

第 205 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 7 年 11 月 27 日（木）
9 時 30 分～12 時 30 分
場 所：全 国 都 市 会 館

（ 議 題 ）

1. 医療保険制度改革について
2. 第 4 期医療費適正化計画における医療資源の効果的・効率的な活用について
3. 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について
4. 業務効率化・職場環境改善の更なる推進に関する方向性について

（ 配布資料 ）

- | | | | | |
|-----|---|---|---|--------------------------------------|
| 資 料 | 1 | — | 1 | OTC 類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方について |
| 資 料 | 1 | — | 2 | 国民健康保険制度の取組強化の方向性 |
| 資 料 | | | 2 | 第 4 期医療費適正化計画における医療資源の効果的・効率的な活用について |
| 資 料 | | | 3 | 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について |
| 資 料 | | | 4 | 業務効率化・職場環境改善の更なる推進に関する方向性について |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

本 委 員	うちぼり まさお 内堀 雅雄 きくち よしみ ○ 菊池 馨実 たなべ くにあき ◎ 田辺 国昭 はやし てっぺい 林 鉄兵	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事 早稲田大学理事・法学学術院教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 日本労働組合総連合会副事務局長
臨 時 委 員	いながわ ひでかず 伊奈川 秀和 おおすぎ かずし 大杉 和司 かねこ ひさし 兼子 久 きたがわ ひろやす 北川 博康 きもり こと 城守 国斗 さねまつ たかのり 實松 尊徳 さの まさひろ 佐野 雅宏 しま ひろじ 島 弘志 そでい たかこ 袖井 孝子 たじま けんいち 田島 健一 なかむら さやか 中村 さやか にん かずこ 任 和子 はら かつのり 原 勝則 ふじい りゅうた 藤井 隆太 まえば やすゆき 前葉 泰幸 よこもと みつこ 横本 美津子 わたなべ だいき 渡邊 大記	国際医療福祉大学医療福祉学部教授 日本歯科医師会常務理事 全国老人クラブ連合会理事 全国健康保険協会理事長 日本医師会常任理事 全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／神埼市長 健康保険組合連合会会長代理 日本病院会副会長 NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事 全国町村会副会長・佐賀県白石町長 上智大学経済学部教授 日本看護協会副会長 国民健康保険中央会理事長 日本商工会議所社会保障専門委員会委員 全国市長会相談役・社会文教委員／津市長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長 日本薬剤師会副会長
専 門 委 員	いしわた いさむ 石渡 勇 かめい よしまさ 亀井 良政 におり ひなえ 新居 日南恵 みやがわ ゆみこ 宮川 祐三子	公益社団法人日本産婦人科医会会長 公益社団法人日本産科婦人科学会常務理事 NPO法人manma理事 公益社団法人日本助産師会理事

(注1) ◎印は部会長、○印は部会長代理である。
 (注2) 専門委員は「医療保険制度における出産に対する支援の強化に関する事項」を専門事項とする。



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

「OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方」に関する関係文書での記載

■骨太方針2025（抄）

持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む**国民負担の軽減**を実現するため、**OTC類似薬の保険給付の在り方の見直し**²⁰⁸や、地域フォーミュラの全国展開²⁰⁹、新たな地域医療構想に向けた病床削減²¹⁰、医療DXを通じた効率的で質の高い医療の実現、現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底²¹¹、がんを含む生活習慣病の重症化予防とデータヘルスの推進などの改革について²¹²、引き続き行われる社会保障改革に関する議論の状況も踏まえ、**2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。**

208 医療機関における必要な受診を確保し、こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、個別品目に関する対応について適正使用の取組の検討や、セルフメディケーション推進の観点からの更なる医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けた実効的な方策の検討を含む。

212 詳細については、「自由民主党、公明党、日本維新の会 合意」（令和7年6月11日自由民主党・公明党・日本維新の会）を参照。

■自由民主党、公明党、日本維新の会 合意（抄）

類似のOTC医薬品が存在する医療用医薬品（OTC類似薬）の保険給付のあり方の見直しについては、医療の質やアクセスの確保、患者の利便性に配慮しつつ、医療保険制度の持続可能性確保を目指すことを基本とし、令和7年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、令和8年度から実行する。

その際、医療機関における必要な受診を確保し、こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などに配慮しつつ、成分や用量がOTC医薬品と同等のOTC類似薬をはじめとするOTC類似薬一般について保険給付のあり方の見直しの早期実施を目指す。その中で、個別品目に関する対応についても、これまでのビタミン剤やうがい薬、湿布薬に関する対応を踏まえ、適正使用の取組を検討する。

あわせて、セルフメディケーション推進の観点から、スイッチOTC化に係る政府目標（※）の達成に向けた取組を着実に進めるとともに、夏以降、当初の医師の診断や処方を前提にしつつ、症状の安定している患者にかかる定期的な医薬品・検査薬のスイッチOTC化に向けて、制度面での必要な対応を含め、更なる実効的な方策を検討する。

（※）令和5年末時点で海外2か国以上でスイッチOTC化されている医薬品のうち、本邦でスイッチOTC化されていない医薬品（約60成分）を令和8年末までにOTC化する。

■経済対策の記載

OTC類似薬を含む薬剤自己負担については、現役世代の保険料負担の一定規模の抑制につながる具体的な制度設計を令和7年度中に実現した上で、令和8年度中に実施する。

医療保険部会での主な意見

骨太方針・三党合意等

○医療機関における必要な受診の確保

→【論点1】費用負担の在り方

○子どもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などへの配慮

→【論点2】配慮が必要な者の範囲

○成分や用量がOTC医薬品と同等のOTC類似薬をはじめとするOTC類似薬一般

→【論点3】OTC類似薬の範囲

医療保険部会における主な意見

- ・ OTC医薬品に変更した場合、いわゆる**保険適用除外**とした場合、**患者さんの自己負担は、かなり増える**というケースがある
- ・ 保険の枠内に置きつつも、例えば**保険外併用療養**のような形で別途負担を求める仕組みというの**も考えられる**
- ・ **選定療養**で追加の自己負担を求める方法、また償還率を変える等の方法についても、具体的な検討を進めていただきたい
- ・ **過度な負担や急激な変化が生じないよう十分な配慮**を行うべき
- ・ 患者団体のお話を踏まえると、**OTC類似薬については保険適用とした上で患者負担を変更する**というやり方が弊害が少ないのではないかと。
- ・ **医療機関の受診は、医師が診察・診断をし、医学管理をした上で投薬するもので、ただ薬を出すものとは全く違う。**

- ・ **過度な負担や急激な変化が生じないよう十分な配慮が必要**
- ・ **子どもや慢性疾患を抱えている方、低所得者の方**については配慮が必要
- ・ 一般用医薬品では(医療用医薬品の)10倍以上の価格になることもあり、**難病の方や心身障害者の方々などの負担が非常に重くなる。**

- ・ 成分が一致していても、**用法・用量、効能・効果、対象年齢、投与経路、剤形**など、様々な違いがあり、単純に保険適用から外すことは難しい
- ・ **用法・用量、効能・効果等の違いを踏まえつつ、OTCで代替可能なものはできるだけ広い範囲を対象として具体的な検討を進めるべき**

OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方について

- 1 【論点1】費用負担の在り方
- 2 【論点2】配慮が必要な者の範囲
- 3 【論点3】OTC類似薬の範囲

医療保険部会における主なご意見 論点 1（費用負担の在り方）関連

- OTC医薬品に変更した場合、いわゆる保険適用除外とした場合、患者さんの自己負担は、かなり増えるというケースがある。
- 保険の枠内に置きつつも、例えば保険外併用療養のような形で別途負担を求める仕組みというの也被えられるのではないか。
- 選定療養で追加の自己負担を求める方法、また償還率を変える等の方法についても、具体的な検討を進めていただきたい。
- 保険給付の在り方の見直しを行うに当たっては、過度な負担や急激な変化が生じないよう十分な配慮を行うべき。
- 患者団体のお話を踏まえると、OTC類似薬については保険適用とした上で患者負担を変更するというやり方が弊害が少ないのではないか。
- 2002年の健康保険法等改正法附則第2条第1項で、給付の割合については将来にわたり100分の70を維持としたことについては遵守すべき。
- 医療機関の受診は、医師が診察・診断をし、医学管理をした上で投薬するもので、ただ薬を出すものとは全く違う。

【論点1】費用負担の在り方

骨太方針・三党合意等

医療保険部会における主な意見

○医療機関における必要な 受診の確保

- ・ OTC医薬品に変更した場合、いわゆる**保険適用除外**とした場合、**患者さんの自己負担は、かなり増える**というケースがある
- ・ 保険の枠内に置きつつも、例えば**保険外併用療養**のような形で別途負担を求める仕組みというの**も考えられる**
- ・ **選定療養**で追加の自己負担を求める方法、また償還率を変える等の方法についても、**具体的な検討を進めていただきたい**
- ・ **過度な負担や急激な変化が生じないよう十分な配慮を行うべき**
- ・ 患者団体のお話を踏まえると、**OTC類似薬については保険適用とした上で患者負担を変更する**というやり方が弊害が少ないのではないかと。
- ・ **医療機関の受診は、医師が診察・診断をし、医学管理をした上で投薬するもので、ただ薬を出すものとは全く違う。**

論点

- 骨太方針や医療保険部会における意見を踏まえ、医療機関における必要な受診の確保の観点から、薬剤そのものを保険給付の対象外とはしない前提で、患者の状況や負担に配慮した別途の負担を求めることについてどのように考えるか。
- 仮に薬剤費について別途の負担を求めるとした場合、どの程度の負担を求めることが適当か。

OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方について

- 1 【論点1】費用負担の在り方
- 2 【論点2】配慮が必要な者の範囲
- 3 【論点3】OTC類似薬の範囲

医療保険部会における主なご意見 論点2（配慮が必要な者の範囲）関連

- 必要な医療への受診抑制につながることがないように、特に低所得者に十分配慮した制度の在り方を検討いただくようお願いする。
- 保険者全体の厳しい財政状況や、大きなリスクへの備えを見直す前に小さなリスクを見直すべきという観点からも子どもや慢性疾患を抱えている方、低所得者の方については配慮する必要がある。
- 保険給付の在り方の見直しを行うに当たっては、過度な負担や急激な変化が生じないように十分な配慮を行うべき。
- 一般用医薬品では(医療用医薬品の)10倍以上の価格になることもあり、難病の方や心身障害者の方々などの負担が非常に重くなる。

患者団体ヒアリングにおける主な意見

- がん患者の中には、疼痛治療のために最大量のアセトアミノフェン、ロキソニンテープ、便秘対策のために酸化マグネシウムも服用されている方もいる。OTC類似薬に関する議論について、経済的負担、制度面での不安も大きい。また、がんの治療を続けることは社会にとっていいことなのかと悩んでいる方もいる。（全国がん患者団体連合会）
- がんや難病の患者の中にも、OTC類似薬を日常的に、あるいは長期にわたり継続して、医療機関で使用している者がいる。（全国がん患者団体連合会）
- 疾患の発症はわずかな発熱、皮膚の異常、せきなどから始まることもあるが、発症数週間で亡くなる病態もあり、1日病院に行くのが遅れていけば危ないこともある。重症化すれば、高額な薬を使用しても治らない、非可逆的な状態になる。病院に行くか、行かないか、1日の迷いが生命を左右する。（一般社団法人 日本難病・疾病団体協議会）
- 自分の症状が受診すべきかを患者自身が正確に判断することは不可能。医師の診断がない医療は患者にとってリスクであるため、初診時でも医療アクセスできる具体策の提示が必要。（一般社団法人 日本難病・疾病団体協議会）
- アトピー性皮膚炎の場合、全身に毎日2回塗る必要があり、1回に500グラム処方されても2か月もたない。その他バイオ製剤などや抗炎症薬も必要で、保険適用除外になれば患者の負担は相当重くなる。（日本アレルギー友の会）
- OTC類似薬についても、例えば子どものアトピー性皮膚炎では症状をコントロールし再び悪化させないために定期的に軟膏を使い続ける必要。保険適用除外は、一部のアレルギー疾患患者が適切な治療の継続をあきらめ症状を悪化させてしまう。（日本アレルギー友の会）
- 医療用医薬品やOTCの使用状況をドラッグストアの薬剤師や登録販売者の方が総合的に把握していない中では、飲み合わせや相互作用に適切に対応できない。（認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML）
- OTC類似薬を10割負担にすると患者負担が重くなりすぎる。OTC類似薬である医療用医薬品について追加負担を求めるとしても、患者負担が重くなりすぎないように配慮が必要。（認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML）

【論点2】 配慮が必要な者の範囲

骨太方針・三党合意等

○ **こどもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方の患者負担などへの配慮**

医療保険部会における主な意見

- ・ 過度な負担や急激な変化が生じないよう十分な配慮が必要
- ・ **子どもや慢性疾患を抱えている方、低所得の方**については配慮が必要
- ・ 一般用医薬品では(医療用医薬品の)10倍以上の価格になることもあり、**難病の方や心身障害者の方々などの負担**が非常に重くなる。

