

兵庫県における 保険料水準の統一に向けた ロードマップ

本ロードマップは、兵庫県国民健康保険運営方針を補完し、保険料水準の統一に向けた取組について、県と市町の協議内容や決定事項を記載するものである。

令和4年11月（第1版）

令和6年3月（第2版）

令和7年3月（第3版）

令和8年3月（第4版）

兵 庫 県

目次

第1	策定までの取組とロードマップの目的	3
第2	保険料水準の統一に向けた現状整理と課題	6
1	分野ごとの課題	6
(1)	納付金算定における課題	6
ア	医療費水準	6
イ	市町の「個別公費」「個別経費」の取扱い	7
ウ	各事業での費用計上基準の整理	8
エ	統一後に生じる納付金の過不足への対応	8
(2)	市町の保険料賦課における課題	8
ア	保険料算定方式	8
イ	応能・応益割合	8
ウ	基金活用による保険料引下げ	9
エ	条例で応能応益割合を規定している市町への対応	10
オ	市町が保険料賦課の際に設定する被保険者数等の取扱い	10
(3)	市町ごとのサービスの標準化（事務の統一）	10
(4)	その他統一に向けた課題	11
ア	赤字解消	11
イ	予算計上方法の見直し	111
第3	保険料水準統一に向けた取組と方針	122
1	統一方針策定までの経緯	122
2	基本方針	144
3	分野ごとの方針	144
(1)	納付金算定関連	144
ア	医療費水準	144
イ	市町の「個別公費」「個別経費」の取扱い	154
ウ	各事業での費用計上基準の整理	177
エ	統一後に生じる納付金の過不足への対応	188
(2)	市町の保険料賦課関連	188
ア	保険料算定方式	188
イ	応能・応益割合	188
ウ	基金活用による保険料引下げ	18
エ	条例で応能応益割合を規定している市町への対応	19
オ	市町が保険料賦課の際に設定する被保険者数等の取扱い	19
(3)	市町ごとのサービスの標準化（事務の統一）	19
ア	基本の考え方	19
イ	個別分野におけるサービスの標準化	200
(4)	その他統一に向けた事項	211
ア	赤字解消	211
イ	予算計上方法の見直し	222

第1 策定までの取組とロードマップの目的

国民健康保険制度は、国民皆保険の基盤を成す制度として県民の健康の保持増進に重要な役割を果たしているが、被用者保険と比べ、①年齢構成が高いこと等により医療費水準が高い、②低所得の加入者が多く所得に占める保険料負担が重いといった構造的な課題を抱えている。

こうした課題に対応し、国民健康保険の運営基盤を強化するため、平成30年4月に、国による財政支援の拡充と県への財政運営の移管を主な内容とする現行制度が施行された。

国は「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、将来的には都道府県での保険料水準の統一を目指すことを示しており、令和3年の国民健康保険法の改正において、保険料水準の平準化や財政の均衡に関して都道府県国民健康保険運営方針の記載事項に規定されるなど、都道府県ごとに保険料水準の統一について検討を進める必要がある。

兵庫県では、現行制度の施行に当たり、全市町合意のもと、将来的な同一所得・同一保険料を目指し、全市町が取り組むべき方向性を示した「兵庫県国民健康保険運営方針」を策定し、この運営方針に基づき、国民健康保険連絡協議会において、議論を進めてきた。

平成30年度から令和2年度までの取組をまとめた「第1期兵庫県国民健康保険運営方針」では、保険料算定方式を3方式とすること、標準的な応能割及び応益割の割合を所得係数(=β):1、均等割と平等割の割合を7:3とすること、標準的な賦課限度額を国民健康保険法施行令等で定める額とすることなど同一所得・同一保険料を目指す上で決めなければならない各種方針について定め、県及び市町はこれに基づき取組を進めてきた。

また、令和3年度から令和5年度までの取組をまとめた「第2期兵庫県国民健康保険運営方針」では、「第1期兵庫県国民健康保険運営方針」で定めた方針が着実に進むよう、市町が保険料算定方式を3方式とするまでの期間や賦課限度額を国民健康保険法施行令等で定める額とするまでの期間を令和6年度までとする旨の期限の設定を行ったこと等に加えて、令和3年度からは、納付金算定時に医療費水準不反映・収納率反映の仕組みへの移行などを行い、納付金算定の統一へ至った。

その後、国民健康保険連絡協議会における議論や、後に実施したアンケートの結果等を踏まえ、本県としては、「各市町の保険料率の完全統一(同一所得・同一保険料)」を目標とし、市町と協議を進めることとした。

同一所得・同一保険料の実現に向けては、具体的な取組として、①標準的な算定方式(3方式)、②標準的な応能割及び応益割の割合(市町村標準保険料率算出で用いた割合)、③標準的な賦課限度額への移行を着実に進めるとともに、④納付金算定での市町の個別経費・個別公費の相互扶助化や⑤市町独自の保険料設定から市町村標準保険料率へ移行等を進めていく必要がある。

ここでは、そうした今後の進め方、方針、達成時期等について「兵庫県における保険料水準の統一に向けたロードマップ」としてまとめ、本ロードマップに沿って県・市町が必要な取組を計画的に実行し、一步ずつ着実に保険料水準の統一に向けて取組を進めていくこととする。

【参考】保険料水準の統一に係る全国の状況（R7.12厚生労働省まとめ）

統一の定義	H30	R3	R6	R8	R9	R10	R11	R12	R15	R18
納付金ベースの統一		兵庫県	北海道 群馬県 埼玉県 三重県 長崎県	宮城県	和歌山県	栃木県	岩手県 山形県 千葉県 岐阜県 愛知県 鳥取県 徳島県 愛媛県	東京都 富山県 新潟県 長野県 静岡県 山口県	秋田県 鹿児島県	
準統一 (標準保険料率の統一等)					埼玉県				愛媛県	
完全統一	大阪府 (※1)		奈良県		滋賀県		福島県 大分県	北海道 青森県 宮城県 埼玉県 福井県 山梨県 兵庫県 和歌山県 広島県(※2) 高知県 佐賀県 熊本県	群馬県	神奈川県 香川県

※1 R6年度までの移行期間あり

※2 R17年度までの移行期間あり

【参考】ロードマップ策定後の国の動き

(第1版策定後)

令和3年の国民健康保険法の改正により、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を国保運営方針において定めるとされたことについて、令和5年6月に発出された都道府県国民健康保険運営方針策定要領では、令和6年度以降の新たな運営方針の期間を保険料水準の平準化に向けた取組を一段と加速させる期間と位置づけるとともに、運営方針には、①統一に向けた基本的な考え方、②統一の定義に関する事項、③統一の目標年度に関する事項、④統一に向けた検討の組織体制やスケジュールに関する事項、の4点を記載するよう示された。

