



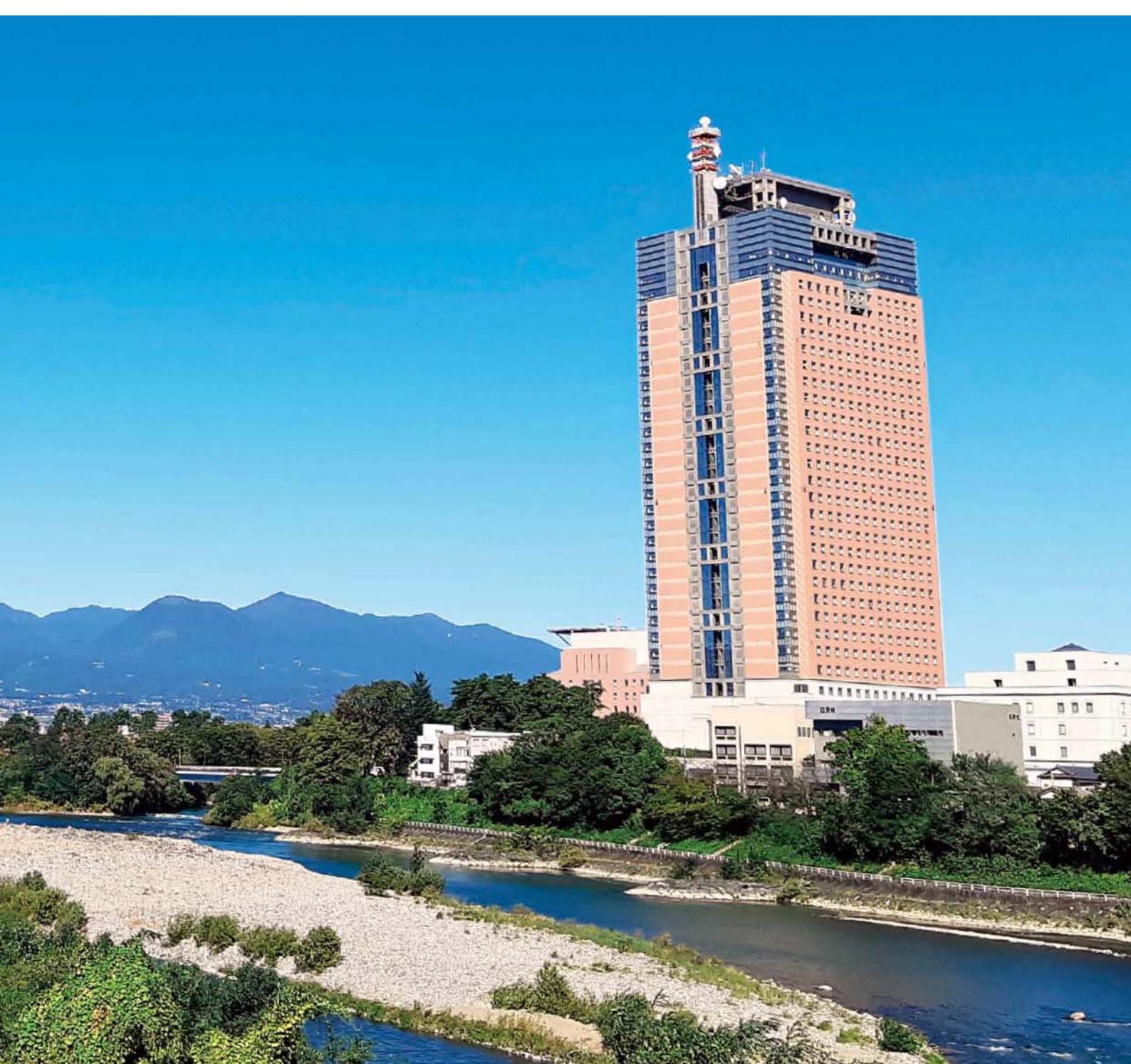
# ぐんまの国保

2022  
秋の号  
No.39/10月号

特集

## 国保税水準の統一にむけて

～群馬県の取組み～



群馬県国民健康保険団体連合会

# 特集 国保税水準の統一にむけて

国保料（税）の統一に向けた取組が平成30年度から多くの都道府県で始まっています。これは、平成30年度に行われた国保制度改革により、国保が都道府県単位化されたことに伴い、都道府県内の保険料水準を統一すべきであるという意見があつた一方、多くの地域では、同一都道府県内の市町村であっても算定方式のばらつきや医療費水準の差等があり、一斉に保険料水準を統一することは困難とされたことから、将来的な保険料水準の統一を目指すとされたことに始まります。

本号では、国保料（税）水準の統一に向けた平成30年度の国保制度改革の内容と、それに対する群馬県の取組を紹介します。

なお、内容に私見が含まれること、群馬県内市町村は全ての市町村で国保税を採用していることから、以後は群馬県に関する内容は国保税と記述することを御承知置きいただきたいと思います。

## 1 はじめに ~平成30年度の国保制度改革~

国保料（税）の統一に向けた動きは、上記のとおり、平成30年の国保制度改革を契機に多くの都道府県でスタートしました。

この改革では、都道府県が「国保の財政運営の責任主体」とされたことから、都道府県が都道府県全体の掛かる医療給付費等から各市町村が都道府県に納付する額を決定するとともに、将来的な保険料負担の標準化を進めるために、標準的な保険料算定方式や保険料率を定める際の参考となる事項についての標準を定めることとされました。

この標準に基づいた市町村ごとの標準保険料率及び、全国統一の基準で算定した都道府県単位の標準保険料率を示すことになりました。

### 国保が抱える構造的課題

- ① 年齢構成が高く、医療費水準が高い
- ② 所得水準が低い
- ③ 保険料負担が重い
- ④ 保険料（税）の収納率
- ⑤ 一般会計繰入・繰上充用
- ⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在
- ⑦ 市町村間の格差

### 国保改革（平成30年度～）

- ①財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担
  - ・都道府県が財政運営の主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担う
  - ・市町村は、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う
  - ・都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進
  - ・都道府県に財政安定化基金を設置
- ②財政支援の拡充
  - ・財政支援の拡充により、財政基盤を強化（毎年約3,400億円）
  - ・低所得者対策の強化、保険者努力支援制度 等

▲国保制度改革（厚労省作成資料）

## 2 保険料水準の統一に向けた課題

国保料水準の統一に向けては、多くの課題があります。

その一つ目は、医療費水準に関する課題です。納付金の算定に医療費水準を反映させなければ保険料水準の統一を行うことはできますが、都道府県内で市町村の医療費水準に格差がある場合、その格差を考慮せず、保険料水準の統一を行うと、医療費水準が低い市町村は被保険者の保険料負担が急激に増加することになります。これを解消するため、都道府県内市町村の医療費水準を平準化することが重要となります。また、医療費水準を納付金算定に反映させない場合は、将来にわたり、モラルハザードを生じさせないように、医療費適正化インセンティブをどのように図るか、検討が必要となります。

