# 国保保険料率の
# 都道府県統一をめぐる動向と課題

2026年11月14日(土)

神奈川県職労連　神田敏史

# 保険料（税）率統一を求める政府の動き

# 自民党と維新の会の政権合意

**2025年10月20日に自由民主党総裁と日本維新の会の間で締結された「自由民主党・日本維新の会連立政権合意書」から、都道府県単位の保険料（税）率の統一は加速化されることになる。**

2025年度中に、以下を含む社会保障改革項目に関する具体的な骨子について合意し、2026年度中に具体的な制度設計を行い、順次実行する。

（1）保険財政健全化策推進（インフレ下での医療給付費の在り方と、現役世代の保険料負担抑制との整合性を図るための制度的対応）

（2）医療介護分野における保険者の権限および機能の強化並びに都道府県の役割強化

① 保険者の再編統合

② 医療介護保険システムの全国統合プラットフォームの構築

③ 介護保険サービスにかかる基盤整備の責任主体を都道府県とするなど）

（3）病院機能の強化、創薬機能の強化、患者の声の反映およびデータに基づく制度設計を実現するための中央社会保険医療協の改革

# 社会保障改革項目に関する具体的な骨子

2026年７月７日自由民主党・日本維新の会の社会保障制度改革協議体で確認された「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」には次の記載があり、「骨太方針2026」（経済財政運営と改革の基本方針2026）でも引用され、具体化が図られることになる。

「国民健康保険については、被保険者間の受益と負担の公平性を確保する観点から、都道府県内の保険料水準の完全統一について、令和９年度に予定されている国保運営方針の中間改定において、全ての都道府県が具体的な実現時期を明記するための措置を講じるとともに、現行「遅くとも令和18年度まで」としている完全統一時期を前倒して全国で達成できるよう必要な方策を行う。併せて、市町村の事務負担軽減に向けた取組を進める。

# 保険料水準統一加速化プラン（第３版）

**2026年８月７日厚生労働省保険局国民健康保険課は「保険料水準統一加速化プラン（第３版）」を発表。第3期国民健康保険運営方針（2024年度から2029年度の６年間）の前後に出された「保険料水準統一加速化プラン（第1版（2023年10月18日））（第２版（2024年6月26日））」に記載の内容を大幅に改定し、達成時期を前倒しだけ（2036年度から2033年度に3年前倒し）でなく、都道府県や市町村の実態に基づく課題が山積する中で、「保険料（税）率の統一」を、「なんとか形だけでも」実施させるものとなっている。**

「経済財政運営と改革の基本方針2026」（令和８年７月21日閣議決定）において「連立政権合意書（令和７年10月20日）に盛り込まれた13の社会保障改革項目について合意された具体的な骨子（「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」（令和８年７月７日自由民主党・日本維新の会 社会保障制度改革協議体））に基づき（中略）都道府県における保険料水準統一の取組の更なる加速化を目的とし、本プランを改定する。

# 保険料水準統一加速化プラン（第３版）の矛盾

加速化プランでは、既に統一を図っている都道府県の具体例が記載されているが、その内容は、市町村の国民健康保険会計に対する「法定外繰入金」や「決算剰余金」を事業費納付金として都道府県に引き上げる。収納率が悪く赤字決算を生み都道府県基金から貸し付けた市町村は返済のため保険料（税）率を他の市町村より高くする。という、「地方財政の仕組み」「保険料水準の統一」に反するものとなっている。

●佐賀県では、剰余金について都道府県全体の歳入項目としており、剰余金が発生した翌々年度の納付金算定において、該当金額を剰余金が発生した市町村の納付金に加算することとしている。
●大阪府では、令和６年度から、市町村国民健康保険特別会計の財源（国保財政調整基金繰入金や繰越金等）を一部活用することにより、府内統一保険料抑制の仕組みを構築しており、具体的には、一人当たり保険料抑制額を定め、当該抑制額に各市町村の被保険者数を乗じて得た額を事業費納付金に加算することで、府内統一保険料を抑制している。

# 保険料（税）統一前倒しへの財政支援（１）

**財政調整交付金の内、特別調整交付金（保険給付費等の２％）の財源を活用し、保険料（税）率の完全統一への円滑な移行・定着を促すため、「激変緩和」を名目に、完全統一を達成した都道府県に対して、特別調整交付金による財政支援を実施する。**

- 交付象期間：保険料水準の完全統一を達成した年度～翌々年度まで（合計３年間）
- 交付額

①交付基準額：年間（前年度１月～12月）平均被保険者数（人）×１千円（※）
②最終交付額：年間（当年度１月～12月）平均被保険者数（人）×１千円

※完全統一に伴う保険料負担増の激変緩和の趣旨、先行自治体の状況、全体の財源規模等を勘案⇒早く達成した都道府県が有利に

（交付額算定例）

令和Ｎ年４月より保険料水準の完全統一を達成したＡ県

①150,000人×１千円＝150,000千円 ＝ 交付基準額
（（Ｎ-1）年の1～12月の年間平均被保険者数：150,000人）

②149,862人×１千円＝149,862千円 ＝ 最終交付額
（（Ｎ）年の1～12月の年間平均被保険者数：149,862人）

# 保険料（税）統一前倒への財政支援（２）

**中間見直しにより前倒し目標年度（2033年度以前）を掲げた都道府県に対し,全ての市町村がならない場合でも、完全統一をする前年度まで、特別調整交付金による財政支援を実施する。（2027年度実施予定）**

① 市町村標準保険料率が管内全市町村で統一され、統一された市町村標準保険料率を保険料率として条例等で定めている市町村（以下「統一市町村」という。）における市町村国保被保険者数の合計が、管内全市町村の市町村国保被保険者数の７割以上を占めていること

② 医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分又は子ども・子育て支援納付金分のいずれかで、保険料水準の完全統一を達成し、管内全市町村の条例等において都道府県が定めた統一保険料額が定められていること

- 対象期間　完全統一目標年度の前年度までの最大３年間
- 交付額
  - ① 交付基準額：統一市町村の前年度の年間平均被保険者数×500円
    最終交付額は統一市町村の当年度の年間平均被保険者数×500円
  - ② 交付基準額：都道府県管内の前年度の年間平均被保険者数×300円
    最終交付額：都道府県管内の当年度の年間平均被保険者数×300円

