

資料 3	令和4年度第1回高知県 国民健康保険運営協議会
	令和4年9月9日（金）

# 保険料水準の統一についての これまでの議論等

令和4年9月9日  
高知県 健康政策部  
国民健康保険課

# 目次

0

基本的な事項

1

統一保険料の導入

2

激変緩和措置の設定

3

赤字等の解消

4

医療費適正化

5

医療提供体制の確保

6

国保事務の統一

## 【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みえるが、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。

# 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の推計値

### 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)
  - ・ 一人当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

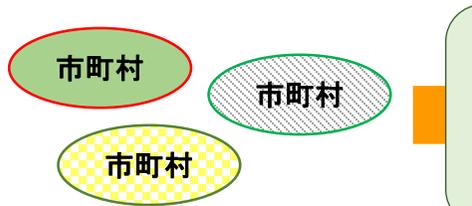
### ③ 低所得者に対する保険料軽減措置の拡充

## ○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**

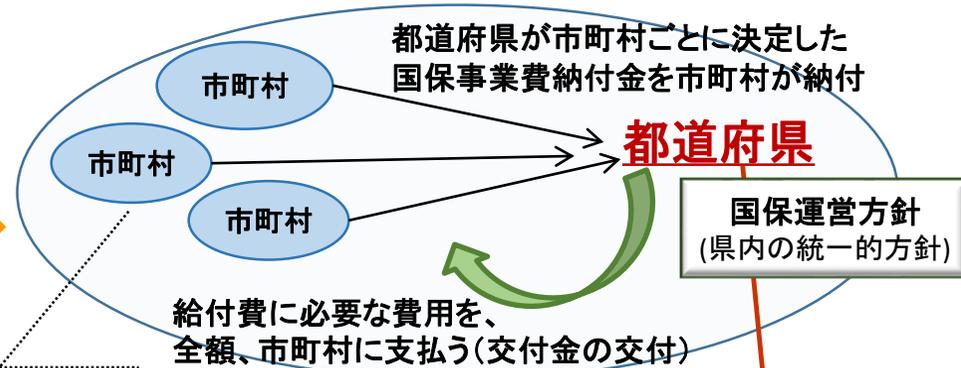
#### (構造的な課題)

- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

- ・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



- ・財政運営責任(提供体制と双方に責任発揮)
- ・市町村ごとの納付金を決定  
市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・市町村が担う事務の標準化、効率化、広域化を促進

## 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

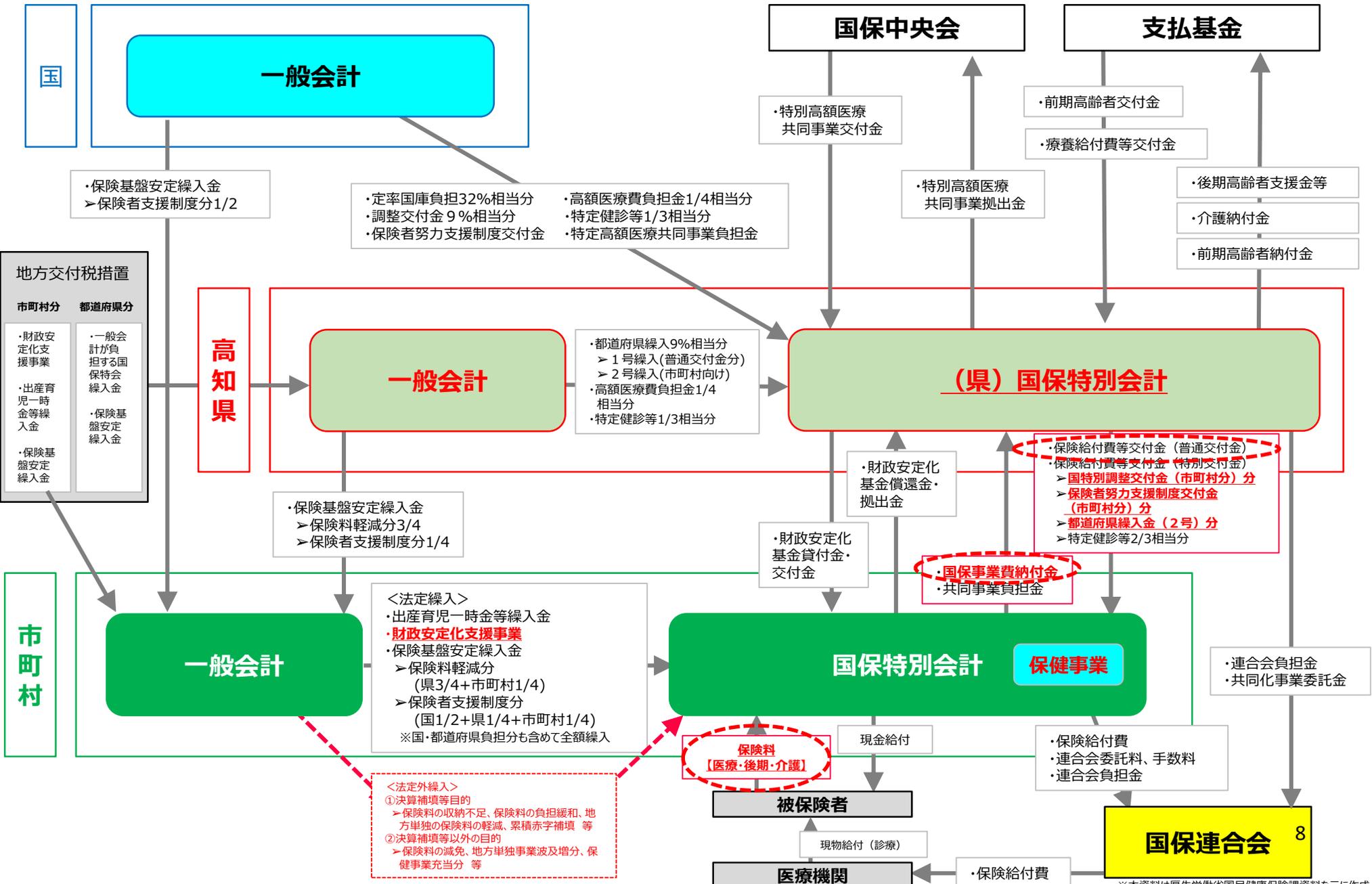
※上記の他、国会での附帯決議、骨太方針・改革工程表、地方団体の要望事項等について、地方団体と協議を進める。

## 改革の方向性

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

	都道府県の主な役割	市町村の主な役割	国保連合会の主な役割
資格管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険者事務共同電算処理</li> </ul>
保険料の決定、賦課・徴収	<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準保険料率等を参考に保険料率を決定</li> <li>・個々の事情に応じた賦課・徴収</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険料適正算定への支援</li> </ul>
保険給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い</li> <li>・市町村が行った保険給付の点検</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険給付の決定</li> <li>・個々の事業に応じた窓口負担減免等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬の審査支払業務</li> <li>・第三者行為損害賠償請求事務</li> <li>・レセプト点検の支援</li> </ul>
保健事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握</li> <li>・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</li> <li>・市町村における健康・医療情報の横断的・総合的な分析</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施</li> <li>・健康・医療情報の活用及びPDCAサイクルに沿った事業運営</li> <li>・生活習慣病対策としての発症予防と重症化予防の推進</li> <li>・特定健康診査及び特定保健指導の実施</li> <li>・データヘルス計画の策定、実施及び評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・データヘルス計画の策定・評価の支援</li> <li>・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</li> </ul>

# (参考) 国民健康保険財政の仕組み



# (参考) 保険料水準の統一に向けた都道府県ごとの状況

厚生労働省資料に加筆

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

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

※上記表においては、以下の定義で記載している。

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

※上記の他、

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

## <高知県の目指す取組>

- ・納付金ベースの統一：**令和6年度**（R11年度までの経過措置あり）
- ・完全統一：**R12年度**

※県内のどこに住んでいても、同じ所得水準、同じ世帯構成であれば同じ保険料であること  
を旨とする観点から、市町村毎の収納率は納付金算定に反映しない。

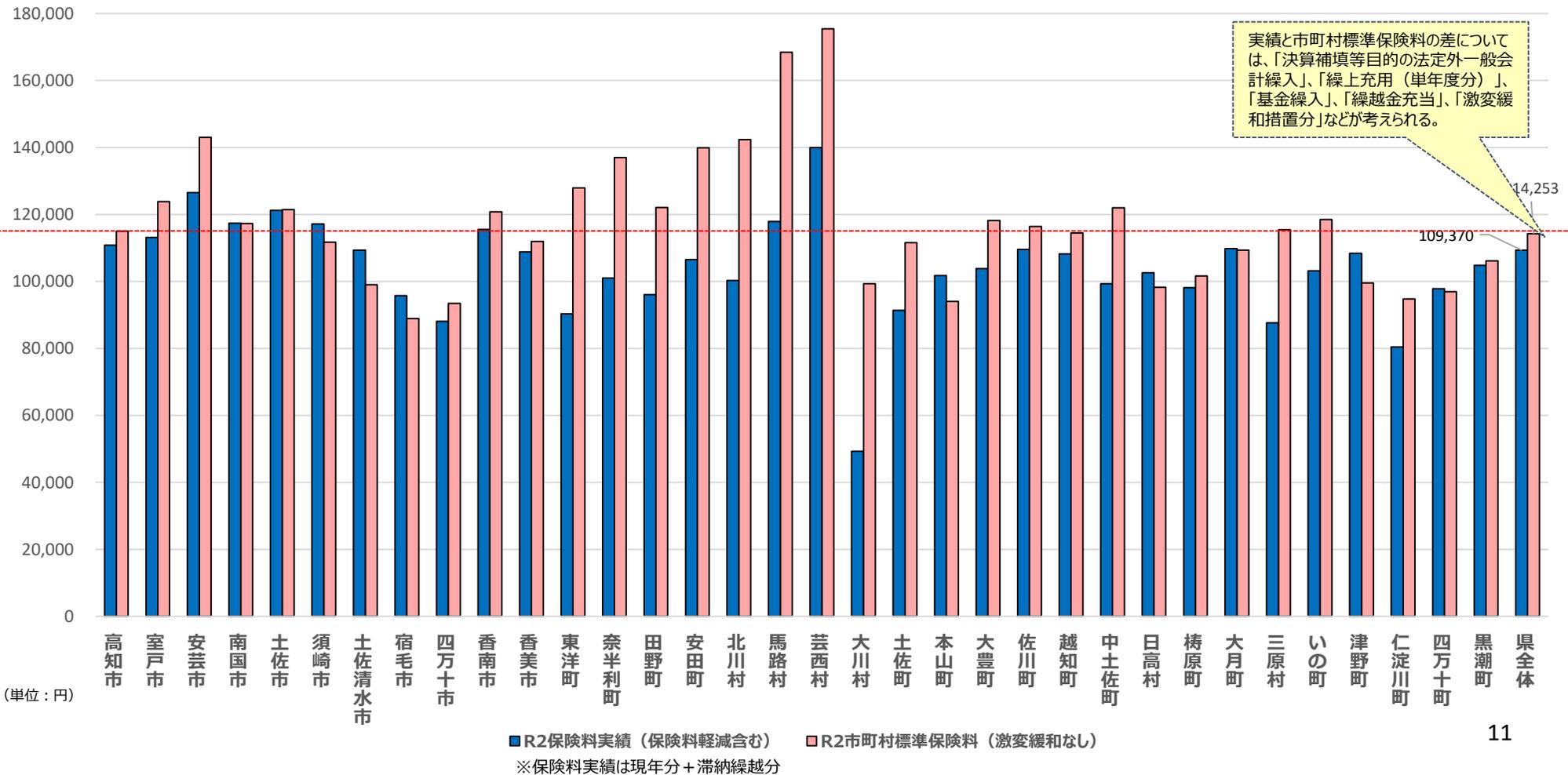
# (参考) 各市町村ごとの直近10年間の被保険者一人当たりの保険給付費の推移

保険者番号	保険者名	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		R2年度被保険者数 (年平均)
		順位	順位	順位																		
1	高知市	292,181	25	303,362	22	315,078	21	322,151	24	341,691	23	349,771	21	357,618	22	363,309	21	377,334	20	384,305	15	64,497
2	室戸市	359,845	4	365,427	4	385,356	4	387,929	6	418,182	6	416,179	4	422,820	2	446,390	4	438,682	6	427,205	6	4,145
3	安芸市	303,962	19	295,901	25	312,197	22	324,162	22	389,977	8	373,422	11	361,115	20	369,497	19	376,250	21	368,904	21	5,570
4	南国市	313,869	15	321,234	15	328,165	15	332,731	19	347,206	20	362,975	14	374,487	15	384,770	15	388,445	19	398,704	12	10,348
5	土佐市	311,618	16	318,741	16	327,944	16	340,849	16	355,630	15	356,814	19	389,856	6	411,740	9	411,616	10	401,913	11	7,402
6	須崎市	273,374	28	283,019	28	280,669	31	287,408	31	318,258	29	312,566	31	303,467	32	315,280	31	318,627	33	322,058	33	6,137
7	四万十市	252,193	32	254,888	34	275,382	32	265,633	33	290,853	33	294,544	33	301,053	33	307,152	32	310,230	34	301,311	34	8,470
8	土佐清水市	277,329	26	281,797	29	303,722	25	313,871	27	357,542	14	341,743	25	359,391	21	353,566	23	373,170	22	360,618	23	4,250
9	宿毛市	251,752	33	256,683	33	269,990	33	281,072	32	298,192	32	303,980	32	318,942	31	326,762	30	336,953	30	335,232	31	5,578
10	東洋町	355,462	5	383,142	2	357,548	8	403,523	4	424,880	5	365,868	13	412,142	5	474,014	3	474,322	3	488,624	2	731
11	奈半利町	334,029	10	347,899	6	331,059	14	351,988	12	379,366	12	360,610	15	413,624	4	407,908	10	410,092	11	367,680	22	925
12	田野町	316,341	13	310,285	19	309,013	24	261,844	34	286,752	34	343,638	24	384,989	9	367,729	20	423,818	7	421,184	7	769
13	安田町	304,666	18	338,419	9	350,865	11	408,867	3	410,377	7	383,843	9	382,098	11	432,171	5	404,646	14	380,568	17	778
14	北川村	457,332	1	359,580	5	427,470	1	391,036	5	442,549	4	411,598	5	414,362	3	487,345	2	455,851	4	437,310	5	337
15	馬路村	381,912	3	371,783	3	402,642	3	421,161	2	543,047	1	423,740	3	363,740	19	417,774	6	419,893	8	342,395	29	160
16	芸西村	346,058	8	343,436	8	364,135	7	376,536	7	371,122	13	399,198	7	377,825	13	390,724	13	363,073	24	351,255	27	1,382
17	香美市	319,688	12	308,978	20	323,945	18	338,595	17	352,097	16	352,706	20	366,394	18	384,965	14	396,860	18	391,949	13	6,560
22	香南市	299,858	21	301,966	24	324,313	17	336,051	18	340,118	24	348,911	22	342,571	27	373,521	18	358,261	25	356,139	25	8,212
26	大川村	249,589	34	308,607	21	244,812	34	292,363	30	469,600	2	374,651	10	378,227	12	223,859	34	327,963	32	381,043	16	82
27	土佐町	316,228	14	330,213	12	366,508	5	348,388	13	350,157	18	357,063	18	369,218	16	379,035	16	399,129	15	370,564	20	906
30	本山町	323,408	11	338,169	10	317,696	20	318,290	25	344,978	21	293,390	34	298,496	34	277,021	33	335,897	31	327,236	32	787
31	大豊町	382,056	2	400,301	1	422,976	2	487,700	1	462,091	3	486,532	1	496,099	1	533,618	1	538,619	1	571,396	1	914
32	いの町	340,325	9	346,011	7	352,354	10	371,728	8	383,178	11	390,891	8	386,554	8	405,725	11	409,110	12	418,547	8	5,355
36	仁淀川町	348,614	7	337,096	11	337,792	12	360,003	10	383,897	10	409,572	6	389,355	7	390,963	12	398,420	17	462,981	3	1,259
37	佐川町	296,000	24	311,421	18	331,732	13	324,289	21	339,051	25	359,466	17	384,279	10	412,298	8	444,617	5	417,986	9	3,072
38	越知町	296,061	23	302,171	23	310,080	23	341,888	15	317,496	30	341,362	26	322,476	30	347,974	24	355,580	26	376,112	18	1,390
39	中土佐町	300,392	20	323,329	14	356,734	9	356,291	11	347,964	19	359,692	16	375,307	14	415,517	7	480,830	2	440,122	4	1,787
40	四万十町	258,630	31	278,631	31	281,586	30	301,150	29	335,728	27	328,546	28	335,630	29	347,626	25	351,115	27	342,491	28	4,808
41	日高村	350,803	6	327,218	13	300,130	27	326,394	20	350,482	17	328,236	29	355,745	23	361,845	22	398,804	16	387,237	14	1,238
42	津野町	296,872	22	315,964	17	318,577	19	311,815	28	338,058	26	312,593	30	368,820	17	330,409	29	364,785	23	341,196	30	1,326
46	梶原町	309,775	17	293,773	26	365,414	6	344,213	14	344,339	22	368,997	12	337,746	28	373,744	17	416,576	9	413,878	10	855
48	黒潮町	276,156	27	281,198	30	287,809	29	317,856	26	331,231	28	330,089	27	355,276	24	339,388	27	347,849	28	352,839	26	3,259
50	大月町	269,798	30	286,918	27	297,116	28	322,450	23	317,488	31	347,600	23	348,069	26	338,309	28	346,840	29	370,847	19	1,593
53	三原村	270,115	29	268,878	32	301,320	26	371,111	9	385,231	9	425,862	2	348,550	25	342,826	26	408,468	13	358,156	24	419
市町村計		296,893		304,257		316,394		325,435		345,302		349,879		357,872		368,163		377,763		378,292		10 165,301

※事業年報から作成、年齢調整は行っていない  
 ※各年度の赤字は最も数値が高かった団体、青字は最も低かった団体

# 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

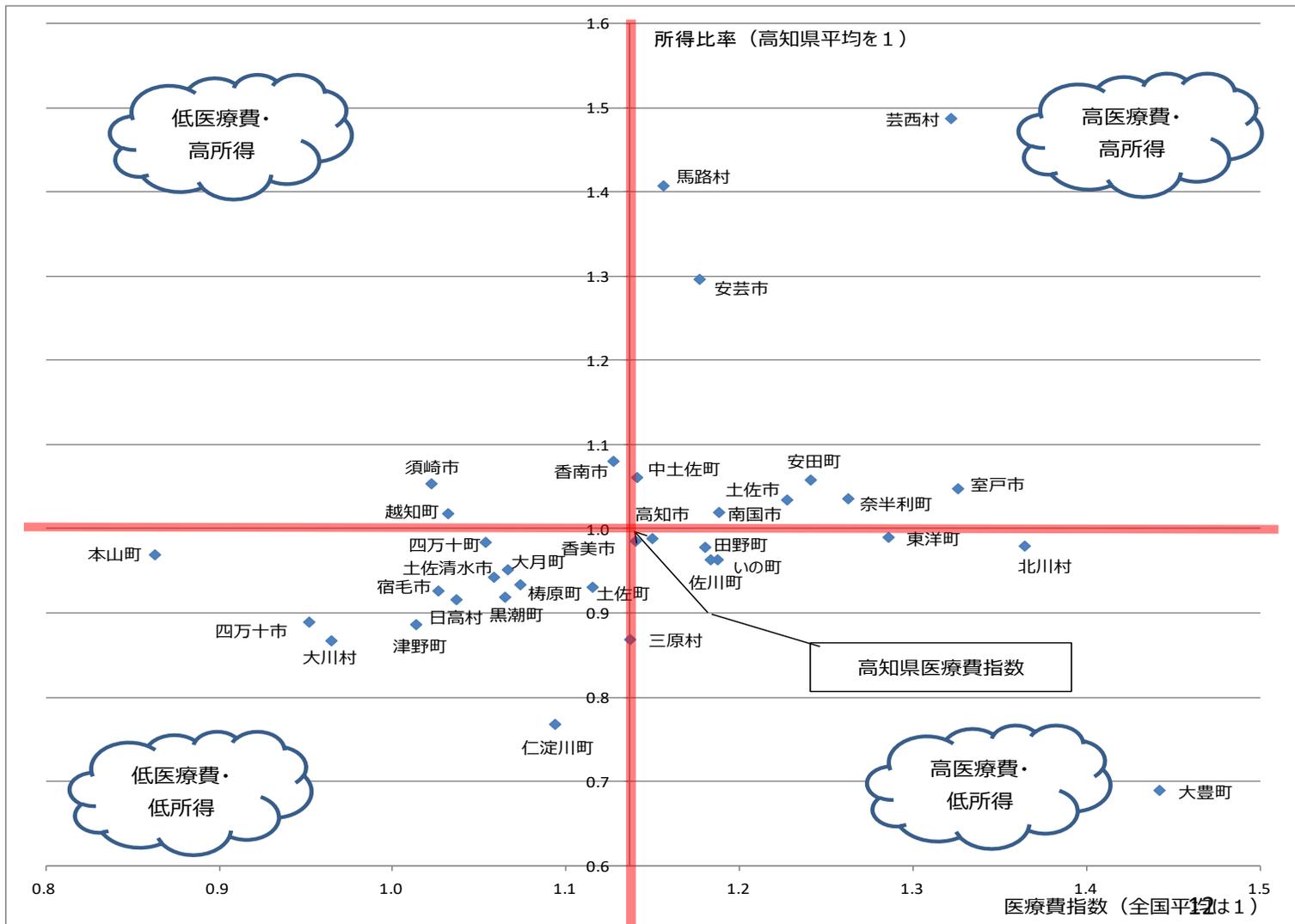
- 現行の被保険者一人当たりの保険料負担の違いには様々な要因が含まれているため、市町村比較が難しい部分がある。
  - 県へ納付する国保事業費納付金の水準から導き出される、現在の市町村標準保険料は、低所得低医療費の団体は低く、高所得高医療費の団体は高くなる傾向にある。
- ※ 市町村標準保険料に対して、保険料実績（保険料軽減含む）が不足する場合は、市町村国保特会の決算が赤字となる蓋然性が高いため、様々な形で保険料不足の補填が行われている。



