神奈川県社会保障推進協議会国保交流会

高くて払えない国民健康保険税負担をどうするか

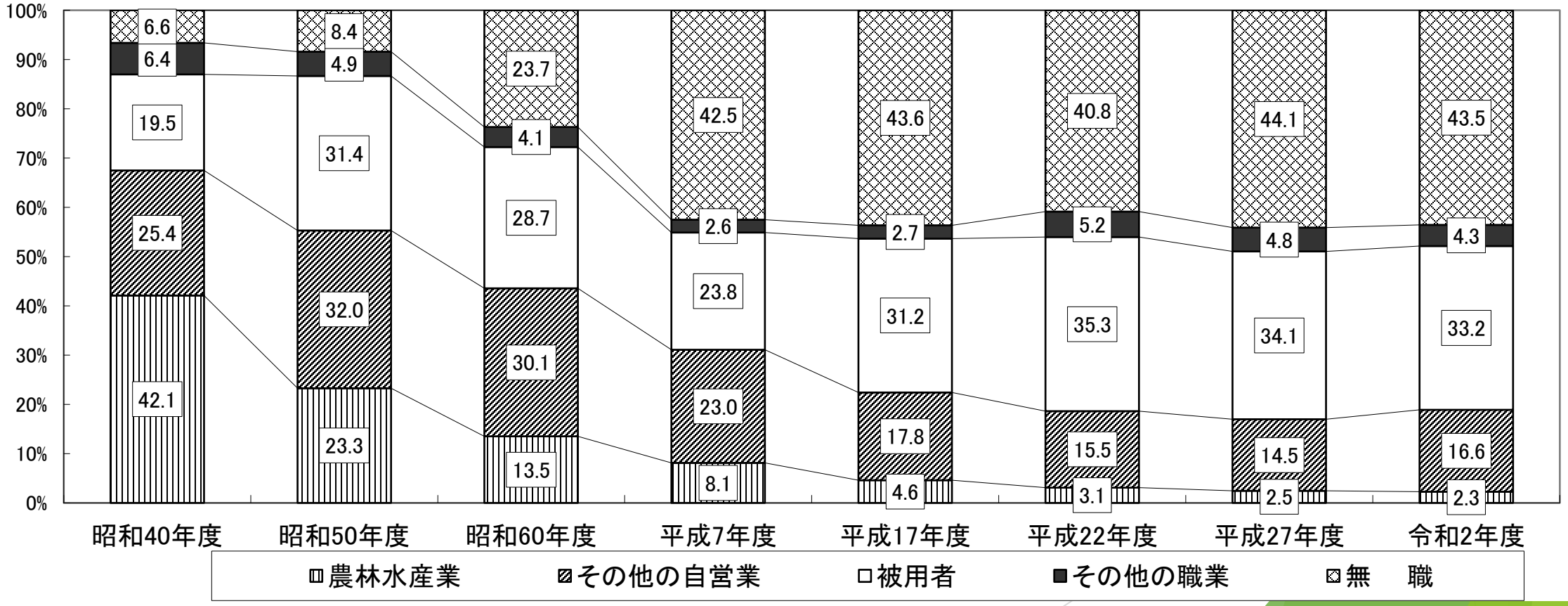
国民健康保険の保険料水準の統一について

神奈川自治労連　神田敏史

国民健康保険をめぐる状況について

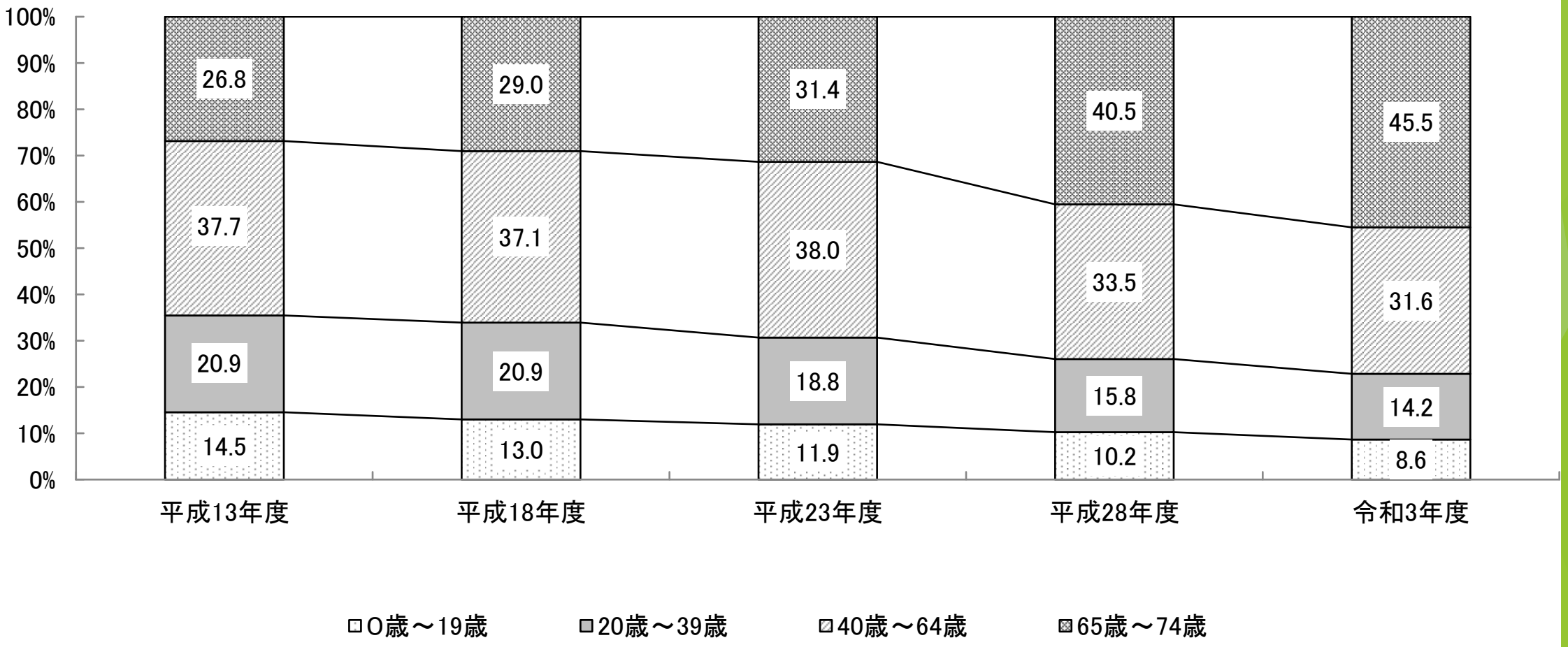
被保険者世帯主の就業状況

市町村運営が法制化され、国民皆保険制度が確立した1961年（昭和36年）以降の高度成長経済期から1980年までの間は、農林水産業者と自営業者の合計割合は半分を超えていたが、1990年代から無職者が増大。その後、非正規雇用労働者の増大により給与所得者が増加することになる。無職者の中には年金所得者も入るが、産業構造や就業構造の変化、団塊世代の退職、景気低迷が、被保険者の就業と所得に大きく影響を与えている。



市町村国民健康保険加入者の年齢構成推移

いわゆる生産年齢（18歳～64歳）にいる加入者の割合は2010年ぐらいまでは5割を超えていたが、団塊の世代が65歳以降となる2012年以降減少し、2016年の社会保険適用拡大は、さらに割合が減少している。



各保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数（平成31年3月末）	1,716	162	1	1,391	85	47
加入者数（平成31年3月末）	2,752万人（1,768万世帯）	274万人	3,940万人（被保険者2,376万人 被扶養者1,564万人）	2,954万人（被保険者1,672万人 被扶養者1,282万人）	858万人（被保険者454万人 被扶養者404万人）	1,772万人
加入者平均年齢（平成30年度）	53．3歳	39．9歳	37．8歳	35．1歳	32．9歳	82．5歳
加入者一人当たり医療費（平成30年度）	36．8万円	19．8万円	18．1万円	16．0万円	15．9万円	94．2万円
加入者一人当たり平均所得（※1）（平成29年度）	88万円（一世帯当たり 137万円）	393万円（一世帯当たり（※2） 773万円）	156万円（一世帯当たり（※3） 258万円）	222万円（一世帯当たり（※3） 391万円）	245万円（一世帯当たり（※3） 461万円）	86万円
加入者一人当たりの保険料の賦課対象となる額（平成30年度）	71万円（※4）（一世帯当たり 110万円）	ー（※5）	235万円（※6）（一世帯当たり（※3） 390万円）	316万円（※6）（一世帯当たり（※3） 557万円）	342万円（※6）（一世帯当たり（※3） 643万円）	71万円（※4）
加入者一人当たり平均保険料（平成30年度）（※7）<事業主負担込>	8．8万円（一世帯当たり 13．7万円）	17．7万円	11．7万円 <23.3万円>（被保険者一人当たり 19.4万円 <38.7万円>） 健康保険料率10.00%	12．9万円 <28.4万円>（被保険者一人当たり 22.8万円 <50.0万円>） 健康保険料率9.21%	14．3万円 <28.6万円>（被保険者一人当たり 27.0万円 <53.9万円>） 健康保険料率9.15%	7．1万円
公費負担	給付費等の50%＋保険料軽減等	給付費等の35%（※9）	給付費等の16．4%	後期高齢者支援金等の負担が重い保険者等への補助	なし	給付費等の約50%＋保険料軽減等
公費負担額（※9）（令和3年度予算案ベース）	4兆3，734億円（国3兆1，741億円）	2，397億円（全額国費）	1兆2，357億円（全額国費）	720億円（全額国費）		8兆3，656億円（国5兆3，308億円）