# 保険料（税）統一前倒への財政支援（３）

**中間見直しにより完全目標年度を2035年度以前とした都道府県に対し、さらに上乗せの、特別調整交付金による財政支援を実施する。（2027年度以降）**

○要件　保険料水準の完全統一を達成し、管内全市町村の条例等において都道府県が定めた統一保険料額が定められていること

○対象期間　完全統一達成の３年後（財政支援（1）の期間の後）以降2035年度まで
2031年度以前に完全統一を図っていることが条件。
2024年度に完全統一した大阪府と奈良県が最も交付を受ける。

○交付額
・交付基準額：前年度の年間平均被保険者数×単価
最終交付額：当該年度の年間平均被保険者数×単価

【単価】
2027年度：1,000円　2028年度：1,000円　2029年度：900円
2030年度：800円　2031年度：700円　2032年度：600円
2033年度：500円　2034年度：400円　2035年度：300円

# 保険料（税）統一前倒しへの財政支援（４）

**保険者財保険者努力支援制度交付金の中に「保険料（税）率の完全統一」の評価項目を設け、目標年度を設けない都道府県に対し評価点数でペナルティ（マイナス）を実施。さらに達成した都道府県への評価点数を倍増する。**

| 保険料水準の統一に向けた取組の実施状況（令和７年度の実施状況を評価） | 配点 | 該当数 | 達成率 |
|---|---|---|---|
| 【保険料水準統一の達成状況】 | | | |
| ①　令和８年度納付金算定において、完全統一を達成している場合 | 90 | 2 | ４％ |
| ②　令和８年度納付金算定において、αの値を以下のとおり設定している場合（①に該当する場合を除く） | | | |
| 1　α＝０の場合（納付金ベースの統一） | 40 | 9 | 19％ |
| 2　α＜１の場合 | 10 | 27 | 57％ |
| ③　令和８年度納付金算定において、二次医療圏ごとの統一を達成している場合（②に該当する場合を除く） | 10 | 0 | ０％ |
| 【保険料水準統一の目標年度の設定状況】 | | | |
| ④　完全統一の目標年度を市町村と合意している場合 | | | |
| 1　目標年度が令和15年度以前の場合 | 30 | 17 | 36％ |
| 2　目標年度が令和16年度から令和18年度までの場合 | 20 | 4 | ９％ |
| ⑤　納付金ベースの統一の目標年度を市町村と合意している場合 | | | |
| 1　目標年度が令和12年度以前の場合 | 15 | 28 | 60％ |
| 2　目標年度が令和13年度以降の場合 | 5 | 3 | ６％ |
| 【保険料水準統一に向けた取組の状況】 | | | |
| ⑥　保険料水準の統一に向けて次の取組を実施している場合 | | | |
| 1　保険料水準統一に向けた議論を行う場を設け、定期的に市町村と具体的な議論を行っている場合 | 5 | 42 | 89％ |
| 2　完全統一に向けて下記の項目について合意を得ている場合 | | | |
| ア　市町村個別の歳入・歳出に係る完全統一後の取扱 | 5 | 6 | 13％ |
| イ　標準的な収納率による調整の取扱 | 3 | 7 | 15％ |
| ウ　保険料算定方法 | 2 | 15 | 32％ |
| ⑦　保険料水準統一に向けて市町村と具体的な議論を行っていない場合 | −15 | 2 | ４％ |

| 保険料水準の統一に向けた取組の実施状況（令和８年度の実施状況を評価） | 配点 |
|---|---|
| 【保険料水準統一の達成状況】 | |
| ①　令和９年度納付金算定において、完全統一を達成している場合 | 95 |
| ②　令和９年度納付金算定において、αの値を以下のとおり設定している場合（①に該当する場合を除く） | |
| 1　α＝０の場合（納付金ベースの統一） | 40 |
| 2　α＜１の場合 | 10 |
| ③　令和９年度納付金算定において、二次医療圏ごとの統一を達成している場合（②に該当する場合を除く） | 10 |
| 【保険料水準統一の目標年度の設定状況】 | |
| ④　完全統一の目標年度を市町村と合意している場合 | |
| 1　目標年度が令和15年度以前の場合 | 30 |
| 2　目標年度が令和16年度から令和18年度までの場合 | 20 |
| ⑤　納付金ベースの統一の目標年度を市町村と合意している場合 | |
| 1　目標年度が令和12年度以前の場合 | 15 |
| 2　目標年度が令和13年度以降の場合 | 5 |
| ⑥　令和８年度の国保運営方針の中間見直しにおいて、既に設定している完全統一の目標年度を前倒して再設定する場合 | 5 |
| ⑦　令和８年度の国保運営方針の中間見直しにおいて、完全統一の目標年度を設定しない場合（納付金ベースの統一を達成しておらず、かつ納付金ベースの統一の目標年度を設定しない場合を除く。） | -10 |
| ⑧　令和８年度の国保運営方針の中間見直しにおいて、納付金ベースの統一及び完全統一いずれの目標年度も設定しない場合 | -20 |
| 【保険料水準統一に向けた取組の状況】 | |
| ~~⑥~~⑨　保険料水準の統一に向けて次の取組を実施している場合 | |
| 1　保険料水準統一に向けた議論を行う場を設け、定期的に市町村と具体的な議論を行っている場合 | 5 |
| 2　完全統一に向けて下記の項目について合意を得ている場合 | |
| ア　市町村個別の歳入・歳出に係る完全統一後の取扱 | 5 |
| イ　標準的な収納率による調整の取扱 | 3 |
| ウ　保険料算定方法 | 2 |
| ~~⑨　保険料水準統一に向けて市町村と具体的な議論を行っていない場合~~ | ~~−15~~ |

**【令和９年度指標の考え方】**

○　国保運営方針の中間見直しにおける保険料水準統一の目標年度の設定や、統一の早期達成を促進する観点から、指標の見直しを行う。

※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　減点指標については、次年度以降さらに減点幅を拡大する予定であることに留意すること。

# 見直し前の運営方針で掲げている目標年度

# 全国都道府県の保険料（税）統一の状況

**現在、達成しているのは大阪府と奈良県のみ。財政支援もそこに多くいくことになる。**

## 進捗状況（R8現在）

### 統一達成団体

- **完全統一（2府県）**
  大阪府、奈良県
- **納付金ベースの統一（12道県（完全統一達成を除く））**
  北海道、青森県、宮城県、群馬県、埼玉県、三重県、滋賀県、兵庫県、広島県、香川県、高知県、長崎県

<進捗状況ごとの都道府県数>

| | 達成 | 目標設定 | 未定・調整中 |
|---|---|---|---|
| 完全統一 | 2 | 19 | 26 |
| 納付金 | 14 | 25 | 8 |