論点

配慮が必要な者（＝新たな負担を求めないこととする者）の範囲をどのように考えるか。

- 成人年齢が18歳以上であること、こども医療費助成制度が広く行われていること等を踏まえ、配慮すべきこどもの範囲は、18歳以下の者とするについてどう考えるか。
- 医療費に着目して公的な支援を受けている方についてどう考えるか。
- 長期にOTC類似薬の利用を必要とする方についてどう考えるか。
- 入院患者についてどう考えるか。

OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しの在り方について

- 1 【論点1】 費用負担の在り方
- 2 【論点2】 配慮が必要な者の範囲
- 3 【論点3】 OTC類似薬の範囲

医療保険部会における主なご意見 論点3（OTC類似薬の範囲）関連

- 成分が一致していても、用法・用量、効能・効果、対象年齢、投与経路、剤形など、様々な違いがあり、OTC類似薬だからといって、単純に保険適用から外すことは難しい。
- 配合剤で、包装単位も決まっている大多数のOTC医薬品は、医療用医薬品のように患者個々の量に対応して出せない。
- 用法・用量、効能・効果等の違いを踏まえつつ、OTCで代替可能なものはできるだけ広い範囲を対象として具体的な検討を進めるべき。

【論点3】 OTC類似薬の範囲

骨太方針・三党合意等

医療保険部会における主な意見

○成分や用量がOTC医薬品と同等のOTC類似薬をはじめとするOTC類似薬一般

- ・成分が一致していても、用法・用量、効能・効果、対象年齢、投与経路、剤形など、様々な違いがあり、単純に保険適用から外すことは難しい
- ・用法・用量、効能・効果等の違いを踏まえつつ、OTCで代替可能なものはできるだけ広い範囲を対象として具体的な検討を進めるべき

論点

- OTC医薬品を購入する方との公平性や医療保険制度の持続可能性の観点から踏まえ、患者の状況や負担に配慮した別途の負担を求める場合、対象となる薬剤の同等性をどのように考えるか。

国民健康保険制度の取組強化の方向性

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

国民健康保険制度の取組強化の方向性（案）

- 国民健康保険については、平成30年改革以降様々な見直しが行われてきたが、依然以下のような課題がある。
 - ・ 被保険者の年齢構成が高く、医療費水準が高い。また、被保険者の所得水準が低い。加えて、国保は小規模保険者が多く、財政運営が不安定になるリスクが高い。
 - ・ 人口減少・少子高齢化に伴い、地方公共団体における人材不足が深刻化しており、保険者における事務処理を持続可能なものにしていく必要。
- このため、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進めることについて、国と地方、その他の関係者の間で調整を行ってきたところであり、その議論を踏まえ、国として、**法改正を含め対応すること**としたい。
- **子育て世帯の保険料負担軽減**

令和4年4月から、未就学児に係る均等割保険料について、その5割を公費（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）により軽減する措置を講じているところ、子育て世帯の更なる負担軽減のため、当該**軽減措置の対象を高校生年代まで拡充する**。
- **持続的な国保運営のための取組強化**
 - ① **保険料水準の統一、財政安定化基金の見直し**
 - ・ 都道府県国民健康保険運営方針の中間見直しの作業年度に当たる令和8年度に向けて、保険料水準統一加速化プランの改定について検討し、納付金ベースの統一や完全統一に係る目標年度の設定や前倒しの検討を含め、**保険料水準の統一に向けた議論を積極的に行う**。
 - ・ **財政安定化基金の本体基金分**について、保険料水準の統一や制度改正により納付金（保険料）が著しく上昇する場合や、災害等が発生した翌年度以降に従来の保険料で賦課することが難しい場合に、**納付金（保険料）の抑制のための取崩しを認める**とともに、**従来の積戻し期間（3年間）よりも長い期間での積戻しを可能とする**。
 - ② **市町村の事務負担軽減、運用の見直し**
 - ・ 市町村の事務負担軽減に向け、都道府県国保連合会の役割を強化するため、**国保連を活用した自治体支援の在り方**の検討を行う。
 - ・ 国民健康保険では資格喪失の原因たる事実が発生した日の翌日に資格を喪失することとされているところ、令和7年度地方分権提案においても支障事例が報告されていることを踏まえ、保険者の異動を原因とする資格喪失日を1日前倒し、資格喪失の原因たる事実が発生した日を資格喪失日とする。
- 上記の他、骨太方針、政府・与党内での議論、地方団体の要望事項等について、引き続き、国保基盤強化協議会に係る事務レベルWG等で議論する。

普通調整交付金の在り方などの課題に関する議論・検討状況

- 骨太方針に基づき策定される「経済・財政新生計画改革実行プログラム2024」において、普通調整交付金の在り方に関し、2025年度中に「医療費適正化や都道府県のガバナンス強化等にも資するよう、調整交付金や保険者努力支援制度その他の財政支援の在り方について検討を行い、一定の結論を得る」とされている。
- この点について、国と地方、その他の関係者の間で議論・検討を行ってきたところであり、それを踏まえた方向性は以下のとおり。

- ・ 普通調整交付金（※）について、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、配分の在り方を見直すべきとの指摘がある。

（※）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されるもの。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）」の差分を調整している。

- ・ 他方で、地方団体との議論においては、以下のような御意見をいただいた。
 - 普通調整交付金が担う全国の自治体間の所得調整機能は非常に重要
 - 普通調整交付金が医療費適正化の政策誘導のために使われることはあってはならず、医療費適正化の取組は保険者努力支援制度で評価されるものである
- ・ 将来にわたる安定的な国保運営のためには、医療費適正化に資する取組の強化は必要であるところ、地方団体の御意見も踏まえ、保険者努力支援制度（都道府県取組評価分）の医療費適正化のアウトカム評価の指標において、令和8年度分からマイナス指標を導入することとし、医療費適正化のインセンティブがより働くようメリハリを強化することとした。
- ・ 医療費適正化のインセンティブ強化の仕組みについては、普通調整交付金の在り方を引き続き検討することと併せ、こうした保険者努力支援制度におけるメリハリ付けのさらなる強化を図っていくこととする。

※ なお、同じく「経済・財政新生計画改革実行プログラム2024」に記載されている、生活保護受給者の国保等への加入については、地方団体との議論において、以下のような御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。

- 被保険者として果たすべき制度上の義務を履行することができないと考えられる生活保護受給者を国保へ加入させることについては、制度の根幹を揺るがし、財政的にも破綻を招きかねない
- 生活保護制度においては、福祉事務所の職員が個別に頻回受診・長期入院に対する指導を行っているが、事務の逼迫する市町村の国保部門において同様の対応を行うことは難しいと考えられる

国民健康保険組合に係る見直しについて（案）

- 現在、国保組合の定率補助は、国保組合の財政力（所得水準）に応じ、医療給付費等の13%～32%の補助率となっているが、今般、負担能力に応じた負担等を進める観点から、所要の見直しを行うこととしてはどうか。併せて、健康保険適用除外に係る手続の見直し等所要の措置を講じてはどうか。

○ 一定の水準に該当する国保組合への例外的な補助率（12%、10%）の適用

補助率の下限については、これまでどおり**13%を原則**とするが、負担能力に応じた負担等を進める観点から、財政力及び被保険者の健康の保持増進等の取組の実施状況が一定の水準に該当する国保組合のみ、例外的に**新たな補助率（12%・10%）を適用**する。

《例外的に新たな補助率（12%・10%）の区分が適用される要件》

補助率13%の区分に該当する国保組合のうち、①～③の全てに該当する場合のみ、その所得区分に応じ、例外的に新たな補助率を適用。

（平均所得270万円以上は12%、280万円以上は10%の補助率を適用）

- ① 保険料負担率（被保険者一人当たり保険料÷国保組合の平均所得）が低い
- ② 積立金が多い（かつ、被保険者数が3,000人以上（経過措置））
- ③ 医療費適正化等の取組の実施状況が低調

○ 健康保険適用除外に係る手続の見直し

現状、健康保険適用除外に係る手続について、申請から承認まで一定程度かかっており、その結果、資格情報のデータ登録等が遅くなっている。そのため、当該手続について、承認を必要とせず、申出を行うことにより、健康保険の適用を除外するものとし、国保組合における事務手続の簡素化及び被保険者の資格情報管理に係る申請から承認までのタイムラグの解消を図る。

○ その他

賃金上昇の影響等も踏まえ、

- ・ 補助率の判定に用いる各国保組合の平均所得の算出に際して設定している各被保険者の所得の上限額を、1,200万円から**2,200万円に見直す**。
- ・ 適用する補助率を区分する国保組合の平均所得の基準について、「150万円未満」～「240万円以上」と設定しているところ、これを**「180万円未満」～「270万円以上」に見直す**。

また、国保組合に対する合併支援の拡充等を行う。

参考資料

国民健康保険制度を取り巻く状況

国保が抱える構造的課題

- ・年齢構成や医療費水準が高い
- ・所得水準が低い、保険料負担が重い
- ・保険料等の収納率、一般会計繰入
- ・小規模保険者、市町村間の格差 等

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
 - ・都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、保険料水準の統一、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進 等
- ②財政支援の拡充（毎年約3,400億円の確保）
 - ・低所得者対策の強化、保険者努力支援制度 等

課題の拡大・変化

- 被保険者数は、この10年で
3割（1000万人）減
- 高齢化、被用者保険の適用拡大**による
低所得化など加入者構成の変化
- 被保険者数3千人未満の**小規模保険者が増加（3割強）**
- こども施策や医療DXの推進

国保法改正（令和3、5年改正）

- 出産時における保険料負担軽減
- 国保運営方針に基づく保険料水準統一、医療費適正化
- その他保険者機能の強化

- 財政運営の安定化**を図りつつ、**保険料水準統一や医療費適正化**等の取組を一層進める。
- 「**財政運営の都道府県単位化**」の趣旨の更なる深化を図る

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (令和5年3月末)	1,716	1	1,383	85	47
加入者数 (令和5年3月末)	2,413万人 (1,636万世帯)	3,944万人 (被保険者2,480万人 被扶養者1,464万人)	2,820万人 (被保険者1,655万人 被扶養者1,165万人)	982万人 (被保険者574万人 被扶養者409万人)	1,913万人
加入者平均年齢 (令和4年度9月末)	54.2歳	38.9歳	35.9歳	33.1歳	82.8歳
65～74歳の割合 (令和4年度)	44.6%	8.2%	3.5%	2.4%	1.4%(※1)
加入者一人当たり 医療費(令和4年度)	40.6万円	20.4万円	18.4万円	18.5万円	95.6万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (令和4年度)	96万円 (一世帯当たり) 143万円	175万円 (一世帯当たり(※3)) 279万円	245万円 (一世帯当たり(※3)) 418万円	246万円 (一世帯当たり(※3)) 430万円	93万円
加入者一人当たり 平均保険料 (令和4年度)(※4) 〈事業主負担〉	9.1万円 (一世帯当たり) 13.6万円	12.5万円〈25.1万円〉 (被保険者一人当たり) 20.0万円〈39.9万円〉	13.9万円〈30.4万円〉 (被保険者一人当たり) 23.7万円〈51.9万円〉	14.4万円〈28.7万円〉 (被保険者一人当たり) 25.3万円〈50.5万円〉	7.9万円
保険料負担率	9.5%	7.2%	5.7%	5.8%	8.6%
公費負担	給付費等の50% ＋保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等への補助		給付費等の約50% ＋保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和7年度予算案ベース)	4兆497億円 (国2兆9,145億円)	1兆1,841億円 (全額国費)	1,253億円 (全額国費)		9兆5,009億円 (国6兆286億円)

(※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の。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

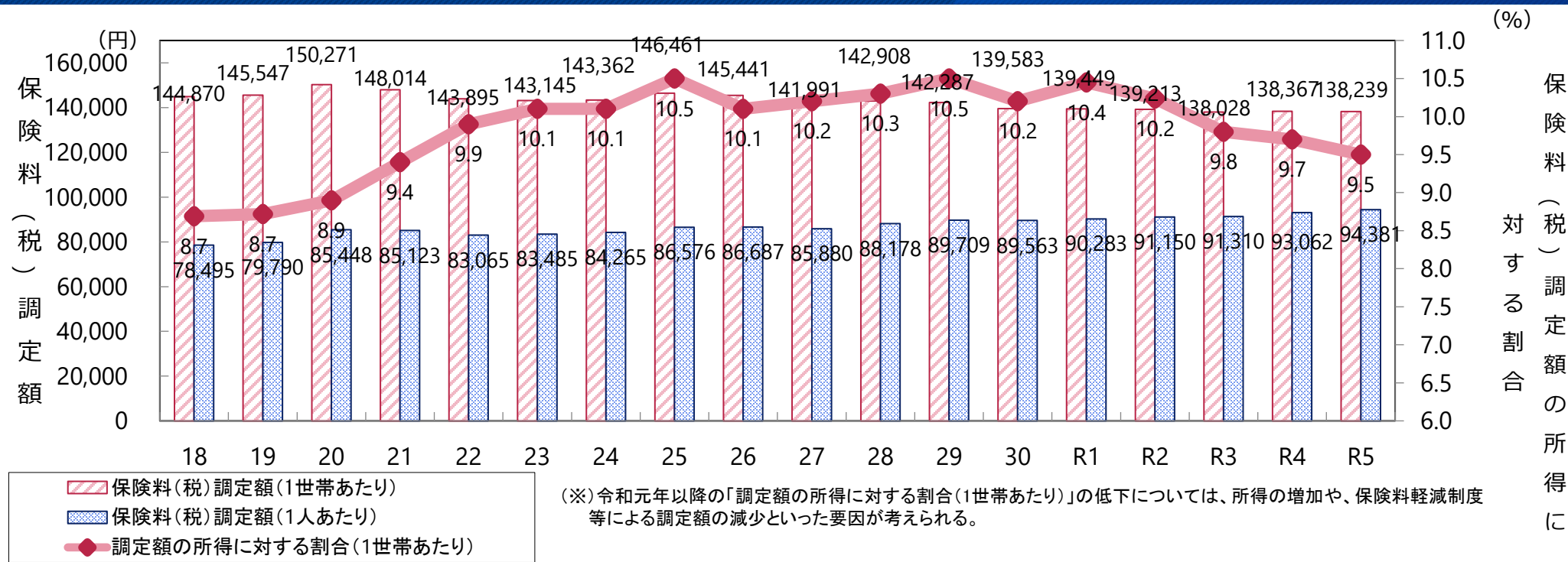
協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である(令和4年度税制に基づき算出)。