(参考) 令和2年度 国保事業費納付金の本算定に用いた  
 「医療費指数(年齢調整後)」(平成28~30年度平均)と「所得」(平成29~令和元年度平均)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 (H28~30 平均)		所得比率 (H29~R1 医療分平均)	
	X	順位	Y	順位
高知市	1.149	15	0.988	14
室戸市	1.325	3	1.048	8
安芸市	1.176	13	1.296	3
南国市	1.188	9	1.020	11
土佐市	1.227	8	1.035	10
須崎市	1.022	30	1.053	7
四万十市	0.951	33	0.890	29
土佐清水市	1.058	25	0.942	23
宿毛市	1.026	29	0.926	26
東洋町	1.285	5	0.991	13
奈半利町	1.262	6	1.035	9
田野町	1.180	12	0.979	18
安田町	1.241	7	1.059	6
北川村	1.364	2	0.980	17
馬路村	1.156	14	1.408	2
芸西村	1.322	4	1.488	1
香美市	1.140	17	0.985	15
香南市	1.127	19	1.081	4
大川村	0.964	32	0.867	32
土佐町	1.115	20	0.931	25
本山町	0.863	34	0.970	19
大豊町	1.442	1	0.690	34
いの町	1.187	10	0.964	20
仁淀川町	1.094	21	0.768	33
佐川町	1.183	11	0.963	21
越知町	1.032	28	1.018	12
中土佐町	1.140	16	1.061	5
四万十町	1.054	26	0.984	16
日高村	1.037	27	0.916	28
津野町	1.013	31	0.887	30
梶原町	1.074	22	0.934	24
黒潮町	1.064	24	0.920	27
大月町	1.066	23	0.951	22
三原村	1.137	18	0.869	31
高知県平均	1.137		1.000	



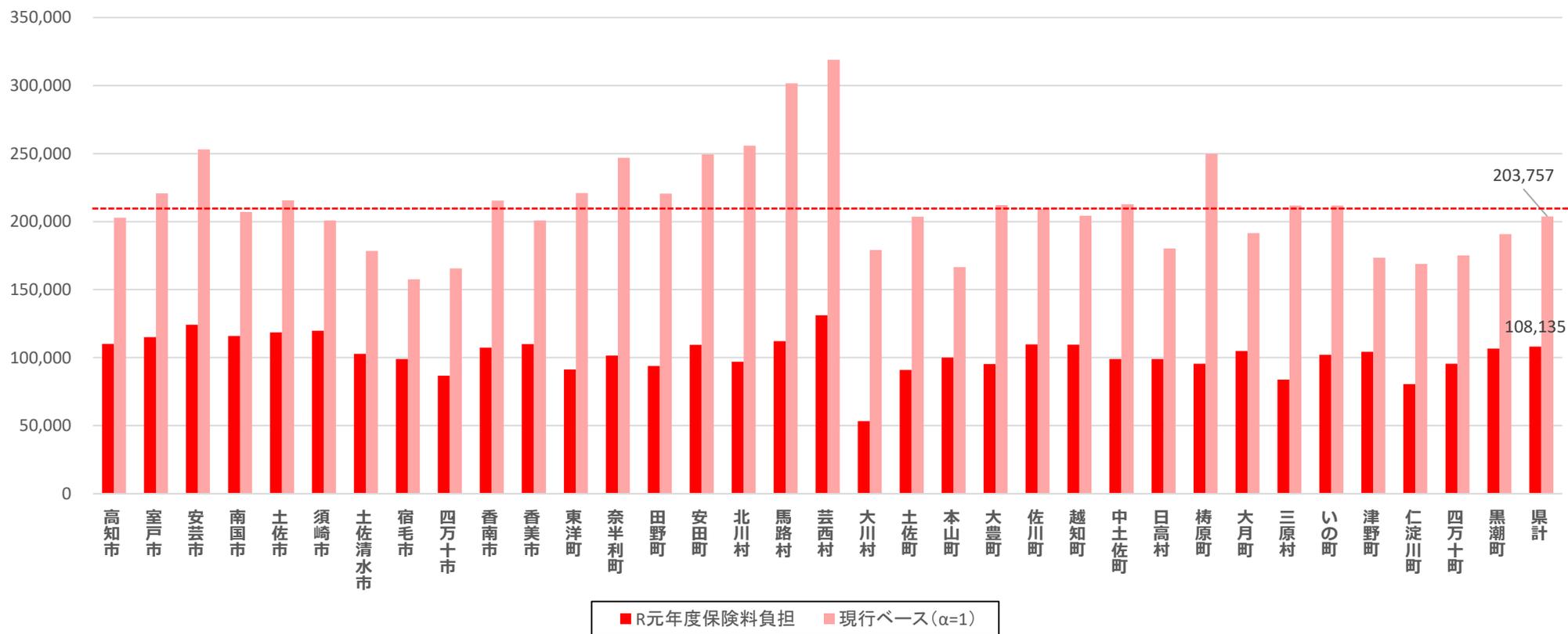
## ①R元年度における被保険者一人当たりの保険料負担 (見込)

※被保険者一人当たりの国保料負担額は現年調定額 (一般+退職) ベース+基盤安定 (保険料軽減分) /年平均) で算定

## ②現行推移モデル (R22年度)

⇒ 現在の仕組み (医療費指数反映係数 $\alpha=1$ ) のまま推移した場合の推計

保険料推計 (R元→R22年度)



**現行の仕組みのままでは20年後の保険料水準は20万円を超える見込み。被保険者一人当たりの保険料負担は現在の約1.9倍程度の増となるため、長期的には全市町村で保険料負担の大幅な引き上げが必要となる。**

- 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"> <li>・統一は県が方針を打ち出して進めるのがよい</li> <li>・統一は市町村の意見を聴きながら、県主導で進めるべき</li> <li>・統一は少しでも早く実現してほしい。</li> <li>・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のでできない理由はない</li> <li>・県が前に出て、統一に向けた機運を作って欲しい</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・県が方向性や将来の保険料率を示して欲しい</li> </ul>
保険料負担について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・できるだけ保険料が安くなる環境</li> <li>・統一によって保険料がどうなるのかを示して欲しい</li> <li>・保険料格差の分析</li> </ul>
医療費適正化について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険料（医療費）が高い団体は分析と努力が必要</li> <li>・できるだけ保険料が安くなる環境</li> <li>・県全体の医療費適正化の話は、県主導で進めて欲しい</li> <li>・医療費分析を行い、効果的なところに集中していくことも必要</li> <li>・医療費適正化は県全体の大きな考え方や仕組みが必要</li> <li>・県全体で健康づくりの機運を作っていくことが必要</li> <li>・医療費を分析しながら、県全体で抑えていく取組が必要</li> <li>・東部と西部の医療費水準、保険料負担の格差の是正</li> </ul>

	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"> <li>・東部は全体的に医療費が高いので低い地域の理解を得る努力は必要</li> <li>・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</li> <li>・統一しても、各市町村の努力が継続される仕組みに</li> <li>・これまでの市町村の努力が水泡に帰さないように</li> </ul>
財政運営の安定化について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人口減少が進めば、高額医療が発生すると厳しい</li> <li>・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</li> <li>・被保険者が少ないので、もしもの時にどうにもならない</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・このままでは村単独では対応できなくなる</li> </ul>
被保険者等への説明について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・議会や被保険者の理解をどう得ていくか</li> <li>・被保険者に対する統一のメリットの説明</li> <li>・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</li> </ul>

## 課題

## 対応

保険料負担の均てん化

**統一保険料率の導入には、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すことがどうしても必要となる。**

“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”  
“具体的な検討を行うためには、統一後の保険料水準を県から早く示して欲しい”  
“保険料水準の統一については県が方向性を示してほしい”



取組の方向性

**統一の目指すべき姿を早期に示した上で、経過措置期間の設定及び激変緩和措置を検討し、各市町村毎の医療費水準と保険料負担の切り離しを行う。**

具体的な取組（案）

- ・県の方針案を年内に市町村に示す。
- ・統一に向けた納付金の算定基準の検討（保険料算定方式、賦課方式等の調整を含む）
- ・激変緩和措置の検討
- ・ “ ” に活用可能な財源の確保
- ・ **統一した場合の保険料の試算**

経営努力への評価・支援

**各市町村毎に、これまでの国保運営についての経営努力があり、取組に対する評価を求める声がある。**

“市町村がこれまで頑張ってきた努力が水泡に帰すようでは困る”  
“医療費が高い団体には努力してほしい”  
“健康づくりの取組については、各市町村毎で差がある”



これまでの市町村の経営努力を「見える化」した上で、取組が十分でない市町村に対し、経過措置期間中を含め、継続的な努力を求める。

- ・各市町村の保険料水準の分析
- ・統一を前提とした段階的な赤字解消
- ・全市町村との基礎データの共有  
指標（案）：予算決算、保険料率、収納率、特定検診の受診率等、ジェネリック、保健事業等
- ・統一後も、市町村が独自の努力を継続できる仕組みの検討

医療費適正化インセンティブ

**市町村毎の医療費水準と保険料の関係を切り離すことで、健康づくりなど、市町村の医療費適正化の取組が後退する恐れがある。**

“東部と西部では医療費に格差があるため、医療費が高い団体は下げる努力が必要”  
“統一後も頑張っている市町村が評価される仕組みであるべき”



**県全体で保健事業の底上げや医療費適正化に取り組む市町村や個人を支援する仕組みを検討する。**

※中長期的な視点を持って取り組むべき課題であり、一定の調整期間が必要となる。

**医療費の高い団体はなぜ高いのかの分析を行い、努力が必要。**

“医療費を分析し、効果的に取り組みを行っていく必要がある”  
“入院が高いことは分かるが、なぜ高いのか分からない”  
“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”



国保連合会との連携等により、市町村ニーズに対応した新たな医療費分析の手法を検討する。



- ・現行の第2期データヘルス計画についての現状と課題等の分析
- ・国保連合会と連携した研修会の実施
- ・作業部会等での新たな手法の検討及び第3期データヘルス計画への導入
- ・保健事業について、県内統一基準の導入等の検討（作業部会で検討）
- ・保険者努力支援制度交付金の確保
- ・個人インセンティブの強化



事務の統一

**スケールメリットを活かした事務の効率化**

“保険料水準の統一によって、市町村の事務は減るのか”



市町村の事務の状況を踏まえつつ、統一を進める範囲や方法を検討する。

※システム改修や条例・規則の改正が必要な項目も多いため、計画的、段階的な調整が必要

- ・市町村に対する現況調査の実施
- ・国保連合会と連携した保険者支援の在り方の検討

医療提供体制

**各市町村毎で医療提供体制に格差がある。**

“同じ保険料にするのであれば、医療提供体制も同じにするべき。”  
“有人離島や無医地区など医療機会に恵まれない住民に対し、公平性を確保する必要があり”  
（県内の無医地区はH26年10月末現在で18市町村38地区（全国第3位））



高知県保健医療計画や地域医療構想を推進する中で、県民がそれぞれの地域において安心して保健・医療を受けられる体制の構築を目指す。

- ・病床機能の分化及び連携の推進
- ・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

課題	保険料負担の均てん化	医療費適正化	赤字等の解消	市町村インセンティブ	医療提供体制	国保事務
議論の方向性※	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 将来の県内国保の持続可能性を高めるためには、各市町村毎の医療費水準と保険料負担を切り離すことが必要。</li> <li>□ 切り離しにあたっては、<b>県全体で医療費適正化に取り組むことが前提。</b></li> <li>□ 県内国保の一人当たり医療費が増加しており、今後も人口減少が進むため、<b>所与の条件はますます厳しくなっていく見通し。</b></li> <li>□ <b>令和12年度の統一を目標として、6年間の経過措置期間を設けること</b>としてはどうか。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>将来の被保険者の負担抑制の観点</b>からも、県全体で医療費適正化に取り組むことが必要。</li> <li>□ そのためには各市町村の課題に応じた取組と合わせて、<b>取組状況の見える化や一定の標準化が必要。</b></li> <li>□ <b>効果的・効率的な保健事業の実施のためには、データに基づいた事業計画が必要。</b></li> <li>□ 令和6年度からの第3期市町村国保データヘルス計画の改定に先立ち、県全体の健康課題や医療費分析を行う<b>県版データヘルス計画（仮称）</b>の作成を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 統一保険料の導入に向けては、<b>いわゆる赤字繰入等だけでなく、他の財源による補填についても、段階的、計画的な解消が必要。</b></li> <li>※H30年度の都道府県単位化の際に公費約3,400億円が追加投入されていることに留意が必要。</li> <li>□ 統一保険料導入後は、標準的な収納率の保険料を徴収することができれば、基本的に赤字繰入等の必要がなくなる仕組みとなる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 市町村の努力が継続されるためには、一定の評価・支援の仕組みが必要。</li> <li>□ 一方で、<b>市町村毎の取組について一律の評価が困難</b>なため、<b>保険料水準の統一に際して、取組の標準化が一定必要。</b></li> <li>□ すでに国の保険者努力支援制度による評価もあるため調整が必要。</li> <li>□ <b>インセンティブで交付された公費は保険料の軽減に活用できない</b>、本来統一保険料の抑制に活用できる財源を個別市町村に配分することにな</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>国保の被保険者の受益は、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。</b></li> <li>□ 受けられる医療サービスに見合わない負担とならない配慮が必要。</li> <li>□ 医療機会の確保については、高知県医療計画や地域医療構想を推進する中で、<b>県民がそれぞれの地域で安心して保健・医療を受けられる体制の構築を目指す。</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 国保事務は多岐に渡るため、<b>市町村の事務の状況を踏まえながら、統一を行う範囲や方法の検証が必要</b></li> <li>□ 検討項目を整理した上で、<b>優先順位を設定し、統一までの経過措置期間後も含めた議論を行っていくことが望ましい。</b></li> <li>□ 国の制度改正等の動きも含め、長期的な視点で、<b>必要なものや可能なものから段階的に調整を行うことが望ましい。</b></li> </ul>
	今後の検討課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>統一の目標時期、経過措置期間</b></li> <li>□ <b>医療費と保険料の切り離しのタイミング</b></li> <li>□ <b>激変緩和措置</b></li> <li>□ 納付金算定基準のさらなる統一化</li> <li>□ 実態面での統一</li> <li>□ 将来の統一保険料の抑制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 効果的・効率的な保健事業のための医療費分析</li> <li>□ <b>県全体の健康課題、医療費の分析</b></li> <li>□ <b>市町村データヘルス計画の指針となる県版データヘルス計画の策定</b></li> <li>□ 県版データヘルス計画への記載事項の調整 例：目標、課題、指標等</li> <li>□ 今後策定する市町村国保データヘルス計画との整合性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 公表した統一保険料の試算結果を参考とした、<b>被保険者負担の急激な変化とならないよう計画的な保険料の調整</b></li> <li>□ 統一保険料の将来推計</li> <li>□ 市町村国保の財政調整基金の在り方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>今後の納付金算定方式の統一や医療費適正化等の議論を踏まえた、市町村インセンティブの在り方</b></li> <li>□ 各市町村の公費の活用状況等を踏まえた支援の在り方 ※別途実態調査を実施予定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>地域医療構想等との連携</b>による医療提供体制の確保</li> </ul>

※ 上記はあくまで、現時点での整理であり、今後、各市町村のご意見を伺いながら、引き続き検討を行っていく。

(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係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。

(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"> <li>○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。</li> <li>○実質8年程度で調整となるため、期間としては妥当。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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</li> <li>○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。</li> <li>○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は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。</li> <li>○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。</li> </ul>
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、当市では、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思いますので、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><b>【目標年度の前倒しや条件についてのご意見（5）】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○できるだけ早く統一していただきたい</li> <li>○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。</li> <li>○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思う部分もある。</li> <li>○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。<u>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。</u></li> <li>○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。</li> </ul> <p><b>【それ以外（8）】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> </ul>

# 目次

0

基本的な事項

1

**統一保険料の導入**

2

激変緩和措置の設定

3

赤字等の解消

4

医療費適正化

5

医療提供体制の確保

6

国保事務の統一

- 市町村長との意見交換において、将来の統一保険料の導入について今後、議会や被保険者に具体的な説明を行っていくためには、統一保険料の試算の提示が必要とのご要望をいただいております、試算を行うことについて全市町村異論なし。
- 幹事会において、試算のための納付金算定基準（案）の検討を行った上で試算を実施。  
なお、基準の策定にあたっては、先進府県（大阪府、奈良県）の取組も参考とした。

## 試算のポイント

- 国保の受益が全国共通であることを前提に、被保険者間の公平性の確保の観点から、基準（案）の作成にあたっては、「**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**」となることを目指した。

### 基準（案）のポイント

ポイント①：各市町村毎の医療費を保険料負担に反映させない

ポイント②：賦課方式、税率、税額、標準的な収納率を全市町村統一

ポイント③：各市町村が独自に行っている保険料負担の軽減措置（保険料の補填）を解消 = **赤字**等の補填の解消

※今後、保険料による負担が必要となる給付や減免基準の統一を検討

- 統一後の保険料と現在の保険料の差については、主に下記の2つの要因に分けられる。  
要因①：現在、各市町村が行っている、必要となる保険料に対して何らかの財源で補填を行っている部分を解消することによるもの  
要因②：**納付金算定方式の変更によるもの（＝統一保険料の導入によるもの）**  
※ 現行の激変緩和措置に加え、公費の一部を算定除外としているため、統一保険料が高く算出されている可能性がある。  
※ 令和3年度時点での条件での試算であり、今後の県全体の保険給付費や被保険者数の動向によって、統一保険料の水準は変化するため、数値はあくまで参考情報となる。  
特に、被保険者一人当たりの医療費の増加に注意が必要。
- 人口減少高齢化が全国より進み、一人当たりの医療費が全国と比べて高く、小規模な保険者が多い高知県において、将来の県内国保の持続可能性を確保していくためには、将来の保険料水準の統一が必要となる。
- 今後、想定される課題としては、今後の、被保険者一人当たりの医療費は増加する見通しであるため、将来の被保険者負担の抑制のために、医療費適正化にどのように取り組むかについての議論が必要。

# R3 試算基準による試算結果

令和3年度算定ベース

R3試算

No.	市町村名	一人当たり保険料額				統一保険料率								
		医療	後期	介護	合計	医療			後期			介護		
						所得割	均等割	平等割	所得割	均等割	平等割	所得割	均等割	平等割
1	高知市	85,454	26,059	30,807	121,516	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
2	室戸市	83,830	25,565	32,120	119,423	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
3	安芸市	93,677	28,617	36,032	134,610	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
4	南国市	85,218	26,012	31,151	120,517	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
5	土佐市	84,865	25,849	32,714	121,024	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
6	須崎市	86,201	26,238	35,435	123,529	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
7	土佐清水市	82,678	25,189	30,631	117,396	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
8	宿毛市	82,110	25,030	30,718	116,810	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
9	四万十市	81,089	24,752	29,861	115,047	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
10	香南市	86,383	26,361	32,511	122,972	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
11	香美市	83,489	25,487	31,388	118,120	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
12	東洋町	85,488	26,009	32,260	121,559	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
13	奈半利町	86,213	26,300	31,573	122,501	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
14	田野町	83,632	25,485	32,625	120,492	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
15	安田町	84,119	25,722	32,379	121,049	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
16	北川村	82,377	25,211	28,061	116,325	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
17	馬路村	99,785	30,559	35,028	140,384	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
18	芸西村	100,919	30,837	38,493	145,556	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
19	大川村	81,717	25,006	27,812	114,670	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
20	土佐町	83,942	25,659	32,639	119,904	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
21	本山町	84,084	25,726	29,786	118,001	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
22	大豊町	74,612	22,790	28,232	104,746	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
23	佐川町	83,560	25,515	32,419	118,416	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
24	越知町	84,020	25,599	32,161	119,561	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
25	中土佐町	84,913	25,903	31,625	120,362	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
26	日高村	81,717	24,973	30,701	115,075	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
27	構原町	82,477	25,216	31,277	115,612	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
28	大月町	83,024	25,291	31,094	118,692	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
29	三原村	82,198	25,128	31,302	119,290	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
30	いの町	83,870	25,633	30,340	117,951	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
31	津野町	80,489	24,590	31,750	114,029	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
32	仁淀川町	76,390	23,334	29,110	106,868	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
33	四万十町	83,031	25,306	32,052	117,939	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
34	黒潮町	80,699	24,633	30,623	114,692	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
	県計	84,845	25,881	31,520	120,613	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517