<各都道府県の目標設定状況>

| 都道府県 | 納付金 | 完全統一 | 都道府県 | 納付金 | 完全統一 | 都道府県 | 納付金 | 完全統一 | 都道府県 | 納付金 | 完全統一 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 北海道 | 達成 | R12 | 東京都 | R12 | 未定 | 滋賀県 | 達成 | R９ | 香川県 | 達成 | R18 |
| 青森県 | 達成 | R12 | 神奈川県 | R９ | R18 | 京都府 | 未定 | 未定 | 愛媛県 | R11 | 未定 |
| 岩手県 | R11 | R12～17 | 新潟県 | R12 | 未定 | 大阪府 | 達成 | 達成 | 高知県 | 達成 | R12 |
| 宮城県 | 達成 | R12 | 富山県 | R12 | 未定 | 兵庫県 | 達成 | R12 | 福岡県 | 未定 | 未定 |
| 秋田県 | R15 | 未定 | 石川県 | 調整中 | 未定 | 奈良県 | 達成 | 達成 | 佐賀県 | R９ | R12 |
| 山形県 | R11 | 未定 | 福井県 | R10 | R12 | 和歌山県 | R９ | R12 | 長崎県 | 達成 | 未定 |
| 福島県 | R11 | R11 | 山梨県 | R12 | R12 | 鳥取県 | R11 | 未定 | 熊本県 | R９ | R12 |
| 茨城県 | 未定 | 未定 | 長野県 | R12 | 未定 | 島根県 | 未定 | 未定 | 大分県 | R９ | R11 |
| 栃木県 | R10 | 未定 | 岐阜県 | R11 | 未定 | 岡山県 | 調整中 | 未定 | 宮崎県 | 調整中 | 未定 |
| 群馬県 | 達成 | R15 | 静岡県 | R12 | 未定 | 広島県 | 達成 | R12～17 | 鹿児島県 | R15 | 未定 |
| 埼玉県 | 達成 | R12 | 愛知県 | R11 | 未定 | 山口県 | R12 | 未定 | 沖縄県 | 未定 | 未定 |
| 千葉県 | R11 | 未定 | 三重県 | 達成 | 未定 | 徳島県 | R11 | 未定 | | | |

※ 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

# 保険料（税）率を都道府県で統一する目的

# 保険料（税）水準の統一の意義

加速化プラン第3版でも統一の意義は、第2版と大きく変更はなく「給付と負担の公平」を掲げる。「自由民主党・日本維新の会連立政権合意書」「社会保障改革項目に関する具体的な骨子」にある都道府県による医療介護サービスの提供体制の見直しと給付抑制という言葉はどこにも見られない。

○ 国民健康保険は小規模な保険者が多く、被保険者数3,000人未満の小規模な保険者は、全保険者の約１／３を占める（令和５年度時点）。特に小規模な保険者において、高額な医療費が発生した場合に、保険料が変動し、財政運営が不安定になる。

○ 平成30年度の国保制度改革後、財政運営の責任主体である都道府県が、市町村の国民健康保険事業費納付金を算定する際、単年ではなく、直近３か年平均の医療費水準を反映することで、保険料の変動は一定程度抑制されるようになったものの、例えば、高額な医療費の発生について、市町村単位で保険料に反映させる場合、依然としてその影響が大きいという課題がある。

○ こうした中、保険料水準の統一を進めることにより、医療費水準を市町村単位で保険料に反映させるのではなく、都道府県単位で保険料に反映させることとなるため、医療費水準の変動をより平準化して保険料に反映することができ、保険料の変動をより抑制し、国保財政の運営を安定化できる。

○ また、国保制度改革後、都道府県内の保険給付を管内の全市町村、全被保険者で支え合う仕組みとなっており、都道府県内のどこに住んでいても、同じ保険給付を、同じ保険料負担で受けられるのが望ましいため、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば同じ保険料負担となるよう、保険料水準の統一を進めていく必要がある。

# 国民健康保険への国庫負担の削減（１）

加速化プランにある「　保険料(税)率の統一の目的」にある「高額な医療費が発生した場合の負担リスクの解消」は、市町村リスク調整のために1984年に設けられた「高額医療費共同事業制度」(その後、都道府県単位のリスク調整として「特別高額医療費共同事業制度」も創設)に対する国庫負担の削減理由となります。

● 高額医療費負担金

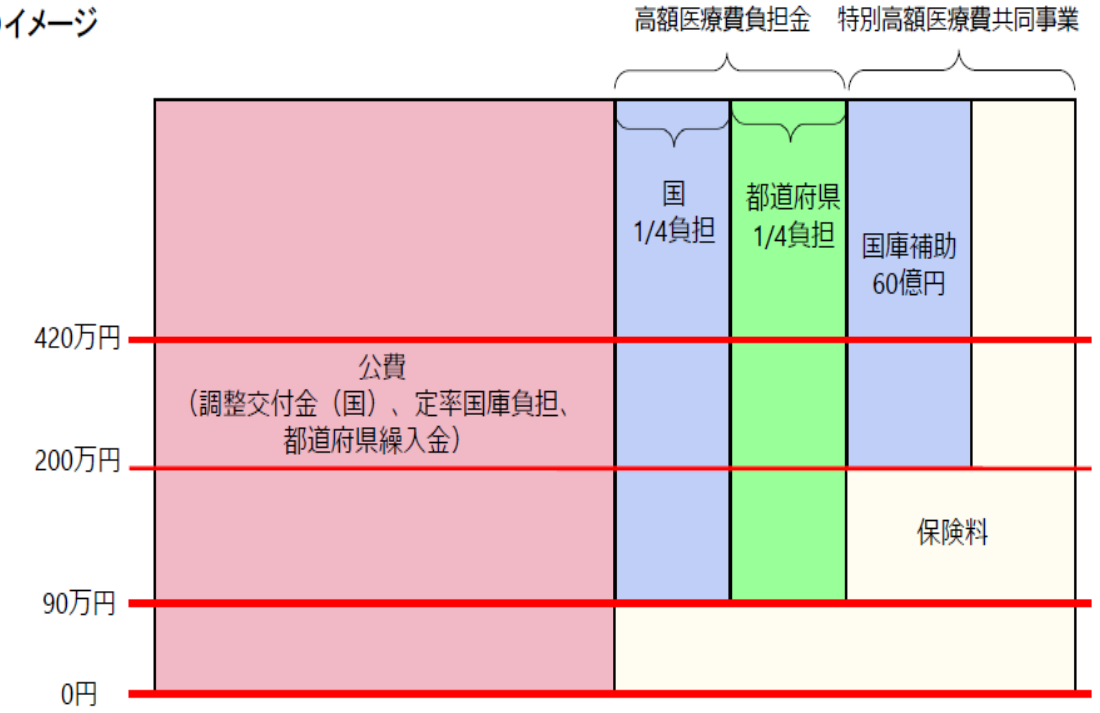
高額な医療費（1件90万超（2025年までは80万円超過）の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の１／４ずつを負担。国庫補助額879億円（2025年度）。

