

(参考資料) 保険料水準の統一についての これまでの議論等

※本資料は、これまで高知県国民健康保険運営協議会や幹事会、作業部会等において、市町村への説明、協議に使用した資料から抜粋したものです。(一部時点修正あり)

令和 5 年 6 月 29 日
高知県 健康政策部

目次

1

基本的な事項

2

県内国保の保険料水準の統一

3

統一保険料への移行

4

統一保険料の増加の抑制

5

医療提供体制の確保

6

国保事務の広域化・標準化

【保険の仕組みについて】

- 国民健康保険制度は、我が国における社会保障体系の中核となる**社会保険**であり、医療保障体系の中核をなす医療保険制度として極めて重要な位置を占めており、**保険の技術**を利用しつつ、**地域保険**として、被用者以外の一般国民に対する医療保障を確保する制度。
- 疾病や火災のような偶発的な事故は、個々にみれば、予測可能性はないように見えるが、数が増え多数になると統計的な観察からは、偶発的な事故の発生及びその事故に対処するのに必要な資力の近似的予測が可能となる。（いわゆる「**大数の法則**」と呼ばれる基本原理）
- そういった原理から、この予想される事故発生率等に対処するために予想される必要な資力の額を、同じ危険にさらされている多数に、危険率に応じて公正に分担させ、その拠出されたものをもって、共同の基金をつくり、現実には事故が発生した場合にこの基金から事故の救済を行うのが、保険制度である。
- 社会保険は、**保険料の負担を前提として、その保険料と保険給付との総合的な対価関係を基本**として、保険事故に対する保障を行う制度。一般の民間保険との違いは
 - ア 保険者が国又は地方公共団体等であり、したがって営利性を持たないこと
 - イ 強制加入の原則がとられていること
 - ウ 保険料と保険給付が法定されており、その意味で選択制をもたないこと
 - エ 保険に擁する費用に対して、国庫負担が行われる場合や、事業主負担があること

※出典：「実務解説 国民健康保険税」
((株)ぎょうせい)

※ 民間保険では、個人のレベルでリスクに応じて負担し、給付を受けることが原則であるため、リスクの比較的低いグループが、保険を最も必要としているリスクの比較的高いグループを閉め出すという、いわゆる**逆選択**を排除することができないが、国保をはじめとする社会保険では、強制加入であるため、そうした問題は生じず、リスクを社会全体で担うという連帯意識に適う。

※ また、社会保険においては、保険基盤安定制度のように財源に税金を投入することで、保険料を引き下げたり、本人負担を軽減したりすることで、**所得再配分**を行うことができる。³

市町村国保が抱える構造的な課題と 社会保障制度改革プログラム法における対応の方向性

1. 年齢構成

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・ 65～74歳の割合:市町村国保(38.9%)、健保組合(3.0%)
- ・ 一人あたり医療費:市町村国保(35.0万円)、健保組合(14.9万円)

2. 財政基盤

② 所得水準が低い

- ・ 加入者一人当たり平均所得:市町村国保(84.4万円)、健保組合(207万円(推計))
- ・ 無所得世帯割合:28.4%

③ 保険料負担が重い

- ・ 加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得
市町村国保(9.8%)、健保組合(5.7%) ※健保は本人負担分のみ推計値

④ 保険料(税)の収納率

- ・ 収納率:平成11年度 91.38% → 平成27年度 91.45%
- ・ 最高収納率:95.49%(島根県) ・最低収納率:87.44%(東京都)

⑤ 一般会計繰入・繰上充用

- ・ 市町村による法定外繰入額:約3,900億円 うち決算補てん等の目的:約3,000億円、繰上充用額:約960億円(平成27年度)

3. 財政の安定性・市町村格差

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

- ・ 1716保険者中3000人未満の小規模保険者 471 (全体の1/4)

⑦ 市町村間の格差

- ・ 一人あたり医療費の都道府県内格差 最大:2.6倍(北海道) 最小:1.1倍(富山県)
- ・ 一人あたり所得の都道府県内格差 最大:22.4倍(北海道) 最小:1.2倍(福井県)
- ・ 一人あたり保険料の都道府県内格差 最大:3.6倍(長野県)※ 最小:1.3倍(長崎県)

※東日本大震災による保険料(税)減免の影響が大きい福島県を除く。

① 国保に対する財政支援の拡充

② 国保の運営について、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、

- ・ 財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、
- ・ 保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、
都道府県と市町村との適切な役割分担について検討

③ 低所得者に対する保険料軽減措置の拡充

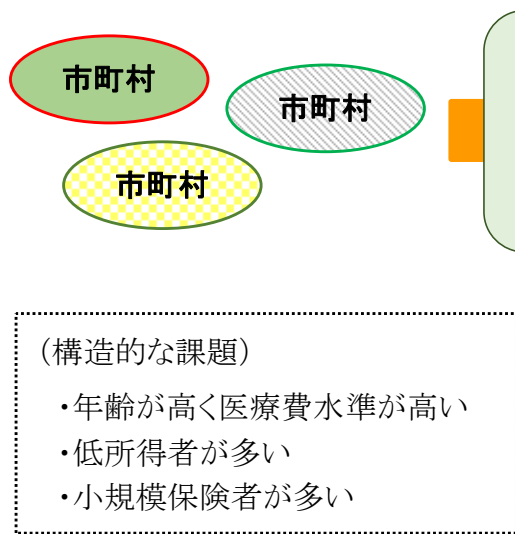
(参考) 国保制度改革の概要(運営の在り方の見直し)

○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、全額、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、国保の運営方針を定め、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、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

【平成29年度まで】 市町村が個別に運営



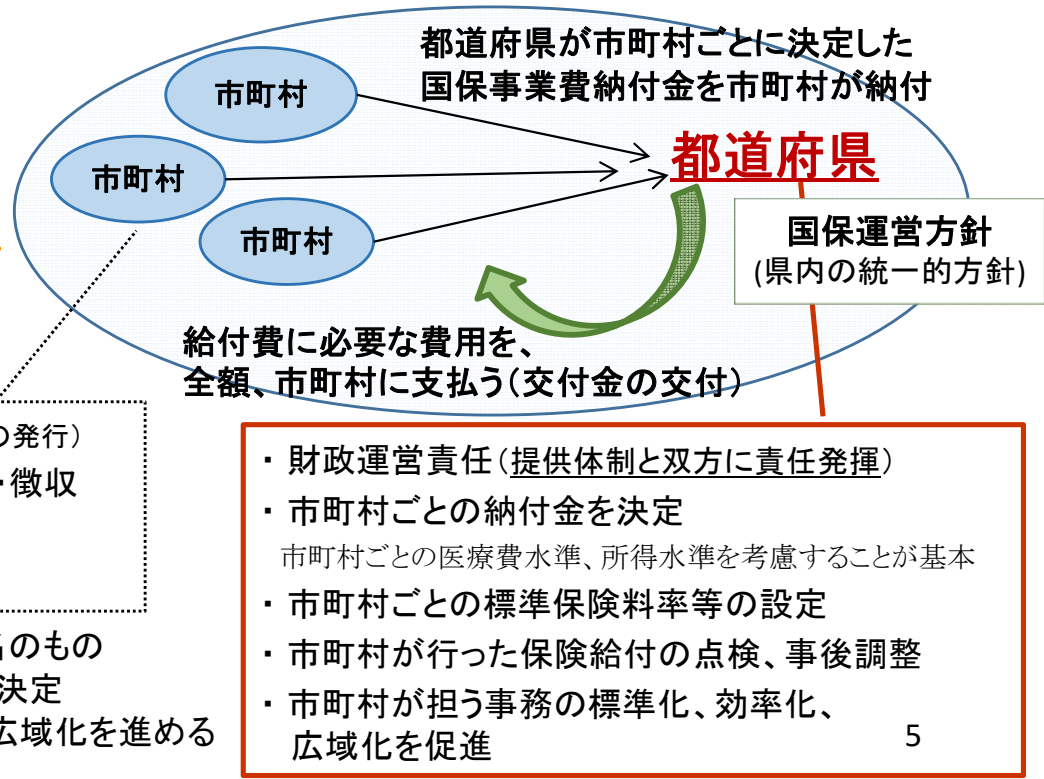
・国の財政支援の拡充

・都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

- ・資格管理(被保険者証等の発行)
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの
※保険料率は市町村ごとに決定
※事務の標準化、効率化、広域化を進める

【平成30年度以降(改革後)】 都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



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。

改革の方向性

国保制度運営	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>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</u> ○ <u>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</u> ○ <u>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</u>
--------	---

	都道府県の主な役割	市町村の主な役割	国保連合会の主な役割
資格管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理 (被保険者証等の発行) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険者事務共同電算処理
保険料の決定、賦課・徴収	<ul style="list-style-type: none"> ・ 標準的な算定方法等により、<u>市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・ 個々の事情に応じた賦課・徴収 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険料適正算定への支援
保険給付	<ul style="list-style-type: none"> ・ <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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険給付の決定 ・ 個々の事業に応じた窓口負担減免等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療報酬の審査支払業務 ・ 第三者行為損害賠償請求事務 ・ レセプト点検の支援
保健事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握</u> ・ 市町村の保健事業の運営が健全に行われるよう、必要な助言及び支援 ・ <u>市町村における健康・医療情報の横断的・総合的な分析</u> ・ <u>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</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ <u>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> ・ <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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健診・特定保健指導にかか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> ・ <u>データヘルス計画の策定・評価の支援</u> ・ <u>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</u>

高知県における国民健康保険制度の状況

- 国民健康保険制度は、被用者保険と比較すると、「年齢構成が高く、医療費水準が高い」、「所得水準が低い」、「保険料負担率が高い」など構造的な問題を抱えており、とりわけ高知県は人口減少・高齢化が進んでおり、全国と比較して医療費が高く、所得が低いなど、大変厳しい状況にある。

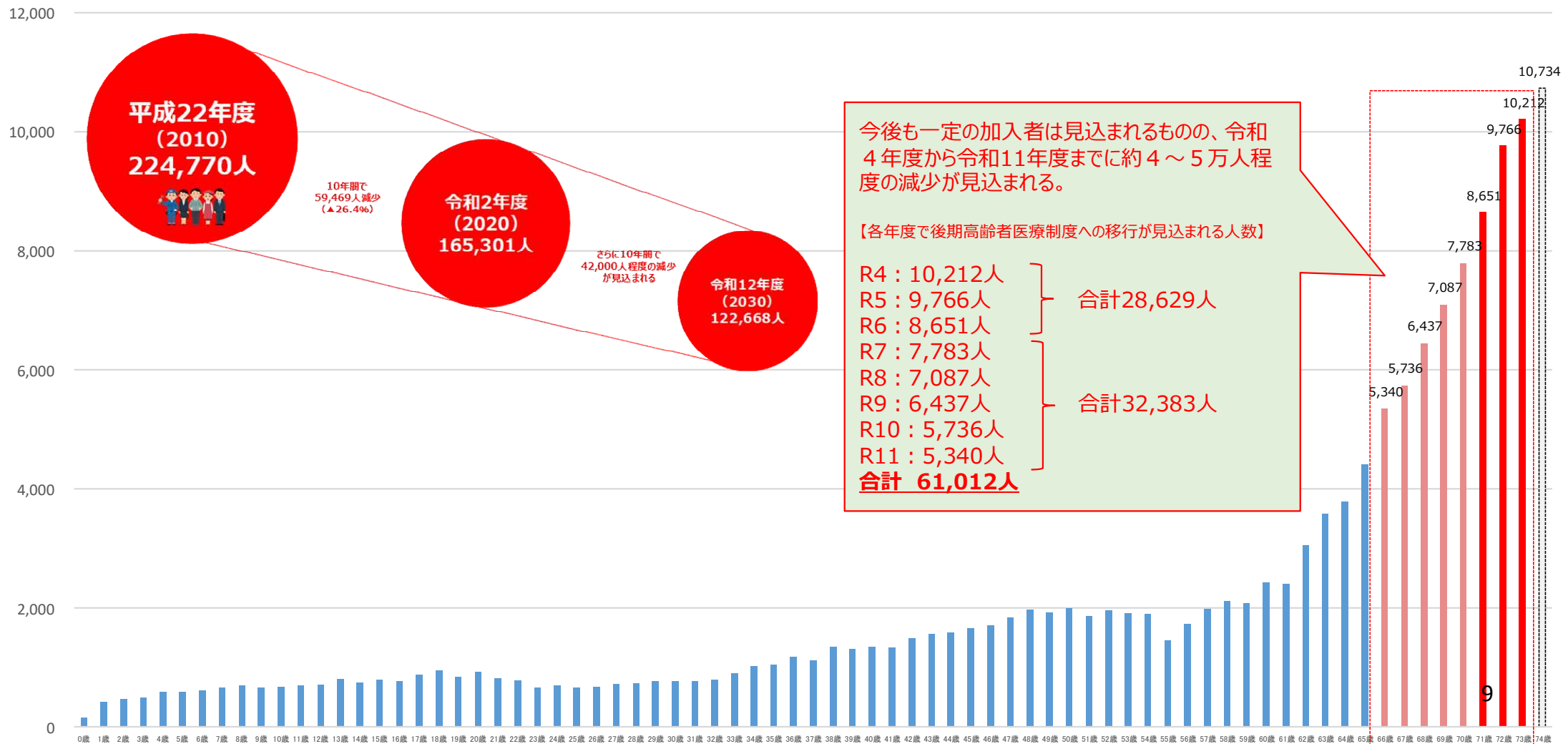
	市町村国保		協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療
		高知県				
保険者数 (令和2年3月末)	1,716	34	1	1,388	85	47
加入者数 (令和2年3月末)	2,660万人 (1,733万世帯)	16.5万人 (10.0万世帯)	4,044万人 被保険者2,479万人 被扶養者1,565万人	2,884万人 被保険者1,635万人 被扶養者1,249万人	854万人 被保険者456万人 被扶養者398万人	1,803万人
加入者平均年齢 (令和元年度)	53.6歳	—	38.1歳	35.2歳	32.9歳	82.5歳
加入者一人当たり医療費 (令和元年度)	37.9万円 (うち入院14.7万円)	43.9万円 (うち入院20.1万円)	18.6万円	16.4万円	16.3万円	95.4万円
加入者一人当たりの保険料の賦課対象となる額 (令和元年度)	70万円 一世帯当たり 107万円	51万円 一世帯当たり 79万円	240万円 一世帯当たり 392万円	322万円 一世帯当たり 567万円	346万円 一世帯当たり 645万円	71万円
加入者一人当たり平均保険料 (令和元年度)	8.9万円 一世帯当たり 13.8万円	8.9万円 一世帯当たり 14.0万円	11.9万円 被保険者一人当たり 19.3万円 健康保険料率10.0%	13.2万円 被保険者一人当たり 23.2万円 健康保険料率9.22%	14.4万円 被保険者一人当たり 26.8万円 健康保険料率9.02%	7.2万円

※出典：厚生労働省資料（県内市町村国保は追記）

県内国保の被保険者の年齢構成

- 令和2年度における県内国保の被保険者数は**165,301人**。(10年前の平成22年度は224,770人)
- 2025年(令和7年)には、全ての「団塊の世代」が後期高齢者医療制度に移行することが見込まれており、県内国保の被保険者数は大きく減少する。
- 令和7年以降も被保険者数の減少が見込まれ、統一の目標年度である令和12年度には**約122,000人程度**となる見通し。

被保険者の年齢構成
(R3年度)



(参考) 令和12年度の県内国保の被保険者の推計

○ 令和2年度における県内国保の被保険者数（年平均）は**165,301人**であり、10年後の令和12年度には**約122,000人程度まで減少する見通し**となっている。

被保険者数(年平均:一般+退職)

		H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度
1	高知市	85,200	84,175	82,924	81,753	79,955	77,392	74,056	70,496	67,938	65,758	64,497
2	室戸市	6,210	6,092	5,883	5,703	5,509	5,274	5,070	4,860	4,629	4,353	4,145
3	安芸市	7,621	7,470	7,300	7,070	6,844	6,557	6,339	6,124	5,931	5,684	5,570
4	南国市	13,262	13,130	12,885	12,742	12,580	12,228	11,775	11,349	10,994	10,587	10,348
5	土佐市	9,680	9,630	9,480	9,440	9,299	9,050	8,718	8,243	7,958	7,626	7,402
6	須崎市	8,337	8,355	8,154	7,931	7,720	7,439	7,219	6,922	6,613	6,352	6,137
7	四万十市	11,431	11,163	10,933	10,668	10,431	10,060	9,654	9,247	8,975	8,665	8,470
8	土佐清水市	6,542	6,207	6,019	5,848	5,568	5,292	5,018	4,819	4,594	4,413	4,250
9	宿毛市	8,508	8,149	7,817	7,538	7,255	6,948	6,523	6,130	5,923	5,719	5,578
10	東洋町	1,297	1,222	1,166	1,126	1,082	1,021	971	919	831	754	731
11	奈半利町	1,254	1,230	1,182	1,151	1,114	1,078	1,031	1,004	971	935	925
12	田野町	1,039	1,008	1,000	990	945	902	860	824	795	789	769
13	安田町	1,223	1,195	1,131	1,086	1,051	995	960	897	854	832	778
14	北川村	458	431	412	410	407	378	371	362	343	330	337
15	馬路村	269	255	235	235	236	222	211	201	198	176	160
16	芸西村	1,733	1,734	1,708	1,663	1,612	1,582	1,524	1,473	1,441	1,417	1,382
17	香美市	8,731	8,577	8,416	8,255	8,083	7,813	7,531	7,324	7,066	6,783	6,560
22	香南市	10,241	10,196	10,106	9,934	9,732	9,546	9,280	8,946	8,727	8,460	8,212
26	大川村	97	98	96	90	86	90	88	86	89	86	82
27	土佐町	1,230	1,241	1,198	1,133	1,096	1,058	1,027	985	954	918	906
30	本山町	1,042	1,037	1,027	990	955	917	872	848	822	792	787
31	大豊町	1,393	1,326	1,291	1,261	1,213	1,179	1,139	1,064	1,027	976	914
32	いの町	7,080	6,999	6,891	6,728	6,590	6,397	6,194	5,886	5,666	5,488	5,355
36	仁淀川町	2,121	2,033	1,957	1,871	1,801	1,677	1,598	1,492	1,416	1,337	1,259
37	佐川町	4,115	4,032	3,982	3,890	3,788	3,631	3,505	3,342	3,243	3,141	3,072
38	越知町	2,066	1,986	1,924	1,834	1,763	1,711	1,620	1,533	1,466	1,402	1,390
39	中土佐町	2,703	2,629	2,518	2,460	2,356	2,278	2,136	1,963	1,859	1,806	1,787
40	四万十町	6,957	6,746	6,490	6,312	6,036	5,743	5,571	5,334	5,132	4,959	4,808
41	日高村	1,572	1,531	1,517	1,515	1,471	1,450	1,422	1,384	1,332	1,289	1,238
42	津野町	2,189	2,100	2,008	1,871	1,812	1,691	1,598	1,519	1,454	1,381	1,326
46	橋原町	1,177	1,123	1,087	1,050	1,032	1,017	981	968	925	869	855
48	黒潮町	4,796	4,649	4,542	4,346	4,187	4,030	3,855	3,652	3,497	3,357	3,259
50	大月町	2,558	2,463	2,378	2,276	2,184	2,070	1,972	1,868	1,782	1,661	1,593
53	三原村	638	601	582	549	530	512	487	469	453	433	419
合計		224,770	220,813	216,239	211,719	206,323	199,228	191,176	182,533	175,898	169,528	165,301

(推計)

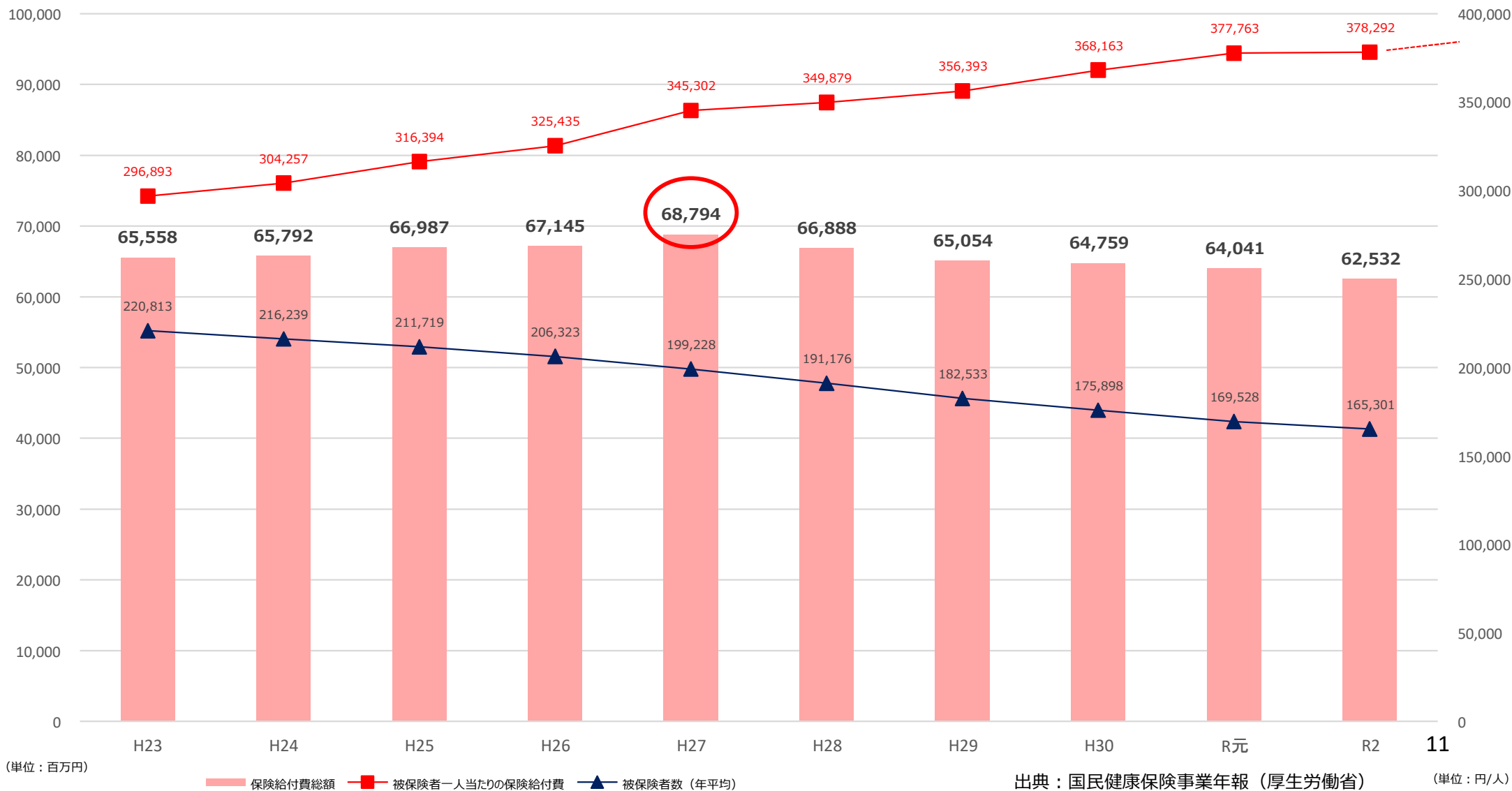
R12年度	R2年比較	
	増減額	増減率
53,877	-10,620	-16.5%
2,205	-1,940	-46.8%
3,997	-1,573	-28.2%
7,793	-2,555	-24.7%
4,952	-2,450	-33.1%
4,101	-2,036	-33.2%
6,081	-2,389	-28.2%
2,325	-1,925	-45.3%
3,697	-1,881	-33.7%
447	-284	-38.9%
675	-250	-27.0%
545	-224	-29.1%
503	-275	-35.3%
245	-92	-27.3%
103	-57	-35.6%
1,032	-350	-25.3%
4,798	-1,762	-26.9%
6,466	-1,746	-21.3%
56	-26	-31.7%
612	-294	-32.5%
522	-265	-33.7%
580	-334	-36.5%
3,561	-1,794	-33.5%
674	-585	-46.5%
2,138	-934	-30.4%
944	-446	-32.1%
1,115	-672	-37.6%
3,195	-1,613	-33.5%
782	-456	-36.8%
854	-472	-35.6%
562	-293	-34.3%
2,015	-1,244	-38.2%
927	-666	-41.8%
291	-128	-30.5%
122,670	-42,631	-25.8%



※H22～R2年度の事業年報から作成、R12年度推計は国立社会保障人口問題研究所の推計を元に、現在の国保加入率を踏まえ作成。

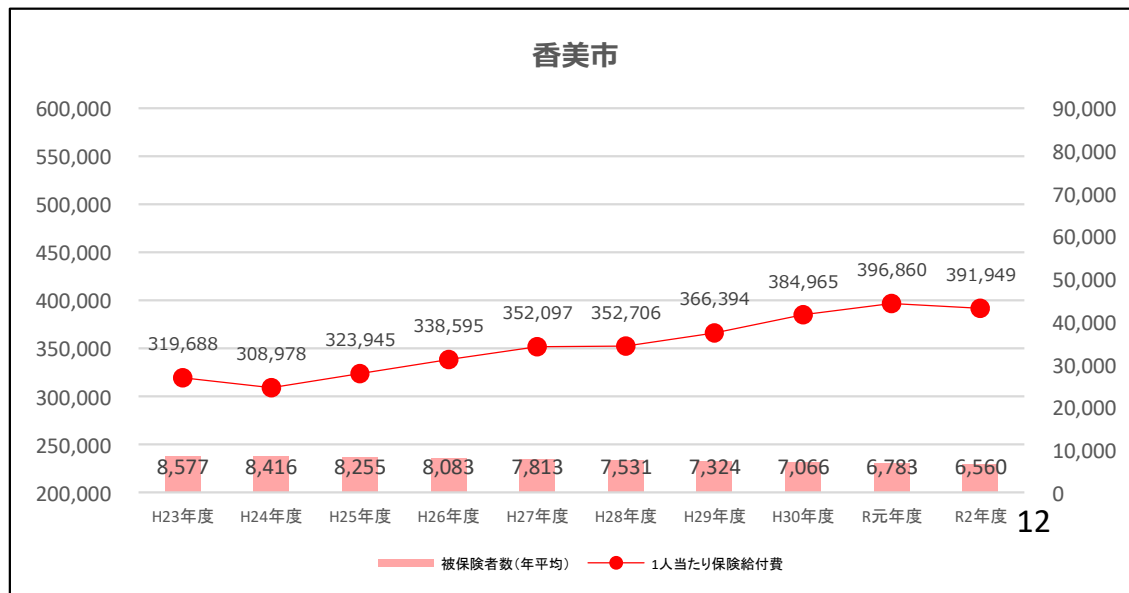
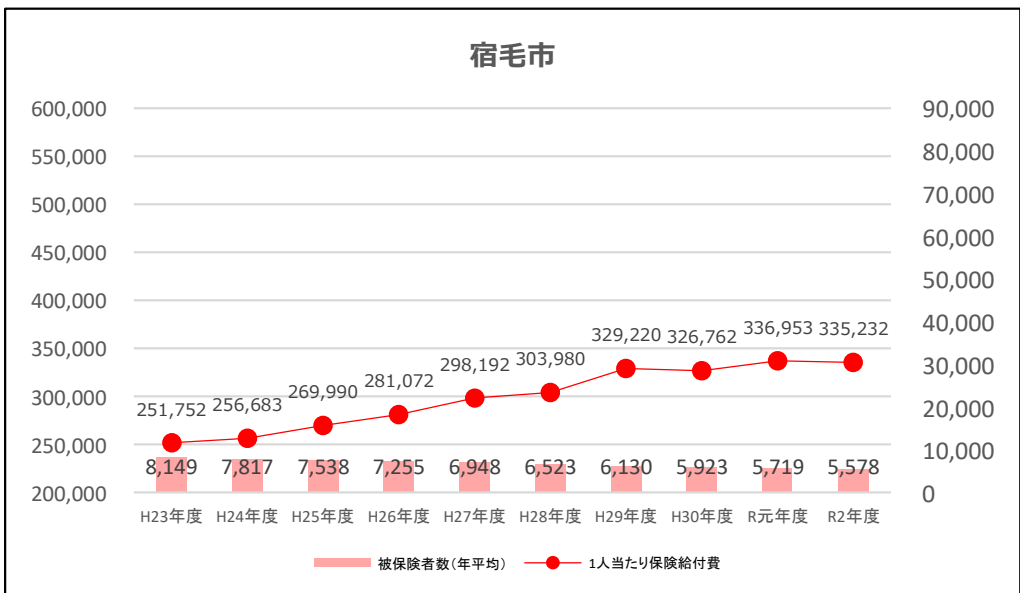
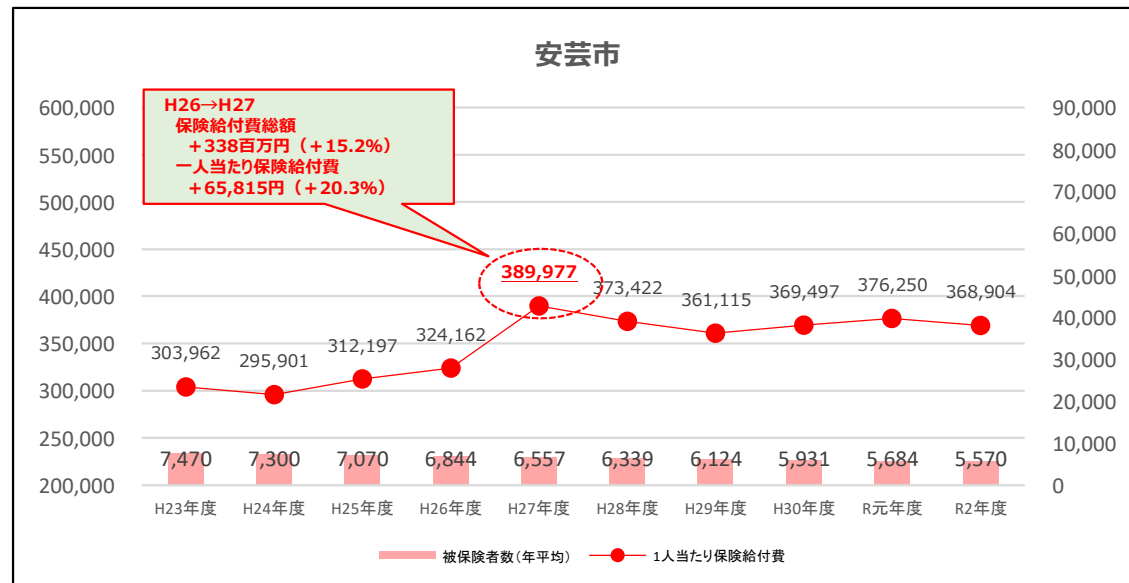
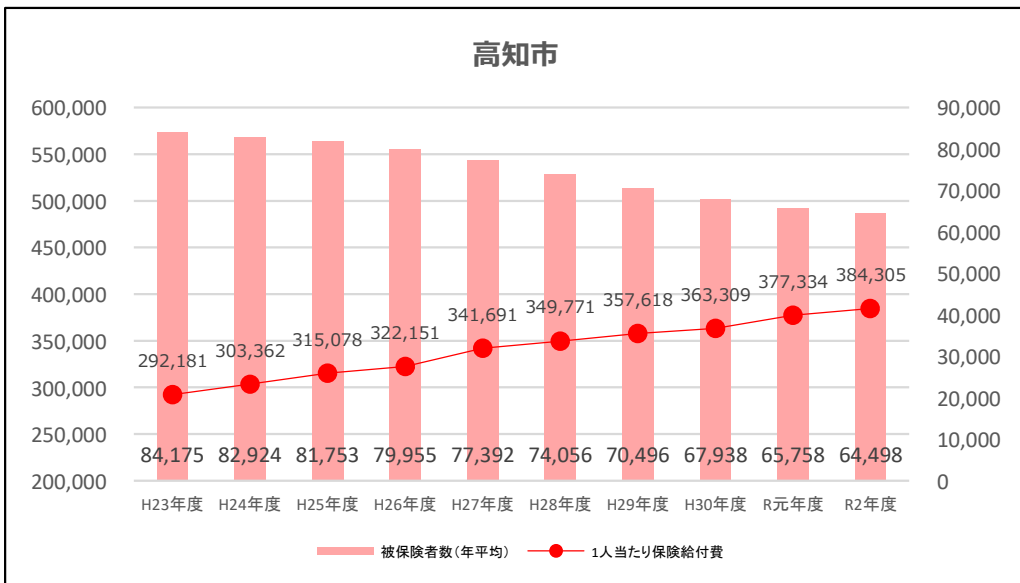
県内国保の保険給付費総額と一人当たり保険給付費

- 県内国保の保険給付費の総額は平成27年度をピークに減少傾向となっている一方で、被保険者数の減少により、被保険者一人当たりの保険給付費は一貫して増加傾向にある。
- コロナウイルス感染症の拡大による受診控えがあったとされる令和2年度は横ばいであったが、令和3年度は再び増加に転じている。

