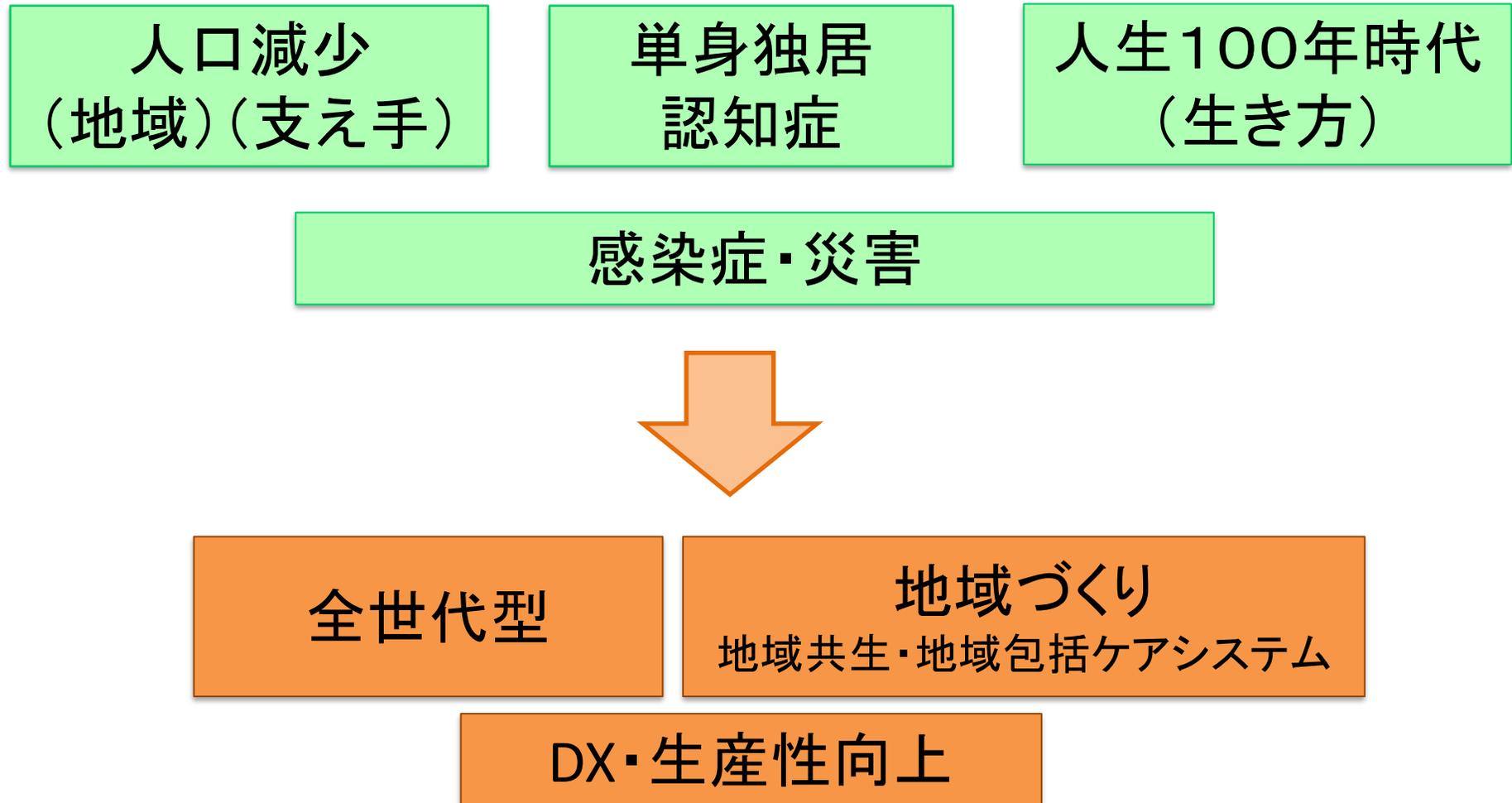


全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長 及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議

厚生労働省保険局国民健康保険課

2040年に向けた社会経済の変化と対応



全世代型社会保障の基本的考え方

1. 目指すべき社会の将来方向

① 「少子化・人口減少」の流れを変える

- ・少子化・人口減少の進行は、経済活動における供給（生産）及び需要（消費）の縮小、社会保障機能の低下をもたらし、経済社会を「縮小スパイラル」に突入させる、国の存続そのものにかかわる問題
 - ・子どもを生み育てたいという個人の希望を叶えることは、個人の幸福追求の支援のみならず、少子化・人口減少の流れを大きく変え、経済と社会保障の持続可能性を高め、「成長と分配の好循環」を実現する上で社会全体にも大きな福音
- 最も緊急を要する取組は、「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力に整備すること。子育て費用を社会全体で分かち合い、子どもを生み育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境の整備が急務

② これからも続く「超高齢社会」に備える

- ・働き方に中立的な社会保障制度を構築し、女性や高齢者を含め、経済社会の支え手となる労働力を確保する
- ・社会保障を能力に応じて皆で支える仕組みを構築し、医療・介護・福祉等のニーズの変化に的確に対応する

③ 「地域の支え合い」を強める

- ・独居者の増加、就職氷河期世代の高齢化、孤独・孤立の深刻化等を見据え、人々が地域社会との中で安心して生活できる社会の構築が必要

2. 全世代型社会保障の基本理念

① 「将来世代」の安心を保障する

「全世代」は、これから生まれる「将来世代」も含む。彼らの安心のためにも、負担を先送りせず、同時に、給付の不断の見直しが必要。

② 能力に応じて、全世代が支え合う

年齢に関わらず、全ての国民が、能力に応じて負担し、支え合うことで人生のステージに応じ、必要な保障の提供を目指す。

③ 個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする

社会保障は、リスク等に社会全体で備え、個人の幸福増進を図るとともに、健康寿命の延伸等により社会全体も幸福にする。

④ 制度を支える人材やサービス提供体制を重視する

人材確保・育成や働き方改革、処遇改善、生産性向上、業務効率化に加え、医療・介護ニーズ等を踏まえたサービス提供体制の構築が必要。

⑤ 社会保障のDXに積極的に取り組む

社会保障給付事務の効率化、新サービスの創造等のため、社会保障全体におけるデジタル技術の積極的な活用を図ることが重要。

3. 全世代型社会保障の構築に向けての取組

○ 時間軸の視点

2040年頃までを視野に入れつつ、足元の短期的課題とともに、当面の2025年や2030年を目指した中長期的な課題について、「時間軸」を持って取組を進めていくことが重要。（「今後の改革の工程」を提示。）

○ 地域軸の視点

社会保障ニーズや活用可能資源の地域的差異を考慮し、地域に応じた解決の手法や仕組みを考案することが重要。

- 2040年を展望すると、高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。
→「総就業者数の増加」とともに、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することが必要。
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
① 多様な就労・社会参加の環境整備、② 健康寿命の延伸、③ 医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
④ 給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保
- また、社会保障の枠内で考えるだけでなく、農業、金融、住宅、健康な食事、創薬にもウイングを拡げ、関連する政策領域との連携の中で新たな展開を図っていく。

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

≪現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題≫

多様な就労・社会参加

【雇用・年金制度改革等】

- 70歳までの就業機会の確保
- 就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援
(厚生労働省就職氷河期世代活躍支援プラン)
- 中途採用の拡大、副業・兼業の促進
- 地域共生・地域の支え合い
- 人生100年時代に向けた年金制度改革

健康寿命の延伸

【健康寿命延伸プラン】

⇒2040年までに、健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、**75歳以上**に

- ①健康無関心層へのアプローチの強化、
②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進
・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
・疾病予防・重症化予防
・介護予防・フレイル対策、認知症予防

医療・福祉サービス改革

【医療・福祉サービス改革プラン】

⇒2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を**5%（医師は7%）以上改善**

- 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、
データヘルス改革
・タスクシフティングを担う人材の育成、
シニア人材の活用推進
・組織マネジメント改革
・経営の大規模化・協働化

≪引き続き取り組む政策課題≫

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

本日のご説明ポイント

平成30年度改革における都道府県単位化等の趣旨の深化を図るため、令和6年度からの新たな国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進めていただきたい。

○ 保険料水準の統一の更なる推進等(P92)

- ・国では、令和12年度までに納付金ベースの保険料水準統一を目指すとともに、その先の完全統一を目指すこととした。都道府県と市町村で、具体的な目標年度を定めた上で、取組をより一層加速化していくことが重要であり、目標年度を定めていない都道府県においては、その設定が行えるよう、議論を加速していただきたい。国としても、都道府県とコミュニケーションを密にしながら、伴走していく。
- ・法定外繰入について、解消が進んでいない都道府県が固定化する傾向が見られるが、引き続き早期の解消に努めていただきたい。

○ マイナ保険証の利用促進等(P194)

- ・マイナ保険証の利用により、データに基づくより良い医療の実現、医療機関等の事務コスト削減などの様々なメリットがあり、利用促進に向けた取組が重要。
- ・マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行にあたり、国としても積極的に周知広報を行うとともに、必要な支援・情報提供を行う。保険者におかれても、必要な方への資格確認書等の交付など、適切な対応を行っていただきたい。

○ 医療費適正化などの更なる推進(P153)

- ・データヘルス計画策定の手引きの改定。糖尿病性腎症重症化予防プログラムと手引きの改訂。後発医薬品の2029年度までの目標。
- ・こうした動きも踏まえ、保険者努力支援制度において、成果指標の拡大、配点の重点化等の取組評価分のメリハリ強化を行うとともに、保健事業実施を支援するための事業費分・事業費連動分を設けるなど、自治体における予防・健康づくりの取組を後押ししており、今後も必要な見直しを行う。
- ・毎年の変更点に十分留意いただき、引き続き都道府県内の医療費適正化や健康寿命の延伸に資する取組を推進していただきたい。

○ 給付・徴収業務の適正化、事務の標準化・広域化(P157)

保険料(税)を適正に徴収すること、給付における都道府県内の住民サービスの向上・均てん化が重要である。第三者求償事務の適正な実施、保険料の収納対策等の観点を含め、市町村の事務処理の適正化や標準化・広域化を進めることで、市町村の事務負担の軽減、国保事務の合理化・効率化を図っていただきたい。

目次

1. 国民健康保険制度を取り巻く現状	p. 7
2. 近年の動き	p. 27
3. 国保運営方針に基づく取組	p. 63
4. 保険者機能の強化	p. 130
5. 国保のデジタル化	p. 163
6. 国保組合の事務運営	p. 191
7. 国保直営診療施設	p. 198
8. その他の留意事項	p. 203

国民健康保険制度を取り巻く現状



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。

国民健康保険制度の足下の状況②

3. 保険料の状況 ⇒ 保険料は増加するが水準統一により平準化、収納率は上昇し堅調

① 1人当たり保険料調定額…上昇傾向（市町村：99,378円（R4）、国保組合：216,184円（R4））

※県内の市町村で地域差はあるが、保険料水準統一の過程で平準化される。

※都道府県間の1人当たり調定額の差は1.50倍（最大：東京都110,997円、最小：福島県71,502円）

② 保険料負担率…市町村国保 9.5%（協会けんぽは7.2%）

③ 収納率…上昇傾向で推移（R4：94.14%）

4. 財源 ⇒ 保険料の割合の減少、公費・前期交付金の割合の増加

○財源構成

・R7 予算ベースでは公費：保険料：前期交付金の割合は44%：22%：34%。

・推移としては、平成30年度の国保改革以後はほぼ変化なし。改革以前（公費（41%）、保険料（28%）、前期（30%））と比較すると、保険料負担以外の割合が増加。

5. 医療費の状況 ⇒ 医療費総額は減少するも、1人当たり医療費は増加

①医療費総額

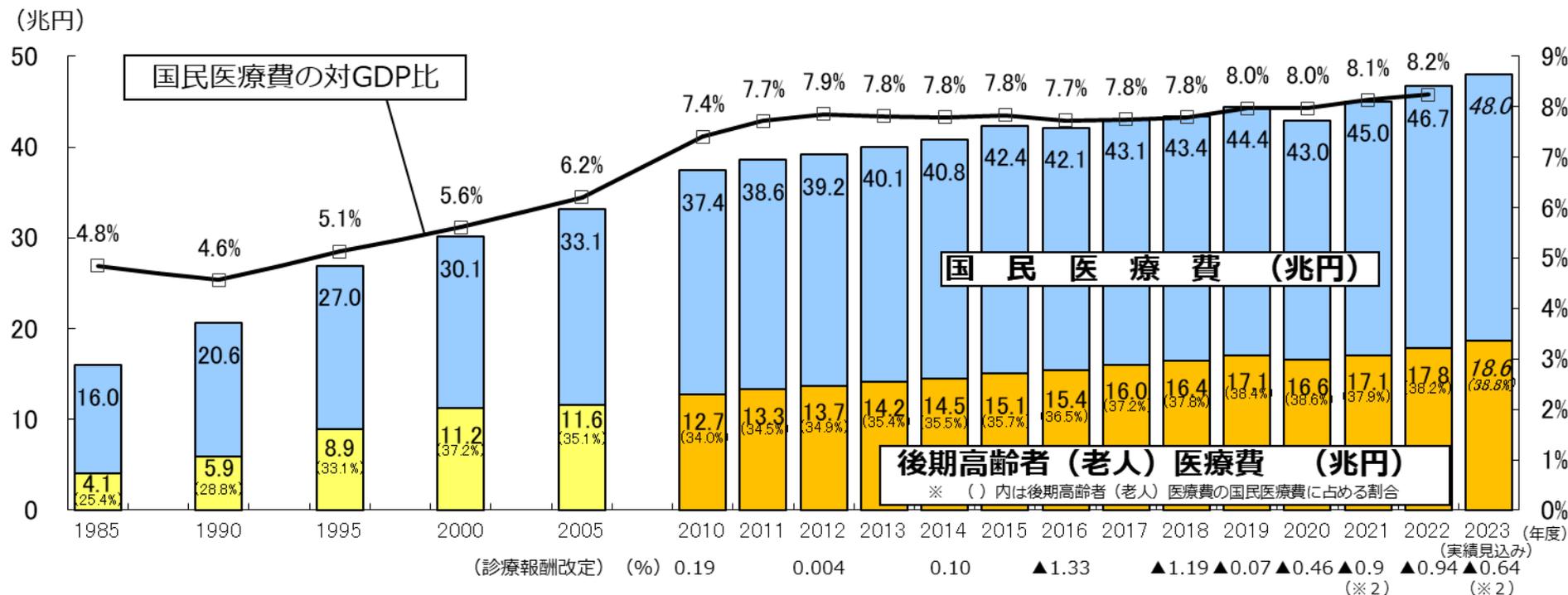
・被保険者数の減少の影響により減少（令和元年度：10.9兆円⇒令和4年度：10.1兆円）

②1人当たり医療費

・増加（平成30年度：35.3万円⇒令和4年度：38.6万円）

※特に市町村国保の地域差大（【最大】佐賀県:50.3万円【最小】茨城県:35.1万円）

医療費の動向



- (主な制度改正) 2000年以降
- 介護保険制度施行
 - 高齢者1割負担導入 (2000)
 - 高齢者1割負担徹底 (2002)
 - 老人医療の対象年齢5年間で段階的引上げ (2002~2007)
 - 被用者本人3割負担等 (2003)
 - 現役並み所得高齢者3割負担等 (2006)
 - 未就学児2割負担 (2008)
 - 70-74歳2割負担(※1) (2014)
 - 一定以上所得高齢者2割負担 (2022)

<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.8	3.7	2.9
後期高齢者 (老人) 医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	3.1	4.5	4.5
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.2	0.0	▲3.2	2.7	2.3	-

注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

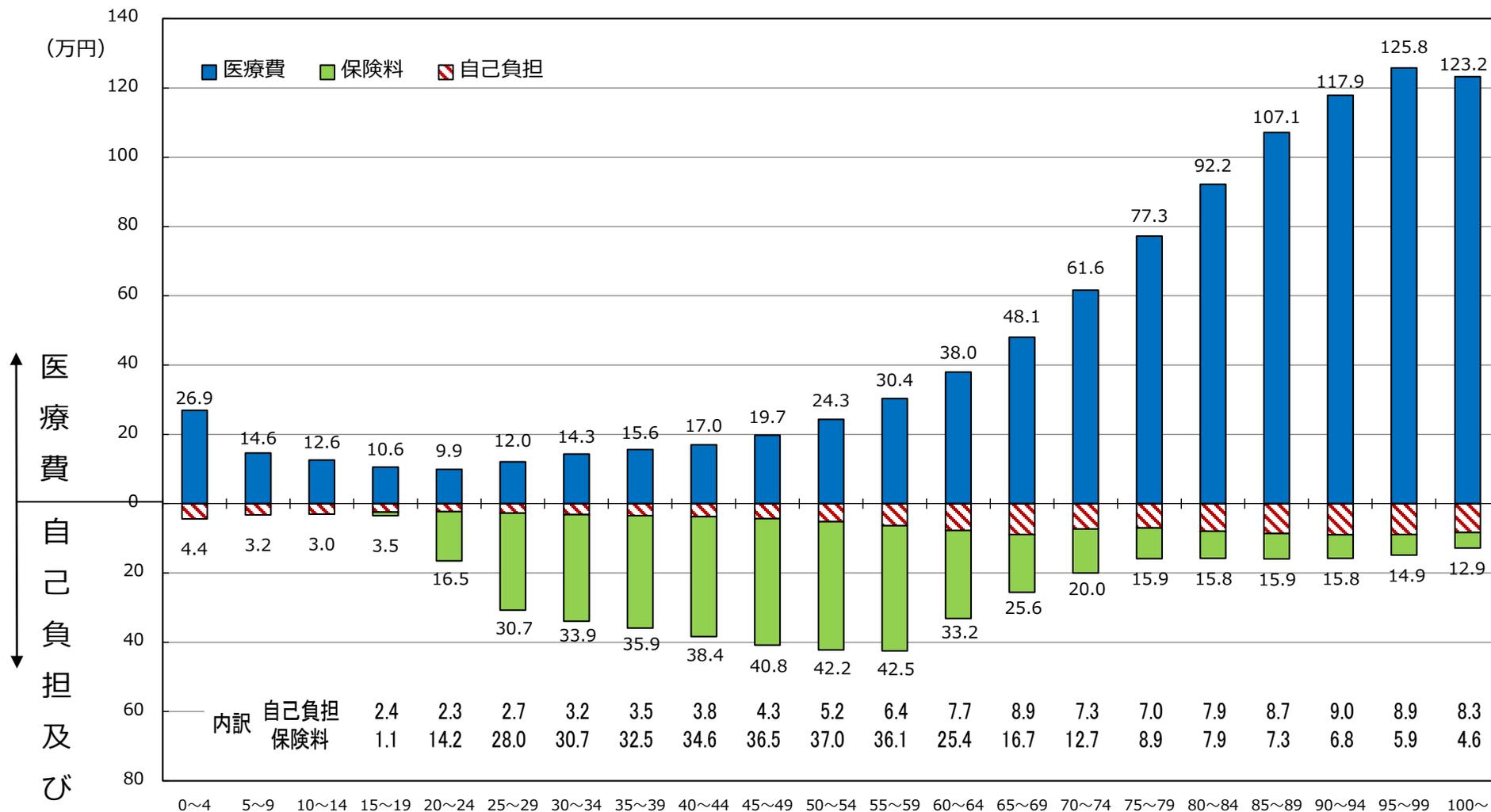
注2 後期高齢者 (老人) 医療費は、後期高齢者医療制度の施行前である2008年3月までは老人医療費であり、施行以降である2008年4月以降は後期高齢者医療費。

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。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年度の概算医療費の伸び率 (上表の斜字体) を乗じることによって推計している。

(※1) 70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除 (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割に据え置く。

(※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、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算したものの。

年齢階級別 1人あたり医療費、自己負担額及び保険料の比較 (年額、令和4年度実績に基づく推計値)



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 4. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

医療費の伸び率の要因分解

	H22年度 (2010)	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R 2年度 (2020)	R 3年度 (2021)	R 4年度 (2022)	R 5年度 (2023)
医療費の伸び率 ①	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	3.7%	2.9% (注1)
人口増の影響 ②	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%	-0.4%	-0.5%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9%	0.7% (注2)
診療報酬改定等 ④	0.19%		0.004%		0.1% -1.26% 消費税対応 1.36% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)	-0.9% (注8)	-0.94%	-0.64% (注9)
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.2%	3.3%
制度改正					H26.4 70-74歳 2割負担 (注10)								R4.10 一定以上 所得高齢者 2割負担	

注1：医療費の伸び率は、令和4年度までは国民医療費の伸び率、令和5年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率（上表の斜体字、速報値）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2：令和5年度の高齢化の影響は、令和4年度の年齢別1人当たり医療費と令和4年度、5年度の年齢別人口からの推計値である。

注3：平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。

注4：平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-1.03%。

なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5：平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢価等改定分で計算すると-0.9%。

注6：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定（診療報酬+0.41%、薬価改定-0.48%）のうち影響を受ける期間を考慮した値。

注7：令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。

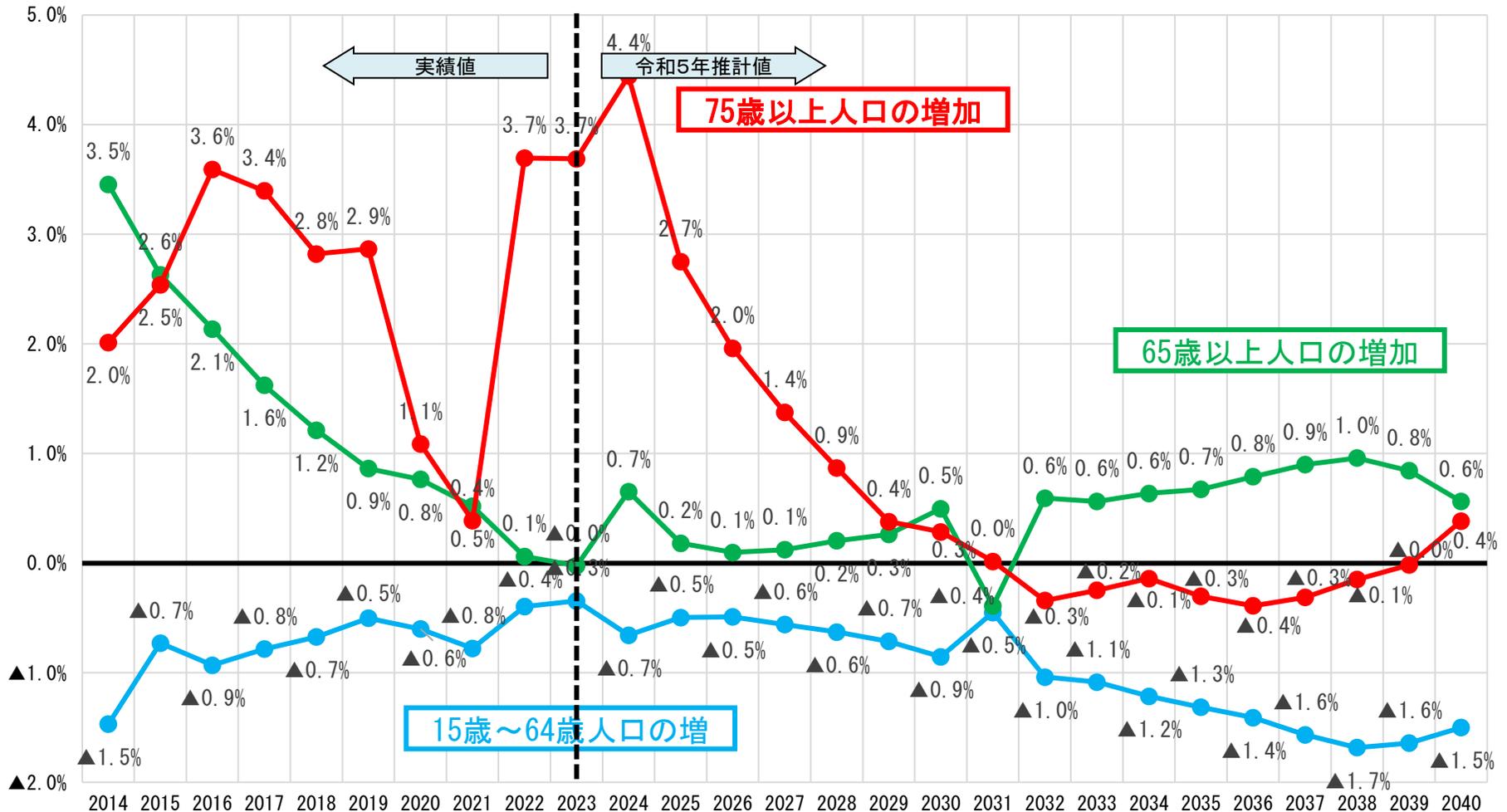
注8：令和3年度の国民医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

注9：令和5年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

注10：70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26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割に据え置く。

年齢階層別の人口の増加率

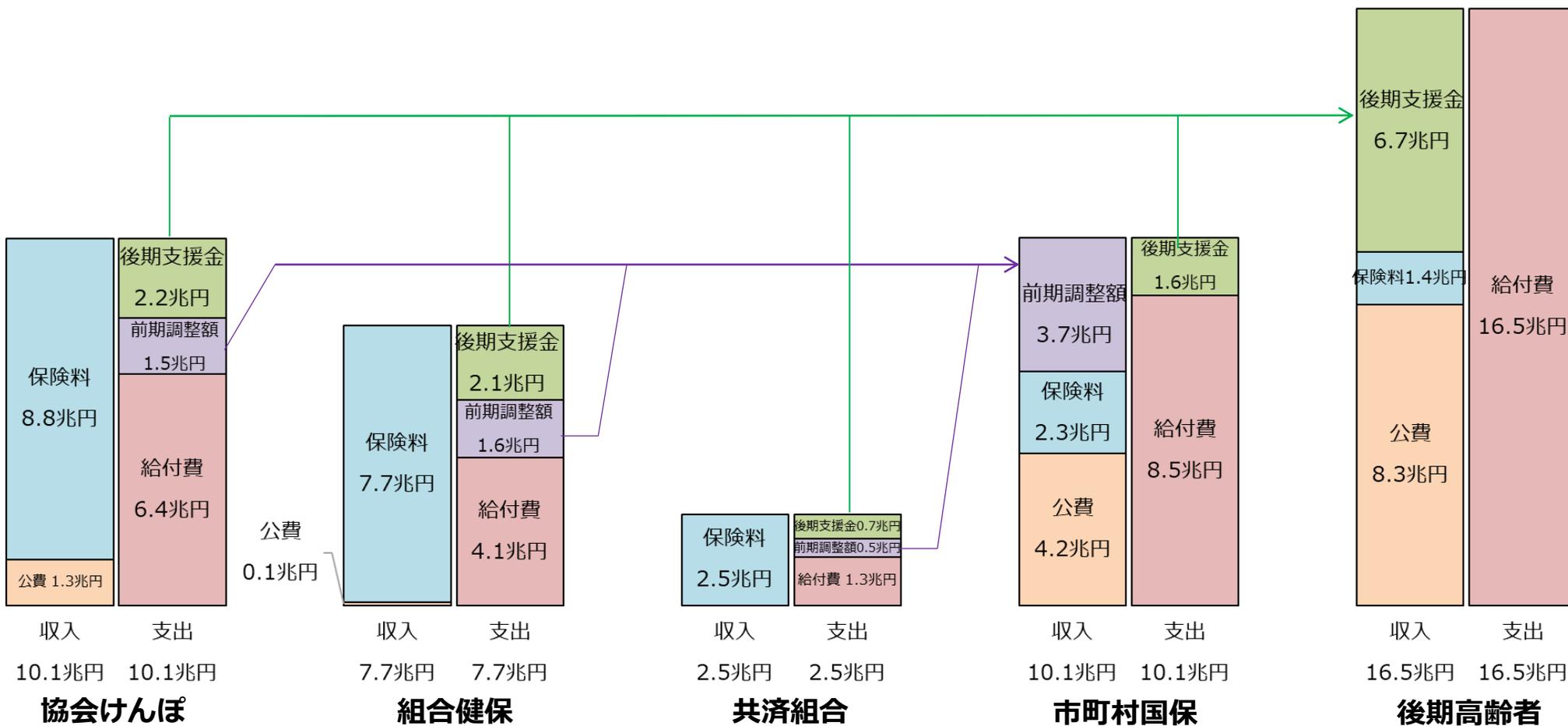
- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる
- 一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降更に減少が加速



(出所) 2023年以前は、総務省「人口推計」(各年10月1日現在)
 2024年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位・死亡中位)

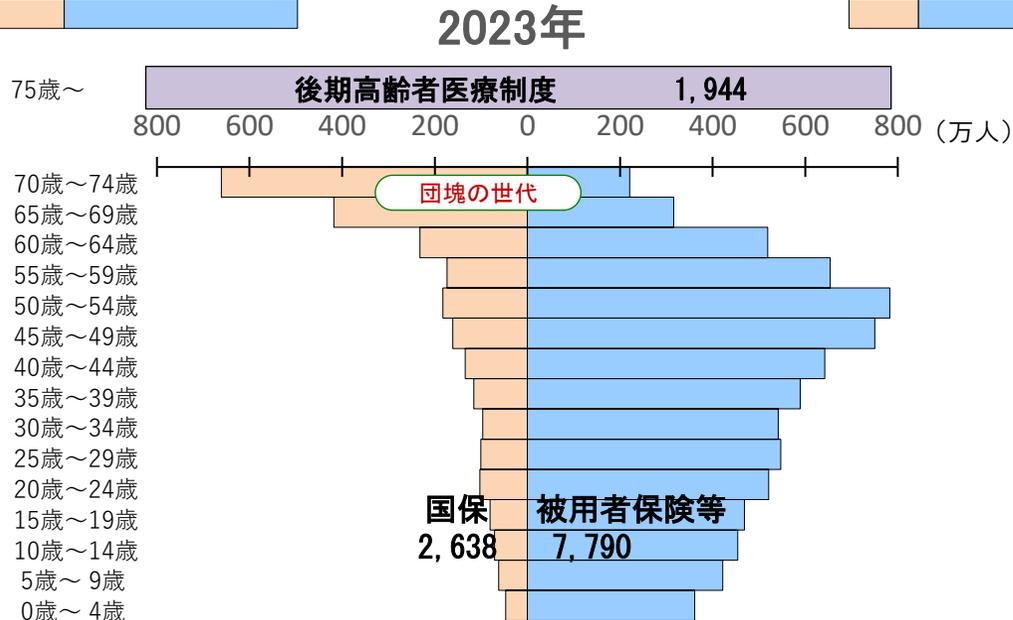
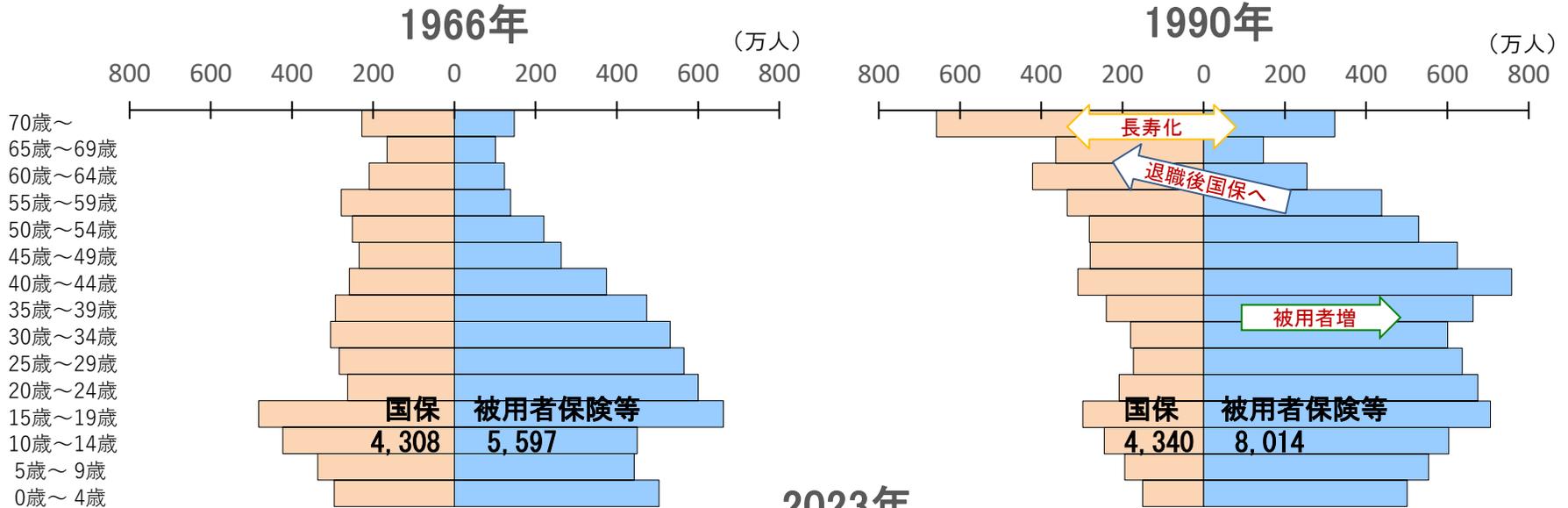
制度別の財政の概要（令和4年度）

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）。



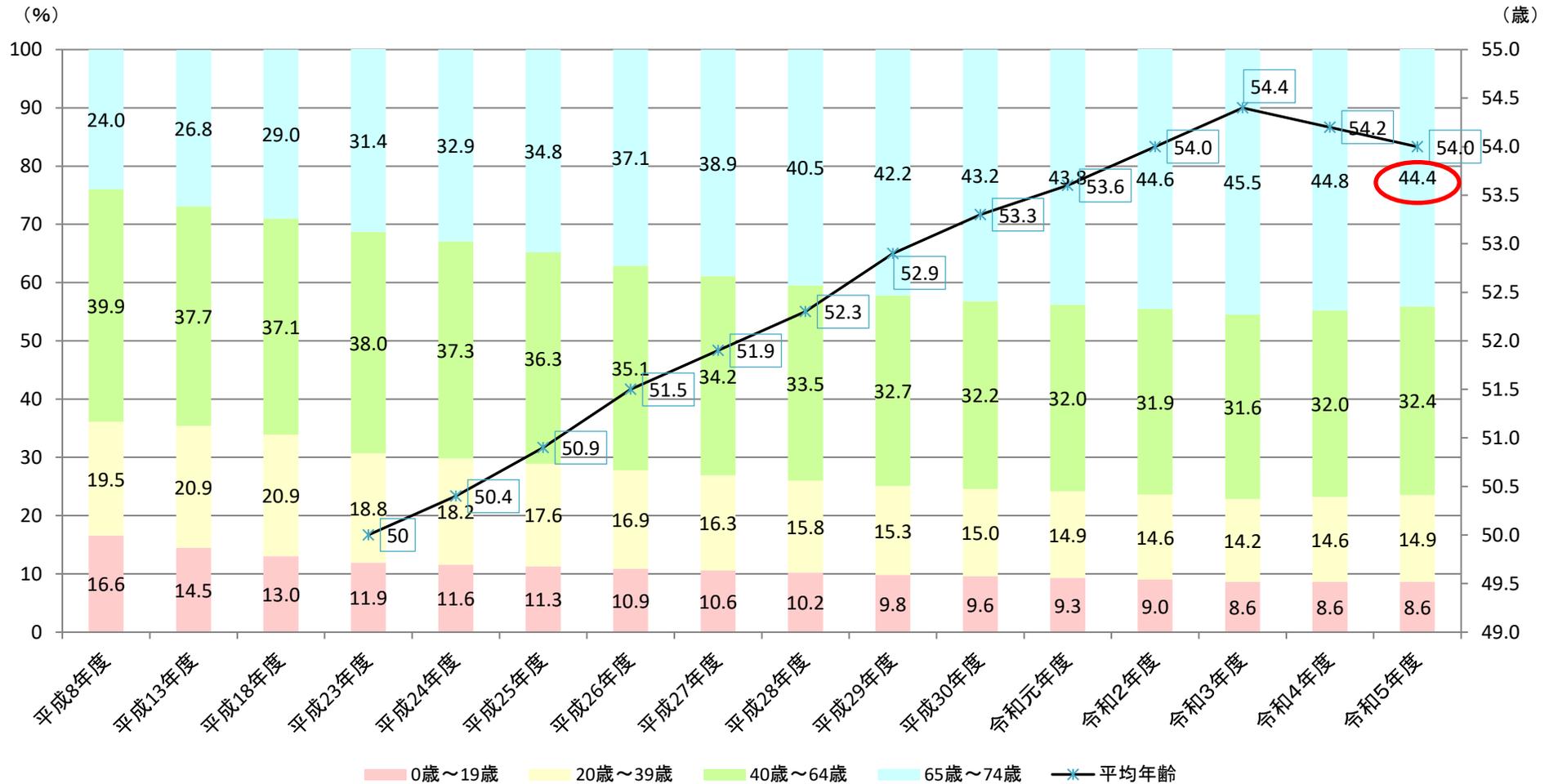
人口ピラミッドの変化(1966～2023年)

○国民皆保険の実現以来、就労形態の変化、人口構造の高齢化等に伴い、若年層の被用者保険加入が進み、国保は年齢構成の高齢化が進行。
 ○被保険者(加入者)のうち65～74歳(前期高齢者)の割合は、市町村国保で約41%、協会(一般)は約9%、組合健保は約4%。(2023年)



市町村国保の被保険者(75歳未満)の年齢構成の推移

- 被保険者数全体に占める65歳から74歳までの割合は、令和3年度まで次第に増加していたが、令和4年度から減少傾向に転じ、令和5年度では44.4%となっている。
- 被保険者の平均年齢も令和3年度まで上昇していたが、令和5年度には54.0歳となっている。

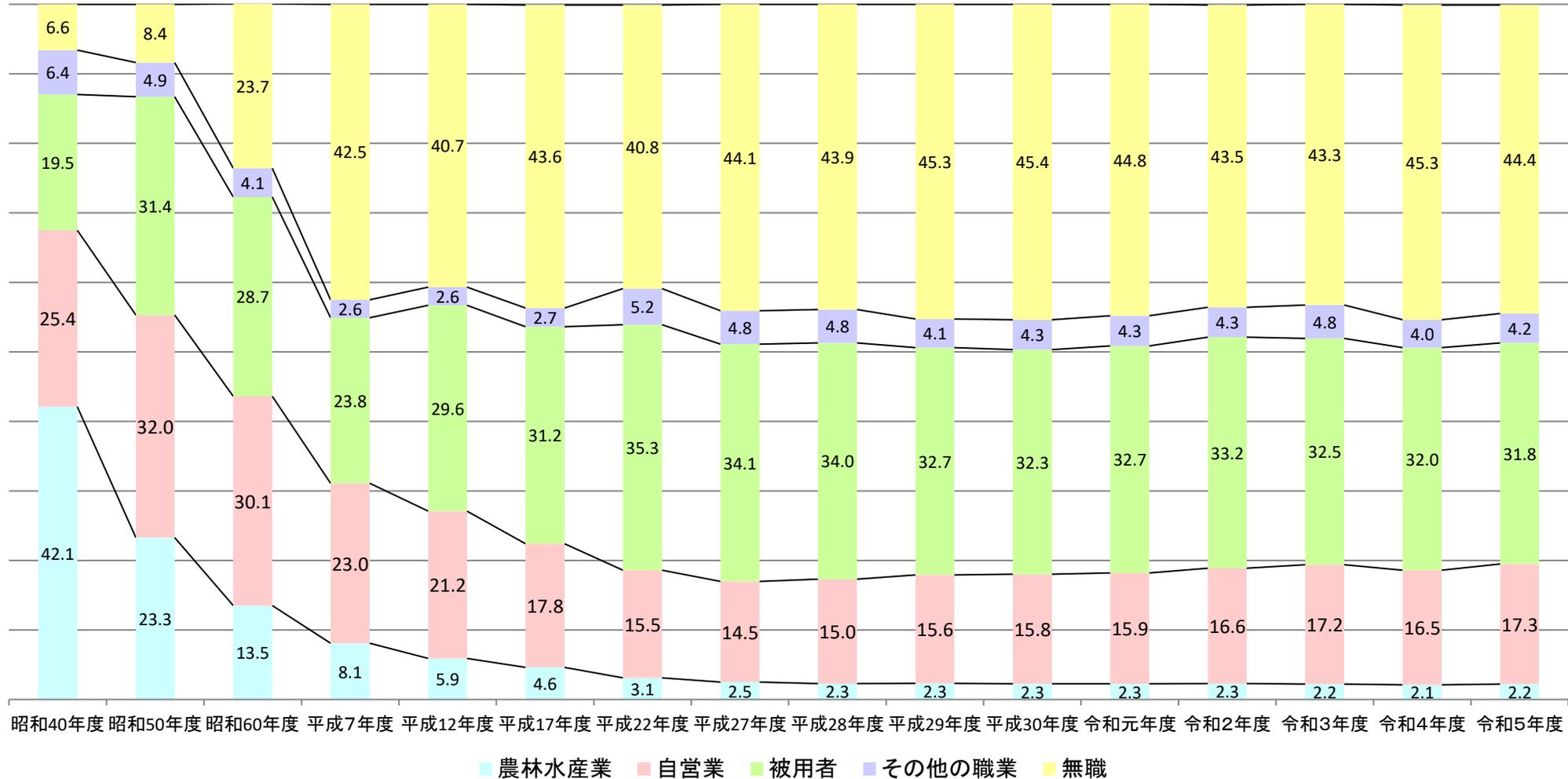


(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(注)被保険者数について、平成20年に後期高齢者医療制度が創設され、75歳以上は被保険者に含まれないこととなったため、平均年齢については平成23年度以降についてのみ記載。

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。

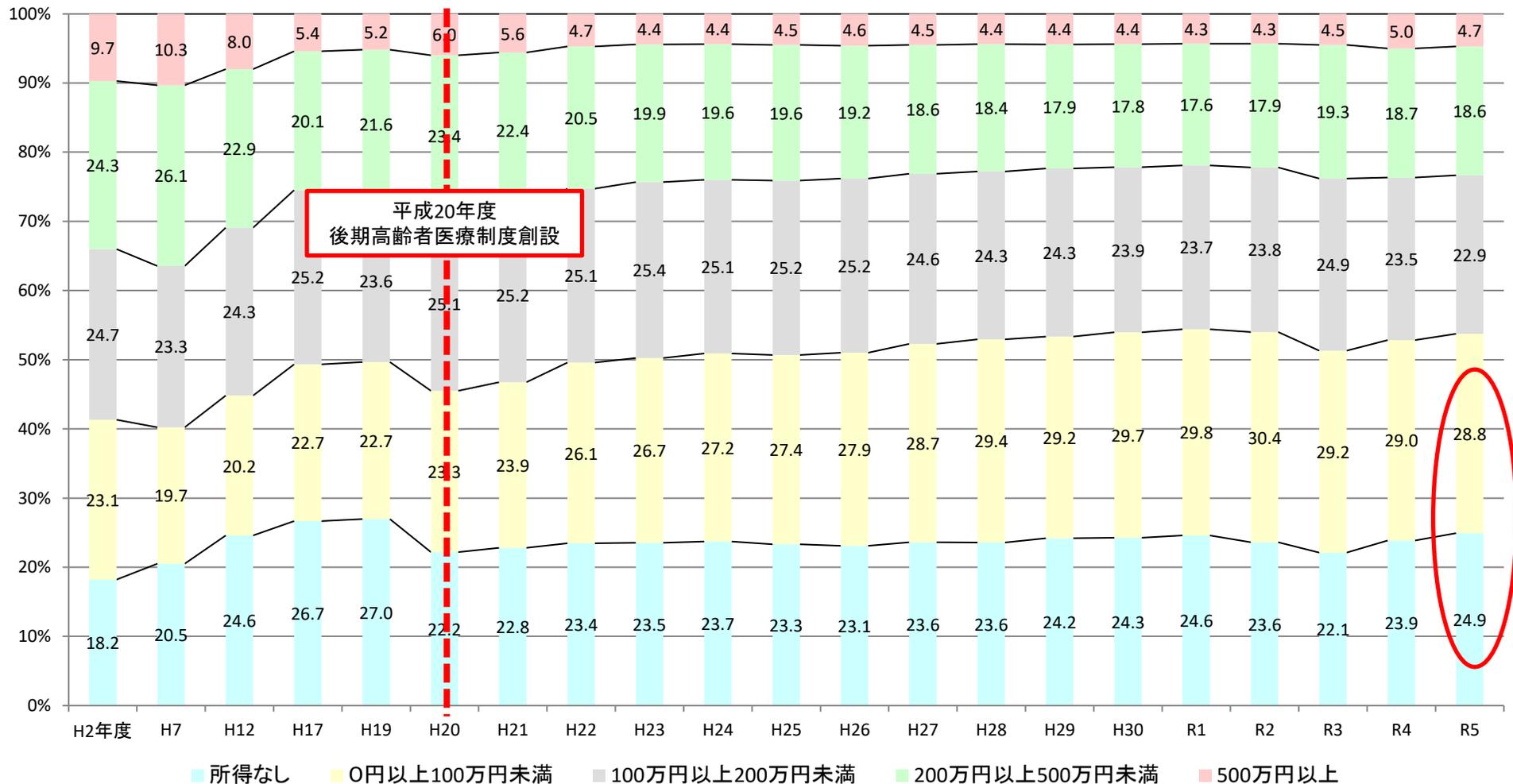
(注2)擬制世帯は除く。(昭和40年度、昭和50年度のみ擬制世帯を含む。)

(注3)平成17年度以前は75歳以上を含む。

世帯の所得階層別割合の推移

令和5年度において、加入世帯の24.9%が所得なし、28.8%が0円以上100万円未満世帯である。

※「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で55万円以下、年金収入世帯で110万円以下。



(注1) 国民健康保険実態調査報告による。

(注2) 擬制世帯、所得不詳は除いて集計している。

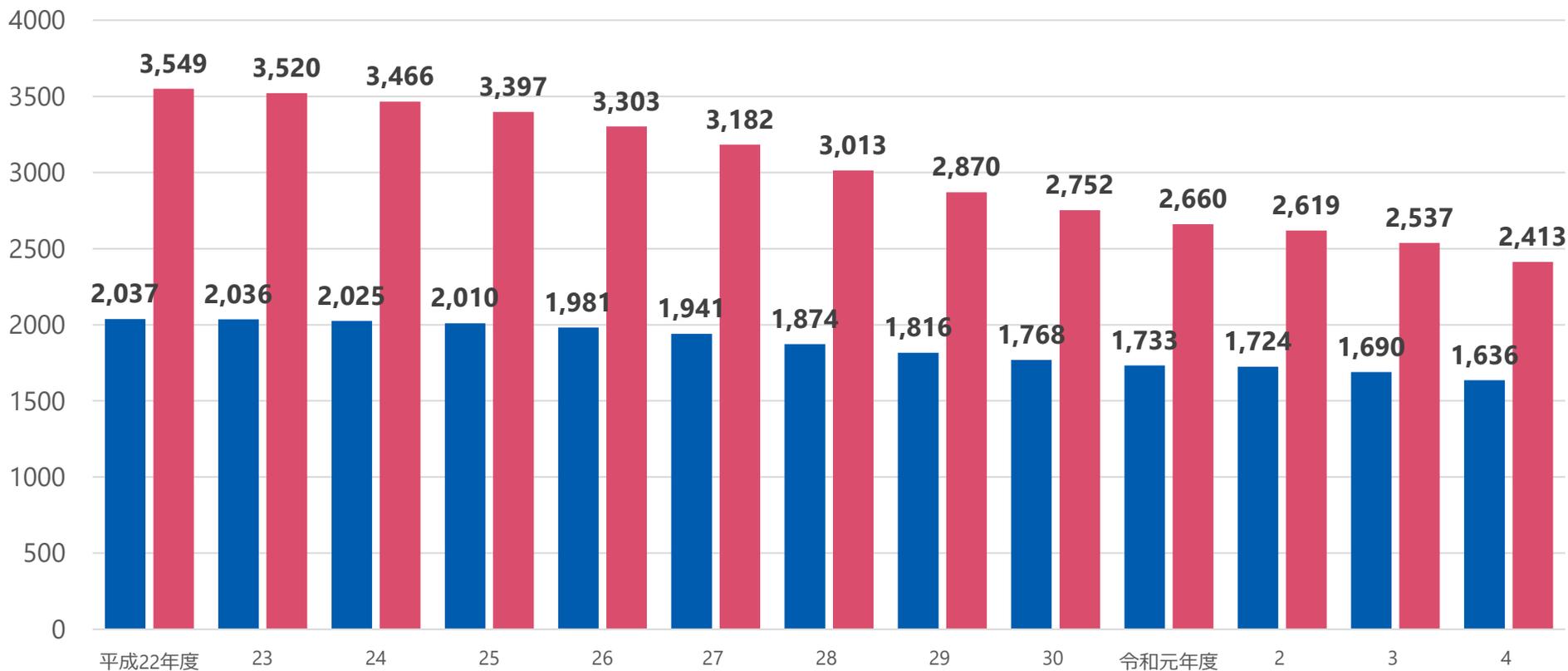
(注3) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度が創設され、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

(注4) 総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額(基礎控除前)である。

市町村国保の世帯数及び被保険者数の推移

- 被保険者数は毎年減少し令和4年度には2,413万人となっている。
- 世帯数も年々減少しており、令和4年度には1,636万世帯となっている。

万世帯または万人

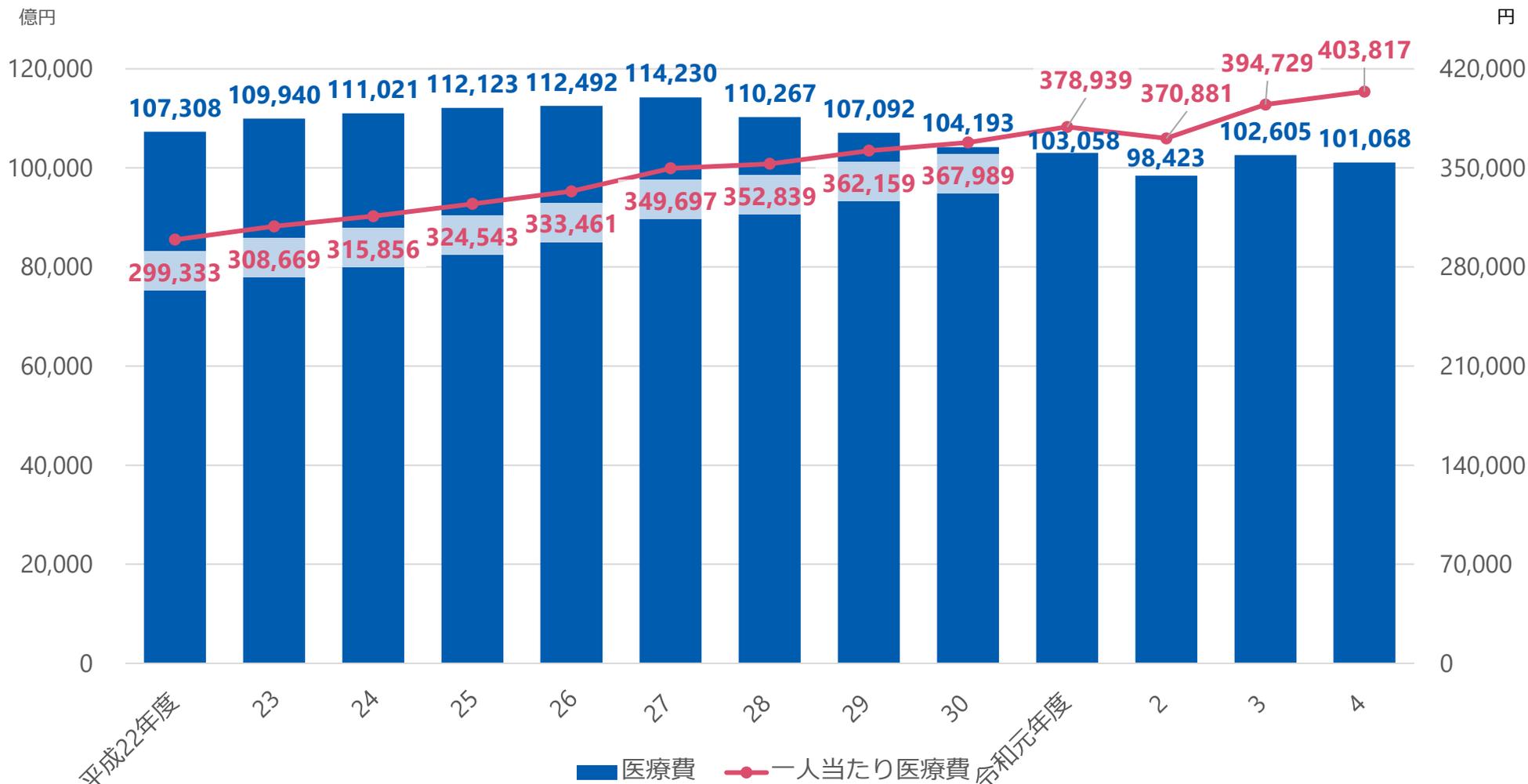


(資料) 厚生労働省保険局「国民健康保険事業年報」
(注) 各年度の年度末現在の数値

■ 世帯数 ■ 被保険者数

市町村国保の医療費及び一人当たり医療費の推移

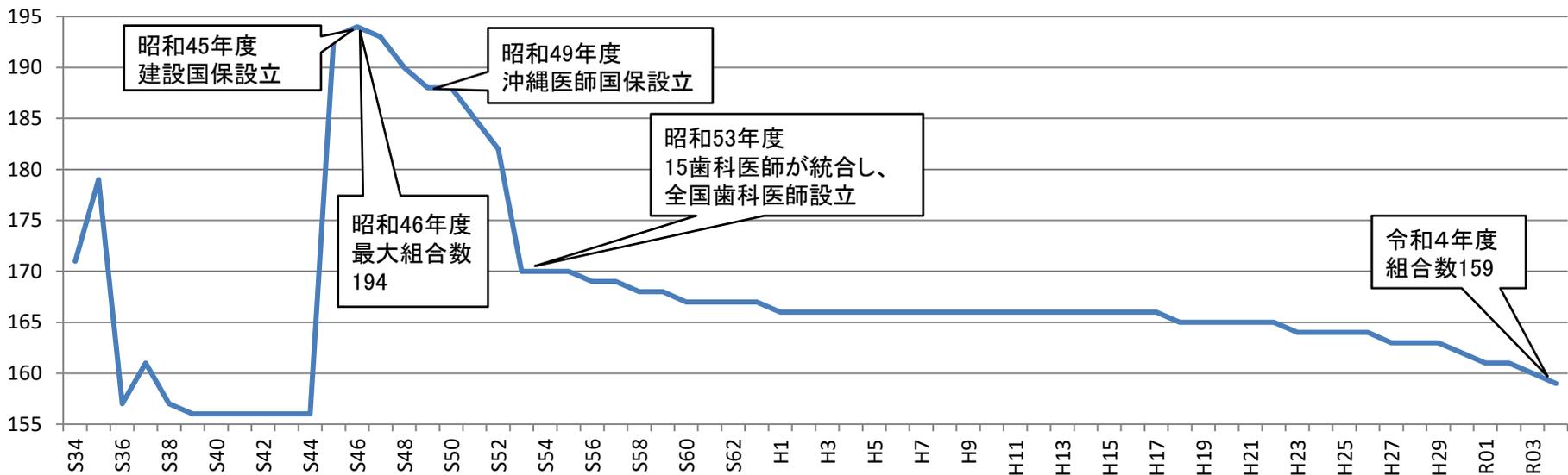
- 市町村国保の医療費は平成28年度以降減少傾向にあり、令和4年度には10兆1,068億円となっている。
- 一人当たり医療費について、令和4年度には403,817円となっている。



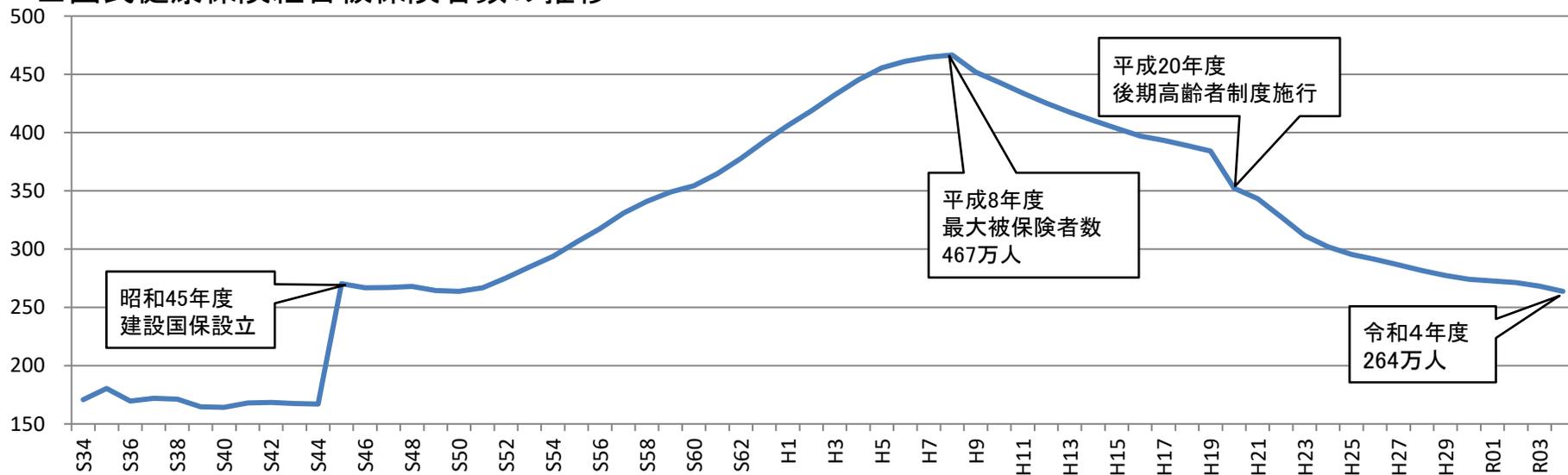
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険事業年報」
 (注)3月～2月診療ベース

国民健康保険組合 組合数・被保険者数について

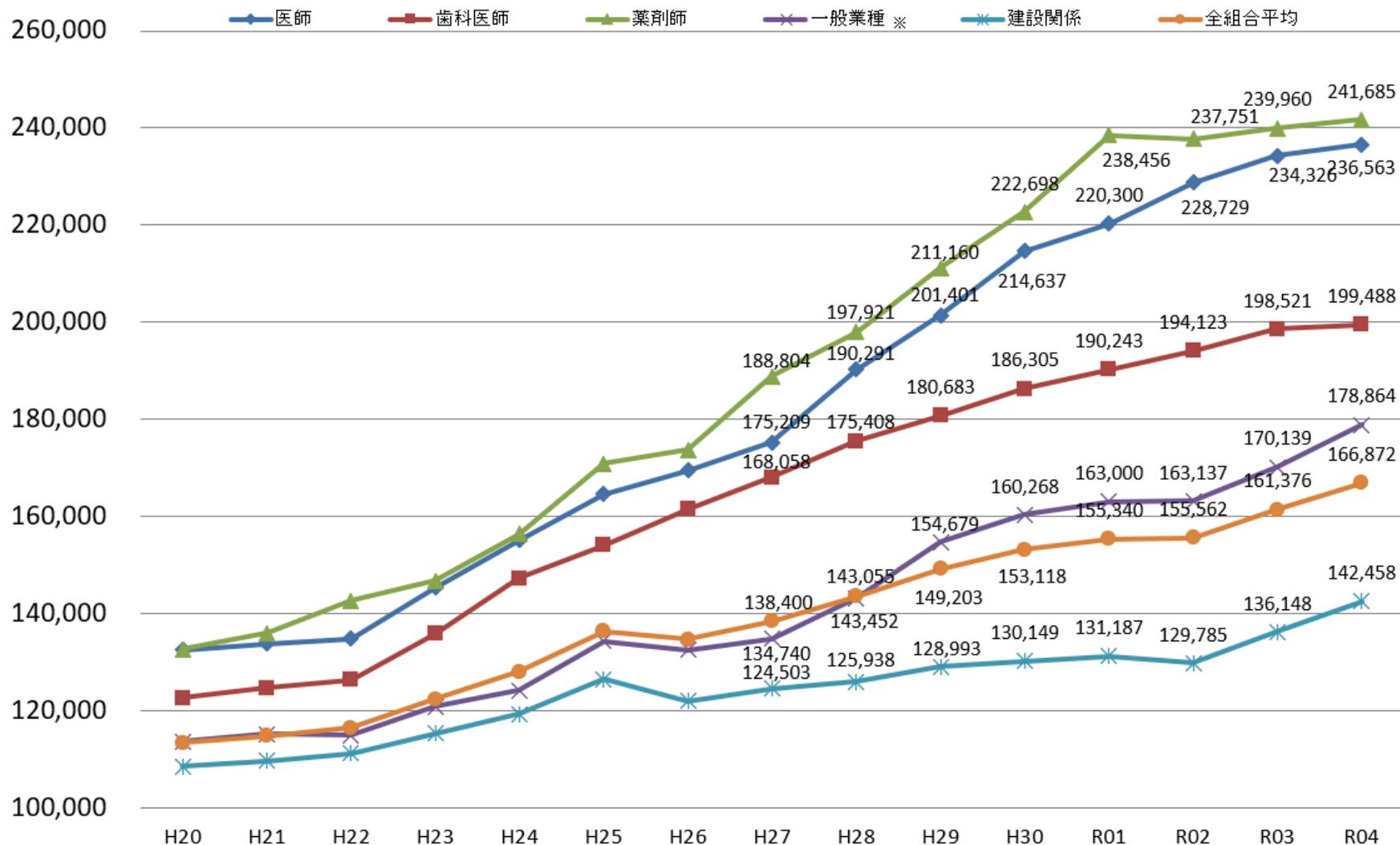
■ 国民健康保険組合数の推移



■ 国民健康保険組合被保険者数の推移



国民健康保険組合の一人当たり保険料の推移について



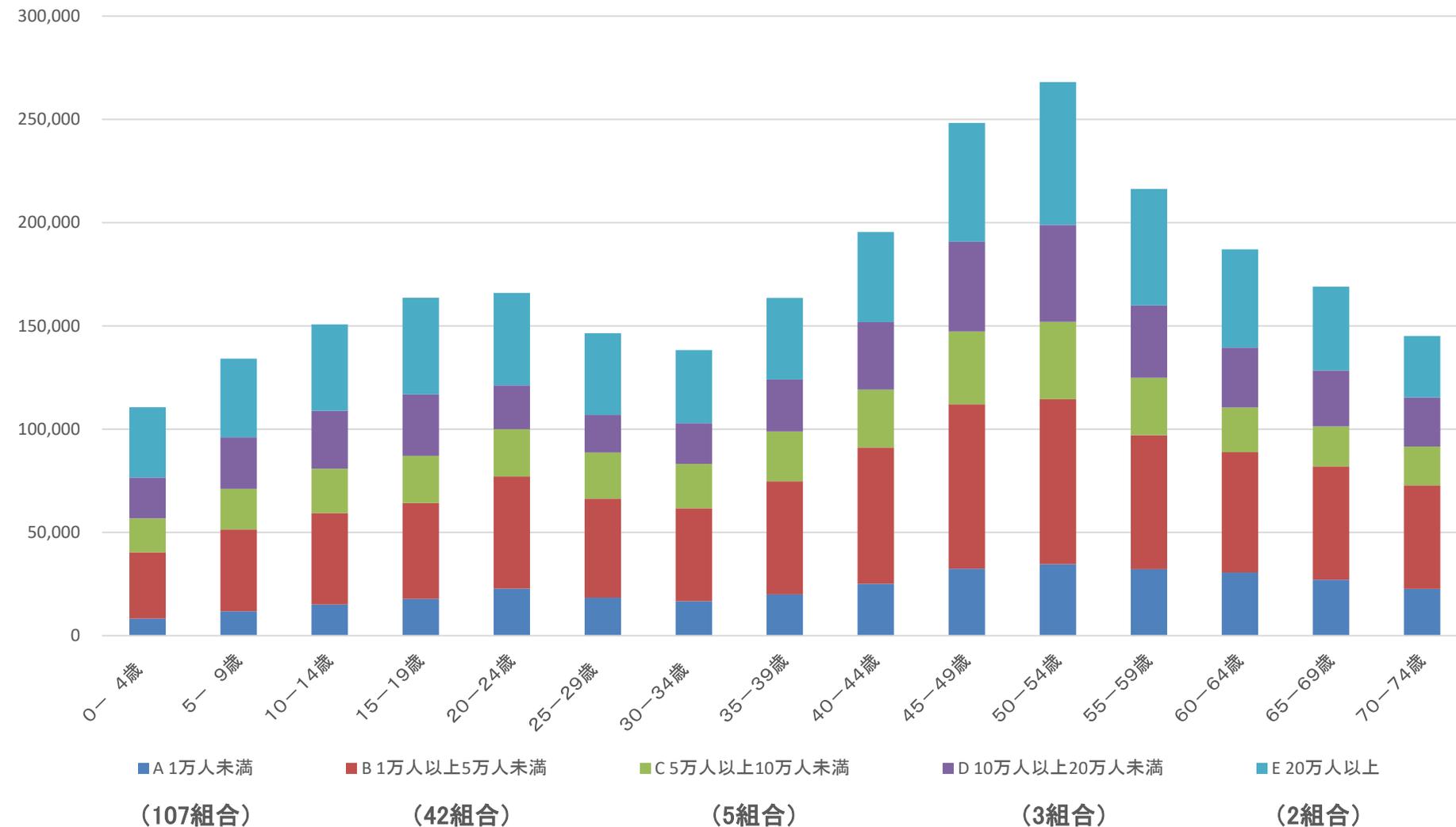
(注1)一人当たり保険料は、国民健康保険事業年報における保険料調定額(現年度分)を各年度平均の被保険者数で除した額

(注2)※印は、事業主負担がある全国土木建築を除いたデータである。

(出所) 令和4年度国民健康保険事業年報

国保組合における年齢階層別・規模別の被保険者数

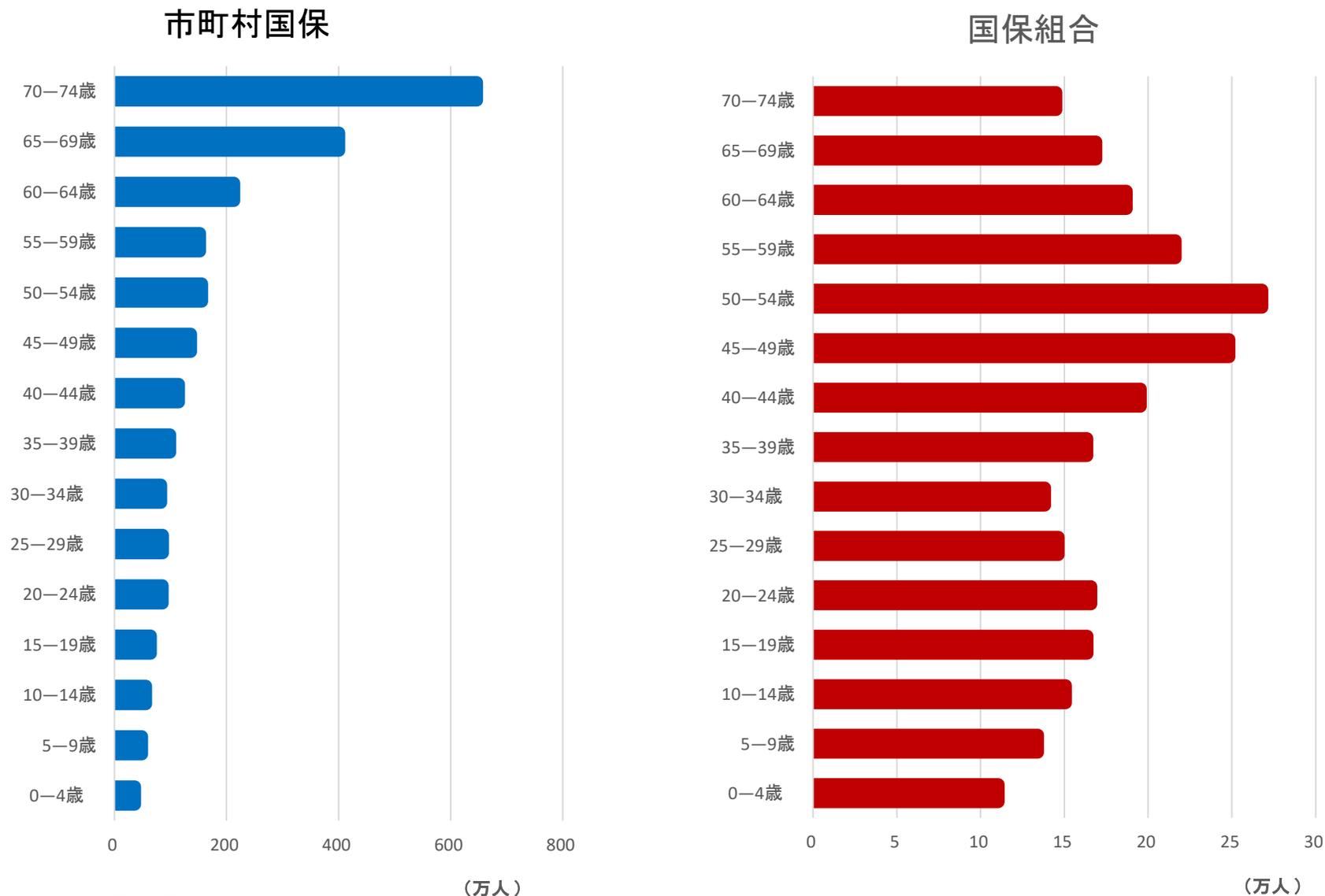
(人)