● 特別高額医療費共同事業

著しく高額な医療費（1件420万超）のうち、200万円を超える額を対象として、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。国は予算の範囲内で都道府県からの拠出金の一部を負担。

国庫補助額60億円（定額）

●事業のイメージ



# 国民健康保険への国庫負担の削減（２）

「高額医療費共同事業制度」は2018年度の都道府県単位化により都道府県事業として継続されることになり、国保事業費納付金算定において、拠出金相当分を考慮することになりますが、保険料(税)率の統一にむけ、国保事業費納付金算定で医療費水準を考慮しなくなったことから、リスク調整は必要なくなることになります。「高齢者の窓口負担増」「子ども子育て支援制度負担」「保険料水準の統一を国保運営方針に明記」を打ち出した「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」(令和5年法律第31号)の成立以降、財政制度審議会が、高額医療費負担制度の見直しを積極的に提案することになります。

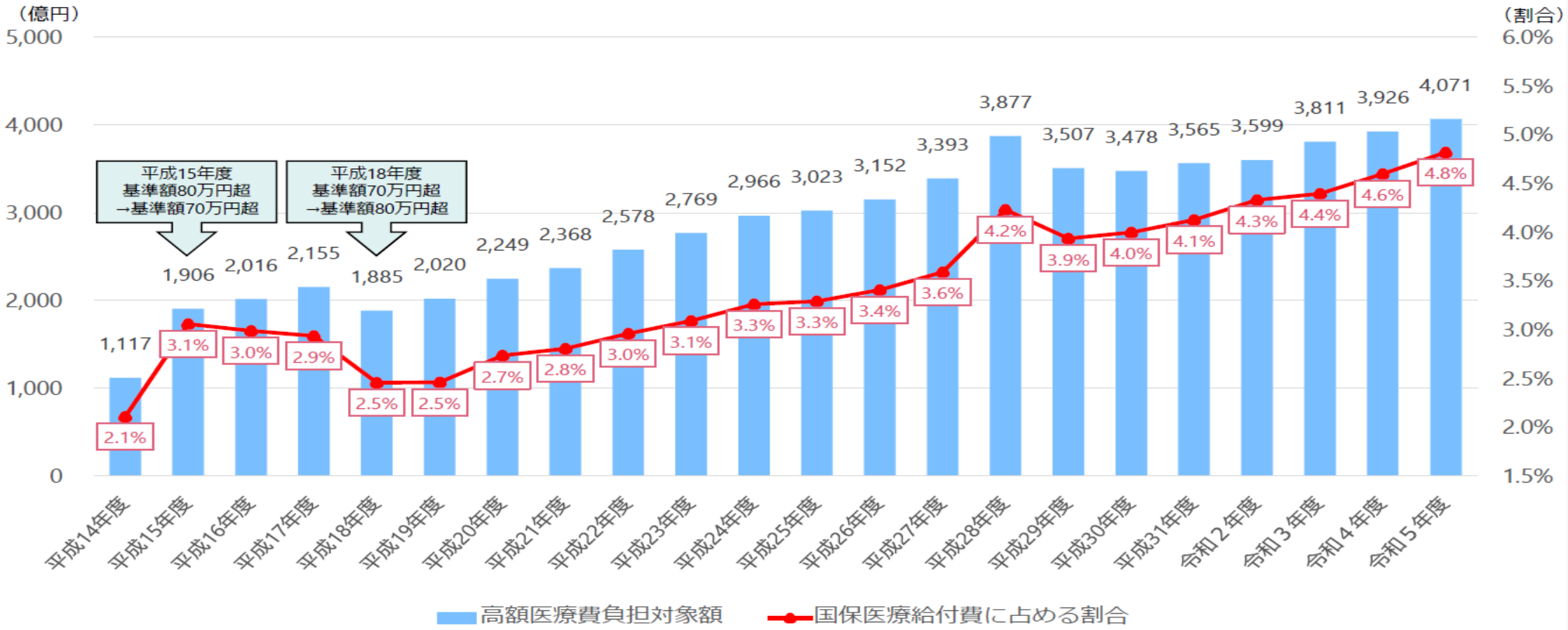
## 高額医療費負担金の見直し

財政制度等審議会　財政制度分科会
（令和８年４月28日開催）　資料抜粋

- ○ 国民健康保険と後期高齢者医療制度における高額医療費負担金は、高額な医療費が発生した際の保険者への財政影響を緩和することを目的とした制度。しかし、**医療の高度化や薬剤費の上昇が進む中にあって、当該負担金の対象となる高額レセプトに係る医療費は増加傾向**にある。現在、国保では１件あたり90万円超、後期では85万円超のレセプトが対象となっている。
- ○ **国保において**、同制度は小規模な市町村国保の財政的脆弱性への対応のため設けられたものであるが、**今後、保険料水準が統一されていけば**、個別の市町村における医療費の変動は都道府県内でシェアされ、財政負担は平準化されるため、**その役割・意義は没却**する。**廃止を含めた抜本的な見直しを進めるべき**。
- ○ また、**後期高齢者医療制度においても**、高額医療費の増加や、その保険給付費に占める割合の上昇が顕著であり、医療費適正化の取組を含め、**保険者機能の最大限の発揮を促していく観点からも、高額レセプト基準の見直しは不可避**と考えるべきであり、2026年度に実施された５万円の引上げ（80万→85万円）にとどまらず、**着実な引上げを行っていくべき**。

# 国民健康保険への国庫負担の削減（３）

医療の高度化により、高額医療費制度の対象となる高額な医療費は増大。それに対する国庫負担を抑制するのが目的です。



# 国民健康保険への国庫負担の削減（４）

高額医療費負担金の対象額を絞ることによって、被保険者の保険料（税）負担が確実に増加することになります。将来的には負担金制度の廃止も検討されています。

| レセプト基準額 | 算定対象額が医療給付費に占める割合 | 高額医療費負担金に係る国庫負担額 | 高額医療費負担金に係る都道府県負担額 | 国庫負担額 | 都道府県負担額 | 保険料影響額 | １人当たり保険料影響額（月額） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 90万円（現行） | 4.2% | 878 | 878 | － | － | － | － |
| 100万円 | 3.6% | 764 | 764 | ▲114 | ▲114 | 228 | 960円 |
| 110万円 | 3.2% | 670 | 670 | ▲209 | ▲209 | 417 | 1,750円 |
| 120万円 | 2.8% | 592 | 592 | ▲286 | ▲286 | 572 | 2,410円 |