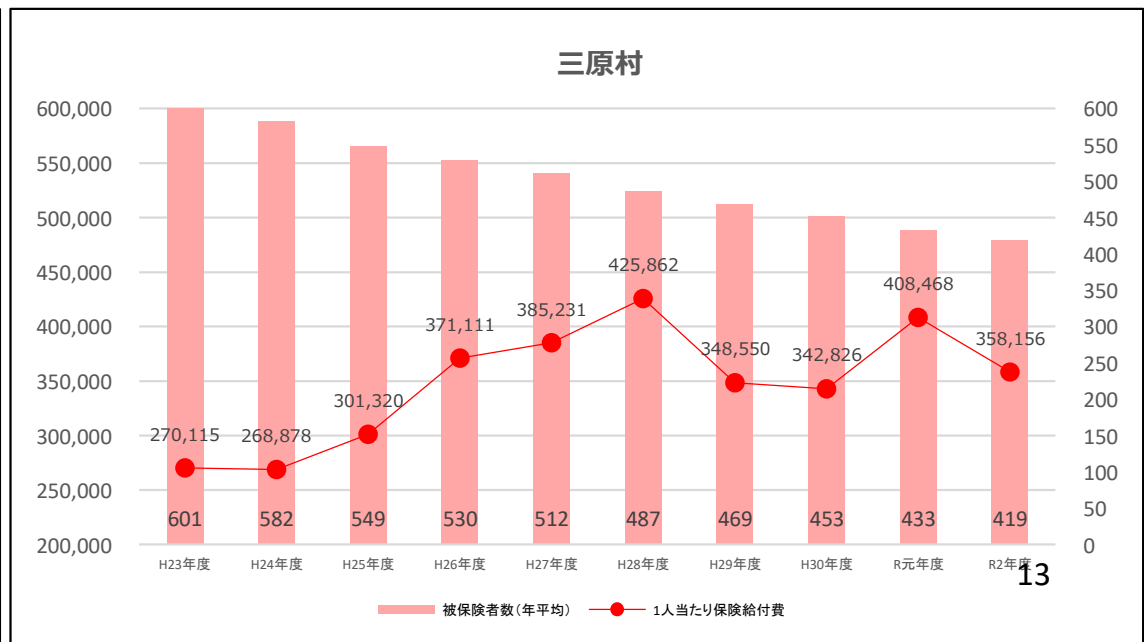
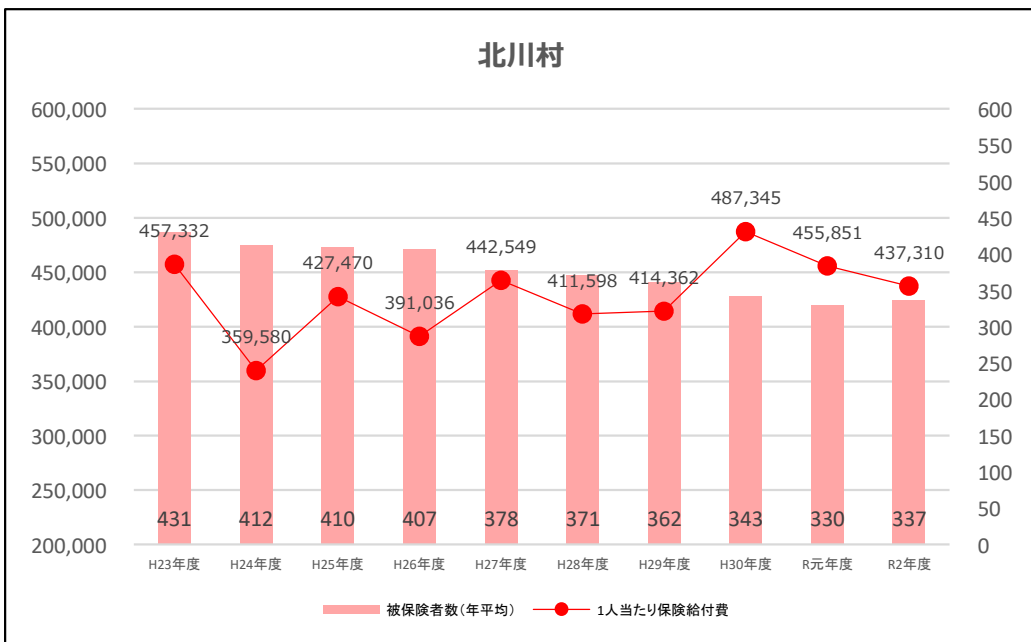
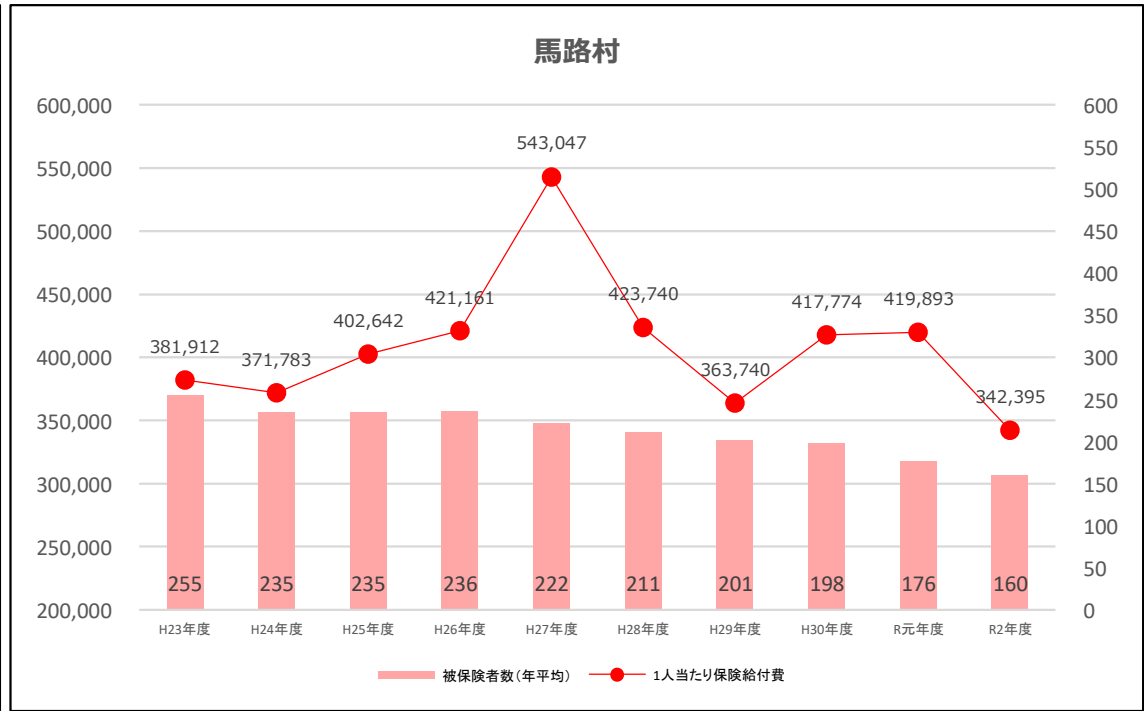
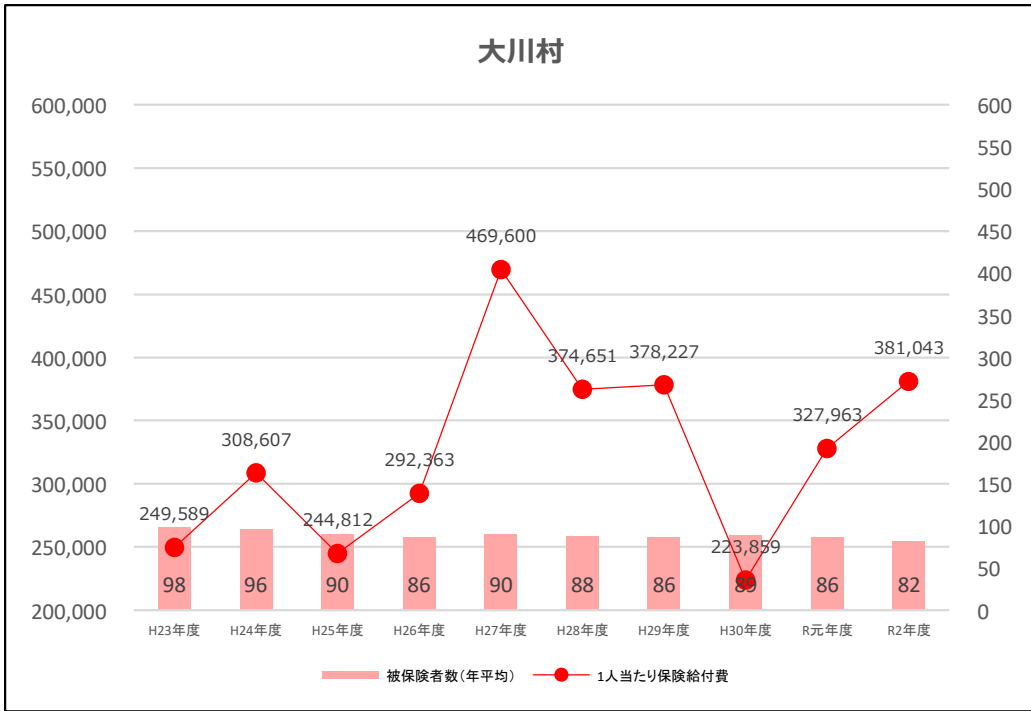


(参考) 一人当たり保険給付費の変化①

- 人口減少・高齢化により、県内国保全体の一人当たり保険給付費は直近10年間で年々増加している。
- 被保険者数が一定規模の団体であっても、医療の高度化や高額薬剤の出現により、短期間で一人当たりの保険給付費が急増することがある。
- 被保険者数の多い市町村では、毎年度の一人当たりの保険給付費の変動は小さいが、被保険者数が少ない町村では毎年度の変動が大きくなっている。



(参考) 一人当たり保険給付費の変化②

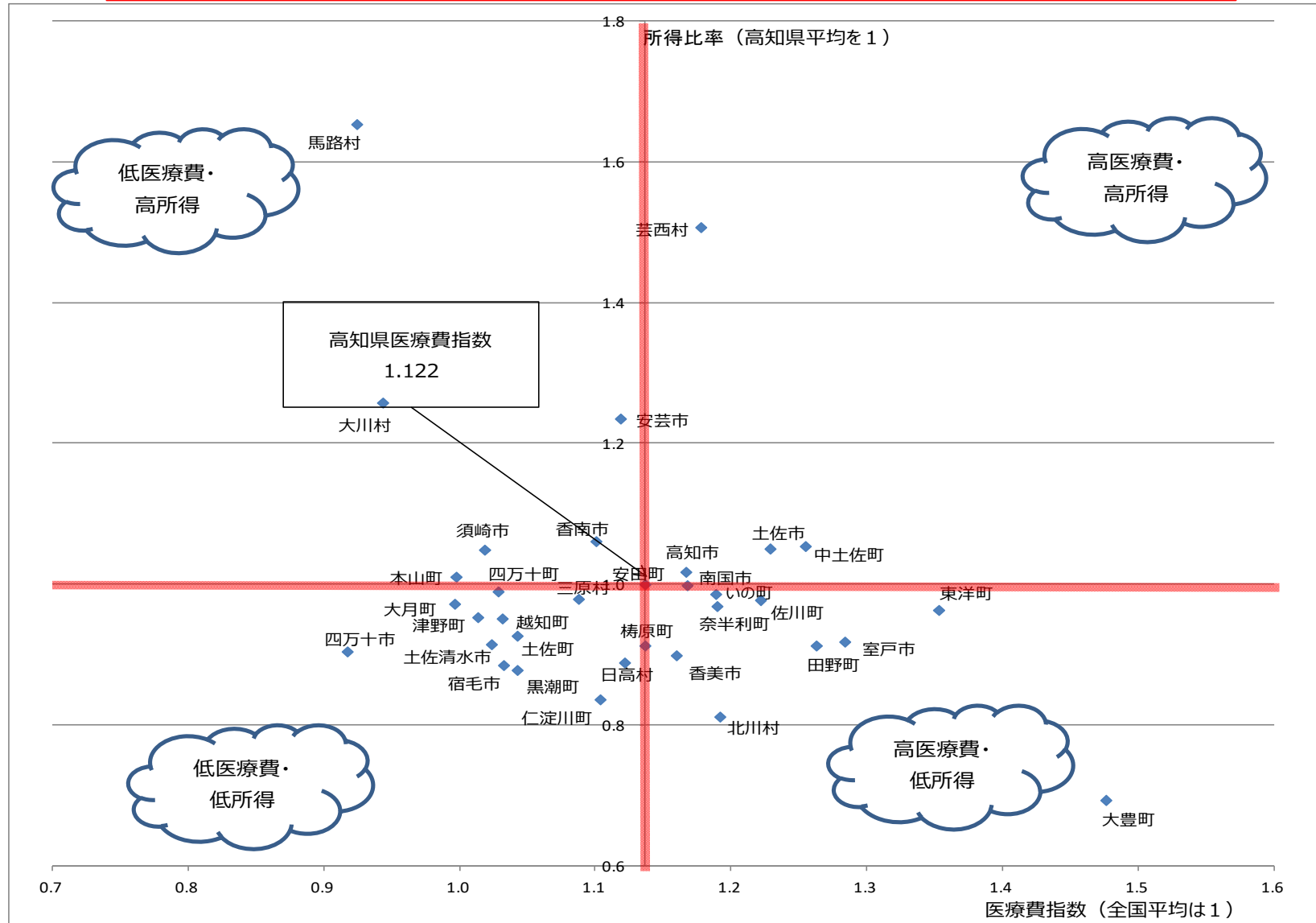


令和5年度 国保事業費納付金の仮算定に用いた

「医療費指数（年齢調整後）」（令和元年度～令和3年度平均）と「所得」（令和2年度～令和4年度平均）について

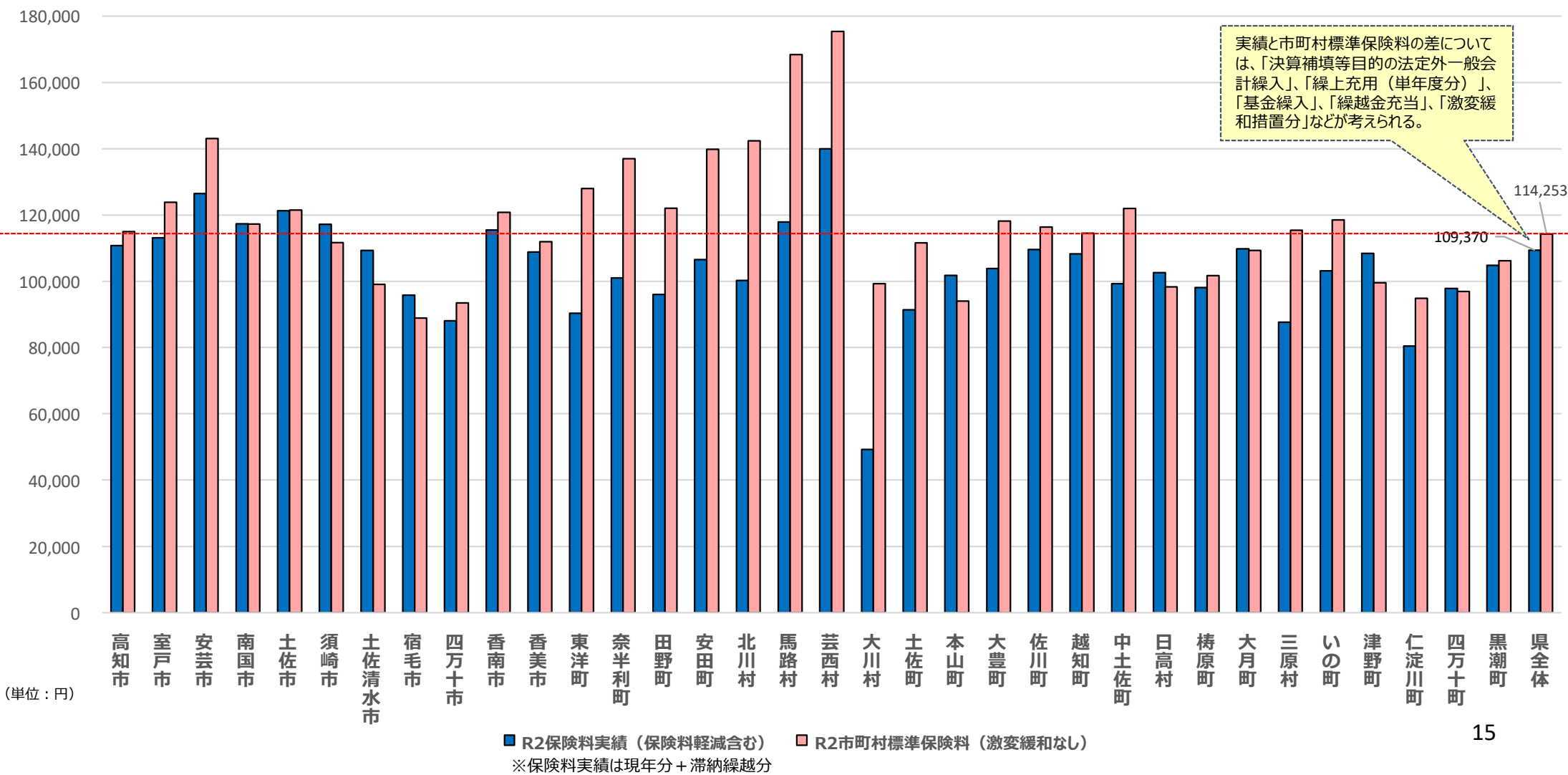
この表は、各市町村に配分された納付金額を分析する際に活用する。
 （「高医療費・高所得」は納付金：多、「低医療費・低所得」は納付金：少）

	医療費指数 (R1~R3 平均)		所得比率 (R2~R4 医療分平均)	
	X	順位	Y	順位
高知市	1.167	13	1.016	9
室戸市	1.263	4	0.911	25
安芸市	1.118	18	1.234	4
南国市	1.189	10	0.985	14
土佐市	1.229	6	1.049	7
須崎市	1.018	28	1.048	8
四万十市	0.917	34	0.902	27
土佐清水市	1.043	23	0.876	31
宿毛市	1.023	27	0.913	24
東洋町	1.353	2	0.961	19
奈半利町	1.159	14	0.897	28
田野町	1.284	3	0.917	23
安田町	1.136	16	0.999	11
北川村	1.192	8	0.811	33
馬路村	0.924	33	1.652	1
芸西村	1.178	11	1.506	2
香美市	1.189	9	0.967	18
香南市	1.100	20	1.059	5
大川村	0.943	32	1.256	3
土佐町	1.088	21	0.977	15
本山町	0.998	30	1.010	10
大豊町	1.476	1	0.692	34
いの町	1.168	12	0.997	12
仁淀川町	1.104	19	0.834	32
佐川町	1.222	7	0.975	16
越知町	1.031	25	0.950	21
中土佐町	1.255	5	1.053	6
四万十町	0.996	31	0.971	17
日高村	1.137	15	0.911	26
津野町	1.043	22	0.926	22
梶原町	1.121	17	0.887	29
黒潮町	1.032	24	0.883	30
大月町	1.013	29	0.951	20
三原村	1.028	26	0.988	13
高知県平均	1.122		1.000	



各市町村ごとの被保険者一人当たりの保険料負担等について

- 現行の被保険者一人当たりの保険料負担の違いには様々な要因が含まれているため、市町村比較が難しい部分がある。
 - 県へ納付する国保事業費納付金の水準から導き出される、現在の市町村標準保険料は、低所得低医療費の団体は低く、高所得高医療費の団体は高くなる傾向にある。
- ※ 市町村標準保険料に対して、保険料実績（保険料軽減含む）が不足する場合は、市町村国保特会の決算が赤字となる蓋然性が高いため、様々な形で保険料不足の補填が行われている。



各市町村における保険料水準の格差について

○全国に先駆けて人口減少・高齢化が進む高知県では、現在の仕組みのままであれば、将来の保険料水準に大きな格差が見込まれる。
特に、被保険者の減少に伴い、小規模化が進む保険者では、高額医療の発生等により保険料が急激に上昇するリスクが年々高まる。

◆ 現在の仕組みのままだと20年後は……

【2020（令和2）年】

県内最低	約8.9万円
⇕ <u>格差8.6万円</u>	
県内最高	約17.5万円

※上記は標準保険料率に基づいた額であり、実際に市町村が賦課徴収を行う額とは異なる。

【2040（令和22）年】

約15.8万円
⇕ <u>格差16.1万円</u>
約31.9万円

※推計の前提条件：医療費は毎年約2.8%の増加
県内国保の被保険者は全体で約56%減少

2020年で一番高い市町村と低い市町村の格差は8.6万円。2040年の格差は16.1万円と2倍近くに

◆ そこで、「県内統一保険料水準」を目指すことにより……

【2020（令和2）年】

県内最低	約8.9万円
⇕ <u>格差8.6万円</u>	
県内最高	約17.5万円

【2040（令和22）年】

約19.3万円
⇕ <u>格差7.7万円</u>
約27.0万円

※格差は市町村の所得水準の差によるもののみ

人口減少・高齢化の進展、被保険者の減少により、保険料の上昇は避けられないが、保険料水準の県内統一を行うことにより、「とんでもない保険料」は是正され、高知県内の「被保険者間の負担の公平性」は確保される。

目次

1

基本的な事項

2

県内国保の保険料水準の統一

3

統一保険料への移行

4

統一保険料の増加の抑制

5

医療提供体制の確保

6

国保事務の広域化・標準化



○保険料水準の統一を目指す理由

1. 保険給付が全国共通の制度であることを踏まえると、被保険者間の保険料負担の不公平は可能な限り解消を図るべきであること。国民健康保険による受益は保険料の差とは全く関係がないにも関わらず、市町村ごとの保険料の格差が大きくてもよいとは言えない。（被保険者間の公平性の確保）
2. 後期高齢者医療制度や全国健康保険協議会管掌健康保険（協会けんぽ）においては、既に県単位の保険料負担の公平化が実現していること。
3. 現在の仕組みでは、様々な要因により、毎年度の本来あるべき「受益と負担」が見えにくくなっていること。
4. 小規模な保険者が多い本県では、財政運営の不安定化を招く要因となる高額医療費の発生等のリスクを県全体で分散する必要性が今後さらに高まることから、市町村毎の医療費水準と保険料負担の結びつきを切り離していく必要があること。（県内国保の持続可能性の確保）

上記の理由から、被保険者にとってなくてはならない国民健康保険制度の持続可能性を高めていくため、医療機会の均てん化、健康づくりや医療費適正化の努力をしつつ、将来の保険料水準の統一に向けた議論を行っていく。

○保険料水準統一の意義

1. 保険制度においては、マクロベースでの負担（保険料負担）と受益（保険給付費）が均衡していることが、健全な財政運営を行っていく上で重要となるが、標準保険料率がどの市町村でも同じとなることによって、ミクロベースでも被保険者間の公平性が確保される。
2. 年々保険料は上がっていかざるを得ない状況ではあるが、被保険者にとって、将来どの市町村に住んでも急激な保険料の上昇がおきにくくなり、安心につながる。（将来の保険料水準の予見可能性も高まる）

第2期高知県国民健康保険運営方針（概要）

第2期高知県国民健康保険運営方針の概要（R2.12.25策定）

第1章 高知県国民健康保険運営方針の基本的な事項

I 基本的な事項

- 目的：県と市町村、国保連合会が緊密に連携し、保険者としての事務を、三者が共通認識の下で実施するとともに、市町村が事業の広域化や効率化を推進することにより、国保制度が、将来にわたり安定的に運営されるよう県内における統一的運営方針を定める

- 根拠：国保法第82条の2
- 対象期間：令和3年4月1日から令和6年3月31日



新 II 県における国民健康保険制度の運営に関する基本的な考え方

基本認識

- 国民皆保険を支える最後の砦であり、国保財政を支えることが、国民皆保険を死守する上で最大の課題となる
- 県内国保の持続可能性を高めつつ、国保制度の構造的課題の解決を国に対して、働きかけていくことも必要となる
- 一人当たりの医療費の増加に歯止めがかからないため、被保険者が負担する保険料は上がって行かざるを得ない見通し
- 高額医療の発生等により、小規模な被保険者で保険料が急激に上昇するリスクや、保険料の市町村格差の拡大を抑制する必要がある

方向性

県内国保の
持続可能性の確保
被保険者間の
公平性の確保

＜運営方針に新たに盛り込む内容＞

NEW

- 「県内国保の持続可能性」と「被保険者間の公平性」を確保することを目的とし、今後、関係者で**将来的に県内国保の保険料水準を統一することを目指した議論**を行い、令和5年6月までに県内国保の保険料水準のあり方についての結論を得る
- ※ 議論にあたっては、健康づくりや医療費適正化の取組を引き続き、全市町村で行うことや、市町村の取組へのインセンティブを損なわないように配慮する必要がある

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

- 医療費の将来見通しは、医療の高度化や高齢化により、一人当たりの医療費の増加に歯止めがかからない状況となっている
- 2025（令和5年）までに**団塊の世代**を中心とした多くの被保険者が後期高齢に大量移行することに伴い、今後、県内国保の財政運営に大きな影響が予想される
- 国保が解消すべき赤字は「決算補填等目的の法定外繰入額」と「繰上充用金の増加額（決算補填等目的のものに限る）」の合算額と位置づけ、当該市町村ごとに赤字解消計画を定めた上で、目標年次を設定し、解消を目指す
- 累積赤字（過去の繰上充用金）は、引き続き各市町村の実情に応じ、可能な限り解消を目指す
- 県国保財政安定化基金を活用し、財源不足時に県・市町村に貸付・交付を行う

第3章 市町村における保険料の標準的な算定方法

- 第2期運営方針期間中は基本的にこれまでの算定方法を継続
- ・ 保険料の算定方式は3方式（所得割・被保険者均等割・世帯別平等割）
- ・ 均等割と平等割の割合は70：30
- ・ 応能応益割合は引き続き、所得係数 β （全国平均の1人当たり所得に対する県平均の1人当たり所得の割合）を用いて算定
- Point) 医療費指数反映係数 α は第2期運営方針期間中は $\alpha=1$ （市町村の医療費水準を全て国保事業費納付金の算定に反映）とし、今後引き下げの方向で検討
- Point) 納付金の仕組みの導入に伴う激変緩和措置は廃止とし、経過措置（3年間）を設け、段階的な縮減を行う。
- ※ 標準保険料率については、市町村ごとのあるべき保険料率とその理由をより把握しやすい形で提示



第4章 市町村における保険料の徴収の適正な実施

- 収納率が低く、収納不足が生じている市町村は、収納率の要因分析を実施
- 目標収納率の設定
- 口座振替や特別徴収の拡大、租税債権管理機構の活用
- 収納担当職員等向け研修会の実施

第5章 市町村における保険給付の適正な実施

- 療養費の支給の適正化
- レセプト点検の充実強化
- 第三者求償事務の取組強化



第6章 医療費の適正化の取組

- 第3期高知県医療費適正化計画に定める取組と整合性を図り、特定健診及び特定保健指導の実施率の向上、生活習慣病等の重症化予防の推進、糖尿病性腎症透析予防強化プログラムの実施、後発医薬品の使用促進、重複・頻回受診者への指導、医薬品の適正使用の推進等の取組を推進



第7章 市町村が行う事務の広域的及び効率的な運営の推進

- 共同実施事業、保険料（税）減免基準の統一、申請書等の様式の統一、研修会等の実施、市町村事務処理標準システムの導入支援、マイナンバーカードの取得促進

第8章 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

- KDBシステム等情報基盤の活用、地域包括ケアシステムの構築の推進、県が策定する保健・医療・介護等の各種計画との連携

第9章 施策の実施のために必要な関係市町村相互の連絡調整

- 県・市町村国保事業運営検討協議会における意見交換等



- 保険料水準の統一については、県内国保の現状と課題、統一の理念や必要性についての理解を関係者の間で深めていくことが重要となる。
- 統一に向けて検討すべき項目は多岐に渡ることが予想されるため、段階的な議論を行い、十分な検討期間を設けながら検討を行っていく必要がある。

検討項目① 理念の共有・合意形成

- 今までは市町村内の住民相互の支え合いであったが、今度は市町村相互でも支え合う仕組みへ。
 - (1) なぜ保険料水準の県内統一が必要なのか？についての理解を深める。
 - (2) どのレベルまでの統一を目指すか、「統一の定義」についての議論を行う。
 - (3) 最終的に、「令和●年までに、●●レベルでの水準の統一を目指す」ことについて、県と市町村等での合意形成を図る。

検討項目② 国保事業費納付金の算定方式の統一

- 県内のどこに住んでいても、「同じ所得、同じ世帯構成であれば同じ保険料」となることを目指す。
 - (1) 最終的に、全市町村で「標準保険料率」が同じとなるように納付金算定のルールを統一を目指した議論を行う。（医療費指数反映係数aは引下の方向で検討）
 - (2) 納付金算定における保健事業や市町村向け公費、地単事業、標準収納率、滞納繰越分等の取扱いなどについて議論を行う。
 - (3) 納付金の算定方式の見直しに伴う激変緩和措置について議論を行う。

検討項目③ 保険料の算定、賦課方式等の統一

- 検討項目②の議論と歩調を合わせつつ、保険料の算定方式、賦課方式等の実質的な面での統一を目指す。
 - (1) 賦課方式の統一（応能応益割合、資産割の取扱等）
 - (2) 保険料及び一部負担金の減免基準の統一
 - (3) 葬祭費等の基準額の統一
 - (4) 事務の標準化

検討項目④ その他の検討項目

- (1) 各市町村毎のこれまでの経営努力や医療費水準の経過等の評価・分析
- (2) 市町村国保の財政調整基金の在り方
- (3) 県2号交付金等の在り方
- (4) 医療費適正化インセンティブの確保、医療提供体制 等

※ 少なくとも、検討項目①、②及び③の一部については、仮に統一保険料に移行となった場合に、各市町村に対し、保険料の将来推計をお示しする必要が生じるため、令和5年6月までに確実に結論を得る必要がある。

- 保険料水準の県内統一に対して、**全ての市町村長が「将来的な統一は必要」という意見**であった。
また、**将来、県内のどこに住んでいても、「同じ所得、同じ世帯構成であれば同じ保険料」を目指すことについても異論はなかった。**
- 一部の団体からは、「これまでの経営努力に対する評価」、「県全体で努力する仕組みづくり」、「市町村間の医療費格差の分析解消」、「医療費分析」等、統一を進める際の条件などについて**慎重な意見**があった。



	主なご意見・ご要望
将来の保険料水準の統一について	<ul style="list-style-type: none"> ・統一は県が方針を打ち出して進めるのがよい ・統一は市町村の意見を聴きながら、県主導で進めるべき ・統一は少しでも早く実現してほしい。 ・県内統一保険料は後期高齢者医療制度で実現しているのでできない理由はない ・県が前に出て、統一に向けた機運を作って欲しい ・県が方向性を示して市町村がどう対応していくかが問題 ・統一は県が音頭を取らないと、市町村同士の話し合いでは無理 ・県が方向性や将来の保険料率を示して欲しい
保険料負担について	<ul style="list-style-type: none"> ・住む場所によって保険料に差があることはあるべき姿ではない ・できるだけ保険料が安くなる環境 ・統一によって保険料がどうなるのかを示して欲しい ・保険料格差の分析
医療費適正化について	<ul style="list-style-type: none"> ・保険料（医療費）が高い団体は分析と努力が必要 ・できるだけ保険料が安くなる環境 ・県全体の医療費適正化の話は、県主導で進めて欲しい ・医療費分析を行い、効果的などころに集中していくことも必要 ・医療費適正化は県全体の大きな考え方や仕組みが必要 ・県全体で健康づくりの機運を作っていくことが必要 ・医療費を分析しながら、県全体で抑えていく取組が必要 ・東部と西部の医療費水準、保険料負担の格差の是正

	主なご意見・ご要望
市町村の経営努力について	<ul style="list-style-type: none"> ・東部は全体的に医療費が高いため低い地域の理解を得る努力は必要 ・統一するのであれば、県全体が努力するような制度にしてほしい ・統一しても、各市町村の努力が継続される仕組みに ・これまでの市町村の努力が水泡に帰さないように
財政運営の安定化について	<ul style="list-style-type: none"> ・人口減少が進めば、高額医療が発生すると厳しい ・現在は医療費が落ち着いているが、最近まで高額医療費が発生し、不安定な状況だった ・被保険者が少ないので、もしもの時にどうにもならない ・被保険者の減少により、町単独で国保を運営することが難しくなる ・将来高額医療が発生しても、保険料が変動しにくくなるのはメリット ・このままでは村単独では対応できなくなる
被保険者等への説明について	<ul style="list-style-type: none"> ・保険料水準を統一することで生じる痛みをどう和らげるか ・議会や被保険者の理解をどう得ていくか ・被保険者に対する統一のメリットの説明 ・被保険者が統一された保険料負担とサービスが見合うと実感できるか

県内国保の現状

約1.7倍

被保険者の減少

H23:220,813人 → R2:165,301人
 ▲55,512人 (▲25.1%)

全国に比べて高い医療費

R元実績医療費：433,699円/人 (全国8位)
 R元年齢調整後医療費：416,478円/人 (全国9位)
 (うち、入院192,495円、全国6位)

医療費水準の地域差

最大：1.513 (大豊町)
 最小：0.875 (大川村)
 ※R4一人当たり年齢調整後医療費指数
 (過去3ヶ年平均)

保険料水準の地域差

市町村毎の取組の違い
 例：赤字繰入等の保険料不足の補填、
 保健事業、医療費適正化、収納率 等

人口減少・高齢化により、県全体の保険料負担の増大や市町村毎の格差が生じやすい構造

統一で目指すべき将来の姿

県内国保の持続可能性

- 将来に向けて「統一保険料の導入」と「県全体での医療費適正化」を同時に進めていくことで、マクロ・ミクロの両面で県内国保の持続可能性を高めていく。
- ⇒ **受益と負担の関係を明確にしつつ、統一後の保険料負担の抑制を目指す。**

被保険者間の公平性

- 国保の被保険者の受益を、将来にわたって、県内のどこに住んでいても安心して医療サービスを受けられることを基本とし、**「同じ所得、同じ世帯構成であれば同じ保険料」**に ※保険料負担の違いは「所得水準」と「世帯構成」のみに

国民皆保険を堅持しつつ、県内国保の持続可能性と被保険者間の公平性を確保していくための取組の方向性

統一保険料の導入

- ◇ 受益と負担の明確化
- ◇ 保険料の急激な変動を抑制
- ◇ 保険財政の安定化
- ◇ 市町村間の保険料格差の解消
- ◇ 経過措置期間、激変緩和措置の設定

医療費適正化

- ◇ 医療費適正化は県全体で実施
- ◇ 将来の統一保険料の抑制
- ◇ 効果的・効率的な保健事業
- ◇ 県版データヘルス計画の策定
- ◇ 市町村インセンティブの確保
- ◇ 個人インセンティブの強化

赤字等の解消

- ◇ 赤字削減・解消計画の着実な実施
- ◇ 統一保険料試算結果を踏まえた計画的な保険料補填の解消
- ◇ 次期運営方針に向けた取組の検討

医療提供体制

- ◇ 高知県保健医療計画・地域医療構想の推進
- ◇ 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の充実
- ◇ 医療従事者の確保・育成
- ◇ 無医地区巡回診療等の継続

