

# 国民健康保険運営協議会

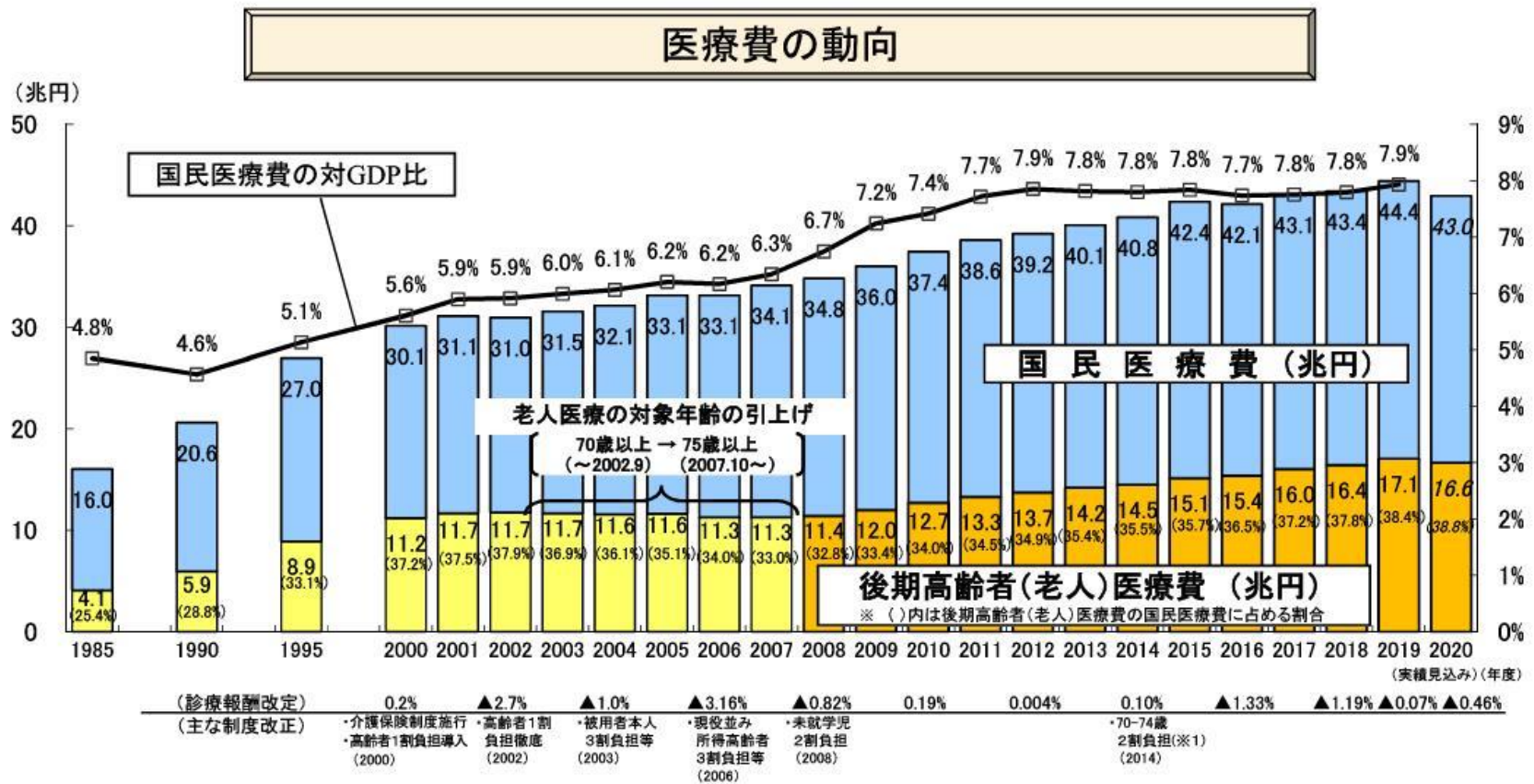
令和4年度 研修会資料

## 令和4年度 研修会資料 目次

- 1 医療費の動向
- 2 被保険者の状況
- 3 国民健康保険の状況
- 4 国民健康保険の保健事業について
- 5 高齢者の医療制度について
- 6 マイナンバーカードの保険証利用について

資料は、令和4年3月2日開催の令和3年度における全国高齢者医療主管課（部）長及び国民健康保険主管課（部）長並びに後期高齢者広域連合事務局長会議の資料です。

# 1-1 医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)	(R1)	(R2)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8	2.3	▲3.2
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.5	3.8	▲2.4
GDP	7.2	8.6	2.7	1.2	▲1.8	▲0.8	0.6	0.7	0.8	0.6	0.4	▲4.0	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.8	2.0	0.1	0.5	—

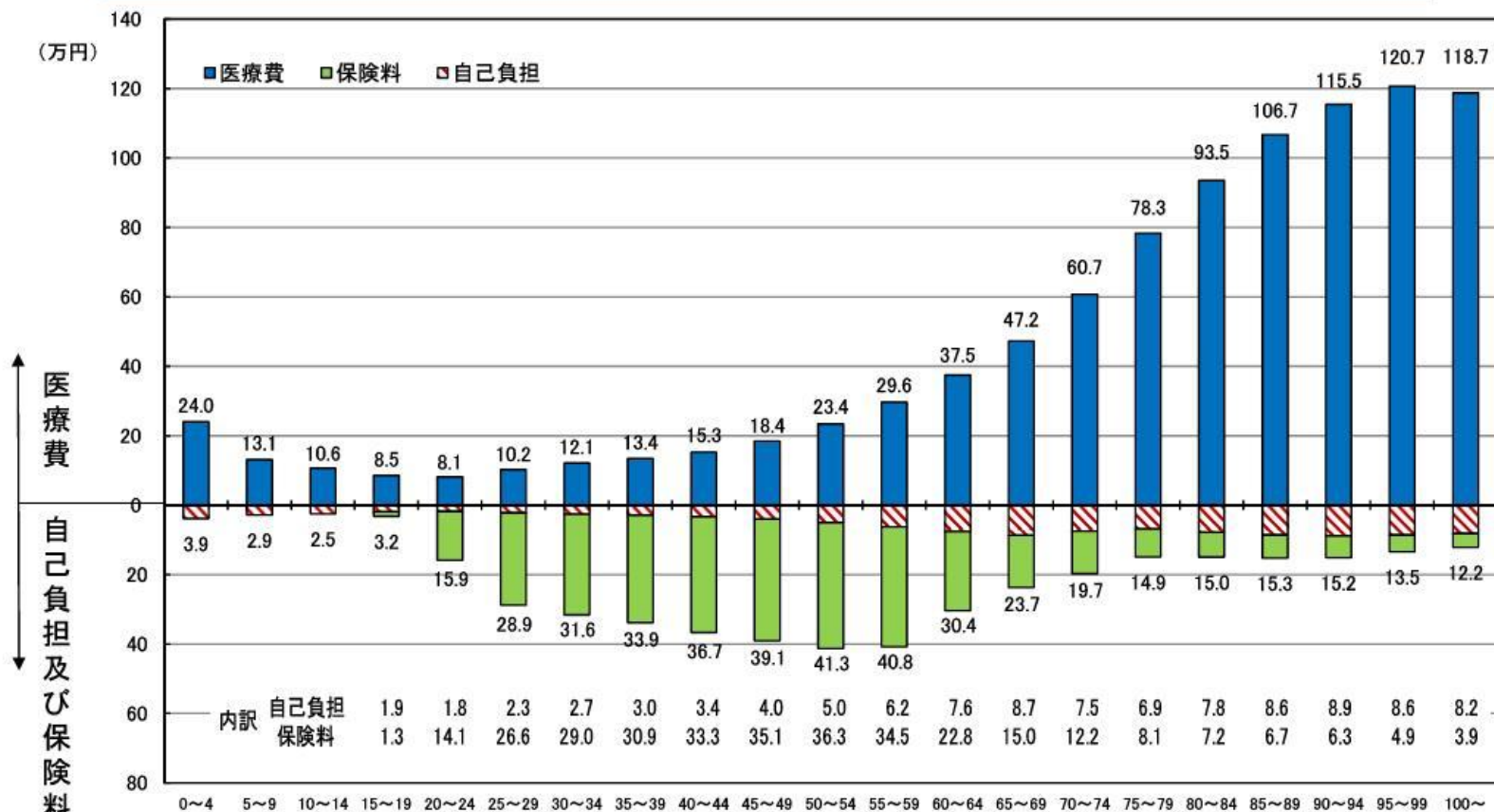
注1 GDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2020年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2020年度分は、2019年度の国民医療費に2020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。

(※)70~74歳の者の一部負担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。

# 1-2 医療費の動向

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



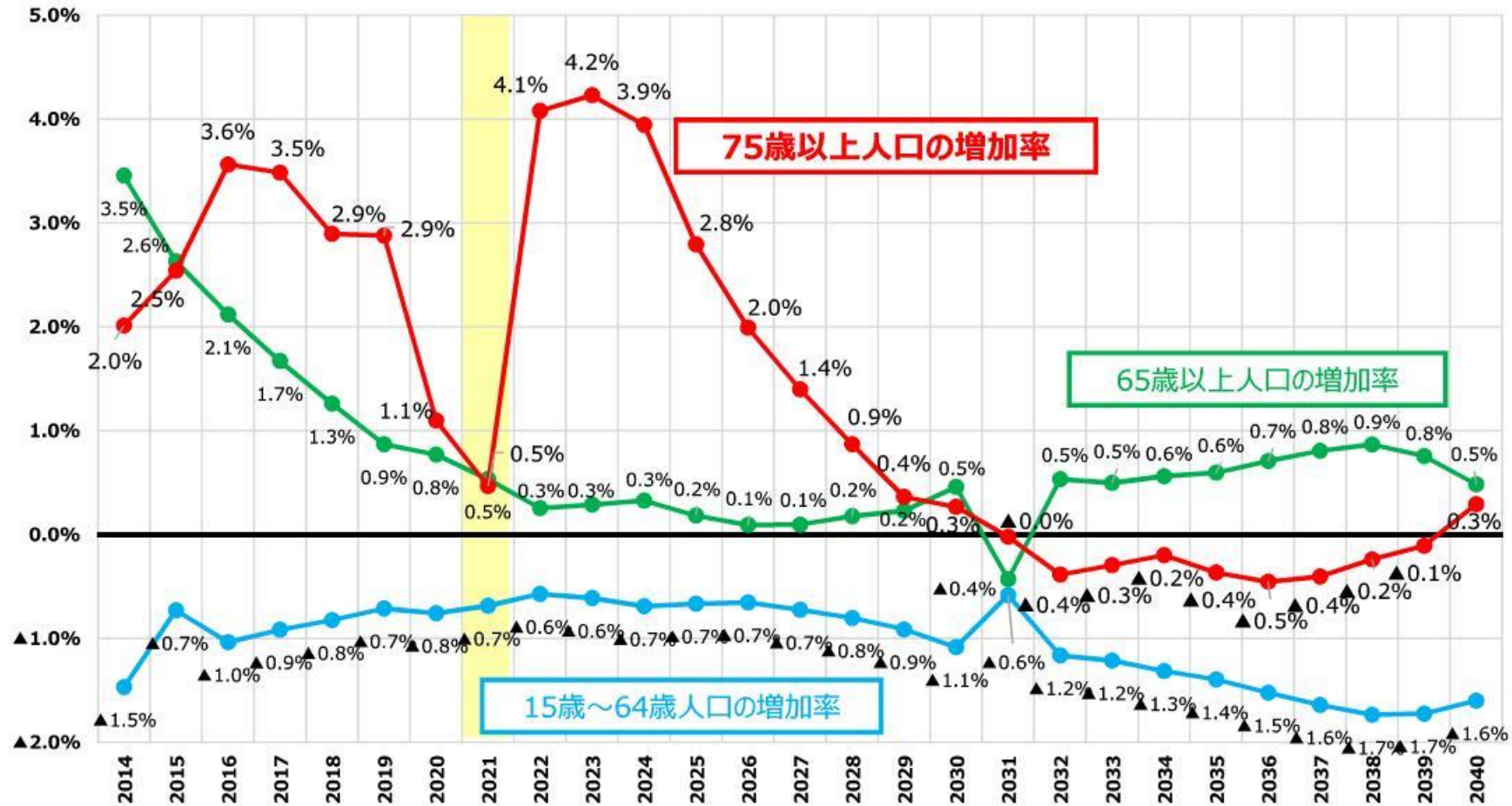
(注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。  
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。  
 3. 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。  
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。  
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。  
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。