また、令和5年10月には、各都道府県の保険料水準統一を推進するため、保険料水準の統一の進め方や先事例などを取りまとめた保険料水準統一加速化プランを策定し、将来的な完全統一を見据え、まずは次期国保運営方針期間中（令和6年度から11年度（令和12年度保険料算定まで））に納付金ベースの統一を目指すことが示された。

(第2版策定後)

令和6年6月には、都道府県における保険料水準統一の取組の更なる加速化に資するよう加速化プランが改定され、次期国保運営方針期間（令和12年度～令和17年度）の中間年度（令和15年度）までに完全統一に移行することを目指しつつ、遅くとも令和17年度（令和18年度保険料算定）までに移行を目標とすることが示されるなど、保険料水準の統一に向けた取組が強化されている。

イ 市町の「個別公費」「個別経費」の取扱い

各市町は、国特別調整交付金、県2号繰入金、保険者努力支援交付金など、各市町の事情や努力に応じて交付される公費を、県に納める納付金の原資に充てることで、被保険者に賦課する保険料を減少させることができる。

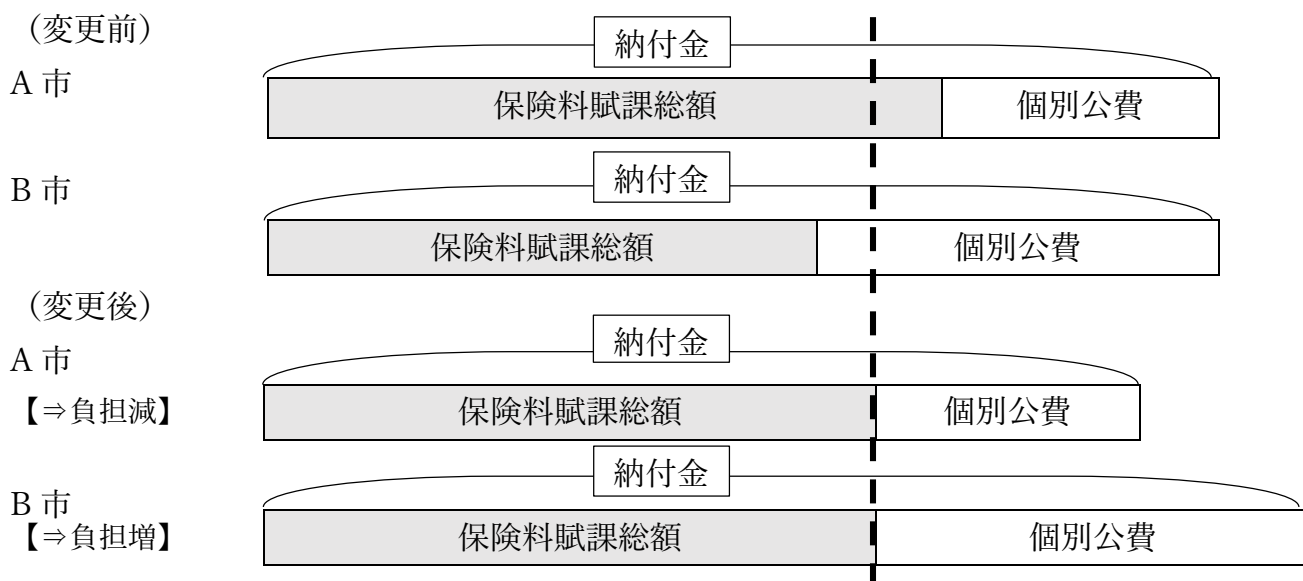
保険料水準を統一するためには、県2号繰入金を含め、市町個々に反映する公費を県全体で相互扶助する（市町への交付を止める・交付しても市町の保険料の差が生じない仕組み）必要がある。なお、第一弾の取組として、令和4年度納付金算定から、財政安定化支援事業・出産育児一時金繰入金・保険者支援制度・過年度収入の相互扶助を行っている。これらの公費は、すでに納付金算定の際に医療費・収納率・所得が県全体で支え合う仕組みとなっていることから、同様の考えに基づき相互扶助としている。

一方、今後各市町の事情や努力に応じて交付される公費が相互扶助化された場合、県から市町への行動変容を促すための財源がなくなることや市町職員の医療費適正化や収納率向上などに取り組むためのモチベーションの低下が懸念されることから、相互扶助を進めるに当たっては慎重な制度設計が必要である。

また、市町が実施する保健事業や任意給付等の費用は、令和4年度時点では県の納付金算定の対象外（個別経費の大小に応じた市町間の納付金算定の調整を行っていない。）としており、市町は県が示す納付金に上記費用を加えて、保険料率を算定しているが、保険料水準の統一には、これら費用も相互扶助を進める必要がある。

なお、実際に相互扶助する際には、市町の納付金負担の増減が発生するため、その影響を鑑み、相互扶助をどのように行っていくのか、また、影響によっては激変緩和の検討等の対応についても考慮に入れる必要がある。

【イメージ図（納付金負担が同じで個別公費がA市<B市の場合）】



⇒相互扶助により納付金の水準を調整することで、保険料水準を同一にする

ウ 各事業での費用計上基準の整理

納付金算定で用いる各事業費の数値は、県から市町に対し、事業ごとに計上すべき値（直近決算額や予算額等）を指示し、これに沿って報告を受けたものとなっているが、その事業費の詳細については、市町と調整を行っていなかった。特に各市町の個別経費は、相互扶助実施前においては納付金算定に影響を与えない項目であることから、例えば、保健事業費の予算額への人間ドック助成を計上するか否かは市町ごとに判断が異なる状況となっていた。先に記述したように、相互扶助前の段階では納付金算定に影響を与えていない項目であることから、市町が設定する保険料率への影響はなかったが、今後、保険料水準の統一を進めていくに当たっては個別経費が相互扶助されていくことになるため、こうした項目の整理が必要となる。

エ 統一後に生じる納付金の過不足への対応

保険料率の完全統一を達成するためには、全市町が前年度の1月に県が示す納付金算定結果に基づく統一標準保険料率を採用する必要がある。

しかし、納付金算定における係数（被保険者数・所得、個別公費・経費等）が算定時と実際の数値にずれが生じることにより、保険料賦課総額が納付金算定時の想定よりも増加・減少することとなり、市町が関与できない黒字・赤字が生じる可能性があるため、完全統一後を見据え、納付金制度のあり方について検討を行う必要がある。