国保事務

- ◇ 国保事務の標準化
- ◇ データヘルス計画の標準化
- ◇ 保健事業の標準化
- ◇ 現年収納率の向上
- ◇ 国保連合会との連携

保険料水準の統一に向けた取組

年度	高知県の取組状況	国の主な動向
R2	<p>7月 第19回幹事会（市町村代表9団体の担当課長） ○県内国保の現状と課題、次期運営方針の見直しの方向性について協議</p> <p>8月 知事と町村長との意見交換会 ○安田町長から知事に対し、保険料水準の統一についての要請あり</p> <p>9月 第6回高知県 県・市町村国民健康保険事業運営検討協議会</p> <p>12月 高知県国民健康保険運営協議会（第2期国保運営方針（案）を審議） 「第2期高知県国民健康保険運営方針」を策定 → 公表（12月25日） ○将来的に県内国保の保険料水準の統一を目指した議論を行うことを明記</p>	<p>5月 都道府県国民健康保険運営方針策定要領等の改定 ○将来の保険料水準の統一を目指すことを都道府県に要請</p> <p>6月 経済財政運営と改革の基本方針2020 ○「骨太方針2018、2019等の内容に沿って、社会保障制度の基盤強化を直実に進める」旨等を明記</p>
R3	<p>7月 市町村長訪問①（～9月） ○将来の統一を目指す上での課題、論点等について意見交換を実施 ⇒ 将来の保険料水準の統一の必要性について全市町村異論なし</p> <p>8月 第22回幹事会（統一に向けた議論の方向性、検討項目等）※書面開催</p> <p>10月 第23回幹事会（市町村訪問の結果、統一に向けた課題、納付金算定基準等）</p> <p>11月 第24回幹事会（納付金算定基準、医療費適正化）</p> <p>1月 第25回幹事会（これまでの議論の整理、納付金算定基準）→統一保険料の試算を実施</p> <p>1月 第26回幹事会（統一保険料の試算結果等について協議） ○幹事会終了後、試算結果についての全市町村意見照会を実施 ⇒ 将来の保険料水準の統一についての反対意見は見られず、引き続き統一に向けた課題についての議論を行う必要との意見が多数であった。</p> <p>2月 令和3年度第2回高知県国民健康保険運営協議会</p> <p>3月 第27回幹事会（試算結果に対する市町村意見の取りまとめ、医療提供体制等） 第28回幹事会（令和3年度の議論の取りまとめ等） 第7回高知県 県・市町村国民健康保険事業運営検討協議会</p>	<p>6月 「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等の一部を改正する法律」公布 ○次期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づける</p> <p>経済財政運営と改革の基本方針2021 ○「骨太方針2020等の内容に沿って、社会保障制度の基盤強化を直実に進める」旨等を明記</p>
	<p>R3年度 市町村研修会：3回 市町村意見照会：5回 作業部会開催：3回</p>	<p>※令和3、4年度の高知県 県・市町村国民健康保険事業運営検討協議会は市町村代表9団体（高知市、香美市、土佐町、安芸市、田野町、須崎市、いの町、宿毛市、黒潮町）の首長、国保連合会で構成。 幹事会はその9団体の国保担当課長で構成された会。</p>
R4	<p>5月 令和4年度第1回幹事会（今後の進め方、医療費適正化、激変緩和措置等）</p> <p>6月 令和4年度第2回幹事会（医療費分析、県版データヘルス計画等） 市町村長訪問②（～7月）</p> <p>7月 令和4年度第3回幹事会（合意確認に向けた内容の確認等）</p> <p>8月 保険料水準の統一に向けた知事と市町村長の方向性の合意確認 ※方向性の合意確認の内容を踏まえ、R5年6月の取りまとめに向けて、引き続き詳細な制度設計等の検討を県と市町村で行っていく。</p> <p>9月 令和4年度第1回高知県国民健康保険運営協議会</p> <p>10月 令和4年度第4回幹事会（今後の進め方等）</p> <p>11月 令和4年度第5回幹事会（医療費適正化、広報、市町村の基金、先行県の取組等） 令和4年度第6回幹事会（将来推計等）</p> <p>1月 令和4年度第7回幹事会（将来推計等、収納率向上等）</p> <p>2月 令和4年度第8回幹事会（これまでの議論の整理等） 市町村研修会（統一に向けた議論の状況等）</p> <p>3月 令和4年度第2回高知県国民健康保険運営協議会 令和4年度第9回幹事会 第8回高知県 県・市町村国民健康保険事業運営検討協議会</p>	<p>6月 経済財政運営と改革の基本方針2022 ○「骨太方針2021等の内容に沿って、社会保障制度の基盤強化を直実に進める」旨等を明記</p>
	<p>※R4年度 市町村研修会：2回 市町村意見照会：4回 作業部会開催：13回</p>	
R5	<p>5月 令和5年度第1回幹事会（あり方についての結論のとりまとめに向けた内容の確認等）</p> <p>6月 市町村研修会「統一に向けた議論の状況等」 令和5年度第2回幹事会 第9回高知県 県・市町村国民健康保険事業運営検討協議会 令和5年度第1回高知県国民健康保険運営協議会 ○県内国保の保険料水準のあり方についての結論の取りまとめ ⇒結論の取りまとめ後、第3期高知県国民健康保険運営方針の策定作業を実施</p> <p>12月 「第3期高知県国民健康保険運営方針」策定（予定）</p>	<p>5月 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改正 ○国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化を推進に関する事項等を必須記載事項とする。</p>

県内国保の保険料水準の統一に向けた知事・市町村長会議①

1. 合意確認の方法

基本方針を決議

2. 合意確認の場の名称

「県内国保の保険料水準の統一に向けた知事・市町村長会議」

3. 日時・場所

日時：令和4年8月22日（月） 14：00～15：30

会場：高知県自治会館 3階 第1会議室

4. 出席者

高知県知事

市町村長 ※代理出席5団体

国保連合会

厚生労働省

一般傍聴はなし ※感染症対策のため

5. 次第

1 開会

2 挨拶

高知県知事

市長会会長（高知市長）

町村会会長（日高市長）

高知県国保連合会副理事長（安芸市長）

3 来賓挨拶

厚生労働省保険局国民健康保険課長

4 概要説明

「県内国保の保険料水準の統一について」（高知県健康政策部長）

5 意見交換

室戸市、香美市、四万十市、宿毛市、黒潮町

6 決議

基本方針案の配布、決議

7 閉会

高知県知事

県内国保の保険料水準の統一に向けた知事と市町村長会議②

- 当日の説明資料等については、事前に市町村に送付した上で、統一の方向性についてのご意見を伺い、そのとりまとめについて資料に掲載。
- その上で、当日は発言を希望する首長と知事が、被保険者負担の抑制等についての意見交換を行った。概要については下記のとおり。



室戸市 植田市長

<植田市長のご意見>

- 国保の均等割保険料は、被保険者数の多い子育て世帯には大きな負担になっていると考えられるが、これまで各市町村で行っていた赤字解消を取りやめ、保険料で賄っていくとなると、その負担はさらに増すことが想定される。
- 高知県として更なる軽減の拡充を国に対して要望していくことは考えているか。

<濱田知事の回答>

- 国保の均等割については、世帯に属する被保険者数に応じて賦課されるため、子育て世帯の負担が大きくなることから、子育て支援の観点から、令和3年6月に法改正が行われ、今年4月から未就学児にかかる国保料の均等割額の減額措置がなされることとなりました。
- この法改正の際に、参議院において、「対象者や減額幅の更なる拡充を引き続き検討すること」との付帯決議がなされており、全国知事会等からも均等割軽減額の拡充や対象年齢の引き上げることなどを要望しています。

<依光市長のご意見>

- 県繰入金（2号分）の見直しや市町村向け3公費の事業費充当残額を県へ抛出する仕組み等を構築し、国保事業費納付金の圧縮に努めていただきたい。

※市町村向け3公費
特別調整交付金
県繰入金（2号分）
保険者努力支援制度交付金

<濱田知事の回答>

- 国保事業費納付金は、県全体の保険給付費等の総額から収入として見込まれる公費等を除いた部分であり、この水準が統一保険料の水準を決める仕組みですので、加入者の皆さまの負担を少しでも軽くするためには、納付金の額の圧縮を目指す必要があります。
- 国保事業費納付金、ひいては統一保険料の圧縮に効果が見込まれることから、今後の制度設計の検討の中で、公費を有効に活用する方策を市町村と協議していくこととしたいと思います。



香美市 依光市長



高知県 濱田知事

県内国保の保険料水準の統一に向けた知事と市町村長会議③



四万十市 中平（正）市長



宿毛市 中平（富）市長



黒潮町 松本町長

<3首長からのご意見>

- 幡多地域においては、医療費水準が県下の低いことから、保険料水準の統一により被保険者負担が大幅に増加する。
- 本来であれば市町村間の医療費水準が一定均てん化できる見通しがたった後に保険料水準統一の議論がなされるべきと考えている。
- 県内の医療費適正化と医療費水準を均てん化するためには、本県の課題であり全国的にも非常に高い傾向にある入院医療費について早期に分析を行い、必要な対策を実施していく必要がある。
- 取組の状況が市町村によって異なる中で、医療費適正化の取組が着実に進むのか懐疑的。
- 医療費適正化の効果を最大限発揮するためにも、県として病床機能の適正化に努めていただきたい。

<濱田知事の回答>

- 高齢化あるいは医療の高度化によって、一人当たりの医療費が増え続けており、特に小規模な町村では毎年度の医療費の変動が相当程度大きくなっている現状がある。このため医療費水準の格差を縮小させ、一定の範囲に収めていくことは年々難しくなっていく。
- このようなことから、増え続ける医療費の適正化に向けた取り組みを県全体でできる限り早期に開始した上で、保険料水準の県内統一を行っていくことが現実的な対応として必要となっている。
- 現在医療費水準が低い市町村においても、将来的に医療費が上がらない保証は全くない。
- 医療費分析をさらに進め、データに基づいて県と市町村が一丸となって、効果的・効率的な保健事業を行うための県版データヘルス計画の策定を行う。
- このデータヘルス計画で各市町村の取り組みや努力の見える化、ノウハウの共有などができるようにすることで、県と全市町村が一丸となって取り組みを進めていきたい。



高知県 濱田知事

<家保健康政策部長の回答>

- 病床機能の適正化については、地域医療構想の中で取り組んでいる。
- 郡部は今ある医療機関を維持出来るように取り組んでいきたい。
- 今後、高知市その周辺での病床機能の適正化に向けた取組を行っていく必要がある。
- 令和4年度の診療報酬改定で重症度、医療・看護必要度の見直しが行われていることや、医師の働き方改革などが行われており、そういったものの影響も出てくると考えられる。
- 入院の状況についての分析は必要と考える。



高知県 家保健康政策部長

県内国保の保険料水準の統一に向けた知事と市町村長会議

基本方針

市町村が運営する国民健康保険（以下「国保」という。）は、被用者保険加入者等を除く全ての者を被保険者とする公的医療保険であり、我が国が世界に誇る国民皆保険の最後の砦として、国民の健康の保持増進に大きく貢献している。

しかしながら、「年齢構成が高く医療費水準が高い」「財政運営が不安定になるリスクの高い小規模の保険者の存在」など構造的な課題を抱えており、制度の安定化を図るために、平成30年度には、都道府県を財政運営の責任主体とし、市町村とともに被保険者となる制度改革が行われた。

本県におけるこの改革は、県と市町村の協力の下で概ね順調に実施されているが、全国に先駆けて、人口減少・高齢化社会に突入している本県では、財政運営が不安定になるリスクの高い小規模の保険者が、今後、ますます増加していくことが見込まれている。

また、被保険者から見ると、保険給付が全国共通の制度であるにもかかわらず、保険料の水準は各市町村の事情や判断で決定されていることから、住所地の市町村によって保険料負担に格差が生じている。

こうした課題を解決し、県内の国保を将来にわたって、安定的、公平に運営していくためには、平成30年度に行われた制度改革の趣旨を深化させ、市町村ごとで支え合っている現在の仕組みから、県全体で支え合う仕組みに転換する保険料水準の統一が必要である。

さらには、保険料水準の統一と併せて、これまで市町村ごとの努力により実施されてきた収納率の向上や、保険料負担の抑制に向けた医療費適正化等に、県と市町村が一体となって取り組むことや、県内のどこに住んでいても安心して医療サービスが受けられる体制の確保なども求められている。

地方分権の観点からは、市町村ごとの運営が望ましいと考えることもできるが、保険の技術を利用して医療保障を確保している国保においては、人口減少等に対応するために、より大きな枠組みを構築し、安定的な運営を目指していく必要がある。

よって、ここに高知県及び県内市町村は、一つの共同体としての意識を持ち、将来における被保険者全体の利益という視点に立って、理念や方向性を共有し、思いを一つにして、次の事項の実現を目指していくこととする。

- 一 県内国保の保険料水準を統一し、「県内のどの市町村に住んでいても、同じ所得、同じ世帯構成であれば同じ保険料」とする
- 一 令和6年度から国保事業費納付金の配分に医療費水準を反映させないこととし、6年間の経過措置期間を設けたうえで、令和12年度に保険料水準を統一する
- 一 県は、保険料水準の統一に伴う被保険者の保険料負担の急激な増加を抑制するために、国保事業費納付金が増加する市町村に対し、激変緩和措置を講ずる
- 一 各市町村は、保険料水準を統一する目標年度までのできるだけ早い時期に赤字繰入等を解消する
- 一 県及び各市町村は、統一保険料の増加の抑制に向けて、収納率の向上やデータ分析等に基づく効果的な保健事業の実施等による医療費の適正化に取り組む
- 一 県は、被保険者の保険料負担の公平化に併せて、「保険料負担あって医療なし」とならないように、県内各地域の医療機会の確保に努める
- 一 県及び各市町村は、効率的な事務の執行及び複雑で多岐にわたる国保事務のノウハウの確保に向けて、事務の広域化・標準化に取り組む
- 一 保険料水準の統一に向けた取組が、適切かつ着実に実施されていることを確認するために、令和8年度を目途に取組の中間確認を行い、場合によっては、統一の目標年度を含む取組の見直しについて検討する
- 一 引き続き県と市町村で丁寧な議論を行いながら取組を進める

以上について、ここに確認する。

令和4年8月22日

県内国保の保険料水準の統一に向けた知事・市町村長会議

(案)

人口減少高齢化により、今後さらに保険者が小規模化していくことや被保険者一人当たりの保険給付費が年々増加していることを踏まえると、県内国保の持続可能性の確保のために、**将来的な県内国保の保険料水準の統一が必要。**

背景

- 国民健康保険制度は、被用者保険と比較すると、「年齢構成が高く、医療費水準が高い」、「所得水準が低い」、「保険料負担率が高い」など構造的な課題を抱えており、特に、全国に先駆けて少子高齢化が進む高知県では、全国と比較して保険料負担が高いなど大変厳しい状況にある。
- 令和4～6年度にかけて、団塊の世代が後期高齢者医療制度に大量に移行していくため、県内国保及び各市町村ごとの所与の条件も大きく変化することが予想されている。
- 現在も、一人当たりの保険給付費、後期高齢者支援金、介護納付金は年々増加しており、この傾向は今後も続くと考えざるを得ない。
- 既に被保険者数の少ない小規模な市町村国保では、毎年度の一人当たりの保険給付費が大きく変動しており、国保財政の不安定化リスクが高まっている。
- こうしたことから、令和2年12月に策定した第2期高知県国民健康保険運営方針では、「県内国保の持続可能性」と「被保険者間の公平性」の確保することを目的とし、将来的に県内国保の保険料水準を統一することを目指した議論を行い、令和5年6月までにあり方についての結論を得ることとした。

留意事項

- 今年度実施した市町村長訪問や令和3年度ベースの統一保険料試算結果についての意見照会において、将来の県内国保の保険料水準の統一については、全市町村で異論がないことを確認済。
 - 一方で、現在医療費の水準が低く、統一保険料の導入により、納付金負担が増加する可能性のある団体からは、医療費の高い団体は医療費分析を行い、医療費適正化の一層の努力が必要などの**慎重なご意見**をいただいている。
 - 県内国保の持続可能性を高めるためには、保険料の急増リスクや現在の市町村間の保険料格差の要因にもなっている医療費水準と保険料の関心の切り離しを行うとともに、県内国保全体の医療費が少しでも増加しないように、健康づくり等による医療費適正化の取組を県全体で進めることで、マクロとミクロ両面に対応していくことが前提となる。
- ※統一後は、県全体の医療費の水準から統一保険料の水準が決まる仕組みとなる。

(案)

現在、市町村毎に異なる保険料について、県全体で負担を均てん化するとともに、被保険者間の公平性の確保のため、「**県内のどの市町村に住んでいても、同じ所得、同じ世帯構成であれば同じ保険料**」になることを目指す。

背景

- 各市町村毎の医療費水準や取組の違いにより、保険料水準には地域差があるが、被保険者から見た場合に、国保の保険給付は法律に定められた全国共通の制度であることから、住む市町村による被保険者間の保険料負担の不公平は可能な限り解消を図る必要がある。
- H30年度の都道府県化に伴って導入された国保事業費納付金算定により、それまでの市町村毎の医療費水準が保険料を決める仕組みから、県からの納付金の水準が保険料の水準を決める仕組みとなっている。
- ただし、現行の納付金算定の基準では、各市町村の年齢調整後の医療費指数を全て反映しているため、高所得高医療費の団体は納付金負担が多く、低所得低医療費の団体は納付金負担が少なくなる。
- 「県内国保の持続可能性」と「被保険者間の公平性」の確保のためには、「**県内のどの市町村に住んでいても、同じ所得、同じ世帯構成であれば同じ保険料**」であることが目指すべき方向性と考え、まずは納付金算定の基準を統一し、納付金負担の均てん化を行うことが必要となる。

留意事項

- 今年度実施した市町村長訪問や幹事会の議論において、将来、県内のどこに住んでいても、「同じ所得、同じ世帯構成であれば同じ保険料」を目指すことについて全市町村で異論がないことを確認済。
- 「県内のどの市町村に住んでいても、同じ所得、同じ世帯構成であれば同じ保険料」となるということは、保険料（税）の所得割の率、均等割、平等割の額を統一すること。（保険料負担の違いは、所得水準と世帯構成の違いのみとなる）
- 国保は支え合いの仕組みであるが、現在の納付金の算定では、市町村間で所得面での支え合いは実施されているものの、医療費の面での支え合いは未実施であることから、高所得・高医療費の団体は納付金負担が重くなっている。
- 保険料の負担が同じを目指すことを前提とするため、医療サービスや給付の水準などの受益の面についても均てん化を目指す必要がある。
- 統一後の保険料負担を示す必要があることや、市町村からの要望も多くあったため、幹事会で保険料水準の統一を目指すための算定基準案を作成し、令和3年度ベースでの**統一保険料試算**を実施し、昨年12月に全市町村と共有済。
- 今後、算定基準のさらなる統一化や、将来の統一保険料の抑制に向けた議論を進めていく必要がある。

国保事業費納付金算定の基本的な考え方

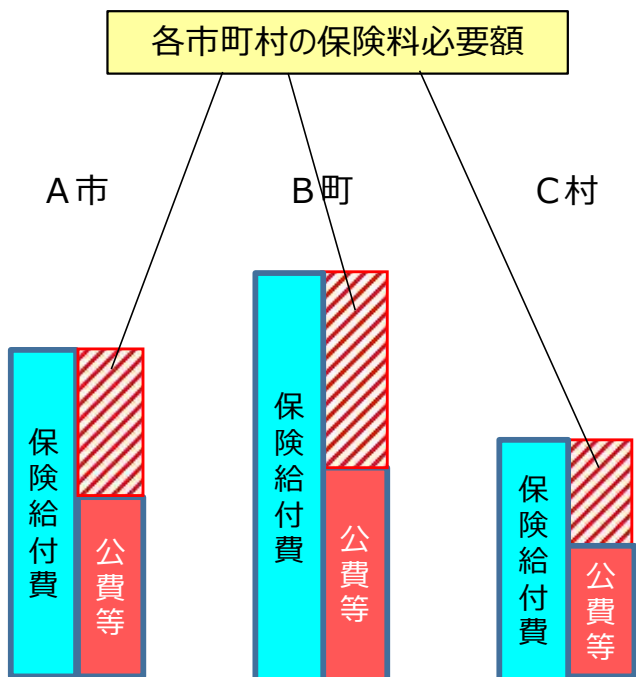
○ 平成30年度の都道府県化に伴い、都道府県は、県全体の医療給付費等の見込みを立てた上で、公費等の拠出で賄われる部分を除いた額を、国民健康保険事業費納付金の額として、これを市町村ごとに決定する。

※市町村の歳入・歳出見込み額は11、12月頃に県から市町村に照会（⇒市町村の見込額によって納付額等は変動する）

○ 納付金の仕組みの導入により、県全体の医療費から各市町村（及び被保険者）の負担が決定する仕組みに。

○ 市町村毎の納付金の額を決定する際に年齢調整後の医療費水準（R5で終了）、所得水準、被保険者数、世帯数を考慮。

・市町村国保の財政運営の仕組みも「量出制入」であるため、過去に医療費が高かった市町村は保険料負担が高い傾向がある。
・医療費水準以外にも、様々な要因により、市町村ごとの保険料格差が生じている。

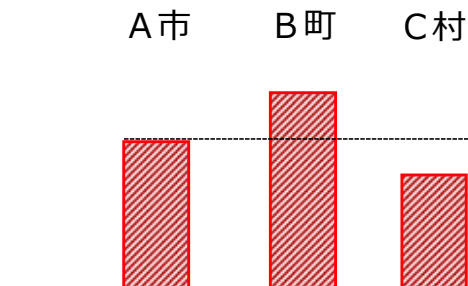


※都道府県化により県全体の保険給付費総額を推計し、当該年度に必要な保険料総額を決定する方式に移行。

国保事業費納付金総額

割当

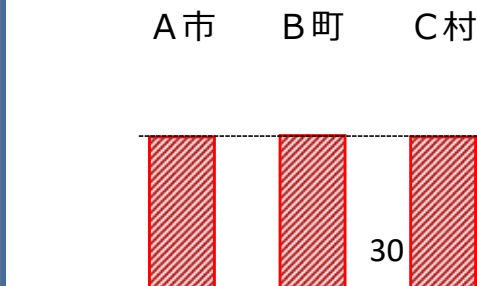
※R5までは、医療費指数反映係数 $\alpha = 1$ であったため、過去に医療費が高い市町村には納付金が多く割り当てられていた。
※住む市町村によって、保険料が大きく異なる仕組み。



国保事業費納付金総額

割当

※医療費指数反映係数 $\alpha = 0$ にすることで、医療費と保険料負担が切り離され、被保険者一人当たりの保険料負担の均てん化が図られる。
※所得と世帯構成の違いによる差は残る



市町村ごとに財政運営（～H29年度）

都道府県単位化（H30年度～）

医療費指数反映係数 $\alpha = 0$ （R6～）

国保事業費納付金算定の流れ①（納付金総額）

- 市町村別に按分する前の国保事業費納付金算定基礎額総額は、「医療分」、「後期高齢者支援金分」、「介護納付金分」の3つの区分に分けて、マクロベース（県全体）で算定。（区分は市町村の保険料（税）と同様）
- 各区分毎で歳出総額を見積もり、公費を充当、不足する分が納付金として集める総額となる。（⇒「量出制入」）

（1）医療分

国保険者努力支援交付金（県分）	国・調整交付金 ※市町村向け特調除く (9%)	前期高齢者交付金
国・特別高額医療費負担金	国・療養給付費等負担金 (32%)	
保険者支援制度等県全体算定に含める市町村の公費		
納付金（医療分）		
	県繰入金 ※市町村向け2号分及び激変緩和財源を除く (9%)	

- ・外枠が県の歳出の普通交付金となる。（⇒県全体の保険給付費）
- ・医療分にはのみ前期高齢者交付金が充当される
- ・県全体に対して交付される公費等を充当して不足する部分が市町村に納付していただく納付金の総額。

（2）後期高齢者支援金分

保険者支援制度	国・調整交付金 (9%)	納付金（後期分）
	国・療養給付費等負担金 (32%)	
	県繰入金 (9%)	

- ・外枠が県の歳出としての後期高齢者支援金。
- ・後期高齢者医療制度への支援金として、県が社会保険診療報酬支払い基金へ支払（H29までは市町村が支払）
- ・公費を充当して不足する分が納付金の総額。

（3）介護納付金分

保険者支援制度	国・調整交付金 (9%)	納付金（介護分）
	国・療養給付費等負担金 (32%)	
	県繰入金 (9%)	

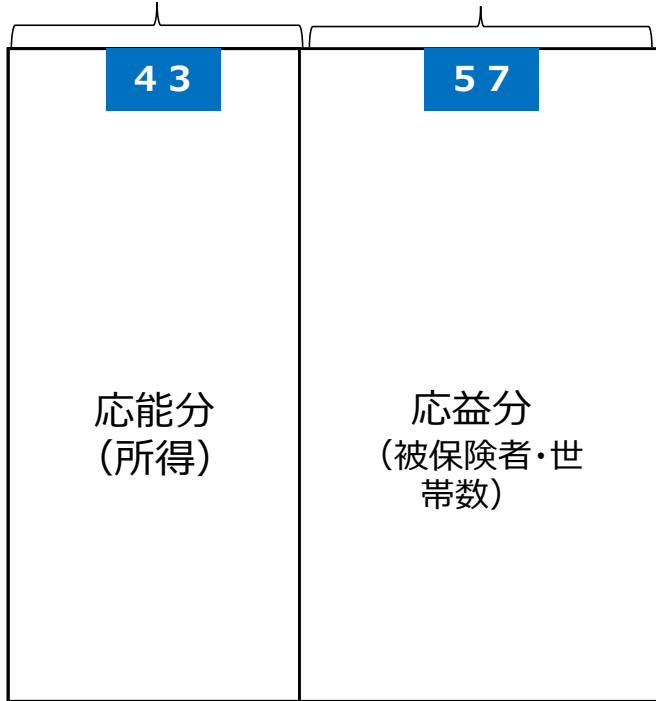
- ・外枠が県の歳出としての介護納付金。（介護保険の第2号被保険者が支払う保険料を医療保険者が徴収して支払基金へ納付）（H29までは市町村が支払）
- ・公費を充当して不足する分が納付金の総額

国保事業費納付金算定の流れ②【医療分・後期分】（応能応益等）

○ 前頁で算定した医療分及び後期分の納付金算定基礎額総額について、所得、被保険者数、世帯数のシェアを用い、市町村ごとの納付金算定基礎額に按分する。

(1) 応能分と応益分に按分
(43 : 57)

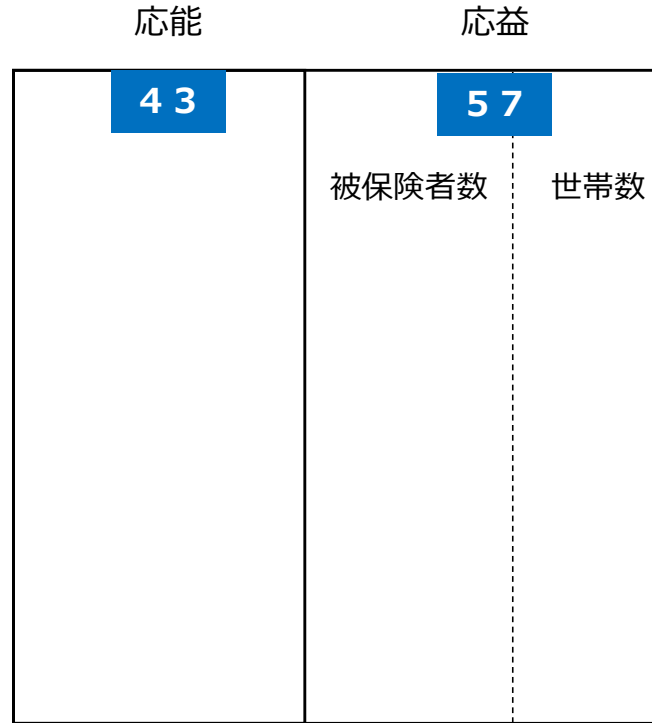
※所得係数 $\beta \approx 0.77$ (R4の場合) 1



※所得係数 β
⇒全国平均の所得額を1とした場合の高知県平均の割合

※ β を使用する理由は都道府県間の所得格差による保険料負担格差を調整する普通調整交付金が高知県には多く交付されており、所得に応じて負担すべき部分（応能分）が少ないという考え方によるもの

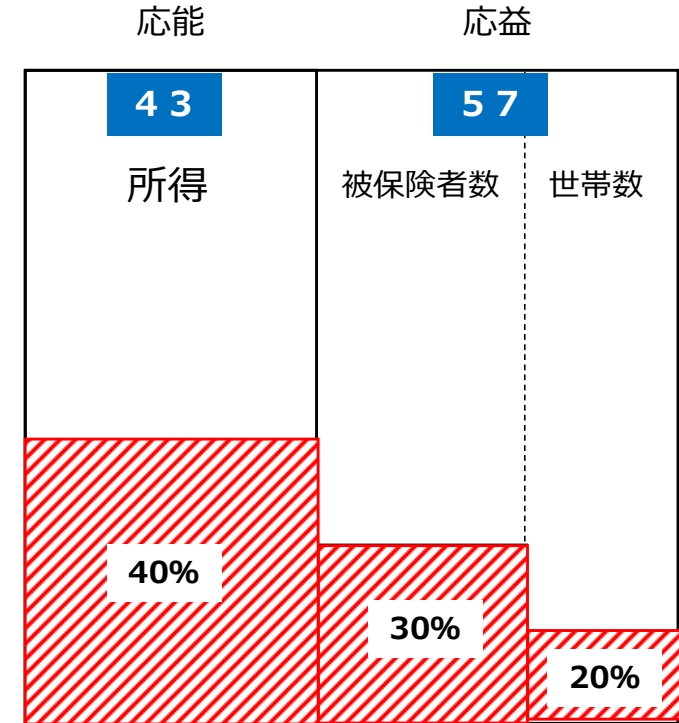
(2) 応益分を被保険者数と世帯数
に対応する部分に按分



※応益部分 (57) を
被保険者数 : 世帯数 = 70 : 30 で按分する

※応能分のうち、資産の額に対する部分（市町村の保険料（税）における資産割相当分）は納付金算定には使用しない。
(納付金算定は3方式で実施)

(3) 各市町村の所得、被保険者数、世帯数の県全体のシェアに応じて按分



例として、ある団体について、

所得総額が県全体の40%
被保険者数が県全体の30%
世帯数が県全体の20%

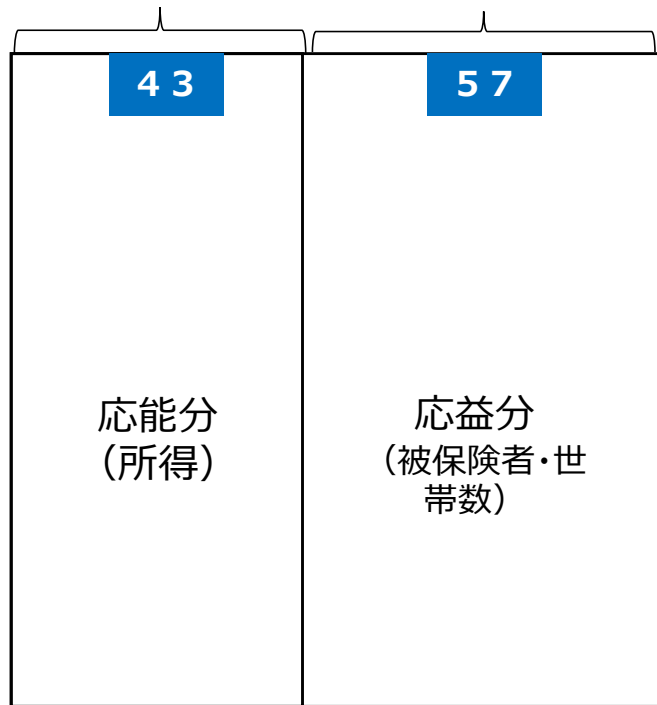
32
を占める場合は、納付金総額（外枠）に対して、斜線部分の面積に相当する納付金を負担する。

国保事業費納付金算定の流れ②【介護分】（応能応益等）

○ 前々頁で算定した介護分の納付金算定基礎額総額について、所得、被保険者数のシェアを用い、市町村ごとの納付金算定基礎額に按分する。

(1) 応能分と応益分に按分
(43 : 57)

※所得係数 $\beta=0.77$ (R4の場合) 1

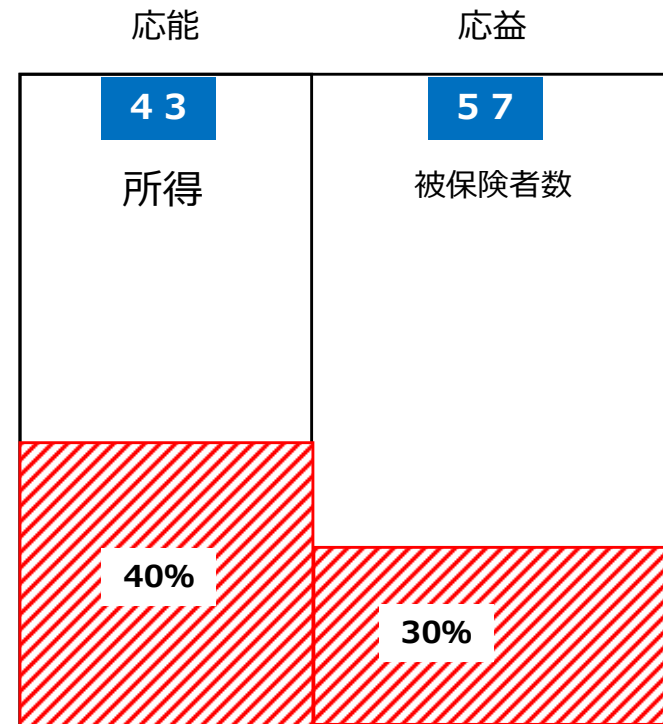


※所得係数 β
⇒全国平均の所得額を1とした場合の高知県平均の割合

※ β を使用する理由は都道府県間の所得格差による保険料負担格差を調整する普通調整交付金が高知県には多く交付されており、所得に応じて負担すべき部分（応能分）が少ないという考え方によるもの



