資料１－２

第３期愛知県国民健康保険運営方針の中間見直し（案）新旧対照表

基本的事項

見直し後	現行	修正理由
１　策定の目的	**１　策定の目的**	
2015(平成27)年５月に成立した持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）により、2018(平成30)年度からは、都道府県が、市町村とともに国民健康保険の運営を担い、財政運営の責任主体として、安定的な財政運営や効率的な事業の確保などの中心的な役割を果たすことで、制度の安定化を図ることとされた。 県が財政運営の中心的な役割を担うこととされている一方、市町村においては、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料（税）率の決定、賦課・徴収、保健事業等の地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととされた。 そして、県と市町村が一体となって、国民健康保険に関する事務を共通認識の下で実施するとともに、市町村が事業の広域化や効率化を推進できるよう、国民健康保険の運営に関する統一的な運営方針として、愛知県国民健康保険運営方針（以下「国保運営方針」という。）を策定することとなった。 本県においては第１期（2018(平成30)年度～2020(令和２)年度）及び第２期（2021(令和３)年度～2023(令和５)年度）国保運営方針を策定し、県と市町村が一体となって法定外繰入等の解消、保険料(税)水準の統一に向けた議論、医療費適正化及び予防・健康づくり事業の推進等に取り組んできた。 2018(平成30)年度の国保改革はおおむね順調に推移しているが、今後はこれまで主に負担を担ってきた現役世代が減少し、保険者規模が縮小していくことから、都道府県単位化の趣旨の深化を図り、安定的な財政運営や効率的な事業を確保しつつ、本県の国保制度の「望ましい均てん化」を図る必要がある。 2024(令和６)年度からの国保運営方針は、法定外繰入等の着実な解消、保険料(税)水準の統一に向けた取組、医療費適正化及び人生100年時代を見据えた予防・健康づくり事業の推進を中心に、医療分野のデジタル化（医療ＤＸ）による国保事務の変化も視野に入れ策定し、国保制度の更なる安定化を目指す。	2015年５月に成立した持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）により、2018年度からは、都道府県が、市町村とともに国民健康保険の運営を担い、財政運営の責任主体として、安定的な財政運営や効率的な事業の確保などの中心的な役割を果たすことで、制度の安定化を図ることとされた。 県が財政運営の中心的な役割を担うこととされている一方、市町村においては、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料（税）率の決定、賦課・徴収、保健事業等の地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととされた。 そして、県と市町村が一体となって、国民健康保険に関する事務を共通認識の下で実施するとともに、市町村が事業の広域化や効率化を推進できるよう、国民健康保険の運営に関する統一的な運営方針として、愛知県国民健康保険運営方針（以下「国保運営方針」という。）を策定することとなった。 本県においては第１期（2018年度～2020年度）及び第２期（2021年度～2023年度）国保運営方針を策定し、県と市町村が一体となって法定外繰入等の解消、保険料(税)水準の統一に向けた議論、医療費適正化及び予防・健康づくり事業の推進等に取り組んできた。 2018年度の国保改革はおおむね順調に推移しているが、今後はこれまで主に負担を担ってきた現役世代が減少し、保険者規模が縮小していくことから、都道府県単位化の趣旨の深化を図り、安定的な財政運営や効率的な事業を確保しつつ、本県の国保制度の「望ましい均てん化」を図る必要がある。 2024年度からの国保運営方針は、法定外繰入等の着実な解消、保険料(税)水準の統一に向けた取組、医療費適正化及び人生100年時代を見据えた予防・健康づくり事業の推進を中心に、医療分野のデジタル化（医療ＤＸ）による国保事務の変化も視野に入れ策定し、国保制度の更なる安定化を目指す。	文言の整理
２　策定の根拠	**２　策定の根拠**	
国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「国保法」という。）第82条の２に基づき定める。 また、地方自治法（昭和22年法律67号）第245条の４第１項に基づく技術的助言として厚生労働省保険局長が示した「都道府県国民健康保険運営方針策定要領」(令和８年７月31日付け保発0731第２号)（以下「国保運営方針策定要領」という。）に沿って策定した。	国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「国保法」という。）第82条の２に基づき定める。 また、地方自治法（昭和22年法律67号）第245条の４第１項に基づく技術的助言として厚生労働省保険局長が示した「都道府県国民健康保険運営方針策定要領」(令和５年６月20日付け保発0620第１号)（以下「国保運営方針策定要領」という。）に沿って策定した。	時点修正
３　策定年月日	**３　策定年月日**	
2027(令和９)年３月　日　※日付は追って記載する。	2024 年３月 29 日	時点修正
４　対象期間	**４　対象期間**	
対象期間は2024(令和６)年度から2029(令和11)年度までの６年間とし、第３期とする。 なお、2026(令和８)年度に検証を行い、見直しを行った。また、大きな環境変化などが生じた場合には、見直しを検討する。	対象期間は2024年度から2029年度までの６年間とし、第３期とする。 なお、2026年度に検証を行い、必要な見直しを行うとともに、大きな環境変化などが生じた場合には、見直しを検討する。	時点修正

第３期愛知県国民健康保険運営方針の中間見直し（案）新旧対照表

第１章　国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

見直し後

本章では、国保の財政収支の基礎情報である医療費の見通しや国保財政の見通し、赤字解消・削減の取組等について定める。

１　医療費の動向と将来の見通し

（１）市町村国保被保険者の状況

ア　被保険者数の推移

本県市町村国保の被保険者数は減少傾向にあり、全国においても同様の傾向である。

表１－１　被保険者数の推移

（愛知県）

年度	被保険者数（人）	伸び率
2017（平成29）	1,627,477	-5.54%
2018（平成30）	1,553,524	-4.54%
2019（令和元）	1,488,460	-4.19%
2020（令和2）	1,450,042	-2.58%
2021（令和3）	1,417,864	-2.22%
2022（令和4）	1,363,709	-3.82%
2023（令和5）	1,290,006	-5.40%
2024（令和6）	1,227,126	-4.87%

図1－1　被保険者数の推移（愛知県）

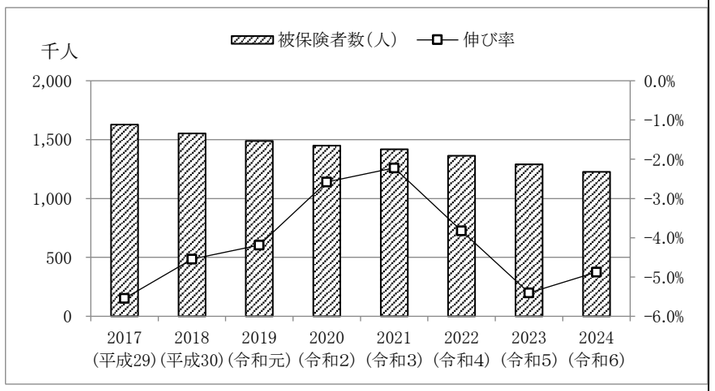


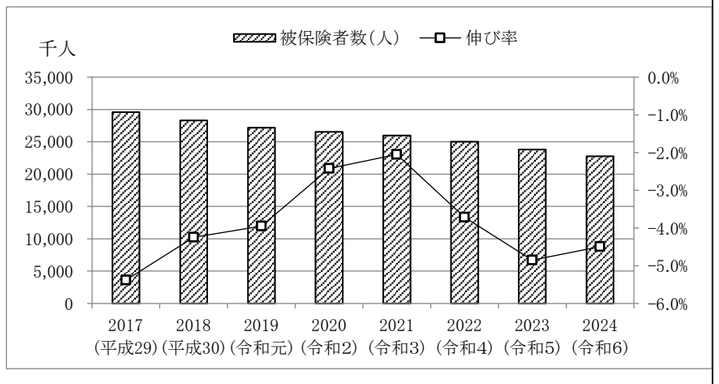
表1－2　被保険者数の推移

（全国）

年度	被保険者数（人）	伸び率
2017（平成29）	29,570,555	-5.38%
2018（平成30）	28,314,222	-4.25%
2019（令和元）	27,196,328	-3.95%
2020（令和2）	26,537,628	-2.42%
2021（令和3）	25,993,737	-2.05%
2022（令和4）	25,028,290	-3.71%
2023（令和5）	23,814,234	-4.85%
2024（令和6）	22,744,579	-4.49%

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

図1－2　被保険者数の推移（全国）



現行

本章では、国保の財政収支の基礎情報である医療費の見通しや国保財政の見通し、赤字解消・削減の取組等について定める。

１　医療費の動向と将来の見通し

（１）市町村国保被保険者の状況

ア　被保険者数の推移

本県市町村国保の被保険者数は減少傾向にあり、全国においても同様の傾向である。

表１－１　被保険者数の推移

（愛知県）

年度	被保険者数（人）	伸び率
2014	1,855,323	-2.02%
2015	1,800,141	-2.97%
2016	1,723,012	-4.28%
2017	1,627,477	-5.54%
2018	1,553,524	-4.54%
2019	1,488,460	-4.19%
2020	1,450,042	-2.58%
2021	1,417,864	-2.22%

図1－1　被保険者数の推移（愛知県）

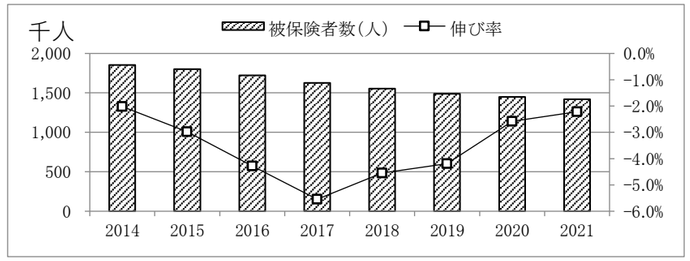


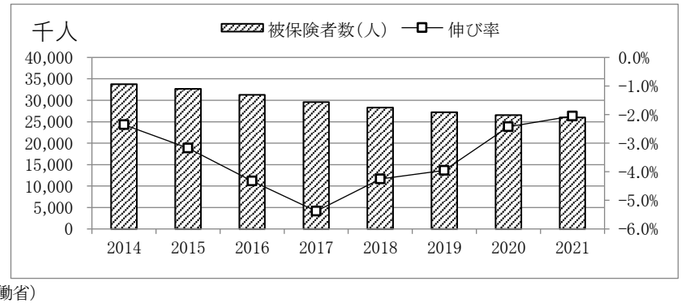
表1－2　被保険者数の推移

（全国）

年度	被保険者数（人）	伸び率
2014	33,734,718	-2.35%
2015	32,665,259	-3.17%
2016	31,251,542	-4.33%
2017	29,570,555	-5.38%
2018	28,314,222	-4.25%
2019	27,196,328	-3.95%
2020	26,537,628	-2.42%
2021	25,993,737	-2.05%

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

図1－2　被保険者数の推移（全国）



修正理由

時点修正

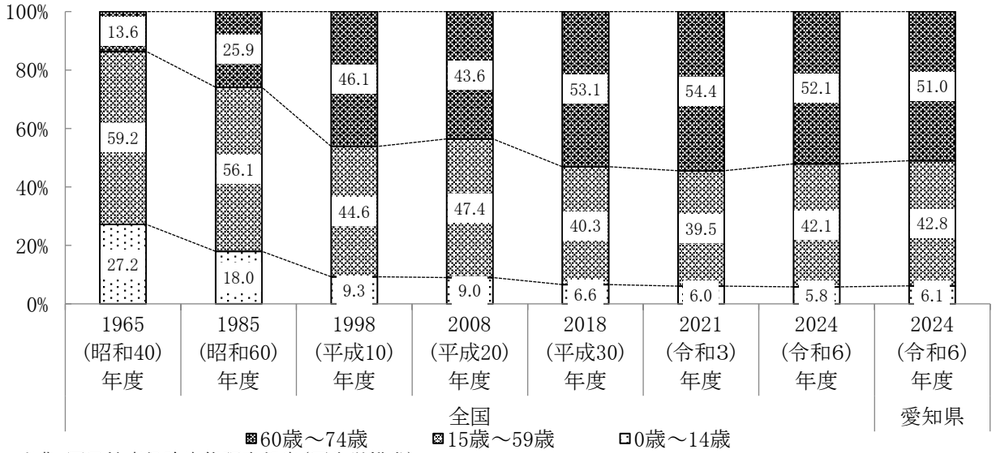
時点修正

イ　年齢構成

1965(昭和 40)年度には、全国において 60 歳以上の被保険者の占める割合が全体の 13.6%であったのに対し、2024(令和６)年度では 60 歳以上 74 歳以下の被保険者が 52.1%と大幅に増加している。一方、全国の 0 歳～14 歳の占める割合は、1965(昭和 40)年度には 27.2%であったが、2024(令和６)年度は 5.8%と 21.4 ポイント減少しており、少子高齢化が一層進行している。

なお、2024(令和６)年度の本県の状況は、全国とほぼ同じである。

図1－3　国民健康保険の被保険者(75 歳未満)の年齢構成の推移(市町村)



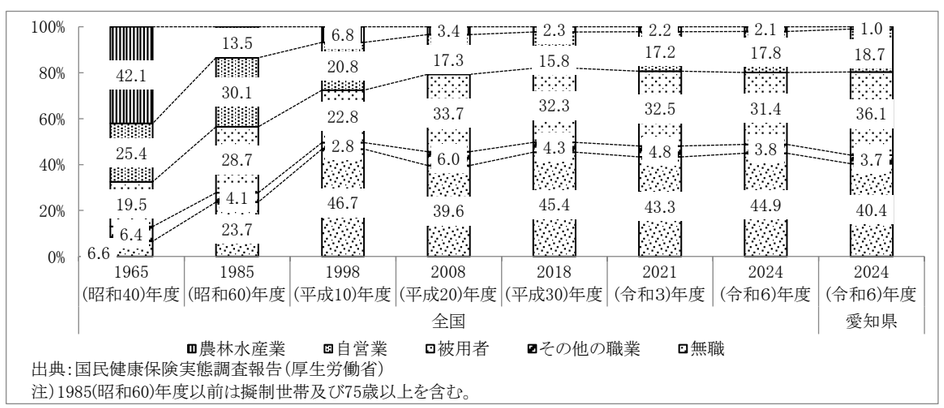
出典:国民健康保険実態調査報告(厚生労働省)
注)1985(昭和60)年度以前は75歳以上を含む。

ウ　職業別世帯数構成割合

1965(昭和 40)年度には、全国で農林水産業に従事する被保険者の占める割合が 42.1%であったのに対し、2024(令和６)年度では 2.1%と 40.0 ポイント減少している。一方、全国で無職の被保険者の占める割合は、1965(昭和 40)年度には 6.6%であったが、2024(令和６)年度は４割を超えている。

なお、2024(令和６)年度の本県の状況は、全国と比べ、被用者の割合がやや高い水準に、無職の割合がやや低い水準にある。

図1－4　世帯主(75 歳未満)の職業別世帯数構成割合(市町村・擬制世帯、職業不詳を除く)



出典:国民健康保険実態調査報告(厚生労働省)
注)1985(昭和60)年度以前は擬制世帯及び75歳以上を含む。

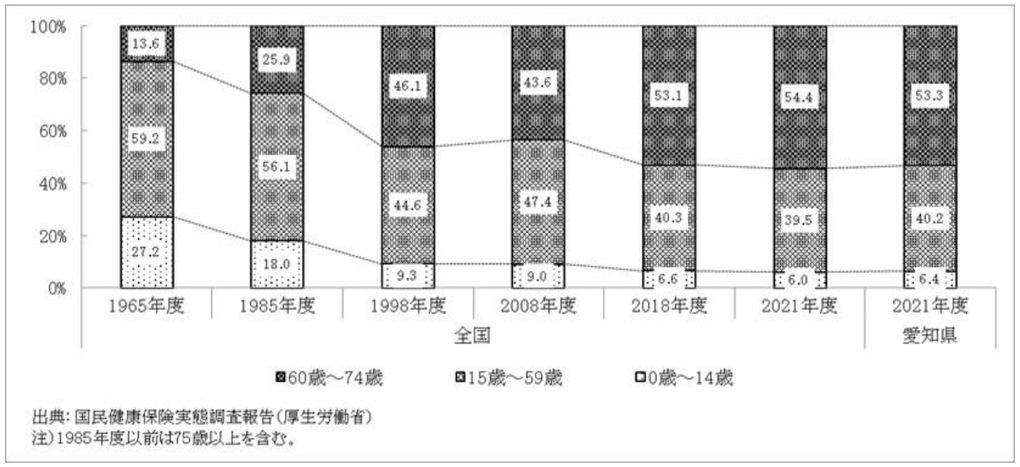
時点修正

イ　年齢構成

1965 年度には、全国において 60 歳以上の被保険者の占める割合が全体の 13.6%であったのに対し、2021 年度では 60 歳以上 74 歳以下の被保険者が 54.4%と大幅に増加している。一方、全国の 0 歳～14 歳の占める割合は、1965 年度には 27.2%であったが、2021 年度は 6.0%と 21.2 ポイント減少しており、少子高齢化が一層進行している。

なお、2021 年度の本県の状況は、全国とほぼ同じである。

図1－3　国民健康保険の被保険者(75 歳未満)の年齢構成の推移(市町村)



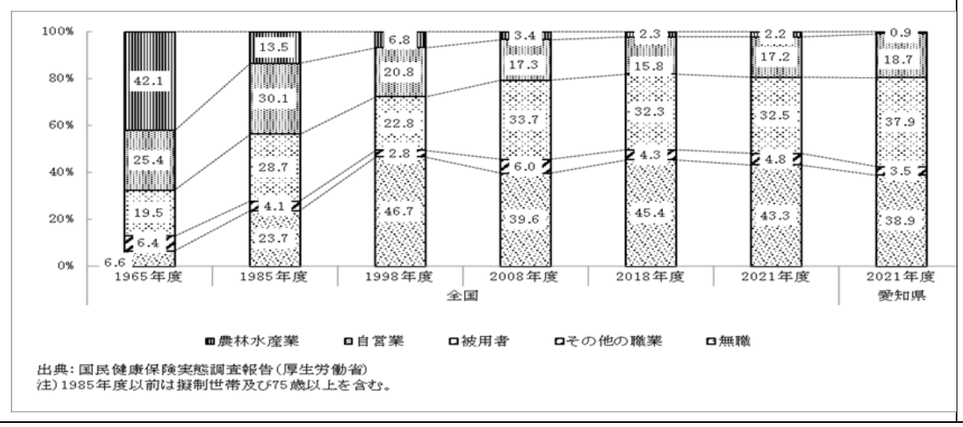
出典:国民健康保険実態調査報告(厚生労働省)
注)1985年度以前は75歳以上を含む。

ウ　職業別世帯数構成割合

1965 年度には、全国で農林水産業に従事する被保険者の占める割合が 42.1%であったのに対し、2021 年度では 2.2%と 39.9 ポイント減少している。一方、全国で無職の被保険者の占める割合は、1965 年度には 6.6%であったが、2021 年度は４割を超えている。

なお、2021 年度の本県の状況は、全国と比べ、被用者の割合がやや高い水準に、無職の割合がやや低い水準にある。

図1－4　世帯主(75 歳未満)の職業別世帯数構成割合(市町村・擬制世帯、職業不詳を除く)



出典:国民健康保険実態調査報告(厚生労働省)
注)1985年度以前は擬制世帯及び75歳以上を含む。

時点修正

エ　都道府県内における市町村別地域格差

2024（令和６）年度の被保険者１人当たり医療費の市町村別格差は、本県では最大 514,494 円に対し最少は 309,543 円で 1.7 倍であるが、全国で最も格差が生じているのは長野県の 3.3 倍となっている。また、本県の平均１人当たり医療費は 396,675 円と全国順位は 42 位となっている。【表１－３】

一方、2024（令和６）年度の被保険者１人当たり保険料（税）調定額の市町村別格差は、本県では最大 127,043 円に対し最少は 66,543 円で 1.9 倍であるが、全国で最も格差が生じているのは北海道の 3.8 倍となっている。また、本県の平均１人当たり保険料（税）調定額は 109,086 円と全国順位は 4 位となっている。【表１－４】

なお、2023（令和５）年の被保険者１人当たり課税所得額の市町村別格差は、本県では最大 1,308 千円に対し最少は 565 千円で 2.3 倍であるが、全国で最も格差が生じているのは北海道の 15.5 倍となっている。また、本県の平均１人当たり課税所得額は 858 千円と全国順位は 4 位となっている。【表１－５】

表１－３　被保険者１人当たり医療費の市町村別格差（2024(令和6)年度）

	市町村			都道府県平均		全国平均
	最大	最少	格差	愛知県	順位	
愛知県	514,494円	309,543円	1.7倍	396,675円	42位	444,160円
長野県	731,153円	224,738円	3.3倍			

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

表１－４　被保険者１人当たり保険料（税）調定額の市町村別格差（2024(令和6)年度）

	市町村			都道府県平均		全国平均
	最大	最少	格差	愛知県	順位	
愛知県	127,043円	66,543円	1.9倍	109,086円	4位	92,409円
北海道	192,798円	50,680円	3.8倍			

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）※保険料（税）調定額には介護納付金を含んでいない。

表１－５　被保険者１人当たり課税所得額（旧ただし書所得）の市町村別格差（2023(令和5)年）

	市町村			都道府県平均		全国平均
	最大	最少	格差	愛知県	順位	
愛知県	1,308千円	565千円	2.3倍	858千円	4位	756千円
北海道	4,434千円	286千円	15.5倍			

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

オ　被保険者１人当たり平均保険料（税）と保険料（税）負担率

本県における 2024（令和６）年度の被保険者１人当たり平均保険料（税）と保険料（税）負担率を全国と比較すると、平均保険料（税）は高い水準にあるが、保険料（税）負担率は低い水準にある。

エ　都道府県内における市町村別地域格差

2021 年度の被保険者１人当たり医療費の市町村別格差は、本県では最大 447,144 円に対し最少は 281,121 円で 1.6 倍であるが、全国で最も格差が生じているのは沖縄県の 3.1 倍となっている。また、本県の平均１人当たり医療費は 362,950 円と全国順位は 43 位となっている。【表１－３】

一方、2021 年度の被保険者１人当たり保険料（税）調定額の市町村別格差は、本県では最大 112,717 円に対し最少は 60,355 円で 1.9 倍であるが、全国で最も格差が生じているのは高知県の 3.1 倍となっている。また、本県の平均１人当たり保険料（税）調定額は 92,123 円と全国順位は 10 位となっている。【表１－４】

なお、2020 年の被保険者１人当たり課税所得額の市町村別格差は、本県では最大 1,397 千円に対し最少は 560 千円で 2.5 倍であるが、全国で最も格差が生じているのは北海道の 9.1 倍となっている。また、本県の平均１人当たり課税所得額は 780 千円と全国順位は 3 位となっている。【表１－５】

表１－３　被保険者１人当たり医療費の市町村別格差（2021年度）

	市町村			都道府県平均		全国平均
	最大	最少	格差	愛知県	順位	
愛知県	447,144円	281,121円	1.6倍	362,950円	43位	394,729円
沖縄県	578,720円	183,947円	3.1倍			

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

表１－４　被保険者１人当たり保険料（税）調定額の市町村別格差（2021年度）

	市町村			都道府県平均		全国平均
	最大	最少	格差	愛知県	順位	
愛知県	112,717円	60,355円	1.9倍	92,123円	10位	89,266円
高知県	113,916円	37,213円	3.1倍			

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）※保険料（税）調定額には介護納付金を含んでいない。

表１－５　被保険者１人当たり課税所得額（旧ただし書所得）の市町村別格差（2020年）

	市町村			都道府県平均		全国平均
	最大	最少	格差	愛知県	順位	
愛知県	1,397千円	560千円	2.5倍	780千円	3位	672千円
北海道	2,587千円	283千円	9.1倍			

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

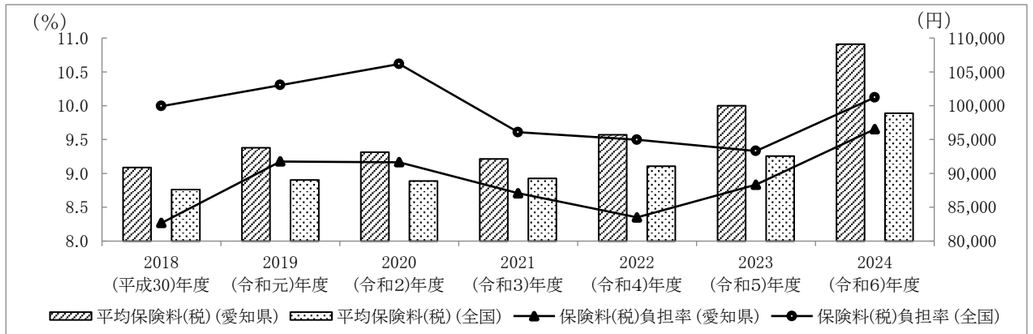
オ　被保険者１人当たり平均保険料（税）と保険料（税）負担率

本県における 2021 年度の被保険者１人当たり平均保険料（税）と保険料（税）負担率を全国と比較すると、平均保険料（税）は高い水準にあるが、保険料（税）負担率は低い水準にある。

時点修正

時点修正

図１－５　被保険者１人当たり平均保険料(税)と保険料(税)負担率の年次推移



出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）、国民健康保険実態調査報告（厚生労働省）
（注）平均保険料には介護納付金を含んでいない。保険料負担率は、平均保険料を平均所得で除して算出した。

（２）医療費の動向

ア　医療費の推移

本県市町村国保の医療費総額について、2021（令和３）年度以降は減少傾向にある。全国においても同様の傾向である。

表１－６　医療費の推移（愛知県）

年度	総額(億円)	伸び率
2017(平成29)	5,344.98	-3.59%
2018(平成30)	5,185.92	-2.98%
2019(令和元)	5,138.03	-0.92%
2020(令和2)	4,893.30	-4.76%
2021(令和3)	5,146.13	5.17%
2022(令和4)	5,092.56	-1.04%
2023(令和5)	5,043.20	-0.97%
2024(令和6)	4,867.70	-3.48%

