

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

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、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。また、令和8年度は令和6年度に都道府県に策定いただいている国保運営方針の中間見直しの作業年度となるため、国においても国保運営方針策定要領の改正を予定しており、中間見直しに向けた準備をお願いしたい。

○ 国民健康保険制度改革の推進(P75)

持続的な財政運営、負担能力に応じた負担等の観点から、子育て世帯の保険料負担軽減や国民健康保険組合に係る見直し等の検討を進める。

○ 保険料水準の統一の更なる推進等(P93)

・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ている。令和8年度は国保運営方針の中間見直しの作業年度であり、完全統一の目標年度(令和18年度保険料)を加速化プラン(令和6年6月)に示してから、初めて国保運営方針を見直す大きなタイミングとなる。そのため、完全統一の目標年度まで定める都道府県が増え、保険料水準統一を達成していくことを期待しており、国としても必要な支援を行っていく。

・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。

○ 医療費適正化などの更なる推進(P138)

・第3期データヘルス計画や第4期特定健診等実施計画、後発医薬品に係る新目標(2029年度)等の動きも踏まえ、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。

○ 自治体の事務負担軽減(P55)

・自治体における人材不足が深刻化する一方で、自治体の担う事務の増大、行政の担う役割も多様化・複雑化している。
・令和8年1月の内閣総理大臣諮問を踏まえ、翌2月に総務省は地方制度調査会第1回専門小委員会を開催し、将来にわたって、持続可能かつ最適な形で行政サービスを提供していくため、国・都道府県・市町村の役割分担の在り方について、議論を始めた。

・こうした状況の下、国民健康保険制度においても、各市町村における住民サービス等に大きく差異が生じないように、事務の標準化、広域化及び効率化によって、住民サービスを向上しつつ均てん化することが重要である。都道府県や市町村等が協力し、市町村が実施する事務の共同実施等を進めるなど、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.4
2. 近年の動き	p.24
3. 医療保険制度改革について	p.75
4. 国保運営方針に基づく取組	p.87
5. 保険者機能の強化	p.148
6. 国保のデジタル化	p.182
7. 国保組合の事務運営	p.205
8. 国保直営診療施設	p.214
9. その他の留意事項	p.219

国民健康保険制度を取り巻く現状

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

国民健康保険制度の足下の状況①

1. 被保険者の状況 ⇒被保険者数は大きく減少、高齢化は進行、低所得

①被保険者数

…被保険者数は直近10年間で1,000万人減少している（平成25年度:3,397万人⇒令和5年度:2,309万人）。

②年齢構成…高齢化が進行。ただし団塊世代の後期移行により、令和5年度に65～74歳割合は低下（R4:44.8%→R5:44.0%）平均年齢も令和5年度に低下（R4:54.2歳⇒R5:54.0歳）

③属性構成…最大割合の無職は44.4%、被用者は31.8%（適用拡大で被用者割合は低下見込み）。

④所得…平均月額所得は8.3万円（協会けんぽは15.1万円）

2. 保険者の状況 ⇒厳しい財政状況、小規模保険者の増加

①単年度収支（R5）…都道府県：▲234億円（黒字15、赤字32）

市町村：▲1,054億円（黒字560、赤字1,156）

国保組合：67億円（黒字68、赤字91）

赤字自治体は概ね減少傾向

R5決算では増加

（R4：938市町村・▲669億円）

②小規模保険者

・小規模保険者数は増加傾向。全保険者数の3分の1が被保険者数3千人未満。

・市町村国保の職員数はほぼ横ばいだが、専任職員は減少傾向（H26：13.6千人→R5：13.0千人）

③法定外繰入の状況（R6）…923億円（対平成28年度▲1,593億円）で着実に削減。

※資料：厚生労働省保険局（国民健康保険実態調査報告、国民健康保険事業年報）

国民健康保険制度の足下の状況②

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

①1人当たり保険料調定額…上昇傾向（市町村：100,997円（R5）、国保組合：229,620円（R5））

※県内の市町村で地域差はあるが、保険料水準統一の過程で平準化される。

※都道府県間の1人当たり調定額の差は1.64倍（最大：東京都112,686円、最小：沖縄県68,767円）

②保険料負担率…市町村国保 9.5%（協会けんぽは7.2%）

③収納率…上昇傾向で推移（R5：94.20%）

4. 財源 ⇒保険料の割合の減少、公費・前期交付金の割合の増加

○財源構成

・R8 予算ベースでは公費：保険料：前期交付金の割合は44%：23%：33%。

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

5. 医療費の状況 ⇒医療費総額は減少するも、1人当たり医療費は増加

①医療費総額

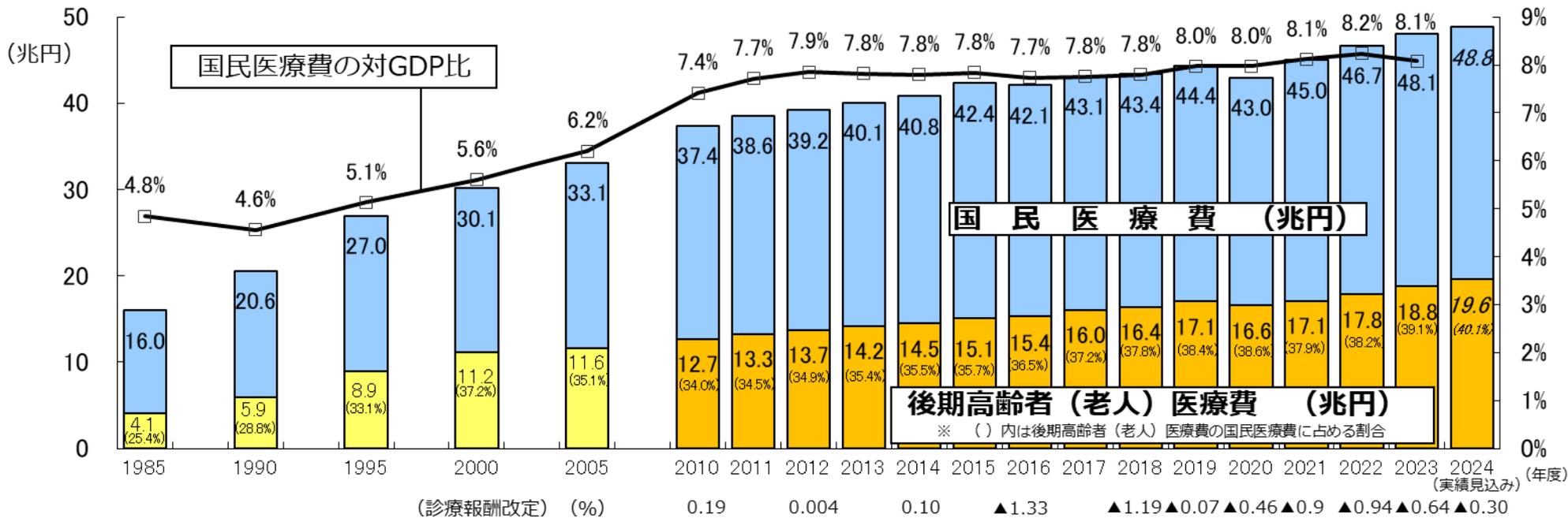
・被保険者数の減少の影響により減少（令和元年度：10.9兆円⇒令和5年度：10.5兆円）

②1人当たり医療費

・増加（平成30年度：35.3万円⇒令和5年度：39.9万円）

※特に市町村国保の地域差大（【最大】島根県:52.2万円【最小】茨城県:36.5万円）

医療費の動向



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

<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H17)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)	(R6)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2	4.8	3.7	3.0	1.5
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	0.6	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.9	3.1	4.5	5.4	4.1
GDP	7.2	8.6	2.6	1.4	0.8	1.5	▲1.0	▲0.1	2.7	2.1	3.3	0.8	2.0	0.2	0.0	▲3.2	2.9	2.3	4.9	-

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。

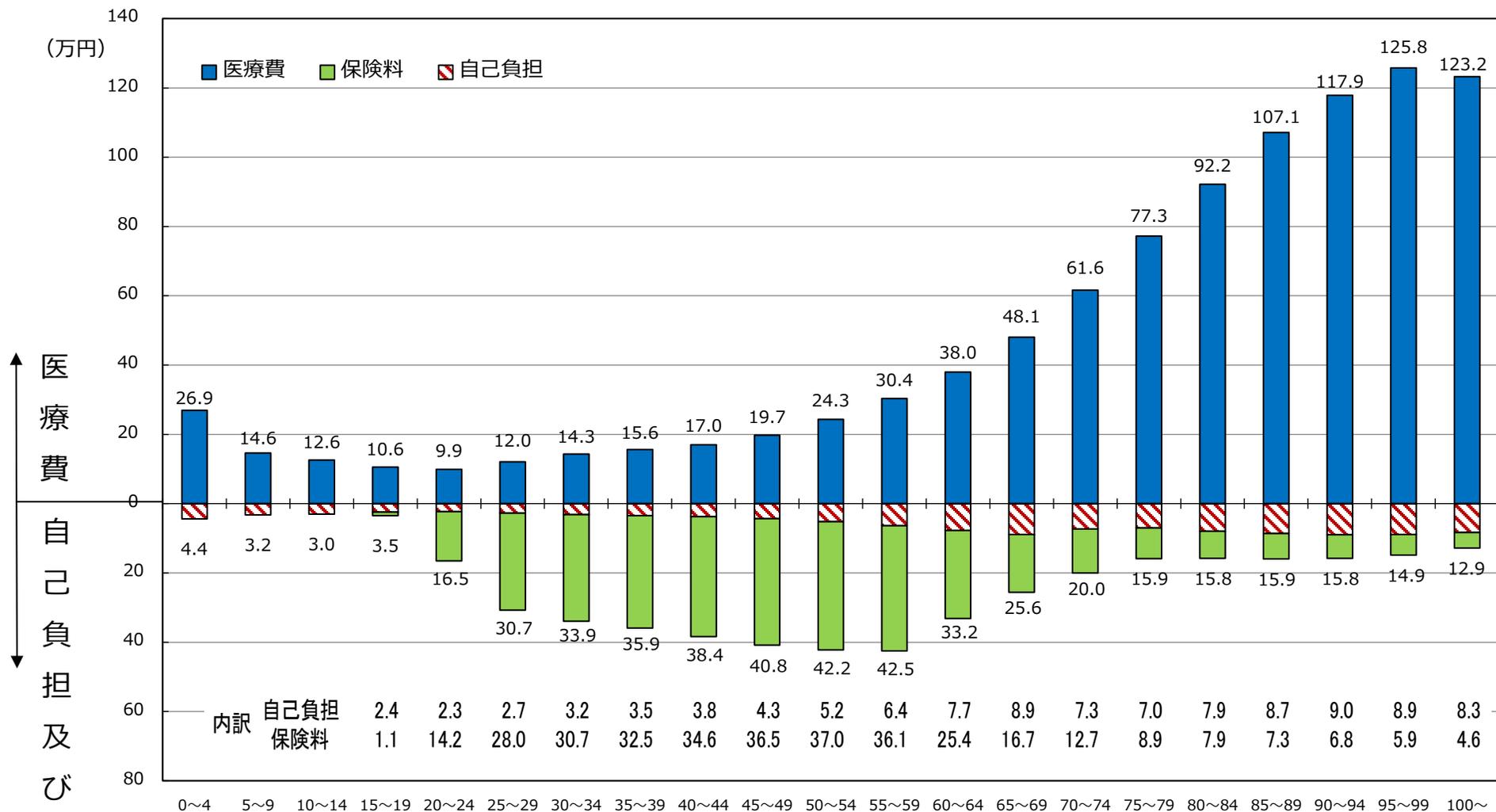
注3 2024年度の国民医療費(及び2024年度の後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2024年度分は、2023年度の国民医療費に2024年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

(※1) 70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

(※2) 令和3、5年度それぞれの国民医療費を用いて、当該年度それぞれの薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

(※3) 令和6年度の診療報酬改定のうち、影響を受ける期間を考慮した値。

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



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

医療費の伸び率の要因分解

	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R 2 年度 (2020)	R 3 年度 (2021)	R 4 年度 (2022)	R 5 年度 (2023)	R 6 年度 (2024)
医療費の伸び率 ①	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.8%	3.7%	3.0%	1.5% (注1)
人口増の影響 ②	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%	-0.4%	-0.5%	-0.4%
高齢化の影響 ③	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9%	0.7%	0.6% (注2)
診療報酬改定等 ④		0.004%		0.1% -1.26% 消費税対応 1.36% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)	-0.9% (注8)	-0.94%	-0.64% (注8)	-0.30% (注9)
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・受療行動の変化等	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.1%	4.2%	3.4%	1.6%
制度改正				H26.4 70-74歳 2割負担 (注10)								R4.10 一定以上 所得高齢者 2割負担		

注1：医療費の伸び率は、令和5年度までは国民医療費の伸び率、令和6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6年度の高齢化の影響は、令和5年度の年齢別1人当たり医療費と令和5年度、6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。

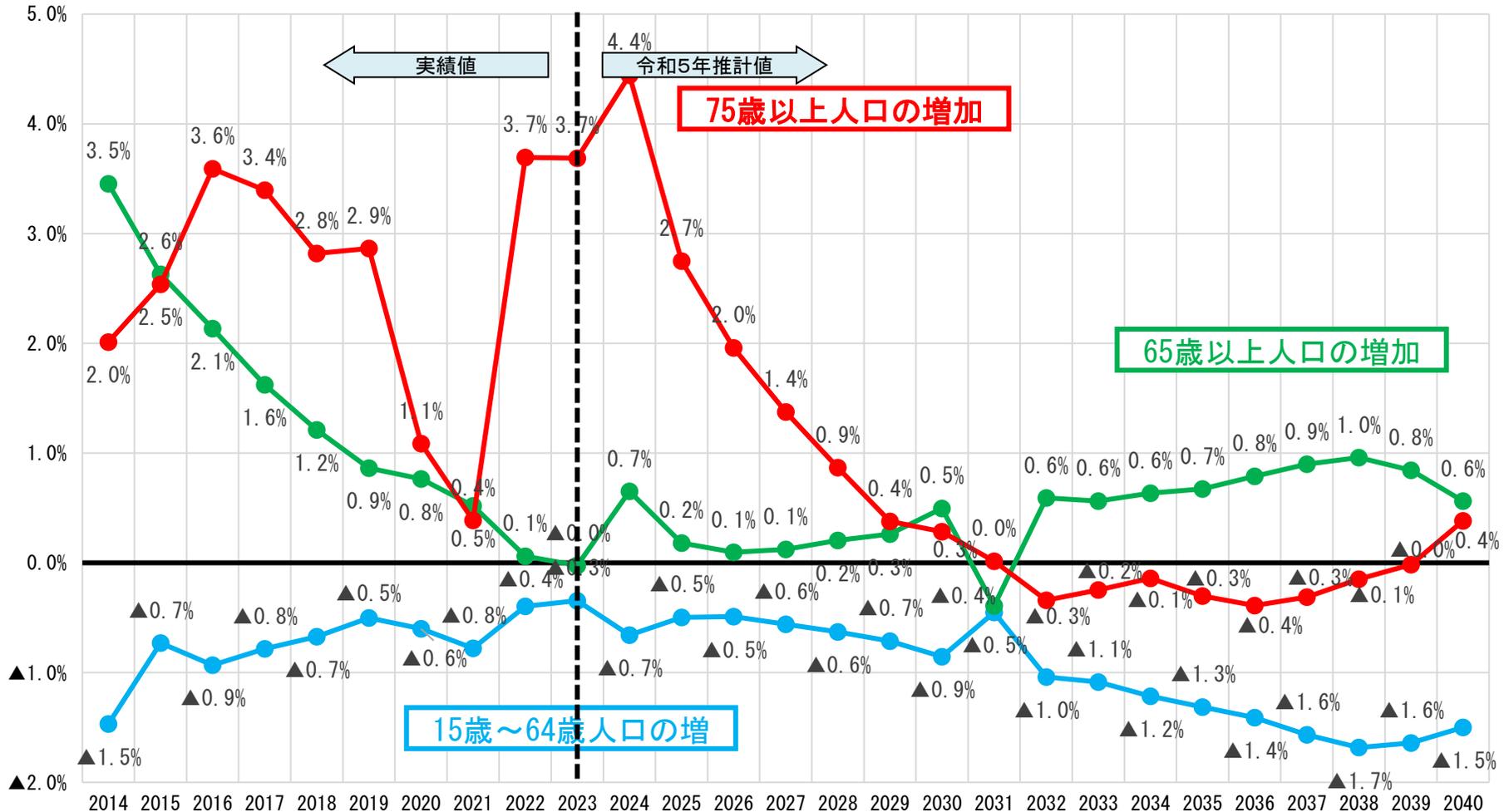
注8：令和3、5年度それぞれの国民医療費を用いて、当該年度それぞれの薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。

注9：令和6年度の診療報酬改定のうち、影響を受ける期間を考慮した値。

注10：70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

年齢階層別の人口の増加率

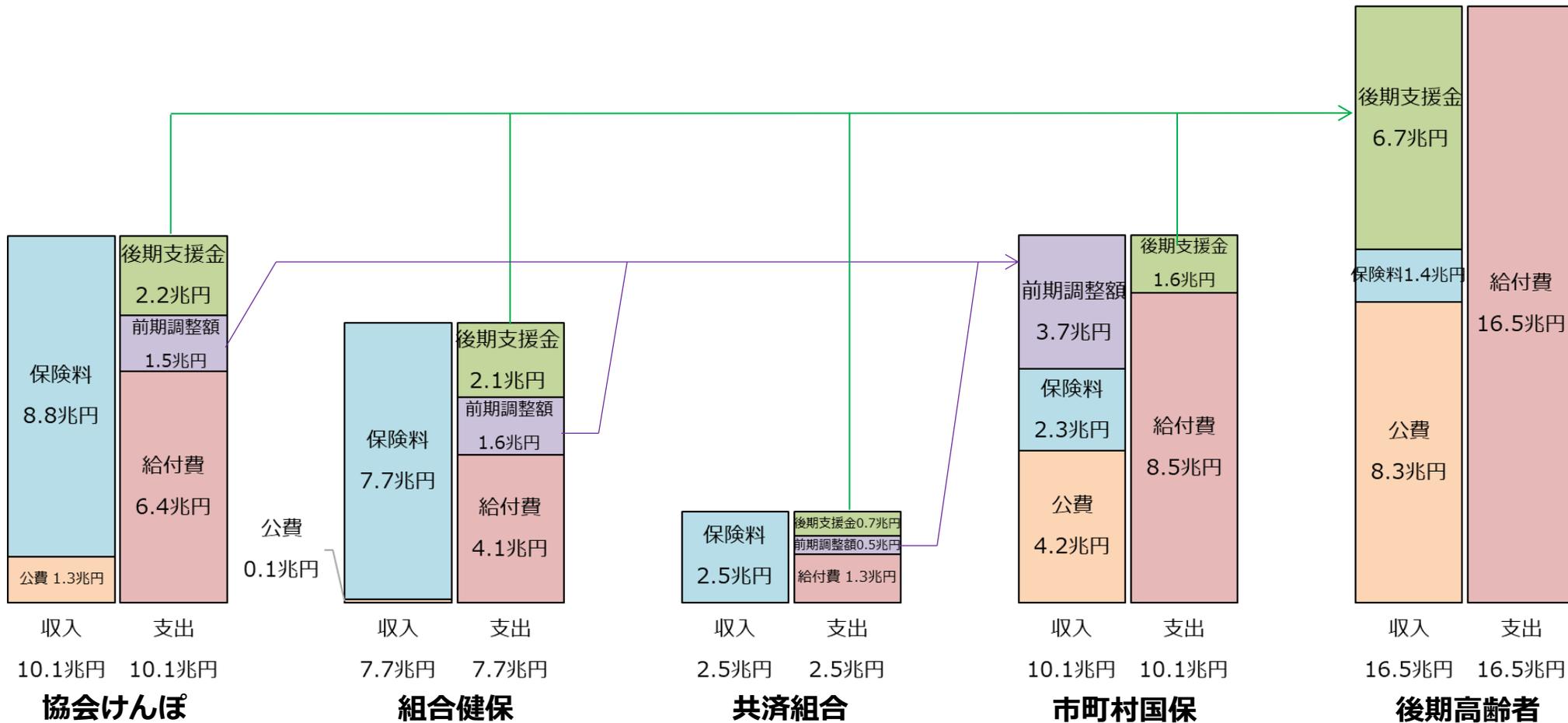
- 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる
- 一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降更に減少が加速



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

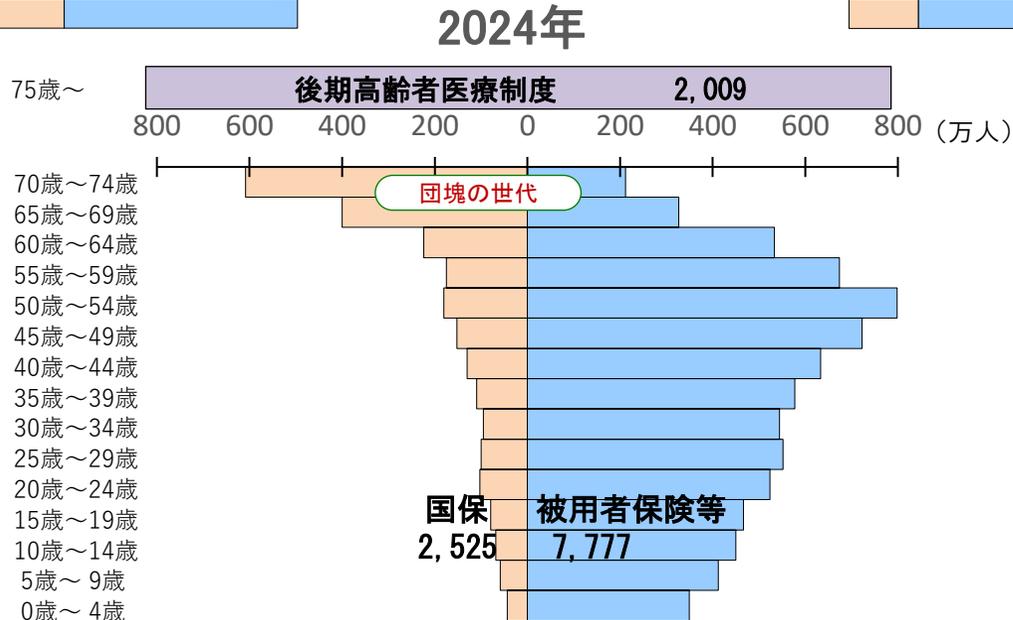
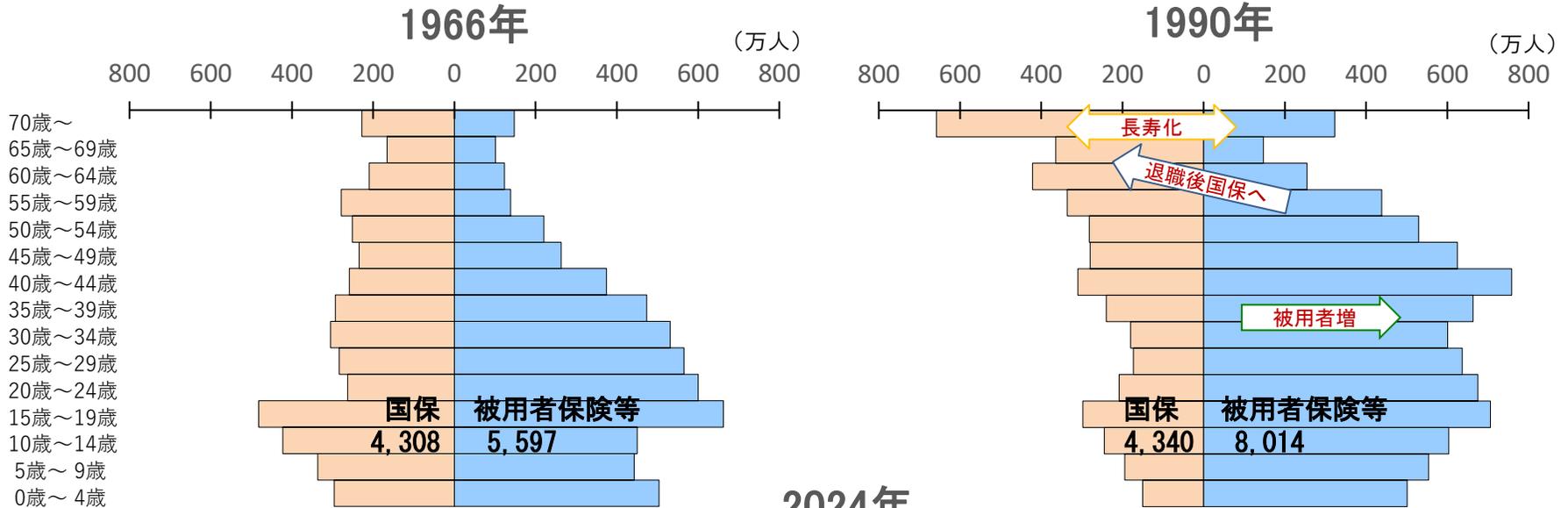
制度別の財政の概要（令和4年度）

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



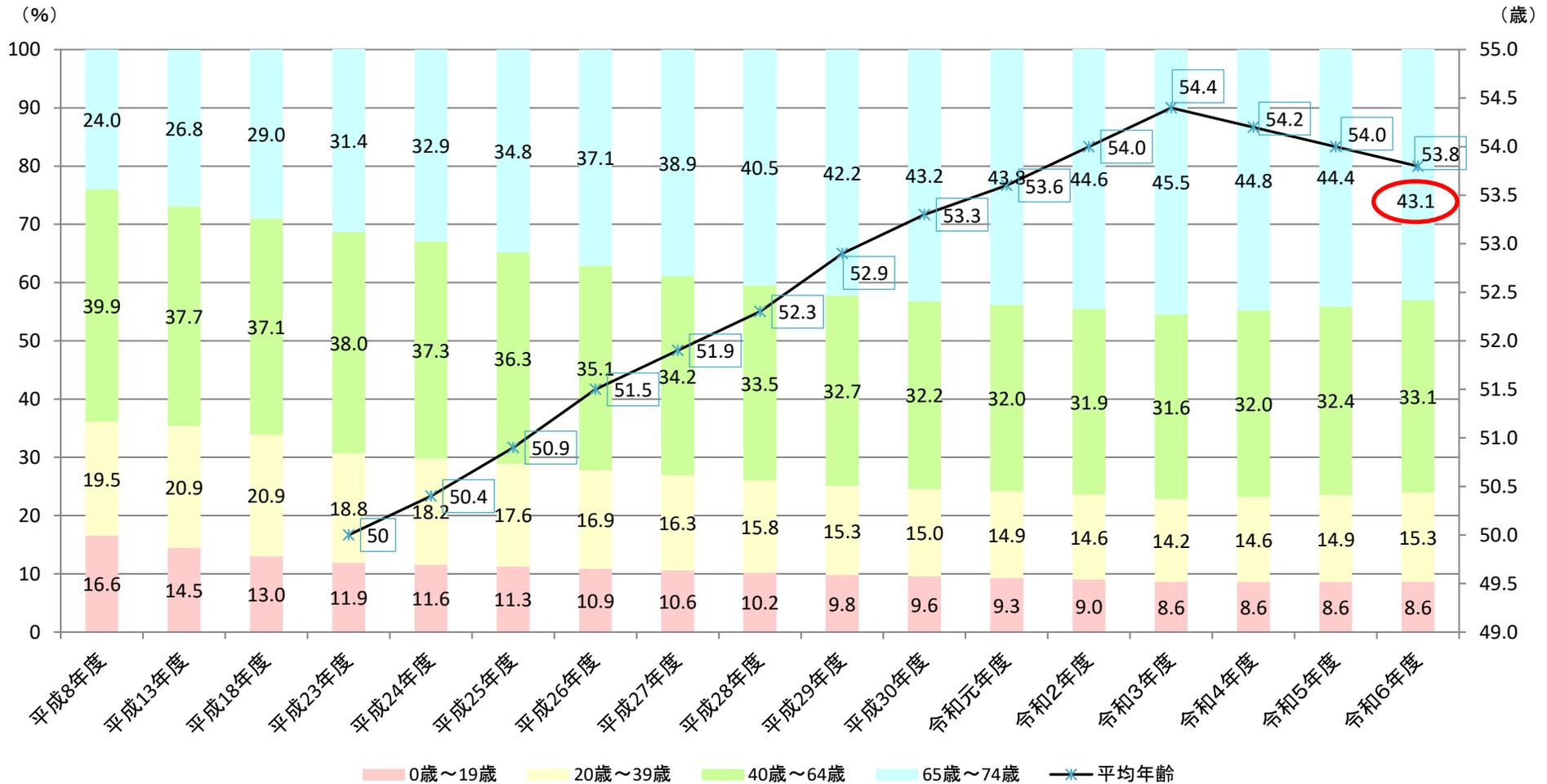
人口ピラミッドの変化(1966～2024年)

○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40%、協会(一般)は約8%、組合健保は約4%。(2024年)



市町村国保の被保険者(75歳未満)の年齢構成の推移

- 被保険者数全体に占める65歳から74歳までの割合は、令和3年度まで次第に増加していたが、令和4年度から減少傾向に転じ、令和6年度では43.1%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6年度には53.8歳となっている。

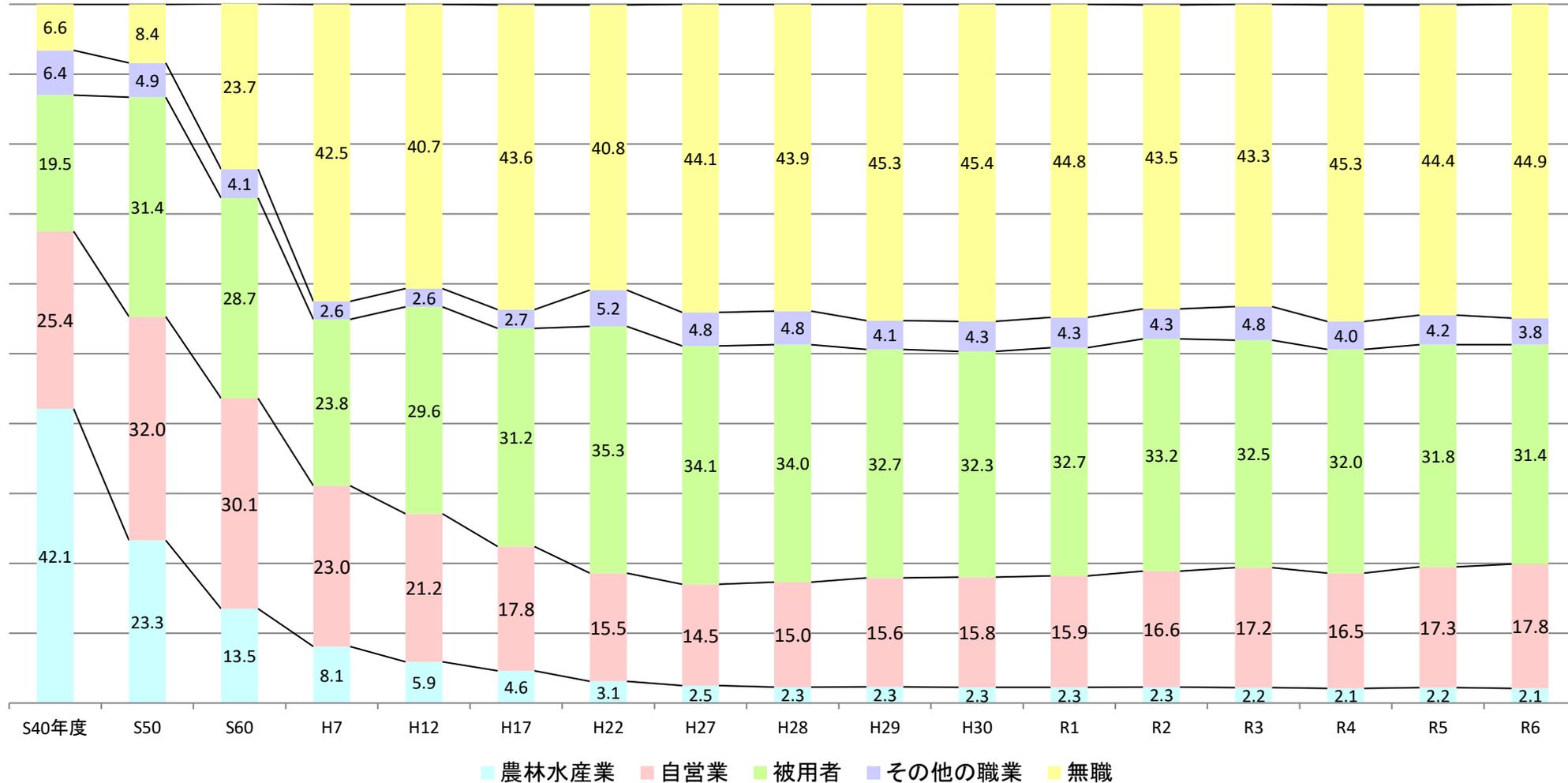


(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(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20%弱で推移。
- 年金生活者など無職者の割合が約4割。被用者は約3割。



(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(注1)職業不詳を除いた割合である。

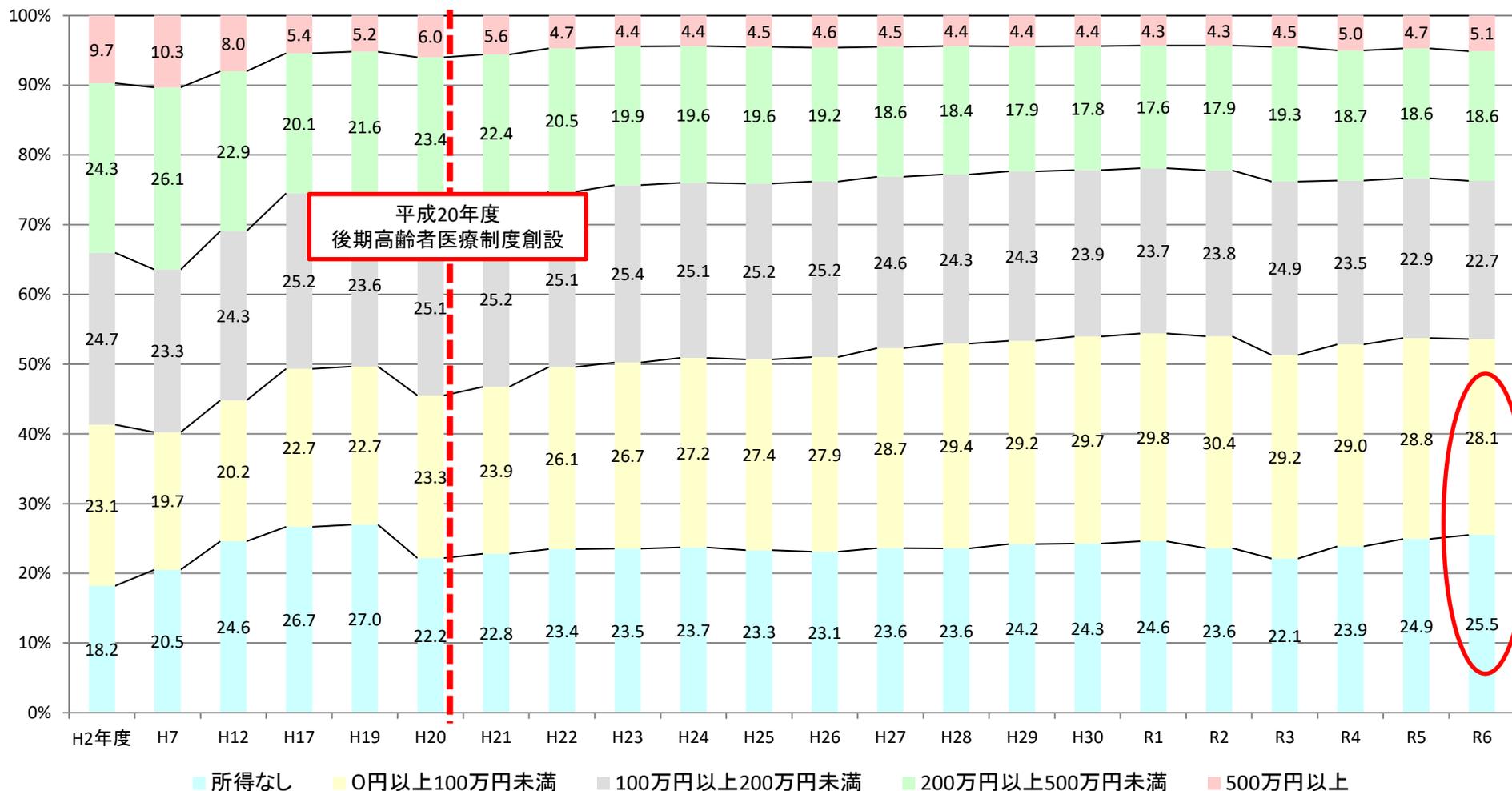
(注2)擬制世帯は除く。(昭和40年度、昭和50年度のみ擬制世帯を含む。)

(注3)平成17年度以前は75歳以上を含む。

世帯の所得階層別割合の推移

令和6年度において、加入世帯の25.5%が所得なし、28.1%が0円以上100万円未満世帯である。

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



(注1) 国民健康保険実態調査報告による。

(注2) 擬制世帯、所得不詳は除いて集計している。

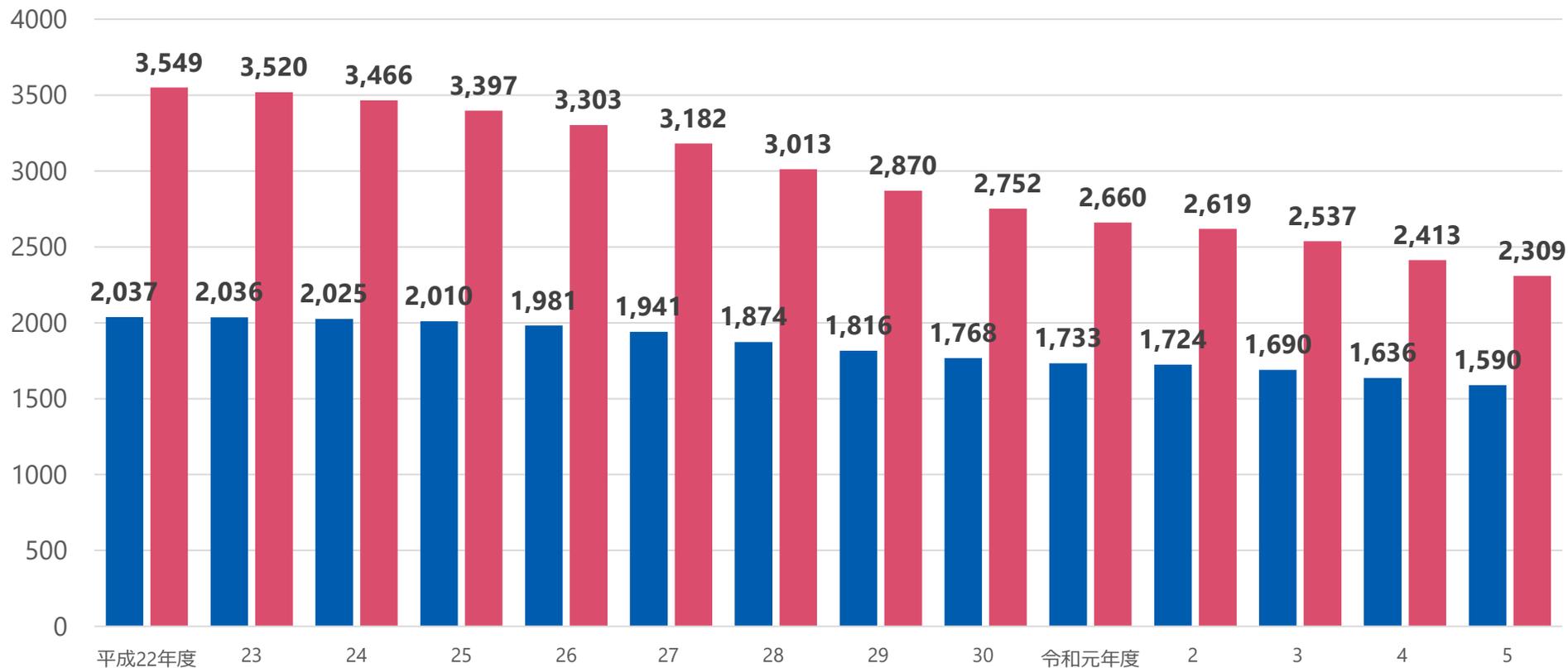
(注3) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度が創設され、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

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

市町村国保の世帯数及び被保険者数の推移

- 被保険者数は毎年減少し令和5年度には2,309万人となっている。
- 世帯数も年々減少しており、令和5年度には1,590万世帯となっている。

万世帯または万人



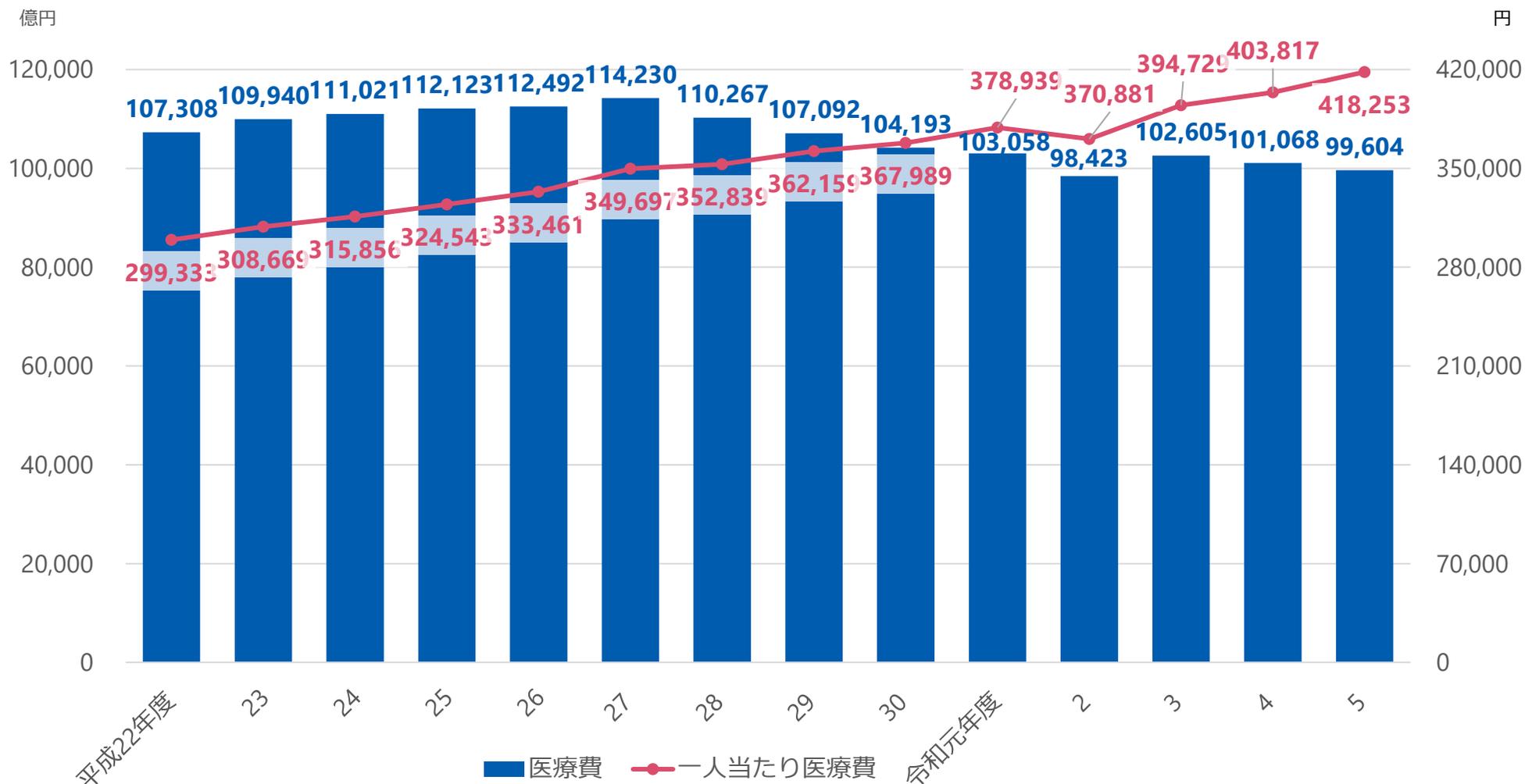
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険事業年報」

(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

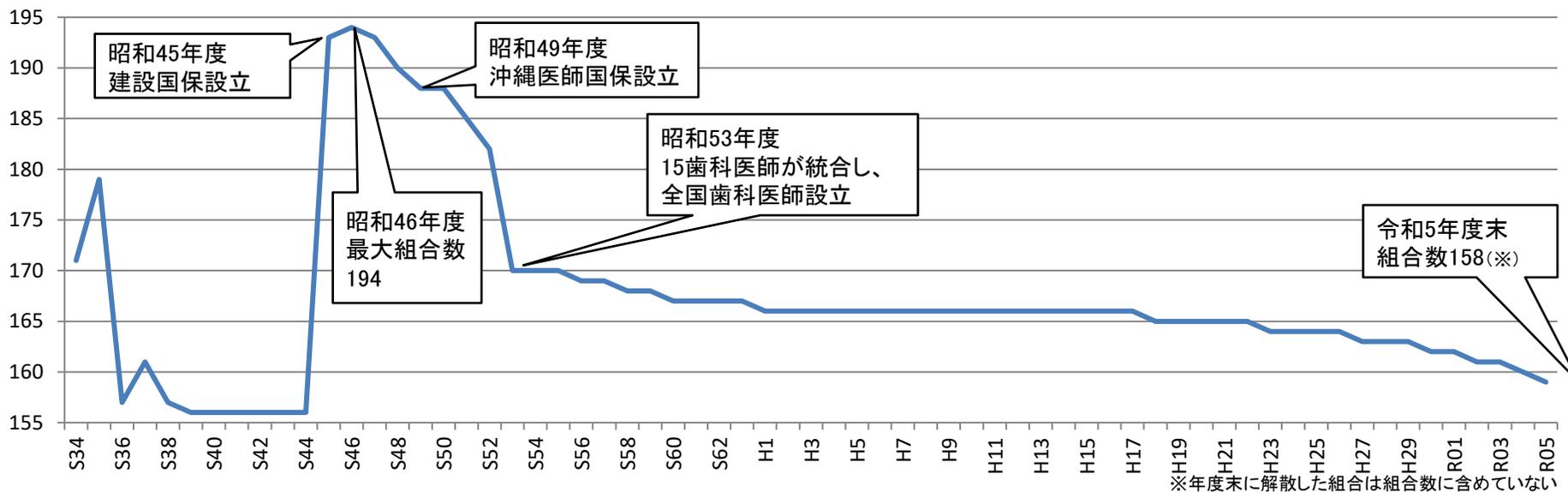
- 市町村国保の医療費は平成28年度以降減少傾向にあり、令和5年度には9兆9,604億円となっている。
- 一人当たり医療費について、令和5年度には418,253円となっている。



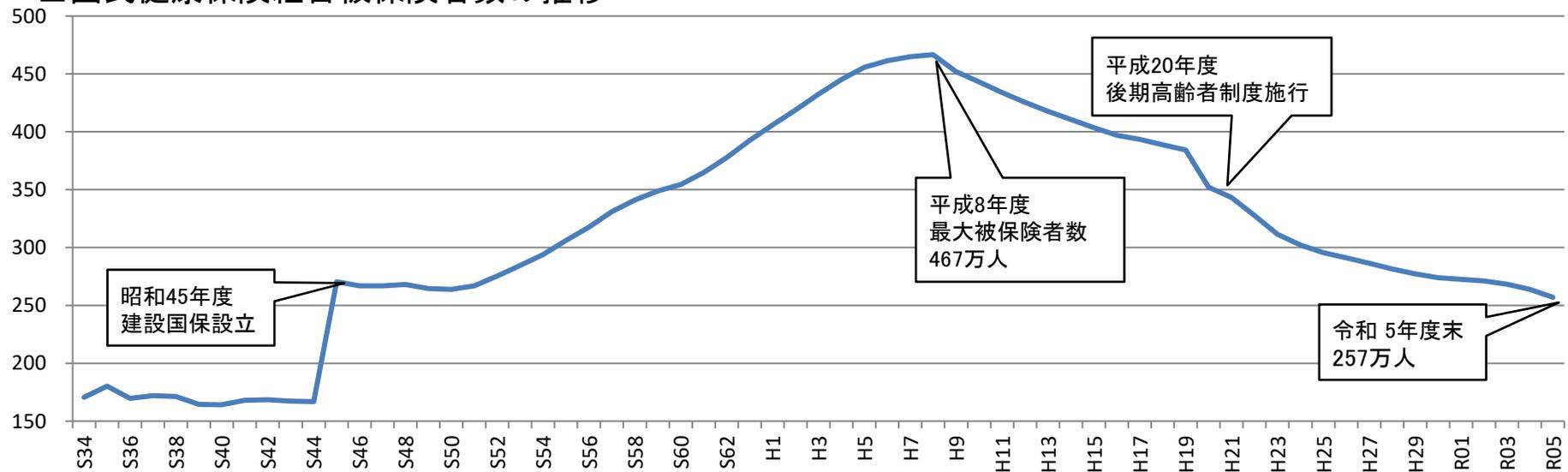
(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険事業年報」
 (注)3月～2月診療ベース