二つ目は、保険料の算定方法に関する課題です。現状、保険料の算定方式の決定は各市町村に委ねられているため、二方式、三方式、四方式と3つの方式があります。また、賦課割合についても市町村が決定しているため、保険料水準の統一に向けて、都道府県の実情に応じたあるべき姿の議論が、都道府県と市町村の間で必要になります。

三つ目は各市町村の取組に関する課題です。保健事業費や地方単独事業、決算補填等目的の法定外繰入など、市町村が個別に政策的に取組んでいるものの統一化について議論が必要となります。

また、市町村ごとの保険料収納率の差をどのように扱うかについても整理が必要です。

このように保険料水準の統一に向けてはクリアすべき多くの課題が存在します。この課題について、各都道府県の実情に応じ、統一の前提条件や定義、期間を市町村と都道府県の協議により決定する必要があります。

## 3 保険料水準の統一に向けた調整

前述のとおり、納付金の算定に医療費水準を反映させなければ保険料水準の統一を行うことは可能ですが、都道府県内の医療費水準の格差により、医療費水準が低い市町村は被保険者の保険料負担が急激に増加することになります。そのため、徐々に医療費水準の反映を引き下げていくことが必要になります。医療費水準の反映を引き下げていき、まったく反映しないようにした状態を「納付金レベルの統一」と呼びます。この納付金レベルでの水準統一では、市町村間で負担能力（所得水準・被保険者数・世帯数）に応じた公平な納付金負担を実現させることができます。一方、被保険者間でみると市町村ごとに保険料率が異なるため、公平な負担とは言えません。そのため、納付金レベルの水準統一に留まることなく完全統一へ向けて取組を進めることが重要になります。

### 保険料水準の統一に向けた課題

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

#### ① 医療費水準に関する課題

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

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

#### ② 保険料算定方法に関する課題

- 保険料算定方式の統一化
- 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

#### ③ 各市町村の取組に関する課題

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

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

▲保険料水準の統一に向けた課題（厚労省作成資料）

## 4 群馬県の取組み 令和2年度まで

群馬県においては、国保税率統一に向けた取組は平成30年3月策定の第1期国保運営方針から始まりました。「市町村の医療費水準に差があることから徐々に統一を進める」「国保制度改革により被保険者の保険税負担に急変を生じさせないよう配慮する」「健康づくりや医療費適正化に向けた取組を進めつつ、保険税水準の統一を目指すべき課題として位置づけ、県と市町村で協議する」といったことが記載されました。

その後は財政運営部会で検討案を協議し、連携会議で合意形成を図っています。

令和3年3月には、第2期国保運営方針が策定されました。

## 5 第2期国保運営方針の内容

第2期国保運営方針では、保険税水準の統一に関する本県の状況を以下のように記載しています。

- ・市町村の医療費水準に格差があり、急な保険税率の統一は医療費水準の低い市町村では被保険者の保険税負担が急激に増加するといった激変が生じることから、段階的に保険税率の統一を進めることとする。
- ・第一段階として、納付金算定に「年齢調整後の医療費水準を反映させること」を廃止する。
- ・最終的には、県内のどこに住んでいても、同じ所得で同じ世帯構成等であれば同じ保険税率となることを目指すものとする。

納付金算定に「年齢調整後の医療費水準を反映させること」を廃止することについて、本県は、令和2年4月時点で、加入者が3,000名未満の小規模な町村（保険者）が12町村あり、うち4町村では1,000名未満となっているなど、規模の小さい保険者（町村）が多く存在しています。

そのため、納付金の算定において、医療費の多寡による調整を行うことで、小規模な町村では医療費の急増等が納付金額に大きく影響を及ぼすリスクが高いほか、医療費の増加要因が町村の努力では削減できないような場合には、納付金額が高止まりし、当該町村国保の加入者の負担は、非常に大きいままとなってしまいます。

そこで、本県では医療費の多寡による調整は廃止することとしました。ただし、医療費水準が低い市町村において激変とならないよう配慮するため、国の特例基金による激変緩和措置と合わせて令和5年度末を目途に段階的に調整規模を縮小します。

最終的には、県内のどこに住んでいても、同じ所得で同じ世帯構成等であれば同じ保険税率となることを目指すものとすることについては、統一の形態や時期について引き続き協議を行うこととなっています。

「市町村における保険税算定方式の統一化」や「賦課割合の統一化」に加えて、「保健事業費や地方単独事業、決算補填等目的の法定外繰入といった市町村が個別に政策的に取り組んでいるものの統一化」などについて協議することとしています。

特に、保険税収納率向上インセンティブなどの仕組みについて検討を行い、具体的な統一の形態や時期を協議するものとしています。

## 6 次期国保運営方針の策定に向けた群馬県の取組み

令和3年3月に策定された第2期国保運営方針は、令和3年4月1日から令和6年3月31までの3年間を対象としています。

令和4年度は保険税水準の統一に向け、議論を円滑に進めるために、担当者向け勉強会が開催されました。

## 7 まとめ

今後は、税率統一に最も近づいた段階とする「準統一」の形態について合意形成するために、連携会議の開催が予定されています。形態についての合意が図られた後、次年度にかけて準統一の時期について協議され、次期運営方針の骨子の協議が行われます。

連合会といたしましては、収納率の向上対策事業や国保税適正算定マニュアルの活用支援をはじめ、保険者努力支援制度のポイント獲得や結核・精神等の特別調整交付金の獲得支援等、保険者の皆様を支援していきたいと考えております。



# 保険料水準の統一に向けた 都道府県ごとの状況

(厚労省作成資料を参考に作成)

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

都道府県	運営方針への記載状況等
北海道	・納付金ベースの統一：R 6年度 ・完全統一：R 12年度
青森県	・納付金ベースの統一：R 7年度 ・完全統一：引き続き協議
秋田県	・納付金ベースの統一：R 15年度 ・完全統一：長期的課題
福島県	・完全統一：R 11年度（当分の間、例外措置あり）
群馬県	・納付金ベースの統一：R 6年度 ・完全統一：今後協議
埼玉県	・納付金ベースの統一：R 6年度 ・市町村毎の収納率を反映した統一：R 9年度 ・完全統一：収納率格差が一定程度まで縮小された時点
山梨県	・納付金ベースの統一：R 12年度
長野県	・概ね二次医療圏での医療費指数の統一と応益割額の平準化：R 9年度