(注) 令和5年9月末現在

(出典) 令和5年度国民健康保険実態調査

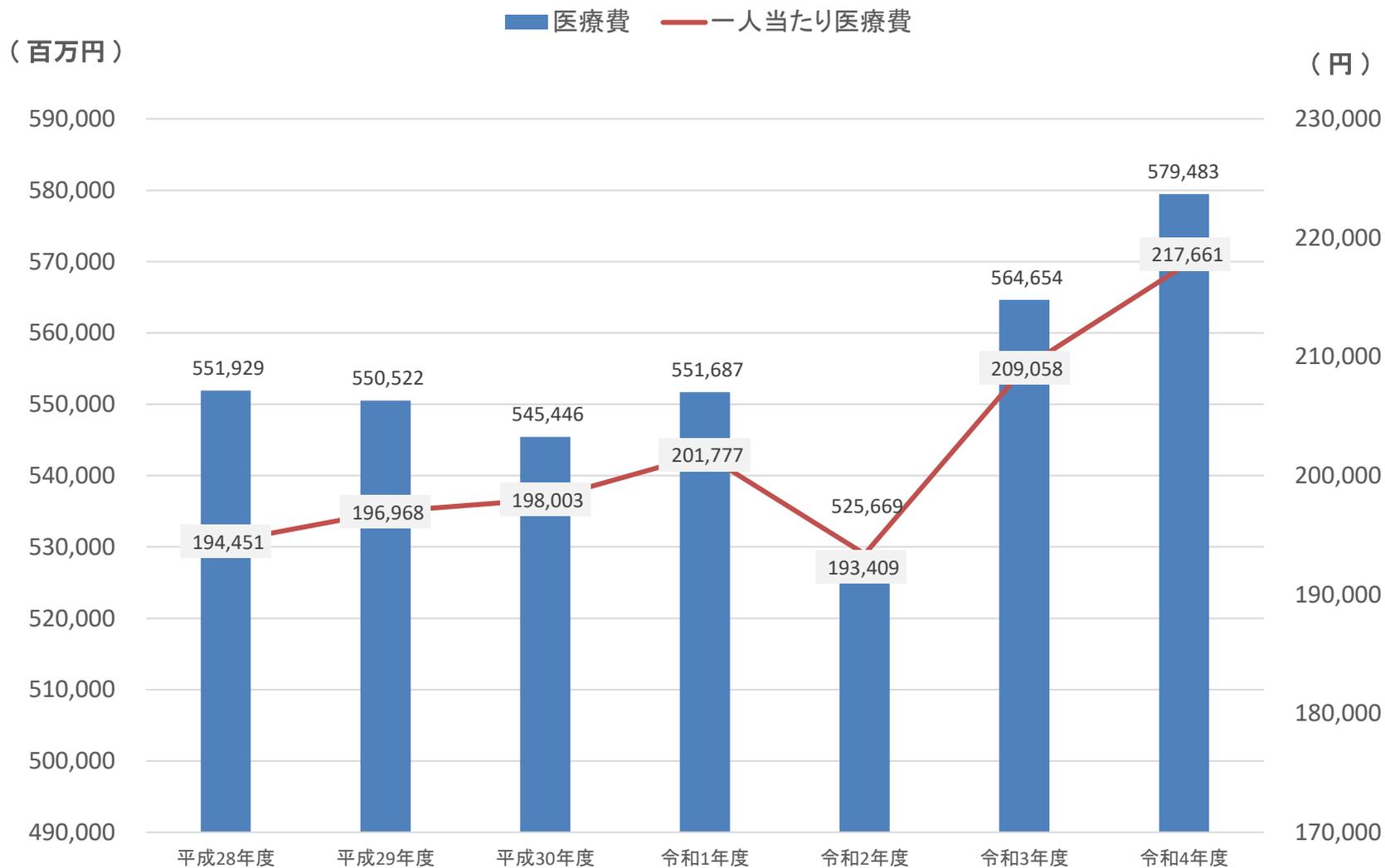
市町村国保・国保組合における年齢階層別の被保険者数



(注) 令和5年9月末現在

(出典) 令和5年度国民健康保険実態調査

国民健康保険組合における医療費及び一人当たり医療費の推移



(出所) 令和4年度国民健康保険事業年報

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) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを加入者数で除したもの。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である(令和4年度税制に基づき算出)。

(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和7年度国民健康保険関係予算案
3. 財政制度等審議会等における指摘
4. 骨太方針、改革工程の記載
5. 被用者保険の適用拡大

国保改革による財政支援の拡充について

- 国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年約3,400億円の財政支援の拡充を行っている。

<2015年度（平成27年度）から実施>（約1,700億円）

- **低所得者対策の強化**
（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

<2018年度（平成30年度）から実施>（約1,700億円）

- **財政調整機能の強化**
（精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）

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）

840億円
（2019年度～2025年度は
910億円）

- **財政リスクの分散・軽減方策**
（高額医療費への対応）

60億円

- ※ 保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入
- ※ 2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て
- ※ 保険者努力支援制度については、2020年度より、上記とは別に事業費分・事業費連動分を新設し、予防・健康づくりを強力的に推進

医療給付費等総額： 約101,400億円(103,400億円)

市町村への地方財政措置：1,000億円

保険者努力支援制度

- 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。
予算額：約1,300億円

特別高額医療費共同事業

- 著しく高額な医療費(1件420万円超)について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。国庫補助額：60億円

高額医療費負担金

- 高額な医療費(1件90万円超)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担。
事業規模：3,600億円(4,000億円)、
国庫補助額：900億円(1,000億円)

子ども保険料軽減制度

- 未就学児に係る均等割保険料について保険料額の5割を公費で支援。
事業規模：80億円、国庫補助額：40億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

保険者支援制度

- 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援。
事業規模：2,600億円、国庫補助額：1,300億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

財政安定化支援事業

保険者努力支援制度

特別高額医療費共同事業

高額医療費負担金

保険料

22,300億円
(23,100億円)

法定外一般会計繰入
約700億円 ※2

産前産後保険料免除制度

子ども保険料軽減制度

保険者支援制度

低所得者保険料軽減制度

調整交付金(国)
(9%)※1
7,500億円
(7,600億円)

定率国庫負担
(32%) ※1
20,400億円
(20,900億円)

都道府県繰入金
(9%) ※1
5,700億円
(5,900億円)

前期高齢者交付金
34,400億円
(34,600億円)
※3

調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)
都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。
- 特別調整交付金(2%)
画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情(災害等)を考慮して交付。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

産前産後保険料免除制度

- 出産する被保険者に係る産前産後期間相当分の均等割保険料及び所得割保険料を公費で支援。
事業規模：15億円、国庫補助額：8億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

低所得者保険料軽減制度

- 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。
事業規模：4,400億円(4,300億円)
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

公費負担額

43,700億円(44,800億円)

国計 : 31,400億円(32,200億円)

都道府県計: 10,500億円(10,800億円)

市町村計 : 1,800億円(1,800億円)

※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から

国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

※2 令和4年度決算における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

財政安定化基金の設置

- 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・交付等を行うことができる体制を確保**(平成30年度～)
- **国保財政の更なる安定化を図るため、医療費水準の変動や前期高齢者交付金の精算等に備え、都道府県国保特会の決算剰余金を積み立て、必要な場合に取り崩し、活用できる事業を追加**(令和4年度～)

1. 本体基金

- 国費で創設(2,000億円を造成。)
- ① 貸付
各年度、市町村の保険料収納不足額に対する貸付。当該市町村が、原則3年間で償還(無利子)。
- ② 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に留意しつつ、財源不足額のうち保険料収納不足額×1/2以内を交付。交付分は、国・都道府県・市町村で1/3ずつ補填。
※ 特別な事情に該当する場合 …災害、景気変動等
- ③ 取崩
都道府県の保険給付費が予想以上に増加し財源不足が生じた場合、当該不足分を取り崩す。原則3年間で積み戻す。

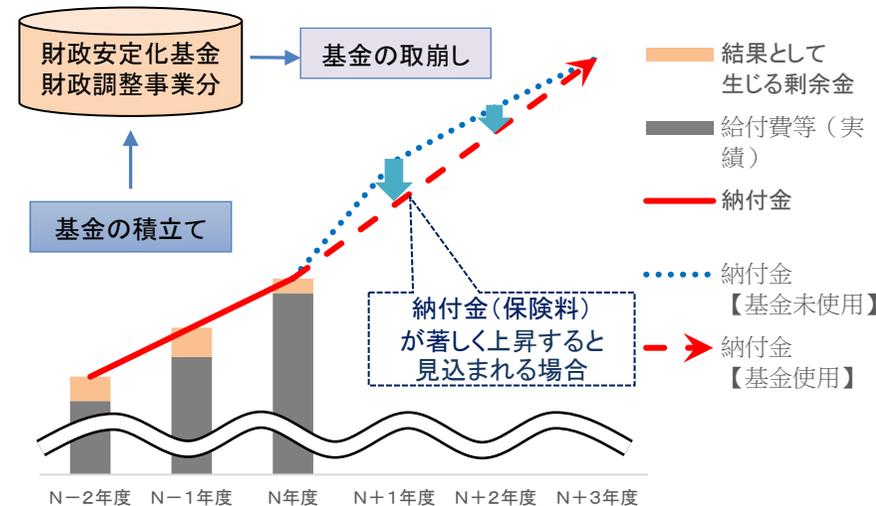


2. 財政調整事業

- 各都道府県が国保特会において生じた決算剰余金を財政調整事業分として積み立て、以下の場合に取り崩して活用することが可能。
 - ・ 都道府県または市町村の1人あたり納付金額が前年度の額を上回る場合
 - ・ 前々年度の概算前期高齢者交付金の額が、確定前期高齢者交付金の額を上回る場合
 - ・ その他安定的な財政運営の確保のために必要な場合

※ 国保改革前後の激変緩和を可能とするため、令和5年度末まで国費で特例基金(300億円)を措置。

<財政調整事業の活用例(イメージ)>



納付金の伸びの平準化
= 年度間の財政調整が可能となる

国民健康保険（市町村）の財政状況等について

1. 国民健康保険(市町村)の財政状況

・収支状況

(億円)

平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
212	▲939	2,054	▲67	▲1,067

※国民健康保険課調べ。決算補填等目的の法定外一般会計繰入金を除いた場合の精算後単年度収支差引額である。

・決算補填等目的の法定外一般会計繰入金

(億円)

平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
1,261	1,100	767	674	748

※国民健康保険課調べ

2. 被保険者数

(万人)

平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
2,752	2,660	2,619	2,537	2,413

※年度末現在の数値である。

3. 国民健康保険料(税)の収納状況等

・保険料(税)の現年度収納率

(%)

平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
92.85	92.92	93.69	94.24	94.14

・保険料(税)の滞納世帯数等

(万)

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
滞納世帯	267.1	245.0	235.3	208.1	194.8	190.0
短期被保険者証交付世帯	75.4	62.1	57.0	47.7	43.5	37.8
資格証明書交付世帯	17.2	15.1	12.4	9.9	9.2	8.2

※国民健康保険課調べ。令和5年は令和6年5月までにおける各保険者からの報告による数値である。

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和7年度国民健康保険関係予算案
3. 財政制度等審議会等における指摘
4. 骨太方針、改革工程の記載
5. 被用者保険の適用拡大

令和7年度 厚生労働省予算案における重点事項

少子高齢化・人口減少時代にあっても、

- 今後の人口動態や経済社会の変化を見据えた保健・医療・介護の構築や包摂社会を実現するとともに、
- 持続的・構造的な賃上げに向けた三位一体の労働市場改革の推進と多様な人材の活躍促進を通じて国民一人ひとりが、安心して生涯活躍できる社会の実現に向け、以下を柱に予算措置を行う。

I. 全世代型社会保障の実現に向けた保健・医療・介護の構築

<創薬力強化に向けたイノベーションの推進と医薬品等の安定供給確保>

- ◆ 有望なシーズの医薬品・医療機器等への実用化の促進
- ◆ 研究開発によるイノベーションの推進
- ◆ 医薬品等の安定供給の推進

<医療・介護におけるDX、地域医療・介護の基盤強化の推進等>

- ◆ 医療・介護分野におけるDXの推進等
- ◆ 地域医療構想・医師偏在対策・かかりつけ医機能等の推進
- ◆ 地域包括ケアシステムの推進
- ◆ 周産期・救急・災害医療体制等の充実

<国際保健への戦略的取組、感染症対策の体制強化>

- ◆ 国際保健への戦略的取組の推進、医療・介護分野の国際展開等
- ◆ 次なる感染症危機に備えた体制強化

<予防・重症化予防、女性の健康づくり、認知症施策の推進等>

- ◆ 予防・重症化予防の推進、女性の健康づくり
- ◆ 認知症施策の総合的な推進
- ◆ がん、肝炎、難病対策等の推進
- ◆ 歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進
- ◆ 食の安全・安心の確保

II. 持続的・構造的な賃上げに向けた三位一体の労働市場改革の推進と多様な人材の活躍促進

<最低賃金・賃金の引上げに向けた支援、非正規雇用労働者への支援等>

- ◆ 最低賃金・賃金の引上げに向けた中小・小規模企業等支援、非正規雇用労働者への支援等

<リ・スキリング、ジョブ型人事（職務給）の導入、労働移動の円滑化>

- ◆ リ・スキリングによる能力向上支援、個々の企業の実態に応じたジョブ型人事の導入、成長分野等への労働移動の円滑化

<人材確保の支援の推進>

- ◆ 人材確保の支援

<多様な人材の活躍促進と職場環境改善に向けた取組>

- ◆ 障害者や高齢者等、多様な人材の活躍促進等
- ◆ 仕事と育児・介護の両立支援、多様な働き方の実現に向けた環境整備、ワーク・ライフ・バランスの促進
- ◆ ハラスメント防止対策、安心安全な職場環境の実現
- ◆ フリーランスの就業環境の整備

<女性の活躍促進>

- ◆ 男女間賃金格差の是正に向けた取組の推進等
- ◆ 子育て中の女性等に対する就職支援の実施
- ◆ 女性のライフステージごとの健康課題に取り組む事業主への支援等

III. 一人一人が生きがいや役割を持つ包摂的な社会の実現

<地域共生社会の実現等>

- ◆ 相談支援・地域づくり等による重層的支援体制の整備の促進
- ◆ 生活困窮者自立支援等の推進
- ◆ 障害者支援の促進、依存症対策の推進
- ◆ 成年後見制度の利用促進、総合的な権利擁護支援の推進
- ◆ 困難な問題を抱える女性への切れ目のない支援の推進
- ◆ 自殺総合対策、ひきこもり支援の更なる推進

<戦没者の慰霊、年金、被災地支援等>

- ◆ 戦没者の慰霊・戦没者遺族等の援護の推進
- ◆ 安心できる年金制度の確立
- ◆ 被災者・被災施設の支援等

* 薬価改定への対応：令和6年薬価調査に基づき、国民負担軽減の観点のもとより、創薬イノベーションの推進や医薬品の安定供給の確保の要請にきめ細かく対応する観点から、品目ごとの性格に応じて対象範囲を設定することとする。また、薬価改定基準の適用についても、創薬イノベーションの推進、医薬品の安定供給の確保、国民負担の軽減といった基本的な考え方を踏まえた対応を行う。

* 生活扶助基準の見直し：生活扶助基準について、一般低所得世帯の消費実態や社会経済情勢等を総合的に勘案して見直しを行う。具体的には、令和7～8年度については、令和4年の社会保障審議会生活保護基準部会の検証結果による額に月額1,500円/人を加算するとともに、加算後もなお従前の基準額から減額となる世帯は従前の基準額を保障することとし、令和7年10月から実施する。

令和7年度における「社会保障の充実」（概要）

（単位：億円）

（参考）
令和6年度
予算額

事項	事業内容	令和7年度 予算案	（参考） 令和6年度 予算額	
子ども・子育て支援	子ども・子育て支援新制度の着実な実施・社会的養育の充実 ^(注3)	前年同額	7,000	
	育児休業中の経済的支援の強化 ^(注4)	前年同額	979	
医療・介護	医療・介護サービスの提供体制改革	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 ・ 地域医療介護総合確保基金(医療分) ・ 診療報酬改定における消費税増収分等の活用分 うち 令和6年度における看護職員、リハビリ専門職などの医療関係職種の賃上げの一部 ・ 医療情報化支援基金	909 1,615 { 466 - }	1,029 1,498 { 350 172 }
		地域包括ケアシステムの構築 ・ 平成27年度介護報酬改定における消費税増収分等の活用分(介護職員の処遇改善等) ・ 在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実 ・ 地域医療介護総合確保基金(介護分) ・ 令和4年度における介護職員の処遇改善 ・ 令和6年度における介護職員の処遇改善	前年同額 前年同額 前年同額 前年同額 689	1,196 414 524 752 517
	医療・介護保険制度の改革	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充・子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置	前年同額	693
		被用者保険の拠出金等に対する支援	前年同額	900
		70歳未満の高額療養費制度の改正	前年同額	248
		介護保険の第1号保険料の低所得者軽減強化	前年同額	1,190
		介護保険保険者努力支援交付金	前年同額	200
		国民健康保険への財政支援の拡充 (低所得者数に応じた財政支援、保険者努力支援制度等)	前年同額	3,816
		国民健康保険の産前産後保険料の免除	前年同額	15
	子ども医療費助成に係る国民健康保険の減額調整措置の廃止	前年同額	47	
難病・小児慢性特定疾病への対応	難病・小児慢性特定疾病に係る公平かつ安定的な制度の運用等	前年同額	2,089	
年金	年金受給資格期間の25年から10年への短縮	前年同額	644	
	年金生活者支援給付金の支給	前年同額	3,958	
	遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	108	106	
合計		27,986	27,987	

(注1) 金額は公費(国及び地方の合計額)。計数は、四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。

(注2) 消費税増収分(2.4兆円)と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(▲0.4兆円)を活用し、上記の社会保障の充実(2.8兆円)の財源を確保。

(注3) 「子ども・子育て支援新制度の着実な実施・社会的養育の充実」の国費分については全額子ども家庭庁に計上。

(注4) 「育児休業中の経済的支援の強化」の国費分については他省庁分を含む。

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

○ 各医療保険制度などに関する医療費国庫負担 10兆2,619億円(10兆1,598億円)

各医療保険制度などに関する医療費国庫負担に要する経費を確保し、その円滑な実施を図る。

* 薬価改定について

令和6年薬価調査に基づき、国民負担軽減の観点はもとより、創薬イノベーションの推進や医薬品の安定供給の確保の要請にきめ細かく対応する観点から、品目ごとの性格に応じて対象範囲を設定することとする。また、薬価改定基準の適用についても、創薬イノベーションの推進、医薬品の安定供給の確保、国民負担の軽減といった基本的な考え方を踏まえた対応を行う。

* 高額療養費の見直し

現役世代をはじめとする被保険者の保険料負担の軽減を図るとともに、セーフティネットとしての役割を今後も維持していくため、自己負担限度額を所得区分に応じて見直すとともに、所得区分の細分化を行う。
併せて、70歳以上に設けられている外来にかかる自己負担限度額(外来特例)についても見直しを行う。
これらの見直しは、令和7年8月から令和9年8月にかけて、段階的に行う。

* 診療報酬上の対応

医療機関を取り巻く状況変化を踏まえ、入院時の食費基準額を一食当たり20円引き上げる。なお、患者負担については、低所得者に関して、所得区分等に応じて一定の配慮を行う。
また、地域での希少な医療資源を有効活用する観点から、口腔機能指導や歯科技工士との連携に係る加算について上乗せ加算を講ずるとともに、特に、服薬指導に係る加算については、医薬品の安定供給等に向けた取組等を評価する観点から、上乗せ加算を講ずる。

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

○ 国民健康保険への財政支援 3,071億円(3,071億円)

保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた保険者への財政支援の拡充や保険者努力支援制度等を引き続き実施するために必要な経費を確保する。

※以下、保険者のインセンティブ強化(国保・保険者努力支援制度)は内数

○ 被用者保険への財政支援 1,253億円(1,253億円)

拠出金負担の重い被用者保険者の負担の軽減、高額レセプトの発生した健康保険組合への支援を行う高額医療交付金事業に対する財政支援、短時間労働者の適用拡大の影響を受けた健康保険組合に係る財政支援等に必要な経費を確保する。

医療分野におけるDXの推進

○ NDBデータの更なる利活用推進事業 9.9億円(4.2億円)【一部デジタル庁含む】

規制改革実施計画(令和5年6月16日閣議決定)等で求められた、NDBデータの大量リモートアクセスを可能とする解析環境を通じ、データを原則7日で提供する。これにより、医療費適正化計画の推進、国民保健の向上に資する研究利用や、創薬等医療のイノベーションを促進させる。また、事業者健診情報や医療扶助の健診情報など新たに拡充されたデータも提供開始とするほか、更なる利活用推進に向け、NDBデータの在り方、提供方法等の調査等を行う。

① 保険者のインセンティブ強化(国保・保険者努力支援制度) 1, 292億円(1, 292億円)

公的保険制度における疾病予防・重症化予防の取組を強化するため、保険者努力支援制度(国民健康保険)について、引き続き、配点のメリハリを強化するなどの適切な指標の見直しにより、予防・重症化予防・健康づくり等に関する取組を強力に推進する。

② 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進等 1. 3億円(1. 3億円)

令和2年度より開始された高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、広域連合・市町村向けの研修会の開催や国保データベース(KDB)システムの活用ツールの充実等により広域連合・市町村の取組を支援し、効果的な横展開を図る。

また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を含む高齢者の保健事業の状況・現状分析等を行い、第3期データヘルス計画の中間評価のための基礎資料案の作成及び方針案の検討等を行う。

③ 糖尿病性腎症の重症化予防事業や予防・健康づくりに関する大規模実証事業などの保健事業等への支援

ア 糖尿病性腎症患者重症化予防の取組への支援 66百万円(52百万円)

糖尿病性腎症の患者等であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者に対して医療保険者が実施する、医療機関と連携した保健指導等を支援する。

イ 予防・健康づくりに関する大規模実証事業 1. 1億円 (1. 1億円)

健康増進効果等のエビデンスが示されており、保険者等が取り組みやすい予防・健康づくりの介入方法に関するポジティブリストの質の向上やエビデンスのアップデートを継続的に行う。また、肥満の解消や生活習慣病予防等のための予防・健康づくりの取組についての実証事業を行う。

④ 後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診事業 8.7億円(7.8億円)

後期高齢者医療広域連合が実施する高齢者の特性を踏まえた歯科健診の実施について支援を行う。

⑤ レセプト・健診情報等の分析に基づいた保健事業等の推進 8.0億円(7.7億円)

医療保険者による第3期データヘルス計画に基づく予防・健康づくりの取組を推進するため、加入者への意識づけや、予防・健康づくりへのインセンティブの取組、生活習慣病の重症化予防等を推進するとともに、保険者による先進的なデータヘルスの実施を支援し、全国展開を図る。

⑥ 保険者協議会における保健事業の効果的な実施への支援 1.0億円(1.0億円)

住民の健康増進と医療費適正化について、都道府県単位で医療保険者等が共通認識を持って取組を進めるよう、都道府県単位で設置される保険者協議会に対して、都道府県内の医療費の調査分析など保険者のデータヘルス事業等の効果的な取組を広げるための支援を行う。

⑦ 保険者の予防・健康インセンティブの取組への支援 69百万円(69百万円)

健康長寿社会の実現や医療費の適正化を図るため、経済団体、保険者、自治体、医療関係団体等で構成される「日本健康会議」における、先進的な予防・健康づくりのインセンティブを推進する者を増やすなどの目標を達成するための取組に対する支援を行う。

医療保険制度における被災者の支援

○ 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置 29億円(35億円) 「東日本大震災復興特別会計」計上項目

東京電力福島第一原発の事故により設定された帰還困難区域及び上位所得層を除く旧避難指示区域等・旧避難指示解除準備区域等の住民について、保険料の免除等の措置を延長する場合には、引き続き保険者等の負担を軽減するための財政支援を行う。

※ 被保険者間の公平性を確保するとともに、十分な経過措置を講じる観点から、令和5年5月以前に避難指示区域等の指定が解除された地域を対象として、令和5年度から解除時期ごとに段階的な見直しを実施する。

○ 医療・介護保険料等の収納対策等支援 93百万円(95百万円) 「東日本大震災復興特別会計」計上項目

医療・介護保険料等の減免措置の見直しに当たっては、見直しの対象となる住民の不安や疑問へ対応するためのコールセンターを設置するとともに、保険者における収納業務等に係る所要の財政措置を実施する。

令和7年度 国保関係予算案のポイント

【市町村国保関係】

○ 給付費等に必要経費 3兆1,567億円

【国民健康保険団体関係】

○ 国民健康保険団体連合会等補助金 15.5億円

○ 国民健康保険制度関係業務事業費補助金（中央会分） 8.7億円

【国民健康保険組合関係】

○ 給付費等に必要経費 2,612億円

【避難指示区域等の特別措置関係】（東日本大震災復興特別会計）

○ 被災者に対する医療保険の一部負担金及び保険料の免除等の特別措置 12.3億円

○ 原発被災地の医療・介護保険料等の収納対策等支援 0.409億円

令和7年度の公費について（拡充分の全体像の現時点の案）

○**財政調整機能の強化**

（財政調整交付金の実質的増額）

【800億円程度】

＜普調＞【600億円程度】

＜特調（都道府県分）＞【100億円程度】

- ・子どもの被保険者【100億円程度】

＜特調（市町村分）＞【100億円程度】

- ・精神疾患【70億円程度】、非自発的失業【30億円程度】

○**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

【800億円程度】

＜都道府県分＞【600億円程度】

- ・医療費適正化の取組状況（都道府県平均）【160億円程度】
- ・医療費水準に着目した評価【200億円程度】
- ・各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況【240億円程度】

＜市町村分＞【312億円程度】

※別途、特調より追加

合計400億円
程度

合計
1,000億円の
インセンティブ
制度

※ 令和7年度の予算総額は令和6年度と同規模を維持する。

※ 特別高額医療費共同事業への国庫補助について、60億円を確保することを想定。

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和7年度国民健康保険関係予算案
3. 財政制度等審議会等における指摘
4. 骨太方針、改革工程の記載
5. 被用者保険の適用拡大

保険者機能の発揮～国民健康保険の更なる改革（総括）

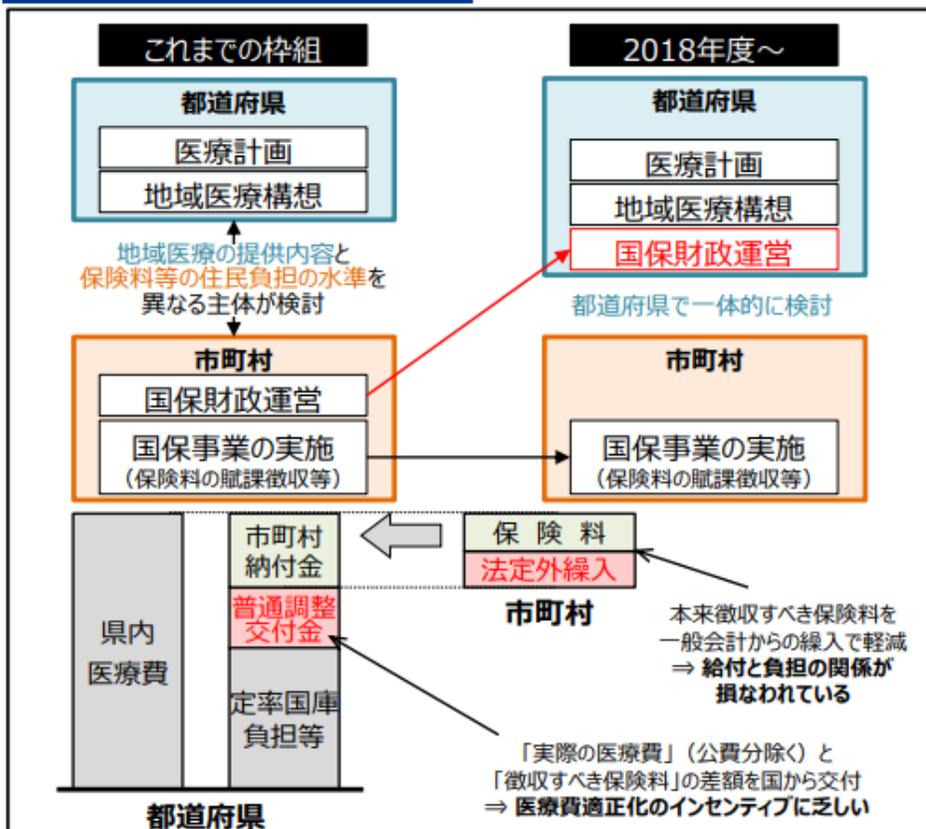
保険者機能

- 2018年度より国民健康保険の財政運営は都道府県単位化。管内の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県が、医療提供体制と地域保険運営の双方で、一体的に必要な改革を進めていくことが可能となった。今後、更に、「保険給付に応じた保険料負担を被保険者に求める」という、保険制度としての本来の仕組みとしていくとともに、地域差の是正など医療費の適正化に向けたインセンティブを強化していく必要。
- また、こうした状況を踏まえ、国民健康保険と同様に、後期高齢者医療制度についても、財政運営の主体を都道府県とすることにより、ガバナンスをより一層強化することを検討すべき。

（参考）経済財政運営と改革の基本方針2024（骨太方針2024）（令和6年6月21日閣議決定）

国民健康保険制度については、都道府県内の保険料水準の統一を徹底するとともに、保険者機能の強化等を進めるための取組を進め、人口動態や適用拡大による加入者の変化等を踏まえ、医療費適正化や都道府県のガバナンス強化等にも資するよう、調整交付金や保険者努力支援制度その他の財政支援の在り方について検討を行う。

国民健康保険の状況



これまでに取り組んできた主な事項（国保）

- 財政運営の都道府県単位化
- 財政基盤強化のための公費投入
 - ・ 都道府県単位化を機に、2015年度から1,700億円（低所得者対策）、2018年度から更に1,700億円（保険者努力支援制度等）の公費を投入
- 法定外繰入等の解消
 - ・ 国保改革に伴う財政支援の拡充等を活用した先進事例も参考にしつつ、法定外一般会計繰入等を段階的に解消

今後の主な改革の方向性

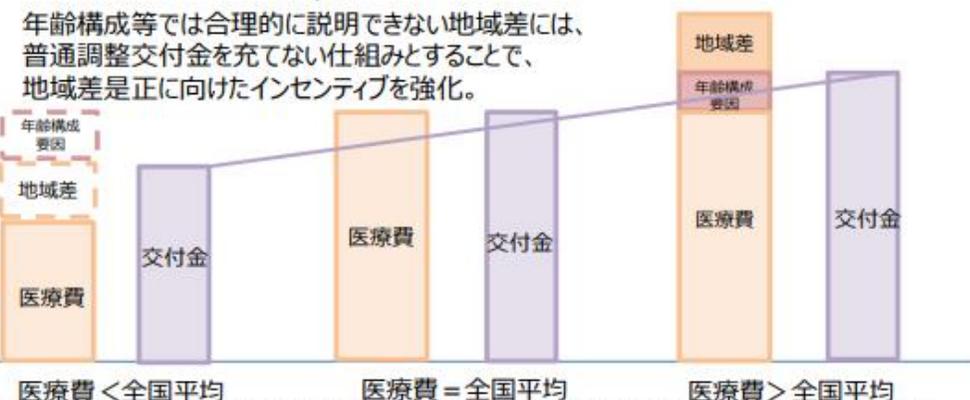
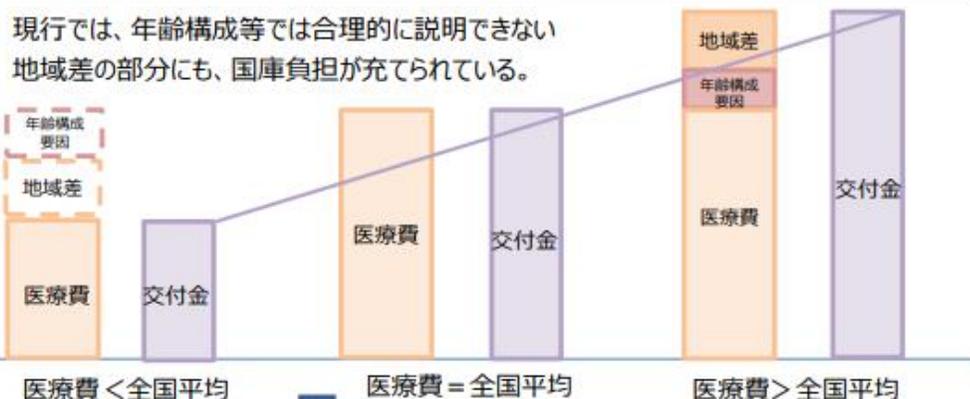
- 普通調整交付金の見直し
 - ・ 実際の医療費ではなく、各自治体の年齢構成のみを勘案した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組みに転換
- 1人当たり医療費の地域差の解消
- 都道府県内の国保の保険料水準の統一
- 高額医療費負担金の見直し
- 生活保護受給者の国保等への加入

保険者機能の発揮～普通調整交付金の配分方法の見直し

保険者機能

- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち5,900億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から都道府県に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組みとなっており、医療費適正化のインセンティブが働かない。

◆国民健康保険の財政（2024年度予算）



※ 定率国庫負担のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

（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）

- ・ 医療費適正化のより一層の推進に向け、国民健康保険制度の普通調整交付金の配分について、所得調整機能の観点や、加入者の特性で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、論点や改善点を整理しつつ、保険者努力支援制度の活用と併せて、地方団体等との議論を深める。

【改革の方向性】（案）

- 普通調整交付金の配分方法に当たっては、実際に要した医療費ではなく、各都道府県の年齢構成等を勘案して算出した標準的な医療費を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべきである。
- 改革工程表において、長く検討が進んでいない項目であり、まずは、こうした仕組みに改めた場合の試算を示して議論を深めるべきではないか。

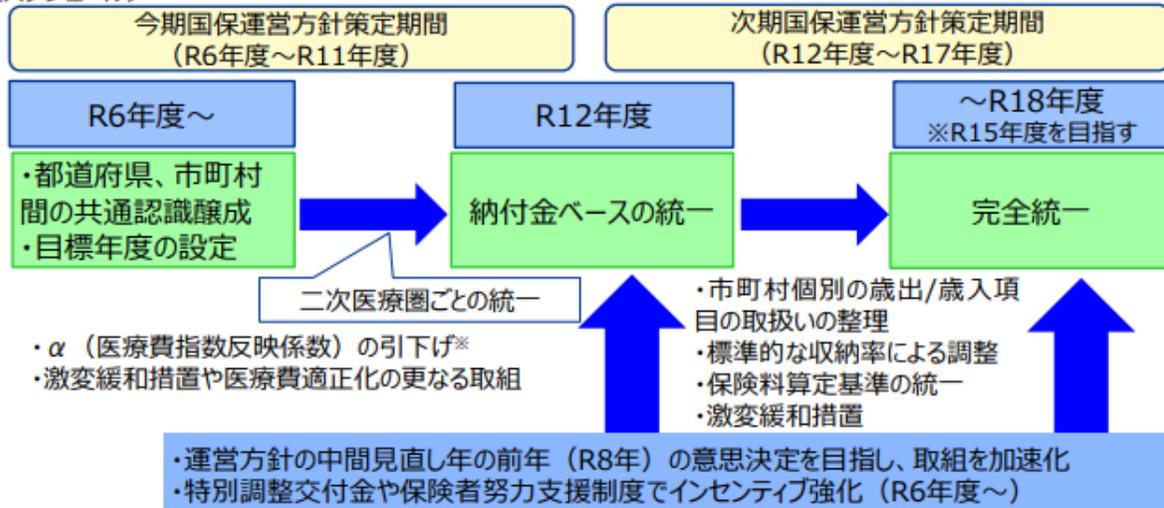
国民健康保険における保険料水準統一の加速化

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〕



【統一の定義】

（納付金ベースの統一）
各市町村の納付金に各市町村の医療費水準を反映させない

（完全統一）
同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料とする

【統一の目標年度】

納付金ベースの統一
令和12年度保険料算定までの達成を目標とする。今期国保運営方針の中間見直し年度の前年（令和8年）に向けた取組の加速化を進める。

完全統一
全国において、次期国保運営方針期間（令和12～17年度）の中間年度（令和15年度）までの移行を目指しつつ、遅くとも令和17年度（令和18年度保険料算定）までの移行を目標とする。

※ αは、各市町村の年齢調整後の医療費水準のばつきをどの程度各市町村が県に支払う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 ※（ ）内は年度 19道県	納付金ベースの統一等の目標年度を 定めている 16都県（設定年度は記載省略）	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)

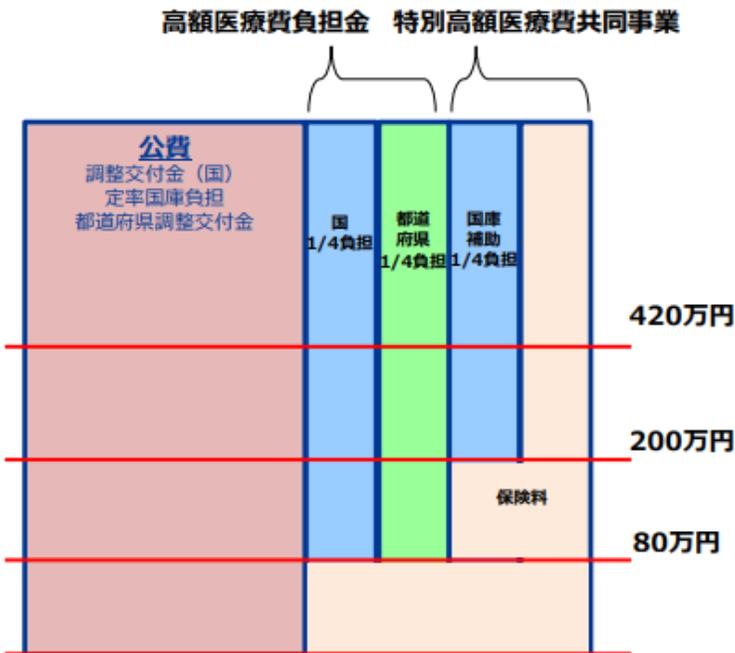
- 国民健康保険における保険料水準については、各都道府県内での被保険者間の受益と負担の公平性を確保する観点から、遅くとも令和12年度までに全ての都道府県で「納付金ベースでの保険料水準の統一」が実現するよう、必要な取組を早急に進めるべき。

高額医療費負担金の見直し

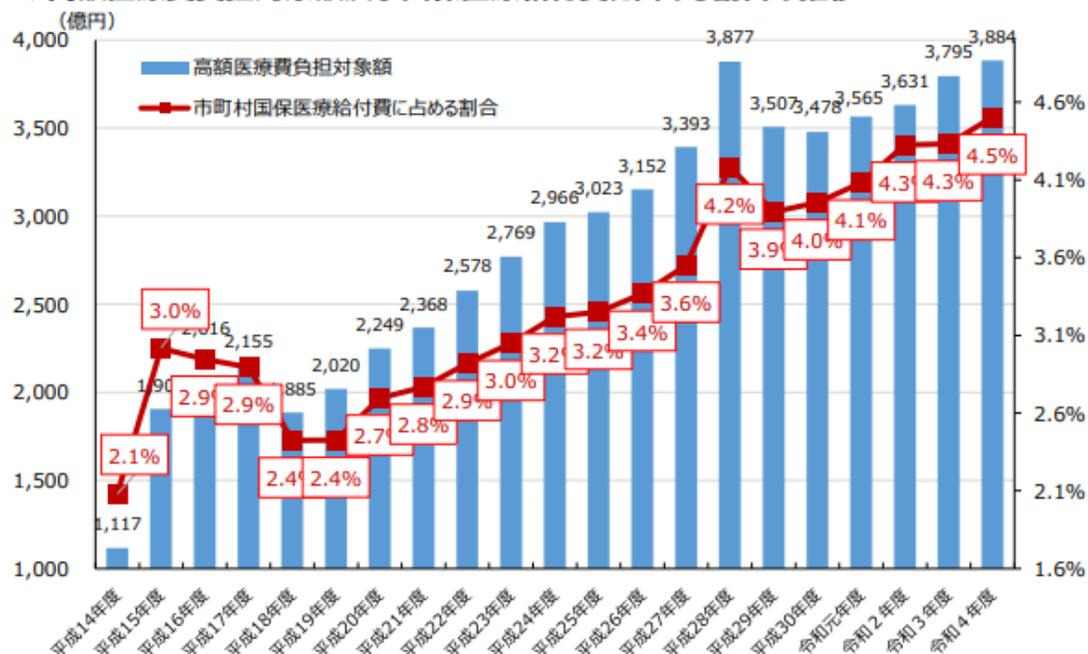
保険者機能

- 国民健康保険制度における高額医療費負担金は、高額な医療費（レセプト1件80万円超）が発生した保険者の財政運営の不安定化を緩和する観点から必要とされてきた制度であり、国民健康保険制度の保険料水準が納付金ベースで統一されれば、各市町村で生じる医療費の変動は都道府県内の全体でシェアされ、財政負担は平準化されることになる。
- 医療の高度化や薬剤費の上昇を背景にして、医療費全体で見ても、高額レセプト対象の医療は増加傾向が続いていることも踏まえれば、元来、小規模な市町村国保を想定して発展した制度である高額医療費負担金は抜本的な見直しを検討すべき時期に来ていると考えるべきであり、このことは、今後、各保険者によって医療費適正化の取組が十全に実施されるようにする観点からも重要と考えられる。

◆ 国民健康保険における高額医療費負担金のイメージ



◆ 高額医療費負担対象額及び国保医療給付費に占める割合の推移



※「高額医療費負担対象額」は、高額医療費負担金（国費）から国費負担割合で割り戻して算出。平成29年度までは「国民健康保険事業年報」集計表のデータの高額医療費共同事業の国庫支出金による。ただし、平成14年度は共同事業交付金の金額。平成30年度からは厚生労働省保有の高額医療費負担金（国費）の交付決定額による。
 ※「国保医療給付費に占める割合」は、「高額医療費負担対象額」÷「国保医療給付費」で算出。平成19年度以前の国保医療給付費は「国民健康保険事業年報」集計表の保険給付費を基に算出。

【改革の方向性】(案)

- 遅くとも令和12年度には全都道府県で達成されることが期待される保険料水準の統一（納付金ベース）により、国民健康保険の高額医療費負担金の本来の役割・意義は没却することになることから、その廃止も含め、抜本的な見直しを早急に検討すべき。

制度の持続可能性を確保していくための医療制度改革

質の高い医療の効率的な提供

- 公定価格の適正化
- 費用対効果評価に基づく給付
- 医師偏在対策
- かかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域医療構想の推進等
- 保険者機能の発揮
- **国保組合に対する財政支援の在り方の見直し**
- 職種別の給与を含めた医療機関の診療・経営情報の更なる見える化
- 医療DX

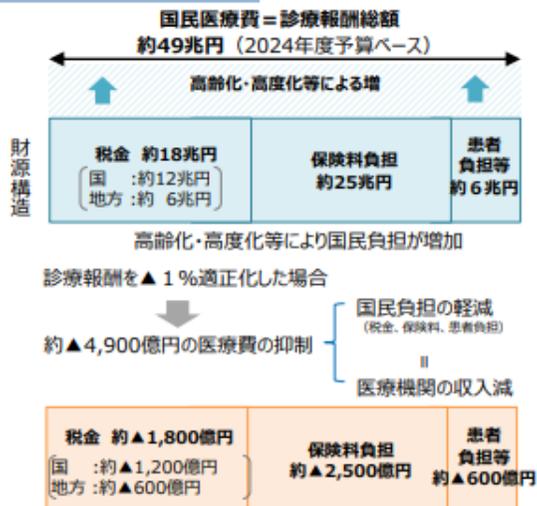
保険給付範囲の在り方の見直し

- 薬剤の自己負担の引上げ
 - OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品の保険給付の在り方の見直し
 - 薬剤費の一定額までの全額患者自己負担
 - 医薬品の有用性に応じた保険給付率設定
- 医療費単価が増加する一方、支え手となる現役世代が減少するなかで、実効給付率に着目した、支え手の負担軽減につながる仕組みの導入
- 患者負担等の見直し（入院時の食費の基準の見直し、入院時の部屋代 等）

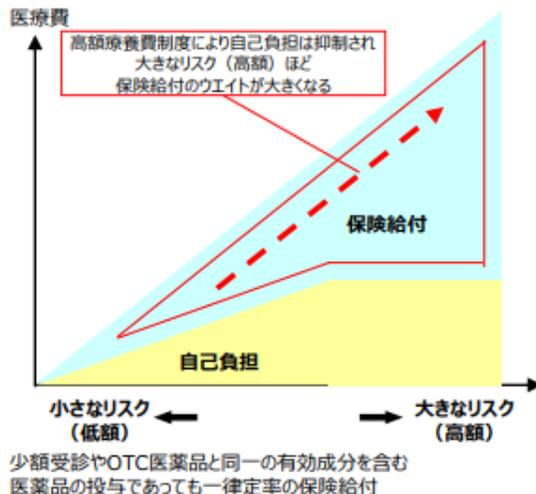
高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 年齢ではなく能力に応じた負担
 - 金融所得・金融資産を勘案した公平な負担
 - 後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準の見直し
- 高齢者が益々活躍することのできる長寿社会にふさわしい高齢者医療制度の在り方の見直し
- 後期高齢者医療制度における現役世代からの支援金に係る負担増の更なる抑制
- コロナ関連債務について、現在の世代で返済を開始するために、医療サービスの受給と紐づいた債務返済の仕組みの構築

医療費の構造

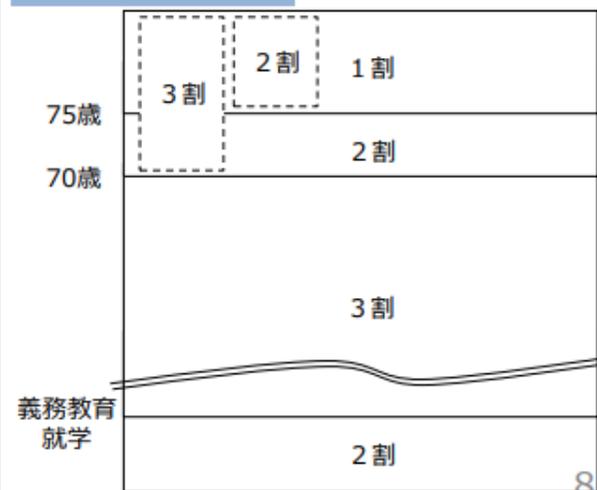


現状の保険給付のイメージ



医療費の窓口自己負担

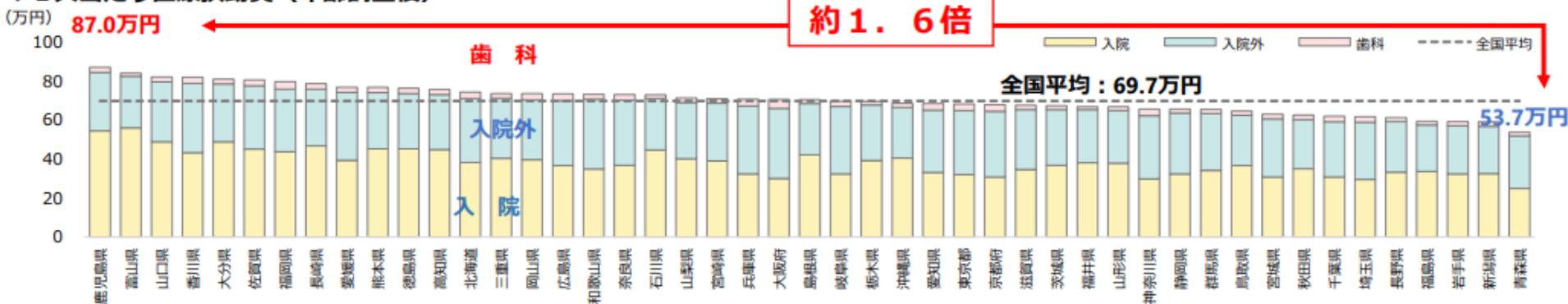
2022年10月～



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の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。

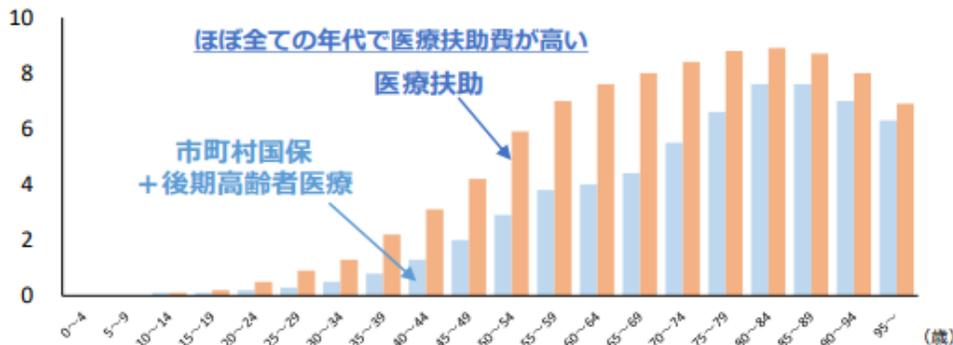
◆ 1人当たり医療扶助費（年齢調整後）



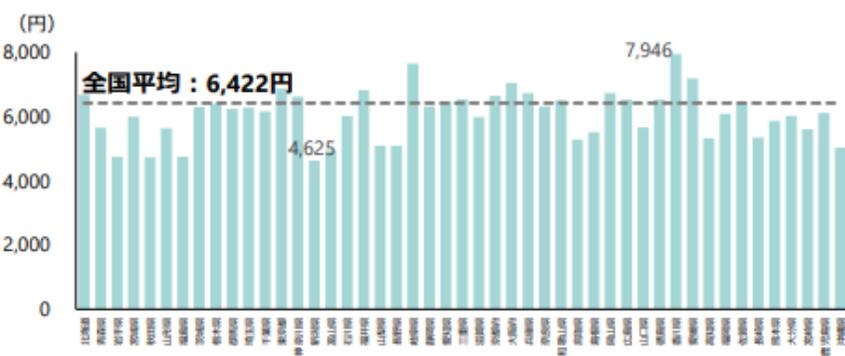
※ 医科診療医療費(入院)と入院時食事・生活療養に係る医療費の合計を「入院」、医科診療医療費(入院外)と調剤医療費の合計を「入院外」、歯科診療医療費を「歯科」としている。訪問看護医療費及び療養費等はいずれにも含まれない。
(出所) NDBデータ(令和3年4月～令和4年3月診療分)を用いて、厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室で集計

◆ 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、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として糖尿病対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで糖尿病対象医薬品が処方されている場合にレセプト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外レセプトと調剤レセプトを単純集約した。
 ※ 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月審査分のレセプ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月審査分のレセプトの受診者数で除し、全国の当該レセプ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、国保等に加入せず、医療扶助を受けるものとされているが、国保等に加入することとすれば、都道府県のガ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）

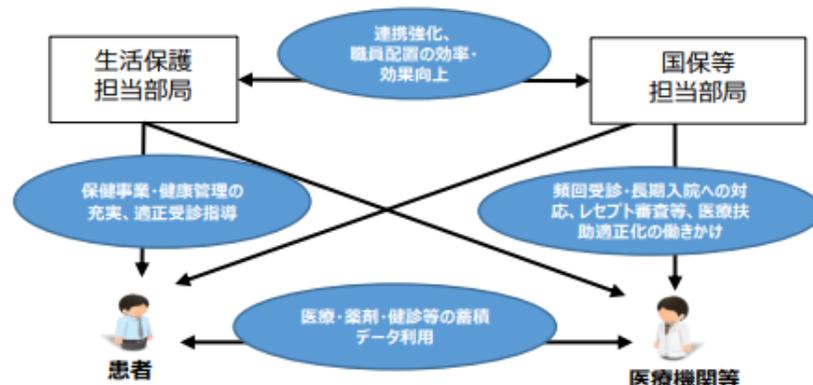
（2023年12月22日閣議決定）

- 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・多剤投薬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ガ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。

◆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



【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、都道府県のガ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。

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和7年度国民健康保険関係予算案
3. 財政制度等審議会等における指摘
4. 骨太方針、改革工程の記載
5. 被用者保険の適用拡大

（医療・介護保険等の改革）

給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、**関連法案の提出も含め、各種医療保険制度における総合的な検討を進める。**

こうした改革を進めるに当たっては、審査支払機関による医療費適正化の取組強化、多剤重複投薬や重複検査等の適正化に向けた実効性ある仕組みの整備を図り、**国民健康保険制度**については、**都道府県内の保険料水準の統一を徹底**するとともに、**保険者機能の強化等**を進めるための取組を進め、人口動態や適用拡大による加入者の変化等を踏まえ、**医療費適正化や都道府県のガバナンス強化等**にも資するよう、**調整交付金や保険者努力支援制度その他の財政支援の在り方について検討**を行う。

（医療・介護サービスの提供体制等）

国民目線に立ったかかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域医療連携推進法人・社会福祉連携推進法人の活用、救急医療体制の確保、持続可能なドクターヘリ運航の推進や、居住地によらず安全に分べんできる周産期医療の確保、**都道府県のガバナンスの強化¹⁸⁵**を図る。

185 改革工程において、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深めることなどが記載されている。

社会保障

	2024年度 《主担当府省庁等》	集中取組期間			2028年度 ~2030年度	
		2025年度	2026年度	2027年度		
	年末	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会	
医療・介護制度等の改革	⑩イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し					
	全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）を踏まえ、引き続き検討とされた薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」、「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」及び「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、2024年10月から開始した長期収載品を希望した場合の特別の料金についての取組状況を踏まえ、必要な対応を検討する。					
	・2024年度診療報酬改定における長期収載品の保険給付の在り方の見直しについて、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等に関して必要な検証を行う。 ・2024年度診療報酬改定におけるイノベーションの評価や後発品の安定供給の確保のための対応状況も含め、その施行状況について検証を行う。					
	《厚生労働省》					
	⑪国保の普通調整交付金の医療費勘案・後期高齢者医療制度のガバナンス強化					
保険者機能の強化等を進めるための取組を進め、人口動態や適用拡大による加入者の変化等を踏まえ、医療費適正化や都道府県のガバナンス強化等にも資するよう、調整交付金や保険者努力支援制度その他の財政支援の在り方について検討を行い、一定の結論を得る。			引き続き、更なる検討を行う。			
都道府県のガバナンスを強化する観点から、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方の検討を深める。						
《厚生労働省》						
⑫国保の都道府県保険料水準統一の更なる推進						
国民健康保険の財政運営を安定化させ、被保険者の受益と負担を公平化させる観点から、保険料水準統一加速化プランにおける各都道府県の取組状況の把握・分析・事例展開や、進捗状況に応じた調整交付金・保険者努力支援制度による財政措置も活用し、将来的には都道府県の保険料水準を「完全統一」することを見据えた取組を行う。						
まずは、各都道府県における「納付金ベースの統一」を目指すこととし、各都道府県において国民健康保険運営方針の中間見直し年の前年（2026年）の意思決定を目指し、取組を進める。			完全統一の達成を目指して、都道府県への支援等の取組を着実に実施。			
《厚生労働省》						

社会保障

	2024年度 《主担当府省庁等》	集中取組期間			2028年度 ～2030年度	
		2025年度		2026年度		2027年度
	年末	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会	
医療・介護制度等の改革	⑯生活保護の医療扶助の適正化等					
	実施方法について検討、ガイドライン等の作成。	都道府県が広域的な観点から、頻回受診対策、重複・多剤投薬等の取組目標の設定・評価やデータ分析等を行うとともに、市町村に対し、必要な助言等の支援を行う仕組み等の着実な実施。オンライン資格確認の仕組み等を活用した頻回受診対策の推進。				
	医療費全体に関する都道府県のガ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、地方公共団体等の意見を踏まえつつ、検討を深める。					
	《厚生労働省》					
	⑰障害福祉サービスの地域差の是正					
障害福祉サービスの地域差を是正し、供給が計画的かつ効率的に行われる方策について、次期障害福祉計画（2027～2029年度）に向けて検討を行い、その結果に基づき必要な措置を講じる。			左記の措置を踏まえ、更なる取組を検討・推進する。			
都道府県知事が行う事業所指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを推進するための検討を行い、必要な措置を講じる。						
共同生活援助における総量規制も含めた地域の実態や地域移行の状況を踏まえた事業所指定の在り方について検討を行い、その結果に基づき必要な措置を講じる。			左記の措置を踏まえ、事業所指定の在り方に関する更なる取組を検討・推進する。			
相談支援の利用を促進し、セルフプランの適正化を図る。地域における給付決定事務の運用状況等に係る状況把握を行い、分析や課題整理を行った上で、好事例の横展開等、利用者の状況に応じた適切な給付決定のための取組の検討を行い、その結果に基づき必要な措置を講じる。			左記の措置を踏まえ、適切な給付決定のための更なる取組を検討・推進する。			
《厚生労働省、こども家庭庁》						

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

- ◆ 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- ◆ 3つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- ◆ 上記②の取組は、2028年度までの各年度の予算編成過程において、実施すべき施策を検討・決定

主な改革項目と工程

※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	<ul style="list-style-type: none"> （労働市場や雇用の在り方の見直し） ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等 	<ul style="list-style-type: none"> （勤労者皆保険の実現に向けた取組） ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 ・年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	<ul style="list-style-type: none"> ・前期財政調整における報酬調整の導入 ・後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み ・介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方） ・介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） ・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ・入院時の食費の基準の見直し等 ・生活保護制度の医療扶助の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> （生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） ・医療DXによる効率化・質の向上 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 ・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 ・介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） ・サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ・福祉用具貸与のサービスの向上 ・生活保護の医療扶助の適正化等 ・障害福祉サービスの地域差の是正（能力に応じた全世代の支え合い） ・介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担） ・医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ・医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 ・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現（高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） ・高齢者の活躍促進 ・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 ・経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し） 等
「地域共生社会」の実現	<ul style="list-style-type: none"> ・重層的支援体制整備事業の更なる促進 ・社会保障教育の一層の推進 ・住まい支援強化に向けた制度改正 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・孤独・孤立対策の推進 ・身寄りのない高齢者等への支援 等

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（国保関連）

能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」が取りまとめられた（令和5年12月22日閣議決定）。国保に関連する記載は次のとおり。

<2028年度までに実施について検討する取組>

普通調整交付金の医療費勘案

医療費適正化のより一層の推進に向け、国民健康保険制度の普通調整交付金の配分について、所得調整機能の観点や、加入者の特性で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、論点や改善点を整理しつつ、保険者努力支援制度の活用と合わせて、地方団体等との議論を深める。

都道府県保険料水準統一の更なる推進

国民健康保険制度の都道府県内の保険料水準統一を推進する。具体的には、2024年度より、保険料水準の平準化を国民健康保険法10に基づく国保運営方針の必須記載事項と位置づけるとともに、保険料水準統一加速化プランによる各都道府県の取組状況の把握・分析を踏まえた先進・優良事例の横展開や、保険料水準の統一の進捗状況に応じた保険者努力支援制度の評価等も活用し、将来的には都道府県内の保険料水準を「完全統一」することを見据え、まずは、各都道府県における「納付金ベースの統一」を目指す。

※ その他、**生活保護受給者の国保や後期高齢者医療制度への加入、国保・後期・介護における負担への金融所得の反映の在り方**について検討を深めること等とされている。

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和7年度国民健康保険関係予算案
3. 財政制度等審議会等における指摘
4. 骨太方針、改革工程の記載
5. 被用者保険の適用拡大

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。

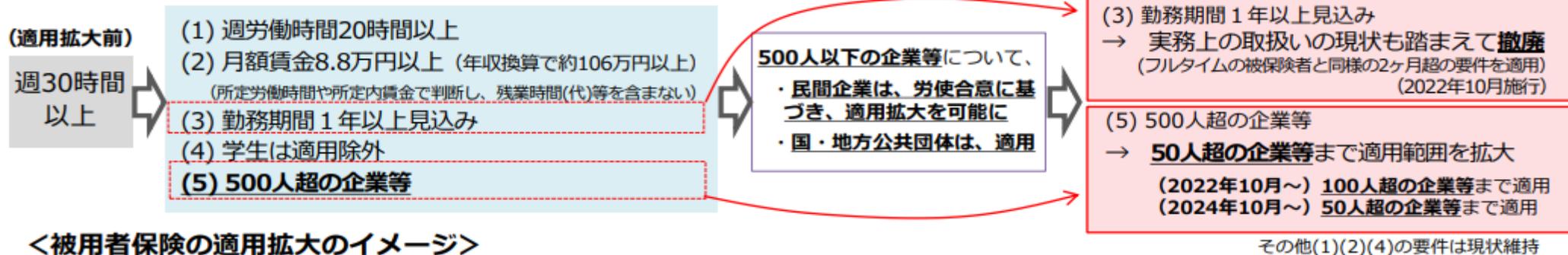
- ① (2016年10月～) **従業員500人超の企業等で、月額賃金8.8万円以上等の要件を満たす**短時間労働者に適用拡大。
- ② (2017年4月～) **従業員500人以下の企業等で、労使の合意に基づき、企業単位で**短時間労働者への適用拡大を可能とする。
(国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする。)
- ③ 令和2年の改正では、**従業員50人超の企業等まで適用範囲を拡大**。(100人超(2022年10月)→50人超(2024年10月))

※ 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

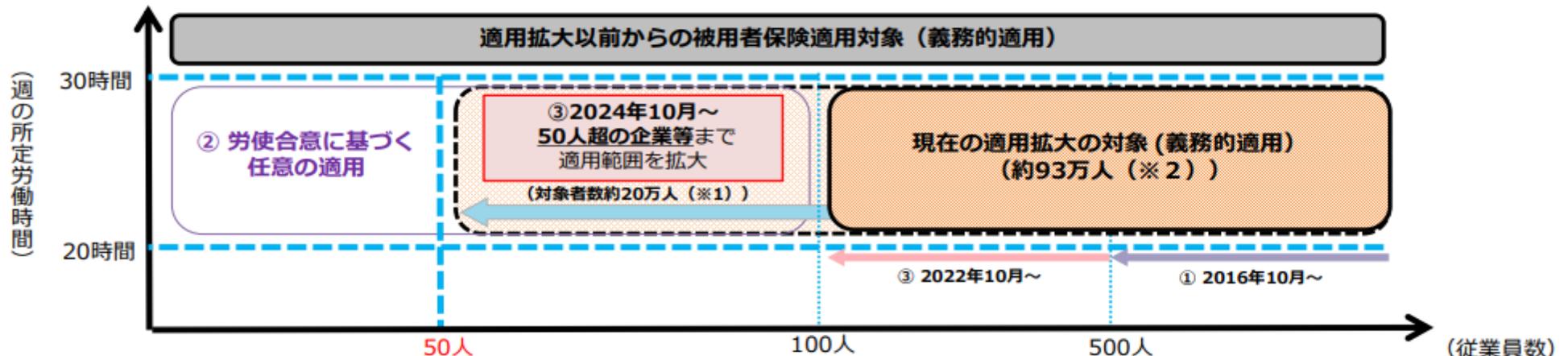
① 2016年10月～

② 2017年4月～

③ 2020年(令和2年)の改正内容



<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))

「働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会」及び年金部会・医療保険部会の議論を踏まえ、以下のような進め方としてはどうか。

<見直しの方向性>

<進め方の考え方>

賃金要件の撤廃

最低賃金の引上げに伴い労働時間要件を満たせば本要件を満たす地域や事業所が増加していることを踏まえ、本要件を撤廃してはどうか。その際、最低賃金の動向を踏まえつつ、本要件撤廃の時期に配慮してはどうか。

企業規模要件の撤廃

本要件の撤廃の際に、短時間労働者が適用の対象となる事業所は50人以下の中小事業所であり、配慮が必要なことから、十分な周知・準備期間を確保してはどうか。

非適用業種の解消

新たに被用者保険の適用事業所となり、短時間労働者のみならず、いわゆるフルタイム相当の通常の労働者も適用対象となることから、さらに十分な周知・準備期間を確保してはどうか。

短時間労働者に係る被用者保険の適用要件の見直し案のイメージ

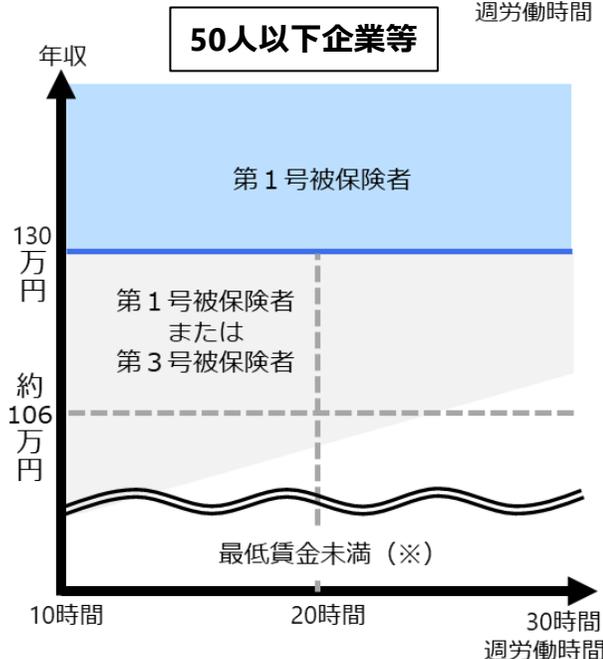
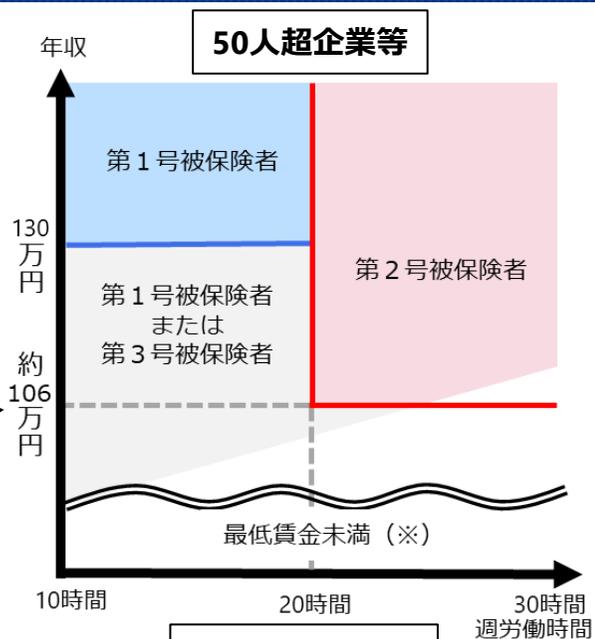
令和6年12月10日

第23回社会保障審議会
年金部会

資料1

<見直し前>

いわゆる「年収の壁」であり、就業調整の基準として意識される



企業規模の違いにより被用者保険の適用範囲が異なることによって、勤め先の選択に影響

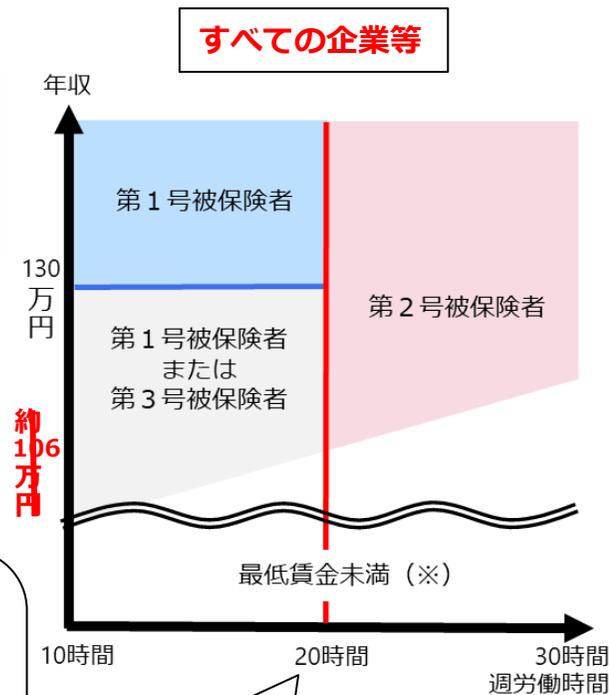
<見直し後>

企業規模にかかわらず、被用者保険の適用範囲が同じになるため、勤め先の選択に影響を与えない



就業調整の基準となる金額がなくなることで

- ・ 年収を意識する必要がなくなる
- ・ 賃上げに伴う就業調整が生じなくなる



年収にかかわらず、週20時間以上の労働で被用者保険が適用

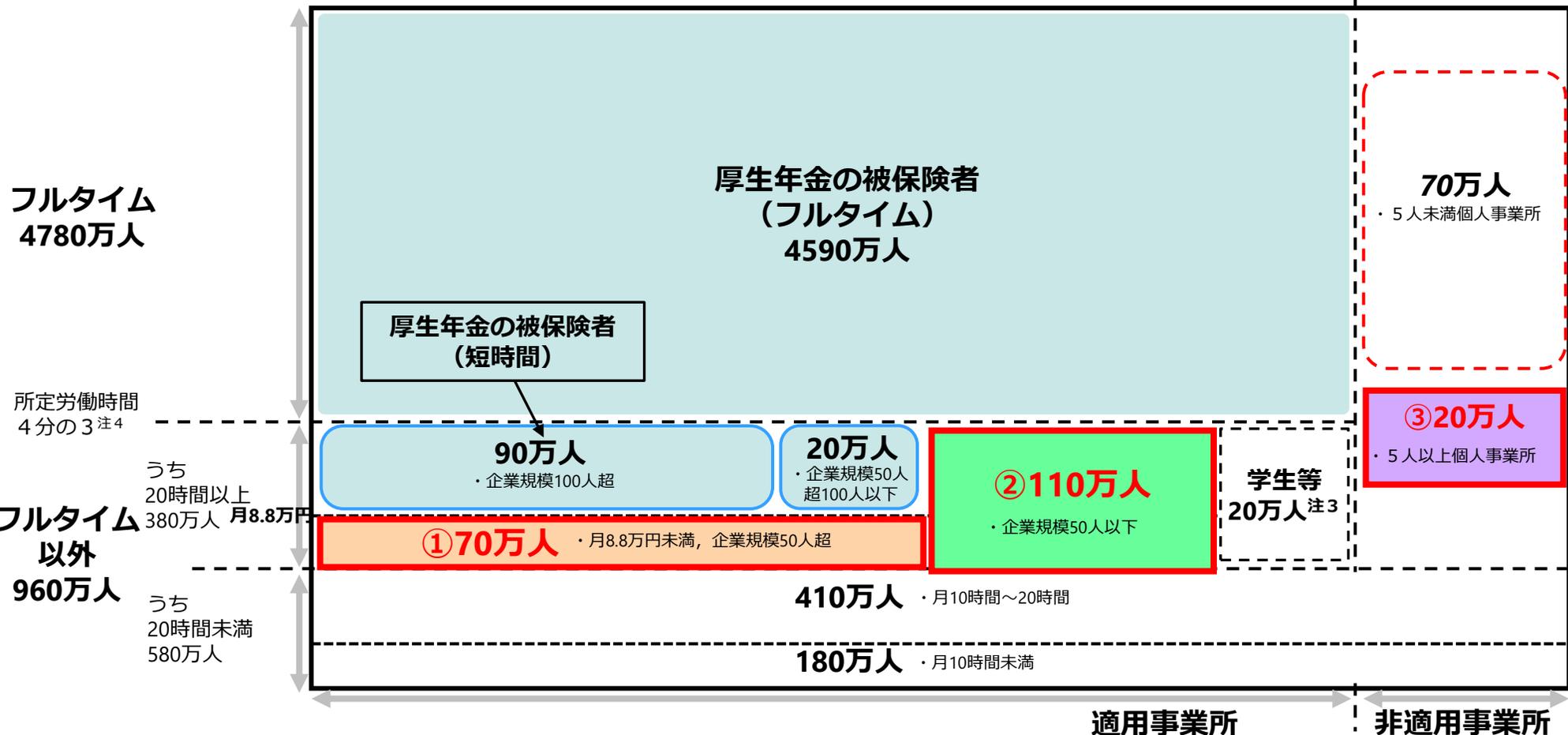
注：学生は引き続き除外

(※) 最低賃金未満においては、最低賃金との関係で基本的に被保険者はいないものと考えられる。

適用範囲のイメージ図 (2024年度時点)