国民健康保険組合 組合数・被保険者数について

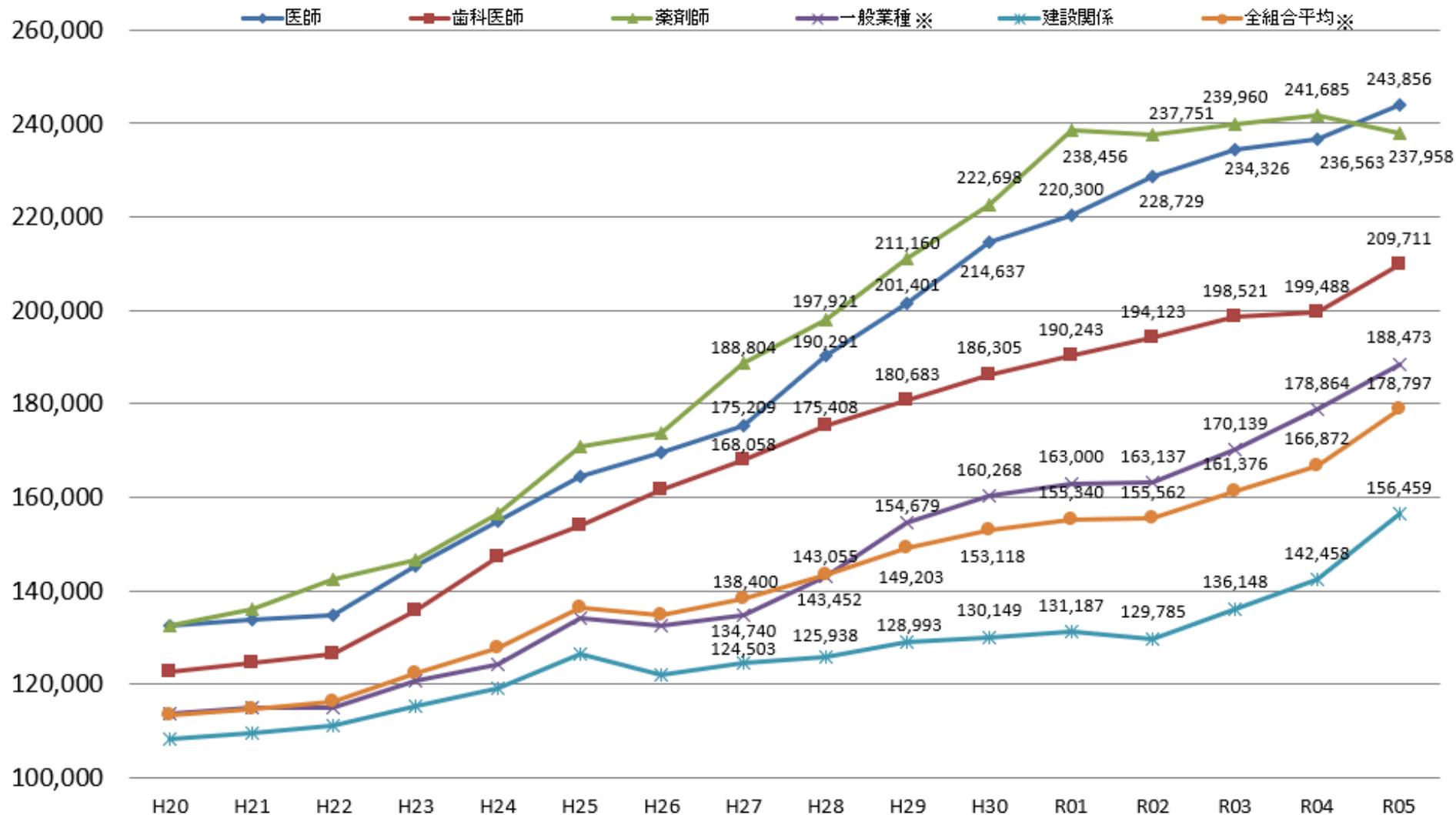
■ 国民健康保険組合数の推移



■ 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

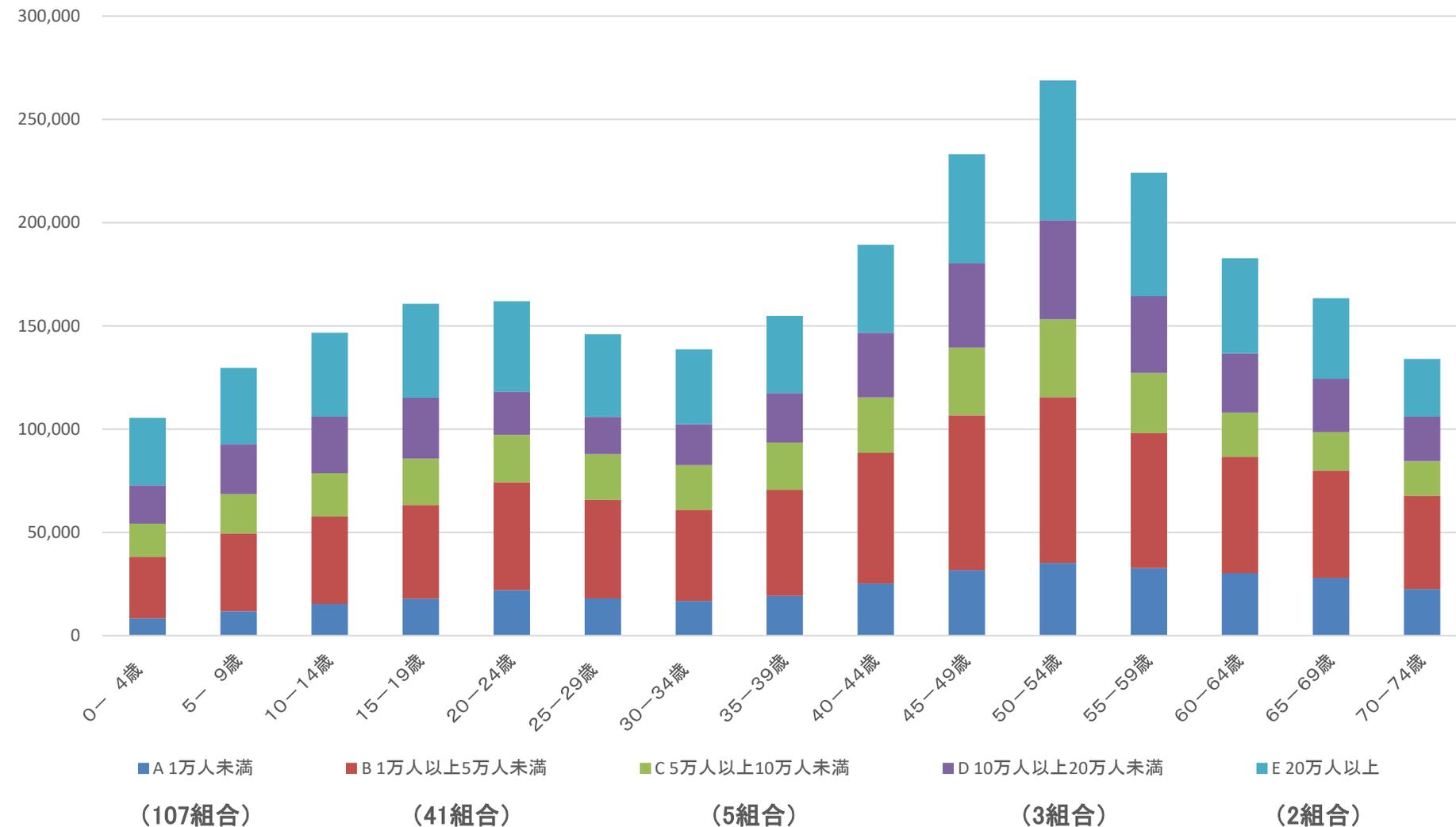


(注1) 一人当たり保険料は、国民健康保険事業年報における保険料調定額(現年度分)を各年度平均の被保険者数で除した額

(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

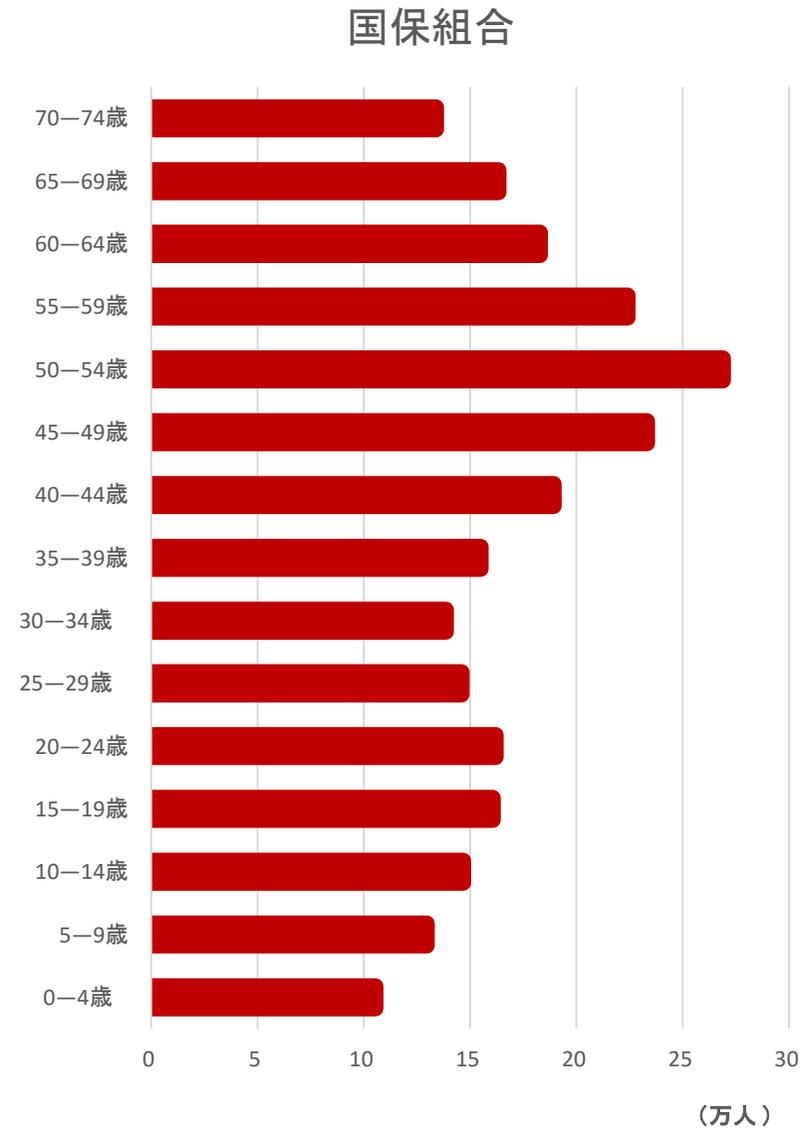
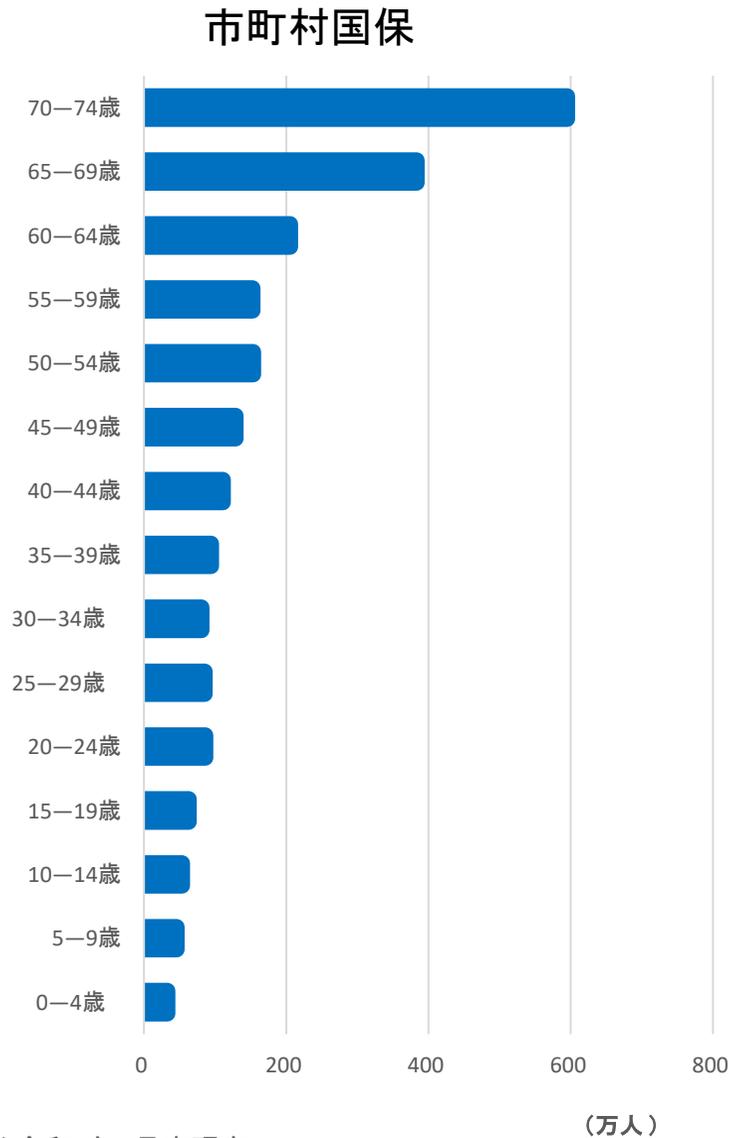
(人)



(注) 令和6年9月末現在

(出典) 令和6年度国民健康保険実態調査

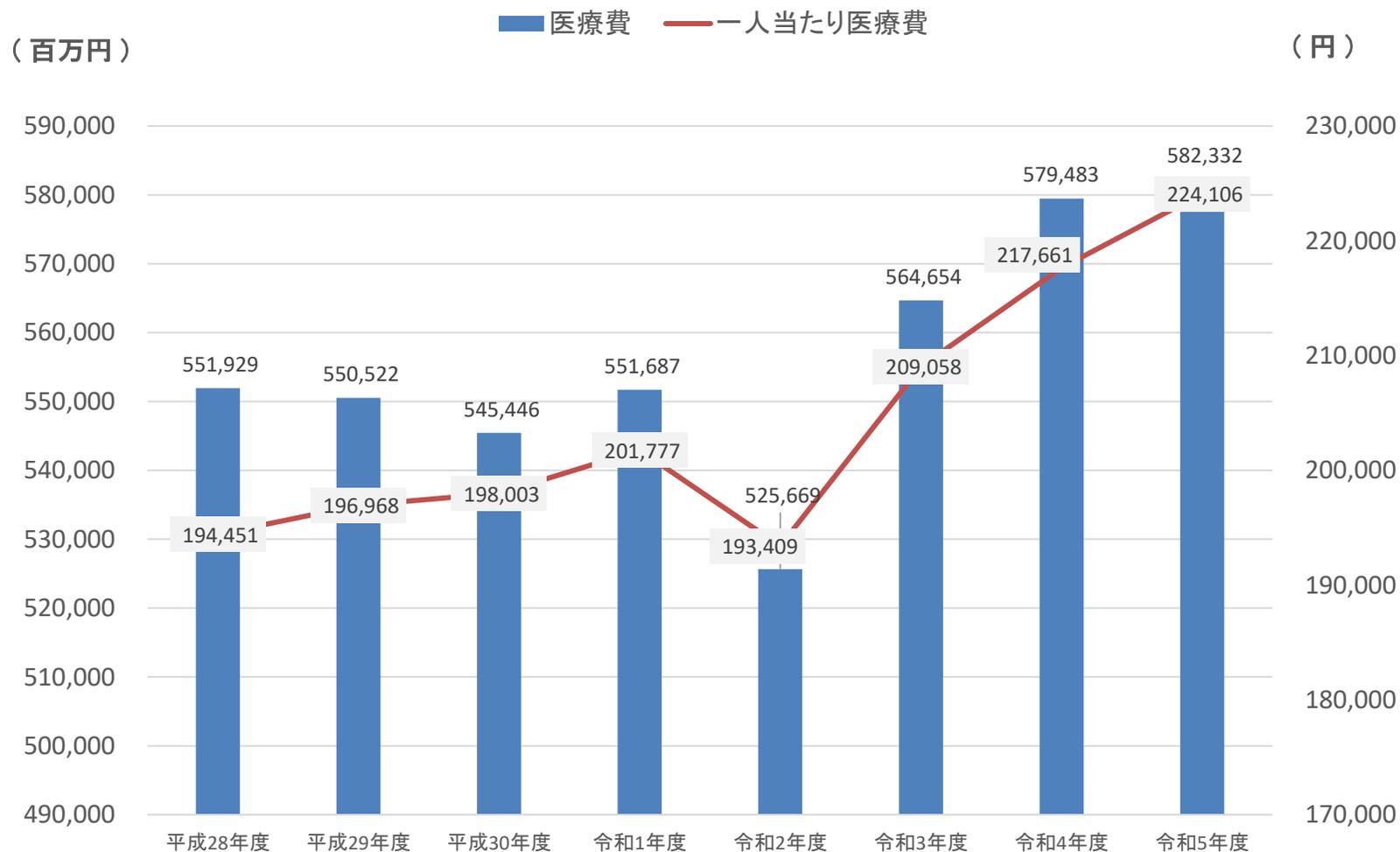
市町村国保・国保組合における年齢階層別の被保険者数



(注) 令和6年9月末現在

(出典) 令和6年度国民健康保険実態調査

国民健康保険組合における医療費及び一人当たり医療費の推移



(出所) 国民健康保険事業年報

各保険者の比較（令和5年度）

	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6年3月末)	1,716	1	1,380	85	47
加入者数 (令和6年3月末)	2,309万人 (1,590万世帯)	3,954万人 (被保険者2,521万人 被扶養者1,433万人)	2,803万人 (被保険者1,668万人 被扶養者1,135万人)	979万人 (被保険者576万人 被扶養者402万人)	1,978万人
加入者平均年齢 (令和5年度9月末)	54.0歳	38.9歳	36.1歳	35.3歳	82.7歳
65～74歳の割合 (令和5年度)	43.8%	8.2%	3.6%	3.5%	1.3%(※1)
加入者一人当たり 医療費(令和5年度)	41.7万円	21.0万円	19.3万円	20.0万円	96.4万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (令和5年度)	99万円 (一世帯当たり 145万円)	182万円 (一世帯当たり(※3) 286万円)	253万円 (一世帯当たり(※3) 425万円)	244万円 (一世帯当たり(※3) 413万円)	94万円
加入者一人当たり 平均保険料 (令和5年度)(※4) <事業主負担込>	9.3万円 (一世帯当たり 13.6万円)	13.0万円<26.0万円> (被保険者一人当たり 20.5万円<40.9万円>)	14.4万円<31.4万円> (被保険者一人当たり 24.1万円<52.8万円>)	14.8万円<29.5万円> (被保険者一人当たり 25.0万円<50.0万円>)	7.9万円
保険料負担率	9.3%	7.2%	5.7%	6.1%	8.4%
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年度予算ベース)	4兆552億円 (国2兆9,190億円)	1兆1,871億円 (全額国費)	1,253億円 (全額国費)		9兆5,133億円 (国6兆367億円)

(※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「分離課税所得金額」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4年度税制に基づき算出)。

(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

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

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

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和8年度国民健康保険関係予算案
3. 財政制度等審議会等における指摘
4. 骨太方針、改革工程の記載
5. 自治体の事務負担軽減
6. 外国人被保険者への対応

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～2026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・健康づくりを強力に推進

令和8年度の国保財政

(令和8年度予算案ベース)

医療給付費等総額： 約102,000億円

市町村への地方財政措置：1,000億円

保険者努力支援制度

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

特別高額医療費共同事業

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

高額医療費負担金

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

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：2,800億円、国庫補助額：1,400億円
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

財政安定化支援事業

保険者努力支援制度

特別高額医療費共同事業

高額医療費負担金

保険料

(22,700億円)

法定外一般会計繰入

約1,200億円 ※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

20,800億円

都道府県繰入金

(9%) ※1

5,900億円

前期高齢者交付金

33,500億円

※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：16億円、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：4,600億円
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

公費負担額

44,900億円

国計 : 32,100億円

都道府県計: 10,900億円

市町村計 : 1,900億円 **26**

※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5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

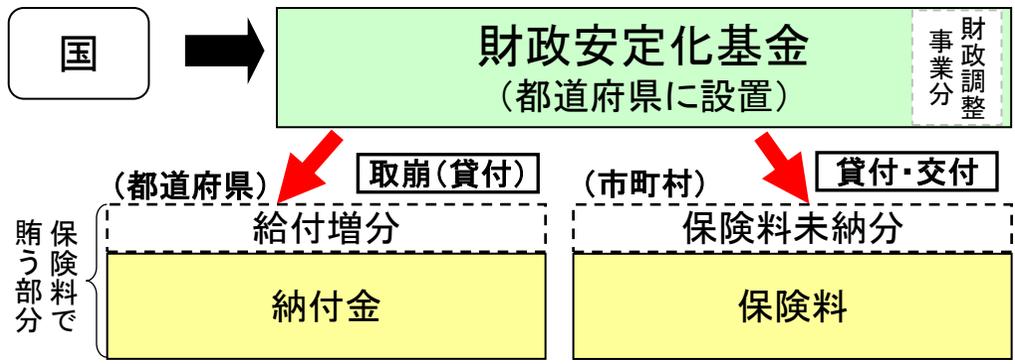
※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

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

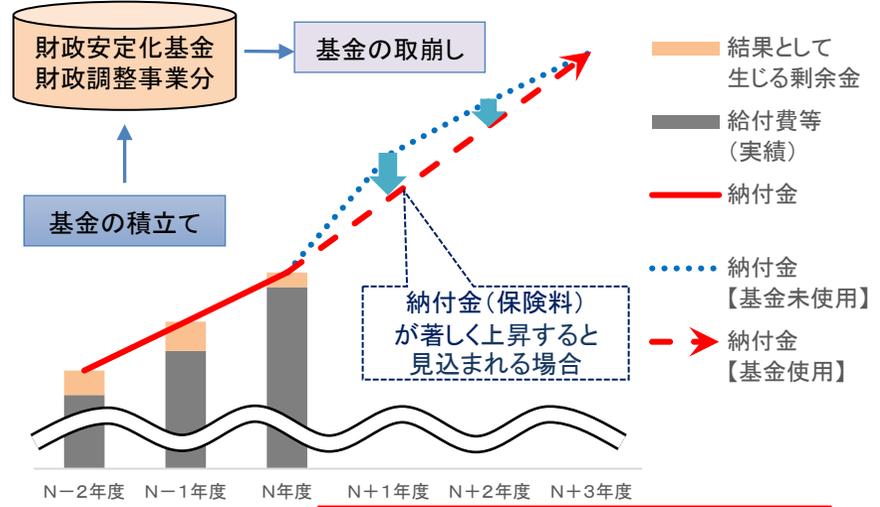
- 国費で創設(2,000億円を造成。)
- ① 貸付
各年度、市町村の保険料収納不足額に対する貸付。当該市町村が、原則3年間で償還(無利子)。
- ② 交付
特別な事情が生じた場合、モラルハザードが生じないように留意しつつ、財源不足額のうち保険料収納不足額×1/2以内を交付。交付分は、国・都道府県・市町村で1/3ずつ補填。
※ 特別な事情に該当する場合 …災害、景気変動等
- ③ 取崩
都道府県の保険給付費が予想以上に増加し財源不足が生じた場合、当該不足分を取り崩す。原則3年間で積み戻す。



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

<財政調整事業の活用例(イメージ)>



※ 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。

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)

令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
▲939	2,054	▲67	▲1,067	▲1,803

※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)

令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
1,100	767	674	748	1,220

※国民健康保険課調べ

2. 被保険者数

(万人)

令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
2,660	2,619	2,537	2,413	2,309

※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

(%)

令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
92.92	93.69	94.24	94.14	94.20

・保険料(税)の滞納世帯数等

(万)

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
滞納世帯	245.0	235.3	208.1	194.8	190.0	183.0
短期被保険者証交付世帯	62.1	57.0	47.7	43.5	37.8	33.7
資格証明書交付世帯	15.1	12.4	9.9	9.2	8.2	7.7

※国民健康保険課調べ。令和6年は令和7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8年度国民健康保険関係予算案
3. 財政制度等審議会等における指摘
4. 骨太方針、改革工程の記載
5. 自治体の事務負担軽減
6. 外国人被保険者への対応

令和8年度厚生労働省予算案における重点事項

「労働供給制約社会」へ本格的に突入するとともに、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、

- 社会構造の変化に対応した保健・医療・介護の構築や、包摂的な地域共生社会の実現等
- 物価上昇を上回る賃上げの普及・定着に向けた三位一体の労働市場改革の推進と多様な人材の活躍促進

について、以下を柱に予算措置を行い、安心と活力ある暮らしの実現を目指す。

I. 社会の構造変化に対応した保健・医療・介護の構築

<医療・介護・障害福祉分野の賃上げ・経営の安定・人材確保等>

- 診療報酬改定 +3.09%、薬価等改定 ▲0.87%
- 介護報酬改定 +2.03%
- 障害福祉サービス等報酬改定 +1.84%

<地域医療・介護の提供体制の確保>

- 質が高く効率的な医療提供体制の確保
- 救急・災害医療提供体制の確保
- 小児・周産期医療提供体制の確保
- 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

<創薬力等強化に向けた医薬品・医療機器等のイノベーションの推進、安定供給や品質・安全性の確保等>

- 研究開発環境の整備、創業シーズ・医療機器の実用化支援
- 研究開発によるイノベーションの推進
- 医薬品等の安定供給の推進
- 医薬品等の品質確保・安全対策の推進、薬物対策

<医療・介護分野におけるDXの推進、「攻めの予防医療」の推進等>

- 医療・介護分野におけるDXの推進
- 歯科保健医療・栄養対策・リハビリテーションの推進
- がん対策、循環器病対策等の推進
- 重症化を含む予防施策の推進、女性の健康づくり

<難病・移植医療・肝炎対策の推進等>

<感染症対策の体制強化、国際保健への戦略的取組等>

<安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保>

II. 物価上昇を上回る賃上げの普及・定着に向けた三位一体の労働市場改革の推進と多様な人材の活躍促進

<賃上げ支援、非正規雇用労働者への支援>

- 中小・小規模企業等に対する賃上げ支援、非正規雇用労働者への支援

<リ・スキリング、ジョブ型人事、労働移動の円滑化の推進>

- リ・スキリングによる能力向上支援、ジョブ型人事指針の周知、成長分野等への労働移動の円滑化

<人材確保の支援>

- 深刻化する人手不足への対応

<多様な人材の活躍促進と職場環境改善に向けた取組等>

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

<女性の活躍促進>

- 男女間賃金差の解消、女性管理職比率の向上に向けた取組の推進
- 子育て中の女性等に対する就職支援の実施
- 女性の健康課題に取り組む事業主への支援

III. 包摂的な地域共生社会の実現等

<地域共生社会の実現等>

- 生活困窮者自立支援等の推進
- 生活保護制度の着実な推進
- 障害者支援の促進、依存症対策の推進
- 成年後見制度の適正な利用の推進
- 相談支援・地域づくり等による包括的な支援体制の整備
- 困難な問題を抱える女性への支援の推進
- 自殺総合対策、ひきこもり支援の推進

<安心して暮らせる年金制度の確立>

<戦没者の慰霊・戦没者遺族等の援護の推進>

<被災者・被災施設の支援等>

令和8年度における「社会保障の充実」（概要）

（単位：億円）

事項	事業内容	令和8年度 予算案	(参考) 令和7年度 予算額	
子ども・子育て支援	子ども・子育て支援新制度の着実な実施・社会的養育の充実 ^(注3)	前年同額	7,000	
	育児休業中の経済的支援の強化 ^(注4)	前年同額	979	
医療・介護	医療・介護サービスの提供体制改革	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 ・ 地域医療介護総合確保基金(医療分) ・ 診療報酬改定における消費税増収分等の活用分	960 1,563	909 1,615
		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 508 430 前年同額 前年同額	1,196 414 524 752 689
	医療・介護保険制度の改革	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充・子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置	前年同額	693
		被用者保険の拠出金等に対する支援	前年同額	900
		70歳未満の高額療養費制度の改正	前年同額	248
		介護保険の第1号保険料の低所得者軽減強化	前年同額	1,190
		介護保険保険者努力支援交付金	前年同額	200
		国民健康保険への財政支援の拡充 (低所得者数に応じた財政支援、保険者努力支援制度等)	前年同額	3,816
	難病・小児慢性特定疾病への対応	国民健康保険の産前産後保険料の免除	前年同額	15
		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	前年同額	47
年金	年金受給資格期間の25年から10年への短縮	前年同額	644	
	年金生活者支援給付金の支給	前年同額	3,958	
	遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	110	108	
合計		27,987	27,986	

(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8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 10兆5,566億円(10兆2,779億円)

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

1. 診療報酬 +3.09% (R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%) (R8年6月施行)

※1 うち、賃上げ分 +1.70% (2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%)

- ・ 医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%(看護補助者、事務職員は5.7%)のベアを実現するための措置
- ・ うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 +0.76% (2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%)

- ・ 特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%(R8年度+0.41%、R9年度+0.82%)を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分(病院+0.49%、医科診療所+0.10%、歯科診療所+0.02%、保険薬局+0.01%)
- ・ また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院(大学病院を含む)が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 +0.09% (入院時の食費基準額の引上げ(40円/食)、光熱水費基準額の引上げ(60円/日))

- ・ 患者負担の引上げ:食費は原則40円/食(低所得者は所得区分等に応じて20~30円/食)、光熱水費は原則60円(指定難病患者等は据え置き)

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 +0.44%

- ・ 配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持(病院+0.40%、医科診療所+0.02%、歯科診療所+0.01%、保険薬局+0.01%)

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 ▲0.15%

※6 うち、※1~5以外の分 +0.25% 各科改定率:医科+0.28%、歯科+0.31%、調剤+0.08%

2. 薬価等 合計:▲0.87%(薬価:▲0.86%(R8年4月施行)、材料価格:▲0.01%(R8年6月施行))

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

* 高額療養費制度の見直し

高齢化の進展や医療の高度化等を背景にした医療費の増大に直面する中、医療保険制度の持続性を高め、とりわけ重要なセーフティネット機能である高額療養費制度を将来にわたって堅持していく観点から、高額療養費制度の見直しを行う。

見直しの具体的な内容は、「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」(令和7年12月16日高額療養費制度の在り方に関する専門委員会)を踏まえたものとする。

<見直し内容(概要)>

(1) 長期療養者への配慮

1. 多数回該当^{*}の金額を据え置き。 ※年4回以上制度を利用する者の自己負担限度額を更に軽減する仕組み。
2. 多数回該当に該当しない方の経済的負担に配慮する観点から新たに年間上限(年単位の上限)を導入。

(2) 低所得者への配慮

- ・住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げ。

(3) 自己負担限度額の見直し

- ・1人当たり医療費の伸びを踏まえ、自己負担限度額を一定程度見直し。その際、低所得者には配慮し、過去2年間の年金改定率の範囲内に留める。

(4) 所得区分の細分化

- ・大括りとなっている所得区分を細分化し、所得に応じたきめ細かい仕組みとする。併せて、上記の(2)を実施。

(5) 外来特例の見直し

- ・70歳以上の高齢者のみに設けられている外来診療にかかる特例措置の見直し。

安定的で持続可能な医療保険制度の運営確保

* 長期収載品の選定療養の拡大

長期収載品については、令和6年10月より、先発医薬品と後発医薬品の価格差の4分の1相当が選定療養の対象となり、「特別の料金」として患者に負担が求められてきたが、後発医薬品の更なる使用促進の観点から、価格差の2分の1相当へと引き上げる。

* 食品類似薬の保険給付の見直し

医療保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品のうち、代替可能な食品が存在する医薬品について、経口による通常の食事から栄養補助可能な患者に対する使用は保険給付外とする。なお、手術後の患者、経管による栄養補助を行っている患者などについては、引き続き保険給付の対象とする。

○ 国民健康保険への財政支援 3,071 億円(3,071億円)

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

※以下、保険者のインセンティブ強化(国保・保険者努力支援制度)は内数

○ 被用者保険への財政支援 1,453 億円(1,253億円)

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

高額医療交付金事業については、令和8年度より時限的に支援を200億円拡充する。

医療分野におけるDXの推進

○ NDBデータの更なる利活用推進事業 8.8億円(9.9億円) 【一部デジタル庁含む】

医療費適正化計画(都道府県医療費適正化計画)や国民保健の向上に資する研究利用のため、セキュリティを確保した解析環境上における原則7日間でのNDBデータ提供を含め、引き続き医療レセプト等の第三者提供体制の安定的な運用を図る。

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的に推進する。

② 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進等 1.3億円(1.3億円)

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、広域連合・市町村向けの研修会の開催や国保データベース(KDB)システムの活用ツールの充実等により広域連合・市町村の取組を支援し、効果的な横展開を図る。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を含む高齢者の保健事業の状況・現状分析等を行い、第3期データヘルス計画の中間評価に向けて支援を行う。

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

ア 糖尿病性腎症患者重症化予防の取組への支援 66百万円(66百万円)

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

イ 予防・健康づくりに関する大規模実証事業 1.1億円(1.1億円)

第5期特定健診・特定保健指導に向けて、ICT等を活用した効率的・効果的な特定保健指導の手法を検討し、複数の保険者においてその効果の実証を行う。

④ 後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診事業 9.8億円(8.7億円)

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 7.5億円(8.1億円)

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

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

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

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

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

医療保険制度における被災者の支援

○ 避難指示区域等での医療保険制度の特別措置 25億円(29億円) 「東日本大震災復興特別会計」計上項目

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

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

「東日本大震災復興特別会計」計上項目

○ 医療・介護保険料等の収納対策等支援 93百万円(93百万円)

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8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 3兆2,246億円

【国民健康保険団体関係】

○ 国民健康保険団体連合会等補助金 15.6億円

○ 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 2,721億円

【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 10.4億円

○ 原発被災地の医療・介護保険料等の収納対策等支援 0.9億円

令和8年度の公費について（拡充分の全体像の現時点の案）

○**財政調整機能の強化**

（財政調整交付金の実質的増額）

【800億円程度】

＜普調＞【600億円程度】

＜特調（都道府県分）＞【100億円程度】

- ・子どもの被保険者【100億円程度】

＜特調（市町村分）＞【100億円程度】

- ・精神疾患【70億円程度】、非自発的失業【30億円程度】

○**保険者努力支援制度**

- ・医療費の適正化に向けた
取組等に対する支援

【800億円程度】

＜都道府県分＞【600億円程度】

- ・医療費適正化の取組状況（都道府県平均）【150億円程度】
- ・医療費水準に着目した評価【220億円程度】
- ・各都道府県の医療費適正化等に関する取組の実施状況【230億円程度】

＜市町村分＞【312億円程度】

※別途、特調より追加

合計400億円
程度

合計
1,000億円の
インセンティブ
制度

※ 令和8年度の予算総額は令和7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。

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和8年度国民健康保険関係予算案
3. 財政制度等審議会等における指摘
4. 骨太方針、改革工程の記載
5. 自治体の事務負担軽減
6. 外国人被保険者への対応

国民健康保険組合の財政支援の在り方の見直し（予算執行調査）

- 国保組合の定率補助は所得水準に応じて設定されているが、最も低い補助率である13%の区分に3分の1の組合が集中している。これには医師・歯科医師・薬剤師・弁護士など、他業種に比して所得水準が高い業種も含まれている。また、所得水準の判定基準に用いられる「平均所得」については、「1人あたり1,200万円」の上限設定や、被保険者の家族も分母に含まれている点など、その算定方法の妥当性に疑義がある。
- さらに、定率補助に加え普通・特別調整補助金を含めた補助率は、他の医療保険の公費負担水準と比較しても高い水準にある。相当規模の準備金を保有する組合も存在し、所得水準の多寡にかかわらず多くの国保組合が一定の財政余力を有していると認められる。加えて、普通調整補助金の算定方式にも改善の余地がある。

- 被保険者の所得水準に応じて決定される定率補助の補助率の区分を見ると、**158組合のうち61組合が、「平均所得」240万円以上であるとして、定率補助率13%の区分に該当。**
- この「平均所得」（課税標準額ベース）は、**1人あたり1,200万円の所得上限が設定された上で計算されている。**（仮に所得上限を設定しない場合、医師国保の「平均所得」は390.6万円から812.2万円まで上昇。）**当該上限設定自体の根拠及び額の妥当性が明らかでない。**
- また、この「平均所得」は、**組合員の家族たる被保険者の所得も含めて計算されている。**

◆国保組合の業種別定率補助率

	13%	14%	16%	18%	20%	22%	24%	26%	28%	30%	32%
	240万円以上	230万円以上	220万円以上	210万円以上	200万円以上	190万円以上	180万円以上	170万円以上	160万円以上	150万円以上	150万円未満
医師国保	47										
歯科医師国保	8	1	3	6	6	3					
薬剤師国保	2	2	2	4	2	1	1	2			
一般国保	4		1		1	1			4		25
建設国保											32

◆国保組合の業種別「平均所得」（上限設定なし・上限設定あり）



※2022年度所得調査結果（2023年度に特別調査を実施した7組合は当該調査結果を反映）
 ※2024年3月に解散した大阪木津御市市場国民健康保険組合は除く。
 ※元々、他制度では標準月額額・標準報酬月額が設けられているところ、標準報酬月額は補助率の算定基礎でないが、それらを参考に国保組合の財政余力を測定する「平均所得」の計算における上限が設定された経緯がある。

- **定率補助に、普通・特別調整補助金も加えた補助率で見ると、他の医療保険の公費負担水準と比較しても高い水準。**さらに、158組合の準備金が保険給付費1年分に占める割合（準備金割合）を見ると、その加重平均は76.0%。最も割合が大きかった組合は503%。135組合が3分の1を超えており、その平均補助率は29.9%。**現行補助水準で補助を受ける組合の多くに財政余力が存在していることが分かる。**
- なお、普通調整補助金は、組合の医療給付費等の見込額と保険料収入見込額（理論値）の差額が補助される仕組み。この「保険料収入見込額」の算定上、**組合特定被保険者は通常の被保険者と同様に扱われ、仮に被用者保険に加入していれば事業主が負担していたはずの保険料分は考慮されない格好となっている。**これは、いわば、国が組合特定被保険者に係る事業主負担分を肩代わりしているともいえる構造。また、同じく普通調整補助金における「保険料収入見込額」の算定基礎の一つである**被保険者の「前年度所得見込額」の計算上、**（左記の）定率補助の「平均所得」算定同様に、**1,200万円の所得上限が設定。**

◆国保組合の組合別補助率分布（定率補助・普通調整補助金・特別調整補助金の合計）



※市町村国保・協会けんぽの法定準備金割合は保険給付費の12分の1、国保組合の法定準備は、それに加え保険給付費等の12分の2及び前期高齢者納付金等の12分の1の特別積立金

◆国保組合の準備金割合



【改革の方向性】（案）

- 国保組合への財政支援は抜本的に見直すべき。定率補助率の設定に用いられる所得水準の判定基準を適正化するとともに、特に、高所得水準の組合に対しては、所得状況に応じたきめ細やかな補助率の設定を行うことが考えられる。さらに、準備金の多寡を含め、各組合の財政力に応じて、国庫補助の投入規模を適切にコントロールする仕組みを設けるべき。

(参考) 国民健康保険組合への財政支援の在り方

- 我が国の医療保険制度は、職域保険と地域保険の二本柱で構成されているが、国民健康保険組合（国保組合）は、例外的な存在として、国民健康保険法に基づき同種同業の者を対象に国民健康保険事業を行う公法人。所得水準に応じ13.4%～63.6%の国庫補助を受けている。
- 「能力に応じた負担」の観点から、2016年度から5年間をかけて、組合員の所得水準に応じた段階的な見直しが実施されたものの、現在でも、最も所得水準の高い国保組合であっても医療給付費等の13%の定率補助が行われている。また、国保組合の保険料水準は総じて低く、本来健康保険の適用を受けるべき事業所においても事業主の保険料負担が回避されているケースが見られる。

◆国保組合の概要

□ 歴史的経緯

1938年：旧国民健康保険法により、普通国保組合（現在の市町村国保）とともに、特別国保組合（現在の国保組合）が制度化。

1959年：全市町村の国保事業実施が義務化（国民皆保険達成）。以降、既存国保組合存続は認められる一方、新たな国保組合の設立は原則認められていない。（1970年の建設国保、1974年の沖縄県医師国保のみ特例的に認可。）

□ 2025年3月末の組合数及び被保険者数

区分	組合数	被保険者数	合計
(1-1) 医師	47組合	26万人	
(1-2) 歯科医師	27組合	25万人	
(1-3) 薬剤師	16組合	3万人	
(2) 建設関係	32組合	129万人	
(3) 一般業種	36組合	68万人	
合計	158組合	252万人	

◆国保組合への国庫補助

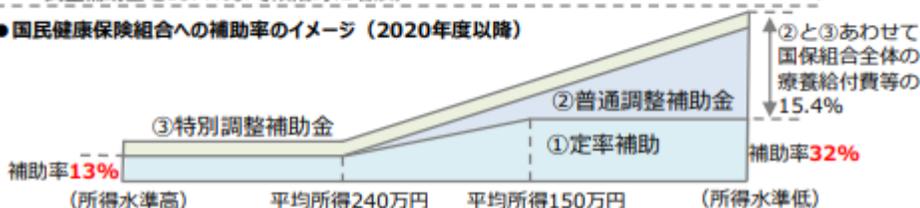
□ 国保組合への国庫補助制度は市町村国保に倣った制度設計であり、協会けんぽより遥かに高い補助水準の組合が大多数。主に以下の3つの補助からなる。

- ①定率補助：医療給付費等の13%～32%を定率で補助。補助率は被保険者（組合員の家族含む）の平均所得に応じ決定。
- ②普通調整補助金：組合ごとに計算する調整対象需要額（医療給付費等の見込額）と調整対象収入額（理論上の保険料収入見込額）の差額を補助。
- ③特別調整補助金：組合ごとの取組や災害等の特殊事情に応じ、必要な場合に補助。

【参考】前回見直しの概要（2016年度～2020年度）

- ✓ 平均所得水準150万円未満の組合は32%の定率補助を維持しつつ、150万円以上の組合は所得水準に応じ段階的に引き下げ、240万円以上の組合は13%とする。
- ✓ 被保険者の所得水準の低い国保組合の国庫補助に影響が生じないようにするため、調整補助金を15.4%まで段階的に増額。

●国民健康保険組合への補助率のイメージ（2020年度以降）



◆国保組合の保険料水準

□ 国保組合の保険料率（定額制の場合その額）は組合ごとに財政余力等を勘案して決定可能。全体として協会けんぽ・市町村国保より低水準。

●保険料が定額の組合数と組合員1人あたり保険料賦課額（年額）

区分	組合数	事業主である被保険者	従業員である被保険者	
			うち、医師・歯科医師・薬剤師	その他
医師国保	(47)	43.9万円 (26)	42.7万円 (25)	12.4万円 (43)
歯科医師国保	(26)	38.8万円 (6)	23.7万円 (19)	14.9万円 (23)
薬剤師国保	(16)	28.6万円 (6)	21.7万円 (7)	17.2万円 (11)
一般国保	(36)	25.5万円 (25)		15.2万円 (28)
建設国保	(32)	26.5万円 (9)		14.5万円 (5)
全組合	(158)	33.6万円 (72)	32.7万円 (51)	14.2万円 (110)

【参考】市町村国保と協会けんぽの保険料（イメージ）

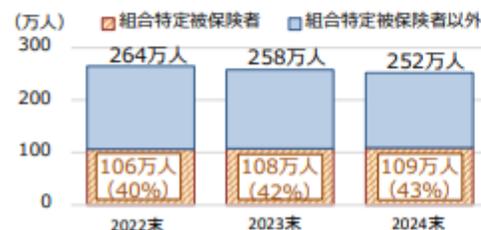
（市町村国保）※東京都の場合
市町村民税の課税標準額812.2万円の被保険者：年額 66万円（医療分のみ・世帯人数1人）

（協会けんぽ）※東京都の場合。別途同額の事業主負担あり。
標準報酬月額29.5万円の被保険者：年額 11.6万円/人（医療分のみ）

◆組合特定被保険者

- 事業所の規模等を踏まえ本来健康保険法の適用を受けるべき者であっても、事業主が健康保険の適用除外申請を提出し承認を得れば国保組合に加入可能な「組合特定被保険者」制度が存在。
- 組合特定被保険者の場合、被用者保険加入時と異なり事業主の保険料負担が発生しない。

●国保組合全体の組合特定被保険者数・割合の推移



●業種ごとの組合特定被保険者数の割合（2024年度末）

業種	割合 (%)
医師国保	56%
歯科医師国保	46%
薬剤師国保	72%
一般国保	57%
建設国保	32%

府省名	調査主体	令和7年度予算額	令和8年度予算案	増▲減額	反映額
厚生労働省	本省と四国財務局の共同調査	231,372	241,956	10,583	—

事案の概要

国民健康保険組合（以下「国保組合」という。）に対する国庫補助については、所得水準に応じて補助率が決定される定率補助、国保組合の財政力に応じて補助する普通調整補助金、国保組合の保険者機能強化の取組等に応じて補助する特別調整補助金の3つの補助が含まれており、このうち定率補助については厚生労働省が定期的実施する所得調査の結果に基づき補助率が決定されている。

調査結果の概要及び今後の改善点・検討の方向性

1. 国保組合の所得水準と定率補助の区分について
2. 国保組合の財政状況と療養給付費補助金の補助率について
3. 国保組合の保険料について

- 定率補助の区分については、定率補助率13%の区分を細分化するなど、所得状況に応じたきめ細かな設定とすべきである。あわせて、「平均所得」を計算する際に使用している「上限1,200万円」の撤廃も含め、公平性の観点から、所得水準の判定の在り方についても見直しを検討すべきである。
- 国庫補助の仕組みについて、各組合の財政力に応じた効率的な支援が的確に実施されるよう、必要な見直しを検討すべきである。
- 国保組合の補助の在り方を議論するに当たっては、各組合の所得水準や財政状況とあわせて、応能負担の徹底や保険者機能の強化の観点から、被保険者の保険料水準の実態についても把握した上で検討を深めるべきである。

4. 国保組合の解散・統合の状況について

- 被保険者数の減少や高額薬剤の登場等の中で、保険料率（額）を引き上げている組合が大宗であり、もともと保険者として抱える被保険者数が他の保険者よりも少ない国保組合においては、組合同士の統合を含め今後の組合運営の在り方を検討する必要がある。
- 組合同士の統合を後押しする方策について検討すべきである。

反映の内容等

1. 国保組合の所得水準と定率補助の区分について
2. 国保組合の財政状況と療養給付費補助金の補助率について
3. 国保組合の保険料について

- 社会保障審議会医療保険部会での議論等を踏まえ、必要な法制上の措置を講じた上で、以下の内容の見直しについて、令和9年度から実施することとした。
 - ・ 補助率の下限については、これまでどおり13%を原則としつつ、負担能力に応じた負担等を進める観点から、補助率13%の区分に該当する国保組合のうち、①保険料負担率が低い、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、の全てに該当する場合には新たな補助率（12%・10%）を適用する。
 - ・ 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2,200万円に見直すとともに、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。

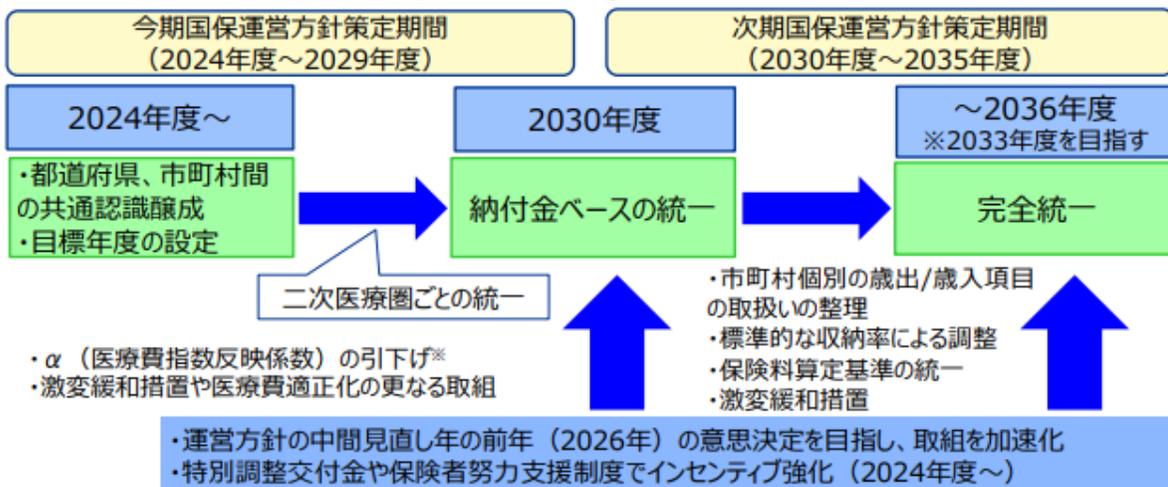
4. 国保組合の解散・統合の状況について

- 社会保障審議会医療保険部会において、国保組合に対する合併支援の拡充等に向けた検討を進めることについて議論を行った。今後、国保組合関係者の意見等を踏まえながら、具体的な合併支援策を検討することとしている。

国民健康保険における保険料水準統一の加速化

- 2018年度から都道府県単位化された国民健康保険制度においては、都道府県内のどの市町村に居住していても、各市町村の医療費水準（年齢調整後）にかかわらず、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料額となるよう、保険料水準の統一に向けた取組が進められており、2024年6月に策定された「保険料水準統一加速化プラン（第2版）」（厚生労働省）では、2030年度までに全ての都道府県で保険料水準（納付金ベース）の統一を目指すことが明記された。
- しかし、医療費以外の要素も含めた「保険料水準の完全統一」については、達成済は2府県にとどまっており、目標年度を定める道県も17にとどまっている。

◆「保険料水準統一加速化プラン」（2024年6月）



【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）
2030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（2026年）に向けた取組の加速化を進める。

（完全統一）
次期国保運営方針期間（2030～2035年度）の中間年度（2033年度）までの移行を目指しつつ、**遅くとも2035年度（2036年度保険料算定）までの移行を目標とする。**

※ 各都道府県が目標年度の設定を更新する次のタイミングは、国保運営方針の中間年度での改定年である2027年度

※ α は、各市町村の年齢調整後の医療費水準のばつつきをどの程度各市町村が県に支払う納付金の配分に反映させるかを調整する係数。
 $\alpha = 0$ であれば、各市町村は、年齢調整後の医療費水準の高低に左右されず、保険料を徴収の上、納付金を支払うこととなる。

◆ 各都道府県国保運営方針における取組予定

完全統一を達成済 2府県	完全統一の目標年度を定めている ※（ ）内は年度 17道県	納付金ベースの統一等の目標年度を定めている 18都県（設定年度は記載省略）	納付金ベースの統一等の目標年度を定めていない 8府県
大阪府、奈良県	(9)滋賀県、(11)福島県、大分県、(12)北海道、青森県、埼玉県、福井県、山梨県、兵庫県、和歌山県、高知県、佐賀県、熊本県、(12～17)広島県、(15)群馬県、(18)神奈川県、香川県、 ※三重県、長崎県については、納付金ベースの統一は達成済だが、完全統一の目標年度は未設定。	岩手県、宮城県、秋田県、山形県、栃木県、千葉県、東京都、新潟県、富山県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、鳥取県、山口県、徳島県、愛媛県、鹿児島県	茨城県、石川県、京都府、島根県、岡山県、福岡県、宮崎県、沖縄県

【改革の方向性】（案）

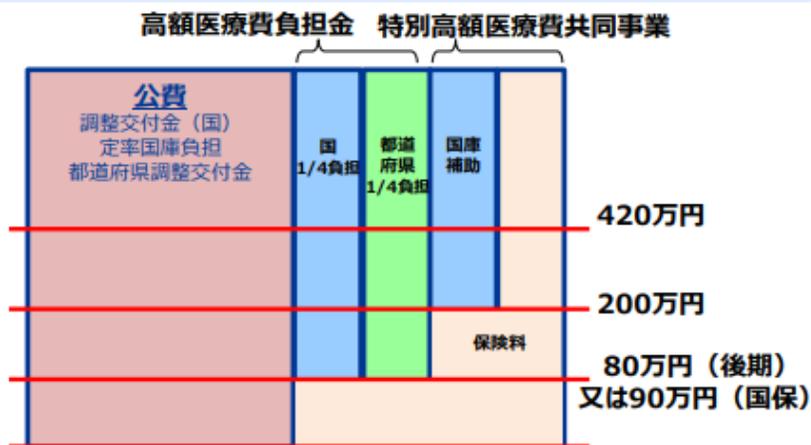
- 国民健康保険における保険料水準については、各都道府県内での被保険者間の受益と負担の公平性を確保する観点から、一刻も早く「保険料水準の完全統一」を全国で実現するべき。具体的には、まずは「納付金ベースの統一」についての目標年度を前倒しさせつつ、先進自治体の例を横展開することにより、2030年度までの「完全統一」を実現すべき。

高額医療費負担金の見直し

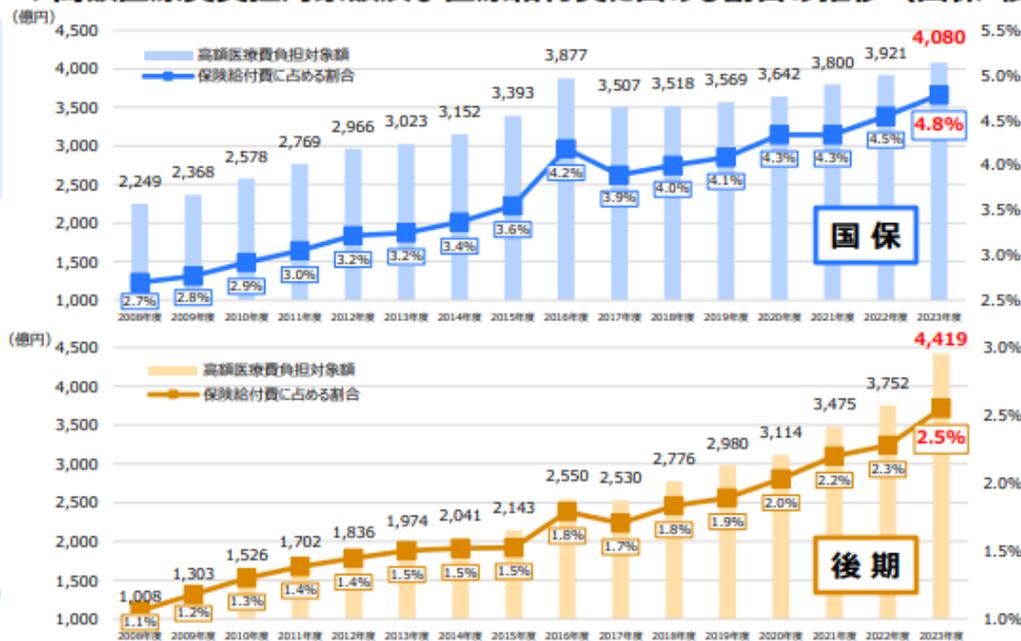
- 国民健康保険および後期高齢者医療制度における高額医療費負担金は、高額な医療費が発生した場合に、保険者の財政運営に与える影響を緩和することを目的とした制度である。しかしながら、医療の高度化や薬剤費の上昇が進む中において、当該負担金の対象となる高額レセプトに係る医療費は増加傾向にある。現在の基準は、国保では、1件あたり90万円超、後期では80万円超のレセプトが対象となっている。
- 国保において、同制度は小規模な市町村国保の財政的脆弱性への対応のため設けられたものだが、今後、保険料水準が統一されていけば、個別の市町村における医療費の変動は都道府県内でシェアされ、財政負担は平準化されるため、その本来の役割・意義は没却する。後期においても、高額医療費の増加や、その保険給付費に占める割合の上昇が顕著であり、保険者による医療費適正化の取組を促していく観点からも、高額レセプト基準の在り方について、一定の見直しを検討すべき時期に来ているのではないかと考えられる。

◆ 国保・後期における高額医療費負担金のイメージ

- ✓ 高額な医療について、財政影響の緩和（リスク分散）の観点から、国・都道府県・保険料で負担を分担・平準化する仕組み。
- ✓ 通常の公費負担（約50%）に加え、高額レセプト（国保90万円、後期80万円以上）に係る基準値超部分の一定割合を公費でカバー。



◆ 高額医療費負担対象額及び医療給付費に占める割合の推移 (国保・後期)



※「高額医療費負担対象額」は、高額医療費負担金（国費）から国費負担割合で割り戻して算出。高額医療費負担金（国費）は、「国民健康保険事業年報」集計表及び「後期高齢者医療事業状況報告（年報）」集計表における国庫支出金のうち高額医療費負担金（又は高額医療費共同事業負担金）による。
 ※「保険給付費に占める割合」は、「高額医療費負担対象額」÷「保険給付費」で算出。保険給付費は、「国民健康保険事業年報」集計表及び「後期高齢者医療事業状況報告（年報）」集計表による。

【改革の方向性】（案）

- 国保の高額医療費負担金については、保険料水準の統一と併せて、その廃止を含めた見直しを検討すべき。後期の高額医療費負担金についても、レセプト基準の見直しに早急に着手すべき。