（※1） 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額（収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの）及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを加入者数で除したもの。（市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。）
国保組合については、「市町村民税課税標準額（総所得金額等から基礎控除のほか所得控除（扶養控除、配偶者控除等）を控除した金額）」に、「基礎控除」と「基礎控除を除く所得控除（扶養控除、配偶者控除等）」（総務省「平成29年度市町村税課税状況等の調」による「給与所得及び営業等所得を受給する納税者の課税標準額」の段階別の所得控除額（基礎控除を除く）を納税義務者数で除したものを使用して試算した額）を足した参考値である。
協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。
（※2） 一世帯当たりの額は加入者一人当たりの額に平均世帯人数を乗じたものである。 （※3） 被保険者一人当たりの金額を指す。
（※4） 旧ただし書き方式による課税標準額（保険料の算定基礎）。旧ただし書き方式は、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎を計算する際に用いられている方式で、（※1）から基礎控除を差し引いたものである。
（※5） 国保組合ごとに所得の算出方法や保険料の計算方法が大きく異なるため、記載しない。平成30年度所得調査結果における業種別の市町村民税課税標準額は、医師国保717万円、歯科医師国保236万円、薬剤師国保263万円、一般業種国保163万円、建設関係国保99万円。全体の平均額は、各組合の被保険者数を勘案して算定した額であり、262万円となっている。
（※6） 標準報酬総額を加入者数で割ったものである。
（※7） 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。
（※8） 令和2年度予算ベースにおける平均値。（※9） 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

市町村国保が抱える構造的な課題と対応の方向性（2018年度）

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（37．8%）、健保組合（3．0%）
・一人あたり医療費：市町村国保（33．3万円）、健保組合（14．9万円）

２．財政基盤

②　所得水準が低い

・平均所得：市町村国保（86万円）、協会けんぽ（142万）、健保（207万円）、共済（230万円）
・無所得世帯割合：27．8%

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（9．88%）、協会けんぽ（7．54%）、健保（5.70%）、共済（6.04%）

④　保険料（税）の収納率低下

・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）
・神奈川県：92.40%（全国6位）　最高　96.07%（中井町）　最低　86.93%（箱根町）

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３,５００億円、
・一人当たり：11.213円（全国）　18.077円（神奈川県）　最高　31.104円（東京都）

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

・3000人未満の小規模保険者４５８　（全体の１／４）　神奈川県では清川村（970）真鶴町（2730）

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：392,705円（山北町）　最小：302,862円（葉山町）
・一人あたり所得の都道府県内格差　最大：1,071,139円（鎌倉市）　最小：666,118円（横須賀市）
・一人当たり保険料負担の都道府県内格差　最大：17.53%（湯河原町）最小：9.19%（鎌倉市）

---

①　財政基盤の強化

- 低（中間）所得者の保険料負担に軽減（保険基盤安定制度）
  平成27年度　１７００億円
- 財政調整交付金　８００億円
- 保険者努力支援制度　８００億円
- 超l高額医療共同事業　１００億円

②　都道府県による財政運営

- 国保事業費納付金による財政調整
  所得調整、医療費年齢調整
- 保険給付費等交付金
  保険給付は全て県が支払

③　医療費適正化や収納率向上など保険者機能の強化

- 医療費水準の納付金反映
- 収納率の保険料水準反映
- 保険者努力支援制度

国保の保険料負担と被用者保険（協会けんぽ）の保険料負担について

○　国保と被用者保険とでは、被保険者の所得の形態や所得捕捉の状況に違いがあるという点や、被用者保険における事業主　負担をどのように捉えるかという点から、国保と被用者保険を単純に比較することは困難である。

このため、厚生労働省としては、国保の保険料負担と被用者保険の保険料負担との乖離を解消・是正することを直接の目的として追加公費の投入規模を検討することは、慎重に考えるべきと考えている。

○　こうした前提に立ちつつ、今回、全国知事会からのご要望を踏まえ、国保の保険料負担と被用者保険の保険料負担との乖離の状況について、上述の点を敢えて捨象し、機械的に試算すると、以下のとおりとなる。

【国保の保険料負担と被用者保険（協会けんぽ）の保険料負担（本人分）の乖離の状況
（両者の相違を敢えて捨象した上での機械的試算）】

平成21年度	1.2　兆円
平成22年度	1.08 兆円
平成23年度	1.06 兆円
平成24年度　（速報値）	0.98 兆円

（参考）「加入者一人当たり保険料負担率」について

○ 市町村国保

「被保険者一人当たり平均保険料調定額（現年分）」÷「被保険者一人当たり平均総所得金額等」に、「決算補填等目的の法定外繰入」を保険料として負担したものとして、当該「決算補填等目的の法定外繰入」相当額分の保険料負担率を加えて算出したもの。

○ 協会けんぽ

「加入者（被保険者及び被扶養者）一人当たり平均保険料額」÷「加入者一人当たり平均給与所得」

※「平均給与所得」とは、標準報酬月額（12ヶ月）に賞与を加え、給与所得控除相当額を控除したもの。

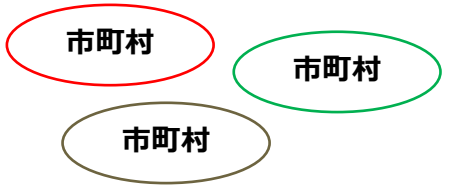
国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

○**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

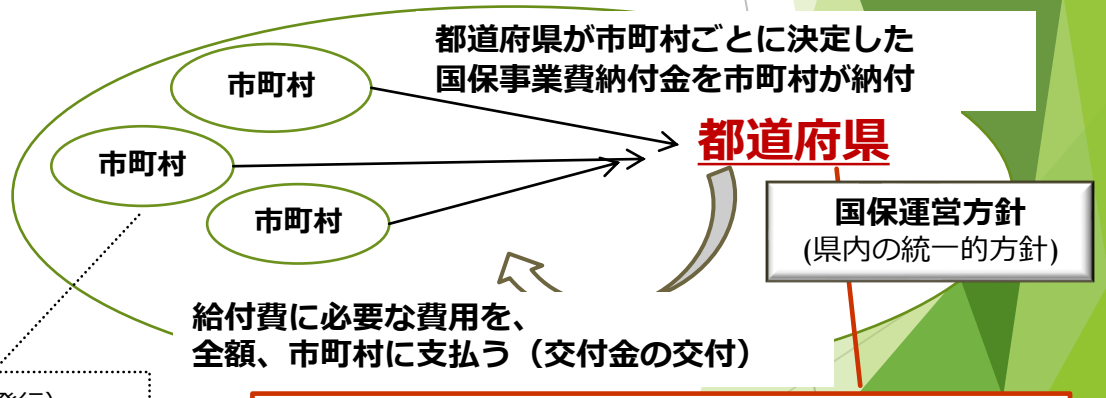
【現行】　市町村が個別に運営



- **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

【改革後】　都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



- 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

- 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

なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

改革後の国保の運営に係る都道府県と市町村それぞれの役割

改革の方向性		
1． 運営の在り方 （総論）	○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ 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運営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 ○ 都道府県が、都道府県内の統一的な運営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	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2． 財政運営	財政運営の責任主体 ・市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・財政安定化基金の設置・運営	・国保事業費納付金を都道府県に納付
3． 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※４．と５．も同様	・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）
4． 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率を算定・公表	・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
5． 保険給付	・給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い ・市町村が行った保険給付の点検	・保険給付の決定 ・個々の事情に応じた窓口負担減免等
6． 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	・被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施 （データヘルス事業等）

国民健康保険運営方針における保険料水準の統一について

保険料水準平準化・法定外繰入解消の必須化（その１）

(都道府県国民健康保険運営方針)　2021年、2023年の全世代社会保障改革関連法案で改正される。

国民健康保険法第82条の2

　都道府県は、都道府県等が行う国民健康保険の安定的な財政運営並びに当該都道府県内の　市町村の国民健康保険事業の広域的及び効率的な運営の推進を図るため、**おおむね６年ごとに、**都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の運営に関する方針（以下「都道府県国民健康保険運営方針」という。）を定めるものとする。

