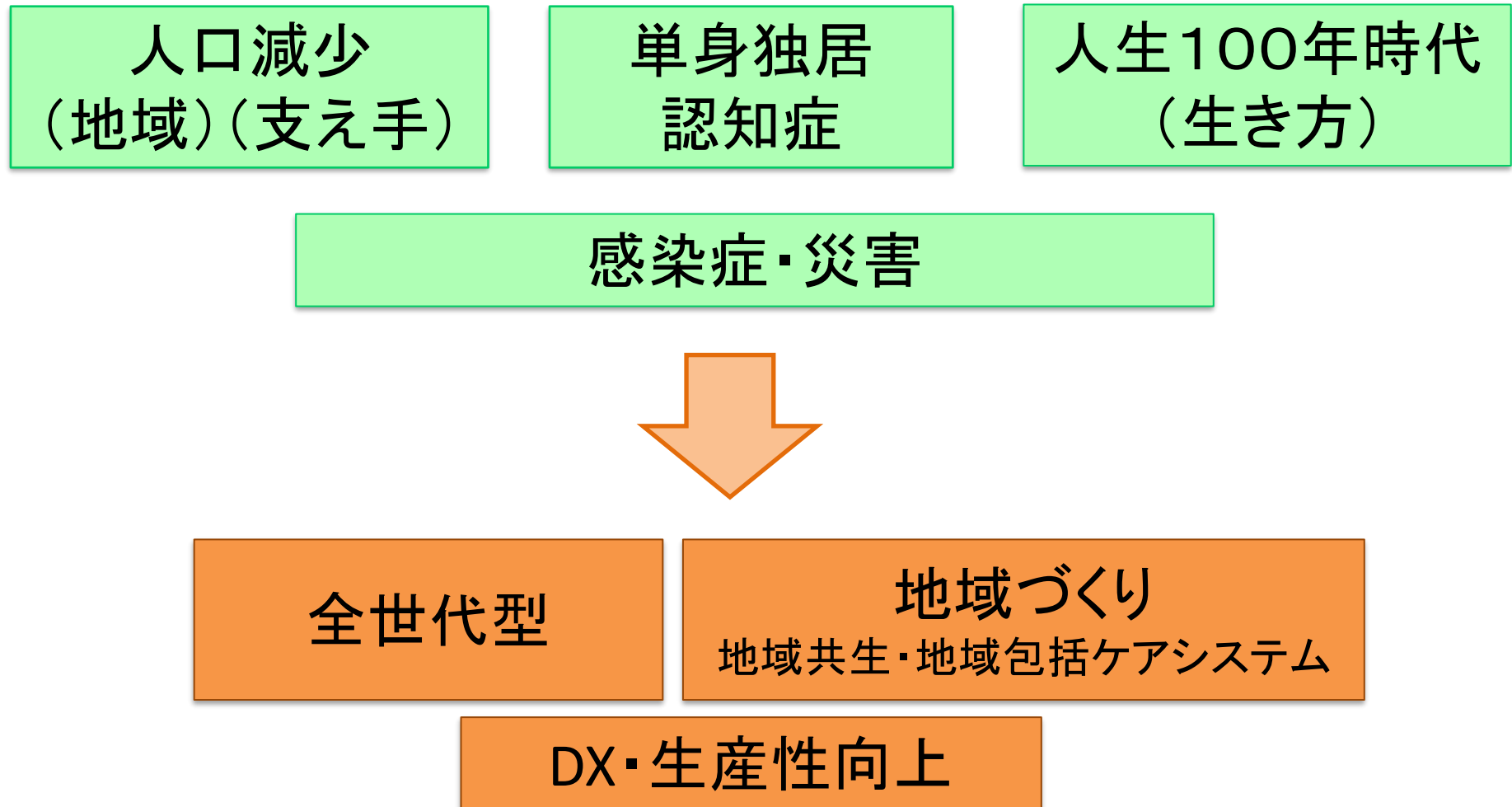


全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長 及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議

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々が、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(P101)

- ・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、取組をより一層加速化していくことが重要。このため、国保課にプロジェクトチームを設けて、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(P208)

- ・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。設定していただいた目標の実現に向けてご尽力をお願いする。
- ・令和6年12月2日からのマイナ保険証を基本とする仕組みへの移行に向け、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・情報提供を行う予定。保険者におかれても、システム改修に万全を期すとともに、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(昨年5月)。糖尿病性腎症重症化予防プログラムと手引きの改訂(3月)。後発医薬品の2029年度までの目標も公表(3月)。
- ・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(P122)

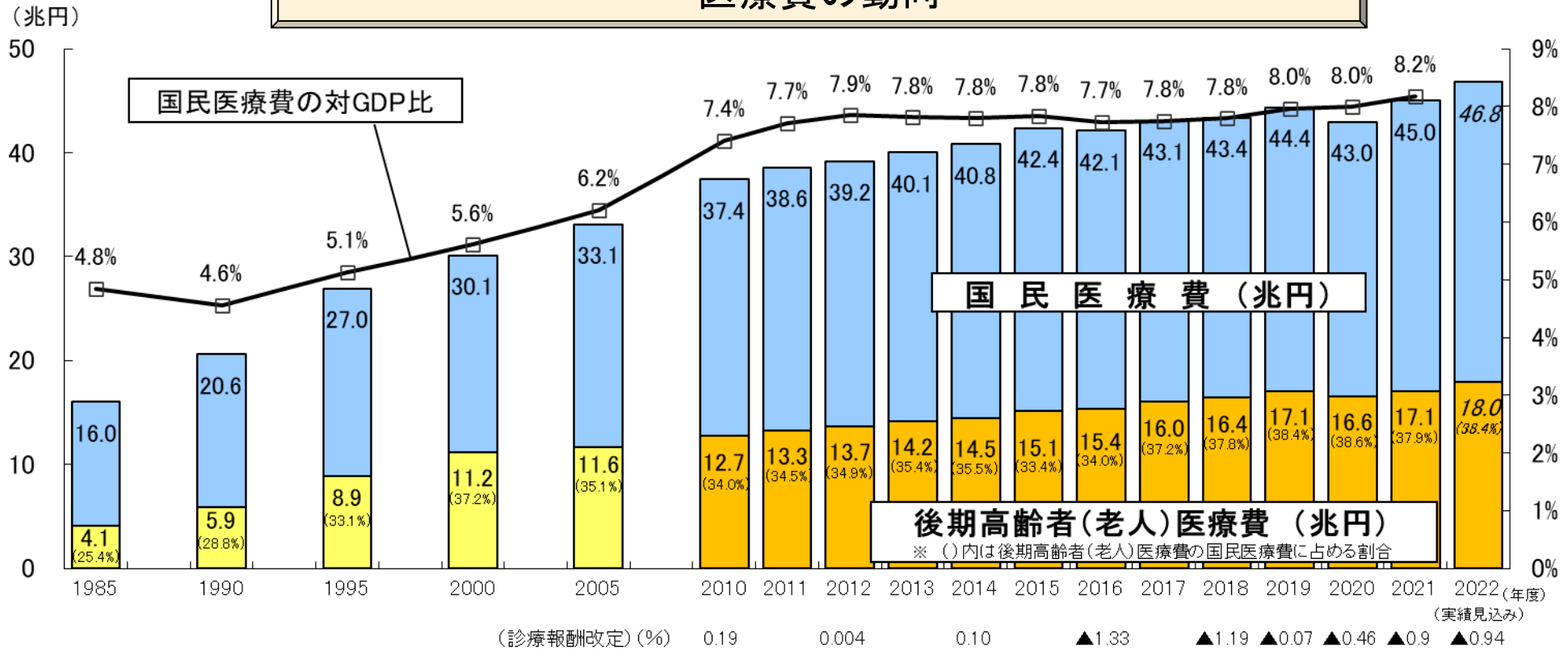
保険料(税)を適正に徴収すること、給付における都道府県内の住民サービスの向上・均てん化が重要である。第三者求償事務の適正な実施、保険料の収納対策等の観点を含め、市町村の事務処理の適正化や標準化・広域化を進めることで、市町村の事務負担の軽減、国保事務の合理化・効率化を図っていただきたい。

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. 25
3. 国保運営方針に基づく取組	p. 83
4. 保険者機能の強化	p. 131
5. 国保のデジタル化	p. 208
6. 国保組合の事務運営	p. 253
7. 国保直営診療施設	p. 258
8. その他の留意事項	p. 263

国民健康保険制度を取り巻く現状

医療費の動向



- (主な制度改正) 2000年以降
- 介護保険制度施行 (2000)
 - 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)
 - 高齢者1割負担導入 (2000)
 - 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 (2008)
 - 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(※) (2014)

<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
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)
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	4.0
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	5.3
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	▲3.5	2.4	-

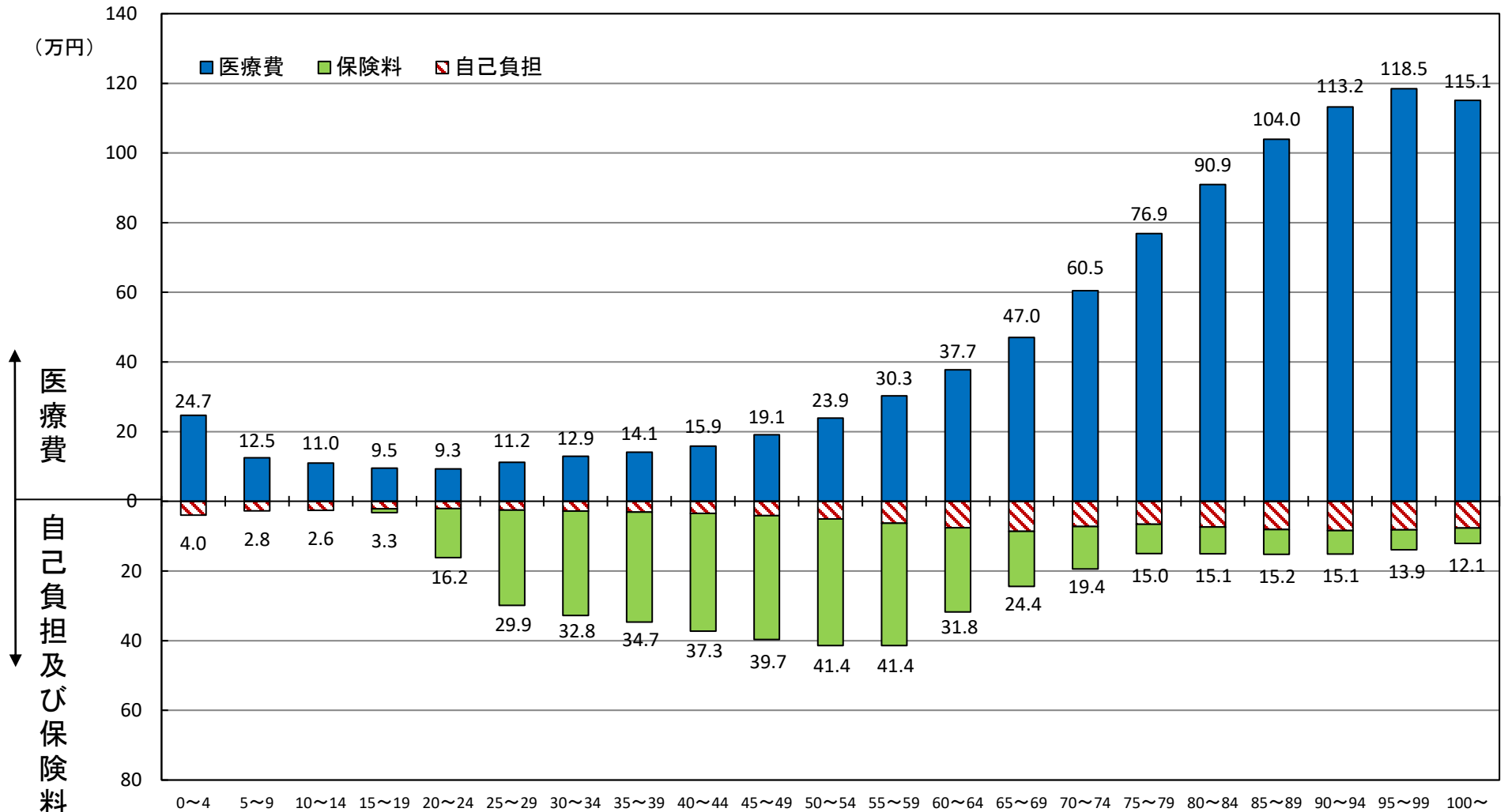
注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

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 2022年度の国民医療費(及び2022年度の後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2022年度分は、2021年度の国民医療費に2022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。

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (令和3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)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)	R4年度 (2022)
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%	4.0% (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%
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% (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%
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%	4.5%
制度改正					H26.4 70-74歳 2割負担 (注9)								

注1: 医療費の伸び率は、令和3年度までは国民医療費の伸び率、令和4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4年度の高齢化の影響は、令和3年度の年齢別1人当たり医療費と令和3年度、4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。

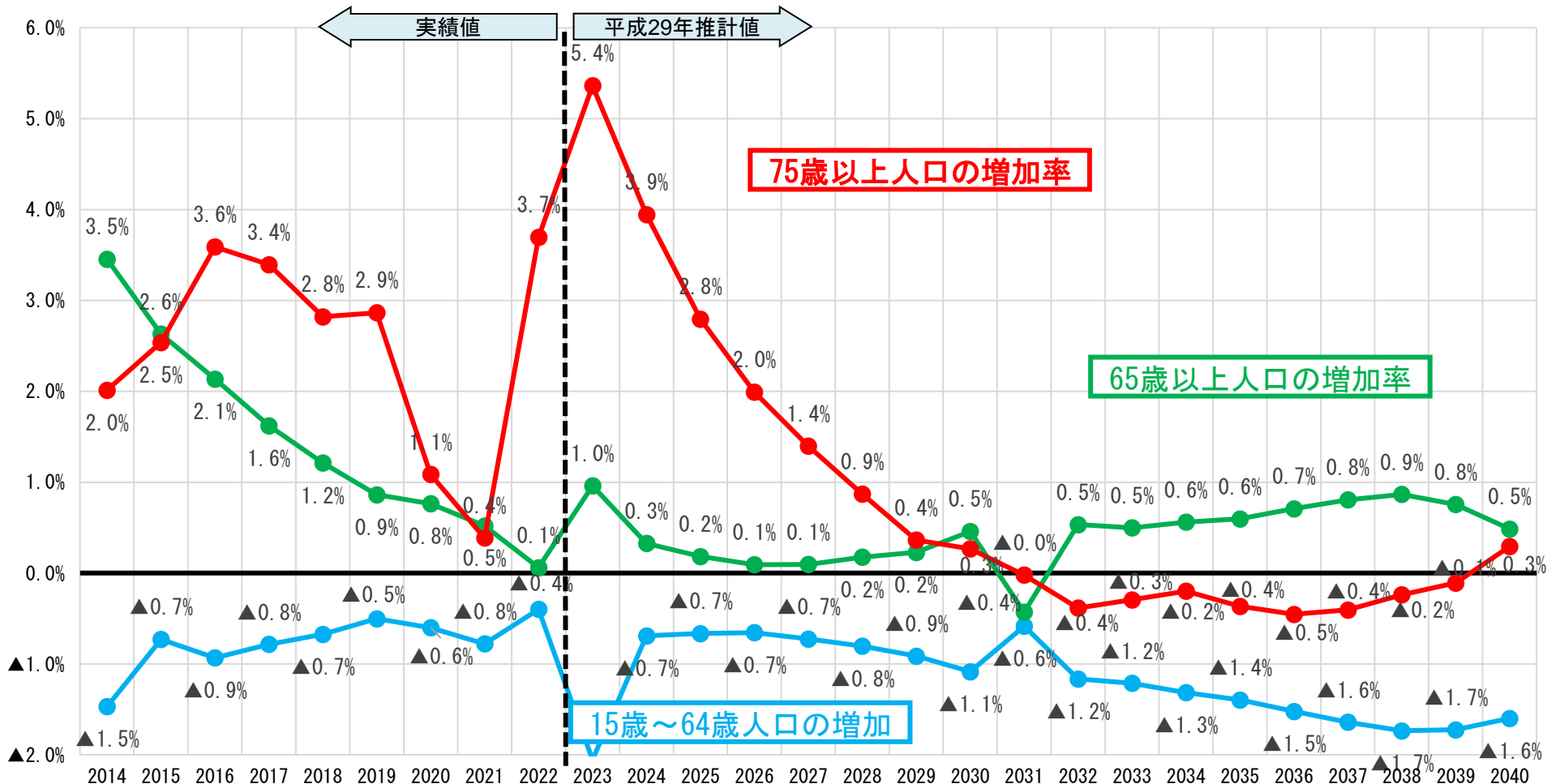
注7: 令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。

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: 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

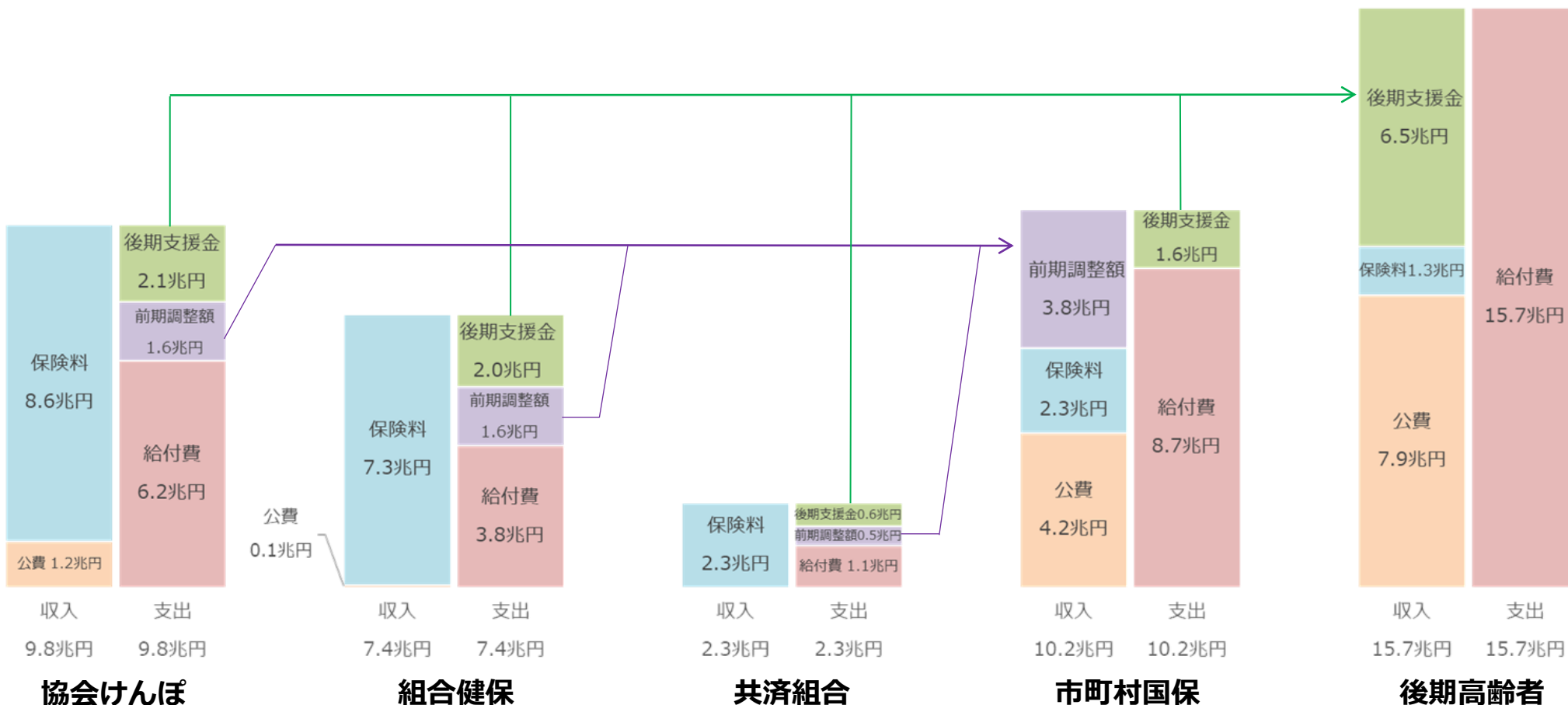
- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる
- 一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降更に減少が加速



(出所) 2022年以前は、総務省「人口推計」(各年10月1日現在)
 2023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(平成29年推計)」(出生中位・死亡中位)

制度別の財政の概要（令和3年度）

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

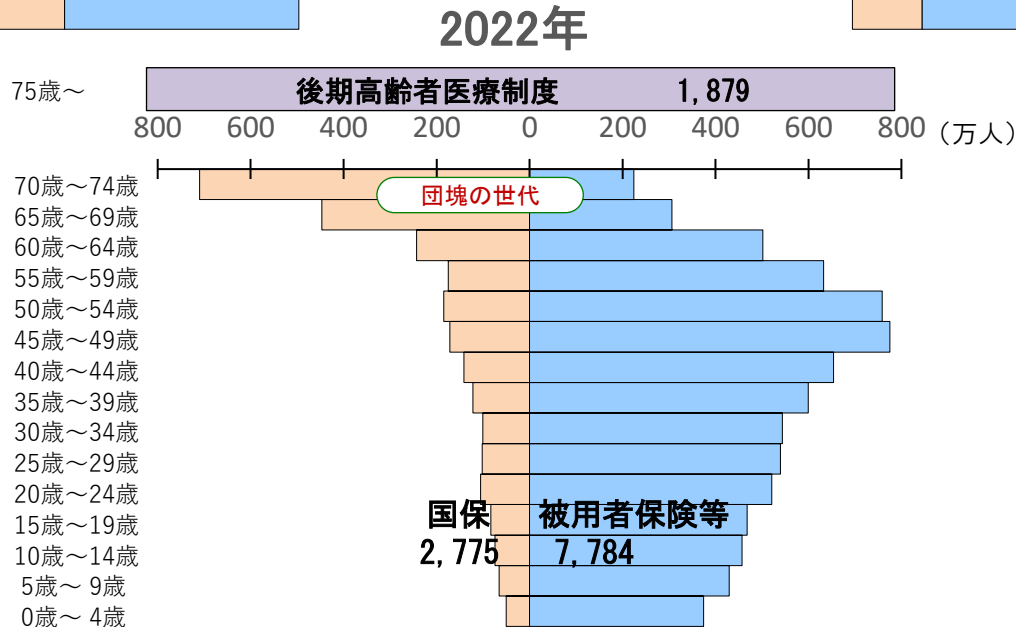
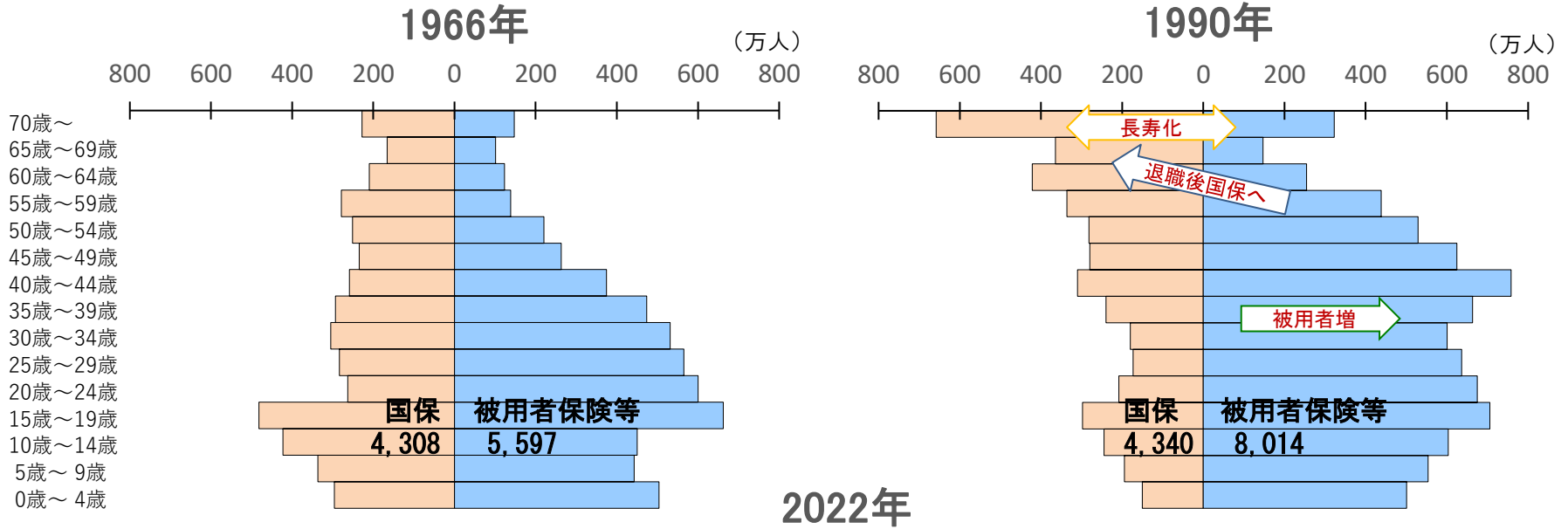


注1 前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（国保組合など）があるため。

注2 「前期調整額」には、退職拠出金も含む。また、市町村国保の後期高齢者支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に含めており、「支出」の「後期支援金」には調整前の金額を記載している。

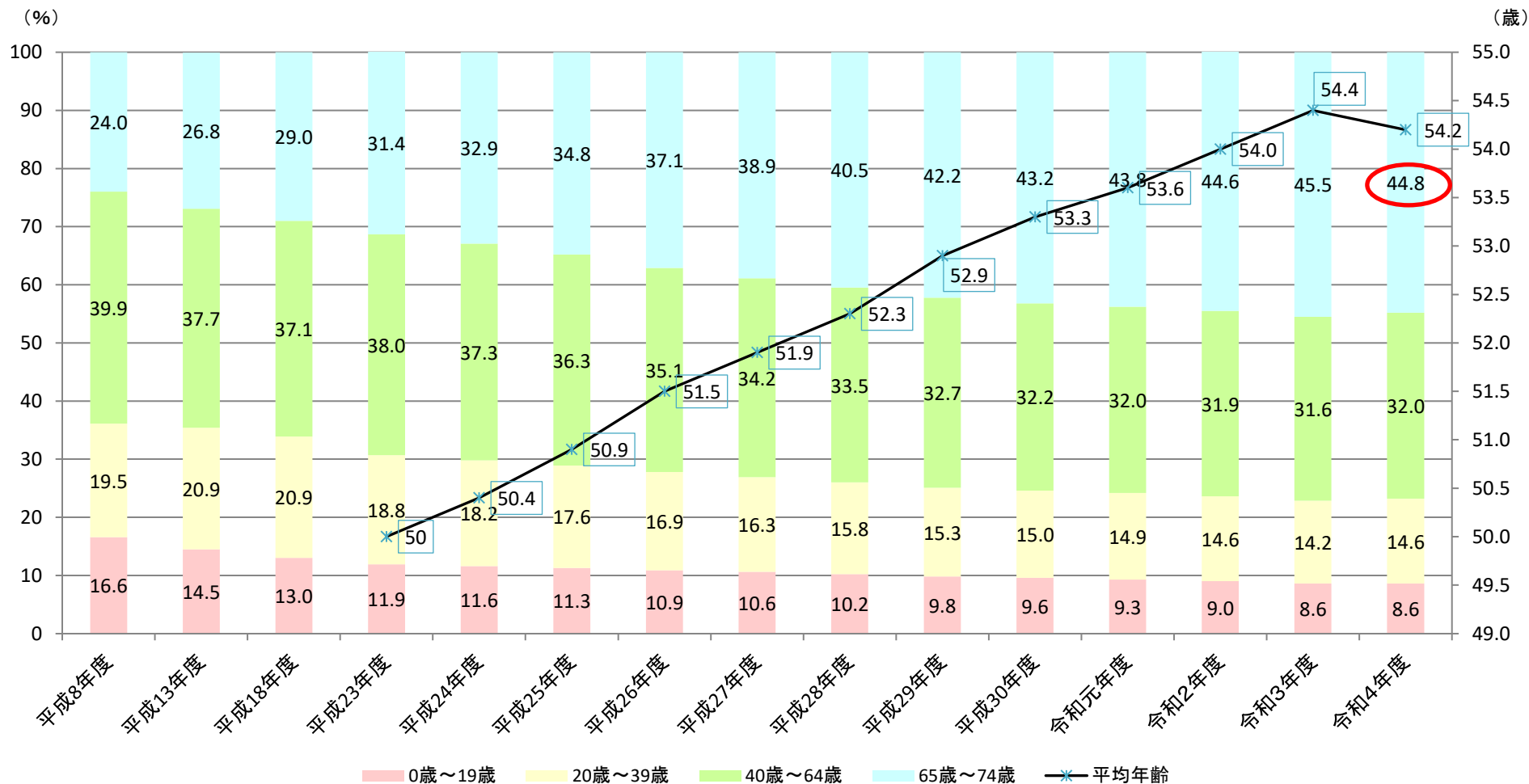
人口ピラミッドの変化(1966～2022年)

○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45%、協会(一般)は約8%、組合健保は約4%。(2022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年度には44.8%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4年度には54.2歳となっている。

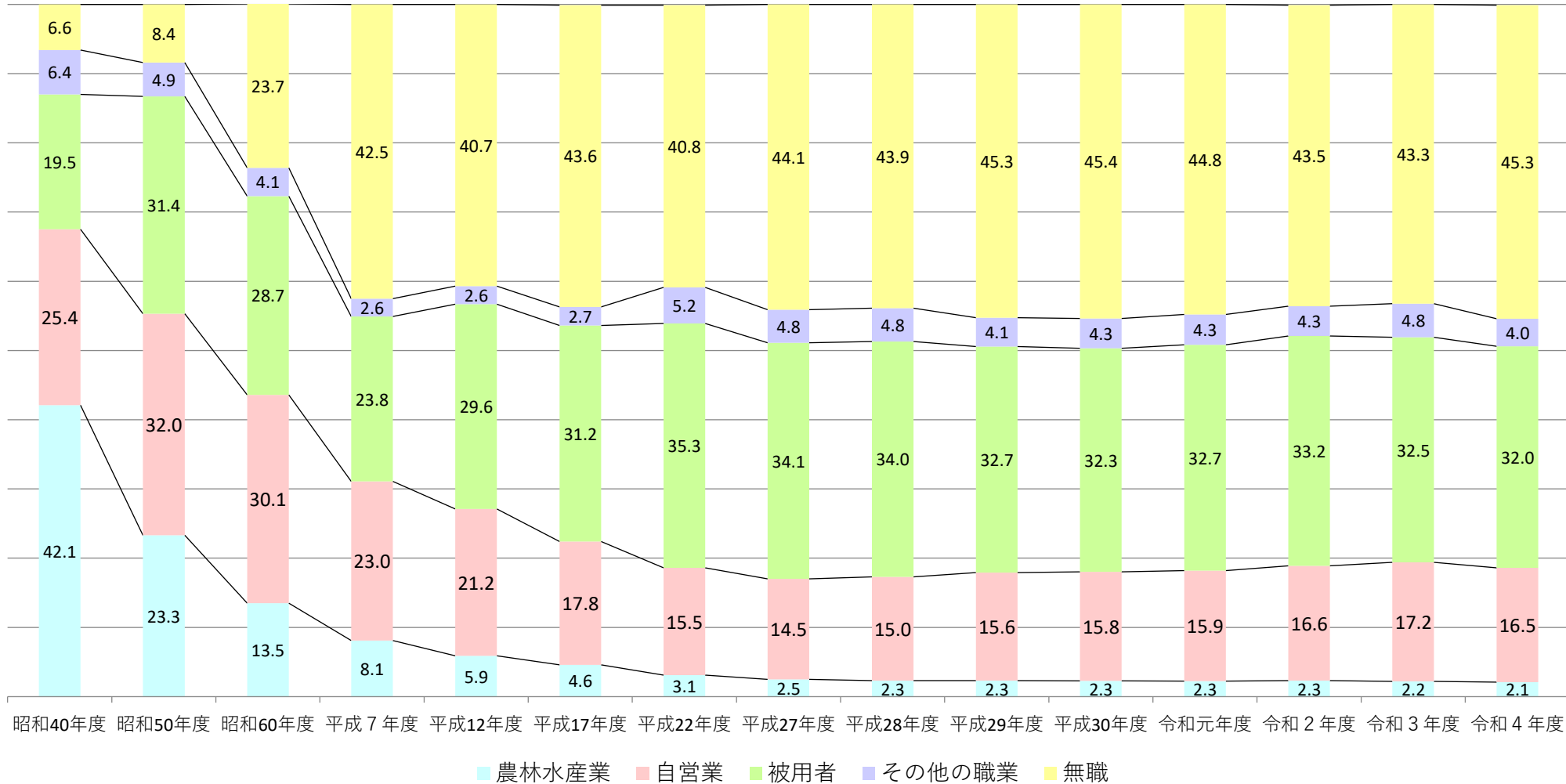


(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(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2割弱で推移。
- 年金生活者等無職者の割合が約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。

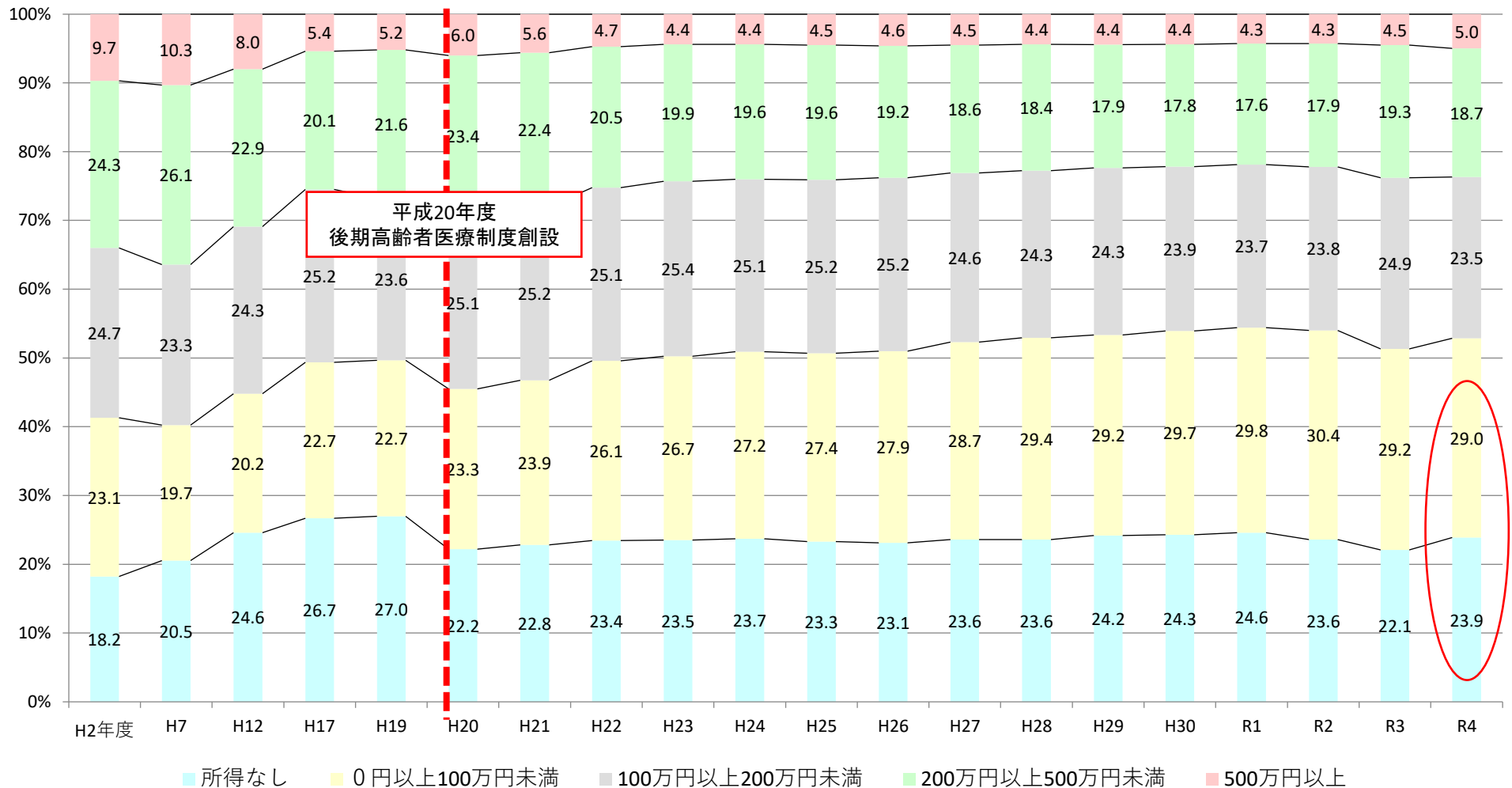
(注2)擬制世帯は除く。(昭和40年度、昭和50年度のみ擬制世帯を含む。)

(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4年度において、加入世帯の23.9%が所得なし、29.0%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65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。



(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。

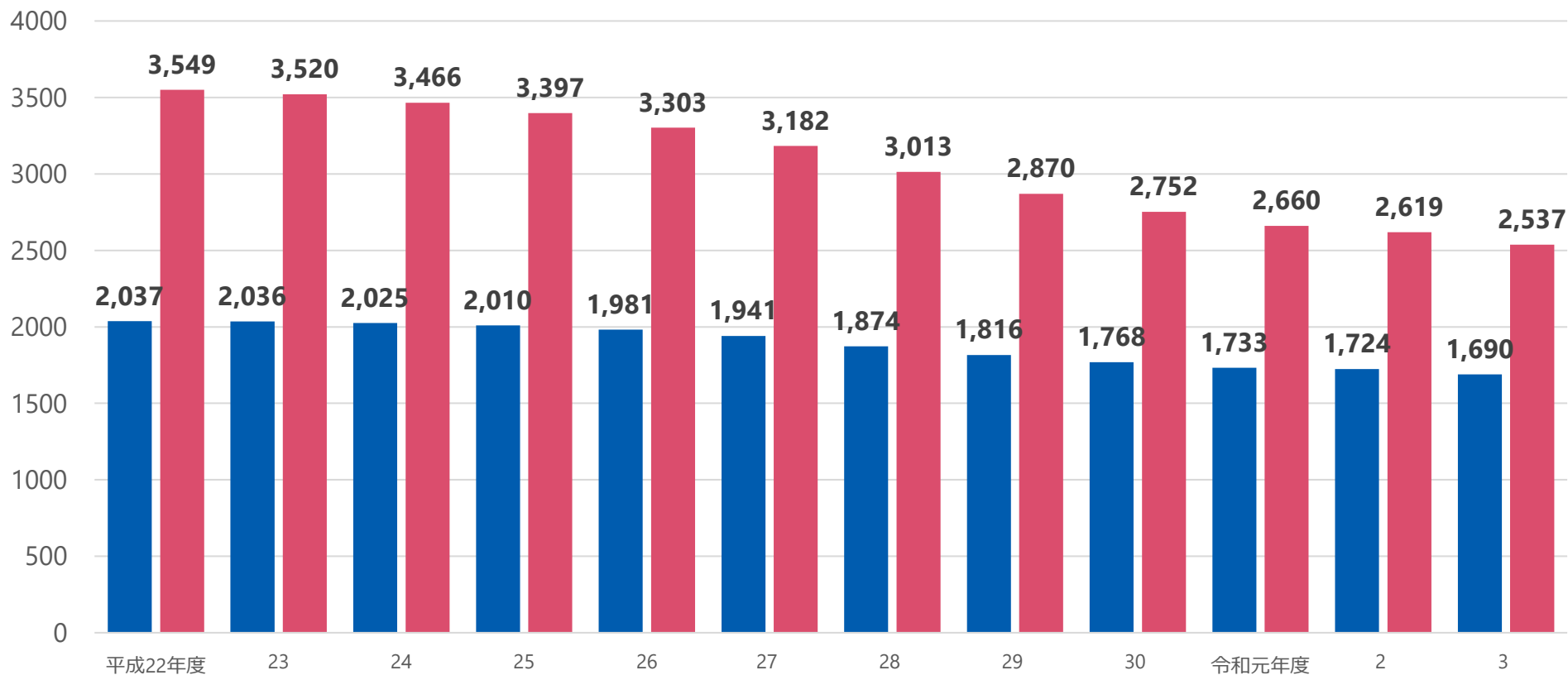
(注3) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度が創設され、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

(注4) 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)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3年度には2,537万人となっている。
- 世帯数も年々減少しており、令和3年度には1,690万世帯となっている。

万世帯または万人

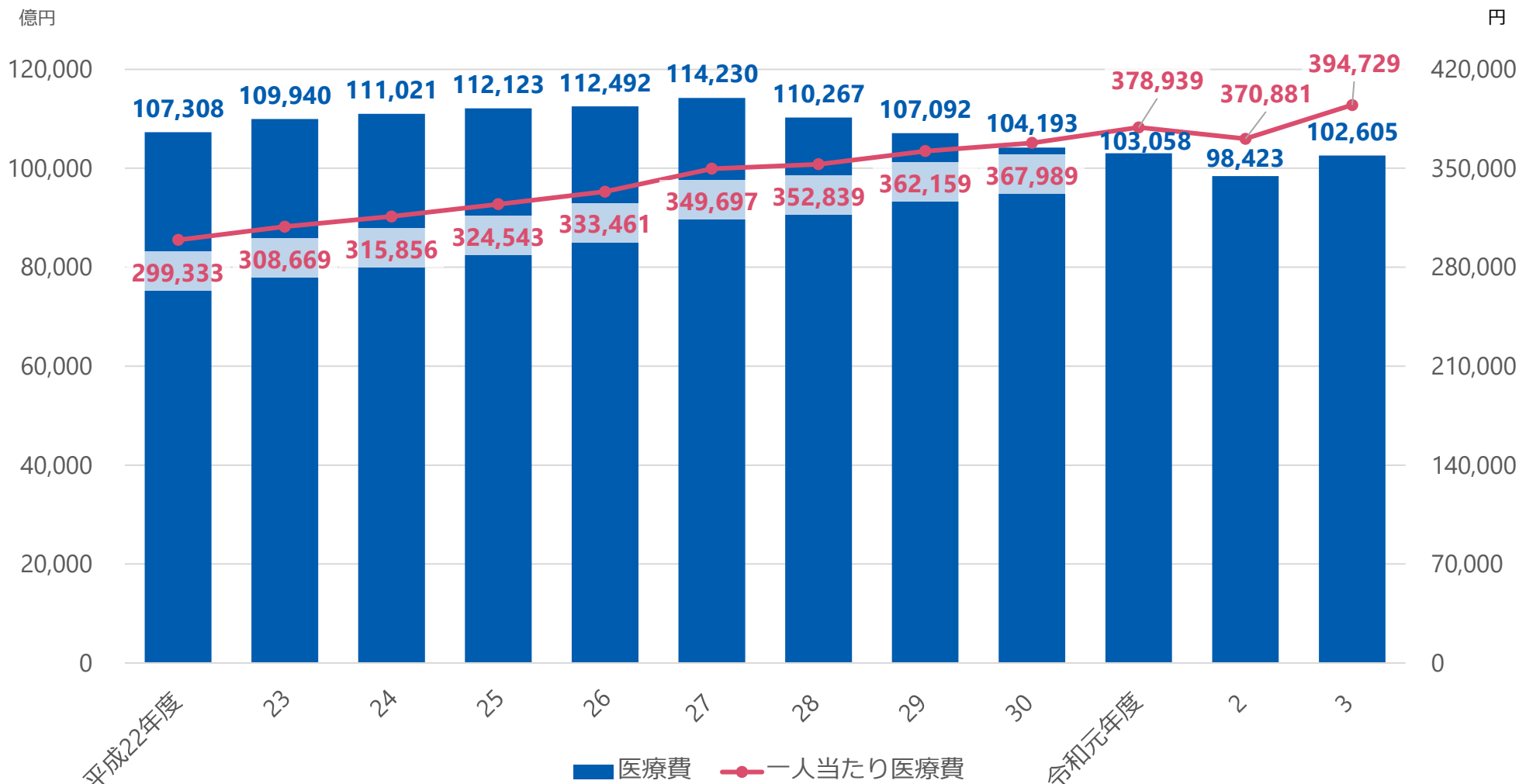


(資料) 厚生労働省保険局「国民健康保険事業年報」
(注) 各年度の年度末現在の数値

■ 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3年度には10兆2,605億円となっている。
- 一人当たり医療費について、令和3年度には394,729円となっている。

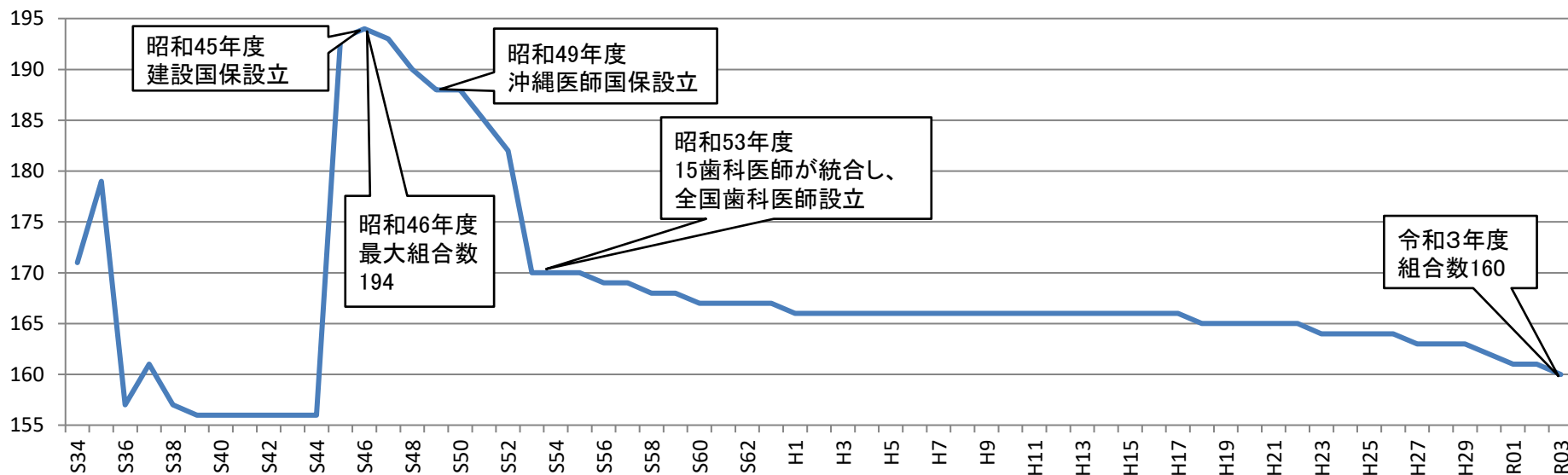


(資料) 厚生労働省保険局「国民健康保険事業年報」

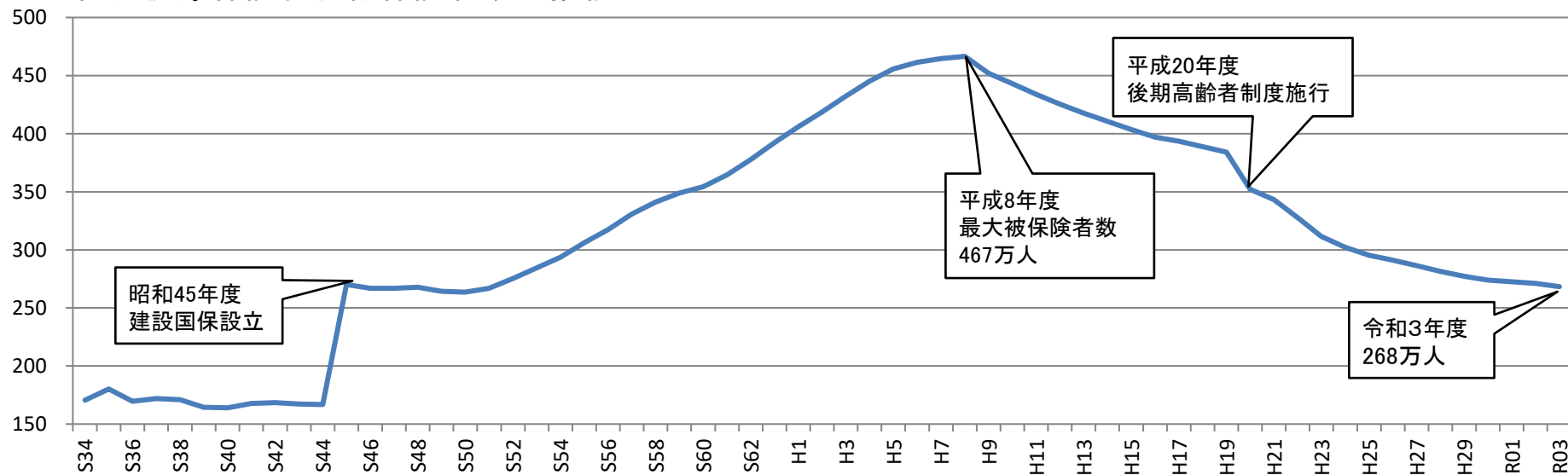
(注) 3月～2月診療ベース

国民健康保険組合 組合数・被保険者数について

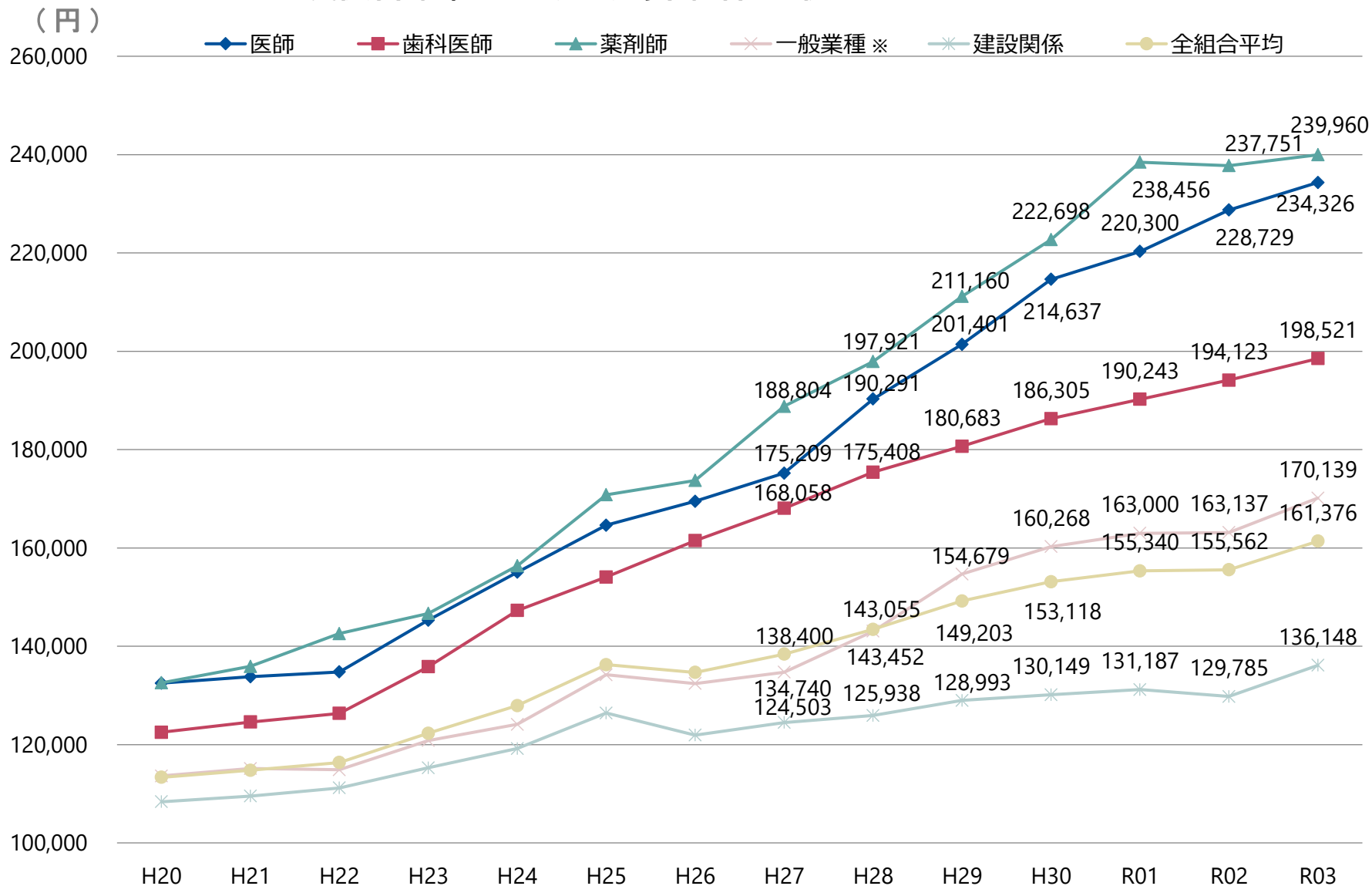
■ 国民健康保険組合数の推移



■ 国民健康保険組合被保険者数の推移



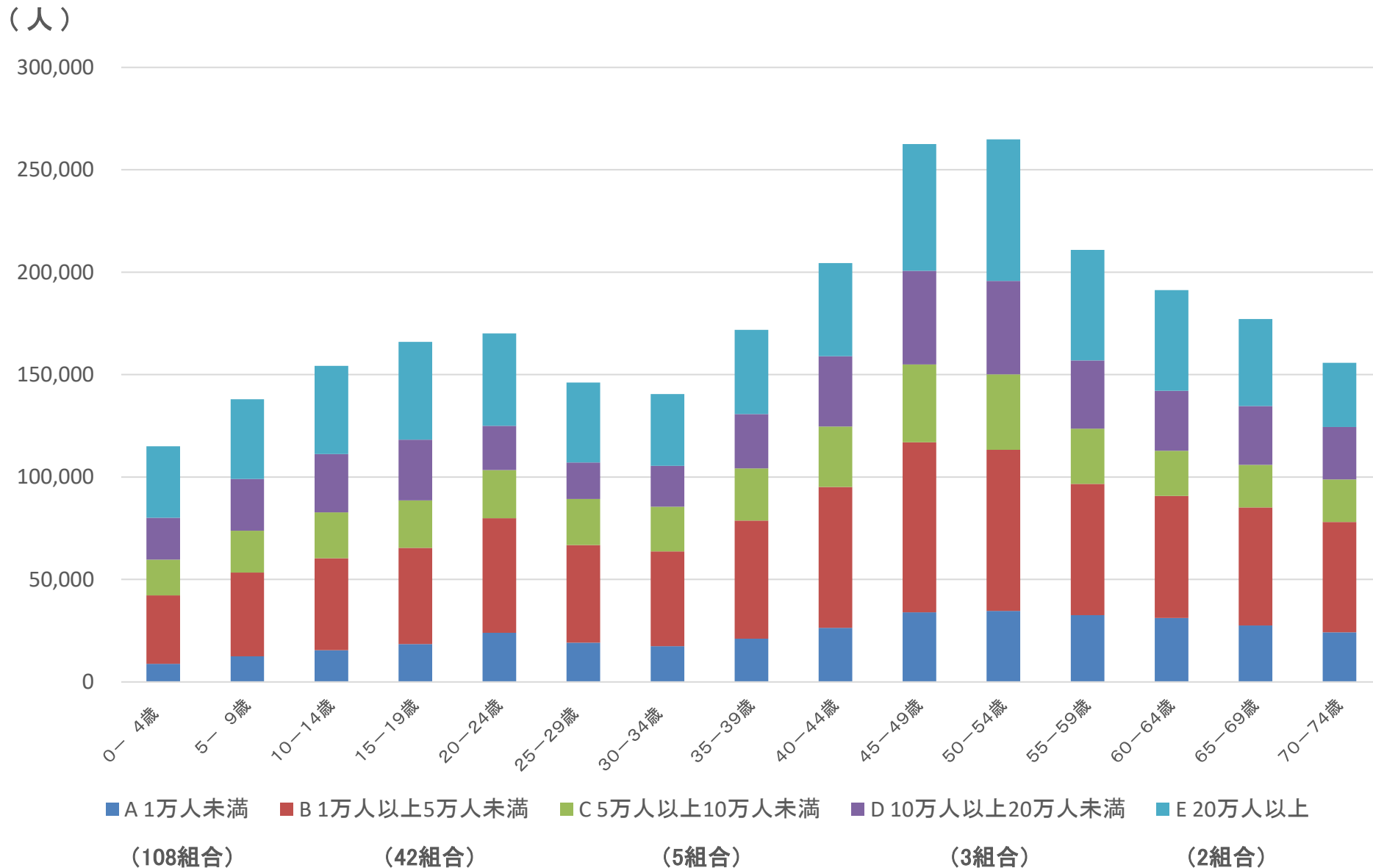
国民健康保険組合の一人当たり保険料の推移について



(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。

国保組合における年齢階層別・規模別の被保険者数

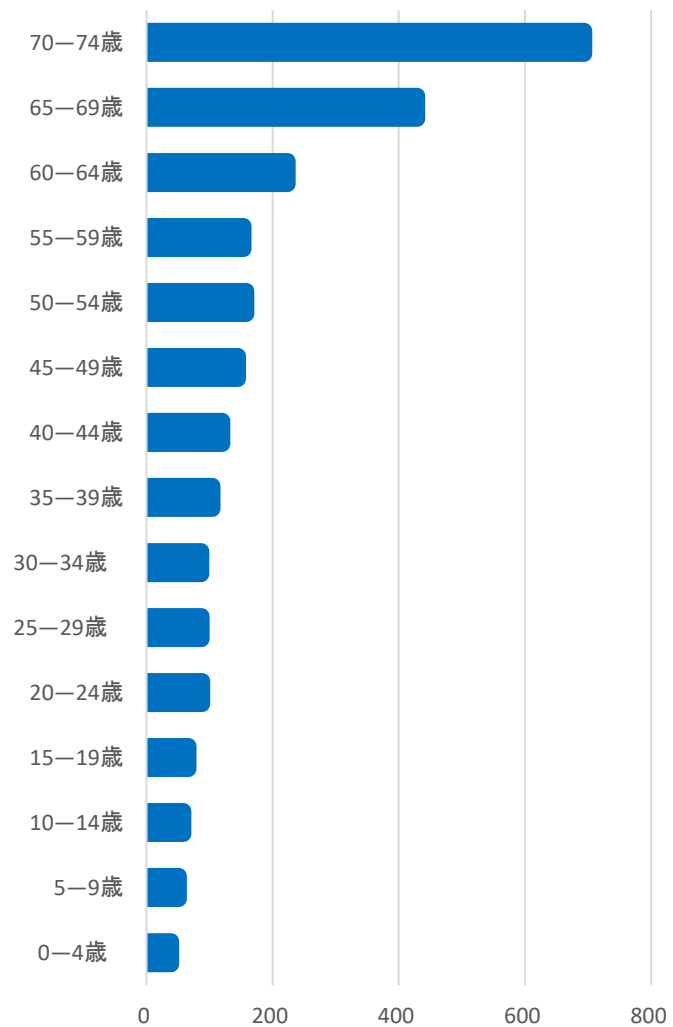


(注) 令和4年9月末現在

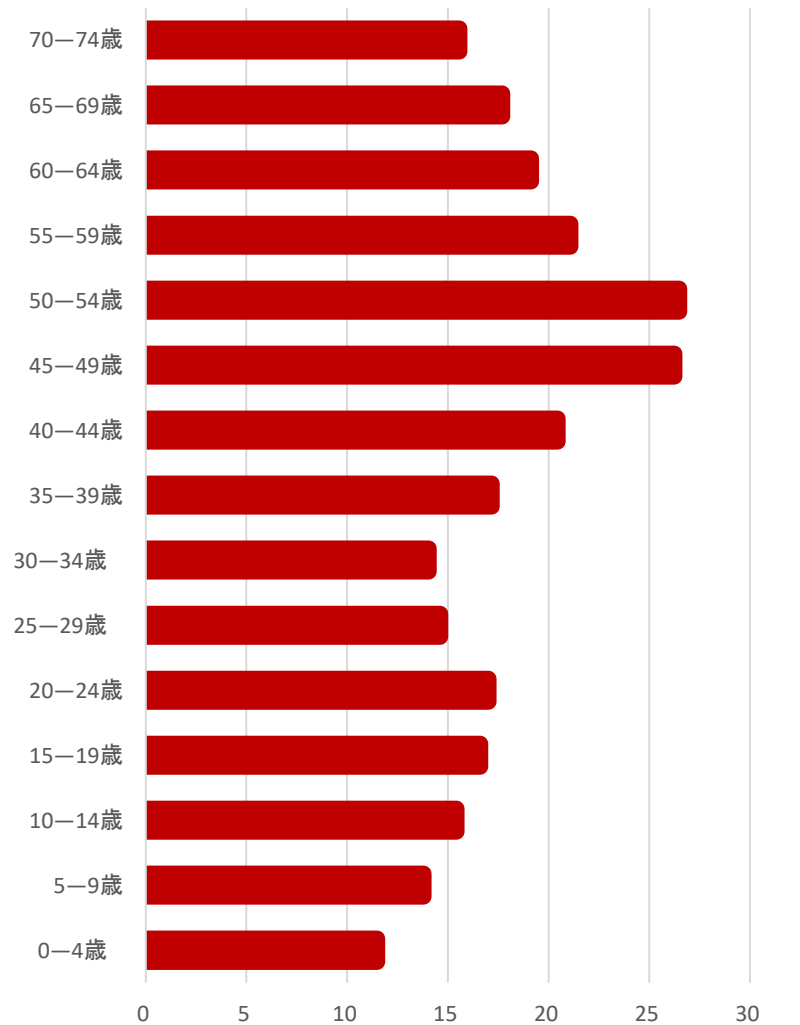
(出典) 令和4年度国民健康保険実態調査

市町村国保・国保組合における年齢階層別の被保険者数

市町村国保



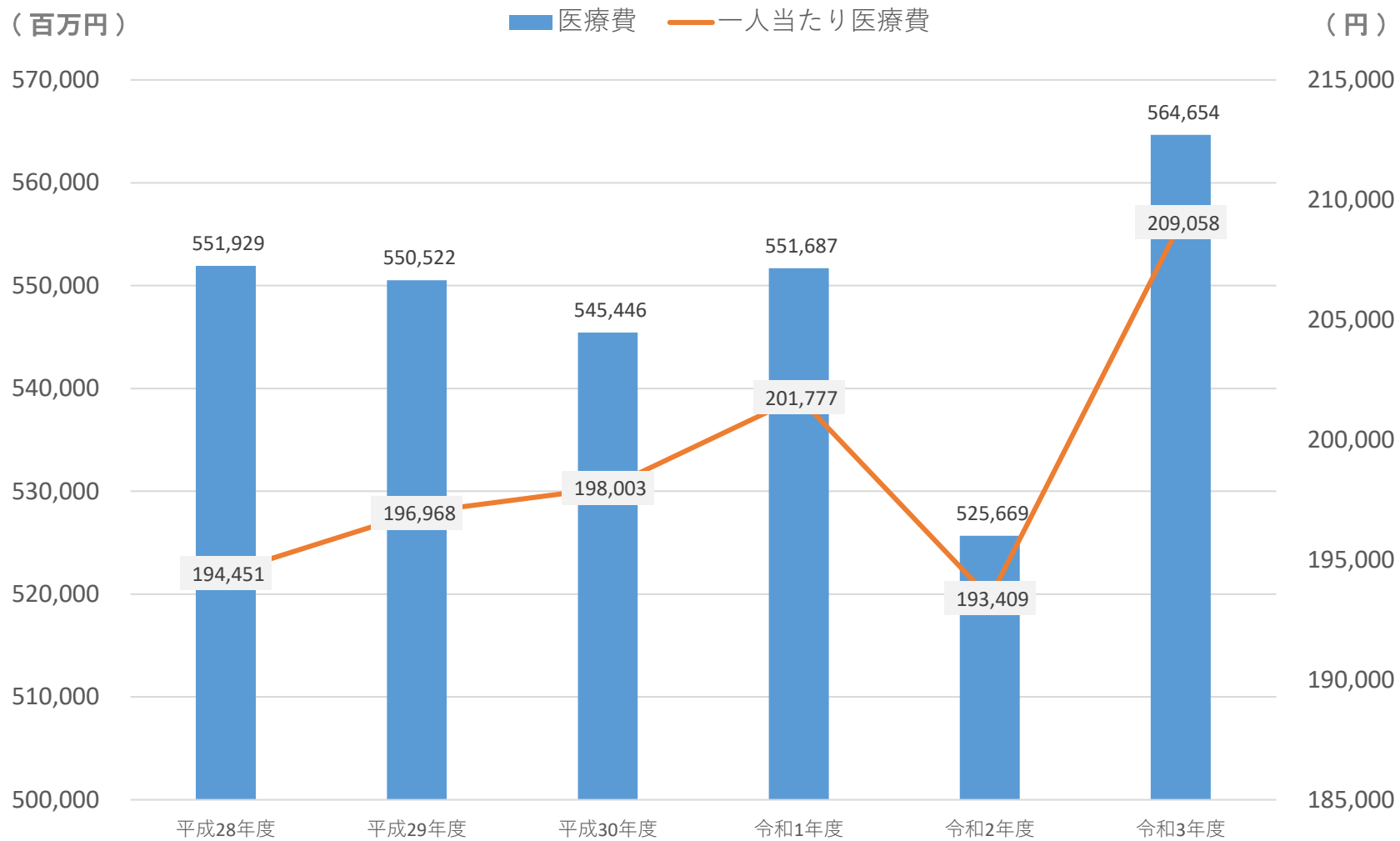
国保組合



(注) 令和4年9月末現在

(出典) 令和4年度国民健康保険実態調査

国保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3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4年3月末)	1,716	1	1,388	85	47
加入者数 (令和4年3月末)	2,537万人 (1,690万世帯)	4,027万人 (被保険者2,507万人 被扶養者1,519万人)	2,838万人 (被保険者1,641万人 被扶養者1,197万人)	869万人 (被保険者477万人 被扶養者392万人)	1,843万人
加入者平均年齢 (令和3年度)	54.4歳	38.7歳	35.7歳	33.1歳	82.9歳
65~74歳の割合 (令和3年度)	45.2%	8.2%	3.5%	1.6%	1.6%(※1)
加入者一人当たり 医療費(令和3年度)	39.5万円	19.4万円	17.1万円	16.7万円	94.0万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (令和3年度)	93万円 (一世帯当たり) 140万円	169万円 (一世帯当たり(※3)) 272万円	237万円 (一世帯当たり(※3)) 408万円	252万円 (一世帯当たり(※3)) 458万円	88万円
加入者一人当たり 平均保険料 (令和3年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8.9万円 (一世帯当たり) 13.5万円	12.2万円〈24.4万円〉 (被保険者一人当たり) 19.6万円〈39.2万円〉	13.5万円〈29.5万円〉 (被保険者一人当たり) 23.2万円〈50.8万円〉	14.2万円〈28.5万円〉 (被保険者一人当たり) 25.9万円〈51.8万円〉	7.6万円
保険料負担率	9.6%	7.2%	5.7%	5.6%	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年度予算案ベース)	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である。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である(令和3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6年度国民健康保険関係予算案
3. 令和5年国民健康保険法改正
4. 令和6年度納付金算定
5. 予算執行調査、骨太方針等における指摘