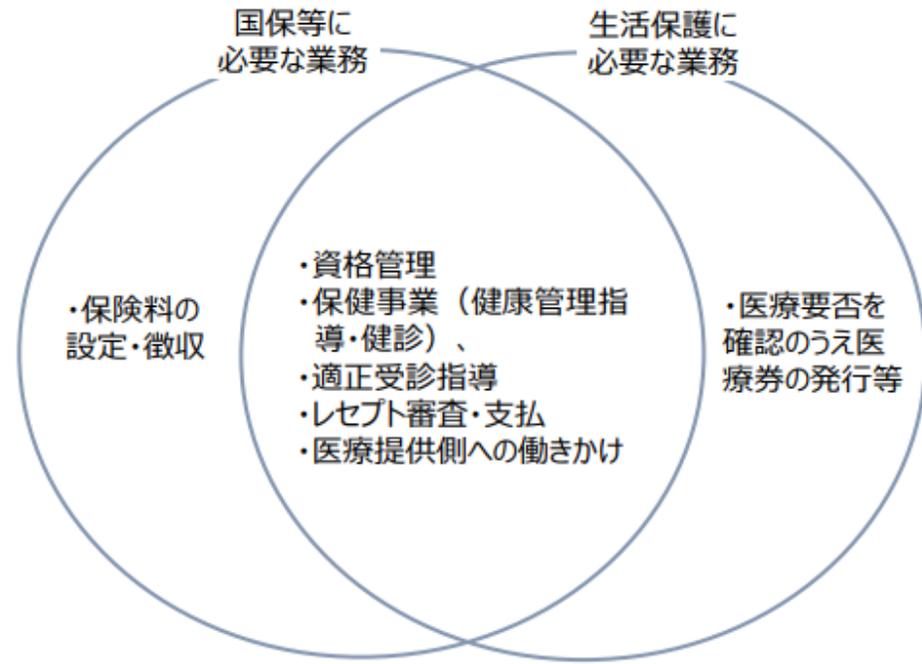
医療扶助の適正化⑦（生活保護受給者の国保等の加入）

- 生活保護受給者は、現状、国保等に加入せず、医療扶助を受けるものとされているが、国保等に加入することとすれば、都道府県のガバナンスが医療扶助に及び、頻回受診・長期入院への対応が強化され、医療扶助費の適正化につながり得る。
 - 国保等加入によって、システムや人員面で国保との連携が進めば、指導対象者抽出や専門職確保も効率的になると期待される。
- （参考）全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（2023年12月22日閣議決定）（抄）
医療費全体に関する都道府県のガバナンス強化の観点から、生活保護受給者が国民健康保険制度や後期高齢者医療制度に加入することについて、検討を深める。

生活保護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

生活保護（医療扶助）と国保等に関する自治体の業務



高齢者の保険制度別医療費と医療扶助



（出所）医療保険については、「医療保険に関する基礎資料（令和4年度）」
医療扶助については、令和4年度生活保護費負担金事業費実績報告、NDBデータをもとに推計

【改革の方向性】（案）

- 国が引き続き応分の財政責任を果たすことを前提として、改革工程にも記載されたとおり、都道府県のガバナンス強化の観点から、生活保護受給者が国民健康保険制度や後期高齢者医療制度に加入することについて、検討を深める必要。

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和8年度国民健康保険関係予算案
3. 財政制度等審議会等における指摘
4. 骨太方針、改革工程の記載
5. 自治体の事務負担軽減
6. 外国人被保険者への対応

（外免切替手続・社会保障制度等の適正化）

外国の運転免許の日本の運転免許への切替手続（外免切替手続）について、運転免許の住所確認の厳格化や知識確認・技能確認の審査内容の厳格化を進める。外国人の税・社会保険料の未納付防止や社会保険制度の適正な利用に向けて、未納付情報や医療費不払情報の連携による在留審査への有効活用、外国人の保険適用の在り方等の検討を行う。児童手当・就学援助の実態に即した適正利用を図る。

（中長期的な医療提供体制の確保等）

（前略）国民健康保険の都道府県保険料水準の統一に加え、保険者機能や都道府県のガバナンスの強化を進めるための財政支援の在り方について検討²¹⁷を行う。

217 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、現在広域連合による事務処理が行われている後期高齢者医療制度の在り方、生活保護受給者の医療扶助の在り方の検討。

社会保障

	2024年度 《主担当府省庁等》	集中取組期間				2028年度 ～2030年度
		2025年度	2026年度		2027年度	
		通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会	
医療・介護制度等の改革		⑫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				
		医療費適正化等の観点から調整交付金や保険者努力支援制度等の在り方について検討し、一定の結論を得る。	保険者機能の強化等を進めるための取組（保険者努力支援制度における医療費適正化のインセンティブがより働くようなメリハリづけの強化等）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、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》					
		⑬国保の都道府県保険料水準統一の更なる推進				
		国民健康保険の財政運営を安定化させ、被保険者の受益と負担を公平化させる観点から、保険料水準統一加速化プランにおける各都道府県の取組状況の把握・分析・事例展開や、進捗状況に応じた調整交付金・保険者努力支援制度による財政措置も活用し、将来的には都道府県の保険料水準を「完全統一」することを見据えた取組を行う。				
		まずは、各都道府県における「納付金ベースの統一」を目指すこととし、各都道府県において国民健康保険運営方針の中間見直し年の前年（2026年）の意思決定を目指し、取組を進める。	完全統一の達成を目指して、都道府県への支援等の取組を着実に実施。			
《厚生労働省》						

社会保障

	集中取組期間				2028年度 ～2030年度
	2024年度 《主担当府省庁等》	2025年度	2026年度	2027年度	
		通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会
医療・介護制度等の改革		⑪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など、デジタル化を通じた適正受診・健康管理の推進。			
	医療費全体に関する都道府県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》				
		⑫障害福祉サービスの地域差の是正			
	障害福祉サービスの地域差を是正し、供給が計画的かつ効率的に行われる方策について、次期障害福祉計画（2027～2029年度）に向けて検討を行い、その結果に基づき必要な措置を講じる。			左記の措置を踏まえ、更なる取組を検討・推進する。	
	都道府県知事が行う事業所指定の際に市町村長が意見を申し出る仕組みを推進するための検討を行い、必要な措置を講じる。				
	共同生活援助における総量規制も含めた地域の実態や地域移行の状況を踏まえた事業所指定の在り方について検討を行い、その結果に基づき必要な措置を講じる。			左記の措置を踏まえ、事業所指定の在り方に関する更なる取組を検討・推進する。	
	相談支援の利用を促進し、セルフプランの適正化を図る。地域における給付決定事務の運用状況等に係る状況把握を行い、分析や課題整理を行った上で、好事例の横展開等、利用者の状況に応じた適切な給付決定のための取組の検討を行い、その結果に基づき必要な措置を講じる。			左記の措置を踏まえ、適切な給付決定のための更なる取組を検討・推進する。	
	《厚生労働省、こども家庭庁》				

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

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

主な改革項目と工程

※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	<ul style="list-style-type: none"> （労働市場や雇用の在り方の見直し） ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等 	<ul style="list-style-type: none"> （勤労者皆保険の実現に向けた取組） ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 ・年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	<ul style="list-style-type: none"> ・前期財政調整における報酬調整の導入 ・後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み ・介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方） ・介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） ・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ・入院時の食費の基準の見直し等 ・生活保護制度の医療扶助の適正化 	<ul style="list-style-type: none"> （生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） ・医療DXによる効率化・質の向上 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 ・国保の都道府県保険料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。

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

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和8年度国民健康保険関係予算案
3. 財政制度等審議会等における指摘
4. 骨太方針、改革工程の記載
5. 自治体の事務負担軽減
6. 外国人被保険者への対応

自治体の事務負担軽減に向けた 都道府県国民健康保険団体連合会の役割強化に関する会議

1. 会議開催の目的

- 自治体の事務負担軽減に向け、都道府県国民健康保険団体連合会の役割を強化し、自治体支援の持続可能なモデルの構築のため、「自治体の事務負担軽減に向けた都道府県国民健康保険団体連合会の役割強化に関する会議」を開催。

2. 現状と課題

- 市町村では、人口減少の影響等により一般行政職員等の人材不足が深刻化。将来、保険者事務の実施に支障を来すおそれ。
※市町村、国保連の職員もともに年々減少（市町村／H30:16,894人→R7:15,376人 国保連／H30:5,099人→R7:4,954人）
- 市町村のマンパワーに限りがある中、各市町村における住民サービス等に大きな差異が生じないよう、事務の標準化、広域化及び効率化を進めることが重要。しかしながら、市町村事務の共同実施の取組も、都道府県の取組状況に差異。
- 市町村が共同で設立した公法人である都道府県国保連は、日常的に市町村と強い関係性がある他、一定の専門性を有し、役割強化に意義。
- 市町村は国保等の事務に一定の委託ニーズを有しており、国保連も受け皿足り得る基盤がある。①国保連が受託できる事務範囲の明確化、②国保連・中央会間又は各国保連間の連携強化、③人材確保、④市町村の事務負担軽減に向けた都道府県の関与の強化、⑤実施に向けた財政基盤の担保、⑥国の支援の在り方について、具体的な方策を検討する。※後期・介護も検討 令和8年度以降も引き続き検討

3. 検討の経過

※厚生労働省保険局国民健康保険課、国民健康保険中央会、都道府県国民健康保険団体連合会をメンバーとして検討

時期	検討内容等	参考
第1回 (令和7年10月)	・国保連の役割の現状と課題等について ・国保連の役割強化についての実態調査の実施	
第2回 (令和7年11月)	・国保連ヒアリング（事務受託の状況や課題、本会議への要望）※10国保連からヒアリング	10月～11月 国保連へ受託状況調査、市町村へ 国保連への委託希望調査を実施
第3回 (令和7年12月)	・国保連の役割強化についての調査結果報告・自治体への事務負担軽減に係る調査結果（国保） ・検討すべき論点	
第4回 (令和8年1月)	・自治体への事務負担軽減に係る調査結果（後期） ・主な論点について① 現状と課題、課題解決のための方向性、国保連が受託できる事務範囲の明確化、都道府県域を越えた国保連・中央会の連携、市町村の事務負担軽減に向けた都道府県の関与	
第5回 (令和8年2月)	・自治体への事務負担軽減に係る調査結果（介護） ・主な論点について② 国民健康保険分野について（国保連が受託できる事務範囲の明確化、人材確保 など）	
第6回 (令和8年3月)	・「中間とりまとめ（案）」について ・令和8年度以降の進め方	「中間とりまとめ」を都道府県宛 に事務連絡により送付予定

令和8年1月以降、地方制度調査会及び地方制度調査会専門小委員会において、国・都道府県・市町村間の役割分担等について議論を開始。

自治体の事務負担軽減のための取組の進め方（主として国民健康保険）

（自治体の事務負担軽減に向けた都道府県国民健康保険団体連合会の役割強化に関する会議 中間とりまとめ）

1. 国保連・自治体に対する調査結果

①国保連が市町村から受託している事務等に関する調査

- ・国保連に対し、国保、後期、介護等の事務について事務内容毎に受託状況や希望を調査。
- ・調査結果として、**主として国保事務を市町村から受託**、後期は国保の延長線上、介護は審査システム関連事務委託が多い。

②自治体に対する国保連への事務委託の希望に関する調査

- ・自治体に対し、国保、後期、介護の事務について、委託希望の事務を調査。
- ・自治体が委託を希望する事務は、**国保においては、療養費、高額療養費等の現金給付分における給付事務、保健事業、第三者行為求償関係事務等に希望が集中。**

2. 課題解決のための方向性

1. 国保連が受託できる事務範囲の明確化

- ・特に**定型的事務**について、国保連と自治体の間で、自治体の二ーズや事務負担軽減の観点を踏まえながら委託（受託）拡大に向け取組。
- ・**受託している国保連のある事務・類似の事務を例示し、委託（受託）の推進に活用。**

2. 国保連と中央会の間又は各国保連間の連携強化

- ①定型的事務で事務内容の共通性が高いものについて、中央会で実施し、又は複数の国保連での共同受託を行う。（例）コールセンター、研修・説明会等
- ②専門的事務で事務内容の共通性が高いものについて、国保連で担えるよう、中央会において人材育成等の支援を行う。（例）人材育成

3. 人材確保

- ・短期的に継続的な人員確保が困難な場合、任期付き職員の採用、他の国保連との共同事業実施を検討。中長期的には研修による人材育成を実施。

4. 市町村の事務負担軽減に向けた都道府県の関与の強化

- ・都道府県の主導により、**都道府県、市町村、国保連による定期的な意見交換の場を設け、受託事務の標準化、一括受託を検討する。**

5. 実施に向けた財政基盤の担保

- ①持続可能な財源確保・・・持続可能な財源確保による国保連の継続的な体制整備のため、委託費の適正化・明確化を図る
- ②会計処理方法の明確化・・・収支に係る会計処理方法の国保連間の相違があるため、令和8年度以降、会計処理方法の在り方を検討する

6. 自治体の事務負担軽減達成のための国の支援の在り方

市町村が担う事務の標準化、一括受託を推進するための方策として、令和9年度「都道府県国民健康保険運営方針」に関する都道府県内の議論に資するよう、

- ・**都道府県国民健康保険運営方針策定要領において、事務の標準化等に関する考え方**
 - ・**「公費の在り方」において、保険者努力支援制度等による具体的な財政支援の在り方**
- 等を令和8年度の早期に示す。また、支援期間を設け、集中的に取組が図られるようにする。**

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

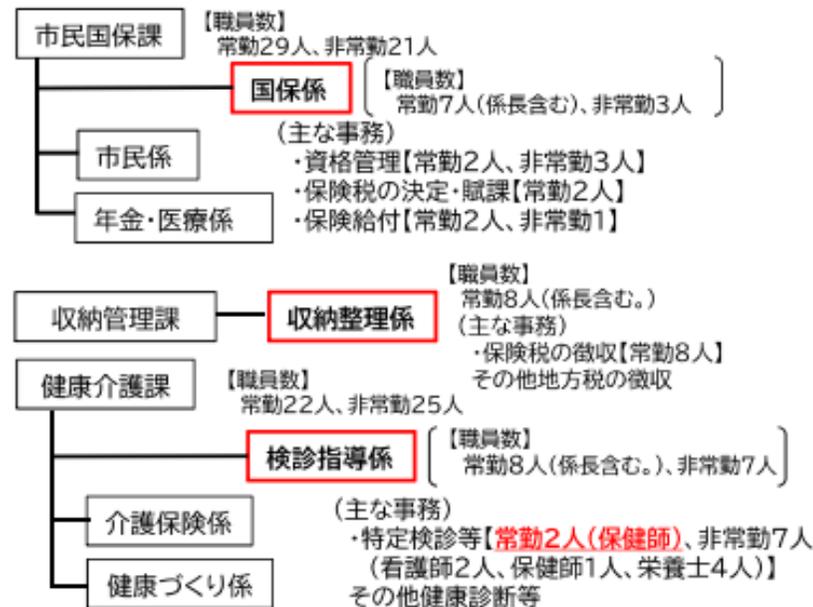
※1 国民健康保険事業の都道府県内の統一的な運営方針。市町村の意見や国保運営協議会の議論を経て、保険料の標準的な算定方法や事務の効率化、標準化、広域化に係る事項等を記載

※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

市町村の事務処理体制(国民健康保険)

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

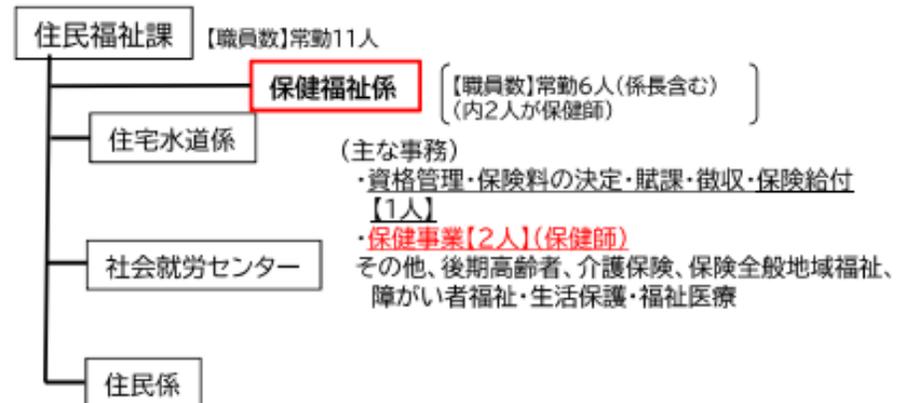
<A市(人口約5万人)>



<業務の詳細>

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

<B村(人口約1,500人)>



<業務の詳細>

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

業務の概況と課題(国民健康保険)

①資格管理

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

【業務の概況】

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

【事務処理上の課題】

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

【課題解決に向けた取組】

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

<取組を進めるに当たっての課題>

- 住民の認知度を向上させる必要

③保険給付

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

【業務の概況】

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

【事務処理上の課題】

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

【課題解決に向けた取組】

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

業務の概況と課題（国民健康保険）

②保険料の決定・賦課・徴収

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

【業務の概況】

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

【執行上の課題】

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

【課題解決に向けた取組】

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

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

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

<取り組みを進めるにあたっての課題>

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

【課題解決に向けた取組】

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

業務の概況と課題(国民健康保険)

④-1 データに基づく保健事業の実施

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

【業務の概況】

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



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

【事務処理上の課題】

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

<データ分析支援(埼玉県国保連等)>

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

<計画上の目標値設置の支援(滋賀県等)>

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

業務の概況と課題(国民健康保険)

④-2 特定健診

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

【業務の概況】

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

【事務処理上の課題】

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

【課題解決に向けた取組】

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

<取組を進めるに当たっての課題>

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

④-3 特定保健指導

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

【業務の概況】

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

【事務処理上の課題】

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

【課題解決に向けた取組】

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

<取組を進めるに当たっての課題>

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

持続可能な地方行財政のあり方に関する研究会（総務省自治行政局） 各行政分野における課題等を踏まえた検討①【国民健康保険】

- **保険給付に要した費用**については、市町村を經由せず、**都道府県から直接、国保連へ給付費を支払う**ことで効率化が図られるか。
- **保険料の納付勧奨**や**特定健診の受診勧奨**等のうち、**定型業務は委託等による集約化**が考えられる。他方、訪問勧奨等**住民への個別対応が必要なケース**は、引き続き市町村職員が担う必要が考えられるが、**保険料の滞納整理**等は、**広域での共同処理**が有効か。
- **レセプトデータ分析**等の専門性が高く小規模市町村で体制構築が難しい業務等については、都道府県単位で設置される**国保連や都道府県が広域支援の役割**を果たすことが考えられるか。（以下略）



自治体の事務負担軽減の観点から、必要な対応を検討

地方分権改革の下での 役割分担の基本的なあり方

役割分担の原則

<市町村中心の完結的な業務執行>

- 「基礎自治体(=市町村)優先の原則」をこれまで以上に実現。基礎自治体に対しては積極的に事務や権限を移譲。

(第27次地制調答申(平成15年11月))

<国・都道府県の補完的な役割>

- 国は本来果たすべき役割を重点的に担い、住民に身近な行政はできる限り地方公共団体に委ねることが基本。

(地方自治法第1条の2第2項)

- 都道府県は、その規模又は性質において一般の市町村が処理することが適当でないものについて、補完的に処理。

(地方自治法第2条第5項)

デジタル技術の活用

<情報システムの個別調達>

- 各団体が自らシステムを調達することを基本に、全国共通のインフラ(住基ネット、LGWAN等)が整備。

社会経済情勢の変化に対応して 進められてきた取組

<簡素で効率的な行政の要請等を背景とした実施主体の最適配分>

- NPMの台頭等を背景に、それまで一体的なものとして捉えてきた事務・権限を、一連の業務プロセスに着目して分割し、その一部を外部化する手法が定着。

・指定管理者制度の普及・定着 ・郵便局への委託可能事務の拡大
・地方独立行政法人の対象業務の拡大 等

- 全国的な対応等の要請を背景に、国による標準的な事務処理のあり方や基準の設定が拡大。

・個人情報保護制度の見直し ・自治体情報システムの標準化 等

- 安定的な財政運営等の観点から、事務の実施主体を市町村から都道府県単位に広域化。

・後期高齢者医療広域連合の設置
・国民健康保険の財政運営主体の都道府県化 等

- 住民との近接性が求められず、統一的な事務処理が可能なものについて、地方共同法人等により全国単位で広域化。

・地方公共団体情報システム機構(J-LIS) ・地方税共同機構 等

- 国や地方共同法人等が提供する共通基盤・共通機能を地方公共団体が共同で利用。

・マイナポータル ・eL-QR ・証明書等のコンビニ交付 等

これまでの取組から表出している 役割分担の見直し手法の傾向

<行政主体を通じたプロセスの最適化>

- 地方公共団体の業務を企画立案から管理執行までの一連のプロセスとして捉え、全体として効率化やサービス向上が図られるよう、各プロセスにおける実施主体を調整する取組が広く見られるようになっている。

国・都道府県・市町村の役割分担のあり方に関する検討の方向性(案)

令和8年2月18日
第34次地方制度調査会
第1回専門小委員会
資料1

地方分権改革の下での 役割分担の基本的なあり方

主体間の連携

<法令上の事務・権限をベースとした共同処理制度>

- 地方自治法上の共同処理制度は選択肢の拡大が行われてきたが、既存の制度を中心に活用状況は概ね横ばい。

社会経済情勢の変化に対応して 進められてきた取組

<行政ニーズに応じた連携のあり方の多様化>

- 制度化された仕組み以外に、複数の地方公共団体が一体となって行政サービスを提供する協働的な手法が拡大。
 - ・県・市町村の橋梁の点検における県の包括発注
 - ・県と市町村の連携による公立病院再編 等
- 複数団体や複数分野のインフラを「群」として捉え、維持管理を効率的・効果的に行う取組が推進。
 - ・地域インフラ群再生戦略マネジメント(群マネ)
- 激甚災害の頻発化や技術職員の減少等を背景に、災害等の一定の場合における国等による代行制度が拡充。
 - ・港湾法の一部改正 等

これまでの取組から表出している 役割分担の見直し手法の傾向

<簡素で弾力的な連携手法>

- 典型的な共同処理制度以外の簡素で弾力的な連携の手法を指向する動きが見られている。

政策遂行プロセス

<地方の意見の反映>

- 地方自治に影響を及ぼす国の施策の立案過程に地方の意見を反映するための仕組みを整備。
 - ・地方六団体への事前情報提供制度
 - ・地方分権の提案募集方式の導入 等

<政策の立案・実施プロセスへの地方の参加>

- 国と地方で構成される協議会において、共通化するシステムの選定や進捗状況の管理を行う推進体制を構築。
 - ・国・地方デジタル共通基盤の整備・運用に関する基本方針
- 住基ネット利用事務について、分権提案を契機とする地方公共団体との協議を通じて、分野横断的に見直し。
 - ・第15次分権一括法による住民基本台帳法の一部改正

<国・地方が協働した政策立案・実施>

- 政策の立案から実施の各段階で、国と地方が方針や進捗などを調整する仕組みへの期待が高まっている。

国・都道府県・市町村の役割分担のあり方に関する検討の方向性(案)

<検討の方向性(案)>

- 将来にわたって、持続可能かつ最適な形で行政サービスを提供していくための国・都道府県・市町村の役割分担のあり方については、これまでに進められてきた取組から、
 - ・ 地方公共団体の業務の各プロセスにおいて実施主体を調整する「行政主体を通じたプロセスの最適化」の定着
 - ・ 典型的な共同処理制度以外の「簡素で弾力的な連携手法」の指向
 - ・ 企画政策の立案から実施の各段階で、国と地方が方針や進度などを調整する「国・地方が協働した政策立案・実施」の仕組みへの期待の高まりといった傾向が表出していると言えるが、これらをどう評価するか。
- これらの傾向をより加速させる必要がある場合には、国・都道府県・市町村の役割分担のあり方に関する新たな考え方として定式化する必要があるのではないか。
- 役割分担の新たな考え方を各行政分野に広げていく必要がある場合には、これを各府省にフィードバックし、現場のニーズに合致した形で必要な個別法の見直しを行うなどの動きにつなげていくことが求められるのではないか。

近年の動き

1. 国保財政
2. 令和8年度国民健康保険関係予算案
3. 財政制度等審議会等における指摘
4. 骨太方針、改革工程の記載
5. 自治体の事務負担軽減
6. 外国人被保険者への対応

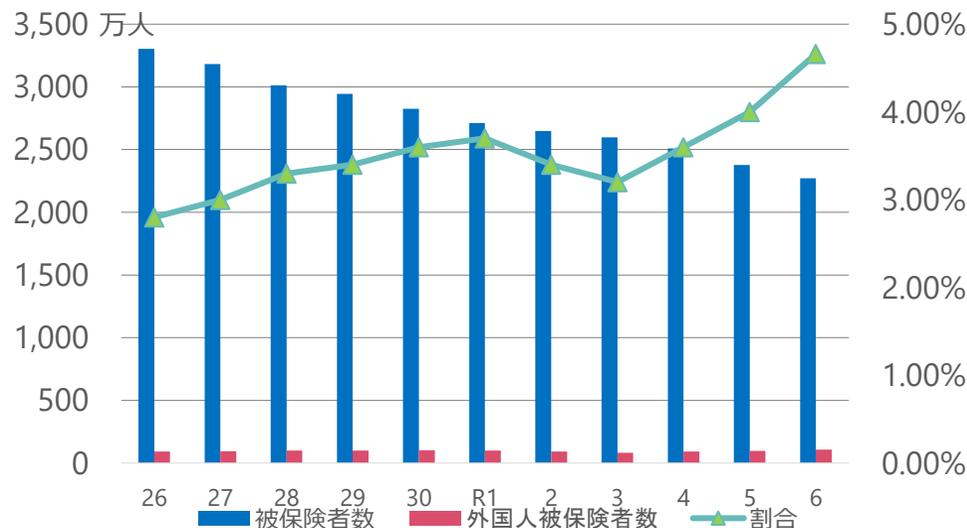
国民健康保険における外国人被保険者データ

- 国民健康保険における外国人被保険者数は、令和6年度時点で106万人で、全体の4.6%を占めている。
- 年齢別に見た場合、外国人被保険者数は20～39歳が57.5万人と多く、日本人被保険者に比べ若年層が多い。

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26	3,303 [97.2%]	91 [103.6%]	2.8
27	3,182 [96.4%]	95 [104.2%]	3.0
28	3,013 [94.7%]	99 [103.8%]	3.3
29	2,945 [97.7%]	99 [100.5%]	3.4
30	2,824 [95.9%]	102 [102.4%]	3.6
令和元	2,711 [96.0%]	99 [97.5%]	3.7
2	2,648 [97.7%]	91 [92.2%]	3.4
3	2,597 [98.1%]	83 [90.4%]	3.2
4	2,508 [96.5%]	92 [110.8%]	3.6
5	2,378 [94.8%]	97 [105.4%]	4.0
6	2,271 [95.5%]	106 [109.2%]	4.6

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)

年齢階層	日本人 (千人)	外国人 (千人)
0歳～19歳	118	1951
20歳～39歳	575	3468
40歳～64歳	262	7511
65歳～74歳	66	9782
不明	38	

■ 日本人 ■ 外国人

日本人被保険者数:国保実態調査(令和6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7年4月1日現在)

③ 外国人の保険料収納率

- 外国人の保険料の収納状況について実態把握ができていなかったところ、独自に把握を行っている自治体に対し聞き取りを実施。集計を行った約150自治体における外国人の収納率は63%であった(※)。

なお、同じ約150自治体の日本人も含めた全体の収納率は93%、全国の日本人も含めた全体の収納率は94%となっている。

(※)外国人の収納率は「外国人世帯主の世帯に係る収納金額/外国人世帯主の世帯に係る総賦課額」の数値。時点は令和6年12月末時点が基本であるが、自治体により異なる場合がある。

国民健康保険における外国人被保険者データ

④ 国内の診療実績

○総医療費、高額療養費支給額に占める外国人の割合は、それぞれ1.46%、1.26%であり、全国的な傾向としては、外国人被保険者に対する国内の診療実績は、必ずしも被保険者に占める外国人の割合に比して大きいとは言えない。

【R6.3～R7.2診療分(全体)】

項目	医科・DPC・調剤レセプトの合計		
	うち、外国人		割合
	実績		
レセプト件数	34,813万件	6,384,838件	1.83%
総医療費	87,082億円	1,270億円	1.46%
高額療養費該当件数	9,248,544件	98,030件	1.06%
高額療養費支給額	9,904億円	124億円	1.26%

【うち、80万円超分】

項目	医科・DPC・調剤レセプトの合計		
	うち、外国人		割合
	実績		
レセプト件数	1,670,198件	20,371件	1.22%
総医療費	24,439億円	317億円	1.30%

⑤ 出産育児一時金の支給状況

○全国的な傾向としては、外国人被保険者に対する出産育児一時金（全体）の支給件数は、年齢構成を考慮すれば、必ずしも被保険者に占める外国人の割合に比して多いとは言えない。

(参考)20歳～39歳の被保険者数：全体約346.8万人 うち、外国人約57.5万人(16.5%)

【令和6年度(全体)】

項目	出産育児一時金の支給状況		
	うち、外国人		割合
	実績		
支給件数	49,898件	5,442件	10.90%
支給額	243.8億円	25.8億円	10.59%

外国人の受入れ・秩序ある共生のための総合的対応策（抜粋）

（令和8年1月23日 外国人の受入れ・秩序ある共生社会実現に関する関係閣僚会議決定）

2 外国人制度の適正化等について

（2）税・社会保障・医療に係る制度の適正化

ア 国民健康保険料の収納対策・保険適用の在り方等の検討

i 現状と問題点

- 外国人の国民健康保険料（税）の収納状況について、全国的な実態把握ができておらず、また独自に把握を行っている市町村に対し聞き取りを実施したところ、外国人の収納率が低い状況にある。
- 国民健康保険においては、在留期間が3月を超える外国人は原則として被保険者となり、保険料を納めながら、等しく保険給付を受けることができる制度となっているが、その中には、日本の医療保険による治療目的で来日し、高額な治療を受けているような事例もあるのではないかと指摘がある。
- 現在、健康保険組合・協会けんぽにおいて、加入者の在留資格情報等の取得を行っておらず、外国人加入者の国籍等の実態把握ができていない。このため、国において、外国人の医療費や高額療養費の活用実績について把握ができていない。これらを踏まえ、健康保険における保険者（健康保険組合・協会けんぽ）において、加入者の在留資格情報等を簡便に取得できるようにすることが重要。

ii 実施中の施策

- 入国初年度の国民健康保険料（税）を前納させる仕組みを地方公共団体が導入できるよう、令和7年10月に参考例等の周知を行ったところであり、これを踏まえ、希望する地方公共団体において、令和8年度から随時前納の仕組みを導入する。〔厚生労働省〕《施策番号113》
- 国民健康保険については、市区町村において、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法務省に通知する枠組みが適切に実施されるよう、引き続き取り組んでいく。〔厚生労働省、法務省〕《施策番号114》
- いわゆる「なりすまし」に関しては、マイナンバーカードによる本人確認及び被保険者資格の即時の有効性確認が可能となり、令和6年12月から、マイナンバーカードを基本とする仕組みとなっている。また、窓口での本人確認の必要性が高いと考えられる場合は、外来患者に幅広く本人確認書類の提示を求める等の本人確認の方法を再周知した（令和7年8月）。〔厚生労働省〕《施策番号115》

iii 速やかに実施する施策

- 市町村において外国人の国民健康保険料（税）の収納状況を把握するためのシステム改修を令和8年度中に行う。出入国在留管理庁において、全ての在留資格について、令和9年6月から国民健康保険料（税）の納付情報を電子的に確認できるよう、公共サービスメッシュを活用した、マイナンバーによる情報連携を行い、上陸審査（再入国許可を受けている者に対する上陸審査を除く）及び在留審査や未納がある場合の納付勧奨に活用する仕組みを検討する。〔厚生労働省、法務省〕《施策番号116》
- 社会保険料を負担している一般国民から見て、不公平感につながらないよう、今後、健康保険についても、加入資格情報の適切な管理のため保険者が在留カード情報の取得を適切に行えるように、公共サービスメッシュを活用した、マイナンバーによる情報連携を行い、国籍、在留資格情報の取得を進める。〔厚生労働省、法務省〕《施策番号117》

iv 今後の課題

- 諸外国における外国人への医療保険の適用の在り方や不正受給防止対策に関する調査を実施の上、中長期的な観点から、外国人の保険適用や高額な医療給付の在り方、イギリスのイミグレーション・ヘルス・サーチャージの導入等を踏まえた財源確保の在り方、更には受入れ機関の責任の在り方等を含めた必要な対策を検討する。〔厚生労働省、法務省〕《施策番号118》

行政機関間の情報連携を活用した国保保険料（税）の滞納対策

1. 経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月13日閣議決定）（抜粋）

4. 国民の安心・安全の確保

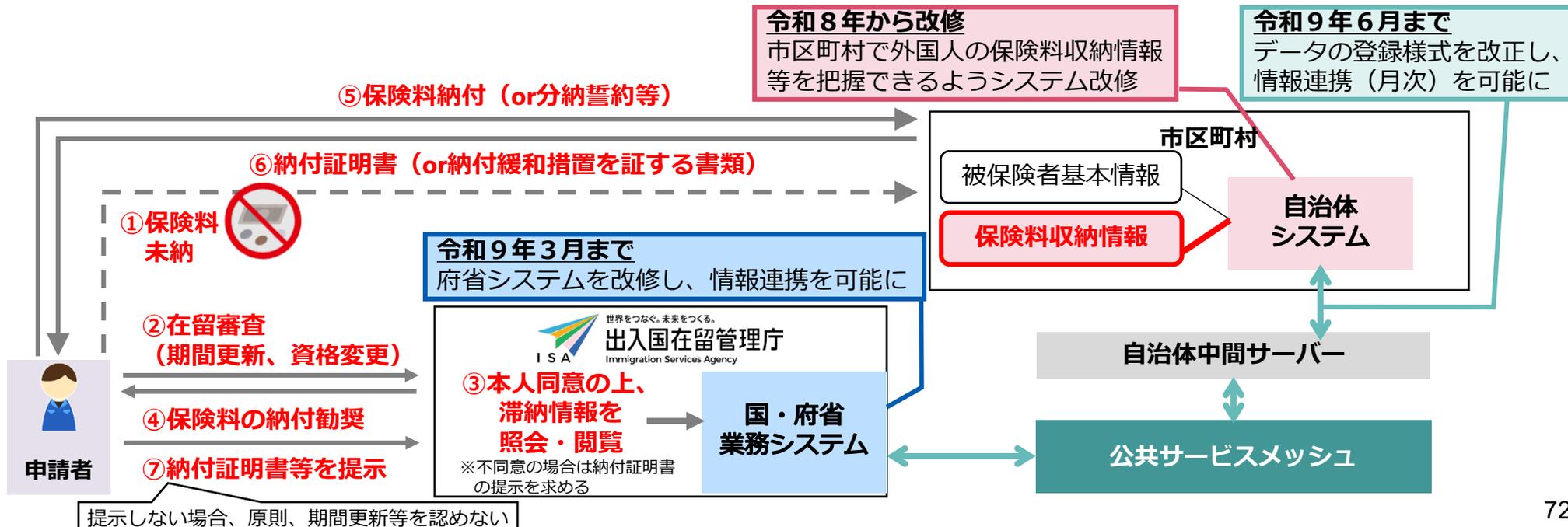
（5）外国人との秩序ある共生社会の実現

（外免切替手続・社会保障制度等の適正化）

（略）**外国人の税・社会保険料の未納付防止**や社会保険制度の適正な利用に向けて、**未納付情報**や医療費不払情報の**連携による在留審査への有効活用**、外国人の保険適用の在り方等の検討を行う。（略）

2. 取組概要

- デジタル庁が運用する情報提供ネットワークシステム「公共サービスメッシュ」を用いた**マイナンバー情報連携**により、市区町村が国民健康保険料（税）の収納情報を登録し、入管庁において外国人の在留審査時に活用する。
- **令和9年6月から**情報連携を開始できるよう、厚労省・入管庁が**連携してシステム整備**を進める。



国民健康保険料（税）の前納

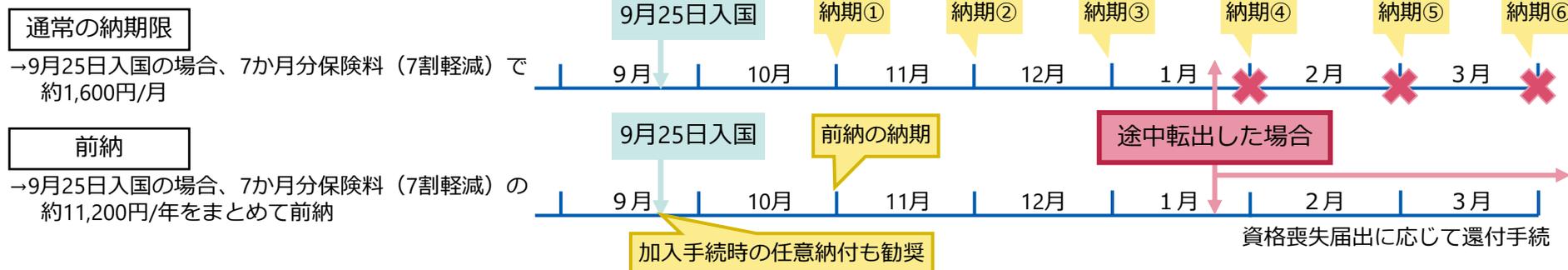
1. 収納に関する課題

- 保険制度への理解が不十分な外国人もあり、未納が多い状況。**未納のまま帰国されると、徴収が極めて困難**となる。
- **特に入国初年度は保険料が低く、限られた市区町村のマンパワーでは、他の高額滞納者の収納対策を優先**せざるを得ない。
(参考) 応益割全国平均額は約52,000円/年。入国初年度で国内での前年所得のない場合は7割軽減の対象となり約16,000円/年。

2. 取組概要

- 入国初年度の保険料（税）について（※）、**通常の納期限から前倒して納付させる仕組み（前納）を、令和8年4月以降希望する自治体が導入**できるよう、国から条例参考例や留意点等を周知。
(※) 内外無差別の観点で、外国人に限らず、帰国した日本人も同様の取扱いとする。
 - 前納の納期限までに納付されない場合は督促等を行う。さらに可能であれば加入手続き時に保険料（税）を任意で納付するよう促す取組を実施。これにより、**早期に制度理解を促し、納付忘れを防止**する。
- ⇒ 令和9年6月以降、外国人の在留審査時に国保保険料（税）の収納情報を活用する予定であるところ、これは在留期間更新・資格変更申請を行う外国人に対しては有効な措置となるが、**当該申請を行わず在留期間の満了あるいはそれ以前に本国に帰国する外国人については、前納により納付を促すことが特に有効**。

(例) 均等割年額52,000円の10期制の自治体：各期の均等割保険料は5,200円/月で、7割軽減の場合は約1,600円/月



国民健康保険料（税）の前納制度の導入予定状況

- 前納制度の導入予定について照会を行ったところ、令和8年1月時点で令和8年4月より前納制度を導入する予定と回答した、市区町村は46であった。

前納導入予定市区町村数

	令和8年4月より 導入予定	令和9年4月より 導入予定	導入予定 (時期未定)	検討中	導入予定なし
市区町村数	46	33	112	955	592

医療保険制度改革について

1. 国民健康保険制度改革の推進
2. OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて
3. 高額療養費制度の見直し
4. 標準的な出産費用の無償化

国民健康保険制度改革の推進

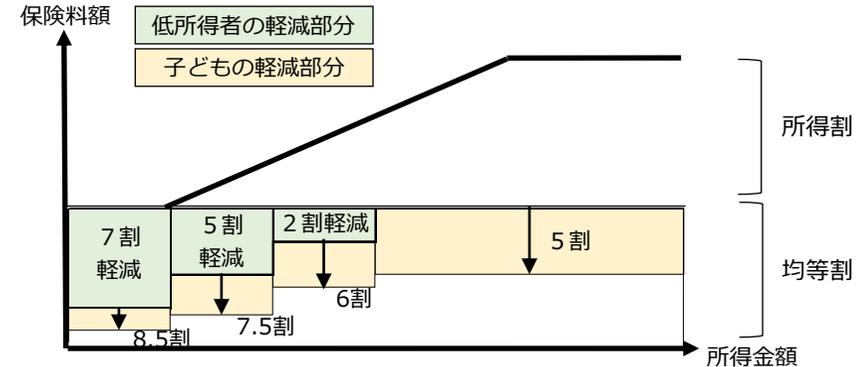
- 国民健康保険制度の持続的な財政運営、負担能力に応じた負担等の観点から、以下の見直しを行う。

(1) 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、**5割の軽減措置の対象を高校生年代まで拡充**する。

(参考) 軽減対象者数

未就学児 ⇒ 高校生年代まで
約50万人 (+約140万人) 約180万人



(2) 国民健康保険組合に係る見直し

- ① 国保組合の定率補助について、**負担能力に応じた負担等**を進める観点から、**一定の水準に該当する国保組合（※）に例外的な補助率（12%、10%）を適用**する（原則は13%～32%）。

(※) 補助率13%の区分に該当する国保組合のうち、以下の①～③の全てに該当する場合

- 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

* その他、補助率を区分する所得基準及び各国保組合の平均所得の算出方法を見直す。

- ② **健康保険の適用除外となることで国保組合の被保険者となる場合の手續**（※）について、年金機構による承認を必要とせず、**申出を行うことのみ**で足りるものとし、国保組合における**事務手續の簡素化**、被保険者の資格情報管理における**タイムラグの解消**を図る。

(※) 法人を設立する等により、本来、健康保険に加入する必要がある場合であっても、国保組合の事業運営の継続性の観点から、例外的に健康保険の適用除外により国保組合の被保険者となることが認められている。

(3) その他持続的な国保運営に向けた見直し

- 財政安定化基金の本体基金分（※）について、保険料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。

(※) 財政安定化基金は、国保財政の安定化のために各都道府県に設置されているもの。そのうち国費により造成された本体基金分は、現行では、保険料収納不足や保険給付費増による財源不足が生じた場合に活用することが可能となっている。

- 低所得者に対する保険料軽減判定の適正化等の観点から、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（令和7年地方分権提案関係）。

医療保険制度改革について

1. 国民健康保険制度改革の推進
2. OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて
3. 高額療養費制度の見直し
4. 標準的な出産費用の無償化

OTC類似薬の保険給付の見直し【政調会長間合意（令和7年12月19日）】

○ 別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みの創設

趣旨： ①医療用医薬品の給付を受ける患者とOTC医薬品で対応している患者との公平性の確保
②現役世代の保険料負担の軽減

見直し内容： 他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、長期収載品で求めているような別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中に実施。【法改正事項】

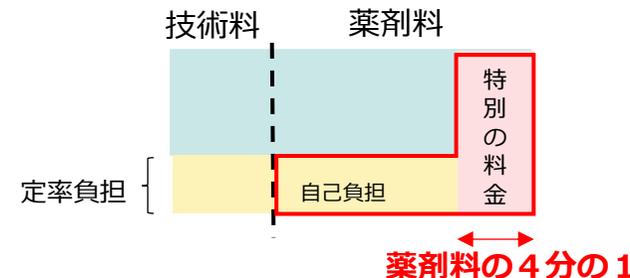
○ 特別の料金の対象となる医薬品の範囲・特別の料金の設定

対象医薬品の範囲： 77成分（※）（約1,100品目）

（※）OTC医薬品と成分・投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品を機械的に選択。

特別の料金： 対象薬剤の薬剤費の1/4

セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、令和9年度以降に対象となる医薬品の範囲の拡大や特別な料金の引き上げについて検討。



○ 配慮が必要な者

こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮を検討。

特別の料金の対象となる医薬品の範囲について

今般の見直しで、特別の料金の対象となる医薬品は、OTC医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異なる医療用医薬品であり、下記の数字は機械的に選定したもの。

○ **成分数** 77

○ **品目数** 約1,100

○ **主な対応症状**

- ・ 鼻炎（内服・点鼻）
- ・ 胃痛・胸やけ
- ・ 便秘
- ・ 解熱・痛み止め
- ・ 風邪症状全般
- ・ 腰痛・肩こり（外用）
- ・ みずむし
- ・ 殺菌・消毒
- ・ 口内炎
- ・ おでき・ふきでもの
- ・ 皮膚のかゆみ・乾燥肌 等

自由民主党、日本維新の会 政調会長間合意（令和7年12月19日 署名）（OTC類似薬部分）

2. 薬剤給付に係る見直し

(1) OTC類似薬の保険給付の見直し

OTC類似薬の保険給付の見直しの趣旨は、OTC医薬品で対応できる症状であるにも関わらず、他の被保険者の保険料にも負担をかけて**医療用医薬品の給付を受ける患者と**、現役世代を中心とした、平日の診療時間中に受診することが困難である等の理由により**OTC医薬品で対応している患者との公平性を確保する観点**や、それら**現役世代の保険料負担の軽減を図る観点**から、一定程度の見直しが必要であることによるものである。

このため、OTC医薬品の対応する症状の適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品のうち、他の被保険者の保険料負担により給付する必要性が低いと考えられるときには、患者の状況や負担能力に配慮しつつ、長期収載品で求めているような**別途の保険外負担（特別の料金）を求める新たな仕組みを創設し、令和8年度中に実施**する。まずは、**77成分（約1,100品目）を対象医薬品とし、薬剤費の1/4に特別の料金**を設定する。

今後、セルフメディケーションに関する国民の理解や、OTC医薬品に関する医師・薬剤師の理解を深めるための取組、医療用医薬品のスイッチOTC化に係る政府目標の達成に向けた取組などの環境整備を進めるとともに、将来、OTC医薬品の対応する症状の適応がある処方箋医薬品以外の医療用医薬品の相当部分にまで対象範囲を拡大することを目指し、上記の施行状況等について政府が把握・分析した上で与党に報告する枠組みを構築するなど、与党の関与の下、**令和9年度以降にその対象範囲を拡大**していく。あわせて、**特別の料金をいただく薬剤費の割合の引き上げについても検討**する。

なお、実施にあたっては、**こども、がん患者や難病患者など配慮が必要な慢性疾患を抱えている方、低所得者、入院患者、医師が対象医薬品の長期使用等が医療上必要と考える方等に対する配慮**を検討する。

医療保険制度改革について

1. 国民健康保険制度改革の推進
2. OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて
3. 高額療養費制度の見直し
4. 標準的な出産費用の無償化

高額療養費制度の見直しのポイント

- 高額療養費制度の見直しの基本的な考え方（令和7年12月16日 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会）を踏まえ、高額療養費のセーフティネット機能に鑑み、長期療養者や低所得者の経済的負担の在り方に配慮した見直しを行う。

（1）長期療養者への配慮

1. 多数回該当の金額を据え置き

－長期に継続して治療を受けている方の経済的負担を増加させない。

2. 「年間上限」の導入

－多数回該当に該当しない長期療養者の経済的負担にも配慮する観点から、新たに「年間上限」を導入。これにより、月単位の「限度額」に到達しない方であっても、「年間上限」に達した場合には、当該年においてそれ以上の負担は不要となる。

（2）低所得者への配慮

1. 住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「**年収200万円未満**」の方の**多数回該当の金額を引き下げる**。
2. 外来特例の限度額引上げの際、「**住民税非課税区分**」に**外来年間上限を導入**し、年間の最大自己負担額（12ヶ月限度額を負担される方の負担額）を現在よりも増加させない。

高額療養費制度の見直しについて

令和7年12月25日

第209回社会保障審議会医療保険部会
第9回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会 合同開催

資料1-2

所得区分	現行		R8.8~			R9.8~		
	月額上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)	月額上限	年間上限	外来特例 (70歳以上)
約1,650万円~ (標報：127万円~)	252,600 + 1% <140,100>	—	270,300 + 1% <140,100>	1,680,000 (月額平均140,000)	—	342,000 + 1% <140,100>	1,680,000 (月額平均140,000)	—
約1,410~約1,650万円 (標報：103~121万円)						303,000 + 1% <140,100>		—
約1,160~約1,410万円 (標報：83~98万円)						270,300 + 1% <140,100>		—
約1,040~約1,160万円 (標報：71~79万円)	167,400 + 1% <93,000>	—	179,100 + 1% <93,000>	1,110,000 (月額平均92,500)	—	209,400 + 1% <93,000>	1,110,000 (月額平均92,500)	—
約950~約1,040万円 (標報：62~68万円)						194,400 + 1% <93,000>		—
約770~約950万円 (標報：53~59万円)						179,100 + 1% <93,000>		—
約650~約770万円 (標報：44~50万円)	80,100 + 1% <44,400>	—	85,800 + 1% <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	—	110,400 + 1% <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	—
約510~約650万円 (標報：36~41万円)						98,100 + 1% <44,400>		—
約370~約510万円 (標報：28~34万円)						85,800 + 1% <44,400>		—
約260~約370万円 (標報：20~26万円)	57,600 <44,400>	18,000 (年14.4万)	61,500 <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	22,000 (年21.6万)	69,600 <44,400>	530,000 (月額平均約44,200)	28,000 (年21.6万)
約200~約260万円 (標報：16~19万円)						65,400 <44,400>		28,000 (年21.6万)
~約200万円 (標報：~15万円)						61,500 <34,500>		22,000 (年21.6万)
非課税【70歳未満】	35,400 <24,600>	—	36,900 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	—	36,900 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	—
非課税【70歳以上】	24,600	8,000	25,700 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	11,000 (年9.6万)	25,700 <24,600>	290,000 (月額平均約24,200)	13,000 (年9.6万)
一定所得以下【70歳以上】	15,000	8,000	15,700	180,000 (月額平均15,000)	8,000	15,700	180,000 (月額平均15,000)	8,000

(※1) 「~約200万円(標報：~15万円)」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。

(※2) 外来特例の対象年齢については、「「強い経済」を実現する総合経済対策」(令和7年11月21日閣議決定)において、「医療費窓口負担に関する年齢によらない真に公平な応能負担の実現」について、「令和7年度中に具体的な骨子について合意し、令和8年度中に具体的な制度設計を行い、順次実施する」とされていることも踏まえ、高齢者の窓口負担の見直しと併せて具体案を検討し、一定の結論を得る。

高額療養費制度の見直しについて（イメージ）

令和7年12月25日

第209回社会保障審議会医療保険部会
第9回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会 合同開催

資料1-2

自己負担限度額
(70歳以上・定額分)

(1) 長期療養者への配慮

●多数回該当(※)の据え置き

- (※) 年収約370万円～約770万円の者の自己負担限度額
- ・年1～3回目：80,100円 + 1%
 - ・年4回目以降：44,400円（多数回該当）

●患者負担に年間上限（年単位の上限額）を導入

(2) 低所得者への配慮

- 住民税非課税区分の限度額の引き上げ率の緩和(①②)
- 住民税非課税ラインを若干上回る年収層「年収200万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げ

(※) (4) と合わせて実施

(4) 応能負担 →所得区分の細分化

(3) 一人当たり医療費の増 を踏まえた限度額見直し

(5) 70歳以上外来の自己負担限度額（外来特例）の見直し

- 応能負担の考え方を踏まえつつ、低所得者(①)には配慮（月額上限の据え置き）
- 住民税非課税区分(②)に対して、新たに年間上限を導入。これにより、毎月現在の上限度額まで利用される方の負担は変わらない。(③④の年間上限も同様の考え方にに基づき設定)

- : 現行
- - : 月額限度額見直し(令和8年度)
- : 所得区分の細分化(令和9年度)
- : 年間上限の月額平均(令和8年度)
- : 多数回該当の金額(現行額を据え置き)

140,000円 年間上限の月額平均
※多数回該当を下回る水準に設定

92,500円

約44,200円

約34,200円

約24,200円

15,000円

住民税非課税世帯 28万円 (年収約370万円) 53万円 (年収約770万円) 83万円 (年収約1,160万円) 標準報酬月額

医療保険制度改革について

1. 国民健康保険制度改革の推進
2. OTC類似薬を含む薬剤自己負担の見直しについて
3. 高額療養費制度の見直し
4. 標準的な出産費用の無償化

医療保険制度における出産に対する支援の強化

【基本的な考え方】

- ・ 一次施設をはじめとした地域の周産期医療提供体制の維持
 - ・ 出産費用の見える化の徹底による、妊婦自身が納得感を持ってサービスを選択できる環境の整備
- を実現しつつ、保険診療以外の分娩対応の費用について妊婦の自己負担が生じない仕組みとし、保険診療の一部負担金などのその他の費用についても一定の負担軽減が図られるよう、出産に対する新たな給付体系を導入する。

新給付の適用施設（病院・診療所・助産所）

● ● : 療養の給付とは異なる医療保険給付体系

● : 療養の給付体系

保険診療以外の
分娩対応

+

保険診療
(必要な場合)



分娩 1 件当たり基本単価
全国同水準（包括評価）
（現物給付化）

+

療養の給付
(従来どおり)

手厚い体制、
ハイリスク
妊婦の積極
的な受入体
制を整備し
ている施設
等への加算

アメニティ等の
サービス

見える化を徹底し、妊婦自身が納得感を持ってサービスを選択できる環境を整備
(自己負担)

妊婦に対する現金給付

※施設の選択により、当分の間、現行制度（出産育児一時金）の適用を受けることも可能とする。

（当該施設で出産した場合、現行どおり、出産育児一時金を支給）

（注）保険診療以外の分娩対応＝いわゆる正常分娩部分

国保運営方針に基づく取組

1. 総論

2. 納付金算定

3. 保険料水準の統一

4. 赤字解消・削減

5. 保険料の徴収の適正な実施

6. 保険給付の適正な実施

7. 医療費適正化

8. 事務の標準化・広域化

国民健康保険制度を取り巻く状況

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

国民健康保険制度における都道府県・市町村・国保連合会の役割分担

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

改革の方向性

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

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

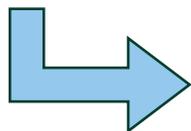
都道府県国保運営方針について

- 都道府県国保運営方針は、**都道府県と各市町村が一体となり、役割分担をしつつ、保険者としての事務を共通認識の下で実施する**体制を確保するために策定。
- 策定に当たり、**都道府県と各市町村が保険者として目指す方向性について認識を共有**しておくことが必要。
- 被保険者、医療関係者、学識経験者、被用者保険代表等の**地域の関係者の意見もよく聴いた上で、地域の実情に応じた方針を策定**することが必要。
- 策定後も運営状況等も踏まえ、**定期的に検証・見直し**を行い、**必要に応じ改善**していくことが重要。
- **都道府県**は、県内の国民健康保険制度の「望ましい均てん化」を図るため、**一層主導的な役割を果たす**ことが重要。