【雇用者全体】 5740万人
(2023年度時点、70歳以上除く)

- ① 70万人・・・賃金要件撤廃
- ② 110万人・・・企業規模要件撤廃
- ③ 20万人・・・5人以上個人事業所の非適用業種の解消



注1. 「労働力調査2023年平均」、「令和4年公的年金加入状況等調査」、「令和4年就業構造基本調査」、「令和3年経済センサス」等の特別集計等を用いて推計したものの。

注2. 斜体字は、「令和3年経済センサス」等を基にした推計値であり、他の数値と時点が異なることに留意が必要。

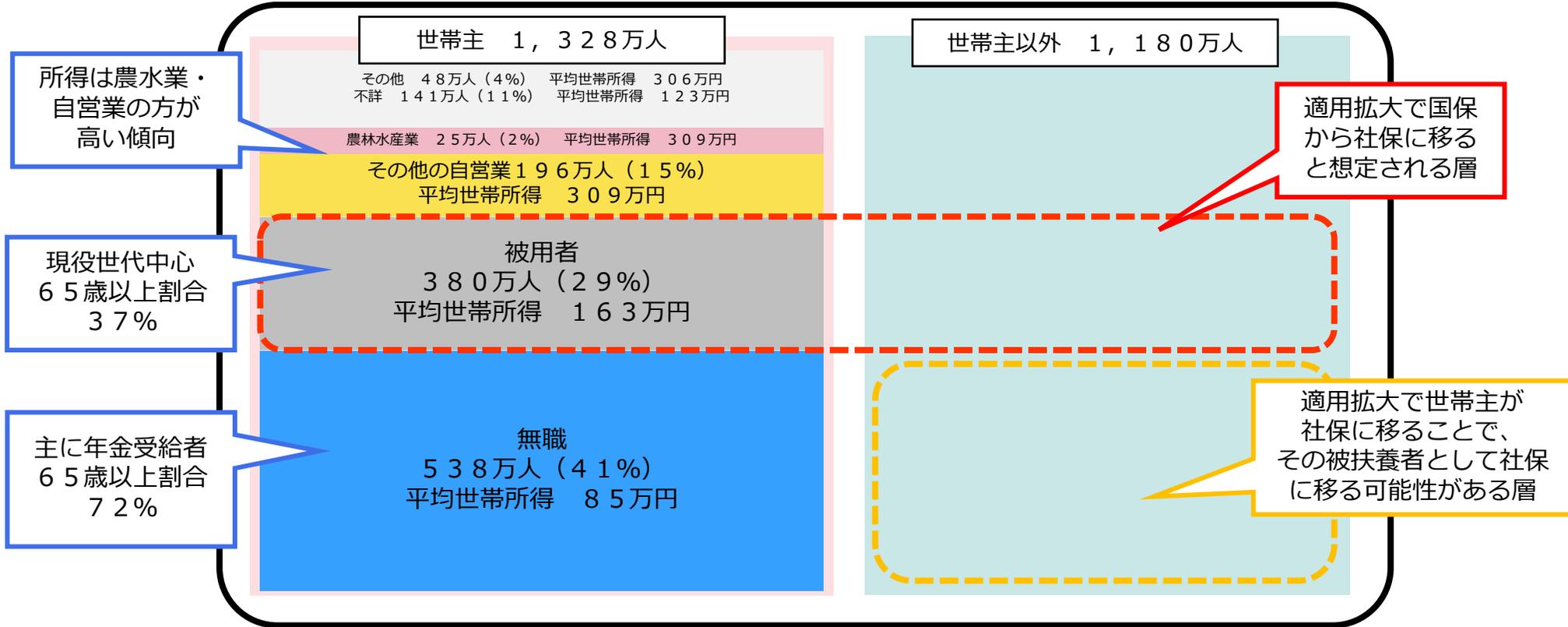
注3. 学生等には、雇用契約期間2ヶ月以下の者（更新等で同一事業所で2ヶ月以上雇用されている者は除く）が含まれている。

注4. 通常の労働者の週所定労働時間は、「令和5年就労条件総合調査」における労働者1人平均の値（39時間04分）としている。

市町村国保の世帯の状況

- 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「国民健康保険実態調査」(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」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」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して算出した世帯の平均額である。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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<u>2か月超</u> ・学生を除外 ・従業員<u>50人超の企業</u>に適用 ・<u>土業の個人事業所を適用業種に追加</u> 	▲40万人	0億円
今回(案)	<ul style="list-style-type: none"> ・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> ・<u>5人以上個人事業所の非適用業種解消</u> 	▲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。

国保運営方針に基づく取組

1. 総論

2. 納付金算定

3. 保険料水準の統一

4. 赤字解消・削減

5. 保険料の徴収の適正な実施

6. 保険給付の適正な実施

7. 医療費適正化

8. 事務の標準化・広域化

国民健康保険制度改革の状況

国保が抱える構造的課題

- ①年齢構成が高く、医療費水準が高い
- ②所得水準が低い
- ③保険料負担が重い
- ④保険料（税）の収納率
- ⑤一般会計繰入・繰上充用
- 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
- ⑦市町村間の格差

国保改革（平成30年度～）

①財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担

- ・都道府県が財政運営の主体となり、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う
- ・市町村は、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
- ・都道府県が統一的な方針として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
- ・都道府県に財政安定化基金を設置

②財政支援の拡充

- ・財政支援の拡充により、財政基盤を強化（毎年約3,400億円）
低所得者対策の強化、保険者努力支援制度 等

今後の主な課題

平成30年度改革が現在、概ね順調に実施されており、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「**財政運営の都道府県単位化**」の趣旨の深化を図るため、令和6年度からの新たな国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進める。

○保険料水準の統一に向けた議論、事務の広域化・標準化の推進

将来的には都道府県での保険料水準の完全統一を目指すこととし、都道府県と市町村で、統一に向けた議論をより一層深めていくことが重要。また、保険料水準の統一のためには、市町村の保険料算定方式の統一や保険料の収納対策、保健事業等の幅広い観点から、市町村の事務処理を広域化・標準化していく必要がある。

○医療費適正化の更なる推進

保険者努力支援制度で予防・健康づくりが拡充されたことも踏まえ、都道府県内全体の医療費適正化に資する取組を推進

○法定外繰入等の解消

赤字解消計画の策定・状況の見える化等を通じて、解消に向けた実行性のある取組を推進

国民健康保険制度における都道府県・市町村・国保連合会の役割分担

・国保の財政運営の都道府県単位化に当たっては、一気に都道府県で一つの保険者とすることを避け、都道府県の果たすべき役割と市町村が果たすべき役割を一つ一つ検証した。結果的に、保険者機能を発揮するための最適な役割分担を追求した。

改革の方向性

- 国保制度運営
- 都道府県は、管内市町村や国保関係者と協議した上で、都道府県内の国保の運営の統一的な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
 - 市町村は、住民に身近な自治体として、被保険者の資格管理、保険料の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業などを適切に実施
 - 国保連合会は、保険者の共同目的達成のため、審査支払業務の他、給付の適正化や保健事業等を都道府県単位で支援

	都道府県の主な役割	市町村の主な役割	国保連合会の主な役割
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	・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> ）	・保険者事務共同電算処理
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 <u>標準保険料率を算定・公表</u>	・ <u>標準保険料率等を参考に保険料率を決定</u> ・個々の事情に応じた賦課・徴収	・保険料適正算定への支援
保険給付	・ <u>給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い</u> ・市町村が行った保険給付の点検	・ <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	・診療報酬の審査支払業務 ・第三者行為損害賠償求償事務 ・レセプト点検の支援
保健事業	・市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握 ・市町村の保健事業の運営が健全に行われるよう、必要な助言及び支援 ・市町村における健康・医療情報の横断的・総合的な分析 ・関係市町村相互間の連絡調整、市町村への専門的な技術又は知識を有する者の派遣、情報の提供等の支援	・被保険者の特性に応じた <u>きめ細かい保健事業</u> を実施 ・健康・医療情報の活用及びPDCAサイクルに沿った事業運営 ・ <u>生活習慣病対策としての発症予防と重症化予防の推進</u> ・ <u>特定健康診査及び特定保健指導の実施</u> ・データヘルス計画の策定、実施及び評価	・特定健診・特定保健指導に係る費用の支払及びデータ管理 ・ <u>KDBシステムを活用した統計情報や個人の健康に関するデータの作成</u> ・データヘルス計画の策定・評価の支援 ・国保ヘルスアップ（支援）事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の支援

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

医療費適正化

※令和6年4月から新たに必須記載事項（国保法第82条の2第2項第5号）

（医療費適正化計画との整合性担保）

- 都道府県医療費適正化計画において、計画の期間における医療費の見込みを制度区分別に推計することとしていることから、国保運営方針においても、**都道府県医療費適正化計画における国保の医療費の見込みやその推計方法を参考とすることが望ましい。**
- 令和6年度以降の国保運営を行うに当たっては、2025年以降も見据えて、市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握し、**医療費適正化計画とも整合性をとる形で、予防・健康づくりや重症化予防等の医療費適正化の取組を推進**する必要。
- 具体的には、**医療費適正化計画に定められた目標や施策の内容と整合性を図るとともに、医療費適正化計画に盛り込まれた都道府県又は市町村が保険者として取り組む内容については、国保運営方針にも盛り込む**こと。

事務の広域化・標準化

※令和6年4月から新たに必須記載事項（国保法第82条の2第2項第6号）

- 国保は被保険者側からみれば、保険給付は全国一律であるため、受けられるサービスも同程度であることが望ましい。**事務の広域化・標準化によって住民サービスを向上しつつ均てん化することが重要。**
- 市町村は、令和7年度末までに地方公共団体情報システムの標準化に関する法律（令和3年法律第40号）に基づく標準化基準に適合するシステムの導入が義務付けられていることを踏まえ、**「市町村事務処理標準システム」の導入に向けたスケジュールを記載**すること。

その他

（財政安定化基金の運用）

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

国保運営方針に基づく取組

1. 総論

2. 納付金算定

3. 保険料水準の統一

4. 赤字解消・削減

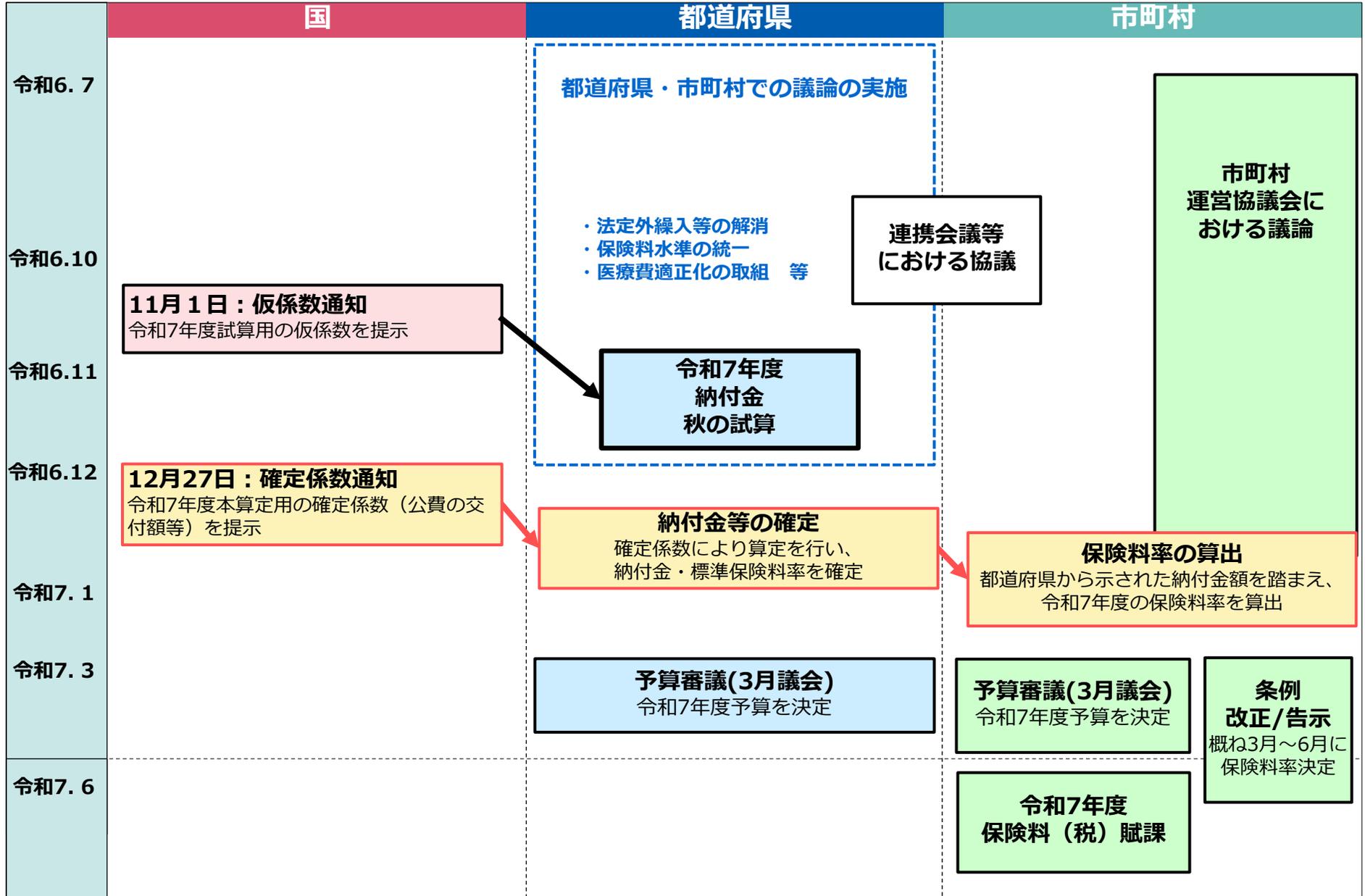
5. 保険料の徴収の適正な実施

6. 保険給付の適正な実施

7. 医療費適正化

8. 事務の標準化・広域化

令和7年度納付金算定に向けたスケジュール



国保運営方針に基づく取組

1. 総論
2. 納付金算定
3. 保険料水準の統一
4. 赤字解消・削減
5. 保険料の徴収の適正な実施
6. 保険給付の適正な実施
7. 医療費適正化
8. 事務の標準化・広域化

保険料水準の統一に向けた課題

- 国は、納付金等算定ガイドライン等において、令和12年度までに納付金ベースの統一、将来的に完全統一（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料）を目指すこととしている。
- 各都道府県における保険料水準の統一に向けた課題は次のとおり。

① 医療費水準に関する課題

- ・ 将来にわたる医療費適正化インセンティブの確保
- ・ 医療費水準の平準化・均てん化

納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させないことにより、保険料水準を統一することが可能。ただし、市町村の納得を得るためには、都道府県内の各市町村の医療費水準がある程度平準化されることが重要。また、納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させない場合には、将来にわたり、医療費適正化インセンティブをどのように図るべきか、都道府県の役割として、今後検討が必要。

② 保険料算定方法に関する課題

- ・ 保険料算定方式の統一化
- ・ 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

③ 各市町村の取組に関する課題

- ・ 将来にわたる保険料収納率向上インセンティブの確保
- ・ 保健事業費等の基準額の統一化
- ・ 地方単独事業の整理
- ・ 市町村事務の広域化、標準化、効率化

保健事業費や地方単独事業、決算補填等目的の法定外繰入など、市町村が個別に政策的に取り組んでいるものの統一化について、議論が必要。また、市町村ごとの保険料収納率の差をどのように扱うかについても整理が必要

保険料水準統一加速化プラン（第2版）（概要）

保険料水準の統一の意義・定義

統一の意義

- ①保険料変動の抑制：特に小規模な保険者で、高額な医療費の発生等による年度間の保険料の変動を抑制可能。
- ②被保険者間の公平性確保：保険運営の都道府県単位化を踏まえ、都道府県内のどの市町村でも、同じ保険給付を同じ保険料負担で受けられることで被保険者の公平性が確保可能。（保険運営の都道府県単位化は平成30年度国保改革で実現済）

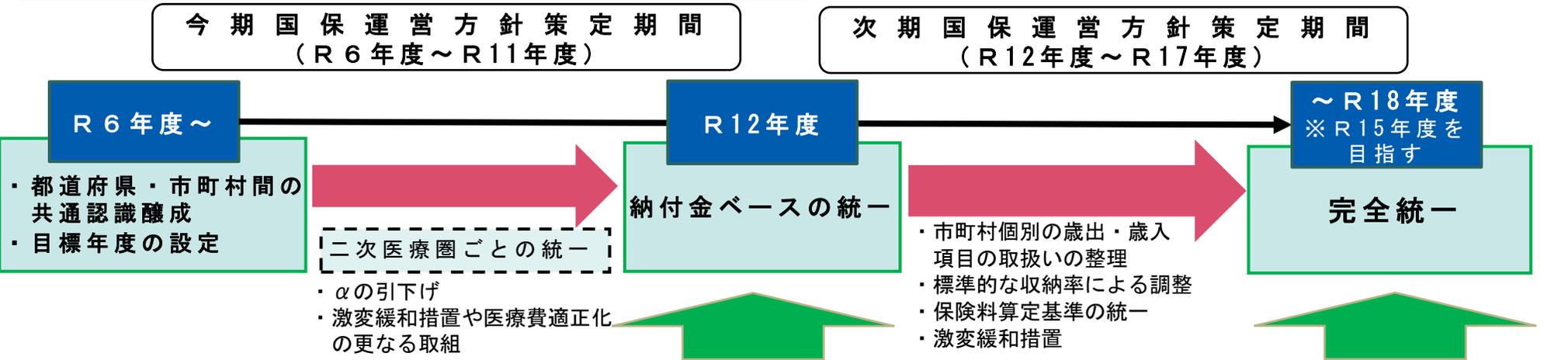
統一の定義

- 納付金ベースの統一：各市町村の納付金に各市町村の医療費水準を反映させない
- 完全統一：同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料とする

統一の目標年度

- 納付金ベースの統一：令和12年度保険料算定までの達成を目標とする。今期国保運営方針の中間見直し年度の前年（令和8年）に向けた取組の加速化を進める。
 - 完全統一：全国において、次期国保運営方針期間（令和12～17年度）の中間年度（令和15年度）までの移行を目指しつつ、遅くとも令和17年度（令和18年度保険料算定）までの移行を目標とする。
- ※完全統一についても、今期国保運営方針の中間見直し年度の前年（令和8年）に目標年度の意志決定ができるよう取組を進める。

保険料水準の統一のスケジュール



・運営方針の中間見直し年の前年（R8年）の意思決定を目指し、取組を加速化
・特別調整交付金や保険者努力支援制度でインセンティブ強化（R6年度～）

保険料水準の統一の具体的な進め方（各都道府県の事例）

共通認識 の醸成

- **保険給付費や被保険者数の動向分析**
北海道：過去の医療費水準の変動幅を市町村ごとに見える化し、小規模市町村ほど変動幅が大きいことをデータで示し、保険料水準統一の必要性を説明。
- **統一保険料の試算**
高知県：保険料水準の格差に見える化するため、水準統一を行った場合と行わなかった場合の各市町村の保険料を試算し、比較。
- **都道府県と市町村の会議体の設置**
埼玉県：医療費指数反映係数 α の設定方法や財源の算定方法等を検討する財政運営WG、事務処理や減免基準の統一等について検討する事務処理標準化WG、保健事業の統一について検討する保健事業WGを設置し、議論。

納付金 ベースの 統一

- **医療費水準 α の引き下げ**
北海道：納付金ベースの統一に向けた経過措置期間中の6年間（H30～R5）において、 $\alpha = 0.5$ に固定。
- **医療費適正化に関する取組の推進**
高知県：県全体の医療費構造や医療費の地域差について、大学と連携して分析を実施。分析結果を踏まえ、医療費適正化効果の見込まれる取組について、県と市町村で協力して実施する指針として県版データヘルス計画を策定予定。

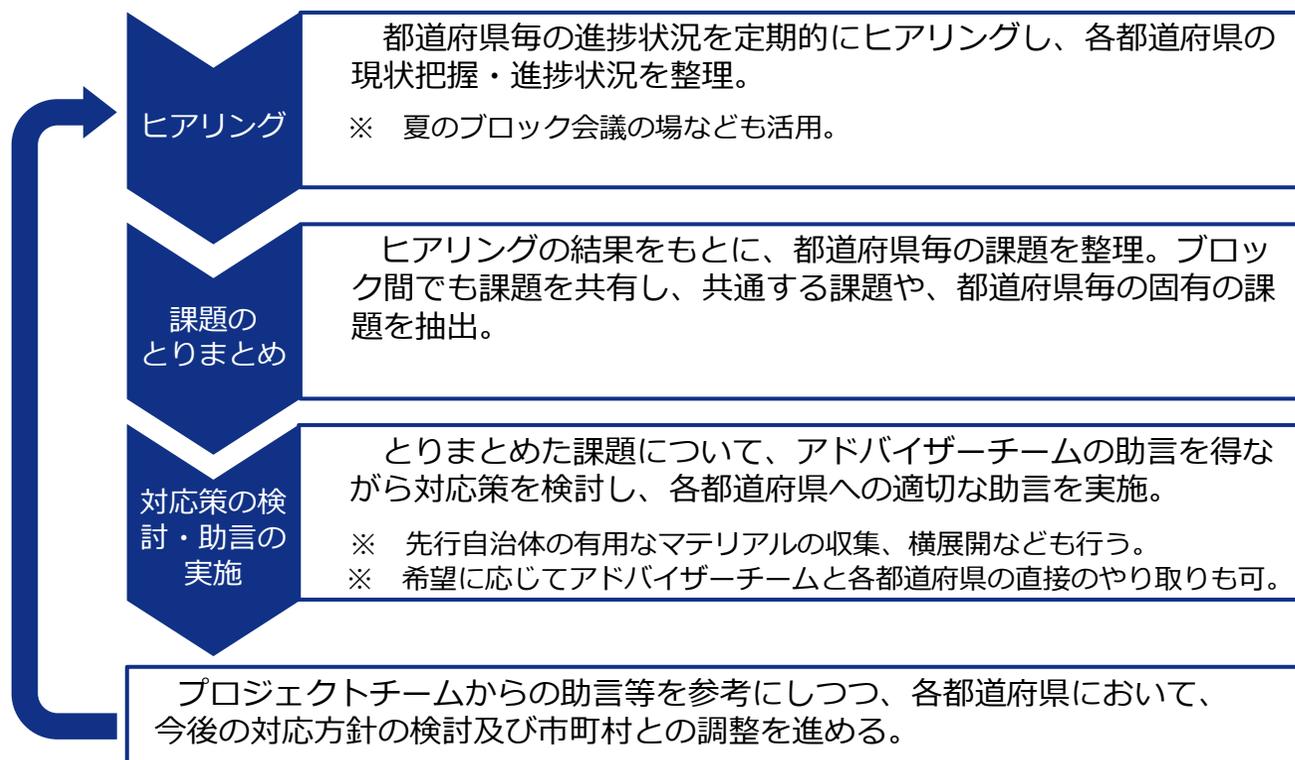
完全統一

- **市町村個別の歳入項目・歳出項目の取扱い**
 - ・ 埼玉県：保険者努力支援制度（市町村の歳入項目）について、全ての市町村で一定割合分を納付金の財源に充当し、一定割合を超える部分は保険料に影響しない取扱い（市町村の独自事業に充当する等）とする予定。
 - ・ 大阪府：保健事業費（市町村の歳出項目）について、府全体の歳出と位置付け、府内共通分（人間ドック、医療費通知等）と市町村の独自事業分それぞれに府交付金の交付基準を設定。
※奈良県では、保健事業費について、保険料以外の市町村独自の財源を活用し、市町村個別の保健事業が保険料に影響しない取扱いとしている。
- **標準的な収納率による調整**
大阪府：収納率実績が規模別基準収納率を上回っている市町村は標準的な収納率を一定程度減じ、収納率実績が規模別基準収納率を下回っている市町村は標準的な収納率を一定程度加算することで、収納率向上インセンティブを維持。

保険料水準統一加速化プロジェクトチーム

- 平成30年度の国保改革から6年が経過し、法定外繰入の減少、一部の都道府県で保険料水準の完全統一が達成されるなど、一定の進捗が見られる。他方で、保険料水準の統一については、各都道府県で地域の実情を踏まえ取り組んでいるものの、医療費水準の格差、各市町村との合意形成など地域ごとに様々な課題を抱えており、その進捗状況にはバラツキが出てきている。
- 令和6年度より、国保法上、都道府県国保運営方針における保険料水準の統一に関する事項が必須記載事項とされたところだが、被保険者数の減少や小規模保険者の増加等が進む中、将来にわたり国保財政を安定的に運営していくためには、保険料水準の統一を加速化する必要がある。
- このため、厚生労働省保険局内に、更なる統一の加速化を図るためのためのプロジェクトチームを創設し、保険料水準統一に係る都道府県ごとの課題把握・進捗管理、状況を踏まえた施策の検討等を行い、個別の課題解決に取り組む。

○ チームの進め方等（イメージ）



令和6年度のスケジュール感等

- 1サイクル概ね3～4か月程度で実施し、年数回のサイクルで実施を想定。
- 都道府県担当者との本音ベースでの課題共有の場も随時設けることで、各都道府県の困り事をきめ細やかに把握する。
- このほか、都道府県からの求めに応じ、アドバイザーを交えた勉強会の実施を検討。

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
秋田県	・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：収納率較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、 $a=0$ (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	-	-	-	-	4		
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 を引き下げて設定している都道府県

国保運営方針に基づく取組

1. 総論
2. 納付金算定
3. 保険料水準の統一
4. 赤字解消・削減
5. 保険料の徴収の適正な実施
6. 保険給付の適正な実施
7. 医療費適正化
8. 事務の標準化・広域化

改正の趣旨

「全世代型社会保障改革の方針について」(令和2年12月15日閣議決定)等を踏まえ、**現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心**というこれまでの社会保障の構造を見直し、**全ての世代で広く安心を支えていく「全世代対応型の社会保障制度」**を構築するため、**所要の改正を行う。**

改正の概要

1. 全ての世代の安心を構築するための給付と負担の見直し

(1) 後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し【高齢者の医療の確保に関する法律】

後期高齢者医療の被保険者のうち、現役並み所得者以外の被保険者であって、一定所得以上(※)であるものについて、窓口負担割合を2割とする。

※課税所得が28万円以上かつ年収200万円以上(単身世帯の場合。複数世帯の場合は後期高齢者の年収合計が320万円以上)。政令で規定。

※長期頻回受診患者等への配慮措置として、外来受診において、施行後3年間、1ヶ月の負担増を最大でも3,000円とする措置については、政令で規定。

(2) 傷病手当金の支給期間の通算化【健康保険法、船員保険法】

傷病手当金について、出勤に伴い不支給となった期間がある場合、その分の期間を延長して支給を受けられるよう、支給期間の通算化を行う。

(3) 任意継続被保険者制度の見直し【健康保険法、船員保険法】

任意継続被保険者の保険料の算定基礎の見直しや、被保険者からの申請による資格喪失を可能とする。

2. 子ども・子育て支援の拡充

(1) 育児休業中の保険料の免除要件の見直し【健康保険法、船員保険法、厚生年金保険法 等】

短期の育児休業の取得に対応して、月内に2週間以上の育児休業を取得した場合には当該月の保険料を免除するとともに、賞与に係る保険料については1月を超える育児休業を取得している場合に限り、免除の対象とすることとする。

(2) 子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置の導入【国民健康保険法、地方税法】

国民健康保険の保険料(税)について、子ども(未就学児)に係る被保険者均等割額を減額し、その減額相当額を公費で支援する制度を創設する。

3. 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進(予防・健康づくり・重症化予防の強化)

○保健事業における健診情報等の活用促進【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律 等】

- ① 労働安全衛生法等による健診の情報を保険者が保健事業で活用できるよう、事業者に対し被保険者等の健診情報を求めることを可能とする。
- ② 健康保険組合等が保存する特定健診等の情報を後期高齢者医療広域連合へ引き継ぐこと等を可能とする。

4. その他

(1) 国民健康保険の財政安定化基金を、都道府県が国民健康保険事業費納付金の著しい上昇抑制等のために充てることを可能とする。【国民健康保険法】

(2) 都道府県国民健康保険運営方針について、保険料の水準の平準化や財政の均衡に関して記載事項に位置付ける。【国民健康保険法】

(3) 医療扶助においてオンライン資格確認を導入する。【生活保護法、社会保険診療報酬支払基金法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】 等

施行期日

令和4年1月1日(ただし、1(1)は令和4年10月1日から令和5年3月1日までの間において政令で定める日、2(1)は令和4年10月1日、2(2)及び4(1)は令和4年4月1日、4(2)は令和6年4月1日、4(3)は一部を除き公布の日(令和3年6月11日)から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日)

骨太方針

骨太方針2017（平成29年6月9日閣議決定）

また、市町村の法定外一般会計繰入れの計画的な削減・解消を促す。

骨太方針2018（平成30年6月15日閣議決定）

国保財政の健全化に向け、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見える化を進める。

骨太方針2019（令和元年6月21日閣議決定）

法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求めるとともに、保険者努力支援制度における加減算双方向でのインセンティブ措置を導入し、法定外繰入等の一人当たりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰入等の早期解消を促す。国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。

骨太方針2020（令和2年7月17日閣議決定）

前文

「経済財政運営と改革の基本方針2020」は、現下の情勢下では政府として新型コロナウイルス感染症への対応が喫緊の課題であることから、令和3年度概算要求基準の内容をできる限り簡素なものとし、歩調を合わせ、記載内容を絞り込み、今後の政策対応の大きな方向性に重点を置いたものとしている。「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）のうち、本基本方針に記載がない項目についても、引き続き着実に実施する。

骨太方針2021（令和3年6月18日閣議決定）

国保財政を健全化する観点から、法定外繰入等の早期解消を促すとともに、普通調整交付金の配分の在り方について、引き続き地方団体等と議論を継続する。

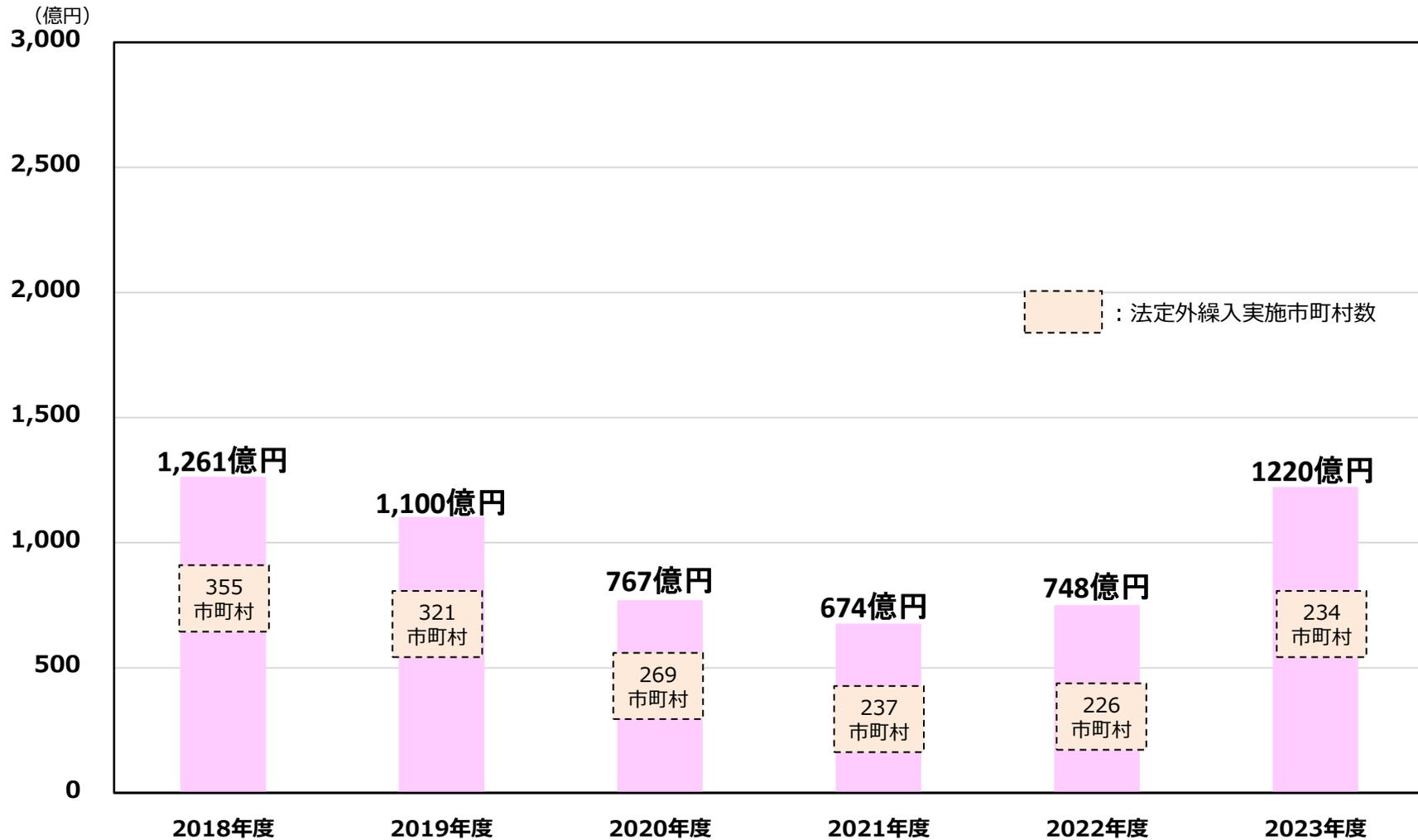
骨太方針2022（令和4年6月7日閣議決定）

国保財政健全化の観点から、法定外繰入等の早期解消を促すとともに、普通調整交付金の配分の在り方について、方向性を示すべく地方団体等との議論を深める。

社会保障 4. 医療・福祉サービス改革

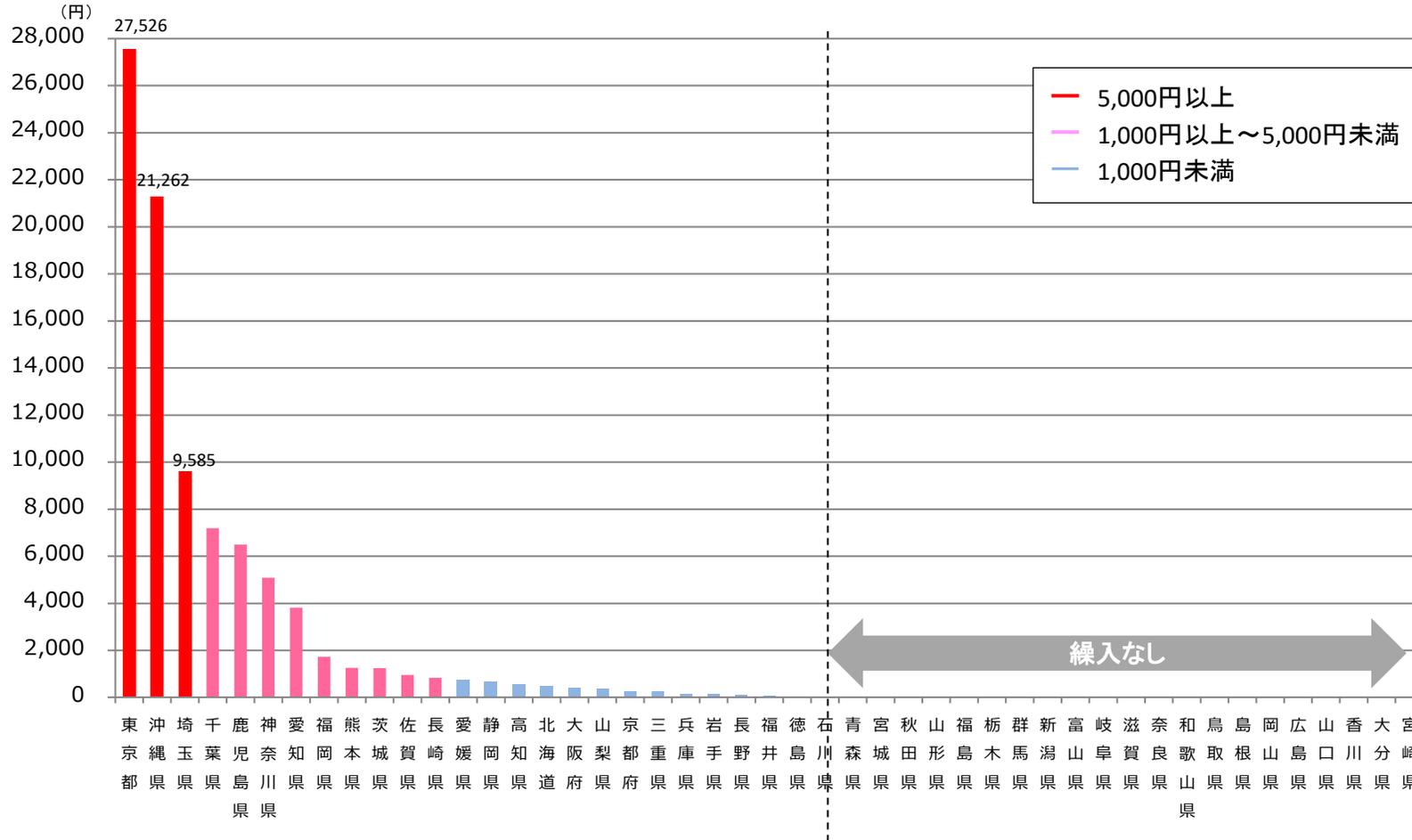
KPI 第2階層	KPI 第1階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	24	25	26~
	<p>○国保連合会と協働・連携して医療費適正化の観点からレセプトデータ等の分析等を行っている都道府県。 【2025年度までに75%】</p> <p>○急性下痢症又は急性気道感染症患者への抗菌薬薬剤費が減少している都道府県及び全国での急性下痢症又は急性気道感染症患者への抗菌薬薬剤費の総額。 【2029年度までに全都道府県で減少かつ全国での総額が毎年度減少】</p>	<p>c. 後期高齢者支援金の加減算制度については、2021年度から新たに設定した加入者の適正服薬の取組に対する評価も含めて、保険者インセンティブ制度を実施していく。★ 《所管省庁：厚生労働省》</p> <p>d. 国民健康保険の保険者努力支援制度においても、適用する指標について、地方団体と協議の上、見直しを行い、保険者インセンティブ制度を実施していく。★ 《所管省庁：厚生労働省》</p> <p>e. 中長期的課題として、都道府県のガバナンスを強化する観点から、現在広域連合による事務処理が行われる後期高齢者医療制度の在り方の検討を進める。 ※中長期的課題として検討 ★ 《所管省庁：厚生労働省》</p> <p>f. 国保連合会と協働・連携して医療費適正化の観点からレセプトデータ等の分析を行っている都道府県の先進・優良事例について横展開を図る。★ 《所管省庁：厚生労働省》</p>	→		
<p>○法定外繰入等を行っている市町村数 【2023年度までに100市町村】 【2026年度までに50市町村】</p>	<p>○法定外繰入等の額 【2021年度決算(674億)より減少】</p> <p>○保険料水準の統一の目標年度を定めている、または統一を達成した都道府県 【2023年度までに60%】(実施都道府県数/47都道府県。厚生労働省より各都道府県に調査)</p>	<p>4.4. 地域の実情を踏まえた取組の推進(医療) ii. 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進(法定外繰入の解消等) ★</p> <p>a. 法定外繰入等の解消期限や解消に向けた具体的な手段が盛り込まれた計画の策定・実行を推進するとともに、解消期限の設定状況等を公表。2021年の国民健康保険法の改正を踏まえた国保運営方針に基づき、特に解消期限の長い市町村がある場合は、都道府県から市町村に適切に関与するよう促すなど、解消期限の短縮化を図る。また、KPI達成を見据えて、国と地方団体との議論の場を継続的に開催し、その結果に基づき、保険者努力支援制度における法定外繰入等の状況に応じた評価の活用など、より実効性のある更なる措置を進める。 《所管省庁：厚生労働省》</p>	→	→	→

市町村の一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入の推移



(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

一人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（令和5年度速報値）



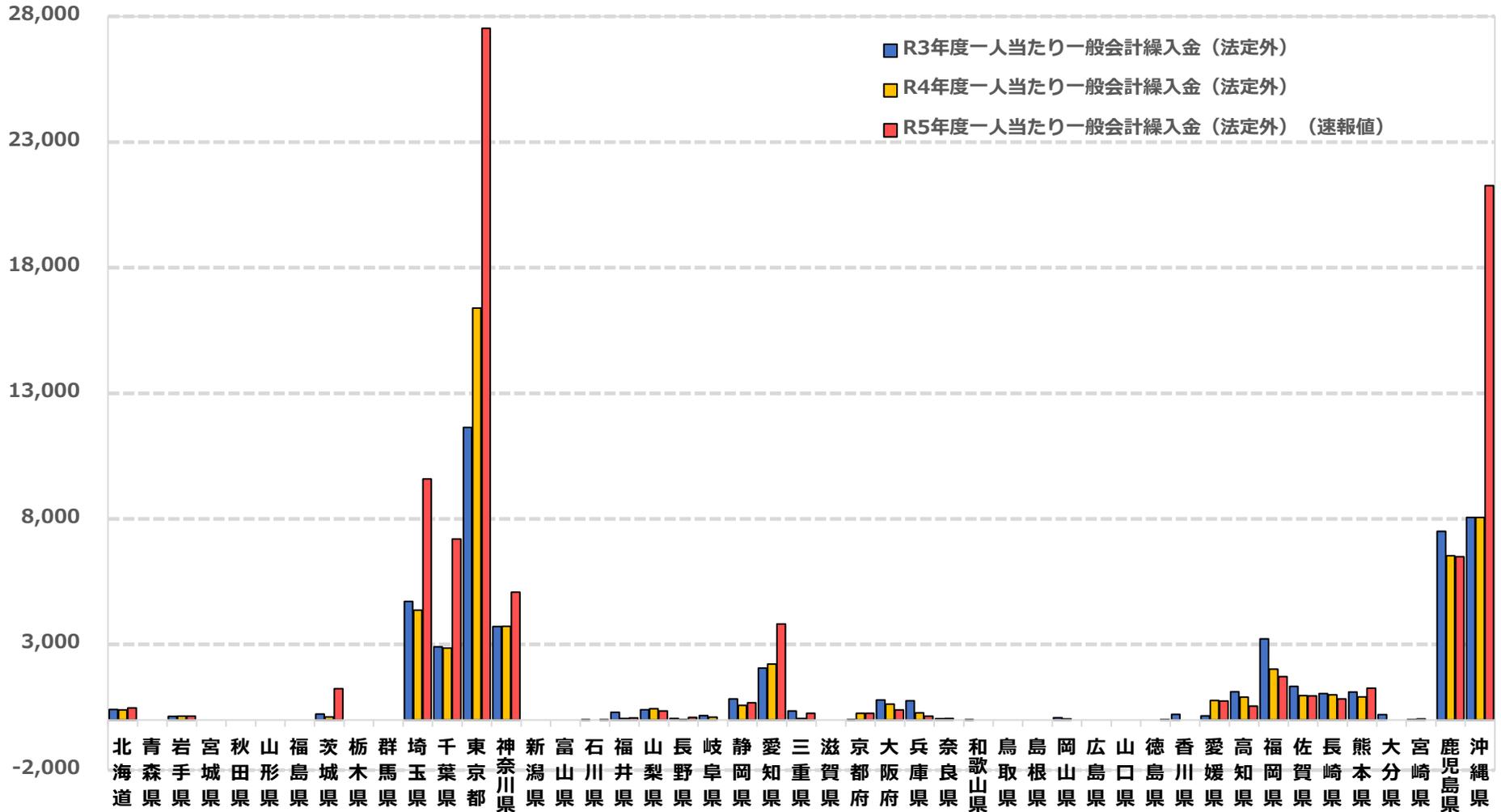
(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

※ 市町村数で見ると、約9割の自治体は繰入を行っていない。繰入金額合計で見ると、東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県市区町村の合計が全体の8割以上（東京都：59%、埼玉県：11%、千葉県7%、神奈川県：7%）を占めている。

【参考】一人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（都道府県別状況）

○ 令和5年度の1人当たり繰入金（速報値）が5千円を超えるのは、東京都、沖縄県、埼玉県、千葉県、鹿児島県、神奈川県である。

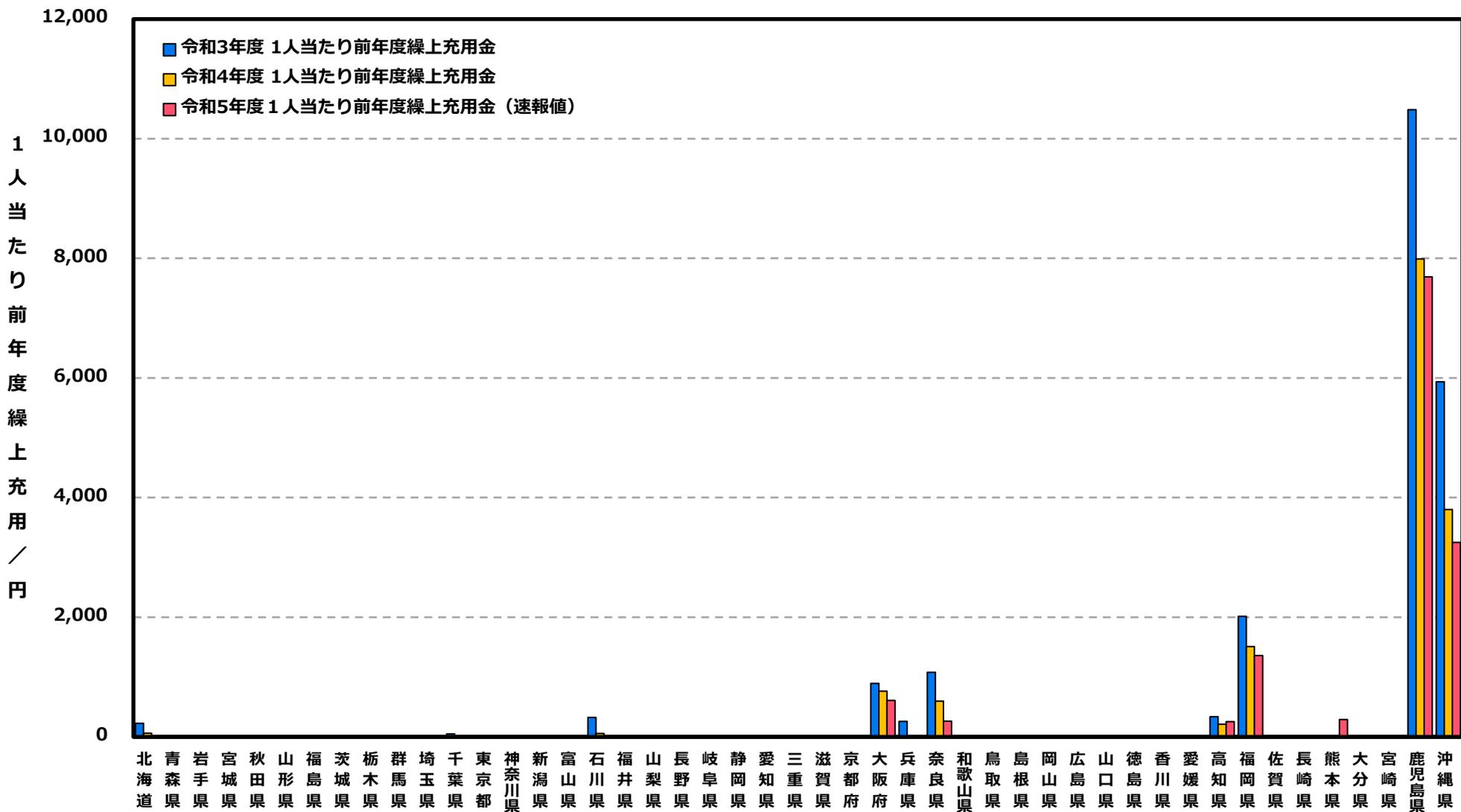
1人当たり法定外繰入（決算補填等目的）／円



(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

【参考】 1人当たり前年度繰上充用金の状況

○ 令和5年度の1人当たり前年度繰上充用金（速報値）が5千円を超えるのは、鹿児島県である。



(出所) 国民健康保険事業年報

赤字削減・解消計画の策定状況（令和7年1月末時点）

- 決算において赤字が生じ、法定外繰入等を行った市町村については、翌々年度までに法定外繰入等の解消が見込まれない場合は、赤字削減・解消計画を策定し、計画的に法定外繰入等の解消に取り組むこととされている。
- 赤字削減・解消計画の策定対象となる市町村は、前年同時期と比べ20市町村減少し、着実に解消が進んでいる。一方で、解消予定年度を延長した市町村も多くあり、解消予定年度が令和9年度以降の市町村が前年同時期と比べ21市町村増加している。

● 解消予定年度ごとの市町村数

		(参考) R5 解消済	R6 解消	R7～8 解消	R9以降 解消	合計	
計画 初年度	H30	(25)	8	47	74	129	
	R1	(3)	2	10	3	15	
	R2	(3)	5	5	4	14	
	R3	(1)	0	5	2	7	
	R4	(1)	1	4	2	7	
	R5		0	2	3	5	
	R6			6	7	13	
:							
合計	解消	(33)	16	79	95	190	
	未解消		174	95	—		
(参考) 令和6年1月末時点		解消 未解消	R6～8 解消		84 74	74 —	210

【参考】赤字削減・解消計画の策定状況

令和7年1月末時点

	都道府県	市町村数	計画策定市町村数	計画初年度							参考 R5解消済	解消予定年度			
				H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6		R6	R7~8	R9以降	
1	北海道	157	9	4		1	1	1	0	2	2	3	4	2	
2	青森県	40	0								0	0	0	0	
3	岩手県	33	3			1	1	1			0	1	2	0	
4	宮城県	35	0								0	0	0	0	
5	秋田県	25	0								0	0	0	0	
6	山形県	32	0								0	0	0	0	
7	福島県	59	0								0	0	0	0	
8	茨城県	44	1		1						1	0	1	0	
9	栃木県	25	0	0							0	0	0	0	
10	群馬県	35	0								0	0	0	0	
11	埼玉県	63	28	20	2	3				3	3	0	28	0	
12	千葉県	54	7	5			1			1	1	0	0	7	
13	東京都	62	57	56					1		2	3	5	49	
14	神奈川県	33	9	0	9						2	1	7	1	
15	新潟県	30	0	0							0	0	0	0	
16	富山県	15	0								0	0	0	0	
17	石川県	19	0	0							0	0	0	0	
18	福井県	17	1	1			0				0	0	0	1	
19	山梨県	27	2	1				1			0	0	2	0	
20	長野県	77	1		0					1	0	0	1	0	
21	岐阜県	42	0			0					1	0	0	0	
22	静岡県	35	1			1					0	1	0	0	
23	愛知県	54	21	14	1	1	1	0	3	1	3	1	12	8	
24	三重県	29	1	1	0						0	0	1	0	

	都道府県	市町村数	計画策定市町村数	計画初年度							参考 R5解消済	解消予定年度			
				H30	R元	R2	R3	R4	R5	R6		R6	R7~8	R9以降	
25	滋賀県	19	0								0	0	0	0	
26	京都府	26	0	0							1	0	0	0	
27	大阪府	43	3	2							0	2	0	1	
28	兵庫県	41	1	1							0	1	0	0	
29	奈良県	39	0		0						1	0	0	0	
30	和歌山県	30	0	0							0	0	0	0	
31	鳥取県	19	0								0	0	0	0	
32	島根県	19	0								0	0	0	0	
33	岡山県	27	0	0							1	0	0	0	
34	広島県	23	0	0							1	0	0	0	
35	山口県	19	0								0	0	0	0	
36	徳島県	24	0								0	0	0	0	
37	香川県	17	0	0							2	0	0	0	
38	愛媛県	20	2	0			1				2	0	0	2	
39	高知県	34	5	4			1				2	0	5	0	
40	福岡県	60	11	4	1	3		1			2	1	5	5	
41	佐賀県	20	2		1	1					0	2	0	0	
42	長崎県	21	1					1			0	0	1	0	
43	熊本県	45	1	1							0	0	0	1	
44	大分県	18	0	0							0	0	0	0	
45	宮崎県	26	0	0							1	0	0	0	
46	鹿児島県	43	6	3			1	1			4	0	1	5	
47	沖縄県	41	17	12			3		1	1	1	0	4	13	
	計	1,716	190	129	15	14	7	7	5	13	33	16	79	95	

(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

今後の対応（法定外繰入等の解消）

- 法定外繰入等の着実な解消を進めていくため、以下の取組を進めていただきたい。

赤字削減・解消計画に基づく着実な取組の推進

- 法定外繰入等の着実な解消のため、国保運営方針に実効性のある取組を定めた上で、赤字市町村及び都道府県において、解消目標年度や解消に向けた具体的な取組等を定めた赤字解消計画を策定・公表し、計画的に取り組むことが重要。
⇒ 国として、引き続き、要因や課題等に応じた取組の好事例を展開。**各都道府県・市町村において、引き続き、赤字の要因の分析を行い、効果的な取組を検証の上、計画的に解消に向けた取組を進めていただきたい。**

解消期限の短縮化に向けた検討

- 令和2年度に、ほぼ全ての市町村において、赤字削減・解消計画に解消予定年度を定めていただいた。一方で、解消予定年度が長期に及ぶものや、具体的な取組と結びつけずにまず年度だけ定めた計画もある状況。
⇒ 国として、引き続き、**都道府県ごとの解消予定年度の設定状況等が見える化。各都道府県において、管内市町村の解消予定年度の設定理由等についてよく確認いただき、具体的な取組方針と併せ、できる限り早期の解消に向けた年度設定を協議いただきたい。**

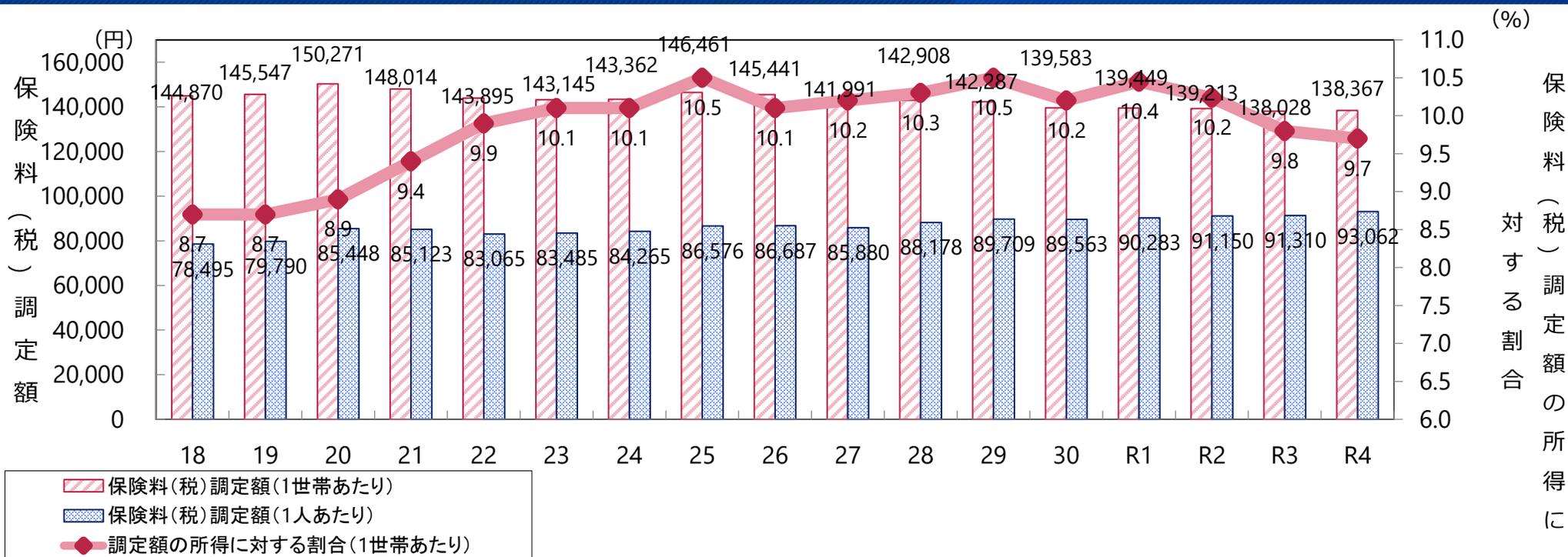
新たな法定外繰入等を発生させないための取組

- 法定外繰入等の解消のためには、削減を進めていく一方で、新たに法定外繰入等を発生させないことが重要。
⇒ 国として、引き続き、解消に向けた方針等を発信。**各都道府県において、赤字市町村の計画の進捗状況に加え、法定外繰入等を行っていない市町村の財政状況等も注視し、新たな法定外繰入等を発生させないよう、あらゆる機会を活用し、定期的に確認・助言等をいただきたい。**また、**連携会議の場等を活用し、定期的に情報共有・周知を行うことにより、市町村との間で法定外繰入等を発生させないことを共通認識としていただきたい。**

国保運営方針に基づく取組

1. 総論
2. 納付金算定
3. 保険料水準の統一
4. 赤字解消・削減
5. 保険料の徴収の適正な実施
6. 保険給付の適正な実施
7. 医療費適正化
8. 事務の標準化・広域化

国民健康保険料（税）の負担の変化

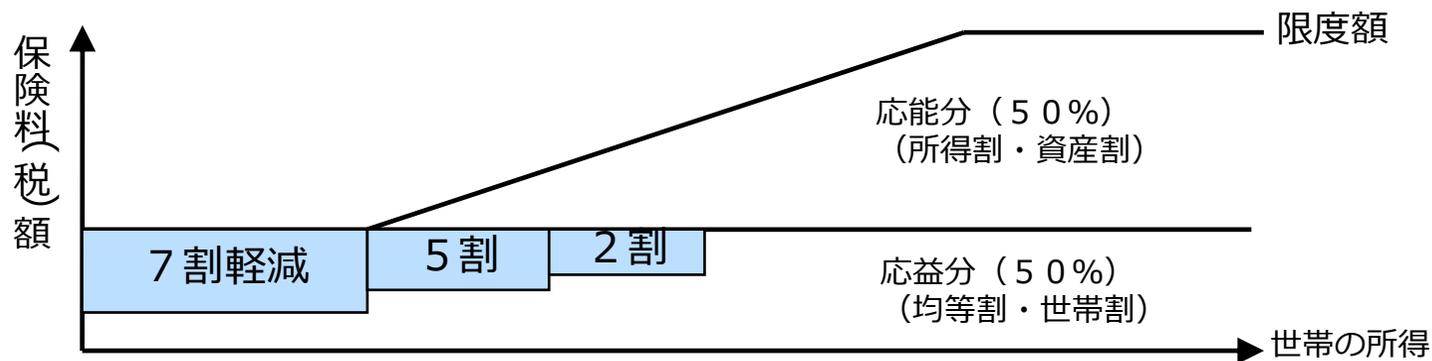


	平均所得（令和3年）		保険料（税）調定額（令和4年度）		保険料（税）調定額の所得に対する割合 1世帯当たり ③/①
	1世帯当たり①	1人当たり	1世帯当たり③	1人当たり	
全世帯	1,425千円	959千円	138,367円	93,062円	9.7%
2割軽減世帯	1,033千円	607千円	123,642円	72,589円	12.0%
5割軽減世帯	641千円	378千円	65,003円	38,376円	10.1%
7割軽減世帯	108千円	85千円	22,050円	17,297円	20.4%

(注) 令和4年度国民健康保険実態調査報告による。
 ここでいう「所得」とは、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額(基礎控除前)による前年所得である。保険料(税)調定額に介護納付金に係る部分は含まれていない。

国民健康保険料（税）の軽減

- 市町村（保険者）は、国民健康保険の給付費の約50%を被保険者が負担する国民健康保険料（税）により賄うこととされている。
- 保険料（税）については、被保険者の保険料負担能力に応じて賦課される応能分（所得割、資産割）と受益に応じて等しく被保険者に賦課される応益分（均等割、世帯割）から構成される。
- 世帯の所得が一定額以下の場合には、応益分保険料（税）（均等割・世帯割）の7割、5割又は2割を軽減している。

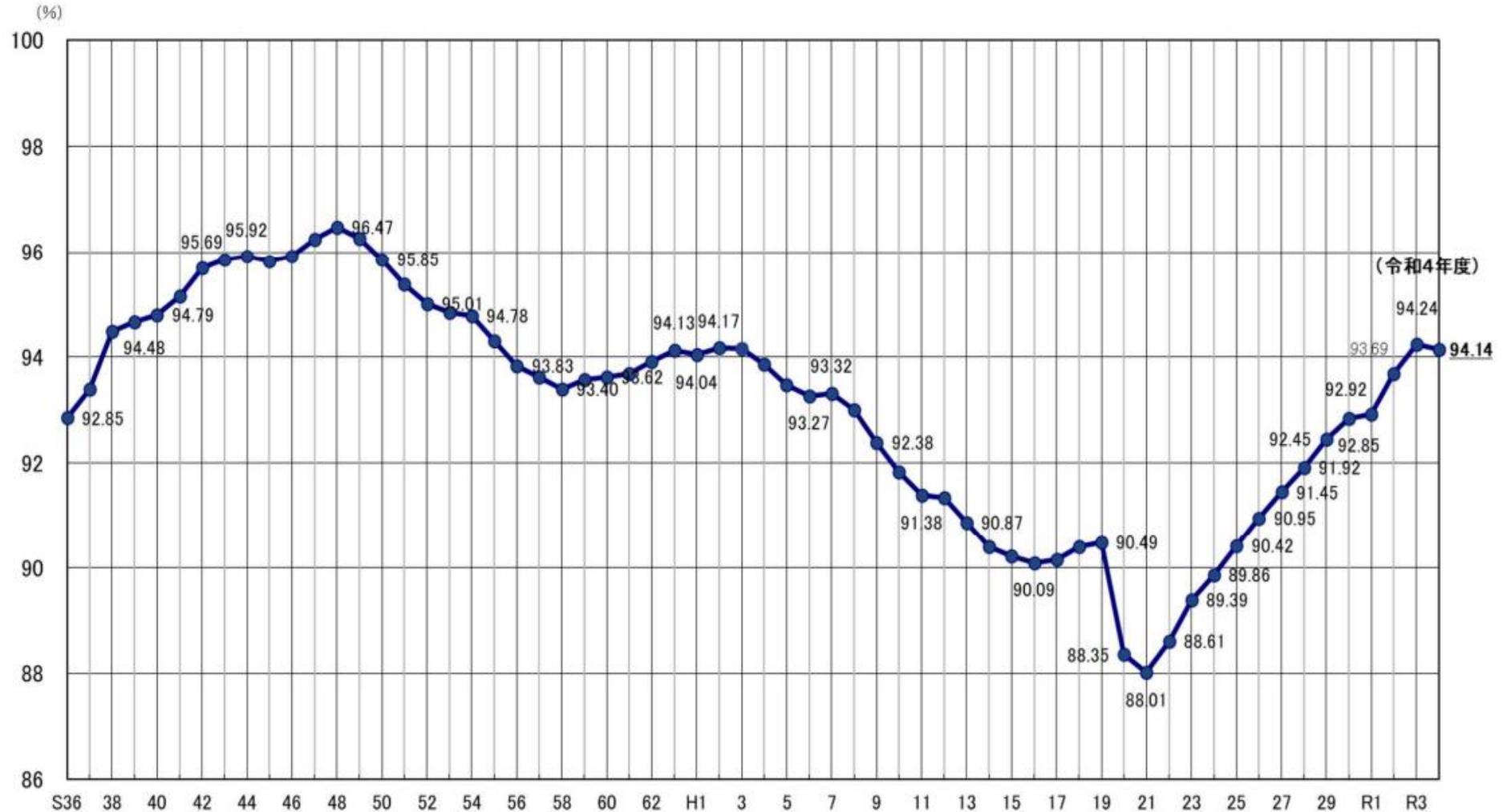


(参考)
 被保険者1人あたり平均均等割額
 37,593円
 ※介護納付金分を含まない。
 ※算定額ベースの金額であり、軽減額等を差し引く前のもの。
 ※出典：令和4年度国民健康保険事業年報

減額割合	対象者の要件（令和4年度） （例：3人世帯（夫婦40歳、子1人）夫の給与収入のみの場合）	世帯数		被保険者数		
			割合		割合	
7割	43万円以下 （給与収入 98万円以下）	541万	32.1%	691万	27.6%	
5割	43万円 + （被保険者数）× 28.5万円以下 （給与収入 195万円以下）	230万	13.7%	391万	15.6%	
2割	43万円 + （被保険者数）× 52万円以下 （給与収入 295万円以下）	182万	10.8%	312万	12.4%	
	※世帯の給与・年金所得者が2人以上の場合は、43万円 + 10万円 × （給与・年金所得者の数 - 1）	全世帯	1,685万	100%	2,508万	100%

※出典：令和4年度国民健康保険実態調査報告

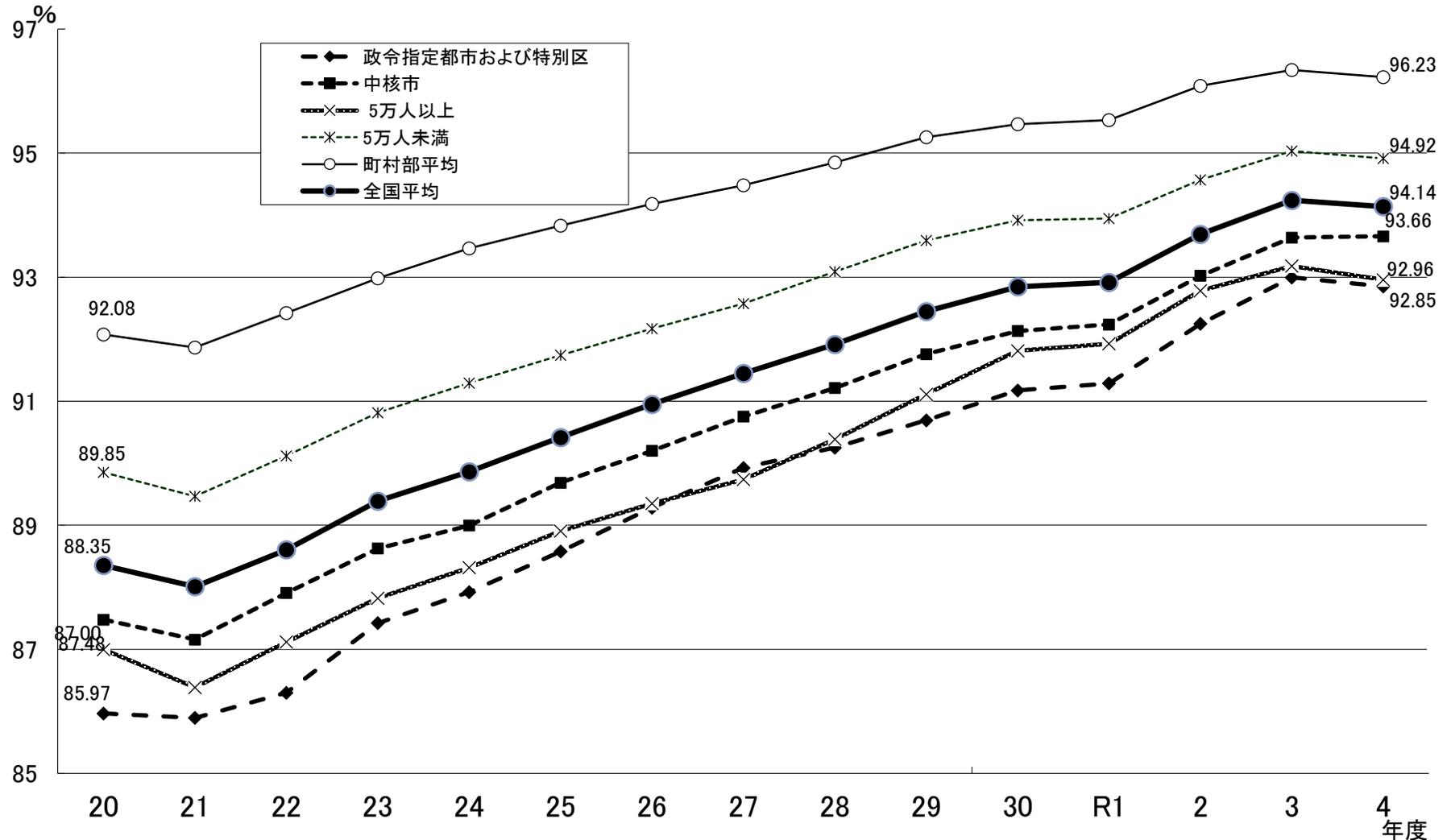
保険料（税）収納率の経年変化



(出所) 国民健康保険事業年報

(注) 現年度分の保険料（税）収納率であり、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。（小数点第2位未満四捨五入）

保険者規模別保険料(税)収納率の推移 (市町村国保)



(出所) 国民健康保険事業年報

(注) 現年度分の保険料(税)収納率であり、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している(小数点第2位未満四捨五入)。

保険料（税）収納対策の実施状況

(1) 収納対策に関する要綱の策定状況

	保険者数	全保険者に占める割合
要綱（緊急プラン、収納マニュアル等）の策定保険者	1,231	71.7%

(2) 収納体制の強化

	保険者数	全保険者に占める割合
①税の専門家の配置（嘱託等含む）	293	17.1%
②収納対策研修の実施	1,082	63.1%
③連合会に設置した収納率向上対策アドバイザーの活用	153	8.9%