# 1-3 医療費の動向

## 年齢別の人口増加率の推移

○ 団塊世代が後期高齢者入りする2022年以降の数年間、一時的に75歳以上人口の増加率が高まる。

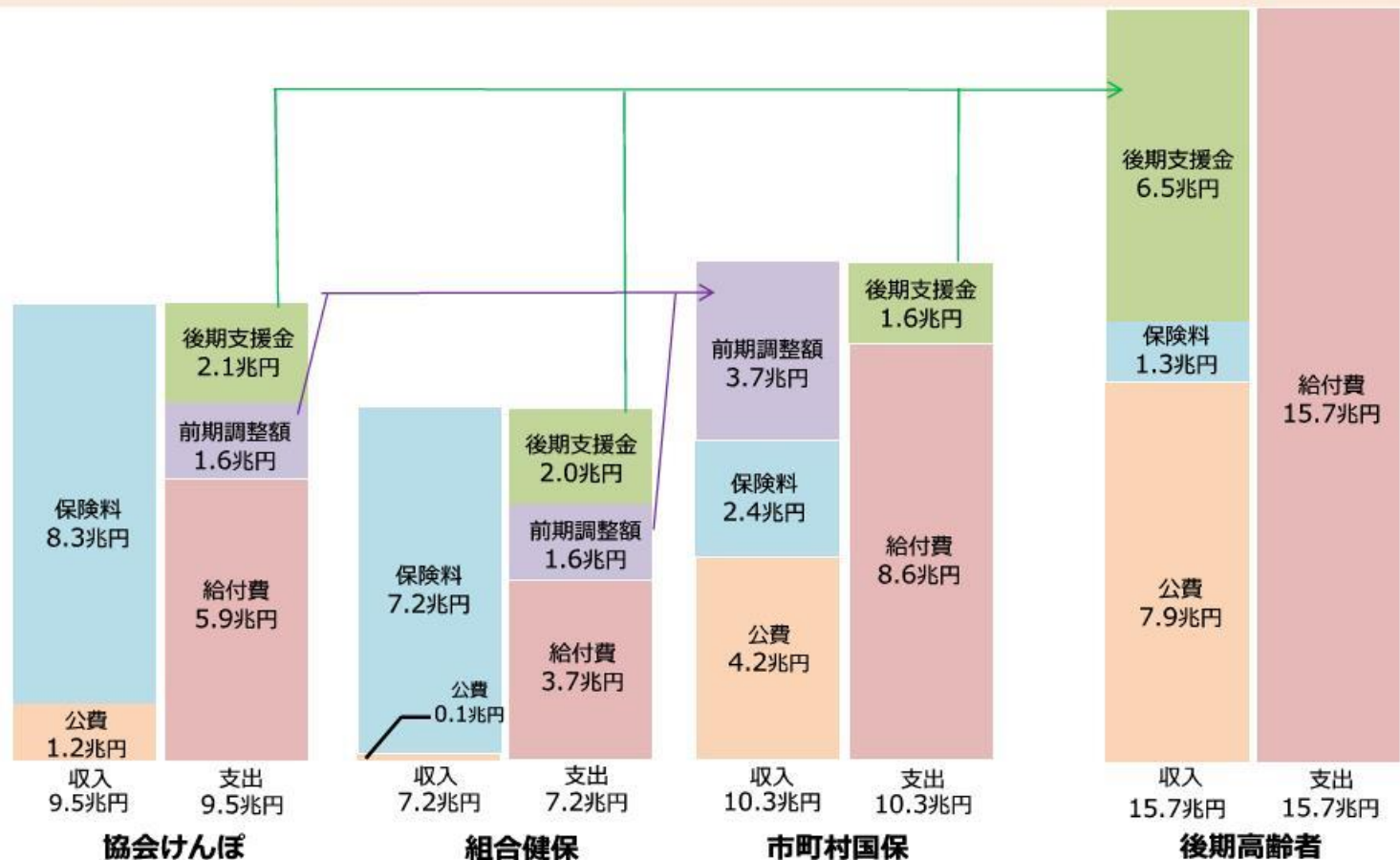


(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）」

# 1-4 医療費の動向

## 制度別の財政の概要（令和元年度）

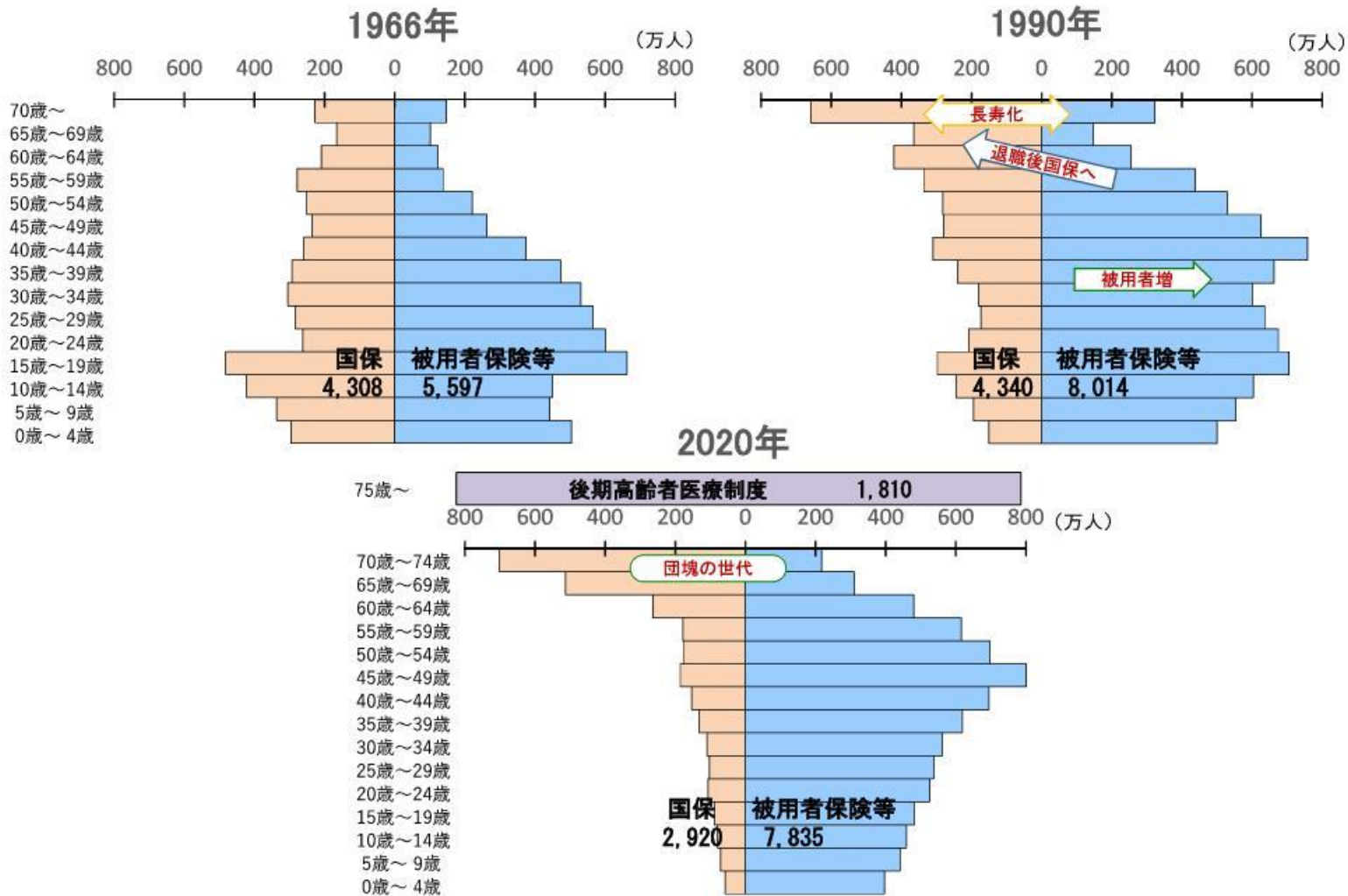
医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどに起因する財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みが存在（前期調整額）。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担している。



## 2-1 被保険者の状況

### 人口ピラミッドの変化(1966~2020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。  
 ○被保険者のうち65~74歳(前期高齢者)の割合は、市町村国保で約44%。協会けんぽは約8%、組合健保は約3%。(2019年)

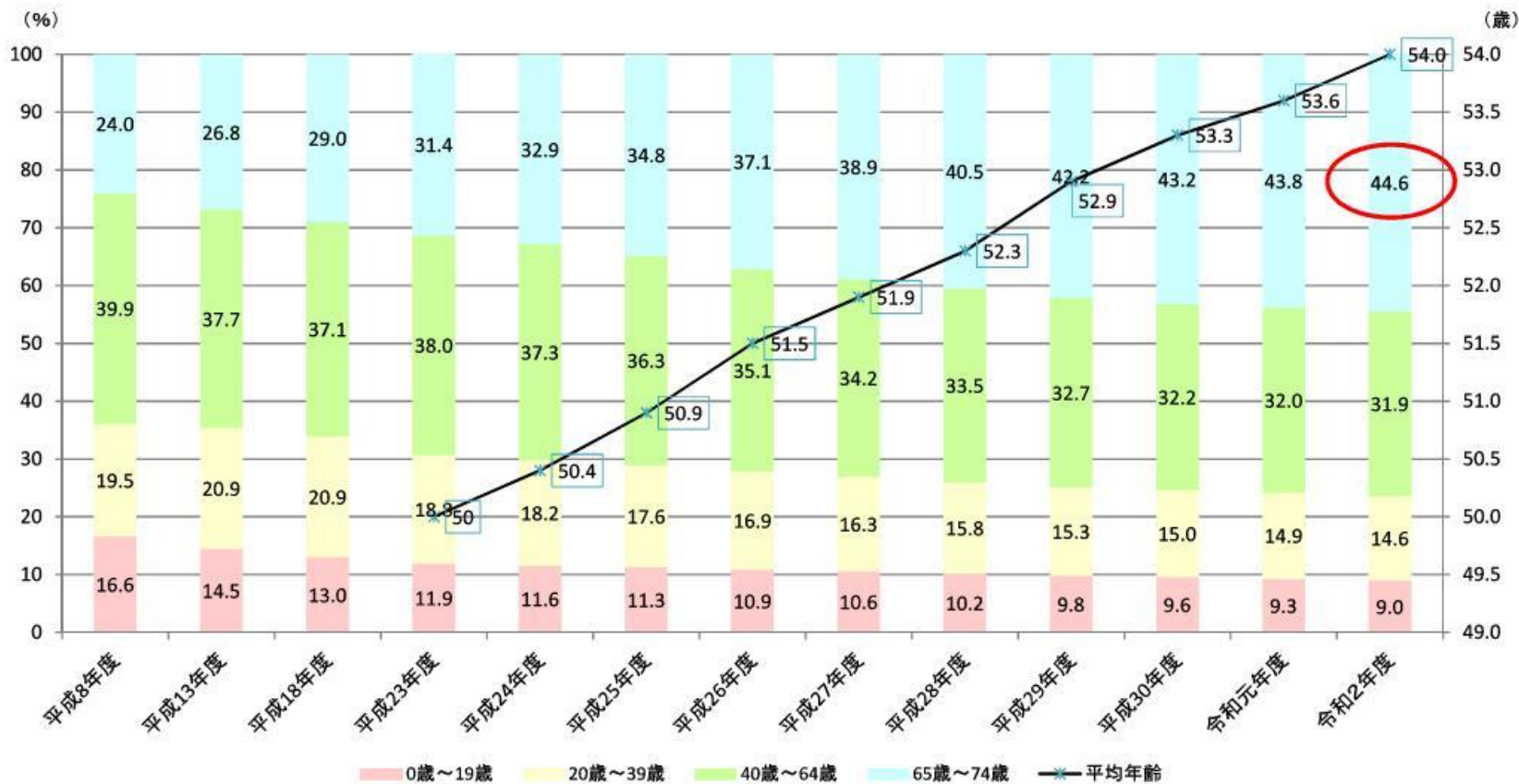




## 2-2 被保険者の状況

### 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歳までの割合が次第に増加し、令和2年度には44.6%となっている。
- 被保険者の年齢も年々上昇しており、令和2年度には54.0歳となっている。



(資料)厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

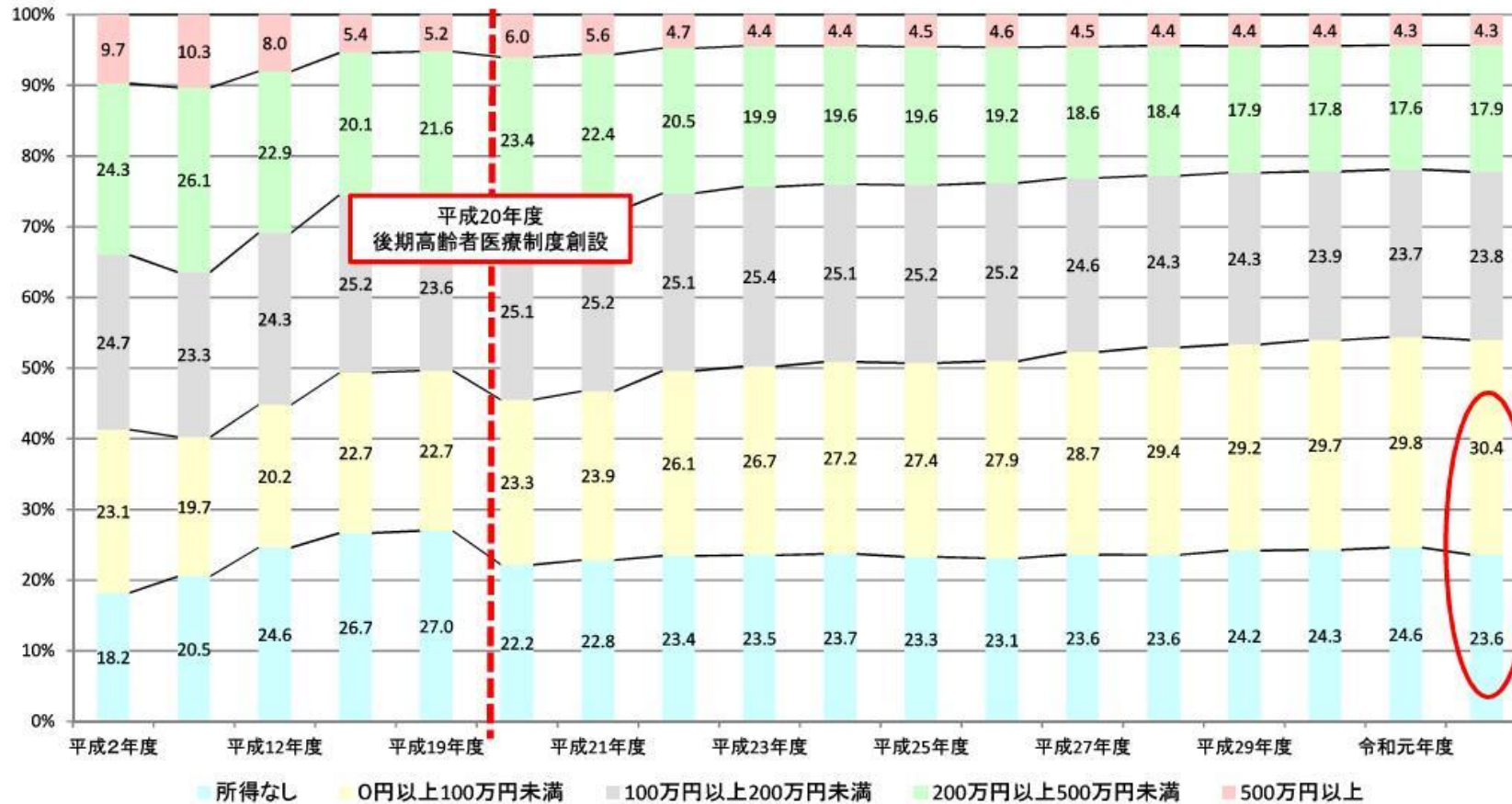
(注)被保険者数について、平成20年に後期高齢者医療制度が創設され、75歳以上は被保険者に含まれないこととなったため、平均年齢については平成23年度以降についてのみ記載。

## 2-3 被保険者の状況

### 世帯の所得階層別割合の推移

令和2年度において、加入世帯の23.6%が所得なし、30.4%が0円以上100万円未満世帯である。

※「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。



(注1)国民健康保険実態調査報告による。

(注2)擬制世帯、所得不詳は除いて集計している。

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

(注4)ここでいう所得とは旧ただし書所得(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から基礎控除を除いた金額)である。



## 2-4 被保険者の状況

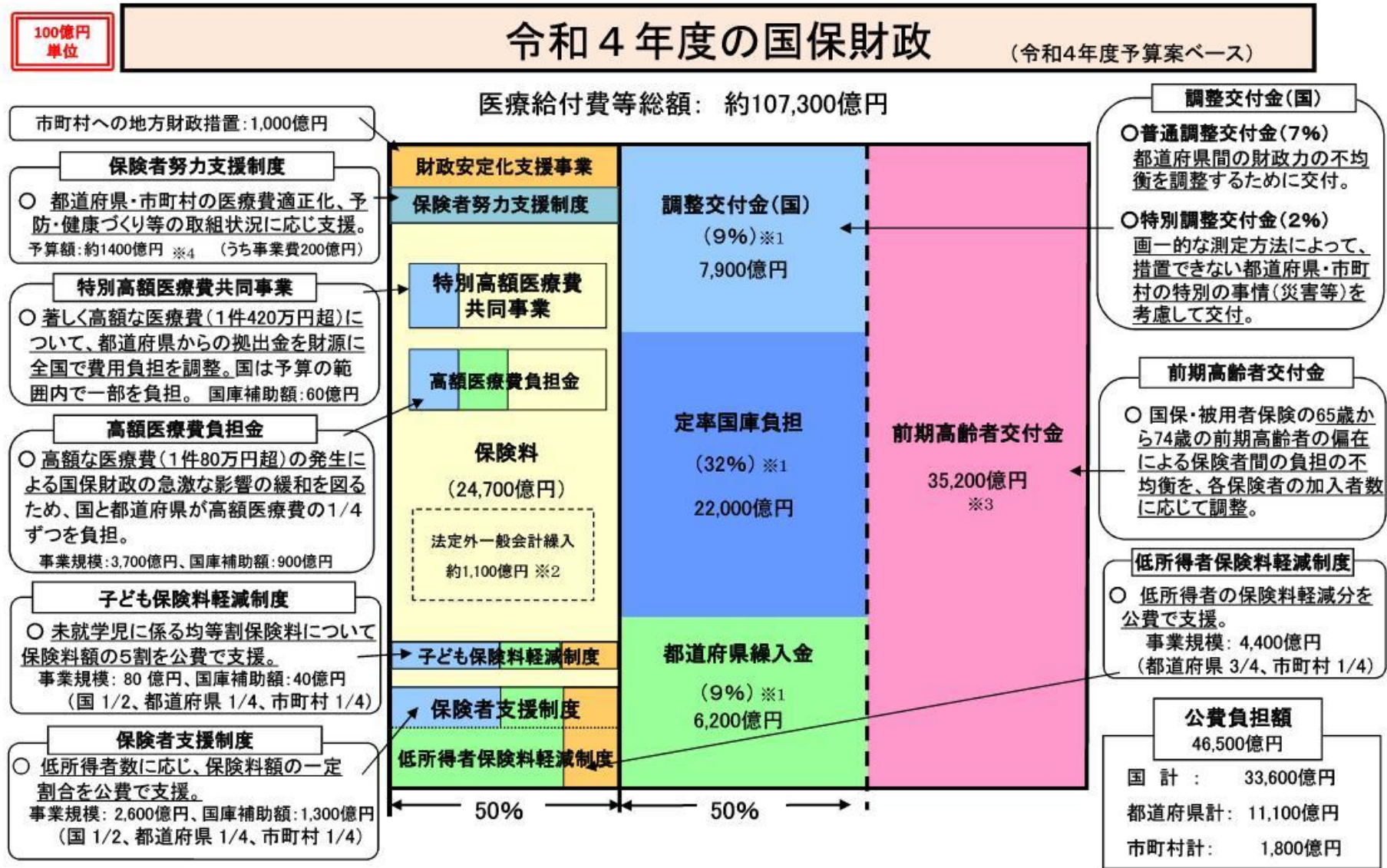
### 各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	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2年3月末)	1,716	162	1	1,388	85	47
加入者数 (令和2年3月末)	2,660万人 (1,733万世帯)	273万人	4,044万人 (被保険者2,479万人 被扶養者1,565万人)	2,884万人 (被保険者1,635万人 被扶養者1,249万人)	854万人 (被保険者456万人 被扶養者398万人)	1,803万人
加入者平均年齢 (令和元年度)	53.6歳	40.0歳	38.1歳	35.2歳	32.9歳	82.5歳
加入者一人当たり 医療費(令和元年度)	37.9万円	20.2万円	18.6万円	16.4万円	16.3万円	95.4万円
加入者一人当たり 平均所得(※1) (令和元年度)	86万円 (一世帯当たり 133万円)	393万円 (一世帯当たり(※2) 773万円)	159万円 (一世帯当たり(※3) 260万円)	227万円 (一世帯当たり(※3) 400万円)	248万円 (一世帯当たり(※3) 462万円)	86万円
加入者一人当たりの 保険料の賦課対象 となる額(令和元年度)	70万円(※4) (一世帯当たり 107万円)	-(※5)	240万円(※6) (一世帯当たり(※3) 392万円)	322万円(※6) (一世帯当たり(※3) 567万円)	346万円(※6) (一世帯当たり(※3) 645万円)	71万円(※4)
加入者一人当たり 平均保険料 (令和元年度)(※7) 〈事業主負担込〉	8.9万円 (一世帯当たり 13.8万円)	18.0万円	11.9万円〈23.8万円〉 (被保険者一人当たり 19.5万円〈38.9万円〉)	13.2万円〈28.9万円〉 (被保険者一人当たり 23.2万円〈50.8万円〉)	14.4万円〈28.8万円〉 (被保険者一人当たり 26.8万円〈53.6万円〉)	7.2万円
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の35% (※8)	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	なし	給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※9) (令和4年度予算案ベース)	4兆3,034億円 (国3兆1,115億円)	2,379億円 (全額国費)	1兆2,360億円 (全額国費)	725億円 (全額国費)		8兆5,885億円 (国5兆4,653億円)