都道府県国保運営方針の主な記載事項

- (1) **国保の医療費、財政の見通し**（医療費の動向と将来の見通し、赤字解消・削減の取組、財政安定化基金の運用等）
- (2) **市町村の保険料の標準的な算定方法及びその水準の平準化**に関する事項（保険料水準の統一に向けた検討等）
- (3) **保険料の徴収の適正な実施**に関する事項
- (4) **保険給付の適正な実施**に関する事項（レセプト点検、第三者求償、高額療養費多数該当の取扱い等）
- (5) **医療費適正化**に関する事項（医療費適正化に向けた取組、保健事業の取組、医療費適正化計画との関係）
- (6) **市町村が担う事務の効率化、広域化の推進**に関する事項（保険者事務、収納対策、保健事業等の共同実施）
- (7) **保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携**に関する事項
- (8) 施策の実施のために必要な関係**市町村相互間の連絡調整**等

※下線部は国保法改正により、令和6年4月から新たに必須記載事項として追加



令和8年度に国において、国保運営方針策定要領の見直しを行い、令和8年5～6月に発出を予定。

国保運営方針に基づく取組

1. 総論

2. 納付金算定

3. 保険料水準の統一

4. 赤字解消・削減

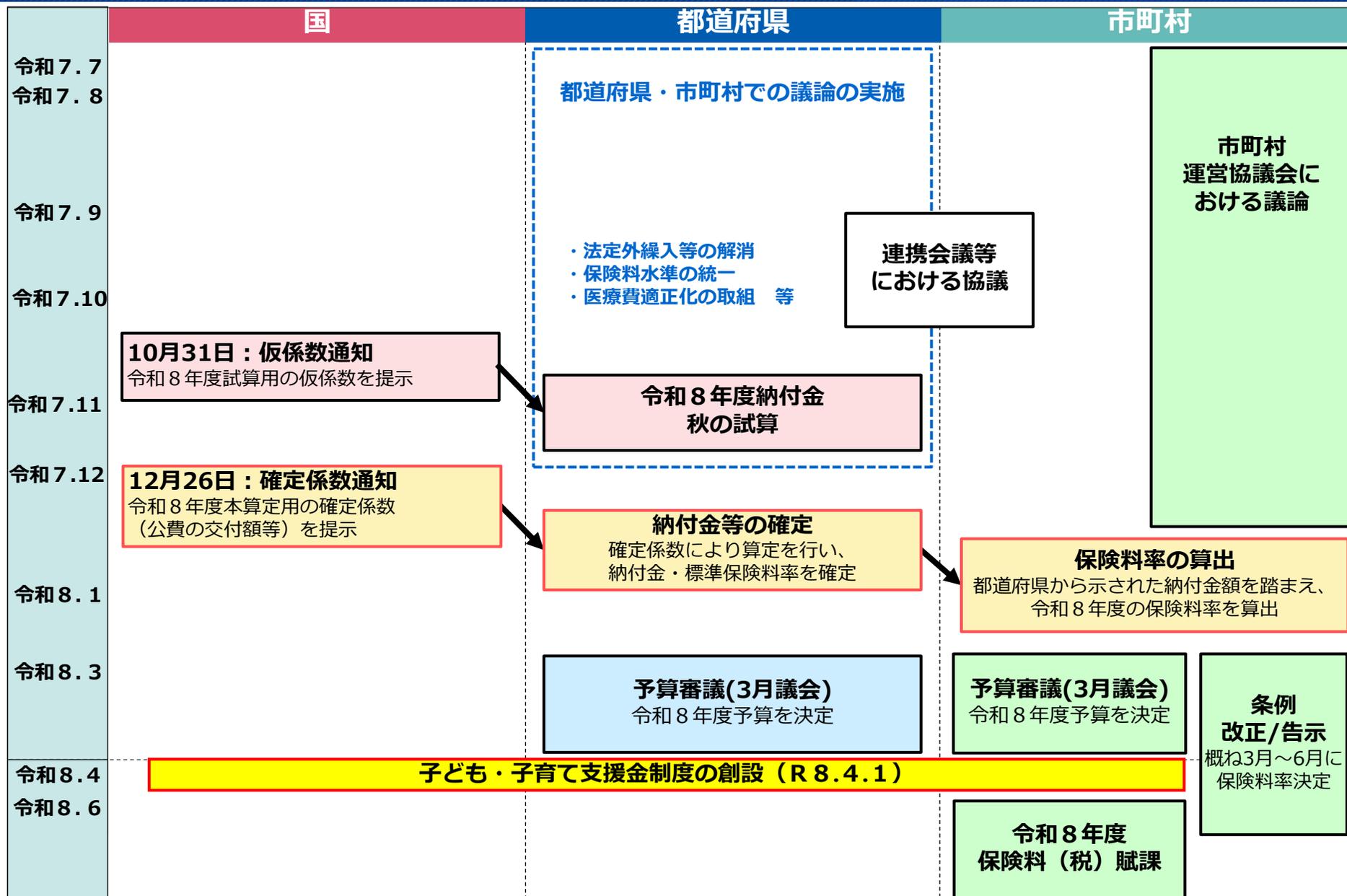
5. 保険料の徴収の適正な実施

6. 保険給付の適正な実施

7. 医療費適正化

8. 事務の標準化・広域化

令和 8 年度納付金算定に向けたスケジュール



国保運営方針に基づく取組

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

保険料水準の統一に向けた課題

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

① 医療費水準に関する課題

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

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

② 保険料算定方法に関する課題

- ・ 保険料算定方式の統一化
- ・ 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

③ 各市町村の取組に関する課題

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

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

保険料水準統一加速化プラン（第2版）（概要）

※令和8年度に本加速化プランの見直しを行う

保険料水準の統一の意義・定義

統一の意義

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

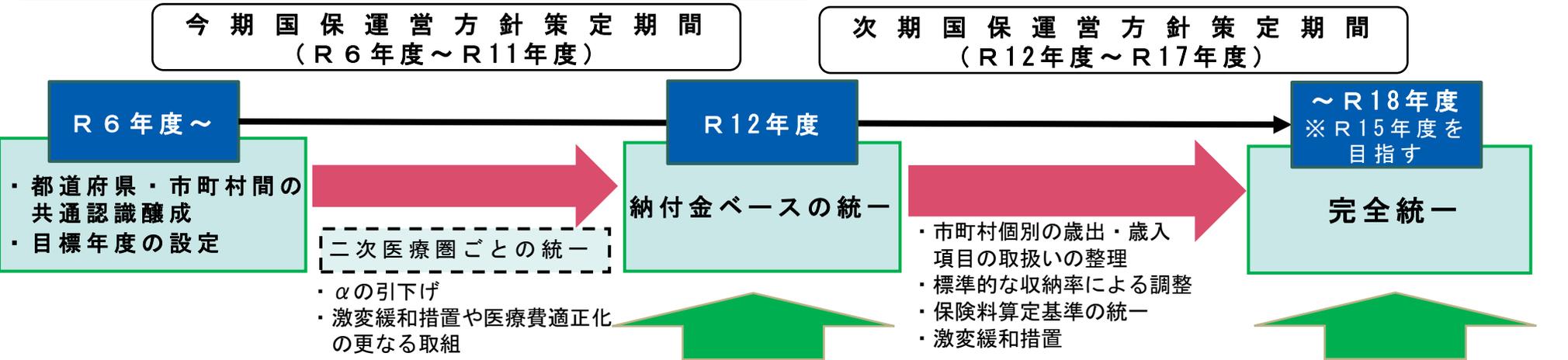
統一の定義

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

統一の目標年度

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

保険料水準の統一のスケジュール



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

保険料水準の統一の具体的な進め方（各都道府県の事例）

共通認識 の醸成

- **保険給付費や被保険者数の動向分析**

北海道：過去の医療費水準の変動幅を市町村ごとに見える化し、小規模市町村ほど変動幅が大きいことをデータで示し、保険料水準統一の必要性を説明。

- **統一保険料の試算**

高知県：保険料水準の格差見える化するため、水準統一を行った場合と行わなかった場合の各市町村の保険料を試算し、比較。

- **都道府県と市町村の会議体の設置**

埼玉県：医療費指数反映係数 α の設定方法や財源の算定方法等を検討する財政運営WG、事務処理や減免基準の統一等について検討する事務処理標準化WG、保健事業の統一について検討する保健事業WGを設置し、議論。

納付金 ベースの 統一

- **医療費水準 α の引き下げ**

北海道：納付金ベースの統一に向けた経過措置期間中の6年間（H30～R5）において、 $\alpha = 0.5$ に固定。

- **医療費適正化に関する取組の推進**

高知県：県全体の医療費構造や医療費の地域差について、大学と連携して分析を実施。分析結果を踏まえ、医療費適正化効果の見込まれる取組について、県と市町村で協力して実施する指針として県版データヘルス計画を策定予定。

完全統一

- **市町村個別の歳入項目・歳出項目の取扱い**

- ・ 埼玉県：保険者努力支援制度（市町村の歳入項目）について、全ての市町村で一定割合分を納付金の財源に充当し、一定割合を超える部分は保険料に影響しない取扱い（市町村の独自事業に充当する等）とする予定。
- ・ 大阪府：保健事業費（市町村の歳出項目）について、府全体の歳出と位置付け、府内共通分（人間ドック、医療費通知等）と市町村の独自事業分それぞれに府交付金の交付基準を設定。
※奈良県では、保健事業費について、保険料以外の市町村独自の財源を活用し、市町村個別の保健事業が保険料に影響しない取扱いとしている。

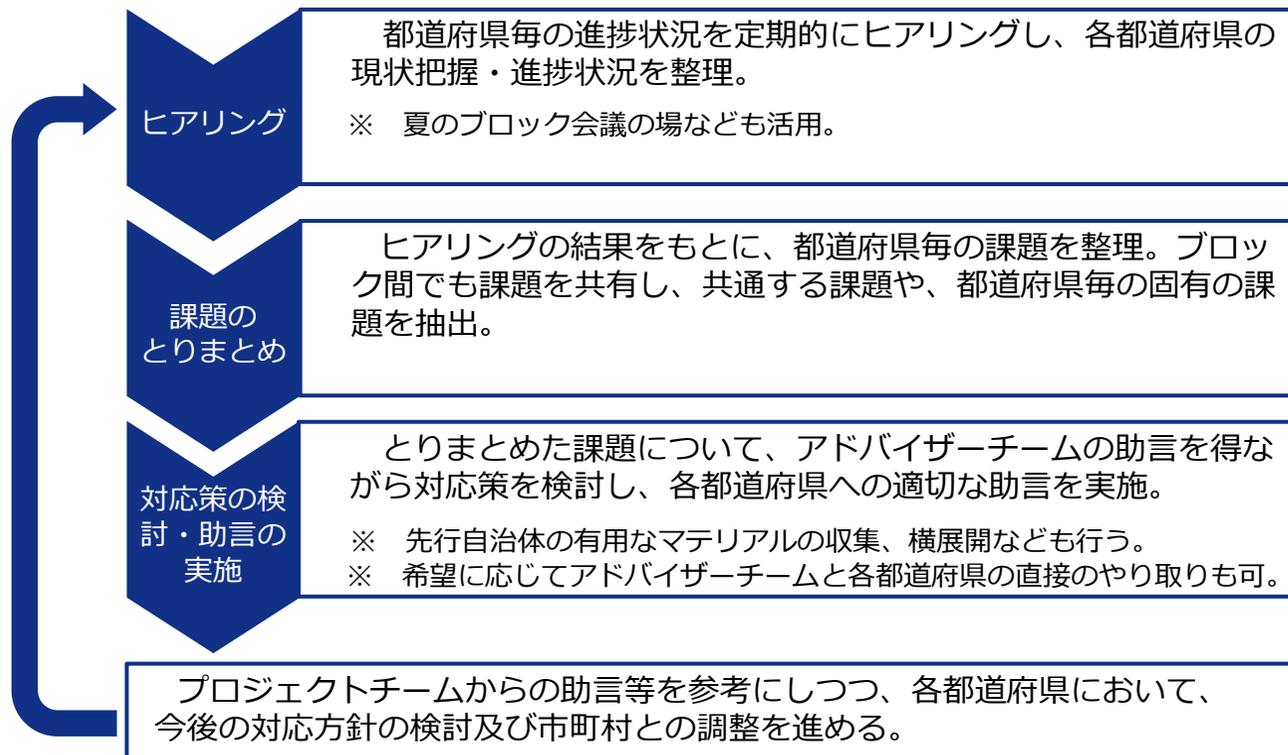
- **標準的な収納率による調整**

大阪府：収納率実績が規模別基準収納率を上回っている市町村は標準的な収納率を一定程度減じ、収納率実績が規模別基準収納率を下回っている市町村は標準的な収納率を一定程度加算することで、収納率向上インセンティブを維持。

保険料水準統一加速化プロジェクトチーム

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

○ チームの進め方等（イメージ）



令和6年度のスケジュール感等

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

保険料水準の統一に向けた都道府県ごとの状況

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

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

- ・ R9年度：滋賀県 ・ R11年度：福島県、大分県
- ・ R12年度：北海道、青森県、宮城県、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：岩手県、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
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	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
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	静岡県	・納付金ベースの統一：R12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	愛知県	・納付金ベースの統一：R11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	山口県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議
新潟県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議	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
長野県	・納付金ベースの統一：R12年度 ・完全統一：今後協議	鹿児島県	・納付金ベースの統一：R15年度 ・完全統一：今後協議

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

- **納付金ベースの統一等の目標年度を定めていない都道府県**

- ・ 茨城県、石川県、京都府、島根県、岡山県、福岡県、宮崎県、沖縄県

平成30年度から令和8年度における α の設定状況

○ α : 納付金の算定に当たって、年齢調整後の医療費水準をどの程度反映するかを調整する係数

$\alpha = 1$

市町村の年齢調整後医療費水準を
納付金の配分に反映

$\alpha = 0$

市町村の年齢調整後医療費水準を
納付金の配分に反映しない



年度	1	0.9	0.8	0.7	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	0
H30	40	-	-	1	-	2	-	-	-	-	4
H31	39	1	-	1	-	2	-	-	-	-	4
R2	39	-	-	2	-	2	-	-	-	-	4
R3	35	1	1	1	1	3	-	-	-	-	5
R4	34	-	1	1	2	1	2	1	-	-	5
R5	34	-	-	1	-	2	1	1	1	-	6
R6	20	2	5	-	2	3	1	-	2	-	12
R7	11	1	9	3	2	6	0	1	0	1	13
R8	8	0	4	2	7	7	2	2	1	0	14
	茨城県 石川県 京都府 徳島県 新潟県 長野県 島根県 鹿児島県	-	岡山県 山口県 愛媛県 福岡県	秋田県 静岡県	岩手県 山形県 福島県 千葉県 神奈川県 愛知県 鳥取県	東京都 富山県 福井県 岐阜県 熊本県 宮崎県 沖縄県	栃木県 山梨県	和歌山県 大分県	佐賀県	-	北海道 宮城県 埼玉県 滋賀県 兵庫県 広島県 高知県 青森県 群馬県 三重県 大阪府 奈良県 香川県 長崎県

※赤字は、R8算定においてR7算定よりも α を引き下げて設定している都道府県

国保運営方針に基づく取組

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

改正の趣旨

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

改正の概要

1. 全ての世代の安心を構築するための給付と負担の見直し

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

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

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

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

(2) 傷病手当金の支給期間の通算化【健康保険法、船員保険法】

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

(3) 任意継続被保険者制度の見直し【健康保険法、船員保険法】

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

2. 子ども・子育て支援の拡充

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

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

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

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

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

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

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

4. その他

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

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

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

施行期日

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

骨太方針

骨太方針2017（平成29年6月9日閣議決定）

また、市町村の法定外一般会計繰入れの計画的な削減・解消を促す。

骨太方針2018（平成30年6月15日閣議決定）

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

骨太方針2019（令和元年6月21日閣議決定）

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

骨太方針2020（令和2年7月17日閣議決定）

前文

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

骨太方針2021（令和3年6月18日閣議決定）

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

骨太方針2022（令和4年6月7日閣議決定）

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

社会保障 4. 医療・福祉サービス改革

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

社会保障 1. 効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築

K G I (最終アウトカム)	K P I 第2階層(中間アウトカム)	K P I 第1階層(アウトプット)	関連施策												
	<table border="1"> <tr> <td>目標値</td> <td>2026年度：1,500件以上</td> </tr> <tr> <td>中間値</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">実績値</td> <td>2024年度：1,555件</td> </tr> <tr> <td>2023年度：1,031件</td> </tr> <tr> <td>2022年度：788件</td> </tr> </table> <p>※累計</p>	目標値	2026年度：1,500件以上	中間値	-	実績値	2024年度：1,555件	2023年度：1,031件	2022年度：788件	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">※累計</td> <td>2023年度：1,976件</td> </tr> <tr> <td>2022年度：1,418件</td> </tr> </table>	※累計	2023年度：1,976件	2022年度：1,418件	<p>催 《所管省庁：厚生労働省》</p> <p>n. 高額医療機器の共同利用計画策定の件数を含めた状況の把握、更なる実効的な措置の検討 《所管省庁：厚生労働省》</p>	
目標値	2026年度：1,500件以上														
中間値	-														
実績値	2024年度：1,555件														
	2023年度：1,031件														
	2022年度：788件														
※累計	2023年度：1,976件														
	2022年度：1,418件														
②医師の偏在是正															
<p>○医師偏在是正の達成【F】</p> <p>※医師偏在是正に向けた総合的な対策のパッケージを踏まえた指標については、医療法等改正法の施行に向けた2025年度内のガイドラインの検討等を踏まえて、2026年春までに結論を得る。</p>	<p>○2027年度からの第8次医師確保計画(後期)の策定・具体化に向けて、国が示したデータ等の活用に加え、医療機関へのヒアリング等を通じた実態把握を行ってその内容を医師確保計画の具体化に活用した都道府県数等【N】</p> <table border="1"> <tr> <td>目標値</td> <td>2027年度：47</td> </tr> <tr> <td>中間値</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>2024年度：-</td> </tr> </table> <p>※累計 ※2024年度実績値は2027年度内に公表予定。 ※医師偏在是正に向けた総合的な対策のパッケージを踏まえ、新たな施策に基づく効果検証が行えるよう、適切なKPIの設定を行う。</p>	目標値	2027年度：47	中間値	-	実績値	2024年度：-		<p>a. 医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージを踏まえたガイドラインの発出 《所管省庁：厚生労働省》</p>						
目標値	2027年度：47														
中間値	-														
実績値	2024年度：-														
③その他															
<p>○国民健康保険の法定外繰入の解消【F】</p>	<p>○法定外繰入等を行っている市町村数【A】</p> <table border="1"> <tr> <td>目標値</td> <td>2030年度：50市町村</td> </tr> <tr> <td>中間値</td> <td>2027年度：100市町村</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">実績値</td> <td>2023年度：234市町村</td> </tr> <tr> <td>2016年度：677市町村</td> </tr> </table>	目標値	2030年度：50市町村	中間値	2027年度：100市町村	実績値	2023年度：234市町村	2016年度：677市町村	<p>○法定外繰入等の額</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">実績値</td> <td>2023年度：1,220億円</td> </tr> <tr> <td>2016年度：2,516億円</td> </tr> </table> <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</p> <table border="1"> <tr> <td>実績値</td> <td>2024年度： 24都道府県(51.1%)</td> </tr> </table>	実績値	2023年度：1,220億円	2016年度：2,516億円	実績値	2024年度： 24都道府県(51.1%)	<p>a. 法定外繰入等の解消期限の設定状況等を公表。解消期限の短縮化。 《所管省庁：厚生労働省》</p> <p>b. 都道府県内保険料水準の統一に向けて、都道府県の先進・優良事例の横展開等。保険者努力支援制度における進</p>
目標値	2030年度：50市町村														
中間値	2027年度：100市町村														
実績値	2023年度：234市町村														
	2016年度：677市町村														
実績値	2023年度：1,220億円														
	2016年度：2,516億円														
実績値	2024年度： 24都道府県(51.1%)														

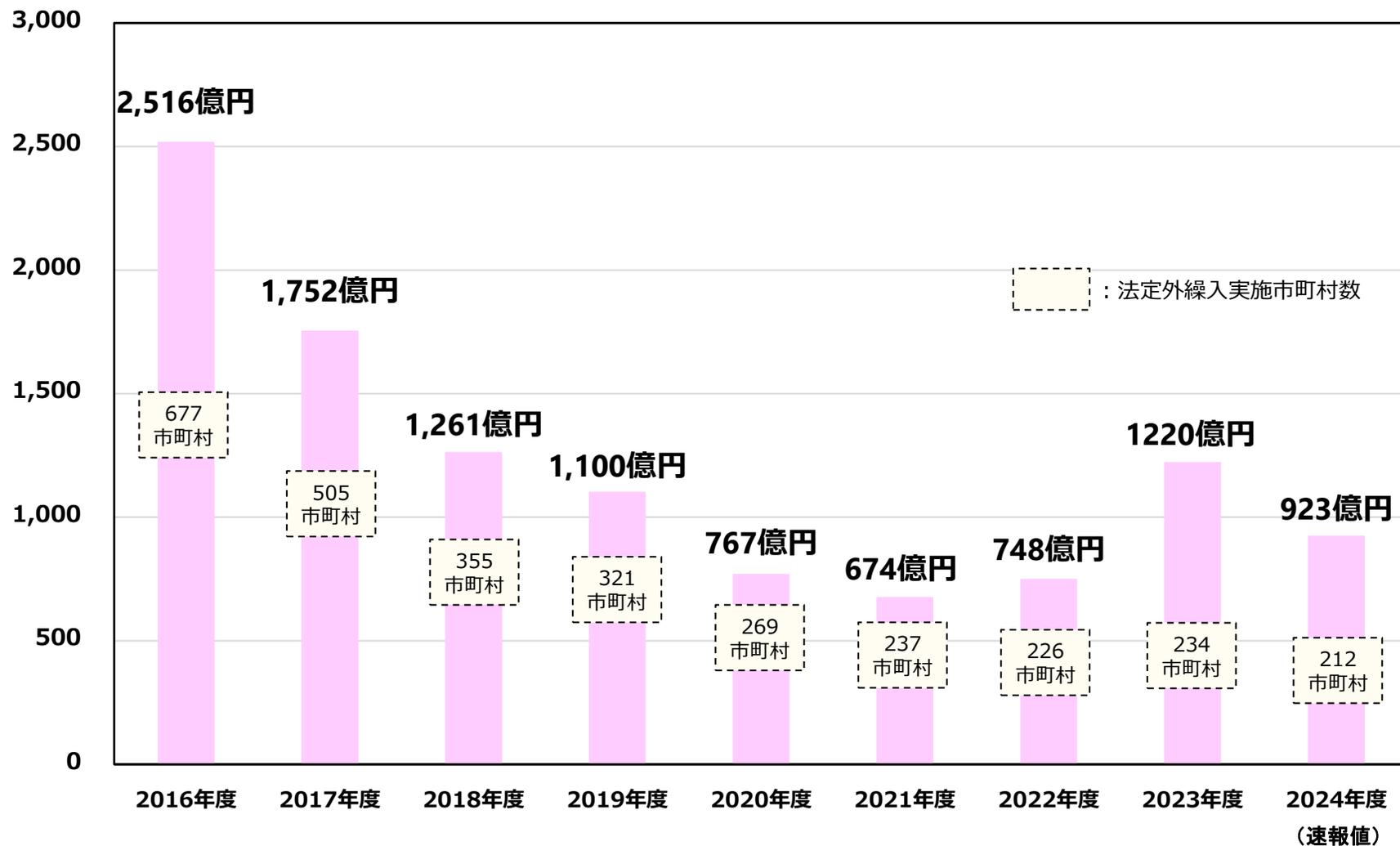
社会保障 1. 効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築

KGI(最終アウトカム)	KPI第2階層(中間アウトカム)	KPI第1階層(アウトプット)	関連施策				
		<table border="1"> <tr> <td>2023年度:</td> <td>19 都道府県(40.4%)</td> </tr> <tr> <td>2018年度:</td> <td>7 都道府県(14.9%)</td> </tr> </table> <p>※累計 ※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) ※2026 年までに保険料水準統一の目標年度の意思決定ができるよう取組を進める。</p>	2023年度:	19 都道府県(40.4%)	2018年度:	7 都道府県(14.9%)	捗状況に応じた評価等の活用。 《所管省庁：厚生労働省》
2023年度:	19 都道府県(40.4%)						
2018年度:	7 都道府県(14.9%)						

2. 医療費適正化

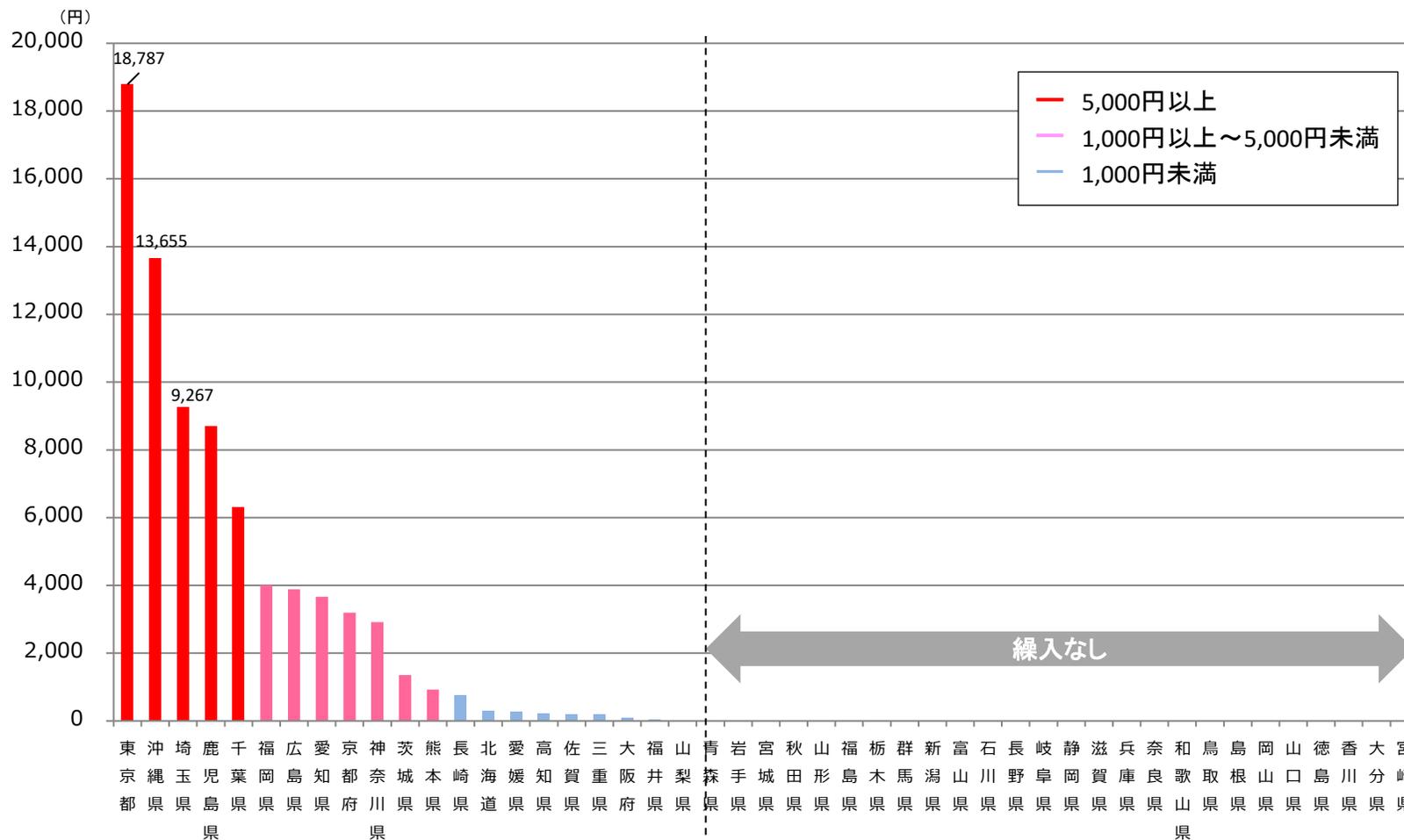
<p>○第4期医療費適正化計画における取組を踏まえた医療費適正化効果額【B】</p> <table border="1"> <tr> <td>目標値</td> <td>2029年度： 国民医療費(適正化後の推計値) 約50.6兆円</td> </tr> <tr> <td>中間値</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>実績値</td> <td>2023年度： 国民医療費 約48.1兆円 2022年度： 国民医療費 約46.7兆円</td> </tr> </table> <p>○年齢調整後の一人当たり医療費の地域差【B】</p> <table border="1"> <tr> <td>目標値</td> <td>2029年度： 半減</td> </tr> <tr> <td>中間値</td> <td>2029年度時点</td> </tr> </table>	目標値	2029年度： 国民医療費(適正化後の推計値) 約50.6兆円	中間値	-	実績値	2023年度： 国民医療費 約48.1兆円 2022年度： 国民医療費 約46.7兆円	目標値	2029年度： 半減	中間値	2029年度時点	<p>○第4期医療費適正化計画における各都道府県の医療費の目標及び適正化(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)に向けた取組に関する指標</p> <p>・後発医薬品の使用割合【N】</p> <table border="1"> <tr> <td>目標値</td> <td>2029年度： 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全ての都道府県で80%以上 ・バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の60%以上 ・後発医薬品の金額シェアを65%以上とする</td> </tr> <tr> <td>中間値</td> <td>・後発医薬品の数量シェア： 80%未満の都道府県において、2029年に80%以上となることを目指して年々増加</td> </tr> </table>	目標値	2029年度： 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全ての都道府県で80%以上 ・バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の60%以上 ・後発医薬品の金額シェアを65%以上とする	中間値	・後発医薬品の数量シェア： 80%未満の都道府県において、2029年に80%以上となることを目指して年々増加	<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</p> <table border="1"> <tr> <td>実績値</td> <td>2024年度： 抗菌薬薬剤費の総額 約492億円 2022年度： 抗菌薬薬剤費の総額 約336億円</td> </tr> </table> <p>○特定健診の実施率</p> <table border="1"> <tr> <td>実績値</td> <td>2023年度：59.9% 2022年度：58.1% 2016年度：51.4%</td> </tr> </table> <p>※受診者数/対象者数(特定健診・特定保健指導の実施状況(回答率100%))</p> <p>○特定保健指導の実施率</p> <table border="1"> <tr> <td>実績値</td> <td>2023年度：27.6% 2022年度：26.5% 2016年度：18.8%</td> </tr> </table>	実績値	2024年度： 抗菌薬薬剤費の総額 約492億円 2022年度： 抗菌薬薬剤費の総額 約336億円	実績値	2023年度：59.9% 2022年度：58.1% 2016年度：51.4%	実績値	2023年度：27.6% 2022年度：26.5% 2016年度：18.8%	<p>a. 各都道府県において、第4期医療費適正化計画に基づき、医療費適正化の取組を推進し、毎年度PDCA管理を実施。厚生労働省は、医療費適正化に向けた更なる取組が促進されるよう、必要な支援を実施。 《所管省庁：厚生労働省》</p> <p>b. 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抗菌薬処方を減少させるための取組支援を実施。また、医療資源の投入量に地域差がある医療について、NDBを用いて地域差の実態の分析を行う厚生労働科学研究を実施し、都道府県の新たな取組や目標の設定に資するメニューの追加の検討。 《所管省庁：厚生労働省》</p>
目標値	2029年度： 国民医療費(適正化後の推計値) 約50.6兆円																						
中間値	-																						
実績値	2023年度： 国民医療費 約48.1兆円 2022年度： 国民医療費 約46.7兆円																						
目標値	2029年度： 半減																						
中間値	2029年度時点																						
目標値	2029年度： 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全ての都道府県で80%以上 ・バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の60%以上 ・後発医薬品の金額シェアを65%以上とする																						
中間値	・後発医薬品の数量シェア： 80%未満の都道府県において、2029年に80%以上となることを目指して年々増加																						
実績値	2024年度： 抗菌薬薬剤費の総額 約492億円 2022年度： 抗菌薬薬剤費の総額 約336億円																						
実績値	2023年度：59.9% 2022年度：58.1% 2016年度：51.4%																						
実績値	2023年度：27.6% 2022年度：26.5% 2016年度：18.8%																						

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

1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6年度速報値）



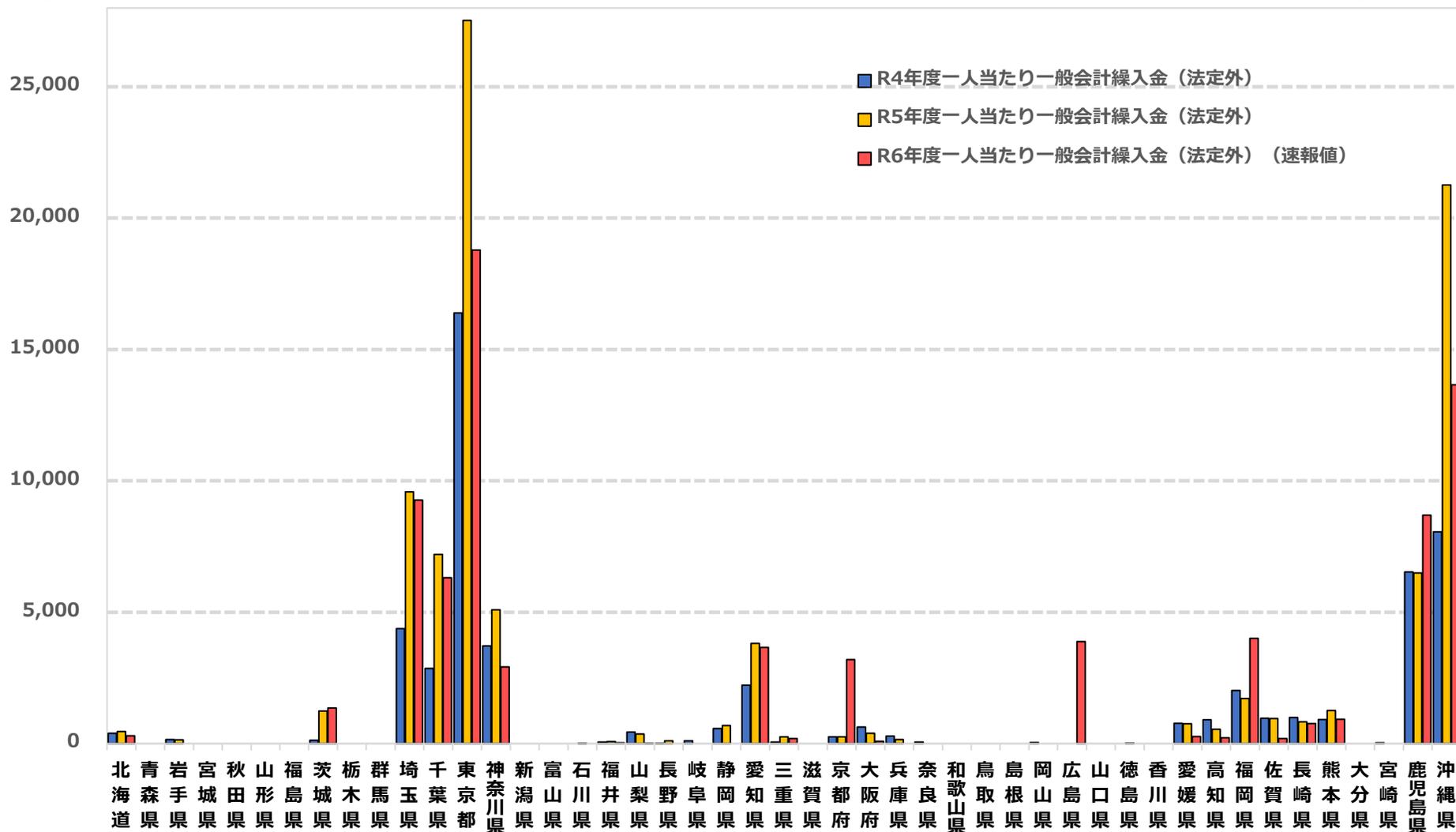
(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

※ 市町村数で見ると、約9割の自治体は繰入を行っていない。繰入金額合計で見ると、東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県市区町村の合計が全体の約8割（東京都：51%、埼玉県：13%、千葉県8%、神奈川県：5%）を占めている。

【参考】1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）

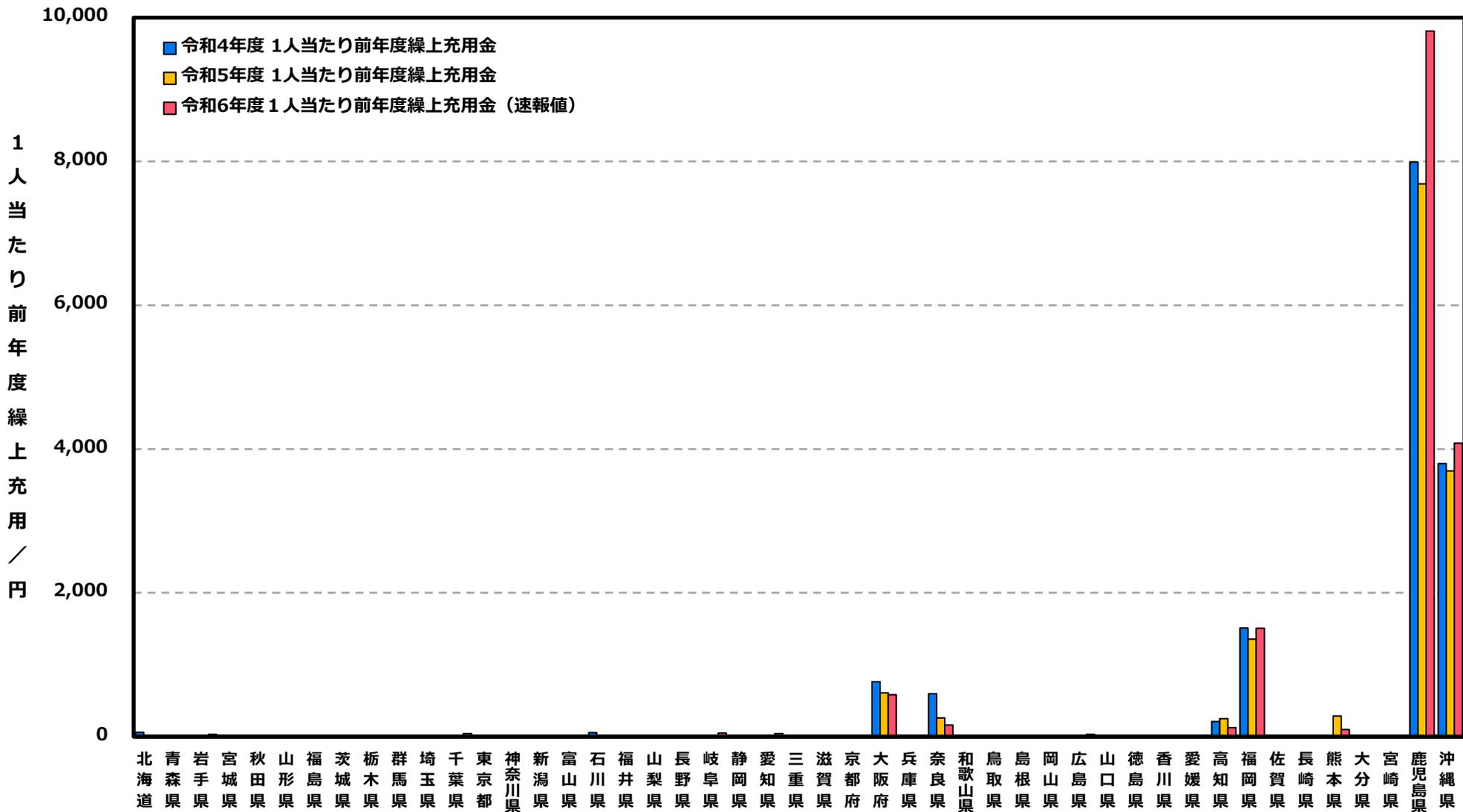
○ 令和6年度の1人当たり繰入金（速報値）が5千円を超えるのは、東京都、沖縄県、埼玉県、鹿児島県、千葉県である。

1人当たり法定外繰入（決算補填等目的）／円



【参考】 1人当たり前年度繰上充用金の状況

○ 令和6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8年1月末時点）

- 決算において赤字が生じ、法定外繰入等を行った市町村については、翌々年度までに法定外繰入等の解消が見込まれない場合は、赤字削減・解消計画を策定し、計画的に法定外繰入等の解消に取り組むこととされている。
- 赤字削減・解消計画の策定対象となる市町村は、前年同時期と比べ9市町村減少し、着実に解消が進んでいる。一方で、解消予定年度を延長した市町村も多くあり、解消予定年度が令和9年度以降の市町村が前年同時期と比べ13市町村増加している。

● 解消予定年度ごとの市町村数

		(参考) R6 解消済	R7 解消	R8 解消	R9 以降解消	合計	
計画策定年度	H30	(13)	12	24	80	116	
	R1	(2)	4	6	3	13	
	R2	(5)	3	1	5	9	
	R3	(2)	0	4	1	5	
	R4	(2)	0	2	3	5	
	R5	(0)	0	2	3	5	
	R6	(3)	3	6	4	13	
	R7	(1)	0	6	9	15	
合計	解消	(28)	22	51	108	181	
	未解消		159	108	—		
(参考) 令和7年1月末時点		解消 未解消	R7～8 解消		79 95	95 —	190

【参考】赤字削減・解消計画の策定状況（令和8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 R6解消済	解消予定年度						再掲
				H30	R元~5	R6	R7		R7	R8	R9~11	R12~17	R18以降	R9以降	
1	北海道	157	7	3	2	1	1	3	1	3	3	0	0	3	
2	青森県	40	0					0	0	0	0	0	0	0	
3	岩手県	33	0					3	0	0	0	0	0	0	
4	宮城県	35	0					0	0	0	0	0	0	0	
5	秋田県	25	0					0	0	0	0	0	0	0	
6	山形県	32	0					0	0	0	0	0	0	0	
7	福島県	59	0					0	0	0	0	0	0	0	
8	茨城県	44	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
9	栃木県	25	0					0	0	0	0	0	0	0	
10	群馬県	35	0					0	0	0	0	0	0	0	
11	埼玉県	63	31	20	5	3	3	0	3	28	0	0	0	0	
12	千葉県	54	12	5	1	1	5	0	0	2	2	8	0	10	
13	東京都	62	53	52	1	0	0	4	2	1	15	23	12	50	
14	神奈川県	33	9	0	8	1	0	1	4	4	0	1	0	1	
15	新潟県	30	0					0	0	0	0	0	0	0	
16	富山県	15	0					0	0	0	0	0	0	0	
17	石川県	19	0					0	0	0	0	0	0	0	
18	福井県	17	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
19	山梨県	27	0					2	0	0	0	0	0	0	
20	長野県	77	0					1	0	0	0	0	0	0	
21	岐阜県	42	0					0	0	0	0	0	0	0	
22	静岡県	35	0					1	0	0	0	0	0	0	
23	愛知県	54	24	14	5	1	4	1	3	8	13	0	0	13	
24	三重県	29	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	

	都道府県	市町村数	計画策定市町村数	計画初年度				参考 R6解消済	解消予定年度						再掲
				H30	R元~5	R6	R7		R7	R8	R9~11	R12~17	R18以降	R9以降	
25	滋賀県	19	0					0	0	0	0	0	0	0	
26	京都府	26	0					0	0	0	0	0	0	0	
27	大阪府	43	2	0	0	2	0	2	1	0	0	1	0	1	
28	兵庫県	41	0					1	0	0	0	0	0	0	
29	奈良県	39	0					0	0	0	0	0	0	0	
30	和歌山県	30	0					0	0	0	0	0	0	0	
31	鳥取県	19	0					0	0	0	0	0	0	0	
32	島根県	19	0					0	0	0	0	0	0	0	
33	岡山県	27	0					0	0	0	0	0	0	0	
34	広島県	23	0					0	0	0	0	0	0	0	
35	山口県	19	0					0	0	0	0	0	0	0	
36	徳島県	24	0					0	0	0	0	0	0	0	
37	香川県	17	0					0	0	0	0	0	0	0	
38	愛媛県	20	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	
39	高知県	34	3	2	1	0	0	2	2	1	0	0	0	0	
40	福岡県	60	8	2	4	1	1	5	2	1	4	1	0	5	
41	佐賀県	20	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	
42	長崎県	21	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	
43	熊本県	45	2	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	
44	大分県	18	0					0	0	0	0	0	0	0	
45	宮崎県	26	0					0	0	0	0	0	0	0	
46	鹿児島県	43	7	3	2	1	1	0	1	1	5	0	0	5	
47	沖縄県	41	17	12	5	0	0	0	0	0	11	5	1	17	
	計	1,716	181	116	37	13	15	28	22	51	56	39	13	108	

※ 解消予定年度中、R18以降には、解消予定年度が未定の1市町村を含む。

（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。
⇒ 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

- 法定外繰入等の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解消予定年度を定めた計画もある状況。特に、保険料水準の統一について、令和12年度から始まる次期国保運営方針の期間を完全統一に向けた移行期間と位置づけ、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）までに移行する目標をお示しているが、法定外繰入等の解消予定年度を令和18年度以降としている計画もある状況。
⇒ 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、国保運営方針に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を設定するとともに、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。特に、法定外繰入等については、「保険料水準統一の阻害要因」にもなっており、解消できない場合は、保険料水準の統一も実現困難となるため、各市町村においては、保険料水準の統一を念頭に、改めて計画の見直しを検討いただきたい。

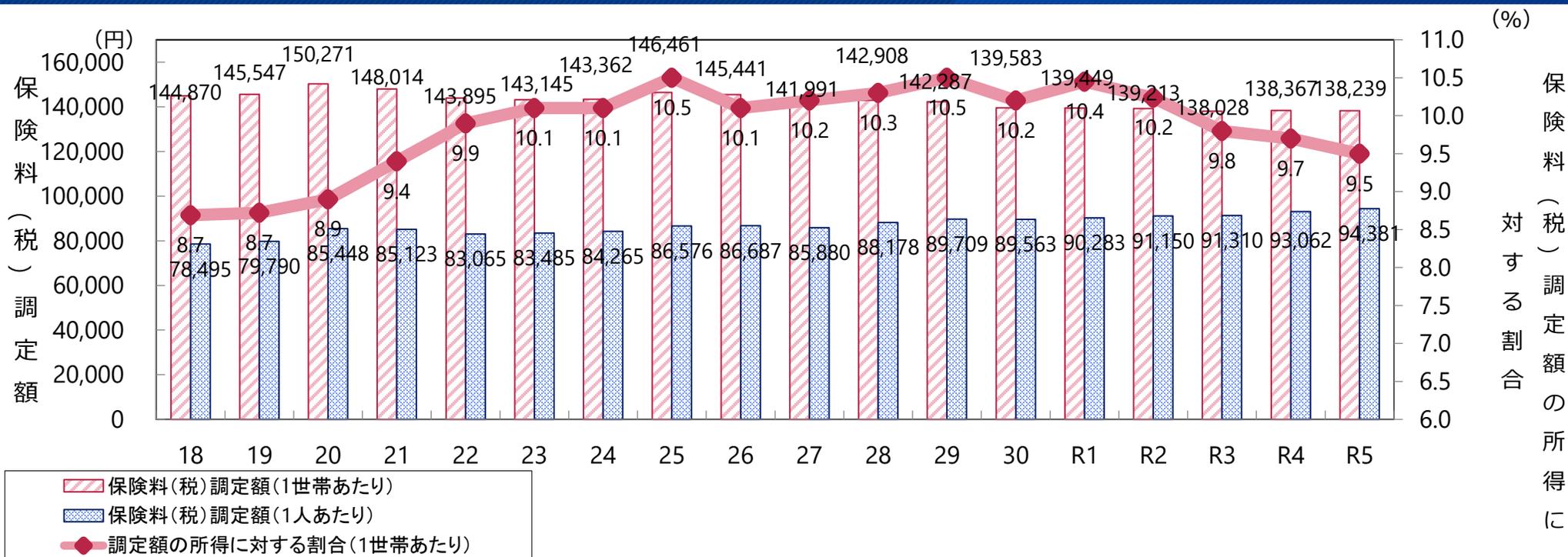
新たな法定外繰入等を発生させないための取組

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

国保運営方針に基づく取組

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

国民健康保険料（税）の負担の変化

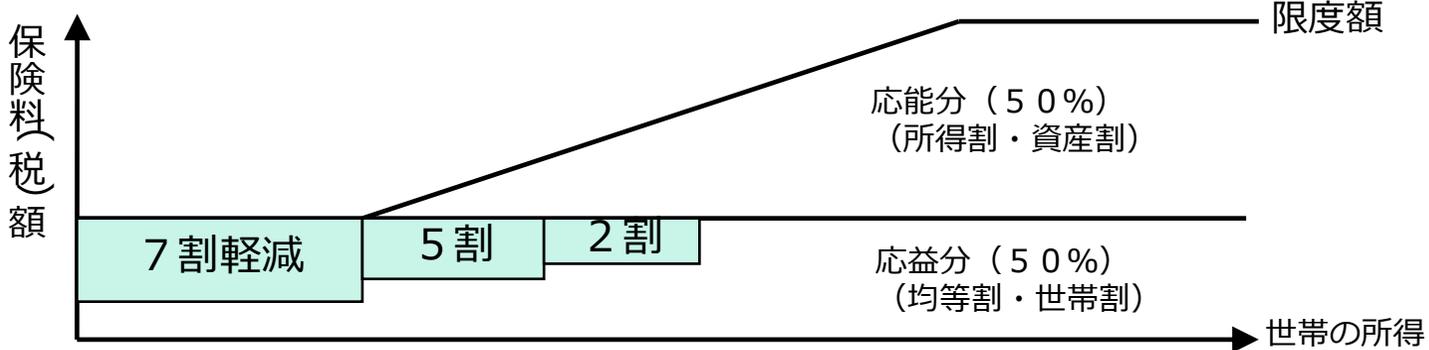


	平均所得 (令和4年)		保険料(税)調定額 (令和5年度)		保険料(税)調定額の所得に対する割合 1世帯当たり ③/①
	1世帯当たり①	1人当たり	1世帯当たり③	1人当たり	
全世帯	1,454千円	992千円	138,239円	94,381円	9.5%
2割軽減世帯	1,044千円	618千円	127,088円	75,304円	12.2%
5割軽減世帯	635千円	382千円	65,724円	39,559円	10.3%
7割軽減世帯	105千円	83千円	22,452円	17,714円	21.3%

(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。

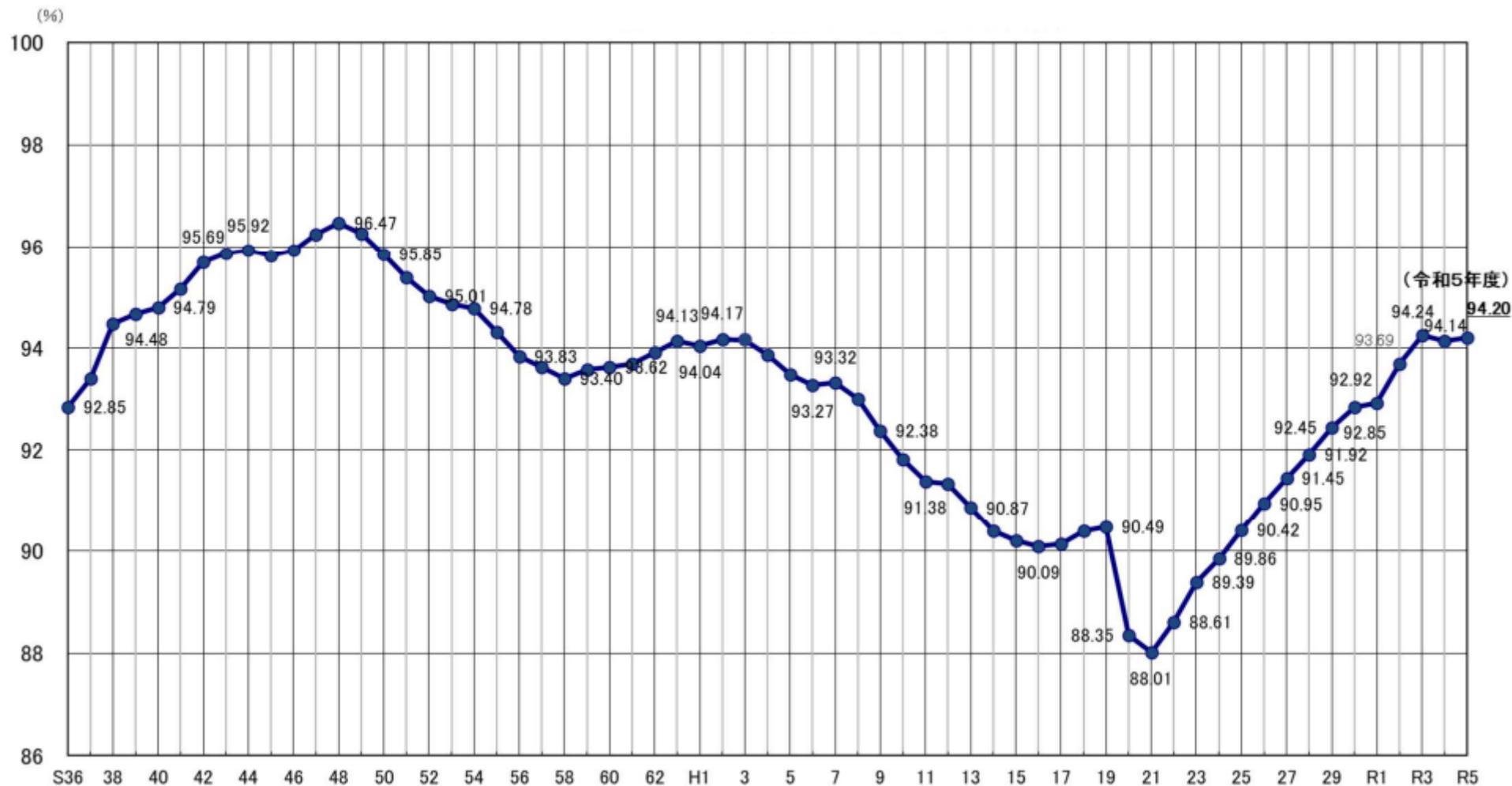


(参考)
 被保険者1人あたり平均均等割額
 39,031円
 ※介護納付金分を含まない。
 ※算定額ベースの金額であり、軽減額等を差し引く前のもの。
 ※出典：令和5年度国民健康保険事業年報