(2) 各市町村の所得、被保険者数県全体のシェアに応じて按分



例として、ある団体について、

所得総額が県全体の40%
被保険者数が県全体の30%

を占める場合は、納付金総額（外枠）に対して、斜線部分の面積に相当する納付金を負担する。

国保事業費納付金算定の流れ③（医療費水準の反映）

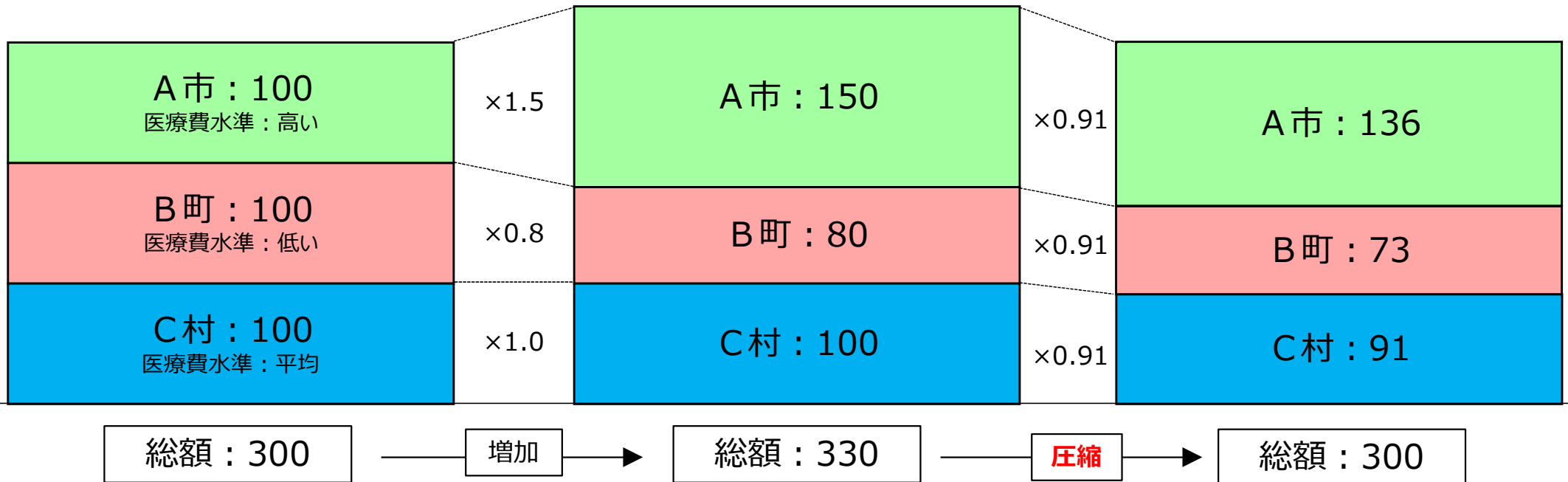
R5で終了

- 医療分の納付金については、各市町村の（過去3カ年の）医療費の水準の多寡を反映させる調整を行う。
※後期高齢者支援金分、介護納付金分については反映させない。

(1) 前頁で算定した市町村別の納付金総額が仮に同じとなった場合

(2) 医療費指数反映係数 α を使い、各市町村の医療費水準を反映

(3) 納付金総額が増加（300→330）となったため総額が300となるように調整



※各3市町村の年齢調整後の医療費指数を下記のとおりとする。

A市 : 1.5 B町 : 0.8 C村 : 1.0

※医療費指数はN-2、N-3、N-4年度の平均値
R3年度算定であれば、H29、H30、R元の
三カ年平均を使用する。

※特別高額医療費に該当する部分は共同負担
することとして算定を行う。

※各市町村の納付金額に対して、
 $1 + \alpha \times (\text{年齢調整後の医療費指数} - 1)$
を乗じる。

※医療費指数反映係数 α は各都道府県で
0～1.0までの間で設定。

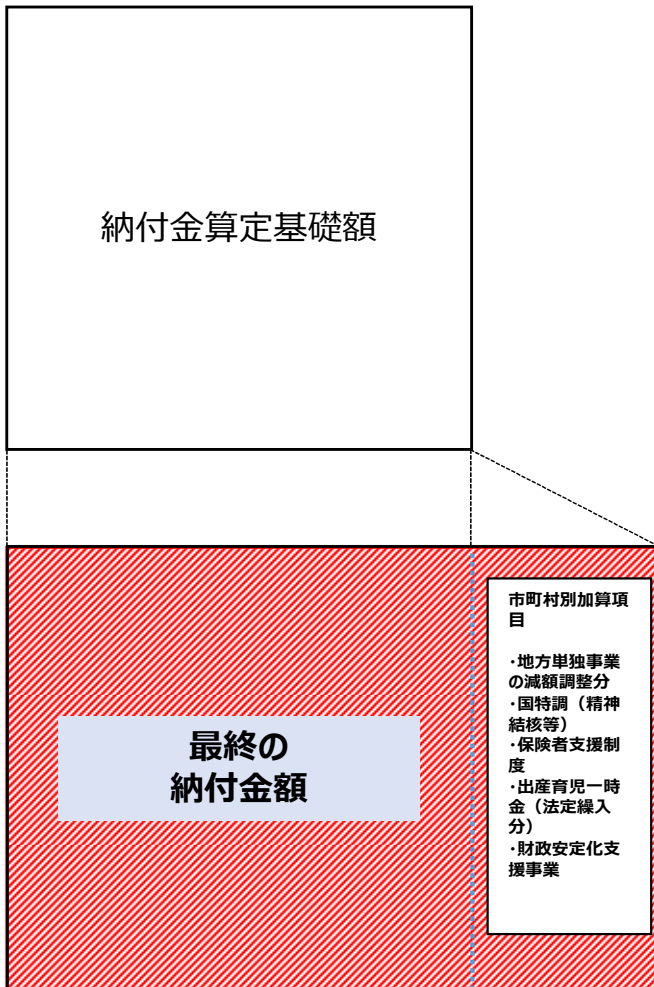
※高知県はH30～R5年度までの間は $\alpha = 1$
(現在、医療費水準を100%納付金に反映)

※総額に合わせつける調整率 γ を乗じる

$$\gamma = 300 / 330 \approx 0.91$$

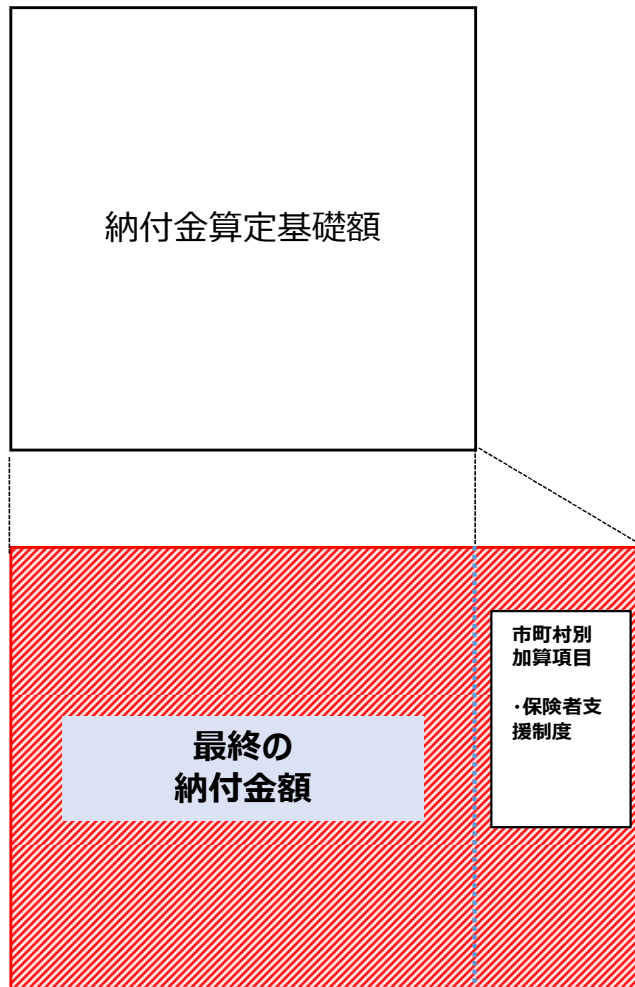
○「算定の流れ①」においてマクロベース（県全体）の歳出総額に充当した各市町村の公費（県全体算定に含める市町村の公費）のうち直接県国保特会に受入れできない公費（市町村国保特会経由で県国保特会が入れる公費）を各市町村の納付金算定基礎額に加算することにより、最終的な納付金額を算定。

（１）医療分



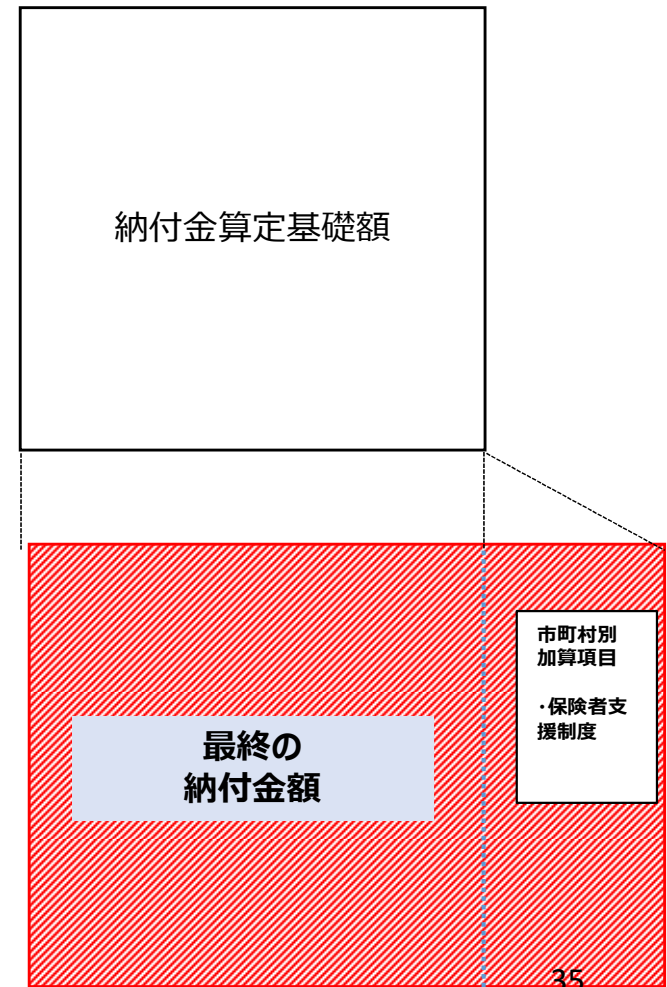
※外枠が市町村の最終の納付額
※事務費については、保険料で賄う費用ではないため加算しない

（２）後期高齢者支援金分



※減算項目は激変緩和措置のみ（対象市町村のみ）

（３）介護納付金分

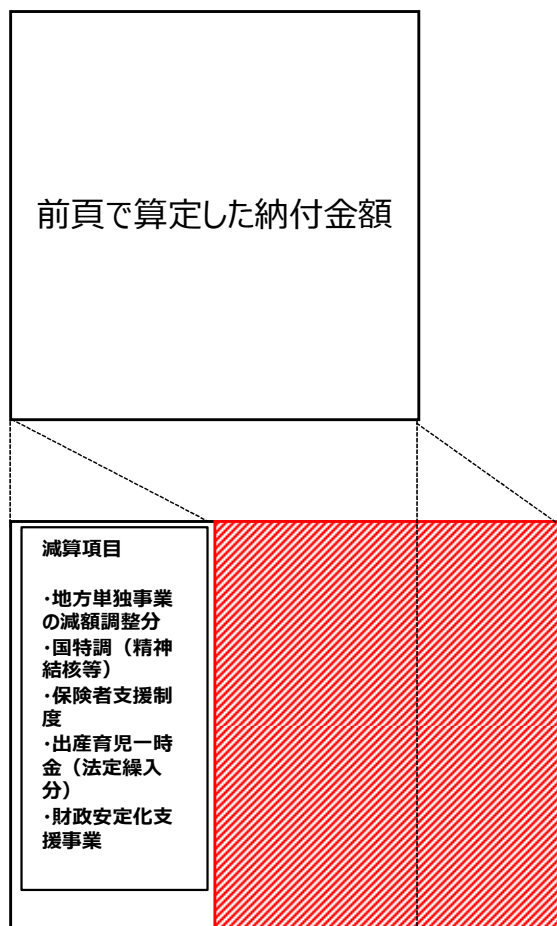


※減算項目は激変緩和措置のみ（対象市町村のみ）

国保事業費納付金算定から統一保険料への流れ①

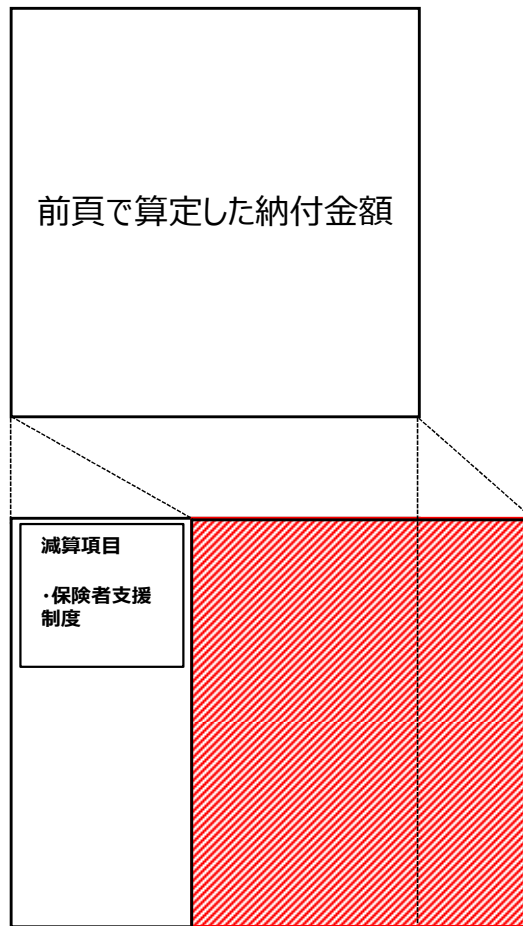
○ 前頁で算定した各市町村の納付金額に対し、P3の算定においてマクロベース（県全体）の歳出総額に充当した各市町村の公費（県全体算定に含める各市町村の公費）のうち県国保特会が収納しない公費の減算を行い、市町村の国保財政が均衡するために必要な保険料総額（＝統一保険料総額）を算出。

（１）医療分



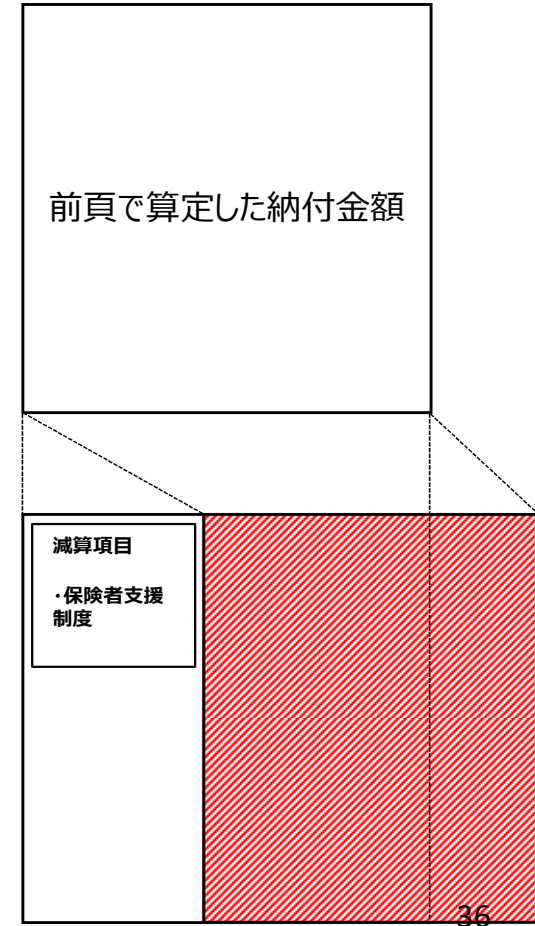
※外枠が標準保険料総額

（２）後期高齢者支援金分



※斜線部分が標準保険料総額

（３）介護納付金分



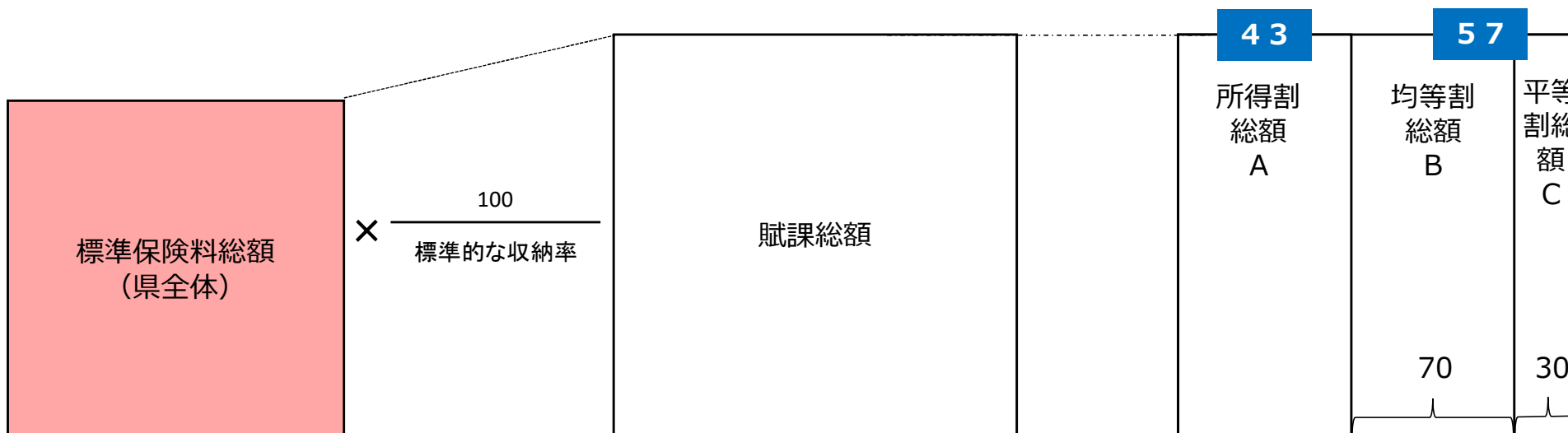
※斜線部分が標準保険料総額

国保事業費納付金算定から統一保険料への流れ②

○ 前頁で算定した統一保険料総額（県全体）を標準的な収納率で割戻しを行い、統一保険料率を算定する。

(1) 標準的な収納率による割戻し

(2) 賦課総額を3方式で按分
※介護分については2方式



※仮にこの金額を賦課しても、保険料（税）収納率が100%でない限りは、徴収できなかった部分は市町村の歳入不足（=赤字）となる

※標準的な収納率で割り戻すことで、必要な歳入額を確保できる賦課総額を決定

- ①所得割
上の図のA / 当該市町村の所得総額
例) A = 100円、所得総額1,000円の場合は
所得割率 = 10.0%
- ②均等割
上の図のB / 当該市町村の被保険者数
例) B = 1,000円、被保険者10人の場合
均等割額 = 100円
- ③平等割
上の図のC / 当該市町村の世帯数
例) C = 500円、世帯数5世帯の場合
平等割 = 100円

【後期分】

～R5		R6～	
+	後期高齢者支援金	+	後期高齢者支援金
+	後期高齢者関係事務費拠出金	+	後期高齢者関係事務費拠出金
+	病床転換支援金（事務費のみ）	+	病床転換支援金（事務費のみ）
▲	後期高齢者支援金（退職分）	▲	後期高齢者支援金（退職分）
▲	病床転換支援金（退職分）	▲	病床転換支援金（退職分）
小計	◆後期高齢者支援金等（一般分）（A）	小計	◆後期高齢者支援金等（一般分）（A）
▲	後期高齢者支援金国庫負担金	▲	後期高齢者支援金国庫負担金
▲	国・普通調整交付金	▲	国・普通調整交付金
▲	都道府県繰入金	▲	都道府県繰入金
+	財政安定化基金補填分（後期）	+	財政安定化基金補填分（後期）
▲	保険料収納必要総額（B）	▲	保険料収納必要総額（B）
小計	◆保険料収納必要総額（B）	小計	◆保険料収納必要総額（B）
+	小計	+	保険者支援制度（後期）
小計	◇国保事業費納付金（dの県計）	小計	◇国保事業費納付金（dの県計）
▲	保険者支援制度（後期）	▲	保険者支援制度（後期）
▲	過年度の保険料収納見込み（後期分）		
+	▲ 条例減免に要する費用（保険料分）		
小計	◇標準保険料総額（eの県計）	小計	◇統一保険料総額（eの県計）

【介護分】

～R5		R6～	
+	介護納付金（A）	+	介護納付金（A）
小計	◆介護納付金（A）	小計	◆介護納付金（A）
▲	介護納付金国庫負担金	▲	介護納付金国庫負担金
▲	国・普通調整交付金	▲	国・普通調整交付金
▲	都道府県繰入金	▲	都道府県繰入金
+	財政安定化基金補填分（介護）	+	財政安定化基金補填分（介護）
▲	保険者支援制度（介護分）	▲	保険者支援制度（介護分）
小計	◆保険料収納必要総額（B）	小計	◆保険料収納必要総額（B）
小計	◆納付金算定基礎額（C）	小計	◆納付金算定基礎額（C）
+	小計	+	保険者支援制度（介護分）
小計	◇国保事業費納付金（dの県計）	小計	◇国保事業費納付金（dの県計）
▲	保険者支援制度（介護分）	▲	保険者支援制度（介護分）
▲	過年度の保険料収納見込み（介護納付金分）		
+	▲ 条例減免に要する費用（保険料分）		
小計	◇標準保険料総額（eの県計）	小計	◇統一保険料総額（eの県計）

(参考) 令和6年度からの納付金算定における市町村歳入の取扱いについて

基本的な考え方

○保険料水準の統一に係る納付金算定方式の変更により、R6以降、表①の納付金算定上の減算項目は、マクロベース(県全体)の納付金算定基礎額における減算項目に位置付けられ、納付金総額の圧縮(⇒統一保険料の抑制)のために用いられる。

※表①に記載がない歳入は、従来どおり、各市町村が充当先を自由に判断。

○なお、納付金は、市町村の保険給付費等に対する県の普通交付金の財源となるものであることから、表②の納付金算定上の追加加算項目と連動して、県の普通交付金対象経費についても、表③のとおり拡大となる。(※市町村ごとに実施内容が異なる事業(保健事業、条例減免の要する費用等)は、納付金の算定除外項目とする。)

表①

納付金算定上の減算項目(納付金に加算される市町村の歳入)

地方単独事業の減額調整分
国・特別調整交付金(精神結核等)※R12～
保険者支援制度
出産育児一時金(法定繰入分)
財政安定化支援事業
特定健康診査等負担金(国負担分及び県費負担分)(注)



納付金総額の圧縮(=統一保険料の抑制)

表①(注)特定健康診査等負担金について

・特定健康診査等に要する事業費は全額を納付金算定上の加算項目とした上で、国負担分及び県費負担分を減算項目とする。残る市町村負担分については、県全体の算を通じて各市町村の納付金額に反映される。

表②

納付金算定上の追加加算項目(被保険者への市町村の歳出)

出産育児諸費
葬祭諸費
特定健康診査等費



表③

普通交付金対象経費(追加分)

出産育児諸費
葬祭諸費
特定健康診査等費

※被保険者への市町村の歳出のうち、R6以降、出産育児諸費等については、県から市町村への普通交付金の対象となる。

- 保険料率は、市町村の徴収能力（収納率）等の実態を踏まえ、保険料必要額を確保できる率とするため、当該額を標準的な収納率で割り戻して算出された賦課総額を基に率算定がされており、滞納者分を他の被保険者が余分に負担する構図となっている。
- 実態よりも大幅に高い収納率を基に保険料率を算定した場合、その分の保険料率が引き下がり、結果として市町村は必要な保険料の収入に不足をきたす可能性がある。

<標準的な収納率>

- 平成30年度の都道府県単位化に伴い導入された国保事業費納付金が、各市町村で必要となる保険料の水準を決定する仕組みとなっている。
- 現在の納付金算定においては、市町村別の標準保険料率を算定する際に使用しており、保険料必要額を標準的な収納率で割り戻すことで、各市町村ごとで必要となる賦課総額を算出している。（＝現在は標準的な収納率は国保事業費納付金の額には影響しない）
- 今後、県内国保の保険料水準を統一するためには収納率の高低で統一保険料率が変化しないよう標準的な収納率によって、納付金の額を調整を行うことが基本となる。



- 上記を踏まえると、標準的な収納率は、100%に近いほど被保険者の負担が軽減され、また、市町村の格差が小さいほど市町村間の公平性が確保されるため、当該率の設定に当たっては、各市町村の実態を踏まえた実現可能な水準としつつ、かつ、低い収納率に合わせることなく、被保険者の負担軽減等が最大限度図られるよう設定する必要があると考える。
- 市町村の格差の要因については、徴収努力以外の要素も考えられるため、各市町村の実態を把握する必要があり、別途調査を実施中。
- 見通しについては、統一の取組を先行している奈良県の事例等を参考に被保険者の負担軽減と市町村の徴収努力の実態を考慮した率としたい。
※奈良県は市は97%、町村が99%を標準的な収納率に設定。

資産割の取扱いについて

現状・課題

- 4方式を採用している市町村:12
- すべての市町村で今後廃止、又は廃止の検討を進めるとされている

目指す方向

- すべての市町村で3方式に移行する(資産割の廃止)
 - H30から標準保険料の算定では3方式を採用していることから
 - 令和5年度までの廃止(6年度には統一基準に基づく算定を開始)

以後の対応

- (4方式の市町村)資産割の廃止に向けた取組を進める

＜令和3年度第1回作業部会で協議済＞

○とりまとめ案:3方式への移行(資産割の廃止)

介護納付金の算定方法について

現状・課題

- 3方式の市町村:29 2方式の市町村:5
- 3方式・2方式の採用について、その経緯や明確な根拠が不明

目指す方向

- **所得割＋個人割の2方式への移行を検討**
 - 介護保険料は40～64歳の被保険者個人を対象として賦課されるものであり、所得が少ないにも関わらず被保険者数の多い世帯の負担が過重となることを緩和させるための世帯割の適用はなじまないと考えられるため
- **移行時期:令和6年度までにいずれの方式とするかを定め、12年度までに移行する対応を検討**

以後の対応

- 2方式に移行した場合の影響額の試算(均等割への影響)
- 2方式・3方式のいずれかによる統一、統一時期(4年度中に方向付け)
＜令和3年度第1回・第2回作業部会で協議済＞

○とりまとめ案 R12までに2方式に移行

検討経過

- 「県内のどの市町村に住んでいても、同じ所得、同じ世帯構成であれば同じ保険料」とするためには、国保料（税）減免基準についても統一が必要



- 県内各市町村の状況を調査の上、市町村数や最小基準による基準策定を目指したが、調査の結果各市町村の基準がバラバラであったため断念
- 大阪府の例を参考に、既に県内統一基準として運用されている、本県後期高齢者医療制度の減免基準をベースに検討することを提案

→問題なし24団体、追加や削除が必要5団体、その他3団体

方向性（案）

- 本県後期高齢者医療制度の減免基準をベースに、追加や削除が必要として頂いている御意見について検討を行い、令和5年度中の確定を目指す
- 各市町村は統一保険料の経過措置期間中（令和6～11年度）に、統一基準に移行する。
- 減免については、納付金算定には含めない（現行どおり）

賦課限度額について

現状・課題

- 国保料(税)は、国保法施行令又は地方税法で賦課限度額が定められている
- 賦課限度額は市町村ごとに決定している(条例等による規定)
- R4年度は、高知市以外は法定の賦課限度額を適用(なお、従来から高知市も1年後に対応するケースが多い)

方向性

- 統一保険料(税)による納付金算定では、賦課限度額は法定の限度額とする
 - 経過措置期間までに、全市町村で同一の時期に改定するようにする

作業部会での議論

- 目指す方向への課題について

- 具体的な対応は今後検討が必要だが、R12年度までの経過措置期間中の対応を想定

第7章 市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項

市町村が担う国保の事務については、本県は小規模な保険者が多いこともあり、これまで国保連合会を中心にして、広域化・効率化を図ってきましたが、今回の制度改革を機に一層の国保事務の広域化・効率化の促進を図ります。

1 共同実施事業

医療費通知、後発医薬品の差額通知及び被保険者証等の印刷や国保のしおり等の被保険者への啓発用冊子の作成などについて、引続き共同で実施します。

また、専門性を有するレセプト点検員の確保が困難な市町村を対象とするレセプト二次点検の国保連合会での受託実施を拡充します。(再掲)

2 保険料(税)減免基準の統一

保険料(税)の減免基準が市町村間で統一されていないことから、県内市町村の減免基準の統一に向けて取り組みます。

3 出産育児一時金・葬祭費の支給額について

出産育児一時金については、全市町村42万円に統一されており、引き続き全市町村同額とします。

葬祭費については、現状では3万円から5万円の幅があることから、格差を縮小するよう取り組みます。

4 申請書等の様式の統一

被保険者からの各種の申請書の様式について、現在は各市町村で定められていますが、可能なものについては、県内市町村が統一した様式となるよう、市町村事務処理システムの様式を参考に、統一化に向け取り組みます。

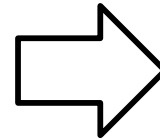
なお、統一する様式については、今後市町村と協議を行います。

5 研修会等の実施

県及び国保連合会で実施している市町村向けの研修会については、国保事務の適正化等を進めるために、内容等の充実を図りながら引き続き実施します。

出産育児一時金について

出産育児一時金については、既に政令で定められた額で統一されていることから引き続き、政令で定められた額とします。



葬祭費の取扱いについて

現状・課題

- 葬祭費は保険者(市町村)が条例等により給付内容及び給付額を規定して任意に給付できるもの
- 給付額ごとの市町村数 3万円:27 4万円:3 5万円:4
(ただし、被保険者数のシェアでは3万円とそれ以外がほぼ同じ状況)
- (参考)協会けんぽの埋葬料:5万円 後期高齢者医療の葬祭費(高知県):3万円

検討内容

- すべての市町村で同一の給付金額・要件とする
 - 「保険料負担の統一＝受益の公平性確保」の観点から

案①5万円 の場合

- 給付の切り下げにならない
- 給付額試算(R2給付額ベース)で増加額は1人あたり70円程度
- 協会けんぽでの同等の給付(埋葬料)と同水準
- 被保険者数割合では、この額での給付が半数近く

案②3万円 の場合

- 給付額が減となる市町村で説明等の対応が必要
- 統一保険料の負担を少しでも少なくする考え方
- 高知県内の後期高齢者医療での同等の給付と同水準
- この額で給付を行う団体が多数

確認事項

- 令和6年度からの納付金算定においては、葬祭費支給額は「3万円」とする
- 各市町村で額の改定が必要な場合は、令和12年度まで(経過措置期間中)に行う

各検討項目の方向性（案）①

区分	項目	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	
全体	国保運営方針	第2期運営方針			第3期運営方針			第4期運営方針			第5期	
	保険料水準の統一				納付金ベースの統一※経過措置あり							完全統一
	医療費指数反映係数 α	$\alpha = 1$			$\alpha = 0$							
財政	地方単独事業減額調整分	市町村ごとで算定			<p style="text-align: center;">県単位で算定</p> <p style="text-align: center;">※県が算定上示す額を全団体に毎年度一般会計から繰入を行う。（=要予算化）</p>							
財政	審査支払手数料	市町村ごとで算定			県単位で算定（納付金に含める）							
	都道府県の事務費	該当なし			※統一の取り組みとして実施するものについては県単位での算定を検討							
保健 財政	保健事業	市町村ごとで算定			<p style="text-align: center;">県単位で算定（納付金に含める）（保険料を財源とするもの）</p> <p style="text-align: center;">※県版データヘルス計画において共通目標や指標に関する事業分</p> <p style="text-align: center;">算定対象外</p> <p style="text-align: center;">※市町村独自事業分（財源：市町村向け公費）</p>							
財政	特定健康診査等に要する費用	市町村ごとで算定			県単位で算定（納付金に含める）							
財政	直診勘定繰出金	市町村ごとで算定			算定対象外							
財政	出産育児諸費	市町村ごとで算定			<p style="text-align: center;">県単位で算定（納付金に含める）（全市町村42万円）</p> <p style="text-align: center;">※政令で定められた額</p>							
財政	葬祭諸費	市町村ごとで算定			※支給基準の統一後は県単位で算定（納付金に含める）							

納付金ベース

標準保険料率ベース

各検討項目の方向性（案） ②

区分	項目	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
財政	育児諸費	市町村ごとで算定			算定対象外						
財政	その他の保険給付	市町村ごとで算定			統一が必要な保険給付があれば、県単位での算定（納付金に含める）を随時検討						
財政	条例減免に要する費用	市町村ごとで算定			算定対象外 県単位で算定（納付金に含める）※基準の統一が必要						
財政	予備費	市町村ごとで算定			算定対象外※市町村の予算計上を妨げるものではないが、保険料を財源としない						
財政	財政安定化基金償還分（市町村毎の返済分）	貸付を受けた市町村ごとで算定 ※償還がある市町村の統一保険料は高くなる（統一の例外）									
財政	その他の基金	市町村ごとで算定			算定対象外※市町村の予算計上を妨げるものではないが、保険料を財源としない						
財政	高額医療費負担金	市町村ごとで算定			県単位で算定（納付金に含める）						
財政	特別高額医療費共同事業負担金	県単位で算定									
財政	特別調整交付金（県分）	県単位で算定									
財政	特別調整交付金（暫定措置分、追加激変緩和分）	市町村ごとで算定 ※R5で終了予定									
財政	保険基盤安定負担金（保険者支援分）	市町村ごとで算定			県単位で算定（納付金に含める）						
財政	特別調整交付金（市町村分）	市町村ごとで算定			県単位で算定（納付金に含める）※算定可能なものに限る						
財政	県2号繰入金	市町村ごとで算定			算定対象外※経過措置的なものを除き納付金の財源としない						
財政	保険者努力支援制度（市町村分）	市町村ごとで算定			算定対象外※経過措置的なものを除き納付金の財源としない						

標準保険料率ベース

納付金ベース

標準保険料率ベース

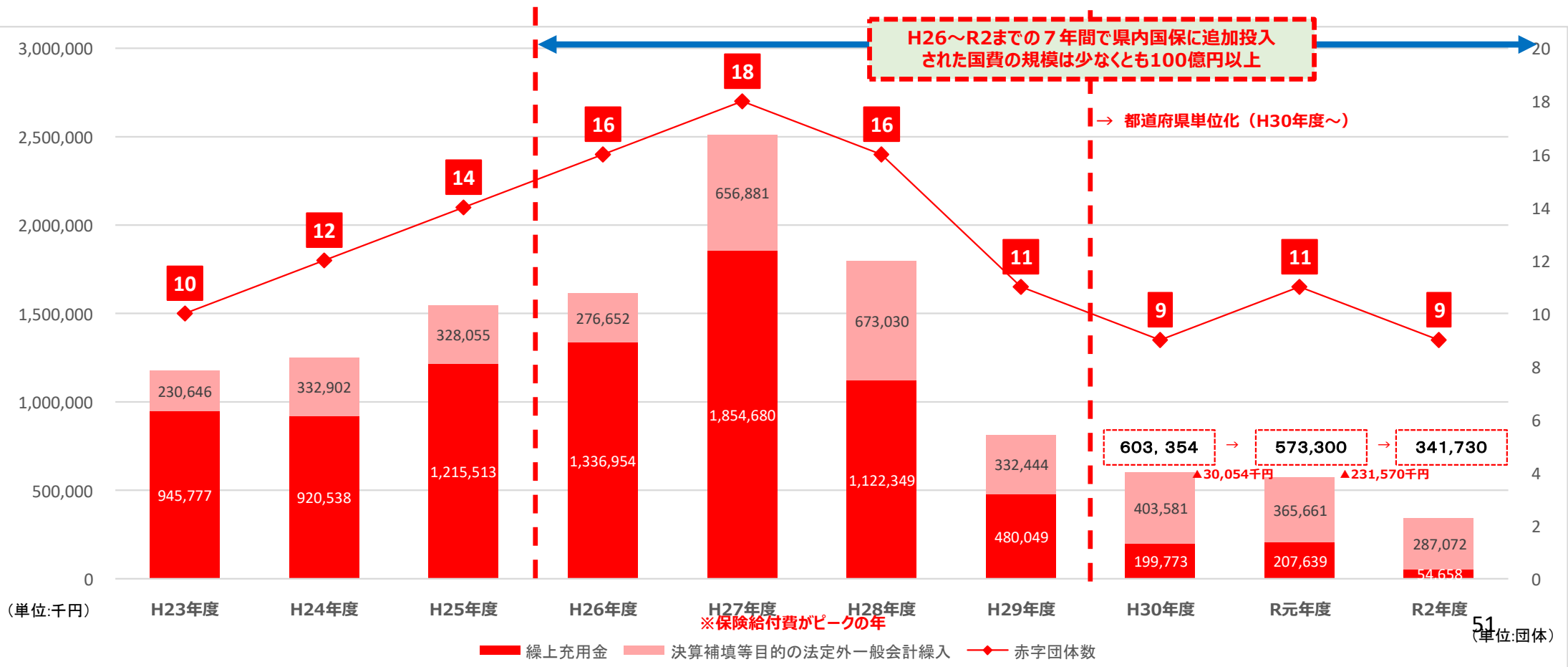
各検討項目の方向性（案） ③

区分	項目	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
財政	特定健康診査等負担金	市町村ごとで算定			県単位で算定（納付金に含める）						
財政	過年度の保険料収納見込み	市町村ごとで算定			※標準的な収納率の設定と合わせて要検討						
財政	出産育児一時金（法定繰入分）	市町村ごとで算定			県単位で算定（納付金に含める）						
財政	財政安定化支援事業	市町村ごとで算定			市町村ごとで算定（総務省調整課通知に基づく繰入基準の全額を予算化） ※保険料のバラツキの要因にならないように要調整						
財政	法定外一般会計繰入金（決算補填等目的以外）	市町村ごとで算定			地単繰入分のみ県単位で算定 ※他に調整が必要な項目はないか要検討						
事務	目標収納率	市町村規模別で設定			※要検討						
財政	標準的な収納率	市町村規模別で設定			※要検討						
財政	激変緩和措置	現行の激変緩和措置は段階的に縮減中			納付金算定方式の統一に伴う新たな激変緩和措置の導入 ※対象範囲、方式等は要検討						