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～2024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

令和6年度の国保財政

(令和6年度予算案ベース)

医療給付費等総額： 約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80万円超)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：4,000億円、国庫補助額：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

(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
7,600億円

定率国庫負担
(32%)※1
20,900億円

都道府県繰入金
(9%)※1
5,900億円

前期高齢者交付金
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：4,300億円
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

公費負担額

44,800億円

国計 : 32,200億円

都道府県計: 10,800億円

市町村計 : 1,800億円 27

※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3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

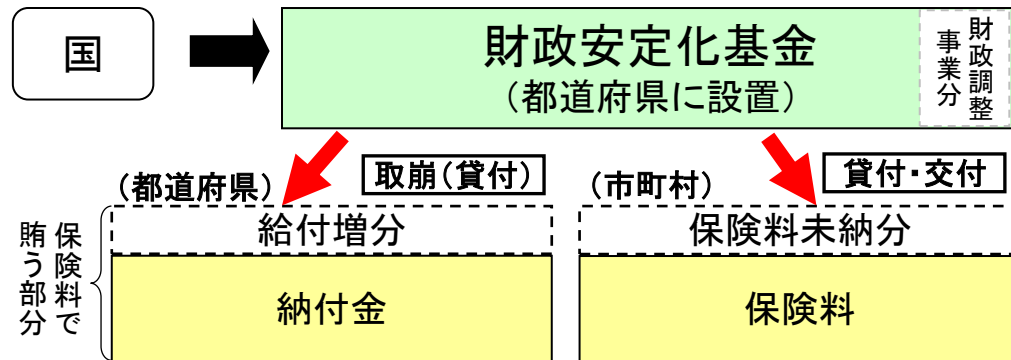
※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

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。

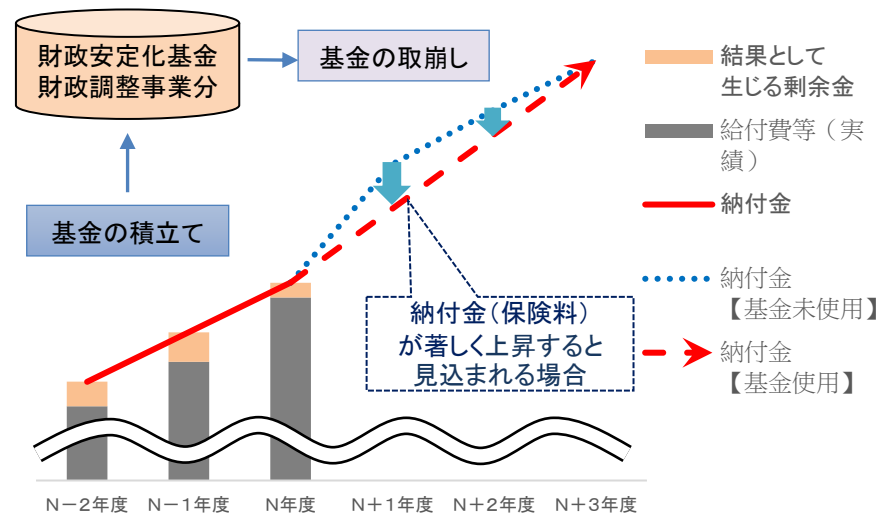


2. 財政調整事業

- 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29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
▲450	212	▲939	2,054	▲67

※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29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
1,752	1,261	1,100	767	674

※国民健康保険課調べ

2. 被保険者数

(万人)

平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
2,870	2,752	2,660	2,619	2,537

※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29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
92.45	92.85	92.92	93.69	94.24

・保険料(税)の滞納世帯数等

(万)

	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
滞納世帯	289.3	267.1	245.0	235.3	208.1	194.8
短期被保険者証交付世帯	82.4	75.4	62.1	57.0	47.7	43.5
資格証明書交付世帯	18.3	17.2	15.1	12.4	9.9	9.2

※国民健康保険課調べ。令和4年は令和5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6年度国民健康保険関係予算案
3. 令和5年国民健康保険法改正
4. 令和6年度納付金算定
5. 予算執行調査、骨太方針等における指摘

令和6年度 厚生労働省予算案における重点事項

<診療報酬・薬価等改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定について>

- 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者負担・保険料負担への影響を踏まえ、患者・利用者が必要なサービスが受けられるよう、必要な改定率を確保。
 - ・ 診療報酬改定：+0.88%、薬価等改定：▲1.00%
 - ・ 介護報酬改定：+1.59%
 - ・ 障害福祉サービス等報酬改定：+1.12%

I. 今後の人口動態・経済社会の変化を見据えた保健・医療・介護の構築

<医薬品等のイノベーションの推進>

- ◆ 医薬品・医療機器等の実用化促進、安定供給、安全・信頼性の確保
- ◆ イノベーションの基盤構築の推進

<医療・介護におけるDXの推進>

- ◆ 医療・介護のイノベーションに向けたDXの推進

<地域医療・介護の基盤強化の推進等>

- ◆ 地域医療構想等の推進
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築
- ◆ 救急・災害医療体制等の充実

<健康づくり・予防・重症化予防、認知症施策の推進等>

- ◆ 健康づくり・予防・重症化予防の推進
- ◆ 認知症施策の総合的な推進
- ◆ がん、肝炎、難病対策等の推進
- ◆ 歯科保健医療の推進
- ◆ 国際機関等を通じた国際貢献の推進・医療の国際展開
- ◆ 食の安全・安心の確保

<感染症対策の推進・体制強化>

- ◆ 次なる感染症に備えた体制強化

II. 構造的人手不足に対応した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、非正規雇用労働者の処遇改善等>

- ◆ 最低賃金・賃金の引上げに向けた中小・小規模企業等支援、非正規雇用労働者の正規化促進、雇用形態に関わらない公正な待遇の確保

<リ・スキリング、労働移動の円滑化等の推進>

- ◆ 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職務給の導入
- ◆ 成長分野等への労働移動の円滑化、人材確保の支援

<多様な人材の活躍と魅力ある職場づくり>

- ◆ フリーランスの就業環境の整備
- ◆ 「多様な正社員」制度の普及促進、ワーク・ライフ・バランスの促進
- ◆ ハラスメント防止対策、働く方の相談支援の充実、働く環境改善等支援
- ◆ 仕事と育児・介護の両立支援
- ◆ 多様な人材の就労・社会参加の促進
- ◆ 就職氷河期世代、多様な課題を抱える若年者・新規学卒者の支援

III. 包摂社会の実現

<地域共生社会の実現等>

- ◆ 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、権利擁護支援の推進
- ◆ 困難な問題を抱える女性への支援
- ◆ 自殺総合対策の推進、ひきこもり支援の推進

<戦没者遺骨収集、年金、被災地支援等>

- ◆ 戦没者遺骨収集等の推進・体制整備
- ◆ 安心できる年金制度の確立
- ◆ 被災者・被災施設の支援等

令和6年度における「社会保障の充実」（概要）

（単位：億円）

（参考）
令和5年度
予算額

事 項	事 業 内 容	令和6年度 予算案	（参考） 令和5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)	979	17	
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	前年同額 1,498 〔 350〕 172	1,029 1,148 〔 - 〕 289
		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 414 524 前年同額 517	1,196 534 734 752 -
	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	900	700
		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	1,190	1,572
		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)	3,816	3,736
	国民健康保険の産前産後保険料の免除	15	4	
		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	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	3,958	5,220	
	遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	106	91	
合 計		27,987	27,972	

(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こども家庭庁に計上。

(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。

令和6年度予算案(保険局関係)の主な事項

※()内は前年度当初予算額

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 10兆1,598億円(10兆648億円)

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。

* 診療報酬・薬価等改定

・診療報酬: +0.88%

※1 うち、※2~4を除く改定分: +0.46%

(各科改定率: 医科+0.52%、歯科+0.57%、調剤+0.16%)

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種のベア実施のための特例的な対応: +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げの対応: +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化: ▲0.25%

・薬価等: ▲1.00%(薬価: ▲0.97%、材料価格: ▲0.02%)

※ イノベーションの更なる評価等、急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応等を含む。

* 18歳未満までのこどもの医療費助成に係る国民健康保険の減額調整措置の廃止を令和6年度から実施
こども医療費助成に係る国民健康保険の国庫負担の減額調整措置の廃止に係る費用として、39億円(国費)を計上している。

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(2,951億円)

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(831億円)

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データ提供の抜本的見直し 4.2億円(4.1億円)

規制改革推進会議等で求められた、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等を整備の上、データを原則7日で提供するなど、これまでのデータ提供の在り方・考え方の抜本的な見直しが求められている中、収載データの充実、迅速な提供開始等に伴う所要の対応を行う。

予防・重症化予防・健康づくり

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 1.0億円(1.0億円)

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。

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 52百万円(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(82百万円)

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。

予防・重症化予防・健康づくり

④ 後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診事業 7.8億円(7.0億円)

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(80百万円)

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 35億円(36億円) 「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、平成29年4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している。

○ 医療・介護保険料等の収納対策等支援 1.0億円(1.0億円) 「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6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 3兆2,361億円

※ 令和6年度から実施する、こども医療費助成に係る国民健康保険の国庫負担の減額調整措置の廃止に係る費用として、39億円を計上

【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 18.9億円

○ 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 2,649億円

【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 14.0億円

○ 原発被災地の医療・介護保険料等の収納対策等支援 1.0億円

令和6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＞【500億円程度】

- ・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【160億円程度】
- ・各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況【180億円程度】

＜市町村分＞【412億円程度】

※別途、特調より88億円追加

合計500億円
程度

合計
1,000億円の
インセンティブ
制度

※ 令和6年度の予算総額は令和5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。

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）

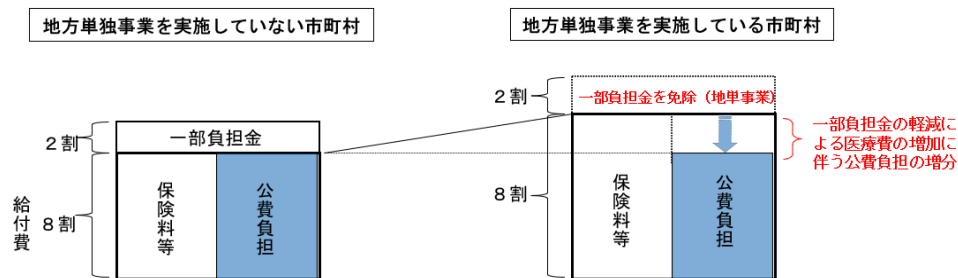
（3）医療費等の負担軽減 ～地方自治体の取組への支援～

- 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歳未満（18歳に達する日以後の最初の3月31日以前）までの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**することとする。（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（案）（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、必要な指標等の設定を検討する。

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。
- 小児抗菌薬の適正な使用等、診療報酬上、必要な対応を検討する。

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・分析を実施予定。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保険局にて実施。

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、こどもの医療の適正化を図ることについて、どう考えるか。

< 指標設定時に考慮されうる要素（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
- こどもの抗菌薬処方の適正化につながる取組
- こどもの医療費助成制度の仕組み

（アウトカム評価の考慮要素）

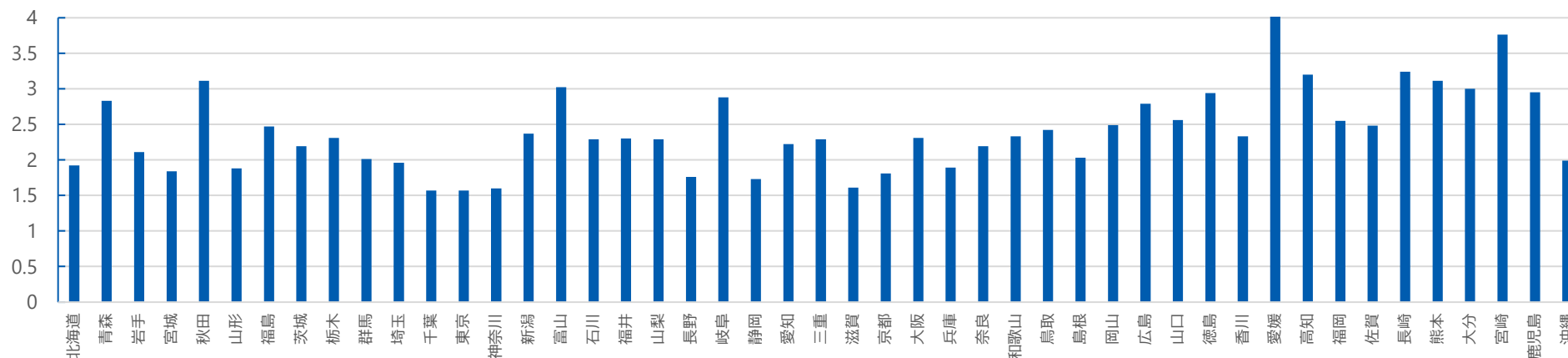
- こどもの一人当たり医療費（外来）、受診頻度（外来）
- こどもへの抗菌薬処方量（外来） 等

※ 被用者保険におけるこどもの医療費等についても、国民健康保険と同様に健康保険のインセンティブ等での対応を検討。

医療費適正化計画における対応（抗菌薬の適正使用の取組）

- 「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」については、地域ごとに関係者が把握・検討し、適正化に向けて必要な取組を進めることが重要。例えば、急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方については、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」に基づく取組により使用量が減少してきており、取組の更なる推進が重要。
- 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。

○抗菌薬販売量（DID）



※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、抗菌薬の販売量を1000住民・1日あたりの標準的な使用量で標準化したもの。

出典：薬剤耐性ワンヘルス動向調査報告書2021

こども医療費助成の影響に係る分析について

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療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。

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和6年度国民健康保険関係予算案
3. 令和5年国民健康保険法改正
4. 令和6年度納付金算定
5. 予算執行調査、骨太方針等における指摘

国民健康保険制度改革の推進

- 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」の更なる深化を図るため、令和6年度からの新たな国保運営方針に基づき、**保険料水準の統一**や**医療費適正化**等の取組をより一層進める。

(1) 出産時における保険料負担の軽減【令和6年1月施行】

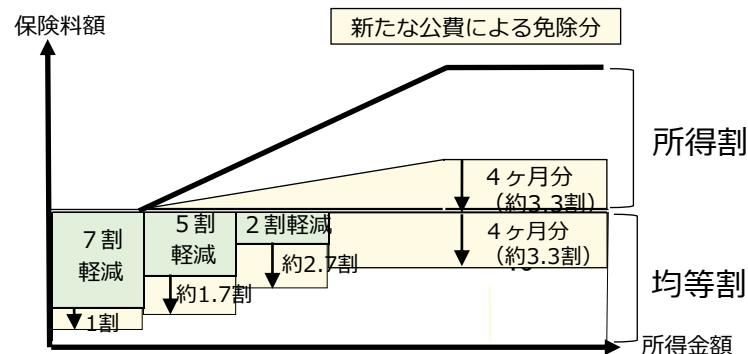
- ・子育て世帯の負担軽減、次世代育成支援等の観点から、出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（4か月間）の保険料（均等割額、所得割額）を免除する措置を創設。

※費用負担 公費（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）

所要額 4億円（令和5年度）

※7割、5割、2割軽減は、低所得世帯に対する均等割保険料の軽減措置

※令和4年4月から、未就学児の均等割保険料の軽減制度を導入



(2) 国保運営方針に基づく保険料水準の統一、医療費適正化の推進

- ・都道府県国保運営方針（都道府県内の国保運営の統一的な方針）について、対象期間の考え方や記載事項を見直し。【令和6年4月施行】
- ・「保険料水準統一加速化プラン（仮称）」を策定し、保険料水準の統一に向けた取組を支援。

（国保運営方針の見直し）

【対象期間】 おおむね6年

【記載事項】 「医療費の適正化の取組に関する事項」、「市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項」を必須記載事項化

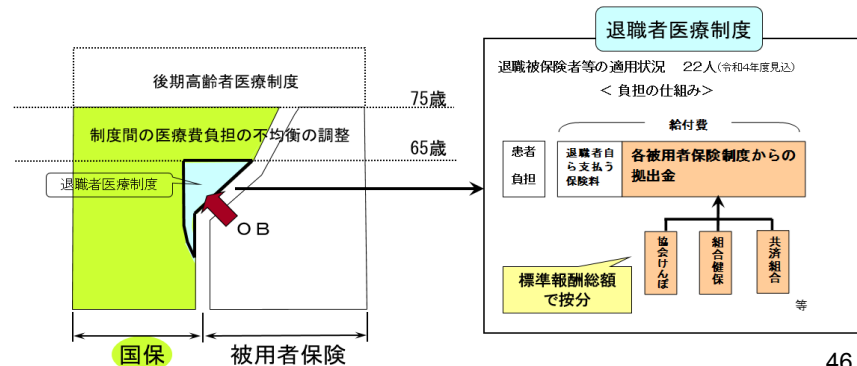
(3) その他保険者機能の強化

① 第三者行為求償事務の取組強化

- ・広域性や専門性のある事案について、市町村の委託を受けて都道府県が実施可能とする。【令和7年4月～】
- ・市町村が、官公署等の関係機関に対し、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。【公布日～】
- ※ 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は、その給付額の限度で、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

② 退職者医療制度の廃止

- ・対象者が激減し財政調整効果が実質喪失していることを踏まえ、事務コスト削減を図る観点から、前倒しして廃止。【令和6年4月】



(1) 出産時における保険料負担の軽減

1. 導入の趣旨

- 国民健康保険制度の保険料は、加入者が等しく負担する均等割と所得に応じて負担する所得割により設定されている。その上で、低所得世帯に対しては、均等割保険料の軽減措置（7・5・2割軽減）が講じられている。
- **子育て世帯の負担軽減、次世代育成支援等の観点から、国・地方の取組として、国保制度において出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（4ヶ月間）の均等割保険料及び所得割保険料を免除する。**

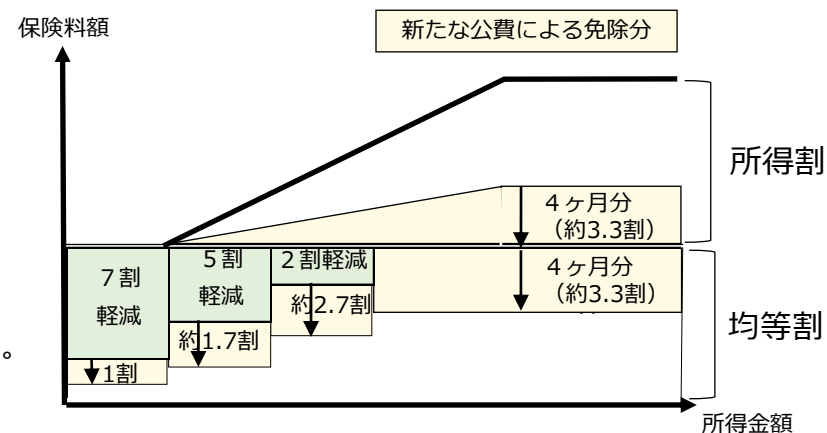
(参考) 健保法等改正法 参議院附帯決議 (令和3年6月)

国民健康保険については、被用者保険と異なり(略)産前・産後期間等における保険料免除制度も設けられていないことから、少子化対策等の観点を踏まえ、財源や保険料負担の在り方等も勘案しつつ、出産に関する保険料における配慮の必要性や在り方等を検討すること。

2. 免除のスキーム

- 対象は、出産する被保険者とする。
※ 出産育児一時金支給件数：76,943件（令和2年度国民健康保険事業年報）
- 当該出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（4ヶ月分）の均等割保険料と所得割保険料を公費により免除する。
- 令和5年度所要額（公費）4億円
（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）
※ 令和5年度は、令和6年1月から3月までの3ヶ月間。年度ベースは16億円。
- 施行時期：令和6年1月

【イメージ：賦課方法が2方式（均等割、所得割）の場合】



(2) 国保運営方針に基づく保険料水準の統一、医療費適正化の推進

1. 現状及び見直しの趣旨

- 国民健康保険制度は、現在、平成30年度改革が概ね順調に実施されている。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」の趣旨の更なる深化を図るため、①保険料水準の統一に向けた取組、②医療費適正化の推進に資する取組を進めることが重要である。

2. 見直し内容

- 国保運営方針の対象期間について、医療費適正化計画や医療計画等との整合性の観点を踏まえ、「おおむね6年」とする。また、国保運営方針の記載事項について、「医療費の適正化の取組に関する事項」と「市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項」を必須記載事項とする。
 - ※ 現状、国保運営方針の対象期間について、法令上特段の定めはない。記載事項について、必須記載事項と任意記載事項に区分されている。
 - ※ その他、国保運営方針の財政見通しについて、都道府県医療費適正化計画の国保の医療費見込みを用いることが望ましいこととする。
- 保険料水準の統一に向けた取組を国としても支援するため、統一の趣旨・意義、各都道府県での課題の解決事例等について整理した「保険料水準統一加速化プラン」を策定した。（令和5年10月）
- 施行時期：**令和6年4月**

(3) その他保険者機能の強化：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**（予定） 関係機関への資料提供等の求め：**公布日施行**（予定）

(3) その他保険者機能の強化：退職者医療制度の前倒し廃止

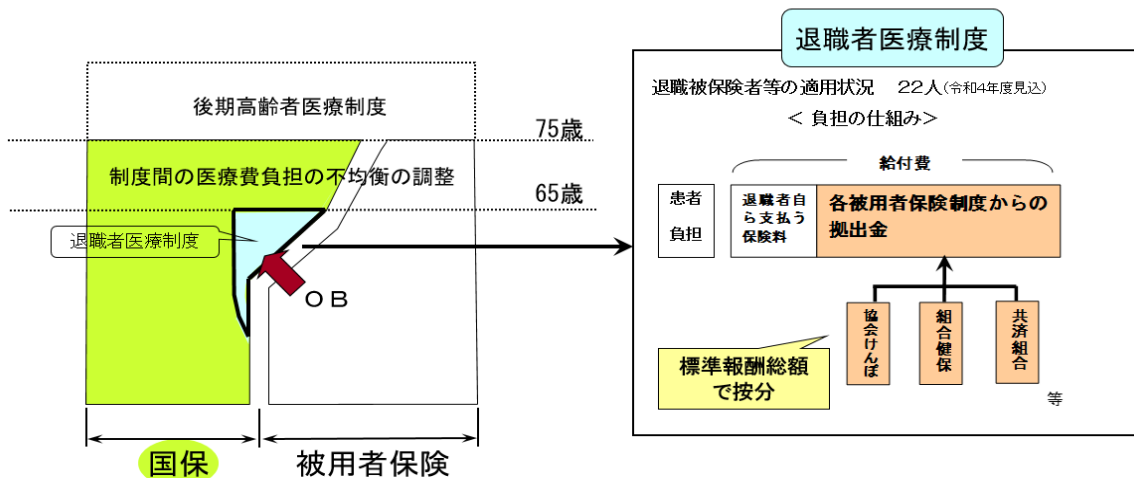
1. 現状及び見直しの趣旨

- 退職者医療制度は、医療費の高い高齢退職者に係る保険者間の財政調整の仕組みとして昭和59年に創設され、平成20年度に前期高齢者医療制度が創設されたことに伴い廃止。ただし、「団塊の世代」退職者の急増による国民健康保険財政への影響を勘案し、平成26年度までに新たに適用された者が65歳に達するまでの間、経過措置が設けられた。
- 対象者の激減に伴い保険者間の財政調整効果がほぼ無くなっている一方、保険者等の事務コストが継続しているため、業務のスリム化、事務コストの削減を図る必要がある。
 - ※ 対象者数は、制度創設時の昭和59年10月時点で約250万人であったが、令和4年度時点で22人(見込)まで激減した。

2. 見直し内容

- 前倒しして制度を廃止する。
- 施行時期：令和6年4月（予定）

【退職者医療制度のスキーム図】



マイナンバー法等の一部改正法（令和5年法律第48号）の概要

令和5年6月9日公布

今般の新型コロナウイルス感染症対策の経験により、社会における抜本的なデジタル化の必要性が顕在化。デジタル社会の基盤であるマイナンバー、マイナンバーカードについて国民の利便性向上等の観点から、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（マイナンバー法）等の一部改正を行った。

【改正のポイント】

1. マイナンバーの利用範囲の拡大

(マイナンバー法、住民基本台帳法)

- 理念として社会保障制度、税制及び災害対策以外の行政事務においてもマイナンバーの利用の推進を図る。
※具体的な利用事務の追加は、従来通り法律改正で追加
 - 具体的には、理容師・美容師、小型船舶操縦士及び建築士等の国家資格等、自動車登録、在留資格に係る許可等に関する事務において、マイナンバーの利用を可能とする。**保険医・保険薬剤師に係る事務も含む**
- ⇒ 各種事務手続における添付書類の省略等

2. マイナンバーの利用及び情報連携に係る規定の見直し

(マイナンバー法、住民基本台帳法)

- 法律でマイナンバーの利用が認められている事務に準ずる事務（事務の性質が同一であるものに限る）についても、マイナンバーの利用を可能とする。
※個別の法律の規定に基づく事務は、従来通り法律改正で追加
 - 法律でマイナンバーの利用が認められている事務について、主務省令に規定することで情報連携を可能とする。
※情報連携が行われた記録は、マイナポータル上で照会可能
- ⇒ 新規で必要とされる機関間の情報連携のより速やかな開始が可能に

3. マイナンバーカードと健康保険証の一体化

(マイナンバー法、医療保険各法)

- 乳児に交付するマイナンバーカードについて顔写真を不要とする。
 - 健康保険証を廃止するとともに、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方が、必要な保険診療を受けられるよう、本人からの求めに応じて「資格確認書」を提供する。
- ⇒ すべての被保険者の円滑な保険診療を可能に

4. マイナンバーカードの普及・利用促進

(マイナンバー法、公的個人認証法、住民基本台帳法、郵便局事務取扱法)

- 在外公館で、国外転出者に対するマイナンバーカードの交付や電子証明書の発行等に関する事務を可能とする。
 - 市町村から指定された郵便局においても、マイナンバーカードの交付申請の受付等ができるようにする。
 - 暗証番号の入力等を伴う電子利用者証明を行わずに、利用者の確認をする方法の規定を整備する（例：図書館等での活用）。
- ⇒ マイナンバーカードを申請・取得できる選択肢の拡大及び利用の促進

5. 戸籍等の記載事項への「氏名の振り仮名」の追加

(戸籍法、住民基本台帳法、家事事件手続法、マイナンバー法、公的個人認証法)

- 戸籍、住民票等の記載事項に「氏名の振り仮名」を追加。
- マイナンバーカードの記載事項等に「氏名の振り仮名」を追加。

⇒ 公証された振り仮名が各種手続での本人確認で利用可能に



6. 公金受取口座の登録促進(行政機関等経由登録の特例制度の創設)

(公金受取口座登録法等)

- 既存の給付受給者等（年金受給者を想定）に対して書留郵便等により一定事項を通知した上で同意を得た場合又は一定期間内に回答がなく、同意したものと取り扱われる場合、内閣総理大臣は当該口座を公金受取口座として登録可能に。
(※1) 公金受取口座は給付のみに利用。
(※2) 事前・事後の本人通知に加え、広報で制度の周知徹底を図る。
- ⇒ デジタルに不慣れな方も簡易に登録が可能及び給付の迅速化

施行期日：公布の日から1年3月以内の政令で定める日（一部を除く。）

資格確認書の仕組みの整備 【医療保険各法の改正】

- 健康保険証を廃止するとともに、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある者（※1）が必要な保険診療等を受けられるよう、当該者からの求めに応じ、各医療保険者等は、医療機関等を受診する際の資格確認のための「資格確認書」を交付することとする。
 - （※1）マイナンバーカードを紛失した者、マイナンバーカードを取得していない者など
 - （※2）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）。様式は国が定める。（省令事項）
 - （※3）保険者が必要と認めるときは、本人からの申請によらず資格確認書を交付できる。（改正法附則規定）
- 発行済みの健康保険証は、改正法施行後1年間（先に有効期間が到来する場合は有効期間まで）有効とみなす経過措置を設ける。

特別療養費の支給の通知の仕組みの整備 【国民健康保険法等の改正】

- 健康保険証の廃止に伴い、短期被保険者証の仕組みは廃止する。
- 長期にわたる保険料滞納者（※5）に対する保険料の納付を促す取組として、これまで行われてきた被保険者資格証明書（現物給付を特別療養費の支給（償還払い）に変更）の交付に代えて、特別療養費の支給に変更する旨の事前通知を行う規定を整備。
 - （※4）現在のオンライン資格確認の仕組みでも、医療機関・薬局では、特別療養費の対象者かどうかを確認できる。保険証の廃止後は、特別療養費の対象者は、被保険者資格証明書ではなく、マイナンバーカード又は資格確認書（特別療養費の対象者である旨を記載）を提示して受診。
 - （※5）長期にわたる保険証滞納者とは、市町村が納付の勧奨、納付相談の実施等により保険料の納付に資する取組を行ったにもかかわらず、特別の事情（災害、病気、事業廃止等）なく、保険料を原則1年以上滞納している滞納者。事前通知の仕組みでも、現行の被保険者資格証明書と同様、機械的な運用を行うことなく、保険料の納付に資する取組や特別の事情の有無の把握等を適切に行った上で通知することを周知予定。
- 施行期日：公布の日から1年6月以内の政令で定める日（令和6年12月2日）（※）公布日：令和5年6月9日

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等の一部を改正する法律案 に対する附帯決議

令和5年4月25日 衆議院地域活性化・こども政策・デジタル社会形成に関する特別委員会

政府は、本法の施行に当たっては、次の諸点に留意し、その運用等について遺憾なきを期すべきである。

五 健康保険証の廃止に伴い、資格確認書の申請漏れ等により現物給付による保険診療を受けることができない者が生じないよう、保険者が資格確認書を速やかに交付するなど、全ての被保険者が確実に保険診療を受けることができるための措置を講ずること。

六 オンライン資格確認等システムの医療機関等における整備を速やかに完了させるため、必要な措置を講ずること。また、電子証明書の有効期限切れに伴って医療機関等での利用に支障が生じないよう、対応について速やかに検討を行い、必要な措置を講ずること。

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等の一部を改正する法律案 に対する附帯決議

令和5年5月31日 参議院地方創生及びデジタル社会の形成等に関する特別委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

五 マイナンバーカード及び資格確認書が申請に基づいて交付されることを踏まえ、健康保険証の廃止に伴い、保険料を払っていても、資格確認書の申請漏れ等により無保険者扱いとされたり、現物給付による保険診療を受けることができない者が生じないよう、保険者が資格確認書を速やかに交付するなど、全ての被保険者が確実に保険診療を受けることができるための措置を講ずること。また、資格確認書に関する事務の円滑な執行に必要な措置を講ずるとともに、その発行に関し追加的な費用負担が可能な限り生じないよう必要な支援を行うこと。

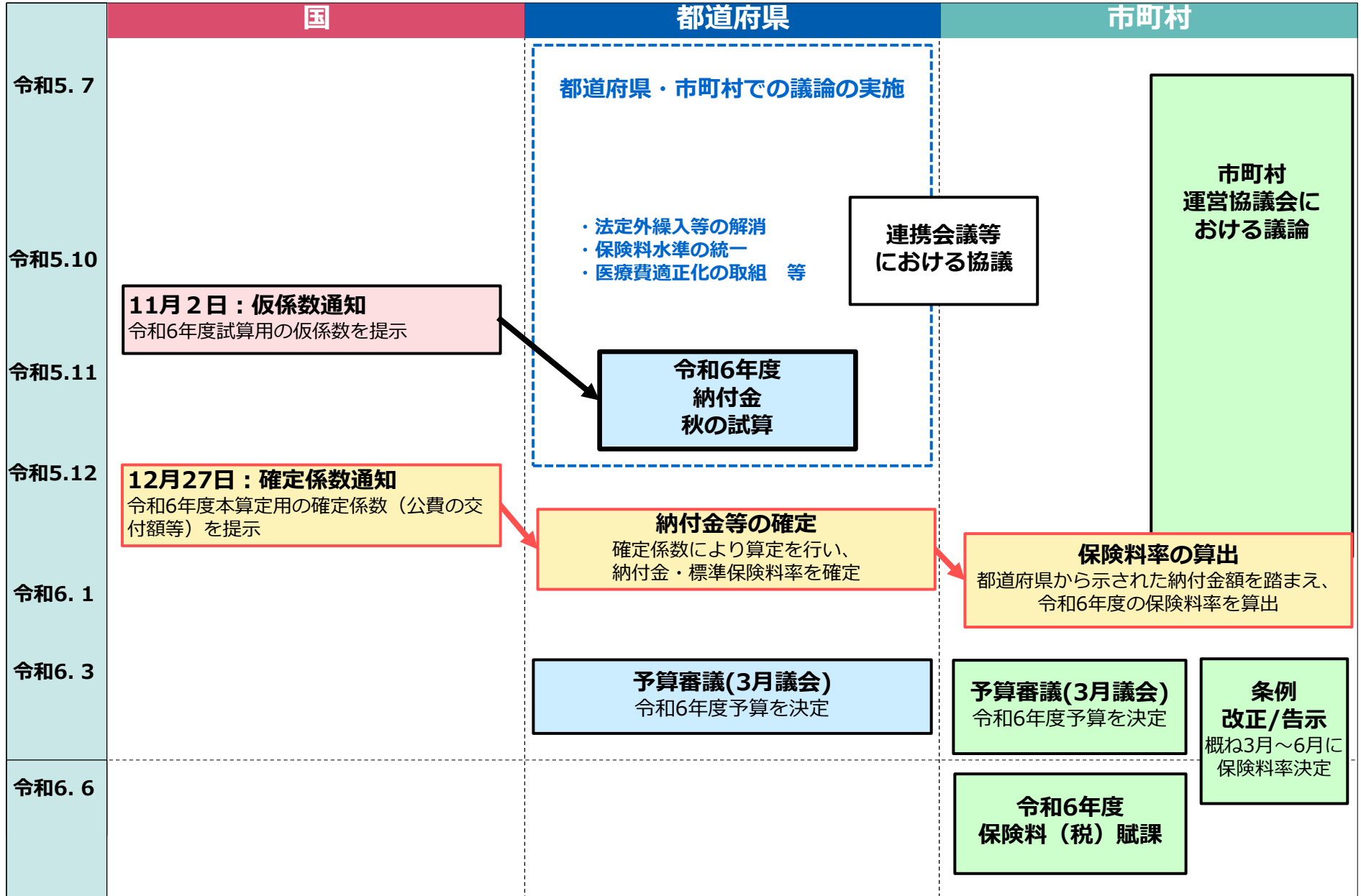
六 健康保険証の廃止に伴う医療現場などの影響・混乱を極力防ぐため、発行済み健康保険証を廃棄しないよう、周知徹底すること。また、認知症患者や寝たきりの高齢者などの社会的弱者に対しては、発行済み健康保険証を最大一年間有効とみなす経過措置を踏まえ、遅くともその期間が終了するまでの間に、確実にマイナンバーカード又は資格確認書により必要な保険診療が受けられるよう、必要な措置を講ずること。

- 七 健康保険証の廃止に伴い、オンライン資格確認に関する事業主の届出から保険者の登録までの各種の手続が迅速かつ円滑に行われるよう、国民、事業主及び保険者への広報・支援に努めること。
- 八 医療・介護・福祉施設等の事業者に対して、利用者・入所者等のマイナンバーカードの代理申請や管理などを事実上強制するような施策は厳に行わないこと。
- 九 保険料滞納世帯主等への保険料納付の勧奨及び納付に関する相談の機会の確保に際して、市町村等は、滞納者の納付能力の把握をきめ細かく行うなど、懇切丁寧な対応に努めること。
- 十 滞納者の納付能力に配慮しつつ、短期被保険者証に準ずる運用が引き続き尊重されること。本法の施行後、適切に保険料の滞納対策が行われているかを把握し、必要に応じ、改善に努めること。
- 十一 後期高齢者医療において資格証明書を原則発行しない現行の運用方針の考え方を維持するとともに、周知徹底を図ること。
- 十二 健康保険証、短期被保険者証及び資格証明書の廃止に伴う法令運用等に関する検討に際して、患者・国民、医療・介護現場、保険者などの声・実態を広く聴取しつつ、運用上十分に配慮すること。
- 十三 オンライン資格確認等システムの医療機関等における整備に際しては、地域医療の確保に支障が生じないよう必要な措置を講ずること。また、電子証明書の有効期限切れに伴って医療機関等での利用に支障が生じないよう、対応について速やかに検討を行い、必要な措置を講ずること。
- 十四 保険者の資格情報入力のタイムラグ短縮に関して、現場の実情に応じ事業主の事務負担に配慮した対応を行うこと。

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和6年度国民健康保険関係予算案
3. 令和5年国民健康保険法改正
4. 令和6年度納付金算定
5. 予算執行調査、骨太方針等における指摘

令和6年度納付金算定に向けたスケジュール



近年の動き

1. 国保財政
2. 令和6年度国民健康保険関係予算案
3. 令和5年国民健康保険法改正
4. 令和6年度納付金算定
5. 予算執行調査、骨太方針等における指摘

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。

法案の趣旨

こども未来戦略（令和5年12月22日閣議決定）の「加速化プラン」に盛り込まれた施策を着実に実行するため、ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化、全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充、共働き・子育ての推進に資する施策の実施に必要な措置を講じるとともに、こども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進めるための子ども・子育て支援特別会計を創設し、児童手当等に充てるための子ども・子育て支援金制度を創設する。

法案の概要

1. 「加速化プラン」において実施する具体的な施策

（1）ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化 【①児童手当法、②子ども・子育て支援法】

- ①児童手当について、(1)支給期間を中学生までから高校生年代までとする、(2)支給要件のうち所得制限を撤廃する、(3)第3子以降の児童に係る支給額を月額3万円とする、(4)支払月を年3回から隔月（偶数月）の年6回とする抜本的拡充を行う。
- ②妊娠期の負担の軽減のため、妊婦のための支援給付を創設し、当該給付と妊婦等包括相談支援事業とを効果的に組み合わせることで総合的な支援を行う。

（2）全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充 【①・②児童福祉法、子ども・子育て支援法等、③～⑤子ども・子育て支援法、⑥児童扶養手当法、⑦子ども・若者育成支援推進法、⑧子ども・子育て支援法の一部を改正する法律】

- ①妊婦のための支援給付とあわせて、妊婦等に対する相談支援事業（妊婦等包括相談支援事業）を創設する。
- ②保育所等に通っていない満3歳未満の子どもの通園のための給付（こども誰でも通園制度）を創設する。
- ③産後ケア事業を地域子ども・子育て支援事業に位置付け、国、都道府県、市町村の役割を明確化し、計画的な提供体制の整備を行う。
- ④教育・保育を提供する施設・事業者経営情報等の報告を義務付ける（経営情報の継続的な見える化）。
- ⑤施設型給付費等支給費用の事業主拠出金の充当上限割合の引上げ、拠出金率の法定上限の引下げを行う。
- ⑥児童扶養手当の第3子以降の児童に係る加算額を第2子に係る加算額と同額に引き上げる。
- ⑦ヤングケアラーを国・地方公共団体等による子ども・若者支援の対象として明記。
- ⑧基準を満たさない認可外保育施設の無償化に関する時限的措置の期限到来に対する対応を行う。

（3）共働き・子育ての推進 【①雇用保険法等、②国民年金法】

- ①両親ともに育児休業を取得した場合に支給する出生後休業支援給付及び育児期間に時短勤務を行った場合に支給する育児時短就業給付を創設する。
- ②自営業・フリーランス等の育児期間中の経済的な給付に相当する支援措置として、国民年金第1号被保険者の育児期間に係る保険料の免除措置を創設する。

2. 子ども・子育て支援特別会計（いわゆる「こども金庫」）の創設 【特別会計に関する法律】

こども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進めるため、年金特別会計の子ども・子育て支援勘定及び労働保険特別会計の雇用勘定（育児休業給付関係）を統合し、子ども・子育て支援特別会計を創設する。

3. 子ども・子育て支援金制度の創設 【①④子ども・子育て支援法、②医療保険各法等】

- ①国は、1(1)①②、(2)②、(3)①②（*）に必要な費用に充てるため、医療保険者から子ども・子育て支援納付金を徴収することとし、額の算定方法、徴収の方法、社会保険診療報酬支払基金による徴収事務等を定める。
 - ②医療保険者が被保険者等から徴収する保険料に納付金の納付に要する費用（子ども・子育て支援金）を含めることとし、医療保険制度の取扱いを踏まえた被保険者等への賦課・徴収の方法、国民健康保険等における低所得者軽減措置等を定める。
 - ③歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で、令和8年度から令和10年度にかけて段階的に導入し、各年度の納付金総額を定める。
 - ④令和6年度から令和10年度までの各年度に限り、（*）に必要な費用に充てるため、子ども・子育て支援特例公債を発行できること等とする。
- （*）を子ども・子育て支援法に位置づけることに伴い、同法の目的・「子ども・子育て支援」の定義に、子どもを持つことを希望する者が安心して子どもを産み、育てることができる社会の実現・環境の整備を追加し、同法の趣旨を明確化する。

※この他、子ども・子育て支援法第58条の9第6項第3号イについて、規定の修正を行う。

施行期日

令和6年10月1日（ただし、1(2)⑦は公布日、1(2)⑥は令和6年11月1日、1(1)②、(2)①③④⑤、(3)①、2は令和7年4月1日、1(2)②、3②は令和8年4月1日、1(3)②は令和8年10月1日に施行する。）⁶⁹

こども未来戦略<加速化プラン>に基づく給付等の拡充

◎は支援納付金充当事業

1. ライフステージを通じた経済的支援の強化

○ **児童手当の抜本的拡充** (◎) ⇒全てのこどもの育ちを支える**基礎的な経済支援**としての位置付けを明確化 [令和6年10月分から]

- ・ 所得制限を撤廃
 - ・ 高校生年代まで延長
 - ・ 第3子以降は3万円
- + 支給回数を年6回に

* 多子加算のカウント方法は、22歳年度末までの子で親等に経済的負担がある場合にはカウントするよう見直し

	3歳未満	3歳～高校生年代
第1子・第2子	月額1万5千円	月額1万円
第3子以降	月額3万円	

○ **妊婦のための支援給付の創設** (◎) 10万円相当の経済的支援 ⇒ 2の妊婦等包括相談支援事業との効果的な組合せによる支援 [令和7年4月制度化]

2. 全てのこども・子育て世帯への支援の拡充

○ **妊婦等包括相談支援事業の創設** [令和7年4月]
・ 様々な不安、悩みに応え、ニーズに応じた支援につなげる

○ **乳児等のための支援給付 (こども誰でも通園制度) の創設**
・ 月一定時間までの枠の中で**時間単位等で柔軟に通園が** (◎)
可能な仕組み [令和8年4月給付化]

○ **児童扶養手当の第3子以降の加算額の引上げ** [令和6年11月分から]

3. 共働き・共育ての推進

○ **出生後休業支援給付 (育休給付率を手取り10割相当に)**
・ 子の出生後の一定期間に男女で育休を取得することを促進 (◎)
[令和7年4月]

○ **育児時短就業給付 (時短勤務時の新たな給付)** (◎)
・ 2歳未満の子を養育するため、時短勤務中に支払われた賃金額の10%を支給 [令和7年4月] [令和8年10月]

○ **育児期間中の国民年金保険料免除措置の創設** (◎)

※これらのほか、産後ケア事業の提供体制の整備、教育・保育施設の経営情報の見える化、ヤングケアラーに対する支援の強化等を実施。



給付等を支える財政基盤の確保と見える化の推進

- **支援金制度の創設** ～少子化対策に受益を有する全世代・全経済主体が子育て世帯を支える新しい分かち合い・連帯の仕組み～
 - ・ 令和8年度に創設、令和10年度までに段階的に導入 (8年度0.6兆円、9年度0.8兆円、10年度1兆円※)。医療保険料とあわせて徴収
 - ※支援納付金総額のうち公費負担分を除いた被保険者・事業主の拠出額の目安
 - ・ 歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で構築
 - ・ 令和6～10年度の各年度に限り、つなぎとして子ども・子育て支援特別公債を発行

- **こども・子育て政策の見える化の推進**
 - ・ 令和7年度に子ども・子育て支援特別会計の創設 (子ども・子育て支援勘定、育児休業等給付勘定)

こども・子育て政策の強化（加速化プラン）の財源の基本骨格（イメージ）（参考資料）

令和6年3月14日

第176回社会保障審議会医療保険部会資料3

- 既定予算の最大限の活用等を行うほか、2028年度までに徹底した歳出改革等を行い、それによって得られる公費節減の効果及び社会保険負担軽減の効果を活用する。
- 歳出改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、その範囲内で支援金制度を構築することにより、実質的な負担が生じないこととする。

【歳出面】 加速化プラン完了時点 3.6兆円

経済的支援の強化

1.7兆円

全てのこども・子育て世帯を
対象とする支援の拡充

1.3兆円

共働き・共育での推進

0.6兆円

【歳入面】 加速化プランの財源 = 歳出改革の徹底等

既定予算の最大限の活用等

1.5兆円

歳出改革の徹底等

1.1兆円

1.0兆円

予算を通じて支出

社会保険制度を通じて拠出する
仕組みを創設（支援金制度）

社会保障
経費の伸び

公費節減の効果

社会保険負担
軽減の効果

社会保障改革の徹底
（改革工程を策定）

+

賃上げ

その他
（福祉等）

社会保険
（医療・介護等）

公費（国・地方）

社会保険料財源

児童手当の抜本的拡充

【児童手当法】

全てのこどもの育ちを支える基礎的な経済支援としての位置づけを明確化する等の観点から、所要の改正を行う。

- ① 支給要件にかかる**所得制限の撤廃・一定所得以上の者に対する特例給付の廃止**（全員本則給付とする）
- ② 支給期間を18歳年度末（**高校生年代**）までとする
- ③ **多子加算の拡大**
 - ・ 多子加算の適用範囲を拡大（3歳以上小学校修了前まで→0歳から18歳年度末まで）
 - ・ 現行受給者の額を増額（1.5→**3万円**）
 - ・ **新たに多子加算を受けられる受給者を規定**（※）

※18歳年度末以降～**22歳年度末**までの子について、**監護に相当する世話等を生計費を負担している受給者にかかる支給額を規定**（いわゆる子のカウント方法の見直し）
- ④ **支払月を年3回**（2月、6月、10月）から**年6回**（偶数月）に見直し
- ⑤ 子ども・子育て支援金制度の創設に伴い、**財源の一つとして子ども・子育て支援納付金を位置づけ財源構成割合を見直し**

（見直し後）

	被用者		非被用者			公務員
3歳未満	支援納付金(※) 3/5	事業主 2/5	支援納付金 3/5	国 4/15	地方 2/15	所属庁 10/10
3歳以降	支援納付金 1/3	国 4/9	地方 2/9	支援納付金 1/3	国 4/9	地方 2/9
						所属庁 10/10

※支援納付金の収納が満年度化するまでの間（令和6～10年度）の財源構成として、子ども・子育て支援特例公債等を規定（経過措置）。

妊婦のための支援給付・妊婦等包括相談支援事業の創設

【子ども・子育て支援法、児童福祉法等】

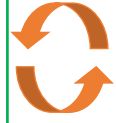
妊娠期からの切れ目ない支援を行う観点から、子ども・子育て支援法に**妊婦のための支援給付を創設**するとともに、児童福祉法に**妊婦等包括相談支援事業を創設**し、市町村は、**妊婦のための支援給付を行うに当たっては、妊婦等包括相談支援事業等の支援を効果的に組み合わせる**ことを子ども・子育て支援法に規定。

妊婦のための支援給付（子ども・子育て支援法）

- 市町村は、妊婦であることの認定後に**5万円**を支給。その後、妊娠しているこどもの人数の届出を受けた後に**妊娠しているこどもの人数×5万円**を支給する。
- 子ども・子育て支援金制度の創設に伴い、財源として**子ども・子育て支援納付金を位置づける**。等

妊婦等包括相談支援事業（児童福祉法）

- 妊婦・その配偶者等に対して面談等により情報提供や相談等（伴走型相談支援）を行う事業として新設する。
- 母子保健法の事業との連携確保について定めるとともに、子ども・子育て支援法上の地域子ども・子育て支援事業に位置づける。



【実施主体】市町村（子ども家庭センター）
（NPO等の民間法人が実施する地域子育て支援拠点等への委託可）

伴走型相談支援 身近で相談に応じ、必要な支援メニューにつなぐ

妊婦の認定後：5万円の支給

妊娠しているこどもの人数×5万円の支給

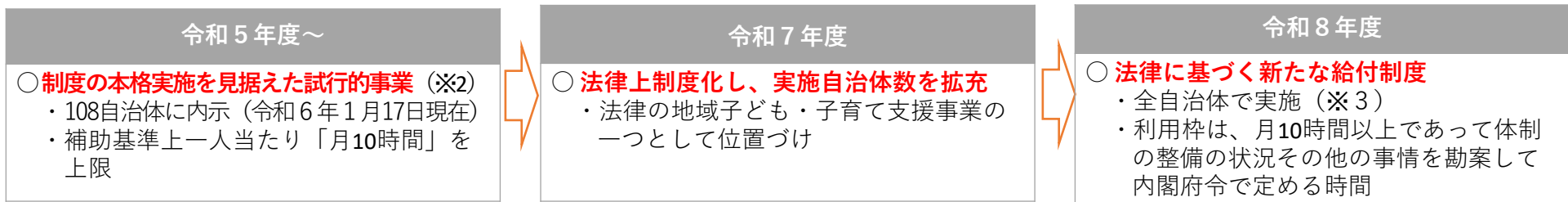
※ 給付金の支払方法については、紛争の未然防止や事務の確実かつ効率的な実施の観点から、現金など確実な支払方法とする。
この場合においても、希望者が支給された給付金を妊娠・出産育児関連用品の購入・レンタル費用助成、サービス等の利用負担軽減のクーポン等で受け取れるようにすることは可能。

こども誰でも通園制度の創設

【子ども・子育て支援法、児童福祉法、社会福祉法等】

- 保育所等に通っていないこどもへの支援を強化する観点から、現行の「子どものための教育・保育給付」とは別に、**新たに「乳児等のための支援給付」を創設**する。
- **利用対象者は、満3歳未満で保育所等に通っていないこども**（※1）とし、**月一定時間までの利用可能枠の中で利用が可能**。
（※1）0歳6か月までは制度として伴走型相談支援事業等があることや、多くの事業所で0歳6か月以前から通園の対象とするということはこどもの安全を確保できるのか十分留意が必要になるなどの課題があり、0歳6か月から満3歳未満を基本的に想定。
- 本制度を行う事業所について、市町村による指定（認可・確認）の仕組み、市町村による指導監査、勧告等を設けることとする。また、子ども・子育て支援金制度の創設に伴い、財源の一つとして**子ども・子育て支援納付金を位置づける**。等

【本格実施に向けたスケジュール】



（※2）補正予算で前倒しし、令和5年度中の開始も可能となるよう支援

（※3）令和8年度から内閣府令で定める月一定時間の利用可能枠での実施が難しい自治体においては、3時間以上であって内閣府令で**定める月一定時間の利用可能枠の範囲内で利用可能枠を設定することを可能とする経過措置**を設ける。（令和8・9年度の2年間の経過措置）

産後ケア事業（※4）の提供体制の整備

【子ども・子育て支援法】（※4） 出産後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行う事業

- 産後ケア事業について、支援を必要とする全ての方が利用できるようにするため次の課題への対応が急務。
 - ① 受け皿拡大に当たり、**市町村の管内では委託先が確保できない場合に、市町村の区域を超えた広域的な調整を都道府県が担う必要**。
 - ② **妊産婦のメンタルヘルスの対応のための関係機関のネットワーク体制の構築に当たり、医療体制を担う都道府県との連携が重要**。
- 産後ケア事業を**子ども・子育て支援法の地域子ども・子育て支援事業として位置付ける**ことで、**国・都道府県・市町村の役割分担を明確化し、計画的な提供体制の整備（※5）を進める**。

国 : **基本指針**を定める
市町村 : 基本指針に基づき**市町村事業計画を作成し、量の見込みと提供体制の確保の内容等を定める**。
都道府県 : 市町村事業計画の**協議を受け確認**する。また、基本指針に基づき**都道府県事業計画を作成し、市町村の区域を超えた広域的な調整等を定めるよう努める**。

（※5）母子保健法の改正（令和元年）により、令和3年度から産後ケア事業の実施が市町村の努力義務とされている。（令和4年度時点で1,462（約84%）の市町村で実施）

経営情報の継続的な見える化の実現 【子ども・子育て支援法】

更なる処遇改善等を進める上で、費用の使途の見える化を進めることが重要であることを踏まえて、以下の措置を講ずる。

- 幼稚園・保育所・認定こども園等の設置者に、**教育・保育施設の経営情報を都道府県知事に報告**することを求める。
 - ・ **施設型給付・地域型保育給付を受けるすべての施設・事業者を対象**とする。
 - ・ **毎事業年度の経営情報**（収支計算書、職員給与の状況等）について報告・届出を求める。
- 都道府県知事には、上記の設置者から報告された**経営情報を公表**することを求める。
 - ・ **職員の処遇等に関する情報であって、保護者の施設・事業者の選択等に必要**な情報を**個別施設・事業者単位で公表**。（モデル賃金や人件費比率等を想定。）
 - ※個別の施設・事業者単位での収支計算書等の公表は行わない。
 - ・ **経営情報の集計・分析とその結果の公表に努める**。（施設・事業者の種類、経営主体の種類、地域区分の設定、定員規模などに応じて集計した、人件費や人件費比率の平均値や分布状況等を想定。）

子ども・子育て拠出金にかかる見直し 【子ども・子育て支援法】

既定予算の最大限の活用の観点から、0～2歳児に係る保育給付について、人事院勧告の引き上げに伴う所要額の半分を事業主拠出金から充当することとしたことに伴い、必要な規定の整備を行う。

- **事業主拠出金を0～2歳児の保育の運営費に充当できる上限割合の引き上げ（1/5→11/50）**を行う。
- 企業が賃上げ努力を行う中で、将来に向けた**拠出金負担の予見可能性を高めるための拠出金率の法定上限の引き下げ（0.45%→0.40%）**を行う。

児童扶養手当の第3子以降加算額の引き上げ

【児童扶養手当法】

- 生活の安定のため特に支援を必要とする多子家庭に対し、**令和6年11月分の手当から、第3子以降の児童に係る加算額を第2子に係る加算額と同額に引き上げる**（令和6年度額で6,450円→10,750円（全部支給の場合））。
 - ※ あわせて、ひとり親の就労収入の上昇等を踏まえ、働き控えに対応し自立を下支えする観点から所得限度額を引き上げる（政令事項）

ヤングケアラーに対する支援の強化

【子ども・若者育成支援推進法】

- **ヤングケアラー（※）**を国・地方公共団体等が**支援に努めるべき対象として子ども・若者育成支援推進法に明記**。
 - ※ 家族の介護その他の日常生活上の世話を過度に行っていると認められる子ども・若者

基準を満たさない認可外保育施設の無償化に関する時限的措置の期限到来に対する対応

【令和元年子ども・子育て支援法一部改正法】

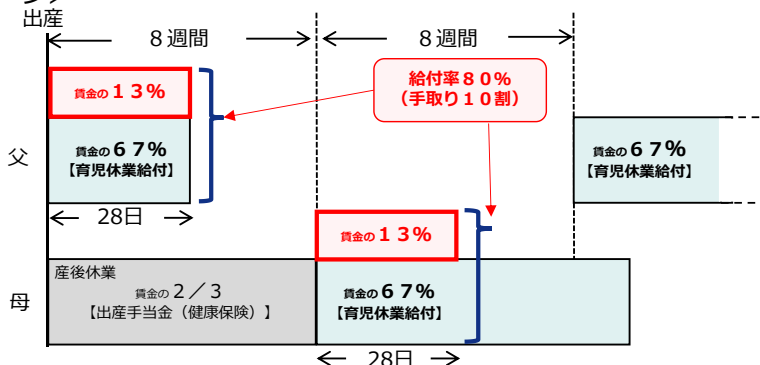
- 令和6年9月末までの5年間、基準を満たさずとも無償化対象とする経過措置に代えて、**令和6年10月～11年度末までの間、基準を満たさない施設のうち、設備基準など基準を満たすのに相当の期間を要し、かつ、転園も困難なケース（外国人児童の多い施設、夜間保育所など）を無償化対象とする新たな経過措置を設ける**。

出生後休業支援給付の創設【雇用保険法等】

- 子の出生直後の一定期間以内（男性は子の出生後8週間以内、女性は産後休業後8週間以内）に、被保険者とその配偶者の両方が14日以上の子育て休業を取得する場合に、被保険者の休業期間について、28日間を限度に、休業開始前賃金の13%相当額を支給する「出生後休業支援給付」を創設する。

※ 配偶者が専業主婦（夫）の場合や、ひとり親家庭の場合などには、配偶者の子育て休業の取得を求めずに支給する。

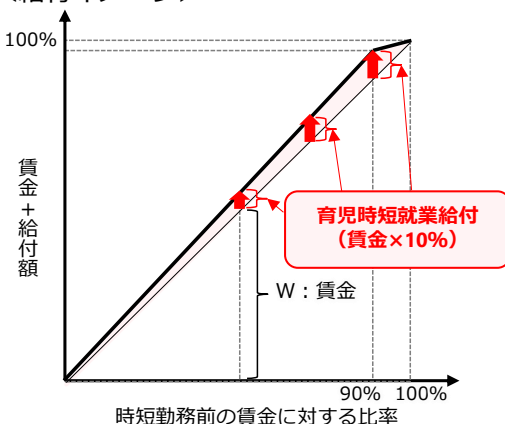
<給付イメージ>



育児時短就業給付の創設【雇用保険法等】

- 被保険者が、2歳未満の子を養育するために、時短勤務をしている場合に、時短勤務中に支払われた賃金額の10%を支給する「育児時短就業給付」を創設する。

<給付イメージ>



国民年金第1号被保険者の育児期間に係る保険料の免除措置の創設

【国民年金法】

- 自営業・フリーランス等の国民年金第1号被保険者について、その子が1歳になるまでの期間の国民年金保険料免除措置を創設する。

※当該期間に係る被保険者期間の各月を保険料納付済期間に算入する。

対象期間や要件等

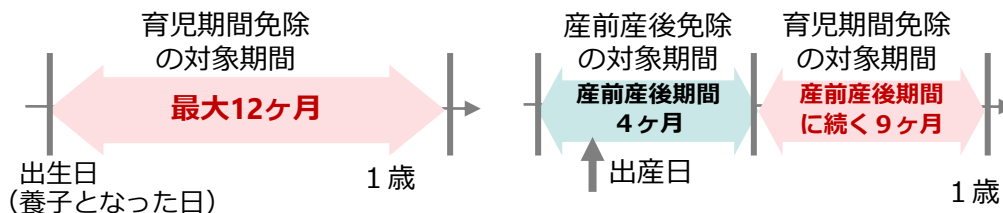
- ・ 子を養育する国民年金第1号被保険者を父母ともに措置の対象とする。
- ・ 育児休業を取得することができる被用者とは異なり、自営業・フリーランス・無業者等の国民年金第1号被保険者については、育児期間における就業の有無や所得の状況はさまざまであることから、その多様な実態を踏まえ、第1号被保険者全体に対する育児期間中の経済的な給付に相当する支援措置とすることとし、一般的に保険料免除を行う際に勘案する所得要件や休業要件は設けない。

対象となる免除期間の考え方

- ・ 原則として子を養育することになった日から子が1歳になるまでを育児期間免除の対象期間とし、産前産後免除が適用される実母の場合は産後免除期間に引き続く9ヶ月を育児期間免除の対象期間とする。
- ・ 育児期間免除の対象期間における基礎年金額については満額を保障する。

<実父や養子を養育する父母の場合>

<実母の場合>



- これら3つの給付等につき、子ども・子育て支援法上の給付とも位置づけた上で、財源として子ども・子育て支援納付金を充てる。

2 子ども・子育て支援特別会計の創設

こども・子育て政策の全体像と費用負担の見える化を進めるため、**年金特別会計の子ども・子育て支援勘定及び労働保険特別会計の雇用勘定（育児休業給付関係）を統合し、子ども・子育て支援特別会計を令和7年度に創設する。**

【特別会計に関する法律】

① **子ども・子育て支援特別会計は、児童手当、子どものための教育・保育給付、妊婦のための支援給付、乳児等のための支援給付、育児休業等給付等に関する政府の経理を明確にすることを目的とする。**

② 子ども・子育て支援特別会計を「**子ども・子育て支援勘定**」及び「**育児休業等給付勘定**」に区分し、**子ども・子育て支援勘定は内閣総理大臣が、育児休業等給付勘定は厚生労働大臣が管理**する。※主な歳入・歳出は右図のとおり。

③ 事業主拠出金、子ども・子育て支援納付金、雇用保険料といった**特定の財源に係る決算剰余金が、特定の財源を充当する経費以外に使われることのないよう**、子ども・子育て支援勘定に「**積立金（事業主拠出金）**」及び「**子ども・子育て支援資金（子ども・子育て支援納付金）**」、育児休業等給付勘定に「**育児休業給付資金（育児休業給付に充てる雇用保険料）**」を置き、**分別管理**する。

※ 上記に伴い、年金特別会計・労働保険特別会計にかかる規定につき所要の整備を行う。

子ども・子育て支援特別会計

（主所管：内閣府（こども家庭庁）、厚生労働省共管）

【子ども・子育て支援勘定】

【育児休業等給付勘定】

<歳出>

<歳入>

<歳出>

<歳入>

<ul style="list-style-type: none"> 児童手当交付金 子どものための教育・保育給付交付金 妊婦のための支援給付交付金 子ども・子育て支援交付金 乳児等のための支援給付交付金 <p>等</p>	<p>一般会計からの繰入</p>	<ul style="list-style-type: none"> 育児休業給付費 出生後休業支援給付費 育児時短就業給付費 <p>等</p>	<p>一般会計からの繰入</p>
<ul style="list-style-type: none"> 子ども・子育て支援納付金 ※子ども・子育て支援特例公債 	<p>事業主拠出金</p>	<p>労働保険特会からの繰入 ※育児休業給付に充てる雇用保険料</p>	<p>子ども・子育て支援勘定からの繰入 ※支援納付金</p>

積立金、
子ども・子育て支援資金

育児休業給付資金

「加速化プラン」における少子化対策の抜本的強化に当たり、**少子化対策に受益を有する全世代・全経済主体が、子育て世帯を支える新しい分かち合い・連帯の仕組みとして、医療保険の保険料とあわせて拠出いただく子ども・子育て支援金制度を令和8年度に創設**する。

【子ども・子育て支援法】

① 政府は、**支援納付金対象費用（※）に充てるため、令和8年度から毎年度、医療保険者から支援納付金を徴収**すること、医療保険者は、支援納付金を納付する義務を負うことを定める。

（※支援納付金対象費用）

- 出産・子育て応援給付金の制度化（妊婦支援給付金）（R7.4～）
- 共働き・子育てを推進するための経済支援（出生後休業支援給付金・育児時短就業給付金（R7.4～）、国民年金第1号被保険者の育児期間中保険料免除（R8.10～））
- こども誰でも通園制度（乳児等支援給付）（R8.4～）
- 児童手当（R6.10～） ■ 子ども・子育て支援特例公債の償還金等

* 支援納付金に関する重要事項について、こども家庭審議会の意見聴取規定を設ける。

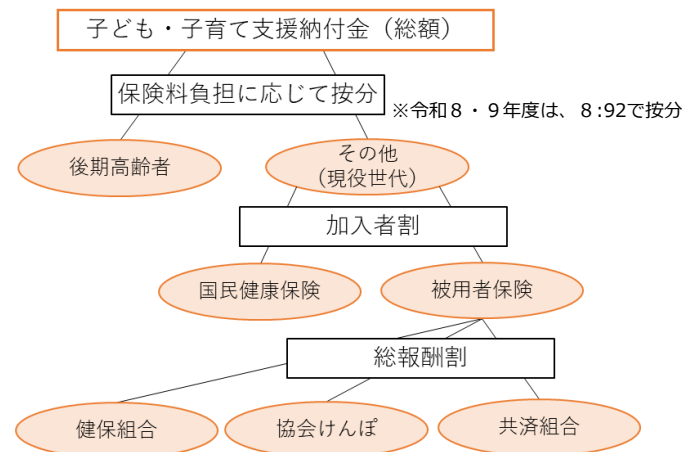
② 医療保険者から毎年度徴収する**支援納付金の額の算定方法等を定める（※医療保険者間には、右図のとおり按分）**。

③ 内閣総理大臣は、**社会保険診療報酬支払基金に、支援納付金の徴収等の事務を行わせる**ことができることとし、その業務等を定める。

④ 政府は、**令和6～10年度までの各年度に限り**、支援納付金対象費用の財源について、子ども・子育て支援勘定の負担において**子ども・子育て支援特例公債を発行することができる**こととする。※償還期限は、令和33年度とする。

⑤ 附則において支援納付金の導入に当たっての経過措置・留意事項を定める。

- ・ **全世代型社会保障改革と賃上げによって実質的な社会保険負担軽減の効果を生じさせ、支援金制度の導入による社会保障負担率の上昇の効果がこれを超えないようにすること**
- ・ **令和8～10年度までの支援納付金の総額のうち被保険者又は事業主が全体として負担する具体的な額の目安（令和8年度概ね6,000億円、9年度概ね8,000億円、10年度概ね1兆円）**
- ・ 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（R5.12.22閣議決定）を着実に進めること



【医療保険各法等】

① 医療保険者は、医療保険制度上の給付に係る保険料や介護保険料とあわせて、子ども・子育て支援金を徴収する。

※ 健康保険法において、保険料の規定に、一般保険料率と区分して子ども・子育て支援金率を規定。子ども・子育て支援金率は、政令で定める率の範囲内において、保険者が定める（総報酬割であることを踏まえ、実務上、国が一律の率を示すこととする）。