減額割合	対象者の要件（令和5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）	529万	32.6%	672万	28.2%	
5割	43万円 + (被保険者数) × 29万円以下 （給与収入197万円以下）	225万	13.9%	375万	15.8%	
2割	43万円 + (被保険者数) × 53.5万円以下 （給与収入302万円以下）	174万	10.7%	295万	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	1,624万	100%	2,380万	100%

※出典：令和5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

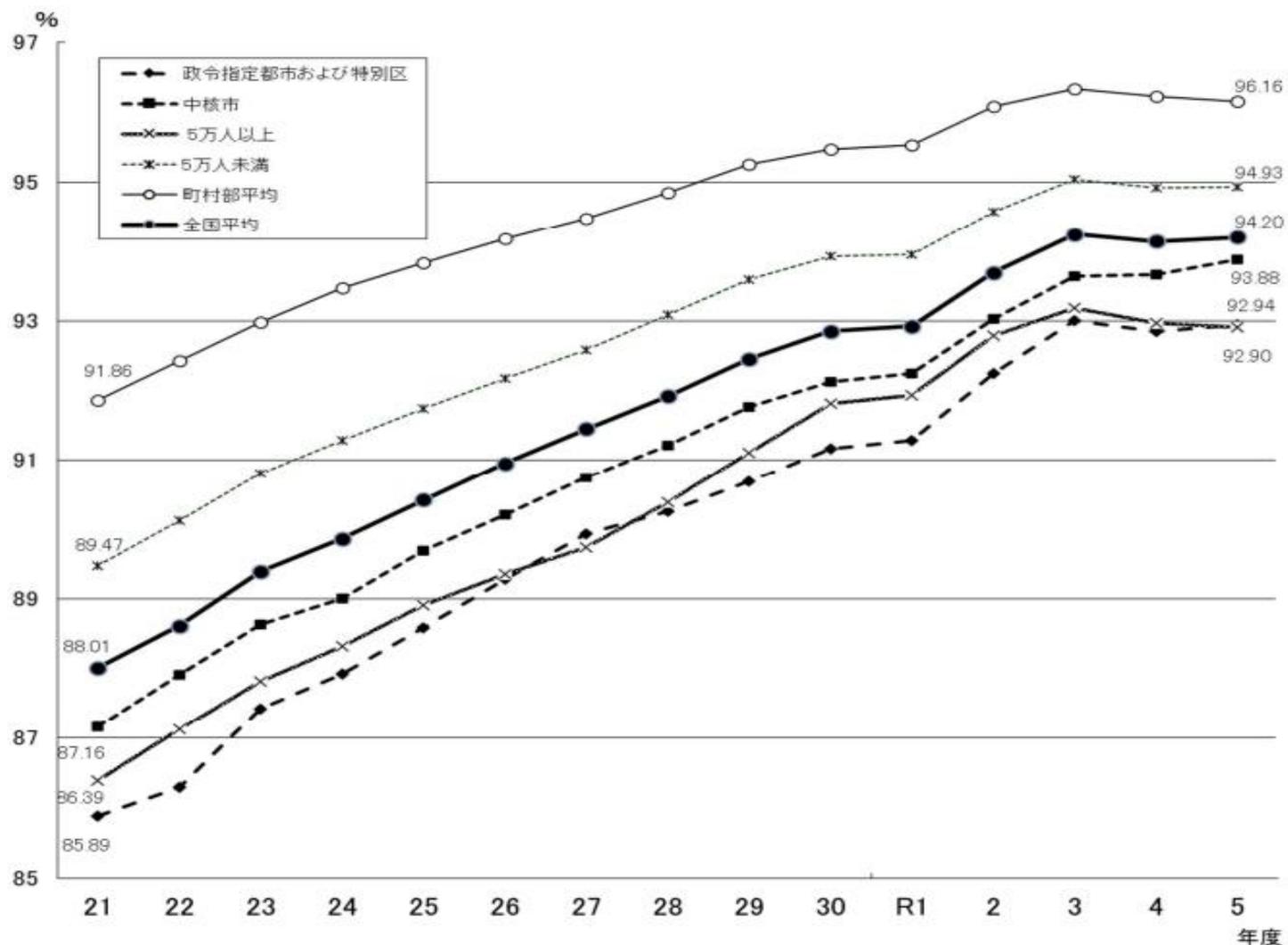


(出所) 国民健康保険事業年報より作成

(注1) 現年度分の保険料（税）収納率であり、平成4年度以降は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）

(注2) 平成12年度から平成19年度までの調定額は介護納付金分を含み、平成20年度以降の調定額は後期高齢者支援金分及び介護納付金分を含む。

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より作成

(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	1,226	71.4 %

(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(囑託等含む)	295	17.2 %
②収納対策研修の実施	1,079	62.9 %
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	150	8.7 %

(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	321	18.7 %
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	365	21.3 %
③多重債務相談の実施	659	38.4 %

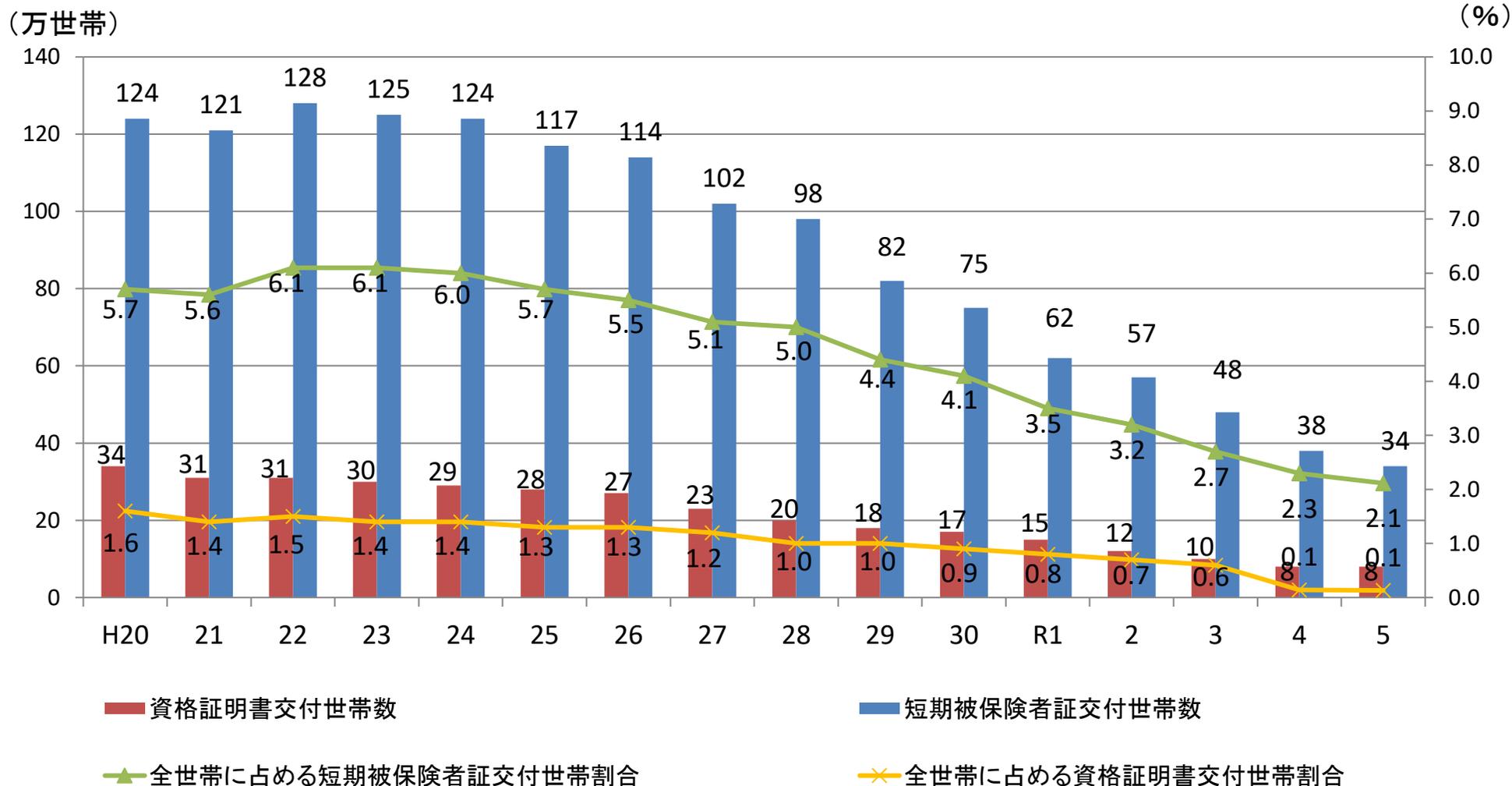
(4) 滞納処分の実施状況

	保険者数	全保険者に占める割合
①財産調査の実施	1,635	95.3 %
②差押えの実施	1,600	93.2 %
	差押世帯数計(令和5年度)	
	327,401	件
	差押金額計(令和5年度)	
		664.2 億円
③搜索の実施	894	52.1 %
④インターネット公売の活用	698	40.7 %

(出所) 保険局国民健康保険課調べ

(注) 令和5年度とあるのは令和6年9月1日現在の状況。

短期被保険者証・資格証明書交付世帯数・割合



(出所) 保険局国民健康保険課調べ
 注) 各年6月1日現在の状況。

国民健康保険料（税）収納率向上アドバイザーによる支援

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

収納率向上アドバイザー会議の実施

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

市町村等の依頼に基づくアドバイザーの支援

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

※市町村等からアドバイザーに対して直接依頼を行う。費用は依頼者が負担。



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

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

今後の対応（収納率の向上）

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

主な取組事例

口座振替等の推進

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

税部門との連携等による収納体制の強化

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

事務処理の広域化・集約化・効率化

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

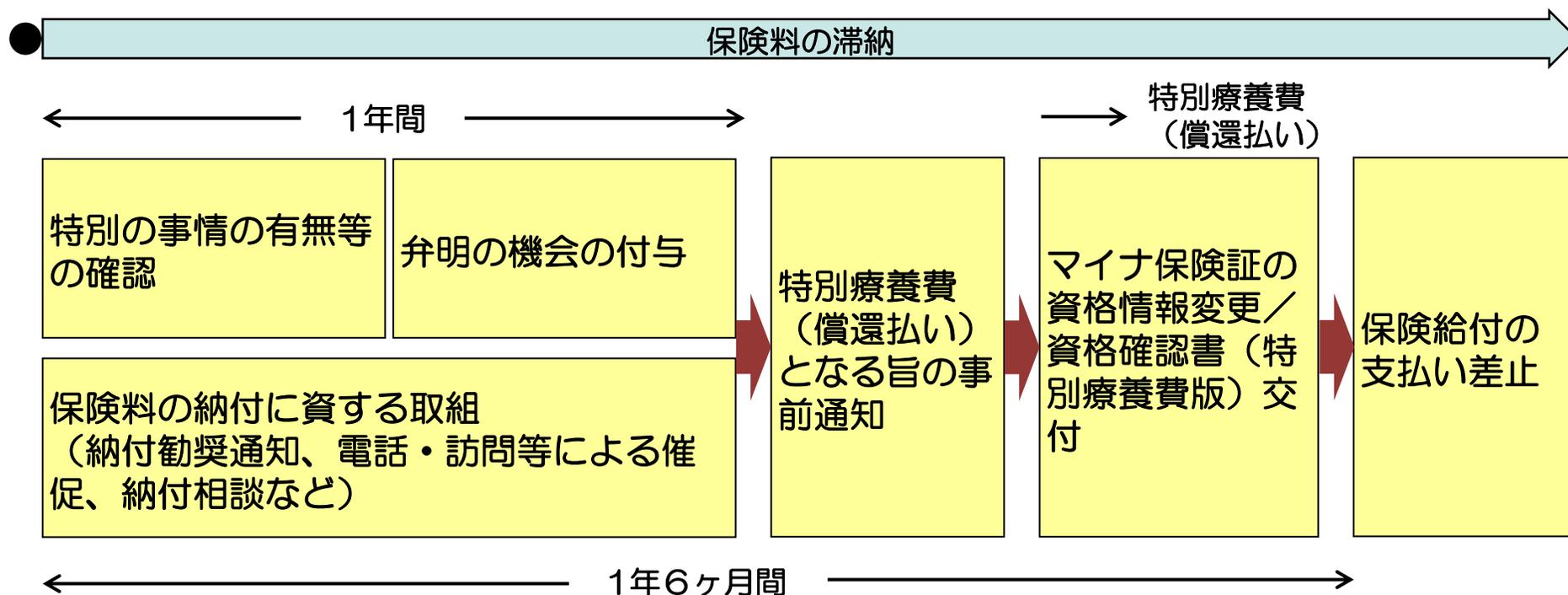
都道府県・国保連の関与

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

国民健康保険の保険料を滞納している世帯主等に対する取扱い

- 国民健康保険の保険料を滞納している世帯主等については、保険料の納期限から1年が経過するまでの間に、市町村等が保険料の納付に資する取組を行ったにもかかわらず、災害等の特別の事情もなく保険料を納付しない場合、特別療養費の支給対象（窓口10割負担後、償還払い）となる。
- さらに、保険料の納期限から1年6ヶ月が経過するまでの間に、災害等の特別の事情もなく保険料を納付しない場合、保険給付の支払いの差止対象となる。

納期限



国保運営方針に基づく取組

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

第三者行為求償の目的

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

1) 二重利得の防止

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

2) 不法行為責任

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

3) 公平・公正な財源確保

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

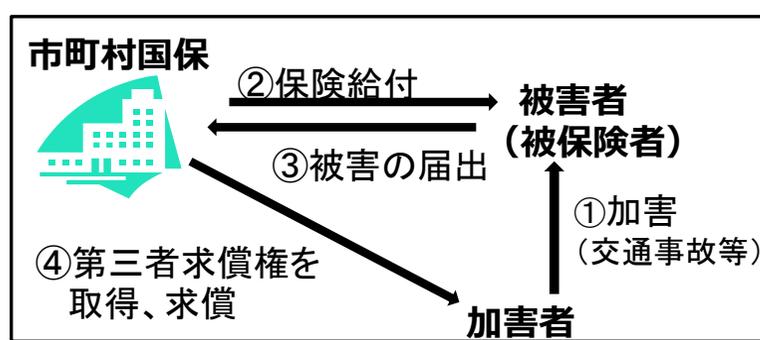
2 前項の場合において、保険給付を受けるべき者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、市町村及び組合は、その価額の限度において、保険給付を行う責を免れる。

3～5 (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回別途) ・覚書の運用状況の確認・改善 ○実務担当者意見交換会(WG)(随時開催) ・覚書の運用の詳細等を協議 	随時、WGを開催	協議の場	随時、WGを開催	協議の場	取組状況を反映
市町村・広域連合・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	その他研修等 <small>※実施時期等は実情に応じ判断</small>	求償事務の取組状況の確認・改善	以降、毎年度、取組を継続(進捗状況に応じて取組を改善)
国保中央会	<ul style="list-style-type: none"> ○保険者・国保連の専門性向上支援 ・国保連向け研修の開催・充実 ・事務手引き・事例集の改定 ・事務研究会の開催 ○報告制度の運用・管理 	国保連向け初任者研修	報告制度の運用・管理	国保連向け担当者研修	事務研究会 運用状況報告	
損保会社等	<ul style="list-style-type: none"> ○担当社員への覚書の趣旨の徹底 ・研修・マニュアル等を通じた周知 ○覚書に基づく取組の徹底 ・担当職員による適切な遂行 ・報告制度等による担当社員の覚書遵守状況の確認・改善 	覚書の周知 <small>※実情に応じた時期・方法(研修・会合・社内広報・マニュアル等)</small>	担当社員による覚書に基づく傷病届の作成・提出支援の適切な遂行	報告制度等による覚書遵守状況の確認・改善	取組状況報告	
厚生労働省	<ul style="list-style-type: none"> ○全国主管課長会議等での取組周知 ○保険者努力支援制度による取組インセンティブの強化 ○保険者向け調査による取組状況の把握 	保険者努力支援制度指標の検討 保険者向け調査準備	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、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) メールや電話等による照会への相談対応
- (3) その他、会議への出席 等

※費用は依頼者が負担

依頼・相談の手順

【市町村等】

- 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 アドバイザーから市町村等へ返信。
(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。
 - ・講演依頼に対する可否の返信。

【市町村等】

- ③アドバイザーからのメールを受信した旨の返信。
- ④アドバイザーからのメールに従い対応。

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

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

第三者行為求償事務の取組強化（令和5年改正法の概要）

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

- ① 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。
- ② 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】 ①都道府県への委託：令和7年4月 ②関係機関への資料提供等の求め：公布日（令和5年5月19日）

第三者行為求償事務の都道府県への委託について

1. 改正の経過及び現状等

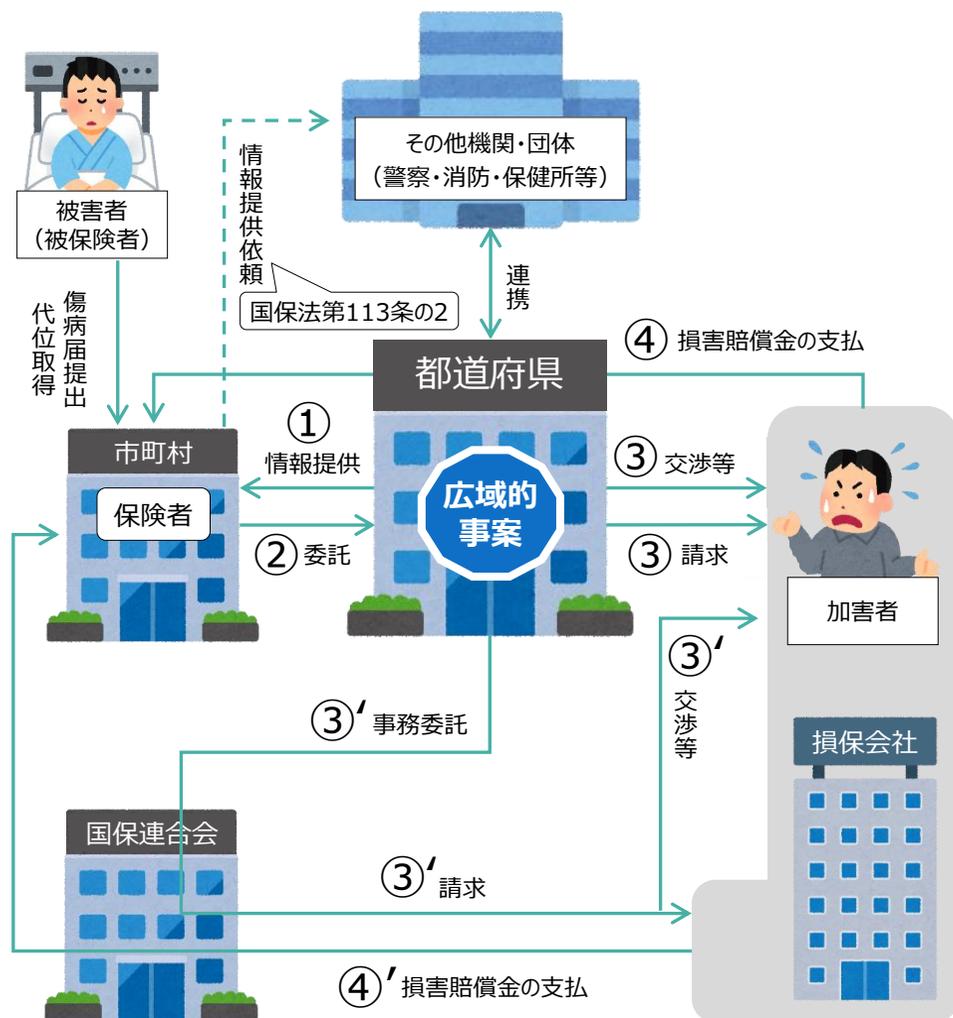
- 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）については、令和5年5月19日に公布され、順次施行することとされた。
- 第三者行為求償事務に係る改正では、保険給付の適正な実施を確保するため、広域的又は専門的な見地から必要があると認められる場合には、都道府県が、市町村から委託を受けて、第三者行為求償事務を行うことができるとされたが、都道府県における体制が整っておらず準備期間が必要なことから、令和7年4月1日の施行とされた。
- 都道府県が第三者行為求償事務を行うことで、次のような課題の解消が期待される。
 - ・ 一つの事故に対し複数の市町村の被害者がいる場合、市町村ごとに第三者に対する求償事務や債権管理等を行う必要があるが、人的体制が整わない市町村では債権回収が進まない。
 - ・ 訴訟や調停等の法的手続きは専門性・特殊性が高く、個々の市町村等で処理することに困難を伴うことが多い。
- また、平成30年度の都道府県単位化では、市町村による保険給付に要した費用は、全額、都道府県から「国民健康保険保険給付費等交付金」として市町村に交付される仕組みが設けられており、市町村に給付適正化のインセンティブが働きづらいことや、不正利得の徴収については都道府県への委託規定が設けられており、バランスを欠いているという課題もあった。
- 施行にあたり、国においては、法改正による都道府県の業務が円滑に進むよう、国保中央会に依頼し、都道府県体制構築支援事業として、広域的・専門的な見地から都道府県に委託する事案等の情報収集、委託事務の内容や事務フローなどの検討、事務関係の手引きの作成などを行ったところ。
- 都道府県においては、国保連合会の協力を得ながら市町村と事務委託について協議を行い、地域の実情に合わせた体制整備を行う必要がある。

2. 省令及び通知の発出について

- 改正後の国民健康保険法第64条第3項の規定に基づき、国民健康保険法施行規則を改正し、令和6年12月27日に公布した。
- 都道府県が市町村から委託を受けて行う第三者行為求償事務の取扱いに関する具体的な運用について、同日付けで通知を発出。併せて、当該事務に係る事務処理規約例についても通知した。

【ケース1】広域的事案（事案発見から損害賠償金支払いまでの流れ）

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

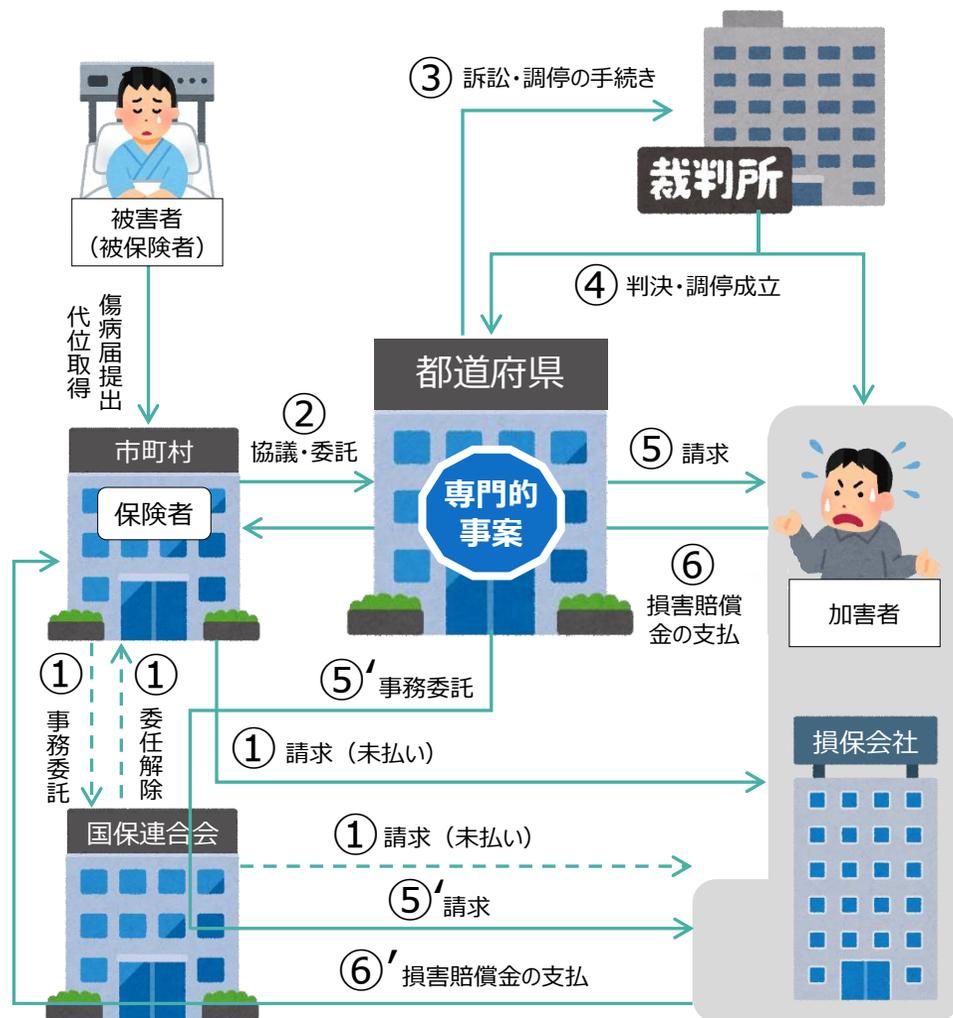


<事務の概要>

- ① 広域的な事案を発見した都道府県が市町村に対して情報提供を行う。
- ※食中毒の場合は、保健所から都道府県を経由し、対象者リスト等が市町村に提供されるイメージ。
 ※場合によっては、市町村が自ら把握、もしくは、関係機関から直接情報提供を受けることも想定される。
 ※市町村は、国保法第113条の2により、関係機関に対して情報提供を求めることができる。
- ② 広域的な事案として、必要に応じて市町村から都道府県へ委託を行う（規約に基づく対応）。
 - ③ 都道府県から加害者に対し損害賠償金の請求を行い、交渉等を行う。
 - ③' 必要に応じて都道府県から国保連合会への委託を行い、国保連合会から加害者に対し損害賠償金の請求を行い、交渉等を行う。
 - ④ 都道府県は、加害者から損害賠償金の支払いを受け、市町村に支払う。
 - ④' 国保連合会は、加害者から損害賠償金の支払いを受け、市町村に支払う。
- ※③'（都道府県から国保連合会への委託）を行った場合は、④ではなく、④'の流れとなる。

【ケース2】専門的事案（法的手続きから損害賠償金支払いまでの流れ）

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



<事務の概要>

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

第三者行為求償事務の取組強化（関係機関への資料提供等の要求①）

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

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



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

第三者行為求償事務の取組強化（関係機関への資料提供等の要求②）

資料の提供等を受ける際の項目例

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

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

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

国保運営方針に基づく取組

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

医療費適正化計画（概要）について

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

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

【第4期医療費適正化計画の目標・取組】

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

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

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

計画の目標・施策の見直し

① 新たな目標の設定

➤ 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供

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

➤ 医療資源の効果的・効率的な活用

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

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

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

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

② 既存目標に係る効果的な取組

健康の保持 の推進

- 特定健診・保健指導の見直し
⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など

医療の効率的な 提供

- 重複投薬・多剤投与の適正化
⇒電子処方箋の活用
- 後発医薬品の使用促進
⇒個別の勧奨、フォーミュラ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

実効性向上のための体制構築

③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

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

➤ 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

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

保険者協議会について

概要

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

第4期医療費適正化基本方針を踏まえた改正ポイント

<都道府県の役割>

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

<医療費適正化計画への関与>

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

<医療関係者の参画促進>

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

国保運営方針に基づく取組

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

主な取組例

- 市町村ごとに事務の運用にばらつきがあるため、事務処理を標準化（基準の統一や市町村事務処理標準システムの導入等）することにより、効率化が可能と考えられる。
- また、市町村が実施する事務については、市町村ごとに単独で行うのではなく、より広域的に実施（共同実施）することにより、効率化が可能と考えられる。
- 各都道府県における標準化・広域化の実施状況（令和6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）	6	23	29	0	0
一部負担金の減免基準（要件）	8	23	31	0	0
出産育児一時金の給付水準の統一	27	4	31	0	0
葬祭費の給付水準の統一	26	8	34	0	0
高額医療費支給申請手続きの簡素化（70歳以上）	18	15	32	1	0
高額医療費支給申請手続きの簡素化（70歳未満）	15	17	31	1	0
収納対策の共同実施（滞納整理機構）	13	0	12	0	1
共同収納コールセンターの実施	2	1	1	2	0
口座振替の促進等の広報	15	0	5	10	0
重複・多剤投与者に対する服薬情報通知	8	2	3	4	3
後発医薬品差額通知の送付（回数、対象月数、様式、内容）	25	5	4	26	0
特定健診の受診促進に係る広報	26	4	14	14	2
後発医薬品の使用促進に係る広報	19	2	10	11	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	29	0	22	7	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）	18	3	1	18	2
保険給付費等交付金の国保連への直接支払	21	3	16	8	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		母子家庭 (当該年度の市民税が非課税に限る)	ひとり親家庭医療費助成を受ける世帯(市町村税の所得割非課税)	精神障害・感染症で措置入院している世帯(市町村税の所得割非課税に限る)	原子爆弾被爆者のいる世帯(市町村税の所得割非課税に限る)	児童福祉法に規定する児童養護施設又は乳児院に入所措置されている児童のいる世帯	居住用施設の購入(公共事業目的で居住用資産を譲渡した時の譲渡所得を購入に充てた場合)	地方税法第29-5条第1項第2号に該当(障害者、未成年者、寡婦又は寡夫)
市町村計	39	21	25	1	22	28	17	5	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	20

高額医療費支給申請手続きの簡素化（愛知県）

愛知県

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

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

<70歳以上の簡素化の議論>

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

<70歳未満の簡素化の議論>

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

- 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。

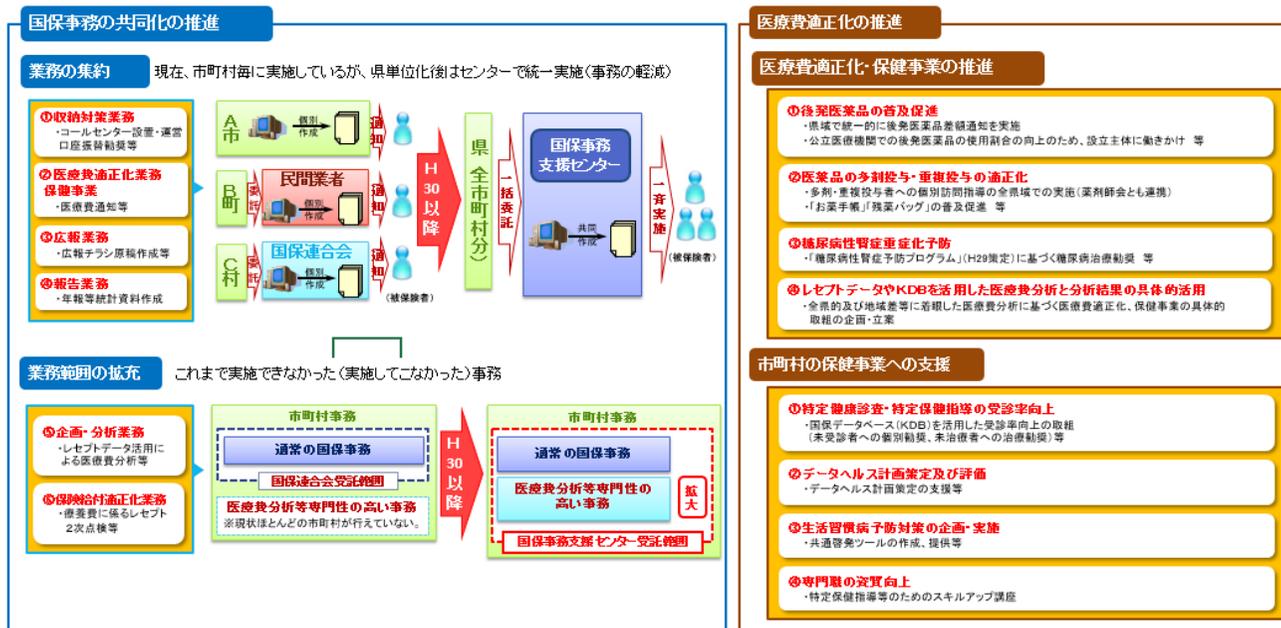
保険者業務の共同実施（奈良県）

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。

収納率向上等の広報の共同実施（沖縄県）

沖縄県

保険料の収納率向上等に係る広報について、県・市町村・国保連での共同事業を実施

- 国保3%推進運動等をきっかけに、市町村からの要望により、平成6年度から県・市町村・国保連での広報共同事業を実施。国保連に広報委員会（R3の委員：県・9市町村・国保連 計11名）を設置し、3者（県・41全市町村・国保連）からの負担金により共同で事業を実施。
- 国保制度の趣旨を県民に広くアピールすることを目的に、現在、テレビ番組、各種スポットCM（テレビ、ラジオ及びYouTubeチャンネル）等にて広報を実施。
- 広報共同事業では、「保険料の納付促進（口座振替の促進含む）」「特定健診等の受診勧奨」「被保険者証更新案内」を中心に、テレビ番組、スポットCM、ポスター等を制作。広報委員会等で内容を検討し、事務局（国保連）で業者へ発注（入札）等を行うことで、各市町村での事務負担を軽減。また、費用面においても、市町村単独では厳しいマスメディアの活用を共同事業として行うことで軽減し、効率化できている。

◎ 沖縄県国保運営方針（抄）

第5章 保険料（税）の徴収の適正な実施

2 保険料（税）の収納対策

（3）目標達成のための取組

オ 広報活動の強化

市町村は、所得や資格喪失の申告勧奨、保険料の納期内納付や口座振替の申請勧奨のため、引き続き積極的に広報活動に取り組むものとする。

県、市町村の共同委託による国保連合会の広報共同事業を活用するとともに、必要に応じて各地区協議会や他市町村との連携により広報活動の共同実施についても実施するよう努める。

保険者機能の強化

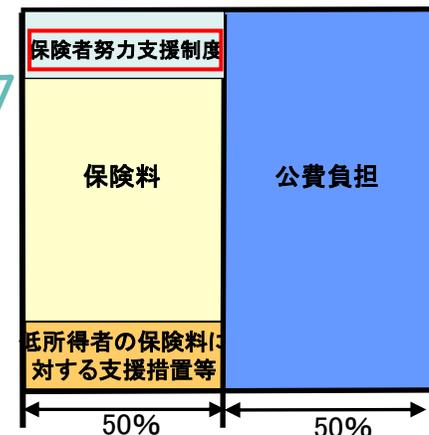
1. 保険者努力支援制度
2. データヘルスの推進
3. 特定健診・特定保健指導
4. 重症化予防の推進
5. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
6. 後発医薬品の使用促進
7. 医薬品の適正使用に向けた取組

保険者努力支援制度

制度概要

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

国保財政の仕組み（イメージ）



抜本的強化

令和2年度～

- <取組評価分のメリハリ強化> ※取組評価分の令和8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（R8）：（事業費分）162億円（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212億円）
（事業費連動分）218億円

以降も毎年度、各自治体の取組状況等を踏まえ、地方団体等と協議の上、評価指標・配点割合の見直しを実施

令和8年度の保険者努力支援制度 取組評価分

市町村分（400億円程度）

保険者共通の指標

- 指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
- 特定健診実施率・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
- がん検診受診率等
 - 歯科健診受診率等
- 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
 - 特定健診実施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
- こどもの医療の適正化等の取組
- 指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況
- 国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組
- 指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況
- 第三者求償の取組状況
- 指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況
- 適切かつ健全な事業運営の実施状況
 - 法定外繰入の解消等

都道府県分（600億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

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

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 年齢調整後一人当たり医療費
- ・その水準が低い場合
- ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合
- 重症化予防のマクロ的評価
- ・年齢調整後新規透析導入患者数が少ない場合等
- 重複投与者数・多剤投与者数
- ・重複投与者数・多剤投与者数が少ない場合
- ・こどもの一人当たり医療費が少ない場合

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
- ・医療費適正化等の主体的な取組状況
- (こどもの医療の適正化等の取組、保険者協議会、データ分析、予防・健康づくり 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8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医薬品の適正使用を推進する取組 | : 医薬品の適正使用を促す保健指導 |
| ⑤PHRの利活用を推進する取組 | : PHRを利活用した保健事業 |

令和8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

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

B. 市町村の現状把握・分析

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

C. 都道府県が実施する保健事業

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

D. 人材の確保・育成事業

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

E. データ活用により予防・健康づくりの質の向上を図る事業

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

F. モデル事業(先進的な保健事業)

- ・ 地域の企業や大学、関係団体等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8年度 市町村 国保ヘルスアップ事業

【交付要件】

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

【基準額①】

(適用要件)

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

(基準額)補助率10/10

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

【基準額②】

(適用要件)

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

(基準額)補助率10/10

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

【先進的かつ効果的なモデル事業を実施する場合の加算額】

(適用要件)

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

(加算額)補助率10/10

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

事業内容

① 国保一般事業

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

② 生活習慣病予防対策

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

③ 生活習慣病等重症化予防対策

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

④ 医薬品の適正使用を推進する取組

- l)医薬品の適正使用を促す保健指導

⑤ PHRの利活用を推進する取組

- m)PHRを利活用した保健事業

令和8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。なお、事業費分において予算の不足が生じた場合は、未交付額を事業費分の不足額に充当し、その残余を上限額に達していない都道府県に対して再配分する。

(1) 「事業」の取組状況

109億円

(都道府県)

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

(市町村) 要件を満たす管内市町村の割合に応じて加点

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

(2) 「事業」の取組内容

109億円

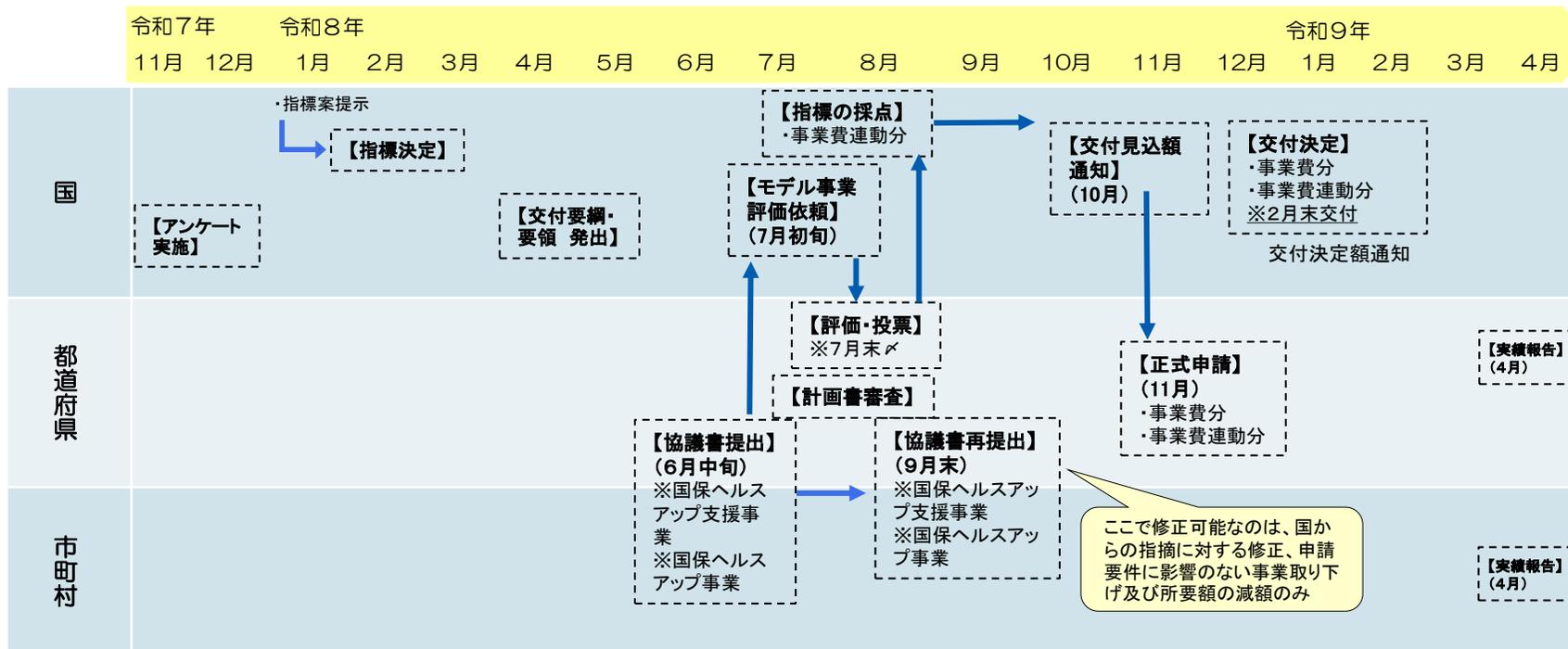
(都道府県)

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

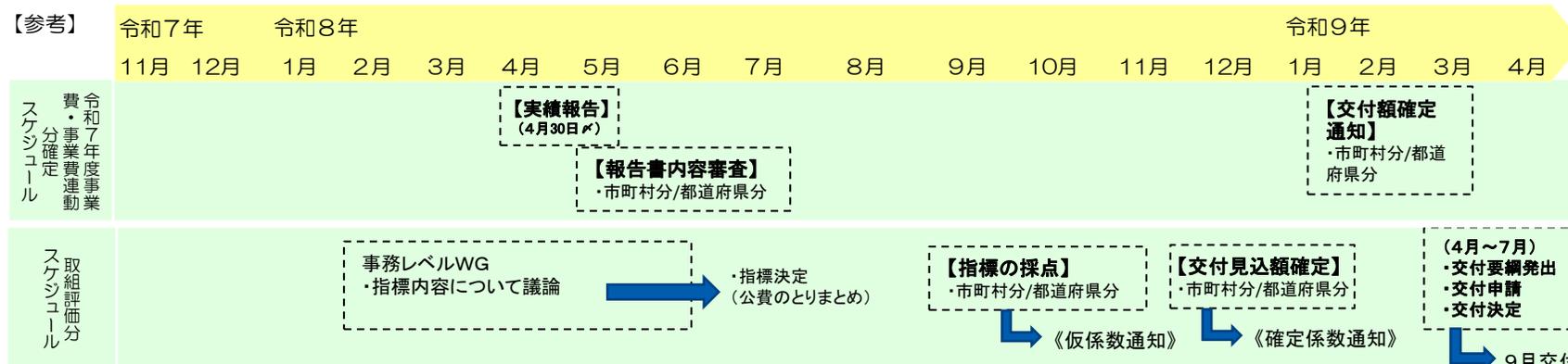
(市町村) 要件を満たす申請市町村の割合に応じて加点

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

国民健康保険保険者努力支援交付金（予防・健康づくり支援）令和8年度交付スケジュール



【参考】



保険者機能の強化

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

データヘルス計画とは

● 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

第五 保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施及び評価

市町村及び組合は、健康・医療情報を活用した被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤が近年整備されてきていること等を踏まえ、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。

⇒ 平成27年度からの**第1期データヘルス計画では、市町村国保等における計画の策定を推進。**

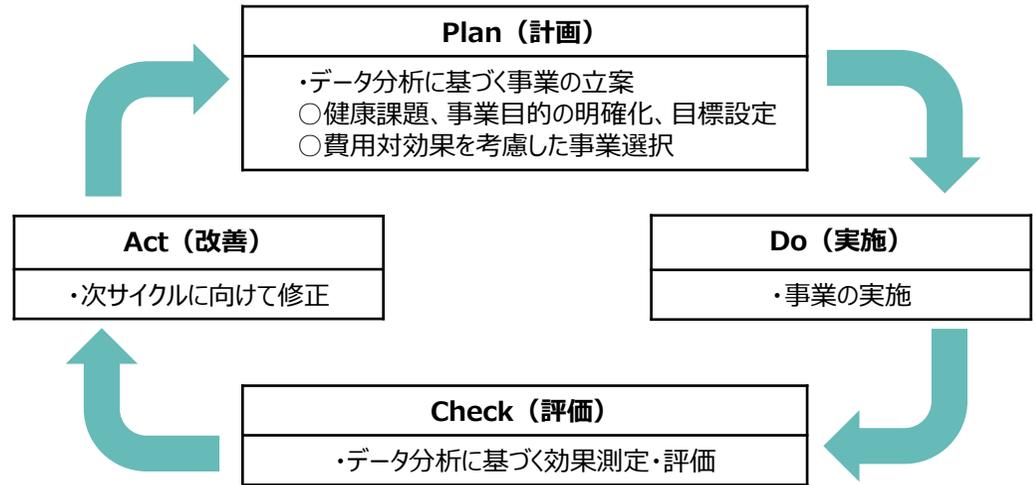
平成30年度からの**第2期データヘルス計画では、全ての市町村国保等での計画の策定を目指す。**

令和6年度からの**第3期データヘルス計画は、共通指標の設定等データヘルス計画の標準化を推進。**

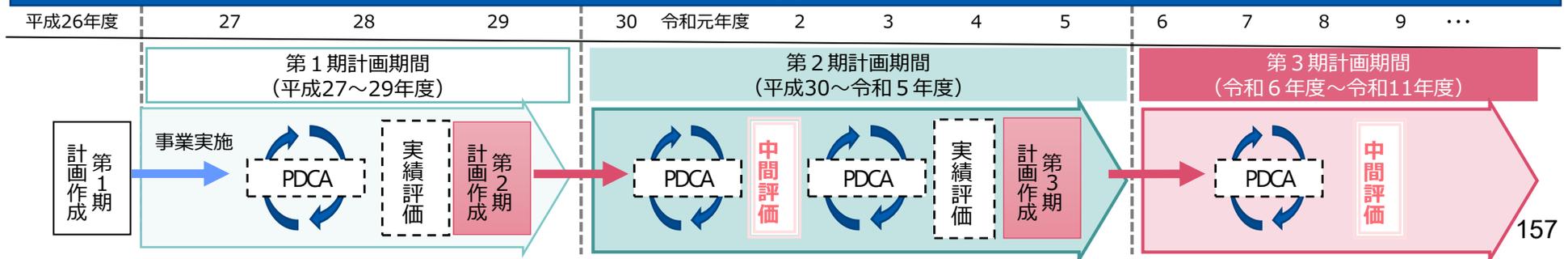
「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

ねらい：「健康寿命の延伸」と「医療費適正化」を同時に図る。

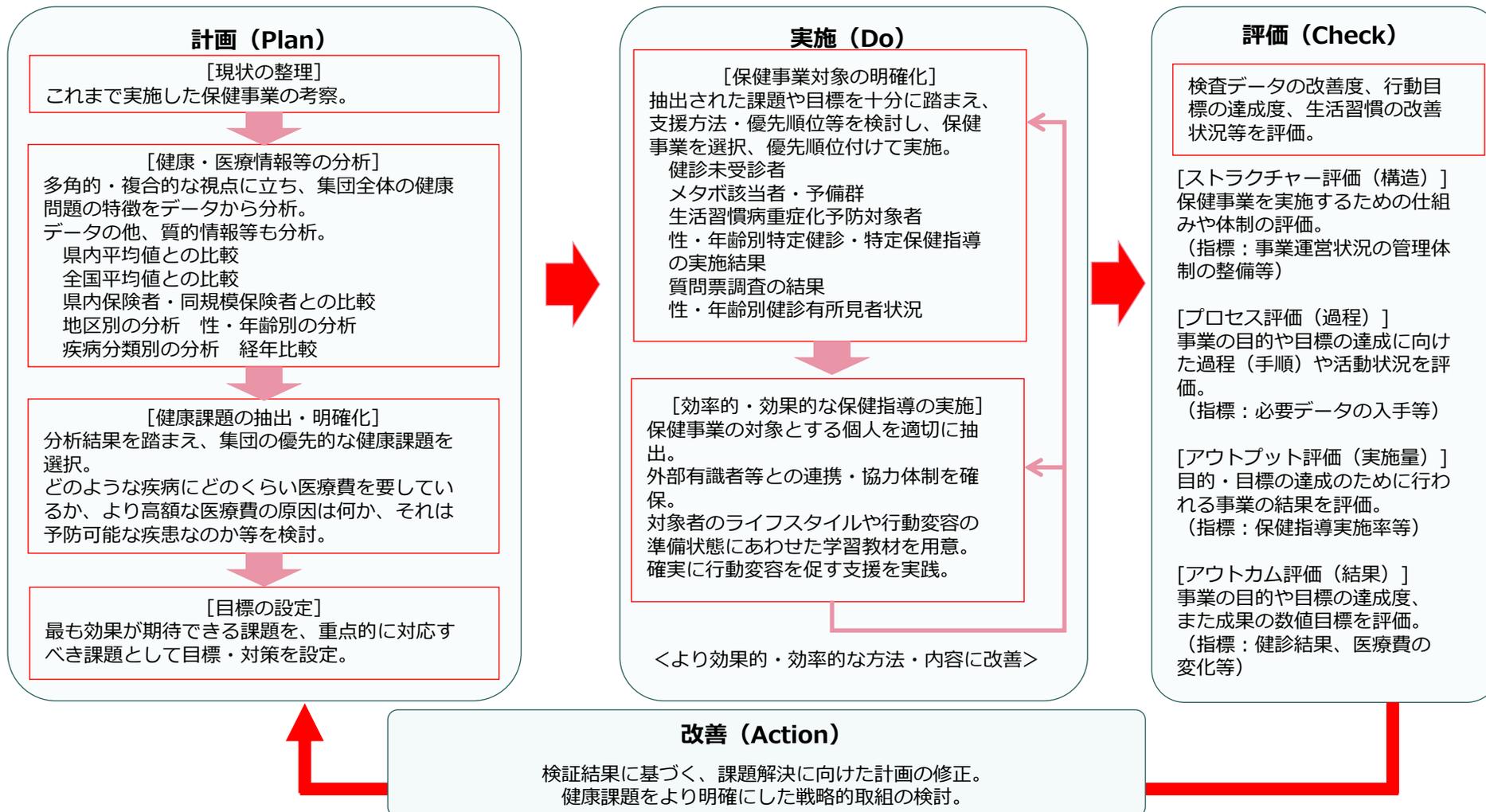


データヘルス計画のスケジュール



「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7年7月1日現在）

- 市町村国保においては、ほぼ全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1,668（96.1%）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			
			HP等で公表している	令和7年度中		
北海道	157 ※(177)	177	176	0	0	0
青森県	40	40	35	0	0	0
岩手県	33	33	33	0	0	0
宮城県	35	35	25	0	0	0
秋田県	25	25	25	0	0	0
山形県	32	32	31	0	0	0
福島県	59	59	57	0	0	0
茨城県	44	44	44	0	0	0
栃木県	25	25	23	0	0	0
群馬県	35	35	35	0	0	0
埼玉県	63	63	63	0	0	0
千葉県	54	54	54	0	0	0
東京都	62	62	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	14	14	1	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	77	75	0	0	0
岐阜県	42	42	42	0	0	0
静岡県	35	35	35	0	0	0
愛知県	54	54	53	0	0	0
三重県	29	29	29	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			
			HP等で公表している	令和7年度中		
滋賀県	19	19	19	0	0	0
京都府	26	26	26	0	0	0
大阪府	43	43	35	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	29	29	1	0	0
鳥取県	19	19	18	0	0	0
島根県	19	19	18	0	0	0
岡山県	27	27	27	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	19	0	0	0
高知県	34	34	31	0	0	0
福岡県	60	60	60	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	45	0	0	0
大分県	18	18	18	0	0	0
宮崎県	26	26	23	0	0	0
鹿児島県	43	43	41	0	0	0
沖縄県	41	40	34	1	0	0
計	1,716 (1,736)	1,733	1,668	3	0	0

※広域連合の回答方法が異なるため、分母が177となる

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

国民健康保険の保健事業の実施状況に関する調べ

第3期データヘルス計画の中間評価について

- 保険者にて策定されたデータヘルス計画には、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価及び計画の見直しを行うことを記載することとしている。
- 令和6年度からスタートした第3期データヘルス計画は、令和8年度に中間評価の時期を迎える。
- 保険者においては、中間評価及び計画の見直しに向け、必要なデータの収集準備等スケジュールを組んで実施いただく。
- 都道府県（国保部局）の役割について、「計画に基づく保健事業の実施、計画の評価等について、（略）保険者を支援する。」（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）としていることから、保険者に対して必要な支援を実施すること。
- 中間評価の実施に当たって、ポイントは以下のとおり。

<中間評価の進め方>

- 個別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。
- データヘルス計画に記載している評価計画（評価指標、評価体制等）に基づき、中間評価を実施。
- データヘルス計画全体における目標の達成状況や事業成果の検証を行う。
- 評価結果に応じてデータヘルス計画及び次年度以降の個別保健事業の見直しを行う。