(3) 徴収方法改善等の実施状況

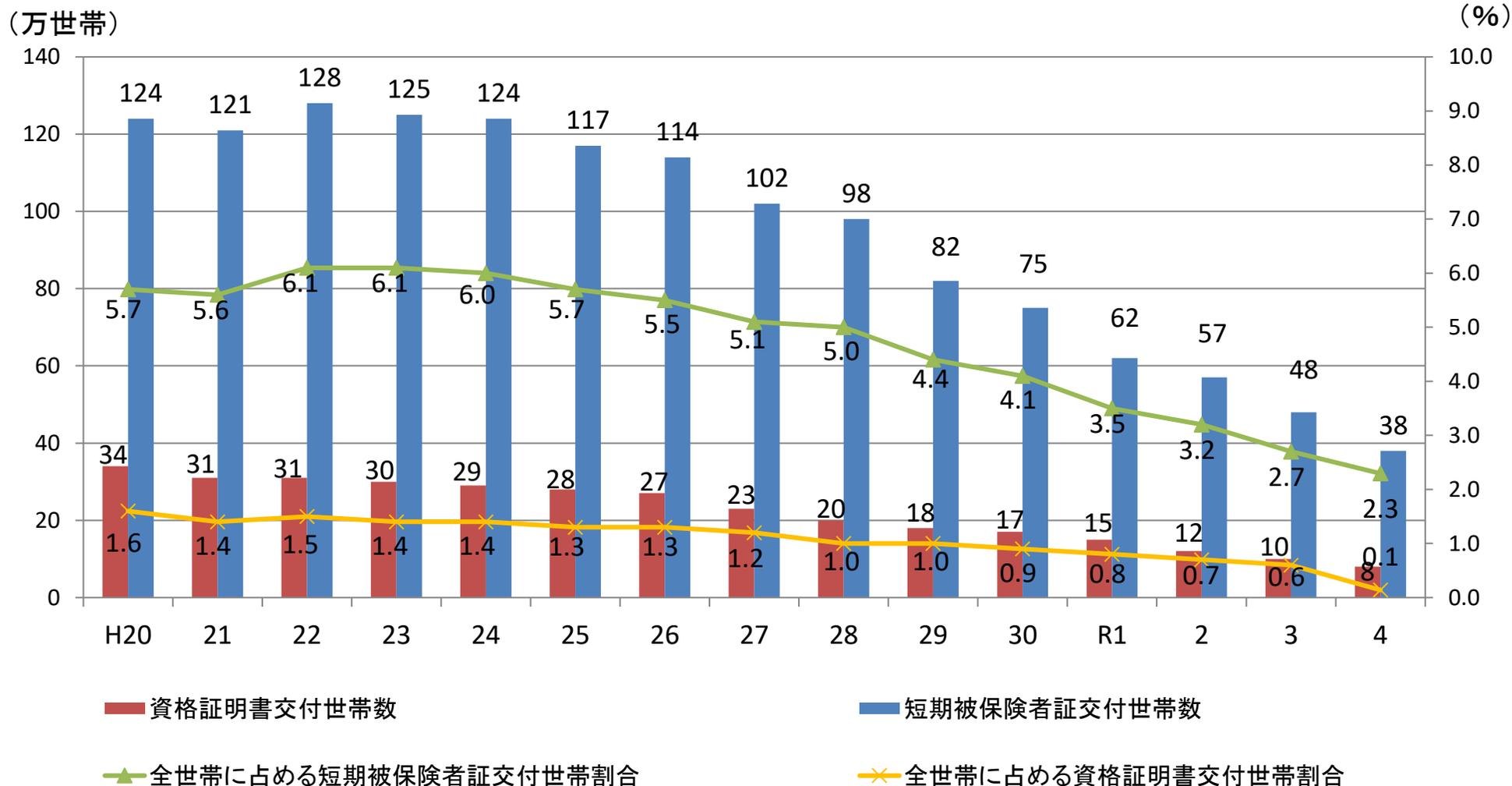
	保険者数	全保険者に占める割合
①口座振替の原則化	320	18.6%
②マルチペイメントネットワークシステムを利用した口座振替の推進	363	21.2%
③多重債務相談の実施	660	38.5%

(4) 滞納処分の実施状況

	保険者数	全保険者に占める割合
①財産調査の実施	1,633	95.2%
②差押えの実施	1,602	93.4%
	差押世帯数計（令和4年度） 303,746 件	
	差押金額計（令和4年度） 659.6億円	
③搜索の実施	895	52.2%
④インターネット公売の活用	698	40.7%

（出所）保険局国民健康保険課調べ

短期被保険者証・資格証明書交付世帯数・割合



(出所) 保険局国民健康保険課調べ
 注) 各年6月1日現在の状況。

国民健康保険料（税）収納率向上アドバイザーによる支援

- 国民健康保険料（税）の収納率向上に関する意見・アイデアを施策の検討に反映し、かつ、収納率向上対策を検討する保険者の業務を支援するため、国民健康保険料（税）収納率向上アドバイザーを委嘱。

収納率向上アドバイザー会議の実施

- ・厚生労働省保険局国民健康保険課において、国民健康保険料（税）収納率向上アドバイザー会議を開催。
- ・各保険者の収納対策の実施状況や収納率向上アドバイザーの活動状況等に関して、アドバイザーとの間で意見交換・ヒアリングを行い、今後の保険料（税）収納率向上に向けた対策の検討に反映している。

市町村等の依頼に基づくアドバイザーの支援

- ・市町村等から収納率向上アドバイザーに対して下記に関する依頼を直接行い、支援を受けることができる。
 - （１）研修会・会議等への講師派遣依頼
 - （２）電話やメール等による相談対応依頼 等

※市町村等からアドバイザーに対して直接依頼を行う。費用は依頼者が負担。



- ・アドバイザーから下記について助言等を得ることにより、保険料（税）収納率向上対策の取組を強化することができる。
 - （１）収納率向上に関する好事例の紹介
 - （２）収納率向上に向けた事務処理体制整備に関する指導
 - （３）保険料（税）の滞納者との面談における対応方法の指導
 - （４）滞納保険料（税）に係る差押事務についての指導
 - （５）その他、収納対策に関する総合的な指導 等

※ 国民健康保険料（税）収納率向上アドバイザーの連絡先等の詳細については、厚生労働省から別途情報提供している名簿を参照。

今後の対応（収納率の向上）

- 収納率の向上を進めていくため、都道府県内の各市町村の現状を把握・整理し、市町村ごとの収納率の推移や収納対策の実施状況を「見える化」するほか、収納率目標の設定、要因分析を踏まえた複数自治体による広域的な事務処理など、体制強化を含め、以下の事例も参考に、取組を進めていただきたい。

主な取組事例

口座振替等の推進

- ・口座登録した被保険者向けのインセンティブ
- ・クレジット決済、コンビニ収納、ペイジーなど多様な収納方法の整備

税部門との連携等による収納体制の強化

- ・納税課等の税部門で滞納整理を実施できるよう、組織改正
- ・税務担当部門との連携
- ・滞納案件を地方税回収機構に移管（複数税目で滞納がある場合でも一括で納付相談）

事務処理の広域化・集約化・効率化

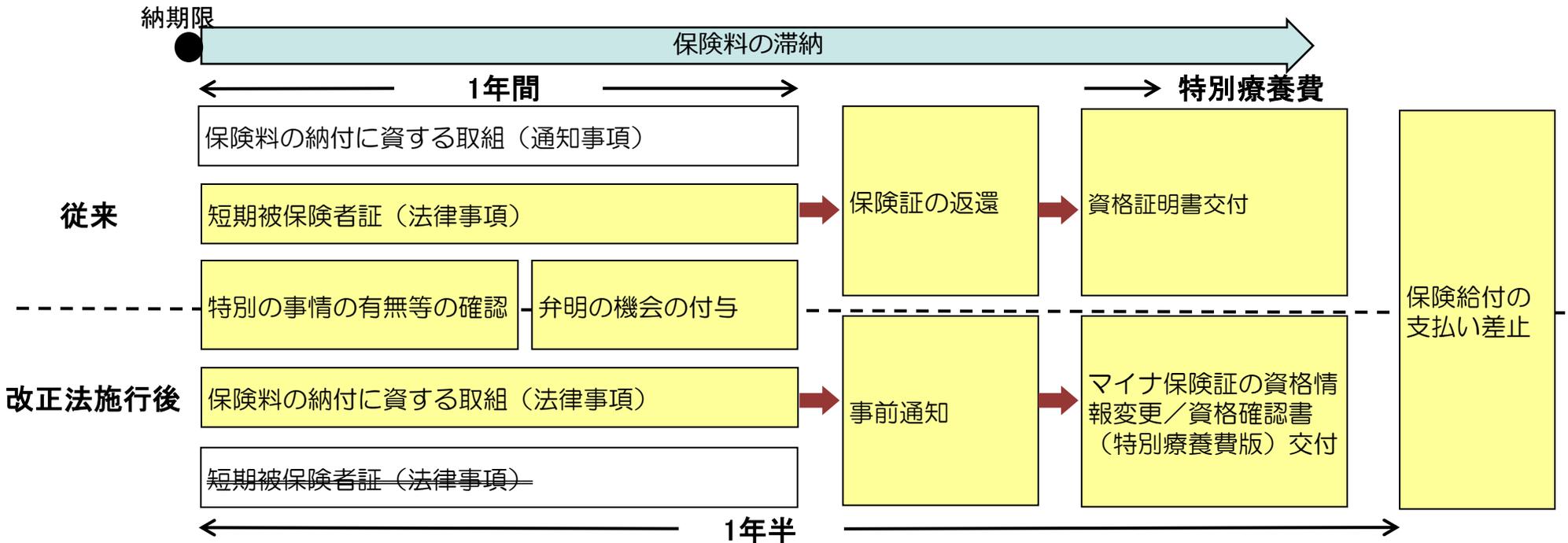
- ・国保連に事務支援センターを設置、滞納の未然防止のための収納コールセンターの運営
- ・滞納案件を地方税回収機構に移管（再掲）（全市町村について一括して対応）
- ・預貯金等照会による財産調査の効率化

都道府県・国保連の関与

- ・収納率の低い市町村に対し、都道府県・国保連から専門指導員（税務経験者等）を派遣し、対策を指導・助言
- ・都道府県や国保連合会による担当者向け研修会の実施

国民健康保険の保険料（税）を滞納している世帯主等に対する措置の取扱いについて 【マイナンバー法等の一部改正法施行後の取扱い】

特別療養費の支給までの流れ（イメージ）



○ 短期被保険者証の廃止によって、滞納者への接触機会が減少し、収納率が悪化するのではないか。

○ 短期被保険者証が廃止されたため、保険料の滞納があればただちに特別療養費の対象とされるのではないか。

○ これまで資格証明書の対象となっていなかった子どもの扱いが変わるのか。

● 納付勧奨通知、電話・訪問等による催促、納付相談など保険料の納付に資する取組を着実に実施。（こうした取組の実施について法律事項として明記）

● これまで同様、原則1年以上の滞納の場合が特別療養費の対象。また、機械的な運用を行うことなく、特別の事情の有無の把握を適切に行った上で対応することを徹底。

● これまで同様、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者は特別療養費の対象外。

国保運営方針に基づく取組

1. 総論
2. 納付金算定
3. 保険料水準の統一
4. 赤字解消・削減
5. 保険料の徴収の適正な実施
6. 保険給付の適正な実施
7. 医療費適正化
8. 事務の標準化・広域化

第三者行為求償の目的

- 第三者行為求償事務とは、被保険者が第三者の不法行為によって負傷又は死亡した場合に、国保法第64条に基づき、保険者が行う保険給付と被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権とを調整し、保険者が第三者に対し損害賠償請求する法的制度である。
- 第三者求償は以下の3つを目的とする。
⇒ 保険者は責任主体として適切に権利を行使して第三者に請求し、保険者本来の役割を果たす。

1) 二重利得の防止

保険給付を受けた被保険者が第三者に対して損害賠償請求権を行使すると、被保険者が同一の事故に対して二つの利得を得ることになる。

2) 不法行為責任

損害についてすでに保険給付による補填がなされているからといって、加害者は損害賠償の責任を免責されるべきものではない。加害者は、民法第709条により、賠償責任の義務を負う。

3) 公平・公正な財源確保

交通事故等に係る医療費は、第三者による不法行為がなければ発生しなかった費用であり、本来不要であった医療費は、本来の負担者に負担してもらうべきもの。

(参考)国民健康保険法(昭和33年法律第192号)

(損害賠償請求権)

第六十四条 市町村及び組合は、給付事由が第三者の行為によつて生じた場合において、保険給付を行つたときは、その給付の価額(当該保険給付が療養の給付であるときは、当該療養の給付に要する費用の額から当該療養の給付に関し被保険者が負担しなければならない一部負担金に相当する額を控除した額とする。次条第一項において同じ。)の限度において、被保険者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。

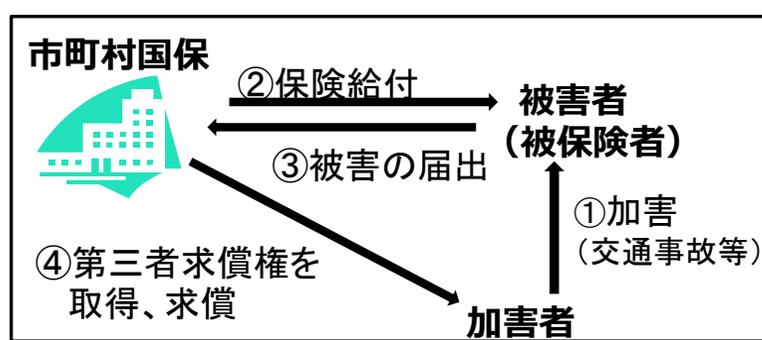
2 前項の場合において、保険給付を受けるべき者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、市町村及び組合は、その価額の限度において、保険給付を行う責を免れる。

3 (略)

国民健康保険における第三者求償の取組

制度概要

- 市町村の行った保険給付が第三者の交通事故等に起因する場合、市町村は第三者求償権を取得し、第三者(損保会社等)に対し損害賠償を請求。



第三者求償における直近の課題

平成27年度から多くの関係者によって取組を強化してきた一方で、5年を経過した現在、主に以下の課題があると考えられ、取組をより一層強化していく必要。

- ・担当職員(管理職含む)の求償事務への意識や基礎知識・専門性等の向上
- ・各保険者・都道府県・連合会における取組状況のばらつきの改善
- ・損保関係団体との覚書に期待される効果の発揮

以下の観点から取組を強化
(令和3年8月に通知発出)

1. 各保険者における体制・
取組の更なる強化

2. 損害保険関係団体との
覚書の運用改善

3. PDCAサイクルの徹底

第三者求償事務の具体的な課題と対応の概要（令和3年度～）

具体的な課題

- 第三者求償の取組状況に都道府県・市町村間でばらつきがある
- 市町村で数値目標を設定・管理する取組が十分機能していない
- 損保団体との覚書が必ずしも現場の市町村・損保会社双方に十分認識・理解されていない
- 損保団体との覚書で期待した効果が必ずしも十分得られていない

対応の概要

1. 各保険者における体制・取組の更なる強化

- 国から都道府県・市町村に取組強化通知を发出【令和3年8月】
 - ・ 都道府県、市町村の取り組むべき内容を明確化し周知（担当者のみで無く、管理職を含む組織的対応の必要性等）
 - ・ 市町村のPDCA管理のための新たな評価指標を提示
 - ・ 市町村の求償事案管理のための管理様式例を提示
 - ・ 第三者行為求償事務アドバイザーの活用について再周知
- 国保中央会による研修・マニュアルの充実【令和3年度～】
 - ・ 新たに国保連合会初任者職員向け研修を開始
 - ・ 事務処理マニュアル・事例集（保険者・国保連合会向け）の改訂

2. 損害保険関係団体との覚書の運用改善

- 覚書を再締結し、傷病届等様式を改正【令和3年7月】
- 覚書の運用に係るワーキンググループを設置【令和3年度～】
 - ・ 覚書の運用上の課題等について、実務担当者レベルでの意見交換
- 国から損保団体宛に協力依頼通知を发出【令和3年9月】
 - ・ 傘下損保会社等へ覚書の周知や覚書に基づく対応の継続を依頼
- 損保会社担当者向けに覚書を周知するリーフレットの作成、報告制度の運用見直しについて通知【平成30年12月】

3. PDCAサイクルの徹底

- 保険者努力支援制度の指標見直し【令和3年度～】
 - ・ 市町村：体制強化や第三者行為の早期発見に係る指標を追加 ※アウトプット指標、マイナス指標も導入
 - ・ 都道府県：管内市町村の目標管理について、単なる確認だけでなく具体的な助言の実施を評価する指標を追加
- ワーキンググループ等を年複数回開催し、継続的に実施状況を確認しつつ、PDCAサイクルを徹底し、取組改善を継続

第三者行為求償事務の取組強化①（各保険者における取組）

- 第三者求償行為事務については、各市町村が、責任主体として適切に権利を行使し、保険者本来の役割を果たす必要がある。このため、担当職員のみならず、管理職も含め、組織として当該事務の重要性を認識し、取り組むことが重要。
- 一層の取組強化を図る観点から、具体的に、主に以下の取組に取り組む。

1. 組織的な対応・職員等の知識向上

- 担当職員が孤立することなく、**組織として対応する必要性**の再確認
- 国保連合会等が主催する研修会への**管理職を含む**担当職員の積極的な参加
- 「事務手引き」「事例集」等の積極的な活用（国保中央会により、順次、内容の充実を予定）

2. 第三者行為の早期の把握

- 従来からの取組の強化：各種申請書への第三者行為記載欄の設定、レセプト点検、報道情報の活用等
 - 関係機関との連携体制の構築：警察、消防、保健所等から関連情報の提供を受ける体制の構築(※)
 - 医療関係機関との連携の強化：レセプトへの「10.第三」の記載への協力依頼等(※)
- (※) 広域の機関・団体との調整については、**都道府県も積極的な協力を実施**

3. 被保険者への周知・広報

- ホームページの活用(届出義務についての周知、届出様式等の掲載等)、多様な媒体での周知 等

4. 第三者行為求償事務アドバイザーの活用

5. 地域の実情に応じた連携・協力関係の構築

- 損保関係団体等との地域ごとの連携体制の構築
- 保険者（・国保連合会）と損保会社等の個別担当者同士の協力関係の構築

第三者行為求償事務の取組強化②

(損害保険関係団体との覚書に基づく取組)

【現行の覚書に基づく取組】

- 平成28年4月より、全ての市町村保険者と損害保険関係団体との間で、傷病届等の作成支援に関する覚書を締結。
 - ・ 損害保険会社は、被害者の傷病届の作成・提出の援助を無償で行う(示談代行サービスの一環)
 - ・ 傷病届の代行提出は、国保利用から一箇月以内を目処に市町村へ提出
- 覚書の運用状況の評価・検証等のため、国保中央会と損保協会等6団体との協議の場を定期的開催。
- 覚書の着実な実施を図るため、援助が適正に行われていない場合の報告制度を運用。
(市町村は保険会社名・担当者名を都道府県に報告。都道府県⇒国保連合会⇒国保中央会⇒厚労省・損保団体に連絡)

【最近の課題】

- 保険者・損保会社の担当職員における覚書の趣旨・内容の理解の徹底
- 覚書に期待される効果の発揮
(傷病届の作成・提出にかかる損保会社の支援率・提出までの平均日数等の向上、把握する数値データの精査の必要性)
- 報告制度の効果的な活用(都道府県ごとにばらつき)

【令和3年7月1日付けで覚書再締結】

- ・ 有効性を高める観点での改定
- ・ 傷病届様式の一部見直し

以下の観点から
取組強化・運用改善を実施

○覚書の趣旨の再徹底

- ・ 保険者においても、**管理職を含め、覚書の趣旨・内容について改めて理解を徹底**
- ・ リーフレットにより損保会社等の現場の担当者に覚書の趣旨・内容を周知する運用を開始(令和4年1月)

○覚書の継続的な評価・改善

- ・ これまでの「協議の場」に加え、「実務担当者意見交換会(ワーキンググループ)」(※)を新設。
⇒ **継続的に覚書の内容・運用の評価・改善に取り組む**
- ※ 厚労省関与の下、国保中央会、国保連合会、損害保険関係団体の代表にて構成

○覚書の運用改善のための「報告制度」の見直し(令和4年1月)

- ・ 報告ルートの簡略化(※)
- ・ 報告様式の改善(記載内容の具体化・明確化等)
- ・ 報告に対する損保会社等の対応結果等について、損保関係団体から保険者にフィードバックする運用を開始
- ・ 報告制度の趣旨・内容について保険者に再周知
⇒ 個別の調整では解決困難など運用改善のために必要な事例については、**積極的に本制度を活用**

※ 市町村は都道府県を経由せず、事案の都度、直接国保連合会に報告する。なお、国保連合会への報告の際には、都道府県に対しても同報するとともに、都道府県は、同報を受けた内容を把握し、各市町村の抱える課題を把握するよう努める。

第三者行為求償事務の取組強化③ (PDCAサイクルの強化)

保険者が第三者行為求償事務の取組強化を図るにあたっては、都道府県も関与のもと、以下のような取組により、**PDCAサイクルを循環させ、継続的に取組強化**を図っていくことが重要。

- 保険者は下記の評価指標を参考に、**数値目標の設定、取組状況の把握・評価、事務の改善等、計画的に進める。**
- 保険者における求償事務の管理にあたっては、効率化に資するため、新たに作成した**管理様式を活用。**
- **都道府県は、保険者における数値目標や取組計画等を把握し、目標設定に対する助言や、取組状況への評価、管下の他保険者との比較によるフィードバック等、保険者のPDCAサイクルに積極的に関与。**

【評価指標】

1. 被保険者による傷病届の早期の提出

国保利用開始日から60日以内に被保険者から傷病届が提出された件数の割合の増加
・国保利用開始日から60日以内の傷病届の提出件数／傷病届の全提出件数×100

【観点】被保険者への届出義務・届出早期提出にかかる周知状況、保険者における事案の早期把握・提出勧奨の取組状況

2. 保険者による勧奨の取組の効果

保険者が被保険者に届出勧奨を行った事案の件数のうち、最初の届出勧奨から30日以内に提出される傷病届の割合の増加
・保険者による最初の届出勧奨後30日以内に提出された傷病届の件数／保険者が被保険者に届出勧奨を行った案件数(※)×100
(※)勧奨を行った結果、第三者行為求償事案ではないことが判明した案件を除く

【観点】保険者による被保険者への傷病届提出勧奨の取組の効果

3. 保険者における傷病届受理日までの平均日数

国保利用開始日から保険者が傷病届を受理した日までの平均日数の短縮化
・受理した傷病届に係る国保利用開始日から傷病届受理日までの総日数／傷病届の全提出件数

【観点】保険者の取組全体の状況、覚書による効果

4. レセプトへの「10. 第三」の記載率

提出された全ての傷病届に係るレセプトについて、その特記事項欄に「10. 第三」の記載がなされているものの件数の割合の増加
・レセプトに「10. 第三」が記載されていた件数／傷病届の全提出件数×100

【観点】医療機関との連携体制の状況

5. その他

地域の実情に応じた積極的な評価指標の設定

第三者行為求償に関する取組工程表

- 第三者行為求償事務の取組強化に向けて、以下のとおり取り組む。
- 取組状況や目標の進捗状況は、毎年度、協議の場で確認を行うとともに、必要に応じ、工程表の見直しを行うこととする。

目標 保険者：国保等利用開始から傷病届提出までの平均日数の短縮化
 （早期案件把握・被保険者への勧奨等の求償事務の取組徹底）
 損保：覚書に基づく取組の適切な遂行を通じた保険者の上記取組への協力

※覚書の規定：国保等利用開始から原則1ヶ月以内に送付

	主な取組内容	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	4月～
協議の場	<ul style="list-style-type: none"> ○協議の場(毎年度2回目途) ・覚書の運用状況の確認・改善 ○実務担当者意見交換会(WG)(随時開催) ・覚書の運用の詳細等を協議 	随時、WGを開催	協議の場	随時、WGを開催	協議の場	取組状況を反映
市町村・広域連合・都道府県・国保連	<ul style="list-style-type: none"> ○職員の知識・専門性向上 ・担当職員(幹部含む)への研修等実施(国保連・都道府県による研修) ○職員による求償に係る取組の徹底 ・担当職員による事務の適切な遂行 ・評価指標等の活用による取組状況の評価・改善 都道府県による支援 	初任者研修 <small>※実施時期等は実情に応じ判断</small>	担当職員による日々の求償事務の適切な管理・遂行 求償事務の取組状況の確認・改善(都道府県によるとりまとめ) 厚労省に報告	その他研修等 <small>※実施時期等は実情に応じ判断</small>	求償事務の取組状況の確認・改善	以降、毎年度、取組を継続(進捗状況に応じて取組を改善)
国保中央会	<ul style="list-style-type: none"> ○保険者・国保連の専門性向上支援 ・国保連向け研修の開催・充実 ・事務手引き・事例集の改定 ・事務研究会の開催 ○報告制度の運用・管理 	国保連向け初任者研修	報告制度の運用・管理	国保連向け担当者研修	事務研究会 運用状況報告	
損保会社等・損保団体	<ul style="list-style-type: none"> ○担当社員への覚書の趣旨の徹底 ・研修・マニュアル等を通じた周知 ○覚書に基づく取組の徹底 ・担当職員による適切な遂行 ・報告制度等による担当社員の覚書遵守状況の確認・改善 	覚書の周知 <small>※実情に応じた時期・方法(研修・会合・社内広報・マニュアル等)</small>	担当社員による覚書に基づく傷病届の作成・提出支援の適切な遂行	報告制度等による覚書遵守状況の確認・改善	取組状況報告	
厚生労働省	<ul style="list-style-type: none"> ○全国主管課長会議等での取組周知 ○保険者努力支援制度による取組インセンティブの強化 ○保険者向け調査による取組状況の把握 	保険者努力支援制度指標の検討 保険者向け調査準備	指標発出 調査実施	都道府県ブロック会議	保険者努力支援制度の採点・保険者向け調査結果の集計 →保険者の取組状況を把握・評価・検討	全国主管課長会議 取組状況報告

第三者行為求償事務アドバイザーによる支援

○ 保険者の抱える第三者求償事務の課題に対して、実務的な観点から具体的な解決策等を助言し、第三者求償事務の継続的な取組強化と目標達成を支援するため、第三者行為求償事務アドバイザーを委嘱。

※法解釈等の疑義照会は対象外。（私債権の管理手法等については、顧問弁護士、行政書士等の専門家に相談）

市町村等は、直接、
アドバイザーに依頼又は相談

- (1) 講演依頼に基づく講師派遣
- (2) 電話やメール等により相談対応等

※費用は依頼者が負担

依頼・相談の手順

アドバイザーからの助言等を得て求償事務の底上げ

- (1) 傷病届の提出の励行を促す取組の強化
- (2) 第三者による不法行為が疑われるレセプト発見の強化
- (3) 損害賠償請求の事務が滞っている場合の解消方法
- (4) 損害保険会社、医療機関等との連携方法
- (5) その他、求償事務の取組強化

数値目標
の達成

【市町村】

① アドバイザーのメールアドレスへ具体的な事例を基に内容を明確にして相談事項等を送信。

件名に「アドバイザー氏名」と相談者の所属・氏名を記載。

(件名例)

【相談】〇〇様←〇〇市国保課〇〇

【アドバイザー】

② アドバイザーから返信。

(返信内容例)

- ・相談内容への回答。
- ・電話で照会いただきたい場合には、電話番号を通知。
- ・講演依頼に可否の返信

【市町村】

③アドバイザーからの返信に応じた対応

※ 第三者行為求償事務アドバイザーの対応可能時間や相談先メールアドレス、担当都道府県等の詳細については通知を参照

令和5年改正法の施行：第三者行為求償事務の取組強化

1. 現状及び見直しの趣旨

- 市町村は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合に保険給付を行ったときは、その給付の価額の限度で、被保険者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得するとされている。（第三者行為求償）
 - ※ 市町村は、損害賠償請求権に係る損害賠償金の徴収又は収納の事務（第三者行為求償事務）を国保連合会に委託することが可能。
- 第三者行為求償については、訴訟や調停等の法的手続きを要するなど専門性が高いもの、第三者の行為による保険給付が複数の市町村の被保険者に生ずるなど広域的な対応が必要なものなどがあり、国保の財政運営の責任主体である都道府県は、市町村とともに、第三者行為求償等を通じて保険給付の適正化により一層努めていただく必要がある。

2. 見直し内容

- 都道府県は、保険給付の適正な実施を確保するため、広域的又は専門的な見地から必要があると認められる場合に、市町村の委託を受けて、第三者行為求償事務を行うことを可能とする。
- 市町村が、第三者行為求償事務を円滑に実施できるよう、関係機関（官公署、金融機関その他の関係者）に対し、保険給付が第三者の行為によって生じた事実に係る資料の提供等を求めることを可能とする。

【施行時期】 都道府県への委託：**令和7年4月** 関係機関への資料提供等の求め：**公布日施行**

第三者行為事務に係る取組強化について（施行に向けた準備等）

1. 改正の経過及び現状等

- 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号。以下「改正法」という。）については、令和5年5月19日に公布され、順次施行することとされた。
- 第三者行為求償事務に係る法改正については、都道府県が、市町村から委託を受けて、保険給付の適正な実施を確保するため、広域的又は専門的な見地から必要があると認められる場合には、第三者行為求償事務を行うことができるとされたが、都道府県における体制が整っておらず準備期間が必要なことから、令和7年4月1日の施行とされた。
- 都道府県が第三者行為求償事務を行うことで、次のような課題が解消される。
 - ・ 一つの事故に対し複数の市町村の被害者がいる場合、市町村ごとに第三者に対する求償事務や債権管理等を行う必要があるが、人的体制が整わない市町村では債権回収が進まない。
 - ・ 訴訟や調停等の法的手続きは専門性・特殊性が高く、個々の市町村等で処理することに困難を伴うことが多い。
 - ※ 上記について、各市町村個別に事務処理体制を整えることは、国保事業全体としては非効率であり、保険給付の適正化のために真に必要な事務について行う必要性は高いと考えられる。
- また、平成30年度の都道府県単位化では、市町村による保険給付に要した費用は、全額、都道府県から「国民健康保険保険給付費等交付金」として市町村に交付される仕組みが設けられており、市町村に給付適正化のインセンティブが働きづらいことや、不正利得の徴収については、都道府県への委託規定が設けられており、バランスを欠いているという課題もあった。

第三者行為事務に係る取組強化について（施行に向けた準備等）

- 国としては、国保中央会への調査研究委託事業として令和5年補正予算化し、業務が円滑に進むよう準備を行っているところ。当該事業においては、広域的、専門的に委託を行う事案等の情報収集及び委託事務の内容や事務フローなどの検討を行った。
- 都道府県においては、国保連合会の協力を得ながら市町村と事務委託について協議を行い、地域の実情に合わせた体制整備を行っていくことが重要と考える。

2. 省令及び通知の発出について

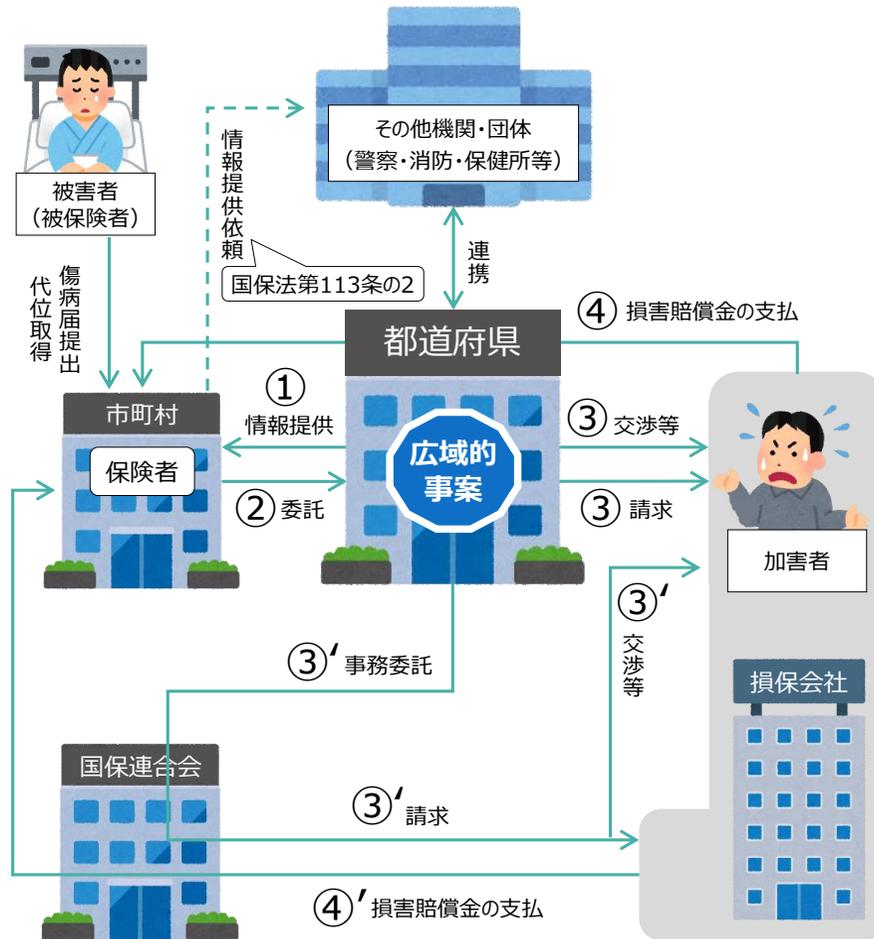
- 改正後の国民健康保険法第64条第3項の規定に基づき、国民健康保険法施行規則の一部を改正する省令を定めることとなるが、令和6年12月27日に公布した。
- 都道府県が、市町村から委託を受けて行う第三者行為求償事務の取扱いに関する具体的な運用通知については、上記省令の規定を受けて同日に発出した。通知の策定にあたっては、平成29年12月27日の国民健康保険課長通知「都道府県による不正利得の回収に係る事務の取扱いについて」を参考にしている。
また、都道府県と市町村との事務処理の規約例についても併せて通知した。

4. 都道府県に求められる役割

制度改正に伴う第三者求償事務の
都道府県体制構築に係る手引きより抜粋

【ケース1】広域的事案（事案発見から損害賠償金支払いまでの流れ）

広域的な事案（食中毒等）が発生し、市町村が損害賠償金の徴収・収納の事務を都道府県に委託。



<事務の概要>

①広域的な事案を発見した都道府県が市町村に対して情報提供を行う。

※食中毒の場合は、保健所から都道府県を経由し、対象者リスト等が市町村に提供されるイメージ。

※場合によっては、市町村が自ら把握、もしくは、関係機関から直接情報提供を受けることも想定される。

※市町村は、国保法第113条の2により、関係機関に対して情報提供を求めることができる。

②広域的な事案として、必要に応じて市町村から都道府県へ委託を行う（規約に基づく対応）。

③都道府県から加害者に対し損害賠償金の請求を行い、交渉等を行う。

③'必要に応じて都道府県から国保連合会への委託を行い、国保連合会から加害者に対し損害賠償金の請求を行い、交渉等を行う。

④都道府県は、加害者から損害賠償金の支払いを受け、市町村に支払う。

④'国保連合会は、加害者から損害賠償金の支払いを受け、市町村に支払う。

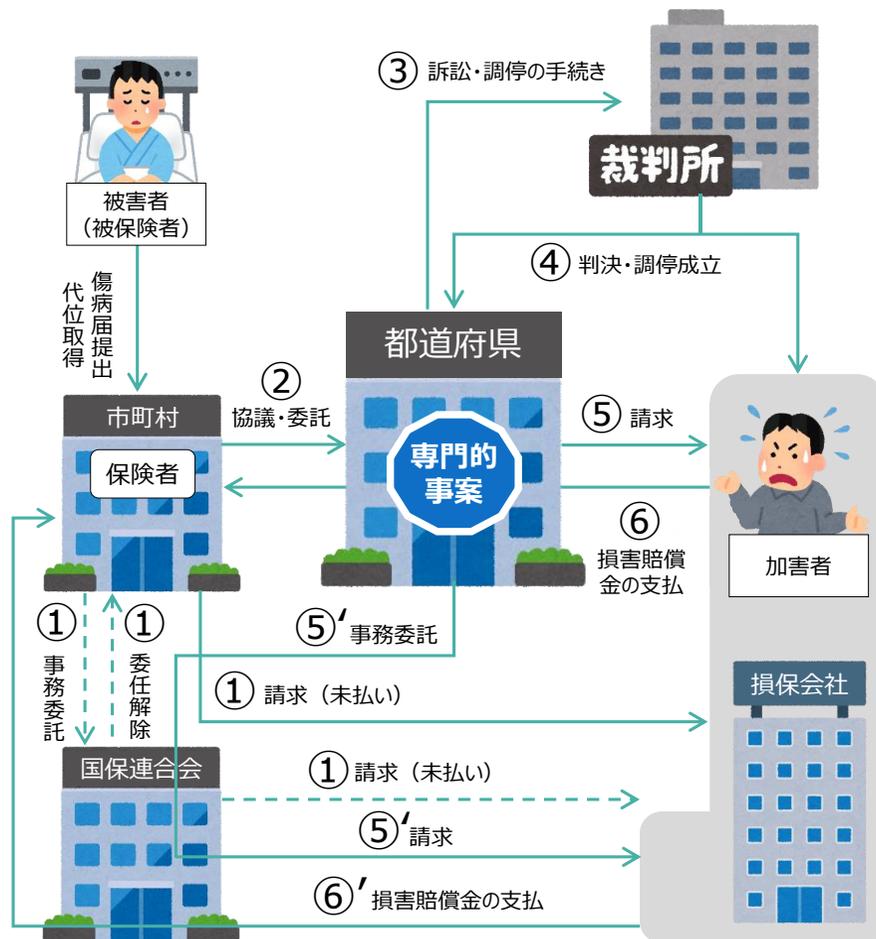
※③'（都道府県から国保連合会への委託）を行った場合は、④ではなく、④'の流れとなる。

4. 都道府県に求められる役割

制度改正に伴う第三者求償事務の
都道府県体制構築に係る手引きより抜粋

【ケース2】専門的事案（法的手続きから損害賠償金支払いまでの流れ）

専門的な事案（訴訟や調停等の法的手続きが必要な事案）が発生し、市町村が解決困難な場合、法的手続きや、損害賠償金の徴収・収納の事務を都道府県に委託。



<事務の概要>

- ① 市町村において、損害賠償金について加害者（損保会社）と交渉したが支払いが行われなかったため、訴訟や調停等の法的手続きが必要となる。
または、市町村から国保連合会へ委託したが、訴訟や調停等の法的手続きが必要となったため委任解除となる。
- ② 都道府県と市町村において、対象となる第三者行為求償事案の協議を行い、必要に応じて市町村から都道府県へ委託を行う（規約に基づく対応）。
- ③ 都道府県において、裁判所に訴訟や調停の法的手続きを行う。
※訴訟または調停を行う場合、議会承認が必要となることが想定される。
- ④ 裁判による判決、もしくは調停成立。
- ⑤ 判決または調停内容に基づき、都道府県から加害者へ損害賠償金の請求を行う。
- ⑤' 必要に応じて都道府県から国保連合会への委託を行い、国保連合会から加害者に対し損害賠償金の請求を行う。
- ⑥ 都道府県は、加害者から損害賠償金の支払いを受け、市町村に支払う。
- ⑥' 国保連合会は、加害者から損害賠償金の支払いを受け、市町村に支払う。
※⑤'（都道府県から国保連合会への委託）を行った場合は、⑥ではなく、⑥'の流れとなる。

第三者行為求償事務の取組強化（関係機関への資料提供等の要求①）

- 国民健康保険法第113条の2及び高齢者の医療確保に関する法律第138条において、

『被保険者の保険給付（後期高齢者医療給付）を受けた事由が第三者の行為によつて生じたものであることを確認するために必要な事項』につき『官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め』ることができる規定。



- 本規定は、個人情報保護に関する法律第27条第1項第1号に規定する第三者提供制限の例外適用に当たするため、本人（被害者(被保険者)）の同意なしに資料の提供等の求めを行うことが可能となった。
- ただし、実際に市町村等の求めに応じて資料の提供等を行うかどうかの判断は、関係機関によって異なることについて留意されたい。
- 第三者による被害を受けた者の特定及び被害事実を確認することが可能な必要最小限の個人情報のみ提供を求めよう、消防や警察、保健所、地域包括支援センター、個人情報保護担当部署等の関係機関と調整を行いながら進めていく必要がある。

第三者行為求償事務の取組強化（関係機関への資料提供等の要求②）

資料の提供等を受ける際の項目例

- 救急搬送記録情報（氏名、生年月日、性別、住所、搬送年月日等（搬送先や第三者（加害者）の有無等））
 - 被害届情報（氏名、生年月日、性別、住所、事件・事故発生日等）
 - 食中毒・動物による咬傷の情報（医療機関情報、被害者情報、原因、発生日等）
 - 高齢者虐待の通報・調査記録（氏名、生年月日、性別、住所、状況等）
-
- 第三者行為求償事務に必要な書類を作成する上、必要最小限の情報が、確実に手に入るように、記載様式等を作成し、そこに記入してもらうといった形式をとること等が想定される。
 - なお、市町村等が域内の関係機関や市町村内の個人情報保護担当部署と調整を行い、取り決めを締結するなど個人情報の取扱いには注意が必要。

※ 国民健康保険法施行規則第32条の6又は高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により、給付事由が第三者行為によって生じたものであるときは、世帯主又は被保険者は、第三者行為による被害の状況等を保険者等へ届け出なければならぬとされている。

保険者等は主として、この届出を受けることにより第三者行為による保険事故の発生等を把握することができ、これによって第三者に対して求償権を行使することが可能となる。

国保運営方針に基づく取組

1. 総論
2. 納付金算定
3. 保険料水準の統一
4. 赤字解消・削減
5. 保険料の徴収の適正な実施
6. 保険給付の適正な実施
7. 医療費適正化
8. 事務の標準化・広域化

医療費適正化計画（概要）について

国民の適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国・都道府県は、医療費適正化計画を定めている。

- ▶ 根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
- ▶ 作成主体 : 国、都道府県
- ▶ 計画期間 : 6年 ※第1期・第2期は5年
(第1期:2008-2012年度、第2期:2013-2017年度、第3期:2018-2023年度、第4期:2024-2029年度)
- ▶ 主な記載事項: ①医療費の見込み
②住民の健康の保持の推進に関する目標・取組
③医療の効率的な提供の推進に関する目標・取組
④医療計画を踏まえ見込まれる病床の機能の分化及び連携の推進の成果

【第4期医療費適正化計画の目標・取組】

取組

住民の健康の保持の推進	特定健診・特定保健指導の実施率 メタボの該当者・予備群 たばこ対策、予防接種、重症化予防、高齢者の疾病・介護予防など
医療の効率的な提供の推進	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進 医薬品の適正使用 医療資源の効果的・効率的な活用 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

医療費の更なる適正化に向けて、①新たな目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等を加えるとともに、②既存の目標についてもデジタル等を活用した効果的な取組を推進する。また、計画の実効性を高めるため、③都道府県が関係者と連携するための体制を構築する。

計画の目標・施策の見直し

① 新たな目標の設定

➤ 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等

- ・ 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防
- ・ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）

➤ 医療資源の効果的・効率的な活用

- ・ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
- ・ 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））
（※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。

⇒ 有識者による検討体制を発足させて、エビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを追加

➔ さらに、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、健康の保持の推進・医療の効率的な提供の取組を推進

※ 計画の目標設定に際し、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意

② 既存目標に係る効果的な取組

健康の保持 の推進

➤ 特定健診・保健指導の見直し

⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など

医療の効率的な 提供

➤ 重複投薬・多剤投与の適正化

⇒電子処方箋の活用

➤ 後発医薬品の使用促進

⇒個別の勧奨、フォーミュラ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

実効性向上のための体制構築

③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- ・ 保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料の試算 等

➤ 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

- ・ 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化 等

保険者協議会について

概要

- 保険者・後期高齢者医療広域連合は、連携協力を円滑に行い、住民・加入者の健康増進と医療費適正化について役割を発揮していくため、保険者を代表する者等を委員として、都道府県ごとに以下の業務を行う保険者協議会を組織。
 - ・ 特定健康診査等の実施や高齢者医療制度の運営等の関係者間の連絡調整・保険者に対する必要な助言・援助
 - ・ 医療費の地域別・年齢別・疾病別等の調査・分析・医療費適正化計画の実績評価に関する調査・分析
- 都道府県は、医療費適正化計画の策定・変更にあたって保険者協議会に協議しなければならないことや、計画策定・施策実施について保険者協議会を通じて保険者等に協力要請できることとされている。また、都道府県は、医療計画の策定・変更にあたって保険者協議会の意見を聴かなければならないこととされている。

第4期医療費適正化基本方針を踏まえた改正ポイント

<都道府県の役割>

- 都道府県は、医療費適正化を図るための取組において、保険者等や医療関係者等の協力を得つつ、中心的な役割を果たすこととされたこと等を踏まえ、保険者協議会において、中核的な役割を発揮しつつ、保険者としての取組や行政主体としての取組を的確に実施し、加入者の健康増進と医療費適正化に関する取組の実効性の確保を図る。

<医療費適正化計画への関与>

- 保険者協議会が必置化され、保険者協議会の業務に「医療費適正化計画の実績評価に関する調査・分析」を追加。医療費適正化計画の作成に加え、計画の実績評価にも関与する仕組みを導入し、計画のPDCAサイクルを強化。

<医療関係者の参画促進>

- 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や、医療資源の投入量に地域差がある医療の適正化については、医療の担い手等を含む関係者が地域ごとに地域の実情を把握するとともに、必要な取組について検討し、実施することが重要。これらの団体を代表する者の保険者協議会への参画も得ながら開催。

国保運営方針に基づく取組

1. 総論
2. 納付金算定
3. 保険料水準の統一
4. 赤字解消・削減
5. 保険料の徴収の適正な実施
6. 保険給付の適正な実施
7. 医療費適正化
8. 事務の標準化・広域化

主な取組例

- 市町村ごとに事務の運用にばらつきがあるため、事務処理を標準化（基準の統一や市町村事務処理標準システムの導入等）することにより、効率化が可能と考えられる。
- また、市町村が実施する事務については、市町村ごとに単独で行うのではなく、より広域的に実施（共同実施）することにより、効率化が可能と考えられる。
- 各都道府県における標準化・広域化の実施状況（令和3年度時点）は下記の通り。

取組内容	実施状況 (実施済みor検討中)		実施済みor検討中の場合で、 国保連や民間に委託している 場合は委託先を記載 (記載がない場合は都道府県が実施)		
	実施済み ※1	検討中	都道府県	国保連 ※3	民間
保険料（税）減免の基準（要件）	8	17	25	0	0
一部負担金の減免基準（要件）	12	16	28	0	0
出産育児一時金の給付水準の統一	20	7	27	0	0
葬祭費の給付水準の統一	20	7	27	0	0
高額医療費支給申請手続きの簡素化（70歳以上）	5	27	32	0	0
高額医療費支給申請手続きの簡素化（70歳未満）	1	30	31	0	0
収納対策の共同実施（滞納整理機構）	6	3	9	0	0
共同収納コールセンターの実施	1	5	5	1	0
口座振替の促進等の広報	10	5	10	5	0
重複・多剤投与者に対する服薬情報通知	10	4	4	8	2
後発医薬品差額通知の送付（回数、対象月数、様式、内容）	34	1	3	32	0
特定健診の受診促進に係る広報	23	4	13	12	2
後発医薬品の使用促進に係る広報	17	4	9	12	0
県内市町村間の異動があった被保険者のレセプト点検	30	2	20	12	0
柔道整復療養費及びあん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費の内容点検業務委託（委託先の集約）	14	8	5	16	1
保険給付費等交付金の国保連への直接支払	18	3	17	4	0

※1 一部市町村で実施されてる場合も含む ※2 項目の内、一部の事務を標準化等している場合も含む ※3 都道府県・国保連がと共催している場合も含む

一時負担金の減免等の基準統一（奈良県）

奈良県

保険料水準の統一に向けて、給付水準や保険料（税）・一部負担金減免等の基準を統一

- 令和6年度から保険料水準を統一することを目指し、平成30年度から、給付水準の統一として出産育児一時金及び葬祭費の給付額を統一。さらに、令和3年度からの国保運営方針の見直しと併せ、保険料（税）及び一部負担金の減免等基準を統一し、実質面での保険料負担の公平化を図ることとしている。
- 減免等基準の統一に際しては、県の部局長級職員から各市町村の首長に説明を行うことで、方向性についての合意を得つつ、各市町村の担当職員が参加する標準化部会で、県が方向性を示しつつ、基準の詳細を議論（令和元年度～2年度）。
 - ※保険料（税）減免等基準：①災害、②所得減、③拘禁、④旧被扶養者、⑤生活扶助対象者
（※上記に加え、国の財政支援に基づく基準（新型コロナウイルス感染症等）は減免対象）
 - ※一部負担金減免等基準：国が定める基準通り
- 保険料（税）の減免については、市町村ごとの状況に配慮し、保険料水準を統一する令和6年度までの令和3～5年度を経過措置期間として設定。

◎ 奈良県国保運営方針（抄）

第8 事務の広域的及び効率的な運営の推進

(3) 事務の標準化等の主な取組

1) 給付水準の統一化

被保険者に対する公平性の観点から、市町村ごとに異なっていた出産育児一時金及び葬祭費の給付額について、出産育児一時金を40万4千円（ただし、産科医療保障制度加入施設での出産の場合は42万円）、葬祭費を3万円に、平成30年度から県内統一化しています。

これに伴い、出産育児一時金及び葬祭費は、県全体の保険料（税）収納必要総額の算出時に加算して、全市町村で分かち合うこととしています。

4) 保険料（税）及び一部負担金の減免等基準の統一化

県内保険料水準を統一する令和6年度を目指して、現在市町村毎に異なっている保険料（税）の減免及び一部負担金の徴収猶予・減免の基準についても令和3年度から県内統一化し、被保険者の保険料（税）負担の更なる公平化を図ります。（保険料（税）の減免については、令和3年度から令和5年度までの間は、各市町村において必要に応じ経過措置を設けるなどし、令和6年度の基準の県内統一化を完成します。）

(参考) 令和元年度の奈良県内市町村の現状

	減免要件											その他特別事情							
	災害	所得減			拘禁等 (法第59条)	旧被扶養者	生活扶助対象者	心身障害 (当該年度の市民税が非課税に限る)	65歳以上の被保険者有する世帯(市町村税の所得割非課税に限る)	65歳以上のみの世帯(市町村税の所得割非課税に限る)	65歳以上のみの世帯 (当該年度の市民税が非課税に限る)		母子家庭 (当該年度の市民税が非課税に限る)	ひとり親家庭医療費助成を受ける世帯(市町村税の所得割非課税)	精神障害・感染症で措置入院している世帯(市町村税の所得割非課税に限る)	原子爆弾被爆者のいる世帯(市町村税の所得割非課税に限る)	児童福祉法に規定する児童養護施設又は乳児院に入所措置されている児童のいる世帯	居住用施設の購入(公共事業目的で居住用資産を譲渡した時の譲渡所得を購入に充てた場合)	地方税法第29-5条第1項第2号に該当(障害者、未成年者、寡婦又は寡夫)
市町村計	39	21	25	1	22	28	17	5	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	20

高額医療費支給申請手続きの簡素化（愛知県）

愛知県

高額医療費支給申請手続きの簡素化について、県が要綱例を提示することにより標準化

- 高額医療費支給申請手続きの簡素化について、県の作業部会で議論を実施。議論を踏まえ、県で要綱例を作成して方向性を提示。各市町村は、要綱例を踏まえつつ、詳細部分はそれぞれの事情に応じ柔軟に対応することが可能となっている。

<70歳以上の簡素化の議論>

- ・作業部会の開催時期：平成29年度～平成30年度
- ・要綱例の発出：令和2年3月31日付

<70歳未満の簡素化の議論>

- ・作業部会の開催時期：令和3年8月
- ・改正要綱例発出：令和3年10月18日付け

- 議論の場では、窓口負担の軽減などのメリットが大きいことで前向きな議論となったが、簡素化に伴うデメリットについても各市町村の対応方法について意見の共有を実施。

<デメリットへの対応方法>

- ① 滞納者との接触の機会が失われること
⇒ 滞納者については対象から外すことを要綱例に記載
- ② 世帯主死亡の把握が遅れた場合、相続人口座ではなく世帯主口座に振込処理をしてしまう可能性があること
⇒ 一定の期間、稼働がなかった場合、口座の状況を確認することを実施

◎ ○○（市・町・村）国民健康保険高額療養費支給申請手続の簡素化に関する要綱（例）（抄）（愛知県作成） ※下線部分は必要な場合のみ採用（簡素化の手続き）

第2条 世帯主から高額療養費支給申請書等の提出があった場合、翌月以降の高額療養費支給申請書等の提出を省略することができる。（簡素化の停止）

第4条 第2条の規定によらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、手続きの簡素化を停止することができる。

- (1) 指定した金融機関の口座に支払いができなかった場合
- (2) 支給決定にあたり、支給すべき額を確認するため領収等の確認が必要となった場合
- (3) 申請書の内容に偽りその他不正があった場合
- (4) 世帯主より、簡素化に係る手続きの終了の申し出があった場合
- (5) 納期限を経過した国民健康保険（料・税）がある場合

（その他）

第5条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、○○が別に定める。

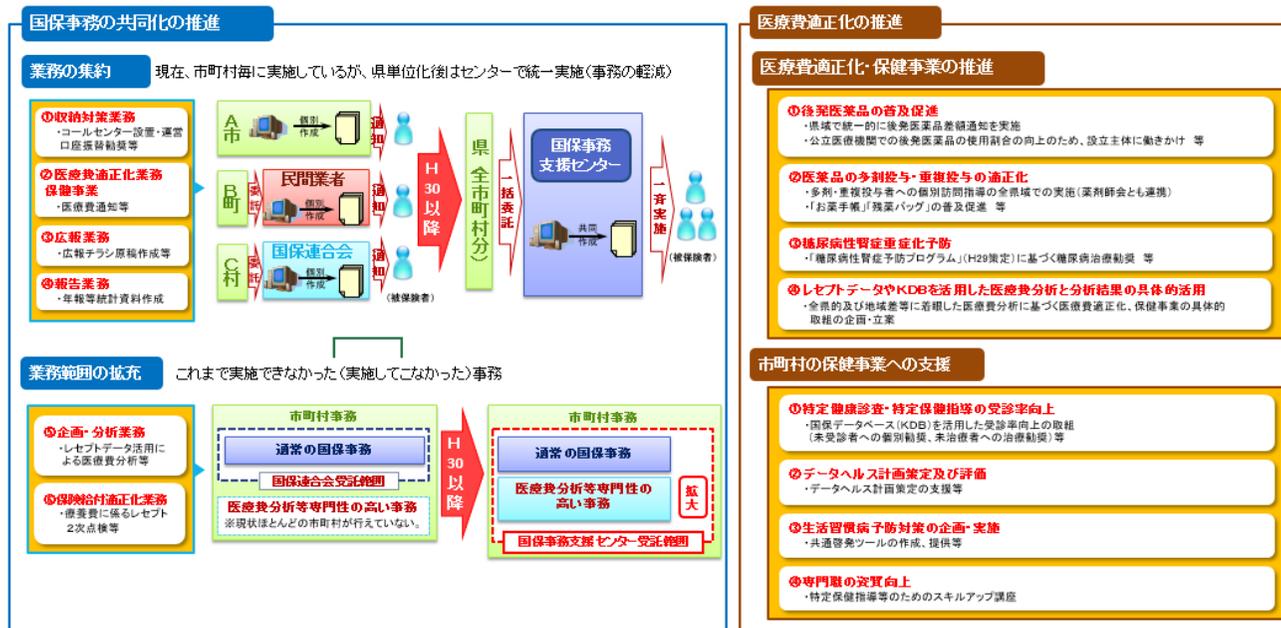
保険者業務の共同実施（奈良県）

奈良県

国保連合会内に国保事務支援センターを設置し、管内市町村の保険者業務を共同実施

- 保険料水準の統一を進める場合、事務の集約化を同時に進めることが考えられ、そうした事例の一つ
- 医療費適正化(歳出減)や収納率の向上(歳入増)、レセプトの2次点検による保険給付の適正化に資する取組等を実施
- 上記業務の効果的実施のため、定期的な企画調整会議を開催し、支援センター・県・国保連合会・市町村等の緊密な連携
- 構成 国保連職員:8名 県からの派遣職員:5名 合計:13名

【国保事務支援センターにおける主な取組内容】



(「奈良県国民健康保険運営方針」から一部抜粋)

(1) 国保事務支援センターによる事務の共同化等の推進

本県では、平成30年度からの県単位化にあわせ、県が中心となって、市町村の国保事務の共同化等を推進して現在市町村が行っている事務の効率化・コスト削減、標準化等につなげるとともに、県域で実施することにより効果・効率的となる医療費適正化の取組等を推進します。

取組を推進する組織体制として、平成30年度から国保連合会内に「国保事務支援センター」を設置しています。

国・都道府県・市町村等の主な役割分担（国民健康保険）

- **市町村**は、**資格管理、保険料の決定・賦課・徴収**に加え、**保健分野の実施計画策定**や**特定健診・保健指導等の事業実施**など、多様な業務を担っている。財政運営については、平成30年改正により都道府県が責任主体となった。
- 都道府県ごとに、保険者（都道府県、市町村等）が**国保連合会**（国民健康保険団体連合会）を設置。国保連合会は、保険者からの委託を受けて医療機関への給付を行うほか、**データ分析支援や計画策定支援等の市町村への支援**を行っている。

	財政運営・ 計画策定	①資格管理	②保険料の 決定・賦課・徴収	③保険給付	④保健事業	
					計画策定	実施
国	・都道府県に 国庫負担金の 支払、調整交 付金等の交付				・国民健康保険法に基づ く保健事業の実施等に 関する指針の策定 ・市町村計画策定支援等	
都道府県	・ 財政運営の 責任主体 ・都道府県国民健康保険運 営方針※1の策 定	・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	・市町村ごとの標準保険 料率を算定・公表	・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	市町村に対し、必要な助 言・支援	市町村に対し、必要な助 言・支援
国保連		・保険者事務共 同電算処理	・ 市町村向けに算定支援シ ステムの提供等	・医療機関からの請求に 基づき、給付実施。市 町村に費用を請求。 ・レセプト点検の支援	・ 計画策定支援等	・特定健診・特定保健指導 に係る費用の支払い及び データ管理 ・ データ分析支援等
市町村	・国保事業費 納付金を都道 府県に納付	・資格を管理（資 格確認書の発行 等）	・標準保険料率等を参考 に保険料率を決定 ・ 賦課・徴収	・保険給付の決定 ・窓口負担減免等	保健事業の実施計画 （データヘルス計画※2）の 策定	・ 特定健診・特定保健指導 の実施 ・ 保健事業の立案・実施

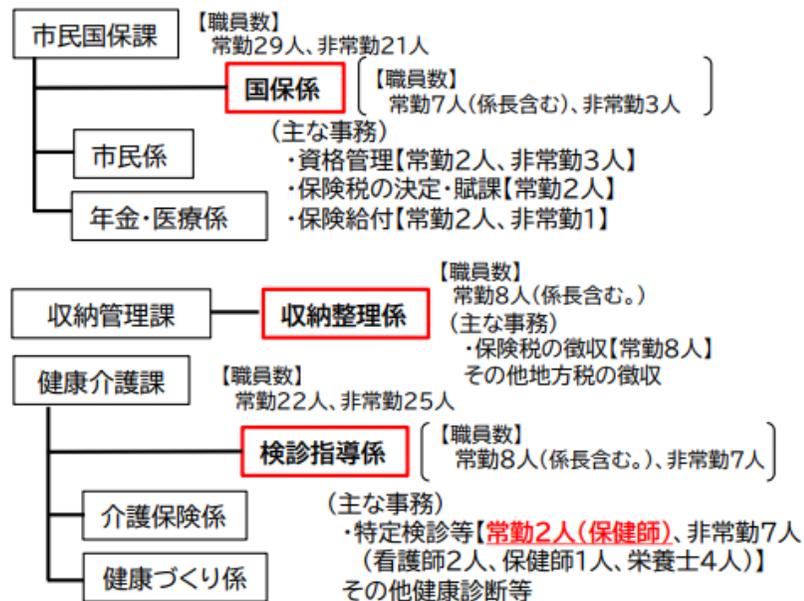
※1 国民健康保険事業の都道府県内の統一的な運営方針。市町村の意見や国保運営協議会の議論を経て、保険料の標準的な算定方法や事務の効率化、標準化、広域化に係る事項等を記載

※2 厚生労働大臣が策定する「保健事業の実施等に関する指針」に基づき、市町村及び組合において策定する、健康・医療情報を用いて効率的な保健事業を行うための計画

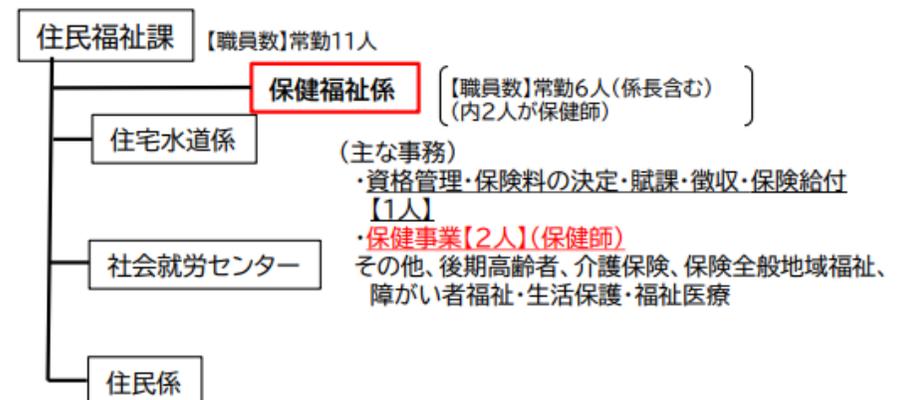
市町村の事務執行体制（国民健康保険）

- 人口5万人規模の市では、認定審査、保険料賦課など各業務を分担して行っているほか、保険税の徴収や保健事業で類似の業務(税の徴収や他の検診)と共に集約的に実施している状況が見られる。
- 人口1,500人規模の小規模町村においては、資格管理、保険料の決定・賦課・徴収及び保険給付を常勤職員1人のみで担当している。保健事業については、保健師2人で実施している。

<A市(人口約5万人)>



<B村(人口約1.5千人)>



<業務の詳細>

- 被保険者数:約10,000人(R4)、特定健診対象者:約7,500人(R4)
- 計画の策定や補助金の申請等の事務負担を正規職員が引き受けているため、**正規職員が保健指導を行うことができず、ノウハウが蓄積されない**。実際に保健指導を行うのは主に会計年度任用職員であるが、**保健師の人材確保**が課題。

<業務の詳細>

- 被保険者数:約300人(R4)、特定健診対象者:約200人(R4)
- 滞納された保険料の徴収は、税務課と合同で実施。難しい事例は年に数件生じる程度。
- **人員が少なく**、保険給付の返戻の事務等、**件数が少ない事務が発生した際に**、対応方法を全て1人で調べる必要があるため、**対応に苦慮**している。

業務の概況と課題（国民健康保険）

①資格管理

- 本人の申請に基づき、加入・脱退等の被保険者資格の管理を行うが、転職等の際、住民から迅速に加入・脱退申請がなければ、**市町村側で即座に把握することが難しく、保険料の二重徴収等・還付対応等**が生じている。

【業務の概況】

- ・住民の転入・転出や転職等に伴い、**本人の申請に基づき、職員が国保への加入や脱退等の資格管理を実施**(5万人規模の市で年間約8千件程度)

【執行上の課題】

- ・転職等の際、本人が国保からの脱退手続等を行わない場合、誤った保険料徴収や保険給付が発生しうる。(保険料の二重徴収等があった場合、**還付等の後続手続が発生**)
- ・オンライン資格確認の開始により、社保への切り替え後には、国保情報集約システムから重複加入者のデータが把握できるようになった。
- ・一方、市町村がデータを把握するまでの期間(長い場合は2～3か月)は、なお二重徴収等に係る還付等の対応が必要。

【課題解決に向けた取組】

- **脱退等**に係る**申請のオンライン化**により、住民が来庁することなく申請することを可能とし、**脱退等に係る手続を促進**
→ 窓口受付件数の減少 **約400人/年**(古賀市)

<取り組みを進めるにあたっての課題>

- 住民の認知度を向上させる必要

③保険給付

- 国保連への給付費として、毎月、各市町村が個別に支払。**支払件数が多く、県から国保連へ直接支払う工夫例もあるが、全国的には半数に満たない(18県/47県)(R3)。**
- 毎月発生する高額療養費支給の**審査事務等が負担。**

【業務の概況】

- ・都道府県からの交付金を原資に、保険医療機関の診療報酬等の**給付費(7割分等)を市町村から国保連へ支払**
- ・様々な減免事由に照らし、窓口負担減免等を**審査・決定**。高額医療費支給手続等についても、**申請に基づき、毎月審査・決定。**

【執行上の課題】

- ・5万人規模の市では、**年間100件**の国保連への**支払事務**
- ・5万人規模の市では、同一の者からの申請も含め、**毎月250～300件**の高額医療費支給手続の**審査事務が発生**

【課題解決に向けた取組】

- 都道府県から国保連への給付費を直接支払(石川県等)
 - ・都道府県から市町村への交付金の収納事務を、**市町村から国保連に委託し、都道府県から国保連へ一括支払が可能に**
→ **市町村の収納・支払事務が解消**(全国実施状況 18県/47県)(R3)
- 高額療養費支給申請手続の簡素化(愛知県等)
 - ・マイナ保険証を利用しない者において、通常毎月必要な**申請及び審査**について、その省略が可能となる要綱改正を実施
 - ※ マイナ保険証利用者等は毎月の申請及び審査は発生しない
 - ・**県は要綱の改正例の作成等を通じ、各市町村の制度化を促進・支援**(全国実施状況 6県/47県)(R3)

業務の概況と課題（国民健康保険）

②保険料の決定・賦課・徴収

- 都道府県が示す標準保険料率を参考に保険料率を決定し、個々に保険料を賦課するが、保険料の算定方法が都道府県単位で統一されていない場合、**各市町村で個別に算定する必要がある**。保険料統一に向けた動きは**全国的には道半ば**。
- 保険料の**納付勧奨や滞納整理に人員やノウハウが不足**する中、**一部事務組合等による共同処理の例は、全国的には少数**。

【業務の概況】

- ・ 都道府県が示す標準保険料率を参考に各市区町村が**保険料率を決定の上、個々の住民に対して保険料を賦課**
- ・ 保険料徴収では、職員が滞納者に対して、**財産調査や差し押さえ等**を行う（保険料方式：国保担当課、保険税方式：税務担当課が実施）

【執行上の課題】

- ・ 保険料の算定方法が県内で統一されていない場合、各市町村において**個別に保険料を算定する事務負担**が発生
- ・ 滞納整理では個別居宅訪問等が必要で、**人員やノウハウが不足**（中規模団体以上では対象者も多数）

【課題解決に向けた取組】

- **保険料水準の完全統一（奈良県等）**
- ・ 県が主導し、県内市町村の保険料統一に向けた合意形成を図り、**R6から完全統一**を実現。
→ **保険料算定の事務負担が軽減**
- ・ 保険料水準の統一化の過程で、**事務の標準化も推進**
（取組の一例）

H24	H27	H28	H29	H30	R6
国保の県単位化を市町村に提案	県が財政運営主体となる改正法成立(H30施行)	県単位化の方向性について合意	県単位化の制度設計について合意	改正法施行により県が財政運営主体に	保険料水準の完全統一化

出典：財政制度等審議会地方公聴会資料「奈良県における国保改革等の取組について」（令和元年5月13日）を基に事務局作成

<取り組みを進めるにあたっての課題>

- ・ 保険料統一に係る**全国的な進捗状況は道半ば**（完全統一を達成した県は**2県/47県**）

【課題解決に向けた取組】

- **滞納の未然防止のための事務を共同処理（奈良県）**
- ・ 保険料（税）納付を勧奨するため、収納コールセンターを**国保連に設置**
- ・ SMSによる納付勧奨などの定型業務を**国保連が実施**
→ 定型的な業務を一括して実施することで効率化（全国実施状況 1県/47県）(R3)
- **徴収事務を共同処理（高知県等）**
- ・ 複数の団体で構成する滞納整理機構において、地方税とともに、滞納者から**徴収困難なケース**についてを**共同処理**。
→ 各市町村から職員を派遣し、ノウハウを派遣元に持ち帰ることで、人材確保・育成に寄与する取組もあり（全国実施状況 6県/47県）(R3)

業務の概況と課題（国民健康保険）

④-1 データに基づく保健事業の実施

- 健診結果やレセプトデータの分析など専門性の高い業務は、特に小規模市町村における体制構築が難しい。
- データ分析を踏まえて行う**地域の健康課題に応じた独自事業が実施できていない**ケースも見られる。

【業務の概況】

- ・ 特定健診結果や診療報酬明細書等のデータを分析して把握できた、地域独自の健康課題・医療費の課題解決に向け、定量的な目標を設定の上、当該地域課題に応じた保健事業を立案・実施・評価して、PDCAサイクルを回す。
- ・ 市町村は一連の内容をデータヘルス計画(6年に1回策定)に記載する。



	◎法定事務	○特に実施が要請されている事業	△地域独自事業
事業内容	特定健診・特定保健指導	特定健診・特定保健指導実施促進 後発医薬品差額通知送付 等	運動促進事業 食生活改善事業 等

【執行上の課題】

- ・ 保健指導等を行う**保健師**がデータ分析・計画策定等の事務作業も担っている等、リソースがひっ迫している市町村もある。
- ・ 小規模団体を中心に、全国的に実施される法定事務(◎)や特に強く実施が要請されている事業(○)の実施で手一杯となっており、データ分析を踏まえた**地域独自の健康課題等に応じた事業(△)の立案・実施ができていない。**

<データ分析支援(埼玉県国保連等)>

- ・ 健康情報などの各種統計情報を活用した**データ分析ツールの提供**や**市町村の要望に応じた個別データ分析**を実施

<計画上の目標値設置の支援(滋賀県等)>

- ・ データヘルス計画策定・評価にあたって**必要なデータを、国保連が幅広く分析の上、各市町村に提供**
- ・ 計画策定時に設定する目標値等について、予め県主導で**市町共通の数値を示すこと**で**市町の事務軽減**

業務の概況と課題（国民健康保険）

④-2 特定健診

- 対象者への健診の受診勧奨を行うが、都市部団体等では、**未受診者への個別勧奨が負担**。勧奨業務のうち**定型的な業務は共同実施等**で対応する例がある。

【業務の概況】

- ・ 40歳～75歳の被保険者・被扶養者を対象にメタボリックシンドロームに着目した**特定健康診査**（年1回）を実施
- ・ 健診受診を促すため、保健師・事務職員が電話・はがき等によって**個別に受診を勧奨**している。
（法により保険者は健診実施義務あり。被保険者等の受診義務はなし）

【執行上の課題】

- ・ 受診率の全国目標値が示され、交付金の算定指標に受診率が含まれるため、**受診率向上のため何度も受診勧奨**を実施
- ・ 特に架電等を外部委託していない都市部の団体等においては、**受診対象者に比例し、事務量が多い**。

【課題解決に向けた取組】

- 受診勧奨はがきの作成・発送の共同実施（奈良県）
- ・ 県・国保連が受診勧奨はがきの発送対象基準を設定し、対象者に送付。取組参加市町村は、**対象者に誤りがないか、国保連から送付される対象者リストの確認等を実施**する。

<取り組みを進めるにあたっての課題>

- ・ **被保険者の受診は任意**であるため、**勧奨主体にかかわらず、受診勧奨施策全般の効果に限界**を感じている団体もある。

④-3 特定保健指導

- 特定健診結果に基づく対象者への保健指導について、**きめ細かな継続的指導**が必要だが、外部委託できず市町村が行う場合、**保健師等の不足が深刻**。国保連が**退職保健師を確保・派遣**する例が見られる。

【業務の概況】

- ・ 特定健診の結果をもとに、メタボリックシンドロームのリスクがある者に対して、**保健師等が個々の状況に応じたきめ細かな支援**を実施。初回支援で実施する面接では**行動計画・目標**を策定し、**その後も6か月間フォローアップし、継続的に支援**する。
（法により保険者は指導義務あり。対象者は指導を受けることが推奨）