※単位は記載があるものを除き億円
※令和５年度の実績値を基に機械的に試算したもの

# 本当に保険料水準の統一は必要なのか

# 保険料水準の統一を図る意義はあるのか（その１）

保険料水準統一加速化プラン第3版（厚生労働省保険局国民健康保険課通知、2026年8月7日）

特に小規模な保険者において、高額な医療費が発生した場合に、保険料が変動し、財政運営が不安定になる。

単年ではなく、直近3か年平均の医療費水準を反映することで、保険料の変動は一定程度抑制されるようになったものの、例えば、高額な医療費の発生について、市町村単位で保険料に反映させる場合、依然としてその影響が大きいという課題がある。

医療費水準の変動をより平準化して保険料に反映することができ、保険料の変動をより抑制し、国保財政の運営を安定化できる。

● 高額な医療費は高額医療費共同事業の仕組みによりリスク分散され、公費負担（90万円超高額医療費の59%（定率分を除く対象事業費。過去実績に基づき拠出金を市町村は負担するがその1／4を国と都道府県が負担する仕組みにより負担軽減されている。

● さらに、各市町村ごとの高額医療費拠出金（共同事業拠出金では前年度の高額医療費実績を反映させる）を各市町村の国保事業費納付金算定に反映させず、納付金全体から控除する仕組みにすることで、リスクの分散化は充分図られる。

# 保険料水準の統一を図る意義はあるのか（その２）

また、国保制度改革後、都道府県内の保険給付を管内の全市町村、全被保険者で支え合う仕組みとなっており、都道府県内のどこに住んでいても、同じ保険給付を、同じ保険料負担で受けられるのが望ましいため、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば同じ保険料負担となるよう、保険料水準の統一を進めていく必要がある。

- 受益と負担の関係からは医療費水準と保険料負担水準は本来一体的なもの。
- 医療費適正化からも受益の見える化が必要といってきたのは厚生労働省。
- 同一給付同一保険料水準というなら、被用者保険における給付水準、保険料負担水準と同じになるよう公費拡充をするのが先ではないか。
- 政府の狙いは「同じ保険給付等の被保険者サービス提供」のための医療提供体制改革に都道府県が本腰を入れる環境ずくりにほかならない。

# 保険料水準の統一を図る意義はあるのか（その３）

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。

- 2018年度の国保制度改革（都道府県が財政運営を担う）にむけた協議でも　そのような議論があり、市町村の中には積極的に促進すべきとの声も強い。
- しかし、国保のもつ財政上の構造的な問題の解決を国が責任を持たない中で、被用者保険との一体化は困難。
- 前期高齢者負担金問題で明らかになった被用者保険側の動きを見ても、財政問題の解決無くして一体化は困難と考えるのは当然。

# 大阪府運営方針における統一の意義

**2023年度に保険料(税)率と統一した大阪府の国保運営方針では、加速化プランにはない、統一の意義が「国民健康保険制度のあるべき姿」として記載されている。**
**これは、2018年度の都道府県単位化以前から、全国町村会や全国市長会、全国知事会が国保制度改革として要望してきた「国民健康保険制度を含む公的医療保険制度の一元化・一本化」であり、それによる「国民健康保険制度の財政基盤の確立による保険料負担の軽減」である。**

１ 国民健康保険制度のあるべき姿

医療保障制度としての国民健康保険制度は、国民皆保険を支えるナショナル・ミニマムであり、その権限・財源・責任については、国が一元的に担うことが本来の姿である。

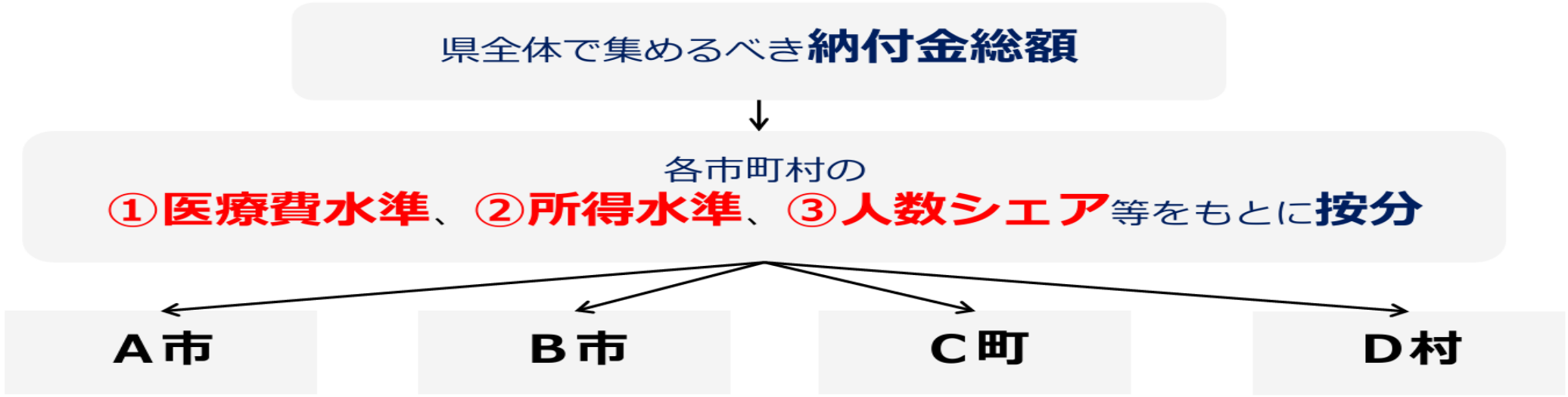
また、国保法第４条において、国民健康保険事業の運営が健全に行われるよう、国が各般の措置を講ずるとともに、保健、医療及び福祉に関する施策を積極的に推進する旨規定されている。

将来にわたり国民皆保険を堅持していくために、国に対し、公費の拡充をはじめ、各医療保険制度間での保険料負担率等の格差を是正し、被用者保険を含む医療保険制度の一本化を求めていく上で、制度改革は、安定的かつ持続可能な医療保険制度の構築に向けた通過点であると考える。

# 保険料（税）率の統一でどうなる保険料（税）負担

# （ステップ１）国保事業費納付金の統一

国民健康保険料(税)率の統一までの流れについては、次のようなステップを踏むことになります。まずは、都道府県が市町村に請求する国保事業費納付金の算定において、市町村の医療費を反映しない仕組み(医療費係数αを、1から0にとする)としていきます。




