

○ 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。

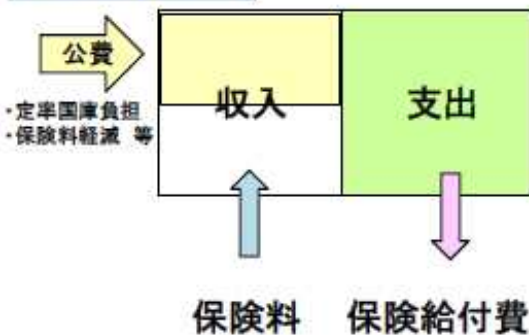
※ 都道府県にも国保特別会計を設置

○ 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

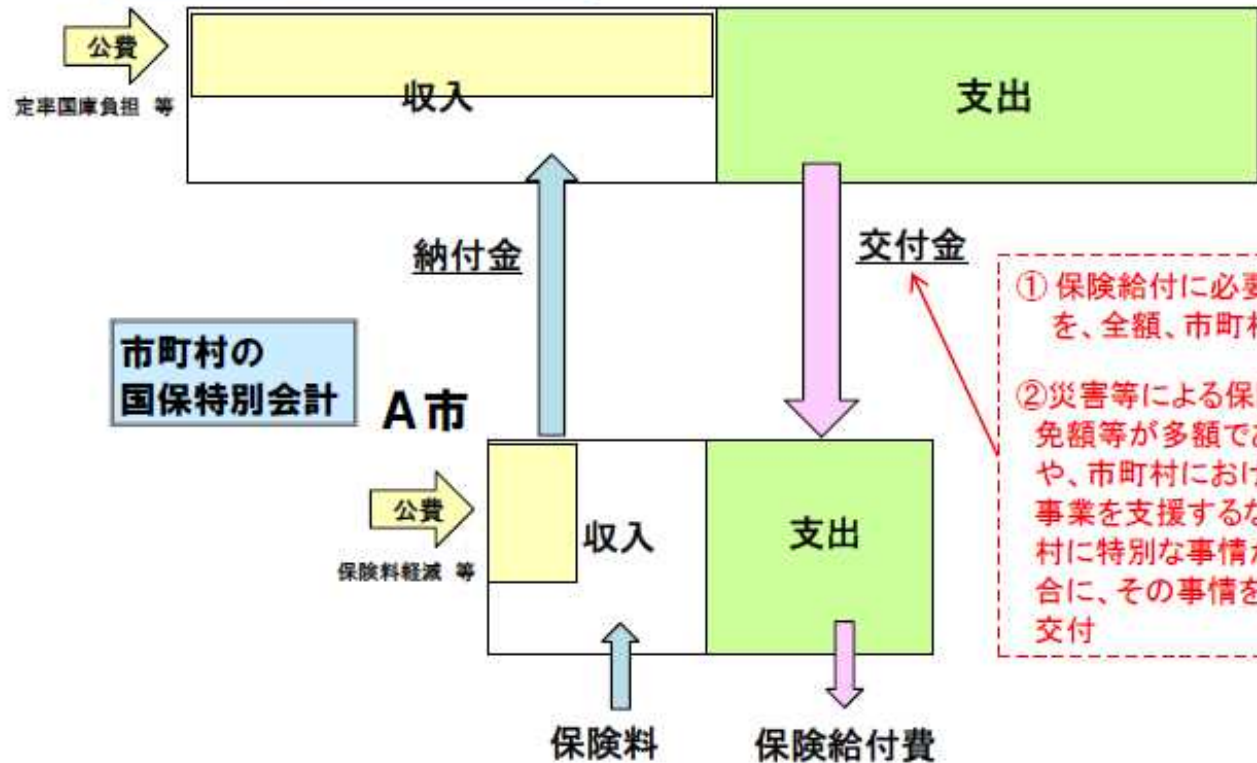
現行