② 医療保険制度の取扱いを踏まえ、**支援金の被保険者等への賦課・徴収の方法、国民健康保険等における低所得者軽減措置、医療保険者に対する財政支援等を定める**。

※ 国民健康保険においては、18歳以下の支援金均等割額の全額軽減措置を講ずる。

施行期日	改正事項
公布日	<ul style="list-style-type: none"> ヤングケアラーに対する支援の強化
令和6年10月1日	<ul style="list-style-type: none"> 児童手当の抜本的拡充 基準を満たさない認可外保育施設の無償化に関する時限的措置の期限到来に対する対応 子ども・子育て支援特例公債の発行
令和6年11月1日	<ul style="list-style-type: none"> 児童扶養手当の第3子以降加算額の引き上げ
令和7年4月1日	<ul style="list-style-type: none"> 妊婦のための支援給付・妊婦等包括相談支援事業の創設 こども誰でも通園制度を地域子ども・子育て支援事業に位置付け 産後ケア事業の提供体制の整備（地域子ども・子育て支援事業に位置付け） 経営情報の継続的な見える化の実現 子ども・子育て拠出金にかかる見直し 出生後休業支援給付・育児時短就業給付の創設 子ども・子育て支援特別会計の創設
令和8年4月1日	<ul style="list-style-type: none"> こども誰でも通園制度の給付化 子ども・子育て支援金制度の創設
令和8年10月1日	<ul style="list-style-type: none"> 国民年金第1号被保険者の育児期間に係る国民年金保険料免除措置の創設

「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」について

第12回社会保障審議会年金部会
2024年1月31日

資料4

趣旨

- 働き方の多様化が進展する中で、労働者にふさわしい保障を実現するとともに、労働者の働き方の選択に中立的な社会保障制度の構築を進めることが求められている。被用者保険（厚生年金保険・健康保険）においては、近年、適用範囲の見直しを行ってきたところ、その状況も踏まえつつ、今後の対応の在り方について検討していく必要がある。
- こうした背景のもと、被用者保険における課題や対応について、社会保障審議会の医療保険部会や年金部会における検討に資するよう、保険局長及び年金局長の招集により、関連分野の有識者や労働者・使用者団体等からなる懇談会を開催する。

検討事項

- 以下の論点について、被用者にふさわしい保障の実現、働き方や雇用の選択を歪めない制度の構築等の観点から検討を行う。
 - 短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲の在り方
 - 個人事業所に係る被用者保険の適用範囲の在り方
 - 複数の事業所で勤務する者、フリーランス、ギグワーカーなど、多様な働き方を踏まえた被用者保険の在り方

スケジュール

第1回

- 被用者保険の適用等に関する課題・今後の進め方について、事務局説明・意見交換

第2～4回

- 関係団体へのヒアリング

第5回以降

- ヒアリング等の結果の整理、意見交換、論点整理、議論のとりまとめ

構成員

有識者

伊奈川 秀和	東洋大学福祉社会デザイン学部教授
海老原 嗣生	大正大学表現学部特命教授
菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
佐藤 麻衣子	株式会社ウェルスプラン 代表取締役
嵩 さやか	東北大学大学院法学研究科教授
松浦 民恵	法政大学キャリアデザイン学部教授
松原 由美	早稲田大学人間科学学術院教授

労働者・使用者団体等

健康保険組合連合会	日本経済団体連合会
全国健康保険協会	日本商工会議所
国民健康保険中央会	日本労働組合総連合会
全国商工会連合会	UAゼンセン
全国中小企業団体中央会	

2. 働き方に中立的な社会保障制度等の構築（被用者保険関係抜粋）

（1）基本的方向

- 国民の価値観やライフスタイルが多様化し、働き方の多様化もますます進んでいる。こうした中で、格差の固定化や貧困の防止を図り、社会の分断を防ぐ観点からも、どのような働き方をしてもセーフティネットが確保され、誰もが安心して希望どおりに働くことができる社会保障制度等を構築することが求められている。

（2）取り組むべき課題

① 勤労者皆保険の実現に向けた取組

- 勤労者とその働き方や勤め先の企業規模・業種にかかわらず、ふさわしい社会保障を享受できるようにするとともに、雇用の在り方に対して中立的な社会保障制度としていく観点から、以下の課題への対応を着実に進めるべきである。

- ◆ 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
- ◆ 個人事業所の非適用業種の解消
- ◆ フリーランス・ギグワーカーについて
- ◆ 女性の就労の制約と指摘される制度等について
- ◆ 被用者保険適用拡大の更なる推進に向けた環境整備・広報の充実
- ◆ 週労働時間20時間未満の短時間労働者への適用拡大
- ◆ デジタル技術の活用

（3）今後の改革の工程

（勤労者皆保険の実現に向けた取組）

① 次期年金制度改革に向けて検討・実施すべき項目

- 短時間労働者への被用者保険の適用拡大（企業規模要件の撤廃など）
- 常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の解消
- 週所定労働時間20時間未満の労働者、常時5人未満を使用する個人事業所への被用者保険の適用拡大
- フリーランス・ギグワーカーの社会保障の適用の在り方の整理

2. 働き方に中立的な社会保障制度等の構築（被用者保険関係抜粋）

（2）取り組むべき課題

① 勤労者皆保険の実現に向けた取組

- 勤労者がその働き方や勤め先の企業規模・業種にかかわらず、ふさわしい社会保障を享受できるようにするとともに、雇用の在り方に対して中立的な社会保障制度としていく観点から、以下の課題への対応を着実に進めるべきである。

◆ 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

週20時間以上勤務する短時間労働者にとって、勤め先の企業の規模によって被用者保険の適用に違いが生まれる状況の解消を図るべきであり、企業規模要件の撤廃について早急の実現を図るべきである。

◆ 個人事業所の非適用業種の解消

常時5人以上を使用する個人事業所の非適用業種については、労働者がいずれの事業所で勤務するかによって被用者保険の強制適用の有無が異なる状況の解消を早急に図るべきである。

また、勤労者皆保険を実現する観点から、「5人未満を使用する個人事業所」についても、そこで働く方々への被用者保険の適用を図る道筋を検討すべきである。

◆ 週労働時間20時間未満の短時間労働者への適用拡大

週労働時間20時間未満の短時間労働者についても、被用者にとってふさわしく、雇用の在り方に中立的な被用者保険を提供する観点からは、被用者保険の適用除外となっている規定を見直し、適用拡大を図ることが適当と考えられることから、そのための具体的な方策について、実務面での課題や国民年金制度との整合性等を踏まえつつ、着実に検討を進めるべきである。

複数の雇用関係に基づき、複数の事業所で勤務する者（マルチワーカー）で、いずれの事業所においても単独では適用要件を満たさないものの、労働時間等を合算すれば適用要件を満たす場合については、実務的な課題の解決を図ったうえで、被用者保険の適用に向けた具体的な検討を進めるべきである。

◆ フリーランス・ギグワーカーについて

フリーランス・ギグワーカーについて、その被用者性の捉え方などの検討を深め、必要な整理を行うとともに、より幅広い社会保険の在り方を検討する観点からの議論を着実に進めるべきである。

具体的には、まずは、「フリーランスとして安心して働ける環境を整備するためのガイドライン」に照らして、現行の労働基準法上の「労働者」に該当する方々については、「被用者性」も認められ、適用除外の対象となる場合を除いて被用者保険が適用される旨を明確化した上で、その適用が確実なものとなるよう、必要な対応を早急に講ずるべきである。

そのうえで、上記以外の、「労働者性」が認められないフリーランス・ギグワーカーに関しては、新しい類型の検討も含めて、被用者保険の適用を図ることについて、フリーランス・ギグワーカーとして働く方々の実態や諸外国の例なども参考としつつ、引き続き、検討を深めるべきである。

◆ デジタル技術の活用

被用者保険の適用拡大を更に進めていくにあたっては、マイナンバー制度を含め、デジタル技術の積極的な活用を図ることによって、働く人一人ひとりの就労状況や所得を公平かつ正確に把握できる環境整備が重要である。

◆ 女性の就労の制約と指摘される制度等について

女性就労や高齢者就労の制約となっており指摘される社会保障制度や税制等について、働き方に中立的なものにしていくことが重要である。この点に関し、被用者保険が適用されることのメリットを分かりやすく説明しながら、適用拡大を一層強力に進めていくことが重要である。

◆ 被用者保険適用拡大の更なる推進に向けた環境整備・広報の充実

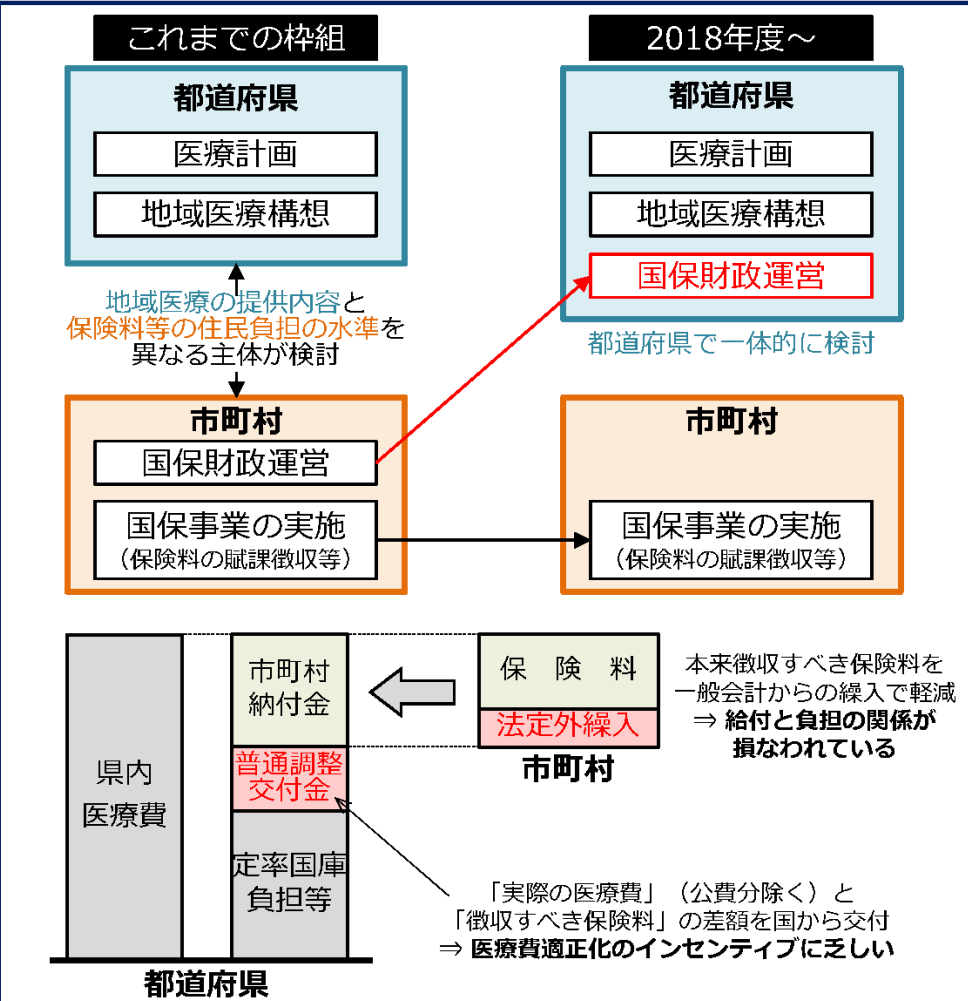
今後、被用者保険の更なる適用拡大を実現するためには、新たに対象となる事業主や労働者に対して、被用者保険の適用に関する正確な情報や、そのメリットについて、分かりやすく説明し、理解を得ながら進めることが極めて重要である。厚生労働省のみならず、業所管省庁もメンバーとする政府横断的な検討体制を構築し、事業主の理解を得て円滑に進めるための具体的な方策を検討すべきである。

また、いわゆる「就業調整」の問題に対しては、被用者保険適用に伴う短時間労働者の労働時間の延長、基幹従業員として従事することによる企業活動の活性化などの好事例を、業所管省庁の協力を得て積極的に集約するとともに、これらの好事例や具体的なメリットを労働者や事業主が実感できるような広報コンテンツやその活用法について、広報実務の専門家、雇用の現場に詳しい実務家などの参加も得た上で検討・作成し、業所管省庁の協力も得て広範かつ継続的な広報・啓発活動を展開するべきである。

医療提供体制④ 都道府県のガバナンス（国民健康保険の更なる改革）（総括）

- 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求める本来の仕組みとするとともに、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する観点から、更なる改革を続けていく必要。

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

- **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
- **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加入**

普通調整交付金の配分方法の見直し

令和5年11月1日
財政制度等審議会資料

国保改革

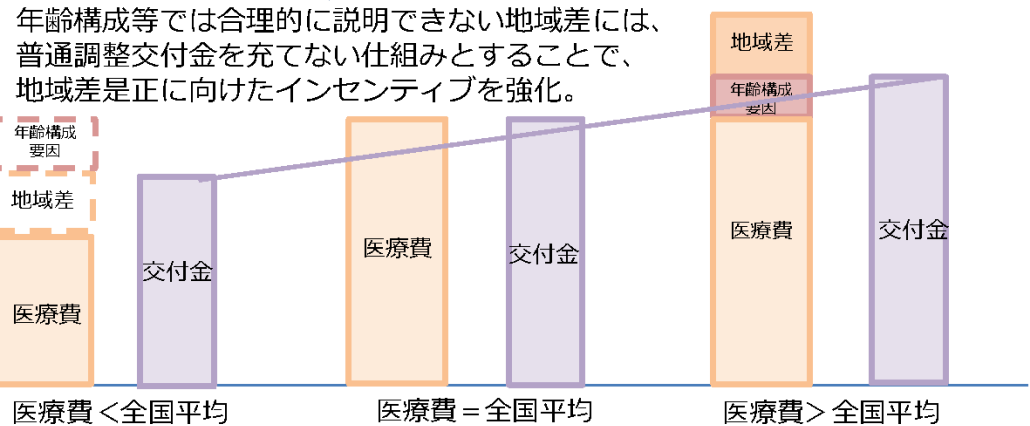
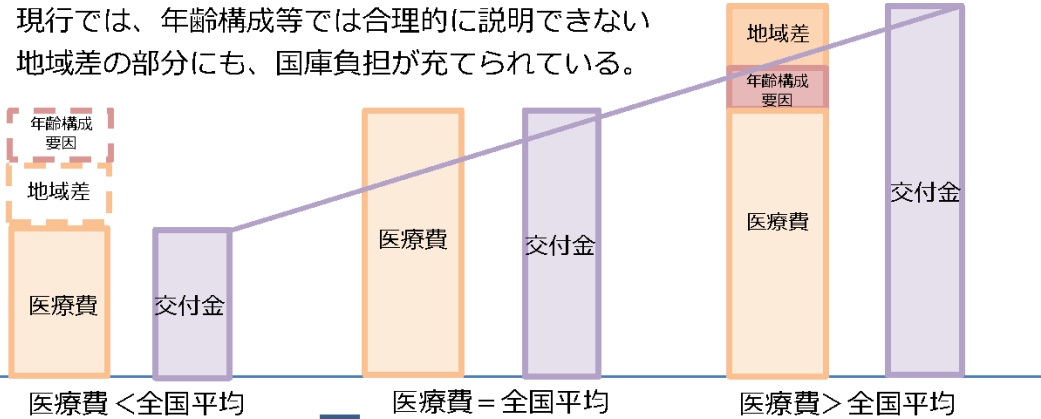
- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち5,900億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から都道府県に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組みとなっており、医療費適正化のインセンティブが働かない。

◆国民健康保険の財政（令和5年度予算）

保険料 (23,200億円)	調整交付金（国） (9%※) 7,600億円
	定率国庫負担 (32%※) 21,000億円
	都道府県繰入金 (9%) 5,900億円

普通調整交付金
5,900億円
特別調整交付金
1,700億円
特例調整交付金
50億円

※ 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



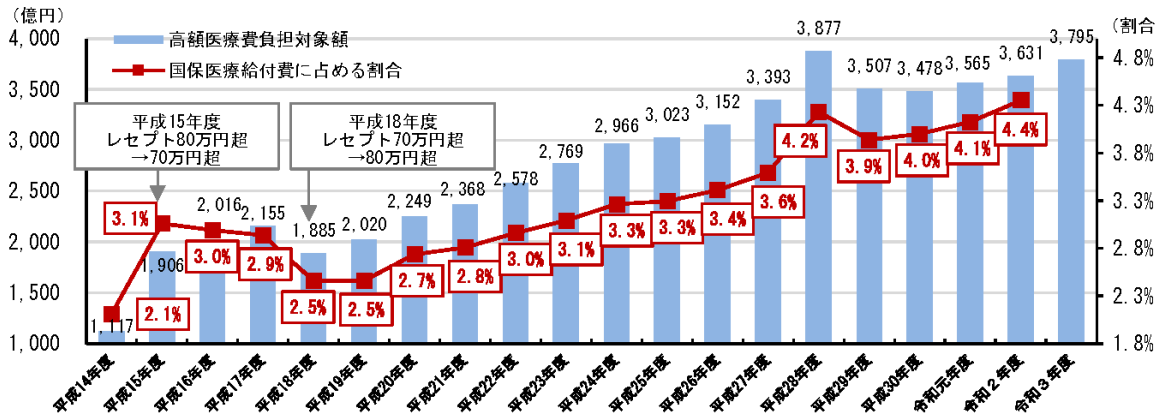
【改革の方向性】（案）

- 実際の医療費ではなく、各都道府県の年齢構成を勘案してデータに基づき算出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改めるべき。（年齢構成等により合理的に説明できない地域差は、その地域の保険料水準に反映されるべき。）

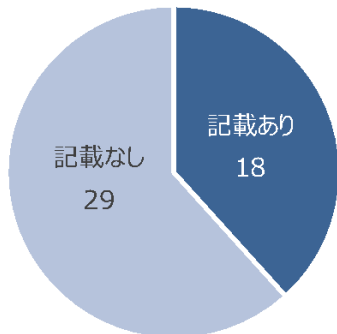
国民健康保険に対する財政支援の見直し〈予算執行調査〉

- 高額医療費負担金は、高額な医療費（1件80万円超）が発生した場合の国民健康保険財政の影響を緩和するため、国と都道府県が高額医療費負担対象額の1/4ずつを負担する、保険者支援のための負担金（国費950億円）。
※医療費の家計負担が重くならないよう、医療機関や薬局の窓口で支払う医療費が上限額を超えた場合、その超えた額を支給する「高額療養費制度」とは異なるもの。
- 国保医療給付費に占める高額医療費負担対象額の割合の増加や都道府県化による国保財政の安定化を踏まえ、平成18年度の割合を大きく下回るよう、対象となるレセプトの金額基準の引上げを速やかに実施し、予算規模を大幅に縮減すべきである。

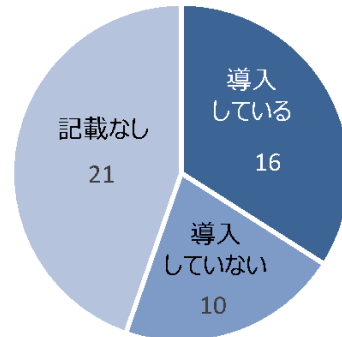
◆高額医療費負担対象額及び国保医療給付費に占める割合の推移



◆国保運営方針等における保険料水準の統一時期等に関する記載の有無



◆高額医療費を共同負担する仕組みの都道府県の導入状況



※国保運営方針における記載から整理・集計したもの。
※「導入している」は、高額医療費負担金・特別高額医療費共同事業以外の共同負担の仕組みの導入を明記している都道府県数（令和4年度から実施することを明記している都道府県も含む）。
※「導入していない」は、共同負担の仕組みを導入しないことを明記している都道府県数。

◆国民健康保険法（抄）

第70条

3 国は、第一項に定めるもののほか、政令で定めるところにより、都道府県に対し、被保険者に係る全ての医療に関する給付に要する費用の額に対する高額な医療に関する給付に要する費用の割合等を勘案して、国民健康保険の財政に与える影響が著しい医療に関する給付として政令で定めるところにより算定する額以上の医療に関する給付に要する費用の合計額（＝高額医療費負担対象額）の四分の一に相当する額を負担する。

高額医療費負担金制度の主な経緯	
昭和58年度	国民健康保険団体連合会を実施者とする「高額医療費共同事業」を創設（対象は1件当たり100万円超）。
昭和63年度	法改正し国民健康保険団体連合会へ補助できる旨を規定。国は事務費を交付、都道府県は事業費を交付。対象を1件80万円超に拡充。2年間の暫定措置。
平成15年度	法定化（附則）し、国・都道府県は1/4負担。対象を70万円超に拡充。平成17年度までの措置。
平成18年度	対象を80万円超に見直し。平成21年度まで継続。
平成27年度	事業を恒久化（平成24年度法改正）。
平成30年度	「高額医療費負担金」として、高額医療費を継続して公費により支援。

【改革の方向性】（案）

- 現在、取組を進めている保険料水準の統一や高額医療費の共同負担の仕組みにより、高額医療費負担金が果たす機能は現時点においても極めて限定的であり、いずれその役割を終える。国保運営の予見可能性を高めるためにも、廃止に向けた道筋を工程化すべき。

- すべての世代が安心感とあわせて納得感を得られる全世代型の社会保障に転換していくためには、能力に応じた保険料負担を徹底していくべきであり、**保険料負担でこそ、金融所得さらには金融資産の保有状況を勘案した制度設計の徹底が求められる。**
- 後期高齢者医療制度において、介護保険制度も参考としつつ、高齢化に伴う人口構成の変化をより反映させることを通じて、後期高齢者医療制度における高齢者の保険料による負担割合を高めしていく先ほど述べた提案も、現役世代の負担抑制に資するものであり、能力に応じた**賦課限度額の引上げ**とあわせて検討すべきである。

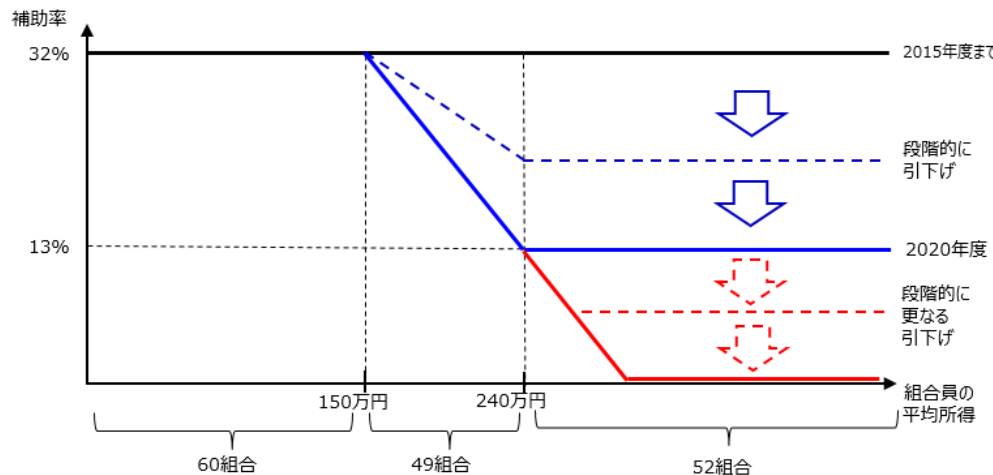
- **保険者間の合理的でない保険料負担の差についても解消に努めていくことが重要**である。
具体的には、「同じ所得・世帯構成であれば保険料水準が同じ」ことを目指していく**都道府県内の国保の保険料水準の統一の取組はこの点からも優先度が高いが**、あわせて、**所得水準の高い国民健康保険組合に対する定率補助を廃止することも検討すべき**である。
加えて、**健康保険組合の中で保険料率に大きな差が生じているが**、能力に応じた保険料負担という考え方に即した制度設計になっているか検証し、対応を検討することも必要である。

◆全世代対応型の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案に対する附帯決議（令和3年6月参議院）

二〇二二年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。

◆国保組合の国庫補助の見直し

国保組合について、定率32%の国庫補助に対し、負担能力に応じた負担とするため、組合員の平均所得水準に応じて5年間をかけて段階的な見直しを行ったが、下限として13%の国庫補助が設定されており、更なる見直しが必要。



◆全世代型社会保障検討会議 中間報告(2019年12月)

国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。あわせて、**地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。**

◆著しく低い保険料率の健保組合の例（2020年度）

順位	企業名	保険料率 (労使合計)
1	機械器具製造業 A社	4.20%
2	情報通信業 B社	5.70%
3	化学工業・同類似業 C社	5.90%
3	情報通信業 D社	5.90%
5	運輸業 E社	6.00%
5	卸売業 F社	6.00%
5	その他のサービス業 G社	6.00%
8	学術研究、専門・技術サービス業 H社	6.30%
8	学術研究、専門・技術サービス業 I社	6.30%
8	卸売業 J社	6.30%
協会けんぽ		10.00%

(出所) 厚生労働省データを基に算出

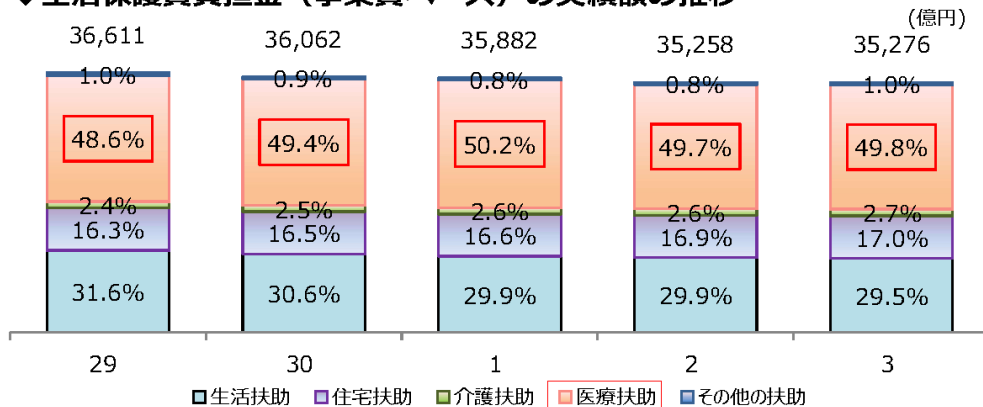
医療扶助の適正化（生活保護受給者の国保等への加入）

国保改革

- 医療扶助は生活保護費の半分を占めているが、生活保護受給者は国保等から脱退して医療扶助を受けることになっているため、医療扶助の適正化については、これまで福祉事務所を設置している市町村ごとに、頻回受診対策等の取組を進めてきているところ。
- 生活保護受給者が国保や後期高齢者医療制度に加入することとし、都道府県が保険者としての機能もあわせ持つことによって、医療扶助を含めた地域の医療全体について、より実効的な適正化を図ることができると考えられる。

※ 生活保護受給者については、介護分野では、65歳以上の方は介護保険の第1号被保険者になり、利用者負担分や保険料について介護扶助等を受けることになる。年金分野でも、生活保護受給者は国民年金の被保険者になり、さらに同じ医療保険制度の中でも被用者医療保険においては被保険者となる。

◆生活保護費負担金（事業費ベース）の実績額の推移



◆高齢者の保険制度別医療費と医療扶助



◆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。

(出所) 医療保険については、令和2年度医療保険に関する基礎資料

医療扶助については、令和2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

◆経済財政運営と改革の基本方針2023

1人当たり医療費の地域差半減に向けて、都道府県が地域の実情に応じて地域差がある医療への対応などの医療費適正化に取り組み、引き続き都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進するとともに、都道府県のガバナンス強化²⁵²（中略）を図る

252 中長期的課題として、（中略）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を含む。

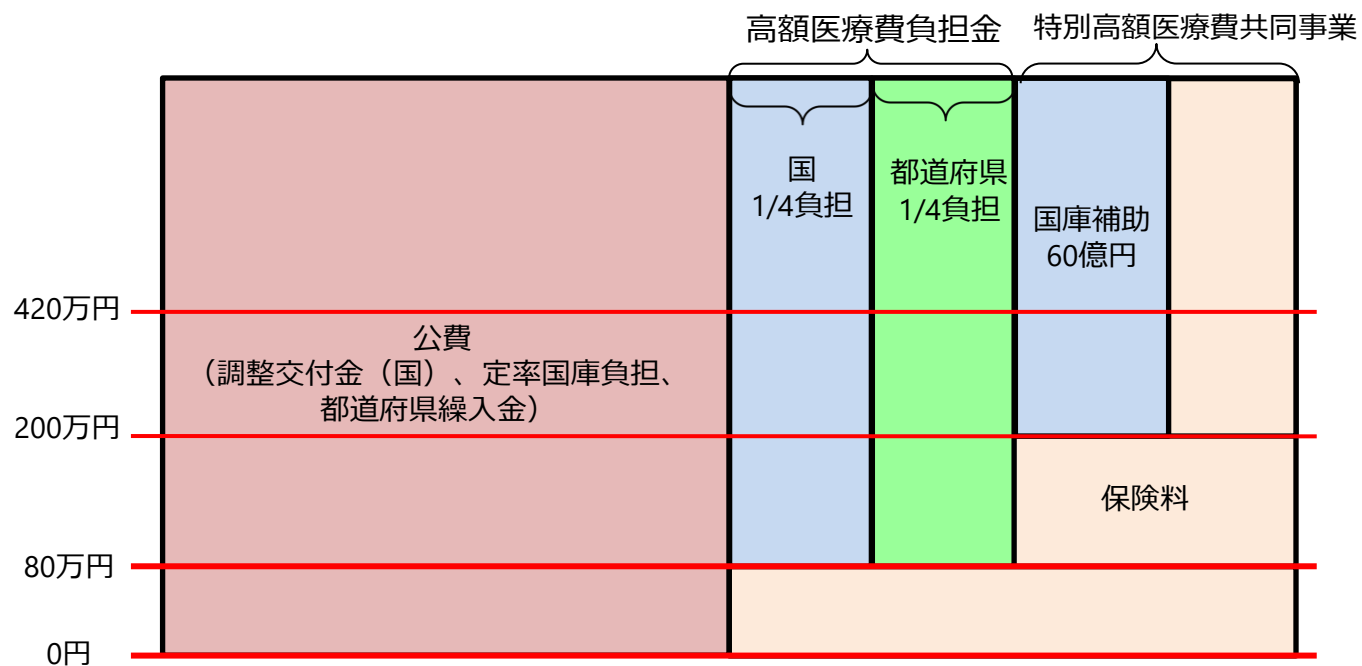
【改革の方向性】（案）

- 国保等に生じ得る財政悪化や支援金等を通じた現役世代の負担増の懸念を含め、国が引き続き応分の財政責任を果たすことを当然の前提として、「骨太の方針2023」に盛り込まれたとおり、生活保護受給者の国保等への加入について検討を加速化すべき。

高額医療費負担の概要

- 国民健康保険では、高額な医療費（1件80万円超）が発生した場合の保険者の財政運営の不安定を緩和するため、高額医療費負担金として、国と都道府県が1/4ずつ負担する仕組みを設けている。

※令和5年度予算 1011億円 → **令和6年度予算 987億円**



(参考) 特別高額医療費共同事業

著しく高額な医療費（1件420万超）のうち、200万円を超える額を対象として、都道府県からの拠出金を財源として全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で都道府県からの拠出金の一部を負担。国庫補助額60億円（定額）

普通調整交付金の配分の在り方、 生活保護受給者の国保等への加入などの課題に関する議論・検討状況

(令和4年11月17日医療保険部会資料)

- 骨太方針において、①「普通調整交付金の配分の在り方」は、方向性を示すべく議論を深める、②「生活保護受給者の国保等への加入を含めた医療扶助の在り方」は、中長期的課題として検討を深める、とされている。
- こうした骨太方針の記載や財政制度等審議会における指摘を踏まえて、事務レベルWGにおいて、以下のように 議論・検討を進めている。

普通調整 交付金の 配分の在り方

- ・普通調整交付金は、都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付。具体的には、各都道府県の「公費等控除後の医療給付費等（実績値ベース）」と「保険料収入額（理論値ベース）」の差分を調整。
- ・現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて配分額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ため、実際の医療費ではなく、各都道府県の年齢構成を勘案してデータに基づき算出した標準的な医療費水準を前提として、交付額を決定すべき、などと財政制度等審議会において指摘。
- ・他方で、地方団体等との議論においては、以下のような理由から、見直すべきではないとのご意見をいただいている。
 - 「自治体間の所得調整機能は重要」「医療費適正化においては、普通調整交付金ではなく、保険者努力支援制度を活用すべき」「医療費適正化を行わないと、徴収すべき保険料も増えるため、医療費適正化を行わない方がメリットがあるという認識はない」等
- ・医療費適正化計画との整合性を担保しながら、国保における医療費適正化をより一層推進する観点等から、普通調整交付金が今後担うべき役割や改善点について、引き続き、地方団体等と議論を深めていく。

生活保護受給 者の国保等へ の加入

- ・生活保護受給者の医療扶助は、平均通院日数や診療科の偏りがあること、医療保険と比較して「精神・行動の障害」の占める割合が高いこと等から、生活保護受給者の国保等への加入は、医療扶助費を含む都道府県医療費適正化計画の策定主体であり、地域における医療提供体制の整備に責任を有する都道府県のガバナンスが医療扶助に及ぶことで、医療扶助費の適正化につながる可能性がある、などと財政制度等審議会において指摘。
- ・他方で、地方団体等との議論において、以下のようなご意見をいただいております、引き続き、中長期的課題として検討を進めていく。
 - 制度面の課題として、「生活保護受給者は被保険者として果たすべき保険料の負担義務を履行できない」「精神・行動の障害が占める割合が高いこと等も踏まえると、福祉事務所のケースワーカー等によるきめ細かい対応が必要であり、保険者の対応能力を超えており、国保の保健事業等による適正化の効果も疑問」等
 - 財政面の課題として、「被保険者全体の保険料負担の増加や保険財政の不安定化につながるおそれがある」「医療扶助の受給者は高齢者が多いことから、現役世代の負担の更なる上昇につながる」等

社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」 (令和4年12月15日)

- 国民健康保険制度については、平成30年度の制度改革において、財政運営の安定化を図るため、財政運営の都道府県単位化やそれに伴う都道府県・市町村の役割分担、財政支援の拡充等を進めてきた。現在、施行から5年目を迎えているが、地方自治体や国民健康保険団体連合会、その他の関係者の取組により、改革は概ね順調に実施されている。
- 国民健康保険制度が、国民皆保険制度の要として、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、令和6年度からの国保運営方針に基づき、保険料水準の統一や医療費適正化等の取組をより一層進め、都道府県単位化の趣旨の更なる深化を図るため、取組強化の方向性について、国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議（国保基盤強化協議会）事務レベルWGにおいて議論が進められ、その議論の結果が当部会に報告された。
- 具体的には、
 - ・ 国会での附帯決議にも明記されている出産に関する保険料の配慮の在り方について、出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（4か月間）の均等割保険料及び所得割保険料を免除する措置を講じること（再掲）
 - ・ 保険料水準の統一に向けた取組等のより一層の推進、都道府県と保険者双方による一体的な医療費適正化の推進等の観点から、都道府県内の国保運営の統一的な方針である都道府県国民健康保険運営方針について、対象期間を法定化するとともに、全ての記載事項を必須化すること。また、保険料水準の統一に向けた取組を国としても強力に支援するため、保険料水準統一加速化プラン（仮称）を策定すること
 - ・ 国保財政を支出面から適正に管理するため、国保の財政運営の責任主体である都道府県が、保険給付の適正化に資する取組である第三者行為求償事務のうち、広域的な対応が必要なもの・専門性の高いものについて、市町村等の委託を受けて実施可能とすること
 - ・ これらの取組を更に後押しするため、保険者努力支援制度について、事業メニューや指標等について必要な見直しを行うこと
 - ・ 退職者医療制度について、対象者の激減に伴い財政調整効果がほぼ無くなっている中、保険者等の事務コストが継続しているため、業務のスリム化、事務コストの削減を図る観点から、前倒しして廃止すること
 - ・ その他、経済財政運営と改革の基本方針・改革工程表、政府・与党内での議論、地方団体の要望事項等について、国と地方、その他の関係者の間の調整を続け、結論が得られた事項について、法改正を含め、対応してはどうかというものであった。

- 当部会では、この報告に対し、
 - ・ 出産時における保険料の負担軽減はぜひ進めるべきであるが、子育て支援、次世代育成支援という国の政策であるため、国からの財政支援を検討すべき（再掲）
 - ・ 少子化対策の一環として子育て家庭の経済的負担を軽減することは大変重要な施策であり、実施に当たっては、保険者の事務負担に最大限配慮するとともに、必要となる財源について公費を拡充すべき（再掲）
 - ・ 第三者行為求償事務に係る見直しについては、都道府県に新たな事務負担が生じることから、準備に要する十分な期間を設けた上で都道府県と丁寧に協議するとともに、取組強化に伴い必要となる費用は国の責任において確実に財政措置を講じるべき
 - ・ 退職者医療制度について、事務コストの削減等を図る観点から前倒しでの廃止をすべきなどの意見があった。

- これらの意見も踏まえ、今後、国民健康保険制度改革を推進するに当たって法改正を含めた対応を行う場合は、国と地方を中心とする協議の結果を尊重すべきであり、地方分権の趣旨に反しないこと、国が一方向的に議論等を押しつけないことといった点を十分に尊重しつつ、結論が得られた事項に限り実施すべきである。

- なお、国民健康保険制度をめぐる議論において、
 - ・ 一定の方向性を示すべき検討課題とされている「普通調整交付金の配分の在り方」については、普通調整交付金が担う自治体間の所得調整機能は極めて重要であるため、今後もその機能を引き続き維持し、見直しを行わないことを基本姿勢として、議論を深めるべき。また、仮に「普通調整交付金の配分の在り方」について議論がされる場合には、地方分権の観点からも地方団体の意見が尊重されるべき
 - ・ 中長期的な検討課題とされている「生活保護受給者の国保等への加入」については、社会保障制度の根幹を揺るがし、国保制度の破綻を招きかねないため、国保等への加入は非常に難しいということを基本姿勢として、議論を深めるべきとの意見があった。

国保運営方針に基づく取組

1. 総論

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

令和6年度以降の国民健康保険の運営方針

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、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、以下の取組を進めていただきたい。

○ 保険料水準の統一の更なる推進等

新たな国保運営方針の対象期間である令和12年度までに納付金ベースの保険料水準統一を目指し、また、将来的には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、統一に向けた取組をより一層加速化していくことが重要。合わせて、法定外繰入について、都道府県の取組の成果により順調に解消している中で、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、保険料水準統一を進める際の阻害要因でもあるため、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

マイナ保険証の利用により、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、医療機関等の事務コスト削減が図られるなど様々なメリットがあり、利用促進に向けた取組を進めることが重要。一方で、保険証廃止後も全ての被保険者が適切に保険診療を受けられるよう、必要な方に資格確認書を確実に交付いただく等の対応が必要。令和6年12月2日から現行の保険証の発行を終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行するが、移行に向けて国としても必要な支援・情報提供を行うため、保険者におかれても適切に準備を行っていただきたい。

○ 医療費適正化の更なる推進

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、保険者による保健事業実施を支援するため事業費分・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する。本制度においては、時宜に応じて強化すべき取組・事業分野などをお示しするため、特に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

国保財政の収入面を支える保険料（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。保険料水準の統一と合わせて、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を図り、国保事務の合理化・効率化を図っていただきたい。

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 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県は、管内市町村や国保関係者と協議した上で、<u>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</u>を示し、<u>市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化</u>を推進 ○ 市町村は、住民に身近な自治体として、被保険者の<u>資格管理、保険料の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業</u>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、<u>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</u> |
|--------|--|

	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、 <u>市町村ごとの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	・ <u>市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握</u> ・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、 <u>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</u>	・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. 赤字解消・削減

3. 保険料水準の統一

4. 保険料の徴収の適正な実施

5. 保険給付の適正な実施

6. 医療費適正化

7. 事務の標準化・広域化

全世代対応型の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の概要

(令和3年法律第66号)

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する^{こと}と歩調を合わせ、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。

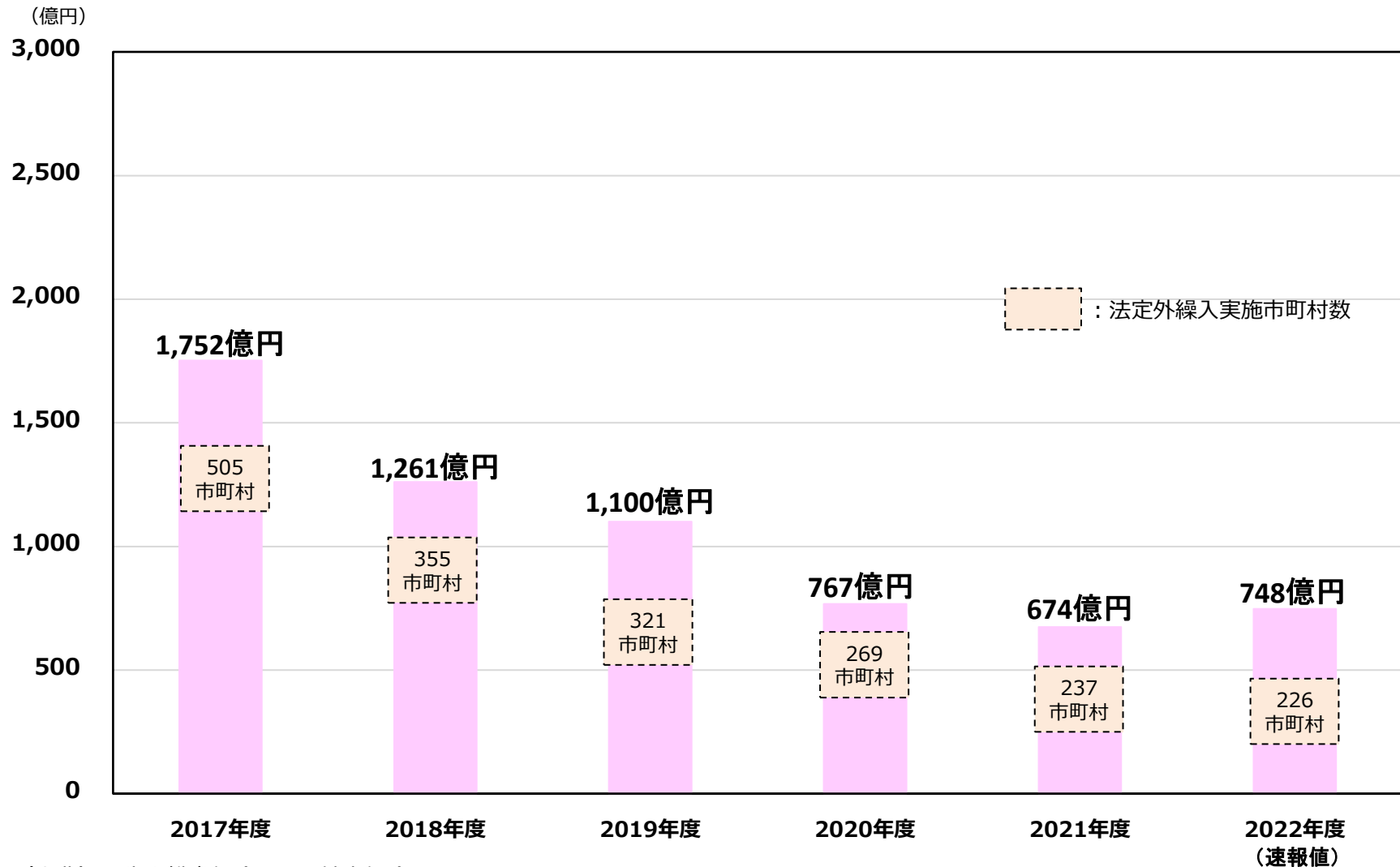
骨太方針2022（令和4年6月7日閣議決定）

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

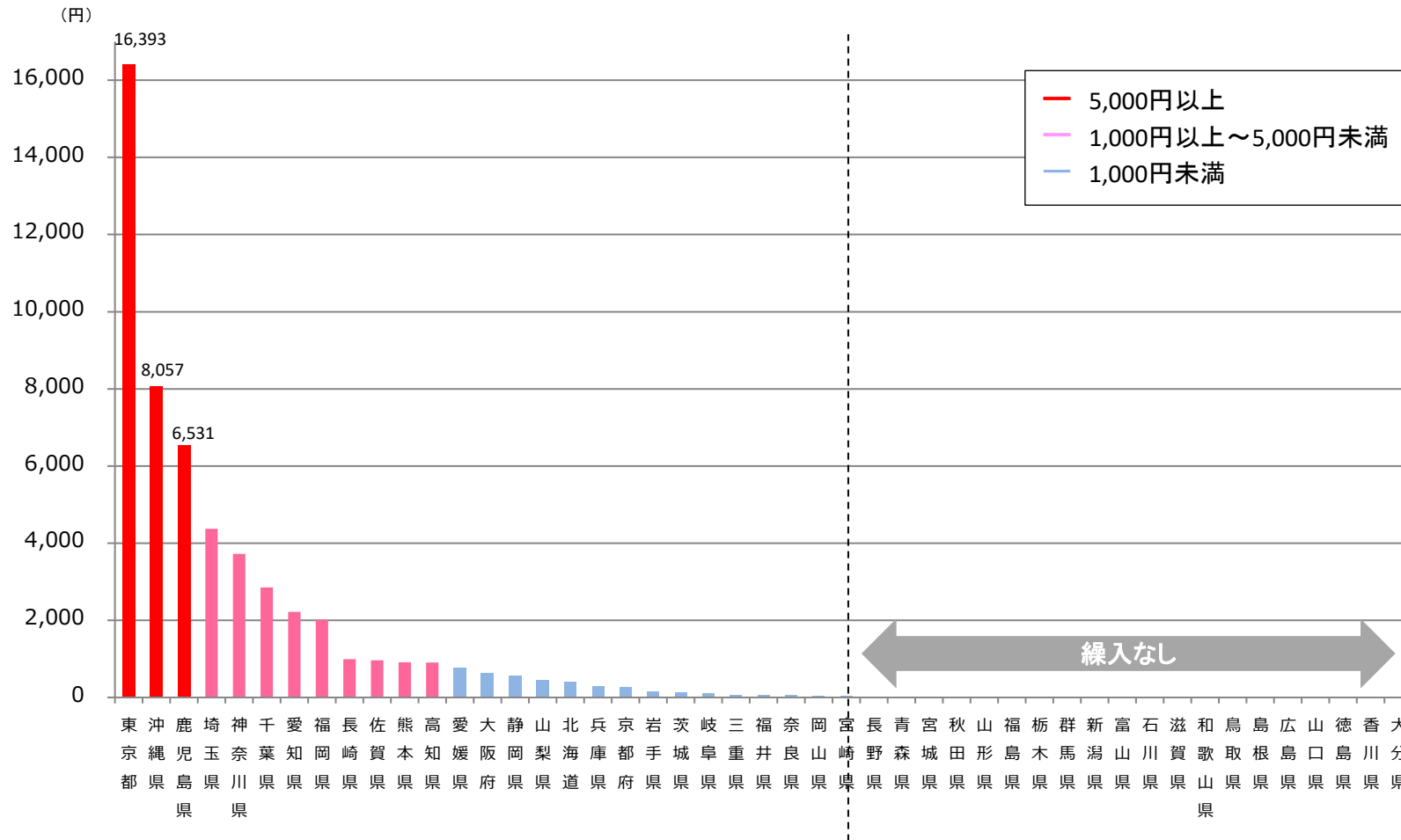
KPI 第2階層	KPI 第1階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	24	25	26~
	<p>○国保連合会と協働・連携して医療費適正化の観点からレセプトデータ等の分析等を行っている都道府県。 【2025年度までに75%】</p> <p>○急性下痢症又は急性気道感染症患者への抗菌薬薬剤費が減少している都道府県及び全国での急性下痢症又は急性気道感染症患者への抗菌薬薬剤費の総額。 【2029年度までに全都道府県で減少かつ全国での総額が毎年度減少】</p>	<p>c. 後期高齢者支援金の加減算制度については、2021年度から新たに設定した加入者の適正服薬の取組に対する評価も含めて、保険者インセンテ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4年度速報値）



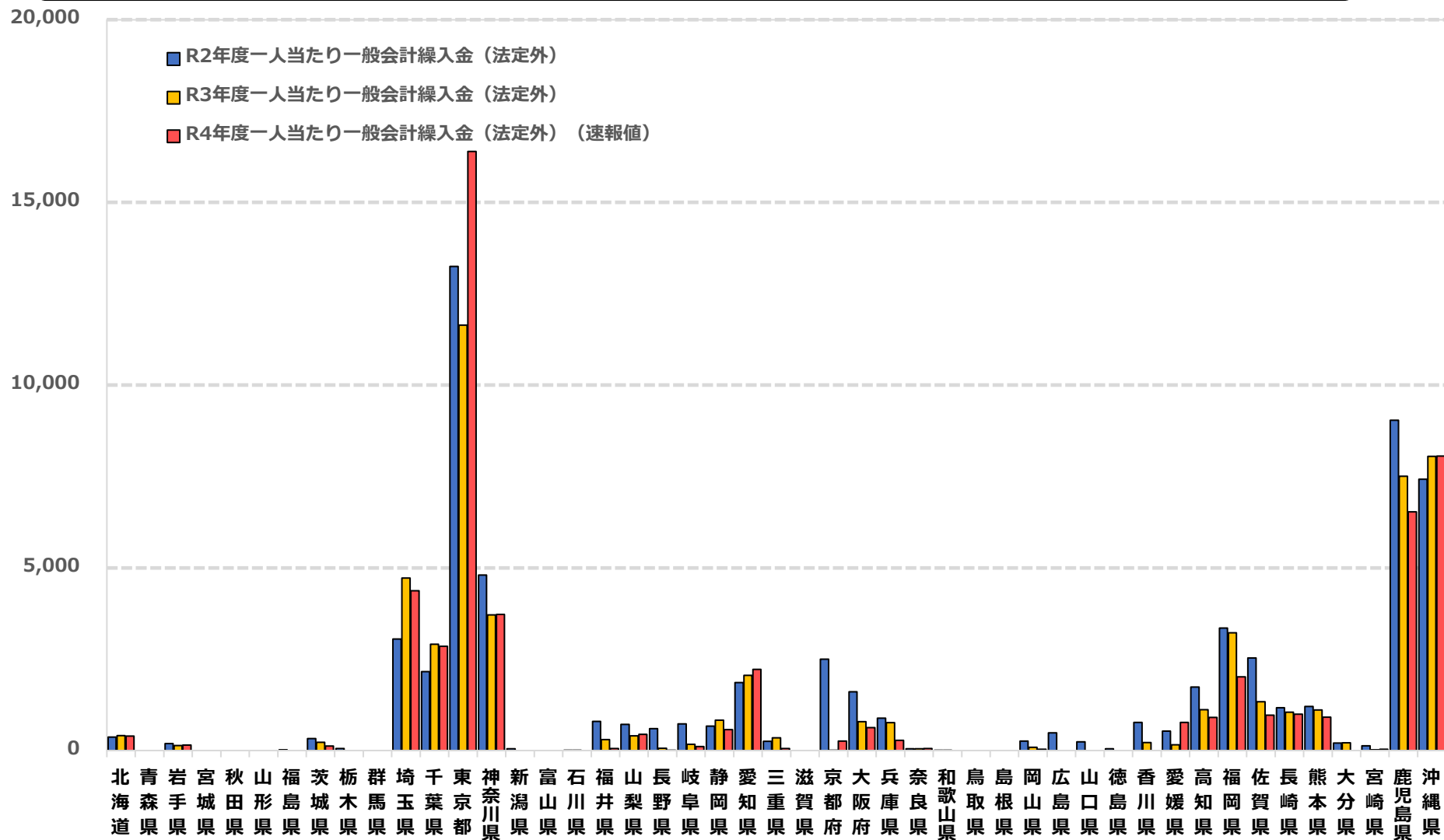
(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

※ 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、神奈川県の記事町村の合計が全体の7割以上（東京都：59%、埼玉県：9%、神奈川県：8%）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4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、鹿児島県である。

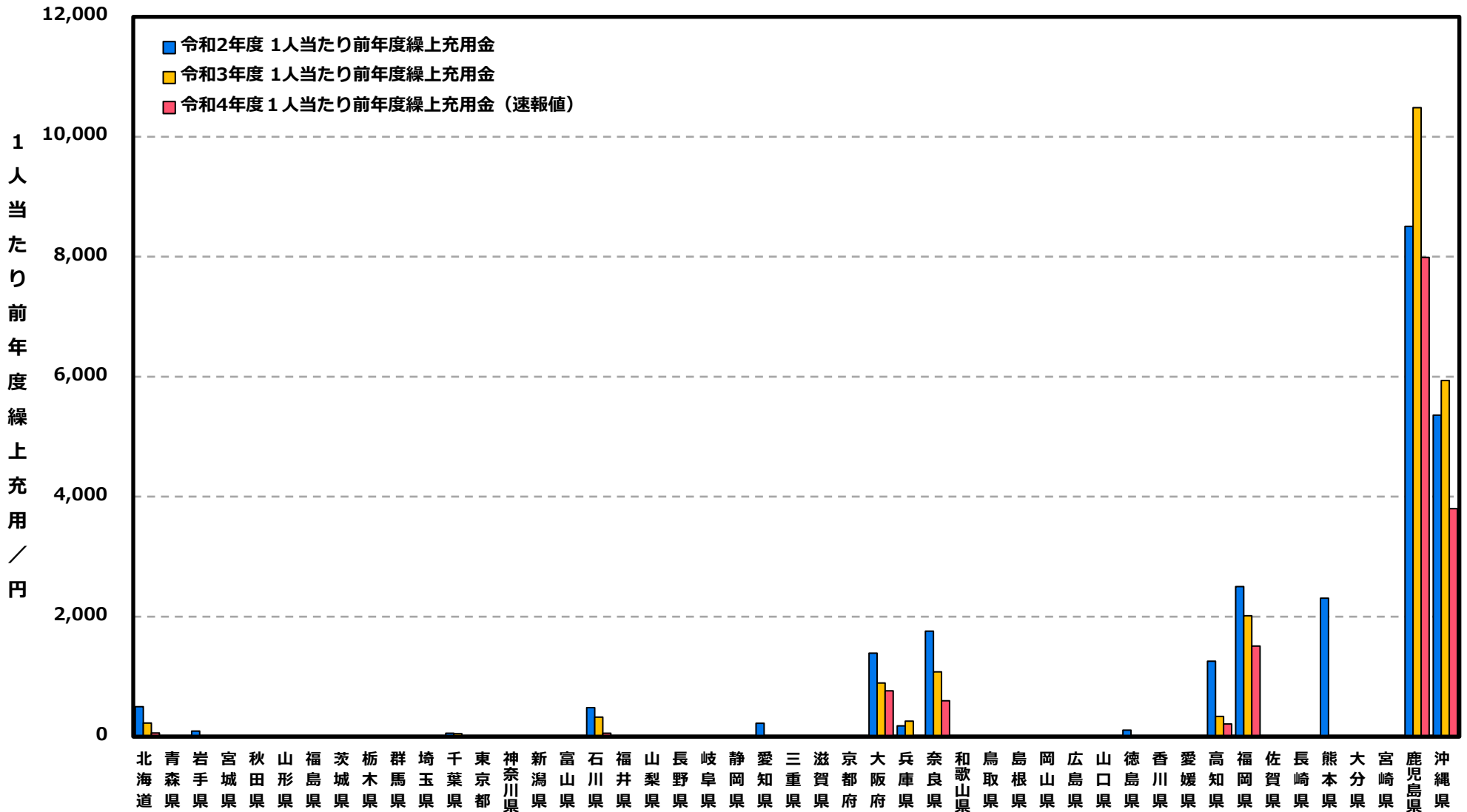
1人当たり法定外繰入（決算補填等目的）／円



(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4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6年1月末時点

解消予定年度ごとの市町村数

		(参考) R4解消済	R5解消	R6~8解消	R9以降解消	合計
計画 初年度	H30	(17)	46	54	62	162
	R1	(7)	1	6	1	8
	R2	(1)	5	9	3	17
	R3	(2)	0	9	1	10
	R4	(2)	0	4	3	7
	R5			2	4	6
⋮						
合計 解消		(29)	52	84	74	210
未解消			158	74	—	

【参考】赤字削減・解消計画の策定状況

令和6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 R4解消済	解消予定年度		
				H30	R元	R2	R3	R4	R5		R5	R6~8	R9以降
1	北海道	157	9	5		1	1	1	1	3	5	3	1
2	青森県	40	0							0	0	0	0
3	岩手県	33	3			1	1	1		0	0	3	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	2		2					3	0	2	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	22	2	4				2	7	21	0
12	千葉県	54	7	6			1			0	2	1	4
13	東京都	62	59	58					1	0	8	6	45
14	神奈川県	33	11	11						1	1	9	1
15	新潟県	30	0	0						1	0	0	0
16	富山県	15	0							0	0	0	0
17	石川県	19	0	0						1	0	0	0
18	福井県	17	1	1			0			1	0	0	1
19	山梨県	27	2	1			1			0	1	1	0
20	長野県	77	0		0					2	0	0	0
21	岐阜県	42	1			1				0	1	0	0
22	静岡県	35	1			1				0	0	0	1
23	愛知県	54	23	16	1	2	1		3	4	6	12	5
24	三重県	29	1	1	0					1	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 R4解消済	解消予定年度		
				H30	R元	R2	R3	R4	R5		R5	R6~8	R9以降
25	滋賀県	19	0							0	0	0	0
26	京都府	26	1	1						0	1	0	0
27	大阪府	43	2	2						0	0	2	0
28	兵庫県	41	1	1						2	0	1	0
29	奈良県	39	1		1					0	1	0	0
30	和歌山県	30	0	0						1	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	1	1						0	1	0	0
34	広島県	23	1	1						0	1	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	2	2						0	1	1	0
38	愛媛県	20	3	1			2			0	1	1	1
39	高知県	34	7	5			2			0	4	3	0
40	福岡県	60	11	5	1	3		2		2	5	6	0
41	佐賀県	20	2		1	1				1	0	2	0
42	長崎県	21	1					1		0	0	0	1
43	熊本県	45	1	1						0	0	0	1
44	大分県	18	0	0						1	0	0	0
45	宮崎県	26	1	1						0	1	0	0
46	鹿児島県	43	9	7			1	1		2	4	3	2
47	沖縄県	41	18	13			3		1	1	1	6	11
	計	1,716	210	162	8	17	10	7	6	29	52	84	74

(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. 赤字解消・削減
3. 保険料水準の統一
4. 保険料の徴収の適正な実施
5. 保険給付の適正な実施
6. 医療費適正化
7. 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（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

保険料水準の統一のスケジュール

次期国保運営方針策定期間
(R6年度～R11年度)

R6年度～

- ・ 都道府県・市町村間の共通認識醸成
- ・ 目標年度の設定

二次医療圏ごとの統一

- ・ α の引下げ
- ・ 激変緩和措置や医療費適正化の更なる取組

R12年度

納付金ベースの統一

- ・ 市町村個別の歳出・歳入項目の取扱いの整理
- ・ 標準的な収納率による調整
- ・ 保険料算定基準の統一
- ・ 激変緩和措置

なるべく早期に達成

完全統一

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

令和6年度から、保険料水準統一に係る都道府県ごとの個別の課題解決に取り組み、更なる統一の加速化を図るため、保険局国民健康保険課に、都道府県の課題把握・進捗管理等を行いながら伴走するプロジェクトチームを設置。

設置の趣旨

- 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みられる。他方で、保険料水準統一の統一については、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。
- 都道府県ごとの個別の課題を解消し、保険料水準統一の更なる加速化を図るため、以下のとおりプロジェクトチームを設置する。

チーム体制

- 各都道府県について、主担当と副担当を設置
※ 主担当と副担当は、適宜、連携・相談して対応
- 水準統一全体の担当者は、個別の担当地区を持ちつつ、都道府県全体の進捗状況等を整理・把握
- 合わせて、水準統一に効果的な取組を行い、統一が順調に進んでいる都道府県の担当者など数名に参画していただくアドバイザーチームを設置
- 必要に応じて、体制は適宜見直し

チームの進め方

- 各都道府県の現状把握・進捗状況の整理（随時更新）、本音ベースでの課題の把握、共有、助言の実施
※ オンラインで随時連携（都道府県の窓口は統一推進の担当者を想定）。
※ 夏のブロック会議の場なども活用しつつ、年に数回、進捗状況のヒアリングを行う
- アドバイザーチームを講師とした勉強会（オンライン）の実施
- 以上の取組を通じて、情報収集、分析、フィードバックを行うとともに、保険者努力支援制度による支援についても検討。

保険料水準の統一に向けた都道府県ごとの状況

- 令和3年度からの各都道府県の国保運営方針において、保険料水準の統一に向けて何らかの目標年度を定めている都道府県は下記のとおり。

● 完全統一の目標年度を定めている都道府県

北海道（R12年度）、福島県（R11年度）、大阪府（R6年度）、奈良県（R6年度）、佐賀県（R11年度）、沖縄県（R6年度）

※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※例外あり

（注）沖縄県はR6年度の完全統一は困難であるとの報告を受けている。（納付金ベースの統一も目途は立っていない）

● 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
青森県	・納付金ベースの統一：R7年度 ・完全統一：引き続き協議	静岡県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R9年度 ・完全統一：段階的に実施
秋田県	・納付金ベースの統一：R15年度 ・完全統一：長期的課題	三重県	・納付金ベースの統一：R5年度 ・完全統一：段階的に進める
群馬県	・納付金ベースの統一：R6年度 ・完全統一：今後協議	兵庫県	・納付金ベースの統一：R3年度 ・完全統一：可能なものから段階的な目標設定を検討
埼玉県	・納付金ベースの統一：R6年度 ・市町村毎の収納率を反映した統一：R9年度 ・完全統一：収納率格差が一定程度まで縮小された時点	和歌山県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R9年度
山梨県	・納付金ベースの統一：R12年度	広島県	・市町村毎の収納率を反映した統一：R6年度 ・完全統一：収納率が市町村間で均一化したと見なされる段階
長野県	・概ね二次医療圏での医療費指数の統一と応益割額の平準化：R9年度	長崎県	・納付金ベースの統一：R6年度

※ 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

※ 市町村毎の収納率を反映した統一：統一保険料率をベースに市町村毎の収納率を反映させること

上記の他にも、地域の実情に応じた保険料水準の統一の検討が進んでいる。

- ・ 納付金算定において医療費水準の反映を段階的に引き下げることとし、その方針を定めている都道府県（宮城県、福岡県）
- ・ 保険料算定方式の統一の目標年度を定めている都道府県（茨城県、福井県、鹿児島県）
- ・ 保険料水準の統一に向けたロードマップを作成することとし、その目標年度を定めている都道府県（神奈川県、愛媛県、熊本県）

平成30年度から令和6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



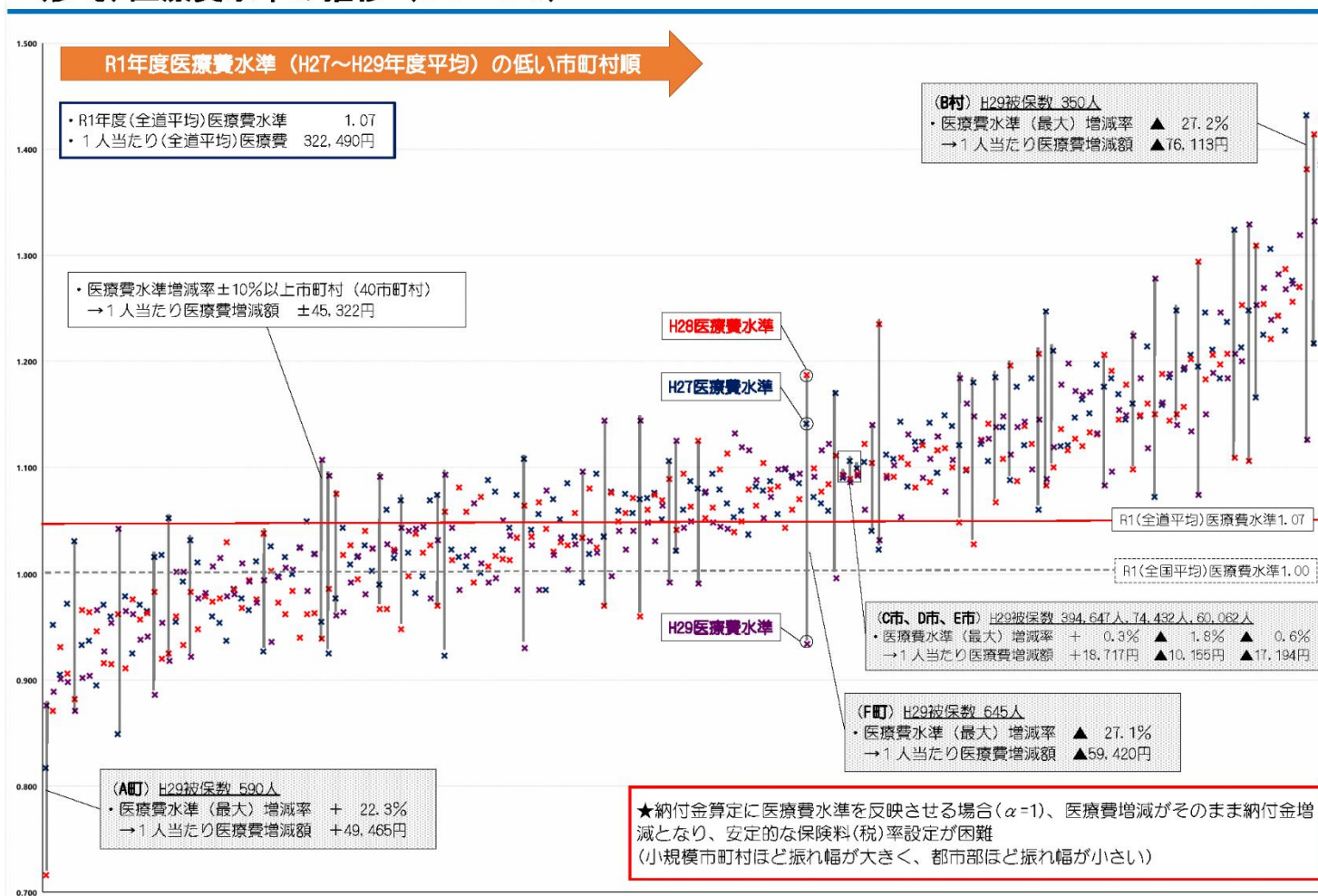
年度	1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0
H30	40	-	-	1	-	2	-	-	-	-	4
H31	39	1	-	1	-	2	-	-	-	-	4
R2	39	-	-	2	-	2	-	-	-	-	4
R3	35	1	1	1	1	3	-	-	-	-	5
R4	34	-	1	1	2	1	2	1	-	-	5
R5	34	-	-	1	-	2	1	1	1	-	6
R6	20	2	5	-	2	3	1	-	2	-	12
		秋田県 宮崎県	栃木県 東京都 岐阜県 和歌山県 大分県	-	神奈川県 山梨県	富山県 熊本県 沖縄県	佐賀県	-	青森県 宮城県	-	北海道 群馬県 埼玉県 三重県 滋賀県 大阪府 兵庫県 奈良県 香川県 高知県 長崎県