☑ 「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。

# （ステップ２）保険料（税）算定方式の統一

国民健康保険料（税）は、「所得割」「資産割」「世帯別平等割」「被保険者均等割」の合計によって算定されますが、市町村によって、応能：応益割合＝調整総額（賦課総額）のうち「所得割」「資産割」「世帯別平等割」「被保険者均等割」の占める割合が異なるとともに、次の3つの方式のうち、いずれかを採用することができるとしています。

保険料（税）率の統一にあたっては、どの方式にするか統一する必要があります。

また、それにあわせて国費事業費納付金の算定において、応能：応益割合をどうするか、3方式のうちどれを用いるか整理する必要があります。

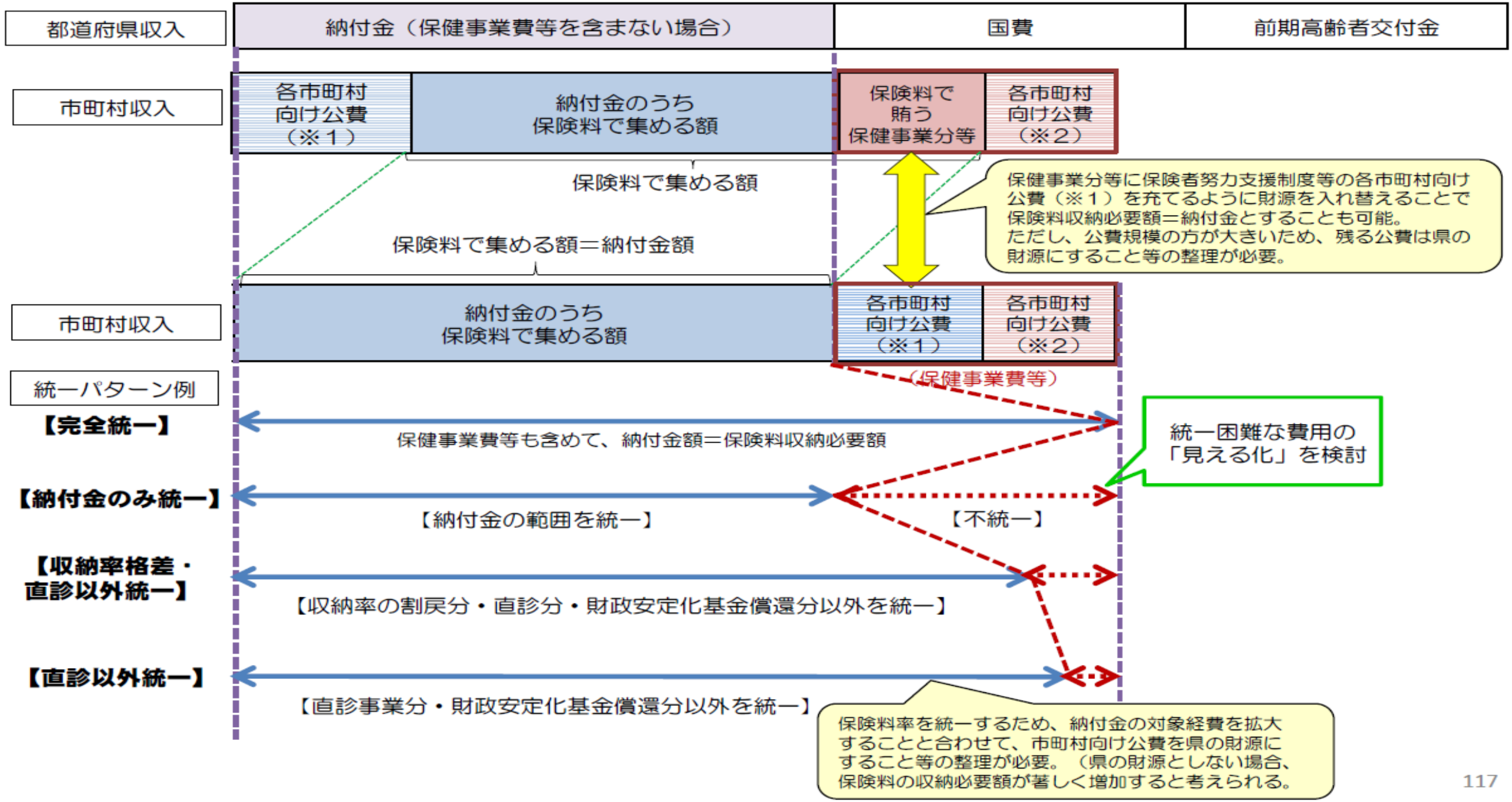
- ４方式**「所得割」「資産割」「世帯別平等割」「被保険者均等割」**
- ３方式**「所得割」「世帯別平等割」「被保険者均等割」**
- ２方式**「所得割」「被保険者均等割」**

# （ステップ３）歳入・歳出の整理

**現在の市町村における保険料(税)率を算定するために用いる保険料(税)収納必要額は、都道府県から求められる国保事業費納付金に「加算する部分」(歳出)と「減算する部分」(歳入)があるが、その内容、金額を統一する必要がある。**

- 「加算する部分」（一部は国保事業費納付金の算定の際に含まれる場合もある。）
  保健事業に要する費用
  保険料（税）や医療機関窓口負担の減免に必要な費用
  葬祭費や出産育児一時金に要する費用など市町村の任意給付に要する費用
  重度障がい者医療などの地方単独事業の実施に伴う国庫負担金のペナルティ（波及増分）
  都道府県財政安定化基金からの貸付金等への返還金
  市町村の財政調整基金繰出金
  直営診療施設繰出金
- 「減算する部分」（一部は国保事業費納付金の算定にあたり控除されている場合がある。）
  一般会計法定繰入（保険財政安定化支援事業、保険基盤安定化繰入金中の保険者支援分）
  公費負担（補助金）
  （特別交付金支給の国特別調整交付金、保険者努力支援交付金、都道府県繰入金など）
  決算補填等目的一般会計法定外繰入（保険料（税）負担軽減分）
  決算補填等目的外一般会計法定外繰入（上記の「加算する部分」の財源分担軽減に充てる分）
  前年度剰余金や市町村財政調整基金繰入金

# 保険料水準の統一化に向けた定義の検討



# （ステップ４）収納率の統一

現在、市町村が国民健康保険（料）税率は、法令規則に基づいて算定される「保険料（税）収納必要額」を、各市町村で見込む「予定収納率」で除して求められる「保険料（税）調定額（賦課総額）」をもとに、「賦課限度額超過額」を考慮して算定されています。