都道府県	運営方針への記載状況等
静岡県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R 9年度 ・完全統一：段階的に実施
三重県	・納付金ベースの統一：R 5年度 ・完全統一：段階的に進める
大阪府	・完全統一：H 30年度（R 5年度まで経過措置あり）
兵庫県	・納付金ベースの統一：R 3年度 ・完全統一：可能なものから段階的な目標設定を検討
奈良県	・完全統一：R 6年度
和歌山県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R 9年度
広島県	・市町村毎の収納率を反映した統一：R 6年度 ・完全統一：収納率が市町村間で均一化したと見なされる段階
佐賀県	・完全統一：R 9年度（R 11年度まで経過措置あり）
長崎県	・納付金ベースの統一：R 6年度
沖縄県	・完全統一：R 6年度

※上記表においては、以下の定義で記載をしている。

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

上記の他、

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

## 斜め見データヘルス 第3回

# 「シンプルに考えよう！ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」

帝京大学大学院公衆衛生学研究科 博士後期課程

山田 卓也

帝京大学大学院公衆衛生学研究科 教授・研究科長

福田 吉治

令和2年度以降、市町村国保が高齢介護部門や広域連合等と連携して保健事業と介護予防を一体的に実施することが求められるようになりました。多くの国保担当者は、現在の業務だけでも手一杯なのに、面倒がまた一つ増えたと感じるかもしれません。その一方で、制度の評価点が増えていることから、何かやらないと、どうすればいいのかという思いもあるでしょう。複雑に考えず、シンプルに取組が推進されるよう、そのエッセンスを提供します。

### 1. 一体的実施の目的

高齢者は様々な疾病を抱えるだけでなく、認知機能や運動機能といった心身機能の低下と、それに伴う日常生活動作能力（歩くなど）の低下が発生します。そのため、疾病に関する医療だけでなく、日常生活遂行に介助も必要となります。サポートを手厚く出来ればよいですが、手厚くするほど医療費や介護費などの社会保障費は増えます。一体的実施により未病状態を伸ばし、疾患を発症しても適切な管理

で重症化を防ぎ、早期からの介護予防で要介護状態の期間を短縮する。そうすることで、社会全体では医療費や介護費を適正化するのが狙いです。早期からの介護予防では国保の役割は大変重要になります。保健事業に介護予防のエッセンスを加え、後期高齢期を迎えた後も介護予防と一体となった保健事業が継続できるよう体制づくりをすることが求められています。

### 2. まずは体制づくり、次にデータとヘルス計画の共有を

令和6年度までの目標は、『全市町村で高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が展開される』です。重視されているのは、国保が介護予防分野にも積極的に参画し、分野横断的な連携体制を構築することと、KDBシステム活用です。

連携体制が未整備な自治体は是非、早急に体制を整えましょう。新たな会議を開催するのではなく、既存の介護予防や地域包括ケアシステム構築などに関する会議のメンバーに国保職員も含めることや、議題の一つに一体的実施に関するこことを追加すると効率的に連携体制が構築できます。この調整は、課長レベル以上の方々での調整が必要になります（腕の見せ所です！）。調整の中で、コーディネーターは誰が担うかを明確にするとともに、活用できる予

算と人材（保健師や管理栄養士などの医療保健専門職）の整理も併せて行うのが大切です。

次のステップはKDBシステムなどデータの活用です。ただ、データ分析は慣れないと大変なため、まずはデータヘルス計画策定時に分析した結果を共有し、介護保険計画や介護予防、フレイルに関する調査結果（日常生活圏域ニーズ調査など）とも併せて重点課題や重点地域を検討するのがよいでしょう。自治体全体で改善が必要な健康指標や虚弱の指標（運動、認知機能、栄養、口腔機能、抑うつななど）を特定し、指標の悪い方が多い地域を重点地域として定め、指標改善に向けた取組を重点的に実施することが勧められています（図1）。

### 3. 具体的な取組に向けて

健康増進と介護予防で共通して取組むといいものは、主に「疾病の重症化予防」、「身体活動の促進」、「体重の適正化」、「歯・口の健康維持」の4つです。

身体活動の促進や歯・口の健康は全世代で共通します。積極的に市民全体へ向けた啓発を続けること

が大切です。多様な人が集まりそうな場所（商業施設など）や時間帯を狙った啓発活動の展開は、より多くの人へアプローチ可能となります。これまでと違った場所や時間帯を検討してみるとよいでしょう。

一方、疾病の重症化予防や体重の適正化は、地域

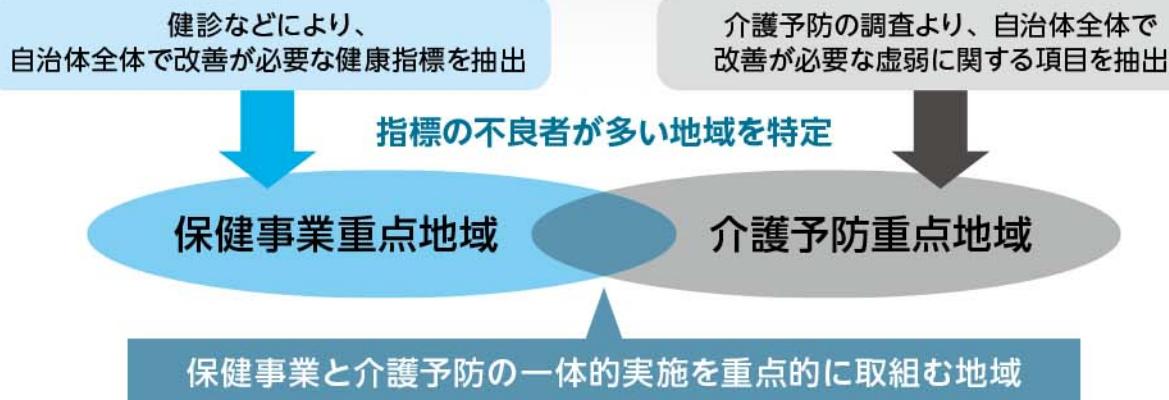


図1 保健事業と介護予防の一体的実施の重点地域抽出の考え方

全体へ向けたアプローチと、ハイリスク者を把握し、医療専門職を活用した個別のアプローチが必要となります。体重の適正化の目標は、Body Mass Index (BMI) を22前後にすることです。虚弱となっている可能性があるBMI18.5未満の者は積極的な栄養補給を促し、逆にBMI25以上の肥満域にいる者は引き続き減量を促すことが必要です。ただし、高齢者は低栄養による体重減少が起きやすく、低栄養にならないようにすることが大事です。なお、健診やレセプトのデータのない「健康状態が不明な高齢者」への訪問、いわゆるアウトリーチは、さまざまな問題を抱える高齢者の掘り起こしや必要なサービスへの接続の機会になります。