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

図１－６　医療費の推移（愛知県）

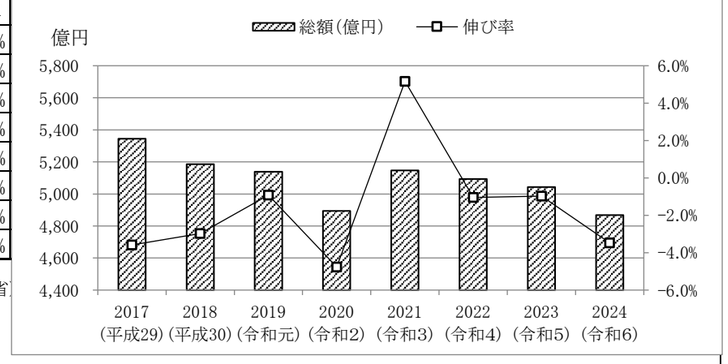


表１－７　医療費の推移（全国）

年度	総額(億円)	伸び率
2017(平成29)	107,092.33	-2.88%
2018(平成30)	104,193.25	-2.71%
2019(令和元)	103,057.52	-1.09%
2020(令和2)	98,422.93	-4.50%
2021(令和3)	102,604.90	4.25%
2022(令和4)	101,068.42	-1.50%
2023(令和5)	99,603.77	-1.45%
2024(令和6)	96,081.52	-3.54%

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

図１－７　医療費の推移（全国）

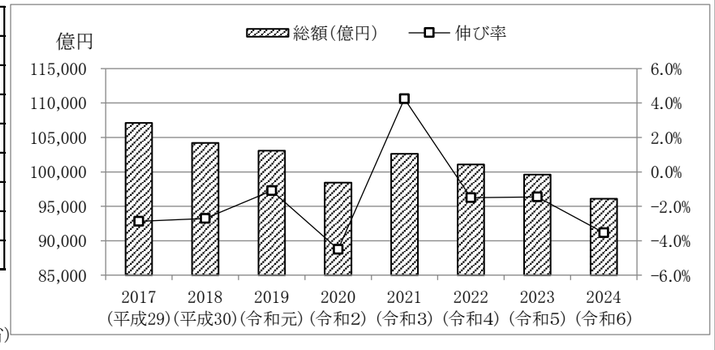
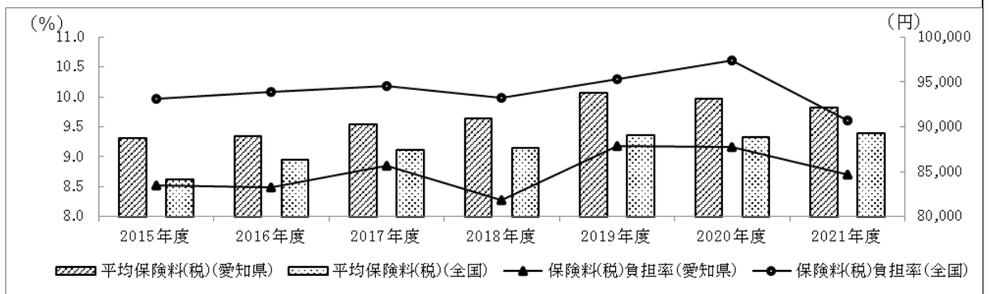


図１－５　被保険者１人当たり平均保険料(税)と保険料(税)負担率の年次推移



出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）、国民健康保険実態調査報告（厚生労働省）
（注）平均保険料には介護納付金を含んでいない。保険料負担率は、平均保険料を平均所得で除して算出した。

時点修正

（２）医療費の動向

ア　医療費の推移

本県市町村国保の医療費総額について、2016 年度以降は減少傾向にある。全国においても同様の傾向である。

表１－６　医療費の推移（愛知県）

年度	総額(億円)	伸び率
2014	5,661.95	-0.10%
2015	5,740.86	1.39%
2016	5,543.76	-3.43%
2017	5,344.98	-3.59%
2018	5,185.92	-2.98%
2019	5,138.03	-0.92%
2020	4,893.30	-4.76%
2021	5,146.13	5.17%

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

図１－６　医療費の推移（愛知県）

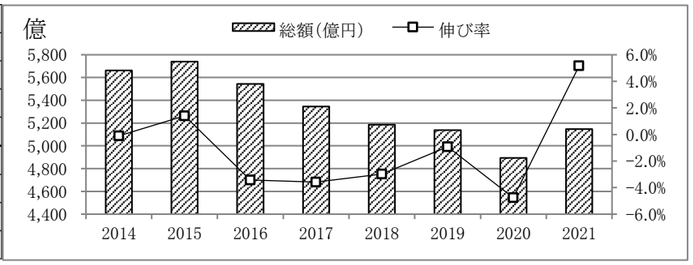
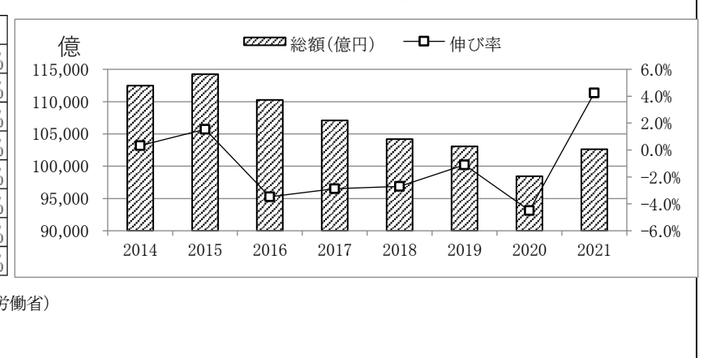


表１－７　医療費の推移（全国）

年度	総額(億円)	伸び率
2014	112,491.97	0.33%
2015	114,229.55	1.54%
2016	110,267.47	-3.47%
2017	107,092.33	-2.88%
2018	104,193.25	-2.71%
2019	103,057.52	-1.09%
2020	98,422.93	-4.50%
2021	102,604.90	4.25%

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

図１－７　医療費の推移（全国）



イ　被保険者１人当たり医療費の状況

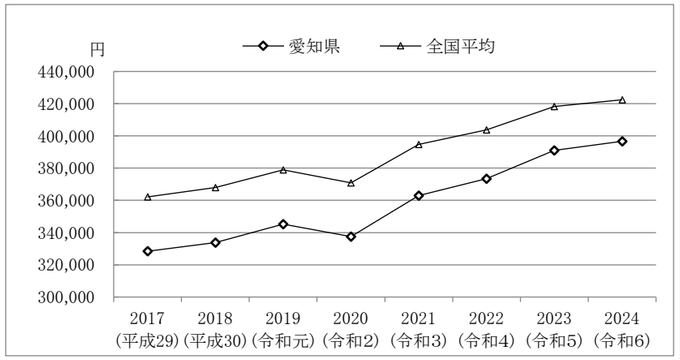
本県の被保険者１人当たり医療費は、2020(令和２)年度は減少したものの、全国と同様に、増加傾向にある。また、本県は全国平均と比べ低い水準にある。

表1－8　被保険者1人当たり医療費の推移

年度	愛知県	順位	全国平均
2017(平成29)	328,421	44	362,159
2018(平成30)	333,816	44	367,989
2019(令和元)	345,191	44	378,939
2020(令和2)	337,459	43	370,881
2021(令和3)	362,950	43	394,729
2022(令和4)	373,434	42	403,817
2023(令和5)	390,944	42	418,253
2024(令和6)	396,675	42	422,437

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

図1－8　被保険者1人当たり医療費の推移



（３）将来の財政の見通し

ア　国保財政の状況（2024(令和６)年度）

本県及び市町村の国保特別会計合計額の収支状況を見ると、収入総額は１兆 2,103 億円で、前年度から 163 億円減少し、支出総額は１兆 1,819 億円で、前年度から 293 億円減少し、収支いずれも減少となった。

また、繰越金などを除いた単年度収支差引額（単年度収入額－単年度支出額）は 110 億円の黒字で、これに国庫支出金精算額 13 億円を除き、決算等補てんのための一般会計繰入金 45 億円を除いた実質的な収支である精算後単年度収支差引額は 51 億円超の黒字である。

イ　被保険者１人当たり医療費の状況

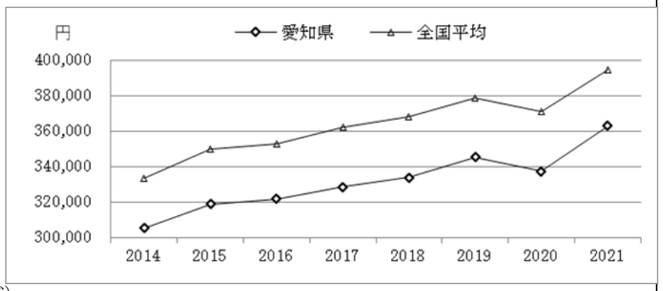
本県の被保険者１人当たり医療費は、2020 年度は減少したものの、全国と同様に、増加傾向にある。また、本県は全国平均と比べ低い水準にある。

表1－8　被保険者1人当たり医療費の推移

年度	愛知県	順位	全国平均
2014	305,173	41	333,461
2015	318,912	43	349,697
2016	321,748	44	352,839
2017	328,421	44	362,159
2018	333,816	44	367,989
2019	345,191	44	378,939
2020	337,459	43	370,881
2021	362,950	43	394,729

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

図1－8　被保険者1人当たり医療費の推移



（３）将来の財政の見通し

ア　国保財政の状況（2021 年度）

本県及び市町村の国保特別会計合計額の収支状況を見ると、収入総額は１兆 2,577 億円で、前年度から 429 億円増加し、支出総額は１兆 2,223 億円で、前年度から 528 億円増加し、収支いずれも増加となった。

また、繰越金などを除いた単年度収支差引額（単年度収入額－単年度支出額）は 115 億円の赤字で、これに国庫支出金精算額 59 億円を加え、決算等補てんのための一般会計繰入金 29 億円を除いた実質的な収支である精算後単年度収支差引額は 85 億円超の赤字である。

時点修正

時点修正

表１－９　国保財政の状況（愛知県）

区分		科目	2023(令和5)年度 決算額	2024(令和6)年度 決算額	対前年度 増減額	対前年度 伸び率
			千円	千円	千円	%
収入	単年度収入	保険料（税）	140,251,872	144,506,378	4,254,506	3.0
		国庫支出金	155,816,290	156,124,041	307,751	0.2
		療養給付費等交付金	0	0	0	・
		前期高齢者交付金	164,643,676	158,204,089	▲ 6,439,587	▲ 3.9
		都道府県支出金	56,749,776	56,686,932	▲ 62,844	▲ 0.1
		市町村の支出金 一般会計繰入金（法定分）	21,164,931	22,185,939	1,021,008	4.8
		市町村の支出金 一般会計繰入金（法定外）	16,735,465	15,196,885	▲ 1,538,580	▲ 9.2
		共同事業交付金	1,067,064	1,330,606	263,542	24.7
		直診勘定繰入金	0	0	0	・
		その他	642,191,489	635,534,272	▲ 6,657,217	▲ 1.0
		小計	1,198,620,564	1,189,769,142	▲ 8,851,422	▲ 0.7
	基金繰入（取崩）金	財政安定化基金繰入金	8,944,323	5,795,350	▲ 3,148,973	▲ 35.2
		その他	0	0	0	・
	（前年度からの）繰越金		18,768,456	14,436,235	▲ 4,332,221	▲ 23.1
	市町村債		340,000	0	▲ 340,000	▲ 100.0
	財政安定化基金貸付金返還金		6,666	340,000	333,334	5000.5
	収入合計（収入総額）		1,226,680,009	1,210,340,727	▲ 16,339,282	▲ 1.3
支出	単年度支出	総務費	11,020,151	12,953,275	1,933,124	17.5
		保険給付費	425,932,747	411,504,082	▲ 14,428,665	▲ 3.4
		後期高齢者支援金	88,639,196	88,080,268	▲ 558,928	▲ 0.6
		前期高齢者納付金	216,753	181,307	▲ 35,446	▲ 16.4
		介護納付金	31,392,646	30,768,723	▲ 623,923	▲ 2.0
		保健事業費	5,526,739	5,437,559	▲ 89,180	▲ 1.6
		共同事業拠出金	1,026,754	1,132,725	105,971	10.3
		直診勘定繰出金	43,091	40,524	▲ 2,567	▲ 6.0
		その他	644,266,602	628,717,265	▲ 15,549,337	▲ 2.4
		小計	1,208,064,680	1,178,815,728	▲ 29,248,952	▲ 2.4
	基金積立金	財政安定化基金積立金	2,774,812	2,693,068	▲ 81,744	▲ 2.9
		その他	0	0	0	・
	前年度繰上充用（欠損補填）金		15,155	53,290	38,135	251.6
	公債費		6,905	340,474	333,569	4830.8
	財政安定化基金貸付金		340,000	0	▲ 340,000	▲ 100.0
	支出合計（支出総額）		1,211,201,553	1,181,902,560	▲ 29,298,993	▲ 2.4
収支差引額	収支差引合計額（収入総額－支出総額）		15,478,456	28,438,167	12,959,711	83.7
	単年度収支差引額（A）		▲ 9,444,116	10,953,414	20,397,530	▲ 216.0
	国庫支出金精算額等（B）		3,303,156	▲ 1,270,495	▲ 4,573,651	▲ 138.5
	精算後単年度収支差引額（A）＋（B）		▲ 6,140,959	9,682,919	15,823,878	▲ 257.7
	決算等補てんのための一般会計繰入金(C)		4,924,087	4,495,343	▲ 428,744	▲ 8.7
	繰上充用金(当年度)の前年度との差額		38,159	▲ 43,916	▲ 82,075	▲ 215.1
	決算等補てんのための一般会計繰入金を除いた場合の精算後単年度収支差引額 (A)+(B)-(C)		▲ 11,065,047	5,187,576	16,252,623	▲ 146.9
基金積立金等			32,950,053	33,410,393	460,340	1.4

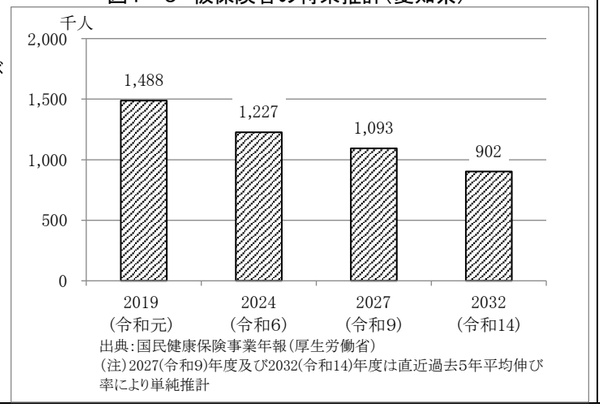
出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

（注）端数の関係上、合計及び収支差がずれることがある。

イ　被保険者数の将来推計

2024（令和６）年度実績の被保険者数1,227千人を起点に、過去５年平均伸び率を用いて単純推計を行うと、2032（令和14）年度の被保険者数は、902千人となることが予測される。

図１－９　被保険者の将来推計（愛知県）



出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

（注）2027(令和9)年度及び2032(令和14)年度は直近過去5年平均伸び率により単純推計

表１－９　国保財政の状況（愛知県）

区分		科目	2020年度 決算額	2021年度 決算額	対前年度 増減額	対前年度 伸び率
			千円	千円	千円	%
収入	単年度収入	保険料（税）	146,285,718	142,426,503	▲ 3,859,215	▲ 2.6
		国庫支出金	163,885,065	163,442,772	▲ 442,293	▲ 0.3
		療養給付費等交付金	0	0	0	・
		前期高齢者交付金	168,102,314	176,411,325	8,309,011	4.9
		都道府県支出金	53,602,644	55,034,081	1,431,437	2.7
		市町村の支出金 一般会計繰入金（法定分）	19,968,783	19,668,092	▲ 300,691	▲ 1.5
		市町村の支出金 一般会計繰入金（法定外）	12,295,066	11,606,859	▲ 688,207	▲ 5.6
		共同事業交付金	738,433	802,922	64,489	8.7
		直診勘定繰入金	0	0	0	・
		その他	619,507,994	638,195,340	18,687,346	3.0
		小計	1,184,386,017	1,207,587,894	23,201,877	2.0
	基金繰入（取崩）金	財政安定化基金繰入金	779	439,852	439,073	56363.7
		その他	2,852,498	4,622,883	1,770,385	62.1
	（前年度からの）繰越金		27,509,722	45,006,667	17,496,945	63.6
	市町村債		0	0	0	・
	財政安定化基金貸付金返還金		11,668	18,334	6,666	57.1
	収入合計（収入総額）		1,214,760,685	1,257,675,630	42,914,945	3.5
支出	単年度支出	総務費	9,706,673	9,246,396	▲ 460,277	▲ 4.7
		保険給付費	411,408,490	433,007,955	21,599,465	5.3
		後期高齢者支援金	84,999,140	84,444,526	▲ 554,614	▲ 0.7
		前期高齢者納付金	151,520	160,952	9,432	6.2
		介護納付金	30,220,846	33,931,748	3,710,902	12.3
		保健事業費	5,253,191	5,808,940	555,749	10.6
		共同事業拠出金	613,897	780,404	166,507	27.1
		直診勘定繰出金	90,221	52,945	▲ 37,276	▲ 41.3
		その他	624,221,821	651,666,638	27,444,817	4.4
		小計	1,166,665,799	1,219,100,504	52,434,705	4.5
	基金積立金	財政安定化基金積立金	18,186	20,821	2,635	14.5
		その他	2,488,228	3,141,557	653,329	26.3
	前年度繰上充用（欠損補填）金		323,270	0	▲ 323,270	▲ 100.0
	公債費		12,154	18,766	6,612	54.4
	財政安定化基金貸付金		0	0	0	・
	支出合計（支出総額）		1,169,507,637	1,222,281,649	52,774,012	4.5
収支差引額	収支差引合計額（収入総額－支出総額）		45,253,047	35,393,981	▲ 9,859,066	▲ 21.8
	単年度収支差引額（A）		17,720,219	▲ 11,512,610	▲ 29,232,829	▲ 165.0
	国庫支出金精算額等（B）		▲ 8,026,052	5,875,760	13,901,812	▲ 173.2
	精算後単年度収支差引額（A）＋（B）		9,694,166	▲ 5,636,850	▲ 15,331,016	▲ 158.1
	決算等補てんのための一般会計繰入金(C)		2,695,741	2,915,754	220,013	8.2
	繰上充用金(当年度)の前年度との差額		▲ 323,270	0	323,270	▲ 100.0
	決算等補てんのための一般会計繰入金を除いた場合の精算後単年度収支差引額 (A)+(B)-(C)		6,998,425	▲ 8,552,605	▲ 15,551,030	▲ 222.2
基金積立金等			32,014,445	38,369,485	6,355,040	19.9

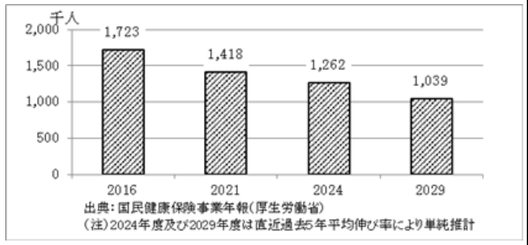
出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

（注）端数の関係上、合計及び収支差がずれることがある。

イ　被保険者数の将来推計

2021年度実績の被保険者数1,418千人を起点に、過去５年平均伸び率を用いて単純推計を行うと、2029年度の被保険者数は、1,039千人となることが予測される。

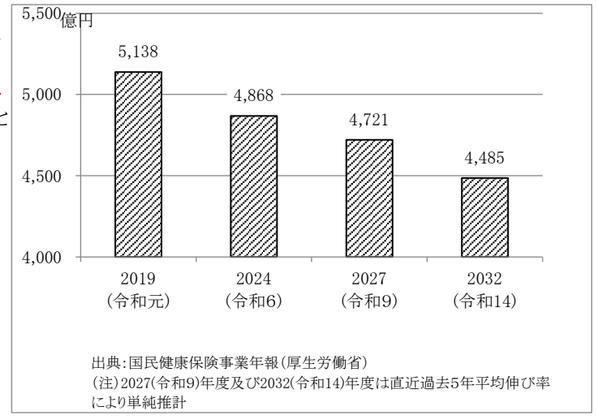
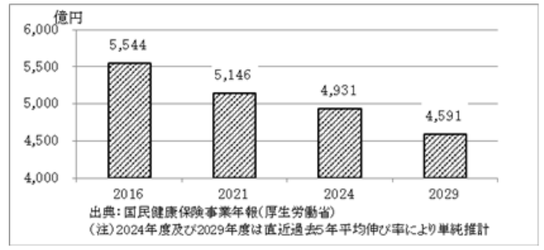
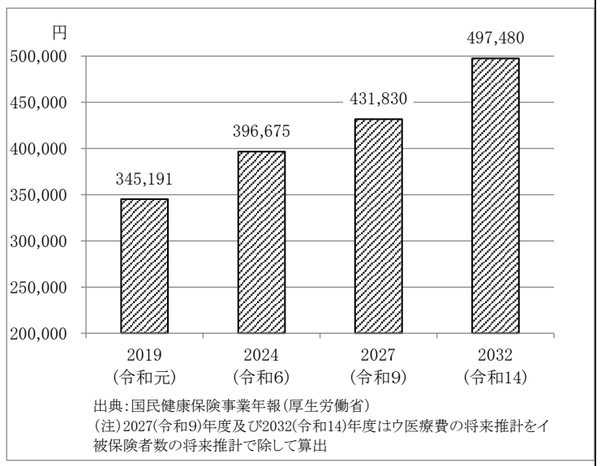
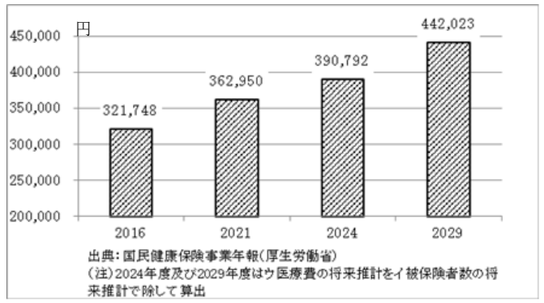
図１－９　被保険者の将来推計（愛知県）



出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

（注）2024年度及び2029年度は直近過去5年平均伸び率により単純推計

時点修正

ウ　医療費の将来推計 2024（令和６）年度実績の医療費総額4,868億円を起点に、過去５年平均伸び率を用いて単純推計を行うと、2032（令和14）年度の医療費総額は、4,485億円となることが予測される。 図１－10　医療費の将来推計（愛知県）  出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省） （注）2027(令和9)年度及び2032(令和14)年度は直近過去5年平均伸び率により単純推計	ウ　医療費の将来推計 2021年度実績の医療費総額5,146億円を起点に、過去５年平均伸び率を用いて単純推計を行うと、2029年度の医療費総額は、4,591億円となることが予測される。 図１－10　医療費の将来推計（愛知県）  出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省） （注）2024年度及び2029年度は直近過去5年平均伸び率により単純推計	時点修正
エ　被保険者１人当たり医療費の将来推計 イの被保険者数とウの医療費の将来推計に基づくと、2032（令和14）年度の被保険者１人当たり医療費は、497,480円となることが予測される。 図１－11 被保険者1人当たり医療費の将来推計(愛知県)  出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省） （注）2027(令和9)年度及び2032(令和14)年度はウ医療費の将来推計をイ被保険者数の将来推計で除して算出	エ　被保険者１人当たり医療費の将来推計 イの被保険者数とウの医療費の将来推計に基づくと、2029年度の被保険者１人当たり医療費は、442,023円となることが予測される。 図１－11 被保険者1人当たり医療費の将来推計(愛知県)  出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省） （注）2024年度及び2029年度はウ医療費の将来推計をイ被保険者数の将来推計で除して算出	時点修正
２　赤字解消・削減の取組、赤字解消の目標年次等	**２　赤字解消・削減の取組、赤字解消の目標年次等**	
本県においては、現在、半数程の市町村において、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が行われている。 国保財政を安定的に運営していくためには、国民健康保険特別会計において収支が均衡していることが重要であり、また、保険料（税）水準を統一するためには、これらの解消が必須であることから、その解消・削減に向けた取組を計画的に進めていく必要がある。 この取組の推進に当たっては、赤字削減・解消計画に関する国通知に沿って行う。 なお、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を行っていない市町村は、新たに行うことのないようにする。	本県においては、現在、半数程の市町村において、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が行われている。 国保財政を安定的に運営していくためには、国民健康保険特別会計において収支が均衡していることが重要であり、また、将来的に保険料（税）水準を統一するためには、これらの解消が必須であることから、その解消・削減に向けた取組を計画的に進めていく必要がある。 この取組の推進に当たっては、赤字削減・解消計画に関する国通知に沿って行う。 なお、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を行っていない市町村は、新たに行うことのないようにする。	文言の整理

（１）解消・削減すべき赤字の範囲

解消・削減すべき赤字（以下「赤字」という。）の範囲については、「一般会計繰入金（法定外）のうち、決算補填等目的の額」（表１－10［(1)決算補填等目的］の小計の額）と「繰上充用金のうち、新規増加額」（表１－11）の合計額とする。

なお、「繰上充用金のうち、新規増加額」とは、2016(平成 28)年度以降に行った繰上充用金額のうち、2015(平成 27)年度決算における 2016(平成 28)年度からの繰上充用金相当額を超過する額及び累積赤字のうち削減・解消された繰上充用金を除く前年度増加額のことであるが、新規増加分を除く繰上充用金については、各市町村の実情に応じ、可能な限り、計画的な解消・削減を目指すものとする。

表１－10　一般会計繰入金（法定外）の内訳（愛知県）（2025(令和7)年度）

［(1)決算補填等目的］

項目	決算補填等目的のもの		①	保険者の政策によるもの			②	過年度の赤字によるもの		③	小計 ①+②+③
	保険料の収納不足のため	高額療養費貸付金		保険料（税）の負担緩和を図るため	地方単独の保険料（税）の軽減額	任意給付に充てるため		累積赤字補填のため	公債費等、借入金利息		
金額（億円）	0.5	0.0	0.5	21.3	1.1	0.0	22.4	3.0	0.0	3.0	25.8
割合	0.4%	0.0%	0.4%	17.8%	0.9%	0.0%	18.7%	2.5%	0.0%	2.5%	21.5%
市町村数	1	0	1	19	2	0	20	1	0	1	22

［(2)決算補填等以外の目的］

項目	保険料（税）の減免額に充てるため	地方独自事業の医療給付費波及増等	保健事業費に充てるため	直営診療施設に充てるため	納税報奨金（納付組織交付金）等	基金積立	返還金	その他	小計	合計
金額（億円）	22.5	21.2	14.0	0.0	0.0	12.5	0.0	23.8	94.0	119.8
割合	18.8%	17.7%	11.7%	0.0%	0.0%	10.4%	0.0%	19.9%	78.5%	100.0%
市町村数	27	38	39	0	0	7	0	12	48	48

出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）
（注）速報値。端数処理の関係上、内訳が計と一致しないことがある。