- (※1) 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「国民健康保険実施調査」、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。)
- 国保組合については、「市町村民税課税標準額(総所得金額等から基礎控除のほか所得控除(扶養控除、配偶者控除等)を控除した金額)」に、「基礎控除」と「基礎控除を除く所得控除(扶養控除、配偶者控除等)」(総務省「平成29年度市町村民税課税状況等の調査」による「給与所得及び営業所得を受給する納税者の課税標準額」の段階別の所得控除額(基礎控除を除く)を納税義務者数で除したものを使用して試算した額)を足した参考値である。
- 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。
- (※2) 一世帯当たりの額は加入者一人当たりの額に平均世帯人数を乗じたものである。(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。
- (※4) 旧たし書き方式による課税標準額(保険料の算定基礎)。旧たし書き方式は、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎を計算する際に用いられている方式で、(※1)から基礎控除を差し引いたものである。
- (※5) 国保組合ごとに所得の算出方法や保険料の計算方法が大きく異なるため、記載しない。平成30年度調査結果における業種別の市町村民税課税標準額は、医師国保717万円、歯科医師国保236万円、薬剤師国保263万円、一般業種国保163万円、建設関係国保99万円。全体の平均額は、各組合の被保険者数を勘案して算定した額であり、262万円となっている。
- (※6) 標準報酬総額を加入者数で割ったものである。
- (※7) 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。
- (※8) 令和4年度予算案ベースにおける平均値。(※9) 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。



# 3-1 国民健康保険の状況



※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 令和元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  
 ※4 令和4年度は、平成29年度に特例基金に措置した500億円のうち残330億円は取り崩ししない

## 3-2 国民健康保険の状況

### 国民健康保険制度改革の状況

#### 国保が抱える構造的課題

- ① 年齢構成が高く、医療費水準が高い
- ② 所得水準が低い
- ③ 保険料負担が重い
- ④ 保険料（税）の収納率
- ⑤ 一般会計繰入・繰上充用
- ⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在
- ⑦ 市町村間の格差



#### 国保改革（平成30年度～）

- ① 財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担
  - ・都道府県が財政運営の主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担う
  - ・市町村は、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う
  - ・都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進
  - ・都道府県に財政安定化基金を設置
- ② 財政支援の拡充
  - ・財政支援の拡充により、財政基盤を強化（毎年約3,400億円）  
低所得者対策の強化、保険者努力支援制度 等



#### 今後の主な課題

平成30年度改革が現在概ね順調に実施されており、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、令和3年度からの国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進める。

#### ○法定外繰入等の解消

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

#### ○保険料水準の統一に向けた議論

将来的には都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、地域の実情に応じて議論を深めることが重要

#### ○医療費適正化の更なる推進

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

※上記の他、国会での附帯決議、骨太方針・改革工程表、地方団体の要望事項等について、地方団体と協議を進める。



## 3-3 国民健康保険の状況

### 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において、将来的に保険料水準の統一（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、同じ保険料水準）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

### 3-4 国民健康保険の状況

#### 保険料水準の統一に向けた都道府県ごとの状況

- 令和2年5月に国保運営方針策定要領の改定を行い、保険料率については、市町村ごとの医療費水準や医療提供体制に差があることに留意しつつ、将来的には、都道府県での保険料水準の統一を目指すこととした。
- こうした改定等を踏まえ、令和3年度からの各都道府県の国保運営方針において、保険料水準の統一に向けて何らかの目標年度を定めている都道府県は下記のとおり。

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
北海道	・納付金ベースの統一：R6年度 ・完全統一：R12年度	静岡県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R9年度 ・完全統一：段階的に実施
青森県	・納付金ベースの統一：R7年度 ・完全統一：引き続き協議	三重県	・納付金ベースの統一：R5年度 ・完全統一：段階的に進める
秋田県	・納付金ベースの統一：R15年度 ・完全統一：長期的課題	大阪府	・完全統一：H30年度（R5年度まで経過措置あり）
福島県	・完全統一：R11年度（当分の間、例外措置あり）	兵庫県	・納付金ベースの統一：R3年度 ・完全統一：可能なものから段階的な目標設定を検討
群馬県	・納付金ベースの統一：R6年度 ・完全統一：今後協議	奈良県	・完全統一：R6年度
埼玉県	・納付金ベースの統一：R6年度 ・市町村毎の収納率を反映した統一：R9年度 ・完全統一：収納率格差が一定程度まで縮小された時点	和歌山県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R9年度
山梨県	・納付金ベースの統一：R12年度	広島県	・市町村毎の収納率を反映した統一：R6年度 ・完全統一：収納率が市町村間で均一化したと見なされる段階
長野県	・概ね二次医療圏での医療費指数の統一と応益割額の平準化：R9年度	佐賀県	・完全統一：R9年度（R11年度まで経過措置あり）
		長崎県	・納付金ベースの統一：R6年度
		沖縄県	・完全統一：R6年度

※上記表においては、以下の定義で記載をしている。

- ・納付金ベースの統一：納付金算定に当たって、 $\alpha = 0$ （年齢調整後の医療費水準を反映させない）とすること
- ・市町村毎の収納率を反映した統一：統一保険料率をベースに市町村毎の収納率を反映させること
- ・完全統一：当該都道府県内のどこに住んでいても、同じ所得水準、世帯構成であれば同じ保険料であること※例外あり

上記の他、

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



## 3-5 国民健康保険の状況

### 今後の対応（保険料水準の統一）

- 保険料水準の統一に向けて、以下のとおり取組を進めていただきたい。

#### 保険料水準の統一に向けた議論の継続

- 令和2年度は、国保運営方針の改定に伴い、各都道府県と市町村の間で、将来的な保険料水準の統一に向けて、具体的な議論を進めていただいた。
  - ⇒ 令和3年度以降も引き続き、改定後の国保運営方針に沿って、**都道府県・市町村間で首長レベルや事務レベルでの議論を計画的・継続的に進めていただき、次期国保運営方針改定を待つことなく、課題の解決に向けた取組を進めていただきたい。**
- 保険料水準の統一に向けては、都道府県ごとに、統一の定義やそれに対する課題、課題を解決するための取組、その期間等について検討することが必要。
  - ⇒ 都道府県と市町村の間で、**課題や取組の工程を整理したロードマップ・工程表等を作成・議論いただき、それに基づき取組を進めていただきたい。**

#### 先進・優良事例の横展開

- 都道府県ごとに統一にあたり直面する課題も様々であり、議論の進め方や各課題の解決方法等、地域の実情に合わせ、それぞれ工夫しながら進めていただいている状況。
  - ⇒ 国として、引き続き、各都道府県の状況を把握しつつ、議論の進め方や課題の解決方法等について好事例の展開や、実務担当者での議論の場の開催等を実施予定。**各都道府県において、そうした情報も参考にしながら、議論や取組を継続いただきたい。**

## 3-6 国民健康保険の状況

### 保険料水準の統一について地域の実情に応じた検討

令和3年7月29日  
全国都道府県ブロック会議資料

#### A県

保険料水準の統一について議論を進め、市町村と合意を得ると共に、国保事務の標準化についても議論を進めている

- 統一に向けた最終的な合意を得るに当たり**2年にわたり、月1回程度**の県と市町村の担当者または担当課長の会議を行い検討を進めてきた。
- 将来的な人口減に伴う被保険者減少により、財政基盤が不安定になることを防ぐため検討をしていたが、事務処理についても小規模自治体では**住民サービスの低下**が懸念される。そこで、業務の集約により事務の標準化・効率化、住民サービスの維持・均一化が見込まれる。  
⇒ 具体的には、「**保険者事務の集約**」「医療費適正化対策の共通化」「収納対策の共通化」「保健事業の共通化」を推進・協議を行っていく。
- また、事務の集約化は統一の結果として、**保険料率が上昇してしまう市町村にとってもメリット**がある。

#### B県

まずは県内で納付金ベースの統一を目指し、その後、可能な地域から完全統一を目指す

- 加入者が3,000名未満の小規模な町村が多く存在していて、そうした町村で医療費の急増し、かつその増加要因が町村の努力で削減できない内容の場合には、当該町村国保の加入者の負担が大きいままになってしまうため、医療費水準を反映させないこととしている。  
⇒ **医療費水準の反映による調整については、令和2年度から段階的に縮小していくこととしている。**
- 「市町村における保険税算定方式の統一化」や「賦課割合の統一化」に加えて、「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といった市町村が個別に政策的に取り組んでいるものの統一化」などについて今後協議する。特に、保険税収納率向上インセンティブなどの仕組みについて検討のうえ、具体的な統一の形態や時期を協議するものとする。
- そして、最終的な目標は「県内のどこに住んでいても、同じ所得で同じ世帯構成等であれば同じ保険料率」を目指し、可能な地域から（例えば**2次医療圏**を想定）統一を図る。



いずれの場合でも、都道府県と市町村との間で、保険料水準の統一に向けた議論を深めることが重要であり、期間を要することから、令和6年度の国保運営方針の改定を見据え引き続き議論をしていただきたい。



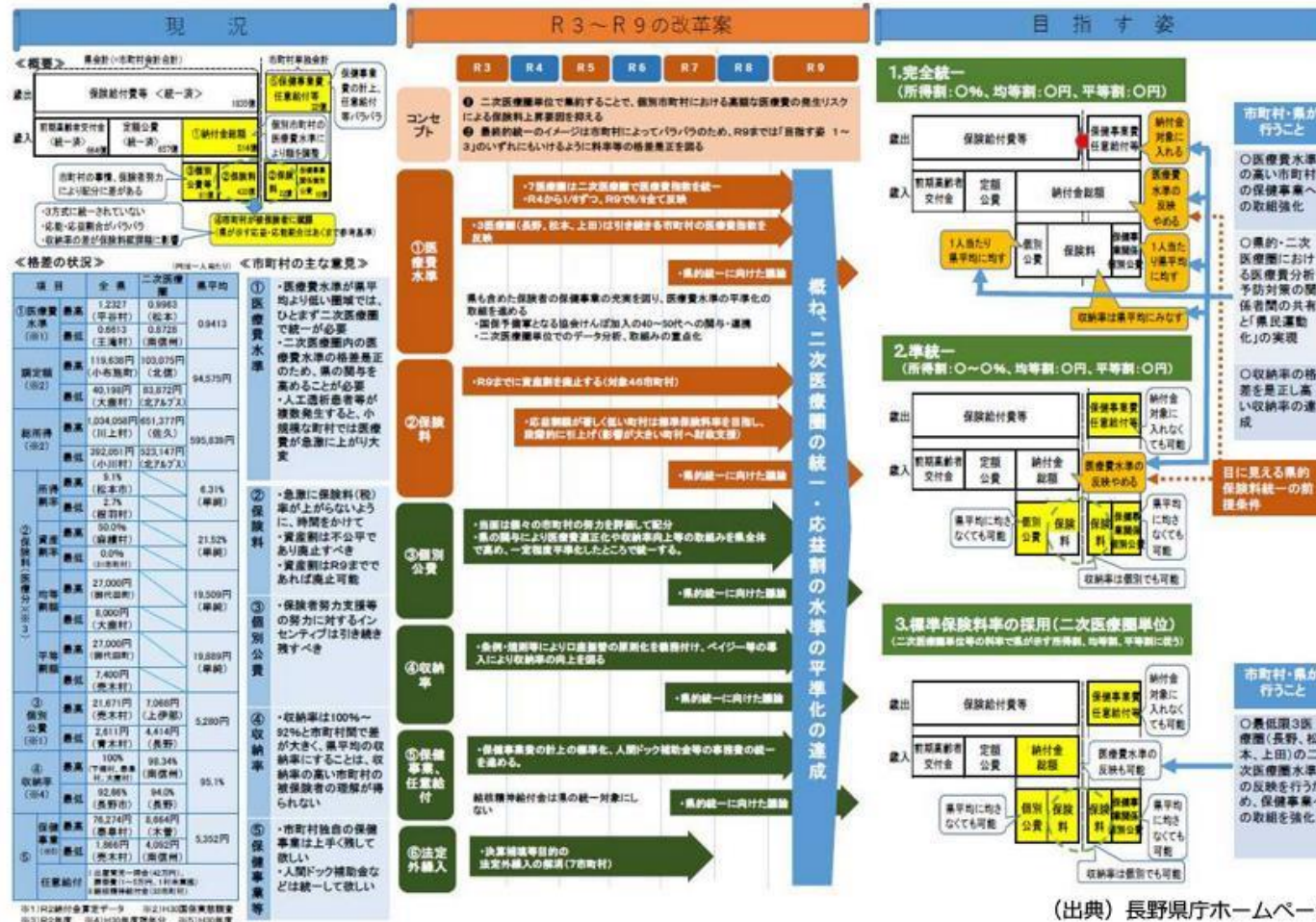
# 3-7 国民健康保険の状況

## 都道府県・市町村が実施する好事例紹介

令和3年7月29日  
全国都道府県ブロック会議資料

### 長野県

- 「医療費」「保険料」「標準化」の3つのワーキンググループを設置。各8市町村参加。令和元年5月～12月に計12回開催し、論点を整理。
- 論点と方向性(案)について、市町村長(計23回)、市町村担当者(計13回)の意見交換を行い、ロードマップのたたき台を作成し、全市町村長と意見交換(令和2年12月～令和3年2月に計39回)。令和3年3月にロードマップを公表。
- 最終的に目指す3つの案(完全統一、準統一、標準保険料率採用)を整理しつつ、令和7～8年頃までに具体化を図る。当面は、中間地点を令和9年度までに到達できるようロードマップを整理。
- 改革方針のコンセプトとして、概ね二次医療圏での医療指数の統一と応益割額の平準化を目指す。最終的な目指す姿のどこにでも行けるよう、現状の保険料率の格差是正を図ることとしている。



(出典) 長野県庁ホームページ



## 3-8 国民健康保険の状況

### 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

(令和3年法律第66号)

#### 改正の趣旨

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

#### 改正の概要

##### 1. 全ての世代の安心を構築するための給付と負担の見直し

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

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

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

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

###### (2) 傷病手当金の支給期間の通算化【健康保険法、船員保険法】

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

###### (3) 任意継続被保険者制度の見直し【健康保険法、船員保険法】

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

##### 2. 子ども・子育て支援の拡充

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

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

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

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

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

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

① 労働安全衛生法等による健診の情報を保険者が保健事業で活用できるよう、事業者に対し被保険者等の健診情報を求めることを可能とする。

② 健康保険組合等が保存する特定健診等の情報を後期高齢者医療広域連合へ引き継ぐこと等を可能とする。

##### 4. その他

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

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

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

#### 施行期日

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

## 3-9 国民健康保険の状況

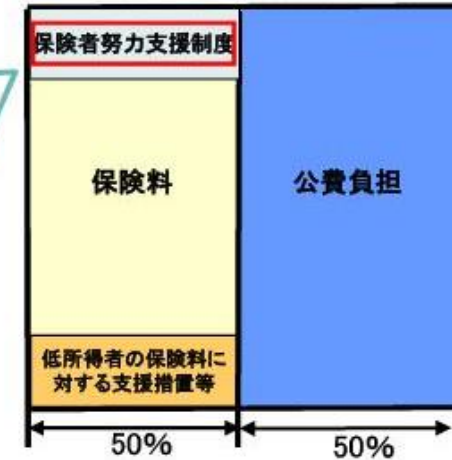
### 保険者努力支援制度

平成27年国保法等改正により、市町村国保について、医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する保険者努力支援制度を創設。

#### 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1000億円（国保改革による公費拡充の財源を活用）
    - ※うち、特別調整交付金によりH30年度：約163億円、H31年度以降：約88億円を措置
- 市町村分 <500億円程度>  
（指標の例）特定健診・特定保健指導の実施率、後発医薬品の促進の取組・使用割合 等
- 都道府県分 <500億円程度>  
（指標の例）医療費適正化のアウトカム評価（医療費水準・医療費の変化） 等

国保財政の仕組み(イメージ)



#### 抜本的強化

#### 令和2年度～

##### <取組評価分>

- 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）> ※新設

- 令和2年度より500億円を追加し、「事業費」として交付する部分（200億円※）を設け、「事業費に連動」して配分する部分（300億円。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
- ※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250億円