市町村の
国保特別会計



改革後

都道府県の国保特別会計

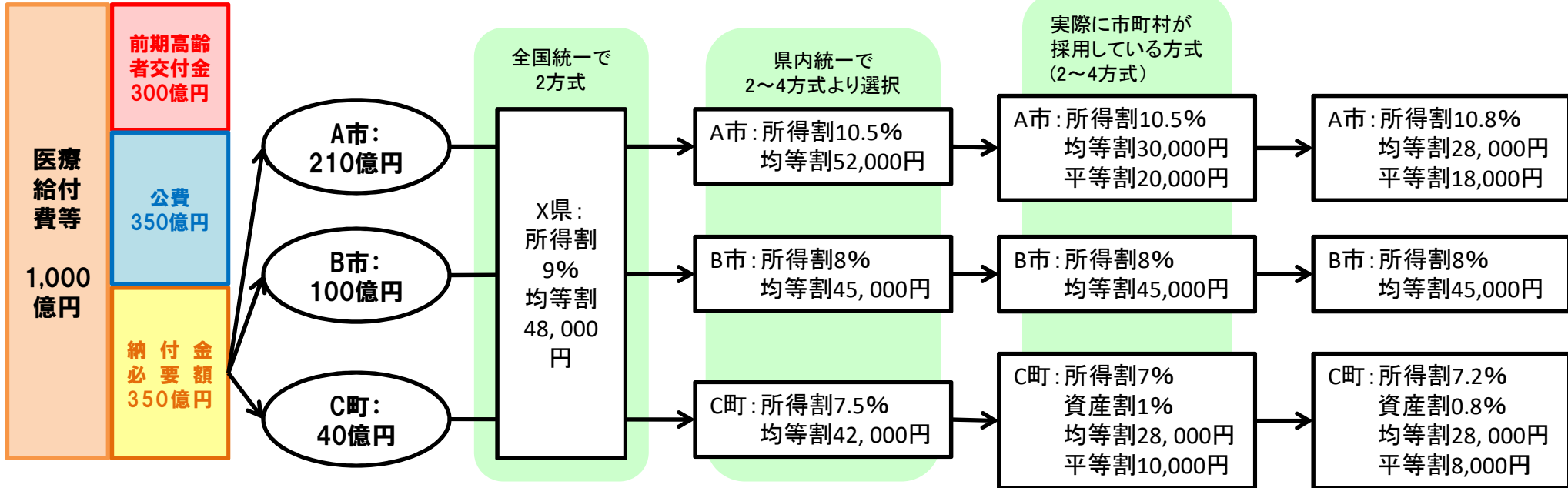


納付金・標準保険料率のイメージ

都道府県

市町村

X県



納付金

- ・県全体の納付金必要額を、各市町村の所得シェアや被保険者数シェア、医療費水準に応じて割り振ったもの
- ・給付に必要な費用は全額県から交付される代わりに、各市町村は県から決められた納付金を支払う必要がある