表１－11　繰上充用金の内訳（愛知県）

	2024 (令和6)年度	2025 (令和7)年度
繰上充用金額（億円）	0.1	0.0
新規増加額（億円）	0.1	－
市町村数	1	－

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）
（注）2025(令和7)年度は、速報値。

（２）赤字市町村

前年度決算において赤字が発生した市町村であって、翌年度までに赤字の解消・削減が見込まれない市町村を「赤字市町村」とする。

なお、赤字市町村は、赤字の解消・削減のための基本方針、実効的・具体的な取組内容、赤字解消の目標年次及び年次毎の計画を策定する。

（１）解消・削減すべき赤字の範囲

解消・削減すべき赤字（以下「赤字」という。）の範囲については、「一般会計繰入金（法定外）のうち、決算補填等目的の額」（表１－10［(1)決算補填等目的］の小計の額）と「繰上充用金のうち、新規増加額」（表１－11）の合計額とする。

なお、「繰上充用金のうち、新規増加額」とは、2016 年度以降に行った繰上充用金額のうち、2015 年度決算における 2016 年度からの繰上充用金相当額を超過する額及び累積赤字のうち削減・解消された繰上充用金を除く前年度増加額のことであるが、新規増加分を除く繰上充用金については、各市町村の実情に応じ、可能な限り、計画的な解消・削減を目指すものとする。

表１－10　一般会計繰入金（法定外）の内訳（愛知県）（2022年度）

［(1)決算補填等目的］

項目	決算補填等目的のもの		①	保険者の政策によるもの			②	過年度の赤字によるもの		③	小計 ①+②+③
	保険料の収納不足のため	高額療養費貸付金		保険料（税）の負担緩和を図るため	地方単独の保険料（税）の軽減額	任意給付に充てるため		累積赤字補填のため	公債費等、借入金利息		
金額（億円）	0.0	0.0	0.0	23.1	7.2	0.0	30.3	0.0	0.0	0.0	30.3
割合	0.0%	0.0%	0.0%	20.1%	6.3%	0.0%	26.3%	0.0%	0.0%	0.0%	26.3%
市町村数	0	0	0	22	4	0	25	0	0	0	25

［(2)決算補填等以外の目的］

項目	保険料（税）の減免額に充てるため	地方独自事業の医療給付費波及増等	保健事業費に充てるため	直営診療施設に充てるため	納税報奨金（納付組織交付金）等	基金積立	返還金	その他	小計	合計
金額（億円）	20.7	18.0	14.8	0.0	0.0	10.9	0.0	20.4	84.8	115.1
割合	18.0%	15.6%	12.9%	0.0%	0.0%	9.5%	0.0%	17.7%	73.7%	100.0%
市町村数	29	35	37	0	0	3	0	13	48	48

出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）
（注）速報値。端数処理の関係上、内訳が計と一致しないことがある。

表１－11　繰上充用金の内訳（愛知県）（2022年度）

	2021 年度	2022 年度
繰上充用金額（億円）	0.0	0.2
新規増加額（億円）	-	0.2
市町村数	-	1

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）
（注）2022 年度は、速報値。

（２）赤字市町村

前年度決算において赤字が発生した市町村であって、翌年度までに赤字の解消・削減が見込まれない市町村を「赤字市町村」とする。

なお、赤字市町村は、赤字の解消・削減のための基本方針、実効的・具体的な取組内容、赤字解消の目標年次及び年次毎の計画を策定する。

文言の整理

時点修正

時点修正

（３）赤字解消・削減の取組や赤字解消の目標年次等 ア　赤字解消・削減に向けた取組の方向性 前年度決算において新たに赤字が発生した市町村は、国民健康保険が一会計年度を収支として行う短期保険であることに鑑み、原則として赤字発生年度の翌年度に解消を図ることが望ましいが、単年度での赤字の解消が困難な場合は、保険料（税）率を適切な水準に近づけていくことなどにより、赤字の計画的・段階的な解消に努める。 赤字市町村は、策定した計画に沿って取組を進め、新たな赤字が発生しないようにするとともに、着実な赤字の解消に努める。 なお、被保険者の保険料(税)負担が短期間で著しく増加しないよう配慮し、関係者の納得と理解に努めた上で、赤字の解消・削減を進める。 イ　赤字解消の目標年次設定の考え方 赤字市町村の政策的判断等の背景や実情等を踏まえ、計画的な解消・削減ができるよう、県と赤字市町村が協議した上で、原則として計画の開始年度から６年以内の期間で定める。 ウ　県全体としての赤字解消目標予定年度設定の考え方 本県においては 2026(令和８)年９月末現在、21 市町村が計画を策定している。各市町村の赤字解消の目標年次は下表のとおりであり、全ての市町村において 2029(令和 11)年度までの赤字解消を目標とし、計画的に取り組んでいる。 また、国においては、赤字の解消は、保険料（税）水準の統一には必須であり、早期解消を進めることとされている。 このため、本県全体の赤字解消の目標予定年度を 2029(令和 11)年度とし、赤字の解消に取り組むこととする。 なお、市町村において計画策定時には想定できなかった事象の発生等のやむを得ない事情により 2029(令和 11)年度までに解消が困難であると見込まれる場合には、早期解消に向けて赤字解消の目標年次や取組等について、県と協議の上、決定していくものとする。 表1-12　赤字解消の目標年次別市町村数(2026(令和8)年9月末現在) 解消目標年次 / 市町村数 2026(令和８)年度 / 7 2027(令和９)年度 / 5 2028(令和 10)年度 / 5 2029(令和 11)年度 / 4 エ　取組の手順 赤字解消・削減の取組や赤字解消の目標年次の設定に当たっては、次の①から⑤の手順により行うものとする。 ①　県は、前年度決算で赤字が発生した市町村と、当年度に赤字の発生が見込まれる市町村(補正等の実情を踏まえて判断)を抽出する。 ②　県は、当該市町村に対する聴き取り等により、赤字発生の翌々年度以降も継続して赤字の発生が見込まれる市町村を「赤字市町村」と判定する。 ③　赤字市町村と判定された市町村においては、赤字の要因分析(医療費水準、保険料(税)設定、保険料(税)収納率等)及び必要な対策の検討を行い、赤字解消・削減のための基本方針・実効的・具体的な取組内容(保険料(税)率の改定、医療費適正化、収納率向上対策の取組等)、赤字解消の目標年次及び年次毎の削減計画案を作成し、県に提出する。	（３）赤字解消・削減の取組や赤字解消の目標年次等 ア　赤字解消・削減に向けた取組の方向性 前年度決算において新たに赤字が発生した市町村は、国民健康保険が一会計年度を収支として行う短期保険であることに鑑み、原則として赤字発生年度の翌年度に解消を図ることが望ましいが、単年度での赤字の解消が困難な場合は、保険料（税）率を適切な水準に近づけていくことなどにより、赤字の計画的・段階的な解消に努める。 赤字市町村は、策定した計画に沿って取組を進め、新たな赤字が発生しないようにするとともに、着実な赤字の解消に努める。 なお、被保険者の保険料(税)負担が短期間で著しく増加しないよう配慮し、関係者の納得と理解に努めた上で、赤字の解消・削減を進める。 イ　赤字解消の目標年次設定の考え方 赤字市町村の政策的判断等の背景や実情等を踏まえ、計画的な解消・削減ができるよう、県と赤字市町村が協議した上で、原則として計画の開始年度から６年以内の期間で定める。 ウ　県全体としての赤字解消目標予定年度設定の考え方 本運営方針の期間中に保険料(税)水準の完全統一に向けた議論を進めることを考えると、期間の最終年度（2029 年度）までに解消されていることが望ましい。 しかし一方で、各市町村が抱える事情は様々であり、解消目標予定年度は、各市町村が県と協議の上、個別に決定していくことが基本であることから、本県における解消目標予定年度は、「愛知県赤字削減・解消計画書」における最終の解消予定年度とする。 エ　取組の手順 赤字解消・削減の取組や赤字解消の目標年次の設定に当たっては、次の①から⑤の手順により行うものとする。 ①　県は、前年度決算で赤字が発生した市町村と、当年度に赤字の発生が見込まれる市町村(補正等の実情を踏まえて判断)を抽出する。 ②　県は、当該市町村に対する聴き取り等により、赤字発生の翌々年度以降も継続して赤字の発生が見込まれる市町村を「赤字市町村」と判定する。 ③　赤字市町村と判定された市町村においては、赤字の要因分析(医療費水準、保険料(税)設定、保険料(税)収納率等)及び必要な対策の検討を行い、赤字解消・削減のための基本方針・実効的・具体的な取組内容(保険料(税)率の改定、医療費適正化、収納率向上対策の取	国の策定要領改定に基づき、赤字解消目標予定年度を見直し 時点更新

④　県は、赤字市町村が作成した計画案を当該赤字市町村と十分協議・精査した上で市町村ごとの赤字解消・削減に向けた取組や赤字解消の目標年次を定める。 ⑤　赤字解消・削減に向けた取組や赤字解消の目標年次は、必要に応じて見直しの検討を行う。また、県は、特に計画どおりに解消・削減が進んでいない市町村に対して、赤字の要因分析、要因を踏まえた取組内容、解消予定年次の設定根拠等について丁寧に確認を行い、助言等を行う。 オ　赤字解消・削減の取組状況等の公表（見える化） 赤字解消・削減の観点から、県は赤字市町村ごとの取組状況等の公表（見える化）を行う。	組等）、赤字解消の目標年次及び年次毎の削減計画案を作成し、県に提出する。 ④　県は、赤字市町村が作成した計画案を当該赤字市町村と十分協議・精査した上で市町村ごとの赤字解消・削減に向けた取組や赤字解消の目標年次を定める。 ⑤　赤字解消・削減に向けた取組や赤字解消の目標年次は、必要に応じて見直しの検討を行う。また、県は、特に計画どおりに解消・削減が進んでいない市町村に対して、赤字の要因分析、要因を踏まえた取組内容、解消予定年次の設定根拠等について丁寧に確認を行い、助言等を行う。 オ　赤字解消・削減の取組状況等の公表（見える化） 赤字解消・削減の観点から、県は赤字市町村ごとの取組状況等の公表（見える化）を行う。	
３　財政安定化基金の運用	**３　財政安定化基金の運用**	
国民健康保険事業の財政の安定化のため、給付増や保険料（税）収納不足により財源不足となった場合に備え、県は財政安定化基金を設置する。 なお、市町村の保険料（税）収納額に不足が生じた場合は、基金から交付金を交付することができるが、市町村の収納意欲の低下を招くことがないよう「特別の事情」がある場合に限定されている。その「特別の事情」に関する基本的な考え方のほか、基金の活用に関する考え方について、次のとおり定める。 （１）「特別な事情」の基本的な考え方 ア　交付要件 予算編成時に見込めなかった事情等により、被保険者の生活等に影響が生じ、保険料（税）収納額が不足するような次の場合とする。 ①　多数の被保険者の生活に影響を与える災害（台風、洪水、噴火など）の場合 ②　地域企業の破綻や主要産物の価格が大幅に下落するなど地域の産業に特別事情が生じた場合 ③　その他、上記に類するような大きな影響が多数の被保険者に生じた場合 イ　交付額の算定 交付金の額は、市町村の申請により、保険料(税)収納額が不足することにつき、県が特別の事情があると認める当該市町村に対し、政令で定めるところにより算定した額の２分の１以内の額とする。 なお、県は交付を受ける市町村が基金事業対象保険料必要額を不当に過小に見込んだこと、基金事業対象保険料収納額を不当に過大に見込んだと認められること等により、交付額が過大と認められる場合は、当該市町村に対する交付額の額を減額し、又は返還させることができるものとする。 ウ　市町村が行う交付額の補填 基金から交付した額については、国・県・市町村は、取り崩した相当額の３分の１ずつを財政安定化基金に繰り入れることになるが、交付を受けていない他の市町村の負担を考慮し、当該交付を受けた市町村が補填することを基本とする。ただし、災害等の規模等により、交付を受けていない市町村も含めた全ての市町村が合意した場合は、全市町村で負担を分かち合い、補填することも可能とする。	国民健康保険事業の財政の安定化のため、給付増や保険料（税）収納不足により財源不足となった場合に備え、県は財政安定化基金を設置する。 なお、市町村の保険料（税）収納額に不足が生じた場合は、基金から交付金を交付することができるが、市町村の収納意欲の低下を招くことがないよう「特別の事情」がある場合に限定されている。その「特別の事情」に関する基本的な考え方のほか、決算剰余金等が発生した場合の対応について、次のとおり定める。 （１）「特別な事情」の基本的な考え方 ア　交付要件 予算編成時に見込めなかった事情等により、被保険者の生活等に影響が生じ、保険料（税）収納額が不足するような次の場合とする。 ①　多数の被保険者の生活に影響を与える災害（台風、洪水、噴火など）の場合 ②　地域企業の破綻や主要産物の価格が大幅に下落するなど地域の産業に特別事情が生じた場合 ③　その他、上記に類するような大きな影響が多数の被保険者に生じた場合 イ　交付額の算定 交付金の額は、市町村の申請により、保険料(税)収納額が不足することにつき、県が特別の事情があると認める当該市町村に対し、政令で定めるところにより算定した額の２分の１以内の額とする。 なお、県は交付を受ける市町村が基金事業対象保険料必要額を不当に過小に見込んだこと、基金事業対象保険料収納額を不当に過大に見込んだと認められること等により、交付額が過大と認められる場合は、当該市町村に対する交付額の額を減額し、又は返還させることができるものとする。 ウ　市町村が行う交付額の補填 基金から交付した額については、国・県・市町村は、取り崩した相当額の３分の１ずつを財政安定化基金に繰り入れることになるが、交付を受けていない他の市町村の負担を考慮し、当該交付を受けた市町村が補填することを基本とする。ただし、災害等の規模等により、交付を受けていない市町村も含めた全ての市町村が合意した場合は、全市町村で負担を分かち合い、補填することも可能とする。	国の策定要領改定に基づき（２）基金の活用に関する考え方等を追記

（２）基金の活用に関する考え方 2022(令和４)年４月に財政安定化基金に年度間の財政調整機能（財政調整事業分）が付与され、複数年での保険料(税)の平準化に資する財政調整が可能となった。それに伴い、決算剰余金等の留保財源が多額となった場合に、県と市町村が協議した上で、財政安定化基金（財政調整事業分）に積み立て、必要な場合（納付金の伸びを平準化する場合など）に取り崩して活用する。 また、財政安定化基金（本体基金分）については、基金設置当初は給付増により財源不足となった場合の取り崩しと、保険料（税）収納不足が生じた場合の市町村への貸付、交付のみ認められていたが、2027(令和９)年４月からは、国民健康保険の安定的な財政運営の確保を図るために必要があると認められる場合にも取り崩しが可能となった。このことを踏まえ、県と市町村が協議の上、必要な場合に取り崩して活用する。	（２）決算剰余金等が発生した場合の対応 2022 年４月に財政安定化基金に年度間の財政調整機能（財政調整事業分）が付与され、複数年での保険料(税)の平準化に資する財政調整が可能となった。それに伴い、決算剰余金等の留保財源が多額となった場合に、県と市町村が協議した上で、財政安定化基金（財政調整事業分）に積み立て、必要な場合（納付金の伸びを平準化する場合など）に取り崩して活用する。	
４　ＰＤＣＡサイクルの実施	**４　ＰＤＣＡサイクルの実施**	
（１）　ＰＤＣＡサイクルを循環させるための基本的な取組方針 県が担う財政運営や、市町村が担う事業の広域化・効率化に向けた取組について、継続的に改善できるよう、愛知県国保運営方針連携会議（以下「連携会議」という。）において実施状況を定期的に把握・分析し、その結果については、愛知県国民健康保険運営協議会に報告し、評価を行う。 なお、取組を進めるに当たり、新たな課題への対応や、取組内容の見直しが必要となった場合は、適時改善に努めるものとする。	（１）ＰＤＣＡサイクルを循環させるための基本的な取組方針 県が担う財政運営や、市町村が担う事業の広域化・効率化に向けた取組について、継続的に改善できるよう、愛知県国保運営方針連携会議（以下「連携会議」という。）において実施状況を定期的に把握・分析し、その結果については、愛知県国民健康保険運営協議会に報告し、評価を行う。 なお、取組を進めるに当たり、新たな課題への対応や、取組内容の見直しが必要となった場合は、適時改善に努めるものとする。	

第３期愛知県国民健康保険運営方針の中間見直し（案）新旧対照表

第２章　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

見直し後

本章では、国民健康保険事業費納付金（以下「納付金」という。）や市町村標準保険料率の具体的な算定方法及び保険料（税）水準の統一に向けた取組について定める。

１　現状

（１）保険料と保険税の割合

国保法を根拠とする保険料と地方税法を根拠とする保険税があり、本県では、保険税として賦課する市町村が多数を占めている。

表２－１　保険料と保険税の割合(2026(令和8)年度)

	市町村数	割合
保険料	6	11.1%
保険税	48	88.9%

出典：愛知県国民健康保険課調べ　(注)速報値

（２）保険料（税）の賦課方式

賦課方式は、それぞれ２方式（所得割、被保険者均等割）、３方式（所得割、被保険者均等割、世帯別平等割）、４方式（所得割、資産割、被保険者均等割、世帯別平等割）がある。本県では、近年、４方式から３方式に変更した市町村が多く、2024（令和６）年度時点では、３方式を採用する市町村が最も多くなっている。

表２－２　保険料(税)の賦課方式

医療給付費分(2024(令和6)年度)

	市町村数	世帯数	割合	被保険者数	割合
2方式	2	291,554	34.8%	405,547	33.0%
3方式	51	543,879	64.9%	818,202	66.7%
4方式	1	2,246	0.3%	3,377	0.3%

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

後期高齢者支援金分・介護納付金分(2024(令和6)年度)

	市町村数	世帯数	割合	被保険者数	割合
2方式	2	291,554	34.8%	405,547	33.0%
3方式	52	546,125	65.2%	821,579	67.0%
4方式	0	0	0.0%	0	0.0%

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

（３）応能割と応益割の賦課割合

保険料（税）率における応能割と応益割の賦課割合について、2024（令和６）年度における県内の賦課期日現在における賦課割合を見ると、応能割がやや高くなっている。

現行

本章では、国民健康保険事業費納付金（以下「納付金」という。）や市町村標準保険料率の具体的な算定方法及び保険料（税）水準の統一に向けた取組について定める。

１　現状

（１）保険料と保険税の割合

国保法を根拠とする保険料と地方税法を根拠とする保険税があり、本県では、保険税として賦課する市町村が多数を占めている。

表２－１　保険料と保険税の割合(2023 年度)

	市町村数	割合
保険料	6	11.1%
保険税	48	88.9%

出典：愛知県国民健康保険課調べ　(注)速報値

（２）保険料（税）の賦課方式

賦課方式は、それぞれ２方式（所得割、被保険者均等割）、３方式（所得割、被保険者均等割、世帯別平等割）、４方式（所得割、資産割、被保険者均等割、世帯別平等割）がある。本県では、近年、４方式から３方式に変更した市町村が多く、2021 年度時点では、３方式を採用する市町村が最も多くなっている。

表２－２　保険料(税)の賦課方式

医療給付費分(2021年度)

	市町村数	世帯数	割合	被保険者数	割合
2方式	2	320,385	33.7%	467,368	31.9%
3方式	43	565,036	59.4%	893,983	61.0%
4方式	9	66,583	7.0%	105,361	7.2%

後期高齢者支援金分・介護納付金分(2021年度)

	市町村数	世帯数	割合	被保険者数	割合
2方式	2	320,385	33.7%	467,368	31.9%
3方式	45	572,697	60.2%	906,503	61.8%
4方式	7	58,852	6.2%	92,841	6.3%

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

（３）応能割と応益割の賦課割合

保険料（税）率における応能割と応益割の賦課割合について、2021 年度における県内の賦課期日現在における賦課割合を見ると、応能割がやや高くなっている。

修正理由

時点修正

時点修正

時点修正

表２－３　県内の保険料(税)の賦課割合(保険料(税)軽減前)(2024(令和6)年度)

一般被保険者分	応能割	応益割
医療給付費分	53.04%	46.96%
後期高齢者支援金分	53.81%	46.19%
介護納付金分	52.81%	47.19%

出典:国民健康保険事業年報(厚生労働省)
(注)賦課期日現在

（４）賦課限度額の設定状況

保険料（税）の賦課に当たっては、政令で定める額を上限として各市町村は賦課限度額を設定することになっている。2026(令和８)年度における賦課限度額の状況をみると、多くの市町村は基準と同額に設定している。

表２－４　保険料(税)の賦課限度額の設定状況(2026(令和8)年度)

	政令基準(千円)	基準と同額の市町村	割合	基準未満の市町村	割合
医療給付費分	670	48	88.9%	6	11.1%
後期高齢者支援金分	260	54	100.0%	0	0.0%
介護納付金分	170	54	100.0%	0	0.0%
子ども・子育て支援納付金分	30	54	100.0%	0	0.0%

出典:愛知県国民健康保険課調べ（注)速報値

表２－３　県内の保険料(税)の賦課割合(保険料(税)軽減前)(2021 年度)

一般被保険者分	応能割	応益割
医療給付費分	52.24%	47.76%
後期高齢者支援金分	53.16%	46.84%
介護納付金分	51.68%	48.32%

出典:国民健康保険事業年報(厚生労働省)
(注)賦課期日現在

（４）賦課限度額の設定状況

保険料（税）の賦課に当たっては、政令で定める額を上限として各市町村は賦課限度額を設定することになっている。2023 年度における賦課限度額の状況をみると、多くの市町村は基準と同額に設定している。

表２－４　保険料(税)の賦課限度額の設定状況(2023 年度)

	政令基準(千円)	基準と同額の市町村	割合	基準未満の市町村	割合
医療給付費分	650	53	98.1%	1	1.9%
後期高齢者支援金分	220	42	77.8%	12	22.2%
介護納付金分	170	54	100.0%	0	0.0%

出典:愛知県国民健康保険課調べ（注)速報値

時点修正

２　保険料（税）水準の統一

（１）統一の意義

○　国民健康保険は小規模な保険者が多く、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(税)が変動し、財政運営が不安定になる。

2018(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県が、市町村の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(税)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(税)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(税)水準の統一を進めることにより、医療費水準について、市町村単位で保険料(税)に反映させるのではなく、県単位で保険料(税)に反映させることとなり、医療費水準の変動をより平準化して保険料(税)に反映することができ、保険料(税)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、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、県内のどこに住んでいても、同じ保険給付を、同じ保険料(税)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(税)負担となるよう、保険料(税)水準の統一を進めていく必要がある。

○　これらの国民健康保険が抱える事情を踏まえ、保険料(税)水準の統一を進めることで、被保険者数が年々減少する中、国民健康保険の安定的な運営のため、県全体で支え合う体制を強化する。

２　保険料（税）水準の統一

（１）統一の意義

○　国民健康保険は小規模な保険者が多く、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(税)が変動し、財政運営が不安定になる。

2018年度の国保制度改革後、財政運営の責任主体である県が、市町村の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(税)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(税)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(税)水準の統一を進めることにより、医療費水準について、市町村単位で保険料(税)に反映させるのではなく、県単位で保険料(税)に反映させることとなり、医療費水準の変動をより平準化して保険料(税)に反映することができ、保険料(税)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、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、県内のどこに住んでいても、同じ保険給付を、同じ保険料(税)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(税)負担となるよう、保険料(税)水準の統一を進めていく必要がある。

○　これらの国民健康保険が抱える事情を踏まえ、保険料(税)水準の統一を進めることで、被保険者数が年々減少する中、国民健康保険の安定的な運営のため、県全体で支え合う体制を強化する。

文言の整理

（２）　経緯 ○　2018(平成 30)年度の国保制度改革により、国民健康保険はそれまでの市町村単位の財政運営から県単位の財政運営に移行された。保険給付に必要な費用は全額県から市町村に交付され、市町村は前年度に決定された納付金を県に納付する制度となり、財政規模の拡大による財政の安定化が図られた。次の段階として、納付金（保険料(税)）の算定や保健事業、各種給付等を県単位で統一することに関し、県と市町村で議論を深める。 合意が得られた事項の統一を行うことによって、より一層の安定化を図る。	（２）　経緯 ○　2018 年度の国保制度改革により、国民健康保険はそれまでの市町村単位の財政運営から県単位の財政運営に移行された。保険給付に必要な費用は全額県から市町村に交付され、市町村は前年度に決定された納付金を県に納付する制度となり、財政規模の拡大による財政の安定化が図られた。次の段階として、納付金（保険料(税)）の算定や保健事業、各種給付等を県単位で統一することに関し、県と市町村で議論を深める。 合意が得られた事項の統一を行うことによって、より一層の安定化を図る。	文言の整理
（３）　統一の定義 ○　保険料(税)水準の統一には、「納付金ベースの統一」と「完全統一」の２つの段階がある。 ○　「納付金ベースの統一」は、各市町村の医療費水準の差によって、各市町村の納付金に差が生じない状態となっていることと定義する。 ○　「完全統一」とは、県内の住所地に関わらず、同じ所得水準・同じ世帯構成である世帯が、原則として同一の保険料負担となる状態と定義する。	（３）　統一の定義 ○　県内の住所地に関わらず同じ世帯構成・同じ所得水準であれば同じ保険料(税)となる「完全統一」を将来に見据えつつ、第一段階として、市町村ごとの医療費水準を反映させないこと及び高額医療費を共同負担することにより、「納付金（算定基礎額）ベースにおける統一（以下「納付金ベースの統一」という。）」を行う。	国の保険料水準統一加速化プラン（第３版）に基づき、（３）統一の定義を追記
（４）　統一の目標年度 ○　納付金ベースの統一については、2029(令和 11)年度に実現することを目指す。 ○　完全統一については、2033(令和 15)年度までの実現を目指し、県と市町村で議論を進める。 ただし、被保険者の保険料(税)負担への影響、議論の進捗状況及び完全統一に向けた準備状況などを勘案し、2033(令和 15)年度までの実現が困難な場合には、国と協議を行った上で、目標年度を見直すものとする。 なお、見直し後の目標年度については 2036(令和 18)年度までの期間とする。	（新規）	国の策定要領改定に基づき、（４）統一の目標年度を追記
（５）　統一の進め方 ○　2029(令和 11)年度までに段階的に医療費指数反映係数α＝０とすること及び高額医療費の共同負担を実施することで、納付金ベースの統一を行う。 ○　完全統一に向けて検討が必要な項目について、本運営方針の期間中である 2029(令和 11)年度までに、一定の方向性を整理できるよう、県と市町村で議論を進める。 ○　納付金（保険料(税)）の算定に影響する項目について、順次検討を行う。また、県内の住所地に関わらず被保険者が同等のサービスを受けられる「受益の公平性」の観点から、保健事業や各種給付の統一については、順次検討を行い、「負担の公平性」と「受益の公平性」のいずれも保たれる制度を目指す。 ○　これまでの議論の状況や今後の議論の予定について、「保険料(税)水準の統一に向けたロードマップ」で示す。	（４）　統一の進め方 ○　2029 年度までに段階的に医療費指数反映係数α＝０とすること及び高額医療費の共同負担を実施することで、納付金ベースの統一を行う。 ○　完全統一の方針については、被保険者及び市町村に与える影響を総合的に検討し、納付金ベースの統一となる 2029 年度までに、一定の結論を出す。 ○　納付金（保険料(税)）の算定に影響するその他の項目については、順次検討を行う。また、県内の住所地に関わらず被保険者が同等のサービスを受けられる「受益の公平性」の観点から、保健事業や各種給付の統一については、順次検討を行い、将来的に、「負担の公平性」と「受益の公平性」のいずれも保たれる制度を目指す。 ○　これまでの議論の状況や今後の議論の予定について、「保険料(税)水準の統一に向けたロードマップ」で示す。	統一の今後の進め方について整理
（６）　留意事項 ○　統一に当たっては、被保険者への影響を考慮し、保険料(税)の急激な上昇を抑制するなどの措置について、十分な検討を行う。 ○　受益と負担の公平性の観点から、同じ保険料(税)負担の被保険者に対して、同じ保険給付等の被保険者向けサービスを提供していくことが重要であるため、保険料(税)水準の統一と同時並行で、国保事業の方針の統一についても議論する。 ○　医療費の適正化を通じ、市町村間の医療費水準の格差の解消に努める。 ○　地理的・社会的な環境など、地域ごとの差異を認識し、統一すべき水準について議論する。	（５）　留意事項 ○　統一に当たっては、被保険者への影響を考慮し、保険料(税)の急激な上昇を抑制するなどの措置について、十分な検討を行う。 ○　受益と負担の公平性の観点から、同じ保険料(税)負担の被保険者に対して、同じ保険給付等の被保険者向けサービスを提供していくことが重要であるため、保険料(税)水準の統一と同時並行で、国保事業の方針の統一についても議論する。 ○　医療費の適正化を通じ、市町村間の医療費水準の格差の解消に努める。 ○　地理的・社会的な環境など、地域ごとの差異を認識し、統一すべき水準について議論する。	