※赤字は、R6算定においてR5算定よりも α を引き下げて設定している都道府県

事例紹介①：医療費水準の変動幅の見える化（北海道）

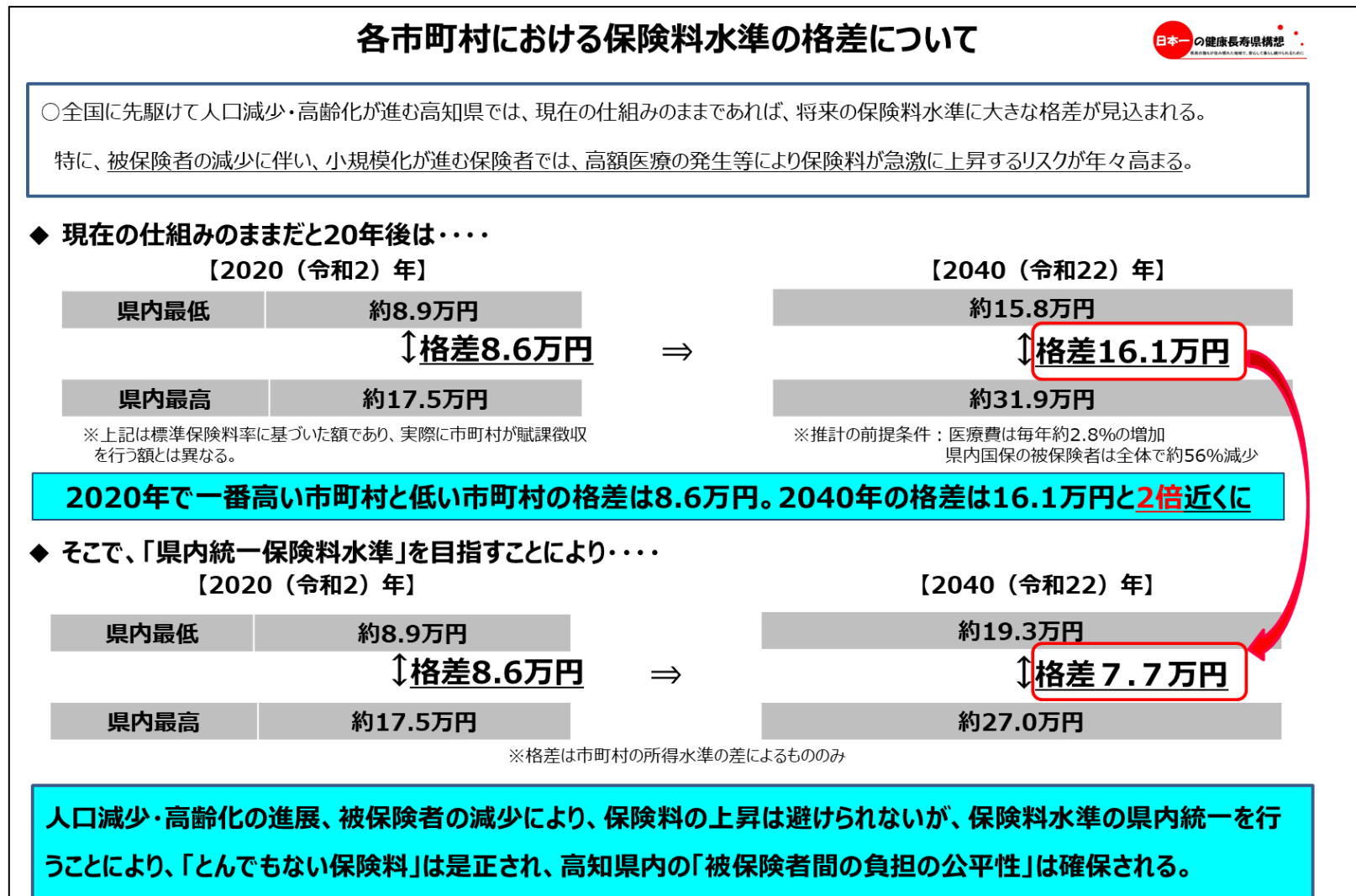
過去の医療費水準の変動幅を市町村ごとに見える化し、小規模市町村ほど変動幅が大きいことをデータで示しながら、保険料水準統一の必要性を個別の市町村に説明

(参考) 医療費水準の推移 (H27~H29)



事例紹介②：保険料水準の格差の見える化（高知県）

①現在、②将来保険料水準の統一を行った場合、③将来保険料水準の統一を行わなかった場合の各市町村1被保険者当たりの保険料を試算し、県内最高保険料と県内最低保険料を比較



事例紹介③：市町村との合意形成（北海道）

首長レベルで理念を共有しつつ…

…各市町村の財政影響をシュミレーションして、統一に向けた取組を具体化・推進

局長レベルが、各市町村を回って保険料水準統一の理念を共有

- (国保連合会) 資産割廃止や標準保険料率、また市町村の要望に沿って、保険料（税）のシュミレーション結果を提示
- (国保連合会) シュミレーション方法を市町村に説明、市町村自ら追加分析ができるように支援
- (北海道) 上記結果をもとに、ロードマップ作成支援や他市町村の取組共有、必要に応じてフォローアップや技術的助言を実施

市町村の声の例

令和4年度以降に税率改正を行うにあたり、令和6年度の納付金の算定方法や統一保険料率の考え方、市町村ごとのシュミレーションで状況を確認することができた。

加入者負担の公平化についてはR6以降の納付金算定に納付金算定に係る考え方や方針、ロードマップが示されたことにより、各自治体の今後の対応や役割が明確となり統一化までの準備がわかりやすく示されていて参考になった。

統一保険料に向けたR4年度納付金本算定シュミュレーション

取扱い注意

※R4年度納付金の影響(α) +表示：保険料収納必要額(+)増額要因 ▲表示：保険料収納必要額(-)減額要因

αの影響	R4年度納付金(円)	α=0.5	α=0
α=0.5	1,000,000,000	205,186,958	0
α=0	1,000,000,000	0	0

※R4年度納付金の影響(α) +表示：保険料収納必要額(+)増額要因 ▲表示：保険料収納必要額(-)減額要因

αの影響	R4年度納付金(円)	α=0.5	α=0
α=0.5	1,000,000,000	205,186,958	0
α=0	1,000,000,000	0	0

※R4年度納付金の影響(α) +表示：保険料収納必要額(+)増額要因 ▲表示：保険料収納必要額(-)減額要因

αの影響	R4年度納付金(円)	α=0.5	α=0
α=0.5	1,000,000,000	205,186,958	0
α=0	1,000,000,000	0	0

※R4年度納付金の影響(α) +表示：保険料収納必要額(+)増額要因 ▲表示：保険料収納必要額(-)減額要因

αの影響	R4年度納付金(円)	α=0.5	α=0
α=0.5	1,000,000,000	205,186,958	0
α=0	1,000,000,000	0	0

※R4年度納付金の影響(α) +表示：保険料収納必要額(+)増額要因 ▲表示：保険料収納必要額(-)減額要因

αの影響	R4年度納付金(円)	α=0.5	α=0
α=0.5	1,000,000,000	205,186,958	0
α=0	1,000,000,000	0	0

※R4年度納付金の影響(α) +表示：保険料収納必要額(+)増額要因 ▲表示：保険料収納必要額(-)減額要因

αの影響	R4年度納付金(円)	α=0.5	α=0
α=0.5	1,000,000,000	205,186,958	0
α=0	1,000,000,000	0	0

※R4年度納付金の影響(α) +表示：保険料収納必要額(+)増額要因 ▲表示：保険料収納必要額(-)減額要因

αの影響	R4年度納付金(円)	α=0.5	α=0
α=0.5	1,000,000,000	205,186,958	0
α=0	1,000,000,000	0	0

※R4年度納付金の影響(α) +表示：保険料収納必要額(+)増額要因 ▲表示：保険料収納必要額(-)減額要因

① 収納率の平準化による影響

項目	収納率(%)	納付金(円)
標準	94.5%	94,500,000
平均	92.2%	92,200,000

② 統一算定による影響計(α)

項目	標準	平均
標準	27,487,718,200	27,487,718,200
平均	26,001,842,385	26,001,842,385
差額	1,485,875,815	1,485,875,815

③ 標準収納率換算による影響イメージ

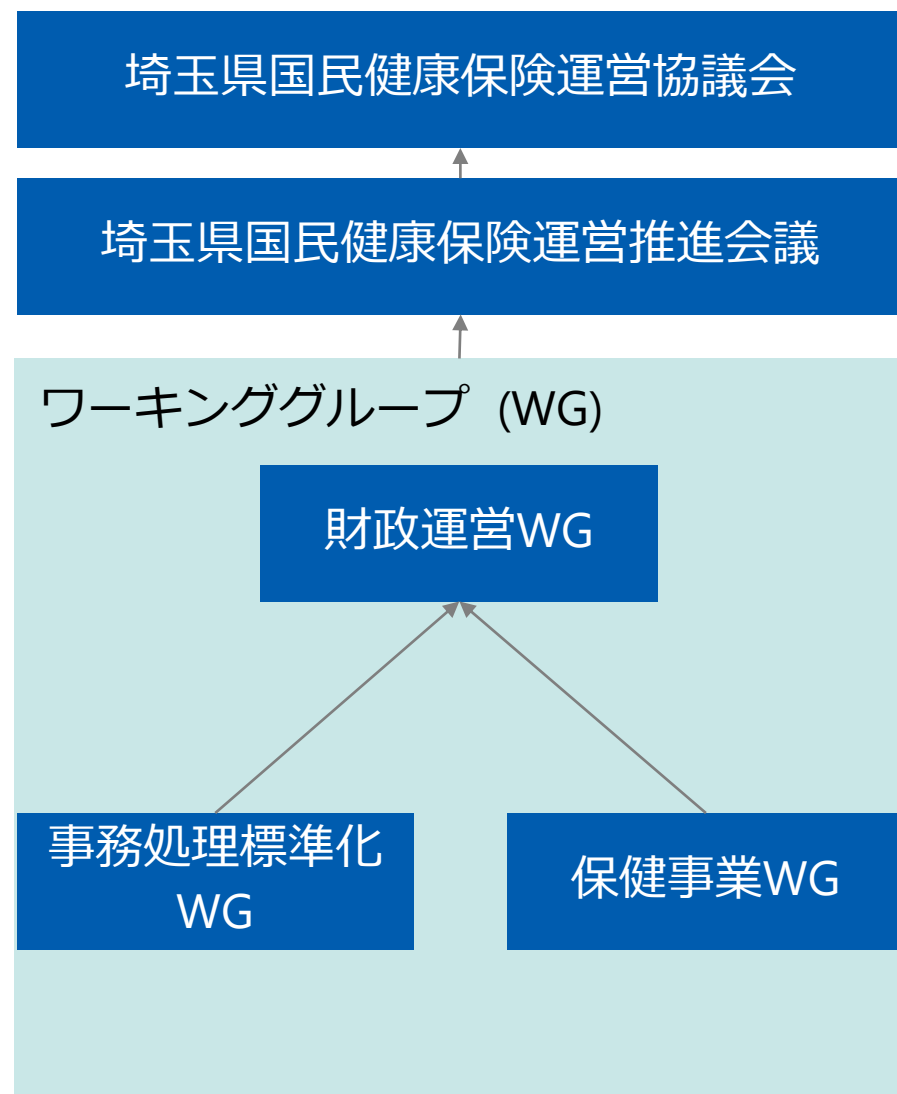
項目	標準	平均
標準	28,292,704,485	28,292,704,485
平均	26,001,842,385	26,001,842,385
差額	2,290,862,100	2,290,862,100

④ その他の影響

項目	標準	平均
標準	27,487,718,200	27,487,718,200
平均	26,001,842,385	26,001,842,385
差額	1,485,875,815	1,485,875,815

事例紹介④：推進体制（埼玉県）

推進体制図



詳細

- 適宜、決定事項を把握
- 市町村・国保連合会との協議の場であり、各WGの検討結果に基づいて意志決定
- α 設定方法や財源の算定方法等を検討
- 課長級職員で構成、他WGよりも高位
 - 全体工程表を策定し進捗を管理
 - 他WGにおいて意思決定が困難な事項について決定権限を持つ
- 事務処理標準化WG: 事務処理標準化、条例減免の統一について検討
- 保健事業WG: 統一する保険事業の内容等を検討

事例紹介⑤：ロードマップA（埼玉県）

関係WG	項目	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	...	R●●	
	運営方針	第2期運営方針 見直しの議論 ※目標年度の書きぶり			第3期運営方針 見直しの議論 ※目標年度の書きぶり			第4期運営方針 見直しの議論 ※目標年度の書きぶり		第●期運営方針	
	保険税水準の統一					納付金ベース統一		準統一	完全統一		
財政	医療費水準反映係数 q	1	0.67	0.33	0						
財政	地方単独事業減額調整分	市町村単位で算定（統一の対象外（例外）とする） ※保険税以外による財源確保（保険者努力支援制度等）を検討する。									
財政	審査支払手数料	市町村単位で算定				都道府県単位で算定					
財政	高額・特別高額	市町村単位で算定				都道府県単位で算定					
財政	特別調整交付金（県・重点配分）	市町村単位で算定				都道府県単位で算定					
財政	保険者努力支援制度（県分）	市町村単位で算定（再配分）				都道府県単位で算定（再配分はしない）					
財政	激変緩和措置（国・県）	経過措置として実施									
-	都道府県による地方単独事業分	該当なし（実施の予定はない）									
保健財政	保健事業	市町村単位で算定 統一して実施する保健事業等の内容、費用負担の在り方（一般会計or特会含む）などを検討 ※事業内容は保健中心、費用負担は財政にも諮りながら検討						都道府県単位で算定（納付金に含める） 納付金算定に反映しない（県2号繰入金で財源を交付又は保険者努力支援制度（事業費分）・特別調整交付金で実施） 納付金算定に反映しない（保険税以外の市町村独自財源で実施）			
財政	保養施設利用助成事業	市町村単位で算定 （実施の有無、財源に差がある）						納付金算定に反映しない （実施する場合は独自財源で実施、又は一般会計事業へ移行）			
財政	直診勘定繰出金	統一の対象外（例外）とする									
財政	出産育児諸費（法定繰入れを含む）	市町村単位で算定 （一部市町村で上乗せ給付あり）						都道府県単位で算定 （上乗せ分は独自財源で実施）			



事例紹介⑥：ロードマップB（埼玉県）

関係WG	項目	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	...	R●●	
財政	葬祭諸費	市町村単位で算定 (既に全市町村で内容は統一)						都道府県単位で算定			
財政	育児諸費	該当なし（保険税財源で実施している市町村はない）									
財政	その他保険給付費	該当なし（保険税財源で実施している市町村はない）									
財政 事務処理	条例減免（保険税・一部負担金）	市町村単位で算定 (財政負担にも配慮しながら統一して実施する減免の範囲を検討)						納付金算定に反映しない (統一基準どおりの減免は県2号繰入金により補填)			
保健 財政	特定健康診査等に要する費用（国・県からの負担金含む）	市町村単位で算定 <small>特定健診の健診項目や単価の統一化など、特定保健指導の実施方法（直営or委託）による調整などを検討</small>						都道府県単位で算定 (統一が実現した部分（健診項目、単価）) 納付金算定に反映しない (統一できなかった部分は、保険税以外で財源確保を検討)			
財政	予備費	市町村単位で算定						取扱いを統一 (活用実績も踏まえながら、支障がなければ計上しない)			
財政	財政安定化基金（償還分）	市町村単位で算定 (貸付を受けた市町村が全額償還)						標準保険税率どおりの税率で賦課し、標準的な収納率を達成したにも関わらず、収納不足が生じた（市町村の責めに帰さない）場合の対応等は改めて協議			
財政	財政安定化基金（拠出分）	都道府県単位で算定 (納付金と同様の配分割合で全市町村が拠出)									
財政	その他基金	市町村単位で算定						取扱いを統一 (原則保険税で積立はしないが、剰余金の積立は可)			
財政	保険者支援制度	市町村単位で算定 (実績を踏まえながら統一した額の見込み方を検討)						都道府県単位で算定			
財政	国・特別調整交付金（市町村分）	市町村単位で算定						納付金算定に反映しない（事業費相当分） ※インセンティブとしての交付分があれば引き続き市町村単位			
財政 保健 事務処理	特別交付金（県2号繰入金分）	市町村単位で算定（算定可能分のみ） 保健事業や減免の議論と併せてあり方を検討 (点数による評価（インセンティブ）を残すのか、事業費相当分のみとするのか、等)						納付金算定に反映しない又は 都道府県単位で算定を基本			
財政 保健 事務処理	保険者努力支援制度（市町村分）	市町村単位で算定						市町村単位で算定 (全ての市町村で同一水準を納付金の財源に充てる) 納付金算定に反映しない (同一水準を超える部分は市町村の独自事業に充てる、等)			



標準保険税率ベース（準統一）

事例紹介⑦：ロードマップC（埼玉県）

関係WG	項目	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	...	R●●	
財政	財政安定化支援事業繰入金	市町村単位で算定 (実績を踏まえながら統一した額の見込み方を検討)						都道府県単位で算定			
財政	決算補填等以外の目的の法定外繰入金	市町村単位で実施						取扱いを統一 (原則として、決算補填等目的の法定外繰入金と同様に令和9年度からは全市町村で実施することのないよう、地方単独事業の波及増分等の財源確保の在り方を検討していく)			
財政	賦課方式	市町村ごとに設定						2方式で統一			
財政	応能応益割合	市町村ごとに設定 ※応能割の比率が高い市町村が多いが、標準保険税率算定上は概ね53:47（市町村ごとに異なる） 世帯構成によっては保険税負担の増減が大きいため、必要に応じて段階的に応能応益割合を是正していく						標準保険税率で統一 ※R3は概ね53:47（市町村ごとに異なる）			
財政	賦課限度額	市町村ごとに設定 ※可能な限り早く政令同額（最低でも1期遅れ）となることを目指す。						政令同額で統一 (原則、専決処分対応)			
財政	オンライン資格確認等運営負担金	市町村単位で算定						県単位で算定			
財政	過年度の保険税収納見込み	市町村単位で算定 ※収納率格差に関するものと整理し、完全統一段階において都道府県単位の算定とする。						県単位で算定			
財政	収納率格差の反映	市町村ごとに反映						県全体で計算 (収納率により納付金を増減させる)			
事務処理 財政	短期証・資格証	県内統一の交付基準を検討 (制度の趣旨を損なわず、かつ全市町村で実施できるもの) ※大まかな方針は財政、細部は事務処理を想定						統一基準での交付			
財政 事務処理	保険税の納期の回数	市町村ごとに条例で設定（現在8～10回） ※6月納期に対応できるか、3月納期の必要性の検討（システム改修等への影響含む）						統一納期で徴収 [条例改正]			
保健	特定健診の集合契約	市町村意向調査を踏まえた特定健診の集合契約の検討		県医師会及び郡市医師会との調整 (単価：健診項目・受診券・質問票・診療情報提供等)				特定健診の集合契約の締結			
保健	集合契約以外の共同事業化	県内統一して実施する保健事業の内容の検討・実施 ※事業内容は保健中心・費用負担は財政にも諮りながら検討						統一して行う保健事業の実施			
財政	諸収入（延滞金等）	標準保険税率の算定には含めていない ※現年度分の収納率向上に伴い延滞金は減少するが、少なからず剰余金の要因となり得るため、賦課限度額引上げ時の剰余や基金の取扱いと併せて検討する。									

標準保険税率ベース
(準統一)

統一 完全

その他

※ 下線の項目は統一に向けて既に一定の合意を得ているもの。
 ※ 右側が「その他」の項目は保険税水準の統一にあたり必ずしも統一が条件ではないもの。（統一に向けた検討、調整は進めていくが、合意が得られない場合は統一しない。）
 ※ 記載項目以外でも新たに課題と考えられるものが生じれば、適宜追加していく。
 ※ 上記に関わらず調整ができた項目のみ前倒して統一していくことも考えられる。

事例紹介⑧：医療費適正化・収納率向上インセンティブ交付（北海道）

インセンティブ交付の方向性(案)

○インセンティブ交付について、引き続き「インセンティブ強化」を図りつつ、統一保険料達成に向け「公費共通化」へ段階的な振替を検討
 ○一方、医療費適正化・収納率向上に係るモラルハザードを防ぐ観点から、R12(2030)年度における統一保険料達成後においても、引き続きインセンティブ交付の継続を実施。また、当該インセンティブ継続分を納付金・市町村標準保険料算定対象外とした場合、被保険者負担増となることから、保険料財源としている市町村個別歳出へ充当し、被保険者負担の軽減を図ることを検討

項目	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6~8 (2024~2026)	R9~11 (2027~2029)	R12(2030)~	※原則全公費共通化			
努力支援制度交付金 (道分)c→d ※R3納付金ベース25億円 ※R4納付金ベース25億円	公費共通化(=3/5) インセンティブ交付※(=2/5)				公費共通化(=4/5) インセンティブ交付(=1/5)	公費共通化				
→都道府県分「指標①」に基づく上記割合で固定				★R6からのα=0・β北海道などによる納付金への影響を考慮し、R9以降、段階的に公費共通化						
都道府県繰入金_2号分 (α差額補填分) ※R3納付金ベース8億円 ※R4納付金ベース5億円 ※R6以降、α=0による見込額	H30~R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9		
100% (10億) → 80% (8億) → 50% (5億) → 20% (2億) インセンティブ交付					45% (9億) → 30% (6億) → 15% (3億) インセンティブ交付				公費共通化	公費共通化
公費共通化(計15億)					★公費共通化分についてはR6年度の増額(2億→9億)に備え、基金積立					
都道府県繰入金_2号分 (国指標交付分) ※R3納付金ベース14億円 ※R4納付金ベース14億円	インセンティブ交付 ・指標の点数×被保険者のシェアによる配分(50%) ・指標のみのシェアによる配分(50%)				インセンティブ交付		R9 R10~ 0% 0% インセンティブ交付	公費共通化	公費共通化	
					★共通化については、収納事務や医療費適正化事務の平準化への取組状況や公費共通化の影響を考慮し、引き続き検討					
努力支援制度交付金 (市町村分) ※R3納付金ベース21億円 ※R4納付金ベース22億円	インセンティブ交付				インセンティブ交付		★R12以降の継続と併せて、市町村個別歳出への充当		インセンティブ継続(100%)	

事例紹介⑨：県版データヘルス計画の策定（高知県）

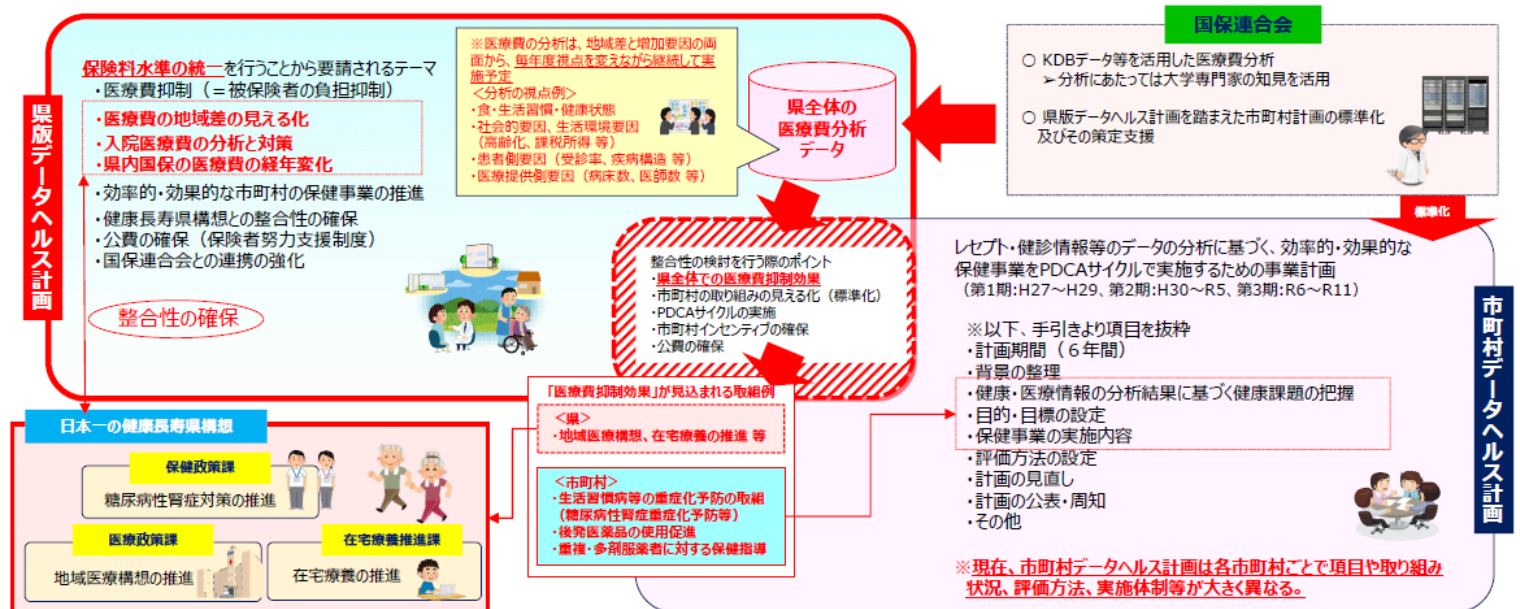
県全体の医療費構造や医療費の地域差についての分析を踏まえ、医療費適正化効果が見込まれる取組を県と市町村が協力して実施するための指針を策定（予定）。

医療費適正化に向けた県版データヘルス計画策定について



方向性

- 医療費適正化に向けて策定する「県版データヘルス計画」は、県全体の医療費分析に基づき、県と市町村が共通の目標をもち、市町村データヘルス計画と連携して保健事業を推進していく。また、県全体でデータに基づくPDCAサイクルに沿った、効果的・効率的な保健事業を実施することで、健康寿命の延伸による医療費抑制を目指す。
- 県版データヘルス計画と市町村データヘルス計画はその経過及び目的が異なることや、市町村毎で実施状況が異なるため、**県計画との整合性を求める対象範囲の設定については、市町村の実情を踏まえながら慎重に検討していく必要がある。**
 - ⇒ 令和6年度は、主に「**県全体の医療費の抑制効果が見込まれる取組**」や「**保険者努力支援制度の確保に繋がる取組**」の推進に関連する範囲に設定した上で、令和12年度の完全統一に向けて、各市町村の取組の実施状況、医療費分析の動向、国保連合会の体制強化等の進展を確認しながら段階的に拡大させていくこととしてはどうか。



【新】 県版データヘルス計画……令和12年度に県内国保の保険料水準の統一を行うことから、県全体の医療費適正化の推進のために任意で策定
 市町村データヘルス計画……被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するもの。「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」に基づくガイドライン※を参考に策定（県内34市町村策定済） ※法令に規定された事項を除き、地方自治法第245条の4第1項に基づき「経過措置」

事例紹介⑩：収納のモラルハザード対策(佐賀県)

- N-2年度～N年度の収納率が一定の割合を下回った市町村を対象に、N年度の当該割合に対する収納不足額について、N+2年度以降の納付金に加算し、統一保険料率よりも高い税率を設定。当該不足分について、納付金による県への返還終了後、再び統一保険料率に戻る。
- 収納不足市町村は統一保険料より保険料率を高く設定する必要が生じるため、収納率を一定割合維持しようというインセンティブが働き、モラルハザード対策となる。

算定イメージ（令和9年度から実施予定）

- N+1年度において、N-2年度からN年度の収納率が、一定の割合を下回っているか確認。
- 3年連続で収納率が一定の割合を下回った市町村がある場合、その一定割合に対する収納不足額を特定し、N+2年度の納付金算定において、以下のとおり算定。
 - ・ 保険料収納必要総額（B）の算定：収納不足市町村の不足額を全体の必要総額に加算
 - ・ 各市町村の納付金（d）の算定：収納不足市町村の納付金額に収納不足額分を加算
 - ・ 標準保険料率（e）の算定：収納不足市町村は納付金加算額分を徴収する必要があるため、統一保険料率よりも高い保険料率を設定

※ 一定の割合は県内の過去3ヶ年の平均収納率を基に県が定める。

※ N-2、N-1年度において納付金に対して不足する額について、県の剰余金や財政安定化基金（財政調整事業分）での補填を検討中。

※ 算定方法の詳細については検討中の部分もあるため、変更の可能性あり。

事例紹介⑪：統一後の市町村の剰余金の扱い（佐賀県）

- 保険料率の統一後に市町村に剰余金額が生じた場合に、翌々年度の納付金算定において調整することで統一保険料率を維持。国保運営方針にも記載。

翌々年度納付金算定における調整イメージ

- N年度の決算でA県B市において剰余金が発生
 - N+2年度の納付金算定において、以下の通り算定。
 - ・ 各市町村の納付金（d）の算定：B市の納付金額にN年度の剰余金額を加算
 - ・ 標準保険料率の算定に必要な保険料総額（e）の算定：B市はN年度の剰余金額を減算
- ※ 市町村剰余金の精算により生じる県剰余金の活用方法については市町村と協議して決定。
（県剰余金については翌々年度以降の県全体の納付金減算や財政調整事業への積立を検討）



佐賀県国保運営方針（抄）

第3 市町における保険税の標準的な算定方法に関する事項

3 標準的な保険税算定方式等

(11) 過年度国保事業費納付金の精算

令和9年度の国民健康保険の一本化後は、税収の完全相互扶助の実施にあたり、国保事業費納付金の精算を実施する。市町ごとの国保事業費納付金に係る精算額は、翌々年度の納付金に加算する。

事例紹介⑫：原則2次医療圏単位での納付金ベースの統一（長野県）

《改革方針》

R 9までの 取組事項	① 県平均以下の二次医療圏	② 県平均以上の二次医療圏
	医療費水準をR 9に二次医療圏に統一 (R 4～R 9：徐々に調整)	当面の間は各市町村の医療費水準を反映
R 9以降の 取組事項	医療費水準の格差是正の状況を踏まえ、県の統一を検討	

《理由》

小規模町村の保険者は、高額疾病の有無で、年度間の納付金の増減が大きく、市町村長は保険料設定に苦慮。
⇒二次医療圏の医療費指数の採用により、納付金が安定。

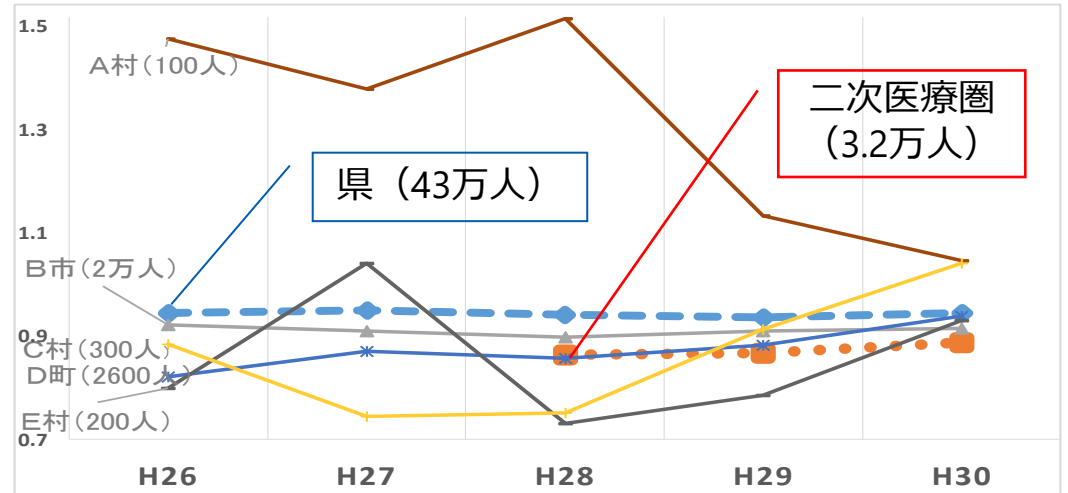
増加：40市町村（最大31千円/人）
減少：37市町村（最大△45千円/人）

医療サービスは二次医療圏でほぼ完結。医療費水準は二次医療圏で採用するのが妥当。被保険者の理解も可能と思料。

<未統一圏域の存在>

- ① 医療費水準の高い市町村の保健事業を強化（生活習慣病予防への積極的介入）。
- ② 小規模町村の納付金変動の激変緩和措置。
- ③ ①②を通じ、二次医療圏統一を第一目標に設定。

<年齢調整後の医療費指数の推移（南信州地域）>



<地域別の年齢調整後の医療費指数の状況（R 2）>

	① 県平均 0.9413							② 県平均以上		
広域 (%)	南信州 0.8728 (△7.3)	佐久 0.8969 (△4.7)	上伊那 0.9069 (△3.7)	木曾 0.9088 (△3.5)	北アルプス 0.9121 (△3.1)	北信 0.9176 (△2.5)	諏訪 0.9275 (△1.5)	長野 0.9582 (1.8)	上田 0.9637 (2.4)	松本 0.9963 (5.8)
広域最小 (%)	下條村 0.7177 (△23.8)	川上村 0.7685 (△18.4)	飯島町 0.8344 (△11.4)	王滝村 0.6613 (△29.7)	小谷村 0.7578 (△19.5)	栄村 0.8421 (△10.5)	富士見町 0.8113 (△13.8)	小布施町 0.8648 (△8.1)	長和町 0.9341 (△0.8)	朝日村 0.8378 (△11.0)
広域最大 (%)	平谷村 1.2327 (31.0)	北相木村 0.9387 (△0.3)	箕輪町 0.9159 (△2.7)	大桑村 0.9680 (2.8)	大町市 0.9682 (2.9)	飯山市 0.9771 (3.8)	諏訪市 0.9550 (1.5)	小川村 1.1500 (22.2)	青木村 0.9883 (5.0)	生坂村 1.1107 (18.0)

事例紹介⑬：資産割の廃止（長野県）

《改革方針》

資産割はR 9までに廃止（各市町村の準備が整い次第）

《理由》

- 資産割は、生活資産（住宅・宅地）中心に賦課され、農地等生産資産の割合は低下。年金所得者等の応益割保険料軽減制度も無く、負担感。
- 金融資産、他市町村所在農地等は無課税なので、不公平税制との声。
- 全国的にも、本県においても資産割は廃止の傾向。

《課題への対応》

<資産割廃止の減収分は、被保険者が広く負担する必要有り。>

県内市町村では、14,000円／1世帯が最大。資産割を応益割に転嫁すれば年金268万円以下世帯で、4,200円～11,200円への負担軽減（公費負担有り）

<長野県の賦課方式別保険者の状況（医療分）>

	H29		H30		R2	
4方式	74	95.1%	59	76.6%	46	59.7%
3方式	3	3.9%	18	23.4%	31	40.3%

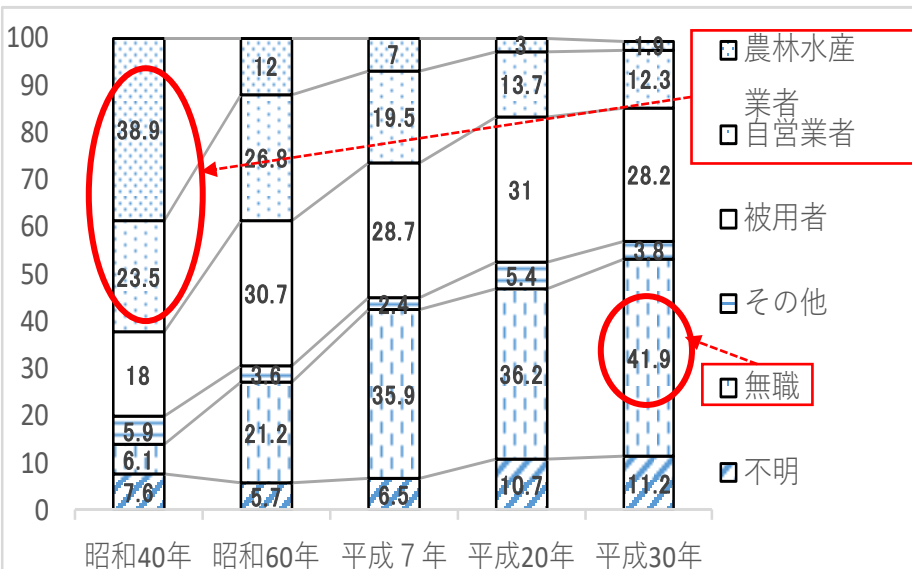
<全国の賦課方式別保険者の状況（医療分）>

	H20		H29		H30	
4方式	1,263	74.3%	1,012	59.0%	664	38.7%
3方式	387	22.7%	625	36.5%	949	55.4%
2方式	51	3.0%	77	4.5%	101	5.9%

※不均一賦課保険者を除く

<資産割率が多い保険者の状況（H30医療分）>

	麻績村	上松町	栄村	筑北村	生坂村
資産割率（%）	50.0	45.0	41.3	41.0	39.0
一世帯当たり額（円）	14,317	13,264	12,585	12,776	10,563

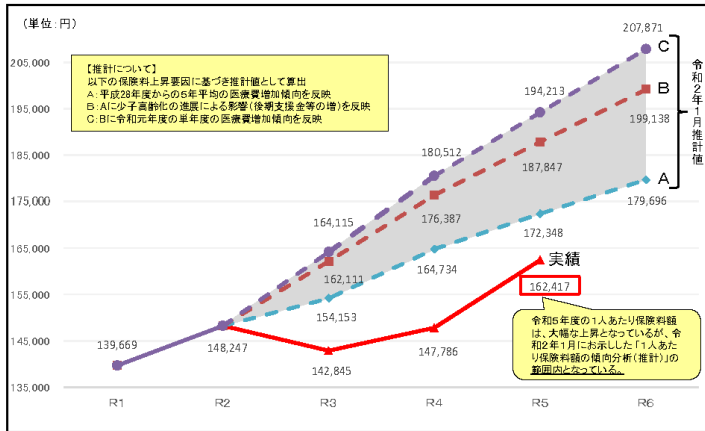


事例紹介⑭：完全統一後の財政調整事業の導入

統一後の保険料の抑制・標準化のための財政調整事業の枠組みを構築

国民健康保険特別会計における財政調整事業について（健康医療部） 資料7-2

【大阪府1人あたり保険料額の傾向分析(推計)※令和2年1月作成】



②財源配分等の見直しによる保険料抑制財源の確保

府と市町村の国保特会の財源配分等の見直しについては、下記のとおり行うこととし、毎年度の財源規模等については、広域化調整会議等における協議を踏まえ決定する。

【見直し対象財源】

財源	内容
①府2号繰入金(府1号振替分)	金額を府1号繰入金に替替え、統一保険料の抑制財源として活用(令和7年度以降については、保健事業の在り方検討の結果を踏まえて整理)。
②保険者努力支援制度交付金(市町村分)	各市町村の交付額の一定割合を保険料抑制財源として活用。一定割合については、毎年度の保険料算定状況を踏まえ、広域化調整会議における協議を踏まえ決定。
③前期高齢者交付金	前期高齢者交付金の交付額の平準化を図るため、同交付金に係る精算額を前3か年平均額により調整。
④保険者努力支援制度交付金(都道府県分)	同交付金の交付額全額を府内統一保険料の抑制財源として活用(従前どおり)。
⑤保険者努力支援制度交付金(事業費連動分)	府国保特会の調整財源として一旦留保した上で、翌年度の剰余金活用検討の中で整理(従前どおり)。
⑥過年度保険料収納額	毎年度の事業費納付金算定において、一定割合を府内統一保険料の全体抑制に活用(従前どおり)。

③府国保特会の剰余金による保険料抑制及び府財政安定化基金の財政調整機能の活用による平準化

府国民健康保険特別会計において生じた剰余金については、次年度の府内統一保険料の抑制財源としての活用のほか、府財政安定化基金に積み立てた上で、後年度以降の保険料抑制財源として活用することにより、府内統一保険料の抑制・平準化を図る。

※保険料抑制財源の活用や基金への積立は、広域化調整会議における協議を踏まえ決定。

【財政調整事業について】

(1)財政調整事業の目的について

府内統一保険料の抑制・平準化のための財政調整事業の枠組みを構築し、被保険者の負担軽減及び令和6年度の保険料完全統一後の国民健康保険の安定的な財政運営の確保を図る。

(2)財政調整事業の具体的取組内容について

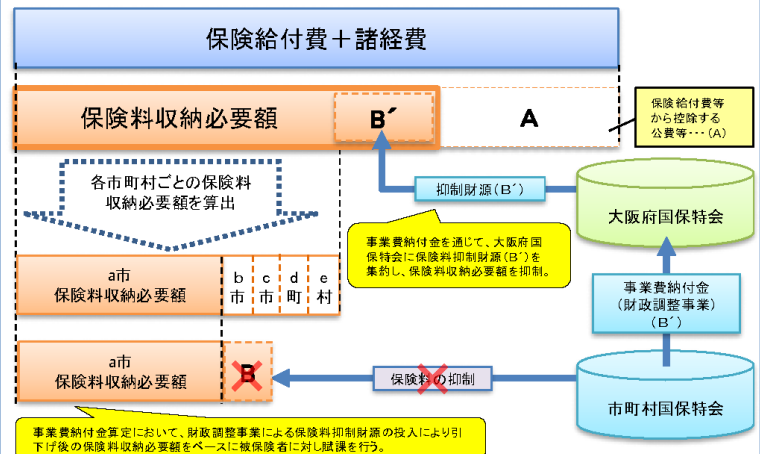
①事業費納付金を通じた保険料抑制

公平性の観点から、被保険者1人あたり保険料抑制額を定め、当該抑制額に各市町村の被保険者数を乗じた額を事業費納付金の一部として府に納付するスキームにより、統一保険料の抑制を図る。

【令和6～8年度の具体的取組内容】

項目	内容
1人あたり保険料抑制額	「1人あたり普通調整交付金」の保険給付費等に占める割合を基に、直近3ヶ年(令和3～5年度)平均値と最低値の差を根拠として、「1人あたり額(2,041円)」を算出。
令和6～8年度の具体的納付方法	全市町村が納付可能であることを前提として、全市町村へのアンケート結果等を踏まえ、令和6～8年度の3か年において、以下のとおり保険料抑制を図る。 【R6:681円/人 R7:680円/人 R8:680円/人】

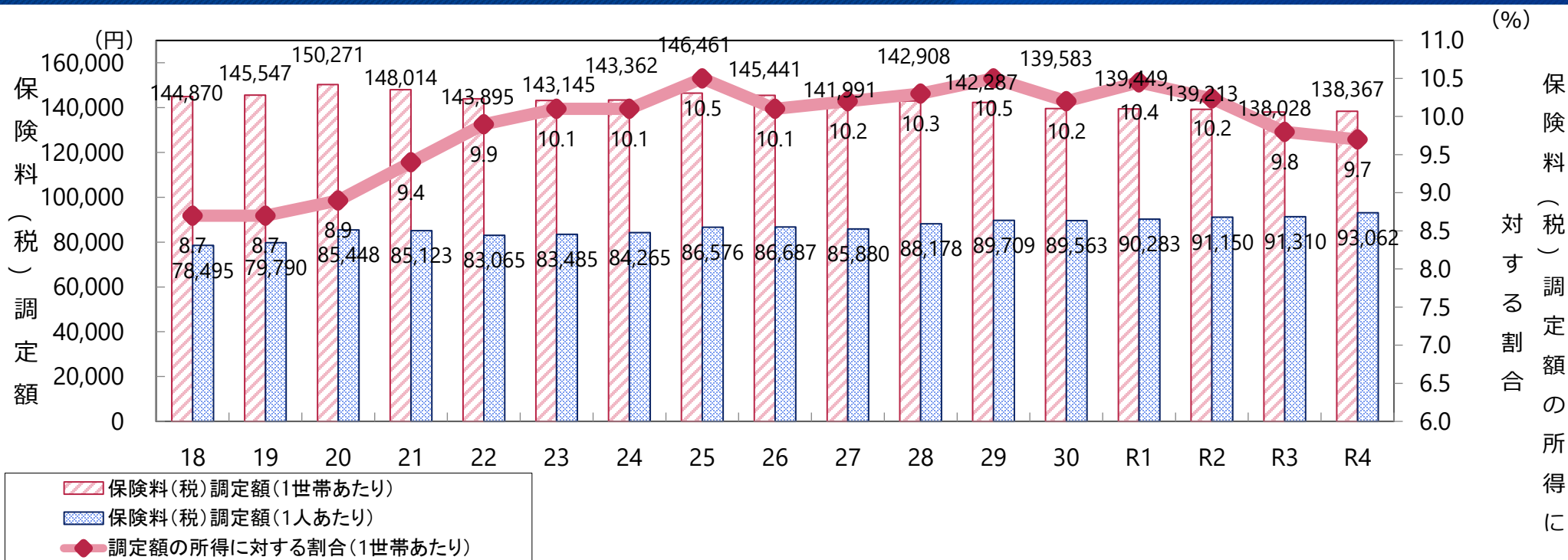
【財政調整事業のスキーム図】



国保運営方針に基づく取組

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

国民健康保険料（税）の負担の変化

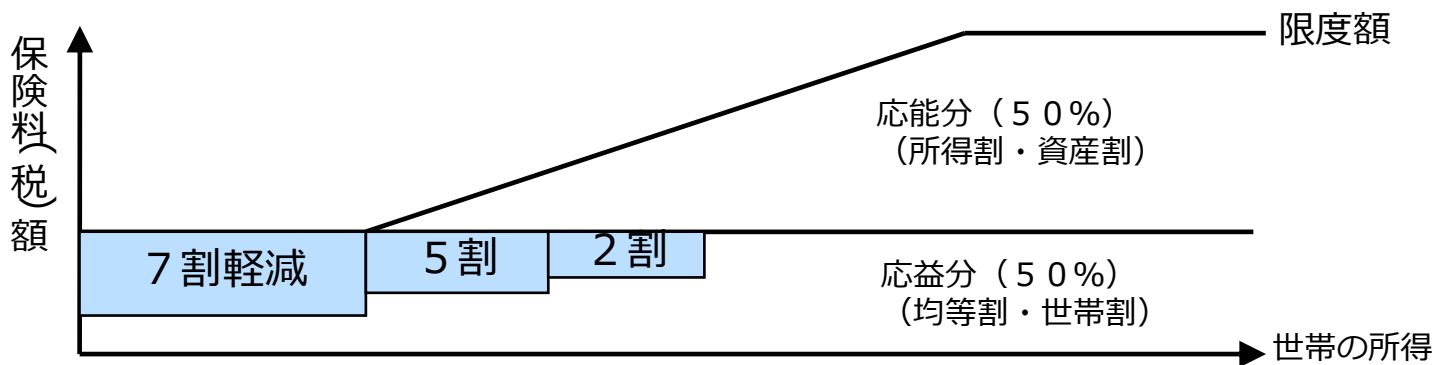


	平均所得 (令和3年)		保険料(税)調定額 (令和4年度)		保険料(税)調定額の所得に対する割合
	1世帯当たり①	1人当たり	1世帯当たり③	1人当たり	
全世帯	1,425千円	959千円	138,367円	93,062円	9.7%
2割軽減世帯	1,033千円	607千円	123,642円	72,589円	12.0%
5割軽減世帯	641千円	378千円	65,003円	38,376円	10.1%
7割軽減世帯	108千円	85千円	22,050円	17,297円	20.4%

(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。

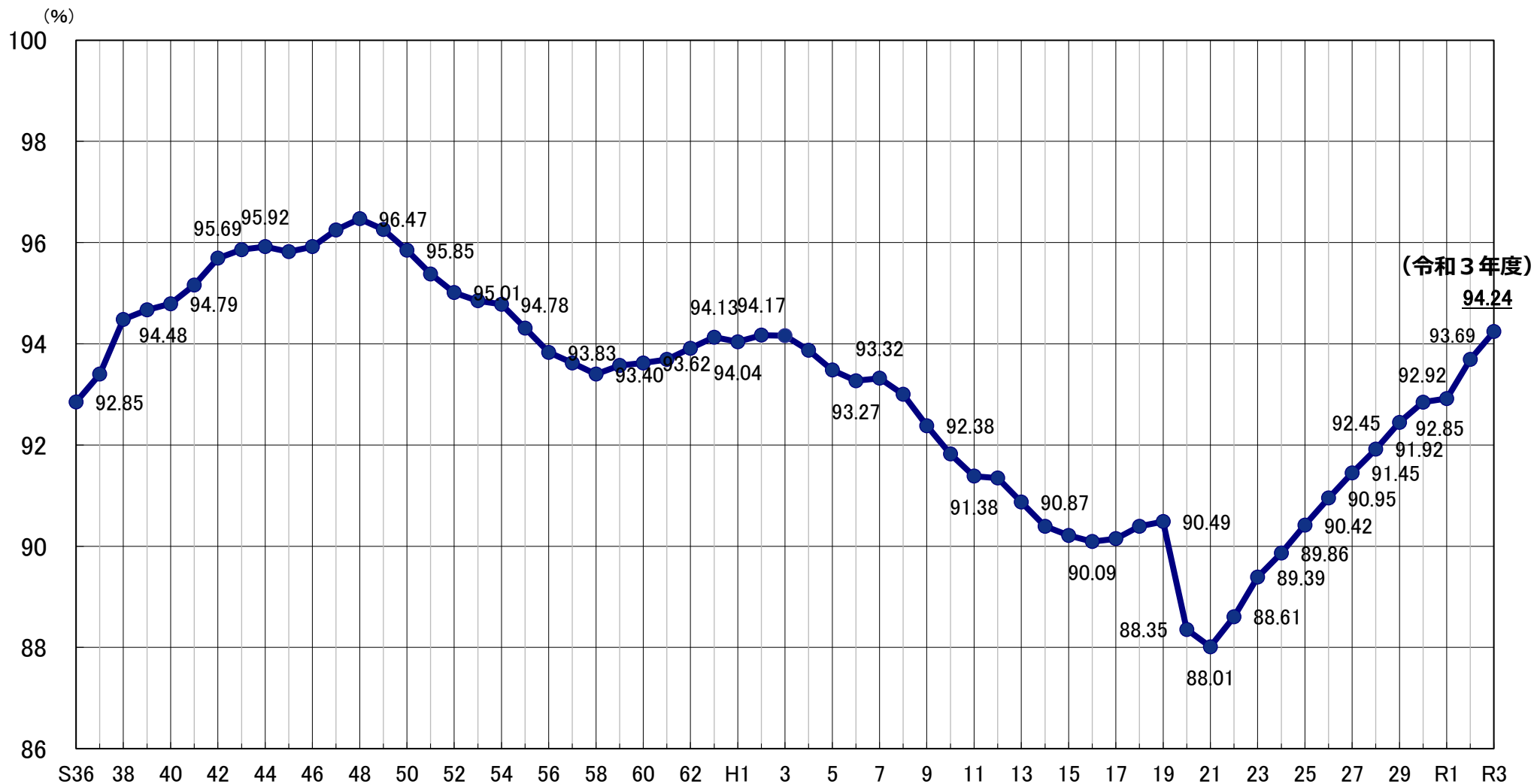


(参考)
 被保険者1人あたり平均均等割額
 35,912円
 ※介護納付金分を含まない。
 ※算定額ベースの金額であり、軽減額等を差し引く前のもの。
 ※出典：令和2年度国民健康保険事業年報

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

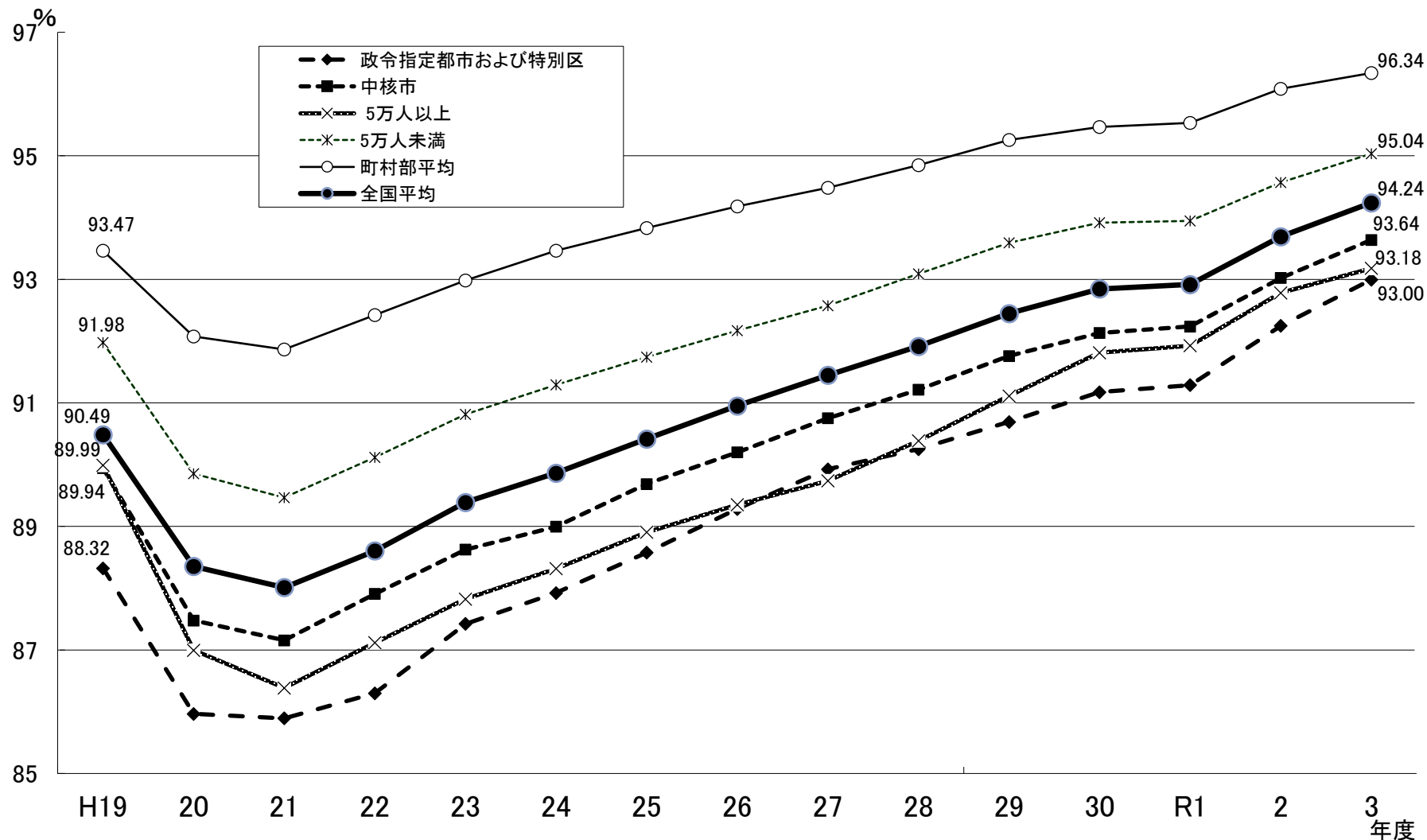
保険料（税）収納率の経年変化



(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	1,224	71.3 %

(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）	303	17.7 %
②収納対策研修の実施	1,074	62.6 %
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	126	7.3 %

(3) 徴収方法改善等の実施状況

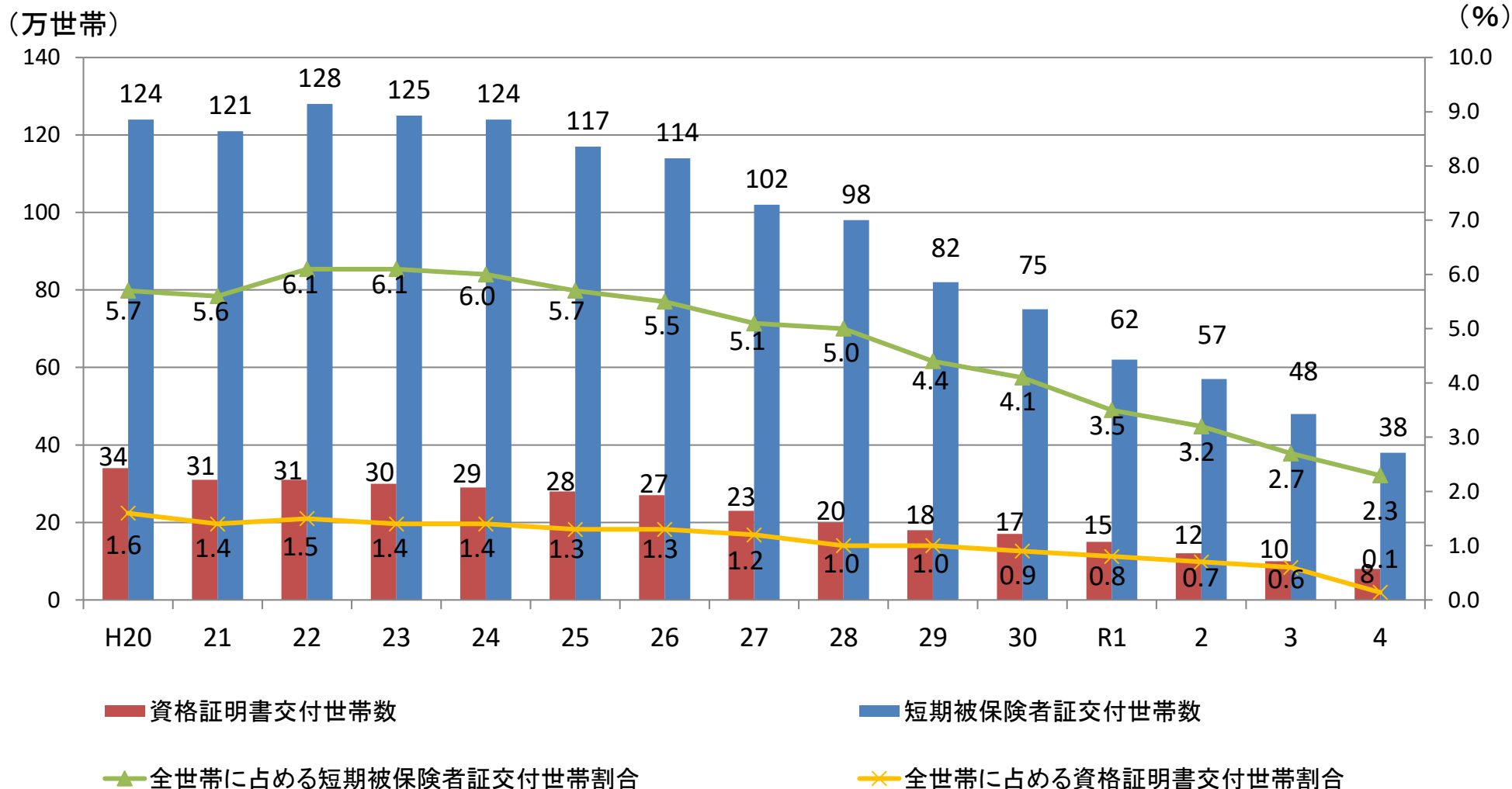
	保険者数	全保険者に占める割合
①口座振替の原則化	324	18.9 %
②マルチペイメントネットワークシステムを利用した口座振替の推進	344	20.0 %
③多重債務相談の実施	670	39.0 %

(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	1,623	94.6 %
②差押えの実施	1,599	93.2 %
	差押世帯数計（令和3年度） 287,840 件	
	差押金額計（令和3年度） 649.5 億円	
③捜索の実施	904	52.7 %
④インターネット公売の活用	731	42.6 %

（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

国保運営方針に基づく取組

1. 総論
2. 赤字解消・削減
3. 保険料水準の統一
4. 保険料の徴収の適正な実施
5. 保険給付の適正な実施
6. 医療費適正化
7. 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わなければならないもの。

(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。

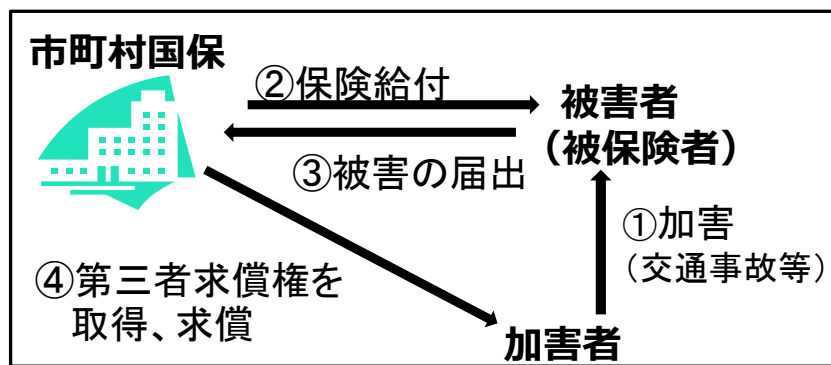
2 前項の場合において、保険給付を受けるべき者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、市町村及び組合は、その価額の限度において、保険給付を行う責を免れる。

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 of 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
都道府県・市町村・広域連合・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>	厚労省に報告 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)	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	
損保団体・損保会社等	<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>	取組状況報告	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	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 	指標発出/調査実施 保険者努力支援制度指標の検討 保険者向け調査準備	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

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

依頼・相談の手順

【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

国保運営方針に基づく取組

1. 総論
2. 赤字解消・削減
3. 保険料水準の統一
4. 保険料の徴収の適正な実施
5. 保険給付の適正な実施
6. 医療費適正化
7. 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3期医療費適正化計画（2018～2023年度）の目標と進捗状況（全国）

○第3期の目標と適正化効果額

目標		数値目標	適正化効果額
健康の保持の推進	特定健診・保健指導	特定健診70%、特定保健指導45% メタボ該当者等▲25%（2008年度比）	約200億円
	生活習慣病の重症化予防	—	約1,000億円 （地域差半減の場合）
	たばこ対策	—	—
	予防接種	—	—
	その他の予防・健康づくりの推進 （例：普及啓発、個人インセンティブ、健診・検診）	—	—
医療の効率的な提供	後発医薬品の使用割合	80%	約4,000億円
	重複投薬・多剤投与の適正化	—	約600億円 （半減の場合）
合計			約6,000億円

○第3期の進捗状況

目標	実績						数値目標	
	2008	2014	2018	2019	2020	2021	2023	※適正化効果なし
医療費の見込み	34.8兆円	40.8兆円 （推計の足下）	43.4兆円	44.4兆円	43.0兆円	45.0兆円	49.7兆円	50.2兆円
	外来	21.2兆円	24.7兆円	26.0兆円	26.7兆円	25.9兆円	27.4兆円	29.9兆円
	入院	13.6兆円	16.1兆円	17.3兆円	17.7兆円	17.1兆円	17.6兆円	-
健康の保持の推進	特定健診の実施率	38.9%	-	54.7%	55.6%	53.4%	56.5%	70%
	特定保健指導の実施率	7.7%	-	23.2%	23.2%	23.0%	24.6%	45%
	メタボ該当者等の減少率	基準年	-	▲13.7%	▲13.5%	▲10.9%	▲13.8%	▲25%
医療の効率的な提供	後発医薬品の使用割合	-	-	75.1%	77.9%	79.6%	79.6%	80%

第3期医療費適正化計画の進捗状況の調査・分析①

1. 国民の健康の保持の推進に関する目標の達成状況

特定健康診査（全国の進捗状況は別紙）

- ・ 特定健康診査の実施状況については令和3年度実績で、対象者53,801,976人に対し受診者は30,389,789人であり、実施率は56.5%となっている。
- ・ 都道府県別に見ると、山形県・東京都・富山県・宮城県・新潟県・長野県・山梨県・滋賀県・石川県では実施率が60%を超えている。一方、50%を下回る都道府県もあり、都道府県ごとに差が見られる。
- ・ 第3期計画期間においては、実績は全国的に増加傾向にある。
- ・ 特に実績が高い県に共通している取組としては、保険者協議会と連携し各保険者の特定健康診査従事者向け研修会や、啓発用ポスターによる普及啓発を行っていることが挙げられる。他方、それ以外の多くの都道府県で受診率が低い働き盛り世代の国保被保険者・被用者保険の被扶養者等への普及啓発の方法を課題としている。
- ・ 一部の県では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大期の令和2年度に実施率が大きく減少していることに留意が必要である。

特定保健指導（全国の進捗状況は別紙）

- ・ 特定保健指導の実施状況については令和3年度実績で、対象者5,262,265人に対し終了者は1,294,289人であり、実施率は24.6%となっている。
- ・ 都道府県別に見ると、熊本県・徳島県・香川県では実施率が35%以上となっている一方、20%を下回る都道府県もあり、都道府県ごとに差が見られる。
- ・ 第3期計画期間においては、実績は概ね増加傾向にある。
- ・ 特に実績が高い県に共通している取組として保険者協議会との情報共有・連携や普及啓発に向けた積極的な取組が挙げられる。他方、それ以外の多くの都道府県で保険者・関係機関との連携や従事者の人材育成を課題としている。
- ・ 一部の県では、新型コロナウイルス感染拡大期の令和2年度に実施率が大きく減少していることに留意が必要である。

第3期医療費適正化計画の進捗状況の調査・分析①

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（全国の進捗状況は別紙）

- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（2008年度比）については、令和3年度実績で、13.8%の減少となっている。
- 都道府県別に見ると、沖縄県・徳島県・長崎県・富山県では減少率が20%以上となっている一方、10%を下回る都道府県もあり、都道府県ごとに差が見られる。
- 第3期計画期間においては、実績は横ばいである。
- 特に実績が高い県に共通している取組として、生活習慣の改善・定着を目的とした、幅広い層に受け入れられるアプリや動画等の広報媒体の活用が挙げられる。他方、それ以外の多くの都道府県で効果的なICT活用や働き盛り世代への情報発信を課題としている。
- 一部の県では、新型コロナウイルス感染拡大期の令和2年度に減少率が悪化していることに留意が必要である。

たばこ対策

- 各都道府県においては、たばこ対策の取組として関係者と連携した受動喫煙防止対策の推進等啓発や禁煙指導を行っている。引き続き職場や家庭での望まない受動喫煙防止対策など一層の取組が必要との課題を認識している。

予防接種

- 各都道府県においては、予防接種に関する正しい知識の普及啓発や、接種体制の整備を行っている。また、ワクチンの種類や接種対象者の属性に応じたきめ細かな取組もなされている。

生活習慣病等の重症化予防の推進

- 各都道府県においては、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定や地域関係者との連携等により取組を推進している。一方で、医療機関間連携や多職種連携による重症化予防などの取組の一層の推進が必要との課題を認識している。

その他予防・健康づくりの推進

- 各都道府県において、がん検診受診率の向上に向けた普及啓発や受診勧奨等の事例研修会の開催、運動・食事習慣の改善に向けた情報発信やICT活用等の取組を行っているほか、一部都道府県では、こころの健康対策や飲酒対策などの取組もなされており、各都道府県において、多様な健康課題への一層の取組が必要との課題を認識している。