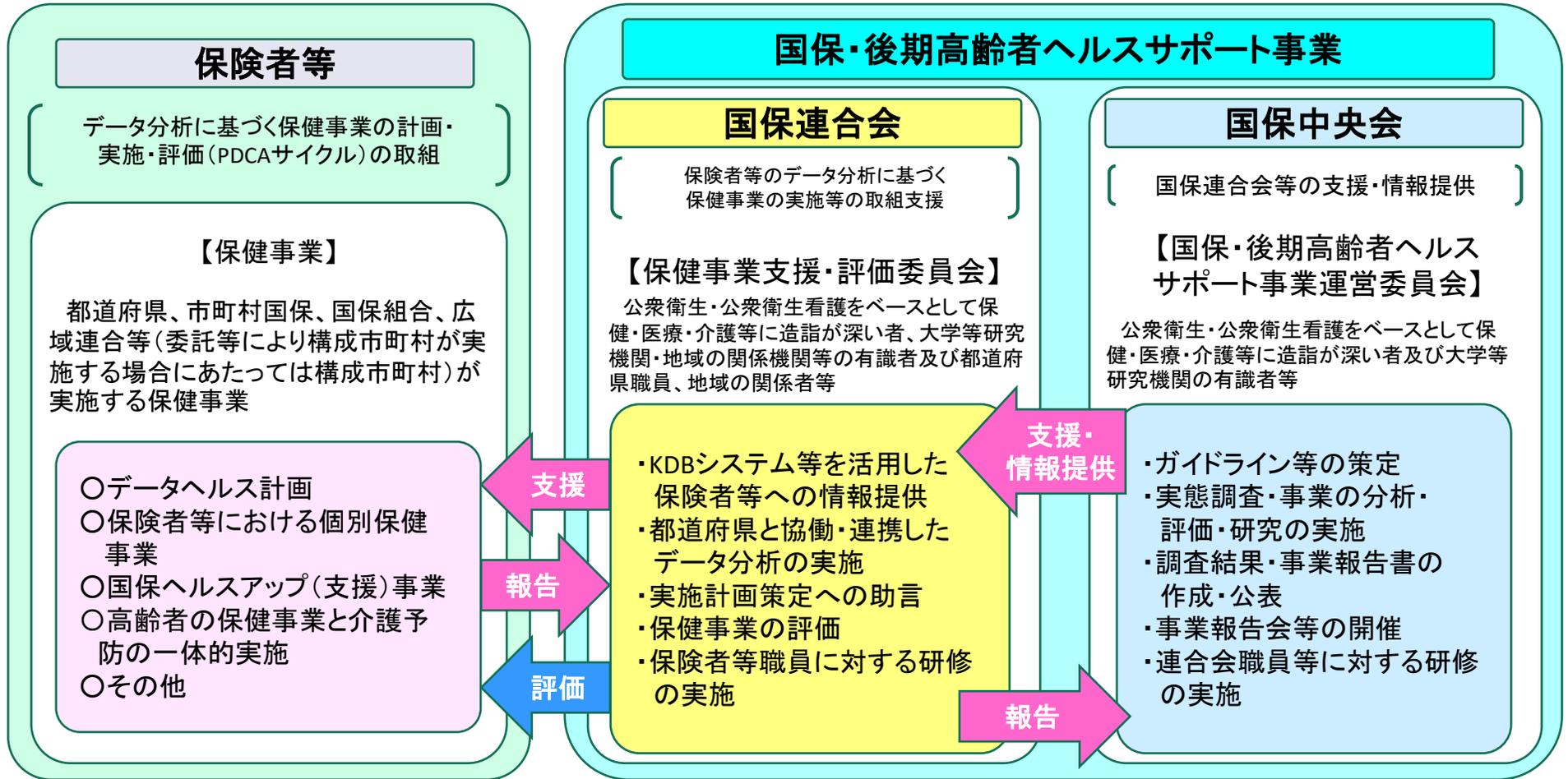
<中間評価の視点>

- データヘルス計画に位置づけている個別保健事業の目標と実績の比較。
- P D C A サイクルに基いた保健事業が展開されているかの検証。
- 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。
- 自己評価のみならず、第三者の視点による評価。

<関係機関等の活用>

- 国保連合会のヘルスサポート事業による支援
- 国保連合会の支援・評価委員会による支援
- 大学等外部有識者による助言。

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の全体像



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

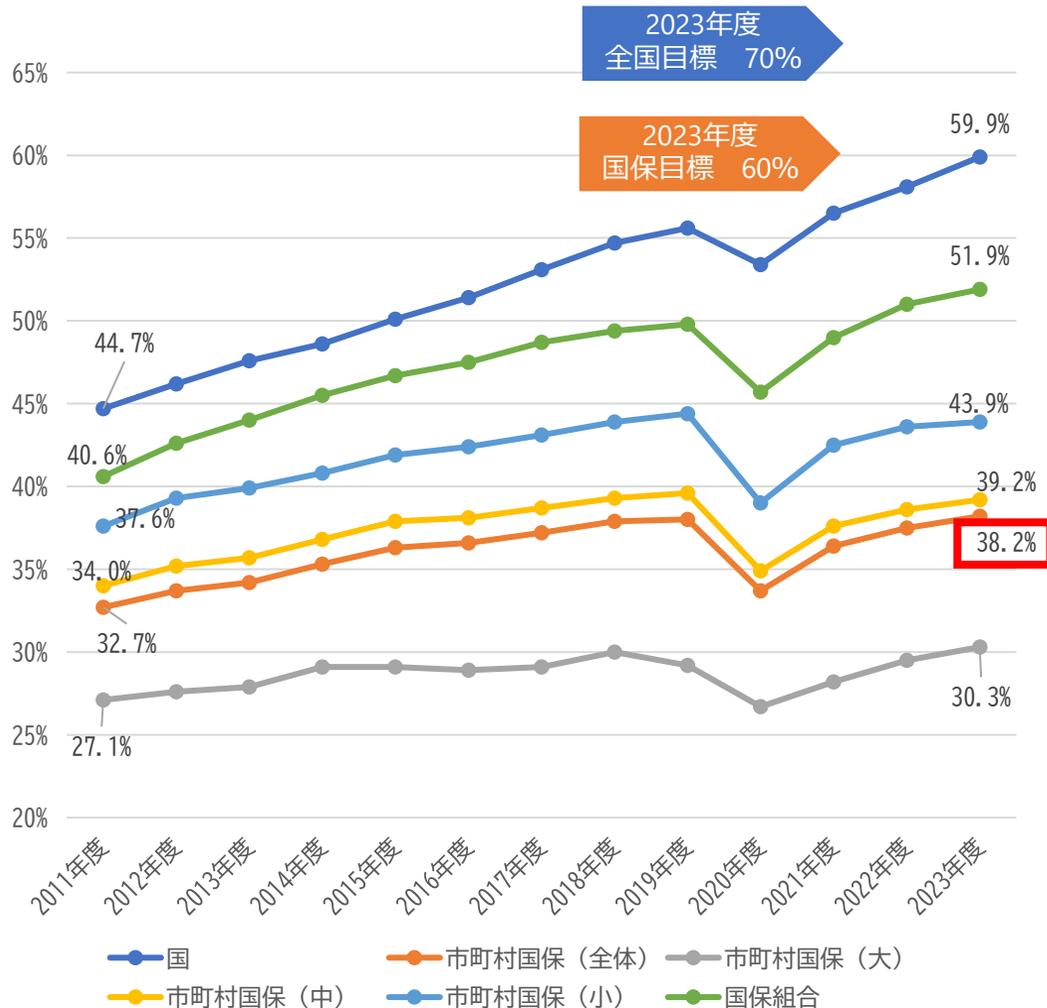
保険者機能の強化

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

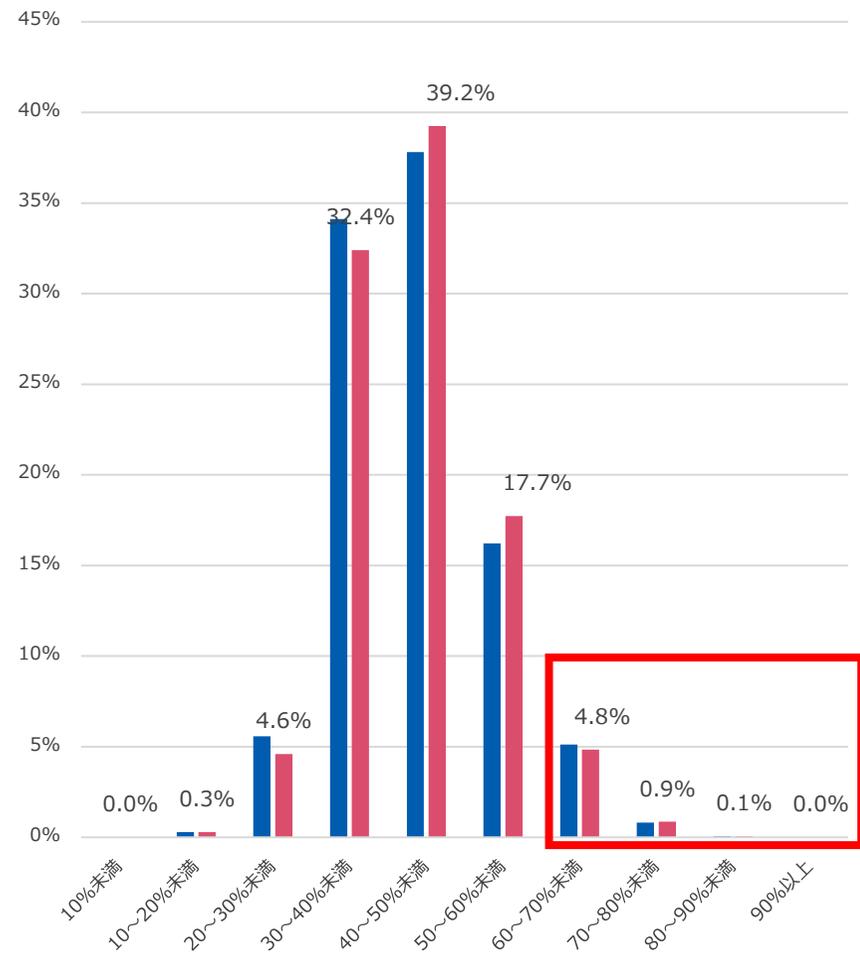
特定健診実施率の推移（市町村国保）

- 2023年度の**特定健康診査の実施率は38.2%**であった。市町村国保規模別統計を開始した2011年度と比較して、**5.5ポイント**向上した。
- 目標60%を超えている市町村国保の割合は、**5.8%**である。

【特定健診受診者数・特定健診実施率】



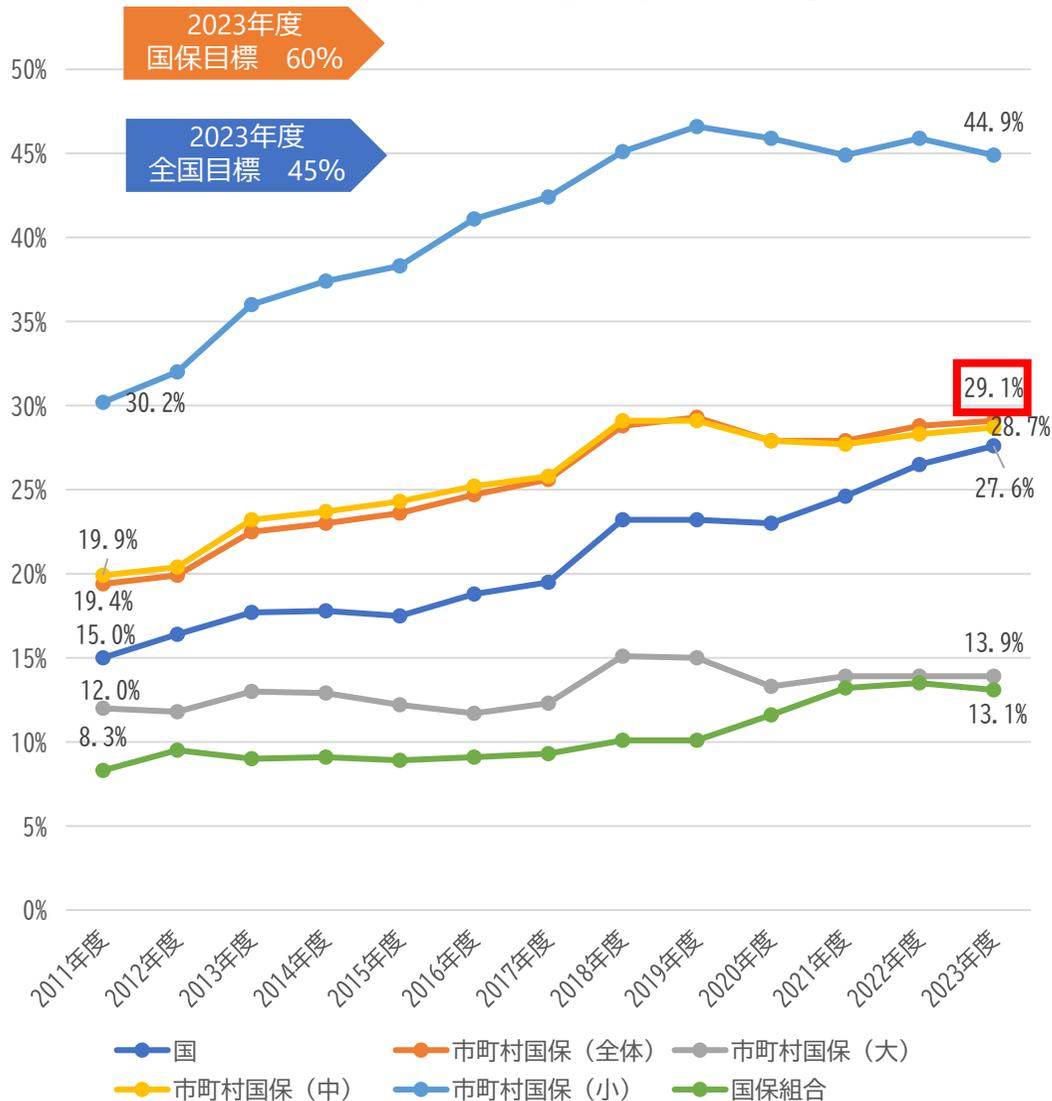
特定健康診査実施率の分布（市町村国保の構成割合）



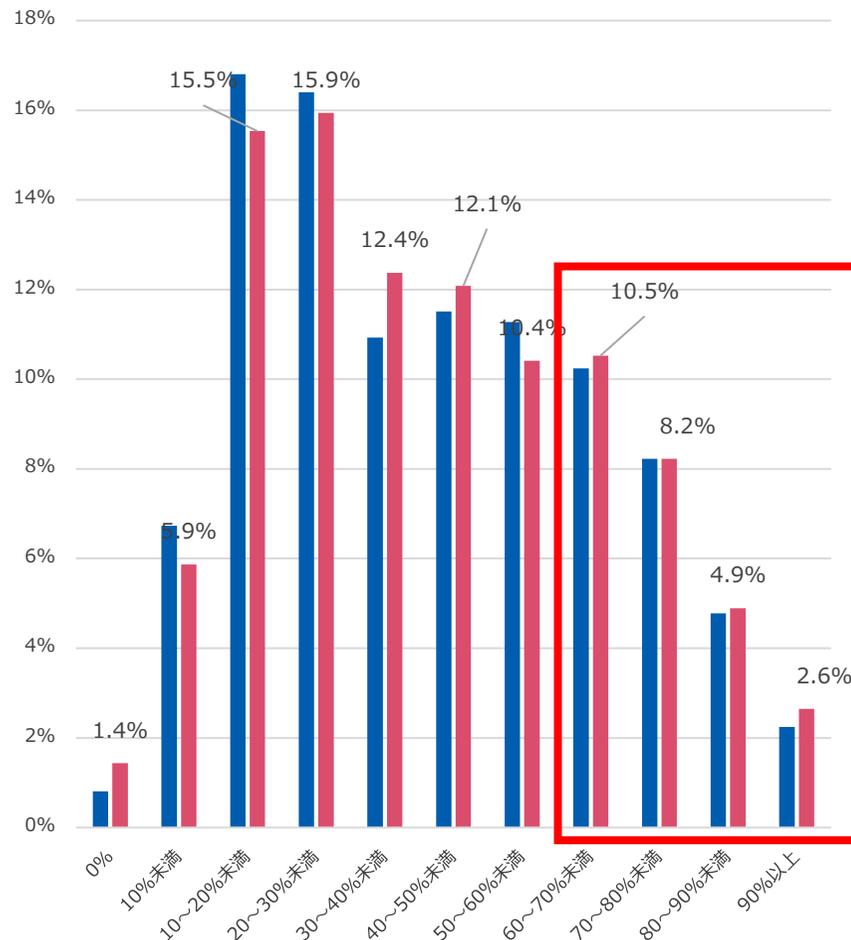
特定保健指導実施率の推移（市町村国保）

- 2023年度の**特定保健指導の実施率は、29.1%**であった。2021年度と比較して**9.7ポイント向上**した。
- 目標60%を超えている市町村国保の割合は、**26.2%**である。

【特定保健指導修了者数・特定保健指導実施率】



特定健康診査実施率の分布（市町村国保の構成割合）



40歳、50歳代に対する特定健診の受診率向上

○ 市町村国保の特定健診受診率は、他の保険者に比べ相当程度低い状況。また、特に40歳・50歳代での受診率が低い。

⇒ ライフサイクルの中で、できる限り早期に生活習慣を整えていただくため、若年層特有の課題に留意しつつ、受診率向上策を図ることが重要。
 なお、特定健診データに基づき経年的に保健指導をしていく観点からも、こうした層への対応を図ることは重要。

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

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

	総数	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合	共済組合
2023年度	59.9%	38.2%	51.9%	58.7%	82.9%	82.6%
2008年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	59.5%	59.9%

(参考)新経済・財政再生計画／2023改革工程表における記述

【取組事項】

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

【表2：2023年度特定健診受診率(年齢階層別)】 ⇒40歳代が特に低く、2割程度の受診率

	全体	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
全体	59.9%	64.7%	65.5%	65.3%	64.4%	60.2%	51.0%	46.2%
市町村国保	38.2%	21.7%	22.8%	24.7%	28.5%	36.5%	44.3%	45.9%

【2023年度】

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

【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. 医薬品の適正使用に向けた取組

基本的な方向性

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

今後の予定

1. KDBシステム改修（令和7年度末まで）

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

2. 調査研究

- 取組状況や課題を分析
- 取組の質を向上させる具体的方策の検討

3. 重症化予防事業の更なる推進等

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

4. 取組に対する財政支援

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

5. 保険者努力支援制度等の保険者インセンティブによる評価

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

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

1. 概要・経緯

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組を全国的に広げていくため、平成28年に日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定。
- 良好な血糖コントロールの維持、合併症の発症・進展を防ぎ、健康寿命の延伸を図ることを目指し、①未治療者・治療中断者に対する医療機関への受診勧奨や生活習慣の改善を促す保健指導と、②治療中の者に対する医療機関等と連携した生活習慣の改善や療養についての指導を実施する。
- 大規模実証によるプログラム介入効果の検証や関係団体等による検討を経て、令和6年3月に糖尿病性腎症重症化予防プログラムを改定。

R2年度～
R4年度
大規模実証

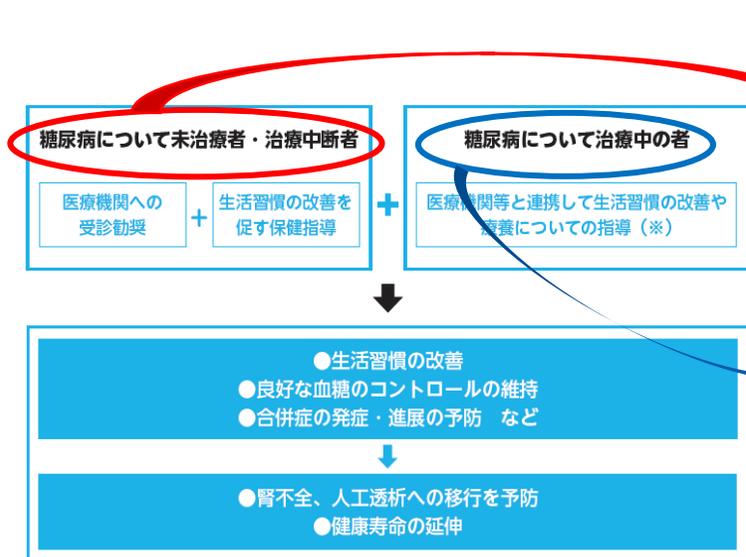
- 結果：医療機関の受診効果は一定程度認められたが、腎機能や腎症改善効果は認められなかった。
- 課題：介入者は各保険者の抽出基準によるものであり同一の基準で抽出されていなかった。

R6年3月
プログラム
改定

- 上記結果等を踏まえ、主に以下の内容を改定。
 - ・対象者の抽出基準と状態に応じた介入方法の提示
 - ・対象者の年齢層を考慮した取組の必要性の整理
 - ・自治体、保険者、医療関係者等の役割分担・連携を明示

2. 対象者の抽出基準と状態に応じた介入方法（R6改定で記載）

- 健康診査の結果がある者については、未治療者・治療中断者と治療中の者にわけて、それぞれに**HbA1cの状況**、**腎障害の程度**（eGFRまたは尿蛋白の状況）、**血圧の状況**（血圧値、治療状況）を踏まえた対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法を例示している。



HbA1c (%)	腎障害の程度						腎障害の程度/血圧区分判定不可 ※3		
	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 ※2		血圧区分 ※2		血圧区分 ※2				
8.0以上	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
7.0~7.9	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
6.5~6.9	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
6.5未満	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲

※取組の方法や対象者等は地域の医療資源の状況や実施体制等を踏まえて市町村ごとに決める

CKD対策
高血圧受診勧奨

HbA1c (%)	腎障害の程度						腎障害の程度/血圧区分判定不可 ※3		
	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 ※2		血圧区分 ※2		血圧区分 ※2				
8.0以上	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
7.0~7.9	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
6.5~6.9	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
6.5未満	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値受診なし	正常範囲

<レベルに応じた介入方法の例>

レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合
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

国民健康保険における重症化予防に取り組む自治体の経年変化

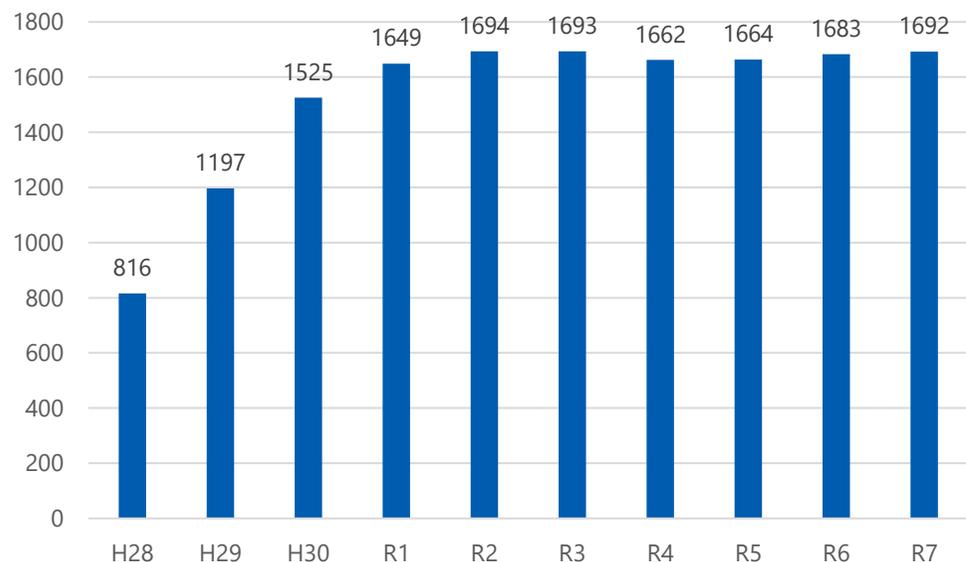
○ 5つの要件（※）を満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組は、97.2%まで増加している。

○ 保険者規模別では、規模が小さくなるにつれ実施率が低下する。

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

糖尿病性腎症重症化予防に取り組む自治体数の

経年変化 (N=1,741)



R7年度 被保険者規模別取組状況

区分	自治体数	実施自治体数	実施率
被保険者数10万人以上	31	31	100.0%
被保険者数5万人以上10万人未満	51	51	100.0%
被保険者数1万人以上5万人未満	420	414	98.6%
被保険者数3千人以上1万人未満	564	559	99.1%
被保険者数3千人未満	675	637	94.4%
合計	1741	1692	97.2%

保険者機能の強化

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

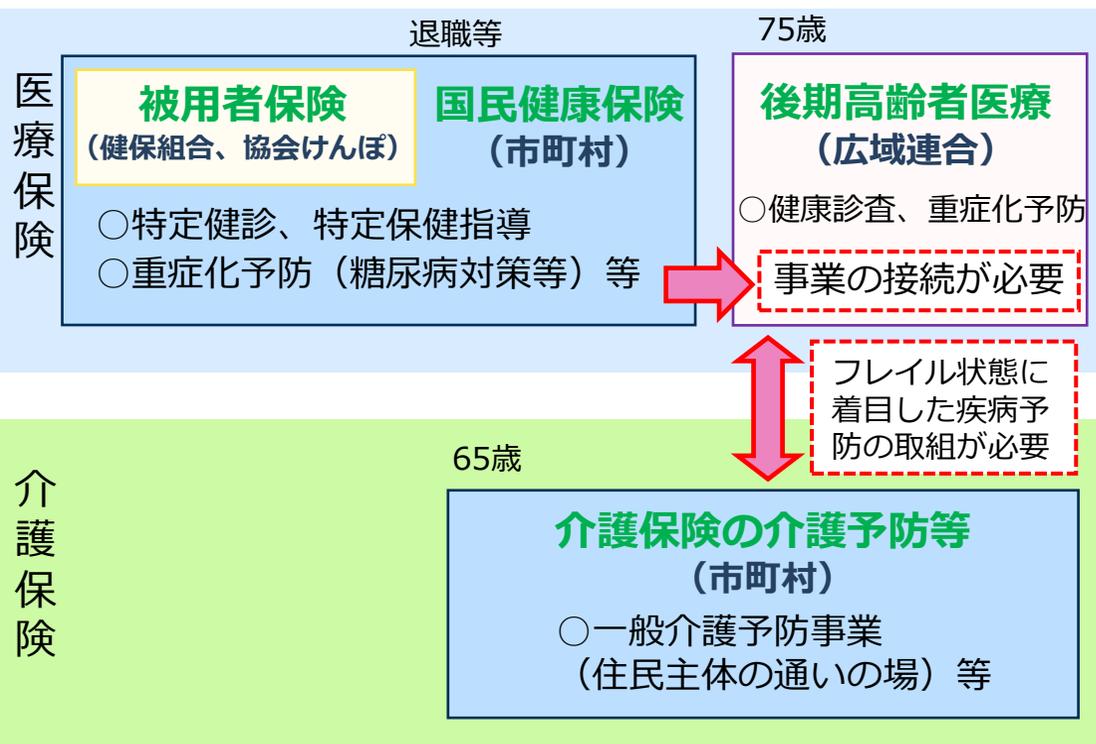
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

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

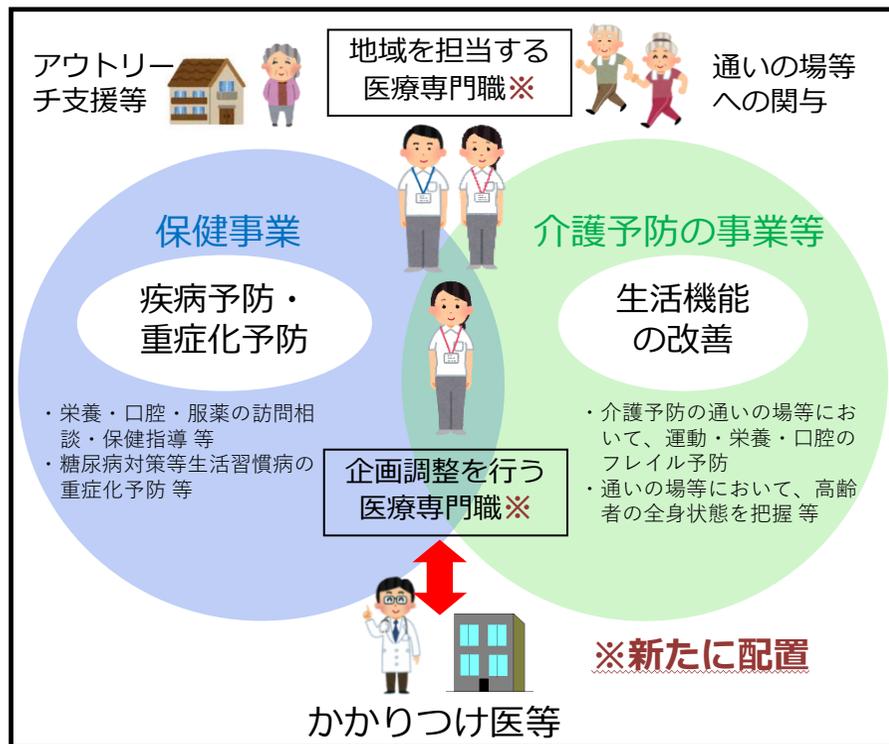
- 令和6年度において、ほぼ全ての市町村で一体的な実施を展開済み。
- 令和7年度以降においては、実施市町村における取組の質の向上と量の増加を目指す。

高齢者医療課調べ（令和7年11月時点）

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



一体的実施の推進に向けた体制整備

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

都道府県保健所

事例の横展開・県内の健康課題の俯瞰的把握・事業の評価 等

広域性を活かした支援

広域連合

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

委託

市町村

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

技術的援助・協力

事業の報告

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

医療関係団体

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

国保中央会

- 研修指針の作成

国保連合会

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

KDBシステムの活用支援

国（厚生労働省）

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

令和3年～

厚生（支）局

- 特別調整交付金審査事務
- 実施状況調査・ヒアリング

保険者機能の強化

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

後発医薬品使用促進の推移・現状

後発医薬品の使用促進に向けた主な施策の推移

<平成19年>

- 「経済財政改革の基本方針2007」で後発医薬品の数量シェア目標を設定。
⇒ 平成24年度までに30%以上（旧指標※）とする。
※ 全医療用医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア
- 「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」の策定。

<平成20年>

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

<平成25年>

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

<平成27年>

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

<平成29年>

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

<令和3年>

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

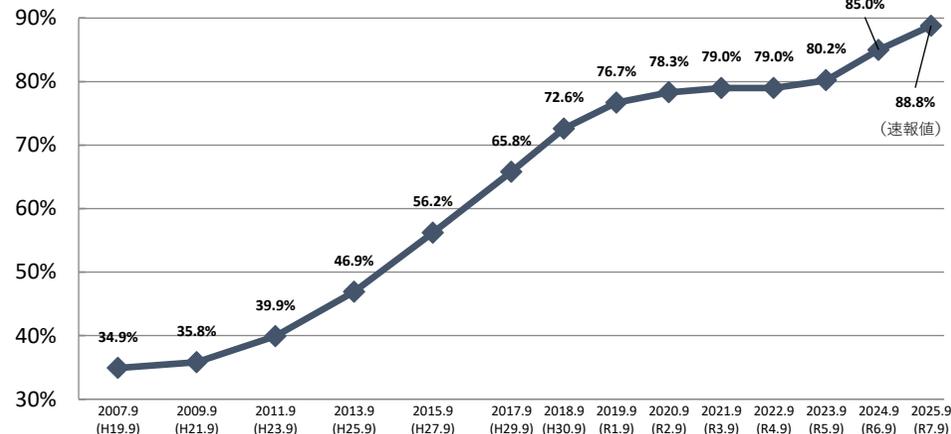
<令和6年>

- 2029年度に向け、新たな数値目標（主目標、副次目標）を設定。

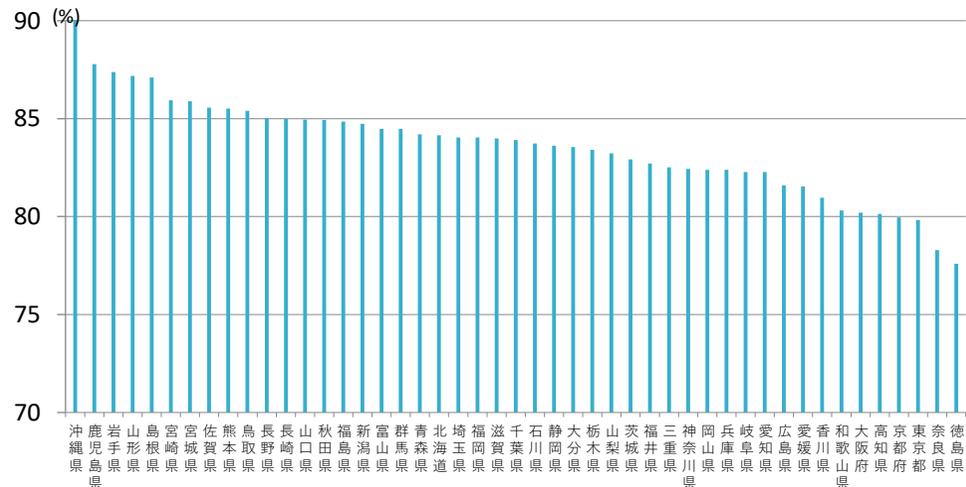
- ・主目標：医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを2029年度末までに全ての都道府県で80%以上
- ・副次目標①：2029年度末までに、バイオシミュラーが80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上
- ・副次目標②：後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

- 「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の改訂
⇒ 「安定供給の確保を基本として、後発医薬品を適切に使用していくためのロードマップ」
- 別添として、「バイオ後続品の使用促進のための取組方針」を策定

薬価調査における後発医薬品の使用割合（数量ベース）の推移



NDBデータにおける都道府県別後発医薬品割合（2024年3月（数量ベース））



後発医薬品に係る新目標（2029年度）について

基本的考え方

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

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

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

- バイオシミラーについては、副次目標を設定して使用促進を図っていく。

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

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

副次目標②：後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

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

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

取組の進め方

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

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

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

令和6年9月30日策定

概要

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

数値目標

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

取組施策

（1）安定供給・国民の信頼確保に向けた取組

○品質確保に係る取組

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

○安定供給に係る取組

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

（2）新目標の達成に向けた取組

○使用環境の整備に係る取組

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

○医療保険制度上の事項に係る取組

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

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

バイオ後続品の使用促進のための取組方針

令和6年9月30日策定

概要

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

数値目標

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

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

副次目標②：後発医薬品の金額シェアを2029年度末までに65%以上

取組施策

（1）普及啓発活動に関する取組

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

（2）安定供給体制の確保に関する取組

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

（3）使用促進に向けた制度上の対応に関する取組

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

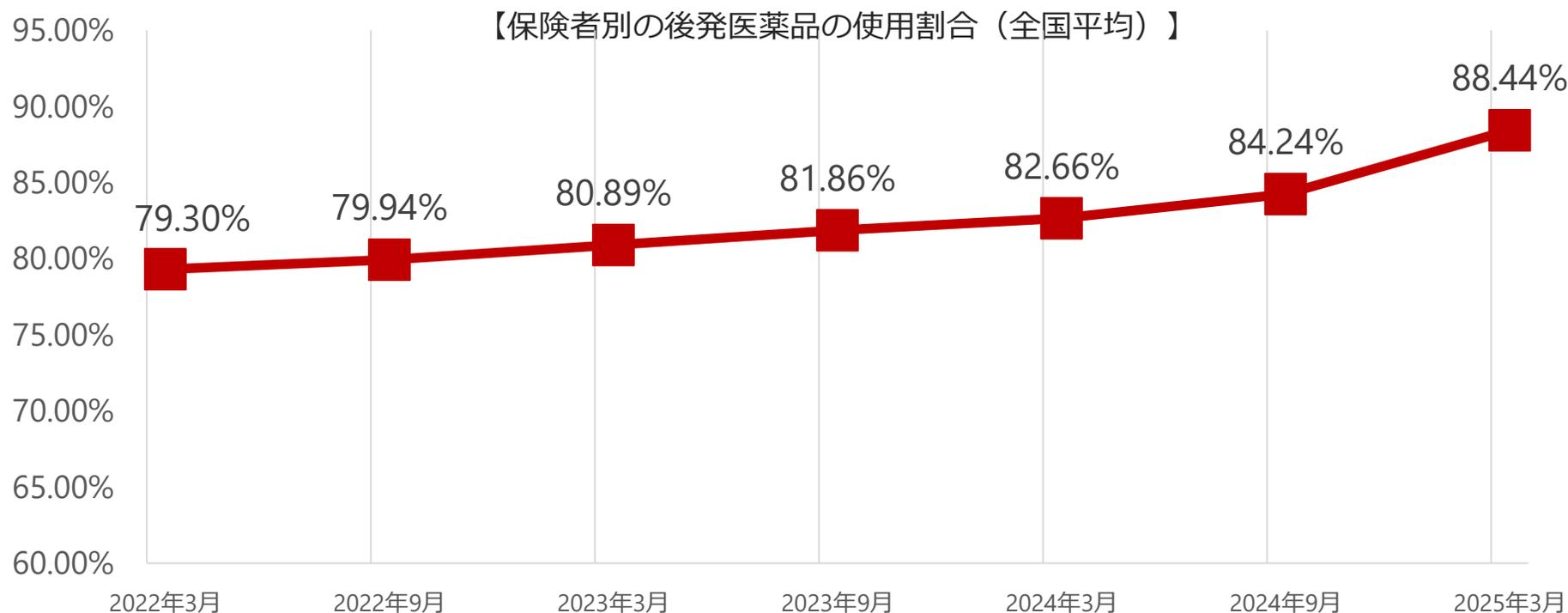
（4）国内バイオ医薬品産業の育成・振興に関する取組

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

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

保険者別の後発医薬品の使用割合（概要）

- 経済・財政計画 改革工程表2017改定版（2017年12月21日）に基づき、後発医薬品の使用促進に向けて、保険者別の後発医薬品の使用割合（毎年9月診療分と3月診療分）を公表するもの。
- 後発医薬品の使用割合（全国平均）は、**88.44%**であった。前回（2024年9月診療分）と比べ**4.2ポイントの増加**であった。過去最高の伸びであり、要因としては令和6年10月に長期収載品の選定療養の制度が開始したことが考えられる。



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

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

保険者機能の強化

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

ポリファーマシー対策の取組について

①「高齢者の医薬品適正使用の指針」の策定等

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

②かかりつけ薬剤師・薬局の推進

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

③診療報酬における評価

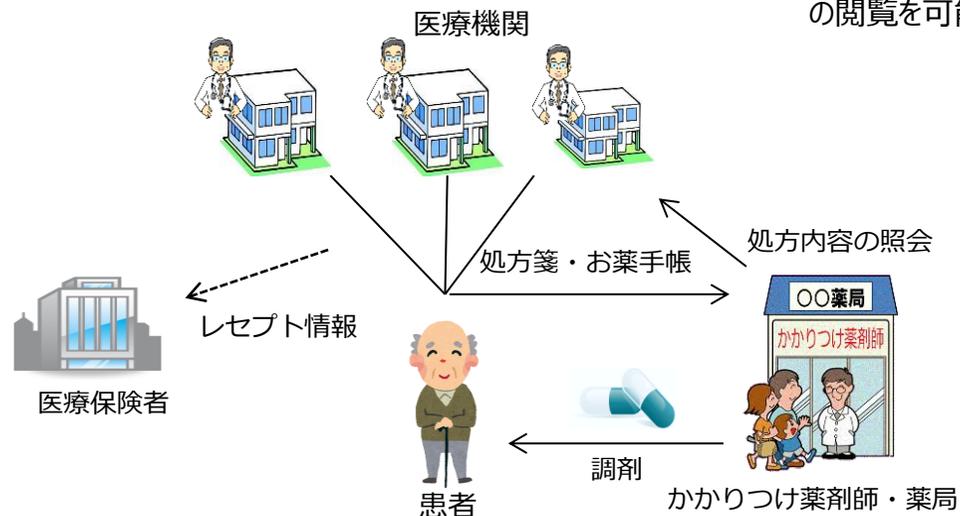
- 医療機関・薬局における減薬の取組の評価等

④保険者における取組

- 保険者におけるインセンティブの見直し

⑤レセプト情報の活用

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



事務連絡
令和7年3月10日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中

厚生労働省保険局国民健康保険課

向精神薬の重複処方の適正化に係る取組への対応について

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

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

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

【問い合わせ先】

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

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

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

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

② 個人情報保護法第69条第1項の「法令に基づく」提供である場合

③ 個人情報保護法第69条第2項各号のいずれかに該当する提供である場合

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

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

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

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

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

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

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

国保のデジタル化

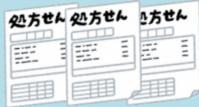
1. マイナ保険証の利用促進等
2. システム標準化
3. 診療報酬改定DX

医療DXの基盤となるマイナ保険証

電子処方箋

処方・調剤情報をリアルタイムで共有
→ 併用禁忌・重複投薬を回避

電子処方箋管理サービス



電子カルテ

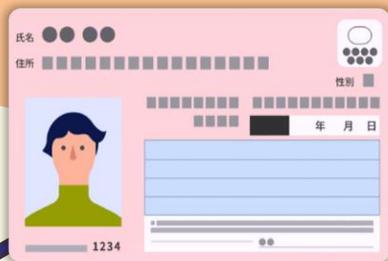
- 医療機関間での文書のオンライン送信、診療に必要なカルテ情報の共有
- マイナポータルでの自己情報閲覧 (PHR)

電子カルテ情報共有サービス (仮称)



確実な本人確認により
なりすましを防止

オンライン資格確認等システム



レセプト返戻の減少

高額療養費の自己負担
限度額を超える分の
支払を免除

マイナ保険証

→将来的には、スマート
フォン1台で受診可能に

患者本人の健康・医療
データに基づくより良
い医療の実現

診察券・公費負担医療の
受給者証とマイナンバー
カードの一体化

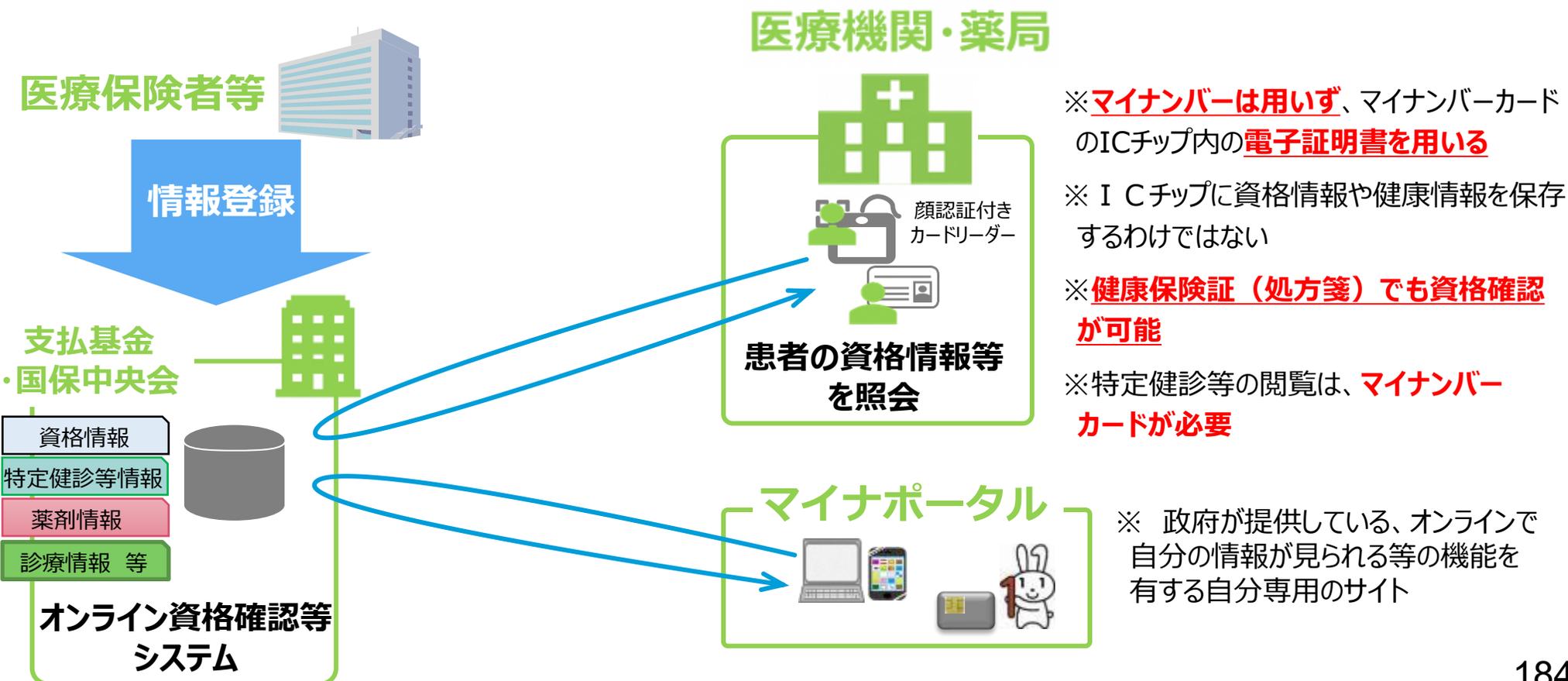


救急医療における
患者の健康・医療データ
の活用

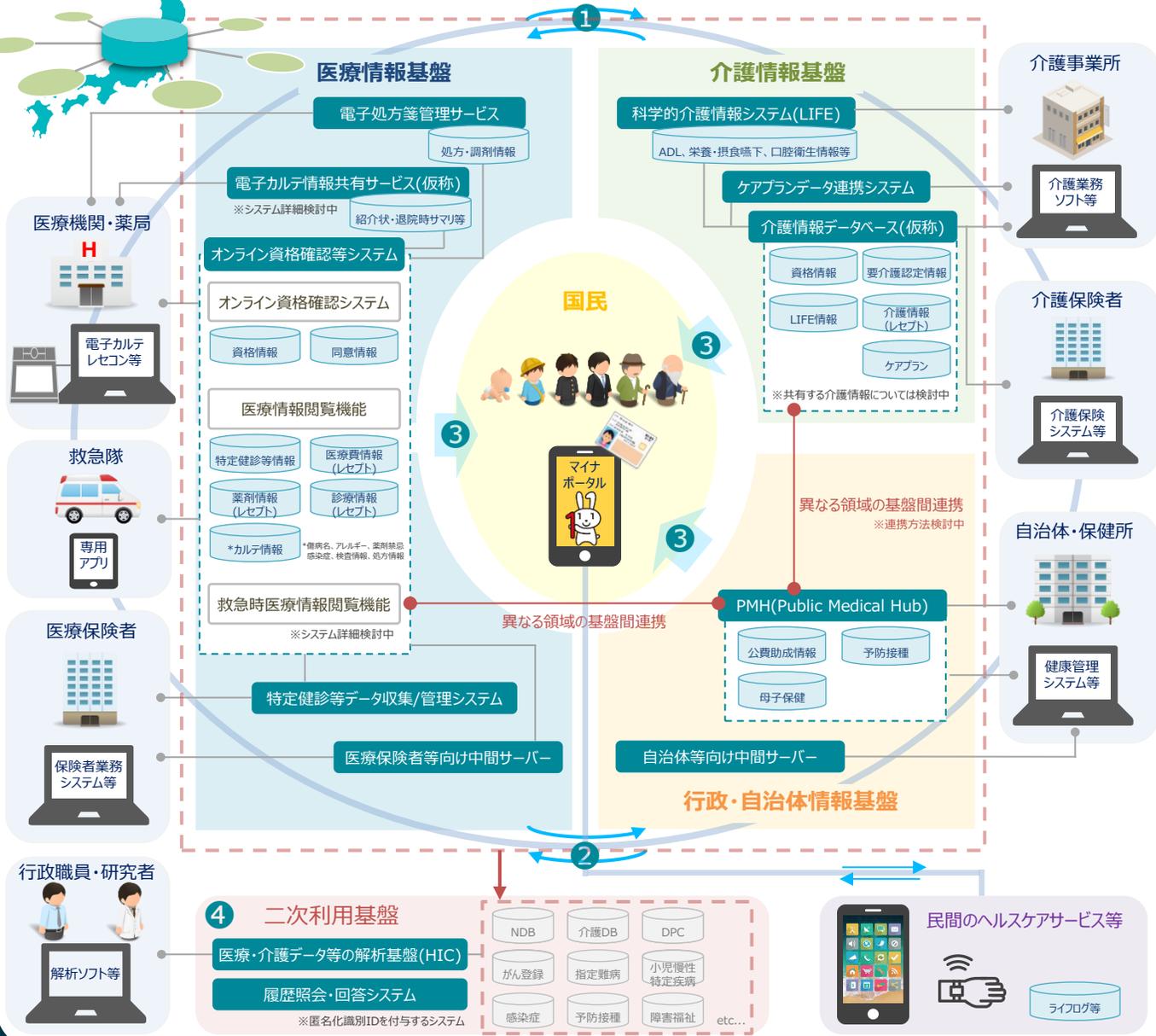


オンライン資格確認（マイナンバーカードの保険証利用）の概要

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



全国医療情報プラットフォーム



《医療DXのユースケース・メリット例》

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



2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

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



3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

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

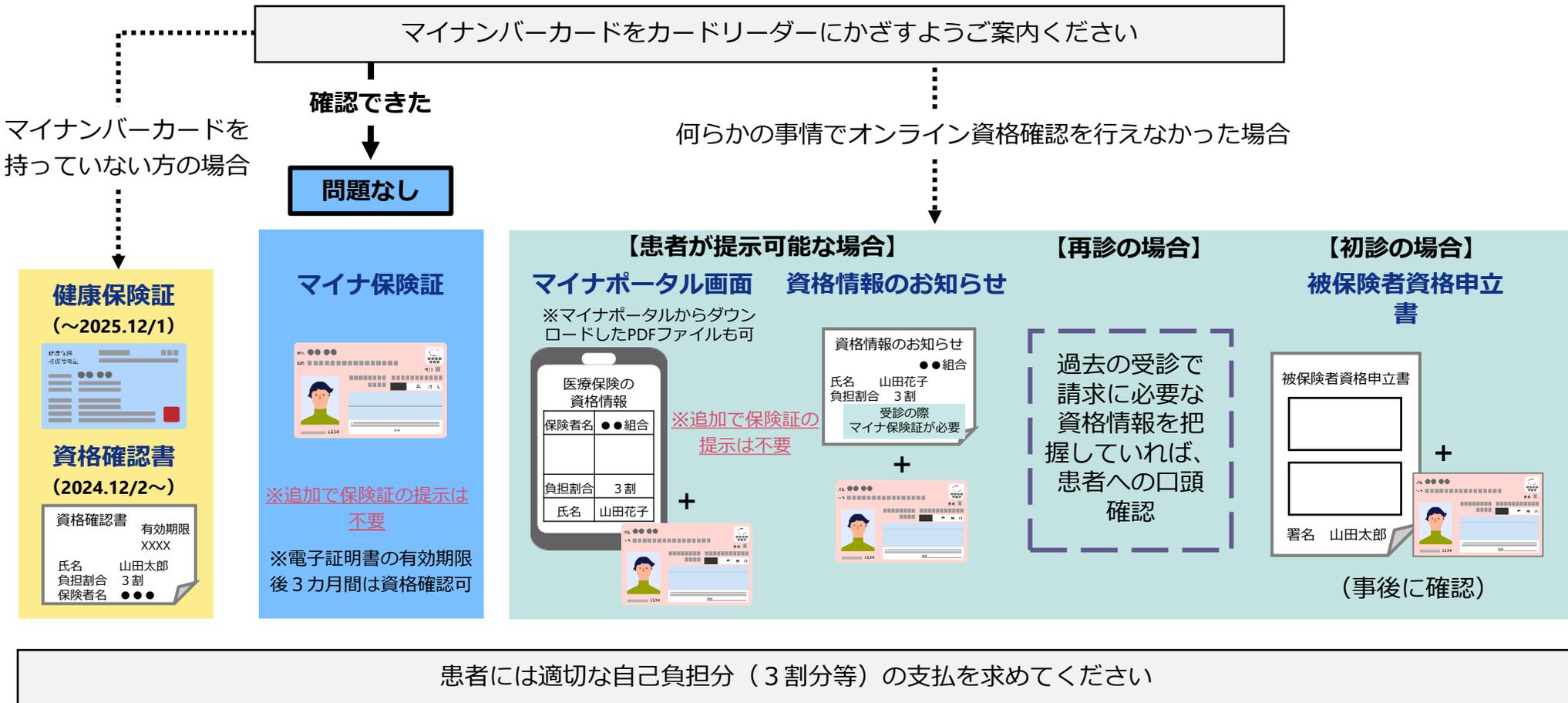


4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

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



マイナ保険証を基本とする仕組みにおける医療機関・薬局での資格確認



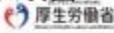
スマートフォンのマイナ保険証に対応した医療機関等の状況

- スマートフォンへのマイナンバーカードの搭載件数（9月末時点）は、iPhoneで約250万件、Androidで約35万件。
- スマートフォンのマイナ保険証利用に当たり、キャノン製の顔認証付きCR（直近の累積販売台数：約4万台）を除き汎用カードリーダーが必要。医療機関等の補助金申請を軽減し、購入時に補助が受けられるよう、Amazonを通じた汎用CRの購入補助を実施（10月14日時点の購入台数：約3万台）。
- スマートフォンの利用実績があり、スマートフォンのマイナ保険証に対応した医療機関・薬局の検索ページを厚労省HP上で公表。10月13日時点で掲載施設が3.1万件（※）、13日までのアクセス数は約3.7万件。
※キャノン製顔認証付きCRを利用しているがまだスマホの利用実績がない施設や、汎用CRを購入後未接続の施設は含まれていない。
- 今後、Amazonビジネスによる汎用カードリーダー等の購入の流れ（アカウント作成等）や、汎用カードリーダーと資格確認端末（PC）の接続について、医療機関等の職員の方の理解がより深まるよう資料等を作成し周知予定。

○スマホ対応済み医療機関・薬局検索ページ

○Amazonビジネス利用マニュアル（イメージ）

○汎用CRの接続簡易手順書（イメージ）



スマートフォンのマイナ保険証対応医療機関・薬局検索ページ



スマートフォンのマイナ保険証利用に対応するための接続設定概要

資格確認端末(PC)と汎用カードリーダーのペアリング手順

ご注意

- 本資料は接続、設定手順の概要のみを示したものです。
- 実際の作業時は、必ずご利用の顔認証付きカードリーダーメーカーが提供している接続手順書をご確認ください。

各社の接続手順書は[こちら](#)からご確認ください。

！汎用カードリーダーが不要な顔認証付きカードリーダー

こちらのキャンマークディングジャパン社の顔認証付きカードリーダー(HI-CARA)をご利用の際は、汎用カードリーダーの購入、接続設定は不要で、スマートフォンから設定できます。