(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

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

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

国民健康保険料（税）の負担の変化



	平均所得（令和4年）		保険料（税）調定額（令和5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	1世帯当たり③/①
全世帯	1,454千円	992千円	138,239円	94,381円	9.5%
2割軽減世帯	1,044千円	618千円	127,088円	75,304円	12.2%
5割軽減世帯	635千円	382千円	65,724円	39,559円	10.3%
7割軽減世帯	105千円	83千円	22,452円	17,714円	21.3%

(注) 令和5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。

国保保険料の賦課方法について

- 保険料の賦課方法については、以下の表のとおり、受益に応じた応益割と負担能力に応じた応能割があり、応益割・応能割それぞれに2種類の賦課方法がある。
- 実際の賦課においては、各市町村の判断により、2方式(所得割・均等割)、3方式(所得割・均等割・平等割)、4方式(所得割・資産割・均等割・平等割)のいずれかをとる。

	種類	賦課の方法
応益割	均等割	世帯に属する被保険者数に応じて賦課（子どもを含む）
	平等割	世帯ごとに賦課
応能割	所得割	世帯に属する被保険者の所得に応じて賦課
	資産割	世帯に属する被保険者の固定資産税額に応じて賦課

子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置（現行制度）

1. 概要

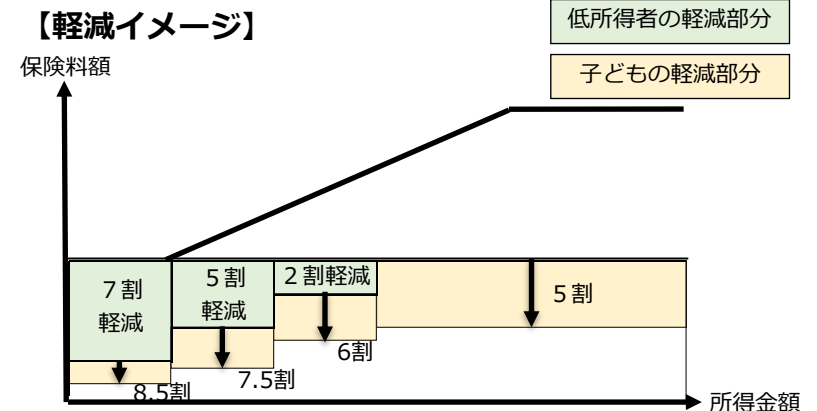
- 国民健康保険制度の保険料は、応益（均等割・平等割）と応能（所得割・資産割）に応じて設定されている。その上で、低所得世帯に対しては、応益保険料の軽減措置（7・5・2割軽減）が講じられている。
- 子育て世帯の経済的負担軽減の観点から、国・地方の取組として、国保制度において子どもの均等割保険料の軽減措置を実施。（令和4年4月～）

（参考）平成27年国保法改正 参・厚労委附帯決議

「子どもに係る均等割保険料の軽減措置について、地方創生の観点や地方からの提案も踏まえ、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論する」

2. 軽減措置スキーム

- 対象は、全世帯の未就学児。
- 当該未就学児に係る均等割保険料について、その5割を公費により軽減。
 - ※ 例えば、7割軽減対象の未就学児の場合、均等割保険料の残りの3割の半分を減額することから8.5割・5割軽減となる。
- 令和7年度所要額（公費）80億円（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）



子どもに係る均等割保険料の軽減措置に関する地方団体の要望

全国知事会

＜令和８年度国の施策並びに予算に関する提案・要望＞

- 子どもに係る均等割保険料軽減措置については、対象となる子どもの範囲が未就学児に限定され、その軽減額も５割と十分なものとは言えないため、子育て世帯の負担軽減という制度の趣旨に則り、１８歳までの引上げ及び軽減割合の拡充を図ること。

全国市長会

＜令和８年度国の施策及び予算に関する提言＞

- こどもに係る均等割保険料（税）を軽減する支援制度については、国において必要な財源を確保したうえで、対象年齢や軽減割合を拡大する等、制度を拡充すること。

全国町村会

＜令和８年度政府予算編成及び施策に関する要望＞

- こどもに係る均等割保険料（税）の軽減措置については、国の負担割合を引き上げるとともに、対象範囲を拡大すること。

保険料水準統一加速化プラン（第2版）（概要）

保険料水準の統一の意義・定義

統一の意義

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

統一の定義

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

統一の目標年度

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

保険料水準の統一のスケジュール

今期国保運営方針策定期間
（R6年度～R11年度）

次期国保運営方針策定期間
（R12年度～R17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

R12年度

納付金ベースの統一

- ・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

～R18年度
※R15年度を目指す

完全統一

- ・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

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

保険料水準の統一に向けた都道府県ごとの状況

○ 令和6年度からの各都道府県の国保運営方針における、保険料水準の統一に向けた各都道府県の取組予定は下記のとおり。

- **完全統一を達成済みの都道府県 R6年度：大阪府、奈良県**
- **完全統一の目標年度を定めている都道府県**

- ・ R9年度：滋賀県 ・ R11年度：福島県、大分県
- ・ R12年度：北海道、青森県、埼玉県、福井県、山梨県、兵庫県、和歌山県、高知県、佐賀県、熊本県
- ・ R12年度～R17年度：広島県 ・ R15年度：群馬県 ・ R18年度：神奈川県、香川県
- ・ 未設定(納付金ベースは達成)：三重県、長崎県

※完全統一：当該都道府県内のどこに住んでいても、同じ所得水準、世帯構成であれば同じ保険料であること

- **納付金ベースの統一等の目標年度を定めている都道府県**

都道府県	運営方針への記載状況等	都道府県	運営方針への記載状況等
岩手県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：次期期間中	長野県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議
宮城県	・納付金ベースの統一：R8年度 ・完全統一：今後協議（独自基準統一：R12年度）	岐阜県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：将来的に目指す
秋田県	・納付金ベースの統一：R15年度 ・完全統一：将来的に目指す	静岡県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議
山形県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：将来的な課題	愛知県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：今後協議
栃木県	・納付金ベースの統一：R10年度 ・完全統一：収納率較差が一定程度まで縮小された段階から実現	山口県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議
千葉県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：段階的に進める	鳥取県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：今後協議
東京都	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：段階的に進める	徳島県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：将来的に目指す
富山県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議	愛媛県	・納付金ベースの統一：R11年度 ・完全統一：今後協議 ・統一保険料をベースに収納率格差を反映する準統一：R15年度
新潟県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議	鹿児島県	・納付金ベースの統一：R15年度 ・完全統一：今後協議

※ 納付金ベースの統一：納付金算定に当たって、 $\alpha = 0$ （年齢調整後の医療費水準を反映させない）とすること

- **納付金ベースの統一等の目標年度を定めていない都道府県**

- ・ 茨城県、石川県、京都府、島根県、岡山県、福岡県、宮崎県、沖縄県

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～)

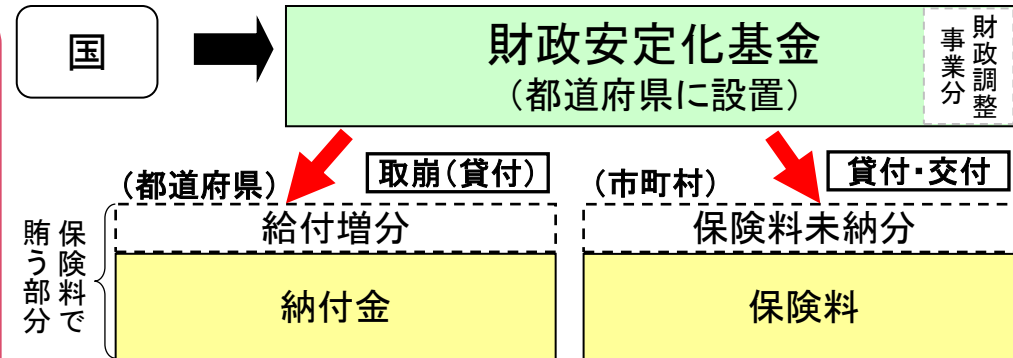
1. 本体基金

- 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。

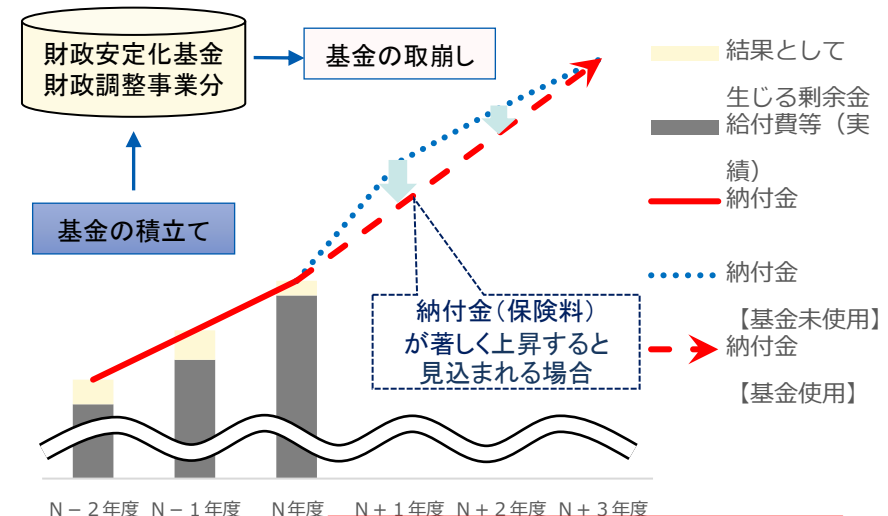
2. 財政調整事業

- 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・都道府県・市町村等の主な役割分担(国民健康保険)

参考資料 6

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

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

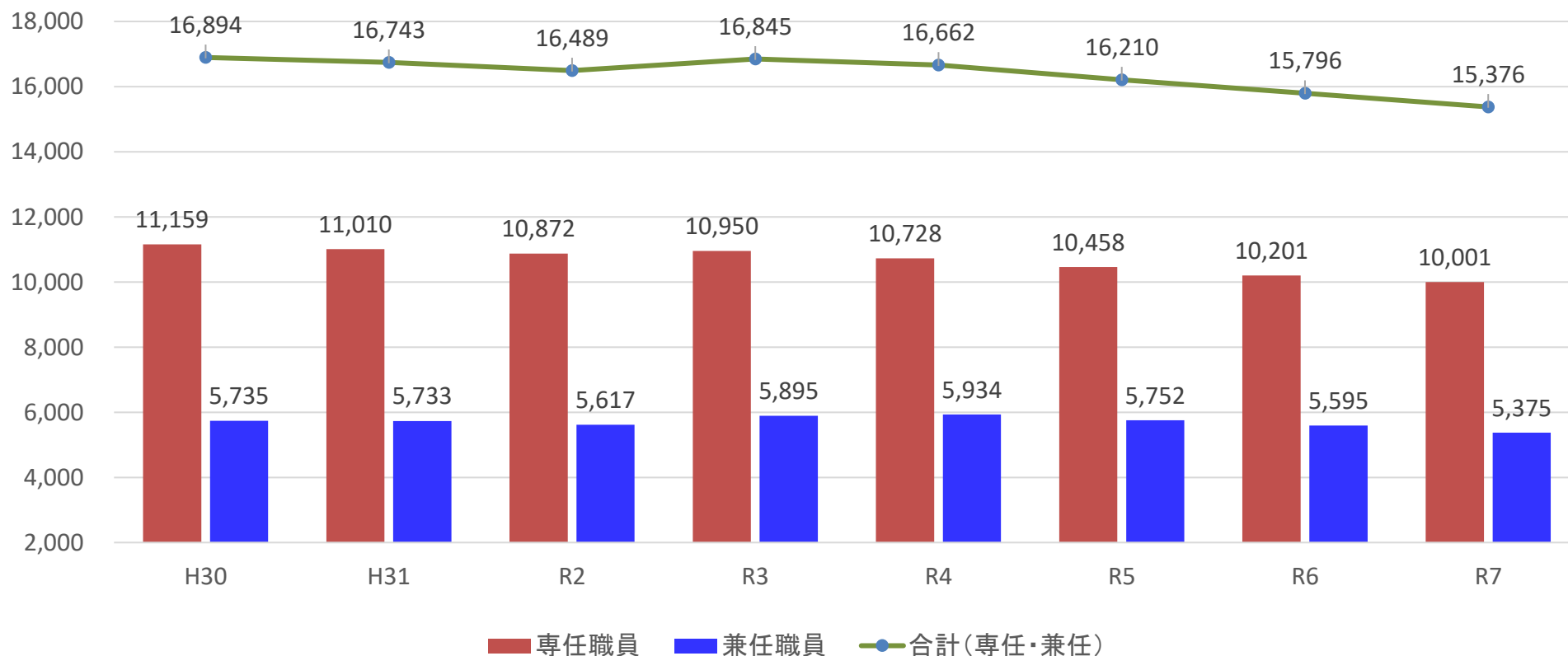
※1 国民健康保険事業の都道府県内の統一的な運営方針。市町村の意見や国保運営協議会の議論を経て、保険料の標準的な算定方法や事務の効率化、標準化、広域化に係る事項等を記載