(2) 市町の保険料賦課における課題

ア 保険料算定方式

保険料算定方式は、令和6年度にすべての市町で所得割・均等割・平等割からなる3方式へと移行が完了した。

また、賦課限度額についても、全市町において国が国民健康保険法施行令及び地方税法施行令で定める額に設定する必要がある。

【保険料算定方式の年度推移】

区分	H30年度	R1年度	R2～5年度	R6年度
3方式	34	34	39	41
4方式	7	7	2	0

イ 応能・応益割合

応能・応益割合は、旧国民健康保険法施行令及び地方税法に定める標準割合を基本として市町の実情に沿って独自に設定されていたが、保険料水準を統一するためには、すべての市町が運営方針に定める標準的な応能割及び応益割の割合へと移行させていく必要がある。

しかしながら、応能・応益割合を変更する場合には、個々の被保険者の世

帯構成や所得に応じて負担が大きく変わる可能性があることなどから、一定の時間を要することとなる。

ウ 基金活用による保険料引下げ

保険料水準の統一は、全市町が市町村標準保険料率を採用しなければなら
ないため、保険料水準の統一後は、各市町が基金を活用した保険料引下げを
実施することはできない。

一方、現時点では市町が保有する基金の取扱いについては、市町の裁量に
委ねているため、今後この基金の活用方法について議論を進める必要がある。

【基金の利用状況と残高（単位：百万円）（▲は取崩額）】

市町名	R 5 積立額	増減率	R 6 積立額	増減率	R 6 残高
神戸市	▲ 683	▲ 16.8%	691	20.5%	4,066
姫路市	▲ 150	▲ 4.5%	▲ 66	▲ 2.1%	3,076
尼崎市	▲ 255	▲ 11.7%	▲ 621	▲ 32.2%	1,306
明石市	▲ 490	▲ 25.1%	▲ 589	▲ 40.3%	873
西宮市	▲ 55	▲ 3.2%	▲ 377	▲ 22.9%	1,267
洲本市	10	1.3%	▲ 10	▲ 1.3%	769
芦屋市	127	41.2%	1	0.2%	435
伊丹市	1	0.1%	▲ 563	▲ 32.4%	1,173
相生市	0	0.1%	▲ 46	▲ 14.0%	283
加古川市	▲ 332	▲ 37.0%	▲ 9	▲ 1.6%	557
赤穂市	▲ 50	▲ 19.2%	▲ 30	▲ 14.1%	180
西脇市	82	11.7%	44	5.7%	826
宝塚市	245	17.2%	▲ 287	▲ 17.2%	1,381
三木市	44	-	178	407.3%	222
高砂市	▲ 83	▲ 16.2%	▲ 74	▲ 17.3%	354
川西市	105	10.6%	44	4.0%	1,146
小野市	1	0.1%	64	14.4%	511
三田市	▲ 155	▲ 24.2%	0	0.0%	486
加西市	3	0.3%	▲ 111	▲ 13.3%	725
猪名川町	▲ 46	▲ 5.7%	▲ 67	▲ 8.7%	696
加東市	7	8.8%	10	11.5%	97
多可町	▲ 15	▲ 7.9%	▲ 27	▲ 15.4%	148
稲美町	▲ 65	▲ 14.5%	▲ 86	▲ 22.6%	294
播磨町	▲ 48	▲ 4.5%	▲ 86	▲ 8.3%	951
市川町	0	0.0%	0	0.1%	202
福崎町	▲ 39	▲ 47.1%	19	42.7%	63

神河町	▲ 23	▲ 12.3%	▲ 10	▲ 6.3%	152
太子町	▲ 12	▲ 4.3%	▲ 39	▲ 15.0%	218
たつの市	2	0.3%	▲ 8	▲ 1.1%	690
上郡町	21	15.7%	▲ 11	▲ 7.3%	140
佐用町	10	6.8%	0	0.1%	159
宍粟市	▲ 4	▲ 5.7%	▲ 37	▲ 55.3%	30
香美町	▲ 35	▲ 53.0%	▲ 22	▲ 71.9%	9
新温泉町	▲ 35	▲ 12.9%	▲ 23	▲ 9.7%	213
養父市	4	1.3%	▲ 33	▲ 10.2%	291
朝来市	46	20.6%	8	3.1%	278
丹波市	▲ 74	▲ 12.0%	▲ 2	▲ 0.3%	543
丹波篠山市	▲ 4	▲ 0.6%	▲ 6	▲ 1.0%	605
淡路市	▲ 1	▲ 0.2%	▲ 19	▲ 5.6%	331
南あわじ市	123	46.5%	82	21.2%	471
豊岡市	▲ 128	▲ 25.3%	▲ 64	▲ 17.0%	314

エ 条例で応能応益割合を規定している市町への対応

主に保険“料”を採用している市町は、条例で応能応益割合を規定している。このメリットは、応能応益割合は毎年度見直しを行う必要が少ないため、保険料率の改定時に、条例改正を実施せず、保険料率の告示のみで手続きが完了することにある。

しかしながら、市町村標準保険料率は、毎年変動する市町ごとの所得や被保険者数等のシェアに応じて算出されるため、毎年応能応益割合が一定変化してしまい、今後市町が市町村標準保険料率を採用すると、毎年条例改正が必要となる。

オ 市町が保険料賦課の際に設定する被保険者数等の取扱い

保険料賦課の際に、被保険者数や所得等を納付金算定に用いた数値ではなく、市町において独自に設定している数値を用いる場合があるが、この手法を取ると市町村標準保険料率と同じ率とすることができない（賦課総額を変えなくとも所得の置き直し等により所得割率等が変わるため）。現状では、保険料水準統一となっていないため問題は生じないが、統一後は納付金算定に用いた数値を使用する必要がある。

(3) 市町ごとのサービスの標準化（事務の統一）

市町が実施する保健事業や任意給付等の費用は、現状では県の納付金算定の対象外（個別経費の大小に応じた市町間の納付金算定の調整を行っていない。）としており、市町は県が示す納付金に上記費用を加えて、保険料率を算定して

いる。

保険料水準の統一には、これら費用も相互扶助を進める必要があるが、各市町のサービス水準に濃淡がある中で単に相互扶助すると、市町間の負担とサービスの公平性が保たれないといった課題が生じる。原理的な意味での公平性を確保するためには、保険料水準の統一と合わせ、サービスの標準化（事務の統一）を果たす必要がある。