この「予定収納率」について、保険料（税）率の統一後どうするか。概ね次の①から③が考えられています。本来は、①とすべきですが、①とすると収納率の高い市町村に多くの「剰余金」が生じ、低い市町村には「不足金」が生じます。しかし、統一後は、「剰余金」を保険（料）税率の引き下げに活用できず、「不足金」を補填するために引き上げることもできません。※　政府は認める方向を示唆？

大阪は②ですが、今後、統一をしていく都道府県の多くは③を検討しています。

① 県内統一の収納率＝県平均の収納率を用いる。

② 規模別の標準（或いは目標）収納率或いは平均収納率を用いる。

③ 各市町村の実績収納率を用いる。

# 保険料（税）率統一でどうなるか

現行の保険料(税)水準より増となる要因と、減となる要因をまとめると次の表のとおり。
具体的には、次のような負担増が生じることとなります。

1　医療費が低い市町村ほど負担が増える。
2　家族の人数が多い市町村ほど負担が増える。
3　被保険者一人当たりの公費の補助金が多い市町村ほど負担が増える。
4　決算補填等目的の法定外繰入が多い市町村ほど負担が増える。
5　国民健康保険特別会計支出の保健事業の支出が少ない市町村ほど負担が増える。
6　保険料等の独自減免を行っていない市町村ほど負担が増える。
7　収納率が高い市町村ほど負担が増える。

| | 医療費水準 | 算定方式（３方式⇒２方式） | 市町村個別の歳入・歳出 | 収納率実績収納率採用 |
|---|---|---|---|---|
| 保険料増要因 | 低い | １世帯あたり被保険者数が多い | 被保険者１人あたりの歳入が多い<br>被保険者１人あたりの歳出が少ない | 高い |
| 保険料減要因 | 高い | １世帯あたり被保険者数が少ない | 被保険者１人あたりの歳入が少ない<br>被保険者１人あたりの歳出が多い | 低い |

# 保険料水準統一は市町村機能（自治）を崩し、国民皆保険制度を破壊するもの

# 保険料水準の統一を図るため解決すべき課題（その１）

都道府県に料税率を決定する権限は法令上ないなかで、運営方針で市町村の料税率をしばるためには、料税率決定権限をもつ全ての市町村、市町村議会、市町村運営協議会での判断＝議決（住民意思の反映）が必要。そうした議決による全市町村の合意形成が図ることが必要。

- 運営方針を定めた国民健康保険法第82条の2第6項では「運営方針を定め又はこれを変更しようとするときは（中略）の市町村の意見を聴かなければならない」とし同8項で「市町村は運営方針を踏まえた国民健康保険の事務の実施に努めるものとする。」としているが、この条文だけで、保険料水準の統一は法的には困難ではないか。
- 料税率決定に関する国保法第76条、81条、地方税法703条に規定はない。
- 同法第82条の3で都道府県の示す「標準保険料率」について定めているが、そこには都道府県が示すとしているだけであり、ガイドラインで市町村は「参考」にするとしているにとどまる。

# 地方分権改革の地方からの提案に対する政府回答

●「国民健康保険料（税）率を都道府県条例において定めることを可能とすること」という地方からの提案が内閣府の「令和６年地方分権改革に関する提案募集提案事項」に埼玉県桶川市から出された。
●この提案に、札幌市、花巻市、いわき市、ひたちなか市、前橋市、太田市、館林市、木更津市、相模原市、堺市、安来市、広島市、大野城市、熊本市、鹿児島市の15市が共同提案や支障事案を挙げました。
●　提案理由は「令和９年度の準統一後は、県が定める市町村ごとの標準保険料（税）率に保険料（税）率を合わせる必要があるため、市町村の政策的判断により保険料（税）率を定める余地がなく、市町村条例で定める意義が見いだせない。」というもの。

国民健康保険において保険料(税)の賦課権を市町村が有していることを鑑みれば、租税法律主義の観点からも、保険料(税)率は市町村の条例において特定できるものとする必要があり、現行の市町村と都道府県の役割分担を維持したまま、料(税)率のみを都道府県の条例で定めることは、法的に課題があるものと考える。

保険料水準の統一に向けては、各市町村議会での同意を得ることも含めて合意形成を図っていただく必要があるものと考えており、厚生労働省としても、必要な技術的な助言等は行ってまいりたい。

# 保険料水準の統一を図るため解決すべき課題（その２）

住民に身近な市町村が担う「医療費適正化」や「収納率向上」、「資格適用の適正化」といった保険者機能喪失し、国保財政を一層厳しくする。

● 加速化プランでは、国保の財政基盤強化にむけた「歳出抑制策」について、都道府県に「医療費適正化計画」「地域医療計画」へ関与や、IT等を活用し、広域的に医療費適正化対策を講ずること求めている。

● しかし、医療費適正化事業とされる健康づくりや保健事業は、住民に身近な市町村が実施主体となるもの。医療費水準の保険料水準への反映がないなかで都道府県からの事務費補助だけで積極的に事業が展開できるのかは疑問。むしろ保険料があがる医療費水準の低い市町村での事業停滞の可能性がある。

● 収納率が高い市町村は保険料水準が上昇するため、収納率向上対策の低下が危惧される。

● 多くの市町村は「財政上の構造的な問題」を抱える国保事業の安定的継続的な運営をめざして努力しているが、保険料水準の統一は、財政責任を回避することになり、国保の財政基盤確立はさらに厳しくなることが想定される。

# 保険料水準の統一を図るため解決すべき課題（その３）

保険料水準統一は、市町村自治・住民自治・保険者自治を破壊させるもの。
公的医療保険制度における民主的な運営を否定する。

●国民健康保険の事務のうち国民健康保険法第119条の2に規定されている法定受託事務以外の事務は自治事務であり市町村が権限を持つ。
●保険料決定を定めた国保法第76条・82条、法第82条に規定する保健事業、法第44条、第77条の医療機関窓口負担や保険料減免、法第58条の出産葬祭に係る給付や傷病手当金等の付加給付、法第75条の一般会計繰入金は自治事務であり市町村議会を通じ住民、被保険者の意見が反映される。
●しかし「保険料水準の統一」は、それら全ての事務は統一基準に沿った対応となり、その水準決定も、県議会も含め市町村議会、住民・被保険者の関与はなく、連携会議と都道府県の裁量となる。
●後期高齢者医療制度も広域連合議会を通じ間接的に住民・被保険者の関与はあるが、市町村自治、住民自治、保険者自治が失われてる。