都道府県標準保険料率

- ・県全体の納付金必要額と、所得総数・被保険者総数から算出
- ・全国統一で2方式を採用するため、他都道府県と比較が可能

市町村標準保険料率

- ・納付金を徴収するために必要となる保険料率を、各市町村の所得、被保険者数から算出
- ・県内統一の算定方式を採用するため、他市町村と比較が可能

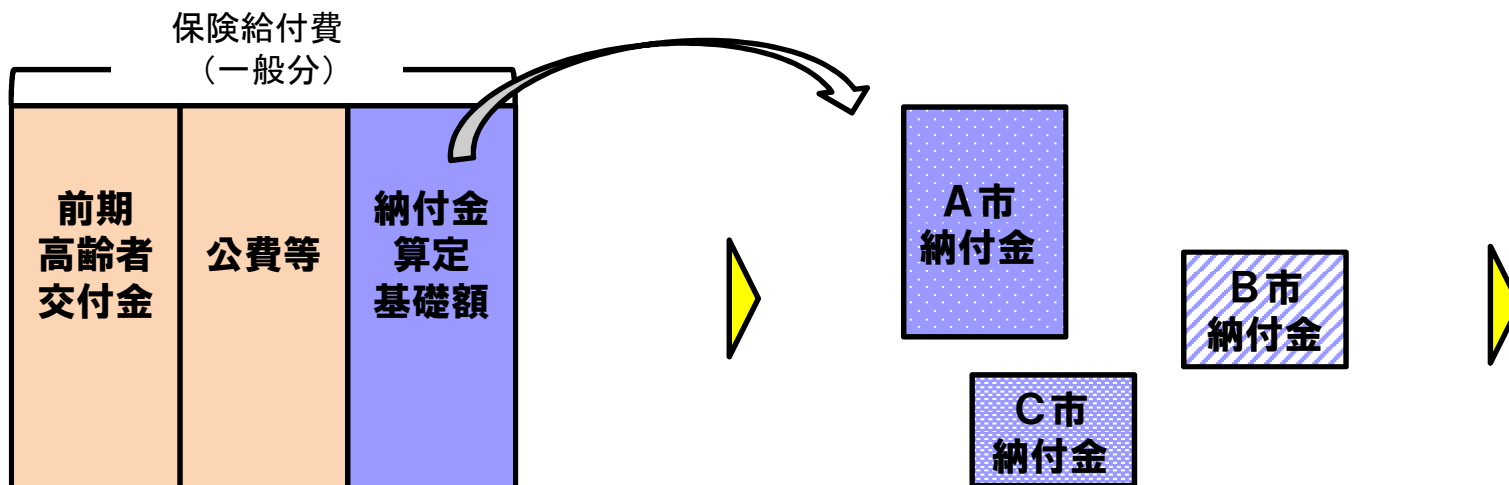
各市町村の算定基準に基づく標準保険料率

- ・市町村標準保険料率を基に、実際に各市町村が採用している算定方式で再度算出
- ・市町村が直接参考にすることが可能

当該市町村の実際の保険料率

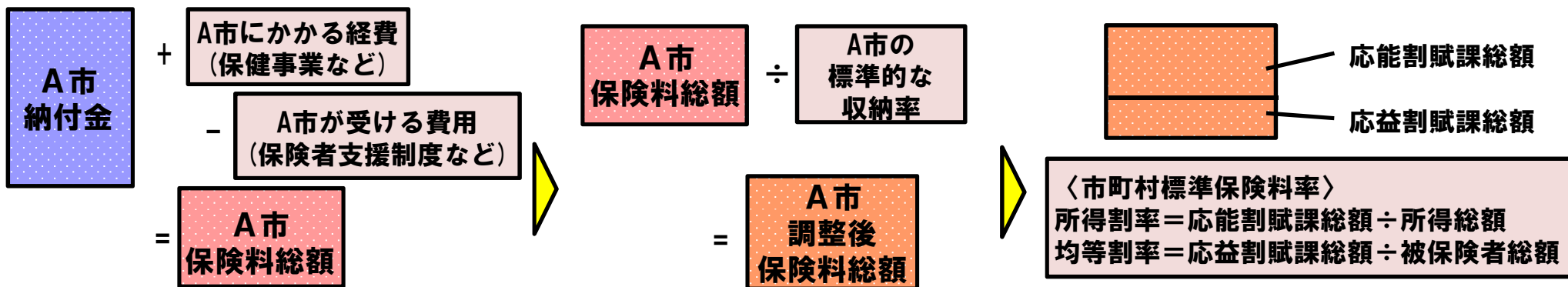
- ・標準保険料率を参考に、各市町村が決定
- ・応能応益割合や収納率などを勘案し、標準保険料率と異なる保険料率の設定も可能

納付金・市町村標準保険料率算定のイメージ



① 保険給付費から前期高齢者交付金や公費等を控除して納付金算定基礎額を算定。

② ①を所得や人数のシェア、医療費水準に応じて各市町村に配分し、各市町村の納付金を算定。



③ ②に市町村ごとの経費や補助金等を加減算し、保険料総額を算出

④ ③に標準的な収納率を割り戻し、調整後保険料総額を算出

⑤ ④を各市町村の所得や人数のシェアに応じて分割した上で、それぞれ標準保険料率を算出

納付金の各市町村への配分イメージ

$$c = C \times \{1 + \alpha \cdot (\text{年齢調整後の医療費指数} - 1)\} \times \{\beta \cdot (\text{所得のシェア}) + (\text{人数のシェア})\} / (1 + \beta) \times \gamma$$