※一人当たり保険料額＝標準的な収納率による割り戻しを行う前の保険料総額(e)÷被保険者数

※一人当たり保険料額は低所得者に対する法定の軽減措置を行う前の額

※標準保険料率は収納率による割り戻しを行った賦課総額を基に算出

**全市町村が同率・同額**

# 保険料負担の変化

No.	市町村名	①			②		③		②-①=④		③-②=⑤		④+⑤
		R2被保険者数 (年平均)	R2保険料実績 (軽減含)	R3市町村標準保険料 (激変緩和なし)	R3統一保険料	実際の保険料と現行の市町村標準保険料との差	統一保険料の導入による差						
1	高知市	64,497	110,810	119,664	121,516	8,854	1,852	10,706					
2	室戸市	4,145	113,098	123,286	119,423	10,188	-3,863	6,325					
3	安芸市	5,570	126,506	144,713	134,610	18,207	-10,103	8,104					
4	南国市	10,348	117,373	119,950	120,517	2,577	567	3,144					
5	土佐市	7,402	121,240	126,521	121,024	5,281	-5,497	-216					
6	須崎市	6,137	117,182	112,488	123,529	-4,694	11,041	6,347					
7	土佐清水市	4,250	109,328	101,478	117,396	-7,850	15,918	8,068					
8	宿毛市	5,578	95,749	91,225	116,810	-4,524	25,585	21,061					
9	四万十市	8,470	88,062	93,786	115,047	5,724	21,261	26,985					
10	香南市	8,212	115,520	120,070	122,972	4,550	2,902	7,452					
11	香美市	6,560	108,816	115,235	118,120	6,419	2,885	9,304					
12	東洋町	731	90,310	133,953	121,559	43,643	-12,394	31,249					
13	奈半利町	925	101,034	143,452	122,501	42,418	-20,951	21,467					
14	田野町	769	96,006	129,979	120,492	33,973	-9,487	24,486					
15	安田町	778	106,551	132,546	121,049	25,995	-11,497	14,498					
16	北川村	337	100,251	139,444	116,325	39,193	-23,119	16,074					
17	馬路村	160	117,863	149,916	140,384	32,053	-9,532	22,521					
18	芸西村	1,382	139,953	173,215	145,556	33,262	-27,659	5,603					
19	大川村	82	49,280	101,543	114,670	52,263	13,127	65,390					
20	土佐町	906	91,345	123,718	119,904	32,373	-3,814	28,559					
21	本山町	787	101,765	107,660	118,001	5,895	10,341	16,236					
22	大豊町	914	103,865	118,006	104,746	14,141	-13,260	881					
23	佐川町	3,072	109,566	120,963	118,416	11,397	-2,547	8,850					
24	越知町	1,390	108,227	112,389	119,561	4,162	7,172	11,334					
25	中土佐町	1,787	99,322	128,640	120,362	29,318	-8,278	21,040					
26	日高村	1,238	102,582	102,831	115,075	249	12,244	12,493					
27	梶原町	855	98,108	117,710	115,612	19,602	-2,098	17,504					
28	大月町	1,593	109,823	103,268	118,692	-6,555	15,424	8,869					
29	三原村	419	87,631	119,570	119,290	31,939	-280	31,659					
30	いの町	5,355	103,151	117,667	117,951	14,516	284	14,800					
31	津野町	1,326	108,389	101,897	114,029	-6,492	12,132	5,640					
32	仁淀川町	1,259	80,470	91,460	106,868	10,990	15,408	26,398					
33	四万十町	4,808	97,804	106,271	117,939	8,467	11,668	20,135					
34	黒潮町	3,259	104,813	104,609	114,692	-204	10,083	9,879					
	県全体	165,301	109,370	117,222	120,613	7,852	3,391	11,243					

※保険料実績は直近の令和2年度の決算の数値（現年+滞納繰越）を使用

※現行の激変緩和措置に加え、公費の一部を算定除外としているため、統一保険料が高く算出されている可能性がある。

※令和3年度ベースの算出であり、将来に向けての一人当たりの保険給付費、後期高齢者支援金、介護納付金等が徐々に増加していくこと等が予想されるため、実際の統一時の保険料率は増加していく可能性がある。

(案)

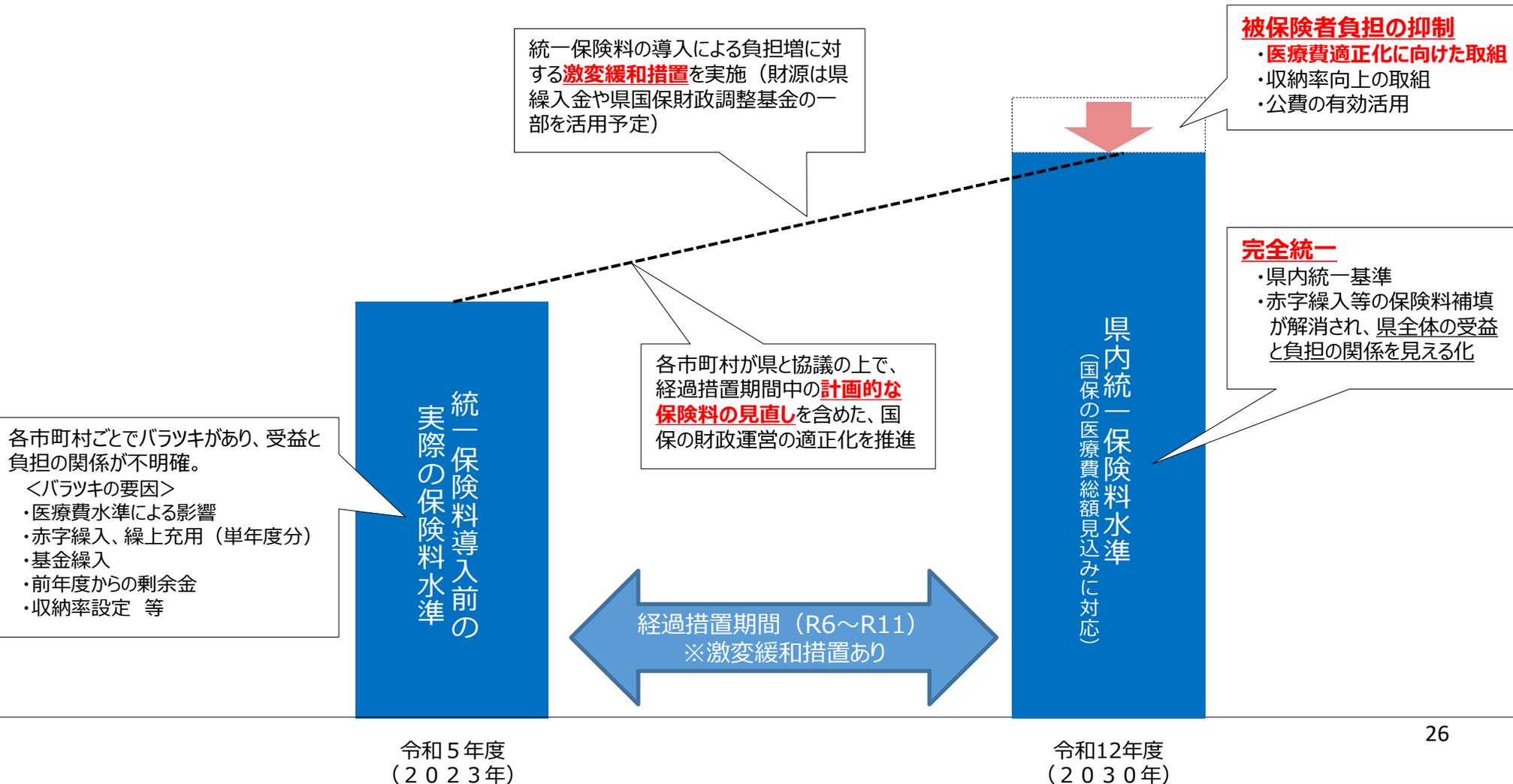
必要な激変緩和措置を講じることを前提に、令和6年度から納付金算定における医療費指数反映係数 $\alpha = 0$ とし、各市町村ごとの医療費と保険料の関係を切り離れたうえで、統一保険料を導入する。

- 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、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"> <li>○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、全ての団体で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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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の変動する。 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。</li> <li>○計画的な保険料の見直しが困難。</li> <li>○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。</li> </ul>
②経過措置期間中に $\alpha$ を段階的に引き下げた場合 ( $1 > \alpha > 0$ )	<ul style="list-style-type: none"> <li>○段階的な引下げが激変緩和措置となる。 →<math>\alpha</math>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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の変動する。</li> <li>○計画的な保険料の見直しが困難。 →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</li> <li>○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。</li> </ul>
③令和6年度から $\alpha = 0$ とした場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>○受益と負担が明確となり、各種の取組の効果が見えやすくなる。</li> <li>○毎年度の納付金の急増急減が生じにくくなる。</li> <li>○小規模な保険者の保険財政が安定する。</li> <li>○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></li> <li>○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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> </ul>

# 統一保険料の導入に向けた取組（案）

- 保険料水準の県内統一を通じて、県内国保の被保険者の「受益と負担」の関係を見える化。
- 経過措置期間中に、団塊の世代の後期高齢者医療制度への大量移行に伴い、毎年度の保険給付費等と公費等のバランスに変化が生じ、納付金水準が大きく変動することが予想されるため、その場合については、県国保財政調整基金残高の一部を活用することで納付金水準の平準化を目指す。



- 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に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。

# (参考) 「標準的な収納率」及び「収納率目標」の設定について (第2期運営方針)

## ○標準的な収納率

市町村別の標準保険料率を県が算定する際に使用。保険料必要額を標準的な収納率で割り戻すことで必要な賦課総額を算出する。

※国保事業費納付金の額には影響しない

## ○収納率目標

運営方針期間中における収納率の目標値

<第2期運営方針期間中の設定について>

・市町村規模の区分について、「被保険者1万5千人以上5万人未満」の区分の設定がなかったが、今後被保険者数の減少によりこの区分に該当する市町村が発生する可能性があることから、新たに区分を設定

・保険者努力支援制度に「3千人未満」の区分が新設されたことから、「千人以上5千人未満」の区分を「千人以上3千人未満」と「3千人以上5千人未満」に分割

・第1期運営方針策定時と同様、直近の収納率実績を基に設定（標準的な収納率：H30の規模別収納率を採用、収納率目標：保険者努力支援制度の評価指標である、全自治体の上位3割の率を採用（標準的な収納率を下回る場合は、上位2割の率））

・新型コロナウイルスの影響については、現在参考となるデータがないことから、考慮しないこととする

保険者番号	保険者名	H30年度平均被保険者数	H30調定額(現年分)	H30居所不明者分調定額(現年分)	H30収納額	H30収納率	標準的な収納率	目標収納率	【参考】全国平均(H30実績)
							H30の市町村規模別収納率(加重平均)の小数点第2位以下切捨	般被保険者の現年度分の収納率が全自治体の上位3割(保険者努力支援制度の考え方)※2	
1	高知市	67,521	6,096,515,410	285,480	5,679,290,561	93.1%	93.1%	93.8%	91.08%
50,000人以上 ※1		1市	6,096,515,410	285,480	5,679,290,561	93.1%	93.1%	93.8%	91.08%
4	南国市	10,909	1,038,866,298	0	973,849,498	93.74%	93.7%	95.1%	93.63%
10,000人以上50,000人未満		1市	1,038,866,298	0	973,849,498	93.7%	93.7%	95.1%	93.63%
7	四万十市	8,911	611,231,323	0	588,855,376	96.3%	96.1%	96.2%	95.01%
22	香南市	8,687	778,968,816	0	735,102,011	94.3%	96.1%	96.2%	95.01%
5	土佐市	7,918	763,043,435	0	727,515,920	95.3%	96.1%	96.2%	95.01%
17	高岡市	6,244	699,959,980	0	670,240,563	95.9%	96.1%	96.2%	95.18%
16	坂井村	1,439	170,912,351	0	164,992,851	96.5%	97.2%	97.4%	95.51%
36	仁淀川町	1,397	84,599,474	0	83,614,074	98.3%	97.2%	97.4%	95.51%
41	日高村	1,325	89,757,070	0	87,442,881	97.4%	97.2%	97.4%	95.51%
31	大豊町	1,018	63,118,161	0	61,148,631	96.8%	97.2%	97.4%	95.51%
1,000人以上3,000人未満		8町村	959,589,889	0	932,907,307	97.2%	97.2%	97.4%	96.22%
11	奈半利町	963	81,195,635	0	77,772,635	95.7%	97.6%	99.0%	97.43%
27	土佐町	945	69,100,313	0	68,215,062	98.72%	97.6%	99.0%	97.43%
46	播磨町	921	63,439,385	0	61,827,885	97.4%	97.6%	99.0%	97.43%
13	坂田町	852	80,456,413	0	78,561,973	97.6%	97.6%	99.0%	97.43%
10	東洋町	823	59,781,406	0	59,659,486	99.8%	97.6%	99.0%	97.43%
30	本山町	820	69,539,941	0	66,544,441	95.6%	97.6%	99.0%	97.43%
12	田野町	791	60,115,842	0	59,274,022	98.6%	97.6%	99.0%	97.43%
59	三原村	449	29,267,614	0	28,080,414	95.9%	97.6%	99.0%	97.43%
14	北川村	341	28,234,703	0	27,785,444	98.4%	97.6%	99.0%	97.43%
15	馬路村	195	18,639,275	0	18,639,275	100.0%	97.6%	99.0%	97.43%
26	大川村	88	4,579,341	0	4,556,741	99.5%	97.6%	99.0%	97.43%
1,000人未満		11町村	564,349,868	0	550,917,378	97.62%	97.6%	99.0%	97.43%
市町村計		174,674	15,202,045,638	331,980	14,441,844,412	95.00%			92.83%

<参考>  
統一保険料試算における割戻を行う「標準的な収納率」による保険料率の比較

標準的な収納率による割戻	統一保険料試算								
	医療			後期			介護		
	所得割	均等割	平等割	所得割	均等割	平等割	所得割	均等割	平等割
94.99%	8.54%	35,122	24,109	2.65%	10,640	7,304	2.55%	12,904	6,517
93.10%	8.71%	35,835	24,598	2.70%	10,856	7,452	2.60%	13,166	6,650
93.70%	8.66%	35,605	24,441	2.69%	10,786	7,404	2.58%	13,081	6,607
96.10%	8.44%	34,716	23,831	2.62%	10,517	7,219	2.52%	12,755	6,442
97.20%	8.35%	34,323	23,561	2.59%	10,398	7,137	2.49%	12,610	6,369
97.60%	8.31%	34,183	23,464	2.58%	10,355	7,108	2.48%	12,559	6,343

※1: 「50,000人以上」の区分で、全国の収納率を参考にする際は、被保険者数50,000人以上100,000人未満で抽出(保険者努力支援制度の区分)。

※2: 「50,000人以上」の区分及び「3,000人以上5,000人未満」の区分は、「目標収納率」が「標準的な収納率」を下回ったため、全自治体の上位2割の収納率を採用

# 目次

0

基本的な事項

1

統一保険料の導入

2

**激変緩和措置の設定**

3

赤字等の解消

4

医療費適正化

5

医療提供体制の確保

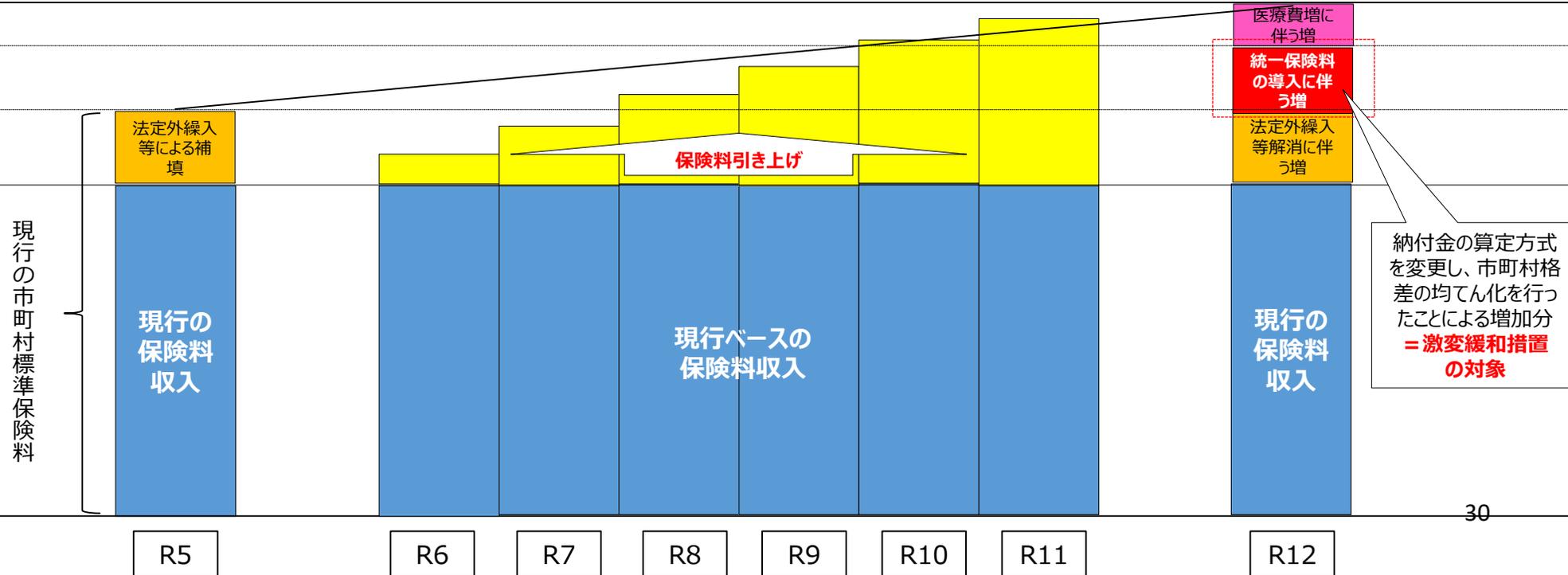
6

国保事務の統一

- 統一保険料の試算結果から見る、各市町村ごとの被保険者一人当たりの保険料負担への影響額については、「①現在何らかの財源で補填を行っている部分の解消分」と「②納付金算定方式の変更分」に分けて考えることができる。また、将来に向けては「③医療費の上昇によって見込まれる増加分」を考える必要がある。

※統一の目標年度を各種計画の対象期間や先進団体の事例を参考に、令和12年度とした仮定した場合のたたき台

- 統一保険料の導入（＝上記②）に伴って保険料負担が増加する市町村に対し、6年間を基本として、激変緩和措置を講じる。
    - 措置の対象外 ①赤字補填や保険料軽減が目的の「法定外一般会計繰入金」、赤字補填に充当する「繰上充用金（単年度分）」、「財政調整基金の取崩し」、「前年度繰越金」等の解消による増加分（⇒市町村間の公平性の確保のため）
    - ③医療費の上昇によって見込まれる増加分（⇒制度改正に伴う増加分のみを対象とするため）
  - 措置の期間 6年間（R6～R11年度）
  - 措置の方法 期間中、統一保険料の導入に伴う増加分について、一定の基準を設定し算定した額を、県からの納付金額を減額すること等が考えられる。
- ※ 市町村の独自財源（資産を想定）による激変緩和措置は、市町村ごとの判断により実施（ただし、計画を策定し、かつ対象期間内を目処とする）



# 新たな激変緩和措置の方向性について

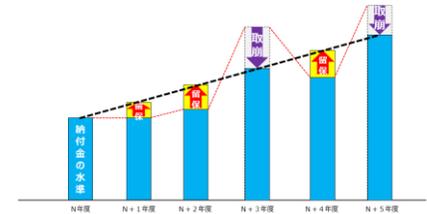
## 1. 激変緩和措置の必要性

- 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。

## 2. 激変緩和措置の方向性 (案)

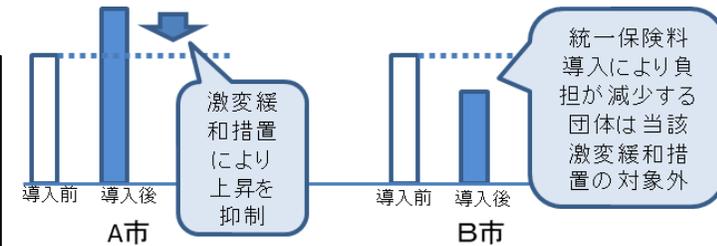
### ① マクロベースでの調整

- ・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。



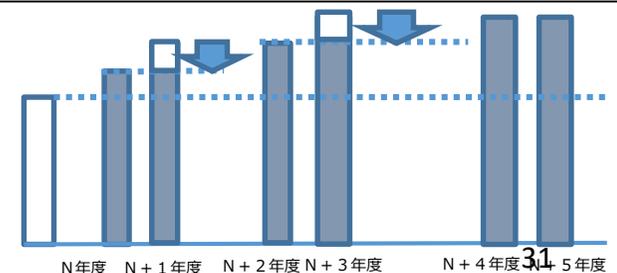
### ② ミクロベースでの調整

- ・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。



## <基本認識>

- 国保を安定的に運営していくためには、将来の見通しを持って、財政運営を行っていく必要がある。
- その際には、今後も一人当たりの医療費が増加していく見通しの中で、加入者の保険料負担の急激な増加を避けていく必要がある。
- 国保の保険料については、加入者の皆さまが使った医療費の総額から法律に基づく国の負担等を除いた額で決まるので、県は市町村ごとの加入者数や所得の状況などを踏まえ、一定のルールに基づき、納付金を公平に割り当てている。
- 市町村は、県から割り当てられた納付金を賄える保険料の設定を行うことが財政運営の基本となる。
- 医療費は年度ごとで変動し、それに伴い、加入者の保険料が毎年変化すると混乱が生じることから、年度間での調整を行うために、県と市町村はそれぞれに基金を設置している。
- 県の基金は、県内の国保の全体の医療費の水準を見ながら、市町村の基金は、県から市町村に割り当てられた納付金の水準を見ながら、年度間での調整を行うことが基本となる。
- 県の基金は全市町村の共有の財源ですので、特定の市町村の財政状況に着目した調整を行うことは困難。各市町村の保険料の年度間の調整については、各市町村の基金で行っていただく必要がある。



## <基金の活用方法>

- 今後も一人当たりの医療費が増加していくことが見込まれるため、県の基金については、県全体の医療費が急増し、県全体の保険料が急激に上がるような場合に取崩しを行うことで、年度間の調整を行うということを基本とし、毎年度の医療費の水準及び将来の見通しを踏まえ、市町村のご意見を伺いながら活用を検討していく。

# (参考) 前期高齢者交付金の推移

- 前期高齢者交付金は、現在の県全体の保険給付費（一般分）の4割を超える規模であり、年度間の変動が大きく、過年度の精算措置も発生するため、毎年度の国保事業費納付金の水準に大きな影響を与える要因となっている。

## <納付金算定結果（確定係数）における前期高齢者交付金の推移>

※(参考)国予算ベース:37,800億円(R3)→35,200億円(R4)