しかしながら、サービスの標準化（事務の統一）の議論の際は、地域課題に応じた事業実施をどこまで弾力的なものとして認めるかという視点も重要である。サービスの標準化（事務の統一）には、市町の体制や考え方等に違いがあり、各市町の意向をベースにした調整には時間を要することから、保険料水準の統一の議論を加速化させるためには、サービス水準の濃淡の差をどこまで許容するのか、市町からの意見を基に県として案を提示し、市町との合意が得られるよう、一体となって議論を進めていく必要がある。

（４）その他統一に向けた課題

ア 赤字解消

保険料水準の統一とするには、市町の赤字解消を果たしておかなければならないが（統一後に赤字額を保険料に上乘せすると統一保険料とならないため）、赤字解消計画を着実に進めた結果、令和6年度末時点で全市町が赤字を解消している。

今後、新たな赤字市町が発生することがないように、全市町で共通認識を持つことが重要である。特に、基金を活用し保険料を抑えている市町は、基金が枯渇した際に保険料を適正水準まで一度に引き上げられなければ赤字保険者となる可能性があるため、段階的な保険料引上げ等、適切な財政運営に取り組む必要がある。

イ 予算計上方法の見直し

現在、個別経費は県予算に計上されておらず、市町予算で計上するのみとなっている。また、個別公費については、国特別調整交付金、保険者努力支援制度、県繰入金といった県から市町に交付を行っている事業は県予算及び市町予算に計上されており、波及増繰入金、財政安定化支援制度等は県予算に計上されず、市町予算のみで計上している。

保険料水準の統一となった際には、例えば個別公費であれば、相互扶助となっているため、市町ごとに交付金を交付する必要性が乏しく、不要な県及び市町の交付事務が生じる可能性があることから、県及び市町にとってより良い予算体系とするため、今後議論を重ねていく必要がある。

第3 保険料水準統一に向けた取組と方針

1 統一方針策定までの経緯

兵庫県では、平成30年度の都道府県単位化以降、保険料水準の統一に向けて納付金算定の統一など、様々な取組を進めてきた。

そのような中、さらに保険料水準の統一に向けた取組を推し進めるために、令和3年10月に開催した国民健康保険連絡協議会にて、①国保制度改革から10年の節目となる令和9年度に保険料水準の統一を目指すこと、②令和9年度に目指す保険料水準の統一のあり方については市町と協議を行ったうえで「第3期兵庫県国民健康保険運営方針」に記載すること、を県から提案した。

その後、各市町の意向を確認するため、令和9年度の保険料水準の統一のあり方について、令和3年12月に各市町にアンケートを行い、その後個別にヒアリングを行った結果、多くの市町が保険料率完全統一を希望していたことから、本県としては、「令和9年度に各市町の保険料率の完全統一（同一所得・同一保険料）」を目標とし、市町と協議を進めることとした。

また、一部の市町からは、令和9年度に完全統一を実施した場合、被保険者の保険料負担が急激に増加してしまうことを懸念する意見があったことから、保険料の完全統一について3年程度の移行期間を設定することや、完全統一の影響により大幅に標準保険料率が上昇する市町に対し、移行期間も活用した支援策を実施することについても、令和4年3月・5月に実施した国民健康保険連絡協議会にて提案を行った。

これらの提案を含め、令和4年6月に改めて各市町に保険料率の完全統一の達成可能時期についてアンケートを行った結果、大多数の市町が移行期間を3年とした場合の期限となる令和12年度までに完全統一が可能であるという回答であったが、一部の市町においては、それでもなお単年度当たりの保険料上昇の影響が大きいと、完全統一にはより長期間が必要であるとの意見があった。

この結果を踏まえ、兵庫県における保険料水準統一の進め方については、標準保険料率の統一を当初の統一目標であった令和9年度に実施し、各市町の標準保険料率への移行目安時期とするとともに、移行期間を設けることとし、保険料率の完全統一時期は原則令和12年度とした。また、この移行期間については、保険料上昇の影響が大きい市町に配慮し、解消しがたい相互扶助の影響や災害の発生等により、やむを得ず期限内の完全統一が困難な場合にあっては、特例的に移行期間の延長を行うことがあるとしており、今後も可能な限り市町の個別事情を踏まえながら、統一に向けた方針を決定するとともに、県・市町が一体となって取組を進めていくものである。

【参考】令和3年12月3日アンケート結果

問.令和9年度の保険料水準の統一はどうあるべきか？

項目	市町数
兵庫県が示す標準保険料率の完全統一かつ市町が設定する保険料率の完全統一	27 市町
兵庫県が示す標準保険料率のみ完全統一	11 市町
兵庫県が示す標準保険料率の完全統一はしない（準統一）	2 市町
その他（先に事務・サービスの統一を行う）	1 市町

【参考】令和4年6月10日アンケート結果

問.市町保険料率の標準保険料率への移行が完了する時期の見込みについて

項目	市町数
令和8年度以前	4 市町
令和9年度	29 市町
令和12年度	4 市町
令和13年度以降・未定	4 市町

【参考】令和8年2月19日アンケート結果

問.市町保険料率の標準保険料率への移行が完了する時期の見込みについて

項目	市町数
令和8年度以前	2 市町
令和9年度	19 市町
令和11年度	1 市町
令和12年度	16 市町
未定	3 市町

2 基本方針

- 保険料水準の統一時期については、下記のとおりとする。
 - ・標準保険料率の統一：令和9年度
(標準保険料率への移行目安時期)
 - ・保険料率の完全統一：原則令和12年度※
(標準保険料率への全市町移行完了)
- ※ 市町の努力を持ってしてもなお解消しがたい相互扶助の影響や災害の発生等により、やむを得ず令和12年度の完全統一が困難な場合にあっては、特例的に移行期間の延長を行うことがある。
- 負担面（保険料水準の統一）と給付面（サービス水準の統一）の平準化は同時並行で進めていく。
- サービス水準の完全な統一には時間を要することが考えられ、保険料の統一後も引き続きサービスの標準化（事務の統一）を進めていく。
- 被保険者の保険料負担が急激な上昇とならないよう計画的・段階的に保険料を調整できる期間が必要であるため、個別公費・経費の相互扶助については、令和5年度から5年間かけて段階的に進める。
- 相互扶助の影響により保険料の急激な上昇が見込まれる市町に対しては、保険料の上昇幅が抑えられるよう、県の基金を活用した支援策を実施する。