c：各市町村ごとの納付金基礎額

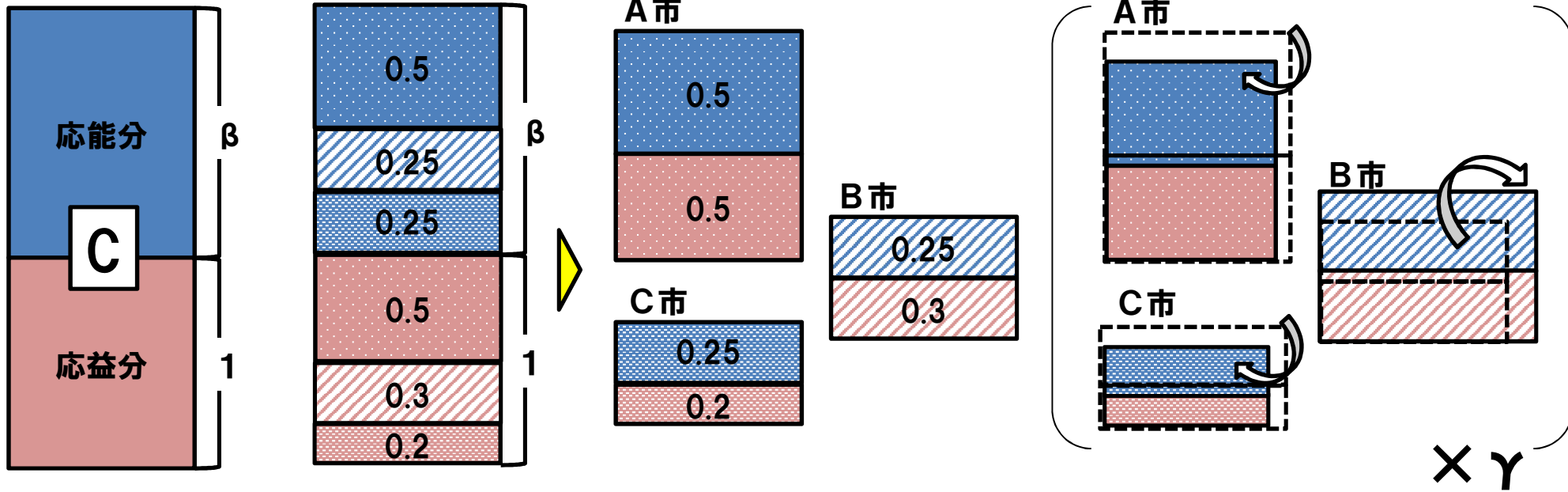
C：納付金算定基礎額

α：医療費指数反映係数 (0 ≤ α ≤ 1)

β：全国平均と比較した県の所得水準 (全国平均のとき β = 1)

γ：総額をCに合わせるための調整係数

	A市	B市	C市
所得総額 (シェア)	400億円 (0.5)	200億円 (0.25)	200億円 (0.25)
人数 (シェア)	5万人 (0.5)	3万人 (0.3)	2万人 (0.2)
年齢調整後の 医療費指数	0.9	1.2	0.8



① Cをβ:1に配分
※千葉県β=約1.15
(平成28年度/医療分)

② ①のうち、応能分を所得のシェア、
応益分を人数のシェアに応じて各市町村に配分

③ ②に {1 + α · (年齢調整後の医療費指数 - 1)}
を乗じた後、合計がCと等しくなるよう
全体にγを乗算

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。

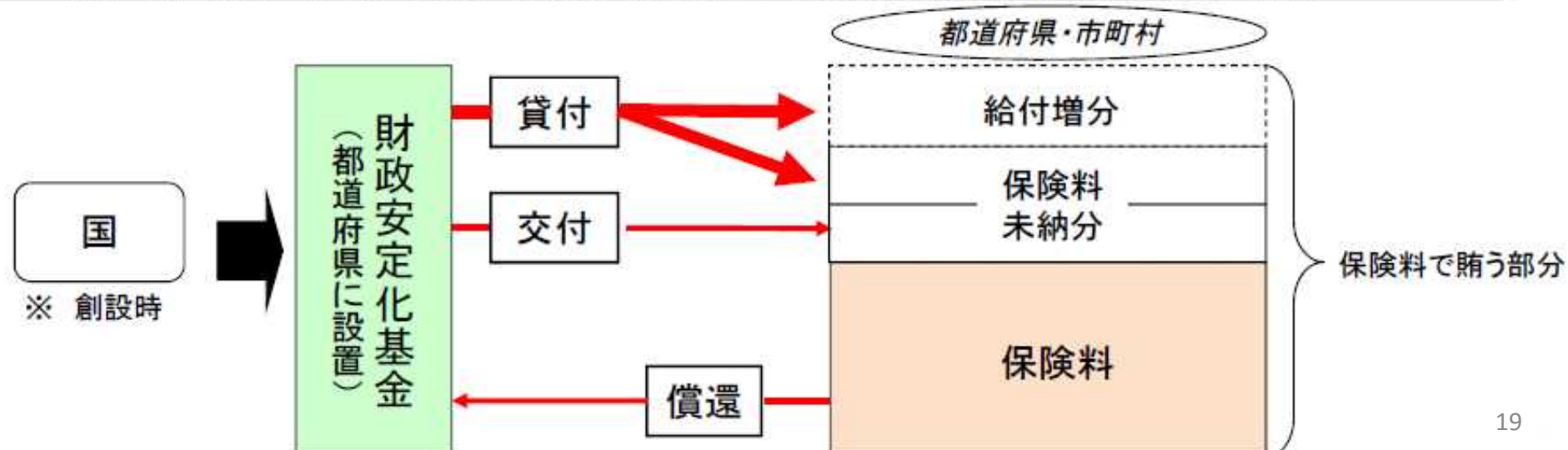
2. 内容

- 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、平成28年度は約400億円(予算案)を措置。
- 交付分に対する補填は各都道府県が決定。
※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



国民健康保険の改革による制度の安定化

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> (①)

○ **低所得者対策の強化**のため、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29年度まで> (②)

○平成27年度から、**財政安定化基金を段階的に造成**等(平成27年度200億円⇒平成29年度約1,700億円)