（７）　国が示す方針 ○　国保運営方針策定要領及び「保険料水準統一加速化プラン（第３版）（令和８年８月７日付け厚生労働省保険局国民健康保険課事務連絡。以下「加速化プラン（第３版）」という。）」において、原則として 2033(令和 15)年度までに完全統一を達成する方針が示されている。 【国保運営方針策定要領の抜粋】 ３．主な記載事項 （２）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 （趣旨） ○（略）保険料水準の完全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等の観点から必須の取組である。保険料水準の統一を進めることで、市町村ごとの医療費水準を保険料に反映させないこととなり、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の年度間の保険料の変動を抑えることができるほか、被保険者間の公平性の観点からも、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水準とすべきである。そのため、原則として、次期国保運営方針期間（令和12～17年度）の中間年度（令和15年度保険料算定）までに、全国の都道府県において「完全統一」を達成する。仮に、市町村間の保険料水準の乖離が著しいなど令和15年度保険料算定までの実現が困難な場合（※）にも、令和17年度（令和18年度保険料算定）までに確実に「完全統一」を達成する。 ※ 令和15年度保険料算定までの実現が困難な場合、その理由について、国に協議することとする。 （保険料水準の統一に向けた検討） ○　保険料水準の統一については、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とする「完全統一」と、各市町村の納付金にそれぞれの医療費水準を反映させない「納付金ベースの統一」の大きく２つの段階があるが、各都道府県においては、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、県内市町村における保険料変動が大きくならないよう、前もってそれぞれの統一の目標年度を定め、計画的に取組を進めることが重要である。 ○　令和７年度末時点で、半数以上の都道府県が「完全統一」の目標年度を設定していない状況であり、令和６年度以降を対象期間とする国保運営方針の中間見直しにおいて、令和 15 年度保険料算定までの達成を原則として「完全統一」の目標年度を記載する。	（６）　国が示す方針 ○　「国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法について（ガイドライン）」（令和３年９月 15 日付け保発 0915 第５号厚生労働省保険局長通知。以下「ガイドライン」という。）及び「保険料水準統一加速化プラン（令和５年 10 月 18 日付け厚生労働省保険局国民健康保険課事務連絡。以下「加速化プラン」という。）」において、将来的には保険料(税)水準の統一を目指すとされている。 【ガイドラインの抜粋】 ２．基本的考え方及び全体像 （１）基本的考え方 ア）全体像 ○　今回の改革により、都道府県も国保の保険者と位置づけられ、都道府県が市町村とともに国保の運営を担うことに伴い、都道府県内の保険料水準を統一すべきではないかとの意見もあったが、多くの地域では、都道府県内市町村間で医療費水準や保険料水準等に差異があり、また、保険料の算定方式のバラツキも見られる。そのため、都道府県内の保険料水準を平成30年度から一斉に統一させることは、多くの地域において、被保険者の保険料負担の急変を招くことが予想される。（略） ○　このように、多くの都道府県において、とりわけ新制度施行直後は、納付金の額を決定する際に医療費水準を反映することとされたが、都道府県内市町村の意見を十分踏まえつつ、将来的には、都道府県での保険料水準の統一を目指し、都道府県内の各地域で提供される医療サービスの均質化や医療費適正化の取り組み等を進めることが求められる。	国の策定要領改定及び加速化プラン（第３版）に基づき修正
【加速化プラン（第３版）の抜粋】 １．はじめに ○　国民健康保険は、加入者の年齢構成が高く医療費の水準が高いほか、所得水準が低く、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(税)（以下「保険料という」。）が変動し、財政運営が不安定になるという課題がある。 ２．保険料水準の統一の意義 ○　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（以下「納付金」という。）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	【加速化プランの抜粋】 １．はじめに ○　国民健康保険は、加入者の年齢構成が高く医療費の水準が高いほか、所得水準が低く、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(税)（以下「保険料という」。）が変動し、財政運営が不安定になるという課題がある。 ２．保険料水準の統一の意義 ○　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２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（以下「納付金」という。）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、医療費水準について、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り、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。 ※　受益と負担の公平性の観点から、同じ保険料負担の被保険者に対して、同じ保険給付等の被保険者向けサービスを提供していくことが重要であるため、保険料水準の統一と同時並行で、国保事業の方針を統一的に定めていく必要がある。 ３．保険料水準の統一の定義・納付金算定の流れ ○ 保険料水準の統一は、各市町村の納付金にそれぞれの医療費水準を反映させない「納付金ベースの統一」と、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となる「完全統一」の大きく２つの段階がある。 ※ 完全統一の場合は、納付金ベースの統一も達成している。 ○ 納付金ベースの統一、完全統一の具体的な定義（略）は以下のとおりである。 (1) 納付金ベースの統一 ① 定義 ○ 納付金ベースの統一は、各市町村の医療費水準の差によって、各市町村の納付金に差が生じない状態となっていることと定義する。 (2) 完全統一 ① 定義 ○ 完全統一は、都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成である世帯が、原則として同一の保険料負担となる状態と定義する。（略） ４．保険料水準の統一の進め方 ○　各都道府県においては、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、都道府県内の保険料水準の「完全統一」を目指すこととし、その過程において、各市町村の納付金に各市町村の医療費水準を反映させない「納付金ベースの統一」から実施していくことが考えられる。 ５．保険料水準の統一のスケジュール ○　都道府県内の保険料水準の「完全統一」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等の観点から必須の取組である。そのため、原則として、次期国保運営方針期間（令和 12～17 年度）の中間年度（令和 15 年度保険料算定）までに、全国の都道府県において「完全統一」を達成する。仮に、市町村間の保険料水準の乖離が著しいなど令和 15 年度保険料算定までの実現が困難な場合（※）にも、令和 17 年度（令和 18 年度保険料算定）までに確実に「完全統一」を達成する。 ※ 令和 15 年度保険料算定までの実現が困難な場合、その理由について、国に協議するこ		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、医療費水準について、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り、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。 ※　受益と負担の公平性の観点から、同じ保険料負担の被保険者に対して、同じ保険給付等の被保険者向けサービスを提供していくことが重要であるため、保険料水準の統一と同時並行で、国保事業の方針を統一的に定めていく必要がある。 ３．保険料水準の統一の定義・納付金算定の流れ ○　保険料水準の統一については、各市町村の納付金にそれぞれの医療費水準を反映させない「納付金（算定基礎額）ベースにおける統一（以下「納付金ベースの統一」という。）」と、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とする「完全統一」の大きく２つの手法が考えられる。 ※　完全統一の場合は、納付金ベースの統一も達成している。 ４．保険料水準の統一の進め方 ○　各都道府県においては、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、都道府県内の保険料水準の「完全統一」を目指すこととし、その過程において、各市町村の納付金に各市町村の医療費水準を反映させない「納付金ベースの統一」から実施していくことが考えられる。 ５．保険料水準の統一のスケジュール ○　将来的には、都道府県内の保険料水準を「完全統一」することを見据え、まずは、保険料水準の統一に向けた取組を加速化させる次期国保運営方針期間中（令和６年度～11 年度（令和 12 年度保険料算定まで））に、都道府県における「納付金ベースの統一」を目指す。	

ととする。 ○　また、「完全統一」を進めるためには、その前提として「納付金ベースの統一」を行う必要があり、現行の国保運営方針期間中（令和６年度～11 年度（令和 12 年度保険料算定まで））に、全国の都道府県において早急に「納付金ベースの統一」を行うことが求められる。 ○　国としては、令和７年度末時点で、半数以上の都道府県が「完全統一」の目標年度を設定していない状況を早急に解消すべきと考えており、都道府県における目標年度設定の実効性を高めるための方策を講じるとともに、該当する都道府県においては、現行の国保運営方針の中間見直しにおいて、令和 15 年度保険料算定までの達成を原則として、目標年度の設定を行うこととする。		
３　標準的な保険料算定方法	**３　標準的な保険料算定方法**	
（１）納付金の算定 ア　医療費水準の反映（医療費指数反映係数αの設定） 本県においては、制度改正当初から、医療費指数反映係数αを１として納付金の算定を行ってきた。 その後、保険料（税）水準の統一に向けて、医療費指数を納付金の算定に反映しないこと（α＝０）について、市町村と議論を進め、α＝０とすることとなった。 ただし、納付金への影響を緩和するため、段階的にαを０に近づけていくこととし、2025(令和７)年度の納付金から毎年度 0.2 ずつ引き下げを行い、2029(令和 11)年度からα＝０として、納付金の算定を行う。 また、受益と負担の公平性確保の観点から、医療費指数が容認すべき格差（※）の範囲を下回る市町村に対しては、α＝０となる 2029(令和 11)年度まで差額補填（インセンティブ）を行う。 その後は、保険料（税）水準の完全統一に向けた措置を 2032(令和 14)年度まで実施する。 (※) 医療費指数の格差は是正されることが望ましいが、完全に解消することは現実的でなく、一定の考え方に基づく基準を定め、解消を目指す。この基準を「容認すべき格差」とし、当面は県内において一般的な状況と考えられる（大部分の市町村がその範囲内に入る）1.10 倍の範囲とする。 なお、医療費指数の分布に著しい変化があった場合等においては、範囲を見直す場合がある。 (考え方) ○　医療費指数を納付金の算定に反映しないこと（α＝０）で年度間の保険料（税）の変動を抑制し、安定的な財政運営を確保する。	（１）納付金の算定 ア　医療費水準の反映（医療費指数反映係数αの設定） 国が示すガイドラインでは、県内市町村間で医療費水準に差異がある場合、年齢調整後の医療費指数（以下「医療費指数」という。）を納付金の算定に反映することが考えられる（α＝１）とされている。このため、本県においては、制度改正当初から、医療費指数反映係数αを１として納付金の算定を行ってきた。 一方で、「将来的には保険料(税)水準の統一を目指す」とされていることから、医療費指数を納付金の算定に反映しないこと（α＝０）について、市町村と議論を進め、α＝０とすることとなった。 ただし、納付金への影響を緩和するため、段階的にαを０に近づけていくこととし、2025 年度の納付金から毎年度 0.2 ずつ引き下げを行い、2029 年度からα＝０として、納付金の算定を行う。 また、受益と負担の公平性確保の観点から、医療費指数が容認すべき格差（※）の範囲を下回る市町村に対しては、差額補填（インセンティブ）を行う。 (※) 医療費指数の格差は是正されることが望ましいが、完全に解消することは現実的でなく、一定の考え方に基づく基準を定め、解消を目指す。この基準を「容認すべき格差」とし、当面は県内において一般的な状況と考えられる（大部分の市町村がその範囲内に入る）1.10 倍の範囲とする。 なお、医療費指数の分布に著しい変化があった場合等においては、範囲を見直す場合がある。 (考え方) ○　医療費指数を納付金の算定に反映しないこと（α＝０）で年度間の保険料（税）の変動を抑制し、安定的な財政運営を確保する。	国の納付金算定に係るガイドラインの改定に伴い記載内容を修正 「差額補填（インセンティブ）の終期」及び「保険料（税）水準の統一化に向けた措置」について追記
イ　高額医療費の共同負担 2025(令和７)年度から、各市町村で発生した高額医療費（国民健康保険事業費納付金の徴収に関する条例に定める額を超える部分の医療費）を県全体で平均化して医療費指数を算出することにより、高額医療費発生による影響を緩和する。 (考え方) ○　偶発的に発生する高額医療費の負担を県全体で分かち合うことは、保険料（税）水準の統一や国保運営の県単位化の意義と合致する。	イ　高額医療費の共同負担 2025 年度から、各市町村で発生した高額医療費（１件あたり 80 万円を超える部分の医療費）を県全体で平均化して医療費指数を算出することにより、高額医療費発生による影響を緩和する。 (考え方) ○　偶発的に発生する高額医療費の負担を県全体で分かち合うことは、保険料（税）水準の統一や国保運営の県単位化の意義と合致する。	高額医療費の共同負担の対象となる金額については、県条例で定めていることを踏まえ、記載内容を修正

ウ　所得水準の反映（所得係数βの設定）

公平・適切な保険料(税)負担となるよう、全国平均の被保険者１人当たりの所得額における本県の所得額の水準に応じた所得係数βを原則とする。

(考え方)

○　本県の場合、所得水準が全国平均より高いため、所得水準の低い市町村に過度の応益割分の納付金負担が課せられることのないよう、原則どおりβとする。

エ　賦課限度額

賦課限度額は、納付金及び市町村標準保険料率を算定する時点における政令基準を基本に設定する。

(考え方)

○　現在多くの市町村が政令基準どおりに設定している。

○　市町村が保険料（税）率の賦課決定を行うにあたり、県は公平性の観点から、従来から政令基準どおりに設定するよう助言してきた。

オ　所得(応能)シェアと人数(応益)シェアにおける各配分指数

医療給付費分、後期高齢者支援金等分、介護納付金分、子ども・子育て支援納付金分の全ての区分において、それぞれのシェアにおける配分指数を次のとおり設定する。

所得（応能）シェア		人数（応益）シェア	
所得割指数	資産割指数	均等割指数	平等割指数
100	0	100	0

(考え方)

○　所得（応能）シェアについては、「国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法について（ガイドライン）」（令和８年１月 15 日付け保発 0115 第 15 号厚生労働省保険局長通知。以下「ガイドライン」という。）において、標準的な保険料算定方式が４方式の場合にのみ資産割指数を用いることが可能となっている。

○　人数（応益）シェアについては、世帯数（平等割指数）は次の理由から、算定要素から除くのが妥当である。

・　保険給付費に影響を与えないため。

・　現行の国の普通調整交付金による財政力不均衡調整や、保険財政安定化事業による保険者間調整において、世帯数は考慮されていないため。

・　平等割指数の有無で、納付金算定の試算結果に大きな差は見られない。

○　区分（医療・後期・介護・子ども）ごとに異なるパターンを採用する理由がない。

（２）　市町村標準保険料率の算定

ア　標準的な保険料算定方式

県が示す市町村標準保険料率の算定方式については、医療給付費分、後期高齢者支援金等分、介護納付金分、子ども・子育て支援納付金分の全ての区分において、３方式とする。

(考え方)

○　医療・後期・介護・子どもにおいて、それぞれ異なる算定方式を採用することも可能であるが、県内のうち１市１町を除く52市町村において統一した賦課方式を採用しているため、県が示す標準保険料率においては、全ての区分において統一する。

○　県内市町村において、現時点では３方式が最も多い。

ウ　所得水準の反映（所得係数βの設定）

公平・適切な保険料(税)負担となるよう、全国平均の被保険者１人当たりの所得額における本県の所得額の水準に応じた所得係数βを原則とする。

(考え方)

○　本県の場合、所得水準が全国平均より高いため、所得水準の低い市町村に過度の応益割分の納付金負担が課せられることのないよう、原則どおりβとする。

エ　賦課限度額

賦課限度額は、納付金及び市町村標準保険料率を算定する時点における政令基準を基本に設定する。

(考え方)

○　現在多くの市町村が政令基準どおりに設定している。

○　市町村が保険料（税）率の賦課決定を行うにあたり、県は公平性の観点から、従来から政令基準どおりに設定するよう助言してきた。

オ　所得(応能)シェアと人数(応益)シェアにおける各配分指数

医療給付費分、後期高齢者支援金等分、介護納付金分の全ての区分において、それぞれのシェアにおける配分指数を次のとおり設定する。

所得（応能）シェア		人数（応益）シェア	
所得割指数	資産割指数	均等割指数	平等割指数
100	0	100	0

(考え方)

○　所得（応能）シェアについては、ガイドラインにおいて、標準的な保険料算定方式が４方式の場合にのみ資産割指数を用いることが可能となっている。

○　人数（応益）シェアについては、世帯数（平等割指数）は次の理由から、算定要素から除くのが妥当である。

・　保険給付費に影響を与えないため。

・　現行の国の普通調整交付金による財政力不均衡調整や、保険財政安定化事業による保険者間調整において、世帯数は考慮されていないため。

・　平等割指数の有無で、納付金算定の試算結果に大きな差は見られない。

○　区分（医療・後期・介護）ごとに異なるパターンを採用する理由がない。

（２）　市町村標準保険料率の算定

ア　標準的な保険料算定方式

県が示す市町村標準保険料率の算定方式については、医療給付費分、後期高齢者支援金等分、介護納付金分の全ての区分において、３方式とする。

(考え方)

○　医療・後期・介護において、それぞれ異なる算定方式を採用することも可能であるが、県内のうち１市１町を除く52市町村において統一した賦課方式を採用しているため、県が示す標準保険料率においては、全ての区分において統一する。

○　県内市町村において、現時点では３方式が最も多い。

国の策定要領改定に基づき、子ども・子育て支援納付金分について追記

国の策定要領改定に基づき、子ども・子育て支援納付金分について追記

イ　標準的な収納率

標準的な収納率は、医療給付費分、後期高齢者支援金等分、介護納付金分、子ども・子育て支援納付金分の全ての区分において、市町村規模別を基本に、次の方法により設定する。

市町村規模別区分（※１）	設定方法
１万人未満	規模別区分ごとに算定した現年度分収納率の直近過去３か年度分の平均収納率とする。ただし、10 万人以上の区分は該当が１市のみのため、他の区分との整合を保つよう設定（※２）する。
１万人以上５万人未満	
５万人以上 10 万人未満	
10 万人以上	

※１．算定年度における平均被保険者数（一般被保険者）により区分する。
※２．５万人以上の区分に含め算定した平均収納率とする。

（考え方）

○　収納率の実態を踏まえた水準により設定する必要があるが、収納努力に対するインセンティブが働くよう、市町村規模別に一定の収納率を設定する。

○　標準的な収納率より実際の収納率が低い市町村は、県が示す市町村標準保険料率より実際の保険料（税）率を高く設定する必要が生じる。また、標準的な収納率より実際の収納率が高い市町村は、県が示す市町村標準保険料率より実際の保険料（税）率を低く設定できるメリットが生じる。

ウ　標準的な賦課割合（所得割指数、資産割指数、均等割指数、平等割指数）

市町村標準保険料率を算定する際のそれぞれの配分指数は、医療給付費分、後期高齢者支援金等分、介護納付金分、子ども・子育て支援納付金分の全ての区分において、次のとおりとする。

所得（応能）シェア		人数（応益）シェア	
所得割指数	資産割指数	均等割指数	平等割指数
100	0	70	30

（考え方）

○　所得（応能）シェアについては、ガイドラインにおいて、標準的な保険料算定方式が３方式の場合、資産割指数を０として計算することになっている。

○　人数（応益）シェアについては、納付金の算定における配分指数の考え方とは異なり、実態を踏まえた水準を設定する必要があることから、制度改正前の政令基準における３方式の標準割合を基本として設定する。

○　区分（医療・後期・介護・子ども）ごとに異なるパターンを採用する理由がない。

４　保険料（税）水準の統一に向けたロードマップ

（本資料の最後に添付）

イ　標準的な収納率

標準的な収納率は、医療給付費分、後期高齢者支援金等分、介護納付金分の全ての区分において、市町村規模別を基本に、次の方法により設定する。

市町村規模別区分（※１）	設定方法
１万人未満	規模別区分ごとに算定した現年度分収納率の直近過去３か年度分の平均収納率とする。ただし、10 万人以上の区分は該当が１市のみのため、他の区分との整合を保つよう設定（※２）する。
１万人以上５万人未満	
５万人以上 10 万人未満	
10 万人以上	

※１．算定年度における平均被保険者数（一般被保険者）により区分する。
※２．５万人以上の区分に含め算定した平均収納率とする。

（考え方）

○　収納率の実態を踏まえた水準により設定する必要があるが、収納努力に対するインセンティブが働くよう、市町村規模別に一定の収納率を設定する。

○　標準的な収納率より実際の収納率が低い市町村は、県が示す市町村標準保険料率より実際の保険料（税）率を高く設定する必要が生じる。また、標準的な収納率より実際の収納率が高い市町村は、県が示す市町村標準保険料率より実際の保険料（税）率を低く設定できるメリットが生じる。

ウ　標準的な賦課割合（所得割指数、資産割指数、均等割指数、平等割指数）

市町村標準保険料率を算定する際のそれぞれの配分指数は、医療給付費分、後期高齢者支援金等分、介護納付金分の全ての区分において、次のとおりとする。

所得（応能）シェア		人数（応益）シェア	
所得割指数	資産割指数	均等割指数	平等割指数
100	0	70	30

（考え方）

○　所得（応能）シェアについては、ガイドラインにおいて、標準的な保険料算定方式が３方式の場合、資産割指数を０として計算することになっている。

○　人数（応益）シェアについては、納付金の算定における配分指数の考え方とは異なり、実態を踏まえた水準を設定する必要があることから、制度改正前の政令基準における３方式の標準割合を基本として設定する。

○　区分（医療・後期・介護）ごとに異なるパターンを採用する理由がない。

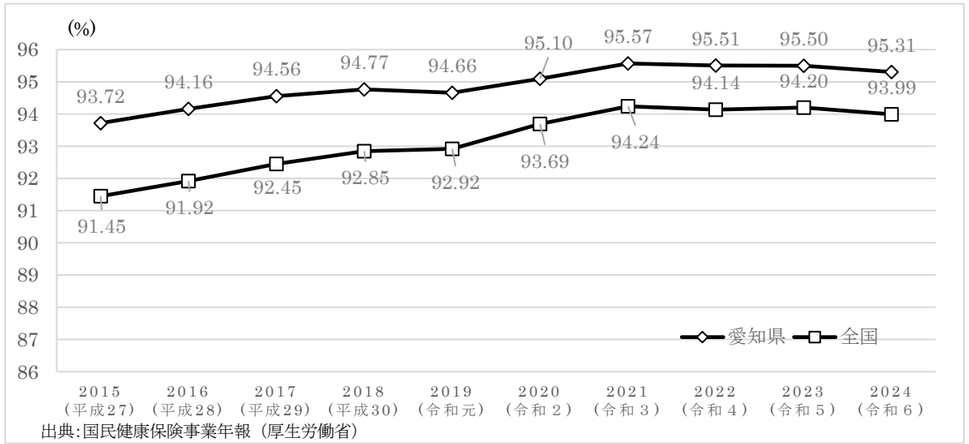
４　保険料（税）水準の統一に向けたロードマップ

第３期愛知県国民健康保険運営方針の中間見直し（案）新旧対照表

第３章　市町村における保険料（税）の徴収の適正な実施に関する事項

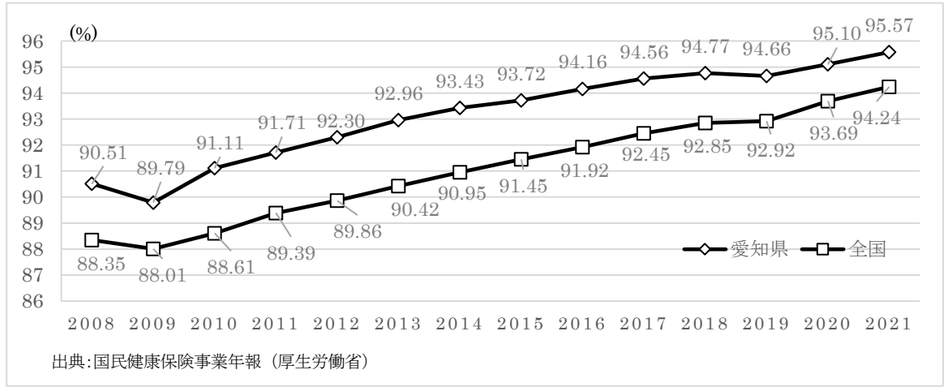
見直し後	現行	修正理由
本章では、市町村が収納率を向上させ、必要な保険料（税）を徴収することができるよう、その徴収事務の適正な実施のため取り組む事項等について定める。	本章では、市町村が収納率を向上させ、必要な保険料（税）を徴収することができるよう、その徴収事務の適正な実施のため取り組む事項等について定める。	
１　現状	**１　現状**	
（１）保険料(税)収納率の推移 2024(令和６)年度における本県の収納率は、現年度分で95.31%と、前年度と比較して0.19ポイント下回っている。本県の収納率は、2021(令和３)年度以降、全体としては下降傾向にある。全国平均との比較では、1.32ポイント上回っており、全国順位は18位(前年度18位)となっている。 また、滞納繰越分は25.46%と、前年度と比較して0.28ポイント下回っている。2021(令和３)年度以降は横ばいの傾向にある。2024(令和６)年度は全国平均と比較して0.65ポイント上回り、全国順位は17位(前年度15位)となっている。	（１）保険料(税)収納率の推移 2021年度における本県の収納率は、現年度分で95.57%と、前年度と比較して0.47ポイント上回っている。本県の収納率は、2019年度に一度下降したものの、全体としては上昇傾向にある。全国平均との比較では、1.33ポイント上回っており、全国順位は18位(前年度18位)となっている。 また、滞納繰越分は24.19%と、前年度と比較して0.24ポイント上回っている。2020年度に下降したものの、2021年度は上昇に転じている。2021年度は全国平均と比較して0.47ポイント上回り、全国順位は17位(前年度25位)となっている。	時点修正