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



# 3-10 国民健康保険の状況

## 令和4年度の保険者努力支援制度 取組評価分

### 市町村分 (500億円程度)

保険者共通の指標	国保固有の指標
<b>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</b> ○特定健診受診率・特定保健指導実施率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	<b>指標① 収納率向上に関する取組の実施状況</b> ○保険料(税)収納率 ※過年度分を含む
<b>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</b> ○がん検診受診率 ○歯科健診受診率	<b>指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況</b> ○データヘルス計画の実施状況
<b>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</b> ○生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況 ○特定健診受診率向上の取組実施状況	<b>指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況</b> ○医療費通知の取組の実施状況
<b>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</b> ○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	<b>指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況</b> ○国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組
<b>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</b> ○重複・多剤投与者に対する取組	<b>指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況</b> ○第三者求償の取組状況
<b>指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況</b> ○後発医薬品の促進の取組・使用割合	<b>指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況</b> ○適切かつ健全な事業運営の実施状況 ○法定外繰入の解消等

### 都道府県分 (500億円程度)

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価	指標② 医療費適正化のアウトカム評価	指標③ 都道府県の取組状況
○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 ・後発医薬品の使用割合 ・保険料収納率 ※都道府県平均等に基づく評価	○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に評価 ○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	○都道府県の取組状況 ・医療費適正化等の主体的な取組状況 (保険者協議会、データ分析、重症化予防、重複・多剤投与者への取組等) ・法定外繰入の解消等 ・保険料水準の統一 ・医療提供体制適正化の推進

※令和5年度指標については、今後、国保基盤強化協議会事務レベルWGで議論の上、本年6月頃目途で決定予定

### 3-11 国民健康保険の状況

#### 取組評価分(市町村分) 各年度配点比較

区分	指標	平成30年度		令和元年度		令和2年度		令和3年度		令和4年度	
		配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合	配点	全体に対する割合
共通①	(1) 特定健康診査受診率	50	5.9%	50	5.4%	70	7.0%	70	7.0%	70	7.3%
	(2) 特定保健指導実施率	50	5.9%	50	5.4%	70	7.0%	70	7.0%	70	7.3%
	(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率	50	5.9%	50	5.4%	50	5.0%	50	5.0%	50	5.2%
共通②	(1) がん検診受診率等	30	3.5%	30	3.3%	40	4.0%	40	4.0%	40	4.2%
	(2) 歯科健診受診率等	25	2.9%	25	2.7%	30	3.0%	30	3.0%	30	3.1%
共通③	発症予防・重症化予防の取組	100	11.8%	100	10.9%	120	12.0%	120	12.0%	120	12.5%
共通④	(1) 個人へのインセンティブ提供	70	8.2%	70	7.6%	90	9.0%	90	9.0%	45	4.7%
	(2) 個人への分かりやすい情報提供	25	2.9%	20	2.2%	20	2.0%	20	2.0%	15	1.6%
共通⑤	重複・多剤投与者に対する取組	35	4.1%	50	5.4%	50	5.0%	50	5.0%	50	5.2%
共通⑥	(1) 後発医薬品の促進の取組	35	4.1%	35	3.8%	130	13.0%	130	13.0%	130	13.5%
	(2) 後発医薬品の使用割合	40	4.7%	100	10.9%						
固有①	保険料(税)収納率	100	11.8%	100	10.9%	100	10.0%	100	10.0%	100	10.4%
固有②	データヘルス計画の実施状況	40	4.7%	50	5.4%	40	4.0%	40	4.0%	30	3.1%
固有③	医療費通知の取組	25	2.9%	25	2.7%	25	2.5%	25	2.5%	20	2.1%
固有④	地域包括ケア・一体的実施	25	2.9%	25	2.7%	25	2.5%	30	3.0%	40	4.2%
固有⑤	第三者求償の取組	40	4.7%	40	4.3%	40	4.0%	40	4.0%	50	5.2%
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況	50	5.9%	60	6.5%	95	9.5%	95	9.5%	100	10.4%
	体制構築加点	60	7.0%	40	4.3%	—	—	—	—	—	—
全体	体制構築加点含む	850	100%	920	100%	995	100%	1,000	100%	960	100%





### 3-12 国民健康保険の状況

#### 取組評価分(都道府県分) 各年度配点比較

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価【200億円程度】	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
(i) 特定健診受診率・特定保健指導実施率	20	20	24	24	25
(ii) 糖尿病等の重症化予防の取組	10	15	26	26	25
(iii) 個人インセンティブの提供	10	10	18	18	20
(iv) 後発医薬品の使用割合	20	20	22	22	20
(v) 保険料(税)収納率	20	20	20	20	20
体制構築加点	20	15	—	—	—
合計	100	100	110	110	110

指標② 医療費適正化のアウトカム評価【150億円程度】	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
(i) 年齢調整後1人当たり医療費	50	50	60	60	60
(ii) 重症化予防のマクロ的評価	—	—	20	20	20
合計	50	50	80	80	80

指標③ 都道府県の取組状況に関する評価【150億円程度】	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
(i) 医療費適正化等の主体的な取組状況					
・重症化予防、重複・多剤投与者への取組等	20	20	30	30	40
・市町村への指導・助言等	都道府県による給付点検				
	都道府県による不正利得の回収	10	10	10	10
	第三者求償の取組				
・保険者協議会への積極的関与	—	10	10	10	10
・都道府県によるKDB等を活用した医療費分析等	—	10	10	10	10
(ii) 法定外一般会計繰入の解消等・保険料水準の統一	30	30	35	41	40
(iii) 医療提供体制適正化の推進	(30)	25	25	5	5
合計	60	105	120	106	115

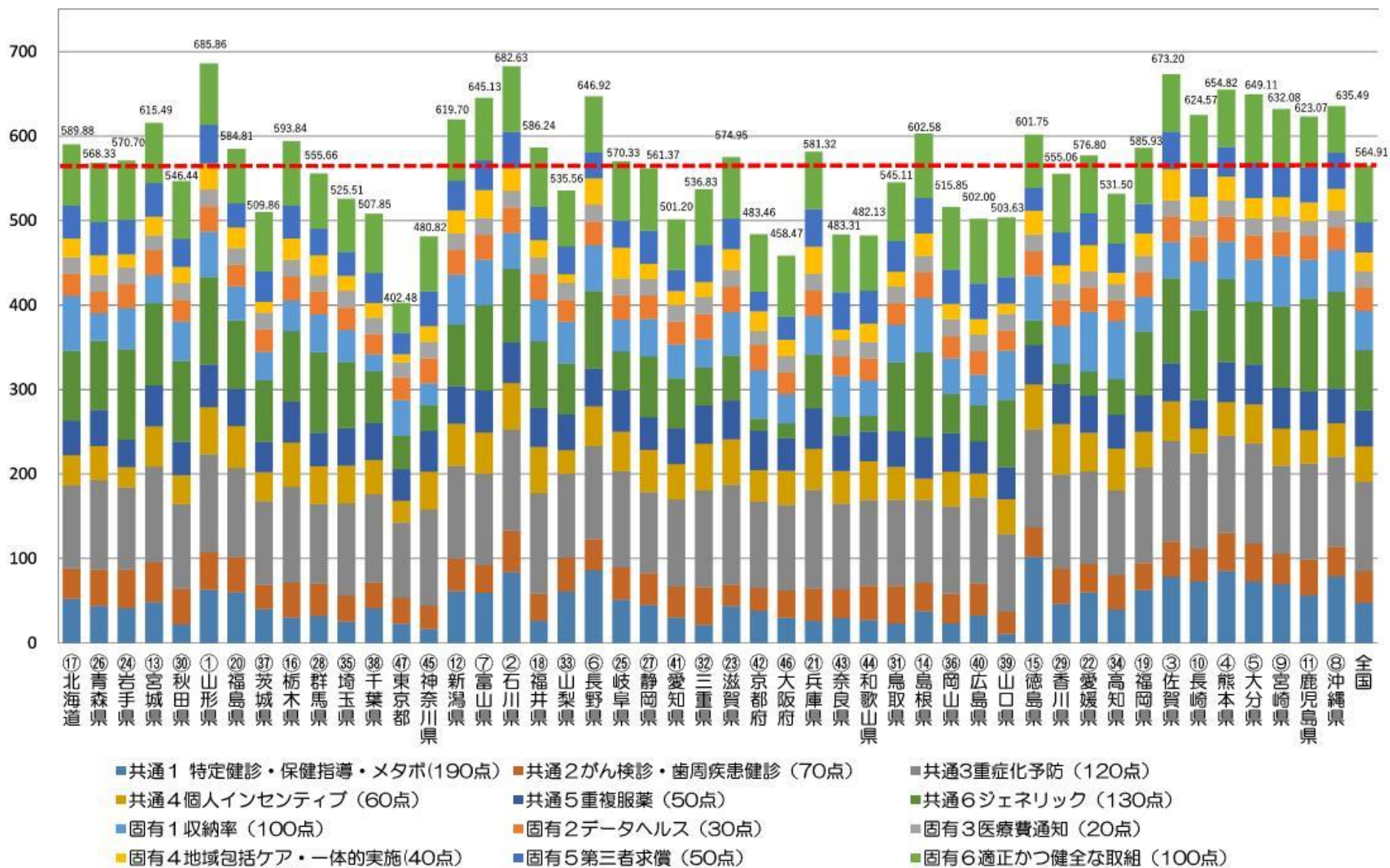
※ 改革施行後の医療費適正化の取組状況を見つつ、アウトカム評価の比重を高めていくものとする