２　都道府県国民健康保険運営方針においては、次に掲げる事項を定めるものとする。（必須事項）

①　国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

②　当該都道府県内の市町村における保険料の標準的な算定方法**及びその水準の平準化に関する事項**

③　当該都道府県内の市町村における保険料の徴収の適正な実施に関する事項

④　当該都道府県内の市町村における保険給付の適正な実施に関する事項

⑤　都道府県等が行う国民健康保険の安定的な財政運営及び被保険者の健康の保持の推進に関し、当該都道府県における医療費適正化の推進のために必要と認める事項

⑥　当該都道府県内の市町村の国民健康保険事業の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項

保険料水準平準化・法定外繰入解消を必須化（その２）

３　都道府県国民健康保険運営方針においては、前項に規定する事項のほか、おおむね次に掲げる事項を定めるものとする(任意事項）　。

①　保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策その他の関連施策との連携に関する事項

②　前項各号（第１号を除く）及び前号に掲げる事項の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他都道府県が必要と認める事項

４　都道府県は、当該都道府県及び当該都道府県内の市町村の国民健康保険に関する特別会計における財政の状況及びその見通しその他の事情を勘案し、**その定める都道府県国民健康保険運営方針において、当該都道府県内の市町村の国民健康保険に関する特別会計における財政の均衡を保つために必要な措置を定めるよう努めるものとする。**

５　**都道府県国民健康保険運営方針は、高齢者の医療の確保に関する法律第九条第一項に規定する都道府県医療費適正化計画との整合性の確保が図られたものでなければならない。**

６　都道府県は、**おおむね３年ごとに、**第２項各号に掲げる事項（第３項の規定により同項各号に掲げる事項を定めた場合にあつては、当該事項を含む。）について分析及び評価を行うよう努めるとともに、都道府県等が行う国民健康保険の安定的な財政運営の確保及び**当該都道府県の保険料の水準の平準化の推進**その他国民健康保険事業の円滑かつ確実な実施を図るため必要があると認めるときは、当該都道府県の都道府県国民健康保険運営方針を変更するものとする。

国民健康保険運営方針のガイドライン（その１）

○　各都道府県において、令和６年度以降の国保運営方針の策定が円滑に進むよう、直近の法改正等を踏まえ、国のガイドライン（通知）を以下のとおり見直す。各都道府県におかれては、本ガイドラインの内容を踏まえ、各市町村と協議を進められたい。

国保運営方針の策定

（対象期間の考え方を明確化）

○　医療費適正化計画や医療計画等の他の都道府県が策定する計画の期間と整合性を図る観点から、国保運営方針は**「おおむね６年」ごとに定める**こととする。（国保法第82条の２第１項）

（検証・見直しの考え方を明確化）

○　国保運営方針に基づく取組の状況を**おおむね３年ごとに把握・分析し、評価を行うこと**で検証。その結果に基づいて国保財政の安定化、保険料水準の平準化の推進等のために**必要があると認めるときは、国保運営方針の見直しを行う**こととする。（国保法第82条の２第６項）

（各種計画との整合性に配慮）

○　国保運営方針の「国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し」の項目に「医療計画」における医療需要と将来の病床の必要量を記載するなど、当該計画と関連する箇所における記述の要旨又は概要を、国保運営方針の関連する箇所に再掲することも差し支えないこととする。

保険料水準の統一

※令和６年４月から新たに必須記載事項（国保法第82条の２第２項第１号）

（統一の意義を明確化）

○　**保険料水準の統一を進めることは、国保財政の安定化や被保険者間の公平性の観点から重要**。具体的には、特に小規模な保険者で高額な医療費が発生した場合の年度間の保険料変動が抑制されるほか、県内で同じ所得水準・世帯水準であれば同一保険料水準となり公平性が確保される。

（統一の定義・方法を提示）

○　同じ所得水準・世帯構成であれば同じ保険料とする「**完全統一**」と、各市町村の納付金に医療費水準を反映させない「**納付金ベースにおける統一**」の大きく２種類。**将来的には「完全統一」を目指すのが望ましい**が、地域の実情に応じてまずは二次医療圏ごとに統一するなど、段階的に進めることも可能。

（記載事項）

○　国保運営方針には、①**統一に向けた基本的な考え方**、②**統一の定義に関する事項**、③**統一の目標年度に関する事項**、④**統一に向けた検討の組織体制やスケジュールに関する事項**を記載すること。

国民健康保険運営方針のガイドライン（その２）

法定外繰入の解消

※令和６年４月から新たに努力義務（国保法第82条の２第５項）

○　今後の財政の見通し等を踏まえながら、法定外繰入等の解消に向けた計画的な取組等、国保財政の均衡を保つために必要な取組を定めることとする。

○　具体的には、①**都道府県全体としての法定外繰入等の解消目標予定年度**、②**新たに法定外繰入を行う市町村が発生した場合の対応方針（原則翌年度の解消等）**、③**法定外繰入等の解消を進める上での、都道府県としての取組内容を記載**すること。

医療費適正化

※令和６年４月から新たに必須記載事項（国保法第82条の２第２項第５号）

（医療費適正化計画との整合性担保）

○　都道府県医療費適正化計画において、計画の期間における医療費の見込みを制度区分別に推計することとしていることから、国保運営方針においても、**都道府県医療費適正化計画における国保の医療費の見込みやその推計方法を参考とすることが望ましい**。

○　令和６年度以降の国保運営を行うに当たっては、2025年以降も見据えて、市町村ごとの健康課題や保険事業の実施状況を把握し、**医療費適正化計画とも整合性をとる形で、予防・健康づくりや重症化予防等の医療費適正化の取組を推進**する必要。

○　具体的には、**医療費適正化計画に定められた目標や施策の内容と整合性を図る**とともに、**医療費適正化計画に盛り込まれた都道府県又は市町村が保険者として取り組む内容については、国保運営方針にも盛り込む**こと。

事務の広域化・標準化

※令和６年４月から新たに必須記載事項（国保法第82条の２第２項第６号）

○　国保は被保険者側からみれば、保険給付は全国一律であるため、受けられるサービスも同程度であることが望ましい。**事務の広域化・標準化によって住民サービスを向上しつつ均てん化することが重要**。

○　市町村は、令和７年度末までに地方公共団体情報システムの標準化に関する法律（令和３年法律第40号）に基づく標準化基準に適合するシステムの導入が義務付けられていることを踏まえ、**「市町村事務処理標準システム」の導入に向けたスケジュールを記載する**こと。

その他

（財政安定化基金の運用）

○　令和３年度健保法等改正を踏まえ、新たに導入された**財政安定化基金（財政調整事業分）の活用方法に関する事項**を追記。

国民健康保険運営方針のガイドラインにおける統一の意義

（１）国保財政の安定化

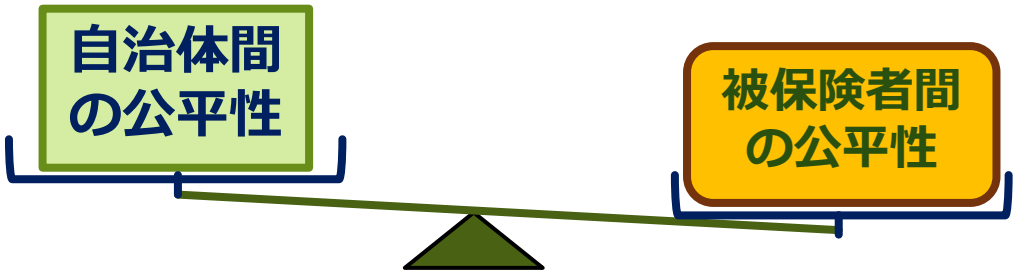
・**少子高齢化等による人口減少**
⇒　財政基盤の弱い小規模保険者の増加

・**被保険者の高齢化や医療の高度化等による医療費の増加**
⇒　高額医療費の発生による小規模保険者への深刻な財政影響

・**各市町村の医療費水準の反映を縮小し、県全体で財政リスクを回避していく必要**

（２）被保険者間の公平性の確保

・**どこの医療機関でも、同様の水準の保険給付を受けることが可能**
⇒　保険料負担においても被保険者の負担能力に合った公平な負担となるようにしていく必要がある。