用意するもの

- 資格確認端末(PC)
- 顔認証付きカードリーダー
- 汎用カードリーダー
- 実物のマイナンバーカード

※個人の情報は読み取れません。設定のために必要となります。

※Amazonの専用ページを通じた費用補助の期限は来年1月末まで

マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行に向けた周知

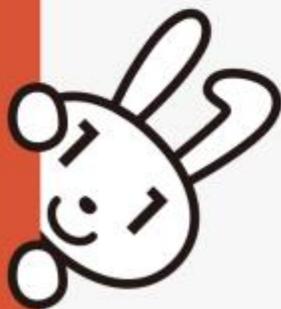
マイナポータルのほか、国民の方が目にする機会の多い様々な媒体（テレビCM、SNS等での広告や動画配信等）を通じ、本年12月のマイナ保険証への移行に向けた対応について改めて周知を実施。

LINE配信の広告

使う準備はできていますか？

お手元に、
マイナ保険証か
資格確認書を。

令和7年12月2日からは、
みなさまに、
医療機関・薬局の受付にて、
マイナ保険証か資格確認書を
提示いただくこととなります。



厚生労働省

厚労省Xへの投稿

マイナ保険証の登録状況の確認・利用登録方法



スマホで
「マイナポータル」
(モバイルアプリ)
にログイン



「証明書」で
「健康保険証」を選択



表示された健康保険証情報のページを確認
※「未登録」の方は、画面に表示される「登録」
をタップすると、登録完了できます！



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

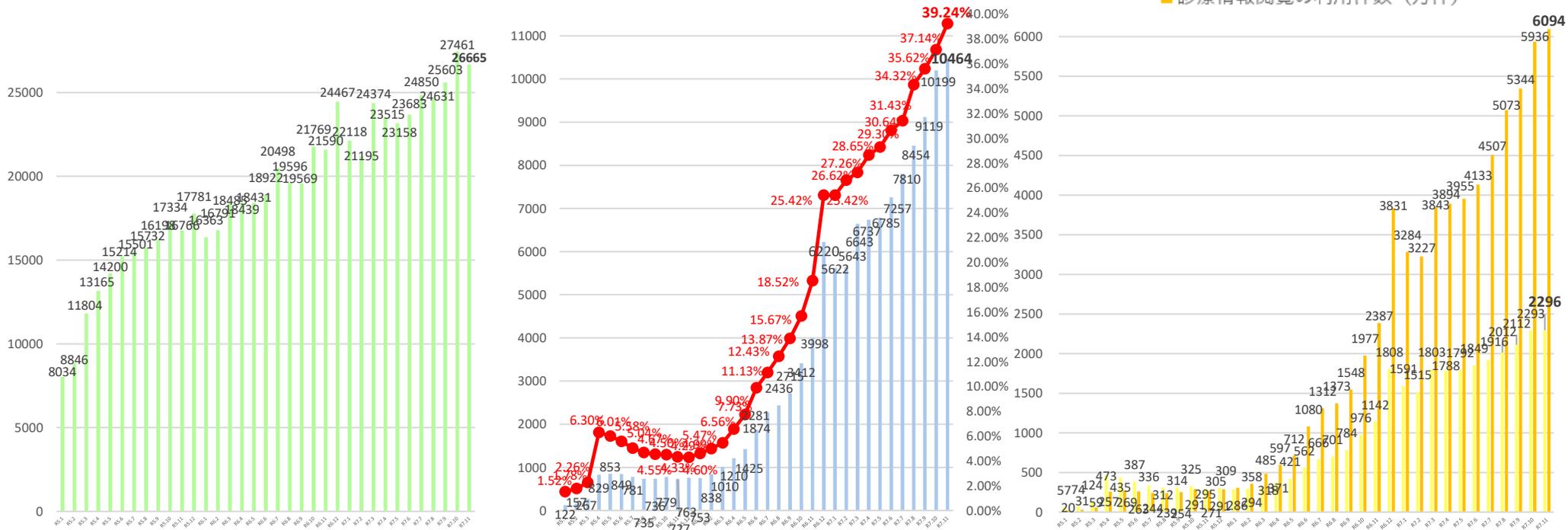
■ オンライン資格確認の利用件数 (万件)

■ マイナ保険証の利用件数 (万件)

● 利用率

■ 薬剤情報閲覧の利用件数 (万件)

■ 診療情報閲覧の利用件数 (万件)



【11月分実績の内訳】

	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	21,558,863	12,666,507	8,892,356	3,704,823	1,410,346	6,403,452
医科診療所	115,206,715	45,031,005	70,175,710	11,553,111	11,928,506	29,901,700
歯科診療所	22,751,762	12,022,848	10,728,914	3,364,727	2,519,896	3,367,791
薬局	107,133,070	34,923,491	72,209,579	11,996,932	7,101,384	21,268,397
総計	266,650,410	104,643,851	162,006,559	30,619,593	22,960,132	60,941,340

マイナ保険証の利用状況

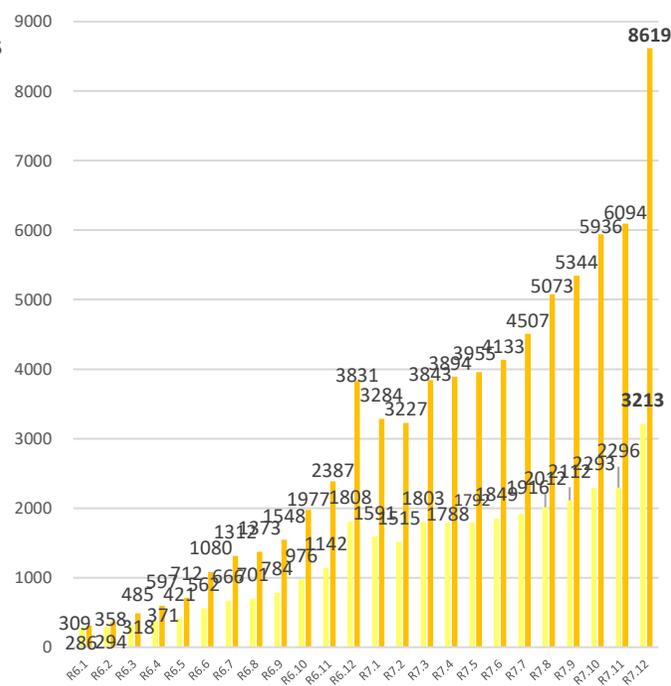
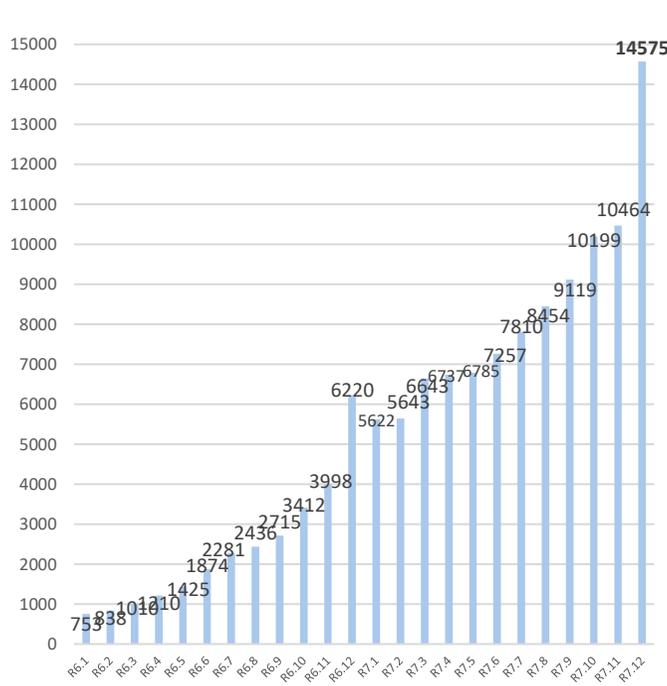
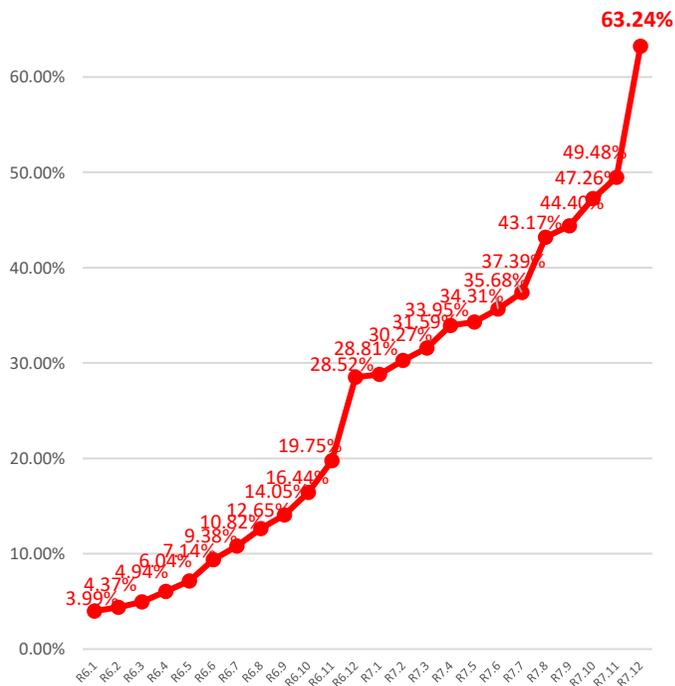
※利用率=マイナ保険証利用人数/レセプト件数

● 利用率

■ マイナ保険証の利用件数 (万件)

■ 薬剤情報閲覧の利用件数 (万件)

■ 診療情報閲覧の利用件数 (万件)



【12月分実績の内訳】

	合計 (人)	マイナンバーカード (人)	資格確認書 (人)
病院	22,027,374	14,260,319	7,767,055
医科診療所	72,215,618	48,042,046	24,173,572
歯科診療所	21,924,829	14,487,416	7,437,413
薬局	62,140,519	35,964,235	26,176,284
総計	178,308,340	112,754,016	65,554,324

	特定健診等情報 (件)	薬剤情報 (件)	診療情報 (件)
病院	5,101,593	2,087,318	8,979,247
医科診療所	15,283,510	16,946,054	43,909,940
歯科診療所	4,885,562	3,716,260	5,273,982
薬局	15,468,643	9,377,286	28,023,120
総計	40,739,308	32,126,918	86,186,289

マイナ保険証に関する現状

日本全体でマイナンバーカードの保有枚数が1億枚を超える中、マイナ保険証の利用登録件数も9,000万件に到達し、マイナンバーカードの保有者に占める利用登録割合は約9割。

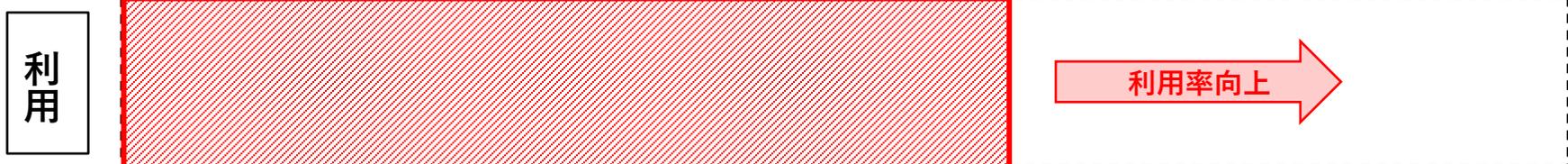
① マイナンバーカードの保有状況 ※ () 内は令和6年1月末時点



② マイナ保険証の登録状況 ※ () 内は令和6年1月末時点



③ マイナ保険証の利用状況 ※ () 内は令和6年4月時点



マイナ保険証の利用実績

R7.12月：14,575万件（1,210万件）、63.24%（6.04%）

9,042万人 10,065万人 12,433万人

(マイナ保険証登録者) (R7.1.1時点の住基人口)
(カード保有者)

オンライン資格確認 マイナ保険証の利用実績 (都道府県別の医療機関・薬局での利用 (令和7年12月))

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率 (令和7年12月) は以下のとおり。

※黄色 = 上位5県 灰色 = 下位5県

都道府県名	利用率
北海道	62.96% (+11.43%)
青森県	67.63% (+12.77%)
岩手県	64.93% (+13.90%)
宮城県	67.13% (+14.75%)
秋田県	64.13% (+14.21%)
山形県	68.36% (+14.09%)
福島県	65.70% (+14.52%)
茨城県	66.69% (+14.78%)
栃木県	66.54% (+12.53%)
群馬県	64.54% (+13.88%)
埼玉県	63.24% (+13.99%)
千葉県	65.81% (+13.70%)
東京都	60.44% (+14.01%)
神奈川県	63.26% (+12.80%)

全国	63.24% (+13.76%)
----	------------------

都道府県名	利用率
新潟県	69.32% (+12.08%)
富山県	73.80% (+12.51%)
石川県	68.73% (+13.02%)
福井県	69.61% (+15.59%)
山梨県	62.22% (+15.93%)
長野県	61.16% (+12.26%)
岐阜県	65.72% (+14.19%)
静岡県	70.17% (+11.86%)
愛知県	65.18% (+15.38%)
三重県	65.29% (+12.62%)
滋賀県	64.81% (+14.06%)
京都府	58.74% (+16.04%)
大阪府	56.31% (+13.81%)
兵庫県	61.06% (+15.83%)
奈良県	61.59% (+12.13%)
和歌山県	58.10% (+18.98%)

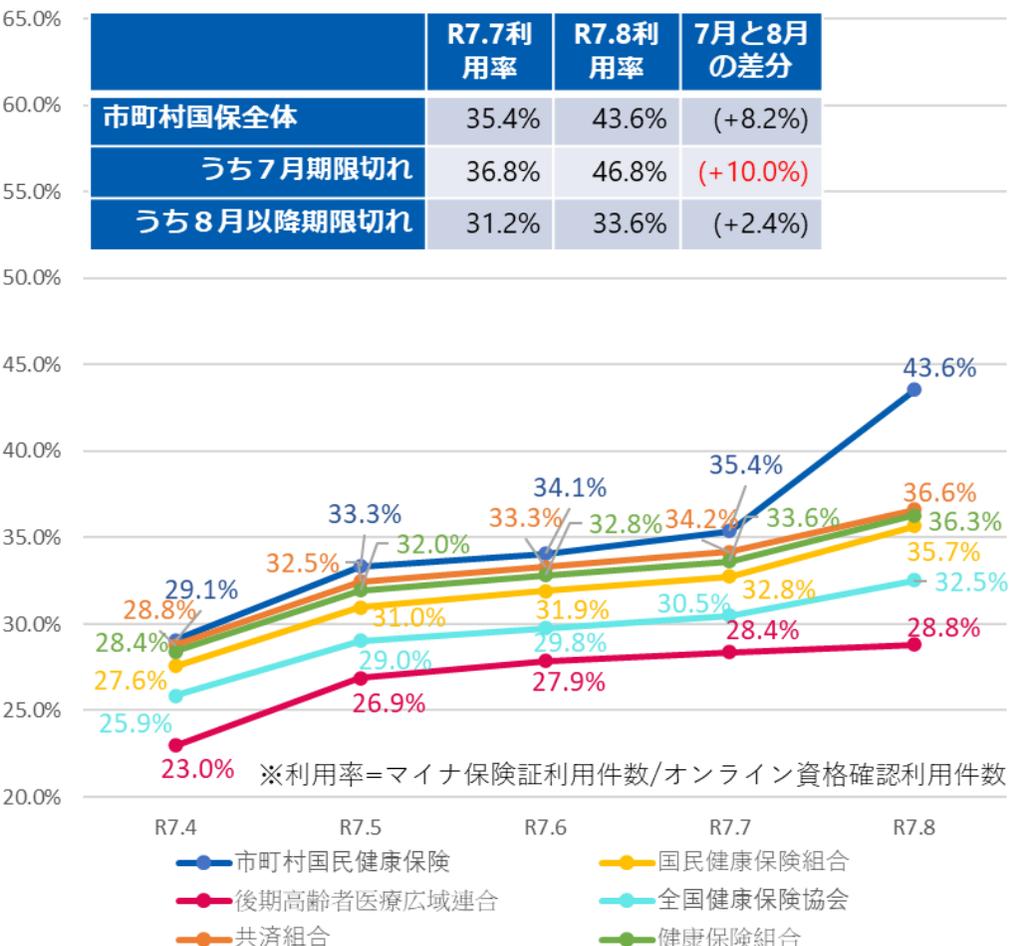
都道府県名	利用率
鳥取県	64.73% (+13.37%)
島根県	65.44% (+11.80%)
岡山県	61.85% (+13.87%)
広島県	64.69% (+12.04%)
山口県	68.07% (+11.14%)
徳島県	56.49% (+12.35%)
香川県	59.38% (+14.84%)
愛媛県	61.34% (+13.95%)
高知県	53.89% (+12.12%)
福岡県	62.16% (+13.44%)
佐賀県	66.33% (+13.84%)
長崎県	62.73% (+11.67%)
熊本県	67.46% (+13.35%)
大分県	61.18% (+14.70%)
宮崎県	70.53% (+11.68%)
鹿児島県	68.88% (+13.43%)
沖縄県	50.71% (+20.21%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用人数 ÷ レセプト件数
(括弧内の値は令和7年11月の値からの変化量 (%ポイント))

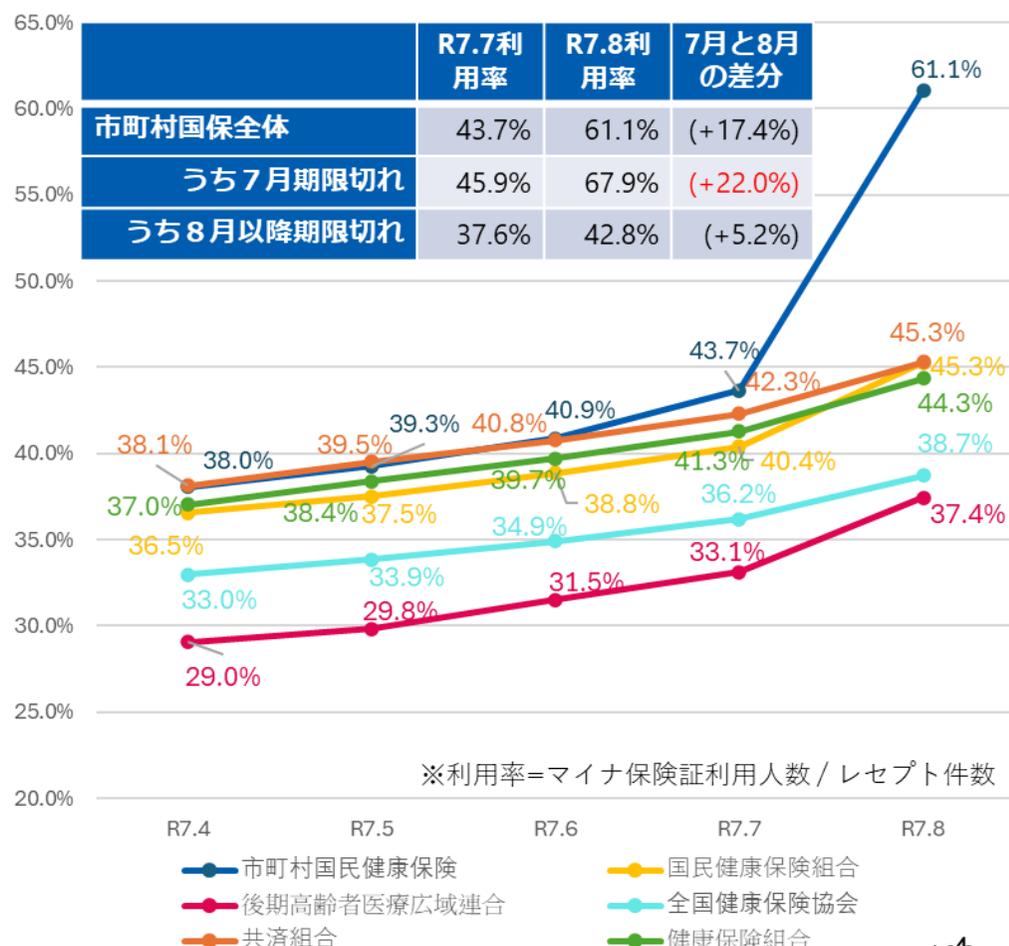
保険制度別のマイナ保険証利用率の推移

直近でも市町村国保の利用率が最も高かったが、令和7年7月末の保険証の期限切れの影響で、他制度と比べても市町村国保の上昇傾向が顕著に見られ、保険証の有効期限を迎えた自治体に限ってはより一層増加。

オンライン資格確認の件数に占めるマイナ保険証の利用率



レセプトの件数に占めるマイナ保険証の利用率



※「うち8月以降期限切れ」は資格確認書の職権公布済み自治体を除く。

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

市町村の国保システムの標準化について

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、市町村では制度改正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）では、地方公共団体の基幹業務システムについては、下記のとおり記載されている。

①令和7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に移行できる環境を整備することを目標とする。

②令和5年3月末時点で公表された標準仕様書に適合した標準準拠システムに、令和7年度末までに移行することを目指す。

③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

（※3）地方公共団体情報システム標準化基本方針（令和6年12月24日閣議決定）では、移行の難易度が極めて高いシステムに加え、事業者の リソースひっ迫などの事情により、2026年度以降の移行とならざるを得ないことが具体化したシステムについては「特定移行支援システム」として、概ね5年以内に移行できるようにすることとされている。

- 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している（※4）。

（※4）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実施。

（厚労省で標準仕様書第1.0版を令和4年8月に公開。以降順次改版を実施し、各自治体に周知）

○市区町村における標準準拠システムへの移行スケジュール（イメージ）

	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度～
標準準拠システムへの移行（市区町村）	移行支援期間 （2025年度までに、ガバメントクラウドを活用した標準準拠システムへの移行を目指し、国はそのために必要な支援を積極的に実施）			標準準拠システムの義務化
				特定移行支援システムの移行支援 （～令和12年度目処）

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。

※令和8年1月現在、令和8年度以降も継続することを予定しています。

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

診療報酬改定DX対応方針

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

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

（※）病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションのこと。

4つのテーマ

○最終ゴールをめざして、医療DX工程表に基づき、令和6年度から段階的に実現

共通算定モジュールの開発・運用

- 診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- 次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討
- モジュールとの接続は、クラウド型レセコンとのクラウド間連携による提供を基本（※）
- レセプトの作成・請求をできるように支援する機能を追加実装

標準様式データ項目の構造化とデータ連携

- 各種帳票様式※1データの標準マスター作成とコード化・構造化、統一的なAPI仕様等の作成による互換性確保
 - ※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

共通算定マスター・コードの整備と電子点数表の改善

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

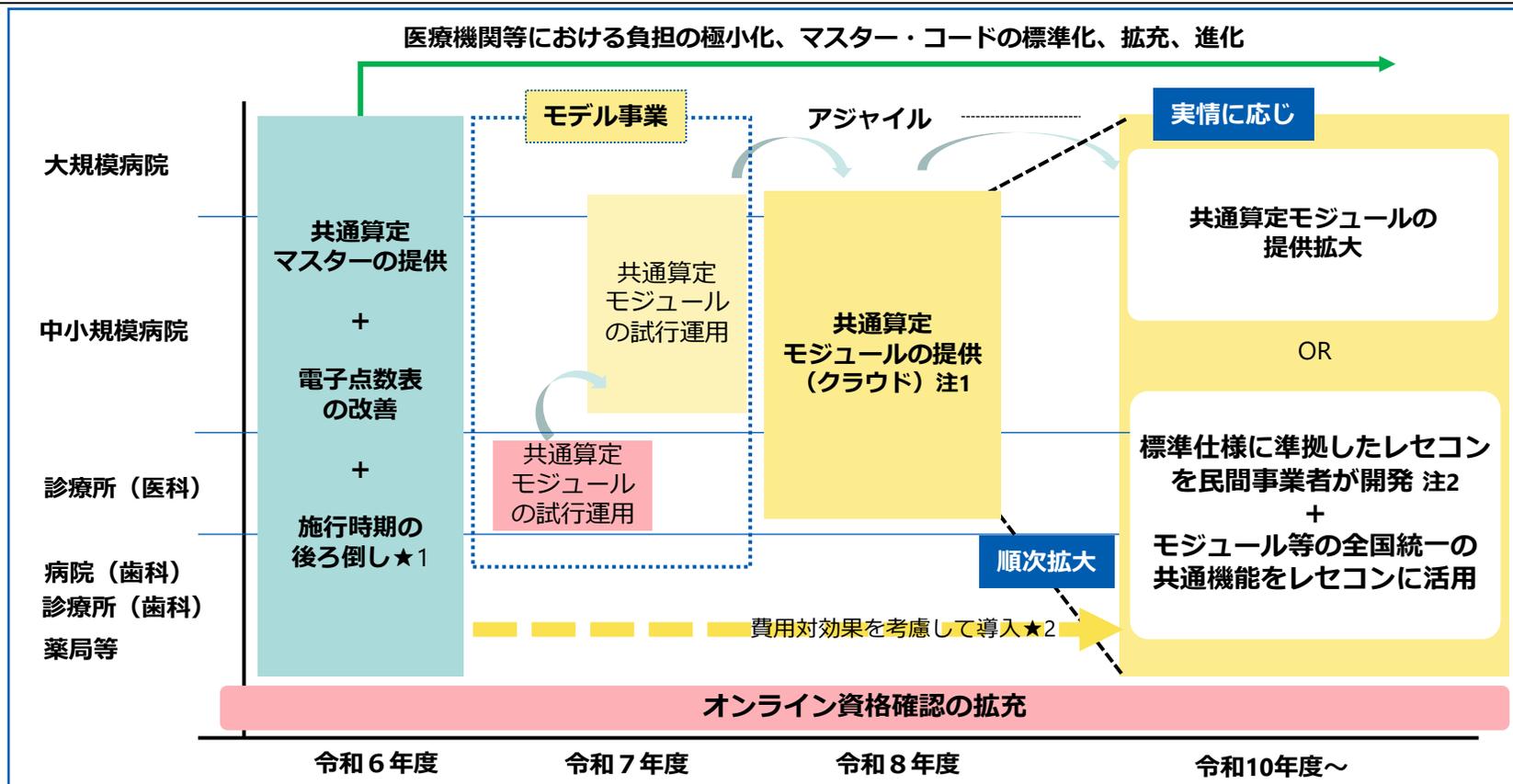
診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

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

（※）オンプレミス型レセコンの医療機関等への対応は、当該レセコンベンダーにオンプレミス型レセコン向けモジュールの提供から開始

診療報酬改定DX対応方針 取組スケジュール

- 共通算定モジュールは、導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象に提供を開始し徐々に拡大としてきたが、クラウド間連携による提供を基本として、既にクラウド型レセコンを利用している医科診療所等にも併せて令和8年度から提供開始。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。
- 国がレセコンの標準仕様を示し、その標準仕様に準拠したレセコンを民間事業者が開発することで、ベンダーロックインを解消して市場原理が働くよう促していく。標準仕様を2025年度を目途に作成する。また、共通算定モジュールやレセプト請求に係るコアな共通機能は、一元的に開発して提供することで、レセコン開発の効率化を図る。



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）等と一体的に開発することも検討。

★1 施行時期・施行年度については、中医協の議論を経て決定。

★2 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。

都道府県を跨いだ地単公費の現物給付化の取組を進める背景 規制改革実施計画（令和5年6月16日閣議決定）

令和8年1月28日 地方単独医療費等助成事業の現物給付化の推進に係る全国説明会 資料

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

規制改革実施計画（令和5年6月16日閣議決定）（抜粋）

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

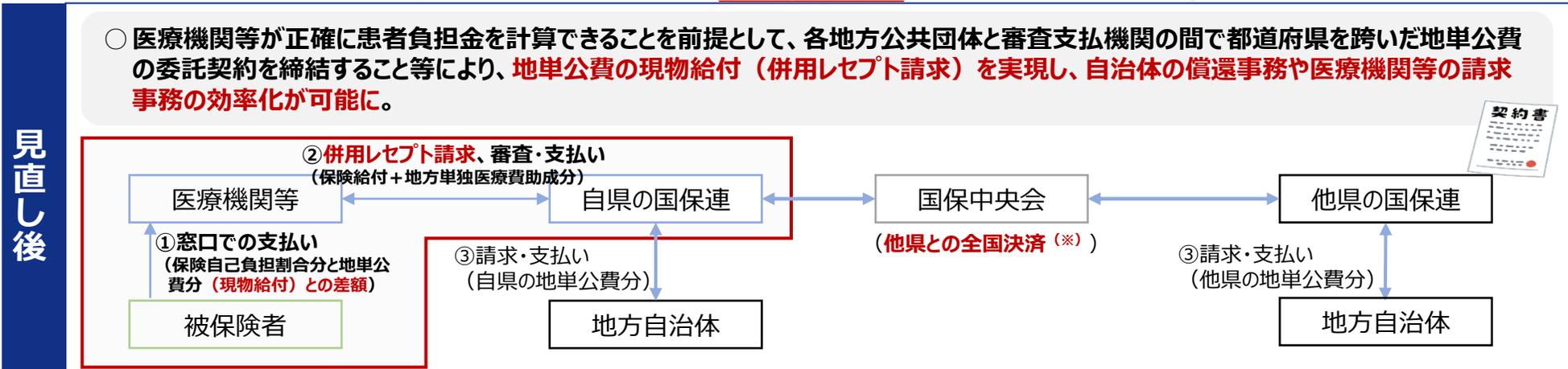
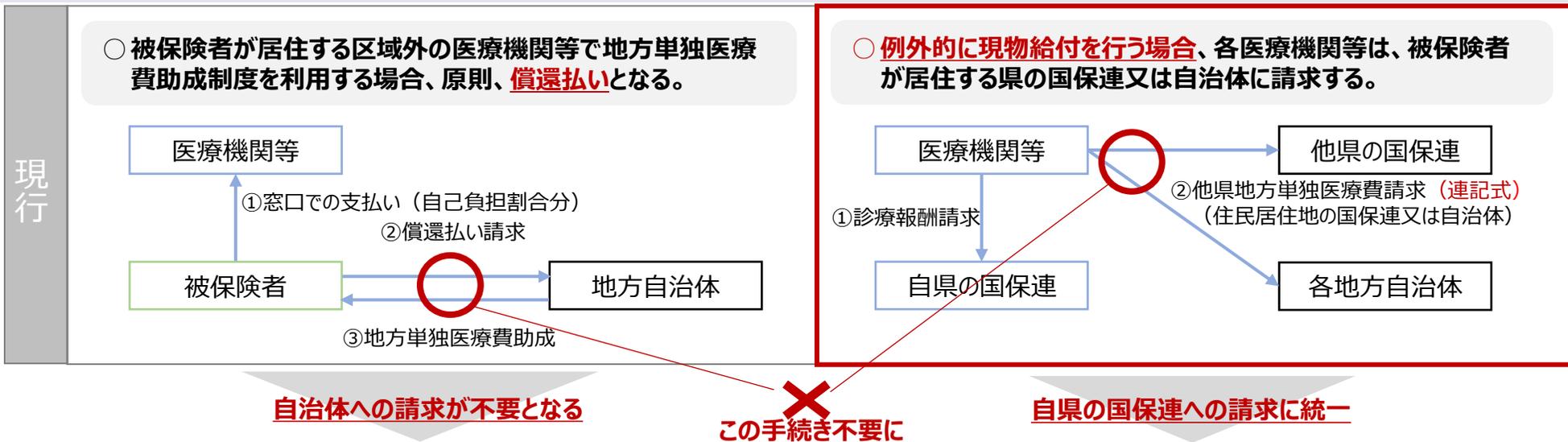
[b：（前段）令和5年度検討・結論、結論を得次第速やかに措置、（後段・優先順位付け）令和5年度措置、（後段・必要な取組の実施）令和6年度以降速やかに措置]

公費・地単公費
のオンライン
資格確認(PMH)

公費・地単公費
の併用レセプトに
よる現物給付化

都道府県を跨いだ地単公費の現物給付（併用レセプト請求）について

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



※支払基金の場合、本部1か所で資金決済を行うため、都道府県間の全国決済はない。どの支部でも地単公費の併用レセプトの請求が既に可能。 201

厚生労働省が進めてきた環境整備に係る段階的スケジュールまとめ

- 令和8年3月には審査支払業務システム（後期高齢者分※1）の改修完了（予定）となるため、地単公費について、併用レセプト請求による都道府県跨ぎの現物給付を実施する意向のある自治体は、令和8年4月以降、必要な対応・準備が整い次第、全年齢を対象として、国保連においても審査支払を行うことが可能となる。

段階的スケジュール

■令和7年

- 2月：「「県外分診療報酬の全国決済について」の一部改正について」（保国発0210第1号・保高発0210第1号厚生労働省保険局国民健康保険課長・高齢者医療課長連名通知）の発出
※昭和50年7月25日付保険発第72号国民健康保険課長通知「県外分診療報酬の全国決済について」の改正
- 3月：国保総合システムの改修完了
- 4月以降：国保加入者の75歳未満の地単公費について、県外地単公費併用レセプトの受付対応が可能となる

■令和8年

- 2月：「「県外分診療報酬の全国決済について」の一部改正について」（保国発0205第1号・保高発0205第1号厚生労働省保険局国民健康保険課長・高齢者医療課長連名通知）の発出
※昭和50年7月25日付保険発第72号国民健康保険課長通知「県外分診療報酬の全国決済について」の改正
- 3月：審査支払業務システム（後期高齢者分※1）の改修完了予定
 - ・同年4月以降、75歳以上の県外地単公費併用レセプトの受付が可能となる
 - ・関係機関との調整等、各自治体における必要な対応が整えば、全年齢の地単公費について、併用レセプト請求による都道府県跨ぎの現物給付が可能となる

よくある質問

#	よくある質問	回答
1	都道府県跨ぎの現物給付化は義務なのか。	義務ではございません。
2	都道府県跨ぎの現物給付化を全国の自治体で一律に実施する予定はあるか。	現時点では、一律に実施する予定はありません。 令和8年1月時点では、国として併用レセプトによる都道府県跨ぎの現物給付が可能となる環境を整え、この取組を推進している状況です。
3	PMH（医療費助成のオンライン資格確認）に受給者証の情報を登録することで、都道府県跨ぎの現物給付化が可能になるのか。	それだけでは可能にはなりません。 併用レセプトによる都道府県跨ぎの現物給付化を可能とするためには、
4	医療機関が共通算定モジュールと連携したクラウド型レセコンを導入することで、都道府県跨ぎの現物給付化が可能になるのか。	①公費負担者番号・公費受給者番号の見直し ②医療機関等との調整（※） ③審査支払機関との調整 等 が必要となります。
5	以下の2点を対応することで、都道府県跨ぎの現物給付化が可能になるのか。 ①自治体がPMH（医療費助成のオンライン資格確認）に医療費助成の受給情報を登録する ②医療機関が共通算定モジュールと連携したクラウド型レセコンを導入する	※共通算定モジュールについては、現物給付化を実施する際の②の一部負担（医療機関システムの改修）を軽減できることと、PMH（医療費助成のオンライン資格確認）を利用することで正確な患者の資格確認が可能となることにご留意ください。
6	地単公費マスターで使用している情報とPMHで使用している情報はどのような関係があるか。	地単公費マスターに登録済みの一部の情報（例：公費負担者番号等）はPMHにも登録する必要があります。 地単公費マスターとPMHの情報が誤っている場合、共通算定モジュールにおける患者負担金の計算結果に誤りが生じる場合があるため、ご注意ください。 地単公費マスターとPMHには以下をご確認ください。 ※地単公費マスター 地単公費マスター情報の登録に関するお知らせ（社会保険診療報酬支払基金） ※PMH 自治体・医療機関等をつなぐ情報連携システム（Public Medical Hub：PMH）（デジタル庁）

地方単独医療費等助成事業の現物給付化等に係る全国説明会の開催状況

これまでの説明会等開催概要

全国自治体向け説明会（令和5年12月12日）

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

全国自治体向け説明会（令和6年1月23日）

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

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

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

全国自治体向け説明会（令和7年2月25日）

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

全国自治体向け説明会（令和8年1月28日）

1. 都道府県跨ぎの現物給付化の取組
2. 共通算定モジュール及び地単公費マスタの取組
3. 地単公費の現物給付に対応した請求事務の委託等について

共催

- 厚生労働省
保険局
健康・生活衛生局
健康・生活衛生局感染症対策部
社会・援護局障害保健福祉部
- デジタル庁
国民向けサービスグループ
- こども家庭庁
成育局
支援局
- 文部科学省
総合教育政策局

会議資料掲載場所

厚生労働省ホームページ

「国公費・地単公費マスタの変更・更新、地単公費の現物給付化の取組について」

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

国保組合の事務運営

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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 東京埋容	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 東京芸芸	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 栃木県医師	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			

令和8年度予算案(国保組合関係)

	【令和7年度予算】		【令和8年度予算案】
◎定率補助	1,478.4億円	→	1,539.2億円 (+ 60.8億円)
◎調整補助金	1,050.3億円	→	1,093.5億円 (+ 43.2億円)
◎出産育児一時金補助金	19.1億円	→	— (▲ 19.1億円)
◎高額医療費共同事業補助金	41.0億円	→	60.1億円 (+ 19.1億円)
◎事務費負担金	21.4億円	→	22.2億円 (+ 0.8億円)
◎特定健診・保健指導補助金等 (医療費適正化対策推進室)	5.9億円	→	5.9億円 (± 0億円)
計	2616.0億円	→	2720.8億円 (+ 104.8億円)

※項目毎に四捨五入している。

令和7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
- ⑧リフィル処方箋の普及啓発 …リフィル処方箋普及啓発用のパンフレット等の作成 ←New !
- ⑨バイオ後続品の普及啓発 …バイオ後続品普及啓発用のパンフレット等の作成 ←New !

(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7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保険料の減免措置等の見直しに伴う周知広報に対する財政支援

(2)臓器提供の意思表示に係る資格確認書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資格確認書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（資格確認書等の作成費用を除く）

(3)社会保障・税番号制度に係る周知・広報等に伴う財政負担増

- ①マイナ保険証・資格確認書の取扱い等に関するリーフレットの郵送等に要した費用
- ②限度額適用区分の登録に伴うシステム改修費用等
- ③資格確認書等の一斉交付に対応するための窓口対応の委託費等
- ④その他、事務連絡等を発出した場合の周知広報に要した費用

(4)社会保障・税番号制度システム整備費の支出に伴う財政負担増

- ①データ標準レイアウト改版に伴うシステム改修費用等
- ②オンライン資格確認等の整備に係るシステム改修費用等
※令和7年1月～3月に実施した改修に限る。
- ③資格情報のお知らせの様式変更に係るシステム改修費用 ←New !
- ④黒丸表示解消に係るシステム改修に要した費用 ←New !

※(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

(6)未就学児に係る子育て世帯への財政負担増

- ①保険料軽減の特例措置に対する財政支援

(7)産前産後期間の保険料の軽減措置に伴う財政負担増

- ①保険料軽減の特例措置に対する財政支援

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

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

(9)合併に伴う財政負担増

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

(10)令和7年度所得調査に伴う財政負担分 ←New !

- ①令和7年度所得調査に要した費用

(11)令和6年能登半島地震による財政負担増

- ①保険料減免の特例措置等に対する財政支援
- ②一部負担金免除の特例措置等に対する財政支援
- ③その他の財政負担増に対する支援

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**。

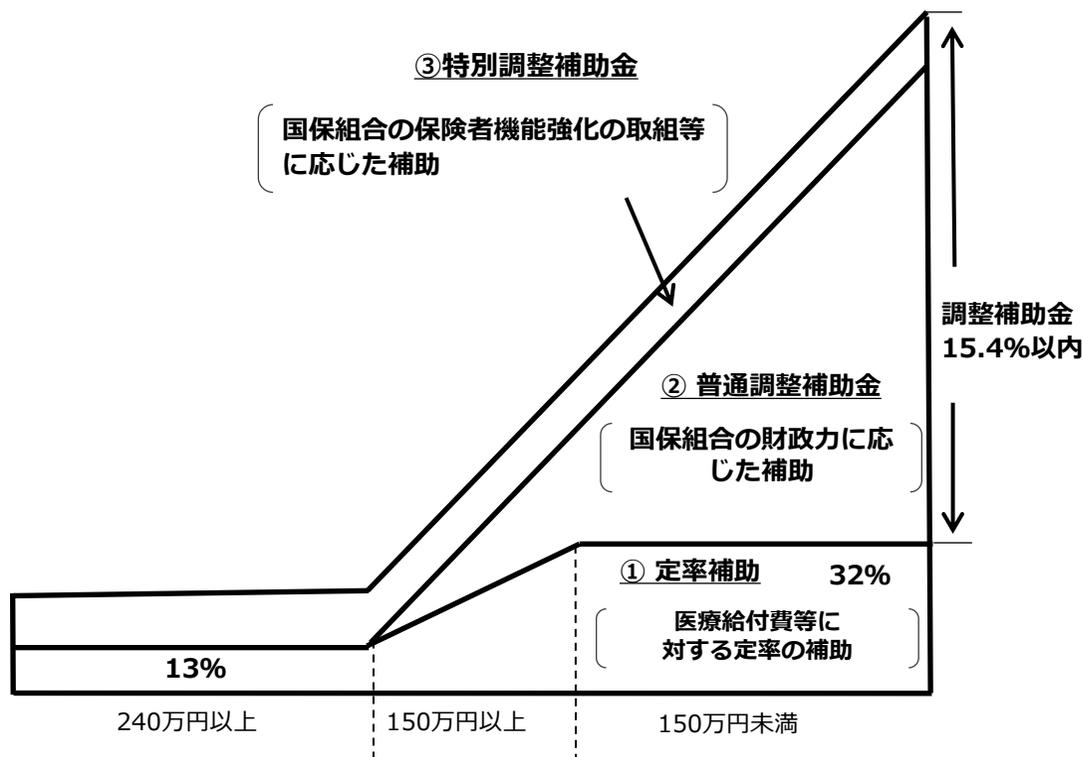
また、国保組合に対する合併支援の拡充等を行う。

平均所得を算出する際の上限額及び補助率を区分する所得基準の見直し並びに令和7年度所得調査結果については、**令和9年度から反映**

(現行) 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）>

国保組合の平均所得	一般被保険者	特定被保険者	
	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～）。

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 <small>※令和11年10月から 「適用」（経過措置あり）</small>
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

国保直営診療施設

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

□ 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7年4月1日現在 1,049施設（病院264、診療所785）>

□ 国保直営診療施設の役割

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

国保直営診療施設に対する助成

□ 国保直営診療施設に対する助成

① 施設・設備整備

以下の整備（購入等）に要した経費を助成する。

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

② へき地診療所運営費赤字補助

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

(a) 算定省令に定める年間診療実日数等に応じた額（交付基準額）

(b) 支出から収入を控除した額（赤字額）

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

③ 直診特別事情（直診の運営に特別に要した費用）

以下の事業に要した経費を助成する。

(※)は令和6年度新設

(ア) 災害等により被害を受け復旧に要した費用

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

(イ) 経営合理化に要した費用

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

(ウ) 療養環境の改善に要した費用

300万円（600万円以上の場合1/2）※修理・修繕費は含まず

(エ) 医師等確保に要した費用

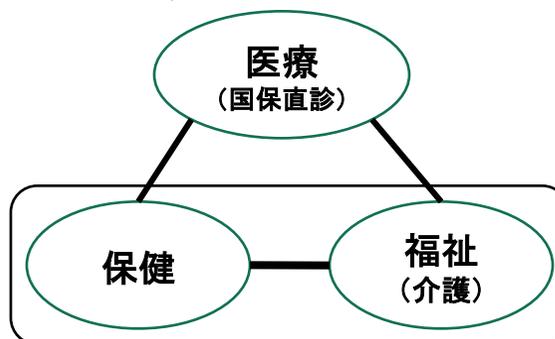
- ・医師、看護師、保健師等の確保支援
実支出額×2/3（上限100万円）
- ・救急患者受入体制支援（外部医師の協力を要した費用）
（1回あたり単価×年間実施日数）×2/3（上限500万円）
- ・代診医等の確保支援（※）
（1日あたり単価×年間実施日数）×2/3（上限200万円）
- ・医学教育費用の支援（※）
実支出額×2/3（上限200万円）

(オ) マイナ保険証の利用促進に要した費用（※）200万円

国保総合保健施設の概要

□ 国保総合保健施設とは

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



<令和7年4月1日現在 54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. 保険者・国保連合会・DX審査支払機構の契約関係について
2. 災害時の対応・東日本大震災
3. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
4. 地方分権改革に係る対応
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和8年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

保険者・国保連合会・DX審査支払機構の契約関係について（令和8年10月以降）

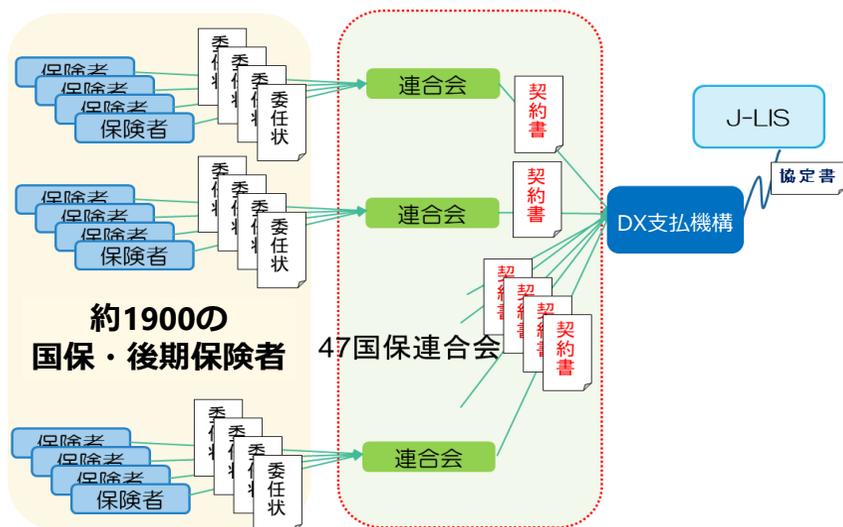
- 令和8年10月より、社会保険診療報酬支払基金が医療情報基盤・診療報酬審査支払機構（以下「DX審査支払機構」という。）に改組されることを踏まえ、国民健康保険・後期高齢者医療の保険者（市町村・国保組合、広域連合）における各事務の委託契約関係を整理することとする。
- 従来、国保・後期保険者から国保連合会、国保連合会から国保中央会への委託・再委託契約が締結されるなど、複数の契約事務があり煩雑となっていたため、今後は、**以下①②については国保・後期保険者が各国保連合会に契約事務を委任し、その上で47の各国保連合会において、以下③とあわせて一本化した契約をDX審査支払機構と締結することで効率化を図ることとする。**

（※）保険者の委任状作成は初年度のみ。以降は、契約書の内容を変更する際には保険者に確認依頼を行うが、委任状の再作成は不要。

【DX審査支払機構への委託契約】

- ①中間サーバー・オン資に関する委託契約（J-LISの利用を伴う事務） **【保険者からの委託】**
- ②中間サーバー・オン資に関する委託契約（J-LISの利用を伴わない事務） **【保険者からの委託】**
※①②の契約に付随する運営負担金の単価に関する手続き（確認書等）を含む。
- ③電子処方箋管理業務に関する委託契約 **【国保連合会からの委託】**

【DX審査支払機構への改組後の契約形態（イメージ図）】



今後の流れ（予定）

- 4月1日：国保中央会との契約（令和8年4月～9月まで）
- 6月頃まで：国から契約書・委任状（案）の確認依頼（事務連絡）
- 8月頃：国保・後期保険者や国保連合会等からの意見を踏まえ、国から契約書のひな型を提示（事務連絡）
- 8月下旬～9月：国保・後期保険者において、契約事務に係る委任状作成、当該委任に基づき各国保連合会とDX審査支払機構との間で契約締結
- 10月1日：DX審査支払機構との契約開始

※令和8年度の運営負担金は、各契約により、国保中央会（同年4月～9月分）とDX審査支払機構（同年10月以降分）にそれぞれ支払う。

その他の留意事項

1. 保険者・国保連合会・DX審査支払機構の契約関係について
2. 災害時の対応・東日本大震災
3. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
4. 地方分権改革に係る対応
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和8年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

< 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業、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
 - ・令和6年能登半島地震
 - これらの災害は全て**特定非常災害^{※4}**に指定されている。
- ※3：令和元年台風第19号が特定非常災害に指定
 ※4：特定非常災害の被害者の権利利益の保全等を図るための特別措置に関する法律

国が保険者（市町村又は広域連合）に対し一部負担金の免除を要請

保険者（市町村又は広域連合）の判断により、一部負担金・保険料の減免を実施

各市町村における災害による減免額

財政負担の要件なし

災害臨時特例補助金及び特別調整交付金により、減免額の全額を交付

対象者の要件

一部負担金

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

保険料（税）

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

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

令和8年度予算案
医療保険: 25億円
介護保険: 5億円
障害福祉サービス等: 10百万円

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7年度】

- ① 帰還困難区域等の住民
 - 特別措置による窓口負担・保険料の免除を延長。
 - 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 避難指示が解除された区域等の住民(上位所得層(注3)以外)
 - 特別措置による窓口負担・保険料の免除を延長。ただし、対象地域について、令和5年度から段階的に見直し(注4)。
 - 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 避難指示が解除された区域等の住民(上位所得層)
 - 平成26年10月以降順次、特別措置の対象外(注5)。
 - 特別措置の対象外となった場合も、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6)。
 - ※令和元年までに解除された区域について、令和5年度から段階的に見直し。

【令和8年度】

- ① 帰還困難区域の住民
 - 特別措置による窓口負担・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 避難指示が解除された区域等の住民(上位所得層以外)
 - 特別措置による窓口負担・保険料の免除をさらに1年延長。
 - ただし、対象地域の段階的見直しにより、
 - ・平成27年までに解除された区域：特別措置終了。
 - ・平成28年に解除された区域：保険料の免除措置終了。窓口負担の免除を延長。
 - ・平成29年に解除された区域：保険料を半額免除。窓口負担の免除を延長。
 - 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 避難指示が解除された区域等の住民(上位所得層)
 - 令和2年以後に解除された区域について、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、6)。

特定被災区域(避難指示区域等以外)

【平成24年9月末まで】

- 特別措置による窓口負担・保険料の免除を延長。

【平成24年10月～令和6年度】

- 平成24年10月以降、特別措置の対象外。
- 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6)。
- ※令和5年度から段階的に見直し。

【令和7年度～】

- 窓口負担・保険料の免除措置終了。

(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) 令和5年5月までに解除された地域について、避難指示解除の概ね10年程度で特別措置を終了。特別措置の終了は3年かけて段階的に行うこととしており、①1年目は保険料の免除を半額とし、②2年目に保険料免除を終了し、③3年目に窓口負担の免除も終了とする。

(注5) 原則として、避難指示等の解除があった年度の翌年度の10月から順次対象外とする。

(注6) 一定以上の被災状況にあるときに、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つては1/2)の額を財政支援(特別調整交付金等)

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

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

過去の災害で被災した被保険者の減免に係る財政支援について

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

災害	発生日時	特定非常災害の指定	死者・行方不明者	負傷者	避難者	全半壊	窓口負担・保険料の減免に要する費用 についての特例的な財政支援	
							初年度 (下段：一部負担金の期間)	次年度 (下段：一部負担金の期間)
阪神・淡路大震災	平成7年1月17日	○ (H8.12月26日)	6,437人	43,792人	不明	260,000	全額財政支援 (約2ヶ月間)	全額財政支援 (10ヶ月間)
平成16年 新潟県中越地震	平成16年10月23日	○ (H16.11月17日)	68人	4,805人	不明	6,000	通常ルール	通常ルール
東日本大震災 (特定被災区域)	平成23年3月11日	○ (H23.3月13日)	22,233人	6,231人	73,349 (H23.3月5日)	402,748 [744,530]	全額財政支援 (約1年間)	全額財政支援 (9月末まで) ※避難指示区域等は現在も継続
平成28年熊本地震	平成28年4月14日	○ (H28.5月2日)	267人	2,804人	196,325人	43,399 [162,479]	全額財政支援 (約1年間)	通常ルールを拡充した 財政支援(9月末まで)
平成29年6月30日からの 梅雨前線に伴う大雨 及び平成29年台風第3号	平成29年6月30日 ～7月10日	—	44人	34人	1,314人	1,434 [2,319]	通常ルール	通常ルール
平成30年7月豪雨	平成30年6月28日 ～7月5日	○ (H30.7月4日)	271人 (R2.4月10日)	449人 (R2.4月10日)	27,620人 (H30.7月7日)	18,010 [28,469] (H31.1月9日)	全額財政支援 (約9ヶ月間)	全額財政支援 (6月末まで)
平成30年台風21号	平成30年9月4日 ～9月5日	—	14人 (H31.4月1日)	980人 (H31.4月1日)	25人 (H30.9月14日)	901 [707] (H31.4月1日)	通常ルール	通常ルール
平成30年 北海道胆振東部地震	平成30年9月6日	—	42人 (H31.1月28日)	762人 (H31.1月28日)	965人 (H30.9月20日)	2,032 [8,463] ¹ (H31.1月28日)	通常ルール	通常ルール
令和元年台風第15号	令和元年9月8日 ～9月9日	—	3人 (R1.12月23日)	150人 (R1.12月5日)	1,128人 (R1.9月9日)	4,595 [72,279] (R1.12月23日)	全額財政支援 (約7ヶ月間)	全額財政支援 (8月末まで)
令和元年台風第19号	令和元年10月12日	○ (R1.10月18日)	101人 ² (R2.4月10日)	376人 ² (R2.4月10日)	135,212人 (R1.10月13日)	31,579 ² [64,993] ² (R2.4月10日)	全額財政支援 (約6ヶ月間)	全額財政支援 (9月末まで)
令和元年 10月25日からの大雨	令和元年10月25日	—	13人 (R1.1月10日)	8人 (R1.1月10日)	不明	1,679 [1,452] (R1.1月10日)	全額財政支援 (約6ヶ月間)	全額財政支援 (9月末まで)
令和2年7月豪雨	令和2年7月3日	○ (R2.7月14日)	86人 (R3.1月7日)	77人 (R3.1月7日)	3,287人 (R2.7月9日)	16,599 [10,474] (R3.1月7日)	全額財政支援 (約9ヶ月間)	全額財政支援 (6月末まで) + 通常ルールを拡充した 財政支援 (12月末まで)
令和6年能登半島地震	令和6年1月1日	○ (R6.1月11日)	517人 (R7.1月28日)	1,385人 (R7.1月28日)	12,931人 (R6.2月16日)	29,797人 [125,925] (R7.1月28日)	全額財政支援 (約3ヶ月間)	全額財政支援 (12月末まで) + 通常ルールを拡充した 財政支援 (9月末まで)