【執行上の課題】

- ・ 医療機関等に外部委託せずに直営で実施している市町村では、特に**面接による特定保健指導（一人あたり20分以上）**を実施する人材（保健師等）が不足している。

【課題解決に向けた取組】

- 退職保健師等の市町村派遣（39都府県国保連で実施）
- ・ 国保連が、**行政機関・医療機関等を退職した保健師等を市町村に単発的に派遣**し、特定保健指導の電話勧奨、特定保健指導、健康相談等の支援を実施。保健師等の育休時等に活用。

<取り組みを進めるにあたっての課題>

- ・ **派遣する保健師等も不足**してきている。
- ・ 法律上の実施義務主体や特定保健指導に係る国庫補助の対象は市町村とされるほか、保健師業務は多岐に渡るため、**都道府県等が市町村の特定保健指導を支援するために保健師を直接確保するインセンティブが相対的に弱い**。

保険者機能の強化

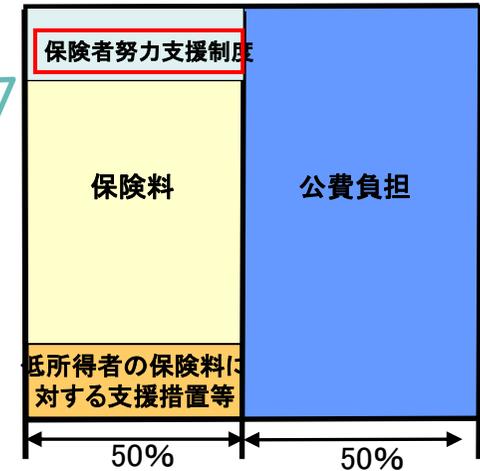
1. 保険者努力支援制度
2. データヘルスの推進
3. 特定健診・特定保健指導
4. 重症化予防の推進
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
6. 後発医薬品の使用促進
7. 医薬品の適正使用に向けた取組

保険者努力支援制度

制度概要

- 市町村・都道府県について、医療費適正化に向けた取組等を評価する指標を設定し、達成状況に応じて交付金を交付（平成30年度～）
 - ※H28・29年には市町村を対象に前倒しで実施
（財源：特別調整交付金、H28年度：150億円、H29年度：250億円）
- 財政規模：約1,000億円（国保改革による公費拡充の財源を活用）
 - ※うち、特別調整交付金によりH30年度：約163億円、H31年度以降：約88億円を措置
- 市町村分 <400億円程度>
（指標の例）特定健診・特定保健指導の実施率、後発医薬品の促進の取組・使用割合 等
- 都道府県分 <600億円程度>
（指標の例）医療費適正化のアウトカム評価（医療費水準・医療費の変化） 等

国保財政の仕組み(イメージ)



抜本的強化

令和2年度～

- <取組評価分のメリハリ強化> ※取組評価分の令和7年度予算案の財政規模は、引き続き1,000億円を措置
 - ①予防・健康インセンティブの強化（例）予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、重症化予防等）の配点割合を引上げ
 - ②成果指標の拡大（例）糖尿病等の重症化予防について、アウトカム指標を導入
- <予防・健康づくり支援分（事業費分・事業費連動分）を新設>
 - ・令和2年度より「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分（評価指標を設定し配分）と合わせて交付することにより、自治体における予防・健康づくりの取組を後押し
 - ・財政規模（R7'）：（事業費分）152億円（従来の国保ヘルスアップ事業（特別調整交付金）を統合し事業総額は202億円）
（事業費連動分）228億円

以降も毎年度、各自治体の取組状況等を踏まえ、地方団体等と協議の上、評価指標・配点割合の見直しを実施
令和8年度指標においては、指標全体のメリハリを一層強化する予定

令和7年度の保険者努力支援制度 取組評価分

市町村分（400億円程度）

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率・特定保健指導実施率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科健診受診率

指標③ 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況

- 生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況
- 特定健診受診率向上の取組実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複投与者・多剤投与者に対する取組
- 薬剤の適正使用の推進に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進等に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進等の取組・使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況
- こどもの医療の適正化等の取組

指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況
- 法定外繰入の解消等

都道府県分（600億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価(※)
- ・特定健診・特定保健指導の実施率
- ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
- ・個人インセンティブの提供
- ・個人への分かりやすい情報提供の実施
- ・後発医薬品の使用割合
- ・保険料収納率
- ・重複投与者・多剤投与者に対する取組
- ※都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 年齢調整後一人当たり医療費
 - ・その水準が低い場合
 - ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合
- 重症化予防のマクロ的評価
 - ・年齢調整後新規透析導入患者数が少ない場合
- 重複投与者数・多剤投与者数
 - ・重複投与者数が少ない場合
 - ・多剤投与者数が少ない場合

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
 - ・医療費適正化等の主体的な取組状況
 - (こどもの医療の適正化等の取組、保険者協議会、データ分析、重症化予防 等)
 - ・法定外繰入の解消等
 - ・保険料水準の統一
 - ・医療提供体制適正化の推進
 - ・事務の広域的及び効率的な運営の推進

令和7年度 国民健康保険保険者努力支援交付金(予防・健康づくり支援)の支援対象事業

国民健康保険被保険者の健康の保持増進に係る事業を支援することを目的とする

都道府県国保ヘルスアップ支援事業

市町村とともに国保の共同保険者である都道府県が、区域内の市町村ごとの健康課題や健康保持増進事業の実施状況を把握するとともに、市町村における保健事業の健全な運営に必要な助言及び支援を行うなど、共同保険者としての役割を積極的に果たすために実施する国民健康保険の健康保持増進事業

<事業区分>

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| A 市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備 | D 人材の確保・育成事業 |
| B 市町村の現状把握・分析 | E データ活用により予防・健康づくりの質の向上を図る事業 |
| C 都道府県が実施する保健事業 | F モデル事業 |

市町村国保ヘルスアップ事業

国保被保険者の健康の保持増進、疾病予防、生活の質の向上等を目的に、国保一般事業、生活習慣病予防対策、生活習慣病等重症化予防対策、医薬品の適正使用を推進する取組、PHRの利活用を推進する取組を実施するものであり、国保被保険者に対しての取組として必要と認められ、安全性と効果が確立された方法により実施する事業

<事業区分>

- | | |
|------------------|---------------------------------|
| ①国保一般事業 | : 健康教育、健康相談、地域包括ケアの視点を踏まえた保健事業等 |
| ②生活習慣病予防対策 | : 特定健診未受診者対策、特定保健指導未利用者対策等 |
| ③生活習慣病等重症化予防対策 | : 生活習慣病等重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防等 |
| ④医薬品の適正使用を推進する取組 | : 医薬品の適正使用を促す保健指導 |
| ⑤PHRの利活用を推進する取組 | : PHRを利活用した保健事業 |

令和7年度 都道府県 国保ヘルスアップ支援事業

【交付対象】

- 市町村とともに国保の共同保険者である都道府県が、区域内の市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握するとともに、市町村における保健事業の健全な運営に必要な助言及び支援を行うなど、共同保険者としての役割を積極的に果たすために実施する国民健康保険の保健事業

【交付要件】

- 実施計画の策定段階から、第三者(有識者会議、国保連合会の保健事業支援・評価委員会等)の支援・評価を活用すること。
- 市町村が実施する事業との連携・機能分化を図り、管内市町村全域の事業が効率的・効果的に実施するために必要な取組と認められる事業であること。
- 事業ごとの評価指標(ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標)・評価方法の設定 等

(事業分類及び事業例)

A. 市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備

- ・ 都道府県レベルの連携体制構築
- ・ 保健事業に関わる都道府県及び市町村職員を対象とした人材育成
- ・ ヘルスアップ支援事業及びヘルスアップ事業の計画立案能力の向上及び先進、優良事例の横展開を図る取組
- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用状況について分析を行い、得られた結果を活用するための体制構築

B. 市町村の現状把握・分析

- ・ KDB等のデータベースを活用した現状把握、事業対象者の抽出、保健事業の効果分析・医療費適正化効果の分析・保健事業の課題整理を行う事業

C. 都道府県が実施する保健事業

- ・ 都道府県が市町村と共同または支援により行う保健事業
- ・ 保健所と連携して実施する保健事業

D. 人材の確保・育成事業

- ・ かかりつけ医、薬剤師、看護師等の有資格者等に対する特定健診や特定保健指導等の国民健康保険の保健事業に関する研修
- ・ 医療機関や福祉施設に勤務する糖尿病療養指導士や認定・専門看護師、管理栄養士、リハビリ専門職等を活用した保健事業

E. データ活用により予防・健康づくりの質の向上を図る事業

- ・ 医療・健康情報データベースの構築
- ・ データヘルス計画の標準化に向けた現状把握・分析
- ・ 予防・健康づくりに資するシステムの構築

F. モデル事業(先進的な保健事業)

- ・ 地域の企業や大学、関係団体等都道府県単位の現状や健康課題を 共有し協力し実施する先進的な予防・健康づくり事業
- ・ 無関心層を対象にして取り組む先進的な保健事業

- ※1 国民健康保険特別会計事業勘定(款)保健事業に相当する科目により実施する事業に充当
- ※2 市町村が実施する保健事業との役割を調整するよう留意
- ※3 委託可

【基準額】(補助率10/10)

被保険者数	25万人未満	25～50万人未満	50～75万人未満	75～100万人未満	100万人以上
基準額	150,000千円	175,000千円	200,000千円	200,000千円	200,000千円

令和7年度 市町村 国保ヘルスアップ事業

【交付要件】

- 右記の事業①～⑤の実施に当たり、下記の要件で補助上限となる基準額を適用し、事業経費に対する補助を行う。
- 複数区分の事業を実施する場合、事業区分ごとに適用される基準額の合算額を補助上限額とする。ただし、基準額の合算は最大で3事業分までとする(補助事業の申請可能数は3事業に限らない)。
- 先進的かつ効果的な保健事業として都道府県の指定を受ける場合、別途、補助上限額を加算する。

【基準額①】

(適用要件)

- 右記の事業①、②の2区分について、いずれか又は両方の事業を実施すること。
- データ分析に基づくPDCAサイクルに沿った中長期的なデータヘルス計画を策定していること。
- 1つの事業区分につき下記の基準額①を補助上限とする。複数区分の事業を実施する場合、区分の数に応じて基準額を加算する。

(基準額)補助率10/10

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10～20万人未満	20万人以上
基準額①	3,000千円	4,500千円	6,000千円	9,000千円	13,500千円

【基準額②】

(適用要件)

- 右記の事業③～⑤の3区分について、いずれか又はすべての事業を実施すること。
- データ分析に基づくPDCAサイクルに沿った中長期的なデータヘルス計画を策定していること。
- 1つの事業区分につき下記の基準額②を補助上限とする。複数区分の事業を実施する場合、区分の数に応じて基準額を加算する。

(基準額)補助率10/10

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10～20万人未満	20万人以上
基準額②	6,000千円	9,000千円	12,000千円	18,000千円	27,000千円

【先進的かつ効果的なモデル事業を実施する場合の加算額】

(適用要件)

- 先進的かつ効果的なモデル事業として都道府県の指定を受けて、事業①～⑤いずれかの保健事業を実施すること(都道府県は管内市町村数の15%を上限として指定)。
- 第三者(国保連合会の保健事業支援・評価委員会・有識者会議・大学等)の支援・評価を活用すること。
- 上記の要件を満たす場合、補助上限額を加算する。

(加算額)補助率10/10

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10～20万人未満	20万人以上
加算額	4,000千円	6,000千円	8,000千円	12,000千円	18,000千円

事業内容

① 国保一般事業

- a)健康教育、健康相談
- b)地域包括ケアの視点を踏まえた保健事業
- c)保険者独自の取組

② 生活習慣病予防対策

- d)特定健診未受診者対策
- e)特定保健指導未利用者対策
- f)40歳未満早期介入保健指導事業
- g)特定健診継続受診対策等
- h)その他生活習慣病予防対策

③ 生活習慣病等重症化予防対策

- i)生活習慣病等重症化予防
- j)糖尿病性腎症重症化予防
- k)保健指導
 - ①禁煙支援
 - ②二次性骨折予防に関する取組
 - ③その他保健指導

④ 医薬品の適正使用を推進する取組

- l)医薬品の適正使用を促す保健指導

⑤ PHRの利活用を推進する取組

- m)PHRを利活用した保健事業

令和7年度 国民健康保険保険者努力支援交付金(予防・健康づくり支援) 事業費連動分に係る評価指標

○ 事業費連動分については、都道府県ごとに、以下の評価指標に基づいて採点を実施

- (1) 「事業」の取組状況
- (2) 「事業」の取組内容



左記(1)(2)について、それぞれ都道府県ごとの「点数」×「合計被保険者数」＝「総得点」を算出し、総得点で予算額を按分して配分。ただし、都道府県ごとに事業費分の交付額の2倍を上限額とし、上限に達した都道府県に係る未交付額は、上限に達していない都道府県に再配分する。

(1) 「事業」の取組状況

114億円

(都道府県)

- 1)事業ABCを全て実施している場合 5点
- 2)事業ABCDEを全て実施している場合 6点
- 3)事業Fを実施している場合で、全都道府県による評価結果
上位 1位から10位 10点
上位11位から20位 5点

(市町村) 要件を満たす管内市町村の割合に応じて加点

- 1)事業①国保一般事業を
 - ・ 1事業以上実施する管内市町村の割合が4割以上の場合 5点
 - ・ 上記を満たした上で、2事業以上実施する管内市町村の割合が1割以上の場合 8点
- 2)事業②生活習慣病予防対策を2事業以上実施する管内市町村の割合が7割以上の場合 5点
- 3)事業②のf)またはg)またはh)を実施する管内市町村の割合が5割以上の場合 5点
- 4)事業③生活習慣病等重症化予防対策を実施する管内市町村の割合が9割以上の場合 5点
- 5)事業④医薬品の適正使用を推進する取組を実施する管内市町村の割合が3割以上の場合 5点
- 6) 事業⑤PHRの利活用を推進する取組を実施する管内市町村の割合が1割以上の場合 5点
- 7)事業①②③④それぞれから1事業以上の事業を実施している管内市町村の割合
 - 管内市町村の2割以上が実施 6点
 - 管内市町村の1割以上2割未満が実施 3点

(2) 「事業」の取組内容

114億円

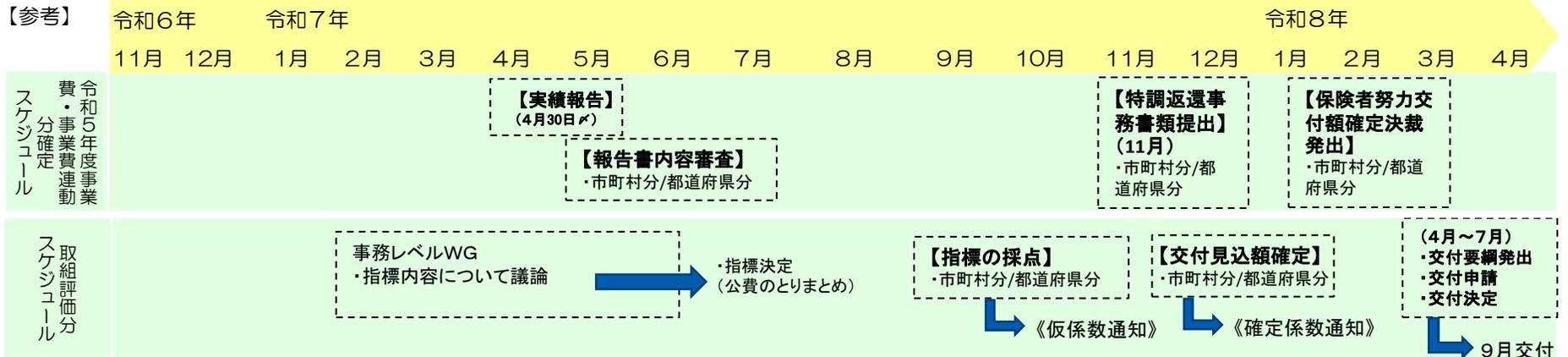
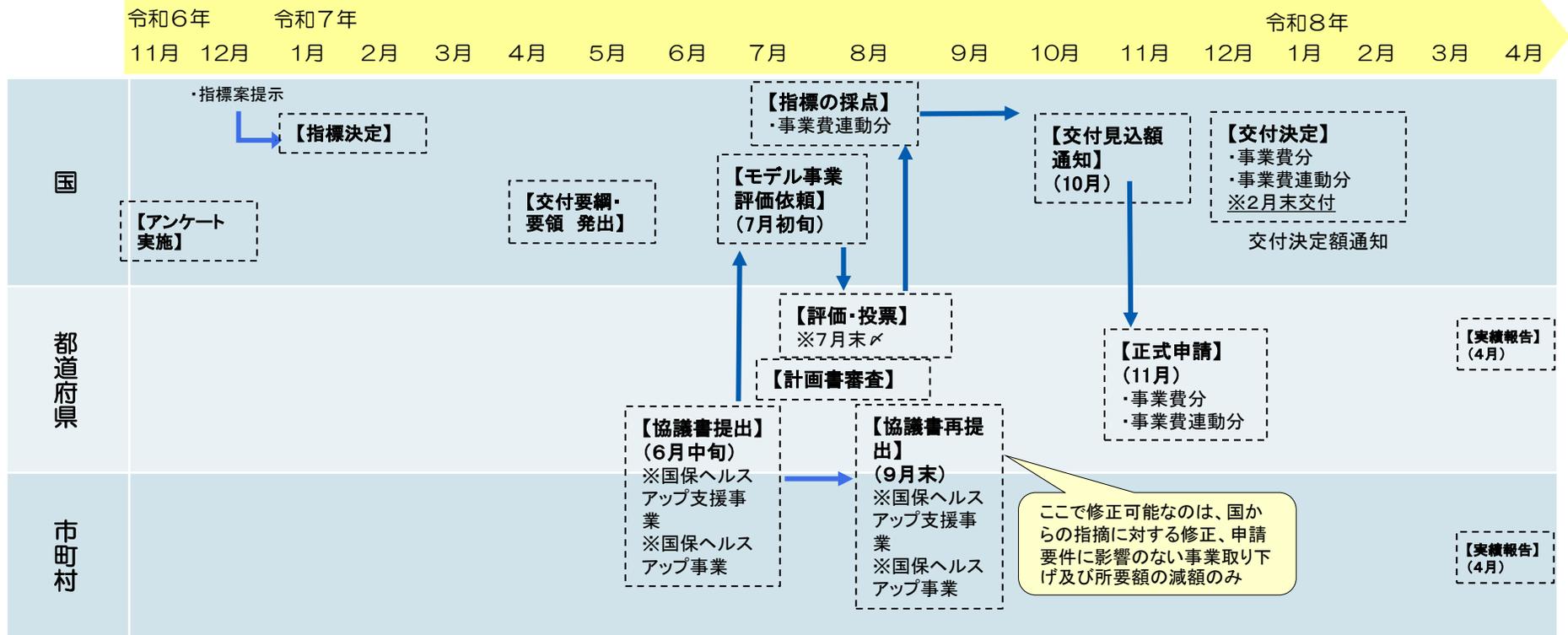
(都道府県)

- 1) 下記市町村指標1)～3)を全て満たす申請市町村の割合が5割以上の場合 10点
- 2) 申請市町村が下記市町村指標1)～3)を満たせるよう都道府県から支援を受けたと回答している割合
 - 申請市町村の9割以上が支援を受けている場合 10点
 - 申請市町村の7割以上9割未満が支援を受けている場合 5点

(市町村) 要件を満たす申請市町村の割合に応じて加点

- 1) 申請市町村の全てが、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせて総合的に事業を展開している場合 8点
- 2) 申請市町村の全てが、性・年齢別等の視点に加え、地域ごとの分析を実施している場合 3点
- 3) 申請市町村の全てが、事業の計画、実施、評価にわたり、第三者の支援・評価を受け、事業に反映している場合 10点
- 4) b)の申請市町村の全てが、医療・介護・保健など部局横断的にデータ分析を行い、一体的(国保・後期・介護)に事業へ活用している場合 3点
- 5) l)の申請市町村の全てが、医療費適正化効果や対象者の減少数等の目標値を設定した上で、地域の医師会・薬剤師会等の医療関係団体と連携して事業を実施している場合 10点

国民健康保険保険者努力支援交付金(予防・健康づくり支援) 令和7年度交付スケジュール

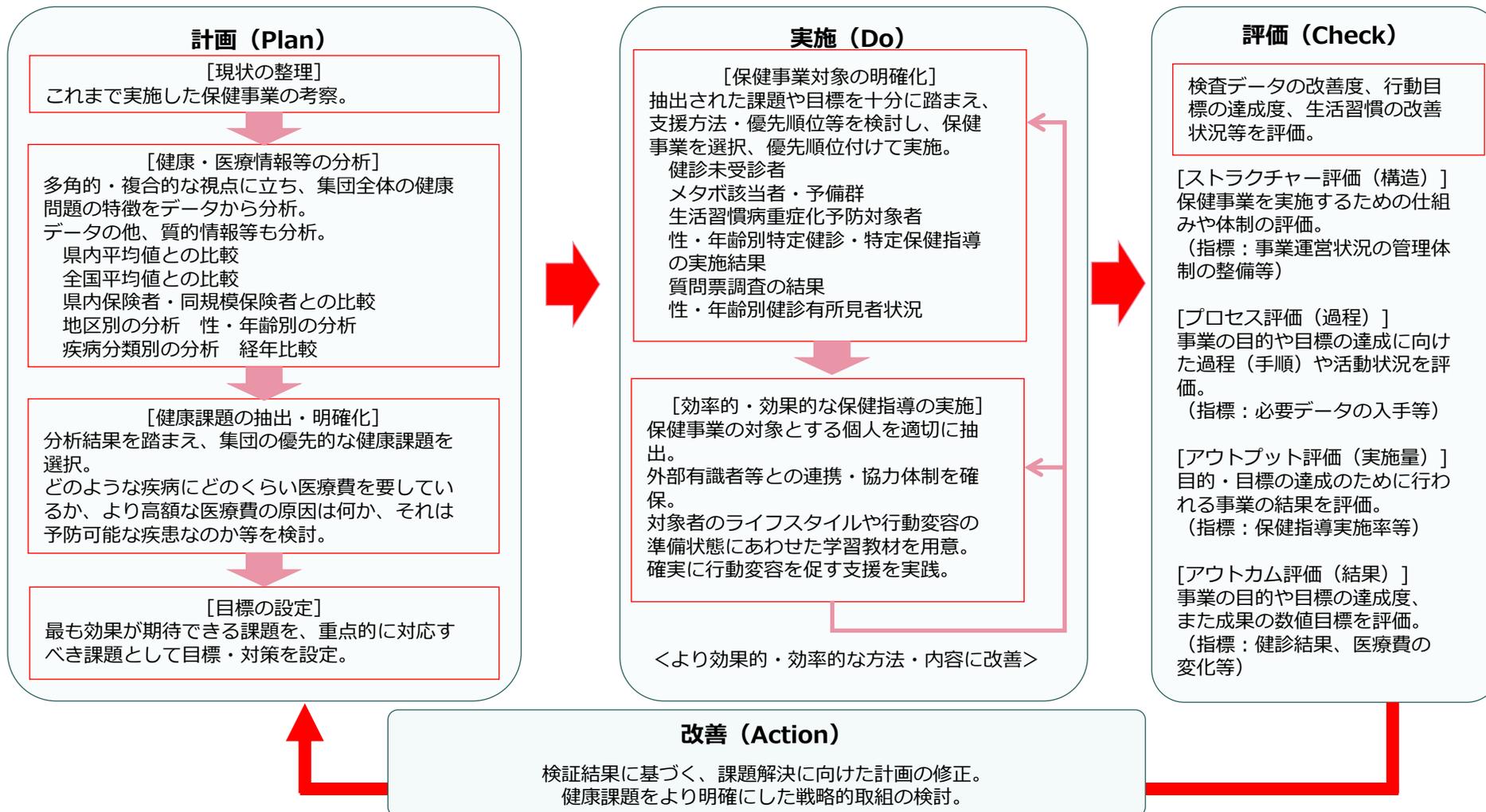


保険者機能の強化

1. 保険者努力支援制度
2. データヘルスの推進
3. 特定健診・特定保健指導
4. 重症化予防の推進
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
6. 後発医薬品の使用促進
7. 医薬品の適正使用に向けた取組

「データヘルス計画」の概要

- レセプト・健診情報等のデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿って、効果的・効率的に実施する保健事業の実施計画。
- ※ 計画の策定にあたっては、健康・医療情報等のデータ分析を行い、地域の健康課題を抽出し、保健事業を展開する。



国保のデータヘルス計画策定状況（都道府県別）

（令和6年7月1日現在）

- 市町村国保においては、ほぼすべての保険者でデータヘルス計画を策定している。
- データヘルス計画を公表している保険者は1,683（97.7%）である。

都道府県	保険者数	データヘルス計画策定状況				未着手
		策定している	策定中の場合		未着手	
			HP等で公表している	令和6年度中		
北海道	157 ※(177)	177	175	0	0	0
青森県	40	40	39	0	0	0
岩手県	33	33	32	0	0	0
宮城県	35	34	33	1	0	0
秋田県	25	25	24	0	0	0
山形県	32	32	31	0	0	0
福島県	59	59	56	0	0	0
茨城県	44	44	44	0	0	0
栃木県	25	25	25	0	0	0
群馬県	35	35	35	0	0	0
埼玉県	63	63	63	0	0	0
千葉県	54	54	54	0	0	0
東京都	62	62	61	0	0	0
神奈川県	33	33	33	0	0	0
新潟県	30	30	30	0	0	0
富山県	15	15	15	0	0	0
石川県	19	19	18	0	0	0
福井県	17	17	17	0	0	0
山梨県	27	27	27	0	0	0
長野県	77	76	71	1	0	0
岐阜県	42	42	42	0	0	0
静岡県	35	35	35	0	0	0
愛知県	54	54	54	0	0	0
三重県	29	29	28	0	0	0

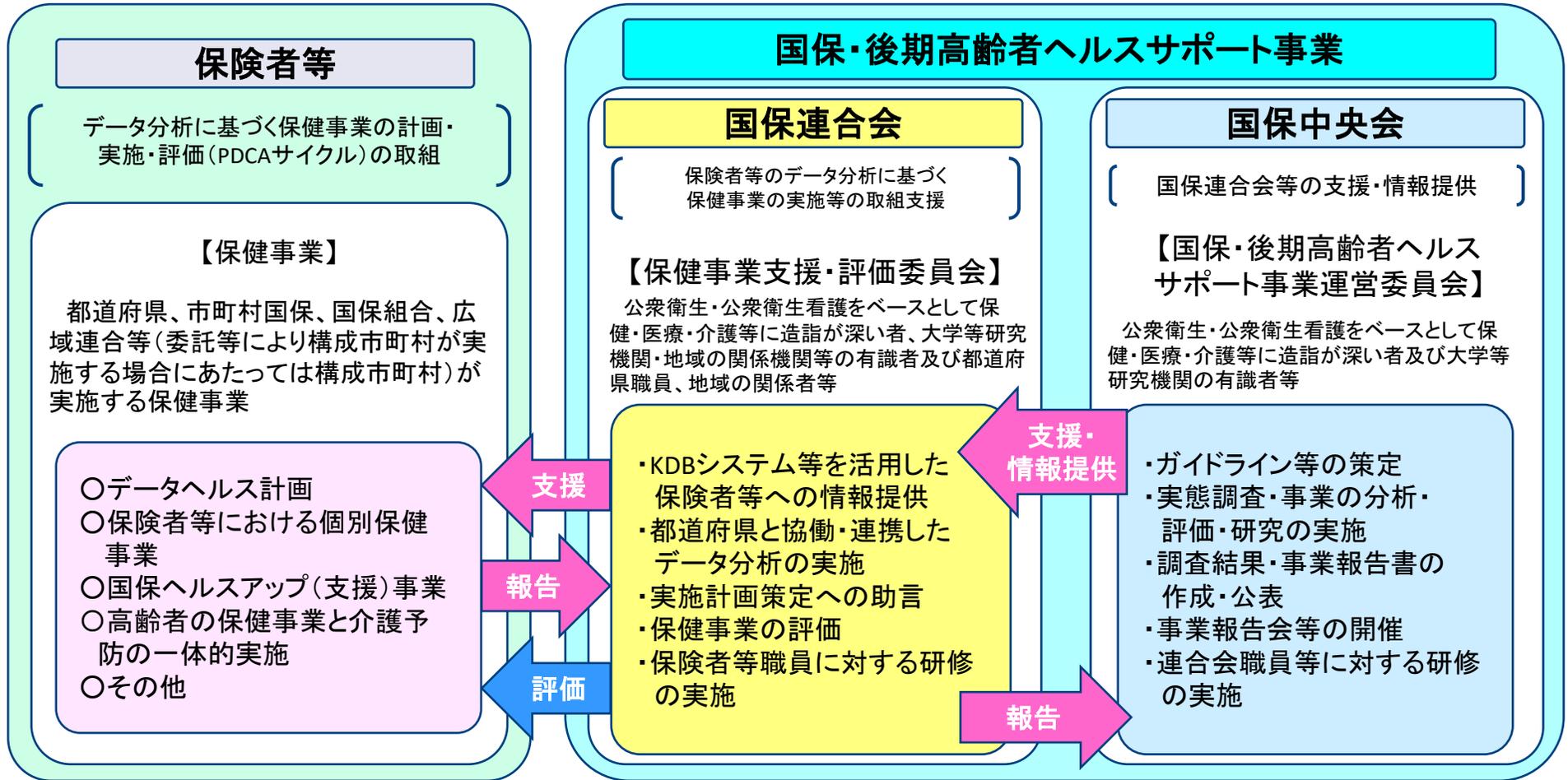
都道府県	保険者数	データヘルス計画策定状況				未着手
		策定している	策定中の場合		未着手	
			HP等で公表している	令和6年度中		
滋賀県	19	19	18	0	0	0
京都府	26	26	25	0	0	0
大阪府	43	43	43	0	0	0
兵庫県	41	41	40	0	0	0
奈良県	39	39	36	0	0	0
和歌山県	30	29	29	1	0	0
鳥取県	19	19	19	0	0	0
島根県	19	17	17	2	0	0
岡山県	27	26	26	1	0	0
広島県	23	23	23	0	0	0
山口県	19	19	19	0	0	0
徳島県	24	24	23	0	0	0
香川県	17	17	17	0	0	0
愛媛県	20	20	20	0	0	0
高知県	34	34	30	0	0	0
福岡県	60	59	58	1	0	0
佐賀県	20	20	20	0	0	0
長崎県	21	21	21	0	0	0
熊本県	45	45	42	0	0	0
大分県	18	18	18	0	0	0
宮崎県	26	26	23	0	0	0
鹿児島県	43	40	38	1	2	0
沖縄県	41	37	36	4	0	0
計	1,716 (1,736)	1,722	1,683	12	2	0

※広域連合の回答方法が異なるため、分母が177となる

広域連合の回答数：空知中部(6)6回答、大雪地区(3)1回答、後志(16)16回答（広域連合名後の（ ）内は構成市町村数）

国民健康保険の保健事業の実施状況に関する調べ

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の全体像



○ 都道府県国保ヘルスアップ支援事業の全て、市町村国保ヘルスアップ事業の一部については、保健事業支援・評価委員会等から評価を受けることが交付要件となっている。

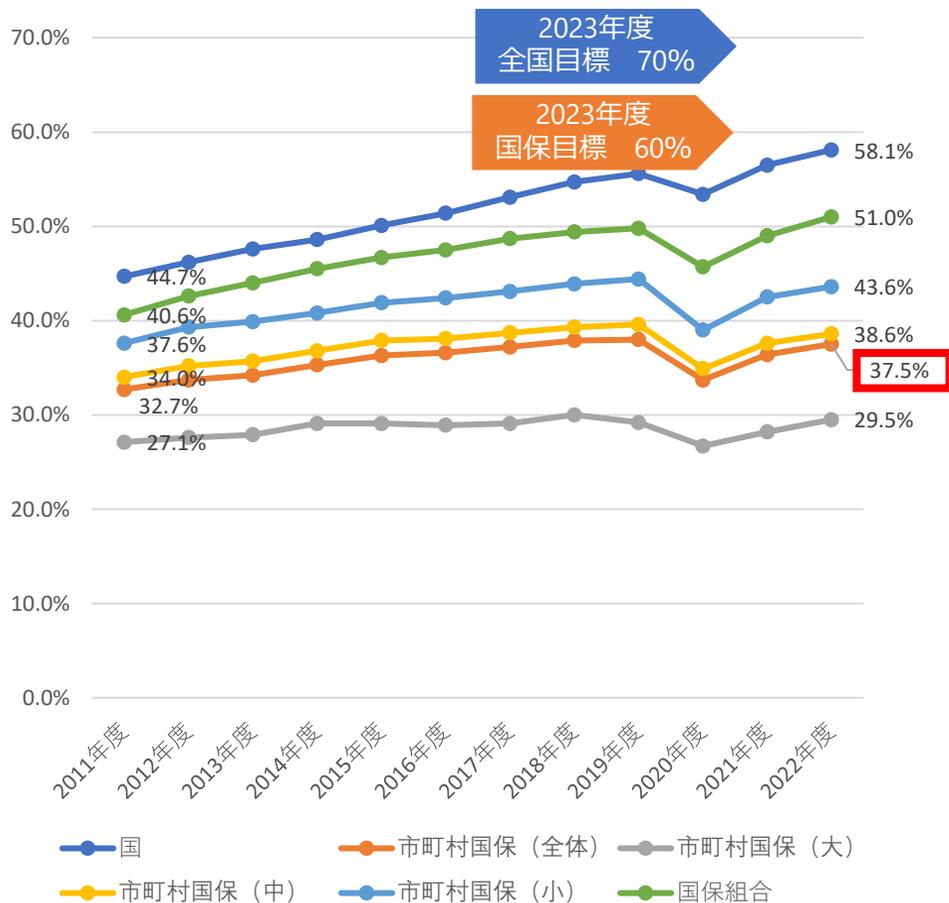
保険者機能の強化

1. 保険者努力支援制度
2. データヘルスの推進
3. 特定健診・特定保健指導
4. 重症化予防の推進
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
6. 後発医薬品の使用促進
7. 医薬品の適正使用に向けた取組

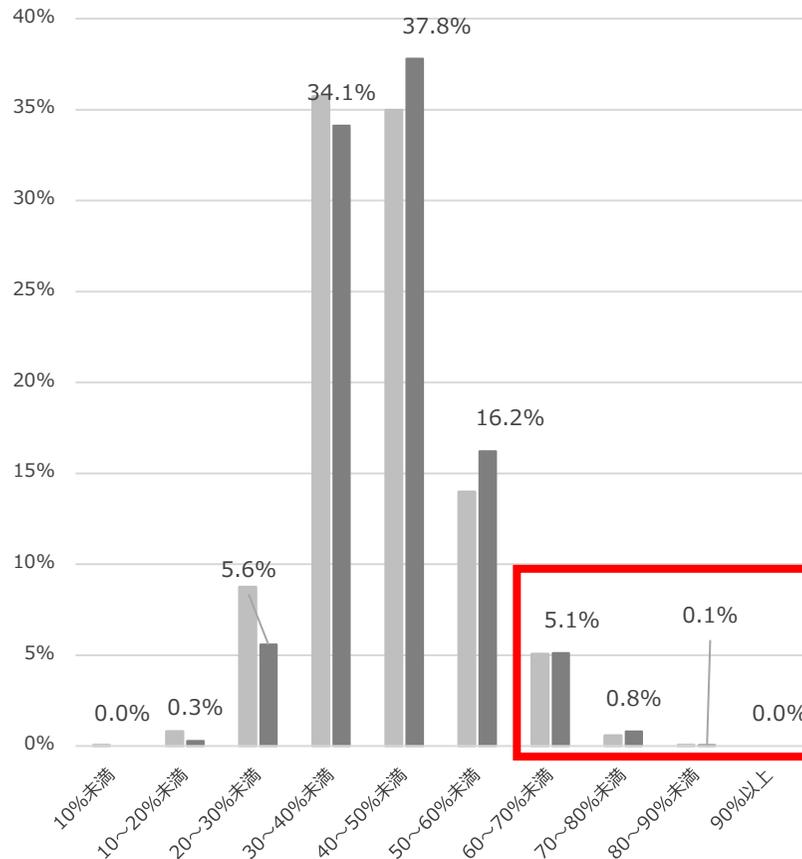
特定健診実施率の推移（市町村国保）

- 2022年度の**特定健康診査の実施率は37.5%**であった。市町村国保規模別統計を開始した2011年度と比較して、**4.8ポイント**向上した。
- 目標60%を超えている市町村国保の割合は、**6.0%**である。

【特定健診受診者数・特定健診実施率】



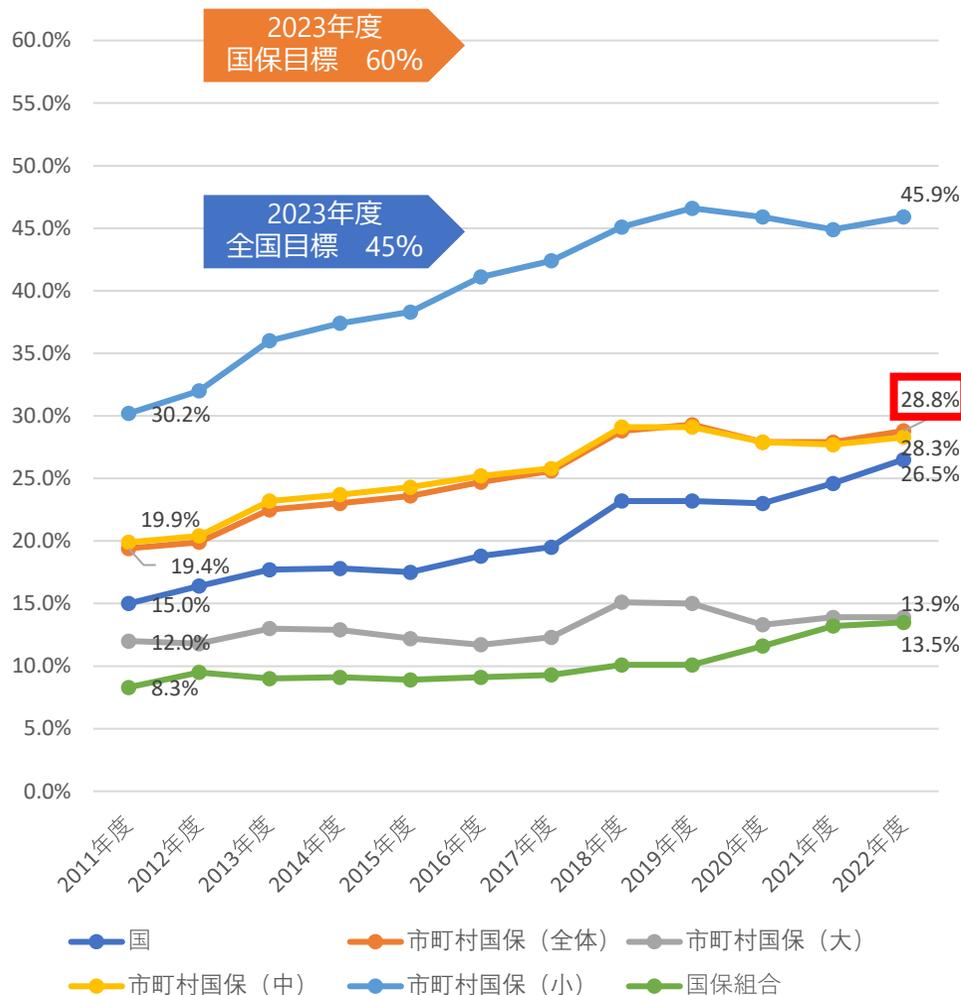
特定健康診査実施率の分布（市町村国保の構成割合）



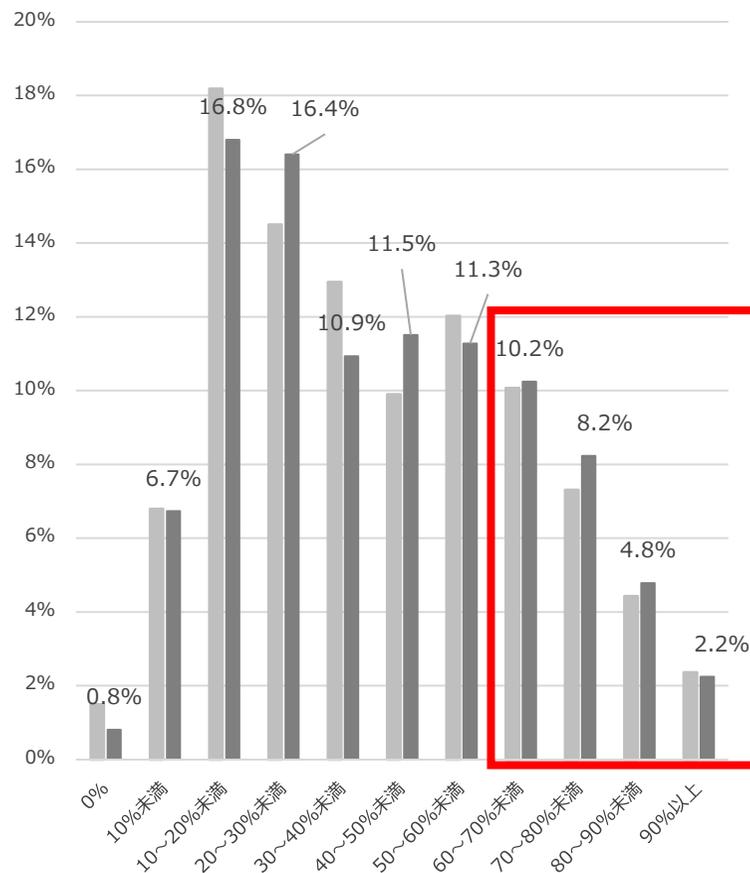
特定保健指導実施率の推移（市町村国保）

- 2022年度の**特定保健指導の実施率は、28.8%**であった。2021年度と比較して**9.4ポイント向上**した。
- 目標60%を超えている市町村国保の割合は、**25.4%**である。

【特定保健指導修了者数・特定保健指導実施率】



特定健康診査実施率の分布（市町村国保の構成割合）



40歳、50歳代に対する特定健診の受診率向上

- 市町村国保の特定健診受診率は、他の保険者に比べ相当程度低い状況。また、特に40歳・50歳代での受診率が低い。
- ⇒ ライフサイクルの中で、できる限り早期に生活習慣を整えていただくため、若年層特有の課題に留意しつつ、受診率向上策を図ることが重要。
なお、特定健診データに基づき経年的に保健指導をしていく観点からも、こうした層への対応を図ることは重要。

【未受診の理由】 一般的に言われている未受診の理由としては、40歳代では、「忘れていた」「時間がない」「健康である」「自治体からの情報不足」を挙げる声が多い。
⇒ ナッジ理論も活用しつつ情報をきちんと対象者に届けることや休日夜間の対応などの検討も重要

【表1：特定健診受診率(保険者種類別)】 ⇒市町村国保は、受診率も伸び率も相当程度低い

	総数	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合
2022年度	58.1%	37.5%	51.0%	57.1%	82.0%	81.4%
2008年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	59.5%	59.9%

(参考)新経済・財政再生計画／2023改革工程表における記述

【取組事項】

40～50歳代の特定健診・がん健診受診率の向けて、(中略)がん検診と特定健診の一体的実施等によるアクセシビリティの向上、40歳時をターゲットとした効果的な受診勧奨などナッジの活用、40歳時の健診・健診の無料・低額化等(中略)について総合的に取り組む。

【2023年度】

国保において、40～50歳代が特定健診を受診しやすくなるよう、休日夜間の健診実施や40歳未満からの健診実施等の横展開を図る。

【表2：2022年度特定健診受診率(年齢階層別)】 ⇒40歳代が特に低く、2割程度の受診率

	全体	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
全体	58.1%	63.3%	64.1%	63.8%	63.0%	57.7%	48.4%	44.8%
市町村国保	37.5%	20.9%	22.0%	24.0%	28.0%	35.7%	43.3%	45.1%

【考えられる取組】

- 個人の予防・健康づくりへの啓発促進(ICTの活用も検討)
- まずは地域診断を実施。自治体特性や地域ごとの状況の相違、性別、年齢階層別の状況も確認し、ターゲット層を十分判断。
※ なお、40歳前(就業時や40歳直前も効果があると考えられる)への受診勧奨は、令和元年度より「予防・健康づくり交付金」における事業の一つとしており、また、年齢別・地域ごとの分析は、同交付金における加算項目としている。
- ナッジ理論の活用を含め受診率向上施策ハンドブックや他の自治体の取組を参考に効果的な手法を改めて確認。
- 受診勧奨方法の工夫(通知内容と通知タイミングの見直し(40歳到達時に「特定健診が始まること」を特にPR、ターゲットを絞った電話勧奨やショートメール等を活用した勧奨等)
- 地域・職域連携の促進
- 「就労層」への対応の検討(休日夜間の実施や健診場所の拡大、特定健診とがん検診の同時実施等)。
- 医師会、医療機関や自治会等地区組織と連携した取組の拡充の検討
- 医療機関との連携(診療における検査データの活用) 等

※ 受診率向上施策ハンドブック <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000500407.pdf>

保険者機能の強化

1. 保険者努力支援制度
2. データヘルスの推進
3. 特定健診・特定保健指導
4. 重症化予防の推進
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
6. 後発医薬品の使用促進
7. 医薬品の適正使用に向けた取組

糖尿病性腎症重症化予防の取組の基本的な方向性

基本的な方向性

- 重症化予防に取り組む市町村は順調に増加しており9割以上の市町村国保で実施されているが、取組状況については保険者ごとに差がみられることから、引き続き取組を推進するとともに、今後は地域における重症化予防の取組の充実・底上げを図る。
- 特に、以下の点に留意する。
 - ① 都道府県の体制整備(都道府県版プログラム改定等)の推進
 - ② 市町村と糖尿病対策推進会議等との連携の強化
 - ③ 対象者層の明確化とそれに応じた適切な介入の推進
 - ④ 保険者・かかりつけ医・専門医・専門職による連携の強化
 - ⑤ 保険者間の連携・一体実施

今後の予定

1. KDBシステム改修(令和7年度末まで)

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿って、対象者抽出や評価の機能を搭載するためKDBシステムを改修

2. 調査研究

- 取組状況や課題を分析
- 取組の質を向上させる具体的方策の検討



3. 重症化予防事業の更なる推進等

- 好事例の収集、自治体規模等に応じた事例の公表等
- 効果的な研修方法の検討(国保中央会実施)
- 都道府県ごとに自治体職員対象セミナーの実施(国保連合会実施)

4. 取組に対する財政支援

- 市町村が実施する保健事業に対する助成
 - ・ 国保ヘルスアップ事業 ※市町村が実施する特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等に係る経費等を助成
- 都道府県が実施する保健事業等に対する助成
 - ・ 都道府県国保ヘルスアップ支援事業 ※都道府県が実施する基盤整備、現状把握・分析等に係る経費等を助成
- 広域連合が実施する保健事業に対する助成 ※高齢者の低栄養防止・重症化予防等に係る経費を助成

5. 保険者努力支援制度等の保険者インセンティブによる評価

自治体における取組状況等を踏まえつつ、取組の質の向上に向けて、適宜、評価指標の見直し

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

1. 目的・経緯

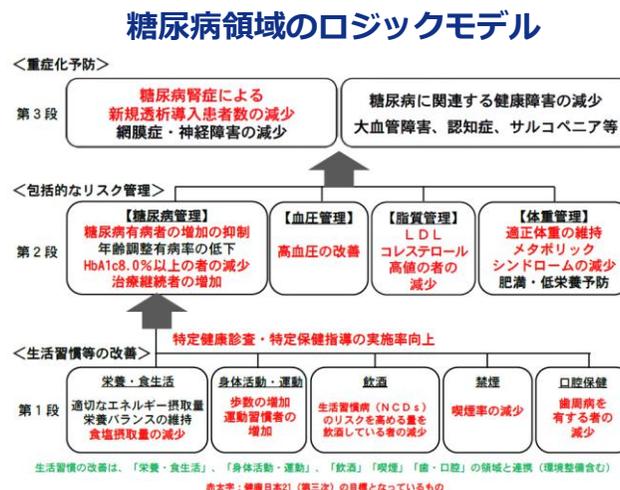
- 保険者が医療機関等と連携し、未受診者・受診中断者に対する受診勧奨や保健指導、重症化リスクの高い通院治療中の者に対する保健指導を行うことなどにより、血糖コントロールの維持、合併症の発症・進行を防ぎ、腎不全や人工透析への移行を予防し、健康寿命の延伸を図ることを目指す。
- 専門医、医療関係団体、保険者等による検討を経て、令和6年3月に糖尿病性腎症重症化予防プログラムを改定。

2. プログラム改定の概要

- 対象者の年齢層を考慮した取組の必要性、対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法を整理するとともに、自治体、保険者、医療関係者等の役割分担・連携を示す。現場の参考となる豊富な実践例も提供。

3. 重症化予防（国保・後期広域）WG

- 渡辺 俊介 日本健康会議 事務局長
- 青木 一広 神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局長
- 池田 俊明 国民健康保険中央会常務理事
- 植木 浩二郎 一般社団法人日本糖尿病学会理事長
- 柏原 直樹 川崎医科大学腎臓・高血圧内科学講座特任教授
- 加藤 絵里子 埼玉県保健医療部健康長寿課長
- 小西 直美 滋賀県豊郷町医療保険課長
- 近藤 広之 新潟県燕市健康福祉部保険年金課長
- 茂松 茂人 日本医師会副会長
- 下浦 佳之 日本栄養士会専務理事
- 津下 一代 女子栄養大学特任教授
- 長津 雅則 日本薬剤師会常務理事
- 中野 夕香里 日本看護協会常任理事
- 深谷 茂喜 全国国民健康保険組合協会常務理事
- 宮田 俊男 早稲田大学理工学術院教授
- 森山 美知子 広島大学大学院医系科学研究科教授
- 山本 秀樹 日本歯科医師会常務理事
- 綿田 裕孝 日本糖尿病対策推進会議常任幹事



【未治療者・治療中断者】 医療機関への受診勧奨と保健指導

		腎障害の程度						腎障害の程度/血圧区分判定不可										
		以下のどちらかに該当 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上		以下のどちらかに該当 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)		以下の両方に該当 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)												
		血圧区分		血圧区分		血圧区分												
		受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲								
H	8.0以上	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ
b		受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ
A	7.0~7.9	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ
I		受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ
c	6.5~6.9	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ
(%)		受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ
	6.5未満	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ	受診勧奨Ⅲ

- 受診勧奨Ⅰ (白)
- 受診勧奨Ⅱ (黄)
- 受診勧奨Ⅲ (赤)
- 保健指導Ⅰ (白)
- 保健指導Ⅱ (青)
- 保健指導Ⅲ (黒)
- CKD対策 (点線枠)
- 高血圧受診勧奨 (赤枠)

糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定の概要（平成28年4月20日策定。令和6年3月28日改定）

①対象者の年齢層に応じた取組の推進

- ・ライフコースアプローチの観点から、年齢層（青壮年層、高齢者）を考慮した取組を推進
- ・歯周病と血糖コントロールの関係から、口腔衛生の指導や歯周病の未治療者に対する継続的な歯科受診を勧奨
- ・糖尿病の合併症の一つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的かつ継続的な眼科受診を勧奨

②関係者の連携に向けた役割の提示

【保険者（市町村）】

被保険者は市町村国保と被用者保険の間を異動することや後期高齢者医療制度への異動もあるため、被用者保険と市町村間、広域連合と市町村間等でそれぞれ連携を密にし、保険者間の異動により支援が途切れないようにすることや長期的な視点で評価を行う

【都道府県】

取組が十分にできていない市町村等に対して、保健所単位等での事業実施を検討するなど、積極的な支援を実施する

【広域連合】

地域の医師会等の関係団体に対して、広域連合が取組内容を説明し、理解及び協力を得ていくことが重要であり、都道府県と連携しながら調整する場合や市町村による調整の支援を行う場合など、状況に応じた調整を行う

【地域の医師会等医療関係団体の役割】

かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医等との連携強化が重要であるため、地域の医師会等は各医療機関や医師等と連携し必要な取組を行う

糖尿病の合併症として網膜症や歯周病、歯の喪失等があることを踏まえ、医科歯科連携の仕組みを構築し活用する健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等の資源を有効活用した体制整備の検討を行う

【国保連合会、国保中央会】

取組状況等から支援の必要性があると考えられるが支援を受けていない市町村に対しても、都道府県と連携して、積極的に支援する

③対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の例示

- ・健康診査の結果の有無、糖尿病についての治療状況別（未治療、治療中）に、それぞれ対象者の把握方法を例示
- ・健康診査の結果がある者については、糖尿病についての治療状況別（未治療、治療中）に、HbA1cの状況、腎障害の程度（eGFRまたは尿蛋白の状況）、血圧の状況（血圧値、治療状況）を踏まえた対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法を例示

④市町村、都道府県等が設定する評価指標例の提示

- ・評価では、受診勧奨や保健指導を実施した対象者ごとに行う評価に加えて、対象者全体（集団）での評価も行う。
- ・評価では、ア. 被保険者全体、イ. 対象者抽出基準該当者、ウ. 絞込み該当者、エ. 事業参加者、を意識して評価を行う。

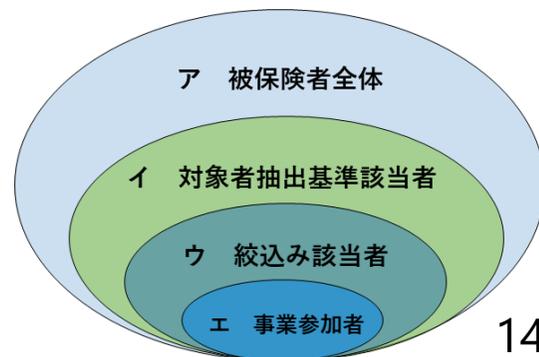
【未治療者・治療中断者】医療機関への受診勧奨と保健指導

【対象者の状態に応じた受診勧奨・保健指導】

	腎障害の程度											
	以下のどちらかに該当			以下のどちらかに該当			以下の両方に該当					
	腎障害の程度/血圧区分判定不可			腎障害の程度/血圧区分判定不可			腎障害の程度/血圧区分判定不可					
HbA1c (%)	8.0以上			7.0~7.9			6.5~6.9			6.5未満		
	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲
	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

レベル	受診勧奨	保健指導
I	通知、健康教室等の案内（面談の機会を設定）	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内
II	通知・電話/面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話/面談
III	通知・電話/面談/訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話/面談/訪問を確実に実施

【評価対象のとらえ方】



■ CKD対策 □ 高血圧受診勧奨

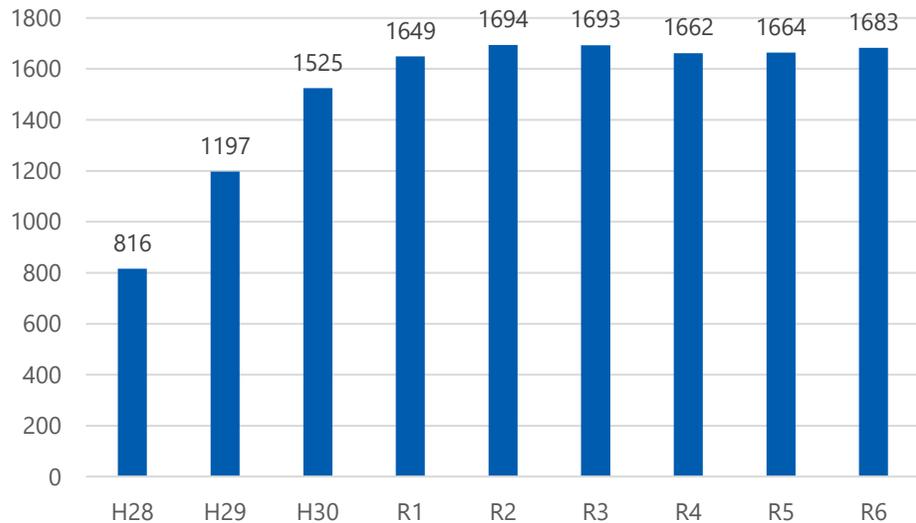
重症化予防に取り組む自治体の経年変化

- 5つの要件（※）を満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組は、95.6%まで増加している。
- 保険者規模別では、規模が小さくなるにつれ実施率が低下する。

（※） 1 対象者の抽出基準が明確であること、2 かかりつけ医と連携した取組であること、3 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること、4 事業の評価を実施すること、5 取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること

糖尿病性腎症重症化予防に取り組む自治体数

の経年変化（N=1,741）



R6年度 被保険者規模別取組状況

区分	自治体数	実施自治体数	実施率
被保険者数10万人以上	31	31	100.0%
被保険者数5万人以上10万人未満	57	55	96.5%
被保険者数1万人以上5万人未満	440	432	98.2%
被保険者数3千人以上1万人未満	562	550	97.9%
被保険者数3千人未満	651	615	94.5%
	1741	1683	96.7%

保険者機能の強化

1. 保険者努力支援制度
2. データヘルスの推進
3. 特定健診・特定保健指導
4. 重症化予防の推進
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
6. 後発医薬品の使用促進
7. 医薬品の適正使用に向けた取組

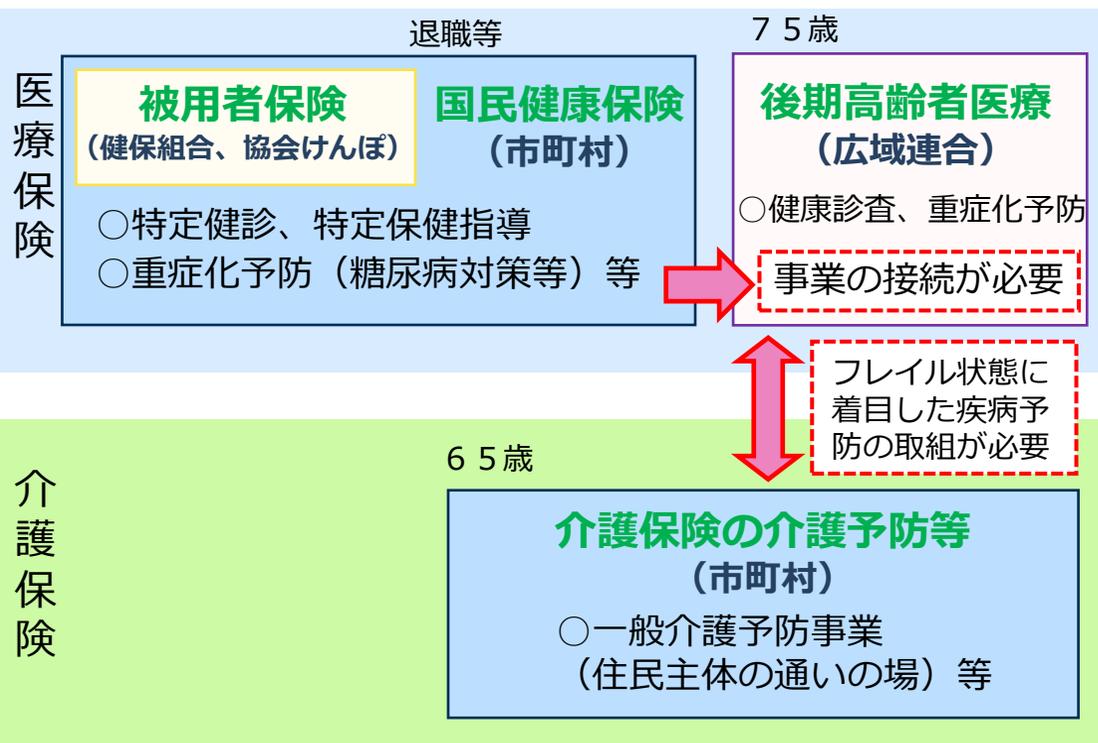
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始**された。
- 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

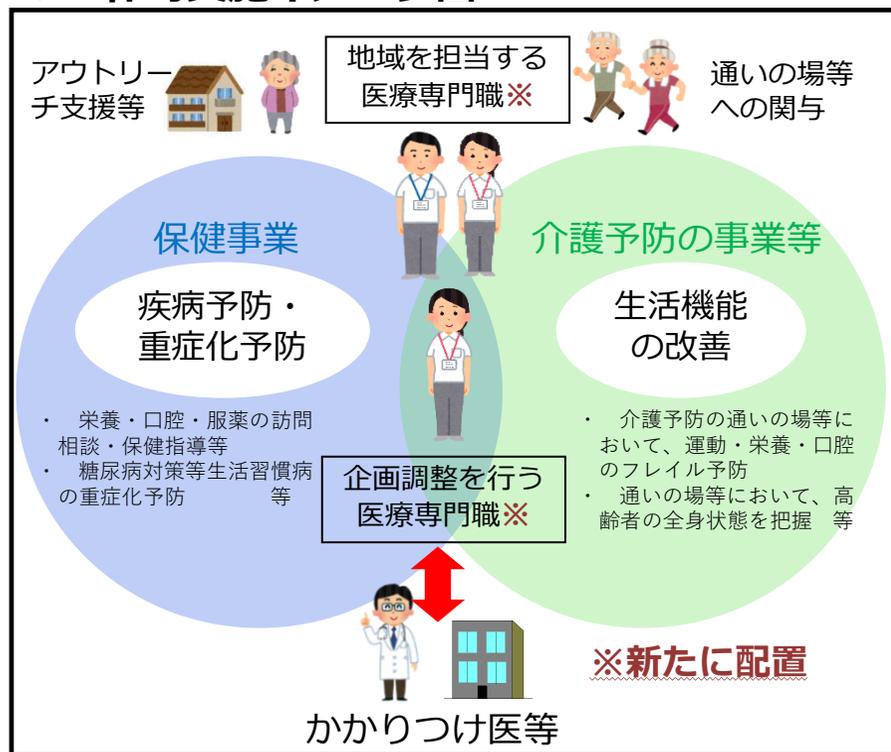
- 令和6年度において、ほぼ全ての市町村において一体的な実施を展開済み。
- 令和7年度以降においては、実施市町村における取組の量の増加と質の向上を目指す。

高齢者医療課調べ（令和6年11月時点）

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



一体的実施の推進に向けた体制整備

- 高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業について、広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施。

都道府県保健所

事例の横展開・県内の健康課題の俯瞰的把握・事業の評価 等

広域性を活かした支援

広域連合

委託

- 広域計画に、広域連合と市町村の連携内容を規定
- データヘルス計画に、事業の方向性を整理
- 事業の実施に必要な費用を委託事業費として交付
- 構成市町村にヒアリング
- 構成市町村へのデータ提供
- 構成市町村の事業評価の支援

市町村

- 高齢者医療、国保、健康づくり、介護等庁内各部局間の連携体制整備
- 一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成
- 一体的実施に係る事業の企画・関係団体との連携
- 介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組の実施
(例) データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画 等

技術的援助・協力

事業の報告

※広域連合に被保険者の医療情報等の提供を求めることができる
 ※広域連合のヒアリング等を通じた事業内容の調整
 ※データの一体的分析により地域課題を把握、広域連合からの提供データも活用
 ※地域ケア会議等も活用

医療関係団体

- 企画段階から取組について調整
- 取組への助言・支援
- かかりつけ医等との連携強化 等
- 事業の実施状況等を報告し、情報共有

国保中央会

- 研修指針の作成

国保連合会

- KDBシステムのデータ提供
- 市町村、広域連合に向けた研修の実施
- 保健事業支援・評価委員会による支援

KDBシステムの活用支援

国（厚生労働省）

- 保健事業の指針において、一体的実施の方向性を明示
- 具体的な支援メニューをガイドライン等で提示
- 特別調整交付金交付
- エビデンスの収集

令和3年～

厚生（支）局

- 特別調整交付金審査事務
- 実施状況調査・ヒアリング

保険者機能の強化

1. 保険者努力支援制度
2. データヘルスの推進
3. 特定健診・特定保健指導
4. 重症化予防の推進
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
6. 後発医薬品の使用促進
7. 医薬品の適正使用に向けた取組

後発医薬品使用促進の推移・現状

後発医薬品の使用促進に向けた主な施策の推移

<平成19年>

- 「経済財政改革の基本方針2007」で後発医薬品の数量シェア目標を設定。
⇒ 平成24年度までに30%以上（旧指標*）とする。
※ 全医療用医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア

- 「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」の策定。

<平成20年>

- 都道府県において、後発医薬品使用促進のための協議会を設置。（都道府県委託事業）

<平成25年>

- 「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の策定。
⇒ 数量シェア目標を平成30年3月末までに60%以上（新指標**）とする。
※※ 後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア

<平成27年>

- 「経済財政運営と改革の基本方針2015」で新たな数量シェアの目標を設定。
⇒ 平成29年度に70%以上とするともに、平成30年度から平成32年度末までの間のなるべく早い時期に、80%以上とする。

<平成29年>

- 「経済財政運営と改革の基本方針2017」で80%目標の達成時期を決定。
⇒ 2020年（平成32年）9月までとする。

<令和3年>

- 「経済財政運営と改革の基本方針2021」で新たな数量シェアの目標を設定。
⇒ 後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保を図りつつ、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上。

<令和6年>

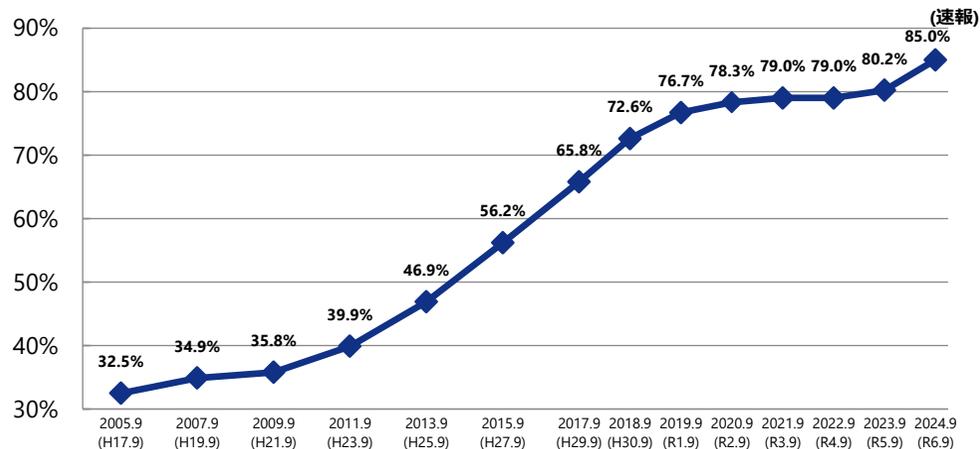
- 2029年度に向け、新たな数値目標（主目標、副次目標）を設定。

- ・主目標：医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上
- ・副次目標①：2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上
- ・副次目標②：後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

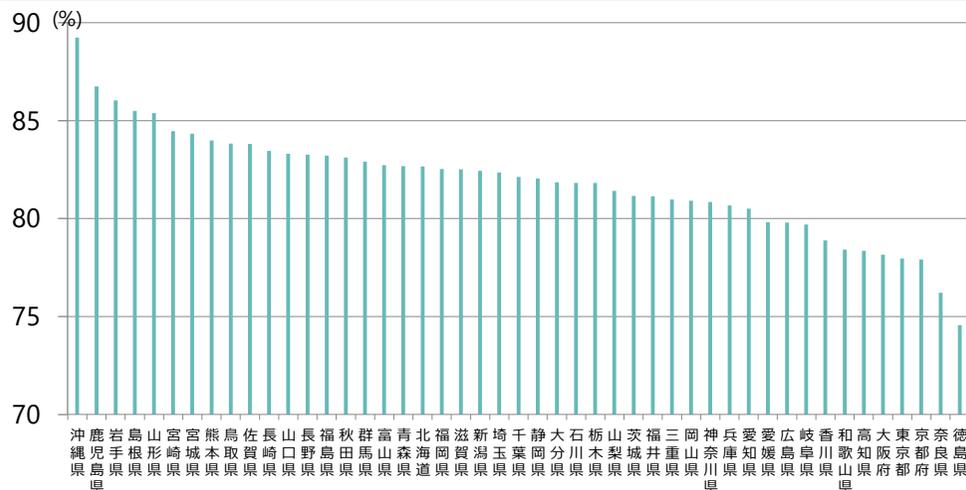
- 「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の改訂
⇒ 「安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ」

- 別添として、「バイオ後続品の使用促進のための取組方針」を策定

薬価調査における後発医薬品の使用割合（数量ベース）の推移



NDBデータにおける都道府県別後発医薬品割合（2023年3月（数量ベース））



(計算方法)

使用割合（数量シェア）＝ 後発医薬品の数量 ÷（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）

後発医薬品に係る新目標（2029年度）について

基本的考え方

- 現下の後発医薬品を中心とする供給不安や後発医薬品産業の産業構造の見直しの必要性に鑑み、医療機関が現場で具体的に取り組みやすいものとする観点も踏まえ、現行の数量ベースの目標は変更しない。

主目標：医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上（継続）

※ 2023年薬価調査において、後発医薬品の数量シェアは80.2%。2021年度NDBデータにおいて、80%以上は29道県。

- バイオシミラーについては、副次目標を設定して使用促進を図っていく。

副次目標①：2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上

- バイオシミラーの使用促進や長期収載品の選定療養等により、後発医薬品の使用促進による医療費の適正化を不断に進めていく観点から、新たに金額ベースで副次目標を設定する。

副次目標②：後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

※ 2023年薬価調査において、後発医薬品の金額シェア（*）は56.7% $(*) = \frac{\text{後発医薬品の金額（薬価ベース）}}{\text{後発医薬品の金額（薬価ベース）} + \text{後発医薬品のある先発品の金額（薬価ベース）}}$

※ その時々金額シェアは、後発医薬品やバイオシミラーの上市のタイミング、長期収載品との薬価差の状況等の影響を受けることに留意が必要

取組の進め方

- 限定出荷等となっている品目を含む成分を除いた数量シェア・金額シェアを参考として示すことで、後発医薬品の安定供給の状況に応じた使用促進を図っていく。
- 薬効分類別等で数量シェア・金額シェアを見える化することで、取組を促進すべき領域を明らかにして使用促進を図っていく。

さらに、目標年度等については、後発医薬品の安定供給の状況等に応じ、柔軟に対応する。
その際、2026年度末を目途に、状況を点検し、必要に応じて目標の在り方を検討する。

安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ

令和6年9月30日策定

概要

- 2013年（平成25年）に策定した「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（旧ロードマップ）を改訂。
- 現下の後発医薬品を中心とした医薬品の供給不安に係る課題への対応を基本としつつ、後発医薬品を適切に使用していくための取組も整理。
- バイオ後続品の取組方針については、その特性や開発状況等が化学合成品である後発医薬品とは大きく異なるため、ロードマップの別添として別途整理。

数値目標

- 主目標：医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上（旧ロードマップから継続）
- 副次目標①：2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上
- 副次目標②：後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