自治体間の公平性よりも、
被保険者間の公平性を重視

ガイドラインで想定する保険料水準統一に向けた記載事項

＜今回具体的に記載する項目＞

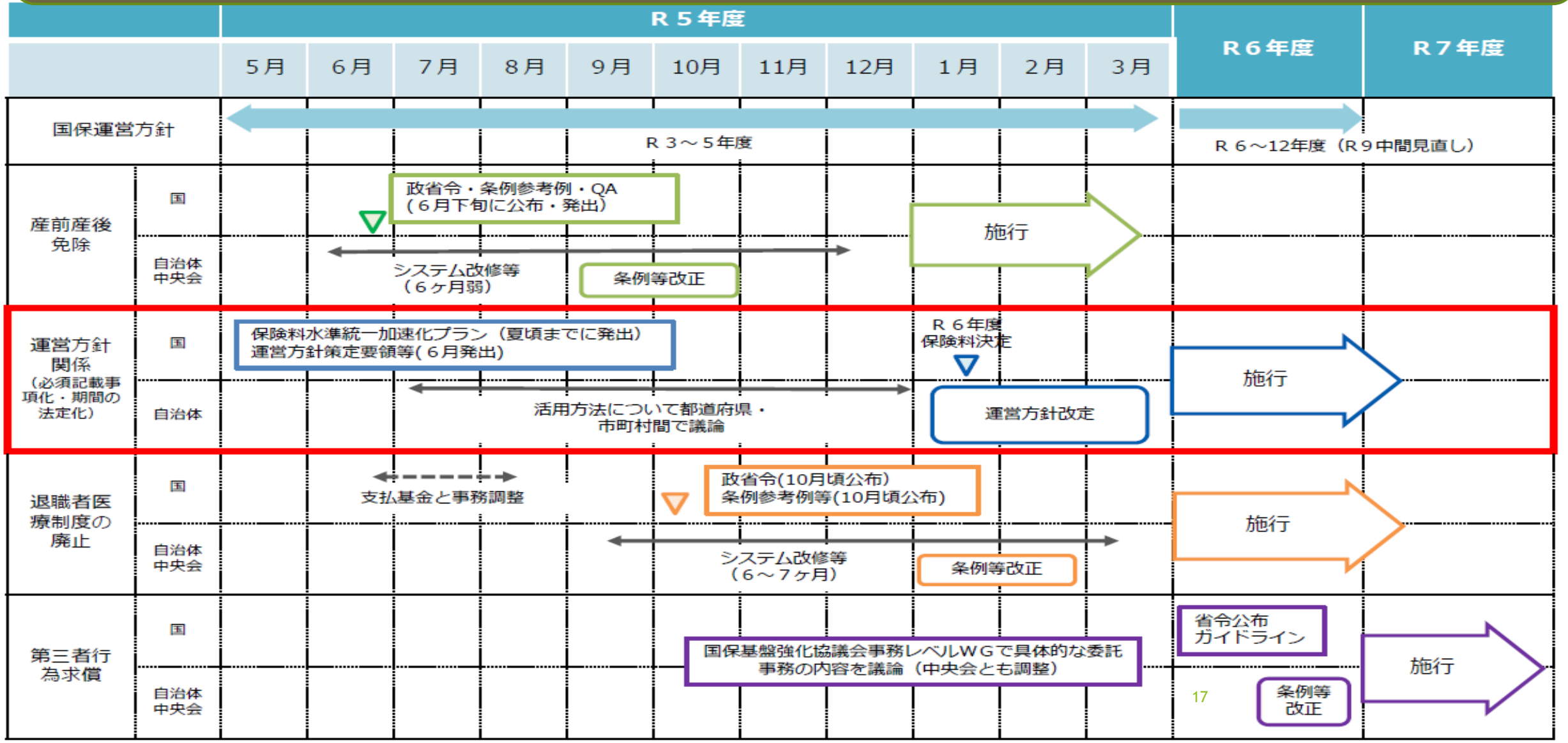
○　**統一に向けた基本的な考え方**
○　統一の定義に関する事項
○　統一の目標年度に関する事項
○　統一に向けた検討の組織体制やスケジュールに関する事項
○　納付金算定における医療費水準の反映に関する事項
○　統一に向けた具体的な取組に関する事項

＜次期運方針期間中に検討する事項として記載する項目＞

○　各市町村における取組の統一の範囲に関する事項（保健事業等）
○　都道府県、市町村向け公費の配分方法に関する事項
○　算定方式の統一に関する事項（医療分、後期分、介護分）

※　上記のほか、保険料水準の統一に関係する内容として、
「標準的な保険料算定方法」や「納付金算定方法（α、βなど）」「法定外繰入（赤字）の削減・解消」など
があるため、これらの記載内容についても協議する。

全世代型の持続可能な社会保障制度を構築するため健康保険法等を一部改正する法律に基づく、国民健康保険制度改革スケジュール



取組評価分（都道府県分） 各年度配点比較

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価【160億円程度】	平成30年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度
（ｉ）特定健診受診率・特定保健指導実施率	20	20	24	24	25	25	20
（ii）生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組	10	15	26	26	25	35	20
（iii）個人インセンティブの提供・個人への分かりやすい情報提供	10	10	18	18	20	20	30
（iv）後発医薬品の使用割合	20	20	22	22	20	20	20
（v）保険料（税）収納率	20	20	20	20	20	20	20
（vi）重複・多剤投与者に対する取組	－	－	－	－	－	15	30
体制構築加点	20	15	－	－	－	－	－
合計	100	100	110	110	110	135	140

指標② 医療費適正化のアウトカム評価【160億円程度】	平成30年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度
（ｉ）年齢調整後１人当たり医療費	50	50	60	60	60	60	60
（ii）重症化予防のマクロ的評価	－	－	20	20	20	20	20
（iii）重複・多剤投与者数	－	－	－	－	－	10	40
合計	50	50	80	80	80	90	120

指標③ 都道府県の取組状況に関する評価【180億円程度】	平成30年度	令和元年度	令和２年度	令和３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度
（ｉ）医療費適正化等の主体的な取組状況							
・重症化予防、重複・多剤投与者への取組等	20	20	30	30	40	40	22
・市町村への指導・助言等	10	10	10	10	10	10	8
・保険者協議会への積極的関与	－	10	10	10	10	10	15
・都道府県によるKDB等を活用した医療費分析等	－	10	10	10	10	10	5
（ii）法定外一般会計繰入の解消等・保険料水準の統一	30	30	35	41	40	40	80
（iii）医療提供体制適正化の推進	(30)	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	20
（iv）事務の広域的及び効率的な運営の推進	－	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	20
合計	60	105	120	106	115	125	170
全体	210	255	310	296	305	350	430

➢法定外・保険料水準の統一の項目の配点が２倍に

※ 改革施行後の医療費適正化の取組状況を見つつ、アウトカム評価の比重を高めていくものとする。
また、予算額については、予算編成過程において検討する。

【出典】国事務レベルWG資料（令和５年６月22日）

令和6年度都道府県取組評価分

【指標③　：保険料水準の統一に向けた取組状況】

令和５年度実施分

保険料水準の統一に向けた取組の実施状況（令和４年度の実施状況を評価）	配点	該当数	達成率
①　取組内容とその取組時期を具体的に記載したロードマップや工程表を作成している場合	4	31	66%
②　取組内容とその取組時期を具体的に記載したロードマップや工程表を令和５年度末までに作成することを市町村と合意している場合	2	12	26%
③　連携会議等において保険料水準の統一の定義、かつ、前提条件等の具体的な議論を実施している場合	3	47	100%
④　保険料算定方式の統一に向けた取組、かつ、標準保険料率と実際の保険料率の見える化等を実施している場合	3	46	98%

令和６年度実施分

保険料水準の統一に向けた取組の実施状況（令和５年度の実施状況を評価）	配点
①　令和６年度納付金算定において、α=0(※１)として設定している場合	30
②　①に該当しないが、α=0の目標年度(※２)について市町村と合意しており、かつ目標年度が令和12年度以前の場合	15
③　α=0の目標年度（※２）について市町村と合意しており、かつ目標年度が令和13年度以降の場合	5
④　令和６年度納付金算定において、完全統一を達成している場合(※３)	20
⑤　④に該当しないが、完全統一の目標年度（※２）について、市町村と合意している場合	10

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

※２　目標年度は、定量的な目標である必要がある。

※３　完全統一は、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を指す。
詳細は、別途示す（④は①と合わせて得点が可能）。