図３－１　保険料(税)収納率の推移（現年度分）



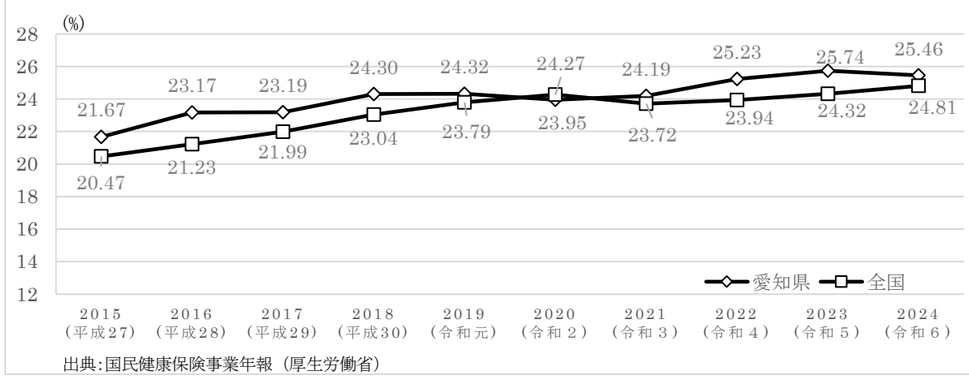
出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

図３－１　保険料(税)収納率の推移（現年度分）



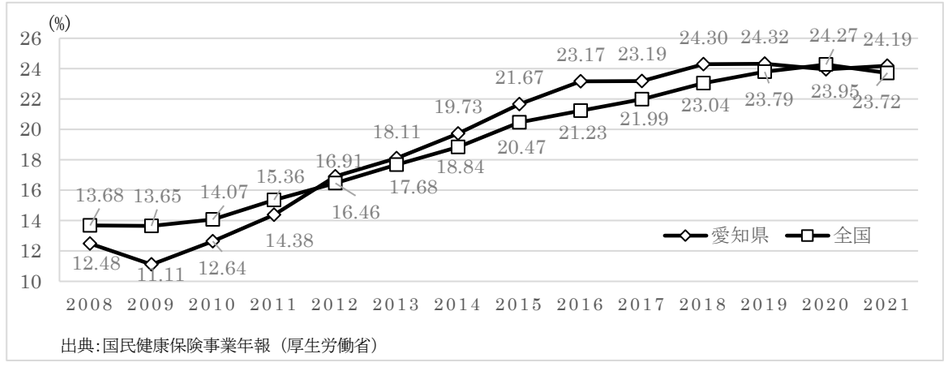
出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

図３－２　保険料(税)収納率の推移（滞納繰越分）



出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

図３－２　保険料(税)収納率の推移（滞納繰越分）



出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

（２）納付方法別世帯割合の推移

県内の全世帯数に占める納付方法別世帯割合の推移を見てみると、年金天引きとなる特別徴収の世帯割合は、2025（令和７）年度末で8.0%であり、口座振替の世帯割合は、57.9%といずれも前年度と同水準にある。

表３－１　納付方法別世帯割合の推移

	世帯数	口振振替		特別徴収		自主納付	
		世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
2023(令和5)年度	844,602	511,701	60.6%	75,751	9.0%	257,150	30.4%
2024(令和6)年度	803,494	488,794	60.8%	69,016	8.6%	245,684	30.6%
2025(令和7)年度	815,385	471,896	57.9%	64,925	8.0%	278,564	34.2%

出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）［各年度3月31日時点］　(注)2025(令和7)年度は速報値

（３）滞納世帯数等の推移

保険料（税）を滞納している世帯数については、2026（令和８）年６月１日時点で70,084世帯であり、全世帯数の8.6%で、その割合は年々増加している。また、全世帯数に占める短期被保険者証の交付割合及び被保険者資格証明書の交付割合は、2026（令和８）年度に０％となり、特別療養費の対象世帯数が0.0521%と増加している。

表３－２　滞納世帯数等の推移

	世帯数 ①	滞納世帯数 ②	割合 ②/①	短期被保険者証		被保険者資格証明書		特別療養費	
				交付世帯数 ③	割合 ③/①	交付世帯数 ④	割合 ④/①	対象世帯数 ⑤	割合 ⑤/①
2024 (令和6)年度	850,752	59,958	7.0%	11,411	1.3%	61	0.007%	—	—
2025 (令和7)年度	834,245	69,206	8.3%	1,959	0.2%	33	0.004%	2	0.0002%
2026 (令和8)年度	813,838	70,084	8.6%	0	0.0%	0	0.000%	424	0.0521%

出典：予算関係等資料（厚生労働省）［各年度6月1日時点］（注)2026(令和8)年度は速報値

（４）収納対策の実施状況

県内の市町村における主な収納対策の実施状況については、次の表３－３のとおりとなっている。

表３－３　県内市町村における主な収納対策の実施状況

主な収納対策		実施市町村数	実施割合(%)
要綱（緊急プラン、収納マニュアル等を含む）の作成		38	70.4
収納対策の充実	滞納整理機構の活用	22	40.7
	収納対策研修の実施	41	75.9
	税の専門家の配置（嘱託等含む）	21	38.9
	コールセンターの設置	12	22.2
徴収方法改善等	コンビニ収納	50	92.6
	多重債務相談の実施	31	57.4
	口座振替の原則化	27	50.0
	ﾏﾙﾁﾍﾟｲﾒﾝﾄﾈｯﾄﾜｰｸｼｽﾃﾑを利用した口座振替の推進	18	33.3
滞納処分	財産調査の実施	53	98.1
	差押えの実施	53	98.1
	捜索の実施	33	61.1
	インターネット公売の活用	28	51.9
	タイヤロックの実施	26	48.1

出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）［2026(令和8)年9月1日時点］(注）速報値

（２）納付方法別世帯割合の推移

県内の全世帯数に占める納付方法別世帯割合の推移を見てみると、年金天引きとなる特別徴収の世帯割合は、2022年度末で9.3%であり、口座振替の世帯割合は、60.7%といずれも前年度と同水準にある。

表３－１　納付方法別世帯割合の推移

	世帯数	口振振替		特別徴収		自主納付	
		世帯数	割合	世帯数	割合	世帯数	割合
2020年度	925,086	560,547	60.6%	89,682	9.7%	274,055	29.6%
2021年度	907,753	554,001	61.0%	89,054	9.8%	264,591	29.1%
2022年度	875,401	531,005	60.7%	81,601	9.3%	262,700	30.0%

出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）［各年度3月31日時点］　(注)2022年度は速報値

（３）滞納世帯数等の推移

保険料（税）を滞納している世帯数については、2023年６月１日時点で72,807世帯であり、全世帯数の8.1%で、その割合は年々減少している。また、全世帯数に占める短期被保険者証の交付割合は2.0%、被保険者資格証明書の交付割合は、2023年度に0.003%と過去３年で最も低くなっている。

表３－２　滞納世帯数等の推移

	世帯数 ①	滞納世帯数 ②	割合 ②/①	短期被保険者証		被保険者資格証明書	
				交付世帯数 ③	割合 ③/①	交付世帯数 ④	割合 ④/①
2021年度	937,769	83,257	8.9%	21,476	2.3%	285	0.030%
2022年度	919,275	78,761	8.6%	16,433	1.8%	176	0.019%
2023年度	903,681	72,807	8.1%	18,231	2.0%	23	0.003%

出典：予算関係等資料（厚生労働省）［各年度6月1日時点］（注)2023年度は速報値

（４）収納対策の実施状況

県内の市町村における主な収納対策の実施状況については、次の表３－３のとおりとなっている。

表３－３　県内市町村における主な収納対策の実施状況

主な収納対策		実施市町村数	実施割合(%)
要綱（緊急プラン、収納マニュアル等を含む）の作成		35	64.8
収納対策の充実	滞納整理機構の活用	18	33.3
	収納対策研修の実施	40	74.1
	税の専門家の配置（嘱託等含む）	23	42.6
	コールセンターの設置	11	20.4
徴収方法改善等	コンビニ収納	50	92.6
	多重債務相談の実施	33	61.1
	口座振替の原則化	24	44.4
	ﾏﾙﾁﾍﾟｲﾒﾝﾄﾈｯﾄﾜｰｸｼｽﾃﾑを利用した口座振替の推進	13	24.1
滞納処分	財産調査の実施	52	96.3
	差押えの実施	51	94.4
	捜索の実施	36	66.7
	インターネット公売の活用	33	61.1
	タイヤロックの実施	29	53.7

出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）［2022年9月1日時点］

時点更新

時点更新

時点更新

２　収納対策（収納率目標）

各市町村における収納率を向上させる観点から、収納率の実態を踏まえつつ、次のとおり設定する。

なお、2027（令和９）年度から 2029（令和 11）年度までの３年間の収納率目標については、2026（令和８）年度に中間評価を実施し、県と市町村で協議のうえ、設定するとしていた。このため、本県の現年度分収納率の過去３年間の平均伸び率がマイナスとなる現状を踏まえ、2027（令和９）年度から2029（令和 11）年度までの３年間については、2026（令和８）年度の目標収納率を据え置くものとする。

表3－4　市町村規模別収納率目標

市町村規模別区分（前々年度被保険者数）	第3期			
	2024（令和６）年度	2025（令和７）年度	2026（令和８）年度	2027(令和９)～2029(令和11)年度
1万人未満	96.20%	96.40%	96.60%	96.60%
1万人以上5万人未満	95.20%	95.40%	95.60%	95.60%
5万人以上10万人未満	94.20%	94.40%	94.60%	94.60%
10万人以上	93.20%	93.40%	93.60%	93.60%

（注）1.収納率は、小数点第2位（小数点第3位を四捨五入）
2.市町村規模別区分は、収納率目標の対象となる年度の前々年度の平均被保険者数(※)によるものとする。
(※)一般被保険者＋退職被保険者

〈参考〉第１期及び第２期の収納率目標

市町村規模別区分（前々年度被保険者数）	国保運営方針			
	第1期			第2期
	2018（平成30）年度	2019（令和元）年度	2020（令和２）年度	2021(令和３)～2023(令和５)年度
1万人未満	95.00%	95.50%	96.00%	96.00%
1万人以上5万人未満	94.00%	94.50%	95.00%	95.00%
5万人以上10万人未満	93.00%	93.50%	94.00%	94.00%
10万人以上	92.00%	92.50%	93.00%	93.00%

参考として、国保運営方針(第１～３期)の収納率目標の設定手順及び直近の市町村規模別収納率実績を示す。

《収納率目標の設定手順》	
第１期	①　収納対策は、被保険者数が多くなるにつれ困難さが増す状況にあると考えられることから、次の４区分の保険者規模別に設定する。[10 万人以上、５万人以上 10 万人未満、１万人以上５万人未満、１万人未満] ②　収納率目標は、現年度分収納率（一般＋退職）とする。 ③　①の４区分のうち、市町村数の最も多い区分は「１万人以上５万人未満」であることから、当該区分の収納率目標を基準として、市町村規模に応じて目標値を増減する。 ④　財政安定化支援方針の「１万人以上５万人未満」の区分における 2017（平成29）年度の収納率目標は 93.5%である。同区分の過去３か年の平均伸び率は、約 0.5%程度であるため、毎年度 0.5 ポイント上昇するとして、2018（平成 30）年度から 2020（令和２）年度までの目標を設定する。

２　収納対策（収納率目標）

各市町村における収納率を向上させる観点から、収納率の実態を踏まえつつ、次のとおり設定する。

なお、2027 年度から 2029 年度までの３年間の収納率目標については、2026 年度に中間評価を実施し、県と市町村で協議のうえ、設定する。

表3－4　市町村規模別収納率目標

市町村規模別区分	第3期			
	2024年度	2025年度	2026年度	2027～2029年度
1万人未満	96.20%	96.40%	96.60%	中間評価を実施し、設定する
1万人以上5万人未満	95.20%	95.40%	95.60%	
5万人以上10万人未満	94.20%	94.40%	94.60%	
10万人以上	93.20%	93.40%	93.60%	

（注）1.収納率は、小数点第2位（小数点第3位を四捨五入）
2.市町村規模別区分は、収納率目標の対象となる年度の前々年度の平均被保険者数(※)によるものとする。
(※)一般被保険者＋退職被保険者

〈参考〉第１期及び第２期の収納率目標

市町村規模別区分	国保運営方針			
	第1期			第2期
	2018年度	2019年度	2020年度	2021～2023年度
1万人未満	95.00%	95.50%	96.00%	96.00%
1万人以上5万人未満	94.00%	94.50%	95.00%	95.00%
5万人以上10万人未満	93.00%	93.50%	94.00%	94.00%
10万人以上	92.00%	92.50%	93.00%	93.00%

参考として、国保運営方針(第１期)の収納率目標の設定手順及び直近の市町村規模別収納率実績を示す。

《収納率目標の設定手順》
①　収納対策は、被保険者数が多くなるにつれ困難さが増す状況にあると考えられることから、次の４区分の保険者規模別に設定する。[10 万人以上、５万人以上 10 万人未満、１万人以上５万人未満、１万人未満] ②　収納率目標は、現年度分収納率（一般＋退職）とする。 ③　①の４区分のうち、市町村数の最も多い区分は「１万人以上５万人未満」であることから、当該区分の収納率目標を基準として、市町村規模に応じて目標値を増減する。 ④　財政安定化支援方針の「１万人以上５万人未満」の区分における 2017 年度の収納率目標は 93.5%である。同区分の過去３か年の平均伸び率は、約 0.5%程度であるため、毎年度 0.5 ポイント上昇するとして、2018 年度から 2020 年度までの目標を設定する。

収納率目標の設定方法見直しによる修正
表内に「前々年度被保険者数」の文言を追加

第２期・第３期の収納率目標の設定方法の追記

	⑤　その他の区分については、市町村規模に応じて１区分ごとに 1.00 ポイントを増減する。
第２期	新型コロナウイルスの影響を鑑みて、2020（令和２）年度の収納率目標を据え置く。
第３期	①　収納対策は、被保険者数が多くなるにつれ困難さが増す状況にあると考えられることから、次の４区分の保険者規模別に設定する。［10 万人以上、５万人以上 10 万人未満、１万人以上５万人未満、１万人未満］ ②　収納率目標は、現年度分収納率（一般＋退職）とする。 ③　①の４区分のうち、市町村数の最も多い区分は「１万人以上５万人未満」であることから、当該区分の収納率目標を基準として、市町村規模に応じて目標値を増減する。 ④　第２期運営方針の「１万人以上５万人未満」の区分における 2023（令和５）年度の収納率目標は 95.0％である。同区分の過去３か年の平均伸び率は、約 0.21％程度であるため、毎年度 0.2 ポイント上昇するとして、2024（令和６）年度から 2026（令和８）年度までの目標を設定する。 ⑤　その他の区分については、市町村規模に応じて１区分ごとに 1.00 ポイントを増減する。 ⑥　2027（令和９）年度から 2029（令和 11）年度までの３年間の収納率目標については、2029（令和 11）年度に中間評価を実施し、県と市町村で協議のうえ、設定する。

表3－5　市町村規模別の収納率実績

市町村規模別区分（前々年度被保険者数）	区分	現年度分収納率（一般＋退職） 2022年度（令和4年度） 市町村数	2022年度（令和4年度） 実績値	2023年度（令和5年度） 市町村数	2023年度（令和5年度） 実績値	2024年度（令和6年度） 市町村数	2024年度（令和6年度） 実績値	2025年度（令和7年度） 市町村数	2025年度（令和7年度） 速報値	過去3か年平均伸び率
1万人未満	収納率	21	95.32%	22	95.19%	22	95.15%	23	95.15%	－
	上昇ポイント		0.02		△ 0.13		△ 0.04		0.00	△ 0.06
1万以上5万人未満	収納率	27	95.22%	26	95.20%	26	95.13%	25	95.05%	－
	上昇ポイント		△ 0.13		△ 0.02		△ 0.07		△ 0.08	△ 0.06
5万以上10万人未満	収納率	5	94.47%	5	94.52%	5	94.28%	5	94.24%	－
	上昇ポイント		0.11		0.05		△ 0.24		△ 0.04	△ 0.08
10万人以上	収納率	1	96.72%	1	96.67%	1	96.32%	1	95.90%	－
	上昇ポイント		△ 0.17		△ 0.05		△ 0.35		△ 0.42	△ 0.27

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

（注）1.「収納率」は、2024(令和6)年度までは実績値、2025年(令和7)度は速報値。

2.市町村規模別区分ごとの収納率は、対象年度の前々年度の平均被保険者数（一般被保険者＋退職被保険者）により算出。

⑤　その他の区分については、市町村規模に応じて１区分ごとに 1.00 ポイントを増減する。

表3－5　市町村規模別の収納率実績

市町村規模別区分	区分	現年度分収納率（一般＋退職） 2019年度 市町村数	2019年度 実績値	2020年度 市町村数	2020年度 実績値	2021年度 市町村数	2021年度 実績値	2022年度 市町村数	2022年度 速報値	過去3か年平均伸び率
1万人未満	収納率	18	94.74%	19	95.39%	21	95.30%	21	95.32%	－
	上昇ポイント		0.19		0.65		△ 0.09		0.02	0.19
1万以上5万人未満	収納率	30	94.58%	29	94.93%	27	95.35%	27	95.22%	－
	上昇ポイント		△ 0.06		0.35		0.42		△ 0.13	0.21
5万以上10万人未満	収納率	5	93.38%	5	93.77%	5	94.36%	5	94.47%	－
	上昇ポイント		0.08		0.39		0.59		0.11	0.36
10万人以上	収納率	1	95.75%	1	96.34%	1	96.89%	1	96.72%	－
	上昇ポイント		△ 0.39		0.59		0.55		△ 0.17	0.32

出典：国民健康保険事業年報（厚生労働省）

（注）1.「収納率」は、2021年度までは実績値、2022年度は速報値。

2.市町村規模別区分ごとの収納率は、対象年度の前々年度の平均被保険者数（一般被保険者＋退職被保険者）により算出。

時点更新

３　収納対策（収納対策の充実に資する取組）

保険料（税）を適正に賦課・徴収することは、国保の安定的な財政運営の大前提となるため、各市町村は、収納率の実態と収納率目標を踏まえた収納対策を引き続き行うこととなる。

なお、市町村における収納対策は、それぞれの実情に応じた取組により行われているため、同程度の規模の市町村であっても収納率には格差が生じている。

このため、収納率が目標を大きく下回っている市町村に対しては、まずは達成可能な中間目標となる基準を設定し、段階的な収納率の向上を図っていく。

３　収納対策（収納対策の充実に資する取組）

保険料（税）を適正に賦課・徴収することは、国保の安定的な財政運営の大前提となるため、各市町村は、収納率の実態と収納率目標を踏まえた収納対策を引き続き行うこととなる。

なお、市町村における収納対策は、それぞれの実情に応じた取組により行われているため、同程度の規模の市町村であっても収納率には格差が生じている。

このため、収納率が目標を大きく下回っている市町村に対しては、まずは達成可能な中間目標となる基準を設定し、段階的な収納率の向上を図っていく。

（１）　収納不足市町村等

収納率が低く、収納不足が生じている市町村については、表３－６に定める市町村規模別収納率に応じて、収納不足市町村と準収納不足市町村に分けて整理する。

ア　収納不足市町村

現年度分収納率が、表３－６の「収納不足市町村」欄に定める市町村規模別区分ごとの割合(注)である市町村

注　国民健康保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令(昭和38年厚生省令第10号)
国普通調整交付金の減額対象となる収納割合に基づく(2018(平成30)年３月16日廃止)

イ　準収納不足市町村

現年度分収納率が、表３－６の「準収納不足市町村」欄に定める市町村規模別区分ごとの割合（収納率目標とアで定めた収納率の中間値）である市町村（アの市町村を除く）

表3－6　収納率(税)が低く、収納不足が生じている市町村となる現年度分収納率基準

ア　収納不足市町村

市町村規模別区分(前々年度被保険者数)／収納率目標時期	１万人未満	１万人以上５万人未満	５万人以上10万人未満	10万人以上
第1期(参考)	92.00%未満	91.00%未満	90.00%未満	89.00%未満
第２期(参考)	92.00%未満	91.00%未満	90.00%未満	89.00%未満
第3期	92.00%未満	91.00%未満	90.00%未満	89.00%未満

イ　準収納不足市町村

市町村規模別区分(前々年度被保険者数)／収納率目標時期		１万人未満	１万人以上５万人未満	５万人以上10万人未満	10万人以上
第１期(参考)	2018(平成30)年度	93.50%未満	92.50%未満	91.50%未満	90.50%未満
	2019(令和元)年度	93.75%未満	92.75%未満	91.75%未満	90.75%未満
	2020(令和２)年度	94.00%未満	93.00%未満	92.00%未満	91.00%未満
第２期	(参考)	94.00%未満	93.00%未満	92.00%未満	91.00%未満
第３期	2024(令和６)年度	94.10%未満	93.10%未満	92.10%未満	91.10%未満
	2025(令和７)年度	94.20%未満	93.20%未満	92.20%未満	91.20%未満
	2026(令和８)年度	94.30%未満	93.30%未満	92.30%未満	91.30%未満
	2027(令和９)～2029(令和11)年度	94.30%未満	93.30%未満	92.30%未満	91.30%未満

(注)1.判定基準は、収納率(小数点第2位(小数点第3位を四捨五入))が当該表に定める率を下回る場合とする。

(注)2.市町村規模別区分は、収納率目標の対象となる年度の前々年度の平均被保険者数(※)によるものとする。

(※)一般被保険者数＋退職被保険者数

（１）　収納不足市町村等

収納率が低く、収納不足が生じている市町村については、表３－６に定める市町村規模別収納率に応じて、収納不足市町村と準収納不足市町村に分けて整理する。

ア　収納不足市町村

現年度分収納率が、表３－６の「収納不足市町村」欄に定める市町村規模別区分ごとの割合(注)である市町村

注　国民健康保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令(昭和38年厚生省令第10号)
国普通調整交付金の減額対象となる収納割合に基づく(2018年３月16日廃止)

イ　準収納不足市町村

現年度分収納率が、表３－６の「準収納不足市町村」欄に定める市町村規模別区分ごとの割合（収納率目標とアで定めた収納率の中間値）である市町村（アの市町村を除く）

表3－6　収納率(税)が低く、収納不足が生じている市町村となる現年度分収納率基準

ア　収納不足市町村

市町村規模別区分／収納率目標時期	１万人未満	１万人以上5万人未満	5万人以上10万人未満	10万人以上
第1期(参考)	92.00%未満	91.00%未満	90.00%未満	89.00%未満
第2期(参考)	92.00%未満	91.00%未満	90.00%未満	89.00%未満
第3期	92.00%未満	91.00%未満	90.00%未満	89.00%未満

イ　準収納不足市町村

市町村規模別区分／収納率目標時期		１万人未満	１万人以上5万人未満	5万人以上10万人未満	10万人以上
第1期(参考)	2018年度	93.50%未満	92.50%未満	91.50%未満	90.50%未満
	2019年度	93.75%未満	92.75%未満	91.75%未満	90.75%未満
	2020年度	94.00%未満	93.00%未満	92.00%未満	91.00%未満
第2期	(参考)	94.00%未満	93.00%未満	92.00%未満	91.00%未満
第3期	2024年度	94.10%未満	93.10%未満	92.10%未満	91.10%未満
	2025年度	94.20%未満	93.20%未満	92.20%未満	91.20%未満
	2026年度	94.30%未満	93.30%未満	92.30%未満	91.30%未満
	2027～2029年度	中間評価を実施し、設定する。			

(注)1.判定基準は、収納率(小数点第2位(小数点第3位を四捨五入))が当該表に定める率を下回る場合とする。

(注)2.市町村規模別区分は、収納率目標の対象となる年度の前々年度の平均被保険者数(※)によるものとする。

(※)一般被保険者数＋退職被保険者数

文言の整理

（２）　収納対策の充実及び収納率目標の達成に向けた取組 ア　市町村における取組 収納率目標を下回っている市町村は、収納率目標の達成のため、これまで実施してきた取組に加え、収納率向上で成果を上げている他市町村の事例や、県が行う収納対策の充実に資する取組を最大限活用するなど、収納率向上に向けた取組を積極的に行うものとする。 特に、収納不足市町村においては、要因分析（滞納状況、口座振替率、人員体制等）を行うとともに、必要な対策についての整理を行い、収納率目標の達成に向けた効果的な取組を計画的に行うものとするが、当面の目標として、準収納不足市町村への移行を目指すものとする。 また、準収納不足市町村においても、収納不足市町村と同様、収納不足についての要因分析や必要な対策についての整理に努め、収納率目標の達成に向けた効果的な取組を計画的に行うものとするが、当面の目標として、準収納不足市町村の基準を上回ることを目指すものとする。 なお、収納率目標を達成している市町村は、現在の水準が維持できるように引き続き努力するとともに、県内市町村全体の収納率向上のため、効果的な取組等について県内市町村への情報共有に積極的に協力するものとする。 イ　県における取組 各市町村が収納率目標を達成できるよう、現在、県と県国保団体連合会が共催で実施している収納率向上研修会を、2027（令和９）年度以降も研修内容の充実等を図りながら、引き続き行う。 収納不足市町村や準収納不足市町村のうち、収納率が継続的に低下している市町村においては、収納不足の要因分析を行うとともに、収納率向上に向けた指導や助言等を行う。 また、効果的な収納対策とされている口座振替の原則化等有効な納付手段の導入促進について、県と市町村が協議しながら進めていくこととし、連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて具体的な検討を行う。 重点的取組 収納担当職員に対する研修会の充実 収納率向上に向けた取組の推進 なお、各市町村における収納対策の個別の取組が、継続的かつ効果的に行われるよう、国民健康保険保険給付費等交付金の特別交付金を引き続き活用する。	（２）　収納対策の充実及び収納率目標の達成に向けた取組 ア　市町村における取組 収納率目標を下回っている市町村は、収納率目標の達成のため、これまで実施してきた取組に加え、収納率向上で成果を上げている他市町村の事例や、県が行う収納対策の充実に資する取組を最大限活用するなど、収納率向上に向けた取組を積極的に行うものとする。 特に、収納不足市町村においては、要因分析（滞納状況、口座振替率、人員体制等）を行うとともに、必要な対策についての整理を行い、収納率目標の達成に向けた効果的な取組を計画的に行うものとするが、当面の目標として、準収納不足市町村への移行を目指すものとする。 また、準収納不足市町村においても、収納不足市町村と同様、収納不足についての要因分析や必要な対策についての整理に努め、収納率目標の達成に向けた効果的な取組を計画的に行うものとするが、当面の目標として、準収納不足市町村の基準を上回ることを目指すものとする。 なお、収納率目標を達成している市町村は、現在の水準が維持できるように引き続き努力するとともに、県内市町村全体の収納率向上のため、効果的な取組等について県内市町村への情報共有に積極的に協力するものとする。 イ　県における取組 各市町村が収納率目標を達成できるよう、現在、県と県国保団体連合会が共催で実施している収納率向上研修会を、2024年度以降も研修内容の充実を図りつつ引き続き行う。 また、効果的な収納対策とされている口座振替の原則化等有効な納付手段の導入促進について、県と市町村が協議しながら進めていくこととし、連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて具体的な検討を行う。 重点的取組 収納担当職員に対する研修会の充実 収納率向上に向けた取組の推進 なお、各市町村における収納対策の個別の取組が、継続的かつ効果的に行われるよう、国民健康保険保険給付費等交付金の特別交付金を引き続き活用する。	収納率が継続的に低下している市町村に対する対応を追記