第3期医療費適正化計画の進捗状況の調査・分析②

2. 医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成状況

後発医薬品の使用促進（全国の進捗状況は別紙）

- 後発医薬品の使用割合を都道府県別に見ると、多くの都道府県で80%以上を達成している。
- 都道府県によって引用しているデータが異なるので一概に比較はできないことに留意が必要だが、使用割合が80%に達していない都道府県であっても、70%は超えており、全国的に使用促進が進んでいる。
- 第3期計画期間においては上昇傾向にある。
- 実績の高い都道府県では、後発医薬品の使用に関する関係者協議会の開催、様々な機会をとらえた後発医薬品の普及啓発に向けた情報発信やジェネリック医薬品工場の見学会などの取組がなされている。他方、その他の都道府県では、患者、医療関係者への正しい知識の普及など、後発医薬品の使用促進のための有効な取組の検討が課題と考えている。
- 後発医薬品を含む医薬品の供給状況の影響については留意が必要である。

医薬品の適正使用の推進

- 各都道府県においては、医薬品の適正使用に関する普及啓発やかかりつけ薬剤師・薬局の定着に関する取組を行っている。他方、多くの都道府県では服薬情報の一元的・継続的管理に課題を認識しており、電子処方箋の活用等を含めた一層の取組が必要と課題認識している。

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、フォーミュラリ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. 赤字解消・削減
3. 保険料水準の統一
4. 保険料の徴収の適正な実施
5. 保険給付の適正な実施
6. 医療費適正化
7. 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

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歳以上の被保険者を有する世帯(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。

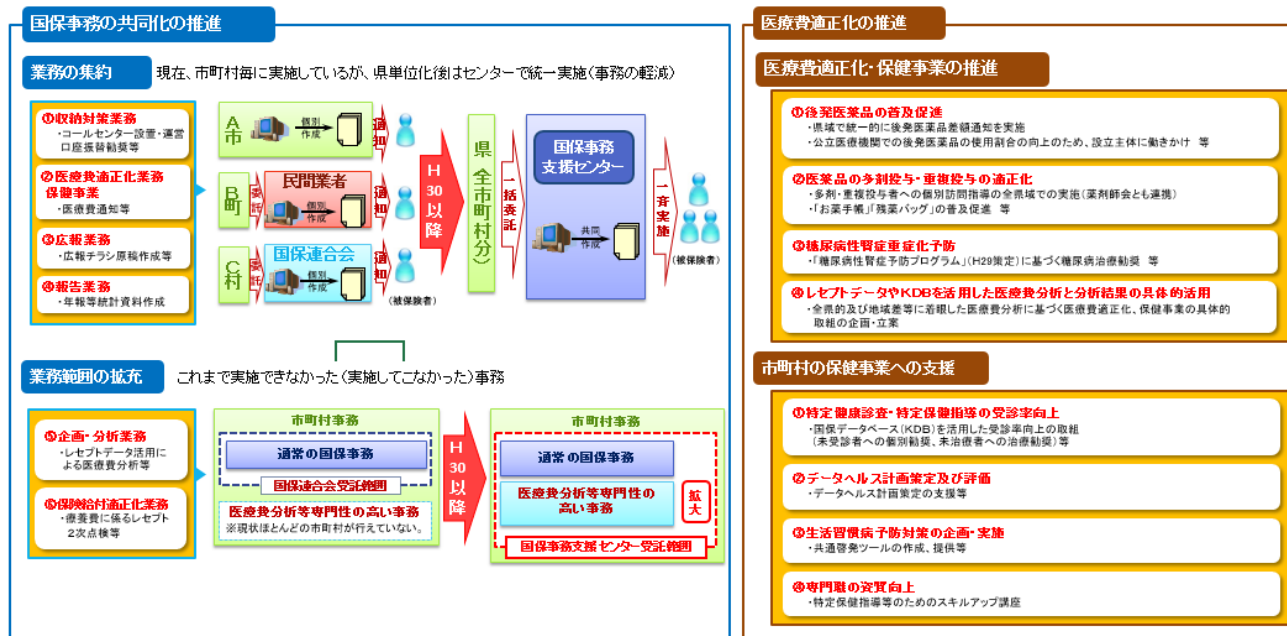
保険者業務の共同実施（奈良県）

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。

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. ポリファーマシー対策

全世代対応型の社会保障制度改革（抄）

○令和5年健保法等改正：2月7日国会提出、5月12日成立、19日公布（施行通知）

○国民健康保険団体連合会：

業務運営の基本理念に、レセプトの分析等を通じた医療費適正化等に努めることを追加。医療費適正化に資する情報の収集、整理・分析、結果の活用促進に関する業務ができることを追加。

※ 支払基金法も同じ改正

国民健康保険制度における保健事業について

保険者における予防・健康づくりの取組やデータヘルスの取組が円滑に進むよう支援するために、厚生労働省保険局国民健康保険課では、**データヘルス計画策定の手引きや保健事業に係る各種実態調査等の結果、保険者における保健事業の取組事例などの参考となる資料を掲載**しています。ぜひご活用ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/hokenjigyuu/index_00011.html



データヘルス計画

- データヘルス計画策定の手引き
- PDCAサイクルに沿った保健事業等の取組事例の調査分析事業
- データヘルス計画に基づく保健事業の実態調査等事業
- 令和3年度データヘルス計画に基づく保健事業の実態調査等事業 など

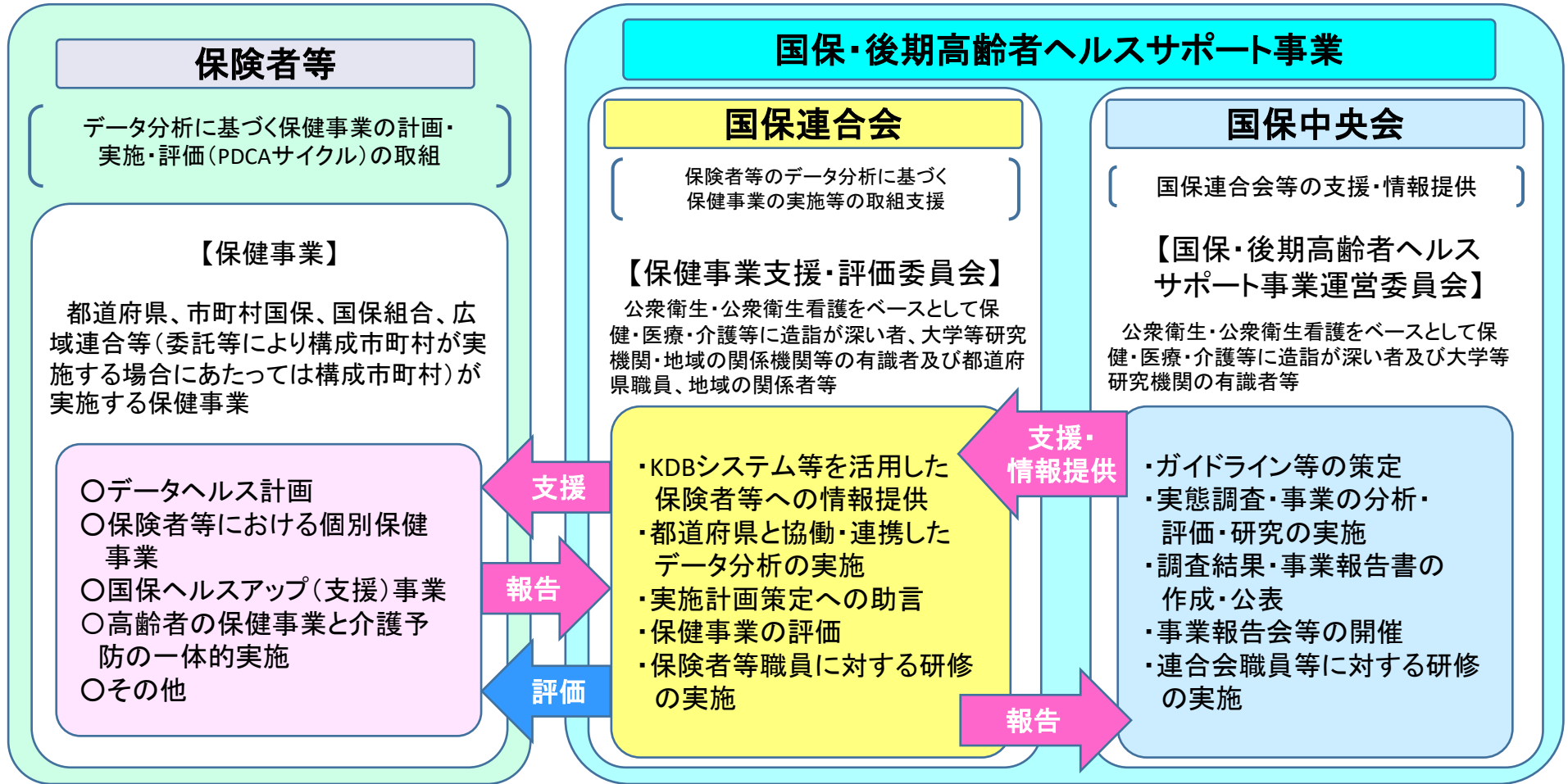
糖尿病性腎症重症化予防プログラム

- 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について
- 糖尿病性腎症重症化予防の推進に向けた広報事業
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業 など

保健事業の取組事例

- 国保ヘルスアップ（支援）事業先進的モデル事業
- PDCAサイクルに沿った保健事業等の取組事例の調査分析事業
- データヘルス計画に基づく保健事業の実態調査等事業 取組事例
- 国民健康保険における予防・健康づくりに関する調査分析事業 取組事例 など

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及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の一部については、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。

KDB Expanderの活用及び保健事業に関する共同事業による伴走支援

北海道における状況・課題

- 市町村数が多い（179市町村）
- 市町村におけるマンパワー不足（専門職及び事務職）

国保・後期・協会けんぽの
健診・レセプトデータ

解決策

介護のレセプトデータ

KDB Expander

（道民の7割、全道医療費の8割、10年分のデータ蓄積）

【健康・医療情報の効果的な活用】

* グラフや対象者リストで見える化したデータを施策・事業に活用できる仕組み

- データヘルス計画策定・PDCA管理支援
・・・必要なデータセットの提供
- 地域診断の実施・健康課題の明確化支援
・・・健康・医療データ分析結果に基づく資料の提供
- 個別保健事業支援
・・・重症化予防対象者抽出及び一覧表の提供
- 保健指導支援
・・・個人単位（国保）の健康レポートの提供

市町村と一体となって利便性を高める

保健事業に関する共同事業（委託市町村への支援）

【民間事業者を活用（主体は国保連合会）】

- 個別保健事業支援
特定健診未受診者対策、特定保健指導未利用者対策、
生活習慣病発症予防・重症化予防対策 等

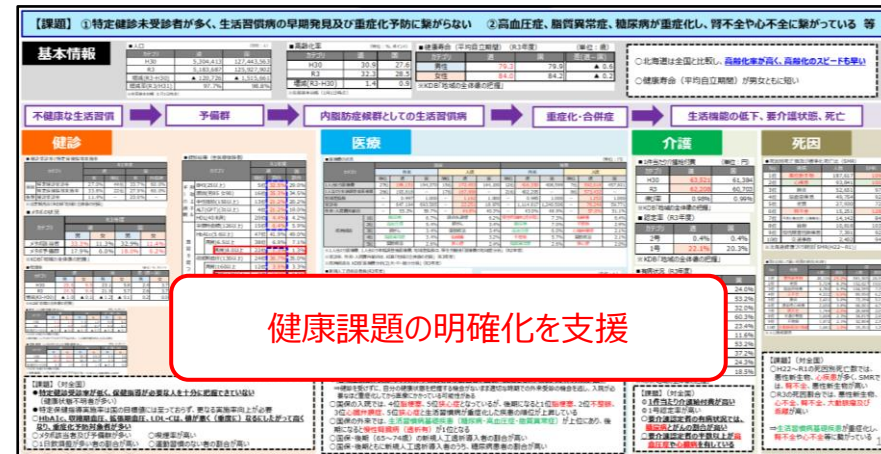
※ KDB Expanderによるデータ提供があっても、マンパワー不足により保健事業の実施に苦慮する市町村に対し、共同事業で伴走支援。

<生活習慣病の流れ>



データ分析（例）

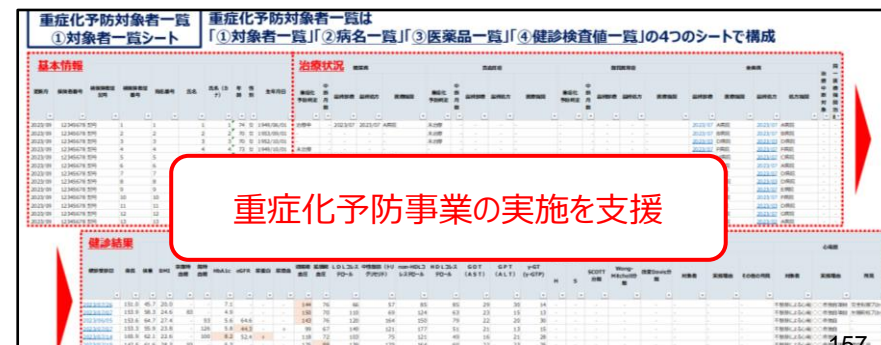
- 「生活習慣病の流れ」に応じた地域診断の実施・健康課題の明確化



連動した伴走支援

データ提供（例）

- 個別保健事業に必要なデータ(重症化予防対象者リスト)の提供



(課題番号：22FA1010)

国民健康保険保険者努力支援制度の事業評価スコアと健康寿命の関連

目的

国民健康保険保険者努力支援制度の評価の各項目スコアと健康寿命との関連を明らかにすること。

対象者

健康寿命の算定の誤差が大きくなる人口1万2千人未満(2020年)の市区町村を除く1154自治体を分析

方法

市区町村の事業評価スコアを説明変数、健康寿命(※)を目的変数、人口密度の対数・財政力指数を調整変数とし、重回帰分析を実施した。

(※)健康日本21の「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」の考え方にに基づき、要介護2以上を不健康な期間とする「日常生活動作が自立している期間」を用いて、男女別に、65歳時の健康な期間の平均を算出。

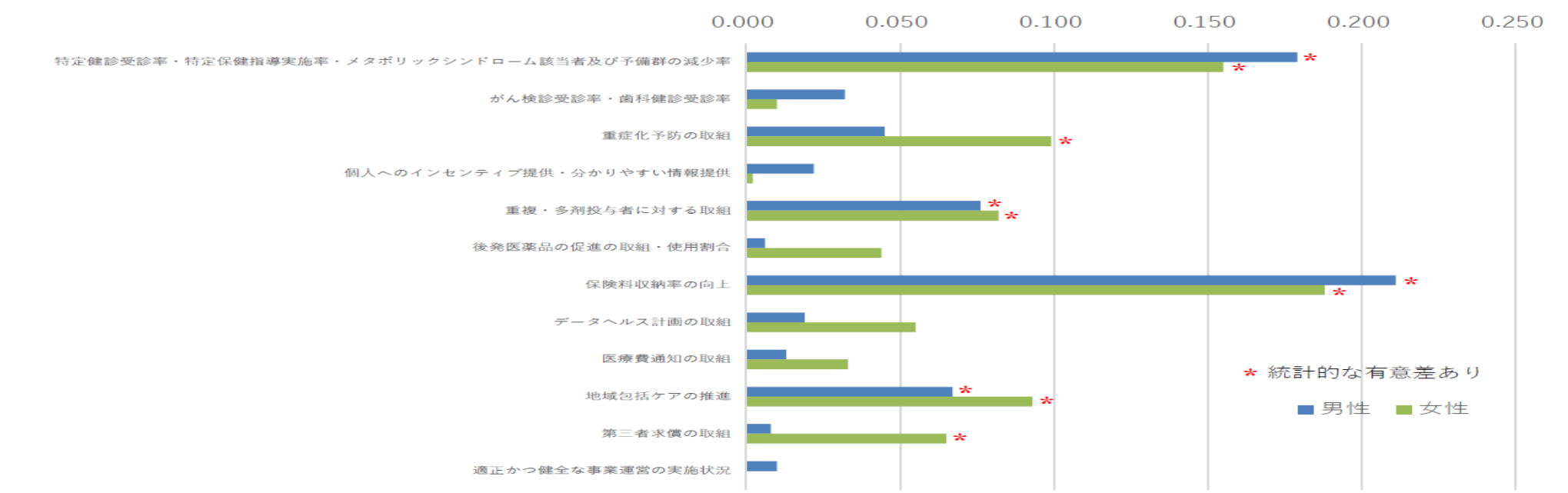
結果

男女ともに、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(男性: $\beta=0.179$, $p<0.001$, 女性: $\beta=0.155$, $p<0.001$), 重複・多剤投与者に対する取組(男性: $\beta=0.076$, $p=0.009$, 女性: $\beta=0.082$, $p=0.005$), 保険料収納率の向上(男性: $\beta=0.211$, $p<0.001$, 女性: $\beta=0.188$, $p<0.001$), 地域包括ケアの推進(男性: $\beta=0.067$, $p=0.023$, 女性: $\beta=0.093$, $p=0.002$)の事業評価スコアが高いほど、健康寿命が有意に長い傾向がみられた。

結論

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、重症化予防の取組、重複・多剤投与者に対する取組、保険料収納率の向上、地域包括ケアの推進、第三者求償の取組の事業評価スコアは、健康寿命と正の関連がみられた。今後、縦断データや個人データでの因果効果の検証が待たれる。上記のような取組の事業評価が高いほど健康寿命の延伸に寄与する可能性が示唆された。

図. 国民健康保険 保険者努力支援制度の事業評価スコアと健康寿命の関連(重回帰分析 標準化係数 β)



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

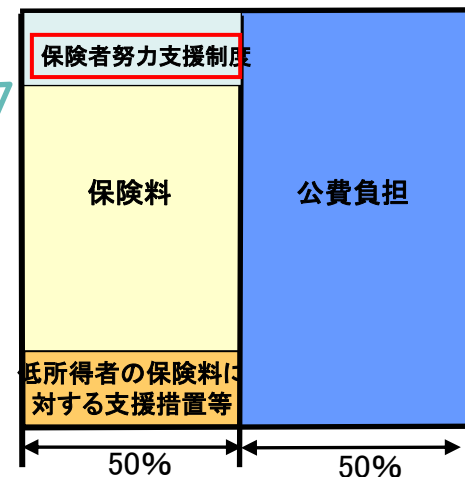
□市町村分 <500億円程度>

（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 <500億円程度>

（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6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（R6'）：（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6年度の保険者努力支援制度 取組評価分

市町村分（500億円程度）

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

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（500億円程度）

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
- (保険者協議会、データ分析、重症化予防、重複・多剤投与者への取組 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6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、重複・頻回受診者等に対する対策、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重複・頻回受診者等に対する対策 | : 重複・頻回受診者に対する保健指導、重複・多剤服薬者に対する保健指導 |
| 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6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

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、関係団体等と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6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
- b)健康相談
- c)歯科にかかる保健事業
- d)地域包括ケアの視点を踏まえた保健事業
- e)保険者独自の取組

② 生活習慣病予防対策

- f)特定健診未受診者対策
- g)特定保健指導未利用者対策
- h)40歳未満早期介入保健指導事業
- i)特定健診継続受診対策等
- j)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

- k)生活習慣病等重症化予防
- l)糖尿病性腎症重症化予防
- m)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 重複・頻回受診者等に対する対策

- n)重複・頻回受診者に対する保健指導
- o)重複・多剤服薬者に対する保健指導

⑤ PHRの利活用を推進する取組

- p)PHRを利活用した保健事業

令和6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のn)またはo)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

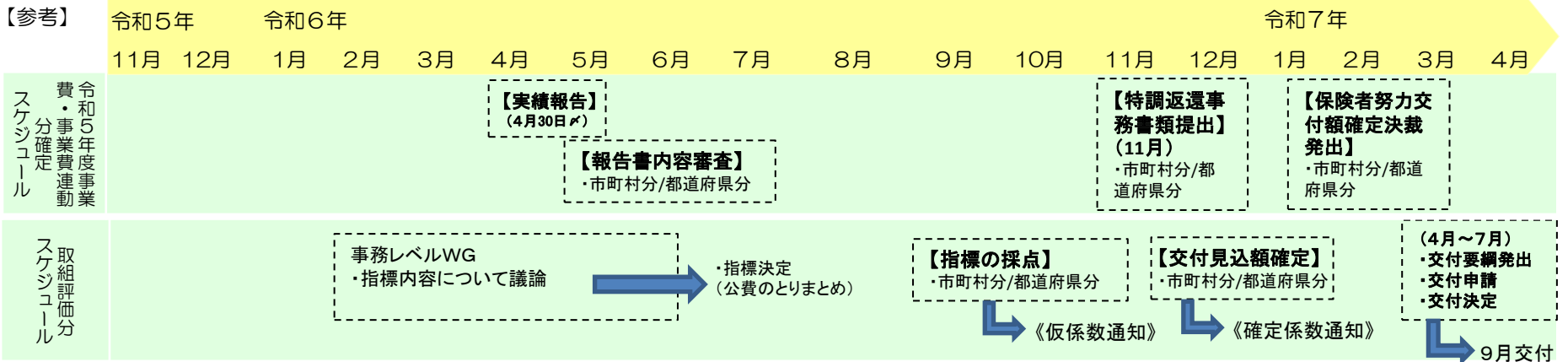
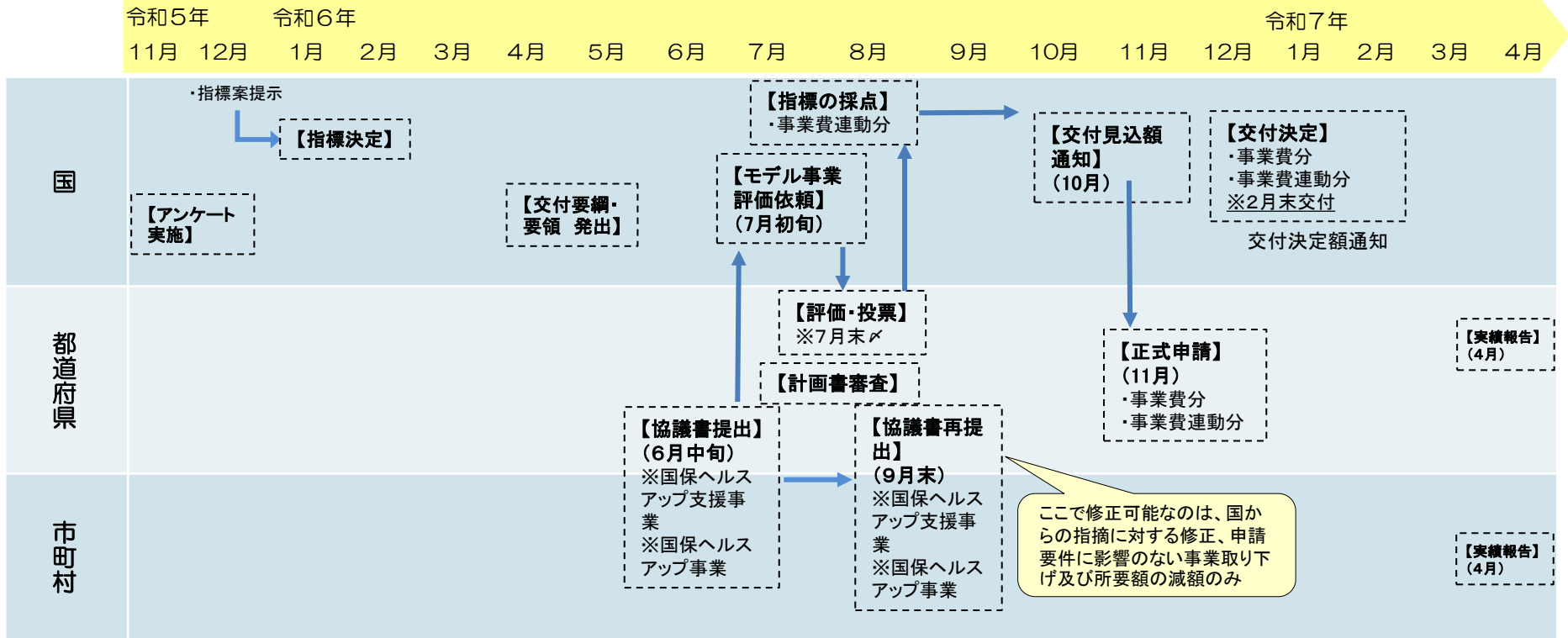
(都道府県)

- 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8割以上が支援を受けている場合 10点
 - 申請市町村の6割以上8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る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)d)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)n)またはo)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6年度交付スケジュール

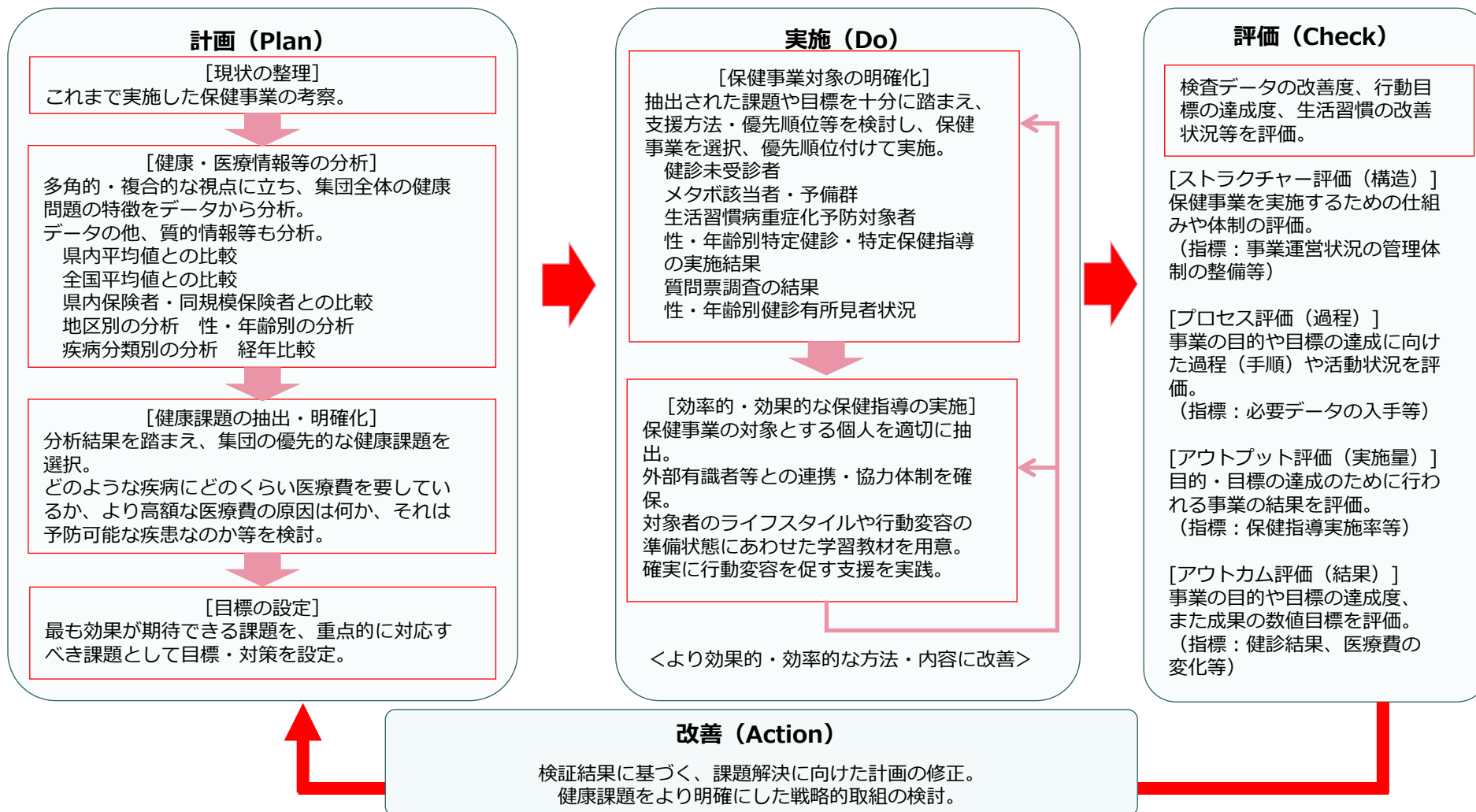


保険者機能の強化

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. ポリファーマシー対策

「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5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1,675（96.5%）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5年度中		
北海道	157 ※(177)	177	171	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	35	35	0	0	0
秋田県	25	24	23	1	0	0
山形県	32	32	32	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	34	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	60	0	0	0
神奈川県	33	33	33	0	0	0
新潟県	30	30	29	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	65	0	0	1
岐阜県	42	42	41	0	0	0
静岡県	35	35	35	0	0	0
愛知県	54	54	51	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5年度中		
滋賀県	19	19	19	0	0	0
京都府	26	26	25	0	0	0
大阪府	43	43	42	0	0	0
兵庫県	41	41	41	0	0	0
奈良県	39	39	37	0	0	0
和歌山県	30	30	30	0	0	0
鳥取県	19	19	19	0	0	0
島根県	19	18	18	1	0	0
岡山県	27	27	25	0	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	24	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	27	0	0	0
福岡県	60	60	59	0	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	25	0	0	0
鹿児島県	43	43	38	0	0	0
沖縄県	41	41	39	0	0	0
計	1,716 (1,736)	1,733	1,675	2	0	1

※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

国民健康保険保健事業の実実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

○ 令和6年度からの第3期データヘルス計画の策定に向けて、有識者検討会で議論を行い、計画の標準化、共通の評価指標、留意点等について整理し、令和5年5月18日に改正。改正のポイントは以下のとおり。

項目	ポイント
標準化の推進 (共通の様式例)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県内で共通の評価指標を設定することにより、域内保険者において経年的なモニタリング、他の保険者との比較、俯瞰的、客観的な状況を把握することができ、また、地域の健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担を軽減することができる。 ○ 都道府県、国保連等は、域内の保険者が策定した計画を収集、分析、評価し、その結果を都道府県が行う国保保健事業等や保険者支援等に反映させる。 ○ 域内保険者が把握すべき共通の情報については、都道府県が地域の実情を踏まえて決定する。共通の様式例については、以下のとおり例示。

Ⅲ 計画全体				データヘルス計画全体における目的		抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標									
① 項目		②健康課題	③優先する健康課題	④対応する保健事業番号	⑤項目	⑥データヘルス計画全体における目的	⑦評価指標	⑧計画策定時実績		⑨目標値					
								2022年度(R4)	2024年度(R6)	2025年度(R7)	2026年度(R8)	2027年度(R9)	2028年度(R10)	2029年度(R11)	
A				1,3	A										
B				2	B										
C				4	C										
D				・	D										
・				・	・										
・				・	・										
・				・	・										
・				・	・										

⑬項目	⑭データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A, C	
B	
D	
・	
・	

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

(注1) 太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。
 (注2) 実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。
 (注3) 目標値は、必要な年度に記載。

数種類ある様式(例)のうちの「計画全体」のみを例示。記載の一例として、保険者の健康課題を「②健康課題」に記載し、これに対応する「⑦評価指標」を記載する。この「⑦評価指標」に対応する「⑥データヘルス計画全体における目的」を記載する。
 「②健康課題」を解決するための個別の保健事業欄を記載し、「⑫重点・優先度」及び「③優先する健康課題」は、1から順位づける。
 「⑭データヘルス計画(保健事業全体)の目標を達成するための戦略」については、個々の「②健康課題」に応じて設定する必要はなく、複数の「②健康課題」を包含して記載しても良い。

個別の保健事業		
⑩事業番号	⑪事業名称	⑫重点・優先度
1		
2		
3		
4		
・		
・		

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

項目	ポイント
標準化の推進 (共通の評価指標例)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 共通の評価指標を設定するにあたっては、計画の策定等に必要なものであり、かつKDBシステムから算出できるものや他計画等で把握すべき指標等、可能な限り、保険者が情報収集しやすいものとする。 ○ 共通の評価指標は、都道府県と域内保険者とが相談の上、設定するものであるが、共通の評価指標例を以下のとおり例示。 ○ 計画の標準化は、保険者の健康課題を効果的・効率的に解決するために行うものであり、各保険者において最低限把握すべき情報や評価指標等を統一するものである。

すべての都道府県で設定することが望ましい指標（例）

指標（例）	分母	分子	考え方（指標の必要性）
①特定健康診査実施率	特定健康診査対象者数	特定健康診査受診者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の対象者が実際に受診したかを測るアウトプット指標 ・ 実施率が低い場合、特定健康診査で早期発見が可能であったはずのメタボリックシンドローム該当者等を発見できず、特定健康診査の効果が下がる
②特定保健指導実施率	特定保健指導対象者数	特定保健指導終了者数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導の対象者が実際に保健指導を受け終了したかを測るアウトプット指標 ・ 実施率が低い場合、メタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導ができず、特定保健指導の効果が下がる
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導の利用者数	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数（※）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導による効果を評価するアウトカム指標 ・ 特定保健指導の実施体制や保健指導の技術的な面等が適切だったかを検討する際に活用する
④HbA1c 8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c 8.0%以上の者の数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血糖コントロール不良者数の状況を測るアウトカム指標 ・ 糖尿病重症化予防の取組が適切だったかを検討する際に活用する

①～③は、法定報告の数値を用いて算出することを基本とする。 ※詳細は、法定報告に関する通知を参照して集計を行う。

④は、国保データベース（KDB）システムを用いて算出することを基本とする。この場合、該当年度（4月1日～3月31日）の集計値、KDBシステムであると翌年度の11月処理時点以降の値を参照する。それ以前における値を暫定値として用いても良い。

※ 上記指標とは別に、「地域の実情に応じて都道府県が設定する指標（例）」があり、「血圧が保健指導判定値以上の者の割合」、「前期高齢者のうち、BMIが20kg/m²以下の者の割合」、「運動習慣のある者の割合」等の指標を例示している。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

項目	ポイント
関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ○ 計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、<u>関係機関との連携・協力が重要</u>となる。 ○ 計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、<u>国保連</u>や国保連に設置される<u>支援・評価委員会</u>、<u>保健医療関係者</u>、<u>保険者協議会</u>、<u>広域連合</u>、<u>他の医療保険者</u>、<u>地域の医療機関</u>や<u>大学等の社会資源等</u>と連携、協力する。
都道府県(国保部局)の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、都道府県国保部局は、<u>関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等</u>を通じて、<u>積極的に保険者を支援</u>することが求められる。特に、人材が不足傾向にある<u>小規模の市町村国保</u>については、<u>都道府県の支援に加えて国保連や支援・評価委員会の支援</u>を受けることができるように、<u>保健所と協力して、市町村国保の体制の整備</u>を支援する。
国保連の役割	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国保連は、都道府県や保険者の意見も踏まえ、<u>KDBシステム等</u>を活用し、<u>健康・医療情報を分析して、分析結果やその活用方法等</u>を都道府県や保険者に提供する。
健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出・明確化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康課題の抽出・明確化のための分析としては、<u>疾病間の比較</u>(死亡や医療費に占める割合が高い疾病等)、<u>地域間の比較</u>(全国、都道府県内、他の保険者との比較、保険者内の地域間の比較等)、<u>時間による比較</u>(悪化・改善している指標等)、<u>目標値との比較等</u>が有用である。 ○ 上記の分析結果に基づき、<u>健康課題を抽出・明確化し、関係者と共有し、優先して解決を目指す健康課題を選定し、優先順位を決める</u>。
データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための戦略	<ul style="list-style-type: none"> ○ 目的は、計画の策定により<u>数年後に実現しているべき「改善された状態」</u>や、<u>被保険者に期待する変化を示すもの</u>であり、<u>抽出された健康課題と対応して設定</u>する。 ○ 目標は、<u>健康課題と対応して設定した目的に到達</u>するため、各年度、計画の中間年度等といった経過ごと、異なる視点ごと等に設定し、目標値には、<u>理想として目指したい値(期待値)</u>、<u>一応満足できる値(充足値)</u>、<u>最低限達成すべき値(限界値)</u>の3種類の考え方がある。ひとつの計画の中で指標によって混在して設定する場合も多い。 ○ 目標には、<u>短期的な目標(原則、年度ごと)と中長期的な目標(計画の最終年度までに達成を目指す)</u>を設定する。 ○ <u>抽出された健康課題や保健事業全体の目標、目的を踏まえて、健康課題を解決し、目標を達成するための戦略(地域資源・ICT・委託の活用、有識者等の支援、その他創意工夫をした取組等)</u>を設定する。
健康課題を解決するための個別の保健事業	<p>計画に記載する保健事業の選択・優先順位付け等</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 健康課題や目標を十分に踏まえて、<u>全ての保険者が取り組むべき保健事業に加えて、幅広い内容の保健指導、非肥満者への保健指導、重複・頻回受診者対策、重複・多剤服薬者対策など、保健事業を選択・優先順位付け</u>する。 ○ 75歳に達すると<u>後期高齢者医療制度の被保険者</u>となることを踏まえ、前期高齢者の多くが加入する市町村国保においても、地域包括ケアシステムの構築に向けて、<u>広域連合とも連携しつつ健康・医療情報等の共有・分析を進め、生活習慣病の重症化予防に加え、高齢者の特性を踏まえた、保健事業の選択</u>を行うよう努める。 ○ また、令和2年度以降、<u>広域連合と市町村は一体的実施を開始</u>しているため、市町村における保健事業の実施を検討する際には、75歳以上の高齢者に対する課題や目標について、<u>広域連合と共有</u>したうえで、検討を進めることが重要である。

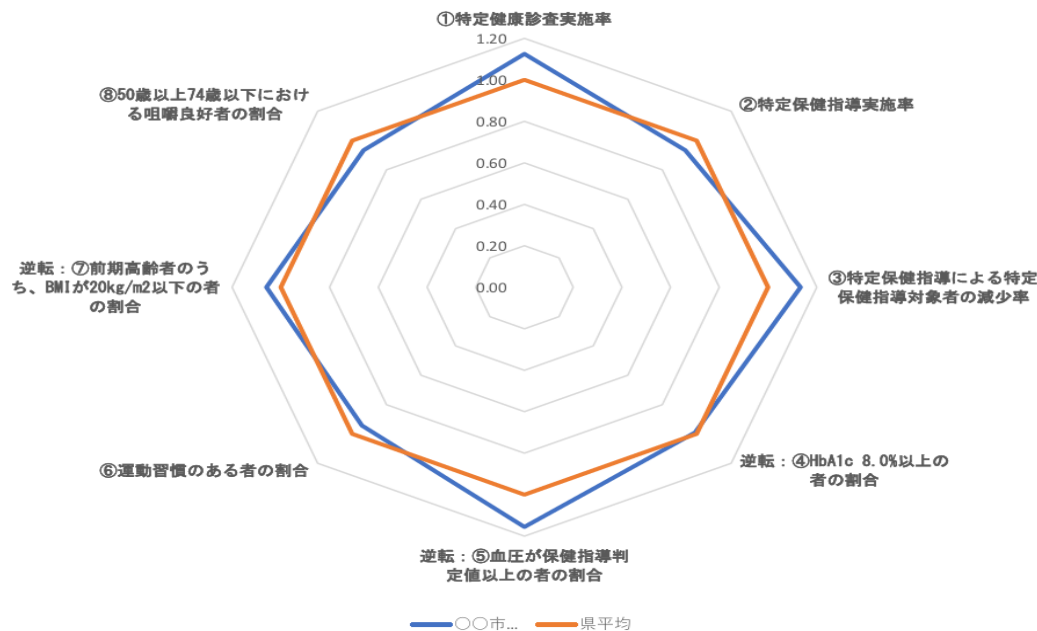
国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

項目		ポイント
健康課題を解決するための個別の保健事業	個別の保健事業に係る目的、目標、評価指標の設定、実施内容等の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ○ 計画に盛り込む個別の保健事業については、<u>事業内容を評価可能なものとする</u>とともに、同様の健康課題を抱える保険者との取組の比較が可能となるよう、<u>保健事業ごとに「目的」、「目標」、「評価指標」、「対象者」、「事業内容」、「実施方法」、「評価体制・方法」、「実施体制」、「実施スケジュール」、「実施期間」、「実施場所」等を整理</u>し、計画に記載し、目標の設定は、保健事業全体の目標設定と同様に、<u>短期的な目標、中長期的な目標を設定</u>する。
	個別の保健事業とデータヘルス計画の関係	<ul style="list-style-type: none"> ○ データヘルス計画は<u>保険者の健康課題を解決するための計画</u>であり、個別の保健事業の計画を単純に1つにまとめたものではない。 ○ データヘルス計画は、<u>保険者の健康課題、計画の目的、目標、目標を達成するための戦略、個別の保健事業、それらの評価に必要な評価項目と目標値等を体系的に統合したものである。</u>
個別の保健事業及び個別の保健事業の評価に基づくデータヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し	個別の保健事業の評価・見直し	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>個別の保健事業の評価は年度ごと</u>に行うことを基本として、計画策定時に設定した<u>保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認</u>する。 ○ <u>目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討</u>して、<u>次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映</u>させる。
	個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、年度ごと</u>、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・<u>中間評価</u>を行うことを計画に記載する。 また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該<u>最終年度の上半期に仮評価</u>を行うことなどについても考慮する。 ○ 計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、<u>短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価</u>を行う。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

【参考】〇〇市の各指標値の実績と都道府県平均値との比較の見える化の例

(単位：%)



	レーダーチャートの数値		実績値	
	〇〇市 (a/b or (100-a)/(100-b))	県平均	〇〇市 (a)	県平均 (b)
①特定健康診査実施率	1.13	1.00	45	40
②特定保健指導実施率	0.93	1.00	28	30
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1.13	1.00	17	15
逆転：④HbA1c 8.0%以上の者の割合	0.99	1.00	3	2
逆転：⑤血圧が保健指導判定値以上の者の割合	1.16	1.00	48	55
⑥運動習慣のある者の割合	0.94	1.00	33	35
逆転：⑦前期高齢者のうち、BMIが20kg/m ² 以下の者の割合	1.06	1.00	10	15
⑧50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	0.93	1.00	70	75

(注) 数値は、ダミーデータを使用。

(※1)レーダーチャートの数値のうち、高い数値がより良い項目の場合は、a/bで算出する。

低い数値がより良い項目 (上記の場合は、④、⑤及び⑦のみ) の場合は、(100-a)/(100-b)で算出する。

(※2)(100-a)/(100-b)により算定した項目は、項目名の冒頭に「逆転:」と付記するなど、レーダーチャートだけを見た際にも、その旨が誤解なく分かるようにする。

(※3)各種指標のうち、低い数値がより良いため、(100-a)/(100-b)で算出する項目の例。

- HbA1c 8.0%以上の者の割合
- 高血糖者の割合
- HbA1c 6.5%以上の者のうち、糖尿病のレセプトがない者の割合
- 血圧が保健指導判定値以上の者の割合
- 前期高齢者のうち、BMIが20kg/m²以下の者の割合

(※4)一般的に、下記の示し方などがあり、地域の状況に応じて適宜活用する。また、同規模保険者の値を追加する方法もある。

- 当該保険者と県の数値を割算した比率をレーダーチャートに示す。(本例)
- 県内全保険者の標準偏差を算定し、それにより偏差値を算定して、レーダーチャートに示す。(本来は、この方法が望ましいが、今回は簡易的な上記方法を例示。)
- 種々の指標について、課題の大きい順、または、良好な順に並び替えて折れ線グラフに示す。
- 共通の指標のうち、特に重要な指標について、県と当該保険者の指標値の年次推移を折れ線グラフに示す。

(※5)「共通の指標」等について、県内の全保険者の過去数年分を表に示す方法もある。表は基礎資料として沢山の情報を掲載できる一方で、そのままでは読み取りが難しい面もある。注目したい指標等を抜き出して図に示したり、並び替えをしたりすることで、読み取りが行いやすくなる。

第3期データヘルス計画の策定に向けた全国説明会の開催等事業及びデータヘルス計画に基づく保健事業の実態調査等事業について

目 的

- 国民健康保険の保険者は、データヘルス計画を策定し、レセプトデータや健診情報のデータ分析に基づき、PDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業を展開することが求められており、国においても保険者が実施する加入者の予防・健康づくりやデータヘルスの取組が円滑に進むよう支援することとしている。（令和5年度委託事業者の決定時期：令和5年9月下旬）
- 令和6年度からの第3期データヘルス計画の策定に向けて、全国の都道府県、市町村国保、国保組合等を対象とするオンラインによる説明会の開催及び資料の作成、疑義照会に対する回答を作成する。【全国説明会の開催等事業】
- 保険者におけるデータヘルスの取組や予防・健康づくりを更に推進するためには、先進・優良事例等を他の保険者へ情報提供することにより、各保険者の取組の底上げを図ることが重要であり、各保険者の取組の底上げに資する取組について、ヒアリング調査を実施し、全国の市町村国保等へ情報提供等を行う。【保健事業の実態調査等事業】

全国説明会の開催及び疑義照会に対する回答案の作成等

- 全国の1,716市町村国保、47都道府県、159国保組合、47国保連等が参加者となるため、本年9月～10月までに1回、2時間程度の開催とし、1回目の結果によっては、年度内に追加で1回開催する。ただし、オンライン方式の説明会の実施が困難な場合には、録画等の他の方法により限定公開する。なお、説明会の内容を録画し、後日確認できるように限定公開する。

実態調査の対象

- 都道府県、市町村国保に対するヒアリング調査については、保健事業に専門的な知見及び実績を持つ大学等研究機関等の有識者4名以上から、それぞれ3回以上の意見を聴取し、調査対象となる5都道府県、10市町村国保の推薦を受け、選定する。

I 都道府県に対するヒアリング調査

- ① データヘルス計画の標準化による成果・課題等
- ② 第3期データヘルス計画策定に向けた効果的・効率的な都道府県の関与の在り方
- ③ 国保連合会と協働・連携してレセプトデータ等の分析を行っている都道府県にあっては、取組の背景や実施状況、課題等

II 市町村国保に対するヒアリング調査

- ① ポピュレーションアプローチ（65歳以上、40～65歳未満、40歳未満等の年代別の対応等を含む。）
- ② ハイリスクアプローチ（糖尿病性腎症重症化予防の取組の他、特定健診・特定保健指導以外の取組を含む。）
- ③ 診療における検査データの活用（保険者とかかりつけ医の連携による治療中患者の特定健康診査の推進及び診療情報の提供）の効果的・効率的な取組
- ④ 重複投薬・多剤投与、リフィル処方箋の効果的・効率的な取組
- ⑤ 市町村国保独自の特性や健康課題等を踏まえた効果的・効率的な保健事業

保険者機能の強化

1. 保険者努力支援
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. ポリファーマシー対策

特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者種別推移）

（１）特定健診の保険者種類別の実施率

※上段（ ）内は、2021年度保険者数
下段（ ）内は、2021年度特定健診対象者数

	総数 (3,367保険者) (5,380万人)	市町村国保 (1,738保険者) (1,787万人)	国保組合 (161保険者) (140万人)	全国健康保険協会 (1保険者) (1,862万人)	船員保険 (1保険者) (4.5万人)	健保組合 (1,381保険者) (1,241万人)	共済組合 (85保険者) (346万人)
2021年度	56.5%	36.4%	49.0%	55.9%	52.0%	80.5%	80.8%
2020年度	53.4%	33.7%	45.7%	52.3%	51.3%	77.9%	79.2%
2019年度	55.6%	38.0%	49.8%	53.7%	52.9%	79.0%	79.5%
2018年度	54.7%	37.9%	49.4%	52.2%	49.9%	78.2%	79.2%
2017年度	53.1%	37.2%	48.7%	49.3%	45.9%	77.3%	77.9%
2016年度	51.4%	36.6%	47.5%	47.4%	48.5%	75.2%	76.7%
2015年度	50.1%	36.3%	46.7%	45.6%	46.8%	73.9%	75.8%
2014年度	48.6%	35.3%	45.5%	43.4%	40.9%	72.5%	74.2%
2008年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

（２）特定保健指導の保険者種類別の実施率

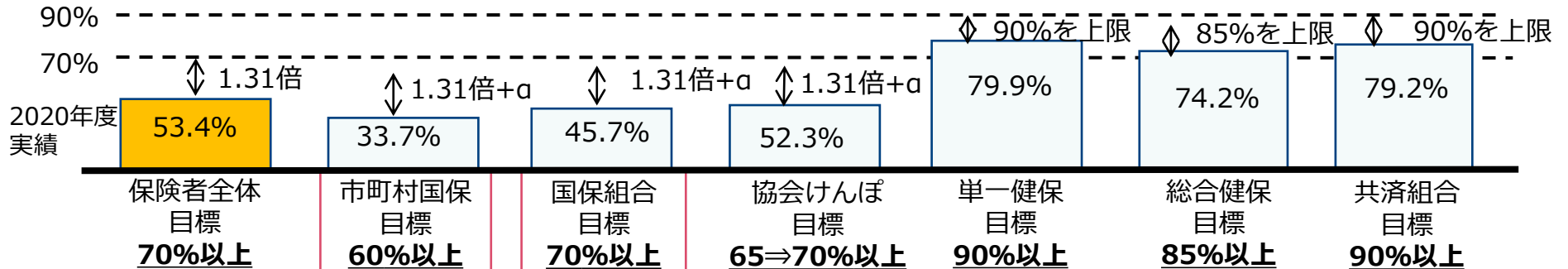
	総数 (526万人)	市町村国保 (75万人)	国保組合 (13万人)	全国健康保険協会 (203万人)	船員保険 (0.8万人)	健保組合 (185万人)	共済組合 (50万人)
2021年度	24.6%	27.9%	13.2%	16.5%	13.4%	31.1%	31.4%
2020年度	23.0%	27.9%	11.6%	16.0%	11.7%	27.0%	30.8%
2019年度	23.2%	29.3%	10.1%	15.6%	10.3%	27.4%	30.7%
2018年度	23.2%	28.8%	10.1%	16.8%	8.4%	25.9%	30.8%
2017年度	19.5%	25.6%	9.3%	13.2%	7.6%	21.4%	25.5%
2016年度	18.8%	24.7%	9.1%	14.2%	7.2%	19.2%	23.2%
2015年度	17.5%	23.6%	8.9%	12.6% (注)	6.9%	18.2%	19.6%
2014年度	17.8%	23.0%	9.1%	14.8%	5.9%	17.7%	18.1%
2008年度	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

(注) 全国健康保険協会の2015年度の特定保健指導の実施率の低下は、不審通信への対処のため、約1年間、協会けんぽのシステムについて、ネットワーク接続から遮断したこと等により、健診結果のデータをシステムに効率的に登録することができず、初回面接の件数が大きく落ち込んでいることが影響している。

第4期実施計画期間の保険者の特定健診・保健指導の目標値

(1) 特定健診実施率の目標値

○ 第4期の特定健診実施率の保険者の目標値は、第3期と同様、70%以上の実施率を保険者全体で達成するため、実績に比して等しく実施率を引き上げた場合の実施率を基準に設定（実績が高い保険者には計算上の上限値を置き、実施率の低い保険者の目標値に振り分けて設定、ただし第3期目標値を下限とする）する。

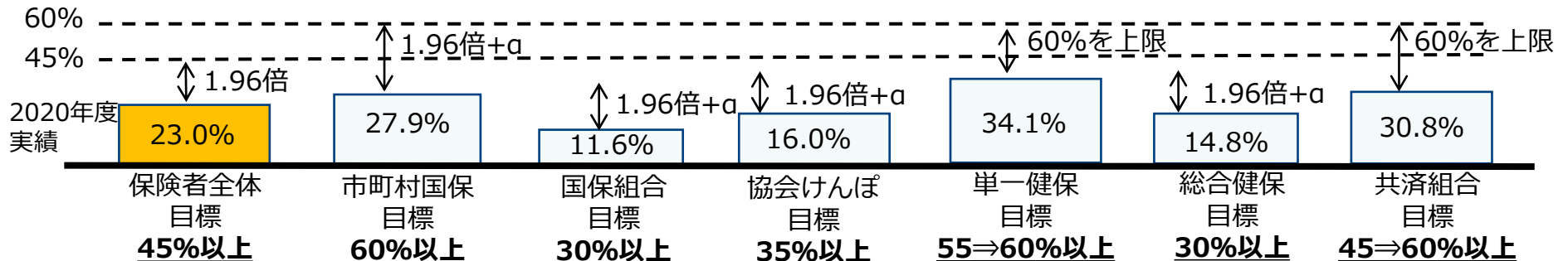


(2) 特定保健指導実施率の目標値

(船員保険も70%以上)

※私学共済は総合健保の目標値と同じ設定

○ 第4期の特定保健指導実施率の保険者の目標値は、第3期と同様、45%以上の実施率を保険者全体で達成するため、実績に比して等しく実施率を引き上げた場合の実施率を基準に設定（実績が高い保険者には計算上の上限値を置き、実施率の低い保険者の目標値に振り分けて設定、ただし第3期目標値を下限とする）する。



(船員保険は30%以上)

※私学共済は総合健保の目標値と同じ設定

第4期の見直しの概要（特定健診）

質問項目の見直しについて

- 標準的な質問項目に関する基本的な考え方について、「地域の健康状態の比較に資する項目」を「地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目」に修正する。
- 喫煙に関する質問項目について、「過去喫煙していたが、現在は喫煙しない者」を区別するための回答選択肢を追加するとともに、「現在、習慣的に喫煙している者」についても現行の定義を維持した上で、分かりやすい表現に修正する。
- 飲酒に関する質問項目について、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」をより詳細に把握できるように、飲酒頻度と飲酒量の回答選択肢を細分化するとともに、「禁酒者」を区別するための回答選択肢を追加する。
- 保健指導に関する質問項目について、特定保健指導の受診歴を確認する質問に変更する。

健診項目の見直しについて

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」の「健診検査項目の保健指導判定値」及び階層化に用いる標準的な数値基準について、食事の影響が大きい中性脂肪に、随時採血時の基準値（175 mg/dl）を追加する。

その他

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」において、受診勧奨判定値を超えるレベルの場合に直ちに服薬等の治療が開始されるという誤解を防ぐための注釈等を追加するとともに、健診項目のレベルに応じた対応を示しているフィードバック文例集の構成等についても、活用がより一層進むような見直しを行った。
- 「標準的な健診・保健指導プログラム」に、医療関係者への情報提供を目的とした医療機関持参用文書（案）を掲載し、健診受診者が医療機関を受診する際等に持参・活用できるような見直しを行う。

基本的な項目について

第4期の見直し

赤字：見直し箇所

保健指導判定値		
	現行	第4期
中性脂肪	150 mg/dl	空腹時150 mg/dl
		随時175 mg/dl

- 特定健診・特定保健指導における保健指導判定値等について、健診の実施のしやすさの観点から、第3期より、随時採血が認められた経緯等を踏まえ、上記ガイドラインの変更に伴い、食事の影響が大きい中性脂肪の基準値に、随時採血時の値を追加することとする。

追加リスク		
	現行	第4期
②脂質異常	中性脂肪150 mg/dl以上 又は HDLコレステロール40 mg/dl未満	空腹時中性脂肪150 mg/dl以上 (やむを得ない場合は随時中性脂肪175 mg/dl以上) 又は HDLコレステロール40 mg/dl未満

- 階層化に用いる標準的な数値基準を上記のとおり修正する。

第4期の見直しの概要（特定保健指導）

成果を重視した特定保健指導の評価体系

- 腹囲2 cm・体重2 kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直し。（アウトカム評価の導入）
- 行動変容や腹囲1 cm・体重1 kg減の成果と、保健指導の介入と合わせて特定保健指導終了とする。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入1回ごとの評価とする。

特定保健指導の見える化の推進

- 特定保健指導の成果等について見える化をすすめ、保険者等はアウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。
- アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

ICT活用の推進

- 在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とする。
- 保健指導におけるICT活用を推進するため、ICT活用に係る留意点を「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」で示す。

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
2021年度	56.5%	36.4%	49.0%	55.9%	80.5%	80.8%
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／2020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。

【2020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2:2021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	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70-74歳
全体	56.5%	62.6%	62.2%	51.0%	43.1%
市町村国保	36.4%	21.0%	25.3%	39.2%	43.6%

【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点項目としている。
- 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. ポリファーマシー対策

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. 重症化予防プログラム等の改訂

大規模実証事業の結果や自治体の取組状況等を踏まえて、**プログラムと事業実施の手引きを改訂(令和5年度)**

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

重症化予防に取り組む自治体の経年変化

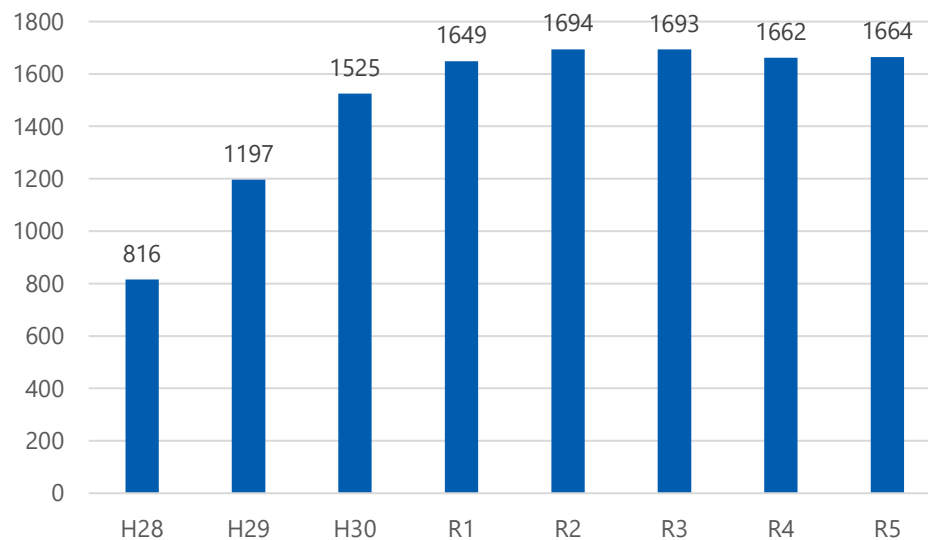
○ 5つの要件（※）を満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組は、95.6%まで増加している。

○ 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=1741）



R5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	35	35	100.0%
被保険者数5万人以上10万人未満	71	71	100.0%
被保険者数1万人以上5万人未満	462	455	98.5%
被保険者数3千人以上1万人未満	570	558	97.9%
被保険者数3千人未満	603	545	90.4%
	1741	1664	95.6%

糖尿病性腎症重症化予防プログラム改訂ワーキンググループの概要

1. 目的

- 令和元年6月の「経済財政運営と改革の基本方針2019」において、「データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う」とされ、令和2年度から令和4年度にかけて、**予防・健康づくりに関する大規模実証事業が実施**された。このうち、保険局国民健康保険課では、**糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証事業を実施**し、これまで保険者で行なわれてきた**同プログラムに基づく取組の介入・支援の効果やエビデンスの検証**を行った。
- 本事業では先の検証事業の結果を踏まえ、糖尿病性腎症重症化予防の取組を一層推進するために、**糖尿病性腎症重症化予防プログラムの見直しに係る検討**を行うため、学識経験者等の参集を得て、**本ワーキンググループを開催**する。

2. 検討事項

「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の見直しについて

3. 検討会の開催経過

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| 第1回
(令和5年6月22日) | ・これまでの動向について
・改訂の方向性について |
| 第2回
(令和5年7月31日) | ・改訂の方向性について |
| 第3回
(令和5年8月24日) | ・プログラム改訂(案)の議論 |

4. ワーキンググループの構成員名簿

植木 浩二郎	国立国際医療研究センター研究所糖尿病研究センター長
柏原 直樹	川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学講座 特任教授
樺山 舞	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 総合ヘルスプロモーション科学講座 教授
黒瀬 巖	公益社団法人 日本医師会 常任理事
杉山 雄大	国立国際医療研究センター研究所 糖尿病情報センター医療政策研究室 室長
田中 和美	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学栄養学科 教授
◎津下 一代	女子栄養大学 特任教授
平田 匠	奈良県立医科大学附属病院臨床研究センター 特任准教授
矢部 大介	岐阜大学大学院医学系研究科 糖尿病・内分泌代謝内科学／膠原病・免疫内科学 教授

◎：座長（五十音順、敬称略）

糖尿病性腎症重症化予防プログラム改訂案 主な改訂ポイント

1. 対象者の年齢層を考慮した取組の推進

ライフコースアプローチの観点を踏まえライフステージに応じた取組を推進するために以下の内容を追記

- ◆ 青壮年に対する取組（P9）（新旧対照表P12）
 - 「健康な食習慣の妨げとなる点」として「仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないこと」の割合が多い世代であることを踏まえた取組が必要
 - 糖尿病のみでなく、高血圧、喫煙、食生活の乱れ（朝食の欠食）などが腎障害の悪化につながることに留意
 - 取組は継続して行うことが重要であるため、保険者協議会等を活用して、国保と被用者保険等間で、健康・医療情報や健康課題等の共有、役割分担や連携体制の確認等を行うことが重要
- ◆ 高齢者に対する取組（P10）（新旧対照表P13）
 - 生活習慣病の重症化予防だけでなく、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することが必要
 - 高齢者糖尿病は低血糖に対する脆弱性を有するため、低血糖症状の有無を問わず血糖が下がりすぎているかを確認すべきであることに留意
 - 市町村国保と広域連合とが連携のうえ、健康・医療情報等を分析し、地域の健康課題等を共有して、取組を進めていくことが重要
 - 高齢者の保健事業を実施する際には、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（令和元年10月厚生労働省保険局高齢者医療課）、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版補足版（令和4年厚生労働省保険局高齢者医療課）、標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）等を参照しながら実施

2. 関係者の連携に向けた役割の提示

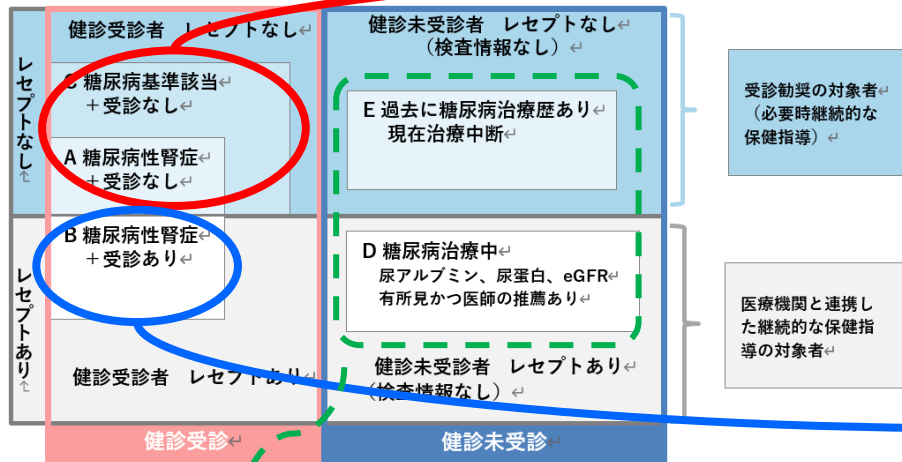
関係者の連携を促す観点から関係者の役割に以下の内容を追記

- ◆ 市町村（P15）（新旧対照表P22）
 - 他の保険者の保健事業との連携
 - ・ 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もあるため、地域での取組では、被用者保険の取組と連携することが重要
 - ・ 高齢者の取組では、広域連合と市町村で連携し、保険者間の連携を密にし、継続的な支援や評価が途切れないようにすることが重要
- ◆ 都道府県（P17）（新旧対照表P24）
 - 地域連携に対する支援
 - ・ 保険者協議会の活用等により、被用者保険や広域連合とも連携し、取組の効果が上がるよう調整することも重要
 - ・ 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、積極的な支援の実施
- ◆ 広域連合（P19）（新旧対照表P28）
 - 都道府県医師会等関係団体に対して、広域連合の取組を説明し、理解・協力を得ることが重要
- ◆ 地域における医師会等（P20）（新旧対照表P29）
 - 市町村等から相談があった場合、取組に協力するとともに、対象者の健康づくりや重症化予防に向けて積極的に対応するよう、都道府県医師会等は会員等に周知
- ◆ 国保連・中央会の役割（P22）（新旧対照表P33）
 - 取組状況等から支援の必要性はあ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、積極的に支援することが重要
 - 中央会は、国保連が行う研修やKDBの活用等の支援を実施

糖尿病性腎症重症化予防プログラム改訂案 主な改訂ポイント

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

- ◆ 対象者の抽出の考え方と取組方策 (P29 図表8) (新旧対照表P42)
 - 健康診査の結果の有無、糖尿病についての医療機関受診の有無別に、対象者の抽出基準や抽出方法を例示
 - 健康診査の結果がある者については、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



【健診結果の情報がない者】

- ◆ 未治療者・治療中断者 - 医療機関や健診の受診勧奨と保健指導 (P36)
 - ・ 過去の健診結果やレセプト情報から抽出
 - ・ 歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者
 - ・ 健康サポート薬局等の地域資源からの情報、健康相談等の保健事業等から対象者を把握
- ◆ 治療中の者 - 医療機関と連携した保健指導 (P37)
 - ・ 主に医療機関において抽出 (保健指導が必要と医師が判断した者) 生活習慣の改善が困難な者、治療が中断しがちな者、医療機関での実践的な指導が困難な場合、など

【未治療者・治療中断者】医療機関への受診勧奨と保健指導 (P33 図表10)

HbA1c (%)	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	
8.0以上	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
7.0~7.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
6.5~6.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
6.5未満	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

CKD対策 □ 高血圧受診勧奨

【治療中の者】医療機関と連携した保健指導 (P33 図表10)

HbA1c (%)	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	
8.0以上	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
7.0~7.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
6.5~6.9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
6.5未満	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

対象者の状態に応じた受診勧奨・保健指導 (P39 図表13)

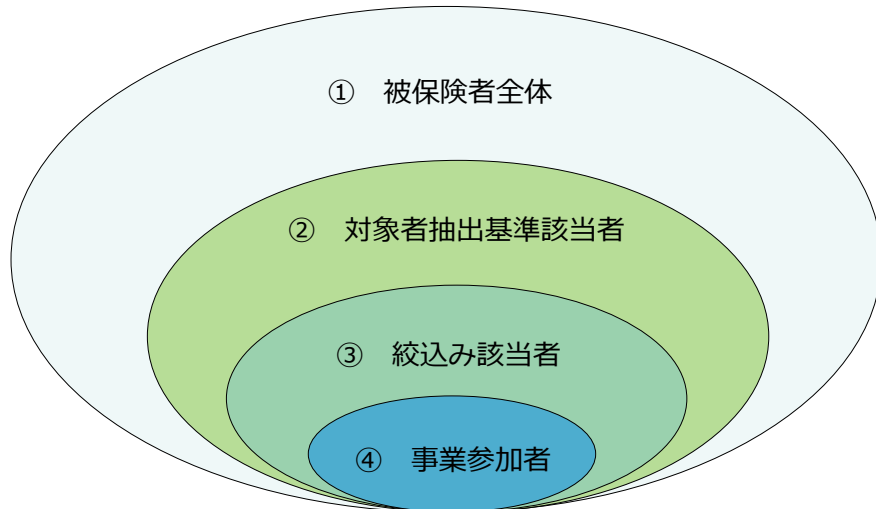
緊急度に応じた介入の程度	レベル	受診勧奨	保健指導
弱 ↓ 強	I	通知、健康教室等の案内 (面談の機会を設定)	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内
	II	通知・電話/面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話/面談
	III	通知・電話/面談/訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話/面談/訪問を確実に実施