介護予防の観点では、社会参加継続も重要です。ボ

ランティア活動やスポーツ活動、趣味の活動が介護予防に効果があるとわかっています。介護課と協力し、社会参加促進の取組を保健事業の中で進めるとよいでしょう。例としては、健診時に介護予防で実施している社会参加促進の啓発を実施したり、案内を渡して待ち時間に読んでもらったりすることなどがあります。逆に、介護予防事業とコラボした保健事業の展開も一体的実施では可能です。社会参加促進を目的とする住民主体の通いの場や地域ふれあいサロン、健康教室などへ、国保から医療専門職を派遣し、歯の健康や身体活動の促進、適正受診や服薬、適正体重と栄養の講話などを展開しましょう。

## 4. 最後に

一体的実施に関連する取組効果は、JAGES\*等の研究レベルではある程度確立していますが、実際の現場での効果は今のところ不明です。ただ、保険者努力支援制度においても一体的実施に関する評価点が増えており、やらざるを得ない状況もあります。ま

は、体制作り、次にデータの共有、そしてコラボ事業の実施をできるところからやってみること。そうすれば、一体的実施を行う意味とともにさまざまな課題が見えてくるでしょう。Just do it！です。

\*JAGES:日本老年学的評価研究。全国の高齢者を対象として健康長寿の要因を調査・分析している大規模研究。

### プロフィール



**山田 卓也**  
帝京大学大学院  
公衆衛生学研究科  
博士後期課程

**略歴** 2007年 茨城県立医療大学 保健医療学部卒業  
2018年 帝京大学大学院 公衆衛生学研究科  
**資格** 公衆衛生学修士（専門職）、理学療法士、介護支援専門員  
**専門分野等** 公衆衛生、介護予防、障害者の地域生活支援、地域リハビリテーション



**福田 吉治**  
帝京大学大学院  
公衆衛生学研究科  
教授・研究科長

**略歴** 平成3年 熊本大学医学部卒業  
平成10年 熊本大学大学院医学研究科修了  
(社会医学専攻)  
国立医療・病院管理研究所(医療政策研究部)、東京医科歯科大学医学部(公衆衛生学講座)、国立保健医療科学院(疫学部)、山口大学医学部地域医療学講座教授を経て、平成27年4月から帝京大学大学院公衆衛生学研究科教授。平成30年4月から同研究科長  
**専門分野**は、公衆衛生全般、特に、ヘルスプロモーション・健康教育、健康政策、社会疫学、国保中央会国保・後期高齢者ヘルスサポート事業運営委員会委員、東京都国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会委員などで、データヘルス計画、特定健診等の支援に従事。



# 「予防歯科」を再考する

公益社団法人群馬県歯科医師会  
学術・情報管理担当理事

高井 貞浩



## 市民権を得てきた「予防歯科」

「予防歯科」という言葉自体はテレビコマーシャルなどで耳にされることも多いのではないでしょうか。日本歯科医師会のホームページ上にある資料には「予防歯科とはムシ歯などになってからの治療ではなく、なる前の予防を大切にすることです。歯とお口の健康を積極的に守るために、歯科医院などでの『プロフェッショナルケア』と、歯科医師・歯科衛生士の指導に基づいた毎日の『セルフケア』の両方で予防歯科を実践しましょう。そのためにも、歯科医院での定期的な検診が大切です。」と記載されています。

歯科の2大疾患である「むし歯（う蝕）」「歯周病」はともに「う蝕病原性細菌」「歯周病原性細菌」と生体の防御機能のアンバランスによって

引き起こされる細菌感染症と言えます。原因菌を選択的に排除することは残念ながら現在の歯科医学では不可能です。そのため、原因菌を含む plaque (バイオフィルム、歯垢) をいかに少なくするかが、発症・進行を抑制するキーポイントとなります。そこで原因菌を含む plaque を日々の自身での歯ブラシやフロス・歯間ブラシなどで取り除くこと = 「セルフケア」と、自身では落としきれない部分の plaque や plaque の温床となる歯石を歯科医師・歯科衛生士の手によって取り除くこと = 「プロフェッショナルケア」の両輪で口腔内の細菌の総量を減らすことが、むし歯と歯周病の「予防」の根幹と言えます。

## 日本における予防歯科学

歯学部の学生が授業で使用することの多い「新予防歯科学 第4版（米満正美 編集代表；医歯薬出版）」の序文では、予防歯科学という言葉の定義が「わが国では口腔衛生学という成書が多数出版されているが、予防歯科学という本は島田義弘編『予防歯科学』が1983年医歯薬出版株式会社から出版されたのがはじめてである。この本は当初、全国の11国立大学歯学部の予防歯科学書として計画刊行されたものであるが、内容は歯学教授要綱の口腔衛生学に準拠して編集されたものである。全国の大学歯学部あるいは歯科大学で教育される口腔保健に関する教科は、各大学の事情もあって予防歯科学あるいは口腔衛生学という名称が使われており統一されていないが、教育される内容には大きな違いはない。」と書かれています。ここに書かれているように、2022年現在、日本国

内の29校の歯学部において「予防歯科学講座」が存在する大学は10校に満たず、「口腔保健学講座」「口腔衛生学講座」が多数を占めています。また、日本歯科医師会の中に設置された学術研究組織である「日本歯科医学会」においては、現在25の専門分科会及び20の認定分科会が認められていますが、「日本予防歯科学会」という学会は存在していません。「予防歯科」について議論をする場としては「日本口腔衛生学会」が1960年に設立されています。これらのことから、日本における「予防歯科学」という言葉自体はこの40年ほどの間に日本において定着してきたと考えられます。

また先の「新予防歯科学」の序文の中で歯科医師が予防歯科学を学ぶ重要性について「歯科医師には、歯科医師法第1条にあるように『歯科医療

及び保健指導を掌ることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする』という明確な任務がある。そして、歯科医療は臨床であり、保健指導には患者さんに対する個別で臨床的な保健指導から、学校保健や地域保健のような集団に対する保健指導もある。これらの臨床的な個別支援と集団に対する支援の両方の支援をもって国民の健康な生活を確保するのが歯科医師である。（中略）「むし歯の洪水時代」といわれた1970（昭和45）年代から、わずかに40年が経過しただけであるが、歯科

保健医療は福祉を含めて、これまで経験したことのない保健医療福祉の一体改革が必要な時代に突入したといえよう。いまや、口腔基礎医学の知識と予防臨床、そして地域保健医療福祉の知識と実践力を有する歯科医師が必要欠くべからざる存在になっている。」と書かれています。少し難しい文章が続きましたが、歯科医師不足で治療中心の時代から考え方をシフトして、予防歯科に対して歯科医師がいかに真摯に取組むべきかが書かれています。