<平成30年度から実施> (毎年約1,700億円) (③)

○ **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)

700~800億円

○ **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 } 700~800億円 等

(参考)①②③の推移

差額300億円は32年度までに積み増しされる予定

(単位:億円)

	27年度	28年度	29年度	30年度 (都道府県移行)
①低所得者対策の強化	1700	1700	1700	1700
②財政安定化基金の造成等 (保険料の激変緩和にも活用)	200	400	1700 1400	
③国保改革に伴う財政基盤の強化 (保険者努力支援制度等)			500	1700

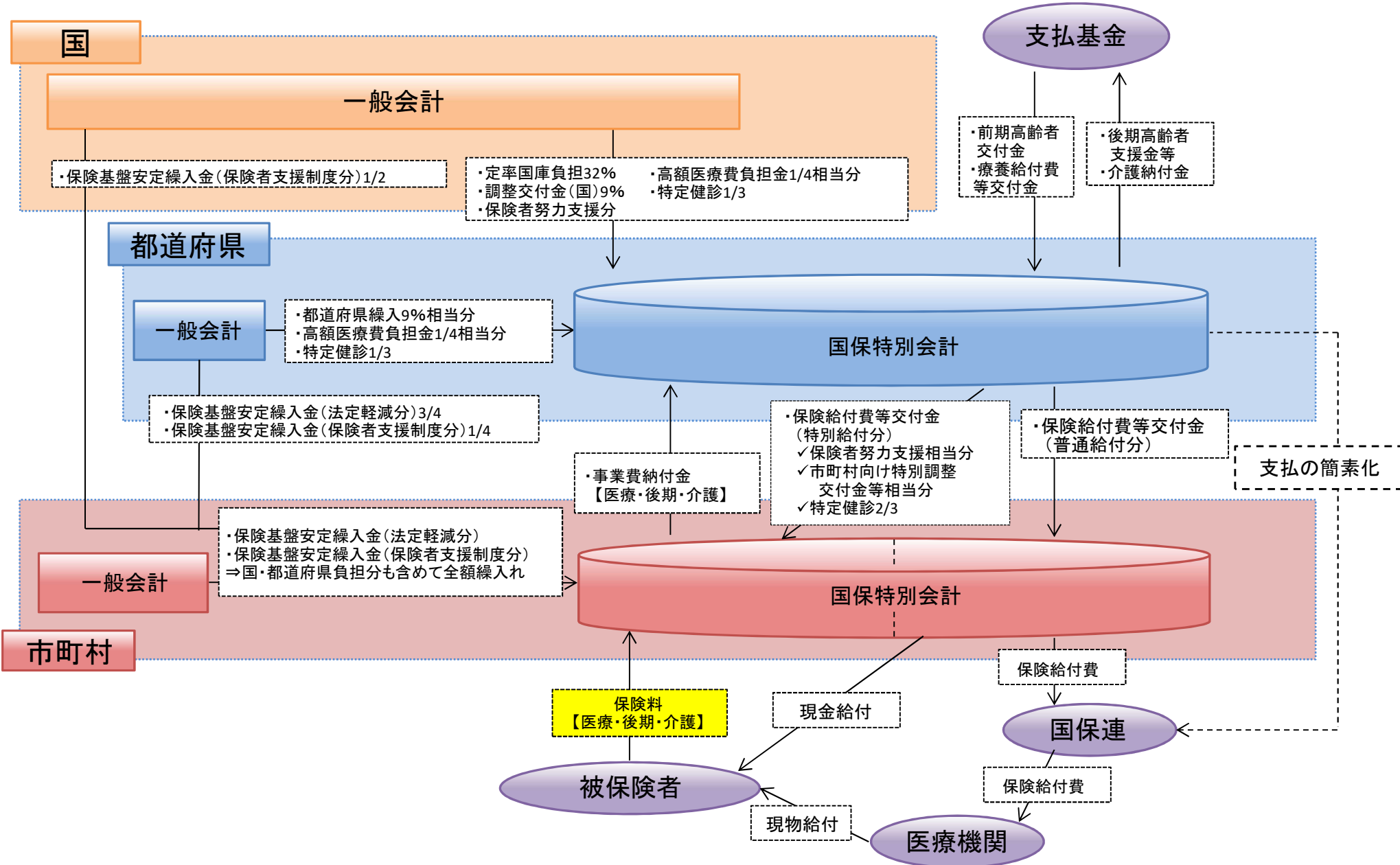
※30・31年度分の一部を先行交付

※一部は29年度に先行交付済

消費税財源
(5⇒8%)

総報酬割化
財源

国・都道府県・市町村間の費用の流れ



国保会計の歳入・歳出の構成(案)