4. 市町村、都道府県等が設定する評価指標例の提示

◆ 評価対象のとらえ方と評価方法の提示 (P46) (新旧対照表P65)

- 計画策定時に設定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価を行う。
- 評価では、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者個々人の単位に加えて、集団での評価も行う。
- 評価では、①被保険者全体、②対象者抽出基準該当者、③絞込み該当者、④事業参加者、を意識して評価を行う。
 - ・ 抽出された対象者のうち、何人に受診勧奨等を実施できたか
 - ・ 受診勧奨を行った者のうち、何人が医療機関受診につながったか
 - ・ 受診勧奨等を行った者と行わなかった者とのアウトカム指標の比較
 - ・ 被保険者全体の各評価指標の中長期的な変化状況 など

評価対象のとらえ方 (P48 図表15) (新旧対照表P66)



◆ 市町村と都道府県が実施する評価 (P48) (新旧対照表P67)

- 市町村
 - ・ 国保と後期の連続した評価を行う体制整備
- 都道府県
 - ・ アウトカム評価時の保険者間の比較に向けた分析
 - ・ 広域的な評価、中長期的評価における市町村等への支援

◆ 市町村、都道府県等が設定する評価指標の例示

【市町村の評価指標例】 (P49 図表16) (新旧対照表P68)

- ストラクチャー評価
 - ・ 実施体制の構築状況
 - ・ 予算、マンパワー、教材の準備
 - ・ 保健指導者への研修の実施状況
 - ・ 運営マニュアル等の整備
 - ・ 課題分析・事業評価のための健康・医療情報の集約状況
- プロセス評価
 - ・ 目的に応じた対象者の設定状況
 - ・ 対象者への声掛け・募集の方法
 - ・ 課題分析結果に応じた方法での事業実施
 - ・ スケジュール調整の状況
 - ・ 参加者に関する評価のためのデータ登録状況

糖尿病性腎症重症化予防プログラム改訂案 主な改訂ポイント

○ アウトプット評価（市町村）（P49 図表16）（新旧対照表P68）

受診勧奨	①基準に基づいて抽出された対象者の数 ②受診勧奨を行った者の数 ③上記の割合（②／①） ※ ①～③は一体的に評価を行う指標である
保健指導	①抽出された対象者の数 ②保健指導への参加勧奨を行った者の数 ③保健指導を開始した者の数 ④保健指導を終了した者の数 ⑤上記の割合（②／①、①や②を分母とした割合） ※ ①～⑤は一体的に評価を行う指標である

○ アウトカム評価（市町村）（P49 図表16）（新旧対照表P68）

		短期	中長期	
受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況	◎	○	
保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、 血圧	◎	○
		体重・BMI、LDLコレステロール （またはnon-HDLコレステ ロール）、尿アルブミン、口腔 機能	○	○
	生活習慣	生活習慣改善意欲／食生活／運 動習慣／飲酒／喫煙	○	○
	治療状況	新規透析導入（うち糖尿病性腎 症を原因とするもの）の状況、 糖尿病の服薬状況		○
医療費	外来医療費、総医療費		○	

◎は必ず確認すべき指標、○は確認することが望まれる指標を示す。

【都道府県の評価指標例】（P50 図表17）（新旧対照表P69）

- ストラクチャー評価
 - ・ 管内の各保険者のストラクチャー評価の結果の把握
 - ・ 医師会等関係機関との連携・協力体制の整備状況
 - ・ 管内市町村の支援体制の整備状況
- プロセス評価
 - ・ 管内の各保険者のプロセス評価の結果の把握
 - ・ 策定したプログラムについての医師会や医療機関、保険者等の関係機関への周知、啓発の状況
 - ・ 関係者間での都道府県や各保険者の取組内容の共有の状況
 - ・ 管内市町村への支援の実施状況
- アウトプット評価（受診勧奨・保健指導共通）
 - ・ 管内の各保険者のアウトプット評価の結果の把握
 - ・ 糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む管内市町村の数
 - ・ 支援した管内市町村の数
- アウトカム評価

受診勧奨	医療機関受診の有無、継続受診の状況	
保健指導	身体状況	血糖・HbA1c、尿蛋白、eGFR、血圧
		体重・BMI、LDLコレステロール（またはnon-HDLコレステロール）、尿アルブミン、口腔機能
	治療状況	新規透析導入（うち糖尿病性腎症を原因とするもの）の状況、糖尿病の服薬状況
医療費	外来医療費、総医療費	

上記に加え、管内の各保険者のアウトカム評価の結果を把握する。また、KDBシステム等を用いて、管内の保険者が介入した被保険者の状況を直接把握することが望ましい。

糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き

趣旨

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定を受け、より実用的な手引きとして、コラム、事例、KDBシステムの帳票画面や、参考資料の掲載を行っています。

内容

- 【一章】 糖尿病性腎症重症化予防の取組の基本的な考え方
- 【二章】 事業実施体制の整備
- 【三章】 対象者の状態に合わせた受診勧奨・保健指導の実施
- 【四章】 PDCAサイクルによる事業の評価と改善

○ コラム

- ・糖尿病性腎症重症化予防事業を開始する段階での意識づけ
- ・市町村で行う保健指導の課題を解決するための地域連携
- ・医療機関が感じる糖尿病性腎症重症化予防のメリット
- ・保険者と医療機関との連携
- ・かかりつけ医と糖尿病専門医との連携の必要性
- ・指導前にレセプトデータでの状態像の確認を！
- ・医療機関との情報共有とそのコツ
- ・地域ケア会議との積極的な連携を！
- ・次年度の改善につなげるための評価

○ 事例

- ・広島県呉市「地域の医師会や主治医と連携して行うプログラムへの参加勧奨と保健指導の成果」
- ・徳島県「かかりつけ医と専門医の連携のための全県的な取組に向けて」
- ・福岡県田川郡香春町「市町村・保健所と共同での地域の医療機関との連携促進」
- ・国保連合会「保健事業支援・評価委員会による保健事業の伴走支援」
- ・千葉県船橋市「新規人工透析患者のデータや支援の振り返りからみえること」

セミナー

- 全国5か所で開催しました。資料は、下記URLに掲載しています。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_37642.html



糖尿病性腎症 重症化予防

事業実施の手引き（令和6年度版）



厚生労働省 保険局 国民健康保険課
令和6年3月

医療保険者に求められる 循環器病の予防等に関する啓発・知識の普及等の施策への協力

健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法

(医療保険者の責務)

第五条 医療保険者(略)は、国及び地方公共団体が講ずる循環器病の予防等に関する啓発及び知識の普及等の施策に協力するよう努めなければならない。

循環器病対策推進基本計画

4. 個別施策

(1) 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

(略)循環器病の予防、重症化予防、発症早期の適切な対応、後遺症等に関する知識等について、科学的知見に基づき、分かりやすく効果的に伝わるような取組を進める。(略)

(2) 保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

①循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

循環器病をはじめとする生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導である特定健康診査・特定保健指導等の実施率向上に向けた取組を進める。(略)

また、国民健康保険の保険者努力支援制度等について、疾病予防・重症化予防の推進に係る先進・優良事例について把握を行うとともに、評価指標の見直しを検討し、予防・健康づくりを推進する。

令和6年度の保険者努力支援制度（取組評価分）得点状況について【速報値】

【指標③：医療費適正化等の主体的な取組状況（重症化予防の取組等）】

重症化予防の取組（令和5年度の実施状況を評価）	配点	該当数	達成率
市町村における生活習慣病重症化予防の取組を促進するため、次の支援策を講じている場合			
② 都道府県循環器病対策推進協議会等と連携し、循環器病の発症予防及び合併症の発症等の対策を推進するため、循環器病とその多様な後遺症に関する十分かつ確かな情報提供を行い、さらに発症後早期の対応やその必要性に知識の普及啓発に取り組んでいる場合	5	47	100%

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. ポリファーマシー対策

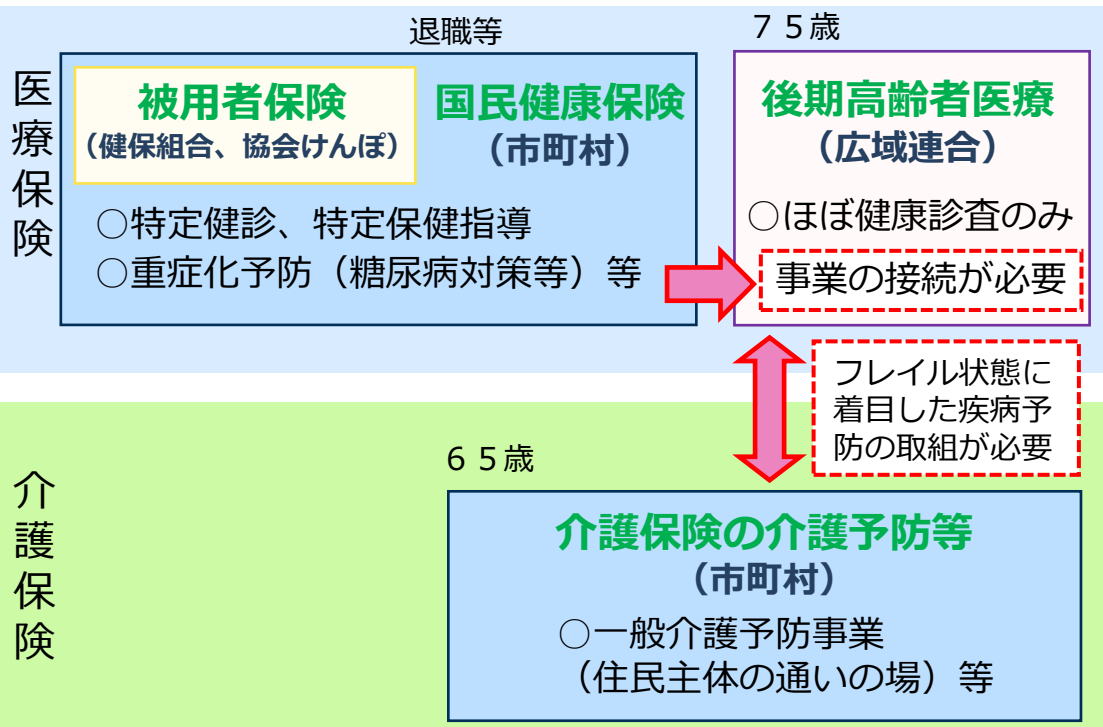
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 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。

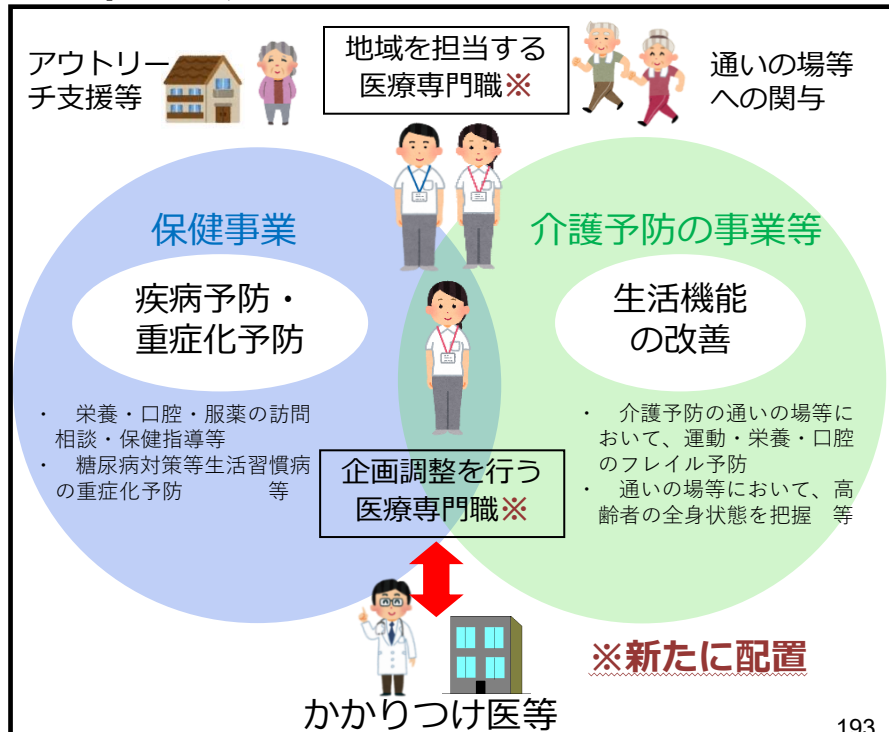
- 令和5年度の実施済みの市町村は **1,396市町村**、全体の**80%**
- 令和6年度中に実施予定の市町村は **1,708市町村**、全体の**98%**
- 令和6年度までに全ての市町村において**一体的な実施を展開**することを目指す。

高齢者医療課調べ（令和5年11月時点）（速報値）

▼保健事業と介護予防の現状と課題

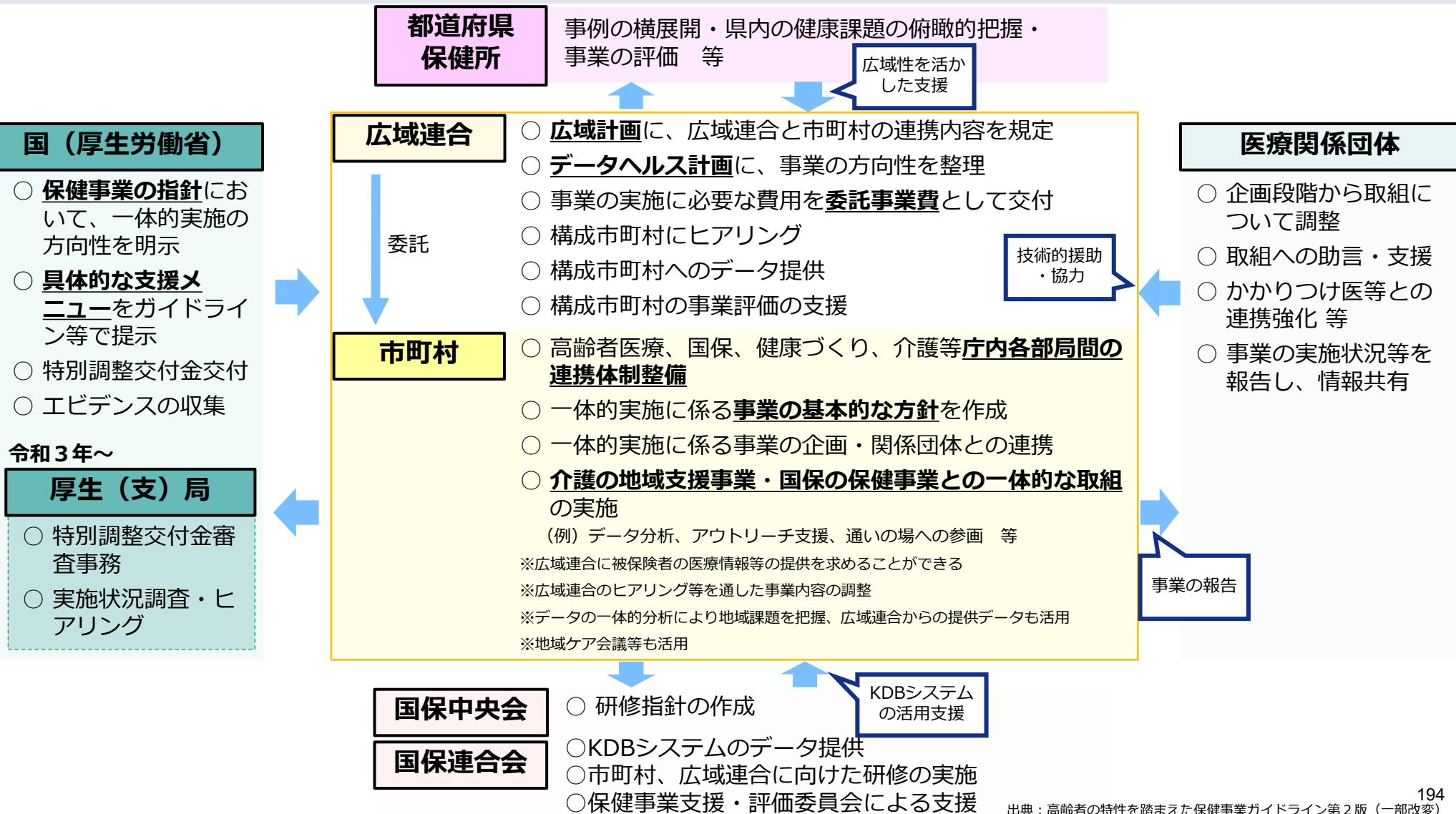


▼一体的実施イメージ図



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。



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. ポリファーマシー対策

後発医薬品の使用促進について

後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは

- 既承認医薬品（新薬、標準製剤）と同一の有効成分を同一量含む同一投与経路の製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一で、既承認医薬品と同等の臨床効果が得られる医薬品。
- 欧米では一般名（generic name）で処方することが多いため、こうした製剤のことを「ジェネリック医薬品」と呼んでいる。

主な特徴

- 有効成分、効能・効果、用法・用量等は先発医薬品と同じ
- 価格が安い
 - ※ 添加物が異なる場合がある。
 - ※ 先発医薬品との同等性は承認時等に確認。その基準は欧米と同じ
 - ※ 先発品が効能追加を行っている場合、効能・効果等が一部異なるものもある

使用促進の効果

- 後発医薬品の普及 → 患者負担の軽減、限られた医療費資源の有効活用

後発医薬品推進の意義・目的

- 先発医薬品に比べて薬価が低い後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものである。
- また、効率化できた医療費を新しい医療技術や新薬に向けることも可能となる。

後発医薬品推進の主な具体策

安定供給・品質の信頼性確保	情報提供・普及啓発	医療保険制度上の事項
<p>■ 安定供給</p> <ul style="list-style-type: none"> 安定供給に支障を生じた事例について、メーカーに対して、原因究明と再発防止の改善を指導 業界団体・メーカーにおいて安定供給のためのマニュアル等の推進をするよう通知において指導 	<p>■ 医療関係者への情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省において後発医薬品の品質に関する情報を掲載した「後発医薬品品質情報」を年2回発行 各都道府県において医療関係者等をメンバーとする協議会を開催して情報提供・共有を推進 地域の中核的な病院等において汎用後発医薬品リストを作成して、地域の医療機関に情報提供を実施 	<p>■ 診療報酬上の評価等</p> <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般名による処方の推進（一般名処方加算） 数量シェア目標を踏まえた後発医薬品使用体制加算の設定（後発品医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算） <p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> 数量シェア目標を踏まえた後発医薬品調剤体制加算の設定（後発医薬品調剤体制加算） 後発医薬品の数量割合が著しく低い（5割以下）薬局への調剤基本料の減算
<p>■ 品質の信頼性確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 国立医薬品食品衛生研究所に設置した「ジェネリック医薬品品質情報検討会」を司令塔として品質検査の実施や情報発信 メーカーが医療関係者を対象としてセミナー開催・工場見学・情報発信を積極的に実施 	<p>■ 普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> 政府広報の活用やポスター・リーフレット等による普及啓発の推進 医療保険の保険者において後発医薬品を利用した場合の負担額の違いについて被保険者へ知らせるための通知を发出 <p>※ バイオシミラーについても、有効性・安全性等への理解促進のため、医療関係者や患者・国民に対しセミナーを開催</p>	<p>■ 薬価改定・算定</p> <ul style="list-style-type: none"> 新規収載される後発医薬品の薬価について、原則として先発医薬品の薬価の6割としていたものを5割に引下げ（10品目を超える内用薬は4割）

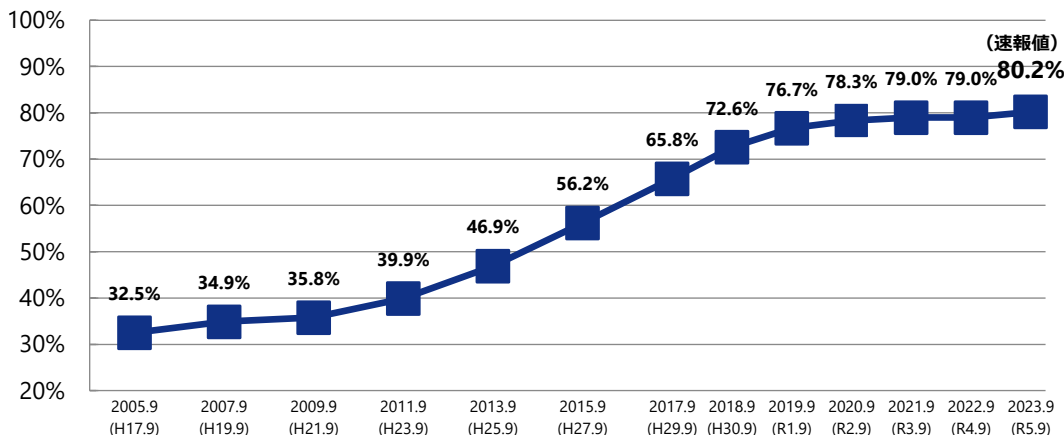
後発医薬品使用促進の推移・現状

後発医薬品の使用促進に向けた主な施策の推移

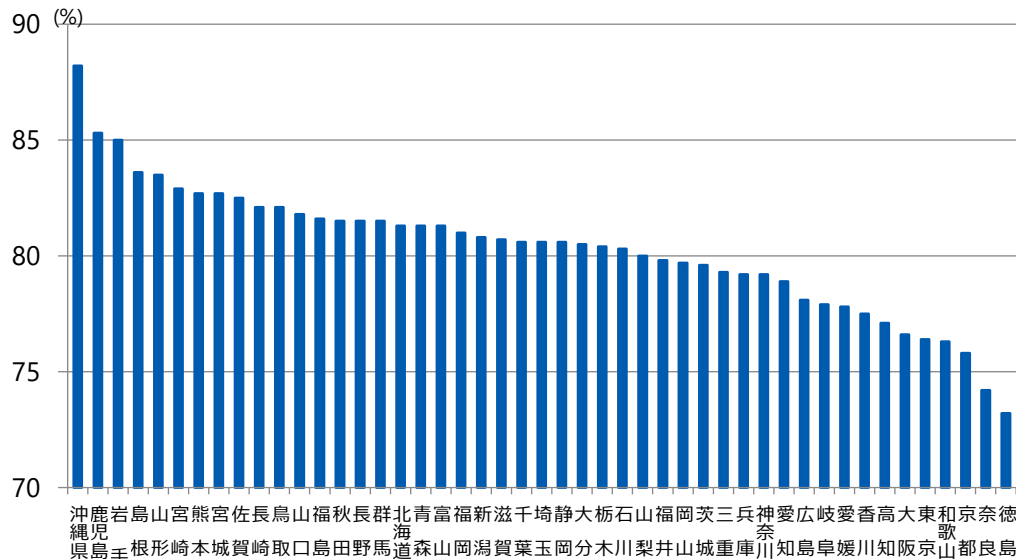
- ＜平成19年＞
- 「経済財政改革の基本方針2007」で後発医薬品の数量シェア目標を設定。
⇒平成24年度までに30%以上（旧指標※）とする。
 - 「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」の策定。
- ＜平成20年＞
- 都道府県において、後発医薬品使用促進のための協議会を設置。（都道府県委託事業）
- ＜平成25年＞
- 「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の策定。
⇒数量シェア目標を平成30年3月末までに60%以上（新指標※※）とする。
- ＜平成27年＞
- 「経済財政運営と改革の基本方針2015」で新たな数量シェアの目標を設定。
⇒平成29年央に70%以上とするとともに、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。

※ 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

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（2022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。

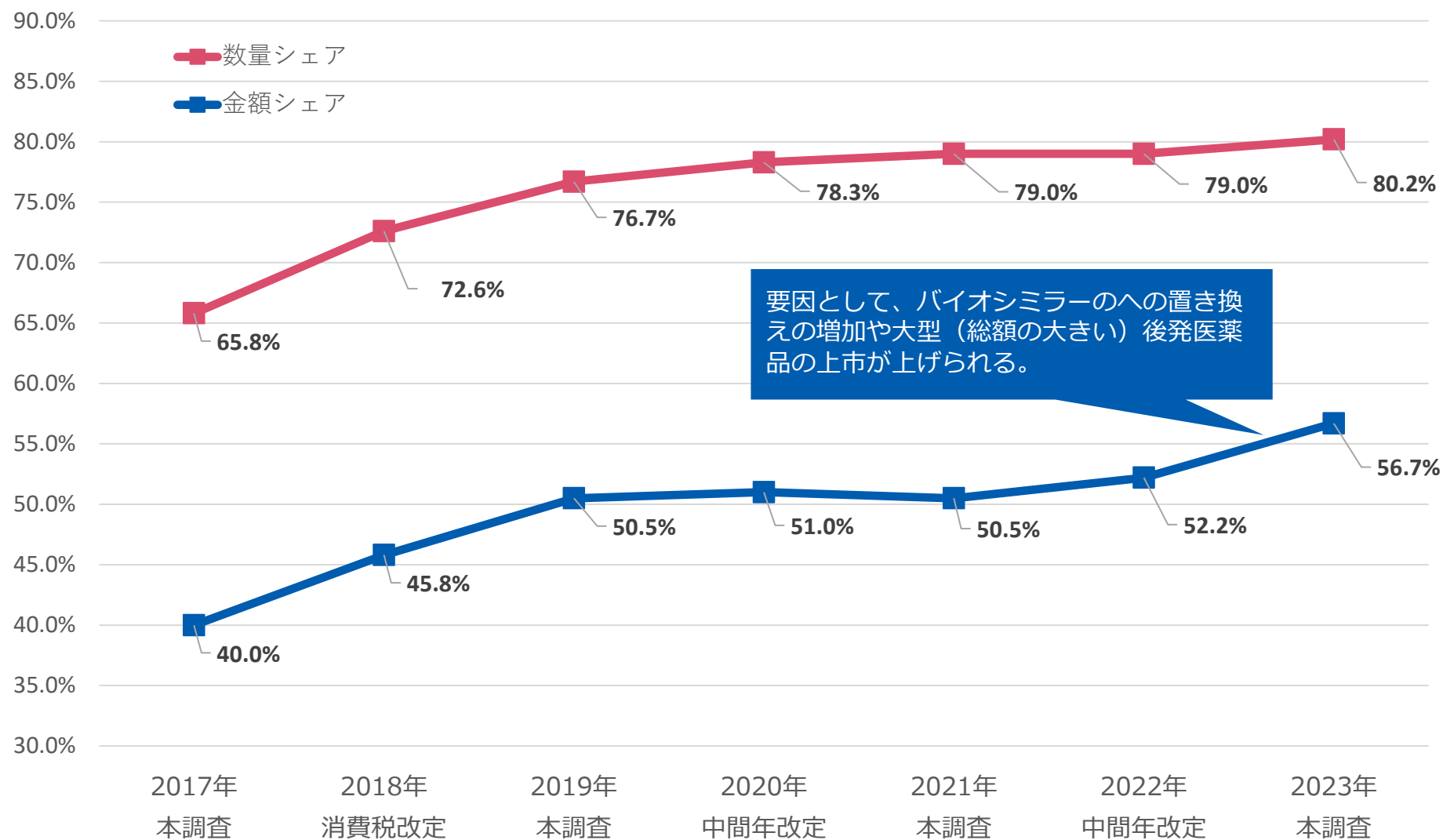
薬価調査における数量シェア及び金額シェアの推移

令和6年3月14日

資料1

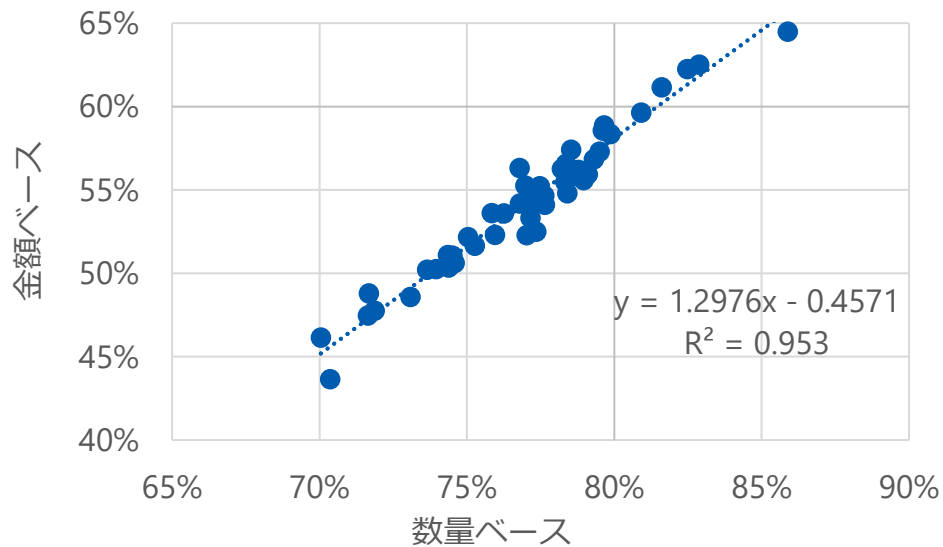
第176回社会保障審議会医療保険部会

(抜粋)

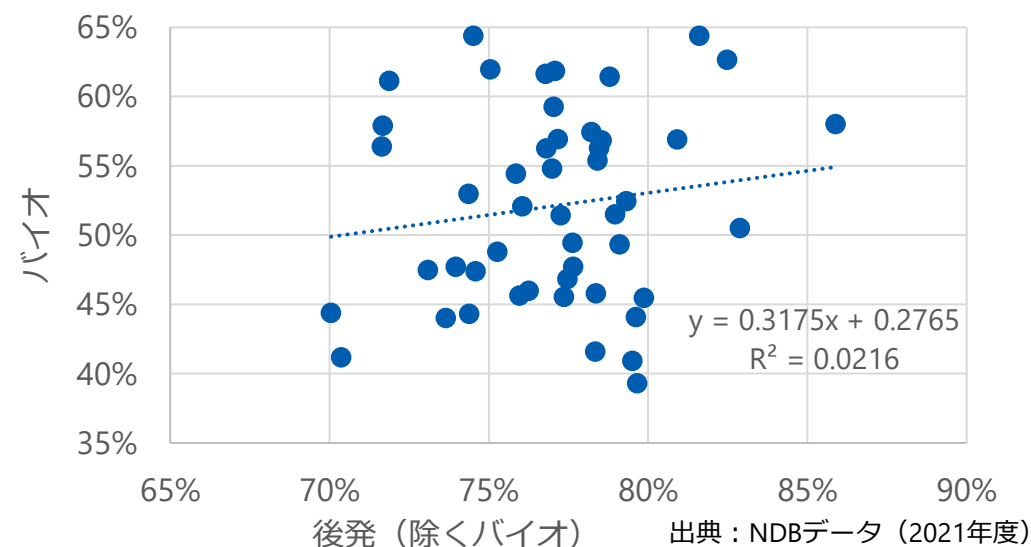


新たな目標も踏まえた医療費適正化計画の対応

- 後発医薬品について、数量ベースでの使用割合が高い都道府県は、金額ベースでの使用割合も高い傾向にあるが、後発医薬品の使用が進んでいても、バイオ後続品の使用割合が低い都道府県が見られる。
- 後発医薬品に係る政府目標の設定を踏まえ、第4期医療費適正化基本方針においても当該目標を位置付け、当該目標の達成に向けた都道府県の取組として、後発医薬品の使用促進の効果が確認されている差額通知の実施等の保険者等による後発医薬品の使用促進に係る取組を支援することのほか、医薬品の適正使用の効果も期待されるという指摘もあるフォーミュラリについて、都道府県域内の医療関係者に対して「フォーミュラリの運用について」（令和5年7月）の周知をはじめとした必要な取組を進めることが考えられることを示している。
- さらに、都道府県に対して、金額ベースの使用割合を薬効分類別に示すなど、必要なデータの提供を行い、医療費適正化の取組を推進できるよう支援する。



- 数量ベースでの使用割合と金額ベースでの使用割合は正の相関関係にある。
- 数量ベースでの使用割合が80%に達成していても、金額ベースでは、最も高い沖縄県でも65%に達していない。



- 後発医薬品の使用が進んでいる都道府県においても、バイオ後続品の使用割合が相対的に低い都道府県が見られる。

保医発 0707 第 7 号
保連発 0707 第 1 号
医政産情企発 0707 第 1 号
薬生安発 0707 第 1 号
令和 5 年 7 月 7 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療課長
（公印省略）
厚生労働省保険局医療介護連携政策課長
（公印省略）
厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課長
（公印省略）
厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課長
（公印省略）

フォーミュラリの運用について

「経済財政運営と改革の基本方針 2021」（令和 3 年 6 月 18 日閣議決定）においてフォーミュラリの活用が盛り込まれたことを受けて、後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラリガイドラインを策定することとしていたところです。これを受け、今般、別添のとおり、令和 4 年度厚生労働科学特別研究事業において、「フォーミュラリの運用について」がとりまとめられました。

貴管内の地域や医療機関・薬局においてフォーミュラリ作成の際の参考となるよう、医療機関・薬局、市町村等の関係者に対して周知方願います。

フォーミュラリの運用について

I. はじめに

- 我が国において「フォーミュラリ」の厳密な定義はないが、米国病院薬剤師会では「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられてきている。
- 我が国ではこれまでも、医療機関単位で、いわゆる「病院フォーミュラリ」といわれる採用医薬品リストとその関連情報が活用されている事例があったが、近年では地域の関係者が協働することで、地域レベルでフォーミュラリを作成し、運用している事例も見られるようになってきている。
- 本文書は、地域においてより良質な薬物療法を提供するために関係者が協働した上でフォーミュラリを作成・運用する際に参考となる基本的な考え方を提示することを目的とするものである。
- なお、各医療機関において「病院フォーミュラリ」を作成・運用する際の参考として、本文書を活用することも可能である。

II. 地域フォーミュラリの目的・考え方

(1) 地域フォーミュラリとは

- この文書において「地域フォーミュラリ」とは、「地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針」であり、以下「フォーミュラリ」と記載する。

(2) フォーミュラリの目的

- フォーミュラリは、患者に良質な薬物療法を提供することを目的として、最新の科学的なエビデンスに基づき、医学的・薬学的な観点のほか経済性等も踏まえて、地域における関係者の協働の下で作成・運用されるものである。

- フォーマキュラリでは疾患領域等に応じて使用される医薬品を示すことになるが、これにより医薬品の使用（処方）が制限されるのではなく、医学・薬学的な理由により必要と判断される場合には、これ以外の医薬品を使用することは可能である。
- 患者に薬物療法を提供する際には、各疾患領域において学会等が策定する診療ガイドラインを参照しつつ、フォーマキュラリも適宜活用することで、それぞれの患者に最適な薬物療法を提供することが可能となる。

Ⅲ. 地域フォーマキュラリの作成と運用

(1) フォーマキュラリの作成

1) 作成主体

- フォーマキュラリの作成に当たっては、医療機関の医師及び薬剤師、薬局の薬剤師のほか、地域の医療を担う関係者からなる組織を設置し、地域の医師会や薬剤師会等の関係団体との協力を得ながら、関係者の協働と合議の下で、契約関係などの利益相反の開示を含め透明性を確保し対応すべきである。
- また、地域の医療事情をきめ細かく反映させ、かつ実効性を高めるためには、行政機関（例：地方公共団体の業務主管課、医務主管課）や保険者（例：健康保険組合、地方公共団体の国民健康保険主管課、後期高齢者広域連合）などの関与も可能な限り検討すること。

（参考）現在、地域においてフォーマキュラリを実施又は検討している主体として以下のような例がある。

- ① 地域の三師会（医師会、歯科医師会及び薬剤師会）が連携して主導している実施主体（例：大阪府八尾市、茨城県つくば市）
 - ② 地域の中核病院が主導し、地域の医師会及び薬剤師会と連携して運用している実施主体（例：宮城県仙台市宮城野区）
 - ③ 地域医療連携推進法人による実施主体（例：山形県北庄内の日本海ヘルスケアネット）
- なお、フォーマキュラリを導入する範囲については特に決められたものではなく、作成主体が地域の医療事情等に応じて、作成・運用が可能な範囲とすることでよい。

2) 作成に当たっての基本的な考え方

- フォーマキュラリの対象医薬品は、後発医薬品（バイオ後続品を含む、以下同じ。）を有することも含め、同種同効薬が多く存在する疾患領域の医薬品であり、具体的な薬効群としては、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬などの降圧薬、α-グルコシダーゼ阻害薬などの糖尿病用薬、HMG-CoA還元酵素阻害剤などの高コレステロール血症治療薬といった生活習慣病治療薬、抗ヒスタミン薬などの抗アレルギー薬といった医薬品が考えられる。
- フォーマキュラリに採用する医薬品（以下「収載薬」という。）の選定に当たっては、有効性、安全性のほか、経済性の観点も含めて検討すべきであり、薬効群ごとに、3)の手続きに基づき選定した医薬品を列挙することとし、可能であれば、推奨される順位を参考として示すことも考慮する。

3) 収載薬の選定

- フォーマキュラリの収載薬を選定する際には、医薬品の安定供給を含めた製造販売業者の体制に関する事項のほか、医薬品の適正使用のために有効性・安全性の評価を重視することは当然として、経済性の観点にも留意しつつ検討する。
- 具体的には、検討対象の医薬品の適応範囲（効能・効果、用法・用量）、品質、有効性、安全性等に関するデータ、製剤の特徴などについて、例えば以下に示すポイントを参考に検討を行う。検討に当たっては、添付文書、インタビューフォームといった資料だけでなく、先発医薬品の承認審査時の審査報告書、製造販売後の副作用の発生状況、製造販売後臨床試験・調査の状況、医薬品リスク管理計画の実施状況、学術論文などのデータを積極的に収集・分析することが求められる。
 - ・ 経済性の観点から、後発医薬品を選定することが考えられるが、必ずしも価格が一番低い医薬品を選定する必要はないこと。
 - ・ 同種同効薬で薬事承認された適応の範囲が異なる場合、広い範囲の適応を有する医薬品を選定することも検討すること。
 - ・ 1日あたり投与回数（服用回数）や頻度は、服薬アドヒアランスに影響を与えることから、服用回数が少ない医薬品を選定することも検討すること。

○ 選定に当たっては最新の診療ガイドラインを参考とするが、複数の医薬品が同列で推奨されることも多いため、The Cochrane Library等の医療情報データベースを利用し、システマティックレビューや海外ガイドラインを参考にすることで更なる検討を行う。ただし、海外文献を参照する際には、我が国における医薬品の適応範囲の違いや保険医療制度の差異などに留意すべきである。

○ 以上により選定された記載薬が、地域における実臨床で活用できるものか確認するため、当該地域における処方状況などを事前に把握するとともに、地域の医師、歯科医師、薬剤師等の関係者の意見も丁寧に収集し、十分に協議した上で最終決定する。

○ 記載薬の表記は、原則として有効成分の一般的な名称によるものとし、特定の銘柄を示す販売名は記載しない。ただし、製剤の特性（例：バイオ後継品における注入器など）、製造販売業者としての品質確保、安定供給等の取組などの理由により、特定の銘柄の製剤を選定する必要があるものについては具体的な販売名を明記できる。この場合においては、特定の銘柄の製剤を選定した合理的な理由（製剤の特性、企業の対応等）を有しておくことが必要である。

(2) フォーミュラリの導入と運用

○ (1)により作成されたフォーミュラリについては、地域の医療機関、薬局のほか、医師会、薬剤師会等の関係団体、行政等の関係機関に周知するとともに、必要に応じて説明会を行うなど、地域の医療機関や薬局がその内容を理解して活用できるよう、丁寧に地域の関係者に対して説明を行う必要がある。

○ フォーミュラリの導入により、医薬品の使用に制限が生じるものではなく、例えば、既に治療を始めている患者については、フォーミュラリの記載薬に切り替える必要はなく、投薬中の医薬品を継続することで差し支えない。

○ フォーミュラリの作成・運用にあたっては透明性を確保することが必須であるため、後述の利益相反に十分配慮し、作成や更新に関する情報、運用の状況などについて定期的に公表するとともに、重要な情報については適時適切に公表することが必要である。

(3) フォーミュラリの更新

○ フォーミュラリは、作成した後も最新の情報に基づき適時適切に更新する必要がある。例えば、新医薬品の薬価収載（年4回）や後発医薬品の薬価収載（年2回）などの時期にあわせて定期的に行うことや、診療ガイドラインの改訂など作成している疾患領域の薬物療法に変化が生じた際に行うことなどが想定される。

○ フォーミュラリを更新する際には、地域の医療機関や薬局等の意見を聴くことなどにより、フォーミュラリの運用状況を把握し、改善点などについて検討を行い、その結果を活用する。

(4) 利益相反 (COI) 管理

○ フォーミュラリの作成・運用を適正に行うためには、作成主体や関係者の利益相反 (Conflict of Interest; COI) 管理が重要となる。具体的には製薬企業等の外部の関係者からの経済的又はその他の関連する利益の提供により、特定の医薬品の優遇など、医薬品の選定過程で必要とされる公正かつ適正な判断が損なわれる、又は損なわれるのではないかと第三者から懸念が表明されないようにする。

○ したがって、作成主体においてはCOIへの対応を明確にし、フォーミュラリの作成・運営にあたり公正かつ適正な判断が損なわれないようにしなければならない。COIに関する対応は、手続等の透明性と信頼性を確保するため、日本医学会のCOI管理ガイドラインや関連学会のガイドラインを参考にCOIに関する指針等を策定・公表し、これを遵守することが必須である。

IV. 地域フォーミュラリ導入の効果・影響の評価

○ フォーミュラリの導入によって薬物療法の質に与える効果や影響を定量的に評価することが望ましいことから、フォーミュラリを作成・更新する際には、評価のための指標と、それらの情報の収集・分析のための計画も合わせて設定することを考慮する。

○ 併せて、フォーミュラリの導入による薬剤費の適正化も重要な視点であることから、医療経済的な分析により、具体的にどの程度の効果があったか評価する。例えば、後発医薬品の使用による適正化効果額の試算などを実施することが考えられる。この際、地域の行政機関や保険者、大学・研究機関の協力が

得られれば、地域保健の情報やレセプト情報等を利活用したより具体的な評価・分析が期待できる。

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. ポリファーマシー対策



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

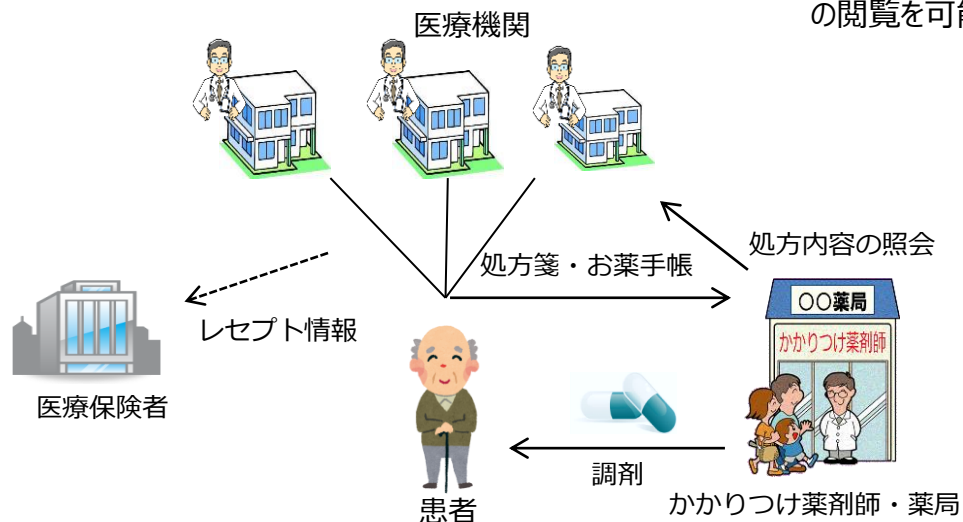
- 医療機関・薬局における減薬の取組の評価等

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）



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
4. 審査支払機関改革

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

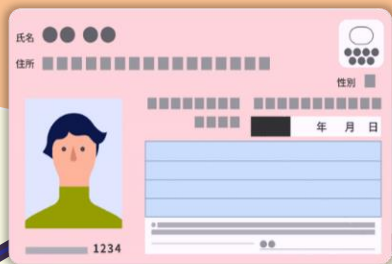
- 医療機関間での文書のオンライン送信、診療に必要なカルテ情報の共有
- マイナポータルでの自己情報閲覧 (PHR)

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

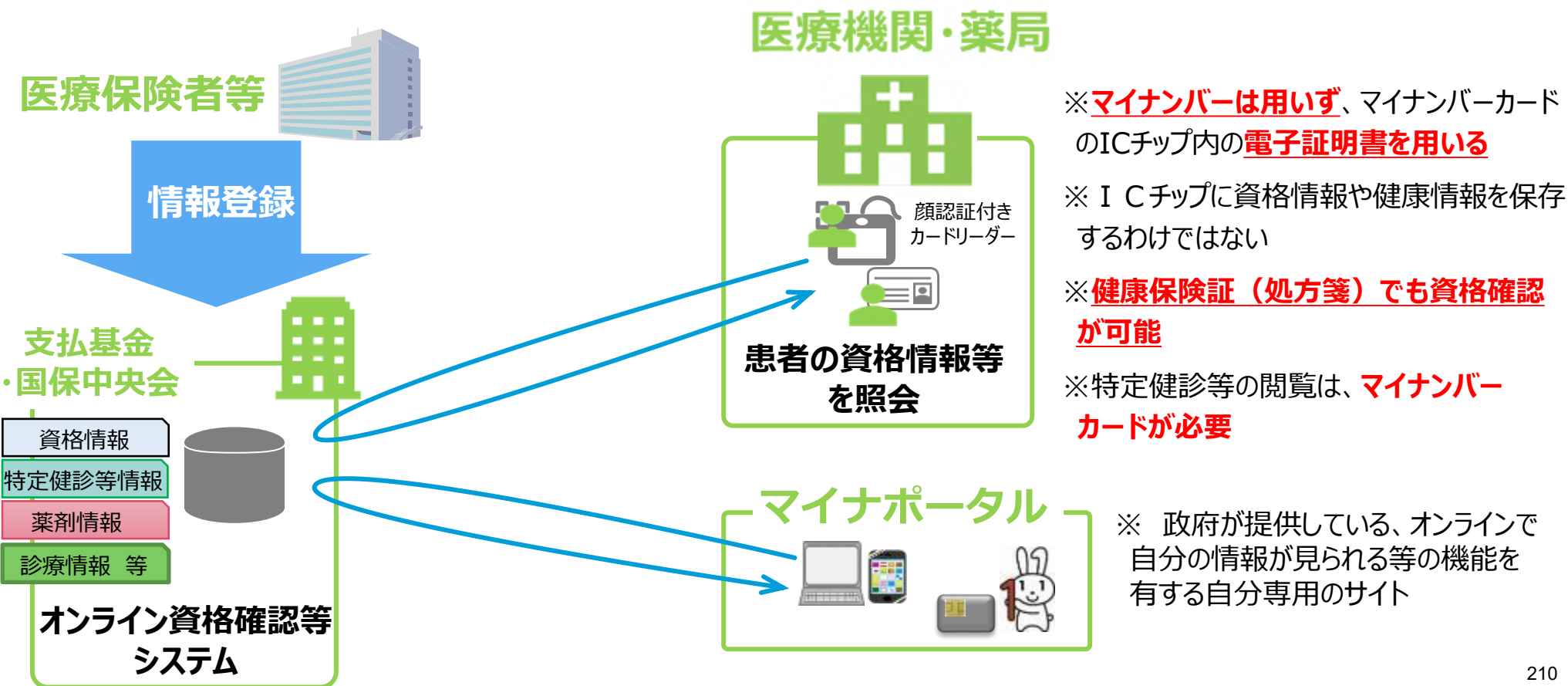


救急医療における
患者の健康・医療データ
の活用



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）

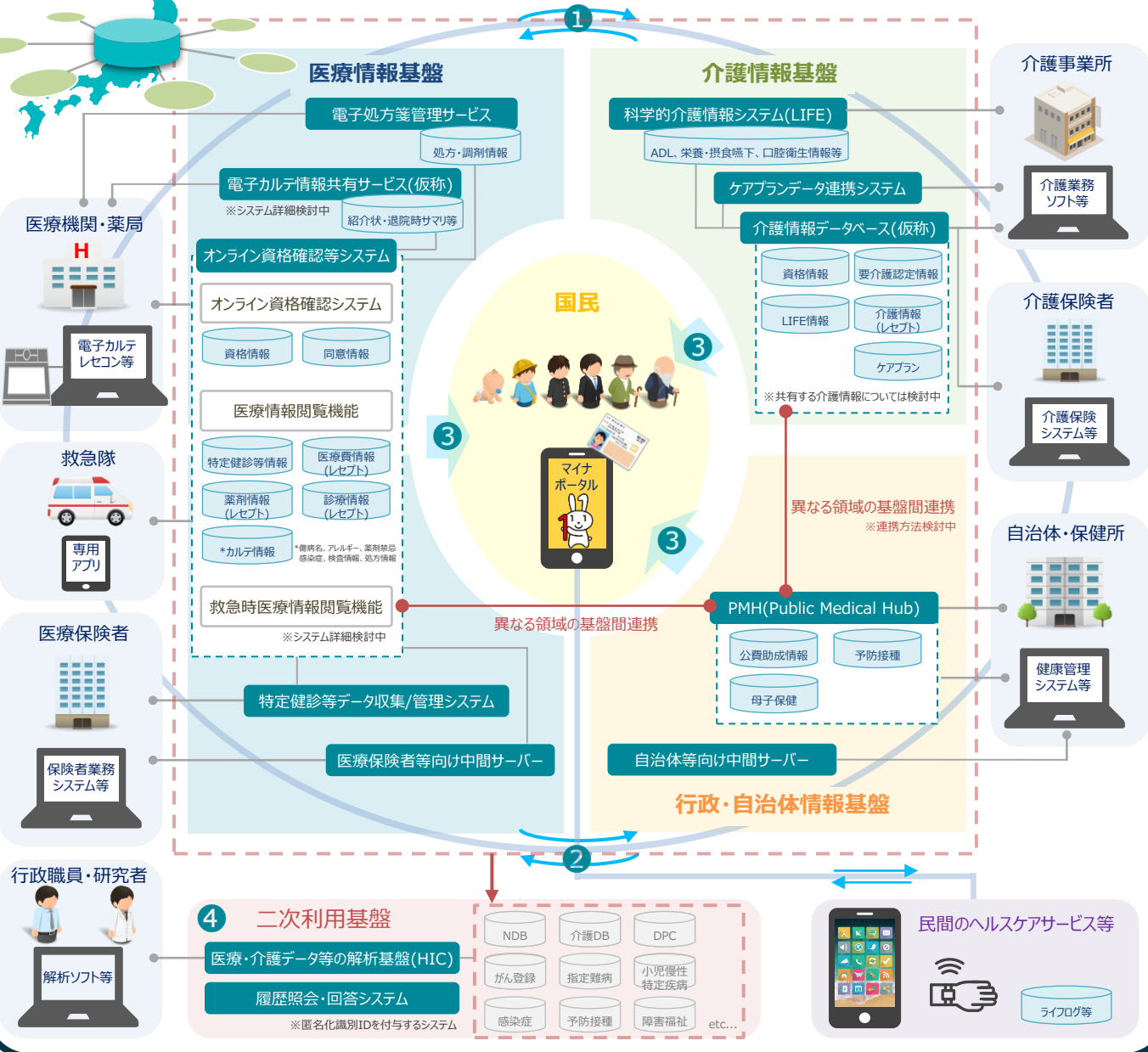


全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）

「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム
(令和5年8月30日)

《医療DXのユースケース・メリット例》

全国医療情報プラットフォーム



✓ 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。



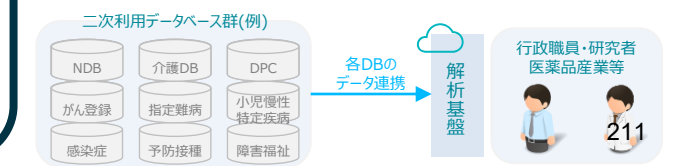
3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

✓ 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。



マイナンバーカードと健康保険証の一体化

マイナンバー法等の一部改正法（令和5年法律第48号）

- 健康保険証の廃止に係る規定の施行期日は、令和6年12月2日（月）
- **発行済みの健康保険証**は、改正法**施行後1年間**（先に有効期間が到来する場合は有効期間まで）**有効**とみなす経過措置が設けられている。
- 健康保険証を廃止するとともに、**マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある者（※1）**が必要な保険診療等を受けられるよう、当該者からの求めに応じ、**各医療保険者等は、医療機関等を受診する際の資格確認のための「資格確認書」（※2、※3）を交付することとする。**

（※1）マイナンバーカードを紛失した者、マイナンバーカードを取得していない者など

（※2）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）。様式は国が定める。（省令事項）

（※3）保険者が必要と認めるときは、本人からの申請によらず資格確認書を交付できる。（改正法附則規定）

令和6年秋の健康保険証廃止以降の資格確認書の取扱い

- 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
⇒ 加入者全員にマイナ保険証又は資格確認書を交付
- 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）

＜ 従前の方針案と課題 ＞

＜ 対応案 ＞

対象者・交付方法

- 原則、本人の申請に基づき交付
※現在は、加入者全員に保険証を交付
- 要介護高齢者、障害者等の要配慮者が支援者による支援を受けて受診する際、マイナ保険証での受診が難しい場合がある



- 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

有効期間等

- 1年間を上限
 - ・保険者の実務への影響大（現行の保険証）
被用者保険：原則有効期間なし
地域保険：2年の保険者もあり
 - ・被保険者の更新手続き負担大
（要介護高齢者、障害者含め毎年手続き発生）



- 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

- 医療DXのパスポートとして「マイナ保険証」によるオンライン資格確認が原則へ。
 - ① **マイナ保険証を保有していない方**には、必要な保険診療を受けられるよう **資格確認書** を申請によらず交付
 - ② **マイナ保険証の保有者**には、ご自身の被保険者資格等を簡易に把握できるよう **資格情報のお知らせ** を送付
(※) 併せて、スマートフォンをお持ちの方は、マイナポータルにログインすることでご自身の資格情報を確認いただけることについても、広く周知していく。

マイナ保険証を保有していない場合

- ・ マイナ保険証を保有していない方全てに申請によらず資格確認書を交付
具体的には、現行の健康保険証の有効期限の終了時（※）や転職・転居時に、健康保険証に代えて、資格確認書を交付（※施行後、最大1年間使用可能）

スマホダウンロード対応の
資格情報表示のイメージ



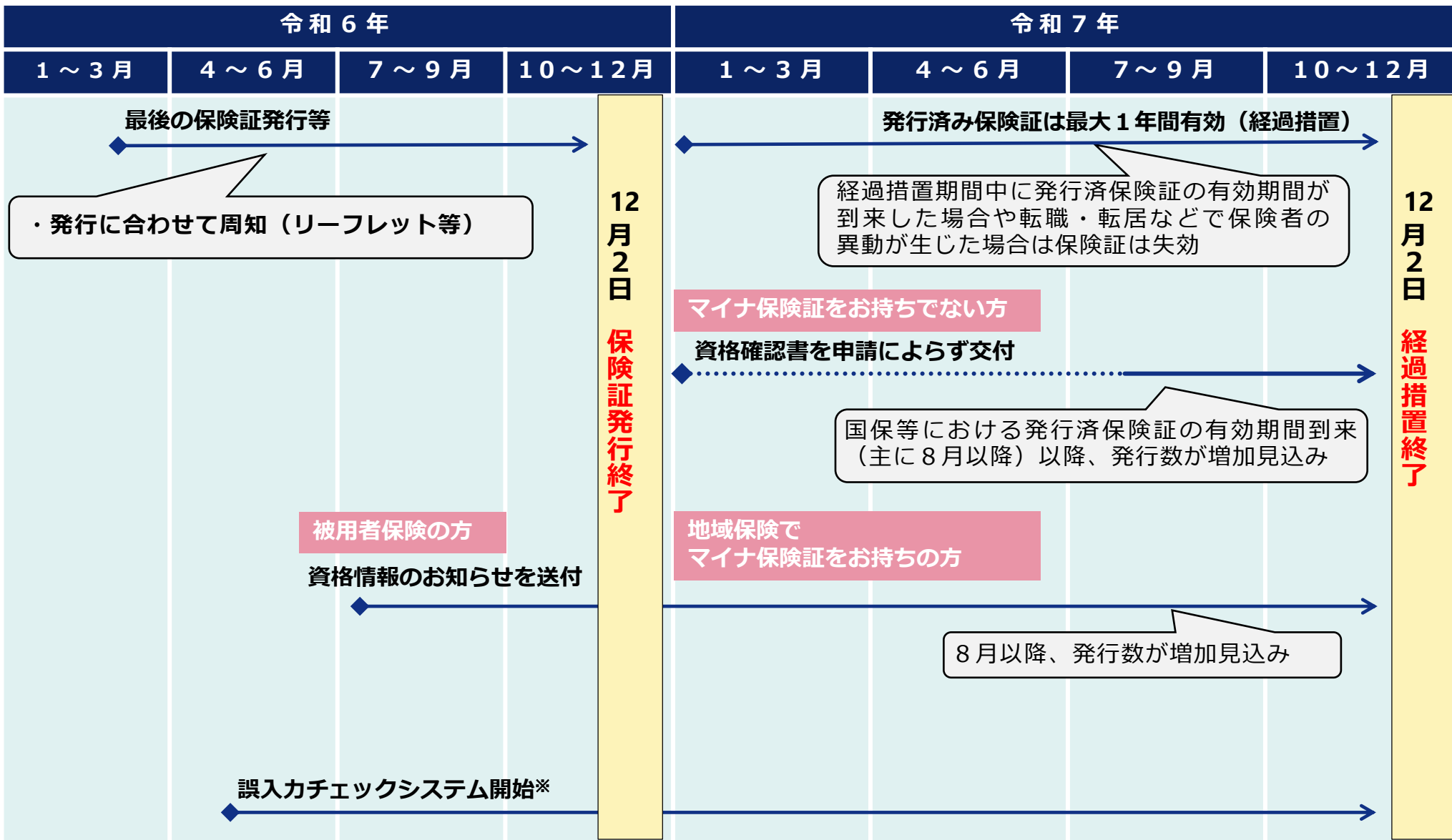
マイナ保険証保有者で、スマホをお持ちの方の場合

- ・ スマホ保有者は、スマホ（マイナポータル）でご自身の資格情報を確認可能
(来年春から資格情報のスマホダウンロードも対応)
- ・ 来年以降、スマホにマイナ保険証機能を搭載した「スマホ保険証」を導入
- ・ 停電などマイナ保険証の読み取りができない例外的な場合は、スマホの資格情報画面をマイナ保険証とともに提示することで受診可能

マイナ保険証保有者で、スマホ対応が難しい方の場合

- ・ マイナ保険証の保有者にお送りする「資格情報のお知らせ」により、ご自身の被保険者資格を把握可能
(マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合は、マイナ保険証とともに提示することで受診いただける)

マイナ保険証への円滑な移行に向けた対応



※ データ登録時に全件住民基本台帳のデータと突合

資格確認書の切れ目のない交付について

健康保険証の廃止に際しては、マイナ保険証を保有しない方に、申請によらず資格確認書を発行することとしている。今後、必要なシステム改修等を実施し、以下のA～Cの方々などについて、申請によらず資格確認書を交付する。

A マイナンバーカードを取得していない方、健康保険証の利用登録をしていない方

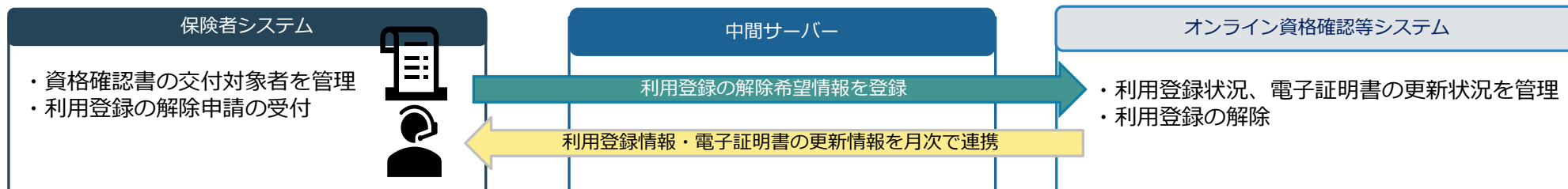
- 実施機関（社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会）は、オンライン資格確認等システムから対象者情報を月次で保険者へ連携【令和6年10月頃～】
- 保険者は対象者に資格確認書を交付

B マイナンバーカードの健康保険証利用登録を解除した方

- 利用登録の解除申請は保険者が受け付けることとする。【令和6年10月頃～】
- 申請を受け付けた保険者は申請者に資格確認書を交付するとともに、医療保険者等向け中間サーバーを通じて対象者情報をオンライン資格確認等システムへ連携。
- 申請から一定期間経過後（中間サーバーにおける申請受付の翌月末を想定）にオンライン資格確認等システムにおいて利用登録を解除。

C 電子証明書の更新を失念した方・マイナンバーカードを返納した方

- オンライン資格確認等システムから対象者情報を月次（返納者情報は日次）で保険者へ連携【令和6年10月頃～】
- 保険者は対象者に資格確認書を交付
 - ※ 電子証明書の更新を失念した方について、有効期限から3ヶ月間は手元にあるマイナンバーカードを活用して資格確認を可能とする予定。
 - ※ カードの返納者に対しては、返納手続きの際に資格確認書の申請を併せて案内。



(注) 施行後最大1年間、現行の保険証が使用可能な方には、その間は、資格確認書を交付しない運用を想定。

国保における資格確認書等の様式例について

「資格確認書の様式等について」（令和5年12月22日付け国民健康保険課事務連絡）において、資格確認書等の様式等をお知らせした。詳細については、施行までに今後省令で定める予定。

資格確認書

※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	割
適用開始年月日	年	月	日		
交付年月日	年	月	日		
世帯主氏名					
住所					
保険者番号	<input type="text"/>				
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。

- 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。
- 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。
- 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）： _____〕

資格情報のお知らせ

別添21 参考例

資格情報のお知らせ

(交付者名)
(保険者番号)

あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。
なお、このお知らせのみでは受診できません。

記号	000	番号	00000000 (枝番) 00
氏名	佐藤 太郎		
フリガナ	サトウ タロウ		
負担割合（70歳以上のみ記載）	〇割		
適用開始年月日	平成〇年〇月〇日		
交付年月日	令和〇年〇月〇日		

※ 70歳以上の場合、負担割合のほか、有効期限、発効期日を記載。（下部の切り取り箇所も同様）
スマートフォンをお持ちの方は、以下のQRコードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご利用ください。

- マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら -



マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます（スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます）。

下部を切り取ってご利用いただくこともできます
(このお知らせのみでは受診できません)

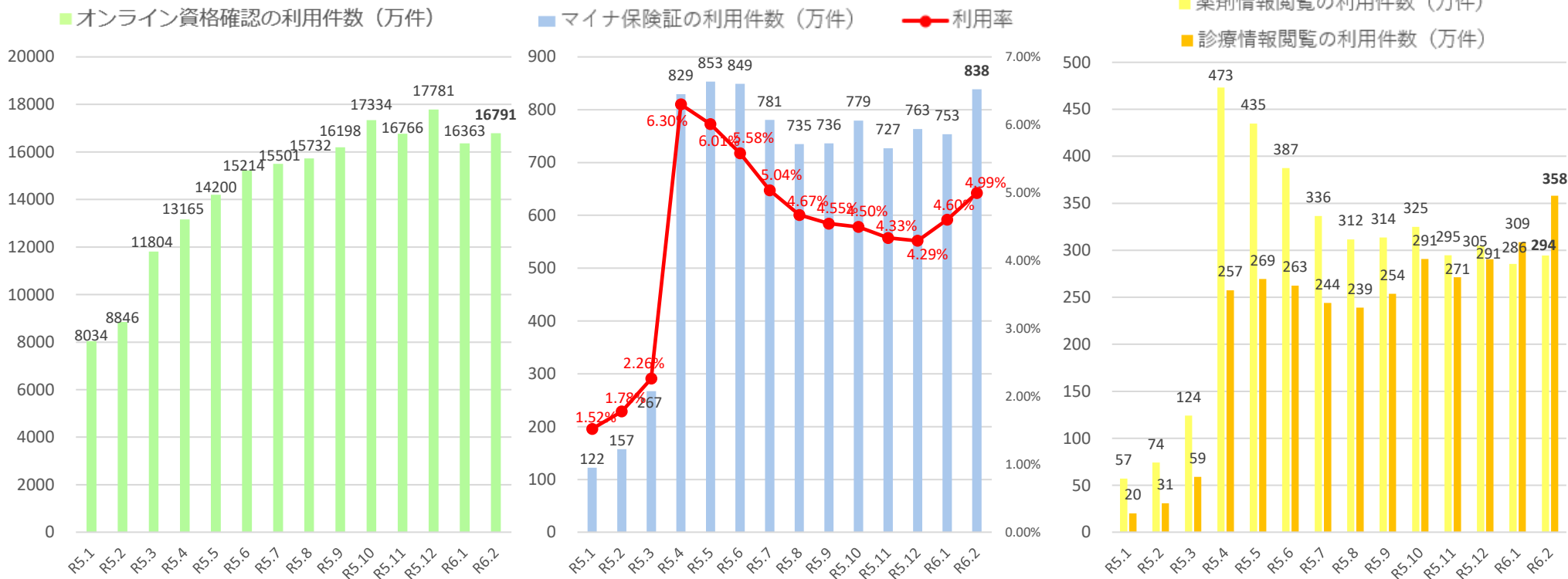
資格情報のお知らせ
令和〇年〇月〇日発行
(交付者名)
(保険者番号)