第３期愛知県国民健康保険運営方針の中間見直し（案）新旧対照表

第４章　市町村における保険給付の適正な実施に関する事項

見直し後	現行	修正理由
本章では、国保財政を「支出面」から管理する上で、保険給付の実務が法令に基づく統一的なルールに従って確実に行われ、必要な者に必要な保険給付が着実になされるようにするために取り組む事項等について定める。	本章では、国保財政を「支出面」から管理する上で、保険給付の実務が法令に基づく統一的なルールに従って確実に行われ、必要な者に必要な保険給付が着実になされるようにするために取り組む事項等について定める。	
１　現状	**１　現状**	
（１）レセプト点検の状況 レセプト点検による内容点検効果について、2021年度の被保険者１人当たり効果率は0.23%であり、全国平均を上回っている。また、年度ごとの効果率も全国平均より上回っている。	（１）レセプト点検の状況 レセプト点検による内容点検効果について、2021年度の被保険者１人当たり効果率は0.23%であり、全国平均を上回っている。また、年度ごとの効果率も全国平均より上回っている。	時点更新
表４－１　レセプト点検の内容点検効果（被保険者１人当たり効果率、効果額）	**表４－１　レセプト点検の内容点検効果（被保険者１人当たり効果率、効果額）**	
2022(令和4)年度 効果率 0.25% 効果額 731円 2023(令和5)年度 効果率 0.54% 効果額 1645円 2024(令和6)年度 作成中 全国 2022 効果率 0.19% 効果額 638円 2023 効果率 0.20% 効果額 690円 差 2022 効果率 0.06 効果額 93円 2023 効果率 0.34 効果額 955円 出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）	2019年度 効果率 0.20% 効果額 529円 2020年度 効果率 0.24% 効果額 626円 2021年度 効果率 0.23% 効果額 649円 全国 2019 効果率 0.18% 効果額 560円 2020 効果率 0.19% 効果額 573円 2021 効果率 0.18% 効果額 573円 差 2019 効果率 0.02 効果額 ▲31円 2020 効果率 0.05 効果額 53円 2021 効果率 0.05 効果額 76円 出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）	
（２）療養費の状況 ア　柔道整復療養費に関する患者調査の実施状況 柔道整復療養費に関する患者調査について、2024（令和６）年度の実施率は75.9%であり、全国平均を12.5ポイント上回る。また、年度ごとの実施率も全国平均を上回っている。	（２）療養費の状況 ア　柔道整復療養費に関する患者調査の実施状況 柔道整復療養費に関する患者調査について、2021年度の実施率は75.9%であり、全国平均を12.5ポイント上回る。また、年度ごとの実施率も全国平均を上回っている。	時点更新
表４－２　柔道整復療養費に関する患者調査の実施状況	**表４－２　柔道整復療養費に関する患者調査の実施状況**	
2022(令和4)年度 愛知県 実施市町村 41 実施率 75.9% 全国 実施市町村 1,128 実施率 65.7% 2023(令和5)年度 愛知県 実施市町村 39 実施率 72.2% 全国 実施市町村 1,133 実施率 66.0% 2024(令和6)年度 愛知県 実施市町村 41 実施率 75.9% 全国 作成中 出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）	2019年度 愛知県 実施市町村 40 実施率 74.1% 全国 実施市町村 1,008 実施率 58.7% 2020年度 愛知県 実施市町村 39 実施率 72.2% 全国 実施市町村 1,041 実施率 60.7% 2021年度 愛知県 実施市町村 41 実施率 75.9% 全国 実施市町村 1,088 実施率 63.4% 出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）	時点更新
イ　海外療養費の支給状況 海外療養費の支給件数については、2025（令和７）年度は 557 件で減少傾向にある。また、１件当たり支給額は 39,430 円と、過去３年で最も低くなっている。	イ　海外療養費の支給状況 2020 年度と 2021 年度の海外療養費の支給件数はそれぞれ 268 件と 264 件であり、2019 年度に比べて減少している。しかし、2022 年度は 422 件であり、2019 年度の約９割となっている。	
表４－３　海外療養費の支給状況	**表４－３　海外療養費の支給状況**	
2023(令和5)年度 2024(令和6)年度 2025(令和7)年度 申請受理市町村数 29 35 27 支給件数(件) 458 578 557 支給額(円) 25,942,504 26,146,149 21,962,598 1件当たり支給額(円) 56,643 45,236 39,430 出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）（注)2025(令和7)年度は速報値	2019年度 2020年度 2021年度 2022年度 申請受理市町村数 39 27 20 25 支給件数(件) 482 268 264 422 支給額(円) 30,112,872 11,427,460 10,130,674 22,810,905 1件当たり支給額(円) 62,475 42,640 38,374 54,054 出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）（注)2022年度は速報値	

ウ　高額療養費の申請勧奨 高額療養費の申請勧奨は、「高額療養費の支給の適切な実施について」（平成 22 年７月 22 日付け保国発 0722 第１号厚生労働省保険局国民健康保険課長通知）により、被保険者の制度の不知等による申請漏れを防止する観点から、制度の周知徹底及び利便性の向上に努めるものとされている。2026（令和８）年４月１日時点の実施状況を見ると、高額療養費は全ての市町村が実施しているが、高額介護合算療養費では、96.3%となっている。また、実施市町村のうち、約１／３の市町村では勧奨基準を設けている。	ウ　高額療養費の申請勧奨 高額療養費の申請勧奨は、「高額療養費の支給の適切な実施について」（平成 22 年７月 22 日付け保国発 0722 第１号厚生労働省保険局国民健康保険課長通知）により、被保険者の制度の不知等による申請漏れを防止する観点から、制度の周知徹底及び利便性の向上に努めるものとされている。2023 年４月１日時点の実施状況を見ると、高額療養費は全ての市町村が実施しているが、高額介護合算療養費では、96.3%となっている。また、実施市町村のうち、約１／３の市町村では勧奨基準を設けている。	時点更新

表4－4　高額療養費の支給勧奨の実施状況

	実施市町村数		左のうち、勧奨基準有り	
		割合		割合
高額療養費	54	100.0%	20	37.0%
高額介護合算療養費	52	96.3%	18	34.6%

出典：予算関係資料（厚生労働省）［2026(令和8)年4月1日時点］（注）速報値

表4－4　高額療養費の支給勧奨の実施状況

	実施市町村数		左のうち、勧奨基準有り	
		割合		割合
高額療養費	54	100.0%	18	33.3%
高額介護合算療養費	52	96.3%	18	34.6%

出典：予算関係資料（厚生労働省）［2023年4月1日時点］（注）速報値

（３）被害届受理前における第三者求償事務の実施状況 被害届受理前における第三者行為求償事務の実施状況（委託を含む）について、2026（令和８）年８月末時点では約９割の市町村が何らかの方法で実施している。	（３）被害届受理前における第三者求償事務の実施状況 被害届受理前における第三者行為求償事務の実施状況（委託を含む）について、2023年８月末時点では全市町村が何らかの方法で実施している。	時点更新

表4－5　被害届受理前における第三者行為求償事務の実施状況（委託を含む）

	実施市町村	実施率
国保連作成のリスト（第三者行為が疑われる者）の活用	46	85.2%
第三者行為が疑われるレセプトの抽出（レセプト点検）	50	92.6%
被保険者への照会、調査等	52	96.3%
被害届の提出励行	52	96.3%

出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）［2026(令和8)年8月末時点］（注）速報値

表4－5　被害届受理前における第三者行為求償事務の実施状況（委託を含む）

	実施市町村	実施率
国保連作成のリスト（第三者行為が疑われる者）の活用	47	87.0%
第三者行為が疑われるレセプトの抽出（レセプト点検）	51	94.4%
被保険者への照会、調査等	54	100.0%
被害届の提出励行	54	100.0%

出典：国民健康保険事業実施状況報告（厚生労働省）［2023年8月末時点］（注）速報値

２　今後の取組	**２　今後の取組**	
（１）レセプト点検の充実強化 保険給付の実施主体は市町村であるため、レセプト点検については、一義的には市町村が実施するものである。ただし、県は国保法第75条の３から第75条の６までの規定に基づき、広域的又は医療に関する専門的な見地から、市町村が行った保険給付の点検等を行うこともできる。 このことを踏まえ、レセプト点検の充実強化に資する取組については、県と市町村が協議しながら進めていくこととし、連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて、効果的かつ効率的な実施に向けて、具体的な検討を行う。 特に、市町村が行うレセプト点検(二次点検)の水準の向上を図るために、現在、県と県国保団体連合会の共催で実施しているレセプト点検研修会について、研修内容の充実を図りつつ、2027（令和９）年度以降も引き続き行う。	（１）レセプト点検の充実強化 保険給付の実施主体は市町村であるため、レセプト点検については、一義的には市町村が実施するものである。ただし、県は国保法第75条の３から第75条の６までの規定に基づき、広域的又は医療に関する専門的な見地から、市町村が行った保険給付の点検等を行うこともできる。 このことを踏まえ、レセプト点検の充実強化に資する取組については、県と市町村が協議しながら進めていくこととし、連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて、効果的かつ効率的な実施に向けて、具体的な検討を行う。 特に、市町村が行うレセプト点検(二次点検)の水準の向上を図るために、現在、県と県国保団体連合会の共催で実施しているレセプト点検研修会について、研修内容の充実を図りつつ、2024年度以降も引き続き行う。	時点修正

重点的取組
レセプト点検の研修会の充実

重点的取組
レセプト点検の研修会の充実

（２）広域的な診療報酬不正請求事案の対応 国保法第65条第４項に基づき、保険医療機関等による大規模な不正が発覚した場合、広域的・専門的見地から、県が市町村からの委託を受けて、不正請求等に係る費用返還を求める等の取組を行うことができる。 本県においては、市町村との協議の上、2023（令和５）年度に不正利得の回収に係る事務処理規約を策定した。今後、事案が発生した際には、連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて、当該規約の活用や内容の見直し等の検討を行う。	（２）広域的な診療報酬不正請求事案の対応 国保法第65条第４項に基づき、保険医療機関等による大規模な不正が発覚した場合、広域的・専門的見地から、県が市町村からの委託を受けて、不正請求等に係る費用返還を求める等の取組を行うことができる。 本県においては、市町村との協議の上、2023年度に不正利得の回収に係る事務処理規約を策定した。今後、事案が発生した際には、連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて、当該規約の活用や内容の見直し等の検討を行う。	文言の整理
（３）療養費の支給の適正化 市町村における療養費の支給の適正化に資する取組については、県と市町村が協議しながら進めていく。 連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて作成した療養費支給、取組の事例集及びマニュアルを必要に応じて見直す。 また、特に、柔道整復及びあん摩マッサージ指圧、はり・きゅうの療養費の適正化に係る取組について、具体的な検討を行う。	（３）療養費の支給の適正化 市町村における療養費の支給の適正化に資する取組については、県と市町村が協議しながら進めていく。 連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて作成した療養費支給、取組の事例集及びマニュアルを必要に応じて見直す。 また、特に、柔道整復及びあん摩マッサージ指圧、はり・きゅうの療養費の適正化に係る取組について、具体的な検討を行う。	
重点的取組 柔道整復及びあん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費の適正化	重点的取組 柔道整復及びあん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費の適正化	
（４）第三者行為求償事務の取組強化 本県においては、市町村における第三者行為求償事務の取組に関する数値目標や計画等を把握し、ＰＤＣＡサイクルにより継続的な取組の改善を図る。また、第三者行為求償事務の強化に資する取組については、県と市町村が協議しながら進めていくこととし、連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて、効果的かつ効率的な実施に向けて、具体的な検討を行う。 特に、市町村が行う第三者行為求償事務の水準の向上を図ることができるよう、県国保団体連合会が実施する第三者行為求償研修会等を、2027（令和９）年度以降も、研修内容の充実等を図りつつ、引き続き行う。また、法改正に伴い、市町村が行う第三者行為求償事務における第三者行為に起因する事案の早期把握に向けて、関係機関から関連情報の提供を受ける体制の構築を図る。	（４）第三者行為求償事務の取組強化 本県においては、市町村における第三者行為求償事務の取組に関する数値目標や計画等を把握し、ＰＤＣＡサイクルにより継続的な取組の改善を図る。また、第三者行為求償事務の強化に資する取組については、県と市町村が協議しながら進めていくこととし、連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて、効果的かつ効率的な実施に向けて、具体的な検討を行う。 特に、市町村が行う第三者行為求償事務の水準の向上を図ることができるよう、県国保団体連合会が実施する第三者行為求償研修会等を、2024年度以降も、研修内容の充実等を図りつつ、引き続き行う。また、法改正に伴い、市町村が行う第三者行為求償事務における第三者行為に起因する事案の早期把握に向けて、関係機関から関連情報の提供を受ける体制の構築を図る。	時点修正
重点的取組 第三者行為求償事務の研修会・アドバイザー派遣の充実 第三者行為求償事務における関係機関との連携体制の構築	重点的取組 第三者行為求償事務の研修会・アドバイザー派遣の充実 第三者行為求償事務における関係機関との連携体制の構築	
なお、被保険者資格喪失後の受診により発生する返還金の保険者間調整については、被保険者等の負担軽減及び市町村の速やかな債権回収のため、必要に応じて県と市町村で意見交換のうえ、対応していく。	なお、被保険者資格喪失後の受診により発生する返還金の保険者間調整については、オンライン資格確認の普及・促進を注視しつつ、被保険者等の負担軽減及び市町村の速やかな債権回収のため、必要に応じて県と市町村で意見交換のうえ、対応していく。	文言の整理

（５）高額療養費の多数回該当の取扱い 　同一都道府県内であり、かつ、世帯の継続性が保たれている場合は、市町村間の異動があっても、転出地における高額療養費の該当回数を転入地に引き継ぎ、通算することにより、被保険者の負担軽減を図ることとされている。 　こうした県内市町村間異動の場合の世帯継続性については、国が示す参酌基準等により判定する。	（５）高額療養費の多数回該当の取扱い 　同一都道府県内であり、かつ、世帯の継続性が保たれている場合は、市町村間の異動があっても、転出地における高額療養費の該当回数を転入地に引き継ぎ、通算することにより、被保険者の負担軽減を図ることとされている。 　こうした県内市町村間異動の場合の世帯継続性については、国が示す参酌基準等により判定する。	

第５章　医療費の適正化の取組に関する事項

見直し後

本章では、国保の財政運営に当たり、「支出面」の中心である医療費について適正化を行い、国保財政の基盤を強化するための取組等について定める。

県内の市町村の医療費水準には格差があることから、県全体の医療費の適正化を図りつつ、格差を解消していくことが重要な課題である。

１　現状

（１）データヘルス計画の策定状況

データヘルス計画の策定状況については、2026（令和８）年７月１日時点で、計画策定済が 54 市町村、ホームページ等を通じて公表しているのは 54 市町村、中間評価を実施しているのは 53 市町村である。

表5－1　データヘルス計画の策定状況（市町村国保）

	策定済	割合	公表済	割合	中間評価実施	割合
2024(令和6)年度	54	100.0%	54	100.0%	51	94.4%
2025(令和7)年度	54	100.0%	53	98.1%	54	100.0%
2026(令和8)年度	54	100.0%	54	100.0%	53	98.1%

出典：予算関係資料（厚生労働省）［各年度7月１日時点］

（２）特定健診・特定保健指導の実施状況

市町村国保における特定健康診査（以下「特定健診」という。）・特定保健指導の実施率については、特定健診が 2024（令和６）年度で 40.3％と、全国平均を 1.5 ポイント上回っている。一方、特定保健指導は 2024（令和６）年度で 19.5％と、全国平均を 10.7 ポイント下回っている。また、前年度と比較した伸び率を見ると本県は特定健診、特定保健指導とも、全国平均を上回っている。

表5－2　特定健診・特定保健指導の実施割合（市町村国保）

	特定健診			特定保健指導		
	2022（令和4）年度	2023（令和5）年度	2024（令和6）年度	2022（令和4）年度	2023（令和5）年度	2024（令和6）年度
愛知県	39.1%	39.2%	40.3%	18.5%	17.9%	19.5%
全国	37.5%	38.2%	38.8%	28.8%	29.1%	30.2%
差	1.6	1.0	1.5	▲ 10.3	▲ 11.2	▲ 10.7

出典：特定健診・特定保健指導の実施状況（厚生労働省）

（３）糖尿病性腎症重症化予防事業の実施状況

市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況は、2025（令和７）年度時点で全市町村が実施している。

現行

本章では、国保の財政運営に当たり、「支出面」の中心である医療費について適正化を行い、国保財政の基盤を強化するための取組等について定める。

県内の市町村の医療費水準には格差があることから、県全体の医療費の適正化を図りつつ、格差を解消していくことが重要な課題である。

１　現状

（１）データヘルス計画の策定状況

データヘルス計画の策定状況については、2023 年７月１日時点で、計画策定済が 54 市町村、ホームページ等を通じて公表しているのは 51 市町村、中間評価を実施しているのは 48 市町村である。

表5－1　データヘルス計画の策定状況（市町村国保）

	策定済	割合	公表済	割合	中間評価実施	割合
2021年	52	96.3%	47	87.0%	37	68.5%
2022年	53	98.2%	51	94.4%	48	88.9%
2023年	54	100.0%	51	94.4%	48	88.9%

出典：予算関係資料（厚生労働省）［各年度7月１日時点］

（２）特定健診・特定保健指導の実施状況

市町村国保における特定健康診査（以下「特定健診」という。）・特定保健指導の実施率については、特定健診が 2021 年度で 38.4％と、全国平均を 2.0 ポイント上回っている。一方、特定保健指導は 2021 年度で 17.6％と、全国平均を 10.3 ポイント下回っている。また、前年度と比較した伸び率を見ると本県は特定健診は全国平均をやや下回るが、特定保健指導は全国平均を上回っている。

表5－2　特定健診・特定保健指導の実施割合（市町村国保）

	特定健診			特定保健指導		
	2019年度	2020年度	2021年度	2019年度	2020年度	2021年度
愛知県	39.5%	35.9%	38.4%	18.9%	17.0%	17.6%
全国	38.0%	33.7%	36.4%	29.3%	27.9%	27.9%
差	1.5	2.2	2.0	▲10.4	▲10.9	▲10.3

出典：市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況報告書（国民健康保険中央会）

（３）糖尿病性腎症重症化予防事業の実施状況

市町村国保における糖尿病性腎症重症化予防の取組状況は、2022 年度は 52 市町村となっており、2021 年度より１市町村増加している。

修正理由

時点修正

時点修正

時点修正

表5－3　糖尿病性腎症重症化予防事業の実施状況（市町村国保）

	実施市町村	割合
2024(令和6)年度	54	100.0%
2025(令和7)年度	54	100.0%

出典：愛知県国民健康保険課調べ

（4）重複受診者、頻回受診者、重複服薬者に対する訪問指導の実施状況

市町村における重複受診者等に対する訪問指導の実施状況をみると、2025（令和７）年度の重複受診者に対する実施率は24.1%、頻回受診者に対する実施率は22.2%、重複服薬者に対する実施率は24.1%と、いずれも市町村の半数の実施に達していない。

表5－4　重複受診者、頻回受診者、重複服薬者に対する訪問指導の実施状況（市町村国保）

	2024(令和6)年度		2025(令和7)年度	
	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率
重複受診者	13	24.1%	13	24.1%
頻回受診者	9	16.7%	12	22.2%
重複服薬者	12	22.2%	13	24.1%

出典：愛知県国民健康保険課調べ

（5）後発医薬品の使用状況

医療保険制度全体での後発医薬品の使用状況については、愛知県全体で2025（令和７）年度は92.3%と、過去３年とも全国平均を上回っている。一方、データは異なるが、市町村国保だけで見ると、県全体の割合を過去３年とも下回っている。

表5－5　後発医薬品使用割合（数量ベース）の状況[各年度3月]

	2023(令和5)年度	2024(令和6)年度	2025(令和7)年度
愛知県（市町村国保）	81.4%	88.0%	89.2%

出典：保険者別の後発医薬品の使用割合（厚生労働省）

（参考）後発医薬品使用割合（数量ベース）の状況＜医療保険制度全体＞

	2023(令和5)年度	2024(令和6)年度	2025(令和7)年度
愛知県	85.7%	89.4%	92.3%
全国	84.8%	88.4%	91.5%
差	0.9	1.0	0.8

出典：調剤医療費（電算処理分）の動向（厚生労働省）

（6）後発医薬品差額通知等の実施状況

市町村国保における後発医薬品差額通知及び後発医薬品希望カード配布については、いずれも2025（令和７）年度で９割以上の市町村が実施している。

表5－6　後発医薬品差額通知の実施状況（市町村国保）

	2022(令和4)年度		2023(令和5)年度		2024(令和6)年度		2025(令和7)年度	
	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率
愛知県	53	98.15%	53	98.15%	53	98.15%	54	100.00%
全国	1,702	99.18%	1,703	99.24%	作成中		—	—
差	—	▲1.03	—	▲1.09	—	98.15	—	—

出典：国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）

表5－3　糖尿病性腎症重症化予防事業の実施状況（市町村国保）

	実施市町村	割合
2021年	51	94.4%
2022年	52	96.3%

出典：愛知県国民健康保険課調べ

（4）重複受診者、頻回受診者、重複服薬者に対する訪問指導の実施状況

市町村における重複受診者等に対する訪問指導の実施状況をみると、2022年度の重複受診者に対する実施率は27.8%、頻回受診者に対する実施率は25.9%、重複服薬者に対する実施率は35.2%と、いずれも市町村の半数の実施に達していない。

表5－4　重複受診者、頻回受診者、重複服薬者に対する訪問指導の実施状況（市町村国保）

	2021年度		2022年度	
	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率
重複受診者	13	24.1%	15	27.8%
頻回受診者	13	24.1%	14	25.9%
重複服薬者	19	35.2%	19	35.2%

出典：愛知県国民健康保険課調べ

（5）後発医薬品の使用状況

医療保険制度全体での後発医薬品の使用状況については、愛知県全体で2022年度は84.7%と、過去３年とも全国平均を上回っている。一方、データは異なるが、市町村国保だけで見ると、県全体の割合を過去３年とも下回っている。

表5－5　後発医薬品使用割合（数量ベース）の状況[各年度3月]

	2020年度	2021年度	2022年度
愛知県（市町村国保）	78.2%	78.4%	79.8%

出典：保険者別の後発医薬品の使用割合（厚生労働省）

（参考）後発医薬品使用割合（数量ベース）の状況[各年度3月]＜医療保険制度全体＞

	2020年度	2021年度	2022年度
愛知県	82.8%	83.1%	84.7%
全国	82.1%	82.1%	83.7%
差	0.7	1.0	1.0

出典：最近の調剤医療費（電算処理分）の動向（厚生労働省）

（6）後発医薬品差額通知等の実施状況

市町村国保における後発医薬品差額通知及び後発医薬品希望カード配布については、いずれも2022年度で53市町村が実施している。

表5－6　後発医薬品差額通知の実施状況（市町村国保）

	2019年度		2020年度		2021年度		2022年度	
	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率
愛知県	52	96.30%	52	96.30%	52	96.30%	53	98.15%
全国	1,692	98.60%	1,694	98.72%	1,702	99.18%	—	—
差	—	▲2.30	—	▲2.42	—	▲2.88	—	—

出典：国民健康保険実施状況報告（厚生労働省）／愛知県国民健康保険課調べ

時点修正

時点修正

時点修正

表5－7　後発医薬品希望カード配布の実施状況（市町村）

	2023(令和5)年度		2024(令和6)年度		2025(令和7)年度	
	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率
愛知県	52	96.30%	53	98.15%	50	92.59%

出典：愛知県国民健康保険課調べ

表5－7　後発医薬品希望カード配布の実施状況（市町村）

	2020年度		2021年度		2022年度	
	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率	実施市町村	実施率
愛知県	52	96.30%	52	96.30%	53	98.15%

出典：愛知県国民健康保険課調べ

時点修正

2　医療費の適正化に向けた取組

2　医療費の適正化に向けた取組

医療費適正化に向けた取組については、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」も踏まえ、県、市町村及び県国保団体連合会が協議しながら進めていく。

《都道府県・市町村・県国保団体連合会の役割分担》

都道府県の主な役割	市町村の主な役割	県国保団体連合会の主な役割
・市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握 ・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 ・市町村における健康・医療情報の横断的・総合的な分析 ・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	・被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施 ・健康・医療情報の活用及びPDCAサイクルに沿った事業運営 ・生活習慣病対策としての発症予防と重症化予防の推進 ・特定健康診査及び特定保健指導の実施 ・データヘルス計画の策定、実施及び評価	・特定健診・特定保健指導に係る費用の支払及びデータ管理 ・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 ・データヘルス計画の策定・評価の支援 ・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

出典：厚生労働省作成資料

医療費適正化に向けた取組については、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」も踏まえ、県、市町村及び県国保団体連合会が協議しながら進めていく。

《都道府県・市町村・県国保団体連合会の役割分担》

都道府県の主な役割	市町村の主な役割	県国保団体連合会の主な役割
・市町村ごとの健康課題や保健事業の実施状況を把握 ・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 ・市町村における健康・医療情報の横断的・総合的な分析 ・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	・被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施 ・健康・医療情報の活用及びPDCAサイクルに沿った事業運営 ・生活習慣病対策としての発症予防と重症化予防の推進 ・特定健康診査及び特定保健指導の実施 ・データヘルス計画の策定、実施及び評価	・特定健診・特定保健指導に係る費用の支払及びデータ管理 ・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 ・データヘルス計画の策定・評価の支援 ・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