# 3-13 国民健康保険の状況

## 令和4年度保険者努力支援制度（市町村分） 都道府県別平均獲得点【960点満点】

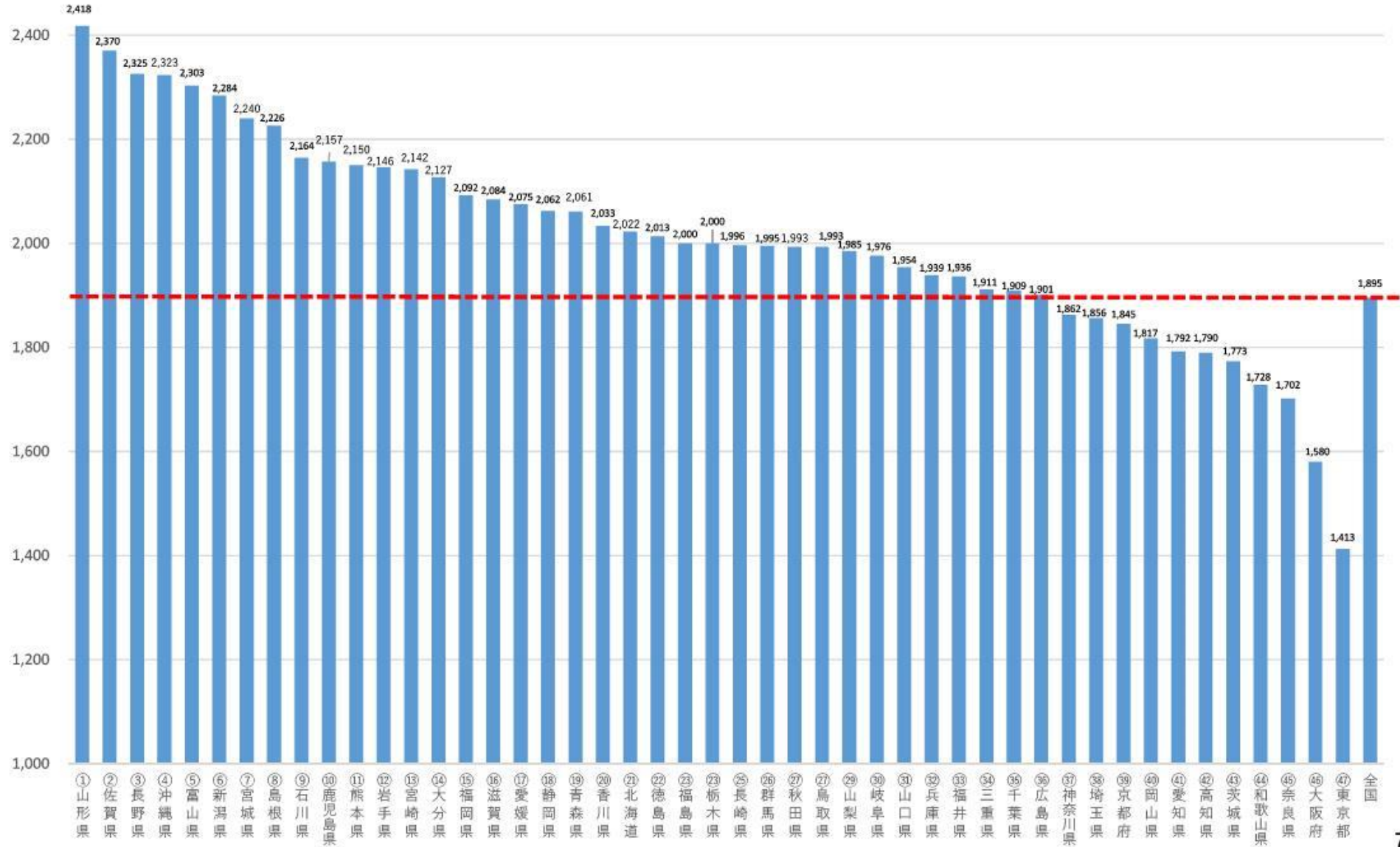
速報値



# 3-14 国民健康保険の状況

令和4年度保険者努力支援制度（市町村分）  
一人当たり交付額

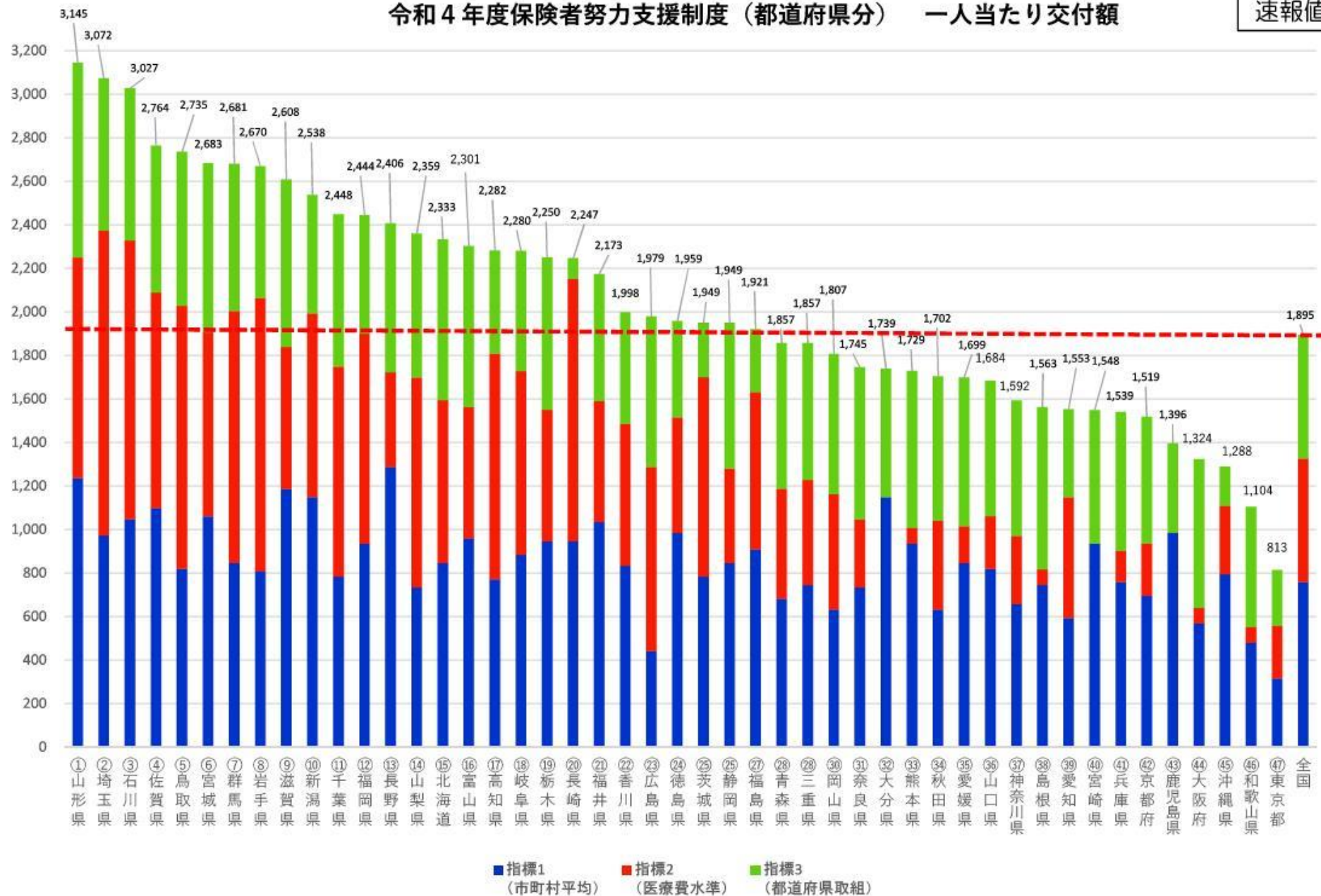
速報値



# 3-15 国民健康保険の状況

## 令和4年度保険者努力支援制度（都道府県分） 一人当たり交付額

速報値

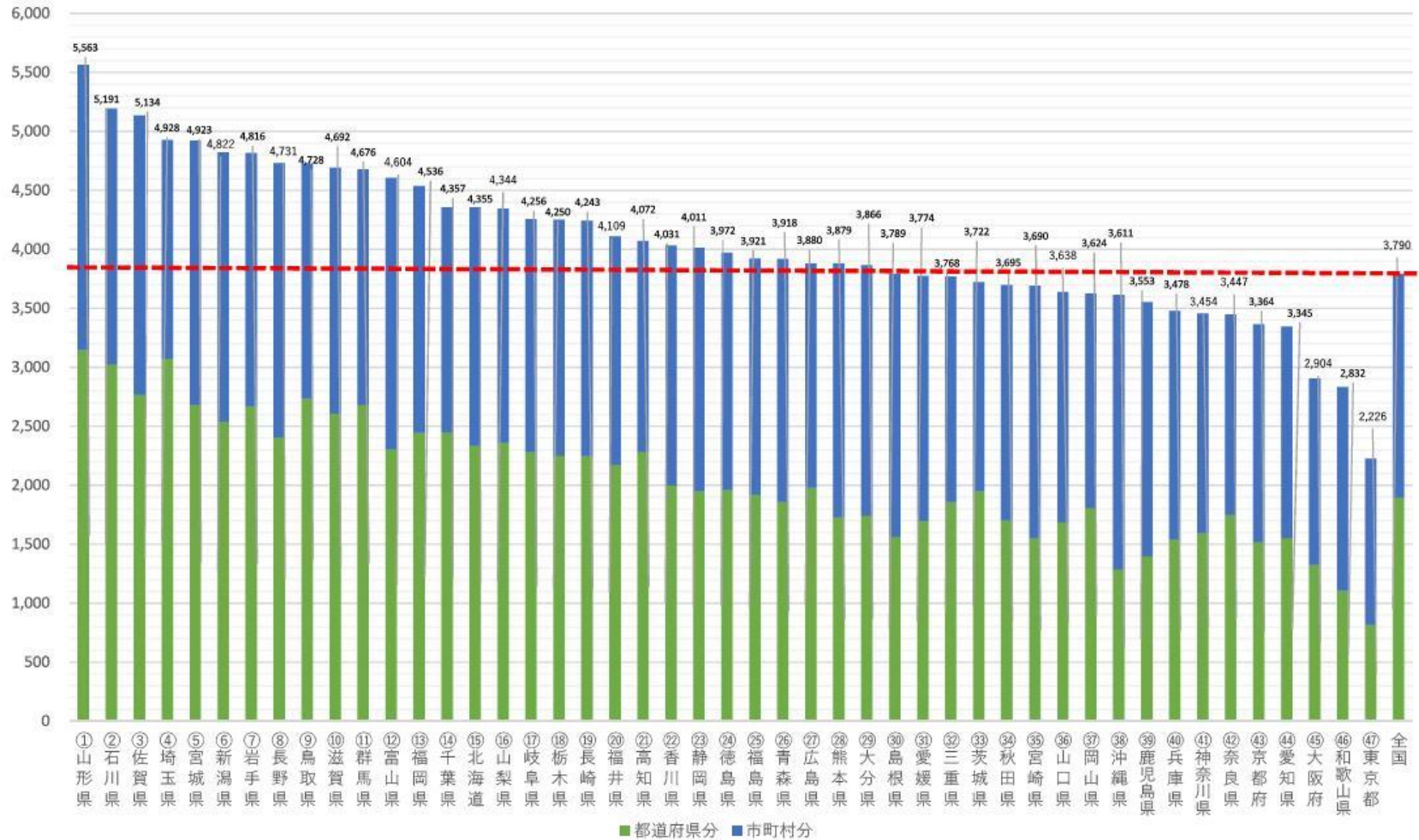




# 3-16 国民健康保険の状況

令和4年度保険者努力支援制度 一人当たり交付額  
(都道府県分+市町村分)

速報値



# 4-1 国民健康保険の保健事業について

## 特定健康診査・特定保健指導について

○ 特定健診・保健指導は、保険者が健診結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげるよう、専門職が個別に介入するものである（法定義務）。



### <特定健診の検査項目>

- ・質問票（服薬歴、喫煙歴 等）  
→「かんで食べるときの状態」を追加（2018年度～）
- ・身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定
- ・血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）
- ・尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）  
心電図検査、眼底検査、貧血検査  
→「血清クレアチニン検査」を追加（2018年度～）

### <特定保健指導の選定基準>（※）服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		あり	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当		なし		
上記以外で BMI≥25	3つ該当		あり	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当		なし		
	1つ該当				

### <特定健診・保健指導の実施率>（目標：特定健診70%以上 保健指導45%以上）

特定健診 受診者数 約2,019万人（2008年度）→ 約2,940万人（2018年度）  
 実施率 38.9%（2008年度）→ 54.7%（2018年度）

特定保健指導 終了者数 約30.8万人（2008年度）→ 約118万人（2018年度）  
 実施率 7.7%（2008年度）→ 23.2%（2018年度）

保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を公表する。  
 （2017年度実績～）



### 【特定保健指導の運用の弾力化】（2018（H30）年度～：第3期計画期間）

- 行動計画の実績評価の時期を、「6か月以降」から、保険者の判断で「3か月以降」とすることができる。
- 保険者が特定保健指導全体の総括・管理を行う場合、初回面接と実績評価の「同一機関要件」を廃止する。
- 初回面接の分割実施を可能とし、特定健診受診当日に、対象者と見込まれる者に初回面接できるようにする（受診者の利便性の向上）。
- 積極的支援に2年連続で該当した場合、2年目の状態（腹囲、体重等）が1年目より改善していれば、2年目は動機付け支援相当でも可とする。
- 積極的支援対象者に対する柔軟な運用による特定保健指導のモデル実施の導入：保健指導の実施量（180単位）による評価に代えて、3か月以上の保健指導による腹囲・体重の改善状況（2cm以上、2%以上）による評価を可能とする。
- 情報通信技術を活用した初回面接（遠隔面接）の推進：国への実施計画の事前届出を廃止し、より導入しやすくする（2017年度～） 等



## 4-2 国民健康保険の保健事業について

### 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。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
2019年度	55.6%	38.0%	49.8%	53.7%	79.0%	79.5%
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／2021改革工程表における記述

1. 社会保障  
1-1 予防・健康づくりの推進
2. 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進
- c. 国保において、40～50歳代が特定健診を受診しやすくなるよう、休日夜間の健診実施や40歳未満からの健診実施等の横展開を図る。

【表2：2019年度特定健診受診率(年齢階層別)】 ⇒ 40歳代が特に低く、2割程度の受診率

	全体	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70-74歳
全体	55.6%	61.0%	60.9%	49.7%	45.0%
市町村国保	38.0%	21.3%	26.6%	41.1%	46.0%

#### 【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「保険者努力支援制度交付金(事業費分)」における事業の一つとしており、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



## 4-3 国民健康保険の保健事業について

### 糖尿病性腎症重症化予防の基本的な方向性

#### 基本的な方向性

- 重症化予防に取り組む市町村及び広域連合は増加しているが、なお小規模自治体を中心に都道府県ごとに差がみられることから、引き続き**取組自治体を増やす**とともに、今後は地域における重症化予防の**取組の充実・底上げ**を図る。
- 特に、以下の点に留意する。
  - ①都道府県の体制整備（都道府県版プログラム改定等）の推進
  - ②市町村と糖尿病対策推進会議等との連携の強化
  - ③対象者層の明確化とそれに応じた適切な介入の推進
  - ④保険者・かかりつけ医・専門医・専門職による連携の強化
  - ⑤保険者間の連携・一体実施

#### 今後の予定

##### 1. 重症化予防WGにおける検討の深掘り

- ・取組状況の把握（調査実施等）

- ・重症化予防の推進支援等の検討

##### 2. 調査研究

- 介入・支援の効果やエビデンスを検証
  - ・研究班等（プログラムに基づく介入効果の検討等）
  - ・大規模実証事業（優先的に介入すべき対象群の検討等）

##### 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）
- ・47都道府県にて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 ※予防・健康づくり支援交付金の積極的な活用を推進

- 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する
- 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する
- 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する

##### 5. 保険者努力支援制度、後期高齢者医療制度の保険者インセンティブによる評価

- 取組の質の向上に向けて評価指標を見直し
  - ・過年度の実施状況等を見つつ、日本健康会議重症化予防WGでの議論も踏まえ、翌年度の評価指標を設定



## 4-4 国民健康保険の保健事業について

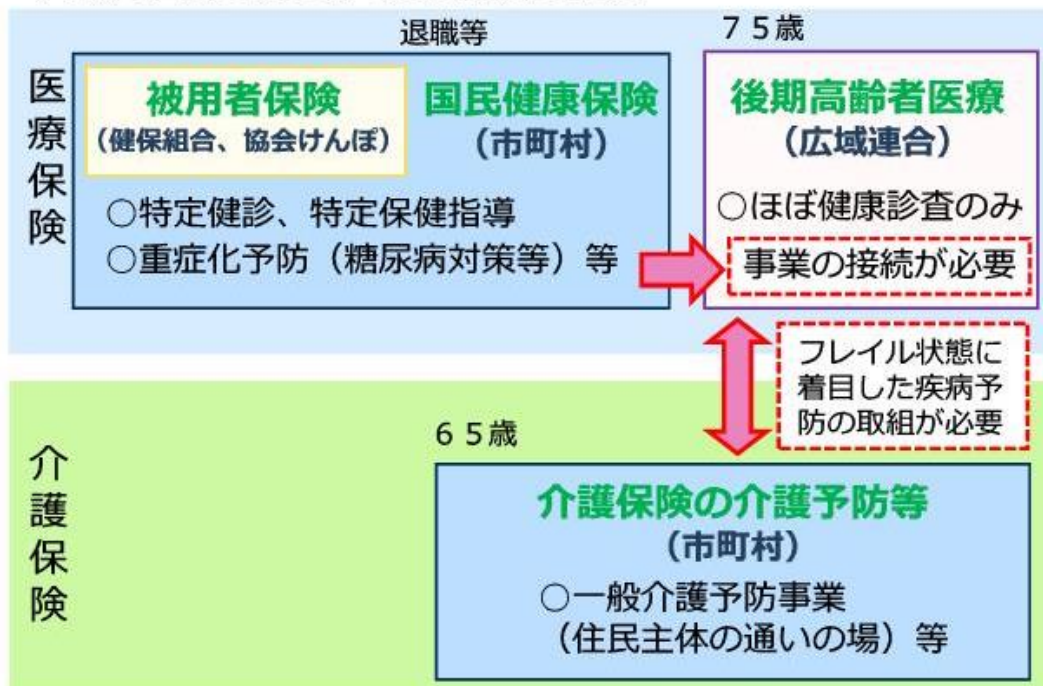
### 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

- 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。

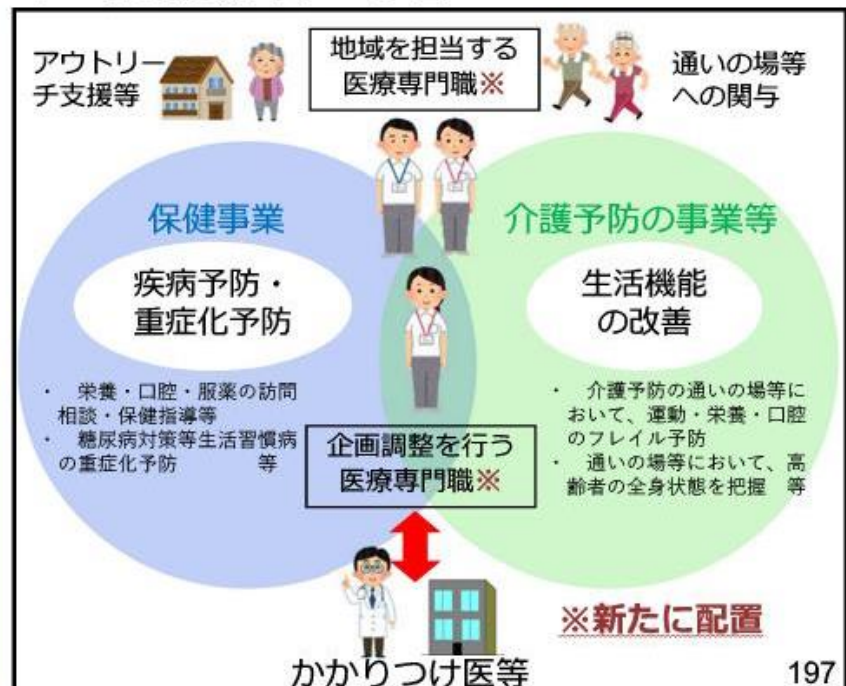
- 令和3年度の実施計画申請済みの市町村は **793市町村**、全体の**約5割**（令和4年2月現在）。
- 令和4年度から開始予定の市町村は **307市町村**、全体の**6割超**の市町村で実施される予定。
- 令和6年度には **1,552市町村**、全体の**9割弱**の市町村で実施の目途が立っている状況。
- **令和6年度までに全ての市町村**において一体的な実施を展開することを目指す。

※高齢者医療課調べ（令和3年12月時点・速報値）

#### ▼保健事業と介護予防の現状と課題



#### ▼一体的実施イメージ図





## 4-5 国民健康保険の保健事業について

### 後発医薬品について

#### 後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは

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

#### 主な特徴

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

#### 使用促進の効果

- 後発医薬品の普及 → 患者負担の軽減  
限られた医療費資源の有効活用

#### 後発医薬品推進の意義・目的

- 先発医薬品に比べて薬価が低い後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものである。
- しかしながら、後発医薬品推進の本来的な意義は、医療費の効率化を通じて、限られた医療資源の有効活用を図り、国民医療を守ることである。

## 4-6 国民健康保険の保健事業について

### 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

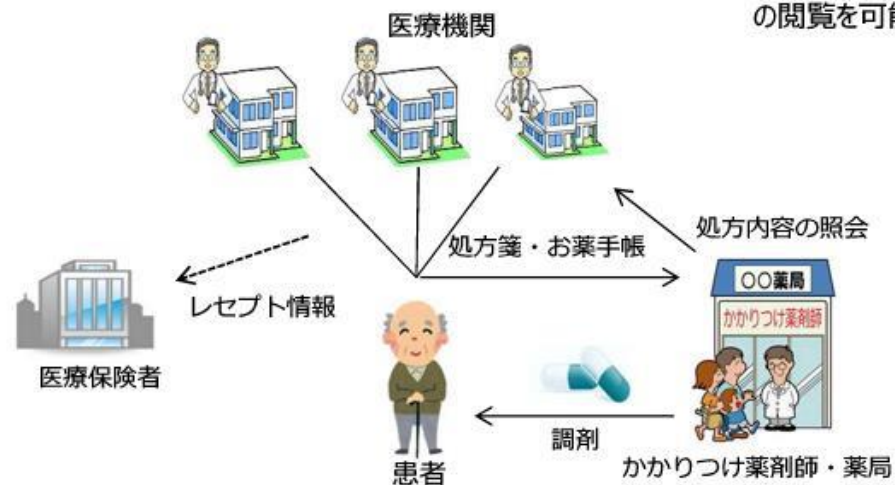
- 医療機関・薬局における減薬の取組の評価等

#### 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）





# 5-1 高齢者の医療制度について

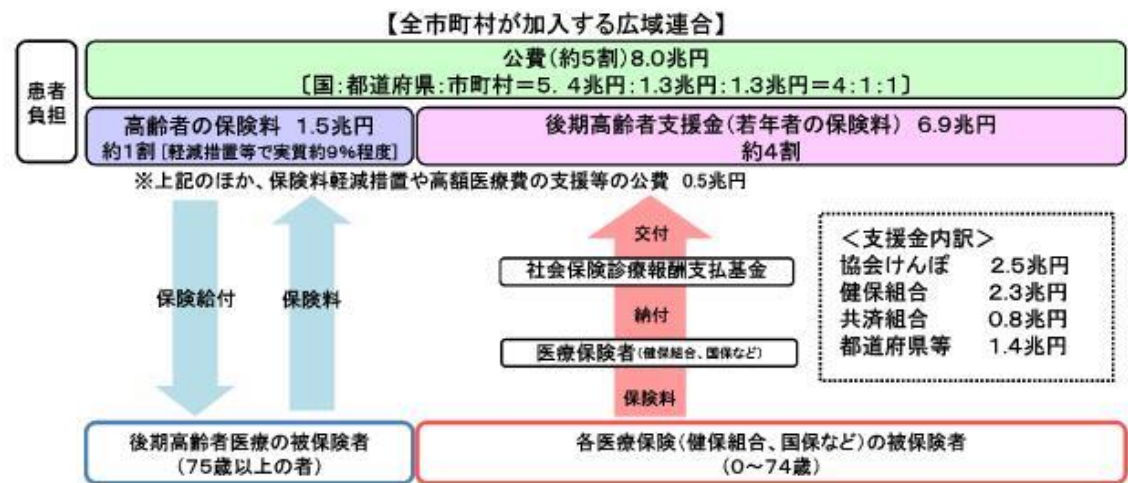
## 高齢者医療制度の財政

- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

### 後期高齢者医療制度

**<対象者数>**  
75歳以上の高齢者 約1,890万人

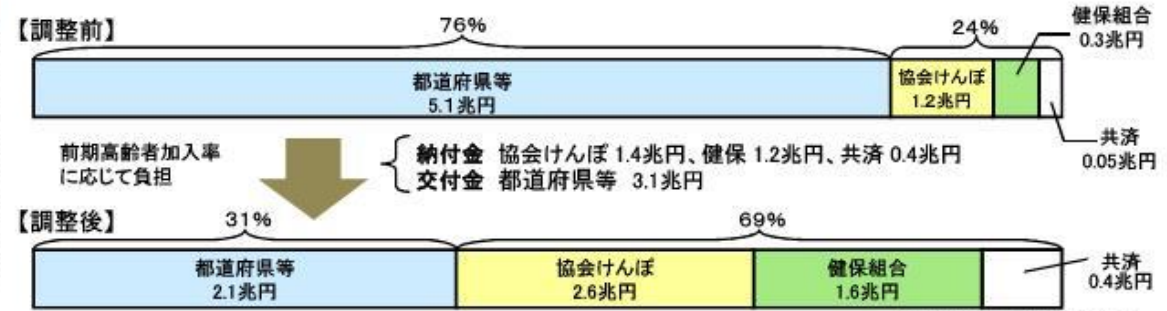
**<後期高齢者医療費>**  
18.4兆円(令和4年度予算案ベース)  
給付費 17.0兆円  
患者負担 1.5兆円