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

国民健康保険事業等に従事する職員数(一般職)の推移

- 市町村における国保担当部局の職員数は年々減少している（R3を除く）。
- 兼任職員は平成30年から概ね横ばいとなっているが、専任職員は約10%減少している。

国保担当部局の職員数の推移(市町村)



(資料) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

(注) 数値は各年の3月末現在の数値

都道府県国民健康保険団体連合会の主な業務

- 国民健康保険の保険者である市町村が共同で事務を行うため、保険者が共同で公法人である国保連を設立。
- このため、国保連は診療報酬の審査支払事務のほか、保険者の共同事業等を行っている。

共同設立（47都道府県）

**国保保険者
(市町村等)**



※44連合会で市町村長が理事長・会長
(令和7年4月1日現在)

都道府県国民健康保険団体連合会

	国民健康保険	後期高齢者医療・介護保険・障害者総合支援等
審査支払業務	・国民健康保険の診療報酬等 ・出産育児一時金（支払業務） ・地方単独事業による福祉医療費	・後期高齢者医療診療報酬等 ・公費負担医療費 ・介護給付費等 ・障害者総合支援給付費 ・地方単独事業による福祉医療費
保険者事務の共同事業	・保険者事務共同電算処理 （資格確認、高額療養費の支給額計算、医療費通知、後発医薬品利用差額通知作成 等） ・第三者行為損害賠償求償事務 ・レセプト点検の支援 ・後発医薬品利用差額通知コールセンター ・保険者レセプト管理システムの運用管理 ・保険財政共同安定化事業、高額医療費共同事業 ・保険料（税）適正算定への支援 ・高額療養資金貸付事業 ・保険料の年金からの特別徴収経由機関業務 ・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 ・国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 ・保険者協議会の運営支援	(後期高齢者医療) ・保険者事務共同電算処理 ・第三者行為損害賠償求償事務 ・後発医薬品利用差額通知コールセンター ・国保・後期高齢者ヘルスサポート事業 ・保険料の年金からの特別徴収経由機関業務 (介護保険) ・介護保険者事務共同電算処理 ・第三者行為損害賠償求償事務 ・介護サービス相談・苦情処理事業 ・介護給付適正化対策事業 ・保険料の年金からの特別徴収経由機関業務 (障害者総合支援) ・障害者総合支援市町村事務共同処理 (その他関係業務) ・風しんの抗体検査・予防接種費用の請求支払事務 ・新型コロナウイルス感染症感染防止対策支援事業等に関する都道府県からの事務委託への対応（介護・障害） ・新型コロナウイルスワクチン接種費用の請求支払事務

令和 7 年度地方分権提案（抜粋）

提案内容

- 4月1日に社会保険等に参加した者について、同日を賦課期日として算定する国民健康保険料（税）の軽減判定の対象から除外する調整規定を設けること。

具体的な支障事例

- 国民健康保険法第8条に規定される国民健康保険の資格喪失の時期によると、国民健康保険の被保険者が同法第6条各号（第9号及び第10号を除く。）いずれかに該当した場合は、当該該当日の翌日に国民健康保険資格を喪失することとなる。そのため、例えば、社会保険に参加したり、後期高齢者医療制度に参加したりした場合、加入日においては社会保険・後期高齢者医療保険と国民健康保険の被保険者資格が重複することとなる。これらの加入日が4月1日である場合、国民健康保険の資格喪失日は4月2日となるため、賦課期日（4月1日）現在は国民健康保険に参加していることとなり、当該者が世帯主以外の者である場合であっても、低所得者に対する軽減判定に含める必要がある。国民健康保険法第56条の規定により実質的に国保給付の適用を受けない者についても、国民健康保険料（税）の軽減判定の際の計算に計上されてしまうことで、計上をしなければ国民健康保険料（税）の軽減が受けられるような同一世帯の家族等が保険料軽減を受けられなくなるというケースなどが発生してしまっている。国保世帯の生計維持に関与しないことから、その者の所得を軽減判定所得に加えることは、軽減制度の趣旨から説明が難しい。被保険者からも苦情が出されていることもあることから、相談処理の負担軽減のためにも見直すことが望まれる。

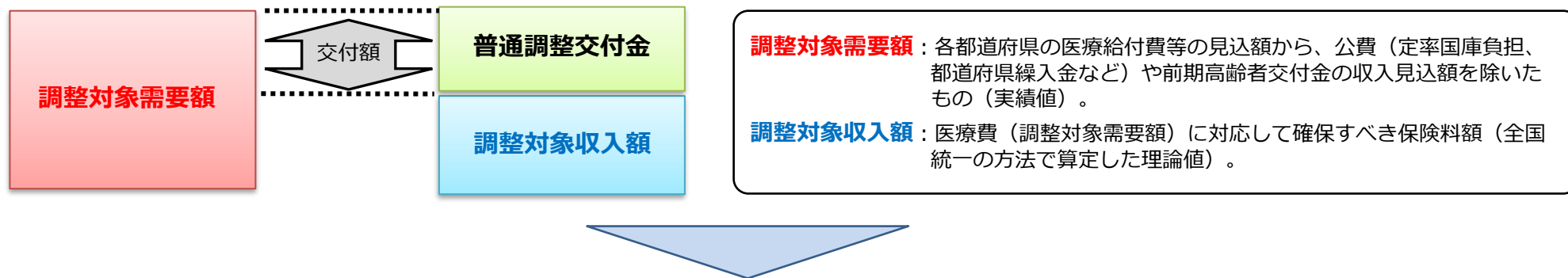
厚生労働省からの二次回答

- ご指摘の課題の解決に当たっては、ご提案の軽減判定における調整規定を設けるということのほか、根本の原因である資格の重複を解消するという方策も考えられるところであり、国民健康保険法第8条に規定される国民健康保険の資格喪失の時期の見直しも含め、影響を慎重に精査した上で、課題を解決できるよう検討してまいります。

普通調整交付金の概要

- 調整交付金のうち普通調整交付金は、都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付（調整交付金総額の9分の7）。
- 各都道府県の調整対象需要額と調整対象収入額の差額が交付額となる（後者が前者を上回る場合は交付されない）。

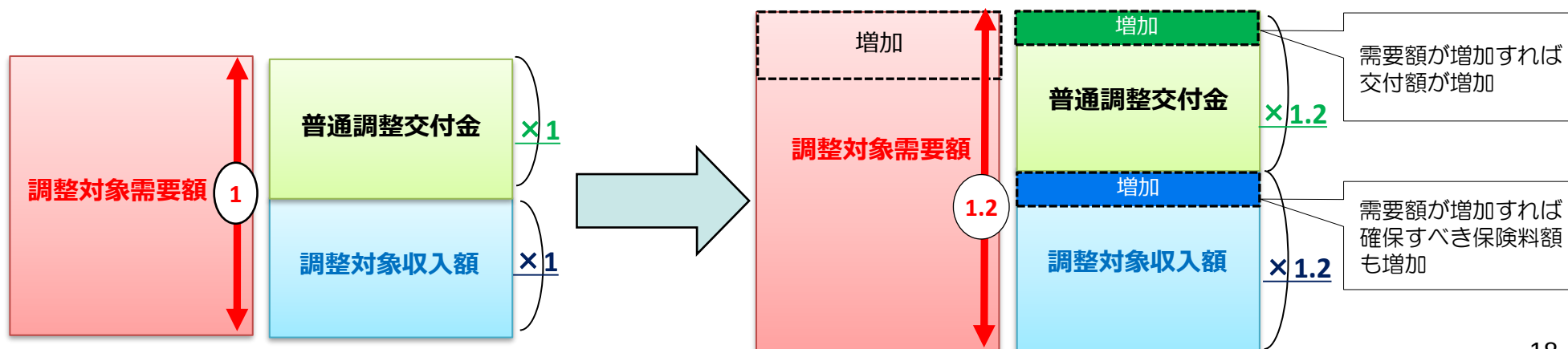
<交付額のイメージ>



各都道府県の調整対象需要額、調整対象収入額のいずれも、当該都道府県における医療費水準と連動するため、その差額から算出される普通調整交付金の交付額も医療費水準に連動。

⇒ 医療費水準が高い都道府県では、その分、交付額が増加。他方、その医療費に対応して確保すべき保険料額も増加。

(例) 調整対象需要額が1.2倍となる場合



保険者努力支援制度（令和 8 年度都道府県取組評価分）に係る指標（抜粋）

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】

（ii）年齢調整後一人当たり医療費の改善状況（令和 5 年度実績を評価）		配点
① 年齢調整後一人当たり医療費が、以下のいずれかに該当する場合		
	ア 前年度から改善しており、改善率が全都道府県の上位 1 位から 5 位の場合	40
	イ 前年度から改善しており、改善率が全都道府県の上位 6 位から 10 位の場合	35
	ウ 前年度から改善している場合	20
	エ 前年度水準を維持（※ 1）している場合	15
② 年齢調整後一人当たり医療費が前々年度から連続して改善している場合		15
③ 年齢調整後一人当たり医療費が前々年度水準及び前年度水準よりも悪化している場合（※ 2、※ 3）		-10
④ ③の基準は満たさないが、年齢調整後一人当たり医療費が前年度水準より悪化している場合（※ 2、※ 3）		-5

- （※ 1）「維持」とは、令和元年度、令和 3 年度及び令和 4 年度平均を超えていない場合を指す。
- （※ 2）「悪化」とは、前年度と比較して年齢調整後一人当たり医療費が＋であり、かつ前年度水準（令和元年度、令和 3 年度及び令和 4 年度の平均値）を超えている場合を指す。（前々年度水準は、平成 30 年度、令和元年度及び令和 3 年度の平均値）
- （※ 3）都道府県指標①（i）【特定健診・特定保健指導実施率】、（ii）【生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組状況】、（iii）－ 1 【個人インセンティブの提供】、（iv）【後発医薬品の使用割合】のいずれも得点している都道府県は対象外とする。

【重症化予防のマクロ的評価】

（ii）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における前年度との比較）（令和 6 年度実績を評価）		配点
④ 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者 1 万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位 1 位から 5 位である場合		12
⑤ 都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者 1 万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位 6 位から 10 位である場合		9
⑥ ④及び⑤の基準は満たさないが、都道府県の年齢調整後新規透析導入患者数（対被保険者 1 万人）の前年度からの減少幅が大きい順に、全都道府県の上位 5 割である場合		5
⑦ 都道府県の年齢調整後新規透析患者数（対象被保険者 1 万人）が悪化した場合（※）		-2

- （※）都道府県指標①（ii）②または③【生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組状況】のいずれかを得点している都道府県は対象外とする。

（iv）重症化予防のマクロ的評価（HbA1c 高値未治療者の割合）（令和 5 年度実績を評価）		配点
① 都道府県の特定健康診査受診者で HbA1c を測定されている者のうち、HbA1c 8.0％以上の未治療者の割合が少ない順に、全都道府県の上位 1 位から 5 位である場合		10
② 都道府県の特定健康診査受診者で HbA1c を測定されている者のうち、HbA1c 8.0％以上の未治療者の割合が少ない順に、全都道府県の上位 6 位から 10 位である場合		7
③ ①及び②の基準は満たさないが、都道府県の特定健康診査受診者で HbA1c を測定されている者のうち、HbA1c 8.0％以上の未治療者の割合が少ない順に、全都道府県の上位 5 割である場合		3
④ 都道府県の特定健康診査受診者で HbA1c を測定されている者のうち、HbA1c 8.0％以上の未治療者の割合が、前年度水準より悪化している場合（※）		-2