3 分野ごとの方針

(1) 納付金算定関連

ア 医療費水準

- 相互扶助を進めることにより、県2号繰入金による医療費インセンティブを段階的に縮小する
 - 市町の医療費適正化への取組を推進するため、新たなインセンティブ制度の創設を検討する（保険料引下げへの活用不可）
- 保険料水準の統一に向け、段階的に相互扶助を進めることで、県2号繰入金による医療費インセンティブを段階的に縮小し、医療費水準の保険料率への影響が生じないようにする。

一方、単に医療費水準の相互扶助を実施するだけでは、市町の医療費適正化の取組に対する意欲低下の恐れがあることから、医療費適正化の優良品

業の横展開等を行い、市町単位の視点から県全体の支え合いと世帯ごとの負担能力の視点へとシフトしていくとともに、後述する新たなインセンティブ制度において、医療費水準の低い市町を評価できる指標を設けることとする。

イ 市町の「個別公費」「個別経費」の取扱い

- 令和9年度に全個別公費・個別経費を完全相互扶助することとし、令和5年度の納付金算定より相互扶助を20%ずつ段階的に実施する
- より公平な形での相互扶助を実現するため、個別公費のうち、「財政安定化支援事業」及び「波及増繰入」については、各市町が達成すべき最低基準を設ける
- 相互扶助の影響による保険料率の増加を抑え、保険料水準の統一へ向けた取組を推進するため、県基金を活用して財政支援を行う
- 市町の事業実績を評価し、取組を後押しするため、新たなインセンティブ制度を設ける

(ア) 相互扶助の段階的な実施

→ 令和9年度に市町の標準保険料率の統一を実現するためには、各市町の状況を踏まえた上で、被保険者の保険料負担が急激な上昇とならないよう計画的・段階的に保険料を調整する必要があるため、令和9年度までの期間を最大限生かすことのできる令和5年度から5年間かけ、段階的に個別公費・個別経費の相互扶助を進めることで納付金を調整することとする。

【個別公費一覧】

項目	統一時期
保険者努力支援制度	令和9年度 (令和5年度から20%ずつ5年間)
特定健診負担金	
県2号繰入金	
国特別調整交付金	
地方単独事業による波及増繰入金	
財政安定化支援事業	令和4年度(第一弾)
出産育児一時金繰入金	
保険者支援制度	
過年度収入	

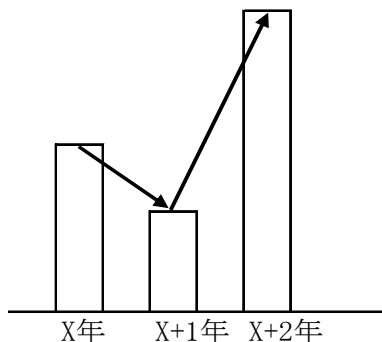
【個別経費一覧】

項目	統一時期
保健事業	令和9年度 (令和5年度から20%ずつ5年間)
直診勘定繰出金	
特定健診に要する費用	
条例減免	
任意給付	

【相互扶助のイメージ（相互扶助を行うことで納付金が増える市町の例）】

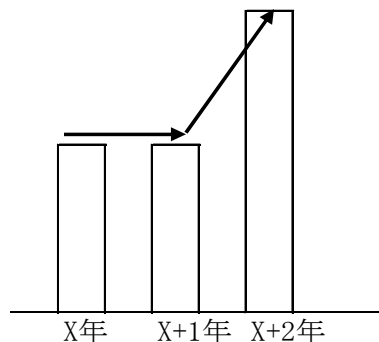
例 1

・個別毎に相互扶助開始時期をバラバラにした場合
納付金の乱高下が生じる
⇒市町の調整に要する負担増
⇒被保険者の負担感の増



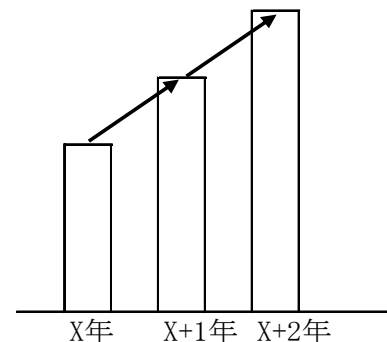
例 2

・全ての項目の相互扶助を単年度で反映した場合
納付金の急激な上昇
⇒被保険者急激な負担増



例 3

・全ての項目の相互扶助を段階的に反映した場合
納付金の段階的な上昇
⇒計画的な設定が可能
⇒被保険者の負担に配慮



(イ) 市町における個別公費に係る繰入基準について

→ 相互扶助対象となる個別公費のうち、財政安定化支援事業及び地方単独事業による波及増繰入金については、市町ごとの濃淡が生じている。相互扶助を進めるに当たっては、市町の濃淡を解消するため、一般会計繰入規模の少ない市町の金額を引き上げる形で基準を設定する。

具体的には、財政安定化支援事業については令和 6 年度までに国算定額の 100%を、波及増繰入金については令和 9 年度までに療給負担金(給付費の 32%)の減額調整分の少なくとも 1/2 を繰り入れることとする。基準未達成の市町があれば、市町間に不公平が生じるため、早期に対応することとする。

(ウ) 保険料水準の統一へ向けた県基金の活用

→ また、個別経費・個別公費の相互扶助を進めることで負担が増加する市町に対する激変緩和は、令和 5 年度から 5 年間かけて 20%ずつ相互扶助を進めていくことで多数の市町の負担は平準化することとなるが、一方で一部市町においてはそれでもなお単年度あたりの負担増が大きいことから、県が保有する基金を活用した支援策を行う。

1 つ目は、剰余金の原資の大部分は、各市町が県に納める納付金の残余であることから、全市町に恩恵が生じるよう、納付金の全体引下げを行う。

具体的には、相互扶助を行うことで市町の負担構成が変わる令和 5 年度から令和 9 年度までの 5 年間に毎年 15 億円投入する。また、毎年投入した 15 億円を令和 10 年度から一度になくすと市町の納付金負担が増加するため、3 億円ずつ縮小することとする（令和 10 年度 12 億円、令和 11

年度9億円、令和12年度6億円、令和13年度3億円)。

2つ目は、相互扶助を20%ずつ段階的に進めてもなお毎年の負担が大きい市町に対して支援を行う。

具体的には、「標準保険料率の算定に必要な保険料総額 e'」の伸び率が2%以内となるよう交付金を交付する(1年目は納付金算定の中で反映)。また、こちらも令和10年度から一度に交付金をなくすと市町の負担が増加するため、令和9年度から3年間の移行期間が終了するまでの間で交付金を3分の1ずつ縮小することとする。