記号	000	番号	00000000 (枝番) 00
氏名	佐藤 太郎		
負担割合	〇割（70歳以上のみ記載）		

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

オンライン資格確認の利用状況

※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

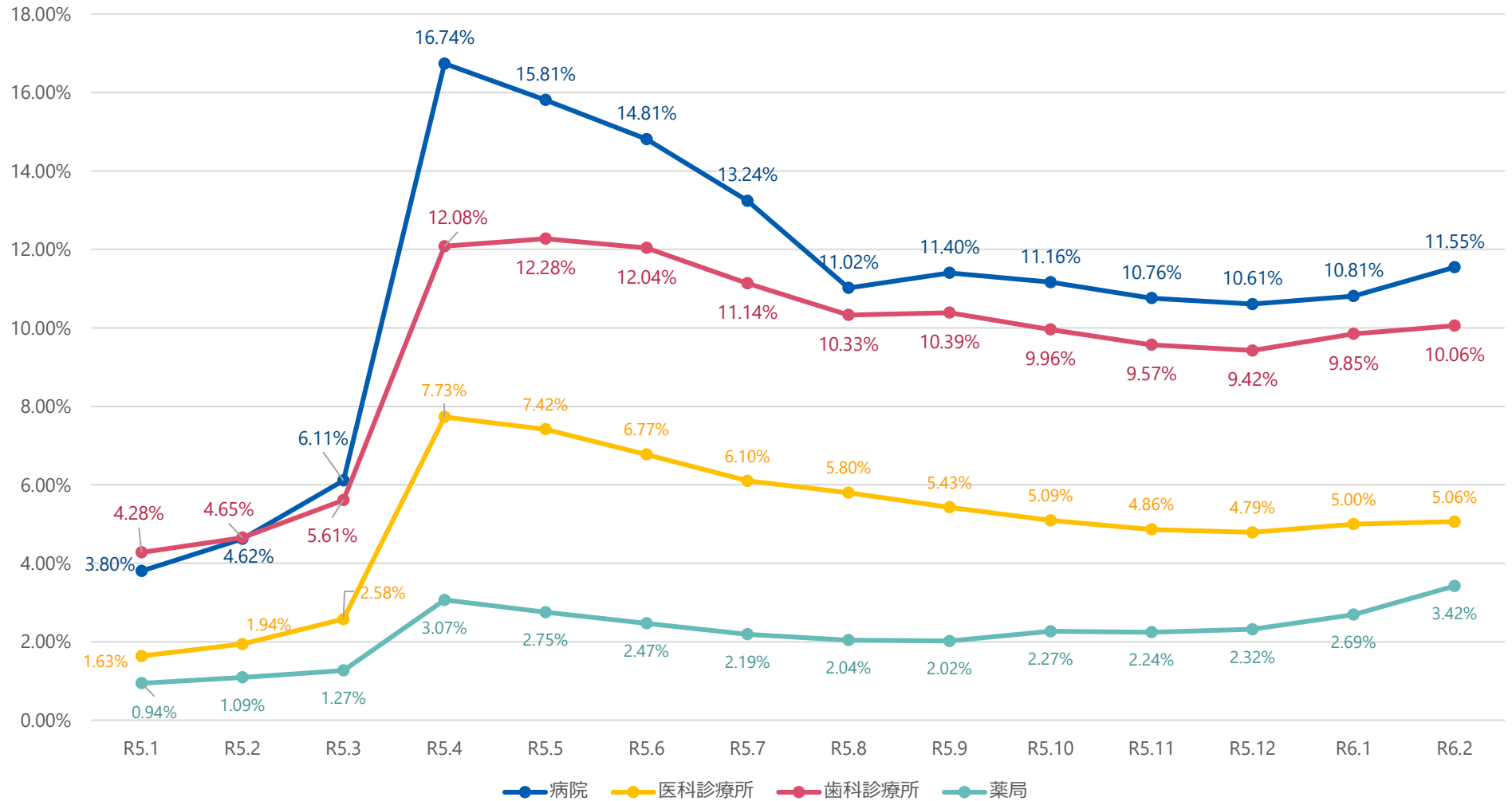


【2月分実績の内訳】

※紙の保険証受診であってオンライン資格確認を利用しない場合も含めた資格確認総件数は、直近で約2.46億件（令和5年6月）

	合計	マイナンバーカード	保険証	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	8,739,846	1,009,166	7,730,680	265,096	218,450	367,748
医科診療所	72,113,389	3,649,066	68,464,323	1,040,587	1,786,998	1,977,169
歯科診療所	11,291,880	1,135,620	10,156,260	178,062	225,054	107,216
薬局	75,760,791	2,590,763	73,170,028	856,629	713,786	1,129,798
総計	167,905,906	8,384,615	159,521,291	2,340,374	2,944,288	3,581,931

施設類型別のマイナ保険証利用率の推移



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2月))

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率 (令和6年2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	5.16% (+0.64%)
青森県	3.13% (+0.25%)
岩手県	6.20% (+0.42%)
宮城県	4.86% (+0.39%)
秋田県	3.76% (+0.60%)
山形県	4.58% (+0.71%)
福島県	6.26% (+1.08%)
茨城県	6.32% (+0.97%)
栃木県	5.70% (+0.81%)
群馬県	5.68% (+0.54%)
埼玉県	4.56% (+0.34%)
千葉県	5.51% (+0.42%)
東京都	4.88% (+0.23%)
神奈川県	4.97% (+0.30%)

都道府県名	利用率
新潟県	6.47% (+0.98%)
富山県	7.26% (+1.49%)
石川県	7.25% (+1.11%)
福井県	7.69% (+0.85%)
山梨県	4.26% (+0.36%)
長野県	4.09% (+0.51%)
岐阜県	4.43% (+0.37%)
静岡県	5.40% (+0.27%)
愛知県	3.71% (+0.15%)
三重県	4.77% (+0.23%)
滋賀県	5.70% (+0.31%)
京都府	5.37% (+0.48%)
大阪府	4.77% (+0.24%)
兵庫県	4.97% (+0.31%)
奈良県	5.36% (+0.24%)
和歌山県	3.22% (+0.22%)

都道府県名	利用率
鳥取県	7.58% (+0.39%)
島根県	6.19% (+0.59%)
岡山県	4.67% (+0.25%)
広島県	5.19% (+0.34%)
山口県	5.42% (+0.59%)
徳島県	3.43% (+0.28%)
香川県	5.46% (+0.68%)
愛媛県	3.14% (+0.49%)
高知県	4.16% (+0.42%)
福岡県	4.70% (+0.20%)
佐賀県	5.44% (+0.33%)
長崎県	5.27% (+0.55%)
熊本県	5.85% (+0.33%)
大分県	3.89% (+0.22%)
宮崎県	7.23% (+0.58%)
鹿児島県	8.96% (+0.52%)
沖縄県	2.56% (+0.25%)

全国	4.99% (+0.39%)
----	----------------

※ 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1月の値からの変化量 (%ポイント)) 220

2024年1月のマイナ保険証利用率（保険制度別）

健康保険組合・全国健康保険協会

	保険者名	利用率	加入者数
1	社会保険支払基金健康保険組合	17.47%	7077
2	日興毛織健康保険組合	13.33%	26
3	佐賀銀行健康保険組合	10.96%	3425
4	鹿児島県信用金庫健康保険組合	10.12%	2286
5	南日本銀行健康保険組合	10.03%	1585

共済組合

	保険者名	利用率	加入者数
1	厚生労働省第二共済組合 北海道東北グループ支部	19.23%	42
2	厚生労働省共済組合 東北厚生局支部	15.23%	413
3	厚生労働省共済組合 東海北陸厚生局支部	14.60%	612
4	厚生労働省共済組合 四国厚生支局支部	14.58%	210
5	厚生労働省共済組合 北海道厚生局支部	14.50%	363

市町村国保

	保険者名	利用率	加入者数
1	礼文町	23.31%	817
2	黒滝村	18.98%	168
3	葛巻町	17.74%	1608
4	上北山村	16.82%	82
5	草津町	16.71%	1417

後期高齢者医療広域連合

	保険者名	利用率	加入者数
1	黒滝村	16.28%	190
2	上北山村	15.83%	144
3	葛巻町	15.72%	1481
4	礼文町	14.55%	423
5	愛別町	14.38%	708

国民健康保険組合

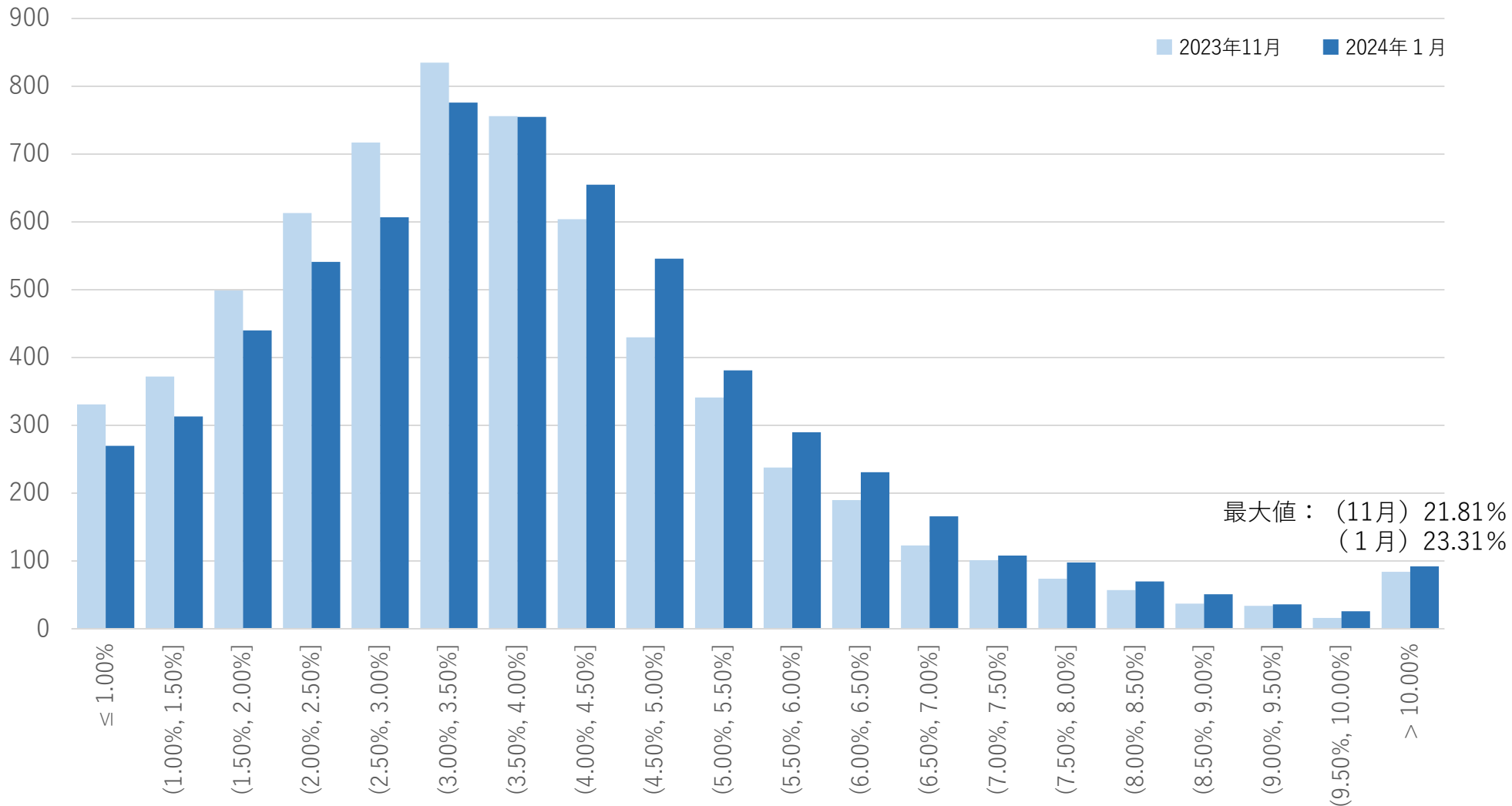
	保険者名	利用率	加入者数
1	鹿児島県歯科医師国民健康保険組合	14.66%	4208
2	宮崎県歯科医師国民健康保険組合	12.57%	2341
3	富山県医師国民健康保険組合	12.21%	1286
4	山形県医師国民健康保険組合	11.43%	1775
5	鹿児島県医師国民健康保険組合	10.89%	2233

分子：2024年1月のマイナ保険証によるオンライン資格確認利用人数（名寄せ処理後）
 分母：各医療保険者等で受け付けた外来レセプト枚数（2024年2月請求分）

※保険者番号（支部等）ごとを基に集計し、加入者10人未満のものは除外
 ※医療保険情報提供等実施機関データ等により厚生労働省において算出

2024年1月のマイナ保険証利用率（全保険者）

2024年1月のマイナ保険証利用率（全保険者）



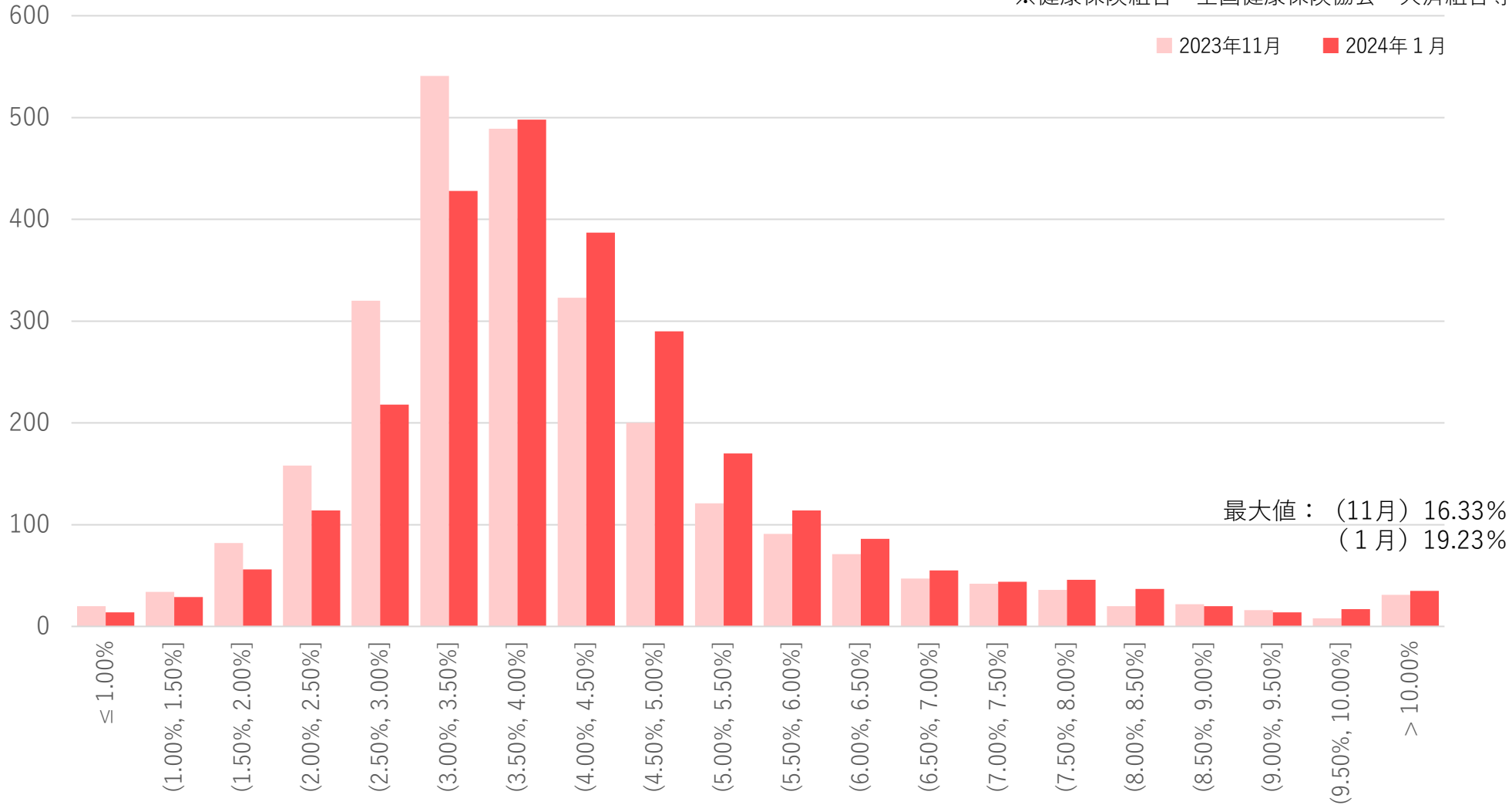
利用率：（分子）2024年1月のマイナ保険証によるオンライン資格確認利用人数（名寄せ処理後）
（分母）各医療保険者等で受け付けた外来レセプト枚数（2024年2月請求分）

※保険者番号（支部等）ごとを基に集計し、加入者10人未満のものは除外
※医療保険情報提供等実施機関データ等により厚生労働省において算出

2024年1月のマイナ保険証利用率（被用者保険）

2024年1月のマイナ保険証利用率（被用者保険）

※健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等



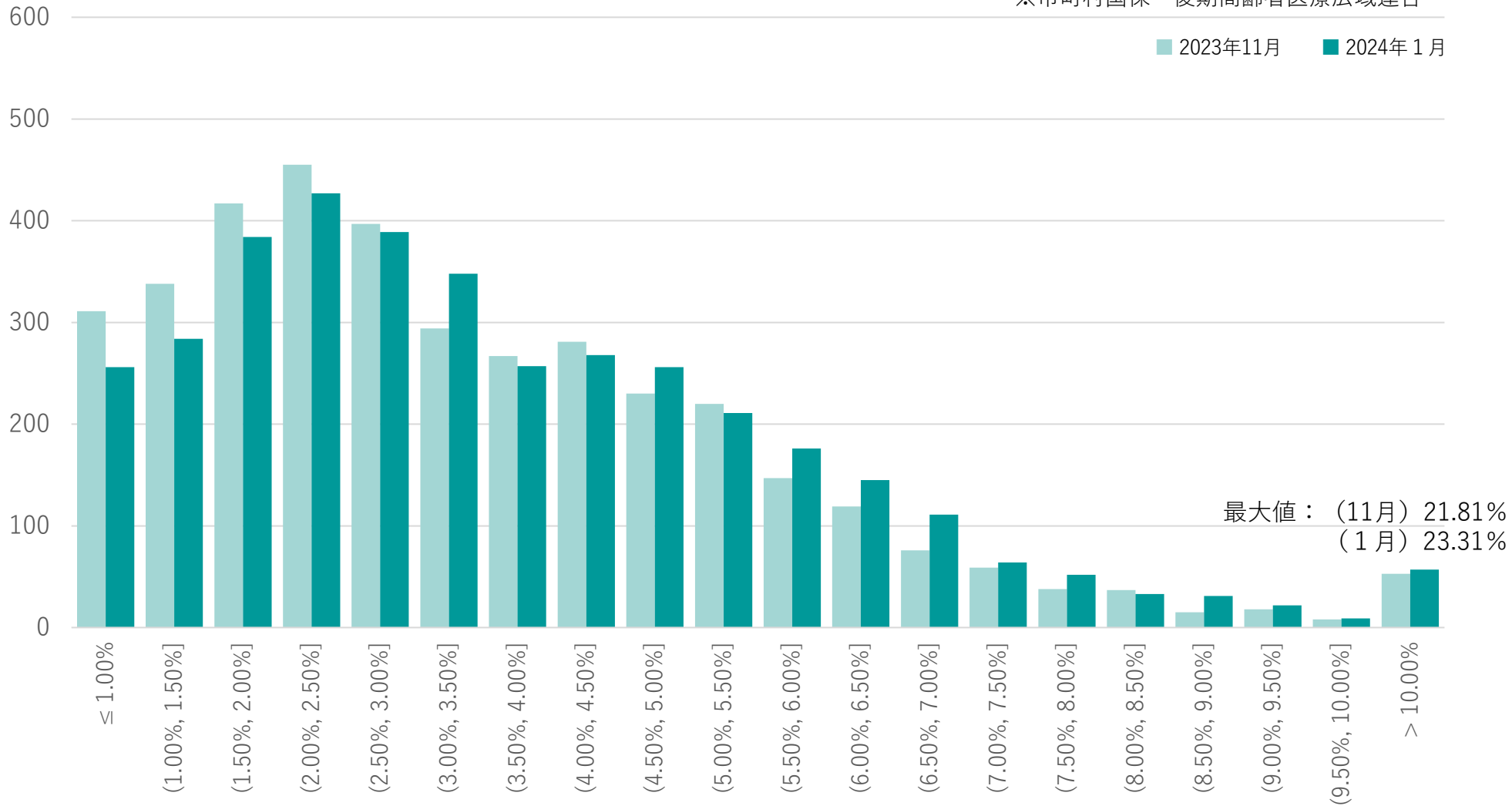
利用率：（分子）2024年1月のマイナ保険証によるオンライン資格確認利用人数（名寄せ処理後）
（分母）各医療保険者等で受け付けた外来レセプト枚数（2024年2月請求分）

※保険者番号（支部等）ごとを基に集計し、加入者10人未満のものは除外
※医療保険情報提供等実施機関データ等により厚生労働省において算出

2024年1月のマイナ保険証利用率（地域保険）

2024年1月のマイナ保険証利用率（地域保険）

※市町村国保・後期高齢者医療広域連合



利用率：（分子）2024年1月のマイナ保険証によるオンライン資格確認利用人数（名寄せ処理後）
（分母）各医療保険者等で受け付けた外来レセプト枚数（2024年2月請求分）

※保険者番号（支部等）ごとを基に集計し、加入者10人未満のものは除外
※医療保険情報提供等実施機関データ等により厚生労働省において算出

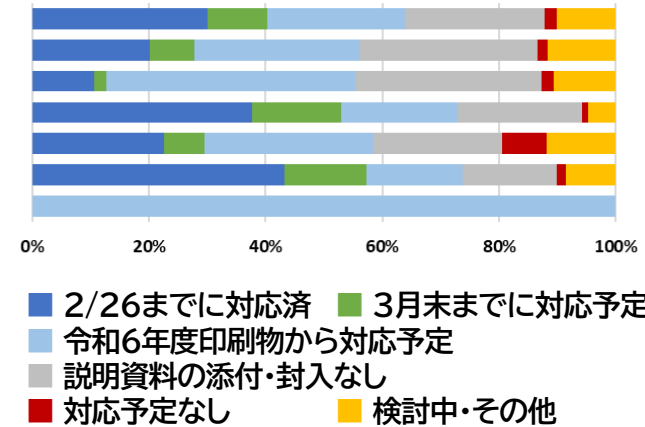
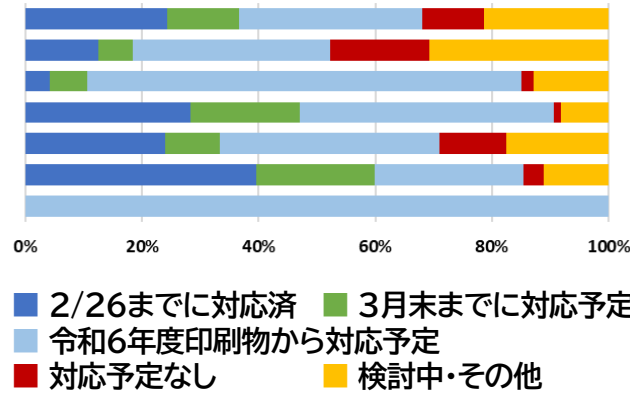
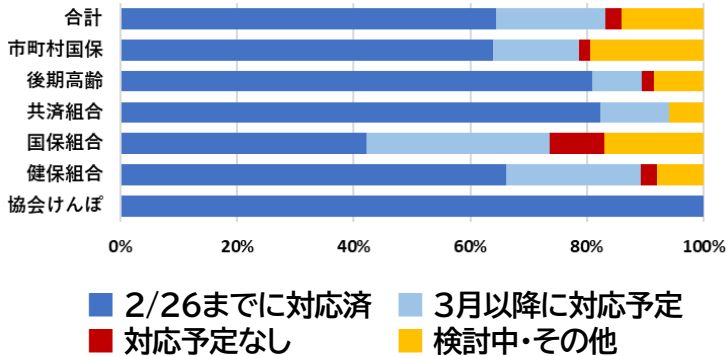
保険者によるマイナ保険証の利用促進の取組状況について

限度額適用認定証を契機とした利用勧奨の状況

取得申請の案内ページ・チラシ等における周知

申請様式における周知

交付する際の説明資料における周知

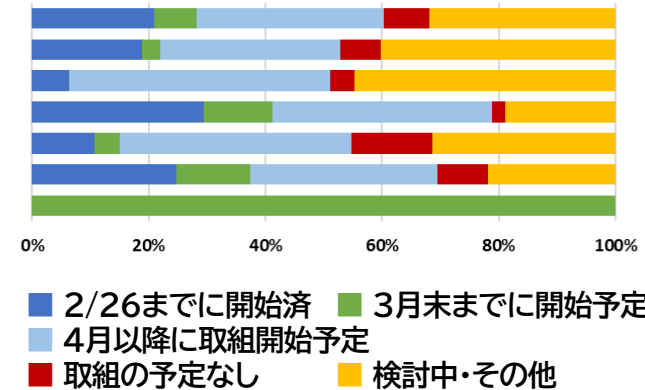
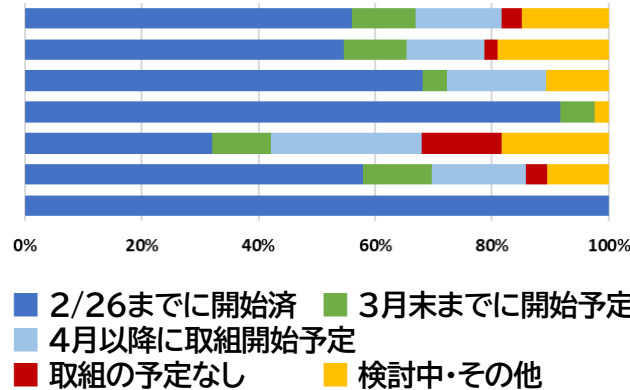
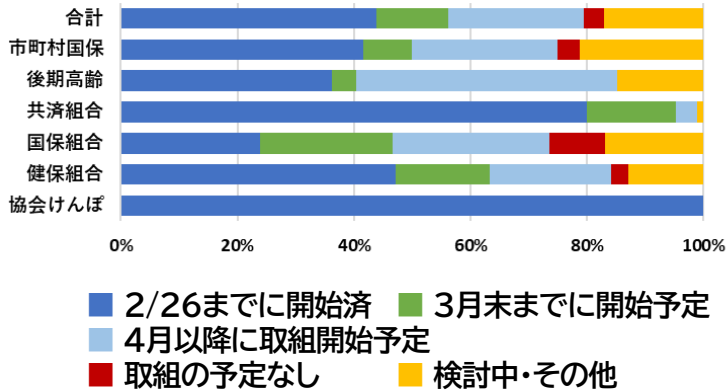


あらゆる機会を通じた利用勧奨の状況

プッシュ型(能動的)利用勧奨
(メール・チラシ・説明会等)

プル型(受動的)利用勧奨
(HP・利用の手引き等)

保健事業の実施時における利用勧奨



令和6年度診療報酬改定におけるマイナ保険証利用等に関する診療報酬上の評価（イメージ）

・マイナンバーカードを**常時携帯する者が約4割**となっている現状を踏まえると、**医療現場における利用勧奨が重要。**

《現行》

《見直しイメージ》

R6.6

R6.12

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

マイナンバーカードや問診票を利用し、「診療情報取得・活用体制の充実」を評価

<初診>

- ・マイナ保険証 利用なし 4点
- ・マイナ保険証 利用あり 2点

【医療情報取得加算】

配点を見直し、継続

<初診>

- ・マイナ保険証利用なし 3点
- ・マイナ保険証利用あり 1点

<再診>

- 2点
- 1点

※答申書付帯意見

令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

利用率増加に応じた支援金

【医療DX推進体制整備加算】

マイナ保険証、電子処方箋などの「医療DX推進体制」を評価

<初診> 8点（歯科6点、調剤4点）

施設要件（例）

- ①マイナ保険証での取得情報を診療室で利用できる体制【R6.6～】
- ②マイナ保険証の利用勧奨の掲示【R6.6～】
- ③**マイナ保険証利用実績が一定程度（●%）以上**であること【R6.10～】
- ④電子処方箋を発行できる体制（薬局は受け付ける体制）【R7.4～】
- ⑤電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制【R7.10～】



オンライン資格確認の利用状況：災害時における薬剤情報・診療情報・特定健診等情報の閲覧

通常時は、薬剤情報・診療情報・特定健診等情報を閲覧するには、本人がマイナンバーカードによる本人確認をした上で同意した場合に限られる。

災害時は、特別措置として、マイナンバーカードを持参しなくても、ご本人の同意の下、薬剤情報・診療情報・特定健診等情報の閲覧が可能な措置（災害時モードの適用）を実施。

(災害時：例)

- ・薬を家に置いてきたが、薬の名前が思い出せない
- ・家から持ってきた薬を飲みきってしまった
- ・かかりつけ医以外のところで受診することになった



薬剤情報等の閲覧により、よりよい医療を提供できる

令和6年度能登半島地震における災害時モードの情報閲覧件数

石川県・富山県を中心に約12,300件（1月16日時点）

災害時



災害時、厚生労働省保険局にて、災害の規模等に応じて適用範囲及び期間を決定



- ・受診時に資格確認端末で照会
- ・薬剤情報等の閲覧に当たっては、本人の同意を得る。

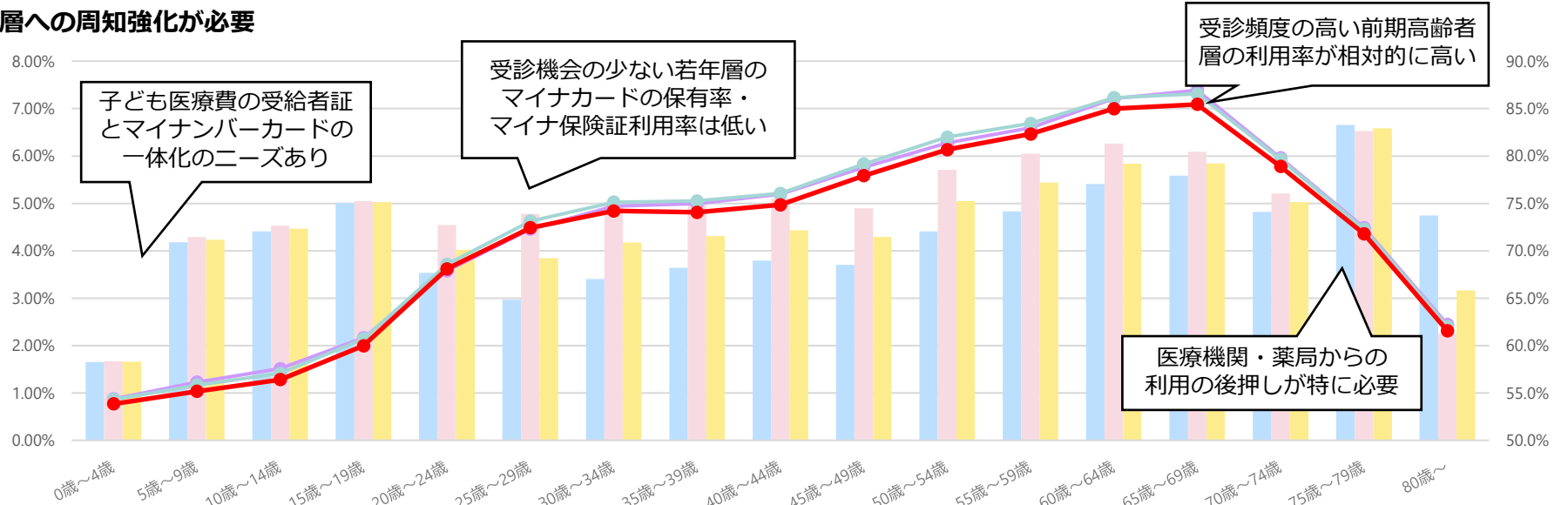


通常時と同様の画面が閲覧可能

マイナ保険証利用率など（年代別）

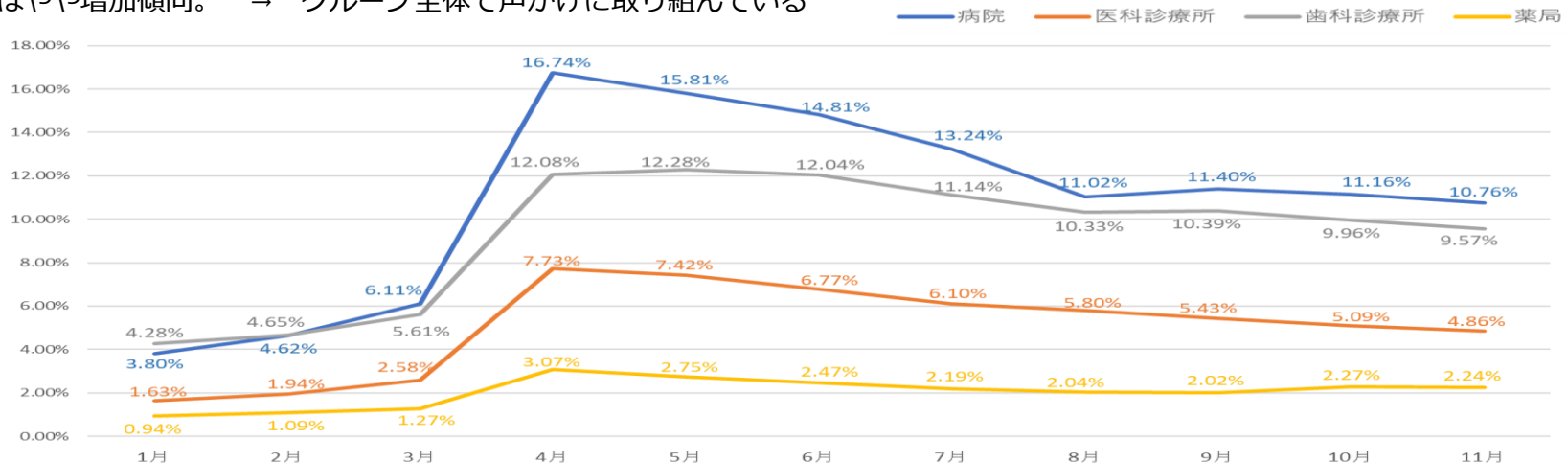
- マイナ保険証の利用率は、65～69歳が最も多く、現役層の促進が課題。
- 現役層への周知強化が必要

マイナカード保有率（右軸）：■ 男 ■ 女 ■ 全体
 マイナ保険証利用率（左軸）：● 9月 ● 10月 ● 11月



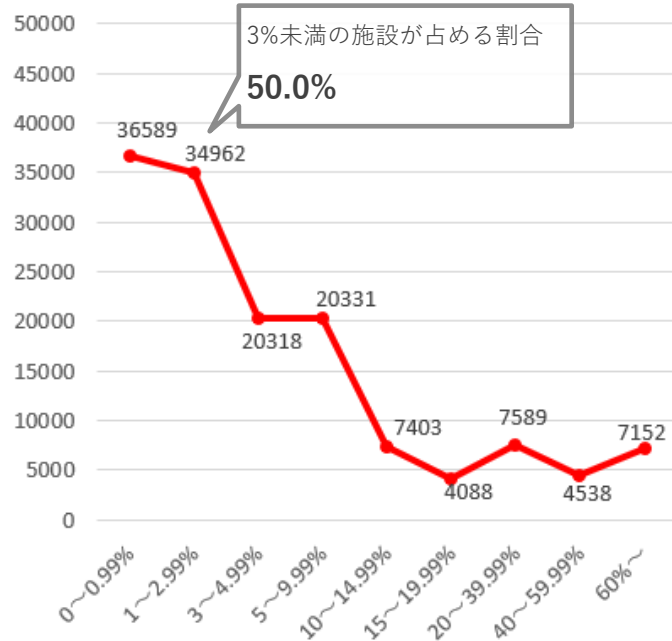
マイナ保険証利用率推移（施設別）

- 病院・診療所において低下傾向。
- 薬局はやや増加傾向。 → グループ全体で声かけに取り組んでいる

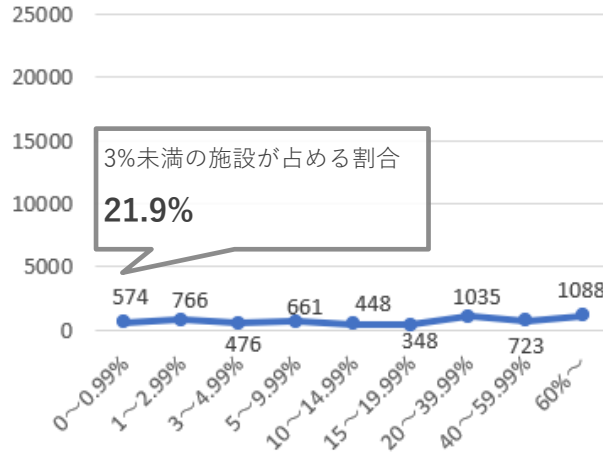


マイナ保険証の利用状況

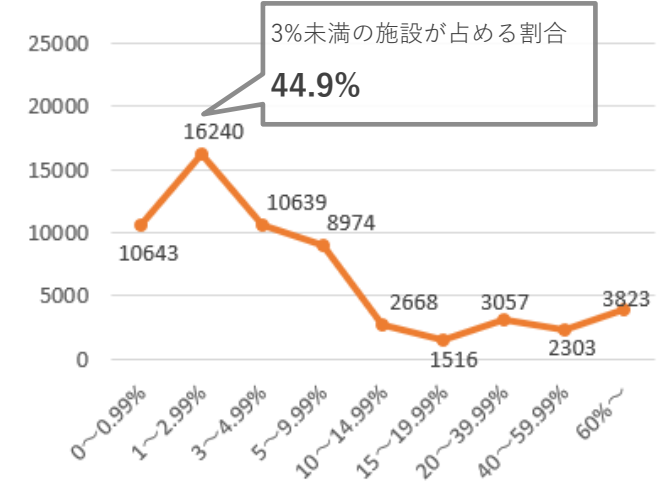
全体



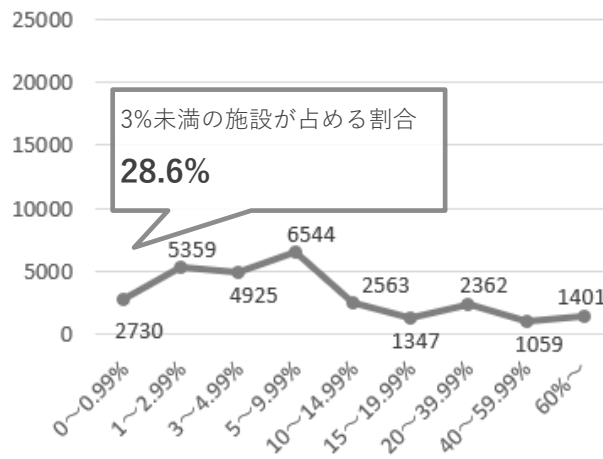
病院



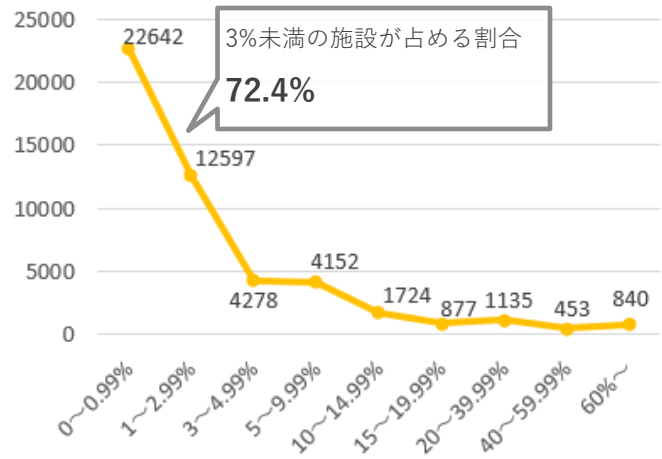
医科診療所



歯科診療所



薬局



※ 利用割合 = MNC利用件数 / オン資利用件数
 ※ オンライン資格確認利用件数50以上等の施設を対象に算出 (施設数 142,970)

マイナ保険証の利用促進について

普及しない要因

対策

医療機関・薬局

◆ 利用率目標の設定・インセンティブ等

- 1月からの利用率増加に応じた支援金
- 診察券との一体化等への補助金
- R6改定で、利用実績に応じた評価を検討中
- 国所管（設定済）、その他（目標設定に向け利用率実績を通知）
- 専用レーン・説明員の配置

2月から診療報酬請求時に
取組状況をアンケート調査

◆ 窓口対応の見直し

- 窓口での声かけを「マイナンバーカード（マイナ保険証）、お持ちですか」へ
- HPの外来予約等のページでマイナンバーカードの持参を案内するよう要請
- チラシ、ポスター等の院内配布・掲示等

◆ 利用できなかった事例への対応

- コールセンターへの情報提供に基づき地方厚生局から事実調査等

保険者・被保険者

全保険者での実施状況を
2月末までに調査

◆ 保険者による被保険者への働きかけ

- 利用率の目標設定・インセンティブ交付金等での実績評価
- 動画広告の集中展開・全国家公務員への利用の呼びかけ
- メール送信等を通じた被保険者への利用勧奨

◆ こども医療費などの受給者証の一体化の取組促進

- R5補正予算を活用し、約400自治体、約5万医療機関等を目指す

◆ マイナ保険証全国デモ体験会・テレビCM等による広報（2月～）

- 月10回程度の頻度で、全国の商業施設など約100カ所での開催を予定
- CM、デジタル広告等で医療にも活用「 できます」などのキャッチでPR

【利用率目標の設定・インセンティブ等】

- 1月以降の利用率がR5年10月の利用率から増加した医療機関等に対し、増加量に応じた支援・診察券との一体化等への補助金
- 令和6年度診療報酬改定で、医療DXの推進体制について新たな評価を行う中で、利用実績に応じた評価を検討中
- 全医療機関に対し、利用率の自主的な目標として活用できるよう、利用実績を通知（1月～）
- 国所管団体が開設する公的医療機関等に対し、令和6年5月末、11月末の利用率の目標設定を要請
 ※ 厚労省所管独法においては、令和6年度の年度計画に利用率に係る目標を盛り込む予定
 ※ 厚労省所管法人の病院には専用レーンの設定及び説明員の配置（1月中に最低1か所、2月中に原則全医療機関）を要請済
- 利用できなかった事例への対応
 → コールセンターへの情報提供に基づき地方厚生局から事実調査等、オン資未導入施設への集団指導

【窓口対応の見直し】

- 全医療機関等に以下の取組を要請し、2月から診療報酬のオンライン請求時に取組状況をアンケート調査
 * 窓口での声かけを「保険証、見せてください」から「マイナンバーカード（マイナ保険証）、お持ちですか」へ切換え
 * マイナ保険証の利用を促すチラシ、ポスター等の院内配布、掲示等
 * 医療機関HPの外来予約等の案内において、「マイナンバーカード」の持参を記載

【保険者による取組】

- ① マイナ保険証の利用率の目標設定（2月中目途） ⇒ 実績を保険者インセンティブ制度・業績評価等で評価
- ② マイナ保険証への意識転換を促す統一的なメッセージの動画広告を作成し、集中的に動画広報を展開
- ③ 医療機関等にマイナ保険証をご持参いただけるよう、ア～エによりメリット周知・利用の促進を進め、その実施状況について、全保険者に2月末までに調査
 ア 加入者に向けたメール送信やチラシ配布等による利用勧奨
 ※ 各府省共済組合についてはメールによる呼びかけ（各共済本部長（事務次官等）によるメール勧奨）
 イ 限度額適用認定証の取得申請に係るホームページ等のご案内・認定証申請書様式・認定証送付時の同封書類の見直し（マイナ保険証を利用すれば限度額認定証が不要となる旨の記載）
 ウ 保健事業実施時における利用勧奨
 エ ホームページや利用の手引きを通じた利用勧奨
- ④ 国保直営診療施設におけるマイナ保険証の利用率の目標設定（2月中目途）
 ※ 併せて、マイナ保険証の専用レーン設定等の費用を財政支援

【事業者を通じた取組】

- ① 健康経営優良法人認定制度における認定等の際の調査項目に追加（経済産業省）
 ※ マイナ保険証利用促進・PHR活用推進の取組状況を調査
- ② 厚生労働省・経済産業省・経済団体等のイベント・会合で、事業主・医療保険者に利用促進を呼びかけ

「マイナ保険証、1度使ってみませんか」キャンペーンの実施状況について

- より良い医療の提供のため、マイナ保険証の利用促進が重要であり、厚生労働省やデジタル庁等の関係省庁が連携し、「マイナ保険証、1度使ってみませんか」を軸に様々な取組を実施。

令和5年12月12日
第5回マイナンバー情報
総点検本部 資料

医療機関へのアプローチ

- 1 マイナ保険証利用の好事例の厚生労働大臣視察とPR、関係団体との意見交換、団体の取組促進
- 2 公的病院・公立病院に対するマイナ保険証利用促進の要請
 - ※ 厚労省所管団体が開設する医療機関に対し、利用率目標の設定と進捗管理、専用レーンや担当者による声掛け・案内の実施を要請。
 - ※ 関係省庁と連携し、厚労省所管団体以外が開設する公的医療機関等に対し、厚労省の対応を踏まえた対応を実施するよう要請。
 - ※ 今後、民間医療機関等の取組促進のため、利用実績を個別に通知するなどの実施に向けて検討。
- 3 意見交換会の開催
(厚労省・医療関係団体等・保険者団体等が参加)
- 4 医療機関等の好事例、システムトラブル時の対応ノウハウの医療機関向けマイナ保険証活用セミナー
- 5 経済対策による医療機関等への支援等
 - ・マイナ保険証利用促進のための医療機関・薬局への支援や医療機関等における顔認証付カードリーダー増設を支援（厚労省補正予算217億円）
 - ・マイナンバーカードを診察券や公費負担医療や地方単独医療費助成の受給者証として利用可能とするための医療機関・薬局のシステム改修支援（デジタル庁補正予算42.1億円）

保険者・被保険者へのアプローチ

- 1 マイナ保険証・カードリーダーのデモ体験の実施、使い方動画・チラシの作成
 - ・市町村役場、鉄道駅、イベント会場等でデモ体験会を開催（8月～随時）
 - ・使い方動画・チラシを作成し、HPやSNS(デジタル庁公式X、note)で情報発信。上記体験会でも活用。
- 2 国共済・地共済等でのマイナ保険証利用促進の要請
 - ・関係省庁を通じて、組合員等への積極的な広報を要請
- 3 意見交換会の開催【再掲】
(厚労省・医療関係団体等・保険者団体等が参加)
- 4 保険者によるチラシ、メール等を活用した加入者へのマイナ保険証利用勧奨
- 5 政府広報を通じた周知
 - ・政府広報としてインターネットバナー広告
- 6 経済対策によるマイナンバーカードと健康保険証の一体化の周知・広報
 - ・医療保険者を通じて加入者への周知広報を実施（厚労省補正予算41億円）

保険者におけるマイナ保険証の利用促進について

保険者による取組

- ① マイナ保険証の利用率の目標設定（2月中目途）
⇒ 実績を保険者インセンティブ制度・業績評価等で評価
- ② 保険者が被保険者と接触する機会（※）に、マイナ保険証のメリット周知・積極的な利用を促進
特に、限度額適用認定証の取得申請手続等が不要となるメリットの周知
※ 加入者向けリーフレット、保健事業、限度額適用認定証の取得申請に係るホームページのご案内・申請書様式など
- ③ マイナ保険証への意識転換を促す動画広告を作成し、集中的に動画広報を展開（健保連・10億円規模）
- ④ 各府省共済組合におけるマイナ保険証利用の呼びかけ
- ⑤ 国保直営診療施設におけるマイナ保険証の利用率の目標設定（2月中目途）
※ 併せて、マイナ保険証の専用レーン設置等の費用を財政支援

事業者を通じた取組

- ① 健康経営優良法人認定制度における認定等の際の調査項目に追加（経済産業省）
※ マイナ保険証利用促進・PHR活用推進の取組状況を調査
- ② 厚生労働省や経済産業省が主催するイベント・会合で、事業主・医療保険者に利用促進を呼びかけ
※ 年始に厚生労働大臣出席の会合を予定

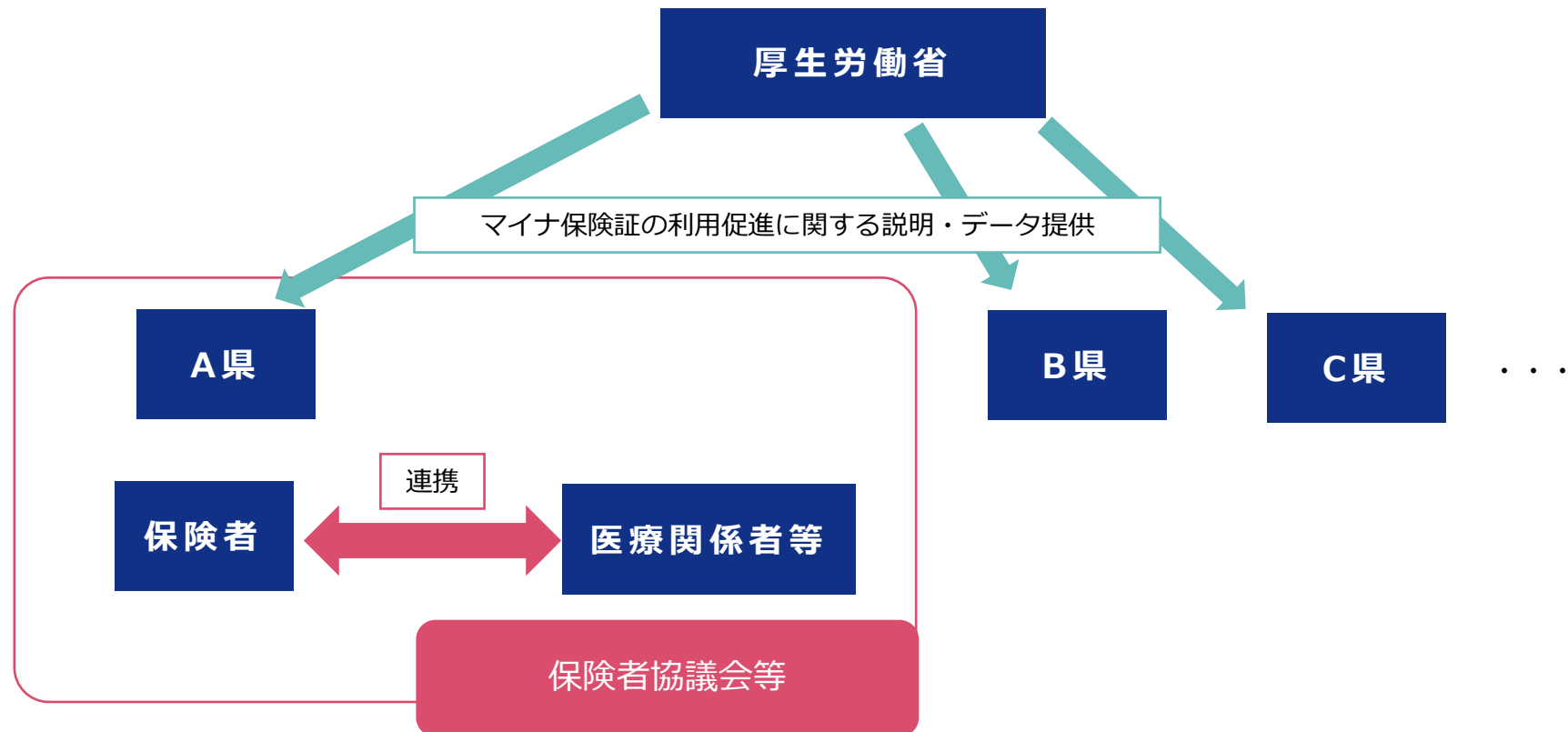
マイナ保険証の利用率の目標設定の考え方

目標設定の考え方

- ① マイナ保険証の利用率は、国・地方自治体、医療機関・薬局、保険者、事業主等の関係者が利用促進に取り組んだ成果として表れ、保険者における利用率の目標値は、これらの関係者とともに取り組んでいくための目安。
- ② 利用率の目標値は保険者において、設定した目標値と、医療保険情報提供等実施機関から提供される保険者ごとの利用率の動向等の情報を踏まえ、データに基づく進捗管理とPDCAサイクルに基づく取組を進め、他の関係者の取組と相まって、利用率が向上することを目指す。
- ③ 国所管団体が開設する公的医療機関等においては、令和5年10月時点の利用率から、令和6年5月末時点で20ポイント超、11月末時点で50ポイント超、上昇させるよう目標値を設定することをお願いしている。
- ④ 一方、保険者においては関係者の取組の結果として利用率の数値が現れるものであるため、利用率の「上昇幅」を目標とすることは適当ではないと考え、保険者において利用率の目標設定をしていただく際に参考となる考え方として、令和6年5月時点で20%、8月時点で35%、11月時点で50%を基本とすることが考えられる。
- ⑥ 各保険者が一定の基本的な考え方を参考に利用率の目標設定をしていただくことにより、保険者間でそれぞれの進捗管理や取組方法の知見・好事例を相互に参照しやすくなるなど、関係者への利用促進の働きかけを行いやすくなるといった効果が期待される。

都道府県におけるマイナ保険証の利用促進の取組について

- マイナ保険証は、医療DXの前提となる仕組みであり、その利用促進は、地域の医療機関間の情報連携が進むなど、質の高い効率的な医療の提供につながることから、医療提供体制の整備や医療費の適正化に関する取組を行っている都道府県にとって重要な課題である。
- 新たに、厚生労働省から都道府県に対して、マイナ保険証の利用促進に関する説明会を実施するとともに、都道府県において、保険者協議会等の場を活用し、保険者・医療関係者等における積極的な取組を促す。



マイナ保険証の利用促進について (チラシ)

(表)

(令和6年1月時点)

マイナ保険証をご利用ください



-本年12月2日から現行の保険証は発行されなくなります-

マイナ保険証を使うメリット

① 医療費を20円節約できる

紙の保険証よりも、皆さまの保険料で賄われている医療費を20円節約でき、自己負担も低くなります。

マイナ保険証の方が
自己負担も
低くなるんだ



② より良い医療を受けることができる

過去のお薬情報や健康診断の結果を見られるようになるため、**身体の状態や他の病気を推測して治療に役立てることが**できます。また、お薬の飲み合わせや分量を調整してもらうこともできます。

よく覚えてない
内容もあるから
助かるわね



③ 手続きなしで高額医療の限度額を超える支払を免除

限度額適用認定証等がなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払が免除されます。

一度に高額な負担を
しなくて済むわ



・本年12月1日の時点でお手元にある有効な保険証は、12月2日以降、**最長1年間(来年12月1日まで)**使用可能です。

※ 有効期限が2025(令和7)年12月1日以前に切れる場合は、その有効期限まで使えます。なお、転職・転居等で加入している保険者が変わった場合、使えなくなります。
・本年12月2日以降、マイナ保険証を保有していない方には、お手元にある保険証が使えなくなる前に、申請いただくことなく「資格確認書」が交付され、引き続き、医療を受けることができます(マイナ保険証を紛失等した場合は、保険者に申請いただくことで「資格確認書」が交付されます)。

(裏)

マイナンバーカードを健康保険証として利用するための登録がまだの方は、以下2つの準備をお願いします。

STEP1. マイナンバーカードを申請

■申請方法は選択可能です

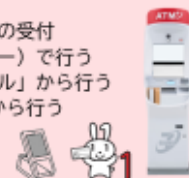
- ① オンライン申請
(パソコン・スマートフォンから)
- ② 郵便による申請
- ③ まちなかの証明写真機からの申請



STEP2. マイナンバーカードを健康保険証として登録

■利用登録の方法

- ① 医療機関・薬局の受付
(カードリーダー)で行う
- ② 「マイナポータル」から行う
- ③ セブン銀行ATMから行う



よくあるご質問

マイナンバーカードは安全なの？

マイナンバーカードのICチップには保険証情報や医療情報自体は入っていません。紛失・盗難の場合はいつでも一時利用停止ができますし、暗証番号は一定回数間違えると機能がロックされます。不正に情報を読みだそうとするとチップが壊れる仕組みもあります。



マイナンバーカードを健康保険証として利用するためにはどうしたらいいの？

マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、ご利用登録が必要です。初めて医療機関を受診していただいても顔認証付きカードリーダーの画面で、そのまま初回の利用登録ができます。



どうやって受付するの？

マイナ受付は顔認証付きカードリーダーで行います。マイナンバーカードを読み取り口に置くと受付が始まりますので、画面の指示に沿って受付してください。



詳しくは厚生労働省Webサイトでご確認いただけます。

マイナンバーカード 保険証利用

検索



(参考) 患者向け周知広報物のご紹介

厚生労働省ホームページより、マイナ保険証利用促進のための患者向け周知広報物をダウンロードいただけます。ぜひ施設内での周知にご活用ください。

こちらからご確認いただけます！



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

オンライン資格確認の導入について (医療機関・薬局、システムベンダ向け)

オンライン資格確認
導入事例紹介特設サイト

システムの導入から運用までの事例を紹介します

導入事例を見る

オンライン資格確認導入の手続きは医療機関・薬局向けポータルサイトで！
まずは、アカウント登録から

医療機関・薬局で使用できるポスター・チラシはこちら
リンクはこちら

例) 周知ポスター

ぜひ、一度使ってみませんか？
マイナンバーカードの保険証利用

マイナンバーカードの保険証利用には
さまざまなメリットがあります！

Point!
定期検診等の待ち時間短縮。
データに基づく適切な医療が受けられる！
※1. 一部受診施設で適用し、導入が完了した
初診待時間の窓口負担が低くなる！

Point!
医療機関等に申し込めば、
手続きなしで高額療養費の限度額を超える
支払いが免除！

厚生労働省 日本医師会

受診の際は
マイナンバーカードを

マイナ保険証
使ってみませんか

マイナンバーカードの保険証利用で
いつでもどこでもより良い医療を継続的に

Point!
服薬情報等のデータに基づいた
安心・安全で質の高い歯科医療が受けられます！

厚生労働省 日本歯科医師会

マイナ保険証
まず、一度使ってみませんか？

マイナンバーカードを
健康保険証として使ってもらおうと
さまざまなメリットがあります！

Point!
定期検診や特定健診情報等の活用により、
データを活用したより良い医療が受けられる！
※1. マイナ保険証・お薬手帳・処方箋をセットで活用ください！

Point!
医療機関等に申し込めば、
手続きなしで高額療養費の限度額を超える
支払いが免除！

厚生労働省 日本薬剤師会 日本歯科医師会 JACDS

マイナ保険証をご利用ください
-本年12月2日から現行の保険証は発行されなくなります-

マイナ保険証を使うメリット

- 医療費を20円節約できる
紙の保険証よりも、皆さまの保険料で賄われている医療費を20円節約でき、自己負担も低くなります。
- より良い医療を受けることができる
過去のお薬情報や健康診断の結果を見られるようになるため、身体の状態や他の病気を推測して診断に役立てることができます。また、お薬の飲み合わせや分量を調整してもらうこともできます。
- 手続きなしで高額医療の限度額を超える支払いが免除
限度額適用認定証等がなくても、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

・本年12月2日以後、マイナ保険証を保有していない方には、申請いただくことなく「資格確認書」が交付され、引き続き、医療を受けることができます(マイナ保険証を紛失等した場合は、保険者に申請いただくことで「資格確認書」が交付されます)。
・本年12月1日の時点でお手元にある有効な保険証は、12月2日以後、最長1年間(最長12月1日まで)、使用可能です。

その他...