国		都道府県(一般会計)		市町村(一般会計)	
歳入	歳出	歳入	歳出	歳入	歳出
①定率国庫負担			③都道府県繰入金(1号)		
②普通調整交付金			⑥高額医療費負担金(全体の1/4)		
③高額医療費負担金(全体の1/4)			③都道府県繰入金(2号)		④保険料軽減分(全体の1/4)
⑦保険者努力支援制度			④保険料軽減分(全体の3/4)		⑤保険者支援制度(全体の1/4)
②特別調整交付金			⑤保険者支援制度(全体の1/4)		
⑤保険者支援制度(全体の1/2)			⑧特定健診(全体の1/3)		
⑧特定健診(全体の1/3)					
		都道府県(特別会計)		市町村(特別会計)	
		歳入	歳出	歳入	歳出
		①定率国庫負担		保険給付費等交付金(普通給付分)	医療給付費
		②普通調整交付金			
		②特別調整交付金(都道府県向け)			
		③都道府県繰入金(1号)			
		⑥高額医療費負担金(全体の1/2)			
		⑨前期高齢者交付金			
		⑦保険者努力支援制度(県向け)	介護給付金(支払基金宛)		
		⑩療養給付費等交付金	後期高齢者支援金(支払基金宛)		
		納付金	保険給付費等交付金(普通給付分)	保険料	納付金
		②特別調整交付金(市町村向け)	②特別調整交付金(市町村向け)	②特別調整交付金(市町村向け)	
		③都道府県繰入金(2号)	③都道府県繰入金(2号)	③都道府県繰入金(2号)	
				④保険料軽減分(全額)	
				⑤保険者支援制度(全額)	
		⑦保険者努力支援制度(市町村向け)	⑦保険者努力支援制度(市町村向け)	⑦保険者努力支援制度(市町村向け)	
		⑧特定健診(全体の2/3)	⑧特定健診(全体の2/3)		
			保険給付費等交付金(特別給付分)		
		市町村(保健専業)		歳入	歳出
				保険料(保健分)	保健専業
				②特別調整交付金(市町村向け、保健分)	
				⑧特定健診(全体の2/3)	特定健診費用

※主な交付金・補助金について整理を行ったもの

市町村にとってのメリット

① 財政運営の安定化

- **保険給付費全額を県が交付**→特に小規模保険者における財政運営上のリスク回避
- **毎年3,400億円の財政支援の拡充**→国保財政の基盤強化
- **財政安定化基金**を県に設置→予期せぬ給付費増や保険料収納不足などのリスクに対応

② 標準保険料率の提示

- 保険料率決定の参考
- 他市町村との比較が容易

③ 国保事務の標準化等

- **県統一の運営方針の策定**→各市町村の事務運営の効率化・広域化

被保険者にとってのメリット

① 財政運営の安定化

- **保険給付費全額を県が交付**→予期せぬ給付費増などによる急激な保険料負担増を回避

② 住民サービスの標準化・向上

- **県内他市町村への引継ぎ**(高額療養費の多数回該当の通算など)