(エ) 新たなインセンティブ制度の創設

→ 従来、医療費水準や収納率、特定健診受診率などの市町の取組成果や実施状況については、保険者努力支援制度や県2号繰入金等により市町の保険料率に反映されていたが、保険料水準の統一により全ての個別公費の相互扶助を行った場合、これらの市町の取組が保険料率へ反映されなくなり、市町が事業に取り組むモチベーションが低下する恐れがあることから、統一後にあっても、市町の各種事業実施状況を適切に評価し、取組を促進できるように、新たなインセンティブ制度を設け、市町へ交付する。

新たなインセンティブ制度の制度開始時の交付総額は5億円とし、医療費適正化、保険料収納率の向上、住民の健康の増進等の取組を評価し、配分を行う。

ウ 各事業での費用計上基準の整理

- **納付金算定で用いる各事業費の数値は、納付金算定に計上している数値が市町間で公平となることを目指し、令和9年度までに全ての個別経費において統一した費用計上基準による算定が可能となるよう検討を進める**
- **保健事業については、実施事業等について制限を設けず、市町の裁量による実施を可能にする一方、費用計上額(相互扶助対象額)に上限を設け、費用水準に過度な偏りが生じないような制度設計を進める**
- 個別経費の相互扶助を実施するに当たっては、保険料減免や任意給付など、事業毎に県内統一の基準を決定することにより、標準保険料率が統一となる令和9年度までに統一基準での費用計上が可能となるよう協議を進める。
- 保健事業及び特定健診・特定保健指導については、その内容・手法等に制限を設けず、引き続き市町の裁量による実施を可能とする。そのため、令和6年度から費用計上可能な事業の範囲を整理し、費用計上区分を設定するとともに、保健事業については、令和9年度からは、市町間の受益と負担の公平性の観点から、協議において決定した基準(被保険者数×一人当たり単価)に応じて市町ごとに計上上限額を設定し、最低限実施すべき事業も含めた全ての保健事業を費用上限の対象として費用計上を行うこととする。

る。なお、財源が不足するものについては、新たなインセンティブもしくは市町の独自基金等を活用した事業実施を可能とする。

エ 統一後に生じる納付金の過不足への対応

○ **統一後に生じる納付金の過不足について、精算制度を導入し、市町の財政リスクを軽減**

→ 保険料水準の統一後には、市町に責のない事由により納付金財源の過不足が生じることから、市町の財政リスクを軽減するため、過不足額については後年度に精算を行うこととする。また、当年度の納付金財源不足については、必要に応じて仮精算（納付金額の減額調定）を行うこととする。なお、精算の開始時期及び対象については、令和9年度以降県が提示する市町村標準保険料率で賦課を行い、以降の年度についても引き続き市町村標準保険料率で賦課を行う予定の市町とする。

(2) 市町の保険料賦課関連

ア 保険料算定方式

○ **令和6年度から所得割・均等割・平等割の3方式に統一**

○ **賦課限度額を標準的な賦課限度額に統一**

→ 令和6年度にすべての市町で3方式へと移行が完了した。

→ 今後、国民健康保険法施行令及び地方税法施行令の改正により賦課限度額が変更された場合も、引き続き当年度の保険料算定から改定後の賦課限度額が適用できるよう、必要な対応を行う。

イ 応能・応益割合

○ **市町村標準保険料率算定に用いる応能・応益割合へ統一する**

→ 応能・応益割合については、保険料水準を完全統一することにより自動的に統一が図られることから、保険料水準統一の時期に合わせ、令和9年度までの統一を目指し、少なくとも令和12年度までに統一を行うこととする。

なお、市町村標準保険料率算定に用いる応能・応益割合と市町が設定している応能・応益割合とで乖離がある市町も多く、一度に変更すると被保険者の保険料負担の影響も大きくなることが考えられるため、段階的・計画的に近づけていく必要がある。

ウ 基金活用による保険料引下げ

○ **保険料水準の統一の移行期間終了後から全市町基金活用による保険料引き下げを実施しないこととする**

→ 保険料水準の統一は、全市町が市町村標準保険料率を採用しなければ

ならないため、保険料水準の統一の移行期間終了後は、基金の活用による保険料引き下げは実施しない。

なお、現在基金を活用し、保険料を引き下げている市町は、段階的に基金活用を減らしていかなければ被保険者の負担が急増する可能性があるため、保険料水準の統一を見据え段階的に取組を進める必要がある。

また、保険料水準の統一前後において市町が保有する基金の取扱いについては、引き続き各市町で管理することを前提に、その活用方法について今後議論を進める。

エ 条例で応能応益割合を規定している市町への対応

○ 市町の条例改正が簡素化できるよう、法制面での検討を行う

→ 従来の規定では、市町が毎年度条例改正を行う必要があるため、市町の条例改正がより簡素化できないか検討を進める。具体的には、県条例に保険料率を規定し、各市町はその条例を参照するような仕組みができないか等、国との調整を含め、事務の簡素化仕組みの検討を進める。

オ 市町が保険料賦課の際に設定する被保険者数等の取扱い

○ 保険料水準の統一の移行期間終了後から全市町保険料賦課の際に使用する数値は納付金算定で用いた数値を使用することとする

→ 市町への周知が重要となるため、説明を丁寧に行うとともに、納付金算定時の数値と実際の数値の差異ができる限り生じないように、必要に応じて算定方法等の見直しを行う。

(3) 市町ごとのサービスの標準化（事務の統一）

○ 分野毎に市町と協議を行い、可能なものから事務の標準化・効率化を進める

ア 基本の考え方

→ サービス（事務）は、各市町の事業規模や内容が大きく異なり、それらを整理し、統一基準とするのは容易ではない。本来であれば、保険料水準の統一にあたっては、サービス水準も市町間で統一されていることが理想だが、令和9年度までに全ての分野で統一基準を定めることは難しいと考えられる。

そこで、全市町で基準を揃える必要がある事務については、順次事務の標準化を進める。優先的に標準化を進める事業として、保険料（税）・一部負担金減免、保健事業の標準化の検討を進める。基準の設定に当たっては、段階的な基準設定（中間目標、最終目標等）を行うなど、サービス水準の底上げや地域課題に応じた事業実施が行えるよう市町と協議を進める。