### 前期高齢者に係る財政調整

**<対象者数>**  
65~74歳の高齢者  
約1,590万人

**<前期高齢者給付費>**  
6.7兆円  
(令和4年度予算案ベース)



※各医療保険者が負担する後期高齢者支援金は、後期高齢者支援金に係る前期財政調整を含む。 ※ 数値は令和4年度予算案ベース。

## 5-2 高齢者の医療制度について

### 後期高齢者医療制度の財政の概要

(令和4年度予算案ベース)

医療給付費総額：17.0兆円

都道府県単位の広域連合

← 53% → ← 47% →

**財政安定化基金**

○保険料未納リスク、給付増リスクに対応するため、国・都道府県・広域連合（保険料）が1/3ずつ拠出して、都道府県に基金を設置し、貸付等を行う。

0.2兆円程度（基金残高）

**高額医療費に対する支援**

○高額な医療費による財政影響を緩和するため、1件80万円を超えるレセプトに係る医療費の一定部分について、国・都道府県が1/4ずつ負担する。

0.4兆円

**特別高額医療費共同事業**

○著しく高額な医療費による財政影響を緩和するため、広域連合からの拠出により、1件400万円を超えるレセプトに係る医療費の200万円超分について、財政調整を行う。（国費10億円）



**調整交付金 (国)**

○普通調整交付金（調整交付金の9/10）  
…広域連合間の所得格差による財政力不均衡を調整するために交付する。

○特別調整交付金（調整交付金の1/10）  
…災害その他特別の事情を考慮して交付する。

**保険基盤安定制度（低所得者等の保険料軽減）**

○保険基盤安定制度  
・低所得者等の保険料軽減  
…均等割7割・5割・2割軽減、被扶養者の5割軽減（資格取得後2年間分）  
<市町村1/4、都道府県3/4>  
0.3兆円程度

※ 現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、公費負担割合は47%となっている。



## 5-3 高齢者の医療制度について

### 後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し

- 現役世代の保険料負担の上昇を抑制するため、後期高齢者の患者負担割合への一定の所得がある方への2割負担の導入については、**令和4年10月1日**から施行する。

#### [① 2割負担の所得基準]

- **課税所得が28万円以上かつ「年金収入+その他の合計所得金額」が200万円以上<sup>(※)</sup>**の方が2割負担の対象

※ 単身世帯の場合。複数世帯の場合は、320万円以上。

※ 対象者は約370万人。被保険者全体(約1,815万人)に占める割合は、20%。

#### [② 配慮措置]

- **長期頻回受診患者等への配慮措置**として、2割負担への変更により影響が大きい**外来患者**について、施行後**3年間**、ひとつき分の1割負担の場合と比べた負担増を、最大でも**3,000円に収まるような措置**を導入。
- 2割負担となる方で、高額療養費の口座が登録されていない方には、**施行に際して各都道府県の広域連合や市区町村から申請書を郵送**。

※ 同一の医療機関での受診については、現物給付化(上限額以上窓口で支払わなくてよい取扱い)。

※ 別の医療機関や調剤薬局、同一の医療機関であっても内科・歯科別の場合は現物給付の対象とならないが、申請によりこれらを合算したひとつき当たりの負担増加額は最大でも3,000円となり、超える分は4か月後を目処に、高額療養費として、事前に登録されている口座へ後日償還される。



※住民税非課税世帯の方は基本的に1割負担となります。

(参考) 財政影響 (※令和4年10月1日施行ベース。括弧内は満年度ベース。)

給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者保険料 (高齢者の負担軽減)	公費		
			国費	地方費	
▲790億円 (▲1,880億円)	▲300億円 (▲720億円)	▲80億円 (▲180億円)	▲410億円 <sup>※</sup> (▲980億円)	▲260億円 (▲630億円)	▲150億円 (▲350億円)

※ 国保からの後期高齢者支援金に公費が含まれるため、後期高齢者支援金に係る公費を合わせると▲440億円(うち、国費▲290億円、地方費▲160億円)。

## 5-4 高齢者の医療制度について

### (参考) 今回の配慮措置の仕組み

#### 【①同一の医療機関等での受診】

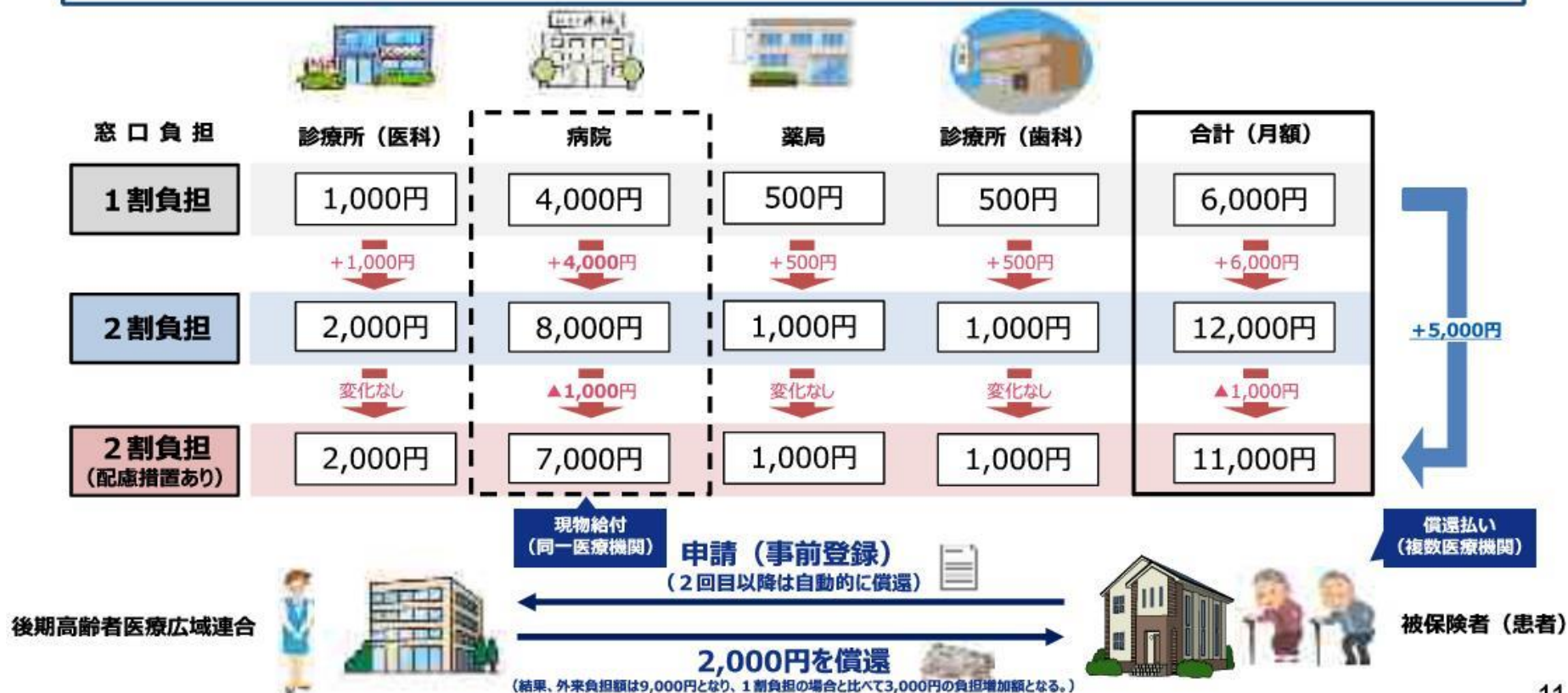
- 外来受診での窓口負担の増加が3,000円に達した場合には、**窓口での負担増加額が3,000円に収まるよう、それ以上窓口で払わなくてよい取扱いとする。**(現物給付)

※ 同一の医療機関でも、医科と歯科は別の算定となる。また、調剤薬局の場合、同一の医療機関から発行された処方箋で調剤された費用についてのみ合算。

#### 【②別の医療機関等での受診等】

- 別の医療機関や調剤薬局、同一の医療機関であっても医科・歯科別の場合には現物給付の対象とならないが、申請により(※) **これらを合算した1か月当たりの負担増加額は最大でも3,000円となり、超える分は4か月後を目処に、高額療養費として、事前に登録されている口座へ後日払い戻される。**(償還払い)

※ 高額療養費の口座が事前に登録されていない方には、施行に際して各都道府県の広域連合や市区町村から申請書を郵送。

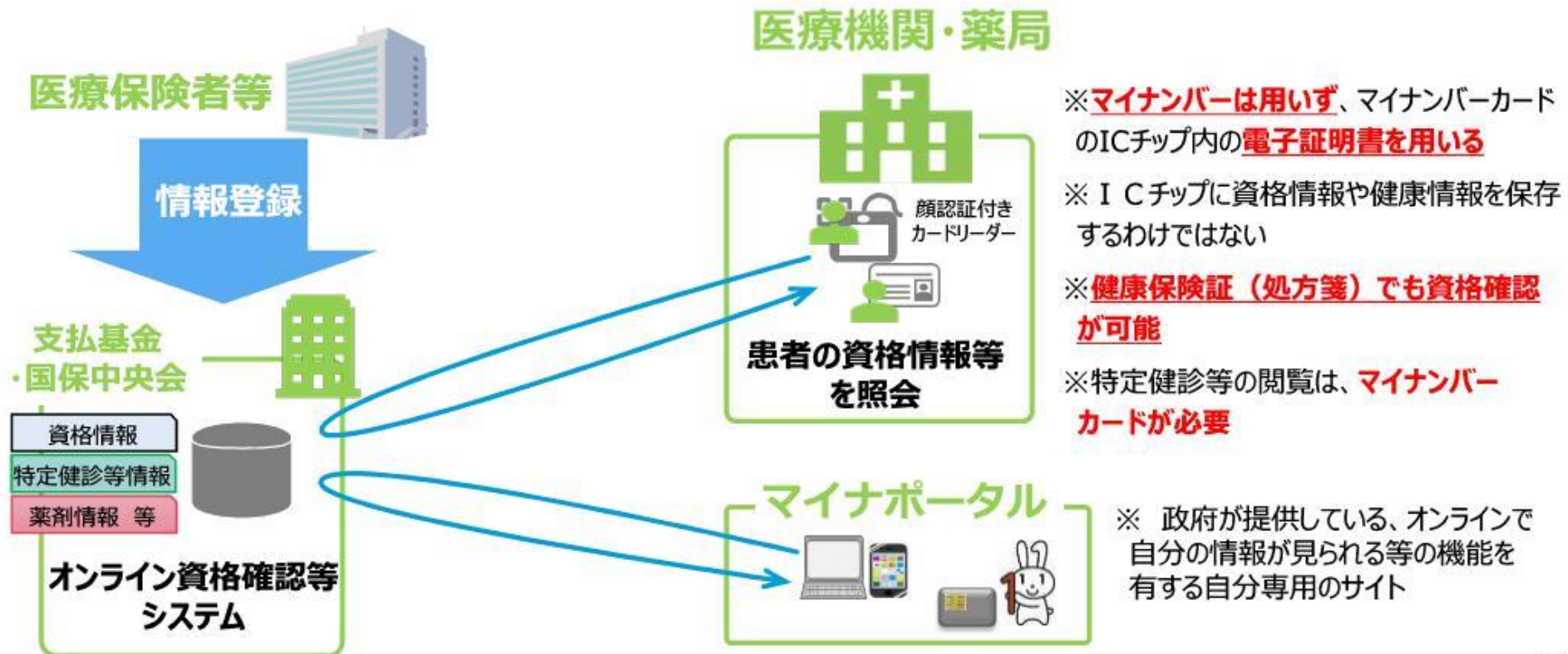




## 6-1 マイナンバーカードの保険証利用について

### 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）





## 6-2 マイナンバーカードの保険証利用について

### (参考) オンライン資格確認のメリット

患者	<ul style="list-style-type: none"><li>・ マイナンバーカードを用いて、<u>特定健診情報等、薬剤情報、医療費通知情報を閲覧</u>できます。本人が同意をすれば、医療関係者と共有し、<u>より良い医療を受けることが出来る</u>ようになります。</li><li>・ 限度額適用認定証等がなくても、<u>窓口での限度額以上の一時的な支払いが不要</u>となります。(従来は、一時的に支払いをした後に還付を受けるか、事前に医療保険者等に限度額適用認定証等を申請する必要がありました。)</li><li>・ 転職等のライフイベント後でも、<u>健康保険証としてずっと使うことができます</u>(医療保険者等への加入の届出は引き続き必要です)。国民健康保険や後期高齢者医療制度に加入している方は、<u>定期的な保険証の更新が不要</u>になります。また、<u>高齢受給者証(70歳から75歳になるまでの間、自己負担割合を示す証明書)の持参が不要</u>になります。</li><li>・ 顔認証により本人確認と保険証確認が同時に行われ、<u>受付が円滑</u>になります。保険医療機関等の窓口での資格確認がシステム化されることで、待ち時間が減少することがあります。</li></ul>
医療機関・薬局	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 病院システムへの資格情報の<u>入力の手間が軽減され、誤記リスクが減少</u>します。</li><li>・ 正しい資格情報の確認ができないことでレセプト請求後に返戻されていましたが、オンラインでの即時の資格確認により<u>レセプトの返戻を回避でき、患者等への確認事務が減少</u>します。<u>未収金の減少</u>につながります。</li><li>・ マイナンバーカードを持っている患者の同意を得て、<u>薬剤情報、特定健診情報等を閲覧</u>することが出来るようになり、<u>より正確な情報に基づく適切な医療を提供</u>することが出来ます。</li><li>・ <u>災害時</u>には、マイナンバーカードを持っていない患者であっても、薬剤情報、特定健診情報等を閲覧することが可能となります。(患者の同意は必要です。)</li><li>・ 被保険者証の資格確認がシステム化されることで、窓口の混雑が緩和されます。</li></ul>
保険者	<ul style="list-style-type: none"><li>・ <u>資格喪失後の被保険者証の使用が抑制</u>されます。</li><li>・ 資格喪失後の被保険者証の使用や被保険者番号の誤記による<u>過誤請求の事務処理負担(資格喪失や異動後の資格情報の照会、医療保険者間調整、本人への請求等の事務作業)</u>が減少します。</li><li>・ 限度額適用認定証等の適用区分や負担割合等が保険医療機関等に正確に伝わり、<u>レセプトにかかる保険医療機関等との調整が減少</u>します。</li><li>・ <u>限度額適用認定証等の申請にかかる事務手続きや認定証等の発行が減少</u>します。</li></ul>



## 6-3 マイナンバーカードの保険証利用について

### 薬剤情報・特定健診情報の閲覧

オンライン資格確認を導入いただければ、患者の薬剤情報・特定健診等情報を閲覧することができます。患者の意思をマイナンバーカードで確認した上で、有資格者等が閲覧します。

※ 薬剤情報は令和3年10月から閲覧可能。



薬剤情報/特定健診等情報の閲覧について、患者の同意の有無をマイナンバーカードを用いて確認

医師・歯科医師・薬剤師等の有資格者が薬剤情報/特定健診等情報を閲覧



#### 有資格者等とは

医師・歯科医師・薬剤師等のことを指している。また、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」より、医療機関・薬局にて有資格者等の識別を行い、アクセス権限の管理を行うこととされている

#### <閲覧イメージ>

薬剤情報									
氏名	厚労太郎		性別	男	年齢	50歳			
処方日/処方科	処方日/処方科	処方日/処方科	処方日/処方科	処方日/処方科	処方日/処方科	処方日/処方科	処方日/処方科	処方日/処方科	処方日/処方科
2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科
2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科
2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科
2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科
2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科
2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科
2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科
2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科
2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科	2021.01.01	内科