(単位:億円)

	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
高知県 (R3前期高齢者被保数: 79,140人)	277	269	288	298	285
増減額	-	▲8	+19	+10	▲13
増減率	-	▲2.9%	+7.1%	+3.5%	▲4.4%
(参考)岐阜県 (R3前期高齢者被保数: 204,405人)	658	632	656	678	622
増減額	-	▲26	+24	+22	▲56
増減率	-	▲4.0%	+3.8%	+3.4%	▲8.3%

- 前期高齢者交付金は年度間で増減幅が大きく、当該交付金が急減した場合に国保事業費納付金が急増するリスクがあるため、マクロベースでの調整を県国保財政調整基金で行うこととしている。

※県国保財政調整基金のR4年度末残高見込みは約46億円。

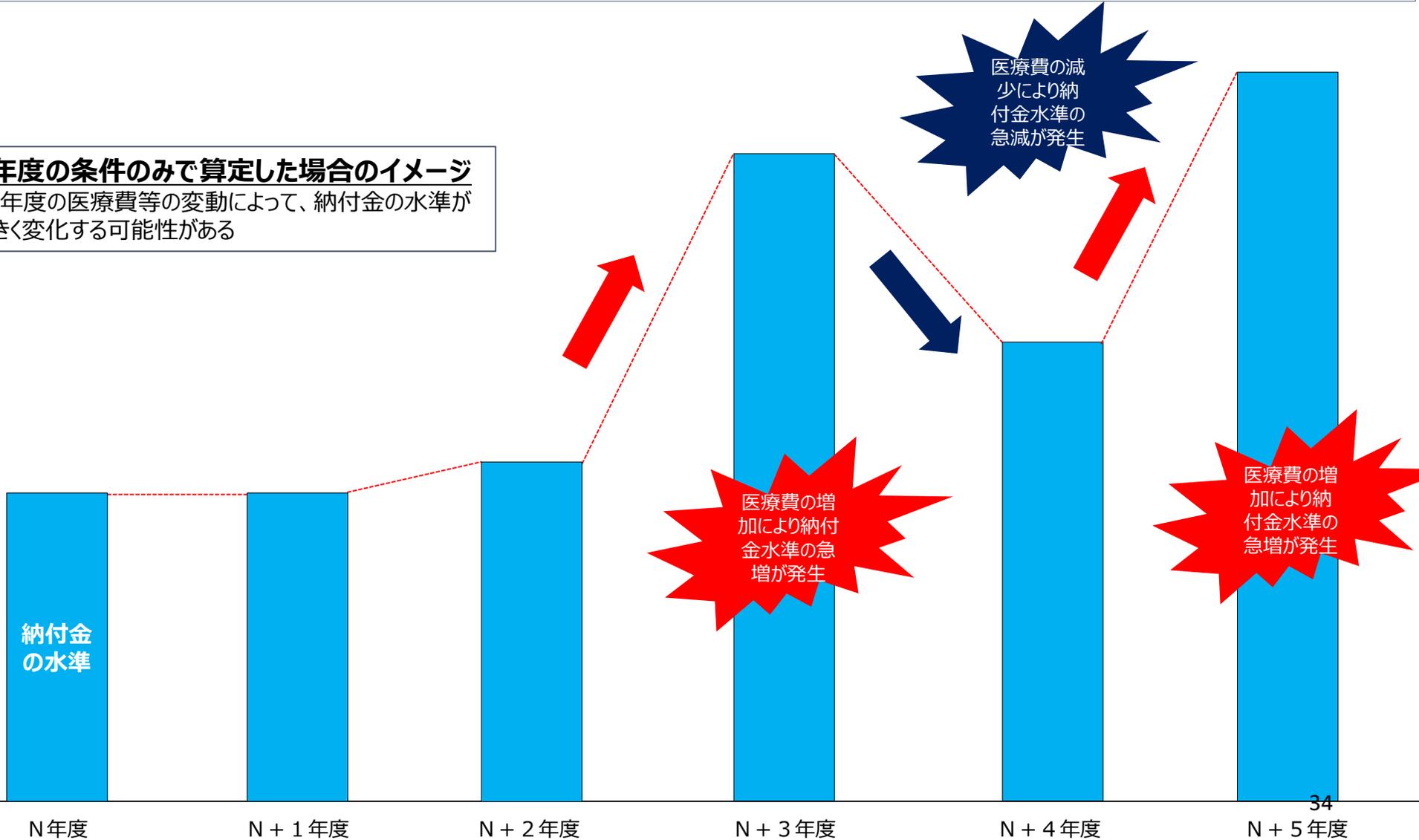
※県国保財政調整基金の用途としては、マクロベースでの調整のほか、ミクロベースの激変緩和財源や保険料水準の統一に資する取組に活用予定しており、  
全額をマクロベースでの変動抑制に活用できるわけではない。

# 高知県国保財政調整基金の活用について①

- 毎年度の医療費や公費の水準が変動するため、毎年度の条件のみで納付金算定を行う場合には、年度間で納付金の水準が大きく変動する可能性がある。
- 市町村からは、住民負担に直結する保険料の見直しを短期間に行うことは困難であり、被保険者の負担の急激な変化を避ける必要があるとのご意見が多い。

## 毎年度の条件のみで算定した場合のイメージ

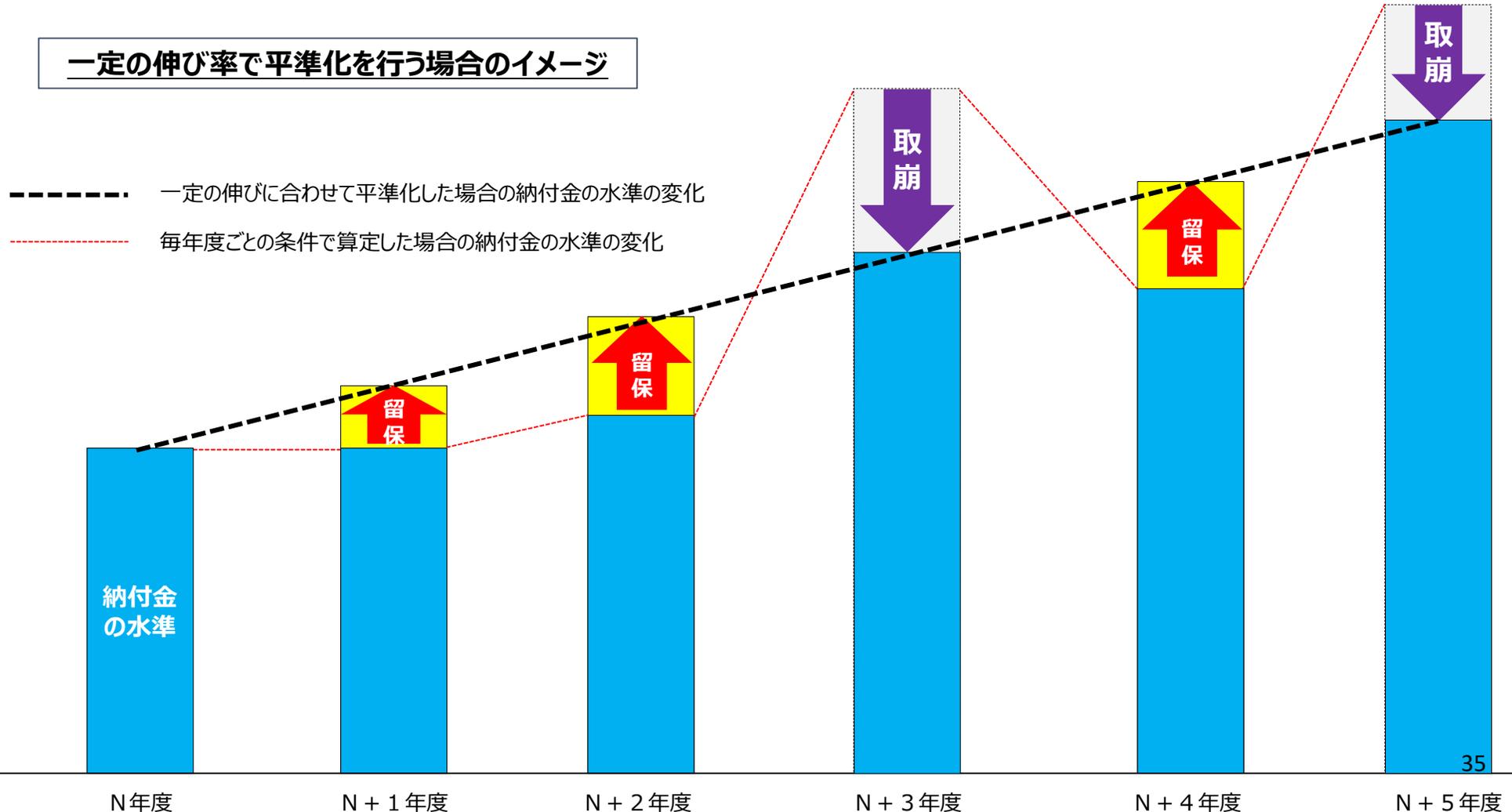
※毎年度の医療費等の変動によって、納付金の水準が大きく変化する可能性がある



# 高知県国保財政調整基金の活用について②

- 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



## 丈比べの対象

- 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で行う**こととしてはどうか。
- また、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などの方法が考えられる。
- ⇒ **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

医療分、後期分、介護分を合算した一人当たり納付金額で比較

激変緩和前  
※算定方式変更の影響により急上昇する可能性がある。

県繰入金等により、個別市町村して、激変緩和を図る。

実態の保険料と丈比べをしないため、赤字繰入等の増加分を激変緩和対象額の算定から排除できる。

R5年度  
1人当たり納付金額

R6～R11の各年度の  
1人当たり納付金額

R6以降各年度  
1人当たり納付金額

自然増等分  
（医療費の上昇によって見込まれる増加分）  
は激変緩和の対象外

A市

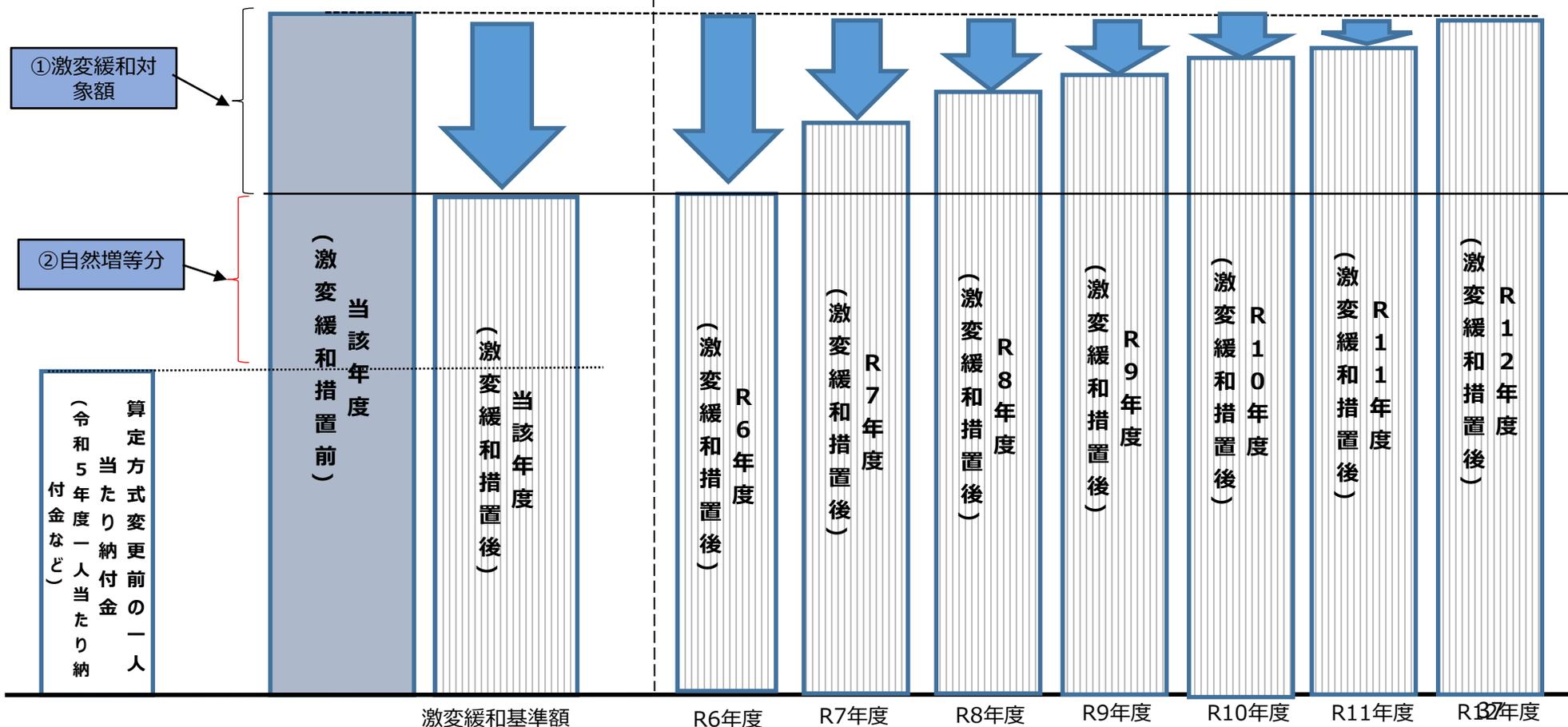
# マイクロベースの調整（段階的縮減）

## 激変緩和措置の段階的縮減

- 今後、令和12年度の保険料水準統一に向けて、各市町村において令和6年度からの6年間の保険料の見直し計画（保険料方針）を策定し、実施することを想定。
- 保険料方針は令和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するものであり、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。

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」）

※激変緩和措置前の額及び縮減前の激変緩和措置の必要額は、各年度の算定条件により異なる



# (参考) 新たな激変緩和措置に活用可能な財源について

- 統一保険料の導入に際し、納付金の算定方式の見直しに伴い増加する負担について、被保険者の急激な変化とならないよう激変緩和措置を講じる。
- 現行の激変緩和措置に活用している国費等の財源については、その多くが令和5年度末で終了が見込まれている。
- 現時点で新たな激変緩和措置に活用可能な財源としては、**県繰入金の一部**及び県国保財政調整基金のうち、「**縮減分**：約5.2億円」が考えられる。  
 ※「**事業費連動分**：約2.9億円」については、保険料水準の統一や納付金の平準化に活用しているため、全市町村の理解・協力が得られれば活用可能。
- **保険者努力支援制度（県分）**については、県の裁量で用途を決められる財源と考えるが、現在納付金算定上、県全体の歳入として、全体の納付金の圧縮に活用しているため、激変緩和措置に活用する場合は調整が必要となる。
- 国特別調整交付金（暫定措置分）は、国が段階的に一定割合を普通調整交付金に積み替えているため、一人当たりの配分は増加傾向。

## 1. 現行の激変緩和財源の推移

(単位：千円)

		H30	R元	R2	R3	R4見込	R5見込	R6見込
国特別調整交付金	暫定措置分	185,067	155,193	124,845	93,353	62,670	31,335	0
	追加激変緩和分	61,689	62,077	49,938	37,341	25,068	12,435	0
国特例基金	激変緩和用	0	0	0	61,690	61,690	61,690	0
<b>県繰入金の一部（一号分）</b>		426,956	456,956	456,956	456,956	456,956	456,956	?
合計		673,712	674,226	631,739	649,340	606,384	562,416	?

※国特例基金は県国保財政安定化基金に積立てられており、令和5年度末で期限切れとなるため、令和3年度から計画的な取崩しを行い、現行の激変緩和措置に活用している。

※県繰入金の一部（一号分）については、本来県全体の保険給付費等に充当する財源であるが、その一部を納付金の算定方式の変更に伴う激変緩和用の財源に活用可能とする特例措置で、特定の期間の定めはない。

## 2. その他の財源の推移

※段階的な移し替えを実施中

(単位：千円)

	H30	R元	R2	R3	R4見込	R5見込	R6見込
保険者努力支援制度（県分）	132,952	265,755	420,804	317,819	377,400	?	?
普通調整交付金	6,293,104	6,364,320	6,148,812	5,989,377	6,031,333	?	?
高知県国保財政調整基金残高	194,442	194,558	1,198,900	3,606,758	?	?	?
うち <b>縮減分</b>	0	0	0	87,269	259,861	520,861	<b>520,861</b>
うち事業費連動分	0	0	0	157,062	293,717	293,717+α	<b>293,717+α</b>

※縮減分は現行の激変緩和措置の対象範囲を段階的に縮減させることで生じる財源を、今後の納付金の算定方式の変更の際に必要な新たな激変緩和措置の財源として財政調整基金に積み立てを行っているもの。

# 目次

0

基本的な事項

1

統一保険料の導入

2

激変緩和措置の設定

3

**赤字等の解消**

4

医療費適正化

5

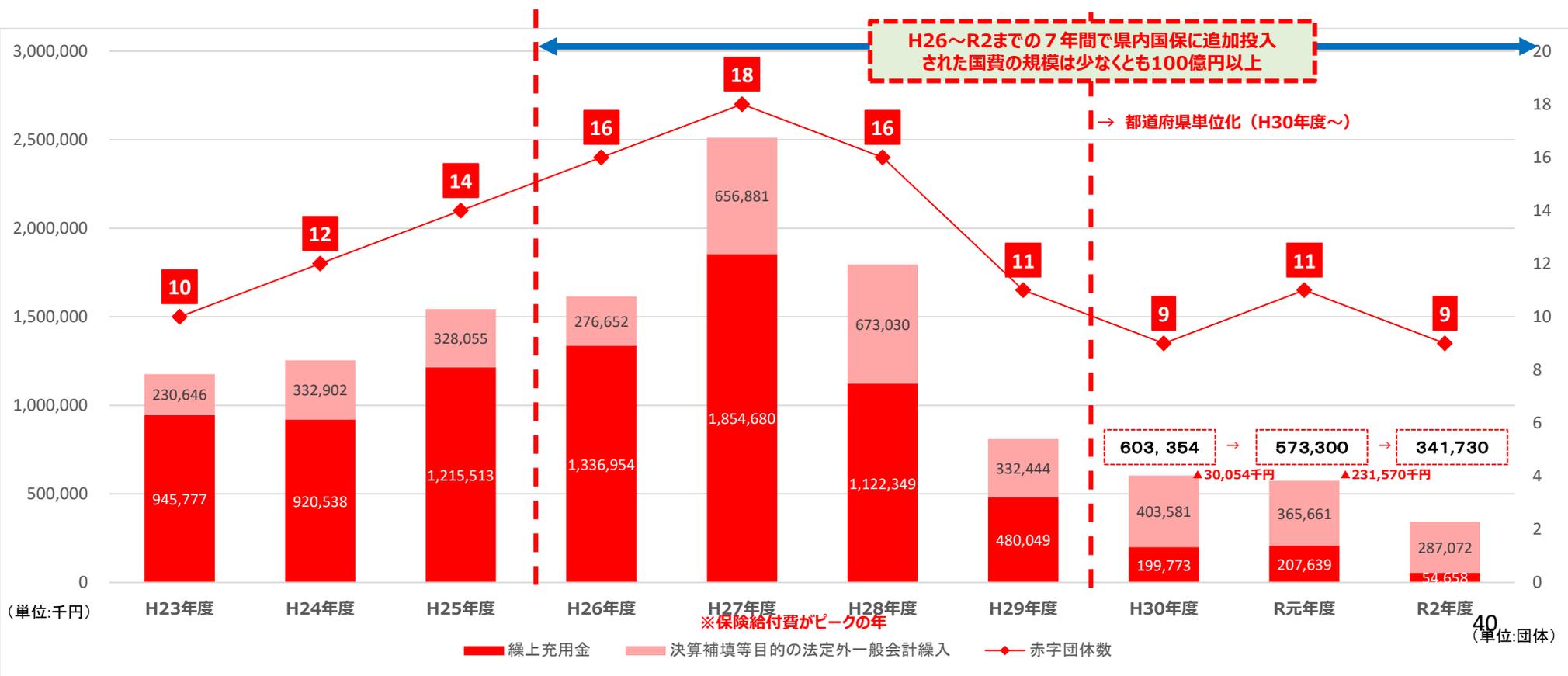
医療提供体制の確保

6

国保事務の統一

# 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が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
<b>赤字繰入 繰上充用</b>	<b>332 (480)</b>	<b>404 (200)</b>	<b>366 (208)</b>	<b>287 (55)</b>
<b>赤字団体</b>	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。

# (参考) 一般会計繰入金の内訳

## 一般会計繰入金

### 法定内繰入

- ① 国民健康保険事務費にかかる繰入
- ② 国民健康保険の保険給付費に係る繰入
  - 1) 出産育児一時金に係る繰入
  - 2) 財政安定化支援事業に係る繰入
  - 3) 保険基盤安定制度に係る繰入
    - ・保険料軽減分 (県: 3/4、市町村: 1/4)
    - ・保険者支援分 (国: 1/2、県: 1/4、市町村: 1/4)

**地方財政措置あり**

### 法定外繰入

#### 決算補填等目的

- ③ 保険料の収納不足
- ④ 高額療養費貸付金
- ⑤ **保険料負担の緩和**
- ⑥ 任意給付に充当
- ⑦ **累積赤字補填**
- ⑧ 公債費等借入金利息

**解消すべき赤字**  
 (本来保険料で賄うべき費用)

#### 決算補填等目的以外

- ⑨ 保険料の減免額に充てるため
- ⑩ 地方単独事業の医療給付費波及増分
- ⑪ 保健事業に充てるため
- ⑫ 直診施設に充てるため
- ⑬ 納税報奨金
- ⑭ 基金積立金
- ⑮ 返済金
- ⑯ その他