- （※）特定保健指導の実施率の都道府県平均値が前年度水準よりも向上している都道府県は対象外とする。

経済・財政新生計画改革実行プログラム2024（抜粋）

2024年度 《主担当府省庁等》	集中取組期間				2028年度 ～2030年度
	2025年度		2026 年度	2027 年度	
年末	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会	
⑪国保の普通調整交付金の医療費勘案・後期高齢者医療制度のガバナンス強化					
保険者機能の強化等を進めるための取組を進め、人口動態や適用拡大による加入者の変化等を踏まえ、医療費適正化や都道府県のガバナンス強化等にも資するよう、調整交付金や保険者努力支援制度その他の財政支援の在り方について検討を行い、一定の結論を得る。				引き続き、更なる検討を行う。	
都道府県のガバナンスを強化する観点から、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方の検討を深める。					
《厚生労働省》					
⑫生活保護の医療扶助の適正化等					
実施方法について検討、ガイドライン等の作成。	都道府県が広域的な観点から、頻回受診対策、重複・多剤投薬等の取組目標の設定・評価やデータ分析等を行うとともに、市町村に対し、必要な助言等の支援を行う仕組み等の着実な実施。 オンライン資格確認の仕組み等を活用した頻回受診対策の推進。				
医療費全体に関する都道府県のガバナンス強化の観点から、生活保護受給者が国民健康保険制度や後期高齢者医療制度に加入することについて、地方公共団体等の意見を踏まえつつ、検討を深める。					
《厚生労働省》					

20

国民健康保険組合の概要

○ 同種の事業又は業務に従事する従業員を組合員として組織された国民健康保険法上の公法人。

○ 令和7年4月の組合数及び被保険者数 ※被保険者数は令和5年度末の数値

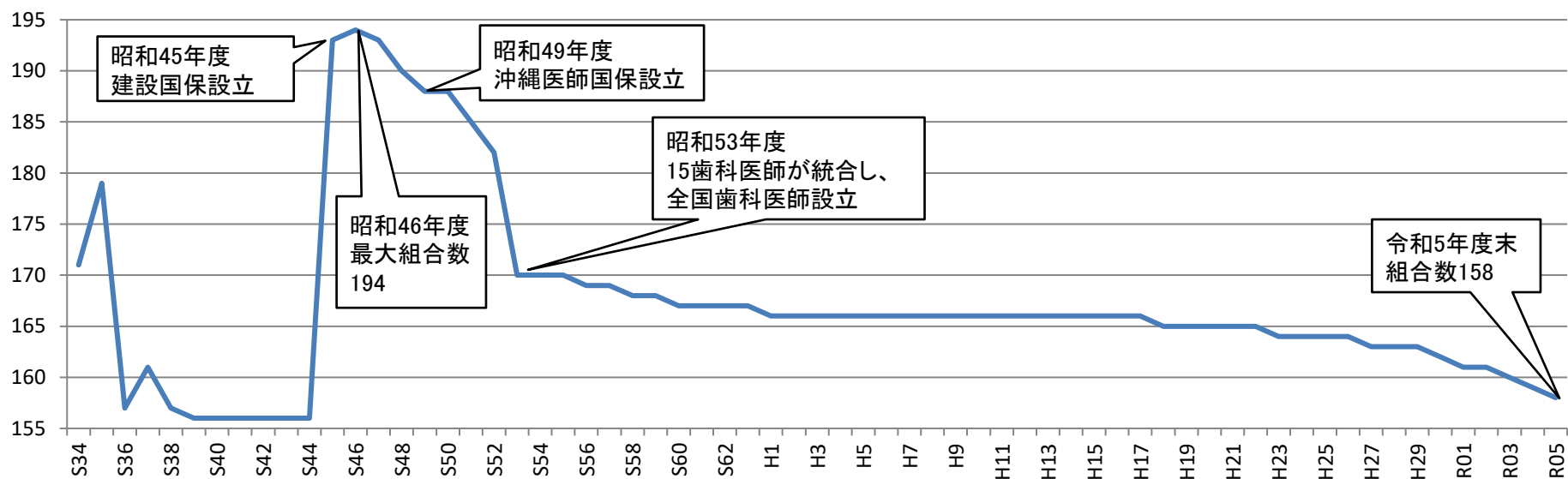
(1) 医師、歯科医師、薬剤師	90組合	被保険者数	55万人
(2) 建設関係	32組合	被保険者数	133万人
(3) 一般業種	36組合	被保険者数	69万人
合 計	158組合	被保険者数	257万人 (項目ごとに四捨五入)

国民健康保険組合一覧

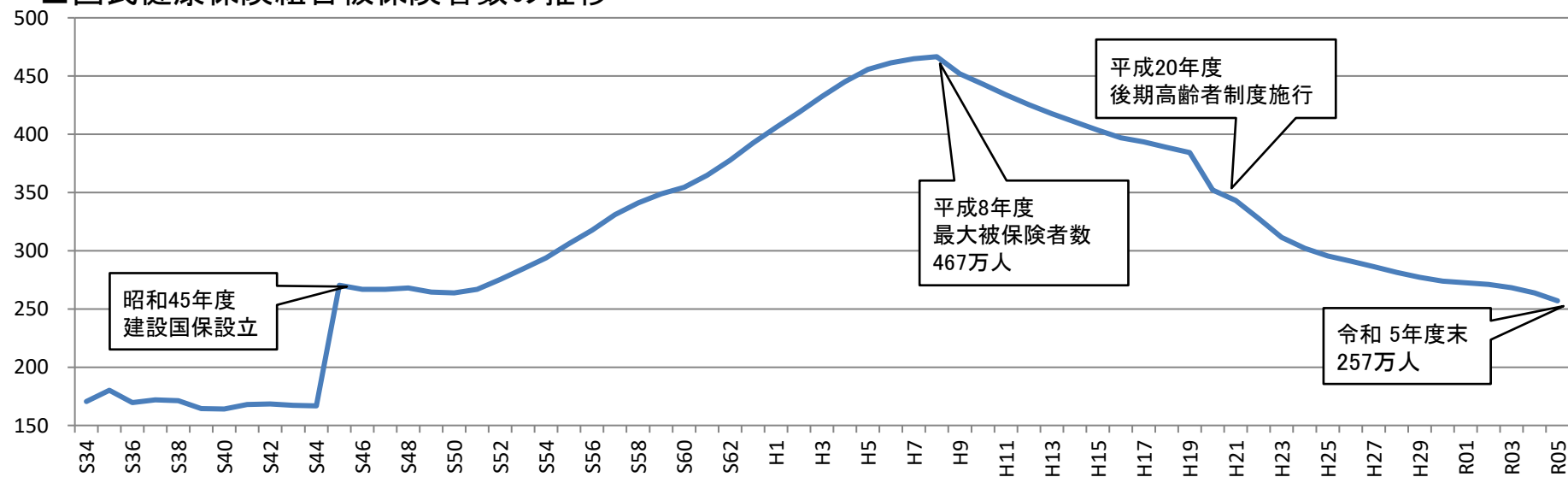
建設関係国保組合		一般業種国保組合		医師国保組合		歯科医師国保組合	薬剤師国保組合
1 全国建設工事業	28 広島県建設	1 関東信越税理士	27 大阪中央市場青果	1 北海道医師	28 兵庫県医師	1 全国歯科医師	1 北海道薬剤師
2 建設連合	29 徳島建設産業	2 東京理容	28 大阪府浴場	2 青森県医師	29 奈良県医師	2 北海道歯科医師	2 埼玉県薬剤師
3 全国左官タイル塗装業	30 香川県建設	3 東京芸能人	29 大阪府食品	3 岩手県医師	30 和歌山県医師	3 宮城県歯科医師	3 千葉県薬剤師
4 全国板金業	31 佐賀県建設	4 文芸美術	30 関西たばこ	4 宮城県医師	31 鳥取県医師	4 秋田県歯科医師	4 東京都薬剤師
5 中央建設	32 長崎県建設事業	5 東京料理飲食	31 大阪質屋	5 秋田県医師	32 島根県医師	5 山形県歯科医師	5 神奈川県薬剤師
6 北海道建設		6 東京技芸	32 近畿税理士	6 山形県医師	33 岡山県医師	6 福島県歯科医師	6 新潟県薬剤師
7 宮城県建設業		7 東京食品販売	33 大阪衣料品小売	7 福島県医師	34 広島県医師	7 茨城県歯科医師	7 福井県薬剤師
8 山形県建設		8 東京美容	34 兵庫食糧	8 茨城県医師	35 山口県医師	8 群馬県歯科医師	8 静岡県薬剤師
9 埼玉県建設		9 東京自転車商	35 兵庫県食品	9 徳島県医師	36 徳島県医師	9 埼玉県歯科医師	9 愛知県薬剤師
10 埼玉土建		10 東京青果卸売	36 全国土木建築	10 群馬県医師	37 香川県医師	10 千葉県歯科医師	10 三岐薬剤師
11 東京建設職能		11 東京浴場		11 埼玉県医師	38 愛媛県医師	11 神奈川県歯科医師	11 京都府薬剤師
12 東京建設業		12 東京都弁護士		12 千葉県医師	39 高知県医師	12 静岡県歯科医師	12 近畿薬剤師
13 東京土建		13 神奈川県食品衛生		13 東京都医師	40 福岡県医師	13 愛知県歯科医師	13 紀和薬剤師
14 神奈川県建設業		14 福井食品		14 神奈川県医師	41 佐賀県医師	14 三重県歯科医師	14 中四国薬剤師
15 神奈川県建設連合		15 静岡市食品		15 新潟県医師	42 長崎県医師	15 大阪府歯科医師	15 福岡県薬剤師
16 新潟県建築		16 名古屋市食品		16 富山県医師	43 熊本県医師	16 兵庫県歯科医師	16 長崎県薬剤師
17 富山県建設		17 京都芸術家		17 石川県医師	44 大分県医師	17 奈良県歯科医師	
18 長野県建設		18 京都料理飲食業		18 福井県医師	45 宮崎県医師	18 和歌山県歯科医師	
19 岐阜県建設		19 京都府酒販		19 山梨県医師	46 鹿児島県医師	19 広島県歯科医師	
20 静岡県建設産業		20 京都市中央卸売市場		20 長野県医師	47 沖縄県医師	20 愛媛県歯科医師	
21 愛知建連		21 京都市食品衛生		21 岐阜県医師		21 福岡県歯科医師	
22 三重県建設		22 京都府衣料		22 静岡県医師		22 佐賀県歯科医師	
23 京都建築		23 京都花街		23 愛知県医師		23 長崎県歯科医師	
24 京都府建設業職別連合		24 大阪府整容		24 三重県医師		24 熊本県歯科医師	
25 大阪建設		25 大阪府小売市場		25 滋賀県医師		25 大分県歯科医師	
26 兵庫県建設		26 大阪文化芸能		26 京都府医師		26 宮崎県歯科医師	
27 岡山県建設				27 大阪府医師		27 鹿児島県歯科医師	

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



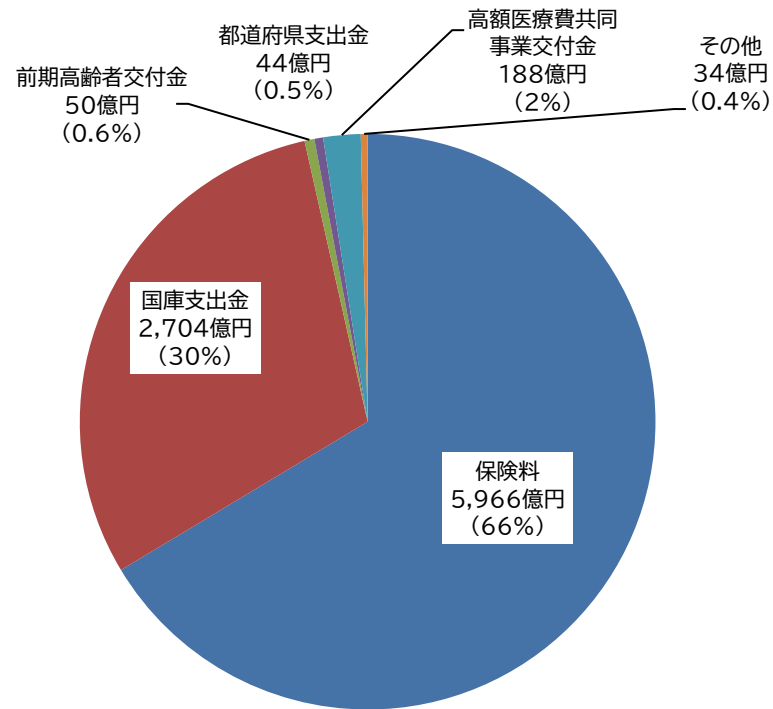
■ 国民健康保険組合被保険者数の推移



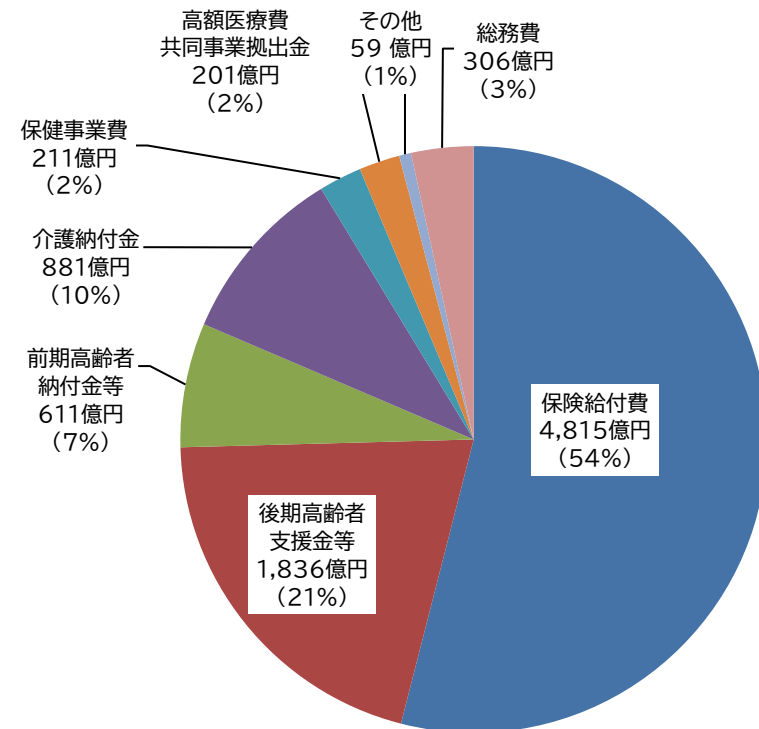
国民健康保険組合の収支状況について(令和5年度)