標準保険料率ベース

県内国保の赤字の状況

- 県内市町村国保では、全国と比較して、保険給付費が高く、平均所得が低いため、被保険者の負担が重いことから、本来の適切な保険料率設定等ができず、赤字が膨らんでいた。（赤字団体：10団体（H23）→18団体（H27））
- 平成27年度をピークに保険給付費が減少に転じたことや、国保料（税）の引き上げ、消費税増税等を活用した財政支援の拡充、前期高齢者交付金の増加等により、赤字額は減少に転じている。（赤字団体：18団体（H27）→9団体（R2））
- 一方で赤字団体以外でも依然、単年度収支が赤字の団体は多く、基金の取り崩し等による保険料不足の補填が行われているため、全体の資産（繰越金+基金）は減少傾向。（単年度収支が赤字の団体：19団体（うち、赤字団体9団体））



【論点】

- 国民健康保険の財政を安定的に運営をしていくためには、受益者である被保険者の保険料と法定の国庫負担金等の公費により必要な支出を賄い、当該年度の収支を均衡させることが運営の基本となる。
- 市町村のこれまでの政策として保険料（税）の負担緩和を図るためなど、決算補填等を目的とした法定外の一般会計繰入や前年度繰上充用（以下、「**赤字繰入等**」）が行われているため、各市町村ごとの保険料負担の格差の要因の一つとなっている。
- 赤字繰入については、住民全体の受益に係る一般会計からの決算の補填等を目的とした繰入を行うことは、被保険者間の公平性の確保の観点から好ましくないと考えられるため、県はこれまでも赤字削減・解消計画の作成等を通じ、実態に応じた期間で、段階的に解消していただくように市町村に対して助言を行ってきた。
- また、上記以外でも、基金等の他の財源による保険料不足の補填が行われている。
- 今後の統一保険料の導入に向けては、被保険者間の公平性の確保の観点から、各市町村が行っているこれらの保険料補填を解消していく必要がある。

※ 保険者努力支援制度において、県分と市町村分の双方の取組指標となっており、現在赤字繰入等の解消を行うと大幅な加点が見込まれ、県と市町村の国保特会に入ってくる公費が増加することとなる点にも今後は留意が必要。県の国保特会の歳入が増加すると納付金総額の抑制につなげることが可能となる。

（参考）令和5年度実施分の評価算定（市町村指標⑥及び県指標③：法定外繰入の解消等）
令和3年度決算において決算補填等目的の法定外一般会計繰入等を行っていない場合 ⇒ **30点加算**

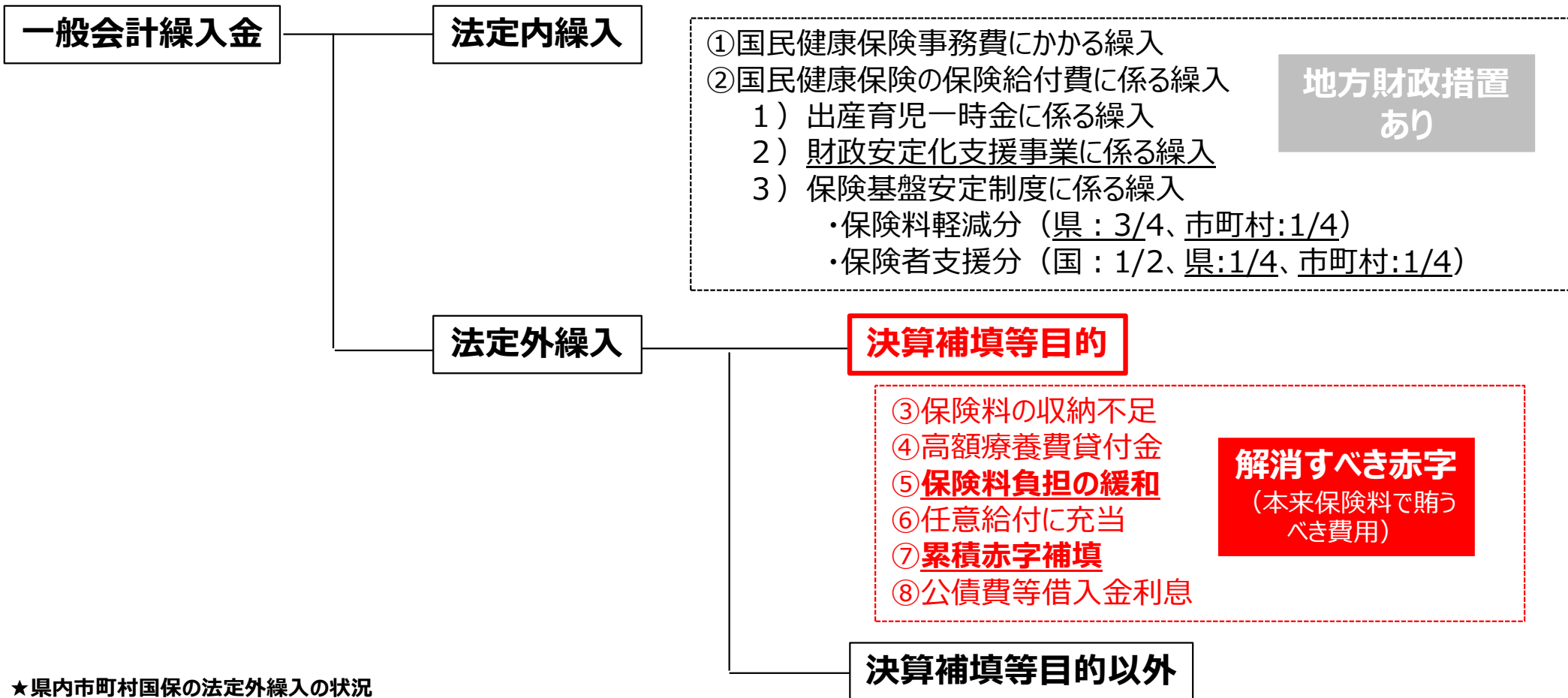
（参考）市町村国保の赤字の推移（H29～R2）

	H29	H30	R元	R2
室戸市	87 (193)	157 (55)	143	45
安芸市	70 (149)	71 (61)	87 (60)	87
土佐市	(100)	(84)	(107)	(55)
須崎市	(21)	-	-	-
香南市	-	-	7	5
土佐清水市	-	-	(40)	-
東洋町	29	-	3	-
奈半利町	4	5	21	25
安田町	24	21	33	31
芸西村	41	40	50	46
中土佐町	13	53	14	36
四万十町	4	-	-	-
黒潮町	60 (18)	51	-	-
大月町	-	5	-	-
三原村	-	-	9	12
赤字繰入繰上充用	332 (480)	404 (200)	366 (208)	287 (55)
赤字団体	11団体	9団体	11団体	9団体

※上段赤字は赤字繰入分、下段の括弧書きは繰上充用（累積赤字）

【方向性】

- **赤字繰入等**（＝解消すべき赤字）については、現行の「赤字削減・解消計画」が令和8年度までの計画となっていることや、統一保険料の目標年度を踏まえ、令和8年度を目処にできる限り早期に解消できることが望ましい。
- 上記以外の保険料補填については、統一の目標年度までに被保険者負担の急激な変化とならないよう計画的な解消を行う。



地方財政措置あり

解消すべき赤字
 (本来保険料で賄うべき費用)

★県内市町村国保の法定外繰入の状況

	H28	H29	H30	R元	R2
金額 (百万円)	1,213 (673)	953 (332)	836 (404)	802 (367)	674 (287)
該当市町村数	25 (13)	24 (9)	22 (8)	23 (9)	22 (8)

※ () 内は決算補填等目的の法定外一般会計繰入

出典：総務省調整課通知及び
 厚生労働省調査資料から作成

目次

1

基本的な事項

2

県内国保の保険料水準の統一

3

統一保険料への移行

4

統一保険料の増加の抑制

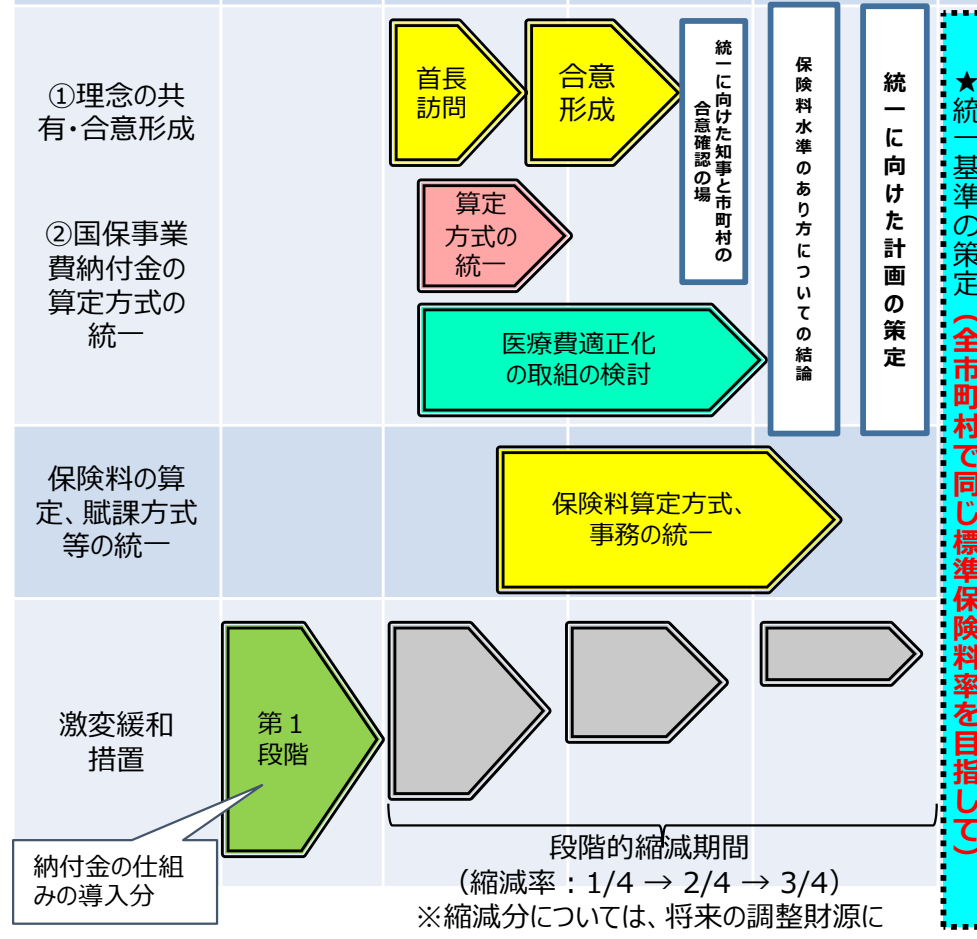
5

医療提供体制の確保

6

国保事務の広域化・標準化

令和12年度までのスケジュール（案）



P

★統一基準の策定（全市町村で同じ標準保険料率を目指して）

※保険料の算定、賦課方式については、経過措置期間中に統一。

※激変緩和措置については令和4年度中に具体的な制度設計を実施する。

※R8年度に中間見直しを実施予定

★保険料水準の完全統一

「どの市町村に住んでいても、同じ所得、同じ世帯構成であれば同じ保険料に」

(案)

令和5年度末までに統一基準を策定し、令和12年度の統一を目指す。
また、令和6年度から令和11年度までの6年間の経過措置期間を設け、その間、激変緩和措置を講じる。

背景

- 将来の統一保険料の導入を目指すためには、被保険者負担の急激な変化とならないよう、段階的・計画的に保険料の見直しを行う必要があることや、実態面の統一に時間を要する項目も予想されるため、統一基準を早期に固めた上で、経過措置期間を設けて段階的な統一を目指す必要がある。
- このため、令和5年度末までに統一基準を策定し、6年間の経過措置期間を設けて、令和12年度の統一を目指すこととしてはどうか。

留意事項

- 人口減少、少子・高齢化が全国よりも先行しており、国保の一人当たり医療費が増加している中で、今後も被保険者が減少し、小規模な市町村が増えていく見込みであることや、可能な限り早期に、県全体で医療費適正化の努力を開始する必要がある。
- 国保運営方針を始め、関連する医療計画、地域医療構想、医療費適正化計画、国保データヘルス計画等の計画期間が6年間である。
- 既に保険料水準の統一に向けた取組を先行している大阪府や奈良県では、6年間の経過措置期間を設け、統一に向けた取組を推進している。
※ 令和4年1月に実施した統一保険料の試算結果についての市町村意見照会において、6年間の経過措置期間を設けた上で、統一の目標年度を令和12年度とすることについて、2/3を超える市町村が目標として妥当または前倒しが必要、条件付き賛成といったご意見であった。※次頁参照
- 統一を行う前提条件として、経過措置期間終了までに、各市町村が、それぞれの国保財政運営の適正化等に努める必要がある。
- 今後も国の医療保険制度改革は段階的に行われていくことや、市町村の状況の変化を確認しながら、現実的な対応を行っていく必要があること。

その他

- 令和12年度を統一の目標年度にする案に対して、慎重なご意見も見られることや、令和4～8年度にかけての団塊の世代の後期高齢者医療制度への移行に伴う影響等について評価するために、令和8年度を目処に、その時点での各市町村の医療費適正化等の取組状況や県内国保の医療費水準の変化等を踏まえた中間見直しを行い、統一の目標年度について検証を行うこととしてはどうか。

※令和4～8年度は前期高齢者の大幅な減少に伴い、一人当たりの保険給付費、後期高齢者支援金、介護納付金の、前期高齢者交付金等の毎年度の変動が見込まれる。

県の提案に対する各市町村のご意見		主なご意見
賛成	20	<ul style="list-style-type: none"> ○可能な限り早い時期に統一した方が、現行の保険料率との差が最小限に抑えられるのではと考えるため、検討期間を考えると妥当な時期と考えている。 ○実質8年程度で調整となるため、期間としては妥当。 ○県の示すスケジュール及び国保運営方針が3年単位で改正であることを考慮すると、国保運営方針の2期に相当する6年間は妥当であると考えている。 ○財政運営が都道府県となっていることを踏まえると県主導により出来るだけ早く統一を目指すべきだ。 ○各市町村において解決すべき課題は速やかに取り組みを進め、統一に向けた議論が整い次第、令和6年度から統一保険料を導入するスケジュールに賛成 ○このスケジュールで、町の税率を上げる予定であるため賛成。 ○被保険者の急激な変化を避けるためにも6年間くらいの経過措置期間が必要であると考えている。その経過期間の中で、段階的に保険税率を上げていき完全統一にスムーズに移行できるようにしたいと考える。 ○保険料水準の統一について、R4に決定事項となれば、一定の期間を設けて統一することでよいと思う。期間の長さ等は全体のバランスをみて決定していただければと考える。
反対	1	<p>○試算結果によると、統一による被保険者負担の増加が大きい中で、本市では、今後減少するとはいえ現状5,000人を超える被保険者がおり、令和12年度も保険基盤を維持できないほどまでは減少はしないと想定していますので、令和6年度の統一保険料、令和12年度の完全統一ともに導入年度を後年度に設定していただくように要望します。</p> <p>ただし、その前段として、医療費適正化を県下的な取組として進める必要があるとは思いますが、先行して取り組みを実施してはどうかと提案します。そうすることで市町村間での医療費水準の幅が少なくなり、α見直しの負担が少しでも和らぐのではないかと考えます。</p>
その他	13	<p>【目標年度の前倒しや条件についてのご意見（5）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○できるだけ早く統一していただきたい ○先行団体から10年以上の遅れが生じるため、完全統一の早期実施に向けて期間短縮を望む。 ○ある一定の期間を考慮するとなると令和12年度が無難とは思っている。ただ、余裕があればあるほど統一に向けての調整が難しくなることも考えられ、令和9年または10年頃でもいいのではないかと考える部分もある。 ○令和6年度からの統一保険料及び納付金との現行案であるが、導入までに保険料適正化及び医療費適正化の共通基準が必須である。令和12年度の完全統一を目標としながら、共通基準が全市町村で達成できる時点からの完全統一とすべきである。 ○いずれ村単独での運営は難しくなってくるのが予想されるため反対でもない。 <p>【それ以外（8）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○今後の検討状況によっては部分的に統一しないという選択肢も考えられるため「完全統一」として進めていくことについては検討する必要があると考える。 ○保険料水準統一の議論の順序として、先に統一の時期を設定してそこへ向けて議論を行うのではなく、議論を深め、実際に医療費適正化、事務の統一等を図った先に統一保険料の導入があるものとする。 ○課題となっている具体的な検討事項については、十分な議論を経て、公平性を確保し持続性を確認したうえで行うべき。 ○統一の目標年度については、令和12年度を第1段階とし、第2段階で完全統一を目指すようにしてはどうか。 ○被保険者の労働人口や高齢者人口の減といった構造上の変化がでてくることを踏まえ、8年度から経過措置期間を設け、14年度に完全統一を目指すといったスケジュールも検討して欲しい。

(案)

必要な激変緩和措置を講じることを前提に、令和6年度から納付金算定における医療費指数反映係数 $\alpha = 0$ とし、各市町村ごとの医療費と保険料の関係を切り離したうえで、統一保険料を導入する。

- 一人当たり保険給付費、後期高齢者支援金、介護納付金の負担が上昇しており、将来の被保険者の負担は増加していかざるを得ない見通し。
- 令和4年度から令和6年度にかけて、団塊の世代が後期高齢者医療制度に大量移行するため、保険給付費総額等と前期高齢者交付金（2年後の精算措置あり）とのバランスが毎年度大きく変わることで、納付金総額の急増急減が起こりやすく、それに伴い、各市町村の標準保険料も変動しやすい。
- 下記の表については、県提案の統一目標を令和12年度とした場合について、3パターンの取扱いを参考に提示したもの。

	メリット	デメリット・課題
①令和11年度まで $\alpha = 1$ を維持した場合	<ul style="list-style-type: none"> ○個別市町村ごとの医療費適正化のインセンティブが継続する。 →ただし、全ての団体に医療費水準が年々増加している状況であり、この仕組みの有効性については評価が難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ○個別市町村の納付金の推計が困難。 →毎年度、予測が困難な医療費水準の変動によって、各市町村の納付金及び標準保険料率が変動する。 特に小規模な保険者では高額医療が多発すると納付金の急増急減が発生し、財政運営が不安定化しやすい。 ○<u>計画的な保険料の見直しが困難</u>。 ○統一の目標年度に大幅な税率改定が発生する可能性がある。
②経過措置期間中に α を段階的に引き下げた場合 ($1 > \alpha > 0$)	<ul style="list-style-type: none"> ○段階的な引下げが激変緩和措置となる。 →αの段階的な引き下げそのものが激変緩和措置としての機能を持つことになるため、激変緩和財源を納付金の抑制等に活用することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○個別市町村の納付金の推計が困難。 →毎年度、予測が困難な医療費水準の変動によって、各市町村の納付金及び標準保険料率が変動する。 ○<u>計画的な保険料の見直しが困難</u>。 →経過措置期間中の各市町村ごとの医療費水準を推計することは困難 ○経過措置期間中における各市町村の保険料の改定は、各市町村の努力に委ねることとなる。
③令和6年度から $\alpha = 0$ とした場合	<ul style="list-style-type: none"> ○<u>受益と負担が明確</u>となり、各種の取組の効果が見えやすくなる。 ○毎年度の納付金の急増急減が生じにくくなる。 ○小規模な保険者の保険財政が安定する。 ○経過措置期間中の各市町村の納付金の推計が可能となるため、<u>計画的な保険料の見直しが検討しやすくなる</u>。 ○県全体で医療費適正化に取り組む必要性がより明確になる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○各市町村ごとでの医療費適正化のインセンティブが後退しやすい。 →県全体で医療費適正化に取り組む仕組みや各市町村のこれまでの努力の継続について検討する必要がある。

統一保険料の導入に向けた取り組みの方向性について

- 令和4年8月22日に、令和12年度に県内国保の保険料水準の統一を行うことについての知事と市町村長の合意がなされたことから、全市町村が令和12年度に統一保険料に移行できることを前提に検討を進める必要がある。
- 特に、統一による納付金算定方式の見直しに伴う保険料負担の変化や今後も一人当たりの保険給付費等の増加に伴う保険料負担の増加が見込まれることを念頭に、被保険者の負担の急激な増加を可能な限り避けつつ、計画的な保険料の見直しを行っていくための具体的な方策が必要となる。
- また、各市町村ごとでこれまでの国保運営の経過や現状が大きく異なっているため、各市町村の状況に配慮した対応も必要となる。

課題①

- **全市町村が計画的に保険料の見直しが行える環境の確保。**

<これまでの市町村からの主なご意見>

- 統一によって保険料がどうなるかを示して欲しい。
- 市町村は毎年度保険料を引き上げることは不可能。
- 毎年度の納付金の水準を急増急減させないで欲しい。

将来推計の実施

- 令和12年度の医療給付費等の推計を行い、その推計を元に国保事業費納付金及び必要保険料を推計。
- 将来的に県全体で保険料が上がっていかざるを得ない要因を明確にする。(例：高齢化、医療の高度化等)
※全ての団塊の世代が後期高齢者医療制度に移行した後の令和8年度に再推計を行うことを前提とする。

実施時期：令和5年7月頃

課題②

- **各市町村被保険者に最大限配慮した計画的な保険料の見直しについての見通しの確保。**
- **赤字等の補填の解消**

<これまでの市町村からの主なご意見>

- 保険料の見直しを事前に議会や住民に説明していく必要がある。
- 推計の数字が一人歩きして、被保険者の不安に繋がらないようにして欲しい。
- 基金の活用等、財源の見直しを持つ必要がある。

保険料方針の策定

- 県が行う将来推計をベースに、各市町村は令和12年度に向けた保険料の見直し計画を策定。
⇒ 県は令和12年度までの各年度の納付金基準額を提示
⇒ 各市町村は毎年度の必要保険料を試算し、被保険者負担の変化に最大限配慮したシミュレーションを行う。

実施時期：令和5年7月以降

課題③

- **統一による算定方式の見直しに伴う保険料負担の変化への対応。**
- **年々増加傾向にある将来の保険料負担の増加の抑制。**

<これまでの市町村からの主なご意見>

- 統一による保険料負担が増加する団体については、被保険者の負担が急激に増加しないような慎重な対応が必要。
- 少しでも保険料が安くなる環境が必要。
- 県の基金を活用した保険料抑制を行って欲しい。

激変緩和措置・保険料の抑制策

- 統一により保険料負担が増加する団体には適切に激変緩和措置を講ずる。
- 県と市町村が協力し、保険者努力支援制度交付金等の、納付金の抑制に活用可能な公費のさらなる確保、有効活用を目指す。
- 県の基金は「年度間調整」の観点から有効に活用。
⇒ 県と市町村の努力によって増加が見込まれる公費の59%の納付金抑制効果については将来推計に反映する予定。

新たな激変緩和措置の方向性について

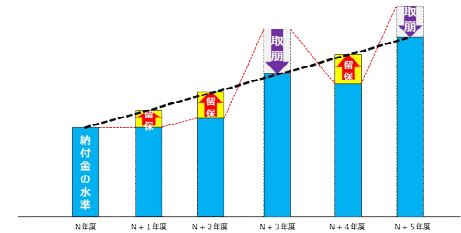
1. 激変緩和措置の必要性

- 統一保険料の導入に伴う算定方式の見直しにより、標準保険料ベースでの保険料負担が増加する団体が出てくる。
 - 保険料の完全統一までの間、被保険者にとって年度間の急激な負担の変化が生じないように対策を講じる必要がある。
- ※ 市町村間の公平性を確保するために、経過措置期間中において適正かつ計画的な経営努力を行うことが激変緩和措置の要件となるのではないかと。

2. 激変緩和措置の方向性（案）

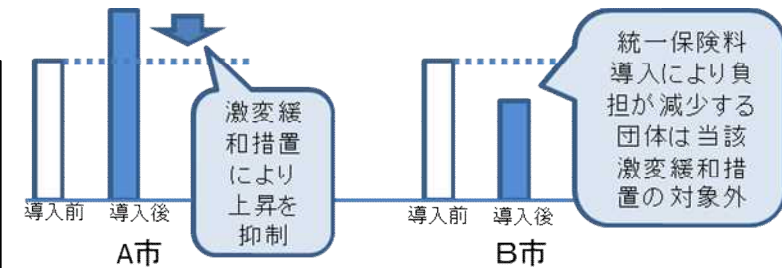
① マクロベースでの調整

- ・今後、県内国保の医療費及び納付金水準の将来推計を行うことを前提に、納付金の伸び率を長期的に一定に保つ調整を県全体で行うことで、経過措置期間中の市町村の計画的な取組を支援。
- ・調整財源としては、県の国保財政調整基金を活用予定。



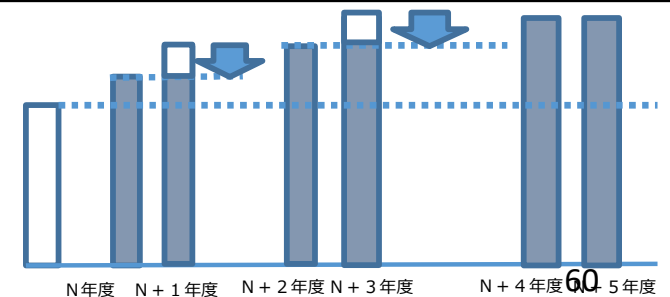
② ミクロベースでの調整

- ・各市町村ごとの算定の変化を踏まえた調整を実施。
- ・例えば、統一保険料導入の前後の標準保険料ベースの負担の変化を市町村ごとで比較し、算定方法の見直しによって負担が増加する団体に対して、可能な限り、県繰入金等の毎年度の経常的な収入を活用し、納付金額を圧縮することを想定。



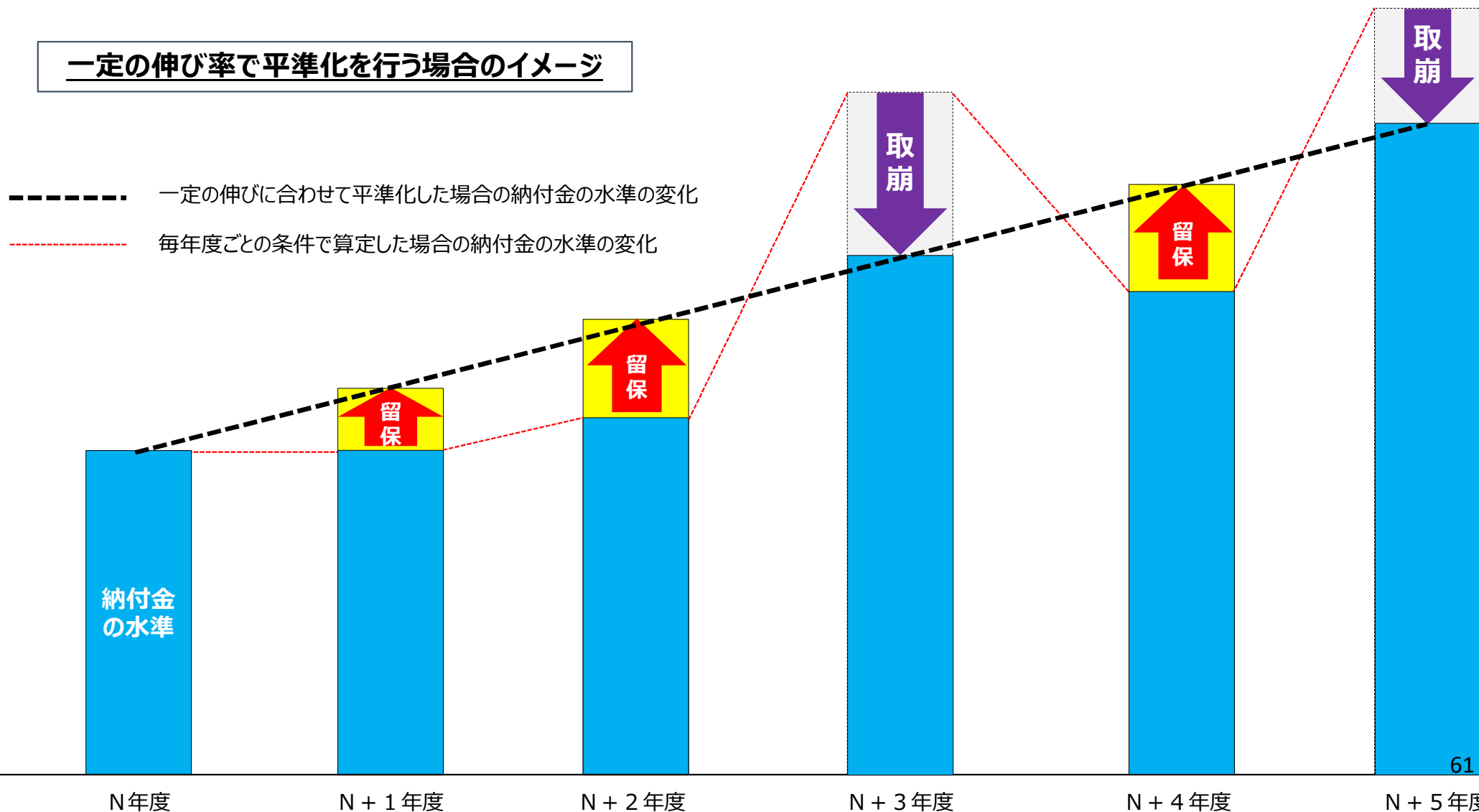
③ 市町村独自の調整

- ・一定のルール下で計画的な取組を行うことを前提に、市町村が独自調整を行う仕組みの導入を検討する。
- ・財源は各市町村が市町村の基金等を想定。（一般会計からの赤字繰入を行わないことが前提）
- ・前提条件として、完全統一までの計画的な保険料引き上げが前提となる。



- 県の国保財政調整基金については、県内国保の医療費及び納付金水準の将来推計を行った上で、毎年度の納付金水準の平準化に活用していく。
⇒ 具体的には、将来推計から導き出される一定の伸び率を元に、医療費が増加（減少）し、納付金が急激に増加（減少）する年は、県の基金の取崩し（積立て）を行うことで、毎年度の納付金の増減を一定の範囲内に調整する。

一定の伸び率で平準化を行う場合のイメージ



丈比への対象

- 全体の共有財源を活用することから、激変緩和措置の対象額の算定にあたっては、市町村間の公平性を確保する必要がある。
 - 納付金算定ガイドラインでは、激変緩和の比較を標準保険料ベースまたは、納付金額ベースで行うこととされている。
- R6～11年度で行う新たな激変緩和措置について、**被保険者一人当たりの納付金額の増加額を対象に行う**こととしてはどうか。
- なお、比較の基準値の設定は、激変緩和措置前のR5年度の各市町村の一人当たり納付金額を用いることとする。
- ⇒ **実保険料は比較対象として採用しない。**（赤字・保険料軽減目的繰入の解消分が激変緩和対象に含まれてしまうため。）

理由

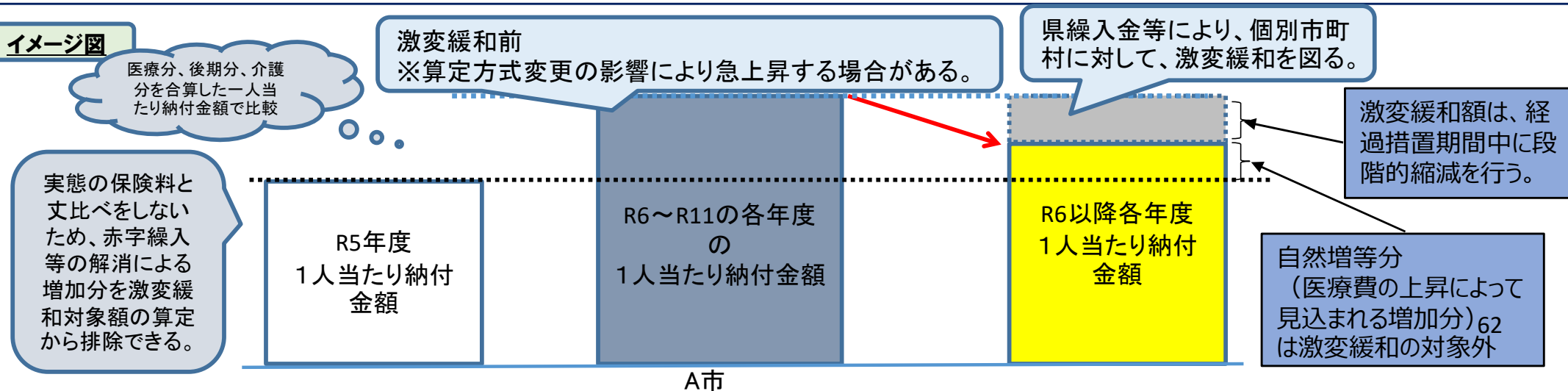
- ・標準保険料は、市町村ごとの予算の見込み値を使用しており、市町村ごとに見込み方にばらつきがあるため、基準値として納付金額を採用することが妥当であると考えられるため。
- ・被保険者の負担の増加を緩和することを目的としているため、各市町村の納付金総額ではなく1人当たりの納付金額を比較したほうが適切であるため。

<参考> 現行の激変緩和措置の整理

（被保険者1人当たりの納付金額での比較）

※標準保険料を算出する際は、国特別調整交付金や保険者努力支援制度、県2号調整交付金など、市町村にとって年度間のばらつきが大きい経費が含まれることから、年度間のばらつきがより大きくなるため、激変緩和の検討には適さない。一方、納付金額はそのような経費の調整を含まないので、年度間のばらつきが少ない。