出典：厚生労働省作成資料

（1）データヘルス計画に基づく保健事業の推進

市町村は、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保部局が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、健康課題を分析し、計画を策定する。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。

県は、被保険者の健康の保持増進のために、市町村が効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、県国保団体連合会からの国保データベースシステム（以下「ＫＤＢ」という。）から作成されるデータの提供等を受け、市町村ごとの健康課題等の分析、健康課題を踏まえた計画策定、国保ヘルスアップ事業等の個別の保健事業実施や評価、計画の評価、計画の見直しや次期計画策定への反映等、各段階において市町村を支援するとともに、地域の実情を把握の上、取組の進んでいる市町村の事例の情報提供等を通じた好事例の横展開を行う。

県国保団体連合会は、県や市町村の意見も踏まえ、ＫＤＢ等を活用し、健康・医療情報を分析して、分析結果やその活用方法等を県や市町村に提供する。

また、県と県国保団体連合会が協力し、市町村が自らＫＤＢを利用して、地域の健康課題の分析や保健事業の対象者の抽出、保健事業の評価等を行うことができるように、研修会の開催や資料の配布等を通してＫＤＢの利活用を支援する。

重点的取組
ＫＤＢの有効活用による保健事業の推進

（1）データヘルス計画に基づく保健事業の推進

市町村は、被保険者の健康の保持増進を図り、病気の予防や早期回復を図るために、国保部局が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、健康課題を分析し、計画を策定する。計画に基づき、効果的・効率的な保健事業を実施して、個別の保健事業の評価や計画の評価をし、必要に応じて、計画の見直しや次期計画に反映させる。

県は、被保険者の健康の保持増進のために、市町村が効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、市町村ごとの健康課題等の分析、健康課題を踏まえた計画策定、国保ヘルスアップ事業等の個別の保健事業実施や評価、計画の評価、計画の見直しや次期計画策定への反映等、各段階において市町村を支援する。

県国保団体連合会は、県や市町村の意見も踏まえ、国保データベースシステム（以下「ＫＤＢ」という。）等を活用し、健康・医療情報を分析して、分析結果やその活用方法等を県や市町村に提供する。

また、県と県国保団体連合会が協力し、市町村が自らＫＤＢを利用して、地域の健康課題の分析や保健事業の対象者の抽出、保健事業の評価等を行うことができるように、研修会の開催や資料の配布等を通してＫＤＢの利活用を支援する。

重点的取組
ＫＤＢの有効活用による保健事業の推進

国の策定要領改定に基づき、保健事業の推進について修正

（２）　特定健診・特定保健指導実施率向上策の推進 県は、2022(令和４)年度から特定健診等実施率向上事業を開始し、特定健診・特定保健指導未利用者の要因分析による課題の明確化と対策検討を行うことで、実施率向上に向けた支援を行っており、一層の推進を図る。 市町村においては、特定健診･特定保健指導に積極的な取組を図り、実施率向上に努める。 重点的取組 特定健診・特定保健指導実施率向上策の推進 （３）　糖尿病性腎症重症化予防の推進 ア　「愛知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の推進 県は、2018(平成 30)年３月に、県医師会・県糖尿病対策推進会議との合意のもとに、愛知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム(以下、「県プログラム」という。)を策定した。そして、2019(令和元)年度からは糖尿病性腎症重症化予防推進事業を開始し、市町村職員等を対象とした糖尿病性腎症重症化予防推進研修会を実施のうえ、県域レベルの会議として有識者等を構成員とした糖尿病性腎症重症化予防推進会議と、二次医療圏レベルの会議として保健所で地域の医療関係者等を構成員とした糖尿病性腎症重症化予防地域連携推進会議を実施することで、市町村における取組の促進等を図っている。 なお、2021(令和３)年 12 月及び 2025(令和７)年３月に県プログラムを改定し、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者に対し、適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけるとともに、糖尿病で治療中の患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い通院患者に対し、医療保険者が医療機関と連携して保健指導を行い、腎不全、人工透析への移行を予防し、健康寿命の延伸を図るための取組内容を示している。 県は、市町村における糖尿病性腎症重症化予防推進事業の取組を引き続き行い、より一層の質の向上支援を図る。 また、市町村においては積極的な取組に努める。 イ　「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」の推進 歯周病は糖尿病の合併症の１つであり、また、糖尿病は歯周病の２大危険因子の１つであることから、歯周病をコントロールすることで、糖尿病のコントロール状態が改善する可能性が示唆されている。このことから医・歯・薬が連携し、糖尿病患者の歯周病リスクを低減することは、糖尿病予防の観点から重要である。 そこで、県は 2020(令和２)～2022(令和４)年度の「医歯薬連携による糖尿病重症化予防モデル事業」で、医歯薬連携のためのプログラムを開発し、モデル地域における試行により実効性・有効性を検証した。 2023(令和５)年度から、「医歯薬連携による糖尿病重症化予防事業」として、県内の各地域におけるプログラムの実施促進を図っている。県は糖尿病性腎症重症化予防の重要性に鑑み、引き続き、参加市町村数の増加及び取組内容の充実を図っていく。 また、市町村においては、本事業の積極的な取組に努める。 重点的取組 糖尿病性腎症重症化予防推進事業の実施	（２）　特定健診・特定保健指導実施率向上策の推進 県は、2022 年度から特定健診等実施率向上事業を開始し、特定健診・特定保健指導未利用者の要因分析による課題の明確化と対策検討を行うことで、実施率向上に向けた支援を行っており、一層の推進を図る。 市町村においては、特定健診･特定保健指導に積極的な取組を図り、実施率向上に努める。 重点的取組 特定健診・特定保健指導実施率向上策の推進 （３）　糖尿病性腎症重症化予防の推進 ア　「愛知県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の推進 県は、2018 年３月に、県医師会・県糖尿病対策推進会議との合意のもとに、愛知県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定した。そして、2019 年度からは糖尿病性腎症重症化予防推進事業を開始し、市町村職員等を対象とした糖尿病性腎症重症化予防推進研修会を実施のうえ、県域レベルの会議として有識者等を構成員とした糖尿病性腎症重症化予防推進会議と、二次医療圏レベルの会議として保健所で地域の医療関係者等を構成員とした糖尿病性腎症重症化予防地域連携推進会議を実施することで、市町村における取組の促進等を図っている。 2021 年度は、全 54 市町村が実施見込みに到ったこと、また、2020 年４月から市町村による後期高齢者医療制度と国保の保健事業の一体的実施が本格的に開催されたことを踏まえ、当該プログラムを改定している。 県は、市町村における糖尿病性腎症重症化予防推進事業の取組について、一層の質の向上支援を図る。 また、市町村においては積極的な取組に努める。 イ　「医歯薬連携による糖尿病重症化予防プログラム」の推進 歯周病は糖尿病の合併症の１つであり、また、糖尿病は歯周病の２大危険因子の１つであることから、歯周病をコントロールすることで、糖尿病のコントロール状態が改善する可能性が示唆されている。このことから医・歯・薬が連携し、糖尿病患者の歯周病リスクを低減することは、糖尿病予防の観点から重要である。 そこで、県は 2020～2022 年度の「医歯薬連携による糖尿病重症化予防モデル事業」で、医歯薬連携のためのプログラムを開発し、モデル地域における試行により実効性・有効性を検証した。 2023 年度から、「医歯薬連携による糖尿病重症化予防事業」として、県内の各地域におけるプログラムの実施促進を図っている。 また、市町村においては、本事業の積極的な取組に努める。 重点的取組 糖尿病性腎症重症化予防推進事業の実施	文言の整理 国の策定要領改定に基づき、保健事業の推進について修正

（4）　重複・頻回受診、重複投薬等の適正化の推進 適正受診と適正服薬を推進するため、市町村において保健師による訪問指導等を実施する。 特に、重複投薬や多剤投与の適正化については、患者にとって安全かつ効果的な服薬に資するものであり、医薬品の適正使用につながることから、県レベルで医療関係団体との協力体制を構築するなど広域的及び効率的な取組を推進する。 重点的取組 重複投薬等の適正化の推進 （5）　後発医薬品の使用促進 被保険者に対する後発医薬品希望カードの配布や差額通知の実施等、後発医薬品の使用促進に係る取組を推進する。 （6）　医療保険者や関係団体等との横断的な予防・健康づくりの取組 ア　医療保険者との連携 愛知県保険者協議会の枠組みを活用し、特定健診・特定保健指導の実施率向上に向けた効果的な取組の実施状況の把握に努めるなど、各医療保険者と連携した効果的な取組の実施を図る。 イ　関係団体等との連携 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会といった関係団体と連携し、糖尿病性腎症重症化予防や重複投薬・多剤投与の適正化の取組などを推進する。 また、効果的な取組の横展開や実施地域拡大を図るためには、各地域の関係団体との連携も不可欠であることから、県は、市町村が各地域の関係団体との連携を進めるために必要な助言や支援を行う。 ウ　国民健康保険における歯科口腔保健の推進 「あいち歯と口の健康づくり八〇二〇推進条例」において、県は歯と口の健康づくりに関する施策の実施等に責務を有し、市町村は県、歯科医療関係者及び保健医療関係者等と連携を図りながら、歯科検診等の実施に努めるものとされていることを踏まえ、歯科口腔保健の推進に取り組む。	（4）　重複・頻回受診、重複投薬等の適正化の推進 適正受診と適正服薬を推進するため、市町村において保健師による訪問指導等を実施する。 特に、重複投薬や多剤投与の適正化については、患者にとって安全かつ効果的な服薬に資するものであり、医薬品の適正使用につながることから、県レベルで医療関係団体との協力体制を構築するなど広域的及び効率的な取組を推進する。 重点的取組 重複投薬等の適正化の推進 （5）　後発医薬品の使用促進 被保険者に対する後発医薬品希望カードの配布や差額通知の実施等、後発医薬品の使用促進に係る取組を推進する。 （6）　医療保険者や関係団体等との横断的な予防・健康づくりの取組 ア　医療保険者との連携 愛知県保険者協議会の枠組みを活用し、特定健診・特定保健指導の実施率向上に向けた効果的な取組の実施状況の把握に努めるなど、各医療保険者と連携した効果的な取組の実施を図る。 イ　関係団体等との連携 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会といった関係団体と連携し、糖尿病性腎症重症化予防や重複投薬・多剤投与の適正化の取組などを推進する。 また、効果的な取組の横展開や実施地域拡大を図るためには、各地域の関係団体との連携も不可欠であることから、県は、市町村が各地域の関係団体との連携を進めるために必要な助言や支援を行う。 ウ　国民健康保険における歯科口腔保健の推進 「あいち歯と口の健康づくり八〇二〇推進条例」において、県は歯と口の健康づくりに関する施策の実施等に責務を有し、市町村は県、歯科医療関係者及び保健医療関係者等と連携を図りながら、歯科検診等の実施に努めるものとされていることを踏まえ、歯科口腔保健の推進に取り組む。	
３　医療費適正化計画との関係	**３　医療費適正化計画との関係**	
医療費適正化に向けた取組は、第４期愛知県医療費適正化計画（2024（令和６）年度～2029（令和11）年度）に定める取組内容との整合を図り、推進を図る。	医療費適正化に向けた取組は、第４期愛知県医療費適正化計画（2024年度～2029年度）に定める取組内容との整合を図り、推進を図る。	文言の整理

第３期愛知県国民健康保険運営方針の中間見直し（案）新旧対照表

第６章　市町村が担う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

見直し後	現行	修正理由
本章では、県が中心となり市町村の事務の標準化・広域化及び効率化を推進するため必要な取組について定める。	本章では、県が中心となり市町村の事務の標準化・広域化及び効率化を推進するため必要な取組について定める。	
１　広域的及び効率的な運営の推進に向けた取組	**１　広域的及び効率的な運営の推進に向けた取組**	
市町村においては、法令の範囲内でそれぞれ異なる事務の運用がされている現状がある。そのため、各市町村における事務取扱いに大きく差異が生じないよう、県内の共通の認識を形成しつつ、標準化・広域化に取り組み、国保制度の運用の均てん化を図る必要がある。また、県が中心となり情報共有等を行い、横展開を図ることにより、市町村が担う事務の効率化を推進する。 （１）　資格確認書の交付事務等に係る事務の標準化・広域化及び効率化の推進 「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律（令和５年法律第 48 号）」により、国保法が改正され、従来の被保険者証による運用は廃止された。これにより、個人番号カードによる電子資格確認を受けることができない状況等にある場合、市町村は、資格に係る情報について、資格確認書等による提供をすることとされた。 これは、法改正に伴う新たな業務であり、保険者による取扱いに大きな差異が生じないよう、共通の認識を形成しつつ、足並みをそろえ、県内の標準的な取扱い等を検討していくことが必要である。 したがって、各市町村における事務の参考とするため、「保険証の廃止に伴う愛知県保険者の事務取扱質疑応答集」の活用を促すとともに、県内で発行方法及び事務の具体的取扱い等について、効率化を推進していく。	市町村においては、法令の範囲内でそれぞれ異なる事務の運用がされている現状がある。そのため、各市町村における事務取扱いに大きく差異が生じないよう、県内の共通の認識を形成しつつ、標準化・広域化に取り組み、国保制度の運用の均てん化を図る必要がある。また、県が中心となり情報共有等を行い、横展開を図ることにより、市町村が担う事務の効率化を推進する。 （１）　資格確認書の交付事務等に係る事務の標準化・広域化及び効率化の推進 「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律（令和５年法律第 48 号）」により、国保法が改正され、従来の被保険者証による運用は廃止されることとなった。これにより、個人番号カードによる電子資格確認を受けることができない状況等にある場合、市町村は、資格に係る情報について、資格確認書等による提供をすることとされた。 これは、法改正に伴う新たな業務であり、保険者による取扱いに大きな差異が生じないよう、共通の認識を形成しつつ、足並みをそろえ、県内の標準的な取扱い等を検討していくことが必要である。 また、県内で発行方法及び事務の具体的取扱い等について、効率化を推進していく。 重点的取組 資格確認書の交付等の事務に係る標準化・広域化及び効率化に資する取組の推進	取扱基準を作成したことに伴う修正
（２）　特別療養費に係る事務の標準化の推進 （１）のように国保法が改正され、短期被保険者証及び被保険者資格証明書の運用が廃止された。特別な事情がないにもかかわらず、長期にわたり保険料（税）を滞納している被保険者に対する保険料の納付を促す取組として、各市町村における事務取扱いに大きく差異が生じないよう、県内の共通の認識を形成する必要がある。 したがって、各市町村における事務の参考とするため、「愛知県特別療養費参考手順書」の活用を促すとともに、情報共有等を行うことにより、標準化を推進する。	（２）　特別療養費に係る事務の標準化の推進 （１）のように国保法が改正され、短期被保険者証及び被保険者資格証明書の運用が廃止されることとなった。 したがって、各市町村の現在の要綱及びマニュアル等の取扱いを踏まえつつ、実務の参考とすべき県内における取扱基準等を検討し、標準化を推進する。 重点的取組 特別療養費に係る実務の参考とすべき基準等の策定	取扱基準を作成したことに伴う修正
（３）　保険者努力支援制度の評価向上策の推進 保険者努力支援制度は、県と市町村の医療費適正化への取組や国保固有の構造問題への対応等を促すインセンティブ制度である。 当該制度の評価向上は、保険者機能の発揮と交付金増額に伴う国保財政の安定に資するもので、市町村の関心も高いことから、好事例の横展開を図る等、積極的に評価向上策を推進する。	（３）　保険者努力支援制度の評価向上策の推進 保険者努力支援制度は、県と市町村の医療費適正化への取組や国保固有の構造問題への対応等を促すインセンティブ制度である。 当該制度の評価向上は、保険者機能の発揮と交付金増額に伴う国保財政の安定に資するもので、市町村の関心も高いことから、好事例の横展開を図る等、積極的に評価向上策を推進する。	

重点的取組
保険者努力支援制度の評価向上策の推進

《参考》

令和9年度の保険者努力支援制度　取組評価分

市町村分（400億円程度）

保険者共通の指標	国保固有の指標
指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ○特定健診実施率・特定保健指導実施率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 収納率向上に関する取組の実施状況 ○保険料（税）収納率 ※過年度分を含む
指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況 ○がん検診受診率等 ○歯科健診受診率等	指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況 ○データヘルス計画の実施状況
指標③生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況 ○生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況 ○特定健診実施率向上の取組実施状況	指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況 ○こどもの医療の適正化等の取組
指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況 ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況 ○国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組
指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 ○重複投与者・多剤投与者に対する取組 ○薬剤の適正使用の推進に対する取組	指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況 ○第三者求償の取組状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進等に関する取組の実施状況 ○後発医薬品の促進等の取組・使用割合	指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況 ○適切かつ健全な事業運営の実施状況 ○法定外繰入の解消等

都道府県分（600億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価	指標② 医療費適正化のアウトカム評価	指標③ 都道府県の取組状況
○主な市町村指標の都道府県単位評価(※) ・特定健診・特定保健指導の実施率 ・生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組状況 ・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の実施 ・後発医薬品の使用割合 ・保険料収納率 ・重複投与者・多剤投与者に対する取組 ※都道府県平均等に基づく評価	○年齢調整後一人当たり医療費 ・その水準が低い場合 ・前年度(過去３年平均値)より一定程度改善した場合 ○重症化予防のマクロ的評価 ・年齢調整後新規透析導入患者数が少ない場合等 ○重複投与者数・多剤投与者数 ・重複投与者数・多剤投与者数が少ない場合 ・こどもの一人当たり医療費が少ない場合	○都道府県の取組状況 ・医療費適正化等の主体的な取組状況 （こどもの医療の適正化等の取組、保険者協議会、データ分析、予防・健康づくり　等） ・法定外繰入の解消等 ・保険料水準の統一 ・医療提供体制適正化の推進 ・事務の広域的及び効率的な運営の推進

出典：厚生労働省作成資料

（４）　市町村の事務処理システムの標準化支援

市町村は、「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）」に基づき、同法に規定する標準化基準に適合するシステムを導入することとなった。国民健康保険の市町村事務処理標準システム（以下「標準システム」という。）もこの基準に適合することとなる。従来県は、標準システムの導入に際し、国民健康保険中央会との連絡調整及び市町村への情報提供を担ってきた。

県国保団体連合会においては、市町村が事務処理システムの標準化を円滑に実施できるよう、国保総合システムの更改においてもこれとの整合性に配慮し、標準化の推進を行っている。

同法では、県は市町村に対し、地方公共団体情報システムの標準化のために必要な助言、情報の提供その他の措置を講ずるよう努めるものとするとされているが、市町村の事務処理システムと県国保団体連合会の国保総合システム等各種業務システムとは密接に連携するため、県国保団体連合会と協力し情報共有を図り、市町村のシステム標準化を支援する上で必要な対応を行う。

重点的取組
保険者努力支援制度の評価向上策の推進

《参考》

令和6年度の保険者努力支援制度　取組評価分

市町村分（500億円程度）

保険者共通の指標	国保固有の指標
指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ○特定健診受診率・特定保健指導実施率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率	指標① 収納率向上に関する取組の実施状況 ○保険料（税）収納率 ※過年度分を含む
指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況 ○がん検診受診率 ○歯科健診受診率	指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況 ○データヘルス計画の実施状況
指標③生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況 ○生活習慣病の発症予防・重症化予防の取組の実施状況 ○特定健診受診率向上の取組実施状況	指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況 ○医療費通知の取組の実施状況
指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況 ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施	指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況 ○国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組
指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況 ○重複投与者・多剤投与者に対する取組 ○薬剤の適正使用の推進に対する取組	指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況 ○第三者求償の取組状況
指標⑥ 後発医薬品の使用促進等に関する取組の実施状況 ○後発医薬品の促進等の取組・使用割合	指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況 ○適切かつ健全な事業運営の実施状況 ○法定外繰入の解消等

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価	指標② 医療費適正化のアウトカム評価	指標③ 都道府県の取組状況
○主な市町村指標の都道府県単位評価(※) ・特定健診・特定保健指導の実施率 ・糖尿病等の重症化予防の取組状況 ・個人インセンティブの提供 ・個人への分かりやすい情報提供の実施 ・後発医薬品の使用割合 ・保険料収納率 ・重複投与者・多剤投与者に対する取組 ※都道府県平均等に基づく評価	○年齢調整後一人当たり医療費 ・その水準が低い場合 ・前年度(過去３年平均値)より一定程度改善した場合 ○重症化予防のマクロ的評価 ・年齢調整後新規透析導入患者数が少ない場合 ○重複投与者数・多剤投与者数 ・重複投与者数が少ない場合 ・多剤投与者数が少ない場合	○都道府県の取組状況 ・医療費適正化等の主体的な取組状況 （保険者協議会、データ分析、重症化予防、重複・多剤投与者への取組　等） ・法定外繰入の解消等 ・保険料水準の統一 ・医療提供体制適正化の推進 ・事務の広域的及び効率的な運営の推進

出典：厚生労働省作成資料

（４）　市町村の事務処理システムの標準化支援

市町村は、「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）」に基づき、同法に規定する標準化基準に適合するシステムを導入することとなった。国民健康保険の市町村事務処理標準システム（以下「標準システム」という。）もこの基準に適合することとなる。従来県は、標準システムの導入に際し、国民健康保険中央会との連絡調整及び市町村への情報提供を担ってきた。

県国保団体連合会においては、市町村が事務処理システムの標準化を円滑に実施できるよう、国保総合システムの更改においてもこれとの整合性に配慮し、標準化の推進を行っている。

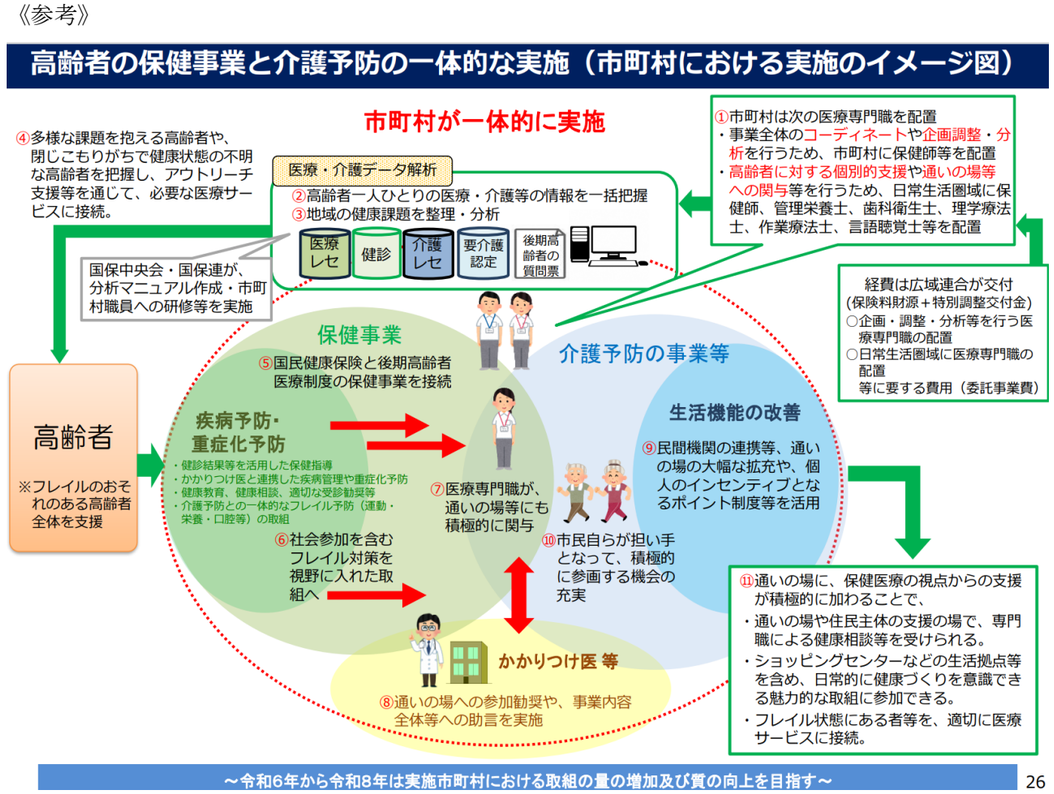
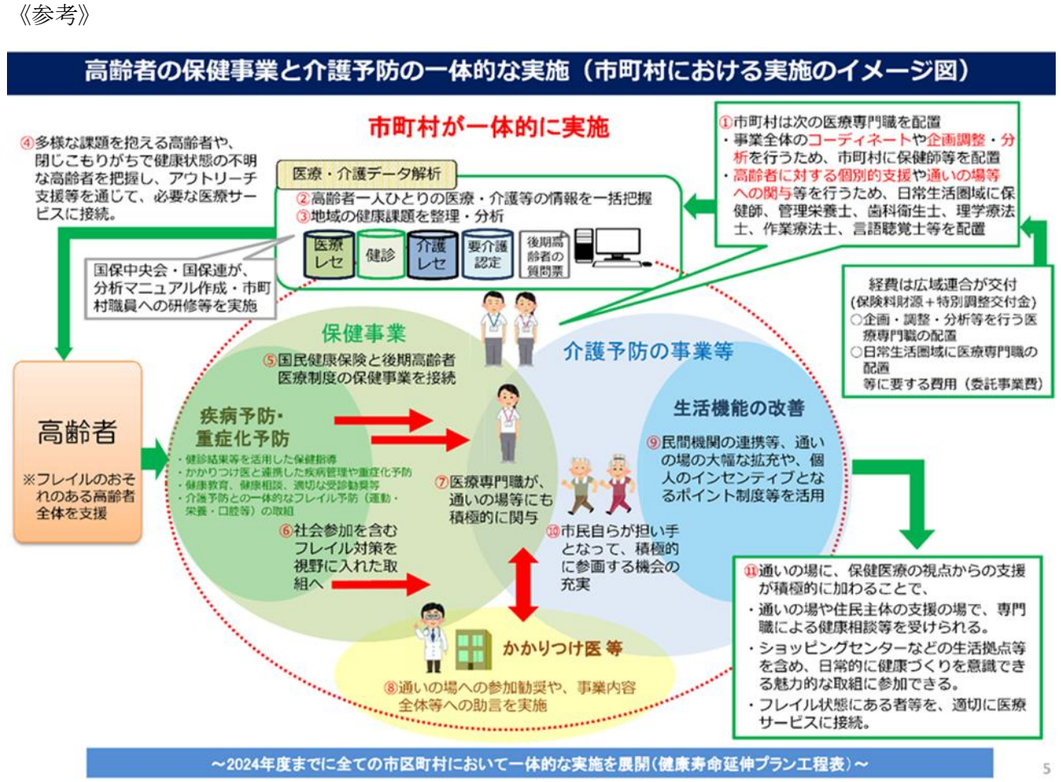
同法では、県は市町村に対し、地方公共団体情報システムの標準化のために必要な助言、情報の提供その他の措置を講ずるよう努めるものとするとされているが、市町村の事務処理システムと県国保団体連合会の国保総合システム等各種業務システムとは密接に連携するため、県国保団体連合会と協力し情報共有を図り、市町村のシステム標準化を支援する上で必要な対応を行う。