取組施策

（1）安定供給・国民の信頼確保に向けた取組

○品質確保に係る取組

- ・医薬品医療機器総合機構と都道府県による、リスクの高い医薬品製造所に対する、合同による、無通告立入検査の実施【令和5年度開始】
- ・全ての後発医薬品企業による、製造販売承認書と製造実態に係る自主点検の実施【令和6年度実施】
- ・日本ジェネリック製薬協会を中心とした、外部研修や人事評価等による、クオリティカルチャー醸成に向けた、企業の人材育成【令和6年度開始】等

○安定供給に係る取組

- ・供給不足が生じるおそれがある場合（供給不安報告）又は生じた場合（供給状況報告）に、企業が厚労省へ報告する制度を整備【令和6年度開始】
- ・後発医薬品企業による、安定供給に係る情報の公表【令和6年度開始】
- ・自社の供給リスクを継続的に把握・分析することを可能とする、医薬品企業向けのマニュアルの作成【令和6年度実施】
- ・市場参入時に安定供給確保を求め、医薬品の需給状況の把握・調整を行うほか、供給不安発生時には供給不安解消策を講じる「安定供給確保に係るマネジメントシステム」の法的枠組の検討【令和6年度結論】
- ・日本ジェネリック製薬協会は、安定供給責任者会議を開催し、安定供給に係る各企業の好事例や競争政策上の観点に留意しつつ供給不安解消に向けた企業間での情報共有等を促す【令和6年度開始】等

（2）新目標の達成に向けた取組

○使用環境の整備に係る取組

- ・的を絞った使用促進を可能とするため、数量ベースに加え、金額ベースでの薬効分類別等の後発医薬品置換率情報の提供【令和6年度開始】
- ・都道府県協議会を中心として、金額ベースでの薬効分類別等の後発医薬品置換率も参考に、後発医薬品の使用促進を実施【令和6年度開始】
- ・都道府県医療費適正化計画への、後発医薬品の数量・金額シェア、普及啓発等の施策に関する目標や取組の設定等による、後発医薬品の使用促進【引き続き実施】
- ・差額通知事業の推進による、患者のメリットの周知【引き続き実施】等

○医療保険制度上の事項に係る取組

- ・長期収載品について、保険給付の在り方を見直し、選定療養の仕組みを導入【令和6年10月から開始】
- ・後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き中央社会保険医療協議会等で検討【引き続き実施】等

※（1）及び（2）の取組に加え、取組の実施状況や数値目標の達成状況は定期的にフォローアップするとともに、令和8年度末を目途に状況を点検し必要に応じ目標の在り方を検討
※「後発医薬品産業の在るべき姿」を実現するための対策に係る取組については、引き続き検討が必要であることから、別途、本ロードマップの別添として策定予定

バイオ後続品の使用促進のための取組方針

令和6年9月30日策定

概要

- バイオ後続品（バイオシミラー）は、先行バイオ医薬品とともに、医薬品分野の中でも成長領域として期待されている分野。医療費適正化の観点に加え、我が国におけるバイオ産業育成の観点からも、使用を促進する必要がある。
- 後発医薬品に係る新目標の副次目標としてバイオ後続品の数値目標が位置づけられたことも踏まえ、後発医薬品に係るロードマップの別添として、バイオ後続品の取組方針を整理した。

数値目標

主目標：医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上（旧ロードマップから継続）

副次目標①：2029年度末までに、バイオシミラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上

副次目標②：後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

取組施策

（1）普及啓発活動に関する取組

- バイオ後続品は、がん等の特定領域での使用が中心であるため、特定の使用者を念頭においた取組が必要。また、高額療養費制度の対象となることがあり、自己負担額が変わらず患者にメリットがないことがあるため、医療保険制度の持続性を高める観点の周知も含め継続的な啓発活動が必要。
- ・バイオ後続品の対象患者や医療関係者、保険者等を対象に講習会を開催【引き続き実施】
- ・バイオ後続品の採否や先行バイオ医薬品からの処方切替え等を検討する際に必要な情報について、市販後データも含めて整理し公表【令和7年度開始】
- ・バイオ後続品の一元的な情報提供サイトの構築【令和6年度開始】
- ・保険者インセンティブ制度において、保険者によるバイオ後続品の普及啓発に係る指標の追加を検討【令和7年度結論】等

（2）安定供給体制の確保に関する取組

- 我が国で販売されるバイオ後続品は、海外製原薬や製剤を使用するケースが多い。海外依存による供給途絶リスクを避けるため、企業は海外の状況等を注視しつつ必要な供給量を在庫として安定的に確保する必要がある。
- ・企業は、必要な原薬又は製剤の在庫の確保を行う【引き続き実施】等

（3）使用促進に向けた制度上の対応に関する取組

- バイオ医薬品は薬価が高額であるものが多いため、バイオ後続品の使用を促進することは、医療保険制度の持続可能性を高める解決策の一つである。
- ・入院医療においてバイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行い、バイオ後続品の一定の使用基準を満たす医療機関の評価を行う、バイオ後続品使用体制加算を新設【令和6年度開始】
- ・バイオ後続品について、国民皆保険を堅持しつつ、患者の希望に応じて利用できるよう、令和6年10月から施行される長期収載品の選定療養も参考にしつつ、保険給付の在り方について検討を行う【引き続き検討】
- ・都道府県医療費適正化計画へのバイオ後続品の数量シェアや普及啓発等の施策に関する目標や取組の設定等による、バイオ後続品の使用促進を図る【引き続き実施】等

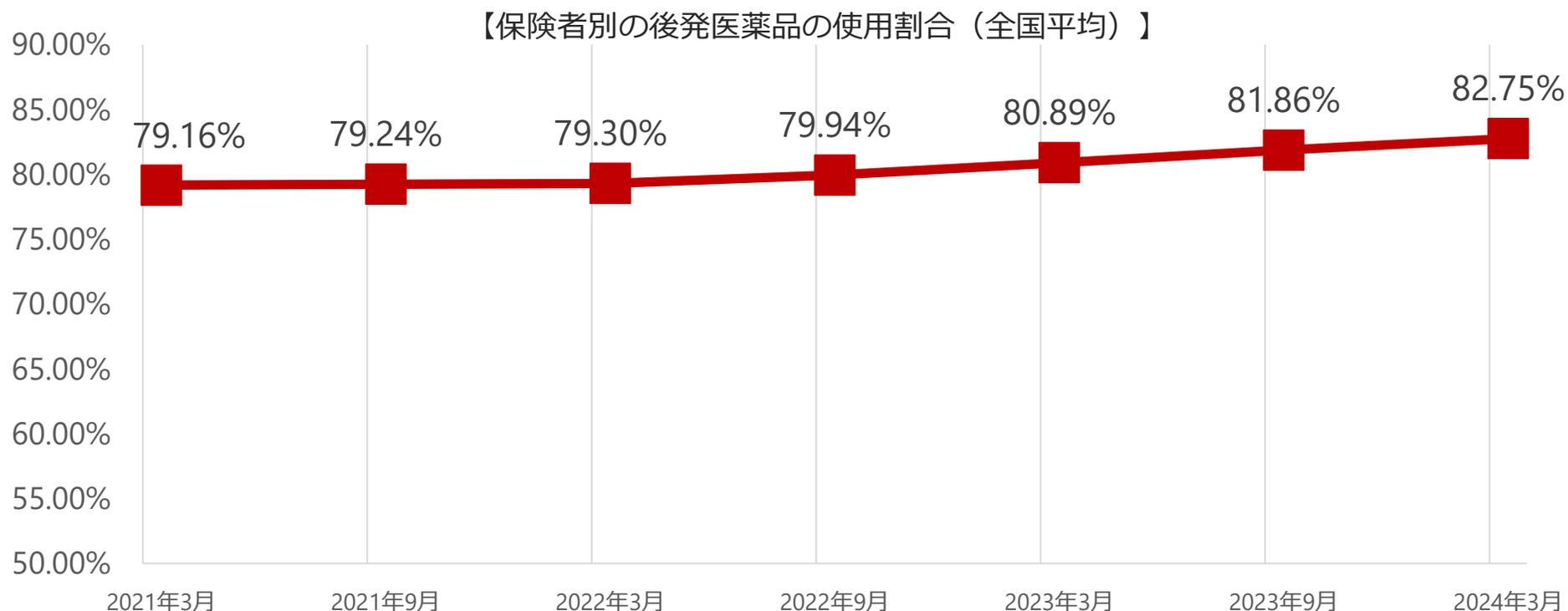
（4）国内バイオ医薬品産業の育成・振興に関する取組

- バイオ後続品の製造販売企業のうち、原薬の製造を海外で行う企業が7割以上あり、製剤化も海外で実施している企業が半数程度を占めている。バイオ医薬品が製造可能な国内の施設・設備の不足やバイオ製造人材の確保・育成が必要。
- ・バイオ後続品を含めたバイオ医薬品について、製造に係る研修を実施。更に、実生産スケールでの研修等の実施の検討を行う【研修について引き続き実施、実生産スケールでの研修等の取組については令和6年度開始】
- ・遺伝子治療製品等の新規バイオモダリティに関する製造人材研修を実施【令和6年度開始】等

※（1）～（4）の取組に加え、取組の実施状況や数値目標の達成状況は定期的にフォローアップするとともに、令和8年度末を目途に状況を点検し必要に応じ目標の在り方を検討

保険者別の後発医薬品の使用割合（概要）

- 経済・財政計画 改革工程表2017改定版（2017年12月21日）に基づき、後発医薬品の使用促進に向けて、保険者別の後発医薬品の使用割合（毎年9月診療分と3月診療分）を公表するもの。
- 後発医薬品の使用割合（全国平均）は、**82.75%**であった。前回（2023年9月診療分）と比べ、**0.89ポイントの増加**であった。



注）後発医薬品の使用割合が低い保険者が法令違反状態にあるわけではない点に留意する。

※計算方法：使用割合（数量シェア）＝後発医薬品の数量 ÷（後発医薬品がある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）
対象レセプトの種類：医科入院、DPC（出来高払い部分は対象。包括払い部分は対象外）、医科入院外、歯科、調剤

保険者機能の強化

1. 保険者努力支援制度
2. データヘルスの推進
3. 特定健診・特定保健指導
4. 重症化予防の推進
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
6. 後発医薬品の使用促進
7. 医薬品の適正使用に向けた取組



ポリファーマシー対策の取組について

①「高齢者の医薬品適正使用の指針」の策定等

- 多剤・重複投薬を含む高齢者の薬物療法の適正化の観点から「高齢者の医薬品適正使用の指針」を策定
- 医療機関へのポリファーマシー対策の導入及び推進のための業務手順書等を含む「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」を策定
- 今年度、モデル医療機関における業務手順書等の実運用調査を実施中

②かかりつけ薬剤師・薬局の推進

- 「患者のための薬局ビジョン」に基づき、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬情報の一元的・継続的把握等の取組を推進

③診療報酬における評価

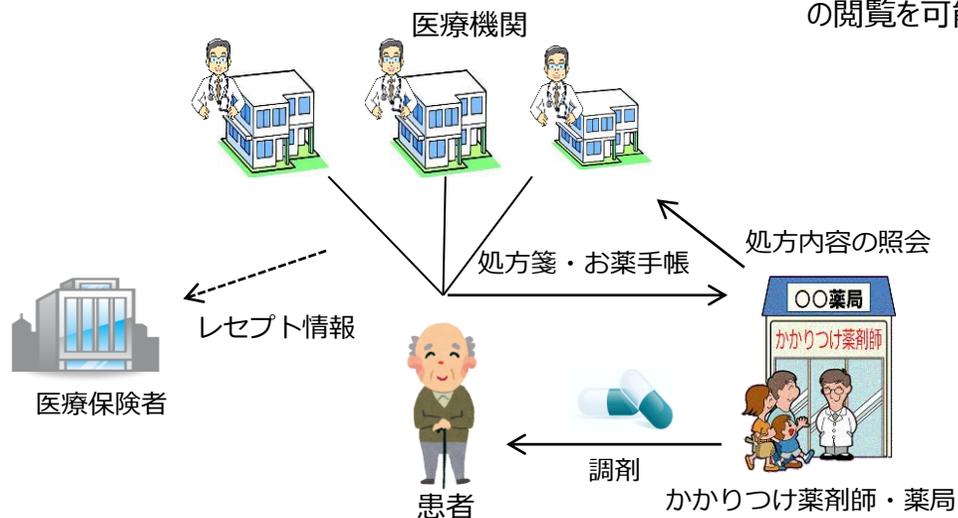
- 医療機関・薬局における減薬の取組の評価等

④保険者における取組

- 保険者におけるインセンティブの見直し

⑤レセプト情報の活用

- マイナンバーカードにより、薬剤情報をマイナポータルで本人が確認できるようにするとともに、本人から同意を取得した上で、医療機関・薬局等でも患者の薬剤情報の閲覧を可能とする仕組みを開始（2021年10月）



事務連絡
令和7年3月10日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中

厚生労働省保険局国民健康保険課

向精神薬の重複処方の適正化に係る取組への対応について

平素より、国民健康保険制度の円滑な実施につきましては、格段の御協力、御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

各保険者におかれましては、国保被保険者の健康増進や疾病予防等を図るため、保健事業やデータヘルス計画への取組を行っていただいているところです。

さて、令和6年度事業「国民健康保険における保健事業のあり方に関する調査研究事業」において、市町村に対して医薬品の適正使用に向けた取組についてヒアリングを実施したところ、向精神薬の重複処方に係る医療機関への情報提供に関する照会を多く受けたことから、回答について（別添1）のとおりお示ししますので、医薬品の適正使用等の取組について、貴管内市町村、国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会に対する周知・助言等をお願いいたします。

【問い合わせ先】

厚生労働省保険局国民健康保険課
保健事業担当
TEL 03 5253 1111（内線 3209、3255）
mail kokuho-hoken@mhlw.go.jp

問1 国民健康保険の被保険者が、同一月に、月の処方上限を超えた同一成分の向精神薬（睡眠導入剤）を、複数の医療機関等から重複して処方されていた。被保険者本人に加えて、処方する医療機関に対して、レセプト情報等個人情報を含んだ情報提供（注意喚起文の送付）をしてよいか。

（答） まず、行政機関等によるレセプト情報等の保有個人情報の提供については、以下のいずれかに該当する場合に可能となります。

① 個人情報保護法第61条第1項に基づき特定した利用目的のための提供である場合

② 個人情報保護法第69条第1項の「法令に基づく」提供である場合

③ 個人情報保護法第69条第2項各号のいずれかに該当する提供である場合

その上で本件を上記にあてはめると、まず、①について、利用目的のための提供に該当するかは、各保険者がレセプト情報等について特定する利用目的によることから、各保険者においてご確認いただくようお願いいたします。

なお、個人情報保護法第61条第3項に基づき利用目的の変更を行う場合には、当該変更後の利用目的のための提供も①の提供に含まれます。

また、②について、本件は法令に基づく情報提供には当たらず、該当しないと考えられます。

仮に、①に該当しない場合であっても、③について、個人情報保護法第69条第2項第4号において「その他保有個人情報を提供することについて特別の理由があるとき」とされています。本件は、保健指導の観点から、向精神薬を1日あたりの処方上限数を超えて複数の医療機関等から処方されている被保険者に関して、更なる処方を防止する目的で個人情報を取り扱うものと思慮しますが、重複投薬の是正は、被保険者にとって安全かつ効果的な服薬に資するものであり、健康被害を防止し、医薬品の適正使用につながるものです。

こうした目的のために必要な範囲で、行政機関等から医療機関に対して、レセプト情報等の保有個人情報を提供することは、「その他保有個人情報を提供することについて特別の理由があるとき」に当たり、本人又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがあると認められない限り、本人の同意が得られない場合でも、可能となる余地があると考えられます。

ただし、③については、提供が臨時的に行われる場合に関する規定であり、健康被害を防止し、医薬品の適正使用につながるための保有個人情報の提供が恒常的に行われる場合には、そのような提供が可能となるように利用目的を特定しておく必要があります。

また、事案毎に必要なに応じて、管轄保健所精神保健担当部署や業務担当部署等への相談及び厚生局麻薬取締部への通報を検討してください。

国保のデジタル化

1. マイナ保険証の利用促進等
2. システム標準化
3. 診療報酬改定DX

医療DXの基盤となるマイナ保険証

電子処方箋

処方・調剤情報をリアルタイムで共有
→ 併用禁忌・重複投薬を回避

電子処方箋管理サービス



電子カルテ

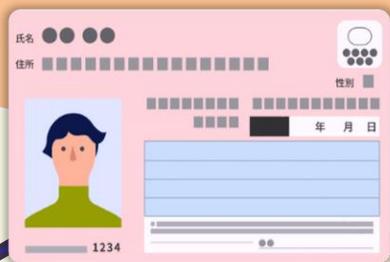
- 医療機関間での文書のオンライン送信、診療に必要なカルテ情報の共有
- マイナポータルでの自己情報閲覧 (PHR)

電子カルテ情報共有サービス (仮称)



確実な本人確認により
なりすましを防止

オンライン資格確認等システム



レセプト返戻の減少

高額療養費の自己負担
限度額を超える分の
支払を免除

マイナ保険証

→将来的には、スマート
フォン1台で受診可能に

患者本人の健康・医療
データに基づくより良
い医療の実現

診察券・公費負担医療の
受給者証とマイナンバー
カードの一体化

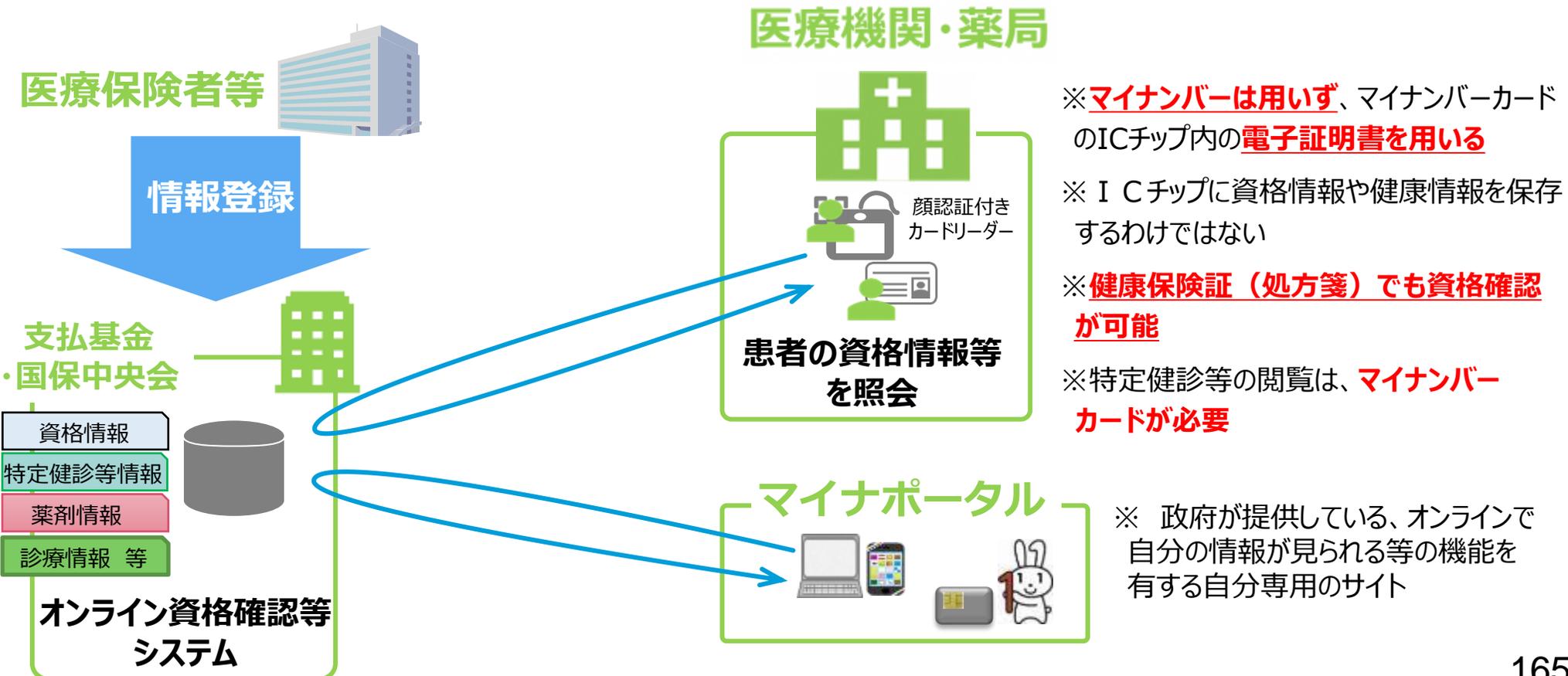


救急医療における
患者の健康・医療データ
の活用

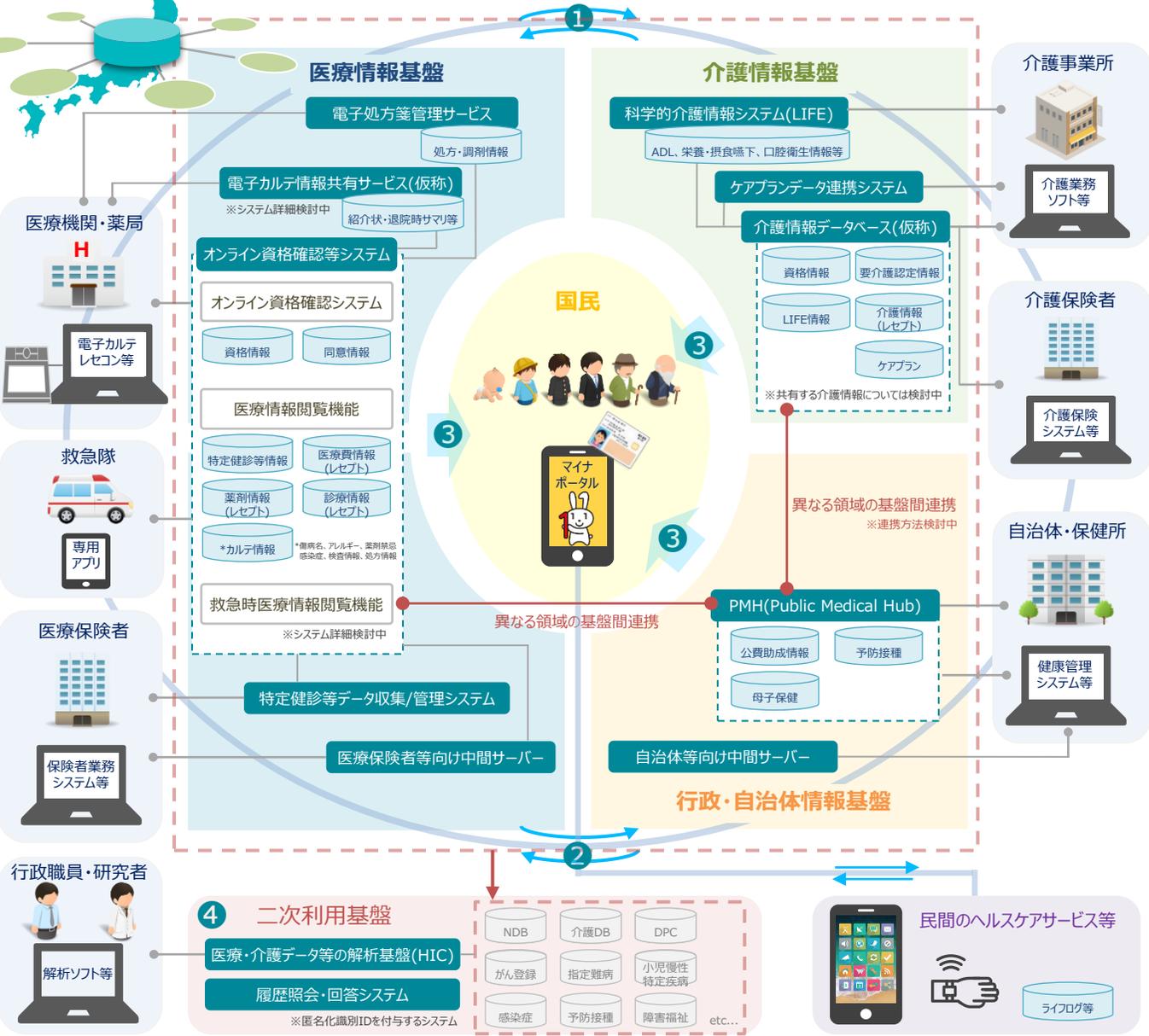


オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

- ① 医療機関・薬局の窓口で、**患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できる**ようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による**事務コストが削減**。
- ② マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、**より良い医療を受けられる環境に**。（マイナポータルでの閲覧も可能）



全国医療情報プラットフォーム



《医療DXのユースケース・メリット例》

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを受けられる。



2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



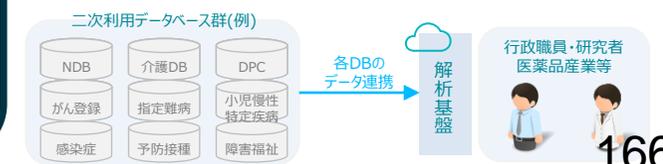
3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。

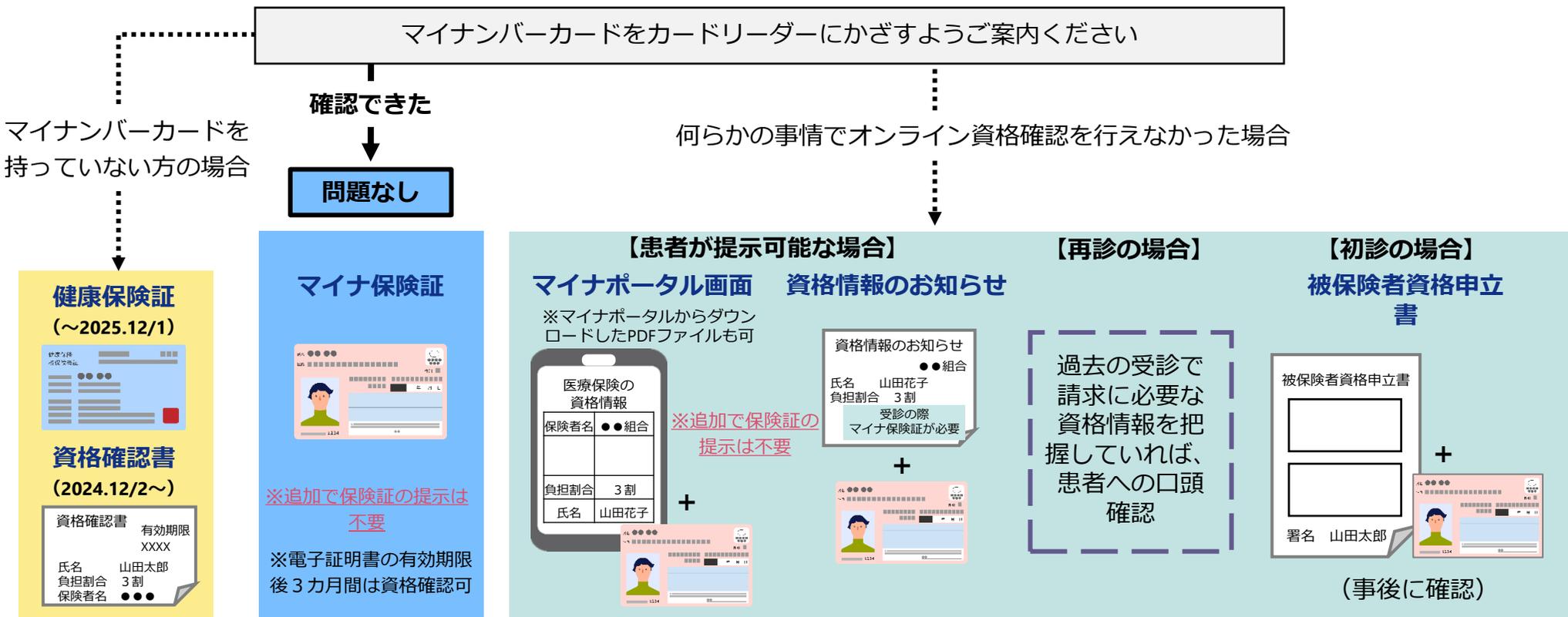


4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や確かな診断が可能になる。



マイナ保険証を基本とする仕組みにおける医療機関・薬局での資格確認



患者には適切な自己負担分（3割分等）の支払を求めてください

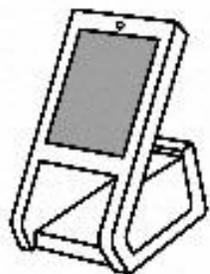
外来診療等におけるスマホ搭載対応

- 現行の顔認証付きカードリーダーに加えて、スマホ搭載された電子証明書をかざして読み取るための汎用カードリーダーを設置する。
- 電子証明書の読み取り後、同意登録は、顔認証付きカードリーダーの画面上で実施する。
- Android及びiPhoneで同時に令和7年春にリリースし、実証事業を経た上で、医療機関等での普及を目指す。

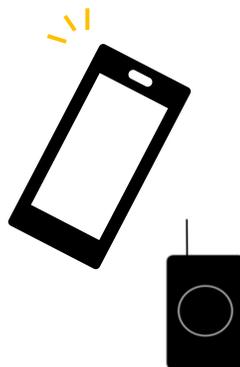
①顔認証付きカードリーダーで
スマホによる手続きを選択



②認証 (Androidのみ)
※Androidの場合4桁の
PIN入力が必要

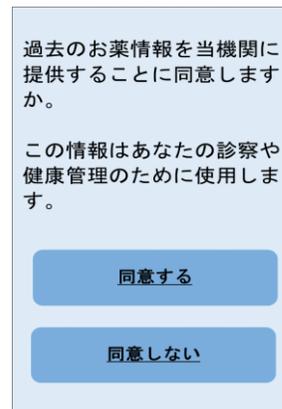


③スマートフォンを汎用
カードリーダー (資格確
認端末に接続) にかざし
て電子証明書を読み取り

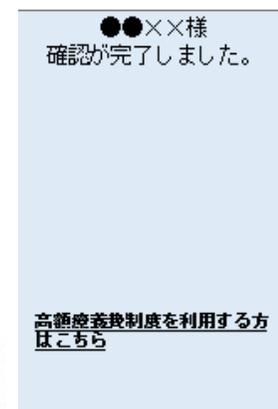


※iPhoneは汎用カードリー
ダーにかざす前に生体認証
等によりマイナンバーカー
ドを表示して読み取り

④同意登録



⑤完了



資格確認書の取扱いについて

- 当分の間、マイナ保険証を保有していない方全てに資格確認書を申請によらず交付
⇒ 加入者全員がマイナ保険証又は資格確認書が手元にある
- 資格確認書の有効期間は5年以内で保険者が設定（更新あり）

様式 ※必須記載事項のみ（カード型）の場合

表 面

〇〇都道府県	有効期限	年	月	日
国民健康保険	発効期日	年	月	日
資格確認書				
記号	番号	(枝番)		
氏名	性別			
生年月日	年	月	日	負担割合
適用開始年月日	年	月	日	割
交付年月日	年	月	日	
世帯主氏名				
住所				
保険者番号				
交付者名				印

裏 面

備考

※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。

2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。

3. 私は、臓器を提供しません。

《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》

【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】

〔特記欄： 署名年月日： 年 月 日 〕

本人署名（自筆）： 家族署名（自筆）：

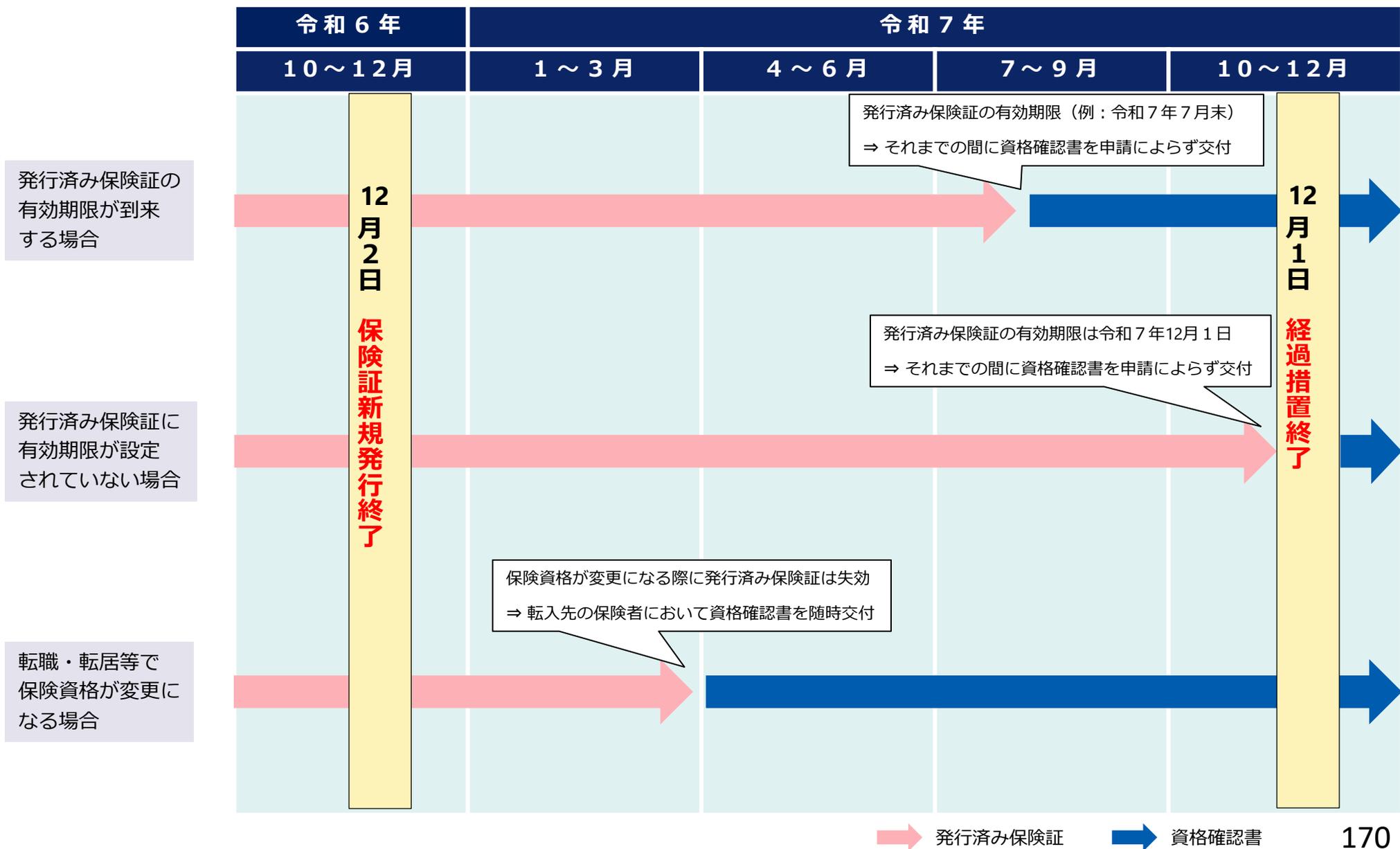
対象者・交付方法

有効期間等

- 当分の間、**マイナ保険証を保有していない方全てに申請によらず交付**
⇒ **加入者全員にマイナ保険証又は資格確認書を交付**
- マイナ保険証を保有していても申請により資格確認書が交付された要配慮者について、継続的に必要と見込まれる場合には、更新時に申請によらず交付
- 一度登録した後も、マイナ保険証の利用登録の**解除を可能**とし、資格確認書を交付

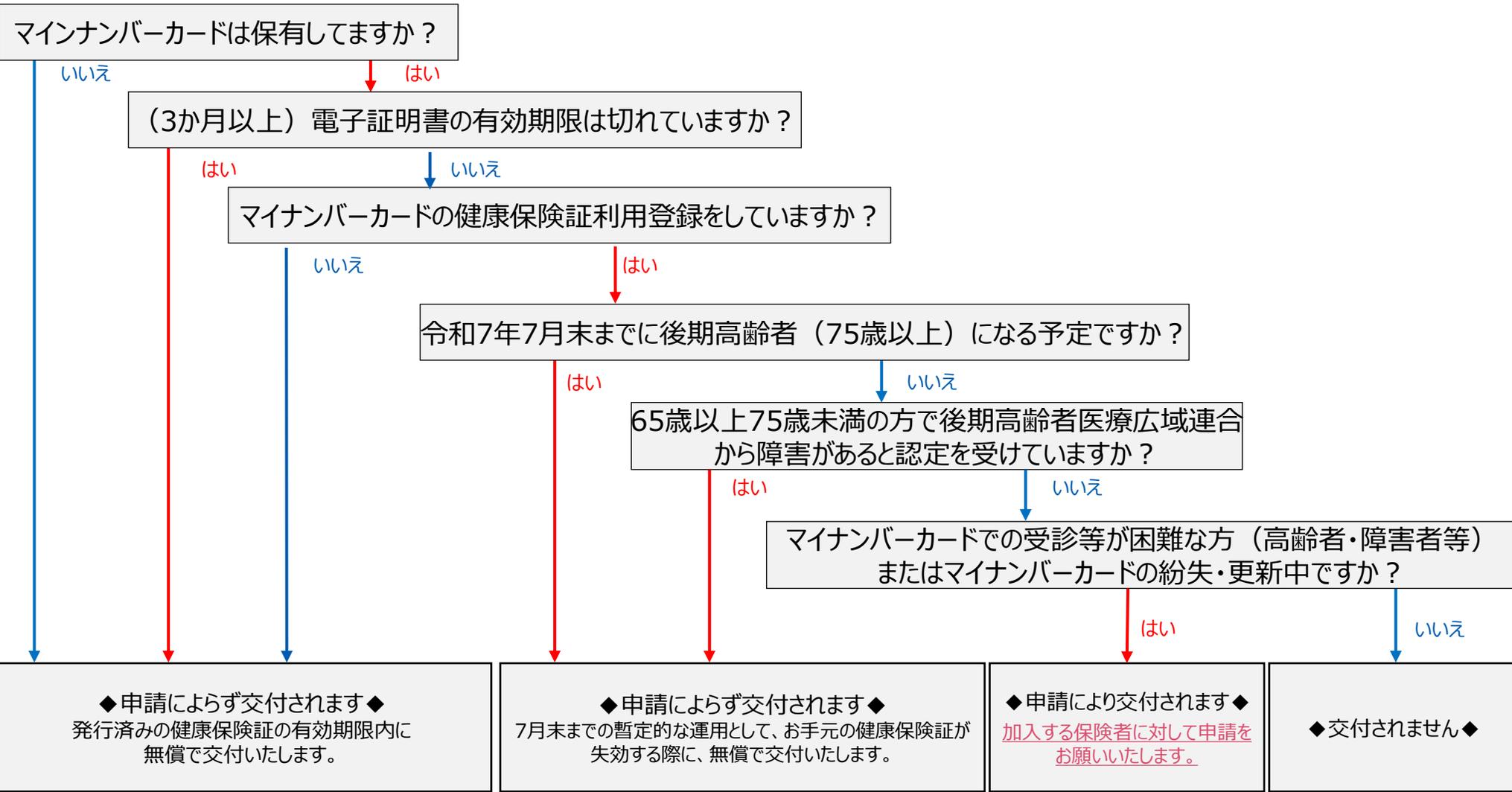
- 現行の保険証の発行実務等（被用者保険の平均加入期間等）を踏まえつつ、不正使用等を防止
⇒ **5年以内**で保険者が設定（更新あり）
- 様式も、現行の実務・システムを活用
⇒ **サイズ：カード型（はがき型を含む）**
材質：紙、プラスチック

マイナ保険証を保有していない方への資格確認書交付のスケジュール



資格確認書の交付対象について

利用者が置かれている状況を基に資格確認書の交付対象となるかどうかのフローを整理すると以下のとおり。



資格確認書に関する周知 ①（医療機関・薬局＋国民への周知）

医療機関・薬局ならびに国民に対しても、厚生労働省HPで掲載。また、作成したリーフレットも掲載して周知。

健康保険証は 12月2日以降新たに発行されなくなりました

(令和7年2月時点)

従来の健康保険証は、令和6年12月2日以降新たに発行されなくなりました。その後は、マイナンバーカードの健康保険証利用(マイナ保険証)を基本とするしくみに移行しています。ただし移行後も、

お手元の健康保険証は、有効期限までの間、**最長1年間**使用できます。

マイナ保険証ならではのメリット

- ✓ 過去のお薬・診療データに基づく、より良い医療が受けられる。
- ✓ 突然の手術・入院でも高額支払いが不要になる。
- ✓ 救急現場で、搬送中の適切な応急処置や病院の選定などに活用される。

健康保険証として利用できるだけでなく、日常生活の中で利用できるシーンが広がっています。ぜひ日頃からマイナンバーカードを持ち歩いて、ご活用ください！



よくある質問

Q. マイナンバーカードに大事な情報が入っていますか？

A. マイナンバーカードにはプライバシー性の高い情報は入っていません。

また、カード裏面のマイナンバー(12桁)を知られただけでは悪用されません。保険証利用時、医療機関がマイナ保険証で参照できるデータは、従来の健康保険証と同じ情報と、ご本人の同意があった場合のみ、受けている治療内容やお薬の履歴のみとなります。

Q. 本人が顔認証付きカードリーダーを操作できない場合はどうするのですか？

A. 顔認証のかわりにマイナンバーカード作成時に設定した暗証番号を代理人が入力することなどで受付することができます。待合スペース等にいるご本人のお顔とマイナンバーカードのお写真を、職員が目視で確認する本人確認も可能です。



それでもマイナ保険証ではなく別の方法で受診したいときはどうすればいいの？

詳しくは裏面に

マイナ保険証をお持ちでなくても 資格確認書によりこれまで通り医療にかかれます

マイナ保険証を使わない場合の受診方法

- 2024年12月2日以降は、「**資格確認書**」でもこれまで通り医療にかかることができます。

<イメージ>

〇〇都道府県	健康保険	年月日
国民健康保険	被保険者	年月日
資格確認書	被保険者	年月日
記号	番号	(住所)
氏名	性別	
生年月日	年月日	真面目な 誠
健康保険番号	年月日	
交付年月日	年月日	
健康保険証	年月日	
住所		
氏名		
健康保険番号		
交付年月日		

- ※ 保険者によって様式・発行形態が異なります。
- ※ 資格確認書の交付等に関する事項は、ご自身が加入している医療保険者からの情報をご確認ください。ご不明点等についても、同保険者にお問合せをお願いします。

- マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない方には、従来の健康保険証の有効期限がきる前に「資格確認書」を無償で申請によらずお届けします。ご自身の申請は不要です。なお、すでに利用登録されている方であっても、解除された方には同様にお届けします。
- マイナ保険証を持っていても、マイナンバーカードでの受診等が困難な方(高齢者、障害者等)は、申請いただくことで、資格確認書を無償で交付します。(更新時の申請は不要)
- 病態の変化などにより、顔認証付きカードリーダーを上手く使えなくなった場合、資格確認書をご使用ください。従来の健康保険証と同様、親族等の法定代理人や、介助者等による代理申請も可能です。
- 後期高齢者医療制度の被保険者は、2025年7月末までの暫定的な運用として、従来の健康保険証が失効する方に資格確認書を無償で申請によらず交付します。そのため、当分の間、申請は不要です。

移行後もご安心ください

マイナンバーカードでのカードリーダーの操作が上手くいかなくても、**医療費が10割負担になることはありません。**



マイナ保険証
マイナンバー
0120-95-0178
5番を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお進みください。
受付時間(受付時間外は録音) 平日:9時30分~20時00分
土日祝:9時30分~17時30分

マイナンバーカードの保険証利用についてもっと知りたい方はこちら



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

資格確認書に関する周知 ②（医療機関・薬局＋国民への周知）

10月24日以降、政府広報と連携して新聞広告を実施。また、医療機関や国民に配布できるリーフレットを作成した上で、12月12日に全医療機関・薬局にメールで送付。

<全医療機関・薬局に対して周知したリーフレット（12/12）>

<新聞広告（10/24～10月末）>

政府広報 | 厚生労働省 あしたの暮らしをわかりやすく

まだ、マイナ保険証をお持ちでなくても、 これまでどおりの医療を、あなたに。

今年の12月2日に、現行の健康保険証は新たに発行されなくなり、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行します。切り替えがまだお済みでない方も申請不要で届けられる資格確認書で保険診療を受けられます。ご安心ください。また、今お持ちの保険証は、有効期限まで最大1年間、利用できます。有効期限が切れる場合でも、必要な方には資格確認書が交付されます。

- マイナ保険証をお持ちでない方 **申請不要で** 資格確認書をお届けします。
- 新たに後期高齢者になった方 **申請不要で** 資格確認書をお届けします。 ※来年7月末まで
- マイナ保険証での受診が困難な方 **申請いただくことで** 資格確認書をお届けします。
(ご高齢の方・障害をお持ちの方など)

診療履歴に基づいたより良い医療が受けられるなど、
便利で安全なマイナ保険証への切り替えをご検討ください。

さらに詳しい情報は
こちらから検索→

政府広報 マイナ保険証



政府広報 | 厚生労働省 あしたの暮らしをわかりやすく

まだ、マイナ保険証をお持ちでなくても、 これまでどおりの医療を あなたに。

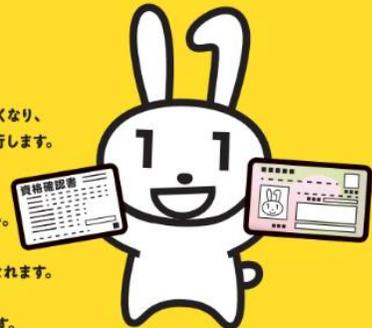
2024年12月2日に、
現行の健康保険証は新たに発行されなくなり、
マイナ保険証を基本とする仕組みに移行します。
切り替えがまだお済みでない方も
申請不要で届けられる資格確認書で
保険診療を受けられます。ご安心ください。
また、2024年12月2日時点で
有効な保険証は、最大1年間ご利用になります。
有効期限が切れる場合でも、
必要な方には資格確認書が交付されます。

- マイナ保険証をお持ちでない方 **申請不要で** 資格確認書をお届けします。
- 新たに後期高齢者になった方 **申請不要で** 資格確認書をお届けします。 ※2025年7月末まで
- マイナ保険証での受診が困難な方 **申請いただくことで** 資格確認書をお届けします。
(ご高齢の方・障害をお持ちの方など)

診療履歴に基づいたより良い医療が受けられるなど、
便利で安全なマイナ保険証への切り替えをご検討ください。

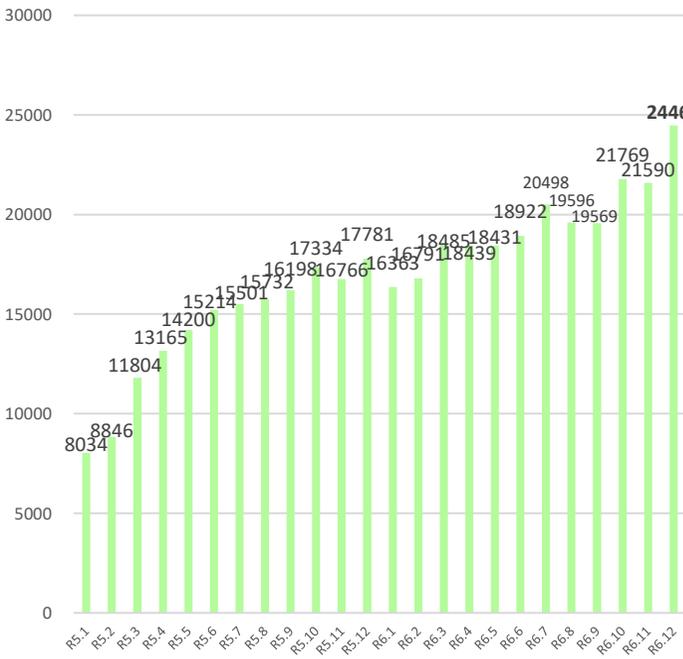
さらに詳しい情報は
こちらから検索→

政府広報 マイナ保険証

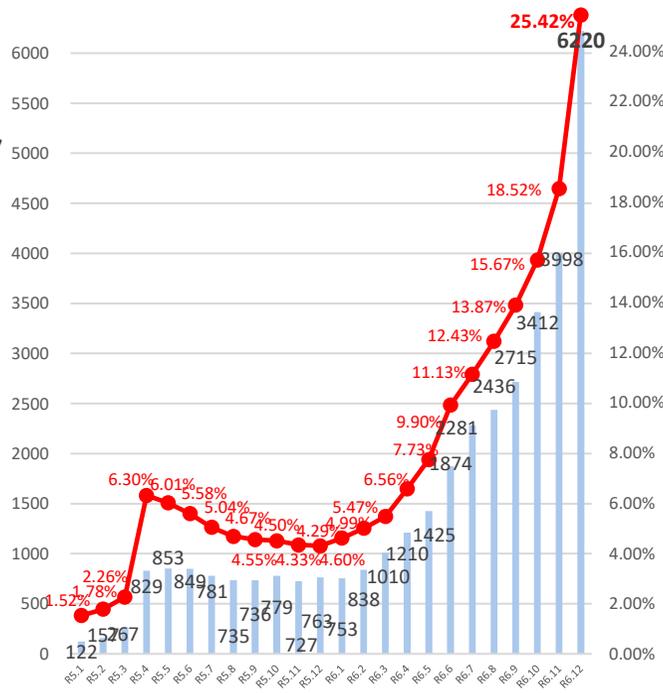


※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数

■ オンライン資格確認の利用件数 (万件)



■ マイナ保険証の利用件数 (万件)



● 利用率 [12月分実績の内訳]

	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	16,898,688	7,473,852	9,424,836
内科診療所	102,431,093	24,282,479	78,148,614
歯科診療所	18,305,374	7,084,599	11,220,775
薬局	107,031,867	23,357,917	83,673,950
総計	244,667,022	62,198,847	182,468,175

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	1,967,555	1,137,026	3,214,789
内科診療所	6,890,588	9,437,905	21,608,052
歯科診療所	1,828,579	1,525,529	1,727,853
薬局	7,077,103	5,984,204	11,762,143
総計	17,763,825	18,084,664	38,312,837

<参考>

令和6年12月のマイナ保険証利用人数 (2,698万人) から、当該月に医療機関を受診した人の推計値 (6,913万人) を用いて、一月に医療機関を受診した人のうち、マイナ保険証を利用した人の割合 (推計値) を算出すると以下のとおり。

- 医療機関受診者に占めるマイナ保険証利用者の割合 39.0%
- 医療機関受診者 (MNC保有者) に占めるマイナ保険証利用者の割合 50.6%
- 医療機関受診者 (マイナ保険証登録者) に占めるマイナ保険証利用者の割合 60.4%

※医療機関受診者数とマイナ保険証利用者数は、月内に保険者を異動し、両保険者において医療機関を受診した又はマイナ保険証を利用した場合はダブルカウントされる。

※医療機関受診者数については、加入者数に患者割合をかけることで算出。加入者数については令和6年8月までは医療保険医療費データベースによる実績値、9~12月は過去の伸び率から推計して算出。

患者割合は、令和4年度の医療給付実態調査における診療種別計の患者割合を元に、医療保険医療費データベースにおける直近の入院外+歯科の受診率を用いて推計し算出。

※医療機関受診者のうちMNC保有者及びマイナ保険証保有者の算出は、全人口のうちMNC保有者 (77.1%) やMNC保有者のうちマイナ保険証利用登録者 (83.7%) を用いて推計。

マイナ保険証に関する現状

取得

① マイナンバーカードの保有状況 ※（ ）内は1月末時点

マイナンバーカードの保有者
12月末：9,631万人（9,168万人）、全人口の77.1%（73.1%）

保有率向上



登録

② マイナ保険証の登録状況 ※（ ）内は1月末時点

マイナ保険証の登録者
12月末：8,066万人（7,143万人）、カード保有者の83.7%（77.9%）

登録率向上



携行

③ マイナンバーカードの携行状況 ※（ ）内は2月時点

マイナンバーカードの携行者
8月：カード保有者の約50%（約40%）

携行率向上



利用

④ マイナ保険証の利用状況 ※（ ）内は2月時点

マイナンバーカード保有者の
利用経験（Web調査）
8月：約5人に2人（約4人に1人）

利用率向上

マイナ保険証の利用実績 ※（ ）内は2月時点
12月：6,220万件（838万件）、25.42%（4.99%）
（参考）マイナ保険証の利用者数（12月）：2,698万人、
（同月の医療機関受診者（マイナ保険証登録者）に占める割合は60.4%（推計値））

カード保有者の約40% カード保有者の約50% 8,066万人 9,631万人 12,488万人

（マイナ保険証の利 （マイナ保険証 （マイナ保険証登録者）（カード保有者） （R6.1.1時点の住基人口）
用経験がある者） の携行者）

オンライン資格確認 マイナ保険証の利用実績 (都道府県別の医療機関・薬局での利用(令和6年12月))

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率(令和6年12月)は以下のとおり。

※黄色=上位5県 灰色=下位5県

都道府県名	利用率
北海道	25.44%(+6.57%)
青森県	25.79%(+8.37%)
岩手県	28.14%(+7.96%)
宮城県	23.76%(+7.33%)
秋田県	24.19%(+6.51%)
山形県	27.82%(+7.72%)
福島県	32.03%(+8.69%)
茨城県	27.75%(+7.63%)
栃木県	28.79%(+6.92%)
群馬県	27.73%(+7.52%)
埼玉県	23.70%(+6.87%)
千葉県	26.62%(+7.44%)
東京都	22.93%(+6.12%)
神奈川県	23.97%(+6.31%)

全国	25.42%(+6.90%)
----	----------------

都道府県名	利用率
新潟県	32.15%(+8.03%)
富山県	34.88%(+8.27%)
石川県	31.49%(+7.50%)
福井県	35.31%(+10.10%)
山梨県	24.07%(+6.74%)
長野県	22.61%(+6.40%)
岐阜県	25.68%(+7.03%)
静岡県	28.16%(+7.46%)
愛知県	23.56%(+6.59%)
三重県	24.19%(+6.82%)
滋賀県	29.41%(+8.16%)
京都府	26.26%(+6.67%)
大阪府	23.32%(+6.05%)
兵庫県	25.54%(+7.14%)
奈良県	25.83%(+7.11%)
和歌山県	19.82%(+6.51%)

都道府県名	利用率
鳥取県	28.84%(+7.44%)
島根県	32.62%(+7.80%)
岡山県	25.23%(+6.46%)
広島県	28.19%(+7.11%)
山口県	31.04%(+7.31%)
徳島県	26.76%(+8.88%)
香川県	27.88%(+7.43%)
愛媛県	20.69%(+6.17%)
高知県	23.70%(+6.66%)
福岡県	24.84%(+6.96%)
佐賀県	27.55%(+7.14%)
長崎県	27.11%(+7.34%)
熊本県	28.28%(+8.46%)
大分県	25.33%(+6.80%)
宮崎県	27.49%(+6.91%)
鹿児島県	31.11%(+7.92%)
沖縄県	15.27%(+5.91%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

(括弧内の値は令和6年11月の値からの変化量(%ポイント))

国保のデジタル化

1. マイナ保険証の利用促進等
2. システム標準化
3. 診療報酬改定DX

国保におけるシステム標準化について

1. 市町村事務処理標準システムについて（導入の経緯）

- 市町村事務処理標準システム（以下「標準システム」）は、平成30年度の国保制度改革に対応して、市町村の国保事務の標準化・効率化を図るため、厚労省の委託を受けて国保中央会で開発・運用している。同システムの導入により、市町村では制度改革に対応した改修が不要となり、都道府県ごとの事務処理の標準化にも資する。

2. 自治体システム標準化法への対応

- 新型コロナウイルスへの対応の反省等を踏まえ、国・地方のデジタル化を一元的に進めるため、令和3年9月にデジタル庁が発足するとともに、自治体システムの標準化を国が主導するため、地方公共団体情報システム標準化法（令和3年法律第40号）が成立した。同法では、市町村は、令和7年度末までに、同法に基づく標準準拠システムの導入が義務付けられ、ガバメントクラウドの利用が努力義務となった。

（※1）令和5年度から7年度までが「移行支援期間」とされている。

（※2）地方公共団体情報システム標準化基本方針（令和6年12月閣議決定）では、情報システムの運用経費について、標準準拠システムへの移行完了後には、平成30年度比で、少なくとも3割削減を目指す、としている。

- 市町村の国保システムは、標準化が義務付けられる基幹業務の一つであり、厚労省と国保中央会では、デジタル庁と連携して、ガバメントクラウドに対応して、市町村事務処理標準システムを改修するとともに（令和4年度にガバメントクラウドに実装）、令和5年度・6年度に、中大規模の政令市に対応した機能を実装するための追加改修を行い、全市町村への導入支援を加速化することとしている（※3）。

（※3）標準システムについて、標準化法に基づく標準化基準に適合するよう、令和4年度に自治体関係者が参画した検討会で協議し、標準仕様書を策定した。令和5年度から、標準仕様書に沿って、政令市に対応した機能の実装など改修を行っている。

○市区町村における標準準拠システムへの移行スケジュール（イメージ）

	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度～
標準準拠システムへの移行（市区町村）	移行支援期間 （2025年度までに、ガバメントクラウドを活用した標準準拠システムへの移行を目指し、国はそのために必要な支援を積極的に実施）			標準準拠システムの義務化

市町村事務処理システム導入に係る令和6年度特別調整交付金による財政支援について

令和6年度特別調整交付金（市町村事務処理標準システムの導入準備に係る財政支援）の交付基準額の設定等に係る考え方（令和6年11月11日付事務連絡～抜粋～）

下記については、令和6年9月5日事務連絡「令和6年に実施する市町村事務処理標準システムの導入準備に係る所要額調査について」の調査結果に基づき、令和6年度特別調整交付金の交付基準額の設定等に係る考え方を整理したものである。

なお、これらの財政支援は令和8年3月までの継続を予定している。

1. 対象経費

令和6年1月から12月の間に支払を行った以下の費用を対象といたします。

- ① データ移行、運用設計（バックアップ設計や実行スケジュール等）、運用設定（パラメータ設定等）及び運用試験・システム切替に要する費用（特別調整交付金の予算枠の範囲内で、最大10分の10）
- ② PC等の機器調達費用、機器のセットアップ等の導入作業費用（特別調整交付金の予算枠の範囲内で、最大2分の1）
 - ・ 既存の共同利用環境に構築し、DBサーバを仮想化したクラウド構成で共同利用する場合
 - ・ ガバメントクラウド環境に構築する場合は共同利用に限らず単独利用も可能

市町村事務処理標準システム導入に係る令和5年度特別調整交付金による財政支援 について（令和5年5月31日付事務連絡～抜粋～）

※留意事項

- (1) 1の対象経費のうち、「デジタル基盤改革支援補助金（地方公共団体情報システムの標準化・共通化に係る事業）事務処理要領」第2（2）②に定める対象経費として計上した、又は、計上予定の経費を除いた経費を本財政支援の対象とする。
- (2) 補助率については、特別調整交付金の予算額の範囲内で、①の経費は最大10/10、②の経費は最大1/2を予定しているが、最終的には別途実施する所要額調査の結果を踏まえて決定する。
- (3) 別途実施予定の所要額調査において、デジタル基盤改革支援補助金と特別調整交付金に申請予定の内訳等、費用が重複していないこと証明する書類を提出いただく予定。
- (4) 対象経費②は、ガバメントクラウドへの円滑な移行の観点から、新規でサーバ等を購入し、環境を構築する場合を対象外としている。

国保のデジタル化

1. マイナ保険証の利用促進等
2. システム標準化
3. 診療報酬改定DX

診療報酬改定DXの射程と効果

○ 最終ゴール

進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等（※）における負担の極小化をめざす

- ・ 共通のマスタ・コード及び共通算定モジュールを提供しつつ、全国医療情報プラットフォームと連携
- ・ 中小病院・診療所等においても負担が極小化できるよう、標準型レセプトコンピュータの提供も検討

（※）病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションのこと。

4つのテーマ

○最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、令和6年度から段階的に実現

共通算定モジュールの開発・運用

- 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討

標準様式のアプリ化とデータ連携

- 各種帳票※1の標準様式をアプリ等で提供
※1 医療機関で作成する診療計画書や同意書など。
- 施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進

共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善

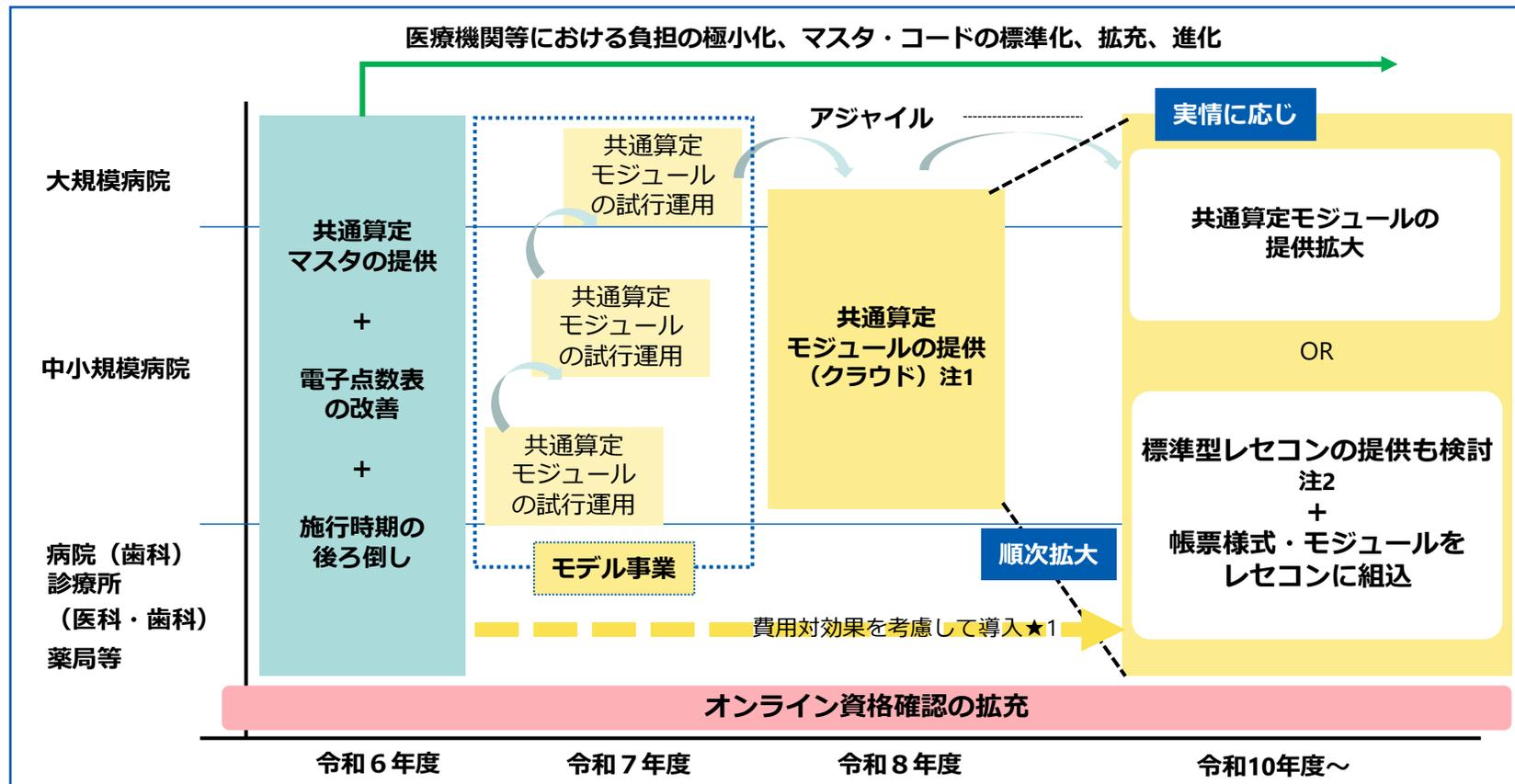
- 基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
- 地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

- 診療報酬改定の施行時期を後ろ倒し（※）し、システム改修コストを低減
- 診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化

診療報酬改定DX対応方針 取組スケジュール

- 共通算定モジュールは、導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象に提供を開始し徐々に拡大。また、医療機関等の新設のタイミングや、システム更改時期に合わせて導入を促進。費用対効果を勘案して加速策を実施。
- 診療所向けには、一部の計算機能より、総合的なシステム提供による支援の方がコスト削減効果が高く得られるため、標準型電カルと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供。



注1 全国医療情報プラットフォームと連携

注2 標準型レセコンは、標準型電子カルテ（帳票様式を含む）と一体的に提供することも検討。

★1 薬局向け・歯科向け・訪問看護向けについて、業界団体のご意見を丁寧にお聞きした上で対応を検討。

規制改革実施計画（令和5年6月16日閣議決定）

- 規制改革実施計画に基づき、国の公費負担医療制度と地方自治体の医療費等助成事業（地方単独事業）については、患者が一時的に窓口負担なく円滑に受診できるよう、いわゆる“現物給付化”の取組を段階的に進めることとされている。

規制改革実施計画（令和5年6月16日閣議決定）（抜粋）

資格

・ a こども家庭庁、デジタル庁及び厚生労働省は、患者等が円滑に受診し、また、結果的に高額療養費等の限度額の把握を行い得ることとするため、公費負担医療、予防接種及び母子保健（妊婦健診等の健診を含む。）（以下「公費負担医療制度等」と総称する。）並びに地方公共団体が単独に設けた医療費等の助成制度（以下「地方単独医療費等助成」という。）に係る患者等の資格情報（受給期間及び対象である助成制度の種類を含む。以下同じ。）について、患者や医療機関等がマイナンバーカードにより資格情報の確認を可能とするために、令和5年度末までに希望する地方公共団体及び医療機関において実証を行い、実施に向けた課題を整理する。その上で、法律にその実施根拠がある公費負担医療制度等の全てについて、特段の事情があるものを除き、マイナンバーカードによる資格情報の確認を可能とするとともに、地方単独医療費等助成についても、患者や医療機関等がマイナンバーカードにより資格情報の確認を可能とするための所要のシステム構築その他環境整備を実施し、地方公共団体に対して同様の対応を要請する。

[a：（前段）令和5年度措置、（後段・所要のシステム構築）令和5年度に着手、（後段・同様の対応の要請）令和6年度に相当数の地方公共団体において同様の対応が行われ、その後同様の対応が行われる地方公共団体が段階的に拡大するよう措置]

給付

b こども家庭庁及び厚生労働省は、a の状況を踏まえつつ、公費負担医療制度等に関する審査支払業務について、特段の事情があるものを除き、審査支払機関に委託することで、一時的な患者等の窓口負担をなくすとともに、地方公共団体や医療機関等の関係者の事務手続負担を軽減する方向で検討し、必要な措置を講ずる。また、乳幼児医療、ひとり親家庭医療、重度心身障害者医療その他の地方単独医療費等助成に関する審査支払業務についても、a の状況を踏まえつつ、地方公共団体の区域の内外を問わず、患者が一時的な窓口負担なく円滑に受診できるよう、当該地方単独医療費等助成の受給者数などの実態を踏まえ、優先順位を付けた上で、各地方単独医療費等助成の対象者に係る施策の関係省庁（こども家庭庁及び厚生労働省）において、審査支払機関への委託の拡大を含めた地方公共団体、医療関係者等との調整その他の必要な取組を行う。

[b：（前段）令和5年度検討・結論、結論を得次第速やかに措置、（後段・優先順位付け）令和5年度措置、（後段・必要な取組の実施）令和6年度以降速やかに措置]

前段国公費

後段地方公費

規制改革実施計画のフォローアップ結果（令和6年5月31日規制改革推進会議）

これまでの実施状況（令和6年3月31日時点）（抜粋）

b. 地方公共団体の区域の内外を問わず地方単独医療費等助成の現物給付化を進めるため、「公費負担医療及び地方公共団体の医療費等助成事業に係る資格確認のオンライン化、現物給付化に係る実態調査及びマスタ整備について（依頼）」（令和5年12月5日付け厚生労働省、デジタル庁、こども家庭庁、文部科学省、環境省連名事務連絡）を发出しつつ、12月12日と1月23日に2度の全国説明会を開催して、原則全ての各都道府県、自治体の実施する地方単独医療費等助成の受給者数等の実態調査を実施するとともに、地方単独医療費等助成の助成内容等を収録した地単公費マスタの原案を各自治体の協力を得ながら国保中央会が作成した。併せて、審査支払機関への委託の拡大を含めた地方公共団体、医療関係者等との調整その他の必要な取組みを行った。これらの調査結果等をもとに、デジタル庁、総務省、厚生労働省、こども家庭庁等の関係省庁と連携し、各地方単独医療費等助成に横串を通して、地単事業の受給者数や現物給付化の区域、給付の内容等の共通化・標準化の状況を分析した結果、**こども医療費（乳幼児医療費を含む）助成事業を優先することとし、ひとり親家庭医療、重度心身障害者医療その他の地方単独医療費等助成については、こども医療費（乳幼児医療費を含む）助成事業の対応状況を踏まえて徐々に対応していくという優先順位付けを行った。**また、公費負担医療制度等を収録した国公費マスタと地方単独医療費等助成事業を収録した地単公費マスタは、国が初めて一元的に作成したものとして、厚生労働省のホームページに掲載して公表した。（以下略）