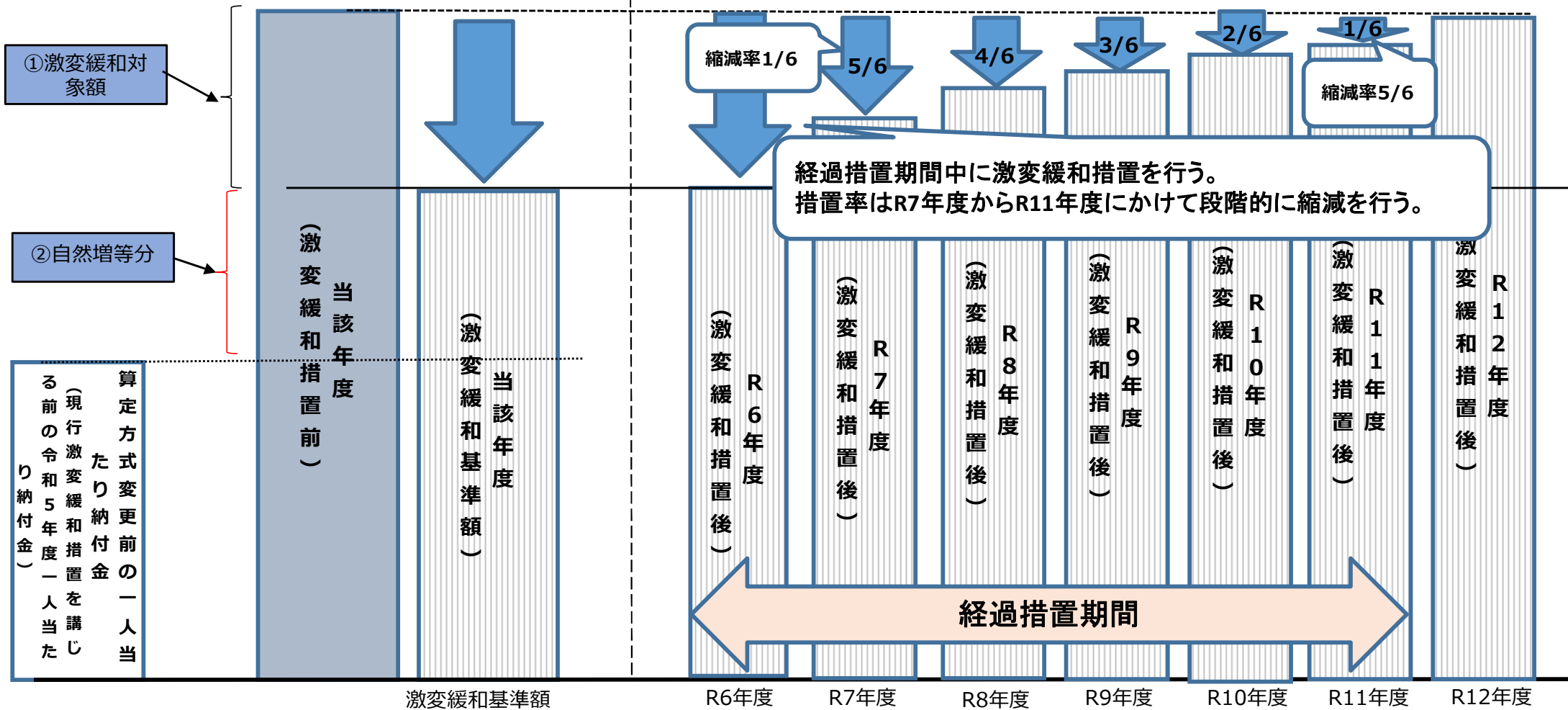
イメージ図



激変緩和措置の段階的縮減

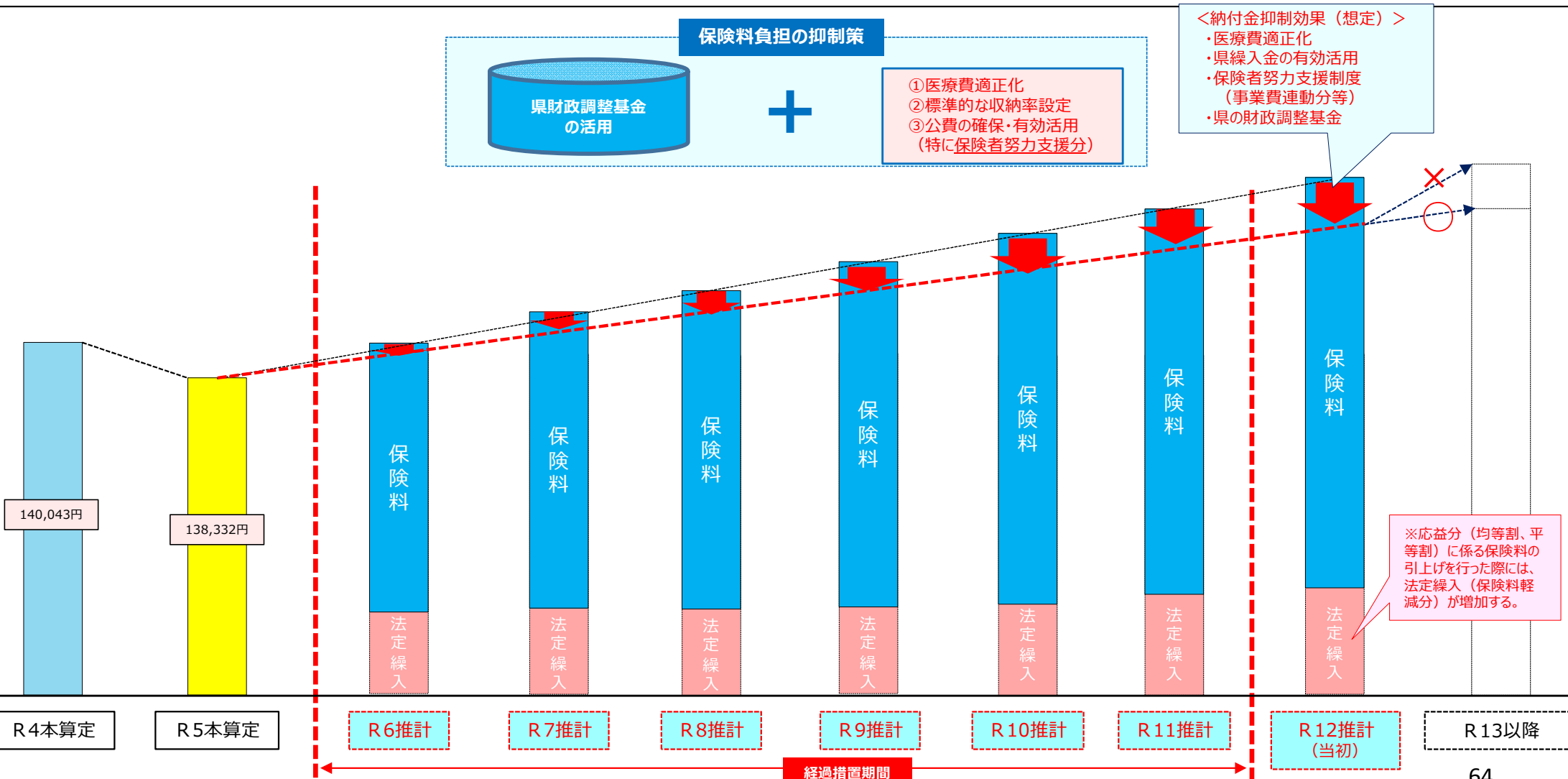
- 保険料方針（案）は令和12年度の統一保険料に向けた計画的な保険料の見直しを促す観点から策定し、激変緩和措置については措置率を段階的に縮減していくことを想定。
- 縮減は、初年度は行わず、以降、R7:1/6,R8:2/6,R9:3/6,R10:4/6,R11:5/6とし、R8年度の間見直しの際に再度検討することとしてはどうか。

イメージ図（図は「被保険者1人当たりの国保事業費納付金」）



被保険者一人当たりの国保事業費納付金の水準の将来推計について

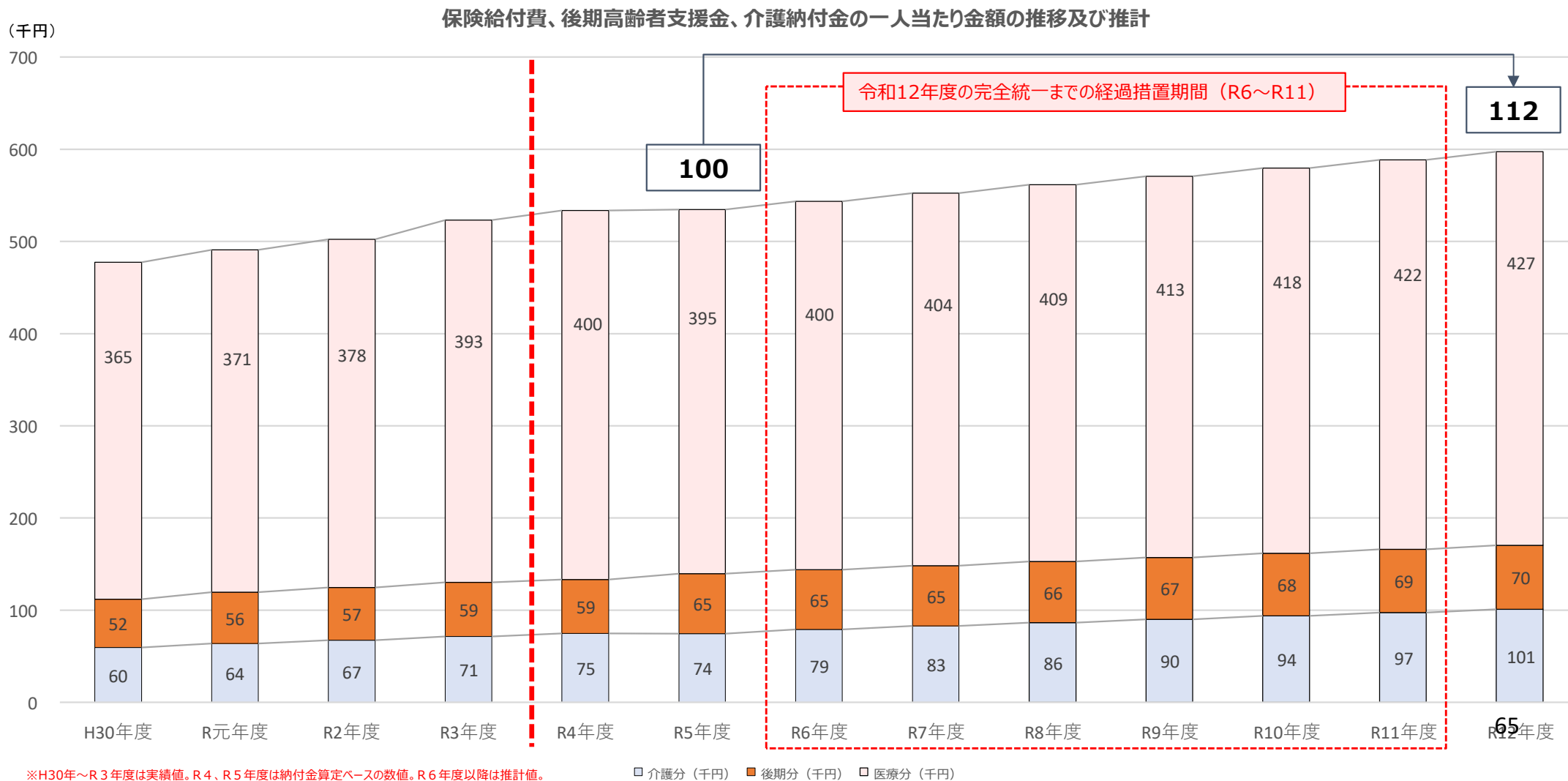
- 直近の納付金算定データ及び決算データを元に、令和12年度の一人当たりの国保事業費納付金の水準を推計した上で、各年度の水準を推計。
- 保険給付費等の増加により、増加が見込まれる国保事業費納付金の抑制を目指すためには、医療費適正化、収納率向上、公費の確保の取り組みを県全体で進めていく必要があるが、これらの取り組みによる抑制効果の発現には一定の時間を要する。
- 各年度の被保険者の負担を可能な限り抑制する観点から、将来的な抑制効果の発現を目指していくことを前提とした上で、県の国保財政調整基金を有効に活用しながら年度間での調整を行っていく必要がある。ただし、基金の活用は令和12年度以降の納付金水準の急増を招かない範囲で行う必要がある。



※ 1 上記は被保険者一人当たりの国保事業費納付金(医療分、後期分、介護分の合計)の水準を表したもの。
 ※ 2 R6~R11の間の水準については、R5年度の納付金の水準からR12年度の水準を推計した上で、各年度の伸び率を平準化し設定したもの。
 ※ 3 令和8年度に実施予定の中間見直しの際に、直近の医療費の状況や取組の進捗等を踏まえ再推計を行う予定。(令和4年8月22日の合意確認時の「基本方針」参照)

保険給付費、後期高齢者支援金、介護納付金の一人当たり金額の推計について

- 今後も続く高齢化等により保険給付費、後期高齢者支援金、介護納付金の一人当たり金額は増加していく見込みであり、保険料負担もこれに伴い増加していく見込み。
- 一人当たり保険給付費等の伸びは比較的緩やかである一方、後期高齢者支援金と介護納付金の単価、特に介護納付金の伸びが大きい。
- 今後も後期高齢者支援金と介護納付金の一人当たり金額が伸びていくが、これらは他の保険制度や全国との調整の中で決まっていくため国民健康保険制度内での抑制は困難。
- ただし、こうした現役世代からの支援は、国保、被用者保険間の公平性を確保するため、人口構成に占める後期高齢者と現役世代の比率の変化に応じて、それぞれの負担割合を変えていく仕組みを導入しているため、今後傾向が変わる可能性がある。



①市町村訪問における要望への対応のため

チェック

- 県内国保の保険料水準の統一に向けた市町村訪問を実施した際、複数の自治体から、「段階的な保険料（税）の改定を実施するために将来の保険料率や統一に向けた方向性を示してほしい」といった要望が挙げられた。

②被保険者の急激な負担の変化を避けるため

- 県内国保においては、7年以上保険料（税）の引上げを実施していない市町村が複数見られる。
- こうした市町村が引き続き保険料の引上げを控えた場合、令和12年度の保険料水準の統一の際に急激な保険料の引上げを余儀なくされる。
- その場合に想定される被保険者の急激な負担増を避けるために、計画的かつ段階的な引上げが必要。

③統一に向けた保険料の改定を適切かつ着実に実施するため

チェック

- 令和4年8月22日に開催された県内国保の保険料水準の統一に向けた知事・市町村長会議において、令和12年度に県内保険料水準を統一することについて合意がされた。
- 合意における基本方針では、「保険料水準の統一に向けた取組が、適切かつ着実に実施されていることを確認するために、令和8年度を目処に取組の中間確認を行い、場合によっては、統一の目標年度を含む取組の見直しについて検討する」としている。
- このことから、各市町村において、保険料水準の統一に向けた取組が適切かつ着実に実施されていることを確認するための指針が必要。

以上の理由から、令和12年度までの保険料（税）の改定案を示した「保険料方針」の策定が必要となる。

課題

- 統一保険料の導入に伴う納付金負担の変化や、今後も一人当たりの保険給付費等が増加し、被保険者の負担が増加せざるを得ない見通しである中で、令和12年度に全市町村が確実に統一保険料に移行するためには、全市町村が計画的な保険料の見直しを行っていくことが必要。
- 統一に向けた市町村訪問や意見照会において、多くの市町村から、「被保険者の負担の急激な変化を避けるためには、段階的な保険料（税）の改定を実施する必要があるので、将来の保険料率や統一に向けた方向性を示してほしい」、「被保険者や議会に説明していくためには事前に検討を行う必要がある」といったご要望をいただいている。
- 保険料水準の統一に向けた取組が毎年度、全市町村で適切かつ着実に実施されていることを確認するためにも一定の指針が必要となる。

対応方針

- 今後、県が行う将来推計を元に、市町村は保険料の計画的な見直し計画（以下、保険料方針）の案を作成したうえで、県と市町村が協議を行う。
- 保険料の見直しを行う際には、市町村議会の議決が必要となることから、協議のうえ作成した保険料方針の内容については事前に市町村が議会に説明を行う。

【留意事項】

- ・保険料方針の策定にあたっては、県は被保険者に最大限配慮した見直し計画となることを市町村に要請する。
- ・統一保険料の実現や他市町村の取り組みの妨げとならない範囲で、各市町村の裁量は最大限確保する。
- ・将来推計については、令和8年度の間見直しの際に再推計を実施する。
- ・将来推計の数値の取扱い等については今後、県と市町村とで協議を行う予定。
- ・保険料方針の策定は第3期高知県国保運営方針に記載することとする。

方針に記載する事項（案）

- 1人当たり保険料（税）の現在の状況
- 国保の運営状況
 - ・直近10年間の保険料（税）率改定の状況、保険料（税）率の設定、保険料（税）不足補填額、収納率の状況、基金残高、繰上充用額
- 保険料方針
 - ・策定年度（R5）と統一年度（R12）の保険料水準の比較
 - ・**毎年度の保険料率、賦課方式の改定計画**
 - ・赤字削減・解消計画の状況（※策定市町村のみ）

目次

1

基本的な事項

2

県内国保の保険料水準の統一

3

統一保険料への移行

4

統一保険料の増加の抑制

5

医療提供体制の確保

6

国保事務の広域化・標準化

- 今後も続く高齢化等により保険給付費、後期高齢者支援金、介護納付金の一人当たり金額は増加していく見込みであり、保険料負担もこれに伴い増加していく見通し。
- 令和6年度から統一保険料を導入し、令和12年に県内国保の保険料水準の完全統一を目指すにあたり、同時に将来的な被保険者の負担抑制に向けた取組を進める必要がある。
- その方策として「医療費適正化」、「収納率向上」、「公費の確保」等の取組が考えられるが、これらの取組による抑制効果の発現には一定の時間を要する。
- 各年度の被保険者の負担を最大限抑制する観点から、将来的な抑制効果の発現を目指していくことを前提として、県の基金を有効に活用し、年度間での調整を行いながら、県全体での取り組みを促進する。

① 医療費適正化

- 医療費適正化は短期的な効果の発現を見込むことが困難であるため、県版データヘルス計画を指針とし医療費分析を行いつつ長期的な視点を持って取り組んで行く必要がある。
- 一方で県や市町村の努力が保険者努力支援制度の確保に繋がる評価項目があることから、医療費適正化の取り組みを公費の確保に繋げることが重要となる。

(R12保険料抑制効果 (P) : ●●●●円/人)

② 標準的な 収納率設定

- 後年度に先送りされた滞納繰越分も納付金算定に用いることで被保険者負担を抑制。
- その上で、現時点で設定可能なもっとも高い標準的な収納率を設定する。

高知市●●●% その他の市町村●●●% (R6保険料抑制効果 : 約●●●●円/人)

③ 公費等の確保・有効活用

- 県繰入金については令和6年度から原則、その全額を納付金総額の抑制に活用。

(R6保険料抑制効果 : 約●●●●円/人)

- 現在、全国平均以下となっている保険者努力支援制度交付金のさらなる確保を目指すこととし、毎年度の納付金総額の抑制に活用。

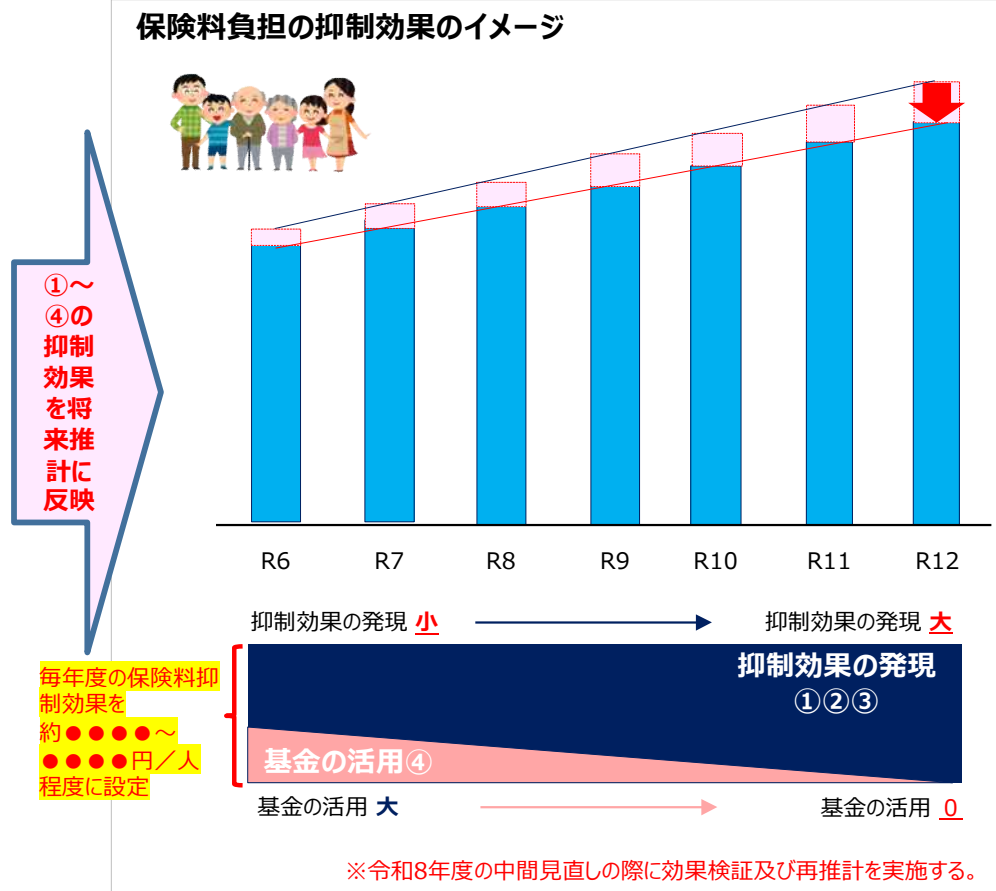
- ・取組評価分 (県分) : (R6年度増加見込み額 約●●●百万円)
- ・事業費運動分 : (R6年度見込み額 約●●●百万円)

(R6保険料抑制効果 : 約●●●●円/人)

④ 県の国保財政調整基金の活用

- 上記の取組による抑制効果の発現には、本来一定の時間を要することから、県の国保財政調整基金を活用し、年度間の調整を行うことで抑制効果の平準化を目指す。
- ※基金の活用は令和12年度以降の納付金水準の急増を招かない範囲で実施。

(R6保険料抑制効果 : ●●●●円/人)



- 保険料水準の県内統一を行うことで生じる**スケールメリット**を活かし、将来の被保険者の負担を最大限抑制することを目指した取り組みを実施、その抑制効果を将来推計に反映。
 - 県と市町村の努力によって見込まれる納付金抑制効果について、将来推計に予め反映することとした場合、毎年度の想定額の確保ができない場合は、決算ベースで県の財政調整基金の活用等に対応することが想定される。
- ⇒ 県の基金は「マクロベースの医療費等や前期高齢者交付金等の変動への対応」、「激変緩和措置」、「抑制効果の平準化」、「統一に資する取組」等の調整財源として活用する。

統一保険料の導入に向けた収納率向上等について

- 令和6年度からの統一保険料の導入（経過措置あり）に際しては、国保事業費納付金の算定方式を変更する必要があるため、市町村が被保険者に賦課する保険料総額に影響を与える「標準的な収納率」の設定が検討課題となる。
- 標準的な収納率は、100%に近いほど被保険者の負担が軽減され、また、市町村の格差が小さいほど市町村間の公平性が確保されるため、当該率の設定に当たっては、各市町村の実態を踏まえた実現可能な水準としつつ、かつ、低い収納率に合わせることなく、被保険者の負担軽減等が最大限度図られるよう設定する必要がある。
- そのため、下記の2つの視点で実態と算定の両面から整理をする必要がある。
 - 課題①：**各市町村の実態** ⇒ 各市町村の収納対策の実態を把握した上で、その取り組みの経過及び現状と課題の共有
 - 課題②：**納付金算定** ⇒ 課題①を踏まえつつ、被保険者負担の最大限の抑制を目指しつつ、中長期的な視点に立った「標準的な収納率」の設定

各市町村の実態面での課題

- この10年間、各市町村の努力により県全体の現年収納率は上昇傾向にある。
- 一方で、市町村によって傾向は異なり、令和3年度では1位と34位で6%以上の差があり、被保険者数の規模が大きいほど、現年収納率は伸び悩む傾向にある。
 - 1位：東洋町、馬路村、大川村（100%） 34位：高知市（93.55%）
- また、収納率自体は上昇している一方で、この間10位以上後退した団体もある。
 - 南国市（22位→33位）、土佐清水市（20位→31位）、奈半利町（18位→29位）
 - 田野町（7位→19位）、本山町（10位→27位）、日高村（9位→25位）
- 現在収納率の高い団体は維持を、低い団体は少しでも向上させていくことが重要だが、実態的な収納率の向上には一定の時間を要する。
- 市町村間及び被保険者間の公平性の確保していくためには、中長期的な視点をもって、現年の収納率を県全体で向上させていく努力が必要。



県全体での収納率向上に向けた取り組み

- 毎年度、全体研修会を開催し、各市町村の取り組みや現状と課題を確認する。
- 各租税債権管理機構を含む関係機関との連携を強化する。
 - ⇒ 令和5年度より国保事務担当職員協議会各支部の研修等において、各租税債権管理機構との連携した研修会の開催等を検討。

納付金算定上の課題

- 統一保険料率の導入を前提とした場合、各市町村個別の実態的な収納率を保険料に直接反映することは収納率の差で保険料率に差が出るため困難。
- 「標準的な収納率」を高く（低く）設定すれば、保険料賦課総額が減少（増加）するため被保険者負担は減少（増加）する。
- 令和3年度に幹事会で議論し作成した、統一保険料のR3試算の算定基準案では、滞納繰越分を算定対象外※としており、その取扱い含めて整理する必要がある。
 - ※滞納繰越分を算定対象外としているのは、現年の保険料の水準を決定する際は、原則的には現年ベースで決定することが望ましいことや、各市町村ごと滞納繰越分の収納額の水準が大きく異なるため。



実態面を踏まえた算定方法の検討

- 実態的な収納率の向上には一定の時間を要することを踏まえつつ、現時点で可能な限り被保険者の負担を抑制できる収納率を検討する。
- 滞納繰越分については、上記の観点からも有効に活用できる方策を検討する。
 - ⇒ 先行県の事例を参考に高知県の実態に合った有効な算定方法を検討

1. 開催の目的

令和6年度からの統一保険料の導入（経過措置期間あり）と令和12年度の完全統一に向けて、各市町村の保険料（税）収納担当課長等を対象とした、各市町村の収納対策及び収納率向上に繋がった好事例などを共有し、保険料水準の統一に向けた高知県全体の収納率の底上げを図る。

2. 開催日時・場所

令和5年2月13日（月） 11:00～15:15 高知城ホール

3. 参加者 90名 ※オンライン参加あり

- ・国保料（税）収納担当課長・国保主管課長 他
- ・租税債権管理機構職員
- ・国保連合会職員



4. 内容

- (1) 保険料水準の統一及び収納率向上について（県から説明）
- (2) 市町村の収納率対策取組事例の紹介（安芸市・四万十市・東洋町・高知市）
- (3) 収納率向上へのアドバイス等（幡多広域市町村圏事務組合 租税債権管理機構）
- (4) 今後に向けて

令和4年度収納率向上に向けた市町村研修会② 事例発表

① 四万十市

事例発表者：四万十市税務課収納対策室 室長 山本 修

タイトル：「四万十市の債権管理」

ポイント：公債権の収納業務について徴収部門の一元化

納付機会の拡大（コンビニ収納や地方税QRコードの活用等）

滞納者の収入申告の指導

租税債権管理機構との連携

今後の課題：納期内納付の推進

② 安芸市

事例発表者：安芸市税務課 係長 廣内 愛

タイトル：「For You な滞納整理」

ポイント：現年を重視しつつ、第3者の協力を得る滞納処分

納期内納付者の増加

滞納者の立場に立ったきめ細やかな対応

業務体制の見直し（地区別ではなく、財産調査別の担当割）

今後の課題：納期内納付率の向上

③ 東洋町

事例発表者：東洋町税務課 主任 桑山 耕輔

タイトル：「東洋町の収納率向上と今後の取組み」

ポイント：H23年度に県内最下位だった現年収納率がR3年度には第1位（100%）に

租税債権管理機構との連携

任期付き徴収専門職員の招聘（納税交渉術等のノウハウ）

自主納付に繋がる滞納整理（滞納者の生活再建まで視野に入れる）

限度額認定証の発行を可能とするために充当は国保を優先

個人ではなく組織としての滞納整理

今後の課題：納期内納付率の向上

④ 高知市

事例発表者：高知市医療保険課 収納係長 三好 一義

タイトル：「高知市の国民健康保険料収納率向上に係る取組み」

ポイント：現年収納率は向上の兆しと団体規模に起因する課題

高知債権管理方針の策定及び債権管理室の立ち上げ（H26）

過年度を優先した滞納整理（→滞納繰越分の減少）

財産調査は即時欠損より回収を優先して実施

庁内の市税徴収担当部署との連携（共同搜索の実施）

今後の課題：各種事務の効率化による収納対策の人員確保

⑤ 租税債権管理機構

講師：幡多市町村圏事務組合 租税債権管理機構 管理局長 中嶋 隆司

講義の内容：滞納整理の通常の手順

保険料と国保税の違い

徴税吏員の意識、モチベーションの大切さ

収納率の向上のために、組織のトップに必要な姿勢

	R3被保険者数 (年平均)	H21 現年収納率	R3 現年収納率
① 四万十市	8,068人	90.49% (31位)	97.36% (23位)
② 安芸市	5,244人	93.61% (24位)	97.93% (18位)
③ 東洋町	690人	87.96% (33位)	100.00% (1位)
④ 高知市	61,984人	87.74% (34位)	93.55% (34位)

※事業年報から作成

<基本認識>

(1) 令和12年度に99%で統一

- ・被保険者の負担軽減を最大限確保するため、保険料水準が統一される令和12年度には標準的な収納率を99%と設定し、保険料の抑制につなげる。
- ・なお、令和8年度を目処に中間確認を行い、場合によっては見直しについて検討する。

(2) 収納率の算定に滞納繰り越し分も含める

- ・現年収納額に滞納繰越額も含めて標準収納率を算定し被保険者の負担を抑制する。

(3) 収納率の取組強化

- ・保険料統一時には標準収納率99%になることを念頭に各市町村は収納率の向上・維持のための取組や体制の充実を図る。
- ・毎年度、その取組状況等を確認する。

<残された課題>

○令和6年度～11年度の標準的な収納率の設定

- ・市町村間の公平性を確保するためには県内統一した収納率が望ましい。
- ・現状の収納率を鑑みた場合、各市町村の状況に差があるため、仮に統一収納率を設定した場合、実態との乖離が大きい。
- ・収納率の向上の取組の効果が現れるには時間を要する。

標準的な収納率の設定について

設定方法	市町村間の公平性	保険料抑制効果（※）	現時点での収納率の達成状況	メリット	デメリット
案① 全市町村99%	○	○	△	全市町村で一律の収納率を設定することから市町村間の公平性が最大限確保される。 保険料抑制効果が高い	各市町村の状況に差があるため、実態との乖離が大きい。 実態の収納率が99%に達していない団体においては、保険料収納必要額を確保できない可能性がある。
案② 高知市98% その他の市町村99%	×	△	○	各市町村が達成可能かつ、保険料抑制効果が一定確保される。	高知市以外の市町村間は一律であるが、高知市とその他の市町村で公平性が損なわれている。
案②-2 収納率の差を納付金算定に反映しない	○	△	○	上記のメリットに加えて、納付金算定における市町村間の公平性が確保される。	収納率の差が県全体の納付金算定に反映されないことで、収納率の取組が各市町村のみの課題となり、県全体で収納率の維持・向上の取組が後退する恐れがある。
案③ 全市町村98%	○	×	○	全市町村で一律の収納率を設定することから市町村間の公平性が最大限確保される。	保険料の抑制効果が十分に発揮できない。 実際の収納率が99%に達している団体、99～98%の団体においては、収納率の維持・向上の取組が後退する恐れがある。 実際の収納率が98%を上回った場合に市町村に余剰金が発生する。

※経過措置期間中（R6～R11）の保険料は、各市町村が定める保険料方針に基づくため、この間の標準的な収納率による保険料抑制効果は限定的なものとなる。

標準的な収納率の設定について(案)

保険料の標準的な収納率の移行について

基本的な考え方

- 現行の第2期運営方針で人口規模に応じて設定している標準的な収納率を、統一に向けて段階的に見直す。
- 県全体での収納率の向上と実態面を踏まえて経過措置期間中(令和6年度～11年度)、保険料統一後(令和12年度)を下記の区分で設定する。
- 令和6年度～11年度における標準的な収納率の扱いは、これまでどおり納付金算定には反映せず、経過措置期間中の標準的な保険料率の算定を行う場合にのみ用いる。(納付金ベースでの公平性を確保)
- 経過措置期間中は、各市町村が保険料方針に沿って急激な変化を抑えた保険料率を設定する。
- 令和12年度統一保険料率の推計には「99%」を用いる。
- 令和12年度統一保険料率は全ての市町村「99%」で納付金算定を行うことで、県全体の収納率の向上を目指すとともに、市町村間の公平性を確保する。
- 標準的な収納率は過年度繰越分も含めたものとする。

標準的な収納率の設定

	現行	令和6年度～11年度	令和12年度
区分	6区分 ①50,000人以上 93.1% ②10,000人以上50,000人未満 93.7% ③5,000人以上10,000人未満 96.1% ④3,000人以上5,000人未満 97.2% ⑤1,000人以上3,000人未満 97.2% ⑥1,000人未満 97.6%	2区分 ①高知市 98% ②その他の市町村 99%	統一 (99%)
考え方	市町村の規模に応じて設定	県全体での収納率の向上と実態面を踏まえた設定 令和8年度の間見直しの際に再検討	県全体での収納率の向上を目指すとともに、市町村間の公平性を確保
納付金への反映	しない	<u>しない</u>	反映 (※収納率が統一されるので実質は影響なし)
滞納繰越分の取り扱い	収納率の算定に加えない →現年収納額/現年調定額	収納率の算定に加える →(現年収納額+滞納繰越額)/現年調定額	収納率の算定に加える →(現年収納額+滞納繰越額)/現年調定額



1. 背景

- 将来の保険料水準の統一に向けた議論を進める中で、今後、統一保険料の導入を行う場合に、将来の被保険者負担の抑制の観点から、県全体の医療費をできる限り伸びないようにするための努力を県全体で取り組む必要性が高まっている。
⇒ 統一保険料の導入により、県内国保の医療費（保険給付費）総額が、被保険者1人1人の保険料負担を決める仕組みとなる。
- 県全体で効果的な医療費適正化の取組を目指す際に、県全体での医療費等のデータ分析に基づき、県と市町村が共通の目標を持ち、既に各市町村毎で策定されている市町村国保のデータヘルス計画と密接に連携して、保健事業を推進していく必要が新たに生じることから、その方策として「**県版データヘルス計画（仮）**」の策定を今後検討する。
- 一方で、国では、経済財政運営と改革の基本方針2021（令和3年6月18日閣議決定）において、「データヘルス計画の**標準化**」や「アウトカムベースでの適切なK P I 設定」の推進が求められており、令和6年度からの市町村国保の第3期データヘルス計画の策定に向けた調整が進められている。
⇒ 今後、令和5年度に向けて、データヘルス計画の策定ガイドライン等の改定が予定されている。
- 各市町村長からは、これまで、各市町村の健康づくりや医療費適正化の取組には大きな差があることや、事業実施体制に限りがあること、医療費分析に基づいた効率的・効果的な事業の推進が必要といったご意見が寄せられている。

<これまでの市町村訪問、市町村意見照会での主なご意見>

- ・全体的な医療費の適正化を図るという視点で、関連するデータはすべて利用して分析を行い、県全体の取組、市町村ごとの取組の必要性とその取組の成果をデータで見える化するような仕組みを統一までの期間に実現してもらいたい。
- ・高医療費である市町村は、保健事業で医療費抑制の取組を今まで以上に努力してほしい。
- ・現行の医療費分析の手法には限界があるので、県で医療費分析を行ってほしい。
- ・医療費適正化の取組状況は市町村により格差があると思うが、それについて県が主体で取組を行うのか、市町村が、実際に必要な予算と人材を確保し、求められる水準で取組んでいけるのか、そういったことが確認できるまでは統一の時期について議論できない。