# 保険料水準の統一を図るため解決すべき課題（その４）

**市町村が財政運営を担う現在の国民健康保険制度では**
**保険料率完全統一はできない**

● 保険料率を決める都道府県は全被保険者の所得データを確実に把握する必要があるが、現在の標準保険料率算定に際し活用するデータは前々年のものであり、必要額以上に料率が高くあるいは低く設定され膨大な剰余金発生や歳入欠陥がこれまで以上に生じる可能性が生まれる。

● また、決算補填等目的以外の法定外繰入れの解消が必要になるが、その中にもある「地方単独事業の実施による財政負担増補填」の解消のためには、市町村が独自に実施している福祉施策（こども、障害者、ひとり親）の都道府県内完全統一が必要となるが、国保制度を理由とする施策統一は困難。

● 市町村は決算剰余金が生じた場合、地方財政法を踏まえ基金造成を図ることになるが、保険料水準を変更する基金活用が困難。市町村財産を都道府県が没収することは法的には難しい。

# 保険（料）税率の統一における課題を解決するために

# 決算補填等目的以外の法定外繰入金の統一化ないし維持

保険料水準を上げないために、決算補填等目的外の一般会計からの法定繰入額について、全市町村で統一的に行う。或いは、現行を維持することを認めるようにする。

現在、厚生労働省は次の①から⑥については、決算補填等目的以外の一般会計からの法定外繰入として認めています。

歳入・歳出の整理において「国保事業費納付金」の算定対象に新たに加わることになる「保険料税や一部負担金の減免」「国庫補助金のペナルティ」「保健事業負担」を少なくするため、それに対応する歳入となる「決算補填等目的以外の一般会計からの法定外繰入」を、全ての市町村が統一的に行うことが考えられます。

① 保険料税の減免額にあてるもの。
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。

# 市町村向け公費は市町村独自事業分は交付

歳入のうち特別交付金（特別調整交付金分、保険者努力支援制度交付金分、都道府県繰入金分）については、市町村の行う収納率向上対策や医療費適正化対策、資格適用の適正化対策事業等に充てる分については交付することとし、それぞれの事業のインセンティブを確保するようにすることが考えられます。

● 現在、市町村が行っている収納率向上対策や医療費適正化対策（保健事業を含む）、資格適用の適正化対策事業等がインセンティブをもって維持充実できるよう、そうした事業に充てられる特別交付金（特別調整交付金分、保険者努力支援制度交付金分、都道府県繰入金分）は、市町村に交付することが考えられます。

● 現行でも特別交付金（特別調整交付金）のメニューの多くは事業費にあたっています。仕組みとしては、それらの事業を普通交付金の対象とし、特別交付金を交付しないとの考え方もありますが、清算行為等の事務処理を円滑にし、インセンティブをわかりやすくするため、特別交付金として交付することが望まれます。

● なお、収納率向上対策や医療費適正化対策、資格適用の適正化対策事業については、都道府県単位化時における厚生労働省の整理では、一般会計からの法定繰入の対象となっていることから、一般会計からの法定繰入との調整も必要になっていきます。

# 翌々年度清算方式により剰余金、不足金を解消

剰余金が出ても保険料水準の引下げに使えないことを解消するため、都道府県が市町村に請求する国保事業費納付金について、実績に基づく清算を行うことができるようにする。

● 都道府県が市町村に示す国保事業費納付金と統一保険(料)税率＝標準保険料率の算定では「前々年の所得」「納付金算定時の被保険者数」「過去3か年の収納率実績」等をもとにしているため実際の保険(料)税収納額と大きく乖離し、「剰余金」「不足金」が生じる可能性があります。

● その「剰余金」や「不足金」を解消するため、翌々年度に、国保事業費納付金と統一保険料(税)率により収入した保険料(税)総額を清算することが考えられます。

● なお、清算までの間、市町村は「剰余金」を財政調整基金に積み立て、「不足金」を財政調整基金で補填する必要があります。(県の財政調整基金からの貸付も考えられます。)

# 市町村長、市町村議会、被保険者との合意形成

都道府県単位での統一保険(料)税率は、租税法定主義のもと、市町村議会での承認が必要であり、市町村議会で承認される条例において統一保険(料)税率が明記されることが必要となる。そのためにも、統一にあたっては、都道府県知事は、全市町村の首長と議会に理解を求めるようにする必要がある。

統一保険料（税）率は、事務的には、都道府県が全市町村に国保事業費納付金とともに示すものですが、被保険者の権利義務にかかわるものであることから、条例で明記される必要があります。

そうした点で、都道府県知事は、保険料（税）率の統一にあたって、具体的な保険料（税）率水準への影響（シュミレーション）も含め、丁寧に市町村長や市町村議会に説明し理解を求める必要があり、また、市町村条例において、統一保険（料）税率が明記されるよう求めていく必要があります。

また、被保険者に対する理解を得るために、統一保険（料）税率とすることを国民健康保険運営方針に明記するに際しては、県議会への説明はもとより、パブリックコメントにかけていく必要があります。

# 国民健康保険制度が国民皆保険制度を支える制度としてあり続けるために

# 国民皆保険制度の意義と構造的な課題

- 日本国憲法第25条の「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」の保障の具体化。
- 保険者機能である「資格適用」「保険給付」「医療供給体制」の三つの制度の拡充と整備が行われることで、公的な医療保障制度が確立され、日本人の健康水準の維持向上に貢献。
- 他の被用者保険に加入できない者の加入と市町村運営ゆえの財政上運営上の構造的な問題として「保険料負担水準が重い」課題をもつ。
  - 加入者の年齢が高い。
  - 無職者が多い。
  - 低所得者が多い。
  - 保険料収納率が低い。
  - 医療費や保険料の市町村格差が生まれる。
  - 相当数の小規模保険者が存在する。

# 全国民が医療を受ける権利が保障されるしくみ

【資格】　被用者者保険制度（協会けんぽ、健保組合、共済制度等）等に加入していない全ての日本国内に住所を有する者が加入できる。

【給付】　加入者は保険医療機関において、加入者資格の確認のもとで、疾病、負傷の治療等のための保険給付を確実に受けることができる。

　保険給付を受ける際に支払う負担は、加入者が支払うことが可能な水準である。

【保険料】加入者が払うことが可能な水準で保険料水準が決定されている。

【財政運営】保険給付に対する支出を賄うことができる保険料収入以外の財源が、確実に確保される。

【運営主体】資格・給付・保険料・財政運営を担う主体である保険者は、住民に身近な存在である市町村が担い、市町村、都道府県、国が確実に財政支援を行う。

**上記の全てが整うことで国民皆保険制度となる。**