## 歯科における一次予防・二次予防・三次予防

ここでは「予防」とは一体何を指すのか考えてみましょう。一般的に病気などの「予防」は、「一次予防」、「二次予防」、「三次予防」の三段階にわけて考えられています。それぞれを歯科において当てはめてみます。まず一次予防は、健康な方を対象に発病そのものを予防する取組（健康づくり、疾病予防）です。むし歯や歯周病の原因について知ってもらい、自分自身でしっかりブラッシングをしてお口の中を清潔に保ってもらえるよう歯科医療従事者がサポートすることが相当します。二次予防は、すでに疾病を保有する方を対象に、症状が出現する前の時点で早期発見し、早期治療する取組です。すでにむし歯や歯周病に

かかってしまった患者さんに対して、定期的に歯科医院を受診していただき口腔内の検査やクリーニングをすることにあたります。そして三次予防は、症状が出現した者を対象に、重度化の防止、合併症の発症や後遺症を予防する取組です。すなわちいわゆる歯の治療になった場合です。「予防歯科」はこのうち二次予防にあたる定期的な歯科受診に注目されることが多く、「通っていれば歯医者さんが何とかしてくれる」と思われるがちなのですが、まずは基本である一次予防のセルフケアの大切さを皆さんに知っていただくことが最も重要と考えます。

## 最後に

日々歯科診療をしている中で、最新の機器・技術を使いどんなに手を尽くしても「元の天然歯にはかなわない」という限界を多くの歯科医師が感じていることと思います。私もその一人です。より多くの人が自分の歯の大切さを理解し、自ら歯

のケアをしてくれるようになることが最も大切です。そしてこのことを実現できるよう歯科医療従事者が働きかけていくことこそが、今後期待される「真の予防歯科」と言えるのかもしれません。

### 高井 貞浩氏 プロフィール

○公益社団法人群馬県歯科医師会  
学術・情報管理担当理事

高井歯科クリニック 院長

新潟大学歯学部卒業  
新潟大学大学院医歯学総合研究科  
(組織再建口腔外科学分野) 卒業 歯学博士  
日本口腔インプラント学会専門医  
厚生労働省認可歯科医師卒後臨床研修指導医





# こくほ隨想

日本年金機構 副理事長（元厚生労働事務次官）

樽見 英樹



## 小集団主義の今日的意味

先日、私の勤務している日本年金機構の「拠点長会議」があった。全国312か所の年金事務所と15か所の事務センターの長が一堂に会する会議である。過去2年間は新型コロナウイルス感染症のために行わなかったので、久しぶりの会合だ。今年度の事業実施について統一的な取組方針が話し合われた。昨年度の業績優秀拠点長の表彰も行われた。

年金制度は保険の仕組みであるので、大きな集団で実施するほど安定するという考え方の下、国が保険者となって原則20歳から60歳までの全国民が加入する仕組みになっている。一方、医療保険制度は同じ保険であるのに、基本は市町村国保や健保組合などの小集団主義である。この違いはどこから来るのか。デジタルトランスフォーメーションの時代になんでも小集団で運営するメリットはどこにあるのだろうか。今日はこのことを考えてみたい。

ごく大まかに歴史を振り返ってみよう。そもそも健康保険制度は企業の共済事業を公的に取り込む形で作られ、企業ごとの健康保険組合が言わばリーダーの役割を果たしていたと言える。1960年代、国民皆保険実現の際に、国保の保険者は従来からあった一部国保組合を除き市町村とされたが、80年代に入ると老人保健制度や退職者医療などのリスク構造調整の仕組みが導入され、老人保健制度はその後後期高齢者医療制度として独立した制度となった。さらには国保の財政単位の都道府県化が図られ、国保に関して言えば財政単位を大規模化して財政を安定させることに制度改正の努力が続けられてきたことが分かる。一方、被用者保険の側では、主に中小企業の従業員を対象とする協会けんぽにおいて、財政単位を全国から都道府県に分けて保険料率を設定するようになってきた。

年金制度では、例えば老齢年金は給付の条件が年齢で基本的には全国民一律に決まり、かつ、現金給付で給付水準も全国同じ計算方式であるのに対して、医療保険は現物給付の制度であり、地域ごとの

健康度や受診行動、医療提供体制の違いなどによって給付の発生頻度や内容が変わってくる。したがって全国一律の保険料では不公平だという声が出てくる。これが医療保険を小集団で「やらざるを得ない」背景だ。

しかし同時に、集団の健康度や受診行動によって給付の発生頻度や内容が変わるということは、努力によって給付を抑制できるということを意味する。集団間の競争が働き更に全体として給付、ひいては負担が抑制されることも期待できる。これは小集団のメリットである。「保険者機能の發揮が求められる」と言われるときの保険者機能とは、こうした努力のことを意味しているだろう。

こう考えてみると、医療保険における小集団主義というのは主に医療保険制度が現物給付の仕組みであることから来るものであり、望ましい集団とは、保険として成り立ち得る一定の大きさを持つというだけでなく、医療を受けるための基本的な条件が同質で、かつ、健康度を高めるための努力が徹底できる性質と規模を持った集団だ、ということであることが分かる。

被用者の集団においては、近年「健康経営」ということがよく言われる。これは、我が国に置かれた高齢化と人口減少という環境の中で、従業員の健康度を高め医療費負担を抑制することが、経営者レベルの関心事となってきたことを意味する。国保においても、高齢化と人口減少が進む中、地域の活力を維持し負担を最小化していくなければならないという事情は同じではないだろうか。置かれた環境はさまざまであるとしても、そのためにどのような集団でどのような努力を行うことが最も効果的であるかという観点から、改めて、市町村も都道府県も、それぞれの自治体としての国保運営の在り方を考えてみると有益ではないかと思う。

## ふたたび小集団主義について

前回、医療保険制度における小集団主義の意味について、年金と比較する形で述べてみたが、今回は介護保険との関係について書いてみたい。

介護保険の保険者は原則市町村である。20年以上前、介護保険制度が作られたときに、保険者をどうするかでさまざまな議論があったことを記憶している人も多いに違いない。それまでの福祉サービスの「措置」を行ってきた主体が市町村であったことや、介護が生活に密着したサービスであることから、いわば最小行政単位である市町村を保険者することは自然であった一方で、市町村の側からは財政的な面での不安感は強く、そこから、広域連合を保険者にすることもできるとされた。そのことは、その後、後期高齢者医療が制度化されたときに都道府県単位の広域連合がその保険者となったことの伏線ともなった。