- 県においても、令和3年2月県議会における一般質問で、データヘルスのさらなる活用の検討について質問が行われている。

<令和3年度2月県議会 3月3日 一般質問 ※健康政策部長が答弁>

- Q. 医療費の適正化、健康寿命の延伸に関するデータの活用について
今後ますます重要性を増すデータヘルスのさらなる活用に向け、県全域でのデータ分析を行うことなどを視野に検討することについて聞く。
- A. 市町村国保のデータヘルス計画は市町村ごとに策定され、取組が進められている。しかしながら、小規模な市町村では、利活用のノウハウが十分でないことや、対象となる国保人口が少ないことからデータの信頼性が低いなどの課題がある。
一方、国保料の水準統一に向けた議論を進める中では、保険料負担の平準化だけでなく、負担を少しでも軽減していくための医療費適正化の取組も同時に協議していく必要があると考えている。このため、県全域でのデータ分析に基づき、県と市町村が共通の目標を持ち、市町村のデータヘルス計画と密接に連携して保健事業を推進していくための、**県版のデータヘルス計画の策定を検討**している。こうした県全域の健康づくりに向けた効果的な保健事業を実施することにより、国保における医療費の適正化を進め、保険料負担の軽減にもつなげてまいりたいと考えている。



- 効果的な医療費の適正化を目指す観点から、県版データヘルス（仮称）を策定し、市町村国保データヘルス計画との連携を図りつつ、効果的、効率的な保健事業を県全体で実施していくためには、様々な課題があり、市町村の実情を踏まえ、中長期的な対応が必要となる。

2. 課題

（1）現行の第2期国保データヘルス計画の課題

⇒現状、全ての市町村でデータヘルス計画を策定しているものの、市町村毎でその内容や取組、進捗管理や事業評価の手法などが大きく異なっている。

（2）医療費分析

⇒効果的・効率的な保健事業を行っていくためには、データに基づいた実施計画及び指標の経年変化を毎年度確認していく仕組みが必要となる。
⇒被保険者の少ない団体では、データの信頼性に課題がある。
⇒国保の保健事業で対応すべき医療費適正化の取組の範囲を適切に設定することが必要ではないか。

（3）県と市町村の連携

⇒健康づくり及び医療費適正化の観点から、県と市町村とで共通認識や目標を持って取組を行なっていく仕組みが必要。
⇒各市町村の取組が県全体の健康課題や医療費適正化にどのように繋がっているかを明確にした上で、毎年度の進捗管理を統一的な手法で行うことが必要ではないか。

（4）市町村の事業実施体制

⇒時間、予算、人員等の限られた条件の中で、どのように県全体から求められる事業を効果的・効率的に展開するかを検討が必要。
検討にあたっては、まず、県全体の共通目標に対する取組についての優先順位を明確にする必要がある。

3. 方向性

① 県版データヘルス計画（仮称）の策定

⇒県全体の健康課題、医療費適正化に対して、効果的・効率的な保健事業を実施するためには、医療費分析による整理が必要。
⇒特に、国保の保健事業で対応すべき医療費適正化の取組の範囲を適切に設定する必要がある。

- ・県全体の医療費、健康課題の分析及び共通目標の設定
- ・他の被用者保険とのデータ関係の推進
- ・次期市町村データヘルス計画との整合性の確保

② 次期市町村国保データヘルス計画の改定

⇒県版データヘルス計画の項目との整合性を確保することで、一定の標準化を図る。
⇒検討にあたっては、まず、県全体の共通目標に対する取組についての優先順位を明確にする必要がある。

- ・県版データヘルス計画の項目の整理（共通認識・目標、指標等）
- ・データに基づいた効果的・効率的な保健事業の実施（事業の優先順位の確認）
- ・各市町村の保健事業の標準化、努力の見える化
- ・国の保険者努力支援制度への対応

③ 事業実施体制及び国保連合会の支援の在り方の見直し

⇒各市町村ごとでノウハウやマンパワーに差があることを前提とし、各市町村が事業実施に集中できる体制を整える必要がある。

- ・市町村における事業実施体制の見直し
※ただし、見直しを短期間で行うことが難しい場合も想定されるため、統一までの経過措置期間中も含めて、各市町村で事情に応じた見直しを検討する。
- ・国保連合会による支援の強化

県版データヘルス計画の基本認識

策定の背景・必要性

- 保険料水準の統一を進めるためには、「**県内国保の医療費等の水準が統一保険料の水準を決定する**」という共通認識の下、県と市町村、国保連合会が共通の目標や指標を持って、**県全体で医療費の抑制に取り組んでいくことが重要**。
- 医療費適正化の取組（特に予防の観点から行う保健事業）は短期間で医療費抑制効果が発生するかの見通しは持ちにくいので、**長期的な視点**で、毎年度の取り組み状況を**全体で確認しながら、息長く取り組むことが必要**。

現状と課題

- 県内国保の医療費は全国と比べて、一人当たりの医療費が高く、その要因として**入院費が高い**ことがある。
- 入院費は、医療提供体制との相関関係があり、特に**病床数と入院受療率の相関関係は非常に高い**ことが考えられる。
- 現在の市町村データヘルスは国のガイドラインを元に各市町村毎で策定しているため、計画の項目や内容に差があることや、**団体間の比較、評価が困難**。
- 毎年度の進捗管理、事業評価等を各市町村毎で行っており、**取組に差が見られる**。
- 被保険者負担の軽減のために**長期的な視点で医療費抑制効果を目指す必要がある**。

⇒ **健康寿命の延伸による医療費抑制**



県版データヘルス計画が備えるべき機能

- ① **医療費分析**
 - ⇒ 国保連合会の所有する入院レセプトデータを元に、そのレセプトが発生した医療機関の所在地別に集計を行うことで、**入院医療費に係る県全体及び各市町村の傾向を把握・分析**
 - ⇒ 入院費の水準については、「医療提供体制」と「疾病の傾向」の観点からの分析が必要。
- ② **共通目標、指標の設定**
 - ⇒ 県全体の「健康課題の解決」と「医療費抑制」に資する、**県と市町村の共通目標及び指標の設定**
- ③ **市町村の取り組みの見える化・標準化**
 - ⇒ **各市町村が保健事業で対応していくべき対象範囲及び取り組みの優先順位等の確認**
 - ⇒ 各市町村の保健事業の取組の内容や努力・成果の見える化及びPDCAサイクルの確保
 - ※全市町村で共通して取り組む事業については、統一基準を策定した上で、納付金算定に取り込むことを検討
- ④ **公費の確保**
 - ⇒ 医療費抑制効果が見込めない期間は公費の確保を目指すことで、統一保険料の抑制を図る。



今後、具体的に検討すべき事項

① 医療費分析

- ① 各市町村ごとに分解できて、県全体と各市町村毎のデータが整合的であること
- ② 各市町村の医療費の水準がなぜそうなっているかの理由が把握できること
- ③ 今後、他の保険者とのデータ関係を目指す ※時期は保険者協議会で調整

② 共通目標

「県民の誰もが住み慣れた地域で、健やかに豊かに安心して暮らし続けることのできる高知県」（健康長寿県構想における高知県が目指す姿）

- 目標①：**健康寿命の延伸**
- 目標②：**医療費適正化**

③ 共通指標

既存の計画の指標等を活用して案を作成し、作業部会等で検討

- ・健康長寿県構想の関連指標
- ・将来の入院費の抑制に繋がるアウトカムベース
- ・保険者努力支援制度の関連指標
- ・市町村からの提案

④ 取組の見える化

- ① データヘルス計画の標準化
- ② 効果的・効率的な保健事業の実施
- ③ PDCAサイクルの構築
- ④ 毎年度の取り組み状況の公表
- ⑤ インセンティブの確保



⑤ 公費の確保

保険者努力支援制度の「取組評価分（県・市町村分）」、「事業費連動分」



保険料水準の統一に向けた医療費分析

背景

- 令和4年8月22日の合意確認を受けて、令和12年度の保険料水準統一に向けて、県全体で医療費適正化を進めていくことが求められている。
- 特に、合意確認の際に、幡多地域の市町村長からは「全国的に高い水準にある入院医療費については、早急に原因の分析を行い、必要な対策を講じることで、県内被保険者負担の抑制に努めていただきたい」との強い要望をいただいております、必要な対応を行っていく必要がある。

課題と対応

- 国保データベース（KDB）システムはレセプトデータを保健事業の実施に適するように編集したものであるため、医療費の構造や地域差の要因分析には不向き。

⇒ **KDBシステムによる分析に加えて、医療費構造や地域差の分析に必要な客観性の確保のための新たな分析手法を導入**

分析手法	メリット	デメリット
KDBシステム	<ul style="list-style-type: none">○ 保健事業の実施に適する<ul style="list-style-type: none">・生活習慣病等の予防可能な疾患に着目した分析が可能・いつでも市町村で容易にデータを取得できる・共通の指標を用いて国・都道府県・同規模保険者との比較統計が可能	<ul style="list-style-type: none">○ 医療費の構造や地域差の要因分析には不向き<ul style="list-style-type: none">・傷病を一定のリストに当てはめて分析しており、そのうち最も費用の掛かった傷病名を採用している・入院に関する分析はできない・どの病院に入院し、病床機能が何かはわからない・患者の病態とあわない傷病名となることがある
新たな分析手法 (レセプトデータ)	<ul style="list-style-type: none">○ 医療費の発生要因分析に適する<ul style="list-style-type: none">・レセプトに記載された傷病名による分析が可能・病床や入院期間に係る入院料の分析ができる・傷病名に基づく処方薬剤、医療処置、手術内容等の分析ができる	<ul style="list-style-type: none">・新たな分析を行うためのコストが発生・新たな分析手法を確立する必要・傷病名に基づく分析には専門的な知識が必要・国保連合会が保有する生レセプトデータの提供・利用については全市町村の同意が新たに必要

分析の方向性

- 市町村の保健事業 : KDBシステムを用いた分析
- **県全体の医療費構造 : レセプトデータを使用することで、医療費の発生要因を分析**

➢ レセプトデータを用いた入院医療費の構造分析・地域別医療費の状況分析

＜具体的な分析例＞

県全体及び各市町村ごとの入院費や各種加算の発生状況、病床機能別の入院基本料算定状況の確認などが考えられる。

➢ 毎年度、新たな視点を加えながら地域差と増加要因の両面から、経年変化等を確認していく予定。

県版データヘルス計画の策定

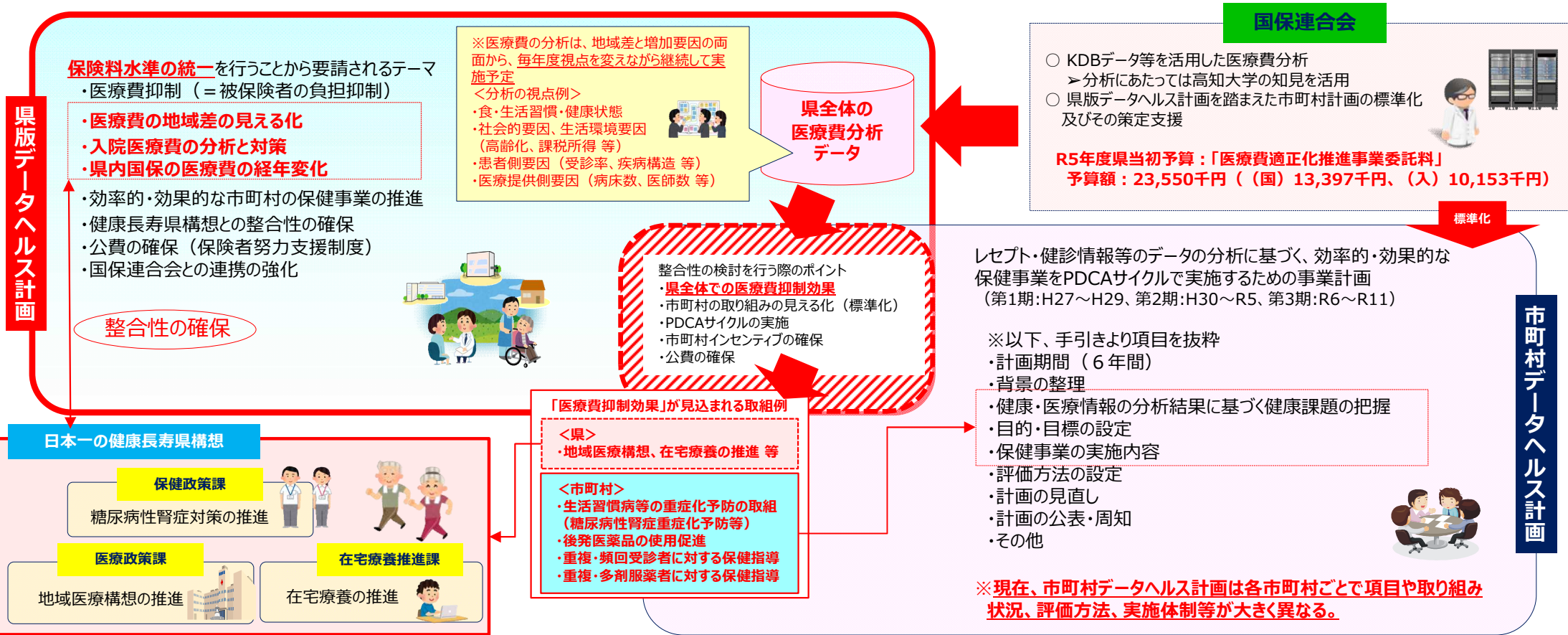
- 県全体の医療分析の結果を踏まえ、県と市町村とで取り組むべき課題を整理
- 県と市町村が一体となり、データに基づく効果的な医療費適正化に取り組むための指針として策定

R5年度県当初予算
新「医療費適正化推進事業委託料」 予算額：23,550⁷⁹円
(国) 13,397千円、(入) 10,153千円

医療費適正化に向けた県版データヘルス計画策定について

方向性

- 医療費適正化に向けて策定する「県版データヘルス計画」は、県全体の医療費分析に基づき、県と市町村が共通の目標をもち、市町村データヘルス計画と連携して保健事業を推進していく。また、県全体でデータに基づくPDCAサイクルに沿った、効果的・効率的な保健事業を実施することで、健康寿命の延伸による医療費抑制を目指す。
- 県版データヘルス計画と市町村データヘルス計画はその経過及び目的が異なることや、市町村毎で実施状況が異なるため、県計画との整合性を求める対象範囲の設定については、市町村の実情を踏まえながら慎重に検討していく必要がある。
 - ⇒ 令和6年度は、主に「**県全体の医療費の抑制効果が見込まれる取組**」や「**保険者努力支援制度の確保に繋がる取組**」の推進に関連する範囲に設定した上で、令和12年度の完全統一に向けて、各市町村の取組の実施状況、医療費分析の動向、国保連合会の体制強化等の進展を確認しながら段階的に拡大させていくこととしてはどうか。（R8年度に中間見直しあり）



【新】 県版データヘルス計画……令和12年度に県内国保の保険料水準の統一を行うことから、県全体の医療費適正化の推進のために任意で策定

市町村データヘルス計画……被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するもの。「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」に基づく国のガイドライン※を参考に策定（県内34市町村策定済） ※法令に規定された事項を除き、地方自治法第245条の4第1項に基づく技術的助言

令和6年度以降の県繰入金（2号分）の在り方

前提となる事項

- 平成30年施行の国保法改正により、新たに「県繰入金」として規定され、2号交付金については、地域の特殊な実情に応じたきめ細かい調整を行うことや医療費適正化インセンティブ、将来的に保険料水準の統一化を図るための取組を促進させること等の役割を有することとされている。
- 令和6年度から統一保険料が導入されるため、市町村向け3公費（以下、「3公費」という。）については算定の対象外となる。
- 今後、統一保険料実現に向け、各市町村で保険料の引き上げを行うに従い、納付金に対する保険料不足が段階的に解消していくため、納付金以外の充当先がない団体は3公費が剰余金となる蓋然性が高くなっていくことが予想される。
- 直近の決算を精査したところ、3公費について明確な充当先を予算ベースで設定している市町村は少ないと見られる。
- 現行の算定基準の多くは設定された時点から比べ、保険者努力支援制度との重複、インセンティブ機能の役割の終了、財源振替が可能であることなどから、その必要性は想定的に大きく低下していると考える。
- 多くの首長から被保険者の負担軽減（納付金の抑制）について要望があり、3公費は可能な限り、納付金総額の抑制に有効活用することが望まれている。
- 県繰入金の総額は保険給付費等に対して定率9%であるため、保険給付費等の減少により総額が減少傾向にある。

原則

- 県繰入金（2号分）については被保険者負担の抑制の観点から、現行の交付基準は令和5年度限りで廃止することとし、令和6年度からその全額を普通交付金の財源とすることで、国保事業費納付金の総額の圧縮活用することとする。（⇒圧縮効果は令和12年度までの将来推計に反映）
- ただし、保険料水準の統一に向けた取組に資する取り組みが新たに生じる場合については、令和5年度に一定の選考基準を事前に県と市町村と協議し設定した上で、毎年度の取り組み状況や市町村からの要望を確認しながら、必要最小限の範囲内で検討することとする。

今後の検討事項

<令和5年度中に検討すべき事項>

令和6年度以降、交付基準を新たに設定する際の選考基準については、限られた財源を可能な限り納付金総額の抑制に活用する観点から、上記の前提を踏まえつつ、下記の視点に基づいて選考基準の設定を検討してはどうか。

視点①：保険料水準の統一の取組に資するか

視点②：インセンティブ効果を発揮するか ※市町村の取組意欲が後退しないような配慮が必要

⇒ 交付基準を設定した場合とそうでない場合で結果が異なる場合や費用対効果が見込まれる場合を想定

⇒ 保険者努力支援制度交付金（市町村取組評価分）の基準と重複していないもの

視点③：代替財源の確保が可能か

⇒ 令和5年度に策定する保険料方針により財政需要と財源を確保できるかの検証が必要。

⇒ システム経費や事務費については、基本的に総務省調整課の繰出基準で対応すべき範囲は大きいものとする。

視点④：共有財源を活用するため、他団体からの理解が得られるか

ポイント1：公費の確保に向けての留意事項

- 国保の公費負担は、保険給付費や被保険者数などの動向に連動するが多いが、保険者努力支援制度（取組評価分、事業費連動分）については、それらに左右されず定額が確保される貴重な財源であり、県の国保特会の収入となる国費を増加させることができれば、統一保険料の抑制や県全体での事業費等に活用することが可能となる。
- 県分の取組評価分については、市町村の指標と連動している項目があり、全市町村の協力なく、県単独の努力で確保していくことは不可能。

ポイント2：都道府県分と市町村分の配分額の見直し

- 国は保険者努力支援制度（取組評価分：全体の予算規模1,000億円）について、今後、都道府県分の配分を増やす方向で調整。
- その理由として、平成30年度の都道府県化により、都道府県が安定的な財政運営や効率的な事業実施等について、中心的な役割を担っており、加えて、医療費適正化対策のより一層の推進が求められている中で、国保における医療費の動向や国保財政の将来見通しを分析する都道府県の役割は今後さらに増していくためとしている。
※もともと国は、保険者努力支援制度の創設時の平成29年度の制度の説明において、「都道府県単位化の趣旨を踏まえ、改革施行後の状況を見つつ、徐々に都道府県分重視の仕組みに見直していくことを検討」としていた。

ポイント3：評価指標の見直しの傾向

- 各評価指標はそれぞれの項目毎に、対象とする年度・実績を設定していることや、見込みでの申請を行い、実績ベースでの過年度の精算措置もある。
- 評価指標の設定については、インセンティブ確保の観点から全国で一定の達成率に達すると、指標の見直しが行われる傾向にある。
- 過年度の実績が評価指標となっているものもあるため、現在の取組が将来の交付金額に大きな影響を与える。

ポイント4：県と市町村で共有が必要な認識

- 総額の配分の見直しや指標の経年変化が想定されるため、交付金の確保に向けては県と市町村、国保連合会と事前に準備を行っていく必要がある。
- 現在、市町村の取組評価分の県全体の得点状況は、全国平均を下回っていることから、今後、指標がより高く設定されたり、都道府県分の配分が増加することにより、現在以上の加点が見込み難い状況となっているため、保険料水準の統一の議論を踏まえつつ、検討が必要ではないか。

目次

1

基本的な事項

2

県内国保の保険料水準の統一

3

統一保険料への移行

4

統一保険料の増加の抑制

5

医療提供体制の確保

6

国保事務の広域化・標準化



【課題】 ①健康寿命の延伸に向けた意識醸成と行動変容の促進
②医療提供体制の確立とネットワークの強化（専門人材不足と地域偏在、地理的条件に起因するサービス提供の非効率性）

【条件】 ①健康づくりのプラットフォーム<健康パスポート>アプリDL件数：R5 5万件
②ICTを活用した保健指導：R5 全市町村で実施
③オンライン診療

目標値 ■オンライン診療届出受理医療機関数：R5 50機関（参考値R5.2月：26機関）※オンライン診療の年間実施件数：R5 480件（参考値R4.11月：137件）
■ヘルスケアモビリティ導入：R5 全ての医療圏域（5台程度）

1. 健康寿命の延伸に向けた意識醸成と行動変容の促進

デジタル化の取り組み

健康パスポート（アプリ）

- アプリ導入<H30開始、R3機能拡充>
(データの個人管理、健康情報の共有など)
- ・健診等の受診勧奨通知や、市町村実施の健康づくりイベントの発信
- ・ウォーキングイベント等の実施



アプリ画面

ICTを活用した保健指導

- 糖尿病性腎症対策<R4開始>
(日常的な血糖値の測定と療養支援)
- ・持続血糖測定器（リブレ）を使い計測
- ・データに基づく遠隔面談



リブレ



遠隔面談

バージョンアップの方向性

健康パスポート（アプリ）

1 事業者と連携した取組支援（健康経営）

- ① 事業者ごとにアプリを運用できる仕組みを導入（従業員の健康づくりの取り組みを後押し）

2 市町村と連携した取組支援

- ② 市町村ごとにアプリを運用できる仕組みを導入（市町村独自の健康づくりの取り組みを支援）
- ③ アプリ内に、市町村実施健診（がん検診等）の案内ページを作成
- ④ プッシュ通知機能を活用し、市町村単位等の対象者を限定した受診勧奨を実施

ICTを活用した保健指導

1 糖尿病性腎症対策 ※モニタリング事業の継続等

2 フレイル予防の普及啓発の推進

- ① フレイル状態を把握するための質問票をアプリ化し、住民自らがチェック ※市町村：当該データを活用し対策実施

2. 医療提供体制の確立とネットワークの強化

デジタル化の取り組み

オンライン診療

- ヘルスケアモビリティ導入<R4開始>
(医療と通信機器を搭載した車両)
- ※看護師が乗車し患者宅等に移動
- ※導入済：宿毛市、室戸市



車両内部

その他

- 医療・在宅療養情報の共有（はたまるねっと等）
- ICTを活用した救急医療体制（こうち医療ネット）
- 在宅患者への服薬支援
- 産学官民連携によるヘルスケアイノベーションプロジェクト

バージョンアップの方向性

オンライン診療

1 ヘルスケアモビリティ ※導入支援の継続（国保直営診療施設などの検討）

2 医療提供の場の拡大

- ① あったかふれあいセンターや公民館などを活用したオンライン診療等の体制の構築 ※R5規制緩和
- ② オンライン診療の従事者向け研修の実施、在宅医療提供体制整備事業費補助金の活用支援

その他

- ① マイナンバーカードとはたまるねっとの連携（個人認証の共通化）
- ② 遠隔授業システムを活用した看護師養成の検討（東部地域医療確保対策協議会）※R3基準緩和
- ③ マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化の検討（消防本部）※R4同意に基づく情報閲覧開始
- ④ オンライン服薬指導の実証（高齢者施設入所者の診察後の服薬指導）※電子処方箋R5.1月開始⁸⁴

ポイント

中山間地域であっても、在宅での生活を希望される方が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、高知県在宅療養推進懇談会の議論を踏まえ、医療・介護サービス提供体制の充実を図る



【目標値】

在宅患者訪問診療料の算定件数(H29)68,655件→(R4.12月)72,177件→(R5)80,860件

➡ <居宅介護支援利用者の平均要介護度>
(R1) 2.095→(R4) 2.117→(R5) 2.2

現状と課題

<現状>

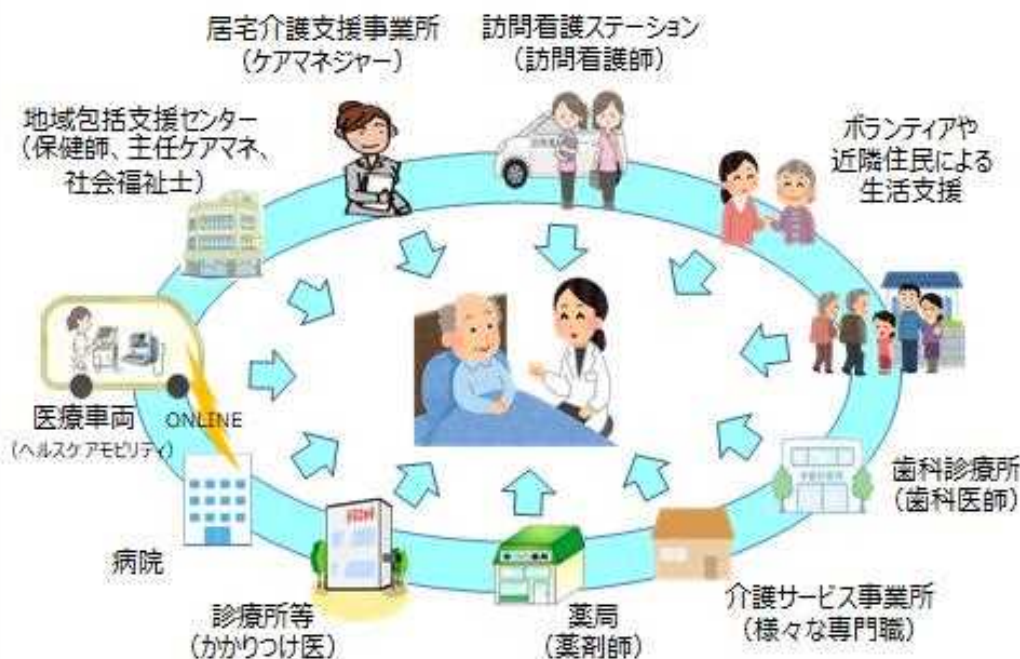
- ・人口減少により過疎高齢化が進んでいる
- ・病床数が多く（10万人当たり全国1位）高齢者向け施設が少ない
- ・医療提供施設へのアクセスが不利な中山間地域が多く、都市部と中山間地域の医療提供体制には大きな差がある
- ・県民世論調査（R3年度）では、自宅での療養を望む人の割合が40.8%

<課題>

現状を踏まえた高知県在宅療養推進懇談会からの意見

- ・ICT等技術の積極的活用が必要
- ・在宅医療のさらなる受け皿整備が必要
- ・住まいの確保と連動した療養の効率的な提供が必要
- ・在宅医療・介護現場での事故防止や在宅患者・家族からのパワハラ・セクハラ対策が必要

在宅療養体制のイメージ



令和5年度の取り組み

高知県在宅療養推進懇談会での議論を踏まえた施策の実施

(1) ICT等技術を活用した支援

- ・ICTを活用した高齢者の見守り支援
- 拡**・中山間地域でのオンライン診療の推進（ヘルスケアモビリティ）
- ・オンラインによる在宅服薬支援
- 新**・フレイルチェック活動の普及に向けたアプリの導入

(2) 在宅支援に取り組む医療機関の確保に向けた取り組み

- ・在宅医療機器の整備への支援や医師等への研修の実施
- 拡**・東部地域多機能支援施設整備のための実施設計、改修工事等

(3) 高齢者の住まいの確保対策への支援

- ・既存の施設を活用した住まいとサービスの一体的な整備を行う市町村、事業所に対する助成や人材確保支援

(4) 在宅医療・介護現場での事故防止やハラスメント対策への支援

- ・「サービス現場におけるハラスメント」リーフレットを活用した周知促進

ポイント 県下どの地域においても在宅医療を選択できる環境が整備されている



【目標値】 在宅療養支援診療所等の数(R1)56機関→(R5.2月)61機関→(R5)60機関
 在宅患者訪問診療料の算定件数(H29)68,655件→(R4.12月)72,177件→(R5)80,860件

現状と課題

＜現状＞

- 条件不利地域が多いが、療養が必要になっても居宅において生活したいという県民のニーズは高い
- ・医療提供施設へのアクセスが不利な中山間地域が多く、都市部と中山間地域の医療提供体制には大きな差がある
- ・訪問診療、訪問看護ステーションの不足及び地域偏在
- ・県民世論調査 (R3)では、自宅での療養を望む人の割合が40.8%

＜課題＞

- ① 退院支援
 - ・入退院支援指針を活用した入退院支援の実施医療機関数の増加が必要
- ② 日常の療養支援
 - ・在宅療養支援診療所等の増加や多職種連携強化が必要
- ③ 急変時の対応
 - ・24時間対応可能な訪問看護ステーション等の整備が必要
- ④ 看取り
 - ・人生の最終段階における医療・ケアについて、家族、医療・介護関係者等と事前に話し合う「アドバンス・ケア・プランニング」の普及が進んでいない

切れ目のないネットワークで在宅医療のさらなる充実



令和5年度の取り組み

- (1) 退院支援
 - ・入退院支援指針活用に関する相談支援及び入退院支援の充実に向けた人材育成研修の実施
- (2) 日常の療養支援
 - ・中山間地域等の訪問看護ステーションへの支援
 - 医療機関が在宅医療に取り組むための医療機器や医療車両導入及びオンライン服薬指導に取り組む薬局への初期投資支援
 - ・在宅医療への新規又は拡充に向けた医師等の研修の実施
 - ・各地域において、「高知家@ライン」を活用した医療と介護の連携
- (3) 急変時の対応
 - 訪問看護総合支援センターの設置により、24時間対応訪問看護ステーションの整備支援
- (4) 看取り
 - アドバンス・ケア・プランニングに関する住民への理解の促進
 (公開講座(県内3箇所)、セミナー(あったかふれあいセンター等))

ポイント

- ① 在宅歯科連携室を核とした在宅歯科医療の促進
- ② 在宅歯科医療への対応力向上



【目標値】 訪問歯科診療が可能な歯科診療所数 (R1)279箇所→(R4.10月)273箇所→(R5)290箇所以上
 訪問歯科診療実施件数 (H30)22,270件→(R3)20,636件→(R5)23,000件以上

現状と課題

<現状>

1 在宅歯科連携室の設置・活動状況
 ・県内3箇所在宅歯科連携室を設置

<在宅歯科連携室の活動状況の推移>
 (単位:件)



2 訪問歯科診療・研修の状況

・訪問歯科診療が可能な歯科診療所数 273箇所 (R4.10月)

・訪問歯科診療診療報酬請求件数

診療年度	市町村単保		後継医療費	
	R2年度	R3年度	R2年度	R3年度
訪問歯科診療 1・2	2,145	2,410	15,187	18,226
訪問歯科衛生士診療	872	977	4,944	5,286

・在宅歯科従事者研修等の実施

歯科衛生士 H30・5回 延195人/R1・3回 延140人/R2・5回 延143人/R3・5回 延208人受講

歯科医師 H30・3回 延146人/R1・9回 延108人/R2・5回 延30人受講/R3・1回 165回視聴

・摂食嚥下機能評価が出来る歯科医師の養成 計14人 (R2)

・歯科衛生士の地域ケア会議への参加 30人 (R3)

・口腔ケア実技研修会の実施 (幡多福祉保健所 R1・10箇所)

<課題>

・今後増加が見込まれる訪問歯科診療利用拡大への対応

・地域包括ケアを推進するため、在宅歯科に関わる人材確保及び質の向上が課題(特に摂食・嚥下支援や歯科衛生士の地域偏在の解消)

・日々現場でケアを担う人材の能力向上が必要

令和5年度の取り組み

1 在宅歯科連携室を核とした在宅歯科医療の促進

- ・医科・介護等との連携、相談窓口、訪問歯科診療の調整機能の強化継続
- ・関係機関の連携強化につながる多職種連携協議会の開催
- ・訪問歯科診療の広報・啓発
- ・摂食・嚥下機能を評価し対応することができる歯科医師と介護現場をつなぎ、食支援における歯科医療従事者の役割を拡大

2 在宅歯科医療への対応力向上

- ・各地域における歯科医療従事者の在宅歯科医療への対応力向上研修等を実施



ポイント ICTを活用し多職種との連携による在宅患者への服薬支援体制を強化

【目標値】 在宅訪問実施薬局数 (R1) 183薬局(保険薬局の49%) → (R4) 215薬局(保険薬局の56%) → (R5) 60%
 → (R5) どこに住んでいても必要な時に訪問薬剤管理を受けることができる

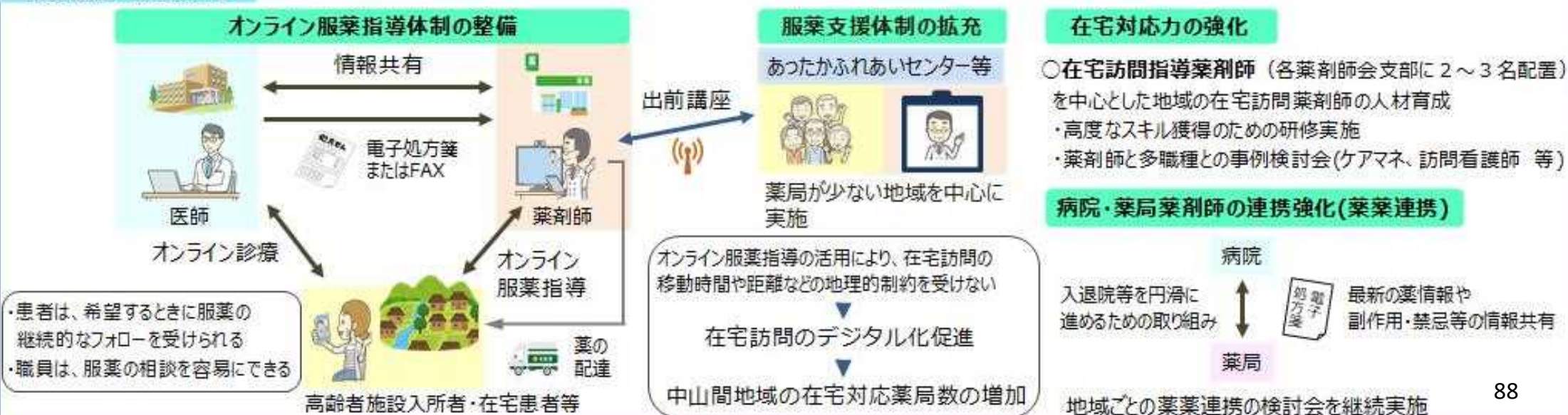
現状と課題

- 現状**
- 在宅訪問実績のある薬局の割合：56%
 - 薬業連携の実施薬局数および内容：服薬状況の報告(214薬局)、抗がん剤などの副作用に関する情報共有(49薬局) ※R4年度薬局状況に関する調査結果 n=335薬局
- 課題**
1. 薬剤師による在宅訪問対応地域の拡大
 - 中山間地域など薬局が少ない地域では、患者が安心して服薬できる体制が十分に整っておらず、在宅訪問も患者宅との距離や時間の制約から進んでいない
 - 高齢患者、薬剤師ともに非対面での服薬支援に慣れていない
 2. 薬局薬剤師の在宅訪問指導力を強化
 - 多職種と連携した在宅患者への服薬支援が十分にできていない
 3. 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携強化
 - 病院、薬局薬剤師間における患者の入退院時服薬情報の共有が不十分