- 顔認証付きカードリーダーの使い方
- 初回利用者向け保険証利用申込案内
- マイナ保険証利用の患者向け説明資料
- 特定健診情報・薬剤情報・診療情報のご案内
- 限度額適用認定証のご案内

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
4. 審査支払機関改革

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5年9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う予定。

○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）	<div style="text-align: center;"> 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） </div>			<div style="text-align: center;"> 標準準拠システムの義務化 </div>

市町村事務処理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

(厚生労働省国民健康保険課から都道府県あて事務連絡 令和5年5月31日)

国民健康保険制度の円滑な運営に当たりましては、平素より格段のご努力、ご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、自治体システムの標準化への対応について、令和4年12月21日付事務連絡において、令和5年4月以降の国民健康保険に係る業務支援システム（以下「国保システム」という。）の導入準備に係る経費に対し、特別調整交付金による財政支援を実施する旨お示したところです。市町村国保におけるシステムの運用コストの縮減の観点から、市町村事務処理標準システム（以下「標準システム」という。）導入に係る経費について、財政支援の対象とする方針といたしましたので、改めてお伝えいたします。

標準システムは、国民健康保険中央会において一括してシステム改修を行っており、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）に基づく標準仕様書への準拠対応についても、同様に対応するため、自治体単位でのシステム改修の対応が不要になるなど、各自治体での財政負担や事務負担の軽減に寄与するとともに、全国的なシステム改修コスト等の削減につながります。貴管内市町村（特別区を含む。）への周知等について、お願い申し上げます。

1. 対象経費

令和5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
- 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（ガバメントクラウドに構築する場合、又は、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に限る）

2. 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。

3. その他

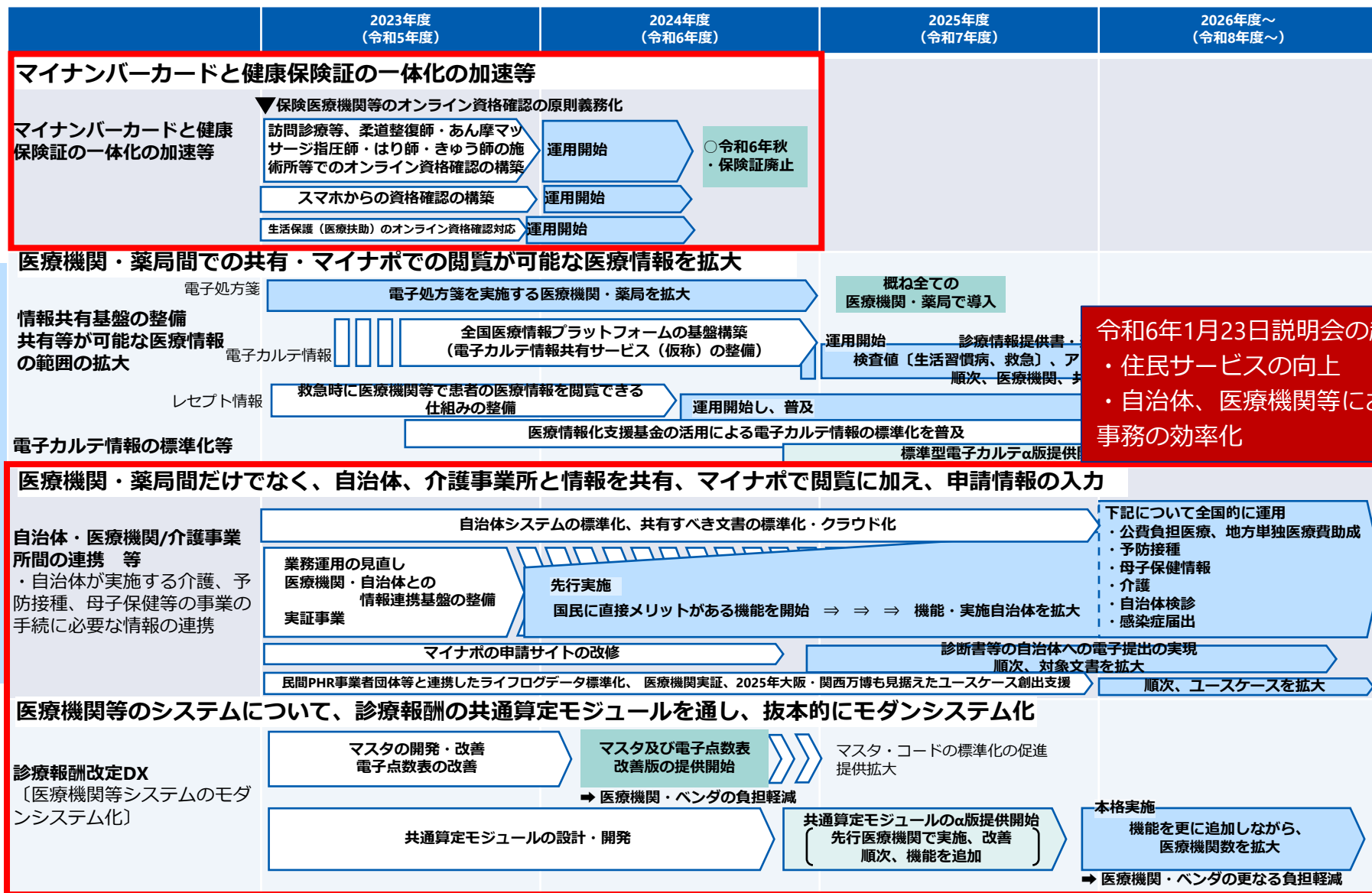
自治体システム標準化については、令和7年度末までが移行支援期間とされていることから、本財政支援についても令和7年度末（最終は令和8年3月）まで引き続き実施することを予定していますが、対象経費については、今後の自治体システム標準化の動向も踏まえて見直しを行う予定です。

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
4. 審査支払機関改革

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

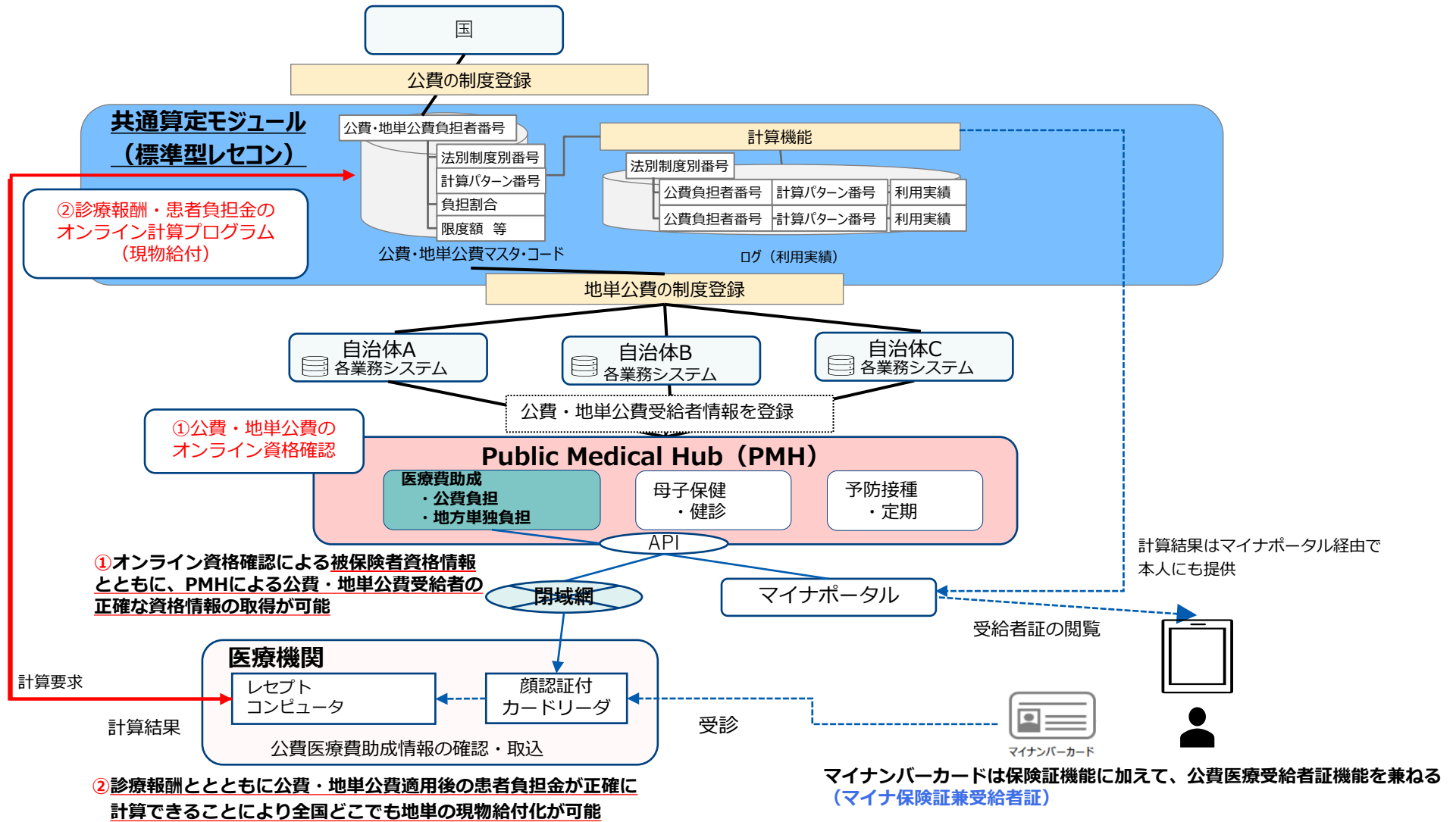
令和5年6月2日
医療DX推進本部決定



全国医療情報プラットフォームの構築

令和6年1月23日説明会の趣旨
 ・住民サービスの向上
 ・自治体、医療機関等における事務の効率化

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）



⇒③共通算定モジュール（標準型レセコン）は、診療報酬改定等の度に個々の医療機関等において生じるシステム改修の負荷を解消するとともに、上記の仕組みが、全ての病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションに普及すれば、地単公費の現物給付化とともに、医療機関等またぎの高額療養費も計算できる（償還払い不要）ほか、公費・地単公費に係る紙の上限額管理票を廃止（電子化）できる

診療報酬改定DX対応方針（案）

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

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
※ 施行時期は、中医協の議論を経て、今夏までに決定
- 診療報酬点数表のルールの明確化・簡素化

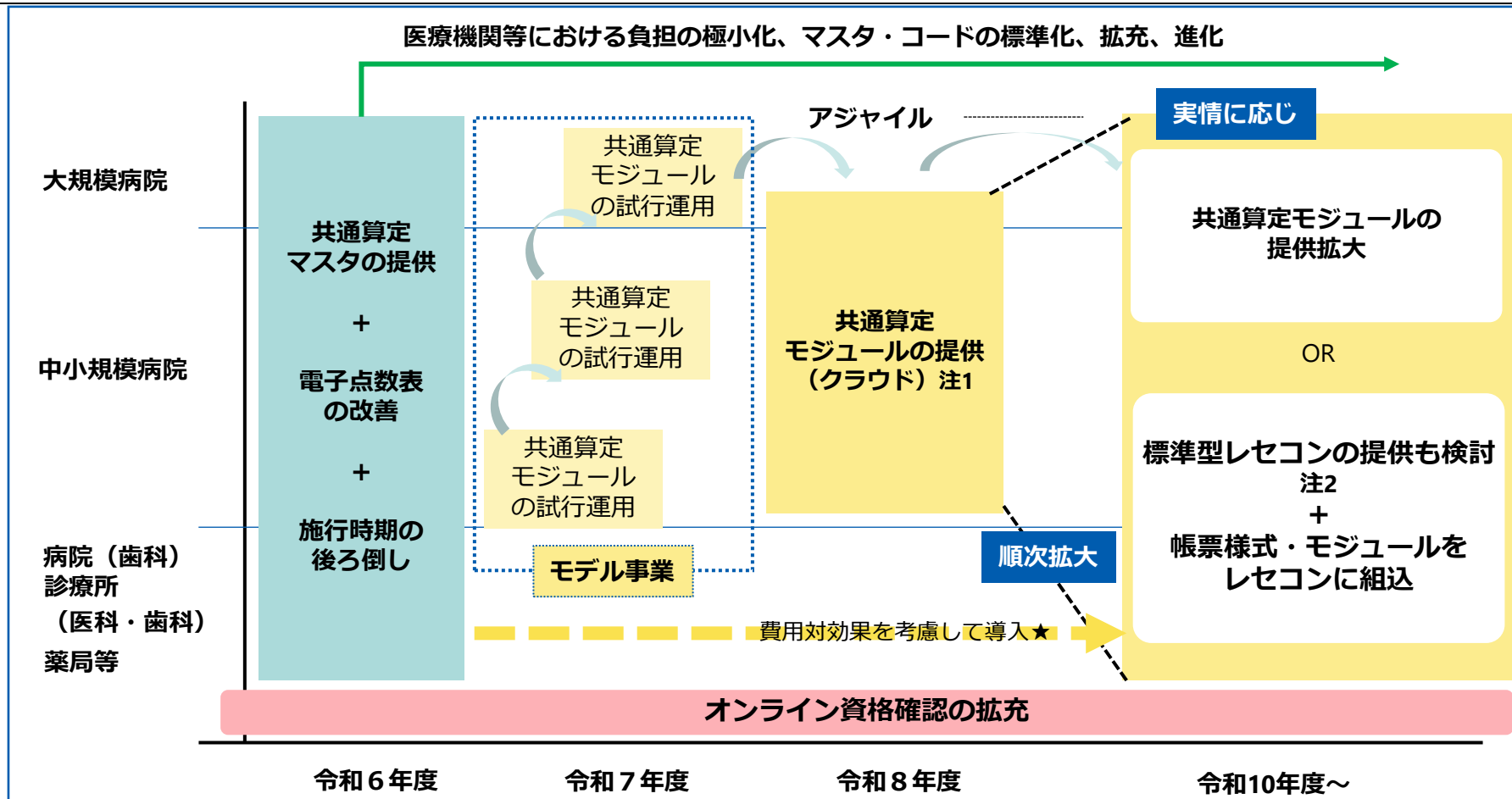
○ 財政効果 XXXX億円

・ ベンダに生じる負荷軽減効果については、運用保守経費等の軽減を通じて医療機関等に確実に還元されるよう求める。

※ 関係団体に要請するための確固たる根拠づくりのため、この夏までに財政効果について引き続き精査・検証。

診療報酬改定DX対応方針 取組スケジュール（案）

- 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。

★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）（抜粋）

- ・ 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]

- ・ 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。

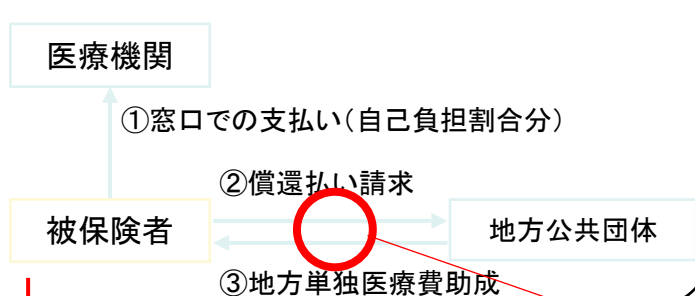
[b：（前段）令和5年度検討・結論、結論を得次第速やかに措置、（後段・優先順位付け）令和5年度措置、（後段・必要な取組の実施）令和6年度以降速やかに措置]

令和6年1月23日説明会の趣旨

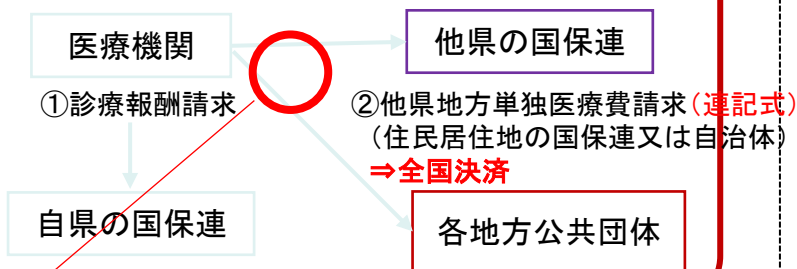
地単事業の現物給付化と医療機関等・自治体の事務負担軽減

現行

- 被保険者が居住する区域外の医療機関等で地方単独医療費助成制度を利用する場合、原則、**償還払い**となる。



- **例外的に現物給付を行う場合**、各医療機関等は、被保険者が居住する県の国保連又は自治体に請求する。



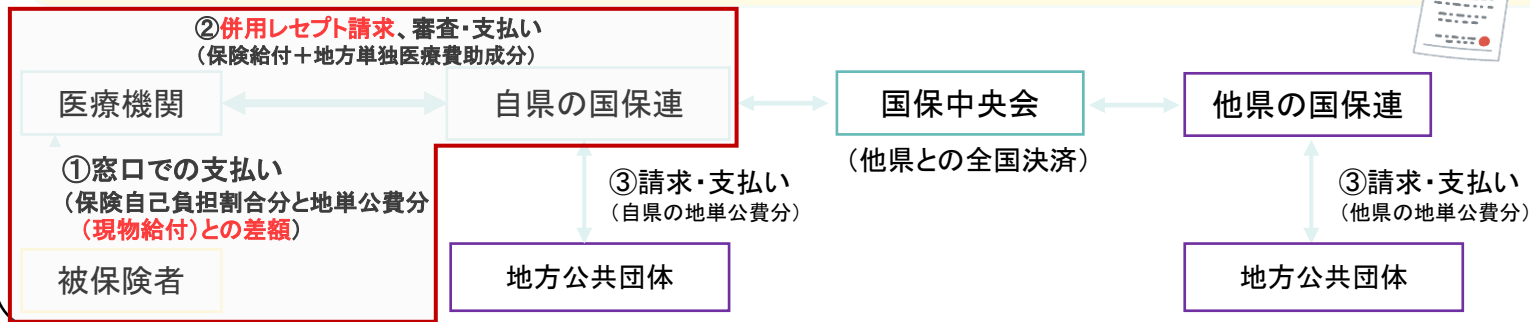
自治体への請求が不要となる

この手続き不要に

自県の国保連への請求に統一

見直し後

- 医療機関等が正確に患者負担金を計算できることを前提として、各地方公共団体と区域外の審査支払機関（国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金）との委託契約・併用レセプト請求等により、**現物給付の実現とともに、医療機関等の請求事務や自治体の償還事務の効率化が可能に。**



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
4. 審査支払機関改革

稼働時に実現を目指す内容

2021.4 2022.10 2024.4 2026.4

整合性の実現

- 受付領域の共同利用※1
 - － オンライン請求システム
 - － 受付時点の形式チェック
 - － 告示・通知に基づくチェック
- 審査領域の業務要件の整合性の確保
 - － 支払基金と整合的なコンピュータチェックルール
(外付けシステムによるコンピュータチェックの廃止)
 - － 支払基金と整合的な自動レポート

国保総合システム更改の
設計・開発・試験

※国保総合システム全体をクラウド化

体制

- ・国保中央会
- ・デジタル庁との連携

審査領域の共同利用の開始
※5、※6、※7

効率性の実現

審査・支払領域※2の共同利用

可能な機能から医療機関等・保険者による利用のための機能開放を検討

共同利用機能とその他の機能・システムの疎結合化※3

共同開発の体制の構築※4

共同利用機能の共同開発

- (デジタル庁との連携)
- ① 実証的な開発・再開発
 - ② 段階的な機能導入

インターフェース定義

その他の機能・システムのインターフェース改修

※1 受付領域は、技術的な実現可能性を精査し、費用面も勘案しつつ、システム集約

※2 コンピュータチェックのロジックとマスタ、振分チェックのAIエンジン、自動レポート、基盤、ネットワーク、セキュリティ対策等

※3 「疎結合」とはコンピュータシステムで、異なる二つの構成要素の結びつきが弱い状態。各要素の独立性が高く、一方に障害が生じても他方に影響を与えることが少ない。疎結合化により、共同利用機能及びその他の機能・システムの柔軟なシステム運用・改修を可能とする。

※4 「重要な意思決定に関する基金・国保の意見調整の仕組み」と「支払基金と国保の実効的な合同実務部隊」を構築する

※5 審査領域は、技術的な実現可能性や一時的に生じる追加費用と共同化等による中長期的な費用の抑制効果の精査を行いつつ、2026年4月に共同利用開始を目指す。

※6 支払領域等の共同利用については、審査領域とは別に、デジタル庁との連携の下、早急に費用対効果を含めた検証を行い結論を出す

※7 審査支払システムの基盤としてGov-Cloud（仮称）の利活用の可能性も検討する

① 施策の目的

国保総合システムについては、「審査支払機能に関する改革工程表」等を踏まえ、システムを統合的かつ効率的なものにしていく必要がある。このため、ハードウェアの保守期限を踏まえて行われている2024年のシステム更改以降も、システム障害等のリスクを生じさせないよう留意しつつ、システムの最適化や、審査支払領域に係る支払基金との共同利用を段階的に進める必要がある。

② 対策の柱との関係

I	II	III	IV	V
			○	

③ 施策の概要

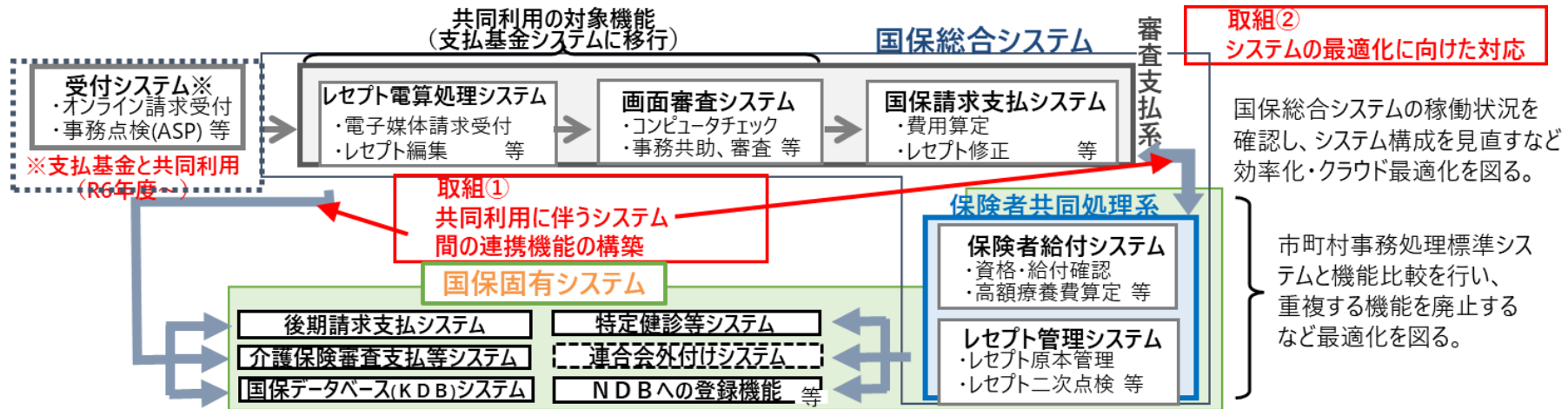
本事業では、審査支払機能の改革を推進するため、国保総合システムの最適化・共同利用に向けて、以下の取組に着手・実施する。

取組①：共同利用に伴うシステム間の連携機能の構築

取組②：システムの最適化に向けた対応

(システム構成の見直しや他のシステムとの重複機能の見直しなどにより、クラウド最適化を図る。)

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

支払基金システムへの共同利用に移行するとともに、保険者共同処理系の最適化、市町村事務処理標準システムに重複機能に移行することにより、国保総合システムの最適化に資する。

国民健康保険財政安定化基金について

事 務 連 絡

令和 5 年 9 月 5 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

国民健康保険財政安定化基金貸付・交付事業等に係る取扱要領例の改定について

医療保険制度の運営につきましては、平素より格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

審査支払機能に関する改革工程表に対応するための次期国保総合システム更改については、「審査支払機能に関する改革工程表に対応するための次期国保総合システム更改についてのご協力をお願い」（令和3年11月8日付け厚生労働省国民健康保険課・高齢者医療課事務連絡）において、国民健康保険団体連合会における審査支払手数料等の一時的な引き上げが必要になった場合の対応について、お知らせしたところです。

今般、国保総合システムの更改等に係る費用をはじめ、審査支払手数料に含まれるシステム開発や改修、運用に係る費用等について、審査支払手数料に充てるための財源として財政安定化基金（財政調整事業分）の活用ができるよう、「国民健康保険財政安定化基金貸付・交付事業等に係る取扱要領例」を別添のとおり改正しましたので、貴都道府県におかれては、取扱要領等の改正に際し、本取扱要領例を活用願います。

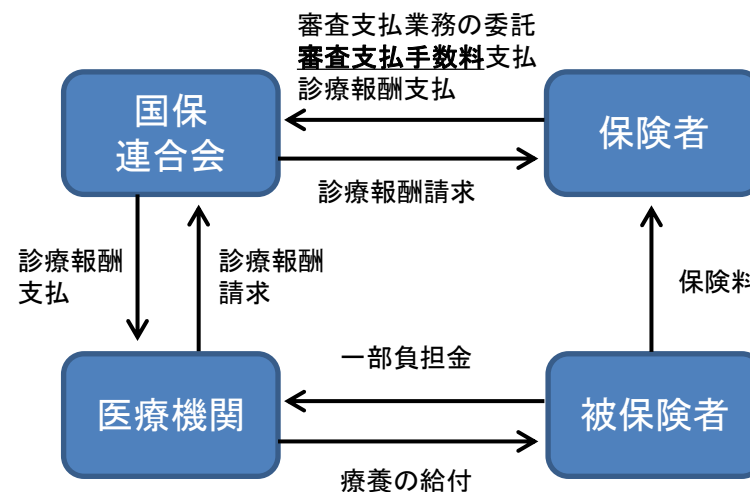
1 大綱の概要

国民健康保険団体連合会が、次の者から委託を受けて行う請負業でその委託が法令の規定に基づき行われるものであること等の一定の要件に該当するものを収益事業から除く。

- ①国又は地方公共団体（後期高齢者医療広域連合を含む。）
- ②全国健康保険協会、健康保険組合、国民健康保険組合、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団
- ③社会保険診療報酬支払基金又は独立行政法人環境再生保全機構
- ④国民健康保険団体連合会をその会員とする一定の法人

2 制度の内容

- ・ 国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第83条の規定に基づき、保険者である都道府県、市町村及び国民健康保険組合が共同で設立した法人であり、主に診療報酬の審査及び支払に関する業務（審査支払業務）を担っている。
- ・ 国保連合会は、法人税法（昭和40年法律第34号）別表第二に掲げる「公益法人等」に該当することから、保険者から委託を受けて行う診療報酬の審査支払業務等については収益事業（請負業）となり、実費弁償として認められる範囲を超える収入や積立は課税対象とされている。
- ・ 今般、国保連合会が行う業務の性質等に鑑みて、これまで請負業とされていた業務のうち、診療報酬の審査支払業務をはじめ一定の要件を満たす業務を、収益事業から除外する。



国保組合の事務運営



令和6年度予算案(国保組合関係)

	【令和5年度予算】		【令和6年度予算案】
◎定率補助	1,562.8億円	→	1,504.3億円 (▲ 58.5億円)
◎調整補助金	1,058.6億円	→	1,059.7億円 (+ 1.1億円)
◎出産育児一時金補助金	21.4億円	→	20.3億円 (▲ 1.1億円)
◎健康保険組合等出産育児一時金臨時補助金 (増額に伴う支援措置)	2.2億円	→	0億円 (▲ 2.2億円)
◎高額医療費共同事業補助金	32.9億円	→	37.6億円 (+ 4.7億円)
◎事務費負担金	21.7億円	→	21.7億円 (▲ 0.1億円)
◎特定健診・保健指導補助金等 (医療費適正化対策推進室)	5.7億円	→	5.9億円 (+ 0.1億円)
計	2,705.4億円	→	2,649.4億円 (▲ 55.9億円)

※項目毎に四捨五入している。

令和5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5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(税)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(税)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・広報に伴う財政負担分

- 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マイナンバーカードで医療機関等を受診できる旨のリーフレットの印刷、郵送費等に要した費用
- ③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保険料減免の特例措置に対する財政支援
- ②傷病手当金の支給に係る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
- ④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分

- 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

(7)産前産後期間の保険料の軽減措置に伴う財政負担分

- 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)令和5年度所得調査（特別調査）に伴う財政負担分

(9)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分

- 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

(10)合併に伴う財政負担分

- 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。

【新規補助予定】

- 令和4年度所得調査結果に伴う激変緩和措置
 - ・定率補助が減額となる国保組合への激変緩和措置
 - ・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
- 令和6年度能登半島地震による財政負担増
 - ・保険料減免及び一部負担金免除の特例措置等に対する財政支援等

【引き続き補助予定（主なもの）】

- 社会保障・税番号制度に係るシステム改修費用、周知・広報費用等
※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。
- 未就学児に係る子育て世帯への財政支援
- 産前産後期間の保険料の軽減措置に伴う財政支援
- 合併に伴う財政支援

（参考）社会保障・税番号制度システム整備費補助金の補助対象

- マイナンバーカードと健康保険証の一体化に向けたシステム改修費用
※資格確認書や資格情報のお知らせを交付する機能等
- マイナンバーカードと健康保険証一体化の周知・広報費用

国保直営診療施設



□ 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5年4月1日現在 1,076施設（病院273、診療所803）>

□ 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

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 m²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。

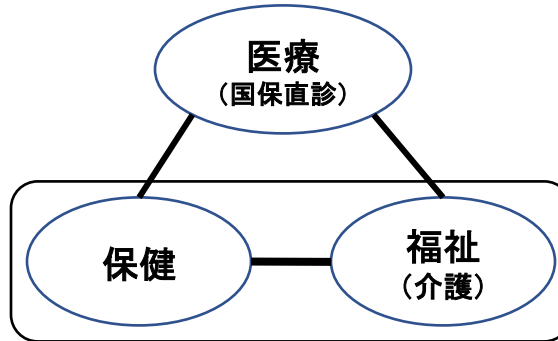
- | | |
|---|--|
| <p>(ア) 災害等により被害を受け復旧に要した費用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設の復旧に要した費用：300万円（600万円以上の場合1/2） ・ 人的支援：100万円（200万円以上の場合1/2） | <p>(ウ) 療養環境の改善に要した費用</p> <p>300万円（600万円以上の場合1/2）※修理・修繕費は含まず</p> |
| <p>(イ) 経営合理化に要した費用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 統合系医療情報システムの導入・更新 <ul style="list-style-type: none"> 病院：4,000万円 診療所：3,000万円 ・ その他 300万円 | <p>(エ) 医師等確保に要した費用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師、看護師、保健師等の確保支援 <ul style="list-style-type: none"> 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） <ul style="list-style-type: none"> （1日あたり単価 × 年間実施日数） × 2/3（上限500万円） |

※ 令和6年度においては、マイナ保険証利用者のための専用レーンの設定等に要した費用について、実績に応じて財政支援を行う予定。

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5年4月1日現在 57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. 資格管理の適正化
5. 国保料（税）の適切な徴収
6. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
7. 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、令和2年7月豪雨類似の以下の対応を実施。

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

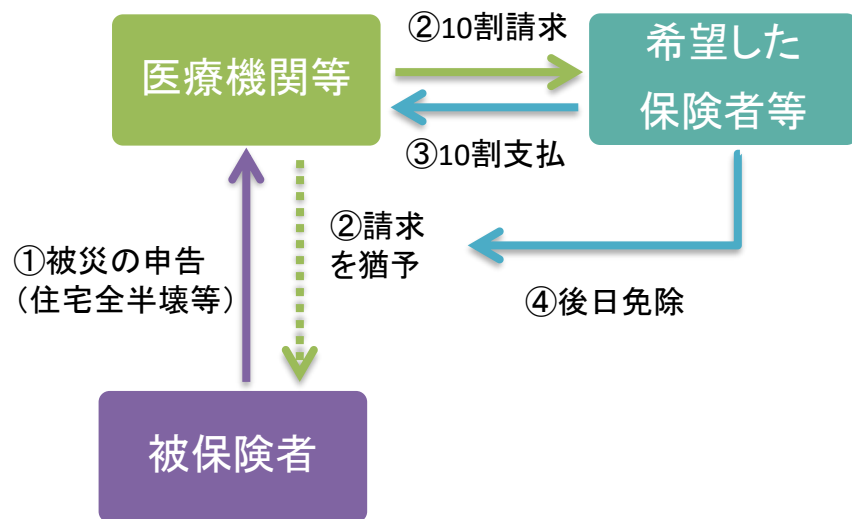
※ 今後、免除証明書による確認への移行も検討するが、その際には被災市町村の行政機能の回復状況等に十分留意する

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、当面、令和6年9月診療分・サービス分まで実施する予定(必要に応じて延長も検討する)

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を支援することを検討中。（令和2年7月豪雨の際も同様の対応を行っている）

<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。

国民健康保険・後期高齢者医療制度における災害時の一部負担金・保険料の減免に係る財政支援について

< 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

※5：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、令和2年7月豪雨においては床上浸水も含む

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)

※ () 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）

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。

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)、檜葉町・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	檜葉町(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)

	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

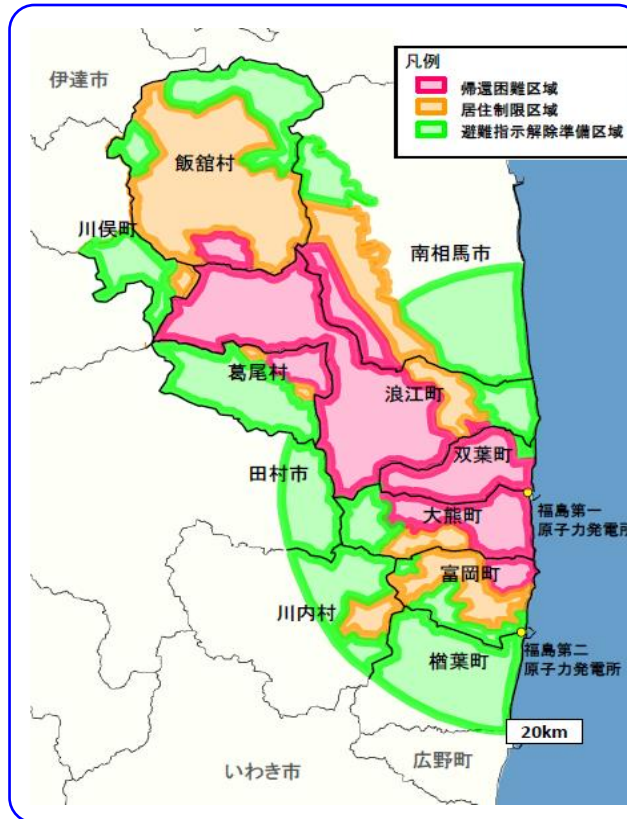
避難指示区域等の解除・再編の経過

- 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(檜葉町の一部)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。

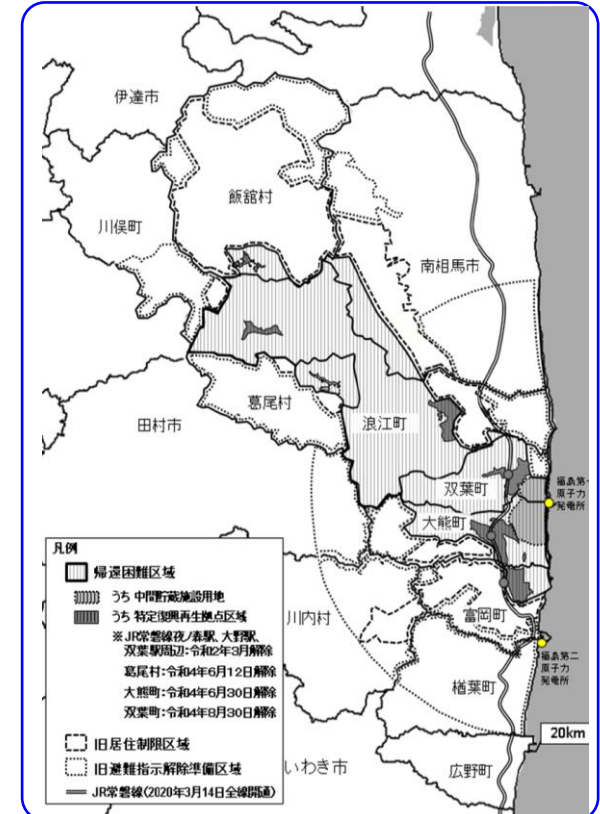
東日本大震災発生当初



平成25年8月の状況



令和4年8月の状況



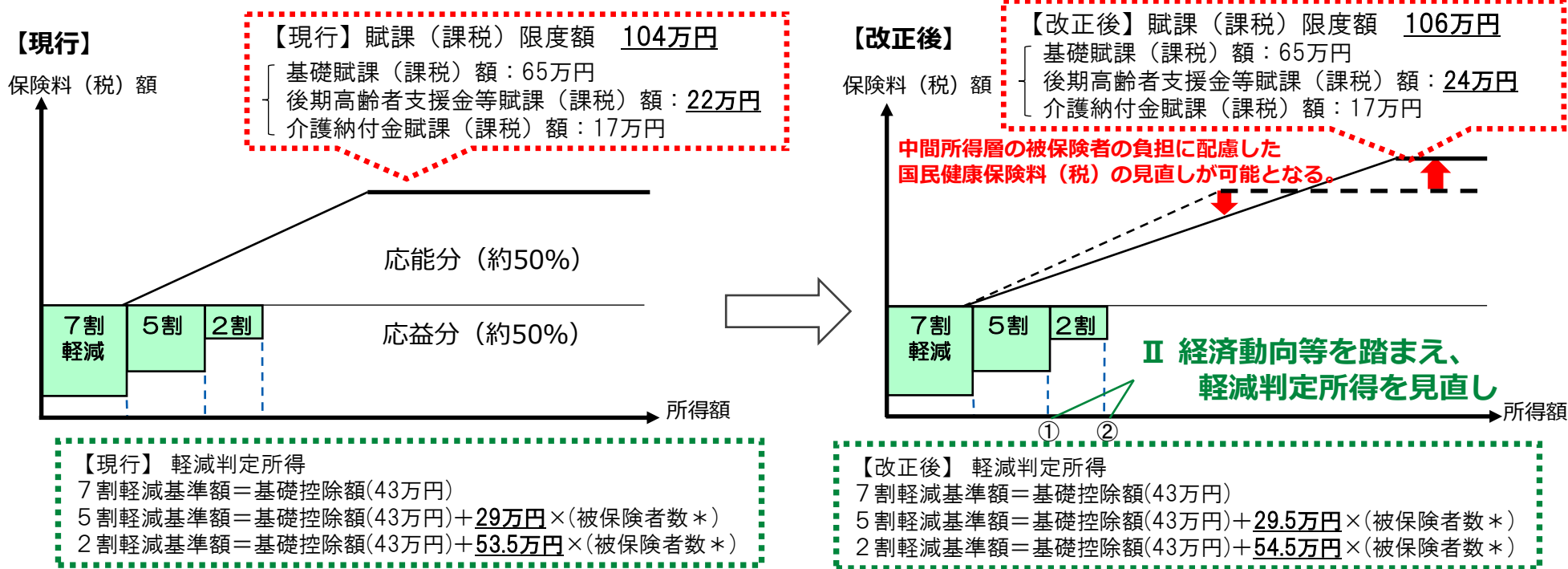
その他の留意事項

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. 資格管理の適正化
5. 国保料（税）の適切な徴収
6. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
7. 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106万円（現行：104万円）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29.5万円（現行：29万円）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54.5万円（現行：53.5万円）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. 資格管理の適正化
5. 国保料（税）の適切な徴収
6. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
7. 補助金申請業務

令和5年の地方からの提案等に関する対応方針（1）

令和5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5年の地方からの提案等に関する対応方針（令和5年12月22日閣議決定）（抄）

（21）国民健康保険法（昭33法192）

- （i）厚生労働省が行う国民健康保険事業の実施状況報告及び予算関係等資料の作成については、地方公共団体の事務負担を軽減するため、これらの調査における重複する様式の見直しなど事務の簡素化を行った。
[措置済み（令和5年6月23日付け厚生労働省保険局国民健康保険課事務連絡、令和5年6月27日付け厚生労働省保険局国民健康保険課事務連絡）]
- （ii）都道府県から市区町村に対して交付される国民健康保険保険給付費等交付金（75条の2）のうち普通交付金については、市区町村の負担を軽減する観点から、市区町村から都道府県への請求事務の省略が可能となるよう、「国民健康保険保険給付費等交付金要綱例等について」（平29厚生労働省保険局国民健康保険課長通知）を改正した。
[措置済み（令和5年8月31日付け厚生労働省保険局国民健康保険課長通知）]
- （iii）国民健康保険療養給付費等負担金（70条）等については、地方公共団体の事務負担を軽減するため、以下のとおりとする。
 - ・支払計画表を各都道府県に通知する際に、当該負担金に含まれる負担金ごとの示達日及び示達額を記載した資料を添付することとした。
[措置済み（令和5年10月度支払計画表から実施）]
 - ・国民健康保険保険基盤安定負担金（72条の4）及び未就学児均等割保険料負担金（72条の3の2）についても、他の負担金と同様に、支払計画表の通知前に支払日ごとの支払示達予定日及び支払予定額を示すこととし、その旨を地方公共団体に通知した。
[措置済み（令和5年12月8日付け厚生労働省保険局国民健康保険課財政第二係長事務連絡事務連絡）]

令和5年の地方からの提案等に関する対応方針（2）

令和5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5年の地方からの提案等に関する対応方針（令和5年12月22日閣議決定）（抄）

（21）国民健康保険法（昭33法192）（続き）

- （iv）国民健康保険療養給付費等負担金（70条）・普通調整交付金（72条）の交付申請額算定事務については、地方公共団体の事務負担を軽減するため、以下のとおりとする。
 - ・療養給付費等負担金の実績報告書については、提出期限を延長するため、「国民健康保険療養給付費等負担金等交付要綱」（平12厚生事務次官通知別紙）を改正し、地方公共団体に通知した。
[措置済み（令和5年5月11日付け厚生労働事務次官通知）]
 - ・国民健康保険療養給付費等負担金及び普通調整交付金の算定基礎となる数値のうち、償還払いの金額や地方単独事業分の数値等を市区町村システム内で計算処理をし、当該データを報告用システムと連携可能とすることについては、医療DX推進本部において令和6年度に提供することとされた全国の地方単独医療費助成制度情報を収録したマスタを利用しながら、その活用方法を含めて検討し、令和6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）国民健康保険調整交付金（72条）については、地方公共団体の事務負担の軽減及び申請事務の効率化を図るため、以下のとおりとする。
 - ・国民健康保険特別調整交付金（へき地診療所運営費交付分）の申請様式の記載項目のうち、診療所半径4km圏内の年平均被保険者数については削除することとし、その旨を地方公共団体に通知した。
[措置済み（令和5年12月4日付け厚生労働省保険局国民健康保険課施設調整係長事務連絡事務連絡）]
 - ・申請様式の簡略化等の申請事務の改善については、地方公共団体の意見を聴いた上で検討し、令和6年中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。
- （vi）都道府県が実施する市町村及び国民健康保険組合並びに国民健康保険団体連合会に対する国民健康保険の指導監督については、以下のとおりとする。
 - ・「国民健康保険の市町村保険者及び国民健康保険組合並びに国民健康保険団体連合会に対する指導監督の実施について」（平31厚生労働省保険局国民健康保険課長通知）において、電子メールやオンライン会議システム等のデジタル技術の活用が可能であることを明確化し、都道府県に令和5年度中に通知する。
 - ・市町村における事業計画の策定及び指導監督における確認の意義について、都道府県に令和5年度中に通知する。

令和5年の地方からの提案等に関する対応方針（3）

令和5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5年の地方からの提案等に関する対応方針（令和5年12月22日閣議決定）（抄）

（21）国民健康保険法（昭33法192）（続き）

- （vii）国民健康保険の保険料（76条）の徴収については、被保険者でない者が世帯主となっている世帯における国民健康保険の世帯主の変更手続要件を柔軟化し、令和6年中に必要な措置を講ずる。
- （viii）無料低額診療事業の利用者に対する高額療養費及び高額介護合算療養費の支給に係る市区町村等の事務負担を軽減するため、診療報酬明細書に当該事業の利用の有無を記載することとし、令和8年度中を目途に必要な措置を講ずる。
- （ix）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、額の確定及び精算等の時期並びに手続を統一することについて検討し、令和5年度中に結論を得る。その結果に基づいて令和6年度における両交付金事務の開始までに必要な措置を講ずる。

（22）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）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又は診療報酬の請求に関する指導及び報告等（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項に基づく指導及び報告等をいう。）並びに施設基準等に係る適時調査における経済上の措置に関する事務のうち返還金同意書等については、当該事務の負担軽減及び効率化に資するよう、電磁的記録の提供等について検討し、令和5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5年の地方からの提案等に関する対応方針（4）

令和5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5年の地方からの提案等に関する対応方針（令和5年12月22日閣議決定）（抄）

（42）地方単独医療費助成制度

地方単独医療費助成制度の利用者が居住する区域外の医療機関を受診する場合において、全国的に現物給付を円滑に行えるよう、規制改革実施計画（令和5年6月16日閣議決定）に基づく対応状況を踏まえつつ、以下のとおりとする。

- ・ 区域外分の診療報酬の審査支払業務については、審査支払機関と調整の上、区域外の国民健康保険団体連合会が地方公共団体との委託契約により当該業務を取り扱うことが可能であることなど、全国決済に係る事項を地方公共団体に令和6年度中に周知する。
- ・ 区域外の審査支払機関への委託が円滑に行えるよう、地方公共団体、医療機関等との調整その他の必要な取組について検討し、令和6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。
- ・ 医療機関等の事務負担の軽減を図るため、診療報酬改定DXの取組状況を踏まえつつ、全国の地方単独医療費助成制度情報を収録したマスタの作成及び当該マスタの効果的な活用方策について検討し、令和6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。

（44）後期高齢者医療制度関係業務事業費補助金及び国民健康保険団体連合会等補助金

後期高齢者医療制度関係業務事業費補助金及び国民健康保険団体連合会等補助金については、都道府県の円滑な事務の執行に資するよう、可能な限り標準処理期間内に交付決定を行うとともに、標準処理期間内に交付決定できない場合には、交付決定予定時期を都道府県に情報提供する。

（46）補助金等の通知等に関する事務

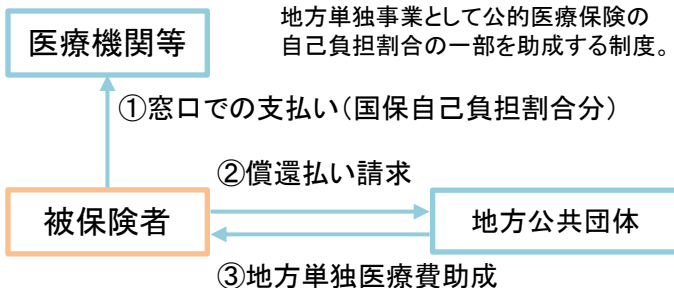
国民健康保険課から発出する補助金等の決定通知書等については、地方公共団体の事務負担の軽減を図るため、通知の内容に応じて、公印の押印の有無及び通知方法を統一する。

区域外の医療機関等受診時の地方単独医療費助成制度に関する現物給付を円滑に行うための実施方法の明確化

現行

- 国民健康保険被保険者が、居住する区域外の医療機関等で地方単独医療費助成制度※を利用する場合、原則、**償還払い**となる。

※こども医療費など、地方公共団体が地方単独事業として公的医療保険の自己負担割合の一部を助成する制度。



支障

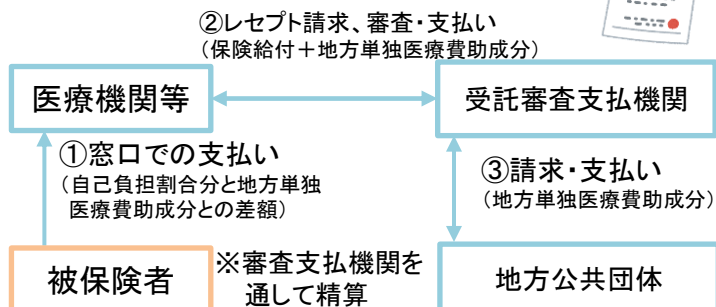
- 被保険者においては、**療養費用の一時立替や地方公共団体への申請手続きの負担**が生じている。
- 地方公共団体においては、**償還払いに係る事務負担**が生じている。



- ・区域外の国民健康保険団体連合会との委託契約等により現物給付が可能であることなどを周知(R6年度中)。
- ・区域外の審査支払機関への委託を円滑に行えるよう必要な取組を検討・結論(R6年度中) 等

見直し後

- 地方公共団体と区域外の審査支払機関(国民健康保険団体連合会等)との委託契約等により、**現物給付が可能に**。



効果

現物給付が実現することで、

- 被保険者においては、**一時立替及び申請手続きが不要になり、負担が軽減**される。
- 地方公共団体においては、**償還払いに係る事務負担が軽減**される。

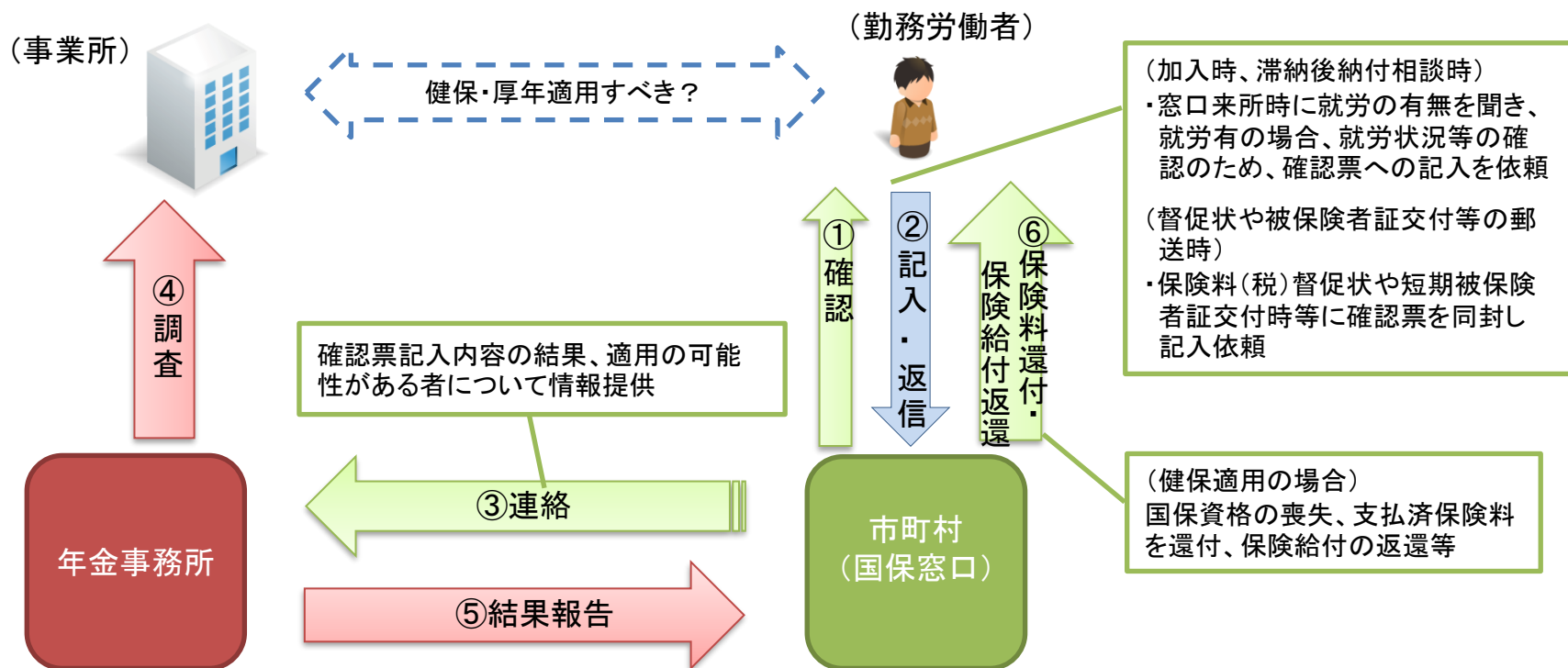


その他の留意事項

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. 資格管理の適正化
5. 国保料（税）の適切な徴収
6. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
7. 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、短期被保険者証等を交付する時等に、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】

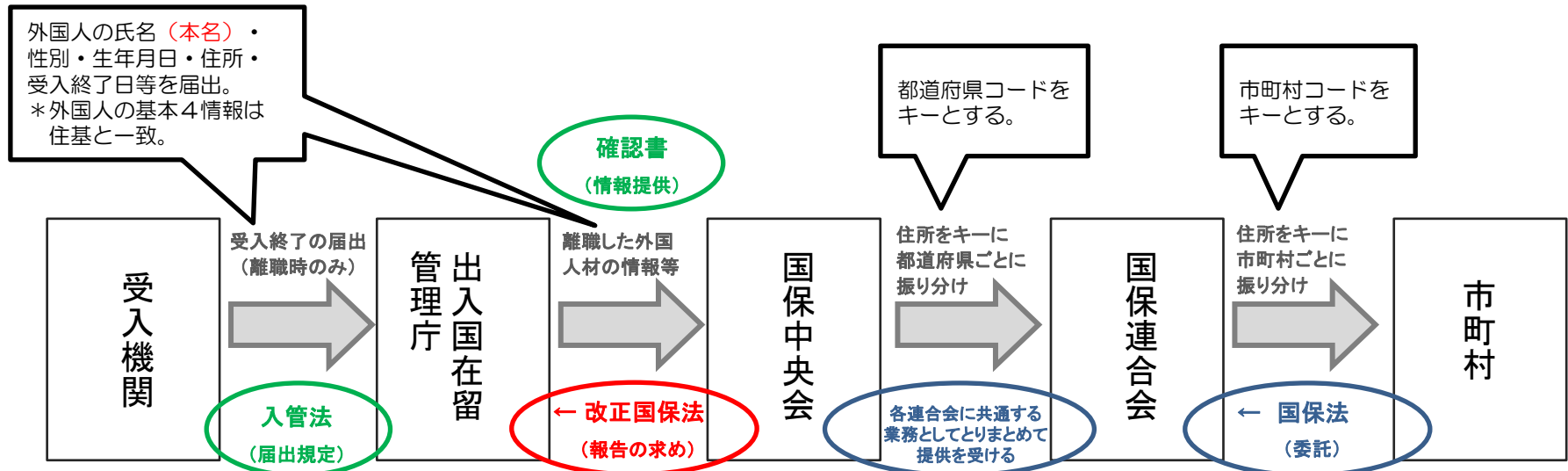
(社会保険への加入促進)

- 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)

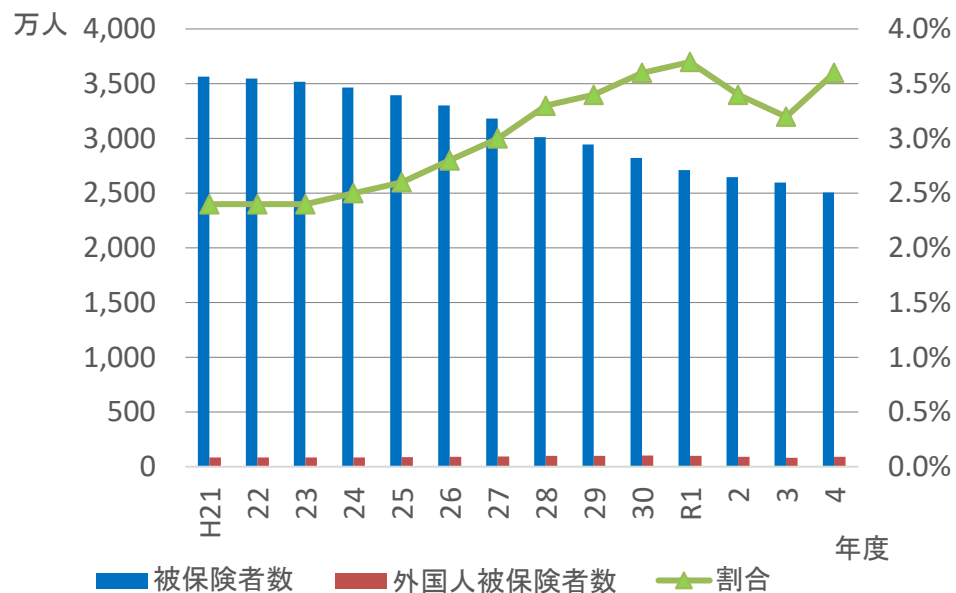
第百十三条の三 保険者は、第四十五条第五項(第五十二条第六項、第五十二条の二第三項、第五十三条第三項及び第五十四条の二第十二項において準用する場合を含む。)に規定する事務のほか、次に掲げる事務を第四十五条第五項に規定する連合会又は支払基金に委託することができる。

- 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

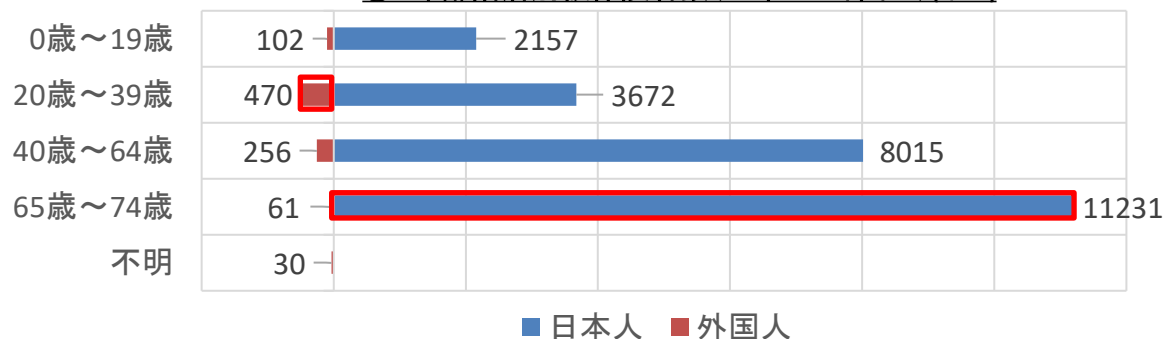
① 外国人被保険者数の推移

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



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)



※令和4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4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5年4月1日現在)

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。

有効期限切れとなった国民健康保険被保険者証等の取扱いについて

1. 経緯

- 市町村等から発行される被保険者証等の取扱いは、国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号）において、有効期限に至ったときは、遅滞なく市町村に提出・返却する旨が規定されていた。
- 今般、「被保険者証には有効期限が記載されており、使用する受診する病院では窓口で確認するため、有効期限切れのものが悪用されることは想定されない。自分で破棄しても良いのではないか。」という行政相談が総務省に寄せられ、調査が行われた。
- 行政苦情救済推進会議（総務大臣開催）での議論を経て、令和3年4月、総務省行政評価局から以下の内容のあっせん文書が厚生労働省宛に送付された。
 - ・ 有効期限切れとなった被保険者証等を保険者に返却せず、被保険者自身で破棄しても差し支えないこととする取扱いが可能となるよう、関係法令の規定を見直すこと。
 - ・ 措置結果について、被保険者、都道府県及び市区町村に周知すること。

2. 対応

- 令和3年10月15日、改正省令を公布・施行（※）し、被保険者証等の取扱いを以下のとおり変更した。
 - ※ 国民健康保険法施行規則及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則の一部を改正する省令（令和3年厚生労働省令第172号）
 - ・ 有効期限切れとなった国民健康保険被保険者証、高齢受給者証、食事療養減額認定証、生活療養減額認定証、特定疾病受療証、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証について、「有効期限切れの証は返還を行わなければならない」旨の法令上の規定を削除し、市町村の判断により、自己破棄を可能としたこと。
 - ・ 被保険者証の検認や、不正利得（有効期限切れの証を使用して給付を受けた場合は当該給付の返還を求める場合あり）の返還のため、市町村等から資格証の返還の求めがあったときにのみ返還が必要としたこと。
- 省令改正後、改正内容の事務の取扱いについて、以下の通り周知を行った。（令和3年10月19日事務連絡）
 - ・ 各保険者の判断において、引き続き、被保険者に対し有効期限に至った証の返還を求めることは可能。ただし、仮に返還を求める場合、交付時のお知らせ等にその旨を明記する等の対応を行うこと。
 - ・ 被保険者が被保険者証等を自己破棄する際、誤使用を防ぐため、個人情報に留意の上被保険者自身で裁断し適切に破棄することや、有効期限を経過したときは、被保険者証等を使用することはできないこと等について、各保険者においてホームページ等で適切に周知を行うこと。

被保険者証の記載について

- 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. 資格管理の適正化
5. 国保料（税）の適切な徴収
6. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
7. 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）

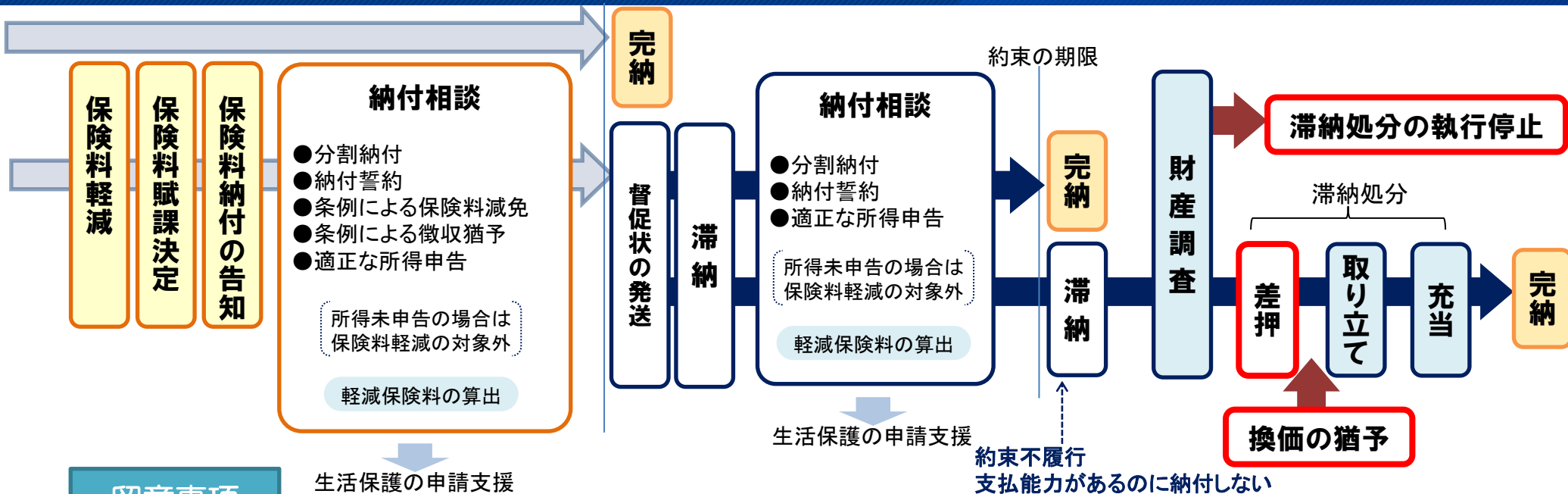
（徴収猶予の要件等）

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

・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

・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

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。

生活困窮者自立支援制度予算

H30年度予算:432億円 H31年度予算:438億円
R 2年度予算:487億円 R 3年度予算:555億円

R4年度予算案:594億円 ※重層的支援体制整備事業分を含む

包括的な相談支援

◆自立相談支援事業

(全国906福祉事務所設置自治体で1,371機関
(令和3年4月時点) 国費3/4

〈対個人〉

- 生活と就労に関する支援員を配置し、ワンストップ型の相談窓口により、情報とサービスの拠点として機能
- 一人ひとりの状況に応じ自立に向けた支援計画(プラン)を作成

〈対地域〉

- 地域ネットワークの強化・社会資源の開発など地域づくりも担う

◆福祉事務所未設置町村による相談の実施

- 希望する町村において、一次的な相談等を実施 国費3/4

◇アウトリーチ等の充実

ひきこもりなどの社会参加に向けてより丁寧な支援を必要とする方に対するアウトリーチなど、自立相談支援機関における機能強化 国費10/10

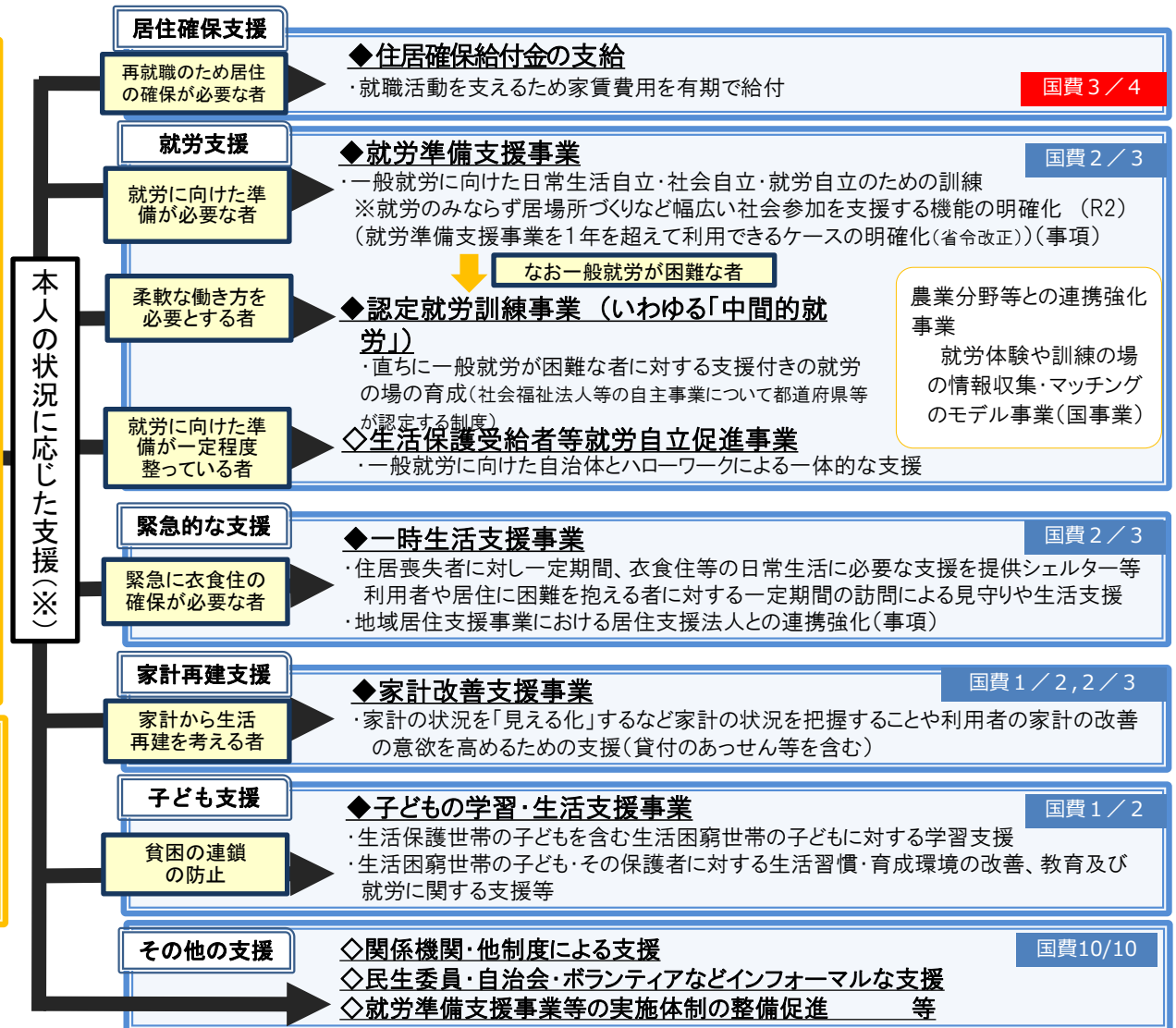
◆都道府県による市町村支援事業

- 市等の職員に対する研修、事業実施体制の支援、市域を越えたネットワークづくり等を実施 国費1/2

◇都道府県による企業開拓

- 就労体験や訓練を受け入れる企業等の開拓・マッチング 国費10/10

※ 法に規定する支援(◆)を中心に記載しているが、これ以外に様々な支援(◇)があることに留意



農業分野等との連携強化事業
就労体験や訓練の場の情報収集・マッチングのモデル事業(国事業)

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. 資格管理の適正化
5. 国保料（税）の適切な徴収
6. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
7. 補助金申請業務

事 項	令和5年度 予算額	令和6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		
市町村等の国民健康保険助成に必要な経費	3,246,265,207	3,236,059,224	▲ 10,205,983	▲ 0.31%	
（項）医療保険給付諸費	2,998,332,625	2,992,664,385	▲ 5,668,240	▲ 0.19%	
（目）国民健康保険療養給付費等負担金	1,636,244,237	1,630,072,637	▲ 6,171,600	▲ 0.38%	
療養給付費負担金	1,390,487,686	1,389,117,485	▲ 1,370,201	▲ 0.10%	※ こども医療費の減額調整廃止分を計上
保険基盤安定等負担金	245,756,551	240,955,152	▲ 4,801,399	▲ 1.95%	※ 産前産後保険料負担金分（12ヶ月分）を計上
（目）国民健康保険後期高齢者医療費支援金負担金	527,283,314	522,986,266	▲ 4,297,048	▲ 0.81%	
（目）国民健康保険財政調整交付金	565,064,252	563,354,040	▲ 1,710,212	▲ 0.30%	
（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	148,298,433	147,089,888	▲ 1,208,545	▲ 0.81%	
（目）国民健康保険保険者努力支援交付金	121,161,554	129,161,554	8,000,000	6.60%	
（目）健康保険組合等出産育児一時金臨時補助金	280,835	0	▲ 280,835		※ 令和5年度限りの経費
（項）介護保険制度運営推進費	234,996,560	230,290,720	▲ 4,705,840	▲ 2.00%	
（目）国民健康保険介護納付金負担金	183,411,949	179,739,099	▲ 3,672,850	▲ 2.00%	
（目）国民健康保険介護納付金財政調整交付金	51,584,611	50,551,621	▲ 1,032,990	▲ 2.00%	
（項）健康増進対策費	12,936,022	13,104,119	168,097	1.30%	
（目）国民健康保険特定健康診査・保健指導負担金	12,936,022	13,104,119	168,097	1.30%	
国民健康保険団体に必要な経費	3,340,281	2,774,733	▲ 565,548	▲ 16.93%	
（目）国民健康保険団体連合会等補助金	2,293,209	1,887,661	▲ 405,548	▲ 17.68%	
（目）高齢者医療制度円滑運営臨時特例交付金	12,775	12,775	0	0.00%	
（目）国民健康保険制度関係業務事業費補助金	1,034,297	874,297	▲ 160,000	▲ 15.47%	

事 項	令和5年度 予 算 額	令和6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	270,535,199	264,944,711	▲ 5,590,488	▲ 2.07%	
(項) 医療保険給付諸費	247,523,537	242,298,880	▲ 5,224,657	▲ 2.11%	
(目) 国民健康保険組合療養給付費補助金	181,514,454	176,068,752	▲ 5,445,702	▲ 3.00%	
(目) 国民健康保険組合後期高齢者医療費支援金補助金	58,188,487	58,269,781	81,294	0.14%	
(目) 国民健康保険組合出産育児一時金等補助金	5,432,620	5,792,512	359,892	6.62%	
出 産 育 児 一 時 金 補 助 金	2,143,750	2,029,875	▲ 113,875	▲ 5.31%	
高 額 医 療 費 共 同 事 業 補 助 金	3,288,870	3,762,637	473,767	14.41%	
(目) 国民健康保険組合事務費負担金	2,172,967	2,167,835	▲ 5,132	▲ 0.24%	
(目) 健康保険組合等出産育児一時金臨時補助金	215,009	0	▲ 215,009	▲ 100.00%	※ 令和5年度限りの経費
(項) 介護保険制度運営推進費	22,438,364	22,058,297	▲ 380,067	▲ 1.69%	
(目) 国民健康保険組合介護納付金補助金	22,438,364	22,058,297	▲ 380,067	▲ 1.69%	
(項) 健康増進対策費	573,298	587,534	14,236	2.48%	
(目) 国民健康保険組合特定健康診査・保健指導補助金	573,298	587,534	14,236	2.48%	
国民健康保険関係助成費総計	3,520,140,687	3,503,778,668	▲ 16,362,019	▲ 0.46%	
うち (項) 医療保険給付諸費	3,249,196,443	3,237,737,998	▲ 11,458,445	▲ 0.35%	
うち (項) 介護保険制度運営推進費	257,434,924	252,349,017	▲ 5,085,907	▲ 1.98%	
うち (項) 健康増進対策費	13,509,320	13,691,653	182,333	1.35%	

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. 資格管理の適正化
5. 国保料（税）の適切な徴収
6. 令和6年度国民健康保険助成費の概要
7. 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4年度決算検査報告について

会計検査院における令和4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慮をお願いしたい。（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5年12月27日保国発1227第2号及び同日事務連絡））

○ 不当事項

〔療養給付費負担金〕

① 遡及退職被保険者等の医療給付費の控除漏れ	1 保険者	4, 5 6 2 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	5 保険者	1 3 1, 0 7 3 千円
③ 計算誤りによる負担金の過大算定	1 保険者	2, 4 1 8 千円
④ 減額調整措置の実施誤り	1 保険者	1 9 3, 1 5 6 千円
	合 計 8 保険者	3 3 1, 2 1 1 千円

〔財政調整交付金〕

① 調整対象需要額の過大算定	4 保険者	7 9 2, 3 3 3 千円
② 一般被保険者の保険料調定総額の過大集計	4 保険者	3 3, 8 6 6 千円
③ 非自発的失業による保険料軽減世帯の保険基盤安定繰入金の過小計上	3 保険者	1 6, 9 5 2 千円
④ 非自発的失業による保険料軽減世帯に係る一般被保険者数の過大算定	2 保険者	5 8, 2 4 5 千円
⑤ 調整対象収入額の過小算定	1 保険者	3 6, 4 6 8 千円
⑥ 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	1 保険者	1, 4 0 1 千円
⑦ 結核性疾病及び精神病に係る医療給付費の過大算出	6 保険者	3 6 8, 9 5 1 千円
	合 計 2 1 保険者	1, 3 0 8, 2 1 6 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3年度検査報告)		今回(令和4年度検査報告)	
	保険者数	指摘金額	保険者数	指摘金額
療養給付費負担金	6(5)	110	8(8)	331
財政調整交付金	28(8)	321	21(12)	1,308
基盤安定負担金	—	—	—	—
合計	33(11)	431	27(15)	1,639

※「保険者数」欄の括弧内は、都道府県数を指す。「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保険者数、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)