なお、介護保険においては、生活支援に直接つながるサービスの性質上、給付が増えがちになることに備えて、給付を抑えるための手立ても取られている。要介護度別の支給限度額を設けたことや、あらかじめケアプランの作成を必須としたことなどがそれである。そうしたこともした上で、やはり小集団による保険運営が選択されたわけである。これは、前回国保について述べたのと同様、介護保険も現物給付の制度であり、地域ごとの要介護者の発生度合いや利用行動、介護サービス提供体制の違いなどによって給付の発生頻度や内容が変わってくるという事情によると言ってよい。

さて、前回のこの稿のなかで、保険の単位となる「小集団」について私は、「望ましい集団とは、保険として成り立ち得る一定の大きさを持つというだけでなく、医療を受けるための基本的な条件が同質で、かつ、健康度を高めるための努力が徹底できる性質と規模を持った集団だ」と書いた。前回は簡単に済ませてしまったが、このことは同一企業や同業種の被用者からなる健康保険組合には当てはまるも

の、同一市町村の住民という国保や介護保険の被保険者集団については、地域性という点である程度はそうだとしても、実のところ文字通り当てはまるとは言い難いように思っている。特に「かつ、」以下の点においてそうである。そして、今回、介護保険について書いたのは、そうした中で、介護において各市町村が取り組んでいること、特に介護予防の取り組みが、国保においても小集団主義のメリットを發揮させる上で参考になるだろうということが言いたかったからなのである。

例えば、市町村の中で更に小地域ごとの集会所を利用して「集いの場」を持ち、運動指導や栄養指導を行ったり、介護予防のためのケアマネジメントを利用者の類型ごとに行ったり、という取り組みは、単に住民ということでひとくくりにするのではなく、介護予防のための努力を徹底するという観点から集団を再構成する試みということもできる。こうした試みを積み重ねることが、医療保険においても、小集団としての市町村の意義を更に高めることになるのではないだろうか。

付言すれば、後期高齢者医療制度においては保険者が都道府県単位の広域連合になっていること、このことが保険者と住民の距離感につながり、保健事業の内容の貧困さにもつながっている、という問題意識が、「（後期高齢者医療の）保健事業と介護予防の一体的実施」が先年、法改正によって導入されたことの背景にある。この改正は例えば介護予防の場に医療専門職を医療保険サイドの費用で参加させることを可能にするものであるが、自治体の創意工夫を活かすための規制緩和ともいえるものだった。制度の縦割りを越えてそれぞれの保険集団が効果を上げられるようにするための工夫が、国にも、これからますます、求められていくことになるよう思っている。

記事提供：社会保険出版社

### 樽見 英樹氏 プロフィール

■ 生年月日 1959年11月21日  
■ 日本年金機構 副理事長  
元厚生労働省事務次官  
【学歴】  
1983年3月 東京大学法学部卒業  
【主な職歴】  
1983年4月 厚生省入省  
1993年5月 在米国日本大使館一等書記官  
1998年4月 北海道保健福祉部高齢者保健福祉課長

2004年7月 総務省行政管理局管理官  
2008年7月 社会保険庁総務部総務課長  
2012年9月 厚生労働省大臣官房人事課長  
2013年7月 厚生労働省大臣官房年金管理審議官  
2016年6月 厚生労働省大臣官房長  
2018年7月 厚生労働省保険局長  
2019年7月 厚生労働省医療・生活衛生局長  
2020年3月 内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室長  
2020年9月 厚生労働事務次官  
2021年10月 厚生労働省退官  
2022年1月 日本年金機構 副理事長

## 群馬県国民健康保険団体連合会

## 通常総会開催

## 令和3年度事業報告及び決算等、原案どおり可決・承認

令和4年7月28日、前橋市の群馬県市町村会館において、通常総会を開催した。

はじめに、本会熊川栄理事長（嬬恋村長）が挨拶し、「新型コロナワクチン接種に係る費用の請求支払事務に関して、4回目の追加接種分も引き続き実施する。また、国保総合システムの次期更改に対する国の財政支援に関して、令和5年度予算における国庫補助獲得のために、昨年度に引き続き、国への要請活動を積極的に行っていく」と述べた。

総会には、会員38名中34名（内委任状31名）が出席し、令和3年度決算関係を中心に、報告事項3件、議決事項16件が審議され、すべて原案どおり可決・承認された。



熊川理事長

## 公 告

## 1 令和3年度群馬県国民健康保険団体連合会事業報告

令和3年度群馬県国民健康保険団体連合会事業計画に基づき、「審査の充実・強化」、「保健事業支援の充実・強化」、「オンライン資格確認への対応」及び「運営コストの見直し」の4項目を重点施策とし、以下の内容で事業を実施しました。

審査支払事業は、コンピュータチェックの精緻化及び縦覧・横覧・突合審査の充実に努めるとともに、審査委員会との連携強化や精度の高いコンピュータチェックルールの取組を進め、診療報酬等の審査支払を適正かつ確実に実施しました。

また、令和3年3月に厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会が策定した「審査支払機能に関する改革工程表」の「整合性の実現」に向け全国的な審査基準の統一に取り組みました。

保健事業については、昨年度に引き続き国保データベース（KDB）システムを活用したデータ抽出やその活用方法等を各種研修会等で説明するとともに、保険者訪問支援を併せて実施することできめ細かい支援を行いました。

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業の実施による保険者支援として、支援・評価委員会を開催し保険者支援を行うとともに、KDBシステム実機研修（初任者編・活用編）を開催しました。共同事業としてのAIを活用した特定健診等受診率向上対策事業については、保険者から委託を受け、受診勧奨通知の発送等の事業を実施しました。

また、群馬県が策定した「糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」に対しては、対象者をKDBシステムで抽出し、その活用方法を研修会及び保険者訪問により説明しました。さらに、重複服薬等に係る分析データの確認帳票の提供を行い、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施への支援としてフォローアップ会を開催しました。

オンライン資格確認への対応については、保険者の資格確認事務の負担軽減を図るために、国保総合システムの標準機能では作成出来ない帳票を外付けシステムの改修により作成しました。さらに、被保険者マスタの運用スケジュールの見直しを行い、オンライン資格確認システムによる振替・分割の精度を高めました。

運営コストの見直しについては、本会で保有している全てのシステム及びそれらで作成した成果物について精査を行い、標準システムの機能改善や運用変更等により使用頻度が低くなった本会独自システムの一部の機能を廃止し、制度改正時等のシステム改修費の削減を図りました。

新型コロナウイルス感染症への対応については、厚生労働省からの協力依頼に基づき、新型コロナウイルス感染症に係る住所地外のワクチン接種における請求支払業務を開始しました。さらに、群馬県から新型コロナウイルスワクチン感染症緊急包括支援交付金交付業務及び介護・障害福祉サービス事業所等への新型コロナウイルス感染症防止対策支援金交付業務を受託し、それぞれ請求支払業務を実施しました。