★ 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

0

基本的な事項

1

統一保険料の導入

2

激変緩和措置の設定

3

赤字等の解消

4

**医療費適正化**

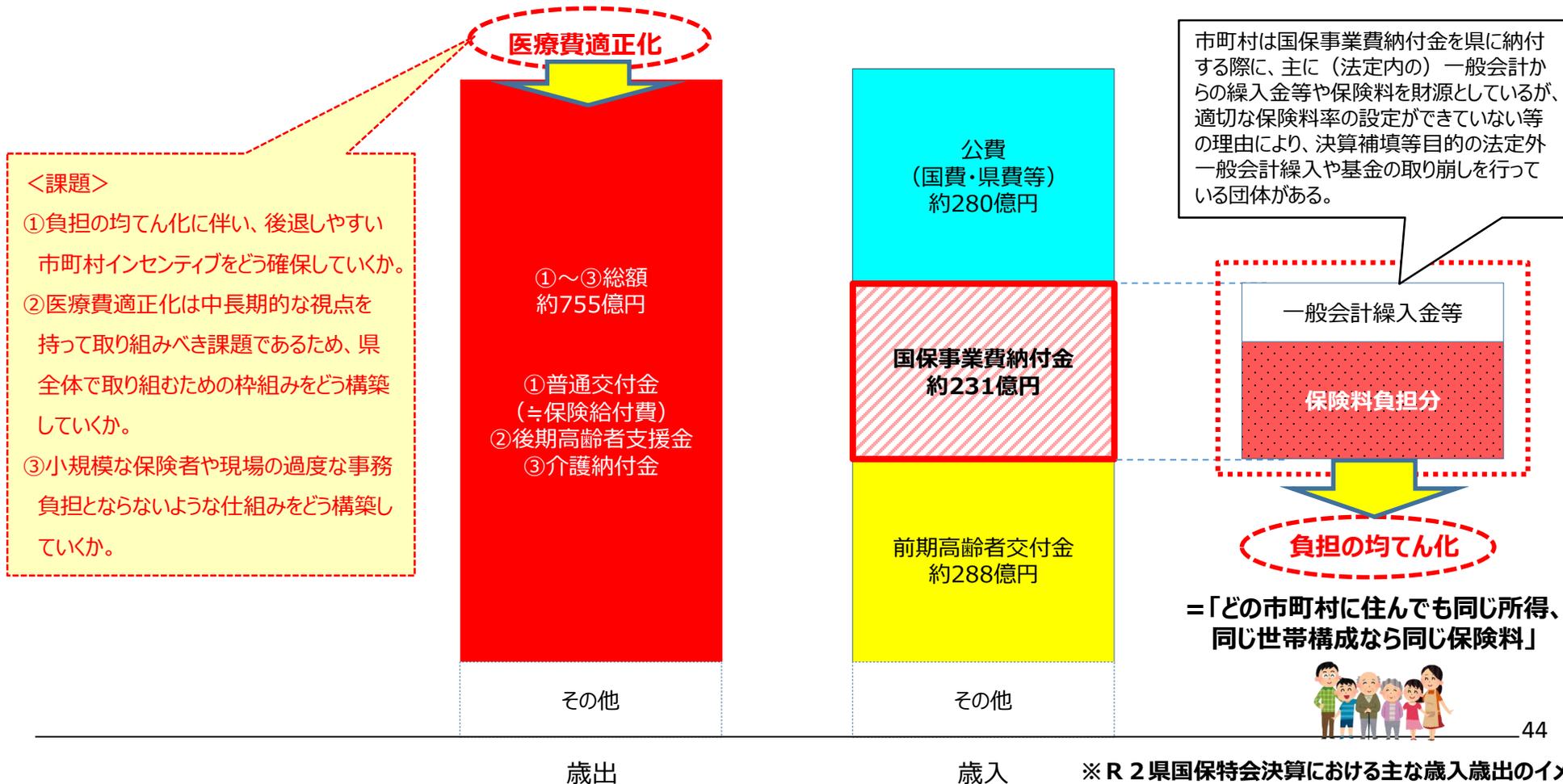
5

医療提供体制の確保

6

国保事務の統一

- **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大きな要因にもなっている医療費水準と保険料の切り離しを行いつつ、同時に、統一後は、県全体の医療費が統一保険料の水準を決定することになるため、県全体の医療費が増加しないように、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必要がある。  
 ( ⇒ マクロとミクロの両面で、県内国保の持続可能性の確保を追求していく)



# 国保における実績医療費の状況及び地域差の要因

- 将来的に統一保険料を導入した場合、県内国保の保険給付費総額等の水準が統一保険料を決定する仕組みとなるため、被保険者の負担の抑制を目指すためには、マクロベースでの医療費適正化が重要となる。
- R2年度実績医療費は合計437,150円（全国8位）で、うち入院医療費は202,286円（全国7位）となっている。

R2 実績医療費		合計	入院	入院外	歯科
R2 国民健康保険	高知県	<b>437,150円</b> <b>(全国8位)</b>	<b>202,286円</b> <b>(全国7位)</b>	204,866円 (全国17位)	23,932円 (全国27位)
	全国	370,881円	144,100円	194,370円	25,159円
(参考) R2 国民医療費 ※電算処理分のみ	高知県	<b>425,582円</b> <b>(全国1位)</b>	<b>214,919円</b> <b>(全国1位)</b>	189,382円 (全国5位)	21,281円 (全国30位)
	全国	321,079円	128,438円	169,843円	22,799円

地域差の主な要因	内容	高知県の現状	考えられる対策
①人口の年齢構成	高齢化が進み、前期高齢者の割合の多い地域は医療費が高い傾向にある。	H23：32.7%（72,169人／220,892人） R2：47.7%（78,953人／165,387人）	※保険者での解決困難 ※年齢調整を行うことで、地域差の要因から一定取り除くことが可能
②病床数等医療提供体制	医療費の適正化と医療提供体制は一体的な関係にあり、特に病床数と入院受療率の相関は非常に高く医療費との関係は大きいと考えられている。	人口10万人あたりの病床数は全国1位 (H29.12末時点の既存病床14,501床) ※ただし、高知市とその周辺に一極集中	※地域医療構想の推進 ⇒病床機能の分化・連携の推進
③健康活動の状況	被保険者の健康意識やそれに伴う行動が医療費の地域差の要因となっていると考えられるもの。 ⇒「生活習慣病の予防」と「重症化の予防」が最大のポイントではないか。	現時点で数値化が難しいもの 各市町村ごとで現状と課題も異なるものと思われる。	<b>各市町村の保健事業で対応する部分</b>
④健康に対する意識			・医療費分析 ・データに基づく効果的な保健事業 ・糖尿病性腎症重症化予防対策
⑤受診行動			⇒住民の意識や行動に対するアプローチが多い項目であり、予防が主な目的となるため、短期的に医療費抑制に繋がる取組は多くないのではないかと
⑥住民の生活習慣			
⑦医療機関側の診療パターン			※保険者での解決が困難

## 【論点】

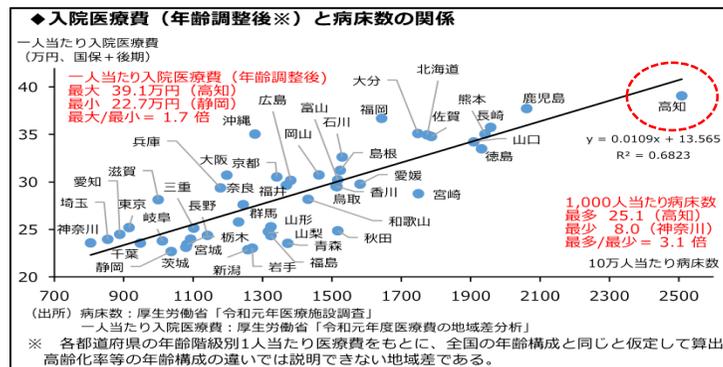
- 県内国保の医療費は全国と比べて、一人当たりの医療費が高く、その要因として入院費が高いことがある。
- 入院費は、医療提供体制との相関関係があると考えられており、特に病床数と入院受療率の相関関係は非常に高いことが考えられる。

R2実績医療費		合計	入院	入院外	歯科
R2国民健康保険	高知県	<b>437,150円</b> (全国8位)	<b>202,286円</b> (全国7位)	204,866円 (全国17位)	23,932円 (全国27位)
	全国	370,881円	144,100円	194,370円	25,159円
(参考) R2国民医療費 ※電算処理分のみ	高知県	<b>425,582円</b> (全国1位)	<b>214,919円</b> (全国1位)	189,382円 (全国5位)	21,281円 (全国30位)
	全国	321,079円	128,438円	169,843円	22,799円

出典：令和2年度国民健康保険事業年報より

構想区域	病院	診療所 (有床)	医療機能別の病床数（2020年7月1日時点）			
			高度急性期	急性期	回復期	慢性期
安芸区域	5	4	0	176	106	235
中央区域	83	52	1,025	3,753	1,515	4,498
高幡区域	7	2	0	234	167	254
幡多区域	16	7	6	520	197	568
<b>合計</b>	<b>111</b>	<b>65</b>	<b>1,031</b>	<b>4,683</b>	<b>1,985</b>	<b>5,555</b>

出典：令和2年度病床機能報告（県医療政策課HPより）



出典：財政制度等審議会資料より（R4.4.13）

### ※病床機能報告とは

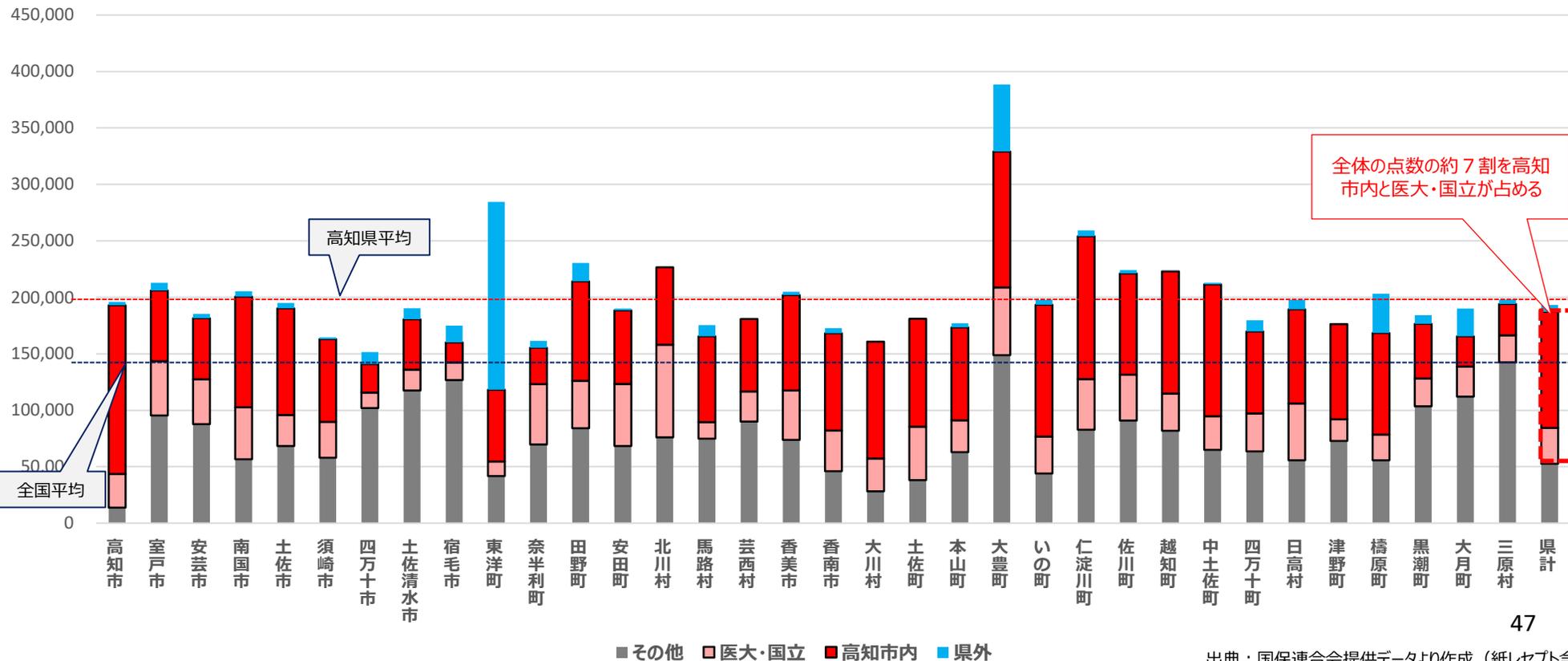
- 一般病床・療養病床を有する病院・有床診療所が対象
- 病床が担っている現在の医療機能と今後の方向性について、病棟単位で自ら選択し、毎年度都道府県に報告する仕組み（医療法に基づく法定報告）
- 報告の受付機関は毎年10月1日～10月31日
- 医療機関から県に報告された情報については、公表することが省令で規定。

## 【分析の方向性】

- 日本一の健康長寿県構想やデータヘルス計画との整合性を確保するためには、加入者の健康状態が良くなるのが医療費の抑制に繋がるため、医療費分析に当たっては、「**健康寿命の延伸**」と「**医療費適正化**」の2つの視点が必要となる。
- 現在、国保で負担している保険給付費のうち入院費に係る部分について、各市町村ごとの医療費と医療提供体制との関係を把握するため、そのセプトについて発生した医療機関の所在地毎に集計を行う。また、各市町村にその要因を照会し、各市町村ごとの課題をデータ面から把握することで、効率的・効果的な保健事業の取組につなげる。

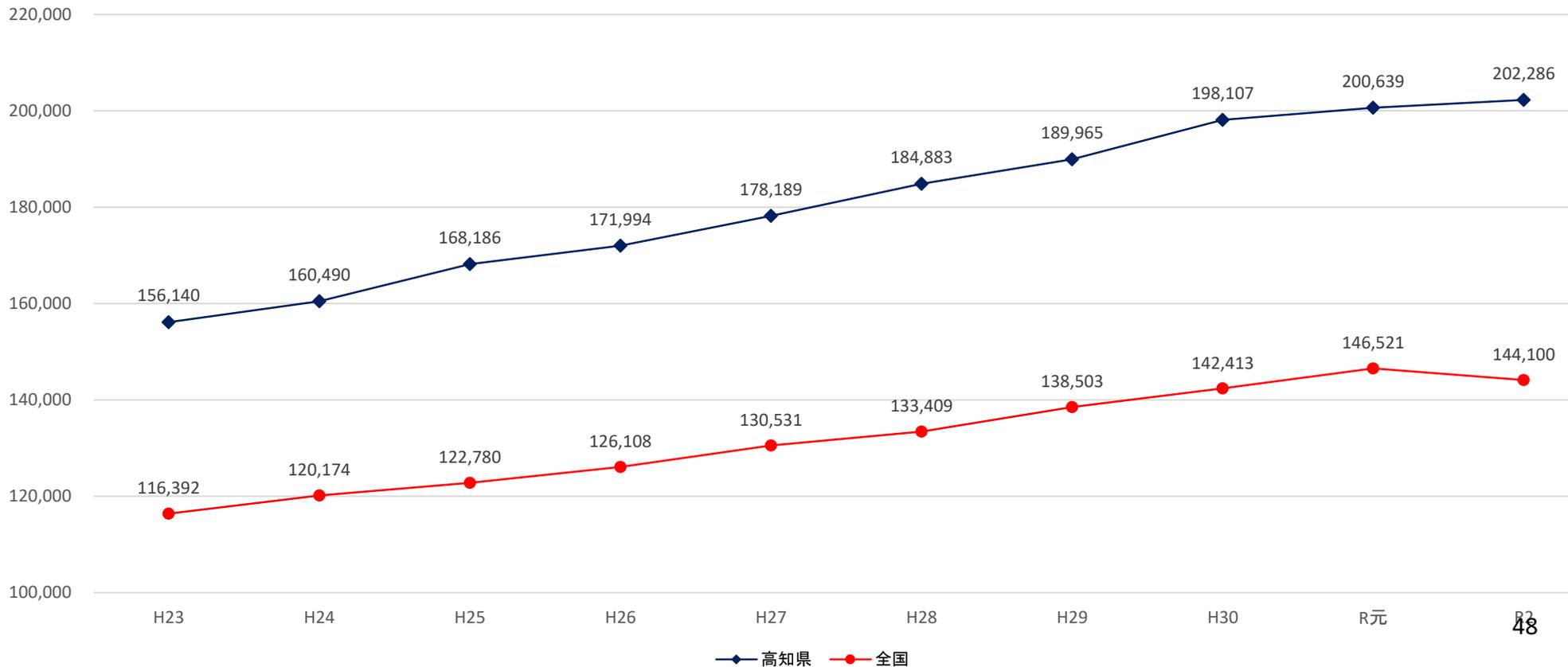
- 国保連合会が集計した令和2年度（診療月4～3月）の入院レセプトのデータを元に、そのレセプトが発生した医療機関の所在地別に集計。
- データはまず、「医大・国立」、「高知市内」、「県外」の3つの区分に整理し、3区分以外を「その他」と整理。
- その結果、入院のレセプト点数の発生状況については、市町村間で違いはあるものの、約7割が高知市内及び医大・国立で発生している。
- 郡部で一人当たり入院費が高い（低い）市町村は、高知市内及び医大・国立で発生しているレセプト点数の割合が高い（低い）傾向にある。
- ただし、被保険者の少ない団体では、高額医療の発生等により、年度間で点数やシェアが変化する可能性がある。
- また、**全国と比較すると、全ての市町村が平均値を超えている状況**となっている。（全国平均：144,100円）

令和2年度一人当たり入院費の内訳（医療機関所在地別）※年齢調整なし



- 県内国保における一人当たり医療費（入院）は直近10年間、一貫して増加しており、全国平均と大きな差が見られる。
- 令和2年度はコロナウイルス感染症の拡大による受診控えで、全国的に全ての区分（入院、入院外、歯科）で被保険者の一人あたりの医療費が減少する中で、高知県における入院費には増加しており、全国の動向と違いが見られる。（入院外、歯科は全国と同様に減少）

## 一人当たり医療費（入院）の推移



○ 医療費について、他の集団との比較や経年集計を行う場合、被保険者数の大小による影響を考慮して、1人当たり医療費（総医療費÷被保険者数）を用いることが一般的。

○ さらに、1人当たり医療費は「1人当たり件数」「1件当たり日数」「1日当たり医療費」の積で構成されており、分解して分析することで1人当たり医療費が高い（低い）要因について見当をつけることが可能。

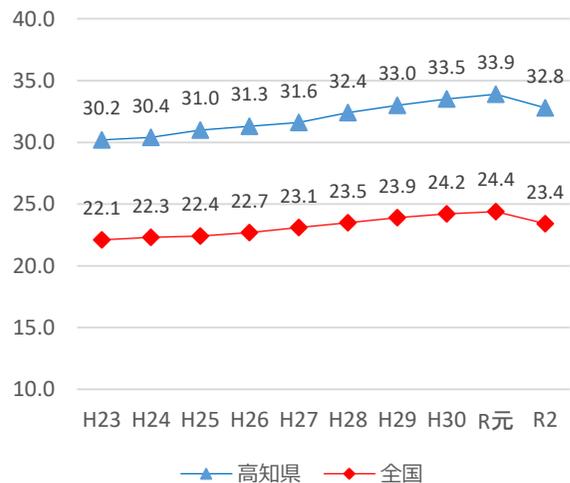
$$\Rightarrow 1 \text{ 人当たり医療費} = 1 \text{ 人当たり件数 (受診率)} \times 1 \text{ 件当たり日数} \times 1 \text{ 日当たり医療費}$$

○ 県内国保の医療費（入院）は

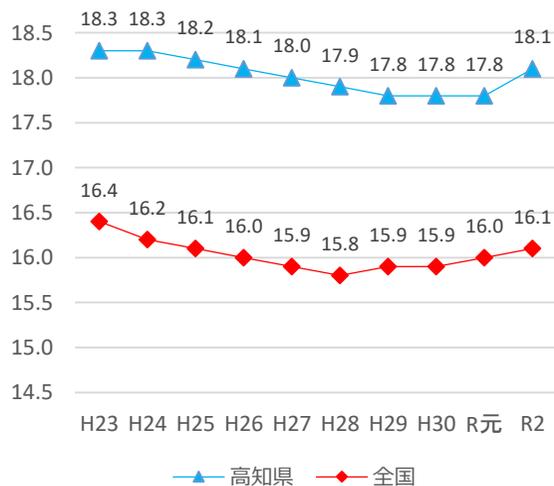
- ① 受診率（受診の発生率）＝レセプト件数／加入者 ⇒ 加入者数に比してレセプトの件数が多い（入院率が高い）
- ② 1件当たり日数＝受診延べ日数／レセプト件数 ⇒ レセプト件数に比して受診延べ日数が多い（入院期間が長い）
- ③ 1日当たり医療費＝入院費総額／受診延べ日数 ⇒ 1日当たり点数、1件当たり点数は低い（単価は低い）

$$1 \text{ 人当たり医療費 (入院)} = \text{① 受診率} \times \text{② 1 件当たり日数} \times \text{③ 1 日当たり医療費}$$