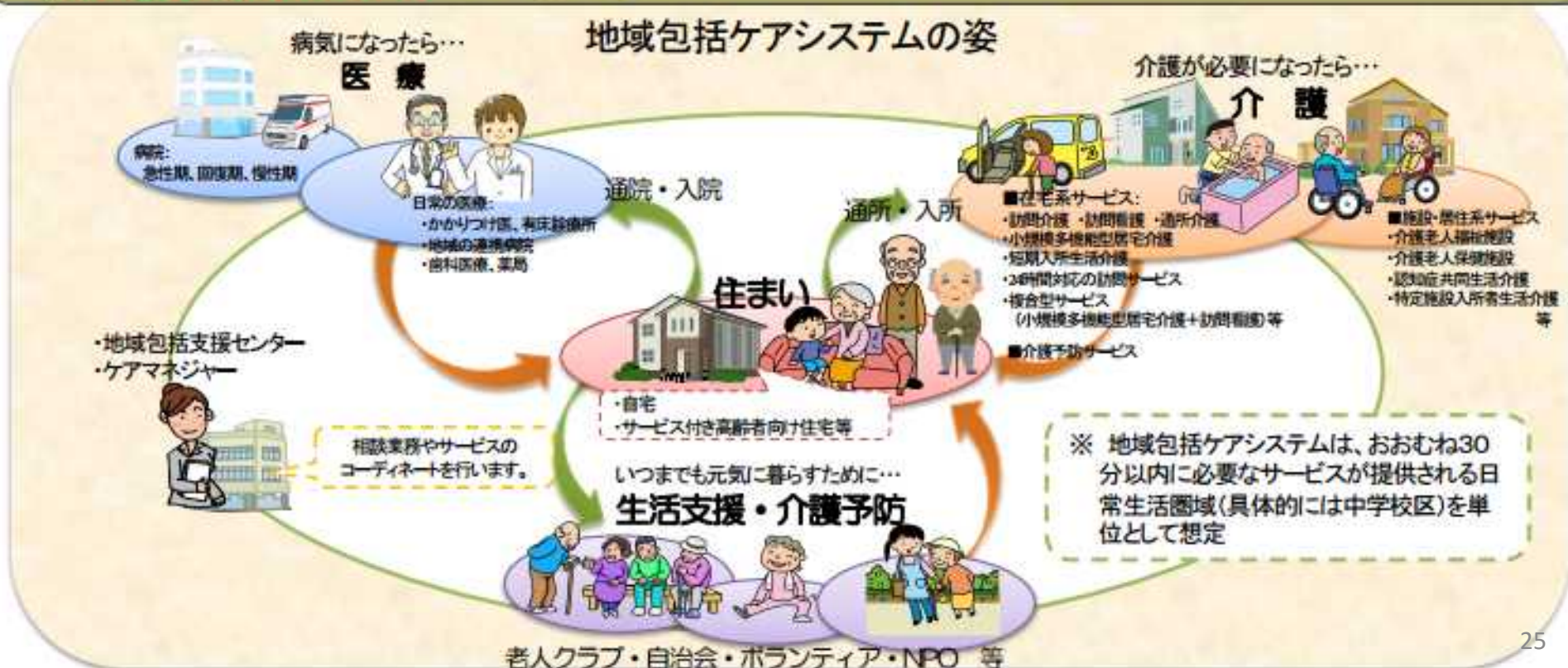
③ 標準保険料率の公表

- 標準的な住民負担の見える化

3 最後に

地域包括ケアシステムの考え方

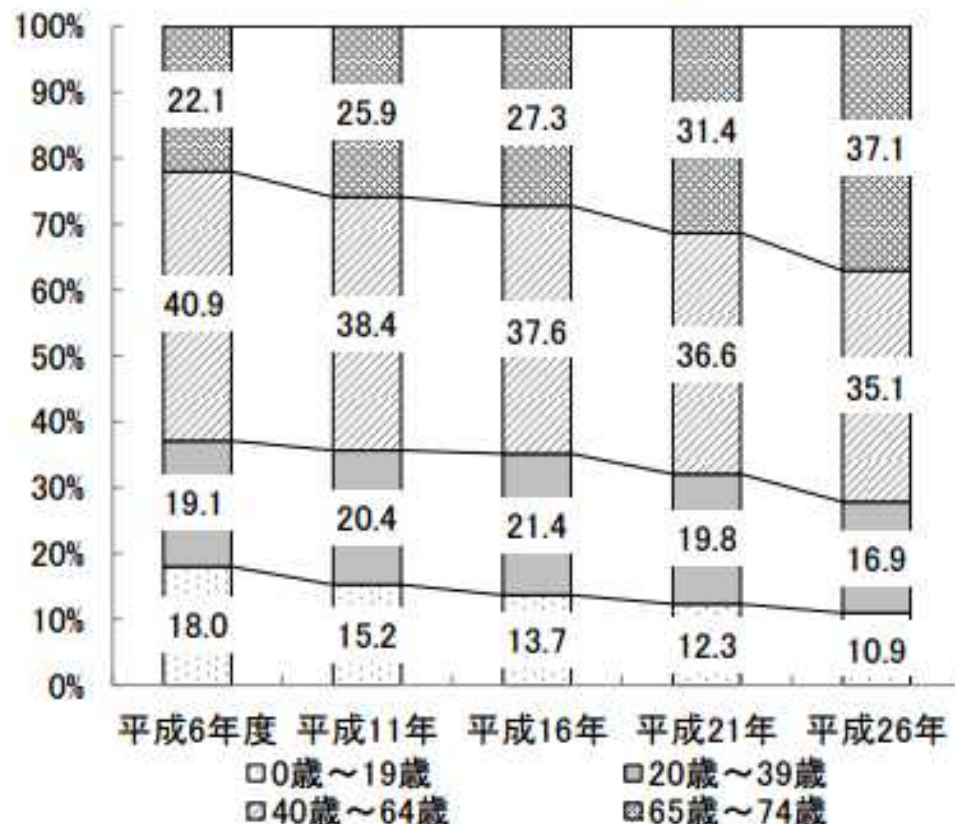
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