- 単年度収入(令和5年度)については、保険料収入が66.4%、国庫支出金が30.1%を占めている。
- 単年度支出(令和5年度)については、保険給付費が54.0%、後期高齢者支援金等が20.6%、前期高齢者納付金等が6.9%、介護納付金が9.9%を占めている。

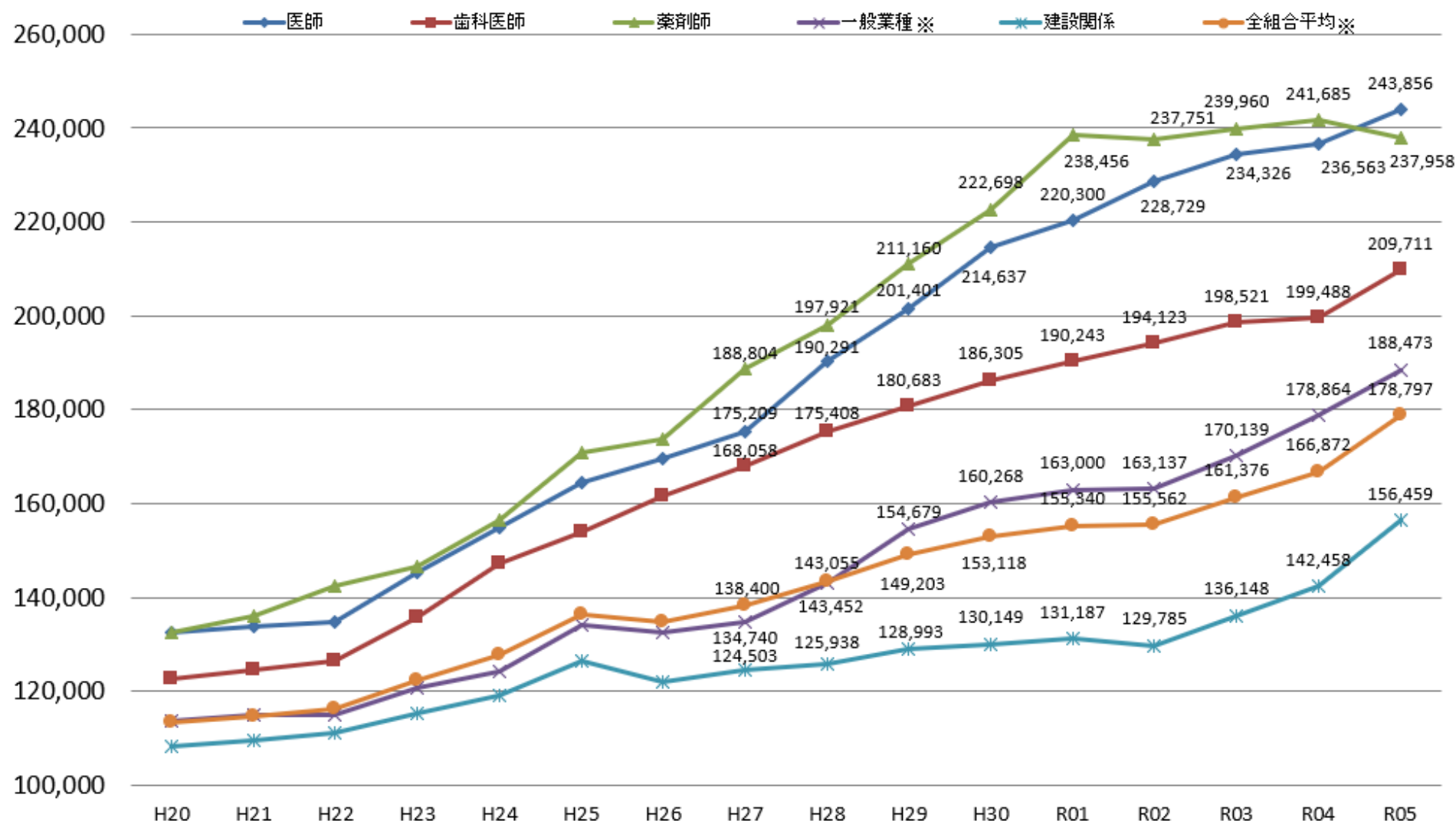
単年度収入 8,987億円



単年度支出 8,919億円



国民健康保険組合の一人当たり保険料の推移について



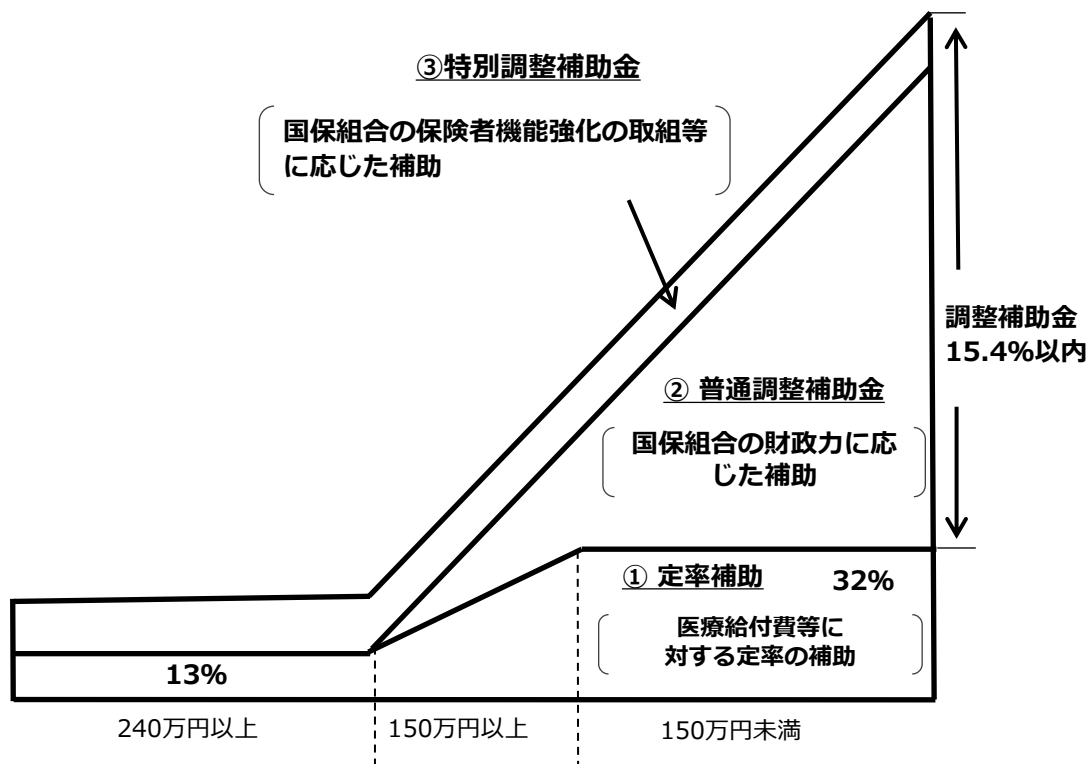
(注1) 一人当たり保険料は、国民健康保険事業年報における保険料調定額(現年度分)を各年度平均の被保険者数で除した額

(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。

国民健康保険組合に対する国庫補助について

○ 国保組合の定率補助は、国保組合の財政力（所得水準）に応じ、医療給付費等の13%～32%の補助率としている。

国保組合に対する国庫補助



<参考：定率補助の補助率（現行）>

	一般被保険者	特定被保険者	
国保組合の平均所得	医療給付費 ・ 前期納付金 ・ 後期支援金 ・ 介護納付金	医療給付費 (前期被保1/3を除く) ・ 前期納付金(2/3)	医療給付費 (前期被保1/3) ・ 前期納付金(1/3) ・ 後期支援金 ・ 介護納付金
150万円未満	32.0%	13.0%	16.4%
150万円以上 160万円未満	30.0%		16.1%
160万円以上 170万円未満	28.0%		15.7%
170万円以上 180万円未満	26.0%		15.4%
180万円以上 190万円未満	24.0%		15.0%
190万円以上 200万円未満	22.0%		14.7%
200万円以上 210万円未満	20.0%		11.5%
210万円以上 220万円未満	18.0%		8.4%
220万円以上 230万円未満	16.0%		5.5%
230万円以上 240万円未満	14.0%		2.7%
240万円以上	13.0%		0%

注1 国保組合の平均所得を算出するに当たっては、他制度との均衡を考慮し、各被保険者の所得の上限額（1,200万円）を設定し計算。

注2 特定被保険者とは、本来は被用者保険に加入すべき者だが、健康保険の適用除外承認により、国保組合に加入している者（H9.9～）。

令和7年度 国民健康保険組合の所得調査結果（速報値）について

	令和7年度1人当たり 市町村民税課税標準額 (今回調査)	令和4年度1人当たり 市町村民税課税標準額 (前回調査)
医師国保組合	827万円	812万円
歯科医師国保組合	307万円	291万円
薬剤師国保組合	280万円	259万円
一般業種国保組合	264万円	220万円
建設関係国保組合	134万円	113万円
国保組合平均	347万円	321万円

(参考：上限額勘案後)	
上限2,200万円	上限1,200万円
令和7年度1人当たり 市町村民税課税標準額 (今回調査)	令和4年度1人当たり 市町村民税課税標準額 (前回調査)
548万円	391万円
272万円	226万円
247万円	218万円
212万円	166万円
129万円	106万円
266万円	204万円

※令和7年度1人当たり市町村民税課税標準額は、令和7年度所得調査の結果（速報値）に基づくものであり、今後、変動がありうる。
※補助率決定などの補助金算定に当たっては、他制度との均衡を考慮し、各被保険者の課税標準額に上限額を設定した1人当たり課税標準額を国保組合の所得水準として使用する。（上記右表）
※平均…全ての国保組合の加入者の課税標準額を合計し、全加入者数で除した加重平均。

(参考：令和7年度所得調査の概要)

- 調査目的…前回調査（令和4年度※）から3年経過しており、最新の状況を把握すること、国庫補助（定率、普調、事務費負担金）の算定に反映させることを目的に実施
※飲食関係7組合については、コロナ感染拡大防止協力金等の影響があることを踏まえ、令和5年度に特別調査を実施。
- 調査対象…全国保組合（158組合）
- 調査対象者…令和7年5月1日現在の組合員及びその家族（75歳以上の者を除く）
- 調査方法…抽出調査とし、組合員数に応じた抽出割合により組合員を抽出（調査対象者数：約42万人）
各国保組合は、原則マイナンバーによる情報連携により調査対象となる被保険者の課税標準額を取得
- 調査項目…令和7年度市町村民税に係る課税標準額（令和6年分所得）

(参考) 抽出割合

組 合 員 数	抽 出 率	最低必要 抽出人数
1,000人未満	3／4	－
1,000人以上 2,000人未満	2／3	750人
2,000人以上 5,000人未満	2／5	1,333人
5,000人以上 10,000人未満	1／4	2,000人
10,000人以上 20,000人未満	1／6	2,500人
20,000人以上 50,000人未満	1／11	3,333人
50,000人以上 100,000人未満	1／16	4,545人
100,000人以上	1／40	6,250人

国民健康保険組合の健康保険適用除外承認について

●国民健康保険組合とは

国保組合は、同種の事業又は業務に従事する者で当該組合の地区内に住所を有するものを組合員として組織された国民健康保険法上の公法人である。（令和7年4月現在：158組合）

（※国保組合に加入していなければ、市町村国保に加入すべき者）

●健康保険（被用者保険）について

- ・法人事業所または従業員5人以上の個人事業所については健康保険の適用事業所となり、当該事業所に使用される者は、健康保険の被保険者となる。
- ・健康保険の被保険者は、国民健康保険に加入することができない。

(参考)

	強制適用業種 [土木・建築、医療等]		非適用業種 [飲食業、サービス業等]	
5人以上	適用	適用	適用	非適用 ※令和11年10月から 「適用」（経過措置あり）
5人未満	非適用	適用	適用	非適用
	個人	法人	個人	