イ 個別分野におけるサービスの標準化

(ア) 保険料（税）・一部負担金減免

→ 保険料（税）及び一部負担金の減免については、各市町において法令や国の通知に基づき条例や要綱で基準を定め、被保険者の生活実態等に即して適切に運用が行われている。令和9年度に全個別公費、個別経費を完全相互扶助とする予定のため、全市町が統一基準に基づいて減免を行うことを目指すこととし、令和5年度に県内14市町で構成する減免統一検討チームを設置するなど、統一基準の策定や運用の開始に向けた検討や協議を行ってきたところ、令和7年3月に、統一基準に基づいて減免を行うことについて、全市町で合意をした。引き続き、令和9年度までに全市町で統一基準による減免を実施、令和12年度に市町独自の減免の廃止（市町長が特別に認めるものを除く）を目指し、全市町での合意形成に向けて、議論を進める。

区 分	～R8	R9	R10	R11	R12～
統一基準	△	○	○	○	○
市町長が特別に認めるもの	△	△	△	△	△
独自減免	△	△	△	△	×

○：必ず実施 △：実施は任意 ×：実施不可 太枠線内は相互扶助対象

(イ) 任意給付

→ 結核医療付加金については、制度を取り巻く状況に鑑みて、令和9年度から納付金の算定の対象外とし、令和8年度末までに国民健康保険の給付としては廃止することとする。

精神医療付加金については、県内・全国においても実施している市町(村)が少数であること、他の公的医療保険では制度化されていないこと等の状況を踏まえ、原則として令和8年度末をもって国民健康保険の給付としては廃止することとする。

なお、令和9年3月31日までの診療に係る任意給付について、令和9年度以降の保険給付が生じる場合は納付金算定に計上しても差し支えないこととする。

(ウ) 保健事業関係

→ 保健事業については、地域毎の健康課題や事業実施体制が市町間で異なることや実施事業に市町固有の経緯等が存在することなどから、その内容・手法等に制限を設けず、引き続き市町の裁量による実施を可能とすることとする。

また、県内の保健事業の実施水準の底上げに取り組むため、県全体で取り組むべき事業については、最低限取り組む保健事業に設定することとし、第3期運営方針において最低限取り組むべき事業として設定した5事業（※）

については、共通の「評価指標」に基づき県内市町の進捗状況を把握するとともに、有効な取組の内容を検証する。また、各市町が策定した第3期データヘルス計画における健康課題から、生活習慣病重症化リスクの高い未治療者への対策等を中心に、新たに共通で取り組むべき「保健事業項目」を検討する。

特定健診については、各市町における現在の実施状況を踏まえ、実施内容の統一を目指す範囲やその内容について検討する。

※特定健康診査事業、特定保健指導事業、特定健康診査未受診者勧奨事業、特定保健指導未利用者勧奨事業、糖尿病性腎症重症化予防事業（未治療者）

(エ) 資格確認書・資格情報のお知らせ

→ 令和6年12月2日にいわゆるマイナ保険証を基本とする仕組みに移行したことにより、被保険者証の新規発行が廃止されるとともに、資格確認書の交付、資格情報のお知らせの交付、特別療養費の支給に係る通知を行うこととなった。この移行の開始にあわせて資格確認書及び資格情報のお知らせに係る基準を定め、様式、記載事項及び有効期限等の処理基準を統一した。資格確認書の更新時期については、令和9年度以降は全市町が8月更新とすることとし、あわせて高齢受給者証については、令和9年8月以降は交付しないこととした。

また、短期被保険者証や資格証明書の交付については、厚生労働省の通知に基づき、それぞれの市町で様々な運用が行われてきた。前述したマイナ保険証を基本とする仕組みへの移行により被保険者証・短期被保険者証・資格証明書が廃止され、以降は、保険料(税)を滞納している世帯主等に対して、厚生労働省の通知等により留意点等が提示されたことから、当該通知等に基づき、納付に資する取組や特別療養費の支給開始の事前通知を行うなど、引き続き、被保険者間の公平性を確保した上で、滞納者への納付指導の機会をもちながら保険料の滞納対策を進めていくこととする。

(オ) その他

→ 高額療養費の支給の運用基準、限度額認定の運用基準等についても、上記の検討事項も含めて、優先的に検討する事項から協議を進める。

(4) その他統一に向けた事項

ア 赤字解消

○ 令和7年度以降赤字市町ゼロを達成する

→ 令和6年度末時点で全市町が赤字を解消している。

今後、新たな赤字市町を発生させない取組として、市町の意識醸成に加え、県としても保険料算定において基金繰入を行っている市町の状況を注

視するなど、将来的に赤字となるリスクの早期発見に努める。

イ 予算計上方法の見直し

○ 市町と協議を行い、予算計上方法の見直しを行うこととする

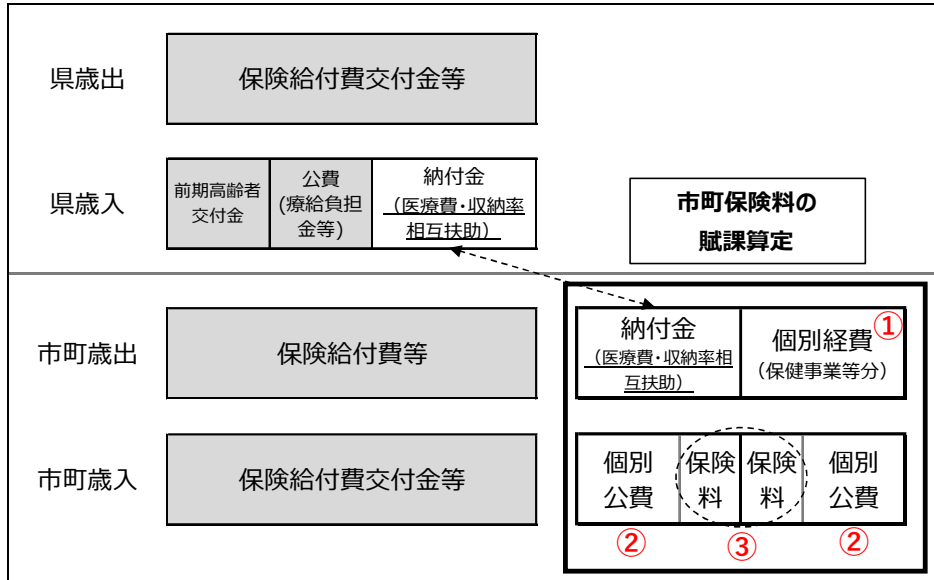
→ 保険料水準の統一に向けて納付金算定が見直されるため、それにあわせて予算計上方法を見直す。その際の基本的な考え方は予算規模をスリム化させ、また県・市町の事務を簡素化することを見据えて検討していく。

具体的には、個別公費の保険者努力支援制度、県2号繰入金（新たなインセンティブ制度除く）については、相互扶助完了後は市町ごとに交付金を交付する必要性が乏しいため、市町への交付を廃止する方向で検討を行う。また、個別経費については、事務の統一の議論の方向性に応じて、普通交付金の対象とすることを検討する。