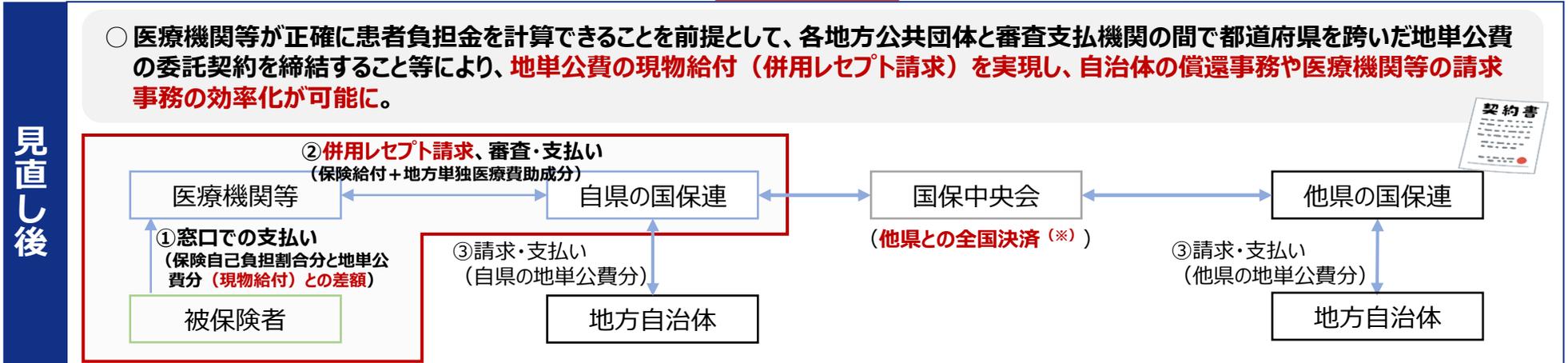
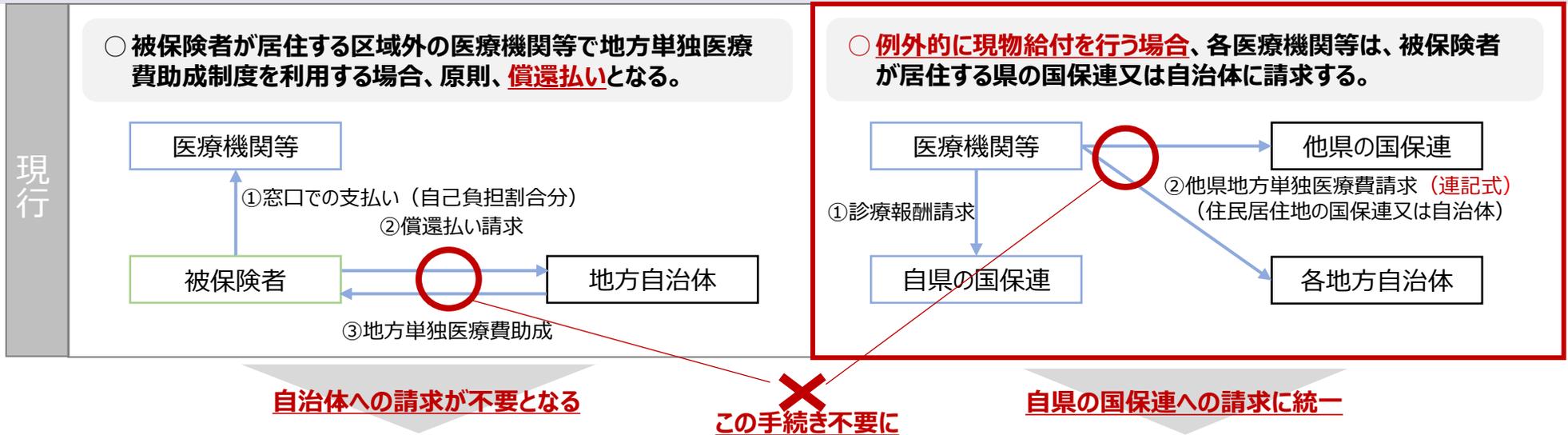
今後の予定（令和6年3月31日時点）（抜粋）

b. **こども医療費助成事業を優先しつつ、徐々に対象事業の拡大を目指し、各地方単独医療費等助成の対象者に係る施策の関係省庁（こども家庭庁及び厚生労働省）とともに、審査支払機関への委託の拡大を含めた地方公共団体、医療関係者等との調整その他の必要な取組を行いつつ、5月中旬に全国説明会を行うなど、令和6年度からこども医療費助成事業を対象とした現物給付化の先行事業の実施に向けて調整を進める。**（以下略）

※ 上述の「5月中旬に全国説明会を行う」については、令和6年7月1日に全国高齢者医療・国民健康保険主幹課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議として開催済み

都道府県を跨いだ地単公費の現物給付（併用レセプト請求）について

- 自治体と審査支払機関との間で地方単独医療費等助成（以下「地単公費」という。）の審査支払に係る委託契約を締結・変更すること等により、“都道府県を跨いだ地単公費の現物給付（併用レセプト請求）”が可能となる。
- これにより、患者の一時的な負担や、自治体の償還払いの事務、医療機関等の請求事務の負担が軽減される。



※支払基金の場合、本部1か所で資金決済を行うため、都道府県間の全国決済はない。どの支部でも地単公費の併用レセプトの請求が既に可能。185

今後のスケジュールについて

- 地域住民のニーズ等を踏まえ、都道府県を跨いだ地単公費の現物給付（併用レセプト請求）を実施する意向のある自治体は、令和7年4月以降、関係機関との調整等、必要な対応・準備が整い次第、運用を開始することが可能となる。
- なお、都道府県を跨いだ地単公費の現物給付（併用レセプト請求）の実施に向けた各自治体における準備事項等の詳細は後述のとおり（※各自治体の現物給付化に向けた対応状況を把握するため、国の担当窓口で現物給付化の開始予定時期・対象地域（又は医療機関）を連絡ください。各自治体の対応状況に応じて課題等が発生した場合に、国からも必要な情報提供を行います）

スケジュール（予定）

■ 令和7年

- 2月10日：「「県外分診療報酬の全国決済について」の一部改正について」（保国発第1号・保高発第1号厚生労働省保険局国民健康保険課長・高齢者医療課長連名通知）の発出
※昭和50年7月25日付保険発第72号国民健康保険課長通知「県外分診療報酬の全国決済について」の改正
- 2月25日：地単公費の現物給付化の推進に関する令和6年度自治体向け全国説明会（地単公費のレセプト請求事務等に係る共通化・標準化の検討課題への対応方針等を提示）
- 3月末：国保総合システムの改修完了（同年4月以降、国保加入者の75歳未満の県外地単公費併用レセプトの受付対応が可能となる）
- 4月以降：関係機関との調整等、各自治体における必要な対応（※詳細は後述）が整えば、都道府県を跨いだ地単公費の現物給付（併用レセプト請求）が可能となる

■ 令和7年度中（時期未定）

- ✓ 後期高齢者医療請求支払システム、後期高齢者医療広域連合電算処理システムの改修（完了次第、75歳以上の県外地単公費併用レセプトの受付対応が可能となる）

■ 令和8年

- 6月（予定）：医科・DPCの共通算定モジュール（※）の稼働開始
（※）国（支払基金）が開発中の各医療機関のレセコンが共通に利用できることを目的とした電子計算プログラム。
地単公費マスタに基づき、地単公費適用後の患者負担金の計算を正確に行うことを可能とする予定。

地単公費の現物給付化と医療費助成のオンライン資格確認・共通算定モジュールとの関係について

- 地単公費の現物給付化と医療費助成のオンライン資格確認・共通算定モジュールは、それぞれ同一の取組ではないものの、関連する取組。
- 以下に示す関係を参考に、地単公費の現物給付化の取組への理解を深めていただきたい。

医療費助成のオンライン資格確認との関係

- ・ 医療費助成のオンライン資格確認と地単公費の現物給付化には以下の違いがあり、医療費助成のオンライン資格確認のために**PMH医療費助成システムに地単公費の受給者証情報を登録するのみでは、市区町村の所在する都道府県の区域外において地単公費が現物給付化されるわけではありません**。都道府県を跨いだ地単公費の現物給付（併用レセプト請求）を実現したい場合は、本資料後頁に記載の準備・対応を自治体ごとに行う必要があります。
- ・ なお、医療費助成のオンライン資格確認の取組を進めることで、都道府県を跨いだ地単公費についても正確な資格確認を行えるため、現物給付化のメリットを最大限に生かすことができます。
 - 医療費助成のオンライン資格確認：医療機関等の窓口において、マイナ保険証によるオンラインでの資格確認を通じて、医療保険の資格確認に加えて、医療費助成の資格確認も行えるようにする取組。
 - 地単公費の現物給付化：“公費負担医療制度等に関する審査支払業務について、特段の事情があるものを除き、審査支払機関に委託することで、一時的な患者等の窓口負担と自治体への請求の手間をなくすとともに、地方公共団体の償還払いの事務や医療機関等の請求事務の負担を軽減する”

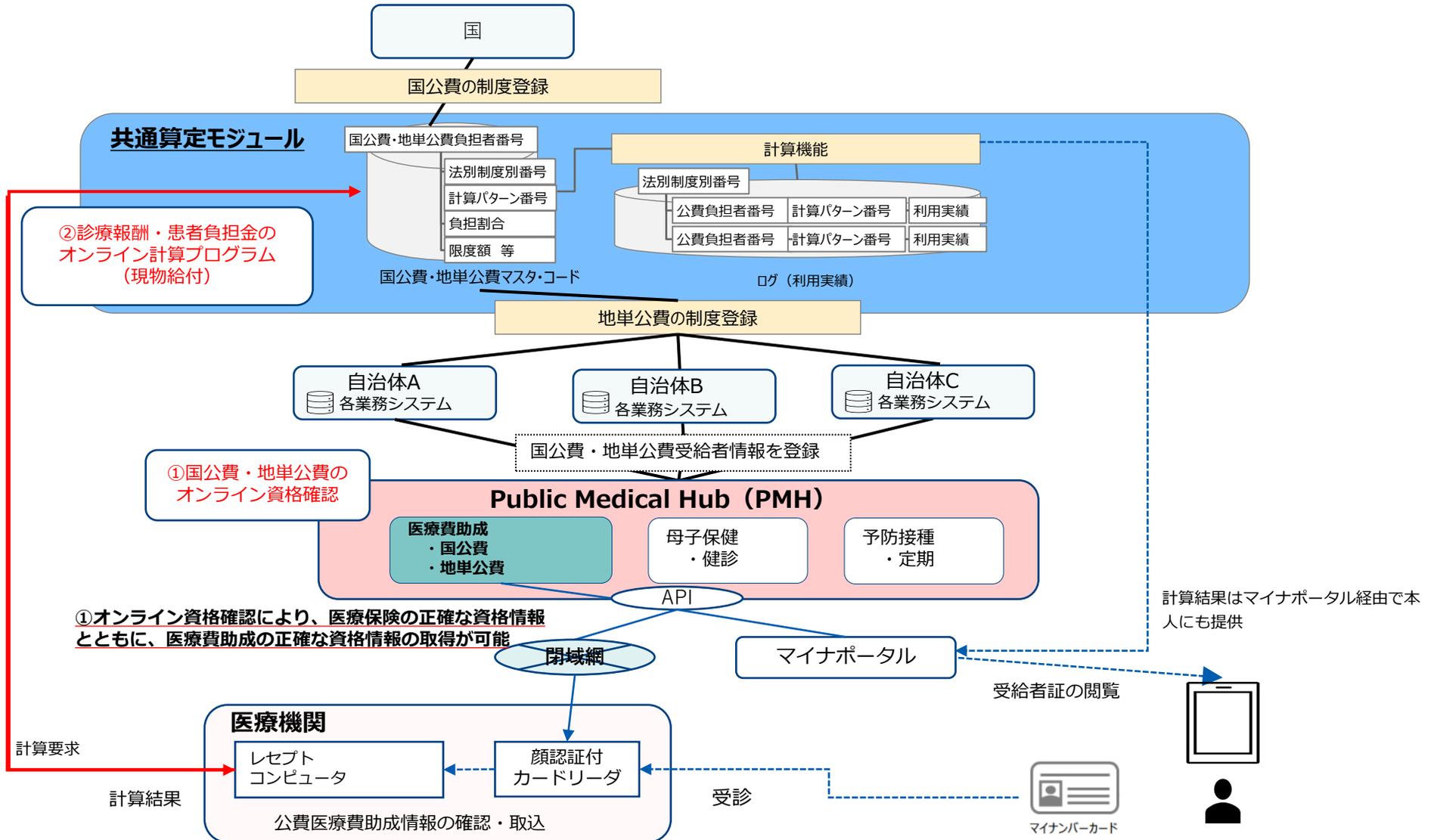
共通算定モジュール（※）との関係

（※）各医療機関等のレセコンが共通に利用できる電子計算プログラム。医科・DPC分の令和8年6月稼働（予定）に向けて開発中。

- ・ 共通算定モジュールと地単公費の現物給付化は、同一の取組ではないものの、一体的に検討を進めている施策です。
- ・ 現物給付化にあたっては、医療機関等において各自治体の地単公費の助成内容を把握し、正確に計算してレセプト請求できるようレセコンのシステム改修等が必要です。
- ・ 共通算定モジュールは、診療報酬算定ルール、医療保険制度等の規定、国が行う公費負担医療制度（以下「国公費」という。）及び地単公費の内容に基づき正確な診療報酬算定と患者負担金計算を行うため、これを活用することで、各医療機関等が上記のようなレセコン改修を個々に行う必要がなくなります。
- ・ **地単公費の現物給付化は、自治体の住民ニーズや必要性を踏まえた各自治体の判断のもと本資料後頁に記載の対応を行うことにより、共通算定モジュールの稼働前である令和7年度から運用を開始することが可能です。**
- ・ ただし、共通算定モジュールの稼働前であることから、現物給付化にあたっては、医療機関等においても他都道府県等の地単公費を計算し、レセプト請求可能とするためのレセコンのシステム改修等が必要となります。そのため、共通算定モジュールの医療機関への導入を待たずに、令和7年度から“地単公費の現物給付化”を行う場合は、自治体ごとに医療機関等との調整が必要になります。（詳細は本資料後頁参照）
- ・ 共通算定モジュール稼働後は、共通算定モジュールをレセコンとの連携等で利用する医療機関において対象となる地単公費の現物給付の計算が容易となります。モジュール稼働後の、医療機関ごとの具体的な導入時期については、医療機関によって異なります。

診療報酬改定DXの取組により新たに実現される姿（イメージ）

令和5年8月30日
第4回「医療DX令和ビジョン2030」
厚生労働省推進チーム資料を一部改変



②診療報酬・患者負担金のオンライン計算プログラム（現物給付）

①国公費・地単公費のオンライン資格確認

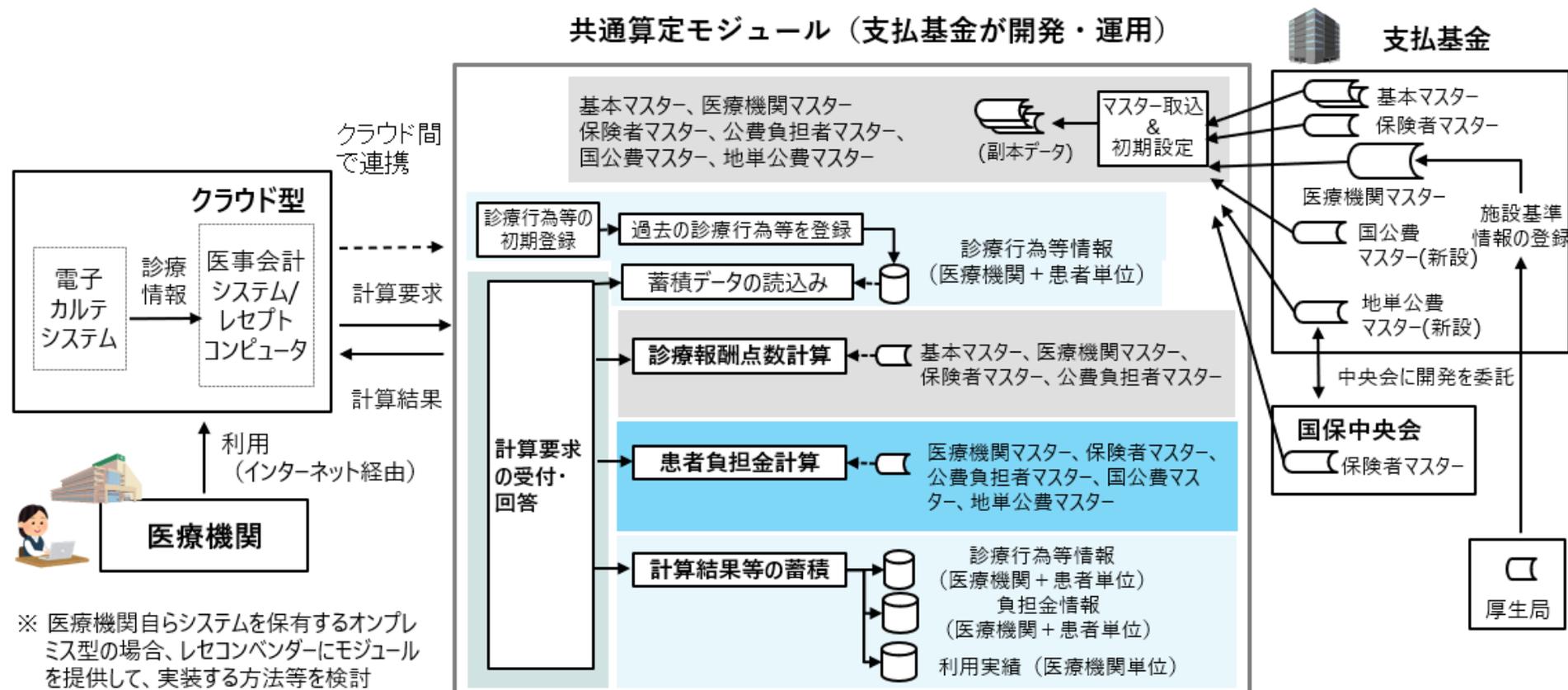
①オンライン資格確認により、医療保険の正確な資格情報とともに、医療費助成の正確な資格情報の取得が可能

計算結果はマイナポータル経由で本人にも提供

②診療報酬とともに公費・地単公費適用後の患者負担金が正確に計算できることにより、各地方自治体が地単事業を現物給付化する際の医療機関における対応が容易になる
マイナンバーカードは保険証機能に加えて、公費医療受給者証機能を兼ねる（マイナ保険証兼受給者証）

共通算定モジュールの機能と役割について

- 共通算定モジュールは、レセプトコンピュータのうち診療報酬算定と患者負担金計算を行う機能について、各レセコンが共通に利用できることを目的としたプログラム（レセコンから計算要求を受け取り、計算結果を返す）。
 - ※1 共通算定モジュールでは、支払基金の各種マスターと整合性を確保して、レセコンから要求された計算内容の形式的なチェックや、受付・事務点検チェック、電子点数表チェックに相当するチェックを行う。医療機関とレセコンベンダーでは、共通算定モジュールを利用することで、診療報酬改定におけるシステム更新費用の縮減が期待される。
 - ※2 算定回数チェック等に用いるため、医療機関ごとに患者単位で、診療報酬算定等の計算結果を履歴管理する仕組みを実装する。



※ 医療機関自らシステムを保有するオンプレミス型の場合、レセコンベンダーにモジュールを提供して、実装する方法等を検討

※ 電子カルテがオンプレミス型のケースもある

(※) 診療行為等情報：初診、検査、投薬などの診療行為の情報、医薬品名、特定器材等の情報

地方単独医療費等助成事業の現物給付化等に係る全国説明会の開催状況

これまでの説明会等開催概要

全国自治体向け説明会（令和5年12月12日）

1. 全ての都道府県及び市区町村におかれては、公費負担医療及び地方公共団体が単独に設けた医療費等助成事業（地単事業）に係るオンライン資格確認の先行実施への参加についてご検討を依頼
2. 各自治体が行う地単事業を対象に、現物給付化の現状について実態調査を実施
3. 各自治体が行う地単事業を対象に、制度情報を集約するマスタ（地単公費マスタ）の整備にご協力をお願い

全国自治体向け説明会（令和6年1月23日）

1. 上記2の実態調査について、集計速報と提出のお願い
2. 上記3の地単公費マスタ原案について、具体的な確認と確認スケジュールのご連絡
3. その他

全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議（令和6年7月1日）

1. 国公費・地単公費の現物給付化の検討状況を共有
2. 地単公費のレセプト請求に係る共通化の検討状況を共有
3. その他

地方単独医療費等助成事業の現物給付化の推進に係る全国説明会（令和7年2月25日）

1. 地単公費の現物給付化の概要について
2. レセプト請求事務等の共通化・標準化に係る検討課題への対応方針について
3. 地単公費の現物給付化に当たり自治体に行っていただきたいことについて
4. 地単公費マスタメンテナンスのためのWebフォーム導入に向けたご案内

共催

- 厚生労働省
保険局
健康・生活衛生局
健康・生活衛生局感染症対策部
社会・援護局障害保健福祉部
- デジタル庁
国民向けサービスグループ
- こども家庭庁
成育局
支援局
- 文部科学省
初等中等教育局
- 環境省
大臣官房環境保健部

会議資料掲載場所

厚生労働省ホームページ

「国公費・地単公費マスタの変更・更新、地単公費の現物給付化の取組について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/index_00030.html

国保組合の事務運営



令和7年度予算案(国保組合関係)

	【令和6年度予算】		【令和7年度予算案】
◎定率補助	1,504.3億円	→	1,475.9億円 (▲ 28.4億円)
◎調整補助金	1,059.7億円	→	1,048.6億円 (▲ 11.1億円)
◎出産育児一時金補助金	20.3億円	→	19.1億円 (▲ 1.2億円)
◎高額医療費共同事業補助金	37.6億円	→	41.0億円 (+ 3.4億円)
◎事務費負担金	21.7億円	→	21.4億円 (▲ 0.3億円)
◎特定健診・保健指導補助金等 (医療費適正化対策推進室)	5.9億円	→	5.9億円 (± 0億円)
計	2,649.4億円	→	2611.8億円 (▲ 37.7億円)

※項目毎に四捨五入している。

令和6年度特別調整補助金（保険者機能強化分）

【補助対象事業】

(1)医療費適正化事業

- ①レセプト点検等に関する事業 …保険者の独自基準に基づく点検 等
- ②医療費通知に関する事業 …医療費通知、減額査定通知の実施
- ③第三者行為求償に関する事業 …第三者行為求償事務の実施 等
- ④後発医薬品の普及促進 …後発医薬品利用時の自己負担軽減額通知 等
- ⑤適正受診の普及啓発 …適正受診普及啓発用のパンフレット・冊子の作成 等
- ⑥レセプト・健診データによる医療費分析等の調査研究及びデータの整備
- ⑦海外療養費の不正請求対策 …審査を強化する取組の実施等に係るリーフレット等の作成 等

(2)適用適正化事業

- 研修・広報に関する事業 …適用の適正化のための組合員への研修・広報 等

(3)保健事業

- ①国保ヘルスアップ事業 …データヘルス計画の策定 等
- ②国保組合保健指導事業 …特定健診受診率・特定保健指導実施率向上のための対策 等
- ③保健事業の実施計画の策定 …中長期的な展望を踏まえた保健事業の実施計画の策定
- ④がん検診事業 …国保組合が独自に実施するがん検診 等

(4)その他保険者機能強化に資する事業

- ①システム開発等 …制度改正に伴うシステム改修 等
- ②保険料算定方式の見直し …加入者の実態に応じた保険料算定方式の調査研究
- ③事業の共同実施 …複数組合による事業の共同実施 等
- ④その他 …エイズ予防・ウィルス性肝炎に関するパンフレット作成 等

令和6年度特別調整補助金（その他特別な事情がある場合）

【補助対象事業】

(1)東日本大震災による財政負担増

- ①保険料減免の特例措置に対する財政支援
- ②一部負担金免除の特例措置に対する財政支援
- ③その他の財政負担増に対する支援
- ④東日本大震災による被災地域における被保険者の保険料の減免措置等の見直しに伴うシステム改修に対する財政支援
- ⑤保険料の減免措置等の見直しに伴う周知広報に対する財政支援

(2)臓器提供の意思表示に係る被保険者証等の様式変更等に伴う財政負担増

- ①制度周知用チラシ、パンフレット等の作成に要した費用
- ②臓器提供の意思表示をした内容を保護するシールの作成に要した費用
- ③被保険者証等の様式変更又は臓器提供意思表示シールの作成に要した費用（被保険者証等の作成費用を除く）

(3)社会保障・税番号制度に係る周知・広報等に伴う財政負担増

- ①マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関するリーフレットの郵送等に要した費用
- ②被保険者等への加入者情報の送付について郵送に要した費用
- ③限度額適用区分の登録に伴うシステム改修費用等
- ④その他、事務連絡等を発出した場合の周知広報に要した費用

(4)社会保障・税番号制度システム整備費の支出に伴う財政負担増

- ①データ標準レイアウト改版に伴うシステム改修費用等
- ②オンライン資格確認等の整備に係るシステム改修費用等

※(3)、(4)は社会保障・税番号制度システム整備費補助金の補助対象は除く。

(5)新型コロナウイルス感染症による財政負担増

- ①傷病手当金の支給に係る費用に対する財政支援
- ②その他の財政負担増に対する支援

(6)未就学児に係る子育て世帯への財政負担増

- ①保険料軽減の特例措置に対する財政支援

(7)産前産後期間の保険料の軽減措置に伴う財政負担増

- ①保険料軽減の特例措置に対する財政支援
- ②システム改修に要した費用に対する財政支援
- ③周知広報に係る費用に対する財政支援

(8)国民健康保険高齢受給者証等の様式中、性別欄を削除する措置を講じたことに伴う財政負担増

- ①システム改修に要した費用に対する財政支援
- ②周知広報に係る費用に対する財政支援

(9)合併に伴う財政負担増

- ①合併による定率補助額の減少額相当分に対する財政支援
 - ②システム統合に要した費用に対する財政支援
- ※機能改善や業務改善に係る費用、運用・保守等は対象外。
※機器調達費用については、所要額調査を踏まえて補助割合を決める。

(10)令和4年度所得調査結果に伴う激変緩和措置

- ①定率補助が減額となる国保組合への激変緩和措置
- ②普通調整補助金が減額となる国保組合への激変緩和措置

(11)令和6年能登半島地震による財政負担増

- ①保険料減免の特例措置等に対する財政支援
- ②一部負担金免除の特例措置等に対する財政支援

国保組合の令和7年度所得調査について（案）

○調査の目的

前回調査（令和4年度）から3年経過するため、最新の状況を把握すること、国庫補助（定率、普調、事務費負担金）の算定に反映させることを目的に実施

※ 前回調査は、前々回調査（平成30年度）から3年が経過した令和3年度に実施予定だったが、新型コロナウイルス感染症の影響による収入減や事務負担等を考慮し、調査の実施を1年延長して、令和4年度に令和3年所得を対象として調査を実施

○対象組合

全158組合

○調査対象者

令和7年5月1日現在の組合員及びその家族（昭和25年8月1日以前生まれの者を除く）

○調査方法

調査方法は抽出調査とし、組合員数に応じた抽出割合により組合員を抽出

○調査項目

令和7年度市町村民税に係る課税標準額（令和6年分所得）

○調査結果の反映

補助率の反映時期は、調査を実施した年度の翌々年度（令和9年度）を予定

○実施スケジュール

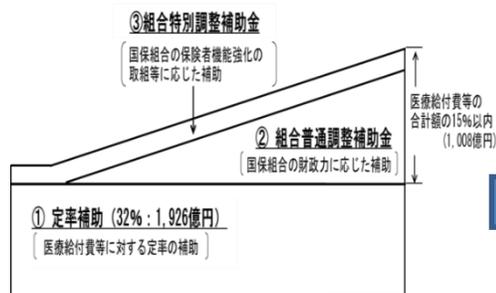
・実施通知：6月中旬 ・調査対象者報告：7月下旬 ・集計表等の提出：9月下旬

平成27年改正における「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」

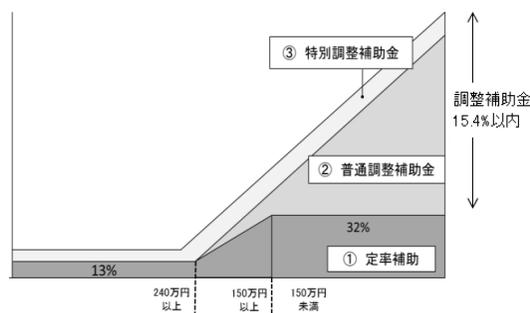
- 被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助については、負担能力に応じた負担とする観点から、各組合への財政影響も考慮しつつ、平成28年度から5年間かけて段階的に見直すこととし、所得水準に応じて13%から32%の補助率とした。
- 具体的には、所得水準が150万円未満の組合には32%の定率補助を維持し、150万円以上の組合に対しては所得水準に応じ段階的に引き下げ、240万円以上の組合については13%とした。
- また、被保険者の所得水準の低い国保組合の国庫補助に影響が生じないようにするため、調整補助金を15.4%まで段階的に増額した。

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:90組合/建設関係32組合/一般業種36組合 計158組合(264万人※))※被保険者数は令和4年度末

H27年度の国庫補助



見直し (令和2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	平成28年度～令和元年度	令和2年度
定率補助	150万未満		32% (現行通り)	
	150万以上 160万未満 ～ 240万以上	32%	※所得水準10万円毎に2%ずつ調整する、段階的な見直し ※5年間かけて段階的な見直し	
	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

○2016年度以降における国保組合に係る定率補助率

	国保組合の平均所得	2015年度 以前	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度 以降
定率補助	150万円未満	32%	32%				
	150万円以上 160万円未満		31.6%	31.2%	30.8%	30.4%	30.0%
	160万円以上 170万円未満		31.2%	30.4%	29.6%	28.8%	28.0%
	170万円以上 180万円未満		30.8%	29.6%	28.4%	27.2%	26.0%
	180万円以上 190万円未満		30.4%	28.8%	27.2%	25.6%	24.0%
	190万円以上 200万円未満		30.0%	28.0%	26.0%	24.0%	22.0%
	200万円以上 210万円未満		29.6%	27.2%	24.8%	22.4%	20.0%
	210万円以上 220万円未満		29.2%	26.4%	23.6%	20.8%	18.0%
	220万円以上 230万円未満		28.8%	25.6%	22.4%	19.2%	16.0%
	230万円以上 240万円未満		28.4%	24.8%	21.2%	17.6%	14.0%
	240万円以上		28.2%	24.4%	20.6%	16.8%	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	15.1%以内	15.2%以内	15.3%以内	15.4%以内	15.4%以内

国保直営診療施設



国保直営診療施設の概要

□ 国保直営診療施設とは

- 国民健康保険直営診療施設（直診）は、国保被保険者への療養の給付を確保する必要性から、保険者が設置する病院・診療所をいう。（具体的には国保条例・施設設置条例等で規定）

※ 保険者が設置する診療施設を継承した地方独立行政法人が設置する診療施設を含む。

- 主に、療養の給付の確保の必要性から、民間の医療機関の進出が期待できない地域や医療機関の整備が不十分な地域等に設置・運営されてきた。
- 現在では、「保健・医療・福祉」の連携の中心的な役割を果たし、地域住民の健康の保持・増進を図るため幅広い活動を実施し、国保保健事業の一翼を担っている。

<令和6年4月1日現在 1,059施設（病院273、診療所786）>

□ 国保直営診療施設の役割

- ◆ 国保被保険者に対する療養の給付の確保
- ◆ 国保保健事業の中核として、医療と予防の一体的運営
- ◆ 地域住民の健康の保持・増進

国保直営診療施設に対する助成

□ 国保直営診療施設に対する助成

① 施設・設備整備

以下の整備（購入等）に要した経費を助成する。

- 建物（病院、診療所、医師住宅、看護師宿舎、院内託児施設等） 基準面積×1㎡あたり建築基準単価×1/3
- 医療機械等（レントゲン装置、その他医療機械器具、患者輸送車、巡回診療車、巡回診療船） 基準額×1/3

② へき地診療所運営費赤字補助

へき地という自然条件、社会経済的条件に恵まれない地域の医療を確保するために、へき地に所在する国保直営診療所の不可避的な運営赤字に対し助成を行う。

(a) 算定省令に定める年間診療実日数等に応じた額（交付基準額）

(b) 支出から収入を控除した額（赤字額）

(a) と (b) を比較し、いずれか低い方の額の2/3（第1種へき地）又は1/2（第2種へき地）

③ 直診特別事情（直診の運営に特別に要した費用）

以下の事業に要した経費を助成する。

(※)は令和6年度新設

(ア) 災害等により被害を受け復旧に要した費用

- ・施設の復旧に要した費用：300万円（600万円以上の場合1/2）
- ・人的支援：100万円（200万円以上の場合1/2）

(イ) 経営合理化に要した費用

- ・統合系医療情報システムの導入・更新
病院：4,000万円 診療所：3,000万円
- ・その他 300万円

(ウ) 療養環境の改善に要した費用

300万円（600万円以上の場合1/2）※修理・修繕費は含まず

(エ) 医師等確保に要した費用

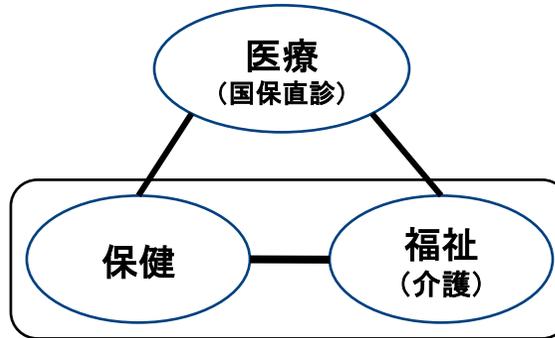
- ・医師、看護師、保健師等の確保支援
実支出額×2/3（上限100万円）
- ・救急患者受入体制支援（外部医師の協力を要した費用）
（1回あたり単価×年間実施日数）×2/3（上限500万円）
- ・代診医等の確保支援（※）
（1日あたり単価×年間実施日数）×2/3（上限200万円）
- ・医学教育費用の支援（※）
実支出額×2/3（上限200万円）

(オ) マイナ保険証の利用促進に要した費用（※）200万円

国保総合保健施設の概要

□ 国保総合保健施設とは

- 国保保健事業として高齢者保健・福祉の推進に資するため、平成5年に国保保健福祉総合施設及び高齢者保健福祉センターの設置を始める。平成12年には、現在の総合保健施設として、地域包括ケアを推進するため、その設置を促進してきた。
- 国保総合保健施設は、国保直診施設に併設又は隣接し、保健事業部門、介護支援部門及び居宅サービス部門それぞれの機能を一体的に有する施設であり、国保直診施設と一体となって「保健・医療・福祉」サービスを総合的に行う拠点として、保健事業の一層の推進を図ることを目的としている。



<令和6年4月1日現在 55施設>

□ 設置要件

整備部門		必須部門
保健事業部門 (健康相談等を行うに必要なスペースを有すること。)		○
介護支援部門 (介護者に対する24時間応じることに必要な室等のスペースを有すること。)		○
居宅サービス部門	訪問介護	1つ以上を選択
	訪問看護	
	訪問リハビリテーション	
	通所介護	
	通所リハビリテーション (訪問リハビリテーション併設が必須)	

国保総合保健施設・国保関連施設に対する助成

□ 総合保健施設に対する助成

○ 初年度

総合保健施設の建築のために必要な工事費及び備品購入費

○ 翌年度以降

運営事業費（保健事業部門及び介護支援部門の運営に要する費用）

○ 助成限度額

・初年度：地域や施設規模、利用定員等により上限額の設定あり

・翌年度以降：助成年数に応じて設定

助成年数	1年目～5年目	6年目	7年目	8年目以降
助成限度額	1,200万円	900万円	700万円	500万円

○ 助成限度額の加算

100万円～1,400万円（実施事業に応じて加算）

※健康管理センターによる健康管理事業の助成限度額を準用

□ 国保関連施設に対する助成（健康管理センター等健康管理事業等）

以下の国保関連施設で行う保健事業に要した経費を助成する。

① 健康管理センター

② 歯科保健センター

③ 直営診療施設

○ 助成限度額：助成年数等に応じて設定（①500万円～1,200万円、②100万円～500万円、③300万円～500万円）

○ 助成限度額の加算

100万円～1,500万円（実施事業に応じて加算）

その他の留意事項

1. 災害時の対応・東日本大震災
2. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
3. 地方分権改革に係る対応
4. こどもにとってより良い医療の在り方
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

令和6年能登半島地震の医療・介護の一部負担金・利用料の免除等に係る特別対策について

○ 災害救助法が適用された市町村に係る各保険者に対し要請の上、意向を聴取し、希望する保険者等については、以下の対応を実施。

1) 医療機関等(介護サービス事業所等を含む。)の窓口で、住宅全半壊・床上浸水等の被災をしていると申告した医療・介護の被保険者については、一部負担金・利用料の支払いを猶予する

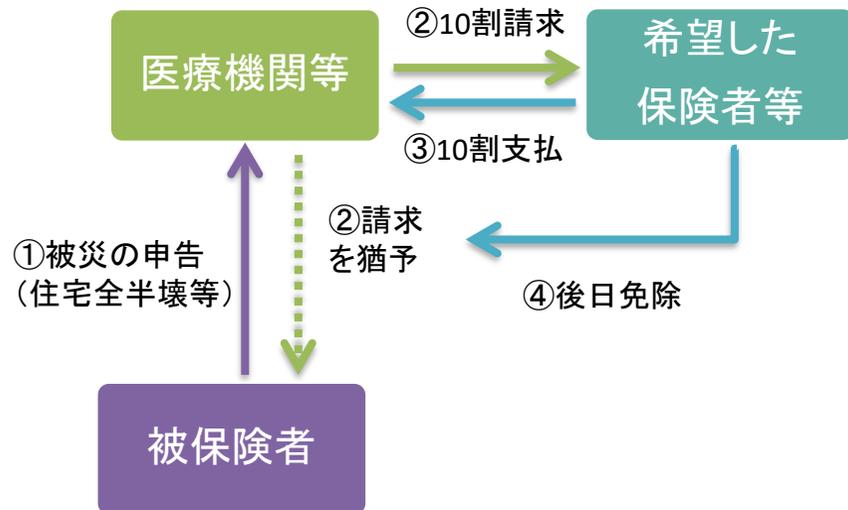
※ 保険者等の判断により、猶予された者について、一部負担金・利用料の免除をすることができる

2) その場合、医療機関等から保険者等に10割請求をする

3) 保険者等は後日免除を行い、10割を医療機関等に支払う

※ 上記対応については、国においても、リーフレット等により避難所、医療機関等に積極的に周知する。

<イメージ>



<留意事項>

- ① 免除できるのは一部負担金・利用料のみであり、食費等の自己負担分については窓口で徴収
- ② 免除する対象者は、支援の必要性を考慮し、以下の者とする
 - 1) 住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした者
 - 2) 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った者
 - 3) 主たる生計維持者の行方が不明である者
 - 4) 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止した者
 - 5) 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない者※ 通常の免除基準とは異なり、収入・資産要件は設けない。
※ この措置に基づき免除した自治体の負担分(介護保険は1号保険料相当分)については特別調整交付金による財政支援の対象とする。
- ③ 行政機能が低下している市町村に限らず、災害救助法が適用される全市町村に対して照会(判断が間に合わない市町村については随時追加)
- ④ 県外の医療機関等も対象に、令和6年12月診療分・サービス分まで実施

令和6年能登半島地震に係る国民健康保険料（税）の減免への財政支援について（概要）

<補助対象>

- 以下の要件を満たす国民健康保険料（税）へ減免を行った保険者に対して特別調整交付金により財政支援を行うこととする。

	今回の取扱い	原則
補助対象		
主たる生計維持者の死亡	○	×
主たる生計維持者が行方不明	○	○
事業収入等の減少	損失金額3 / 10以上かつ前年所得1000万円以下	損失金額3 / 10以上かつ前年所得1000万円以下
住宅・家財の損害	損害金額及び所得要件無し (損害程度) (減免割合) 全壊 ⇒ 全部 半壊・大規模半壊 ⇒ 2分の1 床上浸水 ⇒ 2分の1を超えない額	損害金額3 / 10以上かつ前年所得1000万円以下
財政負担の要件	無し (3%未満でも可)	保険料(税)必要総額の3%以上

※条例に基づいて行うものである必要がある。

- また、各市町村の条例に基づいて被災者に対して**固定資産税を減免**し、その影響を受けて4方式を採用している市町村の**国民健康保険料（税）の収入が減少した場合についても補助対象**とする。

<補助割合>

- 減免額の10 / 10を支援する。

<対象保険者>

- 災害救助法が適用された**全市町村**

<期間>

- この取扱いは、**令和6年度まで**とする。

令和6年能登半島地震の一部負担金・保険料減免に対する特例的な財政支援について

< 特例措置 >

- 被害の大きい災害の際には、**特例的に一部負担金・保険料の減免額の全額を交付する財政支援措置**を講じている（特別調整交付金+災害臨時特例補助金等）。

なお、特例的な財政支援終了後は、**通常の災害時の財政支援が適用**される。

（保険料（一部負担金）減免額が、保険料（一部負担金）総額の3%以上の場合、特別調整交付金で8/10財政支援。）

< 通常の災害時の財政支援を拡充した財政支援措置 >

- 令和6年能登半島地震は、災害による被害が大きく、特例措置による財政支援を1年間実施したが、災害の規模や市町村の意向を勘案し、通常の財政支援を右図のとおり拡充した財政支援を実施した。

減免額が総額に占める割合が大きい場合の財政支援割合を追加し、

1年間の特例措置に加え、6か月の財政支援を延長を実施した。

（特別調整交付金のみ）

減免額が総額に占める割合	財政支援割合
30%以上	10/10
15%以上	9/10
3%以上	8/10

（※）災害の規模や保険者での減免実施状況等から拡充の必要性を判断したうえで実施。
拡充した財政支援の過去の実施例として、平成28年熊本地震。

R6.1.1発災

4月末

9月末

12月末

6月末



1か月 2か月 3か月 4か月 5か月 6か月 7か月 8か月 9か月 10か月 11か月 12か月 18か月

令和6年能登半島地震

< 法令の規定（通常のルール） >

- 国民健康保険及び後期高齢者医療制度においては、**保険者（市町村又は広域連合）の判断により、災害等の特別な事情がある被保険者の一部負担金・保険料を減免**することができる。
 - さらに、その減免に係る財政負担が著しい場合^{※1}には、国が市町村又は広域連合に対し、特別調整交付金により**減免額の8/10を交付**することとされている。
- ※1：各市町村において、災害による減免額が、一部負担金又は保険料総額の3%以上（後期高齢者医療制度の場合1%以上）であることが要件
 ※2：国民健康保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令第6条第1項イ及びニ
 後期高齢者医療の調整交付金の交付額の算定に関する省令第6条第1号・第3号

保険者（市町村又は広域連合）の判断により、一部負担金・保険料の減免を実施

各市町村における災害による減免額

一部負担金・保険料総額の3%^{※1}未満

一部負担金・保険料総額の3%^{※1}以上

特別調整交付金の交付なし
(保険者の財源により負担)

特別調整交付金により、
減免額の8/10を交付

対象者の要件

一部負担金

- ・主たる生計維持者が死亡した場合
- ・主たる生計維持者が障害者となった場合
- ・主たる生計維持者の農作物の不作等による収入減少
- ・主たる生計維持者の業務の休廃止、失業等による収入減少した場合
- ・主たる生計維持者の資産に重大な損害を受けた場合

保険料（税）

- ・主たる生計維持者が障害者となった場合
- ・主たる生計維持者が行方不明となった場合
- ・主たる生計維持者の事業収入が減少した場合
- ・主たる生計維持者の住宅・家財が損害を受けた場合

< 特例措置 >

- 過去の被害の大きい災害（下記）の際には**特例的に減免額の全額を交付する措置**を講じている（特別調整交付金+災害臨時特例補助金等）。
 - ・阪神・淡路大震災
 - ・東日本大震災
 - ・平成28年熊本地震
 - ・平成30年7月豪雨
 - ・令和元年台風第15号又は台風第19号等^{※3}
 - ・令和2年7月豪雨
 - これらの災害は全て**特定非常災害^{※4}**に指定されている。
- ※3：令和元年台風第19号が特定非常災害に指定
 ※4：特定非常災害の被害者の権利利益の保全等を図るための特別措置に関する法律

国が保険者（市町村又は広域連合）に対し一部負担金の免除を要請

保険者（市町村又は広域連合）の判断により、一部負担金・保険料の減免を実施

各市町村における災害による減免額

財政負担の要件なし

災害臨時特例補助金及び特別調整交付金により、減免額の全額を交付

対象者の要件

一部負担金

- ・住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をした場合^{※5}
- ・主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った場合
- ・主たる生計維持者の行方が不明である場合
- ・主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休業した場合
- ・主たる生計維持者が失職し、収入がない場合

保険料（税）

- ・主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った場合
- ・主たる生計維持者の行方が不明となった場合
- ・主たる生計維持者の事業収入の減少が見込まれる場合
- ・主たる生計維持者の居住する住宅に損害を受けた場合
- ・主たる生計維持者以外の被保険者の行方が不明となった場合

東日本大震災における国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険・障害福祉サービス等の特別措置 (窓口負担・保険料の減免)

令和6年度予算(案)
医療保険:36億円
介護保険:9億円
障害福祉サービス等:15百万円

被災地全域

【震災発生(平成23年3月)から1年間】

- 住宅が全半壊・全半焼した方、主たる生計維持者が死亡したり、行方不明となっている方、東電福島第一原発事故に伴う避難指示区域等(注1)及び特定被災区域(注2)の住民の方等について、窓口負担・保険料を免除
- 国により**全額を財政支援**(平成23年度補正予算及び特別調整交付金)

※「特別調整交付金」とは、災害等による窓口負担・保険料減免などによる給付費増などを全国レベルで調整する交付金(国民健康保険等における仕組み)

避難指示区域等

【平成24年度～令和5年度】

- 窓口負担・保険料の免除を**延長**
- 平成26年までに避難指示区域等の指定が解除された区域等の上位所得層(注3)以外の住民については、保険料の半額を免除(令和5年度)
- 国により**全額を財政支援**(復興特会及び特別調整交付金)
- **避難指示が解除された区域等の上位所得層の住民**
 - ・平成26年10月以降順次、特別措置の対象外(注4)
 - ・本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の減免が可能(注5)

特定被災区域(避難指示区域等以外)

【平成24年9月末まで】

- 窓口負担の免除及び保険料の減免を**延長**
- 国により**全額を財政支援**(特別調整交付金)

【平成24年10月～】

- 本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の減免が可能(注5)
※令和5年度は、保険料は、半額を免除した場合のみ
※令和6年度から、保険料の免除は終了

【令和6年度】

- ① **帰還困難区域の住民及び平成28年～令和6年3月31日までの間に避難指示が解除された区域等の上位所得層以外の住民**
 - 窓口負担・保険料の免除をさらに**1年延長**
 - 国により**全額を財政支援**(復興特会及び特別調整交付金)
- ② **平成26年までに避難指示区域等の指定が解除された区域等の上位所得層以外の住民**
 - 保険料の免除を終了、窓口負担の免除はさらに**1年延長**
 - 国により**全額を財政支援**(復興特会及び特別調整交付金)
- ③ **平成27年に避難指示区域等の指定が解除された区域等の上位所得層以外の住民**
 - 保険料の半額を免除、窓口負担の免除はさらに**1年延長**
 - 国により**全額を財政支援**(復興特会及び特別調整交付金)
- ④ **令和元年度までに避難指示区域等の指定が解除された区域等の上位所得層**
 - 本来の制度により、保険者の判断で窓口負担の免除が可能(注5)
- ⑤ **④以外の区域の上位所得層**
 - 本来の制度により、保険者の判断で窓口負担・保険料の免除が可能(注5)

(注1) 「避難指示区域等」とは、①警戒区域、②計画的避難区域、③緊急時避難準備区域、④特定避難勧奨地点(ホットスポット)と指定された4つの区域等をいう(いずれも、**解除・再編された場合を含む**)。

(注2) 「特定被災区域」とは、災害救助法の適用地域(東京都を除く)や被災者生活再建支援法の適用地域をいう。

(注3) 「上位所得層」とは、医療保険では高額療養費における上位2つの所得区分の判定基準を参考に設定(国保・後期高齢者医療では、年収約840万円以上)。介護保険では、その基準に相当する基準を設定。

(注4) 平成25年度以前に避難指示が解除された旧緊急時避難準備区域等(特定避難勧奨地点を含む。)の上位所得層は平成26年10月から、平成26年度に避難指示が解除された旧避難指示解除準備区域等(田村市の一部、川内村の一部及び南相馬市の指定避難勧奨地点)の上位所得層は平成27年10月から、平成27年度に避難指示が解除された旧避難指示解除準備区域(楡葉町の一部)の上位所得層は平成28年10月から、平成28年度及び平成29年4月1日に解除された旧居住制限区域等(葛尾村の一部、川内村の一部、南相馬市の一部、飯館村の一部、川俣町の一部、浪江町の一部及び富岡町の一部)の上位所得層は平成29年10月から、令和元年度に避難指示が解除された区域等の上位所得層は令和2年10月から、令和4年度及び令和5年4月1日に避難指示が解除された旧特定復興再生拠点区域(葛尾村の一部、大熊町の一部、双葉町の一部、浪江町の一部及び富岡町の一部)の上位所得層は令和5年10月から、令和5年4月2日以降令和5年度に避難指示が解除された旧特定復興再生拠点区域(富岡町の一部及び飯館村の一部)の上位所得層は令和6年10月から特別措置の対象外とする。

(注5) 本来の制度により、窓口負担・保険料の減免を行った場合、国により減免額の8/10以内(障害福祉サービス等にあっては1/2)の額を財政支援(特別調整交付金等)

(※1) (注1)・(注2)区域等の住民については、震災発生後、他市町村へ転出した方を含む。

(※2) 避難指示区域等の窓口負担・保険料の免除措置に対する全額の財政支援の財源構成割合(復興特会:特別調整交付金)は、国保・後期高齢者医療においては、平成26年度以前の8:2から、平成27年度から7:3に、平成29年度から6:4に、令和元年度から4:6に、令和2年度から2:8に変更。介護保険においては、平成26年度以前は全額復興特会であったが、平成27年度から9:1に、平成29年度からは8:2に、令和元年度からは6:4に、令和2年度からは4:6に、令和3年度からは2:8に変更。

過去の災害で被災した被保険者の減免に係る財政支援について

○ 近年の主な自然災害における国民健康保険（後期高齢者医療）の特別措置状況（赤字の災害において特例的な全額財政支援を実施）

災害	発生日時	特定非常災害の指定	死者・行方不明者	負傷者	避難者	全半壊	窓口負担・保険料の減免に要する費用 についての特例的な財政支援	
							初年度 (下段：一部負担金の期間)	次年度 (下段：一部負担金の期間)
阪神・淡路大震災	平成7年1月17日	○ (H8.12月26日)	6,437人	43,792人	不明	260,000	全額財政支援 (約2ヶ月間)	全額財政支援 (10ヶ月間)
平成16年 新潟県中越地震	平成16年10月23日	○ (H16.11月17日)	68人	4,805人	不明	6,000	通常ルール	通常ルール
東日本大震災 (特定被災区域)	平成23年3月11日	○ (H23.3月13日)	22,233人	6,231人	73,349 (H23.3月5日)	402,748 [744,530]	全額財政支援 (約1年間)	全額財政支援 (9月末まで) ※避難指示区域等は現在も継続
平成28年熊本地震	平成28年4月14日	○ (H28.5月2日)	267人	2,804人	196,325人	43,399 [162,479]	全額財政支援 (約1年間)	通常ルールを拡充した 財政支援(9月末まで)
平成29年6月30日からの 梅雨前線に伴う大雨 及び平成29年台風第3号	平成29年6月30日 ～7月10日	—	44人	34人	1,314人	1,434 [2,319]	通常ルール	通常ルール
平成30年7月豪雨	平成30年6月28日 ～7月5日	○ (H30.7月4日)	271人 (R2.4月10日)	449人 (R2.4月10日)	27,620人 (H30.7月7日)	18,010 [28,469] (H31.1月9日)	全額財政支援 (約9ヶ月間)	全額財政支援 (6月末まで)
平成30年台風21号	平成30年9月4日 ～9月5日	—	14人 (H31.4月1日)	980人 (H31.4月1日)	25人 (H30.9月14日)	901 [707] (H31.4月1日)	通常ルール	通常ルール
平成30年 北海道胆振東部地震	平成30年9月6日	—	42人 (H31.1月28日)	762人 (H31.1月28日)	965人 (H30.9月20日)	2,032 [8,463] ¹ (H31.1月28日)	通常ルール	通常ルール
令和元年台風第15号	令和元年9月8日 ～9月9日	—	3人 (R1.12月23日)	150人 (R1.12月5日)	1,128人 (R1.9月9日)	4,595 [72,279] (R1.12月23日)	全額財政支援 (約7ヶ月間)	全額財政支援 (8月末まで)
令和元年台風第19号	令和元年10月12日	○ (R1.10月18日)	101人 ² (R2.4月10日)	376人 ² (R2.4月10日)	135,212人 (R1.10月13日)	31,579 ² [64,993] ² (R2.4月10日)	全額財政支援 (約6ヶ月間)	全額財政支援 (9月末まで)
令和元年 10月25日からの大雨	令和元年10月25日	—	13人 (R1.1月10日)	8人 (R1.1月10日)	不明	1,679 [1,452] (R1.1月10日)	全額財政支援 (約6ヶ月間)	全額財政支援 (9月末まで)
令和2年7月豪雨	令和2年7月3日	○ (R2.7月14日)	86人 (R3.1月7日)	77人 (R3.1月7日)	3,287人 (R2.7月9日)	16,599 [10,474] (R3.1月7日)	全額財政支援 (約9ヶ月間)	全額財政支援 (6月末まで) + 通常ルールを拡充した 財政支援 (12月末まで)
令和6年能登半島地震	令和6年1月1日	○ (R6.1月11日)					全額財政支援 (約3ヶ月間)	全額財政支援 (12月末まで) + 通常ルールを拡充した 財政支援 (6月末まで)

※ () はその時点

※全半壊欄の[]書き数字は、一部破損、床上・床下浸水の数

1：床上・床下浸水は10月29日時点

2：10月25日からの大雨による被害状況を除く（出典）令和元・2年版防災白書（内閣府）及び各災害に係る被害状況取りまとめ報（内閣府）

1. 経緯

- 原子力災害被災地域における医療・介護保険料等減免措置については、「第2期復興・創生期間」以降における東日本大震災からの復興の基本方針（令和3年3月9日閣議決定）を踏まえ、令和4年4月8日に見直し内容を決定したところ。（別紙参照。）
- 同見直し内容では、「平成31年4月以降に解除された地域及び今後解除予定の地域（特定復興再生拠点区域）も同様の考え方で見直しを進める」とされているため、この方針に沿い、これらの地域について、改めて具体的な見直し内容をお示しするもの。

2. 見直しの内容

対象自治体にも事前に意見を伺い、十分に反映し、平成29年4月以前に避難指示が解除されている地域と同様の内容で以下のとおり見直しを行う。

- 被保険者間の公平性を確保するとともに、十分な経過措置を講じる観点から、避難指示解除から10年程度で特例措置を終了する。（避難指示を解除した年の翌年4月から10年間で終了することを基本とする。）
- 避難指示解除の時期にきめ細かく配慮し、見直し対象地域をグループに分けて施行時期をずらす。
- 急激な負担増にならないよう、複数年かけて段階的に見直す。（まず保険料の免除を見直し、次に窓口負担（利用者負担）の免除を見直す。保険料については、更に激変緩和を図る観点から、1/2免除の段階を設けることとし、①保険料1/2免除、②保険料特例終了、③窓口負担（利用者負担）特例終了、の3段階で徐々に見直しを行う。）
- 滞納対策支援についても、平成29年4月以前に避難指示が解除されている地域と同様に行う。
- なお、本特例措置が終了した後は、通常の保険料等の体系に移行し、低所得者向けには保険料等の負担軽減措置が講じられるので、本特例措置の見直しに当たっては、この旨の周知を十分に行う。

※ 今回見直し対象となる避難指示解除区域

解除時期	避難指示解除区域
H31.4	大熊町（避難指示解除準備区域及び居住制限区域）
R2.3	双葉町（避難指示解除準備区域及び特定復興再生拠点区域の一部）、大熊町（特定復興再生拠点区域の一部）、富岡町（特定復興再生拠点区域の一部）
R4.6	葛尾村（特定復興再生拠点区域）、大熊町（特定復興再生拠点区域の残り全域）
R4.8	双葉町（特定復興再生拠点区域の残り全域）
R5.3	浪江町（特定復興再生拠点区域）
R5.4	富岡町（特定復興再生拠点区域の一部）
R5.5	飯館村（特定復興再生拠点区域）

見直しの内容

	年度	～R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	
【平成31年に解除された地域】 大熊(一部)	保険料	周 知 期 間	1/2	×	特 例 終 了					
	窓口		○	○						
【令和4年に解除された地域】 葛尾(一部)、大熊(一部) ^{※1} 、双葉(一部) ^{※1}	保険料		○	○	○	1/2	×	特 例 終 了		
	窓口		○	○	○	○	○			
【令和5年に解除された地域】 浪江(一部)、富岡(一部) ^{※1 ※2} 、飯館(一部)	保険料		○	○	○	○	1/2	×	特 例 終 了	
	窓口		○	○	○	○	○	○		

○:全額免除、1/2:1/2免除、×:免除終了

※1 令和2年に解除された地域については、生活環境整備のために駅周辺地域等を先行して解除したものであり、居住を想定したものではないことから、特定復興再生拠点区域全体の解除と一体的に取り扱うこととする。

※2 令和5年11月末に解除された地域については、帰還困難区域とされる小良ヶ浜地区・深谷地区内の墓地や集会所、道路等の一部を解除したものであることから、今回の見直しの対象とはしないこととする。

原子力災害被災地域における医療・介護保険料等減免措置の見直しについて

1. 現行制度

○対象者: 発災当時、避難指示区域等に居住していた以下の者

・避難指示解除区域等の住民(年収840万円以上相当の所得層を除く(平成26年10月以降)) ・帰還困難区域の住民

○減免対象: 以下の個人負担について、全額を免除(国費10/10支援)

- (1)国民健康保険: 保険料、窓口負担 (2)被用者保険: 窓口負担 (3)後期高齢者医療: 保険料、窓口負担
(4)介護保険: 保険料、利用者負担 (5)障害福祉サービス: 利用者負担

2. 減免措置に関する課題

避難指示解除後も、長期間にわたり減免措置が継続されているなど、被保険者間の公平性の確保が課題である。このため「第2期復興・創生期間」以降における東日本大震災からの復興の基本方針」において、以下のとおり、減免措置の見直しの方針が示された。

「第2期復興・創生期間」以降における東日本大震災からの復興の基本方針(令和3年3月9日閣議決定)

医療・介護保険等の保険料・窓口負担(利用者負担)の減免措置については(中略)避難指示区域等の地方公共団体において住民税減免等の見直しが行われてきていることや、被災地方公共団体の保険財政の状況等も勘案しながら、被保険者間の公平性等の観点から、避難指示解除の状況も踏まえ、適切な周知期間を設けつつ、激変緩和措置を講じながら、適切な見直しを行う。

3. 関係市町村の主な意見

上記基本方針を元に、それぞれの市町村ごとに丁寧に意見を聴いたところ、主な意見は以下のとおりである。

全般

- 見直しを行う場合には、特に避難指示解除が遅れた地域においては、十分な経過措置をとるべき。
- 見直しの全体像(平成31年4月以降に解除された地域、今後解除予定の地域も含めて)をきちんと示すべき。

グループ分け・施行時期

- 避難指示解除時期の違いに応じ、細かくグループ分けをして施行時期に配慮すべき。
- 今後解除予定の地域については、今回の見直しとの均衡をとるべき。

激変緩和・その他

- 保険料を段階的に見直すべき。●保険料の滞納が懸念される。

4. 見直しの内容

3. に掲げる関係市町村の意見を十分に反映し、以下のとおり見直しを行う。

- 今回の見直しは、平成29年4月以前に避難指示が解除されている地域を対象とする。(下の表を参照)
- 被保険者間の公平性を確保するとともに、十分な経過措置を講じる観点から、避難指示解除から10年程度で特例措置を終了する。(避難指示を解除した年の翌年4月から10年間で終了することを基本とする。)
- 避難指示解除の時期にきめ細かく配慮し、見直し対象地域を4グループに分けて施行時期をずらす。(令和4年度は周知期間とし、従前どおりの減免措置を継続。令和5年度から順次施行する。)
- 急激な負担増にならないよう、複数年かけて段階的に見直す。(まず保険料の免除を見直し、次に窓口負担(利用者負担)の免除を見直す。保険料については、更に激変緩和を図る観点から、1/2免除の段階を設けることとし、①保険料1/2免除、②保険料特例終了、③窓口負担(利用者負担)特例終了、の3段階で徐々に見直しを行う。)
- 平成31年4月以降に解除された地域及び今後解除予定の地域(特定復興再生拠点区域)も同様の考え方で見直しを進める。帰還困難区域については今後検討する。
- 滞納対策支援について別途検討する。

なお、本特例措置が終了した後は、通常の保険料等の体系に移行し、低所得者向けには保険料等の負担軽減措置が講じられるので、本特例措置の見直しに当たっては、この旨の周知を十分に行う。

表：今回見直し対象となる避難指示解除区域

解除時期	避難指示解除区域
H23.9	広野町(全域)、楡葉町・川内村・田村市・南相馬市(一部)
H26.4	田村市(残り全域)
H26.10	川内村(一部)
H27.9	楡葉町(残り全域)
H28.6	葛尾村(一部)、川内村(残り全域)
H28.7	南相馬市(一部)
H29.3	飯舘村・浪江町(一部)、川俣町(全域)
H29.4	富岡町(一部)

見直しの内容

	年度	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	
【平成26年までに解除された地域】 広野、檜葉(一部)、川内(一部)、南相馬(一部)、田村	保険料	周知期間	1/2	×	特例終了				
	窓口		○	○					
【平成27年に解除された地域】 檜葉(残り全域)	保険料		○	1/2	×	特例終了			
	窓口		○	○	○				
【平成28年に解除された地域】 葛尾(一部)、川内(残り全域)、南相馬(一部)	保険料		○	○	1/2	×	特例終了		
	窓口		○	○	○	○			
【平成29年に解除された地域】 飯舘(一部)、浪江(一部)、川俣、富岡(一部)	保険料		○	○	○	1/2	×	特例終了	
	窓口		○	○	○	○	○		

○:全額免除
1/2:1/2免除
×:免除終了

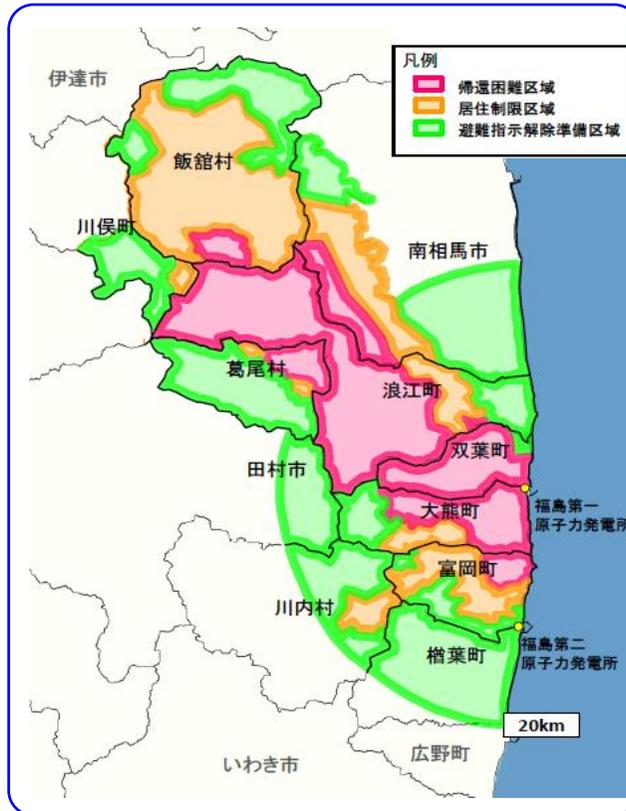
避難指示区域等の解除・再編の経過

- 旧緊急時避難準備区域等(特定避難勧奨地点を含む。)の上位所得層は平成26年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 平成26年度に解除された旧避難指示解除準備区域(田村市の一部及び川内村の一部)及び特定避難勧奨地点(南相馬市の指定箇所)の上位所得層は平成27年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 平成27年度に解除された旧避難指示解除準備区域(楡葉町の一部)の上位所得層は平成28年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 平成28年度及び平成29年4月1日に解除された旧居住制限区域等の上位所得層は平成29年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 令和元年度に解除された区域等の上位所得層については、令和2年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 令和4年度及び令和5年4月1日に解除された区域等の上位所得層については、令和5年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 令和5年4月2日以降令和5年度中に解除された区域等の上位所得層については、令和6年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。

東日本大震災発生当初



平成25年8月の状況



令和5年11月の状況



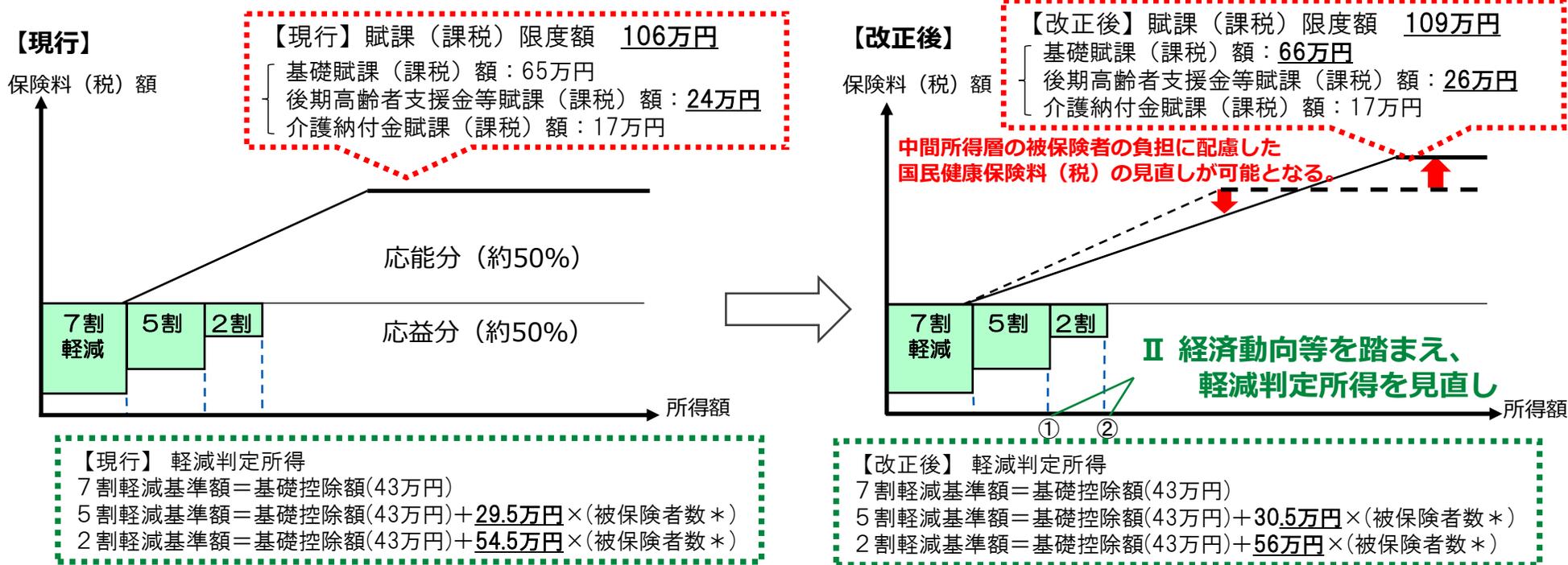
その他の留意事項

1. 災害時の対応・東日本大震災
2. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
3. 地方分権改革に係る対応
4. こどもにとってより良い医療の在り方
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

国民健康保険料（税）の賦課（課税）限度額の見直し及び 低所得者に係る国民健康保険料（税）の軽減判定所得の見直し

- I 国民健康保険料（税）の賦課（課税）限度額を109万円（現行：106万円）に引き上げる。
- II 国民健康保険料（税）の減額の対象となる所得基準について、次のとおりとする。
 - ① 5割軽減の対象となる世帯の軽減判定所得の算定において被保険者等の数に乗すべき金額を30.5万円（現行：29.5万円）に引き上げる。
 - ② 2割軽減の対象となる世帯の軽減判定所得の算定において被保険者等の数に乗すべき金額を56万円（現行：54.5万円）に引き上げる。

I 賦課（課税）限度額の見直し



*被保険者数には、同じ世帯の中で国民健康保険の被保険者から後期高齢者医療の被保険者に移行した者を含む。

その他の留意事項

1. 災害時の対応・東日本大震災
2. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
3. 地方分権改革に係る対応
4. こどもにとってより良い医療の在り方
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

令和6年の地方からの提案等に関する対応方針（1）

令和6年地方分権改革に係る提案募集における国民健康保険に関する提案への対応方針は下記のとおり。

■ 令和6年の地方からの提案等に関する対応方針（令和6年12月24日閣議決定）（抄）

(29) 国民健康保険法（昭33法192）

- (i) 国民健康保険の保険者努力支援制度（72条）については、地方公共団体の事務負担を軽減するため、国民健康保険保険者努力支援交付金と国民健康保険特別調整交付金の一部の事務に関して、交付決定、額の確定、精算等の時期及び手続を統一した。
[措置済み（令和6年4月1日付け厚生労働事務次官通知）]
- (ii) 国民健康保険調整交付金（72条）の申請事務については、地方公共団体の事務負担を軽減するため、地方公共団体へのアンケート調査の結果を踏まえ、調整交付金交付申請書作成システムについて、入力数値を自動転記する項目を増やす等の改修を実施し、その旨を地方公共団体に通知した。
[措置済み（令和6年12月6日付け厚生労働省保険局国民健康保険課事務連絡）]
- (iii) 国民健康保険療養給付費等負担金（70条）及び普通調整交付金（72条）の交付申請額算定事務については、国民健康保険システム標準化検討会における議論を踏まえて、以下に掲げる事項を検討し、令和8年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。
 - ・全国の地方単独医療費助成制度を収録したマスタを、地方公共団体の基幹業務システムの統一・標準化に伴って策定した標準仕様書に反映し、市区町村システムにおいて償還払いの金額や地方単独事業分の数値等の計算処理を可能とすること。
 - ・当該計算処理データを報告用システムと連携可能とすること。
- (iv) 国民健康保険料（税）の滞納整理に係る事務については、当該事務の円滑化を図る観点から、「国民健康保険の保険料（税）を滞納している世帯主等に対する措置の取扱いについて」（令6厚生労働省保険局国民健康保険課長通知）に基づく市区町村及び国民健康保険組合の運用状況を確認した上で、滞納者との接触の機会を確保する方策等について検討し、令和8年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。
- (v) 被保険者資格喪失後の受診に伴う過誤調整については、被保険者資格のオンライン確認の普及により過誤の減少を図るとともに、令和8年度までに保険者間調整に係る事務の実態等に関する調査を実施し、必要に応じて、過誤を減少させるための仕組みの更なる強化について検討し、令和8年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

令和6年の地方からの提案等に関する対応方針（2）

令和6年地方分権改革に係る提案募集における国民健康保険に関する提案への対応方針は下記のとおり。

■ 令和6年の地方からの提案等に関する対応方針（令和6年12月24日閣議決定）（抄）

（30）国民健康保険法（昭33法192）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭57法80）

- （i）都道府県及び地方厚生（支）局における円滑な事務の実施に資するよう、保険医療機関等に対する療養の給付等に係る診療の内容及び診療報酬の請求に関する指導、報告等（国民健康保険法41条1項及び45条の2第1項並びに高齢者の医療の確保に関する法律66条1項及び72条1項）に必要となる診療報酬明細書及び調剤報酬明細書の収集の根拠を明確化し、都道府県及び地方厚生（支）局に令和6年度中に通知する。
- （ii）以下に掲げる措置に関する事務のうち、返還金同意書等については、都道府県及び地方厚生（支）局の円滑な事務の実施に資するよう、電磁的記録の提供を可能とし、地方厚生（支）局に令和6年度中に通知する。
 - ・ 保険医療機関等に対する療養の給付等に係る診療の内容及び診療報酬の請求に関する指導、報告等（国民健康保険法41条1項及び45条の2第1項並びに高齢者の医療の確保に関する法律66条1項及び72条1項）
 - ・ 施設基準等に係る適時調査