■ 健康保険強制適用被保険者
□ 健康保険任意包括被保険者、市町村国保被保険者

●健康保険適用除外承認制度について

- ・健康保険適用除外承認制度とは、本来、法人事業所または従業員5人以上の個人事業所に使用される者は健康保険の被保険者となるが、以下に該当する者であって、国保組合の理事長が認めた者について、厚生労働大臣（年金事務所）の承認を受けることで、例外的に引き続き国保組合に加入し続けられる制度である。

※ 国保組合の事業運営の継続性の観点から例外的に認められたものである。

- ① 国民健康保険組合の被保険者である者を使用する事業所が法人となる又は5人以上事業所となる等により、健康保険の適用事業所となる日において、現に国民健康保険組合の被保険者である者
- ② 国民健康保険組合の被保険者である者が法人又は5人以上事業所を設立する等により、健康保険の適用事業所となる場合における当該被保険者
- ③ ①又は②に該当することにより適用除外の承認を受けた者を使用する事業所に新たに使用されることとなった者
- ④ 国民健康保険組合の被保険者である者が、健康保険の適用事業所に勤務した場合における当該被保険者



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

第4期医療費適正化計画における 医療資源の効果的・効率的な活用について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）策定時の見直し内容

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

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

➡ 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

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

医療保険部会（2025年9月18日、9月26日、10月2日）における主なご意見

（文責：事務局）

【第197回（2025年9月18日）】

- 高齢化、また、高額薬剤等の医療の高度化に伴う医療費増大が見込まれる中では、当然ながら費用対効果や経済性を考慮した医薬品の使用促進、OTC医薬品に代替可能な医薬品の保険適用の除外、また、低価値医療の利用の抑制等々、保険給付範囲の見直しについては当然手をつけるべきであり。その際には、優先づけをどうしていくかも重要なファクターになるだろうと思う。
- 医療提供体制の見直しは不可欠であり、諸外国と比較して著しく多い病床数、それとの関連が指摘される地域間の医療費の差、さらには低価値・無価値医療への対応など、データに基づいて見直しを進め、適正化を図っていただきたい。

【第198回（2025年9月26日）】

- 病床数の地域差や**無価値・低価値医療の実態**など、問題提起のあった点について分かりやすく客観的なデータ、資料を御用意いただければと思う。
- 無価値医療、すなわち効果があるというエビデンスが十分ない医療や、低価値医療、これは仮に効果があるというエビデンスがあったとしても、その効果が小さく、つまり**十分な効果があるというエビデンスがない医療といったものを保険対象から外す**という見直しも図っていくべきだろうと思います。
- 低価値医療や無価値医療という言葉が出ましたが、ちょっとこれはどうなのだろうかと。むしろそういったものがあるから云々というよりも、**そういったものをなくしていくような医療改革ということをきちんとやっていただかないと**、国民の医療に対する信頼というものは私は確保できないのではないのかなと思っています。
- 価値がある・ないという言い方ではなくて、その治療、薬剤にしても技術にしてもそうなのですが、それがそれぞれ**臨床上どれくらい有効なのか、症状をどれだけ改善するのかという側面から評価をしていく制度設計というものがあるのもいいのではないかと**、考えてございます。
- 高齢化、また、高額薬剤等の医療の高度化に伴って医療費が増大していくことが見込まれる中においては、当然ながら費用対効果や経済性を考慮した医薬品の使用促進、OTC医薬品に代替可能な医薬品の保険適用の除外、また、**低価値医療の利用の抑制等々**、保険給付範囲の見直しについては当然手をつけるべきだろうと思います。その際には、優先づけをどうしていくかということも重要なファクターになるだろうと思っています。
- 医療提供体制について、見直しは不可欠であり、諸外国と比較して著しく多い病床数、それとの関連が指摘される地域間の医療費の差、さらには低価値・無価値医療への対応など、データに基づいて見直しを進め、適正化を図っていただきたいと思います。

「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」の追加①

- 医療保険部会で「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」があるというご指摘を受けて、厚生労働省において対象を探索。
- 米国で指摘されている「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」のまとめ、研究班で文献レビューをした米国、カナダ、オーストラリアと日本の論文、国内の診療ガイドライン、診療報酬上の算定要件、を確認した。
- まずは、これらの論文・制度等と齟齬がないものとして、「腰痛症（神経障害性疼痛を除く）に対するプレガバリン（リリカ錠）」が挙げられる。

- 国内の診療ガイドライン
 - 診療報酬上の留意事項通知や疑義解釈
- 上記との整合性を確認



**腰痛症（神経障害性疼痛を除く）に対する
プレガバリン（リリカ錠）**

「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」の追加② (腰痛に対するプレガバリン（リリカ錠）)

- プレガバリン（商品名リリカ錠）の効果・効能は神経障害性疼痛、線維筋痛症に伴う疼痛。薬理作用はカルシウムチャネル $\alpha 2\delta$ 遮断薬。神経障害性疼痛では有効なケースもあるが、非神経障害性腰痛では効果が限定的。めまい・眠気などの副作用が比較的多い薬と一般的に言われている。
- 先行研究では、腰痛に対するプレガバリン処方効果が乏しい医療として指摘されているところ。
(※1:A.Miyawaki,et al., 2025)

国内のガイドライン（腰痛診療ガイドライン）

- 腰痛診療ガイドライン2019では、急性腰痛および慢性腰痛に対する質の高い論文は存在しなかった。有害事象に対するCaチャネル $\alpha 2\delta$ とプラセボのメタアナリシスでは、Caチャネル $\alpha 2\delta$ リガンドで有意に頻度が高かった。

Table 7 Recommended drugs for low back pain.

	薬物	推奨度	エビデンス
急性腰痛	非ステロイド性抗炎症薬	1	A
	筋弛緩薬	2	C
	アセトアミノフェン	2	D
	弱オピオイド	2	C
	ワクシニアウイルス接種家兎炎症皮膚抽出液	2	C
慢性腰痛	セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬	2	A
	弱オピオイド	2	A
	ワクシニアウイルス接種家兎炎症皮膚抽出液	2	C
	非ステロイド性抗炎症薬	2	B
	アセトアミノフェン	2	D
	強オピオイド	3	D
	三環形抗うつ薬	なし	C
坐骨神経痛	非ステロイド性抗炎症薬	1	B
	Caチャネル $\alpha 2\delta$ リガンド	2	D
	セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬	2	C

プレガバリン添付文書（抜粋）

- 効果効能 神経障害性疼痛 線維筋痛症に伴う疼痛
- 重要な基本的注意
本剤の投与によりめまい、傾眠、意識消失等があらわれ、自動車事故に至った例もあるので、本剤投与中の患者には、自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないように注意すること。

※：A.Miyawaki,et al., 2025Primary Care Physician Characteristics and Low-Value Care Provision in Japan. JAMA Health Forum. 10.1001/jamahealthforum.2025.1430

「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」の追加③ (第4期医療費適正化計画への追加)

- 腰痛症（神経障害性疼痛を除く）に対するプレガバリン処方、国内のガイドラインやプレガバリン添付文書との整合性を考慮すると、抗菌薬と同様に「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」に該当する医療として第4期医療費適正化基本方針に追記する（下記が推計イメージ）。来年度以降も引き続き、「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」等は研究班と連携しながら検討を進めていく。

＜推計式のイメージ＞ ※都道府県ごとに推計

急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方、白内障手術や化学療法の外来での実施の推計式に下記のとおり、腰痛に対するプレガバリン処方を追加。

$$\left(\frac{\text{当該県の令和元年度の腰痛に対するプレガバリン処方の薬剤費}}{2} \right) \div \left[\text{当該県の令和元年度の入院外医療費} \right] \times \left[\text{当該県の令和11年度の入院外医療費（推計）} \right]$$

適正化計画基本方針への追記事項

※赤字が主な追記事項

第1 都道府県医療費適正化計画の作成に当たって指針となるべき基本的な事項

- 一 (略)
- 二 計画の内容に関する基本的事項
 - 1 (略)
 - 2 医療の効率的な提供の推進に関する目標に関する事項
 - (1)～(2) (略)
 - (3) 急性気道感染症及び急性下痢症の患者に対する抗菌薬の処方、**神経障害性疼痛を除く腰痛症の患者に対するプレガバリンの処方**といった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白内障手術及び化学療法の外来での実施状況などの医療資源の投入量に地域差がある医療については、個別の診療行為としては医師の判断に基づき必要な場合があることに留意しつつ、地域ごとに関係者が地域の実情を把握するとともに、医療資源の効果的かつ効率的な活用に向けて必要な取組について検討し、実施していくことが重要である。(略)
 - (4) (略)

今後の対応方針

- ・ 厚生労働省において研究班等で引き続き「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」を探索し、国内の診療ガイドライン、診療報酬上の算定要件を確認し、医療費適正化計画や診療報酬上の評価を検討していく。
- ・ 先行研究の収集だけでなく、令和8年度診療報酬改定の次の改定に向けた対応として、医療技術評価分科会※1において、医療技術の評価の一環として、学会等から提案を広く募集する。

・ 厚労科研「レセプト情報・特定健診等情報を用いた医療保健事業・施策等のエビデンス構築等に資する研究」等において、「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」を探索的に先行研究の調査やNDBを活用した実態分析

- ・ 国内の関連学会に取り扱いを照会
- ・ 診療報酬上の留意事項通知や疑義解釈との整合を確認

整合性等があることを確認

医療費適正化計画への記載

整合性等の確認を要する

- ・ 関係学会調整後、中央社会保険医療協議会（中医協）で診療報酬上の取扱について個別に議論
- ・ 中医協での審議結果に応じた診療報酬上の対応

医療技術評価分科会で学会等から提案を募集

医療技術評価分科会における検討



国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について

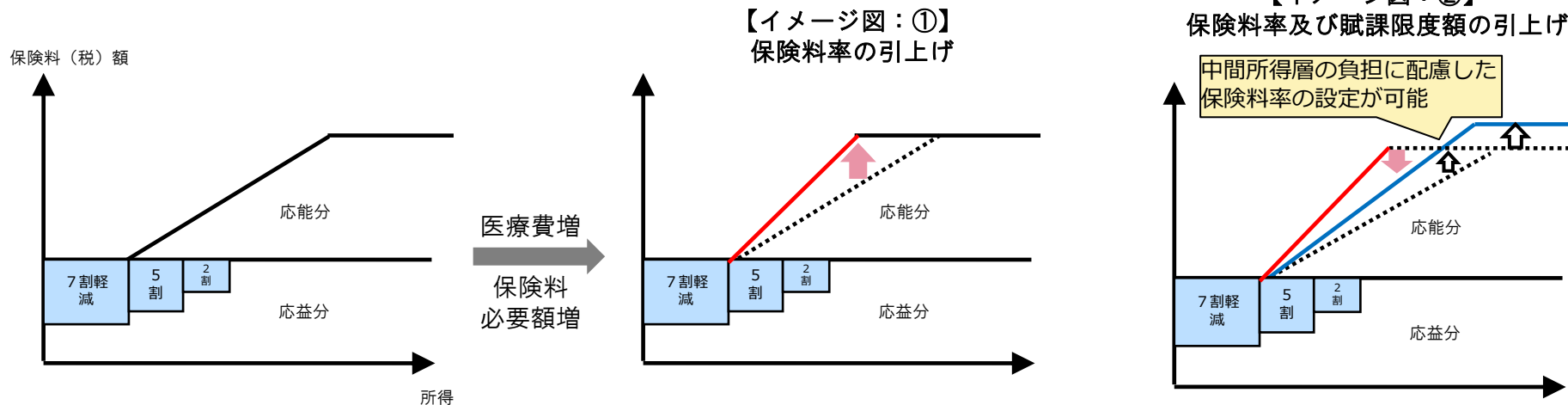
国民健康保険料（税）の賦課限度額について（概要）

基礎的事項

- 医療保険制度では、保険料負担は、負担能力に応じた公平なものとする必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、円滑な運営を確保する観点から**被保険者の保険料負担に一定の限度**を設けている。
※ 令和7年度賦課限度額：109万円（医療分：92万円（基礎賦課額：66万円、後期高齢者支援金賦課額：26万円）、介護分：17万円）
- 高齢化等により**医療給付費等が増加する中で**、被保険者の所得が十分に伸びない状況において、**保険料負担の上限を引き上げずに、保険料率の引上げにより必要な保険料収入を確保した場合**、高所得層の負担は変わらない中で、**中間所得層の負担が重くなる**。【イメージ図：①】
- 保険料負担の上限を引き上げれば、高所得層により多く負担いただくこととなるが、**中間所得層の被保険者に配慮した保険料の設定が可能となる**。【イメージ図：②】
- 一方、**低中所得層の多い市町村においては、相対的に所得の低い世帯の保険料額が賦課限度額に到達することもある**ことから、引き上げに当たっては、市町村の意見等を踏まえ、引き上げ幅や時期を判断する必要がある。

【イメージ図】

- 医療費が増加し、確保すべき保険料収入額が増加した場合において、必要な保険料収入を確保するため、
①保険料率の引上げ ②保険料率及び賦課限度額の引上げ を行った場合