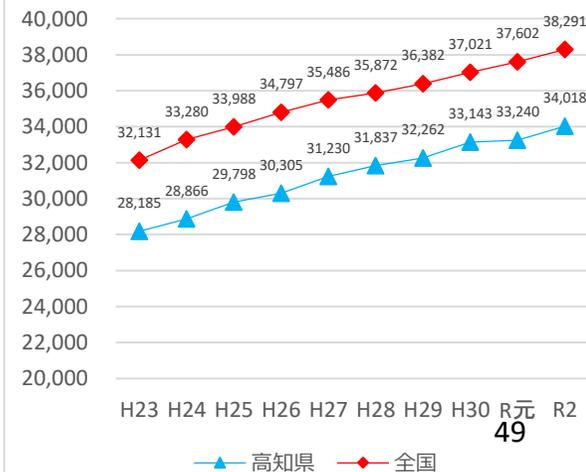
① 受診率



② 1件当たりの日数



③ 1日当たり医療費



# (参考) R2年度ベースの市町村別の入院費の要素分解



R02年度(累計)												③×⑤×⑦		市区町村名称	
市区町村名称	① レセプト件数 (入院)	② 被保険者数	前期 高齢者率	①/②-③ 受診率	順位	④ 総日数(入院)	④/①-⑤ 1件当たりの日数	順位	⑥ 医療費(入院)	⑥/④-⑦ 1日当たり医療費(入院)	順位	順位	市区町村名称		
室戸市	1,591	4,106	51.0%	38.7%	6	30,509	19.2	7	816,560,500	26,765	30	198,870	室戸市		
安芸市	1,738	5,529	43.4%	31.4%	22	32,149	18.5	11	951,905,780	29,609	24	172,166	安芸市		
東洋町	312	742	52.9%	42.0%	2	5,998	19.2	6	192,091,310	32,026	13	258,883	東洋町		
奈半利町	268	942	44.2%	28.5%	29	4,111	15.3	34	134,662,920	32,757	9	142,954	奈半利町		
田野町	293	756	44.5%	38.8%	5	4,602	15.7	33	169,581,880	36,850	5	224,315	田野町		
安田町	251	774	45.4%	32.4%	15	4,670	18.6	10	138,324,530	29,620	23	178,714	安田町		
北川村	106	340	53.7%	31.2%	24	1,838	17.3	24	74,411,660	40,485	1	218,858	北川村		
馬路村	64	165	62.5%	38.8%	4	1,305	20.4	2	29,007,280	22,228	34	175,802	馬路村		
芸西村	434	1,361	36.5%	31.9%	20	8,821	20.3	4	232,888,930	26,402	32	171,116	芸西村		
高知市	20,168	64,344	45.6%	31.3%	23	363,327	18.0	19	11,661,661,930	32,097	12	181,239	高知市		
南国市	3,367	10,414	47.7%	32.3%	16	64,306	19.1	8	2,005,005,150	31,179	16	192,530	南国市		
土佐市	2,294	7,372	44.5%	31.1%	25	42,167	18.4	13	1,325,943,670	31,445	15	179,862	土佐市		
香南市	2,306	8,218	45.2%	28.1%	30	41,569	18.0	18	1,307,919,110	31,464	14	159,153	香南市		
香美市	2,348	6,578	48.8%	35.7%	8	47,777	20.3	3	1,299,427,870	27,198	29	197,541	香美市		
大川村	28	79	58.5%	35.4%	9	503	18.0	21	11,876,730	23,612	33	150,338	大川村		
土佐町	304	889	51.8%	34.2%	10	5,583	18.4	14	156,439,050	28,021	27	175,972	土佐町		
本山町	261	789	55.4%	33.1%	13	4,169	16.0	31	135,764,380	32,565	11	172,071	本山町		
大豊町	579	911	60.3%	63.6%	1	13,067	22.6	1	345,653,900	26,452	31	379,423	大豊町		
佐川町	1,168	3,058	52.8%	38.2%	7	22,474	19.2	5	625,877,990	27,849	28	204,669	佐川町		
越知町	477	1,406	50.2%	33.9%	11	8,255	17.3	25	274,715,370	33,279	8	195,388	越知町		
日高村	412	1,250	52.6%	33.0%	14	7,505	18.2	16	218,076,860	29,058	26	174,461	日高村		
いの町	1,797	5,361	54.5%	33.5%	12	33,629	18.7	9	977,444,000	29,066	25	182,325	いの町		
仁淀川町	518	1,255	61.6%	41.3%	3	9,326	18.0	20	277,543,010	29,760	22	221,150	仁淀川町		
須崎市	1,701	6,153	44.0%	27.6%	32	28,142	16.5	29	957,264,360	34,016	7	155,577	須崎市		
中土佐町	547	1,774	52.6%	30.8%	26	8,865	16.2	30	348,389,740	39,299	2	196,387	中土佐町		
梶原町	274	858	59.3%	31.9%	18	4,307	15.7	32	164,411,800	38,173	3	191,622	梶原町		
津野町	391	1,322	54.5%	29.6%	27	7,165	18.3	15	218,536,530	30,501	19	165,308	津野町		
四万十町	1,372	4,770	49.5%	28.8%	28	24,119	17.6	23	823,570,870	34,146	6	172,656	四万十町		
土佐清水市	1,345	4,199	52.1%	32.0%	17	23,940	17.8	22	737,641,420	30,812	17	175,671	土佐清水市		
宿毛市	1,559	5,567	48.5%	28.0%	31	28,707	18.4	12	868,785,720	30,264	21	156,060	宿毛市		
四万十市	2,165	8,427	49.0%	25.7%	34	37,387	17.3	26	1,148,937,260	30,731	18	136,340	四万十市		
大月町	505	1,582	50.2%	31.9%	19	8,670	17.2	27	283,334,790	32,680	10	179,099	大月町		
三原村	110	413	47.0%	26.6%	33	1,887	17.2	28	71,318,610	37,795	4	172,684	三原村		
黒潮町	1,018	3,228	59.3%	31.5%	21	18,358	18.0	17	556,329,720	30,304	20	172,345	黒潮町		
(参考)R元全国				24.4%				16.0		37,602		146,798	(参考)R元全国		
高知県	52,071	164,932	47.5%	31.6%		949,207	18.2		29,541,304,630	31,122		179,112	高知県		
安芸医療圏	5,057	14,715	46.0%	34.4%		94,003	18.6		2,739,434,790	29,142		186,166	安芸医療圏		
中央医療圏	36,027	111,924	47.1%	32.2%		663,657	18.4		20,623,349,020	31,075		184,262	中央医療圏		
高幡医療圏	4,285	14,877	48.6%	28.8%		72,598	16.9		2,512,173,300	34,604		168,863	高幡医療圏		
幡多医療圏	6,702	23,416	49.7%	28.6%		118,949	17.7		3,666,347,520	30,823		156,574	幡多医療圏		

※国保連合会提供データより作成(紙レセプトを含まない)



## 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、県全体の取組み、市町村ごとの取組みの必要性とその取組み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み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みを行うのか、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り組んでいけるのか、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（仮称）を策定し、市町村国保データヘルス計画との整合性を確保していくためには、令和4年度からの計画的な調整が必要となる。

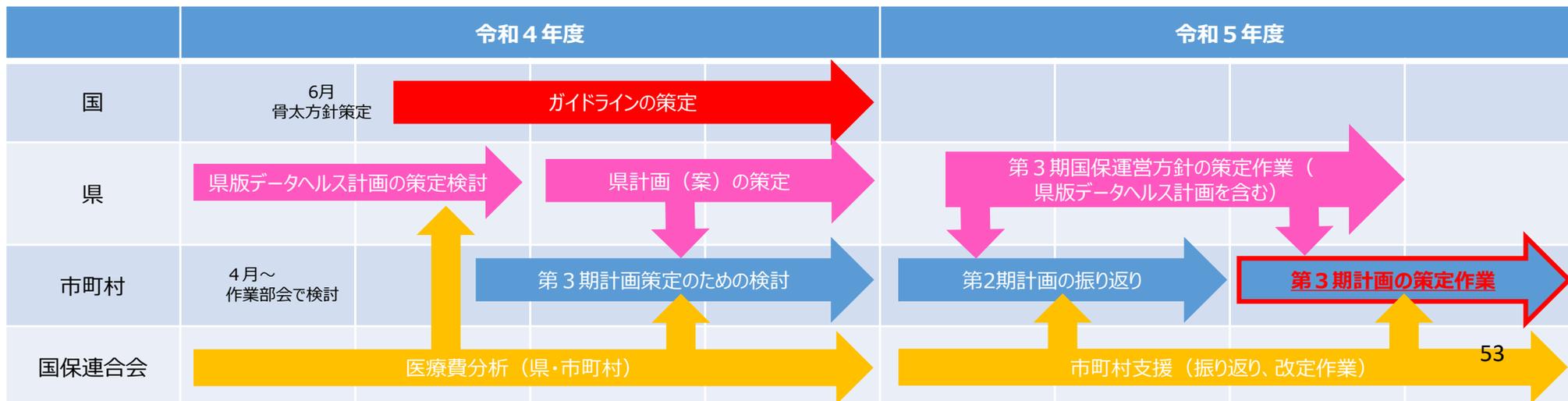
国 : 令和6年度からの第3期市町村国保データヘルス計画の策定に向けたガイドラインを令和4年度末を目処に示すことが予想される。  
 ※特に、令和4年6月の骨太方針及びその後の改革工程表の策定の議論を注視する必要がある。

県 : **県版データヘルス計画（仮称）**の素案を令和4年度中に策定。  
 ※計画の決定については、市町村計画との調整も必要となることから、第3期国保運営方針の策定作業の中で行う。

市町村 : 令和5年度の第3期計画の策定に向けた調整。

国保連合会 : 県版データヘルス計画（仮称）に必要となる医療費分析の支援。  
 第2期市町村国保データヘルス計画の振り返り及び第3期計画の策定の支援。

## 4. 今後のスケジュール（案）



# 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いため、**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連係を目指す ※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、健やかで心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」



# 目次

0

基本的な事項

1

統一保険料の導入

2

激変緩和措置の設定

3

赤字等の解消

4

医療費適正化

5

**医療提供体制の確保**

6

国保事務の統一

高知県においては、平成28年12月に策定済み。

(県ホームページで公表)

高知県地域医療構想

<http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/131301/2016120500106.html>

第7期高知県保健医療計画（第9章 地域医療構想 ※一部内容を更新）

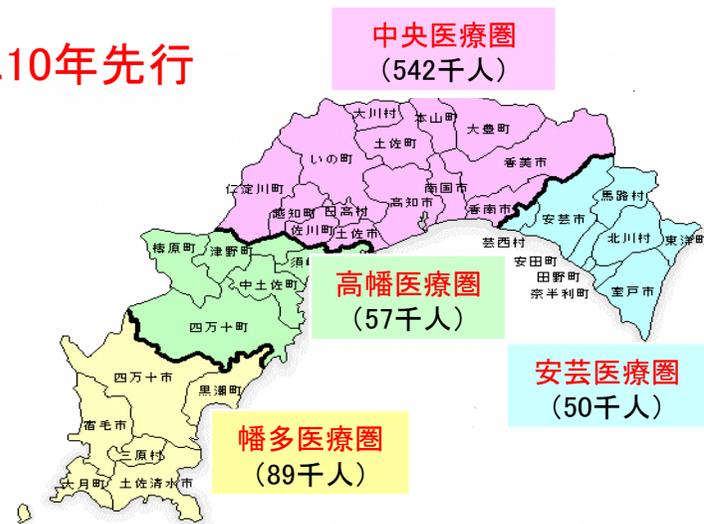
<http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/131301/2018032800404.html>

- 団塊の世代が後期高齢者に移行する**令和7年（2025年）における医療需要に見合った医療提供体制を確保**するために、医療計画の一部として策定。
  - **令和7年の医療需要と 患者の病態に応じた病床の必要量 を推計。**
  - これらを国民全体で情報共有し、地域ごとの医療提供体制（病床の機能分化）を話し合う。
  - 不足している機能は整備、過剰気味な機能は転換を模索し、**可能な限り合意形成**をめざす。→ 手段：地域医療構想調整会議
  - 合意できない場合は**知事権限**もあるが、**強制力はない。**
- ⇒（前提）**行政主導の病床再編、病床削減計画ではない**  
**進める際には患者の行き場が無くならないよう留意が必要**<sup>56</sup>

# 高知県の状況（人口、地理、医療需要、医療資源など）

## （人口、地理）

- 人口が全国に**15年先行して自然減**、**高齢化率の上昇も全国に10年先行**  
(高知県:H2より 全国:H17より) (H27 高知県:32.8% 全国:26.6%)
- 人口の約74%が中央医療圏(うち高知市 約46%)に集中
- 中央部を除く**ほとんどの地域が中山間地域**(面積割合 93.2%)



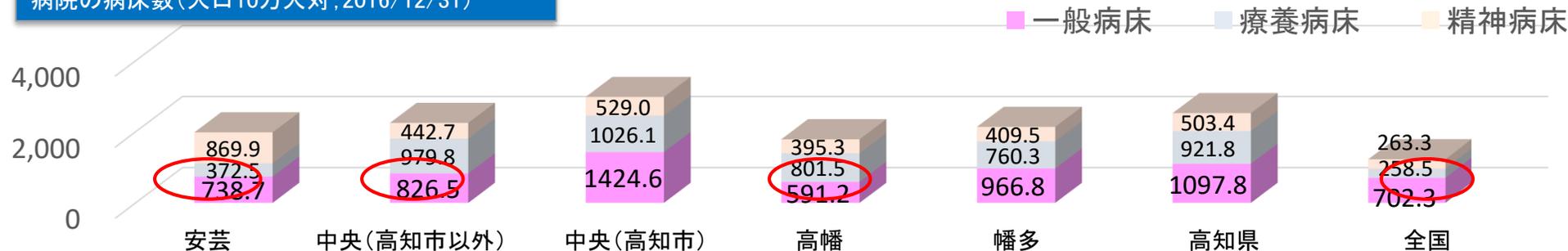
## （医療需要）

- 中央以外の区域は、高齢者数、医療需要とも今後は横ばいか減少局面県全体の医療需要の**ピークは2025-2030年**

## （医療資源）

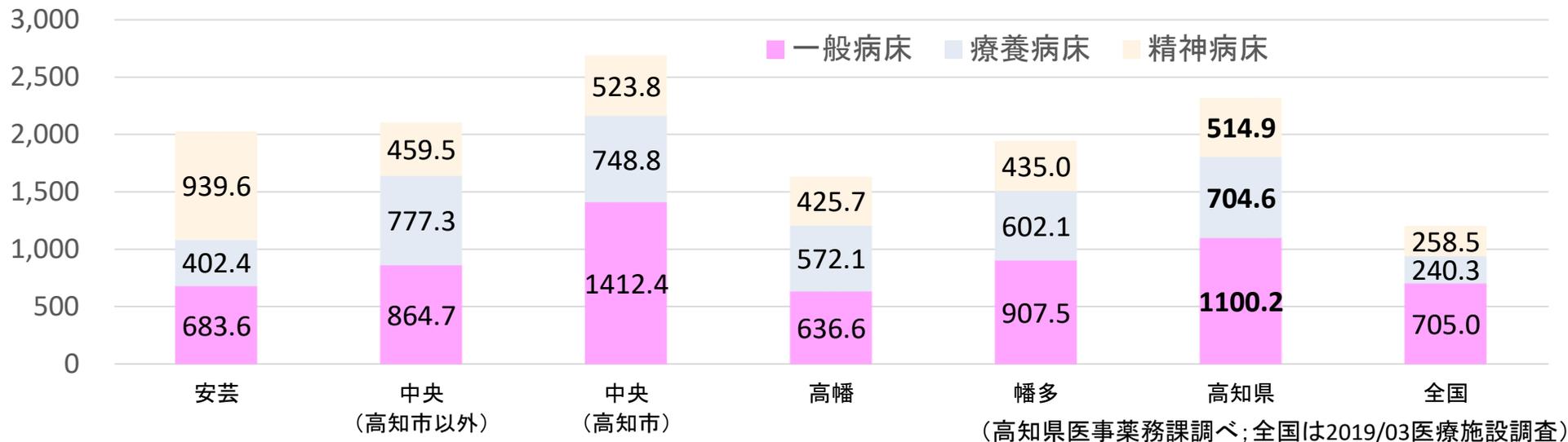
- 人口あたりの**医療資源**(病床数(全国1位)、医師数(3位)、看護師数(1位)等)は**最高水準**
- ただし、医療資源は**高知市とその周辺に一極集中しており、地域間での偏在が大きい**
- 特に、病床数は**全国1位**(人口10万人対)であるが、**地域で偏在がある**

病院の病床数(人口10万人対; 2016/12/31)

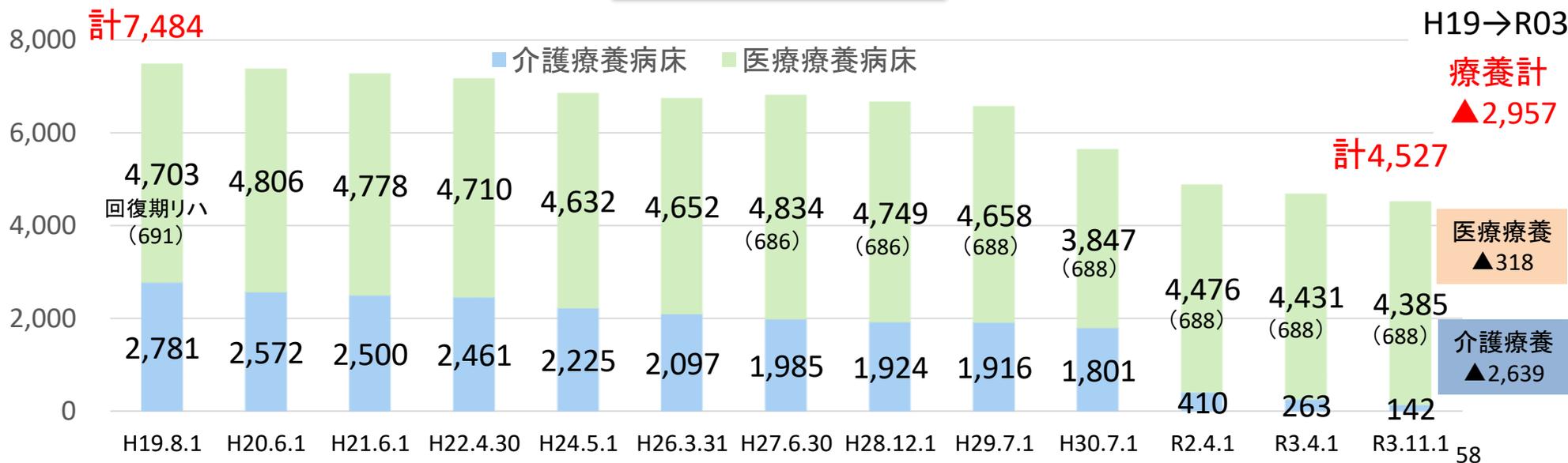


- 民間病院の構成割合が高く、**公立・公的医療機関は概ね再編・集約化済み**

## 病院の病床数(人口10万人対; 2020/04/30)



## 療養病床数の推移



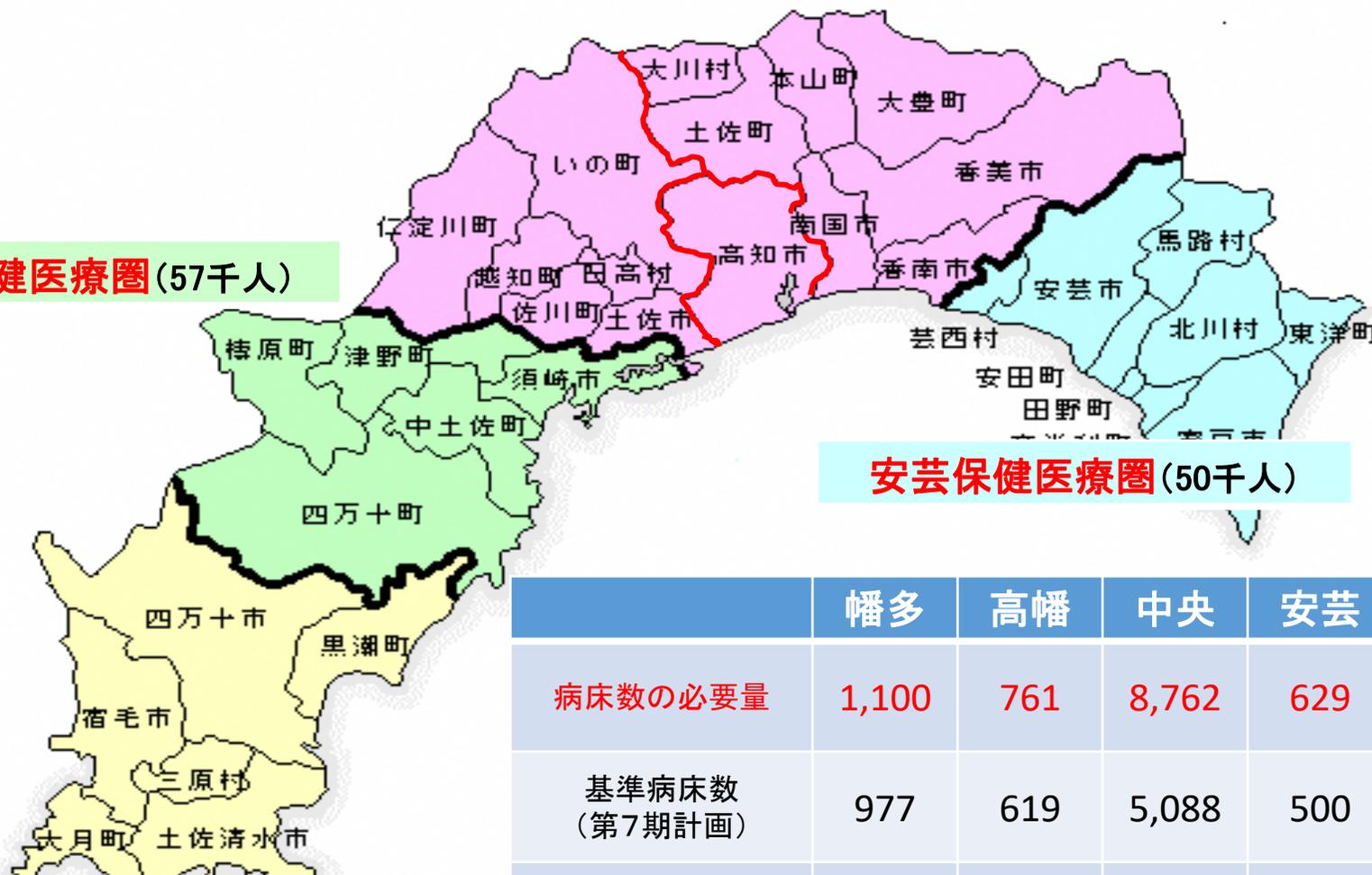
# 構想区域について

中央保健医療圏(542千人)