【参考】統一のイメージ

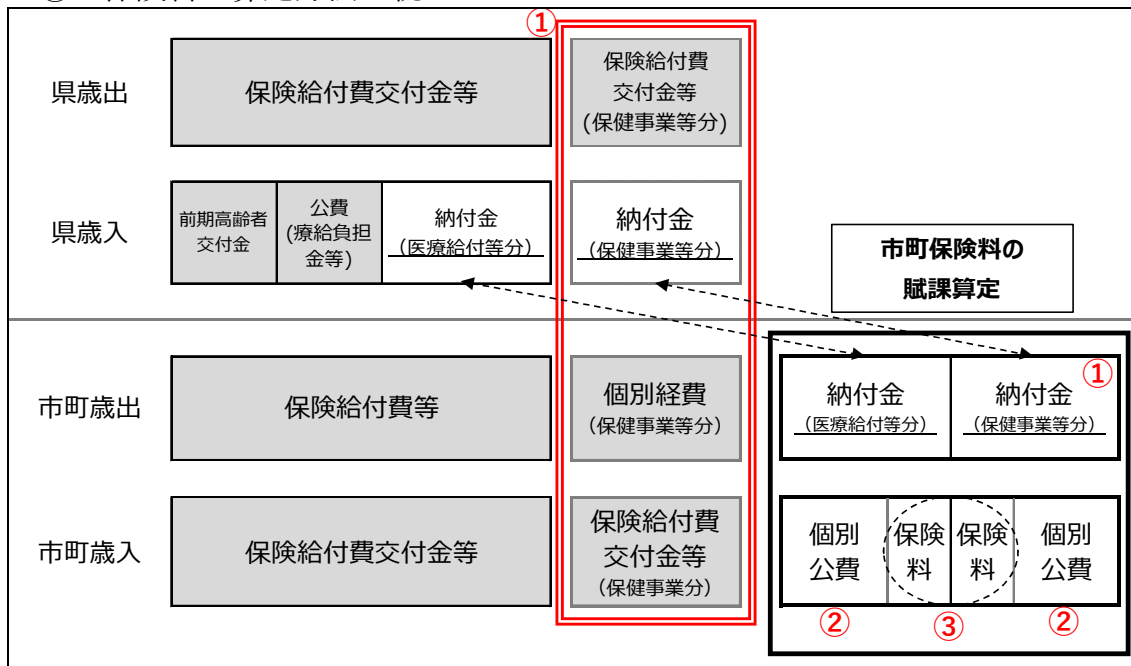
(1) 現状

- ・保険料率が市町ごとに異なる要因
 - ① 保健事業等の個別経費の支出水準が各市町異なる
 - ② 個別公費の収入水準が各市町異なる
 - ③ 保険料の算定方法が各市町異なる（応能応益割合など）



(2) 完全統一時

- ・統一に向けて必要な対応
 - ① 保健事業等を納付金対象に加え相互扶助化 ※納付金対象に含めない手法も有
 - ② 個別公費を相互扶助化
 - ③ 保険料の算定方法を統一



(別添)保険料水準の統一に向けた作業スケジュール

項目	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11	R 12	...
第 3	保険料率の統一				標準保険料率の統一			保険料率の完全統一	
(1)ア	医療費水準の反映 $\alpha = 0$ による納付金算定 (R3~)								
(1)イ (ア)	段階的に相互扶助化(R5~:毎年20%)				完全相互扶助化				
(1)イ (イ)	財政安定化支援事業 国算定額の100%を一般会計繰入								
(1)イ (イ)	可能な限り一般会計から繰入				減額調整額の最低1/2を一般会計繰入				
	最終的な統一繰入基準について検討								
(1)イ (ウ)	県基金を活用した支援 納付金全体引き下げによる統一支援 (~R13) ・個別市町への激変緩和措置 (~R11)								
(1)イ (エ)	新たなインセンティブ 配分規模・基準等の検討				新たなインセンティブを交付				

※スケジュール等は今後の協議等により変更となる場合がある

(別添)保険料水準の統一に向けた作業スケジュール

項目	R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11	R 12	...
(1)ウ 費用計上基準の設定		保健事業・特定健診の統一計上基準運用開始			保険料減免・任意給付統一計上基準・保健事業費用計上上限基準の運用開始				
(1)ウ 計上上限額の設定	基準等の協議・検討				計上上限額を反映した納付金算定				
(2)ア 保険料算定方式	3方式で統一								
(2)ア 賦課限度額								標準的な賦課限度額に統一	
(2)イ 応能・応益割合								標準的な賦課割合に統一	
(2)ウ 市町基金の取り扱い	各市町において保険料引き下げ等に活用							基金による保険料引き下げ終了	
			基金活用が困難な市町における活用方法について検討						
(2)エ 条例の取り扱い	他都道府県事例の研究・検討			必要に応じて各市町において条例を改正					

※スケジュール等は今後の協議等により変更となる場合がある

(別添)保険料水準の統一に向けた作業スケジュール

項目		R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11	R 12	...	
(3)イ	保険料・一部負担金減免の統一	標準的な減免基準検討		運用方法の検討		統一基準による減免の実施 統一基準の減免のみ相互扶助			市町独自減免の廃止		
(3)イ	結核医療付加金の統一	廃止時期等の検討		8年度末までに制度廃止		相互扶助の対象外に変更					
(3)イ	精神医療付加金の統一	状況を踏まえ、取扱いを引き続き検討		8年度末に制度廃止		費用計上基準を統一					
(3)イ	資格確認書・資格情報のお知らせ	処理基準の統一を検討		基準に基づく運用を実施 9年度から8月交付に統一							
(3)イ	保健事業・特定健診の統一	有効な取組の内容・対象事業等の検討				共通で取り組む保健事業の横展開					
(3)イ	その他事務の統一	統一基準・運用方法の検討									

※スケジュール等は今後の協議等により変更となる場合がある

(別添)保険料水準の統一に向けた作業スケジュール

項目		R 5	R 6	R 7	R 8	R 9	R 10	R 11	R 12	...
(4)ア	赤字解消	赤字解消に向けた 取組の推進		赤字市町ゼロを達成・継続						
(4)イ	納付金の精算	精算手法・対象の検討				納付金の精算実施				
(4)イ	予算計上方法の 見直し	県が直接充当可能な公費の交付を取りやめ								

※スケジュール等は今後の協議等により変更となる場合がある