➢保険料水準の統一の配点が大幅に増加

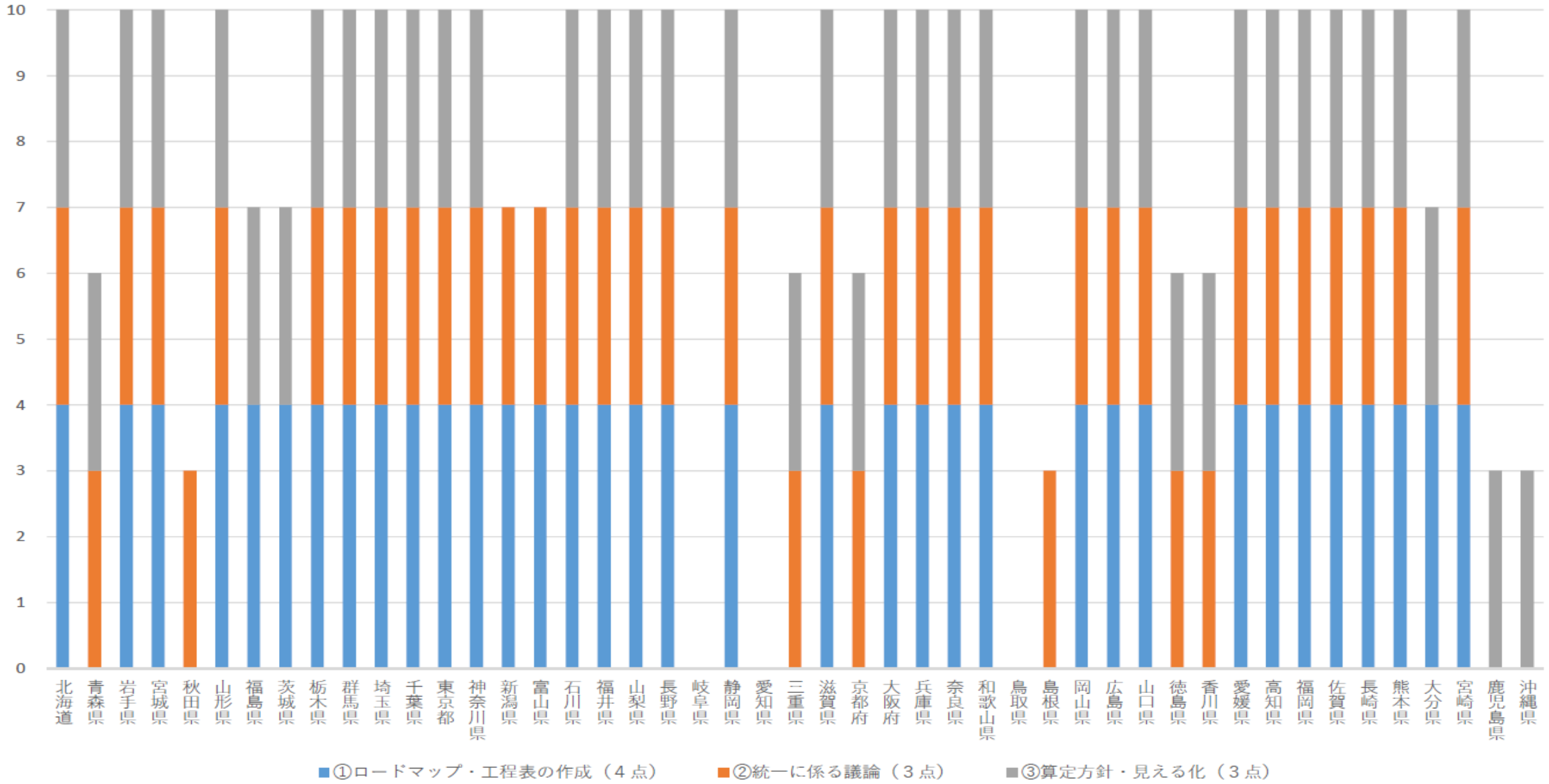
【令和６年度指標の考え方】

○　αの値やα=0の目標年度、完全統一の目標年度の設定状況に応じた評価を行う。

○　年度の更新を行う

【出典】国事務レベルWG資料（令和５年６月22日）

令和４年度保険者努力支援制度（都道府県分）都道府県別獲得点
指標③　都道府県の取組状況の評価（保険料水準の統一）



保険料水準の統一をすすめるにあたっての課題

保険料水準の統一に向けた課題

○　国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、将来的に保険料水準の統一（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指す、こととしている。
○　各都道府県における保険料水準の統一に向けた状況と課題は次のとおり。

平成30年度～	令和３年度まで	令和６年度まで	令和９年度まで	令和11年度まで	令和12年度まで	令和15年度まで
大阪府 （例外措置あり）	兵庫県※1	北海道※1※3、奈良県 群馬県※1、広島県※2 埼玉県※1※3、沖縄県	和歌山県、佐賀県 静岡県※1 埼玉県※2※3	福島県	北海道※3 山梨県※1	秋田県※1

上記以外の都道府県については、時期を明示せず、将来的に統一を目指す等の記載あり
※１ 納付金ベースの統一　※２ 準統一　※３ 段階的な目標としているため、複数箇所に記載している

①　医療費水準に関する課題

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

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

②　保険料算定方法に関する課題

- 保険料算定方式の統一化
- 賦課割合の統一化

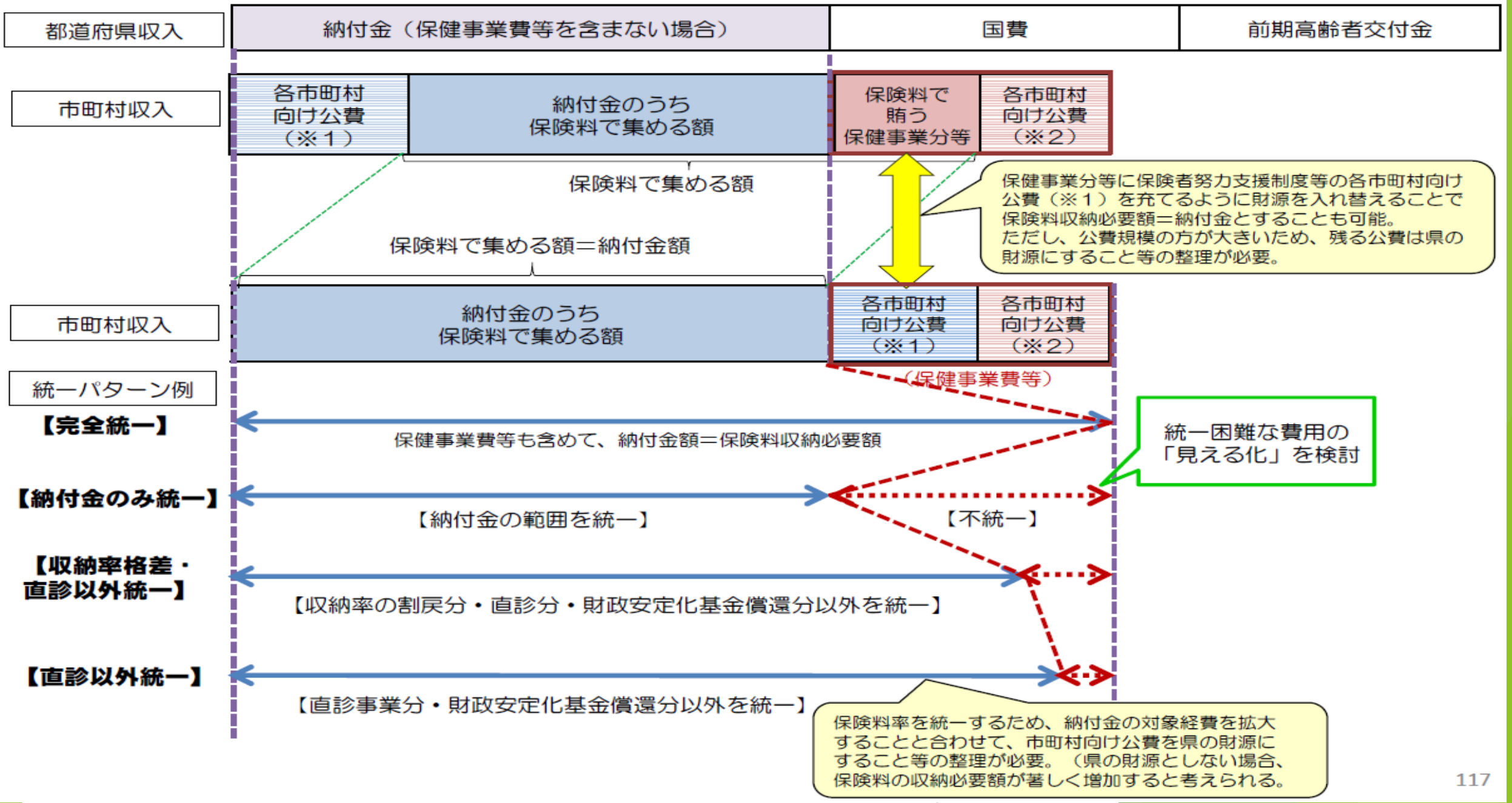
都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

③　各市町村の取組に関する課題

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

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

保険料水準の統一化に向けた定義の検討



納付金ベースの統一

北海道（R6）※
秋田県（R15）
群馬県（R6）
埼玉県（R6）※
山梨県（R12）
静岡県（R9）
兵庫県（R3）

準統一

埼玉県（R9）※
広島県（R6）

完全統一

北海道（R12）※
福島県（R11）
大阪府（H30）（例外措置あり）
奈良県（R6）
和歌山県（R9まで）
佐賀県（R9）
沖縄県（R6）

※ 北海道、埼玉県は段階的な目標としているため双方に記載している

出典：R3.7国ブロック別会議資料

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
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
秋田県	・納付金ベースの統一：Ｒ15年度 ・完全統一：長期的課題
福島県	・完全統一：Ｒ11年度（当分の間、例外措置あり）
群馬県	・納付金ベースの統一：Ｒ６年度 ・完全統一：今後協議
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
山梨県	・納付金ベースの統一：Ｒ12年度
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