令和5年度の取り組み

1. ICTを活用した非対面型の服薬支援体制の整備
 - 高齢者施設等を対象にオンライン服薬支援の活用方法等を検証
 - 小規模多機能施設等を活用したお薬教室やお薬相談を継続実施
 - 薬局薬剤師を対象としたICT活用研修の実施
2. 薬局薬剤師の在宅訪問指導力を強化
 - 地域ごとに在宅訪問薬剤師研修会や多職種との事例検討会を実施
3. 病院薬剤師と薬局薬剤師の連携強化
 - 電子処方箋等を活用した病院薬剤師と薬局薬剤師の連携体制の構築

取り組みの方向性



ポイント

将来の医療需要を見据えつつ、地域の実情に応じた適正な医療提供体制の構築を推進



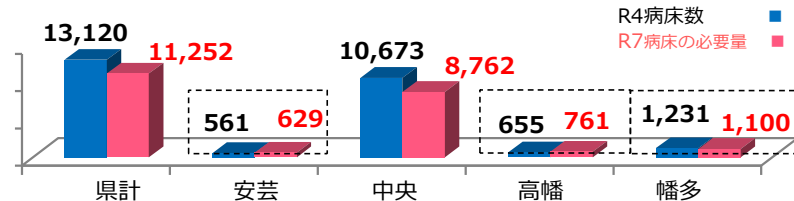
【目標値】 回復期機能の病床数 (H30) 1,840床 → (R5.2月末) 2,088床 → (R5) 2,872床

現状と課題

- 病床数（10万人当たり）は**全国1位**であるが、その他の高齢者向け施設は**全国下位**であり、そのバランスが課題
- 病床機能別に見ると、**急性期、慢性期は過剰**であるが、**回復期は不足**しており転換支援が必要（うち慢性期の**介護療養病床は約9割が介護医療院等に転換済**）
- 将来の医療需要を見据え、**必要な医療提供体制が確保**されることを前提とし、希望する医療機関に対し**病床のダウンサイジング**（削減）等の支援が必要
- **中央区域以外の郡部等**においては、すでに「令和7年における病床の必要量」に近づく、または下回っており、**地域の医療体制を確保**するため**医療連携体制**（地域医療連携推進法人など）の構築等が必要
- **公立・公的病院等**については、新興感染症等への対応を踏まえ、**公立病院経営強化プラン**等の策定を行い、**今後の方針**について協議を実施

※新型コロナウイルス感染症への対応が続いているが、人口の減少・高齢化は進んでおり、地域医療構想の基本的な枠組み（病床の必要量の推計や考え方等）は堅持し、その取り組みは着実に進めていく必要がある

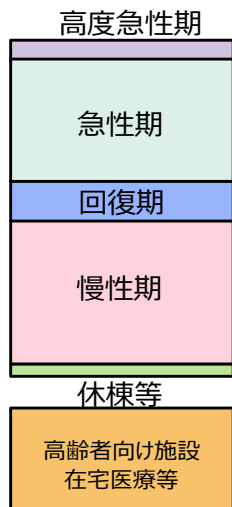
【各区域における「R4病床数」と「R7病床の必要量」の比較】



※安芸、高幡区域については、すでに病床数が「病床の必要量」以下となっており、幡多区域についても、近づいてきている。

目指すべき姿（将来の医療需要に応じた適正な医療提供体制）

< R 4 病床機能別の病床 >



急性期及び慢性期は過剰であるが、回復期は不足

転換

< 令和7年度 > 地域医療構想推計年度



将来の医療需要に応じた適正なバランスへ

令和5年度の取り組み

- (1) 医療機関が行う**経営シミュレーションの実施、地域医療連携推進法人の新設、公立・公的病院等のプラン策定への支援**
 - ・ 経営シミュレーション以外に、新たに以下の2つ補助メニューを追加
 - ① 地域医療構想連携推進法人の新設手続きの経費
 - ② 公立・公的病院等のプラン策定の経費
- (2) **病床の転換・ダウンサイジング等への支援**
 - ・ 病床の転換・ダウンサイジングの際に必要な整備・改修・処分等への支援
 - ・ 病床のダウンサイジングに対する給付金の支給（稼働病床に限る）
- (3) **地域医療構想調整会議、セミナーの開催等**
 - ・ 地域医療構想調整会議、関係者向けのセミナー等を開催し協議を実施
 - ・ 公立・公的病院等のプランや実際の機能を踏まえた役割等を検討

ポイント

救急医療を必要な患者に対応できる体制の構築



- 【目標値】
- 救急車による軽症患者搬送割合 (H30)45.8% → (R5.2月末) 44.0% → (R5)40%
 - 救命救急センターへのウオークイン患者割合 (H30)67.7% → (R5.1月末) 61.0% → (R5)65%
 - 救命救急センターへの救急車の搬送割合 (H30)40.3% → (R5.2月末) 41.1% → (R5)30%
 - 救急車搬送時の照会件数4回以上の割合 (H30) 2.2% → (R5.2月末) 7.2% → (R5)1.8%



- 県民の理解が進み、適正な受診が行われ、救急車、救命救急センターの本来の役割が確保される。
- 二次救急医療機関での救急患者の受入が進み、三次救急医療機関の負担が軽減する。

現状と課題

＜現状＞

- ①救命救急センター（三次救急医療機関）に救急搬送の約4割が集中
- ②救急車で搬送した患者の約4割が軽症患者
- ③救急搬送時の医療機関への収容照会件数が増加

＜課題＞

- 三次救急医療機関と二次救急医療機関の役割分担と連携
- 救急医療機関と消防機関の連携体制の充実
- 救急医療体制の強化
- 地域の救急医療機関等の医師不足

①救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査 (%)

年	H28	H29	H30	R1	R2
近森	17.3	16.8	15.7	16.8	16.0
日赤	14.8	15.2	14.9	14.1	14.4
医療センター	10.8	10.7	9.7	9.3	7.9
計	42.9	42.7	40.3	40.2	38.3

③救急搬送時の医療機関への収容照会件数等（こうち医療ネット）

年度	H28	H29	H30	R1	R2	R3
4回以上	488	696	872	858	789	1,046
割合 (%)	1.3	1.8	2.2	2.3	2.2	2.8
入電～収容(分)	40	40.6	41.2	41.6	47.3	42.3

②救急救助の現況調査

傷病程度\年	H28	H29	H30	R1	R2	R3
重症以上(人)	7,264	7,069	6,696	6,561	6,186	6,294
割合(%)	19.3	18.5	17.0	16.8	17.1	16.9
中等症	13,391	13,946	14,404	14,718	14,512	14,863
割合	35.6	36.4	36.6	37.8	40.3	40.0
軽症	16,764	16,976	18,024	17,471	15,158	15,858
割合	44.6	44.4	45.8	44.8	42.1	42.7
その他	189	267	244	221	191	154
割合	0.5	0.7	0.6	0.6	0.5	0.4
計	37,608	38,258	39,368	38,971	36,047	37,169
割合	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

令和5年度の取り組み

◆救急医療の確保・充実

- 救急医療の連携や体制の強化 救急医療機関の連携や体制強化、働き方改革への対応について協議を実施
- ICTを活用した救急医療体制の充実 医療機関の応需情報や画像転送システム等の活用による迅速かつ適切な救急医療の提供
- 救命救急センター運営・機能強化 三次救急医療の体制を強化のため、救命救急センターに必要な医療機器等の整備を支援
- 休日夜間の医療提供体制の確保 平日夜間小児急患センターや調剤施設、小児科輪番制病院等への運営支援
- ドクターヘリの円滑な運航 フライトドクター等の確保、安全管理部会におけるインシデント・アクシデント情報の収集・分析

◆適正受診の継続的な啓発と受診支援

・適正受診を支援する電話相談体制の確保、適正受診に向けた啓発等の実施

高知家の救急医療電話（#7119）、小児救急電話相談（#8000）、救急医療情報センターによる連携した電話相談体制の確保、こうち医療ネットによる医療機関の情報提供、新聞等を活用した適正受診に向けた啓発 等

ポイント

へき地の医療を確保するため、様々な施策を行う



【目標値】

・へき地診療所への代診医派遣率 (H30) 88% → (R5.1月) 100% → (R5) 100%

へき地における医療提供体制 (へき地診療所の従事医師数)

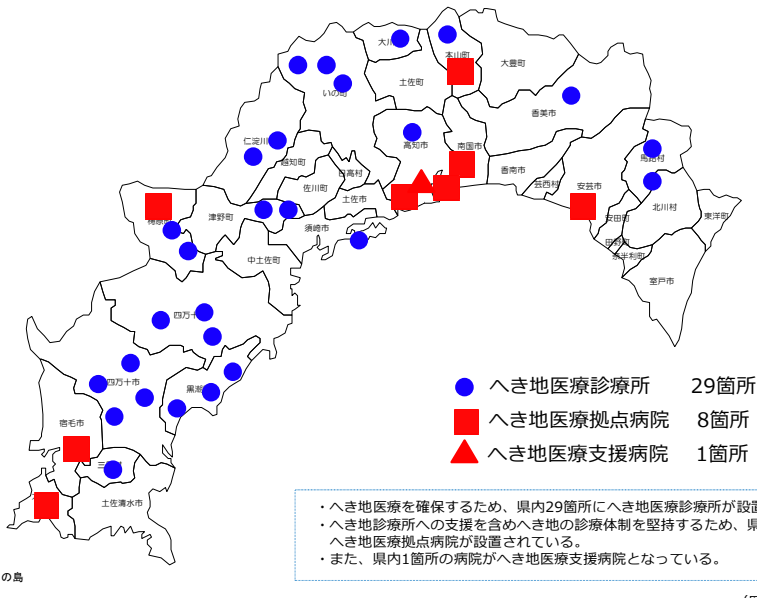
・へき地診療所の従事医師数 (H30) 17人 → (R4.4月) 18人 → (R5) 17人 (現状維持)

(H30) 17人 → (R4.4月) 18人 → (R5) 17人 (現状維持)

現状と課題

- 無医地区は12市町村26地区、無歯科医地区は14市町村35地区 (「令和元年度厚生労働省無医地区等調査」より)
- へき地の公的医療提供体制
へき地診療所29箇所、へき地医療拠点病院8箇所、へき地医療支援病院1箇所
- へき地医療に従事する医師
若手医師の専門医志向もあり、自治医科大学卒業医師の義務明け後のへき地従事が減少

へき地医療を確保するための体制



令和5年度の取り組み

【医療従事者の確保】

- ◆ 自治医科大学への負担金、県外大学との連携事業 → 新規医師の確保

【医療従事者への支援】

- ◆ へき地医療機関への代診医派遣 → へき地に勤務する医師の負担軽減
- ◆ へき地勤務医師の後期研修への助成 → 若手医師キャリア形成への支援

【医療提供体制への支援】

- ◆ 無医地区巡回診療、離島歯科診療へ助成 → 無医地区等の医療確保
- ◆ へき地診療所・へき地医療拠点病院の運営費や設備整備への補助金 → へき地診療所、へき地医療拠点病院の維持
- ◆ 公的病院から医師不足地域への医師派遣 → へき地の医療確保
- ◆ 民間病院等のへき地支援に対する助成 → へき地の医療確保
- ◆ 離島の患者輸送にかかる経費の助成 → 離島医療の確保
- ◆ オンライン診療の活用・普及 → へき地の医療サービスの向上

ポイント

若手医師の育成と確保により、医師の県内定着を図るとともに中山間地域の医師不足解消を目指す



【目標値】

- ・県内初期研修医採用数 (R1) 62人→(R4.4月) 58人→(R5) 70人
- ・高知大学医学部附属病院採用医師数 (R1) 28人→(R4.4月) 36人→(R5) 40人
- ・二次医療圏別医師数 (H30) 安芸97人、高幡91人、幡多169人→(R2.12月) 安芸103人、高幡86人、幡多161人→(R5) 安芸97人、高幡91人、幡多169人(現状維持)
- ・産婦人科(産科含む)医師数 (H30) 60人→(R2.12月) 61人→(R5) 62人

40歳未満の若手医師数 (H30) 570人→(R5) 750人

現状と課題

■ 医師の3つの偏在がある

- ①若手医師(40歳未満)の減少 : (H14→R2)で22%減少
- ②地域による偏在 : (高幡、幡多)の保健医療圏は減少
- ③診療科による偏在 : 産婦人科は増加に転じるもなお不足、外科は減少が続いている

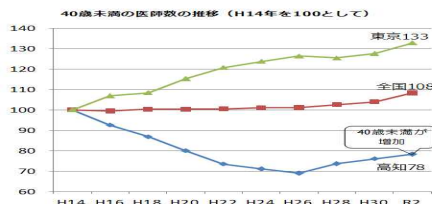
<課題>

- ①安定的・継続的な医師確保(中長期的視点)
- ②現在不足している診療科医師の確保(短期的視点)
- ③医師が働きやすい環境の整備(働き方改革)
- ④医師の適正配置及びキャリア形成システムの強化

医師の3つの偏在

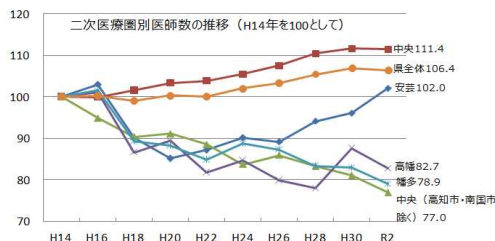
若手医師の減少

この18年間で22%減少
40歳未満の医師数の推移
(平成14年末を100として)



医師の地域偏在

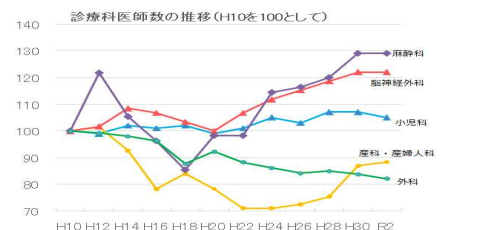
高幡・幡多保健医療圏では減少
二次保健医療圏別の医師数の推移
(平成14年末を100として)



医師の診療科偏在

産婦人科→増加に転じるもなお不足
外科 →減少が続いている

診療科医師の推移
(平成10年末を100として)



令和5年度の取り組み

【医学生への支援】

- ◆ 医師養成奨学貸付金制度 → 県内医師の育成・確保
- ◆ 高知大学に寄附講座を設置 → 地域医療教育を推進

【医学生・医師への支援】

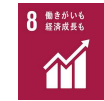
- ◆ 医学生・研修医の研修支援(再生機構) → 県内育成・定着推進
- ◆ 医師養成奨学金貸与者へのフォロー → 医師のキャリア支援・定着推進(地域医療支援センター、再生機構)
- ◆ 勤務環境改善事業 → 職場環境整備、医師の働き方改革の推進
- ◆ 総合診療医や臨床研究医(臨床しながら研究をする医師)の育成 → プログラム充実により育成を推進

【県外からの医師誘致、中山間地域の医師充足等】

- ◆ 修学金貸与、派遣実施(再生機構) → 県外医師の赴任誘致・招聘定着
- ◆ 県外大学との連携事業 → 県外私立大学から中山間へ医師を派遣
- ◆ 医師少数区域等勤務医支援事業 → 医師少数区域勤務医師への研修費等の助成

ポイント

看護職員の育成と県内定着を目指す



【目標値】

・県内看護学校新卒者の県内就職率	(R1) 69.3% → (R4.3月) 63.0%	→ (R5) 75.0%
・看護職員離職率	(R1) 8.3% → (R3) 7.8%	→ (R5) 10.0%以下を維持
・新人離職率	(R1) 8.3% → (R3) 5.3%	→ (R5) 7.5%以下
・職場環境等の改善に取り組む医療機関数	(R1) 34病院 → (R4.12月末)34病院	→ (R5) 46病院
・助産師の新規採用数	(R1) 12人 → (R4.4月) 10人	→ (R5) 14人/年

・看護職員を需給推計値程度確保 (R7) 需要数 15,676人
 ・助産師の活躍する場の拡大
 【助産実践能力習熟段階レベルⅢ 認証制度で認証された
 アドバンス助産師数の増加】

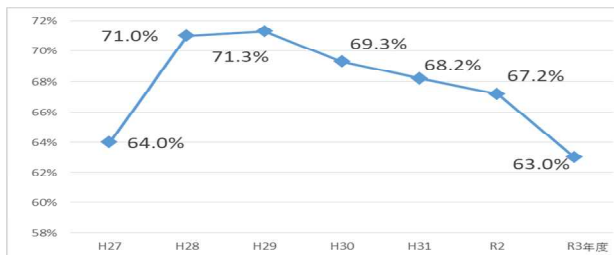
現状と課題

- 県内の看護師数：14,317人 (R2.12月) → 必要需要数：15,676人 (R7)
- 県内看護師等養成所卒業者の県内就職率：63.0% ※県外病院の奨学金受給者が多い2校を除く
- 看護師・助産師等の奨学金貸付者の9割以上が指定医療機関に就職
- 高度化する看護技術への対応 → 看護教員の育成支援が必要
- 看護職員の離職率：7.8% (R3) → 働きやすい職場環境整備が必要
- 新興感染症への対応 → 全国に比べて少ない感染管理認定看護師 (ICN) の養成が必要

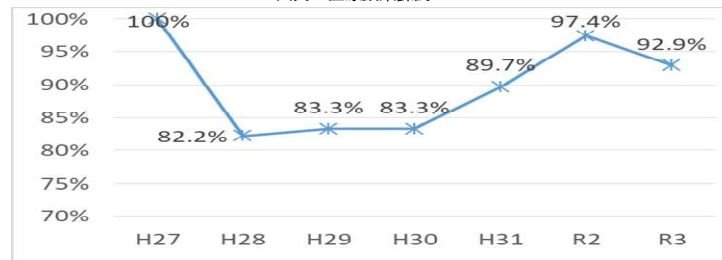
	看護師・ 准看護師数	従事者割合	病院数
中央保健医療圏	11,347	79.2	91
安芸保健医療圏	759	5.3	6
高幡保健医療圏	740	5.2	8
幡多保健医療圏	1,471	10.3	16
合計	14,317	100	121

出典：R2年保健師助産師看護師・准看護師従事者届
 出展：厚生労働省「衛生行政報告例」

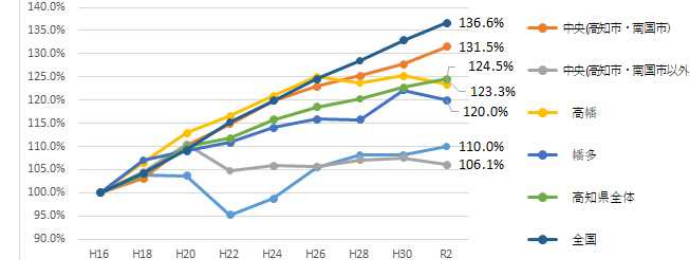
県内看護師等養成所卒業者の県内就職率
 出典：看護系学校状況調査



看護師等養成奨学金貸付者の指定医療機関への就職率
 出典：医療政策課調べ



看護職員数の伸び率



令和5年度の取り組み

【看護職員の養成と確保支援】

- 県内就職率改善のため医療機関の魅力発信
 - ・就職フェアの開催
- 拡** ○ 看護学生のインターンシップの導入
- 奨学金貸付制度の活用
- 新** ○ 県内で看護教員の養成・教育ができる環境整備
 - ・R6年度開講に向け準備会にて検討

【看護職員の定着促進・離職防止支援】

- 勤務環境改善等に取り組む医療機関等への支援
 - ・アドバイザーを派遣し職場分析等による助言等
- キャリアアップへの支援
 - ・看護職員のキャリアアップに必要な研修事業等の実施

【新興感染症への対応】

- 新** ○ 認定看護師教育課程 (感染管理分野) の開講
- 拡** ○ 認定看護師、特定行為研修受講に要する経費への助成

【助産師の養成と確保支援】

- 奨学金貸付制度の活用
- 新人助産師研修の実施



ポイント

医療提供体制の維持及び向上のために必要とされる薬剤師数の確保



医療法における病院薬剤師の充足状況：病院薬剤師数5%増 (H30)519名→(R2)519名→(R5)545名 → 病院が必要とする薬剤師数の確保

現状と課題

<現状>

1 薬剤師

- ・薬剤師数 《医師・歯科医師・薬剤師統計 R2.12月末》
1,787名(医療機関:519名、薬局:968名、行政ほか:300名)、約7割が女性
- ・1年以内の薬剤師採用希望数:(H29)54名→(R4)68名 《全病院アンケート》
- ・高知県薬剤師会HPの求人情報サイト
掲載数:198件(R5.2月)、月平均閲覧数:490件(H28)→517件(R5.2月)

2 薬学生

- ・薬学部設置状況 薬学部あり:33都道府県、薬学部なし:14県
- ・県出身薬学生:(H26)529名→(R4)415名 《薬学教育協議会調査》
- ・都市部で初任給の高い就職先を選ぶ傾向 (近畿地区に約40%が在学中)

3 薬学部志願者《日本私立薬科大学協会調査》

- ・薬学部志願者数は、全国的に減少傾向 (R3年度は前年度比約1%減少)

<課題>

- ・病院薬剤師の確保
- ・若手薬剤師のキャリア形成志向への対応が必要
- ・女性薬剤師のワークライフバランスの確保 (産育休等)
- ・未就業および転職を検討する薬剤師への求人情報の提供

- ・県内での実習機会の確保が必要
- ・都市部の学生などに対し直接的なアプローチの機会を確保し、県内で働く魅力の発信をすることが必要

- ・薬学部を志望する学生が減少傾向のため、興味を持ってもらえるよう学生及び保護者等への継続した働きかけが必要

今後の取り組みの方向性

ライフステージに合わせた就職支援

中高生

薬学進学セミナー (調剤体験等)

合同説明会での進学情報の提供

大学キャンパスツアー

薬学生

病院薬剤師のキャリア形成を目的とした卒後研修制度の創設

SNSを活用した県内就職情報の提供

インターンシップの実施

関西地区での就職説明会

薬剤師



薬剤師確保対策検討会での就職支援に係る検討

令和5年度の取り組み

1. 薬学生・薬剤師への取り組み

- ・薬剤師確保対策検討会において、県内就職促進への新たな仕組みづくりの検討 (奨学金等制度や卒後研修等)
- ・SNS等を活用した高知県薬剤師会求人情報サイトの周知

2. 薬学生への取り組み

- ・インターンシップ (病院、薬局、行政) の実施
- ・県内就職に向けた情報提供
就職情報、インターンシップ制度、就活イベント情報等を大学等へ提供 (Web等の広報も活用)
- ・県出身学生の多い関西地区での就職説明会の開催

3. 中高生への取り組み

- ・薬剤師の職能周知イベント開催：各種セミナー、合同説明会等
- ・就職支援協定に基づく取り組み：大学キャンパスツアー等 94

目次

1

基本的な事項

2

県内国保の保険料水準の統一

3

統一保険料への移行

4

統一保険料の増加の抑制

5

医療提供体制の確保

6

国保事務の広域化・標準化

被保険者証と高齢受給者証の一体化について

経緯と現状

- 平成30年3月に、被保険者の利便性向上の観点から、総務省行政評価局から「被保険者証と高齢受給者証の一体化を推進する必要がある」とのあっせん文書が厚生労働省あてに送付された。
- 「第2期高知県国保運営方針(令和2年12月策定)」において、被保険者証と高齢受給者証の一体化の検討を記載
- 高知市: 令和5年8月実施として準備を進める
- 職員協議会支部協議会、国保連合会電算委員会: 県が調整の上県内全体での実施に向け取り組むよう要請あり(R3)

目指す方向

【確認事項】R3.11.15 作業部会

- 令和4年度の被保険者証は、有効期限を4年4月～5年7月とする(一体化への対応を前提とする)

以後の対応

- 全ての市町村でR5.8に一体化被保険者証の発行を予定
- R4.4 R5年7月までを有効期限とする被保険者証の発行
 - R4年度高齢受給者証はR4.7に発行、有効期限R5.7
- R4.7 国保連合会電算運営委員会: 一体化証のレイアウト検討
- 今後、必要に応じ作業部会又は国保連合会電算運営委員会での協議を行いながら、対応を進める

高額療養費の申請簡素化について

経緯と現状

- 地方からの提案により、市町村が手続方法を別に定めることで、高額療養費の申請手続を省略できることができるようになった。
 - ①70歳以上被保険者を対象(H28)②70歳未満被保険者への拡充(R3)
- 県内では、R3年度当初時点では実施している市町村はなかった。
- 国保連合会において、市町村が国保総合システムで支払処理を行う際に対応できるツールが提供されている(R4.1)。

目指す方向

【確認事項】R3.11.15 作業部会

- 全県で統一して簡素化を目指すのか、統一の場合はいつから行うか。
- 実施可能な市町村から実施していく。
- 市町村の取組を進めるため、県から要綱(例)を示す。



以後の対応

- 要綱(例)の提示に向けた取組 → 近く提示を予定
 - 事務の統一の観点からも、各市町村が共通の要綱を定めることを想定。ただし、各市町村が修正の上定めることを妨げない。
 - 多くの市町村の標準としてもらうために、要綱(例)に不足するもの、追加して定めることが適当なもの確認

○市町村調査（令和5年1月実施）

今後の検討項目、検討スケジュールの参考とするために事務の広域化、標準化が考えられる項目について、検討の優先度とその理由等について調査を実施。

○方向性

- 「優先度が高い」との回答が特に多かった項目は、優先的に検討する（令和5年度中）。
- 上記以外で「優先度が高い」との回答が多かった項目や新たに課題となった項目について、検討を進める（令和6年度以降）。
- 検討については、各作業部会に諮りながら進めることとする。

第4回市町村調査（R5.1月実施）の結果について（給付関連）

1 調査結果の概要

優先度が高いとした市町村が多かったもの

<p>○ 一部負担金の減免基準（要件）（広域化）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・給付額に差が生じるため ・本人負担にかかる基準は県内で統一した方がよい ・減免基準はどこの町村も差異をなくすべきである ・同じ保険料を支払っているのに市町村によって減免基準が異なるのは不公平 ・減免基準はどこの町村も差異をなくすべきである ・例規の改正が必要となるため 	15
<p>○ 高額療養費支給申請時の領収書確認を省略（標準化）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事務が近隣市町村間でも異なるため ・被保険者の負担軽減のため。 ・給付の内容に関わることなので、統一は必要・標準化されることで、窓口での事務負担の軽減になる ・領収書の紛失や地域の医療機関によっては、一定期間に一括で領収書を発行する場合もある。こうしたことから事務の簡素化も含め、領収書の確認を省略した方が良いと考える。 ・確認の際、領収書が不足していたり紛失していることで担当から直接医療機関に確認を行っている。その際、リストとの金額に差異が生じるため確認にも時間を要する。 ・本町では領収書の添付を省略しているが、省略前には領収書を廃棄している被保険者もあり、領収書の再発行を依頼するケースがあった。市町村によって、同じ手続きを行うための提出書類が異なれば、住所変更した被保険者も困惑するため、優先的に対応すべき。 ・被保険者の利便性や事務の簡素化のためにも領収書の確認省略は最も優先度が高いと考える。 	8
<p>○ 一部負担金の減免の申請様式統一（広域化）</p> <p>○ 高額医療費等の支給に係る申請の勧奨実施（標準化）</p> <p>○ 限度額認定証の取扱基準（「特別な事情」の取扱について標準的な取扱基準を策定）（標準化）</p> <p>○ 保険給付の差止（基準、対象範囲、対象者、手続き）（標準化）</p>	6



2 R5年度に検討する事項

■ 保険料算定に影響する項目

- 一部負担金の減免基準（要件）（広域化）
- 保険給付の差止（基準、対象範囲、対象者、手続き）（標準化）

※ただし対象者はごく少数のもよう

3 R6年度に検討する事項

- 高額療養費支給申請時の領収書確認を省略（標準化）
- 高額医療費等の支給に係る申請の勧奨実施（標準化）
- 限度額認定証の取扱基準（「特別な事情」の取扱について標準的な取扱基準を策定）（標準化）

4 R7年度以降に検討する事項

- 一部負担金の減免の申請様式統一（広域化）
- 給付関係の申請書様式の統一（標準化）
- 申請書等への第三者行為の有無の記載欄追加
- ※国保システム標準仕様書に定める様式への準拠で対応することを想定
- ※他業務の申請様式の標準化と連動して検討する。
- 療養費、葬祭費の添付書類等（マニュアル策定）
- ※規定する内容について作業部会等で検討を進める

第4回市町村調査（R5.1月実施）の結果について（資格関連）

1 調査結果の概要

優先度が高いとした市町村が多かったもの

<p>○資格異動日・被保険者証の取扱い等の基準の統一、標準化</p> <ul style="list-style-type: none">・市民の住民票変更時等、異動日、証の取り扱いが違くと混乱が生じるため。・保険料の算定や医療費にも関わるため・標準化されるべきであると考えため・資格の基本となる部分のため・基本的なマニュアルが必要・資格取得喪失における遡及適用について管理できれば保険者間調整、療養費払等の事務の軽減が見込まれる。・統一にあたり、A市では必要なかったものがB町で必要とは説明しづらい。・マイナンバーカード保険証一体化と同じく検討を要する。・自治体によって異なると思われるので	10
<p>○資格関係の申請書様式の統一（標準化）</p> <ul style="list-style-type: none">・効率化を図るため。・事務の標準化にもつながる・例規の改正が必要となるため・保険者ごとに被保険者対応が異なるのは適正ではないと考えるため・申請書の統一は必要か否かも含め検討が必要であると考え	7
<p>○資格得喪・変更届出に係る資格確認資料及び本人確認方法（標準化）</p> <ul style="list-style-type: none">・統一にあたり、A市では必要なかったものがB町で必要とは説明しづらい。・マイナンバーカード保険証一体化後、資格の異動の際に対応が必要だと考えられるため。・当町は、国保加入時は社会保険喪失連絡票（証明書）の提出を求めているが、雇用保険受給資格者証等に対応している市町村もあるようなので検討が必要と思われる。・保険者ごとに被保険者対応が異なるのは適正ではないと考えるため	5



2 今後の取組方針

- 資格異動日・被保険者証の取扱い等の基準の統一、標準化
 - ・今後詳細を検討し、事務打合せ等を通じて資格確認の適正化を進める（法令上の資格異動等については本来同一の取扱いであるべき）
- 資格関係の申請書様式の統一（標準化）
 - ・国保事務標準システムの導入で対応
(各市町村において、国保事務標準システム仕様書で示されている様式への準拠の対応を検討)
- 資格得喪・変更届出に係る資格確認資料及び本人確認方法（標準化）
 - ・国保事務標準システムへの対応状況なども踏まえ、今後必要な対応、標準化の内容について検討を進める。

※他の項目については、順次必要性などを整理しながら協議を進める予定です。

第4回市町村調査（R5.1月実施）の結果について（保険料（税）関

1 調査結果の概要

優先度が高いとした市町村が多かったもの

○ 保険料（税）減免の基準（要件）（標準化）	20
-------------------------------	----

- ・基準が異なると不公平が生じるため。
- ・国保税額に影響してくるため、統一した方が良い。
- ・条例改正を伴うため
- ・給付を標準化していく中で、賦課に関する事柄について自治体間で差異があることが好ましくない
- ・税額に関わる上、各市町村によってバラつきの多い部分であるため。
- ・税を統一するにあたり、減免基準の統一は必須であり、わかりやすい基準での統一が必要。
- ・保険料水準を統一するのであれば、減免基準も統一するべきと思う。（条例・要綱・様式も）
- ・各市町村によってバラつきがあるため。

○ 保険料（税）減免について条例・要綱への記載事項（標準化）	12
---------------------------------------	----

- ・減免額の基準となることは記載しておいた方が良い。
- ・条例で統一に定めた方が、公平な減免を行うことが出来る。
- ・公平性を守り、信頼感を得るために不可欠と思います。また、独自解釈等による運用がなされないよう、要件等については可能な限り明確に記載すべきだと思います。
- ・条例・要綱への記載事項が一定になることで、市町村間での対応が統一される

○ 保険料（税）減免の申請様式の統一	5
---------------------------	---

- ・減免基準を統一した際に、減免対象者が市区町村間を移動するときに減免手続きの負担を軽減するため、様式統一をすれば合理的です。
- ・減免基準が一定になった場合、市町村間での申請様式が統一されることが望ましいと考える
- ・各市町村によってバラつきがあるため。

2 今後の取組方針

○**保険料（税）減免の基準（要件）**

○**保険料（税）減免について条例・要綱への記載事項（標準化）**

- ・条例と合わせて要綱レベルの規定も検討
- ・高知県後期高齢者医療広域連合の減免基準をベースに作業部会で検討を進める
- ・令和5年度中の確定を目指す
- ・納付金算定には含めない（現行どおり）
- ・各市町村での実際の運用は令和12年度までに移行する

○**資格関係の申請書様式の統一（標準化）**

- ・国保事務標準システムの導入で対応
 （各市町村において、国保事務標準システム仕様書で示されている様式への準拠の対応を検討）

※他の項目については、順次必要性などを整理しながら協議を進める予定です。

国保事務の広域化・標準化の進め方（予定）

	～ 5 年度	6 年度	7 年度以降
保険料税 財政	<ul style="list-style-type: none"> ○保険料（税）減免の基準（要件） ○保険料（税）減免について条例・要綱への記載事項（標準化） 	<ul style="list-style-type: none"> ○保険料（税）の賦課事務（本算定の期日や納期・回数、仮算定の有無） 	<ul style="list-style-type: none"> ○滞納整理方法の標準化 ○徴収猶予基準の標準化
給付	<ul style="list-style-type: none"> ○一部負担金の減免基準（要件）（広域化） ○保険給付の差止（基準、対象範囲、対象者、手続き）（標準化） 	<ul style="list-style-type: none"> ○高額療養費支給申請時の領収書確認を省略（標準化） ○高額医療費等の支給に係る申請の勧奨実施（標準化） ○限度額認定証の取扱基準（「特別な事情」の取扱について標準的な取扱基準を策定）（標準化） 	<ul style="list-style-type: none"> ○療養費、葬祭費の添付書類等（マニュアル策定）
資格		<ul style="list-style-type: none"> ○資格得喪・変更届出に係る資格確認資料及び本人確認方法 ○資格異動日・被保険者証の取扱い等の基準の統一、標準化 ・今後詳細を検討し、事務打合せ等を通じて資格確認の適正化を進める 	<ul style="list-style-type: none"> ○様式の標準化 市町村標準システムの導入状況を踏まえて検討