※ () はその時点

※全半壊欄の[]書き数字は、一部破損、床上・床下浸水の数

1：床上・床下浸水は10月29日時点

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

1. 経緯

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

2. 見直しの内容

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

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

※ 今回見直し対象となる避難指示解除区域

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

見直しの内容

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

○:全額免除、1/2:1/2免除、×:免除終了

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

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

原子力災害被災地域における医療・介護保険料等減免措置の見直しについて

1. 現行制度

○対象者: 発災当時、避難指示区域等に居住していた以下の者

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

○減免対象: 以下の個人負担について、全額を免除(国費10/10支援)

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

2. 減免措置に関する課題

避難指示解除後も、長期間にわたり減免措置が継続されているなど、被保険者間の公平性の確保が課題である。このため「第2期復興・創生期間」以降における東日本大震災からの復興の基本方針」において、以下のとおり、減免措置の見直しの方針が示された。

「第2期復興・創生期間」以降における東日本大震災からの復興の基本方針(令和3年3月9日閣議決定)

医療・介護保険等の保険料・窓口負担(利用者負担)の減免措置については(中略)避難指示区域等の地方公共団体において住民税減免等の見直しが行われてきていることや、被災地方公共団体の保険財政の状況等も勘案しながら、被保険者間の公平性等の観点から、避難指示解除の状況も踏まえ、適切な周知期間を設けつつ、激変緩和措置を講じながら、適切な見直しを行う。

3. 関係市町村の主な意見

上記基本方針を元に、それぞれの市町村ごとに丁寧に意見を聴いたところ、主な意見は以下のとおりである。

全般

- 見直しを行う場合には、特に避難指示解除が遅れた地域においては、十分な経過措置をとるべき。
- 見直しの全体像(平成31年4月以降に解除された地域、今後解除予定の地域も含めて)をきちんと示すべき。

グループ分け・施行時期

- 避難指示解除時期の違いに応じ、細かくグループ分けをして施行時期に配慮すべき。
- 今後解除予定の地域については、今回の見直しとの均衡をとるべき。

激変緩和・その他

- 保険料を段階的に見直すべき。●保険料の滞納が懸念される。

4. 見直しの内容

3. に掲げる関係市町村の意見を十分に反映し、以下のとおり見直しを行う。

- 今回の見直しは、平成29年4月以前に避難指示が解除されている地域を対象とする。(下の表を参照)
- 被保険者間の公平性を確保するとともに、十分な経過措置を講じる観点から、避難指示解除から10年程度で特例措置を終了する。(避難指示を解除した年の翌年4月から10年間で終了することを基本とする。)
- 避難指示解除の時期にきめ細かく配慮し、見直し対象地域を4グループに分けて施行時期をずらす。(令和4年度は周知期間とし、従前どおりの減免措置を継続。令和5年度から順次施行する。)
- 急激な負担増にならないよう、複数年かけて段階的に見直す。(まず保険料の免除を見直し、次に窓口負担(利用者負担)の免除を見直す。保険料については、更に激変緩和を図る観点から、1/2免除の段階を設けることとし、①保険料1/2免除、②保険料特例終了、③窓口負担(利用者負担)特例終了、の3段階で徐々に見直しを行う。)
- 平成31年4月以降に解除された地域及び今後解除予定の地域(特定復興再生拠点区域)も同様の考え方で見直しを進める。帰還困難区域については今後検討する。
- 滞納対策支援について別途検討する。

なお、本特例措置が終了した後は、通常の保険料等の体系に移行し、低所得者向けには保険料等の負担軽減措置が講じられるので、本特例措置の見直しに当たっては、この旨の周知を十分に行う。

表：今回見直し対象となる避難指示解除区域

解除時期	避難指示解除区域
H23.9	広野町(全域)、楡葉町・川内村・田村市・南相馬市(一部)
H26.4	田村市(残り全域)
H26.10	川内村(一部)
H27.9	楡葉町(残り全域)
H28.6	葛尾村(一部)、川内村(残り全域)
H28.7	南相馬市(一部)
H29.3	飯舘村・浪江町(一部)、川俣町(全域)
H29.4	富岡町(一部)

見直しの内容

	年度	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	
【平成26年までに解除された地域】 広野、檜葉(一部)、川内(一部)、南相馬(一部)、田村	保険料	周知期間	1/2	×	特例終了				
	窓口		○	○					
【平成27年に解除された地域】 檜葉(残り全域)	保険料		○	1/2	×	特例終了			
	窓口		○	○	○				
【平成28年に解除された地域】 葛尾(一部)、川内(残り全域)、南相馬(一部)	保険料		○	○	1/2	×	特例終了		
	窓口		○	○	○	○			
【平成29年に解除された地域】 飯舘(一部)、浪江(一部)、川俣、富岡(一部)	保険料		○	○	○	1/2	×	特例終了	
	窓口		○	○	○	○	○		

○:全額免除
1/2:1/2免除
×:免除終了

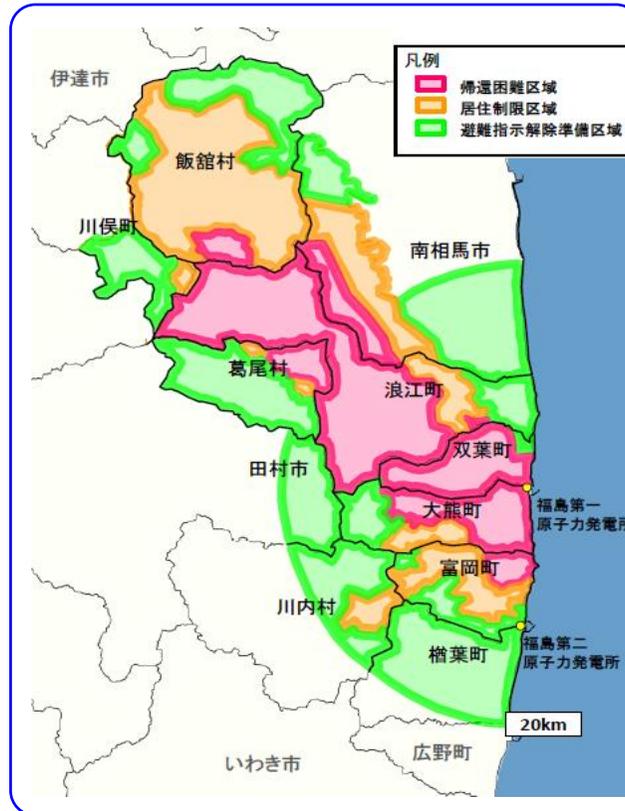
避難指示区域等の解除・再編の経過

- 旧緊急時避難準備区域等(特定避難勧奨地点を含む。)の上位所得層は平成26年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 平成26年度に解除された旧避難指示解除準備区域(田村市の一部及び川内村の一部)及び特定避難勧奨地点(南相馬市の指定箇所)の上位所得層は平成27年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 平成27年度に解除された旧避難指示解除準備区域(楡葉町の一部)の上位所得層は平成28年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 平成28年度及び平成29年4月1日に解除された旧居住制限区域等の上位所得層は平成29年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 令和元年度に解除された区域等の上位所得層については、令和2年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 令和4年度及び令和5年4月1日に解除された区域等の上位所得層については、令和5年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。
- 令和5年4月2日以降令和5年度中に解除された区域等の上位所得層については、令和6年10月1日以降、特別な財政支援の対象外としている。

東日本大震災発生当初



平成25年8月の状況



令和5年11月の状況

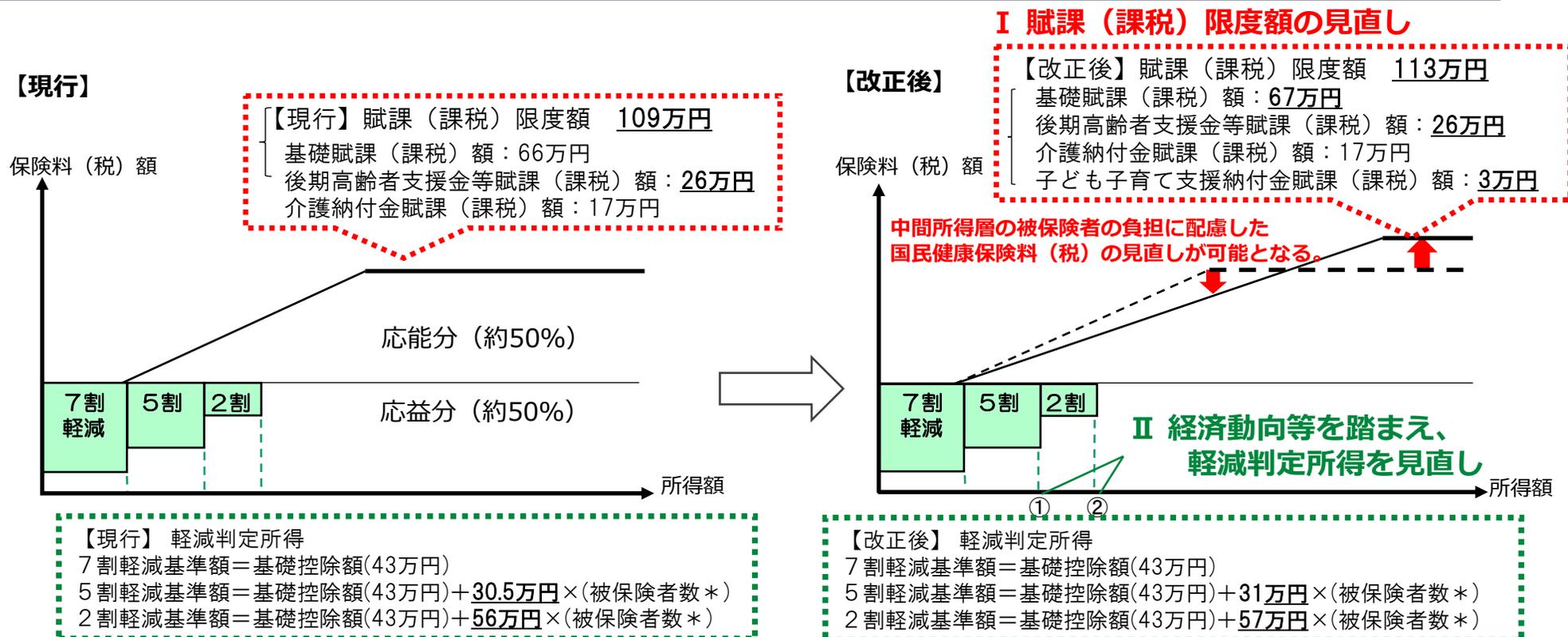


その他の留意事項

1. 保険者・国保連合会・DX審査支払機構の契約関係について
2. 災害時の対応・東日本大震災
3. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
4. 地方分権改革に係る対応
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和8年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

国民健康保険料（税）の賦課（課税）限度額の見直し及び 低所得者に係る国民健康保険料（税）の軽減判定所得の見直し

- I 国民健康保険料（税）の賦課（課税）限度額を113万円（現行：109万円）に引き上げる。
令和8年度から賦課（課税）される子ども子育て支援納付金の賦課（課税）限度額を3万円とする。
- 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31万円（現行：30.5万円）に引き上げる。
 - ② 2割軽減の対象となる世帯の軽減判定所得の算定において被保険者等の数に乗すべき金額を57万円（現行：56万円）に引き上げる。



その他の留意事項

1. 保険者・国保連合会・DX審査支払機構の契約関係について
2. 災害時の対応・東日本大震災
3. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
4. 地方分権改革に係る対応
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和8年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

令和7年の地方からの提案等に関する対応方針（1）

令和7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7年の地方からの提案等に関する対応方針（令和7年12月23日閣議決定）（抄）

（32）国民健康保険法（昭33法192）

- （i）国民健康保険の高額療養費（57条の2）の支給申請については、被保険者及び市区町村の負担軽減に資するよう、当該支給申請手続の簡素化による事務処理の普及のために、要綱等の参考例を作成し、都道府県に令和7年度中に周知する。
- （ii）国民健康保険に係る療養費等の申請における添付書類（施行規則27条2項及び27条の11第2項）については、情報通信技術を活用した行政の推進等に関する法律（平14法151）及び厚生労働省の所管する法令に係る情報通信技術を活用した行政の推進等に関する法律施行規則（平15厚生労働省令40）に基づき、地方公共団体の判断によりオンラインによる提出が可能であることを明確化し、地方公共団体に令和7年度中に通知する。
- （iii）国民健康保険の事務における他の医療保険との資格重複情報を用いた職権による被保険者資格の喪失処理については、市区町村の負担を軽減する観点から、資格喪失対象者への資格喪失届の提出を求める勧奨文書の送付要件等の見直しを行い、市区町村に令和7年度中に通知する。
- （iv）特定疾病認定申請に係る添付書類（施行規則27条の13第2項）については、被保険者の負担を軽減するため、医師等の意見書に代えて医師の診断書等により認定を受けている他制度の書類等を用いて国民健康保険に係る特定疾病認定申請を行うことも可能であることを明確化し、令和8年度中に地方公共団体に通知する。
- （v）厚生労働省法令等データベースサービスについては、地方公共団体の事務負担の軽減に資するよう、国民健康保険に係る通知等のうち、当該データベースサービスに掲載しておらず、文書保存期間の満了していない通知等を令和8年度中に掲載する。
- （vi）国民健康保険の資格喪失の時期（8条）については、他の医療保険と重複して被保険者資格を有することによって生じる課題を解決するため、社会保障審議会等における議論を踏まえ、被保険者資格を喪失する事由に該当するに至った日からその資格を喪失することとする場合も含めて検討し、令和7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。
- （vii）国民健康保険保険給付費等交付金（75条の2）の交付事務については、地方公共団体の負担を軽減する観点から、都道府県へのアンケート調査の結果等を踏まえ、都道府県から国民健康保険団体連合会等に直接交付する仕組みが全国的に導入されるよう検討し、令和8年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。
- （viii）地方公共団体において実施されているひとり親家庭及び重度心身障害者に対する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については、国民健康保険の財政への影響や地方公共団体における医療費助成の実施状況を踏まえ、当該措置の在り方について検討する。

令和7年の地方からの提案等に関する対応方針（2）

令和7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7年の地方からの提案等に関する対応方針（令和7年12月23日閣議決定）（抄）

（6）児童福祉法（昭22法164）、国民健康保険法（昭33法192）及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平17法123）

各法令等に基づく事業者等の不正利得の徴収（児童福祉法57条の2第2項、国民健康保険法65条3項並びに障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律8条2項）に当たっての国への返還金については、全国における実態調査を行った上で、関係府省庁と協議の上、他の国庫補助金等の状況も踏まえて対応について検討し、令和8年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

（33）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）

保険料の収納事務に係る督促状兼納付書及び口座振替不能通知兼納付書については、圧着ハガキ様式で出力することを可能とするため、国民健康保険システム標準化検討会及び後期高齢支援システム標準化検討会における議論を踏まえ、以下のとおりとする。

- ・国民健康保険システムについては、標準仕様書の改定により、帳票レイアウトに出力要件が追加された。

[措置済み（国民健康保険システム標準仕様書【第1.5版】修正事項一覧（別紙4）帳票レイアウト）]

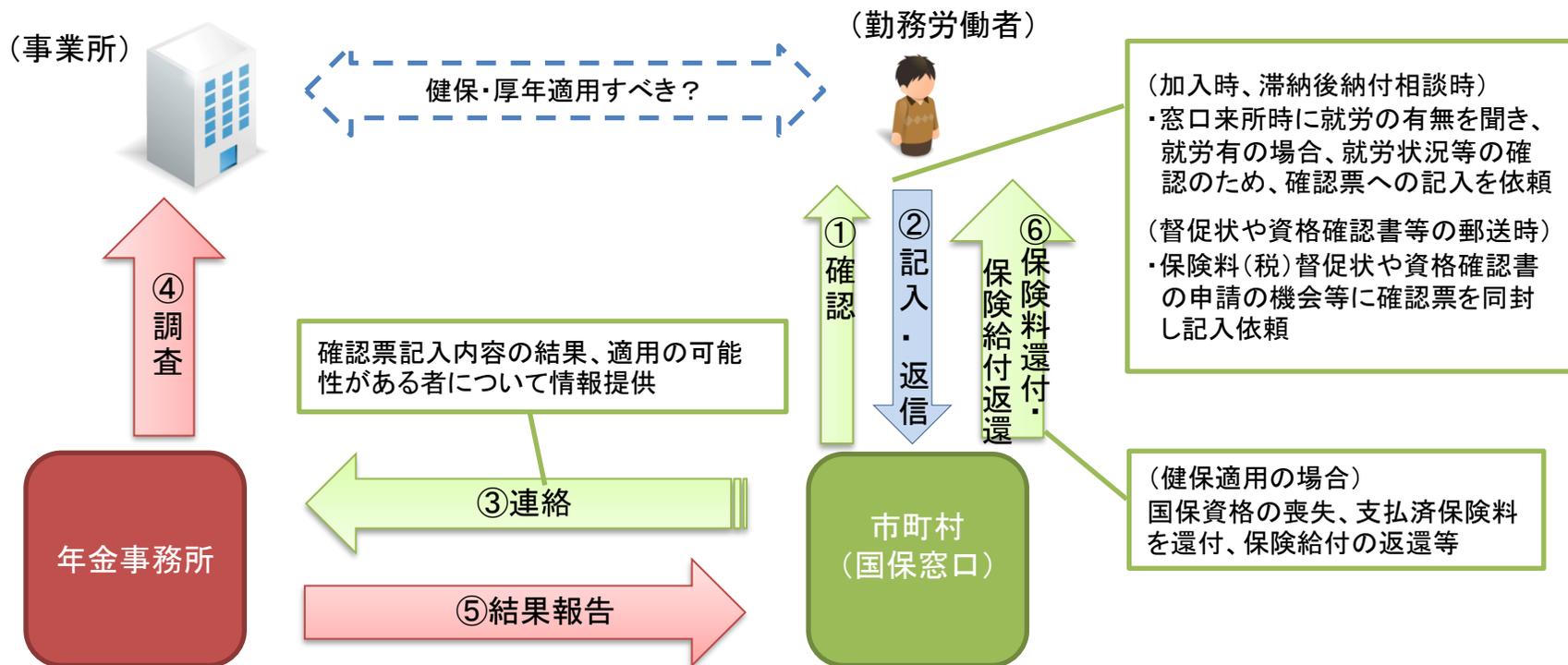
- ・後期高齢支援システムについては、帳票レイアウトに出力要件を追加することが可能となるよう、標準仕様書の改定について検討し、令和7年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

その他の留意事項

1. 保険者・国保連合会・DX審査支払機構の契約関係について
2. 災害時の対応・東日本大震災
3. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
4. 地方分権改革に係る対応
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和8年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

年金事務所と連携した被保険者資格に係る確認事務について

- 市町村国保窓口において、国民健康保険加入手続きや納付相談等のために来所された方に、就労の有無を聞き取り、リーフレットを手交し説明。確認票への記入を依頼。
- 国民健康保険料(税)を滞納している被保険者(世帯主)に督促状や催告書の送付、資格確認書の申請の機会等に、リーフレットや質問票を同封して郵送。
- 窓口で記入した確認票や、郵送により返信された確認票の記入内容により就労状況を確認し、健康保険・厚生年金加入の可能性が高い者については年金事務所へ情報提供し、年金事務所において事業所への調査等を実施。



3月以下の在留期間である外国人への国保資格の適用について

- 国保においては、住民基本台帳法第30条の45に規定する外国人住民（中長期在留者、出生による経過滞在者等）以外の外国人について、原則として適用除外としている。
- ただし、在留資格が3月以下（≠中長期在留者）であっても、厚生労働大臣が定める在留資格に応じた資料等（別表参照）により、在留期間の始期から起算して3月を超えて日本に滞在すると認められる者は、他の適用除外規定に該当しない限り、国保の適用対象となる。（国民健康保険法施行規則第1条第1号）

※在留資格が医療滞在目的等の場合は適用除外となる。

（別表）

在留資格	資料
興行	活動の内容及び期間を証する文書（招へい機関との契約書等）
技能実習	活動の内容及び期間を明らかにする資料（活動を行う機関が作成した資料等）
家族滞在	左記の在留資格を有する者を扶養する者の在留資格及び在留期間を明らかにする資料
特定活動	活動の内容及び期間を明らかにする資料

※詳細は「国民健康保険法施行規則第一条第一号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者」（平成16年厚生労働省告示第237号）参照

- 上記の在留資格を有する外国人については、在留期間が3月以下であっても、契約書等の客観的な資料等により、3月を超えて日本に滞在すると見込まれる場合は、個々のケース毎に実態に即して国保の適用可否を確認されたい。

在留資格の更新等により中長期在留者等でなくなった外国人被保険者の国保資格について

- 国保においては、住民基本台帳法第30条の45に規定する外国人住民（中長期在留者、出生による経過滞在者等）以外の外国人について、原則として適用除外としている。
- ただし、既に国保の被保険者資格を有している外国人が、在留資格の更新等の結果、3月以下の在留期間となった場合においては、当該外国人が都道府県の区域内に住所を有し、他の適用除外規定に該当しない限り、当該外国人被保険者の国保資格は喪失せず、引き続き国保被保険者となる。（国民健康保険法施行規則第1条第1号）
 - ※在留資格を有しない、いわゆる不法滞在の外国人については、国保の適用対象とならない。
- なお、この規定に基づき、住民基本台帳法第30条の45に規定する外国人住民ではないが引き続き国保の被保険者資格を有する者については、転出等により転出先で資格取得の手続きを行う際に、加入する保険者において、当該者の資格喪失予定日や居住実態等の管理・把握を徹底すること。

(参考)

◎国民健康保険法(昭和三十二年法律第九十二号)
(適用除外)

第六条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、都道府県が当該都道府県内の市町村とともに行う国民健康保険(以下「都道府県等が行う国民健康保険」という。)の被保険者としない。

一 ～ 十 (略)

十一 その他特別の理由がある者で厚生労働省令で定めるもの

◎国民健康保険法施行規則(昭和三十二年厚生省令第五十三号)
(法第六条第十一号の厚生労働省令で定める者)

第一条 国民健康保険法(昭和三十二年法律第九十二号。以下「法」という。)第六条第十一号に規定する厚生労働省令で定める者は、次に掲げる者とする。

一 日本の国籍を有しない者であつて、住民基本台帳法(昭和三十二年法律第八十一号)第三十条の四十五に規定する外国人住民以外のもの(出入国管理及び難民認定法(昭和三十六年政令第三百十九号。以下「入管法」という。)に定める在留資格を有する者であつて既に被保険者の資格を取得しているもの及び厚生労働大臣が別に定める者を除く。)

二～五 (略)

「外国人材の受入れ・共生のための総合的対応策」 (平成30年12月25日:令和5年度改訂)の医療保険関係ポイント

(医療保険の適正な利用の確保)

- 健康保険について、引き続き、海外居住者の被扶養認定の厳格な認定を実施
また、健康保険の被扶養者や国民年金第3号被保険者の認定において、原則として国内居住要件を導入し、その際、一定の例外を設ける【令和元年5月22日公布、令和2年4月1日施行】
- 国民健康保険について、在留資格の本来活動を行っていない可能性があると考えられる場合に市町村が入国管理局に通知する枠組みについて、通知対象を拡大【平成31年1月7日通知発出】
また、被保険者の資格の得喪に関し、市町村が関係者に報告を求めることができる旨を明確化【令和元年5月22日公布、同日施行】
- 出産育児一時金について、審査を厳格化【平成31年4月1日通知発出】
- なりすましについて、医療機関が必要と判断する場合に、本人確認書類の提示を求めることができるよう必要な対応を行う【令和2年1月10日通知発出】
- 国民健康保険の適用除外となる在留資格に変更された被保険者の情報について、法務省から市区町村へ提供する取組を実施【令和5年5月から実施】

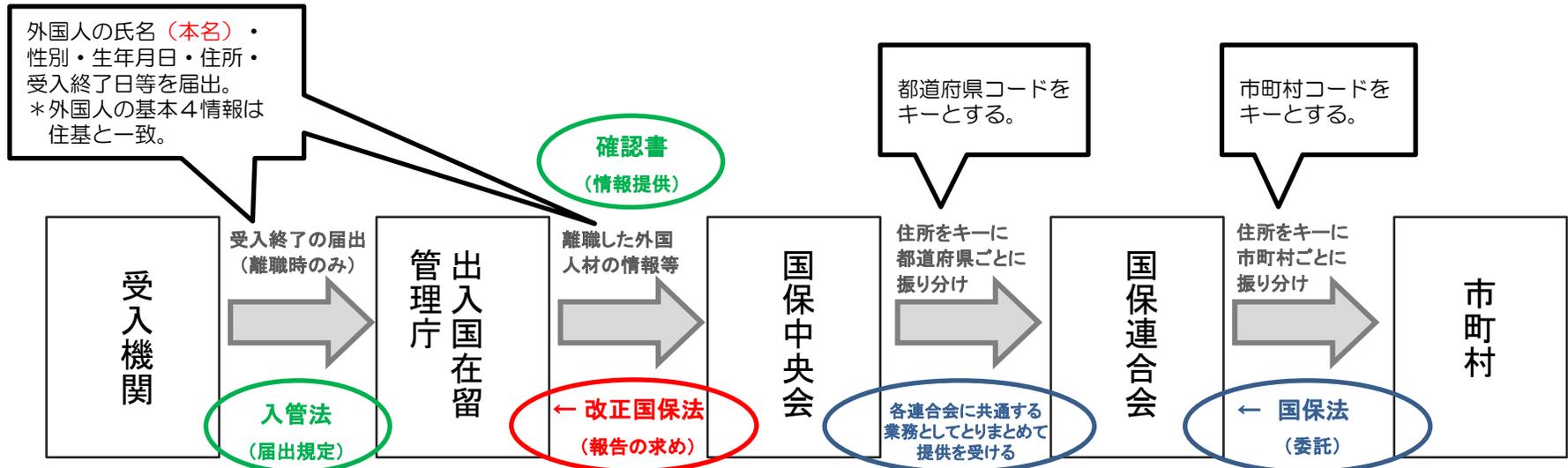
(社会保険への加入促進)

- 国民健康保険について、市町村において、離職時等に、年金被保険者情報等を活用しながら行う加入促進の取組を推進【平成31年3月29日通知発出】
- 新たな在留資格による外国人(平成31年4月からの特定技能1号・2号)について、上陸許可や在留資格変更許可等をした外国人の身分事項等を法務省から厚生労働省等に提供し、関係機関において、当該情報を活用しながら所要の確認や適用、必要に応じた加入指導等を実施【令和2年4月から実施】
- 新たな在留資格による外国人(平成31年4月からの特定技能1号・2号)について、国民健康保険・国民年金の保険料を一定程度滞納した者からの在留期間更新許可申請等を不許可とする【平成31年4月1日から実施】

外国人材の受入拡大に伴う国保への加入促進に係る情報連携について

- 平成31年4月に、在留資格「特定技能1号」「特定技能2号」の創設等を内容とする改正入管法が施行され、外国人材の受入れが開始。こうした外国人材の国保への加入を促進するためには、関係行政機関が連携して取り組む必要。
- 厚生労働省では、実務的な観点から法務省等との間で検討を進めてきたが、以下のような情報連携のスキームを構築したいと考えており、都道府県におかれても引き続き市町村への周知及び取組の推進についてご協力をお願いしたい。
- なお、法令上、市町村が「出入国在留管理庁に報告を求める事務」を国保連合会に委託(国保中央会に再委託)するという構成になることから、各市町村と国保連合会との間で当該事務に係る委任契約の締結をお願いしている。

市町村において、「出入国在留管理庁→国保中央会→国保連合会」経由で、入国・離職した外国人材の情報の提供を受け、外国人材に対する加入勧奨を実施



◎国民健康保険法(昭和33年法律第192号) ※赤字部分を追加(健保法等改正法: 令和元年5月15日可決・成立、同月22日公布・施行) ※(資料の提供等)

第百十三条の二 市町村は、被保険者の資格、保険給付及び保険料に関し必要があると認めるときは、被保険者の資格の取得及び喪失に関する事項、被保険者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主の資産若しくは収入の状況又は国民年金の被保険者の種別の変更若しくは国民年金法の規定による保険料の納付状況につき、官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係者に報告を求めることができる。

(連合会又は支払基金への事務の委託)

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

一 第四章の規定による保険給付の実施、第七十六条第一項又は第二項の規定による保険料の徴収、第八十二条第一項の規定による保健事業の実施その他の厚生労働省令で定める事務に係る情報の収集又は整理に関する事務

保険医療機関等において本人確認を実施する場合の方法について

対応方針

- 2020年度のオンライン資格確認の運用開始に伴い、マイナンバーカードのICチップの読み取りによりオンライン資格確認を行う保険医療機関等においては、マイナンバーカードによる本人確認が可能となる。
- 一方、各保険医療機関等がオンライン資格確認を導入し、患者によるマイナンバーカードの提示が普及するまでの対応として、保険医療機関等が必要と判断する場合には、被保険者証とともに本人確認書類の提示を求めることができる旨を厚生労働省から通知する。

本人確認の具体的な方法

- 保険医療機関等において、窓口での本人確認の必要性が高いと考える場合は、過去の診療履歴等により本人であることが明らかな事例や本人確認書類の提示が困難な子どもの事例など、一定のケースを除いて、外来患者に幅広く本人確認書類の提示を求めることができる。
- 上記のような幅広い範囲での本人確認を実施しない保険医療機関等においても、例えば、過去の診療履歴等に照らして血液型や身長が違っているなど、本人であることに合理的な疑いがある場合に、個別に本人確認を行うことは差し支えない。

<留意点>

- 保険医療機関等の判断で本人確認を実施する場合には、国籍による差別とならないよう、国籍に応じて本人確認の実施の有無を判断しないこと。
- 提示された被保険者証が本人のものでないと判断される場合には、当該被保険者証を用いた保険診療は認められないが、すべての患者が顔写真付きの本人確認書類を所持しているわけではないことに鑑み、本人確認書類が提示されなかったことのみをもって保険診療を否定しないこと。
- 幅広い範囲での本人確認を実施するに当たっては、保険医療機関等において事前に掲示等を行うことにより、患者が保険医療機関等を受診する際に混乱を生じさせないよう十分な期間を設けて周知を行うこと。

(本人確認書類(写真付き身分証)の例)

運転免許証、運転経歴証明書(平成24年4月1日以降交付のもの)、旅券、個人番号カード(マイナンバーカード)、在留カード、特別永住者証明書、官公庁が顔写真を貼付した書類(身体障害者手帳等)

(参考) 主なQ&A

(Q) 本人確認については、全ての保険医療機関等において実施することが義務付けられているのか。

(A) 全ての保険医療機関等において実施することを義務付けているものではなく、各保険医療機関等において、窓口での本人確認の必要性に応じて、本人確認を実施するかどうか判断することとなる。

(Q) 本人かどうかの判断基準如何。

(A) 本人確認書類として写真付き身分証を提示していただき、当該書類の写真が本人かどうか確認するとともに当該書類に記載された氏名(及び生年月日)が被保険者証の情報と一致することで判断することを基本とする。

なお、提示された写真付き身分証のみで判断が難しい場合には、別の本人確認書類の提示を求めること等を行うことにより、総合的に判断していただきたい。

(Q) 本人確認書類の提示を断られるなど提示されなかった場合にはどのような対応を行うのか。

(A) 本人確認書類が提示されなかった場合には、本人確認を実施している趣旨を説明し、次回の診療時に提示するよう案内いただきたい。ただし、複数回提示されなかった場合には、被保険者証を発行している医療保険者へ連絡するといった対応を行うこと。

なお、すべての患者が顔写真付きの本人確認書類を所持しているわけではないことに鑑み、本人確認書類が提示されなかったことのみをもって保険診療を否定しないようご留意いただきたい。

(Q) そもそも顔写真付きの本人確認書類がない患者にはどのような対応を行うのか。

(A) 被保険者証の提示とあわせて国民年金手帳、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書、住民票の写し、官公庁から発行・発給された書類等の書類の提示を求めるとともに、2つ以上の書類に記載された氏名(及び生年月日)が被保険者証の情報と一致することにより本人確認を行っていただきたい。

(Q) 提示された本人確認書類の写真が本人かどうか疑わしい場合はどのような対応を行うのか。

(A) 提示された本人確認書類の写真が本人かどうか疑わしい場合は、その旨を患者情報(例:氏名、住所、連絡先(電話番号やメールアドレス))と併せて被保険者証を発行している医療保険者へ連絡するといった対応を行うこと。ただし、提示された被保険者証が本人のものでないと判断される場合には、当該被保険者証を用いた保険診療は認められない。なお、保険医療機関等において写真を見た上で保険診療を認めたものの、結果として、他人による被保険者証の流用であった場合であっても、保険医療機関等の責任にはならない。

(Q) 連絡を受けた医療保険者はどのような対応を行うのか。

(A) 当該日に保険医療機関等を受診したかどうか確認する文書を被保険者に送付することや直接被保険者に連絡する等の方法により、当該日に実際に保険医療機関等を受診したかどうかを確認していただきたい。

(Q) 本人確認を拒否した場合、患者に対する罰則等はあるのか。

(A) 罰則等はない。

(Q) 本人確認を実施せず、他人の被保険者証を流用した受診による不当請求が発生した場合、保険医療機関等に対する罰則等はあるのか。本人確認を実施したが、流用を防げなかった場合はどうか。

(A) いずれの場合も罰則等はない。なお、診療報酬の支払にも影響を与えない。

- 被保険者証の記載事項等の様式は、国民健康保険法施行規則で定められている（規則第6条）。
- 記載事項については、保険者の判断により、カードの大きさを変えない範囲で、注意事項を追加で記載することや、文字の大きさを変えるといった変更・調整は可能。
- 氏名については、従来から、保険者がやむを得ないと判断した場合には、被保険者証における氏名の表記方法を工夫しても差し支えないとされている（例：旧氏併記等）。

※ 被保険者証における氏名の表記については、様々な場面で被保険者証が本人確認書類として利用されていることに鑑み、裏面を含む被保険者証全体として、戸籍上の氏名を確認できるようにすることが適当。

(参考)

被保険者証の氏名表記について(平成29年8月31日保国発0831第1号) 抄

性同一性障害を有する被保険者又は被扶養者から、被保険者証において通称名の記載を希望する旨の申し出があり、保険者がやむを得ないと判断した場合には、被保険者証における氏名の表記方法を工夫しても差し支えない。

また、被保険者証における氏名の表記方法については、様々な場面で被保険者証が本人確認書類として利用されていることに鑑み、裏面を含む被保険者証全体として、戸籍上の氏名を確認できるようにすること。

例えば、被保険者証の表面の氏名欄には「通称名」を記載し、裏面の備考欄に「戸籍上の氏名は〇〇」と記載することや、被保険者証の表面の氏名欄に「戸籍上の氏名」を記載するとともに「通称名は〇〇」と併記すること等が考えられる。

被保険者証の性別表記について(平成24年9月21日事務連絡) 抄

上述した観点から、性別は被保険者証の必要記載事項として、被保険者証の表面に性別欄を設けるとともに、戸籍上の性別を記載することとしています。

しかしながら、被保険者から被保険者証の表面に戸籍上の性別を記載してほしくない旨の申し出があり、やむを得ない理由があると保険者が判断した場合は、裏面を含む被保険者証全体として、戸籍上の性別が保険医療機関等で容易に確認できるよう配慮すれば、保険者の判断によって、被保険者証における性別の表記方法を工夫しても差し支えありません。例えば、被保険者証の表面の性別欄は「裏面参照」と記載し、裏面の備考欄に「戸籍上の性別は男(又は女)」と記載すること等が考えられます。

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の施行について(平成15年8月29日保発0829003号) 抄

被保険者証等の余白は、各保険者の判断により、写真を貼るほか、臓器提供の意思表示の記入欄又は臓器提供意思表示シールの添付欄とするなど、適宜使用して差し支えないこと。

その他の留意事項

1. 保険者・国保連合会・DX審査支払機構の契約関係について
2. 災害時の対応・東日本大震災
3. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
4. 地方分権改革に係る対応
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和8年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

国民健康保険料（税）の徴収猶予について

- 国民健康保険料（税）は、その納付が困難である特別な理由がある者については、国民健康保険法第77条の規定に基づき条例若しくは規約の定めるところにより、又は、地方税法第15条の規定に基づき、保険者の判断で、保険料（税）の徴収猶予を行うことが可能とされている。
- これらを踏まえ、各保険者におかれては、徴収猶予の取扱いの周知も含め、適切な運営をお願いしたい。

（参考）

◎国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

（保険料の減免等）

第七十七条 市町村及び組合は、条例又は規約の定めるところにより、特別の理由がある者に対し、保険料を減免し、又はその徴収を猶予することができる。

◎地方税法（昭和25年法律第226号）

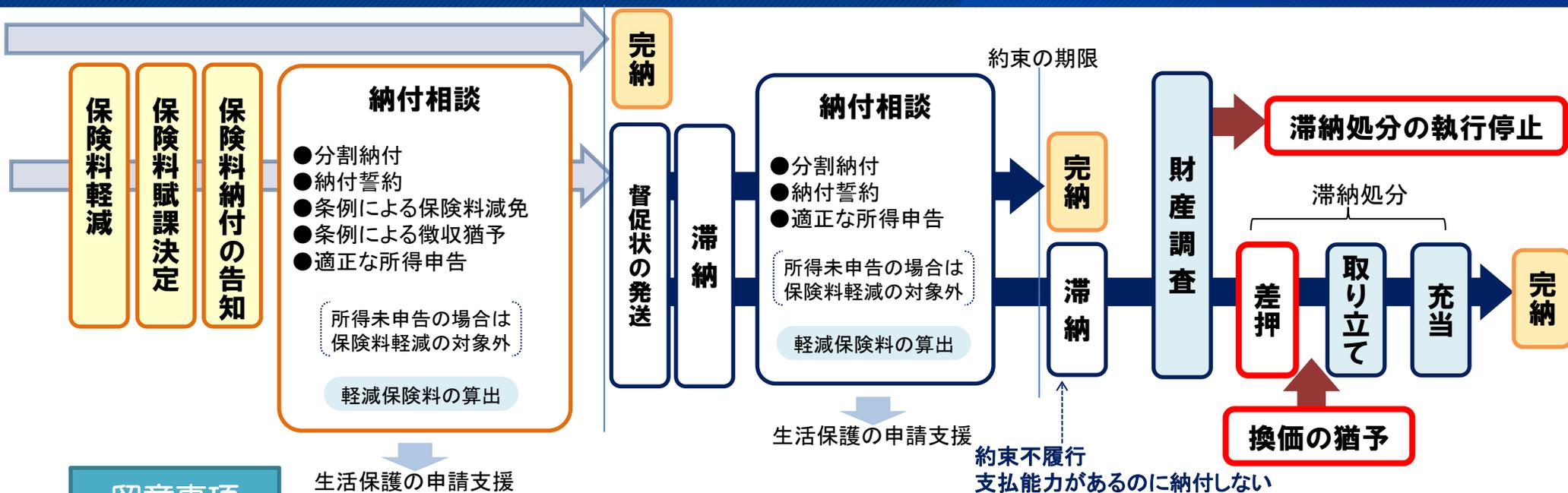
（徴収猶予の要件等）

第十五条 地方団体の長は、次の各号のいずれかに該当する事実がある場合において、その該当する事実に基づき、納税者又は特別徴収義務者が当該地方団体に係る地方団体の徴収金を一時に納付し、又は納入することができないと認められるときは、その納付し、又は納入することができないと認められる金額を限度として、その者の申請に基づき、一年以内の期間を限り、その徴収を猶予することができる。

- 一 納税者又は特別徴収義務者がその財産につき、震災、風水害、火災その他の災害を受け、又は盗難にかかったとき。
- 二 納税者若しくは特別徴収義務者又はこれらの者と生計を一にする親族が病気にかかり、又は負傷したとき。
- 三 納税者又は特別徴収義務者がその事業を廃止し、又は休止したとき。
- 四 納税者又は特別徴収義務者がその事業につき著しい損失を受けたとき。
- 五 前各号のいずれかに該当する事実に類する事実があつたとき。

2～5 （略）

国保保険料（税）の徴収業務の流れ



留意事項

＜給与等の差押禁止の基準＞

生活保護法における生活扶助の基準となる金額（支給の基礎となった期間1月ごとに10万円と滞納者と生計を一にする配偶者その他の親族があるときは、これらの者一人につき4万5千円を加算した額）は差し押えることができない。

＜滞納処分の停止における生活困窮の基準＞

滞納処分の執行等をすることによってその生活を著しく窮迫させるおそれがあるときは、滞納処分の執行を停止することができる。とされている。「生活を著しく窮迫させるおそれがあるとき」とは、滞納者が生活保護法の適用を受けなければ生活を維持できない程度の状態（前述の生活保護法における生活扶助の基準となる金額で営まれる生活の程度）になるおそれがある場合をいう。

＜申請による換価の猶予＞

納税者の負担の軽減を図るとともに早期かつ的確な納付の履行を確保する観点から、申請による換価の猶予の制度が設けられている。財産の換価を直ちにすることによりその事業の継続又はその生活の維持を困難にするおそれがある場合には、滞納者の申請に基づき、換価を猶予する。

差押禁止財産について

【概要】

滞納者の最低限の生活保障、生業維持等の観点から、以下の差押禁止財産を定めている。

○ 一般の差押禁止財産

滞納者及びその者と生計を一にする親族の生活に必要な衣服や食料等

○ 給与の差押禁止

生活保護法における生活扶助の基準となる金額等

(=支給の基礎となった期間1月ごとに10万円と滞納者と生計を一にする配偶者その他の親族があるときは、これらの者一人につき4万5千円を加算した額)

○ 社会保険制度に基づく給付の差押禁止

社会保険制度に基づき支給される退職年金、老齢年金、普通恩給、休業手当金及びこれらの性質を有する給付

○ 条件付差押禁止財産

農業に必要な器具や漁業に必要な器具、職業又は事業の継続に必要な機械・器具等

※ 全額を徴収することができ、換価が困難でなく、かつ、第三者の権利の目的となっていないものを提供したときのみ

参考：広島高等裁判所松江支部平成25年11月27日判決（抜粋）

「本件預金債権の大部分が本件児童手当の振込みにより形成されたものであり、本件児童手当が本件口座に振り込まれた平成20年6月11日午前9時の直後で本差押がされた同日午前9時9分時点では、本件預金債権のうちの本件児童手当相額はいまだ本件児童手当としての属性を失っていなかったと認めるのが相当である。」

「処分行政庁において本件児童手当が本件口座に振り込まれる日であることを認識した上で、本件児童手当が本件口座に振り込まれた9分後に、本件児童手当によって大部分が構成されている本件預金債権を差し押さえた本件差押処分は、本件児童手当相額の部分に関しては、実質的には本件児童手当を受ける権利自体を差し押さえたのと変わりがないと認められるから、児童手当法15条の趣旨に反するものとして違法であると認めざるを得ない。」

滞納処分の停止について

【概要】

すでに差し押さえされている財産、あるいは今後差し押さえの対象となりうる財産の換価処分（公売）を、一定の要件に該当した場合に猶予する。

主な要件

- 滞納処分の執行等を行うことによってその生活を著しく窮迫させるおそれがあるとき。
 - ※「生活を著しく窮迫させるおそれがあるとき」とは、滞納者の財産につき滞納処分の執行を行うことにより、滞納者が生活保護法の適用を受けなければ生活を維持できない程度と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することができず、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

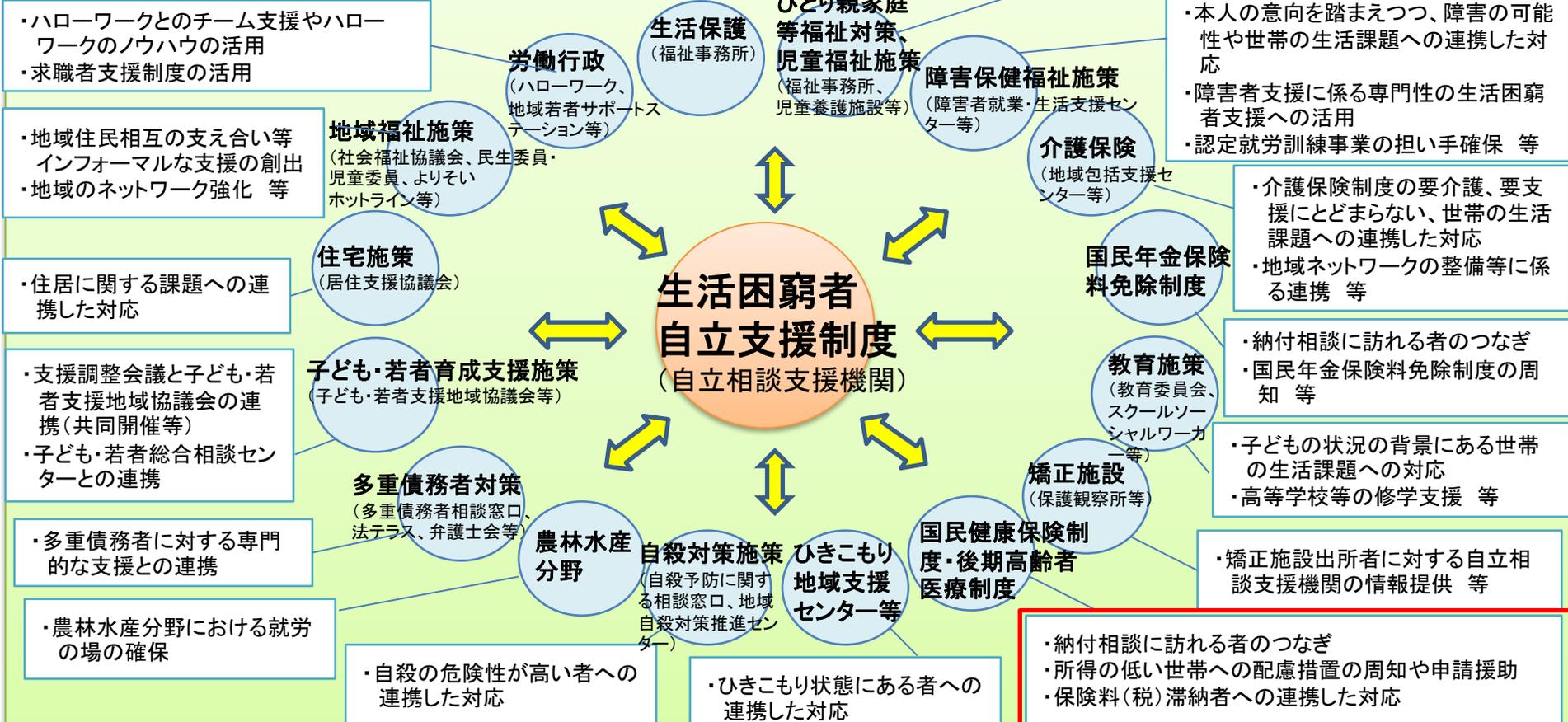
- 生活困窮者自立支援制度においては、自立相談支援事業を中核に、任意事業の活用や他制度との連携により、本人の状態像に応じたきめ細かい支援を実施することが重要。
- また、地域資源の開発に当たっても、他制度のネットワークや他機関と連携することが重要。

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



※上記の例にとどまらず、本人の自立支援に資する他制度と連携した支援のあり方については国や自治体において引き続き検討していく。

その他の留意事項

1. 保険者・国保連合会・DX審査支払機構の契約関係について
2. 災害時の対応・東日本大震災
3. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
4. 地方分権改革に係る対応
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和8年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

事 項	令和7年度	令和8年度	対前年度		摘 要
	予 算 額	予 算 額 (案)	比 較 増 ▲ 減 額	伸 率 (%)	
	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	3,161,247,455	3,224,630,412	63,382,957	2.00%	
(項) 医療保険給付諸費	2,929,842,816	2,991,039,078	61,196,262	2.09%	
(目) 国民健康保険療養給付費等負担金	1,598,967,185	1,602,593,999	3,626,814	0.23%	
療 養 給 付 費 負 担 金	1,369,651,747	1,362,840,153	▲ 6,811,594	▲ 0.50%	
保 険 基 盤 安 定 等 負 担 金	229,315,438	239,753,846	10,438,408	4.55%	子ども・子育て支援納付金に係る国庫補助を計上
(目) 国民健康保険後期高齢者医療費支援金等負担金	502,613,908	544,024,395	41,410,487	8.24%	子ども・子育て支援納付金に係る国庫補助を計上
(目) 国民健康保険財政調整交付金	557,740,005	562,257,082	4,517,077	0.81%	
(目) 国民健康保険後期高齢者医療費支援金等財政調整交付金	141,360,164	153,002,048	11,641,884	8.24%	子ども・子育て支援納付金に係る国庫補助を計上
(目) 国民健康保険保険者努力支援交付金	129,161,554	129,161,554	0	0.00%	
(項) 介護保険制度運営推進費	218,206,917	221,366,113	3,159,196	1.45%	
(目) 国民健康保険介護納付金負担金	170,307,836	172,773,552	2,465,716	1.45%	
(目) 国民健康保険介護納付金財政調整交付金	47,899,081	48,592,561	693,480	1.45%	
(項) 健康増進対策費	13,197,722	12,225,221	▲ 972,501	▲ 7.37%	
(目) 国民健康保険特定健康診査・保健指導負担金	13,197,722	12,225,221	▲ 972,501	▲ 7.37%	
国民健康保険団体に必要な経費	2,426,995	2,429,024	2,029	0.08%	
(目) 国民健康保険団体連合会等補助金	1,554,122	1,558,733	4,611	0.30%	
(目) 国民健康保険制度関係業務事業費補助金	872,873	870,291	▲ 2,582	▲ 0.30%	

事 項	令和7年度 予 算 額	令和8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	261,598,244	272,081,480	10,483,236	4.01%	
(項) 医療保険給付諸費	239,515,103	250,180,691	10,665,588	4.45%	
(目) 国民健康保険組合療養給付費補助金	173,053,353	177,584,481	4,531,128	2.62%	
(目) 国民健康保険組合後期高齢者医療費支援金等補助金	58,319,029	64,371,273	6,052,244	10.38%	子ども・子育て支援納付金に係る国庫補助を計上
(目) 国民健康保険組合高額医療費共同事業補助金	6,005,996	6,005,996	0	0.00%	
出 産 育 児 一 時 金 補 助 金	1,905,125	0	▲ 1,905,125	▲ 100.00%	令和7年度限りの経費
高 額 医 療 費 共 同 事 業 補 助 金	4,100,871	6,005,996	1,905,125	46.46%	
(目) 国民健康保険組合事務費負担金	2,136,725	2,218,941	82,216	3.85%	
(項) 介護保険制度運営推進費	21,495,607	21,313,255	▲ 182,352	▲ 0.85%	
(目) 国民健康保険組合介護納付金補助金	21,495,607	21,313,255	▲ 182,352	▲ 0.85%	
(項) 健康増進対策費	587,534	587,534	0	0.00%	
(目) 国民健康保険組合特定健康診査・保健指導補助金	587,534	587,534	0	0.00%	
国民健康保険関係助成費総計	3,425,272,694	3,499,140,916	73,868,222	2.16%	
うち (項) 医療保険給付諸費	3,171,784,914	3,243,648,793	71,863,879	2.27%	
うち (項) 介護保険制度運営推進費	239,702,524	242,679,368	2,976,844	1.24%	
うち (項) 健康増進対策費	13,785,256	12,812,755	▲ 972,501	▲ 7.05%	

その他の留意事項

1. 保険者・国保連合会・DX審査支払機構の契約関係について
2. 災害時の対応・東日本大震災
3. 賦課（課税）限度額、軽減判定所得改正
4. 地方分権改革に係る対応
5. 資格管理の適正化
6. 国保料（税）の適切な徴収
7. 令和8年度国民健康保険助成費の概要
8. 補助金申請業務

補助金申請事務等の適正化について①

令和6年度決算検査報告について

会計検査院における令和6年度決算検査報告において、国民健康保険関係国庫補助金について、次のとおり指摘があったところである。

例年、不当事項として指摘されている事務処理誤りは同じような内容が繰り返されており、補助金申請事務の適正化に御配意をお願いしたい。（参照：国民健康保険関係国庫補助金等に係る事務処理の適正化について（通知）（令和7年12月24日保国発1224第1号及び同日事務連絡））

○ 不当事項

〔財政調整交付金〕

① 調整対象需要額の過大算定	4 都道府県	302,838千円
② 調整対象収入額の過少算定	1 都道府県	219,894千円
③ 一般被保険者に係る保険料調定総額の過大集計	2 都道府県	7,700千円
④ 一般被保険者数の過小計上	1 都道府県	2,483千円
⑤ 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 都道府県	2,182千円

合 計 8 都道府県 535,097千円

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5年度検査報告)		今回(令和6年度検査報告)	
	都道府県数	指摘金額	都道府県数	指摘金額
療養給付費負担金	5	44	0	0
財政調整交付金	18	1,095	8	535
合 計	19	1,139	8	535

※「合計」欄は、療養給付費負担金及び財政調整交付金において重複するものを除いた都道府県数を指す。

【参考2】平成30年度からの申請事務処理等の変更内容

平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体として保険者に加わるとともに、都道府県が療養給付費負担金及び財政調整交付金の交付申請・実績報告を行うこととなった。一方で市町村は引き続き、当該負担金等の算定のための資料作成を行うため、市町村に対して資料等の確認を十分に行うよう指導するとともに、都道府県においても当該負担金等の算定に当たり確認事務の強化を図るようお願いしたい。

(29年度まで)

- 申請者:市町村
- 申請書作成者:市町村
- 交付先:市町村(普調、特調)



(30年度から)

- 申請者:都道府県
- 申請書作成者:都道府県(算定の基礎となる資料は市町村が作成)
- 交付先:都道府県(普調、特調)