都道府県	[illegible]
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
三重県	・納付金ベースの統一：Ｒ５年度 ・完全統一：段階的に進める
大阪府	・完全統一：Ｈ30年度（Ｒ５年度まで経過措置あり）
兵庫県	・納付金ベースの統一：Ｒ３年度 ・完全統一：可能なものから段階的な目標設定を検討
奈良県	・完全統一：Ｒ６年度
和歌山県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：Ｒ９年度
広島県	・市町村毎の収納率を反映した統一：Ｒ６年度 ・完全統一：収納率が市町村間で均一化したと見なされる段階
佐賀県	・完全統一：Ｒ９年度（Ｒ11年度まで経過措置あり）
長崎県	・納付金ベースの統一：Ｒ６年度
沖縄県	・完全統一：Ｒ６年度

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

出典：R4.3国主管課長会議資料

神奈川県国民健康保険運営方針の特徴点について

保険料水準の統一を図る目的について

- 少子高齢化や社会保険の適用拡大等により、今後、小規模保険者の増加がさらに見込まれ、**市町村の国保財政の運営のリスクの増加**（医療費増加による納付金の増、被保険者の減少に伴う保険料収入の減等）が想定される。

- 保険給付は全国共通で公平に受けられる仕組みの中で、市町村ごとの医療提供体制の偏在（医療費水準）や自治体の財政力（法定外繰入の有無）等により、保険料は大きく異なり、**被保険者間で不公平感**が生じている。

- 全国知事会、市長会、町村会は、安定的かつ持続可能な医療保険制度の構築に向け、国が財政運営責任を担う被用者保険も含めた医療保険制度の一元化・一本化を求めており、その通過点として、**まずは都道府県単位で保険料水準を統一**する必要がある。

保険料水準の統一（α＝1から0）による納付金の変化

県全体で集めるべき**納付金総額**

↓

各市町村の
①医療費水準、**②所得水準**、**③人数シェア**をもとに**按分**

A市　B市　C町　D村

☑ **「①医療費水準」**が**高い**市町村ほど、**納付金が高く**なる。

☑ **「②所 得 水 準」**が**高い**市町村ほど、**納付金が高く**なる。

☑ **「③人数シェア」**が**高い**市町村ほど、**納付金が高く**なる。

保険料水準の統一における激変緩和措置について

➢ αの段階的な引き下げ（α：１➡0.6➡0）
＋　高額医療費の共同負担の実施

・納付金ベースの統一（α＝０）を**令和９年度**に実現
(αの引き下げ後の**３年間**は**経過措置期間**として財政補填を実施)

➢ αの引き下げに伴う段階的な財政補填措置

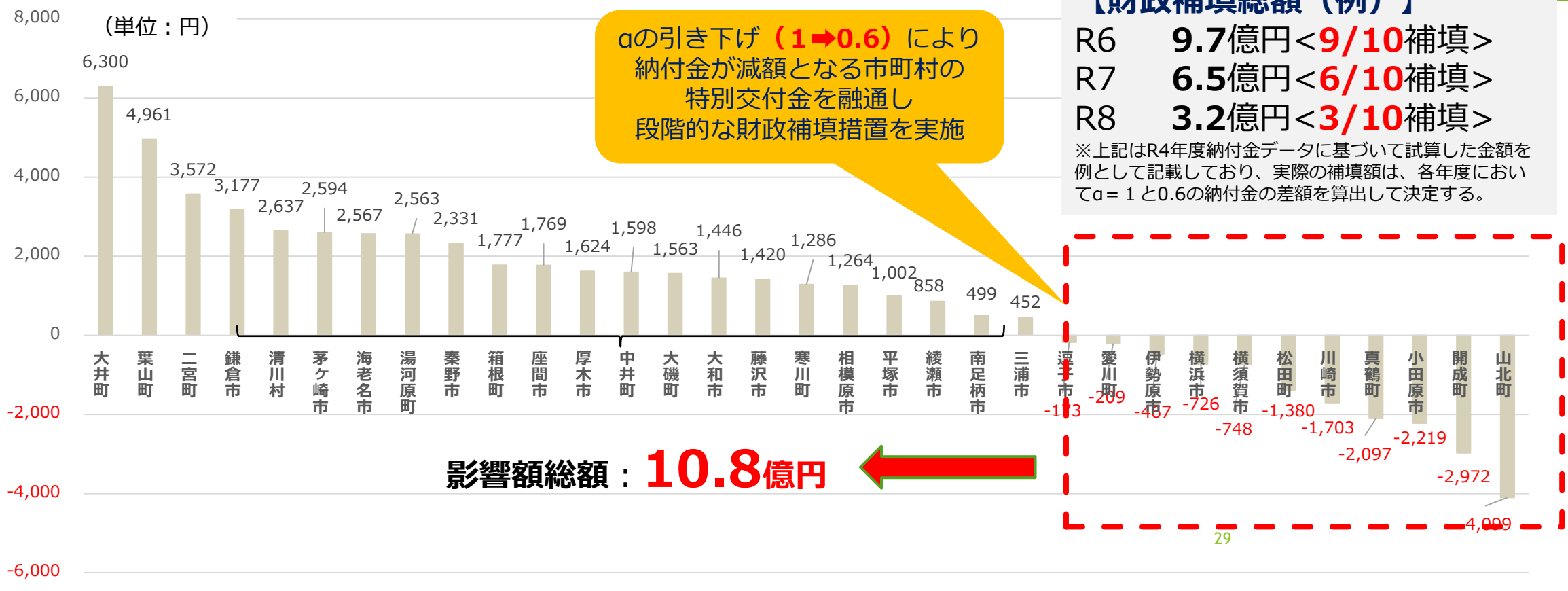
・**αの引き下げ前の納付金**との**差額を補填**
ただし、**補填額は段階的に引き下げる**
・財政補填措置の財源は**都道府県繰入金（２号繰入金）**を活用

	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12～
α	1	0.6			0			0
高額共同負担	無し	あり			あり			あり
財政措置	–	α=1との差額補填			α=0.6との差額補填			無し
		9/10	6/10	3/10	9/10	6/10	3/10	