国民健康保険料(税)賦課(課税)限度額の推移

	医療分(計)				介護納付金賦課(課税)額 【平成12年度～】		合 計	
	引上げ額		基礎賦課(課税)額		引上げ額		引上げ額	
平成12年度			53万円	－		7万円	60万円	+7万円
15年度			53万円	－		8万円	61万円	+1万円
18年度			53万円	－		9万円	62万円	+1万円
19年度			56万円	+3万円		9万円	65万円	+3万円
20年度	59万円	+3万円	47万円	▲9万円	12万円	9万円	68万円	+3万円
21年度	59万円	－	47万円	－	12万円	10万円	69万円	+1万円
22年度	63万円	+4万円	50万円	+3万円	13万円	10万円	73万円	+4万円
23年度	65万円	+2万円	51万円	+1万円	14万円	12万円	77万円	+4万円
24・25年度	65万円	－	51万円	－	14万円	12万円	77万円	－
26年度	67万円	+2万円	51万円	－	16万円	14万円	81万円	+4万円
27年度	69万円	+2万円	52万円	+1万円	17万円	16万円	85万円	+4万円
28年度	73万円	+4万円	54万円	+2万円	19万円	16万円	89万円	+4万円
29年度	73万円	－	54万円	－	19万円	16万円	89万円	－
30年度	77万円	+4万円	58万円	+4万円	19万円	16万円	93万円	+4万円
令和元年度	80万円	+3万円	61万円	+3万円	19万円	16万円	96万円	+3万円
令和2年度	82万円	+2万円	63万円	+2万円	19万円	17万円	99万円	+3万円
令和3年度	82万円	－	63万円	－	19万円	17万円	99万円	－
令和4年度	85万円	+3万円	65万円	+2万円	20万円	17万円	102万円	+3万円
令和5年度	87万円	+2万円	65万円	－	22万円	17万円	104万円	+2万円
令和6年度	89万円	+2万円	65万円	－	24万円	17万円	106万円	+2万円
令和7年度	92万円	+3万円	66万円	+1万円	26万円	17万円	109万円	+3万円

(注1) 平成19年度までは、老健拠出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度以降、老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設されている。

(注2) 昭和33年以降平成8年度以前の賦課(課税)限度額の改定経緯を見ると、退職者医療制度が創設された昭和59年度に基礎賦課(課税)分が7万円引き上げられている以外は、引き上げ幅は最大4万円(昭和49年度・平成5年度)となっている。

賦課限度額引き上げの考え方

- 社会保障改革プログラム法（平成25年法律第112号）や社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月）を踏まえ、毎年度、事務レベルWGや医療保険部会の議論を経て、国保保険料（税）の賦課限度額の引き上げを行っている。
- 引き上げの際には以下の点を考慮した上で実施している。
 - ✓ 被用者保険におけるルール（※）とのバランスを考慮し、将来的に賦課限度額超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に引き上げる
※ 被用者保険においては、最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が0.5%～1.5%の間となるように法定されている。
 - ✓ 医療の基礎賦課分、後期高齢者支援金分、介護納付金分の賦課限度額超過世帯割合が、前年と比較して増加しているか、それぞれにばらつきが見られるかを基準として引き上げ幅を設定する
 - ✓ 過去20年間で最大の引き上げ幅は、4万円（介護保険制度を創設したH12のみ介護保険料分で7万円）

賦課限度額の見直しに関するこれまでの経過

■社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(1)財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差は正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

■持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年法律第112号)(抄)

(医療制度)

第四条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 (略)

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ～ハ (略)

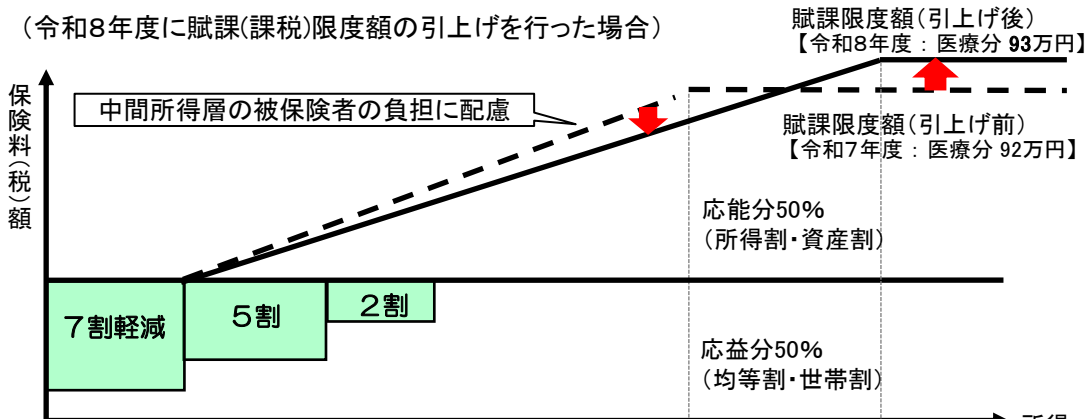
ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等(医療保険各法(国民健康保険法を除く。)に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。)の上限額の引上げ

三 (略)

8 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

令和8年度の国保保険料(税)に係る賦課限度額について

- 令和8年度においては、限度額（合計額）の超過世帯割合が引き上げ前において1.45%となっている一方、**基礎賦課分の超過世帯割合が1.7%を超えている。**
- 令和7年度と比較した超過世帯割合の増加をできるだけ抑えるとともに、区分間のバランスを整える観点から、**医療分の賦課限度額を「1万円」（基礎賦課分+1万円）引き上げる**こととしてはどうか。
- ※ 介護納付金分については限度額を維持。令和8年度から新設される子ども・子育て支援納付金分については、令和8年度予算編成過程で決定される令和8年度の子ども・子育て支援納付金総額を踏まえた上で、被用者保険におけるルールとのバランスを考慮し、超過世帯割合が概ね0.5～1.5%の間となるように決定することとする。



※ 賦課限度額(医療分)に達する収入及び所得 (注1、注2) 【令和7年度】 【令和8年度】
(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)

給与収入 約1,160万円／年金収入 約1,160万円
(給与所得 約970万円／年金所得 約970万円)

給与収入 約1,170万円／年金収入 約1,170万円
(給与所得 約980万円／年金所得 約980万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。
(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する令和5年度全国平均値で試算。【令和5年度】所得割率 9.22%、資産割額 10,293円、均等割額 31,700円、世帯割額 26,649円。同様の考え方で令和8年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入約1,100万円/年金収入約1,100万円、2方式の場合には給与収入約1,170万円/年金収入約1,170万円。

● 賦課(課税)限度額引上げに伴う収入別の保険料への影響(令和8年度(推計))(注4)

	医療分(計)		基礎賦課(課税)分		後期高齢者支援金等賦課(課税)分		介護納付金賦課(課税)分		合計	
	(据え置き)	(93万円)	(据え置き)	(67万円)	(据え置き)	(26万円)	(据え置き)	(17万円)	(据え置き)	(110万円)
年収400万円 (前年度伸び率)	31.4万円 (+6.3%)	31.3万円 (+6.1%)	23.6万円 (+6.1%)	23.5万円 (+5.8%)	7.8万円 (+6.7%)	7.8万円 (+6.7%)	2.5万円 (+1.3%)	2.5万円 (+1.3%)	33.9万円 (+5.9%)	33.8万円 (+5.7%)
限度額該当世帯 (前年度伸び率)	92.0万円 (+0.0%)	93.0万円 (+1.1%)	66.0万円 (+0.0%)	67.0万円 (+1.5%)	26.0万円 (+0.0%)	26.0万円 (+0.0%)	17.0万円 (+0.0%)	17.0万円 (+0.0%)	109.0万円 (+0.0%)	110.0万円 (+0.9%)

(注4) 中間所得層と高所得層(賦課(課税)限度額到達世帯)について、令和5年度実績に基づき、予算ベースで令和8年度における状況を推計したもの。

(※) 子ども・子育て支援納付金賦課(課税)分を除く。

● 賦課(課税)限度額の引上げ(令和8年度)

	医療分 (計)	基礎賦課 (課税)分	後期高齢者支援 金等賦課(課税)分	介護納付金 賦課(課税)分	合計
引上げ前	92万円	66万円	26万円	17万円	109万円
引上げ後 (引上げ幅)	93万円 (+1万円)	67万円 (+1万円)	26万円 (増減なし)	17万円 (増減なし)	110万円 (+1万円)

(※) 子ども・子育て支援納付金賦課(課税)分を除く。

● 限度額該当世帯の割合(令和8年度(推計))(注3)

	医療分 (計)	基礎賦課 (課税)分	後期高齢者支援 金等賦課(課税)分	介護納付金 賦課(課税)分	合計
前年度(R7)	1.54%	1.65%	1.26%	0.98%	1.37%
引上げ前(R8)	1.63%	1.75%	1.35%	0.97%	1.45%
引上げ後(R8)	1.60%	1.71%	1.35%	0.97%	1.43%

(※) 子ども・子育て支援納付金賦課(課税)分を除く。

(注3) 令和5年度国民健康保険実態調査に基づき、令和8年度における状況を推計したもの。

引上げにより、中間所得層の伸びを抑えられる。

引上げを行わないと該当世帯が増加するところ、引上げにより伸びを抑制。

業務効率化・職場環境改善の更なる推進に関する方向性について（案）

厚生労働省 医政局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

業務効率化・職場環境改善の更なる推進に関する方向性について（案）

1. 医療機関の業務のDX化の推進について

- 既に業務効率化に取り組んできた医療機関がその取組を加速化させるとともに、業務効率化に取り組む医療機関の裾野を広げ、医療界全体の実効ある取組とするために、必要な制度的対応も含め、以下の対応を行うこととしてはどうか。

（国・自治体による支援等）

- これまでの試行的・先進的な取組への支援だけではなく、業務のDX化に取り組む多くの医療機関を支援する枠組みを創設してはどうか。その際、業務のDX化による効果の発現には一定の期間を要することを踏まえ、継続的な支援の在り方についてどう考えるか。
- 業務のDX化を推進するに当たっては、効果等のエビデンスを蓄積することが重要であるため、統一的な基準により、労働時間の変化、医療の質や安全の確保、経営状況に与える影響等に関する必要なデータを収集することとしてはどうか。
- また、こうしたエビデンスの蓄積を行いながら、業務の効率化を図る場合における診療報酬上求める基準の柔軟化を検討してはどうか。
- 医療機関が適正な価格で必要な機器やサービスを導入することができるよう、医療機関が製品やサービスの価格や機能、効果を客観的に把握できる仕組みを構築してはどうか。
- 業務効率化や職場環境改善に取り組む医療機関への伴走支援を強化するため、都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図ることとしてはどうか。
- 業務効率化・職場環境改善に積極的に取り組むことが、医療従事者の職場定着にプラスとなり、労働市場における医療従事者の確保の面でより有利になるよう、計画的に取り組む病院を公的に認定し、対外的にも発信することができることとしてはどうか。

（医療機関の責務の明確化）

- 現在、病院又は診療所の管理者は医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に取り組む措置を講ずるよう努めることとなっているが、今後は、これらに加え、業務効率化にも取り組むよう努めることとしてはどうか。

業務効率化・職場環境改善の更なる推進に関する方向性について（案）

2. タスク・シフト／シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等について

- 医療機関におけるタスク・シフト／シェアの取組がさらに定着するよう、国等の支援を受けて、医療機関が業務のDX化に取り組む際には、併せてタスク・シフト／シェアの実施や業務プロセス自体の見直しを進めることとしてはどうか。
- 地域において医療関係職種を安定的に確保できるよう、各地域の人口減少の推移や今後の地域医療構想等を踏まえた各医療関係職種の需給状況を見通しつつ、地域や養成校の実情に応じて、遠隔授業の実施やサテライト化の活用などをはじめ、地域における安定的な養成体制を確保するため国・都道府県等が取り組むべき事項について検討を進めることとしてはどうか。
- 医療水準を維持しつつ、より少ない人員でも必要な医療が提供できたり、医療関係職種が意欲・能力やライフコースに合わせた働き方・キャリアの選択が可能となって地域において活躍の場が広がることなどにより、若者・社会人にとって医療関係職種がより魅力あるものとなるよう、その養成課程も含めて、例えば以下の対応を行うこととしてはどうか。
 - ・ 医療関係職種の各資格間において現在でも可能となっている既修単位の履修免除の活用や、養成に係る修業年限の柔軟化など若者・社会人にとっても参入しやすい養成課程となるよう、まずは、課題等を把握し、各職種の状況に応じた支援の在り方を検討することとしてはどうか。
 - ・ 意欲・能力やライフコースに合わせて、更なるキャリア・スキルの向上を目指す者や、育児・介護等の事情を抱えて働く者への支援や、そうした者が地域や職場でより能力を発揮できる環境整備やセカンドキャリアとして働く上でのマネジメントに関するリカレント教育等の在り方について、具体的に検討を進めることとしてはどうか。
 - ・ 歯科衛生士・歯科技工士の業務範囲や、歯科技工の場所の在り方については、現在進めているそれぞれの業務のあり方等に関する検討会において具体的に検討を進めることとしてはどうか。