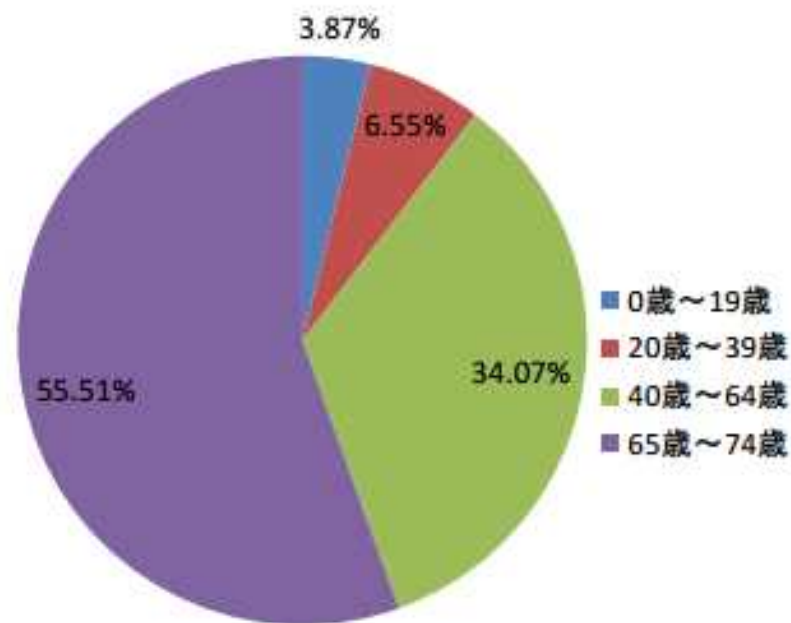
国民健康保険における地域包括ケアの重要性

- 今後の高齢化の進展を踏まえると、地域包括ケアは介護保険・医療提供体制だけで取り組むものではなく、国民健康保険として取り組むことが重要。そもそも国保では65歳以上高齢者の割合が約1/3強、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も半数以上と高い。
- また、市町村としては、介護保険・高齢者医療の安定的運営も念頭に置かなければならない。
- 従って高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策に国保担当としても主体的に取り組むことが重要。

〔市町村国保の被保険者(75歳未満)の年齢構成の推移〕



〔市町村国保の年齢階層別医療費〕



「医療保険に関する基礎資料」(平成26年度)から作成

国保において行う地域包括ケアシステム構築に向けた取組

- 国民健康保険においても、効率的な医療費の活用を進め、地域の住民が暮らしやすい体制を構築するために、地域に即した地域包括ケアシステムの構築に市町村保険者が積極的に関わることが期待される。
- 国保として行う取り組みとしては例えば次のようなものが考えられる。

①課題を抱える被保険者の把握と働きかけ

- ・KDBデータなどを活用した包括ケア実現に向けた事業等のターゲット層の洗い出し
- ・洗い出された被保険者にお知らせ・保健師の訪問活動などにより働きかけ
- ・リスクが高い者に係る情報の地域サービス関係者との共有、地域ケア会議などでの地域関係者との意見交換 など

②地域で被保険者を支える仕組みづくり

- ・地域で被保険者を支える仕組みづくりに向けた施策・事業・人材などさまざまなレベルでの取り組みを検討・実施
- ・健康教室等地域住民の参加するプログラムの開催、自主組織の育成
- ・介護保険で進められている日常生活支援事業、在宅医療・介護連携など地域支援事業や介護保険事業計画に基づく事業などへの参加・協力
- ・介護担当と協力した在宅医療体制の構築の支援、総合的な医療・介護チームづくり など

③地域で被保険者を支えるまちづくり

- ・医療・介護・保健・福祉・住まいなど暮らし全般を支えるための直面する課題、将来の地域の動向、必要なサービス・人材・資源、地域にある既存の資源、地域でできること、必要な仕掛けなどについて議論
- ・国保保険者として企画担当者・保健師が積極的に参加 など

④国保直診施設の積極的活用

- ・国保直診施設において地域に不足する様々なサービスを実施
- ・地域のサービスのコーディネート役を担当
- ・地域づくりの司令塔の役割を担当 など

組織横断的な取り組み

個人支援と
まちづくりの
両輪が必要

- 健康寿命の延伸と元気高齢者の社会参加への支援
- 病気や要介護状態になっても安心して暮らせるケアの提供

上記を実現する社会基盤整備

- 一部門の枠組みだけでは解決できない
- 組織横断的な取組への意識改革が必要

保健・医療
部門

財政部門

市長村長
政策部門

土木・交通
部門

介護・福祉
部門

まちづくり
部門

生涯教育
部門

農政・経済
部門

施策化・事業化には**根拠**が求められ、**タイミング**がある
行政職員の**チームワーク**と**リレー**が大切