薬剤情報：レセプト情報を元にした3年分の情報が参照可能

特定健診情報							
氏名	厚労太郎		性別	男	年齢	50歳	
身体計測	身長	170.08	血中脂質検査	中性脂肪	140		
	体重	63.6		HDLコレステロール	125		
	腰囲	79.5		LDLコレステロール	154		
	BMI	21.8		空腹時血糖	97		
血圧等	血圧	67-106	血糖検査	HbA1C	5.1		
	GOT(AST)	23		随時血糖	120		
肝機能検査	GPT(ALT)	22	血清学検査	CRP	0.07		
	LDH	160		RF定量	3未満		

特定健診等情報：医療保険者等が登録した5年分の情報が参照可能

# 6-4 マイナンバーカードの保険証利用について

令和4年1月27日

第150回社会保障審議会医療保険部会

資料1

## マイナンバーカードの健康保険証利用の申込み状況

2022/1/23時点

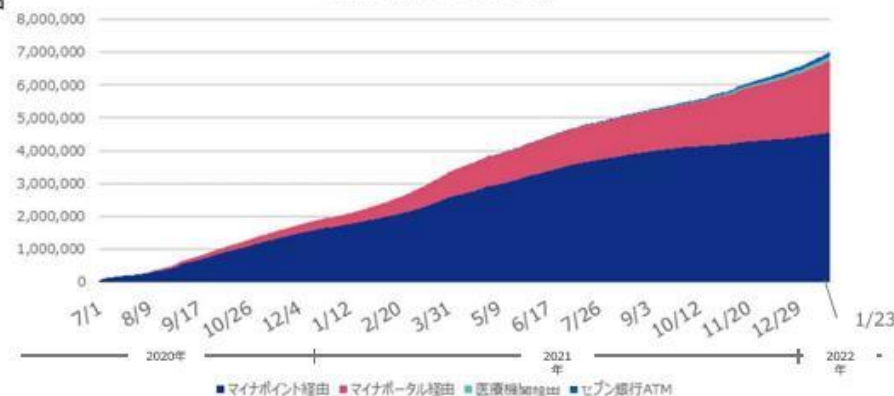
### ■ マイナンバーカードの健康保険証利用申込み状況

マイナンバーカード交付実施済数に対する健康保険証利用申込登録者数の割合

導線	累計
マイナポイント申請サイト経由	4,554,214
マイナポータル経由	2,215,428
医療機関・薬局経由	108,820
セブン銀行ATM	135,137
合計	7,013,599

利用申込割合※1	13.3%
----------	-------

導線別利用申込者数の推移

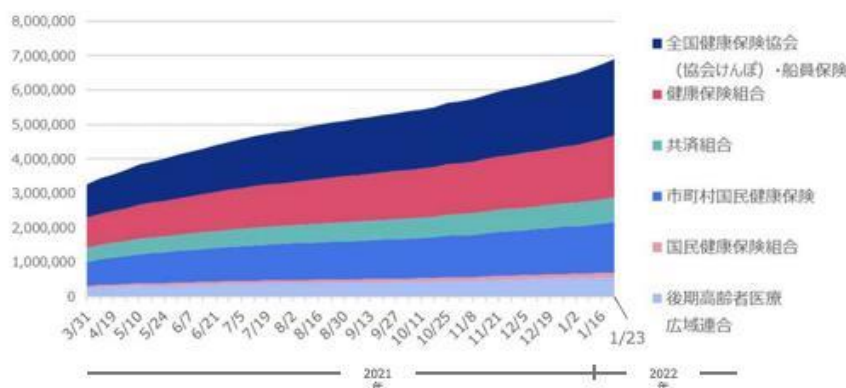


### ■ 保険者制度別 紐付け完了数

厚生労働省ホームページに公表されている「医療保険に関する基礎資料」※2 における各医療保険加入者数を母数とする。

制度名称	利用申込者数	割合
全国健康保険協会（協会けんぽ）・船員保険	2,211,517 / 39,519,000	5.60%
健康保険組合	1,792,574 / 29,541,000	6.07%
共済組合	724,059 / 8,575,000	8.44%
市町村国民健康保険	1,452,679 / 27,517,000	5.28%
国民健康保険組合	133,682 / 2,739,000	4.88%
後期高齢者医療広域連合	572,232 / 17,718,000	3.23%
合計※3	6,886,743 / 125,609,000	5.48%

保険者制度別 紐付け完了数



※1 マイナンバーカード交付実施済数（約5,257万枚）に対する健康保険証利用申込登録者数の割合。申込を行った数であり、生活保護等の理由により登録が完了していない数を含む。

※2 「医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況～」3. 適用関係（1）平成30年度末の医療保険適用人口を母数とする。（[https://www.mhlw.go.jp/content/kiso\\_h30.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/kiso_h30.pdf)）

※3 保険者間異動によるタイムラグがある。



## オンライン資格確認の今後

オンライン資格確認は今後のデータヘルスの基盤となります

### 今後拡大予定の機能

- 閲覧できる情報を薬剤情報・特定健診等情報から拡大  
(令和4年夏を目処)  
手術、移植、透析、医療機関名といった項目が対象。
- 電子処方箋の仕組みを構築 (令和5年1月予定)  
紙の受け渡しが必要なくなり、薬剤情報共有のリアルタイム化(重複投薬の回避)が可能に
- 閲覧・活用できる健診等を拡大
- 現在対象になっていない生活保護受給者に対する医療扶助の医療券・調剤券も対象に (令和5年度中)
- 訪問診療等におけるオンライン資格確認も検討しています。



# 6-6 マイナンバーカードの保険証利用について

参考

## マイナポイント第2弾

R3 補正予算：1兆8,134.1億円

※総務省、デジタル庁、厚労省の連携事業

### 制度概要

「マイナンバーカードの普及を促進するとともに、消費喚起や生活の質の向上につなげるために、マイナンバーカードを活用して、幅広いサービスや商品の購入などに利用できるマイナポイント（1人当たり最大2万円相当）を付与する。」（「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定））

### ●対象者とポイント付与数・申込期間・対象となるカード申請期限等：

マイナポイント第2弾対象者	ポイント付与数	付与方式	予算上の積算人数	ポイントの申込期間	ポイントの対象となるカード申請期限
①カード新規取得者等 ※マイナンバーカードの既取得者のうち、マイナポイント第1弾の未申込者を含む。	最大5,000円相当	プレミアム方式、ポイント付与25% ※20,000円のチャージ又はお買い物に対し、最大5,000円相当のポイント付与	6,950万人分	令和4年1月～令和5年2月末	令和4年9月末
②健康保険証利用申込 ※既登録者及び利用申込みを行った者を含む。	各7,500円相当	直接付与方式	各9,500万人分	令和4年6月頃～令和5年2月末	
③公金受取口座登録					
(参考) マイナポイント第1弾カード取得者	最大5,000円相当	プレミアム方式、ポイント付与25%	〔申込者数 約2,532万人〕	令和2年9月～令和3年12月末	令和3年4月末

### ●イメージ：

#### ①マイナンバーカード

・住民誰もが無料で取得できる公的な顔写真付き本人確認書類であると同時に、オンラインでも安全・確実に本人確認を行える極めて高い認証強度を持ったデジタル社会の基盤となるツール

取得

最大5,000円相当

#### ②健康保険証利用

・過去の薬剤情報や特定健診結果を医師等に共有することで、より良い医療を受けられるようになる  
・高額療養費制度の限度額を超える支払が不要  
・マイナポータルを通じた医療費通知情報の自動入力で、確定申告の医療費控除が簡単に

申込

7,500円相当

#### ③公金受取口座

・預貯金口座を予め登録しておくことで緊急時の給付金や児童手当などの公的給付等の迅速かつ確実な支給が受けられるようになる

※公的給付の支給等の迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録等に関する法律（令和3年5月）

登録

7,500円相当



最大20,000円分を  
お好きなキャッシュレス決済サービスのポイントとして付与

マイナポイントにより、マイナンバーカードの普及やキャッシュレス決済の利用拡大を図りつつ消費を喚起し、さらに健康保険証利用や公金受取口座の登録も促進することでデジタル社会の実現を図る



## 6-7 マイナンバーカードの保険証利用について

### 【施策③関係】都道府県別の運用開始状況（セグメント別）

<2022/2/13時点>

都道府県名	病院	医科診療所	歯科診療所	薬局
北海道	23.5%	7.6%	8.0%	18.7%
青森県	41.9%	10.8%	9.7%	26.2%
岩手県	45.7%	11.6%	18.0%	34.6%
宮城県	24.3%	9.3%	14.5%	23.1%
秋田県	44.6%	16.1%	17.3%	17.6%
山形県	41.8%	11.4%	11.2%	18.5%
福島県	28.5%	7.7%	10.0%	17.0%
茨城県	14.4%	7.0%	13.1%	21.3%
栃木県	18.5%	7.6%	8.6%	22.4%
群馬県	21.7%	9.0%	6.8%	14.6%
埼玉県	17.8%	8.7%	7.2%	17.3%
千葉県	20.0%	5.4%	7.6%	20.3%
東京都	12.5%	6.4%	5.4%	20.5%
神奈川県	16.6%	7.1%	6.6%	17.8%
新潟県	33.1%	6.3%	7.8%	15.1%
富山県	34.0%	15.8%	17.7%	31.4%
石川県	29.7%	13.9%	10.6%	17.5%
福井県	22.4%	12.7%	15.4%	15.1%
山梨県	30.0%	10.9%	8.6%	23.1%
長野県	30.2%	16.6%	7.7%	15.2%
岐阜県	23.5%	10.3%	10.0%	18.2%
静岡県	31.2%	11.6%	7.2%	21.6%
愛知県	27.3%	9.1%	6.9%	13.4%
三重県	33.3%	9.7%	10.4%	15.0%

都道府県名	病院	医科診療所	歯科診療所	薬局
滋賀県	43.1%	9.5%	16.1%	16.2%
京都府	30.5%	7.2%	11.4%	15.2%
大阪府	18.0%	6.6%	7.0%	17.3%
兵庫県	29.5%	9.0%	7.7%	17.0%
奈良県	32.9%	5.6%	10.1%	12.0%
和歌山県	33.7%	15.5%	9.9%	16.1%
鳥取県	44.2%	10.8%	31.6%	19.7%
島根県	30.4%	6.7%	16.1%	27.5%
岡山県	25.8%	9.3%	8.3%	29.9%
広島県	20.4%	7.5%	12.0%	18.9%
山口県	25.0%	7.9%	13.6%	15.4%
徳島県	24.5%	8.0%	5.3%	8.9%
香川県	23.0%	7.8%	11.6%	17.2%
愛媛県	39.3%	11.8%	10.8%	24.5%
高知県	21.5%	15.3%	10.1%	15.8%
福岡県	18.8%	6.9%	12.2%	20.2%
佐賀県	22.7%	12.1%	17.4%	11.1%
長崎県	22.8%	7.3%	9.9%	14.2%
熊本県	30.0%	8.2%	14.6%	15.4%
大分県	30.3%	12.8%	8.5%	10.2%
宮崎県	29.3%	14.8%	37.5%	22.7%
鹿児島県	30.2%	16.6%	16.0%	18.7%
沖縄県	24.7%	9.6%	9.6%	27.2%
合計	24.5%	8.5%	9.0%	18.6%

※ 各セグメント上位1～5位を色付け

## 6-8 マイナンバーカードの保険証利用について

### オンライン請求の推進について

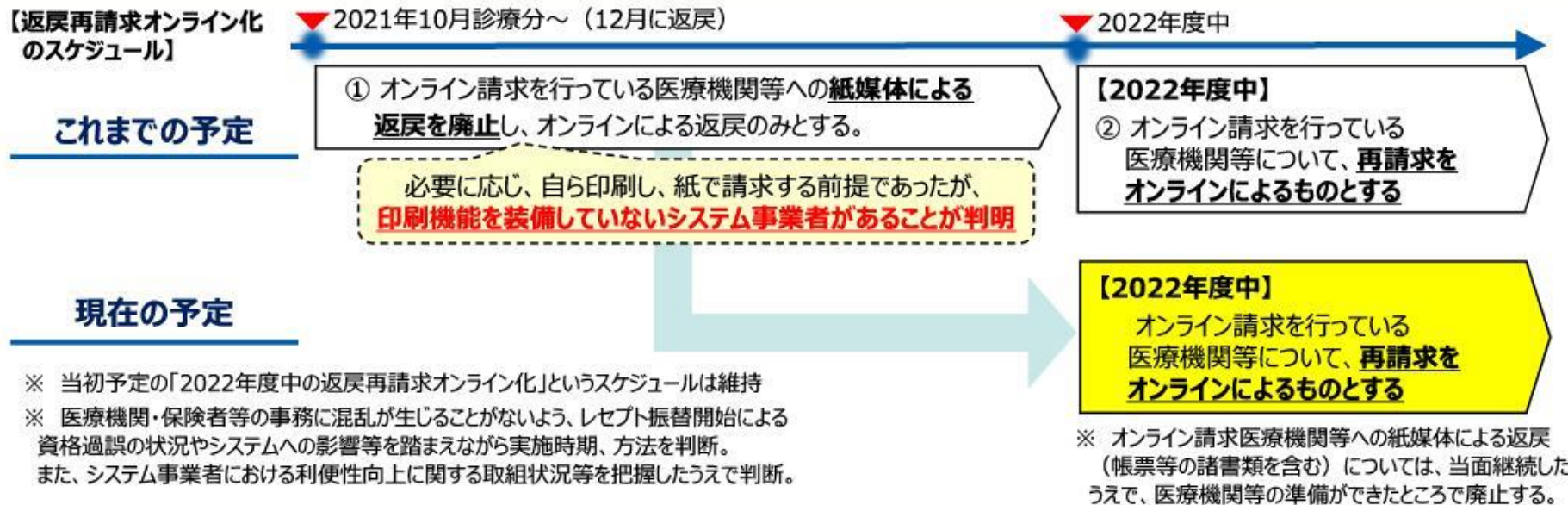
#### 【返戻再請求の推進について】

- 「審査支払機関の在り方に関する検討会」報告書（令和3年3月とりまとめ）において、返戻再請求のオンライン化を進めるため、オンラインで請求している医療機関・薬局について、「①10月診療分から、紙媒体による返戻を廃止してオンラインのみの返戻とする」、その対応状況等を踏まえ、「②2022年度中に再請求について紙媒体請求を廃止しオンライン化する」との二段階での対応を予定していた。
- 一部のシステム事業者において、印刷機能等、院内の業務プロセスに適した仕組みを新規に開発する必要があることが判明したため、スケジュールを再構成し、当初の目標である「**2022年度中の返戻再請求オンライン化**」を目指して取組を進めていく。

#### 【オンライン請求の推進について】

- 令和3年度規制改革推進会議「当面の規制改革の実施事項」（令和3年12月22日）において、「より効果的・効率的な審査支払システムによる審査等のためには、紙レセプトはもとより、電子媒体による請求が行われている場合も含め、オンライン請求への移行を進める必要があることから、**オンライン請求を行っていない医療機関等の実態調査を行うとともに、その結果も踏まえ、将来的にオンライン請求の割合を100%に近づけていくための具体的なロードマップを作成する**」（令和4年度末目途措置）とされている。

#### 【返戻再請求オンライン化のスケジュール】





# 長野県国民健康保険運営方針の概要

## はじめに

運営方針に係る基本的事項（策定の目的、根拠、対象期間）を記載します。

- 1 策定の目的** 財政の安定化、市町村事務の効率化、医療費抑制の取組の推進等の国保の運営を、県と市町村が共通認識のもと行っていくために策定する。
- 2 策定の根拠** 改正国民健康保険法第 82 条の 2 第 1 項
- 3 方針の対象期間** 令和 3 年 4 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日までの 3 年間

## 第 1 基本的な考え方

- ・国民健康保険は、高齢者の加入割合が高い、加入者の所得水準が低い、市町村ごとの医療費、保険料の格差が大きい等の構造的課題を抱えている。
- ・平成 30 年度から都道府県単位化による財政安定化が図られた。
- ・国民健康保険運営の改革を図るとともに県内加入者の負担の平準化をはかり、保険料水準の統一を目指す。

## 第 2 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

国保財政の安定化のために、国保の主な支出である医療費の現状と見通し、財政赤字の解消・削減の取組等について記載します。

### 1 国保加入状況等

- ・被保険者数平成 28～30 年度で 42,013 人減少。
- ・高齢化率（加入者に占める 65 歳以上の方の割合）は、本県は 46.8%（全国 43.2%）で増加傾向。
- ・小規模保険者が 77 市町村中 48 市町村（62.4%）ある（H30）。全国 31.7%と比べて大幅に多い。

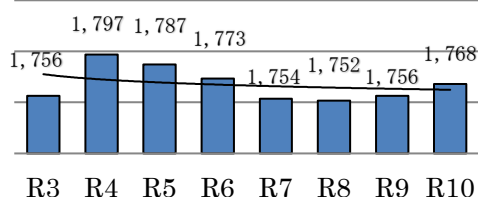
### 2 医療費の現状と見通し

#### （1）医療費の現状

- ・一人当たり医療費は、371,057 円、前年度から 3.0%伸びた（R 元）。
- ・一人当たり実績医療費の格差は最大で 2.4 倍（R 元）。
- ・高額医療費の市町村間格差は 3.3 倍。小規模市町村では高額医療費の乱高下が生じることがある。