納付金ベースの統一による財政影響と激変緩和措置

●医療費指数反映係数αを「1➡0.6」とした場合の納付金への影響額（高額医療費共同負担あり）

１人あたりの納付金の差額（Ｒ４年度納付金（α＝１）との比較（※））



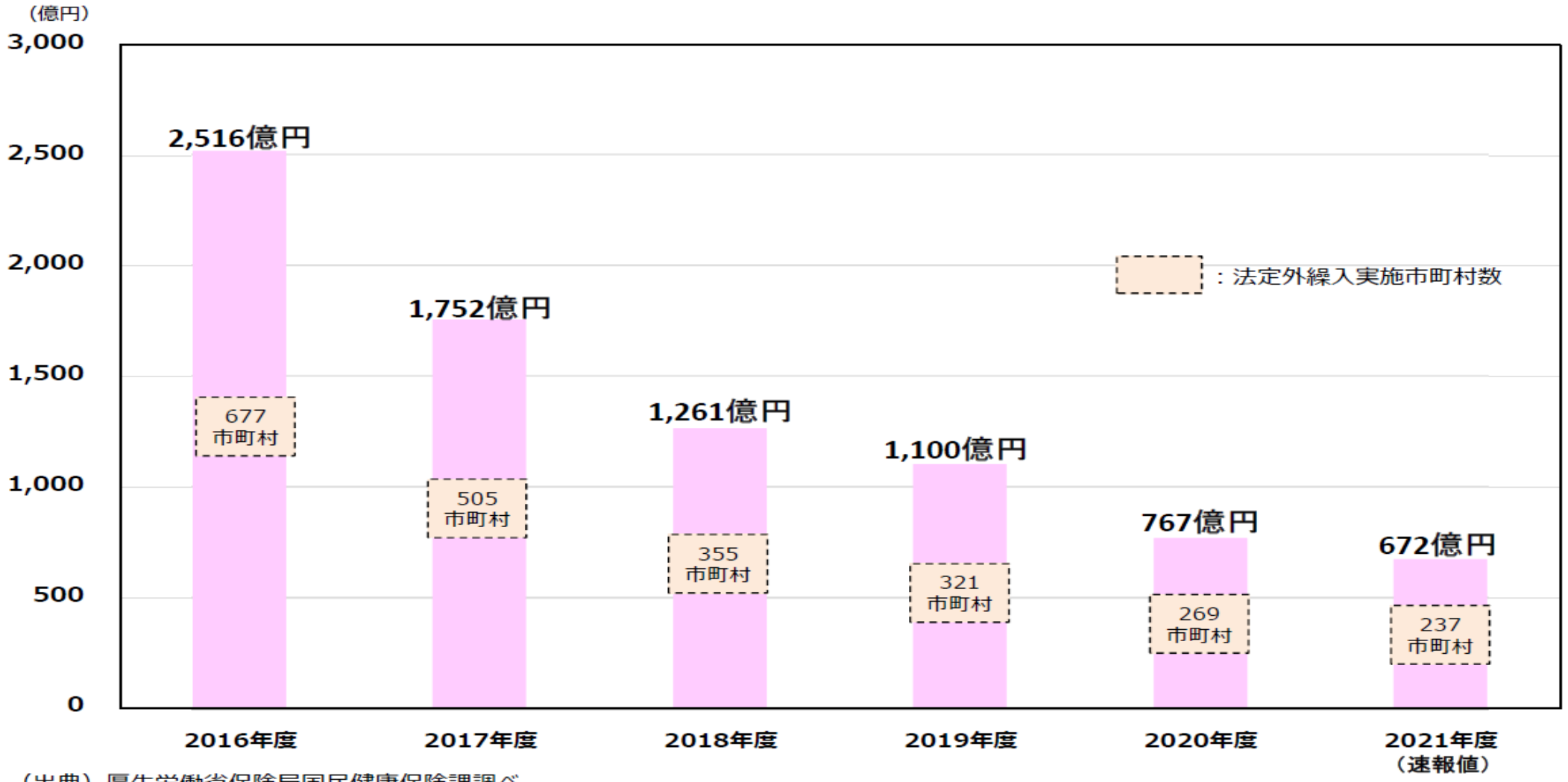
【財政補填総額（例）】

R6　**9.7**億円<**9/10**補填>
R7　**6.5**億円<**6/10**補填>
R8　**3.2**億円<**3/10**補填>

※上記はR4年度納付金データに基づいて試算した金額を例として記載しており、実際の補填額は、各年度においてα＝１と0.6の納付金の差額を算出して決定する。

法定外繰入の解消について

市町村の一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入の推移



（出典）厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

法定外繰入等の解消に向けた事例の紹介

○　令和2年度は、対象の市町村は「解消予定年度」と「実効的・具体的な手段」を記載した赤字削減・解消計画を策定していただき、計画的に削減を進めるとともに、都道府県と議論を行い、要因分析や見える化を行っていただいた。

○　令和3年度以降も引き続き、改定後の国保運営方針に沿って、取組を着実に実行していただくとともに、都道府県は特に解消までの期間が長い市町村について、解消までの期間の短縮化について、よく市町村と議論し、検討していただきたい。

赤字削減・解消に向けた取組例

○　赤字削減・解消計画を策定している市町村のうち、令和元年度に赤字解消を完了した市町村（28保険者）の取組や、都道府県等に対するヒアリングや国保運営方針等で把握した取組の例を整理したもの。

○　計画的な赤字削減・解消に当たっては、財政運営の都道府県単位化の趣旨を踏まえ、保険者努力支援制度等も活用し、事務の効率化・標準化・広域化を進めるなど、都道府県全体で効果的な取組を推進していただきたい。

1．保険料収納率の向上

・　事務処理の広域化・集約化
国保連に国保事務支援センターを設置し、滞納の未然防止のための収納コールセンターを運営

市町村から滞納案件を地方税回収機構に移管。複数の市町村税目で滞納がある場合でも一括で納付相談可能

・　口座振替等の推進
口座登録をした被保険者向けのインセンティブを実施

・　都道府県等の専門家を市町村に派遣
都道府県や国保連の専門指導員（税務経験者等）を市町村に派遣し、収納事務について指導を実施

・　税部門との連携
納税課等の税部門で滞納整理を行うよう、組織改正。システムの改修や人員の整理に時間を要するため、取り組むには早めの検討が必要

2．保険料（税）等の段階的引上げ

・　30年度の制度改正を契機に、保険料の適正な設定について説明

・　赤字解消により保険者努力支援交付金が増加し、財政が安定することを説明することで、引き上げへの理解を促進

・　都道府県全体として、赤字解消に向けた方針が統一されることで、市町村単位でも当該方針を活用して、関係者への説明が可能

3．給付の適正化、医療費の適正化

・　国特別調整交付金の交付基準（結核・精神医療費多額）に係るレセプトチェックや申請事務について，市町村の事務負担を軽減するとともに，適切な財源確保につなげるため，令和元年度から全県での共同実施（国保連合会への委託）の取組を実施

・　個人インセンティブの取組に都道府県が関与し、協力店への依頼支援やシステム構築のコスト低減を図る

・　点検効果率が県平均より低く、前年度より大幅に低下している市町村を対象に、県の医療給付専門指導員が訪問し、個別に指導

解消が必要な法定外繰入について

国ガイドラインでは「赤字の解消」を方針に盛込むとしており、その解消すべき赤字については「繰上げ充用金（単年度赤字を次年度財源で補填）」**「決算補填等目的の一般会計からの法定外繰入金」**と定義。

【決算補填等目的の法定外繰入】

①決算補填目的のもの　保険料収納不足、国保事業費納付金増　高額療養費貸付金。

②市町村の政策的投入　**保険料税の負担緩和、**地方単独の保険料軽減制度、任意給付

③過年度の赤字によるもの　累積赤字解消、公債費・借入金解消

【決算補填等目的以外の法定外繰入】

①**保険料税の減免額にあてるもの。⇒　新型コロナウイルス感染症関連減免はこれにあたる。**

②**小児医療や重度障がい者医療を実施した際減額される定率国庫負担減額分の補填。**

③**保健事業費に充てるもの。特定健診・特定保健指導や健康づくり事業に要する保健事業費**

④直営診療施設に充てるもの。国保診療所運営・施設整備のための国保特別会計支出。

⑤**基金積立金に充てるもの。国保財政調整基金造成費用に充て一般会計から繰入金。**

⑥**借入金等の返済金。**

保険料軽減（減免）と法定外繰入

（問） 所得の多寡や被保険者の年齢等の画一的な基準で保険料を独自に軽減（減免）している場合においては、**決算補填等目的の法定外繰入**の「④地方単独の保険料軽減額」と**決算補填等目的外の法定外繰入**の「⑧保険料の減免額に充てるため」のどちらに該当するか。

個別の特別な理由に応じた減免ではなく、所得の多寡や被保険者の年齢等により保険料を一律に軽減している場合には、受益に見合った負担とはならないことから、「計画的に削減・解消すべき赤字」として「④地方単独の保険料軽減額」に該当します。

なお、⑧の「保険料の減免」については、そもそも、「減免は、個々の納税者の担税力いかんによって決定すべきものであり、条例においては、・・・納税者の総所得金額等の多寡等の画一的な減免基準を設けるのは適当ではない」（総務省「地方税質疑応答集」）とされていることに留意する必要があります。