時点修正

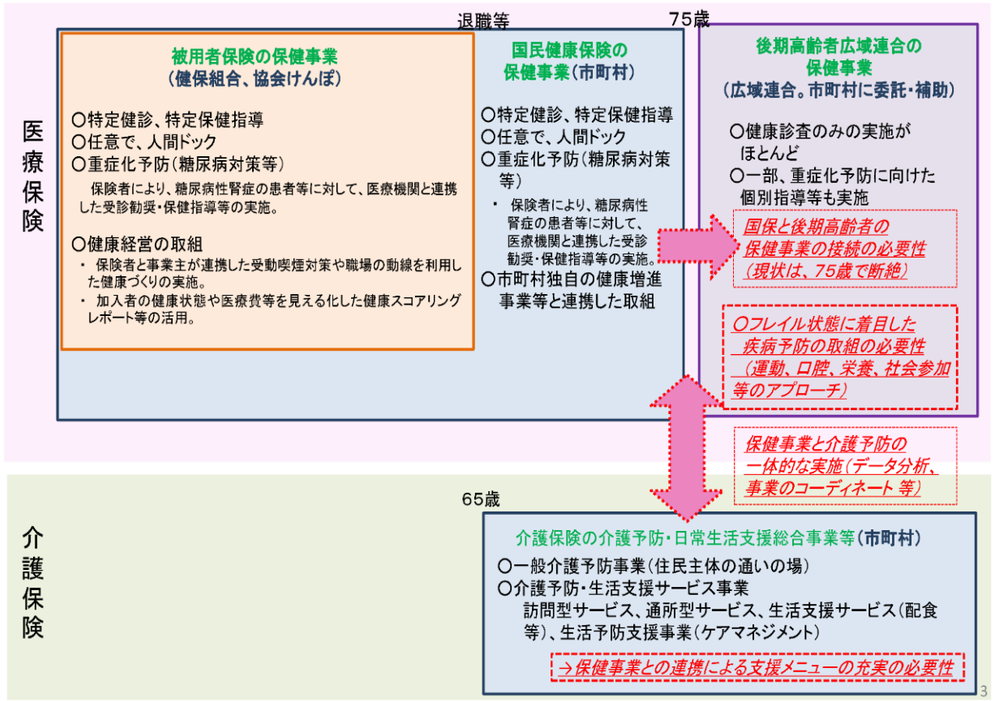
（５）　ＲＰＡ活用等による事務事業効率化の推進 県は、市町村が担う事務のより一層の合理化と効率化等を図るため、市町村における各種事務の実施状況や運用方法及び事務処理システムの標準化の状況等の把握に努め、市町村支援を行っていくものとする。このため、定型業務を自動化するＲＰＡ（ロボティック・プロセス・オートメーション）の活用等を含めた幅広いテーマで、県と市町村により国保事務事業効率化等の協議を進めることとし、連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて、費用対効果や費用負担等を含め、具体的な検討を行う。 重点的取組 ＲＰＡ活用等による事務事業効率化の推進 （６）　各種研修会の実施による市町村支援 県は、市町村担当職員が国保業務に必要な知識を習得し、円滑な国保運営に資するよう、県国保団体連合会等の関係団体の協力を得ながら、各種研修会を開催し、市町村支援を行う。 （７）　市町村事務の共同実施 市町村が担う事務の標準化、広域化及び効率化を進める上で、県国保団体連合会への委託による市町村事務の共同実施が有効な方策の一つとなるため、連携会議及びワーキンググループにおいて、市町村と県国保団体連合会の意見を踏まえながら、市町村事務負担軽減に向けた検討を行う。	（５）　ＲＰＡ活用等による事務事業効率化の推進 県は、市町村が担う事務のより一層の合理化と効率化等を図るため、市町村における各種事務の実施状況や運用方法及び事務処理システムの標準化の状況等の把握に努め、市町村支援を行っていくものとする。このため、定型業務を自動化するＲＰＡ（ロボティック・プロセス・オートメーション）の活用等を含めた幅広いテーマで、県と市町村により国保事務事業効率化等の協議を進めることとし、連携会議の下部組織であるワーキンググループにおいて、費用対効果や費用負担等を含め、具体的な検討を行う。 重点的取組 ＲＰＡ活用等による事務事業効率化の推進 （６）　各種研修会の実施による市町村支援 県は、市町村担当職員が国保業務に必要な知識を習得し、円滑な国保運営に資するよう、県国保団体連合会等の関係団体の協力を得ながら、各種研修会を開催し、市町村支援を行う。 （新規）	国の策定要領改定に基づき、（７）市町村事務の共同実施を追記

第３期愛知県国民健康保険運営方針の中間見直し（案）新旧対照表

第７章　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係施策との連携に関する事項

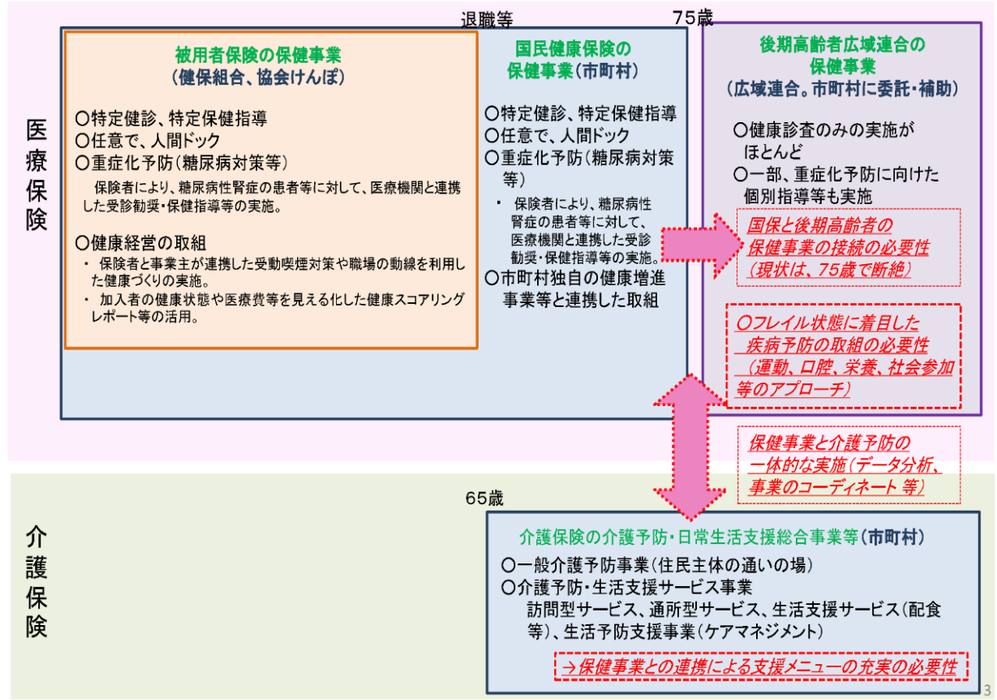
見直し後	現行	修正理由
本章では、医療保険以外の保健・介護・福祉分野等の諸施策との連携の取組について定める。	本章では、医療保険以外の保健・介護・福祉分野等の諸施策との連携の取組について定める。	
１　保健医療サービス・福祉サービス等との連携	**１　保健医療サービス・福祉サービス等との連携**	
（（１）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進 現在、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22）を見据え、高齢者の人口増加と生産年齢人口の減少が一層進行する中、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が進められている。 そして、2020（令和２）年度からは、健康保険法等の改正に伴い、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が推進されているところである。 これは後期高齢者医療広域連合の行う保健事業の実施を市町村に委託できることとし、市町村において高齢者の保健事業を国民健康保険の保健事業や介護保険制度の地域支援事業と一体的に実施できるようにするものである。 この一体的な実施の推進について、市町村の国保担当部局としては、保健衛生担当部局や後期高齢者の担当部局等、庁内各部局間との円滑な連携を図るほか、後期高齢者との連続性を考慮した保健事業に取り組むものとする。 また、県の国保担当部局としては、市町村の国保担当と同様に庁内各部局間との円滑な連携を図りつつ、市町村の課題把握に努め、好事例の横展開等に取り組むものとする。 《参考》  出典：厚生労働省作成資料	（１）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進 現在、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が進められている。 そして、2020年度からは、健康保険法等の改正に伴い、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施が推進されているところである。 これは後期高齢者医療広域連合の行う保健事業の実施を市町村に委託できることとし、市町村において高齢者の保健事業を国民健康保険の保健事業や介護保険制度の地域支援事業と一体的に実施できるようにするものである。 この一体的な実施の推進について、市町村の国保担当部局としては、保健衛生担当部局や後期高齢者の担当部局等、庁内各部局間との円滑な連携を図るほか、後期高齢者との連続性を考慮した保健事業に取り組むものとする。 また、県の国保担当部局としては、市町村の国保担当と同様に庁内各部局間との円滑な連携を図りつつ、市町村の課題把握に努め、好事例の横展開等に取り組むものとする。 《参考》  出典：厚生労働省作成資料	時点修正 時点修正

保健事業と介護予防の現状と課題（イメージ）



出典：厚生労働省作成資料

保健事業と介護予防の現状と課題（イメージ）



出典：厚生労働省作成資料

第３期愛知県国民健康保険運営方針の中間見直し（案）新旧対照表

第８章　その他

見直し後	現行	
本章では、国保運営に係る施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他県が必要と認める事項について定める。	本章では、国保運営に係る施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他県が必要と認める事項について定める。	
１　施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他	**１　施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整その他**	
（１）　連携会議及びワーキンググループによる連携 国保運営方針に基づく施策の実施状況については、定期的に把握・分析し、評価・検証を行い、必要に応じ改善を図ることが重要である。 このため、連携会議を開催し、県、市町村及び県国保団体連合会の関係者による意見交換・調整を行うものとする。 なお、実務的な検討等が必要な場合には、連携会議の下部組織としてワーキンググループ（医療費適正化・給付部会、賦課・収納・資格部会、財政部会を設置）を開催するものとする。 ア　連携会議の役割 ・　施策の実施状況の把握・分析 ・　課題の洗い出し及び対応策の検討 ・　運営方針の見直しに関する検討 イ　ワーキンググループの役割 ・　連携会議の指示による市町村事務の効率化、標準化、広域化その他実務者レベルの検討	（１）　連携会議及びワーキンググループによる連携 国保運営方針に基づく施策の実施状況については、定期的に把握・分析し、評価・検証を行い、必要に応じ改善を図ることが重要である。 このため、連携会議を開催し、県、市町村及び県国保団体連合会の関係者による意見交換・調整を行うものとする。 なお、実務的な検討等が必要な場合には、連携会議の下部組織としてワーキンググループ（給付部会、収納部会、医療費適正化部会、資格部会及び財政部会を設置）を開催するものとする。 ア　連携会議の役割 ・　施策の実施状況の把握・分析 ・　課題の洗い出し及び対応策の検討 ・　運営方針の見直しに関する検討 イ　ワーキンググループの役割 ・　連携会議の指示による市町村事務の効率化、標準化、広域化その他実務者レベルの検討	愛知県国保運営方針連携会議ワーキンググループ運営要領改正に伴う修正
（２）　その他 国保運営方針に基づく主な取組については、「重点的取組」として概要を定め、連携会議やその下部組織であるワーキンググループ等において、必要に応じて、実施時期や具体的内容等の協議を経て、順次取組を進めていくものとする。	（２）　その他 国保運営方針に基づく主な取組については、「重点的取組」として概要を定め、連携会議やその下部組織であるワーキンググループ等において、必要に応じて、実施時期や具体的内容等の協議を経て、順次取組を進めていくものとする。	

用語解説

次期	現行	
○決算補填等を目的とした法定外の一般会計繰入（P８） 国民健康保険特別会計における赤字補填（医療費の増加、保険料（税）の負担緩和を図るため等）などのために一般会計から法定外の公費を繰り入れて不足分を埋めること。 一方、保健事業に充てるなどの目的で行われる、一般会計からの法定外の公費の繰入は、決算補填等以外の目的の法定外の一般会計繰入に区分される。	○決算補填等を目的とした法定外の一般会計繰入（P７） 国民健康保険特別会計における赤字補填（医療費の増加、保険料（税）の負担緩和を図るため等）などのために一般会計から法定外の公費を繰り入れて不足分を埋めること。 一方、保健事業に充てるなどの目的で行われる、一般会計からの法定外の公費の繰入は、決算補填等以外の目的の法定外の一般会計繰入に区分される。	
○前年度繰上充用（P８） 国民健康保険特別会計において、歳入が歳出に対して不足するときに、翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てること。	○前年度繰上充用（P７） 国民健康保険特別会計において、歳入が歳出に対して不足するときに、翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てること。	
○財政安定化基金（P10） 保険給付費の増や保険料（税）の収納不足により財源不足となった場合に備え、都道府県や市町村に対し取り崩しや貸付・交付を行うために都道府県に設置した基金のこと。 なお、2022（令和４）年度から基金に年度間の財政調整機能が付与されたことから、決算剰余金の一部を積み立て、運用を行っている。 また、2027（令和９）年度から安定的な財政運営の確保を図るために必要があると認められる場合にも取り崩しが可能となった。	○財政安定化基金（P９） 保険給付費の増や保険料（税）の収納不足により財源不足となった場合に備え、都道府県や市町村に対し貸付・交付を行うために都道府県に設置した基金のこと。 なお、2022 年度から基金に年度間の財政調整機能が付与されたことから、決算剰余金の一部を積み立て、運用を行っている。	国の策定要領改定に基づき修正
○国民健康保険事業費納付金（納付金）（P12） 都道府県が、国民健康保険保険給付費等交付金の交付に要する費用その他の国民健康保険事業に要する費用に充てるため、県内市町村から徴収する納付金のこと。	○国民健康保険事業費納付金（納付金）（P11） 都道府県が、国民健康保険保険給付費等交付金の交付に要する費用その他の国民健康保険事業に要する費用に充てるため、県内市町村から徴収する納付金のこと。	
○市町村標準保険料率（P12） 都道府県が県内統一の算定基準に基づいて、市町村ごとの保険料（税）率の標準的な水準として示す数値のこと。市町村はこの標準保険料率を参考に、地域の事情を考慮の上、保険料（税）率を決定し、賦課・徴収を行う。	○市町村標準保険料率（P11） 都道府県が県内統一の算定基準に基づいて、市町村ごとの保険料（税）率の標準的な水準として示す数値のこと。市町村はこの標準保険料率を参考に、地域の事情を考慮の上、保険料（税）率を決定し、賦課・徴収を行う。	
○賦課限度額（P13） 国保被保険者の属する一世帯当たりに賦課する保険料(税)の上限額のことで、市町村が国の示す政令基準の範囲内で定めるもの。保険料(税)負担は、負担能力に応じた公平なものである必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、一定の限度が設けられている。 なお、これと別に、都道府県は納付金や市町村標準保険料率の算定に当たり、賦課限度額を用いる（P18）が、これは県内一律の額となる。	○賦課限度額（P12） 国保被保険者の属する一世帯当たりに賦課する保険料(税)の上限額のことで、市町村が国の示す政令基準の範囲内で定めるもの。保険料(税)負担は、負担能力に応じた公平なものである必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、一定の限度が設けられている。 なお、これと別に、都道府県は納付金や市町村標準保険料率の算定に当たり、賦課限度額を用いる(P16)が、これは県内一律の額となる。	
○特別療養費（P23） 特別な事情がなく保険料（税）を滞納し、特別療養費の支給決定を受けた被保険者が、マイナンバーカードでの保険証利用または資格確認書（特別療養）により医療機関を受診した場合の療養費。窓口で全額医療費を負担し、後日申請により一部負担を除いて療養費が支給される。		資格証明書の廃止による修正

○財政安定化支援方針（P24） 改正前の国保法第68条の２の規定により、都道府県が作成する国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化を推進するための市町村に対する支援の方針のことであるが、2018（平成30）年度からの新たな国保制度への移行に伴い、2017（平成29）年度に終了した。 なお、本県では、2010（平成 22）年 12 月に「愛知県国民健康保険広域化等支援方針」を策定し、その後「愛知県財政安定化支援方針」と名称を改定している。	○財政安定化支援方針（P22） 改正前の国保法第68条の２の規定により、都道府県が作成する国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化を推進するための市町村に対する支援の方針のことであるが、2018年度からの新たな国保制度への移行に伴い、2017年度に終了した。 なお、本県では、2010 年 12 月に「愛知県国民健康保険広域化等支援方針」を策定し、その後「愛知県財政安定化支援方針」と名称を改定している。	文言の整理
○国民健康保険保険給付費等交付金（P27） 県内市町村が療養の給付等に要する費用その他の国民健康保険事業に要する費用として、都道府県が市町村に交付する交付金のこと。普通交付金と特別交付金（国特別調整交付金、都道府県繰入金、保険者努力支援交付金、特定健康診査等負担金）に分かれる。	○国民健康保険保険給付費等交付金（P25） 県内市町村が療養の給付等に要する費用その他の国民健康保険事業に要する費用として、都道府県が市町村に交付する交付金のこと。普通交付金と特別交付金（国特別調整交付金、都道府県繰入金、保険者努力支援交付金、特定健康診査等負担金）に分かれる。	
○第三者行為求償（P29） 交通事故等、第三者（加害者）の不法行為によって生じた保険給付について、医療保険者が立て替えた医療費等を加害者に対して損害賠償請求すること。	○第三者行為求償（P27） 交通事故等、第三者（加害者）の不法行為によって生じた保険給付について、医療保険者が立て替えた医療費等を加害者に対して損害賠償請求すること。	
	○オンライン資格確認（P28） マイナンバーカードのＩＣチップまたは健康保険証の記号番号等により、オンラインで資格情報の確認を行うこと。 オンライン資格確認を導入することで、患者はマイナンバーカードで受診ができ、医療機関等では初診時の入力作業や資格過誤請求等が減少するなどのメリットが想定されている。	本文削除による修正
○データヘルス計画（P32） 医療保険者がレセプト（診療報酬明細書）、健康診査情報等のデータ分析に基づき、効率的・効果的な保健事業をＰＤＣＡサイクルで実施するための事業計画のこと。	○データヘルス計画（P30） 医療保険者がレセプト（診療報酬明細書）、健康診査情報等のデータ分析に基づき、効率的・効果的な保健事業をＰＤＣＡサイクルで実施するための事業計画のこと。	
○特定健康診査（P32） 医療保険者が 40 歳以上 74 歳以下の被保険者及び被扶養者に対して実施する、内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査のこと。	○特定健康診査（P30） 医療保険者が 40 歳以上 74 歳以下の被保険者及び被扶養者に対して実施する、内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査のこと。	
○特定保健指導（P32） 特定健康診査の結果により、健康の保持に努める必要がある者に対して医療保険者が実施する生活習慣の改善のための保健指導のこと。	○特定保健指導（P30） 特定健康診査の結果により、健康の保持に努める必要がある者に対して医療保険者が実施する生活習慣の改善のための保健指導のこと。	
○後発医薬品（ジェネリック医薬品）（P33） 後発医薬品は、先発医薬品と同じ有効成分を同量含んでおり、同等の効能や効果が得られると厚生労働大臣から製造販売が承認された医薬品のこと。一般的に、開発費用等が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価の値段は安くなるとともに、患者の自己負担や医療保険者の負担額等の削減ができ、医療費適正化の推進につながっている。	○後発医薬品（ジェネリック医薬品）（P31） 後発医薬品は、先発医薬品と同じ有効成分を同量含んでおり、同等の効能や効果が得られると厚生労働大臣から製造販売が承認された医薬品のこと。一般的に、開発費用等が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価の値段は安くなるとともに、患者の自己負担や医療保険者の負担額等の削減ができ、医療費適正化の推進につながっている。	
○国保データベース（ＫＤＢ）システム（P34） 国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、県国保団体連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、「統計情報」・「個人の健康に関するデータ」を作成するシステムのこと。	○国保データベース（ＫＤＢ）システム（P32） 国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、県国保団体連合会が「健診・保健指導」、「医療」、「介護」の各種データを利活用して、「統計情報」・「個人の健康に関するデータ」を作成するシステムのこと。	

○（市町村の事務の）標準化・広域化（P37） 標準化または広域化のこと。標準化とは、県が、各市町村における事務の実施状況及び運用方法等を把握しつつ、その処理基準等について統一を図ること。また、広域化については、都道府県国民健康保険運営方針策定要領（厚生労働省保険局国民健康保険課　令和８年７月）に各種事務の共同実施が挙げられている。 ○資格確認書（P37） マイナンバーカードでの保険証利用の代わりに保険資格の内容を証明した書類。 ○ＲＰＡ（P39） ロボティック・プロセス・オートメーション（Robotics Process Automation）の略語で、これまで人間が行ってきた定型的なパソコン操作をソフトウェアのロボットにより自動化するもの。	○（市町村の事務の）標準化・広域化（P35） 標準化または広域化のこと。標準化とは、県が、各市町村における事務の実施状況及び運用方法等を把握しつつ、その処理基準等について統一を図ること。また、広域化については、都道府県国民健康保険運営方針策定要領（厚生労働省保険局国民健康保険課　令和５年６月）に各種事務の共同実施が挙げられている。 ○資格確認書（P35） マイナンバーカードでの保険証利用の代わりに保険資格の内容を証明した書類。 ○特別療養費（P35） 特別な事情がなく保険料（税）を滞納している場合に発行される資格証明書により医療機関を受診した療養費。窓口で全額医療費を負担し、後日申請により一部負担を除いて療養費が支給される。 ○ＲＰＡ（P37） ロボティック・プロセス・オートメーション（Robotics Process Automation）の略語で、これまで人間が行ってきた定型的なパソコン操作をソフトウェアのロボットにより自動化するもの。	時点修正

【見直し（案）】

第２章　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

４　保険料(税)水準の統一に向けたロードマップ

項目	2021(令和３)年度	2022(令和４)年度	2023(令和５)年度	2024(令和６)年度	2025(令和７)年度	2026(令和８)年度	2027(令和９)年度	2028(令和10)年度	2029(令和11)年度	2030(令和12)年度	2031(令和13)年度	2032(令和14)年度	2033(令和15)年度	2034(令和16)年度	2035(令和17)年度	2036(令和18)年度
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						
		見直しの議論・方針決定	次期策定			中間見直し	見直しの議論・方針決定		次期策定	見直しの議論・方針決定			中間見直し	見直しの議論・方針決定		次期策定
保険料(税)水準の統一	統一の方向性を議論		統一の方向性の決定	完全統一に向けた議論						完全統一への移行・調整期間			完全統一			
									納付金ベースの統一の達成				※事情により完全統一が困難な場合、目標年度の見直しを実施			
	統一の理念・目標の設定			完全統一に向けた目標の設定			完全統一に向けた議論			必要に応じて議論・調整			完全統一後の評価・課題等について議論			
	メリット、デメリットを議論	負担、受益の公平性について議論	愛知県における考え方の決定		完全統一を目指すことについて方針決定	完全統一の目標年度を決定										
		統一に関わる検討項目の整理														
			納付金ベースの統一の実施を決定	議論すべき項目の選定・議論						必要に応じて議論・調整			完全統一後の評価・課題等について議論			
医療費水準の反映（αの設定）	α＝１				α＝0.8	α＝0.6	α＝0.4	α＝0.2	α＝0							
	α＜１とすることの妥当性について議論				差額補填（インセンティブ）の見直しについて議論											
	α＜１による課題の議論	α＜１による納付金への影響を議論	α＝０となる時期を決定		完全統一に向けて差額補填(インセンティブ)の見直しを議論	差額補填（インセンティブ）の終了時期・終了方法を決定	現状の再分析、対応の検討						完全統一後の評価・課題等について議論			
		α＜１による課題の整理（段階実施、医療費水準格差、インセ	容認すべき医療費指数の格差（1.10倍）の決定													
		容認すべき医療費水準の格差（1.10倍）の議論	差額補填（インセンティブ）の実施を決定		差額補填（インセンティブ）の実施					保険料（税）水準の完全統一に向けた措置の実施						
		α＝０となる時期の議論														
高額医療費の共同負担	市町村単位で算定				共同負担の実施											
	開始年度・期間等の議論						現状の再分析、対応の検討						完全統一後の評価・課題等について議論			
	メリット、デメリットを議論	納付金への影響を議論	開始となる時期を決定													
受益に係る項目	市町村単位で算定									移行・調整期間			県内統一の取扱い			
（保健事業、条例減免に要する費用等）	条例減免 ・現状の整理 ・基準案の洗い出し			統一に向けた議論						必要に応じて議論・調整			完全統一後の評価・課題等について議論			
保険料（税）の賦課方式	市町村単位で算定									移行・調整期間			賦課方式の統一			
				統一に向けた議論						必要に応じて議論・調整			完全統一後の評価・課題等について議論			
赤字の解消・削減	市町村単位で算定									赤字解消						
（決算補填目的の法定外繰入の解消）						統一に向けて解消				※事情により解消困難な場合、計画見直し			完全統一後の評価・課題等について議論			

※ロードマップは今後の協議の状況等により変更となる場合がある。

上記以外で保険料(税)水準の統一に影響を及ぼす項目

納付金算定額と実績額の差分調整	保険料（税）の賦課限度額	審査支払手数料	直診勘定繰出金	出産育児諸費
葬祭諸費	保険料と保険税の別	その他保険給付	保険者努力支援制度（市町村交付分）	育児諸費
保険料（税）の賦課割合	統一する場合の財源	保険者支援制度	財政安定化基金積立金（市町村の償還分）	特定健康診査等に要する費用
保険料(税)率の算定方式	決算補填等以外の目的の法定外一般会計繰入分	過年度の保険料(税)収納見込み	財政安定化基金積立金（市町村の拠出分）	特別調整交付金
標準的な収納率による調整	医療費適正化	財政安定化支援事業繰入金	予備費（市町村分、保険料(税)財源分）	
都道府県繰入金（２号分）	地方単独事業の減額調整分	事務の標準化	その他基金（返済・積立）	

・記載項目以外でも新たに課題と考えられるものが生じれば、適宜追加する。