#### （2）医療費の将来推計

- ・令和 4～7 年度、団塊の世代が後期高齢者に移行し、国保医療費の伸びは鈍化する見込。
- ・令和 10 年度、医療費総額は約 1,768 億円となり、令和 3 年度から 12 億円程度増となる見込。



年度	R3	R6	R10
推計総医療費	1,756 億	1,773 億	1,768 億
一人当たり医療費	2,571 万円	4,823 万円	1,290 万円
一人当たり医療費	394,821 円	420,392 円	453,835 円

### 3 国保財政

#### (1) 現状

- ・令和元年度、45 保険者が法定外一般会計繰入を実施し、総額は 13 億 2,023 万円。
- ・決算補填等を目的とした法定外一般会計繰入額が約 6 億 9 千万円 (R 元)。うち、保険料 (税) の負担緩和のための繰入が約 6 億 37 百万円、保健事業に充てるための繰入が約 3 億 4 百万円。

(2) 財政収支の改善に係る基本的な考え方 保険給付に必要な費用は保険料や努力支援制度交付金等によりまかない、単年度財政収支の均衡を図る。

#### (3) 赤字解消・削減の取組、目標年次等

◆**解消・削減すべき赤字** 「決算補填等目的の法定外一般会計繰入」と「前年度繰上充用金の増加分 (決算補填等目的のものに限る)」の合計額とする。

◆**解消・削減の対象となる法定外一般会計繰入** 以下の目的で法定外繰入を行った場合をいう。

- 保険料の収納不足のため
- 保険料の負担緩和を図るため
- 任意給付に充てるため
- 累積赤字補填のため
- 公債費、借入金利息

◆**赤字解消・削減のための取組** 市町村は赤字発生 の要因分析、赤字解消・削減の目標年次、解消・削減のための具体的取組を記載した赤字解消計画を策定し、県は計画の策定に対して必要な助言を行う。

#### (4) 財政安定化基金

- ・決算剰余金等の留保財源の積立金 (特例基金に積み立てる場合に限る) 等を財源とし、納付金の年度間平準等に活用。
- ・特別な事情 (大規模災害、地域経済の破綻、これらに類する事情) により市町村に保険料収納不足が生じた場合、不足額の 1/2 以内を基金から交付し、交付を受けた市町村が交付額の 1/3 を補填する。

### 第3 市町村における保険料 (税) の標準的な算定方法

納付金・標準保険料率の算定に関する基本的な考え方、保険料水準の統一についての考え方について記載します。

#### 1 現状

- ・県内の大半の市町村で、医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分とも 4 方式を採用している。
- ・県全体の応能割・応益割の賦課割合は、応能割による賦課割合が高い。
- ・一人当たり保険料調定額の格差は、最大 3.5 倍である (R 元)。

#### 2 納付金及び標準的な保険料の算定方法

##### (1) 保険料水準の統一について

保険給付と保険料の県内市町村の平準化を進め、被保険者間の公平な負担による制度の継続性を図るため、中期的改革方針 (ロードマップ) に従い、保険料統一を進める。

##### (2) 納付金の算定方法

- ◆**納付金の配分** 市町村毎の所得、被保険者数、世帯数により配分する。
- ◆**応能分と応益分の割合** 原則通り、全国平均と比較した県の所得水準によって応能分と応益分の割合を設定する (応能 : 応益 = およそ 49 : 51)。
- ◆**応益分における均等割と平等割の割合** 均等割と平等割の割合の過去 3 年間の平均値を用いる。
- ◆**医療費水準の反映** ①  $\alpha$  の設定 医療費水準の差を全て反映させる ( $\alpha = 1$ )。  
② **高額医療費の共同負担** 県全体で高額医療費を共同負担する調整を行う。



### (3) 市町村標準保険料率

◆標準的な保険料の算定方式 3方式(所得割、均等割、平等割による算定)を用いる。

### 3 激変緩和措置

被保険者のあるべき保険料負担が著しく変動することを考慮して激変緩和措置を実施。令和2年度においては、20市町村に対し1億8千万円を充当。

### 4 R4、R5納付金の算定方法

- ・改革方針(ロードマップ)に従い、医療費水準の二次医療圏への統一に向けてR4は医療費指数の1/6、R5は2/6反映を実施。
- ・新型コロナウイルス感染症による県内被保険者の所得減少に起因する、収納率低下、保険料収納不足等の問題について市町村と協議の上、対応。

## 第4 市町村における保険料(税)の徴収の適正な実施

国保財政の主な収入である国保料(税)の確保のための取組について記載します。

### 1 現状

- ・県内市町村の保険料(税)収納率の平均は、令和元年度において95.15%

### 2 目標収納率

目標収納率は、保険者規模に応じた目指すべき収納率の水準として、県内市町村保険者の保険者規模(一般被保険者数)別に設定する。

**設定方法** 基準年度(※)の規模別平均収納率+基準年度の前2年度分の規模別平均収納率の伸び率により設定する。(※)基準年度は、目標設定年度の2年度前とする。

令和3年度より被保険者数の減少に合わせた収納率とするため、保険者規模に「3万人以上5万人未満」を新設。

保険者規模別目標収納率一覧表(令和3年度の設定例)

保険者規模	3千人未満	3千人以上 5千人未満	5千人以上 1万人未満	1万人以上 3万人未満	3万人以上 5万人未満	5万人以上
目標収納率	97.83%	96.67%	96.35%	96.24%	93.82%	92.29%

### 3 収納強化の取組

◆口座振替の促進 ◆現年度分の収納強化 ◆滞納対策(滞納者との接触の機会の確保、差押え等の滞納処分の実施、収納対策の共同実施(地方税滞納整理機構の活用))

## 第5 市町村における保険給付の適正な実施

国保財政の主な支出である保険給付の適正化を図るための取組について記載します。

### 1 現状

- ・レセプト点検実施状況 一人当たり財政効果額1,727円(R元)
- ・柔道整復師療養費の患者調査実施市町村数 30市町村(R元)
- ・第三者求償の取組状況 損害保険関係団体との覚書締結、国保連合会への求償事務の委託は、全市町村が実施。求償事務に係る数値目標は、53市町村が設定。

## 2 給付の適正化に向けた取組

- ◆県による保険給付の点検 R元から県内市町村間を異動した被保険者に係る総覧点検等を開始。
- ◆大規模な不正利得返還金の回収 一定の要件に該当する病院の不正利得について、市町村からの委託を受け不正利得返還金の回収を行う。
- ◆柔道整復師の療養費の給付の適正化 ◆あん摩マッサージ・はり・灸の療養費の給付の適正化
- ◆レセプト点検の充実強化 ◆第三者求償の推進 ◆保険者間調整
- ◆高額療養費の多数回該当の取扱い 都道府県単位化に伴い、高額療養費の多数回該当の該当回数継続の基準である「世帯の継続性」については、県内統一の基準として世帯を主宰する世帯主に着目した基準とする。

## 第6 医療費適正化の取組

住民の方の健康づくりを推進し、国保財政の安定化にも資する、医療費の適正化のための取組について記載します。

### 1 現状

- ・特定健康診査受診率 46.8%(全国 38.0%)(R元)
- ・特定保健指導実施率 60.2%(全国 29.3%)(R元)
- ・後発医薬品使用割合 79.2%(全国 79.1%)(R元) ・後発医薬品差額通知実施 76市町村(R元)
- ・医療費通知実施 77市町村(R元) ・データヘルス計画策定 76市町村(R元)
- ・糖尿病性腎症重症化予防の取組状況 取組実施 73市町村(R元)

### 2 適正化に向けた取組

- ◆特定健康診査・特定保健指導実施率向上のための取組 ◆後発医薬品の使用促進
- ◆重複頻回受診・多剤投薬の適正化 ◆糖尿病性腎症重症化予防の取組
- ◆個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取組
- ◆KDBの活用による保健事業の推進

## 第7 市町村が行う事務の効率化、標準化

国保運営が県単位化されることから、市町村ごとに行っている事務について、広域的に行うことで効率化を図ることや、県で統一的に取り扱うべき事務について定めます。

### 1 市町村事務の効率化

- ◆広報事業

### 2 市町村事務の標準化

- ◆申請書様式の標準化 ◆事務処理マニュアルの作成 ◆高額療養費の多数回該当の取扱い

## 第8 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

他部局との連携施策によるサービスの総合的提供の重要性について記載します。

医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケア体制の構築が重要となっている。国保部局においても、まずは、市町村ごとに目指すべき方向性を決定していく部局横断的な会議の場に積極的に参加し、その方向性を共有することが重要となる。



## 第9 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その他の事項

県と市町村が一体となり国保運営を行うための共通認識の形成の場や方法について記載します。

- 1 **長野県県・市町村国民健康保険運営連携会議の設置**
- 2 **国民健康保険運営協議会の審議**
- 3 **情報共有の推進** 県、市町村が一体となって、国民健康保険を運営していくために、連携会議、各種研修会、定期的な情報交換会等で情報を共有し、共通認識を図る。

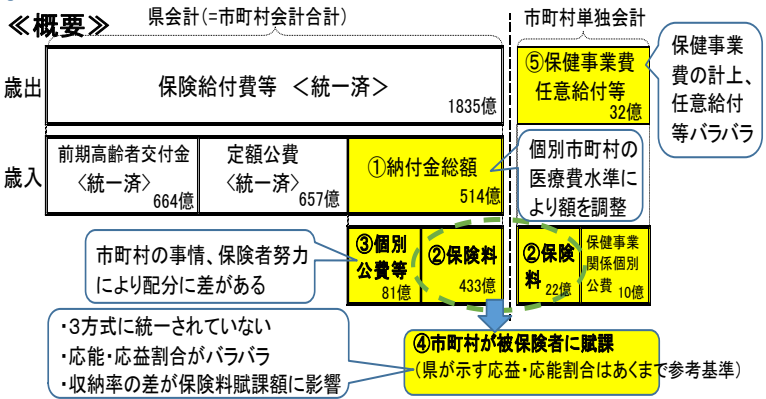
## 第10 検証及び見直し

国保運営の不断の検証と見直しを図ることを記載します。

- 1 **市町村によるPDCAサイクルの実施** 市町村は、継続的な改善を行うPDCAサイクルを実施することとし、安定的な財政運営や広域的、効率的な事業運営を図る。県は、市町村に対する助言を通じて、市町村によるPDCAサイクルの実施を支援する。
- 2 **国民健康保険運営方針の検証・見直し** 本方針に基づき実施する事業の実施状況を、国保運営連携会議及び国民健康保険運営協議会において検証し、本方針の見直しを行う。

# 長野県における国民健康保険運営の中期的改革方針

## 現況



### 格差の状況 (円は一人当たり)

項目	全県	二次医療圏	県平均
①医療費水準 (※1)	最高 1,2327 (平谷村)	0,9963 (松本)	0.9413
	最低 0,6613 (王滝村)	0,8728 (南信州)	
調定額 (※2)	最高 119,638円 (小布施町)	103,075円 (北信)	94,575円
	最低 40,198円 (大鹿村)	83,872円 (北アルプス)	
総所得 (※2)	最高 1,034,058円 (川上村)	651,377円 (佐久)	595,839円
	最低 392,051円 (小川村)	523,147円 (北アルプス)	
所得割率	最高 9.1% (松本市)		6.31% (単純)
	最低 2.7% (根羽村)		
②資産割率	最高 50.0% (麻績村)		21.52% (単純)
	最低 0.0% (31市町村)		
均等割額	最高 27,000円 (御代田町)		19,509円 (単純)
	最低 8,000円 (大鹿村)		
平等割額	最高 27,000円 (御代田町)		19,889円 (単純)
	最低 7,400円 (売木村)		
③個別公費 (※1)	最高 21,671円 (売木村)	7,068円 (上伊那)	5,280円
	最低 2,611円 (青木村)	4,414円 (長野)	
④収納率 (※4)	最高 100% (下條村、泰阜村、大鹿村)	98.34% (南信州)	95.1%
	最低 92.66% (長野市)	94.0% (長野)	
⑤保健事業 (※5)	最高 76,274円 (泰阜村)	8,664円 (木曾)	5,352円
	最低 1,866円 (売木村)	4,092円 (南信州)	
任意給付	i 出産育児一時金(42万円)、葬祭費(1~5万円、1村未実施) ii 結核精神給付金(33市町村)		

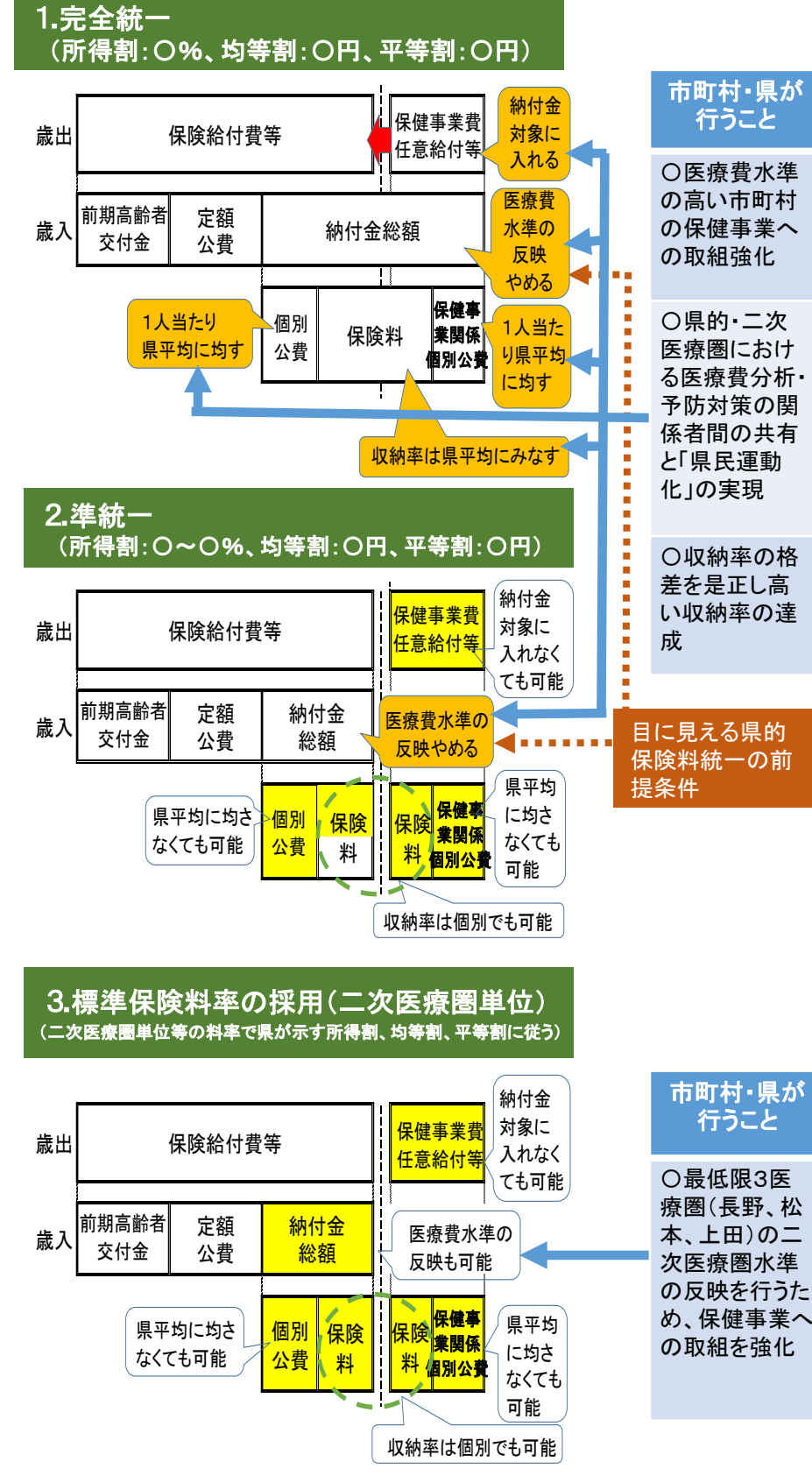
### 市町村の主な意見

- ①医療費水準
  - ・医療費水準が県平均より低い圏域では、ひとまず二次医療圏で統一が必要
  - ・二次医療圏内の医療費水準の格差是正のため、県の関与を高めることが必要
  - ・人工透析患者等が複数発生すると、小規模な町村では医療費が急激に上がり大変
- ②保険料
  - ・急激に保険料(税)率が上がらないように、時間をかけて資産割は不公平であり廃止すべき
  - ・資産割はR9までであれば廃止可能
- ③個別公費
  - ・保険者努力支援等の努力に対するインセンティブは引き続き残すべき
- ④収納率
  - ・収納率は100%~92%と市町村間で差が大きく、県平均の収納率にすることは、収納率の高い市町村の被保険者の理解が得られない
- ⑤保健事業等
  - ・市町村独自の保健事業は上手に残して欲しい
  - ・人間ドック補助金などは統一して欲しい

## R3~R9の改革案



## 目指す姿



※1)R2納付金算定データ ※2)H30国保実態調査  
 ※3)R2年度 ※4)H30年度現年分 ※5)H30年度