令和4年度都道府県取組評価分

【指標③ ：決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等】

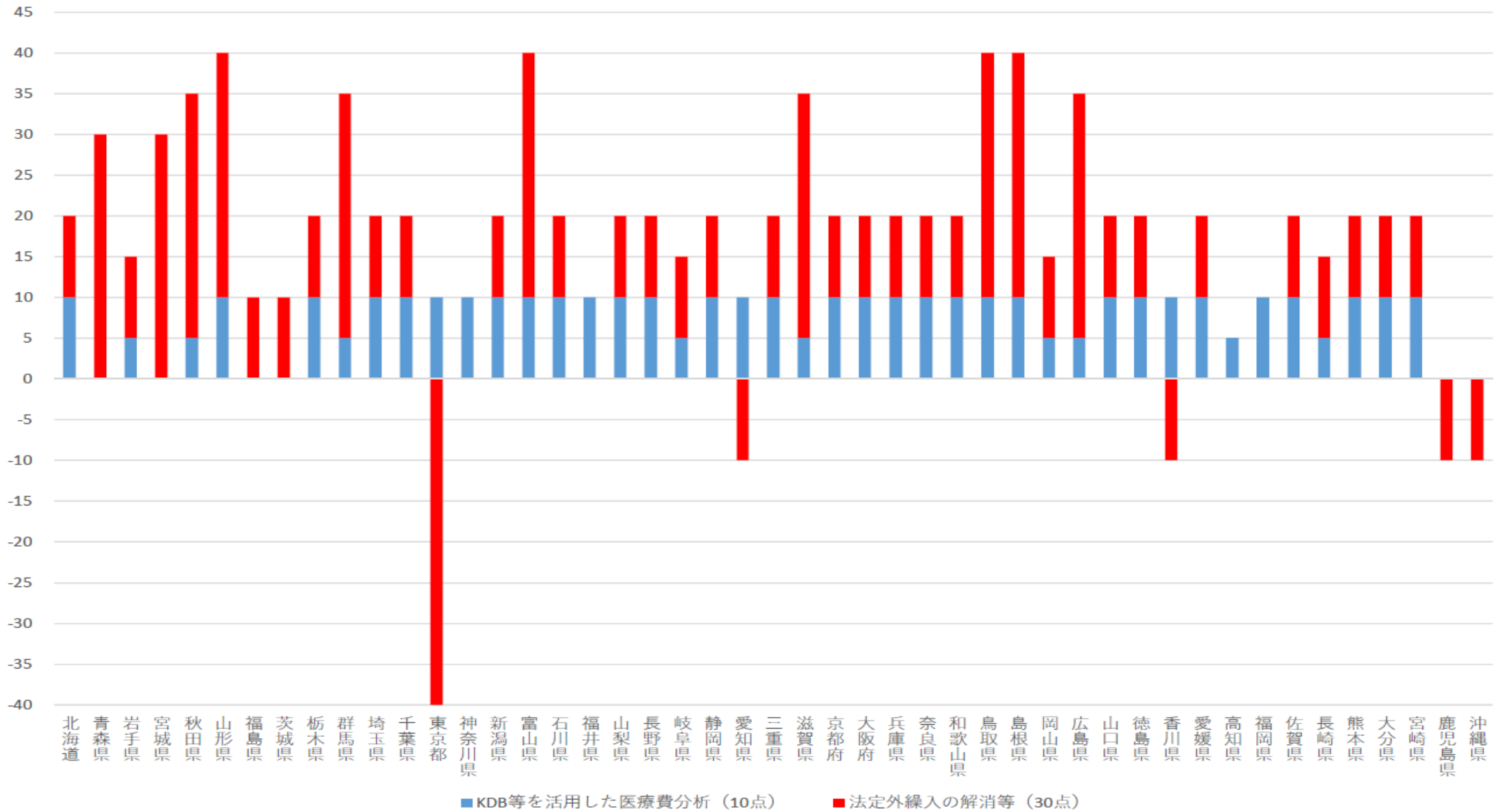
令和３年度実施分

決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等（令和元年度の実施状況を評価）	配点	該当数	達成率
① 都道府県内の全ての市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	30	16	34%
② ①の基準は満たさないが、都道府県内の市町村のうち８割以上の市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	10	22	47%
③ 都道府県内の計画策定対象市町村のうち２割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-30	15	32%
④ ③の基準は満たさないが、都道府県内の計画策定対象市町村のうち1割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-10	1	2%
⑤ 都道府県内の計画策定対象市町村の赤字削減・解消計画について、全て取りまとめ及び公表を行っている場合	5	45	96%
⑥ 都道府県内の計画策定対象市町村の赤字削減・解消計画について、取りまとめ及び公表を行っていない場合	-10	1	2%

令和４年度実施分

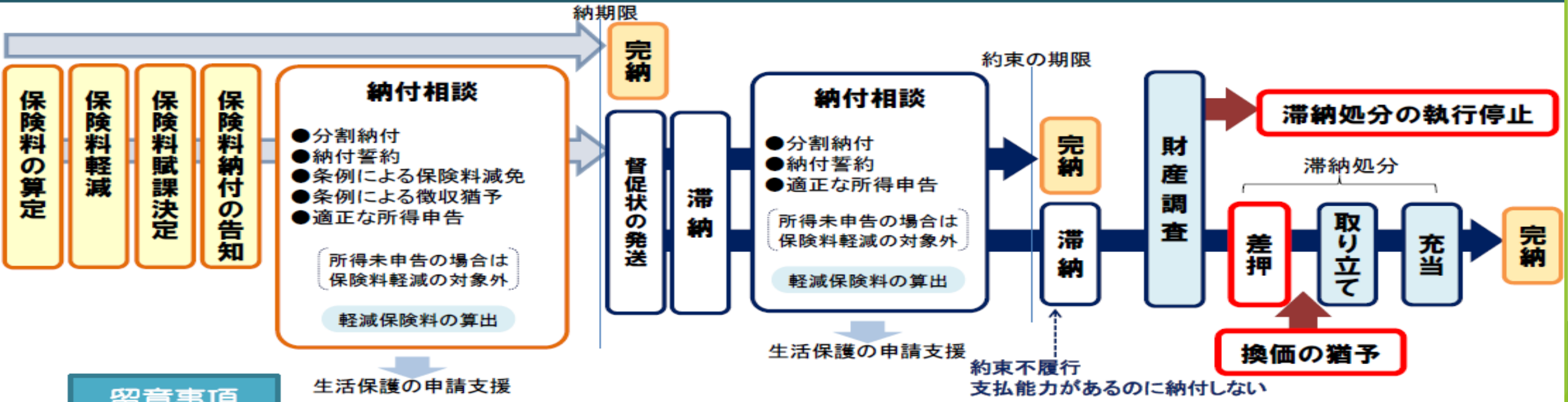
決算補填等目的の法定外一般会計繰入の解消等（令和２年度の実施状況を評価）	配点	該当数	達成率
① 都道府県内の全ての市町村について、市町村指標①に該当している場合	30	10	21%
② ①の基準は満たさないが、都道府県内の全ての市町村のうち８割以上の市町村について、市町村指標①又は②に該当している場合	10	30	64%
③ 都道府県内の全ての市町村のうち１割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-30	1	2%
④ ③の基準は満たさないが、都道府県内の全ての市町村のうち0.5割以上の市町村について、市町村指標⑤、⑥又は⑦に該当している場合	-10	5	11%
⑤ 令和３年9月末時点で、都道府県内の全ての市町村のうち１割以上の市町村が、赤字削減･解消計画の解消予定年度が令和8年度までになっていない場合。 ただし、解消予定年度を令和９年度以降としていた計画策定対象の１割以上が解消予定年度を令和８年度までに変更した場合を除く（令和２年10月～令和３年９月に提出された変更計画が対象）。	-10	2	4%

令和４年度保険者努力支援制度（都道府県分）都道府県別獲得点
指標③　都道府県の取組状況の評価（医療費分析、法定外繰入の解消等）



収納率向上対策になかで差押処分をめぐる動き

国保保険料（税）の徴収業務の流れ



留意事項

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

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

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

差押禁止財産について

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

○　一般の差押禁止財産
滞納者及びその者と生計を一にする親族の生活に必要な衣服や食料等

○　給与の差押禁止
生活保護法における生活扶助の基準となる金額等
（＝支給の基礎となった期間1月ごとに10万円と滞納者と生計を一にする配偶者その他の親族があるときは、これらの者一人につき4万5千円を加算した額）

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

○　条件付差押禁止財産
農業に必要な器具や漁業に必要な器具、職業又は事業の継続に必要な機械・器具等
※　全額を徴収することができ、換価が困難でなく、かつ、第三者の権利の目的となっていないものを提供したときのみ

参考：広島高等裁判所松江支部平成25年11月27日判決（抜粋）

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

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

滞納処分の停止について

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

主な要件

○　滞納処分の執行等をすることによってその生活を著しく窮迫させるおそれがあるとき。。

※「生活を著しく窮迫させるおそれがあるとき」とは、滞納者の財産につき滞納処分の執行をすることにより、滞納者が生活保護法の適用を受けなければ生活を維持できない程度の状態になるおそれのある場合をいう。（＝支給の基礎となった期間1月ごとに10万円と滞納者と生計を一にする配偶者その他の親族があるときは、これらの者一人につき4万5千円を加算した額）

○　その所在及び滞納処分の執行等をすることができる財産がともに不明であるとき。

効果

○　**差押えの解除**
　停止の期間内は新たな差押えをすることができず、既に差し押さえた財産についてはその差押えを解除しなければならない。

○　**延滞金の免除**
　停止の期間に対応する部分の金額に相当する延滞金額を免除する。

※　滞納者が自発的にその停止に係る保険料を納付したときに、その納付金をその停止に係る保険料に充てることは差し支えない。
※　滞納処分の停止の期間中においても、その滞納処分の停止に係る保険料の消滅時効は進行する。
※　滞納処分の停止が取り消されないで3年間継続したときは、納付する義務は当然に消滅する。

差押禁止債権が振り込まれた預貯金口座に係る預貯金債権の差押えについて

2020年1月31日付け国税庁徴収部長による国税局あて指示

●預貯金債権の差押えに当たっては、滞納者の現況の確認に必要な範囲で入出金状況を把握することとし、国税徴収法第76 条の給料等（同法第77 条の社会保険制度に基づく給付を含む。以下同じ。）又は児童手当等の法律上差押えが禁止されている給付（以下、これらを併せて「差押禁止債権等」という。）の振込みの有無を確認する。

●当該預貯金債権を差し押さえることが実質的に差押禁止債権等を差し押さえたものと同視され得る場合には、その差押禁止部分について、差押禁止の趣旨に反し違法と判断されるおそれがある。

●当該預貯金債権の差押えに当たっては、預貯金口座への入金が差押禁止債権等の振込みのみである場合は、その預貯金債権を差し押さえることが実質的に差押禁止債権等を差し押さえたものと同視され得る。

●差押以前にそのことが把握されない場合は、差押後に必要な調査を行うこととし、その差押えが上記差押可能金額を超えていると認められるときは、その部分の差押解除（国税徴収法第152条第２項等）をするなど、適切に対応する。

●　滞納者の権利保護の観点から、差し押さえた預貯金債権の取立ては、原則として、差押えをした日から10 日間程度の間隔を置いた上で行う。