高幡保健医療圏(57千人)

安芸保健医療圏(50千人)

幡多保健医療圏(89千人)



(床)

	幡多	高幡	中央	安芸	計
病床数の必要量	1,100	761	8,762	629	11,252
基準病床数 (第7期計画)	977	619	5,088	500	7,184
既存病床数	1,530	780	11,660	531※	14,501

(既存病床数はH29.12.31現在)

※安芸区域の既存病床については、H30.1に室戸病院50床の廃止により 59 481床となっている。

# 病床機能報告制度について

病床機能報告とは、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握、分析を行うため、医療法に基づいて、**一般病床・療養病床を有する病院・診療所**が、当該病床において担っている医療機能の現状と6年後の方向について、**病棟単位で、「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」、「慢性期機能」の4区分から1つを選択し、報告するとともに**、医療設備、人員体制、医療行為の内容についても報告を行うものです。（毎年7月1日時点の状況）

## 【医療機能の名称及び内容】

医療機能区分	医療機能の内容
高度急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の高い医療を提供する機能
急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復リハビリテーション機能）
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

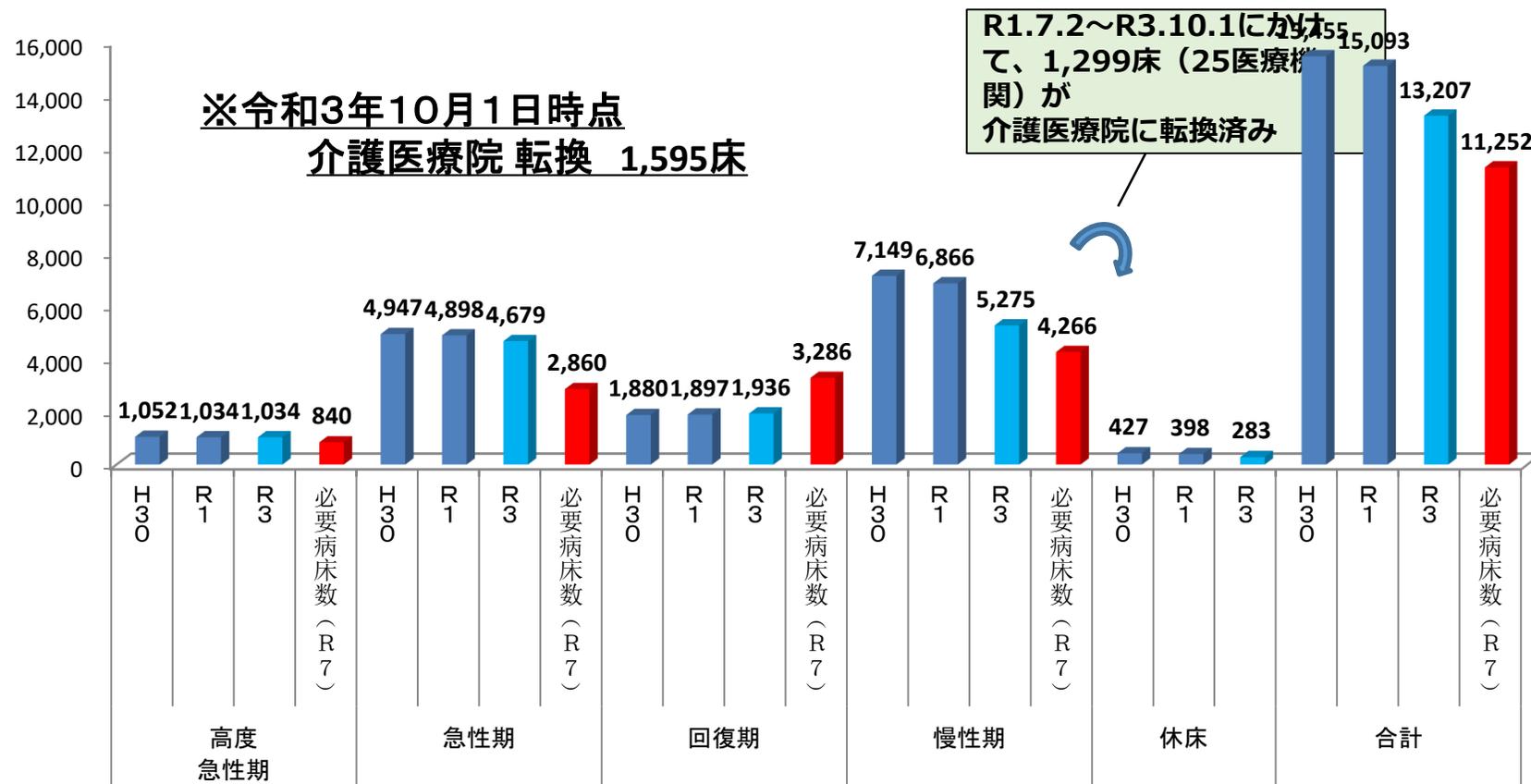
※留意事項：病床機能報告と病床の必要量（必要病床数）は算出方法が異なるため、単純比較ができない。

病床機能報告：	主観的な区分（各医療機関の自主的な選択）	= 病棟を単位とした区分
病床の必要量：	客観的な基準（医療資源投入量より算出）	= 日々の患者を単位とした区分

# 高知県の病床の状況について

## (1) 高知県全体の状況

- ・ H30、R1の数値は、病床機能報告（各年7月1日）のもの。
- ・ R3の数値は、R1の病床機能報告の数値に、その後の病床減、病床転換の状況を反映させたもの。



- ・ 慢性期については、介護療養病床の約9割が介護医療院に転換し、ダウンサイジングが進んだが、急性期、回復期については、大きな変化はなく、引き続き取組を進める必要がある。

※留意事項：病床機能報告と病床の必要量は算出方法が異なるため、単純比較ができない。

## (2) 各構想区域の状況

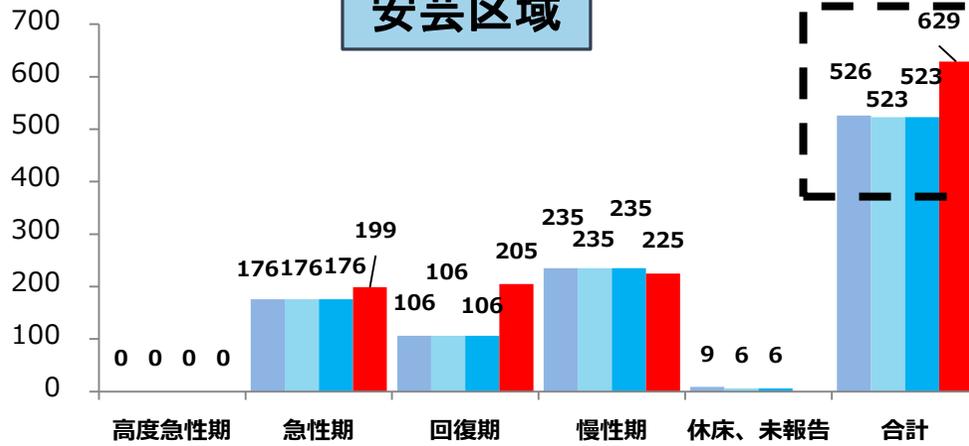
■ H30病床機能報告数  
■ R1 病床機能報告数

■ R3末(見込)の病床数  
■ R7病床数の必要量(将)

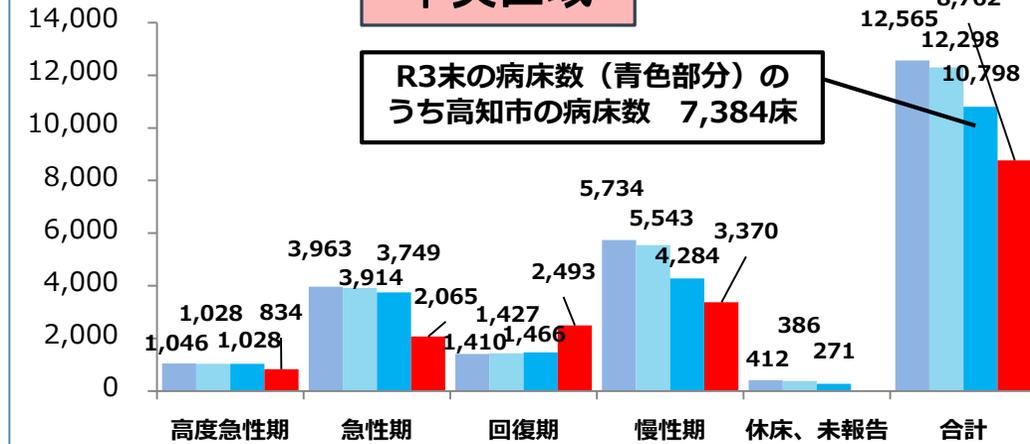
R4.2.14  
第27回幹事会資料より

(単位: 病床)

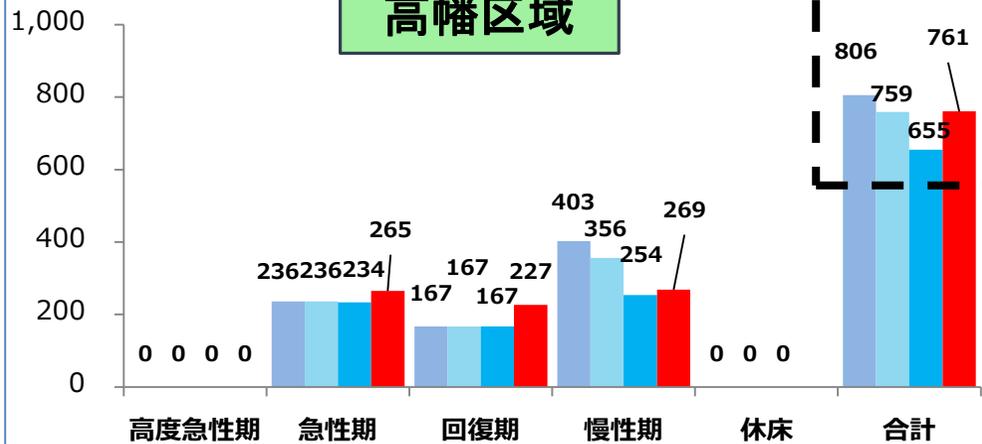
### 安芸区域



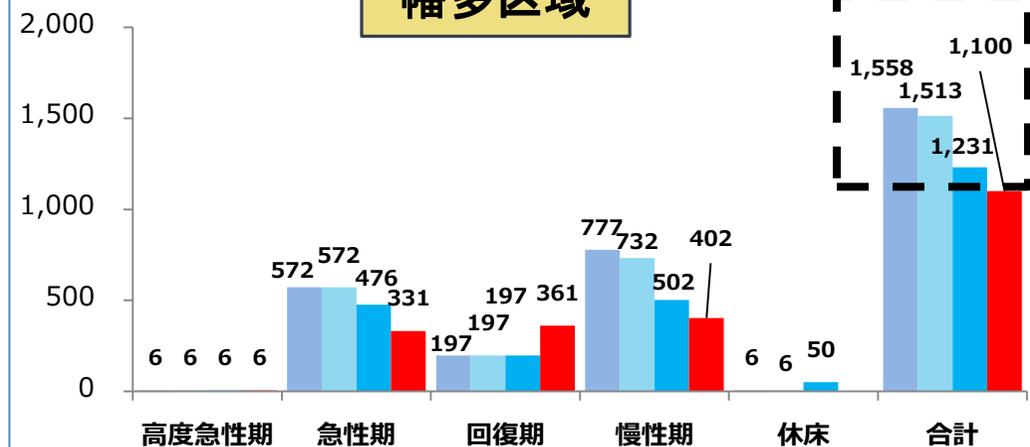
### 中央区域



### 高幡区域



### 幡多区域



・地域別に見ると、郡部においては、地域医療構想における「病床の必要量」に近づく、またそれ以下となっている地域があり、地域の医療体制を維持する視点での支援が必要。

# 地域医療構想の実現に向けた病床転換の流れ

## R3 時点の病床数 13,207床

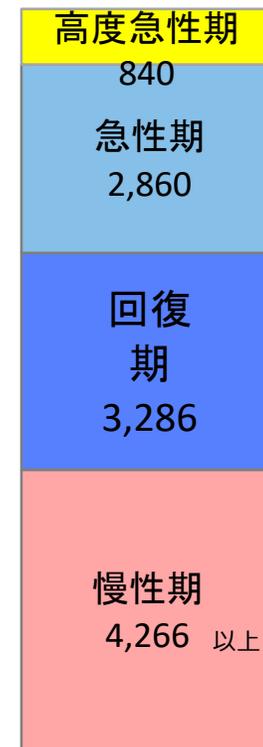


医療機関からの相談に適宜対応し、  
地域医療構想調整会議等での議論を  
踏まえ、各医療機関の自主的な転換を  
補助金等を活用し支援

- ①回復期機能への転換支援
- +
- ②病床のダウンサイジング支援
- +
- ③地域医療構想調整会議等での協議

介護医療院等への転換支援の継続  
(R5年度末に廃止となる、介護療養病床  
については、約9割の転換が完了)

## R7 「病床の必要量」 11,252床以上



介護施設  
在宅医療等  
4,739人

## 1. 地域医療構想、在宅医療の推進に向けた経営シミュレーション等への支援

【事業内容】 経営・収支シミュレーション等を外部に委託し実施する際の費用に対して補助を行う。

- ① 回復期以外の一般・療養病床を、回復期の病床へ転換
- ② 介護医療院を含む介護保険施設や有料老人ホーム及びサ高住等への転換
- ③ 病床の削減
- ④ 医業経営の専門家の相談に要する経費（委託に限らない）
- ⑤ 新たに在宅医療に参入、または取り組みの拡大に向けて実施する経営分析



## 2. 回復期機能を持つ病床への転換のための支援

【事業内容】 回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟等として必要な病棟の新設、増改築、改修を行う際の費用に対して補助を行う。

- ① 施設の新築・増改築
- ② 施設の改修
- ③ 医療機器等の購入
- ④ 施設の設計費用
- ⑤ 回復期機能を担う病床を有する医療機関の新設（病床非過剰地域、または特例設置の場合を想定）
- ⑥ 回復期機能を担う病床を増床（病床非過剰地域、または特例設置の場合を想定）

## 3. 病床のダウンサイジングを行う際の施設の改修、処分に係る経費などへの支援

【事業内容】 病床を削減する際の下記の費用に対して補助を行う

- ① 不要となる病室を他の用途に改修するための費用
- ② 病棟（または無床診療所）の新築、増改築又は改修を行うための費用
- ③ 不要となる建物・医療機器を処分することによる費用（財務諸表上の特別損失に限る）
- ④ 退職が必要となる看護師等に対する退職金の上乗せ費用



# 「新興感染症」及び「公立医療機関等の再検証」の今後スケジュールについて

R4.2.14  
第27回幹事会資料より

## 1. 「新興感染症」（新型コロナ対策）の整理について

**新型コロナウイルス対策等については、「新興感染症等の感染拡大時における医療」として、第8次医療計画（令和6年度～令和11年度）において整理。**

現在、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）等が検討されており、**「基本方針」や「医療計画作成指針」等が令和4年度内に示される予定。**

## 2. 公立病院等の再検証対象医療機関の具体的対応方針の再検証について

### 現在までの経緯

平成30年度に、高知県内16の公立・公的医療機関が地域医療構想を踏まえた今後の「具体的対応方針」を策定し、地域で協議を行い合意。

その後、厚生労働省が、独自に行った分析により、「診療実績が特に少ない、区域内に類似する機能の医療機関がある」などの要件に当てはまる医療機関に対して、具体的対応方針の再検証が要請される。

**高知県の対象5病院：高北病院、JA高知病院、高知西病院、仁淀病院、土佐市立土佐市民病院**

### 現在の状況

その後、新型コロナウイルス感染症の影響等により、議論は休止しており、令和2年8月31日に厚生労働省より、再検証の期限等については、整理のうえ、別途示される旨が通知されるが、令和4年1月時点では、再検証の期限等についての通知は示されていない。

国と資料等から、公立病院の役割等の議論については、新たに医療計画で整理される**「新興感染症」との整合性を取る必要性があることから、同事業の検討状況に合わせて、通知が示されること想定される。**

**（令和4年9月以降となる可能性あり スケジュール参照）**

# 第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

		医療計画	新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画
R3 [2021]	4～6月	医療部会（6/3） 第8次医療計画等に関する検討会開催				外来機能報告等に関するWG開催
	7～9月			地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催		
	10～12月					外来機能報告等に関する取りまとめ
	1～3月	・総論（医療圏、基準病床数等） ・各論（5疾病、6事業、在宅等） について各検討会等での 議論の報告	感染症対策に関する検討の場と 連携しつつ議論	地域医療構想の 推進	ガイドライン改正に向けた検討	ガイドライン改正に向けた検討
R4 [2022]	4～6月					
	7～9月					
	10～12月	報告書取りまとめ （基本方針改正、医療計画作成指針等の 改正等）			報告書取りまとめ （ガイドライン改正等）	報告書取りまとめ （ガイドライン改正等）
	1～3月	基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知）			ガイドライン改正（通知）	ガイドライン改正（通知）
R5[2023]	第8次医療計画策定				次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定
R6[2024]	第8次医療計画開始				次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始
R7[2025]						

国

都道府県

## 1 現状

### ■ 県内の医師数

・総数は増加傾向だが**地域偏在**は解消されていない

### ■ 医師養成奨学金償還期間内医師数

・R7年度からは**300人/年**以上で推移

### ■ 無医地区の状況

・無医地区 12市町村26地区 (R元年度厚生労働省調査)

### ■ へき地の公的医療提供体制

・へき地診療所 29箇所(うち休止1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

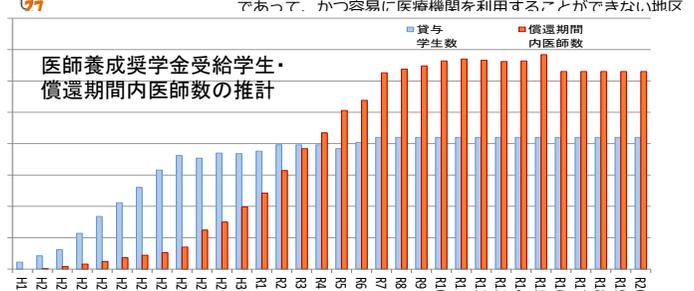
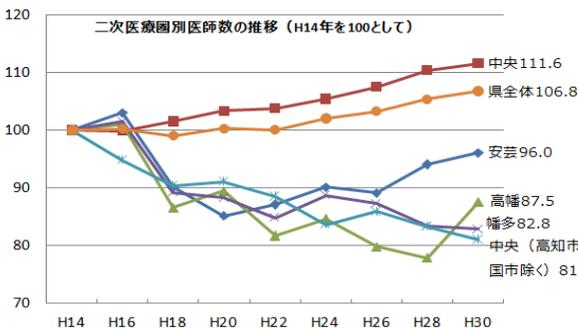
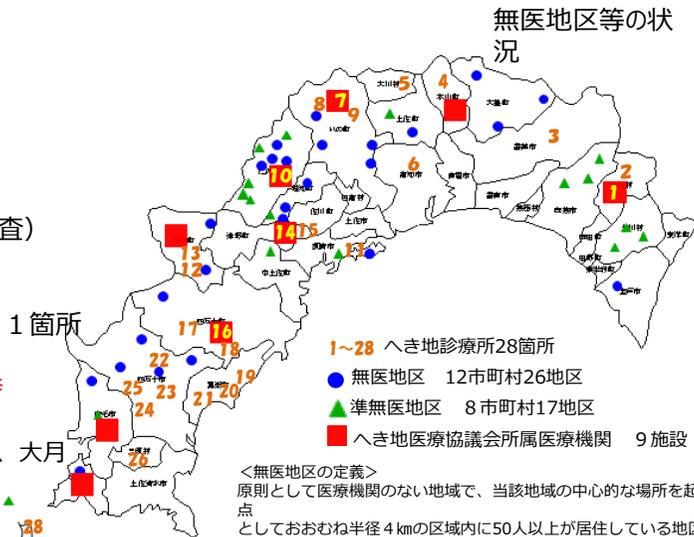
### ■ へき地医療に従事する医師数

・(H28)21人→(H30)17人 ※**構想目標：現状維持**

### ■ へき地医療協議会 (9市町村で構成)

馬路、本山、いの、仁淀川、橋原、津野、四万十町、宿毛、大月

※自治医卒業医師を中心に派遣



医療圏	診療所名	常勤(人)	人役(常勤+非常勤)	診療日数(週)	平均患者数(日)	ICTの状況	
						実績有(電話含)	へき地医療情報NW
安芸	1 馬路村立馬路診療所	1	1	4	21	○	○
	2 馬路村立魚梁診療所		0.15	2	7	○	×
	3 香美市立大橋診療所	1	1	6	26	×	×
	4 本山町立汗見川へき地診療所		0.05	0.5	4	×	×
	5 大川村国民健康保険小松診療所		1	3	8	×	○
	6 高知市土佐山へき地診療所		1	5	12	×	○
中央	7 いの町立国民健康保険長沢診療所	1	1	4	13	×	○
	8 いの町立国民健康保険大橋出張診療所		0.094	1	5	×	×
	9 いの町立国民健康保険越前出張診療所		0.094	1	3	×	×
	10 仁淀川町国民健康保険大崎診療所	1	1	5	44	×	○
	11 浦ノ内診療所		0.25	2	13	×	×
	12 橋原町立松原診療所		0.19	2	9	×	×
高幡	13 橋原町立四万川診療所		0.09	1	13	×	×
	14 津野町国民健康保険杉ノ川診療所	1	1	5	23	×	○
	15 津野町国民健康保険姫野々診療所	1	1	5	35	×	○
	16 四万十町国民健康保険大正診療所	2	2.23	5	81	×	○
	17 四万十町国民健康保険十和診療所		0.8	5	53	×	○
	18 大進へき地診療所		0.01	0.25	3	×	×
幡多	19 黒潮町国民健康保険川診療所		0.51	3.5	7	○	○
	20 黒潮町国民健康保険伊予喜出張診療所		0.01	0.25	3	×	×
	21 黒潮町国民健康保険出診診療所		0.02	0.25	9	×	×
	22 四万十市国民健康保険西土佐診療所	2	3	5	44	×	○
	23 四万十市国民健康保険大宮出張診療所		0.1	1	12	×	○
	24 四万十市国民健康保険口屋内出張診療所		0.1	0.5	12	×	○
宿毛	25 四万十市奥屋内へき地出張診療所		0.1	0.5	10	×	○
	26 三原村国民健康保険診療所	1	1	5	20	×	×
	27 宿毛市立沖の島へき地診療所		0.297	3	5	○	○
	28 宿毛市立沖の島へき地診療所弘瀬出張所		0.125	2	4	×	×
		11	17.22		499		