最後に、令和6年度に予定している次期国保総合システムのクラウド化を始めとする大規模機器更改に関連する歳出見込みを基に今後数年間での本会の財政状況を試算し、令和4年度以降での必要経費について検討しました。その結果、令和5年度以降で診療報酬等審査支払手数料を引き上げさせていただく必要があると判断し、理事会、総会及び市町村国保・国保組合主管課長会議にて説明をさせていただいているところですが、今後も、審査支払事業の充実、保健事業の強化、運営コストの見直しを継続して取り組むとともに、保険者サービスの向上に努めて参ります。

## 2 令和3年度群馬県国民健康保険団体連合会会計別決算一覧

(単位 円)

区分	歳入決算高	歳出決算高	差引残額
一般会計	2,631,672,994	2,610,565,986	21,107,008
診療報酬審査支払特別会計〔業務勘定〕	1,243,591,099	1,219,280,442	24,310,657
診療報酬審査支払特別会計〔国民健康保険診療報酬支払勘定〕	143,564,543,134	143,114,549,651	449,993,483
診療報酬審査支払特別会計〔公費負担医療に関する診療報酬支払勘定〕	2,374,466,689	2,372,324,919	2,141,770
診療報酬審査支払特別会計〔出産育児一時金等に関する支払勘定〕	540,347,156	540,327,879	19,277
診療報酬審査支払特別会計〔第三者行為損害賠償求償事務共同処理勘定〕	417,949,757	417,922,265	27,492
診療報酬審査支払特別会計〔抗体検査等費用に関する支払勘定〕	2,014,009,489	2,014,008,814	675
後期高齢者医療事業関係業務特別会計〔業務勘定〕	769,749,545	755,728,702	14,020,843
後期高齢者医療事業関係業務特別会計〔後期高齢者医療診療報酬支払勘定〕	238,008,626,646	238,008,196,982	429,664
後期高齢者医療事業関係業務特別会計〔公費負担医療に関する診療報酬支払勘定〕	576,607,402	576,605,792	1,610
特定健康診査・特定保健指導等事業特別会計〔業務勘定〕	100,924,112	80,708,285	20,215,827
特定健康診査・特定保健指導等事業特別会計〔特定健康診査・特定保健指導等費用支払勘定〕	1,012,141,482	1,012,128,003	13,479
特定健康診査・特定保健指導等事業特別会計〔後期高齢者健康診査等費用支払勘定〕	782,776,189	782,776,189	0
介護保険事業関係業務特別会計〔業務勘定〕	225,706,849	209,159,140	16,547,709
介護保険事業関係業務特別会計〔介護給付費等支払勘定〕	183,610,888,474	183,608,682,285	2,206,189
介護保険事業関係業務特別会計〔公費負担医療等に関する報酬等支払勘定〕	2,445,852,988	2,445,838,735	14,253
障害者総合支援法関係業務等特別会計〔業務勘定〕	58,958,534	54,993,911	3,964,623
障害者総合支援法関係業務等特別会計〔障害介護給付費支払勘定〕	35,955,411,365	35,955,256,728	154,637
障害者総合支援法関係業務等特別会計〔障害児給付費支払勘定〕	9,048,225,842	9,048,205,020	20,822
福祉医療費審査支払特別会計〔業務勘定〕	294,430,794	284,560,452	9,870,342
福祉医療費審査支払特別会計〔福祉医療費支払勘定〕	15,049,178,228	15,049,010,637	167,591
職員退職給与金特別会計	54,000,860	54,000,860	0
職員厚生資金貸付特別会計	875,833	875,833	0

## 3 群馬県国民健康保険団体連合会理事の就任について

### (1) 理事

役名	氏名	役職名	就任年月日	推せん区分
理事	星野 稔	沼田市長	令和4年5月16日	群馬県市長会

※横山 公一氏（前沼田市長）が公職を退任したため

(2) 任期 令和6年3月31日まで

## 4 理事長専決処分について

## 5 群馬県国民健康保険団体連合会規程の一部改正について

## 6 令和4年度群馬県国民健康保険団体連合会診療報酬審査支払特別会計〔業務勘定〕補正予算（第5号）について

## 7 令和4年度群馬県国民健康保険団体連合会診療報酬審査支払特別会計〔公費負担医療に関する診療報酬支払勘定〕補正予算（第2号）について

## 8 令和4年度群馬県国民健康保険団体連合会後期高齢者医療事業関係業務特別会計〔業務勘定〕補正予算（第3号）について

## 9 令和4年度群馬県国民健康保険団体連合会特定健康診査・特定保健指導等事業特別会計〔業務勘定〕補正予算（第1号）について

## 10 令和4年度積立金の処分について

## 11 令和3年度群馬県国民健康保険団体連合会財産の認定について

令和4年8月24日

群馬県国民健康保険団体連合会  
理事長 熊川 栄

# 介護職員等ベースアップ等支援加算について

令和4年10月報酬改定に伴い10月サービスから介護職員等ベースアップ等支援加算が追加されます。  
介護（予防）サービスの介護職員等ベースアップ等支援加算の加算率は下表のとおりです。

表 サービス種類ごとの介護職員等ベースアップ等支援加算の加算率

サービス種類	加算率	サービス種類	加算率
11 訪問介護	2.4%	42 住宅改修	対象外
12 訪問入浴介護	1.1%	43 居宅介護支援	対象外
13 訪問看護	対象外	44 予防福祉用具販売	対象外
14 訪問リハビリ	対象外	45 介護予防住宅改修	対象外
15 通所介護	1.1%	46 介護予防支援	対象外
16 通所リハビリ	1.0%	51 介護福祉施設	1.6%
17 福祉用具貸与	対象外	52 介護保健施設	0.8%
21 短期入所生活介護	1.6%	53 介護医療施設	0.5%
22 短期入所老健施設	0.8%	54 地域老人福祉施設	1.6%
23 短期入所医療施設	0.5%	55 介護医療院	0.5%
24 予防短期生活介護	1.6%	62 予防訪問入浴介護	1.1%
25 予防短期老健施設	0.8%	63 予防訪問看護	対象外
26 予防短期医療施設	0.5%	64 予防訪問リハビリ	対象外
27 特定施設生活短期	1.5%	66 予防通所リハビリ	1.0%
28 地域特定施設短期	1.5%	67 予防福祉用具貸与	対象外
2A 短期入所医療院	0.5%	68 小規模多機能短期	1.7%
2B 予防短期医療院	0.5%	69 予防小規模短期	1.7%
31 居宅療養管理指導	対象外	71 夜間対応訪問介護	2.4%
32 認知症型共同生活	2.3%	72 認知症型通所介護	2.3%
33 特定施設生活介護（※1）	1.5%	73 小規模多機能型	1.7%
34 予防療養管理指導	対象外	74 予防認知症型通所	2.3%
35 予防特定施設介護（※1）	1.5%	75 予防小規模多機能	1.7%
36 地域特定施設介護	1.5%	76 定期巡回随時対応	2.4%
37 予防認知症型	2.3%	77 複合型看護小規模	1.7%
38 認知症型短期	2.3%	78 地域通所介護	1.1%
39 予防認知症型短期	2.3%	79 複合型看小短期	1.7%
41 特定福祉用具販売	対象外	81 市町村特別給付	対象外