（31）国民健康保険法（昭33法192）及び介護保険法（平9法123）

高額介護合算療養費及び高額医療合算介護（予防）サービス費の支給申請（国民健康保険法57条の3並びに介護保険法51条の2及び61条の2）については、市区町村及び被保険者の負担を軽減するため、市区町村の判断により、初回の申請をもって毎年の申請を不要とするよう、令和6年度以降にシステム改修を順次実施し、改修完了後、速やかに運用を開始する。

（4）児童福祉法（昭22法164）

小児慢性特定疾病の医療費助成制度における、高額療養費制度の所得区分情報については、令和7年度中にオンライン資格確認等システムを活用することにより、医療受給者証（19条の3第7項）への記載を不要とする。

（22）行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平25法27）

- （ii）国民健康保険法施行規則（昭33厚生省令53）及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平19厚生労働省令129）において、個人番号の記載を義務付けている申請等の受理に係る手続については、住民及び地方公共団体の負担を軽減するため、2回目以降の申請等であって、当該申請者の個人番号を既に保有している場合等に、個人番号の記載を省略する弾力的運用が可能であることを明確化し、地方公共団体及び後期高齢者医療広域連合に令和6年度中に改めて通知する。

その他の留意事項

1. 災害時の対応・東日本大震災
2. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
3. 地方分権改革に係る対応
4. こどもにとってより良い医療の在り方
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

こども医療費助成に係る国民健康保険の減額調整措置の廃止

1. 現行制度

- 国民健康保険の減額調整措置は、自治体が行う医療費助成により患者の自己負担が減額される場合、国民健康保険財政に与える影響や限られた財源の公平な配分等の観点から、負担軽減に伴い増加した医療費分の公費負担を減額調整している。
- 未就学児までを対象とする医療費助成については、すべての市町村において、何らかの助成が実施されていた実態を踏まえ平成30年度以降、減額調整措置の対象外としている。

2. こども未来戦略（令和5年12月22日閣議決定）

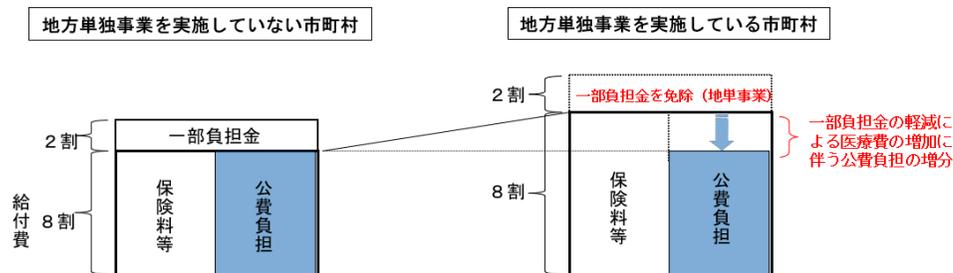
（3）医療費等の負担軽減 ～地方自治体の取組への支援～

- おおむね全ての地方自治体において実施されている**こども医療費助成について、国民健康保険の国庫負担の減額調整措置を廃止する**。あわせて、適正な抗菌薬使用などを含め、こどもにとってより良い医療の在り方について、社会保障審議会医療保険部会などにおける意見も踏まえつつ検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。

3. 見直し内容

- 全国の自治体における医療費助成の取組状況等を踏まえ、**市町村の助成内容（自己負担や所得制限の有無等）を問わず、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるこどもの医療費助成に係る減額調整措置について、令和6年度から廃止した。**（省令事項）

<減額調整措置のイメージ>



※ 償還払いの場合は波及効果が生じないため、減額調整は行っていない。

（参考）医療費助成の実施状況（令和4年度国民健康保険課調査）

対象	外来	入院
小学生	1,720 (98.8%)	1,741 (100.0%)
中学生	1,674 (96.2%)	1,723 (99.0%)
高校生	967 (55.5%)	1,046 (60.1%)
こども全体（高校生以下）	90.1%（人口比）	

こどもにとってより良い医療を実現するための方策（概略）

1. 保険者へのインセンティブ導入

- こどもの医療の適正化等に資する取組（上手な医療のかかり方の普及啓発等を含む。）やこどもの医療費（外来）について、保険者インセンティブにおいて、必要な指標等を設定する。

2. 抗菌薬の適正使用など医療の適正化の取組

- 次期医療費適正化計画（2024年度から開始）における新たな目標として「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」の適正化を位置づけ、都道府県が地域の医療保険者、医療関係者等と協力して取り組む。
- 令和6年度診療報酬改定において、小児抗菌薬の適正な使用等、診療報酬上、必要な対応を実施。

3. こども医療費助成の影響に係る分析

- 令和6年度の厚生労働科学研究において、こどもの医療費助成による受診行動の変容や医療費の増減、抗菌薬処方への影響、診療報酬制度が受診行動や医療費等に与える影響等の検証・分析を実施する。
 - ※ 令和5年度においては、こどもの医療費無償化の影響に関する実証研究（東京大学飯塚教授・重岡教授の論文）に関して、その他の既存論文の調査、また直近の医療費実績等に照らしたデータ分析による検証等を実施済み。

国民健康保険の保険者努力支援制度等での対応

- こどもの医療費助成に係る減額調整措置を廃止した場合、こどもの医療費助成制度について、償還払いの現物給付化、対象年齢の拡大、窓口負担の無償化など、助成内容の拡充等が想定される。
- 医療費助成の拡充等により、被保険者の受診行動が変化し、受診率の増加等が生じることが知られており、医療保険財政への影響のみならず、例えば必要性の乏しい抗菌薬の処方増加による薬剤耐性（AMR）の発生など健康への悪影響の懸念等も指摘されている。
- こうしたことを踏まえ、こどもにとって真に必要な医療の提供・確保や医療保険制度の規律維持等の観点から、保険者インセンティブにおいて必要な指標等の設定を行い、指標を達成した場合等に評価することで、こどもの医療の適正化等に向けた保険者の取組を促すこととする。

<具体的な指標例>

（取組内容の評価の考慮要素）

- こどもの保護者に対して適切な受診を促す周知・啓発の取組の実施
- こどもの抗菌薬処方の適正化につながる取組の実施
- こどもの医療費助成制度の仕組み

（アウトカム評価の指標例）

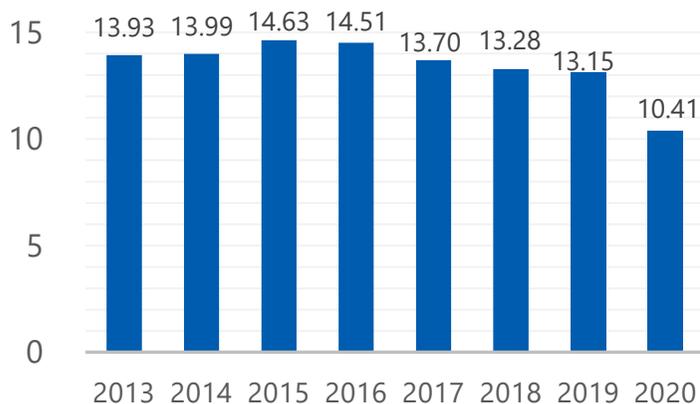
- こどもの一人当たり医療費（外来）が低い、前年度より改善している場合
- こどもの一人当たり受診頻度（外来）が低い場合
- こどもへの抗菌薬処方量（外来）が少ない場合、前年度より改善している場合 等

※ 後期高齢者支援金の加算・減算制度についても、こどもにとってより良い医療の在り方に関する指標の追加について、本年1月・3月開催の後期高齢者支援金の加算・減算制度検討WGにて検討を実施し、こどもの適切な医療の受診や抗菌薬処方に関する周知・広報の取組等を評価する指標を2025年度より追加予定。

抗菌薬適正使用の取組

- 抗菌薬適正使用の取組の推進には、国、都道府県、医療関係者、保険者など様々な主体の取組が重要。第4期医療費適正化計画の基本方針において、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療として、急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方適正化等を示し、都道府県における地域の実情に応じた医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するようなデータを提供。
- 都道府県は、保険者や医療関係者の参画する保険者協議会等において、地域の実情を把握しながら普及啓発等に取り組んでいく。

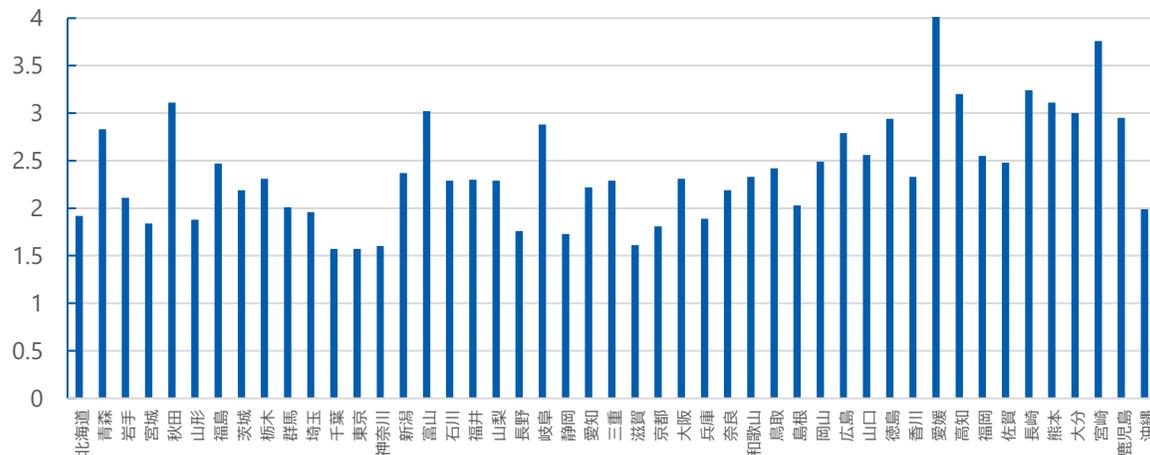
抗菌薬の使用動向 (DID)



※経口および注射用抗菌薬合計

出典：薬剤耐性ワンヘルス動向調査年次報告書2021

都道府県ごとの抗菌薬使用状況 (DID)



※15歳未満の第3世代セファロスポリン系のデータ

出典：薬剤耐性 (AMR) ワンヘルスプラットフォーム

※DID(DDD per 1,000 inhabitants per day) : 人口や抗菌薬毎の使用量の差を補正するため、抗菌薬の使用量を1000住民・1日あたりの標準的な使用量で指標化したもの。

令和6年度診療報酬改定での対応

令和6年度診療報酬改定において、抗菌薬の適正使用のさらなる推進のため、

①小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患に、急性中耳炎及び急性副鼻腔炎を追加

②抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

などの対応を行った。

<小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し>

小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

○小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上に資する診療を評価する加算
〔算定要件〕（抜粋）

急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に、月に1回に限り算定する。

〔施設基準〕

薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。

◎令和6年度診療報酬改定における変更事項

〔対象疾患〕

（改定前）

急性気道感染症、急性下痢症



（改定後）

急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎、急性下痢症

<抗菌薬適正使用体制加算の新設>

抗菌薬適正使用体制加算 5点

○耐性化の懸念が少ないとされているAccess 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用体制加算を新設した。

〔施設基準〕

(1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。

(2) 直近6か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

医療費助成が医療費等に与える影響について、改めて分析を行い（特に無料とした場合の影響など）、地方自治体等とその認識を共有し、適切な対応を求めていく必要。そのために減額調整措置の廃止を検討する今年夏～秋に向けて、

① 既存の論文の調査

② NDBデータ等を用いるデータ分析（当面は厚労省内で独自に分析を行い、その後継続的に専門家による分析を行う）を行っていく。

また、令和6年度においては、専門家などの有識者を交えた分析・検討の場を設け、さらなる分析を行う。

<令和5年度>

① 既存の論文の調査

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（全社法改正）の審議で取り上げられた飯塚・重岡論文以外にも、こども医療費助成と受診行動および健康状態等の関係を分析した論文はいくつか存在。それらについて、どのようなものがあるかリサーチを行う。

② データ分析

- コロナ前（2019年度以前）のNDB等のデータを用いることにより、
 - その自治体の医療費助成の状況（特にどの時点で拡充（無料化）を行ったか）
 - その自治体の医療費等の伸び

の関係を分析する。

※ 市町村別のより詳細な助成の状況を勘案するため、一定程度地域を絞って分析することも検討（同一都道府県内での市町村間の差を分析するなど）

<令和6年度>

令和6年度の厚生労働科学研究において、こどもの医療費助成による受診行動の変容等の研究も実施つつ、並行して、専門家などの有識者を交えた分析・検討の場を設け、さらなる分析を行う。

こども医療費助成制度の与える影響に関する論文の例

こども医療費助成制度に関係する論文について調査したところ、次のような結果が見られた。

- ・レセプトデータを元に、医療費助成の有無によって地域間比較を行い、分析している論文が多くみられる。
- ・医療費助成制度の有無が健康状態に与える影響は限定的である、という意見がある。
- ・医療費助成制度が医療費に与える影響の有無については、双方の結論がみられた。

○ Is Zero a Special Price? Evidence from Child Healthcare (ゼロは特別な価格か？小児医療による検証)

飯塚敏晃、重岡仁 (2022) : American Economic Journal: Applied Economics

(概要) 子供の医療サービス利用に対して少額の自己負担を課すことが、医療需要を減少させることがわかった。ただし、対象を細かくみると、健康な子供の医療需要の減少に大きく寄与する一方で、実際に罹患している子供の需要の減少への寄与は小さかった。このことは、自己負担額を適切に設定することで医療サービスの乱用を防止することができる可能性を示唆している。

○ Effect of a medical subsidy on health service utilization among school children: A community-based natural experiment in Japan (小児医療費助成が医療サービスの利用に及ぼす影響)

宮脇敦士、小林廉毅 (2019) : Health Policy

(概要) 小児医療費助成に上限を設けた一定額の自己負担を課すことは、医療サービス需要の高い子どもへの自己負担を軽減しつつ、医療費全体の増加を抑制できる可能性がある。

○ Effects of reduced cost-sharing on children's health: Evidence from Japan (乳幼児医療費助成制度が子どもの健康に与える影響)

高久玲音 (2016) : Social Science & Medicine

(概要) 医療費の助成拡大による健康状況の改善効果は、就学前児童に対しては確認できたが、就学児において有意な変化が確認できなかった。また、就学前児童、就学児童の両方において、助成拡大が入院割合の低下に寄与していることは確認できなかった。

○ 子どもの医療費助成制度の受診抑制に対する影響 – 大規模自治体データを用いた実証研究 – 阿部彩、梶原豪人、川口遼 (2021) : 医療と社会

(概要) 子供に対する自己負担割合の異なる自治体における医療サービス利用状況を比較することで、医療費助成制度が子供の医療サービスの受診抑制に及ぼす影響を検証。自己負担割合が高い自治体では、自己負担割合が低いあるいは無料の自治体よりも、受診抑制が起こる確率が高くなる傾向が見られた。

○ 子どもの医療費助成・通院・健康

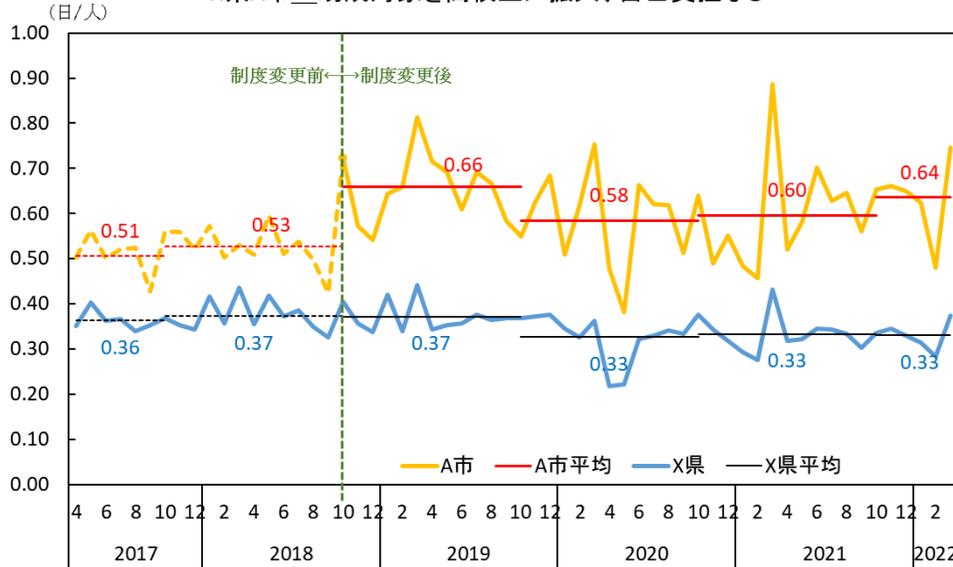
別所俊一郎 (2012) : 季刊 社会保障研究

(概要) こどもに対する医療費助成について、小学生における通院を増やす効果はみられたものの、小学校低学年までのこどもについては効果が見られず、また医療費助成を通じて健康状態を改善するという効果は、とくに検出されなかった。

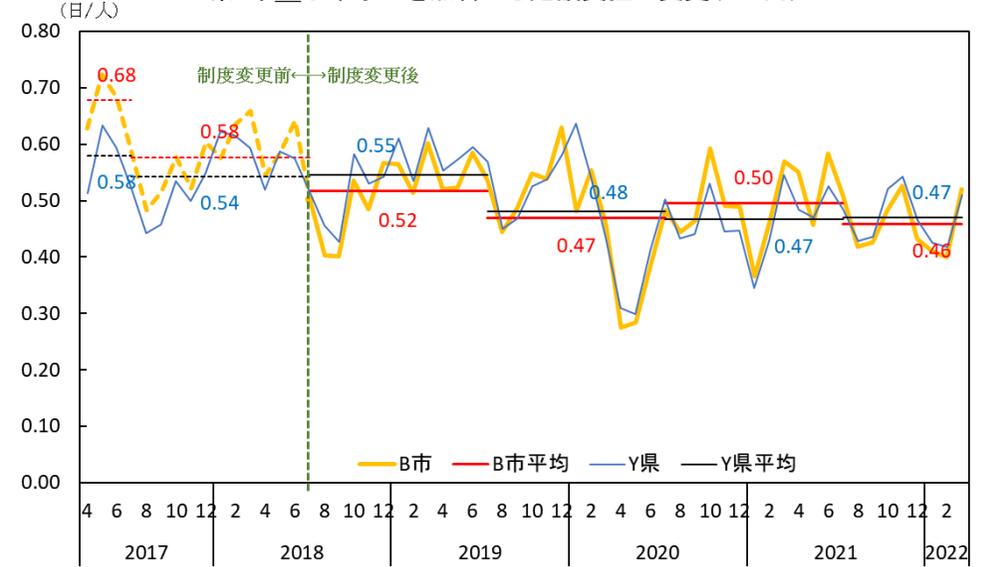
医療費助成の拡充が受診日数に与える影響について

- 2018年度にこども医療費助成を拡充した市町村のいくつかについて、医療費助成の拡充前後での受診日数（1人あたり日数）の動向を、その自治体が所属する県全体での受診日数の動向と比較。

X県A市__助成対象を高校生に拡大、自己負担なし



Y県B市__小中学生を無料から定額負担に変更(400円)



	変更前			変更後			変更時期
	対象学年	自己負担額	所得制限	対象学年	自己負担額	所得制限	
X県A市	中学生まで ※現物給付も中学生まで	0円	なし	高校生まで ※現物給付も高校生まで	0円	なし	2018年10月
Y県B市	中学生まで ※現物給付も中学生まで	0円	なし	中学生まで ※現物給付も中学生まで	400円	なし	2018年7月

(注1) 縦軸は、平均受診日数(入院外) = 受診日数(入院外) ÷ 市町村国保加入者数。左図は高校生(年度末年齢16-18歳)、右図は小中学生(年度末年齢7-15歳)における数値。

(注2) グラフ破線部分は、制度拡充前。

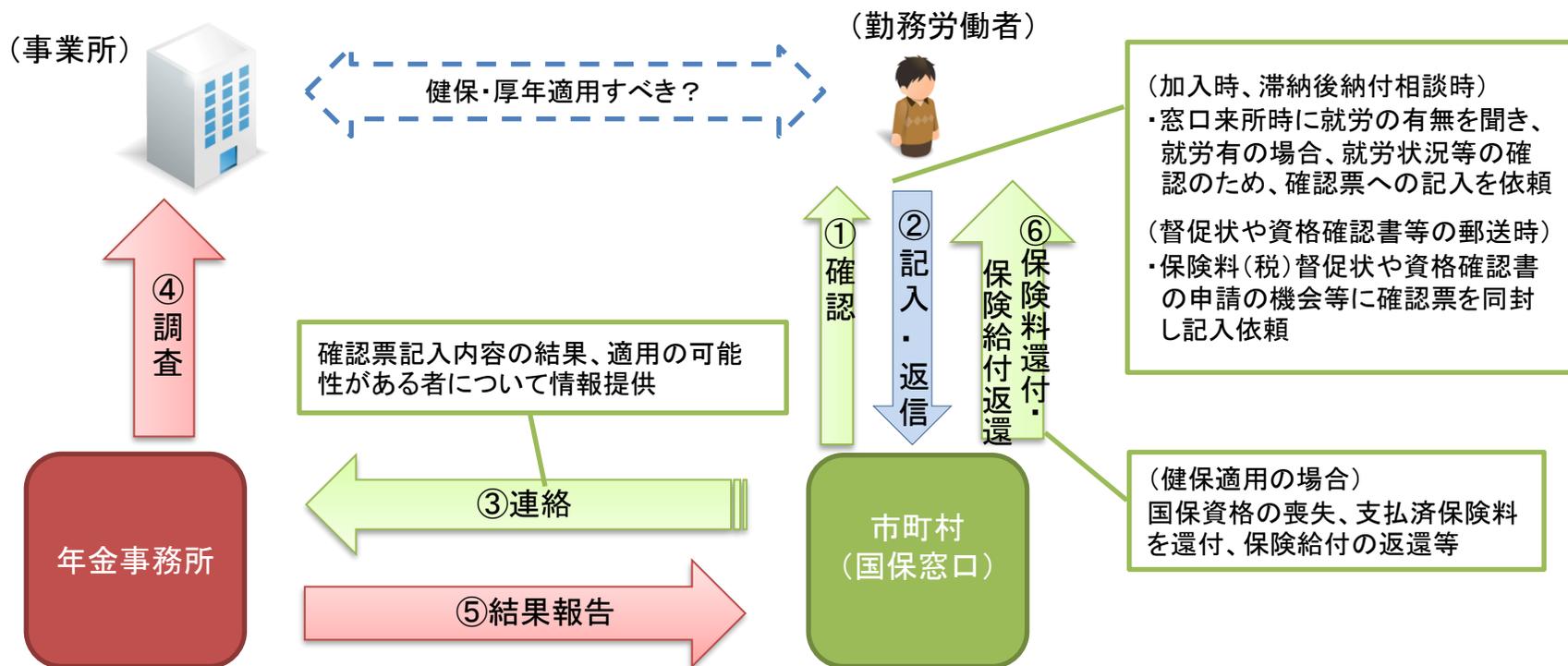
(注3) 平均は、制度拡充時点から12ヶ月ごとに区切って平均を取ったもの。ただし、集計期間(2017.4~2022.3)外を含む場合は期間端点までの平均値。

その他の留意事項

1. 災害時の対応・東日本大震災
2. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
3. 地方分権改革に係る対応
4. こどもにとってより良い医療の在り方
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

年金事務所と連携した被保険者資格に係る確認事務について

- 市町村国保窓口において、国民健康保険加入手続きや納付相談等のために来所された方に、就労の有無を聞き取り、リーフレットを手交し説明。確認票への記入を依頼。
- 国民健康保険料(税)を滞納している被保険者(世帯主)に督促状や催告書の送付、資格確認書の申請の機会等に、リーフレットや質問票を同封して郵送。
- 窓口で記入した確認票や、郵送により返信された確認票の記入内容により就労状況を確認し、健康保険・厚生年金加入の可能性が高い者については年金事務所へ情報提供し、年金事務所において事業所への調査等を実施。



3月以下の在留期間である外国人への国保資格の適用について

- 国保においては、住民基本台帳法第30条の45に規定する外国人住民（中長期在留者、出生による経過滞在者等）以外の外国人について、原則として適用除外としている。
- ただし、在留資格が3月以下（≠中長期在留者）であっても、厚生労働大臣が定める在留資格に応じた資料等（別表参照）により、在留期間の始期から起算して3月を超えて日本に滞在すると認められる者は、他の適用除外規定に該当しない限り、国保の適用対象となる。（国民健康保険法施行規則第1条第1号）

※在留資格が医療滞在目的等の場合は適用除外となる。

（別表）

在留資格	資料
興行	活動の内容及び期間を証する文書（招へい機関との契約書等）
技能実習	活動の内容及び期間を明らかにする資料（活動を行う機関が作成した資料等）
家族滞在	左記の在留資格を有する者を扶養する者の在留資格及び在留期間を明らかにする資料
特定活動	活動の内容及び期間を明らかにする資料

※詳細は「国民健康保険法施行規則第一条第一号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者」（平成16年厚生労働省告示第237号）参照

- 上記の在留資格を有する外国人については、在留期間が3月以下であっても、契約書等の客観的な資料等により、3月を超えて日本に滞在すると見込まれる場合は、個々のケース毎に実態に即して国保の適用可否を確認されたい。

在留資格の更新等により中長期在留者等でなくなった外国人被保険者の国保資格について

- 国保においては、住民基本台帳法第30条の45に規定する外国人住民（中長期在留者、出生による経過滞在者等）以外の外国人について、原則として適用除外としている。
- ただし、既に国保の被保険者資格を有している外国人が、在留資格の更新等の結果、3月以下の在留期間となった場合においては、当該外国人が都道府県の区域内に住所を有し、他の適用除外規定に該当しない限り、当該外国人被保険者の国保資格は喪失せず、引き続き国保被保険者となる。（国民健康保険法施行規則第1条第1号）
 - ※在留資格を有しない、いわゆる不法滞在の外国人については、国保の適用対象とならない。
- なお、この規定に基づき、住民基本台帳法第30条の45に規定する外国人住民ではないが引き続き国保の被保険者資格を有する者については、転出等により転出先で資格取得の手続きを行う際に、加入する保険者において、当該者の資格喪失予定日や居住実態等の管理・把握を徹底すること。

(参考)

◎国民健康保険法(昭和三十二年法律第九十二号)
(適用除外)

第六条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、都道府県が当該都道府県内の市町村とともに行う国民健康保険(以下「都道府県等が行う国民健康保険」という。)の被保険者としない。

一 ～ 十 (略)

十一 その他特別の理由がある者で厚生労働省令で定めるもの

◎国民健康保険法施行規則(昭和三十二年厚生省令第五十三号)
(法第六条第十一号の厚生労働省令で定める者)

第一条 国民健康保険法(昭和三十二年法律第九十二号。以下「法」という。)第六条第十一号に規定する厚生労働省令で定める者は、次に掲げる者とする。

一 日本の国籍を有しない者であつて、住民基本台帳法(昭和三十二年法律第八十一号)第三十条の四十五に規定する外国人住民以外のもの(出入国管理及び難民認定法(昭和三十六年政令第三百十九号。以下「入管法」という。)に定める在留資格を有する者であつて既に被保険者の資格を取得しているもの及び厚生労働大臣が別に定める者を除く。)

二～五 (略)

「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策」 (平成30年12月25日:令和5年度改訂)の医療保険関係ポイント

(医療保険の適正な利用の確保)

- 健康保険について、引き続き、海外居住者の被扶養認定の厳格な認定を実施
また、健康保険の被扶養者や国民年金第3号被保険者の認定において、原則として国内居住要件を導入し、その際、一定の例外を設ける【令和元年5月22日公布、令和2年4月1日施行】
- 国民健康保険について、在留資格の本来活動を行っていない可能性があると考えられる場合に市町村が入国管理局に通知する枠組みについて、通知対象を拡大【平成31年1月7日通知発出】
また、被保険者の資格の得喪に関し、市町村が関係者に報告を求めることができる旨を明確化【令和元年5月22日公布、同日施行】
- 出産育児一時金について、審査を厳格化【平成31年4月1日通知発出】
- なりすましについて、医療機関が必要と判断する場合に、本人確認書類の提示を求めることができるよう必要な対応を行う【令和2年1月10日通知発出】
- 国民健康保険の適用除外となる在留資格に変更された被保険者の情報について、法務省から市区町村へ提供する取組を実施【令和5年5月から実施】

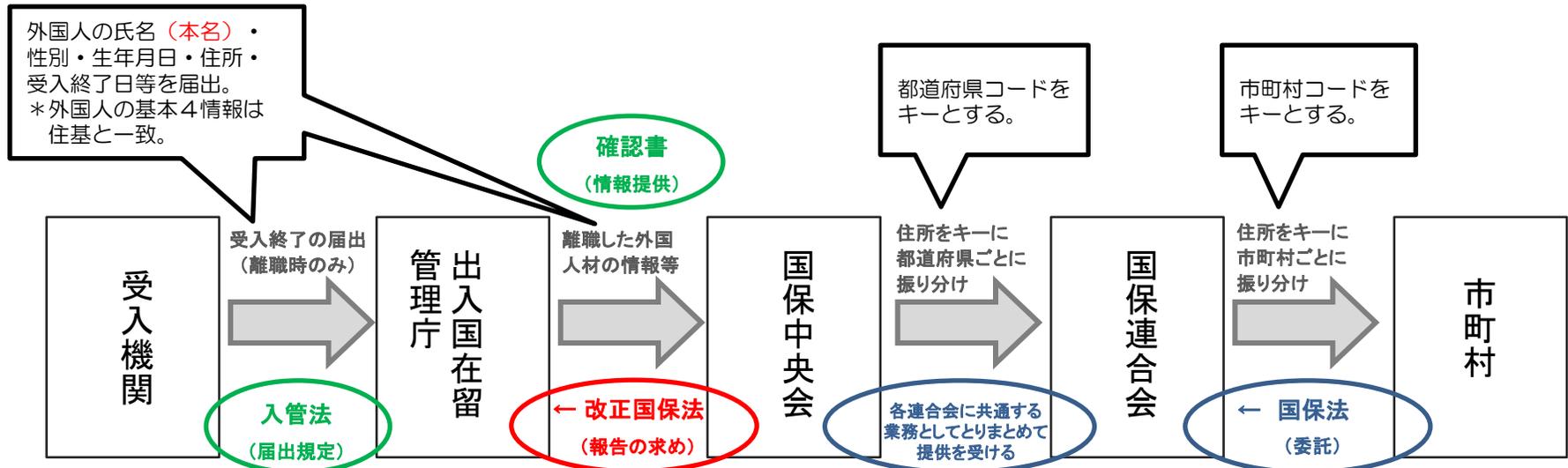
(社会保険への加入促進)

- 国民健康保険について、市町村において、離職時等に、年金被保険者情報等を活用しながら行う加入促進の取組を推進【平成31年3月29日通知発出】
- 新たな在留資格による外国人(平成31年4月からの特定技能1号・2号)について、上陸許可や在留資格変更許可等をした外国人の身分事項等を法務省から厚生労働省等に提供し、関係機関において、当該情報を活用しながら所要の確認や適用、必要に応じた加入指導等を実施【令和2年4月から実施】
- 新たな在留資格による外国人(平成31年4月からの特定技能1号・2号)について、国民健康保険・国民年金の保険料を一定程度滞納した者からの在留期間更新許可申請等を不許可とする【平成31年4月1日から実施】

外国人材の受入拡大に伴う国保への加入促進に係る情報連携について

- 平成31年4月に、在留資格「特定技能1号」「特定技能2号」の創設等を内容とする改正入管法が施行され、外国人材の受入れが開始。こうした外国人材の国保への加入を促進するためには、関係行政機関が連携して取り組む必要。
- 厚生労働省では、実務的な観点から法務省等との間で検討を進めてきたが、以下のような情報連携のスキームを構築したいと考えており、都道府県におかれても引き続き市町村への周知及び取組の推進についてご協力をお願いしたい。
- なお、法令上、市町村が「出入国在留管理庁に報告を求める事務」を国保連合会に委託(国保中央会に再委託)するという構成になることから、各市町村と国保連合会との間で当該事務に係る委任契約の締結をお願いしている。

市町村において、「出入国在留管理庁→国保中央会→国保連合会」経由で、入国・離職した外国人材の情報の提供を受け、外国人材に対する加入勧奨を実施



◎国民健康保険法(昭和33年法律第192号) ※赤字部分を追加(健保法等改正法: 令和元年5月15日可決・成立、同月22日公布・施行) ※(資料の提供等)

第百十三条の二 市町村は、被保険者の資格、保険給付及び保険料に関し必要があると認めるときは、被保険者の資格の取得及び喪失に関する事項、被保険者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主の資産若しくは収入の状況又は国民年金の被保険者の種別の変更若しくは国民年金法の規定による保険料の納付状況につき、官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係者に報告を求めることができる。

(連合会又は支払基金への事務の委託)

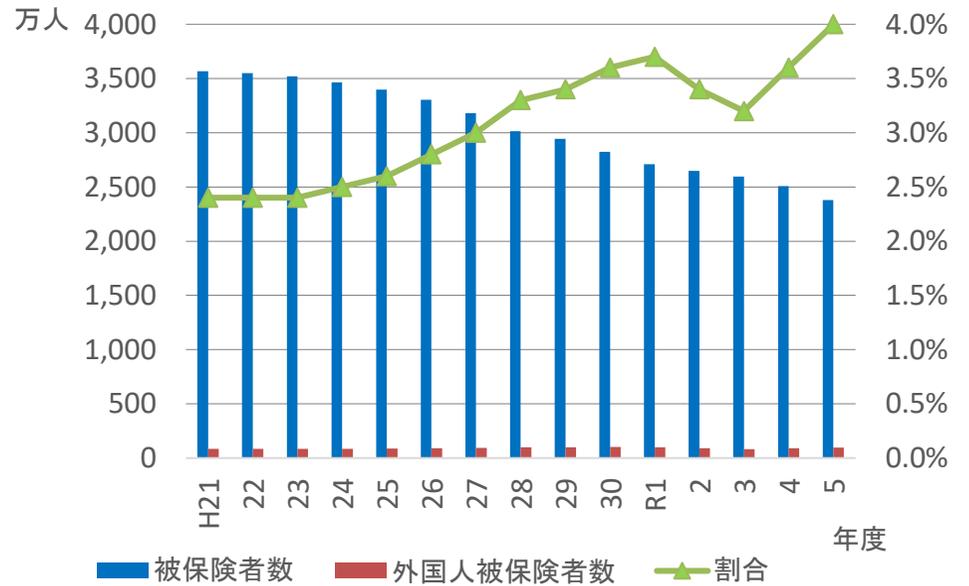
第百十三条の三 保険者は、第四十五条第五項(第五十二条第六項、第五十二条の二第三項、第五十三条第三項及び第五十四条の二第十二項において準用する場合を含む。)に規定する事務のほか、次に掲げる事務を第四十五条第五項に規定する連合会又は支払基金に委託することができる。

一 第四章の規定による保険給付の実施、第七十六条第一項又は第二項の規定による保険料の徴収、第八十二条第一項の規定による保健事業の実施その他の厚生労働省令で定める事務に係る情報の収集又は整理に関する事務

国民健康保険における外国人被保険者データ

① 外国人被保険者数の推移

年度	被保険者数 (万人) 【対前年度比】	外国人被保険者数 (万人) 【対前年度比】	占める割合 (%)
平成21	3,567【99.2%】	85【101.1%】	2.4
22	3,549【99.5%】	85【99.5%】	2.4
23	3,520【99.2%】	85【99.7%】	2.4
24	3,466【98.5%】	86【101.2%】	2.5
25	3,397【98.0%】	88【102.8%】	2.6
26	3,303【97.2%】	91【103.6%】	2.8
27	3,182【96.4%】	95【104.2%】	3.0
28	3,013【94.7%】	99【103.8%】	3.3
29	2,945【97.7%】	99【100.5%】	3.4
30	2,824【95.9%】	102【102.4%】	3.6
令和元	2,711【96.0%】	99【97.5%】	3.7
2	2,648【97.7%】	91【92.2%】	3.4
3	2,597【98.1%】	83【90.4%】	3.2
4	2,508【96.5%】	92【110.8%】	3.6
5	2,378【94.8%】	97【105.4%】	4.0



被保険者数(～平成28年度): 国保事業年報より(各年度末現在)
 被保険者数(平成29年度～): 国保実態調査より(同年9月末現在)
 外国人被保険者数: 国保課調べ(各年度末翌日現在)

② 年齢階層別被保険者数(日本人・外国人)(千人)



■ 日本人 ■ 外国人

※令和5年度の数値についてはすべて速報値
 ※保険者とは、市町村および特別区または広域連合

日本人被保険者数: 国保実態調査(令和5年9月末現在)をもとに算出した数値
 外国人被保険者数: 国保課調べ(令和6年4月1日現在)

国民健康保険における国内の診療実績

【R5.3～R6.2診療分(全体)】

項目	医科・DPC・調剤レセプトの合計		
	うち、外国人		割合
	実績		
レセプト件数	36,005万件	6,233,726件	1.73%
総医療費	89,268億円	1,240億円	1.39%
高額療養費該当件数	9,365,972件	97,302件	1.04%
高額療養費支給額	9,803億円	118億円	1.21%

【うち、80万円超分】

項目	医科・DPC・調剤レセプトの合計		
	うち、外国人		割合
	実績		
件数	1,682,997件	19,575件	1.16 %
総医療費	24,342億円	299億円	1.23%

⇒ 全国的な傾向としては、外国人被保険者に対する国内の診療実績の数値は、必ずしも被保険者に占める外国人の割合に比して大きいとは言えない。

(参考) 国会における議論

令和6年5月15日 衆議院 厚生労働委員会

○足立委員 そして、今日の最後の問いは、大臣ともう一回ちょっとやりたいのは、これはやはり、金曜日にも衆議院の法務委員会で可決するかもしれないこの入管法のことを考えると、厚生労働分野をつかさどる私たちとして、この状況ではやはり駄目じゃないかということで、大臣にも、これは社会保障を、国籍、国籍というのは、端的に言うと、日本人か、外国籍か日本国籍かというぐらいの線引きで、大臣は社会保険です、財務省は税です、あるいは総務省、私は、やはりこれは把握をしていくことは大前提だと思えます。大臣に御質問、通告させていただいているのは、そうした把握。**国籍、日本国籍、外国籍の別の社会保障の給付と負担の実態に関する把握**。これは、これまで何かしてきたことがあるのか、**これまでの経緯と今後の検討方針**、これを大臣からお願いしたいと思えます。

○武見国務大臣 これまで、日本人、外国人を区分した統計は取ってきておりません。しかし、委員御指摘のように、今回の育成就労の制度改正の影響も含めて、今後、中長期的なトレンドで国内に居住する外国籍の方々が増加をし、その方々は社会保障制度の適用対象になることが見込まれます。そのような中で、**どのようなデータを把握すべきかという点については、その目的、さらに、調査にかかる自治体の負担などに配慮もしながら、法務省とも連携をして、こうした調査の在り方について丁寧に検討していくことが必要だと私は考えます。**

令和7年3月3日 衆議院 予算委員会

○三木委員 そこで、私は、外国人の医療保険制度適用について質問させていただきたいと思えます。まず、二〇一二年の入管法、住民基本台帳法の改定と外国人登録制度の廃止により、一年以上の在留資格を有することが条件となっていた国保加入が三か月に短縮されました。もちろん、国保を支える一員となっただけで病气やけがなどに保険を使うのは当然のことと思えますが、真面目に日本で働いたり学んだりしている外国人の方も治療を受ける権利があるのは当然のことなんですけれども、**二〇一七年から一年にかけて、ネットの中で、医療保険をただ乗りして、高額療養費を不正に使用しているのではないかとの記事が見られるようになりました。協会けんぽに加入して、母国にいる家族まで加入させ、高額療養費を使用して治療を行う留学ビザを利用した不正、国保を使う経営・管理ビザを利用した不正等々の問題が提起され、国は二〇一九年一月から、厚生労働省と法務省で連携して、在留資格の本来活動がなされているかいないか、不正である可能性があれば出入国在留管理局に通知する仕組みを実施していると承知しています。**これは、在留外国人の国民健康保険適用の不適正事案に関する通知制度の運用についてという通達を市町村に出して、市町村から通知する仕組みをつくったということなんですけれども、これは果たして機能しているのでしょうか。

○福岡国務大臣 外国人の高額療養費の利用につきましては、現状把握しているデータによりますと、国民健康保険によります外国人被保険者の状況でいいますと、外国人の方、被保険者でいうと三・六%の割合、その中で、総医療費に占める割合でいうと一・三八%、高額療養費の支給額に占める割合でいいますと一・一五%となっただけでございまして、外国の方の医療費が全体として大きいという状況であったり、高額療養費制度を多く利用しておられるという状況にはないというふうに認識をさせていただきますが、**様々な、今御指摘ありました報道等があるのは承知しておりますので、実態を把握しながら適正な利用に向けて取り組んでいきたいと考えています。**

保険医療機関等において本人確認を実施する場合の方法について

対応方針

- 2020年度のオンライン資格確認の運用開始に伴い、マイナンバーカードのICチップの読み取りによりオンライン資格確認を行う保険医療機関等においては、マイナンバーカードによる本人確認が可能となる。
- 一方、各保険医療機関等がオンライン資格確認を導入し、患者によるマイナンバーカードの提示が普及するまでの対応として、保険医療機関等が必要と判断する場合には、被保険者証とともに本人確認書類の提示を求めることができる旨を厚生労働省から通知する。

本人確認の具体的な方法

- 保険医療機関等において、窓口での本人確認の必要性が高いと考える場合は、過去の診療履歴等により本人であることが明らかな事例や本人確認書類の提示が困難な子どもの事例など、一定のケースを除いて、外来患者に幅広く本人確認書類の提示を求めることができる。
- 上記のような幅広い範囲での本人確認を実施しない保険医療機関等においても、例えば、過去の診療履歴等に照らして血液型や身長が違っているなど、本人であることに合理的な疑いがある場合に、個別に本人確認を行うことは差し支えない。

<留意点>

- 保険医療機関等の判断で本人確認を実施する場合には、国籍による差別とならないよう、国籍に応じて本人確認の実施の有無を判断しないこと。
- 提示された被保険者証が本人のものでないと判断される場合には、当該被保険者証を用いた保険診療は認められないが、すべての患者が顔写真付きの本人確認書類を所持しているわけではないことに鑑み、本人確認書類が提示されなかったことのみをもって保険診療を否定しないこと。
- 幅広い範囲での本人確認を実施するに当たっては、保険医療機関等において事前に掲示等を行うことにより、患者が保険医療機関等を受診する際に混乱を生じさせないよう十分な期間を設けて周知を行うこと。

(本人確認書類(写真付き身分証)の例)

運転免許証、運転経歴証明書(平成24年4月1日以降交付のもの)、旅券、個人番号カード(マイナンバーカード)、在留カード、特別永住者証明書、官公庁が顔写真を貼付した書類(身体障害者手帳等)

(参考) 主なQ&A

(Q) 本人確認については、全ての保険医療機関等において実施することが義務付けられているのか。

(A) 全ての保険医療機関等において実施することを義務付けているものではなく、各保険医療機関等において、窓口での本人確認の必要性に応じて、本人確認を実施するかどうか判断することとなる。

(Q) 本人かどうかの判断基準如何。

(A) 本人確認書類として写真付き身分証を提示していただき、当該書類の写真が本人かどうか確認するとともに当該書類に記載された氏名(及び生年月日)が被保険者証の情報と一致することで判断することを基本とする。

なお、提示された写真付き身分証のみで判断が難しい場合には、別の本人確認書類の提示を求めること等を行うことにより、総合的に判断していただきたい。

(Q) 本人確認書類の提示を断られるなど提示されなかった場合にはどのような対応を行うのか。

(A) 本人確認書類が提示されなかった場合には、本人確認を実施している趣旨を説明し、次回の診療時に提示するよう案内いただきたい。ただし、複数回提示されなかった場合には、被保険者証を発行している医療保険者へ連絡するといった対応を行うこと。

なお、すべての患者が顔写真付きの本人確認書類を所持しているわけではないことに鑑み、本人確認書類が提示されなかったことのみをもって保険診療を否定しないようご留意いただきたい。

(Q) そもそも顔写真付きの本人確認書類がない患者にはどのような対応を行うのか。

(A) 被保険者証の提示とあわせて国民年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書、住民票の写し、官公庁から発行・発給された書類等の書類の提示を求めるとともに、2つ以上の書類に記載された氏名(及び生年月日)が被保険者証の情報と一致することにより本人確認を行っていただきたい。

(Q) 提示された本人確認書類の写真が本人かどうか疑わしい場合はどのような対応を行うのか。

(A) 提示された本人確認書類の写真が本人かどうか疑わしい場合は、その旨を患者情報(例:氏名、住所、連絡先(電話番号やメールアドレス))と併せて被保険者証を発行している医療保険者へ連絡するといった対応を行うこと。ただし、提示された被保険者証が本人のものでないと判断される場合には、当該被保険者証を用いた保険診療は認められない。なお、保険医療機関等において写真を見た上で保険診療を認めたものの、結果として、他人による被保険者証の流用であった場合であっても、保険医療機関等の責任にはならない。

(Q) 連絡を受けた医療保険者はどのような対応を行うのか。

(A) 当該日に保険医療機関等を受診したかどうか確認する文書を被保険者に送付することや直接被保険者に連絡する等の方法により、当該日に実際に保険医療機関等を受診したかどうかを確認していただきたい。

(Q) 本人確認を拒否した場合、患者に対する罰則等はあるのか。

(A) 罰則等はない。

(Q) 本人確認を実施せず、他人の被保険者証を流用した受診による不当請求が発生した場合、保険医療機関等に対する罰則等はあるのか。本人確認を実施したが、流用を防げなかった場合はどうか。

(A) いずれの場合も罰則等はない。なお、診療報酬の支払にも影響を与えない。

- 被保険者証の記載事項等の様式は、国民健康保険法施行規則で定められている（規則第6条）。
- 記載事項については、保険者の判断により、カードの大きさを変えない範囲で、注意事項を追加で記載することや、文字の大きさを変えるといった変更・調整は可能。
- 氏名については、従来から、保険者がやむを得ないと判断した場合には、被保険者証における氏名の表記方法を工夫しても差し支えないとされている（例：旧氏併記等）。

※ 被保険者証における氏名の表記については、様々な場面で被保険者証が本人確認書類として利用されていることに鑑み、裏面を含む被保険者証全体として、戸籍上の氏名を確認できるようにすることが適当。

(参考)

被保険者証の氏名表記について(平成29年8月31日保国発0831第1号) 抄

性同一性障害を有する被保険者又は被扶養者から、被保険者証において通称名の記載を希望する旨の申し出があり、保険者がやむを得ないと判断した場合には、被保険者証における氏名の表記方法を工夫しても差し支えない。

また、被保険者証における氏名の表記方法については、様々な場面で被保険者証が本人確認書類として利用されていることに鑑み、裏面を含む被保険者証全体として、戸籍上の氏名を確認できるようにすること。

例えば、被保険者証の表面の氏名欄には「通称名」を記載し、裏面の備考欄に「戸籍上の氏名は〇〇」と記載することや、被保険者証の表面の氏名欄に「戸籍上の氏名」を記載するとともに「通称名は〇〇」と併記すること等が考えられる。

被保険者証の性別表記について(平成24年9月21日事務連絡) 抄

上述した観点から、性別は被保険者証の必要記載事項として、被保険者証の表面に性別欄を設けるとともに、戸籍上の性別を記載することとしています。

しかしながら、被保険者から被保険者証の表面に戸籍上の性別を記載してほしくない旨の申し出があり、やむを得ない理由があると保険者が判断した場合は、裏面を含む被保険者証全体として、戸籍上の性別が保険医療機関等で容易に確認できるよう配慮すれば、保険者の判断によって、被保険者証における性別の表記方法を工夫しても差し支えありません。例えば、被保険者証の表面の性別欄は「裏面参照」と記載し、裏面の備考欄に「戸籍上の性別は男(又は女)」と記載すること等が考えられます。

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の施行について(平成15年8月29日保発0829003号) 抄

被保険者証等の余白は、各保険者の判断により、写真を貼るほか、臓器提供の意思表示の記入欄又は臓器提供意思表示シールの添付欄とするなど、適宜使用して差し支えないこと。

その他の留意事項

1. 災害時の対応・東日本大震災
2. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
3. 地方分権改革に係る対応
4. こどもにとってより良い医療の在り方
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

国民健康保険料（税）の徴収猶予について

- 国民健康保険料（税）は、その納付が困難である特別な理由がある者については、国民健康保険法第77条の規定に基づき条例若しくは規約の定めるところにより、又は、地方税法第15条の規定に基づき、保険者の判断で、保険料（税）の徴収猶予を行うことが可能とされている。
- これらを踏まえ、各保険者におかれては、徴収猶予の取扱いの周知も含め、適切な運営をお願いしたい。

（参考）

◎国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

（保険料の減免等）

第七十七条 市町村及び組合は、条例又は規約の定めるところにより、特別の理由がある者に対し、保険料を減免し、又はその徴収を猶予することができる。

◎地方税法（昭和25年法律第226号）

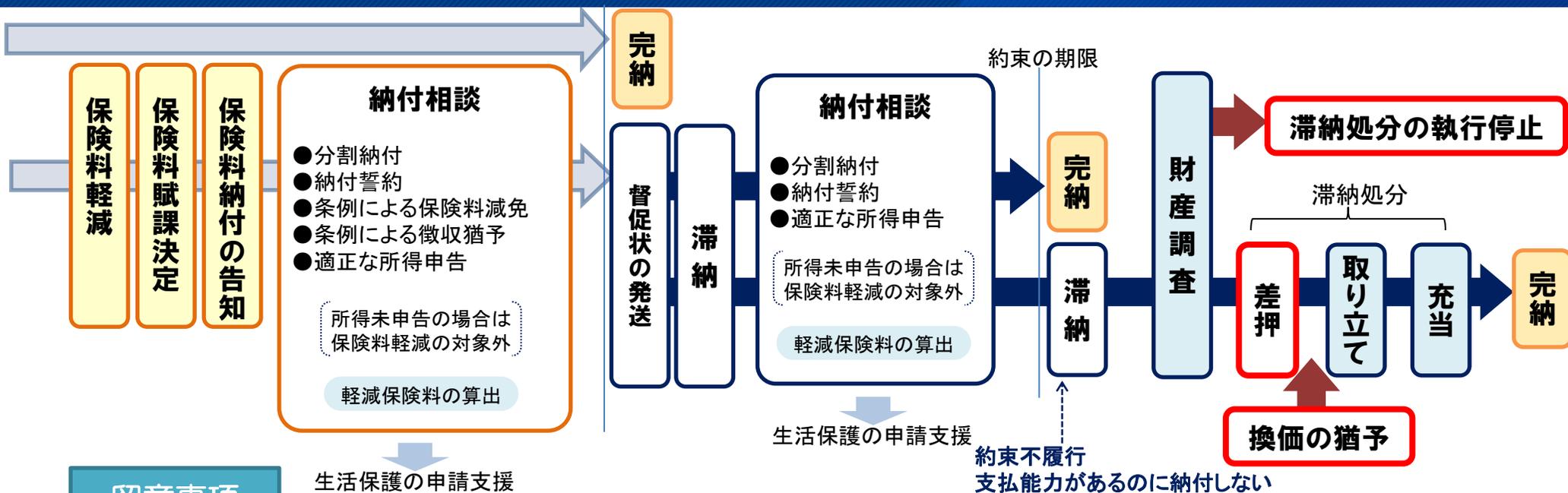
（徴収猶予の要件等）

第十五条 地方団体の長は、次の各号のいずれかに該当する事実がある場合において、その該当する事実に基づき、納税者又は特別徴収義務者が当該地方団体に係る地方団体の徴収金を一時に納付し、又は納入することができないと認められるときは、その納付し、又は納入することができないと認められる金額を限度として、その者の申請に基づき、一年以内の期間を限り、その徴収を猶予することができる。

- 一 納税者又は特別徴収義務者がその財産につき、震災、風水害、火災その他の災害を受け、又は盗難にかかったとき。
- 二 納税者若しくは特別徴収義務者又はこれらの者と生計を一にする親族が病気にかかり、又は負傷したとき。
- 三 納税者又は特別徴収義務者がその事業を廃止し、又は休止したとき。
- 四 納税者又は特別徴収義務者がその事業につき著しい損失を受けたとき。
- 五 前各号のいずれかに該当する事実に類する事実があつたとき。

2～5 （略）

国保保険料（税）の徴収業務の流れ



留意事項

< 給与等の差押禁止の基準 >

生活保護法における生活扶助の基準となる金額（支給の基礎となった期間1月ごとに10万円と滞納者と生計を一にする配偶者その他の親族があるときは、これらの者一人につき4万5千円を加算した額）は差し押えることができない。

< 滞納処分の停止における生活困窮の基準 >

滞納処分の執行等をすることによってその生活を著しく窮迫させるおそれがあるときは、滞納処分の執行を停止することができる。とされている。「生活を著しく窮迫させるおそれがあるとき」とは、滞納者が生活保護法の適用を受けなければ生活を維持できない程度の状態（前述の生活保護法における生活扶助の基準となる金額で営まれる生活の程度）になるおそれがある場合をいう。

< 申請による換価の猶予 >

納税者の負担の軽減を図るとともに早期かつ的確な納付の履行を確保する観点から、申請による換価の猶予の制度が設けられている。財産の換価を直ちにすることによりその事業の継続又はその生活の維持を困難にするおそれがある場合には、滞納者の申請に基づき、換価を猶予する。

差押禁止財産について

【概要】

滞納者の最低限の生活保障、生業維持等の観点から、以下の差押禁止財産を定めている。

○ 一般の差押禁止財産

滞納者及びその者と生計を一にする親族の生活に必要な衣服や食料等

○ 給与の差押禁止

生活保護法における生活扶助の基準となる金額等

(=支給の基礎となった期間1月ごとに10万円と滞納者と生計を一にする配偶者その他の親族があるときは、これらの者一人につき4万5千円を加算した額)

○ 社会保険制度に基づく給付の差押禁止

社会保険制度に基づき支給される退職年金、老齢年金、普通恩給、休業手当金及びこれらの性質を有する給付

○ 条件付差押禁止財産

農業に必要な器具や漁業に必要な器具、職業又は事業の継続に必要な機械・器具等

※ 全額を徴収することができ、換価が困難でなく、かつ、第三者の権利の目的となっていないものを提供したときのみ

参考：広島高等裁判所松江支部平成25年11月27日判決（抜粋）

「本件預金債権の大部分が本件児童手当の振込みにより形成されたものであり、本件児童手当が本件口座に振り込まれた平成20年6月11日午前9時の直後で本差押がされた同日午前9時9分時点では、本件預金債権のうちの本件児童手当相額はいまだ本件児童手当としての属性を失っていなかったと認めるのが相当である。」

「処分行政庁において本件児童手当が本件口座に振り込まれる日であることを認識した上で、本件児童手当が本件口座に振り込まれた9分後に、本件児童手当によって大部分が構成されている本件預金債権を差し押さえた本件差押処分は、本件児童手当相額の部分に関しては、実質的には本件児童手当を受ける権利自体を差し押さえたのと変わりがないと認められるから、児童手当法15条の趣旨に反するものとして違法であると認めざるを得ない。」

滞納処分の停止について

【概要】

すでに差し押さえされている財産、あるいは今後差し押さえの対象となりうる財産の換価処分(公売)を、一定の要件に該当した場合に猶予する。

主な要件

- 滞納処分の執行等を行うことによってその生活を著しく窮迫させるおそれがあるとき。
※「生活を著しく窮迫させるおそれがあるとき」とは、滞納者の財産につき滞納処分の執行を行うことにより、滞納者が生活保護法の適用を受けなければ生活を維持できない程度になるおそれのある場合をいう。(＝支給の基礎となった期間1月ごとに10万円と滞納者と生計を一にする配偶者その他の親族があるときは、これらの者一人につき4万5千円を加算した額)
- その所在及び滞納処分の執行等を行うことができる財産がともに不明であるとき。

効果

- **差押えの解除**
停止の期間内は新たな差押えを行うことができず、既に差し押さえた財産についてはその差押えを解除しなければならない。
 - **延滞金の免除**
停止の期間に対応する部分の金額に相当する延滞金額を免除する。
- ※ 滞納者が自発的にその停止に係る保険料を納付したときに、その納付金をその停止に係る保険料に充てることは差し支えない。
- ※ 滞納処分の停止の期間中においても、その滞納処分の停止に係る保険料の消滅時効は進行する。
- ※ 滞納処分の停止が取り消されないで3年間継続したときは、納付する義務は当然に消滅する。

換価の猶予について

【概要】

滞納者に一定の事由がある場合に、滞納処分により財産を換価すること又は一定の財産を差し押さえることを1年の範囲内で猶予するものであり、

- ・ 税務署長が職権をもって行う換価の猶予（職権による換価の猶予）
 - ・ 滞納者の申請に基づき行う換価の猶予（申請による換価の猶予）
- の2種類がある。

主な要件

- 滞納者が納付について誠実な意思を有すると認められること。
- 次のいずれかに該当すると認められる場合であること。
 - （イ）財産の換価を直ちにすることにより、その事業の継続又は生活の維持を困難にするおそれがあるとき。
 - （ロ）財産の換価を猶予することが、直ちに換価することに比し、徴収上有利であるとき。

猶予期間

- 1年を限度とする

※ やむを得ない理由があると認めるときは、申請に基づき、すでに猶予した期間とあわせて2年を超えない範囲でその期間を延長することができる。

生活困窮者等の自立を促進するための

生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律（平成30年法律第44号）の概要

改正の趣旨

生活困窮者等の一層の自立の促進を図るため、生活困窮者に対する包括的な支援体制の強化、生活保護世帯の子どもの大学等への進学支援、児童扶養手当の支払回数の見直し等の措置を講ずるほか、医療扶助における後発医薬品の原則化等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 生活困窮者の自立支援の強化（生活困窮者自立支援法）

(1) 生活困窮者に対する包括的な支援体制の強化

- ① 自立相談支援事業・就労準備支援事業・家計改善支援事業の一体的実施を促進
・ 就労準備支援事業・家計改善支援事業を実施する努力義務を創設
・ 両事業を効果的・効率的に実施した場合の家計改善支援事業の国庫補助率を引上げ(1/2→2/3)

② 都道府県等の各部局で把握した生活困窮者に対し、自立相談支援事業等の利用勧奨を行う努力義務の創設

③ 都道府県による市等に対する研修等の支援を行う事業を創設

(2) 子どもの学習支援事業の強化

① 学習支援のみならず、生活習慣・育成環境の改善に関する助言等も追加し、「子どもの学習・生活支援事業」として強化

(3) 居住支援の強化（一時生活支援事業の拡充）

① シェルター等の施設退所者や地域社会から孤立している者に対する訪問等による見守り・生活支援を創設 等

2. 生活保護制度における自立支援の強化、適正化（生活保護法、社会福祉法）

(1) 生活保護世帯の子どもの貧困の連鎖を断ち切るため、大学等への進学を支援

① 進学の際の新生活立ち上げの費用として、「進学準備給付金」を一時金として給付

(2) 生活習慣病の予防等の取組の強化、医療扶助費の適正化

① 「健康管理支援事業」を創設し、データに基づいた生活習慣病の予防等、健康管理支援の取組を推進

② 医療扶助のうち、医師等が医学的知見から問題ないと判断するものについて、後発医薬品で行うことを原則化

(3) 貧困ビジネス対策と、単独での居住が困難な方への生活支援

① 無料低額宿泊所について、事前届出、最低基準の整備、改善命令の創設等の規制強化

② 単独での居住が困難な方への日常生活支援を良質な無料低額宿泊所等において実施

(4) 資力がある場合の返還金の保護費との調整、介護保険適用の有料老人ホーム等の居住地特例 等

3. ひとり親家庭の生活の安定と自立の促進（児童扶養手当法）

(1) 児童扶養手当の支払回数の見直し（年3回（4月、8月、12月）から年6回（1月、3月、5月、7月、9月、11月）） 等

「生活困窮者自立支援制度と国民健康保険制度及び後期高齢者医療制度との連携について」の一部改正について（平成30年10月1日付け社援地発1001第12号厚生労働省社会・援護局地域福祉課長・保国発1001第1号厚生労働省保険局国民健康保険課長・保高発1001第1号厚生労働省高齢者医療課長通知）により都道府県宛に通知済。

施行期日

平成30年10月1日（ただし、1. (2)(3)は平成31年4月1日、2. (1)は公布日、2. (2)①は平成33年1月1日、2. (3)は平成32年4月1日、3. は平成31年9月1日※ 等）

生活困窮者自立支援制度における他制度との連携について

- 生活困窮者自立支援制度においては、自立相談支援事業を中核に、任意事業の活用や他制度との連携により、本人の状態像に応じたきめ細かい支援を実施することが重要。
- また、地域資源の開発に当たっても、他制度のネットワークや他機関と連携することが重要。

連携通知^(注)で示した連携の例

(注)「生活困窮者自立支援制度と関係制度等との連携について」(平成27年3月27日付け事務連絡)等

・必要に応じ、生活保護へのつなぎ、生活保護脱却後の困窮者制度の利用(連続的な支援)

・ひとり親家庭特有の課題や、複合的な課題への連携した対応
 ・児童養護施設退所後の子どもの支援等

・ハローワークとのチーム支援やハローワークのノウハウの活用
 ・求職者支援制度の活用

労働行政
(ハローワーク、地域若者サポートステーション等)

生活保護
(福祉事務所)

ひとり親家庭等福祉対策、児童福祉施策
(福祉事務所、児童養護施設等)

障害保健福祉施策
(障害者就業・生活支援センター等)

・本人の意向を踏まえつつ、障害の可能性や世帯の生活課題への連携した対応
 ・障害者支援に係る専門性の生活困窮者支援への活用
 ・認定就労訓練事業の担い手確保等

・地域住民相互の支え合い等インフォーマルな支援の創出
 ・地域のネットワーク強化等

地域福祉施策
(社会福祉協議会、民生委員・児童委員、よりそいホットライン等)

介護保険
(地域包括支援センター等)

・介護保険制度の要介護、要支援にとどまらない、世帯の生活課題への連携した対応
 ・地域ネットワークの整備等に係る連携等

・住居に関する課題への連携した対応

住宅施策
(居住支援協議会)

国民年金保険料免除制度

・納付相談に訪れる者のつなぎ
 ・国民年金保険料免除制度の周知等

・支援調整会議と子ども・若者支援地域協議会の連携(共同開催等)
 ・子ども・若者総合相談センターとの連携

子ども・若者育成支援施策
(子ども・若者支援地域協議会等)

教育施策
(教育委員会、スクールソーシャルワーカー等)

・子どもの状況の背景にある世帯の生活課題への対応
 ・高等学校等の修学支援等

・多重債務者に対する専門的な支援との連携

多重債務者対策
(多重債務者相談窓口、法テラス、弁護士会等)

矯正施設
(保護観察所等)

・矯正施設出所者に対する自立相談支援機関の情報提供等

・農林水産分野における就労の場の確保

農林水産分野

自殺対策施策
(自殺予防に関する相談窓口、地域自殺対策推進センター)

ひきこもり地域支援センター等

国民健康保険制度・後期高齢者医療制度

・納付相談に訪れる者のつなぎ
 ・所得の低い世帯への配慮措置の周知や申請援助
 ・保険料(税)滞納者への連携した対応

・自殺の危険性が高い者への連携した対応

・ひきこもり状態にある者への連携した対応

生活困窮者自立支援制度
(自立相談支援機関)

※上記の例にとどまらず、本人の自立支援に資する他制度と連携した支援のあり方については国や自治体において引き続き検討していく。

その他の留意事項

1. 災害時の対応・東日本大震災
2. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
3. 地方分権改革に係る対応
4. こどもにとってより良い医療の在り方
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

事 項	令 和 6 年 度	令 和 7 年 度	対 前 年 度		摘 要
	予 算 額	予 算 額 (案)	比 較 増 ▲	減 額	
	千円	千円	千円		
市町村等の国民健康保険助成に必要な経費	3,236,059,224	3,156,706,431	▲ 79,352,793	▲ 2.45%	
(項) 医療保険給付諸費	2,992,664,385	2,925,301,792	▲ 67,362,593	▲ 2.25%	
(目) 国民健康保険療養給付費等負担金	1,630,072,637	1,596,008,243	▲ 34,064,394	▲ 2.09%	
療養給付費負担金	1,389,117,485	1,366,692,805	▲ 22,424,680	▲ 1.61%	
保険基盤安定等負担金	240,955,152	229,315,438	▲ 11,639,714	▲ 4.83%	
(目) 国民健康保険後期高齢者医療費支援金負担金	522,986,266	502,028,637	▲ 20,957,629	▲ 4.01%	
(目) 国民健康保険財政調整交付金	563,354,040	556,907,803	▲ 6,446,237	▲ 1.14%	
(目) 国民健康保険後期高齢者医療費支援金財政調整交付金	147,089,888	141,195,555	▲ 5,894,333	▲ 4.01%	
(目) 国民健康保険保険者努力支援交付金	129,161,554	129,161,554	0	0.00%	
(項) 介護保険制度運営推進費	230,290,720	218,206,917	▲ 12,083,803	▲ 5.25%	
(目) 国民健康保険介護納付金負担金	179,739,099	170,307,836	▲ 9,431,263	▲ 5.25%	
(目) 国民健康保険介護納付金財政調整交付金	50,551,621	47,899,081	▲ 2,652,540	▲ 5.25%	
(項) 健康増進対策費	13,104,119	13,197,722	93,603	0.71%	
(目) 国民健康保険特定健康診査・保健指導負担金	13,104,119	13,197,722	93,603	0.71%	
国民健康保険団体に必要な経費	2,774,733	2,426,995	▲ 347,738	▲ 12.53%	
(目) 国民健康保険団体連合会等補助金	1,887,661	1,554,122	▲ 333,539	▲ 17.67%	
(目) 高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金	12,775	0	▲ 12,775	▲ 100.00%	
(目) 国民健康保険制度関係業務事業費補助金	874,297	872,873	▲ 1,424	▲ 0.16%	

事 項	令和6年度 予 算 額	令和7年度 予 算 額 (案)	対 前 年 度 比 較 増 ▲ 減 額	対 前 年 度 伸 率 (%)	摘 要
	千円	千円	千円		
国保組合の国民健康保険助成に必要な経費	264,944,711	261,177,361	▲ 3,767,350	▲ 1.42%	
(項) 医療保険給付諸費	242,298,880	239,094,220	▲ 3,204,660	▲ 1.32%	
(目)国民健康保険組合療養給付費補助金	176,068,752	172,696,791	▲ 3,371,961	▲ 1.92%	
(目)国民健康保険組合後期高齢者医療費支援金補助金	58,269,781	58,254,708	▲ 15,073	▲ 0.03%	
(目)国民健康保険組合出産育児一時金等補助金	5,792,512	6,005,996	213,484	3.69%	
出 産 育 児 一 時 金 補 助 金	2,029,875	1,905,125	▲ 124,750	▲ 6.15%	
高 額 医 療 費 共 同 事 業 補 助 金	3,762,637	4,100,871	338,234	8.99%	
(目)国民健康保険組合事務費負担金	2,167,835	2,136,725	▲ 31,110	▲ 1.44%	
(項) 介護保険制度運営推進費	22,058,297	21,495,607	▲ 562,690	▲ 2.55%	
(目)国民健康保険組合介護納付金補助金	22,058,297	21,495,607	▲ 562,690	▲ 2.55%	
(項) 健康増進対策費	587,534	587,534	0	0.00%	
(目)国民健康保険組合特定健康診査・保健指導補助金	587,534	587,534	0	0.00%	
国民健康保険関係助成費総計	3,503,778,668	3,420,310,787	▲ 83,467,881	▲ 2.38%	
うち (項) 医療保険給付諸費	3,237,737,998	3,166,823,007	▲ 70,914,991	▲ 2.19%	
うち (項) 介護保険制度運営推進費	252,349,017	239,702,524	▲ 12,646,493	▲ 5.01%	
うち (項) 健康増進対策費	13,691,653	13,785,256	93,603	0.68%	

その他の留意事項

1. 災害時の対応・東日本大震災
2. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
3. 地方分権改革に係る対応
4. こどもにとってより良い医療の在り方
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務



補助金申請事務等の適正化について①

令和5年度決算検査報告について

会計検査院における令和5年度決算検査報告において、国民健康保険関係国庫補助金について、次のとおり指摘があったところである。

例年、不当事項として指摘されている事務処理誤りは同じような内容が繰り返されており、補助金申請事務の適正化に御配意をお願いしたい。（参照：国民健康保険関係国庫補助金等に係る事務処理の適正化について（通知）（令和6年12月26日保国発1226第1号及び同日事務連絡））

○ 不当事項

〔療養給付費負担金〕

① 減額調整措置の実施誤り	1 都道府県	6, 287千円
② 集計誤りによる一般被保険者に係る医療給付費の過大算定	4 都道府県	38, 193千円
	合計 5都道府県	44, 480千円

〔財政調整交付金〕

① 調整対象需要額の過大算定・調整対象収入額の過少算定	7 都道府県	980, 013千円
② 非自発的失業による保険料軽減世帯に係る保険料調定総額の過小集計	2 都道府県	45, 011千円
③ 被用者保険の被保険者の被扶養者であった者に係る保険料減免額の過大算定	5 都道府県	33, 518千円
④ 一人当たりの基準総所得金額の過小算定	1 都道府県	23, 244千円
⑤ 一般被保険者の保険料調定総額の過大集計	3 都道府県	13, 405千円
	合計 18都道府県	1, 095, 191千円

補助金申請事務等の適正化について②

【参考1】前回検査報告の指摘状況との比較

(単位:百万円)

	前回(令和4年度検査報告)		今回(令和5年度検査報告)	
	都道府県数	指摘金額	都道府県数	指摘金額
療養給付費負担金	8	331	5	44
財政調整交付金	12	1,308	18	1,095
合 計	15	1,639	19	1,639

※「合計」欄は、療養給付費負担金及び財政調整交付金において重複するものを除いた都道府県数を指す。

【参考2】平成30年度からの申請事務処理等の変更内容

平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体として保険者に加わるとともに、都道府県が療養給付費負担金及び財政調整交付金の交付申請・実績報告を行うこととなった。一方で市町村は引き続き、当該負担金等の算定のための資料作成を行うため、市町村に対して資料等の確認を十分に行うよう指導するとともに、都道府県においても当該負担金等の算定に当たり確認事務の強化を図るようお願いしたい。

(29年度まで)

- 申請者:市町村
- 申請書作成者:市町村
- 交付先:市町村(普調、特調)



(30年度から)

- 申請者:都道府県
- 申請書作成者:都道府県(算定の基礎となる資料は市町村が作成)
- 交付先:都道府県(普調、特調)