※四万十町興津診療所は令和2年7月で廃止  
 令和3年度へき地医療現況調査結果(1日平均患者数以外は、令和3年4月1日時点)より

## 2 課題

○へき地医療に従事する医師の減少 (新たな専門医制度による若手医師の専門医志向の高まり)

・自治医科大学卒業医師の義務年限内の離脱例の増加や義務年限終了後の残留医師数が減少

※義務年限9年のうち、初期臨床研修2年、後期研修1年、実働は6年

・へき地医療に親和性の高い総合診療科の専攻医が少ない (H30-R3: 6人)

## 3 対策

○へき地医療に従事する医師数の増加

・地域枠医師等 (原則3.5年の高知市、南国市以外での勤務が必要) の配置に向けた仕組みの構築

→償還免除に向けた計画的な配置が必要 (専門医取得、経験年数、診療科等への配慮が必要)

○医師不足を補完 (デジタル化)

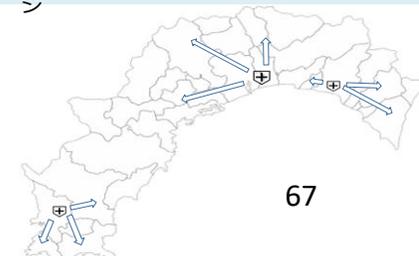
・遠隔画像診断等が可能な「へき地医療情報ネットワーク」の活用、オンライン診療体制の整備

### <地域枠等の若手医師の配置に向けた仕組みの構築>

奨学金受給医師の配置状況 (単位: 人)

	高知市	南国市	計
H30, 4月	8	41	49
H31, 4月	18	41	59
R2, 4月	25	59	84
R3, 4月	29	86	115

基幹病院をハブにした医師派遣のイメージ



# 目次

0

基本的な事項

1

統一保険料の導入

2

激変緩和措置の設定

3

赤字等の解消

4

医療費適正化

5

医療提供体制の確保

6

国保事務の統一

# 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<sup>69</sup>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<sup>70</sup>適切なものの確認

# 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

# 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 $\alpha$	$\alpha = 1$			$\alpha = 0$							
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>※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>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>※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>算定対象外</p> <p>※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			県単位で算定（納付金に含める）（全市町村42万円）							
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）							



# 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			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

項目	説明
保険給付費	療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費、高額介護合算療養費に要する金額
前期高齢者交付金	65歳から74歳の前期高齢者の医療費について、前期高齢者の人数が異なることによる保険者間の負担の不均衡を各保険者の前期高齢者の加入者数に応じて調整する仕組み。 具体的には、前期高齢者の加入割合が全国平均より高い保険者は前期高齢者交付金が納付金を上回り、逆に低い場合は前期高齢者交付金を下回る。H30年度の県単位化により、各市町村ごとの算定から県全体の算定に変更。
退職者前期調整額	被用者保険OBの医療費を全てOB自身と被用者保険の現役被保険者の負担により賄う制度。平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象とする経過措置が講じられ、平成27年度以降は、それまでに退職被保険者等となった人のみを対象とし、制度を存続させている。上記の前期高齢者交付金を算出する際の前期高齢者加入割合は、退職者分も含まれる算式になるため、退職者分の前期高齢者交付金分を調整する。
療養給付費等負担金（医療分）	保険給付費等に要した費用の32%を国が県に対して交付。（地方単独事業実施による減額調整あり）
国普通調整交付金	保険給付費等に要した費用の9%のうち、特別調整交付金を差し引いた額について、都道府県間の財政力（医療費水準や所得水準）に応じて国が県に対して配分。（地方単独事業実施による減額調整あり）
国特別調整交付金（県分）	保険給付費等に要した費用の9%の国調整交付金の総額のうち、概ね2%程度について、都道府県及び全国レベルで調整すべき市町村の特別な事情により要した費用に応じて交付。このうち県分については、全国レベルで調整すべき県の特別な事情、県が実施すべき事情に対し交付。
県1号繰入金	保険給付費等に要した費用の9%のうち、市町村分（2号分）を除いた分を県の一般会計から繰入
特別高額医療費共同事業交付金	1件420万円以上の著しく高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、都道府県からの拠出金を財源として全国で費用負担を調整（交付分）
過年度調整（納付金の過多）	過年度に納付した納付金に過多が生じる場合に調整
保険者努力支援制度（県分）	医療費適正化等への取組努力に対する評価指標を踏まえ、保険者努力支援制度として国から県に交付されるもの。
特例基金取崩分（激変緩和用）	県が市町村に対し、保険料の激変緩和のための資金を交付するために取り崩した基金相当分（医療分）※R5年度末で終了
地方単独事業の減額調整	市町村独自でこどもの医療費などの減額措置を実施している場合の減額調整分
高額医療費負担金	1件80万円以上の高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、都道府県単位で費用負担を調整（国県1/4ずつ負担）（過去3年分の1件当たり80万円を超えるレセプトの80万円を超える額の合算額を算定し、各市町村の納付金算定時に差し引く）

項目	説明
特別高額医療費共同事業負担金	1件420万円以上の著しく高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、都道府県からの拠出金を財源として、全国で費用負担を調整（過去3年分の1件当たり420万円を超えるレセプトの200万円を超える額の合算額を算定し、各市町村の納付金算定時に差し引く）
前期高齢者納付金等	65歳から74歳の前期高齢者の医療費について、前期高齢者の人数が異なることによる保険者間の負担の不均衡を各保険者の前期高齢者の加入者数に応じて調整した額に、前期高齢者関係事務費拠出金を加えたもの。
特別高額医療費共同事業拠出金	1件420万円以上の著しく高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国が全国レベルで費用負担を調整するもののうち、県が国保中央会に拠出するもの。
財政安定化基金積立金（県全体の返済分・補填分）	予期せぬ給付増や保険料収納不足により保険給付費を賄えなくなった際の基金交付・貸付分のうち、県分については全体の納付金に加算する。
県の事務費・委託費	保険料で賄うべき県の事務費・委託費（国保連合会への負担金等）
財政安定化基金積立金（市町村の返済分・補填分）	予期せぬ給付増や保険料収納不足により保険給付費を賄えなくなった際の基金交付・貸付分のうち、市町村分については当該市町村分の納付金に個別加算する。
審査支払手数料	各市町村が診療報酬を支払う国保連合会に依頼した診療報酬明細書の審査手数料
保険者支援制度（医療分）	保険料軽減の対象となる低所得者数に応じ、平均保険料の一定割合を保険者に対して公費で財政支援（国1/2、県1/4、市町村1/4）※H27年度に公費の追加投入により対象を拡充
出産育児諸費（特会負担分1/3）	市町村が給付する出産育児一時金に対して、交付税措置される分を除いた額
激変緩和分	平成30年度の制度改正に伴う市町村の保険料の増加分について、県繰入金（1号分）を財源に一定割合以上、一定期間を激変緩和として措置。（段階的に縮減し、令和5年度末で現行の激変緩和措置は廃止）
算定可能な国特別調整交付金	画一的な測定方法によって措置できない特別な事情（災害等）を考慮して交付されるもののうち、毎年給付され、一定の規模が見込まれる特別調整交付金
算定可能な県2号繰入金	保険給付費に要した費用の9%内で、県単位で対応すべき市町村の特別な事情を踏まえ、県が市町村に交付するもののうち、毎年給付され、一定規模が見込める県2号繰入金
保険者努力支援制度（市町村分）	医療費適正化等への取組努力に対する評価指標を踏まえ、保険者努力支援制度として国から市町村へ交付されるもの
特定健康診査等負担金	保険者が、40歳から74歳の被保険者を対象として実施する、糖尿病等生活習慣病に関する健康診査に要する費用。（国県がそれぞれ1/3ずつ負担）
算定可能な国特別調整交付金	画一的な測定方法によって措置できない特別な事情（災害等）を考慮して交付されるもののうち、毎年給付され、一定の規模が見込まれる特別調整交付金

項目	説明
過年度保険料収納見込	過年度に賦課した保険料のうち、滞納繰越となっているもので、当該年度に収納の見込みがあるもの
出産育児諸費（法定繰入分）	市町村が給付する出産育児一時金に対して、一定割合を繰入（普通交付税で措置）
直診勘定繰出金	国保直営診療所の運営維持に係る費用を一般会計から繰出
保健事業	市町村が医療費適正化等への取組として、実施する保健事業に要する費用
出産育児諸費	市町村が給付する出産育児に関する費用
葬祭諸費	市町村が給付する葬祭に関する費用
条例減免に要する費用	災害又はその他の特別な事情により保険料の納付が困難な場合で、条例に規定する減免措置がある場合
医療費適正化等の対策等事務費	医療費適正化等の対策に要する事務費
特定健康診査に係る費用	保険者が、40歳から74歳の被保険者を対象として実施する、糖尿病等生活習慣病に関する健康診査に要する費用。
育児諸費	市町村が給付する任意給付のうち、育児に関するもの（県内で該当があれば検討）
その他の保険給付	市町村が給付する任意給付のうち、上記以外のもの（県内で該当があれば検討）
予備費	市町村が保険料収納不足に備え、保険料を財源として計上するもの

# 国保事業費納付金算定における用語の説明（後期高齢者支援金分）

R4.5.23  
市町村研修会資料より

項目	説明
後期高齢者支援金等	後期高齢者（75歳以上）に係る医療給付のうち、約4割を各保険者が被保険者数（加入者数）に応じて負担（支援）する額に、後期高齢者関係事務費拠出金を加えたもの。
療養給付費等負担金（後期分）	後期高齢者支援金に要した費用の32%を国が県に対して交付。
国普通調整交付金（県分）	保険給付費等に要した費用の9%のうち、特別調整交付金を差し引いた額について、都道府県間の財政力（医療費水準や所得水準）に応じて国が県に対して配分。
県1号繰入金	保険給付費等に要した費用の9%のうち、市町村分（2号分）を除いた分を県の一般会計から繰入
特例基金取崩分（激変緩和用）	県が市町村に対し、保険料の激変緩和のための資金を交付するために取り崩した基金相当分（後期分） ※R5年度末で終了
保険者支援制度（後期分）	保険料軽減の対象となる低所得者数に応じ、平均保険料の一定割合を保険者に対して公費で財政支援（国1/2、県1/4、市町村1/4） ※H27年度に公費の追加投入により対象を拡充
病床転換支援金	療養病床から老人医療施設等への転換を図るため、各保険者が被保険者数（加入者数）に応じて負担（支援）
算定可能な国特別調整交付金	画一的な測定方法によって措置できない特別な事情（災害等）を考慮して交付されるもののうち、毎年給付され、一定の規模が見込まれる特別調整交付金（後期分）
過年度保険料収納見込	過年度に賦課した保険料のうち、滞納繰越となっているもので、当該年度に収納の見込みがあるもの

# 国保事業費納付金算定における用語の説明（介護納付金分）

R4.5.23  
市町村研修会資料より

項目	説明
介護納付金	介護保険の第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の介護保険料（介護保険の第2号被保険者の保険料は、医療保険者が徴収）を、社会保険診療報酬支払基金に対して納付。
療養給付費等負担金（介護分）	介護納付金に要した費用の32%を国が県に対して交付。
国普通調整交付金（県分）	保険給付費等に要した費用の9%のうち、特別調整交付金を差し引いた額について、都道府県間の財政力（医療費水準や所得水準）に応じて国が県に対して配分。
県1号繰入金	保険給付費等に要した費用の9%のうち、市町村分（2号分）を除いた分を県の一般会計から繰入
特例基金取崩分（激変緩和用）	県が市町村に対し、保険料の激変緩和のための資金を交付するために取り崩した基金相当分（介護分） ※R5年度末で終了
保険者支援制度（介護分）	保険料軽減の対象となる低所得者数に応じ、平均保険料の一定割合を保険者に対して公費で財政支援（国1/2、県1/4、市町村1/4） ※H27年度に公費の追加投入により対象を拡充
算定可能な国特別調整交付金	画一的な測定方法によって措置できない特別な事情（災害等）を考慮して交付されるもののうち、毎年給付され、一定の規模が見込まれる特別調整交付金（介護分）
過年度保険料収納見込	過年度に賦課した保険料のうち、滞納繰越となっているもので、当該年度に収納の見込みがあるもの

# 各検討項目の方向性（案）（事務関係①）

区分	項目	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	
事務	保険料・税の区分	市町村の状況を踏まえ、統一の必要性について検討			当分の間、統一は行わない ※ただし、国の制度改正等の動きが出てきた場合は検討を行う							
事務 財政	賦課方式	各市町村ごとで設定 ※資産割の廃止、介護分の2方式への移行を検討			検討した方式に順次統一							完全統一
財政 財政	賦課割合	各市町村毎で設定			納付金の算定基準に順次統一 所得係数βによる割合へ※R4は応能44:応益56							完全統一
事務 財政	賦課限度額	各市町村毎で設定			政令と同額に順次統一							完全統一
事務	目標収納率	市町村規模別で設定			※要検討							
事務	保険料（税）の減免基準	各市町村毎で設定 ※統一基準を検討			検討した方式に順次統一							完全統一
事務	一部負担金の減免基準	各市町村毎で設定 ※統一基準を検討			検討した方式に順次統一							完全統一
事務	本算定の時期	各市町村毎で設定			当面は各市町村ごとで設定、統一の必要性について検討							
事務	仮算定の時期	各市町村毎で設定			当面は各市町村ごとで設定、統一の必要性について検討							
事務	納期数	各市町村毎で設定			当面は各市町村ごとで設定、統一の必要性について検討							
事務	出産育児一時金	統一済（42万円）			統一済（42万円）※県全体で算定							81

# 各検討項目の方向性（案）（事務関係②）

区分	項目	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
事務	葬祭費	各市町村毎で設定 ※統一基準を検討			検討した方式に順次統一						完全統一
保健	保健事業の実施項目等	各市町村毎で設定			各市町村ごとで設定						
					全市町村統一基準 ※県版データヘルス計画の取組の必要性に応じて						
事務	地方単独事業の実施基準	各市町村毎で設定			当面は、各市町村毎で設定 ※ただし、国の制度改正の動きが出てきた場合等は検討を行う						
事務	レセプト点検の実施内容	市町村の状況を踏まえ、統一の必要性について検討			検討継続						
事務	被保険者証等の様式（短期証・資格証含）	全市町村統一様式									
事務	通常証更新時期・有効期間	各市町村毎で設定 ※実質的に統一済		全市町村統一 ※高齢受給者証と一体化し、毎年8月更新で有効期間1年間に							
事務	通常証交付方法	各市町村毎で設定			当面は各市町村ごとで設定、統一の必要性について検討						
事務	被保険者番号	全市町村統一									
事務	短期証の交付基準・有効期間・交付方法	各市町村毎で設定			検討継続						統一
事務	資格証の交付基準・有効期間・交付方法	各市町村毎で設定			検討継続						82統一

# 各検討項目の方向性（案）（事務関係③）

区分	項目	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12
事務	滞納処分の取扱い	各市町村毎で設定			検討継続						統一
事務	申請書等の様式の統一	各市町村毎で設定			※市町村共通システムの動向を踏まえつつ検討継続						
事務	市町村事務処理標準システム	各市町村毎で設定			※市町村共通システムの動向を踏まえつつ検討継続						
事務	被保険者証と高齢受給者証の一体化	一体化の検討		一体化（R5.8～）							
事務	高額療養費の支給申請手続きの簡素化	連合会によるツールの提供	各市町村の判断で順次簡素化								
事務 財政	収納向上インセンティブ	市町村向け公費の活用状況についての調査を実施	統一の議論の進展を確認しながら検討		今後検討 ※県全体の収納率向上に資する取組に対するインセンティブは確保 ※保険者努力支援制度を優先的に活用						

# 各検討項目について（事務関係①）

区分	項目	内容	現状の方向性（案）
事務	保険料・税の区分	・市町村国保では、国民健康保険法に基づく保険料か、地方税法に基づく保険税のいずれかを賦課徴収することとなっている。 基本的なしくみは同じであるが、時効の取扱い等一部異なる内容もある。	統一の必要性を検討する ※統一保険料率の算定においては必ずしも統一が必要な項目ではない
事務 財政	賦課方式	（1）被保険者均等割・世帯別平等割・所得割の3方式と、資産割を加えた4方式の市町村がある。 （2）医療費分・後期高齢者医療分・介護分の3つで構成されているが、介護分について2方式と3方式の市町村に分かれている。	統一に向けて検討中
財政	賦課割合	・納付金の算定に当たり、応能割・応益割に配分する割合	高知県は普通調整交付金の配分が多いため、所得係数 $\beta$ での統一を検討
事務 財政	賦課限度額	・応能原則の適用に一定の限度を設ける必要から、課税の最高額が法で規定されており、その範囲内で市町村の条例で最高限度額を規定	統一に向けて作業部会等で設定内容を検討
事務	目標収納率	・納付金算定に使用する収納率（標準収納率）とは別に、保険者で収納目標とする収納率	統一に向けて作業部会等で設定内容を検討
事務	保険料（税）の減免基準	・市町村で、条例に定めることにより行う保険料（税）の減免	統一に向けて作業部会等で設定内容を検討
事務	一部負担金の減免基準	・市町村で、条例に定めることにより行う一部負担金の減免	統一に向けて作業部会等で設定内容を検討
事務	本算定の時期	保険料（税）の算定期期 本算定の前の取扱い 納期（納付回数）	統一の必要性を検討
事務	仮算定の時期		
事務	納期数		
事務	出産育児一時金	・条例で定め給付を行うもの（国保法第58条）	統一済（42万円） 84

## 各検討項目について（事務関係②）

区分	項目	内容	現状の方向性（案）
事務	葬祭費	・条例で定め給付を行うもの（国保法第58条） 現在は3万円・4万円・5万円と市町村により異なる。	統一の方向性は一定合意。 統一に向けて作業部会等で設定内容を検討
保健	保健事業の実施項目等	・市町村において、被保険者（地域住民）の健康医事のために事業を実施。 ・保険者ごとに実施内容（財源・実施体制・対象者）が異なっている。 ・このため、例えば、少数の市町村が実施している事業がある場合に、納付金算定に含めるのかというような課題がある。	統一して実施する内容について作業部会等で検討  ・県全体で健康づくり・医療費適正化を進めるために、データヘルズ計画を中心とした取組を想定。
事務	地方単独事業の実施基準	・各市町村で独自に定めて行っている医療費負担の実施基準	（国の制度改正の動きが出てきた場合等は検討を行う）
事務	レセプト点検の実施内容	・各市町村で給付内容の確認として行うレセプト点検の実施内容	統一の必要性等を作業部会等で検討
事務	被保険者証等の様式（短期証・資格証含）		統一の必要性等を作業部会等で検討
事務	通常証更新時期・有効期間	・被保険者証の発行に係る取扱いについて、標準化の検討	実質的に統一済
事務	通常証交付方法		統一の必要性等を作業部会等で検討
事務	被保険者番号		統一済
事務	短期証の交付基準・有効期間・交付方法	・滞納対策として行う短期被保険者証・資格証明書の発行に当たってその基準、有効期間、交付方法等の取扱いの標準化を検討する	統一に向けて作業部会等で設定内容を検討
事務	資格証の交付基準・有効期間・交付方法		統一に向けて作業部会等で設定内容を検討

## 各検討項目について（事務関係③）

区分	項目	内容	現状の方向性（案）
事務	滞納処分の取扱い	・滞納者に対する差押等の滞納処分について、実施基準等の統一化を検討	統一に向けて作業部会等で設定内容を検討
事務	申請書等の様式の統一	・現在、各市町村で定めている申請書等について、事務の標準化の観点から様式の統一を検討	市町村共通システムの動向を踏まえつつ検討継続
事務	市町村事務処理標準システム	・総務省の進める自治体システムの標準化に国保事務も含まれており、今後の動向が明らかでない（厚労省は「国庫補助に期限があるため、費用がある場合はそれまでに申請を」というスタンス） ・現状では、導入については各保険者の判断による	市町村共通システムの動向を踏まえつつ検討継続
事務	被保険者証と高齢受給者証の一体化	・被保険者証と、70歳以上の被保険者に交付される高齢受給者証は、現在別に発行されているが、被保険者の利便性向上のため、双方を一体化したものの発行に移行するもの。	令和5年8月をめどに実施で決定済
事務	高額療養費の支給申請手続きの簡素化	・高額療養費の支給について、市町村でその方法を定めることにより、申請手続きを簡素化することができるもの。 ・過誤払発生の可能性や滞納対策の機会の確保などの課題がある。	各市町村の判断で順次簡素化していくことを決定済
事務 財政	収納率向上インセンティブ	・保険料（税）収納率が向上すると結果的に保険料（税）負担の圧縮につながることから、市町村において収納率向上を図るための方法について検討	作業部会等で検討を進める