※1 外部サービス利用型も同様

総合事業サービスの介護職員等ベースアップ等支援加算の加算率は下表のとおりです。

表 総合事業サービスの介護職員等ベースアップ等支援加算の加算率

サービス種類	加算率	サービス種類	加算率
A2 訪問型サービス（独自）	2.4%	AA その他の生活支援サービス（配食／定額）	対象外
A3 訪問型サービス（独自／定率）（※2）	対象外	AB その他の生活支援サービス（見守り／定率）	対象外
A4 訪問型サービス（独自／定額）	対象外	AC その他の生活支援サービス（見守り／定額）	対象外
A6 通所型サービス（独自）	1.1%	AD その他の生活支援サービス（その他／定率）	対象外
A7 通所型サービス（独自／定率）（※2）	対象外	AE その他の生活支援サービス（その他／定額）	対象外
A8 通所型サービス（独自／定額）	対象外	AF 介護予防ケアマネジメント	対象外
A9 その他の生活支援サービス（配食／定率）	対象外		

※2 A3、A7は加算が保険者により認められることがあります。

# 第2回保健事業支援・評価委員会 及びフォローアップ会を開催

令和4年8月9日、市町村会館において令和4年度第2回保健事業支援・評価委員会及びフォローアップ会をオンライン形式にて開催しました。

午前の支援・評価委員会では、6月7日にオンラインにより開催した「国保・後期高齢者ヘルスサポート事業研修会」について、事務局から参加保険者のアンケート集計の結果等を報告しました。その他、過去の助言内容のHP掲載についての検討状況や、eGFR変化量が把握できるデータ作成についての進捗を報告しました。さらに、午後のフォローアップ会の事前調整として、予め各委員がまとめた担当保険者への助言内容を他の委員を含めてすり合わせを行いました。

午後のフォローアップ会では、10保険者の申請に対し助言を行いました。

保険者の担当者から、保健事業の状況や課題解決に向けた助言等を求める申請内容の説明のあと、担当委員からの助言と質疑応答という形式で進行したほか、書面による助言を希望した保険者への助言内容を各委員で協議しました。

## 【第2回フォローアップ会申請内容一覧】

保険者名	申請内容概要
高崎市	生活習慣病重症化予防における保健指導について
嬬恋村	生活習慣病重症化予防における保健指導、健康教育について
東吾妻町	生活習慣病重症化予防における保健指導について
邑楽町	糖尿病性腎症重症化予防について 等
桐生市	特定健診未受診者対策について 等
群馬県	市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備について
太田市	特定健診40歳前勧奨について 等
前橋市	保健事業実施計画(データヘルス計画)の策定・評価・見直し支援について
伊勢崎市	糖尿病性腎症重症化予防について
下仁田町	糖尿病性腎症重症化予防について



委員会には、大学研究機関の有識者や糖尿病専門医、県職員、保険者代表の方々に委員として出席していただいています。多方面から様々な助言を受けることができますので、事業を行うなかで困っていることや疑問に思っていること、データ分析について悩んでいることなどありましたら、是非フォローアップ会をご活用ください。国保連職員による事前ヒアリングも実施いたしますので、申請内容についてご相談していただくこともできます。これまでフォローアップ会に参加したことのない保険者の方も、気軽にご活用いただきたいと思います。

※次回開催日は12月7日（水）です。

# 10月・11月・12月の主な行事予定

月	日	行 事
10	4日	◎重複服薬適正化研修会
	7日	◎国保税収納率向上対策研修会（ハイブリッド開催）
	12日	◎健康ポスターコンクール審査会
	14日	市町村国保・国保組合主管課長会議
	20日	関東甲信静地区国保診療施設協議会（一部ハイブリッド開催）
	26日	国保運営協議会会長連絡会総会及び研修会（Web開催）
	下旬	市町村介護保険主管課長会議
11	12日・13日	◎健康ポスターコンクール入選作品展示会
	30日	理事会
	上旬	高額医療・高額介護合算処理説明会（Web開催）
	中旬	◎第2回国保・後期高齢者ヘルスサポート事業研修会
	中旬	財政・税（料）委員会（開催方法未定）
12	7日	第3回保健事業支援・評価委員会及びフォローアップ会
	上旬	国保連合会予算関係説明会
	上旬	市町村障害者総合支援担当者説明会
	上旬	市町村介護保険担当係長説明会

◎は県と共に 告示※新型コロナウイルス感染症の影響等により変更になる場合があります。

次号発行のお知らせ  
**「ぐんまの国保」**  
 No.40  
 2023.冬の号（1月号）

1月発行予定

## 編・集・後・記

7月に第3子となる次男が誕生しました。今年は早々に梅雨が明け、7月にそのしわ寄せとばかりに梅雨ばかりの雨と夏特有の激しい夕立が連日のようにありました。誕生日はすっきりとした晴れが一日中続きました。

2年前に生まれた第2子の時と同じく、コロナの感染拡大防止のために出産の立ち会いができず、面会も人数と時間に制約がありました。大変な状況にも関わらず立派に元気な子を産んでくれた妻には感謝の気持ちでいっぱいであると同時に、母の強さに改めて感心しました。

毎日、家の中が騒がしくお祭り状態ですが、話をしてくれたり、一緒に遊んでくれる時間を大切にしたいと思います。（Y）



ぐんまの国保

No.39 2022.秋の号（10月号） 令和4年10月発行

発 行 所 群馬県国民健康保険団体連合会

群馬県前橋市元総社町335番地の8

TEL (027) 290-1363 (代表)

編集兼発行人 根岸みゆき

印 刷 所 ジャーナル印刷株式会社

第32回最優秀作品



小学生低学年の部



小学生高学年の部



中学生の部

第33回  
国民健康保険  
健康ポスターコンクール  
入選作品展示会

104点!

入場無料

2022年11月  
12日（土） 10:00~18:00  
13日（日） 10:00~17:00

イオンモール高崎  
2階  
イオンホール